

*Czibere Ibolya – Rácz Andrea – Szilvási Henrietta – Szikszai Zita – Imre Sándor*

## **A Debrecenben élő 90 évesnél idősebbek életminőségének, mentális állapotának és kognitív státusának regresszió-analízisre és klaszterelemzésre épülő vizsgálata**

### **Bevezetés**

Az idősödés hosszú távú demográfiai és társadalmi kérdéseivel foglalkozó kutatások sorában Magyarországon egyedülálló kezdeményezés volt a Debrecenben élő, 90 éven felüli – 1902 és 1914 között született népesség – teljes körű felmérése.<sup>1</sup> A kutatás célja a debreceni lakóhelyű, aggastyán és matuzsálemi korú személyek életmódjának, attitűdjeinek, értékeinek, valamint fizikai és mentális állapotának vizsgálata volt. Az adatfelvétel három mérési technikára épült, a 159 kérdést tartalmazó – szociodemográfiai, táplálkozási, egészségi állapot, fizikai aktivitási, identitás panelekből álló – szociológiai kérdőívre, a depressziós skálára (rövidített, 15 tételes Geriatric Depression Scale, azaz GDS) (Van-Marwijk et al. 1995) és a mentális állapot vizsgálatára (Mini-Mental State Examination, azaz MMSE) (Folstein et al. 1975; Kovács 2003). A kutatás további részét képező egészségügyi szűrés (vérvizsgálat) kapcsán (melynek eredményeit ebben a tanulmányban nem közöljük), valamint az adatfelvétel gördülékenységének biztosítása érdekében háziorvosi körzetenként teljes körű megkérdezést végeztünk. A 212 fő válaszadó 74,1 százaléka nő, 25,9 százaléka férfi volt. Orvosi körzetek szerint vizsgálatunk 16 lakótelepen, 9 belvárosban, 10 kertvárosban lévő, 2 külterületen és 1 elit övezetben található körzetet érintett, 51 fő a megkérdezettek közül idősotthonokban élt. A kérdőíves adatfelvételre a megkérdezett idős emberek, illetve cselekvőképességük korlátozottsága vagy cselekvésképtelensége esetén törvényes képviselőik hozzájárulásával került sor.

### **1. Az elemzés módszertana**

Adatbázisunk elemzése során a többváltozós összefüggések feltárására regresszió-elemzést és klaszteranalízist használtunk, illetve e módszereket kiegészítettük variancia-analízissel. A regresszió-elemzést a mentális állapot és a depressz-

---

<sup>1</sup> Debrecenben 2005-ben készült az első ilyen irányú adatfelvétel. Az elmúlt időszakban nem készült hasonló jellegű felvétel a Debrecenben élő, 90 év feletti népességről. Jelen kutatás teljes megkeresésen alapul.

szió szintje közötti kapcsolatok feltárására alkalmaztuk és mutattunk ki összefüggéseket. A lineáris regresszió módszerének alkalmazásával két skála szintű változó együttes alakulásának elemzésére nyílt lehetőség. A módszer segítségével azt tudtuk kimutatni, hogy amennyiben a magyarázó változóként figyelembe vett mentális egészség szintje változik, ebből adódóan hogyan alakul a depresszió szintje, azaz a GDS-érték.

A klaszterelemzés során a rendelkezésre álló adatbázisból jól jellemezhető csoportokat (klasztereket) kívántunk alkotni. Az adatok tisztítása után a különböző szintű metrikus változókat az összehasonlíthatóság érdekében azonos szintűvé alakítottuk. A standardizálás után minden változó átlaga 0, szórása pedig 1 lett, így a klaszterezésbe történő bevonásuk lehetővé vált. A standardizálást az egyes változók alapján végeztük el, az ún. Z scores módszerrel.<sup>2</sup> Mivel a klaszterképző változók kijelölése mindig magában rejti annak veszélyét, hogy egymással összefüggő változók kerülnek bevonásra, az olyan információk, amelyeket több változó is tartalmaz, nagyobb eséllyel hatnak a távolságmértékre. Emiatt az egymással erősen korreláló változók együttes alkalmazása redundáns, és jelentős torzításokhoz vezethet. Ennek kiszűrésére vizsgálatunkban elkészítettük a standardizált változók korrelációs mátrixát,<sup>3</sup> amely azt mutatta, hogy nincs erős korreláció a bemutatott változók között, így módszertani szempontból bevonhatók a klaszterezés folyamatába. Mivel a klaszterek számát illetően előzetes elvárásaink voltak, a különböző csoportosító módszerek közül a K-középpont<sup>4</sup> módszert alkalmaztuk. A klaszterezés során elsőként az iniciális klaszterközéppontokat határoztuk meg,<sup>5</sup> ezt követően a távolság- és hasonlóságmértéket választottuk ki.<sup>6</sup>

<sup>2</sup> A transzformáció ebben az esetben úgy történik, hogy minden egyes változó értékéből kivonjuk az átlagot, és a különbséget osztjuk a szórással.  $Z_i = \frac{(X_i - \bar{X})}{S_X}$

<sup>3</sup> Mivel a változókat standardizáltuk, azokat metrikus változóknak tekintjük, így a Pearson-féle korrelációs együtthatóval vizsgáltuk a köztük lévő kapcsolatot az alábbi

$$r = \frac{\sum (x - \bar{x})(y - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x - \bar{x})^2 \sum (y - \bar{y})^2}}$$

összefüggés szerint:

<sup>4</sup> K-Means Cluster, vagy Quick Cluster.

<sup>5</sup> A középpontok kijelölésének folyamata a következő: „Első lépésben az adatfile első k elemének adatait jelentik, ahol k a kért klaszterek száma. Az első k elem kiválasztása után a program sorba veszi az adatfile maradék elemeit. Akkor cserél ki egy másik esetre egy, már kiválasztott klaszterközéppontot, ha ennek az új esetnek a távolsága a hozzá legközelebb eső klaszterközépponthez képest nagyobb, mint a két egymáshoz legközelebb eső, már kiválasztott klaszterközéppont távolsága. Azt a klaszterközéppontot helyettesíti ezzel az „új” elemmel, amely hozzá a legközelebb esik. Ezt a folyamatot iterálási folyamatnak nevezzük. Az iterálás mindaddig folytatódik, amíg a klaszterközéppontok már nem változnak, azaz megtaláltuk az adott iniciálisokból következő stabil klaszterstruktúrát.” (Székely-Barna 2005:133-134; 137)

<sup>6</sup> A hiányzó értékek kezelésére a LISTWISE módszert alkalmaztuk.

Kiegészítő módszerként variancia-analízissel vizsgáltuk a klaszterek közötti eltéréseket oly módon, hogy a klaszterekbe tartozás jelentette a magyarázó változó egyes értékeit. A későbbiekben ezekben a kategóriákban vizsgáltuk a skála szintű minőségi dimenziókat megtestesítő jellemzőket, amilyen például az életperspektíva, a kedélyállapot, vagy a mentális fiatalság. Végezetül pedig az ún. ANOVA-módszer a szórások egyenlőségének feltételezésével azt mutatja meg, hogy a függő változó átlaga szignifikánsan tér-e el a magyarázó változó egyes kategóriáiban. Ez a módszer a jelenségek tényleges fennállásának, statisztikai szignifikanciájának tesztelésére szolgál.

## 2. A kutatás eredményei

A szociológiai adatfelvétel arra irányult, hogy megismerjük a Debrecenben élő aggyastyan és matuzsálemi életkorú idősök élethelyzetét, egészségi állapotát (beleértve a mentális és érzelmi állapotot, az önmegítélésen alapuló véleményeket, a fizikai aktivitást), motivációikat (életcélok, lelki tényezők), kapcsolatrendsze-reiket, és mindezek összefüggéseit.

A kutatás teljes mintáját figyelembe véve láthatóan erős a női túlsúly, ezen belül az özvegyek aránya. Ez azt is jelenti, hogy az elmagányosodás leginkább a nőket veszélyezteti. A megkérdezettek jelentős százaléka csak kevés mozgást lehetővé tevő lakóhelyen él, amely komoly szeparációs veszélyt is hordoz. Többségüknek rendkívül alacsony az iskolázottsági szintje, kb. 60 százalékuknak gyakorlatilag nincs (2 elemi vagy az sem) – azt gondolnánk, hogy ez jelentős hátrányokat teremt, és csökkenti az életesélyeket, de esetükben ez nem igaz. A világ számos országában leírták, hogy mind az iskolázottság hiánya, mind az iskolázottság megléte elősegítheti a nagyobb valószínűségű hosszúéletűséget. Ugyanakkor az is igaz, hogy az iskolai végzettség befolyással van a betegség időszakának kezdetére, a kutatások szerint elsődleges szerepe van abban, hogy nemüktől függetlenül, legkorábban az alapfokú végzettségűek betegszenek meg, legkésőbb pedig a diplomások. Az idősök élhető életét jelentősen rontja a másoktól való függőség, a tehetetlenség és a kiszolgáltatottság. Személyes autonómiájuk, önbizalmuk és önértékelésük károsodik, önellátásuk, öntevékenységük beszűkül, személyiségük depriválódik és izolálódik, majd magányosodik.

A legtöbb nemzetközi követéses vizsgálat azt igazolja, hogy a sikeres örege-dés szorosan összefügg az egyén mentális, lelki egészségével. Az egészséges öregeedésnek alapfeltétele az érzelmi és spirituális jóllétiség, ennek pedig a leginkább meghatározó tényezője a szociális interaktivitás. Ez nem jelent mást, mint, hogy a jó öregeedéshez szükséges szeretetet adni és szeretetet kapni. A bevontság, az önkifejezés, a megbecsültség, a tevékenység szükségessége és fontossága, amely a személyes presztízst is növeli, jelentős tényezőknek tekint-hetők. Ismert, hogy a rendszeres napi fizikai és szellemi tréning hatékonyabb az alkalmi tevékenységekkel szemben. A mentális egészség megőrzésével, akár fejlesztésével az öregeedés minősége fenntarthatóbbá válik.

Az életmódnak különlegesen fontos szerep jut ebben a folyamatban. Az eh-hez tartozó legmeghatározóbb tényezők a táplálkozás, a fizikai és szellemi akti-vitás, a szerepválasztás, társas-társadalmi kapcsolódás és tevékenység, szabad-

idő- és sporttevékenység, a valakihez-valamihez való tartozás, az élethosszig tartó tanulás, a kreativitás, az életöröm, az életet vezérlő célok, stratégiák és adaptációs minták kialakítása. A frusztrációk elkerülése épp úgy, mint azok levezetése, a konfliktusmegoldó képesség fejlesztése, és az idősödés folyamatának a személyes kezelése további rendkívül erősen befolyásoló tényező lehet. A továbbiakban ezen tényezők és összefüggések figyelembe vételével kísérreljük meg a 90 éven felüli idősökre jellemző statisztikailag is bizonyítható összefüggéseket feltárni és leírni.

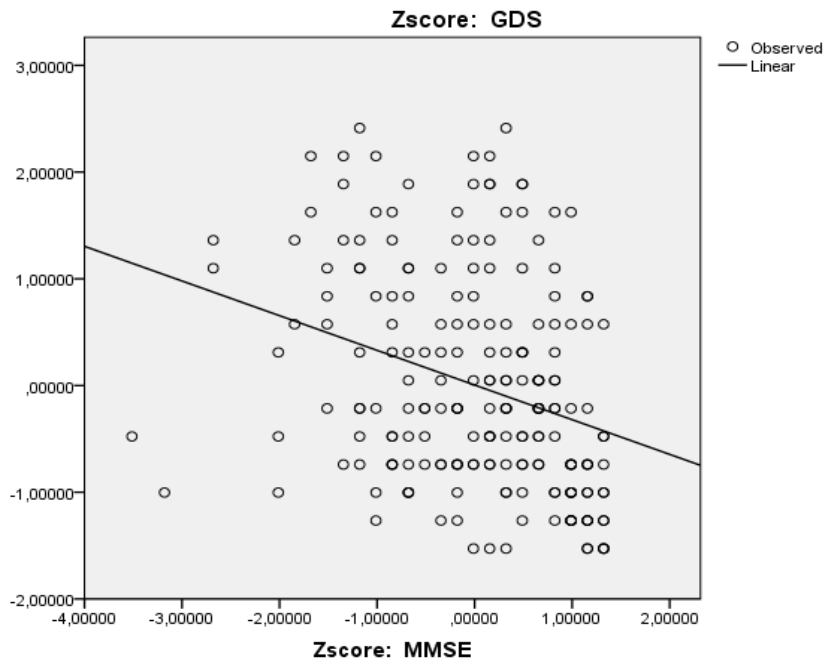
### 3. A mentális állapot és a depressziószint kapcsolatának regressziós elemzése

Elemzésünk eredményei szerint a mentális egészség és a depresszió foka között fordított lineáris kapcsolat figyelhető meg. A regresszió-elemzés során azt vizsgáltuk, hogy a mentális egészség és a depresszió szintje közötti összefüggés hogyan írható le. A két vizsgált változó eltérő skálán értelmezhető, ezért a regresszió-elemzés előtt standardizálással egységesítettük a változókat, így a továbbiakban Zscore GDS és Zscore MMSE változókkal dolgoztunk. A standardizálás során 0-1 lett mindkét változó minimum és maximum értéke.

Eredményeink alapján a magasabb MMSE pontszám alacsonyabb GDS pontszámot valószínűsít, vagyis fordított irányú, lineáris kapcsolat írható le közöttük. A kapcsolat szignifikáns, 95 százalékos megbízhatósági szinten.<sup>7</sup> A megfigyelt kapcsolat úgy magyarázható, hogy amennyiben a megkérdezett idősök jobb eredményt értek el a mentális egészség 30-as skáláján, úgy ez szignifikánsan alacsonyabb értékkel járt együtt a depresszióskálán. A regressziós modell segítségével azt is be tudtuk bizonyítani, hogy a GDS szintjének változását 13,4 százalékban az MMSE változása magyarázza.<sup>8</sup>

<sup>7</sup>  $P \leq 0,05$

<sup>8</sup> A regressziós egyenes helyzetét meghatározó egyenlet:  $4,225E-16 x + 0,377 = y$



1. ábra. A mentális egészség és a depresszió szintjének kapcsolata  
 Forrás: saját szerkesztés

Ez az összefüggés minden klaszterben megfigyelhető, így ki tudjuk mondani, hogy a vizsgált mintában egyértelmű, lineáris együttjárás körvonalazódik a mentális állapot és a depresszió kockázata/foka között. Vizsgálatunk alapján elmondható, hogy a minta által reprezentált idős populációban, azok körében, akik szellemileg frissebbek, alacsonyabb a depresszió megjelenésének kockázata.

#### 4. Klaszterelemzés

##### *A klaszterminta általános bemutatása*

A 115 fős almintában a válaszadók 78,3 százaléka nő és 21,7 százalékuk férfi. Családi állapotukat tekintve 78,3 százalék özvegy, 13,1 százalék házasságban vagy élettársi kapcsolatban él. A minta 43,5 százalékának csupán elemi iskolai végzettsége van, középfokú végzettséggel közel 30 százalékuk, főiskolai vagy egyetemi diplomával 14 százalékuk rendelkezik, míg 13 százalékuknak nincs semmilyen végzettsége. Aktív korokban jellemzően könnyű fizikai munkát végeztek, de magas arányban voltak közöttük háztartásbeliek is. Egyötödük gyermektelen, a többségnek 1–3 gyermeke van. Szinte mindnyájan biztonságban érzik magukat anyagilag, annak ellenére, hogy közel 60 százalékuk alacsony státuszú lakókörnyezetben él.

A megkérdezett idősek közel 70 százalékban alapvetően jónak tartották egészségi állapotukat, aktív éveikben a mozgás – függetlenül attól, hogy milyen ágazatban dolgoztak – meghatározó tényező volt a munkavégzésükben (közel 80

százalékuk jellemzően nem ülőmunkát végeztek). Jelenleg az idősek 55,8 százaléka szabad mozgású, 38,9 százalék nem jár ki a lakásából, míg 4,4 százalékuk ágyhoz kötött. A többség eljár sétálni. 60 százalékuk fiatalosnak vagy a koránál fiatalabbnak ítéltető, egyharmaduk a korának megfelelő, míg 10 százalék körüli azok aránya, akik koruknál idősebbnek látszanak.

A kérdező jellemzése alapján nagy többségük barátságos, ápoltt, rendezett küllemű és gyors felfogású. Egyharmaduk ambiciózus, jövőbe tekintő gondolkodású, a kérdezettek fele a jelennek élők, míg 15 százalék körüli azok aránya, akik inkább a múltban élnek. Ezzel együtt szellemi kapacitása közel háromgyedüknek jó.

A depresszió jelei egyharmaduknál figyelhetőek meg és egyötödüknél valószínűsíthetőek. A többség a korának megfelelően lát, 25 százalékuknak viszont rossz a látása. Az idősek hallása hasonlóképpen alakul. Az egészségnek fontos összetevője a testsúly is. Közel 60 százalékukról elmondható, hogy túlsúlyosak, annak ellenére, hogy 90 százalékban egészséges ételeket fogyasztanak. Közel 80 százalékuk ritkábban, mint havonta jár csak orvoshoz.

Körükben az öregedéssel kapcsolatban megoszlanak a vélemények, többen úgy vélik, hogy az öregedés a másokra való ráutaltsággal jár együtt, sokan a szellemi hanyatlással azonosítják, valamint a megromlott egészségi állapottal, illetve egy bizonyos életkor (65 év) elérésével. Segítséget egyharmaduk a családtól, rokonoktól kér, mint ahogyan ők is a családtagoknak adnak tanácsot leginkább. Figyelemre méltó ugyanakkor, hogy a megkérdezettek közel fele nem ad tanácsot senkinek a környezetében és nem is kér senkitől segítséget. Ez nagyfokú elmagányosodásra, egyedüllétre utal. Mindezek ellenére jellemzően a családot nevezték meg legtöbben, mint legfontosabb értéket az életben (49,6 százalék), valamint 12 százalékuk az egészséget is ebbe a kategóriába sorolta. Az általuk megnevezett értékek rangsorában csak kevesen tulajdonítottak jelentőséget a munka szeretetének, a hitnek, becsületességnek, emberi kapcsolatok meglétének, felelősségvállalásnak, vidámságnak, életerőnek vagy a békességnek, nyugodt körülményeknek.

Más összefüggéseket mutat viszont a véleményük a hosszú élet titkára vonatkozóan. Jellemzően a józan élet, egyfajta ésszerű életvezetés, valamint a munka szeretete, és közel egyötödük szerint a hit Istenben került a sorrend élére. Nem említették viszont a családot, mint védőhálót, annak ellenére, hogy többségüknek a családtagjai a legfontosabbak, illetve, hogy 80 százalékuk úgy értékeli, hogy szoros a családdal a kapcsolata és ez korábban is így volt. Mindemellett sokuk úgy érzi, hogy ők is fontosak a családjuknak. Ez a kölcsönös odafordulás a segítségben is megnyilvánul, közel 70 százalékuk támogat valakit, míg közel 90 százalékuk kap támogatást. Egyötödük jelenleg is tart kapcsolatot barátokkal, korábban a többség rendszeresen járt társaságba is.

Az idősek világhoz való hozzáállására a kitartás és a bölcsesség jellemző, több mint 80 százalékuk a saját elképzeléseit követi, és ha valami nem sikerül az életben, akkor ezt képesek elfogadni, túllépni a problémán.

A felnövekvő nemzedék nevelésével kapcsolatban legfontosabb átadandó értékeknek a szeretettel való odafordulást gondolják, emellett az engedelmisséget, a

kötelességtudatot és a munka szeretetét említették leghangsúlyosabban a tanácsok sorában.

### ***Klasztertípusok***

A klaszterezés eredményeként 3 klasztercsoport jött létre oly módon, hogy a bevont változók mindegyike szignifikánsan befolyásolta a klaszterek alakulását.<sup>9</sup> Klaszterképző változóink az alábbiak voltak: egészséges étkezés, dohányzás, betegség a kérdezéskor, sportolt-e és mozog-e, az orvoshoz járás gyakorisága, szubjektív egészségügyi állapot, MMSE, GDS, szellemi kapacitás, iskolai végzettség, lakóhely, önellátás. A klaszterezést követően 115 fős almintával dolgoztunk tovább, mert esetükben kaptunk minden kérdésre választ.

A klaszterelemzés során a kialakult klaszterek tartalmi leírására, illetve sokkal inkább annak a kérdésnek a magyarázatára törekedtünk, hogy statisztikailag miért kerültek egy csoportba bizonyos esetek. Ebből adódóan természetesen előfordulhat, hogy egy-egy kiragadott eset nem tökéletesen reprezentálja az adott klasztert, de csoportként kezelve szemléletes leírásukat adhatjuk.

#### *1. klaszter: Alacsony státuszú, alacsony jóléti szintű, nőies klaszter (N=67)*

Ebbe a klaszterbe jellemzően özvegy nők tartoznak, akik leginkább (kétharmaduk) alacsony iskolai végzettségűek (sokan iskolai végzettség nélkül), és alacsony lakóhelyi státuszúak. Alacsony társadalmi státuszuk ellenére szinte mindannyian anyagi biztonságban érzik magukat. Egészségügyi állapotuk jónak mondható, az orvost csak ritkán keresik fel, MMSE értékük is magas értéket mutat. Egészségi állapotukat jónak ítélik meg. Egyharmaduk ugyan segítségre szorul a napi életvezetésben, de zömük önellátó, és jellemzően nem vesznek igénybe szociális ellátást. A többség egészségesen táplálkozik, szed vitamint, 60 százalékuk viszont túlsúlyos. Az ebbe a klaszterbe tartozók több mint fele fiatalosnak vagy korához képest fiatalnak tűnik és a depresszió tüneteit sem hordozzák. Az adatfelvételt végző kérdezőbiztosok benyomásai alapján gyors felfogásúak, barátságosak, ápoltak, kiválóan kommunikálnak.

Családi viszonyaikra jellemző, hogy többségüknek 1–3 gyermeke van, rendszeresen tartják a családdal a kapcsolatot, segítségre is számíthatnak a hozzátartozóiktól. Ez a segítség kölcsönös, hiszen a családtagoknak ők is adnak jellemzően tanácsokat. Értékrendjükben is leginkább a család áll az első helyen (56 százalék). A kölcsönös támogatás fontos érték számukra, a családi kötelékek most is és korábban is szorosak voltak.

Az ebbe a klaszterbe sorolt idősök szerint a hosszú élet titka három fontos tényező, a józan élet, az Istenbe vetett hit és a munka szeretete, emellett, az egészséges életmód követése és a nyugodt élet is meghatározó tényezője a hosszú életnek.

A jövő nemzedékének tanítása, nevelése terén a legfontosabbnak a szeretetet tartották, emellett az engedelmisséget, becsületességet, egyfajta jó modort, tisztelget, kötelességtudatot is kiemelték.

---

<sup>9</sup> Az ANOVA próba eredményei alapján

2. *klaszter: Magas státuszú, jómódú, férfias klaszter (N=26)*

Ebben a klaszterben jellemzően kiegyenlített a nemek aránya, többségük özvegy, egyharmaduk viszont házasságban él, jellemzően a férfiak. Önállóan élnek saját otthonukban, önmaguk ellátására képesek. Az első klasztertől eltérően magas a társadalmi státuszuk, az ide sorolható idősöknek magas a lakókörnyezeti státusza, és a többség közép- és felsőfokú végzettséggel rendelkezik. Anyagilag szintén biztonságban érzik magukat.

Ugyan nem vesznek igénybe szociális ellátásokat, de többségük rendszeresen jár orvoshoz, vitamint is szednek. Egészségesek, korukhoz képest fiatalosabbnak tűnnek. A kérdező véleménye szerint barátságosak, ápoltak, inkább a jövőbe néznek. Sokkal kevésbé túlsúlyosak, mint az előző csoport tagjai, és hallásuk is jelentősen magasabb arányban jó. A depresszió nem jellemző rájuk.

Családi életüket tekintve egyötödük gyermektelen, a gyermekesek többségének 1–3 gyermeke van. A családdal a kapcsolattartás rendszeresnek mondható. A család mellett a barátok szerepe is jelentős, egynegyedük jár társaságba.

Véleményük szerint is a család és az egészség a legfontosabb az életben. A hosszú élet megítélése hasonlóan alakul, de körükben többen tulajdonítanak jelentőséget Istennek. A vallás jelentős szerepet tölt be az életükben, pl. többen valamilyen egyházat is támogatnak. A jövő generációjának nevelése terén a hitnek is kitüntetett szerepe van körükben, a szeretetre nevelés mellett inkább a kötelességtudatra, kemény munkára, becsületességre, engedelmességre helyeződik a hangsúly.

3. *klaszter: Idősoththonokban élő, rossz egészségi állapotú, nőies klaszter (N=22)*

A harmadik klaszterbe azok az özvegy idős nők sorolódtak, akik bentlakásos intézményekben élnek, és többségükben önellátásukban részben vagy teljes egészében segítségre szorulnak. Anyagilag közel egyharmaduk bizonytalannak érzi a helyzetét. A szociális intézményi létből adódóan rendszeresen találkoznak orvossal, egészségi állapotukat rossznak ítélik meg. Vitamint az idősök fele szed, viszont jellemzően mindenki túlsúlyos. Az MMS értékük közepes, és nagyon magas számban depresszióval is küzdenek. Az idősök fele a kutatás idején is betegséggel küzdött. Nem tűnnek fiatalosnak, inkább koruknak megfelelőnek vagy idősebbnek. Annak ellenére, hogy a többségnek a felfogása jónak mondható, jellemző az életszemléletükre, hogy nem nagyon terveznek, nem ambíciózusak, inkább a múltban élnek.

Számukra is a család és az egészség a legfontosabb az életben. Többen magányosak – annak ellenére, hogy közel felük rendszeres kapcsolatot tart a családdal –, ami a segítség igénybevétele és a tanácsadás hiányában nyilvánul meg: jellemzően nem kérnek tanácsot senkitől és nem is adnak senkinek. Korábbi családi kapcsolataikat szorosnak ítélik meg, mostani helyzetükben ezt már csupán 45 százalékuk értékeli így, egyharmaduk csak nagyon ritkán találkozik a családtagokkal, több mint egyötödüknek pedig semmiféle kapcsolata nincs már a családjával.



Véleményük szerint egyértelműen a munka szeretete és az ésszerű életvezetés a hosszú élet titka. A gyermekek nevelésében a szeretet mellett a becsületesség, a tisztesség és az engedelmisség jelenik meg értékként. Több mint kétharmaduk nem kíván tanácsot adni és tanácsot sem szokott kérni. Élethelyzetükből kifolyólag ők tudnak a legkevésbé támogatást nyújtani a családtagjaiknak és a három klaszter közül ők is kapnak legkevesebb segítséget természetes támaszaiktól. Bár az idősekre mindhárom klaszterben jellemző, hogy szívesen követik saját elképzeléseiket, és elfogadják, ha nem sikerül valami az életben, ebben a klaszterben a magas depresszió miatt ez inkább tűnhet egyfajta lemondó beletörődésnek, mintsem az adott helyzet bölcs elfogadásának.

### 5. A klaszterek közötti kapcsolatok vizsgálata variancia-analízissel (ANOVA)

Az elemzés következő szakaszában variancia-analízissel vizsgáltuk a klaszterek közötti eltéréseket. Eredményeink szerint minden ANOVA-val mért változó esetén szignifikánsan alacsonyabbak az „Idősothonokban élő, rossz egészségi állapotú, nőies” klaszter értékei a másik két klaszterhez képest. Ugyanezek a különbségek az „Alacsony státuszú, alacsony jóléti szintű, nőies” klaszter és a „Magas státuszú, jómódú, férfias” klaszter között is szignifikáns eltéréseket jelentenek.

E módszer alkalmazásával elsődlegesen arra kerestük a választ, hogy az egyes klaszterek között a mentális állapotot tükröző MMSE érték hogyan tér el. Az eredmények szerint a 30 fokú skálán mért MMSE átlaga szignifikánsan magasabb a magas és alacsony státuszú csoportok esetében, mint az idősothonokban lakók körében. Hasonló jelenség figyelhető meg a depresszió szintje (GDS) esetén is, legkedvezőtlenebb az idősothonokban élők értéke, míg a legjobb értékeket a magas státuszú csoport esetében mértük. Az eltérés a csoportok között szintén szignifikáns.

Cluster Number of Case		MMSE	GDS
„Alacsony státuszú, alacsony jóléti szintű, nőies” klaszter	Mean	23,45	4,72
„Magas státuszú, jómódú, férfias” klaszter	Mean	18,95	9,95
„Idősothonokban élő, rossz egészségi állapotú, nőies” klaszter	Mean	25,35	4,62
Total	Mean	23,02	5,70

1. tábla. Az egyes klaszterek közötti mentális állapot eltéréseinek vizsgálata varianciaanalízissel (ANOVA)

Hasonló eredményeket mutat az attitűdök vizsgálata is, elsősorban az ambiciózusság, a mentalitás és nyitottság szempontjából. A legalacsonyabb értékeket az idősothonokban élők esetében mértük, vagyis rájuk jellemző szignifikánsan

legerősebben a befelé forduló, zárkózott, barátságtalan magatartásforma, a múltba visszatekintő, önfeladó állapot, és körükben figyelhető meg legkevésbé a korukhoz képest energikusabb, fiatalosabb, jelennek élő viselkedés.

	„Alacsony státuszú, alacsony jóléti szintű, nőies” klaszter (MEAN)	„Idősotthonokban élő, rossz egészségi állapotú, nőies” klaszter (MEAN)	„Magas státuszú, jó módú, férfias” klaszter (MEAN)
Milyen életkorúnak látszik? (1 – idősebbnek, 5 – fiatalabbnak életkoránál) <sup>10</sup>	3,76	2,5	4,32
Barátságtalan (1) – Barátságos (5) <sup>11</sup>	3,92	3,00	4,37
Inkább visszatekintő (1) – Inkább ambíciózus (5) <sup>12</sup>	3,26	1,67	3,78

2. tábla. A klaszterek közötti eltérések vizsgálata az egyes attitűdök alapján (ANOVA)

Összehasonlítva a mentális állapot (MMSE) és a depressziós szint értékeit (GDS) az egyes attitűdök mentén mért értékekkel, egyértelműen felállítható az egyes klaszterek között egy olyan szignifikáns kapcsolatot mutató sorrendiség, amely bizonyítja, hogy ezen szempontok alapján legrosszabb helyzetben az idősotthonokban élők, majd az alacsony státuszú, alacsony jóléti szintű, nőies klaszter tagjai vannak, legjobb helyzetűeknek pedig egyértelműen a magas státuszú, jó módú férfias klaszter tagjai tekinthetők. Úgy tűnik, hogy azok a tényezők, amelyek a magas társadalmi státuszt meghatározzák (pl. iskolai végzettség, lakóhely, stb.), szignifikáns hatással bírnak az időskori életminőségre is.

## 6. Összegzés

Tanulmányunkban többváltozós összefüggések feltárásán keresztül mutattuk be a debreceni 90 éven felüli idős emberek életminőségét, kapcsolatait, mentális és fizikai állapotát, értékrendjét, attitűdjeit. Igazoltuk, hogy az idősödés folyamatát egyedi jellegzetességek bonyolult mintázatai határozzák meg, ugyanakkor sikeresen kimutattunk olyan meghatározó tulajdonságokat (klaszterképző tényezők), amelyek mentén markánsan elkülöníthető csoportokat tudunk képezni körük-

<sup>10</sup> Sig. Of ANOVA = 0,000 (p<=0,000)

<sup>11</sup> Sig. Of ANOVA = 0,013 (p<=0,05)

<sup>12</sup> Sig. Of ANOVA = 0,000 (p<=0,000)

ben. Ezen csoportokon belül és a csoportok között is szignifikáns kapcsolatokat, illetve szignifikáns eltéréseket tudunk kimutatni és leírni. Tanulmányunk igazolja, hogy a fizikai és szellemi aktivitás, a személyes autonómia, az öntevékenységek széles köre, az izoláció és a magány elkerülése minőségi idős kor megélését teszi lehetővé, mindezt pedig jelentősen befolyásolhatja a fiatalabb korban megszerzett státushelyzet. Az idős emberek státushelyzetére a legnagyobb hatást a tényleges, illetve a nyugdíjazás előtti gazdasági aktivitásuk és foglalkozási jellemzőik gyakorolják. Minél jobb pozíciót töltött be valaha a munkapiacra, annál magasabb a jelenlegi társadalmi státusa. A társadalmi státus és az egészségi állapot között pedig szoros összefüggés mutatkozik.

Az idős emberek társadalmi réteghelyzetének szerkezete az elkövetkező években, évtizedekben feltehetőleg sokat változik majd. Ez részben az iskolázottság, a kulturális szint növekedésének, az igények modernizálódásának következménye. A gazdaságilag aktív korban megalapozott társadalmi helyzet és az egészségi állapot az a két legfontosabb tényező, amely az idős emberek mindennapjaira a leginkább hatással van. Napjainkban ez a kapcsolat kétirányú: az alacsonyabb társadalmi státus kevés alapot teremt az egészség megőrzésére, az egészséges életmódra, más oldalról a megromlott egészség – annak korlátozó hatása miatt – könnyebben téríti kedvezőtlen, alacsonyabb társadalmi helyzetek felé az idős embereket (Országos Egészségfejlesztési Intézet 2007). Ezért is lényeges az aktív időskor társadalmi garanciáinak kidolgozása, vagyis az egészség, a társadalmi részvétel és a biztonság lehetőségei közötti optimális egyensúly megtalálása, annak érdekében, hogy a társadalom idősödő tagjai megtarthassák megszokott életminőségüket az idősödés folyamatában.

### Felhasznált irodalom

*Derűs időskor – aktív időskort támogató közösségi programok* (2007). Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest

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

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

Székelyi Mária – Barna Ildikó (2005): *Túlélőkészlet az SPSS-hez*. Typotex Kiadó, Budapest

Van-Marwijk, H. W. – Wallace, P. – de-Bock, G. H. – Hermans, J. – Kaptein, A. A. – Mulder, J. D. (1995): Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale = *British Journal of General Practitioner*. 1995; 45(393): 195-199.