

Az aktív idősödés lehetőségei a hazai idősek nappali ellátásában

Doktori tézisek

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

1. Bevezetés

A társadalmak gyors öregedése, az idősödési válság napjaink egyik nagy, megoldásra váró feladata. Az idősök számában bekövetkező gyors változásokra a jelenlegi ellátórendszerek nem minden esetben vannak felkészülve. Kiemelendő az idősödési válság hatása a fejlődő országok esetében, hiszen vonatkozásukban még nehezebben áthidalható változásokkal kell számolni (WHO, 2018). Míg az 1900-as években a népesség csupán 1%-a volt 65 éves vagy idősebb, addig ez az arány 2000-ben már 7% volt, a továbbiakban pedig folyamatos növekedést prognosztizálnak (Phillipson, 2013). Európában 2020 és 2050 között várhatóan 20,6%-ról 29,5%-ra emelkedik a 65 éves és idősebb népesség aránya (Eurostat 2021/1; Eurostat, 2021/2). Magyarországon is hasonlóan gyors növekedést mutat az idős emberek aránya, 2019 és 2050 között 19,6%-ról 27,8%-ra növekszik (European Commission, 2021). A rapid demográfiai változás és az egyre jelentősebb tudományos érdeklődés okán 2012-öt az aktív idősödés és a generációk közti szolidaritás évének választották az Európai Unióban, a 2020-2030 közti időszak pedig az egészséges idősödés évtizede, számos a témához kapcsolódó programmal, rendezvénnyel, figyelemfelhívó megmozdulással (Európai Bizottság, 2014; WHO, 2020).

Nincsen teljes konszenzus az időskor határát jelölő életkor vonatkozásában, míg a WHO alapvetően a 60 éves és idősebb személyeket tekinti e csoporthoz tartozónak, addig az Eurostat, a KSH és más statisztikai számítások is a 65 éves vagy ennél idősebb személyeket értik az idősök csoportjához tartozónak. Más, azonban fontos mérőszám a 65 éves korban várható élettartam és a 65 éves korban egészségben várható élettartam értéke is, melyek között komoly különbségek mutatkoznak számos dimenzió pl.: nem, nemzeti hovatartozás alapján. A várható élettartam alapvetően dinamikus növekedésével nem mozog együtt az egészségben várható élettartam változása, mely alapján a két érték közti különbség folyamatosan növekszik. Ennek következtében emelkedik azon évek száma (különös tekintettel a nőkre), melyet feltételezhetően betegségekkel, fogyatékoságokkal terheltten töltenek el.

A demográfiai változások mellett részben a jóléti államok válságával (Tomka, 2009) is kapcsolatba hozható változó szociálpolitikai szerepvállalás, úgy mint a szubszidiaritás elvének erősödő hangsúlyozása, vagy az öngondoskodás elképzelésének erősítése, közösen járultak hozzá olyan új elképzelések és fogalmak megjelenéséhez, mint az aktív idősödés gondolata. A szociálpolitika ezen törekvéseinek hátterében fontos meglátni azt a fajta motivációt, mely segítségével törekszik a rendszer fenntarthatatlanságának irányába való sodródást elkerülni és az önállóságot, minél hosszabban tartó aktivitást támogató elképzeléseket erősíteni.

Az aktív idősödés elképzelésének megjelenése az 1990-es évek első felében kezdődött az idősödéshez kapcsolódó növekvő érdeklődés hatására (Paúl és mtsai., 2012). A koncepció megjelenését és elterjedését megelőzően, illetve azzal párhuzamosan használatban voltak más idősödéshez kapcsolódó elméletek és modellek, például a produktív idősödés (Butler & Gleeson, 1985), vagy a sikeres idősödés (Rowe & Kahn, 1987, 1997; Baltes & Baltes, 1990), továbbá az egészséges idősödés (WHO, 2015, 2020). Közülük elsősorban komplexitásával emelkedik ki az aktív idősödés elképzelése, melyet fogalma és meghatározó faktorainak széles köre is alátámaszt. Az aktív idősödés leggyakrabban használt definíciója szerint: „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 idősök fizikai és munkaerőpiaci aktivitására, termelékenységére korlátozódik” (WHO, 2002). Meghatározó faktorai közé tartoznak a: személyes tényezők, társas tényezők, gazdasági tényezők, viselkedést meghatározó tényezők, az egészségügyi és szociális szolgáltatások, illetve a fizikai környezet (WHO, 2002). Összetettsége mellett kritikák is megfogalmazásra kerültek az elképzeléssel szemben. Megjelent a túlzóan általánosító jelleg és a személyre szabottság hiánya (Walker & Maltby, 2012; Timonen, 2016), továbbá, hogy a kevésbé jó állapotú idősök kiszorulnak az elképzelésből és annak megvalósításából, annak ellenére, hogy maga a WHO is erőteljesen hangsúlyozta annak jelentőségét, hogy az aktív idősödés nem kizárólag a jobb állapotú, fiatalabb idősök számára kell, hogy elérhető legyen (Ruppe, 2011).

2012-ben egy kutatócsoport segítségével Zaidi és munkatársai kialakították az aktív idősödés mérésére szolgáló indexet, az aktív idősödés indexet (Zaidi és mtsai, 2013). A kialakított index célja az aktív idősödés mérhetővé és monitorozásra alkalmassá tétele volt. A mérés során makro szintű, országokra vonatkozó korábbi nagymintás Európai Unió adatfelvételek eredményeiből statisztikai adataiból, azok különböző súlyozásával hoztak létre egy 0-100-ig terjedő indexszámot. Ezzel a különböző európai országok rangsorba állíthatók, továbbá a rendszeres számításoknak köszönhetően nyomon követhető az egyes országok által produkált értékek közti változás. Az index 4 részterületen: foglalkoztatás; társadalmi részvétel; független, egészséges és biztonságos élet; képesség az aktív időskorra és támogató környezet, illetve a 4 részterület alá tagolt 22 indikátor segítségével alakítja ki az indexet. Ahogy korábban az aktív idősödés elképzelését, úgy a kialakított mérőeszközzel szemben is fogalmaztak meg tudományos kritikákat:

- Nincsen konkrét vizsgálat, mely alátámasztaná, hogy a szakértői csoport által javasolt 4 részterület és 22 indikátor valóban minden ország tekintetében a legjobban határozza meg az aktív idősödést (São José és mtsai., 2017).
- A foglalkoztatás részterülete túlzóan nagy hangsúlyt kap, melyben egy adott ország magas foglalkoztatási aránya nem feltétlenül függ össze a pozitív és jó helyzetű aktív idősödés lehetőségével. Elképzelhető, hogy adott országban élő idősök jövedelmi helyzete annyira bizonytalan, hogy ennek stabilizálásához szükséges minél hosszabban munkaerőpiaci szempontból aktívnak maradniuk (São José és mtsai., 2017).
- Olyan fontos területek maradtak ki az indexből, mint az akadálymentesítés vagy a vallásosság/spiritualitás kérdései (Ferri Sanz és mtsai., 2018).
- A részterületek és faktorok súlyozása egységes minden ország vonatkozásában, mely így nem tud azok kulturális, történelmi, gazdasági stb. sajátosságaira reflektálni (Amado és mtsai., 2016).
- Makro szinten jól alkalmazható a mérőeszköz, azonban ennél alacsonyabb szinteken pl.: régiós vagy települési, esetleg személyi szinten, már nehézségekbe ütközik használata (Karpinska & Dykstra, 2015).

Tekintettel a megfogalmazott kritikákra és a magyar minta sajátosságaiból fakadó egyedi jellemzőkre (pl.: rendkívül alacsony foglalkoztatási arány az érintett korcsoportban), a kutatás kvantitatív adatfelvételei során alkalmazott mérőeszközben kisebb változtatások történtek az eredeti aktív idősödés index mérőeszközéhez képest.

2. Célkitűzések, kutatási kérdések

- 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?
- Milyen strukturális feltételek, körülmények, nehézségek határozzák meg a kutatásba bevont helyszíneken az aktív idősödés megjelenését az idősök nappali ellátását vezető, illetve az idősök nappali ellátásában közvetlen ellátottakkal dolgozó szakemberek meglátásai szerint, az ellátásban?
- Hogyan befolyásolta a COVID-19 járvány az aktív idősödés koncepciójának megjelenését és alakulását az idősök nappali ellátásában a vizsgált helyszíneken?

3. Módszer, mérőeszközök, mintavétel

3.1 Módszerek

A kutatás során kvantitatív és kvalitatív módszerek alkalmazására is sor került. A kutatás ún. kevert módszertan segítségével készült, mely a társadalomtudományi kutatások között is egyre népszerűbb, és ún. „harmadik paradigmaként„ hivatkoznak rá (Johnson & Onwuegbuzie, 2004:15). A kevert módszertan magyarázó-egymásra épülő modellje alapján (Király és mtsai., 2014) a nyitó adatfelvétel során kvantitatív módszertannal kérdőíves adatfelvétel történt, míg ezt követően két kvalitatív módszertanon alapuló adatfelvételre került sor. A magyarázó-egymásra épülő modell segítségével a kvantitatív módszerrel gyűjtött adatok részben hatást gyakoroltak a kvalitatív mérőeszközök kialakítására. A kvalitatív adatok pedig visszahatva hozzájárultak a kérdőíves adatfelvétel során gyűjtött információk mélyítéséhez.

3.2 Mérőeszközök

A kutatás első szakaszában, 2016 IV. negyedéve és 2017 II. negyedéve között a magyarországi régiós központokban, illetve a közép-dunántúli régió egy további bevont megyeszékhelyén működő állami fenntartású, idősek nappali ellátását biztosító intézményekben az ellátottak körében anonim, önkitöltős kérdőív segítségével zajlott adatfelvétel. Az adatfelvétel célja az 1. kutatási kérdésként megfogalmazott aktív idősödés index 4 részterületéhez tartozó bevont faktorok, továbbá a mérőeszköz fejlesztése során beépített új változók vizsgálata, ezek egymásra hatásának, illetve más különböző szocio-demográfiai változók egymás közti kapcsolódásainak elemzése volt. Az adatfelvétel célját nem az aktív idősödés index mikro (személyi) szinten történő képzése jelentette. Utóbbi okán, illetve, mert az index mérőeszközét korábban érték tudományos kritikák, továbbá a magyar minta sajátosságaira reflektálva történtek módosítások az aktív idősödés eredeti mérőeszközéhez képest. Az index eredeti 4 részterületre vonatkozó struktúráját, illetve számos faktort megtartva a következő fontosabb változtatások valósultak meg az aktív idősödés index eredeti kérdőívéhez képest:

- A foglalkoztatás részterület súlyának visszafogása a mérőeszközben.
- Az akadálymentesítésre, illetve a spiritualitásra és vallásosságra vonatkozó kérdésblokkok beépítése.
- A bizalmas kapcsolatok számának és a szubjektív boldogságnak a mérésére szolgáló kérdések felvétele az eszközbe.
- A politikai aktivitásra vonatkozó kérdés elhagyása annak érzékenysége miatt.

Minden beépített kérdés és kérdésblokk korábbi nagymintás, Európai Unióban rendszeresen lekérdezésre kerülő adatfelvétel magyar nyelvű, validált kérdőíveiből került beemelésre.

A kutatás második és harmadik adatfelvétele során a 2. és 3. kutatási kérdésekhez kapcsolódó válaszok vizsgálata volt a cél. Szerettem volna megtudni, hogy az ellátás vezetői és az ellátottakkal közvetlenül dolgozó szakemberek mit gondolnak, mely tényezők befolyásolják az ellátásban az aktív idősödés megjelenésének lehetőségét, illetve a COVID-19 járvány hogyan hatott az aktív idősödés koncepciójának alakulására az idősök nappali ellátásában. A kvalitatív adatfelvételi időszak első adatfelvételének idején, 2020 április-májusi időszakban, félig strukturált ún. szakértői interjúk kerültek felvételre a hét régiós központban, illetve egy megyeszékhelyen idősök nappali ellátását biztosító intézményekben az idősök nappali ellátását vezető szakemberekkel. Tekintettel a COVID-19 járványra, az interjúk telefonon keresztül zajlottak, az előzetesen kitöltött hozzájáruló nyilatkozatok után azokról hangrögzítés készült. Ezt követően a záró adatfelvételben fókuszcsoportos interjúk készültek az ellátásban dolgozó szakemberekkel. Ezek az adatfelvétel idején, 2020 ősze és 2021 tavasza között tovább erősödő járvány okán online platformon, Zoom program segítségével kerültek lebonyolításra.

3.3 Mintavétel

A kutatás mintavételének vonatkozásában szükséges annak limitációiról is beszélni, mely hatást gyakorol az adatok értelmezésére és azok interpretálására. A mintavétel tekintetében egységesen, mindegyik adatfelvételi szakasz kapcsán elmondható, hogy a 7 magyarországi régió régiós központjai kerültek bevonásra kiegészítve a mintavételt a régiós központokon kívül egy megyeszékhellyel a közép-dunántúli régióból. A kutatásban való egyedüli részvételem erőteljes hatással volt a rendelkezésre álló költség-, és időkeretre, a területi lehatárolás a mintavétel esetében nagyrészt ennek okaként jelenik meg és egyértelműen jelzi, hogy a minta nem reprezentatív. A lehető legtöbb bevonható személy elérése érdekében kényelmi mintavételezés történt a kvantitatív adatfelvétel során.

Az idősök nappali ellátásának kiválasztására, mint az egyik népszerű szociális alapszolgáltatás, a vizsgált célcsoport jól körülhatárolható keretezésén túl azért került sor, mert feltételeztem, hogy ebben az ellátásban megjelenő ellátottak rendelkeznek az egyik legalacsonyabb gondozási szükséglettel, így az aktív idősödés részterületei és a hozzájuk kapcsolódó faktorok esetükben vizsgálhatók a legmegbízhatóbban. Az alacsony vagy nem létező gondozási szükséglet mellett fontos kiemelni az idősök nappali ellátásának azt a fajta preventív funkcióját, melynek segítségével az idős ellátottak aktivitása, függetlensége minél hosszabban megőrizhető, így a

szakosított ellátásba való bevonásuk időben eltolható. Ezt a fajta preventív megközelítést az ellátásba integrált aktív idősödés koncepciója képes lehet tovább támogatni, segítségével az idős személyek hosszabban maradhatnak megszokott környezetükben.

A kérdőíves adatfelvétel során 397 fő bevonására került sor. A kvalitatív adatgyűjtés esetében 8 idősök nappali ellátását vezetővel készült szakértői interjú, illetve 33 fő szakmai dolgozó bevonása valósult meg 6 fókuszcsoportos interjúján keresztül.

4. Eredmények

A kutatási kérdéseken keresztül vizsgálva a kutatás első adatfelvételi szakaszának eredményei esetében látható, hogy az aktív idősödés index 4 részterületének és a bevont, illetve új faktorként beépített változóinak esetében azok jellemzően alacsony súllyal tudnak megjelenni a mintában. Hosszú távon javasolt lehet jelentősebb hangsúlyt fektetni a 4 részterületet biztosító faktorok megerősítésére.

Foglalkoztatás részterülete: Az eredeti aktív idősödés index mérőeszközéhez képest ezen a részterületen komoly átalakítások történtek az alkalmazott kérdőívben. A részterület hangsúlyának visszafogását támasztják alá a válaszadók két új, területre vonatkozóan beépített kérdésre adott válaszai. Minimum 1 óra jövedelmet biztosító munkával csupán a kitöltők 7,7%-a rendelkezett. Jellemzően a fiatalabb férfiak esetében került megjelölésre az aktív munkavégzés. A jövedelmet biztosító munkára leginkább a csoportosított életkor és a nem változói voltak hatással. Jövedelmet nem biztosító munkával a kérdezést megelőzően már a válaszadók 23,5%-a rendelkezett. Ezen kérdés esetében is javasolt a későbbiekben a kiterjesztett, nagyobb mintán való adatfelvétel, melyben különböző településtípusok jelenhetnek meg. A háztartás anyagi helyzetét makro szintű statisztikai adatok helyett egy korábbi Európai Unió kutatás mérőeszközéből beépített kérdéssel vizsgáltam. Elsődlegesen a csoportosított életkor (sig. (2-sided)=0,000, Cramer V=0,279), a családi állapot (sig. (2-sided)=0,000, Cramer V=0,195), a szubjektív egészségi állapot (sig. (2-sided)=0,000, Cramer V=0,255) és a valamilyen fogyatékossgal vagy tartós betegséggel való akadályozottság (sig. (2-sided)=0,000, Cramer V=0,229) voltak rá hatással. Az életkor előre haladtával nőtt a válaszadók elégedettsége háztartásuk anyagi helyzetéhez kapcsolódóan.

Társadalmi részvétel részterülete: A részterület a foglalkoztatás mellett a második, mely a legmagasabb súlyozott aránnyal vesz részt az aktív idősödés index képzésében. Ide kapcsolódik a gyermekről/unokáról és/vagy idős/rokkant hozzátartozóról való gondoskodás gyakorisága, valamint az önkéntes tevékenységekben való részvétel megjelenése. A válaszadók idős vagy

rokkant hozzátartozó ápolásában ritkábban vesznek részt, mint gyermek vagy unoka gondozásában. A csoportosított életkor változó és az akadályozottság nem volt összefüggésben a kérdéssel, a szubjektív egészségi állapottal (sig. (2-sided)=0,049, Cramer V=0,139) pedig gyenge kapcsolatot mutatott. 18,2% heti több alkalommal segít gyermeke/unokája gondozásában, míg idős/rokkant hozzátartozó esetében ez az arány 8,8%. Az önkéntes tevékenységben való részvétel alacsony a mintában, csupán 10,5% végez legalább havi rendszerességgel ilyen tevékenységet, míg a válaszadók 66,7% soha nem végez ilyen támogató munkát. Más változók vonatkozásában a régiós hovatartozás (sig. (2-sided)=0,000, Cramer V=0,317), IK eszközzel való rendelkezés (sig. 2-sided=0,000, Cramer V=0,235) és az iskolai végzettség (sig. 2-sided=0,008, Cramer V=0,225) voltak közepes erősségű hatással rá. A párral élők szignifikánsan gyakrabban vettek részt önkéntes munkában.

Független, egészséges és biztonságos élet: Ezen részterület rendelkezik a legnagyobb számú faktorról, melyből kiemelve a legfontosabbakat elmondható, hogy az adatfelvételt megelőző 1 évben a megkérdezettek 27%-nak okozott problémát orvosi ellátáshoz, míg 19,3%-nak fogorvosi ellátáshoz jutni. Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzájutás az észak-magyarországi és észak-alföldi régiókban élők számára jelentettek komolyabb nehézséget. A pénzügyi stabilitásra vonatkozó tárgyi ellátottságot mérő kérdésblokkból kiemelendők az IK eszközökkel és internetkapcsolattal való ellátottság változói. IK eszközökkel (számítógép/laptop) a válaszadók 35,6%-nak, míg internetkapcsolattal 35,7%-nak háztartása rendelkezett. A válaszadók 19%-nak anyagi okokból nem állt rendelkezésre IK eszköz háztartásában. Az IK eszközzel rendelkező válaszadók gyakran használják az eszközt, elsődlegesen információ szerzés, kapcsolattartás és szórakozás céljából. A fizikai biztonság érzése szintén kapcsolódik az aktív idősödéshez, ennek megléte támogatja az aktív idősödés lehetőségét, hiszen a válaszadóknak nem kell atrocitásokról tartani, mikor elhagyják otthonukat. A válaszadói minta élesen kettévált, 3,1% nagyon biztonságosnak ítélte a környezetét, 41% biztonságosnak, 46,4% szerint nem biztonságos, míg 9,5% szerint kifejezetten nem biztonságos lakókörnyezete. A kérdés a nem változóval közepes erősségű kapcsolatot mutatott. Az élethosszig tartó tanulás, azaz valamilyen oktatáson/képzésen való részvétele a válaszadóknak a kérdezést megelőző 1 hónapban alacsony volt. A kitöltők 11,4%-a vett részt képzésben vagy oktatásban. A változó közepes erősségű kapcsolatot mutatott az iskolai végzettséggel (sig. (2-sided)=0,000, Cramer V=0,287). A magasabb iskolai végzettség pozitívan befolyásolta a képzésekben/oktatásban való részvételt.

Képesség az aktív időskorra és támogató környezet: A részterület foglalkozik a mentális egészséggel, erre vonatkozóan 5 kérdést von be, melyekből egy magas mérési szintű mentális jóllét nevű változó készült (magyarozott variancia 72,26%, KMO kritérium=0,825). Az újonnan kialakított változó függő változóként való bevonásával láthatóvá vált, hogy több aktív idősödéshez kapcsolódó kérdés hatást gyakorol rá. Ilyen független változó volt az IK eszközökkel és internetkapcsolattal való ellátottság, a sport és testedzés megjelenése és gyakorisága, valamint az önkéntes munkában való minél aktívabb részvétel. A különböző kapcsolatok gyakoriságának vizsgálata a személyek, illetve a kapcsolattartás formája mentén került lekérdészésre a vizsgálatban. A barátokkal/szomszédokkal tartott kapcsolat különösen kiemelkedő jelentőségű volt a vizsgált minta vonatkozásában, mely annak specialitásából is adódhat, hiszen a válaszadók egy aktív, szoros kapcsolatban álló csoport tagjai az idősök nappali ellátásán keresztül. Mind a személyes, mint a telefonon és/vagy interneten tartott kapcsolatok gyakoriságának esetében a barátok/ismerősök csoportja került az első helyre. A kapott eredmények megerősíthetik az idősök nappali ellátásának jelentőségét és fontosságát, illetve a baráti ezzel akár kortársi közösségi kapcsolatok jelentőségét.

Beépített, új változók: Akadálymentesítés a válaszadók 25,2%-nak háztartásában történt, elsődlegesen a fürdőszoba és az ingatlan belsőbb szobáit érintve. Sem a válaszadók háztartásának szubjektív jövedelmi helyzete, sem életkoruk nem volt szignifikáns hatással az akadálymentesítésre. A válaszadók akadályozottsága gyenge kapcsolatot mutatott az akadálymentesítéssel (sig. (2-sided)=0,004, Cramer V=0,173). A kitöltők nagyobb része (73,3%) vallási felekezethez tartozónak vallotta magát, melytől függetlenül 43,9% inkább vagy nagyon vallásosnak ítélte magát. Ezzel szemben vallási szertartásokon csupán 26,9% vesz részt minimum havonta 1-3 alkalommal. A válaszadók legnagyobb része 2 bizalmas kapcsolattal bír. A szubjektív boldogság és a bizalmas kapcsolatok száma között közepes erősségű kapcsolat látható (sig. (2-sided)=0,000, Cramer V=0,241), a bizalmas kapcsolatok számának növekedésével folyamatosan növekszik a magukat nagyon boldognak vagy többé-kevésbé boldognak definiálók csoportja.

A szakértői interjúk és a fókuszcsoportos interjúk esetében látható, hogy az ellátást vezetőknagyrészt ismerték az aktív idősödés jelentését és fogalmát (8 válaszadóból 7), a beszélgetések során pozitív tartalmakat társítottak hozzá. A fókuszcsoportos interjúk résztvevői elsődlegesen a fiatalabb idősök korcsoportjának esetében tartották reálisnak az aktív idősödés elképzelésének szolgáltatásba illesztését.

Az aktív idősödés lehetőségét befolyásoló nehézségek és problémák során mikro szinten a szállítás hiányát, azaz az ellátottak otthonából szolgáltatásba, majd onnan hazajutásának nehézségét jelölték meg. Továbbá a tárgyi feltételek hiánya, a foglalkozásokra rendelkezésre álló összegek gyors kimerülése jelentett problémát, mellyel szemben megjelent a szakmai dolgozók kreativitásának jelentősége. Sok esetben a foglalkozásokhoz hiányzó eszközöket, ezzel a kreatív szemlélettel tudták pótolni, áthidalni. Mezo szinten elsődlegesen a települési szintű akadálymentesítés hiányát emelték ki, mely a saját háztartásokban is alacsony arányban megjelenő akadálymentesítés mellett nehezíti az idős ellátottak településen belüli közlekedését is, így befolyásolva az aktív idősödésük lehetőségét. Makro szinten, mely leginkább az ágazatirányításhoz kapcsolódó problémákat foglalta magába, megjelent a házi segítségnyújtás és idősek nappali ellátása közti összeférhetlenség. Azzal, hogy a két szociális alapszolgáltatást nem lehet azonos napon igénybe venni a házi segítségnyújtásban akár csak minimális támogatást igénylő ellátottakat kizárják az adott napon a nappali ellátás által biztosított szolgáltatásból, ezzel számukra az aktív idősödéshez, a közös társas programokhoz és a hasznos időtöltéshez való hozzáférést befolyásolják. A két szolgáltatás közti inkonzisztencia mellett megjelent a rendkívül komoly munkaerőhiány és az intenzív fluktuáció a dolgozók között.

A COVID-19 járvány hatása mind az ellátottak mind pedig a dolgozók vonatkozásában komoly hatást fejtett ki. A szolgáltatást a veszélyhelyzetet elrendelő kormányhatározatot követő Emberi Erőforrásuk Minisztériuma által kiadott ún. Útmutatóval 2020. március 11.-től felfüggesztették. Személyesen az ellátottak nem látogathatták az intézményeket, azonban amennyiben igényelték, úgy segítséget kaphattak mindennapi tevékenységeik során, elsődlegesen a bevásárlásban, gyógyszerek kiváltásában és az ügyintézésben. Ezek a karantén időszak alatt komoly támogatást jelentettek számukra, azonban nem tudták pótolni a személyes találkozásokat és az ellátás megszokott igénybevételét. Az ellátottakkal a dolgozók elsődlegesen telefonon keresztül tudták a kapcsolatot tartani, ez az ellátottak legnagyobb része számára rendelkezésre állt, illetve 3 helyszín esetében a szolgáltatás egy részét sikerült online felületre helyezni. Az online felületek alkalmazásával számos jó gyakorlat kialakulásáról számoltak be az interjúalanyok. Az IK eszközök és az internet kapcsolat adta lehetőségek egyre nagyobb mértékű felismerése jellemezte az idős ellátottak csoportját, a járvány hatására ezek jelentősége felértékelődött. A dolgozók erőfeszítései mellett, illetve a helyzet adta lehető legszorosabb kapcsolattartás ellenére is minden vizsgálati helyszínen jelezték, hogy az ellátottak mentális és később fizikális állapotromlását tapasztalták, mely elsődlegesen a bezártságnak és az emiatt kialakuló izolációnak volt köszönhető.

A dolgozók számára is komoly rugalmasságot igényelt a járvány alatti munkavégzés időszaka. Egy részüket, leginkább a gondozói tapasztalattal rendelkezőket, átirányították más szociális szolgáltatásokba, mint a házi segítségnyújtás, míg a nappali ellátásban maradók a kapcsolattartást, valamint az ügyintézésbe, bevásárlásokban való közreműködést vállalták fel. Komolyan aggódtak a fertőzés továbbadása miatt akár az ellátottak, akár saját családtagjai felé. A jelentős terhelés és a járványidőszak különböző hullámai idején végzett folyamatos, lelkiismeretes munka ellenére sem kapták meg az ágazatban dolgozók azt az elismerést és tiszteletet melyre vágytak volna.

5. Következtetések

Az idősök társadalmi arányának erőteljes növekedése megkérdőjelezhetetlen tény (European Commission, 2021). Az aktív korú lakosság aránya visszaszorul, míg a támogatást igénylő idősebb népesség száma folyamatosan növekszik. Az ellátásokat nyújtó rendszerek jelenlegi állapotukban nehezen vagy nem fenntarthatók. A demográfiai változások mellett az állam szociálpolitikai szerepvállalásában is változás figyelhető meg, a szélesebb körű támogatási rendszert felváltják a szubszidiaritás elvére épülő támogatási rendszerek, melyek központi eleme a kisközösség, család.

Az aktív idősödés megjelenése és erősítése az idősök nappali ellátásában hozzájárulhat az ellátottak függetlenségének és önállóságának minél hosszabban tartó megőrzéséhez, valamint az ellátottak szakosított ellátás iránti igényének időbeli eltolásához.

Disszertációmban az eredmények bemutatását követően a következtetések pontban fontosnak tartottam az eredményekre reflektáló, átgondolásra érdemes szakpolitikai javaslatok megfogalmazását. Ezek áttekintésével, illetve további átfogóbb adatfelvételekből nyert információkkal egyfajta szolgáltatásfejlesztési irány rajzolódik ki.

Az adatfelvételek kapcsán megfogalmazható, átgondolásra érdemes szakpolitikai javaslatok:

- Az aktív idősödés részterületeihez tartozó faktorok támogatása és megerősítése az idősök nappali ellátásában megjelenő ellátottak vonatkozásában.
- Az ellátottak intézménybe való eljuttatásának és onnan történő hazajuttatásának a támogatása a szállítás szolgáltatásának biztosításával, elsődlegesen azon ellátottak számára, akiknek ilyen jellegű segítése egészségügyi szempontból is indokolt. Mindez

hozzájárulhatna a lehető legtöbb ellátott bevonásához az idősök nappali ellátásába, továbbá erősítheti az aktív idősödés és prevenció lehetőségét.

- Az idősök nappali ellátása és a házi segítségnyújtás közötti szolgáltatási ellentét feloldása. Azon ellátottak esetében, akik minimális támogatást igényelnek a házi segítségnyújtásban, javasolt lehet megnyitni az idősök nappali ellátásában való részvételt egyazon napon. Így azok az ellátottak, akik a házi gondozótól csupán annak biztonságot adó jelenlétét igénylik, például hétköznapi tisztálkodási teendőik vagy bevásárlásaik során, lehetőséget kapnának az idősök nappali ellátása által nyújtott szolgáltatások igénybevételére, részt vehetnének ilyen típusú közösséget biztosító szolgáltatásban.
- A COVID-19 járvány rávilágított arra, hogy mennyire fontos szerep jut az aktív idősödés egyik kiemelkedő faktorának az idősök mindennapi életében. Az IK eszközök jelenléte és ezek használata komoly támogató funkcióval bírhat a kapcsolattartás, a szolgáltatás online felületekre való implementálása és az aktív idősödés megvalósítása szempontjából egyaránt. Szükséges az ez iránt nyitott ellátottak számára lehetőséget biztosítani az eszközökhöz való hozzájutáshoz, valamint használatuk elsajátításához. Fontos lehet az eszközökkel és kapcsolattal való ellátottság növelése, valamint a szakdolgozói IK tudás erősítése és fejlesztése.

6. Saját publikációk jegyzéke

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 prevenció 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 időseket 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.