

Az idős emberek életminőségének és idősődéssel kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata

Tróznai Tibor, Kullmann Lajos

BEVEZETÉS – A WHOQOL-OLD életminőség-kérdőívet multikulturális módszerrel fejlesztették ki. A szerzők a nemzetközi munkacsoport magyar résztvevői voltak. A szolgáltatások fejlesztése céljából az idősödő emberek attitűdjeinek megismerése is fontos, ezért a munkacsoport egy AAQ elnevezésű (angolul: attitudes to ageing questionnaire) kérdőívet is létrehozott. A két módszerrel hazai idős emberekből álló mintát vizsgáltak.

A cél a vizsgált személyek válaszainak értékelése volt életminőségükre, szociális és egészségi állapotukra, valamint az idősödés folyamatával kapcsolatos attitűdjeikre vonatkozóan.

SZEMÉLYEK ÉS MÓDSZER – A vizsgálatban összesen 333 fő, 60 évesnél idősebb ember (közük 190 nem egészséges, 143 egészséges) vett részt. A vizsgált személyek részben önállóan töltötték ki a kérdőívet, részben szóbeli kérdezést kértek. A vizsgálati személyek a vizsgálatban nagyrészt jól együttműködtek. Az idős populáció vizsgált mintája általában a magyarországi idős emberekre vonatkozó jelenségeket tükrözte. A statisztikai számításokhoz az MS SPSS for Windows (11.0 változat) programot használták.

EREDMÉNYEK – A jobb egészségi állapot, a jobb hangulat, valamint a jobb önellátó képesség javítja az életminőséget. Jobb idősödési attitűdök mellett kedvezőbb az életminőség.

KÖVETKEZTETÉSEK – A WHOQOL-OLD kérdőív használata hazai idős emberek életminőségének felmérésére a napi rutinban is ajánlható. Az eredmények a mentális egészség kiemelt jelentőségére utalnak az egyén idősödési attitűdjei alakításában. Az új kérdőívek használata segíthet az idősödéssel kapcsolatos negatív beállítódások megváltoztatásában.

**idős emberek, életminőség,
idősödési attitűdök**

**ASSESSMENT OF THE QUALITY
OF LIFE AND THE ATTITUDES TO AGEING
OF ELDERLY PEOPLE**

BACKGROUND – The WHOQOL-OLD questionnaire was developed in a multicultural way. The authors were involved in this work as members of the international task force. In order to improve services for the elderly by learning their attitudes to ageing, an Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ) was also developed by the working group. In the present study the authors assessed a sample of Hungarian elderly people by these two methods.

Answers by elderly persons related to their quality of life, social and health conditions, as well as their attitude to ageing were analysed.

PERSONS AND METHOD – A total of 333 (190 unhealthy and 143 healthy) persons over sixty years of age filled in the questionnaires either by themselves or through verbal interview. The participants' compliance with the research was generally good. The study sample reflected the general features of the Hungarian elderly population. For statistical analysis the Microsoft SPSS for Windows version 11.0 programme was used.

RESULTS – Better health condition, better mood, and a better ability for self-care improve the quality of life. Better attitudes to ageing are associated with better quality of life.

CONCLUSIONS – The use of the WHOQOL-OLD questionnaire is recommended in the daily practice to assess elderly Hungarians' quality of life. The results highlight the significance of mental health in the development of the elderly persons' attitude to ageing. The use of the new questionnaires may help change negative stereotypes related to ageing.

**elderly people, quality of life,
attitudes to ageing**

dr. Tróznai Tibor, dr. Kullmann Lajos (levelező szerző/correspondent):
Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet/National Institute for Medical Rehabilitation;
H-1523 Budapest, Pf. 1. E-mail: l.kullmann@rehabint.hu

Érkezett: 2006. október 13. Elfogadva: 2006. november 28.

A WHO keretprogramban (2002) az „aktív idő-södés” olyan folyamatot jelöl, amely az idő-södő emberek egészségét, társadalmi részvételét és biztonságát optimalizálja, életminőségüket javítja (1). Lehetővé teszi, hogy az emberek teljes élet-tartamuk alatt a fizikai, szociális és mentális jóllét állapotában legyenek, és a társadalom életében szükség-leiknek, kívánságaiknak és teljesítőképességüknek megfelelően vehessenek részt. Az aktív megjelölés az idős embereknek a folyamatos bevontságát, tehát nem csupán a fizikai aktivitás képességét vagy a munka-erőpiacon való szereplésüket jelenti. Ez a dokumentum az egyén magatartását az idősödés minőségének fontos meghatározójaként jelöli meg, hangsúlyozza az egyén illetékességét élete minőségének alakításában.

Az öregséget inkább a gyengeséggel és elhasznált-sággal, semmint a bölcses-séggel és érettséggel azonosítják.

A WHOQOL-100 generikus élet-minőség-vizsgáló eszköz, amelyet a WHOQOL nemzetközi munkacsoport az Egészségügyi Világszervezet (WHO) életminőség-meghatározása alapján szerkesztett (2). Az életkornak az életminőségre ismert befolyása alapján a 60 év feletti populáció számára specifikus kérdőív kidolgozása is időszerűvé vált (3, 4). 2001-ben nemzetközi együttműködés keretében a feladat elvégzésére, az Európai Unió (EU) 5. keretprogramja által támoga-

tott munkacsoport jött létre, amelyben Magyarország képviselőjében intézetünk is részt vett. A további résztvevők öt kontinensről 22 kultúrkört képviselnek, nagyobb részük azonban európai.

Az idősödési attitűdök, az idősödéssel kapcsolatos beállítódások az idős emberek életkilátásainak és élet-minőségének fontos meghatározói. Számukra igen fontos a társas kapcsolódás, a fizikai állapothoz való alkalmazkodás, az egészséges, aktív életmód, az egészséges táplálkozás és az öregedéshez való pozitív hozzáállás (3, 5). *Laidlaw* szerint az idős emberekkel foglalkozó szakemberek a sikeres öregedéssel kapcsolatos eredményeket az idős betegek megfelelő életmódra orientálásában jól felhasználhatják (6).

Az idősödést ugyanakkor sokan ma is nagyrészt a veszteségekkel jellemzik, és a fiatalabb emberek között előforduló idősellenes, előítéletes felfogás miatt számos tévhitet tényként és igazságként fogadnak el. Az öregséget inkább a gyengeséggel és elhasznált-sággal, mint a bölcsességgel és érettséggel azonosítják. Ennek az egyoldalú szemléletnek módosítását is várhatjuk az idős emberek attitűdjeinek és életminőségének vizsgálatától. Ha e folyamatról magukat az embereket mint saját helyzetük hiteles ismerőit kérdezzük meg, megfelelő módon sok ember egyéni tapasztalatai a vártnál kedvezőbbek (7). A fentiek alapján a WHO idős kori életminőséget kutató munkacsoportja az idős emberek életminőségét mérő skálát, egyidejűleg az idősödésre vonatkozó attitűdjeiket vizsgáló kérdőívet dolgozott ki.

Személyek és módszer

A WHOQOL-OLD, valamint az AAQ kérdőívek kifejlesztése a WHO életminőséget kutató munkacsoportja által (The WHOQOL Group) használt módszerekkel, multikulturális módon történt. Fókuszcsoportok keretében meghatározott témakörök és kérdések alapján szerkesztett kérdőívváltozatok próbavizsgálata után készült el a terepvizsgálatra alkalmas kérdőív (8, 9). A terepvizsgálat egyidejűleg húsz központban történt, összesen 5566 résztvevő személy megkérdezésével. A terepvizsgálatot követően a koordinátorcentrumban hagyományos és modern pszichometriai módszerekkel alakították ki a két kérdőív végső változatát.

A hazai terepvizsgálatban kérdezett minta 333 főből állt. A vizsgálat során az Edinburghban működő koordinátor-központból kapott útmutatásokat követjük (10, 11). A vizsgálatot az intézeti kutatásaitikai bizottság jóváhagyta. A terepmunkát alkotó vizsgálatunkba a fővárosban és egyes más hazai településeken élő lakosok közül választottuk ki a kérdőív kitöltésére vállalkozó idős embereket. A mintavételhez nyugdíjasok civil szervezetei, intézetünk egyes részlegei, idősök otthonai, egyházak karitatív egyesületei, nyugdíjasok klubjai és magánszemélyek segítségét vettük igénybe. Mintánk tehát nem reprezentatív. (A reprezentativitás feltételeit a kutatásban részt vevő egyetlen centrum sem tudta biztosítani.) A kérdőíveket kitöltő idős embereket előzetesen tájékoztattuk a vizsgálat céljáról, várható eredményeiről. A vizsgálatba vont személyek ennek alapján írásbeli beleegyező nyilatkozatot tettek. A résztvevők bizalmát fokozta, hogy a személyes kapcsolattartás nemcsak a vizsgálat idejére, hanem több alkalommal egészségügyi felvilágosító megbeszélésekre is kiterjedt. Ilyen alkalmakon az általuk választott témákról hallottak előadásokat, tehettek fel kérdéseket.

A WHOQOL-módszerben ötfokozatú ordinális válaszkálát használtunk. Különböző kérdések esetében a válaszkála 5-ös, illetve 1-es értékei felelnek meg a legjobb életminőségnek. Az értékeket a vizsgálat céljából úgy konvertáltuk, hogy az 5-ös minden kérdés esetében a legjobb, az 1-es a legrosszabb életminőséget fejezze ki.

A vizsgált személyek válaszait kértük életkörülményeiről, szociális és anyagi helyzetükről, egészségi állapotukról (az „Általánosságban jelenleg önmagát egészségesnek vagy nem egészségesnek tekinti?” kérdéssel), hangulatukról (Geriatric Depression Scale: GDS) és önellátó képességükről (Barthel-index) is (12, 13). A nemzetközi gyakorlatban mindkét módszer széles körben alkalmazott, megbízható. Az egészségi állapot és az egyéb vizsgált paraméterek között szignifikáns összefüggést találtunk.

Főleg látási vagy mozgási nehézség miatt több idős ember szóbeli kikérdezést kért, a vizsgáló személyre bízva a válaszok bejelölését. Ez a gyakorlat a koordináló-központ által jóváhagyott, tehát követhető eljárás volt.

A vizsgálatunkba bevont idős emberek mintája (élet-

1. TÁBLÁZAT

A megkérdezett idős emberek demográfiai adatai

Demográfiai jellemző	Nem egészséges (n=190)	Egészséges (n=143)	Összes (n=333)
Életkor átlaga	74,4	72,8	73,7
Életkor, medián	74	72	73
Nemek	n (%)	n (%)	n (%)
Férfi	53 (27,9)	50 (35,0)	103 (30,9)
Nő	137 (72,1)	93 (65,0)	230 (69,1)
Családi állapot			
Nőtlen, hajadon	7 (3,7)	9 (6,3)	16 (4,8)
Házass	64 (33,7)	43 (30,1)	107 (32,1)
Élettárs	3 (1,6)	11 (7,7)	14 (4,2)
Elvált	27 (14,2)	17 (11,8)	44 (13,2)
Özvegy	89 (46,8)	63 (44,1)	152 (45,6)
Iskolai végzettség			
Általános iskola	71 (37,4)	40 (28)	111 (33,3)
Középiskola	59 (31,1)	41 (28,7)	100 (30,0)
Szakközépiskola	19 (10,0)	12 (8,4)	31 (9,3)
Főiskola	29 (15,3)	19 (13,2)	48 (14,4)
Egyetem	11 (5,7)	31 (21,7)	42 (12,6)
Hiányzó adat	1 (0,5)		1 (0,3)
Lakáskörülmények			
Otthon él (támogatják)	85 (44,7)	67 (46,9)	152 (45,6)
Családdal, nem az otthonában él	3 (1,6)	1 (0,7)	4 (1,2)
Otthon él (nem támogatják)	24 (12,6)	26 (18,2)	50 (15,0)
Intézeti gondozás	50 (26,4)	35 (24,4)	85 (25,5)
Védett lakás	1 (0,5)	2 (1,4)	3 (0,9)
Ápolási otthon	19 (10,0)	8 (5,6)	27 (8,1)
Egyéb	8 (4,2)	4 (2,8)	12 (3,6)
Anyagi helyzet			
Jóval az átlag felett	7 (3,7)	12 (8,4)	19 (5,7)
Kissé az átlag felett	13 (6,8)	18 (12,6)	31 (9,3)
Átlagos	105 (55,3)	78 (54,5)	183 (55,0)
Kissé az átlag alatt	28 (14,7)	20 (14,0)	48 (14,4)
Jóval az átlag alatt	29 (15,3)	7 (4,9)	36 (10,8)
Hiányzó adat	8 (4,2)	8 (5,6)	16 (4,8)

kor 60 és 97 év között) három korcsoportra (60–69 év, 70–79 év, 80 év felett) bontható, amelyek közül csak a 80 év fölöttiek létszáma volt kevesebb száz főnél (92). Saját anyagi helyzetét a válaszolók 57,7%-a átlagosnak, 26,5%-a annál rosszabbnak, 15,8%-a az átlagosnál jobbnak ítélte. Azok, akiknek gyermekeik vannak, a gyermekeikkel fennálló kapcsolatukkal döntő többségükben nagyon elégedettek vagy elégedettek.

A vizsgálatba vont idős emberek nemek, családi állapot, iskolai végzettség és lakáskörülményeik, anyagi helyzetük szerinti jellemzőit, valamint a teljes minta életkorátlagát és mediánértékét egészséges, illetve nem egészséges csoport szerinti bontásban az 1. táblázatban tüntettük fel. Az önbecslés szerinti egészséges és a nem egészséges csoport életkorának átlaga különbözik ugyan (az egészségesek átlaga alacsonyabb), ez a különbség azonban a szignifikancia szintjét nem éri el.

A 2. táblázatban bemutatjuk a megkérdezett személyek által a kérdőív listáján megjelölt betegségszoportokat, és ezek előfordulási gyakoriságát.

A vizsgált idős egyének között a nemek, az iskolai végzettség és az anyagi helyzet tekintetében az önma-

guk által megítélt egészségi állapot szerint bizonyos eltérések mutatkoznak (betegek között a nők aránya magasabb, viszonylag alacsonyabb az iskolai végzettség szintje, rosszabb az anyagi helyzet).

A felhasználható statisztikai módszerek kiválasztásánál a szakirodalom ajánlásait vettük alapul (14–16). Számításainkhoz a Microsoft SPSS for Windows 11.0 verziójú programcsomagot használtuk.

Eredmények

A WHOQOL-OLD hat fő témakörből (facet) áll. Megkülönböztetésük az „F” mellett álló számmal történik (F25–30). Az F25 az érzékelési képességekről, az F26 a vizsgált egyén autonómiájáról, az F27 a múltbeli, jelen és jövőben tervezett tevékenységről, az F28 a vizsgálati személy közösségben való részvételéről, az F29 a halál és haldoklás kérdéseiről, az F30 a kért személy intimitással kapcsolatos megítéléséről szól. A témakörök mindegyike négy kérdést tartalmaz.

A 3. táblázat mutatja a fent ismertetett hat témakör

2. TÁBLÁZAT

Betegségcsoportok előfordulása a vizsgált idős emberek körében

Betegségcsoportok	Előfordulási szám	Előfordulási gyakoriság (%)
Magas vagy alacsony vérnyomás	154	46, 2
Mozgásszervi betegségek	139	41, 7
Szív- és érrendszeri betegségek	103	30, 9
Hormonális eltérések	52	15, 6
Légzőszervi elváltozások	30	9, 0
Emésztőszervi betegségek	29	8, 7
Pszichiátriai kórképek	22	6, 6
Neurológiai betegségek	15	4, 5
A láb megbetegedései	9	2, 7
Vese- és húgyutak betegségei	8	2, 4
Prosztatabetegségek	8	2, 4
Vérképzőszervi betegségek	6	1, 8
Onkológiai betegségek	5	1, 5
Nőgyógyászati betegségek	2	0, 6
Fertőző betegségek	1	0, 3
Szájüregi elváltozások	1	0, 3
Bőrgyógyászati eltérések	1	0, 3

mindegyikéhez tartozó kérdések tartalmát (nem pontos fogalmazását), és minden egyes kérdéssel kapcsolatban az átlagos megítélés értékét. (A magasabb számok nagyobb elégedettségnek felelnek meg.) A legmagasabb értékeket a haláltól való félelem, és a halál körülményeivel kapcsolatos kérdések esetében kaptuk, vagyis haláluk kevésbé foglalkoztatja őket, a legalacsonyabbakat a partneri, érzelmi kapcsolatok, illetve a jövő befolyásolásának lehetőségei esetében találtuk. A 3. táblázat az életminőségi átlagpontszámokat az egészséges és nem egészséges vizsgálati csoportban külön-külön is feltünteti.

3. TÁBLÁZAT

A WHOQOL-OLD kérdőív kérdéseinek tartalma és az átlagpontszámok a hazai mintán

Jelölés*	A kérdés tartalma	Pontszámok átlaga			Teljes minta (standard deviáció)
		Egészséges (n=143)	Nem egészséges (n= 190)	Teljes minta (n=333)	
F25.1	Mindennapi életet befolyásoló érzékelési zavarok	3,97	3,15	3,50	1,105
F25.2	Értékeli érzékelési képességét!	3,68	3,05	3,32	0,872
F25.3	Az érzékelésben észlelt csökkenés zavarja részvételét a mindennapi életben	4,13	3,30	3,66	1,117
F25.4	Az érzékelési zavarok befolyásolják kapcsolatteremtő képességét	4,33	3,60	3,91	1,117
F26.1	Szabadon hozza saját döntéseit	3,79	3,65	3,71	0,940
F26.2	Úgy érzi, szabályozhatja jövőjét	3,00	2,66	2,80	1,087
F26.3	Képes arra, hogy azt tegye, amit szeretne	4,01	3,34	3,62	1,016
F26.4	Környezetében élő emberek tisztelik az ön szabadságát	3,80	3,51	3,63	0,806
F27.1	Örül mindazon dolgoknak, amelyeknek elébe néz	3,49	3,04	3,24	0,765
F27.3	Elégedett a lehetőségekkel, hogy továbbra is eredményeket érjen el	3,30	2,71	2,96	1,209
F27.4	Megkapta az elismerést, amelyre életében rászolgált	3,61	3,34	3,46	1,146
F27.5	Elégedett azzal, amit életében elért	3,79	3,50	3,62	0,836
F28.1	Elégedett azzal, ahogy idejét eltölti	3,83	3,38	3,57	0,804
F28.2	Elégedett a tevékenységi szintjével	3,70	3,11	3,37	0,926
F28.4	Minden napra van elegendő tennivalója	4,25	3,57	3,86	1,077
F28.7	Elégedett a közösségi életében való részvétel lehetőségeivel	3,69	3,07	3,34	0,981
F29.2	Aggódik, hogyan fog meghalni	4,06	3,76	3,89	1,232
F29.3	Félelem, hogy nem lesz képes befolyásolni halálának körülményeit	4,14	3,87	3,99	1,196
F29.4	Retteg a haláltól	4,30	4,06	4,16	1,123
F29.5	Fél, hogy halála előtt fájdalmai lesznek	3,24	2,98	3,09	1,253
F30.2	Tapasztal életében partneri kapcsolatot	3,18	2,46	2,76	1,469
F30.3	Életében tapasztal szerelmet	2,68	2,22	2,41	1,351
F30.4	Van alkalma, hogy szeressen	3,53	3,02	3,23	1,482
F30.7	Van alkalma megtapasztalni, hogy szeressék	3,38	3,07	3,20	1,368

*Az egyes kérdések számozása az eredeti, nagyobb kérdésbankban használt számok szerint történt.

4. TÁBLÁZAT

Az attitűdökre vonatkozó kérdőív tartalma és az átlagpontszámok hazai mintán

Jelölés*	A kérdés tartalma	Pontszámok átlaga			Teljes minta (standard deviáció)
		Egészséges (n=143)	Nem egészséges (n= 190)	Teljes minta (n=333)	
AAQ7	Az időskor a magányosság időszaka	3,47	3,02	3,21	1,133
AAQ10	Az öregkor az életnek egy lehangoló időszaka	3,46	2,92	3,15	1,056
AAQ14	Ahogy öregszem, egyre nehezebb az érzéseimről beszélni	3,51	2,86	3,14	1,196
AAQ17	Az öregséget főként a veszteség idejének tartom	3,65	3,01	3,29	1,190
AAQ21	Fizikai függetlenségemből veszíték, ahogy öregszem	3,50	2,73	3,06	1,121
AAQ24	Ahogy idősződöm, nehezebbnek érzem, hogy új barátokat szerezzek	3,72	2,96	3,29	1,286
AAQ32	Nem érzem magamat bevonva a társadalomba most, hogy idős vagyok	3,81	3,16	3,44	1,215
AAQ34	Életkorom miatt a dolgokból kizártnak érzem magam	3,95	3,48	3,68	1,176
AAQ12	Fontos, hogy bármely életkorban folytassunk testgyakorlást	4,11	3,96	4,02	0,744
AAQ13	Megöregedni könnyebb, mint ahogy gondoltam	3,22	3,02	3,11	1,068
AAQ16	Nem érzem magam öregnek	3,09	2,72	2,88	1,128
AAQ19	Identitásomat nem az életkorom határozza meg	3,42	3,21	3,30	1,185
AAQ20	Több energiám van, mint amennyit idős koromra reméltem	3,30	2,39	2,79	1,262
AAQ22	Fizikai egészségem nem akadályoz abban, hogy tegyem, amit akarok	3,09	2,69	2,86	1,213
AAQ36	Egészségem jobb, mint életkorom szerint vártam	3,21	1,97	2,51	1,210
AAQ37	Testgyakorlással olyan aktívan tartom magam, ahogy lehetséges	3,39	2,40	2,82	1,228
AAQ2	Ahogy öregsünk, jobban tudjuk megoldani az élet nehézségeit	3,14	2,91	3,01	1,129
AAQ4	Megöregedni kiváltságot jelent	3,09	3,05	3,07	1,194
AAQ8	A bölcsességet az időskor hozza meg	3,42	3,42	3,42	0,998
AAQ9	Az öregedéssel sok kellemes dolog jár együtt	3,13	2,96	3,03	1,004
AAQ15	Ahogy idősződöm, megértőbb vagyok önmagammal szemben	3,01	2,99	3,00	1,034
AAQ25	Fontos, hogy a fiatalabbaknak átadjam hasznos tapasztalataimat	3,52	3,54	3,53	0,963
AAQ30	Hiszem, hogy az életemnek volt értelme	3,77	3,76	3,76	0,943
AAQ33	Jó példát akarok adni a fiatalabbaknak	3,81	3,63	3,71	0,887

*Az egyes kérdések számozása az eredeti, nagyobb kérdésbankban használt számok szerint történt.

Az egyes témakörök közötti korreláció értékei alacsonyak ugyan, de $p < 0,01$ szinten egy témakörpár (intimitás vs. halál-haldoklás) kivételével szignifikánsak. Hasonló erősségű összefüggéseket találtunk a WHOQOL-OLD és az idősződéssel kapcsolatos attitűdök (AAQ) kérdőív témakörei között is.

A vizsgált minta két-két részmintája között az életminőség-pontszámok átlagai között jelentős, sok kérdés esetében erősen szignifikáns különbségek mutatkoznak az egészségi állapot, az életkor, a fővárosi vagy vidéki lakóhely, a válaszadó anyagi helyzete, valamint a válaszadó kedélyállapota szerinti bontásban. Az egészség, a fiatalabb életkor, a jobb kedélyállapot, a fővárosban élés és a jobb anyagi helyzet esetében magasabb pontszámokat találtunk.

Az idősződési attitűdökre vonatkoztatva a 4. táblázat

mutatja a saját vizsgálatunkban kapott átlagpontszámokat, valamint az egészséges, illetve nem egészséges csoport átlagos pontszámait. Megjegyezzük, hogy a hazai vizsgálatunkban a megválaszoltság arányai minden kérdés esetében jobbak voltak, mint a nemzetközi mintán. A pszichoszociális veszteség kérdéskörében kapott hazai átlagos pontszámok a nemzetközi átlagok felett vannak, tehát jobbak, a többi kérdésben azonban a pontszámok a külföldi értékek körül járnak.

Az egészséges és nem egészséges személyek között az attitűdpontszámok az egészségesek javára különböztek, a veszteség és a fizikum vonatkozásában szignifikánsan. Az életkor szerint a veszteség témakörben találtunk szignifikáns pontszámkülönbségeket, az idősebbek alacsonyabb pontszámokat mutattak. A kedélyállapot szerint két csoportot alkottunk, a GDS-pont-

szám 6 és az alatti, és 6 feletti értéke alapján. Azt találtuk, hogy az alacsonyabb GDS (tehát jobb kedélyállapot) szinte minden esetben, szignifikáns mértékben magasabb attitűdpontszámokkal járt.

Az attitűdkérdőív egyes kérdéseivel kapcsolatosan kapott magasabb pontszámok esetében szinte minden kérdés vonatkozásában szignifikánsan jobb életminőség-eredményeket kaptunk.

Megbeszélés

Tanulmányunk az idős emberek életminőségét, valamint idősödéssel kapcsolatos attitűdjeit vizsgáló módszer nemzetközi fejlesztésének a keretében készült (7, 10). Ebben a kutatásban hazai idős emberekből álló mintán terepvizsgálatot végeztünk. A megkérdezett idős emberek visszajelzéseiből ítélve a kérdőívek kitöltése nem okozott számukra kellemetlenségeket. A többség a velük való törődés és a róluk történő gondoskodás egyik formáját látta a munkában. Már a korábbi fókuszcsoportmunka során is kitűnt, hogy az idős emberek a velük való törődés és bánásmód minőségét nagyra értékelik (17). Többen úgy fogalmaztak, hogy a válaszadás során szembesültek saját problémáikkal, és önismeretük is javult.

A kutatás céljainak megfelelően véletlenszerűen, de nem reprezentatív módszerrel kiválasztott minta kérdésbiztos általi felkeresése lett volna ideális. Ennek anyagi és emberi erőforrásai sem nekünk, sem más, a kutatásban részt vevő centrumoknak nem álltak a rendelkezésére. Úgy találtuk, hogy a részint fővárosi, részint más országrészből származó mintánk demográfiai és szociális tekintetben a vizsgált korosztálytól (60 éves és idősebb populáció) országosan is várható ismérveket mutatta (18). Megfigyeléseinket ezért közlésre érdemesnek tartjuk.

Az egyes betegségcsoportok előfordulási gyakoriságában a magas vérnyomás, majd a mozgásszervi betegségcsoport és szív-érrendszeri betegségek vezetnek. A többi betegségcsoport a 2. táblázatban közölt előfordulási arányban, jóval alacsonyabb gyakorisággal fordult elő. A magukat egészségesnek tartó személyek között a megjelölt betegségcsoportok számának átlagos értéke szignifikánsan kevesebb volt, mint a magukat nem egészségesnek tekintő személyek körében. Az egészségi állapot önbecslésének megbízhatóságát a Barthel-index-pontszámok (önellátó képesség) és a GDS-pontszámok (depresszió) szignifikáns különbsége a két, egészséges és nem egészséges csoport között szintén alátámasztja. Mindezen adatok alapján az egészségi állapot önbecslését megengedhetőnek tartjuk.

A két kérdőív egyes témakörei, valamint a kérdőívek egymás közötti korrelációjának a témáktól függő különböző mértéke azt jelezte, hogy az idős emberek vá-

laszadáskor kellő figyelmet tudtak fordítani válaszaik megadására.

A WHOQOL-OLD kérdőívvel történt felmérésünk szerint az idős embereket haláluk körülményei kevésbé foglalkoztatják; partneri, érzelmi kapcsolataikkal azonban kevésbé elégedettek. Magasabb átlagokat az életminőség-pontszámok terén főként a jobb egészségi állapotú egyének, a fiatalabbak, a jobb anyagi helyzetűek, a fővárosi lakosok és a jobb kedélyűek esetében találtunk. (A fővárosban a jobb infrastruktúrának és szociális szolgáltatásoknak lehet jelentősége.) Más szempontok, így a nemek közötti különbség és a gyógyszer-szedés ténye kevésbé bizonyult szignifikáns differenciáló elemnek. Ez utóbbi alacsonyabb összefüggések egyébként nem meglepők. A teljes nemzetközi minta eredményei is hasonlóak. A három nagyobb eltérést mutató kérdés közül kettőben a magyar minta átlagos válasza kedvezőtlenebb (F26.2 és F30.3), a harmadikban a nemzetközi mintáé (F29.3) (10).

Kopp és *Skrabski* hazai népességvizsgálatuk kapcsán a növekvő életkorral a depressziós tünetegyüttes gyakoriságának jelentős emelkedését írták le (19). Súlyos depressziós tüneteket a 39 év alattiak 2%-a, az 50–59 évesek 5%-a, a 60 év felettiak 11%-a jelzett. A 60 év feletti megkérdezett egyének egynegyede a jövőjét reménytelennek látta. A depressziót kiváltó egyes pszichoszociális háttértényezőket is elemezték: kiszolgáltatottság, embertelen bánásmód (például a kereskedelemben és az egészségügyben), rossz közlekedés, lakáskörülmények, gyógyszerellátás, közbiztonság, szolgáltatások, kikapcsolódás hiánya és a magány.

A növekvő életkorral csökkennek az életcélok, a 60 év felettieknek csupán 43%-a állítja, hogy vannak életcéljai. Ez az adat az öregkori szerepek, célok eltévesztésére, kialakulatlanságára mutat. A 60 év felettiak 38%-ára volt jellemző, hogy sikertelen embernek tartják magukat, ha a munkájukban nem voltak sikeresek, tehát az időskor bölcsességét, élettapasztalatait nem tekintik elegendő értéknek.

Az AAQ-kérdőív „pszichés fejlődés” témaköre az idősödés új felfogását képviseli, amely az élet teljes tartamára érvényes fejlődés lehetőségét fogalmazza meg. *Erikson* szerint a személyiség fejlődése előre meghatározott lépcsőfokokon halad keresztül, amely fontos személyek és intézmények egyre bővülő körével való kapcsolat-készségét is jelenti (20). Valamennyi korszak lehetőség a fejlődésre, az egyre teljesebb önazonosság kialakulására. Az értelmes öregkor annak az egyesített örökségnek az igényét szolgálja, amely az életciklushoz nélkülözhetetlen távlatokat nyújtja. A korosodó emberben érik meg fokozatosan az emberi élet szakaszainak az a gyümölcse, amelyre nincs jobb szavunk, mint a teljesség. *Kopp* és *Skrabski* is igen fontosnak tartják az időskori fejlődést. A személyiség fejlődése nem áll meg a felnőttkor eléréseivel (21). A nemzedéki felelősség vállalása, az értékek átadásának képessége a személyiség kiteljesedéséhez, míg ennek hiánya reménytelen-séghez vezet.

Saját vizsgálatunkban a jobb kedélyállapotot mutató csoportban szignifikánsan magasabb attitűdpontszá-

A korosodó emberben érik meg fokozatosan az emberi élet szakaszainak gyümölcse: a teljesség.

mokat találtunk. Ez a mentális egészség és az idősödési beállítódások közötti összefüggésre mutat rá. A GDS-skála és (főleg a veszteség témakörben) az attitűdpontszámok értékei közötti negatív korreláció is arra utal, hogy a depresszió jeleit mutató egyének idősödési beállítódása negatív.

Az egyén magatartása a sikeres és aktív idősödés fontos meghatározója. A mentális egészségtől is függő beállítódások pedig a magatartásra vannak befolyással. A lelki egészség tehát az idősödéssel kapcsolatos attitűdökre gyakorolt hatása által is javíthatja az egyén idős kori életének minőségét. Erre utal a depresszióra hajlamosító háttértényezők és a morbiditási mutatók összefüggése is (1, 3, 19).

A Laidlaw, Power és Schmidt által részletezett negatív sztereotípiák, tehát az előítéletes szemlélet megváltoztatása csökkentheti az idős emberek között gyakori kedélybetegség előfordulását (7). Az idős emberek

életminőségére, valamint az idősödési attitűdökre vonatkozó kutatások eredményeitől az is várható, hogy a köztudatba ivódik az ilyen korú emberek helyzetének és ellátásának mentálhigiénés szemléletű megközelítése. A tanulságok révén pedig remélhetően az egészségügyben és a társadalomban pozitívrá hangolódik át az idős emberek megítélése és elfogadása.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetet mondanak a WHOQOL-OLD Group munkatársainak, továbbá a hazai adatgyűjtésben való részvételért dr. Varjú Cecília és dr. Csiszér Eszter főorvosoknak, a vizsgálati személyek kiválasztásában való közreműködésért Barabás Tiborné elnök asszonynak és Frisch Józsefnének, a Nyugdíjasok Budapesti Szövetsége elnökségi tagjának, valamint Missura Tiborné, nyugdíjas szeretetotthoni igazgatónak. A kutatást az EU 5. keretprogram QLK6-CT-2000-00320 számon támogatta.

IRODALOM

- WHO Active Ageing. A Policy Framework <http://www.euro.who.int/document/hea/eactagepolframe.pdf>
- Kullmann L, Harangozó J. Az Egészségügyi Világszervezet életminőség vizsgáló módszerének hazai adaptációja. *Orvosi Héttilap* 1999;140:1947-52.
- Valliant GE, Mukamal K. Successful ageing. *Am J Psychiatry* 2001;158:839-47.
- Fugl-Meyer AR, Melin R, Fugl-Meyer KS. Life satisfaction in 18- to 64 year-old Swedes: in relation to gender, age, partner and immigrant status. *J Rehabil Med* 2002;34:239-46.
- Johansson C. Rising with the fall. Addressing quality of life in physical frailty. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 2003;19:239-48.
- Laidlaw K. A mentális egészség és betegségek hatása a sikeres öregedésre. In: Kovács M. (szerk.). Idős kori depresszió és szorongás. Budapest: Springer; 2003. p. 13-22.
- Laidlaw K, Power MJ, Schmidt S & The WHOQOL-OLD Group. The Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ). Development and psychometric properties. *Int J Geriatric Psychiatry* 18 Oct 2006, Early View.
- The WHOQOL Group. The development of the WHO quality of life assessment instrument (The WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W (eds.). Quality of Life Assessment: International Perspectives. Berlin: Springer; 1994. p. 41-57.
- The WHOQOL-Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine* 1998;46: 1569-85.
- Power M, Quinn K, Schmidt S. Development of the WHOQOL-Old Module. *Quality of Life Research* 2005;14(10): 2197-214.
- Winkler I, Buyantugs L, Petscheleit A, Kilian R, Angermeyer MC. The WHOQOL-OLD Group. Die interkulturelle Erfassung der Lebensqualität im Alter: Das WHOQOL-OLD-Projekt. *Z Gerontopsychologie & -psychiatrie* 2003;16(4):177-92.
- Pék Gy, Égerházi A, Kovács M. Pszichológiai tesztek, diagnosztikai kérdőívek, tünetbecslő skálák. In: Kovács M (szerk.). Idős kori depresszió és szorongás. Budapest: Springer; 2003. p. 141-57.
- Szél I. Állapotfelmérés és tervekészítés a rehabilitáció folyamatában. In: Huszár I, Kullmann L, Tringer L. A rehabilitáció gyakorlata. Budapest: Medicina; 2000. p. 78-90.
- Fayers MP, Machin D. Quality of life assessment, analysis and interpretation. Chichester: Wiley and Sons; 2000.
- Millis SR. Emerging standards in statistical practice: Implications for clinical trials in rehabilitation medicine. *Am J Phys Med Rehabil* 2003;82(Suppl):S32-37.
- Balogh Á, Belicza É. Matematikai statisztikai módszerek a rehabilitációban *Rehabilitáció* 2005;15(1):15-26.
- Kullmann L. Expectations of elderly people that may influence their participation in rehabilitation. *Int J Rehabil Res* 2004;27 (Suppl.1):18.
- Központi Statisztikai Hivatal. Year Book of Health Statistics 2001. Budapest: KSH; 2002.
- Kopp M, Skrabski Á. Alkalmazott magatartástudomány. A megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái. Hét Szabad Művészeti Könyvtára. Corvinus Kiadó; 1995. p. 38-46, 171-2.
- Erikson EH. A fiatal Luther és más írások. Budapest: Gondolat; 1991. p. 489-96.
- Kopp M, Skrabski Á. Magyar lelkiállapot. Budapest: Végeken Alapítvány; 1992. p. 83-4, 173-81, 206.



HÍR

SZÚRÓVIZSGÁLATOK

Ingyenes anonim hepatitis B-, hepatitis C-, HIV- és szifiliszszűrés, valamint tanácsadás, hétfőn és szerdán 17–20h-ig, kedden és pénteken 9–12h-ig.

Cím: Budapest, XI. Karolina út 35/B. tel: (1) 466-9283.