

Pécsi Tudományegyetem
Pszichológia Doktori Iskola
Személyiség- és Egészségpszichológiai Program

Időskori alkalmazkodási folyamatok

PhD tézisek

Dr. Kaszás Beáta

Témavezetők:

Dr. Tiringér István

Prof. Dr. Kállai János

2021

1. Bevezetés

Korunk egyik legnagyobb társadalmi sikere és egyben kihívása a várható élettartam növekedése. Ez a globálisan tapasztalható jelenség az európai lakosság körében is kifejezett, így Magyarország életében szintén egyre meghatározóbb szerepet kap. 2050-re az átlagos várható élettartam Európában eléri a 81, míg Magyarországon a 76 évet, mely szükségszerűen együtt jár a 60 éves, és idősebb népességi arány növekedésével, különösen a fejlettebb társadalmakban. A világ 60 év fölötti lakossága mára már meghaladta a 900 milliót, ezen belül a 80 évesnél idősebbek száma a 125 milliót, és többnyire ők alkotják a leggyorsabban gyarapodó réteget. A kontinensek közül legnagyobb ütemben Európa idősödik, ahol az előrejelzések szerint 2050-re a populáció 34%-át a 60 év feletiek fogják adni (World Population Ageing, 2015).

A népesség jelenlegi idősödési folyamata példa nélküli az emberiség történetében és mindannyiunkra hatással van, életünk minden területén. Mindez együtt jár a korról gyakoribbá váló normál és kóros változások számának növekedésével, így előtérbe kerül a megelőzés, az egyénre szabható egészségügyi és szociális ellátás, illetve az életminőség fenntartásának kihívása.

Az öregedés során bekövetkező biopszichoszociális változásokban jelentős egyéni eltéréseket találunk. Annak ellenére, hogy a megelőző és kompenzáló törekvések több területen enyhíthetik vagy késleltethetik a hanyatlást, az időskor alapvető jellemzője mégis az erőforrások és a tartalékok csökkenése. Ezek a változások különösen szembeötlők az egészségi állapot, a kognitív képességek és a társadalmi helyzet vonatkozásában. Az időskor egyik jellemzője a krónikus megbetegedések halmozódása, mely nagyrészt a szervezet funkcionális tartalékainak megfogyatkozásából adódik (Tiringer és Kaszás, 2013).

Az idősek a korábbi, fontos szerepeik elvesztése következtében gyakran marginális helyzetbe kerülnek. A házastárs, a rokonok és barátok halálával egyre fogyatkoznak azon személyek, akik végigkísérték életútján és támogatták a problémákkal való megküzdésben (Kahn és Antonucci, 1980). Jellemző, hogy az idősek azon kapcsolataikra fordítanak több energiát, melyek megfelelő érzelmi támogatást és biztonságot nyújtanak. Emellett sokszor lemondanak azokról, melyek kevésbé felelnek meg ezeknek az igényeknek (Carstensen és Lang, 2007). A generációs különbségek erősítik a társadalmi csoportok szeparálódását, amit az elmúlt évtizedekben a társadalmi változások felgyorsulása is elősegített (Tiringer és Kaszás, 2013).

Mindezen tényezők az életminőség romlását vonhatják maguk után, ingataggyá válhat az egyén és a környezetének biztonságát adó egyensúlya. Ebben a közegben kell az idős embernek új, egyensúlyi helyzet kialakítására szolgáló, a külvilág, és a jövő felé nyitott, adekvát megoldást találnia. Jelenleg hazánkban az egyre növekvő számú pozitív egészség- és gerontopszichológiai tanulmány mellett is inkább az a fenti gondolkodásmód uralkodik, mely szerint az idősödés a progresszív hanyatlás időszaka, és e tekintetben egyre növekvő egészségügyi, gazdasági teherként jelenik meg a társadalom számára. Ez a gondolkodásmód széles körben elterjedt, annak ellenére, hogy létjogosultsága többszörösen megkérdőjelezhető. Az utóbbi időben elkerülhetlenné vált, hogy az idősekről való gondolkodásban a hangsúly átkerüljön a korábbi, veszteségekre történő összpontosítás helyett a meglévő képességek megőrzésére és az esetlegesen még szunnyadó készségek előhívására. Ahhoz, hogy az idősek szűkebb és tágabb társas környezetükben aktív közreműködőként legyenek jelen, hogy elfogadható életminőséget tudjanak fenntartani, egy sor, a korban előrehaladóan egyre szaporodó veszteséggel kell megküzdeniük. Ez a megküzdési folyamat az idősödés sikerességének kulcsa. A sikeres idősödés és a róla alkotott különböző elképzelések az utóbbi évtizedekben kerültek a figyelem középpontjába. Sikeresnek tekinthető

az öregedés, ha az idős ember szűkebb és tágabb társadalmi környezetében képes aktív résztvevő maradni, az életkor előrehaladtával elkerülhetetlenül bekövetkező veszteségekkel meg tud küzdeni, és elfogadható életminőséget tud fenntartani. Az elmúlt évtizedben a gerontopszichológiai kutatások érdeklődése egyre inkább elmozdult a sikeres öregedés kritériumainak meghatározásától, magának a folyamatnak a megértéséig, azaz milyen megküzdési módok és stratégiák segítik, hogy az idősödés sikeres legyen. Erre a folyamatra többféle elmélet született, modellek sorát állították fel különféle empirikus kutatások során. A sikeres idősödés első meghatározása röviden úgy szólt, hogy az idős élete során fizikális, pszichés, társas készségeit magas szinten őrzi meg, súlyosabb betegségek nélkül (Rowe és Kahn, 1997). Későbbiekben a nem biomedikális elképzelések olyan tényezőket is figyelembe vettek, mint az optimizmus, pozitív szemlélet, a reziliencia (beleértve a megküzdést), önbizalom, gerotranszcendencia, spiritualitás, vallásosság. Az utóbbi évtizedben az idősödés objektív, mérhető kritériumai és az idősök tapasztalatai közötti többszörösen kimutatott ellentmondás eredményeképpen a sikeres idősödés fogalmát szubjektív és objektív dimenziók kombinálásával bővítették ki (Montross és mtsai, 2006; Phelan és mtsai, 2004; Van Wagenen és mtsai, 2013). A következőkben ezek közül tekintjük át két fontos, az idősödés folyamatában szerepet játszó befolyásoló tényező elméleti hátterét, úgy mint a szelekció-optimalizáció-kompenzáció (SOC) modell, és az időskori reziliencia.

2. Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció modell

Baltes és munkatársai (Baltes és Baltes, 1990) szerint az idősek képesek a változásokhoz alkalmazkodni, veszteségeiket kompenzálni és megtartani az életükkel való elégedettséget. Azaz, nem csak arra képesek, hogy a hanyatlással megküzdjenek, hanem arra is, hogy életük számos területén továbbra is aktívak, tevékenyek maradjanak, és személyes fejlődést éljenek meg. Modelljükkel egyfajta rugalmasságot feltételeztek, mellyel az idősek képesek pozitív egyensúlyt elérni az életkor nyereségei és veszteségei között. Az ezek alapján megalkotott elmélet a szelekció-optimalizáció-kompenzáció (SOC) modell, melynek alapjait Paul és Margaret Baltes (Baltes és Baltes, 1990) fektette le, majd a későbbiekben Alexandra Freund és munkatársai fejlesztették tovább (Freund és Baltes, 2000, 2002a, 2002b). Az elmélet rövid – és egyszerűsített – lényege, hogy a szelekció során olyan célokat választunk ki, melyek fontosak számunkra, ehhez optimalizáljuk erőforrásainkat, mellyel elősegítjük céljaink elérését, valamint kompenzáljuk a biopszichoszociális változások során megjelenő veszteségeket. Így mintegy biztosítjuk az egész életen átívelő sikeres fejlődési folyamatot.

2.1. Szelekció

A szelekció egyik legfontosabb feladata, hogy hatékonyan tudjuk hasznosítani a korlátozott mennyiségű, rendelkezésre álló erőforrásokat (Baltes és Baltes, 1990; Wiese és Freund, 2000).

A SOC-modell a szelekció folyamatának két formáját különíti el: választáson (elektív) és veszteségen alapuló szelekció (Freund és Baltes, 2000). Ha a szelekció egy adaptív válasz arra a fenyegető tényre, hogy az adott célt nem tudjuk elérni, és ennek hatására átcsoportosítjuk erőforrásainkat egy új cél érdekében, abban az esetben veszteség-alapú szelekcióról beszélünk. Ez egyfajta proaktív megküzdésnek is tekinthető, mivel alkalmazható már akkor is, ha még csak a láthatáron van az aktuális célért folytatott küzdelem hiábavalósága. A veszteségen alapuló szelekció egy példája, amikor csak egy fontos célra koncentrálnak (pl. családdal töltött időre) és ezért feladunk kevésbé fontos személyes célokat (pl. hobbi)

(Baltes, 1996; Heckhausen, 1999). Mivel erőforrásaink korlátozottak, nem tudjuk minden célunkat életünk minden területén megvalósítani, hanem választanunk kell közöttük. A célok rangsorolása, és sorrendben történő teljesítése döntő tényező a fejlődésben. A választáson alapuló szelekció egy elképzelés arra nézve, hogyan érhetjük el céljainkat veszteségek nélkül (Freund és Baltes, 2002a, 2002b; Freund és Riediger, 2001). A fejlődésben számos úton segít a szelekció: egyrészt fenntartja a célok eléréséért folytatott küzdelmet, elkötelez a célok mellett, ezáltal értelmet ad az életnek, másrészt alkalmat biztosít arra, hogy az adott helyzetben lehetőségeinket céljaink elérésének szolgálatába állíthassuk (Klinger, 1977; Little, 2014).

2.2. Optimalizáció

Céljaink megvalósításához szükséges eszközeink megszerzése, finomítása és megfelelő alkalmazása az optimalizáció során történik. Ennek egyik általános és legfontosabb folyamata a gyakorlás. A hosszú távú célok gyakran igényelnek befektetést azonnali, látható eredmény nélkül, azonban az ismételt gyakorlás a képességek finomodásához vezet, és ha az elérhető erőforrások száma csökkenni kezd, vagy újabb készségeket kell a cél elérése érdekében elsajátítanunk, a kialakult automatizmus haszna nyilvánvalóvá válik. Tehát ahhoz, hogy elérhessük céljainkat, optimalizálni kell hozzá erőforrásainkat. Összességében az optimalizáció azt jelenti, hogy egész életünk során biológiai, környezeti lehetőségeinkből megpróbáljuk a legtöbbet kihozni, növelni a céljaink eléréséhez szükséges eszközeink tárházát, és maximalizálni az élet során ránk váró nyereségeket a veszteségekkel szemben (Baltes és Baltes, 1990).

2.3. Kompenzáció

Amikor veszteséggel szembesülünk és ez a veszteség nem mindenre kiterjedő, nem pervazív, a célok gyakran fenntarthatóak más, alternatív eszközök segítségével. Ez a folyamat a kompenzáció, mely a veszteség ellensúlyozására használható eszközök megszerzését, használatát, és a korábbi, elérhető célokhoz szükséges eszközök helyettesítését jelenti az új erőforrások, vagy a régi, nem használt belső és külső erőforrások aktiválása révén (Carstensen és mtsai, 1995; Marsiske és mtsai, 1995). A kompenzáció egész életünkön végigkísér minket, és a felhalmozott tapasztalatok révén idősebb korunkban nagy hasznát vesszük (Dixon, 1995; Ensel, 1991). Gyakorlati szempontból kompenzációnak tekinthető például a kognitív képességek romlása esetén feljegyzések készítése a napi tennivalókról, illetve a különböző technikai segédeszközök, mint a gyógyszeradagoló doboz, hallókészülék, protézis vagy rollátor alkalmazása (Staudinger és mtsai, 1995).

3. Reziliencia időskorban

Nemzetközi szakirodalomban mintegy két évtizede jelennek meg rendszeresen olyan kutatások eredményei, melyben időskorúak esetében vizsgálják a reziliencia szintjét, annak jelentőségét, hatását az egészségre és a sikeres idősödés folyamatára (Ryff és mtsai, 1998; Wallace és mtsai, 2001). Várható volt, hogy előbb-utóbb az időskori reziliencia fontossága felvetődik. Elég, ha csak arra gondolunk, hogy egy ember, aki eléri az időskort, átélt egy sor eseményt, pozitívat, negatívat egyaránt; rengeteg tapasztalatot halmozott fel; gyermekeket nevelt fel, unokákat gondoz; alkalmazkodik a technikai, kulturális és politikai változásokhoz; háborút, természeti katasztrófákat élt át. Az időseknek gyakrabban kell megküzdeniük krónikus betegségekkel, és a hozzájuk kapcsolódó hátrányokkal, fájdalommal; a mindennapi élet során testi, érzékszervi korlátokkal; a fontos személyek elvesztésével (legyen az házastárs, családtag, barát). Így

szociális, társas támogatottsági hálójukat újra és újra fel- illetve át kell építeniük, ezzel párhuzamosan életminőségüket a korábbi szinten tartani, vagy ide visszaemelni (Joshi és mtsai, 2015).

A reziliencia fogalma az idők során sokféleképpen került meghatározásra. Mindezek ellenére a magyar szakmai nyelvezetbe és köztudatba még mindig nem épült be szervesen, ha az időskorról van szó. A reziliencia egy multidimenzionális fogalom, mely definiálható úgyis, mint az egészséges működés fenntartására való készség, illetve magas ellenállóképesség vagy egy kockázatos eseménnyel, veszteséggel való sikeres szembenézésre, alkalmazkodásra való képesség (Kinsel, 2005; Luthar és mtsai, 2000; Richardson, 2002; Smith és mtsai, 2010; van Kessel, 2013). A reziliencia egyéb leírásaiban többek között a következő meghatározások szerepelnek: hátrányos helyzetből való felépülés képessége, a függetlenség és jóllét fenntartása, jelentős stresszel vagy traumával szembeni adaptív megküzdés, valamint olyan tulajdonságok birtoklása, mint kitartás, kompetencia. A reziliens idősök képesek pozitívan reagálni a korral járó változásokra, nem adják fel a kedvezőtlenül alakuló körülmények ellenére sem a küzdelmet, és alkalmazkodásukkal képesek a szubjektív jóllét szintjének tartós fenntartására (Fontes és Neri, 2015).

Időskorban a reziliencia függ az érzelmi és kognitív tartalékoktól, részben a megküzdési stratégiákban nyilvánul meg, részben pedig az érzelmi szabályozásban, a motivációban, céltudatosságban és hatékonyságban (Lavretsky, 2014). A magasabb reziliencia a jó minőségű társas kapcsolatokkal, a közösségbe való beilleszkedési képességgel, a jó hatásfokú problémamegoldással és a megküzdési stratégiák fejlesztésével is összefügg. A társadalmi életben való kreatív részvétel az előbbiekkal együtt neuroprotektív hatással bírhat (Fontes és Neri, 2015). Reziliens idősök sokkal gyakrabban fogadnak el érzelmi támogatást, és jóval hatékonyabban tudják azt kihasználni. Ennek jelentősége abban rejlik, hogy pl. egy idősök otthonában, a kevésbé reziliensek is megtanulhatják, elleshetik azt, hogyan kell effektíven kihasználni ezeket a lehetőségeket (Caltabiano és Caltabiano, 2006).

Habár kutatásunk alapvetően az időskor, idősödés pozitív vonulataival foglalkozik, nem kerülhető el a nyilvánvalóan jelenlévő „negatív” oldal áttekintése sem. A következőkben az általunk vizsgált depresszió mellett a kognitív hanyatlás részletesebb tárgyalása történik meg.

4. Depresszió és reménytelenség

Időskorban megerősödő érzéssé válhat, hogy a hanyatló képességek és a rendelkezésre álló idő szűkülése bizonyos célok elérését már nem teszi lehetővé. Ezekhez az elérhetetlen célokhoz és törekvésekhez történő ragaszkodás hozzájárulhat a deprimált hangulat és reménytelenség kialakulásához (Aspinwall és Richter, 1999). Az időskori depresszió epidemiológiáját tekintve viszonylag ritkább az olyan klinikai szintű hangulatzavar, mely kimeríti a diagnosztikus kritériumokat, de az enyhébb formák, melyek szintén funkcióromlást okoznak összességében 15%-ban fordulnak elő. Ez a szubszindrómális forma az időskori alkalmazkodási nehézségek egyik jelzője. Az idősök otthonában élők depressziós kockázatát háromszornégyeszer magasabbnak találták, mint a saját otthonukban élőkét (Jongenelis és mtsai, 2004). Intézetben ápolott, kognitív hanyatlást nem mutató idősök esetében a depresszió gyakorisága akár a 40%-ot is elérheti, míg ez az arány az otthonukban élő, de ápolásra szoruló idősök esetében közel 25% (Mayer és mtsai, 1999). Az időskori depresszió kialakulását számos biológiai, pszichológiai és szociális tényező segíti elő. Számos epidemiológiai tanulmány kimutatta, hogy a nőknél magasabb a depresszió prevalenciája, mint a férfiaknál (Kessler, 2003; Piccinelli és Wilkinson, 2000), mivel a nők több olyan rizikófaktornak vannak

kitéve, melyek a depresszióval állnak kapcsolatban úgy, mint anyagi nehézségek, özvegyesség, társas izoláció, alacsony képzettség és testi, funkcionális zavarok (Zunzunegui és mtsai, 2007). Az időskori depressziót nemtől függetlenül olyan tényezők is befolyásolják, mint krónikus betegségek, rokkantság, kognitív hanyatlás, alacsony társas támogatás, rossz egészségi állapot, és alacsony jövedelem (Chong és mtsai, 2001; Liu és mtsai, 1997; Lu és mtsai, 1998; Tsai és mtsai, 2005; Wang és mtsai, 2010).

A kockázati tényezők mellett a protektív faktorokról is említést kell tennünk, melyek védelmet nyújtanak az időskori pszichés problémákkal szemben. Ezek közül három fő védő tényező emelhető ki: az erőforrások (egészség, szocioökonómiai státusz, kognitív funkciók), a társas támogatás felhasználását segítő stratégiák és stresszhelyzetek kezelésének képessége, valamint az olyan tevékenységekben átélt részvétel, mint például önkéntes munka, vallással kapcsolatos aktivitás (Jansson és mtsai, 2017).

Az időskori depresszió diagnózisát megnehezíti, hogy a gyakori testi tünetek – pl. alvászavar, diffúz testi fájdalmak, memóriazavar – összerosódhatnak a hangulatzavar tüneteivel. Mintegy 15%-ban jelentkezik pszeudodementia, melynek elkülönítése a valódi dementiától gyakran nehézkes (Pocklington és mtsai, 2016).

5. Neurokognitív zavar

Az életkor előrehaladtával változhat a kognitív működés, ez azonban nem feltétlenül jelent dementiát, hanem el kell különíteni az életkorral járó emlékezetzavartól. Az időseknek általánosságban nehezebb az emlékek felidézése, ez azonban nem romlik, és a napi tevékenységet sem befolyásolja. Az enyhe kognitív zavar részeként az idősek szubjektív memóriazavart élhetnek meg, viszont ebben az esetben az életvitel még nem érintett. Ellenőrzésük azért is fontos, mivel az ilyen személyek 15%-ában egy éven belül, 50%-ában 3 éven belül dementia alakulhat ki (Füredi és Németh, 2015).

Az időskori változásokban jelentősen érintettek az érzékszervi és kognitív működések. Az információfeldolgozási folyamatok gyorsasága, pontossága hanyatlást mutat, csökken a munkamemória kapacitása, tükrözve a neuronális hálózatok elöregedését. Nehezebben valósítható meg az összetett feladatok megoldása során a kognitív erőforrások rugalmas hozzárendelése az egyes lépésekhez, illetve az új feladatokra történő „átkapcsolás”. Mindezek mellett kevésbé károsodik a megszerzett és rutinszerűen alkalmazott ismeretek használata, melyek nagyobb jelentőséggel bírnak a mindennapi problémák megoldása során (Craik és Salthouse, 2000).

A depresszió is utánozhat dementiát („pseudodementia”), és a két betegség gyakran együtt is előfordul, ezért fontos és nehéz elkülönítésük. A depresszióban észlelt kognitív romlástól való elválasztása alapvető jelentőségű, mivel ez a hangulatzavar megfelelő kezelésével megszüntethető. Az idős depressziós betegek gyakran észlelik kognitív képességeik romlását, azonban a demens idősekkel szemben gyakran eltúlozzák tüneteiket, emlékezetzavarukat, és ritkán felejtik el a fontos közelmúltbeli eseményeket, vagy személyes emlékeiket. A depressziós beteg a vizsgálat során kevés erőfeszítést tesz a kérdés megválaszolására, míg a demensek igyekeznek, viszont helytelenül válaszolnak (Stachó és mtsai, 2003). A 2013-ban megjelent DSM-5 kézikönyvben módosításra kerültek a kognitív hanyatlást érintő klinikai diagnosztikai leírások. Azon túl, hogy a destimantizációs folyamat részeként megszűnt a dementia fogalma, elkülönítésre került a minor illetve major neurokognitív zavar, melyek magukban foglalják mindazokat a betegségeket, melyeknél a vezető tünete a kognitív hanyatlás.

A normál idősödési folyamat esetén a memóriefunkciók változása alapvetően nem zavarja, nem befolyásolja a mindennapokat. A legfőbb különbség a neurokognitív zavarok két súlyossági fokozata

között, hogy a minor vagy enyhe neurokognitív zavar esetén a kognitív deficit nem akadályozza a mindennapos életvitelt, a mindennapos tevékenységekkel kapcsolatos önállóságot, míg a major neurokognitív zavar esetén ez nem mondható el, mivel utóbbi már gátolja legalább a komplex tevékenységek kivitelezését a mindennapokban (Füredi és Németh, 2015).

Az elmúlt két évtizedben szükségszerűen megnőtt ezen zavarok szűrésével kapcsolatos kutatások száma, mivel a neurokognitív zavarok korai felismerése nagy jelentőséggel bír a megfelelő kezelés időben történő megkezdésében.

6. Általános célkitűzéseink

A minél tovább megőrzött jóllét és magasabb életminőség révén az idős ember is aktív közreműködője maradhat a társadalomnak, átadva tudását a fiatalabb generációnak. A SOC-modell vizsgálatával képet kaphatunk arról, hogy mely stratégiát alkalmazzák a leggyakrabban az idősök céljaik megvalósítására. Ezen modell első magyarországi alkalmazásával lehetőség nyílik kultúrközi különbségek felismerésére, a korábbi, külföldi vizsgálatok összehasonlítása révén.

A nyugdíjazással az idősök társadalmi helyzete megváltozik. Az ezzel történő megküzdés kulcsfontosságú a sikeres idősödési folyamatokban, illetve a boldog öregkor létrejöttében. Az időskori életminőség meghatározásával láthatóvá válnak azok a területek, ahol változtatásra van szükség. Az egészségügy mai nehéz helyzetében lehetőségeink korlátozottabbak talán, mint valaha, azonban az életminőség különböző részeinek javítása nem feltétlenül pénzhez, anyagi forráshoz kötött.

A depresszió és dementia szűrésével és ezzel időben való felismerésével lehetőség nyílik a megfelelő kezelésre, ezzel nagymértékben emelhető az idősök életminősége, melynek pozitív hatásai nem elhanyagolhatóak sem az egyének, sem a társadalom szintjén. A pszichoszociális faktorok mérésével kimutathatóak azok a kritikus pontok, melyeken változtatva javulhat az idősök élete. Ez utóbbi a már kialakult dementia és depresszió, leromlott életminőség esetén is sarkalatos pontja az élhető(bb) időskornak.

Kutatásunkat három fő részre osztottuk, a résztvevő kísérleti személyek között átfedés volt. Az első fő részben az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat első verziójának validálását végeztük el, normál (nem Parkinson-kóros) idősök esetében. A második fő részben felhasználva kutatásunk első részének eredményeit normál kogníciójú idősök esetén történt meg a Szelekció-optimalizáció-kompenzáció kérdőív magyar nyelvre történő adaptálása és pszichometriai jellemzőinek megállapítása, majd a harmadik fő részben egy követéses kutatás során vizsgáltuk az időskori alkalmazkodás folyamatának korábban említett résztényezőit. Ennek során igyekeztünk az idősödés során jelentkező több negatív és még több pozitív tényezőt, meghatározó szerepet játszó erőforrást, tulajdonságot figyelembe venni, és megvizsgálni, hogy az öregedés megélésében ezek milyen szerepet játszanak, valamint befolyásolható-e a folyamat valamelyik ponton pozitív irányban. Az első felmérés során – röviden összefoglalva – megvizsgáltunk olyan negatív tényezőket, mint az időskori depresszió, a negatív affektivitás, a kognitív zavarok. Valamint olyan pozitív tényezőket, mint az erőforrások adaptív felhasználása (SOC-modell), az alkalmazkodási tényezők (reziliencia), pozitív affektivitás, életminőség, étellel való elégedettség. Ezen kívül áttekintésre kerültek a demográfiai tényezőkön túl a krónikus betegségek jelenléte, azok száma, típusa, illetve a szocioökonómiai státusz. Figyelembe véve az alkalmazott kérdőívek, valamint a félig struktúrált interjú hosszát, a minor neurokognitív zavarral bírók kizárásra kerültek vizsgálatunkból.

Az egy éves követés során hasonlóképpen feltérképeztük a fenti tényezőket. Összességében arra voltunk kíváncsiak, hogy a fent részletezett tényezők hogyan befolyásolják az idősödés folyamatát, a sikeres idősödést, és hol vannak olyan pontok, ahol esetlegesen beavatkozva a folyamatba képesek lehetünk azt befolyásolni.

Kutatásunk során egyedülálló volt, hogy az alkalmazkodási folyamat, a rendelkezésre álló erőforrások felhasználásra a SOC-modellt használtuk. Vizsgálatunk során történt meg ennek fordítása, adaptálása magyar nyelvre. Ezen kívül – habár a nemzetközi szakirodalomban sok ilyen irányú kutatás található – tudomásunk szerint az időskori reziliencia szerepét az elsők között tanulmányoztuk hazánkban. Célunk egy több dimenziós modell felállítása volt, mely magában foglalja a korábban felsorolt pozitív és negatív tényezők vizsgálatát, közöttük való összefüggések feltárását.

7. Addenbrooke Kognitív Vizsgálat első verziójának magyar validálása

Ahogy azt áttekintettük, a kognitív hanyatlás tünetei képesek befolyásolni a mindennapi élet társadalmi funkcióit és tevékenységeit, ezért az időskorban esetlegesen megjelenő neurokognitív zavarok korai felismerése nagy jelentőséggel bír a megfelelő kezelés időben történő megkezdésében. Ehhez elengedhetetlenek a gyors, könnyen felvehető, validált, jó diagnosztikai képességekkel rendelkező neurokognitív tesztek. Angolszász nyelvterületekhez viszonyítva hazánkban kisebb számú kognitív vizsgálat áll rendelkezésre a dementia felméréséhez, szűréséhez, nyomon követéséhez, mely megfelel ezen követelményeknek.

Manapság Magyarországon még mindig az MMSE számít a leggyakrabban alkalmazott szűrőtesztnek (Heim és mtsai, 2019), mely a korábbi szakirodalmi adatok alapján nem kimondottan alkalmas a normál kognitív teljesítmény és minor neurokognitív zavar differenciálásában (Mathuranath és mtsai, 2000).

Az Addenbrooke Kognitív Vizsgálatot (ACE) 2000-ben publikálták Mathuranath és munkatársai (2000), és magában foglalja az MMSE tesztet, miközben kialakítottak egy sokoldalú és többdimenziós mérési szempontokat tartalmazó eszközt a figyelem, az orientáció, a memória, a nyelv, a teljes térbeli és a végrehajtó funkció szempontjából.

7.1. Célkitűzés

Kutatásunk előzetes tervezésének idején csak az ACE volt elérhető magyar nyelven. Jelen keresztmetszeti tanulmány célja az ACE magyar változatának pszichometriai tulajdonságainak meghatározása normál, nem Parkinson-kóros személyek esetén, miközben megvizsgálja a megbízhatóságot, érzékenységet és specificitást a minor és major neurokognitív zavarok azonosítása érdekében. Az alkalmazhatóság vizsgálata az érvényben lévő DSM-5 (Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) által meghatározott minor és major neurokognitív zavar definíciójának megfelelően történt (Nussbaum és Abraham, 2013).

7.2. A vizsgálati személyek és az eljárás menete

Vizsgálati mintánk 272 önkéntesből állt, a résztvevők írásbeli és szóbeli felvilágosítást követően adták szóbeli beleegyezésüket jelen vizsgálatba a Pécsi Tudományegyetem Regionális és Intézeti Kutatás-Etikai Bizottságának jóváhagyásának megfelelően (engedély száma: 3734.316-2196/KK41/2010). A vizsgálati személyek felkutatásához idősek otthonait és nyugdíjas klubok vezetőit kerestük fel, ők tették lehetővé önkéntes személyek kutatásunkba történő bevonását. A beválasztási kritériumok a következőképpen

alakultak: 60 éves és annál idősebb életkor, szóbeli és írásbeli tájékoztatást követő beleegyezés, nincs súlyos érzékszervi károsodás (látás- vagy halláskorlátozottság), nincs domináns oldali mozgásszervi károsodás (plegia, paresis), nincs jelen depresszió a teszt felvételekor (MADRS<20). Kizáró kritériumként szerepelt az ismert az alkoholbetegség, vagy más olyan szomatikus betegség, amely a kognitív teljesítményre hatással lehet, mint pl. hypothyreosis, súlyos veseelégtelenség, agydaganat. Ezt követően a beválasztott résztvevők három csoportba kerültek beosztásra: normál kognitív teljesítményt nyújtó, azaz neurokognitív zavarral nem rendelkezők csoportja, minor zavar kritériumainak megfelelő idősek, valamint major neurokognitív zavarral diagnosztizált személyek.

7.3. Az alkalmazott eszközök bemutatása

Addenbrooke Kognitív Vizsgálat

Az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat (Addenbrooke's Cognitive Examination, ACE) képes a dementia korai szakaszát felismerni, tartalmazza a MMSE-t, így annak pontszáma is megállapítható (Mathuranath és mtsai, 2000). Az ACE hat kognitív területet, képességet vizsgáló altesztből épül fel: orientáció (max. 10 pont), figyelem és mentális flexibilitás (max. 8 pont), epizodikus és szemantikus memória (max. 35 pont), verbális fluencia: fonémikus és szemantikus kategória (max. 14 pont), nyelvi készség (max. 28 pont), vizuotérbeli, konstrukciós kivitelezés (max. 5 pont). A teszt felvétele 15-20 percig tart normál kogníciójú, vagy enyhe kognitív zavarban szenvedő személyek esetén. Mindegyik részfeladat külön-külön értékelendő, a teljes pontszám 0 és 100 között lehet. Könnyen és gyorsan kezelhető ún. „bed-side” teszt, felvétele nem igényel specifikus szaktudást. Az először megállapított határpont érték 88 pont volt, melyet később 83-ra módosítottak (Reyes és mtsai, 2009). A teszt magyarra fordítása korábban már megtörtént (Stachó és mtsai, 2003).

Mini-Mentál Státusz Vizsgálat

A Mini-Mentál Státusz Vizsgálat (Mini Mental State Examination, MMSE, Folstein és mtsai, 1975) a leggyakrabban alkalmazott kognitív teszt, mely a következő képességeket méri: orientáció, megjegyző képesség, felidéző képesség, figyelem és kalkuláció, munkamemória, nyelvi feladatok, olvasás, írás, konstrukciós képesség. Az elérhető maximális pontszám 30. Érzékenysége meglehetősen alacsony a dementia korai szakaszának felderítésében és nem képes a dementia típusainak elkülönítésére sem, azonban jól differenciál a közepesen, vagy súlyosan demens, és a normál személyek között. Magyar demens betegek mintáján a határpontérték 24. Enyhe kognitív károsodás 25-27 pontig állapítható meg (Janka és mtsai, 1988).

Montgomery-Asberg Depresszió Pontozó Skála

A Montgomery-Asberg Depresszió Pontozó Skála (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS, Montgomery és Asberg, 1979) alkalmas arra, hogy demens személyek esetén heteroanamnézis segítségével történjen meg a tünetek jelenlétének, súlyossági fokának felmérése struktúrált interjú formájában. A skála speciálisan érzékeny többek között a depresszió szűrésére, a kezelés hatásosságának mérésére, és a változások becslésére. Tízféle, a depresszióhoz köthető témakört vizsgál egy hétfokozatú skálán. A skála által mért tényezők: nyilvánvaló szomorúság/beszámolt szomorúság, belső feszültség, csökkent alvás, étvágytalanság, koncentrációs nehézségek, kimerültség, érzelemnélküliség, pesszimista gondolatok, öngyilkossági gondolatok. Az értékelőnek azt kell eldöntenie, hogy az adott tünet milyen

súlyosságú. A skála itemei 0 és 6 pont közötti értékekkel dolgoznak. Az adott pontszám a tünet intenzitását és gyakoriságát tükrözi. Az elérhető maximális pontszám 60 pont. Az enyhe tünetsúlyosság határértéke 7 pont, míg a közepesen súlyos 20, a súlyos tünetek 35 pontszámnál mondhatók ki (Snaith és mtsai, 1986).

7.4. Statisztikai módszerek

A statisztikai elemzéseket az IBM SPSS Statistics for Windows, version 26.0 szoftvercsomaggal (Armonk, NY: IBM Corp.) és a MedCalc for Windows, version 19.4.1 (MedCalc Software, Ostend, Belgium) segítségével végeztük. Mivel a legtöbb adat nem normál eloszlást követett, nem parametrikus tesztet (Kruskal-Wallis próba) alkalmaztunk. Khi-négyzet próbát használtunk a kategorikus adatok (nem) összehasonlításához. Amikor a statisztikailag elért különbségek szignifikánsak voltak, lineáris regressziós elemzést végeztünk a csoportok között szignifikánsnak mutató demográfiai változó és a résztvevők ACE-ben mutatott teljesítményének lehetséges összefüggéseinek vizsgálatára. A belső konzisztenciát tekintve Cronbach α -együtthatót számítottunk. A neurokognitív teszt specificitásának és érzékenységének mérésére ROC-görbe elemzést (receiver operating characteristic) végeztük. A görbe alatti területet (AUC) az egyes tesztek azon képességének skálájaként használtuk fel, hogy meg tudjuk különböztetni a résztvevői csoportokat (minor neurokognitív zavar és normál, major neurokognitív zavar és normál). A szignifikancia szintjét 0,05-re állítottuk.

7.5. Eredmények

A 272 vizsgálatra felkért személyből tizenhét betegnél egyidejűleg közepesen súlyos depresszió állt fenn, ezért ők kizárásra kerültek a további elemzésekből. Továbbá hárman hypothyreosisban, és két személy súlyos látáskárosodásban szenvedett, így ők sem vehettek részt a későbbi vizsgálatokban. Összesen tehát 250 személy felmérése történt meg, 133 személynél a kognitív profil a normál tartományba tartozott, míg a DSM-5 besorolás alapján 66 személynél minor és 51 főnél major neurokognitív károsodás volt megállapítható. Az ACE megbízhatósága nagyon jó volt (Cronbach $\alpha=0,91$). Az életkor 60 és 98 (átlag=75,4, SD=8,7) év közöttinek mutatkozott, míg a tanult évek száma 4 és 25 év között változott (átlag=10,9, SD=4,1). A résztvevők közül 64 (25,6%) férfi és 186 (74,4%) nő volt. Az átlagos pontszám 27,5 (SD=2,3) volt az MMSE-n és 7,2 (SD=4,8) a Montgomery-Asberg Depressziós Skálán. Az átlagpontszám az ACE skálán 82,4 (SD=10) volt.

A minor NCD-t azonosító legjobb küszöbérték 82 pont (szenzitivitás = 89%, specificitás = 96%). A major NCD azonosításához a legjobb küszöbérték 76 pont (szenzitivitás = 98%, specificitás = 98%). Az optimális küszöbérték a normál kognitív teljesítmény és neurokognitív zavar között, hasonlóan a minor NCD azonosításához 82 pontnál található, szenzitivitás 0,93, és specificitás 0,96.

7.6. Megbeszélés

A dementiát gyakran nem diagnosztizálják elég korai szakaszban az alapellátásban, ezért elengedhetetlen egy érzékeny kognitív teszt, amely képes mérni a lehetséges kognitív károsodásokat, és melyet gyorsan, egyszerűen elvégezhetnek még a túlterhelt szakrendelőkben is. Eredményeink szerint az ACE magas diagnosztikai pontossággal, jó szenzitivitással és specificitással bír, mind a minor, mind a major neurokognitív zavar megállapításában.

Nemzetközi szakirodalomban hasonló eredményeket találtak, pl. az eredeti angol közlemény két határpontértéket állapított meg 88 és 83-nál (szenzitivitás 0,93 és 0,82, specificitás 0,71 és 0,96)

(Mathuranath és mtsai, 2000). Bier és munkatársai francia nyelvterületen szintén jó szenzitivitást találtak 83 pontérték esetében a dementia felismerését illetően (86,6%). Specificitást tekintve kissé alacsonyabb értéket számoltak (70,5%), véleményük szerint ez utóbbi valószínűleg annak köszönhető, hogy vizsgálatukból nem kerültek kizárára a depressziós páciensek (Bier és mtsai, 2004). Német eredmények szerint korai Alzheimer betegség és enyhe vascularis dementia esetében is 85-nek és 86-nak találták a vágópontot, (szenzitivitás 93%, specificitás 86% és szenzitivitás 93%, specificitás 100%) (Alexopoulos és mtsai, 2006). Egy dán kutatás az ACE határpontját szintén 85-nél találta (szenzitivitás 0,99, specificitás 0,94), amikor a depressziós pácienseket is belevették a vizsgálatba, a specificitás 0,64-re esett, mely a depressziós és demens betegek csoportjai közötti átfedést jelezheti (Stokholm és mtsai, 2009). Európán kívüli eredményeket tekintve pl. egy perui vizsgálatban a dementia és depresszió közötti elkülönítésre helyezték a hangsúlyt, melynek határértékét 85 pontnál állapították meg (Herrera és mtsai, 2013). Egy perzsa eredmény az ACE ponthatárát 84-nek találta normál és MCI elkülönítése esetében (szenzitivitás 0,93, specificitás 0,91), és 78-nak MCI és Alzheimer-dementia felosztásában (szenzitivitás 0,73; specificitás 0,93) (Pouremad és mtsai, 2009). Egy 2017-es argentin kutatásban alacsony szocioökonómiai státusszal bíró, alacsony iskolázottságú résztvevők vizsgálatával arra jutottak, hogy dementiát tekintve a határérték 70 pont (szenzitivitás 0,84; specificitás 0,84) (Sousa és Vivas, 2017). Hazánkban a gyógyítói gyakorlat során még mindig legszélesebb körben a MMSE kerül alkalmazásra (Heim és mtsai, 2019). Így annak ellenére, hogy maga az általunk validált teszt, az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat nemzetközi szinten továbbfejlesztésre került, hazánkban hiánypótló lehet alkalmazása, mivel idősödő társadalmunkban egyre nagyobb szükség lesz a dementia szűrésére, korai felismerésére, szakszerű nyomon követésére. Úgy gondoljuk, hogy jelenlegi eredményeinkkel egy újabb lehetséges kognitív tesztel bővíthető az amúgy szűkös vizsgálati paletta. A szakirodalmi adatok alapján ezidáig nem találtunk olyan publikációt, mely a jelenleg is érvényben lévő DSM-5 szerint kategorizálta volna a NCD-ben szenvedő pácienseket, és ez alapján adná meg a határérték pontokat.

8. Az időskori alkalmazkodási folyamatok mérése – a SOC kérdőív bemutatása

Baltes és munkatársai által kidolgozott SOC kérdőív hosszú (48 tétel), és rövid változata (12 tétel) lefedi a négy SOC komponenst (Baltes és mtsai, 1999; Freund és Baltes, 2002b). Minden elem két válaszlehetőséget tartalmaz, az egyik egy SOC-stratégia alkalmazását képviseli, a másik pedig egy nem SOC viselkedést. A válaszadókat arra kérik, hogy válasszák ki minden item esetében, hogy saját viselkedésüket mi jellemzi a legjobban, majd a későbbiekben ennek a hasonlóságnak a mértékét is lehetséges meghatározni egy skálán, illetve alkalmanként a válaszadás dichotóm formátumát Likert-skálákká módosították (pl. Zacher és Frese, 2011). Praktikus okokból leggyakrabban a rövid, 12 tételből álló verziót használják (melyet alkalmanként tovább csökkentenek kilencre) (pl. Baltes és Heydens-Gahir, 2003; Shang és mtsai, 2015). Mivel magyar nyelven korábban nem állt rendelkezésre a kérdőív, ezért elvégeztük fordítását és nyelvi adaptációját.

8.1. Célkitűzés

Vizsgálatunk célja a nemzetközi tapasztalatok alapján elfogadható megbízhatósággal rendelkező, az időskori alkalmazkodás mérésére alkalmas kérdőív, a Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció (SOC) Kérdőív¹ magyar mintán történő validálása, pszichometriai elemzések elvégzése, illetve a faktorstruktúra ellenőrzése volt.

8.2. A vizsgálati személyek és az eljárás menete

A SOC kérdőív pszichometriai jellemzőinek vizsgálatához 168 fős, 60 év feletti egészséges mintát alkalmaztunk. A beválasztási és kizárási kritériumok hasonlóan alakultak kutatásunk korábbi szakaszához: 60 éves vagy annál idősebb életkor, szóbeli és írásbeli tájékoztatást követő szóbeli beleegyezés, nincs jelen dementia és minor neurokognitív zavar ($ACE > 82$), nincs súlyos érzékszervi károsodás (látás- vagy halláskorlátozottság), nincs dominánsoldali mozgásszervi károsodás (plegia, paresis).

A minta életkora 60-98 éves korig tartó tartományba esett ($SD=8,24$). A nemi megoszlás 136 nő (81%) és 32 férfi (19%), az iskolai végzettség tekintetében 21-en kevesebb, mint 8 általános osztályt végeztek (12,5%), 57-en általános iskolai végzettséggel rendelkeztek (33,9%), 20-an szakmunkásképzőt végeztek (11,9%), 37-en érettségiztek (22%), míg 32-en főiskolai, egyetemi végzettségűek voltak (19%).

Mintánkon az átlag SOC összpontszám 6,2-nek ($SD=2,6$; medián=6) bizonyult, minimum pontszám 3, maximum pontszám 12 volt. Az alsókálák átlagértékeit (SD) tekintve az elektív szelekció 1,57 (1), a veszteségen alapuló szelekció 1,53 (0,8), az optimalizáció 1,78 (1,2), a kompenzáció 1,33 (1,04) pontszámmal rendelkezett.

8.3. Az alkalmazott eszközök bemutatása

Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció Kérdőív

A Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció Rövid Kérdőív (SOC-12) a négy stratégia (választáson alapuló szelekció, veszteségen alapuló szelekció, optimalizáció, kompenzáció) alkalmazásáról kérdezi a válaszadót általában, illetve valamilyen számára fontos cél/helyzet vonatkozásában. A vizsgált személynek arról kell nyilatkozni, hogy melyik stratégiát választaná a két előre megadott válaszlehetőség közül. Ezek közül a SOC-stratégiát megjelenítő válasz 1 pontot, míg a nem-SOC-magatartást reprezentáló válasz 0 pontot ér. A kérdőív rövidített verziója 12 tételes, amelyek négy skála köré csoportosíthatók. Minden stratégiára három-három tétel vonatkozik. A teljes kérdőíven elért összpontszám 0 és 12 közé tehető. A magasabb pontszám fokozottabb SOC-stratégia használatot jelent (Freund és Baltes, 1998). Saját vizsgálati adataink alapján az eredeti 12 tételes kérdőívet rövidítenünk kellett, lásd alább.

Connor–Davidson Reziliencia Skála

A kérdőív (Connor–Davidson Resilience Scale; CD-RISC; Connor és Davidson, 2003; magyar változat: Kiss és mtsai, 2015) kifejlesztése során olyan tulajdonságokat, tartalmakat vettek figyelembe, amelyek a rezilienciát írják körül. A 25 kijelentést tartalmazó kérdőív mindegyik tétele 5-fokú Likert-típusú skálán értékelendő az alábbi válaszlehetőségek mentén: egyáltalán nem igaz (0), ritkán igaz (1), néha igaz (2), gyakran igaz (3), majdnem mindig igaz (4). A kérdőív az utolsó egy hónap tapasztalataira kérdez rá. Az

¹ A Függelékben bemutatásra kerül a kérdőív.

elérhető pontszám 0-tól 100-ig terjedhet, amely minél nagyobb, annál magasabb szintű rezilienciát jelez. A jelen kutatásban a teljes kérdőív McDonald- ω értéke [95% CI]: 0,938 [0,917–0,950] volt.

Rövid Geriátriai Depresszió Skála

A Rövid Geriátriai Depresszió Skála (*Geriatric Depression Scale Short Form, GDS-SF*; Sheikh és Yesavage, 1986; Perczel-Forintos és mtsai, 2018) az egyik leggyakrabban használt mérőeszköz az időskori depresszió vizsgálata során (Mui, 1996; Stiles és McGarrahan, 1998; Jongenelis és mtsai, 2005). Kifejezetten idősek számára kialakított kérdőív, amely minimalizálja az olyan nemspecifikus tényezők – mint például fáradtság, alvászavarok, koncentrációs nehézségek – mérését, amelyek gyakoribbak kognitív zavarban szenvedő idősök körében. Ezzel alkalmasabbá válik a depresszió okozta „pszeudodementia” és valódi major neurokognitív zavar elkülönítésére. Gyorsan kitölthető, 15 kérdést tartalmaz dichotóm válaszadási lehetőséggel. A GDS-SF jó pszichometriai tulajdonságokkal rendelkezik, hatékony szűrőkérdőív, amely a depressziót 91%-os szenzitivitással képes felismerni (D’Ath és mtsai, 1994) 5 pontos határpont-értéknél, és 81%-os szenzitivitással 4 pontos kritikus pontérték esetében (Brown és Schinka, 2005). Jelen kutatásunkban a kérdőív ω -mutatójának értéke [95% CI]: 0,882 [0,852–0,906] volt.

8.4. Statisztikai módszerek

Vizsgálatunk első lépéseként megerősítő faktorelemzést végeztünk (diagonally weighted least squares, DWLS-becsléssel) a kérdőív 4 alszáláját leképező elméleti struktúrán. Az illeszkedési jóságának megítélésére az alábbi mutatókat alkalmaztuk: Comparative-Fit-Index [CFI], amely 0,95 érték felett, illetve a Root-Mean-Square-Error of Approximation [RMSEA], amely 0,08 érték alatt elfogadható (Hu és Bentler, 1999). Az illeszkedési mutatók elégtelensége miatt második lépésben feltáró faktorelemzést végeztünk (weighted least squares-, WLS-becsléssel, promax forgatással), és az alacsony kommunalitású és alacsony faktorsúlyt adó itemek elhagyásával – tartalmi szempontokat is figyelembe véve – szelekciót végeztünk.

Harmadik lépésben az általunk kialakított skála reliabilitásvizsgálatát végeztük el. A kérdőív belső konzisztenciáját a McDonald- ω segítségével jellemeztük. Az ω -érték a megbízhatóság pontosabb becslését adja, mint a klasszikus Cronbach- α érték (az ω esetében is érvényes konvenció a 0,7-es határérték); az ω tulajdonképpen az α -érték általánosabb formája, amely a megerősítő faktorelemzés faktorsúlyaival számol (Hayes és Coutts, 2020). Az ω -értéket az R-programon alapuló JASP statisztikai szoftver reliabilitás moduljával határoztuk meg, amely a megerősítő faktorelemzés eredményeit veszi alapul. A teszt-reteszt reliabilitást egy 51 fős almintán kéthetes időintervallumban felvett adatok segítségével vizsgáltuk. Ezen almintán életkora 60-tól 81 éves korig tartó tartományba esett, átlag=71,1 (SD = 6,9) év, 32,1%-uk férfi, 67,9%-uk nő volt.

Negyedik lépésben a konvergencia validitást az általunk kialakított SOC-7 és a Connor–Davidson Reziliencia Skála alszálái közötti Spearman-korrelációk elemzésével ellenőriztük, míg a divergens validitás megállapítását hasonló módon a SOC-7 és Rövid Geriátriai Depresszió Skála közötti együttjárás tesztelésével végeztük el.

Az adatok elemzése az IBM SPSS Statistics for Windows, version 26.0 (Armonk, NY: IBM Corp.), illetve a JASP 0.14.1.4 szoftvercsomagok segítségével történt.

8.5. Eredmények

8.5.1. A faktorszerkezet vizsgálata: megerősítő és feltáró faktorelemzés

Ha a megerősítő faktorelemzést az eredeti négy alskálát tartalmazó elméleti modellen próbáltuk lefuttatni, az elemzés hibajelzést adott (a becslés negatív értékeket eredményezett). Ha a 3. tételt kivettük a faktorstruktúrából, az elemzés már lefuttatható volt, de a modell illeszkedési mutatói elfogadhatatlanul alacsonynak bizonyultak (CFI: 0,387; RMSEA: 0,255 [90% CI: 0,233–0,276]). Ha mind a négy SOC-faktorból próbáltunk egy közös másodrendű faktort képezni, az elemzés nem konvergált és hibajelzést adott. Ha kivettük a két szelekciós skálának megfelelő faktorokat, a hibajelzés eltűnt, és a modell illeszkedésén valamelyest javított a másodlagos faktor specifikálása (CFI: 0,656; RMSEA: 0,195 [90% CI: 0,173–0,218]), de az még így is messze elmaradt az elfogadhatótól.

Második lépésben feltáró faktorelemzéssel vizsgáltuk meg az adataink alapján kirajzolódó faktorszerkezetet. A parallel-elemzéssel 2 faktor saját értéke mutatkozott nagyobb, mint a random adatokból számolt faktoroké, valamint a scree-teszten is a 2. faktort követően volt látható „törés” a sajátérték görbe lefutásán.

Az 1. faktorhoz tartoznak a SOC-12 skála többi tételével magasan korreláló 3., 6., 7., 8., 9., 10., 12. tételek. 2. faktorként a SOC-12 skálával alacsony korrelációt, de az egymással közepesen szoros kapcsolatot mutató 1., 2. és 4. tételek rajzolódnak ki.

8.5.2. A megbízhatóság vizsgálata

A SOC-skála egészét reprezentáló 1. faktor tételei jó megbízhatóságú skálának mutatkoznak, a McDonald- ω (95% CI): 0,832 (0,791–0,872). A 2. faktoron töltődő itemekből képzett alskála esetén az ω (95% CI): 0,566 (0,430–0,691), így megbízhatósága elmarad a kívánatostól.

A kérdőív időbeli stabilitását mutató teszt-reteszt reliabilitás igen magasnak, 0,91-nek mutatkozott.

8.5.3. Validitás

A kérdőív konvergens validitásának vizsgálatára a Connor-Davidson Reziliencia Skálát és annak faktorait használtuk, amely szignifikáns, pozitív irányú kapcsolatot mutatott a SOC-stratégiákkal. A diszkrimináns validitás vizsgálatára a Rövid Geriátriai Depresszió Skálát alkalmaztuk, amellyel a várakozásainknak megfelelően szignifikáns, negatív irányú kapcsolatot mutatott kérdőívünk.

8.6. Megbeszélés

Kutatásunk célja a rövidített Szelekció–Optimalizáció–Kompenzáció Kérdőív (SOC-12; Baltes és mtsai, 1999) magyar változata pszichometriai tulajdonságainak vizsgálata volt 60 éves, és afeletti, idős mintáján. A mérőeszközt a jelen kutatás keretében adaptáltuk magyar nyelvre. Eredményeink közül kiemelendő, hogy mintánkon a SOC-12 négyfaktoros elméleti struktúráját nem tudtuk alátámasztani, és jelentős beavatkozást kellett végrehajtani a kérdőíven. Mind az elektív, mind a veszteségen alapuló szelekció alskálából törölnünk kellett két-két tételt, valamint a kompenzáció alskálából is egy item elhagyásra került. Az elektív szelekció esetében a kieső tételek az 1. és 2. („Kevés dologra koncentrálok az energiámat.”, illetve „Mindig egyik dolog után következik a másik.”). Ez az eredmény összhangban van a svéd validálás (Viglund és mtsai, 2012) eredményével, ahol szintén e két item megbízhatósága kérdőjeleződött meg. A két tétel eltérő viselkedését magyarázhatja, hogy kevésbé fejezik ki azt a folyamatot, amelyben a személy tudatos döntése és választása segíti az alkalmazkodást. Ettől eltér a 3.

tétel megfogalmazása, amely egyértelműbben adja vissza az alskála tartalmát jelentő választási folyamatot („Ha végiggondolom, mit akarok, egy vagy két fontos célt tűzök ki magam elé.”). A veszteség alapú szelekció alskálát szintén nem tudtuk reprodukálni, ami véleményünk szerint azzal függhet össze, hogy az elhagyott 4. és 5. tétel („Ha a dolgok nem mennek olyan jól, mint eddig, megpróbálok egy vagy két fontos célra összpontosítani.”, illetve „Ha valami fontosat már nem tudok úgy megtenni, mint eddig, új célt keresek.”), kevésbé köthető valamilyen személyes képesség hanyatlásához, vagy elvesztéséhez, inkább a külső veszteségekhez történő alkalmazkodást jeleníti meg. A kompenzációs stratégiákat leíró tételek között a 11. („Ha valami nem úgy sikerül, mint eddig, tanácsot és segítséget kérek másoktól.”) kapcsolati szinten, míg a másik két tétel egyéni szinten írja le a kompenzálás folyamatát (10. „Ha a dolgok már nem úgy mennek, mint eddig, új utakat keresek célom megvalósítása érdekében.” 12. „Ha nehezebbé válik elérni ugyanazt az eredményt, még keményebben küzdök érte.”), így nem meglepő, hogy az alskála nem homogén módon mér. Az általunk elhagyott tételek nagymértékű egyezést mutatnak a fent idézett portugál adaptáció tapasztalataival (Amado és mtsai, 2006).

A különböző vizsgálatokban kapott (al)skála megbízhatóságok jelentős szórása (0,14-0,82 közötti Cronbach- α értéke) a SOC-12 esetében több tényezővel is összefügghet: egyrészt az alacsony megbízhatóságú tételek megfogalmazása általában bonyolultabb, és elképzelhető, hogy az idős emberek számára nehezebben értelmezhető; másrészt az egyes alskálákhoz mindössze három tétel tartozik. Feltűnő, hogy a SOC-12 kézikönyve (Baltes és mtsai, 1999) nem közli az alskálák Cronbach- α értékét, hanem a megbízhatóság alátámasztására a SOC-48 megfelelő alskáláival történő korrelációs értékeket adja meg. A manuálból továbbá az derül ki, hogy a 3 teteles alskálákhoz tartozó itemeket az alapján választották ki, hogy melyek mutatnak magas korrelációt az eredeti 12 teteles alskálával, tehát elméleti megfontolásokat kevésbé vettek figyelembe.

A feltárási faktorelemzés eredményei alapján a SOC-12 tétéleinek 2 faktoros szerkezete rajzolódott ki. Az első faktorról azok a tételek mutatnak szoros kapcsolatot, amelyek tartalma leginkább visszaadja az egyén személyes alkalmazkodási erőfeszítéseit olyan helyzetekben, ahol erőforrásai várható, vagy bekövetkezett veszteségével szembesül. A 2. faktorhoz tartozó tételek megfogalmazása kevésbé a személyes erőforrások megfigyeltetéséhez történő, mint inkább általános alkalmazkodási (elektív) stratégiákat jelenítenek meg. Baltes és munkatársai (1999) egy fentebb idézett, 202 fős időskori mintán elvégzett elemzése nagyon hasonló faktorstruktúrát adott.

Annak ellenére, hogy a korábbi szakirodalmi adatok, illetve jelen vizsgálatunk tapasztalatai alapján értelmezhető az általunk kapott faktorstruktúra, további független vizsgálatok szükségesek az általunk kimutatott faktorszerkezet megerősítésére.

A viszonyításként használt reziliencia- és depresszióskálákkal való korrelációk alapján a SOC-7 skála konvergencia és diszkriminatív validitása megfelelőnek mutatkozik, ami alátámasztja a kérdőív által mért erőforrás-felhasználási stratégiák módjait.

Összességében kutatásunk alapján a SOC-12 kérdőív pszichometriai mutatói a módosításainkat követően a magyar idős mintán megfelelőnek tűnnek. Eredményeink alátámasztják, hogy az időskori alkalmazkodási stratégiák mérhetőek. A skála rövid, egyszerű válaszadási lehetőséget teremt ezen folyamatok mérésére, a kitöltés és az értékelés egyaránt rövid időt vesz igénybe.

9. Időskori alkalmazkodási folyamatok követéses vizsgálata

Az időskori alkalmazkodási folyamatokat kutatásunk során az általánosságban történő SOC-stratégiák használatával, illetve az optimalizációs és a kompenzációs készségekkel, valamint a reziliencia segítségével vizsgáltuk az elemzésbe bevont egyéb változókkal való összefüggésben. Ezen kutatási szakaszunkat két fő részre osztottuk, elsőként a SOC-modell mediátor szerepét vizsgáltuk, majd a reziliencia hasonló befolyásoló funkcióját elemeztük. Illetve további moderált mediátor modellek segítségével mértük fel az életkornak, az idősök otthonában eltöltött évek számának, a pozitív affektivitásnak, az észlelt társas támogatásnak, és a krónikus betegségek számának jelentőségét.

9.1. SOC stratégiák mediátor szerepének vizsgálata a lakókörülmények és depresszió kapcsolatában

9.1.1. Célkitűzések

Kutatásunk követéses szakaszának általánosságban vett egyik célja a lakókörülmények és a depresszió közötti kapcsolatban szerepet játszó SOC-stratégiák feltérképezése volt. Változóinkat egyrészt az időskorra jellemző speciális lakókörülmények szempontjából vizsgáltuk, nevezetesen az idősök otthonában való életvitel ebben az életkorban egy specifikus élethelyzetet teremt, egyedülálló módon képes befolyásolni az idősök életét, szemléletét (Caltabiano és Caltabiano, 2006; Jongenelis és mtsai, 2004; Grenade és Boldy, 2008; Pinguart és Sörensen, 2003).

9.1.2. Hipotézisek

Ezek alapján és a korábbi szakirodalmi adatoknak megfelelően a következő hipotéziseket állítottuk fel:
H1 Lakókörülmények befolyásolják az idősök életminőségét, így a két csoport (saját és idősök otthonában élők) elkülöníthető egymástól.

H2 A lakókörülmények és a depresszió között kapcsolat található.

H3 A SOC-stratégiák használata pozitív irányban befolyásolja a hangulati életet.

H4 Az idősök otthonában élők kevesebb SOC-stratégiát alkalmaznak, melyet befolyásol az intézményben eltöltött évek száma.

H5 A SOC-stratégiák mediátor szerepet játszanak a lakókörülmények és a depresszió kapcsolatában.

H6 Az életkor és az idősök otthonában eltöltött évek száma moderátor szerepet játszik a közvetlen és közvetett hatás kialakításában a lakókörülmények és a depresszió között. Azaz feltételezésünk szerint az életkor, illetve az idősök otthonában eltöltött évek száma hatást gyakorol a lakókörülmények és a követéses depresszió közötti kapcsolatra, valamint a lakókörülmények és a SOC-stratégiák használata közötti korrelációra, illetve a SOC-stratégiák használata és a későbbi depresszió közötti összefüggésre.

9.1.3. A vizsgálati személyek és az eljárás menete

A vizsgálati személyek pécsi, illetve Pécs környéki idősök otthonainak lakói közül, illetve nyugdíjas klubok önkéntes résztvevői közül kerültek ki. A kérdőívek eljuttatása személyesen történt a kognitív tesztek felvétele során, így kizártuk annak lehetőségét, hogy esetleg ne kerüljön vissza hozzánk a kérdőívek egy része. A kérdőívek betűméretét 14-esre változtattuk, a könnyebb olvashatóság érdekében. A beválasztási kritériumok a korábbiakhoz hasonlóan alakultak (lásd korábban).

Az előzetes szóbeli és írásbeli tájékoztatást követően 58-an döntöttek úgy, hogy mégsem szeretnének részt venni a kutatásban. Ezt követően 214 résztvevővel indult a vizsgálat. A közreműködő személyek

beleegyezésük után 16 alkalommal utasították vissza a kérdőívek kitöltését, leggyakrabban arra hivatkozva, hogy meggondolták magukat, mégisincs idejük kitölteni, túl hosszú. 198 önkéntessel vettük fel a kérdőívcsomagot, akik közül 24 személyt 82 alatti ACE összpontszám miatt ki kellett zárunk. Így összesen 174 idős vett részt a vizsgálat első részében.

Az első felmérést követően egy év múlva megismételtük vizsgálatunkat, ebben az esetben 126 személy vett részt kutatásunkban. A korábban résztvevők közül tizenketten elhunytak; ketten nagyfokú látásromlás miatt nem tudták vállalni a vizsgálatot; tizen túl megterhelőnek érezték az egy évvel korábbi tesztelést, ezért nem vállalták; tizenketten elköltöztek; 2 idősnek olyan mértékben romlott a Parkinson-kórja, hogy ezért nem tudott részt venni; valamint egy nyugdíjas klub elérhetetlenné vált, így itt 8 fő nem kerülhetett követésre. Ezen kívül egy személynek 82 pont alá került az ACE összpontszáma, így őt is kizártuk a követésből (83-ról 80-ra csökkent).

9.1.4. Az alkalmazott eszközök bemutatása

A szociodemográfiai és klinikai adatokat egy erre létrehozott adatlap segítségével vettük fel, mely többek között a következőket tartalmazta: nem, életkor, iskolai végzettség, korábbi foglalkozás, családi állapot, lakókörülmény (idősek otthona vagy saját otthon), krónikus betegségek típusa, száma. A többi kutatott változót önkitöltő kérdőívek segítségével mértük. Ezek egy része az életminőség dimenzióit, étellel való elégedettséget, hangulati állapotot vizsgálta, más része a személyes és társas erőforrásokat, személyiségjellemzőket mérte, míg a harmadik része a megküzdés módját, tulajdonságait vette figyelembe. Keresztmetszeti kutatásunkat követően egy évvel megismételtük a korábban felvett kognitív tesztek, valamint a kérdőívcsomagból bekerültek az életminőséget, szelektív-optimalizációs-kompenzációs stratégiákat vizsgáló kérdőív, valamint a társas támogatást, depressziót és étellel való elégedettséget mérő skálák.

Az alkalmazott kérdőívek elméleti háttere

WHO Életminőség Kérdőív Rövidített Verziója

A WHO életminőséget vizsgáló kérdőívének rövidített változata a 26 kérdésből álló WHOQoL-Bref (WHO Életminőség Kérdőív Rövidített Verziója; WHOQoL Group, 1998; Paulik és mtsai, 2007). Az itemek a két általános kérdés és négy témakör (fizikai, pszichés, környezeti jóllét és társas kapcsolatok) köré csoportosulnak. A kérdésekre a válaszadás 1-5-ig terjedő osztályozással történik, a magasabb pontértékek jobb életminőséget jelentenek. Jelenlegi kutatásban a kérdőív Cronbach- α értéke 0,87.

Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció Kérdőív

A kérdőív részletes pszichometriai adatai, valamint bemutatása korábban megtörtént. Jelenlegi kutatásban a kérdőív Cronbach-alfa értéke 0,61.

Pozitív és Negatív Affektivitás Skála

Pozitív és Negatív Affektivitás Skála (Positive and Negative Affectivity Schedule; PANAS; Watson, 1988) a pozitív és negatív érzelmi aspektusok mérése érdekében került kidolgozásra. A 20 tételből 10 pozitív (pl. lelkes, figyelmes) és 10 negatív (pl. zaklatott, ingerlékeny) személyiségjellemzőt tartalmaz. A válaszadás egy ötfokozatú skálán lehetséges, az értékelés több időintervallum alapján történhet,

kutatásunkban arra kérdeztünk rá, „általában hogyan érzi magát”. A teszt magyarra fordítása korábban megtörtént (Rózsa és mtsai, 2009). Jelenlegi kutatásban a kérdőív Cronbach- α értéke 0,81.

Connor-Davidson Reziliencia Skála

A skála részletes bemutatására a korábban sor került sor, jelen leírásban csak a kutatásban elért Cronbach- α értékre szorítkozunk, mely 0,93.

Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás

A kérdőív (Multidimensional Scale of Perceived Social Support; MSPSS; Canty-Mitchell és Zimet, 2000) az észlelt társas támogatást méri általánosságban, a család, illetve a barátok körében. 12 kérdést tartalmaz, mindhárom támogatási körre (család, barátok, jelentős mások) 4-4 itemmel kérdez rá (Zimet és mtsai, 1988). A kérdőív itemeire egy 7-pontos Likert-skálán adhatóak meg a válaszok (1=teljes mértékben nem értek egyet, 7=teljes mértékben egyetértek). Összességében 12-84 pontszámot lehet elérni, a magasabb pont magasabb észlelt támogatottságot jelent. Magyar nyelvű adaptációja és validálása megtörtént (Papp-Zipernovsky és mtsai, 2017). Jelenlegi kutatásban a kérdőív Cronbach- α értéke 0,94.

Rövid Geriátriai Depresszió Skála

A skála részletes bemutatása a korábban megtörtént, jelenlegi kutatásban a kérdőív Cronbach- α értéke 0,88.

Élettel Való Elégedettség Skála

Az Élettel Való Elégedettség Kérdőív (Satisfaction With Life Scale; SWLS; Diener és Suh, 1997) öt item segítségével méri az élettel való elégedettséget, azaz az egyén életének kognitív értékelését. A válaszadás egy 1-től (egyáltalán nem értek egyet) 7-ig (teljesen egyetértek) terjedő skálán történik. A tételek egy közös faktorhoz tartoznak, a kérdőív magas belső és teszt-reteszt megbízhatósággal bír (Larsen és mtsai, 1985). Magyar nyelvű adaptálása és validálása korábban megtörtént (Martos és mtsai, 2009). Jelenlegi kutatásban a kérdőív Cronbach- α értéke 0,81.

9.1.5. Statisztikai módszerek

Az adatok elemzése az IBM SPSS Statistics for Windows, version 26.0 szoftvercsomaggal (Armonk, NY: IBM Corp.), és PROCESS macro for SPSS version 3.5. (Hayes, 2013) segítségével történt.

A kategória típusú változók (pl. nem) közötti különbségek megítélésére khi-négyzet próbát használtunk, míg a folytonos változók átlagait a csoportok között független mintás t-próbával hasonlítottuk össze, ha azok normál eloszlást mutattak. Ha a normalitás feltétele nem teljesült Mann-Whitney próbát használtunk. Folytonos változóink közötti kapcsolatot a normalitás-vizsgálat eredményétől függően Pearson-, illetve Spearman-féle korrelációs együtthatóval jellemeztük. A szignifikancia szintet $p < 0,05$ -nél határoztuk meg. A statisztikai elemzéshez a lakóköörülményeket tekintve dummy változókat hoztunk létre (0: saját otthon, 1: idősek otthona).

A mediátor és moderált mediátor modellek felállításához a PROCESS Modell 4-et és Modell 59-et használtuk. Ennek során a korrigált intervallumbecslés (bias-corrected CI) 95% volt, 5000 bootstrap mintavétel mellett. Ha a CI 95% az indirekt hatás ($a*b$) esetén nem tartalmazza a nullát, a mediáló hatás szignifikáns.

9.1.6. Eredmények

Összesen 174 önkéntes vett részt vizsgálatunkban, illetve az egy éves követés során 126 fő vállalkozott a kutatásban való részvételre. A minta átlagéletkora 74,9 (SD=8,2) illetve a követés során 73,9 (SD=8,4) volt, 143 (82,2%) nő és 31 (17,8%) férfi vett részt a kezdeti felmérésben, míg a követés során 102 (81%) nő és 24 (19%) férfi.

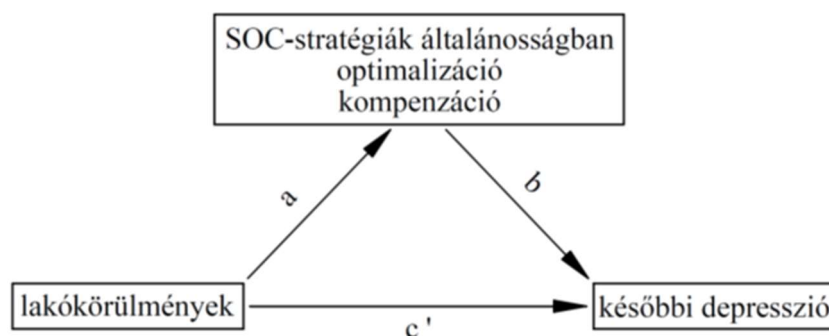
Lakókörülmények szerinti csoportosítás

Elsőként saját kutatási mintánkon hasonlítottuk össze a két kérdéses populációt. Független mintás t-próbánk eredményeképpen számos változóban szignifikánsan különbözik egymástól a két csoport. Az eredmények közül kiemelendő, hogy az életminőség változók tekintetében a saját otthonukban élők szignifikánsan magasabb értéket értek el (általános életminőség $p=0,001$, pszichés jóllét $p=0,001$, testi jóllét $p<0,001$), míg az idősek otthonában élők életkorukat tekintve jelentősen idősebbek. Ezen túlmenően a használt SOC-stratégiák esetén mindegyik módszert a saját otthonukban élők statisztikailag jelentősebb mértékben alkalmazzák (SOC-stratégiák általánosságban $p<0,001$, optimalizáció $p<0,001$, kompenzáció $p=0,001$). A depresszió és az élettel való elégedettség vonatkozásában az idősek otthonában élők határozottan depressziósabbak ($p<0,001$), és kevésbé elégedettek életükkel ($p<0,001$), mint a saját otthonukban élők, valamint alacsonyabb szintű pozitív affektivitás ($p<0,001$) és reziliencia ($p=0,001$) jellemzi őket. Ezen túlmenően az idősek otthonában élők szignifikánsan több krónikus betegségben szenvednek ($p=0,001$). Nem találtunk statisztikailag jelentős eltérést a nem, a negatív affektivitás és az észlelt társas támogatottság kapcsán. Életkorral történő kontrollálást követően nem találtunk különbséget a szignifikáns eltérések között.

Mediátor és moderált mediátor analízis ábrázolása hipotéziseinknek megfelelően

Elsőként a lakókörülmények és a depresszió közötti kapcsolatot mediáló SOC-stratégiák vizsgálatára a Modell 4-et használtuk (1.ábra).

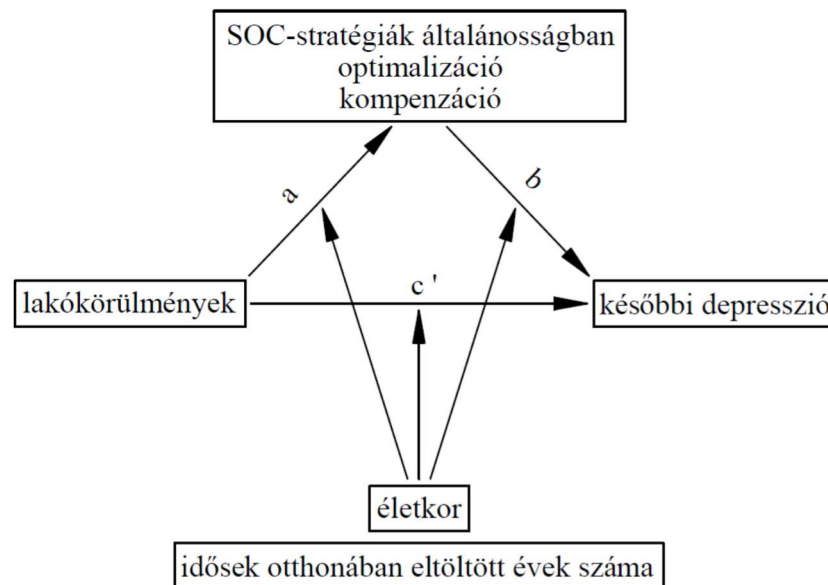
1. ábra: Lakókörülmények és depresszió kapcsolatát mediáló SOC-stratégiák bemutatása



Ezt követően a Modell 59 segítségével a moderált mediátor hatás vizsgálatát végeztük el, azaz az életkornak, illetve az idősek otthonában eltöltött évek számának, mint moderátor változónak vajon van-e direkt és indirekt módon hatása a lakókörülmények és depresszió közötti kapcsolatra (2. ábra). Részleteit tekintve úgy gondoltuk, hogy az életkor, illetve az idősek otthonában eltöltött évek száma képes moderálni a lakókörülmények és depresszió közötti kapcsolatot, a lakókörülmények és a különböző SOC-stratégiák

közötti, valamint a SOC-stratégiák és depresszió közötti összefüggést. Hasonlóképpen a korábbiakhoz, ha a kölcsönhatás 95%-os CI-a nem tartalmazza a nullát, a moderált mediátor hatás szignifikáns.

2. ábra: Lakókörülmények és depresszió kapcsolatában szerepet játszó moderátor tényezők bemutatása



Mediátor analízis eredményei

Az általánosságban használt SOC-stratégiák mediátor elemzése alapján a teljes hatás (c út), azaz a lakókörülmények hatása a depresszióra szignifikáns volt ($B=3,147$; $p<0,001$). Az „a” út koefficiense ($B=-2,214$; $p<0,001$) szignifikáns, negatív irányú kapcsolatot mutatott a lakókörülmények és a SOC-stratégiák általános használata között, valamint a „b” út szintén statisztikailag jelentős, negatív irányú összefüggést ($B=-0,462$; $p<0,001$) jelzett a SOC-stratégiák általános használata és a későbbi depresszió között. Ezen túlmenően az közvetett hatás „a*b” útja szintén szignifikáns összefüggést mutatott a SOC stratégiák használatán keresztül ($B=1,023$, $SE=0,377$) a lakókörülmények és depresszió között, mivel a 95%-os korrigált intervallumbecslés 0,355 és 1,815 közötti volt, tehát nem tartalmazta a nullát. Ezek alapján megállapítható, hogy a SOC-stratégiák általános használata mediálja a lakókörülmények és depresszió közötti kapcsolatot.

A következőkben áttekintjük a különböző SOC-stratégiák részletes mediátor elemzésének eredményeit:

1. Optimalizáció

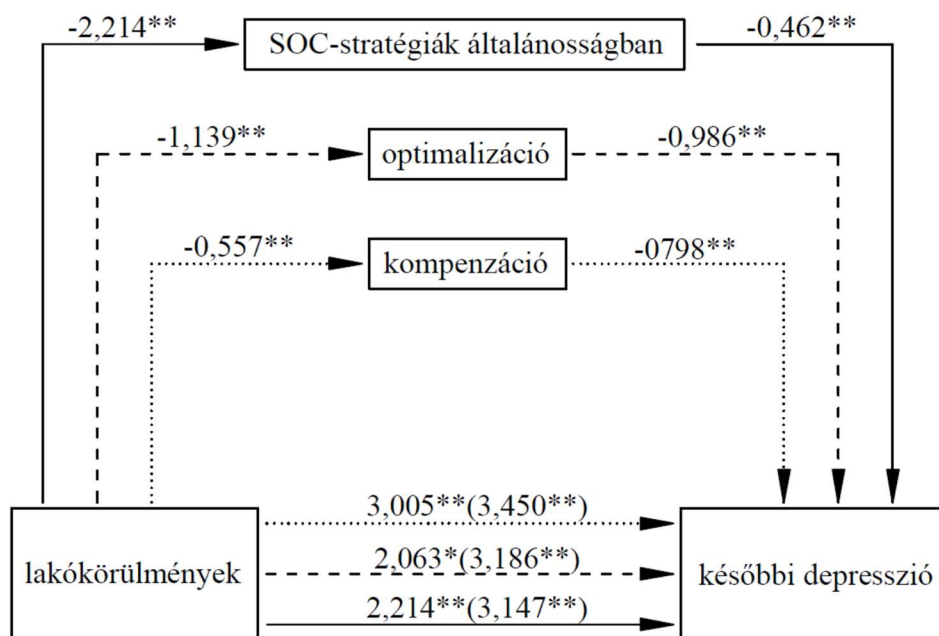
Következőkben az optimalizáció hatásának vizsgálata érdekében végeztük el a mediátor elemzést. Eredményeink szerint mind a teljes hatás („c” út) a lakókörülmény és depresszió kapcsolatában szignifikáns volt ($B=2,063$; $p<0,001$), mind az „a” út szignifikáns koefficienssel rendelkezett ($B=-1,139$; $p<0,001$), valamint ehhez hasonlóan a „b” út is statisztikailag jelentős összefüggést mutatott ($B=-0,986$; $p=0,024$). Ezek alapján negatív irányú kapcsolat mutatható ki egyrészt a lakókörülmények és optimalizáció használata között, másrészt az optimalizáció használata és a depresszió kapcsolatában. Mindezek mellett az indirekt, közvetett hatás pontbecslése szintén szignifikáns összefüggést mutatott ($B=1,123$; $SE=0,343$; 95 % CI: 0,793-3,333). A direkt, közvetlen hatást mutató „c” út hasonlóképpen statisztikai szempontból meghatározó volt ($B=3,495$; $p<0,001$). Mindezek összességében azt mutatják, hogy az optimalizáció használata szintén parciálisan mediálja a kapcsolatot a lakókörülmények és depresszió között.

2. Kompenzáció

A kompenzáció mediátor vizsgálata megerősítette, hogy a lakóköri körülmények teljes hatása („c” út) szignifikáns a depresszióra ($B=3,005$; $p<0,001$) és az „a” út koefficiense szintén szignifikáns volt ($B=-0,557$; $p<0,001$), ahogy a „b” út koefficiense is ($B=-0,798$; $p=0,002$). Utóbbiak negatív irányú, statisztikailag meghatározó kapcsolatot mutatnak egyrészt a lakóköri körülmények és kompenzáció használata, másrészt a kompenzáció és a depresszió között. Az indirekt hatás (a*b út) szintén szignifikáns volt ($B=0,444$; $SE=0,245$), és a 95%-os korrigált intervallumbecslés 0,004 és 0,805 közötti értékeket vett fel, mely alapján az közvetett hatás a két vizsgált változó között meghatározó. Ehhez még hozzájárul a közvetlen hatás („c” út) szignifikanciája ($B=3,005$; $p<0,001$). Mindezeket egybevetve kimondható, hogy az előbbiekhöz hasonlóan a kompenzáció is mediálja a vizsgált folyamatot.

A kapott eredményeket a könnyebb áttekinthetőség érdekében egy közös ábrán mutatjuk be (3. ábra). A mediátor elemzés eredményeiből kitűnik, hogy a lakóköri körülmények közvetett kapcsolatban állnak a követéskor tapasztalható depresszió mértékével az általánosságban történő SOC-stratégiák használatán, az optimalizáción és a kompenzáción keresztül. Az idősök otthonában élők minden stratégiát ritkábban, kevesebbszer alkalmaznak („a” út), mint saját otthonukban élő társaik, és ez az alacsonyabb SOC-stratégia használat magasabb követéskori depresszióval áll kapcsolatban („b” út). Az idősök otthonában élők nagyobb mértékű későbbi depresszióról számoltak be akkor is, ha figyelembe vételre került a lakóköri körülmények közvetett hatása a különböző SOC-stratégiákon keresztül („c” út).

3. ábra: A különböző SOC-stratégiák mediáló hatásának bemutatása a lakóköri körülmények és a követéskori depresszió között



Moderált mediátor elemzés eredményei

A következőkben áttekinthetjük a moderált mediátor elemzések részletes eredményeit. Feltételezéseink szerint az életkor és az idősök otthonában eltöltött évek száma moderátor szerepet játszhat a lakóköri körülmények és depresszió közötti kapcsolatban, külön-külön, vagy együttesen, mind a direkt (lakóköri körülmények-depresszió), mind az indirekt („a” út: lakóköri körülmény-vizsgált stratégia; „b” út: vizsgált stratégia-depresszió) utat befolyásolva.

(Abban az esetben, ha a folyamat a vizsgált SOC-stratégiák által mediált.)

Az elsőként elemzés alá vont „SOC-stratégiák általánosságban történő használatának” moderált mediátor elemzés eredményei alapján megállapítható, hogy az életkor nem moderálja a vizsgált folyamatokat.

Ha elvégezzük az elemzést az optimalizációra és a kompenzációra, hasonló eredményeket kapunk, azaz az adott stratégia mediátor funkciója mellett az életkor moderátor hatását elemezve, azt nem találtuk szignifikánsnak.

További statisztikai vizsgálatok alapján a lakókörülmény feltételes közvetett hatása SOC-stratégiák általános használatán keresztül a követés kori depresszióra növekedést mutatott az életkor előrehaladtával (68 éves: $B=0,938$; 95% CI: 0,025-2,147; $p=0,001$; 78 éves: $B=0,949$; 95% CI: 0,292-1,755; $p<0,001$; 86 éves: $B=0,958$; 95% CI: 0,077-2,259; $p=0,007$). Ezen túlmenően az életkor növekedésével csökkent a lakókörülmények a feltételes indirekt hatása a depresszióra optimalizáció használata mellett (65 éves: $B=1,122$; 95% CI: 0,002-2,346; $p=0,004$; 73 éves: $B=0,710$; 95% CI: 0,093-1,441; $p=0,000$; 80 éves: $B=0,339$; 95% CI: 0,300-1,227; $p=0,031$). Míg a lakókörülmények feltételes közvetett hatása a depresszióra szintén gyengült az életkor előrehaladtával (68 éves: $B=0,502$; 95% CI: 0,038- 1,313; $p=0,016$; 78 éves: $B=0,286$; 95% CI: 0,053-0,811; $p=0,024$; 86 éves: $B=0,154$; 95% CI: 0,403-0,661; $p=0,024$), ha a folyamatot a kompenzáció mediálta.

9.1.7. Megbeszélés

Eredményeink szerint a lakókörülmények, SOC-stratégiák használata és az életkor összefüggésben állnak a későbbi depresszió szintjével, de ezen befolyásoló tényezők hatása különböző. A következőkben részletesen áttekintjük vajon hipotéziseink teljesültek-e?

H1 Első feltételezésünk egyértelműen igazolódott, azaz az idősek otthonában és saját otthonukban élő idősek számos változót tekintve különböznek egymástól.

H2 Második hipotézisünk egyaránt igazolódott, azaz a lakókörülmények és depresszió között negatív irányú, szignifikáns összefüggés van: az idősek otthonában élők veszélyeztetettebbek a későbbi hangulati problémák tekintetében.

H3 Harmadik feltevésünk is igazolódott, azaz a SOC-stratégiák közül mind az általánosságban használt SOC, mind a kompenzáció és optimalizáció csökkenti a követés kori tapasztalt depresszió szintjét.

H4 Negyedik hipotézisünk részben igazolódott, azaz az idősek otthonában élők minden vizsgált SOC-stratégiát ritkábban alkalmaznak saját otthonaikban élő időstársaikkal összehasonlítva, valamint ezen használat az általánosságban történő SOC-stratégiák esetén összefüggésben áll az idősek otthonában eltöltött évek számával.

H5 Ötödik feltételezésünk szintén igazolódott. Mind az általánosságban történő SOC-stratégia használat, mind az optimalizáció és a kompenzáció mediálja a lakókörülmények és későbbi hangulati problémák közötti kapcsolatot.

H6 Hatodik feltevésünk nem került alátámasztásra, azaz sem az életkor, sem az idősek otthonában eltöltött évek száma nem moderálja a – SOC-stratégiák használatának mediáló hatása mellett – a lakókörülmények és depresszió közötti kapcsolatot.

9.2. Reziliencia mediátor szerepe a kezdeti étellel való elégedettség és későbbi életminőség kapcsolatában

9.2.1. Célkitűzés

Kutatásunk követéses szakaszának másik célja az volt, hogy az időskorban szerepet játszó reziliencia jelentőségét feltérképezzük. Tudomásunk szerint ezen moderátor és mediátor tényezőket korábban még nem vizsgálták idősek szempontjából hazánkban.

9.2.2. Hipotézisek

Kutatásunk jelenlegi részében tehát a reziliencia és az időskor összefüggéseit vizsgáltuk a korábbi szakirodalmi adatok alapján felállított hipotéziseinknek megfelelően, melyeket a következőkben részletezünk:

H1 Az időskori reziliencia és életminőség között kapcsolat található.

H2 A magasabb szintű reziliencia pozitív irányban befolyásolja az életminőséget (azon belül is főként a pszichés és testi jóllétet).

H3 Az idősek otthonában élők alacsonyabb rezilienciával bírnak.

H4 A reziliencia és faktoraik mediálják az étellel való elégedettség és az életminőség kapcsolatát.

H5a Az idősek otthonában eltöltött évek száma moderátorként szerepet játszik az étellel való elégedettség és későbbi életminőség között, ha a folyamatot a reziliencia mediálja. Azaz feltételezésünk szerint az intézményesített évek száma moderálja a kapcsolatot az étellel való elégedettség és az életminőség között, az étellel való elégedettség és reziliencia mértéke között, valamint a reziliencia és az életminőség között.

H5b A pozitív affektivitás moderátorként szerepet játszik a közvetlen és közvetett hatás kialakításában az étellel való elégedettség és pszichés jóllét között, ha a folyamatot a reziliencia mediálja. Azaz feltételezésünk szerint a pozitív affektivitás moderálja a kapcsolatot az étellel való elégedettség és lelki életminőség között, az étellel való elégedettség és reziliencia mértéke között, valamint a reziliencia és a pszichés jóllét között.

H5c Az észlelt társas támogatás moderátor szerepet játszik az étellel való elégedettség és pszichés jóllét közötti közvetlen és közvetett kapcsolat kialakításában, ha ezt a reziliencia mediálja. Azaz feltételezésünk szerint az észlelt társas támogatás moderálja a kapcsolatot az étellel való elégedettség és lelki életminőség között, valamint a reziliencia és a pszichés jóllét között.

H5d A krónikus betegségek száma moderátor szerepet játszik az étellel való elégedettség és a fizikális életminőség között, ha a folyamatot a reziliencia mediálja. Azaz az előbbiekhöz hasonlóan feltételezzük, hogy a krónikus betegségek száma moderálja a kapcsolatot az étellel való elégedettség és fizikális jóllét között, valamint a reziliencia és a testi életminőség között.

A fenti hipotéziseinknek megfelelően úgy gondoltuk, hogy a későbbi életminőség alakulása szempontjából meghatározó szerepet játszik a kezdeti étellel való elégedettség, valamint a reziliencia mértéke. Ezen túlmenően az idősek otthonában eltöltött évek száma negatív irányban hat a követéskor tapasztalt életminőségre tekintve, míg a pozitív affektivitás és a magasabb észlelt társas támogatás azok, melyek pozitív irányba képesek befolyásolni a későbbi életminőséget. A testi jóllétet tekintve úgy gondoltuk, hogy az étellel való elégedettség ellenére a krónikus betegségek nagyobb száma negatív irányban hat az életminőségre.

A vizsgálati személyek, az eljárás menete, valamint az alkalmazott eszközök megegyeztek a korábbi kutatási szakaszban alkalmazottakkal.

9.2.3. Statisztikai módszerek

Folytonos változóink közötti kapcsolatot a normalitás-vizsgálat eredményétől függően Pearson-, illetve Spearman-féle korrelációs együtthatóval jellemeztük. A szignifikancia szintet $p < 0,05$ -nél határoztuk meg. A további statisztikai módszeren az előző fejezethez képest részben változtattunk, a mediátor és moderált mediátor modellek felállításához a PROCESS macro for SPSS-t használtuk (Hayes, 2013). A korrigált intervallumbecslés (bias-corrected CI) 95% volt 5000 bootstrap mintavétel mellett. Mindezeket megelőzte a vizsgált változók korrelációs együtthatóinak megállapítása.

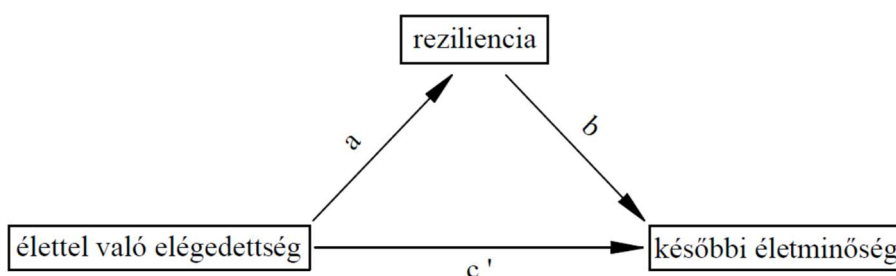
A mediátor és moderált mediátor modellek felállításához a PROCESS Modell 4-et, illetve Modell 15-öt használtuk. Ennek során a korrigált intervallumbecslés (bias-corrected CI) 95% volt, 5000 bootstrap mintavétel mellett. Ha a CI 95% az indirekt hatás ($a \cdot b$) esetén nem tartalmazza a nullát, a mediáló hatás szignifikáns.

9.2.4. Eredmények

Mediátor és moderált mediátor analízis ábrázolásai hipotéziseinknek megfelelően

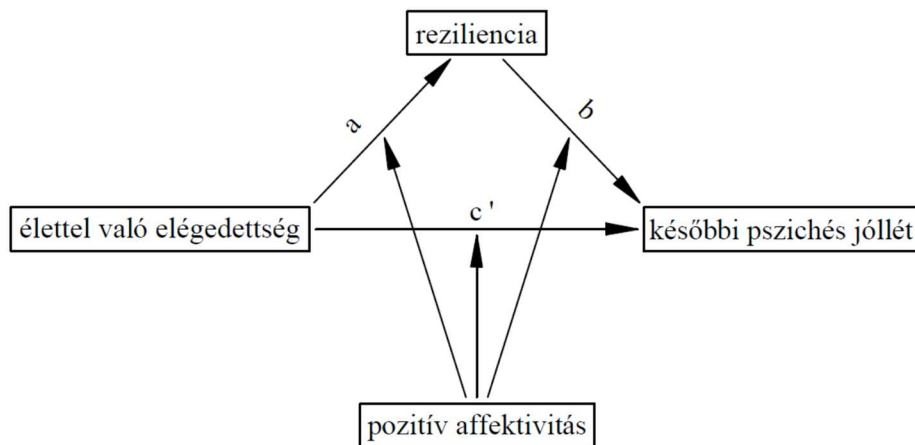
Elsőként a Modell 4-et alkalmaztuk az élettél való elégedettség és az életminőség közötti kapcsolatot mediáló reziliencia vizsgálatára (4. ábra).

4. ábra: Az élettél való elégedettség és későbbi életminőség kapcsolatát mediáló reziliencia bemutatása



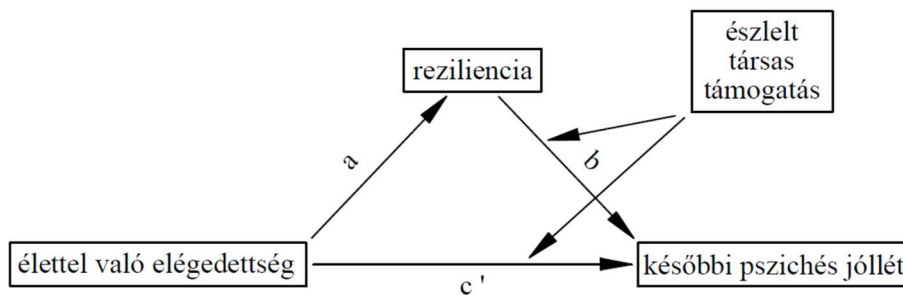
Ezt követően a Modell 59 segítségével a moderált mediátor hatás vizsgálatát végeztük el, vajon a pozitív affektivitásnak, mint moderátor van-e direkt és indirekt módon hatása az élettél való elégedettség és a pszichés jóllét közötti kapcsolatra. Részleteit tekintve úgy gondoltuk, hogy a pozitív affektivitás képes moderálni az élettél való elégedettség és a lelki életminőség közötti kapcsolatot, az élettél való elégedettség és a reziliencia közötti összefüggést, valamint a reziliencia és a pszichés jóllét közötti összefüggést. Hasonlóképpen a korábbiakhoz, ha a kölcsönhatás 95% CI-a nem tartalmazza a nullát, a moderált mediáló hatás szignifikáns (5. ábra).

5. ábra: Az élettellel való elégedettség és későbbi pszichés jóllét mediált moderátor elemzése (moderátor: pozitív affektivitás)



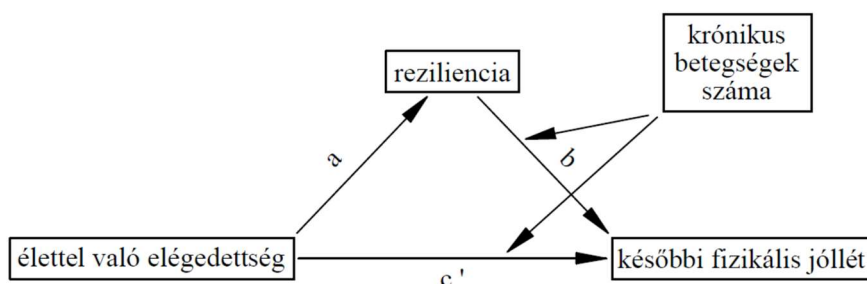
Ezek után az észlelt társas támogatás szerepét vizsgáltuk a Modell 15 segítségével. Moderátor szerepét feltételeztük az általunk vizsgált folyamatban, azaz a kezdeti élettellel való elégedettség és későbbi pszichés jóllét reziliencia által mediált kapcsolatában. Részleteit tekintve úgy gondoltuk, hogy az észlelt társas támogatás képes moderálni az élettellel való elégedettség és a lelki életminőség közötti kapcsolatot, valamint a reziliencia és a pszichés jóllét közötti összefüggést. Hasonlóképpen a korábbiakhoz, ha a kölcsönhatás 95% CI-a nem tartalmazza a nullát, a moderált mediáló hatás szignifikáns (6. ábra).

6. ábra: Az élettellel való elégedettség és későbbi pszichés jóllét mediált moderátor elemzése (moderátor: észlelt társas támogatás)



Végül a krónikus betegségek számának hatását vizsgáltuk a Modell 15 segítségével, melynek során moderátor szerepét feltételeztük az általunk vizsgált folyamatban, azaz a kezdeti élettellel való elégedettség és későbbi testi jóllét reziliencia által mediált kapcsolatában. Részleteit tekintve úgy gondoltuk, hogy az MCC (multimorbid állapot, multiple chronic condition) képes moderálni az élettellel való elégedettség és a testi életminőség közötti kapcsolatot, valamint a reziliencia és a testi jóllét közötti összefüggést. Hasonlóképpen a korábbiakhoz, ha a kölcsönhatás 95% CI-a nem tartalmazza a nullát, a moderált mediáló hatás szignifikáns (7. ábra).

7. ábra: Az étellel való elégedettség és későbbi testi jóllét mediált moderátor elemzése (moderátor: krónikus betegségek száma)



Mediátor analízis eredményei

A reziliencia mediátor elemzése során a teljes hatás (c út), azaz a *kezdeti étellel való elégedettség hatása a későbbi életminőségre* szignifikánsnak mutatkozott ($B=0,923$; $p<0,001$). Mind az „a” út ($B=1,040$; $p<0,001$), mind a „b” út koefficiense ($B=0,119$; $p=0,046$) szignifikáns, pozitív irányú kapcsolatot mutatott az étellel való elégedettség és a reziliencia, illetve a reziliencia és az életminőség között. Ezen túlmenően a közvetett hatás „a*b” útja szintén statisztikailag jelentős összefüggést mutatott a reziliencia szintjén keresztül ($B=0,124$, $SE=0,097$) a kezdeti étellel való elégedettség és későbbi általános életminőség között, mivel a 95%-os korrigált intervallumbecslés 0,101 és 0,322 közötti volt, tehát nem tartalmazta a nullát (19. táblázat). Mindezen eredmények összességében azt mutatják, hogy a *reziliencia mediálja a kapcsolatot a kezdeti étellel való elégedettség és a későbbi életminőség között*.

Az általunk felállított hipotéziseknek megfelelően tovább vizsgáltuk a modelljeinket a PROCESS alprogram segítségével. Mindezek során felderítettük a reziliencia esetleges mediátor szerepét a kezdeti étellel való elégedettség és a későbbi lelki illetve testi jóllét kapcsolatában.

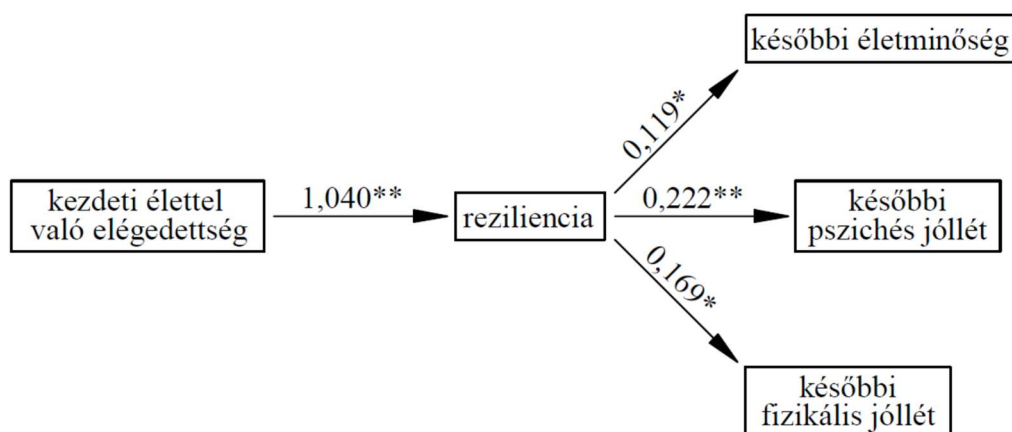
Elsőként a reziliencia mediátor hatását vizsgáltuk meg az étellel való elégedettség és lelki jóllét kapcsolatában. Az elemzés alapján a teljes hatás (c út), azaz a *kezdeti étellel való elégedettség hatása a későbbi pszichés életminőségre* szignifikáns volt ($B=1,147$; $p<0,001$). Az „a” út koefficiense ($B=1,035$; $p<0,001$) szignifikáns, pozitív irányú kapcsolatot mutatott az étellel való elégedettség és a reziliencia között. Valamint ehhez hasonlóan a „b” út koefficiense ($B=0,222$; $p<0,001$) szintén szignifikáns, pozitív irányú kapcsolatot mutatott, csak éppen a reziliencia és a pszichés életminőség között. Ezen túlmenően az közvetett hatás „a*b” útja szintén statisztikailag jelentős összefüggést mutatott a reziliencia szintjén keresztül ($B=0,230$, $SE=0,123$) a kezdeti étellel való elégedettség és későbbi lelki jóllét között, mivel a 95%-os korrigált intervallumbecslés CI 0,077 és 0,464 közötti volt, tehát nem tartalmazta a nullát (20. táblázat). Mindezen eredmények összességében azt mutatják, hogy a *reziliencia mediálja a kapcsolatot a kezdeti étellel való elégedettség és a későbbi lelki jóllét között*.

Ezt követően a reziliencia mediátor hatását vizsgáltuk meg az étellel való elégedettség és a testi jóllét kapcsolatában (20. táblázat). Az elemzés alapján mind a teljes, mind a közvetlen hatás szignifikáns (c út: $B=0,863$; $p<0,001$; c' út: $B=0,687$; $p=0,005$) a kezdeti étellel való elégedettség és későbbi fizikális jóllét közötti kapcsolatban. Ezen túlmenően az étellel való elégedettség és a reziliencia összefüggését („a” út) mutató koefficiens szintén szignifikáns volt ($B=1,038$; $p=0,003$), azaz az utat meghatározó két változó között pozitív irányú statisztikailag jelentős kapcsolat van. Valamint ehhez hasonlóan a „b” út

koefficiense ($B=0,169$; $p=0,022$) szintén szignifikáns, pozitív irányú kapcsolatot mutatott a reziliencia és a testi jóllét között. Az indirekt, közvetett hatásért felelős $a*b$ út is statisztikailag meghatározó volt (CI: $0,030-0,393$). Ezen eredmények alapján kimondható, hogy a *reziliencia mediátor szerepet játszik a kezdeti étellel való elégedettség és fizikális életminőség, testi jóllét között*.

A kapott eredményeket a könnyebb áttekinthetőség érdekében újfent egy közös ábrán mutatjuk be (8. ábra). A mediátor elemzés eredményeiből kitűnik, hogy a kezdeti étellel való elégedettség közvetett kapcsolatban áll a követéskor tapasztalható általános életminőséggel, pszichés és testi jólléttel a reziliencia szintjén keresztül. Akik magasabb étellel való elégedettségről számolnak be, magasabb rezilienciával bírnak („a” út), mint azon idősök akik alacsonyabb elégedettséggel bírnak, és ez a magasabb reziliencia szint magasabb követéskori életminőség dimenziókkal áll kapcsolatban („b” út). A kezdeti étellel való elégedettség magasabb későbbi életminőséget eredményez akkor is, ha figyelembe vételre került az elégedettség közvetett hatása a reziliencián keresztül („c” út).

8. ábra: A reziliencia mediáló hatásának bemutatása a kezdeti étellel való elégedettség és a követéskor tapasztalt életminőség, és faktorai között



Moderált mediátor elemzés eredményei

A következőkben áttekintjük az időskori rezilienciához köthető hipotéziseink moderált mediátor elemzések részletes eredményeit.

Feltételezéseink szerint a pozitív affektivitás, az észlelt társas támogatás moderátor szerepet játszhat az étellel való elégedettség és pszichés életminőség közötti kapcsolatban, míg a krónikus betegségek száma a testi jólléttel való korrelációban. Ez a moderátor szerep a pozitív affektivitás tekintetében vagy külön-külön, vagy együttesen érvényesülhet, mind a direkt (étellel való elégedettség-lelki jóllét), mind az indirekt („a” út: étellel való elégedettség-reziliencia; „b” út: reziliencia-lelki illetve testi jóllét) utat befolyásolva. Ezen folyamatok részletes statisztikai elemzéséhez a PROCESS program Modell 15 és 59-et használtuk.

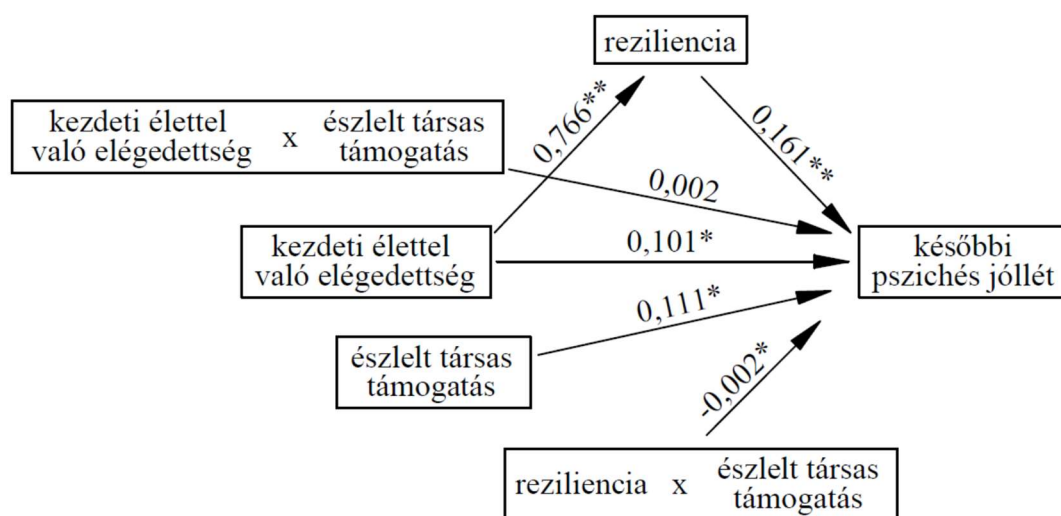
Eredményeink alapján a hipotézisekbe bevont változók közül a *pozitív affektivitás moderátor szerepe nem igazolódott* az általunk vizsgált folyamatban, nevezetesen a kezdeti étellel való elégedettség és későbbi pszichés jóllét reziliencia által mediált kapcsolatában. A felállított modell a folyamat 27,3%-át magyarázta ($F=10,900$; $R^2=0,273$; $p<0,001$).

Mivel a moderált mediátor modell szignifikanciája nem igazolódott a további elemzések közül csak a feltételes indirekt hatás vizsgálatát végezhetjük el. A 22. táblázatban szereplő adatok alapján az *élettel való elégedettség közvetett hatása a lelki jóllétre növekszik a pozitív affektivitás szintjének emelkedésével* (24,3 pontos PA: B=0,203; 95% CI:0,113-0,312; p<0,001; 33 pontos PA: B=0,234; 95% CI: 0,165-0,303; p<0,001; 38,3 pontos PA: B=0,247; 95% CI:0,161-0,333; p<0,001).

A hipotéziseinkbe bevont változók közül következőként az *észlelt társas támogatást* vizsgáltuk a Modell 15 segítségével, melynek során *moderátor* szerepe igazolódott (moderált mediátor index: -0,001; SE: 0,001; CI:-0,002—0,001) az általunk vizsgált folyamatban, azaz a kezdeti élettel való elégedettség és későbbi pszichés jóllét reziliencia által mediált kapcsolatában. A felállított modell a folyamat 41,7%-át magyarázta (F=43,363; R²=0,417; p<0,001).

A 9. ábra tehát egy olyan folyamatot reprezentál, mely a kezdeti élettel való elégedettség hatását vizsgálja a követéskori jóllétre a reziliencia szintjének befolyásán keresztül. Ezen túlmenően a reziliencia és a későbbi lelki életminőség közötti kapcsolatot és a két vizsgált független és függő változó közötti összefüggést – két másik vizsgált útvonalon keresztül – az észlelt társas támogatás szintje moderálja. Az eredmények arra utalnak, hogy a nagyobb élettel való elégedettséggel bíró idősök magasabb szintű rezilienciával rendelkeznek (B=0,766; p<0,001). Ez egyrészt közvetlenül eredményez követéskor tapasztalható jobb lelki életminőséget (B=0,101; p=0,034), másrészt közvetett úton, amikor a *reziliencia hatása a későbbi lelki jóllétre függ az észlelt társas támogatástól, mely a lelki jóllétre védőtényezőként hat* (B=0,002; p=0,003). Ennek a mediátor útvonalnak a moderációs eredménye azt jelenti, hogy *az élettel való elégedettség hatása a lelki jóllétre a reziliencia képességén keresztül az észlelt társas támogatás szintjétől függ*. Azonban a társas támogatás és élettel való elégedettség közötti kölcsönhatás nem feltétlenül igazolta az indirekt hatást a későbbi lelki jóllét szintjére (B=0,002; p=0,201). A moderált mediátor index negatív eredménye alapján *a társas támogatás csökkenti az élettel való elégedettség hatását a későbbi pszichés jóllétre a reziliencia révén*.

9. ábra: Az észlelt társas támogatás moderátor szerepének ábrázolása a reziliencia által mediált folyamatban



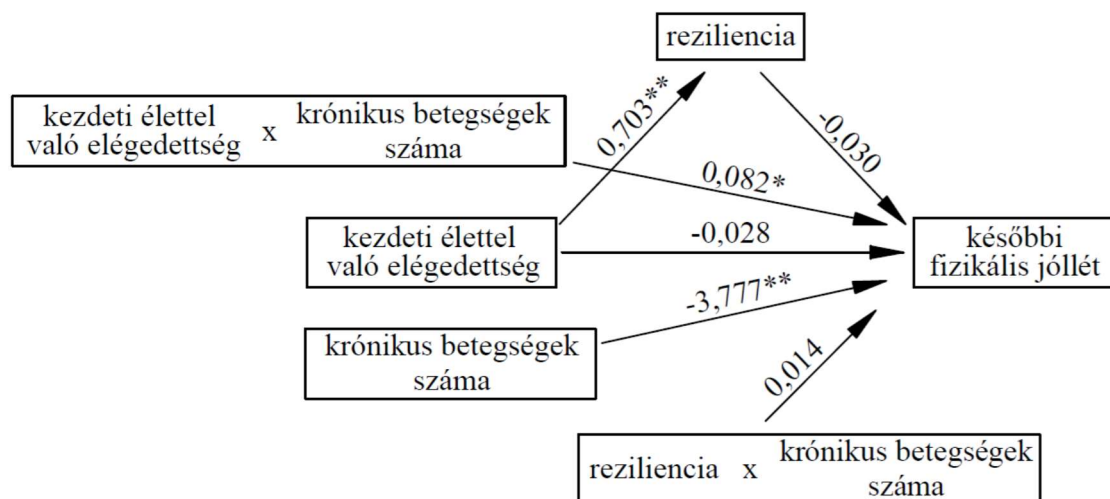
Az *élettel való elégedettség direkt hatása a lelki jóllétre csökken az észlelt társas támogatás szintjének növekedésével* (50 pontos MPSS: B=0,066; 95% CI:0,043-0,089; p<0,001; 70 pontos MPSS: B=0,028; 95% CI: 0,013-0,044; p=0,003; 77 pontos MPSS: B=0,015; 95% CI:0,004-0,033; p=0,018). A *reziliencia*

mértékének közvetlen hatása emelkedett az észlelt társas támogatás növekedésével (50 pontos MPSS: $B=0,205$; 95% CI:0,149-0,261; $p<0,001$; 70 pontos MPSS: $B=0,247$; 95% CI: 0,202-0,291; $p<0,001$; 77 pontos MPSS: $B=0,261$; 95% CI:0,207-0,316; $p<0,001$). A közvetett hatás a reziliencia szintjén keresztül a két vizsgált változó között a társas támogatás mértékének növekedésével csökken (50 pontos MPSS: $B=0,051$; 95% CI:0,029-0,074; 70 pontos MPSS: $B=0,022$; 95% CI: 0,011-0,033; 77 pontos MPSS: $B=0,012$; 95% CI:0,001-0,022).

A hipotéziseinkbe bevont változók közül következőként a krónikus betegségek számának hatását vizsgáltuk az étellel való elégedettség és fizikális életminőség közötti kapcsolatban a Modell 15 segítségével. Elemzésünk igazolta az MCC moderátor szerepét a fenti vizsgált folyamatban (moderált mediátor index: 0,010; SE=0,006; CI: 0,001-0,019). A felállított modell a folyamat 31,1 %-át magyarázta ($F=27,907$; $R^2=0,311$; $p<0,001$).

Az 10. ábra egy olyan folyamatot reprezentál, mely azt mutatja meg, hogy a kezdeti étellel való elégedettség a reziliencia szintjének hatásán keresztül hogyan hat a követéskor tapasztalható fizikális életminőség szintjére. Ezen felül a reziliencia és a testi jóllét közötti kapcsolatot és a két vizsgált független és függő változó közötti összefüggést – a két másik vizsgált útvonalon keresztül – a krónikus betegségek száma befolyásolja. Az eredmények jelen esetben is megerősítették az ismert pozitív mediátor kapcsolatot a kezdeti étellel való elégedettség és reziliencia között ($B=0,703$; $p<0,001$), valamint a reziliencia hatása a későbbi testi jóllétre függ a krónikus betegségek számától, mely a követéskor tapasztalt fizikális életminőséget csökkenti ($B=-3,777$; $p<0,001$). Az étellel való elégedettség és krónikus betegségek száma közötti kölcsönhatás alapján megállapítható az indirekt hatás a későbbi testi jóllét szintjére ($B=0,082$; $p=0,004$). A moderált mediátor index pozitív értéke alapján a krónikus betegségek száma csökkenti az étellel való elégedettség hatását a későbbi testi jóllétre a reziliencián át.

10. ábra: A multimorbid állapot moderátor szerepének ábrázolása a reziliencia által mediált folyamatban



Az étellel való elégedettség direkt hatása a testi jóllétre növekszik a krónikus betegségek számának növekedésével (1 MCC érték: $B=0,054$; 95% CI:0,019-0,128; $p=0,022$; 2 MCC érték: $B=0,136$; 95% CI: 0,084-0,188; $p<0,001$; 3 MCC érték: $B=0,218$; 95% CI:0,151-0,284; $p<0,001$). A közvetlen hatása a reziliencia mértékének növekedett a krónikus betegségek számának növekedésével (1 MCC érték: $B=0,054$; 95% CI:0,019-0,128; $p=0,022$; 2 MCC érték: $B=0,136$; 95% CI: 0,084-0,188; $p<0,001$; 3 MCC érték: $B=0,218$; 95% CI:0,151-0,284; $p<0,001$). A közvetett hatás a reziliencia szintjén keresztül a két

vizsgált változó között a *krónikus betegségek számának növekedésével emelkedik* (1 MCC érték: $B=-0,012$; 95% CI: $-0,019--0,005$; 2 MCC érték: $B=-0,002$; 95% CI: $-0,015--0,012$; 3 MCC érték: $B=0,008$; 95% CI: $0,008-0,024$).

9.2.5. *Megbeszélés*

Eredményeink szerint az élettől való elégedettség, az általános életminőség, pszichés és testi jóllét, valamint a reziliencia szintje összefüggésben állnak egymással. Ezen túlmenően a pozitív affektivitás és észlelt társas támogatás szintén befolyással van a későbbi lelki jóllétre, valamint a krónikus betegségek száma is kapcsolatban áll a rezilienciával és a későbbi testi jólléttel. Mindezen befolyásoló tényezők hatása különböző.

H1 Első feltételezésünk egyértelműen igazolódott, azaz az időskori reziliencia és az életminőség között szignifikáns kapcsolatot találtunk.

H2 Második hipotézisünk szintén igazolódott, azaz a reziliencia és az általános életminőség, valamint pszichés és testi jóllét között pozitív irányú, szignifikáns összefüggés igazolódott.

H3 Harmadik feltevésünket is alátámasztotta statisztikai elemzésünk, azaz az idősek otthonában élők szignifikánsan alacsonyabb szintű rezilienciával bírnak.

H4 Negyedik hipotézisünk igazolódott, azaz az időskori reziliencia mediálja az élettől való elégedettség és későbbi életminőség közötti kapcsolatot.

H5a Ötödik feltételezésünk első része nem igazolódott, azaz az idősek otthonában töltött évek száma nem befolyásolja szignifikánsan az élettől való elégedettség és a későbbi életminőség közötti kapcsolatot.

H5b Ötödik feltételezésünk második része részlegesen igazolódott. A kezdeti élettől való elégedettség és a későbbi lelki jóllét kapcsolatát a reziliencia mediálja. Ebben a folyamatban viszont nem játszik közvetlen moderátor szerepet a pozitív affektivitás.

H5c Ötödik feltételezésünk harmadik része újfent részlegesen került alátámasztásra. Az észlelt társas támogatás moderátor szerepet játszik az élettől való elégedettség és a későbbi pszichés jóllét kapcsolatában, ha a folyamatot a reziliencia mediálja. Eredményeink alapján az élettől való elégedettség közvetlen hatása a pszichés életminőségre csökkent a társas támogatás szintjének növekedésével, míg a reziliencia mértékének közvetlen hatása emelkedett az észlelt társas támogatás növekedésével.

H5d Ötödik feltételezésünk negyedik része alátámasztásra került a statisztikai elemzés során, azaz a krónikus betegségek száma moderálja az élettől való elégedettség és a követéskor tapasztalt testi jóllét közötti kapcsolatot abban az esetben, ha ezt a folyamatot a reziliencia mediálja. Az élettől való elégedettség közvetlen hatása a testi jóllétre emelkedett a krónikus betegségek számának növekedésével.

10. Következtetések

A bemutatott vizsgálataink célja az időskori alkalmazkodási folyamatok elemzése volt egy longitudinális kutatás keretein belül. Ahhoz, hogy ezt érdemben megtehessük elsőként egy ennek vizsgálatára is alkalmas kérdőív hazai változatát készítettük el, valamint egy kognitív tesztet validáltunk magyar idősekre, annak érdekében, hogy a megfelelő kognitív funkcióval rendelkező személyeket vonjuk be vizsgálatainkba.

Eredményeink szerint az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat magas diagnosztikai pontossággal, jó szenzitivitással bír mind a major (76 pont), mind a minor neurokognitív zavar (82 pont) feltárásában. Ahogy azt korábban említettük a dementiát gyakran nem diagnosztizálják elég korai szakaszban az alapellátásban, ezért elengedhetetlenek a gyorsan, egyszerűen elvégezhető, érzékeny kognitív tesztek. Ezen követelményeknek az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat megfelel. Hazánkban a rendelkezésre álló kognitív tesztek mellett hiánypótló lehet alkalmazása, kiemelendőnek tartjuk, hogy a jelenleg is érvényben lévő DSM-5 szerint kategorizáltuk vizsgálatunk során a neurokognitív zavarban szenvedő résztvevőket, és ez alapján adtuk meg a határértékpontokat.

Ezen túlmenően néhány módosítást követően megerősítettük a Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció Kérdőív (SOC-12; Baltes és mtsai, 1999) pszichometriai megfelelőségét, így segítségével mérhetővé válhattak az időskori alkalmazkodási folyamatok. Eredményeink alapján, mintánkon a kérdőív eredeti négyfaktoros elméleti struktúráját nem tudtuk megerősíteni, mivel a szelekciós alszálából törülnünk kellett két-két, a kompenzációs alszálából egy tételt. Eredményeink alátámasztják, hogy az időskori alkalmazkodási stratégiák mérhetőek egy olyan kérdőív segítségével, mely rövid, egyszerű válaszadási lehetőséget teremt, ezért a kitöltés és az értékelés egyaránt rövid időt vesz igénybe.

Ezt követően longitudinális vizsgálat segítségével, egy éves követés során kutattuk az idősekre jellemző alkalmazkodási folyamatokat. Ezen vizsgálati szakaszunkat két fő részre osztottuk. Elsőként az optimalizációs és kompenzációs stratégiák, valamint a SOC-stratégiák általánosságban történő használatának elemzését végeztük el, majd az időskori reziliencia jelentőségét mértük fel.

A mai társadalmi helyzetben, amikor a nukleáris családok kerülnek előtérbe, egyre növekszik az igény – olykor a család részéről, olykor az idős részéről – az idős otthoni elhelyezésre. Így kiemelten fontos annak szerepét megvizsgálni, hogy milyen tulajdonságok, készségek lehetnek azok, melyek segítenek ehhez a megváltozott élethelyzethez való alkalmazkodásban (Roberto és Blieszner, 2015). Habár születtek tanulmányok, melyek kiemeli az idősotthonban való élés előnyeit, mint pl. egyedüllét elkerülése, azonnal elérhető szociális és egészségügyi személyzet, illetve ellátás, azonban számos probléma forrása is lehet, tekintve, hogy az az idős, aki otthonba kerül, valószínűleg fizikálisan, érzelmileg vagy anyagilag nem független (Theurer és mtsai, 2015). Ez a függőség csökkentheti a mindennapi tevékenységek ellátásának képességét, az önbecsülést, és fokozhatja a depressziót (Unsar és mtsai, 2015).

Eredményeink alapján a saját otthonukban élők magasabb életminőséget élnek meg, annak minden tekintetében, míg az idősök otthonában élők életkorukat tekintve jelentősen idősebbek. A hangulati élet és az étellel való elégedettség vonatkozásában az idősök otthonában élők határozottan depressziósabbak, több krónikus betegségben szenvednek és kevésbé elégedettek életükkel, mint a saját otthonukban élők, valamint alacsonyabb szintű pozitív affektivitás és reziliencia jellemzi őket. Ezen túlmenően megfigyelhető, hogy az idősotthonban élők minden SOC-stratégiát ritkábban, kevesebbszer alkalmaznak, és ez magasabb követéskori depresszióval áll kapcsolatban. Eredményeink szerint maguk a lakókörülmények (az intézményesített életforma) is képesek depressziót okozni, azonban ezt a hatást

csökkenti a SOC-stratégiák alkalmazása. Ennek rendkívüli fontossága abban rejlik, hogy ezen stratégiák elsajátítása döntő tényező a vizsgált problémák megelőzésében. Ezt az összefüggést sem az idősök otthonában eltöltött évek száma, sem az életkor nem befolyásolja, tehát akár fiatalabb életkorban, akár idős otthonba történő bekerülés előtti fejlesztése egyaránt hasznos. A lakókörülmények hatása az életkor előrehaladtával a SOC-stratégiák általános használatán keresztül növekedést mutatott a követéskori depresszióra, míg az életkor növekedésével csökkent a lakókörülmények közvetett hatása a depresszióra mind az optimalizáció, mind a kompenzáció használata mellett. Mindezen eredmények alátámasztják, hogy az idősök otthonában élők számára e két SOC-stratégia alkalmazása kiemelt jelentőségű az esetleges későbbi hangulati problémák megelőzésében, képesek csökkenteni a későbbi depresszió szintjét, tehát védelmet nyújtanak vele szemben. A hangulati élet zavarai és a lakókörülmények tekintetében legadaptívabbnak az optimalizáció és kompenzáció technikája tekinthető. Alkalmazásukkal, fejlesztésükkel az idősök is képesek lehetnek lakókörülménytől függetlenül a hangulati élet javítására. Az életkor előrehaladtával e két stratégia szerepe ezen kapcsolatban még fokozottabban jelenik meg, azaz, minél idősebb valaki, annál nagyobb hasznot jelent számára használatuk. Következésképpen ezen stratégiák pszichológiai erőforrásoknak tekinthetők, melyek hasznosak a meglévő képességek megtartásában is.

Eredményeinkkel összhangban több más kutatás is megerősítette az optimalizáció és kompenzáció szerepét a sikeres idősödésben. Az előrelátható problémák és veszteségek megelőzésével ezen stratégiák számára biztosíthatóak azon erőforrások, melyekkel a személyes célok elérhetőek maradnak, ami egyértelműen befolyásolja a szubjektív jóllétet (Freund és Baltes, 2002a, 2002b; Greenglas, 2002). Szintén ennek a két stratégiának a jelentősége bizonyosodott be az életkorral való elégedettség érzésével kapcsolatosan és a magány hiányával összefüggésben (Freund és Baltes, 1998, 1999). A SOC-stratégiák használata és a klinikai szintű depresszió között negatív irányú kapcsolat figyeltek meg (Chou és Chi, 2001a), valamint úgy találták, hogy alkalmazásuk képes befolyásolni a depresszió lefolyását, csökkenteni a relapszus kockázatát (Zuroff és mtsai, 1999). A SOC-stratégiák alkalmazásának pozitív hatásai különösen olyan helyzetekben mutatkoznak meg, ahol a személyes kapacitás korlátozott, mint például intézményesített életvitel, vagy ahol a személlyel szembeni elvárások kifejezetten magasak (Krampe és mtsai, 2001).

A SOC-stratégiák szerepe a mindennapos pszichiátriai gyakorlatban is megkérdőjelezhetetlen. Maga a modell abban tér el az eddig ismert elméleti hátterektől, hogy nem korlátozódik sem az erőforrások, sem a sikeres idősödési folyamatok külön-külön történő elemzésére, hanem azt jeleníti meg, hogyan működnek együtt az erőforrások és az alkalmazott stratégiák a sikeres öregedés érdekében. Főképp német nyelvterületen a gerontopszichoterápiás eljárások alapvető módszere, melynek során a stratégiáknak megfelelő technikák taníthatóak nem csak az idős, hanem a gondozó családtagok számára is. A gyakorlat szempontjából szelekciós módszerként jelenik meg a pszichoterápiában a célok és vágyak összehangolása például a megváltozott fizikális állapothoz való alkalmazkodás, a régi csalódások feldolgozása, a meg nem valósítható remények feladása. Optimalizációs stratégiának számít többek között a lakótér idősbarát kialakítása, lépcsők és küszöbök megszüntetése, illetve különböző szolgáltatások bevonása az idős életébe, mint étkezési lehetőség, ápolási-gondozási szolgálatok, bevásárlás segítése, illetve a család, barátok bevonása a megfelelő alkalmazkodás kialakításához. A kompenzációs stratégiák tanulása a képességek csökkenésével, inaktivizálódásával állnak kapcsolatban, az „amit nem használsz, elveszted” elven működő hiányosságokkal való megküzdésben van kétségbevonhatatlan szerepük. Ide tartozik

például a gyakorlással újra aktiválható memóriafunkciók, szociális készségek, mindennapos tevékenységek elvégzése, krónikus betegségek és szexuális zavarok kezelése. A kompenzáció pszichoterápiás technikája többek között erősíti azon magatartásformákat, melyek segítségével a pszichés problémák (pl. depresszió) megelőzhető, csökkenti a diszfunkcionális attitűdöket, valamint konstruktív viselkedési formákat alakít ki (Hautzinger, 2000; Laidlaw és mtsai, 2016).

A közelmúltban a rezilienciáról szóló elméleti és kutatási szakirodalom rendkívül megszorodott, ezen belül az elmúlt évtizedben kifejezetten a felnőttkori rezilienciáról szóló vizsgálatok száma emelkedett. Ha a felnőttkori reziliencia kerül szóba, a fogalom meghatározása mindig tartalmazza az ellenállóképességet, mely szerint az egyén olyan, az életet megváltoztató élményt követően is képes visszatérni korábbi pszichés működéséhez, és viszonylag stabil maradni, mint szerettük elvesztése, vagy más megrázó esemény (Hoare, 2015). A reziliencia fogalmát csak ritkán tanulmányozták idősekre vonatkozóan. Ez azért is tűnik érdekesnek, mivel a tapasztalatok és az idősödésről szóló szakirodalom alapján a későbbi életévek számos különféle veszteséggel, traumával járnak, melyek kihívást jelentenek az egyén számára, és csökkenthetik testi és lelki egészségét. Így például az időseknek egy sor olyan életeseménnyel kell megküzdniük, mint a nyugdíjazás, az egészségügyi problémák és a közeli hozzátartozók, barátok halála, amelyek valószínűbbek az élet ezen, későbbi szakaszában (Duke és mtsai, 2002). Nagyrészt életkori sztereotípiákat jelentenek azok az elképzelések, melyek szerint az idősek korlátozott rezilienciával, ellenállóképességgel rendelkeznek és negatívan értékelik saját és kortársaik képességét személyes életük irányításában. Ezt szerencsére ellensúlyozzák a szakirodalmi eredmények, melyek bebizonyították, hogy a legtöbb idős a fiatalokhoz hasonló személyes kontrollal és önhatékonysággal rendelkezik.

Eredményeink szerint, akik magasabb étellel való elégedettségről számolnak be, magasabb rezilienciával bírnak, mint azon idősek, akik alacsonyabb elégedettséggel bírnak, és ez a magasabb rezilienciaszint magasabb követéskori életminőség dimenziókkal áll kapcsolatban. A kezdeti étellel való elégedettség magasabb későbbi életminőséget eredményez akkor is, ha figyelembe vételre került az elégedettség közvetett hatása a reziliencián keresztül.

További eredményeink alapján a nagyobb étellel való elégedettséggel bíró idősek magasabb szintű rezilienciával rendelkeznek. Ez egyrészt közvetlenül eredményez követéskor tapasztalható jobb lelki életminőséget, másrészt közvetett úton, amikor a reziliencia hatása a későbbi lelki jóllétre függ az észlelt társas támogatástól, mely a lelki jóllétre védőtényezőként hat. Az étellel való elégedettség hatása a lelki jóllétre a reziliencia képességén keresztül az észlelt társas támogatás szintjétől függ. A társas támogatás csökkenti az étellel való elégedettség hatását a későbbi pszichés jóllétre a reziliencia révén. Az étellel való elégedettség hatása a lelki életminőségre csökken az észlelt társas támogatás szintjének növekedésével, illetve a reziliencia mértékének hatása emelkedett az észlelt társas támogatás növekedésével. Ennek értelmében a társas támogatás jelentősége időskorban is fontos szerepet játszik, képes az alacsonyabb étellel való elégedettség hatását mérsékelni a későbbi pszichés jóllétre.

Ezen túlmenően vizsgálataink alátámasztották, hogy a reziliencia hatása a későbbi testi jóllétre függ a krónikus betegségek számától, mely a követéskor tapasztalt fizikális életminőséget csökkenti. Az étellel való elégedettség és a krónikus betegségek száma közötti kölcsönhatás alapján megállapítható a közvetett hatás a későbbi testi jóllét szintjére. A krónikus betegségek száma csökkenti az étellel való elégedettség hatását a későbbi testi jóllétre a reziliencián át. Továbbá az étellel való elégedettség közvetlen hatása a testi jóllétre növekszik a krónikus betegségek számának növekedésével, míg a reziliencia mértékének

hatása emelkedett a krónikus betegségek számának növekedésével. A közvetett hatás a reziliencia szintjén keresztül a két vizsgált változó között a krónikus betegségek számának növekedésével emelkedik.

Habár a pozitív affektivitás kifejezett befolyásoló hatása nem került bizonyításra, az elmondható, hogy az étellel való elégedettség közvetett hatása a lelki jóllétre növekszik a pozitív affektivitás szintjének emelkedésével, ha a folyamatot a reziliencia mértéke szabályozza.

Összességében tehát eredményeink alátámasztották az időskori reziliencia jelentőségét, mivel alapvető tényező többek között az étellel való elégedettség és életminőség kapcsolatában. Ehhez hasonlóan fontos szerepet játszik az észlelt társas támogatás az előbbi faktorok közötti viszonyban, mivel megfelelő szintű társas támogatás képes csökkenteni mind az étellel való elégedettség hatását, mind a reziliencia hatását a későbbi lelki jóllétre.

A következőkben eredményeink nemzetközi kutatásokkal való összevetését végezzük el.

A társas támogatást illetően kétirányú kapcsolat figyelhető meg: egyrészt a rezilienciát befolyásolja a társas támogatás, másrészt a megfelelően adaptív rugalmasság kialakításához társas támogatásra van szükség (Janssen és mtsai, 2011; van der Leeuw és mtsai, 2011; van Kessel, 2013). A kutatási eredmények azt sugallják, hogy az élet során jelentkező nehézségek felhalmozódása és a kihívásokkal való adaptív megküzdés lehetőséget ad a reziliencia kialakulására, ezáltal javíthatja a későbbi eredményességet az életben (Erim és mtsai, 2015; Perna és mtsai, 2013).

Az időskori társas támogatás is jelentős szerepet játszik az alkalmazkodási folyamatokban, nem csak saját, hanem más szakirodalmi adatok alapján is. Mund és munkatársai (2019) a magányosság tekintetében magas szintű stabilitást talált, melyre az életkornak nincs jelentős hatása. Wrzus és munkatársai (2013) metaanalízisükben megmutatták, hogy a közeli és családi kapcsolati hálózatok mérete nagyrészt állandó marad előrehaladott életkorban is. Ez összhangban van a társas-érzelmi szelektivitás elméletével (Carstensen, 2006), tehát az idősödő egyénnek proaktív módon szükséges fenntartania a számára jelentős társas kapcsolatait.

A társas támogatás, mint pszichoszociális erőforrás, képes megvédeni az időseket az életkorral járó kihívások negatív következményeitől (Bueno és Navarro, 2003; Diener és mtsai, 2003), azonban ezzel párhuzamosan az új kapcsolatokra való lehetőségek korlátozottabbak (Dykstra, 2010), amely magányosság érzetéhez vezethet (Li, és mtsai, 2014). Így előnyösebb, ha a mennyiség helyett a minőségi, magasabb színvonalú társas kapcsolatok kerülnek választásra (Carstensen, 1992). Ezen túlmenően a társas támogatás befolyással van a szorongás és a depresszió mérséklésére (Hatfield és mtsai, 2012; Hsu és Tung, 2010; Taylor és Lynch, 2004), úgy is tekinthetünk rá, mint megküzdési stratégiára, mely lehetővé teszi az idősek számára hogy a stresszel teli események hatását, következményeit enyhítse (Chou és mtsai, 2004; Gow és mtsai, 2007). Egyes kutatási eredmények szerint a társas támogatás lehet a kulcs a fizikai és lelki egészség védelmében (Özbay és mtsai, 2007). Összességében tehát a társas támogatás egy erőteljes pozitív hatást gyakorol az idősek életminőségére (Sahin és Özer, 2019).

A reziliencia olyan ideális mediátor tényező, mely képes pozitív irányban befolyásolni a különböző rizikófaktorok hatását a depresszív tünetekre (Haefel és Grigorenko, 2007; Rutten és mtsai, 2013). Zimmerman és mtsai (2013) feltételezték, hogy ez két fő modellen keresztül valósulhat meg, egyrészt a kompenzációs modellen keresztül, mely során a kockázati tényezőktől függetlenül képes a reziliencia semlegesíteni azok hatását, illetve a védőfaktor modellen át, mely során ténylegesen befolyásolja magát a rizikótényezőt. A kompenzációs hatást támogatja az a tény, hogy magas rezilienciával bíró személyek kisebb számú pszichopathológiai tünetet mutatnak depresszió esetén (Campbell-Sills és mtsai, 2006).

Illetve a védőfaktor modell alapján a reziliencia képes befolyásolni a negatív életesemények hatását a pszichoszociális jóllét érdekében (Faircloth, 2017). Így összességében tehát a reziliencia egy multidimenzionális konstruktum, különböző kulturális és társadalmi összetevőkkel.

Az időskori reziliencia akár növelhető is. Számos tanulmány született, melyben a beavatkozási lehetősége széles skáláját jelenítik meg. Ilyen lehetőség például a mindfulness gyakorlatok, illetve a kognitív átstrukturálás. Úgy találták, hogy a mindfulness meditáció javítja a coping készségeket, fokozza a jóllét érzését és a pozitív érzelmek átélését (Davidson és McEwen, 2012; Southwick és Wilson, 2015). Ezen tréning során az idősek olyan készségeket gyakorolhatnak, melyek elősegítik a figyelem aktuális pillanatra történő összpontosítását, valamint az érzelmek szabályozását, az elfogadás és tolerancia fejlesztését (Baer, 2003; Kent és Davis, 2010).

Végezetül a kutatások azt mutatják, hogy a reziliencia növelésére tett egyéni beavatkozások személyre szabása előnyösebb, a legjobb lehetőségeket kínálja az időseknek, mint a mindenkire azonos módszer, egyféle megközelítés alkalmazása. Amennyiben nincs lehetőség erre, úgy vannak olyan általános beavatkozások melyek hasznosak lehetnek bármelyik idős számára. Ide tartoznak a napi ütemezés, tevékenységek tervezése, készségek kialakítása és az érzelmi szabályozásra összpontosító terápia pl. a túlélő házastárs gyász munkájának megkönnyítése (Mancini és Bonanno, 2009). Más hatékony beavatkozások hangsúlyozhatják az idősek erősségeit, beleértve a társas kapcsolatok létesítésének és fenntartásának képességét, a mások segítségére való hajlandóságot. Az önkéntesség és más társadalmi vagy közösségi részvétel, főként szervezett tevékenységek révén, különösen hatásos lehet azoknál az időseknél, akik magányosak, vagy társas kapcsolatokra vágnak. A középiskolások pl. csoportokat hozhatnak létre, hogy együtt vegyenek részt a társadalmi tevékenységekben úgy, mint kirándulásokon, főzőtanfolyamokon, testnevelési órákon, illetve lehetőség van arra is, hogy csoportos tevékenységek során összekapcsolják a hasonló érdeklődésű időseket (Felix és mtsai, 2014).

A kognitív átkeretezés vagy átértékelés segít az eseményekről alkotott felfogás megváltoztatásában, mely által csökkennek a negatív érzelmek. Kutatások kimutatták, hogy azok, akik ezt a módszert alkalmazták rugalmasabban és eredményesebben tudtak alkalmazkodni a körülményekhez. Az újraértelmezés során pszichésen megváltoztatják az események, összefüggések iránti lelki kapcsolódást, valamint a távítás során egy kívülálló szemén keresztül tekintenek a negatív eseményre. Ez utóbbi hosszabb távon több előnnyel jár, azonban mindkettő fontos az idősek számára. Ezekon kívül alkalma nyílik az idősnek fejleszteni saját, ezirányú készségeit is, a megküzdési képesség növelésével, másokkal való kapcsolatok fejlesztésével, önismereti készségek fejlesztésével, fokozott spiritualitással (Hoare, 2015).

Limitációk és jövőbeli kutatási lehetőségek

Vizsgálatunk minden szakaszát elérhetőségi mintán végeztük, így eredményeink nem általánosíthatóak, azok érvényességét a későbbiekben reprezentatív mintán is érdemes lenne megvizsgálni. Résztevőink önkéntesen vállalták a kutatási folyamatban való szereplést, mindennemű anyagi vonzat nélkül, illetve a vizsgált populációban a nők felülreprezentáltak szerepelnek, mely befolyásolhatta eredményeinket. Ennek okát részben demográfiai adatokban találtuk meg (nevezetesen a férfiak alacsonyabb várható élettartama miatt), másrészt személyes tapasztalat alapján a nők szívesebben és gyakrabban vállalkoztak kutatásunkban való részvételle.

Az időskori alkalmazkodási folyamatok összefüggéseiben nem került sor a kognitív funkciók szerepének tisztázására, tekintve, hogy ebből a szempontból egészséges személyek vettek részt kutatásunkban.

Későbbiekben érdemes lenne nem csak normál kognitív képességekkel rendelkezőkön elvégezni a felméréseket, ezzel lehetővé válna ezen kulcsfontosságú tényező megismerése is a vizsgált folyamatok tekintetében.

Fontos kérdés lenne, hogy vajon oka, vagy inkább következménye az idős otthoni elhelyezésnek a feltárt alkalmazkodási különbségek. Ennek vizsgálatára az idősök otthonában eltöltött évek számát vontuk be elemzésünkbe, mely nem járt szignifikáns eredménnyel. Jövőbeni kutatások megtervezése során ennek figyelembevételével érdemes lenne a vizsgálati populáció intézményesítés előtti és utáni felmérése (mely kutatástechnikai szempontból igen nagy kihívás).

További limitáció, hogy hosszmetzeti kutatásunk során csak önkitöltő kérdőíveket alkalmaztunk, mely esetén a válaszokat befolyásolhatták olyan tényezők, mint meghatározott válaszbeállítódás, a megfelelés igénye, saját kognitív és lelki folyamatokkal kapcsolatos belátási képesség. Célszerű lenne a későbbiekben többféle mérési módszer alkalmazása (pl. strukturált interjú, megfigyelés), hogy több irányból is megközelíthetőek legyenek a vizsgált tényezők.

Nehézséget okozott a kutatás során a megfelelően adaptált, magyar kérdőívek felkutatása mind az időskori alkalmazkodási folyamatok tekintetében, mind a kognitív képességek mérését illetően. Vizsgálatunk egyik legnagyobb erénye, egyben bizonyos fokú korlátot is jelent, mivel kutatásunk során részben egy általunk adaptált kérdőívet és validálásunkra váró neurokognitív tesztet használtuk, ezért eredményeink a csekély, illetve hiányzó hazai tapasztalat miatt nem hasonlíthatók össze más vizsgálatok eredményeivel. Legjobb tudomásunk szerint kutatásunk az első, mely az idősök alkalmazkodási folyamatait a szelekció-optimalizáció-kompenzációs mechanizmusok és más pozitív és negatív tényezők mentén hosszmetzeti kutatás során vizsgálta, ok-okozati kapcsolatot feltételezve. Eredményeink arra utalnak, hogy a korábban már külön-külön vizsgált tényezők kapcsolatait érdemes komplex modellek felállításánál során továbbvizsgálni. Az általunk feltárt összefüggések igazolására és általánosíthatóságának alátámasztására tehát további elemzések szükségesek.

Irodalomjegyzék

- Alexopoulos, P., Greim, B., Nadler, K., Martens, U., Krecklow, B., & Domes, G. et al. (2006). Validation of the Addenbrooke's Cognitive Examination for Detecting Early Alzheimer's Disease and Mild Vascular Dementia in a German Population. *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders*, 22(5-6), 385-391. <https://doi.org/10.1159/000095642>
- Amado, N., Diniz, A. M., & Martins, M. (2006). Estudo preliminar da adaptação portuguesa para idosos do Selection, Optimization and Compensation Questionnaire (Short Version) [A preliminary study of the Selection, Optimization and Compensation Questionnaire's (Short Version) Portuguese adaptation for elders]. Em C. Machado, L. S. Almeida, M. A. Guisande, M. Gonçalves & V. Ramalho (Orgs.), *Actas da XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 215-222). Braga: Psiquilíbrios.
- Aspinwall, L., & Richter, L. (1999). *Motivation And Emotion*, 23(3), 221-245. <https://doi.org/10.1023/a:1021367331817>
- Baer, R. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 10(2), 125-143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Baltes, B., & Heydens-Gahir, H. (2003). Reduction of Work-Family Conflict Through the Use of Selection, Optimization, and Compensation Behaviors. *Journal Of Applied Psychology*, 88(6), 1005-1018. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.6.1005>
- Baltes, P., Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes, P.B., Baltes, M.M.: *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press.
- Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Baltes, M. M., Freund, A. M., & Lang, F. R. (1999). The measurement of selection, optimization, and compensation (SOC) by self report: *Technical Report 1999*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2213.4807>
- Bier, J., Donckels, V., van Eyll, E., Claes, T., Slama, H., Fery, P., & Vokaer, M. (2004). The French Addenbrooke's Cognitive Examination Is Effective in Detecting Dementia in a French-Speaking Population. *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders*, 19(1), 15-17. <https://doi.org/10.1159/000080965>
- Brown, L. M., & Schinka, J. A. (2005). Development and initial validation of a 15-item informant version of the Geriatric Depression Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(10), 911-918. <https://doi.org/10.1002/gps.1375>
- Bueno, B., & Navarro, A.B. (2003). Identificación de los problemas, afrontamiento y relación con la satisfacción vital en personas muy mayores [Problems, coping and relationship with the life-satisfaction in very elderly people]. *Mapfre Medicina*, 14, 37-50.
- Caltabiano, M. L., & Caltabiano, N. J. (2006). Resilience and health outcomes in the elderly. *39th Annual Conference of the Australian Association of Gerontology*, Sydney
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585-599. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.001>
- Canty-Mitchell, J., & Zimet, G. D. (2000). Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Urban Adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 28(3), 391-400. <https://doi.org/10.1023/a:1005109522457>
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331-338. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.7.3.331>
- Carstensen, L. L. (2006). The Influence of a Sense of Time on Human Development. *Science*, 312(5782), 1913-1915. <https://doi.org/10.1126/science.1127488>
- Carstensen, L.L. & Lang, Frieder. (2007). Sozioemotionale Selektivität über die Lebensspanne: Grundlagen und empirische Befunde.
- Carstensen, L.L., Hanson, K.A., & Freund, A.M. (1995). *Selection and compensation in adulthood*. In Dixon R.A., Bäckman, L.: *Compensating for psychological deficits and declines: Managing losses and promoting gains*. NJ: Erlbaum, Mahwah, 107-126.
- Chong, M.-Y., Chen, C.-C., Tsang, H.-Y., Yeh, T.-L., Chen, C.-S., Lee, Y.-H., Tang, T.-C., & Lo, H.-Y. (2001). Community study of depression in old age in Taiwan. *British Journal of Psychiatry*, 178(1), 29-35. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.1.29>
- Chou, K.-L., & Chi, I. (2001). Selection, Optimization, and Compensation Questionnaire. *Clinical Gerontologist*, 24(1-2), 141-151. https://doi.org/10.1300/j018v24n01_10
- Chou, K.-L., Chi, I., & Chow, N. W. S. (2004). Sources of income and depression in elderly Hong Kong Chinese: mediating and moderating effects of social support and financial strain. *Aging & Mental Health*, 8(3), 212-221. <https://doi.org/10.1080/13607860410001669741>

- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Craik, F., & Salthouse, T. (2000). *The handbook of aging and cognition* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- D'Ath, P., Katona, P., Mullan, E., Evans, S., & Katona, C. (1994). Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: The acceptability and performance of the 15 item geriatric depression scale (GDS15) and the development of short versions. *Family Practice, 11*(3), 260-266. <https://doi.org/10.1093/fampra/11.3.260>
- Davidson, R. J., & McEwen, B. S. (2012). Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. *Nature Neuroscience, 15*(5), 689–695. <https://doi.org/10.1038/nn.3093>
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research, 40*(1/2), 189–216. <https://doi.org/10.1023/a:1006859511756>
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology, 54*, 403–425. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145056>
- Dixon, R.A. (1995). Promoting competence through compensation. In L.A. Bond, S.J. Cutter and A. Grams (eds.): *Promoting successful and productive aging*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Duke, J., Leventhal, H., Brownlee, S., & Leventhal, E. A. (2002). Giving up and replacing activities in response to illness. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57*(4), P367–P376. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.4.P367>
- Dykstra, P. (2010). Personal relationships in late life: An introduction to the special issue. *Journal Of Social And Personal Relationships, 28*(1), 5-8. <https://doi.org/10.1177/0265407510391643>
- Ensel, W. M. (1991). "Important" life events and depression among older adults: The role of psychological and social resources. *Journal of Aging and Health, 3*(4), 546–566. <https://doi.org/10.1177/089826439100300407>
- Erim, Y., Kahraman, Y., Vitinius, F., Beckmann, M., Kröncke, S., & Witzke, O. (2015). Resilience and quality of life in 161 living kidney donors before nephrectomy and in the aftermath of donation: a naturalistic single center study. *BMC Nephrology, 16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12882-015-0160-z>
- Faircloth, A. L. (2017). *Resilience as a mediator of the relationship between negative life events and psychological well-being* [Unpublished doctoral dissertation]. Georgia Southern University: Statesboro (GA).
- Felix, J. F., Voortman, T., van den Hooven, E. H., Sajjad, A., Leermakers, E. T. M., Tharner, A., Jong, J. C. K., Duijts, L., Verhulst, F. C., de Jongste, J. C., Tiemeier, H., Hofman, A., Rivadeneira, F., Moll, H. A., Raat, H., Jaddoe, V. W., & Franco, O. H. (2014). Health in children: A conceptual framework for use in healthy ageing research. *Maturitas, 77*(1), 47–51. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.09.011>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state." *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015). Resilience in aging: literature review. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(5), 1475–1495. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.00502014>
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2000). *The orchestration of selection, optimization and compensation: An action-theoretical conceptualization of a theory of developmental regulation*. In W. J. Perrig & A. Grob (Eds.), *Control of human behavior, mental processes, and consciousness: Essays in honor of the 60th birthday of August Flammer* (p. 35–58). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002a). Life-management strategies of selection, optimization and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*(4), 642–662. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.4.642>
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002b). The Adaptiveness of Selection, Optimization, and Compensation as Strategies of Life Management: Evidence From a Preference Study on Proverbs. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57*(5), P426–P434. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.5.p426>
- Freund, A., & Baltes, P. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology And Aging, 13*(4), 531-543. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.13.4.531>
- Freund, A., & Baltes, P. (1999). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correction to Freund and Baltes (1998). *Psychology and Aging, 14*: 700–702.
- Freund, A., & Riediger, M. (2001). What I have and what I do: The role of resource loss and gain throughout life. *Applied Psychology, 50*, 370-380.

- Füredi, J., & Németh, A. (2015). *A pszichiátria magyar kézikönyve: 5. edition*. p. 409-432. Medicina Kiadó
- Gow, A. J., Pattie, A., Whiteman, M. C., Whalley, L. J., & Deary, I. J. (2007). Social Support and Successful Aging. *Journal of Individual Differences*, 28(3), 103–115. <https://doi.org/10.1027/1614-0001.28.3.103>
- Greenglass, E. R. (2002). Proactive Coping and Quality of Life Management. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond Coping, Meeting goals, visions, and challenges* (p. 37–62). Oxford University Press <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198508144.003.0003>
- Grenade, L., & Boldy, D. (2008). Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings. *Australian Health Review*, 32(3), 468. <https://doi.org/10.1071/ah080468>
- Haefffel, G. J., & Grigorenko, E. L. (2007). Cognitive Vulnerability to Depression: Exploring Risk and Resilience. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16(2), 435–448. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2006.11.005>
- Hatfield, J. P., Hirsch, J. K., & Lyness, J. M. (2012). Functional impairment, illness burden, and depressive symptoms in older adults: does type of social relationship matter? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(2), 190–198. <https://doi.org/10.1002/gps.3808>
- Hayes, A. F. (2013). *Methodology in the social sciences. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press.
- Hayes, A. F. & Coutts, J. J. (2020). Use Omega rather than Cronbach's Alpha for estimating reliability. But..., *Communication Methods and Measures*, 14:1, 1–24. <https://doi.org/10.1080/19312458.2020.1718629>
- Heckhausen, J. (1999). *Developmental regulation in adulthood: age-normative and sociostructural constraints as adaptive challenges*. Cambridge University Press.
- Heim, S., Busa, C., Pozsgai, É., Csikós, Á., Papp, E., Pákási, M., Kálmán, J., Hajnal, F., & Karádi, K. (2019). Hungarian general practitioners' attitude and the role of education in dementia care. *Primary Health Care Research & Development*, 20. <https://doi.org/10.1017/s1463423619000203>
- Herrera-Pérez, E., Custodio, N., Lira, D., Montesinos, R., & Bendezu, L. (2013). Validity of Addenbrooke's Cognitive Examination to Discriminate between Incipient Dementia and Depression in Elderly Patients of a Private Clinic in Lima, Peru. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 3(1), 333–341. <https://doi.org/10.1159/000354948>
- Hautzinger, M. (2000). *Depression im Alter*. Weinheim: Beltz/PVU
- Hoare, C. (2015). Resilience in the Elderly. *Journal of Aging Life Care*. Retrieved August 8, 2020 from <https://www.aginglifecarejournal.org/resilience-in-the-elderly/>
- Hsu, H.-C. (2012). Trajectories and covariates of life satisfaction among older adults in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(1), 210–216. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.08.011>
- Janka, Z., Somogyi, A., & Maglóczy, E. (1988). Dementia screening by a short cognitive test. [Dementia szűrővizsgálat kognitív gyorseszteszt segítségével.] *Orvosi Hetilap*, 129, 2797–2800.
- Janssen, B. M., Van Regenmortel, T., & Abma, T. A. (2011). Identifying sources of strength: resilience from the perspective of older people receiving long-term community care. *European Journal of Ageing*, 8(3), 145–156. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0190-8>
- Janssen, M. (2011). Resilience and adaptation in the governance of social-ecological systems. *International Journal of the Commons*, 5(2), 340. <https://doi.org/10.18352/ijc.320>
- Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Beekman, A. T. F., Kluiters, H., & Ribbe, M. W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders*, 83(2–3), 135–142. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.06.001>
- Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Gerritsen, D. L., Derksen, M., Beekman, A. T. F., Kluiters, H., & Ribbe, M. W. (2005). Diagnostic accuracy of the original 30-item and shortened versions of the Geriatric Depression Scale in nursing home patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11), 1067–1074. <https://doi.org/10.1002/gps.1398>
- Joshi, N., Khanna, R., & Shah, R. M. (2015). Relationship Between Depression and Physical Activity, Disability, Burden, and Health-Related Quality of Life Among Patients with Arthritis. *Population Health Management*, 18(2), 104–114. <https://doi.org/10.1089/pop.2014.0062>
- Kahn, R.L., & Antonucci, T.C. (1980). "Convoys Over the Life Course: Attachment, Roles and Social Support." *Life-Span Development and Behavior* edited by P. B. Baltes and O. Brim. New York: Academic Press., 3, 253-286.
- Kent, M., & Davis, M. C. (2010). The emergence of capacity-building programs and models of resilience. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.). *Handbook of adult resilience* (pp. 427-449). New York, NY: the Guilford Press.

- Kessler, R. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74(1), 5–13. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00426-3](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00426-3)
- Kinsel, B. (2005). Resilience as adaptation in older women. *Journal of Woman & Aging*, 17(3), 23–39. https://doi.org/10.1300/J074v17n03_03
- Kiss, E., Vajda, D., Káplár, M., Csókási, K., Hargitai, R. & Nagy, L. (2015). *The Hungarian adaptation of the 25-item Connor-Davidson Resilience Scale*. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 16 (1). pp. 93-113. <http://dx.doi.org/10.1556/Mental.16.2015.1.4>
- Klinger, E. (1977). *Meaning [and] void : inner experience and incentives in people's lives*. University Of Minnesota Press.
- Krampe, R.T., Rapp, M., Bondar, A., & Baltes, P.B. (2001). Selektion, Optimierung und Kompensation in Doppelaufgaben: Ressourcenallokation zwischen sensomotorischen und kognitiven Funktionen als intelligentes Verhalten. *Unveröffentlichtes Manuscript*, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin
- Laidlaw K, Kishita N, Chellingsworth M (2016) A Clinicians Guide to: CBT with older adults. UEA. Link https://www.optimalagingcenter.com/wp-content/uploads/2018/08/KL_IAPT_High_intensity_CBT_OLDER-PEOPLE_workbook.pdf (Assessed 17 Aug 2021)
- Larsen, R. J., Diener, E., & Emmons, R. A. (1985). An evaluation of subjective well-being measures. *Social Indicators Research*, 17(1), 1–17. <https://doi.org/10.1007/bf00354108>
- Lavretsky, H. (2014). *Resilience and aging: Research and practice*. Johns Hopkins University Press.
- Li, C., Chi, I., Zhang, X., Cheng, Z., Zhang, L., & Chen, G. (2014). Urban and rural factors associated with life satisfaction among older Chinese adults. *Aging & Mental Health*, 19(10), 947–954. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.977767>
- Little, B. R. (2014). Well-doing: Personal projects and the quality of lives. *School Field*, 12(3), 329–346. <https://doi.org/10.1177/1477878514545847>
- Lu, C.-H., Liu, C.-Y., & Yu, S. (1998). Depressive Disorders Among the Chinese Elderly in a Suburban Community. *Public Health Nursing*, 15(3), 196–200. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.1998.tb00339.x>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2009). Predictors and Parameters of Resilience to Loss: Toward an Individual Differences Model. *Journal of Personality*, 77(6), 1805–1832. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00601.x>
- Marsiske, M., Lang, F.R., Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (1995). *Selective optimization with compensation: Life-span perspectives on successful human development*. In Dixon, R.A., Bäckman, L.: *Compensating for psychological deficits and declines: Managing losses and promoting gains*. NJ: Erlbaum, Mahwah, 35-79.
- Martos, T. (2009). Goals, projects, strivings. I. Theoretical considerations and possibilities of application. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 64(2), 337–358. <https://doi.org/10.1556/mpszle.64.2009.2.3>
- Mathuranath, P. S., Nestor, P. J., Berrios, G. E., Rakowicz, W., & Hodges, J. R. (2000). A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neurology*, 55(11), 1613–1620. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000434309.85312.19>
- Mayer, K. U., Baltes, P. B., Baltes, M. M., Borchelt, M., Delius, J., Helmchen, H., et al. (1999). *What do we know about old age and aging? Conclusions from the Berlin Aging Study*. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 475-519). Cambridge: Cambridge University Press.
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 382–389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- Montross, L. P., Depp, C., Daly, J., Reichstadt, J., Golshan, S., Moore, D., Sitzer, D., & Jeste, D. V. (2006). Correlates of Self-Rated Successful Aging Among Community-Dwelling Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 43–51. <https://doi.org/10.1097/01.jgp.0000192489.43179.31>
- Mui, A. C. (1996). Geriatric Depression Scale as a community screening instrument for elderly Chinese immigrants. *International Psychogeriatrics*, 8(3), 445–458. <https://doi.org/10.1017/S1041610296002803>
- Mund, M., Freuding, M. M., Möbius, K., Horn, N., & Neyer, F. J. (2019). The Stability and Change of Loneliness Across the Life Span: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Personality and Social Psychology Review*, 24(1), 24–52. <https://doi.org/10.1177/1088868319850738>
- Nussbaum, A. M., & American Psychiatric Association. (2013). *The pocket guide to the DSM-5 diagnostic exam*. American Psychiatric Pub.

- Özbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgen, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice. *Psychiatry*, 4(5), 35–40. PMID: 20806028
- Papp-Zipernovszky, O., Kékesi, M. Z., & Jámbori, Sz. (2017). A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika*, 18(3), 230–262. <https://doi.org/10.1556/0406.18.2017.011>
- Paulik, E., Belec, B., Molnár, R., Müller, A., Belicza, É., Kullmann, L., & Nagymajtényi, L. (2007). Applicability of the brief version of the World Health Organization's quality of life questionnaire in Hungary. *Orvosi Hetilap*, 148(4), 155–160. <https://doi.org/10.1556/oh.2007.27854>
- Perczel-Forintos, D., Ajtay, Gy., Barna, Cs., Kiss, Zs., & Komlósi, S. (2018). *Kérdőívek, becslőkálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: Semmelweis Kiadó
- Perna, L., Mielck, A., Lacruz, M. E., Emeny, R. T., von Eisenhart Rothe, A., Meisinger, C., & Ladwig, K.-H. (2013). The association between resilience and diabetic neuropathy by socioeconomic position: Cross-sectional findings from the KORA-Age study. *Journal of Health Psychology*, 20(9), 1222–1228. <https://doi.org/10.1177/1359105313510334>
- Phelan, J. C., Link, B. G., Diez-Roux, A., Kawachi, I., & Levin, B. (2004). “Fundamental Causes” of Social Inequalities in Mortality: A Test of the Theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(3), 265–285. <https://doi.org/10.1177/002214650404500303>
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486–492. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.486>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). *Risk factors for loneliness in adulthood and old age--a meta-analysis*. In S. P. Shohov (Ed.), *Advances in psychology research*, Vol. 19 (p. 111–143). Nova Science Publishers.
- Pocklington, C., Gilbody, S., Manea, L., & McMillan, D. (2016). The diagnostic accuracy of brief versions of the Geriatric Depression Scale: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(8), 837–857. <https://doi.org/10.1002/gps.4407>
- Pouretmad, H. R., Khatibi, A., Ganjavi, A., Shams, J., & Zarei, M. (2009). Validation of Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE) in a Persian-Speaking Population. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 28(4), 343–347. <https://doi.org/10.1159/000252772>
- Reyes, M. A., Lloret, S. P., Gerscovich, E. R., Martin, M. E., Leiguarda, R., & Merello, M. (2009). Addenbrooke's Cognitive Examination validation in Parkinson's disease. *European Journal of Neurology*, 16(1), 142–147. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2008.02384.x>
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307–321. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
- Roberto, K. A., & Blieszner, R. (2015). Diverse Family Structures and the Care of Older Persons. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 34(3), 305–320. <https://doi.org/10.1017/s0714980815000288>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Rózsa, S. (2009). *A mindennapos testi tünetek pszichológiája és mérésének módszertana*. Doktori értekezés. Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem
- Rutten, B. P. F., Hammels, C., Geschwind, N., Menne-Lothmann, C., Pishva, E., Schruers, K., van den Hove, D., Kenis, G., van Os, J., & Wichers, M. (2013). Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(1), 3–20. <https://doi.org/10.1111/acps.12095>
- Ryff, C. D., Love, G. D., Essex, M. J., & Singer, B. (1998). Resilience in Adulthood and Later Life. *Handbook of Aging and Mental Health*, 69–96. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0098-2_4
- Şahin, D. S., Özer, Ö., & Yanardağ, M. Z. (2019). Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. *Educational Gerontology*, 45(1), 69–77. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1585065>
- Shang, L., Lu, Z., & Li, H. (2015). Neural Responding Machine for Short-Text Conversation. *Proceedings of the 53rd Annual Meeting of the Association for Computational Linguistics and the 7th International Joint Conference on Natural Language Processing (Volume 1: Long Papers)*. <https://doi.org/10.3115/v1/p15-1152>
- Sheikh J. I., & Yesavage J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5, 165–173.
- Smith, B. W., Tooley, E. M., Christopher, P. J., & Kay, V. S. (2010). Resilience as the ability to bounce back from stress: A neglected personal resource? *The Journal of Positive Psychology*, 5(3), 166–176. <https://doi.org/10.1080/17439760.2010.482186>

- Snaith RP, Harrop F M, Newby DA, Teale C. (1986) Grade scores of the MontgomeryAsberg Depression and the Clinical Anxiety Scales. *Br J Psychiatry*, 1986(148), 599-601.
- Sousa, L., & Vivas, L. (2017). Valores normativos del Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE) para población con bajo nivel socioeducativo. *Neurología Argentina*, 9(4), 219–224. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2017.07.005>
- Southwick, S., & Wilson, P. (2015). *The emerging scientific and clinical literature on resilience and psychological first aid*. In N. C. Bernardy, & M. J. Friedman (Eds.), *A practical guide to PTSD treatment: Pharmacological and psychotherapeutic approaches* (pp.21-33). Washington, D.C. American Psychological Association.
- Stachó, L., Dudás, R., Ivády, R., Kothencz, G., Janka, Z. (2003). Addenbrook's Cognitive Examination: Developing the Hungarian version. *Psychiatra Hungarica*. 18:226-240.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1995). *Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span*. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Wiley series on personality processes. Developmental psychopathology, Vol. 2. Risk, disorder, and adaptation* (p. 801–847). John Wiley & Sons. (Reprinted in modified form from "Development & Psychopathology," 5, 1993, pp. 541–566)
- Stiles, P., & McGarrahan, J. (1998). The Geriatric Depression Scale: A comprehensive review. *Journal of Clinical Geropsychology*. 4. 89-110.
- Stokholm, J., Vogel, A., Johannsen, P., & Waldemar, G. (2009). Validation of the Danish Addenbrooke's Cognitive Examination as a Screening Test in a Memory Clinic. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 27(4), 361–365. <https://doi.org/10.1159/000209271>
- Taylor, M. G., & Lynch, S. M. (2004). Trajectories of Impairment, Social Support, and Depressive Symptoms in Later Life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(4), S238–S246. <https://doi.org/10.1093/geronb/59.4.s238>
- Theurer, K., Mortenson, W. B., Stone, R., Suto, M., Timonen, V., & Rozanova, J. (2015). The need for a social revolution in residential care. *Journal of Aging Studies*, 35, 201–210. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.08.011>
- Tiringer, I., Kaszás, B. (2013). *Az időskor pszichológiai jellemzői*. In: Kiss, E., Makó, H. *Mentálhigiéné és segítő hivatás: fejezetek az elmélet és a gyakorlat területeiről*. Pro Pannonia Kiadói Alapítvány, pp. 53-66.
- Tsai, Y.-F., Yeh, S.-H., & Tsai, H.-H. (2005). Prevalence and risk factors for depressive symptoms among community-dwelling elders in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11), 1097–1102. <https://doi.org/10.1002/gps.1413>
- Unsar, S., Dindar, I., & Kurt, S. (2015). Activities of daily living, quality of life, social support and depression levels of elderly individuals in Turkish society. *The Journal of the Pakistan Medical Association*. 65. 642-6.
- van der Leeuw, S., Costanza, R., Aulenbach, S., Brewer, S., Burek, M., Cornell, S., Crumley, C., Dearing, J. A., Downy, C., Graumlich, L. J., Heckbert, S., Hegmon, M., Hibbard, K., Jackson, S. T., Kubiszewski, I., Sinclair, P., Sörlin, S., & Steffen, W. (2011). Toward an Integrated History to Guide the Future. *Ecology and Society*, 16(4). <https://doi.org/10.5751/es-04341-160402>
- van Kessel, G. (2013). The ability of older people to overcome adversity: A review of the resilience concept. *Geriatric Nursing*, 34(2), 122–127. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.12.011>
- Van Wagenen, A., Driskell, J., & Bradford, J. (2013). "I'm still raring to go": Successful aging among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Aging Studies*, 27(1), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.09.001>
- Viglund, K., Aléx, L., Jonsén, E., Lundman, B., Norberg, A., Fischer, R. S., Strandberg, G., & Nygren, B. (2012). Psychometric properties of the Swedish version of the selection, optimization, compensation questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 460–467. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01027.x>
- Wallace, K. A., Bisconti, T. L., & Bergeman, C. S. (2001). The Mediational Effect of Hardiness on Social Support and Optimal Outcomes in Later Life. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 267–276. https://doi.org/10.1207/s15324834basp2304_3
- Wang, J.-K., Su, T.-P., & Chou, P. (2010). Sex Differences in Prevalence and Risk Indicators of Geriatric Depression: The Shih-Pai Community-based Survey. *Journal of the Formosan Medical Association*, 109(5), 345–353. [https://doi.org/10.1016/s0929-6646\(10\)60062-9](https://doi.org/10.1016/s0929-6646(10)60062-9)
- Watson, D. (1988). The vicissitudes of mood measurement: Effects of varying descriptors, time frames, and response formats on measures of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(1), 128–141. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.1.128>
- Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.

- Wiese, B.S., & Freund, A.M. (2000). *The interplay of work and family in young and middle adulthood*. In Heckhausen, J.: *Motivational psychology of human development: Developing motivation and motivating development*. UK: Elsevier, Oxford, 233–249.
- World Population Ageing 2015. (2017). In *Statistical Papers - United Nations (Ser. A), Population and Vital Statistics Report*. UN. <https://doi.org/10.18356/88fa44e7-en>
- Wrzus, C., Hänel, M., Wagner, J., & Neyer, F. J. (2013). Social network changes and life events across the life span: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 139(1), 53–80. <https://doi.org/10.1037/a0028601>
- Zacher, H., & Frese, M. (2011). Maintaining a focus on opportunities at work: The interplay between age, job complexity, and the use of selection, optimization, and compensation strategies. *Journal of Organizational Behavior*, 32(2), 291–318. <https://doi.org/10.1002/job.683>
- Zimmerman, M. A., Stoddard, S. A., Eisman, A. B., Caldwell, C. H., Aiyer, S. M., & Miller, A. (2013). Adolescent Resilience: Promotive Factors That Inform Prevention. *Child Development Perspectives*, 7(4), 215–220. <https://doi.org/10.1111/cdep.12042>
- Zunzunegui, M. V., Minicuci, N., Blumstein, T., Noale, M., Deeg, D., Jylhä, M., & Pedersen, N. L. (2007). Gender differences in depressive symptoms among older adults: a cross-national comparison. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 198–207. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0158-3>
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Bondi, C. M., & Pilkonis, P. A. (1999). Vulnerability to depression: Reexamining state dependence and relative stability. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 76–89. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.108.1.76>

Függelék: Szelekció–Optimalizáció–Kompenzáció Rövid Kérdőív

A következőkben azt szeretnénk megtudni, hogyan dönti el, mi fontos Önnek az életben, illetve hogyan alakítja elképzeléseinek megfelelően az életét.²

Az alábbiakban mindig két lehetőséget állítunk egymással szembe arról, hogy miként lehet gondolkodni, vagy mit kell tenni azért, hogy elérjük azt, ami fontos számunkra. Minden esetben olvassa el mindkét kijelentést. Gondolkodjon el azon, Ön mit tenne leginkább, majd tegyen X-et a megfelelő négyzetbe. **Kérjük, hogy mindegyik sorban válasszon egyet a két lehetőség közül!**

1. ^a	<input type="checkbox"/>	Kevés dologra koncentrálok az energiámat.	<input type="checkbox"/>	Sok dolog között osztom meg energiáimat.
2. ^a	<input type="checkbox"/>	Mindig egyik dolog után következik a másik.	<input type="checkbox"/>	Egyszerre mindig több terv megvalósításán gondolkodom.
3. ^a	<input type="checkbox"/>	Ha végiggondolom, mit akarok, egy vagy két fontos célt tűzök ki magam elé.	<input type="checkbox"/>	Ha végiggondolom, mit akarok, akkor sem döntök véglegesen egy cél mellett.
4. ^b	<input type="checkbox"/>	Ha a dolgok nem mennek olyan jól, mint eddig, megpróbálok egy vagy két fontos célra összpontosítani.	<input type="checkbox"/>	Akkor is, ha a dolgok nem mennek olyan jól, mint eddig, megpróbálok kitartani az összes addigi célom mellett.
5. ^b	<input type="checkbox"/>	Ha valami fontosat már nem tudok úgy megtenni, mint eddig, új célt keresek.	<input type="checkbox"/>	Ha valami fontosat már nem tudok úgy megtenni, mint eddig, az időmet és energiámat a többi célomra fordítom.
6. ^b	<input type="checkbox"/>	Ha valamit már nem sikerül úgy tennem, mint korábban, akkor nagyon alaposan átgondolom, mi is fontos a számomra.	<input type="checkbox"/>	Ha valamit már nem sikerül úgy tennem, mint korábban, akkor hagyom, hogy a dolgok egyszerűen megtörténjenek.
7. ^c	<input type="checkbox"/>	Addig próbálkozom, amíg sikerül az, amit elképzeltem.	<input type="checkbox"/>	Ha nem sikerül azonnal, amit elképzeltem, nem kísérletezem sokáig újabb lehetőségekkel.
8. ^c	<input type="checkbox"/>	Mindent megteszek annak érdekében, hogy elérjem a céljaimat.	<input type="checkbox"/>	Inkább kivárok, hátha maguktól is megvalósulnak a terveim.
9. ^c	<input type="checkbox"/>	Ha valami nagyon fontos számomra, teljes erőbedobással küzdök érte.	<input type="checkbox"/>	Nem tudok teljes erőbedobással küzdeni akkor sem, ha valami nagyon fontos számomra.
10. ^d	<input type="checkbox"/>	Ha a dolgok már nem úgy mennek, mint eddig, új utakat keresek célom megvalósítása érdekében.	<input type="checkbox"/>	Megelégszem azzal is, ha a dolgok már nem úgy mennek, mint eddig.
11. ^d	<input type="checkbox"/>	Ha valami nem úgy sikerül, mint eddig, tanácsot és segítséget kérek másoktól.	<input type="checkbox"/>	Ha valami nem úgy sikerül, mint eddig, magam döntök mások segítsége és tanácsa nélkül.
12. ^d	<input type="checkbox"/>	Ha nehezebbé válik elérni ugyanazt az eredményt, még keményebben küzdök érte.	<input type="checkbox"/>	Ha nehezebbé válik elérni ugyanazt az eredményt, inkább lemondok róla.

^a Elektív szelekció, ^b Veszteség alapú szelekció, ^c Optimalizáció, ^d Kompenzáció

² A kérdőív specifikus célokra vonatkozó instrukciója így hangzik: Szeretnénk megtudni, hogyan viselkedik a(z) _____ fontos céljával kapcsolatban. Szeretnénk tudni, hogyan hoz döntéseket, és mi az, ami a céljával kapcsolatban fontos Önnek. Továbbá szeretnénk tudni, mit tesz annak érdekében, hogy a céljára vonatkozóan el is érje azt, amit szeretne.