



PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM  
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR

LAMPEK KINGA - RÉTSÁGI ERZSÉBET

# EGÉSZSÉGES IDŐSÖDÉS

## AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS LEHETŐSÉGEI IDŐS KORBAN



Pécsi Tudományegyetem EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI Kar  
Fizioterápiás- és Sporttudományi Intézet



# EGÉSZSÉGES IDŐSÖDÉS

Az egészségfejlesztés lehetőségei idős korban

LAMPEK Kinga – RÉTSÁGI Erzsébet

Pécs, 2015

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

Európai Unió  
Európai Szociális  
Alap



BEFECTETÉS A JÖVŐBE



PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM  
UNIVERSITY OF PÉCS

## EGÉSZSÉGES IDŐSÖDÉS – AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS LEHETŐSÉGEI IDŐS KORBAN

**A kötet szerzői:**

**Dr. habil. Lampek Kinga**

főiskolai tanár, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

**Prof. Dr. Füzesi Zsuzsanna**

egyetemi docens, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar

**Boros Julianna**

szociológus

**Karamánné Dr. Pakai Annamária**

egyetemi adjunktus, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

**Prof. Dr. Figler Mária**

egyetemi tanár, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

**Dr. habil. Rétsági Erzsébet**

főiskolai tanár, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

**Csókási Krisztina**

tanársegéd, Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar

**Prof. Dr. Törőcsik Mária**

egyetemi tanár, Pécsi Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Kar

**Dr. Deutsch Krisztina**

egyetemi adjunktus, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

**Dr. Tigyi Zoltánné Dr. Pusztafalvi Henriette**

egyetemi adjunktus, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Felelős kiadó: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

**Lektor:**

Dr. Szalay Piroska

egyetemi docens, Testnevelési Egyetem

Műszaki szerkesztő: Varga Gábor

*Pécs, 2015.*

**ISBN 978-963-642-969-0**

A kézikönyv a TÁMOP-4.1.2. E-15/1/KONV-2015-0003.  
cím projekt keretében készült

# TARTALOMJEGYZÉK

<b>1. AZ AKTÍV IDŐSKOR ÉS A TÁRSADALOM (DR. LAMPEK KINGA)</b> .....	<b>8</b>
1.1. BEVEZETÉS .....	8
1.2. AZ IDŐSKOR DEFINÍCIÓI .....	9
1.2.1. <i>Életkori megközelítés</i> .....	9
1.2.2. <i>Biológiai kritériumok alapján történő megközelítések</i> .....	9
1.2.3. <i>Pszichológiai megközelítések</i> .....	10
1.2.4. <i>Szociológiai megközelítések</i> .....	11
1.3. AZ AKTÍV IDŐSKOR KONCEPCIÓJA .....	12
1.4. IDŐSKOR DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐI .....	13
1.4.1. <i>Az idősödés folyamata a világ népességében</i> .....	13
1.4.2. <i>Az idősödés folyamata Európában</i> .....	14
1.4.3. <i>Az idősödés folyamata Magyarországon</i> .....	15
1.5. AZ IDŐSKORÚAK SZOCIO-DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐI MAGYARORSZÁGON .....	17
1.5.1. <i>Társadalmi és biológiai öregség</i> .....	18
1.5.2. <i>Család- és háztartásstruktúra</i> .....	18
1.5.3. <i>Iskolai végzettség</i> .....	20
1.5.4. <i>Nyugdíjazás, gazdasági aktivitás</i> .....	20
1.5.5. <i>Jövedelmi helyzet</i> .....	21
1.6. AZ AKTÍV IDŐSKOR MEGVALÓSÍTÁSÁNAK LEHETŐSÉGEI .....	22
1.6.1. <i>Munkaerőpiacon kívüli aktivitás</i> .....	22
1.6.2. <i>Szabadidős tevékenységek</i> .....	23
1.6.3. <i>Közérzet, kohézió</i> .....	24
1.7. ÖSSZEFOGLALÁS .....	24
1.8. FELHASZNÁLT IRODALOM .....	26
<b>2. IDŐSEK ÉLETMINŐSÉGE ÉS EGÉSZSÉGMAGATARTÁSA (PROF. DR. FÜZESI ZSUZSANNA, BOROS JULIANNA)</b> .....	<b>28</b>
2.1. BEVEZETÉS .....	28
2.2. AZ ÉLETMINŐSÉG FOGALMA .....	28
2.2.1. <i>Egészséggel összefüggő életminőség</i> .....	29
2.2.2. <i>Időskor és életminőség – hazai kutatások</i> .....	29
2.3. AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS FOGALMA .....	30
2.3.1. <i>Az idősök egészségmagatartása – hazai kutatások</i> .....	31
2.3.2. <i>Az egészséghez, egészségmagatartáshoz való viszony időskorban</i> .....	37
2.4. EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG .....	38
2.4.1. <i>Beavatkozások az egészségműveltség fejlesztésére</i> .....	40

2.5. SZUBJEKTÍV JÓLLÉT – EGY ÚJONNAN HASZNÁLT INDIKÁTOR.....	42
2.6. ÖSSZEFOGLALÁS .....	44
2.7. FELHASZNÁLT IRODALOM .....	46
<b>3. AZ IDŐSEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA, BIOLÓGIAI VÁLTOZÁSOK ÉS A PREVENCIÓ SZEREPE A MORTALITÁSI ÉS MORBIDITÁSI ADATOK TÜKRÉBEN (KARAMÁNNÉ DR. PAKAI ANNAMÁRIA).....</b>	<b>48</b>
3.1. BEVEZETÉS .....	48
3.2. A BIOLÓGIAI VÁLTOZÁSOK.....	49
3.3. IDŐSKORBAN AZ EGYES SZERVRENDSZEREKET ÉRINTŐ MORTALITÁSI ÉS MORBIDITÁSI MUTATÓK .....	52
3.3.1. Szív- és érrendszeri megbetegedés mortalitási és morbiditási mutatói .....	52
3.3.2. Daganatos megbetegedések mortalitási és morbiditási mutatói .....	53
3.3.3. Osteoporosis morbiditási mutatói.....	53
3.3.4. Immunrendszert érintő megbetegedések mortalitási és morbiditási mutatói.....	54
3.3.5. Érzékszervi funkciók morbiditási mutatói.....	54
3.3.6. Malnutrició.....	55
3.4. PREVENCIÓ JELENTŐSÉGE IDŐSKORBAN .....	55
3.4.1. Primér prevenció .....	55
3.4.2. Secunder prevenció.....	56
3.4.3. Tercier prevenció .....	61
3.5. ÖSSZEFOGLALÁS .....	61
3.6. IRODALOMJEGYZÉK.....	62
<b>4. AZ IDŐSKORÚAK TÁPLÁLKOZÁSA (PROF. DR. FIGLER MÁRIA).....</b>	<b>65</b>
4.1. BEVEZETÉS .....	65
4.2. AZ IDŐSEK TÁPANYAG SZÜKSÉGLETE.....	65
4.3. A TESTTÖMEG VÁLTOZÁSA AZ ÉLETKORRAL.....	66
4.3.1. A testtömegcsökkenés leggyakoribb okai időskorban.....	67
4.3.2. Az időskorúak táplálkozásának jellegzetességei.....	67
4.3.3. Az egységes étrend építőelemei és fő üzenetei az idősök számára a következők: .....	71
4.4. A TÁPLÁLKOZÁSI ÚTMUTATÓ KULCSÜZENETEI AZ IDŐSKORÚAKNAK .....	72
4.4.1. Élelmiszerek és tápanyagok, melyek fogyasztásának csökkentése javasolt időskorban .....	73
4.4.2. Élelmiszerek és tápanyagok melyek fogyasztását növelni célszerű idős korban.....	73
4.5. A FOLYADÉK FOGYASZTÁS JELENTŐSÉGE ÉS LEHETŐSÉGEI .....	74
4.5.1. Folyadékgyensúly.....	74
4.5.2. Folyadékbevitel.....	75
4.5.3. Folyadékbevitelre vonatkozó ajánlások.....	75

4.5.4. Sóbevitel.....	77
4.5.5. DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) étrend.....	78
4.5.5.1. Rostok.....	78
4.6. ÖSSZEFOGLALÁS .....	79
4.7. IRODALOMJEGYZÉK.....	80
<b>5. TESTEDZÉS ÉS EGÉSZSÉGES ÖREGEDÉS (DR. RÉTSÁGI ERSZÉBET).....</b>	<b>82</b>
5.1. BEVEZETÉS .....	82
5.2. ELMÉLETI KERETEK I. ....	82
5.2.1. Mindenek előtt az egészség fogalomról.....	82
5.2.2. Öregedő világ, benne az öregedő Magyarország .....	83
5.2.3. Az egészséges öregedésről.....	84
5.2.4. Öregedés, öregkor és egészség Magyarországon.....	85
5.2.5. Összegzés.....	86
5.3. ELMÉLETI KERETEK II. ....	87
5.3.1. Testmozgás, fizikai aktivitás, sport, testedzés - fogalommagyarázat .....	87
5.3.2. Az EU testmozgásra vonatkozó iránymutatásai.....	88
5.4. BIZONYÍTÉKOK A RENDSZERES TESTEDZÉS JÓTÉKONY HATÁSAIRA, AZ EGÉSZSÉGES ÖREGEDÉSRE ÉS IDŐSKORBAN IS.....	88
5.4.1. A rendszeres testedzés jótékony hatásai (Idézetek az EU testmozgásra vonatkozó iránymutatásaiból): Szív- és érrendszer .....	88
5.4.2. A rendszeres testedzés jótékony hatásai: Anyagcsere működés .....	90
5.4.3. A rendszeres testedzés hatásai: Mozgásszervi működés .....	90
5.4.4. A rendszeres testedzés jótékony hatása: Daganatos betegségek.....	91
5.4.5. A rendszeres testedzés jótékony hatása: Központi idegrendszer, agyműködés .....	92
5.4.6. A rendszeres testedzés jótékony hatásai: Mentális egészség.....	93
5.4.7. A veterán sportolókról ill. a veterán sportról.....	93
5.5. ÖSSZEFOGLALÁS HELYETT KÉRDÉSEK ÉS VÁLASZOK. ....	94
5.6. EGÉSZSÉGES ÚT AZ EGÉSZSÉGES ÖREGSÉGIG - AZAZ A MEGELŐZÉS HÁLÓZATÁRÓL.....	95
5.6.1. Komoly esély mutatkozik a jövő generációjának felelősségteljes, egészségtudatos életre nevelésének a közoktatás keretén belül.....	96
5.6.2. A hálózat következő láncszemének a felsőoktatást tartjuk- mindhárom tényező esetében..	97
5.6.3. A felnőtt lakosság és az időskorúak prevenciója érdekében karolta fel a Magyar Sporttudományi Társaság az USA-ban már jól működő társadalmi jelentőségű Mozgásgyógyászati Programot.....	98
5.6.4. További javaslatok a prevenciós hálózat teljességének kialakítása, és működése érdekében. .....	98

5.7. BEFEJEZŐ GONDOLATOK .....	99
5.8. FELHASZNÁLT IRODALOM .....	100
<b>6. AZ IDŐSEK MENTÁLIS ÁLLAPOTA (CSÓKÁSI KRISZTINA) .....</b>	<b>103</b>
6.1. BEVEZETÉS .....	103
6.2. AZ IDŐSKORI FEJLŐDÉSI KRÍZIS: ÉN-INTEGRITÁS VS. KÉTSÉGBEESÉS .....	103
6.3. A KÉTSÉGBEESÉSEN TÚL: AZ IDŐSKORI MENTÁLIS BETEGSÉGEK .....	105
6.3.1. <i>Az időskori depresszió és szorongás</i> .....	105
6.3.1.1. Az időskori depresszió és szorongás rizikó- és protektív faktorai .....	108
6.3.1.2. Az időskori depresszió és szorongás kezelési és megelőzési lehetőségei .....	111
6.3.2. <i>Az időskori kognitív változások és a demencia</i> .....	113
6.4. AZ INTEGRITÁS FELÉ ÉS AZON TÚL: A SIKERES ÖREGEDÉS .....	115
6.5. ÖSSZEFOGLALÁS .....	117
6.6. FELHASZNÁLT IRODALOM .....	118
<b>7. AZ IDŐSEK TÁRSAS KAPCSOLATAI - AZ IDŐSEK GENERÁCIÓS SZEREPEI (PROF. DR. TÖRŐCSIK MÁRIA) .....</b>	<b>120</b>
7.1. BEVEZETÉS .....	120
7.2. GENERÁCIÓK VIZSGÁLATA – AZ IDŐS GENERÁCIÓ JELLEMZŐI ÉS SZEREPEI .....	120
7.2.1. <i>A csoport lehatárolása</i> .....	122
7.2.1.1. Életkori közelítés .....	122
7.2.1.2. Életív alapján történő közelítés .....	123
7.2.2. <i>Szeniortipizálás</i> .....	124
7.2.2.1. Aktivitás és egészségügyi helyzet .....	124
7.2.2.2. Fiatalabb és idősebb szenior csoportok .....	125
7.2.2.3. Stílus szerinti tipizálás .....	126
7.2.2.4. Egyéb tipizálások .....	127
7.2.3. <i>Az idősek megítélése, generációs szerepei</i> .....	130
7.3. AZ IDŐSEK TÁRSAS KAPCSOLATAI ÉS SZABADIDŐS SZOKÁSAI .....	133
7.4. ÖSSZEGZÉS .....	139
7.5. FELHASZNÁLT IRODALOM .....	141
<b>8. ÉLETHOSSZIG TARTÓ TANULÁS (DR. DEUTSCH KRISZTINA) .....</b>	<b>143</b>
8.1. MIÉRT TANULJANAK AZ IDŐSEK? AZ IDŐSEK TANULÁSI SZÜKSÉGLETEI ÉS MOTIVÁCIÓI .....	143
8.1.1. <i>A gyermekek és felnőttek tanulási szükségletei</i> .....	143
8.1.2. <i>De miért tanuljanak az idősek? Milyen haszonnal jár az idősek tanulása?</i> .....	143
8.2. A FELNŐTTEK TANULÁSÁNAK A JELLEMZŐI .....	145
8.2.1. <i>Az aktív korú felnőttek tanulásának fő jellemzői</i> .....	145
8.2.2. <i>Hogyan tanulnak az idősek? Az idősek tanulásának a jellemzői</i> .....	146



8.2.3. <i>Az idősök tanulási motivációját gátló tényezők</i> .....	148
8.3. MIT, HOL ÉS HOGYAN TANULNAK/TANULJANAK AZ IDŐSEK? .....	149
8.3.1. <i>Az idősök tanításának és nevelésének az elvei, módszerei és lehetséges formái</i> .....	149
8.3.2. <i>Nemzetközi „jó gyakorlatok”</i> .....	151
8.3.3. <i>Hazai kezdeményezések</i> .....	151
8.4. ÖSSZEGZÉS .....	152
8.5. FELHASZNÁLT IRODALOM .....	153
<b>9. AKTÍV IDŐSKORT TÁMOGATÓ KÖZÖSSÉGI KEZDEMÉNYEZÉSEK - SZÍNTEREK SZEREPE AZ IDŐSEK EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSÉBEN (DR. TIGYI ZOLTÁNNÉ DR. PUSZTAFALVI HENRIETTE).....</b>	<b>155</b>
9.1. BEVEZETÉS .....	155
9.2. FŐBB FOGALMAK .....	156
9.3. A WHO AKTÍV IDŐSÖDÉST TÁMOGATÓ STRATÉGIA ALAPELVEI .....	157
9.4. ÍRORSZÁG - POZITÍV IDŐSÖDÉS PROGRAMJA (POSITIVE AGEING – STARTS NOW! THE NATIONAL POSITIVE AGEING STRATEGY, 2012).....	158
9.5. EGYESÜLT ÁLLAMOK ÉS KANADA JÓ GYAKORLATAI .....	160
9.6. A FINNORSZÁG AKTÍV IDŐSÖDŐ STRATÉGIÁRÓL (ACTIVE AGEING IN FINLAND).....	163
9.7. ÖSSZEFOGLALÁS .....	164
9.8. FELHASZNÁLT IRODALOM: .....	166



# **1. AZ AKTÍV IDŐSKOR ÉS A TÁRSADALOM (DR. LAMPEK KINGA)**

## **1.1. Bevezetés**

Az idősödő társadalmak jelensége ma már jól ismert folyamat, a világ számos országában megfigyelhető, demográfiai, gazdasági, társadalmi következményeit a mindennapi valóság szintjén is megéljük.

Az ENSZ által „hosszú élet forradalmának” nevezett demográfiai változás már a XX. században elkezdődött, és lényegi gazdasági, társadalmi, kulturális változásokat hozott a világ népessége, de elsősorban az európai államokban. A folyamatot felismerve már 1982-ben sor került az öregedéssel foglalkozó első világkonferenciára, amelynek alkalmával elfogadták, hogy olyan idősekre irányuló társadalmi beavatkozásra van szükség, amely az emberek egész élete során biztosítja a függetlenséget, a részvételt, a gondoskodást, az önmegvalósítást és a méltóságot.

Ezt követően - számos más lépés mellett - kiemelkedőnek tekinthető az Európai Bizottság 2002-ben megjelent közleménye az Európai Parlamenthez, mely „Európa válasza a világ öregedésére - gazdasági és társadalmi fejlődés előmozdítása egy öregedő világban” címet viselte. Ez a dokumentum javasolta az öregedés kérdéseiben való együttműködésről szerzett tapasztalatok megosztását az Európai Unió szintjén, és hangsúlyozta az öregedés demográfiai, gazdasági, foglalkoztatási és szociális dimenzióit feltáró szakmai közelítés szükségességét.

Magyarországon 2009-ben jelent meg az Idősügyi Nemzeti Stratégia, mely alapvető célkitűzésként fogalmazta meg az idősödők és az idősek aktivitásának és függetlenségének megőrzését, de emellett a társadalmi és közösségi felelősségvállalásra is felhívta a figyelmet, a szolidaritás értékének megerősítését hangsúlyozva. Ennek megvalósítása érdekében a tervezett beavatkozások az idősekkel szembeni negatív sztereotípiák csökkentésére, a generációk közötti kapcsolatok és együttműködések fejlesztésére, a foglalkoztatás, munkaerő-piaci részvétel erősítésére, az alternatív képzési lehetőségek fejlesztésére, az időskori jövedelembiztonság megteremtésére, valamint a civil kezdeményezések és önkéntesség erősítésére irányult.

Láthatjuk tehát, hogy jelentős nemzetközi és hazai szervezetek több lényegi dokumentumban fogalmazták meg az idősödő társadalmakkal kapcsolatos céljaikat, feladataikat, de kérdés, mindezek hogyan valósultak meg a társadalmi élet mindennapjaiban.

A tananyag bevezető tanulmányában e kérdésre keressük a választ, elsősorban a magyarországi folyamatokra koncentrálunk, de emellett - az összevetés módszerével - betekintést nyújtunk a nemzetközi folyamatokra is.

**Kulcsszavak:** idősödés, demográfiai folyamatok, társadalmi egyenlőtlenségek, életminőség

## **1.2. Az időskor definíciói**

Hogyan nevezzük az idősödő korosztályt? – tehetjük fel ezt az egyszerűen megválaszolhatóan tűnő kérdést. A szakirodalomban és a hétköznapi életben is számos fogalmat használunk: hol „öregeknek”, hol „időseknek”, hol „nyugdíjasoknak”, esetleg az „arany korban”, az „ezüst korban” lévőknél, nevezik őket, de elterjedt az „öszülők”, a „szürke és/vagy ősz generáció”, a szeniorok megnevezés is.

### **1.2.1. Életkori megközelítés**

Az életkori közelítés előnye, hogy könnyen elérhető és mérhető adat, jó első közelítést jelenthet az idősor meghatározásához.

Ezen megközelítésnél a legismertebb és egyben legelfogadottabb az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization) beosztása, amely az alábbi életszakaszokat határozza meg az idősödés folyamatának leírása során:

- 50-59 év: áthajlás kora,
- 60-74 év: idősödés kora,
- 75-89 év: idősor,
- 90-99 év: aggkor,
- 100 év felett: matuzsálemi kor.

### **1.2.2. Biológiai kritériumok alapján történő megközelítések**

Az *élet* számos területén mérhető az öregedéssel járó fizikai, szellemi és társadalmi teljesítmény csökkenése, az egészségi állapotot és gyakran az életminőséget is rontó, tartósan fennálló, krónikus betegségek megjelenése. Gondoljunk pl. a szív- és érrendszeri, a légző- és mozgásrendszeri megbetegedések gyakoribb előfordulására, a hallás, a látás, romlására, illetve a nehezebben mérhető, de látható testtartás, bőr, haj stb. változásokra.

Fontosabbnak tűnik sok esetben az objektívnek tekintett mérhetőségen túl annak értékelése, hogy az egyes ember hogyan éli meg életkorát. Vizsgálatok bizonyítják, hogy az emberek legkésőbb az 50-es éveikben találkoznak és szembesülnek az öregedés érzésével. Az, hogy a

korához képest ki hány évesnek érzi magát, fontos mutató, hiszen a mindennapi aktivitás az vitalitás, életöröm, mobilitás, beállítódás kérdése is, és a tevékenységekben, valamint a különböző szolgáltatások igénybevételében egyaránt visszatükröződik. A beállítódásokhoz kapcsolódó egészségi állapot pedig vagy korlátot, vagy lehetőséget jelent az élet további szakaszainak tervezésében és megélésében, melyek végső soron hatással vannak a biológiai paraméterekre is. (Füzesi, Töröcsik, Lampek, 2013)

### **1.2.3. Pszichológiai megközelítések**

Az, hogy ki milyennek látja magát, és milyennek szeretné, ha mások látnák, fontos tényező, mert a magatartásra vonatkozóan következményekkel jár.

A „reális én” a kor és az annak következtében fellépő jelenségek elfogadását jelenti, míg az „ideális én” a lehető legpozitívabb ön-prezentációját jelenti az egyénnek. Barak és Schiffman (1981) amerikai szociológusok az alábbi kategóriákat állították fel a korértékelés lehetőségeire, amelyek eltérőek a naptári évek kategóriáitól:

- *feel-age* (ki hány évesnek érzi magát),
- *look-age* (ki hány évesnek néz ki),
- *do-age* (bizonyos tevékenységek végzése, vagy folytatása iránti indíttatás, involváltság, amely tevékenységek bizonyos életkorhoz köthetők, mint pl. egyes sportok üzése),
- *interest-age* (adott életkori csoportok érdeklődési köréhez való hasonlóság).

Az előbbi szerzőpáros vizsgálata alapján a kinézet-életkor (*look-age*) és az érzés-életkor (*feel-age*) korreláltak leginkább a naptári korrallal. A megkérdezettek a kutatásban minden tekintetben jobbnak értékelték saját maguk helyzetét, mint ami az adott életkori csoportban elvárt. Ez a vizsgálat arra is rámutat, hogy az idősek az idősekkel, a tükröztetett „idős-képpel” nem szívesen azonosulnak, ami a velük folytatott kommunikáció során fontos szempont kell, hogy legyen.

Barak és Schiffman kialakítottak egy kognitív életkor-skálát is, amely a szubjektív életkor mérésére szolgáló kutatások többségénél a mai napig használatos. Az emberek jelentős hányada küzd az öregség/öregedés ellen (ha aktívan nem is tesz azért), és legalább az énképét pozitív irányba próbálja formálni. Egy 2010-ben megvalósított nemzetközi kutatás hazai eredményekkel is szolgál erre vonatkozóan (Hofmeister-Tóth és mtsai, 2011). Eszerint

- a nyugdíjasok 60%-a és az idősebb, de még gazdaságilag aktív munkavállalók 83%-a vallotta magát középkorúnak,
- a magasabb jövedelműek 80%-a érezte magát fiatalabbnak a tényleges életkoránál,

- az unokákkal rendelkezők inkább időskorúnak vallották magukat, mint az unoka nélküli megkérdezettek,
- a nők 64,5%-a, a férfiak 67,8%-a fiatalabbnak érezte magát a tényleges koránál. (Füzesi, Töröcsik, Lampek, 2013)

#### ***1.2.4. Szociológiai megközelítések***

Az idősekkel kapcsolatos szociológiai tárgyú vizsgálatok legkorábbi változata a társadalmi, családi, környezeti, egészségi állapotban bekövetkező változások bemutatására fókuszálnak.

Lényeges vizsgálati dimenziók az alábbiak:

- a munkaviszony megszűnése,
- az esetleges jövedelemcsökkenés,
- az egészségromlás, tevékenységkorlátozottság,
- az esetleges lakóhelyváltozás,
- a gyerek(ek) elköltözése,
- a növekvő érdeklődés a helyi és a „nagypolitika” iránt, akár szerepvállalással is,
- az unoka(k) születése, nagyszülői szerepkör,
- a partner, barátok halála.

E megközelítés lényege, hogy az időskort alapvetően a veszteségek korszakaként írja le, és arra fókuszál, hogy az emberek mire válnak képtelenné, milyen szerepeiket, kapcsolataikat, képességeiket veszítik el. Ez az elméleti megközelítés az idősödést alapvetően negatív folyamatként értelmezi, amelyet csak nehezen lehet elfogadni és megélni nemcsak az idős ember, de környezete számára is.

Az aktivitás-elmélet sokkal pozitívabb megközelítést jelent. Eszerint, bár az emberek életében elsősorban az egészséghez kötődően visszafordíthatatlan változások történnek idős korban, de a pszichés és társas kapcsolati szükségletek lényegesen nem változnak. Az aktív tevékenységek elsősorban a kapcsolati háló megőrzésére kell, hogy irányuljanak, mert a társas kapcsolatokban megélt események növelhetik az idősek elégedettségét, jóllétét. A mindennapi élet azonban számos nehézséget hozhat ezen a területen, melyet a kortársak mellett a generációk, a civil szervezetek, a különféle közösségek egyaránt támogathatnak. (Walker , 2002)

Az idősödés szubkulturális elmélete Rose (1962) nevéhez kötődik. A szubkulturák akkor jönnek létre, amikor az emberek csak a hozzájuk hasonló társadalmi helyzetű társakkal keresik a kapcsolatokat. Így olyan csoportok alakulnak ki, melyek egyre távolabb kerülnek egymástól és a csoportok közti átjárás esetleges. Az idősek ilyen szubkulturát létrehozva kerülhetnek egyre

távolabb a társadalmi folyamatoktól, ez növelheti a velük szembeni negatív sztereotípiák súlyát. Az elmélet szerint az egyén erőforrásaitól (iskolai végzettség, társadalmi státusz, kapcsolati rendszer, egészség, stb.) függ, hogy elkerülheti-e a szubkultúrához való tartozást vagy sem, de ezt a folyamatot a közösségi és a társadalmi szolidaritás is gyengítheti.

Ezen változások közül az egyik legfontosabb a munka világából való kikerülés, a nyugdíjazás, a gazdasági inaktivitás bekövetkezése. Gyakran ez a korszak hozza magával a megkülönböztetést, a kizárást, a „kisebbségbe” kerülést.

### **1.3. Az aktív időskor koncepciója**

A meghosszabbodott élettartam jelentős vívmánya a modern társadalmaknak, és már több évtizede egyre nagyobb jelentőséget tulajdonítanak az életmódnak, a természeti és a társadalmi környezetnek, valamint az egészségügyi ellátórendszernek. Az egészségtudatos, tevékenyen töltött időskor évei nemcsak az idős személy számára eredményeznek jobb életminőséget, hanem környezete számára is támogatást, segítséget jelent aktívabb hozzájárulása a családi, közösségi élethez.

Az aktív időskor koncepcióját és definícióját elsőként az OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) 1998-ban fogalmazta meg: „az idős emberek képessé tétele arra, hogy minél tovább aktívak maradjanak a társadalomban és a gazdaságban. Ez azt jelenti, hogy meg kell kapniuk a lehetőséget arra, hogy szabadon döntsenek arról, mivel töltik a szabadidejüket: tanulással, munkával, pihenéssel vagy ápolás és gondozás igénybevételével.” (OECD, 1998) A koncepció kiemeli, hogy mindenféle aktivitást fontosnak tart, nemcsak a gazdasági aktivitást, hiszen bármelyik lehet hasznos az egyén és környezete számára.

Az aktív időskor alapelveit más nemzetközi szervezetek is megfogalmazták – ENSZ 2002; WHO 2002 – az alábbiakra helyezve a hangsúlyt:

- az időskorúakat számos jog illet, mint pl. függetlenség, társadalmi részvétel, méltóság, gondoskodás, önkitaljesítés, de emellett kötelezettségeik, hogy mindent megtegyenek az aktív életmód fenntartása érdekében;
- a szociális és egészségügyi rendszer prevenciós tevékenységét meg kell erősíteni, ami támogatja az öngondoskodási képesség minél tartósabb megőrzését;
- az idősek nem alkotnak homogén csoportot, sokféle szükségletük lehet;

- az idősekről való gondolkodás terén jelentősebb változást kell elérni a fiatalabb generációk részéről, melyhez jelentős mértékben járulhat hozzá a fiatalok, középkorúak és idősek egymás iránt megnyilvánuló felelősségének fokozása.

#### **1.4. Időskor demográfiai jellemzői**

A világ népességének idősödése nem valamiféle paradox jelenség: ha javulnak az életésélyek, és ezzel párhuzamosan csökken a termékenység, az szükségszerűen a társadalmak elöregedéséhez vezet. A jelenségre való figyelemfelhívás általában vészjóslóan hangzik: elöregedő társadalmak, óriási terhek az egészségügyi és szociális ellátórendszereken, a családokon, közösségeken.

Az idősödéssel kapcsolatos – időnként túlzottan negatív jövőképek mellett – kutatások sora igazolja azonban, hogy a valóságban sokkal árnyaltabb formában jelenik meg ez az életkori csoport. Az időskorral ugyanis nem szűnik meg – csak legfeljebb némileg módosul – a korábban kialakult társadalmi státusz, életmód, életstílus, kapcsolatok, szokások, így az idősebb korosztályban továbbra is fennállnak az emberek közti társadalmi egyenlőtlenségi viszonyok. Mindezekért az időseket homogén csoportként kezelni súlyos tévedésnek bizonyulhat.

##### ***1.4.1. Az idősödés folyamata a világ népességében***

Az ENSZ (Egyesült Nemzetek Szervezete) World Population Ageing 2013 című összefoglaló elemzésében az alábbiakat találjuk:

- A 60 év felettek aránya 2013-ban az egész világon 11,7% volt ( 841 millió fő), és 2050-re elérheti a 21,1%-ot (2 milliárd fő).
- Az idősebb korosztályok létszámának aránya a föld népességében 2047-ben fogja meghaladni a 15 évesnél fiatalabbak arányát, de a fejlettebb régiókban ez már majd másfél évtizeddel ezelőtt, 1998-ban bekövetkezett.
- Az időseket is az öregedés „sújtja“: e körben ugyanis a leggyorsabban növekvő csoportot a 80 évesnél idősebbek alkotják: 2013-ban arányuk 14% volt, 2050-re 19%-ra emelkedhet.
- Az idősek között a nők aránya lényegesen meghaladja a férfiakét már napjainkban is (száz 60 év feletti nőre 85 férfi jutott), és a nemek közötti szakadék az életkor előrehaladtával tovább szélesedik az életkor előrehaladtával, különösen 80 év felett (száz 80 év feletti nőre 61 férfi jutott).

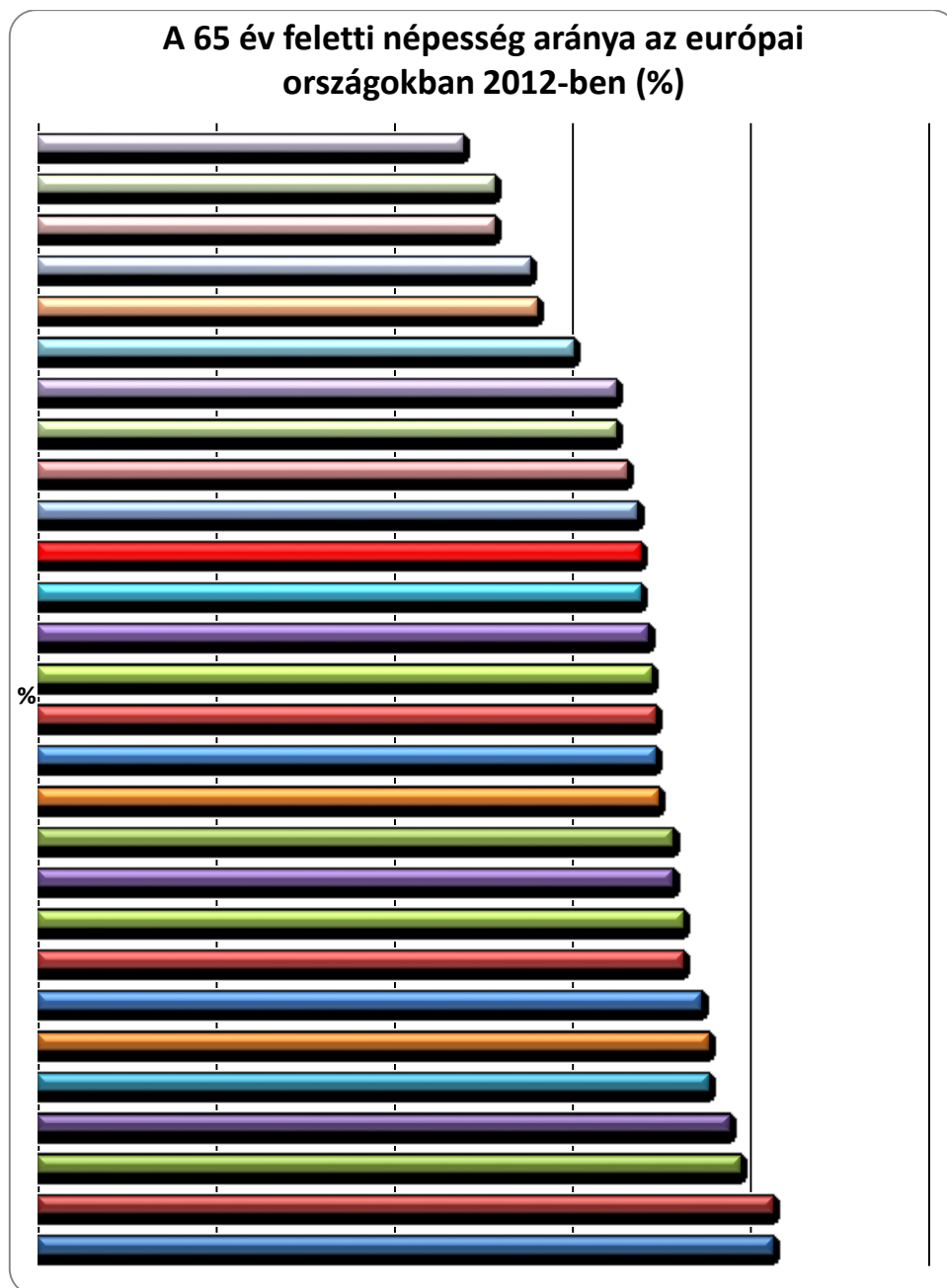
- Drámaian változik az ún. időskori függőségi ráta, mely a 65 évesek és idősebbek arányát a 15-64 éves korosztályhoz viszonyítva fejezi ki. 1950 és 2013 között az egy időskorút eltartó aktívak száma 12 főről 9 főre csökkent, és 2050-ben már csak 4 fő lesz, előrevetítve ezzel a társadalombiztosítási rendszerek, különösen a nyugdíjrendszer problémáit.
- Globálisan a 60 év feletti 40%-a képes független életre, vagyis arra, hogy egyedül vagy házas társával megélni tudjon. A fejlett társadalmakban ez az arány 75%, ide sorolhatjuk az európai társadalmakat is.

#### **1.4.2. Az idősödés folyamata Európában**

Európa népessége – a világ egészén belül – különösen gyorsan öregszik, melynek az előbbihez hasonló tényei az alábbiak:

- Európa államaiban 2012-ben a 65 év feletti aránya elérte a 17%-ot. A legtöbb 65 év feletti Németországban és Olaszországban él, a teljes lakosság 21 illetve 20%-a tartozik ebbe a korcsoportba. Őket követik a görögök és a svédok, ahol ugyanez az adat 19 és 18%. Az idősödés folyamatának leglassúbb üteme Törökországban és Írországban figyelhető meg, mivel a teljes népességnek csak 7 és 11%-a 65 év feletti. (1. ábra)
- Az európai országok többségére jellemző, hogy a 15 évesnél fiatalabbak kevesebben vannak a társadalomban, mint a 65 éven felüliek. Azokban az országokban, ahol a fiatalabbak aránya jelenleg még magasabb, mint az idősebbeké, az nem csak a magasabb termékenységből, hanem például a *migrációs folyamatokból* is következik, kompenzálva a népesség demográfiaiban idősödő struktúráját.
- Az európai nők 65 éves korban még további 16-23 év élettartamra számíthatnak. A férfiak körében az életesélyek kedvezőtlenebbek, ők további 14-19 évet élnek e kort követően. Az idős korosztályon belül egyre növekszik a 80 évnél idősebbek aránya, melynek következtében az európai országokban a 60 éven felüliek közül átlagosan minden harmadik személy már ebbe az életkori csoportba tartozik.





1/1. ábra: A 65 év feletti népesség aránya az európai országokban 2012-ben (%)

Forrás: KSH Statisztikai tükör 2013

### ***1.4.3. Az idősödés folyamata Magyarországon***

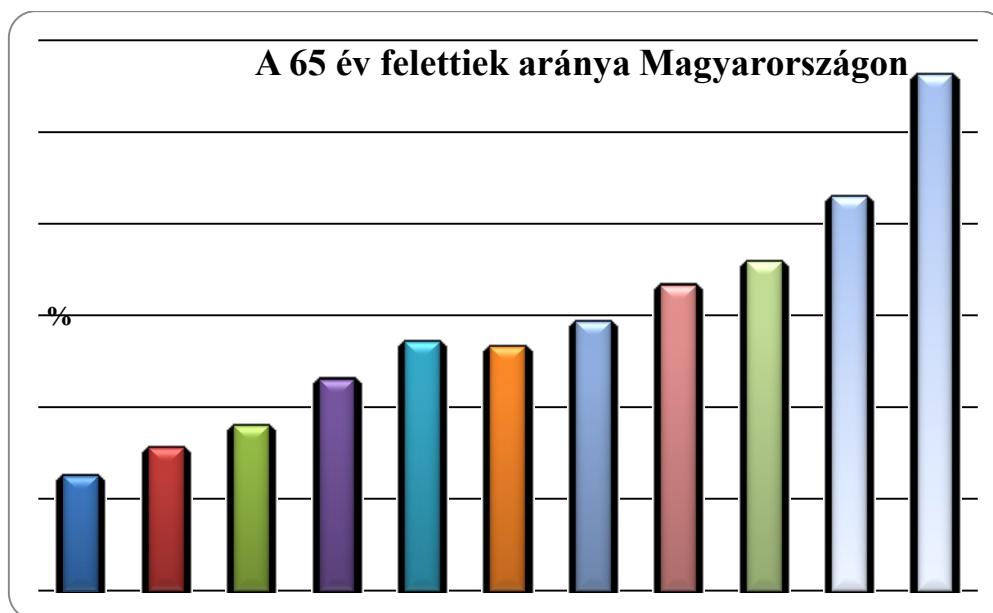
Magyarországon az idősödés folyamatát – hasonlóan más országokhoz – több demográfiai tényező alakítja, s ezek eredőjeként alakul az idősek aránya a teljes népességben belül. Az évről-évre csökkenő számú születések, az alacsony termékenységi ráta, a relatíve alacsony várható élettartam azt eredményezi, hogy a hazai népesség medián életkora 40 év, amellyel tizenegy idősebb lakosságú tagország mögött, és öt másik országgal azonos szinten állunk az Európai

Unióban.

A népesség idősödése Magyarországon is egy hosszabb folyamat eredménye: a 60 évesek és idősebbek arányában 1930-ban még csak 9,8%-ot, 1960-ban már 13,8%-ot, 1990-ben 18,9%-ot, 2011-ben pedig 23%-ot regisztráltak. Vagyis, napjainkra több mint minden ötödik ember betöltötte a 60. életévét, és ez számszerűen 2,297 millió lakost jelent. Ezzel szemben a 15 évesnél fiatalabbak aránya a teljes népességben mindössze 15%, azaz alacsony, akkor is, ha ezzel az uniós országok rangsorában nem is vagyunk az utolsók között.

Az előzőekhez hasonló a kép, ha az európai adatelemzésekkel egyezően a 65 éves és idősebbeket vesszük számba elemzéseinkhez és előrebecsléseinkhez. Eszerint Magyarországon jelenleg már minden hatodik állampolgár elmúlt 65 éves, számuk 1,677 millió fő a 2011. évi adatok szerint. Arányuk várhatóan a következő évtizedekben a jelenleginél is erőteljesebben növekszik majd, és 2050-re a népesség közel 30%-a lesz már e korosztály tagja.

Az európai adatelemzésekkel egyezően a 65 éves és idősebbeket vesszük számba elemzéseinkhez és előrebecsléseinkhez. Eszerint Magyarországon jelenleg a népesség 18%-a elmúlt 65 éves, számuk 1,764 millió fő a 2015. évi adatok szerint. Arányuk várhatóan a következő évtizedekben a jelenleginél is erőteljesebben növekszik majd, és 2050-re a népesség közel 30%-a lesz már e korosztály tagja. (1/2. ábra)

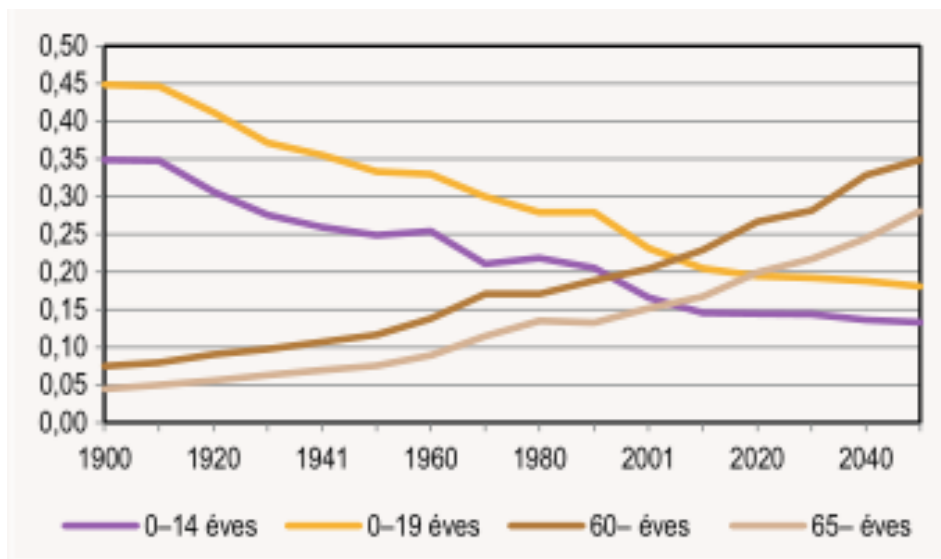


1/2. ábra: 65 év felettek aránya Magyarországon

Forrás: Saját szerkesztés KSH adatok alapján

A társadalom előregedéshez az alacsony termékenység is hozzájárul. Az öregedési index – amely a 65 évesek és idősebb korosztályok létszámának a 15 évesnél fiatalabb gyermekekhez viszonyított arányát fejezi ki – 2013-ben 100 főre számítva már 116 volt, míg 1990-ben még csak 64,5.

Az öregedési indexnél valamivel kedvezőbb az időskori eltartottsági ráta alakulása, amely a 65 éves és idősebb népesség arányát a 15-64 évesekhez viszonyítva fejezi ki. Ez a ráta az 1990. évi 20%-ról 2013-re 24,6%-ra nőtt. (1/3. ábra)



1/3. ábra: A fiatalok és az idősök aránya

Forrás: Statisztikai tükör 2015/69

Abban, hogy hazánk nem sorolható a nagyon előregedett országok közé Európában, az is szerepet játszik, hogy a várható élettartam – különösen a férfiaknál – Magyarországon az uniós tagországok között az egyik legkedvezőtlenebb: 2014-ben a népesség egészét tekintve 74 év volt, és ennél rosszabbat csak a letteknél (72 év), a litvánoknál és a románoknál (73-73 év) mértek.

Magyarországon az életésélyek tekintetében a két nem közti különbségek is jelentős eltéréseket mutatnak. 2014-ben a születéskor várható élettartam a nők körében átlagosan 79 év, a férfiaknál 72 év volt.

### 1.5. Az időskorúak szocio-demográfiai jellemzői Magyarországon

Az öregedés többtényezős életfolyamat, amely biológiai, genetikai, pszichológiai, társadalmi meghatározottsággal és következményekkel jár. Az életutak, a lakóhely, a családi viszonyok, a

képzettség, az anyagi-jövedelmi helyzet, az egészségi állapot, az aktivitás és önellátás mértéke, a rászorultság, a társas kapcsolatok, a betöltött szerepek szerint egyaránt számottevő eltérés lehet az idősök különböző csoportjai között. Igen nagy különbségek vannak az egészségszociológiai vizsgálatok és felmérések adatai szerint az idős emberek egészségét és életminőségét kifejező jellemzők között is. (Iván, 2002)

### ***1.5.1. Társadalmi és biológiai öregség***

Az időskor életévek szerinti meghatározása – ahogy azt korábban tárgyaltuk – viszonylag könnyen megalkotható, és pontosan definiálható csoportokat hoz létre, de kizárólag egyetlen dimenziót, a kort tekintve meghatározónak. Ezzel szemben számtalan kutatás és megannyi hétköznapi tapasztalat igazolja, hogy a 60-65 év feletti korosztály rendkívül heterogén, az egydimenziós csoportképzés során létrejött kohorszok tehát jóval több különbözőséget hordozhatnak és hordoznak, mint hasonlóságot. Éppen ezért szükség van arra, hogy az életkor, mint demográfiai jellemző mellett az idősödés folyamatának társadalmi jellegzetességeit is szemügyre vegyük. Az idősödés, az időskori szerepek értelmezése, jelentősége ugyanis kultúra-, társadalom- és személyiségfüggő.

A betöltött szerepek szempontjából az öregség két jellegzetes – általában egymást követő – szakaszról beszélhetünk:

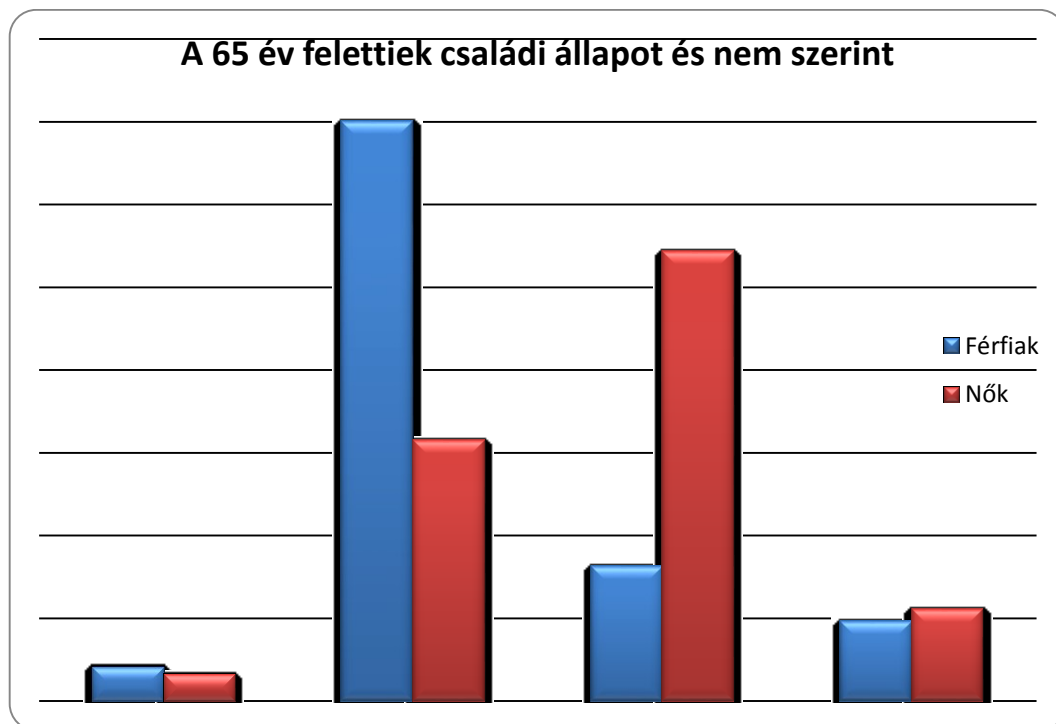
- A „társadalmi” öregség a gazdasági aktivitás megszűnése utáni időszak, amikor az egyén testi és szellemi erejének még teljesen vagy nagyrészt birtokában van. Fontos, hogy a jövedelemszerző tevékenység kiesését új feladatokkal pótolja, új célok megvalósításának érdekében mozgósítsa erejét. Ez az életciklus a jövőben – a nyugdíjrendszerek átalakításától függően – egyre hosszabb időtartamot jelent vagy jelenthet az emberek életében.
- A „biológiai” öregség kísérőjelensége a testi és szellemi hanyatlás, a tevékenységkorlátozottság egyre erőteljesebb megjelenése, a betegségek kialakulása, azok tartóssá és meghatározóvá válása. Ebben az életszakaszban sokak számára már az elfogadható életminőség, és nem az egészség megőrzése a cél.

### ***1.5.2. Család- és háztartásstruktúra***

Az időskorúak helyzetének megismerésében kiemelt figyelmet kell fordítani arra, hogy a korosodó emberek az életkor előre haladtával milyen összetételű háztartásokban élnek, mennyire számíthatnak családtagjaikra, hiányukban – egyedül élve – más személyek segítségére.

Magyarországon a 4100 ezer háztartás 42%-ában élnek idős emberek és minden negyedik háztartás csak időskorú személyekből áll. Az egyszemélyes, csak idős személyekből álló háztartások száma közelíti a 700 ezret és ezen belül közel 100 ezer az olyan háztartás, ahol 80 év feletti ember él egyedül, így segítség igénybevétele esetén ők nagy valószínűséggel háztartáson kívüli személyekre, hozzátartozókra, a szociális ellátó rendszerre és a civil szervezetekre szorulnak.

A 65 év feletti időskorosztály tagjainak 46%-a házas, 40%-uk özvegy, 10,5%-uk elvált, 3,5%-uk hajadon, nőtlen. A csoport egészét leíró adatok mögött markáns különbségek vannak a nők és a férfiak, valamint a szűkebb életkori csoportok között is. Amíg az idős férfiak 70%-a él házasságban és csak 10%-uk özvegy, addig a 65 év feletti nők 32%-a házas és 54%-uk özvegy. (1/4. ábra)



1/4. ábra: 65 év feletti aránya Magyarországon

Forrás: Saját szerkesztés, KSH, 2015

Az idősek társas kapcsolatairól fontos adat, hogy a személyes problémák kezelésében az ELEF 2009 kutatás<sup>1</sup> adatai szerint a megkérdezettek 90%-a számíthat legalább egy-két személy segítségére, ami kompenzálhatja az egyedül élés nehézségeit.

<sup>1</sup> ELEF 2009 – Európai Lakossági Egészségi állapot Felmérés

### ***1.5.3. Iskolai végzettség***

A 60 évesnél idősebb korosztály élete során elért legmagasabb iskolai végzettsége lényegesen alacsonyabb a mai közép- és fiatal korosztály végzettségéhez képest, és ez elsősorban a 75 év feletti népesség alacsonyabb iskolázottságának következménye. Az idős korosztály közel fele legfeljebb a mai 8 általánosnak megfelelő végzettségű, ezen belül arányuk a 65-74 évesek között 30%, a 75 évesnél idősebbek között pedig már 60%. Szakmunkás-bizonyítvánnyal minden ötödik idős ember rendelkezik, a „fiatalabb” idősök közül minden negyedik, az „idősebb” idősök közül minden nyolcadik. Az előzőekből következően a magasabb iskolai végzettség a 65-75 éves korosztályt jellemzi inkább, minden negyedik személy érettségizett és minden hetedik főiskolai vagy egyetemi diplomával rendelkezik. A legidősebbek között 15% az érettségizettek és 8% a felsőfokú végzettségűek aránya.

A nemek közti különbségek számottevőek a 65 év feletti korosztályban, különösen a legalacsonyabb és a legmagasabb iskolai végzettség tekintetében: legfeljebb nyolc osztályt végzett a férfiak 31%-a, a nők 54%-a, a szakmunkás-bizonyítvánnyal rendelkező férfiak aránya viszont kétszer akkora, mint a nőké (29% vs. 14%). Az érettségizett férfiak és nők aránya gyakorlatilag megegyezik, 22-23%, a felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők 12%-os arányán belül pedig a férfiak részesedése 18%, a nőké 9%. (KSH, 2015)

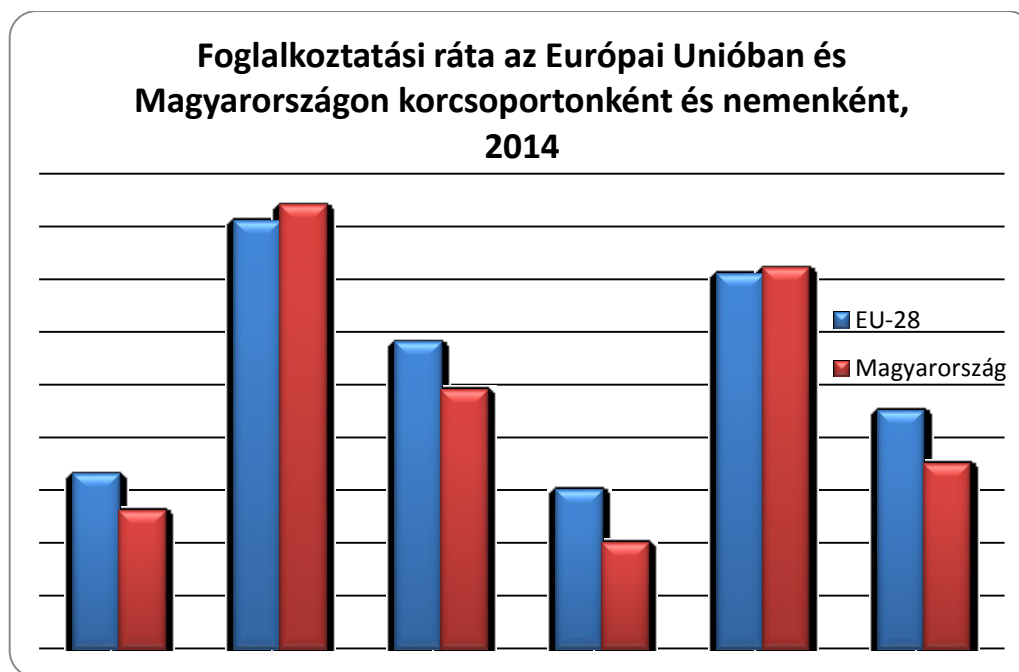
### ***1.5.4. Nyugdíjazás, gazdasági aktivitás***

Az idősödés folyamatban kiemelt jelentősége van a gazdasági aktivitás megszűnésének, mivel legtöbbször a nyugdíjba vonulást tekintik az öregség kezdetének, és gyakran ez kapcsolódik össze a passzivitás kezdetével, az egészségi állapot romlásának erősödésével.

Az idős emberek a korábbi évszázadokban teljesítőképességük csökkenésének függvényében fokozatosan szakadtak ki a jövedelmet biztosító munkából. Több évtizede a nyugdíjazás azonban inkább pillanatszerű esemény az ember életében, egy csapásra megszüntetve a jövedelemszerző munkavégzést, lecsökkentve a rendelkezésre álló havi jövedelmet, szűkítve a tevékenységi lehetőségeket és az emberi kapcsolatok körét, vagyis összességében hirtelen, rövid idő alatt bekövetkező, jelentős szerepváltozásokat eredményező eseménnyé válhat. E változás nem csak azért érdemel figyelmet, mert egyre többen érik meg a nyugdíjazást, hanem azért is, mert egyre hosszabb időtartamot töltenek el nyugdíjasként, és egyáltalán nem lényegtelen, hogy azt milyen életminőségben teszik.

Magyarországon az idősödő nemzedékek foglalkoztatási aránya európai összehasonlításban különösen alacsony. Az Európai Unióban az 55–64 éves férfiak átlagosan 60%-a volt

foglalkoztatott státusú, hazánkban ennek a fele. Az 55–64 éves nők foglalkoztatási rátája is 10 százalékponttal elmarad az uniós 45%-tól. 66 éves kor felett a népesség mindössze 3,5%-a foglalkoztatott, 96% már nyugdíjas. (KSH, 2015)



1/5. ábra Foglalkoztatási ráta az Európai Unióban és Magyarországon korcsoportonként és nemenként, 2014

Forrás: Saját szerkesztés, Statisztikai tükör 2015/69

Bár az idősök munkaerőpiacról való kiszorulása nyilvánvaló, azok számára, akik munkaerőpiaci jelenléte megmarad, a munkavállalás pozitív módon befolyásolja az idősebb korosztály aktivitását, hasznosság érzését, önbecsülését és ezen keresztül az életminőségét. Az elmúlt 10 évben – bár csak a legmagasabb iskolai végzettségűek körében jellemző, hogy minden ötödik személy alkalmazott vagy vállalkozó - de növekedett a gazdaságilag is aktívak aránya, mellyel ebben a dimenzióban a kényszerű társadalmi kiszorulás esélye csökkenhet, üteme lassulhat.

#### **1.5.5. Jövedelmi helyzet**

Az időskorúvá válással a jövedelmi, vagyoni helyzetben bekövetkező változásokat a közvélemény hajlamos azonosítani a szegénnyé válás irányába történő elmozdulással. Ennek az előfeltevésnek a helyességét számos kutatás cáfolta, sőt az eredmények azt mutatják, hogy csökkent azon nyugdíjasok aránya, akik a legszegényebb 20%-ba (kvintilisbe) tartoznak, jelenleg arányuk 11%. Ez nem azt jelenti, hogy a 60 éven felüliek jövedelmi helyzete



lényegesen javult volna a rendszerváltást követően, inkább arra utal, hogy helyzetük kevésbé romlott a társadalom többségéhez képest, vagyis a relatív jövedelmi helyzetükben következett be pozitív változás. Emellett a 60 év felettek 25%-a tartozik a két leggazdagabb jövedelmi kvintilisbe, ami lehetővé teszi fogyasztásuk átlag feletti színvonalát.

A 60-74 és a 75 év feletti szenior csoportok között markáns különbség van a szegénység területén: a legidősebbek közt ennek a csoportnak az aránya 42%. Az idősök közt azonban a szegények csoportjának magas arányát nem elsősorban a legidősebb korosztályhoz való tartozás indokolja, hanem sokkal inkább az egyszemélyes háztartásokban élő özvegyi nyugdíjasok, valamint a nyugdíjjal nem rendelkező, csak valamilyen nyugdíjszerű ellátásban részesülő idősebbek magas aránya magyarázza.

A másik póluson az átlagosnál kedvezőbb helyzetben vannak a párkapcsolatban élő, magas iskolai végzettségű idősök, akik a nyugdíj mellett alkalmazotti vagy vállalkozói munkajövedelmekkel, illetve tőkejövedelmekkel (pl. kamat, osztalék, lakás, nyaraló kiadásából származó bevétellel) rendelkeznek. Az ELEF 2009 adatai szerint a felsőfokú iskolai végzettségűek közel fele tartozik a két felső jövedelmi kvintilisbe és csak egynegyedük az alsó kettőbe, ami az ELEF teljes mintájához képest is kedvező eredmény.

A 60 év feletti korosztály jövedelmének körülbelül 80%-a állami transzferből – elsősorban saját jogon járó nyugdíjból – származik, mindössze 11% a munkából származó keresetek aránya. Még alacsony, de lassan növekvő a vállalkozói tevékenységekből, és tőkejövedelmekből származó bevételük, amely a jövedelmek összesen közel egytizedét teszik ki.

Az ELEF 2009 adatai azt jelzik, hogy a 60 év feletti korosztály szubjektív értékelése alapján 10% jónak, nagyon jónak tartja jövedelmi helyzetét, 60% megfelelőnek és 30% az elégedetlenek aránya. Ezt az eredményt lényegesen befolyásolja az iskolai végzettség. Így például a diplomások 30%-a elégedett jövedelmi viszonyaival, és csak 15% azok aránya, akik rossznak vagy nagyon rossznak ítélik azt.

## **1.6. Az aktív időskor megvalósításának lehetőségei**

### ***1.6.1. Munkaerőpiacon kívüli aktivitás***

Magyarországon is készültek kutatások abban a témakörben, hogy a nyugdíjas korra az emberek egy része előre készül, megtervezi életének ezt a periódusát, míg mások inkább hátrítják a gondolatot, távolinak tartják a rá való készülést, még akkor is, ha csak néhány év választja el őket a „visszavonulástól”. Vannak, akik félnek a nyugdíjas évektől, mert annak előzetesen csak hátrányait vélik felfedezni. Dobossy és munkatársai (2003) kutatásaiból

ismerjük, hogy elsősorban a diplomával rendelkezők között voltak nagyobb arányban azok, akik konkrét elképzelésekkel rendelkeztek nyugdíjas éveikre vonatkozóan, míg az alacsonyabb iskolai végzettségűek inkább csak bizonytalan elképzeléseket fogalmaztak meg életük további folytatásával kapcsolatban.

A legnépszerűbbnek nevezhető tervezett elfoglaltság az unokák gondozásában való gyakoribb részvétel, mivel a nyugdíjba vonulás előtt állók kétharmada szándékozik részt venni ebben a tevékenységben. (KSH 2015)

A nyugdíjasok mindennapjaiban a nők esetében a háztartási munka foglalja el a legtöbb idő, a férfiak körében a mezőgazdasági és kerti munka, állatok gondozása, valamint a ház körüli munkák, karbantartások. A nyugdíjas kor bekövetkeztével a gyermekek, jellemzően az unokák gondozásában a nyugdíjasok 50%-a kapcsolódik be, és átlagosan napi 2 órát tölt el vele.

A modern társadalmakban a generációk közötti szolidaritás legfőbb indikátora az önkéntes munkavégzés vállalása. Magyarországon az önkéntes munkavégzés legutóbbi, 2011. évi vizsgálata szerint a felnőtt (15–74 éves) lakosság 28, az idős (50–74 éves) népesség 32%-a végzett önkéntes munkát, azaz közvetlenül vagy szervezetten keresztül, önszántából, ingyen segített háztartásán kívül élő személynek vagy társadalmi csoportnak. Az önkéntesség öregedő korstruktúrát tükröz, leggyakrabban a 60–64 évesesek segítenek önkéntesen, körükben a legmagasabb az önkéntességi ráta (38%). Az önkéntes munkában való aktív részvételük azt is jelzi, hogy a nyugdíjba vonulást követően nem kívánnak a munka világában hirtelen passzívvá válni és a társadalomból kiszakadni, hanem e tevékenység révén továbbra is hasznosnak érzik magukat, szívesen segítenek másokon vagy szolgálnak valamilyen társadalmi ügyet.

### ***1.6.2. Szabadidős tevékenységek***

Magyarországon fő szabadidős tevékenységnek a tévénézés számít, ami az idősebb korosztályokra fokozottan jellemző, hiszen e tevékenységre naponta átlagosan közel másfélszer annyi időt fordítanak, mint a teljes népesség. 94%-uk tévénéző, míg a teljes népességnek csak 84%-a, és a tévénéző 60 év felettiiek több mint negyedével több időt töltenek a képernyő előtt, mint egy átlagos tévénéző.

A magyar idősök közül kevesen töltik utazással az idejüket. A többnapos belföldi utakon eltöltött időből csak 16%-kal részesedtek a 65 év felettiiek. 2014-ben az összes külföldi út mindössze 2,5%-a jutott a 65 év felettiekre. A 65 év feletti korosztály utazásainak kétharmada egnapos volt. A 65 éven felüliek 35%-a engedheti meg magának, hogy évente legalább egyszer nyaralni menjen. Kifejezetten egészségmegőrzés céljából mintegy 10%-uk utazik. (KSH, 2015)

Az Eurostat legutóbbi (2011. évi) adatai szerint hazánk azon uniós országok közé tartozik, ahol az idősebbek kevésbé szánják rá magukat hivatalos vagy egyéb oktatási formákba való bekapcsolódásra. Az 55–64 éves korosztály 22%-a vesz részt az EU által meghatározott szervezett tanulási tevékenységek valamelyikében, míg a svédeknél ez az arány 58, a norvégoknál 41, hollandoknál 38%, de az uniós átlag is 26%. A 65 éven felüliek tanulási kedve elenyésző arányú, inkább a nagyvárosi legalább érettségizett idősekre jellemző.

Az idősek nehezen barátkoznak meg a számítógép-használattal. Az 55–64 éves korosztály 41, a 65–74 éves korosztály 71%-a még soha nem használt számítógépet és internetes kapcsolatot. A számítógépet használóknak viszont több mint kétharmada napi rendszerességgel leül a gép elé. (KSH, 2013)

### ***1.6.3. Közérzet, kohézió***

Az egész társadalom számára fontos cél, hogy az időskorúak ne veszítsék el önállóságukat, ne szigetelődjenek el, hanem továbbra is a szűkebb vagy tágabb közösség hasznos tagjának érezzék magukat. A minden korosztály számára kedvező társadalom kialakításának alapköve a generációk közötti kapcsolattartás erősítése, ezzel párhuzamosan a generációs feszültségek enyhítése. A generációk közötti társadalmi egymásra utaltság létezéséről és mértékéről olyan szubjektív mutatók, mint a feleslegesség érzésének, az idősebb generáció munkájának megbecsültsége vagy a jövőbe vetett bizalom indikátora alapján szerezhethetünk információt. Kutatási eredmények szerint a 60 évesnél idősebbeknek közel fele úgy érzi, hogy az emberek törődnek azzal, hogy mi történik a másik emberrel, és kétharmaduk bízik a jövőben. A generációs különbségek áthidalásához, az egymás elfogadásához és a minden korosztály számára kedvező társadalmi viszonyok kialakulásához jelentős mértékben hozzájárulhat az, ha a mostani fiatal és középgeneráció tagjai bíznak abban, hogy majd idős emberként is szükség lesz rájuk. (KSH 2015)

## **1.7. Összefoglalás**

E tanulmányban bemutatásra került, hogy az idősek számbeli és aránybeli növekedése a népességben belül – a szükségszerűen megjelenő problémák mellett – új jelenségekkel is társul. Az idős népesség nem alkot homogén csoportot egyetlen társadalmon, kultúrán belül sem. Éppen ezért az idősek megközelítése nem lehet egységes, mivel jelen helyzetük és jövőképük is jelentősen eltérő. Az idősek szemlélete, életfelfogása, a teljes élet megélése iránti igényük megőrzése más gondolkodási módokat és stratégiákat kíván meg a társadalom nem idős

tagjaitól, illetve az idősekkel foglalkozó intézményektől is. Az autonómia, a partnerség, a tisztelet és a minőségi szolgáltatások iránti igény egyre hangsúlyosabbá válik e növekvő demográfiai csoportban, előbb-utóbb kikényszerítve a társadalom magatartásváltozását az idősödőkkel szemben.

Fontos, hogy az életkor meghosszabbodásából adódó következmények ne problémaként definiálódjanak, hanem kihívásként. Társadalmi, közösségi és egyéni feladat- és felelősségvállalás eredménye lehet, hogy az életkor előrehaladása ne a veszteségek halmozódását jelentse, hanem esélyeket az alkalmazkodásra, változásra, esélyeket új élmény- és örömforrások megtalálására.

## 1.8. Felhasznált irodalom

1. Barak B. and Schiffman LG: Cognitive age: a nonchronological age variable. *Advances in Consumer Research*. 1981, 8: 602-606.
2. Daróczi E. és Spéder Zs: *A korfa tetején*. KSH Népeségtudományi Kutató Intézet. Kutatási jelentések 64. 2000.
3. Dobossy I, S. Molnár E, Virágh E: *Életünk fordulópontjai. Öregedés és társadalmi környezet*. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet Műhelytanulmányok 3. 2003.
4. ELEF 2009, KSH, Budapest, <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/elef> Letöltés: 2015. szeptember 10.
5. Ezüstkor – Időskorúak Magyarországon, 2014 (2015) KSH
6. Farkas Gabriella, Gyarmati Andrea, Molnár Szilárd: Az idősödő társadalom gazdasági és társadalmi kihívásai Magyarországon [http://epa.oszk.hu/01900/01963/00031/pdf/infotars\\_2009\\_09\\_04\\_007-031.pdf](http://epa.oszk.hu/01900/01963/00031/pdf/infotars_2009_09_04_007-031.pdf) Letöltés: 2015. szeptember 24.
7. Füzesi Zs, Töröcsik M, Lampek K: Az idős kor egészségszociológiája: tények és trendek *In: Kállai János, Kaszás Beáta, Tiringner István (szerk.) Az idős korúak egészségpszichológiája*. 435 p. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt., 2013. pp. 63-82.
8. Idősügyi Nemzeti Stratégia 2009 2015. szeptember 9. <http://www.parlament.hu/irom38/10500/10500.pdf> Letöltés: 2015. szeptember 9.
9. Iván L: Az öregedés élettani és társadalmi jelenségei. Az öregedés aktuális kérdései. *Magyar Tudomány*. 2002, 4:412-418
10. Lampek K: Az idős kor szociológiai kérdései. In Székely M és Hazafi K. (szerk.): *Gerontológia jegyzet*. PTE OEKK ETK 2007, 22-39.
11. OECD (1998): Maintaining prosperity in an aging society <http://www.oecd.org/els/public-pensions/2429430.pdf> Letöltés: 2015. szeptember 8.
12. OECD Statistics: <http://stats.oecd.org>
13. Október elseje az idősök világnapja 2012 – a tevékeny idősödés és a nemzedékek közötti szolidaritás európai éve STATISZTIKAI TÜKÖR VII. évfolyam 77. szám. 2013 október 1. [http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/idosek\\_vilagnap\\_13.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/idosek_vilagnap_13.pdf) Letöltés: 2015. október 04.
14. Rose, M.A. (1962): The subculture of the aging: A topic for sociological research. The
15. Szépkorúak és vénék – október elseje, az idősök világnapja STATISZTIKAI TÜKÖR 2014/103

[https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/idosek\\_vilagnapja\\_14.pdf](https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/idosek_vilagnapja_14.pdf)

Letöltés: 2015. október 08

16. Törőcsik M: Paradigmaváltás az egészségügyben – egészségpiaci szemlélet a betegségpiacban való gondolkodás helyett. *Lege Artis Medicinae*. 2008,17: 632–635.
17. United Nations (2002): International plan of action on ageing. [http://www.un.org/esa/socdev/ageing/madrid\\_declaration02.html](http://www.un.org/esa/socdev/ageing/madrid_declaration02.html) Letöltés: 2015. szeptember 8.
18. Vén Európa – október elseje, az idősek világnapja STATISZTIKAI TÜKÖR 2015/69 <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/veneuropa.pdf> Letöltés: 2015. október 10.
19. Walker, A. (2002): An active ageing strategy. *International Social Security Review*, vol.55. 1/2002
20. Ware JE: The Assessment of Health Status. In Aiken LH, Mechanic D. (ed.): *Applications of Social Science to Clinical Medicine and Health Policy*. New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press, 1986.
21. World Population Ageing (2013): United Nations. New York, 2013. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf> Letöltés: 2015. október 4.
22. WHO (2002): Active ageing: A policy framework. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf) Letöltés: 2015. október 01.

## **2. IDŐSEK ÉLETMINŐSÉGE ÉS EGÉSZSÉGMAGATARTÁSA (PROF. DR. FÜZESI ZSUZSANNA, BOROS JULIANNA)**

### **2.1. Bevezetés**

Az időskor nem jelenti az életminőség és az egészség egyértelmű és drasztikus romlását, sőt a szubjektív jóllét, a megélt életminőség javulásával, kiteljesedésével is járhat. Az időseket homogén csoportnak tekinteni akár demográfiailag, akár társadalmi-gazdasági jellemzőik vagy egészségi állapotuk szerint, súlyos hiba. A velük szembeni negatív sztereotípiák, az előítéletek, valamint az a szemlélet, hogy ők elsősorban terhet és megoldandó problémát jelentenek a társadalom aktív csoportjainak, nehezítik a tisztánlátást, sok esetben hibás döntések meghozatalához vezetnek a döntéshozókat és a velük napi kapcsolatban álló intézményeket, közösségeket. (Füzesi, Törőcsik, Lampek, 2013)

Az idősek egy része ma már kifejezetten a szubjektív jóllét megélésére helyezi a hangsúlyt, ahol egyrészt a hedonikus érzelmek (élettel való elégedettség, pozitív érzések dominanciája mellett a negatív érzések csökkentése), másrészt az eudaimonikus boldogság (önkiteljesítés, önaktualizáció, életcélok újrafogalmazása, az élet értelmessége élményének megélése), harmadrészt pedig a társas boldogság (integráció, társas kapcsolatok minősége, társas támogatás) dominálnak.

Sajnálatos, hogy a fentiek ma még nem jellemzőek a hazai idősek többségére. Nem csupán azért, mert egy részük súlyos egzisztenciális és egészségi gondokkal küzd, hanem azért is, mert a társadalom, benne az idősek saját szemlélete is az időskort, mint valami szükséges rosszat vagy büntetést éli meg az élet utolsó – gyakran relatíve hosszú – időszakában. A társadalom (köztük az idősek) felelőssége a társadalmi normák, a kultúra formálásán keresztül, ebben a szemléletváltásban nem kérdőjelezhető meg.

**Kulcsszavak:** életminőség, egészséggel összefüggő életminőség, idősek egészségmagatartása, egészségműveltség, szubjektív jóllét

### **2.2. Az életminőség fogalma**

A fejlődés paradoxonaként ismert az a jelenség, hogy miközben a fejlett országokban a népesség életfeltételei egyre kedvezőbbekké válnak, az emberek egyre boldogtalanabbak. Világossá vált, hogy a fejlődés célja nem lehet a mindenáron való gazdasági növekedés, sokkal inkább az emberek jóllétének, életminőségének javítására fontos fókuszálni. Az életminőségnek nincs – konszenzusos alapon – elfogadott definíciója. Hétköznapi értelemben az életminőség lényegében a boldogsággal azonos, melyet pedig az élettel való elégedettséggel



szokás azonosítani. Nordenfelt (1993) szerint az életminőség szubjektíven definiált. Ha egy ember vágyai, élettervei hosszú távon megvalósulnak, akkor életminősége magas szintűnek tekinthető, függetlenül annak külső megítélésétől – idézi Kovács J. (2006).

Az életminőség alapvetően szociológiai fogalom, mely a társadalmi-gazdasági körülmények megfelelőségére, és az ezzel kapcsolatban megélt érzésekre, azaz a percepcióra vonatkozik.

E tanulmányban a szerzők az egészséggel kapcsolatos életminőségre fókuszálnak akkor is, ha tisztában vannak az életfeltételek életminőséget jelentősen befolyásoló hatásaival.

### ***2.2.1. Egészséggel összefüggő életminőség***

Az egészségi állapottal összefüggő általános életminőség sajátosságait a szakirodalom az alábbiakban definiálja Testa és Simonson (1996) meghatározása alapján: „Az életminőség, és specifikusan az egészséggel kapcsolatos életminőség fogalma az egészség testi, pszichológiai és szociális doménjeit foglalja magába annak figyelembe vételével, hogy ezek elkülönülő, a páciens tapasztalatai, hiedelmei, elvárásai és percepciója által alapvetően befolyásolt területek.” – idézi Novák, Stauder, Mucsi (2006). Az egészséggel kapcsolatos életminőség arra reflektál, vajon az egyén – egy számára ideálisnak vagy lehetségesnek tartott állapothoz képest – hogyan értékeli a jelenlegi tevékenységét, életvezetését, mennyire képes ezekre, és mennyi örömet talál bennük.

A kérdés úgy is felvetődik, hogy vajon a jobb egészségállapot, hosszabb élettartam képes-e jobb életminőséget is biztosítani? Másként fogalmazva: az egyén vagy a kliens (beteg) egészségvédő magatartása, illetve a számára nyújtott egészségügyi szolgáltatás szubjektíve is észlelhető haszonnal jár-e? E tárgykörben olyan dilemmák fogalmazódnak meg, hogy van-e értelme minden esetben a modern orvosi technológia életmentő vagy életmehosszabbító alkalmazásának, ha az nem jár a beteg szubjektív életminőség javulásával. Ez jelentős paradigmaváltással járt az orvoslásban, pontosabban az orvos-beteg kapcsolatban. E kapcsolat paternalisztikus modelljeit korlátozta, és a betegek autonómiáját a saját betegségük gyógyításával kapcsolatban jelentősen növelte.

### ***2.2.2. Időskor és életminőség – hazai kutatások***

A hazai kutatások azt mutatják, hogy az idősek számára az egészséggel összefüggő életminőség legfontosabb elemei a következők: az egészség megléte (és a betegség, a fájdalom hiánya), a családhoz tartozás (szemben a magányossággal), mások segítése (és segítség kapása másoktól), a szeretet, az emberi kapcsolatok minősége, beszélgetés másokkal, valamint a belső és külső

békesség megléte. (Tróznai és Kulmann, 2003)

A Hungarostudy 2002-es országos reprezentatív vizsgálata alapján a 65 évesnél idősebbek minden életminőség mutatóban lényegesen rosszabb állapotban vannak, mint a 65 év alattiak. (Kovács, Jeszenszky 2006) Az idős férfiak több mint 5%-a, a nők mintegy 10%-a a jóllét teljes hiányáról számol be. A három legfontosabbnak ítélt, a rosszabb általános jóllétet előrejelző tényező az idősök esetében a vitális kimerültség, a rossznak ítélt általános egészségi állapot, és a munkaképesség-csökkenés. Védő tényezőnek minősül körükben a problémacentrikus megküzdés, az életcélok és a társas támogatás megléte. Rizikófaktornak bizonyulnak viszont a depressziós és szorongásos tünetek, a diszfunkcionális attitűdök, a női nemhez való tartozás, a fájdalomtünetek és a negatív életesemények.

### **2.3. Az egészségmagatartás fogalma**

Egészségünk alakításáért nagy részben mi magunk vagyunk felelősek, hiszen egészségmagatartásunk, káros vagy éppen hasznos életmódbeli szokásaink számos betegség kialakulásához vagy megelőzéséhez hozzájárulhatnak.

Az egészségmagatartás Gochman értelmezése szerint (Gochman, 1997) mindazon magatartási mintákat, cselekvéseket és szokásokat magában foglalja, amelyek hozzájárulnak az egészség fenntartásához, az egészség helyreállításához vagy javításához.

Kasl és Cobb (1966, idézi Glanz, 2002) az egészségmagatartás három típusát különíti el: a preventív magatartást, a betegség-magatartást, és a beteg-szerep magatartást. A preventív egészségmagatartás magába foglal minden olyan tevékenységet, amelynek a célja, hogy az önmagát egészségesnek tartó egyén megelőzze a betegségeket, egészségproblémákat (például bukósisak viselése kerékpározás közben). A betegség-magatartás ezzel szemben az önmagukat betegnek érző egyének olyan tevékenységeit foglalja magában, amelynek célja a betegség pontos meghatározása, a gyógy mód keresése. A beteg-szerep magatartás szintén a betegekhez kötődik, de célja a betegségből való felépülés – ide tartozik például a különböző kezeléseken való részvétel.

Az egészségmagatartást értelmezhetjük úgy, mint egészséggel kapcsolatos, illetve mint egészségre irányuló magatartást (Glanz, 2002). Az előbbi általában nem tudatosan az egészségre irányul, de nem szándékolt következményként az egészségi állapotra is hatással van, az utóbbi pedig minden esetben célzottan az egészség fenntartását vagy javítását hivatott elősegíteni – ha például valaki csak azért gyalogol naponta fél órát a munkahelyére, mert nincs autója, a testmozgás akkor is ugyanolyan jótékonyan hathat az egészségére, mintha azért

gyalogolna, mert az általa áttanulmányozott orvosi szakirodalom szerint ezzel csökkentheti számos betegség kialakulásának valószínűségét.

Az egészségmagatartásnak számos megnyilvánulási formája lehet, mint az öngondoskodás (például recept nélkül kapható gyógyszerek használata), az egészségügyi ellátórendszer használata, a táplálkozási szokások, a szexuális magatartás, a függőséget okozó szerek használata (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás), vagy éppen a kockázatkereső magatartás (például extrém sportok űzése, vagy ittas vezetés).

Az egészségmagatartás természetesen időben változó lehet, a változás azonban többnyire folyamatjellegű, és nem egy egyszeri, hirtelen eseményt jelent – bár van rá példa, hogy valaki egyik napról a másikra abbahagyja a dohányzást, azért sokkal gyakoribb, hogy apróbb lépésenként zajlik a változás (például diéta) bevezetése. Kérdés az is, hogy a megváltozott magatartási mód mennyire tartós, vagy mennyire várható visszaesés. Ez utóbbit a racionális döntéselmélet alapján nagyban befolyásolja a cselekvés nettó hasznának értékelése, azaz annak figyelembevétele, hogy az erőfeszítéseket mennyire ellensúlyozza a várható hozam.

Az egészségmagatartással kapcsolatban számos elméletet és modellt kidolgoztak. Ilyen elmélet például az egészség-hit elmélet, a szociális tanulás elmélete, a szociális kognitív elmélet, az ésszerű cselekvés elmélete, a tervezett magatartás elmélete, a társas támogatottság és a társas hálózat elmélete, a közösségi szerveződés elmélete, a szociális marketing elmélete, a stressz és megbirkózás elmélete, az orvos-beteg interakció elmélete vagy az ökológiai modellek (Glanz, 2008)

Az egészségmagatartás nemcsak egyéni, de társadalmi szinten is értelmezhető – a következő fejezetben a rendelkezésre álló adatforrások alapján az egyéni egészségmagatartás jellemzőit mutatjuk be a felnőtt magyar lakosság körében.

### ***2.3.1. Az idősek egészségmagatartása – hazai kutatások***

Az egészségmagatartással kapcsolatos tényezők előfordulási gyakoriságaira vonatkozóan nem állnak rendelkezésre intézményi, adminisztratív adatok, így azok elérésére legmegfelelőbb eszköz a kérdőíves lakossági egészségfelmérések végzése. Magyarországon az ezredforduló óta több alkalommal szerveztek reprezentatív, a nemzetközi ajánlásokat is figyelembe vevő felméréseket (például 2000-ben és 2003-ban az Országos lakossági egészségfelmérést – OLEF). Az európai összehasonlítást is lehetővé tévő harmonizált kutatásra, az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) végrehajtására 2014-ben második alkalommal került sor

(2009-ben zajlott az első felmérés)<sup>2</sup>. Az ELEF2014 célpopulációja a 15 éves és idősebb, nem intézményben élő magyar lakosság volt.<sup>3</sup> A felmérés négy főbb témakörre épült, ezek közül három kapcsolódott az egészséghez (egészségi állapot, egészségmagatartás, egészségügyi ellátás igénybevétele), a negyedik pedig a társadalmi-gazdasági háttértényezőket tartalmazta. Az egészségmagatartás témaköréből az egészségtudatosság, illetve az életmódhoz kapcsolódó tényezők kerültek be a felmérés kérdőívébe.

Az **egészségtudatosság**, azaz annak belátása, hogy saját magunk sokat vagy keveset tehetünk a saját egészségünkért, fontos mutatója az életszemléletnek – ugyan nem feltétlenül jelent ténylegesen aktív tenni akarást az egészségért, de kiindulópontként mindenképpen érdemes figyelembe venni.

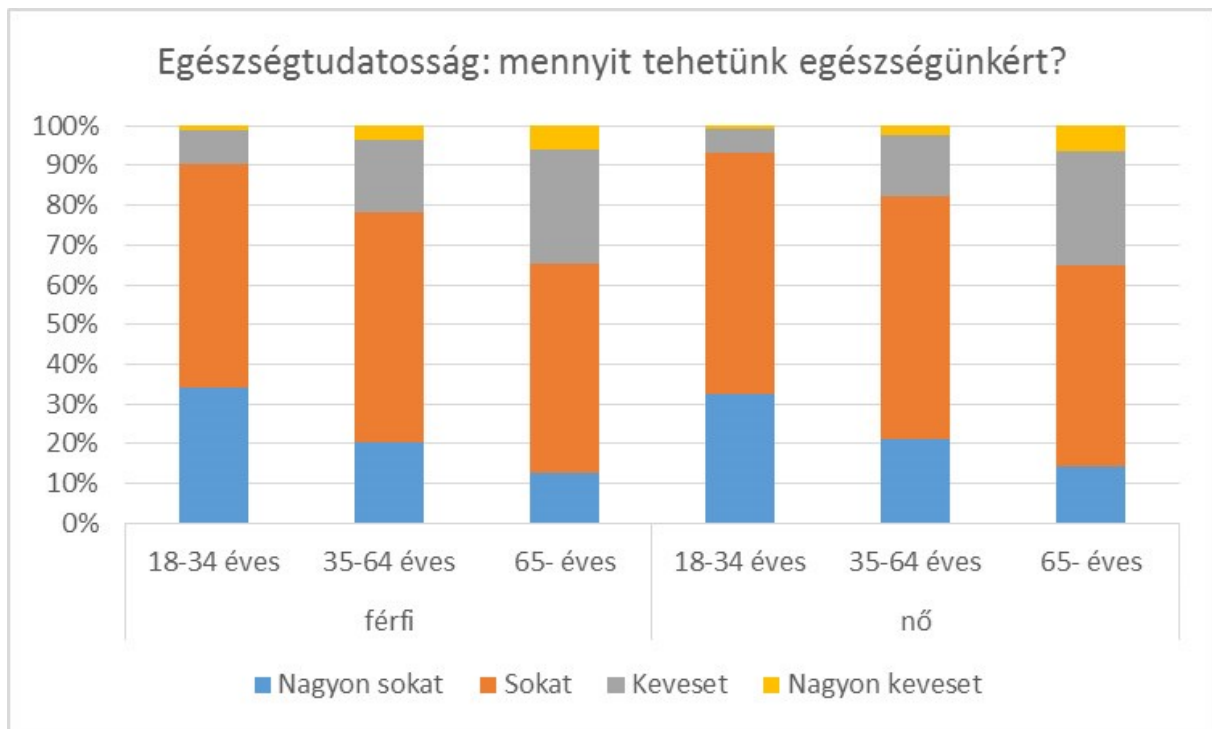
Az ELEF2014 eredményei szerint<sup>4</sup> ötből négy ember úgy gondolja, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet az egészségéért. Ezen belül jelentős a legoptimistábbak aránya is: a felnőttek csaknem negyede véli úgy, hogy nagyon sokat tehet egészségéért. Természetesen életkori csoportonként jelentősek a különbségek e téren. Míg a 18-34 évesek szinte kivétel nélkül az egészségtudatosak táborába tartoznak (a férfiak 90, a nők 93%-a), a 65 éven felülieknek már csak kicsit kevesebb, mint kétharmada. Csak minden hetedik idős nő és minden nyolcadik idős férfi véli azt, hogy *nagyon sokat* tehet az egészségéért, szemben a fiatalok harmadával, mint azt az 2/1. ábra is mutatja.

---

<sup>2</sup> Az Európai Bizottság 2008-as jogszabálya (Az Európai Parlament és a Tanács 1338/2008/EK rendelete (2008. december 16.) a népegészségre és a munkahelyi egészségre és biztonságra vonatkozó közösségi statisztikáról.) kötelező jelleggel írja elő az uniós tagállamok számára az ötévenkénti adatfelvételt.

<sup>3</sup> A személyes felkereséssel végzett felmérésre 2014. szeptember 15. és december 15. között került sor az ország 532 településén. A mintába került 9431 lakos 62%-a vállalkozott a felmérésben való részvételre, összesen 5826 interjú készült.

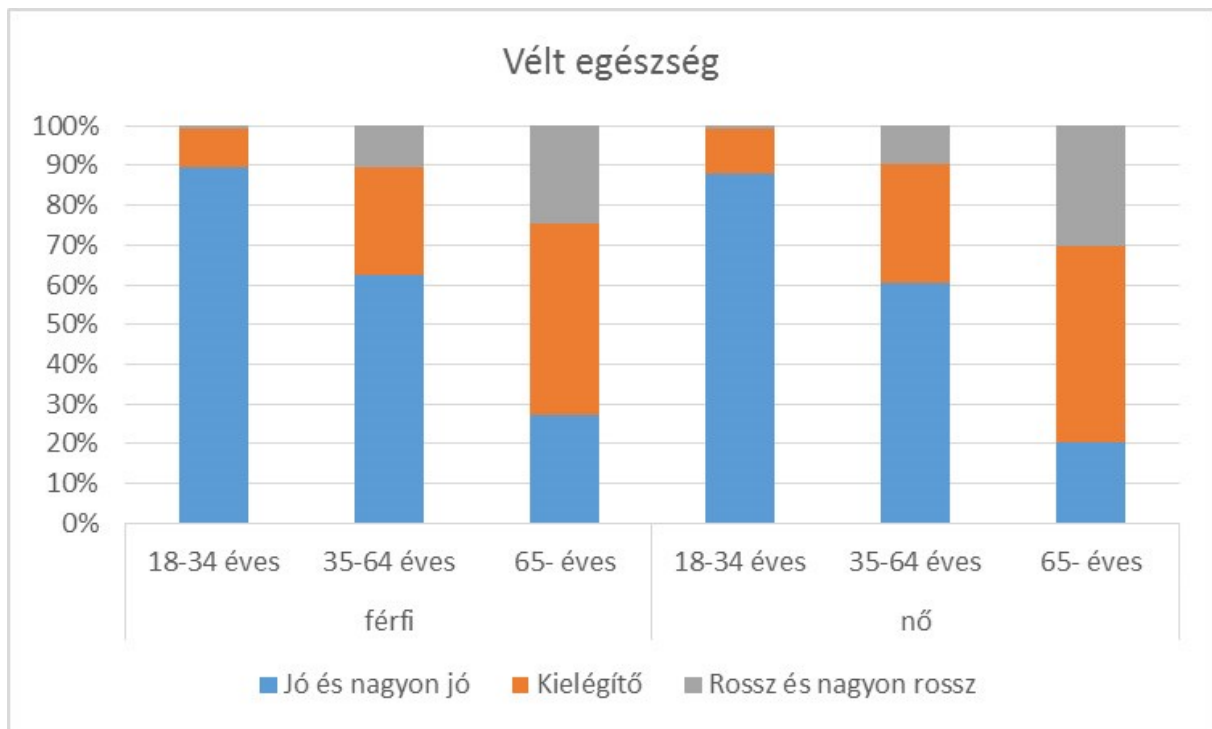
<sup>4</sup> A tanulmányban megjelenő eredmények *előzetes adatoknak* tekintendők.



2/1. ábra Egészségtudatosság a felnőtt lakosság körében nemenként és korcsoportonként, ELEF2014

Ugyanakkor figyelemre méltó, hogy a 2009-es felmérés eredményeihez képest javulás figyelhető meg minden korosztály esetében; összességében azok aránya, kik sokat/nagyon sokat tehetnek egészségükért a saját véleményük szerint, 75,6%-ról 80,5%-ra növekedett a teljes felnőtt népességben belül.

Annak megítélését, hogy mennyit tehetünk egészségünkért, nagymértékben befolyásolja az egészségi állapotunk is. A vélt (vagy más néven szubjektív) egészség, amely egy ötfokú skálán történő önbesorolás, szakirodalmi ajánlások szerint megfelelő indikátor populációs szinten az egészségi állapot jellemzésére. Természetesen itt is jelentős életkori különbségek figyelhetők meg, ugyanakkor a két nem közötti eltérés fokozottabb, mint az egészségtudatosság esetében. Az ELEF2014 szerint az idős férfiak 27%-a, az idős nők 20%-a tartja jónak vagy nagyon jónak a saját egészségét, míg a kimondottan rossz egészségi állapottal küzdők aránya a férfiaknál 25, a nőknél 30% (2/2. ábra).

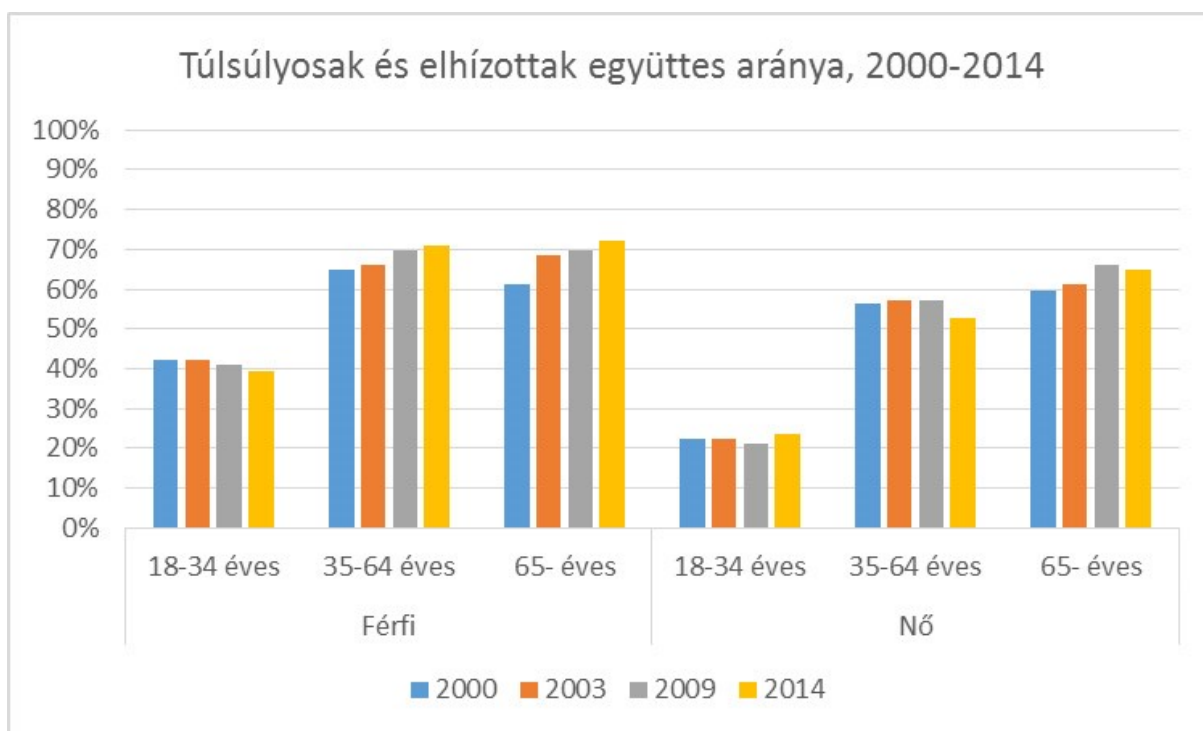


2/2. ábra Vélt egészség nemenként és korcsoportonként, ELEF2014

A **testsúlyproblémákat** ugyan sokan hajlamosak örökletes tényezőkkel, „erős csontozattal” magyarázni, valójában az elhízás igen erősen függ az életmódtól, elsősorban a táplálkozástól és a testmozgástól. Sajnos Magyarországon a kívánatosnál nagyobb testsúly nem egyedi probléma, hiszen az adatok tanúsága szerint a felnőtt nők csaknem felét, a férfiaknak pedig 60%-át érinti, ez pedig azt jelenti, hogy Európa legelhízottabb nemzetei közé tartozunk. Az egészségproblémák zöméhez hasonlóan a túlsúly is kevésbé a fiatalokra jellemző, inkább a középkorúak és főleg az idősek azok, akiknek a mérleg szerint szükségük lenne fogyókúrára: míg a 15-17 éveseknél a túlzott soványság nagyobb gond (a fiatal lányok 22,5%-át érinti), mint a túlsúly (11,8%), addig az időseknél a nők kétharmada, a férfiaknak pedig 72%-a túlsúlyos vagy elhízott, a túlzottan soványak aránya pedig elenyésző.

A 2000-ben illetve 2003-ban végzett Országos lakossági egészségfelmérés, illetve a 2009-es ELEF adataival összevetve kitűnik, hogy az elmúlt másfél évtizedben a helyzet inkább romlott, bár már a kiinduló állapot sem volt különösebben reményteljes (2/3. ábra). A férfiak körében kimondottan erőteljes növekedés figyelhető meg mind a középkorúak, mind az idősek esetében, a nőknél viszont enyhe csökkenés látható a középkorúaknál – ez utóbbi változást azonban érdemes óvatosan kezelni, hiszen az adatok az önbevallott értékeken alapulnak, ugyanakkor a 2009-es ELEF-hez kapcsolódó, annak egy almintáján kivitelezett, eszközös méréseket is alkalmazó Országos Táplálkozási és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP) kimutatta, hogy a

nők esetében erősebb a torzítás a vélt és a mért testtömeg között.



2/3. ábra Túlsúlyosak és elhízottak együttes aránya nemeként és életkoronként, OLEF2000, OLEF2003, ELEF2009, ELEF2014 adatai alapján

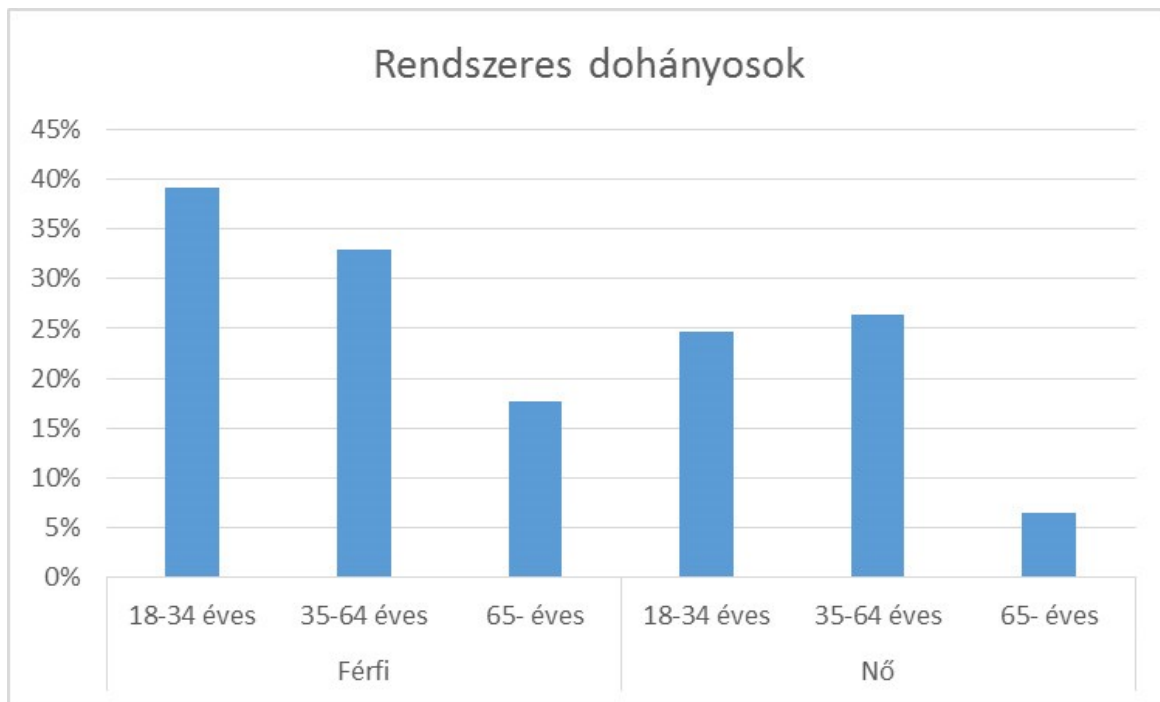
A testsúly alakulását nagymértékben befolyásolják a **táplálkozási szokások**. Az ELEF2014 adatai azt mutatják, hogy az idősek minden más korcsoportnál megfigyelhető képest több zöldséget és gyümölcsöt esznek, és körükben a legalacsonyabb az előrecsomagolt élelmiszerek, a sós rágcárnivalók, a cukros üdítőitalok és az energiatalok fogyasztása, de az egészséges élelmiszerek közül a teljes kiőrlésű pékáruk illetve a hal már nem olyan gyakran színesítik az étrendet, mint a fiataloknál és a középkorúaknál. Az is figyelemre méltó, hogy míg a 18-34 évesek közül csak minden nyolcadik ember követ valamilyen diétát, az időseknél már minden negyedik – a többségük betegség (14,8%) vagy testsúlyproblémák (5,7%) miatt.

Az **alkoholfogyasztás** hatása az egészségre kettős: számos vizsgálat bizonyította, hogy a mértékletes szeszesital-fogyasztás kedvező hatást gyakorol, csökkenti a szív-érrendszeri betegségek előfordulását, ugyanakkor a nagyívás súlyos megbetegedésekhez vezethet. Az ELEF során nyert adatok konzervatív becslésnek tekinthetők a nagyivók arányának becslésekor, hiszen ez egy érzékeny témának számít, senki nem vallja be szívesen (még egy anonim kérdőívben sem), hogy alkoholproblémákkal küzd. Összességében a felnőtt magyar lakosság 5,4%-a iszik több alkoholos italt a kellénél, a saját bevallása szerint – 2009-ben még csak 4,6% volt ez az arány. Nőtt a mértékletes alkoholfogyasztók aránya is (15-ről 18%-ra),

míg az absztinensek száma csökkenni kezdett: 37-ről 30%-ra. A nemi és életkori különbségek jelentősek: az adatok azt bizonyítják, hogy a mértéktelen alkoholfogyasztás inkább férfi sajátosság, ugyanakkor az idősek körében a legmagasabb a nagyivók, egyszersmind az alkoholt egyáltalán nem fogyasztók aránya is. Az eseti nagyivás (egy alkalommal legalább 6 ital fogyasztása) a 65 éves és idősebb férfiak 14%-ával előfordul legalább havonta egyszer (3%-kal minden nap), míg az idős nőknél elenyésző azoknak az aránya, akik időnként felöntenek a garatra. Összehasonlításképpen: a 18-34 éves férfiak közül minden ötödik, a hasonló korú nők közül minden tizenharmadik iszik alkalmanként mértéktelenül.

Az ELEF2014-ben érintett életmódbeli tényezők közül a **dohányzás** az, aminek egyértelműen csak az egészségkárosító hatását lehet kiemelni. A felnőtt magyar férfiak 31,6%-a, a nők 20,8% napi rendszerességgel rágyújt, s ezzel az aránnyal Európa legtöbbet füstölő állampolgárai közé tartozunk. A jelenleg dohányzók mellett igen jelentős a leszokottak aránya is, így a lakosság alig több mint fele mondhatja el magáról azt, hogy soha nem dohányzott (a férfiak 44,5, a nők 62,4%-a). A férfiak-nők, illetve a generációk közötti különbség nem elhanyagolható: míg például a fiatal, 18-34 éves férfiak 39,1%-a cigarettázik napi rendszerességgel, a 65 éves és idősebb nőknek mindössze 6,6%-a (2/4. ábra). Annak, hogy miért dohányoznak ilyen alacsony arányban az idősebbek, természetesen több oka is lehet, s egy keresztmetszeti vizsgálatból ezek az okok nem deríthetők ki egyértelműen. Valószínűleg a kohorsz-hatás erős szerepet játszik benne, azaz hogy a mostani idősek egészen másként szocializálódtak, más kulturális hatások érték őket – fiatalkorukban a dohányzás kimondottan férfiszokásnak számított. Fontos ugyanakkor azt is megemlíteni, hogy a mostani idősek egykori kortársai közül azok, akik egészségtelen életmódot folytattak, sokan már, a követett életmódtól nem függetlenül, vélhetően a korai halálozás áldozatai lettek, így a most megkérdezettek (a „túlélők”) már alacsonyabb arányban tartoznak a dohányosok közé.





2/4. ábra Naponta dohányzók aránya, nemeként és korcsoportonként, ELEF2014

### **2.3.2. Az egészséghez, egészségmagatartáshoz való viszony időskorban**

Ahhoz, hogy az időskorúaknál felkeltsük az igényt, illetve megőrizzük a már korábbi jó gyakorlatukat az egészség megőrzésében, a pozitív egészségmagatartás fejlesztésében szükséges megtalálni a megfelelő, személyre vagy közösségre szabott motivációs technikákat, illetve intervenciós módszereket. Az idősek céljai – hangsúlyozza Kerekes (2013) – gyakran az egészségi állapothoz, annak megőrzéséhez, vagy az erre vonatkozó veszteségek elkerüléséhez vezetnek.

Azon idősek számára, akik önmagukat a betegségekre való hajlam, a rizikótényezők szempontjából esendőnek ítélik meg, a stratégiai terv kialakítása az „elkerülés” hangsúlyozására épül. A feladatmeghatározást esetükben az egészség elvesztésének megelőzése, az ennek érdekében való viselkedést pedig valami kialakulásának (például a túlsúly vagy a mentális leépülés) elkerülése motiválhatja. A motiváció, a tudás, a tapasztalat, az észlelt lehetőségek, a társadalmi normák, a személyes célkitűzések és a környezeti lehetőségek számos döntési pontot jelölnek ki ebben a folyamatban számukra. Így például jelentős részük tudja, hogy a fizikai aktivitás idősebb korban is hatékony mind a túlsúly elkerülésében, mind a kognitív funkciók megőrzésében. Szívesen mozognának közösségben, ám megfontolják, hogy kitegyék-e magukat az adott szociális közeg vélt vagy valós sztereotip megítélésének. A mérlegeléshez és a végső döntéshozatalához kaphatnak segítséget szakemberektől és a

közösségtől is.

A idősek másik csoportja az egészségére vonatkozó sérülékenységet ugyan alacsonynak ítéli, ám ők is bevonhatóak az egészségfejlesztő programokba, megfelelő motiváció megtalálásával. Esetükben az előnyre épített feladatmeghatározás a hatékonyabb – akkor is, ha az előbbi csoportnál felmerült szempontok itt is érvényesek. Ebben az esetben az áll a középpontban, hogy például a mozgékonyág megőrzéséhez melyik a leghatékonyabb megoldás.

A kétféle gondolatmenet, motiváció eltérő preventív stratégiákat, intervenciós folyamat megoldásokat tesz szükségessé, de nem jár megoldhatatlan feladattal.

## **2.4. Egészségműveltség**

Az egészségműveltség fejlesztése minden életkorban, így az idősek körében is alapvetően fontos a megfelelő életminőséghez, az étellel való elégedettséghez és a boldogsághoz. Taller és munkatársai szerint: „Az egészségműveltség a megalapozott egészséggel kapcsolatos döntések meghozatali képessége a mindennapi életben, otthon, a helyi társadalomban, a munkahelyen, az egészségügyi intézményrendszerben, a piacon és a közpolitikában. Segítségével az emberek kezükben tarthatják egészségük alakítását, az ehhez szükséges információk megszerzését, így felelősen alakíthatják életük, és emberi-társadalmi környezetük minőségének e meghatározó elemét.” (Taller, Makara, Tonté, 2015)

Az egészségműveltség képességei közé Kickbusch és mtsai. (2006) az alábbiakat sorolják (idézve Taller és mtsai. tanulmányából): a. Alapvető egészségkompetenciák, mint például az egészségvédő, betegségmegelőző és egészségfejlesztő magatartás képességei, az öngyógyítás (öngyógyszerezés, az egészség orvosi segítség nélküli visszanyerési képessége). b. Páciens kompetenciák, mint például az egészségügyi rendszerben való eligazodás képessége, aktív tárgyalópartnerként való fellépés az egészségügyi szakemberekkel való kapcsolatban. c. Fogyasztói kompetenciák, mint például az egészséget támogató döntések képessége a javak és szolgáltatások megvásárlása során, és ha szükséges, a fogyasztói jogok érdekében történő fellépés. d. Állampolgári kompetenciák, mint például a tudatos szavazói magatartás, az egészséggel kapcsolatos jogok ismerete és fellépés érdekében, részvétel egészséget támogató vagy betegszervezetekben.

E felsorolásból jól látható, hogy az egészségműveltség fejlesztése messze túlmutat a hagyományos egészségnevelés céljain, melyek gyakran még az alapvető egészségkompetenciákat sem fedik le. Az idősek egészségi állapota, egészségmagatartása, életminősége, szubjektív jólléte jelentősen javulna, ha tisztában lennének az egészségükkel

kapcsolatos jogaikkal, fogyasztói kompetenciáik fejlesztése tudatosabb döntések meghozatalára tenné őket alkalmasabbá, jobban eligazodnának az egészségügy – gyakran szakemberek számára is átláthatatlannak tűnő – rendszerében. E képességek fejlesztése nem csupán az egyén érdeke. Komoly gazdasági hatásai lennének, ha az időseknél sem, vagy csak később fejlődnének ki olyan betegségek, melyek megelőzhetőek, vagy meglétük esetén szinten tarthatóak, illetve romlásuk lassítható. Ha nem kerülnének feleslegesen fekvőbeteg intézetekbe, illetve ha kevesebb kezelésre, gyógyszerre szorulnának.

A fentiekhez az egészségügyi és szociális ágazatban dolgozók egészségműveltségének a növelésére is szükség van, hogy tisztában legyenek azzal, mi az, ami az ő kompetenciájuk és tényleges cselekvést igényel, és mi az, ami az idősebbekre, a családjukra, illetve a közösségekre tartozik (nem beszélve e szakemberek népegészségügyi, jogi, szervezeti stb. területeken való hiányos egészségműveltségéről). Az egészségügyi ellátáson kívül eső rendszerek segítése, támogatása, cselekvési lehetőségeik feltételeinek megteremtése kormányzati /önkormányzati feladat. E törekvések támogatását az idősekkel kapcsolatban (is) differenciált módon, életciklusonként szükséges megtenni. Itt nem csupán arról van szó, hogy egy 65 éves még aktívan dolgozó, jó egészségben lévő ember nem szorul „támogatásra”, hanem inkább arról a szemléletről, amely a segítséget vagy az idősek autonómiájának figyelembe vétele nélkül, paternalisztikus módon végzi, vagy éppen az idősek társadalmi leértékelése miatt azt felesleges beavatkozásnak ítéli (azaz kirekeszti őket a szolgáltatásokból).

Ahogy a mortalitás, a morbiditás, és az egészséggel kapcsolatos összes mutató, sőt az egészségmagatartásra is jelentős társadalmi egyenlőtlenségeket mutat, úgy az egészségműveltségre is ez jellemző. Magyarországon az egészségműveltség szempontjából kritikus társadalmi csoportok az idősek, a romák, az alacsony iskolázottságúak, a kisebb településen élők és egyéb társadalmilag kirekesztett csoportok (például a mélyszegénységben élők, a hajléktalanok és a fogyatékkal élők). Társadalmi méretekben az elsőként felsorolt két csoport egészségműveltségének hiányosságai és jártasságuk alacsony szintje jelent problémát – jelzik Tallerék (2015). E csoportok – köztük az idősek – nem, vagy korlátozottan férnek hozzá például a digitális egészséginformációkhoz, illetve egy részük (az idősebb idősebbek, aluliskolázottak stb.) nehezen tudják azokat értelmezni segítség hiányában. Az egészség- és szociálpolitikában deklarált önszolgálatnak, öngondoskodásnak feltétele a magasabb szintű egészségműveltség fejlesztése, mely csak segítséggel teremthető meg bizonyos csoportok számára.

Az egészségműveltség fejlesztése nagyrészt hatásos egészségkommunikáció révén valósítható

meg, egy átfogó (több befolyásoló tényezőt is figyelembe vevő) és komplex (többféle összehangolt beavatkozáson keresztül ható) cselekvés részeként, összhangban a közösségi szintű programokkal, az alapvető szakpolitikai változtatásokkal, illetve az egészségügyi rendszer fejlesztéseivel. (Egészségjelentés 2015) A gyakorlat azonban mást mutat: „Az egészségkommunikáció egydimenziós szemlélete, a tömegkommunikációs kampányokra való szorítkozás alapvető egészségpolitikai hiba.” Számos példa bizonyítja, hogy a „megfelelő koncepció és eszközök híján a kommunikációs kampányokra korlátozott stratégia megvalósítás legfeljebb arra volt jó, hogy elleplezze a valós, a lakosság egészségét ténylegesen javító intézkedések teljes hiányát.” (Taller és mtsai., 2015).

#### ***2.4.1. Beavatkozások az egészségműveltség fejlesztésére***

Mivel az elméleti ismeretek mellett a gyakorlati példákat is rendkívül fontosnak tartjuk, bemutatunk néhányat a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet Egészségjelentés2015 dokumentumából<sup>5</sup>. Az ország egészségi állapotát bemutató jelentés egyedülálló abban ma Magyarországon, hogy a „helyzetjelentésen” túl a problémák kezelésének lehetőségeit is vizsgálja, így az egyének és a közösségek egészségmagatartásának megváltoztatására ajánlanak nemzetközileg kipróbált beavatkozásokat.

Az *alacsony egészségműveltségű szívelégtelenségben szenvedők* esetében bizonyítottan hatásosnak találták a következő beavatkozást. (DeWalt és mtsai., 2012) A program a betegek problémamegoldó és öngondoskodásra való képességének javítását tűzte ki célul. Először felmérték a résztvevők egészségműveltségi szintjét, ezt követően vettek részt egy alapozó tréningen, amely a betegségükkel kapcsolatos legfőbb témaköröket ölelte fel. A résztvevők szívelégtelenségről szóló segédanyagot és vérnyomásmérő készüléket kaptak. A tréning után havi telefonhívásokkal tartották velük a kapcsolatot, ellenőrizték az öngondoskodás szintjét, bátorították a résztvevőket a program folytatására, és a szívelégtelenséggel összefüggő életminőségüket is mérték. A program tapasztalatai alapján megállapították, hogy az alacsonyabb egészségműveltségű páciensek számára előnyösebb az intenzív beavatkozás. Az összetettség és az információk széles köre miatt a szívelégtelenség optimális önkezeléséhez nem elegendő az egy alkalomból álló intervenció. Az alacsony egészségműveltségűek számára nehézséget okoz a betegségükkel kapcsolatos információk áttekintése és ebből fakadóan

---

<sup>5</sup> [http://innovacio.egeszseg.hu/files/Egeszsegjelentés2015\\_szakertoi\\_valtozat\\_v6.docx](http://innovacio.egeszseg.hu/files/Egeszsegjelentés2015_szakertoi_valtozat_v6.docx) (Letöltés ideje: 2015. október 7.)

problémás számukra „szakemberré” válni saját betegségükben. Az összetett intervenció segítette őket abban, hogy megértsék az instrukciókat és olyan egészségeredményeket érjenek el, mint a magasabb egészségműveltséggel rendelkezők. A program eredménye, hogy a szívelégtelenséggel összefüggő életminőség javult az intenzív beavatkozás hatására.

A *fizikailag aktív életmód előmozdítására*, annak mennyiségére és minőségére a WHO korcsoportonként tesz konkrét ajánlásokat (köztük az idősebb generációkéra), valamint célként fogalmazza meg az elégtelen fizikai aktivitás arányának csökkentését (WHO 2004, WHO 2010, WHO 2013-2020.) Az Európai Unió 2012-es kampányévének témája az aktív idősödés és a generációk közötti szolidaritás volt. E kampány felhívta a figyelmet, hogy a fizikai aktivitás mellett érdemes szem előtt tartani a *mentálisan aktív életmódot* is, különösképpen az *aktív idősödés fontosságát*. (WHO 2002) A kampány alapelve az volt, hogy a társadalmak elöregedése által jelentett terheket, az aktív idősödés képes enyhíteni, és ebben a helyi és regionális szereplőknek is több területen van feladatuk. (European Commission 2011)

Az idősebb életkor nem jelenti automatikusan a munkaerőpiacról való kivonulást, vagy a munkavégzéssel kapcsolatos aktivitás jelentős csökkenését. A *foglalkoztatást* tekintve olyan programok bevezetésére is lehetőség van, amelyek segítségével az idősebb generációk tudása és készségei is naprakészek lehetnek. Példaként említhető itt a Pedagogy assisting workforce transitions - Extending working<sup>6</sup> projekt, amelynek fő célja a felnőttoktatás támogatása, az idősebb generáció körében az információs és kommunikációs technológiákhoz kapcsolódó készségek fejlesztése, illetve az önfoglalkoztatás elősegítése. Segíthetők az idősök abban is, hogy a közösségek aktív tagjai maradjanak az *ismereteik, tudásuk fejlesztése* révén. Az Activating Drivers for Digital eMpowerment in Europe<sup>7</sup> projekt célja, hogy támogassa a hátrányos helyzetű csoportokat az új technológiák használatában, hogy ezáltal hozzáférjenek az őket megillető szolgáltatásokhoz. A kirekesztés megakadályozásának egyik módja, hogy képesek legyenek használni azokat az eszközöket, amelyek összekötik őket a különböző szolgáltatókkal. A programnak magyar résztvevői is vannak. A Go-myLife (Going online: my social life)<sup>8</sup> projekt célja, hogy az idősebb generációk használják a közösségi oldalakat, ezáltal

---

<sup>6</sup> <http://pawt.pikes.fi/the-project.jsessionid=BE8A1F6C28F0C5819D2293A1F1AC8E76.node1> (Letöltés ideje: 2015. október 7.)

<sup>7</sup> [http://ec.europa.eu/information\\_society/apps/projects/factsheet/index.cfm?project\\_ref=238917](http://ec.europa.eu/information_society/apps/projects/factsheet/index.cfm?project_ref=238917) (Letöltés ideje: 2015. október 7.)

<sup>8</sup> <http://www.aal-europe.eu/projects/go-my-life/> (Letöltés ideje: 2015. október 7.)

pedig aktív kapcsolatot tudjanak fenntartani hozzátartozóikkal, családjukkal. Fontos, hogy a társadalom támogassa az idősebb generációkat függetlenségük megőrzésében, ennek céljából például rendkívül fontos a tömegközlekedés, az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásainak fejlesztése, vagy az idősek biztonságos otthoni környezetének kialakítása.

A szakirodalom alapján a népesség-alapú megközelítés az *időskori balesetek*, konkrétan az esések megelőzésének hatásos módszere. (McClure és mtsai., 2008) Az ausztráliai New South Wales-ben végrehajtott Stay on Your Feet<sup>9</sup> program az időskori esések megelőzését célozta. E beavatkozás brosúrák, plakátok, televízió és rádióhirdetések segítségével, valamint szakpolitikák végrehajtása révén igyekezett elérni a kitűzött célt, és a helyi orvosok, egészségügyi szakemberek bevonásával történt. A négy éves program eredményességét a kórházi felvételek 20%-os csökkenése bizonyítja. Amellett, hogy bővítette az ismereteket, fokozta a fizikai aktivitást, és ösztönzött a biztonságos lábbelik viselésére az idősek körében.

A lakóhely átalakításának, biztonságosabbá tételének az egészségügyi ellátórendszerben megnyilvánuló hatásait vizsgálta egy új-zélandi kutatás. (Keall, 2014) Az otthoni sérülések megelőzésére irányuló beavatkozás során a kiválasztott régi lakóházakba olyan védőeszközöket (például lépcsőkorlát, kapaszkodók, csúszásgátló felületek, kültéri világítás) szereltek, melyek segíthetnek megelőzni a véletlen bekövetkező eséseket. Három éven át vizsgálták a „felújított” és a kontrollként kiválasztott házakban lakók egészségügyi ellátásait és megfigyelték, hogy szignifikánsan kevesebb „felújított” házban élő igényelt esés miatti egészségügyi ellátást. (Egyéb sérüléstípusok esetében nem tapasztaltak eltérést a két vizsgált csoport között.) A védőeszközök felszerelésének költségeit összehasonlítva az egészségügyi ellátás során megtakarított költségekkel, bebizonyosodott, hogy ez a módszer – a WHO kritériumrendszere alapján – nagyon költséghatékony. A kutatók felhívták a szakemberek figyelmét, hogy ehhez hasonló vizsgálatok nagy segítséget jelenthetnek a döntéshozók meggyőzésében egy adott prevenció program bevezetése melletti érvelésnél.

## **2.5. Szubjektív jóllét – egy újonnan használt indikátor**

A jóllétet a KSH (Kelemen, 2014) az alábbiak szerint határozza meg: „az egyén azon meghatározó, saját maga, környezete és a társadalom által kölcsönösen befolyásolt komplex mentális és fizikai állapotot, amely az egyén saját életével való általános elégedettségét, a

---

<sup>9</sup> <http://www.health.wa.gov.au/stayonyourfeet/home/> (Letöltés ideje: 2015. október 7.)

közösségi életben való részvételét, az élet objektív minőségét és annak szubjektív érzetét is magába foglalja. A jóllét tehát a tényszerű, objektív adatok mellett a szubjektív, az egyén belső világában rejlő jellemzőkre is kiterjed”, ezért több az életminőségnél, az életkörülmények fogalmánál – hívják fel a figyelmet a kötet írói.

A szubjektív jóllét vizsgálatának kulcsváltozója az élettel való általános elégedettség. A hazai felnőtt lakosság körében a 0-tól 10-ig terjedő skálán mért érték 6,15 pont. Az életükkel nagyon elégedettek aránya az idősebb generációkban folyamatosan csökken, a legidősebb korcsoportban nem éri el az egyötödöt sem. Figyelemre méltó, hogy míg a 16–64 évesek körében a nők elégedettebbek az életükkel, ez időskorban megfordul, és a férfiak veszik át a vezetést.

A szubjektív jóllét összetevője – érthető módon – többek közt az egészség is. Az idézett KSH kötet és más kutatások is jelzik, hogy Magyarországon évről évre nőtt azok aránya, akik jónak vagy nagyon jónak ítélték egészségi állapotukat. Az idősebbekre ez nem jellemző, körükben a mutató jelentősen elmaradt az Európai Unió egészére számított átlagtól.

A boldogság, a boldog érzelmi-hangulati állapot – mint a szubjektív jóllét lényeges dimenziója – tudományos eszközökkel nehezen leírható fogalmak. „Az örömméret életünk egyik hajtóereje és egyben célja. Az emocionális kiegyensúlyozottság mentén a mentális közérzet fontos hőmérője a legpozitívabb érzelmi állapot, a boldogság megélése” (Kelemen 2014). A fiatalok körében lényegesen magasabb azok aránya, akik általában boldognak érzik magukat (73%), mint a középkorúak (56%) vagy az időskorúak (46%) között.

A társadalmi megújulás fogalma a nemzetközi jólléti mutatórendszerekben nem szerepel külön dimenzióként, a hazai szakértők azonban a társadalom állapotának teljes értékű jellemzéséhez elengedhetetlennek tartották ennek vizsgálatát is. Csak egyet lehet érteni azzal a megközelítéssel, miszerint a jövőre vonatkozó egyéni és társadalmi szintű várakozások, rekreációs lehetőségek nem csupán a jövő szempontjából fontosak, hanem hatással vannak a jelen jóllétére is. A pozitív jövőkép magába foglalja azt a képességet és biztonságot, hogy a személy bízik abban, hogy a változó körülmények között mindig képes lesz megfelelő erőforrásokat mobilizálni, adott esetben nem csupán saját magában, hanem külső segítségben, a kölcsönösségben is bízhat. Ezek az idősök számára különösen fontosak. Az emberekben való általános bizalomnak az életkor függvényében történő vizsgálati eredménye szerint a fiatalok mellett az idősekre jellemzőbb a magasabb bizalmi szint: a 66–75 évesek körében alulról közelíti a lakossági átlagot, és a 76 évnél idősebbeknél az emberekbe vetett általános bizalom a teljes népesség átlaga felé emelkedik. (Kelemen, 2014) Ez a megállapítás megkérdőjelezi azt

a korábbi közkeletű vélekedést, illetve felülírhatja a korábbi kutatási adatokat, hogy az idősek a legbizalmatlanabbak a társadalomban.

## **2.6. Összefoglalás**

Az ajánlott – egészségmagatartással kapcsolatos – beavatkozások többsége ma még mindig az egészség fizikai oldalára, biológiai dimenziójára és a betegségek megelőzésére, a kockázati tényezők csökkentésére irányul. Eközben egyre inkább bizonyított, hogy az élet feletti kontroll képessége, az élet értelmességébe vetett hit, az adott életkorra jellemző boldogság felépítése sokkal lényegesebb, mint az orvosok által ideálisnak tartott biológiai paraméterek elérése.

Az egészségügyi ellátásban, az egészségfejlesztésben ma még nem tudatosodott eléggé, hogy a saját magunkról és másokról alkotott nézeteink, az emberi természetről formált képünk alapvetően hiányos. Az életminőség növelését szolgáló beavatkozások már egyre inkább figyelembe veszik, hogy az emberek négydimenziós lények. A fizikai vagy testi/ gazdasági dimenzió jelenti a fennmaradást, az életet. A mentális vagy értelmi dimenzióban történik a tanulás, a fejlődés, a növekedés. A társadalmi dimenzió az érzelmekért, a szeretésért, az emberi kapcsolatokért „felelős”. A spirituális vagy lelki dimenzióban pedig az értelmes cél és szolgálat történik meg, hogy mindannyian „nyomot hagyassunk a világban”.

A teljes személyiség paradigmája felismeri, hogy az emberi lények nem eszközök, akiket az élet bármely területén (így például az egészségfejlesztésben) irányítani kell a helyes cselekvésekre, illetve folyamatosan kontrollálni kell őket, hogy ezeket a cselekvéseket vajon megvalósítják-e. Amikor az embereket teljes személyiségként kezelik, akkor azok önként nyújtják kreativitásuk és erőfeszítéseik legjavát, és vállalnak felelősséget magukért és másokért, azaz cselekednek a megfelelő módon. (Covey, 2005.) Egy-egy területet kiszakítva, és csak arra fókuszálva, a rövid távú eredményeken kívül mást nem lehet elérni. Az sem kevés, de hosszú távon nem fenntartható és nem szolgálja sem a teljes személyiséget, sem az egyén életminőségét, egészségét.



A teljes személyiség „mozgósításával” képes az idős ember is a gyakran megváltozott körülmények, környezet kihívásaihoz alkalmazkodni, azaz sikeresen adaptálódni. Kompetenciának nevezzük a sikeres, eredményes, célirányos viselkedést, annak élményét és igényét, a saját helyzetünk feletti kontroll képességét – ez a legáltalánosabban megfogalmazott optimalizálási alapelv, amelyre az ember magatartási döntéseiben törekszik. (Bandura, 1977; Kopp, Pikó, 2006) Erre – megfelelő társadalmi feltételek megteremtése, és közösségi, családi támogatottság mellett – az idős emberek is képesek.

## 2.7. Felhasznált irodalom

1. Bandura, A. (1977): *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman, New York.
2. Covey, S. R. (2005): *The 8th Habit – From Effectiveness to Greatness*. Simon and Schuster UK Ltd.
3. DeWalt, D. A et al (2012): Multisite Randomized Trial of a Single-Session Versus Multisession Literacy-Sensitive Self-Care Intervention for Patients With Heart Failure. *Circulation*, **125**: 2854-2862.
4. Egészségjelentés2015 Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet. Budapest [http://innovacio.egeszseg.hu/files/Egeszsegjelentes2015\\_szakertoi\\_valtozat\\_v6.docx](http://innovacio.egeszseg.hu/files/Egeszsegjelentes2015_szakertoi_valtozat_v6.docx) (letöltés ideje: 2015. október 7.)
5. European Commission, Committee of the Regions, AGE Platform Europe (2011): How to promote active ageing in Europe - EU support to local and regional actors, September.
6. Füzesi Zs, Töröcsik M, Lampek K (2013): Az időskor egészségzociológiája: tények és trendek. In Kállai J, Kaszás B, Tiringner I. (szerk.): *Az időskorúak egészségpszichológiája*, Medicina, 63-83.
7. Glanz K., Maddock, J. (2002): Behavior, Health-Related. Encyclopedia of Public Health. Encyclopedia.com [http://www.encyclopedia.com/topic/Health\\_behavior.aspx](http://www.encyclopedia.com/topic/Health_behavior.aspx)
8. Glanz, K., Lewis, F. M., Rimer, B. K. (2008): *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practic*. 4th edition. Jossey-Bass, San Francisco.
9. Gochman, D. S. (ed.) (1997): *Handbook of Health Behavior Research*. Plenum Press, New York.
10. Kasl, S. V., Cobb, S. (1996): Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior. *Archives of Environmental Health*, **12**: 246–266; 531–541.
11. Keall, D. M. et al (2014): Home modifications to reduce injuries from falls in the Home Injury Prevention Intervention (HIPI) study: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, Early Online Publication, 23 September.
12. Kelemen R. (szerk.) (2014): A jóllét magyarországi indikátorrendszere. KSH [http://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p\\_kiadvany\\_id=45128](http://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p_kiadvany_id=45128)
13. Kerekes Zs. (2013): Idősödő személyiség és fejlődés. In Kállai J, Kaszás B, Tiringner I. (szerk.): *Az időskorúak egészségpszichológiája*, Medicina, 245-262.
14. Kickbusch, I., Wait, S., Maag D. (2006): *Navigating Health. The role of Health Literacy*. Alliance for Health and the Future, London.

15. Kopp M., Pikó B. (2006): Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói. In Kopp M., Kovács M. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, 10-19.
16. Kovács J. (2006): Életminőség a bioetika nézőpontjából: elméleti problémák. In Kopp M., Kovács M. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, 20-23.
17. Kovács M. E., Jeszenszky Z. (2006): Időskor és életminőség. In Kopp M., Kovács M. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, 134-143.
18. McClure, R. J., Turner, C., Peel, N., Spinks, A., Eakin, E., Hughes, K. (2008): Population-based interventions for the prevention of fall related injuries in older people (Review). *The Cochrane Library*, Issue 4.
19. Nordenfelt, L. (1993): *Quality of life, health and happiness*. Aveburym, Hong Kong-Singapore-Sydney.
20. Novák M., Stauder A., Mucsi I. (2006): Az életminőség egészségtudományi kutatásának általános szempontjai. In Kopp M., Kovács M. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, 24-36.
21. Taller Á., Makara P., Tonté D. (2015): Az egészségműveltség értelmezése és fő kihívásai a mai magyar társadalomban. *Egészségfejlesztés*. LVI. évf. 2015, 1-2, és LVI. évf. 2015. 3.
22. Tesla, M.A., Simonson, D. C. (1996): Assesment of quality of life outcomes. *New Engl J Med*, **334**: 835-40.
23. Tróznai T., Kullmann L. (2003): Életkor és életminőség. In Kovács M. E. (szerk.): *Időskori depresszió és szorongás*. Springer Tudományos Kiadó.
24. World Health Organization - Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2013-2020.
25. World Health Organization (2002): Active Ageing – A policy framework
26. World Health Organization (2004): Global strategy on diet, physical activity and health
27. World Health Organization (2010): Global recommendations on physical activity for health

### **3. AZ IDŐSEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA, BIOLÓGIAI VÁLTOZÁSOK ÉS A PREVENCIÓ SZEREPE A MORTALITÁSI ÉS MORBITÁSI ADATOK TÜKRÉBEN (KARAMÁNNÉ DR. PAKAI ANNAMÁRIA)**

#### **3.1. Bevezetés**

A demográfiai adatok tükrében a XXI. században 60 év feletti, ún. geriátriai populáció egészségi állapotának megőrzése – a világ valamennyi országát tekintve - globális kihívást jelent. A szív- és érrendszeri megbetegedések, a rosszindulatú daganatok, a cerebrovasculáris betegség továbbra is a vezető halálokok közé tartozik. Az idősokra jellemző a morbiditási (megbetegedés) profil megváltozása, ami azt jelenti, hogy egy és ugyanazon személynél egyidejűleg többféle betegség, illetve kóros állapot is fennállhat. Statisztikai mutatók alátámasztják, hogy az idős emberek mintegy 80%-a egy, 50%-a legalább két krónikus megbetegedésben szenved. A 65 évesnél idősebb populációra pedig a halmozott egészségügyi problémák a jellemzőek. Az idősokorúaknak nagyobb aránya, több mint 900 ezer ember tartósan beteg. A tartósan betegek száma az életkor emelkedésével növekvő tendenciát mutat egészen 85 éves korig, az ennél idősebbek között arányuk azonban csökken. A leggyakoribb krónikus megbetegedések közé sorolható a szív-és érrendszeri megbetegedések, arthritis (izületgyulladás), diabetes mellitus, obstruktív tüdőbetegségek, demencia (demencia). Egy szervrendszer vagy funkció gyors romlása mindig valamilyen kóros változás, és nem a normális öregedés következménye. Az idősokor krónikus betegségei pedig csökkentik az „aktív élet expektanciát”, rontják az életminőségét, valamint egyre nagyobb terhet jelent a társadalmi ellátórendszerre is (KSH, 2014; Osváth, 2013).

Az idősokorúakkal foglalkozó tudományterület egyike a gerohigiéne, melynek célja az emberiség átlagéletkorának meghosszabbítása, az egészségben eltöltött életevek számának emelése, az idősokorban előforduló megbetegedések megelőzése és értékes életminőségű öregkor biztosítása. Annak ellenére, hogy a kor előrehaladott, az idősebb felnőtteknél is kulcsfontosságú az egészségfejlesztés, egészségnevelés abból a célból, hogy továbbra is csökkentsék a kockázati tényezők előfordulását a későbbi életevekben is (Ember et al, 2010; Tompa, 2008).

**Kulcsszavak:** gerontológia, gerohigiéne, egészségi állapot, mortalitás, morbiditás, prevenció

### 3.2. A biológiai változások

A kor előrehaladtával - valamennyi embert, szervet, szövetet, molekulákat, sejteket érintő – normál biológiai változások elkerülhetetlenek, visszafordíthatatlanok. A szervek és szervrendszerek teljesítményében bekövetkező fokozatos csökkenést azonban önmagában nem tekintik betegségnek. Az öregedés üteme befolyásolható, ami egyéni eltérést mutatnak, és különböző tényezők befolyásolnak, mint pl.: genetika, környezeti tényezők, különböző megbetegedések, az egészségügyi ellátás színvonala és az egyéni életmódja. A normál öregedés egyetemes, fokozatos és jellemző a szinkronitás (a sejtek egyforma mértékű öregedése).

Az öregedés folyamata a külső jegyekben is megfigyelhetővé válik. A bőr öregedési folyamatát számos belső (pl.: genetikai adottság) és külső tényezők (pl.: táplálkozás, napfény) együttes hatása is befolyásol. Az idős ember bőre száraz, turgora csökken, ráncossá válik, megjelennek a pigmentfoltok. Érdemes kiemelni a bőr valamennyi rétegét érintő strukturális változásokat is, mint pl.: a hám elvékonyodik, a hám rétegében található dermo-epidermalis junctio elsimul, a keratinocyták tulajdonságai (pl.: a méret, alak, festődés) megváltozik, a Langerhans-sejtek és a melanocyták száma csökken. Az irha vastagságának csökkenése mellett az irha sejtjeinek számában és erezettségét tekintve csökkenés mutatkozik. Jellemző a verejtékmirigyek szerkezetének torzulása. A speciális idegvégződés alakja megváltozik, számuk csökken. A szőrtüszők száma csökken, eltűnnek belőlük a melanocyták. Funkcionális változások tekintetében megváltozik a bőr permeabilitása (áteresztő), csökken a gyulladásos és immunológiai válaszkészség, a hőszabályozó képesség, a verejték- és faggyútermelés és a D-vitamin termelés, továbbá lassul a sebgyógyulás folyamata, valamint romlik az érzékelő funkció. Időskorban a melanintermelő sejtek elvesztése miatt a haj megöszül, a hajszálak elvékonyodnak.

A szem korrall járó elváltozása a presbyopia („öregszeműség”), melynek során a szemlencse elveszíti a rugalmasságát és a szem alkalmazkodóképességének csökkenését eredményezi, emiatt a szem nem képes a közeli tárgyakra olyan könnyen fókuszálni. Emellett csökkenhet a sötétbe való alkalmazkodóképesség és a látásélesség is.

Az időskoriban bekövetkező halláscsökkenés (presbycusis) folyamata lassú, egyéni eltéréseket mutat, és a hangmagasságában kezdődik, vagyis először a nagyfrekvenciájú hangok hallása esik ki, majd később követi a mély hangok kiesése.

A korrall a szaglóideg (nervus olfactorius) rostjainak számában bekövetkező változás miatt a szaglóérzékelés is csökken, ami azonban egyéni különbségeket mutathat. Az életkor előrehaladtával az ízlelőbimbók száma is kevesebb lesz. Csökken az ízés, először az édes íz

érzékelésében tapasztalható változás, azonban a keserű íz érzékelése marad meg legtovább. Csökkenő ízérzékelés háttérében leggyakrabban a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztása, de egyes gyógyszerek, műfogor viselése is állhat.

Az élettani változások a mozgásszervrendszert is érintik. Átalakuláson megy keresztül a csontozat alapállománya, a szervetlen-, ásványianyag-összetétele és csökken a csontok tömege. A csigolyaközi porckorongok víztartalmának csökkenése miatt a testmagasság 1-2 cm-rel rövidül. A teherhordó ízületek esetében jellemző az ízületi porckopás. A szervezetben található izomrostok száma csökken, a közöttük felszaporodó kötőszövet megjelenése az izmok rugalmatlanságához vezetnek, és az izomerő is gyengül.

A szív és érrendszert az életkor előrehaladtával jelentős strukturális és funkcionális változásokon megy keresztül. A strukturális változások egyaránt érintik a szív üregrendszerét és az erek állapotát. A szívizom atrófiája (sorvadás) mérsékelt, a szív tömege alig változik, kismértékű növekedés jellemző. A szív üregrendszerét tekintve a pitvarok mérete növekszik, dilatál (tágul) (különösen a bal pitvar érintett). A kamrák összességében hipertrófiásak, tömegük megtartott, megnövekedett a bal kamra falvastagsága. Az erek tónusa csökken, a nagyerek átmérője és falvastagsága nő, különösen az aorta fala egyre merevebb és kitágul. Funkcionális változásra jellemző a keringési ellenállás növekedése, melynek következtében a szívre gyakorolt vaszkuláris after load (utóterhelés) is növekszik. Nő a szisztolés vérnyomás. A szívfrekvencia lassul. Terhelés hatására csökken a maximális szívfrekvencia, de sokáig változatlan marad a terhelés által kiváltott maximális perctérfogat.

A respiratorikus rendszert érintő strukturális változások közül kiemelendő, hogy a tüdő elveszíti a rugalmasságát, az alveolusok kitágulnak, a mellkas merevebbé válik, a bordaporcok elmeszesednek. A funkcionális változást tekintve körülbelül 55 éves kortól a légzőizmok működésében gyengülés tapasztalható, a légzési kitérések kisebbek lesznek, a vitálkapacitás, az erőltetett kilégzési volumen (FEV1) csökken, a reziduális levegő mennyisége azonban megnő.

A vizelet kiválasztó rendszert tekintve megállapítható, hogy a kor előrehaladtával jelentős mértékben csökken a veseműködés is. A vesék tömege fokozatosan csökken, ami elsősorban a kéregállományt érinti. A glomerulusok számának csökkenése mellett jellemző a glomerulosclerosis (veszesugorodás), a glomeruláris hypertrophia. A vesetubulusok hossza csökken, atrophizál (sorvadás), interstitialis fibrosis (szövetek közötti rostos elfajulás) látható, melynek következménye a nátrium-, és vízháztartás zavara, a koncentráció képesség- és a vizelet pH csökkenése. Jellemző a vesevéráramlás csökkenése, a vese interstitium fibrosisa is, melynek

következtében a koncentráció képesség beszűkül. A nagyobb veseerekben különböző szklerotikus elváltozások jönnek létre. Csökken a renin és aldosteron szekréció is. A glomeruláris filtrációs ráta (GFR) szintén progresszív csökkenést mutat.

A biológiai változás a tápcsatorna valamennyi szakaszára jellemző. Az idősek fogazatára jellemző pl.: az érzékenység, a különböző mértékű foghiány, fogatlanság, íngyulladás, ínyesorvadás és a parodontium (fogágy) állapotának romlása. A nyáleválasztást inkább betegségek, egyes gyógyszerek és kiszáradás befolyásolhatja. Lassul a nyelőcső perisztaltikája, ami nehezítette teszi táplálék lenyelését. Lassul a gyomor motilitása, csökken a gyomor sósav- és emésztőnedv elválasztása. Gyengül a vékony- és vastagbél motilitása is, ezáltal lassul a béltartalom továbbítása is. A kiválasztott emésztőnedvek mennyisége csökken, lassul a táplálék emésztése és felszívódása. A máj életkorral bekövetkező változásai minimálisak, működészavaráért inkább a gyógyszereszedés és alkoholfogyasztás áll.

Az idegrendszert érintő változásokat röviden összefoglalva az alábbiak szerint jellemezhető. Az öregedés során csökken az agy mérete, súlya, az idegsejtek száma és az agyi vérátáramlás és autoreguláció. Lassul a pszichomotoros válasz és az akaratlagos motoros mozgás, rövid távú emlékezet csökken, a fájdalomküszöb emelkedik, a korrekciós reflexek csökkennek, a szomjúsági válasz és a hőreguláció károsodik. Az életkor előrehaladtával a külső, belső változásokhoz csökkent az alkalmazkodóképesség is.

A belső elválasztású mirigyeket is érinti a strukturális változások. Jellemző a kötőszövet felszaporodása, a mirigyállomány csökkenése. A hormonrendszert tekintve a legszembetűnőbb korfüggő endokrin változás a szexuál-hormonokat érinti. Az 50 év körüli nőket érintő menopausában az ösztrogén és inhibin szintek rapid mértékű csökkenése jellemző, ami a folliculus stimuláló és luteinizáló hormonok termelésének fokozásához vezet. Ezen funkcionális változások kapcsolatba hozható a hőkullámokkal, osteoporosisal, autonóm és emocionális diszfunkciókkal. A férfiaknál jelentkező andropausánál (a here hormontermelésének csökkenése) a tesztoszteron szint lassú, fokozatos csökkenést mutat. Mindkét nemből csökken a gyenge androgének (pl. dehidro-epiandroszteron, DHEA) termelése is. Meg kell jegyezni, hogy idősekben a cirkadián ritmus is zavart szenved, ami leggyakrabban az alvást, aktivitást és a vérnyomást érinti (Szabó R, 1996.; Székács, 2005; Beers, 2009; Semsei, 2008; Kvell, et al 2011).

### **3.3. Időskorban az egyes szervrendszereket érintő mortalitási és morbiditási mutatók**

#### ***3.3.1. Szív- és érrendszeri megbetegedés mortalitási és morbiditási mutatói***

Az életkor előrehaladtával a szívbetegségek incidenciája és prevalenciája exponenciálisan emelkedik és az időskori morbiditás és mortalitás 40-50%-ért felelős. Figyelmet érdemel az a statisztikai mutató is, miszerint a keringési megbetegedések több, mint 80%-a a 65 évesnél idősebb populációt érinti. Idős korban a szívelégtelenség, ischémias szívbetegség és a hipertonia prevalenciája érdemel figyelmet, de gyakori a pitvarfibrilláció és a cerebrovasculáris kórképek előfordulása is (Ember, 2013; Zámolyi, 2012).

A népbetegségként nyilvántartott hipertonia prevalenciája az életkor előrehaladtával emelkedik. Az idős populáció morbiditási adatainak tükrében a 65 év felettek több, mint fele, a 75 év feletti idős emberek 80%-a hypertóniában szenved. A nemeket vizsgálva megállapítható, hogy az 55 éves kor alatt férfiaknál gyakrabban fordul elő a magas vérnyomás, a női nemnél 65 év felett mutat emelkedő tendenciát (Potts, 2014; Oláh et al, 2012; Ember, 2013).

A hasi aorta-aneurizma kialakulásának kockázata az életkor előrehaladtával emelkedik. A lezárt aorta abdominális szakaszán kialakuló tágulat nem okoz panaszt, azonban az érfal megrepedése fatális kimenetelű lehet. Statisztikai mutatók szerint tízből nyolc ember a kórházba kerülés előtt életét veszti. A nemek tekintetében az 50-80 éves kor közötti férfiaknál gyakrabban fordul elő. Kialakulásában kockázati tényezőként szerepel, mint pl.: a hypertónia, a dohányzás, magas koleszterinszint, az érlemezésedés, a családi halmozódás (Ballard et al, 2012; Lesjak et al, 2010).

Az időskorban a különböző szívpanaszok egyre gyakoribbá válnak, melyek közül a pitvarfibrilláció érdemel külön figyelmet. Statisztikai mutatók a teljes lakosság 1%-át, a 65 év feletti 5%-át, a 75 év feletti 10%-át érinti. A betegség hátterében szívinfarktus, hypertónia, veleszületett szívbetegség, a szívbillentyűk betegsége, diabetes mellitus, hyperthyreosis állhat (Allaby, 2014; Karamánné, 2014).

Cerebrovaszkuláris rendszert érintő stroke a harmadik vezető halálok. Az életkor előrehaladtával nő a megbetegedés kockázata és a páciensek jelentős hányada 65 év feletti korosztály. A nemeket vizsgálva megállapítható, hogy 25 %-kal magasabb arányban fordul elő a férfiaknál, továbbá az életkort is figyelembe véve a férfiaknál 40 éves kor, a nőknél 50 éves kor fölött várható az előfordulás emelkedése. Az időskori életminőség-romlást nagymértékben befolyásolja a stroke előfordulása és második leggyakoribb oka a szellemi leépülésnek (Ember, 2013).



### ***3.3.2. Daganatos megbetegedések mortalitási és morbiditási mutatói***

A lakosság elöregedésével a daganatos megbetegedések száma is emelkedő tendenciát mutat. Statisztikai mutatók alapján a második leggyakoribb halálok a szív- és érrendszeri megbetegedések után. Releváns szakirodalom szerint a 65 év felettiéknél tizenegyszeresére emelkedik a rák előfordulása. A leggyakoribb tumoros megbetegedések mindkét nemnél a tüdő, vastagbél-és végbél rák, limfóma, leukémia. Kialakulásában szerepet játszó kockázati tényezők a genetikai hajlam, az életmódbeli és környezeti tényezők, munkahelyi ártalmak.

Ha globálisan áttekintjük a női daganatos megbetegedések mortalitási és morbiditási mutatóit, megállapítható, hogy az emlőrák az első helyen áll és továbbra is meredeken emelkedik a megbetegedések száma. Az idős populációt tekintve pl.: az Egyesült Királyságban 2010-2012 között az emlőrák halálozás a 75 éves és idősebb nőknél 46%, 60 év feletti nők körében kb. háromnegyede (76%). Etiológiájában egyaránt ki kell emelni a genetikai és környezeti tényezőket (Boncz et al 2013; Ember et al, 2013).

A méhnyakrák mortalitási mutatóit tanulmányozva megállapítható, hogy a világon a női daganatok között a harmadik, az abszolút halálozásokat tekintve a negyedik helyen áll. A szűrővizsgálatok bevezetésével (Pap-teszt) az elmúlt 30 évben a méhnyakrák halálozási aránya több mint 50%-kal csökkent. A megbetegedés leginkább a 45-64 éves korosztályt érinti. Kialakulásában döntő szerepet játszik a humán papillomavírus, de emellett kockázati tényezők közé tartozik pl.: a korai nemi élet, fogamzásgátló tabletták szedése, promiszkuitás, alacsony gazdasági-szociális státusz... stb (Karamánné, 2014; Orsós, 2013; Rustagi et al, 2014).

Statisztikai adatok alátámasztják, hogy a colorectalis daganatok mind a fejlett országokban, mind hazánkban a második leggyakoribb halálhoz vezető, rosszindulatú megbetegedések közé sorolják. A rosszindulatú daganat 40%-a 75 éves kor fölött jelentkezik, és az előfordulása az életkorral párhuzamos növekedést mutat. Kialakulásában szerepet játszó rizikó faktor a vastagbél évtizedekig fennálló, tartós betegsége (pl.: colitis ulcerosa), a különböző életmódbeli tényezők (pl.: zsírdús és rostszegény táplálkozás, mozgásszegény életmód) és a családi halmozódás (Ember et al, 2013; Scröder et al, 2009).

A férfiakat érintő prosztaták a második leggyakrabban előforduló rosszindulatú daganat. A páciensek 70%-a 65-75 év közötti korosztályba tartozik.

### ***3.3.3. Osteoporosis morbiditási mutatói***

Az osteoporosis (csonttrikulás) a csontváz generalizált, progresszív megbetegedése, amelyben a csonttömeg csökkenése, a microarchitectura károsodása és a csontminőség romlása jellemző.

A népbetegségként nyilvántartott megbetegedés a világon kb. 200 millió férfit és nőt érint. Statisztikai mutatók szerint a 60-70 évesek mintegy egyharmada, a 80 év felettiek kétharmada szenved csontritkulásban. A kialakulásában szerepet játszó kockázati tényezők: a női nem, menopausa, az életkor, emellett a testtömeg, testalkat, rassz, családi halmozódás, a hormonális faktorok, inaktív életmód, ágynyugalom, nem megfelelő táplálkozás, dohányzás stb. (Ember et al, 2013).

#### ***3.3.4. Immunrendszert érintő megbetegedések mortalitási és morbiditási mutatói***

Időskorban csökken az ellenálló képesség, gyengül a szervezet immunállapota, nő a fertőzések száma is. A cseppfertőzéssel terjedő szezonális influenza a felnőttek 5-10%-át érinti. A betegség gyakran vezet kórházi kezeléshez valamint 50 év felett jelentősen megnő a halálos szövődmény kialakulásának a kockázata is. A *Streptococcus pneumoniae* más néven pneumococcus baktérium által okozott megbetegedés a WHO becslése szerint évente 1,6 millió halálozásért felelősek. Az 5 év alatti és a 65 év feletti korosztály számára a legveszélyeztetettebb. A pneumococcus középfülgyulladást, arcüreggyulladást, tüdőgyulladást, agyhártyagyulladást, gennyes ízületi gyulladást okozhat. Az életkor előrehaladásával növekszik a herpes zoster vírus okozta megbetegedés is (Magyar Infektológia és Klinikai Mikrobiológiai Társaság, 2014; Atkinson et al, 2011).

#### ***3.3.5. Érzékszervi funkciók morbiditási mutatói***

Népegészségügyi probléma az életkor előrehaladtával a látás élesség romlása. A 60 év felettiéknél a prevalenciája kb. 9%. A 65-74 év közöttiek mintegy 4% -a, és a 80-84 éves korúak 16% -a kétoldali látásélesség rosszabb, mint 20/40. Időskorban további problémát a különböző szembetegségek és rendellenességek is okozhatnak (pl.: szürkehályog, zöldhályog, időskori makula degeneráció, diabétes retinopátia, retina leválás). Ezen megbetegedések súlyosabb következménye akár a látás elvesztése is lehet. Látásromlást összefüggésbe hozzák az esések és csípőtáji törések számának emelkedésével is

A geriátriai populációban a halláskárosodás prevalenciája is fokozatosan emelkedik. Valamilyen fokú halláscsökkenés a 61–70 éves korosztály egyharmadánál, a 75 év felettiek háromnegyedénél tapasztalható. A halláscsökkenés kialakulásában szerepet játszó rizikótényezők pl.: a zajártalom, fülzsír impactatiója, ototoxicus gyógyszerek szedése, idült középfülgyulladás, hallóideg-károsodás. A halláscsökkenés gyakran észrevétlen maradhat, ezért nem szabad figyelmen kívül hagyni, ha az idős ember szociális kapcsolatai lassan, de

fokozatosan meggyengülnek, nem jár szívesen a korábban kedvelt baráti társaságba, nem szívesen hallgat rádióműsorokat, zeneszámokat, és már beszélgetni sem szeret annyira, mint azt korábban. A felsorolt tényezők egyben hozzájárulnak az elszigetelődéséhez, elmagányosodáshoz és az időskori depresszió kialakulásához (Jessa et al, 2007; Demers, 2014).

### **3.3.6. Malnutrició**

A malnutrició (alultápláltság) előfordulása az idős populációban emelkedő tendenciát mutat, az összesített előfordulása kb. 22%. A fekvőbeteg intézetekben ápolts idős pácienseknél közel 40%, az idős otthonokban élők 13,8% alultáplált vagy malnutrició szempontjából veszélyeztetettnek minősül. A malnutrició kialakulásában szerepet játszó rizikótényezők lehetnek:

- egészségügyi tényezők (pl.: rossz étvágy, hiányos fogazat, nyelési nehezítettség, krónikus megbetegedések stb),
- életmód és társadalmi tényezők (pl.: ismerethiány, magány, korlátozott jövedelem),
- pszichiátriai és kognitív tényezők (pl.: demencia, szorongás, depresszió),
- fekvőbeteg ellátást nyújtó intézményekben előforduló kockázati tényezők (pl.: kórházi ételek korlátozott választéka, nem megfelelő tálalás, segítség elmaradása az étkezés során stb) (Antal et al; 2011; Veresné, 2014).

## **3.4. Prevenció jelentősége időskorban**

Az egészségfejlesztés és a betegségek megelőzése a gerontológia területén is jelentős szerepet kap. Időskorban a megelőzés (prevenció) mindazon törekvések, melyek a betegségek megelőzését, azok rizikófaktorainak vagy tünetmentes állapotának felismerését, a kialakult betegségek esetén a progresszió és a szövődmények kialakulásának megakadályozását, a balesetek megelőzését, az iatrogén komplikációk kivédését, a pszichoszociális problémák és a funkcionális függőség megelőzését hivatott szolgálni (Ádány, 2011, Semsei, 2008).

### **3.4.1. Primér prevenció**

Az elsődleges megelőzés az egészségügyi alapellátás szereplői által végzett olyan tevékenység, amely az egészséget veszélyeztető rizikó faktorok felismerésére és a kockázati tényezők elhárítására fókuszál. Az idős ember orvosi ellenőrzése során ki kell térnie a családi anamnézisre különös tekintettel a hypertonia, myocardialis infarctus, stroke, hypercholesterinaemia, diabetes mellitus, daganatos betegségek familiáris előfordulására. Az orvosi vizsgálat mellett az időskorra vonatkozó speciális életmód tanácsadást is el kell végezni,

ahol a fizikai és szellemi aktivitás megőrzését, a rendszeres testmozgást, dohányzásról való leszokás, korlátozott alkoholfogyasztás, megfelelő alvás és az egészséges táplálkozás fontosságát kiemelten kell hangsúlyozni.

Példaként emelendő ki a kardiológiai megbetegedések közül népbetegségnek számító hypertónia megelőzésére irányuló egészségnevelés. A primér prevenció során mind az egészséges, mind a kedvezőtlen kardiovaszkuláris rizikó-profilú személyeknél a szóbeli és írásbeli tanácsadás érinti a testsúlycsökkenést, az alkoholfogyasztás mérséklését, a több testmozgást, a nátriumbevitel csökkentését, a kálium-, magnézium-, kalciumszint fenntartását, a több zöldség és gyümölcs fogyasztását, a dohányzás abbahagyását és a telített zsírok és a koleszterin fogyasztásának csökkentését.

Az egészségügyi alapellátás szakemberei által nyújtott legfontosabb primer prevenciók tevékenységei közé tartozik az egészségnevelés mellett a védőoltás is, ami a leghatékonyabb eljárás a fertőző betegségek megelőzésére.

Az idős emberek fokozott kockázatnak vannak kitéve a védőoltással megelőzhető betegségekkel szemben is. Idősebb korban ezek a fertőző betegségek előfordulási gyakorisága magasabb és a betegség súlyosabb lefolyású, akár fatális kimenetelű is lehet. Számos országban az idősek számára az Influenza vírus, a Streptococcus pneumoniae és a varicella zoster vírus ellen ajánlott védőoltást adni. (Magyar Infektológia és Klinikai Mikrobiológiai Társaság, 2014; Atkinson et al, 2011).

### ***3.4.2 Secunder prevenció***

A másodlagos megelőzés lényege, hogy betegség kialakulására figyelmeztető állapotokat, vagy betegségek korai szakaszában felismerjen, és lehetővé tegye azok időbeni kezelését. Legfontosabb szekunder prevenciók tevékenység a szűrés, amely rendszerint az egészségügyi ellátás keretein belül történik.

### **Időskorban leggyakrabban alkalmazott szűrővizsgálatok**

#### ***Szív- és érrendszeri megbetegedések prevenciója***

A kardiovaszkuláris betegségek másodlagos megelőzésének célja a betegségekre jellemző korai jelek/tünetek, valamint a kockázati tényezők, mint pl.: a magas vérnyomás vagy a magas koleszterin szint minél korábban történő kiszűrése, ezáltal is csökkenteni a szívkoszorúér-betegség, miokardiális infarktus, a stroke megbetegedési és halálozási arányát.

A népbetegségnek számító hypertónia minél korábban történő kiszűrése az egészségügyi ellátó

személyzet fontos feladata, ezért minden orvos-beteg találkozás alkalmával a páciens vérnyomását - szakmai protokollokat betartva - kell megmérni. Mindig a mérés során kapott vérnyomásérték határozza meg a kontroll vizsgálat idejét. A helyes diagnózis felállítás (pl.: fehérköpeny hypertónia) céljából a vérnyomás 24 órás ambuláns monitorozására is szükség lehet (Potts, 2014; Oláh et al, 2012).

A hasi aorta aneurizma szűrést 65-75 év közötti férfiak számára javasolják, különösen azoknak, akiknek az anamnézisében, mint rizikó faktor a dohányzás is szerepel. A szűrés mindössze 10-15 percig tartó hasi UH segítségével történik. A vizsgálatot abban az esetben ajánlott újból elvégezni, ha 3 cm-nél nagyobb az aorta átmérője. A vizsgálat megismétlésének idejét az aorta átmérője határozza meg. Hangsúlyozni kell a háziorvosok szerepét is, akik hasüreg fizikális vizsgálata (tapintás) alkalmával végezhetik el hasi aorta aneurizma szűrését. (Ballard et al, 2012; Lesjak et al, 2010).

A 65 évnél idősebb embereknél a pulzus és a 12 elvezetéses EKG vizsgálat elvégzése javasolt a pitvar fibrilláció kiszűrésére. A szűrést az ápoló személyzet is elvégezheti. Első lépésben a pulzus vizsgálata történik. Ha szabálytalan pulzus tapasztalható a páciensnél, második lépésben a 12 elvezetésű EKG vizsgálat elvégzése indokolt. Továbbá célszerű lenne a 65 év feletti rizikó faktorral rendelkező személyek (pl.: angina, szívinfarktus, stroke, TIA, diabetes mellitus, hyperthyreosis) lakossági szűrőprogramokba történő invitálása is (Allaby, 2014; Karamánné, 2014).

### **Laboratóriumi vizsgálatok**

Az időskorú populáció kb. 2-3%-ánál rutin laboratóriumi módszerek elvégzésével lappangó betegségek is diagnosztizálhatóak (pl.: anémia, bakteriuria, hyperlipidaemia, diabetes mellitus, hypothyreosis). A szűréseken való következő megjelenés időpontja változó, pl.: a tünetmentes felnőttek részére ajánlott a 2. típusú diabetes mellitus kiszűrése miatt legalább 3 évente szűrővizsgálaton megjelenni. Jó egészségi állapotban lévő 65 évnél idősebbeknél évente ajánlott a szűrővizsgálat. A cukorbetegség rizikó faktoraival rendelkező pácienseknél az orvosi javaslatra a laboratóriumi vizsgálat gyakrabban is elvégezhető. A lipid profil vizsgálatát a 40-65 évesek körében két évente, a 65 év felett évente javasolt elvégezni. Kockázati tényezők és a meglévő betegségek (pl.: cardiovascularis betegség, diabetes mellitus, dohányzás, obesitas) esetén ajánlott az idős populációnak a szakmai előírásoknak megfelelően szűrésen rendszeresen megjelenni.

### **Rosszindulatú daganatok szűrése**

A célzott szűrővizsgálatok szervezett módon a veszélyeztetett célpopuláció körében történik a népegészségügyi problémát okozó betegségek korai felismerése céljából, mint pl.: férfiaknál a prostata carcinoma szűrés, a nőknél az emlő- és méhnyakrákszűrés. A magasabb részvétel elérésére nyilvántartási és követési rendszer alkalmazható.

### ***Emlőrák szűrése***

Kutatások igazolják, hogy az emlőrák halálozási arányát jelentős mértékbe csökkenti a korai, még gyógyítható fázisban történő felismerés. Az emlőrák korai felismerésében alkalmazható szűrővizsgálat a mammográfia. Magyarországon minden 45–65 éves nő számára biztosított a kétévenkénti, térítésmentes szűrővizsgálat elvégzése (Bonz et al 2013).

### ***Méhnyakrák-szűrés***

Hazánkban az államilag finanszírozott méhnyakrákszűrő program keretében a 25-49 éves nőket háromévenként, az 50-65 éves korosztályt ötévente invitálják rákszűrésre. A komplex rákszűrő vizsgálat magába foglalja a citológiai- és kolposzkópos vizsgálatot. A szervezett szűrés bevezetésének köszönhetően hazánkban az invazív méhnyakrák incidenciája csökkenő tendenciát mutat, azonban az átszűrtség szakirodalmi adatok alapján igen alacsony (<35%)(Ember et al, 2013; Rustagi et al, 2014).

### ***Vastagbél-daganat szűrése***

A colorectalis daganatok megelőzésében jelentős szerepet tölt be a helyes táplálkozási szokások kialakítása mellett a szűrővizsgálatokon való megjelenés is. Az ajánlott szűrőmódszerek: a székletből az okkult vérzés kimutatása, a vastagbél eszközös átvizsgálására alkalmas flexibilis szigmoidoszkópia, kolonoszkópia, a kettős kontrasztos colorectalis röntgen valamint a CT-colonographia. A rákszűrés az átlagos kockázatú, 50 év feletti népesség körében egy-, vagy kétlépcsős szűrési stratégia alapján valósulhat meg. Az egylépcsős szűrővizsgálat során a kolonoszkópiát alkalmazzák, szükség esetén a polipok eltávolítása is kivitelezhető. A kétlépcsős szűrés során első lépésben a székletmintából okkult vér kimutatása történik. Pozitív eredmény esetén a következő lépésben kolonoszkópiát végeznek. Negatív eredmény esetében a vizsgálatot évente, illetve kétévente kell ismételni. Egyes ajánlásokat figyelembe véve, azonban kolonoszkópiás szűrést 5 évenként javasolják ismételni, polip eltávolítása esetén 3 év elteltével kell ismét a vizsgálaton megjelenni (Ember et al, 2013, Scröder et al, 2009).

### ***Prosztatarák szűrése***

A 45-50 éves kor felett férfiak prosztatarák szűrésében évente ajánlott: a rectális vizsgálat (tapintás), a vérben az ún. prosztataspecifikus antigén (PSA) elvégeztetése, valamint a transrectalis ultrahang vizsgálat. A PSA szűrés elvégzése azonban az alábbi tünetek megjelenése esetén is javasolt, mint a nehezen induló, fájdalmas vizeletürítés, éjszakai gyakori vizelési inger, gyenge vizeletsugár (Orsós, 2013; Schröder et al, 2009).

### ***Osteoporosis szűrése***

Az osteoporosis szűrése a DXA (dual-energy x-ray absorptiometry) vizsgálat alkalmas. A vizsgálaton való megjelenést az 50 éves kor felett a fokozott kockázatnak kitett egyéneknek javasolható (pl.: családi halmozódás, magas vékony testalkat, csonttritkulást okozó gyógyszerek szedése, belgyógyászati betegségek közül az I. típusú diabetes mellitus, máj- vesebetegség, hyperthyreosis). A nemzetközi javaslat szerint a nőknél 65. életév betöltése után, illetve 65 év alatt postmenopauzális fractura esetén indokoltta teszi a csontsűrűség vizsgálatot való megjelenést. A szűrések intervallumát az általános állapot és a rizikófaktorok egyaránt meghatározhatják (Ember et al, 2013; Péntek et al, 2008).

### ***A fogászati szűrővizsgálat***

Időskorban az orális egészség fontos alkotórésze az általános egészség állapotnak, hozzájárul a jó közérzet kialakításában és jelentősen meghatározza az életminőséget is. Idős korban gyakran előfordul, hogy nem kap megfelelő hangsúlyt orális egészség. A napi rutin során elmarad a fogmosás, a fogselyem használata, szájöblítés. A korszerű fogorvosi ajánlás szerint fogászati szűrésen évente legalább egy alkalommal ajánlott megjelenni. A fogorvosi ellenőrzésen való megjelenés az életkor előrehaladtával fokozatosan csökken, az idős populáció jelentős hányada csak panasz esetén fordul a szakemberhez. Nem szabad arról sem megfeledkezni, hogy a fogászati ellenőrzésen az alultápláltság, a mikrobás fertőzések, az immundefektusok, a sérülések és a daganat jelei is egyaránt kiszűrhetőek (Fejérdy et al, 2007; Madléna et al, 2007).

### ***Érzékszervi szűrővizsgálat***

A geriátriai populációban népegészségügyi problémának számító látásélesség romlását rendkívül fontos korán felismerni, ezért évente ajánlott szemvizsgálaton megjelenni 65 év fölött vagy a különböző szembetegségek rizikófaktorainak fennállása esetén.

A halláscsökkenés felismerésében is nélkülözhetetlen az 50–60 éves kor felett a

szűrővizsgálatokon való megjelenés. A rendelői szűrőmódszer a suttogáspróba és az audioszkópia. A háziorvos által kiszűrt halláscsökkenés további audiológiai kivizsgálás tesz indokolttá. A halláscsökkenés kiszűrését kérdőív is segítheti, pl.: a HHIE-S (Hearing Handicap Inventory for the Elderly Screening Version) kérdőív (Jessa et al, 2007; Demers, 2014).

### ***Funkcionális képességek és az elesés kockázatának szűrése***

A funkcionális állapot felmérés a geriátriai kivizsgálás nélkülözhetetlen alkotóeleme. Erre a célra kifejlesztett skálák segítségével megállapítható, hogy az idős ember a mindennapi életében hol szorul segítségre, továbbá a szociális otthoni elhelyezés szükségletének megállapításánál is jól alkalmazhatóak. Az önellátást biztosító tevékenységek felmérésére a Katz ADL skála, a Barthel –index alkalmazható. A mindennapos eszközhasználat értékelésére a Lawton IADL Scale javasolt. Az idős populációban a járás- és egyensúlyzavarok miatt az elesések száma is növekvő tendenciát mutat. Az mozgászavarok felmérésére alkalmas a Tinetti-féle egyensúly- és járásvizsgálati skála, melynek eredménye az elesési kockázatot vetíti fel a szűrést végző részére. Egy másik szűrővizsgálat a Get up and go teszt.

### ***Mentális állapot szűrése***

A mentális állapot felmérésére számos, könnyen alkalmazható tesztek állnak a rendelkezésre, mint pl.: MMSE (Mini Mental State Examination), órarajzoló teszt, walking-talking teszt. A demencia különböző formáinak elkülönítésére a Hachinski teszt alkalmazható (Semsei, 2008).

### ***Tápláltsági állapot szűrése időskorban***

A tápláltsági állapot felmérése és a malnutrició (alultápláltság) szűrése a táplálkozási anamnézis (pl.: étkezési szokás, kultúra/vallás, étkezés gyakorisága, folyadékbevitel, alkoholfogyasztás, speciális diéta, vitamin / ásványi anyag / fitoterápia használata, táplálkozási szükségletek, rágás és / vagy nyelési problémák, mozgáskorlátozottság, kognitív változások, élettani változások), klinikai értékelés (pl.: fizikális vizsgálat, krónikus betegségek, aktuális egészségi állapotát, orális egészség és fogazat, gyógyszereszedési szokások), antropometriai módszer (pl.: testtömeg mérés, testmagasság mérés, BMI-index, derék-csípő hányados, haskőrfogat, Bioelektromos Impedancia Analízis, felkarfogat, bőrredők mérése), biokémiai vizsgálatok (pl.: teljes vérkép, szérumalbumin, transferrin, elektrolitok, BUN / kreatinin) és időskorban eredményesen alkalmazott validált kérdőíves módszerek (pl.: *Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)*, *Nutritional Risk Screening (NRS 2002)*, *Mini Nutritional*



*Assessment (MNA), Nutrition Screening Initiative (NSI) checklist, SCREEN (Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition), SNAQ (Short nutritional Assessment Questionnaire), SNAQ<sup>RC</sup>, SNAQ<sup>65+</sup>, SNAQ (Simplified nutritional appetite questionnaire)* eredményeiből tevődik össze (Karamánné, 2014).

### **3.4.3. Tercier prevenció**

Az időskorban a harmadlagos megelőzés módszereihez tartozó gondozás és rehabilitáció célja a betegségből fakadó károsodások progressziójának megállítása és a tartós egészségdeficitet okozó állapotok megelőzése. Az idesorolható tevékenységek mindig az egészségügyi ellátásban valósulnak meg. A harmadlagos megelőzés fókuszál a fennálló krónikus betegségek súlyosságának, rizikószintjének megállapítására, a szövődmények-, állapotrosszabbodás-, valamint kezelések mellékhatásainak megelőzésére, csökkentésére és megszüntetésére, valamint a rendszeres ellenőrzés biztosítására (Ádány, 2006).

## **3.5. Összefoglalás**

A 60 év felettek aránya a népességben folyamatosan emelkedő tendenciát mutat, ezért az idős emberek egészségi állapotának megőrzése, az egészségben eltöltött életevek számának emelése, az időskorban előforduló megbetegedések megelőzése és értékes életminőségű öregkor biztosítása globális kihívást jelent.

Az időskorban is vezető halálokok között szerepel a szív- és érrendszeri megbetegedések, a rosszindulatú daganatok és a cerebrovasculáris betegségek. Az életkor előrehaladtával gyakrabban fordulnak elő különböző krónikus megbetegedések, ami nemcsak az idős ember életminőségét befolyásolja, de az egészségügyi kiadások mértékét is növelik. A fejezetben bemutatott idős populációt érintő megbetegedések mortalitási és morbiditási adatok tükrében a betegségek kialakulásában szerepet játszó legfontosabb rizikó faktorok és a megbetegedések megelőzését szolgáló szűrővizsgálatok is tárgyalásra kerültek. Ezen ismereteket tükrében nem szabad megfeledkezni arról sem, hogy az idősebb felnőtteknél is kulcsfontosságú az egészségfejlesztés, egészségnevelés. Fontos, hogy biológiai életkor, a kliens általános-, funkcionális állapotának és életcéljának figyelembevételével valósuljon meg az edukáció, a prevenció, a kórállapotok korai felismerése és kezelése.

### 3.6. Irodalomjegyzék

1. Ádány, R.(2006): Megelőző orvostan és népegészségtan. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest.
2. Ahmed, T., Haboubi, N. (2010): Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clinical Interventions in Aging*, **9**: 5. 207-216.
3. Allaby, M.(2014): Screening for Atrial Fibrillation in People aged 65 and over. A report for the National Screening Committee. Oxford: Solutions for Public Health, 2014. from: [http://www.bcs.com/documents/B4Z\\_Screening\\_for\\_Atrial\\_Fibrillation-Alaby.pdf](http://www.bcs.com/documents/B4Z_Screening_for_Atrial_Fibrillation-Alaby.pdf) (2015-10-05)
4. A Magyar Infektológiai és Klinikai Mikrobiológiai Társaság Vakcinológiai Szekciójának Állásfoglalása: A Streptococcus pneumoniae(pneumococcus) infekciók megelőzése felnőttekben. from: [http://www.infektologia.hu/upload/infektologia/document/streptococcus\\_pneumoniae\\_vedooltas\\_ajanlas20141015.pdf](http://www.infektologia.hu/upload/infektologia/document/streptococcus_pneumoniae_vedooltas_ajanlas20141015.pdf) (2015-10-05)
5. Antal, M., Regöly-Mérei, A. (2011): Táplálkozás, életmód időskorban – kockázati
6. tényezők és ajánlások. *Orvosi Hetilap*,**152**: 5. 182–189.
7. Atkinson, W., Wolfe, S., Hamborsky, J.(2011): Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Centers for Disease Control and Prevention. Pneumococcal disease. 12 ed. Washington, DC: Public Health Foundation, 233-48.
8. Ballard, D. J, Filardo, G., Fowkes, G., Powell, J.T.(2012): Surgery for small asymptomatic abdominal aortic aneurysms. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **14**. 3.
9. Beers, M.H.(2009): The Merck manual of diagnosis of therapy (magyar) MSD orvosi kézikönyv. 3. magyar kiad. Melania, Budapest.
10. Beers, M.H, Fink, A., Beck, J. C. (1991): Screening recommendations for the elderly. *American Journal Public Health*, **81**:9.1131-1140.
11. Boncz, I., Döbrössy, L., Péntek, Z. et al (2013): A szervezett emlőszűrési program harmadik (2006–2007) szűrési ciklusának részvételi arányai. *Magyar Onkológia*, **57**: 3. 140–146.
12. Demers, K.n: Hearing Screening in Older Adults. from [http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try\\_this\\_12.pdf](http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_12.pdf) (2015-10-05)
13. Ember, I., Kiss, I., Cseh, K. (szerk)(2013): Népegészségügyi orvostan. PTE ÁOK,

14. Fejérdy, P., Nagy, G., Orosz, M. (szerk.): Gerosztomatológia – az időskor fogászata. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1–24.
15. Hobbs, F.D.R., Roalfe, A.K., Lip, G.Y.H, et al. (2011): Performance of stroke risk scores in older people with atrial fibrillation not taking warfarin: comparative cohort study from BAFTA trial. *BMJ*, **342**: d3653.
16. Jessa, Z., Evans, B., Thomson, D., Rowland, G. (2007): Vision screening of older people. *Ophthalmic Physiological Optics*, **27**: 6.527-46.
17. Karamánné Pakai, A. (2014): A szűrővizsgálatok jelentősége a gerontológia területén. from <https://moodle.it.unideb.hu/ek/mod/scorm/player.php?scoId=0&cm=5761> (2015-10-05)
18. Központi Statisztikai Hivatal. (2014): A népesség gyarapodó rétege- Az időskorúak jellemzői. from [http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/nepesseg\\_gyarapodo.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/nepesseg_gyarapodo.pdf) (2015-10-05)
19. Kvell, K., Pongrácz, J., Székely, M., Balaskó, M., Pétervári, E., Bakó, Gy. (2011): A Gerontológia Molekuláris és Klinikai Alapjai. Pécsi Tudomány Egyetem, Pécs.
20. Lesjak, M. S, Flecknoe-Brown, S., Sidford Jan R., Payne, K., Fletcher, J. P. Lyle D.M. (2010): Evaluation of a mobile screening service for abdominal aortic aneurysm in Broken Hill, a remote regional centre in far western NSW. *The Australian Journal of Rural Health*, **18**:2.72-77.
21. Madléna, M., Faragó, R., Lukács, P. (2007): A fogászati prevenció szempontjai az időskorban.-In: Fogorvosi Szemle, **100**: 6. 289-293.
22. Oláh, A., Radnai, B., Müller, Á., et al. (2012): Vitális paraméterek: Oláh, A. (szerk.): Az Ápolástudomány tankönyve. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest. 328-335.
23. Osváth, P. (2013): Az időskori depresszió és agitáció korszerű kezelése – a trazodon alkalmazásának lehetőségei. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, **15**:3.147-155.
24. Potts, K. (2014): Hypertension in older people: assessment and management. *Nursing & Residential Care*, **16**: 3.146-149.
25. Rustagi, A., Kamineni, A., Weinmann, S., et al (2014): Cervical Screening and Cervical Cancer Death Among Older Women: A Population-Based, Case-Control Study. *American Journal of Epidemiology*. **179**: 9. 1107-1114.
26. Schröder, F.H., Hugosson, J., Roobol, M. J. et al (2009): Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. *The new england journal of medicine*, **26**: 360. 1320-1328.

27. Semsei, I. (2008) Gerontológia. Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Nyíregyháza.
28. Szabó, R.(1996) Geriatria Idősgyógyászat. Szeged, Agapé Kft.
29. Székács, B.(2005): A geriátria-az időskor gyógyászata. Semmelweis Kiadó, Budapest.
30. Tompa, A.(szerk)(2010): Népegészségtani ismeretek. Semmelweis Kiadó, Budapest, 316-317.
31. Veresné Bálint, M.: Tápláltsági állapot, táplálkozási szokások, tápanyag-beviteli értékek, és élelmiszerfogyasztási gyakoriság vizsgálata idősök körében. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Patológiai Tudományok Doktori Iskola, Budapest.
32. Zámolyi, K.: *Időskori szívbetegség-diagnosztika/terápia.* from [http://www.debkard.hu/upload/file/dkn/2012/idoskori\\_zamolyik.pdf](http://www.debkard.hu/upload/file/dkn/2012/idoskori_zamolyik.pdf) (2015-10-05.)

## **4. AZ IDŐSKORÚAK TÁPLÁLKOZÁSA (PROF. DR. FIGLER MÁRIA)**

### **4.1. Bevezetés**

A fiatal kortól folytatott egészséges életmód, az energiaegyensúly megtartása, tehát az egészséges táplálkozás megfelelő fizikai aktivitással párosulva elősegíti az egészséges idősödést. A táplálkozás fontos szerepet tölt be az ideális testtömeg fenntartásában, így az izomvesztés, izomtömeg csökkenés kivédésében is. Alapvető szerepet játszik a jó minőségű és mennyiségű étrend az immunrendszer hatékony működésében is, akik rosszul vagy alultápláltak, azok fogékonyabbak fertőzésekre, különböző krónikus betegségekre, így a daganatok kialakulásának veszélyére is. A táplálkozás fontos szerepet játszik az egészséges bélflóra alakításában is, amely elősegíti az immunrendszer normális működését, így az öregedéssel járó betegségek kivédését.

### **4.2. Az idősek tápanyag szükséglete**

Az egészséget befolyásoló egyik legfontosabb tényező a táplálkozás. A táplálkozásnak minden életkorban kulcsszerepe van, nemcsak azért, mert életfontosságú (táplálék és energia nélkül nincs élet), hanem mert preventív és terápiás szerepe mellett az időskorúaknál a rehabilitációban is döntő fontosságú. Az egészséges táplálkozás jelentősége idősebb korban talán még nagyobb, mint fiatalabb korban. A tény, miszerint a táplálkozás, mint az egyén által egyik legkönnyebben befolyásolható életmódtényező az elsődleges megelőzés (primer prevenció) szempontjából vitathatatlan. Ma már nyilvánvaló, hogy a prevenció nyomán nő az egészségnyereség, a költségek pedig bármelyik életkorban és magas kockázatú betegcsoportban alacsonyabbak, mint az orvosi kezelések, és igaz ez a táplálkozási prevencióra is. Kevés kutatás ismert arról, hogy az alultápláltság, a malnutrició különböző mértéke és típusa mekkora gátja a testi–lelki egyensúlynak. Az orvosi rehabilitáció számos ágában kimutatták már, hogy a megfelelő tápláltsági állapot javítja az egyén egészségi állapotát, illetve megakadályozza annak további romlását úgy. Az idősödés kutatások eredményeinek köszönhetően napjainkra prioritást nyert a preventív gerontológia, amelynek fontos része az ún. gerontológus, azaz az idősödés táplálkozástudománya. Ennek az igénye, de szükségessége is mindinkább fokozódik a lakosság és a szakma (orvosok, dietetikusok, élelmiszeripar, kereskedelem) oldaláról egyaránt. A kutatások azt is igazolják, hogy az idősor számos betegsége összefügg a nem megfelelő táplálkozással, így a „sikeres öregedés” egyik lehetősége a táplálkozásban rejlik. Mind több tudományos közlemény számol be a táplálkozás és az idősödés kapcsolatáról, megállapítva, hogy nagy befolyással bíró tényező olyan – a kor

előrehaladtával – gyakoribb betegségek kialakulásában mint:

- a magasvérnyomás-betegség
- a rosszindulatú daganatos betegségek
- a szív-ér rendszeri károsodások
- a cukorbetegség
- a csontritkulás
- a D-vitamin-hiány
- a szürkehályog

A népegészségügy egyik nagy kihívása az idősödő társadalomban annak elérése, hogy az időskorúakra jellemző krónikus betegségek és állapotromlás következményeit minél nagyobb mértékben megelőzze, vagy csökkentse annak érdekében, hogy megőrizték az idősök egészségüket, önállóságukat, illetve fenn tudják tartani megszokott életminőségüket. Az időskornak nem feltétlenül velejárója a testi és szellemi teljesítmény csökkenése, bár kétségkívül a regresszív folyamatok kerülnek előtérbe, ezért az időkori jó életminőség megőrzésének kulcsa a krónikus betegségek megelőzése, illetve kialakulásuk kockázatának csökkentése.

### **4.3. A testtömeg változása az életkorral**

A hazai társadalom öregedésével párhuzamosan egyre komolyabb népegészségügyi problémát jelent a testsúly hosszútávú szabályozásával összefüggésben álló két jellegzetes eltérés: a gyermekek és a középkorúak elhízása, valamint az időskori alultápláltság és a következményes sarcopenia. Az epidemiológiai vizsgálatok adatai alapján a testsúly kb. 45-55 éves korig fokozatosan növekszik, majd 70-75 éves korig inkább stagnál, ezt követően pedig minden kóros ok, vagy szándékosság nélkül is csökkenni kezd. 20 és 70 éves kor között – még közel állandó testtömeg mellett is, az emberi test összetétele jelentősen megváltozik: a zsírtartalom gyarapodik, elsősorban a vázizomzat rovására. Az életkorfüggő testösszetétel változások jelentős morbiditást és mortalitást növelő tényezők, az elhízás mértékével például exponenciálisan nő a mortalitás. Túlsúly esetén a halálozás mintegy kétszeres, míg súlyos obesitas már több mint tízszeresére növeli a kockázatot. Obesitas alatt a testzsír mennyiségének felhalmozódását értjük a zsírmentes testtömeghez viszonyítva. A középkorúak elhízására a hipertrófiás, törzsre lokalizált, ún. alma típusú obesitas jellemző.

Ez a belső, zsigeri szervek körül felszaporodó zsírszövettel jellemezhető visceralis obesitas, jelentősen megnöveli az anyagcsere-, szív- és érrendszeri betegségek előfordulását, de emellett számos más betegség, pl. daganatok (pl. emlő, vastag- és végbél, endometrium és vese), epekő, alvási apnoe szindróma, ízületi arthrosisok, mélyvénás thrombózis, thrombophlebitis kialakulásában is fontos kóroki szerepet játszik.

#### **4.3.1. A testtömegcsökkenés leggyakoribb okai időskorban**

- Időskorra a szervezet energiaigénye – a dolgozó, aktív életet élő felnőttek energiaszükségletéhez képest – csökken, amit a szervezet érzékel, és kevesebb táplálékkal is beéri,
- az idős emberek egy részének a csökkent ízlelés és szaglás miatt csökken az étvágya,
- ha magányosak, nincs kedvük enni (ellenben, főleg az egyedül élő öregek körében, gyakori az alkoholizmus),
- a közösségben élő idősök legalább nyolc százalékának súlyos depressziós tünetei vannak, depresszióban a betegek étvágytalanok, testtömegük csökken,
- időskorra megváltozik az ajkak helyzete, sorvadnak a rágóizmok, és a nyelés is nehezebbé válik,
- a gyakrabban előforduló hiányos fogazat és a rágóizmok gyengülése miatt a nehezebben rágható ételeket egyáltalán nem is fogyasztják (kevesebb húst, gyümölcsöt, zöldséget választanak),
- a kor előrehaladtával romlik a tápanyagok hasznosulása (emésztőnedvek, gyomorsav elválasztása csökken stb.), rosszabb lesz az emésztés (pl. májenzimek működése lassul) és a felszívódás határfoka,
- a rágást szintén nehezítheti a szükségesnél kevesebb folyadékfogyasztás miatt kialakuló szájszárazság.

Az elhízás és a soványság egyaránt csökkenti az élettartamot, tehát a megfelelő testtömeg elérése, illetve fenntartása segíti a potenciálok megvalósulását, illetve csökkenti az erre a korra jellemző betegségek (szív-ér rendszeri, ízületi betegségek, 2-es típusú cukorbetegség) tüneteit, és az általános állapotot javítja.

#### **4.3.2. Az időskorúak táplálkozásának jellegzetességei**

Miközben napjainkban a gyermekek táplálkozása kiemelt helyen van, az időskorúak táplálkozásáról igen kevés szó esik. Az idősök táplálkozására legalább ugyanakkora figyelmet kell fordítani, mint a felnőttek vagy a gyermekek esetében. Az otthonuktól távol, tartós

elhelyezést nyújtó szociális intézményekben (közösségben) élő időskorúak minden szempontból kiemelten kezelendők, legyen szó fizikai aktivitásukról, szabadidő-eltöltésükről, pihenésükről, vagy éppen táplálkozásukról.

Ha az idős emberek étrendjét helyesen akarjuk összeállítani, akkor az életkori sajátosságokból adódóan számos jellegzetességet kell figyelembe vennünk, és tekintettel kell lennünk egészségi állapotukra is (pl. halmozódó betegségek).

Néhány vizsgálati eredmény alapján valószínűsíthető, hogy a 65 éven felüliek fehérjeszükséglete valamivel nagyobb, mint a fiatal felnőtteké, ami az egyes tápanyagok napi energiabevitelen belüli megoszlására is hatással lenne. Nem rendelkezünk azonban elegendő számú, és meggyőző vizsgálatral – amelyekben a fiatal és idősebb felnőtteket hasonlították össze –, ezért az időskorúak fehérjeszükségletét 0,8 g/ttkg/nap-ban adjuk meg. Az idősök szervezete a fehérjehiányhoz rosszabbul alkalmazkodik, mint a fiatalabb szervezet, valamint a nem tökéletes sajátfehérje-felépítés, a rosszabb fehérjehasznosítás, a csökkent emészthetőség, fennálló emésztőszervi betegség mind azt indokolják, hogy elegendő, jó minőségű fehérjét fogyasszanak. A nitrogénegyensúly eléréséhez elsősorban a metionin- és a lizin szükséglet nő meg, ezeket az aminosavakat leginkább a halak, a húsok és a sajtok tartalmazzák. A korosztályra jellemző gyakori szív-ér rendszeri elváltozások, illetve magas koleszterinszint miatt a zsírok arányát az összenergián belül fontos 30 energia%-ban maximalizálni. Optimális esetben a táplálék legnagyobb részét (58–60%) a szénhidrátok, azon belül is elsősorban az összetett szénhidrátok (oligoszacharidok, keményítő, cellulóz) tegyék ki. A hozzáadott cukortartalom az étrend összenergiájában ne haladja meg a tíz energiaszázalékot.

Felszívódási zavarok, illetve az életkori sajátosságokból és egészségi állapotból adódó megnövekedett szükséglet egyes vitaminok (C-vitamin, tiamin, niacin, retinol, folát stb.) és ásványi anyagok (pl. kalcium, vas, cink) nagyobb bevitelét teszi szükségessé.

A megfelelő mennyiségű folyadékfogyasztás ebben az életkorban különösen fontos, ugyanis az idősök szervezete sokkal érzékenyebb a kiszáradásra, mint a fiatalabbaké. A kiszáradás veszélyét az is növeli, hogy az idős emberek szomjúságérzete csökken, emiatt kevesebb folyadékot fogyasztanak napközben, mint amennyi szükséges lenne. Az idősebbek szervezetében hosszabb ideig tart a folyadékdeficit korrigálása, továbbá viszonylag enyhe stressz is felboríthatja az egészséges fiziológiás állapotot (pl. csekély hasmenés, lázas állapot). A memória működéséhez egyes mikrotápanyagok bevitelére nélkülözhetetlen. A kognitív funkciók, a gondolkodás és a memória romlásának megakadályozása érdekében mindenképp ajánlott a niacin-, folsav-, C-, B1-, B2-, B6-, B12-vitamin-tartalmú, antioxidánsokban és



flavonoidokban gazdag élelmiszerek, ételek rendszeres fogyasztása.

A tápláltsági állapot közvetlenül befolyásolja az életminőséget, valamint – többek között – a betegek gyógyulását, a szövődmények kialakulásának esélyeit, de az sem elhanyagolható szempont, hogy a gyógyulás költségeit is. A malnutríció (alutápláltság) olyan kóros állapotnak tekinthető, amely az energia és/vagy legalább egy tápanyag abszolút vagy relatív hiányát jelenti. A hazánkban tömegesen megfigyelhető túlsúly és az elhízás kialakulásának hátterében leggyakrabban a nem megfelelő étrend és a fizikai inaktivitás húzódik meg. Azonban a helytelen táplálkozás, főként ülő életmóddal párosulva, túlsúly jelenléte nélkül, önmagában is növeli számos kórállapot, köztük a magas vérnyomás, szív és érrendszeri betegségek, 2-es típusú diabétesz, csontritkulás, egyes daganatok kialakulásának kockázatát. A hazai lakosság körében ezen jelenségek is hatalmas tömegeket érintenek, még sürgetőbbé téve táplálkozási szokásaink és életmódunk gyökeres átalakítását, amellyel sikerrel lenne elkerülhető az idős korra a különböző betegségek kialakulása.

### **A kiegyensúlyozott étrend**

Az egészséges táplálkozás legfontosabb alapja a teljes értékű étrend. Minden étel és ital beilleszthető ebbe a rendszerbe, ha azokat mértéktartóan, megfelelő adagban fogyasztjuk, továbbá ha a változatos étrend együtt jár valamilyen rendszeres fizikai aktivitással is. Az egészséges táplálkozás a különböző ételek és italok fogyasztásának egyensúlyát jelenti az egyéni energiaszükséglet figyelembevételével, nem pedig bizonyos ételek vagy élelmiszerek kiemelt bevitelét. A különböző élelmiszerek, ételek és italok változatos, mértékletes fogyasztása, valamint az ehhez társuló megfelelő fizikai aktivitás képezi tehát az egészséges életmód alapját.

Az ételek íze gyakran a legfontosabb élelmiszerválasztást befolyásoló tényező. Az alapízek (édes, savanyú, keserű, sós, umami) érzékelése, kedvelése kezdetben genetikai eredetű, azonban ezt olyan pszichológiai és anyagcsere változók, mint például az elégedettség vagy jóllakottság érzése, valamint az életkor, faj/etnikum, kulturális befolyásoló erők, valamint a tapasztalatok módosíthatják.

A tápérték olyan tényező, amely hozzájárul az élelmiszerválasztáshoz, habár a lakosság meghatározó része személyesen kevésbé törődik ezzel, mint az ízzel. A tápértékre vonatkozó ismeretek szintén pozitív összefüggést mutatnak az étrend minőségével és a testtömeg tartás sikerességével. Általánosságban, a magas zsírtartalmú élelmiszerek nagy energia-sűrűségűek, a magas víz és/vagy rosttartalmúak pedig alacsony energia-sűrűségűek. Az alacsony energia-sűrűségű étrend fogyasztása támogatja a testtömeg csökkentését és karbantartását, az energia

sűrűség ismerete tehát hasznos, idős korban a jelentősége nő.

Az élelmiszerek kiválasztásánál az egyik legjelentősebb befolyásoló tényező az a szándék, hogy csökkenteni lehessen az étel elkészítésével és a táplálkozás kontrolljával töltött időt a mai gyorsan változó életstílusunkban. A teljes értékű étrendhez a táplálkozás minőségét nem kell feláldozni a kényelem oltárán, ezt mutatja a boltok polcain egyre nagyobb választékban megtalálható, jó minőségű kényelmi termékek, friss, előkészített ételek és nyersanyagok (pl. hűtött tészták, fogyasztásra kész saláták) köre. Alkalmanként ráadásul, ha ez körültekintő választással is párosul, még a hagyományos gyorséttermi ételek is szerepelhetnek egy kiegyensúlyozott étrendben.

A gazdasági szempontok erős befolyással bírnak a táplálkozási szokásokra és az élelmiszerválasztásra, következményesen pedig a tápanyagbevitelre. Hazánkban, a KSH 2013-as adatai szerint a háztartások jövedelmük jelentős hányadát, közel negyedét, fordították élelmiszerekre.

A táplálkozással kapcsolatos képzetek, hozzáállások és hiedelmek sokat változtak az utóbbi fél évszázadban a különböző szociális trendek, a médiumok, a marketing és a virtuális térben rendelkezésre álló gazdag és azonnal elérhető információk miatt. Az újabb élelmiszer feldolgozási és ételkészítési technikák, az innovatív informatika, a világkonyhák megismerése, a kultúrák nagyobb változatossága, az érdeklődés a friss, természetes, bio termékek iránt, a mezőgazdasági gyakorlatok fenntarthatósága iránti aggodalom, valamint a nem otthon elfogyasztott élelmiszerek arányának megnövekedése mind forradalmasító hatással van a táplálkozásra.

A táplálkozási útmutató két fő célja:

- 1) A lakosság támogatása az egészséges testtömeg elérésében és megtartásában az energia-egyensúly elve alapján, melynek elmaradhatatlan része a tudatos élelmiszerválasztáson túl a fizikai aktivitás is.
- 2) A táplálkozási ajánlásokban hangsúlyt helyezni a tápanyagokban gazdag, értékes táplálkozás-élettani hatású élelmiszerekre, pl. zöldségfélék, gyümölcsök, teljes értékű gabona, alacsony zsírtartalmú tejtermékek, sovány húsok, hüvelyesek, olajos magvak stb., ezáltal eligazítani a lakosságot abban, hogy az egyes élelmiszercsoportokon belül a kedvezőbb összetételű megoldást válasszák.

#### **4.3.3. Az egységes étrend építőelemei és fő üzenetei az idősök számára a következők:**

- Tányérunk felét zöldségfélék és gyümölcsök foglalják el! Mérsékeltén aktív fizikai igénybevétel esetén legalább napi 1,5-2 adag gyümölcs (1 adag gyümölcs = pl. 1 közepes alma, körte vagy grapefruit/1 nagy banán vagy narancs/32 szem szőlő/1 pohár 100%-os gyümölcslé/1 kis maréknyi aszalt gyümölcs) és napi 2-3 adag zöldség (1 adag zöldség= pl. 1 nagy paradicsom/2 közepes sárgarépa/1 cső kukorica/1 közepes burgonya/1 pohár 100%-os zöldséglé/200 g zöldborsó vagy spenót vagy brokkoli) elfogyasztása javasolt.
- Az elfogyasztott gabonamennyiség fele teljes értékű gabona legyen! Mérsékelt fizikai igénybevétel esetén naponta 5-8 adag gabonaféle elfogyasztása javasolt. (1 adag gabonaféle= pl. 1 szelet kenyér/1 kis tortilla lap/30 g rizs, bulgur, tészta vagy liszt)
- Fogyasszunk rendszeresen zsírszegény fehérjeforrásokat, például szárnyasokat, hüvelyeseket, heti két alkalommal halat. Különösen figyeljünk a zsírszegény ételkészítésre, ennek érdekében csak a legszükségesebb zsiradékmennyiséget használjuk. Mérsékelt fizikai igénybevétel esetén naponta 5-6,5 adag fehérjeforrás elfogyasztása javasolt. (1 adag= 30 g sovány hús vagy hal/1 db tojás/15 g nem sózott olajos mag/50 g főtt hüvelyes)
- Válasszuk a sovány tejtermékeket kalcium szükségletünk kielégítésére! Mérsékelt fizikai igénybevétel esetén napi 3 adag tej vagy tejtermék elfogyasztása javasolt. (1 adag tejtermék= pl. 2,5 dl tej vagy joghurt/45 g, kb. 3 szelet sajt)
- Mértékletesen fogyasszunk zsiradékokat! Bár a zsiradékok nem képezik az útmutató szerves részét, de számos értékes tápanyagot pl. E vitamint tartalmaznak, ezért külön iránymutatás fogalmazódik meg fogyasztásukkal kapcsolatban. Mérsékelt fizikai igénybevétel esetén felnőttek számára legfeljebb 5-7 teáskanálnyi zsiradék elfogyasztása engedhető meg a kiegyensúlyozott étrend részeként.
- A teljes értékű étrend szemlélet nem egyenlő az alacsony tápanyag és magas energiasűrűségű élelmiszerek korlátlan fogyasztásával. Az alacsony tápanyag, ám magas energiasűrűségű ételek, italok beilleszthetők az étrendbe, az egyéni energiaszükségletnek megfelelő mennyiségekben, különösen, ha csupán alkalmi kényeztetést jelentenek vagy amikor a magas energia-sűrűségű élelmiszerek az étrend élvezeti értékének növeléséhez járulnak hozzá (pl. joghurthoz hozzáadott kismennyiségű méz). Ez egybevág az egészséges táplálkozás szabályaival, még inkább akkor, ha a minőség mellett a mennyiségre is figyelünk, vagyis kerüljük a túlzott méretű adagok fogyasztását, és számon tartunk

minden falatot és kortyot, ami a szervezetünkbe került, hiszen valóban minden felvett kalória számít.

- A változatosság hosszú éveken át az étrendi útmutatók egyik sarokköveként szerepelt, és annak fontos eleme ma is, azzal a kiegészítéssel, hogy a hangsúly egyre inkább az értékes, magas tápanyagtartalmú nyersanyagok, élelmiszerek változatos és tudatos kiválasztásán van a fő ételcsoportokon belül. A változatos, tápanyagokban sűrű ételek és italok kiválasztásának elképzelését foglalja magába a teljes értékű étrend szemlélet.

#### **4.4. A táplálkozási útmutató kulcsüzenetei az időskorúaknak**

Az energia-egyensúly megvalósítása a testtömeg kontroll érdekében.

- A túlsúly és elhízás megelőzése a táplálkozási szokások megváltoztatása és fizikai aktivitás segítségével
- Az energia bevitel kontrollja a testtömeg karbantartás érdekében, túlsúly esetén energiaszegény étrend követése
- A fizikai aktivitás fokozása a passzív időtöltések mérséklésén keresztül
- Az energia-egyensúly fenntartása minden életkorban, a gyermekkortól kezdve az időskorig.

Az ideális testtömeg elérése és megtartása nélkülözhetetlen az egészség megőrzéséhez. A testtömeg kontroll kulcsa az energia egyensúly, vagyis az élelmiszerekkel, italokkal elfogyasztott, valamint a szervezet anyagcsere folyamatai és a fizikai aktivitás során felhasznált energiamennyiség közötti összhang, vagy éppen annak hiánya. Ezen tényezők közül mind az energiabevitel, mind pedig a fizikai aktivitás jól irányítható az egyén által. Amennyiben az energia mérleg két serpenyőjében megjelenő energiamennyiség egymással megegyezik, a testtömeg változatlan marad. A felhasználnál magasabb kalóriabevitel testtömeg gyarapodást eredményez, de ugyanúgy ennek fordítottja is igaz, amennyiben a felhasznált kalóriamennyiség meghaladja az energia bevitelt, a testtömeg csökkenni fog. Ez utóbbi állapot, vagyis a negatív energia mérleg elérhető az elfogyasztott energia csökkentésével, a fizikai aktivitás fokozásával, illetve ideális esetben a kettő kombinációjával. Az egészséges testtömeg megtartása különösen fontos, hiszen egy már fennálló túlsúlyos állapot megfordítása nagyságrendekkel több erőfeszítést igényel.

#### **4.4.1. Élelmiszerek és tápanyagok, melyek fogyasztásának csökkentése javasolt időskorban**

- A nátriumbevitel napi 2-3 grammra történő csökkentése ajánlott, melynek további mérséklése javasolt, egészen a napi 1,5 g nátriumbevitelig, 51 éves koron túl, illetve magas vérnyomás, cukorbetegség vagy krónikus vesebetegség esetén.
- A telített zsírsavbevitel ne haladja meg a napi energia felvétel 10 százalékát, a telített zsír egyszeresen és többszörösen telítetlen zsírsavakkal történő helyettesítése javasolt.
- A napi koleszterin bevitel ne lépje túl a 300 mg-ot.
- A transz zsírok felvételét az elérhető legalacsonyabb szinten ajánlott tartani, ennek érdekében a mesterséges transz zsírsavforrások, pl. részlegesen hidrogénezett növényi zsírok fogyasztásának csökkentése célszerű.
- Általánosságban a zsírokból és a hozzáadott cukrokból történő kalóriabevitel mérséklése ajánlott
- A finomított gabonafélék helyett célszerű előnyben részesíteni a teljes értékű gabonafélék fogyasztását.
- Alkoholfogyasztás csak mértékletesen javasolt, nők esetében napi 1, férfiak vonatkozásában napi 2 ital erejéig.

#### **4.4.2. Élelmiszerek és tápanyagok melyek fogyasztását növelni célszerű idős korban**

- Zöldségfélék és gyümölcsök, különös tekintettel a sötétzöld, piros és sárga színű változatokra, és a hüvelyesekre.
- Az elfogyasztott gabonamennyiség legalább felét teljes értékű gabona tegye ki, a finomított gabonafélék fogyasztását ezzel párhuzamosan mérsékelni célszerű.
- A zsírszegény tejtermékek választása javasolt.
- Ösztönözni érdemes a zsírszegény fehérjeforrások fogyasztását, ide sorolhatók a sovány húsok, szárnyasok, halak, tojás, nem sózott olajos magvak és hüvelyesek.
- Az omega 3 zsírsavakban gazdag tengeri halak rendszeres fogyasztása ajánlott.
- Az állati eredetű zsiradékok helyett a kedvezőbb zsírsav összetételű növényi eredetű zsiradékok, olajak, margarinok használata ajánlott.
- A lakosság körében megfigyelhető alacsony kálium, élelmi rost, kalcium és D vitaminbevitel megszüntetése érdekében növelni szükséges a zöldségfélék, gyümölcsök, teljes értékű gabonafélék, tej és tejtermékek fogyasztását.

A fentiekben említett élelmiszerek és nyersanyagok értékes tápanyag összetétellel rendelkeznek, ezáltal jelentős mértékben járulnak hozzá a szervezet tápanyagszükségletének

kielégítéséhez, mindeközben pozitív szerepük van a testtömeg kontrollban is.

#### **4.5. A folyadék fogyasztás jelentősége és lehetőségei**

A megfelelő folyadékellátottság fontos eleme az egészség megőrzésének. Az adekvát hidratáltság központi szerepet játszik többek közt olyan alapvető élettani működésekben, mint a vérnyomás szabályozása, a salakanyagok kiválasztása és eltávolítása a szervezetből, továbbá kiemelkedő jelentősége van a testhőmérséklet szabályozásában. Már-már evidenciaként kezelhető, hogy a megfelelő folyadékellátottság nélkülözhetetlen a test összes szervének optimális működéséhez. Így az időseknél következményesen, már az enyhe mértékű dehidratált állapot is hozzájárul számos kór állapot kialakulásához. A folyadék-egyensúly fenntartása egyértelműen csökkenti a vesekövesség kialakulásának kockázatát, hasznos kiegészítő eleme lehet többek között a húgyúti fertőzések, székrekedés, magas vérnyomás, vénás tromboembólia, szívkoszorúér betegségek, stroke, epekövesség, zöldhályog megelőzésének. A megfelelő folyadékellátottság azonban nemcsak a fizikai egészségre, hanem az agyműködésre, a hangulatra, valamint a mentális/kognitív teljesítőképességre is pozitív hatással van.

##### **4.5.1. Folyadék-egyensúly**

A szervezet folyadékellátottságát a különböző étrendi forrásokból származó folyadékbevitel, valamint az anyagcsere-folyamatok során keletkező vízmennyiség, illetve a másik oldalon a teljes vízvesztesség mértéke határozza meg. Abban az esetben beszélünk folyadék-egyensúlyról, ha a különböző csatornákon távozó vízvesztés ellensúlyozza az étrend (ételek és italok) víztartalma, valamint a metabolikus víz mennyisége. Köszönhetően a szabályozó mechanizmusoknak, a folyadék-egyensúly többségében megvalósul, vagyis a keletkező deficit egy 24 órás periódust tekintve általában nem haladja meg a testtömeg 0,2 százalékát, még igen szélsőséges mértékben, 1500-3000 ml/nap, változó vízvesztesség mellett sem. Felnőttek esetén a folyadékszükséglet 22-38 ml/ttkg/nap. A napi átlagos folyadékfelvétel idős korban mintegy 2200 ml, mely ivóvízből és a tápanyagok víztartalmából származik. Ehhez hozzáadódik a tápanyagok metabolizmusa során az oxidációs folyamatok révén keletkező 300 ml víz. A szükséglet a táplálékok minőségétől, víztartalmától függ (a főzelékek víztartalma akár 90% is lehet, a csirkehús 63%-ot, a kenyér 36%-ot, a cukor 0,5 %-ot tartalmaz). A napi 2500 ml folyadékfelvétellel szemben napi 2500ml folyadékvesztés keletkezik, mintegy 1500 ml a vizelettel, 900 ml a tüdőn és a bőrön keresztül, 100 ml a széklettel távozik. A szervezet számára fontos elektrolitok oldatban tartása és az ozmotikus egyensúly fenntartása ilyen módon

biztosított. A különböző exokrin mirigyek működése révén nagy mennyiségű folyadék áramlik a gyomor-bél rendszerbe, ami nagyrészt vissza is szívódik. Ehhez a nagymértékű folyadékmozgáshoz viszonyítva a napi folyadékbevitel csekély. Mindkettőnek jelentős szerepe van a folyadék és a tőle elválaszthatatlan elektrolit- egyensúly szempontjából.

#### **4.5.2. Folyadékbevitel**

A folyadékbevitel egyik legfontosabb eleme az ivóvízzel, különböző italokkal, valamint az ételekkel szervezetünkbe kerülő vízmennyiség. Egy átlagos összetételű európai étrend mellett a napi vízfelvétel 80%-a származik vízből és egyéb italokból, míg a maradék 20%-ot az ételek nedvességtartalma szolgáltatja. Nem szabad lebecsülni az egyes ételek, élelmiszerek hozzájárulását a vízbevitelhez, amíg a kenyerek, pékáruk víztartalma általában kevesebb, mint 40%, addig a különböző hideg és meleg ételek (pl. mártások, főzelékek, levesek) akár 70% vizet is tartalmazhatnak. A magas víztartalmú ételeknek nagy szerepe lehet a szervezet folyadékszükségletének kielégítésében a szomjúságérzet csökkenésével járó állapotokban (pl. időskor). Kiemelkedően magas víztartalmúak, az egyébként is előnyös táplálkozás-élettani hatással rendelkező zöldség-, főzelékfélék és gyümölcsök (80-90%), valamint a tej. Ebből következően a zöldségfélékben, gyümölcsökben gazdag étrend sokkal jelentősebb mértékben tud részt venni a vízigény kielégítésében, mint egy hagyományos, kevésbé szerencsés összetétellel rendelkező, például gyorséttermi ételeket nagy gyakorisággal tartalmazó étrend.

A szomjúságérzet, melyet az italok érzékszervi tulajdonságai (pl. szín, íz, illat, hőmérséklet) és élettani mechanizmusok (plazma ozmolaritásának emelkedése, térfogatának csökkenése) is befolyásolnak, a testtömeg legalább 3%-át elérő vízhiány esetén lép fel és rövidtávon a folyadék-deficit pótlására készíti az egyént. Az intracelluláris vízhiányra (és az ozmotikus nyomás következményes emelkedésére) az ozmoreceptorok reagálnak nagyon érzékenyen, az extracelluláris folyadéktér változásainak (erekből, intersticiumból víz kilépése) észlelése pedig nyomásérzékelő receptorok segítségével történik. Következtében egyrészt az arginin-vazopresszin rendszeren keresztül a vesék vizelet kiválasztása csökken, másrészt pedig a folyadékfelvétel ösztönzésére szomjúságérzet alakul ki. A nagyerekben, illetve a szívben, a jobb pitvar falában megtalálható nyomásérzékelő receptorok a vagus rendszeren keresztül stimulálják a folyadékbevitelt.

#### **4.5.3. Folyadékbevitelre vonatkozó ajánlások**

A szervezet minimális vízszükséglete az a mennyiség, amely a veszteséget ellensúlyozva képes megelőzni a vízhiányos állapotok (pl. dehidratáció) kialakulását. Az egyéni vízszükségletet

befolyásoló tényezőkben (pl. anyagcsere, fizikai aktivitás, környezeti körülmények) megmutatkozó hatalmas különbségek azonban nagyon megnehezítik egy mindenkire érvényes minimális vízmennyiség megállapítását. A nagyon eltérő egyéni igények miatt a lakosság egésze számára megfogalmazható univerzális ajánlás (Recommended Daily Allowance/RDA) a vízbevitelre vonatkozóan nem állapítható meg. Az egészségügyi hatóságok csupán a folyadék-egyensúly fenntartásához szükséges vízmennyiséget definiálhatják. Azt azonban fontos hozzátenni, hogy az így születő iránymutatás nem szolgál kellően pontos javaslattal a lakosság felé a hétköznapokban ajánlott folyadék mennyiségére, típusára vonatkozóan. Emiatt a háziorvosok és dietetikusok által végzett edukációs tevékenységnek hatalmas szerepe van az egyéni folyadékfogyasztási terv kialakításában és a lakosság támogatásában a megfelelő hidratáltság elérésében. Az Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság (EFSA) által a vízbevitellel kapcsolatban megfogalmazott legutolsó szakértői véleményt a 2010-ben kibocsátott "Scientific Opinion on Dietary Reference Values for water" című dokumentum tartalmazza. Ebben a dokumentumban az Európai Unió szakértői rögzítik, hogy az általuk megfogalmazott vízfelvételre vonatkozó referencia értékek magukban foglalják az ivóvízből, különböző italokból, valamint az ételek nedvességtartalmából származó vízmennyiséget.

A felnőttek számára megfelelőnek tartott vízbevitel a nők esetében 2 liter/nap, a férfiak vonatkozásában pedig 2,5 liter/nap. Az EFSA az idősek számára is a felnőtteknek javasolt vízbevittelt ajánlja, a vesék romló koncentráció funkciója, illetve a szomjúságérzet csökkenése miatt. Az előzőekben felsorolt megfelelő napi bevitteli mennyiségek hangsúlyozottan csak mérsékelt éghajlati körülmények és átlagos fizikai aktivitás esetén érvényesek. A szervezet vízvesztése extrém környezeti hőmérséklet és intenzív fizikai igénybevétel esetén akár napi 8 liter is lehet, melynek pótlása feltétlenül szükséges. A hipo-ozmoláris állapot elkerülése érdekében ugyanez érvényes az elveszített elektrolitokra is. A szakértők külön felhívják a veszélyt a túlzott vízfelvétel kockázataira, melyet a vesék kiválasztó funkciója az 1 liter vizelet/óra kapacitáson túl már nem tud kompenzálni. Így hiponatrémia és agyi ödéma kíséretében fellépő hipo-ozmoláris vízmérgezés alakulhat ki. A szervezet által tolerálható maximális napi vízmennyiség, tekintve az egyéni, valamint a környezeti változó tényezőket nem megállapítható. Hazánkban a magyar táplálkozástudományi hatóságok által megállapított megfelelő folyadékbevitelre vonatkozó konkrét ajánlás nincs, így az Unió tagjaként a hazai lakosságra is a fent említett, az EFSA szakértői által definiált megfelelő vízbevitteli értékek tekinthetők érvényesnek. Javaslat fogalmazódik meg ugyanakkor a preferált italok vonatkozásában, ahol a víz, ásványvíz, mint a legjobb szomjoltó és energiatartalommal nem



rendelkező folyadék szerepel a táplálkozási ajánlásokban, illetve a hazai szakértők felhívják a figyelmet a cukortartalmú italok túlzott fogyasztásának kockázataira. Megnövekedett folyadékigény (pl. nyári meleg, intenzív fizikai aktivitás) esetén pedig lényegi szerepe lehet a szükséges többlet vízmennyiség elfogyasztásában. Éppen ezért fontos a változatosság szükségességének tudatosítása az időskorúak esetén is. A gyakori tévhit ellenére a koffeintartalmú italok is, kevés kivételtől eltekintve hozzájárulhatnak a folyadékbevitelhez. Bár a koffein azáltal, hogy tágítja a vese ereket, fokozza a vesén átáramló vérmennyiséget enyhe diuretikus hatással rendelkezik. Hasonló a helyzet az alkoholtartalmú italok vonatkozásában is.

#### **4.5.4. Sóbevitel**

Számos tudományos bizonyíték van arra vonatkozóan, hogy a magas vérnyomás legfontosabb kockázati tényezője jelenleg a magas sóbevitel. A sófogyasztás mértéke és a vérnyomás között bizonyítottan pozitív összefüggés van mindkét nemnél, minden életkorban és ez a kapcsolat mind a normál, mind a magas vérnyomással rendelkezőknél kimutatható. A hazai lakosokra a magas sóbevitel jellemző. A férfiak átlagosan napi 17,2 g, a nők 12 g NaCl-ot fogyasztanak az ajánlott 5 g helyett, ami a vérnyomásemelő hatástól függetlenül is növeli az agyvérzés, a vesebetegség, és a bal kamrai hipertrófia kockázatát. Figyelembe véve, hogy jelenleg a lakosság sóbevitelének jelentős része (77%) a feldolgozott élelmiszerekből ered, a piaci szereplők társadalmi felelősségvállalása ezen a téren nélkülözhetetlen. Egész napi só bevitelünk megoszlását tekintve a készételek, ételízesítők napi mennyiség 44%-át, a kenyérfélék, péksütemények a 18%-át, a húskészítmények, belsek a 16%-át, a tejtermékek (főleg a sajtok) a 6%-át és a zöldség- és főzelékkészítmények, konzervek, savanyúságok további 6%-át teszik ki. A hipertónia étrendi befolyásolásának középpontjában legtöbbször a sóbevitel korlátozása áll, aminek megvalósítása azért is nehéz, mert a magyarok, mint láttuk, igen erősen sóznak, és még a tudatosan étkezők is napi 10 g sót fogyasztanak. Az Európai Bizottság kezdeményezésére a tagállamok jelentős része - köztük hazánk is - csatlakozott a közösségi sócsökkentő keretprogramhoz, melynek lényege a harmonizált só-reformuláció megvalósítása az élelmiszerek minél nagyobb termékskáláját illetően, azaz a sóbevitelhez hozzájáruló alapélelmiszerek (kiemelten a kenyerek, a húskészítmények, készételek és kényelmi termékek) sótartalmának fokozatos, de következetes csökkentése. Az élelmiszeripar egyik lehetősége, csökkenteni az élelmiszerek sótartalmát, a másik lehetőség olyan sókeverékek alkalmazása, amelyekben a nátrium-klorid részbeni kiváltására rendszerint különböző kálium vegyületeket (pl. kálium-klorid, kálium-citrát, stb) használnak. Igazolást nyert, hogy a nátriumbevitel

csökkentése és a káliumbevitel növelése egyaránt vérnyomáscsökkentő hatású, mind normális, mind magas vérnyomásos egyéneknél.

#### **4.5.5. DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) étrend**

Egyes felvetések szerint az elhízásnak, a fizikai inaktivitásnak, és az alacsony kalcium- magnézium- és káliumbevitelnek, az étrend túlzottan magas telített zsírsav és alacsony omega-3 zsírsav tartalmának, továbbá a túlzott alkoholfogyasztásnak összességében (és némely tényező estében önmagában is) nagyobb kihatása van a vérnyomásra, mint a magas nátriumbevitelnek. Míg a nátrium bevitel kívánt mértékűre (6 g konyhasó/nap=2,4g Na) csökkentése várhatóan 2-8 Hgmm-rel mérsékli a szisztolés vérnyomást, addig a napi rendszerességgel végzett 30 perces aerob testedzéstől 4-9 Hgmm-es csökkenés várható. A túlsúly minden 10 kg-mal történő mérséklése 5-20 Hgmm szisztolés vérnyomás csökkenéssel jár együtt. A DASH (Táplálkozási Megközelítések a Magas vérnyomás Megállítására) étrend ajánlásainak betartásától szintén jelentős, 8-14 Hgmm-es csökkenés várható. A DASH étrend a kálium-, magnézium- és a rosttartalom emelése érdekében gazdag gyümölcsökben, zöldségekben és teljes kiőrlésű gabonatermékekben. A fehérjeforrások közül a kalciumbevitel biztosítására is kiválóan alkalmas alacsony zsírtartalmú tejtermékeket, az omega-3 zsírsavak bevitelét biztosító halakat, valamint szárnyas- és egyéb sovány húsokat, hüvelyeseket, dióféléket és más magvakat javasolja, az édességek, cukrozott üdítőitalok, vörös húsok fogyasztását pedig korlátozza. Ennek következtében az így összeállított étrend gazdag káliumban, magnéziumban, kalciumban, élelmi rostban és fehérjében, ugyanakkor alacsony az összes zsír-, a telített zsír- és koleszterin tartalma. A diéta átlagos összetételére vonatkozó ajánlás szerint a megcélzott energiabevitel 2100 kcal/nap, a zsír 27 energia %-ot tegyen ki, amiből telített zsír legfeljebb 6 energia % legyen, míg a fehérjék 18 energia %-ot képviseljenek az étrendben. A koleszterin bevitelt 150 mg/napban, míg az élelmi rostok fogyasztását legalább napi 30 g-ban határozza meg. A fitonutrienseket tekintve a DASH-diéta sokat tartalmaz flavonoidokból, béta-karotinból, likopinből, luteinből, zeaxantinből és fitoszterolból. Valószínű, hogy ezek az anyagok is hozzájárulnak a DASH-diéta előnyös hatásához. A hipertónia étrendi kezelésére a DASH diéta több tanulmány szerint is hatékonynak bizonyult.

##### **4.5.5.1. Rostok**

A rostok olyan összetett szénhidrátok, melyeket az emberi szervezet nem, vagy csak igen kis mértékben tud megemészteni, ennek ellenére a szénhidrátokon belül kiemelt szerepük van.

A kívánatos 30-40 g rostbevitel biztosítása mindenféleképpen célszerű, de a cukorbetegéknél a

rostbevitel ennél magasabb- 1000 kcal/ 20-30 g - is lehet, a glikémiás index kedvező irányú befolyásolása miatt.

A rostok hozzájárulnak a gyomortelítettség, és így a jóllakottságérzet kialakulásához.

A magas rosttartalmú ételeknél a glikémiás index azért kedvezőbb, mert az emészthetetlen rostok miatt a tápanyagok felszívódása – így a szénhidrát is - némileg akadályozott. Elégtelen rost bevitel esetén az elfogyasztott energia 95 %-a hasznosul, megfelelő rostbevitel esetén csak 80 %-a. A vízdékony rostok (zöldség, főzelék, gyümölcs) hatására javul a szénhidrát-tolerancia, a szérum lipidek koncentrációja, csökken a vérnyomás, a kardiovaszkuláris betegségek kockázata.

A vízben oldhatatlan rostok (gabonafélék, zöldségek) fokozzák a bélperisztaltikát, elősegítik a rendszeres székletürítést. A rostok megkötik a káros bomlási anyagokat és mikroorganizmusokat, a hasznos mikroorganizmusok hatására keletkező rövid szénláncú zsírsavak pedig kedvezően hatnak a májban a szénhidrát anyagcserére (csökken a glikoneogenesis).

A magas rostbevitel csökkenti a daganatos betegségek és az elhízás kialakulásának rizikóját is. Minden grammnyi rost beviteléhez szükséges 0,5dl folyadék elfogyasztása is, mert a kedvező hatások csak így érvényesülnek.

Mivel az egészséges táplálkozás jótékony hatása csak a kiegyensúlyozott, az egészségi állapot alapján megengedett fizikai aktivitás mellett érvényesül, idős korban is elengedhetetlen a mozgás. Jótékony hatású a tánc, a séta, de az idősek közül sokan vesznek részt aktív sporttevékenységben is, amely addig folytatható, míg az egészségi állapotuk azt megengedi.

#### **4.6. Összefoglalás**

Az egy életen át folytatott egészséges táplálkozás és életmód elősegíti az egészséges öregkort. Az egészséges táplálkozás szükségessége korra és nemre való tekintet nélkül, mindenkire vonatkozik. Nem mindegy azonban, hogy mely életkorban milyen ételeket és ételkészítési módokat preferálunk, hogy az egészségesség ne menjen az élvezhetőség rovására. Idős korban főleg a szervezet igényeinek a megváltozott táplálkozási lehetőségekhez történő igazítása a fő szempont. Gondos alapanyag válogatással, biztonságos forrásokból szükséges a tápanyagokat beszerezni. A nélkülözhetetlen tápanyagokon túlmenően főként a növényi élelmiszerekben megtalálható, nagy biológiai aktivitással rendelkező fitokemikáliák játszanak fontos szerepet az egészséges öregedésben. Mivel a víz minden életkorban alapvető eleme a szervezet felépítésének, a megfelelő mennyiségű és minőségű folyadékpótlás is nélkülözhetetlen a szervek egészséges működéséhez, így az élethosszig tartó egészség megőrzéséhez.

#### 4.7. Irodalomjegyzék

1. Bernstein, M. A., Tucker, K. L., Ryan, N. D., O’neill, E. F., Clements, K. M., Nelson, M. E., Evans, W. J. Fiatarone Singh, M. A., (2002): Higher dietary variety is associated with better nutritional status in frail elderly people. *J. Am. Diet. Assoc.*, 102: 1096–1104.
2. Campbell, W. W., Evans, W. J. (1996): Protein requirements of elderly people. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 50 (Suppl 1): S180–S183, discussion S183–185.
3. Chen, C. C., Schilling, L. S., Lyder, C. H. (2001): A concept analysis of malnutrition in the elderly. *J. Adv. Nurs.*, 36(1): 131–142.
4. European Food Safety Authority (2010). *Dietary reference values for water*, 17 EFSA Journal
5. Figler M.: *Táplálkozás*. (2008) In: SEMSEI Imre. (szerk.): Gerontológia. Nyíregyháza: DE EK, 433–444.
6. Horváth Z.: *Dietetika a háziorvosi gyakorlatban: A dietoterápia szerepe és lehetőségei a kardiovaszkuláris megbetegedések megelőzésében és kezelésében. A kardioprotektív étrend*. (2015) Budapest: SringMed, 117-139.
7. Horváth Z.: *Dietetika a háziorvosi gyakorlatban: Az elhízás étrendi kezelésének tudományosan megalapozott lehetőségei. Diétafogyókúrák és megítélésük a dietetikus szemszögből*. (2015) Budapest: SringMed, 89-110.
8. Josse, A. R., Panahi, S., Esfahani, A., Leiter, L. A., Jenkins, D. J., Kendall, C. W. (2008): Nutritional considerations for older adults with type 2 diabetes. *J. Nutr. Elder.*, 27(3–4): 363–380.
9. Juhász, A., Katona, E., Csongrádi, É., Paragh, Gy., (2007) A testtömeg-szabályozás összefüggése az obesitas kialakulásával. –In: *Orvosi Hetilap*, 148. évf. 39. szám.-p. 1827–1836.
10. Kósa K., V. Hajdú P., Ádány R. (2006): *Az öregedő társadalmak speciális népegészségügyi problémái*. In: Ádány R. (szerk.): *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Budapest: Medicina, ISBN 963 226 070 8 500–512.
11. Lelovics Zs.: *Az egészség nem játék. Élelmzés*, 2009, 1–2: 36–37.
12. Lelovics Zs: *A tartós bentlakásos intézményekben élő idős korúak tápláltsági állapot a és táplálkozási rehabilitációja. PhD értekezés, Pécs, PTE ETK 2009. p.11-29.*
13. McKevith, B.: Diet and healthy ageing. *J. Br. Menopause Soc.*, 2005, 11(4): 121–125.

14. Newman, A. B., Lee, J. S., Visser, M., Goodpaster, B. H., Kritchevsky, S. B., Tylavsky, F. A., Nevitt, M., Harris, T. B.: Weight change and the conservation of lean mass in old age: the Health, Aging and Body Composition Study. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2005, **82**(4): 872–878.
15. Seidell, J. C., Visscher, T. L.: Body weight and weight change and their health implications for the elderly. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 2000, **54** (Suppl. 3): S33–39.
16. Szűcs Zs., (2015): *Dietetika a háziorvosi gyakorlatban: Folyadékszükséglet és kielégítése*. Budapest: SringMed. 67-86.
17. Wolfe, R. R., Miller, S. L., Miller, K. B.: Optimal protein intake in the elderly. *Clin. Nutr.*, 2008, **27**(5): 675–684.

## **5. TESTEDZÉS ÉS EGÉSZSÉGES ÖREGEDÉS (DR. RÉTSÁGI ERZSÉBET)**

### **5.1. Bevezetés**

A címben megjelöl téma, ill. a fogalmak közötti összefüggés már egy ideje Magyarországon is elnyerte létjogosultságát. Az a vélekedés, miszerint a testedzés, a sportolás a fiatalsághoz kötődik, a fiatalok privilégiuma, már nem tekinthető uralkodó nézetnek. De tudjuk, az értékek ismerete és cselekvést ösztönző ereje között sok esetben szakadék tátong. Ez az ellentmondás jellemzi hazánk lakosságának életmódját, egészséghez való viszonyát.

Fejezetünk célja, hogy referencia értékű nemzetközi és hazai kutatások áttekintésével meggyőző érveket szolgáltatassunk a testedzés és az egészséges öregedés szoros kapcsolatának bizonyítására. Fontos feladatunknak tartjuk továbbá azt is, hogy rámutassunk az egészséges öregedés folyamatát befolyásoló egyéni és társadalmi érdekeket szolgáló prevenció hálózat kialakításának szükségességére és lehetőségeire.

A fejezet a társadalomtudomány 10 tudományága egyikéhez, a természet- és társadalomtudományi ismereteket integráló multidiszciplináris jellegű sporttudományhoz tartozik.

**Kulcsszavak:** egészség, egészséges öregedés, fizikai aktivitás, testedzés, sport, prevenció hálózat.

### **5.2. Elméleti keretek I.**

Fejezetünk egy tanulmánykötet részét képezi. A könyv tematikájának megfelelően fejezetek foglalkoznak többek között az idősor és a társadalom kérdéseivel, az idősek egészségi, mentális állapotával valamint egészségmagatartásukkal. Ennek ellenére mondanivalónk kifejtésében néhány ponton, jelzésértékűen érintjük e témákat is.

#### ***5.2.1. Mindenek előtt az egészség fogalomról.***

Úgy gondoljuk, ha egészséges öregedéstről beszélünk, akkor mindjárt az elején tisztáznunk kell, hogyan értelmezzük az „egészséget”.

Rendkívül fontosnak tartjuk a WHO 1998-as felfogását, melynek áttörést jelentő megállapítása az, hogy az egészség a mindennapi élet forrása, nem pedig életcélja. Az egészség korszerű értelmezéséhez járulnak hozzá a definíció további elemei: az egészség az egyén valamennyi – szomatikus, pszichés és szociális – működéséből összegződő, másrészt egyensúlyi állapot, amely időben változó, különböző fokozatú átmenetet képezhet a veszélyeztetettség és a

betegség állapotai felé.

Álláspontunk kialakításánál még egyet, Székely és mtsai által 2007, ill. 2008-ban publikált az egészség újraértelmezéséről szóló tanulmányt vettük figyelembe. A bemutatott négy felfogásból a folyamatértelmezésű egészségfelfogást, mint értelmezési javaslatot tartjuk relevánsnak a testedzés és az egészséges öregedés kapcsolatát illetően. Lényege: „az egészség nem más, mint egy életen át tartó folyamat és személyes feladat egyszerre, amelyet önállóan kell megoldani” (2007: 43-44). E felfogás erősségeinek tekintjük az egyén önmagáért érzett felelősségét és a tevékenységeket, amelyek az individuum egészséges létezését biztosító aktív folyamat feltételei.

A fentiek alapján kialakított véleményünk szerint az egészség cél- és eszközérték egyszerre. Akkor tudjuk mindennapi életünket és távlati céljainkat megvalósítani, ha rendelkezésre áll az egészség, mint dinamikus potenciál. Ahhoz, hogy az egészség be tudja tölteni eszközérték szerepét, egy életen át tevékenységekkel, aktivitásokkal kapcsolatos feladatokat kell teljesítenünk. Ebben a feladatrendszerben az életmód, benne a testedzés, a rendszeres fizikai aktivitás kiemelkedő szerepet játszik. Megelőzés, karbantartás, fejlesztés, rehabilitálás – e szavak kifejezik a testedzés szerepét a személyiség valamennyi dimenzióját érintő egészséges öregedés folyamatában.

Tudatában vagyunk annak, hogy önmagában a testedzés nem elixír az egészség megtartása, karbantartás és visszanyerése szempontjából. Ha számba vesszük a befolyásoló tényezők sokaságát (gazdasági, kulturális, politikai, fizikai és eü. ellátási környezet, család, iskola, értékek, ismeretek, anyagi helyzet, stb.) máris nyilvánvalóvá válik, hogy milyen bonyolult rendszerben formálódik az egészség.

### ***5.2.2. Öregedő világ, benne az öregedő Magyarország***

A világon jelenleg a 60 év felettek száma kb. 600 millióra tehető, és az évszázad közepére számuk akár meg is kétszereződhet, népességen belüli arányuk 11%-ról 20%-ra emelkedhet. (KSH, 2013.) „Jelentős különbségek vannak a nemek között a várható élettartamot illetően. Jóval több az idős nő, mint az idős férfi. Ezt a jelenséget a WHO az „idősödés elnöiesedésének” nevezi”. (Kovács, 2006: 134).

Főként Európában lódult meg a népesség öregedésének folyamata. Míg 1950-ben még csak 12% volt a 60 évesnél idősebbek aránya az összlakosságon belül, a 2000-es ezredfordulóra már 20% lett. Várhatóan a századforduló közepére ez az egyötödös arány az egész világon érvényes lesz (KSH, 2004).

Magyarország is az öregedő társadalmak egyike. A 65 év feletti lakosság aránya 2005-ben 15% volt, mely számítások szerint 2030-ra eléri a 21,5%-ot (KSH, 2014). A kedvezőtlen demográfiai változásokat a lakossága folyamatos csökkenése, és a lakosság ezzel párhuzamos idősödése jellemzi (KSH, 2012).

### **5.2.3. Az egészséges öregedésről.**

Métneki (2007) egészséges öregedésről írt véleményével maximális egyetértünk, mondanivalónk tulajdonképpen alátámasztásának is tekinthetjük. Szerinte az öregedés szó azt az átmenetet jelöli meg, amely meghosszabbítja eddigi fizikai és szellemi tevékenységünknek, ha csökkenő mértékben is. Az egészség szó pedig azt, hogy az időskornak nem természetes velejárója, nem jellemzője a betegség. Legyünk „fiatal öregek” (2007:6), aminek legfontosabb kritériumaként az aktivitás megtartását tartja, szellemi és testi vonatkozásban egyaránt.

Pék (2008) a sikerebb öregedést, mint az egyén képességét fogalmazza meg arra, hogy az alábbi területeken elérje a maximumot: alacsony kockázat a betegségekre és a funkcionális károsodásra, magas szintű szellemi és fizikális funkcionálás, aktív részvétel a mindennapi életben. Az egészségtudatos magatartás elemeiből a testedzést, az egészséges táplálkozásra törekvést és az egészséget károsító tényezők kerülését emeli ki. Maximálisan egyetértünk azzal is, hogy ez a magatartás nemcsak az öregedést megelőző életkorok, hanem az egész életutat végigkísérő program, szokásrendszer kell, hogy legyen.

Métneki és Pék véleménye az általunk fentebb ismertetett egészséggel kapcsolatos álláspontunknak felel meg, amelynek két fő jellemzője: az egyén felelőssége önmagáért, valamint a szellemi, fizikai és szociális aktivitás, tevékenykedés.

Iván (2008) meghatározónak nevezi az öregedés lassításában az aktív életvezetést. A napi rendszeresség kívánalma egyaránt vonatkozik a fizikai, és szellemi aktivitásra. Sőt a közösségi életben való aktivitás is „anti-aging”-es értéket képvisel (2008:39).

Az egészséges öregedéssel kapcsolatban Pék (2008) bemutat egy pozitív, az ú.n. szelektív optimalizáció és kompenzáció” modellt. „Létezett és létezik - az orvosi praxisban is meghonosodott - szemlélet, amely az öregedést a deficit modellekkel jellemezte” (2008:334). Ebben bio-medikális modellben a gyógyítás a deficit csökkentésére, kompenzálására szolgál.



Ezt haladja meg a bio-pszicho-szociális modell, amely a bio- pszicho-szociális egységként tekintett ember betegségének kezelésében pszichológiai, szociológiai szempontokat is megjelenít. A „szelektív optimalizáció és kompenzáció” modell lényege, hogy az idős ember is képes megküzdeni a funkcióképesség elvesztésével, vagy csökkenésével. Röviden ez arról szól, hogy ne adjuk fel aktivitásunkat a bekövetkezett problémák miatt. Alakítsuk át úgy tevékenységeinket, hogy azok feleljenek meg aktuális funkcióműködésünknek. Lassítsunk az „iramon”, egyszerűsítsük életünk feladatait, éljünk kreatív megoldásokkal, alkalmazkodjunk a helyzethez. Szelektáljunk életünk elkerülhetetlen feladatainak vagy magunk által kitűzött céljainak megoldására alkalmazott módszereiben, tevékenységeiben. De ne álljunk le a testedzéssel, a szellemi és a szociális aktivitásokkal sem. Így kompenzálni tudjuk a hiányzó, vagy csökkent hatékonyságú funkcióinkat. Hozadéka önértékelésünk karbantartása, sőt önbizalmunk növelése is, amelyek pozitív befolyásoló tényezői életkorunk szubjektív megélésének, és életminőségünk javításának.

#### ***5.2.4. Öregedés, öregkor és egészség Magyarországon.***

Mivel témánk középpontjában az egészséges öregedés áll, és osztozunk Métényi János álláspontján, mely szerint az öregedés és a betegség nem szükségszerűen jár együtt, ezért fontosnak tartjuk, hogy néhány adat kiemelésével szembesüljünk a valósággal.

A KSH 2004-es adatközlése szerint a magyar lakosság, azon belül is a 65 év felettek egészségi állapota kedvezőtlen. Vezető helyen a kardiovaszkuláris megbetegedések állnak (magas vérnyomás, ischémiás szívbetegségek, cerebro-vaszkuláris betegségek). A daganatos betegségek és a cukorbetegség szintén gyakori. 80 éves kor felett gyakoriak a sérülések, melyek főként az esésekből fakadnak. (KSH, 2004. Időskorúak Magyarországon)

Hazai és nemzetközi statisztikák szerint is a krónikus betegségek és a vezető halálokok összefüggésbe hozhatók a lakosság csökkent fizikai aktivitásával. „Évtizedek óta jellemző a civilizációs betegségek prevalenciájának növekedése, azok egyre korábbi életkorra tehető megjelenése. A kardiovaszkuláris elváltozások, az anyagcsere- és daganatos betegségek kialakulásban a kedvezőtlen életmód, és benne a rendszeres fizikai aktivitás hiánya játszik jelentős szerepet” (Szmodis, 2013:131). Magyarországon az Eurobarometer 2010-es felmérése szerint a lakosság 77 %-a gyakorlatilag inaktív a havi 3 alkalommal végzett mozgásával. Az európai átlag 37%. (Szmodis, 2013; Ács és mtsai, 2011).

Fentebb utaltunk hazánk kedvezőtlen demográfiai helyzetére, amelyet a lakosság folyamatos csökkenése és ezzel párhuzamos idősödése jellemzi. A csökkenésben nagy szerepet játszik a munkaképes korú férfi lakosság (49-65év) áthajlás korát megelőző populációjának halálozása.

Kopp a magyar férfiak idő előtti halálozásának pszichoszociális háttértényezőiről ír 2010-es tanulmányában. Megállapítja, hogy az 1980 évek óta a férfiak halálozási arányszáma magasabb, mint az 1930-as években. „A 70 év feletti mutatók már a rosszabb nyugat- európai helyzethez közelítenek, döntően az egészségügynek köszönhetően” (Kopp, 2010:172). A korai halálozás okait a következőkben jelöli meg: rossz társadalmi- gazdasági helyzet, alacsony iskolázottság, alacsony személyes és családi jövedelem, a biztos munka hiánya, depresszió, az élet értelmetlenségének érzete, a társas támogatás hiánya, krónikus stressz. Az életmódot illetően a dohányzás és a rendszeres sportolás hiánya a férfiak esetében, a sportolás hiánya a nők esetében volt jelentős halálozást előrejelző tényező.

Kósa (2009) szerint Magyarország halálozási és egészségi helyzete az egészségi egyenlőtlenség és méltánytalanság fogalmával jellemezhető. Az egyenlőtlenségek egyik megnyilvánulása a halálozási trend: javuló számok a csecsemők és kisgyermekes körében, stagnáló vagy javuló halálozás idősebbek körében, romló tendencia a munkaképes korúak, köztük is a férfiak körében. Az egészségi egyenlőtlenségek a területi egyenlőtlenségek aspektusából is vizsgálhatók. Egyenlőtlenségek mutathatók ki Budapest egyes kerületei, megyék, régiók, kistérségek és keleti- nyugati országrészek között. A méltánytalan egyenlőtlenségek kulcsfontosságú meghatározó tényezőjeként az iskolázottságot, a szegénységgel összefüggő életmódtényezők következtében kialakult betegségeket jelöli meg.

#### **5.2.5. Összegzés.**

Tisztáztuk, hogy a folyamatértelmezésű egészségfelfogással azonosulunk. Bemutattuk az egészséges öregedés feltételeit, melyben kiemelkedő szerepet kap az aktivitás, benne a fizikai aktivitással. Bár az öregedéshez – a tanulmányban idézett szerzővel egyetértve - nem a betegség jelzöt szeretnénk társítani, hazánkat mégis e két fogalom együtt járása jellemzi. Sőt nemcsak az idősödő nemzedék esetében.

## 5.3. Elméleti keretek II.

### 5.3.1. *Testmozgás, fizikai aktivitás, sport, testedzés - fogalommagyarázat*

Mindenek előtt, itt és most tisztázzuk, hogyan értelmezzük a felsorolt fogalmakat, és miért a testedzés kifejezés jelenítettük meg fejezetünk címében.

Kezdjük a testmozgással! Testmozgás a test bármely olyan izom összehúzóással járó mozgása, amely a nyugalmi szint fölé emeli az energiafelhasználást. Ez egy olyan tág meghatározás, amely magában foglalja a testmozgás valamennyi formáját, legyen az, szabadidős (ideértve a legtöbb sporttevékenységet és táncot) vagy munkahelyi, otthon vagy a ház körül végzett, illetve a közlekedéssel kapcsolatos fizikai tevékenység (EU, 2008)

Ezzel a meghatározásával gyakorlatilag megegyezik Petrika (2008) által ismertetett a fizikai aktivitás sportorvosi szakmai körökből származó megfontolása. Eszerint a „fizikai aktivitási ernyő” alá tartoznak a háztartási, önellátási teendők; foglalkozással, munkavégzéssel kapcsolatos fizikai aktivitások; a munkába járás, az utazási aktivitás; a családi, közösségi aktivitás; valamint a szabadidős és sport aktivitás (kedvtelés, egészségmegőrzés érdekében végzett ill. versenysport).

Tehát a testmozgás és a fizikai aktivitás olyan gyűjtőfogalmak, amelyekhez alacsony szintű energiaráfordítással végzett tevékenységek is tartoznak. Hangsúlyozzuk, szervezetünk egészséges működéséhez minden életkorban szükség van a felsorolt aktivitások valamennyi formájára. De ahhoz, hogy egy fizikai aktivitás élettani alkalmazkodási folyamatokat indítson be, az idézett alacsony intenzitású aktivitások önmagukban nem elegendők.

Végül a sport számtalan definíciójából egyet, az 1997-es Európai Sport Charta 2. cikkelyét idézzük. „Sport minden olyan fizikai tevékenység, amely esetenként vagy szervezett formában a fizikai és szellemi erőnlét fejlesztését szolgálja, társadalmi kapcsolatok teremtése, vagy különböző szintű versenyeken eredmények elérése szempontjából”. Választásunk azért esett erre a definícióra, mert általános szinten fogalmaz, így jellemzői adaptálhatók az idősödő korosztályokra. Az sem lényegtelen szempont, hogy a sporttal hagyományosan összekapcsolódó verseny szó is árnyaltabb értelmezést kap.

Petrikával (2012) egyetértve, mégis a testedzés szó használatát tartjuk a legmegfelelőbbnek, mert ebben a kifejezésben az edzés jellemzői is érvényesíthetők. Jelesül testedzés alatt tervezett, strukturált, megfelelő időközönként ismétlődő, rendszeres mozgástevékenységet értünk, amely egy meghatározott cél elérése érdekében a terhelés progresszivitását is magába foglalja. A testedzés célja és funkciója életkortól, egészségi állapottól, érdeklődéstől függően sokféle lehet: egészségmegőrző, teljesítményfokozó, rehabilitációt szolgáló, súlycsökkentő, stb. Tartalma

pedig, a testgyakorlatoktól (pl.: képességfejlesztés, prevenciók gyakorlatok, stb.) a sport különböző ágainak célorientált alkalmazásáig terjedhet (futás, labdajátékok, úszás, stb.).

### **5.3.2. Az EU testmozgásra vonatkozó iránymutatásai.**

Ajánlások az egészségjavító testmozgás támogatására irányuló politikai intézkedésekre. Brüsszel, 2008. október 10. Negyedik, egységes szerkezetbe foglalt tervezet. Jóváhagyta az EU "Sport és Egészség" munkacsoportja 2008. szeptember 25-i ülésén.  
(Terjedelmi okok miatt az anyag néhány fontosabb megállapítását emeljük ki).

Bizonyított tény, hogy a mozgásszegény életmód számos krónikus betegség tekintetében (ideértve a nyugati világ egyik fő halálokának számító szív-érrendszeri betegségeket is) kockázati tényező. Az aktív életvitel számos egyéb társadalmi és pszichológiai előnnyel jár. A fizikailag aktív populációk tagjai általában tovább élnek, mint az inaktív populációkba tartozó társaik. A mozgásszegény életmóddal felhagyó, fizikailag aktívabbá váló emberek arról számolnak be, hogy egészségi és mentális szempontból egyaránt jobban érzik magukat, és javult az életminőségük. Az emberi szervezet a rendszeres testmozgás következtében olyan alaki és funkcionális változásokon megy keresztül, amelyek megelőzhetik és késleltethetik bizonyos betegségek megjelenését, és javíthatják az ember fizikai erő kifejtésre irányuló képességét. Bizonyított tény, hogy ha valaki fokozza fizikai aktivitását, még hosszabb inaktív időszakokat követően is egészségi előnyökhöz juthat, függetlenül attól, hogy mennyi idős. Soha nem késő elkezdeni a testmozgást. Ma már elegendő bizonyíték támasztja alá azt, hogy a fizikailag aktív életet élők (rendszeresen sportolók, rendszeres testedzést végzők) ennek számos jótékony hatását élvezhetik.

## **5.4. Bizonyítékok a rendszeres testedzés jótékony hatásaira, az egészséges öregedésre és időskorban is.**

Szemelvények kutatásokból.

### **5.4.1. A rendszeres testedzés jótékony hatásai (Idézetek az EU testmozgásra vonatkozó iránymutatásaiból): Szív- és érrendszer**

- „A szív-érrendszeri betegségek kockázatának csökkenése.
- Az artériás magas vérnyomás kialakulásának megelőzése és/vagy késleltetése, valamint a magas vérnyomásban szenvedőknél az artériás vérnyomás jobb kontrollja.

- Jó szívműködés”.

Apor 2011-es tanulmányában metaanalízisek eredményeinek bemutatásával támasztja alá a rendszeres testedzés hatását a szív és érrendszeri betegségek kockázatának csökkentésében. „Az utóbbi hatvan évben epidemiológiai és kísérletes adatok tömege bizonyítja, hogy a fizikai aktivitás akár 30–40%-kal csökkenti a cardiovascularis halálozás esélyét” (2011: 108). Az utóbbi két évtizedben a nőkre vonatkozó információk is sokasodtak. A fizikai aktivitás révén kétszázezer nő megfigyelésénél a cardiovascularis események csökkenése a férfiakéhoz hasonlóan alakult: a mérsékelt testmozgás 20–22%-os, az intenzívebb 28–38%-os rizikócsökkenést eredményez. A férfiakon 19–22%, illetve 30–32% az esélycsökkenés. Az 50–80 éves korosztályokban is dekádonként 0,45, 0,50 és 0,64-es esélyt jelent a testmozgás az inaktívakéhoz képest. Negyvenezer nő 11 éves kísérése során az aktív túlsúlyosak 19%-kal, az obes aktívak 26%-kal voltak kevésbé fenyegetve.

Pavlik (2015) rámutat, hogy a rendszeres edzésnek nagy szerepe van a szívinfarktus megelőzésében, illetve abban, hogy ha kialakul, enyhébb lefolyású lehet. Egy klasszikus adat szerint a szívrohamok száma fordítottan arányos az edzettségi szinttel (2015:7).

Radák (2009) megállapítja, hogy „A rendszeres testedzés nemcsak lassítja az életkorral együtt járó kedvezőtlen szerkezeti változásokat a szívben, de a balkamra növelésével, a vegetatív tónus változtatásával, a perifériás ellenállás és a koleszterinszint jelentős csökkentésével a testedzés preventív a szív és keringési betegségekkel szemben és növeli az átlag élettartamot” (2009: 514).

Lacza és Radák 2013-as tanulmányukban egy több mint 1,3 millió egyént felölelő, nagyon alapos metaanalízis eredményét közlik, mely szerint a fizikai fitness magas szintje és a rendszeres fizikai aktivitás jelentősen csökkenti a szív- és keringési betegségek előfordulását. Egy kilenchnapos életmódváltó program, amelynek fő része a testedzés fokozása volt, jelentősen csökkentette a vérnyomás nagyságát egy túlsúlyos, kóros vérnyomású, metabolikus szindrómás populációban.

Apor (2011) huszonhárom tanulmány metaanalízisére hivatkozik, mely szerint 25%-kal ritkább stroke előfordulást mutatott az aktívokon.

#### **5.4.2. A rendszeres testedzés jótékony hatásai: Anyagcsere működés**

- „A fokozott zsírégetés, amely segít az elhízás megakadályozásában, csökkenti a túlsúlyosság kialakulásának kockázatát.
- Az anyagcsereért felelős rendszer jó működésének megőrzése és a 2-es típusú diabétesz alacsony előfordulási gyakorisága”.

Pavlik (2011) szerint a népbetegségnek számító elhízás megoldása nem a táplálékfelvétel csökkentése, hanem a felhasználás fokozása. Ez napi kb. 5–600 kcal-nak megfelelő munkát, vagyis napi 1 óra, heti 6-7 óra intenzív mozgást jelent. Az elhízás mellett az anyagcsere zavarát jelenti a koleszterinszint emelkedése, illetve a HDL/LDL arányának a csökkenése, romlása. A rendszeres testedzés jótékony hatása nem elsősorban a koleszterinszint csökkenésében, hanem a jótékony HDL-, és a káros LDL-koleszterin arányának növekedésében nyilvánul meg.

Apor (2011) munkájában egy olyan tanulmányról olvashatunk, amelyben 6702 férfi sorsát 25 éven keresztül követték. Ha a gyaloglásra fordított idő heti két óránál több volt, akkor a 2896 felnőtt cukorbeteg között a halálozás 39%-kal és a szívhalálozás 34%-kal lett kisebb 8 év alatt.

Radák (2009) az időskorral járó vázizomzat csökkenés és az inzulin rezisztencia kapcsolatára mutat rá. Az életkorfüggő hyperglycemia, összefüggésben van a fizikai aktivitás alacsony szintjével és a vázizom csökkent mennyiségével. Rendszeres testedzés hatására az izomban megnő a GLUT4 (cukor transzporter) mennyisége, így a vázizom vérből való cukor felvétele nő, megakadályozza az inzulin rezisztencia kialakulását. „Akkor hatékony a rendszeres testedzés, ha az állóképességi munka mellett ellenállással végrehajtott edzésgyakorlatokat is tartalmaz „ (2009:515).

#### **5.4.3. A rendszeres testedzés hatásai: Mozgásszervi működés**

- „Az izomerő és állóképesség fenntartása és javítása, miáltal javul a napi életfeladatok végrehajtására való képesség.
- A jó mozgásszervi működés megőrzése, ideértve az erőt és az egyensúlyt”.

Hortobágyi (2010:11) az időskori járásképeséget vizsgálja. Mint írja, a neuromuszkuláris csökkenés még az egészséges öregedésre is jellemző. Különösen fontos elváltozás az, hogy a gerincvelőből induló mozgató idegek száma csökken, ami a vázizomzat mennyiségi és minőségi átalakulásához járul hozzá. Ez a szarkopénia, ami 50-60 éves korban jelentkezik, és jelzi a szervezet motoros teljesítőképessége leépülésének kezdetét, amely a járásképeség

fokozatos gyengüléséhez és a szellemi leépüléshez is hozzájárul. Saját és mások kutatásaira hivatkozva kijelenti, hogy a rendszeres, az életkornak és az egyéni képességeknek megfelelő izomerő edzés nagy szerepet játszik az izomvesztés megelőzésében és időskori csökkenésében. Vizsgálatával bizonyította, hogy a 80-90 éves kísérleti személyek járása felgyorsult, egyensúlya, mozgáskoordinációja és még a szellemi képessége is javult. Ez arra utal, hogy a középkorúak, és az időskorúak izomerő-fejlesztésének kiemelt szerepe van a járás képesség - életminőség megőrzésében.

Vácsi (2010) az időskori szarkopéniával, az ú.n. „időskori törekenységi szindrómával” kapcsolatos 98 szakirodalmat tekintette át. Megállapítható, hogy a kutatók által kifejlesztett erőedzés programoknak köszönhetően időskorban nemcsak fenntartható, hanem jelentősen növelhető is az izomerő. Hiátusként fogalmazza meg ugyanakkor, hogy a kutatók kevésbé foglalkoznak az erőedzés terhelési összetevőivel a szarkopénia különböző stádiumait illetően. Véleménye szerint ezek szükségesek lennének a gyógytornászok, az edzők ill. a terapeuták munkájához.

#### **5.4.4. A rendszeres testedzés jótékony hatása: Daganatos betegségek**

- „A rák bizonyos fajtái (pl. mellrák, prosztatarák és vastagbélrák) kialakulásának csökkent kockázata”.

Apor (2011) egy olyan kutatásról ad hírt, amelyben 6702 férfi sorsát követték 25 éven át. A 2859 halálozás esetében a rák ritkább volt azokon, akik gyorsabban gyalogoltak, akik szabadidős fizikai aktivitást végeztek.

Lacza – Radák (2013) szerzőpáros az érintett kérdésben egy több mint 88 000 embert felölelő kutatások metaanalízisének eredményeit közli, melyben megállapították, hogy a magasabb fizikai aktivitással rendelkező férfiaknál az egyik leggyakoribb rákos megbetegedés, a prosztatarák előfordulása statisztikailag alacsonyabb volt, mint azoknál, akik nem végeztek rendszeres fizikai aktivitást. Az is bizonyított, hogy a vastagbélrák előfordulása szintén befolyásolható a fizikai aktivitás szintjével. Nem minden ráktípusra érvényes a preventív hatás, de például a mellrák előfordulást jelentősen csökkenti a testedzés, amely kedvezően hathat a női nemihormon-szintre, és csökkentheti azon receptorok érzékenységét, amelyek a mellrákkal kapcsolatos jelátviteli folyamatokban játszanak szerepet. Sikerült azt is kimutatni, hogy öregedésre a májban, a sejtmagban és a mitochondriumban lévő DNS sérülés növekedését a testedzés megállítja, ami a tumoros megbetegedések számának csökkenését eredményezheti.

#### **5.4.5. A rendszeres testedzés jótékony hatása: Központi idegrendszer, agyműködés**

- „A szellemi frissesség megőrzése, a depresszió és demencia kialakulásának csökkent kockázata”.

Radák több tanulmányában foglalkozik a testedzés és az idegrendszer, az agyműködés összefüggéseivel. Ebből most egy 2008/a tanulmányának eredményeire mutatunk rá. Arról ír, hogy a 60. életév után hanyatlás kezdődik az agyi funkciókban és a központi idegrendszert érintő két fő betegség az Alzheimer, és a Parkinson kórok előfordulása jelentősen emelkedik. A fizikai inaktivitás mindkettő rizikófaktoraként jelentkezik. Kimutatták, hogy az edzettebbek agyának szürke és fehér állománya jobban megtartotta állagát, szemben az edzetlenekkel. Mérhető volt az is, hogy egy bizonyos feladat elvégzésére több idegsejtet aktivizáltak az edzett idősök, és jobb hatékonysággal oldották meg a feladatokat. Amikor az edzetleneket 6 hónapig edzették, akkor náluk is nőtt a bekapcsolódó idegsejtek száma és a hatékonyság. Állatvizsgálatokkal próbáltál kideríteni az okokat. Kiderült, hogy testedzés hatására az agyban az őssejtek idegsejtté alakulnak át, és ez lehet egyik oka a jobb agyi funkcióknak. Ezzel egy régi dogmát döntöttek meg, mely szerint az idegrendszer nem regenerálódik. „Laboratóriumi állatokon azt is bizonyítani tudták, hogy a testedzés kedvező a Parkinson betegség megelőzésében, valamint azt, hogy a testedzés emellett emeli az agyban a kapillárisok számát, amely szintén kedvező az agya öregedése ellen. A kór oka a beta-amyloid felszaporodása, és ezt gátolja a testedzés, mert a beta-amyloid bontásáért felelős enzim aktivitása jelentősen megnőtt” (2008/a:513).

Radák és munkacsoportja (2008/b) bizonyította, hogy a testedzésre létrejött memória és tanulási progresszió együtt járt az oxidatív sérülés csökkenésével. „A testedzés stimulálja a sejtek takarító rendszerét, melyen elsősorban a sérült és használhatatlanná vált fehérjék lebontását értik. „Ezek a sérült, felhalmozódott fehérjék jelentősen csökkentik a sejt működésének hatékonyságát, de a testedzés hatására a „takarító fehérjék” aktivitása növekszik, így a felhalmozódott „szemét” mennyisége csökken”(2008/b:13).

Radák (2013) további nemzetközi kutatási eredményeket is bemutat, melyekből néhány rendkívül fontos megállapítást emelünk ki. Bizonyították, hogy a rendszeres testedzés növeli a hippocampus nagyságát, amely szoros összefüggésben lehet a mozgás memóriára és tanulásra gyakorolt kedvező hatásaival. Ezeket a változásokat humán vizsgálatok során is követni lehet. A modern képalkotó diagnosztika lehetővé tette embereken annak a vizsgálatát is, hogy



a rendszeres testedzés milyen mértékben csökkenti az életkorral együtt járó strukturális romlás mértékét. Az is kiderült, hogy a VO<sub>2</sub>max értéke szoros lineáris kapcsolatban állhat a tanulási hatékonysággal emberek és állatok esetében is.

#### **5.4.6. A rendszeres testedzés jótékony hatásai: Mentális egészség**

- „Jobb stressztűrő képesség és ennek nyomán jobb alvás.
- Pozitívabb önkép és nagyobb önbecsülés, a lelkesedés és optimizmus növekedése”.

Petrika (2012) doktori disszertációjában szakirodalmi áttekintésre támaszkodva állapítja meg, hogy a rendszeres testedzés a stresszkezelés adaptív módszerei egyike, mert hatékony érzelmalapú viselkedéses megbirkózási technikának felel meg. Bevált ezen kívül depressziós és pszichoszomatikus tünetek kezelésére illetve prevenciójára is. Petrika szerint „A rendszeres testedzést a mentális egészség önálló védőfaktorának tekinthetjük” (2012:59).

A mentális egészségfejlesztésben a fizikai aktivitásnak kettős előnye van, olvashatjuk az Országos Egészségfejlesztési Intézet 2007-ben készített programjában. Előnye egyrészt az, hogy a fizikai egészség fejlesztése csökkenti a mentális panaszok okozta testi problémákat, beleértve a kardiovaszkuláris rizikót vagy éppen az elhízást; másrészt a fizikai aktivitás javulást okoz a mentális tünetekben is. (OEI, 2007). Az anyag hivatkozik egy meta -elemzésre, amely a testedzés komoly terápiás hatását mutatta ki a depresszió kezelésében, de hatékonynak bizonyult az alkoholabúzus és a szorongásos zavarok terápiájában is. Az életminőségre gyakorolt pozitív hatását az önértékelés, a hangulati állapot javításával, a szorongás csökkentésével, a stresszel szembeni ellenálló képesség fokozásával és a jobb alvási minőség előmozdításával éri el (OEI, 2007:22).

#### **5.4.7. A veterán sportolókról ill. a veterán sportról**

Apor- Rádi (2010) szerzőpáros válaszokat kíván adni azokra a kétkedő hangokra, amelyek nem hiszik, hogy az aktívvá válás idősebb életkorban nemcsak megoldható, hanem előnyös is. Ezért bemutatnak olyan veteránsportolókat, akik élethosszigan aktívak maradtak, vagy akik ugyan nem versenysportoltak, de idős korukra aktívvá váltak. A tanulmányból néhány igen érdekes eredményt mutatunk be.

Egy csoport 70 év körüli veteránsportoló ugyanakkora összteljesítményre és maximális teljesítményre (175 watt a kerékpáron) volt képes, mint a 25 éves nem sportolók. A 2009-es World Masters Game 100 méteres hátúszását egy olyan hölgy nyerte meg, aki az 1936-os

olimpián is úszott (Noel Morrow). A 99 éves Margot Bates több versenyszámban is rajthoz állt, így a Recycled Teenagers (Újrahasznosított Tinédzserek) elnevezésű váltóban is

A volt versenysportolók életkilátásairól egy finn tanulmányából szerezhettünk tudomást. Kétezer-hatszázötvenhárom olyan finn férfi sportoló élettartamát ismertették, akik 1920 és 1965 között nemzetközi, Európa-bajnoki, világbajnoki vagy olimpiai csapat tagjai voltak. Kontrollként 1712 volt katona szolgált a nemzeti regiszterből. A kontrollszemélyek várható életkora 69,9 év, az erősportokban jeleseké (dobók, birkózók, súlyemelők, bokszolók) 68,6-től 72,6 évig terjed, a csapatjátékosoké 70,1–75,7 év, a távfutóké és sífutóké 75 és 76,8 év.

Az időskorban elkezdett fizikai aktivitás csökkenti a mortalitást, ezt olyan kutatással bizonyították, amelyben 1920 és 1921-ben született 1861 személyt követtek. 70 és 78 éves kor között a fizikai aktivitást végzők 15,2%-ban, az inaktívok 27,2%-ban haltak meg. A 78 éves korban is aktívok 26,1%, az inaktívok 40,8%-ban haltak meg a további 8 év alatt. A 85 évesek 3 éves halálozási valószínűsége aktívan 6,8%, inaktívan 24,4%. Az aktivitás 70 éves korban az inaktívokhoz képest 0,69, 78 éves korban 0,60, 85 éves korban 0,42 esélyarányal csökkenti a halálozást. A 78 évesen is aktívok esélye az inaktívokkal szemben csaknem kétszer akkora arra, hogy független életvitelre legyenek képesek. Megállapítják, hogy noha vannak veszélyei a sportolásnak, az előnyök messze meghaladják azokat, ezért nemcsak a teljesítmény-élettan, hanem a közegészségügy számára is példát mutatnak az idős sportolók.

## **5.5. Összefoglalás helyett kérdések és válaszok.**

A rendszeres testedzés protektív hatásait például a szív- és érrendszeri betegségek, a cukorbetegség, a daganatok egyes fajtái esetében, az öregséggel gyakran együtt járó Parkinson és Alzheimer kórnál az idézett tanulmányok eredményei bizonyítják. Azt is, hogy az agyműködésre ill. az agy öregedésének lassítására ható kedvező folyamatok kiváltására is hatékony eszköz. Bizonyított tény továbbá közvetlen szorongáscsökkentő és hangulatjavító hatása, valamint az, hogy aki fittebbé válik az élete bármely szakaszában, jelentősen nagyobb eséllyel válik védetté a civilizációs betegségekkel szemben. Tanulmányunkban, terjedelmi okok miatt, csak néhány testedzés mellett szóló kiemelkedően meggyőző adatot, ill. hiteles érvet mutattunk be.

Mindezek alapján (Petrika, 2012 nyomán) jogosan tehető fel a kérdés: Miért kampányprogramokra és promóciókra van ahhoz szükség, hogy életünk alapvető jellemzője a fizikai aktivitás életünk velejárója, életmódunk rendszeres résztvevője legyen? Miért van az,

hogy ezzel a „kézenfekvő” eszközzel hazánk lakossága nem él? Miért nem kezeli értéként az egészséget, amelynek birtokában mindennapi és távlati céljait is megvalósíthatná?

Erre és ezzel összefüggésben az egészségvédő életmód hiányának okait firtató kérdésre több tudományág többféle aspektusból keresi a választ, de a gyújtópontba többnyire a prevenciót helyezik.

Ádány (2008) az egyén önmagáért érzett felelősségének kialakítását tartja a legfontosabbnak. Véleménye szerint a jövő generációjának felelősségteljes, egészségtudatos életre nevelése alapvető társadalmi feladat. Tompa (2009) a prevenciós gyakorlat hiányát, és a prevencióra szánt csekély állami összeget jelöli meg fő okként. Tóth (2008) kiemeli, hogy a megelőzésnek nemcsak gyermek és felnőtt korban van/lenne jelentősége. Idős korban is szükségesnek tartja elsődleges prevenciós módszerként alkalmazni a felvilágosítást, a tanácsadást a rizikófaktor eliminálása céljából, a védőoltást és az egészséges táplálkozás mellett a tréning jellegű testmozgást. Kopp (2010) szerint nem működik a megelőzés hálózata, és „ebben szerepe van az iskolának, a munkahelynek valamint hiányoznak a széleskörű közösségi alapú programok is” (2010:178). Szmodis és mtsai (2013) a megelőzés hálózatának kialakítása és jobb funkcionálása érdekében a prevenciós „nevelést” kiterjesztik az iskolán kívüli világra is. Minden korosztály viselkedését befolyásoló ösztönző tényezők, értékek beépítését tartják szükségesnek.

Simon (2007: 2) a tudatlanság, a felelőtlenység és a szegénység szavakkal határozza meg az egészséget régen és most is fenyegető tényezőket. Ezt a megállapítást 2007-ben teszi. Ha visszagondolunk hazánk egészségügyi mutatói mögött meghúzódó okok taglalására, akkor ez a megállapítás nem veszített aktualitásából. (Megjegyzendő, az iskolázatlanságot, a szegénységet, és az azzal összefüggő életmódból fakadó betegségeket valamennyi szerző a legfőbb okok közé sorolta).

## **5.6. Egészséges út az egészséges öregségig - azaz a megelőzés hálózatáról.**

Simon által említett „tudatlanság, felelőtlenység és szegénység” – mint meghatározó tényezők ellen, a Kopp (2010) javasolta megelőzés hálózata csak részeredményeket ígérhet. Az iskolától, a felnőtt koron át az időskorig kialakítandó megelőzés hálózatától talán a tudatlanság és a vele járó felelőtlenység csökkenését remélhetjük.

### ***5.6.1. Komoly esély mutatkozik a jövő generációjának felelősségteljes, egészségtudatos életre nevelésének a közoktatás keretén belül.***

Ennek feltétele a köznevelési törvényben meghatározott feladatok jó színvonalú megoldása.

Elsőként a „Teljes körű iskolai egészségfejlesztési program” 2011-es bevezetését emeljük ki (A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvény), amely az óvodai és a középfokú intézmények nevelésére is kötelező érvényű elveket és feladatokat fogalmaz meg. Az óvoda pedagógiai programjában érvényesíteni kell az egészségnevelési és környezeti nevelési elveket. Az iskola pedagógiai programjába be kell építeni a gyermek, a tanuló egészséghez, biztonságához való jogai alapján a teljes körű egészségfejlesztéssel összefüggő feladatokat, amelyek különösen

- az egészséges táplálkozás,
- a mindennapos testnevelés, testmozgás,
- a testi és lelki egészség fejlesztése, a viselkedési függőségek, a szenvedélybetegségekhez vezető szerek fogyasztásának megelőzése,
- a bántalmazás és iskolai erőszak megelőzése,
- a baleset-megelőzés és elsősegélynyújtás,
- és a személyi higiéné területére terjednek ki.

Ehhez kapcsolódóan, a pedagógiai programban meghatározott mérési időszakban és mérési módszer alkalmazásával tanévenként meg kell szervezni a tanulók fizikai állapotának és edzettségének mérését, vizsgálatát. A vizsgálatot végző pedagógus elemzi és meghatározza a tanuló fizikai fejlődése szempontjából szükséges intézkedéseket (NETFIT).

A másik optimizmusra okot adó tény a teljes körű egészségfejlesztés feladatai között megjelölt mindennapos testnevelés bevezetése. A mindennapos testnevelés a Nemzeti alaptanterv 2012 külön szabályozásban (110/2012. (VI. 4.) Kormányrendelet) megjelenő feladatai egyike. Ez a rendelkezés kiemelt jelentőségű a tanulóifjúság testkulturális, valamint egészségnevelése, ezáltal a prevenció hálózat megalapozása szempontjából. A mindennapos testneveléssel megvalósítható rendszeres, céltudatos, tervszerű és szakszerű testkulturális nevelés zálogát a Nat 2012 Testnevelés és sport műveltségterület szaktanterve jelenti.

A tanterv részletes ismertetésére nincs lehetőség. Mindössze néhány fontos jellemzőjére hívjuk fel a figyelmet. A műveltségi terület célja, hogy a rendszeres fizikai aktivitás minden tanuló életében jelentős szerepet kapjon, az élethosszig tartó egészségtudatos, aktív életvezetésre

szocializálásuk érdekében. A kívánatos és jövőbe mutató cél eléréséhez a tanterv a testkultúra, benne a sport gazdag eszköztárából színes, sokoldalú és élethosszig tartó felhasználást lehetővé tevő pszicho-motoros tartalmakat valamint széleskörű elméleti ismereteket rendel. A tanterv igényes testkultúrális tudás átadását várja el a műveltségi területtől. Ebbe a mozgás-, játék- és sportműveltség kialakításán kívül beletartoznak az egészségi ismertek, szokások és készségek elsajátítása is. A Nat 2012 megfelelő értelmezése alapján történő testnevelés oktatás az egészséget is érintő tudatlanság felszámolására illetve a tudás megalapozására hatékony eszköznek tekinthető.

Úgy gondoljuk, ezt a feladatot a szakmunkásképző intézmények nehezen tudják megoldani. Utalunk az ottani testnevelés oktatást nehezítő, időnként ellehetetlenítő körülményekre, a közműveltségi tantárgyak megnyirbálására, és az iskolakötelezettség 16 évre történő leszállítására. Felmerül a kérdés: Hogyan is fognak ők az alacsony mércét állító oktatásban az egészségmagatartást megalapozó ill. megszilárdító tudáshoz jutni? Hogyan alakul ki bennük az egészségi ismeretek és szokások rendszere? Úgy gondoljuk, ez nem tekinthető a szegénység enyhítésére, és a vele együtt járó életmód javítására tett releváns intézkedésnek.

### ***5.6.2. A hálózat következő láncszemének a felsőoktatást tartjuk- mindhárom tényező esetében.***

Ádány (2008) felsőoktatással kapcsolatos javaslata megalapozott, és indokolt. Az egészségfejlesztési ismereteket be kell építeni nemcsak minden pedagógusképzésbe, hanem a felsőoktatásba és a felnőttoktatásba is. Ezt azzal kell megtoldanunk, hogy a testnevelést vissza kell helyezni a kötelező kurzusok közé. A két javaslat önmagában is járhat pozitív hozadékkal, de csak ezek együttes hatása eredményezheti azt, hogy a leendő értelmiség be tudja tölteni az életmódot, életminőséget is érintő mintaadó és véleményformáló szerepét.

Egyébként is a felsőoktatásban résztvevőknél tapasztalható erőteljes visszaesés a rendszeres testedzést illetően. Míg az MSTT kutatás szerint az iskoláskorúak- gyermekek, serdülők- heti 4-5 órát töltenek tanórán kívüli sporttal, addig az egyetemisták heti 2 órát (Szmodis, 2013). Ács Pongrác vezette kutatócsoport a V 4 országokra (Magyarország, Lengyelország, Szlovákia, Csehország) kiterjedt 2015-ös reprezentatív vizsgálata (1) alapján Magyarország produkálta a legrosszabb mutatókat. Hallgatóink körében mutatható ki legmagasabb arányban, 25.54%-ban az alacsony a fizikai aktivitás. (Lengyelország: 6, 99%, Szlovákia 6, 22 %, Csehország 12, 73). Tehát ezen a téren a két javaslat megszívlelésén kívül az infrastrukturális feltételek javítása is sürgető feladat.

### ***5.6.3. A felnőtt lakosság és az időskorúak prevenciója érdekében karolta fel a Magyar Sporttudományi Társaság az USA-ban már jól működő társadalmi jelentőségű Mozgásgyógyszer Programot.***

Lényege: „Tudatformálás, a lakosság rendszeres testmozgásra szoktatásával a prevenció, a már kialakult krónikus betegségek gyógyszeres kezelésének terápiás célú testmozgással történő kiegészítése” (Szmodis és mtsai, 2013:132). Ebben a tudatformálásban az orvostársadalom sokat tehet úgy, hogy az orvos- beteg kapcsolatban a problémák kezelése ne csak a gyógyszerelésben, hanem a prevenciót ill. rehabilitációt szolgáló tanácsadásban, ösztönzésben is megjelenjen. Javasoljon az egészségi állapotnak megfelelő mozgásformát és mennyiséget: receptet!

Prevenciót szolgáló pozitív lépésnek tekinthetjük Pusztai (2012) beszámolóját, amely arról szól, hogy WHO Kollaborációs Központ létesült a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Népegészségügyi Karán. A munkacsoport ajánlásokat fogalmaz meg a hazai egészség-egyenlőtlenségek hatásosabb kezelése céljából, többek között a kormányzati folyamatok, az ágazati együttműködések és az egészségpolitikai kapacitások fejlesztéséhez.

Papp (2014) az alapellátás új minősége címmel a Svájci-Magyar Együttműködési Program keretében megvalósuló Alapellátás-fejlesztési Modellprogramról ír, amely 16 észak- és kelet magyarországi településen jött létre 24 praxis részvételével. „Célja a praxisközösségek kialakításával és az alapellátás prevenciók szolgáltatásainak bővítésével hozzájáruljon a lakosság egészségi állapotának javításához, a hozzáférés egyenlőtlenségeinek felszámolásához, különös tekintettel a hátrányos helyzetű lakosságra, ezen belül is a roma közösségekre” (2014: 135). A közösségek a házi orvosokon, gyermek házi orvosokon kívül kiegészülnek dietetikussal, gyógytornással, egészségpszichológussal, népegészségügyi szakemberrel és praxisközösségi nővérrel, és együttműködnek az iskolaorvosokkal.

### ***5.6.4. További javaslatok a prevenciók hálózat teljességének kialakítása, és működése érdekében.***

Javasolt parkok, szabadban lévő közösségi terek, idősek mozgását, erőnlétét fejlesztő eszközök nyilvános hozzáféréseinek biztosítása. Szükséges olyan lehetőségek kialakítása és megfelelő tájékoztatással nagyobb számú idős ember bevonása, melyek a nem sportoló idősök

mozgásaktivitását elősegítik, fejlesztik. Betegség megelőző, rehabilitációs, egészségfejlesztő szeniorsport programok támogatási rendszerét kell megteremteni. (Például Kistérségi Szeniorsport – Egészségfejlesztő Program, Osteoporózis prevenció program) (Idősek Akadémiája, 2010).

***Mi is élünk néhány javaslattal:***

Szükség lenne rekreációs létesítmények működtetésére minden korosztály számára, a kevésbé iskolázott és nehéz körülmények között élőknek ingyenes vagy jelképes belépődíjjal. Kellenének grundok, több generációs játszóterek, amelyeket gyerek, fiatal felnőtt, idős ingyen vehetné igénybe családi, baráti, közösségben végzett testedzés, sportolás céljából. Nyissuk ki a stadionokat a civil kezdeményezések számára: családi sportnapok, egészségnapok rendezésére, időskorúak, szenior sportolók sportolásának felkarolására.

Megjegyzés. Az idősek egészségfejlesztésére és a testedzésbe történő bekapcsolásukra az EU testmozgásra vonatkozó iránymutatásai (2008) sok jól működő gyakorlatot sorol fel.

## **5.7. Befejező gondolatok**

Amikor az egészséges öregedés kívánatos társadalmi programját kívánjuk megvalósítani, az egészséges öregedéshez vezető út biztosításának eltökélt szándékával, akkor a megelőzés hálózatát rendszerszerűen a szakma kiválóságainak bevonásával kell megtervezni, a koherens feladatok megfelelő ütemezésével és a megvalósításhoz szükséges szakmai és pénzügyi feltételek megteremtésével.

Ebben a hazánk egészségét, és jövőjét meghatározó feladatrendszerben a rekreációs szakma fontos szereplő lehetne. De ennek kifejtése külön tanulmányt igényel.

### **Lábjegyzet:**

1. Fiatalok fizikai aktivitása, rekreációja és táplálkozási szokásai a V4 országokban. Pályázató: Pope John Paul II State School of Higher Education in Biala Podlaska.

## 5.8. Felhasznált irodalom

1. 2011. évi CXCV. törvény A nemzeti köznevelésről 27.§), amely a Nat 2012 külön szabályozásban (110/2012. (VI. 4.) Kormányrendelet.
2. Ács P., Borsos A., Rétsági E.(2011): Gyorsjelentés a magyar társadalom életminőségét befolyásoló fizikai aktivitással kapcsolatos attitűdjeiről. Magyar Sporttudományi Társaság.
3. Apor P., Rádi A.(2010): Veteránsportolók. Az idős, fizikailag aktív emberek egészsége és életkilátásai. In.: Orvosi Hetilap, 51. évfolyam, 3. szám.110-113.
4. Apor P.(2011): A cardiovascularis kockázat kapcsolata a fizikai aktivitással és a fittséggel. Orvosi Hetilap 152, 107-113.
5. Az „Aktív idősödés és a nemzedékek közötti szolidaritás Európai Éve 2012”.
6. Az EU testmozgásra vonatkozó iránymutatásai. Ajánlások az egészségjavító testmozgás
7. Negyedik, egységes szerkezetbe foglalt tervezet. Jóváhagyta az EU "Sport és Egészség" munkacsoportja 2008. szeptember 25-i ülésén
8. Hortobágyi T.(2010): Testedzés, öregedés és életminőség. In: Magyar Sporttudományi Szemle. II. évfolyam 43. szám. 2010/3 11.
9. Idősek Akadémiája 2010. Mindennapi aktivitás, önmegvalósítás idős korban, a mozgásaktivitás erősítése, időskori sport, a minőségi szabadidő-eltöltés, a kulturális és egyéb közösségi tevékenységek. [www.seniorcenter.hu/letolthetanyagok/cat\\_view/13-.html](http://www.seniorcenter.hu/letolthetanyagok/cat_view/13-.html) letöltés 2015-10-17
10. Iván L. (2002): Idősödés, időskor és a csontritkulás. In: Dobozy László szerk: Válogatott tanulmányok a rekreációs képzés számára. Magyar Sporttudományi Társaság. 190- 195.
11. Kopp M. (2010): Egészség Akadémia. 1. évfolyam, 3.szám: A nők és férfiak idő előtti halálzásának különbségei a magyar társadalomban: a pszichoszociális háttértényezők jelentősége. 171-180.
12. Kósa K.(2009): A társadalmi egyenlőtlenségek népegészségügyi hatásai Magyarországon. In.: Népegészségügy, 87.évfolyam 4.szám. 329- 335.
13. KSH (2004) Időskorúak Magyarországon.
14. KSH (2012) Népszámlálás 2011 – a népesség és a lakásállomány jellemzői.
15. Kovács Mónika Erika, Jeszenszky Zita (2006): Életkor és életminőség. In. Kopp Mária- Kovács Mónika, Erika szerk.: A magyar lakosság életminősége az



- ezredfordulón. 134-143.p.
16. Métneki J. (2007): Az egészséges öregedés. In.: Egészségfejlesztés, 2007.1-2- szám 6-7.
  17. Pap M.(2014): Alapellátás új minőségben. In.: Népegészségügy, 92. évfolyam 3-4.szám. 135.
  18. Pavlik G.(2011): A rendszeres edzés szerepe az egészség megőrzésében. In.: Hipertónia és kardiovaszkuláris rendszer 14-18.
  19. Pavlik G.(2015): A rendszeres fizikai aktivitás szerepe betegségek megelőzésében, az egészség megőrzésében. In.: Egészségtudomány, LIX. évf. 2. szám 11-26.
  20. Pék Gy.(2008): A pozitív modellek az öregedés magatartástudományi és egészségpszichológiai megközelítésben In.: Semsei Imre főszerk.: Gerontológia. Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar. Nyíregyháza. 330- 337.
  21. Petrika Erzsébet (2008): Testedzés és sportolás idős korban. In: Gerontológia. 518-526.p.
  22. Petrika E.(2012): Rendszeres testedzés hatása a mentális egészségre, az életminőségre fiatal felnőtteknél: depresszív tünetek, stressz és stresszkezelés összefüggéseinek empirikus vizsgálata. PhD Disszertáció, DE Humán Tudományok Doktori Iskola
  23. Radák Zs.(2008a): Testedzés és öregedés. In.: Gerontológia. 510- 517.
  24. Radák Zs.(2008b): Szabadgyökök és testedzés. In.: Mészáros János főszerk.: Magyar Sporttudományi Szemle. 9. évfolyam. 34.szám 2008/2 11-14.
  25. Simon T.(2007): Régi és új fenyegető kockázati tényezők: tudatlanság, felelőtlenség, szegénység. In: Egészségfejlesztés. 2007. 1-2- szám. 2.
  26. STATISZTIKAI TÜKÖR 2013/77 KSH
  27. [http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/idosek\\_vilagnap\\_13.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/idosek_vilagnap_13.pdf). Letöltés 2015.október 10.
  28. Székely, Vergeer, F., Simon ( 2007): Az „egészség” fogalmának újraértelmezése I. In.: Egészségfejlesztés, XLVIII. évfolyam, 2007.5-6 szám, 37-50.
  29. Szmodis és mtsai. (2013): Az MSTT Mozgás=Egészség programjának magyarországi tapasztalatai- A fiatal generációk fizika teljesítményének háttérvizsgálata. Népegészségügy/91. évfolyam 2. szám 130- 138.

30. Váci M.(2014): Az időskori szarkopénia mechanizmusa és kezelési stratégiái. In:  
Népegészségügy. 92 évfolyam. 1. szám. 34- 43.
31. Tóth I. (2008): Az időskor és a prevenció. In.: Gerontológia. 491- 502.

## **6. AZ IDŐSEK MENTÁLIS ÁLLAPOTA (CSÓKÁSI KRISZTINA)**

### **6.1. Bevezetés**

Az időskor számos látványos és kevésbé látványos fizikai, pszichés és szociális változással jár együtt. Az idősök pszichés állapotát illetően a legtöbb embernek – talán a testi funkciók hanyatlásával való párhuzamba állítás alapján - a magányosság, a kiszolgáltatottság, a veszteségek miatti kesergés vagy a memóriaproblémák jutnak eszébe. Az analógia ugyan jogos, hiszen a szomatikus és a pszichés egészségi állapot szorosan összefügg egymással, sőt, idős korban talán még erősebben meghatározzák egymást, mint a fiatalok vagy a középkorúak esetében. Azonban ahogyan a testi működések vonatkozásában, úgy a pszichés funkcionálás kapcsán sem törvényszerű a leromlás és a különböző funkciózavarok vagy betegségek kialakulása. Az idősödés ugyanakkor tagadhatatlanul kihívás elé állítja az egyéneket. Az ezzel való megküzdés azonban többféle végeredménnyel járhat, így az időskor – a megelőző életszakaszokhoz hasonlóan – egy dinamikus állapotnak tekinthető, mely többféle irányt vehet. Ezek közé tartozik a szokásos öregedés, amellyel fokozatos funkciócsökkenés és pszichés problémák megjelenése jár együtt, de az ilyen módon idősödő emberekre még viszonylag jó egészségi állapot jellemző. Egy másik lehetőség a leromló öregedési folyamat, amelyhez a különböző testi betegségek kialakulásán kívül, hozzátartoznak lelki betegségek és funkciózavarok is. Ennek ellenkezője a sikeres öregedési folyamat, amely az aktív, kiegyensúlyozott, és produktív időskorra utal. A veszteségek és az állapotromlás természetesen a sikeresen idősödő embereket is érintik, azonban képesek ezeket kompenzálni és ennek eredményeképp minőségi életet élni. A következőkben az időskor és az aggkor normatív fejlődési kríziséből kiindulva igyekszünk röviden bemutatni az idősödés ezen irányvonalait.

**Kulcsszavak:** én-integritás vs. kétségbeesés, bölcsesség, időskori depresszió és szorongás, demencia, sikeres öregedés

### **6.2. Az időskori fejlődési krízis: én-integritás vs. kétségbeesés**

Az idősök pszichés állapotának, pszichés változásainak megértéséhez jó kiindulópont lehet Erikson életciklus szemléleten alapuló elmélete. Erikson szerint a személyiség alakulása, fejlődése élethosszig tartó folyamat, melyet biológiai és társas tényezők egyaránt befolyásolnak. Az emberi életciklus egyes szakaszaiban más és más – testi, pszichés és szociális – problémákkal szembesülünk, melyek krízisekhez vezetnek. Ezek a krízisek fordulópontot jelentenek a fejlődés során, mivel egyfelől növelik az egyén sérülékenységét (esékenyebbé válhat akár pszichés problémák kialakulására is), de egyúttal magukban hordozzák a

személyiség fejlődésének, növekedésének lehetőségét. A krízisek sikeres megoldása szükséges tehát az érett személyiség eléréséhez, mivel ezek által a személyiség újabb és újabb elemekkel gazdagodik (Révész, 2007).

Az időskor krízise Erikson szerint az életúttal való számvetéshez, leltárkészítéshez kötődik, mely arra ösztönzi az egyént, hogy végiggondolja a korábbi döntéseit, kudarcait és sikereit, illetve életének alakulását, az életesemények egymással való kapcsolatát. Amennyiben az életpálya áttekintése azzal az élménnyel zárul, hogy az idős ember egyedinek és megismételhetetlennek tartja az életét, melynek eseményei koherens egészszé szerveződnek, és amely összességében elégedettségérzéssel tölti el, akkor lehetővé válik az én-integritás, mint a krízis pozitív kimenetelének elérése (Révész, 2007). Ehhez azonban szükséges a megelőző életszakaszokkal való elégedettség, azok problémáinak megoldottsága és az élettörténet elfogadása. Ennek megfelelően az én-integritás állapotában lévő idős emberek úgy érzik, hogy az életüknek volt értelme és véghezvitték azt, amit szerettek volna. Ha a számvetés negatív eredményre vezet, akkor az idős emberen az elkeseredettség lesz úrrá, mivel úgy érzi, hogy az élete értelmetlen és hiábavaló volt, tulajdonképpen elvesztegette az életét és számos rossz döntést hozott, melyek kijavítására már nincs ideje. A kétségbeesés érzéséhez, amely a krízis negatív kimenetele, nagyon gyakran kapcsolódik halálfélelem, hiszen ebben az esetben az elmúlás gondolata sokkal fenyegetőbb. A krízis megoldásával a személyiség a bölcsesség erényével gyarapodik, hiszen a bölcs ember elfogadja, értékeli és érti az életét – csakúgy, mint önmagát és másokat -, ám kellő objektivitással és távolságtartással tudja kezelni.

Később, Erikson elméletét a felesége - és egyben munkatársa - javaslatára kiegészítették egy kilencedik, az időskort követő szakasszal, melyet részben a saját tapasztalataik (Erikson 92 évet élt meg), részben a kortársaikkal folytatott beszélgetések alapján tartottak szükségesnek. Felismerték ugyanis, hogy az igazán idős embereknek elkerülhetetlenül szembe kell nézniük bizonyos veszteségekkel: testük egyre inkább gyengül és bármennyire is igyekeznek, veszítenek az autonómiájukból, ami felelevenítheti bennük a megelőző életszakasz kétségbeesés érzését, illetve gyengítheti önértékelésüket (Kerekes, 2013; Révész, 2007). Következésképpen, ebben az életperiódusban a korábbi szakaszok krízisei térnek vissza, még azok sikeres múltbeli megoldása esetén is. Megkérdőjeleződik többek között a saját képességekbe vetett bizalom a mentális és szomatikus hanyatlás tudatában. Ismét gyakorivá válhat a szégyenérzet a saját test feletti kontroll gyengülése miatt, valamint újra megjelenhet a bűntudat, mivel szándékait és terveit energia híján az idős ember nem tudja megvalósítani. Emellett kisebbség-érzés kínozhatja az időseket azzal szembeesülve, hogy már nem

képesek megtenni dolgokat, alkalmatlanok akár a hétköznapi tevékenységek kivitelezésére is. Nehézséget okoz számukra a korábbi identitás megőrzése is, hiszen számos szerepüket elveszítik, melyek helyett nem találnak újat vagy az általuk betölthető szerepeket a társadalom nem értékeli eléggé. A fiatal felnőttkorban elért intimitás is veszélybe kerülhet, mivel sokan idős korukban csak nagy nehézségek árán vagy egyáltalán nem tudják tartani a kapcsolatot környezetükkel. Végül, a felnőttkori alkotóképesség is kétségessé válhat a csökkenő kapacitás és vitalitás okán vagy kifejezési lehetőség híján, amely a hasznavehetetlenség és a stagnálás élményét idézi vissza. Hogyan őrizhetik meg mégis az integritásukat és a pszichés egészségüket a 80-90 éves emberek? A legfőbb támaszuk ebben az ösbizalom, amely egész életen át végigkíséri az embereket és reményt ad a számukra.

### **6.3. A kétségbeesésen túl: az időskori mentális betegségek**

Az erikson-i időskori fejlődési krízis univerzális jelenség, amely minden idős embernél megfigyelhető. Az ennek negatív pólusaként említett kétségbeesés állapota – különösen a fokozódása esetén – számos hasonlóságot mutat a depressziós és szorongásos betegségekkel. Valóban, időskorban meglehetősen gyakorta alakulnak ki ezek a pszichiátriai kórképek és jelentős mértékű szenvedést okoznak az érintetteknek, valamint számottevően rontják a betegek életminőségét és jóllétét. A kognitív funkciók károsodása és ennek súlyos formája, a demencia is viszonylag gyakorinak számít időseknél és nagy megterhelést jelent mind a betegek, mind a hozzátartozók számára. Mi több, a depresszió, a szorongás és a demencia vonatkozásában nagyfokú komorbiditás tapasztalható. Érdemes tehát áttekinti ezen kórképek tüneteit, okait, következményeit és nem utolsó sorban a kezelési és megelőzési lehetőségeiket.

#### **6.3.1. Az időskori depresszió és szorongás**

Számos vizsgálat megerősíti, hogy jelentős mértékű együttjárás mutatkozik a szorongás és a depresszió között. Olyannyira egyértelmű a kettő közötti szoros kapcsolat, hogy a kérdés sokszor inkább az, hogyan lehet elkülöníteni ezeket a kórképeket egymástól, miben különböznek és milyen szempontból hasonlók egymáshoz (Cook et al., 2004). Clark és Watson (1991) elmélete (az ún. Háromosztatú Modell) szerint a két kórkép közös sajátossága a negatív affektivitás, azaz a distresszre való hajlam, a gyakori idegesség, zaklatottság és az önkritikusság. Ezzel ellentétben, a pozitív affektusok, egészen pontosan ezek hiánya csak a depresszióra jellemző. Ezen utóbbi esetében figyelhető meg ugyanis a környezet iránti csökkent érdeklődés, érdektelenség, a különböző tevékenységekbe való örömteli bevonódás hiánya és az

alacsony energiaszint – mindezek a szorongásos betegségek esetében kevésbé jelennek meg. A modell harmadik eleme a fiziológiai arousal, amely ugyancsak megkülönböztető jegy. A nagymértékű testi feszültség- vagy nyomásérzés – amely akár légszomj, szívdobogás vagy szédülés formáját is öltheti – azonban inkább a szorongásos kórképekben fordul elő és ritkábban a depressziós betegeknél. Mindezek a megállapítások igaznak bizonyulnak az időskori szorongásos és depressziós betegségekre is (Cook et al., 2004).

Joggal merülhet fel a kérdés, hogy az általános ismérveken kívül milyen specifikus tünetekkel jellemezhető, hogyan ismerhető fel idős korban a szorongás és a depresszió. Az időskori depresszió (a továbbiakban depresszió alatt a major depresszió klinikai diagnózisát értjük) két legfontosabb tünete a nyomott, levert hangulat – jóllehet, időseknél ez a tünet kevésbé kifejezett a fiatalabb korosztályokkal összevetve - és az emberek vagy tevékenységek iránti érdeklődés hiánya. Ezekhez társulhat még: értéktelenség-érzés vagy erős büntudat; koncentrációs- és döntési nehézségek; illetve a halállal vagy öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok vissza-visszatérése. A depressziós betegekre jellemző lehet a pszichomotoros tempó meglassulása vagy éppen ellenkezőleg, a fokozódása is, amely nyugtalanságot, agitáltságot eredményezhet. Emellett megváltozhatnak az olyan vegetatív funkciók, mint az étvágy, az alvás, a szexuális vágy vagy a cirkadián ritmus. Ezen pszichofiziológiai folyamatok megváltozása negatív (étvágytalanság, libidócsökkenés és álmatlanság), de akár pozitív irányú (étvágy, szexuális vágy és az alvás mennyiségének növekedése) is lehet. Mindazonáltal gyakoribb a vegetatív működések csökkenő tendenciája. Ugyanakkor az idősödés folyamatához természetesen hozzátartozik bizonyos testi funkciók csökkenése vagy beszűkülése, melyek közé tartozik az emésztés meglassulása, az étvágy és a szexuális vágy csökkenése, illetve a megváltozott cirkadián ritmus. Ennek következtében az időseknél nehezebb lehet a depresszió felismerése, mivel az előbb említett változások egyaránt képezhetik a normál öregedés és a depressziós tünetegyüttes részét. Mindezt tovább bonyolítja, hogy ezek a tünetek valamilyen szomatikus betegség (pl. szívinfarktus, stroke, krónikus ízületi betegség) folytán is felléphetnek.

Az epidemiológiai vizsgálatok adatai alapján a klinikai szintű depresszió prevalenciája 8-16% közötti (Fiske et al., 2009) az idős populációban, míg a major depresszió diagnózisa az idősök 1-5%-át érinti. Ez nagyjából megegyezik a középkorúak körében mérhető gyakorisággal – sőt, egyes vizsgálatok szerint idősök körében ritkább ez a diagnózis a fiatalabb korosztállyal összehasonlítva. Jóllehet, ez az arány növekszik a kor előrehaladtával, vagyis a nagyon idős (85 év feletti) korosztályban ennél gyakoribb előfordulással számolhatunk. Ez azonban kizárólag az öregedéssel összefüggő tényezőknek köszönhető, mégpedig a nemi eloszlás eltolódásának

(ti. a nők jelentős többségben vannak ebben a korcsoportban), valamint a fizikai állapot romlása és a kognitív károsodások miatti rosszabb egészségi állapotnak (Blazer, 2003). Az utóbbi tényezők, vagyis a fizikai és kognitív funkcionálás jelentősen befolyásolják a depresszió lefolyását is. A rosszabb szomatikus állapotban lévők, vagyis akiknek van valamilyen testi betegsége, illetve a demenciával küzdő betegek esetében ugyanis rosszabb a prognózis, a depresszió nagyobb eséllyel válik krónikussá vagy tér vissza a későbbiekben. Mivel magyarázható, hogy a hosszan fennálló fizikai betegségek rizikótényezőnek számítanak a depressziót illetően? A testi megbetegedések korlátozzák az érintettek életvitelét, le kell mondaniuk olyan tevékenységekről, amiket korábban szívesen végeztek, ráadásul számos negatív, kellemetlen tapasztalattal és életeseménnyel (pl. fájdalom, fáradtság és egyéb tünetek; műtétek és különböző kezelési beavatkozások) kell szembenézniük a betegség következtében. Egyúttal a betegek szociális élete is károsodik, hiszen kevesebb emberrel tartják a kapcsolatot és kevésbé mozdulnak ki otthonról - megfosztva ezzel magukat a társas támogatástól -, sőt, szélsőséges esetben akár izolálódhatnak is. Mindezek együttesen azt eredményezik, hogy a krónikus testi betegségekben szenvedőknél nagyobb eséllyel alakul ki depresszió. A kapcsolat ugyanakkor kétirányú: a fennálló depresszió elősegítheti testi betegségeket (pl. szív- és érrendszeri betegségek) kialakulását vagy súlyosbíthatja a már kialakult betegséget. Az összefüggés szintén komplex, mivel biológiai (pl. a depresszióhoz legyengült immunrendszer társul) és viselkedéses (pl. a depresszió következtében megváltozott étkezési és alvási szokások) tényezők is hozzájárulnak. Mi több, a tanulmányok többsége szerint a depresszió a mortalitással is szoros kapcsolatot mutat. Jelentősen nagyobb a halandóság ugyanis azon idős és krónikus betegségben szenvedő emberek között, akik depresszióval is küzdenek. A mortalitás kapcsán érdemes szót ejteni a depresszió egy közismert következményéről, az öngyilkosságról. A befejezett öngyilkosságok száma az életkorral növekszik (Blazer, 2003). Ugyanakkor a szuicid kísérletek és a befejezett öngyilkosságok aránya az életkorral csökken – vagyis a szuicid viselkedés idős korban nagyobb valószínűséggel lesz fatális (Fiske et al., 2007). Ez arra enged következtetni, hogy az idősek esetében erősebb lehet az a szándék, hogy véget vessenek az életüknek és feltehetően hosszabb tervezés előzi meg a szuicid viselkedést. A rizikócsoporthoz az özvegyek, az egyedül élők, a súlyos anyagi problémákkal küzdők és azok alkotják, akik kifejezetten rossznak ítélik az egészségi állapotukat vagy valamilyen stresszteli életeseménnyel kell(ett) szembenézniük, illetve akiknek konfliktusosak a kapcsolataik (Blazer, 2003). A szorongásos tünetek a depresszióhoz hasonló mértékben fordulnak elő, az epidemiológiai kutatások szerint az idősek 3-14%-át érintik. Jóllehet, ez viszonylag magas prevalencia-

értéknek tűnik, ám az összehasonlító vizsgálatok adatai azt mutatják, hogy a szorongásos zavarok ritkábbak az idős korosztályban a 60 év alattiakkal összevetve (Wolitzky-Taylor et al, 2010). Ugyanakkor a depresszió kapcsán említett diagnosztizálási problémák a szorongásos zavarok esetén is fennállnak. Vannak ugyanis, akik a félelmet, aggodást és az emberek, tevékenységek vagy bizonyos helyzetek elkerülését az öregedés természetes velejáróinak tekintik és nem gyanakodnak pszichológiai problémára. A szorongás előfordulása kapcsán említést érdemel még, hogy a depresszióval magas, 15-46%-os komorbiditást mutat. Úgy tűnik azonban, hogy a szorongásos zavar sok esetben megelőzi a depressziót, a depresszió „előszobájának” tekinthető (Ayers et al., 2007).

Mi utalhat arra, hogy egy idős embernél valamilyen szorongásos kórkép alakult ki? Az általános jellemzők között a legkülönbözőbb dolgok miatti nyugtalankodás, szorongás és félelemérzet említhető, amit a beteg nem tud kontrollálni. Emellett sok esetben megfigyelhető idegesség, a koncentráció zavara, ingerlékenység, izomfeszültség, fáradékonyság és alvászavar. Az időskori szorongásra kifejezettebben jellemző - a fiatalabb életkorokban kialakulóval összehasonlítva - az egészségi állapot miatti intenzív aggodás, és az attól való félelem, hogy terhet jelentenek a környezetük számára. Továbbá kizárólag időseknél jelentkezik az eleséstől való félelem. Emellett az időskori szorongás gyakrabban nyilvánul meg gyűjtögető viselkedésben, a társas helyzetektől való elzárkózásban, a szociális interakciókban mutatott félénkségeként és testi tünetek, betegségek formájában. A szorongásos zavarok és a fizikai betegségek között egyébként szintén szoros, reciprok kapcsolat van: a krónikus betegségekben szenvedők körében nagyobb eséllyel alakul ki valamilyen szorongásos kórkép, ugyanakkor a szorongásos zavarok negatívan befolyásolják a testi egészségi állapotot. A szorongás következményei közé azonban nem csak a nagyobb morbiditási és a magasabb mortalitási ráta tartoznak, hanem a rosszabb életminőség és az étellel való elégedettség alacsonyabb mértéke is (Ayers et al., 2007).

### ***6.3.1.1. Az időskori depresszió és szorongás rizikó- és protektív faktorai***

Az időskori depresszió és szorongás okai nagyrészt megegyeznek egymással, ugyanakkor igen sokrétűek, tekintettel arra, hogy biológiai, pszichés és szociális faktorok egyaránt közrejátszanak a létrejöttükben. A biológiai okok közt a korábban már említett krónikus szomatikus betegségeken kívül a genetikai fogékonyságot, különböző vaszkuláris rizikótényezőket, a szerotonin aktivitás csökkenését és bizonyos endokrin változásokat tartanak számon (Blazer, 2003). A pszichológiai magyarázatok közül talán leggyakrabban a tanult tehetetlenséget említik a depresszió vonatkozásában. Tanult tehetetlenség akkor alakul ki, ha



valaki hosszabb időn keresztül stresszteli környezetben él és nem tudja befolyásolni a történéseket. Így kialakítja azt az elvárást, hogy stressz esetén teljesen felesleges bármit csinálnia, hiszen úgysem tud hatással lenni a történésekre. Ennek megfelelően, az érintettek a kedvezőtlen körülményekre passzívan reagálnak. Másfelől, az idősök szorongásra és depresszióra való nagyobb hajlama indokolható azzal is, hogy ebben az életszakaszban különösen sok veszteségélmény történik (pl. kedvezőtlen testi változások, kognitív funkciók romlása, munkahely elvesztése, családtagok és barátok elvesztése, stb.). Ezen veszteségekkel meg kell küzdeni valahogyan, alkalmazkodni kell hozzájuk. Ez hosszú távon vagy a veszteségek halmozódása esetén azonban pszichésen igencsak megterhelő lehet és kimerítheti az egyént, ami végső soron depressziós és szorongásos tüneteket eredményezhet. Természetesen az sem elhanyagolható, hogy hogyan értékelik, értelmezik a negatív eseményeket az érintettek. Vannak, akik túláltalánosítják vagy túlreagálják a rossz tapasztalatokat vagy éppen saját magukat hibáztatják. Az ilyen kognitív (gondolkodásbeli) torzítások szintén elősegíthetik pszichés problémák kialakulását. Végül, a szociális jellegű kiváltó okok közé sorolható a társas aktivitásoktól való visszavonulás, visszahúzódás, a magányosság és a társas támogatás csökkenése vagy az azzal való elégedetlenség (Blazer, 2003). Mindazonáltal, a felsorolt okok egyike sem elegendő önmagában ahhoz, hogy depressziót vagy szorongást okozzon, hiszen például az idősök jelentős részénél alakul ki valamilyen krónikus betegség, mégsem diagnosztizálható mindegyiküknél pszichiátriai zavar. Ugyanígy, majd mindenkit érnek különböző veszteségek időskorban, de nem mindenki reagál erre depresszióval vagy szorongással. Ennélfogva jogosnak tűnik az a feltételezés, hogy az időskori pszichés zavarok kialakulása a felvázolt tényezők közti interakciónak tulajdonítható (Fiske et al., 2007).

Az előbbi gondolatmenetet folytatva az a következtetés is levonható, hogy a számos rizikótényező mellett minden bizonnyal lenniük kell protektív faktoroknak is, amelyek megvédik az egyént a pszichés kórképek kialakulásától – hiszen még a vulnerabilitási tényezők fennállása esetén sem fejlődik ki mindenkinél pszichiátriai zavar. A témában folytatott eddigi vizsgálatok alapján három tényező tűnik kifejezetten fontosnak: az erőforrások (egészség, szocioökonómiai státusz, kognitív funkciók), azok a pszichológiai stratégiák, amelyek segítik a társas támogatás felhasználását és az egészséggel kapcsolatos stresszorok kezelését, valamint az olyan tevékenységekben (szociális tevékenységek, önkéntes munka, vallási tevékenységek, stb.) való részvétel, amit értelmesnek, jelentéstartónak élik meg az idősök. Különösen jelentősek a jó érzelem-szabályozási képességek, mivel ezek megkönnyítik a stresszteli

helyzetekkel való megküzdést. Számos vizsgálat megerősíti, hogy a korral javulhat ez a képesség. Hogyan lehetséges ez? Az idős emberek egy része például kevesebb negatív érzelmet tapasztal meg, kevésbé intenzív negatív érzelmekkel reagál, ha valamilyen kedvezőtlen esemény történik, mint a fiatalok. Másfelől, sokuk inkább a sikerélményekre és a pozitív történésekre igyekszik fókuszálni, illetve próbálja megtalálni a rossz dolgok lehetséges pozitív aspektusát (Fiske et al., 2007; Wolitzky-Taylor et al., 2010). További védőfaktor még a kontrollérzet (vagy én-hatékonyság érzés), vagyis az azzal kapcsolatos hiedelmeknek a megtartása, hogy saját maga képes irányítani az életét, képes hatással lenni arra, hogy mi történik vele és az eseményeknek milyen következménye, kimenetele lesz. Emellett természetesen fontos a pozitív énkép, a pozitív önértékelés, azaz hogy alapvetően elégedett legyen önmagával, összességében kedvezően vélekedjen a saját tulajdonságairól, képességeiről és lehetőségeiről. Az egyéni pszichés erőforrásokon túl, jelentős szerepük van a szociális protektív tényezőknek is, melyek közül a kutatások leginkább az észlelt társas támogatás hatásaira irányulnak. A vizsgálati eredmények egyértelműen alátámasztják, hogy a nagyobb mértékű észlelt szociális támogatás jobb egészségi állapottal jár együtt idős emberek körében is. Ennek oka abban keresendő, hogy a társas támogatás segíti a stresszel való megküzdést. A támogatás egyfelől direkt módon csökkenti az egyén életében kialakuló stressz mértékét („fő hatás modell”), mivel serkenti az egészséges viselkedést, fokozza az identitásélményt és a pozitív önértékelést. Másrészt indirekt módon csillapítja a stresszorok következményeit („stressz-puffer hatás”), hiszen lehetővé teszi például a probléma megbeszélését vagy alternatív megoldási stratégiákat kínálhat. Mindazonáltal, idős emberek esetében is igaz, hogy a társas támogatásnak kizárólag akkor van egészségvédő hatása, ha annak fajtája és mértéke a támogatásra szoruló igényeihez, szükségleteihez igazodik. Ellenkező esetben, vagyis ha nem azzal támogatják az idős embert, amire valójában szüksége lenne (pl. érzelmi támogatás helyett instrumentális támogatást nyújtanak) vagy a támasz mértéke meghaladja az igényeit, akkor az akár negatív következményekkel is járhat. A túlzott mértékű szociális támogatás az idős emberek, különösen a krónikus állapottal küzdő idős emberek esetében jelenhet meg legnagyobb valószínűséggel. Ez azonban alááshatja a támogatást kapó személy autonómiáját, és nagy eséllyel dependencia- és inkompetencia-érzést alakíthat ki, valamint csökkent önértékelést eredményezhet. Végül, érdemes még szót ejteni a vallásosság protektív hatásairól, amely jóval inkább érvényesül az idősebb korosztályban, mint a fiatalabb életkori csoportokban. A vallásos beállítódás pozitív hatása egyfelől a társas támogatásnak köszönhető – hiszen a vallásosság által az egyén egy csoport részévé válik, akiktől probléma esetén támaszt

is kaphat -, másfelől pedig elősegíti, hogy az egyén értelmesnek, jelentéstartóknak lássa az életét (Fiske et al., 2007).

### ***6.3.1.2. Az időskori depresszió és szorongás kezelési és megelőzési lehetőségei***

Ahogy az időskori szorongás és depresszió kiváltó okai, úgy a kezelési lehetőségeik is szerteágazóak. Gyakorta alkalmaznak gyógyszeres kezelést, melyek ugyanolyan hatékonyak az idős korosztályban is, mint a fiatalabbak körében. Csakúgy, mint a pszichoterápiák, melyek szintén eredményesen szüntetik meg ezeket az időskori kórképeket. Az elmúlt évtizedekben a pszichoterápiák számos típusának hatékonyságát vizsgálták már (kognitív viselkedésterápia, dinamikus terápiák, csoportterápiák, stb.) és minden esetben pozitív hatásról számoltak be. A különböző pszichológiai módszerek többek közt azt a problémát célozzák meg, hogy az idősök jelentős részének korlátozott az aktivitása, ezért a viselkedés aktivizálására törekcsenek. Másfelől támogatást nyújtanak abban, hogy az idős ember értelmesnek tartsa az életét (például olyan elfoglaltságok beazonosításával és facilitálásával, amelyeket hasznosnak talál), illetve segítenek önmaga elfogadásában (például az önkritikus gondolatok vagy a problémákon és hibákon való rágódás csökkentése által). Sajnálatos módon azonban az érintett idős emberek jelentős részénél nem kezelik semmilyen módon sem a tüneteket. Ennek oka részben az a fentebb említett jelenség, hogy ebben az életszakaszban nehezített a depresszió és a szorongás felismerése, illetve valószínűleg hozzájárul az is, hogy az idősök szívesebben keresik fel a problémáikkal a házi orvosukat, mint a pszichiátriai vagy pszichológiai ellátást nyújtó intézményeket (Fiske et al., 2007).

A szorongásos és depresszív zavarok hatékony kezelési lehetőségei lehetnek a relaxációs tréningek is, melyek során általában többféle módszert is alkalmaznak a tünetek csökkentése érdekében. Többnyire a progresszív relaxációt, mély légzést, meditációt, és a stresszel, valamint ennek hatásaival kapcsolatos edukációt vagy ezen elemek valamilyen kombinációját tartalmazzák a tréningek. Az eddigi közlemények a relaxáció pozitív hatását demonstrálják, ugyanis a tréningeket követően a résztvevők kisebb mértékű szorongásról és izomfeszülésről számoltak be, de kedvezően változott az alvási mintázatuk is, mivel könnyebben el tudtak aludni és kevésbé ébredtek fel éjszakánként (Ayers et al., 2007). Ugyanakkor, a vizsgálatok arra is felhívják a figyelmet, hogy a relaxációs tréning jótékony hatásai elsősorban azoknál az idősöknél jelentkeznek és maradnak fenn hosszú távon, akik gyakorolják a relaxációs készségeket a tréning során, majd azt követően rendszeresen alkalmazzák.

A gyógyszeres és pszichoterápiás kezelések mellett eredményesen alkalmazható alternatív vagy

kiegészítő terápiaként az aerob testmozgás (Blazer, 2003; Fiske et al., 2007). Több kutatás is megerősítette ugyanis, hogy a rendszeres testmozgás számottevően csökkenti a depressziós és szorongásos tüneteket pszichiátriai betegeknél és krónikus szomatikus állapotokban egyaránt. Mi több, a hosszú távú hatása is kimutatható: amennyiben az intervencióban részt vevő idős emberek a beavatkozás után folytatják a testmozgást, megelőzhető például a depresszió kiújulása (Fiske et al., 2007).

Jelentősen kevesebb kutatás foglalkozik a depresszió és a szorongás primer prevenciójának témájával, mint amennyi a rizikótényezőkkel vagy a lehetséges kezelési módokkal. Ez annál inkább sajnálatos, mivel az idős betegek felénél ekkor alakul ki először depressziós epizód vagy szorongásos kórkép, életük korábbi szakaszaiban nem voltak pszichiátriai problémáik (Fiske et al., 2007). Ennélfogva valóban szükség lenne hatékony megelőzési lehetőségek kidolgozására. Mindazonáltal, fellelhető a szakirodalomban néhány olyan intervenció példa, amelyek ígéretesnek tűnnek. Ezek többnyire komplex, sokféle megközelítést alkalmazó beavatkozások, melyek célja elsősorban az idősek én-hatékonyság érzésének növelése. Erre példa az a program, amely relaxációs technikát, a test-lélek kapcsolatát bemutató előadásokat, a probléma-megoldó és a kommunikációs készségek fejlesztését, valamint az alvási problémák, táplálkozás és testmozgás viselkedéses kezelését foglalta magába. Az intervenció sikeresen csökkentette az idős (és krónikus betegségben szenvedő) résztvevők fájdalomérzetét, alvási problémáit, illetve a szorongásos és depressziós tüneteket (Blazer, 2003). Egyes prevenció beavatkozások kifejezetten a rizikócsoportokra fókuszálnak, például kardiovaszkuláris vagy stroke-os betegekre. Ezek többnyire a betegséggel és a következményeivel kapcsolatos edukációt foglalnak magukba – elősegítve ezzel a betegséghöz való alkalmazkodást és így módon közvetve előzik meg a depresszió kialakulását -, de kiterjednek emellett a negatív gondolkodás és az ön-hibáztatás csökkentésére, valamint segítenek az életút áttekintésében, összegzésében. Továbbá vannak olyan beavatkozások, amelyek célcsoportjai az egészségügyi szakemberek vagy a depresszióban közvetlenül nem érintett laikusok, illetve az idős emberek családtagjai. Ezek a programok elsősorban arra irányulnak, hogy elősegítsék a depresszió felismerését, és egyúttal azt igyekeznek hangsúlyozni, hogy a depresszió, a reménytelenség-érzés vagy az érdektelenség nem része a normál öregedési folyamatnak.

Az intervenciók egy másik csoportja a társas interakciók facilitálására és szociális kapcsolatok kialakítására és megerősítésére törekszik, hiszen időskorban az izoláció és a magányosság jóval erősebb kapcsolatot mutat a depresszióval, mint a fiatalabb korcsoportokban (Fiske et al., 2007).

### **6.3.2. Az időskori kognitív változások és a demencia**

Az idősödés folyamata során rendszerint megfigyelhető a kognitív teljesítmény csökkenése, amelynek háttérében elsősorban biológiai folyamatok állnak. A teljesítmény romlása kiterjedhet a rövid és hosszú távú memóriára, a figyelmi, döntési és következtetési folyamatokra, de gyakran észlelhető az információ-feldolgozás lassulása és a feldolgozást zavaró ingerek, hatások kizárásának nehézsége is. Ugyanakkor a kognitív hanyatlás nem törvényszerű, illetve nem egyformán érinti a különböző kognitív funkciókat.

Az időskori kognitív funkcióromlás legjellemzőbben az emlékezeti folyamatok kapcsán figyelhető meg. Az idősek jelentős része (25-50%-a) panaszkodik feledékenységre, amely jelentősen rosszabb pszichés jól-léttel és életminőséggel jár együtt. Emellett a memória romlásának észlelése sok idős embert szorongással tölt el, mivel attól tartanak, hogy ez a feledékenység a demencia előjele lehet (Mol et al., 2007).

A különböző emlékezeti folyamatokra sem egyformán hat az idősödés. Az alapvető készségek (pl. biciklizés, autóvezetés) és a szemantikus információk (pl. az a tudás, hogy Magyarország fővárosa Budapest) jobban ellenállnak a memória romlásának, míg a specifikus eseményekre és tényekre kevésbé emlékeznek az idősek. Mindez azért is kiemelt jelentőségű, mert ebbe az utóbbi csoportba tartoznak az egészségügyi információk (pl. mit mondott tegnap az orvos a gyógyszerszedést illetően). Az orvosi javaslatokat érdemes tehát személyre szabottan és egyszerűen megfogalmazva átadni, valamint – ha ez lehetséges – vizuális és/vagy írott információval kiegészíteni (Kessels, 2003).

A demencia a memóriakárosodás legsúlyosabb formája. Viszonylag gyakori kórkép, a felmérések szerint 5-7% közötti a prevalenciája a világ legtöbb országában. 2010-ben nagyjából 35.6 millió embert érintett világszerte, amely a népesség öregedése miatt várhatóan 20 évente megduplázódik majd (Prince et al., 2013). Ez egyben arra is rávilágít, hogy a demencia legfőbb rizikófaktora az életkor (Tariska et al., 2002). Demenciában a memórián kívül más kognitív funkciók is olyan mértékben károsodtak, amely már a hétköznapi életvitelt is befolyásolja. A tünetek közé tartozhatnak a beszédzavar, a motoros tevékenységek kivitelezésének károsodása, a tárgyak felismerésére és azonosítására való képtelenség, illetve a cselekvések megtervezése,

a döntéshozatal, a következtetés vagy a figyelemmegosztás zavara. Ehhez hozzáadódnak még bizonyos viselkedéses és pszichológiai tünetek, mint a depresszió vagy szorongás, téveszmék, érzékcsalódások, agresszió, elbolyongás vagy önellátási zavarok. A kialakulása általában hosszan tartó, fokozatos hanyatlás formájában zajlik, míg a lefolyása gyakorta progresszív. Kifejlődésének többféle oka lehet, de a leggyakoribb az Alzheimer-kór és az agyi vérellátás - például érelzáródás vagy érszűkület miatti - zavara. A rizikótényezői között tartják számon továbbá a dohányzást, a túlsúlyt, a magas vérnyomás betegséget és a magas koleszterinszintet. Megfelelő ápolással, szociális munkával és palliatív orvosi beavatkozásokkal mindenféle demencia kezelhető. A cél a demencia tüneteinek enyhítése, illetve a beteg közérzetének javítása és szenvedésének csökkentése (Tariska et al., 2002). A demens betegeknél alkalmazott gyógyszerek javulást idéznek elő a kognitív teljesítményben és a hétköznapi funkcionálásban egyaránt. Ugyanakkor bizonyos pszichológiai módszerek is hatékonyak a betegség neuropszichiátriai tüneteinek kézbentartását illetően. Ezek közé tartozik a kognitív stimuláció (Livingston et al., 2005; Woods et al., 2012). Ennek során célzottan olyan idegpályákat aktiválnak, amelyek a magasabb rendű mentális feladatok megoldásához szükségesek. Kognitív ösztönzésre alkalmasak például az olyan feladatok, mint a szótalálás (mondjon „A” betűvel kezdődő városneveket), a szavak csoportosítása vagy a történetmondás egy adott témáról. Hasznosak lehetnek továbbá az olyan tevékenységek, mint a társas játékok, a rejtvényfejtés vagy akár a főzés és a benti kertészkedés. Ezen aktivitásokkal elsősorban a gondolkodást, a koncentrációt és a memóriát stimulálják, ráadásul mindez társas közegben (általában 4-5 fős csoportokban) történik, így a kommunikációs készségek is javulhatnak. Ugyancsak bizonyítottan hatékonyak a specifikusan egy-egy tünetre irányuló magatartás-terápiák (Livingston et al., 2005). Ezek a módszerek vagy a hétköznapi önálló életvitelhez szükséges viselkedésformákat (pl. öltözködés) igyekeznek fejleszteni és fenntartani, vagy a nemkívánatos magatartásformákat (pl. inkontinencia, agresszivitás, elkóborlás) próbálják megszüntetni (Olazarán et al., 2010). Mind a kognitív stimuláció, mind a viselkedés menedzselésére irányuló technikák hosszú távú javulást eredményeznek a betegek életminőségét, depresszív tüneteit (Woods et al., 2012) és problémás viselkedését (Livingston et al., 2005; Olazarán et al., 2010) illetően. Mindazonáltal érdemes a hozzátartozókat és a gondozókat is intervencióban részesíteni, melybe tanácsos beilleszteni a betegséggel és a kezelésével, valamint a gondozási teendőkkel és nehézségekkel kapcsolatos edukációt, továbbá pszichológiai tanácsadást (counseling) és támogatást. Szükség esetén mindezek kiegészíthetők olyan módszerekkel, melyek a stresszel való megküzdési és a probléma-megoldási képességeket fejlesztik.

A demencia primer és szekunder prevenciójának egyik legeredményesebb eszköze az agytorna (brain jogging). Következésképpen, fontos lenne támogatni az élethosszig való tanulást vagy az olyan kezdeményezéseket, mint a nyugdíjasok egyetemei. Ezen túlmenően, a mentális hanyatlás későbbi életkorokban való megjelenését szolgálná a stimuláló szociális környezet biztosítása, amely legegyszerűbben talán a helyi kisközösségek létrehozásával, támogatásával, fejlesztésével oldható meg. A rendszeres testmozgás úgyszintén késleltetheti a demencia kialakulását. Larson és munkatársai (2006) vizsgálata szerint például, azoknál az idős embereknél, akik hetente legalább háromszor végeztek valamilyen testmozgást (biciklizés, úszás, túrázás, stretching, stb.), a következő 6 évben jelentősen kisebb eséllyel alakult ki demencia.

#### **6.4. Az integritás felé és azon túl: a sikeres öregedés**

Az utóbbi két évtizedben az idősödéssel kapcsolatos kutatásokban egy új irányvonal bontakozott ki, amely a sikeres öregedés témája köré szerveződik. Jóllehet, a fogalmat különböző elnevezésekkel illetik: vannak, akik „egészséges öregedésnek”, „pozitív öregedésnek” vagy „aktív öregedésnek” nevezik, míg másoknál az „optimális öregedés”, „produktív öregedés” kifejezések bukkannak fel (Bülow és Söderqvist, 2014). Valójában azonban mindegyik terminus arra a szemléletmódra utal, amely az idősödés kapcsán nem a korral együtt járó hanyatlásra és veszteségekre (ún. „age-intrinsic” folyamatok) fókuszál, hanem azokra a társas, pszichés vagy környezeti tényezőkre (ún. „age-extrinsic” folyamatok), amelyek segítenek fenntartani vagy javítani az egészségi állapotot. Mindenekelőtt, mivel ezek a faktorok (pl. egészséges táplálkozás, testmozgás) kontrollálhatók és módosíthatók, ezáltal egyfelől lehetséges prevenciók célpontot nyújtanak, másrészt az egészségmegőrzés vonatkozásában az egyéni felelősségre (empowerment) hívják fel a figyelmet.

A terminológia sokszínűségéhez hasonlóan, a fogalom definiálására tett kísérletek is igen változatosak. A téma szakértői többnyire a következő két stratégia valamelyikét választják a koncepció meghatározása érdekében: vagy összegyűjtik azokat a kritériumokat, melyek teljesülése esetén sikeres öregedésről beszélhetünk, vagy igyekeznek megtalálni azokat a folyamatokat, amelyek segítenek az időskori veszteségeket csökkenteni és így lehetővé teszik az egyensúlyi állapot vagy akár a pozitív mérleg elérését. Az előbbi megközelítést alkalmazó szakirodalmi források szerzői a legkülönbözőbb jellemzőkhöz vagy ezek kombinációihoz kötik a sikeres öregedést. Ilyen például a jó fizikai és mentális funkcionálás, a jó szociális kapcsolatok, az aktivitás, a produktivitás és a függetlenség. Mások kissé specifikusabb – és a

sikeres öregedés pszichológiai aspektusát jobban hangsúlyozó - ismérveket határoznak meg, mint a jó alkalmazkodóképesség, önelfogadás, autonómia, pozitív kapcsolatok, személyes növekedés vagy életcélok (Bülow és Söderqvist, 2014). A lista szinte vég nélkül folytatható lenne olyan tulajdonságokkal, mint a rugalmasság, az érett döntéshozatali képességek, a vitalitás, a jó szociális kompetenciák, a nagyfokú kontrollérzet, a boldogság és az étellel való elégedettség. Ahogy ez látható, a sikeres öregedés az életút pozitív kimeneteleként értelmezve nehezen megragadható és attribútumait illetően eddig nem született konszenzus.

A sikeres idősödés másfajta megközelítést kínálja a szelekció – optimalizáció - kompenzáció modell. Az elmélet középpontjában az alkalmazkodás áll, amely a sikeres fejlődés kulcsa, és amely egy egész életen át tartó folyamat. Az adaptációhoz külső és belső erőforrásokat használunk fel, azonban ezek korlátozottan állnak rendelkezésünkre, ráadásul a kor előrehaladtával egyre inkább fogyatkoznak. A kérdés tehát az, hogyan lehet a számos testi, mentális és szociális változáshoz hatékonyan alkalmazkodni a számottevően lecsökkent erőforrások ellenére. Ebben három folyamat van a segítségünkre: a szelekció, az optimalizáció és a kompenzáció, melyeket minden életkorban használunk, ám idős korban tesznek szert igazán nagy jelentőségre. A szelekció a célok újragondolását, fontossági sorrend kialakítását és esetlegesen új célok kijelölését foglalja magába, annak érdekében, hogy az erőforrásokat az igazán fontos feladatokra vagy funkcionálási területekre fordíthassuk. Ilyen szelekciós stratégia például, ha az ízületi fájdalommal küzdő idős ember feladja a kertészkedést vagy a sportolást, mint hobbit és inkább bélyegeket kezd gyűjteni. Az optimalizáció a célok eléréséhez szükséges eszközök megszerzését és alkalmazását jelenti, mégpedig olyan módon, hogy a lehető legmagasabb szinten tudjunk funkcionálni, a legjobbat tudjuk kihozni magunkból. Ennek módjai többek közt a képességek gyakorlása, a cselekvésre leginkább megfelelő pillanat kiválasztása, a kitartás és a figyelemnek egy adott területre való fókuszálása. A kompenzáció a veszteségek ellenére fenntartható célok vagy funkcionálási szint eléréséhez szükséges alternatív eszközök megszerzésére és alkalmazására vonatkozik. Kompenzációs stratégiának tekinthető a feljegyzések készítése az emlékezeti funkciók romlása esetén és a különböző segédeszközök (protézis, kerekesszék, hallókészülék) használata. Ezen utóbbi folyamat esetében az idősebb életkor előnnyel is járhat, mivel az élettapasztalatok hasznosak lehetnek az alternatív megoldási módok kitalálásában. Mindent összevetve, az elmélet szerint a sikeres idősödés a három folyamat megfelelő alkalmazásával és összehangolásával érhető el (Kaszás és Tiringér, 2010). Az időskori változásokhoz való sikeres alkalmazkodás más elméletei (Heckhausen és Schulz: Optimalizáció elsődleges és másodlagos kontroll révén; Brandstädter: Asszimiláció és



akkomodáció modell) szintén a célok elérésére és az ehhez szükséges erőforrások, eszközök megfelelő kiválasztására helyezik a hangsúlyt. A célok eléréséhez két út vezet. Az elsődleges mód a célokhoz való ragaszkodás és ezek megvalósítása érdekében a környezet megváltoztatása és a lehetőségek kihasználása. Ezt a stratégiát az elméletek elsődleges kontrollként vagy asszimilációként (v.ö. Piaget kognitív fejlődés elmélete) említik. A másik út a célok és a tervek megváltoztatása és a lehetőségekhez való igazítása a környezet befolyásolhatatlansága vagy az eredeti célok elérhetetlensége esetén. Ez a viselkedési stratégia nem más, mint a másodlagos kontroll vagy az akkomodáció. Jóllehet, mindkét folyamat adaptív, azonban a sikeres fejlődés kulcsa az elsődleges kontroll maximalizálása, azaz a kontrollérezet megtartása a különböző életterületeken. Ugyanakkor az életpálya során az elsődleges és másodlagos kontroll folyamatokat nem egyforma mértékben használjuk. Az elsődleges kontroll alkalmazása az 50-es életévekig folyamatosan nő, majd fokozatosan csökkenni kezd (haranggörbe lefutású). Ezzel ellentétben, a másodlagos kontrollt egyre gyakrabban használjuk az életkor előrehaladtával. A kétféle célelérési stratégia ilyen arányú alkalmazása magyarázatot ad arra is, hogyan tartható fenn időskorban is a jó életminőség és az élettel való elégedettség viszonylag magas szintje a testi és kognitív hanyatlás, valamint a szociális veszteségek - azaz az eredeti célok eléréséhez szükséges erőforrások, eszközök csökkenése és a környezet kontrollálhatatlansága – ellenére (Kaszás és Tiringier, 2013).

## **6.5. Összefoglalás**

Az időskor feladata a korábbi döntésekkel, sikerekkel és kudarcokkal való számvetés, valamint a fontos életesemények összerendezése. Ez egyfelől végződhet azzal a jóleső érzéssel, hogy az idős ember értelmesnek találja az addigi életét és úgy érzi, hogy a legfontosabb céljait sikerült elérnie, azonban tisztában van azzal is, hogy az élete tartogat még lehetőségeket a számára. Ennek ellenpólusa, ha az életét elhibázottnak és feleslegesnek tartja, melynek helyrehozására már nem lát lehetőséget. Mindez halálfélelemhez és kétségbeeséshez vezethet, ami az elkerülhetetlen testi legyengüléssel és funkcióromlással, valamint a szociális veszteségekkel súlyosbítva, különböző pszichés betegségek táptalajává válhat. Jóllehet, még az ilyen negatív kimenetek, vagyis depresszió, szorongás vagy demencia kialakulása esetén is rendelkezésre állnak olyan intervenciós módszerek, melyek segítségével az előbbi kórképek eredményesen kezelhetők vagy kézben tarthatók. Mindazonáltal, az egészséges és elégedett időskor megteremtése érdekében az egyén maga is sokat tehet. Ebben központi szerep jut az életcéloknak, hiszen csupán ezek megléte is jelentősen hozzájárul ahhoz, hogy valaki

értelmesnek érezze az életét. A sikeres idősödéshez emellett az szükséges, hogy az idős ember megfelelően alkalmazkodjon a kapacitásai és az erőforrásai beszűkülése által létrejövő kihívásokhoz és a céljait továbbra is el tudja érni. Az ehhez vezető út megtalálásában azonban minden bizonnyal nagy segítséget jelenthet az időskor krízise során megszerzett bölcsesség.

## 6.6. Felhasznált irodalom

1. Ayers, C.R., Sorrell, J.T., Thorp, S.R., Wetherell, J.L. (2007): Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychology and Aging*, **22**: 1. 8-17.
2. Blazer, D.G. (2003): Depression in late life: review and commentary. *Journals of Gerontology: Series A*, **58**: 3. 249-265.
3. Bülow, M.H., Söderqvist, T. (2014): Successful ageing: A historical overview and critical analysis of a successful concept. *Journal of Aging Studies*, **31**: 139-149.
4. Clark, L.A., Watson, D. (1991): Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, **100**: 3. 316-336.
5. Cook, J.M., Orvaschel, H., Simco, E., Hersen, M., Joiner, T. (2004): A test of the tripartite model of depression and anxiety in older adult psychiatric outpatients. *Psychology and Aging*, **19**: 3. 444-451.
6. Fiske, A., Wetherell, J.L., Gatz, M. (2009): Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, **5**: 363-389.
7. Kaszás, B., Tiringér, I. (2010): Szelekció, optimalizáció, kompenzáció: Baltes modellje az időskori alkalmazkodási folyamatokra. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **11**: 3. 191-208.
8. Kaszás, B., Tiringér, I. (2013): A sikeres idősödés pszichológiai modelljei. In: Kállai, J., Kaszás, B., Tiringér, I. (szerk.): *Az időskorúak egészségpszichológiája*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 403-415.
9. Kerekes, Zs. (2013): Idősödő személyiség és fejlődés. In: Kállai, J., Kaszás, B., Tiringér, I. (szerk.): *Az időskorúak egészségpszichológiája*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 245-262.
10. Kessels, R.P. (2003): Patients' memory for medical information. *Journal of the Royal Society of Medicine*, **96**: 5. 219-222.

11. Larson, E.B., Wang, L., Bowen, J.D., McCormick, W.C., Teri, L., Crane, P., Kukull, W. (2006): Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Annals of Internal Medicine*, **144**: 2. 73-81.
12. Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., Lyketsos, C.G., Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry. (2005): Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, **162**: 11. 1996-2021.
13. Mol, M., Carpay, M., Ramakers, I., Rozendaal, N., Verhey, F., Jolles, J. (2007): The effect of perceived forgetfulness on quality of life in older adults; a qualitative review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **22**: 5. 393-400.
14. Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J.M., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., Feldman, H.H., Muñoz, R. (2010): Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, **30**: 2. 161-178.
15. Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., Ferri, C.P. (2013): The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, **9**: 1. 63-75.
16. Révész, Gy. (2007): Személyiség, társadalom, kultúra – a pszichoszociális fejlődés erikson-i koncepciója. In: Gyöngyösiné Kiss E., Oláh A. (szerk.): *Vázlatok a személyiségről. A személyiséglélektan alapvető irányzatainak tükrében*. Új Mandátum, Budapest, 224-243.
17. Tariska, P., Bereczki, D., Degrell, I., Janka, Z., Karsay, K. (2002): Ajánlás demenciák kivizsgálására és gyógykezelésére. *Psychiatria Hungarica*, **17**: 2. 202-223.
18. Wolitzky-Taylor, K.B., Castriotta, N., Lenze, E.J., Stanley, M.A., Craske, M.G. (2010): Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depression and Anxiety*, **27**: 2. 190-211.
19. Woods, B., Aguirre, E., Spector, A.E., Orrell, M. (2012): Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. Letöltés ideje: 2015. október 25., Letöltés helye: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005562.pub2/pdf/abstract>

## **7. AZ IDŐSEK TÁRSAS KAPCSOLATAI - AZ IDŐSEK GENERÁCIÓS SZEREPEI (PROF. DR. TÖRŐCSIK MÁRIA)<sup>10</sup>**

### **7.1. Bevezetés**

Amikor generációkról gondolkodunk, jellemzően három csoportot különböztetünk meg: fiatalokat, középkorúakat és időseket. Ezeknek a generációknak más és más szerepük van mind gazdaságilag, mind pedig társadalmilag. Az idősek a demográfiai változások következtében egyre magasabb arányban vannak jelen – ennek ellenére alacsony azon cégek aránya, akik valódi célcsoportjukként tekintenek rájuk.

Jelen fejezet célja annak bemutatása, hogy a szabadidő eltöltése és a társas kapcsolatok, tevékenységek kapcsán milyen különbségeket lehet látni az idősek csoportja és a magyar lakosság között. Ennek kifejtése előtt meg fogjuk válaszolni azt is, hogy a generációknak milyen különböző lehatárolási módjai lehetnek, valamint, hogy az egyes generációs csoportok miben különböznek egymástól és mit lát ebből a társadalom, illetve hogyan viszonyul az idősekhez.

A fejezetben arra is rámutatunk, hogy milyen tényezők miatt érdemes erre a generációra célcsoportként tekinteni, ezért elemzésünket a magyar viszonyokhoz igazítva, mégis nemzetközi kitekintéssel végezzük el. A fejezetben összegyűjtött ismeretek egyaránt tartalmaznak közgazdaságtudományi, egészség tudományi, pszichológiai, illetve szociológiai vonatkozású gondolatokat is.

**Kulcsszavak:** idősek, szeniorok, generációk, szabadidős szokások, társas kapcsolatok

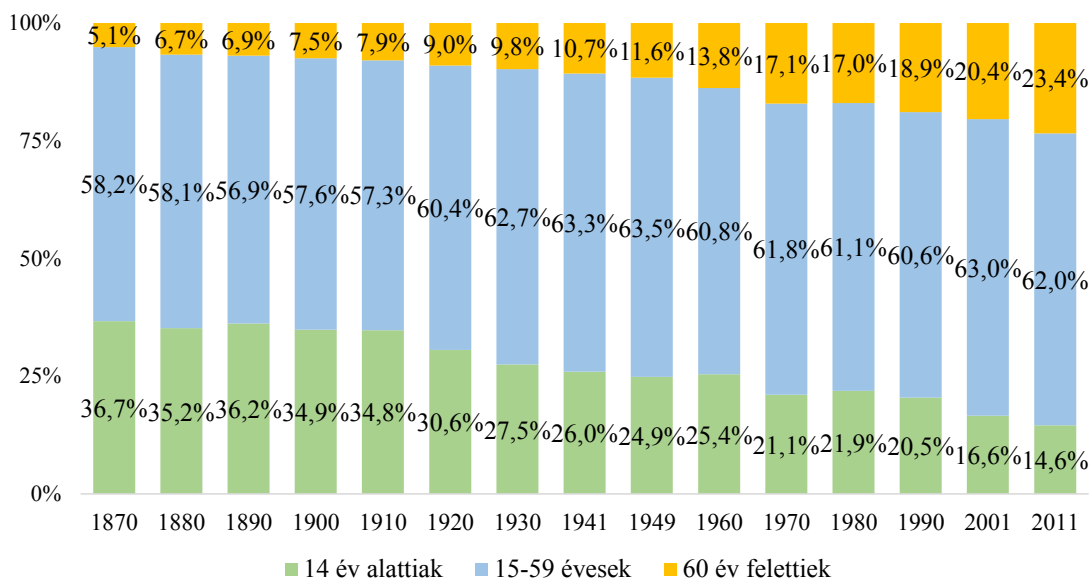
### **7.2. Generációk vizsgálata – az idős generáció jellemzői és szerepei**

Az öregedő társadalom jelensége a modern társadalmak szinte mindegyikére jellemző. Az idősek egyre növekvő számú és arányú, ugyanakkor sokszor növekvő mértékben költekezni tudó és hajlandó csoportot alkotnak, akik körében új értékek és magatartásminták is megmutatkoznak.

Az 7/1. ábra a Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján mutatja be a népesség korcsoportok szerinti megoszlását. Jól látható, hogy az elmúlt 40 év során az idősek csoportjának folyamatos növekedése volt megfigyelhető, mellyel párhuzamosan a 14 év alattiak arányában csökkenés következett be.

---

<sup>10</sup> A fejezet kidolgozásához közreműködtek: Pál Eszter, Németh Péter és Jakopánecz Eszter, a Pécsi Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Kar Gazdálkodástani Doktori Iskola PhD hallgatói.



7/1. ábra: A népesség megoszlása korcsoport szerint

Forrás: KSH, é.n.

Az idős csoportja tehát átalakulóban van, amit értékorientációjuk változása is mutat. Ehhez szorosan kapcsolódik a generációs határok erodálásának megatrendje is, mely szerint a korábbi időszak kiegyensúlyozott életfeladat-határai elmosódottá váltak, s ma már nem lehet csupán korhoz kötni a különböző életfeladatokat. A társadalom nagy része egyszerűen csak fiatal akar maradni: míg a gyerekek korábban szeretnének fiatalra válni, a középkorúak és idősök pedig minél tovább szeretnének fiatalos maradni, legalább fiatalnak látszódnival, hiszen ez a vágyott állapot.

A fogyasztói magatartástrendek környezetét vizsgálva megállapíthatjuk, hogy világjelenség

- az öregedő társadalmak terjedése,
- a növekvő életkor,
- a fitt idősök arányának növekedése,
- fizetőképességük növekedése,
- életminőségük javítási igénye betegség esetén is,
- elvárásaik megfogalmazása és érvényesítése,
- hiteles és autentikus megszólításuk igényének kifejezése,
- öntudatos és kritikus fellépésük.

Nyilvánvaló, hogy egyre fontosabb csoportról van szó, akikkel gazdasági és társadalmi szempontból is foglalkozni kell, ugyanakkor nem könnyű elérésük, megszólításuk, de még definiálásuk sem. Az idős generációval történő foglalkozás során már rögtön problémába

ütközünk, mégpedig abba, miként lehet, kell a csoportot megnevezni. Sok esetben ugyanis stigmatizálnak hat egy-egy kifejezés, s a csoporttagok nem szívesen azonosulnak vele. Talán ennél is nagyobb problémát okoz a szakértők számára a csoport lehatárolása, ami ma már egyértelműen nem történhet csak a kor alapján. Az alábbiakban lehetséges lehatárolásokat, illetve időstipizálásokat mutatunk be.

### ***7.2.1. A csoport lehatárolása***


Az első fejezetben már jelentek meg időskorúaknak életkori, pszichológiai, és szociológiai megközelítései, de a következőkben további és részletesebb magyarázatokat adunk az időskori teóriák megértéséhez.

#### ***7.2.1.1. Életkori közelítés***

Az életkort alapul vevő módszerrel számos problémába ütközünk ugyan, és önmagában nem elegendő a vizsgálódáshoz, azonban előnyeit is megtalálhatjuk:

- alig van mérési problémánk, hiszen a kategóriák nem vitathatóak, adottak;
- az elérhető statisztikai adatok nagyrészt életkor alapján tükröződnek is a magatartásban;
- az életkorral összefüggésben nagy valószínűséggel tehető megállapítások az egészségi állapotra, ami például a vizsgált célcsoportok esetében rendkívüli fontosságú;
- az életkorhoz szociális, kulturális elvárások, várakozások is köthetők, amelyek a tapasztalatok alapján reálisak.

Az életkori jellemzők alapján történő tipizálásnak egészen szélsőséges esetei is vannak, amikor 45 évtől már idősekről értekeznek (45+, lásd Die freie Generation, 2009). Természetesen ez szemléletmód kérdése, de ha csak csupán azt vesszük figyelembe, hogy egyre többen vannak a 45 éves kisgyerekes családanyák és családapák, ami egyértelműen középgenerációs státus az életciklus szerinti megközelítés alapján, akkor a 45 év nem elfogadható kiinduló határ. Az már sokkal gyakoribb a nemzetközi irodalomban, hogy az 50-es évektől sorolják ebbe a csoportba a fogyasztókat (50+, lásd Otten, 2008). Úgy tűnik azonban ez csak csalogatás ahhoz, hogy a célcsoportot vonzóbbnak lássák. Ha a szeniorfázisok korszakai alapján próbálunk csoportokat megragadni, akkor a 7/2. ábra alapján láthatjuk a lehetőségeket.

Életkor Jellemzők	50	60	70	80 
gyerekek elhagyják a házat				
nyugdíjazás				
egészségi panaszok				
a szenior státusszal való identifikáció				
	<b>1. Fázis</b> <b>Elő-szeniorok</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nagyszülő szerep</li> <li>• magas jövedelem</li> <li>• újraorientáció</li> <li>• előkészületek a nyugdíjas időkre</li> </ul>	<b>2. Fázis</b> <b>Fiatal szenior</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• szabadidő</li> <li>• szűkülő jövedelem</li> <li>• szociális változások</li> <li>• lassú identifikáció</li> <li>• első eü. panaszok</li> </ul>	<b>3. Fázis</b> <b>Idős szeniorok</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• testi-szellemi változások</li> <li>• identifikálódás</li> <li>• növekvő függőség</li> <li>• partner és barátok halála</li> </ul>	

7/2. ábra: Szeniorfázisok

Forrás: Kölzer, 1995. alapján

A 2. ábra hazai viszonyokra való értelmezésekor két dolog azonnal szembeötlik, egyrészt várhatóan és a statisztikák alapján is az egészségügyi problémák nálunk a jelzettnél korábban következnek be, másrészt a szenior-státus elfogadása is hamarabb zajlik le, mint az az ábrán látható.

### 7.2.1.2. *Életív alapján történő közelítés*

Az életívben szerinti megközelítés olyan élethelyzetek alapján szegmentál, amelyek a háztartások kialakulása, a személyek másokkal kapcsolatos felelőssége alapján következnek be. A korábbi hármas egység a gazdasági aktivitás és az életkor függvényében egy folytonos görbét írt le a gyerek–család–idős alapegységek mentén. Ma már ez a hármas egység felbomlott, árnyaltabbá vált a különböző demográfiai folyamatok hatására: a képzési idő kitolódásával, a gyermekvállalás későbbi időre helyeződésével, a gyerekkor is megnyúlt és több státussá tagozódott. A leggyakoribb felosztás:

- fiatalok – önálló háztartás, jövedelem nélkül
- fiatal háztartás – önálló vagy élettárssal, lakótárssal megosztott háztartás, gyerekek nélkül,
- gyerekes háztartás – önálló háztartás, gyerekekkel (ez osztható alcsoportokra is, legkisebb gyerek 6 év alatt, legkisebb gyerek 6 év felett, idősebb gyerek),
- idősebb pár – „kiürült fészek”, vagyis gyerek nélküli háztartás,

- szenior háztartás – nyugdíjasok gyerek nélkül, majd
- idős egyedül élő.

Az idősebbek háztartásának karakteres jellemzője, hogy gyerek többnyire már nem él a háztartásban, legalább az egyik fél nyugdíjas, illetve a háztartásfő 60 évnél idősebb. Érdemes kiemelni néhány további szempontot is, amelyek ugyancsak érvényesek a szeniorok csoportjára:

- az egészség, mint problémakör egyre inkább foglalkoztatja a tagokat,
- a társadalmi megítélés sztereotípiái egyaránt negatívan érintik a tagokat,
- a nemek szerinti szerepmegosztások, elkülönülések az életkor növekedésével csökkennek,
- jövedelmi különbségek inkább megmaradnak a csoporttagok között, mint a státuskülönbségek.

## **7.2.2. Szeniortipizálás**

### **7.2.2.1. Aktivitás és egészségügyi helyzet**

Az idősök csoportosításának megfelelő kiindulópontja lehet az egészség vagy az aktivitás. Az idősök szegmentálásának tiszta, megítélésünk szerint az előbbiek miatt is a legjobb alkalmazható rendszerét adja Helene Karmasin (Karmasin, 1995), amikor az alábbi három csoportot nevezi meg:

- go goes,
- slow goes,
- non goes.

A „go goes” azokat jelenti, akik ugyan idősök, de nem érzik annak magukat és meggyőződésük, hogy a biológiai kor nem azonos a szubjektíven megélt korrallal. Jellemző rájuk, hogy olyan szabadidős tevékenységet vállalnak, amelyeket mindig szerettek volna, de korábban esetleg nem volt rá alkalmuk, idejük. A pénzüket magukra költik, már nem mondanak le a gyerekek, az unokák javára. Nem maradnak le a fiatalabbaktól, utaznak, önmegvalósító törekvéseik vannak. Tegyük hozzá, hogy ezek nagyrészt azokat az idős vagy idősödő embereket jellemzik, akiknek megfelelő anyagi bázisuk van. Kevésbé érzik a jó körülményeket élvezők az életkor előrehaladtának következményeit, vagy jobban tudják azokat kompenzálni, mint szegényebb kortársaik. A „slow goes” csoport tagjainak fő törekvése, hogy minél tovább önálló, megfelelő minőségű életet biztosítsanak maguknak. A vásárlásokban a tényleges hasznot, az előnyöket keresik, nem könnyű meggyőzni őket. A minőség, a stabilitás, a hitelesség a fő mozgatóerő a



vásárlásaikban. A „non goes” csoport nagyrészt egyedül élő nőket foglal magában, akik egészségügyi problémákkal küzdenek, olyan termékeket igényelnek, amelyek intelligens módon kiegyenlítik testi-szellemi hiányaikat. Kommunikációs probléma, hogy nagyon nehéz nekik pozitív tartalmat felmutatni, hiszen stigmatizált bármi, ami ehhez a csoporthoz fűződik, legyen szó termékről, szolgáltatásról, és azok asszociációiról.

Ide kapcsolódik az öregségnek a betöltött szerepek szempontjából történő tagolása is, mely szerint két, általában egymást követő szakaszt különböztethetünk meg (Kállai et al. 2013):

- a társadalmi öregség: a gazdasági aktivitás megszűnése utáni időszak, amikor az idős ember még a testi és szellemi ereje tulajdonában van. A munkavégzés hiánya miatt kieső időt új feladatokkal pótolja, új célokat tűz ki maga elé.
- a biológiai öregség: az öregséghez ebben az esetben már szellemi és testi teljesítőképesség hanyatlása is társul. Egyre erőteljesebb a betegségek kialakulása, meghatározóvá válása. Sokak számára már nem az egészség megőrzése, csupán az elfogadható életminőség fenntartása a cél.

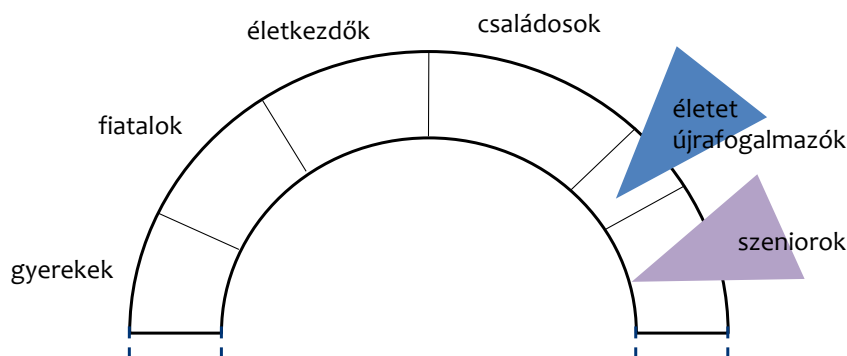
#### **7.2.2.2. *Fiatalabb és idősebb szenior csoportok***

Kézenfekvő tipizálási szempontot ad az életkor alapján való szegmentáció, így a nyugdíjas csoport két szegmensét különíthetjük el:

- fiatal idősek (nyugdíjas kor kezdetétől a 70-es évekig),
- idős idősek (70 felettiek, közelebb a 75-höz).

Szívesen vennénk azokat a kategóriahatárokat, amelyeket a nyugati országokban is alkalmaznak, vagyis ha a fiatal időseknél a 75 évet, az idősebbeknél a 80 évet alkalmazhatnánk, mint kategóriahatárt, csak éppen nálunk az élettartam jelentősen alacsonyabb, így alig maradnának emberek az idősebb kategóriában, főképp férfiak nem. Franciaországban például az idős időseket, akik már ápolásra is szorulnak a „negyedik életkorban” lévőknek nevezik (quatriéme age), gondolva a 80–90 évesekre.

Az életív-szemlélet szerint két karakteres csoportot nevesíthetünk az idősek körében: az Életet újrafogalmazók és a Szeniorok szegmenseit (7/3. ábra).



7/3. ábra: Életív csoportok

Forrás: Saját szerkesztés Töröcsik, 2011 alapján

A különféle társadalmi folyamatok hatására egyrészt megszűntek a többgenerációs együttélések, másrészt a gyerekek előbb-utóbb elhagyják a szülői házat, így kialakul annak lehetősége és kényszere, hogy az emberek – optimális esetben a párok – újrafogalmazzák az életüket, ennek következtében pedig kialakult az életet-újrafogalmazók csoportja. Miután mindez még aktív munkaéletükben történik meg, így egy olyan fizetőképes csoport alakul ki, amelynek tagjai a gyerekek „szárnyra bocsátása” után saját elképzeléseiket kell, hogy kialakítsák az új élethelyzettel kapcsolatosan. Jellemzően 45-50 év felettiokről beszélhetünk, akiknek számos problémával kell megküzdeniük a gyerekek leválása mellett: klimax megjelenése, a munkaerőpiacon való esetleges hátrány érzékelése, idősebb szülők ápolása. A növekvő életkor mellett nem csökkenő az aktivitásuk. Jellemzi őket a kényelemre és az önmegvalósításra való törekvés.

### 7.2.2.3. Stílus szerinti tipizálás

Az öregség stílusát vizsgálva szimpatikus megfogalmazású, újabb csoportosítás rajzolódik ki egy kutatásból (Senior-Marketing, 1997), nevezetesen

- *szuverén, korát vállaló idősödő*

Erre a csoportra a kiegyensúlyozottság, a kor elfogadását jelentő magatartás jellemző. Olyan emberek vannak jelen a csoportban, akik elégedettek, aktívak, pozitívan szemlélik a világot. A minőség fontossága kiemelkedő számukra, nem zárkoznak el azonban új termékek, márkák kipróbálásától.

- *az idősödéssel nem azonosuló csoport*

A korukat, a korukkal kapcsolatos tevékenységeket, termékeket demonstratívan elutasítják,

azonosulásukat a fiatalabbak – extrém esetben az igen fiatalok – tevékenységeiben, megjelenési jegyeiben találják meg. Gyakran hedonisták, költekezők. Az ésszerű határok megtartása nehézségbe ütközik számukra.

– *a hagyományos idősödők*

Még aktívak, önellátóak, bár leértékelik magukat is korukkal együtt, de elfogadják az idősök sztereotip társadalmi megítélését. A testükhöz való viszony negatív, ami a megjelenő és életüket gátló egészségügyi problémáikkal magyarázható. Alapvetően érzékenyek, akciót keresők, kivétel ez alól az egészségükkel kapcsolatos kiadások rovata, itt lehetnek minőség- és márkáérzékenyek.

– *apatikus idősek*

Érezhetően a legidősebb csoport a specifikációban. A tagjaikra az életet feladó, passzív magatartás jegyeit találjuk, alacsony az önértékelésük, amit gyakran a környezet nagy mértékben előhív és/vagy megerősít.

#### **7.2.2.4. Egyéb tipizálások**

Az Infratest (Seniormarkt, 1992) alapján öt csoportot különíthetünk el, nevezetesen

- az öntudatos, kritikus fiatal öregek,
- a felvilágosult, érdeklődő fiatal öregek,
- az aktív, rugalmas fiatal öregek,
- a passzív, szürke öregek,
- a letisztult, sorsát elfogadó öregek csoportjait.

Igazából ez a csoportosítás is két nagy fő vonalat ölel fel, vagyis az aktív, a fiatal és a passzív, az öreg öregeket, viszont ezeket a kategóriákat nem tekintik homogénnek.

A Grey reklámügynökség kutatásában (Neue Lust in reifer Schale, 2003) három szenior csoportot különítettek el, figyelembe véve, hogy itt a lehatárolás 50 évtől kezdődik, vagyis az 50+ kategóriából alakultak ki az alábbiak:

- Master Consumer – az 50–59 évesek attraktív, aktív életük csúcsán lévő, jó jövedelemmel rendelkezők csoportja, akik már inkább magukra, mint gyermekeikre költenek. Ez a csoport növekvő a német társadalomban (2003-ban a szeniorok 29%-a), úgy, mint ahogyan hazánkban is.
- Maintrainer – a 60–69 évesek inkább passzívok, bár az életet élvezők, akik gondolko-

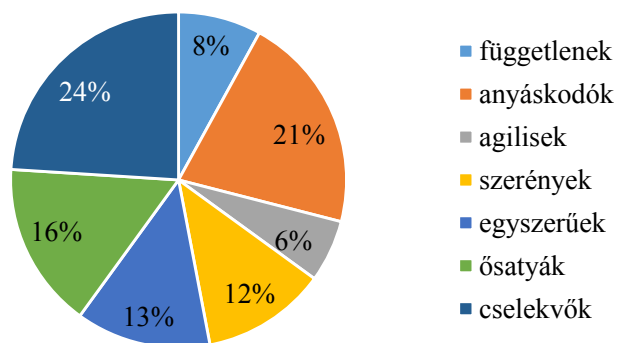
dásukban, vásárlásaikban konzervatívak, de jól érzik magukat a megnövekedett szabadidő, a munka terheitől való szabadulás miatt (36%).

- Simplifier – a 70 év felettek csoportja, akiket igazi, „sztereotip” módon elképzelt nyugdíjasoknak tekinthetünk (35%).

A fogyasztói magatartás trendeket vizsgálva rájöhethetünk, hogy jónéhány trend éppen erre a korosztályra vonatkozik, amelyek a szeniorok mai karakterét írják le. Ezek az alábbiak:

- Active Elder Singles: Erőteljesen növekszik az 55 év feletti egyszemélyes háztartások száma a válások, a partner halála miatt. Újdonság a csoport viselkedésében, hogy aktív életet élnek, kapcsolatokat keresnek, nyitottak az outdoor tevékenységekre, utazásokra.
- Age of Enlightenment: Az „érettség” újra pozitív értéké válik a társadalmakban, a tapasztalat kreativitással, bölcsességgel párosul.
- Big Network Families: Új, patchwork-módra összerendezett tagokból álló nagyobb családoknál az idősek is helyet kapnak, de nem, vagy nem csak az „igazi” nagymamák, nagypapák, hanem az elvált férj szülei, vagy választott nagymamák, nagypapák.
- Greying Revolution: Az öszülők forradalma a fiatalság kultusza mellett az idősek ideálját alkotja meg, új respektet, elismerést, szerepköröket kivívva.
- Soul Sport: Olyan sportágak kedvelése, amelyek természetszeretetről, a lelki aspektusokról is szólnak.

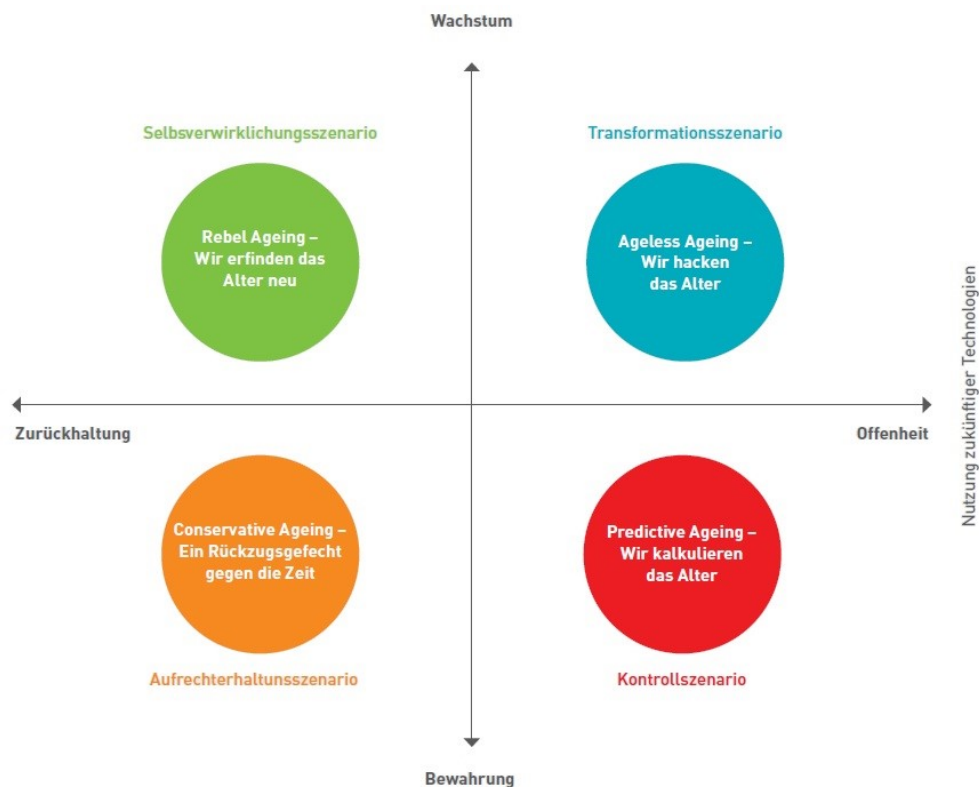
Mindezeket a jelenségeket, trendeket a tipizálásokat esetén akkor kell figyelembe venni, ha már a jövő időseire akarunk felkészülni. A mai vizsgálatok némelyikét bemutatva az alábbi tipizálási eredményeket találhatja az olvasó. A Bauer Media Group (2015) az 50+-os korosztályt legújabb felmérése alapján hét kategóriába sorolta – ez látható a 7/4. ábrán.



7/4. ábra: Az 50+ korosztály tipologizálása. Forrás: Saját szerkesztés Bauer Media Group, 2015 alapján

Az ábrán látható csoportokat a szerzők még három alkategóriára osztották. Az aktív nők csoportjába a függetlenek, az anyáskodók és az agilisek tartoznak. Az aktív férfiakat az ősatyák és a cselekvők képviselik, míg a harmadik, tradicionális és passzív kategóriában a szerények és egyszerűek csoportjait találhatjuk. A legnagyobb arányban az anyáskodó nők, míg a második legnagyobb csoportként az ősatyák jelennek meg.

A GDI (2015) kutatói négy scenáriót fogalmaztak meg a jövő idős fogyasztóira vonatkozóan (7/5. ábra). A tipológia a fogyasztói motivációkból, illetve a digitális világhoz való viszonyból indul ki. A rendszert a növekedés-megtartás és a jövőbeli technológiák használatához kapcsolódó nyitottság-zárkózottság dimenziók mentén helyezték el. Az így kapott scenáriókat azért is érdemes átgondolnunk, mert rávilágítanak a társas kapcsolatok jövőbeli fejlődésére is - ezt értelemszerűen meghatározza az egyének információs és kommunikációs technológiákhoz való affinitása.



7/5. ábra: Időskori motivációk. Forrás: GDI, 2015, 37.

- Konzervatív idősödés (Conservative Ageing): Az idősödés klasszikus formája, mely már az ipari és preipari korszakokban is jellemző volt. Az érintett egyénekre nem jellemző az új ismeretek elsajátítása, új emberek megismerése, illetve az új technológiák használata, sokkal inkább a jól bevált dolgokhoz ragaszkodnak. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a csoport tagjai besavanyodott idősök lennének, csupán nincs igényük arra,

hogy kimozduljanak komfortzónájukból: elégedettek életükkel és a meglévő kapcsolataikkal.

- Lázadó idősödés (Rebel Ageing): A Baby Boomer generáció olyan újfajta idősödő csoportot képez, melyre egyáltalán nem igazak az idősökkel szembeni sztereotípiák. Nem idegenkednek az új technológiáktól, de ezek helyett inkább olyan módszereket, eszközöket részesítenek előnyben, melyek az analóg világ minél jobb megéléséhez segítik őket. Utazni akarnak, új embereket, helyeket megismerni, újabb sportokat kipróbálni, és fogyasztani. A csoport tagjai a nyugdíjas időre nem úgy tekintenek, mint egyfajta kezdeti időszakra a vég előtt, hanem az újrakezdés, visszatérés lehetőségét látják benne. A sok szabadidőt látják és egyben az esélyt arra, hogy olyan dolgokat csináljanak, melyekre korábban nem volt lehetőségük. A kapcsolatok, kötelezettségek és a kölcsönösség összekapcsolódása jellemző a tagokra.
- Prediktív idősödés (Predictive Ageing): A csoport tagjai aligha szeretnék új dolgokat megtanulni, ehelyett a régi készségeket, képességeket szeretnék megtartani, megőrizni. A mindenütt jelen lévő technológiai fejlődés eszközeit (pl.: okostelefon, okosóra, a saját aktivitás követésére szolgáló eszközök) korábbi adottságaik (elsajátított képességek, egészség) megőrzésére, fenntartására használják. Kiemelten fontos számukra az egészségmegőrzés.
- Kortalan idősödés (Ageless Ageing): A csoport tagjai olyan technológiai eszközöket és termékeket, megújító gyógyszereket vesznek igénybe, melyek használatával szinte már átlépjük a test valódi határait. A genetikai mintáknak köszönhetően mindenkinek a lehető legjobb biológiai adottságai vannak ahhoz, hogy egy sikeres életet éljen. Ezek az idősök azonban kihasználják a technológia adta lehetőségeket is, hogy mesterségesen kiterjesztett testfunkciókat használjanak, mint például a szem esetén a ráközelítési funkciót, az agy közvetlen csatlakozását az internethez. A csoport tagjaira a halál gondolatávan egyáltalán nem foglalkoznak, mely alapján meghatározza életüket. Minden, amit tesznek, önkényes módon történik.

### ***7.2.3. Az idősök megítélése, generációs szerepei***

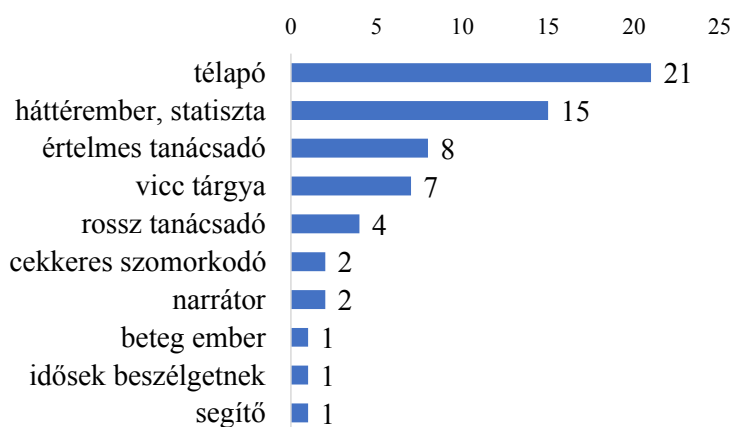
Az idős ember képéhez a Jung-féle archetípusok közül a bölcs típusa társul. A mese-és mondavilágban a szeniorok többnyire gondolkodóként, sokat látott emberként szerepelnek, és alapvetően pozitív a megítélésük.

A görög és a római kultúrákban is nagyra értékelték az idősöket bölcsességük miatt, olyannyira,

hogy még a római szenátus elnevezése is a „senex”, azaz vének kifejezésből származik. A reneszánsz szellemisége a művészetek középpontjába helyezte az embert, s így az időseket is. A kor ábrázolásaiból jól látszik, hogy az idősekre hogyan tekintettek: magasztalták őket, értéknek számított a kor, s kiemelkedő jelentőségű, hogy még az Istent is nagyon idős, ősz hajú férfiként ábrázolták (Kálai, et al., 2013).

A történelmi hagyományok ellenére a valóságban sokkal árnyaltabb a kép az idősek megítéléséről, és a többi generáció tagjai sokszor negatívan vélekednek róluk, pejoratív értelemben használják az idős szót. Az idősekkel szemben kialakuló diszkrimináció jelenségét elsőként Robert N. Butler írta le 1969-ben, aki age-izmusnak nevezte el a kor szerinti hátrányos megkülönböztetést. Kálai és szerzőtársai (2013) leírják, hogy a megkülönböztetésnek számos vetülete lehet: nyelvi, munkahelyi, lakóhelyi, családon belüli, médiában megjelenő és gazdasági diszkriminációról értekeznek.

A mai társadalmakban a médiának igen erős véleményformáló szerepe van, éppen azért a csoport megítélését jól tükrözi az idősek reklámokban történő szerepeltetése is. A korábbi évek kutatásai arra engednek következtetni, hogy negatív az idősábrázolás. Egy 2008-as kutatás eredményeit mutatja be a 6. ábra. Magas gyakorisággal bír az idősek értelmes tanácsadóként történő szerepeltetése, mely valamiféleképpen a korábbiak említett archetípushoz kapcsolódik. Ugyanakkor látható, hogy ezen kívül az idősek aligha jelennek meg pozitív szereplőként, inkább negatív (vicc tárgya, beteg) komolytalan (télapó) vagy semleges (narrátor, háttérember) szerepeket társítanak hozzájuk.



7/6. ábra: Idősek megjelenése a magyar tévéreklámokban

Forrás: Jászberényi, 2008.

Csizmadia és szerzőtársainak 2015-ben publikált eredményei szerint a mai magyar reklámok 90%-ában egyáltalán nem is tűnik fel 50 évnél idősebb szereplő, és ezek a reklámok nem is

tekintik célcsoportnak a szeniorokat. A szerzők szerint körülbelül minden tizedik reklámban találkozhatunk idős szereplővel. Ugyanakkor kutatásuk során egyfajta előrelépést érzékelt az idősábrázolásban, hiszen a 180 vizsgált reklám közül csupán 3 esetében találtak problémás idős képével. Javulást tapasztalhatunk tehát az idős emberek reklámokban történő ábrázolása terén, ma már őket is gyakrabban tüntetik fel pozitív színben.

A reklámok azonban csak egy részét jelentik a megítélésnek, az azt befolyásolni képes eszközöknek. Egy 2010-es saját kutatás során a fiatal generáció asszociációi kerültek a vizsgálat fókuszába közgazdász hallgatók megkérdezésével (n=56). A kutatás arra vonatkozott, milyen termékeket, szabadidős tevékenységeket kötnek egyes generációkhoz. A fiatalok saját generációjukat és a többi generáció tagjait, így az időseket is több szempontból jellemezték. Ennek egy összefoglalását adja az 7/1. táblázat

7/1. táblázat: A fiatal generáció generációkat értékelő vélekedései

	<b>fiatal generáció</b>	<b>középgeneráció</b>	<b>idős generáció</b>
kinézet, mozgás	magas, sportos, fitt, divatkövető, ápolat	túlsúlyos, nem veti meg az italt, kevésbé ápolat és fitt, átlagos megjelenés, betegségek	görnyedt, szemüveges, ősz, ódivatú, ápolatlan, lassú
kedvelt termékek	technikai felszerelések, kozmetikai cikkek, energiatital, alkohol, cigaretta, divatárúk, autó	élelmiszer, alkohol, cigaretta, gyerekcuccok, autó, pénzügyi termékek, ingatlan	tej, kenyér, parizer, gyógyszerek, zsír, lottó, zöldség, gyümölcs, kávé
szabadidő	szórakozás, barátok, chatelés, közösségi média, szerelem, outdoor	otthon családdal, alibi hobbik a családtól és munkától való menekülés érdekében, tv, foci, kocsmázás, családi rendezvények	otthon ülni, tv, kerti munka, unokák, rejtvényfejtés, orvoshoz járás, templom, temetőbe járás
magánélet	barátok, szingliség	család	magány

Forrás: Saját kutatás, 2010



A táblázatból látható, hogy a fiatalok többnyire negatívan ítélik meg az időseket. Görnyedt, szemüveges, otthonülő embernek képzelik őket, akik maximum a temetőbe vagy orvoshoz járnak.

Az idősek szerepeiről egy másféle megközelítésben ugyan, de megfelelő képet adhat a csoport tagjainak életstílusa. Az életstílusban kifejeződnek az egyén számára fontos értékek, attitűdök, s egyfajta életvezetési stratégia mutatkozik meg általa. A táblázatból látható, hogy ugyan a legrosszabb körülmények között élők, vagyis a leszakadók csoportjában találhatóak meg a legmagasabb arányban a 60 év fölöttiek – vagyis az idősekkel szemben támasztott sztereotípiák a csoport meghatározó részére igazak – mégis megjelennek az idősek között gyors és aktív életet élők, akikre egyáltalán nem illenek a társadalmi előítéletek.

7/2. táblázat: Az életstíluscsoportok aránya Magyarországon (n=4000)

Életstíluscsoportok	Generációk		
	29 éves korig	30-59 éves korig	60 év felett
Társadalmi közép	29,0%	23,1%	16,9%
Kapaszkodók	16,8%	25,6%	20,6%
Élményfogyasztók	22,3%	9,3%	4,2%
Leszakadók	6,0%	12,2%	48,6%
Gyors-modernek	15,0%	12,9%	1,9%
Kényszergyorsítók	5,2%	11,1%	5,5%
Karrierorientáltak	4,7%	3,6%	1,1%
Jól szituáltak	1,1%	2,1%	1,3%

Forrás: Töröcsik 2011, saját kutatás, 2004 alapján

### 7.3. Az idősek társas kapcsolatai és szabadidős szokásai

Számos kutató az öregkor egyik legnagyobb problémájának a magányt tekinti, mellyel egy idős embernek nagyobb valószínűséggel kell szembenéznie, mint a fiatalabbaknak. A házastárs halála, a munkavégzés lecsökkenése vagy megszűnése magával hozza a társas kapcsolatok és interakciók számának csökkenését is. A szeniorok esetén ezért *„felértékelődik minden olyan informális kapcsolat, ami a kommunikációs vákuum, illetve a megnövekedett fölös idő áthidalásában segíteni tud”* (Turai, 2009, p. 232.). Éppen emiatt jellemző, hogy az idős emberek sokkal gyakrabban látogatják a szomszédjaikat, pletykálnak másokról, hogy legalább legyen valamilyen kommunikációs tevékenységben részük, ezáltal fenntartva

egészséges közérzetüket is. Szakértők szerint A társas kapcsolatoknak, a társas támogatásnak kiemelkedő jelentősége van az egészségügyi állapot alakulásában: „*A társas támogatás olyan kapcsolatrendszerrel jelent, amely pozitív hatással van az egyénre. A normális kapcsolatok biztonságot jelentenek, és hozzájárulnak az egyén egészségének, jólétének megőrzéséhez*”(Majercsik, 2004). Ezek a feltételek a testi-lelki egészséghez járulnak hozzá.

A Statistics Canada által készített tanulmány megállapította, hogy azok a nyugdíjasok, akik aktívan részt vesznek a társadalmi folyamatokban, vagyis társas kapcsolataik vannak, nagyobb valószínűséggel értékelik egészségüket pozitívan, és alacsonyabb köztük a magányosok és életükkel elégedetlenek aránya. Azoknak azonban, akiknek nincsenek szociális kapcsolataik, további egészségügyi problémáik alakulnak ki, emellett pedig a szomorúság és a magány jellemzi őket, valamint az életükkel való elégedetlenség is nagyobb arányban jelenik meg esetükben (Amar Friends Foundation, 2015).

Mindezek után könnyen belátható, hogy sok esetben nem, vagy csak alig jellemzőek rájuk a szociális kontaktusok az idős emberek számára, kiemelten fontosak a társas kapcsolatok, a másokkal közösen végzett szabadidős programok.

A társas kapcsolatok vizsgálatához szervesen kapcsolódik a szabadidős szokások vizsgálata, hiszen a szabadidős tevékenységek magas arányban valamilyen társaságban végzett tevékenységek. Előbbiek miatt a következőkben az idősek szabadidős szokásainak és társas tevékenységeinek bemutatását helyezzük a középpontba.

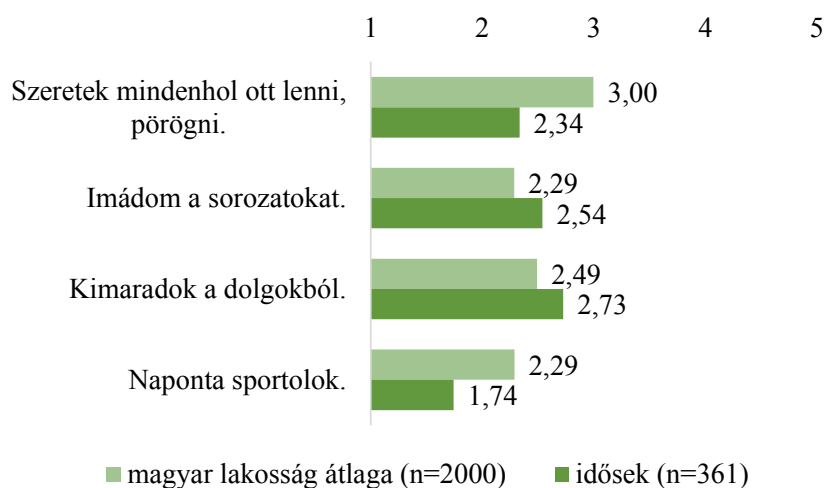
2013 tavaszán személyes megkérdezés készült Magyarországon 2000 fő részvételével a TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0058 projekt keretében. A megkérdezett minta nem, életkor, iskolai végzettség, régió és településtípus szempontjából reprezentálja a magyar lakosságot. A mintán belül 361 fő tartozott az idős kategóriába. A kutatás fő célja a magyar lakosság környezetbarát és ökológiailag fenntartható technológiákkal kapcsolatos társadalmi elfogadottságának vizsgálata volt, de emellett még számos területre fókuszált, ennek köszönhetően a szabadidős tevékenységek és társas kapcsolatok is a fókuszba kerültek. A vizsgálat jó alapot biztosított arra, hogy generációs összehasonlításokat lehessen végezni számos kérdéskört illetően.

A szabadidős tevékenységeket vizsgálva megállapítható, hogy az idős korosztály – akik alatt jelen kutatás esetében a 60 éven felüli korosztályt értjük – a magyar lakossági átlaghoz képest jóval kevesebbet jár el szórakozni. A válaszadók 10 estéből átlagosan közel hármat töltenek az otthonukon kívül, az idősek esetén ez az érték már csak 1,3 este volt.

Az idősekkel kapcsolatban gyakori sztereotípiák, hogy sokkal többet járnak komolyzenei

koncertekre, múzeumba, művelődési házakba, kiállításokra, ennek ellenére kutatásunk során éppen ennek ellentmondó eredményekre jutottunk. A megkérdezés a konkrét események, intézmények látogatási gyakoriságát is felmérte. Az idősök több mint 55%-a soha nem jár kiállításokra és a legalább évente járók aránya (18,1%) is kisebb, mint a lakossági átlag esetében (22,7%). A művelődési házak és klubok látogatása sem jellemző kifejezetten a 60 év feletiekre, csupán 13,5%-uk jár évente legalább egyszer ilyen helyekre, 62,6%-uk pedig soha sem.

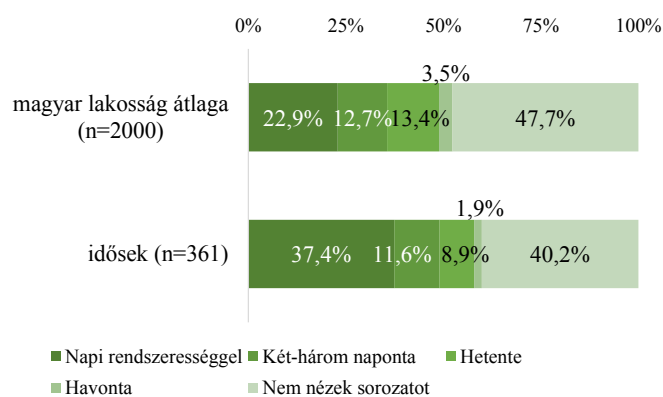
A felmérésben megjelenő szabadidővel kapcsolatos attitűdök közül is kiemelésre kerül néhány, melyek esetén szintén különbségek láthatóak az idősök és a magyar lakosság átlaga között. Megállapítható, hogy az idősök kevésbé aktívak és sokkal inkább úgy érzik, hogy kimaradnak dolgokból. Az olyan szabadidős tevékenységeket illetően válaszoltak magasabb értéket az átlagnál, mely nem kíván meg nagy fizikai aktivitást (például a sorozatnézés), illetve az olyanok esetén kifejezetten alacsony értéket, melyek nagyobb fizikai megterheléssel járnak, (például napi szintű sporttevékenység végzése).



7/7. ábra: Szabadidővel kapcsolatos attitűdök – az idős generáció és a magyar átlag összehasonlítása („Mennyire igazak Önre a következő állítások?” 1 – egyáltalán nem; 5 – teljes mértékben)

Forrás: Saját szerkesztés

Az idősök 59,8%-a néz sorozatokat, ebből pedig 37,4% napi rendszerességgel nézi ezeket a szórakoztató műsorokat. Az idősök körében 40% nem néz sorozatokat, ami alacsonyabb arány, mint a magyar lakossági átlag (48%) – 7/8. ábra.



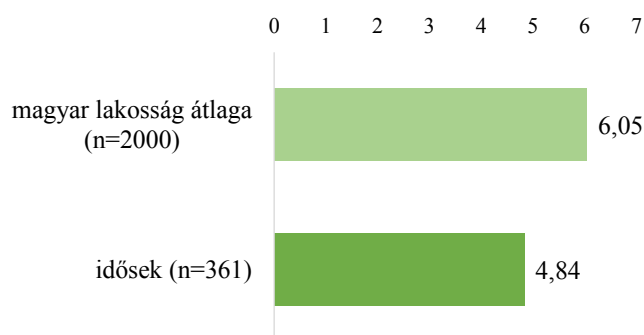
7/8. ábra: Sorozatnézés gyakorisága – az idős generáció és a magyar átlag összehasonlítása

Forrás: Saját szerkesztés

A sorozatnézésen kívül még a könyvolvasás volt egy olyan terület, ahol az idős korosztály kiemelkedő aktivitást mutatott. Míg egy átlag magyar 6,26 könyvet olvasott el az elmúlt évben, a 60 év fölötti korosztály esetén az érték 8,49 könyv volt.

A válaszadók társas kapcsolatainak közvetlen módon történő felmérésére az alábbi két kérdés szólt: „Hány barátja van?” „Megközelítőleg hány emberrel tartja rendszeresen a kapcsolatot...”.

Az idősek esetén itt is jóval alacsonyabb értékek születtek a magyar lakosság átlagához viszonyítva. Megállapítható, hogy míg egy átlag magyar barátainak száma 6 fölötti, addig egy idős embernek még az 5-öt sem éri el, melynek háttérében a barátok elhalálózása, illetve az új emberek megismerése iránti vágy csökkenése is állhat (7/9. ábra).

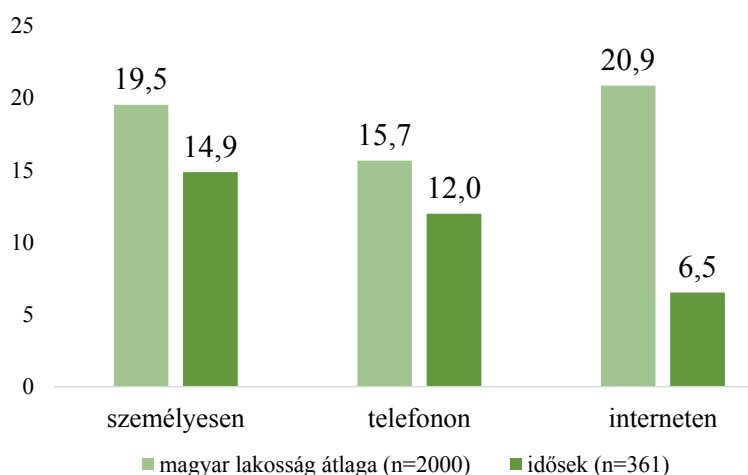


7/9. ábra: Barátok átlagos száma – az idős generáció és a magyar átlag összehasonlítása

Forrás: Saját szerkesztés

Az idősekre jellemző, hogy a legtöbb emberrel személyesen tartják a kapcsolatot, átlagosan ez 15 főt jelent. Telefonon mintegy 12 emberrel tartják a kapcsolatot, a legkevésbé pedig az

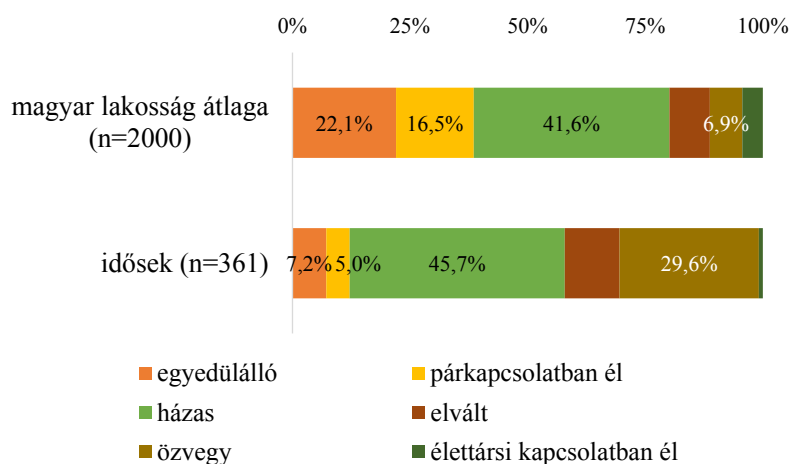
internetet használják ebből a célból. A magyar átlag esetén teljesen más sorrend figyelhető meg, hiszen rájuk az interneten történő kapcsolattartás jellemző leginkább, ezt követik a személyes találkozások, végül pedig a telefonálás. Emellett megállapítható az is, hogy az átlag magyar felnőtt jóval több emberrel tartja a kapcsolatot, mint a 60 év felettek (7/10. ábra).



7/10. ábra: Az ismerősökkel történő kapcsolattartás módjai – az idős generáció és a magyar átlag összehasonlítása

Forrás: Saját szerkesztés

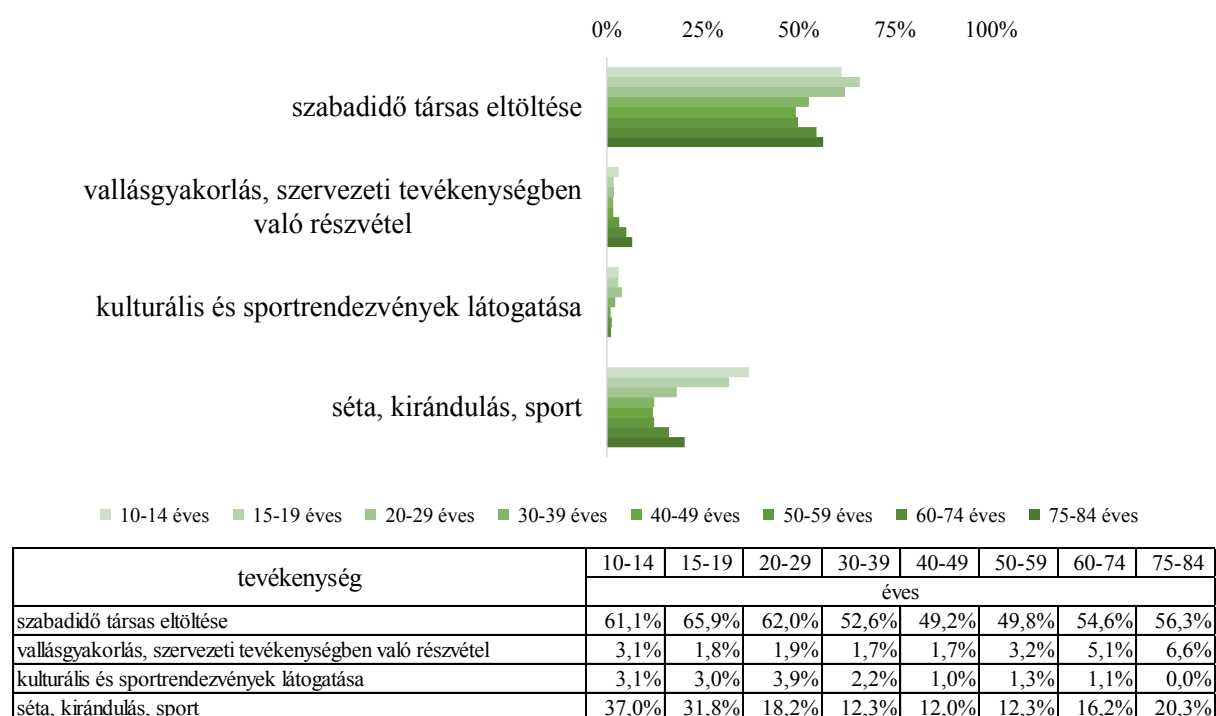
A társas kapcsolatok vizsgálata esetén egy alapvető meghatározó jellemző a családi állapot. A 7/11. ábráról látható, hogy az idősek körében sokkal nagyobb arányban élnek azok, akik özvegyek vagy elváltak, és ezt még az sem képes ellensúlyozni, hogy magasabb arányban vannak közöttük a házások és alacsonyabb arányban vannak az egyedülállók.



7/11. ábra: Családi állapot különbözőségei

Forrás: Saját szerkesztés

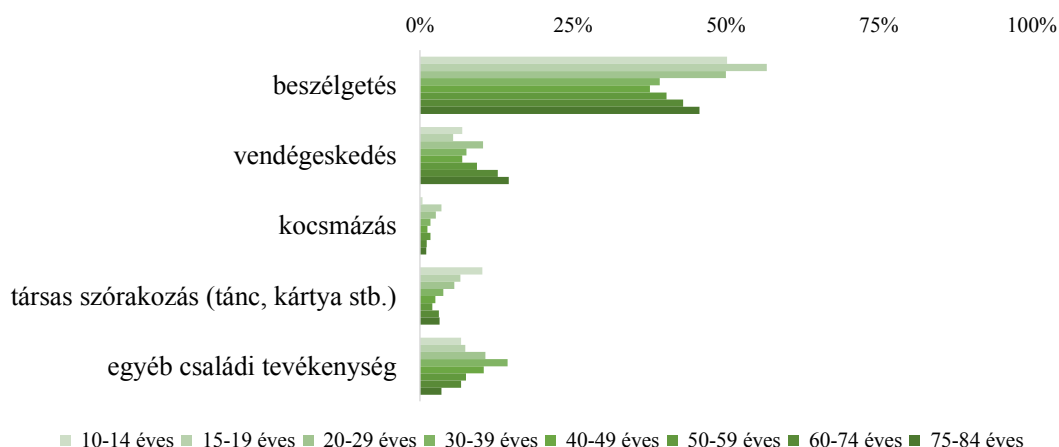
A Központi Statisztikai Hivatal által 2009-2010-ben készített Időmérleg felvétel eredményei láthatóak a 7/12. és a 7/13. ábrákon. Ez a vizsgálati módszer a magyar lakosság tevékenységstruktúráját vázolja fel több demográfiai ismérv – köztük korcsoportok – mentén is. Az ábrákon szereplő eredmények az adott tevékenységben résztvevők arányát mutatják be. A 7/12. ábrán és a hozzá kapcsolódó táblázaton szabadidőhöz és társas kapcsolatokhoz kapcsolódó tevékenységcsoportok tevékenységeiben való részvételi arányok láthatóak korcsoportonként. Az idősek a szabadidő társas eltöltése, a vallásgyakorlás és szervezeti tevékenységben való részvétel terén emelkednek ki. A középkorúak a kulturális- és sportrendezvények látogatása kapcsán, míg a fiatalok a szabadidő társas eltöltése és a séta, kirándulás, sport kapcsán vesznek részt az adott tevékenységben átlag felett.



7/12. ábra: Időmérleg felvételek eredménye – tevékenységcsoportok

Forrás: Saját szerkesztés

A 7/13. ábra és hozzá kapcsolódó táblázat a szabadidő társas eltöltése tevékenységcsoportba tartozó tevékenységekben való részvételi arányokat mutatja be. Az idősek a beszélgetés és vendégeskedés tevékenységeiben magas arányban vesznek részt. A középkorúak az egyéb családi tevékenységek esetén szerepelnek magas aránnyal, míg a fiatalok a beszélgetés, a társas szórakozás és a kocsmázás esetén végzik az adott tevékenységeket a többi korcsoportnál magasabb arányban.



tevékenység	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-74	75-84
	éves							
beszélgetés	50,2%	56,7%	50,0%	39,2%	37,6%	40,3%	43,0%	45,7%
vendégeskedés	6,9%	5,4%	10,3%	7,6%	6,9%	9,3%	12,7%	14,5%
kocsμάzás	0,4%	3,5%	2,6%	1,7%	1,2%	1,7%	1,1%	1,0%
társas szórakozás (tánc, kártya stb.)	10,2%	6,6%	5,6%	3,8%	2,5%	2,0%	3,1%	3,2%
egyéb családi tevékenység	6,7%	7,4%	10,7%	14,3%	10,4%	7,5%	6,7%	3,5%

7/13. ábra: Időmérleg felvételek eredménye – szabadidő társas eltöltése

Forrás: Saját szerkesztés

## 7.4. Összegzés

Fejezetünkben két nagyobb kérdéskört jártunk körül: egyrészt azonosítottuk az idős generációt, annak homogénebb szegmenseit, életstílusát, élethelyzetét. Másrészt pedig vizsgáltuk a szeniorok társas kapcsolatainak szerepét és az ő gyakorlatukat ezek alakítására.

Az idősekkel foglalkozó szakirodalom és az általunk bemutatott kutatási eredmények egyaránt a célcsoport növekvő jelentőségét húzzák alá: mind társadalmi, mind gazdasági szempontból. A generáció növekvő számossága és aránya mellett az is felkelti a kutatók figyelmét, hogy jelentősen növekszik e szegmens gazdasági potenciálja, illetve megváltozott mintázatokat mutat az életstílusa, magatartása. Az idősek is egyre többfélék, sokszínűbbek, azonosíthatjuk különböző típusaikat és csoportjaikat. A figyelmet tehát több szempontból is magukra vonják: egyrészt növekvő fogyasztói potenciáljuk egyre több vállalat számára jelent vonzó célcsoportot, másrészt pedig az öregedő társadalmak problémáinak kezelésére és megoldására jelentős befektetést szükséges eszközölni ma is és a jövőben is.

Az idősek társadalmi megítélése kevésbé mutat kedvező képet. Annak ellenére, hogy az idős korban élő emberek övezte tisztelet évszázadokig tartotta magát, a mai korok individualista és fiatalságot hajkurászó beállítottsága háttérbe szorította ezt az egyébként egyre nagyobb csoportot. A sztereotípiák és kritikák által meghatározott véleményeket főleg olyan viszonyban fedezhetjük fel, amikor egymástól távolibb generációkat, például fiatalokat és időseket

vizsgálunk. A generációs szakadékok között feltételezhetjük azt az okot is, hogy az egyes generációk mai különélése következtében egyre kevésbé látnak rá egymás életére ezek a szegmensek. Megfigyelhetünk mindemellett pozitív változásokat is: a vállalati kommunikációban is pozitívvá fordult az idősek ábrázolása, aminek egyik oka, hogy valóban felismerték potenciáljukat.

A társas kapcsolatok és interakciók fontosságát és egészségmagatartásban betöltött kiemelkedő szerepét szakértők egyértelműen aláhúzzák. Ennek vizsgálatára hazai empirikus kutatások eredményeit mutattuk be. Az idős korosztály szabadidős tevékenységére vonatkozó sztereotípiák nem feltétlen állják meg helyüket: ezek a sztereotípiák arról szólnak, hogy ez a korcsoport többet jár színházba, hangversenyre, különböző kulturális szórakozási formákat fokozottabban vesznek igénybe. A bemutatott kutatási eredmények azonban ezt nem igazolták: méréseink szerint ezek a tevékenységek kevésbé jellemzőek az idősekre, mint a magyar társadalom átlagára. Ezen felül a társas kapcsolatok számának csökkenése jellemzi őket, talán éppen emiatt jellemzőbb rájuk, hogy beszélgetéssel, vendégeskedéssel és vallásgyakorlással magasabb arányban töltik szabadidejüket, mint a többi korcsoport.



## 7.5. Felhasznált irodalom

1. Amar Friends Foundation (2015): *The importance of social relationships and engagement for seniors*. <https://amarfriendsfoundation.wordpress.com/2015/08/31/the-importance-of-social-relationships-and-engagement-for-seniors/> (2015.11.02.)
2. Infratest (1992): *Seniormarkt*.
3. Grey (2003): *Neue Lust in reifer Schale*. Düsseldorf
4. Bauer Media Group (2015): *Die Mehrheit der Erwachsenen: 50 plus – eine Potenzialanalyse*. <http://www.mehrheit-der-erwachsenen.de/index.html#stats> (2015.11.02.)
5. Barak, B. – Schiffermann, L. (1981): *Cognitive Age: A nonchronological Age Variable*. *Advances in Consumer Research*, **8**. 602-606.
6. Csizmadia Sz. - Györi Szabó R. - Kovács N. (2015): Az idős fogyasztók és a tévéreklámok Magyarországon, *Marketing és Menedzsment, The Hungarian Journal Of Marketing & Menedzsment*, **49**: 3. 50-67.
7. Die freie Generation (2009). *Freier den je... Das Lebensgefühl der Menschen ab 45 Jahre*. Karstadt Quelle Versicherungen. Nürnberg.
8. GDI (2015): *Digital Ageing Studie: Unterwegs in die alterslose Gesellschaft*. Nr. 44. Rüslikon/Zürich.
9. Jászberényi J. (2008): Az öregek nem is léteznek? Az időskorúak ábrázolása a magyarországi televíziós reklámokban. *Médiakutató*, **9**: 3. 35-41.
10. Kállai J. - Kaszás B. - Tiringer I. (2013): *Az időskorúak egészségpszichológiája*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
11. Karmasin, H. (1995): *Wünsche und Bedürfnisse von Senioren*. In: Haberda, W. et al. (Hrsg.): *Wachstumsmarkt Senioren. Eine Chance für Innovative Unternehmer*. Wien, 57-58.
12. Kölzer, B. (1995): *Senioren als Zielgruppe*. DUV, Wiesbaden.
13. Központi Statisztikai Hivatal (2012): *Időmérleg 2009/2010 Összefoglaló adattár*. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/idomerleg/idomerleg0910.pdf> (2015.11.02.)
14. Központi Statisztikai Hivatal (é.n.): *A népesség ötéves korcsoportok és nemek szerint*. [http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak\\_demografia](http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_demografia) (2015.11.02.)
15. Majercsik Eszter (2004): *Idősek a mában: Geriátriai szocio-pszichológiai vizsgálat, az életminőség javításának lehetőségei*. PhD értekezés. Budapest, Semmelweis Egyetem 4. sz. Interdiszciplináris Tudományos Doktori Iskola.

16. Otten, Dieter (2008): *Die 50+ Studie. Wie die junden Alten die Gesellschaft revolutionieren.* Reinbek, Rowohlt Taschenbuch Verlag.
17. Senior-Marketing (1997): *Euro Advertising.* Düsseldorf.
18. Stern, E. (1968): *Das Erlebnis des Alterns und Alters.* In: Thomae, H.-Lehr, U. (Hrsg.): *Altern. Probleme und Tatsachen.* Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt am Main.
19. Töröcsik M. (2011): *Fogyasztói magatartás – insight, trendek, vásárlók.* Akadémiai Kiadó, Budapest.
20. Turai, T. (2009): *Öregek társadalomnéprajzi vizsgálata.* PhD értekezés. Eötvös Lóránd Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Néprajztudományi Doktori Iskola. Budapest.

## **8. ÉLETHOSSZIG TARTÓ TANULÁS (DR. DEUTSCH KRISZTINA)**

### **8.1. Miért tanuljanak az idősek? Az idősek tanulási szükségletei és motivációi**

#### ***8.1.1. A gyermekek és felnőttek tanulási szükségletei***

A gyermekek tanulása szükségszerű a személyiségük sokoldalú fejlesztéséhez, képességeik kibontakoztatásához, a pályaválasztásuk megalapozásához. A felnőttek tanulása is természetes, hiszen a 20. és 21. század modern/posztmodern társadalmainak embere a többszintű oktatás valamely szintjén szakképzettséget szerez, aztán az egyéni karrier- vagy munkaerőpiaci fejlesztési igények mentén tovább képezi magát, akár magasabb oktatási szinten is. *Ezt nevezi az andragógia folyamatos (continuouis) típusú tanulásnak*, amely a már megszerzett tudást emeli magasabb szintre, és nem, vagy alig fordul új irányba (Zrinszky 1995). Azonban gyakori szituáció, hogy a munkaerőpiaci igények megváltoznak, vagy az egyén élethelyzete úgy alakul – például megváltozott családi igények, egészségromlás, kiégés stb. következtében – hogy nem csupán munkahelyet kell váltania, de szakmát/hivatást is újat kell tanulnia. Ebben az esetben újrakezdőként, akár 30-40 évesen, esetleg még később választ és tanul új mesterséget. Ezt időközönként ismétlődő, új tartalmakra koncentrálnó tanulást, amely sokszor átképzés formájában valósul meg, visszatérő (*recurrent*) típusú tanulásnak nevezi az andragógia tudomány (Zrinszky 1995). A „life long learning” szellemében ez napjainkban már teljesen természetes folyamat, s a tanuló társadalmak a dinamikus változás képességét különböző oktatási lehetőségekkel és előnyökkel támogatják, azaz erősítik a tanulás motivációját. Ennek számos példája lehetséges: például a moduláris szakképzés szellemében a teljesített modulok átemelése egy másik azonos modult is tartalmazó szakképzésbe, vagy a felsőoktatási szakképzésben megszerzett kreditek egy részének elismerése a hasonló tartalmú és magasabb oktatási szintet képviselő alapképzésben, vagy az előzetes munkatapasztalatok beszámítása egy képzés (pl. kreditelismertetés, PLAR- Előzetes Tudásszint Felmérés és Elismerés), vagy munkahelyváltás során.

#### ***8.1.2. De miért tanuljanak az idősek? Milyen haszonnal jár az idősek tanulása?***

E fejezet részben nem kell újradefiniálnunk az időskort, mivel ez a korábbi, az időskort különböző aspektusokból megközelítő fejezetekben már megtörtént. Azonban azt a kiegészítést meg kell tennünk, hogy bár alapvetésként az életkor tekintetében a 65 év feletti populációról beszélünk, mégis a tanulási szükségletek szempontjából azokra a 60 éves (esetleg fiatalabb) személyekre is gondolnunk kell, akik valamilyen okból karkedvezménytel nyugdíjba vonultak. Ugyanis a tanulás nézőpontjából tekintve problémáik és motivációik éppen a 65 év feletti,

nyugdíjas korosztályéval azonosak.

Számos kutatás foglalkozik az időskorúak tanulásának és képzésének a kérdéseivel, de a probléma globális jellegét mutatja, hogy e kérdéssel az Európai Tanács egy munkacsoportja külön is foglalkozik. Nem véletlen. Mivel az időskor összes perszonális jellegű kérdésfelvetése, amely az egyéni boldogulás és társadalmi hasznosság mindennapi küzdelmeiben manifesztálódik és összefűz gazdasági/egzisztenciális, szociális és mentálhigiénés vetületeket is, egyben kezelendő társadalmi, sőt globális problémát is jelent.

Ha elsőként az egyén szempontjából közelítjük a kérdést, akkor az időskorú emberek esetében is többféle motivációja lehet a tanulásnak.

A tanulási motivációkat az andragógiai irodalom leggyakrabban *intrinzik (belső, elsődleges) és extrinzik (külső, másodlagos) tényezőkre bontja* (Zrinszky 2005, Kocsis 2006). Míg az aktív korú felnőttek esetében az extrinzik tényezőknek - munkahelyi illetve családi elvárások, egzisztenciális előnyök - igen meghatározó szerepük van, addig a munkaerőpiacról kiszoruló idősök esetében a belső motivációk nagyobb súlyával kell számolnunk. E motivációkat rendkívül életszerűen Bajusz Klára és Jászberényi József a következőkben foglalta össze:

- *„Kommunikációs szükséglet* - Az idősebb generációkat egyre inkább érinti az elmagányosodás. A különböző tanulási szintek kommunikációs szinteket is jelentenek: elősegítik új kapcsolatok, új csoportok kialakulását, régebbi kapcsolatok életben tartását, felelevenítését stb. Itt a tanulási cél másodlagossá válik, hiszen elsősorban a társas kapcsolatok alakításának eszköze.
- *Technikai fejlődés* - A technikai eszközök gyors ütemű fejlődése, az informatika és az internet elterjedése egyre több idős felnőttben ébreszti fel az igényt arra, hogy megismerje és kezelni tudja ezeket az új eszközöket: egyre többen szeretnék mobiltelefont és digitális fényképezőgépet használni, e-mailt fogadni, otthonról internetezni. Jól illusztrálja ezt a folyamatot a *Kattints rá, Nagy!* tanfolyamok országos sikere. Az idősök tanulási motivációi között megjelenik a bizonyítási vágy is: „igenis meg tudom tanulni, a korom ellenére is!”. Sokan úgy mennek nyugdíjba, hogy nem igénylik a visszavonulást, továbbra is aktív életet szeretnének élni, ennek szerves része új ismeretek elsajátítása.
- *A szabadidő hasznos eltöltése* - Az inaktív kor elérése általában a szabadidő gyarapodásával is jár. Az idősebb felnőttekben felmerül az igény, hogy minél hasznosabban töltsék ezeket az órákat: klubokban, baráti összejöveteleken vagy tanfolyamokon ismeretterjesztő előadásokat hallgatnak, nyelvet tanulnak, hobbijuknak hódolnak, kirándulnak. A

nyugdíjaskor gyakran arra is lehetőséget biztosít, hogy már régóta tervbe vett, de idő hiányában mindig elmaradt dolgokkal foglalkozzanak: megtanulják a rózsametszést, jó-gázzanak, barkácsoljanak.

- *Közös szakmai múlt* - A munkaerőpiacról kilépő idősebbek a felnőttoktatás keretein belül megtalálhatják a lehetőséget arra is, hogy tovább ápolják szakmai kapcsolataikat, fejlesszék szakmai ismereteiket, összejárjanak régebbi kollégáikkal (pl. nyugdíjas pedagógusok kórusa, nyugdíjas bányászok baráti köre).
- *Egészségi okok* - Az idősödés velejárója az egészségi állapot romlása. Az idő előrehaladtával egyre gyakoribbak az olyan szituációk, amikor az egészség védelme érdekében kell tanulnunk: diétás étkezéshez alkalmazkodva új főzési technikákat, recepteket elsajátítani, gyógyászati segédeszközök használatát megismerni, vagy különböző szempon-tok szerint át kell alakítani az életmódunkat.” (Bajusz –Jászberényi 2013:61-62)

Azonban, ha gazdasági és demográfiai szempontból közelítjük a kérdést, akkor láthatjuk, hogy a 20. század utolsó harmadának globális piacgazdasága „túltermelte” a szociális és egészségügyi szolgáltatásokra szoruló idős-generációt, s e krízisre adható globális választ pont az idősök tanulásában, képzésében látja. Vannak olyan vélemények is, melyek az egyéni és a társadalmi-gazdasági érdekek összekapcsolódását hangsúlyozzák. Így ezek eredőjében a közös haszon lehet az idősök egészsége és kulturális fejlődése, a család erősödése és a produktív munkavállalás lehet (Wolf 2000).

## **8.2. A felnőttek tanulásának a jellemzői**

### **8.2.1. Az aktív korú felnőttek tanulásának fő jellemzői**

A magasan kvalifikált felnőttek kivételével a többség a tanulási igényeit inkább általánosított mint elvont gondolatokat formájában képes definiálni (Deutsch 2014). Az andragógiai tárgyú irodalmak egybehangzóan hangsúlyozzák, hogy a felnőttek tanulását alapvetően meghatározza az önirányítás, a jelentős élet- és munkatapasztalat, a problémaorientáltság és az erőteljes motiváció. Nehezítő tényezőként jelenik meg esetükben az előzetes tanulási és tudásséma, az érdeklődés és a figyelem életkorral összefüggő változásai (Zrinszky 2005, Czigler 2005).

A figyelem életkor szerinti változását mutatja a következő táblázat.

8/1. táblázat: A figyelem életkori jellemzői

Életkor	-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-60
Pont szám	90,8	85,3	84,6	83,3	81,2	78,8

Forrás: Zrinszky László (1995): A felnőttképzés tudománya. Bevezetés az andragógiába. 38.

Bár a táblázat alapján jól látható, hogy az életkor növekedésével párhuzamosan a figyelem, azaz a koncentrációs teljesítmény egyenletesen csökken, de a hanyatlás nem nagymérvű és több tényező ellensúlyozhatja. Czigler István írásaiból tudhatjuk, hogy a figyelem csökkenése leginkább a felszínesebb befogadásban, elkalandozó gondolatokban, lassuló felfogásban, gyakoribb félreértésekben és szórakozottságban nyilvánul meg. Azonban az egyén számára fontos témákban nincs figyelemcsökkenés. Sőt, a koncentráció javítható is: a szellemi túlterhelés megelőzésével, egy-egy téma többoldalú megközelítésével és figyelem-összpontosítási gyakorlatokkal (Czigler 1994, 2005).

### **8.2.2. *Hogyan tanulnak az idősek? Az idősek tanulásának a jellemzői***

E. L. Thorndike 1920-as években megfogalmazott következtetése a felnőttek tanulási képességeivel kapcsolatban valóságos paradigmaváltást eredményezett: rámutatott arra, hogy bár a tanulási képességek maximuma valóban fiatal felnőttkorra tehető, de ez a későbbi felnőtt korban sem romlik rohamosan, sőt egyénenként igen eltérő lehet (Thorndike 1928). S bár a felnőtt és idős populáció vonatkozásában a különböző érzékelési, koncentrációs és memóriefunkciók hanyatlása valóban megfigyelhető, de a tanulási képességeket olyan komplex hatásrendszer befolyásolja, amelyben az életkor csupán egy effektus. Meghatározó jelentőségűek a korábbi tanulási tapasztalatok, a tanulás motivációi, körülményei. A harmadik kor (third age) az öregedéshez hasonlóan a tanulás területén is egyénenként változó sajátosságokat hordoz. Azok az idős emberek, akik fiatalabb korukban többet tanultak időskorban is tanulékonyabbak, az idegsejtek közötti szinapszisok magasabb száma miatt. S bár az életkor előrehaladtával az idegsejtek száma törvényszerűen csökken, mégis az időskorban zajló tanulás képes az idegsejtek közötti kapcsolatokat megújítani, s ezzel az intelligenciát és alkotóképességet megőrizni (Iván 1997).

Ha kicsit részletesebben megvizsgáljuk a haladott korúak tanulásának jellemzőit, akkor nehézségekkel, de pozitívumokkal is szép számban találkozunk. Maróti Andor részletesen ír

erről az "Elméleti alapok az idősök tanulásáról és tanításáról" című tanulmányában (Maróti 2013).

Tekintsük át a *nehézségeket*, s ezek közül is elsőként az idősök emlékezetének jellemzőit. Vannak dolgok, amiket az idősök képtelenek megjegyezni, míg más jelenben történt dolgokat gyorsan felejtnek. Ezzel szemben a régmúltban történt eseményeket, sőt sokszor azok részleteit is könnyen felidézik. Ez a jelenség a tanuláslélektan szerint azzal magyarázható, hogy míg a korábbi történéseket a „kristályosodott” intelligencia őrzi, addig az új események rögzítésére a „folyékony” (fluid) intelligencia szolgál, amely már nem képes az emlékek tartós tárolására idősebb életkorban (Czigler 2000). Továbbá azt is figyelembe kell vennünk, hogy az emlékek időnként pontatlanok, sőt kifejezetten torzak is lehetnek olyan idősöknél, akik életük eseményeit önigazolásként használják személyiségkonzisztenciájuk megőrzése érdekében.

A kreatív (alkotó) tanulásban is nehézségek jelentkeznek. Ezek oka egyrészt azon képességek hanyatlásával függ össze, melyek az összefüggések felismerésével, a konkrét tényektől való elvonatkoztatással, illetve a szemléletváltással kapcsolatosak; másrészt a problémamegoldó képesség gyengülésével, amit a munkából és más aktív korról összefüggő életfeladatok megoldásából adódó kiesés nagyban befolyásol (Bromley 1972).

Az idősök tanulásában vannak azonban olyan *pozitív tényezők*, melyek nemcsak eredményességet, de akár kiemelkedő teljesítményt is eredményezhetnek. Ilyen pozitívum az a széleskörű tapasztalat, amelyre életük során szert tettek, és amely alapján képesek a jelent egy folyamat részeként, a múlttal összefüggésben értelmezni (Maróti 2013)

Herbert Grau megállapítása, hogy „az idős emberre jellemző a visszatekintésre való hajlam” (Grau, 1962:114), amit Ancsel Éva alapján a következőkkel egészíthetünk ki: „Az embert sorstapasztalatai teszik azzá, ami lényegét alkotja” (Ancsel 1995:81). E jellemzőknek két pozitív hatása is van: egyrészt a múlt eseményeinek felidézése az öregedéssel szemben erősítő hatású, másrészt az élettörténet kritikus átgondolása akár olyan elemző tanulásként is felfogható, amely elvezet a múlt eseményei között az okok és a következmények összefüggéseinek a jobb megértéséhez. Tovább növeli az énerőt és az énhatékonyságot az is, ha az idős személy negatív, kritikus életeseményeket túlélt és sikeresen feldolgozott (King 2001). De a jelen szituációihoz és feladataihoz való alkalmazkodást is feltétlenül igényli a múlt elemző átgondolása.

Az idősök szellemi képességeit aktivizálja és fejleszti az érveléssel alátámasztott vita, amely az idősök erősségként és a társas szituációik alapvető kísérőjelenségeként is felfogható, s mely egyben hozzájárul a szintetizáló képességük fejlődéséhez. A munkából való kiesés által

felszabaduló relatíve sok idő számos idős embernél az unalom megéléséhez vezet. Ennek ellenszere lehet bármilyen aktív, céltudatos tevékenység. Az egyéni szinten űzött hobbi, barkácsolás, kertészkedés vagy éppen kézimunka is pozitívan hat, mert a tevékenységhez kapcsolódó gyakorlati készségeket fejleszti, és az egyén elképzeléseit, alkotókedvét felszabadítja. Minden aktív társas tevékenység további hozadéka, hogy a kommunikációs képességek szinten tartása mellett a magány megélését csökkenthetik, míg a társadalmi hasznosságérzést fokozzák (Maróti 2013).

Összességében tehát elmondható, hogy az előbbieken bemutatott pozitív tanulási képességek és kiaknázható tanulási tevékenységek a kiegyensúlyozott, céllal és értelemmel teli időskor feltételei.

### **8.2.3. Az idősök tanulási motivációját gátló tényezők**

Az idősök tanulási kedvét előmozdító/serkentő tényezőkre az első alfejezettrészben már kitértünk, erősítve ezzel kötetünk pozitív szemléletmódját az időskorral, az abban rejlő lehetőségekkel kapcsolatban. S e tárgyban a korábbi gondolatainkat Boga Bálint a következőképpen fűzi össze: „A személyiséget erősíti a világ jelenségei iránti érdeklődés, az élettapasztalatok újragondolása, amelyek elégedettséget válthatnak ki az egyénben életútjával összefüggésben, a korábbi foglalkozáshoz kötődő szaktudás tovább fejlesztése, a családi helyzettel összefüggő problémák, különösen az egyedül élőkénél, a meglévő társas kapcsolatok fenntartása és bővítése, a családi feladatok jobb teljesítése (pl. nagymama szerepben), a hobby folytatása, az eligazodás az új helyzetekben” (Boga 1999:141).

A továbbiakban azonban az idősök tanulását akadályozó, vagy legalábbis nehezítő tényezőket vesszük sorra, melyek a következők:

- *személyes félelmek*: származhatnak a korábbi negatív tanulási - iskolai tapasztalatokból, traumákból, de lehetnek a megszégyenülés lehetőségével, illetve a tanuló szereppel kapcsolatos szorongások is.
- *családi tényezők*: mikroközösségei szerepkonfliktust és időszervezési kérdéseket egyaránt felvet az a jelenség, amikor a család az idős ember „házon kívüli” közösségi és alkotó tevékenységét, vagy más irányú tanulását nem támogatja, felesleges és haszontalan, a családtól elvett időtöltésnek feltüntetve azt.
- *egészségi állapot*: a mozgásszerv-rendszer betegségei esetleg fogyatékaik olykor a közlekedést is gátolva, illetve az érzékszervek működésének, különösképpen a látásnak és a hallásnak a romlása révén komoly tanulási akadályt képezhet.



- *anyagi nehézségek*: egyes gerontagógiai képzések ára komoly anyagi terhet jelenthet az idősök számára, így sok esetben a nyugdíjas klub az egyetlen járható alternatíva.
- *a tanulás körülményei és módszerei*: a tanulási környezet fizikai tényezői, úgymint a bútorzat, a fényviszonyok, a láthatóság és hallhatóság meghatározóak, valamint az időkezelés, beleértve a szünetek nem kellő gyakoriságát és hosszát az idősök számára kellemetlen, akár kezelhetetlen nehézséget jelent. A tekintélyelvű szemlélet, a tanulógyerekként kezelése és a direkt oktatási módszerek túlsúlya riasztó és visszatartó a partnerszemléletű kommunikációt feltétlenül megkívánó idősktatásban.
- *örökölt és tanult tehetetlenség*: hazánkban, s a régióban különösen mélyen gyökerezik a csak kötelező feladatokra koncentráló, a személyes felelősséget hárító beállítódás, amely a személyes és a közösségi problémákra is a megoldást kívülről, felülről – legtöbb esetben az államtól, a környezettől – várja.
- *domináns ideológiák*: a politikai hatalmat birtokló társadalmi osztályok, rétegek mindig közvetítenek egy értékrendszerükhöz szervesen illeszkedő családképzetet. Ha ez egy tradicionális családképzet – szemben a posztmodern társadalmak önmegvalósításon alapuló nézeteivel – akkor a nők és az idősök főként családösszetartó és gondozó funkcióikban jeleskednek, nem pedig az élethosszig tartó tanuló, fejlődő, és alkotó szerepekben (Bajusz – Jászberényi 2013).

### **8.3. Mit, hol és hogyan tanulnak/tanuljanak az idősök?**

#### **8.3.1. Az idősök tanításának és nevelésének az elvei, módszerei és lehetséges formái**

A felnőttoktatás, felnőttnevelés részben formális, részben nem formális tanulási keretben zajlik. Ezen belül az idősök tanulása főként a nonformális és informális keretekhez kötődik. A formális nevelés rendszeres, konkrét célhoz, követelményekhez és intézményhez kötött tanulmányokat jelent, amelyek rendszerint bizonyítvánnyal, oklevéllel, szakképesítés megszerzésével zárulnak. A nonformális nevelés keretében a nevelő hatást is kifejtő intézmények, szervezetek hétköznapi tudásátadása, sokoldalú személyiségfejlesztő tevékenysége zajlik, főként oldott és kötetlen légkörű szakkörök, művészeti csoportok illetve a civil szféra keretében. A felnőttek nevelését, beleértve az informális nevelés fogalmát Durkó Mátyás (1999) a következőképpen határozta meg: „... nevelésnek tekint mindenféle nem céltudatosan szervezett, környezeti hatásra történt spontán személyiségformálási válaszreakciót is (=informális nevelés)”. Ebbe ily módon beletartozik a szabadidős tevékenység, a családi-baráti körben folytatott beszélgetés, vagy éppen a médiahatás, amely a mindennapi élet részeként spontán és kötetlenül zajlik.

(Deutsch 2014) Az idősök oktatására és képzésére az andragógia tudomány a *gerontagógia*, vagy *gerontoeducáció* megnevezést használja (Bajusz 2009).

A gerontagógia - éppen az idősök pszichés és kognitív jellemzői alapján – megfogalmaz néhány olyan általános elvet, amely az idősök tanulásában, tanításában gyakorlati szempontból hasznos lehet.

Az első alapelv, hogy az idős ember saját felismert érdekéből és személyes érdeklődéséből indítva választhasson a felkínált tanulási lehetőségek közül. Tehát vállalása saját döntésen kell, hogy alapuljon, s ugyanilyen fontos, hogy elhatározása időközben változtatható is legyen. Amennyiben makacssága vagy határozatlansága miatt a kedvező lehetőségek közül sem tud vagy mer választani, akkor hivatkozhatunk olyan emberek véleményére, akiket az idős ember is pozitívan értékel. A flexibilitásnak meg kell jelennie az oktatás és oktatásszervezés más kérdéseiben is: a képzés időkeretében, a haladási tempóban, a csoportszervezés módjában (vegyes vagy szenior csoport), az interakciókat előtérbe helyező módszertanban, az oktatási környezet (érzékszervi fogyatékosokat is figyelembe vevő) alakításában. Az idősök teljesítményértékelése bármilyen művelődési program során nagy szakértelmet és empátiás készséget igényel, a visszajelzések szakszerű megtervezésével és a megszügyenülés lehetőségének a minimalizálásával. (Sz. Molnár 2009)

További fontos elv, hogy a közös programokon átélt élmények megbeszélésre kerüljenek, mert a véleményük fontosságának tudata is növeli önbizalmukat, s a bennük zajló hatások elemzése hozzájárul az események, és hozzá kötődő gondolatok tudatosításához, s tartósabb rögzítéséhez az emlékezetben.

A viták és beszélgetések az idősök verbális képességeit is javítják, azonban a beszédükben gyakran megjelenő terjengősség, illetve a téma szempontjából fölösleges részletek akadályozzák társaik szóhoz jutását és lankasztják a figyelmet. Ezért érdemes a véleménycsere esetében olyan szabályokban megegyezni, amely a kölcsönösséget elősegíti, a figyelmet erősíti, ugyanakkor senkire nézve nem sértő. Például meghatározni időben, a gondolatok, vagy mondatok számában a hozzászólás terjedelmét.

A társas kapcsolatok beszűkülésével gyengül az asszociációs képesség, s a generációk közötti szakadék mélyülése ezt tovább fokozhatja. Azonban az unokákkal való kapcsolat erősíti a családi- és társas kapcsolatokat és teret enged tapasztalataik átadásának. (Maróti 2013)

A teljesség igénye nélkül a következőkben felsorolásra kerülnek azok a tanulási lehetőségek, amelyek az idősök intellektuális és pszichomotoros képességeinek, társas készségeinek a fejlődéséhez hozzájárulhatnak (Torgyik 2013):

- tanfolyamjellegű képzések (pl. nyelvoktatás, számítógép és internethasználat),
- szakkörök, önképzőkörök, klubok (pl. bélyeggyűjtés, ásványgyűjtés, modellezés, csillagászat, honismeret, dísznövénytermesztés, kisállat-tenyésztés témakörökben),
- nyugdíjas-klubok,
- könyvtár- és múzeumlátogatás, olvasás,
- koncert-, mozi és színházlátogatás,
- civil szervezetek munkájában való aktív tevékenység,
- egyházi közösségekben való részvétel, zarándokutak,
- a média által történő tanulás,
- turizmus, kirándulás, utazás,
- állatkertek, vadasparkok látogatása,
- úszás(tanulás), tánc(tanulás), jóga, thai –chi, nordic walking, régi sporttevékenység felélesztése (pl. öregek focija).

### **8.3.2. Nemzetközi „jó gyakorlatok”**

Az idősek oktatásában a legeredményesebb és legismertebb nemzetközi hálózat a Harmadik Kor Egyeteme (University of the Third Age, U3A), amely Európában, Észak-Amerikában, de Kínában is sikeresen működik. Ötletét és mintáját egy 1972-ben, Toulouse-ban tartott nyári egyetem adta. Az U3A-k működési sajátossága, hogy a képzőszervezetek működésének nem feltétele az akkreditációs eljárás, sem a tanfolyamot záró kötelező értékelés. A non-profit elven működő képzőszervezetek önkéntesekkel végzik a munkát széles témaválasztékkal és módszertani repertoárral, barátságos társas-jellegű környezetben (Sz. Molnár 2009). Striker Sándor így ír erről: „Kellő létszám esetén a kurzust meghirdetik, oktatója pedig maga a témajavasoló önkéntes lesz. Saját felmérésük adatai szerint 517 tagszervezetükben csaknem 12 ezer tanulócsoport működött 2003-ban, hallgatóik száma több mint 110 ezer.” (Striker 2005:113).

### **8.3.3. Hazai kezdeményezések**

Egerben a Tanárképző Főiskola szervezett képzést a nyugdíjasoknak történelemből, angol és német nyelvből a 80'-as években. A tanulók többsége a szabadidő eltöltés és a tudásszerzés céljából vett részt a képzésben, míg mások az adott tárgyból tett egyéni vizsga alapján felvételt nyerhettek a főiskola levelező képzéseibe. Sajnos nem sokáig maradt fenn ez a kezdeményezés. (Szabados 1999).

A nyugdíjasok szabadegyeteme Budapesten 1983-ban indult a TIT (Tudományos Ismeretterjesztő Társulat) keretében. A szabadegyetem meghirdetett témái – az idős érdeklődésére reagálva – megegyeztek a vidéki városokban tartott, népfőiskolai egyesületek által szervezett előadások témáival, melyek a következők voltak: művészetek, történelem, földrajz, pszichológia és egészségmegőrzés. Az ELTE (Eötvös Loránd Tudományegyetem) 2012-ben indította a Harmadik Kor Egyeteme – „a tevékeny időskorért” című tanfolyamát a fővárosi nyugdíjas szervezetekkel együttműködésben, mely a mai napig is működik, továbbá a program az interneten is elérhető, követhető.

A Nógrád Megyei Népfőiskolai egyesület olyan idős embereknek és gyermekeknek szervezett közös tábort, ahol az idős embereknek unokája, a gyermekeknek nagyszülője nem volt. A hiányt volt hivatott részben pótolni e program, amelynek eredményességét a tábor után is fennmaradó és működő kapcsolatok bizonyították.

#### **8.4. Összegzés**

A felnőttoktatás részeként az idősoktatás-idősképzés tudományos vizsgálatával és fejlesztésével a gerontagógia, vagy gerontoeducáció foglalkozik. A gerontagógia feltárja az idős emberek élettani, mentális és szociális sajátosságaiból eredő tanulást befolyásoló tényezőket, az idősök tanulásának motivációs rendszerét, továbbá a tanulásuk elveit, módszereit és lehetséges formáit is. Megismerve és összehasonlítva a nemzetközi pozitív példákat, illetve a hazai kezdeményezéseket azt láthatjuk, hogy a probléma már itthon is dereng, de reneteg még a tennivaló. Mindenekelőtt szemléletváltásra van szükség az idősök megítélésével és oktatásával kapcsolatban, ami az idősök motivációját is erősítheti az önkéntes tanulásra. Ezt követően „már csak” a korábbi hazai és nemzetközi gyakorlatok adaptációjára, valamint kreatív ötletek alapján új utak és módszerek kipróbálására van szükség a kiegyensúlyozott és örömteli időskor megélésének társadalmi szintű támogatásához.

## 8.5. Felhasznált irodalom

1. Ancsel Éva 1995 *Az élet mint ismeretlen történet*. Atlantisz Könyvkiadó. Budapest.
2. Bajusz Klára (2009): *Az időskori tanulás*. <https://www.ofi.hu/tudastar/bajusz-klara-idoskori> letöltés ideje:2015.10.26.
3. Bajusz Klára, Jászberényi József (2013): Az időskori tanulásról. *Kultúra és közösség*. IV. évf. 3: 59-66.
4. Boga Bálint (1999): Az idős emberek és a felnőttoktatás. *Kultúra és közösség*, 1998. IV. – 1999. I. 137–146.
5. Bromley, D. B. (1972): Az emberi öregedés pszichológiája. Gondolat Kiadó, Budapest.
6. Wolf, Laurence (2000): *Lifelong Learning for the Third Age*. <http://www.iadb.org/sds/doc/Edu&Tech20.pdf>. letöltés ideje: 2007.10.28.
7. Czigler István (1994): *Figyelem*. Scientia Humana. Budapest.
8. Czigler István (2005): *A figyelem pszichológiája*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
9. Czigler István (2000): *Megismerési folyamatok idős korban*. In: Horváthné B.M. – Pordány S. (szerk.): *Tanulás, művelődés, szabadidő időskorban*. Német Népfőiskolai Szövetség Nemzetközi Együttműködési Intézete – Nyitott Képzések Egyesülete. Budapest.
10. Deutsch Krisztina (2014): A felnőttoktatás sajátosságai. In: Betlehem József (szerk.): *Munkahelyi elsősegélynyújtás és balesetvédelem. Módszertani segédlet*. PTE ETK. [http://www.etk.pte.hu/files/tiny\\_mce/File/oktatas/OktatasiAnyagok/!Palyazati/MunkahelyiES\\_Segedlet.pdf](http://www.etk.pte.hu/files/tiny_mce/File/oktatas/OktatasiAnyagok/!Palyazati/MunkahelyiES_Segedlet.pdf) letöltés ideje: 2015.02.05.
11. Durkó Mátyás (1999): *Andragógia. A felnőttnevelés és közművelődés új útjai*. Magyar Művelődési Intézet. Budapest.
12. Grau, Herbert (1962): Die Volksbildung und der alte Mensch. Neue Volksbildung. In: Maróti Andor (szerk.): *Szöveggyűjtemény a népművelés-elmélet tanulmányozásához*. Tankönyvkiadó, Budapest.
13. Iván László (1997): *Ne féljünk az öregedéstől*. SubRosa Kiadó. Budapest.
14. King, L. A. (2001): *The Hard Road to the Good Life: The Happy, Mature Person*. J. Human. Psych.41(1):51-72.
16. Kocsis Mihály (2006): A felnőttek tanulási motivációi. In: Koltai Dénes – Lada László: *Az andragógia korszerű eszközeiről és módszereiről*. Nemzeti Felnőttképzési Intézet, Budapest. 113–140.

17. Maróti Andor (2013): Elméleti alapok az idősök tanulásáról és tanításáról. *Kultúra és közösség*. IV. évf. 3: 67-77.
18. Bromley, D. B. (1972): *Az emberi öregedés pszichológiája*. Gondolat Kiadó, Budapest.
19. Szabados Lajos (1999): A gerontológia jelentősége. *Kultúra és közösség*. 1998. IV – 1999. I: 147-172.
20. Szabóné Molnár Anna (2009): Tanulás idős korban. In: Zrinszky László (szerk.): *Tanulmányok a neveléstudomány köréből: A megújuló felnőttképzés*. Budapest. Gondolat Kiadó. 174-183.
21. Striker Sándor (2005): Az időskorúak képzési igényei Európában. In: Sz. Molnár Anna: *Az idős felnőtt rétegek (45 év feletti) felnőttképzési igényei és képzési lehetőségei*. Nemzeti Felnőttképzési Intézet, Budapest. 95-126.
22. Thorndike, E. L. (1928): *Adult Learning*. Mcmillan, New York.
23. Torgyik Judit (2013): *A tanulás színterei felnőtt és időskorban*. Eötvös József Könyvkiadó, Budapest.
24. Wolf, Laurence (2000): *Lifelong Learning for the Third Age*.
25. Zrinszky László (1995): *A felnőttképzés tudománya*. Bevezetés az andragógiába; Okker Oktatási Iroda.
26. Zrinszky László (2005): *A felnőttképzés tudománya*. OKKER Kiadó, Budapest.

## **9. AKTÍV IDŐSKORT TÁMOGATÓ KÖZÖSSÉGI KEZDEMÉNYEZÉSEK - SZÍNTEREK SZEREPE AZ IDŐSEK EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSÉBEN (DR. TIGYI ZOLTÁNNÉ DR. PUSZTAFALVI HENRIETTE)**

### **9.1. Bevezetés**

Az időskort és magát az idősödés folyamatát pozitív életszemlélettel és aktív részvétellel érdemes megélni, hiszen az élet utolsó szakaszára sem kell feltétlenül hanyatló korként tekinteni, mint ahogy azt a magyar közgondolkodásban sokszor tapasztalhatjuk. Ismert tény, hogy egészségünk megőrzéséért nemcsak mi magunk, hanem a társadalom is felelős éppen ezért a szakpolitika felelősségeként határozható meg a támogató ellátórendszer kiépítése, fenntartása és a korszerű intézkedések meghozatala. Az egyén, a társadalom, a szakpolitika közös, együttes szemléletmód váltása szükséges ahhoz, amit már a világon sok helyen jóval korábban felismertek és, mint alapelvet, életfelfogást követnek, hogy a magyar emberek is megismerjék, mindennapi rutinként használják. A szükséges paradigmaváltás is egy folyamat részeként fogható fel, mint ahogy azt az Ír Nemzeti idősödési programban olvashatjuk- "az idősödés, nem az időskorba lépéssel, hanem a születéssel kezdődik", vagyis egész életünkben kialakított életmód, életstílus határozza meg, hogy képesek leszünk-e a lehető legjobb életminőségben, pozitív szemléletmóddal megélni ezt az életszakaszt.

Ahhoz, hogy az életünk már kevésbé intenzív szakaszát ne csak elszenvedjük - amit ma sok esetben megfigyelhetünk a hazai idősödő lakosság körében, elengedhetetlen egy új rendszer létrehozása, elterjesztése, hogy valóban aktív és boldog időskort éljen meg minden magyar ember.

A fejezetben kiemelésre kerül egy-egy ország idősödési programjából néhány meghatározó alapelv és stratégiai elem, továbbá különböző "jó gyakorlat", ahol az időskorú lakosság a támogató környezetben elégedetten, jó életminőségben tölti mindennapjait.

Célunk, hogy az új szemléletmód és lehetőségek bemutatásával igazoljuk, lehet másként is az időskort megélni, aktívan, boldogan, elégedetten.

Kulcsszavak: aktív időskor, egészségfejlesztés, szintér szemlélet, jó gyakorlat, pozitív életfelfogás

## 9.2. Főbb fogalmak

Az *aktív öregedésen*, a WHO szerint, az idősödési folyamat optimalizálását értjük, azaz a biztonságos és támogató környezet kialakításával az egyén egészségben eltöltött idejét növeljük, hogy a lehető legjobb életminőség megtartására legyen képes. Az aktív idősödés lehetővé teszi, hogy az idősödő korcsoportban rejlő lehetőségeket feltárva a fizikai, a szociális és a mentális jólétet biztosítsuk számukra, és ezért az idősök képesek maradnak továbbra is aktívan részt venni a társadalomban.

Az idős korúak esetén az egészség fogalma olyan fizikai, mentális és szociális jóllét állapotot ír le, ami az autonómia és függetlenség megtartását hangsúlyozza.

Az öregedés színterei a baráti, munkahelyi közösségek, szomszédok és a családtagok körében zajlik, ezért fontos az egymásra utaltság hangsúlyozása, valamint a nemzedékek közötti szolidaritás kialakítása, megtanítása.

Az aktív idősödés csakis a mentális jóllét megőrzése mellett tartható fenn, ezért fontos eleme a szellemi frissesség fenntartása. Az OECD, már 1996-ban elindította az "*egész életen át tartó tanulás*" (Life Long Learning) mozgalmat a világon, amit az egyéni és társadalmi fejlődés alapvető elemeként határozott meg. Arra helyezi a hangsúlyt, hogy minden gyermeket már az élete kezdetén fel kell készíteni és érdekeltté tenni a tanulásban, és arra tesz erőfeszítéseket, hogy minden felnőtt, függetlenül attól, hogy van-e vagy nincs munkája, akinek átképzésre vagy a készségei megújítására van szüksége, erre lehetőséget kapjon. (Pedagógikum, 2013)

A közösségi színtereken végzett egészségfejlesztési programok célja, hogy javítsa az egészséget meghatározó tényezőket és növelje az esélyegyenlőséget ott, ahol a célcsoport egyes tagjai megtalálhatóak és mozgósíthatóak. A programokat és tevékenységeket úgy kell kialakítani, hogy azokat éri el, akiknek az eszközök és erőforrások tekintetében arra a legnagyobb szükségük van.

A mentális egészségmegőrzés fő lépéseit az *Ottawai Charta* (WHO, 1986) a közösségi irányelvek kiépítésében, a támogató környezeti feltételek kialakításában, a közösségi intézkedések megerősítésében, a személyes készségek fejlesztésében és az egészségügyi szolgáltatások „újraorientálásában” határozza meg.

A Lelki egészség és jólét európai paktumában (2008) a lelki egészség előmozdítása terén öt prioritási terület kerül megnevezésre. Közülük három fő területet vonatkoztathatunk az idős korúakra, az egyik a depresszió és öngyilkosság megelőzése; a másik az egészséges és aktív idős kor elősegítése, és a harmadik a megőrzés és a társadalmi kirekesztés elleni küzdelem.



### **9.3. A WHO aktív idősödést támogató stratégia alapelvei**

A továbbiakban néhány alapelem kerül bemutatásra a WHO idősödési stratégiai elemei közül, amit minden nemzeti stratégiai tervnek tartalmaznia kell.

Az egészségben megélt életek az egészségügyi ellátó rendszer szolgáltatásainak igénybevétele mellett biztosítható, ami nem egyenlő az orvosok, szakorvosok rendszeres látogatásával. Az időskort támogató környezet kiépítésében csak egy szeletként értelmezi az emberközpontú egészségügyi rendszer működtetését, ami a hosszú távú gondozást biztosítja és illeszkedik az időskorú népesség igényeihez.

További sarokpontként a szociális elszigeteltség és a társadalmi kirekesztés megelőzésére tett intézkedéseket, beavatkozásokat említhetjük meg. Kiemelt figyelem kell, hogy övezze az idősök bántalmazásának megelőzését a biztonságérzetük növelése érdekében és áldozattá válásuk elkerülése érdekében. A stratégiai alapelvben is foglalkoznak a minőségi ellátás biztosításával, mivel az elvárható szolgáltatások megfelelő minősége az idősök életminőségét befolyásolja.

A demencia ellátásra, a memória zavarokra és a palliatív egészségügyi szolgáltatásokra is különös figyelmet kell fordítani, mivel a hosszú távú ellátásra szoruló betegek minőségi ápolása csak méltóságuk megőrzése mellett teljesülhet.

A koncepcionált stratégiák és az ebből építkező programok megalapozását és fenntartását biztosítja a folyamatos bizonyítékon alapuló kutatás és a tudományos alap erősítése, amely elengedhetetlen a sikeres programok, beavatkozások esetében.

A WHO stratégiája több konkrét területet, beavatkozási pontot is tartalmaz, melyek a hangsúlyokat is megmutatják az aktív idősödési koncepcióban.

#### **Testmozgás- fizikai aktivitás**

Elsőként említi a testmozgást. Azért is foglalkozik elsőként a fizikai aktivitással, mert az egyén aktivitási szintje az egyik legerősebb előrejelzője az egészséges öregedésnek, különösen az idősebb korcsoportokban. A fizikai aktivitás fókuszát az idős korban elsődlegesen a légzési izmok megfelelő működési szintjére és a csontrendszerre helyezi. Továbbá a megőrzött és fenntartott fitsségre összpontosít, mert a fitsségi állapot határozza meg a funkcionális egészséget. A fizikai aktivitásnak jótékony hatása van a depresszióra és a kognitív funkciók csökkenésének elkerülésére, mivel az aktivitás megőrzése során elkerülhető vagy lassítható a funkcióvesztés. A fizikai tevékenység magában foglal minden rekreációs vagy szabadidős fizikai tevékenységet, így a közlekedést is (pl.: gyalogos és kerékpáros), a munkahelyi

testmozgást, ha még aktív dolgozó az illető. De jelentős szerepet játszik a fizikai aktivitásban, a házimunka, a játék, a mindennapi családi és közösségi vagy egyéb sport és edzéstevékenység. A férfiak és nők eltérő igényűek és motivációjúak, tehát ezek figyelembe vételével kell az eltérő nemi normák és értékek mentén a beavatkozásokat megtervezni.

Az esések megelőzése

Következő kiemelt pont az esések megelőzése, melynek alapján a megváltozott mozgáskoordinációs készségekre való adaptív választ kívánja elsajátítani az idősokkal, ezzel elkerülhetővé válnak a súlyosabb kimenetelű balesetek, számuk is csökken, ezáltal az egészségügyi kiadások is csökkennek.

Védőoltásokkal az elkerülhető fertőző betegségekkel szemben

Kiemelt feladat a védőoltások ingyenes biztosítása ebben a korcsoportban, mivel ezzel is csökkenthetők az egészségügyi kiadások, és a súlyos elhúzódó és jelentős állapotromlással járó fertőző betegségek száma.

Gerontológia

A szakpolitikának feladata a regnáló kormányok által az állami támogatások biztosítása, az informális gondozás, amelyen az idősök otthonukban történő ellátását értjük, beleértve az öngondoskodást is.

Szintén stratégiai célként fogalmazza meg a geriátriai és gerontológiai kapacitásépítést, az egészségügyi és szociális ellátás ellátórendszer keretén belül.

#### **9.4. Írország - pozitív idősödés programja (Positive Ageing – Starts Now! The National Positive Ageing Strategy, 2012)**

"Írország társadalma felkészült a népesség előregedésére", állítják a Nemzeti pozitív idősödés stratégiai programban, amiről tökéletesen meg is győződhetünk a tartalom áttekintésekor. Az optimista és előrelátó, megelőző jellegű program néhány jellegzetes alapelve és stratégiai elem kerül az alábbiakban bemutatásra, mint követendő szemléletmód, példa.

A programban megfogalmazottak szerint, a pozitív és megelőző szemléletmód teszi csak lehetővé, hogy az idősödő populációban megvalósuljon a támogatott fizikai és mentális egészséges jólét. A program támogatja és tiszteletben tartja az idősök szerepvállalását a gazdasági, társadalmi, kulturális, közösségi és családi életben és elősegíti a jobb, nemzedékek közötti szolidaritás kibontakozását. Az egyenlőség és függetlenség alapelveinek megtartása mellett az önmegvalósítást és a méltó öregedést segíti elő. Az elemzésben kifejti, hogy hajlamosak vagyunk azt gondolni, hogy az idősök egy külön csoportot alkotnak a

társadalomban és inaktivitásukkal nem járulnak hozzá a gazdaság növekedéséhez. Azonban tudomásul kell venni, hogy az idősek is hozzájárulnak a gazdasághoz, vásárlók, fogyasztók, vagy akár termelési funkciójuk is megmarad, ha további munkavégzésükkel és felhalmozott szakértelmükkel hozzájárulnak a termelő funkcióhoz. A családokban is, mint „önkéntesek” vesznek részt, mint például az unokákra való vigyázásában, helyben látnak el feladatokat, vagy egyéb szolgálatokat végeznek.

Leszögezik, hogy az öregedés nem pusztán egészségügyi probléma. Ez a nemzeti stratégia azt kívánta bizonyítani, hogy az öregedés egy életen át tartó folyamat, amely nem 65 éves korban kezdődik, hanem az időskori életminőséget az határozza meg, hogy a fiatal és középkorú ember mit tesz, mivel járul hozzá, hogy egészséges legyen az időskorra. Előbbi gondolatmenetből következően állítható, hogy az öregedő Írország problémakezelése már a születéssel elkezdődik.

Éppen ezért kiemelten támogatott elem az életciklusokon át tartó oktatás, amit a teljes populációra tartanak érvényesnek. Ezt az egészségmagatartás és iskolázottság összefüggésével magyarázzák meg, azaz az alacsonyabb iskolázottsági szint és a rossz egészségi állapot, ismert összefüggésével nyomatékosítják a felnőttkori oktatás támogatását. Ugyanakkor a bármilyen oktatási tevékenységben, oktatási formában való részvételt is növelni kívánják, mert az segít megőrizni a test és lélek egészséges aktivitását. Az élethosszig tartó tanulás ezen túl hozzájárul a személyes fejlődés, az önbecsülés és az önbizalom kialakulásához, ami teljessé és kiegyensúlyozottá teszi az idős kort. Továbbá bizonyítható pozitív kapcsolat mutatható ki az oktatás és a gazdasági, a szociális, a fizikai és mentális jólét között, ezért szükséges a kognitív egészségnek is prioritást adni. Azt is szem előtt kell tartani, hogy ebben az állandó változó és fejlődő világban csakis a folyamatos oktatással és képzéssel vagyunk képesek megfelelően reagálni, alkalmazkodni a változó környezethez.

A nemzeti program az idősek csoportján belül megnevezi azokat a társadalmi csoportokat is, melyekre különös figyelmet kell fordítani, mint a marginalizált, kiszolgáltatott, és kisebbségi csoportokra, például a 80 év feletti, vagy a vidéki területeken élő emberekre, a gyenge szellemi kapacitással, avagy demenciában szenvedőkre, és természetesen ez a megkülönböztetett figyelem övezi azokat is, akik gondozzák őket. Felhívja a figyelmet és nevesíti további csoportokat is, mint az idősebb bevándorlók és az eltérő etnikai háttérrel bíró idős emberek, a sajátos szükségletűek, mozgás és értelmi fogyatékos idősek és a lesbikus, meleg, biszexuális és transznemű idősek csoportjai. A pozitív idősödés lehetőségét az esélyegyenlőség biztosítása érdekében tőlük sem vonhatják meg.

Összegezve ezt a pozitív idősödési programot, melynek minden mondatában érzékelhető az optimizmus, a tudatos és felelősségteljes támogató attitűd, melyet igazából nem is csak szűken erre a korosztályra szabtak, hanem eszmeiségében jelen van a transzgenerációs gondolkodás, mely biztosítékként szolgál az idősödő korosztály valóban minőségi, biztonságos környezetének megteremtéséhez. A program összegző megállapításai között szerepel, hogy a kellően tájékozott, saját egészségét menedzselő és kellő igénnyel fellépő népesség lesz csak alkalmas arra, hogy valóban boldog, elégedett időskort éljen meg.

### **9.5. Egyesült Államok és Kanada jó gyakorlatai**

Az Amerikai Egyesült Államokban, már jóval korábban, az 1980-as években megjelentek az önmenedzselő, öngondoskodó szervezetek, intézmények és nyilván ennek köszönhetően a hosszú évekre visszanyúló előzményekre, tapasztalatokra építve jöttek létre újabb társadalmi szerveződések. Maga az Önkéntesség és az Öngondoskodás (proaktív szemlélet) eszméje is része a társadalmi közgondolkodásnak. Ennek köszönhetően jöttek létre, és váltak modell értékűvé ezek a közösségi alapú szerveződések, programok. Sok esetben a barátok, szomszédok és a családtagjaik is bevonódnak ezekbe a programokba.

A következőkben néhány program és azok alapelve, szemléletmódja kerül bemutatásra.

#### **Krónikus betegségben szenvedőkre kidolgozott fizikai aktivitás program**

Az egyik ilyen kidolgozott egészségfejlesztő szemléletű intervenciót a krónikus betegséggel kapcsolatban a Stanford University School of Medicine's munkatársai dolgoztak ki, "Chronic Disease Self-Management Program and Senior Services of Seattle's Enhance Fitness munkaprogram" néven (healthy\_agingpdf, 2009). Ez a fittségi állapotot javító komplex beavatkozás jelentősen növeli az idősebb felnőttek önbizalmát és javítja az egészségi állapotukat a kezelt krónikus betegségük mellett. A fő törekvés arra irányult, hogy jelentősen mérsékelje a felesleges egészségügyi szolgáltatások igénybevételét, mint a kórházi és sürgősségi látogatásokat, valamint a nem tervezett házi orvosi találkozókat.

A kanadai jó gyakorlatok között hat modell jellegzetesen eltérő idősödő célcsoportokra került kidolgozásra. Ez a Kanadában kidolgozott program a korábban már bevált Egyesült Államokbeli gyakorlati modellek alapján került kidolgozásra és azt a hatot adaptálták, amelyek a kanadai társadalmi adottságoknak megfelelően alkalmazhatók voltak. (Best Practice in Senior Centres - Mar 2013pdf)

### ***Közösségi Központ modell***

A Közösségi Központ /Művelődési Központ modell középpontjában a többgenerációs koncepció áll, ennek a modellnek az a célja, hogy a programok és szolgáltatások minden korosztály számára elérhetőek legyenek, akár életkor szerinti elkülönítéssel. Ha igény keletkezik arra, hogy több generáció, vagy különböző nemű csoport együtt vegyen részt egy programon, tanfolyamon, eseményen akkor ennek megfelelően lehetőséget adnak erre is. Ezek a létesítmények gyakran magukban foglalnak szabadidős/rekreációs létesítményeket is, - mint például tornaterem, fitness központ, medence – továbbá jó infrastruktúra és széles körű erőforrások jellemzik őket, de jórészt a közfinanszírozástól függ a tartalom és az igénybe vehető programok kínálata. A Művelődési Központ modell az idősebb felnőttek közepes / felső jövedelmi kategóriába tartozókat vonzza, akik szeretnék javítani a mentális és fizikai egészségükön.

### ***Wellness Központ modell***

Itt a célcsoport az egészséges és mobil idősebb felnőtteken van, és ez a modell az egészség javítására és a jólétre koncentrál. Ebben a modellben számos szabadidős programot biztosít ez a korszerű fitness létesítmény, melyben szakszerűen kidolgozott egészség- és fitness programok vehetők igénybe. Önálló intézményként működik, de van rá példa arra is, hogy más szolgáltatókkal működtetik együtt az intézményt. A wellness-központ modell jellemzően azokat vonzza, akik a középső és felső jövedelmi kategóriába tartoznak, 55-75 éves korig, és azok számára nyújt egészségfenntartó programot, akik tudatosan szeretnék javítani a mentális és fizikai egészségükön. Ez a modell különösen népszerű a fiatalabb idős felnőttek körében.

### ***Teljes Ellátás és Átmeneti Központ modell***

Teljes Ellátás és Átmeneti Központ modell - Continuum of Care / Transitions Központ modell  
Ez a modell általában egy létesítményben működik, mint szolgáltató központ, ahol orvosi és szociális szolgáltatásokat nyújtó személyzet áll rendelkezésre az egész nap folyamán és biztosított az ügyeleti rendszer a munkaidő után is. Ez a modell főként a koordinációra helyezi a hangsúlyt, azaz a közösségi ügynökségek között végez közvetítő tevékenységet és segítséget ad a szolgáltatások igénybe vételéhez, mint például a tömegközlekedés használatakor a fogyatékkal élőknek. Ezt főként azok az idősebb felnőttek használják, akik 75 évnél idősebbek, és akik gyengék, segítségre, támaszra szorúlnak, de részben önállóan képesek a mindennapjuk vezetésére, csak időszakos segítséget igényelnek. Ez a modell a legjobban felépített, bonyolult

hálózatok, közösségi kapcsolatok során biztosítják a támogatásokat és a szolgáltatásokat és állami finanszírozással működnek.

### ***Az élethosszig tartó tanulás modell / Arts Centre modell***

A hangsúly az élethosszig tartó tanuláson van, és egy sor olyan programot kínál, amelyek a mobil és kifejezetten a fiatalabb időskorosztály számára kivitelezhetőek. A műhelyek, az utazás és egyéb programok célja, hogy intellektuálisan stimulálja a fiatalabb időseket és kreatív elfoglaltságot nyújtson az önmegvalósításukhoz. Ez a modell összehangolt kapcsolatokat, együttműködéseket követel meg. Az egész életen át tartó tanulás és a művészeti tevékenységeket is magában foglaló modell jellemzően azokat vonzza, akik a középső és felső jövedelmi kategóriával rendelkeznek, akik könnyen mobilizálhatók, életkoruk 55-75 közötti, és akik szeretnék, hogy javítsák az egészségi állapotukat és jólétüket az igényes önmegvalósítás és egy szellemi kirándulás során.

### ***Vállalkozói Központ modell***

Ez a modell az egészséges és mobil idősebb felnőttek – friss nyugdíjasok, aktív felnőttek - számára nyújt aktív életet, az állampolgári részvétel, az önkéntesség és az erőforrásaik mozgósítása során. A vállalkozói központ modell tagjai továbbra is megőrzik aktivitásukat a jövedelemtermelésben, mert bekapcsolódhatnak olyan vállalkozásokhoz, hálózatokhoz, ahol a korábban megszerzett képességeiket, tudásukat tovább használva lehetőséget kapnak, az aktivitásuk megőrzéséhez. Meghatározóak a közösségi kapcsolatok, az együttműködések és a koordinált programok. A civil szerepvállalás, az önkéntesség és egyéb szakmai lehetőségekhez való csatlakozást segítik elő a tagság során. Ez a modell alkalmas lehet a transzgenerációs együttműködések kialakítására is.

### ***Kávéházi modell program - Café Program modell***

Ez a modell az igazán különös és élménykereső típusú, aktív felnőttek számára jelenthet jó közösségi helyszínt, mert az egészséges és mobil idősebb felnőttek számára nyújt valódi értéket és teret a tagjai számára. Ez az életstílus biztosítja egy közösség tagjaként az élményeket, intellektuális stimulációt ad, avagy kreatív elfoglaltságot jelent az idősebb felnőttek számára. Néhány szabadidős és oktatási programot állít a középpontjába, mint a szellemi stimulációt, a testmozgást, az előadó művészetet, az egészség és az alkotás vágyának megélését, vagy élvezését teszi lehetővé. A modell magánfinanszírozású főként, vagy szponzorált programokon

való részvételt foglalja magába.

Mint láthattuk ezek a modellek az idős korcsoport szinte minden igényére válaszolnak, széles körben kínálnak közösségi programokat a különböző anyagi helyzetű csoportoknak.

### **9.6. A Finnország aktív idősödő stratégiáról (Active ageing in Finland)**

Finnország jó pozíciót foglal el a közösségi és egyéni egészségfejlesztés és egészségmegőrzés területén, folyamatosan és gyorsan, jól előkészített cselekvési tervekkel reagál az észlelt problémákra. Általában jónak minősíthetők az intézményi és a társadalmi támogató rendszerek, azaz adottak a feltételek az aktív öregedéshez. A Finn lakosság aktív idősödési stratégiáját az Európai Unióban, az ezredfordulón észlelet munkaerőpiacot elhagyó 55-64 év közötti lakosság számának emelkedése hívta életre. Statisztikai adatok szerint 2001-ben a foglalkoztatottsági arány átlagosan 38,5%-os volt ebben a korcsoportban az Unióban. A Stockholmi Európa Tanácsi csúcsertekezleten 2010-re 50%-os részvételt tűzött ki célul, ekkor a munkaerőpiacot elhagyók átlagéletkora pedig 59,9 év volt. A Barcelonai Európai Tanács javaslatának megfelelően az aktív életkort 2010-re öt évvel kellett növelni a tagállamokban, ami szintén kihívást jelentett. A karkedvezményes nyugdíjazás alapötlete statikus munkaerőpiacot feltételezett, és a fiatalok munkanélküliségét csökkentette, azonban a munkaerőpiacon való továbbfoglalkoztatottsághoz nem elegendő az elhatározás, ehhez készített minden tagállam cselekvési tervet. Finnország az idősök munkaerő piaci aktivitásának megőrzése érdekében a legradikálisabb, holisztikus módon szervezett foglalkoztatáspolitikai programot vezette be Nagy-Britannia mellett (Udvari, 2013).

A négy főcélkitűzést tartalmazó program első része a társadalomban az idősekről kialakult kép megváltoztatására törekedett. Az idősök munkához való viszonyulása és a munkatársak, munkaadók idősebb munkavállalókhöz való viszonyának megváltoztatására volt szükség legelőször, ahhoz, hogy a program többi célkitűzése eredményes lehessen. A program négy fő célkitűzése: médiakampány a nyilvánosság informálására és a közvélemény idősebb munkavállalókról alkotott képének megváltoztatására; programok létrehozása az idősök munkahelyi egészségének és jólétének növelésére; élethosszig tartó tanulás és az idősebb személyek munkakeresését segítő programok bevezetése; a karrier végén elősegíteni a munkaerőpiac elhagyásának rugalmas módjait, például résznyugdíjazással, extra szabadságok megadásával.

A program célcsoportját nemcsak az idősök alkották, hanem mindazok, akik közvetlenül vagy közvetetten a 45 év feletti munkavállalását befolyásolhatják, cégvezetők és menedzserek, a

munkaerőpiac szervezői, oktatási szakemberek és a munkahelyi egészség és biztonság szakemberei is. A cél az volt, hogy elősegítsék a 45 év felettiek foglalkoztatását és társadalmi kirekesztődésüket, és túl korai nyugdíjazásukat csökkentsék. Az integrált program a szociális biztonság, a munkaképesség és a munkakörülmények összefüggő témáit igyekezett kezelni. Az elrettentés politikája, a megszorító intézkedések helyett az ösztönző politikákra helyezték a hangsúlyt. Ezt arra a közmegegyezésre alapozták, hogy a munkaerőpiacon bizonyos strukturális problémák léteznek, amelyek megakadályozzák az idősebbek munkához jutását. Tehát feltételezték, hogy a probléma a rendszerrel és nem az individuummal van.

A munkaerőpiac részvételének növelése után újabb akcióttervet dolgoztak ki és hajtottak végre, ami az egészség-méltánytalanság csökkentésére irányult (Finnish National Action Plan to Reduce Health Inequalities) Ez a cselekvési terv meghatározta a szegénységgel, az oktatással, a munkanélküliséggel, a munkakörülményekkel, a lakhatással kapcsolatos népjóléti politika legfontosabb intézkedéseit, valamint az egészséges szokások előmozdítására és az egészségügyi szolgáltatások egyenlő hozzáférésére vonatkozó lépéseket. A terv a tudásbázis fejlesztésére is figyelmet fordított.

Szociálpolitikai intézkedések sorában találhattuk többek között a szegénység csökkentése; a tartós munkanélküliek és a fogyatékkal élők munkavégzésének biztosítását.

Az egészségi állapot befolyásolására tett javaslatokat ez a program, amit konkrét beavatkozási pontok megjelölésével határozott meg, mint a túlzott ivás csökkentése, a dohányzás mérséklése és támogatta az egészséges táplálkozást és testmozgást. Fontos célként emelte ki a mentális egészség szolgáltatásainak fejlesztését és megerősítését, és az idősek és bevándorlók számára az egyenlő egészségügyi szolgáltatások elérését.

A finn példa az Önkormányzati szintű projektek rendszerében működik, azaz a cselekvési terv kivitelezését helyi szinten, közvetlenül az igénybe vevő lakosság sajátosságaira építve dolgozza ki, kommunikálja, és hajtja végre.

## **9.7. Összefoglalás**

Összefoglalásként, tanulságként elmondhatjuk, hogy a "Boldog élet - boldog idősor" nem az idősorban kezdődik, hanem az egészségben való megőregedés szükséges hozzá. Az idősori boldogság egyik feltétele, hogy egészségben tartsuk meg a hosszú élet éveket. A jó gyakorlatok modelljei aktivitásra építenek, biztosítják a szükséglethez alakított egészségügyi szolgáltatást, az épített környezet elősegíti a mobilizálhatóságot, proaktív és támogatja a jóllétet. Fontos eleme az önkéntesség és közösségi lét megőrzése, ugyanakkor áthatja a transzgenerációs



gondolkodás, mert csakis így érhető el az elégedett, boldog, kiegyensúlyozott és hosszú idősödés.

## 9.8. Felhasznált irodalom:

1. Active ageing in Finland, MOPACT1 National Report by Marten v. Werder and Anna-Elisabeth Thum, Centre for European Policy Studies (CEPS), Country-report-Finland (Letöltés ideje: 2015. október)
2. An Examination of best Practice in Multi-Service Senior Centres Canadian Research Institute for Law and the Family, Best Practice in Senior Centres - Mar 2013pdf (Letöltés ideje: 2015.május)
3. Apor Péter, Testmozgással a korai öregedés ellen, a korral járó hanyatlás fékezésére, Orvostovábbképző Szemle XX. évf. 3. szám, 2013. március
4. Bódis József, Az idősödő társadalom egészségügyi kihívásai IME XI. évfolyam 5. szám 2012. június
5. EarlyMemoryLossPrograms\_BestPracticesGuide (Letöltés ideje: 2015.október)
6. Ewles, L., Simnet, I. (1999) *Egészségfejlesztés Gyakorlati Útmutató*, Budapest, Medicina
7. G. Rive, P. A. Marson, C. Grassi(editor), Active Ageing and Healthy Living, Netherlands, 2014, ISBN 978-1-61499-4251, on-line, <https://books.google.hu>
8. Health 2020 – A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being (EUR/RC62/9). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012, <http://www.euro.who.int/RC>, (Letöltés ideje: 2015. augusztus)
9. JAMPAPER120102h(Letöltés ideje: 2015. október)
10. Kraiciné Szokoly Mária, Pápai Adrienn, Perjés István (szerk.)(2013), *Pedagógikum - Európai Léptékkal*, Budapest, ELTE, Eötvös Kiadó
11. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion Improving Health and Quality of Life For All People, (2009), U.S.A., *healthy\_agingpdf* (Letöltés ideje: 2015. május)
12. Positive Ageing – Starts Now! The National Positive Ageing Strategy, (2012), [www.healthyingprograms.org](http://www.healthyingprograms.org) (Letöltés ideje: 2015.október)
13. Steven K. Galson, MD,(2009) Self-Management Programs: One Way to Promote Healthy Aging, *Public Health Rep.* Jul-Aug; 124(4): 478–480
14. Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020 Malta, 10–13 September, 2012

15. Udvari Andrea, ( 2013), Az idősellátás helyzete Magyarországon (kutatási jelentés)
16. What is "active ageing"? - [http://www.who.int/ageing/active\\_ageing/en/](http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/)(Letöltés ideje: 2015.augusztus)

TÁMOP-4.1.2. E-15/1/KONV-2015-0003  
„SPORTTUDOMÁNYI KÉPZÉS FEJLESZTÉSE A DUNÁNTÚLON 2015”



SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

Európai Unió  
Európai Szociális  
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE