

Az aktív idősödés lehetőségei a hazai idősök nappali ellátásában

Doktori értekezés

Vajda Kinga Katalin

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Széman Zsuzsanna, Ph.D., habil., professor emerita,
egyetemi tanár

Hivatalos bírálók: Dr. Czibere Ibolya, Ph.D., habil., egyetemi oktató
Dr. Némethné dr. Gradvohl Edina, Ph.D., főiskolai docens

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Kovács József, CSc, DSc., az MTA doktora,
egyetemi tanár

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Balog Piroska, Ph.D., egyetemi oktató
Dr. Hidas Zoltán, Ph.D., habil., egyetemi tanár

Esztergom

2022

Tartalomjegyzék

Rövidítések jegyzéke.....	3
Ábrák és táblázatok jegyzéke	4
1. Bevezetés, probléma felvetés.....	6
<i>1.1. Az aktív idősödés koncepciójának kialakulását elősegítő folyamatok.....</i>	<i>9</i>
1.1.1. Demográfiai változások.....	9
1.1.2. A jóléti államok válsága, megváltozó szociálpolitikai irányok.....	12
<i>1.2. Az aktív idősödés koncepciója</i>	<i>14</i>
1.2.1. Az aktív idősödés elképzelésének kialakulásához vezető út.....	14
1.2.2. Az aktív idősödés összetevői.....	16
1.2.3. Az aktív idősödés elképzelését ért bírálatok.....	18
1.2.4. Az aktív idősödés mérése: az aktív idősödés index.....	19
1.2.5. Digitalizáció és info-kommunikáció, az aktív idősödés felértékelődő meghatározói	23
1.2.6. Az aktív idősödés lokális jó példái, jelentősége a tartós idősgondozási rendszerekben	24
<i>1.3. A magyarországi idősek számára fenntartott szociális ellátások rendszere, különös tekintettel az időskorúak nappali ellátására</i>	<i>26</i>
2. Célkitűzések, kutatási kérdések	31
2.1. <i>Kutatási kérdések.....</i>	<i>32</i>
3. Módszer, mérőeszközök, mintavételek	33
3.1. <i>Módszer, mérőeszközök, mintavétel.....</i>	<i>33</i>
3.1.1. Kvantitatív adatfelvétel jellemzői: mérőeszköz és mintavétel	34
3.1.2. Kvalitatív adatfelvétel jellemzői: mérőeszközök és mintavételek	40
4. Eredmények	46
4.1. <i>A kutatás első fázisa: a kvantitatív kérdőíves adatgyűjtés</i>	<i>46</i>
4.1.1. A válaszadók megoszlása az egyszerű szocio-demográfiai kérdések vonatkozásában.....	46
4.1.2. Az aktív idősödés index részterületeihez kapcsolható változók közötti összefüggések és kapcsolatok.....	51
4.1.3. Az aktív idősödés index által nem tárgyalt, az idősödés folyamatát és minőségét befolyásoló változók vizsgálata	68
4.1.4. A kvantitatív adatgyűjtés eredményeinek néhány kiemelkedő pontja	71
4.2. <i>A kutatás második fázisa: a kvalitatív szakértői interjúk során készült adatok feldolgozása</i>	<i>73</i>
4.2.1. A szakértői interjúk során vizsgált minta jellemzői	74
4.2.2. A kvalitatív szakértői interjúk eredményei.....	77

4.2.3. A kvalitatív adatgyűjtés első adatfelvételének összefoglalása, tapasztalatok a szakértői interjúk alapján.....	93
<i>4.3 A kutatás harmadik fázisa: a kvalitatív fókuszcsoportos interjúk során készült adatok feldolgozása</i>	96
4.3.1. A fókuszcsoportos interjú mintavételének jellemzői.....	97
4.3.2. A kvalitatív fókuszcsoportos interjúk eredményei	98
4.3.3. A kvalitatív adatgyűjtés második adatfelvételének összefoglalása, tapasztalatok a szakmai dolgozói fókuszcsoportos interjúk alapján	110
5. Megbeszélés	113
<i>5.1. Az idősek nappali ellátása, mint az aktív idősödés és a prevenció lehetséges területe</i>	114
<i>5.2. Az aktív idősödés mérését szolgáló index részterületeinek és faktorainak megjelenése az idősek nappali ellátásában, ezek hatása egymásra és más változókra</i>	115
<i>5.3. Az idősek nappali ellátásában az aktív idősödés megjelenését befolyásoló tényezők</i>	119
<i>5.4 Az aktív idősödésre ható COVID-19 járvány következményei az idősek nappali ellátásában</i>	123
6. Következtetések, szakpolitikai fejlesztési irányok	126
<i>6.1. Az aktív idősödést támogató területek erősítése az idősek nappali ellátásában</i>	126
<i>6.2. A szállítás hiányának feloldása az idősek nappali ellátásában</i>	128
<i>6.3. Az ütköző szolgáltatások dilemmájának feloldása</i>	128
<i>6.4. Info-kommunikációs technológiák ismeretének és a hozzájuk kapcsolódó eszközök beszerzésének támogatása</i>	129
7. Összefoglalás	131
8. Summary	132
9. Irodalom jegyzék	133
10. Saját publikációk	149
11. Köszönetnyilvánítás	150
Mellékletek	151
1. számú melléklet – Kérdőíves adatfelvétel kérdéssora	151
2. számú melléklet – Félig strukturált szakértői interjú kérdéssora (interjúfonala)	158
3. számú melléklet – Fókuszcsoportos interjú kérdéssora (interjúfonala)	160

Rövidítések jegyzéke

AA: Aktív Idősödés (Active Ageing)

AAI: Aktív Idősödés Index (Active Ageing Index)

EQLS: Európai Unió Életminőség Felmérése (European Union Quality of Life Survey)

ESS: Európai Szociális Felmérés (European Social Survey)

EC: Európai Bizottság (European Commission)

EU: Európai Unió

EU-LFS: Európai Unió Munkaerőpiaci Felmérése (European Union Labour Force Survey)

EU-SILC: Európai Unió Lakhatási Feltételekre és Bevételekre Vonatkozó Statisztikái (European Union Statistics on Income and Living Conditions)

IK: Info-kommunikáció

IKT: Info-kommunikációs technológia

INS: Idősügyi Nemzeti Stratégia

KSH: Központi Statisztikai Hivatal

OECD: Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (Organisation for Economic Co-operation and Development)

Szt.: 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

UN: Egyesült Nemzetek (United Nations)

WHO: Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization)

Ábrák és táblázatok jegyzéke

- 1. ábra** A kutatásban alkalmazott kevert módszertan lépései és vizsgált célcsoportjai
- 2. ábra** Gyermeke/unokája gondozásában való részvétel gyakorisága
- 3. ábra** Idős/rokkant hozzátartozója gondozásában való részvétel gyakorisága
- 4. ábra** A válaszadók tárgyi ellátottságának gyakoriságokkal súlyozott indexszám aránya csoportosítva
- 5. ábra** Az interneten végzett tevékenységek számából képzett indexszám aránya
- 6. ábra** A válaszadók megoszlása vallási felekezettől függetlenül annak tekintetében, hogy mennyire érzik vallásosnak magukat
- 1. táblázat** Az aktív idősödés index részterületei, ezek indikátorai, illetve a részterületek és azokon belül az indikátorok tartománybeli súlyai
- 2. táblázat** Meghatározott szociális alapszolgáltatásokat igénybevevő ellátottak száma 2017-ben, 2018-ban, 2019-ben és 2020-ban
- 3. táblázat** Az étkeztetés, házi segítségnyújtás és idősek nappali ellátását igénybe vevő 65 éves és idősebb személyek megoszlása 2019-ben nemek és korcsoportok szerinti
- 4. táblázat** A kitöltők régiók és települések szerinti megoszlása
- 5. táblázat** Ellátottak nemek szerinti megoszlása korcsoportok szerint bontva az idősek nappali ellátása nevű szociális alapszolgáltatásban 2017-ben
- 6. táblázat** A vizsgált minta megoszlása a csoportosított életkor, családi állapot, iskolai végzettség, lakott épület típusa és ellátás igénybevételének kezdete változók alapján
- 7. táblázat** A jövedelmet biztosító munkavégzés és más változók kapcsolata
- 8. táblázat** Életkor szerinti csoportosítás és a háztartás jövedelmi helyzetével való elégedettség kapcsolata
- 9. táblázat** A háztartás szubjektív jövedelmi helyzetének kapcsolata más változókkal
- 10. táblázat** A lekérdezést megelőző 12 hónap során önkéntes munkában való részvétel és más, aktív idősödéshez kapcsolódó változók viszonya
- 11. táblázat** Az orvosi ellátáshoz való hozzájutás nehézségei
- 12. táblázat** Bináris logisztikus regresszió 1. modellépítési kísérlet az internettel való ellátottság esetében
- 13. táblázat** Bináris logisztikus regresszió 3. modellépítési kísérlet az internettel való ellátottság esetében
- 14. táblázat** Az aktív idősödést támogató változók hatása a mentális jóllét változóra

15. táblázat A különböző típusú kapcsolatokról képzett index változó hatása a mentális jólétre

16. táblázat A bevont intézmények száma, az ellátottak és szakmai dolgozók létszámadatai

1. Bevezetés, probléma felvetés

A társadalmi szintű előregedés napjainkra olyan megoldásra váró feladattá nőtte ki magát, mellyel minden országnak szembe kell néznie. Félrevezető elképzelés, hogy az idősödési válság csupán a fejlett nyugati országokat érinti. A WHO adatai alapján a társadalmak idősödése egy gyorsuló folyamat, melynek következtében az ezzel újonnan szembesülő, sok esetben fejlődő vagy nehezebb gazdasági, egészségügyi, szociális háttérrel bíró országoknak jelentősen rövidebb idő alatt lenne szükséges adaptálódnia az idősödés generálta új helyzetekhez (WHO, 2018; WHO, 2020). Az idősödés egyre erőteljesebben jelen van minden országban, mindez pedig a kutatók és szakemberek érdeklődését is felkeltette. Az 1993-as évet követően (Az idős emberek és a generációk közti szolidaritás európai éve) az 1999-es évet az idős emberek nemzetközi évének nyilvánították, majd az Egyesült Nemzetek (UN) az 1982-ben Bécsben elfogadott idősödéssel foglalkozó akciótervet 2002-ben Madridban átdolgozva és aktualizálva újra elfogadta (United Nations, 1982; United Nations, 2002). Az akciótervben olyan főbb területeken fogalmaztak meg közös javaslatokat, mint az aktív részvétel a társadalmi folyamatokban és fejlődésben, munka és idősödő munkaerőpiac, vidéki területeken élő idősök (a migráció és urbanizáció kérdései), a korcsoport tudáshoz és oktatáshoz/képzéshez való hozzáférése.

2012 az aktív idősödés és a generációk közti szolidaritás éve volt az Európai Unióban (Európai Bizottság, 2014). Az aktív idősödés egy olyan komplex megközelítés mely az élet számos területét érintve hangsúlyozza az idős emberek minél hosszabban tartó, független és aktív idősödésének lehetőségét, melyben társadalmi erőforrásként is tekinthetünk az idős generációra (Zaidi, 2015). Egészségesebbnek és aktívabbnak maradni nem csupán az idősök saját jólléte szempontjából bír nagy jelentőséggel, így a nagyobb társadalmi és gazdasági jólét megteremtéséhez és fenntartásához is hozzájárulhatnak, mely a társadalom egésze számára kiemelkedően fontos (Foster & Walker, 2015). Az idősökhöz, idősödéshez kapcsolódó változások témáját jelenleg is folyamatos és aktív érdeklődés kíséri, a 2020-2030 közötti évtizedet az Egészséges Idősödés Évtizedének választották (WHO, 2020).

Az idősök számára elérhető ellátórendszerek nem minden esetben vannak felkészülve az a növekvő igényekre. Az idősödés a szociális ellátórendszeren túl erőteljes nyomás alá helyezi az egészségügyi és gazdasági ellátórendszereket, hiszen az igények e két rendszerben is növekednek. Továbbá figyelembe kell venni az idős embert körülvevő

alrendszereket. Amennyiben informális gondozó családtag is bekapcsolódik támogatásába, más rendszerek pl.: foglalkoztatási-, oktatási rendszerek is érintetté válhatnak.

A disszertációban a kérdés összetett, több területet érintő jellege miatt az első nagyobb szerkezeti egységben az általános bevezetést és problémafelvetést követően a koncepció kialakulását részben megalapozó demográfiai adatok ismertetése és az ezekben mutatkozó változások jelennek meg. Ezután a jóléti államok válsága és az aktív idősödés koncepciójának megjelenése közti kapcsolat rövid leírására kerül sor.

Az aktív idősödés koncepciójának részletes ismertetése során törekszem bemutatni a) annak komplexitását és b) célját, melyet követően c) az aktív idősödés meghatározó faktorainak, d) az elképzelést ért tudományos kritikai megközelítéseknek és e) a koncepció mérésére kialakított indexnek a bemutatására egyaránt sor kerül. A Bevezetés zárásaként a magyarországi időseket ellátó szociális rendszer ismertetése történik, melyben kiemelten hangsúlyosak a kutatás szempontjából is a szociális alapszolgáltatások, különös tekintettel az idősek nappali ellátására, mint a minél hosszabban saját, megszokott környezetben és közösségben történő, aktív idősödést támogató egyik legfontosabb és leginkább költséghatékony ellátási típusa a szociális ellátások rendszerének (Johri és mtsai., 2003; Chappel és mtsai, 2004).

A dolgozat második nagyobb egységének első szakasza bemutatja azokat a kutatási kérdéseket, melyeket az adatfelvételek során gyűjtött eredmények értelmezésével kívánok megválaszolni, és melyekkel olyan témákra reflektálok, mint az aktív idősödés részterületeinek és más szocio-demográfiai változóknak az összefüggése, egymásra hatása az idősek nappali ellátásban megjelenő ellátottak vonatkozásában. Elengedhetetlen annak feltárása, hogy milyen konkrét szervezeti feltételek határozhatják meg, segíthetik vagy akár nehezíthetik az aktív idősödés helyi ellátásban való megvalósulását egyrészt az ellátást vezetőik, másrészt az ellátásban közvetlenül idősekkel foglalkozó szakemberek meglátásai alapján. A kutatási kérdéseket követően részletesen bemutatásra kerül a) a felhasznált módszer, b) az alkalmazott mintavétel annak korlátaival és előnyeivel, melynek során az aktív idősödés különböző faktorainak összefüggését és megjelenésének lehetőségeit kifejezetten az idősek nappali ellátását középpontba állítva vizsgáltam. A második nagyobb szakasz zárásaként részletesen ismertetem az alkalmazott mérőeszközt, melynek alapjául az aktív idősödés index kérdőíve szolgált. Az eredeti mérőeszközt

makro szintű mérések elkészítésére dolgozták ki, azonban a kialakítása óta felmerült komoly tudományos kritikák, és a jelen kutatásban mérési szintként megjelölt individuális (ellátotti) szint okán abban módosítások történtek, ezek részletes bemutatására is ebben a szakaszban kerül sor.

Disszertációm harmadik részében a kvantitatív és kvalitatív adatfelvételek eredményeit ismertetem. Áttekintem, hogy a) a kiválasztott helyszíneken kutatásba bevont idősök nappali ellátásában résztvevők életében az aktív idősödés részterületeinek szempontjából mely faktorok b) milyen intenzitással jelennek meg, illetve c) ezek meglétét vagy épp hiányát, mely egyéb tényezők d) milyen mértékben befolyásolhatják. A vizsgálatba bevont helyszínek esetében felmérésre kerül, hogy az idősök nappali ellátását vezetőik és szakmai dolgozók oldaláról milyen strukturális vagy épp szervezeti feltételek lehetnek hatással az aktív idősödés elképzelésének ellátásban való megjelenésére és sikerességére. Az adatfelvételek során jelentkező COVID-19 járvány okozta lezárások, az idősök nappali ellátásának felfüggesztése és a személyes kapcsolattartás minimalizálása miatt felértékelődő info-kommunikációs ismeret és tudás megjelenése, ennek ellátásban való integrálhatóságának kutatása is fontos célja a dolgozat ezen részének. A speciális IK ismeret a lezárások okozta elszigetelődés és izoláció feloldása mellett magának az aktív idősödésnek is hangsúlyos területét képezi.

A dolgozatot a bemutatott eredmények összegzése, az adatfelvételek korlátait figyelembe véve a következtetések levonása és az adatok jövőbeni felhasználhatóságának leírása zárja.

Az aktív idősödés elképzelésének társadalmi erősítésével, annak ellátórendszerbe integrálásával, az ellátást igénylők számára minél hosszabban saját otthonukban, megszokott környezetükben biztosított ellátásokkal hosszú távú pozitív változás indulhatna meg az idős emberekkel kapcsolatban, melyben sokkal inkább aktív részesei lehetnének saját idősödésük folyamatának. A disszertáció társadalmi értékét és hasznosulását tekintve, elmondható, hogy amennyiben egy már létező mérőeszköz struktúráját felhasználva kialakított, a dolgozatban alkalmazott új mérőeszköz megfelelő hatékonysággal képes az ellátásban érintettek aktív idősödéshez köthető életterületeinek felmérésére, alkalmazható egyéni szinten beavatkozási pontok lokalizálására, úgy ennek mentén a meghatározott pontokat középpontba helyezve elindulhat egy célzott szolgáltatásfejlesztési folyamat az idősök nappali ellátásában. Ez a fajta sikeres

szolgáltatásfejlesztés a későbbiekben más típusú szociális ellátások fejlesztését tekintve is mintául szolgálhat. Emellett a jelenlegi kvantitatív és kvalitatív elemeket is felhasználó adatfelvételek eredményei hasznos és pontos visszacsatolásként szolgálhatnak a kiválasztott ellátás jelenlegi helyzetére és abban az aktív idősödés lehetőségére vonatkozóan.

1.1. Az aktív idősödés koncepciójának kialakulását elősegítő folyamatok

1.1.1. Demográfiai változások

Társadalmi szinten az idősök arányának növekedése egy hosszú, a 20. században megindult folyamat. Míg az 1900-as évek elején a világ népességének csupán 1%-a tartozott a 65 éves vagy idősebb korosztályhoz, addig ez a szám 2000-ben 7% volt, és az előrejelzések alapján 2050-re elérheti a 16%-ot (Phillipson, 2013; United Nations, 2019:1). Az idősök számának vizsgálatát tekintve nincsen konszenzus a tekintetben, hogy a 60 éves kort betöltött és idősebb személyeket vonják be a statisztikai számításokba, vagy ezt csupán 65 éves kortól tegyék meg. Korábban olyan elképzelés is megfogalmazásra került, mely úgy gondolta, nem lehet egységesen minden országban egy adott életkortól bevonni az idősökkel foglalkozó statisztikákba az embereket, hiszen óriási különbségek lehetnek attól függően, hogy egy gazdaságilag jobb helyzetű vagy egy kevésbé tehető ország állampolgáraitól van szó (Lloyd-Sherlock, 2010). Az időskor „határának” változását vetíti előre az a flexibilis számítás mely a várható élettartamot alapul véve azt az életkort (old-age threshold) tekinti az idősödés „határának”, melyben először 15 év alá csökken a várható élettartam az adott országban (IIASA, 2012; Scherbov & Sanderson, 2019). Ezen megközelítés alapján Magyarországon 2000-ben tekinthettük volna az időskor határának a 64,7 évet (mely a legközelebb esik a jelenleg is használt 65 évhez), 2010-ben ez a szám már a 66,6 éves kort jelentette, 2025-ben pedig eszerint a számítás szerint már a 68 éves és idősebb személyeket kellene az idős korcsoporthoz tartozónak tekintenünk.

Európai viszonylatban 2001 és 2020 között a 65 éves és idősebb népesség aránya az EU27 országaiban 15,8%-ról 20,6%-ra emelkedett (Eurostat, 2021/1), 2050-re ez prognosztizáltan 29,5%-ra növekszik (Eurostat, 2021/2). Az idősök számának emelkedésével az időskori függőségi ráta is emelkedik, uniós viszonylatban 2010-2020 közötti évtizedben 26,3%-ról, 32%-ra (Eurostat, 2021/3). Magyarország esetében az

európai adatokhoz hasonló statisztikákat és előrejelzéseket látni, míg 2019-ben a 65 éves és idősebb hazai népesség aránya a magyar társadalomban 19,6% volt, addig ez a szám 2030-ra 21,7%-ra emelkedik, 2050-re pedig várhatóan 27,8%-ra (European Commission, 2021).

A társadalmi öregedésnek léteznek alternatív, összetettebb mérőszámai is a meghatározott életkort betöltött korcsoportba tartozó személyek összesítésén vagy az időskori függőségi rátán túl. Ilyen a várható élettartam és az egészségben várható élettartam is, mely számok közötti jelentős különbség komoly hatást gyakorol az idősek, családtagjaik életminőségére, illetve közvetetten az ellátórendszerekre, a rájuk nehezedő nyomás mértékére.

Áttekintve az Eurostat 2019-es évre vonatkozó 65 éves korban várható élettartamára (Eurostat, 2021/4) és 65 éves korban egészségben várható élettartamára (Eurostat, 2021/5) vonatkozó két adatbázisát, és korábbi kutatásokat (Corsi és mtsai, 2010), látható, hogy a 65 éves korban várható élettartam nagyobb százalékát töltik a nők betegségekkel, fogyatékoságokkal terheltten, mint férfi társaik. Míg Svédország esetében a férfiak 65 évesen várható élettartamuk 19%-át terhelhetik a betegségek addig nők esetében ez az arány 25%. Ciprus példájában pedig még jelentősebb különbség van a nemek között ebből a szempontból, míg a férfiak 65 évesen várható élettartamuk 57%-át nehezíthetik betegségek, addig a nők várható éveiknek 67%-ra lehet ez jellemző. Az Eurostat adatok alapján az európai országok 3 csoportba kerültek leválogatásra a 65 éves korban várható-, és egészségben várható élettartam vonatkozásában (Eurostat, 2021/4; Eurostat, 2021/5):

- Magas várható élettartam és magas egészségben várható élettartam 65 éves korban férfiak és nők esetében egyaránt (ún. magas csoport) pl.: Írország, Málta, Svédország és Norvégia
- Közepesen magas várható élettartam és közepesen magas egészségben várható élettartam 65 éves korban férfiak és nők esetében egyaránt (ún. közepes csoport) pl.: Dánia és Lengyelország
- Alacsony várható élettartam és alacsony egészségben várható élettartam 65 éves korban férfiak és nők esetében egyaránt (ún. alacsony csoport) pl.: Románia és Magyarország

A csoportosításnál komoly konzisztenciát kellett mutatnia az adatoknak abban a vonatkozásban, hogy kizárólag akkor kerülhettek egy csoportba az országok, ha mind a férfiak, mind pedig a nők esetében mind a 65 évesen várható élettartam mind pedig a 65 évesen egészségben várható élettartam vonatkozásában ugyanabba a csoportba (magas, közepesen magas, alacsony) került a nevezett ország. A legjelentősebb különbség a portugál nők esetében volt megfigyelhető, míg a 65 éves korban várható élettartam alapján az ún. magas csoportba kerültek (22,3 év), addig az egészségben várható élettartam vonatkozásában 65 éves korban az alacsony csoportba estek vissza a várható 6,9 évvel. Érdeemes volt megnézni a betegségekkel terhelt évek arányát is a 65 éves korban várható élettartamhoz viszonyítva. A portugáliai nők e tekintetben is negatív eredményt produkáltak, hiszen esetükben a 65 éves korban várható élettartamuk 69%-át terheli valamilyen betegség vagy akadályozottság. Mindattól függetlenül, hogy a portugál nők kapcsán mutatkozott a legjelentősebb különbség a 65 éves korban várható élettartam és a 65 éves korban egészségben várható élettartam között, a 65 éves korban várható élettartamhoz képest a 65 éves korban betegségben eltöltött évek számának arányát tekintve más európai országok is mutattak hasonlóan rossz arányokat mindkét nem tekintetében. Szlovákia esetében a férfiak 65 évesen várható élettartamuk 71%-át töltik betegségekkel terhelt évekkel, míg a nők ekkor várható élettartamuk 76%-át. A 65 éves korban betegségekkel terhelt évek számának aránya még Lettország (férfiak esetében: 69%, nők esetében: 75%) és Horvátország (férfiak esetében: 71%, nők esetében: 75%) esetében volt kimagasló. A portugál nők 65 évesen várható élettartamának 69%-át jellemző betegségek időszakának aránya, amellet hogy a várható élettartam és az egészségben várható élettartam között esetükben tapasztalható a legnagyobb különbség Európában, azért volt mégis alacsonyabb például a szlovák nők arányszámához képest, mert Szlovákia esetében a magas betegségekkel terhelt évek számát egy alacsonyabb várható élettartamhoz kellett arányosítani, míg Portugália esetében a betegségekkel terhelt évek száma egy magasabb várható élettartamhoz viszonyul.

Magyarországon a férfiak 65 éves korban várható élettartama és az egészségben várható élettartama között 8,1 év eltérés van, míg nők esetében ez a különbség 11,2 év (Eurostat, 2021/4; Eurostat, 2021/5). A 65 éves korban várható élettartamok tekintetében mindkét nem esetében Magyarország mutatta a Visegrádi Négyek közül a leggyengébb eredményt 2019-ben, a 65 évesen egészségben várható évek számát tekintve Szlovákiát megelőzve

az utolsó előtti helyre került az ország. A 65 éves korban betegségekkel terhelt évek számának aránya azért nem volt kiemelkedően magas hazánkban (férfiak esetében: 55%, nők esetében: 60%), mert a korábbi példához hasonlóan a 65 évesen várható élettartam és az egészségben várható élettartam egyaránt alacsonyabb.

A várható élettartam és egészségben várható élettartamon túl más alternatív időskort mérő számok is kialakításra kerültek a szakirodalomban, például az ún. függőségi hányados az akadályozottság figyelembe vételével az egészséges és nem egészséges idős népességre vonatkozóan (Sanderson & Schrebov, 2010; Muszynska & Rau, 2012), az aktív és inaktív létszámaránya (Shyrock & Siegel, 1973), a társadalmi tudatot, mint társas komponenst bevonó mérőszám (Bálint & Spéder, 2012) vagy a későbbiekben részletesen bemutatásra kerülő komplex megközelítést képviselő aktív idősödés index (Zaidi és mtsai., 2013).

1.1.2. A jóléti államok válsága, megváltozó szociálpolitikai irányok

A hagyományos jóléti államok kialakulásával prosperáló szociálpolitikai rendszerek épültek ki Európában. A jóléti államok legismertebb hármastípusán (liberális, konzervatív, skandináv típusok) (Esping-Andersen, 1990) túl, megjelentek más felosztást követő rendszerek is (Sapir, 2006), melyekre a hagyományos ún. Esping-Andersen-féle beosztás hiányosságai és az egyik típushoz sem illeszkedő közép-kelet-európai országok csoportba sorolásának kudarcos kísérletei miatt volt szükség. „A jóléti állam hagyományos formájában sosem tudott Közép-Kelet-Európában a nyugati és északi mintához hasonlóan kibontakozni, melynek egyik oka a sajátos történelmi, és gazdasági múltra vezethető vissza. Ennek köszönhetően a szociális állam szerkezeti reformjai könnyebben végrehajthatók egy ilyen modellben, mint egy nagy múltú ellátásokat és szociális törvénykezést maga mögött tudó országban” (Temesváry, 2019:5).

„A jóléti államot ért kritikák az 1970-es évektől kezdődően felerősödtek és a jóléti állam válságáról is egyre szélesebb körben kezdtek el beszélni” (Tomka, 2009:197). A megfogalmazott kritikák általában a szabadságjogok sérülésében, egészen pontosan a piac szabadságának neolibertális elképzelések szerinti befolyásolásában, az alacsony gazdasági hatékonyságban, a jóléti állam intézményei által gazdasági hatékonyságra kifejtett ellenőrző hatásban, és az olyan jóléti államoktól független hatásokban nyilvánultak meg, mint a demográfiai változás, így például az idősödési válság és a

globalizáció okozta komoly fenntarthatósági kérdések (Tomka, 2009). A jóléti állam válsága, vagy legalábbis kritikai megközelítése az idősök társadalmon belüli arányának erőteljes növekedésével hozzájárult az aktív idősödés elképzelésének erősödéséhez, melynek hosszú távú céljai között szerepel az idős generáció aktivitásának, önállóságának megőrzése. Ezen önállóság és aktívabb élet segítségével a szociális gondoskodás intézményei által nyújtott szolgáltatások igénybevétele későbbi életkorra halasztható, amennyiben pedig szükségessé válik, akkor is elsődlegesen a szociális alapszolgáltatásokra összpontosítható és csupán rendkívül indokolt esetben válik opcióvá a költségesebb szakosított ellátások iránti igény. Az idősellátáshoz hasonlóan a szociálpolitika más nagy alrendszerében is megfigyelhetők hasonló törekvések, például az elmúlt évtizedekben a normalizáció és integráció fogalmait hirdető fogyatékoságpolitika területén (Nagy, 2015). Az aktivitás, a befogadás, az integráció és a szubszidiaritás hangzatos és bizonyos szempontból rendkívül hatékony, előremutató elméleteiben fontos meglátni az államoknak és szociálpolitikának azt a törekvését, mely igyekszik elkerülni a növekvő igények okozta növekvő költségek mentén az ellátórendszerek fenntarthatatlanságának irányába való sodródását.

A jóléti államok tipizálásához részben igen hasonló tartós gondozási rendszer felosztások születtek (care regime), melyek alapján az Esping-Andersen-féle felosztás tekinthető, azonban ahogy a jóléti államok tipizálása is fejlődött és differenciálódott, úgy igaz ez a tartós gondozási rendszerek tipizálására is. Egy korábbi MoPAct projekthez¹ kapcsolódó elméleti alapvetésként elfogadott és a projekt kutatásai során végig alkalmazott felosztás tekintetében 4 klaszterre bontották az európai gondozási rendszereket (Schulmann és mtsi., 2014): a) informális gondozás orientált, alacsony privát finanszírozású (pl.: Csehország, Belgium), b) nagyvonalú és hozzáférhető formalizált rendszerek (pl.: Dánia, Hollandia, Svédország), c) informális gondozás orientált, magas privát finanszírozású (pl.: Ausztria, Egyesült Királyság, Franciaország), d) magas privát finanszírozású melyben az informális gondozás elengedhetetlen (pl.: Magyarország, Olaszország) (Kraus és mtsi., 2010). A c) és d) típusú országok gondozási rendszere közötti kifejezett

¹ Későbbiekben bemutatásra kerülő 4 éves európai kollaborációs projekt mely az Európai Bizottság finanszírozásával valósult meg. A projekt egyik fő kutatási témája az aktív és egészséges idősödés eszközként/lehetőségként való alkalmazásának és a demográfiai fejlődés különböző területei közti kapcsolódási pontoknak a vizsgálata.

különbség legjobban az informális gondozókhöz való viszonyban ragadható meg. Ott, ahol az informális gondozás csupán irányként (orientáció) jelenik meg, az informális gondozók megbecsültsége magasabb a társadalomban, magát a tevékenységet a munka szintjére emelve kezelik. Ezzel szemben azokban az országokban, ahol a magas privát finanszírozás mellett is elképzelhetetlen az informális gondozók bevonása, társadalmi oldalról jellemzően alacsony megbecsültséggel és támogatottsággal küzdve végzik a gondozási tevékenységet. Magyarország a tartós idősgondozási rendszerek tekintetében ez utóbbi típusba sorolható, ahol kialakult állami struktúra biztosítja a szociális ellátásokat, azonban a nyújtott szociális szolgáltatások mellett az informális gondozók főként gondozási szükséglet kielégítésébe való bekapcsolása nélkül a rendszer feltételezhetően nem tudna fennmaradni, ezen ambivalencia ellenére az informális gondozók megbecsültsége, munkájuk elismerése és támogatása továbbra is alacsony.

1.2. Az aktív idősödés koncepciója

1.2.1. Az aktív idősödés elképzelésének kialakulásához vezető út

Az aktív idősödés elképzelésének kialakulása az 1990-es évekre tehető, elsősorban a WHO, illetve egyéb állami és nem állami szervezetek együttműködésének eredményeként született meg az idősödést övező növekvő érdeklődés hatására (Paúl és mtsai., 2012). A koncepció kialakulását a demográfiai változásokon túl az ellátórendszerekben bekövetkező lassú változások, az állam szociálpolitikai szerepének változása is segítette. Az aktív idősödést megelőzően, illetve azzal párhuzamosan használatban voltak/vannak olyan más, részben hasonló jelentést lefedő elméletek, mint a produktív idősödés (Butler & Gleeson, 1985), sikeres idősödés (Rowe & Kahn, 1987, 1997; Baltes & Baltes, 1990), vagy egészséges idősödés (WHO, 2015, 2020). Az idős csoporthoz köthető megközelítések közül szükséges megemlíteni az ún. visszavonulási elméletet (disengagement theory) (Cumming & Henry, 1961; Bangó, 1999) mely elsőként foglalkozott kollektíven az idősök csoportjával, és melyben a szerzők az idősödés folyamatát a szociális élettől és társadalomtól való elszakadás, eltávolodás folyamatának tekintették. Ennek során az idős személy kapcsolatainak jelentős részével elveszíti a kötést, megmaradó kapcsolataiban pedig komoly változások következnek be, életében a passzív visszavonulás veszi át a szerepet. A produktív idősödés gondolata nagy hangsúlyt fektet az áruk gyártására, a termelékenységre és a szolgáltatásokra, szorosan kötődik a

munka szempontjából aktív élethez, ilyen formában egy relatíve szűk nézőpontot képes képviselni (Walker, 2002). Az ezt követően megjelenő sikeres idősödés koncepciója az amerikai kontinensen különösen elterjedt, a visszavonulási elmélethez képest jelentős szemléletbeli változást hozott. Fogalma Rowe és Kahn 1997-es definíciója szerint „a betegség és fogyatékoság elkerülése, a fizikai és kognitív funkciók szinten tartása és a társas, illetve produktív tevékenységek iránti elköteleződés és részvétel fenntartását jelenti” (Rowe & Kahn, 1997:439). „Az egészséges idősödés meghatározása szerint fejleszti és fenntartja a funkcionális képességet, mely lehetővé teszi idős korban is a jóllét megtartását” (WHO, 2020:3). A sikeres-, produktív- és egészséges idősödés mellett az aktív idősödés elsődlegesen az európai kontinensen terjedt el a köztudatban. A fogalmat először az OECD próbálta meg definiálni a következő formában: „az idős emberek képessé tétele arra, hogy minél tovább aktívak maradjanak a társadalomban és a gazdaságban” (OECD, 1998; Lampek, 2015). Az első konceptualizálásra irányuló kísérletek után néhány évvel jelent meg az azóta általánosan elfogadott definíciója, eszerint jelentése a következő: „olyan folyamat, mely optimalizálja a lehetőségeket az egészségügy, társadalmi részvétel és biztonság területein, hogy az idősödés folyamata során erősítse az életminőség pozitív irányú változását. Az „aktív” szó ebben az esetben elsődlegesen a folyamatos részvételre utal a társadalmi, gazdasági, kulturális, spirituális és civil ügyekben, nem kizárólag az idősek fizikai és munkaerőpiaci aktivitására, termelékenységére korlátozódik” (WHO, 2002). A fogalom összetettsége kiemelendő, hiszen nem kizárólag az idős generáció egészségének vagy munkaerőpiaci aktivitásának, esetleg az őket körülvevő környezetnek a fejlesztése és átalakítása az irány, hanem egy átfogó szemlélet megvalósítását célozza, mely az érintettek életének számos területén hatékony, pozitív változásokat képes előidézni. Az aktív idősödés megközelítése ötvözi a produktív idősödés alapelemeit, mindeközben erős hangsúlyt fektet az életminőségre, a fizikai és mentális jóllétre (Walker, 2002). A WHO aktív idősödés megközelítésében kiemelt jelentőségű, hogy az aktív idősödés minden idős személyre kiterjeszhető, nem csupán a fizikálisan és mentálisan jó állapotú, elsődlegesen fiatalabb idősök csoportjára (WHO, 2002; Walker, 2002). Az aktív idősödéshez kapcsolódó gondolkodás esetében a komplexitás részben adódik abból, hogy az idősek számtalan életterületét érinti az elképzelés, más megközelítésben a fogalom komplex volta abban is megjelenik, hogy az

idős embereken túl befolyásolja a hozzátartozókat, barátokat, szomszédokat is, hiszen ők is szerves részei mindennapjaiknak.

Az aktív idősödésre reflektáló, kialakult jó gyakorlatok helyi igényekhez igazodnak, hangsúlyos szerepet kap az ellátottak kapcsolathálója, ennek felhasználása és aktivizálása az elmagányosodás elkerülése, a közösséghez tartozás megélése. A lokális igényekre gyorsan reagálni képes jó példák jelentősége megkérdőjelezhetetlen, azonban a jövőben érdekes és megválaszolásra váró kérdés: lehetséges-e és amennyiben igen, milyen formában az aktív idősödés és prevenció elképzelésének közvetlen ellátórendszerbe, egyes ellátásokba ültetése?

1.2.2. Az aktív idősödés összetevői

A WHO 2002-ben egy átfogó szakpolitikai keretrendszert dolgozott ki, emellett részletesen foglalkoztak azokkal az ún. meghatározó faktorokkal (determinants), melyek hatással vannak, és együttesen befolyásolni képesek az aktív idősödés lehetőségét, folyamatát.

Az aktív idősödést meghatározó faktorok (WHO, 2002):

- viselkedést meghatározó tényezők,
- személyes tényezők,
- fizikai környezet,
- társas tényezők,
- gazdasági tényezők,
- egészségügyi és szociális szolgáltatások.

A hat meghatározó faktor alapvetően két másik, ún. horizontális hatást kiváltó tényező a nem és a kultúra mentén értelmezhető. A kulturális értékek és szokások nagymértékben hatással vannak arra, ahogy egy társadalom idős tagjaira tekint és ahogy kezeli őket, sőt a sikeres idősödés koncepciója mentén olyan jelentős eltéréseket találtak az egyes országok között, mint hogy a fejlődő országokban az idősek szocioökonómiai státusza és szociális kötése sokkal erőteljesebb hatást képesek gyakorolni az idősödés folyamatára, mint más biológiai faktorok (Paúl és mtsai., 2012).

A nemi hovatartozás olyan tényező, mely szintén komolyan befolyásolja az adott társadalom idős tagjai számára a különböző erőforrásokhoz, lehetőségekhez a hozzáférést. A nemek közötti egyenlőtlenségek kapcsán több társadalomban a nők

számára az oktatás, a munka világa nehezebben elérhető, hasonlóképpen a megfelelő egészségügyi ellátáshoz, mely esetükben idős korban rosszabb egészségügyi állapotot és komolyabb nélkülözést indikál, férfi társaikhoz viszonyítva (WHO, 2002).

Az aktív idősödés elképzelése középpontba helyezi a komplex, számtalan szűrőn keresztüli vizsgálatát az érintett idős korcsoportnak, azonban az elképzelést ért kritikák alapján így is nehezen kerül el egy általánosító, univerzalitásra törekvő elképzelés sémáját (Walker & Maltby, 2012). Mindez annak ellenére történik, hogy az alapkonceptió kialakításakor a WHO külön hangsúlyozta, nem kizárólag a még gazdaságilag aktív csoportban tartható, fizikálisan és mentálisan jó egészségi állapottal rendelkező, önmagukról gondoskodni képes leginkább az ún. fiatal idősök csoportjának vonatkozásában szükséges számításba venni az aktív idősödés lehetőségét, ennek ellenére a kevésbé jó állapotú idősök csoportja könnyen kirekesztetté válhat (Ruppe, 2011). Az aktív idősödés vizsgálatának a szociális szolgáltatások egészében, így azok szakosított ellátásaiban is fontos helye van. Egyre több kutatás célul tűzi ki az idősothonokban annak felmérését, hogyan/milyen meghatározó faktorok mentén lehet aktivitásról beszélni, az otthonban élő idősök számára mit jelent az aktív idősödés? A WHO által meghatározott 6 korábbi faktor mellett a tartós bentlakást biztosító intézmények vonatkozásában további két új meghatározó faktort is azonosítottak: a tartalmas szabadidő eltöltés és a részvétel területein (Van Malderen és mtsai, 2016). A tartós idősgondozás és aktív idősödés kapcsolódásában rejlő további lehetőségek felismerését mutatja, annak a 4 részterületnek az azonosítása, ahol az aktív idősödés és a hozzá kapcsolódó szociális innováció a leginkább sürgető lenne: a) a szakosított ellátásba tartozó szolgáltatások körének bővítése, b) az alap és szakosított ellátások összehangolása és integrációja továbbá hatékony koordinációja, c) az alapszolgáltatások fejlesztése, d) és a szektorban dolgozók foglalkoztatási és képzési helyzetének javítása (Schulmann és mtsai., 2019). Egyre nagyobb jelentőséget kap az idős emberek bevonása a velük kapcsolatos döntések, változások előkészítésébe. Az aktív idősödés társas tényezőket hangsúlyozó részterülete szintén az idősök döntéselőkészítésbe és döntéshozásba való bevonását támogatja, mindez pedig a szakirodalomban is egyre több tanulmányban kap szerepet (Davey, 2002; Clark & Warren, 2007; Stenner és mtsai., 2011). Az ellátottak hangjának ilyen formában történő felerősítése és ezáltal véleményük közvetlen szociálpolitikába csatornázása különösen fontos. Az aktív idősödéssel kapcsolatos döntésekbe, ezt elősegítő

változásokba bevont idősök gyakran olyan „egyszerűbbnek” tűnő területeket jelöltek meg a maguk számára az aktív idősödés részeként, mint a fizikai és funkcionális egészség megléte és megtartása, a szabadidős és társas tevékenységek mindennapi jelenléte vagy a mentális funkciók és állapot szinten tartása (Bowling, 2008). Ezen eredmények is megerősítik annak jelentőségét, hogy az aktív idősödés és a hozzá kapcsolódó meghatározó faktorok változatosságot mutathatnak. A koncepció használatakor tekintettel kell lenni az ellátotti csoport heterogenitására, valamint arra, hogy az aktív idősödés koncepciójának nem kizárólag az otthon közeli alapszolgáltatásokban van létjogosultsága, illetve nem feltétlenül korlátozódik a WHO által megfogalmazott 6 faktorra.

1.2.3. Az aktív idősödés elképzelését ért bírálatok

Az aktív idősödés koncepciójával kapcsolatban megjelenését követően és azóta is fogalmazódnak meg kritikus vélemények gyakorlati használhatóságával és megvalósíthatóságával kapcsolatban (van Dyk, 2014; Moulaert & Biggs, 2013; Timonen, 2016). A kritikai hangok közül leggyakrabban az időskor idealizálásának hibája, a betegség és problémamentes idősök kiemelése (ezzel párhuzamosan a betegségekkel küzdő idősök háttérbe kerülése a döntések meghozatalakor), a személyre szabottság hiánya jelenik meg (Ruppe, 2011; Holstein & Minkler, 2007; Timonen, 2016). Az aktív idősödés elképzelésével kapcsolatos másik kritika a túlzott idealizálása az időskori aktivitásnak és sikeres idősödésnek, mely során azok, akik a meghatározott elvárásokat nem tudják teljesíteni identitásukban és önértékelésükben ingathatók meg és az ígéretes stratégia teljesen elveszti személyre szabottságát, sokkal inkább hat kényszerítően, nyomást helyezve az idősök csoportjára (Holstein & Minkler, 2007; Walker, 2002). A szakirodalomban az aktív idősödés gyakorta, mint a politikai döntéshozók és szakpolitikusok „receptje” jelenik meg, mely univerzális megoldást képes nyújtani az aktuálisan zajló demográfiai változásokra, azonban ilyen egységesen működő stratégia nem létezik (Timonen, 2016). A hatékonyan működő, és az idősök jelenlegi helyzetében pozitív elmozdulást előidéző elképzelés az idősök csoportjából nem kizárólag a fizikális és/vagy mentális egészségüket tekintve jó állapotban élők számára kínál lehetőséget, hanem egységesen minden olyan idős számára, aki nyitott a koncepció irányába. A kulturális és nemi sajátosságokhoz kell igazodnia mindenféle aktív idősödés

koncepciójába tartozó politikának (Lassen & Moreira, 2014). Utóbbira a WHO külön hangsúlyt fektet, a kritikai hangvételű publikációk prioritásként kezelik. A kritikai hangok egy irányba mutatnak: az aktív idősödés koncepciójának ellátásba és köztudatba illesztésének folyamata során a siker egyik meghatározó eleme lehet annak a nyitottságnak és rugalmasságnak a fenntartása, mely a helyi adaptációs gyakorlatokat, illetve már működő jó gyakorlatokat ugyanúgy ratifikálja, mint a tudományos kutatások, és nemzetközi szervezetek ajánlásait (Lassen & Moreira, 2014). Mindezt figyelembe véve hatékony és jó irány lehet a szakterületen dolgozó, nagy tapasztalattal és tudással bíró szakemberek döntés előkészítésbe való bevonása, az érintett korcsoport véleményének és javaslatainak feltérképezésével párhuzamosan.

1.2.4. Az aktív idősödés mérése: az aktív idősödés index

Az aktív idősödés koncepciójának megjelenését követően kialakításra került az annak mérésére szolgáló eszköz, az aktív idősödés index (AAI), melyet Zaidi és munkatársai fejlesztettek ki 2012-ben (Zaidi és mtsai., 2013). A mérés során egy aggregált 0-100-ig terjedő skálán mozgó indexszám kialakítása történik azért, hogy így lehetőség nyíljon az egyes országok aktív idősödéshez kapcsolódó részterületeinek összehasonlításra, a szociálpolitikai beavatkozások által előidézett változások rendszeres figyelemmel kísérésére. A 2018-ban készült mérés alapján Magyarország az EU 28 országait tekintve a 25. helyen állt az aktív idősödés index által aggregált összevont index rangsorában (UNECE, 2019).

Mivel az aktív idősödés mérése nem csak egyes országok, de országrészek, régiók, járások között is igen változatos képet képes mutatni, ezért a mérőeszköz megjelenését követően rövid időn belül készültek, olyan tanulmányok melyek az indexet már nem országos szinten állították elő, hanem kisebb területi egységekre vonatkoztatva (Karpinska & Dykstra, 2015; Rodriguez-Rodriguez és mtsai., 2017; Bacigalupe és mtsai. 2018). Így láthatóvá vált, hogy egy-egy országon belül is mérvadó különbségek vannak annak tekintetében, hogy az idős generáció mennyire képes függetlenül, egészségesen és aktívan idősödni, illetve megmutatták azt is, hogy mely országrészekben mely részterületeken szükséges azonnali gyors beavatkozás. A kisebb területi egységek felmérése során az eredetileg makro szintű országos mérések elkészítésére fejlesztett kérdőívvel a kutatók nem várt nehézségekbe ütköztek. Az index eredeti 4 részterületén és

22 indikátorában (1. táblázat) az országokon belüli kisebb területi egységekre nem minden esetben állt rendelkezésre megfelelően alkalmazható területi statisztikai adat. Az AAI-ben ugyanis aggregált adatokból felépülő index révén a 22 indikátorhoz tartozó kérdések eredményeit korábbi nagyobb, európai uniós mintákon felvett kérdőívek mikro szintű adataiból összesítették majd használták fel. Ezek a korábbi nagy adatfelvételek a következők voltak:

- European Quality of Life Survey (EQLS)
- European Labourforce Survey (EU-LFS)
- European Social Survey (ESS)
- Eurostat ICT Survey (ICTS)
- European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)

Előfordult olyan eset, amikor a 22 indikátorban alkalmazott valamely adat nehezen vagy egyáltalán nem volt elérhető a korábban alkalmazott uniós adatfelvétel adatbázisában régiós, vagy akár kisebb területi egységekre bontva, vagy az egyes részterületek, indikátorok súlyán kellett módosítani (Karpinska & Dykstra, 2015:6). Ezekben az esetekben kompromisszumos megoldásként más elfogadható alternatív adatforrás került a hiányzó korábbi nagy kérdőíves adatfelvétel pl.: EU-LFS, helyére, illetve előfordult, hogy az indikátor elhagyásra került, tekintettel a mérés érvényességének megtartására (Rodrigues-Rodrigues és mtsai., 2017).

1. táblázat *Az aktív idősödés index részterületei, ezek indikátorai, illetve a részterületek és azokon belül az indikátorok tartománybeli súlyai (Forrás: Zaidi és mtsai., 2013, Berde & Kuncz, 2019)*

Foglalkoztatottság² (35%)	Társadalmi részvétel³ (35%)	Független, egészséges és biztonságos (10%)	és élet⁴ támogató környezet⁵ (20%)
55-59 évesek foglalkoztatási rátája (25%)	Önkéntes tevékenység (25%)	Fizikai aktivitás (10%)	55 éves korban várható élettartam (33%)
60-64 évesek foglalkoztatási rátája (25%)	Gyermekek és unokák gondozása (25%)	Egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés (20%)	55 éves korban egészségben várható élettartam (23%)
65-69 évesek foglalkoztatási rátája (25%)	Idős hozzátartozó gondozása (30%)	Független élet (20%)	Mentális egészség (17%)
70-74 évesek foglalkoztatási rátája (25%)	Politikai részvétel (20%)	Pénzügyi biztonság 3 indikátorból (30%, indikátoronként 10%)	Info-kommunikációs technológia használata (7%)
		Fizikai biztonság (10%)	Társadalmi kapcsolatok (13%)
		Élethosszig tartó tanulás (10%)	Iskolai végzettség (7%)

Az AAI-t a kisebb területi egységekre való kiszámítás problematikája mellett más bírálatok is érték:

² EU-LFS adatait felhasználva (UNECE & European Commission, 2019)

³ EQLS adatait felhasználva (UNECE & European Commission, 2019)

⁴ EQLS, EU-SILS, ESS és EU-LFS adatait felhasználva (UNECE & European Commission, 2019)

⁵ EU-SILC, ESS-EQLS, Eurostat ICT Survey és egyéb Eurostat táblák adatait felhasználva (UNECE & European Commission, 2019)

- Az aktív idősödés indexének 4 részterületével és a hozzájuk tartozó 22 indikátorral kapcsolatban elhangzott az a bíráló, hogy ugyan szakértői csoport döntött azok beépítéséről, de nincs semmilyen konkrét vizsgálat vagy adat, mely alátámasztaná, hogy valóban minden európai országban az ott élő idősök szempontjából ezek a kiválasztott faktorok a leginkább meghatározóak (São José és mtsai., 2017).
- Az index teljesítményt mér és nem lehetőségeket. Egyes országokban a magasabb foglalkoztatási arány nem feltétlenül támasztja alá, hogy az érintett generáció aktívabban tudna idősödni. Elképzelhető, hogy annyira alacsony a nyugdíjak értéke, hogy az idősök csupán azért maradnak minél tovább a munkaerőpiacon, hogy bevételeiket kipótolják a munkabérükkel és nem azért, mert fizikálisan és mentálisan annyira jó állapotban lennének, hogy ezt megtehetik (São José és mtsai., 2017).
- A foglalkoztatás részterületére vonatkozóan feljegyezték, hogy extrém módon nagy hangsúlyt fektetnek az index kidolgozói erre a területre és túlságosan aprólékosan bontják azt alá (Michel, 2019) szemben más, az aktív és egészséges idősödést számszerűsítő mutatókkal, mint amilyen a Global AgeWatch Index (Taipale, 2014) vagy az Ageing Society Index (Chen és mtsai., 2018).
- 4. részterület, a „képesség az aktív időskorra és támogató környezet” esetében figyelmen kívül hagytak egy olyan fontos területet, mint az akadálymentesítés (mely az idősbarát környezet kialakítása szempontjából is elengedhetetlen), mindez komoly támogatást jelenthet a minél hosszabban tartó aktív, független, megszokott környezetben történő idősödéshez, és hatékony válasz lehet a gyors demográfiai változásra (Ferri Sanz és mtsai., 2018). Az akadálymentesítés, mely a hétköznapi életet könnyítheti meg az idősök számára nem csupán az ingatlan belső tereire korlátozódik, az ún. „helyben idősödés” (ageing in place) és az idősbarát városok, közösségek ennél távolabb mutatnak és komoly hatást képesek kifejteni az idős emberek életminőségére, közösségekbe integráltságára (Frías-Lopez & Queipo-de-Lano, 2020 [Alonso, 2018]).
- Problémaként, illetve torzító hatásként értékelték a kutatók, hogy az indikátorok súlyozása egységes minden országban, és nincsen tekintettel az adott ország kulturális, gazdasági, szociális hátterére, múltjára. Úgy gondolták, egy

rugalmasabb súlyozás jóváhagyása pontosabb képet adhatna (Amado és mtsai., 2016), mely alatt természetesen nem azt értették, hogy teljes szabadságot kellene adni az egyes országoknak a súlyok megítélésében, csupán arra gondoltak, hogy a konformizált súlyozást a nemzetállamok specialitásai miatt érdemes átgondolni.

- Összességében az AAI-vel szemben kritikákat megfogalmazó egyik tudományos publikáció nehezményezte, hogy a WHO aktív idősödés megfogalmazásának az AAI által képviselt aktív idősödés definíciója sokkal inkább leszűkíti azt, mi tartozhat az aktív idősödés kérdéskörébe, ezáltal mit mér. Hiányolták például a nem produktív vagy mentális/lelki tevékenységek végzésére vonatkozó kérdések megjelenését az AAI kérdéssorából (São José és mtsai., 2017). Félreértésekre adhat okot, amennyiben csupán a produktív tevékenységeket és ezáltal az úgymond aktív és produktív időseket tudjuk egy mérőeszközzel vizsgálni.

Az AAI mérőeszközét ért korábbi kritikák ellenére a kérdőív alapvetően jól strukturált, a korábbi eszközökhöz képest komplex adatokat szolgáltat, mely az olyan alapvető, régóta vizsgált dimenziók, mint a foglalkoztatás vagy az egészség (pl.: várható élettartam) értékein túl figyelembe veszi az idősödés társas-szociális kontextusát is (Vargha, 2015).

1.2.5. Digitalizáció és info-kommunikáció, az aktív idősödés felértékelődő meghatározói

Az idősök digitalizációval és info-kommunikációval összefüggő kapcsolata hangsúlyosan megjelenik több aktív idősödést meghatározó faktorban és a koncepció mérésére szolgáló indexben is. Az info-kommunikáció az aktív idősödés tekintetében részese lehet az egészségügyi és szociális szolgáltatások biztosításának, például az online felületen nyújtott szolgáltatásokban (e-Health és telecare rendszereken keresztül), vagy akár az idős személy életfunkcióit folyamatosan monitorozó okoseszközök, okosórák segítségével. A társas tényezők szempontjából is meghatározó lehet az IK technológiák és eszközök ismerete, mely tudás különösen felértékelődött a COVID-19 járvány okozta lezárások, változások során. A fizikai környezet szempontjából az elesést figyelő és jelző, beépíthető rendszerek, az „okos otthonok” egyaránt olyan eszköznek tekinthetők, melyek képesek támogatni az idős emberek független, aktív idősödésének folyamatát. Az info-kommunikáció és az idős korosztály kapcsolatát a kutatók először a nehezen elérhető területeken élő idősökkel való egyszerűbb kapcsolattartás, illetve az élethosszig tartó

tanulás folyamatába való beépíthetőségük miatt kezdték el vizsgálni (McKie, 2000). Ezután, ahogy maga a technika is fejlődött, egyre változatosabb lehetőségek jelentek meg. A kifejezetten idősök számára fejlesztett info-kommunikációs eszközök majd applikációk, szolgáltatások piaca (silver economy) folyamatosan nő (Klimczuk, 2021). Egy kutatás több olyan területet is azonosított, melyek célzott támogatásával az idős társadalom tagjai számára a mindennapi életbe is beépíthetőbbé és hétköznapiabbá válhatnak a különböző IK technológiák, ezek a területek például a: telecare, szélessávú kapcsolat fejlesztése, internet hozzáférés javítása, „okos” otthonok, kommunikációt és kapcsolattartást támogató technológiák, az IK technológiák médiában és szociális szolgáltatásokban való alkalmazása (Hilbert és mtsai., 2013). Ezeknek a területeknek a fejlesztésével számtalan szolgáltatás kerülhetne könnyen elérhető, akadálymentes platformra, illetve erősítésükkel támogatható a minél hosszabban tartó önálló, független és aktív élet (Klimczuk, 2021). Az IKT fejlődésének jelentősége az idős emberek részéről tapasztalható folyamatos, növekvő piaci igényen túl a COVID-19 világjárvány hatására tovább emelkedett. Bizonyos IK technológiák komoly hardware és software igényű eszközei mellett jelen vannak olyan egyszerű, jó példaként is funkcionáló lehetőségek, mint az online közösségi felületek (Facebook, Skype, Messenger, WhatsUp stb.) melyek alkalmasak a kapcsolattartásra és a szociális szolgáltatások egy részének biztosítására is (Marston és mtsai., 2020) és amelyek jelentősége a dolgozat adatfelvételében is megjelenik az eredmények bemutatásakor. Az eszközökhöz kapcsolódó tudás elsajátításába több kutatás esetében is megpróbálták bevonni a fiatal generáció tagjait (Széman, 2014; Barrantes Cáceres - Cozzubo Chaparro, 2019). A fiatal és idősebb generáció összekapcsolása szintén meghatározó az aktív idősödés koncepciójának szempontjából, melyben a generációk közötti szolidaritás és szoros támogató kapcsolat jelenléte kiemelt terület.

1.2.6. Az aktív idősödés lokális jó példái, jelentősége a tartós idősgondozási rendszerekben

Az aktív idősödést ért kritikák és a koncepció folyamatos fejlődése, alakulása mellett alkalmazása a gyakorlatban is megjelenik. Eddig elsősorban egyedi projektekhez köthetően, helyi szinteken, szűkebb ellátotti csoportokat elérve valósultak meg olyan

kezdeményezések, melyekben megjelent a koncepció vagy annak valamely meghatározó faktora.

Az Egyesült Királyságban 1988 óta próbálják ösztönözni az idős, nyugdíjas korcsoport önkéntes munkába, helyi társadalmi és civil ügyekbe való bevonódását (Retire Into Action Program), mely az aktív idősödés elméletében és annak mérésére szolgáló index társadalmi részvétel nevű részterületében is fontos szerepet tölt be, így a későbbiekben bemutatva jelen disszertáció adatfelvételeinek is hangsúlyos részét képezte.

Az Egészséges Idősödés 2020-2030 program és a COVID-19 világjárvány megerősítette az aktív és egészséges idősödés jelentőségét (Stjernberg, 2020), melyhez kapcsolódóan a magány elkerülése és az izoláció csökkentése komoly szerepet kapott. Helyi kezdeményezésként Barcelona városi tanácsa a járvány kezdeti időszakában egy olyan online szolgáltatást fejlesztett és tett elérhetővé a városban élő idős lakosság számára, mely az elmagányosodás és az egyedüllét feloldásában segítette a lezárások idején ezt a generációt (VinclesBCN, 2013-2018), hozzájárulva életminőségük megtartásához, javításához. Az online platform eléréséhez okoseszköz (tablet, okostelefon stb.) szükséges, melyen keresztül saját személyes kapcsolathálózatához és egy csoportos kapcsolathálózathoz is hozzáfér a felhasználó. Egy több európai országot bevonó nemzetközi projektben pedig alternatív segítségnyújtást fejlesztettek ki, melyben idős személyek segítettek olyan más idős személyeknek, akik a legközelebbi közösségtől és az ott található szociális ellátásoktól távol éltek (Older people for older people project, 2007-2013). Mindez arra a sürgető szakpolitikai irányra adott választ, mely szerint az ellátottak is aktívan bevonhatók saját alapszolgáltatásaik szervezésébe és biztosításába. Számtalan más jó példa található a szakirodalomban, melyek jellemzője a lokalitás mellett a valamely projekthez kötöttség. Ezek hosszú távú, általános ellátásokba épülésére azonban ritka esetekben található példa.

Más kutatások mellett az aktív idősödés lehetőségéhez kapcsolódó jó példákat és szociális innovációkat összesítő gyűjteményt készített a MoPAct kollaborációs projekt (MoPAct, 2013-2016). Az elkészült lista különböző szűrők alapján tesz lehetővé keresést a jó példák és szociális innovációk között, ilyen például az ország vagy a korábban bemutatott aktív idősödés index 4 különböző részterülete. A négy évet felölelő projekt 29 partner bevonásával zajlott, legfontosabb céljai a demográfiai változások közötti kapcsolódási pontok, illetve azok gazdasági és társadalmi hatásainak vizsgálata továbbá az aktív és

egészséges idősödés lehetőségének eszközként való alkalmazása és tartós idősgondozási rendszerekbe illesztése. Az aktív idősödés elméletének kulcsszerepe van a tartós idősgondozási rendszerekben, melyeknek nem kizárólag az idősök számára nyújtott bentlakásos ellátások képezik részét, hanem az ellátottak ún. otthonközeli-közösségi ellátásai, hazai példát említve a szociális alapszolgáltatások ellátásai is pl.: idősök nappali ellátása, házi segítségnyújtás stb. (Ruppe, 2011).

A tartós idősgondozás (long-term care) átfogó rendszerében együtt szerepelnek azon ellátások melyeket az idősök saját otthonukban, megszokott környezetükben esetleg helyi közösségükben kaphatnak meg, illetve azok az ellátástípusok, melyek az emelkedő gondozási szükségletek miatt folyamatos felügyeletet indikálnak és így elkerülhetlenné válik az idős ellátott megszokott környezetéből való elmozdítása, intézményi elhelyezése (Fredriksen-Goldsen & Bonifas, 2013). Fontos, hogy a tartós idősgondozási rendszerekben a formális gondozás típusai mellett a családtagok, rokonok, barátok által nyújtott informális gondozás is szerepet kap. Ezáltal egy jóval tágabb szolgáltatói spektrum kerül bevonásra, szemben azokkal a rendszerekkel, amelyek a formális, intézményi rendszerben működő ellátásokat helyezik előtérbe, utóbbiak esetében gyakori, hogy az oly nagy szerepet és terhet átvállaló informális gondozást végző személyek, mint az ellátott családtagja egyéb rokona, teljesen kiszorul az ellátórendszer és a szakpolitika látóteréből és támogatásából. A tartós idősgondozás Nyugat-, és Észak-Európában elterjedt és beágyazott rendszerével szemben a közép-kelet-európai országok idősök számára biztosított szociális ellátórendszerei esetében látható, hogy a tartós idősgondozás fentebb bemutatott széles spektrumával, az informális gondozás ellátórendszerbe emelésével és a szociális illetve egészségügyi ellátások egymáshoz közelítésével szemben az informális gondozást sokszor negligálva és a formális ellátásokat megbontva (például alap-, és szakosított ellátások rendszerére) biztosít meghatározott típusú ellátásokat (Szüdi és mtsai., 2016; Popa, 2010).

1.3. A magyarországi idősök számára fenntartott szociális ellátások rendszere, különös tekintettel az időskorúak nappali ellátására

Magyarország Kormánya a H/10500. számú országgyűlési határozati javaslatával döntött az Idősügyi Nemzeti Stratégiáról, melyet 2009-ben nagy többséggel fogadott el a parlament. Ezzel a jogszabályi háttérrel biztosították a települési önkormányzatok számára

a szolgáltatásfejlesztés megindulásának irányába. Az INS egy kifejezetten innovatív szemléletű kezdeményezés volt az idősügy és időspolitika megreformálása felé, ennek ellenére iránymutatásai egyelőre nem tudtak gyökeresen beépülni az ellátórendszerbe. Az INS által megfogalmazott prioritási területek:

- Aktivitását és függetlenségét, társadalmi presztízsét megőrző idősödő és idős ember,
- Biztonság és megfelelő életminőség, a betegségek kockázatának alacsony szinten tartása, az emberi méltóság megőrzése és a funkcionális önállóság elősegítése,
- Élethosszig tartó fejlődés, törekvés az életöröm, az autonómia megőrzésére és az önmegvalósításra,
- Társadalmi részvétel és bevonódás, közösségi megbecsültség,
- Esélyegyenlőség, pozitív reakciók az idősödés és a hosszabbéletűség társadalompolitikai kihívásaira, fellépés az ageizmus ellen (INS, 2009).

A prioritási területek között több olyan is szerepel, melyek szorosan kapcsolódnak az aktív idősödés elképzeléséhez.

A hazai időskorú lakosság számára már a rendszerváltozást megelőzően is rendelkezésre álltak bizonyos szociális szolgáltatások, azonban az ellátórendszer jelenlegi működéséhez hasonló szerkezetű struktúráról a rendszerváltást követő időszakról kezdődően beszélhetünk (Brettner, 2013). Míg a rendszerváltás előtti időszakban jellemző volt a szociális ellátások univerzális jellege, addig a rendszerváltást követően az ellátások és szolgáltatások egyre inkább a rászorultságra összpontosítottak, megjelentek jövedelemigazolásához kötött, így nem mindenki számára elérhető támogatások (Krémér, 2009). A magyarországi idősök számára biztosított szociális ellátásokat jelenleg elsődlegesen az '1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról' (későbbiekben Szt.), az 'I/2000 (I.7) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről', a '9/1999. (XI.24) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről' valamint a '23/1993. (II.17) Kormány rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások térítési díjairól' megnevezésű rendelkezések szabályozzák.

Az Szt. által biztosított ellátások pénzbeli és természetben nyújtott szociális ellátások formájában igényelhetők, míg a szolgáltatások vonatkozásában két nagy csoportra bontja

a törvényalkotó az igényelhető támogatásokat: szociális alapszolgáltatásokra és személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátásokra.

A szociális alapszolgáltatások idősek számára leginkább releváns elemei: falu és tanyagondnoki szolgáltatás, étkeztetés, házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, idősek nappali ellátása (idős ellátottak vonatkozásában közismertebb nevén idősek klubja).

A személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátások idősek számára leginkább releváns elemei: ápolást, gondozást nyújtó intézmény, átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény.

Az alapszolgáltatások esetében a törvény a következő célt határozza meg biztosításukkal: „Az alapszolgáltatások megszervezésével az állam és a települési önkormányzat segítséget nyújt a szociálisan rászorulóknak részére saját otthonukban és lakókörnyezetükben önálló életvitelük fenntartásában, valamint egészségi állapotukból, mentális állapotukból vagy más okból származó problémáik megoldásában” (Szt., 59. §). A nappali ellátásnak részét képező idősek nappali ellátásának biztosítása állami-önkormányzati feladat, melyet a település állandó lakosságához mérten szükséges biztosítani. A szolgáltatást 3000 fő állandó lakos felett meg kell szerveznie a települési önkormányzatnak (Szt. 86. § 2 (b)). Az állam és az önkormányzatok mellett fenntartóként egyre jelentősebb szerepet vállalnak az egyházak és civil/nonprofit szervezetek is a szociális szolgáltatások biztosításában, mely jelenleg a szakosított ellátások esetében érzékelhető erőteljesebben. A kutatás során kiemelt és vizsgált nappali ellátás törvény által meghatározott célja „...a saját otthonukban élő tizennyolcadik életévüket betöltött, egészségi állapotuk vagy idős koruk miatt szociális és mentális támogatásra szoruló, önmaguk ellátására részben képes személyek részére biztosítani a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére alkalmas támogatást” (Szt. 65/F. § (1) bekezdés és (2) bekezdés). Az ellátás azon idősek számára biztosít segítséget, akiknek fizikai és mentális állapota megfelelő ahhoz, hogy saját, megszokott környezetükben éljenek kisebb-nagyobb támogatásokat igénybe véve, fontos számukra a közösség és annak megtartó ereje, gondozási szükségletük nincsen vagy alacsony, melyet az ellátórendszer házi segítségnyújtás megnevezésű ellátásának bevonása nélkül tudnak megoldani. Az idősek nappali ellátása szolgáltatás keretein belül már működő ellátás mellett vagy önálló új ellátásként, mint speciális igényű ellátotti csoport, demens idős

személyek számára is biztosítható nappali ellátás, ez esetben azonban speciális feltételeknek és iránymutatásoknak kell az intézménynek megfelelnie (I/2000 SzCsM rendelet 84.§). A külön feltételek elsődlegesen a magasabb humánerőforrás kapacitásra, illetve részben a demens ellátottak számára biztosítandó speciális tárgyi feltételek nyújtására vonatkoznak. Az idősök nappali ellátása az ellátórendszerben tapasztalható növekvő igények mellett a szociális étkeztetést és a házi segítségnyújtást követően 2017 és 2020 között a harmadik legnagyobb ellátotti létszámmal működő szociális alapszolgáltatás volt az alábbi szociális alapszolgáltatások vonatkozásában (2. táblázat⁶).

2. táblázat *Meghatározott szociális alapszolgáltatásokat igénybevevő ellátottak száma 2017-ben, 2018-ban, 2019-ben és 2020-ban (fő)* (forrás: KSH, Szociális Statisztikai Évkönyv 2018/3, 2019, 2020/2, 2021/4)

	<i>Szociális étkeztetés</i>	<i>Házi segítségnyújtás</i>	<i>Idősök nappali ellátása⁷</i>	<i>Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás</i>	<i>Támogató szolgáltatás</i>	<i>Fogyatékos személyek nappali ellátása</i>
2017	176 407	95 081	38 284	21 065	13 306	7722
2018	183 544	92 422	38 259	20 514	13 100	7613
2019	186 120	90 542	38 109	20 116	12 718	7742
2020	200 907	92 846	37 048	19 395	12 623	7755

2019-ben kifejezetten a 65 éves és idősebb személyek vonatkozásában 32 731 fő vette azt igénybe (3. táblázat). Mindemelett 2019-ben még így is csupán a Magyarországon élő 1 889 959 (KSH, 2020) 65 éves és idősebb személy 1,7%-a jelent meg ebben a típusú szolgáltatásban. A nyugdíjkorhatárt betöltött ellátottak mellett megjelenhetnek fiatalabb ellátottak is, a törvény lehetővé teszi, hogy 18. életévüket betöltött személyeket is bevonjanak a szolgáltatásba, ez azonban az idősök nappali ellátásában kevésbé jellemző (Szt. 65/F § (1) bekezdés c-pont és (2) bekezdés).

⁶ A 2. számú táblázatban az idősök nappali ellátásának vonatkozásában minden életkori csoporthoz tartozó ellátott feltüntetésre került, nem csupán a 65 éves és idősebb ellátottak.

3. táblázat *Az étkeztetés, házi segítségnyújtás és idősök nappali ellátását igénybe vevő 65 éves és idősebb személyek megoszlása 2019-ben nemek és korcsoportok szerinti bontásban (fő)* (forrás: KSH, Szociális Statisztikai Évkönyv 2019, KSH 2020/2)

Korcsoportok						
	65–69	70–74	75–79	80–89	90–	Összesen
Házi segítségnyújtás						
Férfi	2823	3429	4058	6637	1461	18 408
Nő	6346	10 453	15 286	27 163	5475	64 723
Együtt	9169	13 882	19 344	33 800	6936	83 131
Szociális étkeztetés						
Férfi	13 350	11 631	10 260	11 510	1982	48 733
Nő	18 590	20 177	22 702	31 943	5951	99 363
Együtt	31 940	31 808	32 962	43 453	7933	148 096
Idősök nappali ellátása						
Férfi	2252	2187	1775	1715	193	8122
Nő	5884	6135	5837	6072	681	24 609
Együtt	8136	8322	7612	7787	874	32 731

A különböző szociális ellátások férőhelyszámai véges kapacitásúak, így egyes ellátások és szolgáltatások esetében előfordulhat, hogy az igénylést leadó jelentkező várólistára kerül. A szociális alapszolgáltatások vonatkozásában ez a várólista kevéssé hosszú és az évek során nem mutatott jelentős növekedést. 2017 decemberében 106 fő (Várakozók Jelentése, 2017), míg 2019 decemberében 159 fő várakozott idősök nappali ellátásának igénybevételére (Várakozók Jelentése, 2019), ennél frissebb adatok a korábbi forrásból nem ismerhetők meg, hiszen 2020 év elejétől azok nem kerülnek nyilvános közzétételre. Az alapszolgáltatásokkal ellentétben a szakosított ellátások esetében, igen magas a várólistán található személyek száma.

A nemzetközi gyakorlatban számos példa támasztja alá, hogy az ún. otthon közeli szociális alapszolgáltatások és közösségi ellátások rendszerében jelentős pozitív hatások érvényesülhetnek, hiszen az ellátottak megszokott, jól ismert környezetükben részesülnek a szolgáltatásból, nem szükséges kimozdítani és véglegesen idegen, intézményi struktúrába elhelyezni őket. Mindez pozitív hatással lehet életminőségükre, hiszen az új környezethez nehezebben adaptálódó idős emberek számára a változás negatív mentális és akár fizikális problémákat okozhat (Johnson és mtsai., 2010; Seitz és mtsai., 2010).

2. Célkitűzések, kutatási kérdések

A kutatás és a hozzá kapcsolódó disszertáció elkészítésével céлом volt az aktív idősödés megjelenésének lehetőségeit vizsgálni, kiemelt figyelmet fordítva az idősök nappali ellátására. Céлом volt továbbá bemutatni, hogy a vizsgált intézményekben idősök nappali ellátását igénybevevők mindennapi életében az aktív idősödés mérésére szolgáló aktív idősödés index részterületei és faktorai milyen súllyal jelennek meg, hogyan hatnak egymásra. Vizsgáltam az ellátásban vezetői szinten, illetve a közvetlen ellátottakkal dolgozó szakemberek szintjén megjelenő véleményeket az aktív idősödés lehetőségével, megjelenésével kapcsolatban. Az idősök nappali ellátásának kutatásba emelését és a kutatás ezen szociális alapszolgáltatásra szűkítését a minta keretezésén és lehatárolásán túl indokolta az a feltételezésem, hogy ebben a szociális ellátásban vizsgálhatók legnagyobb bizonyossággal és hatékonysággal az aktív idősödés meghatározó faktorai. Az ellátottak gondozási szükséglete alacsony, önállóbbak, nem igényelnek napi tevékenységeik elvégzéséhez komoly gondozói támogatást. Az olyan részterületek, mint társadalmi részvétel, munka, egészséges és biztonságos idősödés, vélhetően erőteljesebben tudnak megjelenni hétköznapjaikban, melyet a közösségi támogatást is nyújtó idősök nappali ellátásában töltött időn kívül saját, megszokott környezetükben töltenek. Az idősök nappali ellátásának kiválasztását támasztotta alá továbbá, hogy ezen ellátásnak lehet egy erőteljes megelőző és szinten tartó (preventív) funkciója is, melyben az aktív idősödés elképzelését a szolgáltatásba integrálva, segítségével az ellátottak a lehető leghosszabban saját megszokott környezetükben, közösségükben kaphatják meg a szükséges támogatásokat. Időben eltolható a szakosított ellátásba, idős otthonba való bekerülés, mely fontos a mentális és fizikális állapot szinten tartásának szempontjából. Az idősök nappali ellátása véleményem szerint a magyar szociális ellátórendszernek egy olyan szegmense és ellátástípusa, mely megfogalmazott víziójában törekszik fókuszálni az aktív idősödés elképzelésének részterületeire. Úgy gondolom, amennyiben lehetőség nyílna egy átfogó szakpolitikai szintű szolgáltatásfejlesztésre, mely az aktív idősödést és a prevenció lehetőségét helyezné előtérbe, annak egyik jól lehatárolható fontos pilot terepe lehetne az idősök nappali ellátása, amelyben az aktív idősödés, a szakosított ellátásba kerülés megelőzésének szemlélete, és az ellátottak jobb állapota szempontjából is komoly potenciál mutatkozik. Abban az esetben, ha ezen koncepció mentén az idősök

nappali ellátásában történő szolgáltatásfejlesztések hatékonysága igazolhatóvá válik, az aktív idősödést támogató szolgáltatásfejlesztés további kiterjesztése válhat indokoltá. Annak érdekében, hogy ne kizárólag az ellátórendszer igénybevevői férjenek hozzá az aktív idősödés elképzelése és a prevenció nyújtotta innovatív irányú fejlesztésekhez az ún. alulról szerveződő, civil, idősök számára szociális szolgáltatást nyújtó szervezetek bevonása is elengedhetetlen része lenne a fejlesztésnek, rendszeres (nem eseti) állami források megnyitásával.

2.1. Kutatási kérdések

1. Milyen súllyal jelennek meg a vizsgált régiós központokban az idősök nappali ellátásában részesülő ellátottak mindennapjaiban az aktív idősödés mérésére szolgáló index 4 területének faktorai, ezek milyen összefüggéseket mutatnak a szocio-demográfiai változókkal és egymással?
2. Milyen strukturális feltételek, körülmények, nehézségek határozzák meg a kutatásba bevont helyszíneken az aktív idősödés megjelenését az idősök nappali ellátását vezetőik, illetve az idősök nappali ellátásában közvetlen ellátottakkal dolgozó szakemberek meglátásai szerint az ellátásban?
3. Hogyan befolyásolta a COVID-19 járvány az aktív idősödés koncepciójának megjelenését és alakulását az idősök nappali ellátásában a vizsgált helyszíneken?

3. Módszer, mérőeszközök, mintavételek

3.1. Módszer, mérőeszközök, mintavétel

A kutatás lebonyolításához kvantitatív és kvalitatív módszertanok felhasználása is indokolt volt annak érdekében, hogy mélyebb, a szociális ellátórendszer több tagját magába foglaló adatgyűjtés valósulhasson meg, melyben a különböző szereplőktől különböző módszertanok mentén megszerzett információk hatékonyan reflektálnak és egészítik ki egymást. A társadalomtudomány területén az elmúlt időszakban az ún. kevert módszerek (mixed methods) egyre nagyobb jelentőségre tesznek szert (Király és mtsai., 2014), egyes kutatók „harmadik paradigmaként” (Johnson & Onwuegbuzie, 2004:15) vagy „harmadik módszertani mozgalomként” (Teddlie&Tashakkori, 2009) utalnak rájuk. A kevert módszer előnye támogatói szerint, hogy egymást jól kiegészítő adatfelvételi modellekkel dolgozik, ezeket párhuzamosan vagy egymásra épülve, egymásból következtetéseket levonva, egymást kiegészítve használja. Egy korábbi kutatás alapján 5 pozitívumot tekintenek a kevert módszertanon alapuló kutatások erősségének (Greene és mtsai.,1989; Király és mtsai., 2014):

- Trianguláció
- Kiegészítő jelleg
- Kidolgozás
- Kezdeményezés
- Kiterjesztés

A kevert módszerek esetében attól függően, hogy mi a kutatás célja, milyen kutatási kérdéseket kíván vizsgálni, változó sorrenddel használhatóak a kvantitatív és kvalitatív technikák. Jelen kutatásban a kevert módszerek ún. magyarázó-egymásra épülő felépítése mellett döntöttem, ahol az átfogó kvantitatív adatfelvételt követi a kvalitatív adatgyűjtés, időben egymástól elkülönítetten. Időbeli eltérés ugyan van a két adatfelvétel között, azonban ennek ellenére interaktív kapcsolatban állnak egymással, a kvantitatív adatgyűjtés során szerzett adatok részben hatást gyakoroltak a kvalitatív adatgyűjtés technikáira pl.: interjúk, fókuszcsoportos interjúk fókuszpontjai, struktúrája. A kvalitatív adatok pedig kiegészítik és gazdagítják (Cresswell és mtsai., 2003) a kvantitatív alapon gyűjtött korábbi eredményeket. A kvalitatív adatgyűjtés eredményei hatékony magyarázókként szolgálhatnak a kvantitatív adatgyűjtés adatainak mélyebb elemzésekor

is, előnyként könyvelhető el továbbá, hogy a kvantitatív és kvalitatív kutatási részek az egymásra hatásuk ellenére is jól elkülöníthetők (Király és mtsai., 2014; Sahin&Öztürk, 2019).

Kutatásomban a kevert módszer választását indokolta, hogy míg a kérdőíves nagymintás ellátotti adatfelvétellel a jól körülhatárolható kérdéscsoportokra vonatkozóan nagyszámú, pontos adatból építhetem adatbázist, addig az idősek nappali ellátásában dolgozó vezetőkkel és az ellátottakkal közvetlenül foglalkozó gondozókkal, mentálhigiénés szakemberekkel, szociális munkásokkal lehetőségem nyílt a félig strukturált szakértői interjúk és fókuszcsoportos interjúk segítségével ún. „puhább” adatok gyűjtésére. A kvalitatív adatfelvételek lehetőséget nyújtottak az olyan speciális témák irányába (pl.: COVID-19 járvány okozta változások hatásai) való elmozdulásra is, melyekre az adatfelvétel korai tervezési szakaszában még nem gondolhattam.

3.1.1. Kvantitatív adatfelvétel jellemzői: mérőeszköz és mintavétel

3.1.1.1 MÉRŐESZKÖZ

A kérdőíves adatfelvételhez használt mérőeszköz szerkezetének alapjául egy már létező kérdőív szolgált, az 1.2.4-es pontban részletesen bemutatott aktív idősödés index mérésére kialakított kérdőív (Zaidi és mtsai., 2013). Az eredeti mérőeszköz egy elsődlegesen makro szinten elfogadott és alkalmazott vizsgálati módszer, az individuális azaz ellátotti szinten való alkalmazására kevesebb példát találni, annak ellenére, hogy a személyes szinten való vizsgálatok segítségével láthatóvá válhatnak helyi szinteken az egyes személyek közti különbségek. Három korábbi olyan kutatás ismert számomra, melyek megpróbálták individuális személyi szinten megvalósítani az aktív idősödés mérését, mindhárom eltérő módszertannal próbálkozott. Egy 2017-es kutatásban az AAI eredeti részterületeit és azok faktorait megtartva, de a korábbi nagymintás európai kutatások adatai helyett a legfrissebb SHARE kutatás⁸ mikro adatait bevonva kívántak személyes szintű indexet kialakítani (Barslund és mtsai., 2017). Egy spanyol kutatásban az AAI 4 részterületét megtartva, de a hozzájuk kapcsolódó faktorokon és kérdéseiken változtatva, akár teljesen új kérdéseket beépítve készítették el az indexet mikro szinten (Piñeiro Vázquez és mtsai., 2018). Az egyik legújabb kutatásban pedig már eltávolodva

⁸ Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe c. kutatás

a Zaidi és munkatársai által kidolgozott mérőeszköztől, annak részterületeitől és faktoraitól, a SHARE kutatás teljes változó szettjéből próbálták meg egy összevont aktív idősödést mérő indexszámot (SHARE-AAI) kialakítani mely egyéni szinteken is alkalmas volt mérésre (Steynmair és mtsai., 2020).

Saját mérőeszközöm kialakításakor úgy gondoltam, hogy az eredeti AAI mérőeszköz által felkínált struktúra és szerkezet, a 4 részterület a hozzájuk kapcsolódó 22 faktorról stabil alapon szolgálhat jelen kutatás individuális (ellátotti) szinten felhasznált kérdőívének fejlesztéséhez. Az AAI struktúrájának megtartása mellett azonban fontosnak éreztem reflektálni a mérőeszközért 1.2.4-es pontban korábban bemutatott tudományos kritikákra, mint például az akadálymentesítés jelentőségének negligálása, a vallásosságra/spiritualitásra vonatkozó kérdések hiánya, foglalkoztatás részterületének túlzó súlya. A kvantitatív adatfelvétel célja kutatásomban nem az index képzése volt, hanem egy olyan individuális szinten alkalmazható mérőeszköz elkészítése, amely alkalmas az egyén szintjén az aktív idősödés fontosabb területeinek vizsgálatára és a szocio-demográfiai változókkal és egymással való összefüggések kimutatására, mely ellátotti szinteken képes helyzetképet kialakítani a beavatkozás szükséges területeiről. Az AAI mérőeszközének struktúráját alapul véve jelen kérdőív használatával célom volt a szükséges módosításokat követően egyéni szintű adatgyűjtésben is kipróbálni az így kialakított kérdőívet olyan speciális mintán, amelynek tagjai az idősek számára biztosított szociális alapszolgáltatások igénybe vevői közül jellemzően a legnagyobb önállósággal rendelkeznek és a legközelebb állnak az aktív idősödés klasszikus, WHO szerint megfogalmazott elképzeléséhez. A kutatás alapjául szolgáló mérőeszköz tesztelésére 2016 szeptemberében együttműködési megállapodás megkötését követően a Budapest VII. kerületi gondozási központ 19 ellátottja körében került sor. Elsősorban a vallásosságra, vallásgyakorlásra, illetve jövedelmi helyzetre vonatkozó kérdésblokkok tesztelése volt kardinális azok érzékenységének szempontjából. Az említett blokkok esetében a tesztelés eredményeként végül az a döntés született, hogy a „nem tudja”, „nem válaszol” válaszlehetőségek megtartásra kerülnek, hiszen a tartózkodás felkínálása a szenzitív kérdések vonatkozásában fontos lehet. A kérdőíves adatfelvétel során gyűjtött adatok az IBM SPSS Statistics for Windows 24-es számú verziójával kerültek feldolgozásra.

3.1.1.2 Jelentősebb tartalmi módosítások az AAI eredeti kérdőívéhez képest a jelen kutatás során alkalmazott mérőeszközben

a) A foglalkoztatás kérdéskörét az AAI az adott országban aktuális korcsoportokra bontott makro szintű statisztikákkal mérte. A foglalkoztatás felmérése a kutatásban kisebb hangsúllyal jelenik meg, mert az adatfelvétel időszakában (2017) 65-69 éves korosztályba tartozók magyarországi foglalkoztatási rátája csupán 5,5%, míg a 70-74 éves korcsoportba tartozóké 3% volt, továbbá a kutatásba bevont csoport jelentős része a gazdaságilag nem aktív státuszú csoportba tartozott (KSH, 2021/1). A foglalkoztatás alacsony arányú lassú, növekvő tendenciát mutat az érintett korcsoport vonatkozásában, ezért a kutatás adatfelvételében két kérdés beépítésével reflektáltam erre a folyamatra, az EU-LFS adatfelvételének magyar nyelvű kérdőívében már korábban használt kérdések (jövedelmet biztosító munka, jövedelmet nem biztosító munka) segítségével.

b) Az aktív, önálló és független idősödéshez javasolt lenne szorosan kapcsolódnia az akadálymentesítésnek is, mely hozzásegíti az időseket, hogy minél hosszabban saját megszokott környezetükben élhessenek, hiszen segítségükkel készségeikben és képességeikben történő változás esetén is el tudják látni megszokott tevékenységeiket. Azok az idős emberek, akik rendelkeznek a számukra szükséges lakáson belüli akadálymentesítéssel, kisebb eséllyel érzékelnek romlást a mindennapi élethez kapcsolódó tevékenységeik során (ADL) (Stineman és mtsai., 2011). A jelen kutatásban használt mérőeszköznek ezért fontos részét képezi a válaszadó háztartásában elvégzett akadálymentesítést célzó átalakítások vizsgálata. Az akadálymentesítésre vonatkozó kérdésblokk kérdései az ENABLE-AGE (Iwarsson és mtsai., 2005) 2002-ben készült magyar adatfelvételének kérdésorrából kerültek átvételre. Az átvett kérdésekkel lehetőség nyílt annak feltérképezésére, hogy volt-e akadálymentesítés a kitöltő háztartásában, és amennyiben igen, az ingatlan mely helyiségében történt az átalakítás?

c) A politikai aktivitás kérdése, melyet egyetlen kérdéssel mér az eredeti AAI kérdőív, a kutatás mérőeszközéből elhagyásra került. A kérdés összesen egy változót jelentett, megítélésem szerint annyira szenzitív volt hazai viszonylatban, hogy még anonim kérdőív esetén is veszélyeztette volna a kitöltési hajlandóságot.

d) A vallásosság és spiritualitás kérdésköre az akadálymentesítéshez hasonlóan olyan téma, mely az eredeti AAI kérdőívéből kimaradt, azonban a vizsgálatba bevont korcsoport esetében releváns lehet és támogatást jelenthet az időskori elmagányosodás

megelőzése, így a jobb életminőség megtartása érdekében (Kumari, 2015). Erre egy korábbi az aktív idősödés index korlátaival foglalkozó publikáció is felhívta a figyelmet (Amado és mtsai., 2016). A vallásosság és spiritualitás kérdése az életciklus végéhez közeledve sok esetben felértékelődhet, megnyugvást, biztonságot, támaszt, a csoporthoz tartozás élményét jelentheti számukra, pozitív irányba befolyásolva mentális állapotukat (Moreira-Almeida és mtsai., 2006; Malone & Dadswell, 2018). A területhez kapcsolódóan 3 kérdés került beépítésre a kutatásban használt kérdőívbe, melyek korábban már szerepeltek a magyar nyelvű ESS és EQLS kérdőívek lekérdezéseiben. A kérdések felmérték, hogy a válaszadó vallásos-e, valamilyen vallási felekezethez tartozónak ítéli-e magát, illetve milyen rendszerességgel vesz részt vallási szertartásokon?

e) A kutatás során alkalmazott kérdőívből elhagyásra került a vizsgált korcsoport relatív medián jövedelmét mérő statisztikai adat, illetve a szegénységi küszöb feletti aránya, helyettük egy ESS kérdőívben használt szubjektív mutató került beemelésre. A kiválasztott kérdés méri, hogy a válaszadó háztartásának jövedelméből szubjektív meglátása szerint mennyire jól tud megélni?

f) A felsorolt komolyabb indikátor szintű módosítások mellett áttekintve az AAI által alkalmazott európai nagymintás lekérdezések mérőeszközeit, több olyan kérdést is beépítettem, melyek magyar, validált fordításai rendelkezésre álltak, a korábbi AAI részterületekhez és/vagy indikátorokhoz témájukat tekintve szorosan kapcsolódtak, az AAI képzésekor mégsem emelték be azokat az eredeti mérőeszközbe. Ilyen a bizalmas kapcsolatok számának lekérdezése az ESS magyar kérdőívéből. A bizalmas kapcsolatok számának vizsgálata nem tartozik szervesen az aktív idősödés index mérőeszközéhez, az index részterületeit tekintve elsődlegesen a „Képesség az aktív időskorra és támogató környezet” részterülethez tagolódhatna, vagy a részterületen belül önálló faktorként (változóként) már megjelenő „Társadalmi kapcsolatok” alpontjaként jelenhetne meg. A kérdés beépítésének oka volt, hogy a különböző csoportokkal való kapcsolat gyakoriságát mérő kérdések eredményeit szerettem volna árnyalni. A kutatásba beépített bizalmas kapcsolatokra vonatkozó kérdés esetében a válaszadók megjelölhették, hogy „Hány olyan személy van – amennyiben van ilyen – akivel megtudják beszélni személyes, legbensőbb magánügyeiket?” A legbensőbb és leginkább személyes magánügyek megosztása a bizalmas kapcsolatok körébe tartozó személyekkel lehetséges, és ez a megfogalmazás,

illetve ennek vizsgálata azért is adhat pontosabb képet a barátok számának, illetve a velük való kapcsolat gyakoriságának méréséhez képest, mert kevésbé homályos jelentésű (Albert & Dávid, 1999). A bizalmas kapcsolatokhoz a barátokon túl természetesen más személyek például családtagok is kapcsolódhatnak.

Új változóként felmérésre került a válaszadó szubjektív boldogságának vizsgálatát segítő kérdés az ESS kérdőívéből, továbbá a válaszadó szubjektív egészségi állapotára vonatkozó kérdés és a tartós betegség/rokkantság miatti akadályozottság felmérése szintén az ESS magyar kérdőívéből. Az újonnan beemelt kérdésekkel kapcsolatban feltételeztem, hogy releváns és szoros összefüggéseket mutathatnak egymással és az AAI által is használt más faktorokkal. Illetve úgy gondoltam, hatásuk az egyének aktív idősödésének alakulására meghatározó lehet.

Mind az AAI-ben szereplő és a kutatás mérőeszközében megtartott, mind pedig az újonnan beemelt kérdések esetében megtalálható volt azok eredeti magyar nyelvű, validált forrása. A fordításokat az adott adatfelvételek évéhez köthetően készítették, a legtöbb érintett kérdőív esetében 2010-2012 között. Az EU-LFS, az ESS, az EU-SILC, az EU-ICT Survey (magyar nyelvű változata a KSH OSAP 2003-as évente lekérdezésre kerülő adatfelvételében szerepel), illetve az EQLS magyar nyelvű kérdéssorai online elérhetőek voltak, így a kérdések idegen nyelvről történő magyarra fordítására nem volt szükség.

Összességében elmondható, hogy áttekintve az AAI mérésére kidolgozott eredeti kérdőívet (Zaidi és mtsai., 2013), a mérőeszközt azóta vizsgáló kritikus tanulmányokat és mikro szintű mérésre kidolgozott kísérleteket, az AAI kérdőíve 4 részterületével és 22 indikátorával stabil alapként szolgált jelen kutatás mérőeszközének kidolgozásához. A magyar sajátosságokra, az eredeti mérőeszközt ért kritikai hangokra és az egyéni szintű nem pedig országos aggregált indexszám képzését célul kitűző korábbi adatfelvételekre reflektálva módosítások és változtatások történtek a 2013-ban létrehozott aktív idősödés index kérdőívéhez képest.

3.1.1.3 Mintavétel

A magyarázó-egymásra épülő modell mentén az adatfelvételek sorrendjében elsőként egy nagyobb mintán elvégzett, anonim, önkitöltős kérdőív felvételére került sor. Az adatfelvétel a magyarországi régiós központokban található idősök nappali ellátásában ellátottként megjelenőket helyezte fókuszba, őket vonta be a kutatásba. Az idősök nappali

ellátásának kiválasztása és a kutatásba emelésének jelentősége és szempontjai a korábbi 1.3 pont második felében kerültek bemutatásra.

Az adatfelvételek közül a kvantitatív adatgyűjtés kapcsán is szükséges annak limitációiról beszélni, melyet az adatgyűjtés és adatfeldolgozás folyamatában való egyedüli részvételem, illetve az ebből fakadó idő és költségkorlátok generáltak. Ezen tényezőket, minthogy a kapott adatok statisztikai általánosításra nem alkalmasak, feltétlen szükséges figyelembe venni az eredmények áttekintésekor, értelmezésekor. Az idő és költségkeret okán került sor a kvantitatív adatfelvétel 7 magyarországi régiós központra való szűkítésére, melyből az egyik helyszínen (Közép-Dunántúl) nem csupán egy, de két népesebb megyeszékhely (melyek közül az egyik a régiós központ) bevonására is lehetőség nyílt, így ebből a régióból mindhárom adatfelvétel során székesfehérvári és veszprémi adatgyűjtésre is sor került. A nem valószínűségi mintavételezés vonalán haladva kényelmi mintavétel történt az említett 7 régió 8 települési helyszínén, a lehető legnagyobb mintanagyság elérése érdekében. A minta tulajdonságainak részletes ismertetésére az *Eredmények* fejezetben kerül sor.

A kényelmi, hozzáférhetőségi vagy ún. egyszerűen elérhető alanyok módszere, a nem valószínűségi mintavételek közül az egyik leggyakrabban alkalmazott módszer (Clark, 2017), mely lehetővé teszi, hogy viszonylagosan rövid időn belül a kutatási területhez kapcsolódó, együttműködő alanyokat hatékonyan érje el a kutató (Boncz, 2015; Kivunja, 2015). Gyakran alkalmazzák abban az esetben, ha időbeli és/vagy erőforrásbeli okokból nincs mód valószínűségi és ezáltal reprezentatív mintán elvégezni a vizsgálatot. Ezen mintavételi eljárás rendkívül jó megalapozása lehet egy nagymintás reprezentatív kutatásnak is (Boncz, 2015), azonban mindig kiemelt hangsúlyt kell fektetni arra, hogy milyen következtetések levonása történik az így szerzett adatokból (Babbie, 2009).

A mintavétel során írásban kerestem meg a 7 magyarországi régió, régiós központjában (Szigeti, 2003:30) működő idősök nappali ellátását működtető intézményt. Az előzetes egyeztetéseket követően juttattam el a kiválasztott intézményekhez az elkészült és tesztelt kérdőívet. Az adatgyűjtés 2016 IV. negyedéve és 2017 II. negyedéve között zajlott. A régiós központokban működő intézmények vezetőinek megkeresése először online, e-mail formájában történt. A kapcsolatfelvétel során írásbeli tájékoztatást kaptak a kutatás céljáról, az adatfelvétel formájáról, illetve a begyűjtött adatok tervezett feldolgozásának menetéről. Az adatgyűjtés során kezdetben online formában terveztem annak elkészítését,

azonban több intézményből jelezték, amennyiben van rá lehetőség a papír alapú kitöltést javasolnák, mert a náluk megjelenő ellátottak egy része kevésbé használ internetet, és amennyiben a kérdőívet kizárólag online formában érik el, úgy vélhetően magas lesz azon ellátottak száma, akik szívesen részt vennének a kitöltésben azonban ezt nem tudják megvalósítani. Mivel a cél a lehető legtöbb ellátott bevonása volt, így a papír alapú kérdőív kitöltés valósult meg. Az adatfelvétel költségeinek finanszírozása (nyomtatás, posta, egyes intézmények esetében személyes le és/vagy visszaszállítása a kérdőíveknek) önköltségen történt. A kérdőív ellátottak számára történő közvetlen eljuttatásában kértem a szakmai dolgozók segítségét. Az érintett intézmények vezetőitől érkezett írásbeli jóváhagyásokat követően a szakmai dolgozók jelezték az idők nappali ellátásában megjelenő ellátottak számára, hogy lehetőség nyílik egy anonim, önkitöltős kérdőíves adatgyűjtésben történő részvételre. Azok az ellátottak, akik ezt követően úgy döntöttek, hogy kitöltik a kérdőívet, megtehették ezt az intézményben töltött idő alatt vagy akár haza is vihették és a saját otthonukban történő kitöltést követően egy előre meghatározott gyűjtőben helyezhették el a kitöltött adatlapot. Az így összegyűjtött kérdőívek részben postai úton, részben pedig személyes intézménylátogatást követően kerültek vissza, adatfeldolgozásra.

3.1.2. Kvalitatív adatfelvétel jellemzői: mérőeszközök és mintavételek

3.1.2.1 Méréseszközök

A kutatás kvalitatív adatfelvételi szakaszában a kvantitatív adatfelvételt követően először félig strukturált szakértői interjúk készültek az idők nappali ellátását vezetőikkel, majd ezt követően fókuszcsoportos interjúk felvételére került sor a vizsgált ellátásban dolgozó, közvetlen kliensekkel foglalkozó szakemberekkel. A félig strukturált szakértői interjúk, illetve a fókuszcsoportos interjúk fonalai között voltak átfedések, részben reflektáltak a kvantitatív adatgyűjtés korábban feldolgozott eredményeire.

a) *A szakértői interjúk interjúfonalának főbb témakörei*

- Idők nappali ellátásának tárgyi feltételei, az ellátásban megjelenő speciális igényű ellátottak

A kérdés célja elsődlegesen az ellátásban rendelkezésre álló tárgyi feltételek vizsgálata volt. Szerettem volna feltérképezni, hogy vannak-e olyan egyszerű objektív tárgyi feltételek pl.: épület állaga, belső elrendezése, rendelkezésre álló tárgyi feltételei vagy ezekben mutatkozó hiányok, munkaerőhiány stb. melyek hatást gyakorolhatnak azokra a

későbbi kérdésekre, melyek az aktív idősödés lokális kialakulásának lehetőségét járják körül.

- Az idősök nappali ellátásában felmerülő szakmai nehézségek, problémák mikro-mezo-makro szintekre bontva, melyek befolyásolhatják az aktív idősödés lehetőségének helyi kialakulását, fejlődését

A jelzett nehézségek, problémák esetében mind az interjúknál, mind a fókuszcsoportos interjúknál fontos szempont volt, hogy az alanyok csoportosítsák azokat mikro, mezo és makro szinteken. A különböző szinteken való felismerés és csoportosítás segíthet a detektálást követő beavatkozási terv kidolgozásában. Pontos utasítást kaptak a témakör ismertetésekor arra nézve, hogy melyik szint mit foglal magába jelen kutatás értelmében, ez alapján:

Mikro szint: saját intézményük szintje, melyben az adott nappali intézmény (klub) és integrált intézmény esetén a telephelyen túl maga az integrált intézmény is értendő volt.

Mezo szint: a telephely települési szintje, az itt felmerülő problémák rendszerezése volt a cél.

Makro szint: általánosságban felmerülő problémák és nehézségek bemutatása volt a cél, melyek a nappali ellátásban ágazati szinten jelen vannak, megjelenésük a válaszadók visszajelzései alapján nem egyedi lokális probléma.

- Az idősök nappali ellátásában kialakult jó példák, preventív szemléletmód lehetőségei az ellátásban

Az elsődleges motiváció annak a felmérése volt, hogy a korábban detektált problémák mellett létrejött-e az adott intézményben helyi szinten alkalmazott jó példa, az ellátottak aktivitásának megőrzése, önállóságuk szinten tartása, a működés hatékonyságának elősegítése érdekében. Szerettem volna felmérni, hogy az idősök nappali ellátását vezetőik véleménye mentén lehet-e a szolgáltatásnak preventív, megelőző jellege az ellátás aktív idősödés koncepciója mentén történő átgondolásával és biztosításával? Megelőzhető-e például az ellátottak szakosított intézményekbe való korai beköltözése vagy van-e lehetőség a minél fiatalabb potenciális ellátottak bevonásával egyfajta aktív időskorra való felkészítésre?

- COVID-19 járvány hatása az ellátottak aktív idősödését is meghatározó IK tudásra és társadalmi részvételére, beágyazottságára (kapcsolataik tartására)

A szakértői interjúk esetében nem volt előre tervezett a járványra, annak hatásaira, és a megváltozott helyzethez való alkalmazkodásra vonatkozó kérdések vizsgálata, hiszen az interjúk tervezésekor még nem utalt semmilyen jel annak megjelenésére. Az interjúk tényleges felvételének idejére azonban általánossá váltak a lezárások, a szolgáltatás biztosításában komoly változások következtek be, melyekre szerettem volna reflektálni az adatgyűjtésben. Ezt azért is tartottam fontosnak, mert kifejezett célom volt az info-kommunikációs eszközök használatában és ismeretében, mint az aktív idősödés egyik kiemelt faktorában bekövetkező változások, hatások, lehetőségek vizsgálata. Az IK eszközök ismerete, rendelkezésre állása és intenzív használata olyan az aktív idősödés részterületéhez kapcsolódó területek erősödését is segíthette, mint a társas és személyes tényezők, kapcsolattartás az ellátottak számára fontos személyekkel, és az ellátásban dolgozókkal.

b) A szakdolgozói fókuszcsoportos interjúk fonalának főbb témakörei:

- Az idősök nappali ellátásának helye, szerepe, és jelentősége a szociális ellátórendszerben. Az ellátást igénybevevők jellemzőinek változása az elmúlt 1-1,5 évtizedben.

A kérdések ezen csoportjával szerettem volna vizsgálni, hogy az ellátottakkal közvetlenül együtt dolgozó szakemberek milyen változásokat tapasztalnak az intézményekbe érkező új kliensek kapcsán? A fiatalabb idősök elkötelezettebbek-e és nagyobb nyitottságot mutatnak olyan aktív idősödéshez köthető területeken, mint az önkéntes munkában való részvétel, az élethosszig tartó tanulás vagy az info-kommunikációs eszközök rendszeres alkalmazása?

- Az ellátás biztosítása során tapasztalt problémák és nehézségek kategorizálása a szakértői interjúk struktúrájához igazodva mikro-mezo-makro szinteken. A problémák és nehézségek feloldására kialakult innovatív megoldások, jó gyakorlatok bemutatása.

A kérdésblokk a szakértői interjúk során ugyanezen témában gyűjtött visszajelzésekkel való összehasonlítást szolgálta, mely segítségével szerettem volna vizsgálni, hogy van-e különbség a vezető beosztású és közvetlen kliens munkát végző dolgozók véleménye, meglátásai között? Szerettem volna láttatni, hogy a különböző szinteken milyen nehezítő körülmények befolyásolják az aktív idősödés koncepciójának ellátásban való kibontakozását?

- A COVID-19 járvány okozta ellátórendszeri változások kezelése, a szolgáltatás biztosítása és fenntartása, hogyan zajlott ebben az időszakban. Az aktív idősödés lehetőségének fontos összetevőjét képező IK ismeretek megléte milyen lehetőségeket kínált, hogyan segítette/segíthette volna a járvány idején az ellátás fenntartását.

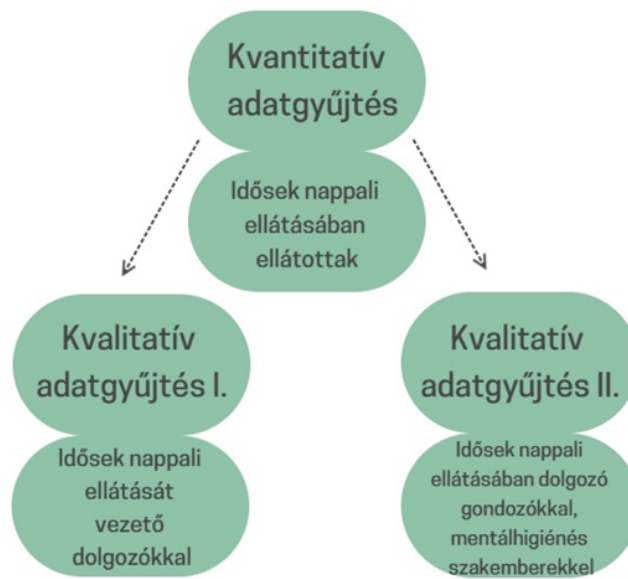
3.1.2.2 Kvalitatív mintavételek

A szakértői interjú és szakdolgozói fókuszcsoporthoz interjúk mintavételei igazodva a kvantitatív kérdőíves adatfelvételhez a 7 magyarországi régiós központban működő idősök nappali ellátását biztosító intézményben zajlottak. Ez a fajta területi és település státuszbeli lehatárolás a kvantitatív adatgyűjtéshez hasonlóan a kutatás limitációjának tekinthető, melyre az eredmények értelmezésekor és interpretálásakor hangsúlyosan figyelemmel kell lenni. A mintavétel ilyen formában történő szűkítésére a pénzügyi és időbeli korlátok miatt volt szükség, emellett a kvalitatív adatfelvételek során egyre erősödő COVID-19 járvány erőteljesen befolyásolta a mintavétel és az adatgyűjtés lehetőségeit, struktúráját és azok formáját.

a) A szakértői interjúk 2020 májusában, a COVID-19 járvány első hullámának időszakában készültek. Az adatgyűjtések a szociális távolságtartásra és az intézményeket érintő látogatási korlátozások bevezetésére tekintettel telefonon keresztül zajlottak. Az adatgyűjtést megelőzően az intézményekkel online formában történt a kapcsolatfelvétel, melynek során megküldésre került az egységes kutatási terv, illetve a szakértői interjúhoz kapcsolódó tájékoztató és hozzájáruló nyilatkozat. A szakértői interjúk feltétele volt a telefonbeszélgetés előtt visszaküldött, aláírt hozzájáruló nyilatkozat. A 7 magyarországi régió mindegyik régiós központjában sikerült elkészíteni az interjút a nappali ellátás vezetőjével, melyről hangrögzítés készült. A kérdőíves adatfelvételhez hasonlóan a közép-dunántúli régió esetében a régiós központ Székesfehérvár mellett Veszprémben is készült interjú, így összesen 8 adatfelvétel történt.

b) A fókuszcsoporthoz interjúk 2020 ősze és 2021 tavasza között készültek. Az adatfelvételek megkezdése előtt az intézmények számára megküldésre került a szakértői interjúk során már korábban eljuttatott kutatási terv, illetve a fókuszcsoporthoz interjúkhoz készített tájékoztató és hozzájáruló nyilatkozat, melyet minden résztvevőnek szükséges volt kitöltve visszajuttatnia. A kérdőíves adatfelvétel és a szakértői interjúk nyomán az

adatfelvételek 6 magyarországi régió régiós központjainak érintett intézményeiben, illetve egy közép-dunántúli megyeszékhely (Veszprém) intézményében készültek, így összesen 7 fókuszcsoporthoz került megszervezésre. A dél-alföldi régió központjában található intézmény technikai nehézségek miatt nem tudott részt venni az adatfelvétel ezen szakaszában. A COVID-19 járvány a fókuszcsoporthoz tartozó interjúk adatfelvételeire szánt időintervallum hosszát és az adatgyűjtés formáját is befolyásolta. A fókuszcsoporthoz tartozó interjúk személyes lebonyolítását, egyetlen helyszín kivételével, nem vállalták a résztvevők, így ennek alternatívájaként online platformon, Zoom videó konferencia programot alkalmazva került sor az ún. szinkron fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetésekre, melyekről hangrögzítés készült. A szinkron fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetés során minden résztvevő egy időben volt jelen a beszélgetésben, így a fókuszcsoporthoz tartozó interjú eredeti értékei, mint az azonnali interakciók vagy nonverbális jelek, a résztvevők egymás irányába történő reflexiói, nem veszítettek jelentőségükből, mindemellett megmaradtak az online felületen való adatgyűjtés egyéb előnyei is, mint a lehetséges résztvevők széles körének bevonása és a költséghatékonyság (Oringderff, 2004; Abrams & Gaiser, 2017). Az online felületen felvett fókuszcsoporthoz tartozó interjúk jelentősége a technológia fejlődésével egyre hangsúlyosabbá válik, a járvány okozta lezárások és korlátozások miatt pedig tovább emelkedik. A személyesen és online készített fókuszcsoporthoz tartozó interjúk adatainak megbízhatóságában nem mutatkozik szignifikáns eltérés, így az online felületen készült adatfelvételek kellően megbízható eredményeket nyújtanak, használatuk pedig az olyan nem várt helyzetek során, mint a pandémia, vélhetően növekedni fog a közeljövőben (Woodyatt és mtsai., 2016; Dos Santos Marques és mtsai., 2021). Az adatfelvétel ezen szakasza alkalmával 7 fókuszcsoporthoz tartozó interjú készült összesen 33 résztvevővel. A helyszínenként szervezett 4-5 fős fókuszcsoporthoz tartozó interjúk általában kisebb csoportokra bomolva, időben egyszerre, de térben elkülönülve, 2-3 gépről jelentkeztek be a létrehozott közös Zoom szobába.



1. ábra A kutatásban alkalmazott kevert módszertan lépései és vizsgált célcsoportjai

(ábra: saját szerkesztés)

4. Eredmények

4.1. A kutatás első fázisa: a kvantitatív kérdőíves adatgyűjtés

A kérdőíves adatgyűjtésre az adatfelvétel első fázisában került sor, melyben a 7 bevont régiós központ mind a 8 intézménye részt vett.

4.1.1. A válaszadók megoszlása az egyszerű szocio-demográfiai kérdések vonatkozásában

4.1.1.1 Régiós hovatartozás

Az adatfelvétel során összesen 397 fő bevonására került sor a 8 adatfelvételi helyszínen (4. táblázat).

4. táblázat A kitöltők régiók és települések szerinti megoszlása (N=397)

Régió	Település	Kitöltők száma (fő)	Kitöltők aránya (%)
Nyugat-Dunántúl	Győr	30	7,6%
Közép-Dunántúl	Székesfehérvár	28	7,1%
	Veszprém	28	7,1%
Dél-Dunántúl	Pécs	37	9,3%
Közép-Magyarország	Budapest (III. kerület)	41	10,3%
Észak Magyarország	Miskolc	98	24,6%
Észak-Alföld	Debrecen	64	16,1%
Dél-Alföld	Szeged	71	17,9%
Összesen	-	397	100%

A válaszadók több, mint a fele a keleti régiókból került ki, ahonnan a kitöltők számát tekintve Észak-Magyarország kiemelkedik. A keleti régiókon túl magas volt a kitöltés a közép-dunántúli régióban is (14,2%). Itt az adatfelvétel kezdetén csupán a régiós központ, Székesfehérvár került bevonásra, azonban az alacsony részvételi szándék és a másik közép-dunántúli régió részéről mutatkozó nyitottság miatt bevonásra került mindkét településen található idősek nappali ellátását biztosító intézmény. A legalacsonyabb kitöltési hajlandóság a nyugat-dunántúli régióban jelentkezett.

Tekintettel a KSH által 2017-ben készített korcsoportok és régiók szerinti lakónépesség bontás adataira, az adatfelvételbe bevont személyek aránya részben fedi a 65 éves és idősebb személyek régiós lakosságait. 2017-ben az összes 65 éves és idősebb

személy 30%-a a közép-magyarországi régióban élt, ezt követte az észak-alföldi 13,7%-al, majd a dél-alföldi 13,6%-al. (KSH, 2020). Észak-Magyarországon élt a 2017-es évben a 65 éves vagy idősebb népesség 12%-a, Közép-Dunántúlon a 10,6%-a, Nyugat-Dunántúl a 10,1%-a és Dél-Dunántúlon a 10%-a (KSH, 2020). Az idős lakónépesség vonatkozásában 2017-ben magasan Közép-Magyarország volt az élen, összességében pedig a keleti régiókban élt több idős személy. A kitöltések számát tekintve a keleti túlsúly a minta esetében is megjelent, míg Közép-Magyarország a résztvevők számának rangsorában csupán a 4. helyre került.

4.1.1.2 Nemek szerinti megoszlás

A nemek szerinti megoszlás vonatkozásában erősen hangsúlyos a női válaszadók irányába történő eltolódás. A válaszadók 73,5%-a volt nő, míg csupán 26,5% férfi (N=378). Az idősek nappali ellátásában 2017-ben megjelenő ellátottak esetében hasonló megoszlás látható, az adott évben az összes szolgáltatásban megjelenő 65 éves és idősebb 32 731 fő 75,1%-a volt nő, míg 24,9%-a férfi (KSH, 2018/1). Más szociális alapszolgáltatásokban például a házi segítségnyújtás, vagy a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében is jellemző az ellátottak vonatkozásában a női túlsúly. Felmerült annak a lehetősége, hogy a szolgáltatásban és a vizsgált mintában is jelentkező nemi eltolódás a nők 65 éves korban mért magasabb várható élettartamával (3,8 évvel több, mint férfiak esetében), magyarázható (Eurostat, 2021/4). A várható élettartam vonatkozásában tapasztalt nemek közötti különbség véleményem szerint elsődlegesen a szakosított ellátásokban követhető nyomon, ahol a nemek közötti eltérés valóban a 75-79 éves, illetve idősebb korosztály esetében kezd el nagymértékben megváltozni, eltolódnia a női ellátottak irányába (5. táblázat). A várható élettartamok tekintetében férfiak esetében 2017-ben valid 79,5 év részben alátámasztani látszik a szakosított ellátások közül az idősek otthonában jelentősen lecsökkenő 75 éves és idősebb férfiak számát. Az alapszolgáltatások esetében azonban, már egyértelműen 65 éves kortól jelentős női túlsúllyal jelennek meg az ellátottak (5. táblázat). Tehát valószínűsíthetően nem kizárólag a várható élettartam befolyásolja azt, hogy magasabb a női ellátottak száma az idősek nappali ellátásában, hanem egyéb faktorok is hatással vannak a nemi megoszlás alakulására.

5. táblázat *Ellátottak nemek szerinti megoszlása korcsoportok szerint bontva az idősök nappali ellátása nevű szociális alapszolgáltatásban 2017-ben (N=38 284) (KSH,2018/1)*

	65-69	70-74	75-79	80-89	90-
férfi	28,7%	25,6%	23,7%	23%	24,6%
nő	71,3%	74,4%	76,3%	77%	75,4%

Ellátottak nemek szerinti megoszlása korcsoportonként bontva az idősök otthona nevű szociális szakosított ellátásban 2017-ben (N=51 957) (KSH, 2018/2)

férfi	50%	38,5%	26,9%	17,3%	13,9%
nő	50%	61,5%	73,1%	82,7%	86,1%

A vizsgált minta esetében eltérés látható az országos adatokkal összehasonlításban, míg a fiatalabb életkori csoportokban (74 éves korig) a férfi ellátottak magasabb számban jelentek meg, addig ez az arány 75 éves kortól megfordul és a női nem válik felülreprezentálttá. A forduló életkori csoportnak a 75-84 éves korosztály tekinthető, az itt megjelenő különbség a nők javára 10,6%.

4.1.1.3 A minta egyéb szocio-demográfiai jellemzői

6. táblázat *A vizsgált minta megoszlása a csoportosított életkor, családi állapot, iskolai végzettség, lakott épület típusa és ellátás igénybevételének kezdete változók alapján*

Csoportosított életkor (N=390)

64 éves vagy fiatalabb	14,1%
65-74 éves	38,2%
75-84 éves	35,6%
85 éves vagy idősebb	12,1%

Családi állapot (N=397)

özvegy	54,6%
elvált	19,8%
házas	16,5%
hajadon/nőtlen	8,1%
bejegyzett élettársi kapcs.	1%

Iskolai végzettség (N=390)

4 osztály (elemi)	3,3%
8 osztály (polgári)	25,4%

szakiskola	20,8%
szakközépiskola	15,8%
gimnázium	20%
főiskolai diploma	10,8%
egyetemi diploma	3,1%
tudományos fokozat	0,8%
Az ellátás igénybevételének kezdete (N=383)	
1995 előtt	4,1%
1995-2005 között	18,3%
2006-2015 között	55,4%
2016 után	22,2%
Lakott épület típusa (N=391)	
9 vagy több lakásos társasház	42,7%
8 vagy kevesebb lakásos társasház	16,4%
Ikerház, sorház	5,1%
Különálló családi ház	26,6%
Egyéb lakott lakóegység	9,2%

A 65 évesnél fiatalabb (akár kiskorú) ellátottak ellátásba vonására a törvény lehetőséget biztosít (Szt. 65F § (1) bekezdés c-pont). Ez elsődlegesen a törvény által is megnevezett, harmadik életévüket betöltött autista, vagy fogyatékos személyek ellátását jelenti az idősök nappali ellátásának keretein belül. Minderre azért van szükség, mert az idősök nappali ellátása, habár területileg nem mutat teljes lefedettséget Magyarországon (KSH, 2015:3), azonban már 3000 fő állandó lakosságszám felett kötelezően biztosítandó szociális szolgáltatás, míg a fogyatékos személyek nappali ellátását csupán 10 000 fő állandó lakos felett kötelező nyújtani. A kutatásba bevont mintában a fiatal fogyatékos vagy autista személyek megjelenése kevésbé volt jellemző, hiszen az adatfelvétel megyeszékhelyeken és a fővárosban történt, ahol a települések állandó lakosságszámából adódóan működik fogyatékos személyek nappali ellátása is. Gyakrabban előfordult, hogy a nyugdíjkorhatárhoz közel eső személyek jelentek meg az ellátásban (60-64 évesek), akár olyan aktív korúak is, akik munkanélküli státusszal bírtak.

A legfiatalabb bevont személy 40 éves, a legidősebb 95 éves volt. Az életkor változó átlaga 73,98 év, míg medián értéke 74 év volt. A minta döntő része az ún. fiatalabb idős

(young-old) korcsoportba (65-74 éves) eső ellátottakból állt, melyet szorosan követett az ún. középső idős (middle-old) csoportba tartozó 75-84 éves korcsoport (6. táblázat).

A válaszadók jellemzően özvegy családi állapotúak voltak, vagy elváltak.

Az iskolai végzettségek vonatkozásában különösen tekintettel kell lenni a mintavétel korlátaira, hiszen az adatgyűjtés nagyrészt régiós központokban történt, melyek a fővárost és a megyeszékhelyeket jelentették. A legutóbbi népszámlálás eredményei alapján a településtípus összefüggést mutat az iskolai végzettséggel, azaz minél nagyobb lakosságszámú egy település annál magasabb a középfokú és felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők aránya (KSH, 2013). Ennek ellenére jelen kutatásban viszonylag magas számban képviseltették magukat az alapfokú iskolai végzettséggel bíró ellátottak. A felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya alacsonyabb a mintában összesen 14,7%, tekintettel a vizsgált minta életkori specialitására a felsőfokú végzettségűek alacsony aránya nem váratlan, a 2011-es népszámlálási adatok alapján a 65 éves és idősebb lakosság 14,9%-a rendelkezett felsőfokú végzettséggel (KSH, 2011). Jelentősebb eltérés látszik, amennyiben az érettségivel rendelkezők aránya kerül összehasonlításra a vizsgált mintában és a 2011-es népszámlálás adataiban. Míg a vizsgált mintában magas (35,8%) a legalább érettségivel rendelkezők aránya, addig ez a szám a népszámlálás adataiban a 65 éves és idősebb személyekre vetítve csupán 13,3% (KSH, 2011). Feltételezhető, hogy a magas középiskolai végzettségűek arányát a településtípus ebben az adatgyűjtésben valóban befolyásolta.

A lakott épület típusát tekintve felülreprezentáltak a mintában a nagyobb társasházban élők, mely szintén összefügghet a vizsgálat helyszíneit adó nagyobb méretű településekkel.

Tulajdonjog tekintetében az ingatlanok nagyrészt (62,4%-ban) saját tulajdonban vannak (N=394). 17,5% bérlő azokat, 14,5% haszonélvezettel rendelkezik, míg 5,6% az egyéb tulajdonjogi lehetőséget jelölte meg.

4.1.2. Az aktív idősödés index részterületeihez kapcsolható változók közötti összefüggések és kapcsolatok

4.1.2.1 Foglalkoztatás

A foglalkoztatás hangsúlyos részét képezi az aktív idősödés indexnek, ez a részterület index értékbe való magas súlyozott arányával (35%) is alátámasztható. Jelen kutatásban nem az index képzése volt a cél, a magyar minta sajátosságai miatt a vizsgált korcsoport esetében a korábbiakban bemutatott adatok mentén igen alacsony a foglalkoztatás, továbbá az index ezen részterületét több kritika is érte, illetve az idősek nappali ellátásában résztvevő ellátottak napközbeni órái általában az ellátásban tartózkodással telnek, így a megszokott időbeosztás szerinti munkavégzésére kevesebb lehetőségük van. A felsorolt okok miatt ezen részterületre vonatkozóan nem az egyes életkori csoportok foglalkoztatási rátáját vizsgáltam ahogy az az eredeti mérőeszközben szerepel, helyette két foglalkoztatásra vonatkozó kérdést, illetve egy, a háztartás szubjektív jövedelmi helyzetét mérő kérdést építettem be a mérőeszközbe az AAI által is felhasznált nagy Európai Unió adatfelvételek mérőeszközeiből. A jövedelmi helyzetet mérő kérdés részben a foglalkoztatáshoz kapcsolható, részben pedig, mint magyarázó változó szolgál a kutatás adatainak értelmezésekor.

a) Rendszeres (heti minimum 1 órát jelentő) jövedelmet biztosító munkával a válaszadók csekély száma rendelkezik, csupán 7,7%-a a kitöltőknek. A válaszadók 92,3%-a nem végzett ilyen típusú jövedelmet biztosító munkát a kérdezést megelőző 1 hétben, tehát nem rendelkezik rendszeres jövedelmet adó munkával.

A foglalkoztatás területe, illetve az itt gyűjtött adatok esetében a várakozások ellenére nem volt kimutatható kapcsolat az iskolai végzettség, a háztartás jövedelmi helyzete vagy a szubjektív egészségi állapotot mérő változókkal. Az életkor csoportosított változója és a nem közepes, illetve gyenge kapcsolatot mutatott jövedelmet biztosító foglalkoztatás végzésével (7. táblázat). A nem esetében látható volt, hogy a férfiak közel háromszor nagyobb eséllyel végeznek a válaszadók körében jövedelmet biztosító munkát a nőkhöz képest, míg a csoportosított életkor változó vonatkozásában a fiatalabb korcsoportokra gyakrabban volt jellemző a jövedelmet adó munkavégzés. A jövedelmet biztosító és azt nem biztosító munkavégzés szoros kapcsolatban állt egymással. Egyértelműen látható volt, hogy aki végez jövedelmet biztosító munkát az nagy eséllyel végez jövedelmet nem

biztosító munkát is. Az önkéntes tevékenységben való részvétel gyenge kapcsolatot mutatott a jövedelmet biztosító munkavégzéssel.

7. táblázat A jövedelmet biztosító munkavégzés és más változók kapcsolata ($p > 0,05$) ($N=388$)

	Chi ² érték	Asymptotic Sig. (2-sided)	Cramer V
Iskolai végzettség	-	0,120	-
Háztartás szubjektív jövedelmi helyzete	-	0,167	-
Szubjektív egészségi állapot	-	0,560	-
Csoportosított életkor változó	18,563	0,000	0,220
Nem	8,792	0,003	0,154
Jövedelmet nem biztosító munka	29,024	0,000	0,279
Önkéntes munka	11,521	0,001	0,154

b) A jövedelmet nem biztosító munka vizsgálata szintén a felmérés részét képezte. Feltételeztem a kérdőív kialakításakor, hogy ezen életkori csoport esetében jellemzően megjelenik majd az ún. „háztáji munkavégzés”, mely általában saját tulajdonú területen történik, és rendszeres jövedelmet ritkán biztosít, azonban kiegészítő a háztartást támogató bevételként működhet. A válaszadók 23,5%-a a kérdést megelőző egy hétben végzett ilyen jellegű munkát. Nem csupán a kertben vagy gazdaságban saját célra termelést biztosító munkavégzések jelenhettek meg ennek a kérdésnek a vonatkozásában, hanem akár egyéb szíveségből elvégzett munkának kategorizált tevékenységek is. A későbbiekben javasolt ezen kérdés vizsgálata más településtípusokat is magába foglaló adatfelvételben, hiszen a kutatás mintájából csupán 31,7% él családi-, iker-, vagy sorházban, melyhez kisebb nagyobb földterületek tartozhatnak, így megnyitva a lehetőséget az ún. háztáji munka előtt.

c) A háztartás jövedelmi helyzetét a válaszadók saját, szubjektív szempontjából vizsgáltam. A kitöltők 10,4%-a jelezte, hogy kényelmesen megél abból a jövedelemből,

melyből a háztartása egy hónapban gazdálkodik, 48,6% úgy érezte, ha nem is kényelmesen, de kijön a havonta rendelkezésre álló összegből. 22,9% nehezen, 12,5% nagyon nehezen él meg jövedelméből. A kérdés érzékenysége miatt a válaszadók 5,7%-a nem válaszolta azt meg. A jövedelemre vonatkozó kérdés esetében számos más változóval jelentkezett kapcsolat. A családi állapot és a háztartás szubjektív jövedelmi helyzete között gyenge kapcsolat volt. A csoportosított életkori változóval már közepes erősségű kapcsolat volt jelen, mely irányát tekintve látható volt, hogy minél idősebb a válaszadó annál inkább növekszik elégedettsége háztartása jövedelmi helyzetével (8. táblázat).

8. táblázat *Életkor szerinti csoportosítás és a háztartás jövedelmi helyzetével való elégedettség kapcsolata (N=381)*

	kényelmesen megél háztartása jövedelméből	kijön háztartása jövedelméből	nehezen él meg háztartása jövedelméből	nagyon nehezen él meg háztartása jövedelméből
64 éves és fiatalabb	8,2%	18,4%	32,7%	40,7%
65-74 éves	10%	50%	27,9%	12,1%
75 éves és idősebb	12,9%	61,8%	19,4%	5,9%

A csoportosított életkor, a szubjektív boldogság, a szubjektív egészségi állapot, illetve az akadályozottság változók közepes erősségű kapcsolatban álltak a válaszadó háztartásának szubjektív jövedelmi helyzetével (9. táblázat).

9. táblázat *A háztartás szubjektív jövedelmi helyzetének kapcsolata más változókkal ($p > 0,05$) (N=385)*

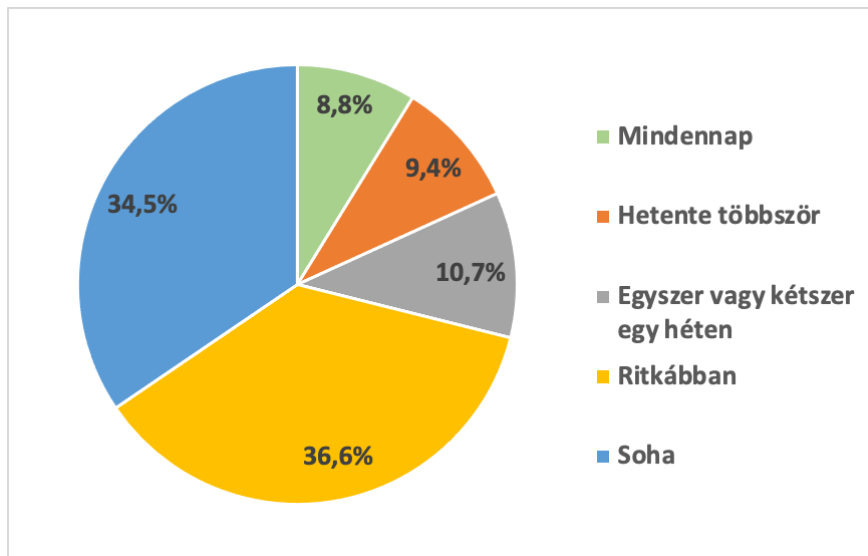
	Chi ² érték	Asymptotic Sig. (2- sided)	Cramer V
Családi állapot	41,174	0,000	0,195
Szubjektív egészségi állapot	68,053	0,000	0,255
Csoportosított életkor változó	54,477	0,000	0,279
Szubjektív boldogság	49,422	0,000	0,214

Akadályozottság	35,677	0,000	0,229
------------------------	--------	-------	-------

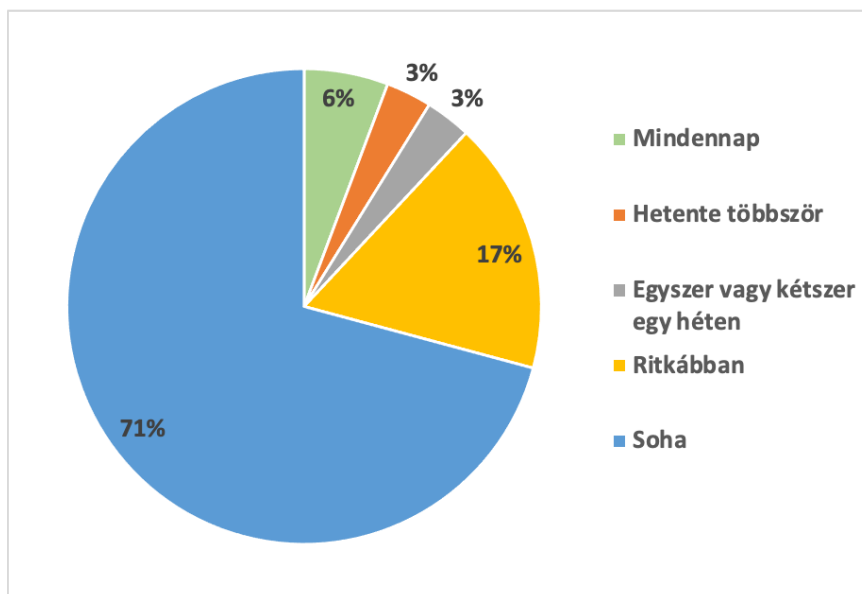
A változók összehasonlításában érdekesség volt, hogy a háztartásuk jövedelméből nehezen megélők érezték leginkább boldognak magukat (34,2%) és csak ezt követően következtek a magukat nagyon boldognak definiálók sorában azok, akik jól, vagy nagyon jól kijöttek jövedelmükből. A szubjektív egészségi állapot esetében minél jobb egészségi állapotban volt egy válaszadó, annál nagyobb eséllyel volt elégedett jövedelmi helyzetével.

4.1.2.2 Társadalmi részvétel

A társadalmi részvétel részterülethez kapcsolódó indikátorokról elmondható, hogy a foglalkoztatás részterülete mellett az eredeti AAI mérőeszközben is hangsúlyos szerepet töltenek be, ez a súlyozás értelmében a foglalkoztatás mellett a másik jelentős terület. Az önkéntesség, illetve a gyermekek/unokák és idős hozzátartozók gondozása, a róluk való gondoskodás került ebben a csoportban felmérésre.



2. ábra *Gyermeke/unokája gondozásában való részvétel gyakorisága (N=374)* (ábra: saját szerkesztés)



3. ábra *Idős/rokkant hozzátartozója gondozásában való részvétel gyakorisága (N=351)*
(ábra: saját szerkesztés)

a) Idős vagy rokkant hozzátartozó ápolásában jóval ritkábban vesznek részt a válaszadók, mint gyermek vagy unoka körüli gondozási teendőkből (2. és 3. ábra). Sem a gyermek/unoka gondozásában való részvételre sem az idős/rokkant hozzátartozó gondozására a csoportosított életkor változó nem volt szignifikáns hatással. Az eredményekből azonban látható, hogy az idős/rokkant hozzátartozó mindennapi rendszeres gondozását a válaszadók közül leggyakrabban a 65-74 éves korcsoport részéről vállalják (56,2%), míg legritkábban a 85 éves és idősebb válaszadói korosztály tagjai teszik ezt (10,5%). Utóbbi esetben feltételezhetően ez annak a következménye, hogy a válaszadók maguk is rosszabb egészségi állapotban vannak, így nem tudják felvállalni más személy ilyen jellegű támogatását. Ennek vizsgálata céljából összehasonlítva az idős/rokkant hozzátartozó gondozásának gyakoriságát a szubjektív egészségi állapot és az akadályozottság változókkal a következő látható: a válaszadók szubjektív egészségi állapota és az idős/rokkant hozzátartozó gondozása között csupán gyenge kapcsolat van (sig. (2-sided)=0,049, Cramer V= 0,139), az akadályozottsággal pedig nem mutatható ki kapcsolat a változók között.

b) Az önkéntesség vonatkozásában a vizsgált minta esetében kifejezetten alacsony volt a rendszeresen önkéntes tevékenységben résztvevők aránya. A válaszadók (N=381) csupán 5%-a végzett hetente valamilyen önkéntes tevékenységet, 5,5%-uk havi

rendszerességgel. 6,9%-uk minimum féléves rendszerességgel végzett ilyen önkéntes munkát, 16% ennél is ritkábban, míg 66,7%-uk soha nem vett részt önkéntes munkában annak ellenére, hogy ennek fontosságát, és az idősök mindennapjaiba történő beépíthetőségét az INS is részletesen bemutatja (INS, 2009). Az önkéntes munkában való részvétel, illetve annak gyakorisága gyenge és közepes erősségű kapcsolatokat is mutat más, részben szocio-demográfiai, illetve aktív idősödéshez kapcsolódó változókkal (10. táblázat).

10. táblázat *A lekérdezést megelőző 12 hónap során önkéntes munkában való részvétel és más, aktív idősödéshez kapcsolódó változók viszonya ($p > 0,05$) ($N=381$)*

	Chi ² érték	Asymptotic Sig. (2-sided)	Cramer V
Régiós hovatartozás	38,350	0,000	0,317
Iskolai végzettség	18,966	0,008	0,225
Csoportosított családi állapot	16,473	0,006	0,208
Van-e a háztartásban számítógép/laptop/táblt	20,700	0,000	0,235
Van-e a kitöltő háztartásában internet kapcsolat	10,083	0,001	0,164
Oktatásban képzésben való részvétel (elmúlt 4 hónap)	10,925	0,001	0,173

Régiós hovatartozás vonatkozásában a legtöbben Közép-Magyarországon végeznek önkéntes munkát, míg legkevesebben Dél-Dunántúlon. Az iskolai végzettség változó esetében az egyetemi diplomáig növekszik az önkéntes tevékenységben részt vevők aránya, majd a tudományos fokozat megszerzését követően kisebb visszaesés tapasztalható.

A válaszadók közül egy új családi állapot alapján csoportosított változó segítségével vizsgálható, hogy a párral élő válaszadók gyakrabban végeznek önkéntes munkát heti vagy havonkénti rendszerességgel (9,3%-pár nélkül, 15,9%-párral), mint a pár nélkül élő

válaszadók. Ezzel párhuzamosan pedig a pár nélkül élő válaszadók esetében gyakoribb azon személyek aránya, akik soha nem végeznek önkéntes munkát (69%-pár nélkül, 55,1%-párral). A csoportosított családi állapot változó közepes erősségű kapcsolatot mutatott az önkéntes tevékenység gyakoriságával.

4.1.2.3 Független, egészséges és biztonságos élet

Az aktív idősödés index független, egészséges és biztonságos élet részterületét mérő indikátorai az előző két részterülethez képest kisebb súllyal jelennek meg, bár a részterülethez tartozó indikátorok száma magasabb, mint a két korábbi esetében. A részterület vizsgálja a fizikai aktivitást, az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést, a független életet, a pénzügyi biztonságot, a fizikai biztonság meglétét, illetve az élethosszig tartó tanulásban való részvétel gyakoriságát.

a) A fizikai aktivitás mérése egy beépített kérdés segítségével történt, melyben a válaszadók megjelölték milyen gyakorisággal végeznek testedzést, sporttevékenységet. A válaszadók két ellentétes pólusú csoportba sorolódnak a beérkezett válaszok alapján, az egyik nagyobb csoport (46,2%) naponta, vagy legalább heti rendszerességgel végez sporttevékenységet/testedzést, közülük is többen vannak azok a válaszadók, akik napi rendszerességgel teszik ezt (27,8). A válaszadók 49,4%-a havi 1-3 alkalomnál ritkábban vagy soha nem végez sporttevékenységet, vagy bármilyen testedzést. 4,5%-a mintának havonta 1-3 alkalommal végzi a mért fizikai aktivitásokat. A fizikai aktivitás változót sem a szubjektív egészségi állapot, sem az akadályozottságra vonatkozó változó nem befolyásolja. A változó a régiós hovatartozással (sig. (2-sided)=0,000, Cramer V=0,226) és a szubjektív boldogsággal (sig. (2-sided)=0,001, Cramer V=169) is kapcsolatot mutat, igaz más-más erősségűt.

b) Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés, illetve az ebben való nehézség és akadályozottság stabilan a minta kisebb része számára okozott problémát. Az orvosi ellátás igénybevétele a válaszadók 27%-nak okozott nehézséget, míg a fogorvosi ellátás tekintetében a válaszadók 19,3%-a jelezte ugyanezt. Ezen változókat a vizsgált minta települési sajátosságai miatt javasolt lenne más, kisebb lakónépeségű települések esetében is felmérni, hiszen a kisebb településeken feltételezhetően komolyabb problémákat okoz az orvoshiány és a szükséges egészségügyi ellátásokhoz való hozzájutás. A kiterjesztett adatgyűjtés elkészítése azért is javasolt, mert a települések

nagyságán túl a kvantitatív adatfelvételt követő COVID-19 járvány szintén hatással lehetett az egészségügyi alapellátás és járóbeteg ellátás elérhetőségére. Az orvosi ellátásokhoz való hozzáférés és a régiók között stabil, közepes erősségű kapcsolat van (sig. (2-sided)=0,000, Cramer V=0,301), a keleti régiók alapvetően rosszabbul teljesítenek e tekintetben, de közöttük is jelentős eltérések mutatkoznak (11. táblázat).

11. táblázat *Az orvosi ellátáshoz való hozzájutás nehézségei (%) (N=371)*

	Problémát okozott a megfelelő orvosi ellátáshoz való hozzájutás az elmúlt 12 hónapban	Nem okozott problémát a megfelelő orvosi ellátáshoz való hozzájutás az elmúlt 12 hónapban
Nyugat-Dunántúl	20,7%	79,3%
Közép-Dunántúl	5,7%	94,3%
Dél-Dunántúl	13,9%	86,1%
Közép-Magyarország	26,8%	73,2%
Észak-Magyarország	38,6%	61,4%
Észak-Alföld	45,9%	54,1%
Dél-Alföld	22,1%	77,9%

A független életet mérő indikátor a kutatásban nem került felvételre, mert erre az AAI kérdőíve egy statisztikai adatot használ fel, mely megmutatja, hogy a 75 éves és idősebb személyek a vizsgált területen mekkora arányban élnek egyedül egy háztartásban, ezt a kérdést javasolt egy következő adatfelvételbe beépíteni, a hozzá kapcsolódó személyi szintre adaptált megfelelő kérdés kiválasztását követően.

c) A pénzügyi biztonság vizsgálata fontos része a független, egészséges és biztonságos élet részterületnek, melyet jelen kutatás 1 komplex beépített kérdés megtartásával vizsgált az AAI eredeti kérdőívével szemben, ahol a megtartott komplex tárgyi deprivációt mérő kérdés mellett az adott országra és életkori csoportra vonatkozó szegénységi küszöb felett élők aránya és a relatív medián jövedelem statisztikai adatai is bevonásra kerültek. A tárgyi deprivációra vonatkozó kérdés segítségével felmérésre került, hogy a válaszadó háztartása rendelkezik-e autóval, mosógéppel, televízióval, telefonnal, számítógéppel (laptop és tablet is) és internet hozzáféréssel? Az ún. tárgyi ellátottságot mérő változó esetében kiderül, hogy a válaszadó háztartása rendelkezik, anyagi okokból nem

rendelkezik, vagy egyéb okból nem rendelkezik az adott tárggyal? A kérdés ebben a formában lehetővé teszi az anyagi deprivációra való következtetések levonását. A mosógéppel, televízióval és telefonnal való ellátottság magas, mindhárom változó esetében 90% feletti. Az autóval való ellátottság a legalacsonyabb, a válaszadók 17,7%-nak háztartásában van gépkocsi, 34,9% anyagi okokra hivatkozva nem rendelkezik vele, míg 47,4% egyéb okból nem rendelkezik vele. A számítógéppel és internettel való ellátottság esetében látható egy együtt mozgás, a válaszadók több, mint 1/3-a rendelkezik számítógéppel (35,6%) és internet hozzáféréssel (35,7%). A számítógéppel és internet hozzáféréssel való ellátottság hiányát a válaszadók a számítógép esetében 19%-ban vezették vissza anyagi okokra, míg az internet ellátottság hiányát 20,3%-ban magyarázták ezzel. Három logisztikus regressziós modell vizsgálata történt meg a válaszadó háztartásának internetkapcsolattal való ellátottságát függő változóként bevonva. A modellek segítségével egyértelművé vált, hogy mely változók bevonásával jelezhető magabiztosan előre, hogy a válaszadó háztartása rendelkezik-e internetkapcsolattal. Az 1. számú modell esetében az internetkapcsolattal való ellátottságot (függő változó) a csoportosított életkori változó, az iskolai végzettség, a szubjektív egészségügyi állapot és a bizalmas kapcsolatok száma változók jelezték előre (Sig._(teljes modell)=0,000, Nagelkerke R Square= 0,221, VIF=gyenge multikollinearitás) a függő változóból a bevont független változókkal megmagyarázott hányad=13,58% (12. táblázat).

12. táblázat *Bináris logisztikus regresszió 1. modellépítési kísérlet (N=349)*

	Exp (B)	95% C.I	Sig.
Csoportosított életkor	0,445	0,315-0,629	0,000
Iskolai végzettség	1,384	1,179-1,602	0,000
Szubjektív egészségügyi állapot	0,570	0,425-0,906	0,002
Bizalmas kapcsolatok száma	0,848	0,747-1,015	0,03

A 2. számú logisztikus regressziós modell esetében függő változóként szintén a háztartás internet kapcsolattal való ellátottságát vizsgáltam, azonban a magyarázó, független változókként kifejezetten az aktív idősödés index mérőeszközében az aktív idősödés

részterületei esetében is hangsúlyos változókat vontam be: sport és testedzés végzésének gyakorisága, oktatásban képzésben való részvétel, szubjektív egészségi állapot. A 2. modell esetében is elmondható volt, hogy az internetkapcsolattal való ellátottság becsülhető, azonban kevésbé megbízhatóan a bevont független változókkal ($\text{sig.}_{(\text{teljes modell})}=0,000$, Nagelkerke R Square=0,151, VIF=gyenge multikollinearitás), a magyarázott hányad ebben az esetben, alacsonyabb, 8,8%. A 2. modellt követően egy harmadik modellépítési kísérlet során láthatóvá vált, hogy az aktív idősödéshez köthető független változók mellé érdemes további olyan szocio-demográfiai változókat is bevonni, melyek kereszttáblás elemzésekben is kapcsolatot mutattak az internetkapcsolat meglétével. Így a 2. számú modellben, aktív idősödéshez kapcsolódó változók mellé független változóként bevonásra került a válaszadók csoportosított életkora, illetve iskolai végzettségük, melyek segítségével a 3. modell esetében volt legpontosabban előre jelezhető a függő változó ($\text{sig.}_{(\text{teljes modell})}=0,000$, Nagelkerke R Square=0,247, VIF=alacsony multikollinearitás), itt a magyarázott hányad 15,21% volt (13. táblázat).

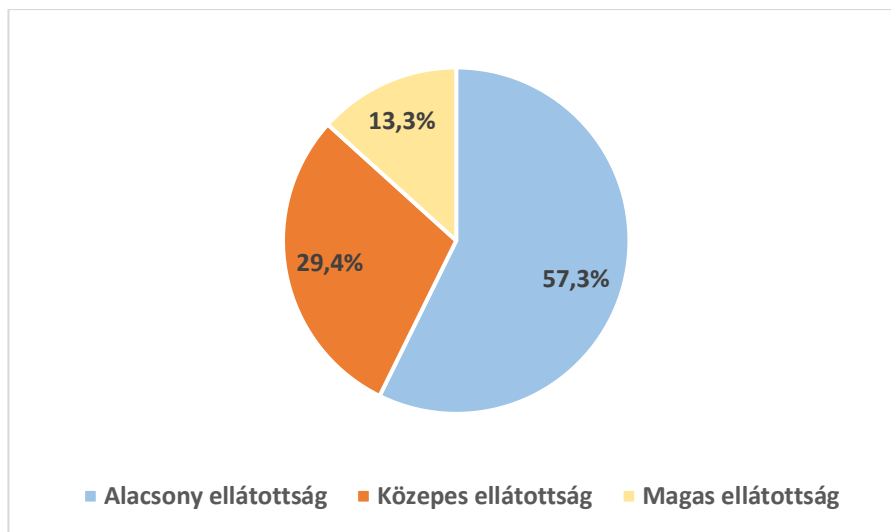
13. táblázat *Bináris logisztikus regresszió 3. modellépítési kísérlet (N=341)*

	Exp (B)	95% C.I	Sig.
Csoportosított életkor	0,443	0,309-0,633	0,000
Iskolai végzettség	1,295	1,090-1,513	0,002
Sport és testedzés gyakorisága	0,834	0,720-0,985	0,024
Oktatásban, képzésben való részvétel	0,436	0,192-0,917	0,037
Szubjektív egészségi állapot	0,570	0,395-0,812	0,002

A tárgyi ellátottságot mérő 6 változóból egy indexszám készült (Cronbach alfa=0,646), melyet az adott tárgy mintában való előfordulásának gyakoriságával súlyoztam. Ennek célja, hogy súlyozással „jutalmazásra kerüljön” amennyiben a válaszadó a mintában relatíve ritkán birtokolt gépkocsival rendelkezik a például gyakran előforduló mosógéppel szemben/mellett. Az előfordulás gyakoriságával súlyozott minél magasabb

indexszám a minél magasabb presztizst és tárgyi javakkal való ellátottságot képviselte, míg minél alacsonyabb súlyozott indexszámmal rendelkezett egy válaszadó, annál alacsonyabb státuszúnak volt tekinthető. Az így kapott indexszámok alapján 3 csoportba kerültek a válaszadók (4. ábra):

- súlyozott index értéke 0-4: alacsony ellátottság
- súlyozott index értéke 5-9: közepes ellátottság
- súlyozott index értéke 10-15: magas ellátottság



4. ábra A válaszadók tárgyi ellátottságának gyakoriságokkal súlyozott indexszám aránya csoportosítva ($N=377$) (ábra: saját szerkesztés)

A csoportosított tárgyi ellátottság összefüggést mutat a régiós hovatartozással (sig. (2-sided)=0,007, Cramer $V=0,191$) és az iskolai végzettséggel (sig. (2-sided)=0,000, Cramer $V=0,229$). A régiók vonatkozásában a legmagasabb arányban alacsony ellátottságú válaszadók a Dél-Alföldön (68,6%), a Közép-Dunántúlon (62,7%) és az Észak-Alföldön (61,9%), míg a legkevesebb ilyen válaszadó a nyugat-dunántúli (42,9%) és közép-magyarországi (26,8%) régiókban élt. A magas ellátottságú válaszadók erre reflektáltan legnagyobb arányban Közép-Magyarországon (24,4%) és Nyugat-Dunántúlon (21,4%) éltek. Összességében a legjobb helyzetű régióknak ezen változó tekintetében a közép-magyarországi tekinthető, hiszen a kis arányú alacsony ellátottsággal bíró válaszadó mellett emelkedett a magas ellátottságú válaszadók aránya és van egy nagyon stabil, széles közepes ellátottsággal (48,8%) bíró válaszadói réteg is.

d) A fizikai biztonságra vonatkozóan az AAI-hez hasonlóan egy kérdés került jelen kutatásban vizsgálatra, melynek segítségével a válaszadók megjelölhették, hogy sötétedés után mennyire érzik biztonságosnak lakókörnyezetüket? Az AAI kérdőívbe beépített kérdés eredeti forrása az ESS-ben található. A sötétedés utáni biztonságok fontos szerepe van az aktív idősödés szempontjából, hiszen amennyiben kellően biztonságosnak ítélik környezetüket az egyrészt hatással lehet jóllétükre, másrészt hozzájárul a korlátlanabb, önálló mozgáshoz a lakókörnyezetben. Pozitív esetben a válaszadónak közlekedése során nem kell tartania attól, hogy bármiféle atrocitás érne őt a lakókörnyezetében. A válaszadói minta élesen kettévált a kérdésre adott válaszok szempontjából. Csupán 3,1% érzi nagyon biztonságosnak lakókörnyezetét, 41% biztonságosnak ítélte azt, 46,4% szerint nem biztonságos, míg 9,5% szerint sötétedés után kifejezetten nem biztonságos az a lakókörnyezet, ahol él. A lakókörnyezet biztonságosságának megítélése gyenge összefüggést mutatott a válaszadók nemével (sig. (2-sided)=0,003, Cramer V=0,195). A férfi válaszadók gyakrabban értékelték nagyon biztonságosnak vagy biztonságosnak lakókörnyezetüket a sötétedést követően.

e) A független, egészséges és biztonságos idősödés részterülethez kapcsolódó utolsó faktor az élethosszig tartó tanulás kérdésével foglalkozik. Az aktív idősödés szempontjából elengedhetetlen és kapcsolódik az idős korcsoport hasznosság érzéséhez, illetve jóllétéhez annak a lehetősége, hogy képzésekben, tanfolyamokon és oktatásban vegyenek részt. Lehetőség szerint ezek alkalmazkodnak az életkori csoporthoz tartozók speciális igényeihez például: idő strukturálása, némiképp lassabb, átfogóbb magyarázata az oktatott tárgyaknak. Az ún. harmadik kor egyetemei vagy szenior akadémiák Magyarországon is egyre népszerűbbek, és emelkedik azon idősök száma, akik csatlakoznak ezeknek a kezdeményezéseknek a résztvevőikhez. Munkahelyük már nem szab gátat tanulási motivációjuknak, mely motivációt elsődlegesen az elmagányosodás elkerülése, a szabadidő hasznos eltöltése, a technikai fejlődés és digitális „írástudás”, illetve a bizonyítási vágy és aktivitás megerősítése jelentenek (Bajusz, 2016). A vizsgálatba bevont minta 11,4%-a vett részt képzésben, oktatásban a lekérdezést megelőző 1 hónapban. A képzésben, oktatásban való részvétel a kérdezést megelőző 1 hónapban nem mutatott összefüggést sem a fizikai biztonság érzésével, sem a nemi hovatartozással és a csoportosított életkor változóval. A családi állapot vonatkozásában volt látható szignifikáns, gyenge kapcsolat a tekintetben, hogy párral vagy pár nélkül él,

a párral élők kétszer gyakrabban vettek részt ebben a tevékenységben. A képzésben/oktatásban való részvétel és az iskolai végzettség változójának tekintetében közepes erősségű kapcsolat található a két változó között (sig. (2-sided)=0,000, Cramer V=0,287). A magasabb iskolai végzettséghez jellemzően nagyobb esélyű részvétel társult a vizsgált képzésekben/oktatásban.

4.1.2.4 Képesség az aktív időskorra és támogató környezet

Az AAI utolsó részterületéhez kapcsolódik a legnagyobb számú önálló faktor. Az eredeti mérőeszköz ehhez a részterülethez számítja az 55 éves korban várható élettartam értékét, és az 55 éves korban egészségben várható évek számát is. Jelen kutatás célja nem az aktív idősödés index képzése volt, ezért ezen értékek nem kerültek vizsgálatra, az ide vonatkozó összesített adatok a dolgozat korábbi fejezetében bemutatásra kerültek.

a) A részterület foglalkozik a mentális egészséggel és ennek mértékével a vizsgált korcsoport esetében, ezt 5 különböző változó segítségével teszi meg, melyeket az EQLS európai kérdőívéből emel be az AAI, jelen kutatásban így ugyanezen öt változó bevonásával és felhasználásával került mérésre a válaszadók mentális egészsége (EQLS, 2012).

Kérem, mondja el a következő öt állításról, hogy melyik áll a legközelebb ahhoz, ahogy az elmúlt két hétben Ön érezte magát?

- Jókedvűnek és derűsnek éreztem magam
- Nyugodtnak és kipihentnek éreztem magam
- Tevékenynek és életerősnek éreztem magam
- Frissen és kipihenten ébredtem
- A mindennapi életemet olyan dolgok töltötték be, amelyek érdekelnek

Az öt különböző változó közül a leginkább pozitívan a „Mindennapi életemet olyan dolgok töltötték be, amelyek érdekelnek engem” (48,7%) és a „Nyugodtnak és kipihentnek éreztem magam” (41,1%) változók jelentek meg, itt volt a legmagasabb az „állandóan” és az „idő legnagyobb részében” választ adók aránya. A két leginkább negatív válaszokat generáló változó az öt közül a „Frissen és kipihenten ébredtem” és a „Tevékenynek és életerősnek éreztem magam” voltak, előbbire a válaszadók 43%-a adta azt a választ, hogy „néha”, „az idő kevesebb mint felében” és „soha”, míg utóbbira a válaszadók 40,9%-a jelezte a 3 válasz egyikét.

Az öt normális eloszlású változóból főkomponens elemzés segítségével egy új változó került kialakításra, részben az adatredukció, részben pedig egy új, magas mérési szintű változó kialakításának érdekében. Az új változót mentális jóllét változónak neveztem el (magyarozott variancia=72,26%, Kaiser-Meyer-Olkin kritérium=0,825, Bartlett teszt $p=0,000$). Az új változó esetében az egyutas varianciaanalízis segítségével szignifikáns kapcsolat volt kimutatható a magas mérési szintű, függő változóként funkcionáló mentális jóllét és a faktor változóként bevont, alacsony mérési szintű régiós hovatartozás között ($p=0,004$). A Tukey post hoc teszt alkalmazásával egyértelmű volt, hogy a statisztikailag szignifikáns különbségek a mentális jóllét változó vonatkozásában a közép-dunántúli régió és a közép-magyarországi régiók válaszadói között ($p=0,026$), a dél-dunántúli és közép-magyarországi válaszadók között ($p=0,039$) és a közép-magyarországi és észak-magyarországi válaszadók között ($0,004$) mutatkoznak.

Az iskolai végzettség hatással van a mentális jóllétre ($p=0,02$), mely esetben a szignifikáns különbség az általános iskolai 5-8. osztályt elvégzett és a főiskolai végzettséggel bírók között jelent meg. Az aktív idősödést befolyásoló területeket mérő változók, a fennálló homoszexuális miatti alkalmazott Welch próba alapján, komoly hatást gyakoroltak a válaszadók mentális állapotára (14. táblázat).

14. táblázat *Az aktív idősödést támogató változók hatása a mentális jóllét változóra*

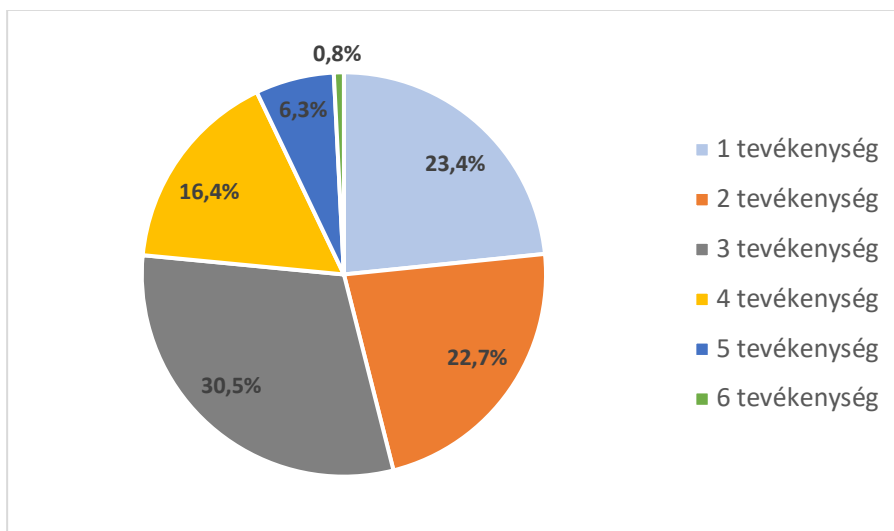
Mentális jóllét változó	
	Welch próba (sig.)
Sport és testedzés gyakorisága (N=350)	0,000
A háztartás számítógéppel való ellátottsága (N=357)	0,000
A háztartás internettel való ellátottsága (N=355)	0,000
Önkéntes tevékenységben való részvétel (N=348)	0,000

b) A részterület másik jelentős faktora az info-kommunikációs eszközök ismeretét és használatát méri. A kutatás esetében az infokommunikációs eszközök birtoklását a „Független, egészséges és biztonságos élet” részterület tárgyi ellátottságot mérő változója

foglalta magába. Ahogy a 3.1.2.3. pont c) szakaszában is látható, a válaszadók 35,6%-a rendelkezett számítógéppel/lappal, és 35,7%-uk háztartásában internet kapcsolat is rendelkezésre állt. A válaszadók relatíve nagy arányban jelezték, hogy anyagi okokból nem rendelkeznek az eszközökkel. A régiók tekintetében elmondható, hogy a legjobb helyzetben a közép-magyarországi régió válaszadói vannak, a tekintetben, hogy rendelkezik-e háztartásuk számítógéppel/lappal/tablettel és/vagy internetkapcsolattal (Vajda, 2020/1:83).

A számítógép/laptop és az internetkapcsolat meglétének felmérését követően a válaszadók visszajelezhették, hogy az elmúlt 3 hónapos időszak során, amennyiben rendelkeznek vele milyen gyakorisággal használták a számítógépet/laptopot/tabletet és az internetet? Továbbá a kérdőív felmérte, hogy milyen tevékenységekre használták az internetet. Kizárólag azon válaszadókat vizsgálva, akik rendelkeznek számítógéppel/lappal/tablettel, pozitív visszajelzés a mintával kapcsolatban, hogy az eszközt aktívan, mindennap vagy majdnem mindennap használók aránya 63,8%, továbbá a válaszadók 18,8%-a hetente legalább egyszer használja azt. Az ennél ritkábban vagy soha nem használók aránya 17,4%. Az internethasználat esetében a számítógép/laptop/tablet használatának gyakoriságához hasonlóan elmondható, hogy magas az aránya a rendszeres használóknak (61,5% mindennap vagy majdnem mindennap használja) és minimum egy alkalommal egy héten szintén sokan használják (20%), a válaszadók csupán 18,5% használja ennél ritkábban vagy soha. Az eszközzel és kapcsolattal rendelkező válaszadók tehát bizonyos idők és infokommunikációs eszközök közti negatív sztereotípiákkal némileg szemben állva, gyakran használják az ezen a területen rendelkezésre álló lehetőségeiket. Az interneten végzett tevékenységek egy többválasztós kérdéssel kerültek felmérésre, ahol jelölhették, hogy mely tevékenységekben alkalmazzák azt aktívan. A tevékenységek: kommunikáció-kapcsolattartás, információ gyűjtés, szórakozás (pl.: zene, film, stb.), kreatív elfoglaltság (pl.: blog, kép szerkesztés stb.), E-Health (pl.: orvoshoz időpont egyeztetés), online szolgáltatások (pl.: vásárlás, bank, foglalás stb.), egyéb voltak. Leggyakrabban információgyűjtésre (75,8%-igen) illetve kommunikáció-kapcsolattartásra (71,9%-igen) és szórakozásra (59,4%-igen) használták az internetet. A különböző online szolgáltatások és a kreatív elfoglaltság 24,2-24,2%-al a negyedik leggyakoribb tevékenységek voltak, míg az E-Health és az egyéb tevékenységek végzése a legritkább (3,9%-igen, 2,3%-igen).

Vizsgálatra került, hogy az egyes válaszadók hány tevékenységet jelöltek, azaz mennyire aktívak az internethasználatban, mennyire tudják azt változatos célokra felhasználni. Egy összesített indexszám alapján látható, hogy a legnagyobb arányban 3 tevékenység típus miatt használják az internetet (5. ábra). Magas az 1-2 tevékenység miatt használók aránya is, azonban a 3-nál több tevékenységet fokozatosan egyre kevesebb válaszadó jelölte.



5. ábra Az interneten végzett tevékenységek számából képzett indexszám aránya (N=128)
(ábra: saját szerkesztés)

c) A vizsgált minta társadalmi kapcsolatait, kötődéseit erőteljes támogató háttérként képesek megjeleníteni az idős életévek során, ezért az AAI mérőeszköze mellett jelen adatfelvételen is megjelenik a meghatározott csoportokkal fenntartott kapcsolatok megléte, formája és azok gyakorisága. A kapcsolatok megléte és gyakoriságának vizsgálata a kapcsolattartás formáján keresztül két kérdéscsoport beépítésével történt, ezek során a válaszadók megjelölhették, hogy milyen gyakorisággal tartják a kapcsolatot gyermekükkel, egyéb közeli rokonaikkal, barátaikkal és szomszédaikkal telefonon és/vagy számítógépen keresztül, illetve ugyanezen csoportokkal személyes formában. A válaszadók telefonon és interneten keresztül leggyakrabban barátaikkal és szomszédaikkal tartják a kapcsolatot (44,1% mindennap vagy majdnem mindennap, 25,2% legalább hetente, 6,8% havonta 1-3 alkalommal, 11,8% ritkábban, 12,1% pedig soha vagy nincsen ilyen kapcsolata). A barátokkal és szomszédokkal gyakori telefonos/internetes kapcsolat magas arányában szerepet játszhat a mintavételnek az a sajátossága, hogy a válaszadók az idősek nappali ellátásában vesznek részt, jellemzően

napi szinten és az ott tartózkodó más ellátottakkal könnyen kialakulnak tartós baráti kapcsolatok, így velük napi gyakorisággal van lehetőségük akár az ellátás után is telefonon/interneten beszélni. A barátok és szomszédok csoportját szorosán követve saját gyermekeik azok, akikkel gyakran érintkeznek telefonon és/vagy interneten keresztül (40,9% mindennap vagy majdnem mindennap, 32% legalább hetente egy alkalommal, 5,5% havonta 1-2 alkalommal, 5,5% ritkábban, míg 16,1% soha vagy nincsen ilyen kapcsolata). Egyéb rokonok pl.: testvér esetében a kapcsolat gyakoriságában komolyabb csökkenés tapasztalható (16,4% mindennap vagy majdnem mindennap, 25,4% hetente legalább egyszer, 16,6% havonta 1-3 alkalommal, 23,2% ritkábban, míg 18,4% soha vagy nincsen ilyen kapcsolata). A személyes kapcsolattartás vonatkozásában szintén a barátok és szomszédok csoportja az, amellyel gyakoriság vonatkozásában a legintenzívebben találkoznak a minta tagjai (43,4% mindennap vagy majdnem mindennap, 26,8% hetente legalább egyszer), mely esetben szintén szükséges figyelembe venni a mintavétel specialitásait, hogy az adatgyűjtés idők nappali ellátásában aktívan megjelenő ellátottak körében történt. Gyermekeikkel ritkábban tudják a személyes kapcsolatot tartani (22,4% mindennap vagy majdnem mindennap, míg 31% hetente legalább egyszer), a személyes kapcsolatok aránya pedig más rokonok esetében további csökkenést mutat. A gyermekekkel telefonon és/vagy interneten, illetve személyesen tartott kapcsolatot mérő változókból képzett index (Cronbach alfa=0,803) egyutas varianciaanalízissel szignifikáns kapcsolatot mutatott a mentális jóllét változóval. Az egyéb rokonokkal telefonon és/vagy interneten, illetve személyes kapcsolattartást mérő változóból szintén lehetséges volt egy indexszámot készíteni az információk redukálására (Cronbach alfa=0,766), mely új változó a nem teljesülő szóráshomogenitás okán a Welch próbát alkalmazva szignifikáns hatással volt a válaszadók mentális jóllétére (15. táblázat). A leginkább erőteljes kapcsolat azonban a barátokkal és szomszédokkal telefonon és/vagy interneten, illetve személyesen történő kapcsolattartásból képzett index (Cronbach alfa=0,748) esetében mutatkozott, az egyutas variancianálízis alapján ez volt a legerőteljesebb hatással a válaszadók mentális jóllétére ($p=0,006$). Ez a megállapítás megerősíti a vizsgált csoport esetében a barátokkal és szomszédokkal tartott kapcsolatok jelentőségét, ezek jelentős hatását.

15. táblázat *A különböző típusú kapcsolatokról képzett index változó hatása a mentális jóllétre*

	F érték	Sig.
Gyermekkel telefonon interneten és személyesen tartott kapcsolat indexe (N=343)	2,252	0,019
Rokonokkal telefonon interneten és személyesen tartott kapcsolat indexe (Welch próba) (N=360)	2,518	0,015
Barátokkal/szomszédokkal telefonon interneten és személyesen tartott kapcsolat indexe (N=360)	2,724	0,006

4.1.3. Az aktív idősödés index által nem tárgyalt, az idősödés folyamatát és minőségét befolyásoló változók vizsgálata

Az aktív idősödés indexet ért kritikák részben bemutatásra kerültek a disszertáció 1.2.4 pontjában, ahol a mérőeszköz hiányosságaként jelent meg az akadálymentesítésre, elsődlegesen a saját lakókörnyezetben történt akadálymentesítésre vonatkozó szakmai jelzés. Emellett fontos megemlíteni egy másik területet, mely az aktív idősödés index mérőeszközében direkt méréssel nem kerül vizsgálatra: a vallásosság és spiritualitás témaköre. Jelen kutatás mérőeszközének használata során lehetőség nyílt olyan új változók beépítésére, mint az akadálymentesítés, a vallásosság vagy a bizalmas kapcsolatok számának vizsgálata, a következőkben ezek bemutatása történik.

a) Akadálymentesítés

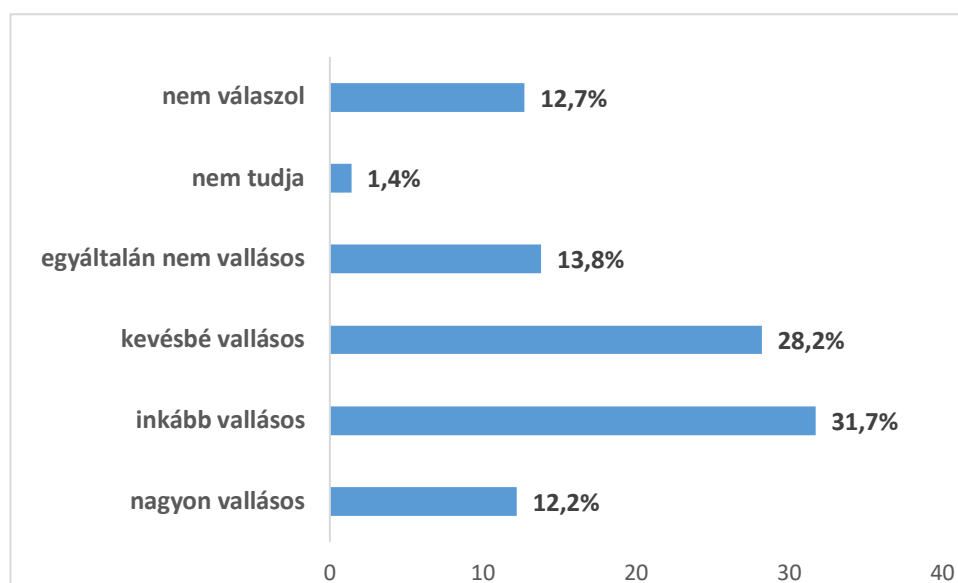
A vizsgált minta esetében a saját ingatlanban végzett akadálymentesítési átalakítások vizsgálata több beépített kérdés segítségével történt. A válaszadók megjelölték, hogy volt-e bármiféle akadálymentesítési átalakítás háztartásukban, illetve választ adtak arra is, hogy amennyiben történt ilyen, az az ingatlan mely helyiségeit érintette.

A válaszadók (N=385) 25,2%-a jelezte, hogy háztartásában történt bármiféle akadálymentesítés, mely esetekben ez az átalakítás leginkább a fürdőszobában/mellékhelyiségben (20,7%), az ingatlan belső szobáiban (8,9%) vagy a konyhában (6,3%) történt. Az, hogy a válaszadó háztartásában volt-e bármilyen akadálymentesítés kapcsolatot mutatott azzal, hogy a válaszadót mindennapi életében akadályozza-e valamilyen betegség (sig. (2-sided)=0,004, Cramer V=0,173). Azon válaszadók esetében, akiket nagymértékben vagy bizonyos mértékig akadályoz a mindennapjaikban valamilyen betegség, rokkantság vagy rossz egészségügyi állapot,

nagyobb valószínűséggel jelölték, hogy történt akadálymentesítés az általuk lakott ingatlanban. A várakozások ellenére sem a szubjektív jövedelmi helyzettel (sig. (2-sided)=0,319), sem pedig a csoportosított életkorral (sig. (2-sided)=0,213) nem mutatott kapcsolatot az, hogy valamely válaszadónak volt-e ilyen átalakítás lakott ingatlanában.

b) Vallásosság/spiritualitás megjelenése a válaszadók körében

A vallásosság három különböző változó segítségével került mérésre, mely kérdések a korábbi ESS 2012 és EQLS 2012 adatfelvétel során lekérdezésre kerültek magyar mintán is, így rendelkezésre állt az érintett kérdések valid magyar fordítása. A téma szenzitivitására tekintettel lehetőség volt mindhárom kérdésben a „nem tudom” válasz megjelölésére. Az első kérdés alapján a válaszadók (N=337) nagyobb része valláshoz vagy vallási felekezethez tartozónak ítélte magát (73,3%). A vallási felekezethez tartozásra adott választól függetlenül a válaszadók esetében arányosan oszlik meg a magukat inkább vagy nagyon vallásosnak, illetve kevésbé vagy egyáltalán nem vallásosnak megítélők aránya (6. ábra).



6. ábra A válaszadók megoszlása vallási felekezettől függetlenül annak tekintetében, hogy mennyire érzik vallásosnak magukat (N=384) (ábra: saját szerkesztés)

A vallási szertartások (kivéve: esküvő, temetés, keresztlő) látogatása mutatja, hogy a vallási felekezethez tartozás, és a vallásosság megélésének relatíve magas arányai ellenére a válaszadók ritkán vagy egyáltalán nem látogatnak vallási szertartásokat.

Csupán a 3,6%-uk látogat naponta valláshoz köthető szertartást, 15,3%-uk hetente legalább egyszer teszi ezt, havonta 1-3 alkalommal 9%-uk, 45,3%-uk ennél ritkábban, 26,7%-uk pedig soha. Szubjektív egészségi állapota a kitöltőknek nincsen hatással a vallási szertartásokon való részvételük gyakoriságára, az azonban már igen, hogy akadályozza-e a válaszadót valamilyen betegség, rokkantság vagy rossz egészségi állapot (sig. (2-sided)=0,001, Cramer V=0,201). A kapcsolat irányát tekintve elmondható, hogy minél kevésbé akadályozza a válaszadót valamilyen betegség vagy rokkantság, annál gyakrabban tud részt venni vallási szertartásokon. A vallásosság további vizsgálata egy nagyobb, kiterjesztettebb minta bevonásával javasolt a későbbiekben.

c) Bizalmas kapcsolatok száma

A bizalmas kapcsolatok számát tekintve elmondható, hogy a válaszadók 10,4% egyetlen olyan személlyel sem rendelkeznek, akivel megtudná beszélni személyes ügyeit. Leggyakrabban két bizalmas kapcsolattal rendelkeznek (23,4%), 20,5%-uk számára egy olyan személy van a környezetükben, akivel megtudják beszélni magánügyeiket. 17,7%-nak három bizalmas kapcsolatot jelentő személy van a környezetében, 19%-nak 4-6 fő, 9,1%-nak pedig több, mint 7 ilyen kontaktja van. A szubjektív boldogság és a bizalmas kapcsolatok száma között közepes erősségű kapcsolat van (sig. (2-sided)=0,000, Cramer V=0,241). A bizalmas kapcsolatok számának emelkedésével növekszik azon válaszadók aránya, akik „nagyon boldogok” vagy „többé-kevésbé boldognak” érzik magukat, és folyamatosan csökken a „kevésbé boldogok” vagy „egyáltalán nem boldogok” aránya. Már egy bizalmas személy jelenléte a válaszadók életében is képes volt a nagyon boldogok” és „többé-kevésbé boldogok” arányát megduplázni azoknak az arányához képest, akik egyetlen ilyen kapcsolattal sem rendelkeztek. A válaszadók boldogsága mellett pedig stabil gyenge kapcsolat (sig. (2-sided)=0,000, Cramer V=0,196) volt látható a szubjektív egészségi állapot és a bizalmas kapcsolatok száma között, minél több ilyen kapcsolattal rendelkezett valaki, annál jobbnak ítélte saját egészségi állapotát. A bizalmas kapcsolatok száma közepes erősségű kapcsolatot mutatott az internet rendelkezésre állásával (sig. (2-sided)=0,000, Cramer V=0,228). A vallásosság, vallási szertartásokon való részvétel kevésbé, az oktatásban képzésben való részvétel azonban összefügg a bizalmas kapcsolatok emelkedő számával.

4.1.4. A kvantitatív adatgyűjtés eredményeinek néhány kiemelkedő pontja

A kvantitatív adatgyűjtés a részletesebb leírt limitációk mellett is jó lehetőséget biztosított arra, hogy az aktív idősödés index mérőeszközének struktúráját felhasználva, abban kisebb módosításokat, kiegészítéseket téve, adatok gyűjtése történjen meg a magyarországi régiós központokban működő idősök nappali ellátását biztosító intézmények ellátottjainak körében. A gyűjtött aktív idősödés részterületeihez kapcsolható adatok pedig alkalmasak voltak szocio-demográfiai változókkal és más aktív idősödést befolyásoló változókkal való összehasonlításra.

Egyértelmű a mintában a női nem túlsúlya, illetve családi állapot vonatkozásában a pár nélkül élők dominanciája, a vizsgált régiós központokban az ő ellátásba való bevonásuk sikeresebb. Az akadálymentesítés relatíve alacsony értéke fontos adat, amelyet azonban a várakozásokkal ellentétben nem befolyásol sem a régiós hovatartozás, sem a háztartás szubjektív jövedelmi helyzete, leginkább az akadályozottság van rá szignifikáns hatással. Az anyagi javakkal való ellátottság változatos képet mutat. Utóbbi változók közül az aktív idősödést támogató volta miatt kiemelésre került a számítógéppel/lappal/tablettel és internetkapcsolattal való ellátottsága a válaszadóknak, mely esetében pozitív, hogy amennyiben a háztartás rendelkezik az eszközzel vagy a kapcsolattal, úgy az gyakori használatban van. Az IK eszközökkel és kapcsolattal való ellátottság különösen magas volt a közép-magyarországi és nyugat-dunántúli régiók esetében, illetve magasabb volt a jó anyagi háttérrel rendelkező háztartásokban. Az internetkapcsolat felhasználása elsődlegesen az információgyűjtés és a kommunikáció/kapcsolattartás tevékenységekre korlátozódik, azonban említésre méltó azon válaszadók aránya is, akik szórakozás céljából használják az internetet. Az info-kommunikációs eszközök és az internet kapcsolat azon változókhoz tartoznak a lekérdezésben, melyek számtalan más változóval szignifikáns összefüggést mutatnak pl.: iskolai végzettség, szubjektív anyagi helyzet, bizalmas kapcsolatok száma.

A gyermek/unoka gondozását gyakrabban felvállalják a válaszadók közül, mint az idős/rokkant hozzátartozóról való gondoskodást, illetve látható, hogy utóbbi gyakorisága összefügg az életkorral és gyenge kapcsolat formájában a szubjektív egészségi állapottal egyaránt. A foglalkoztatás (jövedelmet biztosító) és az önkéntesség, melyek meghatározó elemei az aktív idősödés elképzelésének a válaszadók körében alacsony arányban jelentek meg. Ezeknek a területeknek, elsősorban az önkéntességet illetően érdemes az idősök

nappali ellátásával való kapcsolatát szolgáltatói szinten átgondolni, és törekedni az ellátásba való beépítésére. Látható, hogy maga az önkéntes tevékenység és az, hogy mennyire gyakran végezte azt a válaszadók körében valaki, közepes erősségű összefüggést mutatott az iskolai végzettséggel (sig. (2-sided)=0,002, Kendall tau-b=-0,212), és az egészségi állapottal (sig. (2-sided)=0,000, Cramer V=0,199) és gyenge kapcsolatban állt az akadályozottságot mérő változóval, azonban az életkor változó nem volt rá hatással. A párral élő válaszadók gyakrabban végeztek önkéntes munkát, mint pár nélkül élő társaik, mely egy fontos beavatkozási pont lehetne az idősök nappali ellátásában. Javasolt törekedni az ellátást nyújtók részéről a pár nélkül élők önkéntes tevékenységbe, így aktív idősödés lehetőségének egyik fontos részterületébe való bevonására. Az önkéntes munkában való részvétel feltételezhetően akár az idősök korcsoportján belül található legidősebb idős személyek számára is alternatíva lehet abban az esetben, ha szubjektíven megítélt egészségi állapotuk kellően jó, ez ugyanis szignifikánsan összefüggött azzal, hogy részt vesznek-e önkéntes tevékenységben vagy nem. Az oktatásban képzésben való részvétel az önkéntességhez hasonlóan alacsony arányban volt jelen a válaszadók között, a párral élők kétszer gyakrabban vettek részt ilyen tevékenységben továbbá a magasabb iskolai végzettség is pozitív irányba befolyásolta a válaszadók részvételét. A harmadik kor egyetemeinek és szenior akadémiáknak a terjedésével fontos lehet áttekinteni, hogy az idősök nappali ellátása strukturálisan hogyan tudna kapcsolódni ezekhez a kezdeményezésekhez. A mentális jóllét változó esetében elmondható, hogy a válaszadók körében kapcsolatban volt számos olyan változóval, mely az AAI kérdőívében, az aktív idősödés mérésére szolgál, azaz az aktív idősödést befolyásoló tényezők támogatása hatással lehet a vizsgálatba bevont idősök mentális jóllétének alakulására.

A válaszadók részéről a baráti/ismerősi és szomszédi kapcsolatok különösen hangsúlyos szerepet töltenek be, mely részben a minta speciális voltából is következhet. Emellett felhívja a figyelmet arra, hogy sok esetben a rokonai vagy szorosabbnak ítélt családi kontaktusoknál is nagyobb hangsúly kerülhet rájuk, illetve, hogy az idősök nappali ellátása és az ott kialakuló baráti/ismerősi kapcsolatok fontos szerepet töltenek be a résztvevő ellátottak életében. Az akadálymentesítés elsődlegesen a válaszadók akadályozottságával, rokkantsággal vagy betegséggel terheltégével állt kapcsolatban,

míg a bizalmas kapcsolatok száma olyan fontos szubjektív megítélésű állapotokhoz kapcsolódott, mint a szubjektív boldogság vagy a szubjektív egészségi állapot.

4.2. A kutatás második fázisa: a kvalitatív szakértői interjúk során készült adatok feldolgozása

A kutatás második adatfelvételi szakaszában került sor a kvalitatív módszertannal történő adatgyűjtés első részére, melynek során ún. szakértői interjúk készültek a régiós központokban nappali ellátást biztosító intézményekben a szolgáltatásért felelős vezető kollégákkal. A régiós központok mellett a kvantitatív adatgyűjtés helyszíneihez igazodva a közép-dunántúli régió esetében Veszprém megyeszékhelyen működő intézmény és az ott dolgozó vezető bevonására is sor került Székesfehérvár mellett, így összesen 8 szakértői interjú készült el 2020 tavaszán. Az interjúk kapcsolatfelvételei, és az időpontegyeztetések során a megjelenő és egyre erősödő járványhelyzet az adatfelvétel jelentős átszervezését sürgette, a korábban is jelzett személyes adatfelvétel helyett a beszélgetések a lezárások következtében telefonon keresztül hangrögzítéssel történtek, továbbá az idősek nappali ellátásának nehézségei, az aktív idősödés lehetőségei mellett a felmerülő szempontokat mérlegelve egy korábban nem tervezett kérdésblokk beépítésére került sor, mely a járvány hatásait vizsgálta. A kérdésekkel felmérésre került az idősek nappali ellátásának felfüggesztése miatti helyzet hatása az ellátottakra és a dolgozókra egyaránt. A járványhelyzetre vonatkozó kérdéscsoport beépítése amellet, hogy gyors reagálás volt a kialakult változásokra, az aktív idősödés szempontjából is erősen releváns info-kommunikációs eszközökre, más aktív idősödés lehetőségére gyakorolt hatások felmérése miatt is szükséges volt. Az alkalmas időpont egyeztetését követően az interjúalanyok online formában megkapták a teljes kutatási tervet egy hozzájáruló nyilatkozattal a kutatásban való részvételhez, melyet ezt követően postai vagy online úton juttattak vissza. A szakértői interjú elkészítését követően a rögzített hanganyagok segítségével a tartalmi rögzítést követően ún. kategorizációs vagy tematikus módszerrel történt az adatok feldolgozása, tekintettel az interjúfonalakban meghatározott fő-, és alfonalakra (Schleicher, 2007, Bryman, 2012:578-579). A kategorizációs vagy tematikus feldolgozás vizualizálására egy téma mátrix készült, melyben minden fő és alfonalhoz kapcsolódó kérdés esetében feltüntetésre került az adott interjúalany összefoglalt válasza, egyes esetekben szó szerinti idézetekkel, ennek segítségével teljesen áttekinthetővé váltak

a témacsoportok szerinti eredmények, a köztük található hasonlóságok és különbségek. A mátrix cellái segítségével alakultak ki a szakértői interjúk keretbe foglalt eredményei.

4.2.1. A szakértői interjúk során vizsgált minta jellemzői

a) A szakértői interjúk során bevont szakemberek munkaköri beosztása

Az interjúk előkészítésekor hangsúlyos volt, hogy minden terepen az idősek nappali ellátását vezetőkkel készüljön interjú, hiszen a szakdolgozói szint felmérésére a kutatás harmadik fázisában fókuszcsoporthoz interjúk segítségével került sor. A törvényi előírás alapján 50 ellátottra vetítve minimum 1 fő intézményvezető és 2 fő ápoló vagy gondozó beosztású szakmai dolgozóra van szükség a szolgáltatás biztosításához (I/2000. (I.7) SzCsM rendelet, 2. melléklet). A szakmai interjúk esetében a válaszadó vezetők nagyrésze (5 fő) a településen működő valamelyik idősek nappali ellátását biztosító intézménynek (klubnak) formálisan megnevezett vezetője volt. Integrált intézmény vezetőjével⁹ 1 alkalommal sikerült szakértői interjút készíteni, ebben a kivételes esetben azonban az integrált intézmény vezetője precíz rálátással rendelkezett mindegyik alá tartozó nappali ellátást biztosító intézmény napi működésére, az ellátást érintő nehézségekre. 2 alkalommal előfordult, hogy az egyes régiókban a nappali ellátásokért felelős szakmai vezetővel vagy részlegvezetővel készült interjú. Utóbbi beosztásban dolgozó kollégák középvezetői szinten irányítják az adott településen működő idősek számára nappali ellátást biztosító intézményeket, a felsővezetői szintet képviselő intézményvezető és az intézményekben szakmai munkát is ellátó, de intézményi szinten formálisan kijelölt vezetők közötti hierarchiában helyezkednek el. Rendeleti szinten a szakmai létszámnormák tekintetében nem kötelező, azonban szakmai szempontból praktikus az alkalmazásuk, hiszen a régiós központokban működő 5-7 vagy akár több intézmény (klub) ügyei az ő kezükben összpontosulnak, és azokat hatékonyan képviselve tudnak az intézményvezetővel tárgyalni.

b) A bevont intézmények száma a régiós központokban, ellátotti és szakdolgozói létszámadatak

Az, hogy egy adott régiós központban hány idősek nappali ellátását biztosító intézmény (klub) üzemel, elsődlegesen a településen felmerülő igényeknek megfelelően alakul.

⁹ Integrált intézményi vagy intézményvezetői pozíció esetében az adott szakemberhez több székhely/telephely és a hozzájuk kapcsolódó szociális szolgáltatások fenntartásával és gördülékeny biztosításával kapcsolatos feladatok tartoznak.

Meghatározott állandó lakónépességszám felett (3000 fő) kötelező fenntartani a települési önkormányzatnak ezt a típusú alapszolgáltatást. Az intézmények száma azonban nem mindenütt mozog együtt a település idős lakónépességének számával és a felmerülő igényekkel. Az adatfelvétel esetében is látható volt, hogy nagyobb állandó lakónépességgel bíró településeken kisebb számú intézményt tart fenn az önkormányzat, mint más, kevesebb lakost számláló település. Ennek hátterében több ok is meghúzódhat: elképzelhető, hogy más fenntartó (egyházi, civil) is megjelenik a település szolgáltatói palettájában, és az igényeket közösen tudják kielégíteni, illetve előfordulhat, hogy az adott régiós központban működő intézmények száma nem képes a nagyobb számú potenciális igénybe vevőnek szolgáltatást biztosítani, így maradnak ellátatlan személyek. Az okok hátterében meghúzódhat az is, hogy a demográfiai adatokban nagyobb eltérések vannak, és nagyobb lakónépességű, de kevesebb idős embert számláló településen kevesebb intézmény működik. Az igények pontos ismeretének érdekében javasolható lenne egy komplex szükségletfelmérés adott településeken, mely a település pontos demográfiai változói mellett a lehetséges ellátottaktól történő adatgyűjtést követően precízebben tudná bemutatni, hogy mely városrészben (nagyvárosok lévén általában jól elkülönülő városrészek vannak jelen, és velük együtt változó igények jelentkeznek) mekkora létszámot befogadó intézményre lenne szükség, és milyen profilú ellátást szeretnének a környéken élő idős személyek igénybe venni, milyen az adott városrészben igényt jelző idősök különböző szocio-demográfiai változók szerinti megoszlása, ehhez kapcsolódóan inkább fiatalabb és aktív vagy egészen idős személyek vannak jelen. Ezzel közelebb kerülhetne az ellátórendszer a személyre szabott ellátások biztosításának elképzeléséhez.

16. táblázat *A bevont intézmények száma, az ellátottak és szakmai dolgozók létszámadatai*

Régió	Település	Intézmények száma	Ellátottak száma	Szakmai dolgozók száma
Nyugat-Dunántúl	Győr	12	n.a	n.a
Közép-Dunántúl	Székesfehérvár	4	99	13,5
	Veszprém	5	220	21¹⁰
Dél-Dunántúl	Pécs	4	221	25
Közép-Magyarország	Budapest (III. kerület)	10	1200	68
Észak-Magyarország	Miskolc	11	430	11
Észak-Alföld	Debrecen	9	200	31
Dél-Alföld	Szeged	8	320	21
Összesen	-	63	2690	190,5

A 8 helyszín vonatkozásában látható, hogy 63 intézmény működik a vizsgált településeken, mely önkormányzati fenntartásban idősök nappali ellátását biztosít, ezeket 2690 fő látogatja és 190,5 státuszban dolgozó szakember látja el (16. táblázat). Az átlag ellátotti létszám, így intézményenként 43 fő, és egy szakmai dolgozóhoz 14 fő ellátott tartozik, mely igen magas szám, még abban az esetben is, amennyiben nem minden ellátott van minden szolgáltatási napon jelen. Régiós központoként vizsgálva jelentős eltérések tapasztalhatók. Az ellátotti létszámot az intézmények számát és a szakmai dolgozók számát tekintve a legnehezebb helyzetben a közép-magyarországi régióban vizsgált kerület és az észak-magyarországi régióban vizsgált régiós központ van. Mindkét helyszínen magas ellátotti létszám mellett, viszonylag csekély számú klub üzemel és alacsony a szakmai dolgozói létszám is, akik közvetlen gondozói munkát végeznek az idősök mellett, tehát feltételezhető, hogy ezek a dolgozók túlterheltek. A legjobb helyzetűnek az észak-alföldi és közép-dunántúli régiók tekinthetők, utóbbiból elsősorban Székesfehérvár (25 fő van átlagosan 1 intézményben és 8 ellátottal dolgozik egy szakmai dolgozó), Veszprém esetében ugyan magasabb számú ellátott veszi igénybe az idősök

¹⁰ Takarítói státuszokat nem tudták külön bontani a létszámadatoktól

nappali ellátását, azonban a rendelkezésre álló szakemberek száma itt sem éri el az országos átlagot.

4.2.2. A kvalitatív szakértői interjúk eredményei

4.2.2.1 Idősek nappali ellátásának tárgyi feltételei és a megjelenő speciális igények

a) A tárgyi feltételek megléte és az intézményi épített környezet

Az interjúalanyok jellemzően vagy az intézmény épületével kapcsolatban vagy a rendelkezésre álló tárgyi feltételek, bútorok, berendezések vonatkozásában jeleztek problémákat pl.: kicsi-szűkös helyiségek, nem megfelelő megvilágítás, küszöbök akadályozó megléte, régi sok esetben rosszul funkcionáló berendezési tárgyak. Egyetlen olyan interjúalany volt a közép-dunántúli régióban, aki mindkét szempontból pozitív visszajelzést adott, azonban itt is említésre került a gondozónők (szakmai dolgozók) támogató kreativitása a foglalkozásokra való eszközök beszerzését illetően. Az interjúk mentén a régi épületekben működő intézmények esetében külön megoldandó problémát jelent az akadálymentesítés teljes vagy részleges hiánya (3 interjú esetében is megjelent), ahol történtek már az épületben átalakítások ott az akadálymentesítési javaslatok mentén készült el az átalakítás. Volt olyan válaszadó, ahol az interjú készítés idején várták az állami pályázat útján érkező támogatást, hogy megkezdhesék az épület felújítását. A felújításon átesett épületekkel való magas elégedettség részben annak is köszönhető, hogy az interjúalanyok elmondása alapján próbálták bevonni az ellátottakat és a dolgozókat is a berendezési tárgyak kiválasztásába. Utóbbi esetben vegyes volt a válaszadók megítélése, volt interjú, ahol azt hangsúlyozták, hogy az ellátottak ragaszkodnak a megszokott régebbi, fiatalságukat idéző berendezési tárgyakhoz az intézményben, míg mások arról számoltak be, hogy a fiatalos, de praktikus berendezési tárgyakat részesítették előnyben, és kifejezetten örültek, hogy a felújított épületbe ilyen bútorok kerültek. Egy intézmény esetében jelezte a vezető, hogy korábban felújították az épületet, míg egy másik intézmény felújítása az interjút megelőző időszakban történt meg, itt külön hangsúlyt fektettek az okos eszközök pl.: okos tévé beszerzésére, illetve az olyan speciális foglalkozásokhoz szükséges eszközök, mint a szintetizátor szintén beszerzésre kerülhettek a felújításra rendelkezésre álló keretből. A speciális eszközök megvásárlását saját költségvetésből nem tudták volna beszerezni.

b) Speciális igényű ellátottak az idősök nappali ellátásában

Az interjúk során a speciális igényű kliensek ellátásakor elsősorban a demens idős személyek ellátása került középpontba, mely állapot egyre több idős embert érint, és különleges, magasabb gondozási igényeket támaszt a szolgáltatói oldal irányába. Az idősök nappali ellátásában a demens személyek ellátása történhet más idős személyekkel együtt vagy attól teljesen függetlenül, mindkét esetben a demens személyekre vonatkozóan speciális feltételeknek is meg kell felelnie az intézménynek (I/2000 SzCsM rendelet 84§), illetve magasabb szakmai létszámminimumokat ír elő a kormányrendelet. Szakmai ajánlás is készült a demens személyeket ellátó nappali intézmények számára (EMMI-Katolikus Szeretetszolgálat, 2019). Az interjúk elkészítésekor feltételeztem, hogy a régiós központokban működő idősök nappali ellátását biztosító intézmények jelentős részben vállalják demens személyek fogadását és ellátását a nappali ellátásban, hiszen az igény még erőteljesebben mutatkozik a nagyobb lakónépességgel bíró települések esetében. A 8 interjúalany közül csupán 4 vezető jelezte, hogy működik a településen olyan önkormányzati fenntartású klub, ahol vagy integráltan vagy speciálisan csak demencia kórképpel rendelkező ellátottakat fogadnak. Az interjúalanyok érzékelik, hogy az igény növekszik és volt olyan helyszín, ahol várólistát vezettek, amelyre az új jelentkezőket felvették. Azokon a településeken, ahol nem működtek speciális ellátottakat is fogadni képes intézmények, jelezték, hogy ennek ellenére vannak olyan ellátottak, akik ezzel a betegséggel élnek, azonban nem rendelkeznek hivatalos papírral róla. Speciális férőhely és feltételek híján, komoly nehézséget jelent az ellátásuk, hiszen nem tudnak magasabb szakmai létszámmal dolgozni, csupán a rendeletben megfogalmazott minimummal, illetve a szakemberek nem feltétlen rendelkeznek azzal a speciális tudással, mely szükséges a demens betegek ellátásához.

4.2.2.2 Az idősök nappali ellátásában felmerülő szakmai nehézségek, problémák kategorizálása mikro/mezo/makro szinteken, válaszként kialakított jó gyakorlatok

A szakértői interjúk során arra kértem az ellátást vezetőket, hogy pontosan gondolják végig, melyek azok a problémák és nehézségek, melyek jellemzően érzetik hatásukat mindennapi munkájuk során és befolyásolhatják az aktív idősödés intézményi

megjelenését. Ezután kategorizálniuk kellett a nehézségeket és problémákat aszerint, hogy azok mikro-, mezo-, vagy makro szinten jelentkeznek.

a) Mikro szintű problémák

Az első, kiinduló szint, itt adhatták meg az interjúalanyok azokat a nehézségeket, melyek elsősorban intézményi szinten jelentkeztek és okoztak nehézségeket számukra, ezek sok esetben helyi, lokális problémákként kerültek definiálásra, melyekre a megoldások sem feltétlen igényeltek hosszú, bürokratikus, jogalkotást is érintő válaszokat.

- *Szállítási nehézségek:* Az interjúk során 6 esetben jelezték, hogy komoly nehézséget okoz az ellátottaknak az intézménybe való bejutás, valamint hazajutás és ebben legtöbbször nem tudnak számukra segítséget nyújtani intézményi szinten. A válaszadók többen beszámoltak arról, hogy próbálják áthidalni a szállítás okozta nehézséget, de úgy érzik, hogy így potenciális ellátottak esnek el a szolgáltatás igénybevételétől, mellyel tulajdonképpen befolyásolják az ellátástól távolmaradó idősök aktív idősödést meghatározó társas eleméhez való hozzáférést. *„Ha meglenne szervezve az idősöknek a bejutása ezekbe az intézményekbe akkor sokkal nagyobb igény lenne arra, hogy akár csak egy délelőtti időszakra ők egy közösség részévé válva ingerekkel picit kikapcsolódjanak az otthoni beszűkült élettérből.”* Azokon a településeken, ahol biztosítanak nappali ellátást demens személyeknek is, nagyobb eséllyel áll rendelkezésre kisbusz, melyet a demens személyek szállítását követően próbálnak arra használni, hogy más ellátottakat is az intézménybe és később onnan haza tudjanak szállítani. Amennyiben azonban ezt a gépkocsit másra is használják pl.: szociális étkeztetés során az ebéd kiszállítása, úgy rendkívül korlátozott a rendelkezésre állási ideje.
- *Foglalkozásokhoz szükséges alapanyagok és speciális tárgyi feltételek rendelkezésre állása:* A szállításra vonatkozó kérdéshez képest ehhez a témához kapcsolódó válaszok és megjegyzések esetén kevésbé egységes visszajelzések érkeztek a szakértői interjúkon keresztül. Két régiós központ esetében jelezték konkrétan a foglalkozásokhoz (pl.: kézműves foglalkozás vagy különböző jeles napokkor tartott rendezvények) szükséges eszközök hiányát vezetői szinten is, melyre válaszul az egyik érintett helyszínen egy belső pályázati rendszert alakítottak ki. Ennek a rendszernek a segítségével, amennyiben az év elején kapott

keretösszeg kimerül az integrált intézménynél szolgáltatásonként pályázhatnak és így kaphatnak kiegészítést a szükséges eszközökre.

- *Szakmai dolgozók mentális állapota, szakmai háttere:* Egyetlen helyszín vonatkozásában került jelzésre rendkívül intenzíven az integrált intézmény vezetőjének részéről a szakmai dolgozók rossz mentális állapota. Az interjúalany szerint ez egy általánosan fennálló jelenség, azonban a COVID-19 járvány okozta változások még inkább felerősítették azt. A felmerülő képzések és szupervízió adta lehetőségekre a szakmai dolgozók az interjúalany álláspontja szerint kevésbé nyitottak, melyet az alacsony megbecsültségükkel és az ebből fakadó fásultságukkal magyarázta.
- *Az ellátottak heterogenitása:* Visszajelzéseként érkezett az interjúk során, hogy komoly nehézséget okozott intézményi szinten a nagyon változatos életkori csoportokhoz tartozó ellátottak megjelenése és számukra a megfelelő ellátások biztosítása. Az interjúalany pozitívként említette, hogy mind a fiatalabb idős és idősebb idős korcsoporthoz tartozókat képesek megszólítani és „behívni” az ellátásba, azonban az, hogy minden életkori csoport igényeinek megfelelő szolgáltatást tudjanak biztosítani, már nehézséget okozott: *„Ami nekünk, nem tudom, hogy probléma, inkább a kihívást jelenti, konkrétan a mi klubunk 100 fővel működik... és nagyon nagy a különbség az életkorban, a klubtagok körülbelül 1/3-a 60-70 év közötti és szintén 1/3-a 80 feletti, a legidősebb klubtagunk 97 éves és az hogy olyan programokat szervezzünk, olyan mozgásprogramok legyenek, hogy abból az is jól érezze benne magát, aki most ment nyugdíjba és a 93 éves is, aki aktív és eljár hozzánk, jól érezze magát, mind a kettőjüknek tudjunk értéket biztosítani”* A jelzett probléma sokrétű, és az elmúlt időszakban más szolgáltatásokhoz hasonlóan a szociális szolgáltatások vonatkozásában is a központosított, személyes igényeket mellőző ellátások irányából elindult egy lassú átmenet a személyközpontú szemlélet irányába (Koren, 2010; Brownie & Nancarrow, 2013). Azonban az ehhez kapcsolódó újabb felmérések is azt támasztják alá, hogy mind az egészségügy mind a szociális ellátások területén még mindig nehézkes az említett személyközpontú, egyénre szabott ellátási rendszernek a biztosítása. Mindez annak ellenére tapasztalható, hogy az

ellátottakra gyakorolt pozitív hatások mellett a költséghatékonysági szempontokat figyelembe véve is pozitív eredményeket mutat (Wild és mtsai, 2019).

b) Mezo szinten jelentkező nehézségek és problémák: A mezo szinten jelentkező nehézségek esetében az interjúalanyoknak a saját településükhöz, a településeken működő más ellátást biztosító intézményekhez kapcsolódó nehezítő körülményeket kellett jeleznie. Míg a mikro és makro szintű problémák gyűjtése során számos visszajelzés érkezett, addig a mezo szint esetében ezek száma alacsonyabb volt.

- *A települési szintű akadálymentesítés hiánya:* A településen szükséges akadálymentesítés hiányát többen kiemelték. Úgy érezték, hogy a település közintézményeiben megkérdőjelezhető hatékonysággal van jelen az akadálymentesítés, mely az idős emberek önállóságát és támogatás nélküli közlekedését erőteljesen befolyásolhatja. Összességében, ahogy az ellátásba való akadálymentes eljutás és onnan hazajutás is az ellátottak aktív idősödésének lehetőségét támogatja, úgy a megfelelő szintű települési akadálymentesítés is ehhez járulhatna hozzá, hiszen lehetővé tenné számukra, hogy korlátozások nélkül, segítőtől függetlenül közlekedjenek.

- *Nehézkes kapcsolat más intézményekkel:* Elsődlegesen a településen működő más szociális intézményekről nyilatkoztak az interjú válaszadói, látható volt, hogy az ellátottakhoz kapcsolódó közös munka során sem zökkenőmentes az együttműködés. A COVID-19 járvány első hullámában kérték azon intézményeket, melyek teljesen szüneteltették az ellátást pl.: bölcsőde, óvoda, hogy néhány dolgozó segítsen a napi munkavégzésben az idősek nappali ellátásában, ugyanis az ott dolgozó szakemberek napi tevékenységei nagymértékben átalakultak a járvány időszakában, amikor az idős ellátottak személyesen nem látogathatták az intézményt. Számtalan bevásárlás, ügyintézés hárult a nappali ellátásban dolgozó kollégákra, illetve egy részüket a házi segítségnyújtásba és a szakosított ellátásba irányították át, ahol szintén munkaerőhiány alakult ki. Ennek ellenére más szociális vagy köznevelési intézménytől a kérés ellenére sem érkezett támogatás. Egy interjú esetében jelezték, hogy az egyik kulturális intézmény rendkívüli nyitottságot mutatott, a helyi színház dolgozói a hét napjaira beosztva magukat mindennap segítettek a telefonközpontban diszpécser szolgálatot üzemeltetni, melyet a településről

bármelyik idős vagy annak hozzátartozója kereshetett, akinek ügyintézésben, bevásárlásban, gyógyszerkiváltásban volt szüksége segítségre. A színház dolgozóinak másik része pedig a szociális étkeztetés keretében segítette az intézmény munkáját az ebédkiszállítás során.

- *Magas térítési díjak okozta nehézségek:* Az idősök nappali ellátásának jelentős részében fenntartóként a települési önkormányzatok jelennek meg, így amennyiben az ellátást térítési díj megfizetéséhez kötik, úgy erről az érintett önkormányzat/önkormányzatok települési határozatban rendelkeznek. Sok esetben az idősök nappali ellátása térítésmentesen működik. Az önkormányzatok döntésétől függően azonban az idősök nappali ellátásáért is felszámolhatnak térítési díjat, melyet napi bontásban közölnek az ellátottakkal a szolgáltatás igénybevételére vonatkozó megállapodások megkötésekor, ennek egy havi összege nem haladhatja meg az ellátott havi jövedelmének maximum 15%-át (Szt. 117 § (1) bekezdés a-pont). Azon régiós központokban, ahol térítési díjköteles volt a szolgáltatás a települési önkormányzat döntése nyomán, jelezték, hogy az ellátottak nehezen fizetik ki a meghatározott díjat, illetve több olyan potenciális ellátottról tudnak, akik ezen összeg miatt nem veszik igénybe a szolgáltatást.

c) Makro szintű nehézségek a szakértői interjúk alapján: A makro szint értelmében az interjúalanyok a teljes szociálpolitikai ellátórendszer érintő nehézségeket nevezték meg, melyek több esetben szorosan kapcsolódtak a mikro vagy mezo szinten megnevezett hiányosságokhoz, hiszen az átfogó (nem kizárólag helyi jó gyakorlatként működő) megoldásokhoz gyakran szakpolitikai szintű változásokon keresztül vezethet az út.

- *Munkaerőhiány, magas fluktuáció:* Három interjúalany esetében is felmerült a komoly munkaerőhiány problémája, mely hatással van a nyújtott szolgáltatás minőségére, illetve annak működésére. A szociális területen belül sem vonzó az idősellátás, a fiatal szociális szakembereket más, izgalmasabbnak tűnő, illetve némiképp nagyobb megbecsültséget biztosító területek vonzzák el pl.: családsegítés, gyermekvédelem, szociális munka szenvedélybetegekkel. A szakmai dolgozók másik jelentős részét képező ápolói/gondozói végzettségű kollégák esetében pedig az egészségügy komoly elszívó erejével kell „megküzdenie” a szociális intézményeknek, köztük az idősök nappali ellátását biztosító intézményeknek is, ugyanis ezen szakemberek az egészségügy területén

magasabb jövedelemre számíthatnak. A munkaerőhiányhoz és magas fluktuációhoz kapcsolódóan megjelent az alacsony bérezés okozta probléma, melynek alapján a szektorban dolgozók átlagos nettó bére 2021-ben 207 000 Ft volt (Gyarmati, 2021). Mindez komolyan hozzájárul az interjúalanyok által is jelzett munkaerőhiányhoz és a 2022 januárjától élő 20%-os ágazati béremelésnél komolyabb és átfogóbb szakpolitikai intézkedésekre szólít fel.

- *Ülköző szolgáltatások problémája:* A szakértői interjúk kapcsán elsősorban a házi segítségnyújtás és az idősek nappali ellátása kapcsolatban merült fel, ugyanis jelentős problémát generál, hogy ezen két szolgáltatást egy ellátott azonos napon nem tudja igénybe venni. *"Attól, hogy egy nappali ellátásban az ellátott be tud menni a klubba, vagy elhozza a család, behozza a taxi, nem biztos, hogy otthon ki tud takarítani, vagy egy sebet megfelelően el tud látni."* Az interjúalanyok több esetben is jelezték, hogy problémásnak tartják azon ellátottakat kizárni az idősek nappali ellátásából, akiknek a házi segítségnyújtás keretében valamilyen támogatásra lenne szükségük, így arra kényszerítve őket, hogy válasszanak a két szolgáltatás között. Az Szt. értelmében a házi segítségnyújtás keretében szociális segítség vagy a szociális segítséget is magába foglaló személyi gondozás csoportjaiba sorolható szolgáltatások igényelhetők (Szt. 63 § (2) bekezdés), melyből a szociális segítség keretében nyújtható háztartási tevékenységben való közreműködés, illetve a személyes higiéné megtartásában való segítségnyújtás nem feltétlenül kellene, hogy kizárja az ellátottat az adott napon belüli idősek nappali ellátásából. A két szociális alapszolgáltatás ugyanazon napon való igénybevételének ellehetetlenítése különösen nagy nehézséget okoz az olyan speciális igényű ellátottak esetében, mint a demens idős személyek. Az ellátottak és hozzátartozóik választás elé állítása a két érintett alapszolgáltatás esetében kizárhatja őket a közösséghez való tartozás és a társas támogatás élményének megéléséből, így az aktív idősödés lehetőségét is támogató nappali ellátás igénybevételéből.

- *Speciális szükségletek kielégítetlensége:* Az interjúalanyok, különösen azon régiós központok vonatkozásában, ahol nem volt biztosított a demens idős személyek ellátása, jelezték a speciális férőhelyek hiányát vagy az igényeket nem kielégítő alacsony férőhelyszámokat, melyre válaszként a szakpolitikai rendszer nyújthatna támogatást részben a munkaerőhiány megoldásával, részben pedig ezen speciális

férőhelyek létesítésének kifejezett támogatásával. *„2018-ban indítottuk ezt a csoportot és mostanra már várólista alakult ki. Tehát induláskor elindultunk 5-7 időssel és mostanra már várólista alakult ki, nagy az igény erre a szolgáltatásra.”*

Az idősek számára átmeneti elhelyezést biztosító intézmények csekély száma is problémaként merült fel, mely ellátás átmeneti elhelyezést biztosít azon idősek számára, akik azt igénylik, továbbá az informális gondozó családok számára is komoly tehermentesítő funkcióval szolgálhat.

- *Normatíva különbségek:* Az interjúk során felmerült az önkormányzati és egyházi fenntartású intézmények közti differenciált finanszírozás létjogosultsága. A felvetett probléma aktuális voltát mutatja, hogy több szakmai találkozón szerves részét képezte ez a téma az interjúk elkészítése óta is (Szociális Munka Napja 2021 Konferencia, Euro-Régió Szociális Szakmai Közösség Közhasznú Egyesület 2021-es Konferenciája). A szociális és gyermekvédelmi feladatokat felvállaló egyházi fenntartású intézmények, ún. kiegészítő egyházi támogatásban is részesülnek, melynek összege 2019-ben 76,2% volt (Gyarmati, 2019). A kiegészítő egyházi támogatás 2020-ban némi csökkenést mutatva 73,2% volt (2019. évi LXXI. tv. Magyarország 2020. évi központi költségvetéséről), 2021-ben pedig már csak 68,5%-os összegre voltak jogosultak a fenntartók ezen a jogcímen (2020. évi XC. tv. Magyarország 2021. évi költségvetéséről). Ugyan a szociális alapszolgáltatásokban még nem jellemző az egyházi fenntartók túlsúlya, a kiegészítő támogatás az interjúk alapján így is komoly konfliktus forrást jelenthet a különböző fenntartóval rendelkező intézmények között: *„Ne érts félre, nagyon jó ellátások vannak egyházi fenntartásban, csak olyan jó lenne, ha ennek egy töredékét (kiegészítő egyházi támogatás) mi normatívában megkaphatnánk, egy kicsit egységesebb lenne.”*
- *Az ellátottak aktivizálásának és érdekeltté tételének problematikája:* Helyi szinten egyetlen régió esetében fogalmazódott meg, hogy ellátottaik nagyrésze rendkívül passzív, nehezen aktivizálható, nem lehet bevonni őket az idősek nappali ellátásában, a programokról való közös gondolkodásba. Az ellátottak szinte elvárják, hogy csupán résztvevőként legyenek jelen a foglalkozásokon. Hosszú munkát követően az újdonságnak számító programokba (pl.: joga, speciális torna időseknek, előadások) ugyan sikerül bevonni őket, és egyre több résztvevő

jelentkezik, azonban amennyiben ezekért a későbbiekben akár minimális összeg megfizetése szükséges, úgy a korábbi felfutó érdeklődés jelentősen visszaesik. Az ellátotti oldalról jelentkező passzivitást az interjúalany részben a társadalom részéről idősekre erőltetett sztereotípiákkal magyarázta. *„Az idősek élettere egyre jobban beszűkül, mert beszűkítik magukat, meg a társadalom is íratlan szabályként ezt várja el. Ha egy 80 éves befestetné a haját képzeld el egy vad, tők jó színre, akkor azt mondanák rá, hogy bolond.”* A tipikus idős szerephez nem feltétlenül társul az aktivitás, az aktívan idősödés képe és az új tevékenységek kipróbálása, és miután a jelenlegi idős generáció nagyobb része egy ilyen közegben szocializálódott, így ez hat rájuk: *„Hiába akarunk, aktív idős társadalmat, aki nem használja az egészségügyi rendszert feleslegesen (túl sokszor), ha nem tanítjuk meg őket, nem nyújtunk cserébe mást. Mindig azt mondom nem ők (az idősek) a hibásak, ők ebben szocializálódtak, hanem az adott társadalom és kormány.”*

- Az idősek negatív társadalmi megítélése: Az egyik legátfogóbb, már a szakpolitikai szintet is némiképp meghaladó makro szintű problémaként az idősek negatív megítélését említették az interjúk során, mely kapcsolódik az ageizmus fogalmához: *„A magyar társadalom túlságosan kétpólusú (nyugdíj előtt/után) ebből nagyon nehezen tud kilépni. Berögződés, hogy az idősödéssel be kell, hogy szűküljön az idősek élettere, a gondolkodásuk, a külsejük, ez pedig hatással van az aktivitásukra. Például a mi ellátottjainkkal tai chi-zni nem lehet, mert nem azt közvetíti a társadalom, hogy ez lenne a normális és elfogadott számukra.”* A válaszadó által jelzett probléma komoly, mélyen gyökerező, az egész társadalmat érintő változásokat igényelne, melyhez hosszú, több éves folyamatra lenne szükség, és olyan területeket is érintene, mint a generációk közti szolidaritás erősítése és az aktív idősödés gondolatának elfogadása társadalmi szinten.

A kategorizálás során láthatóvá vált, hogy az egyes szintek között előfordulhatnak átjárások, azaz a mikro, mezo vagy makro szinteken megjelenő nehézségek hatást gyakorolhatnak más szintekre. Az egyszempontú, kizárólag mikro vagy makro szintű kezelése a nehézségeknek, az egymásra ható rendszerekben való gondolkodás elutasítása a komplex egymásra épülő problémák feltáratlanságához vezethet.

4.2.2.3 Az aktív idősödés megjelenésének lehetősége, formái az idősök nappali ellátásában, a prevenció jelentősége

Az aktív idősödés fogalmát az interjúalanyok jelentős része ismerte, hallott már róla, egyetlen válaszadó esetében merült fel ennek az ismeretnek a hiánya. A visszajelzések alapján mind a 7 válaszadó pozitív fogalmakat társított az elképzeléshez, közöttük csupán abban mutatkozott eltérés, hogy erőteljesen pozitív konnotációja van az aktív idősödés fogalmának, vagy ugyan pozitívan, de fenntartásokkal gondolnak rá. A fenntartásokat megfogalmazó vezetők között jelezték, hogy azon idősök, akik esetében az aktív idősödés lehetősége adott lenne, sokszor nem jelennek meg az ellátásban, mert nem érzik annak szükségét, hogy azt igénybe vegyék. A lehető legtöbb potenciális ellátott elérése és szolgáltatásba való bevonása így fontos célja lehetne az ellátásnak, segítségével a fiatalabb fizikálisan és akár mentálisan is jobb állapotú idősök bevonása is megtörténhetne. Az ellátásban való korai megjelenésükkel folyamatos napi kapcsolat alakulhat ki a szakemberekkel, akik így pontosan monitorozni tudják már a fiatal nyugdíjas évektől kezdődően az ellátottak állapotát, állapotromlás esetén a megfelelő időben jelezni tudnak a hozzátartozóknak, illetve ismerve a szociális ellátórendszer szolgáltatásait képesek más típusú alap vagy akár szakosított ellátásokat is az idős személy mellé rendelni. Törekedve a minél több lehetséges ellátott elérésére egyfajta preventív szemlélet is megvalósulhat, melyben a megelőzés és az ellátottak minél hosszabban szociális alapszolgáltatásokban tartása és az ellátás biztosítása megszokott környezetükben, megelőzőként szolgálhatna a korai, indokolatlan szakosított ellátásokba kerüléssel szemben. A közösségi alapú és szociális alapszolgáltatások (melyek a hazai gyakorlat értelmében az ellátott megszokott otthoni környezetében, vagy közös közösségi térben valósulnak meg) megerősítésének gyakorlata egyre jellemzőbb európai viszonylatban is (Vajda, 2020/2).

a) Az aktív idősödés lehetséges területei a szakértői interjúk mentén

Az önkéntesség, illetve önkéntes tevékenységben való részvétel megajánlása az idősök nappali ellátásában résztvevőknek visszatérő elem volt az interjúkban, ezt a tevékenységet a megkérdezett vezetők is az aktív idősödéshez kapcsolták a beszélgetésekben. Mint jó gyakorlat egy helyen említésre került annak példája, hogy a jobb fizikális és mentális állapotú ellátottak alkalmanként segítik kisebb bevásárlással, a rosszabb egészségi állapotú ellátottakat, illetve telefonon rendszeresen keresik őket, ezzel

csökkentve az izoláció és elmagányosodás okozta negatív hatásokat. Egy másik intézményben jellemző volt, hogy az ellátottak korábbi foglalkozásához, érdeklődési köréhez kapcsolódóan ajánlották fel segítségüket például, ha kedvelte és nagy tudása volt a történelem területén, akkor kirándulások alkalmával idegenvezetést tartott a többieknek. Az oktatásba, harmadik kor egyetemeinek előadásaiba való bekapcsolódás akár intézményi szinten vagy az intézmény adott ellátotti csoportjának vonatkozásában szintén jelen volt több interjúban és az aktivitás megőrzéséhez, az aktív idősödéshez kapcsolódott.

Az interjúalanyok válaszai alapján az infokommunikációs eszközök megléte és használata a régiós központok kutatásba bevont intézményeinek ellátottjai esetében alacsonyabb, 20-25%-os arányt becsültek. A szakértői interjúk ezen eredményeivel szemben a kutatás korábbi, ellátottak körében végzett kvantitatív adatfelvétele esetében a válaszadók némileg magasabb aránya, 35-36% jelezte, hogy rendelkezik számítógéppel/lappal/tablettel és internetkapcsolattal. A kérdőíves és szakértői interjúkat magába foglaló adatfelvételek közti eltérés részben abból adódhat, hogy míg kényelmi mintavételezés lévén a kérdőíves adatfelvételbe az azt önként vállaló, feltételezhetően aktívabb és önállóbb ellátottak csatlakoztak be, addig az interjúk során kérdezett ellátást vezetőik a válaszadás előtt a teljes ellátotti csoportot figyelembe véve gondolták végig válaszukat és jeleztek vissza egy némiképp alacsonyabb IKT felhasználásra vonatkozó arányszámot.

3 interjú esetében merült fel, hogy szerveztek oktatást is, melyből egy esetben a résztvevő diákok rendszeresen járnak az intézménybe, hogy számítógép és internethasználatra oktassák az ellátottakat. Utóbbi gyakorlatra, mely során a generációk közti szolidaritás erősödik azáltal, hogy fiatalok oktatják számítógép és internethasználatra az érdeklődő időseket, található már korábbi magyar példa (Széman, 2012). Több interjúalany jelezte, hogy a fiatalabb idősök csoportjának esetében tapasztalják ezen eszközök terjedését és aktív használatát, az idősebb, 75 éven felüli ellátottak azonban kevésbé nyitottak. Ebben a helyzetben okozott elmozdulást a COVID-19 járvány első hulláma, melynek hatására az interjúalanyok is megerősítették, hogy érzékelhetően emelkedett azon idősebb idős ellátottak száma, akik próbálkoztak a számítógép, tablet, okostelefon és internet használatával, hiszen a karantén időszakban saját egészségük védelmében így tudták biztonságosan tartani a kapcsolatot rokonaikkal, ismerőseikkel. Az életkori hatásokon túl

az iskolai végzettség is befolyásoló tényezőként jelent meg, két interjú esetében jelezték, hogy jelentősen magasabb arányban használják az érintett eszközöket és kapcsolatot a magasabb iskolai végzettségű ellátottak.

Az infokommunikációs eszközök használata több intézmény esetében is kulcsfontosságúvá vált a COVID-19 járvány okozta szolgáltatási átszervezések és lezárások miatt, mert az idősök nappali ellátásának keretében nyújtott foglalkozások egy része az online térbe került át. Három helyszín esetében rendszeressé vált az online kapcsolattartás az ellátottakkal, melynek elsődleges színtere a Facebook és a hozzá kapcsolódó Messenger program volt.

b) A prevenció helye és szerepe az idősök nappali ellátásában

A prevencióról való gondolkodás kapcsán ki kell emelni, hogy a szakértői interjúkban jellemzően jelen volt az érintett szociális alapszolgáltatásról való pozitív gondolkodás. Az ellátást vezetőik fontosnak, és hiánypótlónak érezték az idősök nappali ellátását a szociális szolgáltatások palettáján: *"Én ebben nagyon hiszek, hogy a közösség, a társas kapcsolatok meg a hasznosság megélése, például amikor az idős a klubban alkot valamit a kézműves foglalkozáson, látja hogy annak sikere van, elismerik, az egy olyan dopping és akkora erőt tud adni az idősöknek, hogy nagyon bent tudja tartani őket az aktivitásban...Nem csak az életet hosszabbítja meg, hanem a minőségét is, ez azért nagyon fontos".* Az idősök nappali ellátásában megjelenő ellátottak állapotát pozitívan befolyásolhatja a szolgáltatásban ezáltal közösségben való rendszeres részvétel: *"Ahogy a bekerülők idősödnek úgy azért jönnek elő a problémák, egészségügyi problémák. Azt nehéz felmérni és látni, hogy mi lett volna, ha nem kerül be az ellátásba, én azért úgy gondolom, hogy van ennek egy olyan jelentősége is, hogy aki otthon van a saját magányában, egy idős ember sokkal gyorsabban, tehát lelkileg is rosszabb állapotba kerül és aztán ez a fizikai állapotromlást is hozza maga után. Gyorsabban leépülnek fizikailag és lelkileg is azok, akik otthon vannak egyedül ahelyett, hogy közösségben lenne."* A prevenció jelentőségét a válaszadó vezetők egyöntetűen prioritásként kezelték, volt olyan interjúalany, aki misszióként tekintett a minél fiatalabb, de idősödő nyugdíj előtti generáció bevonására: *"Én intézményvezetőként azt a missziót vallom magaménak, hogy a mostani 50-es generációt arra toltam, hogy egyrészt vállaljanak felelősséget a saját 80 éves szüleik gondozásában vagy abban vállaljanak felelősséget és mutassanak példát a saját gyerekeiknek, hogy hogyan kell ezt csinálni. Állandóan bombázom ezt az*

50-es generációt azzal, hogy tessék gondolkodni azon, hogy nemsokára te is megöregszel, a szüleid példáján keresztül nézd meg, hogy veled mi lesz." A még aktív korú generációk felkészítése, mint a prevenció egy lehetséges formája hangsúlyos részét képezhetné az idősek nappali ellátásának, azonban annak ténye, hogy mindez ellátórendszeri azaz állami feladat, megkérdőjelezhetetlen (Semsei, 2013). Az egyik interjúalany szerint a primer prevenció és a minél fiatalabb, akár még aktív korú személyek bevonása nem kizárólag közvetlenül az idősek nappali ellátását biztosító intézményen keresztül lenne megoldható, javaslatként az ún. Egészségfejlesztési Irodák (EFI) országos hálózatát említette, melyeket a Nemzeti Népegészségügyi Központ fenntartásában számtalan változatos méretű településen, részben hátrányos helyzetű járásokban működtetnek. Ezekhez az irodákhoz semmilyen idősekkel kapcsolatos negatív sztereotípiát nem társul, céljuk az egészségmegőrzés, szűrőprogramok szervezése, így feltételezhetően szívesebben vennének részt a bevonni tervezett emberek olyan programokban vagy lehetőségekben, melyeket ők szerveznek. Általuk lehetőség nyílna az aktív idősödés támogatására speciális programokkal az érintett, nyugdíj előtt álló korcsoport számára, kezdve az interjúalany által említett ingyenes uszoda és egyéb sportbérletek juttatásán keresztül más az idősödésre és ezen folyamat során az aktivitás és önállóság megőrzésére kapacitáló programokkal, ismeretbővítő előadásokkal/kerekasztal beszélgetésekkel.

4 interjúbeszélgetés alkalmával is említették, hogy a primer prevención túl az idősek nappali ellátása a szekunder prevenció színtereként is funkcionál, az ellátottak állapotváltozásait a szakemberek figyelemmel kísérik, és azonnal jelzik, így amennyiben más ellátások bevonása is szükségessé válna (akár egészségügyi ellátásoké), esetleg jelentős gondozási szükséglet jelentkezne, úgy azt azonnal visszajelzik az ellátottnak és családjának, segítséget nyújtva más típusú ellátás igénylésében. Így a nappali ellátásban dolgozók egyfajta jelzőrendszeri tagként is funkcionálhatnak. A szociális alapszolgáltatások biztosítása, az ellátottak ebben a rendszerben tartása, ezáltal a szakosított ellátások szükségességének és igénybevételének időbeli „eltolása” fontos szerep mentális és fizikális jóllétük megőrzése, és a fenntarthatóság szempontjából is.

4.2.2.4 A COVID-19 járvány okozta ellátórendszeri változások kezelése? A változások ellátottakra és a szakemberekre gyakorolt hatása

A koronavírus első hullámának terjedésével a legtöbb ország a járványnak fokozottan kitett idős lakosság számára személyes kapcsolataik minimálisra csökkentését javasolta a fertőzés veszélyének elkerülése érdekében. Magyarországon hivatkozva a 40/2020 Kormányrendeletre, az Emberi Erőforrások Minisztériuma által kiadott 'Útmutató a koronavírus terjedésének megelőzésére és a kockázatok csökkentésére a szociális alapszolgáltatásokban' c. dokumentum alapján 2020 március 11.-től felfüggesztésre került az idősek nappali ellátása szolgáltatás (Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2020/1). Az ellátás megszokott, személyes látogatásának szünetelése nem jelentette azt, hogy az idős személyeket támogatás nélkül hagynák, azonban komoly átszervezésekre és a szociális szektor maximális rugalmasságára volt szükség, hogy minden településen élő idős igénylő számára támogatást nyújtsanak a nappali intézményekben dolgozók. A települések idős lakosainak, köztük azoknak is, akik korábban idősek nappali ellátásában részesültek, lehetősége volt bevásárlásban, gyógyszerkiváltásban, ügyintézésben segítséget kérni a települési önkormányzattól. Ennek hatására meredeken emelkedett azon idősök száma, akik igényelték ezt a fajta támogatást, és miután a nappali ellátásban dolgozó kollégák feladatai közé kerültek be részben ezek a tevékenységek, így a feladatok minősége és mennyisége jelentősen megváltozott, növekedett. A korábbi intézményben zajló foglalkozások és közösségi tevékenységek helyét az ügyintéзések, bevásárlások lebonyolítása és a termékek ellátott lakására szállítása, a néhány perces védőfelszerelésben zajló beszélgetések, és a telefonon, lehetőség esetén online formában történő kapcsolattartások vették át.

Mind a 8 helyszínen hangsúlyozták az interjúalanyok, hogy az ellátottakat rendkívül megviseli, elsősorban mentálisan a bezártság és a karantén, illetve szeretnének minél hamarabb visszatérni az ellátás megszokott, személyes formájához. Az izoláció, a magány és sokuk számára az egyetlen napközbeni társaságot biztosító ellátás, az idősek nappali intézményének hiánya úgy érezték komoly károkat okoz az ellátottak esetében: *„Az biztos, hogy: nem tudom szebben mondani, de kezdenek egy kicsit bekattanni otthon a négy fal között, mindenféle inger nélkül, napi rendszeres program nélkül hónapok óta, ez nehéz lesz”*.

"Már nagyon szeretnék az idősök otthonról kijönni, és szeretnék, ha vége lenne a karanténnak. Igényük van a külvilágra és kérdezik, hogy nem lehet-e már kiscsoportban elmenni kirándulni."

Az idősök megfogalmazták a dolgozók felé, hogy az intézmény hiányában érzik igazán, mekkora szükségük van arra, hogy reggelente „legyen miért felkelni” és legyen egy megszokott közösség, ahol várják őket. Az ellátottak mentális állapotában bekövetkező negatív változásokat több interjúalany jelezte, volt intézmény, ahol a lezárások feloldását követően a vezető arra készült, hogy felülvizsgálják állapotukat, ugyanis attól tartott, hogy az elszigeteltség következtében abban már a szolgáltatás nyújtását érintő komoly változások következhetnek be. A gyenge és ritka kötésekkel rendelkező idősök izolációja, komolyan emelheti a depresszió kockázatát köreikben (Santini és mtsai., 2020). Azon idős személyek, akik kapcsolataik jelentős részét az ellátórendszeren keresztül ismerték meg, különösen nehéz helyzetbe kerültek a lezárások időszakában. Az interjúk közül az egyetlen demens személyek ellátást is vállaló nappali ellátás esetében a vezető elmondta, hogy a demens betegek szintén hiányolják a nappali ellátásban való személyes részvételt, azonban nem tudják olyan formában megfogalmazni ezt, mint más ellátottak, a megszokott elfoglaltság hiányában napjuk jelentős részében alszanak, pihennek, melynek hatására az éjszakáik nyugtalanabbak, ekkor hosszabban vannak ébren. Az életritmusukban bekövetkező változás az őket gondozó családtagok számára is nehézséget okoz, amellett, hogy napközbeni ellátásukat is meg kell oldania a családnak a szolgáltatás felfüggesztése miatt.

Az interjúalanyok elmondása alapján az ellátottak igen csekély része kérte, hogy ha személyesen nem megoldható a részvételük az ellátásban, akkor a szolgáltatás szünetelésének időszakában más formában ne keressék őket, abban a néhány esetben, ahol ez megtörtént, ott biztos és rendszeres családi háttérrel rendelkeztek az idős emberek. A szakértői interjúkon elsődlegesen a telefonos kapcsolattartást jelölték meg, mint a leggyakoribb forma, azonban 3 interjúalany jelezte, hogy a szolgáltatásaik egy részét sikerült már a járvány első hullámának idején online platformra helyezni. A szakértői interjúkat megelőzően még csak feltételezés volt, hogy a lezárások, és a kényszerű karantén, mely az idős korosztály számára különösen fontos volt, hatással lesz az IK eszközök használatára, és a szolgáltatás részben az info-kommunikáció adta lehetőségekkel az online térbe kerül át. Ez a feltételezés az interjúk során megerősítést

nyert. Az interneten keresztüli kapcsolattartás és szolgáltatásnyújtás tartalma és komolysága változatos volt, előfordult olyan intézmény, ahol a bázist a telefonos kapcsolattartás mellett a Messenger nevű csevegőprogram alkalmazása adta, másutt egy már korábban létrehozott, zárt Facebook csoportot használtak a szakemberek és az ellátottak. Ebben a csoportban minden csütörtökön előre rögzített videókkal jelentkeztek a dolgozók (beszélgetések, kvízek, versek, felolvasások) ezeket töltötték fel és az ellátottak a csoportba belépve nézhették meg, illetve szólhattak hozzá, beszélgethettek róla. A járvány első hulláma alatt a legintenzívebb online jelenlét a közép-magyarországi régióban volt, habár itt az interjú alapján az ellátottak életkori megoszlása rendkívül heterogén, ennek ellenére aktívan használták az info-kommunikáció adta lehetőségeket, mely a kvantitatív adatfelvétel alapján is igazolható volt (a legmagasabb számítógép és internet ellátottsági eredmények ebből a régióból érkeztek). Számos jó gyakorlat és követendő példa valósult meg az ellátás online térbe implementálásának lehetőségével kapcsolatban. Hetente több alkalommal jelentkeztek a dolgozók a zárt Facebook csoportban olyan videóval, ahol egyikőjük különböző süteményeket sütött meg, ezután élénk diskurzus alakult ki a hozzászólások részben az ellátottak között, ki hogyan ismeri, hogy szokta az adott süteményt elkészíteni, mikor készítette el utoljára stb. A rendszeres testmozgást biztosító tornák is az online térbe kerültek át, heti többszöri élő bejelentkezések formájában tartották ezt meg az érdeklődőknek. A korábbi személyes idegennyelvtudást frissítő órák szintén online térben folytatódtak a lezárásokat követően, illetve megvalósítottak egy olyan jó gyakorlatot, melyben az aktív idősödéshez szorosan kötődő önkéntes munka és info-kommunikációs ismeret kapcsolódott össze. Az ellátottak videóra rögzítették, ahogy meséket olvasnak fel, majd ezeket elküldték az ellátásban dolgozóknak, akik a szükséges engedélyekkel továbbították olyan szülőknek, akiknek a bölcsődés és óvodás gyermekei otthon voltak, hiszen ezek az intézmények is felfüggesztették a szolgáltatást. A videón érkező mesék lejátszásával a gyerekek szabadidejét részben lekötötték, így tehermentesítve a velük otthonmaradó szülőket.

Az ellátottak mellett az ellátás megszokott formában történő biztosításának megváltozása komoly hatást gyakorolt a szakemberek, dolgozók hétköznapijaira is. Feladataik jellege átalakult, míg korábban az idősek nappali ellátásának fókuszában az ellátott intézménybe való behívása állt, és cél volt, hogy a szolgáltatást őt kimozdítva biztosítsák, mobilizálják. Addig a karantén és a járvány hatására a szolgáltatást a lehetőségekhez mérten

átmenetileg az ellátottak otthonában kellett biztosítani. A bevásárlás, ügyintézés, gyógyszerek beszerzése, nem kizárólag a megállapodással rendelkező ellátottak számára volt biztosítva, hanem más településen élő idős személyek is jelezheték igényüket erre a járvány időszakában. A fix napirend hiányát nehezítő körülményként említették, bármikor érkezhettek olyan sürgős hívás, amely miatt azonnal gyógyszerre volt szüksége valakinek, ilyenkor a dolgozóknak rögtön indulnia kellett. Voltak olyan helyszínek, ahol jelezték, hogy az idősek nappali ellátásában dolgozó kollégák egy részét (elsősorban, akik rendelkeztek gondozási tapasztalattal) a házi segítségnyújtásba vagy akár idősek otthonába helyezték át, mert a megbetegedések okán, ott is jelentős munkaerőhiány alakult ki. Az áthelyezések komolyan megviselték a dolgozókat, tartottak tőle, hogy ők maguk fertőzik meg az időseket, vagy akár munkájuk során fertőződnek meg, és adják át a betegséget családtagjaiknak. Az egyik közép-dunántúli interjúalany elmondta, hogy az ő intézményüket ún. karanténközpontként használták, azaz a kórházból kikerülő szakosított ellátásban élőket helyezték el átmenetileg itt két hétre, ezt követően térhettek csak vissza a saját intézményükbe, mikor már biztos volt, hogy semmilyen fertőző betegségben nem szenvednek. 3 interjúban is kiemelték a vezetők a szakmai dolgozók rendkívüli rugalmasságát, melyet a váratlan helyzetben tanúsítottak, azonban ennek ellenére úgy érezték, hogy az ágazati, illetve magasabb vezetői szinteken nem került elismerésre sem szóban, sem pedig anyagi juttatás formájában. Az egyszeri anyagi juttatásként a járványidőszakban tanúsított munkájukat honorálva az egészségügyi dolgozók meghatározott pénzösszegű jutalomban részesültek, melyet a szociális ágazatban dolgozók nem kaptak meg, meghatározott számú extra szabadnapban részesültek, melyet azonban a munkaerőhiány okán nem tudtak kivenni (Szociális Munka Napja 2021 Konferencia, Boros Péterné plenáris előadása).

4.2.3. A kvalitatív adatgyűjtés első adatfelvételének összefoglalása, tapasztalatok a szakértői interjúk alapján

A kvalitatív adatfelvételek első szakaszát jelentő szakértői interjúk során az ellátásban vezető munkakört betöltő személyekkel készültek félig strukturált telefonos interjúk. A COVID-19 járvány hatására szükség volt az interjúk előzetes tervét átdolgozni, mely elsődlegesen abban nyilvánult meg, hogy a személyes adatfelvételek helyett telefonon keresztül, az írásbeli hozzájárulásokat követően hangrögzítéssel zajlottak a beszélgetések,

továbbá egy eredetileg nem tervezett, a kialakult járványhelyzeti változások miatt azonban erősen indokolt kérdéscsoport került beépítésre.

Az intézmények tárgyi és épületeket érintő feltételei változatos képet mutatnak, azonban kiemelendő, hogy függetlenül attól, megyeszékhelyeken, nagyvárosokban helyezkednek-e el, kevés vezető jelezte, hogy az épületet érintően maximálisan elégedett lenne az intézmény adottságaival. Több helyen okoz problémát az ellátásban szervezett programokhoz, foglalkozásokhoz szükséges alapanyagok, tárgyi feltételek folyamatos biztosítása, gyakran nem megoldott teljes mértékben az akadálymentesítés (csak mobil eszközök állnak rendelkezésre, vagy azok sem), illetve maga az intézmény épülete nem akadálymentes környezetben található, mely jelentősen megnehezíti az ellátottak önálló bejutását. Mindez az aktív idősödés lehetőségének szempontjából komoly hátráltató tényező lehet, amennyiben egy ellátott a nem, vagy nem megfelelően akadálymentesített környezet miatt szorul ki egy ellátásból.

A helyközi közlekedést, így a szolgáltatás igénybevételének segítségét tenné gördülékenyebbé a szállítás intézményen belüli megoldása, mellyel indokolt esetben az ellátott lakóhelyéről a szolgáltatásba majd délután onnan lakóhelyére utazhatna, ehhez nem kellene tömegközlekedési eszközt vagy családtag, ismerős segítségét igénybe vennie. A szállítás, mint akár szolgáltatási elem, ellátásba integrálásával a települési akadálymentesítés hiánya is részben áthidalható probléma lenne az ellátáshoz való eljutás szempontjából.

A települési szintű akadálymentesítés hiányosságaira több interjúban utaltak, mely témában ún. idősbarát városok-terek-közösségek elképzelése mentén számos nemzetközi jó példa található, a települési szintű akadálymentesítés hangsúlyozása az aktív idősödés érdekében egy elterjedt és sokat kutatott terület (WHO, 2007; Phillipson, 2011; Széman, 2016).

Az interjúk során megjelent a speciális, demens személyek számára biztosított nappali ellátás férőhelyszámainak hiánya, a bevont régiós központokban az intézmények csupán fele jelezte, hogy nyújt szolgáltatást és biztosít férőhelyet demens idős ellátottak számára. Esetükben a pandémia okozta nappali ellátást is érintő szolgáltatás felfüggesztés rendkívül komoly problémát generált, az ellátottak mellett az őket gondozó családtagok számára is.

Az ütköző szolgáltatások okozta probléma általános volt az interjúalanyok körében. Amennyiben nem is a teljes házi segítségnyújtás szolgáltatás kapcsán, de a házi segítségnyújtáson belül kizárólag az ún. szociális segítség csoportjába tartozó támogatást igénylő ellátottak körében javasolt lenne a két érintett szolgáltatás párhuzamos igénybevételére lehetőséget biztosítani, hiszen elengedhetetlen, hogy ameddig az ellátottak igényei kielégíthetők otthonközeli ellátásokkal, azokat saját otthonukban vagy a helyi nappali ellátásban kapják meg akár több szolgáltatás párhuzamos igénybevételével. E tekintetben az ütköző szolgáltatások dilemmájának feloldása, az ellátottak számára a szolgáltatások minél hosszabban megszokott környezetükben való biztosítása miatt az aktív idősödés koncepcióját támogató fontos fejlesztés lehetne.

Az aktív idősödés elképzelését pozitív fogadtatás jellemezte, minden interjúalany fontosnak tartotta, csupán annak hazai rendszerben történő megvalósíthatóságával kapcsolatban merültek fel kételyek. Az önkéntesség és hasznosság érzése, az oktatásban-képzésben való részvétel és az info-kommunikációs eszközök megléte, használatuk ismerete az, amelyre a legtöbb esetben az aktív idősödés szinonímájaként gondoltak.

Az idősek nappali ellátásától kissé eltávolodva megjelent a prevenció és az aktív idősödés kapcsolatának lehetősége, mely esetben fontos lenne egyrészt az ellátásba a lehető legtöbb potenciális idős személyt bevonni, ezzel állapotuk és az abban bekövetkező változások a szakemberek részéről figyelemmel kísérhetővé válna. Emellett pedig a primer prevenció keretében számos előnnyel járna a nyugdíj előtt álló generáció elérése, és motiválása aktivitásuk és önállóságuk hosszabb távú megőrzése érdekében. A primer prevenció ezen színterét javasolt lehet külön választani az idősek nappali ellátásától, mert az interjúk alapján a még aktív korú, de néhány éven belül nyugdíjas személyek esetében kapcsolódhat egyfajta negatív sztereotípiához a szociális alapszolgáltatáshoz.

A járvány hatására komoly változások következtek be mind az ellátottak, mind pedig a dolgozók mindennapjaiban, melyet nehezen viseltek. Minden interjúalany kitért arra, hogy az ellátottakat, elsősorban mentálisan, nagyon megviseli a bezártság és izoláció. Több intézményben tartottak az emiatt várható fizikális állapotromlástól, ennek elkerülése végett, leggyakrabban telefonon keresztül tartották a kapcsolatot velük, ahol segítséget igényeltek bevásárlásban, ügyintézésben, ott ebben is támogatták őket. A szolgáltatás bizonyos részeit próbálták online platformra, elsősorban a Facebook és a hozzá kapcsolódó csevegő felületre integrálni. Ennek sikeressége nagyban függött az

ellátottak ehhez szükséges tárgyi ellátottságától (számítógép/laptop/tablet esetleg okostelefon és internetkapcsolat), illetve ezen eszközök ismeretétől, melyet az interjúalanyok az életkorral és iskolai végzettséggel hoztak összefüggésbe. Az ellátásban dolgozó szakemberek számára a COVID-19 okozta átalakulások az ellátottakhoz hasonlóan jelentős változásokat eredményeztek. A felfüggesztett szolgáltatás miatt munkakörük, munkafeladataik megváltoztak, melyet változóan fogadtak. A felfüggesztett szolgáltatások ellenére folyamatosan dolgoztak, egy részük a karanténba vonuló idősök számára végezte a szükséges ügyintézéseket, illetve több esetben előfordult, hogy házi segítségnyújtásba vagy idősök otthonába helyezték át a nappali intézményben dolgozókat, mert ezeken a helyeken is pótolni kellett a betegség miatt kieső szakembereket. A megváltozó feladatok, és folyamatos rendelkezésre állás, illetve a járvány időszakában a szakértői interjúk felvételének végéig tartó folyamatos munkavégzés mellett sem történt meg más ágazatokkal szemben a szociális szektorban dolgozók kormányzati szintű elismerése.

4.3 A kutatás harmadik fázisa: a kvalitatív fókuszcsoportos interjúk során készült adatok feldolgozása

A kvalitatív adatgyűjtés második, záró szakaszára 2020 szeptembere és 2021 májusa között került sor. A COVID-19 járvány első hulláma során a 40/2020 (III.11) Kormányrendelet értelmében Magyarország Kormánya elrendelte a veszélyhelyzet kihirdetését, melyhez az Emberi Erőforrások Minisztériuma által 2020. március 18-án kiadott ún. 'Útmutató a koronavírus terjedésének megelőzésére és a kockázatok csökkentésére a szociális alapszolgáltatásokban' c. iránymutatás értelmében a szociális alapszolgáltatások körébe tartozó nappali ellátások személyes látogatását az ellátottak részéről felfüggesztették (Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2020/1). Az önálló életvitelük fenntartásához szükséges szolgáltatásokat nagyrészt az idősök nappali ellátásában dolgozó munkatársak biztosították az ellátottak számára, úgy mint: bevásárlás, csekk befizetés, gyógyszerkiváltás. A járvány csillapodásával a Kormány a 2020. évi LVII. tv.-el 2020. június 17-én megszüntette a veszélyhelyzetet, melynek következtében az idősök nappali ellátása is részben a járvány előtti működéssel tudott folytatódni. A részleges visszarendeződés könnyítése érdekében az Emberi Erőforrások Minisztériuma 2020. július 3-án kiadta az 'Útmutató a koronavírus terjedésének megelőzésére és a kockázatok

csökkentésére a szociális alapszolgáltatásokban, valamint a család-, és gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó intézményekben' nevű dokumentumot (Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2020/2), mely összhangban a veszélyhelyzet feloldásával lehetővé tette, hogy az ellátottak maximum 50%-a a megszokott módon, személyesen az intézményben vegye igénybe a szolgáltatást.

A veszélyhelyzet feloldását követően az idősek nappali ellátásában dolgozó szakemberekkel egyeztetett fókuszok adatfelvételei tervezetten személyes formában zajlottak volna. 2020 ősz elején azonban a járvány újbóli erősödésének és második hullámának kezdetén a fókuszcsoportos interjúk adatgyűjtéseinek áttervezése szükségessé vált. A kutatásba bevont régiós központokban található intézmények esetében 2020 szeptember első felében a közép-magyarországi régió veszprémi intézményében még személyes formában valósult meg a beszélgetés, ezt követően minden fókuszcsoportos interjú online felületen az ún. Zoom program segítségével került lebonyolításra.

4.3.1. A fókuszcsoportos interjú mintavételének jellemzői

A korábbi 8 helyszínről történő adatgyűjtéssel szemben csupán 7 helyszín esetében sikerült az online fókuszcsoportos interjúkat elkészíteni, az egyik keleti régió központjában működő intézmény nem tudta biztosítani a technikai hátterét az online beszélgetésnek. Az elkészült fókuszcsoportos interjúkban összesen 33 fő idősek nappali ellátásában dolgozó szakember vett részt, melyek intézményenként 4-6 fő bevonásával zajlottak, egyetlen intézmény esetében volt csupán 3 szakember jelen, melynek okaként az intézmény vezetője a megnövekedett munkaterhelést, és a munkaerőhiányt jelölte meg. A bevont szakemberek többsége gondozói vagy ápolói munkakörben dolgozott, rajtuk kívül néhány interjúalany terápiai vagy szociális munkatársi pozíciót töltött be. A fókuszcsoportos interjúkról a szükséges írásbeli hozzájáruló nyilatkozatokat követően hangrögzítés készült, melyből tartalmi rögzítést követően a szakértői interjúk adatfeldolgozása során is alkalmazott tematikus feldolgozással kerültek elemzésre és bemutatásra az eredmények.

4.3.2. A kvalitatív fókuszcsoportos interjúk eredményei

4.3.2.1 Az idősek nappali ellátásának jelentősége és az igénybe vevők jellemzőinek változása

a) Az idősek nappali ellátásának jelentősége és helye az ellátórendszerben

Az idősek nappali ellátásának jelentőségét minden kutatásba bevont intézményben megerősítették. Elsődlegesen a közösséghez tartozás (4 helyszín esetében is felmerült) ezáltal pedig az izoláció és elmagányosodás elleni küzdelem fontos színhelyként mutatták be. Egy fókuszcsoportban megjegyezték, hogy egyértelműen látható a különbség, ha egy idős emberhez alig szól valaki egy nap, vagy ha közösségben töltheti el idejét. A társadalmi részvétel egyik mikro színtere lehet az idősek nappali ellátása, mely ebben a tekintetben fontos színhelye az aktív idősödésnek. Az említett pozitív hozadékok között megjelent többek között, hogy az ellátottak hasznosan töltik napjuk jelentős részét, van miért reggel felkelni, ezt követően összekészülni, és elindulni. *„A napirendjük része (az idősek nappali ellátása), tegnap fogalmazták meg, hogy olyan jó, hogy ránézek az órára és van miért felkelni, lemosakodni, felöltözni, terveket...elgondolkodni, szóval ez nekik része az életüknek, ez egy fontos része, mert hogy van miért. Várják őket valahol, tudják, hogy szükség van rájuk, hogy hiányoznak valakiknek. A hasznosságérzés, hogy együtt vannak, alkotnak, dolgoznak, beszélgetnek.”* Az intézmény olyan helyszín, ahol változatos programokban vehetnek részt, nem csupán a családtagjaiktól vagy más esetben egy házi segítségnyújtás formájában lakásra kikerülő gondozónőtől kapnak visszacsatolást, hanem kortársaktól, más ellátottaktól is. Folyamatosan új ingerek érik őket, ami pozitív hatást képes gyakorolni mentális állapotukra és ezáltal jóllétükre is.

Az ellátás hasznosságának feltárásakor a szakértői interjúkhoz hasonlóan gyakran említésre került a prevenció jelentősége különböző szinteken. A betegségek megelőzésével és a kialakuló betegségek, problémák korai felismerésével kapcsolatban szekunder prevencióról elsődlegesen akkor beszéltek a szakemberek, amikor jelezték, hogy sok esetben az ellátottakat saját családtagjaiknál is jobban ismerik, bármilyen apró változást képesek észrevenni fizikális és mentális állapotukban, így a lehető legkorábban jelezni azokat: *„Azt szoktam mondani, hogy azt észreveszem, ha máshogy csillog a szeme”.* Tercier prevenció esetén az interjúban leginkább a már kialakult betegségek, állapotok szinten tartására helyezhető nagyobb hangsúly, melyre jó példa lehet a demens

idős személyek nappali ellátása, itt a progrediáló kórkép ellenére kifejezetten az állapotuknak megfelelő egyéni és csoportos foglalkozásokkal tudják a betegség lefolyását enyhíteni, illetve a lehető leghosszabban szinten tartani az időseket.

Az idősek nappali ellátásában kialakuló baráti vagy akár párkapcsolatok komoly és intenzív támaszokat jelenthetnek egymás számára, sok esetben hétvégéken és délutánokon is találkoznak az intézményi programoktól teljesen függetlenül. *„Nem beszélve arról, hogy a közösséghez tartozás élménye az meg itt teljesedik ki, mert hogy valóban úgy van, hogy elmagányosodnának, egyedül az embernek nem jó, itt barátokat találnak, van, aki élettársat, óriási eredmény, tényleg, nagyon nagy dolog a mai napig, egy csoda, hogy két magányos emberből lett egy pár, tehermentesítve ezzel a hozzátartozókat meg saját maguknak adva még éveket, életet.”*

Példaként került említésre, hogy vannak intézmények, ahol a fiatalabb ellátottak segítik az idősebbeket az egyszerűbb ügyintéзések, bevásárlások lebonyolításában.

A családok számára is komoly segítséget jelenthet a vizsgálatba bevont helyszíneken az idősek nappali ellátása, hiszen tudják, hogy az idős személy az intézményben való tartózkodás idejére megbízható helyen van, ahol képzett szakemberek veszik körül és figyelnek rá. *„...hát meg biztonságban érzik a szüleiket, hogy most itt vannak, hogy ellátás van felügyelet van rajtuk és mégsem egyedül ülnek otthon és ők nyugodtan tudnak addig dolgozni.”*

Ennek jelentősége az egyik fókuszcsoportos interjú alapján a COVID-19 járvány miatt felfüggesztésre került szolgáltatás idején mutatkozott meg, elsősorban a demens személyek vonatkozásában, hiszen az ellátás hiányában ők otthonukban maradtak, ahol napközbeni felügyeletüket családjuknak kellett megszerveznie, ez pedig a visszajelzések alapján komoly nehézséget okozott számukra.

b) Az ellátottak jellemzőinek változása

A nappali ellátásban megjelenő ellátottak változása, jellemzőik szükségleteik alakulása az elmúlt években komoly átalakulást mutatott, az adatfelvételbe bevont helyszíneken készült interjúk mindegyikében jelezték, az évek óta ellátásban dolgozó kollégák, hogy az újonnan érkező idős ellátottak igényei, szükségletei és mentális-, fizikális állapota változik és eltér a korábban megszokottól. Mindez a demográfiai változással együtt alátámasztja az idősek nappali ellátásának hosszú ideje egységes struktúrájában az átalakítások szükségességét. *„Akik ezután lesznek nyugdíjasok, azok már ilyen*

modernebb nyugdíjasok, hogy több okostelefon, több számítógép, ugye meg volt, aki kapott ilyen lehetőséget, hogy számítógép használathoz órákat adtak neki, ők már hiába idősek, de mégis más, más generáció, más igényeik vannak.” Lokális szinteken több régiós központban jelezték, hogy az intézmények által biztosított szolgáltatások szempontjából próbálnak reagálni a változó szükségletekre, mindezt azonban az ellátottak változatos életkora, melyet a kérdőíves adatfelvétel is alátámasztott, megnehezít. A fiatalabb és idősebb idős korcsoportja is képviselteti magát az ellátásban, és míg a fiatalabb, közvetlenül nyugdíjazást követő néhány évben belépő ellátottak nyitottak például az info-kommunikációs eszközök vonatkozásában is és szeretik a nagyobb aktivitást igénylő programokat, addig az idősebb idős csoportjához tartozók egy része kifejezetten az intézményen belül megtartott, nyugodtabb rendezvényeket, beszélgetéseket, kézműves foglalkozásokat részesíti előnyben. A közös pont a bevont szakemberek szerint az ellátottak igényeit tekintve a közösség és társaság iránti folyamatos, változatlan igény. A változatos szükségletek kielégítésére az intézmények részéről különböző megoldások születtek, voltak helyszínek, ahol a klubok összetételét úgy próbálták meg alakítani, hogy ott inkább idősebb vagy inkább fiatalabb ellátottak legyenek, így az igények is könnyebben összeegyeztethetők voltak, míg más helyen ezzel szemben azt látták hatékony megoldásnak, ha „vegyes” összetételű csoportokkal működtek, mert így a valamivel aktívabb, jobb állapotú, fiatalabb idős emberek motiválták az idősebbeket olyan intenzívebb, újszerű programokban, például jóga, való részvételre is, amelyben maguktól nem biztos, hogy részt vettek volna. Az intézmények működését a visszajelzések mentén a vezetőség dinamikussága, és új elképzelések felé való nyitottsága is befolyásolta.

Több beszélgetés során jelezték, hogy az új igényekkel belépő fiatalabb idős idősösségében mégis kevesebben jelennek meg az ellátásban, mint korábban. Három helyszínen kifejezetten az egyre idősebb ellátottak megjelenését emelték ki. Ennek okát a dolgozók részben úgy fogalmazták meg, hogy a fiatalabb idős embereket nehezebb behívni az ellátásba, mert családjaik részéről komoly szükség mutatkozik, hogy intenzíven bevonják őket a teendőkbe és kéri a segítségüket az unokák és háztartás körüli teendők ellátásában. A család részéről érkező igény erősebb, így ezek az idős személyek vélhetően csak később tudnak csatlakozni az ellátáshoz. Ahol mégis megjelennek, ott

nem rendszeres résztvevői a szolgáltatásnak, inkább csak ad hoc jelleggel, az őket érdeklő programokra, foglalkozásokra érkeznek.

4.3.2.2 Az idősök nappali ellátásában a szolgáltatás működését és az aktív idősödés elképzelésének kialakulását befolyásoló nehézségek, problémák kategorizálása mikro/mezo/makro szinteken

Az adatfelvétel egyik fő célja volt az ellátásban jelentkező problémák fentebbi kategóriákba sorolása, mely a szakértői interjúk során az idősök nappali ellátását vezetők esetében is felmérésre került. Az ellátásban közvetlen idősökkel foglalkozó szakemberek véleményének bemutatását hasonlóan fontosnak gondoltam az ellátást vezetőik elképzelésének felméréséhez, mellyel így a két dolgozói szint meglátásai, a számukra nehézséget okozó állapotok, illetve a különböző hierarchikus szinteken az aktív idősödést befolyásoló tényezők összevethetővé váltak.

a) Mikro szintű problémák: A szakértői interjúkhoz hasonlóan a mikro szintű nehézségek megfogalmazásakor elsődlegesen a saját intézményi közegükben, közvetlen munkakörnyezetükben felmerülő nehézségek bemutatása történt, melyekre néhol lokális jó példákkal próbáltak reagálni.

- *Foglalkozásokra szánt keret:* A foglalkozásokra szánt keretösszeg több helyszínen problémát okozott. A rendkívül alacsony keretösszezből a szakmai dolgozók elmondása alapján nehéz egész évre kigazdálkodni az alapanyagokat: „*az az igazság, hogy nehéz, mert egy évben egyszer kapunk a foglalkozásokhoz való anyagra költhető bizonyos összeget, azzal nincs is probléma, csak azzal, hogy akkor nem biztos hogy olyan eszközöket, meg minden klub a maga profiljának megfelelően szerzi be az anyagokat, de az az eszköz véges, elfogy és hát igen kreatívnak kell lennie a dolgozónak ahhoz, hogy bármit is feltudjon mutatni...*”.

Ezen túl plusz idő és energia a dolgozók részéről, hogy minden lehetséges formában és fórumon megpróbálnak olyan anyagokat és eszközöket gyűjteni, melyeket felhasználhatnak a foglalkozások, kézműves alkalmak, rendezvények során. „*Igazából a foglalkoztatási anyag, amiből nem minden van, de mi nagyon kreatívak vagyunk és otthonról hozott dolgokból is működik, szoktuk mondani, ami másnak szemét az nekünk kincs*”. Az egyik régió esetében az egy ellátottra eső éves keret 1000 Ft volt, ezért minden fókuszcsoporthoz interjúba bevont dolgozó a mikro szintű nehézségek közül ennek feloldását említette a leginkább sürgetőnek.

A szakértői interjúkkal összekapcsolva fontos ennek a terepnek a vonatkozásában megemlíteni, hogy a probléma egy helyszín esetében az ellátást vezetőhöz is eljutott, ő is említette azt a szakértői interjú alkalmával, melyre lokális szinten úgy próbáltak megoldást találni, hogy az év közben kimerült foglalkozási keret feltöltésére az integrált intézmény vezetőségéhez pályázatot nyújthatott be az idősek nappali ellátását biztosító azon intézményen belüli klub, ahol erre szükség volt. Ezeket a pályázatokat általában pozitívan bírálta el a vezetőség.

Részben a foglalkozásokhoz kapcsolódó probléma, melyet már a dél-dunántúli régiós központban említettek, hogy rendkívül bonyolult és hosszadalmas adminisztrációval jutnak hozzá az általuk foglalkozásokra megrendelt alapanyagokhoz.

- *Épületek állapota, az intézmények belső felszereltsége:* Az épületek állapota és az intézmények felszereltsége is több esetben nehézséget okozott az ott dolgozóknak, illetve az ellátottaknak. Volt olyan demens idős személyek számára fenntartott klub, ahol a felújított épületben a második emeleten kaptak helyet, innen azonban rendkívül nehéz volt a sokszor nehezen mozgó ellátottakat lekísérni az udvarra. Két helyszín esetében is felmerült a régi, sokszor hiányos vagy eltört, elromlott bútorok használata, melyek cseréje nem volt megoldható az intézményben. Továbbá volt olyan helyszín, ahol az intézmény épülete egy tömbház garázsából és néhány hozzá kapcsolódó helyiségből lett átalakítva, ezért olyan alapvető adottságok hiányoztak, mint a kellő mennyiségű természetes fény napközben vagy a megfelelő szellőztethetőség.

Két régiós központban is jelezték, hogy folyamatban vannak, vagy éppen elindultak az intézményekhez kapcsolódó átfogó felújítások, melyektől a dolgozók komoly pozitív változásokat reméltek, mind az épületek állapota, mind pedig azok felszereltsége kapcsán. Bizakodóan nyilatkoztak a felújításokat követő tárgyi felszereltség pozitív irányú fejlődésével kapcsolatban is, úgy gondolták, hogy info-kommunikációs eszközökkel talán több fiatalabb idős csoportjába tartozót tudnak majd az ellátásba bevonni. Az újabb típusú info-kommunikációs eszközök és programok esetében a legtöbb helyszínen megfelelő számítógépekre és kellően gyors internetkapcsolatra gondoltak a résztvevők, esetleg az okostévé és projektor szükségessége merült fel, melyet a foglalkozásokba is betudnának

építeni, támogatva ezzel az ellátottak aktív idősödésének lehetőségét, az interaktívabb foglalkozásokat. Legegyszerűbb igények szintjén a kellő számú ülőbútor biztosítása is jelen volt, melyet a dolgozók mindig áthidaltak valamilyen módon, azonban az, hogy egy intézményben 30 ellátottra 8 fotel és 2 kanapé jutott, nagyban nehezítette a rendezvények és programok szervezését.

- *Szállítás hiánya, ellátottak ellátásba jutása:* A szakértői interjúkhoz képest kevésbé hangsúlyosan, azonban két interjú esetében mégis megjelent az ellátottak otthonukból intézménybe majd onnan hazajutásának nehézsége. A szakemberek szerint elsősorban a téli időszakban okoz problémát az idős ellátottak számára a közlekedés megoldása. Az egyik helyszínen ugyan volt ilyen szolgáltatás, mert demens idős személyek számára is biztosítottak nappali ellátást, esetükben pedig nem lehet megoldás a tömegközlekedés használata a gyakori eltévedések és bolyongás veszélye miatt, azonban egyre nagyobb igény mutatkozik erre a típusú segítségre, és egyre nehezebben tudják azt megoldani egyetlen gépjárművel. Fontos lenne, hogy a nem demens ellátottak is igénybe tudják venni ezt az ellátáshoz kapcsolódó támogatást, az akadálymentesítés biztosítása képes befolyásolni az egyén képességét és lehetőségét aktivitásának megőrzésére.

b) *Mezo szintű nehézségek:* A mezo szinten, azaz települési vonatkozásban megjelenő problémák száma a szakértői interjúk ugyanezen pontjához képest jelentősen kevesebb volt. Ennek oka lehet, hogy a települési szintű, azaz az önkormányzat, mint fenntartó szintjén zajló személyes egyeztetésekről és dilemmákról szóló diskurzusból a szakemberek gyakorta kimaradnak, ezekre jellemzően a szakértői interjúkba bevont intézmény vezetőket hívják be.

- *Kisebb létszámú intézmények (klubok) működtetése:* A növekvő igényeket az ellátásban dolgozók már tapasztalják, melyet visszajeleztek a beszélgetések alkalmával. A szakértői interjúk adataiból is láthatóan több intézmény sok ellátott fogadására rendelkezik magas engedélyezett férőhelyszámmal, azonban a nagyszámú ellátott viszonylag alacsony számú intézményben oszlik el. Ennek feloldására jelezték, hogy több, kisebb létszámú klub a településen területileg jobban elszórva, amellet, hogy jobban megközelíthetővé tenné a szolgáltatást az ellátottak számára, családiasabb légkört teremtene, személyre szabottabb szolgáltatást biztosítana és könnyebben megközelíthetővé tenné az ellátást.

- Kifejezetten ellátottaknak szervezett települési programok elmaradása: Egy helyszínen jelezték, a korábban megszokott és nagyon kedvelt kulturális programokra egyre kevésbé hívják az intézményt és ellátottait, annak ellenére, hogy korábban nagy sikere volt a településen élő nappali ellátásba bevont idősök körében: *„Még annyit szeretnék a település szinten hozzátenni a mondjuk úgymond idézőjelbe hiányosságokhoz, hogy az idősök napi hasznos időtöltéséhez valamikor sok ingyenes kulturális programot kaptunk, ez most ez megszűnt. Például olyan volt, amikor én idekerültem, hogy sorozatban jártunk a színházba a főpróbákra, ezer éve nem hívnak meg bennünket”*. A nem intézményen belül szervezett programok szervezése, és az ezeken való részvétel segítheti az ellátottak aktív idősödésének folyamatát, hiszen nem egy zárt csak általuk látogatott intézményben zajlik egy-egy program, hanem egy mindenki által látogatott, ezáltal számukra változatosságot biztosító helyszínen.

c) Makro szinten megjelenő nehézségek: A szakértői interjúk mentén, a makro szintet megtartva a szakpolitikai szintű nehézségeket vették sorra a dolgozók, melyek részben megegyeztek az ellátást vezetőikkel készült interjúk eredményeivel.

- *A szociális szektorban dolgozók bérhelyzete*: A szociális szektorban dolgozók bérhelyzetéről valamilyen kontextusban mind a 7 kutatásba bevont régiós központban zajló fókuszcsoport során említést tettek a szakemberek. Az olyan intézmények esetében is problémaként gondoltak rá, ahol az intézmény már komoly felújításon esett át, a vezetőség maximális támogatását élvezték az ellátottak és a dolgozók, és minden lehetséges szempontból próbálták támogatni a nappali ellátásban folyó munkát: *„Szerintem nálunk egyetlen egy nehézség van, szerintem itt az összes gondozási központban, a mi fizetésünk az egyetlen nehézség (többiek helyeselnék és nevetnek).”* Az alacsony bérek, komoly felelősség, és sok munka kapcsán úgy érezték a résztvevők, hogy a munkaerőhiány általánossá vált a szektorban, más szektorok (egészségügy, oktatás) magasabb bérek miatti munkaerőt elszívó hatása is érvényesült, és az alacsony számú dolgozóra így még egy komoly fluktuáció is nehezedett, folyamatosan cserélődő szakembergárdával. A gyakori fluktuáció megviseli az idős ellátottakat is, hiszen számukra az állandóság, különösen a velük dolgozó szakemberek személyének viszonylatában, fontos. A bérek helyzetének kérdése közvetetten hatással lehet az

aktív idősödés kialakulásának és fejlődésének intézményen belüli helyzetére, hiszen az alul fizetett, nem megbecsült munkaerő aligha tud foglalkozni olyan újabb megközelítések ellátásba implementálásával, mint az aktív idősödés és a prevenció.

- *Ütköző szociális alapszolgáltatások okozta nehézség:* A házi segítségnyújtás és az idősek nappali ellátásának egy napon való igénybevételének engedélyezését javasolták az egyik bevont terepen dolgozók. Szakmailag nem tartották indokoltnak, hogy azon személyek, akik nem kifejezett és folyamatos gondozási szükséglettel bírnak, választásra kényszerülnek a két szociális alapszolgáltatás egyazon napon történő igénybevételében. Amennyiben csak egyszerű napi tevékenységekben, például háztartási munkák, takarítás stb. szorul egy idős ember a házi segítségnyújtás támogatására, úgy ezt követően fontos lenne, ha részt vehetne a nappali ellátás nyújtotta közösségi programokon, foglalkozásokon. Ez akár állapotát is pozitív irányba befolyásolhatja, az aktív idősödés szempontjából kardinális társas és személyes tényezők fejlődését pedig támogathatja: *"Ha engednék, hogy a nappali ellátásban is részt vegyen (a házi segítségnyújtás mellett) elképzelhető, hogy nem romlana olyan gyorsan le az állapota, tehát hosszabb távon fenntartható a jelenlévő állapot."*

Az ütköző szolgáltatások ezen problémáját a szakértői interjúk során is több vezető jelezte.

4.3.2.3 Az ellátottak info-kommunikációs lehetőségei, ezen tudás megjelenése a vizsgált ellátásban

Az idősek nappali ellátásában megjelenő ellátottak info-kommunikációs eszközökhöz, jelen adatfelvételben elsődlegesen a számítógéphez/laptophoz/tabletához akár okostelefonhoz és internetkapcsolathoz, fűződő viszonyának vizsgálata több szempontból is fontos volt. Egyrészt az aktív idősödés több meghatározó faktorában intenzíven megjelenhetnek (társas tényezők, fizikális tényezők, egészségügyi és szociális szolgáltatások) másrészt az azt mérő aktív idősödés index részterületeiben is szerepelnek. A szakértői interjúk alapján, illetve a fókuszcsoportos interjúk ide vonatkozó, későbbiekben bemutatott része mentén is a COVID-19 járvány okozta változásokhoz történő alkalmazkodás egyik hatékony és járható útja volt ezen eszközök használatának ellátásba építése. A fókuszcsoportok közül 5 esetben jelezték a résztvevők, hogy

jelentősebb igény van az ellátottak részéről az info-kommunikációs technológiák használatára, megismerésére. Érzékelték, hogy a fiatalabb idős generáció, ha nem is profi, de általában alap szintű tudással rendelkezik ezeket az eszközöket illetően már ellátásba érkezésükkor. Többen családtagtól kapott okostelefonnal vagy számítógéppel rendelkeztek: *"Megkapták a családjuktól és nagy örömmel nagyon nagy aktivitással próbáljuk a beállításokat, hogy kell, mint kell, tehát még ez a technika is érdekli a nyolcvanon túliakat is úgymond, hogy az életüket megkönnyítsék és igen a kapcsolattartás miatt...Igenis érdekli őket."* Az idősebb idős korosztály esetében érzékelhető volt, hogy a COVID-19 járvány okozta lezárások és karantén időszakában kezdtek komolyabb érdeklődést mutatni az IK lehetősége iránt.

Több intézmény esetében próbálkoztak tanfolyammal, olyan oktatás szervezésével, melynek során a számukra még ismeretlen eszközök alapszintű használatát elsajátíthatták. Az info-kommunikációs eszközök használatának oktatásával az aktív idősödés index IK eszközök alkalmazására és a különböző képzésekben oktatásokban való részvételének területér is reflektálni tudott az intézmény. Az oktatások sikeresebbek voltak akkor, amikor külön-külön és nem csoportosan foglalkoztak a résztvevőkkel, így az oktatók, vagy ahogy két régiós központban is jelezték az oktatásba bevont fiatal diákok nagyobb figyelemmel tudtak lenni az ellátottak személyes igényeire, olyan ütemben tudtak haladni, ami megfelelő volt az idősek számára is. Az ellátottak egymást is motiválták az új technika elsajátítására, ha látták, hogy a nappali ellátásban sokan használják, akkor érzékelhető volt a növekvő igény részükről is annak elsajátítására.

A fókuszcsoporthozos beszélgetések során info-kommunikációs ismereteket befolyásoló életkori változó és a kérdőíves adatfelvételben tapasztalt más változók, például iskolai végzettség és a háztartás szubjektív jövedelmi helyzete mellett a beszélgetések során úgy tűnt, hogy a helyszínek, a dolgozók, és az intézmények vezetősége részéről tanúsított nyitottság is komoly hatással lehet arra, hogyan viszonyulnak, mennyire nyitottak az ellátottak ezen a területen.

4.3.2.4 A COVID-19 járvány okozta változások kezelése, a változó szolgáltatások hatásai

Míg a szakértői interjúk a COVID-19 járvány első magyarországi hullámának idején készültek, addig a fókuszcsoporthozos interjúk a hosszabb adatfelvételi időszak miatt már a

második és harmadik járványhullám idejét egyaránt magukba foglalták. Az időben korábbi fókuszcsoportok készítésekor érzékelhető volt az a felszabadultság, melyet az első hullámot követően visszavont korlátozások, és a szakértői interjúk során is jelzett felfüggesztett nappali ellátás feloldása okozott, azonban a dolgozók részben félelemmel tekintettek a jövőre, hiszen tudták, hogy amennyiben egy újabb erős járványidőszak következik, az újabb lezárásokat eredményezhet. A kutatásba bevont régiós központok jellemzően a 2020 július elején az Emberi Erőforrások Minisztériuma által kiadott Útmutató (Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2020/2) szerint jártak el, és annak megjelenésétől kezdődően újra fogadták azokat az ellátottakat, akik szerették volna személyesen igénybe venni a szolgáltatást. Azok az ellátottak, akik továbbra is otthonukban igényelték a segítséget (pl.: bevásárlás, ügyintézés, gyógyszerek beszerzése) természetesen ebben az első hullám alatt bevezetett speciális formában is részesülhettek benne. Az intézményekben való személyes jelenlétre vonatkozóan a minisztériumi Útmutatóra tekintettel csupán az ellátottak 50%-a tartózkodhatott zárt térben egyszerre. Azt, hogy mely ellátottak mikor vannak ott, és milyen forgó rendszert alkalmaz az intézmény, az ellátás vezetői és dolgozói alakították ki. Előfordult, hogy napi vagy akár heti váltásban cserélődtek az ellátottak, sok esetben pedig az intézmények épületének adottságai is befolyásolták ezeket a döntéseket, hiszen szűk, kis helyiségekkel rendelkező helyszíneken másként tudták elkészíteni a beosztást, mint a tágasabb terekkel dolgozó intézmények. A második hullámot követően szinte szünet nélkül érkező erős harmadik hullám a folyamatosan zajló fókuszcsoportos beszélgetésekben is érzékelhető volt. Ekkorra az ellátás újbóli felfüggesztése mellett döntöttek az intézményvezetők és fenntartók, az ellátottak már ezt megelőzően óvatosabbak lettek, többen lemondták a személyes részvételt és a második hullám erősödésével kérték, hogy újból az ügyintézésekben segítsenek nekik a dolgozók. Az egyik régiós központban jelezték, hogy ugyan az idősek nappali ellátását biztosító intézmények személyes látogatása a harmadik hullám megérkezésével újra szünetelt, de a speciális demens ellátotti csoportoknak szolgáltató intézmények még nyitva voltak. Úgy érezték, hogy a legnagyobb elővigyázatossággal, de a demens idős személyek fogadása és napközbeni ellátása csak legvégső esetben függeszthető fel újra, mert ez az ellátottak mellett a családtagokra is akkora terhet rótt az első hullámban, melyet nagyon nehezen viseltek.

a) A járványhelyzet ellátottakra gyakorolt hatása a szakmai dolgozók meglátásai szerint

A járvány első hullámának csillapodását követően a dolgozók elmondása szerint az idősek ellátottak az „utolsó percben” térhettek vissza a személyes formában történő igénybevételre. Állapotukat tekintve, több intézményben is jelezték, hogy romlást tapasztaltak. Előfordult, hogy úgy érkezett új kliens a szolgáltatásba, hogy az első hullám idején szükséges karantén annyira megviselte az addig teljesen független és önálló nyugdíjas személyt, hogy pszichiáter orvosa javaslatára keresett olyan támogató közeget, ahol társaságban lehet, így talált rá az idősek nappali ellátására.

Az első hullám idején a legtöbb helyszínen a telefonon keresztüli kapcsolattartás dominált, az ellátottak igényeihez alkalmazkodva, megbeszélte rendszereséggel keresték őket. Emellett a 3 intézményben olyan gyakorlatokat is bevezettek, melyek segítségével online felületen tudták tartani a kapcsolatot, elsősorban Facebookon, Messengeren keresztül. A szakértői interjúkban is jelzett zárt Facebook csoportok, és az oda feltöltött tartalmak, élő bejelentkezések visszaköszöntek a fókuszcsoportos beszélgetésekben is. Az info-kommunikációs eszközök nyújtotta lehetőségek iránti igény és nyitottság erősödött:

"Tényleg olyan kis utolsó szalmaszálakba is kapaszkodtak az idősek úgy velünk kapcsolatba, hogy na igen azért még itt vagyunk."

A korlátozások enyhítésével próbálták kihasználni a 2020 nyári időszakot, az 50%-os részvétel betartásával a szabadban szerveztek az intézmények több programot, melyek nagyon népszerűek voltak. A személyes látogatások alkalmával mind a dolgozók, mind az ellátottak tapasztalták, hogy megváltozott egymáshoz való viszonyuk, az idősek személyesebb dolgokat is elmeséltek a rövid beszélgetések alatt, melyekről az intézményben nem esett korábban szó.

Az ellátotti részről első hullám idején is tapasztalt folyamatos érdeklődés a visszatérés lehetséges időpontjára vonatkozóan az újbóli lezárásokat követően szinte azonnal megindult.

b) A járványhelyzet dolgozókra gyakorolt hatása

A szakmai dolgozók helyzete a járvány különböző hullámai alatt számos változáson ment keresztül. A folyamatos alkalmazkodás és az ismeretlen helyzet az első hullám idején némiképp jobban megviselte őket. Ekkor nem tudták, hogy mire számíthatnak, melyik

munkanapon milyen feladatokat bízunk rájuk? Ahogy a szakértői interjúk is megerősítették korábban, a nappali ellátás dolgozóinak egy része a házi segítségnyújtásba vagy a szakosított ellátásba került, a megbetegedések miatt ott kellett másokat helyettesíteniük. Másik részük a nappali ellátásban maradva folyamatos telefonos és online kapcsolatban volt az ellátottakkal, és a szükséges ügyintézéseket végezték számukra. Ahogy lelkileg megviselte őket a bizonytalanság, a fertőzéstől való félelem, hogy esetleg ők maguk fertőzik meg az ellátottakat vagy akár saját családtagjaikat, úgy a szakosított ellátásba, vagy házi segítségnyújtásba kerülő kollégák a fizikálisan megterhelő feladatokat emelték ki a fókuszcsoporthoz. A 12 órás műszakban végzett komolyabb fizikai megterhelést jelentő emelgetés, mosdatás akár pelenkázás megerősítő volt számukra. A 7 helyszín esetében az interjúk alapján látható volt az a tendencia, hogy a szakosított ellátásba vagy a házi segítségnyújtásba elsősorban azokat a kollégákat irányították át, akik gondozói/ápolói végzettséggel rendelkeztek, míg a nappali ellátásban általában azok maradtak, akik szociális vagy mentálhigiénés munkatársként voltak foglalkoztatva. Ahogy az ágazatban jellemző a dolgozók magasabb életkora (Gyarmati, 2021), úgy fontos azt látni, hogy több bevont intézmény esetében is gyakorlat: a korábban házi segítségnyújtásban dolgozók kerülnek át a nappali ellátásba, mely egy nyugalmasabb, fizikálisan valamivel kevésbé megterhelő terep, sokan várják ezt a váltást, mert elmondásuk szerint nagyon kimerülnek, és saját idősödésükkel is érzik, hogy egyre nehezebben bírják a klasszikus gondozói feladatokat ellátni. Ebben a helyzetben volt szükség részükről nagyon komoly rugalmasságra és nyitottságra, hogy (ha csak átmenetileg is) visszatérjenek korábban betöltött munkakörükhöz. A járvány első hullámában, majd az azt követő hullámok során mutatott áldozatos munka ellenére sem kapták meg a kellő megbecsülést, melyet a beszélgetések során is hiányoltak. Ezt a hálát az ellátottak, hozzátartozóik és egyes terepeken a fenntartók is maximálisan visszajelezték a dolgozóknak, volt, ahol fenntartói döntés alapján jutalmat kaptak a szociális dolgozók, ez azonban a bevont intézmények esetében nem volt általános tendencia. *„Hát fájt, megmondom őszintén fájt (hogy nem kapták meg a COVID-19 során az egészségügyi dolgozóknak biztosított egyszeri béren kívüli juttatást). Nem mondhatjuk, hogy nem kaptunk, kaptunk amit kaptunk (önkormányzattól 2020 nyarán és telén is kaptak jutalmat), mi perpillanat akkor még (az egészségügyi dolgozók számára a 275/2020 (VI.2020) Korm. rendelet idején) nem kaptunk semmit pedig az utcán voltunk, házi*

segítségnyújtásban dolgoztunk, a bentlakásos intézménybe lettünk átirányítva és mégis jöttünk, úgyhogy hát na, mindenki nézzon a lelke mélyére.”

Számukra az egészségügyi dolgozókhöz hasonlóan ágazati és kormányzati oldalról rendkívül sokat jelentett volna, ha elismerik az első hullám alatt végzett munkájukat, akkor is, ha az egyszeri egészségügyben dolgozók számára biztosított pénzjutalmat nem kapják meg. Egy fókuszcsoporthoz elhangzott, hogy a védőoltás felvételét sem biztosították számukra korábban, az alapszolgáltatásokban dolgozók ebben a vonatkozásban az oltást egységesen korábban felvevő szakosított ellátásban dolgozóktól is elmaradtak. Az adatfelvételek sorában elsők között szereplő intézményekben 2020 őszén a második hullám elején úgy érezték, hogy egy újabb lezárást, illetve az ellátás újbóli felfüggesztését jobban viselnék, mert tudták mire számíthatnak: *"Az első pofon a legnagyobb, aztán a többi lassan megszokod."*

4.3.3. A kvalitatív adatgyűjtés második adatfelvételének összefoglalása, tapasztalatok a szakmai dolgozói fókuszcsoporthoz interjúk alapján

A kvalitatív adatfelvételek, egyben a tervezett adatfelvételek utolsó adatgyűjtési időszakát jelentették a szakmai dolgozókkal készült fókuszcsoporthoz interjúk. Az interjúk során hangsúlyos volt a dolgozók közvetlenül ellátottakkal foglalkozó szintjének bemutatása, az általuk tapasztalt ellátási helyzetkép bemutatása. Célom volt az ellátórendszer különböző szinteken jelentkező problémáinak és nehézségeinek vizsgálata, melyek a hétköznapi munkában okozott problémák mellett gyakran az aktív idősödés megjelenésének és fejlődésének lehetőségét is akadályozták.

A szakmai dolgozók tapasztalták az elmúlt körülbelül 1,5 évtizedben az érkező új ellátotti csoportok jellemzőiben mutatkozó változásokat. Az aktív idősödés elképzelésére is reflektálva, úgy gondolták az új, sokszor fiatalabb ellátottak nyitottabbak, szívesebben vesznek részt olyan programokban melyek aktivitást, önállóságot kívánnak, és általában rendelkeznek egy biztos tudással az info-kommunikációs eszközökre vonatkozóan, ennek használatától nem tartanak. Az új ellátásba lépők számát kevesebbre becsülik, úgy érzik nehéz behívni a friss nyugdíjas korosztályt az ellátásba, pedig fontos szerep juthatna a még náluk is fiatalabb, nyugdíj előtt álló korosztály megszólításának, ezzel egyfajta megelőző funkciót betöltve. A megjelenő fiatalabb korosztály részéről megfigyelhető az igény egyfajta eseti szolgáltatásra mely az aktív idősödés egy új iránya lehet, és az erre

való nyitottság, illetve az ellátás ilyen irányú fejlesztése segíthet hatékonyabban elérni a még aktív, önálló, független idősebb korosztályt. Az önálló, független idős személyek szervezik saját életüket, akár önálló programokat a nappali ellátásból ismert más ellátottakkal, segítik családjukat, azonban az idősök nappali ellátása számukra a hét minden napjára kiterjedő, egész napos program helyett inkább egyfajta bázist biztosíthat, ahol szükség esetén szakszerű támogatást kaphatnak, ahová kérdéseikkel visszatérhetnek és igényeik mentén rendszeres vagy alkalmi programokon vehetnek részt. Az eseti igénybevétel és önállóság, illetve aktivitás mellett, az idősödő változó igényű és állandó ellátást igénylők esetében természetesen fontos, hogy a nappali ellátás szintén alternatívaként szolgáljon, és amíg a gondozási szükséglet erőteljes növekedése nem indokolja, tudjanak akár napi rendszerességgel is részt venni az intézmény foglalkozásain. Az ellátottak oldaláról megjelenő változatos igények okán fontos lehet az ellátás rugalmasságának növelése, a személyre szabott szolgáltatások irányába történő elmozdítása.

Az intézményekben hosszabb ideje jelenlévő és korosztály szempontjából idősebb ellátottak igényei jellemzően eltérnek a fiatalabb időséktől, a dolgozók számára kihívást jelent, hogy minden idős korosztályt megtudjanak szólítani és mindenki számára hasznos és izgalmas programokat kínálnak, mellyel kapcsolatban úgy fogalmazott az egyik résztvevő, hogy erre nekik is nagyon fel kell készülni, mert ellátotti oldalról sokszor passzivitást tapasztalnak.

Az intézmények az épületek alkalmassága és a rendelkezésre álló tárgyi feltételek vonatkozásában csak akkor vannak felkészülve a magas színvonalú, aktív idősödést is támogató szolgáltatásra, ha átestek felújításon. Amennyiben ez még nem történt meg úgy sokszor egyáltalán, vagy nem teljes egészében akadálymentesített környezetben tudják biztosítani az ellátást, mely erős szűrő arra vonatkozóan, hogy milyen állapotú ellátottak tudnak bejutni és szolgáltatást igénybe venni.

A különböző szinteken megjelenő nehézségek és problémák közül jellemzően azokat emelték ki, melyek közvetlenül befolyásolják munkájukat, mint például a foglalkozásokhoz szükséges eszközök gyakori hiánya, az ellátottak intézménybe majd otthonukba szállításának megoldatlansága. Utóbbi probléma miatt előfordulhat, hogy a gyenge települési szintű akadálymentesítés miatt más lehetőség hiányában potenciális ellátottak maradnak ki a szolgáltatásból, mely az aktív idősödés meghatározó területeire negatívan

hathat (társas tényező, személyes tényező, hozzáférés egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz). Mezo szinten a kisebb, családiasabb klubok preferálása jelent meg, melyben jobban tudnának az ott ellátottak igényeire reagálni, lehetőség lenne a személyreszabottság megteremtésére. Emellett az intézmény településének közösségi életébe való bevonódását tartották volna fontosnak a helyi kulturális programokra és rendezvényekre való hívásukkal. Ennek segítségével változatosabbá tudnák tenni a szolgáltatást és az idősök számára is aktívabb társadalmi részvételt generálhatnának. Makro szinten a szakértői interjúkhoz hasonlóan az ágazat rossz bérhelyzete és a részben ebből adódó munkaerőhiány, illetve magas fluktuáció került említésre. Míg ezek a korábban is jelzett problémák a napi munkavégzést és egzisztenciális helyzetüket nehezítik, addig komoly kérdéseket vet fel annak a szakmafejlesztési elhivatottságnak az elvárása, mely az aktív idősödés és prevenció támogatása szempontjából dolgozói oldalról is elengedhetetlen lenne.

Az info-kommunikációs ismeretek elsajátításának támogatása a COVID-19 járvány időszakában felértékelődött, a kapcsolattartás és a szolgáltatás egy jelentős része telefonon keresztül zajlott másik része a járvány miatt az online térbe került IK eszközök segítségével. Részben az ellátás iránti növekvő igények miatt, részben pedig az aktív idősödés elképzelésében és annak mérésére szolgáló indexben betöltött támogató szerepe miatt szükséges az intézmények tárgyi feltételei esetében az IK eszközök beszerzésére nagyobb hangsúlyt fektetni, a használatukhoz szükséges tudás elsajátítását támogatni.

A COVID-19 járvány okozta kiszámíthatatlanság, a fertőzés okozta félelem komoly negatív érzéseket váltott ki a dolgozókból, melynek kezelése ágazati szinten nem volt kellően hatásos. Ezt tudták enyhíteni, tompítani a helyi szintű fenntartói intézkedések és visszajelzések, melyekben szóbeli és anyagi támogatást biztosítottak a járvány hullámaiban is komoly szakmai teljesítményt nyújtó szociális dolgozóknak. A dolgozók számára a biztonság és kiszámíthatóság megteremtése, a szükséges rugalmas protokollok biztosítása, a stabil info-kommunikációs háttér rendelkezésre állása képesek lehetnek segíteni az olyan instabil időszakok áthidalását is, mint a még jelenleg is problémákat okozó vilá járvány vagy intézményeket is érintő rezsiválság.

5. Megbeszélés

A kutatás során a magyarországi személyes gondoskodást biztosító szociális szolgáltatások közül a szociális alapszolgáltatások csoportjában található idősök nappali ellátását vizsgáltam. Az érintett szolgáltatás lehetőséget biztosít, hogy azt saját megszokott környezetükben, közösségükben vegyék igénybe az ellátottak. Az ellátás egyik fő célja, hogy megszokott környezetükből, otthonukból ne legyen szükség tartósan ismeretlen helyre, akár intézménybe költözniük, azonban a közösség megtartó ereje, a napi rutin biztosítása a foglalkozásokkal, programokkal egyfajta struktúrát, otthonukból való kimozdulást, aktivitást, társas és társadalmi részvételt biztosítson számukra, mely pozitív hatást fejthet ki mentális és fizikális állapotukra, támogatva annak szinten tartását. Kutatásom tárgyát az említett szociális szolgáltatás és az aktív idősödés elképzelésének kapcsolata, az azt segítő vagy éppen gátló, nehezítő tényezők feltárása jelentette. Az adatfelvételek résztvevői a szolgáltatásban ellátottak, az ellátást vezetőik és az ellátásban közvetlenül kliens munkát végző szakmai dolgozók voltak. A vizsgálat helyszíneiként a magyarországi régiós központokban működő, önkormányzati fenntartású idősök nappali ellátását biztosító intézmények kerültek bevonásra. A közép-dunántúli régióban a régiós központ egy másik, a régióban található megyeszékhelyen szolgáltató intézménye is a minta részét képezte. Az adatfelvételek tervezésekor megfogalmazott kutatási kérdések, melyek mentén a kutatás tárgyát körbejártam, a következők voltak: a régiós központokban szolgáltatásban ellátottak mindennapjaiban az aktív idősödés koncepciójának meghatározói és mérésére szolgáló index részterületei, a mérőeszközfejlesztés során beépített más aktív idősödést támogató faktorokkal milyen súllyal képesek megjelenni és milyen összefüggéseket mutatnak; a bevont helyszíneken milyen strukturális feltételek, nehezítő körülmények határozzák meg az aktív idősödés kialakulását és erősödését az ellátást vezetőik és az ellátásban kliensekkel dolgozó szakemberek véleménye alapján; hogyan hatott a COVID-19 járvány az aktív idősödés lehetőségére a vizsgált intézményekben?

Az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának (ETT-TUKÉB) IV/354-1/2020/EKU engedélyező határozata értelmében a kutatás elvégzéséhez és a hozzá kapcsolódó adatfelvételekhez a bizottság hozzájárult.

Kutatásom során három adatfelvételt készítettem a megjelölt kérdések megválaszolására. Az adatfelvételek kevert módszertannal, kvantitatív és kvalitatív elemeket felhasználva készültek a magyarázó-egymásra épülő modell alapján (Király és mtsai., 2014), melyben a kiterjedt kvantitatív adatfelvételt erre reflektáló, és a gyűjtött adatokat mélyítő kvalitatív adatfelvételek követték.

Az adatfelvételek során a megfogalmazott kutatási kérdésekre kapott válaszok összefoglalása:

5.1. Az idősök nappali ellátása, mint az aktív idősödés és a prevenció lehetséges területe

Az idősök nappali ellátásának területi lefedettsége az országban nem teljes (KSH, 2015:3), azonban mivel 3000 főnél nagyobb lakosságszámmal rendelkező településeken törvényi előírás (Szt. 86.§ (2.) bekezdés b-pont) ennek megszervezése, a demográfiai változások, idősödés okán pedig sok esetben kisebb települések is nyújtják lakosaik számára, elterjedtsége jónak tekinthető más szociális szolgáltatásokhoz képest. Ezért, és mert az itt megjelenő ellátottak jellemzően nem, vagy nagyon alacsony gondozási szükséglettel rendelkeznek, életük nagyobb részében önálló, függetlenek és életkorukhoz mérten képesek az aktivitásra, az idősök nappali ellátása egyik elsődleges helyszíne lehet az aktív idősödést és prevenciót támogató szolgáltatásfejlesztésnek. Az idősök nappali ellátásának jelentőségét minden fókuszcsoportba bevont szakember megerősítette, elsődlegesen annak elmagányosodástól, izolációtól való megóvó jellegét, és az ellátottak társas, közösséghez tartozását emelték ki. Jelezték a vizsgált szolgáltatás társadalmi részvételt erősítő funkcióját, melynek segítségével célzottan hozzájárulhat az ellátottak aktív idősödésének elősegítéséhez. A dolgozók elmondása alapján maguk az idősök is érezték annak jelentőségét, hogy rutint és társaságot biztosít a nappali ellátás, van egy hely az életükben, ahová készülni kell, el kell indulni, és ahol várják őket, ahol nem csak alá-fölé rendeltségi viszonyban álló dolgozókkal, hanem társas támogatást nyújtó kortárs személyekkel kerülhetnek rendszeres interakcióba. A hasznosság érzése egy olyan kulcsfogalom volt, mely több beszélgetésben megjelent, jelentőségét egy korábbi kutatás is kiemelte (Orellana és mtsai., 2020).

Az ellátottak aktivitásának és önállóságának a megőrzése a szolgáltatásban való részvétel segítségével hozzájárulhat ahhoz a fajta prevencióhoz, mely támogatja az idős személyek minél hosszabban szociális alapszolgáltatásokban történő segítségét. Ha nem is teljesen

megelőzhető, de időben eltolható a szociális szakosított intézményekbe, elsődlegesen idősek otthonába való bekerülésük ideje, megszokott környezetükben idősödésük mentális és fizikális állapotukra is pozitív hatást gyakorolhat (Lee és mtsai., 2013; Seitz és mtsai., 2010). A szakosított ellátásra szorultság idejének megváltoztatása mellett az ellátást vezetőik és a szakmai dolgozók is hangsúlyozták, azonnal észreveszik, ha az ellátott viselkedése eltér a megszokottól, melyet jeleznek felé és a sokszor távol élő hozzátartozók felé is. Segítségükkel több esetben komolyabb betegségre derült fény, melyet a jelzésnek köszönhetően idejében kivizsgáltak.

Az aktív idősödés jelentését egyetlen vizsgált helyszín kivételével mindenütt ismerték, mely a fogalom szakmai köztudatba épülését igazolja, a nappali ellátás ennek mentén történő átalakítását, azaz a lehető legtöbb potenciális ellátott bevonását, az infokommunikációs eszközök nyújtotta lehetőségek és ismeretek erősítését, az ellátottak önkéntes tevékenységbe való invitálását emelték ki elsődlegesen ezzel kapcsolatban.

5.2. Az aktív idősödés mérését szolgáló index részterületeinek és faktorainak megjelenése az idősek nappali ellátásában, ezek hatása egymásra és más változókra

A kérdőíves adatfelvétel során a kutatásba bevont intézményekből 397 fő idősek nappali ellátásában résztvevő személy bevonása történt meg, a lehető legnagyobb elemszám elérése érdekében kényelmi mintavétel alkalmazásával. A kérdőívet kitöltő mintában meg kell említeni a női nem túlsúlyát, mely jellemző a szociális szolgáltatásokra (KSH, 2018/1). A minta szocio-demográfiai megoszlásait tekintve jelen kutatás is megerősítette, hogy a vizsgált intézmények a pár nélkül élőket (82,5%) érik el elsősorban, a párral élőket kevésbé, mely a prevenció és megelőzés szempontjából elengedhetetlen lenne, iskolai végzettség tekintetében az országos adatokhoz mérten felülreprezentáltak a középiskolai végzettséggel bírók, mely következhet a mintavétel régiós központok, így nagyobb települések szerinti lehatárolásából (KSH, 2011).

- Foglalkoztatás

A foglalkoztatás részterülete kifejezetten nagy hangsúlyt kap az aktív idősödés mérőeszközében, azonban tekintettel a hazai idős korcsoport alacsony munkaerőpiaci aktivitására és az eredeti AAI-t ért tudományosan megalapozott kritikákra, a részterület nem statisztikai adatok aggregálásával került bemutatásra, hanem két korábbi nagymintás Európai Uniói kérdőívvel átvett kérdés beépítésével. A válaszadók csupán 7,7%-a végzett

jövedelmet biztosító munkát a kérdezést megelőző 1 hét során, melyre elsődlegesen a csoportosított életkor, és a nem voltak hatással. A férfi válaszadók háromszor nagyobb eséllyel végeztek jövedelmet biztosító munkát, illetve az életkor előrehaladtával csökkent a jövedelemért munkát végzők száma. A hazai gyakorlatot tekintve és azt, hogy a jövedelmet biztosító munkavégzés gyakorisága nem feltétlen állítható párhuzamba egy idős személy aktív idősödésével (São José és mtsai., 2017), ezen terület jövőbeni magyar mintán történő vizsgálata különös körültekintést igényel.

A jövedelmet nem biztosító munkát végzők száma némiképp magasabb volt, a válaszadók 23,5%-a végzett a kérdezést megelőző héten ilyen tevékenységet. Az AAI-t ért korábbi kritikák szerint a túlzóan nagy hangsúly a jövedelmet biztosító munkán (Michel, 2019), és az egyéb munkának minősülő tevékenységek figyelmen kívül hagyása nem kellően megalapozott döntés. Jelen adatfelvétel során igazolódott ez a korábbi kritika, hiszen a jövedelmet nem biztosító munkát végzők aránya háromszor magasabb a jövedelmet biztosító munkát végzők csoportjához képest. Nem elhanyagolható tehát és bármilyen aktív idősödést mérő újonnan kialakításra kerülő eszköz esetén szükséges tekintettel lenni a jövedelmet nem biztosító munkavégzésnek minősülő tevékenységekre is.

A háztartás szubjektív jövedelmi helyzete elhagyva a korábbi erre vonatkozó összevont statisztikai adatot, egy újonnan beépített változó segítségével került vizsgálatra. A párral élők szignifikánsan gyakrabban jelezték, hogy kényelmesen vagy jól megélnék háztartásuk jövedelméből, mint a pár nélkül élők. A kitöltő életkora tekintetében minél idősebb volt a válaszadó, annál inkább elégedett volt háztartása jövedelmi viszonyaival. A szubjektív jövedelmi helyzetre globálisan figyelemmel kell lenni, hiszen az aktív idősödést támogató info-kommunikációs eszközök beszerzése, az idősek nappali ellátásában megszervezett, de az ellátottaknak külön költséget generáló, újdonságot jelentő programokon például jóga, senior tánc, való részvétel lehetőségére is komoly hatást gyakorol, melyet az interjúkban elhangzottak is alátámasztottak.

- Társadalmi részvétel

A társadalmi részvétel részterület az aktív idősödést mérő index második legmagasabbra súlyozott területe, mellyel a mérőeszközt készítőik annak jelentőségét kívánták hangsúlyozni. Vizsgálja a gyermek/unoka vagy idős esetleg rokkant hozzátartozó gondozásában való részvétel gyakoriságát, illetve az önkéntes tevékenységben való részvételt. A minta vonatkozásában tapasztalható volt, hogy a hozzátartozókról való

gondoskodás aránya alacsony, gyermekeiket/unokáikat gyakrabban segítik. Sem az életkor, sem a szubjektív egészségi állapot nem mutatott szignifikáns összefüggést a két tevékenységgel.

Az önkéntes tevékenységben való részvétel alacsony arányú volt a válaszadók körében, mely nem kizárólag a vizsgált minta vonatkozásában, de a teljes hazai lakosságra nézve is jellemző (Perpék, 2017). Habár a szervezeti önkéntesek száma Magyarországon jelentősen alacsonyabb, mint azon önkénteseké, akik nem szervezethez kapcsolódóan végzik a tevékenységüket, jelen kutatás során a nem szervezeti önkéntesség irányából való megközelítéssel is a minta csupán 10,5%-a kapcsolódik be ilyen tevékenységbe legalább havonta egy alkalommal. A kvalitatív adatgyűjtés során említésre kerültek helyi jó példák az önkéntesség ellátáson belüli gyakorlatával kapcsolatban, melyek ritka lokális gyakorlatoknak tekinthetőek. Tekintve, hogy a válaszadók körében a párral élők szignifikánsan gyakrabban vesznek részt ilyen tevékenységben, javasolt a szolgáltatásban átgondolni a pár nélkül élő ellátottak ezen tevékenységbe való bevonásának alternatív lehetőségeit, növelve ezzel a nappali ellátáson belül önkéntes munkát végzők arányát és így aktív idősödésük lehetőségét.

- Független, egészséges és biztonságos élet

A részterülettel az idős emberek önállóságát, fizikai biztonságát, különböző alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz való akadálymentes hozzáférését, fizikális aktivitását és meghatározott tárgyakkal való ellátottságát vizsgálják.

Az egészségügyi alapellátásokhoz való hozzáférés a vizsgált mintában NUTS2 nagyrégiók tekintetében az ország keleti felében szignifikánsan többször okozott problémát, ezen helyzet fejlesztése túlmutat az aktív idősödés lehetőségén, azonban hosszú távon szükséges törekedni a most már országosan egyre kevésbé jellemző, itt mégis fennálló kelet-nyugati megosztottság e területen való felszámolására.

A részterület egy másik fontos változója is szignifikáns kapcsolatot mutatott a régiós hovatarozással, és alátámasztotta az ország anyagi vonatkozású további kelet-nyugati megosztottságát. Ez a meghatározott tárgyakkal való ellátottság összetett változója, mely a különböző tárgyak és ingóságok birtoklását vizsgálta. A különböző tárgyakkal kialakított, súlyozott index érték alapján 3 csoportba kerültek a válaszadók: magas, közepes és alacsony ellátottságú. A kitöltők 57,3%-a az alacsony ellátottságú csoportba került, melyből a legtöbben a dél-alföldi régióban éltek, ezt követte a közép-dunántúli,

majd észak-alföldi terület. Az ellátottságban legkevésbé deprivált régiók a közép-magyarországi és nyugat-dunántúli területek voltak. Mivel a tárgyi ellátottsághoz az IK eszközökkel való rendelkezés is kapcsolódott, mely az aktív idősödés lehetőségét erőteljesen támogatja és a pandémia idején is fontos szerepet töltött be, így a keleti régiókban élőkre, illetve a közép-dunántúli ellátottakra ennek az adatfelvételnek az alapján különösen fontos tekintettel lenni. Speciális támogatásuk, akár pályázati rendszer útján, az IK eszközökhöz való hozzájutás szempontjából bírhat komoly jelentőséggel. A jövedelmi helyzet és az IK eszközök kapcsolatát támasztja alá, hogy annak hiányát a válaszadók közel 20%-a vezette vissza anyagi okokra. Több logisztikus regressziós modell építését követően vizsgálható volt, hogy az ellátott háztartásának internetkapcsolattal való ellátottsága a legjobban azon modell alapján volt becsülhető, mely a válaszadó iskolai végzettsége és életkora mellett, más aktív idősödés területéhez kapcsolódó változókat foglalt magába: sport-tesztelés rendszeressége, oktatásban-képzésben való részvétel rendszeressége és a szubjektív egészségi állapot.

- Képesség az aktív időskorra és támogató környezet

Az eredeti mérőeszközben itt elhelyezkedő várható élettartam és egészségben várható élettartam makro szintű elemzését elhagyva a mentális jóllét, az info-kommunikációs eszközök használata, azok gyakorisága és az ellátottak kapcsolatainak formájára, gyakoriságára vonatkozó kérdések kerültek felvételre. A mentális állapotot mérő 5 korábbi változóból főkomponens elemzéssel került kialakításra egy új, magas mérési szintű változó, magas magyarázott variancia értékkel (72,26%). A válaszadók mentális jóllétére hatással volt régiós hovatartozásuk és iskolai végzettségük is. Az aktív idősödés lehetőségét befolyásoló változók közül pedig az internet kapcsolat és a számítógép/laptop/tablet megléte, az önkéntes munkában való részvétel és a fizikai aktivitás is befolyásolta azt. A szintén „Képesség az aktív időskorra és támogató környezet” részterületébe integrált kapcsolatokkal foglalkozó kérdésblokk elemei mind a rokonokkal mind pedig a barátokkal/szomszédokkal csoportjainak vonatkozásában szignifikáns hatást gyakorolt a válaszadók mentális jóllétére. Közülük kiemelkedett a barátokkal/szomszédokkal való kapcsolat hatásának erőssége, mely alátámasztja a vizsgált csoport esetében ezeknek a típusú kontaktoknak a jelentőségét. A baráti kapcsolatok az idősök nappali ellátásában sok esetben az intézményben kialakult barátságokat is jelentik, ezek pedig láthatóan fontos szerepet játszanak a válaszadók

mentális állapotának alakulásában, alátámasztva ezzel az idősök nappali ellátásának jelentőségét.

Az aktív idősödés indexet ért kritikák okán a dolgozat 1.2.4 és 2.2.1 pontjaiban részletesen bemutatott indokokkal alátámasztva változtatások történtek az alkalmazott mérőeszközön, melynek részét képezte a korábbi megfogalmazott kritikák mentén új, az aktív idősödés folyamatát támogatni képes változók beépítése.

Az első ilyen változószett az akadálymentesítés témájára reflektáló kérdésblokk volt, melynek segítségével felmértem, hogy a válaszadók 25,2%-nak háztartásában történt bármilyen akadálymentesítést jelentő átalakítás, elsődlegesen a fürdőszobában, vagy az ingatlan belsőbb szobáiban. Az akadálymentesítés a válaszadók körében összefüggött azzal, hogy akadályozza-e őket mindennapi tevékenységeikben valamilyen betegség, rokkantság vagy tartós egészségi probléma, a szubjektív jövedelmi helyzet azonban nem hatott rá jelen vizsgálatban.

A vallásosságra/spiritualitásra vonatkozó területen a válaszadók kisebb aránya jelezte, hogy aktívan részt vesz vallási szertartásokon, bár nagyobb részük valláshoz vagy felekezethez tartozónak ítélte magát.

Az utolsó újonnan beépített bizalmas kapcsolatok számát mérő változó számos életminőséghez és jólléthez kapcsolódó, illetve az aktív idősödés területeihez köthető válasszal mutatott közepes erősségű kapcsolatot, úgy mint a szubjektív boldogság és egészség érzése, az oktatásban képzésben való részvétel, az info-kommunikációs eszközök megléte vagy az önkéntes tevékenységben való részvétel. Az, hogy valaki részt vett-e önkéntes tevékenységben az elmúlt fél évben szignifikáns pozitív hatással volt bizalmas kapcsolatainak számára.

5.3. Az idősök nappali ellátásában az aktív idősödés megjelenését befolyásoló tényezők

A régiós központokban és egy bevont megyeszékhelyen idősök nappali ellátásában dolgozó, ellátást vezetőikkel és az ellátottakkal közvetlen munkát folytató szakemberekkel félig strukturált interjúk és fókuszcsoportos interjúk készültek a kutatás második és harmadik adatfelvételi szakaszában. Az ellátottak mellett az ellátásban dolgozók kutatásba való bevonását azért tartottam fontosnak, mert így az aktív idősödés lehetőségének, és megjelenési területeinek vizsgálatába minden elsődlegesen érintett szereplő bevonásra került, átfogó képet nyújtva egy későbbi, esetleges szakpolitikai

beavatkozás és fejlesztés esetére. Mind a szakértői interjúk, mind pedig a szakmai dolgozói fókuszcsoporthoz tartozó interjúk adatfelvételeinek során a kutatás indulásakor tervezett adatfelvételi módszerekben változtatásokra volt szükség a megjelenő és megerősödő COVID-19 járvány okán.

Az idős emberek nappali ellátásában komoly problémát jelentett az ellátottak szállításának megoldatlansága, mind az ellátást vezető szakértők, mind az ellátottakkal közvetlenül dolgozó szakemberek jelzése alapján. Korábbi kutatás is alátámasztotta, hogy a nagyobb települések esetében elsődlegesen az intézmények közvetlen közelében élő idős személyek tudják zökkenőmentesen igénybe venni azokat a településen belül, azonban a távolabb élők számára ez már komoly nehézséget okoz (Fábián & Patyán, 2014). A szállítás, mint lehetőség a demens idős személyek nappali ellátását (is) biztosító intézmények esetében nagyobb eséllyel állt rendelkezésre, hiszen a demens betegek intézménybe való eljuttatása és hazajuttatása a betegség sajátos tünetei miatt önállóan, tömegközlekedés igénybevételeivel nehezen elképzelhető. A szállításban való segítséget nem kizárólag a demens betegség indokolhatja, az idős életkorban gyakori mozgásszervi betegségek, rokkantság, romló látás és egyéb fogyatékoságok mind alátámasztói annak, hogy az olyan alapvetően kiépített infrastruktúrával és jó tömegközlekedési hálózattal rendelkező nagyvárosok, mint a mintába bevont régiós központok sem mindig kínálhatnak alternatívát az ellátottak otthonából való nappali intézménybe majd onnan hazajuttatására. A kvalitatív adatgyűjtésekben több alkalommal jelezték, hogy tudják, a szállítás hiánya miatt vannak olyan idős személyek, akik nem tudnak megjelenni az ellátásban, pedig szívesen részt vennének abban. Potenciális idős személyek jelen esetben az aktív idősödést meghatározó szociális szolgáltatások igénybevételeiből és részben a koncepció társas meghatározóját jelentő társadalmi részvételtől maradhatnak távol azért, mert a szociális szolgáltatásokban alacsony források állnak rendelkezésre, és a szociális háló rendszere lyukas (Rostáné Riez, 2014).

A lehetséges ellátottak távol maradását, tulajdonképpen szolgáltatásokból való kimaradását okozza és így aktív idősödésük lehetőségének gyengülését eredményezheti egy másik, az adatfelvételen gyakran jelzett probléma, az ütköző szolgáltatások dilemmája. Az idős emberek nappali ellátása és egy másik népszerű szociális alapszolgáltatás, a házi segítségnyújtás egy napon történő igénybevétele az ellátórendszer nem teszi lehetővé. A vezetők és a szakmai dolgozók egyaránt problémaként és az idős személyeket

választás elé állító nehézségként élték meg ezt. Jelezték, hogy szakmailag nem tartják indokoltnak azon idős személyek nappali ellátásból való kirekesztését, akiknek minimális támogatásra, ún. szociális segítségre van szükségük a házi segítségnyújtás keretein belül, hiszen így a nappali nyújtotta közösségben való részvételük egyazon napon történő igénybevételenek lehetősége vesz el.

A foglalkozásokhoz, programokhoz szükséges tárgyi feltételek, éves keretek korai kimerülését, ezek hiányát szintén mindkét kérdezett csoport megnevezte. A helyzet feloldásában sokat jelent a szakmai dolgozók kreativitása, illetve egy helyszín esetében egy belső pályázati rendszer működése, mellyel extra pénzügyi kerethez juthatnak év közben kifejezetten a szükséges eszközök beszerzésére, szolgáltatási szinten azonban ez a helyi jó példa nem oldja fel a több helyen jelzett hiányt.

Települési szinten az akadálymentesítés hiánya az, mely hatással van az ellátottak mobilitására, településen belüli mozgására, így a szolgáltatások igénybevételeire is.

A más szociális, egészségügyi vagy kulturális intézményekkel, szervezetekkel való nehézkes kapcsolat, és az együttműködések hiánya ugyancsak negatívan befolyásolja az ellátottak aktivizálásának, aktív idősödésének lehetőségét, hiszen újszerű, akár települési szinten szervezett programok lehetősége sok esetben nem jut el a nappali ellátásban dolgozókhoz, így azokat nem tudják beépíteni vagy az ellátottakat nem tudják kapacitálni az azokon való részvételre. Az együttműködések általános hiánya mellett, néhány jó gyakorlat is megjelent, melyek a járvány kiszámíthatatlan időszakában váratlan támaszként szolgáltak az ellátás szervezésében.

Az olyan aktív idősödést támogató faktorok, mint az önkéntes munkában való részvétel, a kvalitatív adatfelvételekben is csupán két helyszínen jelentek meg. A dolgozók követendő, ellátásba beépítendő gyakorlatnak gondolták, mégis az ilyen irányú átfogó iránymutatások gyakorlati megjelenése híján nem terjedt el a rendszerben.

Az info-kommunikációs eszközök megléte és használatukhoz kapcsolódó tudás birtoklását alacsonyabbra becsülték ellátottjaik körében a dolgozók, mint azt a kérdőíves adatgyűjtés ellátottaktól érkező adatai mutatták. Elsősorban az iskolai végzettséghez és az életkorhoz kötötték megjelenését, illetve megjelent az ellátottak melletti támogató családi háttér befolyása is, melyet nemzetközi adatfelvétellel is igazoltak (Hänninen és mtsai. 2021).

Az idősök nappali ellátásában speciális igényű csoportok is jelen vannak. A kutatás vonatkozásában elsődlegesen a demens idős személyek nappali ellátásban való megjelenése került vizsgálatra. Pontos számok nem ismertek azzal kapcsolatban, hogy hány demens személy él Magyarországon, a becslések alapján számuk 250 000 – 300 000 főre tehető (Egervári és mtsai., 2020). A betegségnek különböző stádiumai vannak, az enyhe és közép súlyos demens betegek 70%-át informális gondozóként családtagjaik saját otthonukban gondozzák, mely mind a gondozást felvállaló egyénre, mind a családra, mint rendszerre óriási terhet ró (Kostyál, 2020). Ennek okán az idősök nappali ellátása hiánypótló szerepet tölthet be az olyan családok életében is, ahol demens személyt gondoznak, hiszen az ellátás segítségével a speciális igényekkel rendelkező személy szakszerű szolgáltatásban részesülhet napközben, felügyelete megoldott, míg a családtagok dolgoznak. A speciális, demens személyeket ellátó nappali ellátás támogató természetét egy korábbi kutatás is alátámasztja, ahol minden érintett családtag rendkívül hasznosnak ítélte meg a szolgáltatást, többen úgy érezték a nappali ellátást nyújtó intézmények az egyedüli helyek, ahonnan segítséget kaphatnak (Kostyál, 2020).

Az adatfelvétel kezdetén feltételeztem, hogy a legtöbb megkeresett intézmény speciális igényű, demens ellátottak fogadására is fel van készülve, illetve kialakított számukra férőhelyeket vagy az idősök nappali ellátását igénybe vevő nem demens ellátottakkal együtt, vagy tőlük függetlenül. Ennek ellenére a bevont intézmények csupán fele jelezte, hogy ezen csoport számára is nyújt szolgáltatást. Az ellátottak körében az ellátást vezetőik jelzése alapján megjelennek enyhe, akár közép súlyos demenciával ellátottak, azonban az ő ellátásukra a nem kifejezetten számukra fenntartott intézmények nincsenek felkészülve, nem rendelkeznek a szükséges speciális feltételekkel sem munkaerő sem tárgyi feltételek vonatkozásában. Tekintettel a növekvő igényekre, a várható élettartam növekedésére és így a demenciával élők számának prognosztizálható emelkedésére, egyértelműen javasolt a szolgáltatás fejlesztése, a demens személyeket is ellátó férőhelyszámok bővítése, ezzel biztosítva az alapellátás ezen formáját számukra és tehermentesítve a demens személyeket gondozó családtagokat.

Nem elhanyagolható a szakmai vezetők oldaláról annak a társadalmi folyamatnak a jelzése, melyben a negatív sztereotípiák társadalmi nyomásra alakul ki az idősökben, és egy olyan „beskatulyázott” idős szerepet erősít, ahol a visszavonulási elmélethez (Cumming & Henry, 1961; Bangó, 1999) kapcsolódva az idős szociális interakciói

leépülnek, új tevékenységek iránti nyitottsága visszaesik és az aktív idősödést meghatározó területekbe, folyamatokba egyre nehezebben bevonható.

5.4 Az aktív idősödésre ható COVID-19 járvány következményei az idősek nappali ellátásában

A 2020. év elején megjelenő, majd egyre erősödő COVID-19 járvány erőteljes terjedésének hatására az idősek számára nappali ellátást biztosító intézmények összhangban az Emberi Erőforrások Minisztériuma által a veszélyhelyzet elrendelését követően kiadott Útmutató c. dokumentummal (Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2020/1), szolgáltatásaikat felfüggesztették. Azok felfüggesztése nem jelentette a szolgáltatás szüneteltetését, annak biztosítása a megszokottól eltérő formában zajlott tovább. Azon idős ellátottak, akik igényüket fejezték ki, segítséget kaphattak napi ügyintézéseikben pl.: bevásárlás, gyógyszerek kiváltása, ügyintézés. Az ellátásban dolgozók számára egyértelmű volt, hogy ez a korlátozott támogatás, az átmeneti időszakban nem fogja pótolni azt a fajta segítséget, melyet az ellátottaknak a korábbi személyes alkalmakkor nyújtani tudtak. Mind a szakértői interjúkban, mind pedig a szakmai dolgozói fókuszcsoporthoz tartozók interjúkban jelezték, hogy a személyes találkozásokat, foglalkozásokat alternatív módon próbálták meg biztosítani a korlátozások időszakában (mind a járvány első hulláma, mind pedig a későbbi hullámokat érintő lezárások idején). Az ellátottakkal elsődlegesen telefonon tudták tartani a kapcsolatot, mert ez az eszköz állt rendelkezésre minden háztartásban (Vajda, 2021). A kapcsolattartás intenzitása változó volt, igazodott az előre megbeszélt igényekhez. Kisebb feladatokat, rejtvényeket, szókirakós játékot és olvasóklubot tartottak ebben az alternatív formában. A kutatásba bevont 8 helyszín esetében 3 régiós központból jelezték, hogy történtek kísérletek az ellátás részben online platformon történő biztosítására. Elsősorban a Facebook és a hozzá kapcsolódó Messenger csevegő programon keresztül beszélgettek, indítottak videóhívásokat a dolgozók az ellátott felé, zárt csoportokban osztottak meg egymással videókat, cikkeket, fényképeket, melyeket utána telefonon vagy hozzászólások formájában megbeszéltek. A dolgozók heti rendszerességgel, akár több alkalommal is élő vagy előre rögzített videóban jelentkeztek be felolvasásokkal, tornával, kvízzjátékokkal. A legintenzívebb online tevékenység a közép-magyarországi régióban zajlott. Itt több jó gyakorlat is kialakult az info-kommunikációs jelenléthez és szolgáltatásnyújtáshoz kapcsolódóan. A pandémia időszakában megjelent kutatások is alátámasztották, hogy a

fertőzésveszély miatti személyes kapcsolatok csökkenése okozta izoláció, elszigetelődés és magány következtében komoly mentális, illetve fizikális problémák alakulhatnak ki az idős személyeknél (Armitage & Nellums, 2020; Lloyd-Sherlock és mtsai., 2020; Santini és mtsai., 2020). Azok az idős emberek, akik a járvány időszakát megelőzően az aktív idősödéshez kapcsolódó társadalmi részvétel és társas tényezők területét tekintve közösségbe integráltabban voltak jelen, életük fontos részét képezte a kortás csoportokkal és helyi közösséggel való aktív kapcsolat, ezek hirtelen megszűnését követően rosszabbul reagálhatnak (Brooke & Jackson, 2020). Utóbbi kockázat következtében az idősök nappali ellátásában résztvevők méginkább kivoltak téve a lezárások okozta negatív mentális következményeknek. Kutatások támasztják alá, hogy a szociális kapcsolatok, legalábbis átmenetileg, hiánypótló terepei lehetnek minden generáció számára az olyan közismert programok, mint a Messenger, Zoom vagy Skype (Marston és mtsai., 2020; Cheung & Peri, 2021). Az aktív idősödés koncepciójának szerves részét képező IK eszközök és technológiák hatása és azok használata, az irányukba mutató érdeklődés, a kvalitatív adatgyűjtés eredményei alapján is felértékelődött, népszerűbbé vált. A járvány második és kezdődő harmadik hullámának során a legidősebb idős generáció nyitottsága is növekedett ezen eszközök használatának irányába.

A megvalósuló online platform használatok mellett, mindegyik interjú és fókuszcsoportos interjú esetében elhangzott, hogy az idős ellátottakat rendkívül megviselte a karantén, minden lehetőséget megragadtak, hogy érdeklődjenek mikor mehetnek újra személyesen is az intézményekbe. Volt olyan helyszín, ahol a járvány első hullámát követően tervezték, hogy az ellátottak állapotát felméri, mert úgy érezték, hogy abban jelentős romlás következett be a karantén alatt.

A dolgozók számára megterhelő időszak volt a szolgáltatás személyes biztosításának felfüggesztése. Óriási rugalmasságot kívánt, hogy egy olyan elképzelést támogató ellátástípusból, ahol cél az ellátottak kimozgatása megszokott otthoni környezetükből, és közösségi életük aktivizálása, erősítése, napok alatt kellett az idősök nappali ellátását a lehetőségekhez mérten az ellátottak otthonába „vinni”. A szakemberek egy része az ügyintézkésekben segédkezett, míg másik részét (elsősorban a gondozói tapasztalattal rendelkezőket) a házi segítségnyújtásba és szakosított ellátásba irányították a megbetegedések miatt ott kialakult munkaerőhiány pótlására. A gondozói feladatok ellátása fizikálisan is megterhelő volt számukra. Emellett pedig a járvány időszak alatti

folyamatos munkavégzés során tartottak attól, hogy akaratlanul megfertőzik az időseket, vagy saját családtagjaikat. A COVID-19 járvány okozta lezárások időszakában az aktív idősödés faktorai és lehetséges területei az ellátásban beszűkültek, a karantén és lezárások hatására az ellátottak, illetve az idős emberek mozgásteret jellemzően lecsökkent. Normakövető, a karantént betartó magatartásuk a lezárások időszakának elnyúlásával és a fertőzöttek számának csökkenésével kezdett gyengülni. Az aktív idősödést mérő index területei közül az info-kommunikációs eszközök használatára vonatkozó faktor erősödött néhány bevont terepen, ez pozitív hatást gyakorolt a koncepció társas tényezőkre, illetve egészségügyi és szociális szolgáltatások igénybevételének online területeire.

Az adatfelvételek eredményeinek bemutatásakor különös tekintettel kell lenni annak korlátaira, a települési típus szerinti lehatárolásra és a kényelmi mintavételre, melynek a dolgozat módszertani részében részletezettek szerint anyagi és erőforrásbeli okai voltak. A jövőben célszerű egy nagymintás, kevesebb lehatárolással dolgozó valószínűségi mintavételezésen alapuló vagy kvótás mintavételt követő, minden fenntartó-, és településtípust képviselő kutatás elkészítése a témában a jelenlegi mérőeszközök és adatok, eredmények felhasználásának mentén, akár az aktív idősödés index személyi (mikro) szintű leképezésének céljából.

6. Következtetések, szakpolitikai fejlesztési irányok

Az idős korosztály társadalmi arányának növekedése megkérdőjelezhetetlen tény, melyet mind az európai, mind a hazai projekciós statisztikák jeleznek (European Commission, 2021). Míg 2021-ben Magyarországon a 65 éves és idősebb népesség aránya 20,31% (KSH, 2021/2), addig 2050-re várhatóan ez az arány 27,14% (KSH, 2021/2) és 27,8% (European Commission, 2021) közötti értékre emelkedik. Ezen folyamattal párhuzamosan a születések száma a különböző szociálpolitikai beavatkozások ellenére sem érezheti igazán növekvő hatását (KSH, 2021/3), melynek következtében egy hosszabb ideje tartó népességfogyás jellemzi az országot.

Az aktív korú befizető lakosság visszaszoruló aránya, és a növekvő idős népesség hatására a különböző ellátórendszerek fenntarthatósága veszélybe kerül, melyet a legnagyobb fenntartóként funkcionáló állam is felismert. A kialakuló helyzetre részben egyfajta visszahúzó szereppel válaszol (szubszidiaritás hangsúlyozása, állami fenntartói feladatok egyházi vagy piaci szereplőknek történő átadása (Magyarország Kormánya, 2020; Edebalk, 2010)), részben pedig olyan új koncepciók és elméletek népszerűsítésével, és az érintett csoport életébe való implementálásával, mint az aktív idősödés koncepciójának lehetősége.

Dolgozatomban az idősek nappali ellátásának vonatkozásában vizsgáltam az aktív idősödés részterületeinek és meghatározó faktorainak megjelenését, ezek egymásra hatását és annak erősségét az ellátottak vonatkozásában, bemutatva azokat a területeket a vizsgált mintában, melyek megerősítésével javítható az aktív idősödés lehetősége. Dolgozatom tárgyát képezte továbbá a koncepciót támogató és gátló/nehezítő tényezők feltárása a terepen dolgozók szemszögéből. Végül, de nem utolsó sorban áttekintettem az adatfelvételek során megjelenő COVID-19 járvány aktív idősödés területeire gyakorolt hatását. Az adatgyűjtések, az eredmények összesítése és azok összefoglalása után az alábbi következtetések és szakpolitikai javaslatok fogalmazhatóak meg:

6.1. Az aktív idősödést támogató területek erősítése az idősek nappali ellátásában

A tartós idősgondozás csoportjába tartozó idősek nappali ellátása és számos más olyan (Magyarországon szociális alapszolgáltatások közé sorolt) szolgáltatás megerősítése zajlik Európa szerte, melyek legfontosabb célja az idős ellátottak számára a szükséges támogatás biztosítása megszokott környezetükben. A napi rutin biztosítása az

igénybevevőknek, a hasznosság érzése, a közösséghez ezen keresztül társadalomhoz kapcsolódás, a magány és egyedüllét oldása, mind olyan aspektusok, melyek az idősek nappali ellátásának szerves részét képezik. Az aktív idősödés területeinek felmérése, annak áttekintése, hogy milyen helyi igények járulhatnak hozzá az ellátottak minél hosszabban tartó aktivitásának, és önállóságának megőrzéséhez fontos cél lehet minden ellátástípus monitorozása, illetve szolgáltatásfejlesztése szempontjából. Az aktív idősödés mérésére szolgáló mérőeszköz, az aktív idősödés index alapvető struktúráját megtartva komplexitása miatt is alkalmas mérőeszköz lehet ennek individuális szinten való nyomonkövetésére is, a makro szintű mérések mellett. Amennyiben nem egy aggregált indexszám elkészítése a cél, meghatározott időközönként az adatgyűjtés megismétlésével pontosan nyomonkövethetővé válik az ellátásban közvetlenül megjelenők állapotának, igényeinek aktív idősödést elősegítő szempontú vizsgálata. Látható, hogy mely területeken és milyen mértékben lehet szükség helyi vagy szakpolitikai szintű beavatkozásra az aktív idősödés támogatásának érdekében.

A dolgozat alapját képező régiós központokban zajló adatgyűjtés segítségével látható volt, hogy a foglalkoztatás részterülete rendkívül alacsony értékekkel vesz részt az aktív idősödés támogatásában az ellátottak esetében. Az olyan további tényezők, mint a fizikai aktivitás és testedzés gyakorisága, az önkéntes tevékenységben való részvétel és a képzésben-oktatásban való részvétel általában alacsony értékekkel jelentek csupán meg. Az info-kommunikációs eszközök megléte és kapcsolata is a minta 35%-át jellemezte, bár ez a terület különösen felértékelődött a pandémia okozta lezárások miatt. Fontos a szolgáltatások átgondolásakor tekintettel lenni az ellátotti csoport heterogenitására, mely elsődlegesen az életkor mentén válik szét és amely megállapítás a személyközpontú ellátások irányába való elmozdulást is támogathatná. Az aktív idősödést meghatározó kérdések sok esetben közepes erősségű kapcsolatban álltak a különböző szocio-demográfiai változókkal, melyek közül az életkor, iskolai végzettség és családi állapot szerepe kiemelendő. Utóbbi változó esetében javasolt lehet a vizsgált ellátás szerepének átgondolása, a bevonni kívánt célcsoport körének bővítése, ugyanis igen magas a pár nélkül élők, kiemelten az özvegy igénybevevők jelenléte. Amennyiben egy aktív idősödés fókuszú szolgáltatásfejlesztésre kerülne sor, úgy feltétlenül szükséges lenne az idősek csoportjának szélesebb körű bevonása.

Abban az esetben, amennyiben az ellátórendszer célja az idős ellátottak minél hosszabban saját, megszokott környezetben tartása és a szakosított ellátásokba való bekerülés idejének eltolása, úgy az idősök nappali ellátásában a hazai igényekre adaptált aktív idősödés koncepció kidolgozása, alkalmazása és ennek folyamatos figyelemmel kísérése jó irányba lehet ennek.

6.2. A szállítás hiányának feloldása az idősök nappali ellátásában

A szakértői interjúk és fókuszcsoportos interjúk esetében is nagy hangsúlyt kapott az idősök nappali ellátásának megközelítését, így a részvétel és eljutás lehetőségét befolyásoló szállítás megoldatlansága. Az ellátottak a sok esetben nem, vagy csak részben megoldott települési akadálymentesítés következtében (mind a tömegközlekedés, mind a városi épített környezet vonatkozásában) önállóan képtelenek eljutni a nappali ellátást biztosító intézménybe. Mindez azt eredményezi, hogy potenciális ellátottak szorulnak ki az ellátásból ezzel pedig komoly negatív hatás éri aktív idősödésük lehetőségét. Azokban a vizsgált régiós központokba, ahol demens idős személyek számára is biztosítottak nappali ellátást, általában rendelkezésre állt kisbusz, mellyel a demens ellátottak beszállítása után a többi ellátott esetében is, mint egyfajta helyi jó gyakorlat, megoldották a klubba való bejutást majd később onnan hazajutást, azonban a szállítás irányába folyamatosan növekvő igényeket ez a megoldási kísérlet már nem képes fedezni. Hatékony megoldás lehetne az idősök nappali ellátásában a közvetlenül az ellátás egyik szolgáltatási elemeként a már meglévő elemek mellé (I/2000 SzCsM rendelet 77.§ (1) bekezdés) beemelni a szállítást. Az ellátás igénybevételéhez szükséges orvosi dokumentációs lapon (9/1999 XI.24. SzCsM rendelet I. Egészségi állapotra vonatkozó igazolás c. dokumentum) pedig kérdésként feltüntetni, hogy a kitöltő orvos egészségügyi szempontból indokoltnak ítéli-e ezen szolgáltatási elem igénybevételét az ellátott tekintetében a nappali ellátásban. A későbbi állapotváltozások következtében természetesen a szállítás igénybevételének szükségességét felülvizsgálhatóvá kell tenni.

6.3. Az ütköző szolgáltatások dilemmájának feloldása

A szakértői interjúk esetében a helyszínek jelentős részében, míg a fókuszcsoportos interjúk során is több bevont régiós központban jelezték a dolgozók, hogy komoly problémát jelent, és az idősök kiszorulását eredményezi a nappali ellátásból annak ténye,

hogy egyazon napon nem lehetséges az idősek nappali ellátásának és egy másik szociális alapszolgáltatásnak, a házi segítségnyújtásnak az igénybevétele. Erre nézve a jogszabály és a rendeletek nem tartalmazznak konkrétumot, azonban az ellátásban napi jelentési kötelezettség van, és az erre szolgáló informatikai rendszer nem teszi azt lehetővé, hogy egyazon személyt mindkét szolgáltatás esetében adott napra jelentsenek, majd normatívát vegyenek fel utána. Több olyan ellátotról van tudomása a bevont szakembereknek, akik számára minimális támogatás is elegendő lenne ahhoz, hogy otthonából reggel elindulhasson a nappali ellátásba. Mivel azonban nem tud segítséget kérni a házi segítségnyújtás gondozóján kívül mástól, így adott napon felmerülő igény esetén sem tud részt venni a nappali ellátásban. Amennyiben azonban minden nap szüksége van bizonyos tevékenységekben a házi segítségnyújtás adta támogatásra, úgy egyáltalán nem tudja igénybe venni az állam által normatívával támogatott idősek nappali ellátását és ezzel együtt az ellátás által is biztosított aktív idősödés lehetőségétől esik el, a közösség adta lehetőségek, közös programok és foglalkozások adta számtalan haszonnal járó támogatásokról sem részesülhet. A fennálló problémára megfontolandó javaslat lehetne, ha a házi segítségnyújtásban az ún. személyi gondozás elemet nem, csupán szociális segítséget igénylő ellátottak számára megnyitnák a házi segítségnyújtás mellett az idősek nappali ellátásában való részvétel lehetőségét, így támogatva a lehető legtöbb idős igénylő részvételét. Ennek a lehetőségnek a megnyitását megelőzően javasolt egy minden fenntartót magába foglaló igényfelmérés elkészítése, melynek eredményeit figyelembe véve lehetne jogszabályi szinten rögzíteni a két ellátás közti ütközés legalább részbeni feloldását. A két ellátástípus közti átjárhatóság megnyitását és sikeres alkalmazását követően hosszú távon szükséges lehet a szociális segítség és a személyi gondozás tevékenység elemeinek (I/2000 SzCsM rendelet 5. számú melléklet II. pont a házi segítségnyújtás tevékenységei és résztevékenységei) specifikálása és pontosítása, annak érdekében, hogy a szociális gondozás csoportjába valóban csak a komoly gondozási munkát jelentő tevékenységek szerepeljenek.

6.4. Info-kommunikációs technológiák ismeretének és a hozzájuk kapcsolódó eszközök beszerzésének támogatása

Az aktív idősödést támogató területek megerősítése c. pontja a Következtetések fejezetnek magába foglalja az info-kommunikáció adta lehetőségeket, ezek fejlesztési

irányait az aktív idősödés területén. A terület kiemelését a kvantitatív adatgyűjtés során tapasztalt jelentősége miatt tartottam fontosnak. Kifejezetten az idősök nappali ellátásának vonatkozásában az adatgyűjtések során meghatározott törésvonalak mentén vált láthatóvá, hogy mely változók, jellemzők mentén differenciálódik az info-kommunikációs eszközök használata a vizsgált mintában. Reflektálva a régiós hovatartozást, életkori csoportot, iskolai végzettséget, családi állapotot bemutató változók és az info-kommunikációs eszközök közt mért kapcsolatra, ezek figyelembevétele bármilyen későbbi fejlesztési kísérletben fontos a diverzifikált támogatási rendszer kialakításához. Az általánosságban fiatalabb idősökhöz kapcsolt info-kommunikációs tudás mellett elengedhetetlen az idősebb idős generáció támogatása a területen, mely jelentősége a pandémia idején részben online felületre kényszerült ellátás tekintetében, az adatgyűjtések során emelkedő érdeklődést mutatott esetükben is. Az olyan jó gyakorlatok és kutatási eredmények gyakorlati alkalmazását, melyek alapján a speciális applikációkat és programismeretet nem igénylő platformok is hatékonyan funkcionálhatnak egy hirtelen változás vagy járvány okozta lezárás kapcsán (Marston és mtsai, 2020), nehezebb azokban a rendszerekbe adaptálni, ahol az ellátottak kisebb része ismeri és használja azokat. Az ismerethez és használathoz szükséges tudás hiánya mellett magas azon válaszadók aránya, akik esetében anyagi okokból nem áll rendelkezésre számítógép/laptop/tablet akár okostelefon és internetkapcsolat. Ennek oldására szükséges lenne kiterjedt info-kommunikációs tudást támogató program indítása az ellátottak számára mely a helyi jó példák (például helyi fiatal középiskolások bevonása az oktatásba) mellett átfogó, egységes háttérrel adhatna az ellátottak e területre vonatkozó tudásának fejlesztéséhez. Az ellátottak mellett egy ilyen típusú program fontos része lehetne a szakmai dolgozók info-kommunikációs tudásának frissítése és megerősítése is, mely az adatgyűjtések során erősítendő területként jelent meg.

Az érintett eszközökhöz való hozzájutás támogatására olyan pályázati rendszer kidolgozása lenne célszerű, mely meghatározott feltételek mellett figyelembe véve az eszközök meglétére és használatára hatást kifejtő változókat, anyagi támogatást nyújt az idős ellátottak számára azok beszerzéséhez.

7. Összefoglalás

A doktori disszertációban az idősek nappali ellátásának helyzetét az aktív idősödés koncepciójának ellátásban való megjelenése mentén 3 dimenzióra vetítve vizsgáltam.

Kevert módszertan alkalmazásával elsőként a kutatásba bevont régiós központokban és megyeszékhelyen idősek nappali ellátásában résztvevő ellátottak kényelmi mintavételen keresztüli bevonásával gyűjtött adatok mentén elemeztem az ellátottak mindennapjaiban az aktív idősödés mérésére szolgáló index részterületeinek megjelenését, hatásukat egymásra és más szocio-demográfiai változókra. A kutatás második fázisában az idősek nappali ellátását vezetőket félig strukturált ún. szakértői interjúkba bevonva tekintettem rá, hogy milyen feltételek befolyásolják az ellátásban az aktív idősödés megjelenését, a COVID-19 milyen hatást gyakorolt ezekre. Az adatgyűjtés harmadik pontján pedig fókuszcsoportos interjúk segítségével az ellátásban közvetlenül ellátottakkal foglalkozó szakemberek megszólítására került sor, így egy másik dolgozói szint nézőpontját is megismerve fontos adatok kerültek gyűjtésre az aktív idősödés meghatározó faktorainak és részterületeinek ellátásbeli megjelenéséről, arról, hogy mely tényezők hatnak gátlóként és esetleg melyek támogatóként rá. Az első adatfelvételi időszakban 397 fő ellátott, a második szakaszban 8 fő ellátást vezető dolgozó majd a záró fókuszcsoportos interjúk során 33 fő szakmai dolgozó bevonása történt meg.

Az adatfelvételek megerősítették, hogy az aktív idősödés részterületeinek jelenléte az individuális szintű mérésekben alacsony eredményeket mutat, hasonlóan a korábban készített országos aggregált indexszámhoz. Az egyéni, ellátotti szinten történő méréssel jól körülhatárolható, hogy az aktív idősödés szemléletének ellátásba integrálásával annak mely részterületein szükséges leginkább beavatkozni, új területek lokalizálása során pedig az akadálymentesítés és a bizalmas kapcsolatok erősítése mutatkozott hangsúlyosnak. A potenciális ellátottak aktív idősödést támogató idősek nappali ellátásától való távolmaradását erősíti a szállítás megoldatlansága, és az egymást részben kizáró szociális alapszolgáltatások jelenlegi struktúrája, melyekre hatékonyan rendszerszinten szükséges reagálni.

8. Summary

In this Ph.D. dissertation I examined the situation of elderly day care projected into 3 dimensions according to the appearance of active ageing concept in this social service. Using a mixed methodology, firstly I analyzed the appearance of active ageing index's sub-areas for measuring active ageing and its impact on elderly day care receiver clients' everyday in institutions in Hungarian regional centres and one county centre. I observed the sub-areas' factors impact to each other and to different socio-demographic variables in a sample that was made with convenience sampling from clients in regional day care centres. In the second phase with the involvement of the day care centre leaders into semi-structured interviews I observed what conditions influence the appearance of active ageing, and how did COVID-19 affect them. In the third point of the research relevant data have been collected on the possible appearance of active ageing's sub-areas and determinants in elderly day care with the help of focus group interviews involved direct day care workers. With this, important data were collected about which factors act as inhibitors or supporter to active ageing in elderly day care. In the first data collection phase 397 respondents, in the second 8 elderly care leaders and in the third focus group interviews 33 professional were participated.

The data surveys confirmed that the presence of sub-areas and determinants of active ageing shows low results in individual level in the involved institutions, like the former national aggregate index number. With the individual level measurement, it is clearly confirmable that with the implementation of active ageing into day care which sub-areas and determinants need to intervene the most. The absence of potential clients from this care were strengthen with the unresolved delivery and the mutually exclusive social services. To reflect and solve these problems it is necessary to respond effectively at the governmental class.

9. Irodalom jegyzék

- Abrams, K. M., Gaiser, T. J. Online focus groups. In: Fielding NG, Lee RM, Blank G. (szerk.), *The sage handbook of online research methods*. SAGE Publications Ltd., London, 2017: 435-449.
- Albert F, Dávid B. A bizalmi kapcsolatokról, In: Szivós P, Tóth I. Gy. (szerk.), *Monitor 1999*, TÁRKI, Budapest, 1999: 218-230.
- Alonso F. (2018) Comportamiento adaptativo de las personas con limitación funcional: la adaptación funcional de la vivienda en España. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*, 53(5): 285–292. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.02.009>
- Amado CAF, São José JMS., Santos, SP. (2016) Measuring active ageing: A Data Envelopment Analysis approach. *European Journal of Operational Research*, 255(1): 207–223. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2016.04.048>
- Armitage R, Nellums LB. (2020) COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*, 5(5):e256. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30061-X.
- Babbie E. *The Practice of Social Research 12th Edition*. Wadsworth Publishing, Belmont CA USA, 2009: 192.
- Bacigalupe A, González-Rábago Y, Martín U, Murillo S, Unceta A. The Active Ageing Index in a Southern European region (Biscay): main results and potentials for policymaking. In Zaidi és mtsai. (szerk.), *Building Evidence for Active Ageing Policies*, Palgrave Macmillan, Singapore, 2018: 97-115.
- Bajusz K. (2016) Tanulni hatvan felett, *Tudásmenedzsment*, XVII (2): 11-17.
- Baltes PB, Baltes MM. (1990) Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM. (szerk.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioural Sciences*, University Press, UK: Cambridge, 1990: 1-35. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Bálint L, Spéder Zs. Öregedés. In: Öri P, Spéder Zs. (szerk.), *Demográfiai Portré 2012- Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest, 2012: 89–102.
- Bangó J. Az időskorúak szociológiája, In: *Szociológia a szociális munkában*, Vitéz János Római Katolikus Főiskola, Esztergom, 1999:45-60.
- Barslund M, Werder MV, Zaidi A. (2017) Inequality in active ageing: Evidence from a new individual-level index for european countries. *Ageing and Society*, 39: 1–27.

- Barrantes Cáceres R, Cozzubo Chaparro A. (2019) Age for learning, age for teaching: the role of inter-generational, intra-household learning in Internet use by older adults in Latin America. *Information, Communication & Society*, 22(2), 250-266.
- Berde É, Kuncz I. (2019) Az Aktív Idősödés Indexe (AAI), Az internet szerepe az AAI-ben. *Szociológiai Szemle*, 29(1): 33-57.
- Boncz I. Kutatásmódszertani alapismeretek. Pécsi Tudományegyetem- Egészségtudományi Kar, Pécs, 2015. ISBN: 978-963-642-826-6
- Bowling A. (2008) Enhancing later life: how older people perceive active ageing?. *Ageing Ment Health*, 12(3):293-301.
- Brettner Zs. (2013) Az időspolitika lokális interpretációi (doktori értekezés). Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Letöltve: <https://idi.btk.pte.hu/dokumentumok/disszertaciok/brettnerzsuzsannaphd.pdf> (2021.09.15)
- Brooke J, Jackson D. (2020) Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14): 2044-2046.
- Brownie S, Nancarrow S. (2013) Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical interventions in Aging*, 8(1): 1-10.
- Bryman A. Social research methods 4th edition, Oxford University Press, Oxford, 2012: 578-579.
- Butler RN, Gleason HP. Enhancing vitality in later life. Springer, New York, 1985.
- Chappel NL, Dlott BH, Hollander MJ, Miller JA, McWilliam C. (2004) Comparative Costs of Home Care and Residential Care. *The Gerontologist*, 44: 389–400. DOI: <http://doi.org/10.1093/geront/44.3.389>
- Chen C, Goldman DP, Zissimopoulos J, Rowe JW. (2018) Research Network on an Aging Society- Multidimensional comparison of countries' adaptation to societal aging. *PNAS*, 115, 9169–9174. <https://www.pnas.org/content/115/37/9169> (letöltve: 2021. 09. 10)
- Cheung G, Peri K. (2021) Challenges to dementia care during COVID-19: Innovations in remote delivery of group Cognitive Stimulation Therapy. *Ageing & Mental Health*, 25(6): 977-979. DOI: 10.1080/13607863.2020.1789945
- Clark R. (2017) Convenience Sample. In: Ritzer G. (szerk.), The Blackwell Encyclopedia of Sociology 1-2. John Wiley and Sons Ltd.

DOI: <https://doi.org/10.1002/9781405165518.wbeosc131.pub2>

Clarke A, Warren L. (2007) Hopes, Fears and Expectations about the Future: What Do Older People's Stories Tell Us about Active Ageing?. *Ageing and Society* 27(4): 465–488.

Corsi M, Lodovici MS, Botti F, D'Ippoliti C. (2010) Active ageing and gender equality policies. Social Affairs and Equal Opportunities: European Commission's Directorate-General for Employment, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012 [http://www.gender.sachsen-anhalt.de/uploads/tx_nwcitavilist/files/European%20\(9\).pdf](http://www.gender.sachsen-anhalt.de/uploads/tx_nwcitavilist/files/European%20(9).pdf) (letöltve: 2021.12.10)

Creswell JW, Plano Clark VL, Gutmann ML, Hanson WE. Advanced mixed methods research designs. In: Tashakkori A, Teddlie C. (szerk.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks, Sage, USA, 2003: 209–240.

Cumming E, Henry W. *Growing old: The process of disengagement*, Basic Books, New York, 1961.

Davey J. (2002) Active Ageing and Education in Mid and Later Life. *Ageing and Society* 22(1): 95–113.

Dos Santos Marques IC, Theiss LM, Johnson CY, McLin E, Ruf BA, Vickers SM, Fouad MN, Scarinci IC, Chu DI. (2021) Implementation of virtual focus groups for qualitative data collection in a global pandemic. *American Journal of Surgery*, 221(5): 918–922. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.10.009>

Edebalk, PG. (2010) Ways of funding and organising elderly care in Sweden, In: Bengtsson T. (szerk.) *Population Ageing - A Threat to the Welfare State?*. Demographic Research Monographs (A series of the Max Planck Institute for Demographic Research). Springer, Berlin, Heidelberg. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-642-12612-3_5

Egervár Á, Kázár Á, Kostyál Á, Kovács T, Skuléti J. (2020) A demencia korszerű szemlélete-megelőzési, szűrési és beavatkozási lehetőségek az egészségügyi és szociális alapellátásban, Budapest, Szociális Klaszter Egyesület, 2020.

Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI), Katolikus Szeretetszolgálat. (2019) *Demenciával élők nappali ellátása – szakmai ajánlás*. <https://www.tamogatoweb.hu/index.php/olvasnivalo1/szakmai-szabalyozok/333-demenciaval-elok-nappali-ellatas-szakmai-ajanlas> (letöltve: 2021.11.18)

Emberi Erőforrások Minisztériuma. (2020/1) Útmutató a koronavírus terjedésének megelőzésére és a kockázatok csökkentésére a szociális alapszolgáltatásokban.

<https://szocialisportal.hu/figyelem-2/> (Utolsó letöltés: 2021. 10. 31.)

Emberi Erőforrások Minisztériuma. (2020/2) Útmutató a koronavírus terjedésének megelőzésének terjedésére és a kockázatok csökkentésére a szociális alapszolgáltatásokban, valamint a család és gyermekjóléti szolgáltatásokban.

https://www.tamogatoweb.hu/letoltes2020/2020_07_07_utmutato_alapszolgalattas.pdf

(letöltve: 2021.12.11)

Esping-Andersen G. (1990) The three worlds of welfare capitalism. Princeton

University Press, Princeton, 1990. DOI: <https://doi.org/10.1177/095892879100100108>

European Commission. (2021) The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070), Institutional Paper, Brussels, 148.

European Quality of Life Survey. (2012) Questionnaire translation

<https://www.eurofound.europa.eu/hu/surveys/european-quality-of-life-surveys/european-quality-of-life-survey-2012/eqls-2012-questionnaire/eqls-2012-questionnaire-translation> (letöltve: 2021.11.09)

Eurostat. (2021/1) Population structure indicators at national level. Letöltve:

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANIND_custom_1210940/default/table?lang=en (letöltve: 2021.08.11)

Eurostat. (2021/2) Elderly population 65 years and over: Projections.

Letöltve: <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/ageing/> (letöltve: 2021.08.11)

Eurostat. (2021/3) Old age dependency ration in EU 27.

<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00198/default/table?lang=en> (letöltve: 2021.08.11)

Eurostat. (2021/4) Life expectancy by sex at age 65.

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_MLEXPEC_custom_1324044/default/table?lang=en (letöltve: 2021.09.22)

Eurostat. (2021/5) Healthy life years by sex at age 65.

https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/TEPSR_SP320 (letöltve: 2021.09.22)

Európai Bizottság. (2014) A bizottság jelentése az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a régiók Bizottságának a tevékeny

időskor és a nemzedékek közötti szolidaritás európai éve (2012) és végrehajtásáról, eredményeiről és általános rendelkezéseiről. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1411128908532&uri=COM:2014:562:FIN> (letöltve: 2021.08.10)

Fábián G, Patyán L. Characteristics of elderly people's access to social services. In: Bódi F, Fábián G, Fónai M, Kurkinen J, Lawson TR, Pietiläinen H, Access to services in rural areas, Germany, Bremen Europäischer Hochschulverlag, 2014:154-159.

Ferri Sanz M, Garcés Ferrer J, van Staaldunin W, Bond R, Hinkema M. Evaluating Socio-economic Impact of Age-Friendly Environments. In: Zaidi A., Harper S., Howse K., Lamura G., Perek-Białas J. (szerk.), Building Evidence for Active Ageing Policies. Palgrave Macmillan, Singapore, 2018: 117-138. DOI: https://doi.org/10.1007/978-981-10-6017-5_7

Foster L, Walker A. (2015) Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist*, Vol. 55 (1): 83-90.

Fredriksen-Goldsen KI, Bonifas R. (2013) Long term care: The global impact on women. In: Goldman MB., Troisi R., Rexrode KM (szerk.), Women and health, Elsevier, 2013:1515-1526. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384978-6.00103-5>

Frías-López E, Queipo-de-Llano J. (2020) Methodology for “reasonable adjustment” characterisation in small establishments to meet accessibility requirements: A challenge for active ageing and inclusive cities. Case study of Madrid. *Cities*, 103. 102749. DOI:10.1016/j.cities.2020.102749

Greene JC, Caracelli VJ, Graham WF. (1989) Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational evaluation and policy analysis*, 11(3): 255-274.

Gyarmati A. Idősödés, idősellátás Magyarországon – Helyzetkép és problémák, Friedrich Ebert Stiftung Alapítvány, Budapest, 2019.

Gyarmati A. A szociális ágazatban dolgozók munkakörülményei, járványkezelés, érdekérvényesítés, Ökopolisz Alapítvány, Budapest, 2021: 5-13. DOI: 10.13140/RG.2.2.16391.52649

Hänninen R, Taipale S, Luostari R. (2021) Exploring heterogeneous ICT use among older adults: The warm experts' perspective. *New Media & Society*, 23(6):1584-1601. DOI:10.1177/1461444820917353

Hilbert J, Heinze RF, Naegele G, Enste P, Merkel S, Ruddat C, Hoose F, Linnenschmidt K. (2013) Deliverable 7.1: Innovation Prospect Report: MoPAct Project.

<http://mopact.group.shef.ac.uk/wp-content/uploads/2013/10/D7.1-Built-Tech-Env-Innovation-Prospect-Report.pdf> (letöltve: 2021.12.11)

Holstein M. B, Minkler M. Critical gerontology: Reflections for the 21st century. In Bernard M, Scharf T. (szerk.), *Critical perspectives on ageing societies*, Polity Press, Cambridge, 2007:13–26.

International Institut for Applied System Analysis (IIASA) (2012). The Characteristics Approach to Population Aging: New Measures, Table Re-Ageing 1. <https://iiasa.ac.at/web/home/research/researchPrograms/WorldPopulation/Reaging/Indicators.html> (letöltve: 2021.08.12)

Iwarsson S, Sixsmith J, Oswald F, Wahl HW, Nygren C, Sixsmith A, Széman Zs, Tomsone S. The ENABLE-AGE Project: Multi-dimensional methodology for European housing research. In: Vestbro DU, Hurol Y, Wilkinson N. (szerk.), *Methodologies in Housing Research*, Urban International Press, 2005: 70.

Johnson RB, Onwuegbuzie AJ. (2004) Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7): 15.

Johnson R, Popejoy LL, Radina ME. (2010) Older Adults Participation in Nursing Home Placement Decisions. *Clinical Nursing Research*, 19(4): 358–75 DOI: [10.1177/1054773810372990](https://doi.org/10.1177/1054773810372990)

Johri M, Beland F, Bergman H. (2003) International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003(18): 222-235.

Karpinska K, Dykstra P. The Active Ageing Index and its extension to the regional level - Synthesis Report. Publication Office of the European Union, Luxemburg, 2015.

Király G, Gering Zs, Nagy B, Dén-Nagy I. (2014) Kevért módszertani megközelítések, Elméleti és módszertani alapok. *Kultúra és Közösség*, 5(2): 95-104.

Kivunja C. (2015) Innovative Methodologies for 21st Century Learning, Teaching and Assessment: A Convenience Sampling Investigation into the Use of Social Media Technologies in Higher Education. *International Journal of Higher Education*, 4(2): 8. DOI: <http://dx.doi.org/10.5430/ijhe.v4n2p1>

Klimczuk A. The Silver Economy as a Constructive Response in Public Policy on Aging. In: I. B. Bojanić, A. Erceg (szerk.), *Strategic Approach to Aging Population: Experiences and Challenges*, Strossmayer University of Osijek, Osijek, 2021:19-35.

Koren MJ. (2010) Improving quality in long-term care. *Medical Care Research and Review*, 67(4):141-150.

Kostyál Á. (2020) Demencia a családban – az informális gondozók támogatási lehetősége, *Esély*, 31(4): 97-116.

Központi Statisztikai Hivatal. (KSH) (2011) 2011 népszámlálás - Visszatekintő adatok. https://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_iskolazottsag (letöltve: 2021.10.25)

Központi Statisztikai Hivatal. (KSH) (2013) 2011. évi népszámlálás – Országos adatok: 17. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz_03_00_2011.pdf (letöltve: 2021.10.25)

Központi Statisztikai Hivatal. (KSH) (2015) Kistérsülékek szociális ellátottsága, *Statisztikai Tükör*, (88): 3. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/kistelep_szoc_ell14.pdf (letöltve: 2021.11.14)

Központi Statisztikai Hivatal. (KSH) (2018/1) 8.26-os táblázat Szociális alapszolgáltatásban és nappali ellátásban részesülők száma nemek és korcsoportok szerint, Szociális Statisztikai Évkönyv 2017, Budapest.

Központi Statisztikai Hivatal (KSH) (2018/2). 9.12-es táblázat A tartós bentlakásos szociális intézményekben ellátottak száma korcsoportok és nemek szerint, Szociális Statisztikai Évkönyv 2017, Budapest.

Központi Statisztikai Hivatal (KSH) (2018/3). 8.26-os táblázat Szociális alapszolgáltatásban és nappali ellátásban részesülők száma nemek és korcsoportok szerint, Szociális Statisztikai Évkönyv 2017, Budapest.

Központi Statisztikai Hivatal (KSH) (2019). 8.26-os táblázat Szociális alapszolgáltatásban és nappali ellátásban részesülők száma nemek és korcsoportok szerint, Szociális Statisztikai Évkönyv 2018, Budapest.

Központi Statisztikai Hivatal. (KSH) (2020) Lakónépesség korcsoportok szerint, január 1-jén, 2017. https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wdsd004c.html (letöltve: 2021.10.23)

- Központi Statisztikai Hivatal (KSH) (2020/2). 8.27-es táblázat Szociális alapszolgáltatásban és nappali ellátásban részesülők száma nemek és korcsoportok szerint, Szociális Statisztikai Évkönyv 2019, Budapest.
- Központi Statisztikai Hivatal. (KSH) (2021/1) 2.1.13 Foglalkoztatási ráta korcsoportok szerint 2009-2020, STADAT.
https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_mef015.html (letöltve: 2021.06.24)
- Központi Statisztikai Hivatal. (KSH) (2021/2) Magyarország népességnek száma nemek és életkor szerint, Interaktív Korfa. <https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html> (letöltve: 2021.12.15)
- Központi Statisztikai Hivatal. (KSH) (2021/3) Élveszületések és teljes termékenységi ráta. https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0006.html (letöltve: 2021.12.15)
- Központi Statisztikai Hivatal. (KSH) (2021/4). 8.27-es táblázat Szociális alapszolgáltatásban és nappali ellátásban részesülők száma nemek és korcsoportok szerint, Szociális Statisztikai Évkönyv 2021, Budapest.
- Kraus M, Riedel M, Mot E, Willemé P, Röhring G, Czypionka T. (2010) A typology in long-term care system in Europe, Enepri Research Report. <https://www.ceps.eu/ceps-publications/typology-long-term-care-systems-europe/> (letöltve: 2021.12.25)
- Krémer B. Bevezetés a szociálpolitikába, Napvilág Kiadó, Budapest, 2009.
- Kumari C. (2015) Elderly Perception of Loneliness and Ways of Resolving it Through Positive Ageing. *Indian Journal of Gerontology*, 29: 322–330. DOI: <http://doi.org/10.4103/0972-6748.57861>
- Lampek K. Az aktív időskor és a társadalom, In: Lampek K, Rétsági E. (szerk.) Egészséges időződés – Az egészségfejlesztés lehetőségei idős korban, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, 2015: 8-26.
- Lassen AJ, Moreira T. (2014) Unmaking old age: Political and cognitive formats of active ageing. *Journal of aging studies*, 30: 33-46.
- Lee VSP, Simpson J, Froggatt K. (2013) A Narrative Exploration of Older People's Transitions into Residential Care. *Aging & Mental Health*, 17(1): 48–56.
DOI:[10.1080/13607863.2012.715139](https://doi.org/10.1080/13607863.2012.715139)
- Lloyd-Sherlock P. Population ageing and international development-From generalisation to evidence, Bristol University Press - Policy Press, Bristol: United Kingdom, 2010.

Lloyd-Sherlock P, Ebrahim S, Geffen L, McKee M. (2020) Bearing the brunt of COVID-19: older people in low and middle income countries. *BMJ*, 368:m1052. DOI: 10.1136/bmj.m1052.

Magyarország Kormánya. (2020) Jelentősen nőtt az egyházi fenntartók aránya a szociális területen. <https://kormany.hu/hirek/kereszteny-kozossegi-szocialis-jelentosen-nott-az-egyhazi-fenntartok-aranya-a-szocialis-teruleten> (letöltve: 2021.12.15)

Malone J, Dadswell A. (2018) The role of religion, spirituality and/or belief in positive ageing for older adults. *Geriatrics*, 3(2): 28.

Marston H, Musselwhite C, Hadley R (2020) COVID-19 vs Social Isolation: the Impact Technology can have on Communities, Social Connections and Citizens 2020. Ageing Issues blog, 2020.

https://ageingissues.wordpress.com/2020/03/18/covid-19-vs-social-isolation-the-impact-technology-can-have-on-communities-social-connections-and-citizens/?fbclid=IwAR1sUsffKNd_G5u6d_oc0Z56u4Es7HyoCJYKr0qSnqFXX68pD3PY5JaSI7g (letöltve: 2021.12.10)

McKie J. Ageing with technology-Adult viability in a technological world. In: J, Field M, Leicester (szerk.), *Lifelong learning: education across the lifespan*, Routhledge Farmer, London, 2000, 276.

Michel JP. (2019) Identification of the best societal measurement of Healthy Ageing, *Annals of Geriatric Medicines and Research*, 23(2):45-49.

Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. (2006) Religiousness and mental health: a review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28: 242-250.

Moulaert T, Biggs S. (2013) International and European policy on work and retirement: Reinventing critical perspectives on active ageing and mature subjectivity. *Human relations*, 66(1): 23-43.

Mobilising the Potential of Active Ageing in Europe (MoPAct). (2013-2016) Social innovations database. <https://mopact.group.shef.ac.uk/research-posts/social-innovations-database/> (letöltve: 2021.09.22)

Muszynska M, Rau R. (2012) The old-age healthy dependancy ratio in Europe. *Journal of Population Ageing*, 5(3):151-162.

- Nagy Z. (2015) Van-e út a munkába? A fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek munkaerőpiaci reintegrációjának esélyei. Doktori értekezés, Corvinus Egyetem, Budapest.
- OECD. (1998) Maintaining prosperity in an aging society
<http://www.oecd.org/els/public-pensions/2429430.pdf> (letöltve: 2021.08.17)
- Older people for older people projekt 2007-2013.
https://ec.europa.eu/regional_policy/en/projects/finland/mobilising-older-people-to-help-older-people (letöltve: 2021.12.03)
- Orellana K, Manthorpe J, Tinker A. (2020) Day centres for older people - attender characteristics, access routes and outcomes of regular attendance: findings of exploratory mixed methods case study research. *BMC Geriatr.*, 20(1): 158.
- Oringderff J. (2004) „My way”: Piloting an online focus group. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(3): 69-75. DOI: <https://doi.org/10.1177/160940690400300305>
- Paúl C, Ribeiro O, Teixeira L. (2012) Active ageing: an empirical approach to the WHO model. *Current gerontology and geriatrics research*, 2012(1), 1-10.
- Perpék É. (2017) Önkéntesség közel s távol: hazai és nemzetközi helyzetkép. Magyar Tudományos Akadémia Társadalomtudományi Kutatóközpont Gyerekesély-kutató Csoport – Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet.
http://real.mtak.hu/71646/1/muhelytan11_perpek.pdf (letöltve:2021.12.12)
- Phillipson C. Developing Age-Friendly Communities: New Approaches to Growing Old in Urban Environments. In: Settersten R., Angel J. (szerk.) *Handbook of Sociology of Aging*. Handbooks of Sociology and Social Research. Springer, New York, 2011:279-293. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7374-0_18
- Phillipson C. *Ageing*, Polity Press, Cambridge, United Kingdom, 2013.
- Piñeiro Vázquez C, Méndez Magán JM, Marsillas Rascado S, Rial Boubeta A, Braña Tobío T, Varela Mallou J. Study on Active Ageing at Individual Level Based on Active Ageing Index. In: Zaidi A, Harper S, Howse K, Lamura G, Perek-Białas J. (szerk.), *Building Evidence for Active Ageing Policies*. Palgrave Macmillan, Singapore, 2018: 343-361. DOI: https://doi.org/10.1007/978-981-10-6017-5_16
- Popa D. (2010) Long-term care in Romania.
<https://www.files.ethz.ch/isn/122417/Romania.pdf> (letöltve: 2021.12.07)
- Retire Into Action Project: <https://rsvp-west.org.uk/> (letöltve: 2021.09.07)

Rostáné Riez A. (2014) A közösségi gazdálkodás érvényesítése a szociális szolgáltatások területén, különös tekintettel a családok támogatására. Doktori értekezés, Nyugat-Magyarországi Egyetem, Győr.

Rodriguez-Rodriguez V, Rojo-Perez F, Fernandez-Mayoralas G, Morillo-Tomas R, Forjaz J, Prieto-Flores ME. (2017) Active ageing index: application to Spanish regions. *Journal of Population Ageing*, 10(1): 25-40.

Rowe JW, Kahn RL. (1987) Human aging: usual and successful. *Science*, 237(4811): 143–149. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.3299702>

Rowe JW, Kahn RL. (1997) Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4): 433–440. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>

Ruppe G. Active ageing and prevention in the context of long-term care. European Centre, Vienna, 2011.

Şahin MD, Öztürk G. (2019) Mixed method research: Theoretical foundations, designs and its use in educational research. *International Journal of Contemporary Educational Research*, 6(2): 301-310. DOI: <https://doi.org/10.33200/ijcer.574002>

Sanderson W, Scherbov S. (2010) Remeasuring aging, *Science*, 329(5997): 1287–1288.

São José JM, Timonen V, Amado CAF, Santos SP. (2017) A critique of the Active Ageing Index. *Journal of aging studies*, 40: 49–56.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.01.001>

Santini ZI, Jose PE, Cornwell EY, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C. (2020) Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health*; 5: 62–70. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)

Sapir A. (2006) Globalization and the Reform of European Social Models. *Journal of Common Market Studies*, 44(2): 369–390.

DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-5965.2006.00627.x>

Scherbov S, Sanderson W. (2019) New measures of population ageing, Expert group meeting, Bangkok

https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/29/session1/EGM_25Feb2019_S1_SergeiScherbov.pdf (letöltve: 2021.09.22)

Schleicher N. Kvalitatív kutatási módszerek a társadalomtudományokban. BKF jegyzet. Századvég, Budapest, 2007. ISBN: 963 734053 6

Schulmann K, Leichsenring K, Casanova G, Ciuca V, Corches L, Genta M, Grigaliūnienė Z, Kucsera Cs, Matei A, Maattanen N, Naegel G, Paat-Ahi G, Pirciog S, Principi A, 147 Rodrigues L, Rodrigues R, Sanduleasa B, Shulze S, Reichert M, Széman Zs, Wall K. (2014) MoPAct Mobilising the Potential of Active Ageing in Europe Social support and long term care in EU care regimes. WP8. Overview report

<https://mopact.group.shef.ac.uk/wp-content/uploads/2013/10/D8.1-Social-support-overview-report.pdf> (letöltve: 2021.12.16)

Schulmann K, Reichert M, Leichsenring K. Social Support and Long-Term Care for Older People: The Potential for Social Innovation and Active Ageing. In: Walker A. (szerk.), *The Future of Ageing in Europe*. Palgrave Macmillan, Singapore, 2019:255-286. DOI: https://doi.org/10.1007/978-981-13-1417-9_9

Seitz D, Purandare N, Conn D. (2010) Prevalence of Psychiatric Disorders among Older Adults in Long-Term Care Homes: a Systematic Review. *International Psychogeriatrics* 22(7): 1025–1039. DOI: [10.1017/S1041610210000608](https://doi.org/10.1017/S1041610210000608)

Semsei I. (2013) Őszülő társadalmak: Aktív idősödés – nemzedékek közötti szolidaritás. *Acta Medicinæ et Sociologica*, 4(11):6-17.

Shyrock HS, Siegel JS. *The Methods and Materials of Demography*. US Bureau of the census, US Government Printing Office, Washington 1973.

Stenner P, McFarquhar T, Bowling A. (2011) Older people and “active ageing”: Subjective aspects of ageing actively. *Journal of Health Psychology*, 16(3): 467–477.

Steinmayr D, Weichselbaumer D, Winter-Ebmer R. (2020) Gender Differences in Active Ageing: Findings from a New Individual-Level Index for European Countries. In: *Social Indicators Research*, 151: 691–721. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02380-1>

Stineman MG, Xie D, Pan Q, Kurichi JE, Saliba D, Streim J. (2011) Activity of Daily Living Staging, Chronic Health Conditions, and Perceived Lack of Home Accessibility Features for Elderly People Living in the Community. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(3): 454–462. DOI:10.1111/j.1532-5415.2010.03287.x

Stjernberg M. (2020) Healthy and active ageing is more important than ever. <https://nordregio.org/healthy-and-active-ageing-is-more-important-than-ever/> (letöltve: 2021.09.07)

- Széman Zs. (2012) Skype az idősgondozásban: egy intervenciós kutatás tapasztalatai, *Esély*, 2:38-53.
- Széman Zs. (2014) A new pattern in long term care in Hungary: Skype and youth volunteers. *Anthropological Notebooks*, 20(1):105-117.
- Széman Zs. (2016) Idősbarát városok, helyek, közösségek. *Esély*, 27(2):93-114.
- Szigeti E. (2003) A régiók és régióközpontok térszerkezeti alternatívái, Magyar Közigazgatási Intézet, Budapest: 30. http://www.terport.hu/webfm_send/340 (letöltve: 2021.06.21)
- Szüdi G, Kovacova J, Konecny S. (2016) Transformation of social care services for the elderly in Slovakia, *Journal of Social Services Research*, 42(2), 1-19.
- Taipale VT. (2014) The Global AgeWatch Index, GAWI 2013. *Gerontechnology*, 13(1): 16-20. DOI: <https://doi.org/10.4017/gt.2014.13.1.010.00>
- Teddle C, Tashakkori A. *Foundations of mixed methods research*, Sage, London:2009.
- Temesváry Zs. (2019) Szociális ellátások sajátosságai a visegrádi országokban az EU 2020 stratégia tükrében. https://www.researchgate.net/publication/330514204_A_szocialis_ellatasok_sajatossagai_a_visegradi_orzagokban_az_EU_2020_Strategia_tukreben (letöltve: 2021.12.07)
- Timonen V. *Beyond successful and active ageing: A theory of model ageing*. Policy Press, Bristol: 2016.
- Tomka B. (2009) Jóléti állam az ezredfordulón: válságjelek vagy válságmítoszok?. *Magyar Tudomány*, 170(2): 197-208.
- UNECE & European Commission. (2019) 2018 Active Ageing Index: Analytical Report, Report prepared by Giovanni Lamura and Andrea Principi under contract with the United Nations Economic Commission for Europe (Geneva), co-funded by the European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Brussels, 19-20. https://unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/Stakeholder_Meeting/ACTIVE_AGEING_INDEX_TRENDS_2008-2016_web_cover_reduced.pdf (letöltve: 2021.06.21)
- United Nations. (1982) Report of the World Assembly on Ageing.

<https://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Resources/VIPEE-English.pdf>

(letöltve: 2021.07.10)

United Nations. (2002) Political declaration and Madrid international plan of action on ageing

<https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-en.pdf>

(letöltve: 2021.07.10)

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

World Population Ageing 2019: Highlights, UN, New York, 2019:1.

<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf> (letöltve: 2021.09.30)

Van Dyk S. (2014) The appraisal of difference: Critical gerontology and the active-ageing-paradigm. *Journal of aging studies*, 31: 93-103.

Van Malderen L, de Vriendt P, Mets T, Gorus E. (2016) Active Ageing within the nursing home: a study in Flanders, Belgium. *European Journal of Ageing*, 13(3): 219-230.

Vajda K. (2020/1) Az idős generáció és az infokommunikáció kapcsolata az idősek nappali ellátásában – Szociális szolgáltatásfejlesztési és prevenciós perspektívák egy hazai kutatás tükrében. *Információs Társadalom*, XX(3): 83.

Vajda K. (2020/2) Opportunities and specifics underlying day care for older adults in Hungary with consideration of active ageing. *European Journal of Mental Health*, 15(1):38-55.

Vajda K. (2021) Az idősek nappali ellátásának nehézségei – Egy magyarországi régiós központokat vizsgáló kvalitatív adatfelvétel tapasztalatai. *Esély*, 32(3):75-96.

Vargha L. (2015) A társadalmi öregedés hagyományos és alternatív indikátorai. *Demográfia*, 58(1): 57-78.

Várakozók Jelentése Elemzés, Szociális Ágazati Portál (2017. december 01).

<https://szocialisportal.hu/varakozok-jelentesenek-elemzese-2017-decemb-1/> (letöltve: 2021.09.29)

Várakozók Jelentése, Szociális Ágazati Portál (2019. december).

https://szocialisportal.hu/wp-content/uploads/2019/12/Varakozoi_jelentes_2019_december.pdf (letöltve: 2021.09.29)

VinclesBCN Projekt (2013-2018).

<https://ajuntament.barcelona.cat/vinclesbcn/en/vincles-bcn> (letöltve: 2021.09.07)

Walker A. (2002) A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55(1): 121–139. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-246X.00118>

Walker A, Maltby T. (2012) Active Ageing: A strategic policy solution on demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 21(1):117-130.

Wild B, Heider D, Schellberg D, Böhlen F, Schöttker B, Muhlack DC, König HH, Slaets J. (2019). Caring for the elderly: A person-centered segmentation approach for exploring the association between health care needs, mental health care use, and costs in Germany. *PloS one*, 14(12): e0226510.

Woodyatt CR, Finneran CA, Stephenson R. (2016) In-Person Versus Online Focus Group Discussions: A Comparative Analysis of Data Quality. *Qualitative Health Research*, 26(6): 741–749. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732316631510>

World Health Organisation. (WHO) (2002) Active Ageing – A policy Framework, 12. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215> (letöltve: 2021.08.17)

World Health Organization. (WHO) (2007) Global Age-friendly Cities: A guide. World Health Organization, France, ISBN 978 92 4 154730 7

https://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf (letöltve: 2021.12.12)

World Health Organization. (WHO) (2015) World Report on Ageing and Health. World Health Organization, Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463> (letöltve: 2021.07.15)

World Health Organization. (WHO) (2018) 10 facts on ageing and the life course. Letöltve: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (letöltve: 2021.07.10)

World Health Organization (WHO) (2020). Decade of Healthy Ageing 2020-2030. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true (letöltve: 2021.08.11)

Zaidi A, Gasior K, Hofmarcher MM, Lelkes O, Marin B, Rodrigues R, Schmidt A, Vanhuyse P, Zolyomi E. (2013) Active ageing index 2012 concept, methodology and final results. European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna.

Zaidi A. Active Ageing Index: A Legacy of the European Year of 2012 for Active Ageing and Solidarity between Generations, Policy Brief 4/2015, European Centre, Vienna, 2015.

Felhasznált jogforrások:

1993. évi III. törvény a Szociális Igazgatásról és Szociális Ellátásokról:

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.tv> (letöltve: 2021.09.07)

23/1993. (II.17) Kormány rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások térítési díjairól: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300029.kor> (letöltve: 2021.09.07)

9/1999. (XI.24) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900009.scm> (letöltve: 2021.09.07)

I/2000 (I.7) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről:
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0000001.scm> (2021.09.07)

H/10500. számú országgyűlési határozati javaslat az Idősügyi Nemzeti Stratégiáról (INS): <https://www.parlament.hu/irom38/10500/10500.pdf> (2021.09.15)

2019. évi LXXI. tv. Magyarország 2019. évi költségvetéséről
<https://net.jogtar.hu/getpdf?docid=a1900071.tv&targetdate=&printTitle=2019.%20%C3%A9vi%20LXXI.%20t%C3%B6rv%C3%A9ny>)letöltve: 2021.11.22)

2020. évi XC. tv Magyarország 2021. évi költségvetéséről
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a2000090.tv> (letöltve: 2021.11.22)

10. Saját publikációk

Disszertációhoz kapcsolódó közlemények

Vajda K. Az idősök nappali ellátása Magyarországon. In: B. Erdős M, Talyigás K. (szerk.) A szociális munka elmélete és gyakorlata 7. kötet – Tudományos gondolkodás és kutatás a szociális munkában, MTA Szociológia Bizottság Szociális Munka Albizottság, Budapest, 2021: 308-325.

Vajda K. (2021) Az idősök nappali ellátásának nehézségei – Egy magyarországi régiós központokat vizsgáló kvalitatív adatfelvétel tapasztalatai. *Esély*, 32(3): 75-96.

Vajda K. (2020) Az idős generáció és az infokommunikáció kapcsolata az idősök nappali ellátásában – Szociális szolgáltatásfejlesztési és prevenciós perspektívák egy hazai kutatás tükrében. *Információs Társadalom*, 20(3):71-91.

Vajda K. (2020) Opportunities and Specifics Underlying Day Care for Older Adults in Hungary with Consideration of Active Ageing. *European Journal of Mental Health*, 15(1):38-55.

Vajda K. (2017) Az active ageing és az idősellátás jövőbeni lehetőségei. *Esély*, 28(6):94-108.

Vajda K. (2016) Különbségek a magyar idősöket ellátó szociális rendszerben: A prevenció jelentősége egy készülő PhD - kutatás tükrében. *Tudásmenedzsment: PTE-BTK különszám*, 17(2):114-122.

Disszertáció témájától független közlemények

Vajda K. (2015) A magyarországi kórházi szociális munka aktuális helyzete. Változások egy 10 évvel ezelőtti országos kutatás tükrében. *Esély*, 26(1):95-121.

Husztai É, Dávid B, Vajda K. (2013) Strong tie, weak tie and in-betweens: a continuous measure of tie strength based on contact diary datasets. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 79(6):38-61.

11. Köszönetnyilvánítás

Mindenekelőtt köszönetet szeretnék mondani Mindazoknak, akik megtiszteltek bizalmukkal és részt vettek a kutatás adatfelvételeiben. Külön köszönöm a kvalitatív adatgyűjtés során mindegyik kutatásba bevont intézmény vezetőjének és dolgozóinak, hogy egy olyan váratlan és számos változást kikényszerítő időszakban, mint a COVID-19 járvány, rendelkezésemre álltak, és rugalmasságukkal megvalósulhatott mindegyik adatgyűjtési szakasza a kutatásnak.

Köszönöm témavezetőm, Dr. Széman Zsuzsa professzor asszony szakmai és emberi támogatását. Köszönöm, hogy hitt az általam választott kutatási téma jelentőségében és hogy kíséremet vállalva támogatott.

Köszönöm Dr. Pethesné Dávid Beáta Intézetvezető professzor asszony kutatási témaválasztásban nyújtott segítségét és a doktori folyamat során nyújtott folyamatos támogatását.

Köszönöm a Semmelweis Egyetem 4/3. doktori program tanárainak, témavezetőinek és hallgatóinak, valamint Dr. Nagy Zitának, Dr. Sziklai Istvánnak, Dombi Gábornak, hogy jelen dolgozat elkészüléséig vezető úton szakmai segítségükkel, értékes meglátásaikkal segítették munkámat.

Külön köszönöm családom, kiemelten párom Dávid, barátaim és kollégáim türelmét, biztatását, támogatását, amellyel végig mellettem voltak, és amely nélkül ez a munka nem születhetett volna meg.

Mellékletek

1. számú melléklet – Kérdőíves adatfelvétel kérdéssora

Kedves Kitöltő!

Vajda Kingának hívnak, a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetének doktori hallgatója vagyok. A következőkben az együttműködését szeretném kérni egy 35 kérdésből álló kérdőív kitöltésével kapcsolatban. Kérem, segítse a doktori munkámat és kutatásomat azzal, hogy a következő körülbelül 40 percben megválaszolja a sorszámozott, feltett kérdéseket.

A kérdőív anonim, így a későbbiekben nem azonosítható be, hogy az adott kérdőívet ki töltötte ki.

A feltett kérdések az Ön élethelyzetét, aktivitását, önállóságát szeretnék felmérni, illetve azt, milyen területen lehetne fejleszteni az Ön által látogatott idősök klubjának működését.

A válaszok elolvasása után kérem, karikázza be vagy húzza alá az ön által választott választ.

Kérem minden kérdésre próbáljon meg válaszolni, hiszen a hiánytalanul kitöltött kérdőívek segítik a munkámat!

Amennyiben megválaszolta a kérdéseket, a kitöltött kérdőívet kérem, helyezze el az idősök klubjában erre a célra kijelölt helyen. Ezt követően a kérdőívek összegyűjtésre kerülnek, és az adatokat feldolgozom, összesítem, majd a doktori disszertációmhoz kapcsolódó kutatásban használok fel. Igény esetén később eljuttatom a válaszadóknak. Felmerülő kérdés esetén bizalommal forduljon az idősök klubjában dolgozókhöz, illetve hozzám.

Elérhetőségem:

Vajda Kinga

Tel.: XXX

Válaszait és együttműködését nagyon köszönöm!

Régió/Sorszám:.....

1. Az ön neve?

1. férfi, 2. nő

2. Mikor született (Az évet adja meg)?

.....

3. Az ön hivatalos családi állapota?

1 – hajadon/nőtlen, 2 – házastársal együtt élünk, 3 – házastársal külön élünk,

4 - bejegyzett élettársi kapcsolat, 5 – özvegy, 6 – elvált

4. Az ön legmagasabb befejezett iskolai végzettsége?

1 – nem járt iskolába, 2 – általános iskola 1-4. osztály (elemi iskola),

3 – általános iskola 5-8. osztály (polgári iskola), 4 – szakiskola, 5 - szakközépiskola, 6 - gimnáziumi érettségi, 7 - főiskolai diploma, 8 - egyetemi diploma, 9 - doktori képzés

5. Melyik megyében él?

.....

6. Melyik településen él?

.....

7. Mikor járt először idősek klubjában? Kérem év, hónap pontossággal adja meg.

.....

8. Milyen típusú épületben lakik?

1 – különálló családi ház, 2 – ikerház vagy sorház, 3 – társasház 10-nél kevesebb lakással, 4 – társasház 9-nél több lakással, 5 – egyéb lakott lakóegység

9. Milyen minőségben él az ingatlanban?

1 – saját tulajdon, 2 – bérlő, 3 – haszonélvező, 4 – egyéb (pl. szívességből él az ingatlanban), 888- nem tudja

10. Mennyire érzi úgy, hogy lakókörnyezetében sötétedés után biztonságos egyedül sétálni?

1 - nagyon biztonságos, 2 – biztonságos, 3 - nem biztonságos, 4 - egyáltalán nem biztonságos

11. Volt-e valamilyen akadálymentesítéssel kapcsolatos lakás átalakítás Önnél?

(Például kádcsere zuhanyzóra, extra kapaszkodók felszerelése, küszöbök eltávolítása stb).

1 – igen, 2 – nem

12. Amennyiben volt akadálymentesítéssel kapcsolatos átalakítás, az ingatlan mely részén történt ez?

12.1 Külső részen?

1 – igen, 2 – nem

12.2 Bejáratnál?

1 – igen, 2 – nem

12.3 Az ingatlan belsőbb szobáiban?

1 – igen, 2 – nem

12.4 Konyhában?

1 – igen, 2 – nem

12.5 Fürdőben, illemhelyiségben?

1 – igen, 2 – nem

12.6 Egyéb, éspedig:

13. Néhány tartós fogyasztási cikkel való ellátottsági mutató

Van-e háztartási használatban Önnél:

13.1 Személygépkocsi?

- 1-van,
- 2-nincs, mert nem engedhetem meg magamnak,
- 3-nincs, egyéb okból

13.2 Mosógép?

- 1-van,
- 2-nincs, mert nem engedhetem meg magamnak,
- 3-nincs, egyéb okból

13.3 Színes televízió?

- 1-van,
- 2-nincs, mert nem engedhetem meg magamnak,
- 3-nincs, egyéb okból

13.4 Vezetékes vagy mobiltelefon?

- 1-van,
- 2-nincs, mert nem engedhetem meg magamnak,
- 3-nincs, egyéb okból

13.5 Számítógép (asztali gép, laptop)?

- 1-van,
- 2-nincs, mert nem engedhetem meg magamnak,
- 3-nincs, egyéb okból

13.6 Internet hozzáférés?

- 1-van,
- 2-nincs, mert nem engedhetem meg magamnak,
- 3-nincs, egyéb okból

14. Átlagosan milyen gyakorisággal használta a számítógépet az elmúlt 3 hónapban?

(Amennyiben rendelkezik vele)

- 1-minden nap vagy majdnem minden nap, 2-minimum egyszer egy héten (de nem minden nap), 3-minimum egyszer egy hónapban (de nem minden héten), 4-ritkábban, mint egy hónap

15. Átlagosan milyen gyakorisággal használta az internetet az elmúlt 3 hónapban?

(Amennyiben rendelkezik vele)

1-mindennap vagy majdnem mindennap, 2-minimum egyszer egy héten (de nem mindennap), 3-minimum egyszer egy hónapban (de nem minden héten), 4-ritkábban, mint egy hónap, 5- nem rendelkezik vele

16. A következő tevékenységek közül melyek miatt használta az internetet, amennyiben rendelkezik vele, az elmúlt 3 hónapban?

Többet is megjelölhet!

- Kommunikáció, kapcsolattartás (E-mail, Skype)
- Információgyűjtés, keresés
- Szórakozás
- Kreatív elfoglaltság (saját képek, szövegek megosztása, blog)
- E-health (online időpont foglalás orvoshoz)
- Más online szolgáltatások (bank, rendelés, foglalás, csekk befizetés)
- Egyéb, éspedig:.....

17. Milyen gyakran teszi a következőt: Sportolás vagy testedzés?

1-minden nap vagy majdnem minden nap, 2-legalább hetente egyszer, 3-havonta 1-3 alkalommal, 4-ritkábban, 5-soha

18. Vett Ön részt iskolarendszeren kívüli oktatási, képzési formákban az elmúlt négy hétben?

(Iskolarendszeren kívüli oktatási, képzési forma pl.: tanfolyam, előadás, távoktatás.)

1 – részt vett, 2 – nem vett részt

19. Milyen gyakran vesz részt a következő tevékenységek valamelyikében?

19.1 Gyermekei, unokái gondozása, nevelése

1-minden nap, 2-hetente többször, 3-egyszer vagy kétszer egy héten, 4-ritkábban, 5-soha

19.2 Idős vagy rokkant rokon/ok gondozása

1-minden nap, 2-hetente többször, 3-egyszer vagy kétszer egy héten, 4-ritkábban, 5-soha

20. Van-e olyan vallás vagy vallási felekezet, amelyhez tartozónak tekinti magát?

1 – igen van, 2 – nincs, 888 – nem tudom, 999 – nem kívánok válaszolni

21. Függetlenül attól, hogy Ön tartozik-e valamelyik egyházhoz vagy felekezethez, mennyire tartja vallásosnak magát?

1- nagyon vallásos, 2 – inkább vallásos, 3 – kevésbé vallásos, 4 – egyáltalán nem vallásos, 888 – nem tudom, 999 – nem kíván válaszolni

22. Milyen gyakran teszi a következőt:

Részvétel vallási szertartásokon esküvőt, temetést, keresztelőt leszámítva

1-minden nap vagy majdnem minden nap, 2-legalább hetente egyszer, 3-havonta 1-3 alkalommal, 4-ritkábban, 5-soha, 888-nem tudom, 999 – nem kíván válaszolni

23. Milyen az Ön általános egészségi állapota?

1 - nagyon jó, 2 – jó, 3 – kielégítő, 4 – rossz, 5 - nagyon rossz

24. Akadályozza-e Önt mindennapi tevékenységében bármilyen módon valamilyen tartós betegség, rokkantság, rossz egészségi állapot, vagy mentális probléma? Ha igen, akkor milyen mértékben?

(Mentális probléma lehet például: szorongás, depresszió, pánikbetegség stb.)

1 - igen, nagyon, 2 - igen, bizonyos mértékig, 3 – nem

25. Előfordult-e, az elmúlt 12 hónapban, hogy Önnek:

25.1 Orvosi ellátásra lett volna szüksége, de nem vette igénybe?

1-igen legalább egy alkalommal, 2- nem volt ilyen alkalom

25.2 Fogorvosi ellátásra lett volna szüksége, de nem vette igénybe?

1-igen legalább egy alkalommal, 2- nem volt ilyen alkalom

26.Kérem, mondja el a következő öt állításról, hogy melyik áll a legközelebb ahhoz, ahogy az elmúlt két hétben Ön érezte magát:

26.1 Jókedvűnek és derűsnek éreztem magam

1-állandóan, 2-az idő legnagyobb részében, 3-az idő több, mint felében, 4-az idő kevesebb mint felében, 5-néha, 6-soha

26.2 Nyugodtnak és kipihentnek éreztem magam

1-állandóan, 2-az idő legnagyobb részében, 3-az idő több, mint felében, 4-az idő kevesebb mint felében, 5-néha, 6-soha

26.3 Tevékenynek és életerősnek éreztem magam

1-állandóan, 2-az idő legnagyobb részében,3-az idő több, mint felében,
4-az idő kevesebb mint felében, 5-néha, 6-soha

26.4 Frissen és kipihenten ébredtem

1-állandóan, 2-az idő legnagyobb részében, 3-az idő több, mint felében,
4-az idő kevesebb mint felében, 5-néha, 6-soha

26.5 A mindennapi életemet olyan dolgok töltötték be,

amelyek érdekelnek engem

1-állandóan, 2-az idő legnagyobb részében, 3-az idő több mint felében,
4-az idő kevesebb mint felében, 5-néha

27.Átlagosan milyen gyakran lép kapcsolatba barátaival vagy háztartásán kívül élő családtagjaival telefonon, interneten keresztül vagy levélben:

27.1 Bármelyik gyermekével?

1-minden nap vagy majdnem minden nap, 2-legalább hetente egyszer,
3-havonta 1-3 alkalommal, 4-ritkábban,5-soha,6-nincs ilyen kapcsolat

27.2 Bármelyik fivérével, nővérével vagy más rokonával?

1-minden nap vagy majdnem minden nap, 2-legalább hetente egyszer,
3-havonta 1-3 alkalommal, 4-ritkábban,5-soha,6-nincs ilyen kapcsolat

27.3 Barátai vagy szomszédjai közül valakivel?

1-minden nap vagy majdnem minden nap, 2-legalább hetente egyszer,
3-havonta 1-3 alkalommal, 4-ritkábban,5-soha,6-nincs ilyen kapcsolat

28.Háztartásán kívül élő személyekre gondolva átlagosan milyen gyakran találkozik személyesen a következőkkel:

28.1 Bármelyik gyermekével?

1-minden nap vagy majdnem minden nap, 2-legalább hetente egyszer,
3-havonta 1-3 alkalommal, 4-ritkábban,5-soha,6-nincs ilyen kapcsolat

28.2 Bármelyik fivérével, nővérével vagy más rokonával?

1-minden nap vagy majdnem minden nap, 2-legalább hetente egyszer,
3-havonta 1-3 alkalommal, 4-ritkábban,5-soha,6-nincs ilyen kapcsolat

28.3 Barátai vagy szomszédjai közül valakivel?

1-minden nap vagy majdnem minden nap, 2-legalább hetente egyszer,
3-havonta 1-3 alkalommal, 4-ritkábban,5-soha,6-nincs ilyen kapcsolat

29. Hány olyan személy van – ha van ilyen –, akivel meg tudja beszélni személyes, legbensőbb magánügyeit?

1 – tíz vagy több, 2 – hét-kilenc, 3 – négy-hat,
4 – három, 5 – kettő, 6 – egy, 7 – egy sincs

30. Végzett Ön az elmúlt héten legalább 1 óra jövedelmet biztosító munkát?

1-igen, 2-nem

31. Végzett Ön az elmúlt héten pénzbeli jövedelmet nem biztosító munkát?

*(Pénzbeli jövedelmet nem biztosító munka például:
háztáji gazdaságban végzett munka, egyéb)*

1-igen, 2-nem

32. Az elmúlt 12 hónapban milyen gyakran végzett önkéntes munkát vagy vett részt valamilyen segélyszervezet munkájában?

1- legalább hetente egyszer, 2 - legalább havonta egyszer, 3 - legalább háromhavonta egyszer, 4 - legalább félévente egyszer, 5 – ritkábban, 6 - soha

33. Melyik leírás közelíti meg leginkább az Ön háztartásának jelenlegi jövedelmi helyzetét?

1 - kényelmesen megélek a jelenlegi jövedelmemből 2 - kijövök a jelenlegi jövedelmemből 3 - nehezen élek meg a jelenlegi jövedelmemből 4 - nagyon nehezen élek meg a jelenlegi jövedelmemből, 888 – nem tudom, 999 – nem kíván válaszolni

34. Mindent egybevetve mennyire érzi magát boldognak?

1- nagyon boldognak érzem magam, 2- többé-kevésbé boldognak érzem magam,
3- kevésbé érzem boldognak magam, 4- egyáltalán nem érzem boldognak magam

35. Mi segítené Önt az önállósága megőrzésében, hogy még biztonságosabban, jobban érezze magát saját otthonában?

.....
.....
.....
.....

Köszönöm válaszait!

2. számú melléklet – Félig struktúrált szakértői interjú kérdéssora (interjúfónala)

Témakörök:

1. Idősek nappali ellátásának aktuális helyzete adott intézményben

- Ellátottak száma (Referencia idő 2020 március 31.)
- Adott intézményhez tartozó klubok száma
- Idősek nappali ellátásában dolgozók száma az összes klubban
- Tárgyi feltételek (épület állaga, akadálymentesítés, foglalkozásokhoz szükséges eszközök megléte) alakulása

2. Idősek nappali ellátásában felmerülő szakmai nehézségek, problémák

- Milyen problémák, nehézségek jelentkeznek az ellátásban? Kérem, csoportosítsa mikro (intézményi)/makro (települési)/mezo (teljes ellátórendszert érintő országos) szinten a felmerülő problémákat.
- Milyen innovatív lehetőségeket, jó gyakorlatokat lát a megnevezett problémák kezelésére mikro (intézményi)/makro (települési)/mezo (teljes ellátórendszert érintő országos) szinten?
- Mely problémák megoldását érzi a leginkább sürgetőnek?

3. Idősek nappali ellátásában jelentkező jó gyakorlatok, aktív idősödés és prevenció

- Kialakult-e ún. jó gyakorlat¹¹ az idősek nappali ellátásában az Önök intézményében?
- Hallott-e az aktív idősödésről (Active Ageing)? Mi a véleménye róla?

¹¹ Például olyan hiánypótló tevékenységek, programok, beavatkozások, szolgáltatások, eszközök, eszközhasználatok, eljárások, tréningek, képzések, mentalitásformáló-érzékenyítő módszerek, megközelítések, folyamatok, technikák, kiadványok stb., az ellátás/támogatás fejlesztéséhez, minőségének javításához.

- Milyen kapcsolódási pontokat lát az idősök nappali ellátása és az aktív idősödés között?
- A prevenciót (mint a nyugdíj előtt állók, illetve a fiatal idősöket [65-75 korosztály] felkészítő lehetőséget) hol látja indokoltnak az idősöket ellátó szociális rendszerben ma Magyarországon? Milyen előnyeit látja az ilyen típusú prevenciónak?
- Tud-e preventív, megelőző funkciót betölteni bármelyik szociális alapszolgáltatás, annak érdekében, hogy minél később legyen szükséges az idősök számára szakosított ellátást igénybe venni?
- Idősök infokommunikációs aktivitása: internet, számítógép ismeret és használat, okoseszközök.

4. Koronavírushoz kapcsolódó kérdésblokk

- Milyen változásokat okozott a koronavírus megjelenése, illetve az ahhoz kapcsolódó kormányzati rendelkezések a szolgáltatás biztosításában és a dolgozók munkavégzésében?
- Igénybe tudják-e venni a szolgáltatást az ellátottak? A dolgozók kapcsolatban vannak-e a járvány helyzet idején az ellátottakkal?
- Szolgáltatási, illetve dolgozói szinten kialakult-e jó gyakorlat, innovatív gyakorlat a járvány miatti helyzet kezelésére (pl.: infokommunikációs eszközökön keresztüli szolgáltatásnyújtás vagy a kliens otthonában/lakókörnyezetében szolgáltatásnyújtás)?
- Az ellátottak hogyan tudtak alkalmazkodni a járvány miatt kialakult helyzethez a szolgáltatás szempontjából? Hogyan élik meg az esetleges változásokat?

3. számú melléklet – Fókuszcsoporthos interjú kérdéssora (interjúfonala)

Témakörök:

1. Az ellátotti csoport változása az évek során:
 - Hogyan változik az ellátotti csoport? Mi változik? Hogyan tud az ellátórendszer alkalmazkodni hozzá?
 - Az idősek nappali ellátásának jelentősége az ellátórendszerben? Miért hiánypótló ez a típusú ellátás?
2. Milyen nehézségekkel találkoznak mindennapi munkájuk során **intézményi szinten** (mikro), **települési szinten** (mezo) és **ellátórendszeri/országos szinten** (makro)? Hogy próbálják ezeket megoldani (innovációk, jó gyakorlatok)?
3. A Covid-19 miatti járványhelyzet és speciális időszak (szolgáltatás szünetel, vagy 50%-on mehet csak, karantén) hogyan érintette a dolgozókat? Hogyan érintette a kialakult helyzet az ellátottakat? Hogyan próbálták meg áthidalni a kialakult helyzetet? Alakult-e ki jó gyakorlat, innovatív megoldás?
4. Az ellátottak infokommunikációs (számítógép, okostelefon, tablet stb.) ismeretei, képességei: mennyire ismerik és használják a számítógép/tablet/okostelefon adta lehetőségeket? Internethasználati szokásaik? Milyen lehetőségeket lát az eszközök használatában az idősek számára?