

Fiaimnak, Andrisnak és Atinak

Pécsi Tudományegyetem
Pszichológia Doktori Iskola
Személyiség- és Egészségpszichológiai Program

Időskori alkalmazkodási folyamatok

Doktori (PhD) értekezés

Dr. Kaszás Beáta

Témavezetők:

Dr. Tiringer István

Prof. Dr. Kállai János

2021

Tartalomjegyzék

Táblázatok és ábrák jegyzéke	6.
1. Bevezetés	9.
2. „Pozitivitás” és időskor	15.
2.1. Szelekció-optimalizáció-kompenzáció modell	15.
2.1.1. Szelekció	18.
2.1.2. Optimalizáció	19.
2.1.3. Kompenzáció	20.
2.1.4. A SOC modellel kapcsolatos kutatási eredmények összefoglalása	20.
2.2. Reziliencia időskorban	23.
2.3. Élettel való elégedettség, jóllét, életminőség időskorban	26.
2.4. Társas támogatás	30.
2.5. Pozitív affektivitás	31.
3. „Negativitás” és időskor	33.
3.1. Depresszió és reménytelenség	33.
3.2. Neurokognitív zavar	35.
4. Általános célkitűzéseink	38.
5. Addenbrooke Kognitív Vizsgálat első verziójának magyar validálása	40.
5.1. Célkitűzés	42.
5.2. A vizsgálati személyek és az eljárás menete	42.
5.3. Az alkalmazott eszközök bemutatása	43.
<i>Addenbrooke Kognitív Vizsgálat</i>	43.
<i>Mini-Mentál Státusz Vizsgálat</i>	44.
<i>Montgomery-Asberg Depresszió Pontozó Skála</i>	44.
5.4. Statisztikai módszerek	45.
5.5. Eredmények	45.
5.6. Megbeszélés	51.

6. Az időskori alkalmazkodási folyamatok mérése –	
a SOC kérdőív bemutatása	54.
6.1. Célkitűzés	59.
6.2. A vizsgálati személyek és az eljárás menete	59.
6.3. Az alkalmazott eszközök bemutatása	61.
<i>Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció Kérdőív</i>	61.
<i>Connor-Davidson Reziliencia Skála</i>	61.
<i>Rövid Geriátriai Depresszió Skála</i>	62.
6.4. Statisztikai módszerek	62.
6.5. Eredmények	63.
6.5.1. A faktorszerkezet vizsgálata: megerősítő és feltáró faktorelemzés	63.
6.5.2. A megbízhatóság vizsgálata	65.
6.5.3. Validitás	65.
6.6. Megbeszélés	65.
7. Időskori alkalmazkodási folyamatok követéses vizsgálata	69.
7.1. SOC stratégiák mediátor szerepének vizsgálata a lakókörülmények és depresszió kapcsolatában	69.
7.1.1. Célkitűzések	69.
7.1.2. Hipotézisek	70.
7.1.3. A vizsgálati személyek és az eljárás menete	70.
7.1.4. Az alkalmazott eszközök bemutatása	71.
<i>WHO Életminőség Kérdőív Rövidített Verziója</i>	72.
<i>Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció Kérdőív</i>	72.
<i>Pozitív és Negatív Affektivitás Skála</i>	72.
<i>Connor-Davidson Reziliencia Skála</i>	73.
<i>Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás</i>	73.
<i>Rövid Geriátriai Depresszió Skála</i>	73.
<i>Élettel Való Elégedettség Skála</i>	73.
7.1.5. Statisztikai módszerek	74.
7.1.6. Eredmények	76.
A vizsgált változók korrelációs elemzése	78.
Mediátor analízis eredményei	80.

Moderált mediátor elemzés eredményei	83.
7.1.7. Megbeszélés	87.
7.2. Reziliencia mediátor szerepe a kezdeti étellel való elégedettség és későbbi életminőség kapcsolatában	89.
7.2.1. Célkitűzés	89.
7.2.2. Hipotézisek	89.
7.2.3. A vizsgálati személyek és az eljárás menete	90.
7.2.4. Az alkalmazott eszközök bemutatása	90.
7.2.5. Statisztikai módszerek	90.
7.2.6. Eredmények	92.
A vizsgált változók korrelációs elemzése	92.
Mediátor analízis eredményei	95.
Moderált mediátor elemzés eredményei	98.
7.2.7. Megbeszélés	105.
9. Következtetések	107.
Irodalomjegyzék	118.
Köszönetnyilvánítás	147.
Függelék	148.

Táblázatok és ábrák jegyzéke

1. ábra: A sikeres idősödés multidimenzionális modellje	14.
2. ábra: A szelekció-optimalizáció-kompenzáció folyamatának dinamizmusa	16.
1. táblázat: A SOC-modell részei	17.
2. táblázat: A SOC-modell cselekvéseméleti szinten	18.
3. ábra: Az étellel való elégedettség kapcsolata az egészséggel, hangulattal és társas támogatással	28.
3. táblázat: Kutatási szakaszaink összefoglalása	39.
4. táblázat: Vizsgálatba bevont személyek demográfiai és neurokognitív teljesítményére vonatkozó adatai	47.
5. táblázat: Az ACE pontszámok, életkor, tanult évek száma és NCD fokának lineáris regressziós elemzése	46.
6. táblázat: Az ACE és MMSE optimális küszöbértékei a normál, minor és major NCD meghatározásához	48.
4. ábra: A minor neurokognitív zavarra vonatkozó ROC-görbék ábrázolása	49.
5. ábra: A major neurokognitív zavarra vonatkozó ROC-görbék ábrázolása	50.
7. táblázat: A SOC-12 kérdőív nemzetközi validitásvizsgálatainak főbb jellemzői	57.
8. táblázat: Átlag és szórás értékek a SOC kérdőív jellemzésére nem, életkori csoport és iskolai végzettség alapján	60.
9. táblázat: SOC-12 exploratív faktorelemzésének eredményei	64.
10. táblázat: Spearman-féle rangkorrelációs együtthatók a SOC-7 skála, a CD-RISC és a GDS-SF kérdőívek és alsókálák között	65.
6. ábra: Modell 4 elméleti és statisztikai ábrázolása	75.
7. ábra: Modell 59 elméleti és statisztikai ábrázolása	75.
11. táblázat: Szociodemográfiai adatok a vizsgálati populációnk tekintetében	77.
12. táblázat: Lakókörülmények okozta különbségek az idősek körében	78.
13. táblázat: Korrelációs együtthatók a vizsgált változók között	79.
8. ábra: Lakókörülmények és depresszió kapcsolatát mediáló SOC stratégiák bemutatása	79.
9. ábra: Lakókörülmények és depresszió kapcsolatában szerepet játszó moderátor tényezők bemutatása	80.

14. táblázat: A SOC stratégiák mediátor szerepe a lakókörülmények és depresszió közötti kapcsolatban	82.
10. ábra: A különböző SOC-stratégiák mediáló hatásának bemutatása a lakókörülmények és a követéskori depresszió között	83.
15. táblázat: Az életkor moderátor szerepe a SOC stratégiák által mediált folyamatban	84.
16. táblázat: Az életkor moderátor szerepe az optimalizáció által mediált folyamatban	85.
17. táblázat: Az életkor moderátor szerepe a kompenzáció által mediált folyamatban	86.
18. táblázat: Lakókörülmény feltételes közvetett hatása a depresszióra különböző életkorok (16, 50, 84 percentilis) esetén a vizsgált SOC-stratégiák mediátor hatása mellett	87.
11. ábra: A Modell 15 elméleti és statisztikai ábrázolása	91.
19. táblázat: A vizsgált változók közötti korrelációs eredmények	92.
12. ábra: Az étellel való elégedettség és későbbi életminőség kapcsolatát mediáló reziliencia bemutatása	93.
13. ábra: Az étellel való elégedettség és későbbi pszichés jóllét moderált mediátor elemzése (moderátor: pozitív affektivitás)	93.
14. ábra: Az étellel való elégedettség és későbbi pszichés jóllét moderált mediátor elemzése (moderátor: észlelt társas támogatás)	94.
15. ábra: Az étellel való elégedettség és későbbi testi jóllét moderált mediátor elemzése (moderátor: krónikus betegségek száma)	95.
20. táblázat: A reziliencia mediátor szerepe a vizsgált változók kapcsolatában	97.
16. ábra: A reziliencia mediáló hatásának bemutatása a kezdeti étellel való elégedettség és a követéskor tapasztalt életminőség, és faktorai között	98.
21. táblázat: A pozitív affektivitás moderátor szerepe a reziliencia által mediált folyamatban	99.
22. táblázat: Az étellel való elégedettség feltételes közvetett hatása az életminőségre különböző pozitív affektívítási szintek (16, 50, 84 percentilis) esetén a reziliencia mediátor hatása mellett	100.
23. táblázat: Az észlelt társas támogatás moderátor szerepe a reziliencia által mediált folyamatban	100.

17. ábra: Az észlelt társas támogatás moderátor szerepének ábrázolása a reziliencia által mediált folyamatban 101.
24. táblázat: Az étellel való elégedettség feltételes közvetlen és közvetett hatása az életminőségre különböző társas támogatási szintek (16, 50, 84 percentilis) esetén reziliencia mediátor hatása mellett 102.
25. táblázat: MCC moderátor szerepe az étellel való elégedettség és testi jóllét kapcsolatában a reziliencia által mediált folyamatban 103.
18. ábra: A multimorbid állapot moderátor szerepének ábrázolása a reziliencia által mediált folyamatban 104.
26. táblázat: Az étellel való elégedettség hatása a későbbi testi jóllétre a reziliencia által mediált folyamatban különböző krónikus betegségek száma (16, 50, 84 percentilis) esetén 105.

1. Bevezetés

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

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

Az idősödéshez való hozzáállásunk, valamint a róla való sztereotíp gondolkodásunk következtében az egész folyamatot úgy képzeljük el, mely elfogadhatatlan és felette mindenféleképpen győzedelmeskednünk kell. Azonban nem csak a zord tények vannak. Mindenekelőtt azt szükséges tudnunk, hogy milyen reális problémákkal kell szembenéznie az időseknek, és mi vár a jövőbeli idős nemzedékekre. Az időskor nem jelenti feltétlenül az életminőség és az egészség egyértelmű és drasztikus romlását, sőt a szubjektív jóllét, a megélt életminőség javulásával, kiteljesedésével is járhat. Az idősekkel szembeni negatív attitűd, valamint az a szemlélet, hogy elsősorban terhet és megoldandó problémát jelentenek a társadalom számára, megnehezítik a tisztánlátást, sok esetben hibás döntések meghozatalát eredményezhetik (Füzesi és mtsai, 2013). Olyan negatív sztereopítiákkal és előítéletekkel találkozhatunk leggyakrabban, mint az idősek magányosak, esendők, kognitív képességeik csökkentek, jellemzően depressziósak, magatartásuk merev, nem tudnak megküzdni saját testi és intellektuális hanyatlásukkal. A másik véglet szintén gyakori, amikor az idealizáló attitűd során bagatellizálják az idősek valódi problémáit (Tiringer és Kaszás, 2013). A valóságban azonban az idősek sokfélék, általában szoros kapcsolatot ápolnak családjukkal, ugyanakkor függetlenül élnek, és többnyire jól alkalmazkodnak az időskori változásokhoz (APA, 1998).

Életünk során általában abból indulunk ki, hogy elegendő idő áll rendelkezésünkre és természetesnek vesszük, hogy tetteink következményeit, hatását a jövőben megtapasztalhatjuk. Az idő esélyt ad a céljaink közötti esetleges konfliktusok feloldására, például fontossági sorrend kialakításával. Az életkor előrehaladtával, és a hátralévő idő csökkenésével ez a lehetőség egyre korlátozottabb. A jövőre irányuló terveink alapozzák meg azt az érzést, hogy életünknek értelme van, így időnk fogyatkozása cselekvési és fejlődési lehetőségeink bizonytalanná válását jelentheti (van Selm és Dittmann-Kohli, 1998).

Az időskorban jelentkező akadályok sikeres megoldása, a megfelelő érintegritás elérése valamint az ebben az életkorban jelentkező haláltól való félelem feloldása a sikeres idősödés meghatározó szempontjai. Nem csak ezen életszakasz, hanem minden életkor számára fontos a megfelelő célok és értelem megtalálása, míg az időskor egyben a visszatekintés ideje is. Az ember áttekinti addigi életútját, az elért eredményeket, sorra veszi élete mérföldköveit és amennyiben ezt tartalmaznak éli meg, elérkezhet az érintegritás állapotába, melynek segítségével képessé válik szembenézni a halállal, felkészülni rá. Az érintegritás egyfajta elégedettséget jelent, mely szerint, ha az idős még egyszer leélhetné életét hasonlóképpen cselekedne. Ennek az életszakasznak a krízise a kétségbeesés, amikor is a korosodó személy elégedetlen leélt életével, azzal, amit elért, úgy érzi, hogy elvesztegette idejét, azonban ráébred, hogy a fogyatkozó idő miatt már nincs lehetősége arra, hogy döntéseinek eredményeit megváltoztassa. A kétségbeesés kifejezi azt az érzést, hogy a hátralévő idő már rövid ahhoz, hogy a teljességhez vezető új utakkal kísérletezzünk (Erikson, 1956). A késői időskor krízise során a szintonikus elemek (bizalom, autonómia) helyett a disztonikus elemek (bizalmatlanság, szégyen) kerülnek előtérbe (Erikson és Erikson, 1998). Ha az idős elfogadja önmagát, képessé válik békében megélni élete utolsó szakaszát, eljut a gerotranszcendenciához (Erikson, 2002). A halállal való szembenezés ebben az életszakaszban sem könnyű feladat, mivel az a legtöbb embert szorongással tölti el. Yalom szerint életünk számára új perspektívát jelenthet, ha szembe merünk nézni életünk végességének gondolatával, képesek vagyunk tudatosítani saját mulandóságunkat. Yalom a halálszorongás feldolgozásában részben az emberi kapcsolatok fontosságára helyezi a hangsúlyt. A halállal való szembenezés azonban magányosan történik, embertársainktól elszigetelten, és ebben az izolált helyzetben eszmélhetünk rá arra, hogy saját életünket tartalmakkal csakis mi tölthetjük fel, mi magunk találhatjuk meg az értelmét. Ez az elszigeteltség jóval több a hagyományos értelemben vett magányosságnál, mivel többek között ráébreszti az embert a saját

múlандóságára. Ebben az esetben is a másokkal való kapcsolódás, az illetőnek szánt figyelem, empátia hozhat enyhülést a halálszorongást tekintve (Yalom, 2008). Yalom elmélete alapján utóbbi enyhítésében a „tovagyűrés” jelensége is hatásos. Ennek lényege, hogy létezésünkkel nyomot hagyunk magunk után a világban, hatással vagyunk másokra, a következő generációkra. Ez elsősorban arra vonatkozik, hogy életünk adhat valamilyen pozitívumot, hozzájárulhat mások életútjának alakulásához (Yalom, 2006).

Bár testi énünk megöregszik, az önmagunkról alkotott képünk ezt nem mindig követi. Az idősödés folyamata különösen negatívnak tűnik, ha azt fiatalabb énünk perspektívájából nézzük. Gyakran megfélekedünk azonban arról, hogy a nézőpont, melyből önmagunkat látjuk az élet előrehaladtával jelentősen változik. Ez optimális esetben a személyiség folytonosságának megélését és a pozitív életszemlélet megőrzését is jelenti.

Az öregedés során bekövetkező biopszichoszociális változásokban jelentős egyéni eltéréseket találunk. Annak ellenére, hogy a megelőző és kompenzáló törekvések több területen enyhíthetők vagy késleltethetők a hanyatlást, az időskor alapvető jellemzője mégis az erőforrások és a tartalékok csökkenése. Ezek a változások különösen szembeötlők az egészségi állapot, a kognitív képességek és a társadalmi helyzet vonatkozásában. Az időskor egyik jellemzője a krónikus megbetegedések halmozódása, mely nagyrészt a szervezet funkcionális tartalékainak megfogyatkozásából adódik. Az utóbbi évszázad orvostudományi és társadalmi fejlődése jelentősen megnövelte a várható élettartamot és kitolta a súlyos, életet veszélyeztető betegségek kialakulását késői időskorra. A pozitív tendencia egyértelmű, és megfogalmazódtak olyan optimista koncepciók is, melyek elérhető célnak tartják a betegségek „kompresszióját” az élet utolsó éveire, évtizedére. Az azonban vitatott, hogy ez mennyire elérhető, különösen Közép-Kelet Európában, vagy a világ kevésbé fejlett régióiban. Preventív tevékenységekkel, a kockázati tényezők elkerülésével a negatív változások részben megelőzhetők, vagy kompenzálhatók. Az életkor előrehaladtával azonban ezen törekvések hatékonysága egyre inkább csökken (Tiringer és Kaszás, 2013).

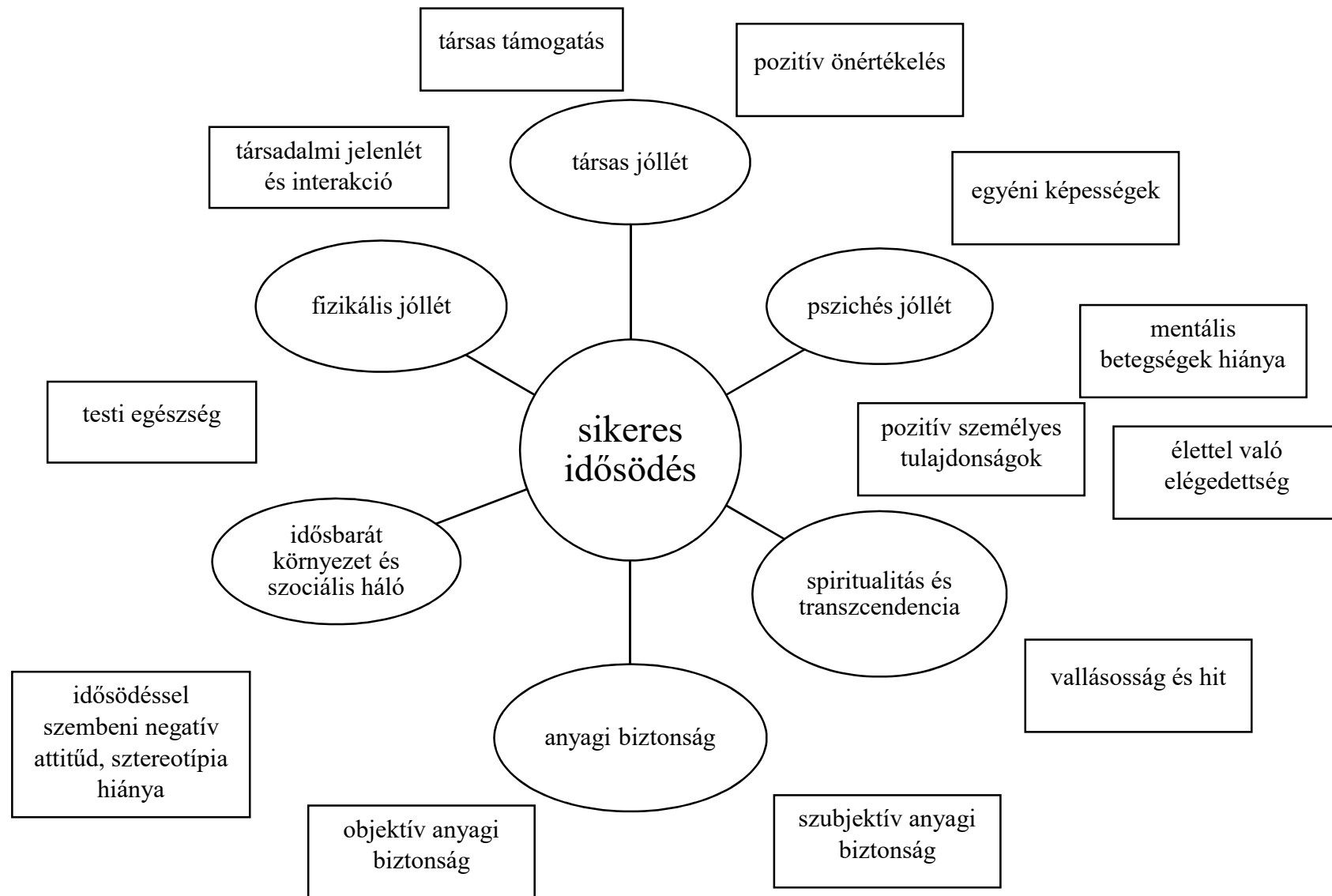
Az idősök a korábbi, fontos szerepeik elvesztése következtében gyakran marginális helyzetbe kerülnek. A házastárs, a rokonok és barátok halálával egyre fogyatkoznak azon személyek, akik végigkísérték életútján és támogatták a problémákkal való megküzdésben (Kahn és Antonucci, 1980). Jellemző, hogy az idősök azon kapcsolataikra fordítanak több energiát, melyek megfelelő érzelmi támogatást illetve biztonságot nyújtanak, és emellett sokszor lemondanak azokról, melyek kevésbé felelnek meg ezeknek az igényeknek (Carstensen és Lang, 2007). A generációs különbségek erősítik

az életkori csoportok szeparálódását, amit az elmúlt évtizedekben a társadalmi változások felgyorsulása is elősegített. Az idősök a kapcsolataikban bekövetkezett változásokat általában negatívnak és megterhelőnek élik meg, esetleges elmagányosodásuk a pszichés zavarok kialakulásának egyik feltételezhető kockázati komponense (Tiringer és Kaszás, 2013).

Mindezen tényezők az életminőség romlását vonhatják maguk után, ingatagga válhat az egyén és a környezetének biztonságot adó egyensúlya. Ebben a közegben kell az idős embernek új, egyensúlyi helyzet kialakítására szolgáló, a külvilág, és a jövő felé nyitott, adekvát megoldást találnia. Jelenleg hazánkban az egyre növekvő számú pozitív egészség- és gerontopszichológiai tanulmány mellett is inkább az a fenti gondolkodásmód uralkodik, mely szerint az idősödés a progresszív hanyatlás időszaka, és e tekintetben egyre növekvő egészségügyi, gazdasági teherként jelenik meg a társadalom számára. Ez a gondolkodásmód széles körben elterjedt, annak ellenére, hogy létjogosultsága többszörösen megkérdőjelezhető. Az utóbbi időben elkerülhetlenné vált, hogy az idősökről való gondolkodásban a hangsúly átkerüljön a korábbi, veszteségekre történő összpontosítás helyett a meglévő képességek megőrzésére és az esetlegesen még szunnyadó készségek előhívására. Ahhoz, hogy az idősök szűkebb és tágabb társas környezetükben aktív közreműködőként legyenek jelen, hogy elfogadható életminőséget tudjanak fenntartani, egy sor, a korban előrehaladóan egyre szaporodó veszteséggel kell megküzdeniük. Ez a megküzdési folyamat az idősödés sikerességének kulcsa. A sikeres idősödés és a róla alkotott különböző elképzelések az utóbbi évtizedekben kerültek a figyelem középpontjába. Sikeresnek tekinthető az öregedés, ha az idős ember szűkebb és tágabb társadalmi környezetében képes aktív résztvevő maradni, az életkor előrehaladtával elkerülhetetlenül bekövetkező veszteségekkel meg tud küzdeni, és elfogadható életminőséget tud fenntartani. Az elmúlt évtizedben a gerontopszichológiai kutatások érdeklődése egyre inkább elmozdult a sikeres öregedés kritériumainak meghatározásától, magának a folyamatnak a megértéséig, azaz milyen megküzdési módok és stratégiák segítik, hogy az idősödés sikeres legyen. Erre a folyamatra többféle elmélet született, modellek sorát állították fel különféle empirikus kutatások során. A sikeres idősödés első meghatározása röviden úgy szólt, hogy az idős élete során fizikális, pszichés, társas készségeit magas szinten őrzi meg, súlyosabb betegségek nélkül (Rowe és Kahn, 1997). Későbbiekben a nem biomedikális elképzelések olyan tényezőket is figyelembe vettek, mint az optimizmus, pozitív szemlélet, a reziliencia (beleértve a megküzdést), önbizalom, gerotranszcendencia, spiritualitás, vallásosság. Az utóbbi

évtizedben az idősödés objektív, mérhető kritériumai és az idősek tapasztalatai közötti többszörösen kimutatott ellentmondás eredményeképpen a sikeres idősödés fogalmát szubjektív és objektív dimenziók kombinálásával bővítették ki (1. ábra, Montross és mtsai, 2006; Phelan és mtsai, 2004; Van Wagenen és mtsai, 2013). A következőkben ezek közül tekintünk át egy sor, az idősödés folyamatában fontos szerepet játszó befolyásoló tényezőt.

1. ábra: A sikeres idősödés multidimenzionális modellje [Zanjari és mtsai alapján (2019)]



2. „Pozitivitás” és időskor

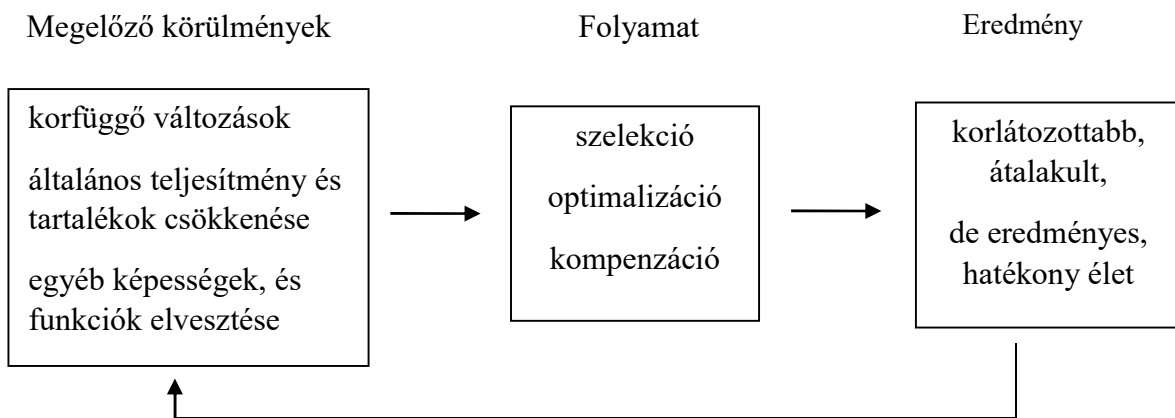
A fejezet során az időskorral összefüggő, általunk is vizsgált pozitív változókkal kapcsolatos szakirodalmi eredményeket vesszük szemügyre, gyakran egymással átfedésben, mivel ezen tényezők nem választhatók el egymástól élesen. Részletes kifejtésre kerül a szelekció-optimalizáció-kompenzáció (SOC) modell, az időskori reziliencia, valamint szót ejtünk az étellel való elégedettségéről, jóllétről, életminőségről, társas támogatásról, pozitív affektivitásról.

2.1. Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció modell

Több vizsgálati eredmény is megerősítette, hogy az elkerülhetetlen veszteségek ellenére az idős emberek egy része szubjektív jóllétről számol be (Diener és Chan, 2011; Diener és Suh, 1997; Smith és mtai, 1999). Baltes és munkatársai (Baltes és Baltes, 1990) szerint az idősek képesek a változásokhoz alkalmazkodni, veszteségeiket kompenzálni és megtartani az életükkel való elégedettséget. Azaz, nem csak arra képesek, hogy a hanyatlással megküzdjenek, hanem arra is, hogy életük számos területén továbbra is aktívak, tevékenyek maradjanak és személyes fejlődést éljenek meg. Modelljünkkel egyfajta rugalmasságot feltételeztünk, mellyel az idősek képesek pozitív egyensúlyt elérni az életkor nyereségei és veszteségei között. Az ezek alapján megalkotott elmélet a szelekció-optimalizáció-kompenzáció (SOC) modell (1. táblázat), melynek alapjait Paul és Margaret Baltes (Baltes és Baltes, 1990) fektette le, majd a későbbiekben Alexandra Freund és munkatársai fejlesztették tovább (Freund és Baltes, 2000, 2002a, 2002b).

Az elmélet rövid – és egyszerűsített – lényege, hogy a szelekció során olyan célokat választunk ki, melyek fontosak számunkra, ehhez optimalizáljuk erőforrásainkat, mellyel elősegítjük céljaink elérését, valamint kompenzáljuk a biopszichoszociális változások során megjelenő veszteségeket. Így mintegy biztosítjuk az egész életen átívelő sikeres fejlődési folyamatot (2. ábra; Baltes és Baltes, 1990).

2. ábra: A szelekció-optimalizáció-kompensáció folyamatának dinamizmusa [Baltes és Baltes (1990) nyomán]



Habár minden ember előnyre tesz szert a SOC-stratégiák alkalmazásával, ez kifejezetten igaz az idősebbekre. A szelekció, optimalizáció, kompenzáció folyamata egyre fontosabbá válik az életkor előrehaladtával, mivel elkerülhetetlenné válnak a korrall járó egészségügyi változások, illetve csökken a rendelkezésre álló, elérhető erőforrások száma (Baltes és Lang, 1997; Freund és mtsai, 1999; Marsiske és mtsai, 1995). A sikeres életvitel koncepciója nem egy specifikus végpontot ad meg, melyet el lehet, vagy el kell érünk, hanem egy folyamatot mutat be arról, hogy hogyan vagyunk képesek eljutni a kívánt állapothoz (ebben is különbözik pl. az Erikson-féle fejlődési modelltől; Erikson, 1956). Ahhoz, hogy céljainkat elérhessük, elegendő és megfelelő erőforrások szükségesek, továbbá kulcsfontosságú ezek hatékony felhasználása (Freund és mtsai, 1999).

1. táblázat: A SOC-modell részei [P. B. Baltes és M. M. Baltes (1990) nyomán]

A SOC központi tétele: az adaptív fejlődést az alábbi három folyamat szabályozza

1. Szelekció:

az erőforrásokra való koncentráció, a lehetséges célok kitűzése vagy válasz az új követelményekre, feladatokra → *választáson alapuló szelekció*

válasz az aktuális vagy előrelátható veszteségre → *veszteségen alapuló szelekció*

⇒ *a fejlődés iránya*

2. Optimalizáció:

a fejlődéshez szükséges eszközök megszerzése, finomítása és összerendezése

⇒ *gyarapodás*

3. Kompenzáció:

az aktuális vagy előrelátható hanyatlás, veszteségek ellenére is erőfeszítés a színvonal fenntartásáért

⇒ *szabályozó funkció*

A SOC-modell azon alapfeltevésből indul ki, hogy egyrészt a biológiai és társadalmi keretek meghatározzák a lehetőségeket, és az esélyt a célok megvalósítására, másrészt viszont a rendelkezésre álló erőforrások a fejlődés minden időpontjában korlátozottak. Ez érvényes a külső erőforrásokra, mint pl. pénz és társas támogatás, illetve a belsőkre is, mint pl. energia és bizonyos képességek (2. táblázat; Baltes és Baltes, 1990).

2. táblázat: A SOC-modell cselekvéseméleti szinten [Baltes (1996), Marsiske és mtsai (1995) nyomán]

SZELEKCIÓ	OPTIMALIZÁCIÓ	KOMPENZÁCIÓ
<i>Elektív szelekció</i>		
célok meghatározása	a figyelem fókuszálása	meglévő eszközök helyettesítése
célok rangsorolása	kitartás	külső segítség használata
célok és a környezeti igények összehangolása	új képességek, erőforrások kialakítása	nem használt képességek aktiválása
célok iránti elköteleződés	gyakorlás	terápiás megelőzés
<i>Veszteség alapú szelekció</i>		
a legfontosabb célra történő koncentráció	energia befektetése	új képességek, erőforrások szerzése
a célok újrangsorolása	idő befektetése	energiabefektetés növelése
alkalmazkodás	mások sikeres viselkedésének átvétele	időráfordítás növelése
új célok keresése	motiváció a fejlődésre	mások sikeres kompenzáló viselkedésének átvétele

2.1.1. Szelekció

Egész életünkön át biológiai, társadalmi, egyéni lehetőségeink és kényszerítő körülményeink gazdagítják, illetve korlátozzák a megvalósítható fejlődési útvonalakainkat. A szelekció egyik legfontosabb feladata, hogy hatékonyan tudjuk hasznosítani a korlátozott mennyiségű, rendelkezésre álló erőforrásokat. A cél kiválasztása akkor tekinthető sikeresnek, ha a választott célok adaptívak, összhangban vannak a személyes képességekkel, motivációval, illetve a társadalmi igényekkel (Baltes és Baltes, 1990; Wiese és Freund, 2000).

A SOC-modell a szelekció folyamatának két formáját különíti el: veszteségen alapuló és választáson (elektív) alapuló szelekció. Mindkét típus meghatározott szabályozó funkcióval bír (Freund és Baltes, 2000). Ha a szelekció egy adaptív válasz arra a fenyegető tényre, hogy az adott célt nem tudjuk elérni, és ennek hatására átcsoportosítjuk

erőforrásainkat egy új cél érdekében, abban az esetben veszteség-alapú szelekcióról beszélünk. Ez egyfajta proaktív megküzdésnek is tekinthető, mivel alkalmazható már akkor is, ha még csak a láthatáron van az aktuális célért folytatott küzdelem hiábavalósága. A veszteségen alapuló szelekció egy példája, amikor csak egy fontos célra koncentrálnak (pl. családdal töltött időre) és ezért feladunk kevésbé fontos személyes célokat (pl. hobbi). Ez a típusú szelekció változásokat hoz a célok rendszerében, a célok újragondolását, a fontossági sorrend átalakítását, illetve a legfontosabb célokra történő összpontosítást igényli, végül hozzájárul az erőforrások átirányításához (Baltes, 1996; Heckhausen, 1999). Amikor a későbbi életkorban a veszteségek kezdik meghaladni a nyereségeket, ez a típusú szelekció még kiemelkedőbb szerepet kap. Mivel erőforrásaink korlátozottak, nem tudjuk minden célunkat életünk minden területén megvalósítani, hanem választanunk kell közöttük. A célok rangsorolása, és sorrendben történő teljesítése döntő tényező a fejlődésben. A választáson alapuló szelekció egy elképzelés arra nézve, hogyan érhetjük el céljainkat veszteségek nélkül (Freund és Baltes, 2002a, 2002b; Freund és Riediger, 2001). A fejlődésben számos úton segít a szelekció: egyrészt fenntartja a célok eléréséért folytatott küzdelmet, elkötelez a célok mellett, ezáltal értelmet ad az életnek, másrészt alkalmas biztosít arra, hogy az adott helyzetben lehetőségeinket céljaink elérésének szolgálatába állíthassuk (Klinger, 1977; Little, 2014).

2.1.2. Optimalizáció

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

2.1.3. Kompenzáció

Hogyan tudják az idősek az egyensúlyt fenntartani, ha az erőforrások, az alkalmazkodóképesség, a kapacitás csökken? Ennek megvalósítására az egyik mód a veszteségeken alapuló szelekció. Ez a célok újrastrukturálását jelenti, például feladni egy elérhetetlen célt és teljesíthető újat találni helyette. Amikor veszteséggel szembesülünk és ez a veszteség nem mindenre kiterjedő, nem pervazív, a célok gyakran fenntarthatóak más, alternatív eszközök segítségével. Ez a folyamat a kompenzáció, mely a veszteség ellensúlyozására használható eszközök megszerzését, használatát, és a korábbi, elérhető célokhoz szükséges eszközök helyettesítését jelenti az új erőforrások, vagy a régi, nem használt belső és külső erőforrások aktiválása révén (Carstensen és mtai, 1995; Marsiske és mtai, 1995). A kompenzáció egész életünkön végigkísér minket, és a felhalmozott tapasztalatok révén idősebb korunkban nagy hasznát vesszük (Dixon, 1995; Ensel, 1991). Gyakorlati szempontból kompenzációnak tekinthető például a kognitív képességek romlása esetén feljegyzések készítése a napi tennivalókról, illetve a különböző technikai segédeszközök, mint a gyógyszeradagoló doboz, hallókészülék, protézis vagy rollátor alkalmazása. Az optimalizációval szemben, a kompenzáció a veszteségektől való tartózkodást célozza meg, és így igyekszik elérni a kívánt állapotot. Azonban mindkét stratégia megvalósíthatósága függ a meglévő erőforrások elérhetőségétől is (Staudinger és mtai, 1995).

2.1.4. A SOC-modellel kapcsolatos kutatási eredmények összefoglalása

A SOC-stratégiák adaptivitásával kapcsolatban úgy találták, hogy azok a személyek, akiknek világos céljaik voltak (szelekció) és ezeket a visszaesések, veszteségek mellett (kompenzáció) is eltökélten követték (optimalizáció), az életben elégedettebbek, kevésbé magányosak voltak, kifejezettebb jóllétről számoltak be, értelmesebbnek érezték életüket, mint azok a személyek, akik csak sodródtak az életben, és elfogadták a veszteségeket. Ezt az összefüggést az egész felnőttkorra érvényesnek találták, nem csak az időskorra (Wiese és Freund, 2000; Wiese és mtai, 2002).

Eredetileg úgy gondolták, hogy a modell akkor a leghatékonyabb, ha a különböző stratégiák egymáshoz kapcsoltnak, koordináltan kerülnek alkalmazásra. Azonban a későbbi kutatások alapján a SOC-stratégiák önállóan is megállják helyüket (Freund és Baltes, 2000). Általánosságban elmondható, hogy alkalmazásának gyakorisága fiatalkortól időskorig emelkedik, majd időskorban csökkenni kezd. Azok az idősek, akik gazdag, nagyszámú erőforrással bírnak, többször használnak kompenzációs és

optimalizációs eszközöket, mint azon társaik, akiknek ez nem adatott meg (Freund és Baltes, 1998, 1999, 2002a). Több eredmény (Freund és Baltes, 2002a, 2002b) is megerősítette, hogy ez a két stratégia különösen fontos a sikeres idősödésben, azonban paradox módon, éppen ezek használata nehezedik meg a korrall járó veszteségek halmozódása következtében. A mellettük történő kitartásban sok erőforrás használódhat el, így egyéb fontos tevékenységek kivitelezése szorulhat háttérbe, és a céloktól való eltérés, a veszteség-alapú szelekció elkerülhetetlenné válhat (Freund és Baltes, 2002a). Azonban az előrelátható problémák és veszteségek megelőzésével az optimalizáció és kompenzáció számára biztosíthatjuk azon erőforrásokat, melyekkel a személyes célok hosszabb ideig megvalósíthatóak, elérhetőek maradnak, ami egyértelműen befolyásolja a szubjektív jóllétet (Brunstein, 1993; Diener és mtsai, 1999; Greenglas, 2002; Rapkin és Fisher, 1992).

A SOC-stratégiák alkalmazása pozitív kapcsolatban áll az életkorrall való elégedettségel, a pozitív érzelmekkel és a társas magány hiányával. Habár a modell mindegyik részére igaz, az optimalizációnak és a kompenzációnak van a legnagyobb hatása a jóllétre (Freund és Baltes, 1998, 1999).

Az anyagi helyzet és az élettell való elégedettség közötti kapcsolatot leginkább az optimalizáció és a szelekció befolyásolja. Más szóval, ha az idősek több szelekciós és optimalizációs stratégiát alkalmaznak, anyagi helyzetük kevésbé befolyásolja elégedettségüket élettell (Lang és mtsai, 2002).

Hosszmetszeti vizsgálatban a szabadidős tevékenységeket tekintve, az idősek négyéves túlélését kedvezően befolyásolta a szelekciós stratégiák alkalmazása. A kevesebb életterületen folytatott tevékenység, és az, hogy úgy szervezték élettüket, hogy minél több időt tudjanak eltölteni az általuk választott, kedvelt tevékenységgel, pozitív hatású (Lang és mtsai, 2002).

Chou és Chi (2001a) eredményei szerint a SOC-stratégiák használata és a klinikai szintű depresszió között negatív irányú kapcsolat figyelhető meg. Úgy találták, hogy a stratégiák alkalmazása képes befolyásolni a depresszió lefolyását, csökkenteni a relapszus kockázatát (Zuroff és mtsai, 1999), illetve vica versa, a depresszió jelenléte szintén képes módosítani a SOC-képességek felhasználását (Cole és Dendukuri, 2003). Bizonyos személyiségjegyek az időseket kiszolgáltatottabbakká teszik a depresszív rendellenességekkel szemben. A neuroticizmus magas szintje, az alacsony frusztrációs tolerancia és önbizalom, fokozott érzelmi rigiditás és diszfunkcionális viselkedési

mintázat (pl. társaságtól való elvonulás) szorosan összefügg a depressziós tünetek kialakulásával és a SOC-kompetenciák alacsonyabb szintjével (Bagby és mtsai, 1995).

A SOC-stratégiák alkalmazásának pozitív hatásai különösen olyan helyzetekben mutatkoznak meg, ahol a személyes kapacitás korlátozott, vagy ahol a személlyel szembeni elvárások kifejezetten magasak (Krampe és mtsai, 2001). A rendelkezésre álló erőforrások mennyiségét vizsgálva, úgy találták, hogy az erőforrások és a SOC-stratégiák felhasználása közötti kapcsolatot az erőforrás-korlátok jellege határozza meg. Akik összességében kisebb kapacitással rendelkeznek, kevesebbszer használnak SOC-stratégiákat, és nem is élnek az ezáltal elért haszonnal. Ezzel szemben a mindennapos korlátokkal bírók számára több SOC-használat válhatna hasznossá (Robinson és mtsai, 2015).

Az empirikus vizsgálatok összességében alátámasztják, hogy mindegyik SOC-folyamat elsajátítása és alkalmazása hozzájárul az adaptív fejlődéshez. A SOC-modell alapján a sikeres idősödés megvalósulása különösen a szelekció, optimalizáció és kompenzáció összehangolásával jellemezhető. Például a célok kitűzése önmagában még nem szolgálja azok megvalósulását, ha nem investálunk erőforrásokat céljaink eléréséhez (optimalizáció), és ha erőforrásaink meggyengülnek, nem használunk kompenzáló stratégiákat.

A SOC-elmélet egyik úttörője annak a szemléletváltásnak, hogy a sikeres idősödés szempontjából ne csak a végpontok kerüljenek meghatározásra – azaz, hogy honnan indulunk és hova kell tartanunk –, hanem maga a folyamat is leírhatóvá vált (Freund és Baltes, 2002a). A szelekció-optimalizáció-kompenzáció elmélet áttekintést ad arról a folyamatról, ahogy az idős emberek aktívan megküzdnek a korral megjelenő sokféle kihívással és sikerrel veszik az akadályokat. A sikeres idősödés nem csak a veszteségekkel való szembenézést fejezi ki, hanem a negatív változások hatékony kezelését is jelenti. Ezen túlmenően a SOC-modell egy olyan környezet létrehozását hangsúlyozza, melyben a célok kiválasztásával és a megfelelő célok előtérbe helyezésével lehetővé válik a sikeres életvitel. Mindezen tényezők miatt kifejezetten alkalmas a sikeres idősödés vizsgálatára és valószínűleg ennek egyik legjelentősebb koncepciója a SOC-modell (Kaszás és Tiringier, 2010).

2.2. Reziliencia időskorban

A nemzetközi szakirodalomban mintegy két évtizede jelennek meg rendszeresen olyan kutatások eredményei, melyben időskorúak esetében vizsgálják a reziliencia szintjét, annak jelentőségét, hatását az egészségre és a sikeres idősödés folyamatára (Ryff és mtsai, 1998; Wallace és mtsai, 2001). Várható volt, hogy előbb-utóbb az időskori reziliencia fontossága felvetődik. Elég, ha csak arra gondolunk, hogy egy ember, aki eléri az időskort, átélt egy sor eseményt, pozitívat, negatívat egyaránt; rengeteg tapasztalatot halmozott fel; gyermekeket nevelt fel, unokákat gondoz; alkalmazkodik a technikai, kulturális és politikai változásokhoz; háborút, természeti katasztrófákat élt át. Az idősöknek gyakrabban kell megküzdeniük krónikus betegségekkel, és a hozzájuk kapcsolódó hátrányokkal, fájdalommal; a mindennapi élet során testi, érzékszervi korlátokkal; a fontos személyek elvesztésével (legyen az házastárs, családtag, barát). Így szociális, társas támogatottsági hálójukat újra és újra fel- illetve át kell építeniük, ezzel párhuzamosan életminőségüket a korábbi szinten tartani, vagy ide visszaemelni (Joshi és mtsai, 2015).

A reziliencia fogalma az idők során sokféleképpen került meghatározásra. Mindezek ellenére a magyar szakmai nyelvezetbe és köztudatba még mindig nem épült be szervesen, ha az időskorról van szó. Az, hogy a reziliencia inkább vonás vagy folyamat, még mindig vita tárgyát képezi, azonban a közös megállapodás egy olyan adaptív folyamatot hangsúlyoz, mely – függetlenül a társadalmi-gazdasági háttértől, és személyes tapasztalatoktól – fejleszthető. Az idősök rezilienciájának számos közös jellemzőjét azonosították, beleértve a mentális, szociális és fizikális összetevőket, mely alapján kimondható, hogy a reziliencia egy multidimenzionális fogalom. Meghatározható úgy is, mint az egészséges működés fenntartására való készség, illetve magas ellenállóképesség vagy egy kockázatos eseménnyel, veszteséggel való sikeres szembenézésre, alkalmazkodásra való képesség (Kinsel, 2005; Luthar és mtsai, 2000; Richardson, 2002; Smith és mtsai, 2010; van Kessel, 2013). A reziliencia egyéb leírásaiban többek között a következő meghatározások szerepelnek: hátrányos helyzetből való felépülés képessége, a függetlenség és jóllét fenntartása, jelentős stresszel vagy traumával szembeni adaptív megküzdés, valamint olyan tulajdonságok birtoklása, mint kitartás, kompetencia. A reziliens idősök képesek pozitívan reagálni a korral járó változásokra, nem adják fel a kedvezőtlenül alakuló körülmények ellenére sem a küzdelmet, és alkalmazkodásukkal képesek a szubjektív jóllét szintjének tartós fenntartására (Fontes és Neri, 2015). Összességében tehát a reziliencia a biológiai, szocioökonómiai és pszichológiai

kockázatokkal szembeni alkalmazkodásként definiálható, mely szükséges a normál működéshez és esszenciális erőforrásokat tartalmaz (Fontes és Neri, 2015; Gooding és mtsai, 2011; Hildon és mtsai, 2009; Jeste és mtsai, 2013; Ong és mtsai, 2018; Zeng és Shen, 2010).

Az idősek rezilienciájának szakirodalmában a leggyakrabban vizsgált tényezők az adaptív megküzdési módok, optimizmus, remény, pozitív érzelmek, társas támogatás és közösségi részvétel, fizikális függetlenség és aktivitás, életminőség, étellel való elégedettség. Mindezen változók magasabb szintje, magasabb rezilienciával áll kapcsolatban (Macleod és mtsai, 2016).

Időskorban a reziliencia függ az érzelmi és kognitív tartalékoktól, részben a megküzdési stratégiákban nyilvánul meg, részben pedig az érzelmi szabályozásban, a motivációban, céltudatosságban és a hatékonyságban (Lavretsky, 2014). A magasabb reziliencia a jó minőségű társas kapcsolatokkal, a közösségbe való beilleszkedési képességgel, a jó hatásfokú problémamegoldással és a megküzdési stratégiák fejlesztésével is összefügg. A társadalmi életben való kreatív részvétel az előbbiekkal együtt neuroprotektív hatással bírhat (Fontes és Neri, 2015).

Az eddigi, főképpen hosszmetzeti kutatások eredményei szerint a reziliens időseknek általánosságban véve jobb az egészsége. Alacsonyabb rugalmasság, alacsonyabb vitalitással, illetve rosszabb észlelt egészséggel áll összefüggésben. Reziliens idősek sokkal gyakrabban fogadnak el érzelmi támogatást, és jóval hatékonyabban tudják azt kihasználni. Ennek jelentősége abban rejlik, hogy például egy idősek otthonában, a kevésbé reziliens személyek is megtanulhatják, elleshetik azt, hogyan kell effektíven kihasználni ezeket a lehetőségeket (Caltabiano és Caltabiano, 2006).

Ezen túlmenően a reziliencia szoros kapcsolatban áll az optimizmussal és a lelki jólléttel, valamint a fizikális állapottal is, de kisebb mértékben, mint a korábban említett pszichés változókkal (Lamond és mtsai, 2008). A reziliencia pozitív korrelációt mutat a mentális és testi egészséggel, azaz az alacsonyabb depressziós és szorongásos tünetekkel, valamint vulnerabilitással, alacsonyabb mortalitással, magasabb szubjektív életminőséggel és jólléttel, fokozott egészségtudatos magatartással (Gerino és mtsai, 2017; MacLeod és mtsai, 2016; Manne és mtsai, 2015), továbbá az észlelt sikeres idősődéssel (Lavretsky, 2014). Mindezekon túl csökkenti a krónikus betegségek negatív hatását a szubjektív jóllétre (Zeng és Shen, 2010). Reziliens idősek szignifikánsan gyakrabban tapasztalnak pozitív érzelmeket, melyek kedvező hatással vannak az egészségre, életminőségre és a hosszú életre (Levy és mtsai, 2002; Smith és Zautra, 2008). A reziliencia mindemellett

egy fontos tényezője annak is, hogy milyen gyorsan épül fel valaki egy betegségből, vagy egy stresszel teli eseményt követően (Hardy és mtsai, 2002; Lamond és mtsai, 2008). További kutatási eredmények szerint azok az idősök, akik reziliensebbek, nagyobb erőforrás-kapacitással, és ezáltal több lehetőséggel rendelkeznek, így képesek lehetnek arra, hogy sikeresen küzdjenek meg a változásokkal, illetve az esetleges korlátokkal (Zeng és Shen, 2010). A reziliencia segít az idősöknek megbirkózni az élet okozta stresszhelyzetekkel, hogy fenntarthassák vagy gyarapíthassák fizikai, kognitív és pszichoszociális működésüket (Fontes és Neri 2015, Resnick és mtsai, 2015; van Kessel, 2013; Wiles és mtsai, 2012).

A reziliencia kutatása során az egyik alapvető kérdés az volt, hogy mi okozza az egyéni különbségeket. Az erőforrásokat, védőfaktorokat és az ehhez kapcsolódó folyamatokat vizsgálva, úgy találták, hogy ezek minőségbeli különbségei, és a környezet magyarázza az egyes emberek jobb alkalmazkodóképességét a viszontagságokhoz (Vahia és mtsai, 2011).

Szoros, kétirányú összefüggés figyelhető meg a társas támogatással is. Egyrészt a rezilienciát befolyásolja a társas támogatás, beleértve a szakemberekkel tartott kapcsolatokat is, valamint a közösségi, családi, baráti hálózatokat. Másrészt a megfelelő, adaptív szintű rugalmasság kialakításához olyan környezeti erőforrásra lehet szükség, mint a társas támogatás (Hardy és mtsai, 2002; Janssen, 2011; Janssen és mtsai, 2011; Luthar és mtsai, 2000; van der Leeuw és mtsai, 2011; van Kessel, 2013).

A kutatási eredmények azt sugallják, hogy az élet során jelentkező nehézségek felhalmozódása lehetőséget ad a reziliencia kialakulására, a kihívások leküzdésére alkalmas képességet építhet ki, és ezáltal javíthatja a későbbi eredményességet az életben (Erim és mtsai, 2015). Míg egyesek hatékonyan tudnak szembenézni a kihívásokkal és a hátrányokkal, mások erre nem, vagy nem megfelelő mértékben képesek, és szenvednek ennek negatív következményeitől (Cicchetti és Blender, 2006). Ezen egyéni különbségek teljesen más kimenetelhez vezethetnek: a nagyobb reziliencia általában az egyén jobb pszichoszociális alkalmazkodását jelzi (Lawford és Eiser, 2001; Luthar és mtsai, 2000; Xie és mtsai, 2009; Xu és Ou, 2014) és pozitívan korrelál az életminőséggel (Fang és mtsai, 2015; Gerino és mtsai, 2017). A reziliencia hasznos az idősök megküzdési stratégiáinak alakításában, következőképpen javítja a működést az élet számos területén (Perna és mtsai, 2013; van Kessel, 2013).

Olyan személyiségjegyek, mint az optimizmus, a kontroll érzése és az érzelmi szabályozás magasabbrendű képessége szintén magyarázatot adhatnak az egyének közötti

különbségekre a reziliencia tekintetében (Fontes és Neri, 2015). Az optimizmust és pozitív érzelmet hangsúlyozó beavatkozások különösen hatásosak lehetnek a reziliencia megteremtésében. A pozitív érzelme, a figyelem és a koncentrált tevékenységek fontosak a boldogság növelésében, ezzel javulhat a reziliencia és a jóllét, valamint csökkenhet a káros, maladaptív viselkedés (Gooding és mtsai, 2011; Mancini és Bonanno, 2006; Southwick és mtsai, 2014).

2.3. Élettel való elégedettség, jóllét, életminőség időskorban

Az idősök egészsége és sikeres idősödése szempontjából fontos szerepet játszik az élettel való elégedettségük, életminőségük, melyet mind pozitív, mind negatív irányban képes befolyásolni a rendelkezésre álló lehetőségek szubjektív értékelése (Dumitrache és mtsai, 2016).

Az életminőség egy többdimenziós komplexum, amely számos életterületre kiterjed, mint például a fizikai, kognitív, érzelmi és társas működésre, az egészséggel kapcsolatos percepciókra, illetve a betegségekkel kapcsolatos tünetek érzékelésére (Tiringer, 2012). Emellett olyan objektív és szubjektív tényezőkkel áll összefüggésben, amelyek megfelelnek az élettel való általános elégedettségnek vagy annak összetevőit képezik (Fry és Debats, 2010; Layte és mtsai, 2013), mint fizikai aktivitás, önállóság, tudatosság, hasznosság érzése, interperszonális kapcsolatok minősége, vallásgyakorlás, biztonságos és kényelmes életkörülmények, egészségi állapot (különösen a krónikus fájdalom), kognitív funkciók és bizonyos pszichés tünetek (például depresszió, szorongás, agitáció) (Beerens és mtsai, 2013; Jing és mtsai, 2016). Több kutatási eredmény alapján a nagyobb számú betegség alacsonyabb szintű jólléttel társul (Bishop és mtsai, 2006; Enkvist és mtsai, 2012a; Enkvist és mtsai, 2012b; Karataş és Duyan, 2008).

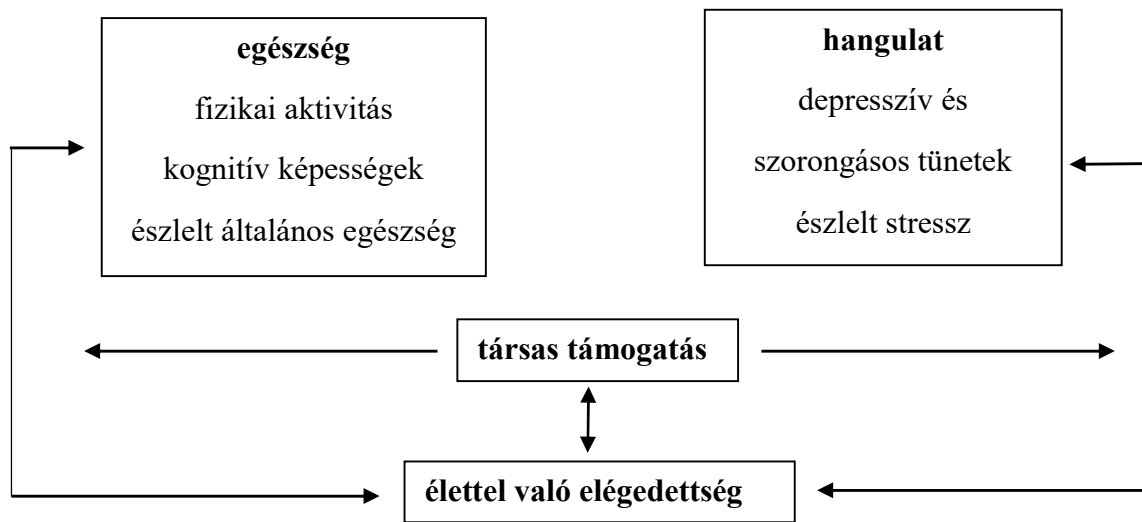
Az életminőség szubjektív értékelése az élet során nagyjából stabil, csak rövidebb távon változik annak megfelelően, hogy javultak, vagy romlottak az életkörülmények. Néhány hónap után azonban visszatér az élettel való elégedettség korábbi alapszintje (Nybo és mtsai, 2004; Tiringer, 2012). Ez az elégedettségi stabilitás az idősödés paradoxonaként jött létre, és körülbelül 70 éves korig figyelhető meg, amikor az élettel való elégedettség csökkenni kezd (Gerstorff és mtsai, 2010).

Az egészség romlása számos káros következménnyel jár, az egészségügyi problémák és korlátok nemkívánatos hanyatlást eredményezhetnek olyan korábban értékes tevékenységekben, mint pl. a társas életben való aktív részvétel, önállóság, önellátás

képessége (Ekström és mtsai, 2008; Gwozdz és Sousa-Poza, 2009). Ezenkívül az egészségkárosodás összefüggésben áll a negatív érzelmek növekedésével úgy, mint magány, haszontalanság érzése és összességében depresszív hangulathoz vezethet (Bozo és mtsai, 2009; Gleicher és mtsai, 2011). Ahogy azt korábban említettük az egészségromlás ellenére az idősek nagy része pozitív véleményt alkot egészségi állapotáról és elégedett életével (Greve és Staudinger, 2015). Összességében az egészség az egyik legfontosabb tényező, amely befolyásolja az észlelt életminőséget. A szubjektíven rossznak érzett egészség, a depresszió és a napi aktivitásban fellépő korlátok egyértelműen alacsonyabb életminőséggel társulnak (Netuveli, 2006; Schaan, 2013; Shrira, 2012). Kevesebb depressziós tünet, alacsonyabb észlelt stressz, magasabb társas támogatás és magasabbnak értékelt általános egészség összefüggésbe hozható a magasabb életminőséggel (Gerino és mtsai, 2017; Shrira és mtsai, 2014). A társas támogatás szintén fontos a depressziós tünetek hatásának csökkentésében. Mint Berg és munkatársai (2009) kiemelik, a társas kapcsolatokkal való elégedettség ellensúlyozhatja a funkcionális károsodás negatív hatását az idősek életminősége tekintetében.

Az étellel való elégedettség a pozitív pszichológia szintén gyakran vizsgált témaköre (például Ryan és Deci, 2001; Sahin és mtsai, 2019; Seligman és Csíkszentmihályi, 2000; Tomini és mtsai, 2016). Fontos gerontológiai változó, mivel kapcsolatban áll az idősek mentális és fizikai egészségével (Siahpush és mtsai, 2008), illetve a sikeres idősődéssel (Kanning és Schlicht, 2008). Így annak megértése, hogy mely tényezők segítik elő az étellel való elégedettséget, továbbra is kulcsfontosságú kérdés az idősek tekintetében (3. ábra; Adams és mtsai, 2015).

3. ábra: Az étellel való elégedettség kapcsolata az egészséggel, hangulattal és társas támogatással [Adams és mtsai (2015) nyomán]



Az étellel való elégedettség, kisebb kilengésektől eltekintve viszonylag állandó egész életünk során (Fujita és Diener, 2005). Több vizsgálati eredmény megerősítette, hogy nagy nehézségek (pl. balesetből eredő bénulás), vagy nagy öröm (pl. lottó ötös) esetén hamar alkalmazkodunk a kialakult új életkörülményekhez és hosszú távon a jóllét csak kismértékben változik (Brickman és mtsai, 1978; Fredrick és Loewenstein, 1999; Kong és mtsai, 2015). Az utóbbi évek kutatási eredményei arra engednek következtetni, hogy az étellel való elégedettség inkább a belső, szubjektív történések eredménye (célok, temperamentum), mint a külső, objektív tényezőké (jövedelem, iskolai végzettség) (Heller és mtsai, 2004). Számos tanulmány igyekezett feltárni azokat a faktorokat, amelyek befolyásolják az idősök étellel való elégedettségét (Li és mtsai, 2014; Meléndez és mtsai, 2011), mint például családi és más társas kapcsolatok, napi aktivitás, kedvelt tevékenységek üzése, az egészség különböző aspektusai (Chen és mtsai, 2013), valamint olyan szociodemográfiai változók, mint a nem, a családi állapot (Chipperfield és Havens, 2001; Chui és Wong, 2015), az életkor (Fugl-Meyer és mtsai, 2002), a jövedelem (Boyce és mtsai, 2010), és az iskolai végzettség (Meeks és Murrell, 2001). Ezen tényezők között különösen az egészség, azon belül is az észlelt egészségi állapot jelentőségéről szól számos szakirodalmi adat (pl. Gutiérrez és mtsai, 2013; Pinto és mtsai, 2016). Figyelembe véve, hogy az egészség általában az életkorral romlik, kritikus jelentőségű azonosítani azokat a tényezőket, amelyek képesek befolyásolni ennek negatív hatását. A társas támogatás, az idősödéshez való hozzáállás és a nyugdíjasok olyan anyagi „kiváltságai”

mint pl. nyugdíjas bérlet, kedvezményes múzeumi belépő, stb. potenciálisan mérsékelhetik az egészség hatását az étellel való elégedettségre (Smith és Bryant, 2016). Az olyan kedvezőtlen hangulati tényezők, mint a depresszív és szorongásos tünetek, az észlelt stressz szignifikánsan magasabbak voltak alacsony étellel való elégedettség mellett. Ráadásul a magas elégedettséggel rendelkező idősök általánosságban jobbnak ítélték egészségüket és a kapott társas támogatást, mint alacsony szintű elégedettséggel bíró társaik (Norberg és mtsai, 2008). Utóbbi különösen időskorban növeli a mentális betegségek (Koivumaa-Honkanen és mtsai, 2004), a halálozás (St. John és mtsai, 2015) és az öngyilkosság kockázatát (Bray és mtsai, 2006).

Enkvist és munkatársai (2012b) úgy találták, hogy a funkcionális képességek csökkenése alacsonyabb étellel való elégedettséggel társul, valamint a betegségek számánál erősebb összefüggést mutatott az észlelt egészség mértéke (Pinto és mtsai, 2016). Továbbá azok az idősök, akik általános egészségüket rossznak ítélték, tízszer annyira elégedetlenek életükkel (Enkvist és mtsai, 2012b). Gwozdz és Sousa-Poza (2009) szintén arról számoltak be, hogy az észlelt egészség növeli az étellel való elégedettséget. Utóbbi nemcsak közvetlenül járul ehhez hozzá, hanem mediátor szerepet is játszik a krónikus betegségek száma és az étellel való elégedettség között (Stephan és mtsai, 2011; Pinto és mtsai, 2016).

Több tanulmány kimutatta, hogy idősök esetén az étellel való elégedettség jelentősen korrelál a mentális egészséggel, az életminőséggel és a jóléttel (Vijayakumar és mtsai, 2016; Wiest és mtsai, 2012), valamint pozitív kapcsolatot találtak a társas támogatással kapcsolatban is (Halstead és mtsai, 2017; Jenkins és mtsai, 2013; Kahn és mtsai, 2003). Az idős személy minél magasabb társas támogatást észlel, annál kevesebb szorongást, depresszív állapotot él meg, és annál nagyobb pozitív hatása van az étellel való elégedettségre (Jenkins és mtsai, 2013; Martínez-Martí és Ruch 2016; Trepte és mtsai, 2015). A Bouchard és McNair (2016) által készített tanulmányban a családi kapcsolatok minősége kifejezetten fontosnak számított az étellel való elégedettségi szint tekintetében, valamint a család vagy barátok támogatásának hiánya szintén olyan kockázati tényező, mely képes azt csökkenteni (Lu és mtsai, 2017).

2.4. Társas támogatás

Az észlelt társas támogatás az egyént körülvevő emberektől – beleértve a családot, a barátokat – származó kapcsolat minőségének szubjektív észlelését, értékelését jelenti (Melrose és mtsai, 2015), így a társas támogatás fontos és hatékony pszichés erőforrás, amely lehetővé teszi a megküzdést többek között a szorongással, deprimált hangulattal (Oh és mtsai, 2014). A társas támogatást úgy is definiálhatjuk, mint gyakorlati segítség, empátia, valamint az egyén iránti szeretet és ennek kifejezése a társas kapcsolatokban, annak érzése, hogy kötődünk másokhoz, gondoskodunk másokról és mások rólunk. A társas támogatás erősíti a fontosság érzetét (Ryan és Deci, 2002), hozzájárul az étellel való elégedettséghez időskorban is, valamint utóbbi szintjének egyik legfontosabb előrejelzője is (Berg és mtsai, 2009; Hsu, 2012; Keyes és mtsai, 2005).

Az időseknek egy sor olyan életeseménnyel kell megküzdniük, mint például a nyugdíjazás, az egészségügyi problémák és a közeli hozzátartozók, barátok halála, amelyek valószínűbbek az élet ezen, későbbi szakaszában (Duke és mtsai, 2002). Ezzel párhuzamosan az új kapcsolatokra való lehetőség korlátozottabb (Dykstra, 2010), amely magányosság érzetét eredményezheti (Li, és mtsai, 2014). Idősödésünk során egyre inkább minőségi, magasabb színvonalú társas kapcsolatokat választunk (Carstensen, 1992).

A társas támogatás, mint pszichoszociális erőforrás, képes megvédeni az időseket az életkorral járó kihívások negatív következményeitől, például interperszonális konfliktusok esetén (Bueno és Navarro, 2003; Diener és mtsai, 2003), valamint befolyásolja olyan affektív betegségek megelőzését, mint a szorongás és a depresszió (Hatfield és mtsai, 2012; Hsu és Tung, 2010; Taylor és Lynch, 2004). Ezért a társas támogatásra úgy is tekinthetünk, mint megküzdési stratégiára, mely lehetővé teszi az idősek számára, hogy a stresszel teli események hatását, következményeit mérsékelje (Chou és mtsai, 2004; Gow és mtsai, 2007). Noha a rendelkezésre álló szakirodalmi adatok túlnyomó többségben támogatják a társas támogatás ezen puffer szerepét, ez nem mindig ilyen egyértelmű (Kang és mtsai, 2003). Több tanulmány kimutatta, hogy a társas támogatás nem mérsékelte pl. az anyagi problémák okozta negatív hatást az idősek lelkiállapotában (Chi és Chou, 2000; Chou és mtsai, 2004), sem a 70 éven felüli idősek depressziójának mértékét természeti katasztrófa esetén (Tyler és Hoyt, 2000). Tehát a súlyos életesemény típusa és a kulturális kontextus is hatással van a társas támogatás szerepére.

A társas támogatás növekedése minden tekintetben javítja az idősök mentális állapotát. Számos kutatási eredmény mutatta ki a társas támogatás, a lelki egészség, valamint az idősök étellel való elégedettségével és szubjektív jólétével való kapcsolatát (de Guzman és mtsai, 2014; Tsuji és Khan, 2016). Másrészt a társas támogatás negatív korrelációban áll a depresszióval, egyrészt közvetlenül enyhítheti a depresszív hangulatot, másrészt moderátorként is viselkedhet stresszel teli életesemények esetén (Dickinson és mtsai, 2011; Lee és Kim, 2016; Liu és mtsai, 2014; Mair és mtsai, 2010). Mindezek mellett pozitív irányú kapcsolatot találtak a rezilienciával is (Costa és mtsai, 2017), a magas rezilienciájú egyén képes arra, hogy megfelelő mennyiségű és minőségű támogatást kérjen a környezetétől (Anthony, 1985).

Egyre növekvő számú bizonyíték van a társas támogatás és életminőség közötti pozitív kapcsolatra is (Dumitrache és mtsai, 2016; Ibrahim és mtsai, 2013), mint például a több társas támogatással rendelkezők jobb fizikai és mentális egészségről számoltak be (Wu és mtsai, 2017). Özbay és munkatársai (2007) eredményei alapján a társas támogatás lehet a kulcs a fizikai és lelki egészség védelmében. Összességében tehát a társas támogatás egy erőteljes pozitív hatást gyakorol az idősök életminőségére is (Sahin és Özer, 2019).

2.5. Pozitív affektivitás

Meehl már 1975-ben széleskörűen vizsgálta az egyéni különbségeket a pozitív érzelmek tekintetében, és elkülönítette a negatív érzelmektől (Meehl, 1975). Ezzel egyetértésben, a későbbiekben az érzelmi vonások két nagy, független alapidimenzióját különítették el egymástól, negatív affektivitás és pozitív affektivitás néven. (Mayer és Gaschke, 1988; Watson, 1988; Watson és Clark, 1997a). A negatív affektivitás a „távolításért” felelős magatartási gátló rendszer, melynek célja, hogy távol tartsa a szervezetet olyan viselkedéstől, mely fájdalomhoz, büntetéshez, vagy bármilyen más nem kívánatos következményhez vezethet. Éles ellentétben ezzel, a pozitív affektivitás a közelítés-központú magatartási facilitáló rendszer, és a szervezetet olyan helyzetek, tapasztalatok felé irányítja, melyek örömet és jutalmat jelenthetnek (Tomarken és Keener, 1998; Watson és mtsai, 1999). Ez egyfajta alkalmazkodóképességet biztosít, mind az egyén, mind a faj számára az alapvető túlélés szempontjából szükséges erőforrások megszerzésének támogatásán keresztül (Davidson és Irwin, 1999). Az utóbbi évtizedekben került a kutatások középpontjába a boldogság és pozitív affektivitás alapvető szerepének vizsgálata a célokért folytatott küzdelemben, a célok elérésében (Watson, 2000; Levens és Gotlib, 2010).

Több eredmény megerősítette, hogy a demográfiai változók (kor, nem, családi állapot, etnikum, jövedelem, szocioökonómiai státusz) nagyon alacsony szintű prediktorai a pozitív affektivitásnak, és mérsékelten korrelálnak számos társas viselkedési formával. Utóbbi magában foglalja a közeli barátok számát, a barátokkal és rokonokkal való találkozás gyakoriságát, az új kapcsolatok kiépítését, és általánosságban a társas aktivitást (Lykken és Tellegen, 1996; Watson, 2000; Watson és Clark, 1997b). Azok, akik magas pozitív affektivitással bírnak, extrovertáltabbak és szociálisan tevékenyebbek. Azonban ez a kapcsolat kétirányú, azaz a társas aktivitás és a pozitív affektivitás egymásra hatása is megmutatkozik (Watson, 2000; Watson és Clark, 1997b). A társadalmi elfogadottság jellemzően emeli a pozitív érzelmi állapotot, de ez fordítva is igaz: a vidámság, élénkség és lelkesedés érzései növelik az interperszonális kapcsolatok iránti igényt. Így a pozitív affektivitásnak nem csak oki, hanem okozati kapcsolata is van a társas viselkedéssel (Myers és Diener, 1995; Watson és Clark, 1997a).

Magas pozitív affektivitás mellett az ember sokkal inkább fordul a külvilág felé, és fogadja el környezetét. A kutatási adatok alapján az aktivitás két típusa kifejezetten emeli a pozitív hangulatot: az egyik a szocializáció, és az interperszonális viselkedés, míg a másik a fizikai aktivitás. Általánosságban elmondható, hogy azok, akik magas pozitív affektivitással bírnak sokkal inkább aktívak fizikailag, szociálisan és mentálisan egyaránt (Thayer, 1998; Watson, 2000; Watson és Clark, 1997b). Magas pozitív affektivitású idősök jól érzik magukat a világban, ebből következően nagyobb elégedettséget éreznek életük számos fontos területén is (Watson és Naragon, 2002). A pozitív affektivitás fokozhatja az egyén erőforrásait, társas készségeit, amelyek jobb életminőséget eredményezhetnek, pl. a szoros társas kapcsolatok kialakítása révén (Waugh és Fredrickson, 2006).

Ezzel szemben az alacsony pozitív affektivitás az egyéni erőforrások és társas készségek csökkenéséhez vezethet, ami tovább redukálhatja az élet pozitív tartalmait, és akár depressziót okozhat (Loh és mtsai, 2013). Mind keresztmetszeti (Xu és mtsai, 2015), mind hosszmetzeti (Hudson és mtsai, 2015) vizsgálatok során kimutatták a depresszióval való negatív irányú korrelációt, illetve azt, hogy a pozitív affektivitás képes moderálni a negatív affektivitás és a depresszió közötti kapcsolatot (Loney és mtsai, 2006). Megállapítást nyert továbbá, hogy a pozitív affektivitás az egészség független protektív tényezője (Dockray és Steptoe, 2010).

3. „Negativitás” és időskor

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

3.1. Depresszió és reménytelenség

Az idősök egy része az öregedés természetes folyamatára, az ezzel járó változásokra ún. „lekapcsolással” (shutdown) reagál, melynek során hajlamosak elszakadni kötelezettségeiktől, társadalmi és egyéb, korábban meghatározó szerepeiktől. Akik negatívan élik meg az idősödést, és felhagynak napi tevékenységeik, társas kapcsolataik egy részével, nagyobb valószínűséggel élnek meg negatív érzelmeket. Ezek közül az egyik a reménytelenség, mely összefüggésben áll a kudarc érzésével, és hasonlóan a depresszióhoz minden életkorban előfordul (Aylaz és mtsai, 2012), de jellemzőbb időskorúaknál (Oliveira és mtsai, 2006). Időskorban megerősödő érzéssé válhat, hogy a hanyatló képességek és a rendelkezésre álló idő szűkülése bizonyos célok elérését már nem teszi lehetővé. Ezekhez az elérhetetlen célokhoz és törekvésekhez történő ragaszkodás szintén hozzájárulhat a deprimált hangulat és reménytelenség kialakulásához (Aspinwall és Richter, 1999), melyek gyakran járnak együtt (Bagge és mtsai, 2013; Whipple, 2009), azonban a reménytelenség a depressziótól függetlenül is előfordulhat vagy a depresszió előfutáraként is megjelenhet (Dunn, 2005).

Az időskori depresszió epidemiológiáját tekintve viszonylag ritkább az olyan klinikai szintű depresszió, mely kimeríti a diagnosztikus kritériumokat, de az enyhébb formák, melyek szintén funkcióromlást okoznak összességében 15%-ban fordulnak elő. Ez a szubszindrómális forma az időskori alkalmazkodási nehézségek egyik jelzője. Az idősök otthonában élők depressziós kockázatát háromszor-négyszer magasabbnak találták, mint a saját otthonukban élőkét (Jongenelis és mtsai, 2004). Intézetben ápolott, kognitív hanyatlást nem mutató idősök esetében a depresszió gyakorisága akár a 40%-ot is elérheti, míg ez az arány az otthonukban élő, de ápolásra szoruló idősök esetében közel 25% (Mayer és mtsai, 1999). Az időskori depresszió kialakulását számos biológiai, pszichológiai és szociális tényező segíti elő. Több epidemiológiai tanulmány kimutatta, hogy a nőknél magasabb a depresszió prevalenciája, mint a férfiaknál (Kessler, 2003; Piccinelli és Wilkinson, 2000), mivel a nők több olyan rizikófaktornak vannak kitéve,

melyek a depresszióval állnak kapcsolatban úgy, mint anyagi nehézségek, özvegyiség, társas izoláció, alacsony képzettség és testi, funkcionális zavarok (Zunzunegui és mtsai, 2007). Az időskori depressziót nemtől függetlenül olyan tényezők is befolyásolják, mint krónikus betegségek, rokkantság, kognitív hanyatlás, alacsony társas támogatás, rossz egészségi állapot, és alacsony jövedelem. Ezek önmagukban nem elegendőek depresszió kialakulásához, hiszen például az idősek jelentős részénél alakul ki valamilyen krónikus betegség, vagy éri őket súlyos veszteség, mégsem diagnosztizálható mindegyiküknél pszichiátriai zavar, hanem a kockázati faktorok interakciója szükséges a klinikai szintű depresszió kialakulásához (Chong és mtsai, 2001; Liu és mtsai, 1997; Lu és mtsai, 1998; Tsai és mtsai, 2005; Wang és mtsai, 2010).

A magányosság szintén a depresszió figyelemre méltó kockázati tényezője mind kereszt-, mind hosszmetzeti vizsgálatokban (Cacioppo és mtsai, 2010; Wan Mohd Azam és mtsai, 2013). Gyakorisága szignifikánsan magasabb idősek otthonában élők körében, mint saját otthonukban élő idősek esetén (Grenade és Boldy, 2008; Pinguart és Sörensen, 2003). A magányosság összefüggésben áll a minőségileg nem megfelelő társas kapcsolatokkal, az alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzettel, sőt előrejelezhet egy sor negatív egészségügyi problémát, mint például kognitív hanyatlás és a mortalitás fokozott kockázata (Jansson és mtsai, 2017; Wilson és mtsai, 2007).

Nyilvánvaló összefüggést találtak a megterhelő életesemények, valamint a krónikus betegségek száma és a depresszió kialakulása között. Vitatott, hogy mennyire specifikus a kapcsolat egy adott szervi megbetegedés és a hangulatzavar között. Például egyértelmű, hogy a frontális lebeny károsodása esetén sokkal gyakoribb a depresszió, viszont egyes szerzők azt találták, hogy ezt az összefüggést inkább a betegségből adódó rokkantság mértéke közvetíti (Mehta és mtsai, 2002).

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

Az időskori depresszió diagnózisát megnehezíti, hogy a gyakori testi tünetek – alvászavar, diffúz testi fájdalmak, memóriazavar – összemosódhatnak a hangulatzavar tüneteivel. Ezek a panaszok fiatalabb életkorban inkább utalnak depresszióra, időseknél azonban rendszerint az egészségi állapot, vagy az alvás hangulattól független változását

jelezhetik. Mintegy 15%-ban jelentkezik pszeudodementia, melynek elkülönítése a valódi dementiától gyakran nehézkes (következőkben részletesebben áttekintjük; Pocklington és mtsai, 2016).

A depressziós tünetek tehát a leggyakoribb pszichés problémák közé tartoznak időseknél (Helvik és mtsai, 2016), együtt járhatnak funkcionális károsodásokkal (Mehta és mtsai, 2002) és megnövekedett szuicid aránnyal (Segel-Karpas és mtsai, 2017). Elterjedt az a nézet, hogy a depressziós tünetek az öregedési folyamat normális részeként vannak jelen, így jórészt hajlamosak figyelmen kívül hagyni nem csak maguk az idősek, hanem gyakran az egészségügy részéről is aluldiagnosztizált a hangulatzavar (Segel-Karpas és mtsai, 2017). Ennek hátterében nemcsak az említett előítéletek szerepelnek, hanem sok esetben a testi vagy más kapcsolódó pszichés problémák elfedhetik a depresszió tüneteit. Az antidepresszív gyógyszeres terápia ellenére az idős emberek 30%-ában nincs lényeges hangulati javulás, és csak 10-20%-ban válnak teljesen tünetmentessé. Az adekvát gyógyszeres kezelés mellett krónikussá váló depresszió magas aránya hangsúlyozottá teszi a pszichoterápiás módszerek (kognitív viselkedésterápia, interperszonális terápia) alkalmazásának fontosságát (Denihan és mtsai, 2000).

3.2. Neurokognitív zavar

A dementia a kognitív képességek krónikus, globális és általában visszafordíthatatlan hanyatlását jelenti, mely főként időskorban fordul elő, a 65 év feletti 5%-át, míg a 85 év feletti 30%-át érintheti. Okát, típusát gyakran nehéz meghatározni, sokszor csak a post mortem szövettani vizsgálattal lehetséges. Az idősek otthonaiba felvett betegek nagy része dementia miatt kerül oda (Stachó és mtsai, 2003).

Az életkor előrehaladtával változhat a kognitív működés, ez azonban nem feltétlenül jelent dementiát, hanem el kell különíteni az életkorral járó emlékezetzavartól. Az időseknek általánosságban nehezebb az emlékek felidézése, ez azonban nem romlik, és a napi tevékenységet sem befolyásolja. Az enyhe kognitív zavar részeként az idősek szubjektív memóriazavart élhetnek meg, viszont ebben az esetben az életvitel még nem érintett. Ellenőrzésük azért is fontos, mivel az ilyen személyek 15%-ában egy éven belül, 50%-ában 3 éven belül dementia alakulhat ki (Füredi és Németh, 2015). Ez a normál idősödés és dementia közötti átmeneti állapot nagy érdeklődéssel övezett területe az egészségügynek, mivel korai felismerése kiemelt fontosságú a megfelelő terápia időben történő megkezdése és a progresszió ütemének lassítása érdekében.

Az időskori változásokban jelentősen érintettek az érzékszervi és kognitív működések. Az információfeldolgozási folyamatok gyorsasága, pontossága hanyatlást mutat, csökken a munkamemória kapacitása, tükrözve a neuronális hálózatok elöregedését. Nehezebben valósítható meg az összetett feladatok megoldása során a kognitív erőforrások rugalmas hozzárendelése az egyes lépésekhez, illetve az új feladatokra történő „átkapcsolás”. Mindezek mellett kevésbé károsodik a megszerzett és rutinszerűen alkalmazott ismeretek használata, melyek nagyobb jelentőséggel bírnak a mindennapi problémák megoldása során. A kognitív teljesítményt általában több tényező befolyásolja, így hanyatlása akár ellensúlyozható az élet során felhalmozott tapasztalatokkal, még ha ezek alkalmazása új feladathelyzetekben kevésbé rugalmasan és hatékonyan megy is (Craik és Salthouse, 2000). Az időskori kognitív funkcióromlás legjellemzőbben tehát az emlékezeti folyamatok kapcsán figyelhető meg. Az idősek 25-50%-nál fordul elő szubjektív feledékenység, amely jelentősen alacsonyabb pszichés jól-léttel és életminőséggel jár együtt. Emellett a memória romlásának észlelése sok idős embert szorongással tölt el, mivel attól tartanak, hogy ez a feledékenység a dementia előjele lehet (Mol és mtsai, 2007).

Normál idősödési folyamat esetén a memóriefunkciók változása alapvetően nem zavarja, nem befolyásolja a mindennapokat. Többnyire a rövid távú emlékezet romlik és a tanulási folyamatok közül a hallás utáni tanulás mutat észrevehető csökkenést, valamint a vizuális memóra is 70 év felett jelez jelentős csökkenést egészséges idősödés esetén is. Az életkorral a finom időbeli változások észlelése is csökken, illetve a mentális folyamatok is lassulnak, melyben a feldolgozási sebesség a közvetítő tényező. A változás megfigyelhető olyan általános teljesítményromlásban, mint a pontatlanság. A normálisnak tekinthető kognitív változásokhoz viszonyítva a dementia már az emlékezeti funkciók zavarát mutatja, mely további kognitív (gondolkodás, orientáció, számolás, tanulás, nyelv, ítéletalkotás, megértés) és viselkedésbeli (érzelmi kontroll, társas viselkedés, motiváció) zavarokkal, teljesítményromlással jár (Verhaeghen, 2011).

A depresszió is utánozhat dementiát („pseudodementia”), és a két betegség gyakran együtt is előfordul, ezért fontos és nehéz elkülönítésük. A depresszióban észlelt kognitív romlástól való elválasztása alapvető jelentőségű, mivel ez a hangulatbetegség megfelelő kezelésével megszüntethető. Az idős depressziós betegek gyakran észlelik kognitív képességeik romlását, azonban a demens idősekkel szemben gyakran eltúlozzák tüneteiket, emlékezetzavarukat, és ritkán felejtik el a fontos közelmúltbeli eseményeket, vagy személyes emlékeiket. A depressziós beteg a vizsgálat során kevés erőfeszítést tesz

a kérdés megválaszolására, míg a demensek igyekeznek, viszont helytelenül válaszolnak (Stachó és mtsai, 2003).

A 2013-ban megjelent DSM-5 kézikönyvben módosításra kerültek a kognitív hanyatlást érintő klinikai diagnosztikai leírások. Azon túl, hogy a destigmatizációs folyamat részeként megszűnt a dementia fogalma, elkülönítésre került a minor illetve major neurokognitív zavar, melyek magukban foglalják mindazokat a betegségeket, melyeknél a vezető tünet a kognitív hanyatlás (Nussbaum és Abraham, 2013).

A legfőbb különbség a neurokognitív zavarok két súlyossági fokozata között, hogy a minor vagy enyhe neurokognitív zavar esetén a kognitív deficit nem akadályozza a mindennapos életvitelt, a mindennapos tevékenységekkel kapcsolatos önállóságot, míg a major neurokognitív zavar esetén ez nem mondható el, mivel utóbbi már gátolja legalább a komplex tevékenységek kivitelezését a mindennapokban (mint például számlák kifizetése). Részleteit tekintve a DSM-5 alapján az enyhe neurokognitív zavar esetén egy vagy több kognitív területen figyelhető meg mérsékelt kognitív hanyatlás, illetve a kognitív teljesítmény mérsékelt károsodása objektív neuropszichológiai tesztek segítségével kimutatható. A major neurokognitív zavar esetén a kognitív hanyatlás jelentős mértékű, és ez a nagyfokú károsodás szintén kimutatható sztenderdizált kognitív tesztekkel, vagy más kvantifikált mérőeszköz segítségével. Mindkét súlyossági fokozat esetén kimondható, hogy a kognitív deficit nem kizárólag delíriummal kapcsolatban jelentkeznek és nem magyarázhatóak jobban más mentális zavarral. A különféle kognitív funkciók más-más mértékű, ütemű romlása miatt egyénenként változik maga a folyamat, az idősödés pedig a dementia egyik legerősebb kockázati tényezője (Füredi és Németh, 2015). Az elmúlt két évtizedben szükségszerűen megnőtt ezen zavarok szűrésével kapcsolatos kutatások száma, mivel a neurokognitív zavarok korai felismerése nagy jelentőséggel bír a megfelelő kezelés időben történő megkezdésében.

4. Általános célkitűzéseink

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

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

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

Kutatásunkat három fő részre osztottuk, a résztvevő személyek között átfedés volt. Az első fő részben az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat (ACE) első verziójának validálását végeztük el, normál (nem Parkinson-kóros) idősök esetében. A második fő részben felhasználva kutatásunk első részének eredményeit normál kogníciójú idősök esetén történt meg a Szelekció-optimalizáció-kompensáció (SOC) kérdőív magyar nyelvre történő adaptálása és pszichometriai jellemzőinek megállapítása, majd a harmadik fő részben egy követéses kutatás során vizsgáltuk az időskori alkalmazkodás folyamatának korábban említett résztényezőit. Ennek során igyekeztünk az idősödés során jelentkező több negatív és még több pozitív tényezőt, meghatározó szerepet játszó erőforrást, tulajdonságot figyelembe venni, és megvizsgálni, hogy az öregedés megélésében ezek milyen szerepet játszanak, valamint befolyásolható-e a folyamat valamelyik ponton pozitív irányban.

Kutatásunk szakaszainak rövid összefoglalása a 3. táblázatban látható.

3. táblázat: Kutatási szakaszaink összefoglalása

Kutatási szakasz	Minta	Időbeliség	Célkitűzés
1.	n=250	keresztmetszeti	ACE kognitív teszt validálása magyar nyelven
2.	n=168	keresztmetszeti	SOC-kérdőív adaptálása és validálása magyar nyelvre
3.	n _{T1} =174	hosszmetszeti	időskori alkalmazkodási folyamatok vizsgálata
3./1.	n _{T2} =126		a SOC-stratégiák segítségével
3./2.			a reziliencia segítségével

Az első felmérés során – röviden összefoglalva – megvizsgáltunk olyan negatív tényezőket, mint az időskori depresszió, és a kognitív zavar. Valamint olyan pozitív tényezőket, mint az erőforrások adaptív felhasználása (SOC-modell), az alkalmazkodási tényezők (reziliencia), pozitív affektivitás, életminőség, étellel való elégedettség, társas támogatás. Ezen kívül áttekintésre kerültek a demográfiai tényezőkön túl a krónikus betegségek jelenléte, azok száma, típusa, illetve a szocioökonómiai státusz. Figyelembe véve az alkalmazott kérdőívek, valamint a félig struktúrált interjú hosszát, a minor neurokognitív zavarral bírók kizárásra kerültek vizsgálatunkból.

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

Kutatásunk során egyedülálló volt, hogy az alkalmazkodási folyamatok, a rendelkezésre álló erőforrások felhasználási módjának vizsgálatára a SOC-modellt használtuk. Felmérésünk során történt meg ennek fordítása, adaptálása magyar nyelvre. Ezen kívül – habár a nemzetközi szakirodalomban sok ilyen irányú kutatás található – tudomásunk szerint az időskori reziliencia szerepét az elsők között tanulmányoztuk hazánkban. Célunk egy több dimenziós modell felállítása volt, mely magában foglalja a korábban felsorolt pozitív és negatív tényezők vizsgálatát, közöttük való összefüggések feltárását. A disszertációban egy rövid bevezetést követően áttekintettük az általunk vizsgált faktorok elméleti hátterét, korábbi kutatási eredményeit. Majd ezt követően keresztmetszeti validálási vizsgálatunk, valamint követéses kutatásunk leírása, eredményei találhatóak.

5. Addenbrooke Kognitív Vizsgálat első verziójának magyar validálása

Ahogy azt a disszertáció bevezetőjében áttekintettük, a kognitív hanyatlás tünetei képesek befolyásolni a mindennapi élet társadalmi funkcióit és tevékenységeit, ezért az időskorban esetlegesen megjelenő neurokognitív zavarok korai felismerése nagy jelentőséggel bír a megfelelő kezelés időben történő megkezdésében. Ehhez elengedhetetlenek a gyors, könnyen felvehető, validált, jó diagnosztikai képességekkel rendelkező neurokognitív tesztek. Angolszász nyelvterületekhez viszonyítva hazánkban kisebb számú kognitív vizsgálat áll rendelkezésre a dementia felméréséhez, szűréséhez, nyomon követéséhez, mely megfelel ezen követelményeknek. Parkinson-kóros betegek számára már egy kicsit jobb a helyzet, mivel az utóbbi néhány évben több teszt is validálásra került úgy, mint Addenbrooke Kognitív Vizsgálat III (ACE III), Mini-Addenbrooke Kognitív Vizsgálat (Mini-ACE), Frontalis Lebeny Skála, Mattis Dementia Becslő Skála (Kaszás és mtsai; 2012, Lucza és mtsai; 2015, Lucza és mtsai, 2018). Ezen túlmenően, „normál”, azaz nem Parkinson-kóros személyek számára a Mini-Mentál Státusz Vizsgálaton (MMSE) kívül rendelkezésre áll a Montreal Kognitív Felmérés (MoCA) (Volosin és mtsai, 2013), a Paired Associates Learning (PAL) Teszt (Sirály és mtsai, 2013), valamint Alzheimer-kórban szenvedő páciensek részére az Alzheimer's Disease Assessment Scale Kognitív Alskála (ADAS-Cog) (Pákáski és mtsai, 2012) illetve a Teszteld a Memóriádat (Test Your Memory, TYM) (Kolozsvári és mtsai, 2017). Természetesen bármely előbbi vizsgálóeszköz használható nem kifejezetten Parkinson-kóros, vagy Alzheimer-betegeknél is, azonban ezeket a tesztek tekintve validált ponthatórok ezen személyekre nincsenek egyelőre.

Manapság hazánkban még mindig az MMSE számít a leggyakrabban alkalmazott szűrőtesztnek (Heim és mtsai, 2019), mely a korábbi szakirodalmi adatok alapján nem kimondottan alkalmas a normál kognitív teljesítmény és minor neurokognitív zavar differenciálásában (Mathuranath és mtsai, 2000). Az MMSE hasznos eszköz a kognitív tünetek feltérképezésében, viszont megjelenése óta jelentős fejlődésen ment keresztül a dementia különféle formáinak diagnosztikájára. A Mini-Mentál Státusz Vizsgálat ezen túlmenően nem alkalmas a neurokognitív zavarok különböző típusainak elkülönítésére, és ahogy említettük, érzéketlen a kognitív romlás korai kimutatására. Ez a hiányosság abból ered, hogy kevés feladattípussal nem elég mélyrehatóan vizsgálja az exekutív funkciókat, valamint a nyelvi és memória feladatai is túl egyszerűek (Stachó és mtsai, 2003).

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

Az ACE-nak több, részben továbbfejlesztett verziója létezik, így például a kevésbé szenzitív részek átdolgozásával jött létre az ACE-R (Addenbrooke's Cognitive Examination Revised) (Mioshi és mtsai, 2006), amelyet 2006-ban alkottak meg, és szintén tartalmazza az MMSE-t, ugyanakkor az alskálák tekintetében változtatásokat hajtottak végre. Ez a megnevezési és visuospatialis komponensek olyan módosításait tartalmazza, mint pl. a névre és címre történő visszaemlékezés három alternatív változatát, mely megkönnyíti a teszt kulturális környezettől független felhasználását. Az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat III (ACE III) (Hsieh és mtsai, 2013) 2013-ban került kifejlesztésre azzal a céllal, hogy az MMSE-részt elhagyja. Jelentős változásokat hajtottak végre a nyelvi és a teljes térbeli domainekben (a háromlépcsős parancsot rövid nyelvtani megértési teszt váltotta fel, és az egymást metsző ötszögeket oválisok helyettesítik). Ez a változat ugyanazokat a pontokat tartalmazza (legfeljebb 100 ponttal), mint az ACE és az ACE-R. Az ACE-R és az ACE-III pontszámok erős korrelációt mutatnak egymással, mely a kutatási eredmények alapján arra utal, hogy hasonlóak lehetnek diagnosztikai hasznuk szempontjából is (Hsieh és mtsai, 2013). Az ACE III rendelkezik egy mobil és iPad verzióval (acemobileorg@gmail.com) is, mindkettő hatékonyan szűri a papíralapú kitöltés melletti hibalehetőségeket. A Mini-Addenbrooke Kognitív Vizsgálatot (M-ACE) (Hsieh és mtsai, 2014) 2014-ben fejlesztették ki a hosszabb ACE-R és ACE-III verziókból. Ez a 30 pontos skálával rendelkező változat felvétele körülbelül 5 percet vesz igénybe a figyelem, a memória (7 elem neve és címe), a verbális fluencia, az óra rajzolása és a memória visszahívási képességének vizsgálatát tartalmazza.

Az enyhe neurokognitív zavar annak ellenére érdemel figyelmet, hogy ugyan nem okoz súlyos problémát a mindennapos társas életben, azonban nehézkessé válnak például a parallel tevékenységek (pl. főzés és mosógéphasználat egyidőben) és a tervezés kivitelezése (pl. az ebéd kigondolása utáni bevásárlás), új dolgok, mint az elektronikus eszközök használata (pl. okostelefon), a rendszeres gyógyszerbevétel, a napi program megtervezése (pl. rossz napon mennek kontrollvizsgálatra az orvoshoz). További fontos jellemzője ennek az állapotnak, hogy a korábbi, kedves tevékenységekben, hobbikban

való részvétel passzívvá válhat, valamint csökken az irántuk történő érdeklődés (Meguro és mtsai, 2008).

Mindezen tényezők miatt a dementia szűrése az idősebb populáció körében elengedhetetlen. Az utóbbi évtizedben egyre nagyobb lett az igény korszerű és könnyen felvehető teszt kidolgozására, mely képes a különböző dementiák elkülönítésére. A korábbi szűrőtesztek kevésbé tudták megkülönböztetni egymástól a dementia típusait, és csak a késői stádiumban jelezték egyértelműen a kognitív romlást. Ezen túlmenően az utóbbi években az Alzheimer-kór állapotromlását késleltető gyógyszerek jelentek meg, és ezek használatának sikeressége nagyban függ a korai és megfelelő diagnózis felállításától (Mathuranath és mtsai, 2000).

5.1. Célkitűzés

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

5.2. A vizsgálati személyek és az eljárás menete

Vizsgálati mintánk 272 önkéntesből állt, a résztvevők írásbeli és szóbeli felvilágosítást követően adták szóbeli beleegyezésüket jelen vizsgálatba a Pécsi Tudományegyetem Regionális és Intézeti Kutatás-Etikai Bizottságának jóváhagyásának megfelelően (engedély száma: 3734.316-2196/KK41/2010). A vizsgálati személyek felkutatásához idősek otthonait és nyugdíjas klubok vezetőit kerestük fel, ők tették lehetővé önkéntes személyek kutatásunkba történő bevonását. A beválasztási kritériumok a következőképpen alakultak: 60 éves és annál idősebb életkor, szóbeli és írásbeli tájékoztatást követő beleegyezés, nincs súlyos érzékszervi károsodás (látás- vagy halláskorlátozottság), nincs domináns oldali mozgásszervi károsodás (plegia, paresis), nincs jelen depresszió a teszt felvételekor (MADRS < 20).

Kizáró kritériumként szerepelt az ismert alkoholbetegség, vagy más olyan szomatikus betegség, amely a kognitív teljesítményre hatással lehet, mint pl. hypothyreosis, súlyos veseelégtelenség, agydaganat.

Ezt követően a beválasztott résztvevők három csoportba kerültek beosztásra: normál kognitív teljesítményt nyújtó, azaz neurokognitív zavarral nem rendelkezők csoportja, minor zavar kritériumainak megfelelő idősek, valamint major neurokognitív zavarral diagnosztizált személyek.

5.3. Az alkalmazott eszközök bemutatása

Addenbrooke Kognitív Vizsgálat

Az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat (Addenbrooke's Cognitive Examination, ACE) képes a dementia korai szakaszát felismerni, valamint típusai között differenciálni úgy, mint Alzheimer-betegség (AD) és frontotemporalis dementia (FTD) (Mathuranath és mtsai, 2000). A teszt tartalmazza a Mini-Mentál Státusz Vizsgálatot, így annak pontszáma is megállapítható. Az ACE hat kognitív területet, képességet vizsgáló altesztből épül fel: orientáció (max. 10 pont), figyelem és mentális flexibilitás (max. 8 pont), epizodikus és szemantikus memória (max. 35 pont), verbális fluencia: fonémikus és szemantikus kategória (max. 14 pont), nyelvi készség (max. 28 pont), vizuotérbeli, konstrukciós kivitelezés (max. 5 pont).

Az emlékezeti alteszt mind az epizodikus, mind a retrográd autobiografikus memóriát vizsgálja. A fonémikus fluencia a frontotemporalis dementia (FTD) mutatója, míg a kategóriafluencia feladat az Alzheimer-kórban korán romlásnak induló szemantikus emlékezetéről ad információt (Hodges és mtsai, 1999). A képmegnevezési feladat ábráinál a demens betegek kevésbé emlékeznek a nem túl gyakori vagy az élet során később elsajátított szavakra (Lambon és mtsai, 1998). A szóolvasási feladat a felszíni dyslexiát hivatott vizsgálni, mely FTD-ban gyakori. Az ilyen betegek csak úgy tudnak olvasni, ha betűről betűre hangosan kimondják a szavakat, így rosszabbul teljesítenek a rendhagyó írásmódú szavak olvasásában (Hodges és mtsai, 1999). A háromdimenziós kocka rajzának másolása és az órarajzolás nem csak a konstrukciós képességek hanyatlásának, hanem a figyelemzavar, az idő-, illetve térélmény, valamint az exekutív funkciók romlásának is érzékeny mutatója (Griffiths és mtsai, 1998).

A teszt felvétele 15-20 percig tart normál kogníciójú, vagy enyhe kognitív zavarban szenvedő személyek esetén. Mindegyik részfeladat külön-külön értékelendő, a teljes pontszám 0 és 100 között lehet. Könnyen és gyorsan kezelhető ún. „bed-side” teszt,

felvétele nem igényel specifikus szaktudást. Az először megállapított határpont érték 88 pont volt, melyet később 83-ra módosítottak (Reyes és mtsai, 2009). A teszt magyarra fordítása korábban már megtörtént (Stachó és mtsai, 2003).

Az eredeti Addenbrooke Kognitív Vizsgálatot számos nyelvre lefordították és adaptálták (Alexopoulos és mtsai, 2006; Bier és mtsai, 2004; Custodio és mtsai, 2012; García-Caballero és mtsai, 2006; Newman, 2005; Pouretmad és mtsai, 2009; Stachó és mtsai, 2003; Stokholm és mtsai, 2009; Yoshida és mtsai, 2011). Az ACE nem csak a dementia diagnosztizálásában hatékony, hanem képes megkülönböztetni az Alzheimer-kórt a frontotemporalis demenciától (FTD) a VL/OM arány [= (verbális fluencia+nyelv)/(orientáció + memória (késleltetett))] segítségével. Ez utóbbi alapja az a megfigyelés, mely szerint az Alzheimer-dementiában szenvedő betegek jobban teljesítenek a verbális fluencia és nyelvi kérdésekben, mint az FTD-ben szenvedők (Mathuranath és mtsai, 2000).

Mini-Mentál Státusz Vizsgálat

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

Montgomery-Asberg Depresszió Pontozó Skála

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

pesszimista és öngyilkossági gondolatok. Az értékelőnek azt kell eldöntenie, hogy az adott tünet milyen súlyosságú. A skála itemei 0 és 6 pont közötti értékekkel dolgoznak. Az adott pontszám a tünet intenzitását és gyakoriságát tükrözi. Az elérhető maximális pontszám 60 pont. Az enyhe tünetsúlyosság határértéke 7 pont, míg a közepesen súlyos 20, a súlyos tünetek 35 pontszámánál mondhatók ki (Snaith és mtsai, 1986).

5.4. Statisztikai módszerek

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

5.5. Eredmények

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

átlagpontszám az ACE skálán 82,4 (SD=10) volt. Ezen demográfiai és klinikai jellemzők összehasonlítását a normál, minor és major neurokognitív zavar (NCD) csoportjai között az 4. táblázat tartalmazza (47. oldal).

Az életkor, iskolázottság, és a neurokognitív zavar, illetve az ACE pontszám közötti összefüggéseket lineáris regressziós analízissel vizsgáltuk. Az ACE pontszám függő változóként, a diagnózis, életkor és tanult évek száma, független tényezőként történő felhasználásával ($F = 34,915$, $p < 0,001$) az elemzés utóbbiak szignifikáns hatását mutatta (5. táblázat).

5. táblázat: Az ACE pontszámok, életkor, tanult évek száma és NCD fokának lineáris regressziós elemzése

	Nem standardizált		Standardizált		t	p érték
	koefficiens		koefficiens			
	B	Std. Error	Beta			
(konstans)	94,362	2,760			34,192	0,000
életkor (év)	-0,105	0,032	-0,091		-3,251	0,001
tanult évek száma	0,280	0,071	0,114		3,938	0,000
neurokognitív zavar	-10,671	0,362	-0,837		-29,484	0,000

Az optimális határpontérték, specificitás és szenzitivitás meghatározásához ROC-görbe elemzést végeztünk. Mind az ACE, mind az MMSE vágópontjait meghatároztuk a DSM-5 szerinti klinikai diagnózisbeosztás alapján. Az 6. táblázat az érzékenységet, a specificitást és a ROC-görbe (AUC) alatti területeket mutatja az ACE és MMSE optimális küszöbértékein. Az optimális küszöbpontszámot a Youden-index maximális értékénél határoztuk meg.

4. táblázat: Vizsgálatba bevont személyek demográfiai és neurokognitív teljesítményére vonatkozó adatai

nem (férfi/nő)	nincs neurokognitív zavar (n=133)				minor neurokognitív zavar (n=66)				major neurokognitív zavar (n=51)				p érték*
	31/102				17/49				16/35				
	átlag (± SD)	medián	25 percentil	75 percentil	átlag (+/- SD)	medián	25 percentil	75 percentil	átlag (+/- SD)	medián	25 percentil	75 percentil	
életkor	74,2 (±8,7)	73	67	81	77,7 (±7,7)	79	73	84	81 (±8,7)	83	73,5	89	<0,001
tanult évek száma	12 (±4,3)	12	8	15	9,8 (±3,5)	9	8	11	8 (±1,4)	8	7	9	<0,001
ACE/MMSE orientáció pontszám	10	10	10	10	9,7 (±0,3)	10	10	10	9,4 (±0,5)	9	9	10	<0,001
ACE koncentráció pontszám	7,9 (±0,13)	8	8	8	7,6 (±0,8)	8	7	8	6,7 (±1)	7	6	8	<0,001
ACE memória pontszám	29,7 (±2,67)	30	28	32	23,4 (±2,48)	24	22	25	17,8 (±2,48)	18	17	19	<0,001
ACE verbális fluencia pontszám	9,9 (±2,1)	10	8	11	7 (±2)	7	6	8,75	6 (±2,6)	6	4	7,5	<0,001
ACE nyelv pontszám	27,7 (±0,7)	28	28	28	26,6 (±1,8)	27	26	28	26,2 (±1,8)	27	25	28	<0,001
ACE téri-vizuális készségek pontszám	4,5 (±0,7)	5	4	5	3,7 (±1,1)	4	3	5	2,7 (±1,4)	3	2	4	<0,001
ACE összpontszám	89,9 (±4,4)	90	87	93	78,4 (±4,5)	79	76	81	69,1 (±5)	69	66	72	<0,001
MMSE koncentráció pontszám	7,9 (±0,1)	8	8	8	7,6 (±0,7)	8	7	8	6,7 (±1)	7	6	8	<0,001
MMSE memória pontszám	2,1 (±0,8)	2	1	3	1,5 (±0,9)	2	1	2	1,3 (±0,7)	1	1	2	<0,001
MMSE nyelv pontszám	7,85 (±0,45)	8	8	8	7,36 (±0,8)	8	7	8	6,4 (±1)	7	5,5	7	<0,001
MMSE téri-vizuális készségek pontszám	1	1	1	1	0,98 (±0,13)	1	1	1	0,5 (±0,5)	1	0	1	<0,001
MMSE összpontszám	28,9 (±1)	29	28	30	27,4 (±1,4)	27	26,25	28	24,8 (±2)	25	24	26,5	<0,001
MADRS összpontszám	6,4 (±4,6)	6	3	9	7,32 (±5,3)	6	3,25	11,75	8,4 (±4,4)	9	5	12	0,103

Rövidítések: ACE: Addenbrooke Kognitív Vizsgálat, MMSE: Mini-Mentál Státusz Vizsgálat, MADRS: Montgomery-Asberg Depresszió Skála

* Kruskal-Wallis és khi négyzet próba

6. táblázat: Az ACE és MMSE optimális küszöbértékei a normál, minor és major NCD meghatározásához

	ACE	MMSE
normál kontroll és minor NCD közötti differenciálás		
cut-off pont	82	27
szenzitivitás	0.89	0.60
specifitás	0.96	0.90
AUC (SE)	0.96 (0.01)	0.81 (0.02)
Youden-index	0.85	0.50
normál kontroll és major NCD közötti differenciálás		
cut-off pont	76	26
szenzitivitás	0,98	0,84
specifitás	0,98	0,90
AUC (SE)	0,98 (0,01)	0,97 (0,01)
Youden-index	0,96	0,74
normál kontroll és kognitív érintettek (minor és major NCD) közötti differenciálás		
cut-off pont	82	27
szenzitivitás	0,93	0,76
specifitás	0,96	0,90
AUC (SE)	0,97 (0,01)	0,89 (0,02)
Youden-index	0,89	0,66

Rövidítések: MMSE: Mini-Mentál Státusz Vizsgálat, ACE: Addenbrooke Kognitív Vizsgálat, NCD: neurokognitív zavar, AUC: a ROC-görbe alatti terület, SE: standard hiba

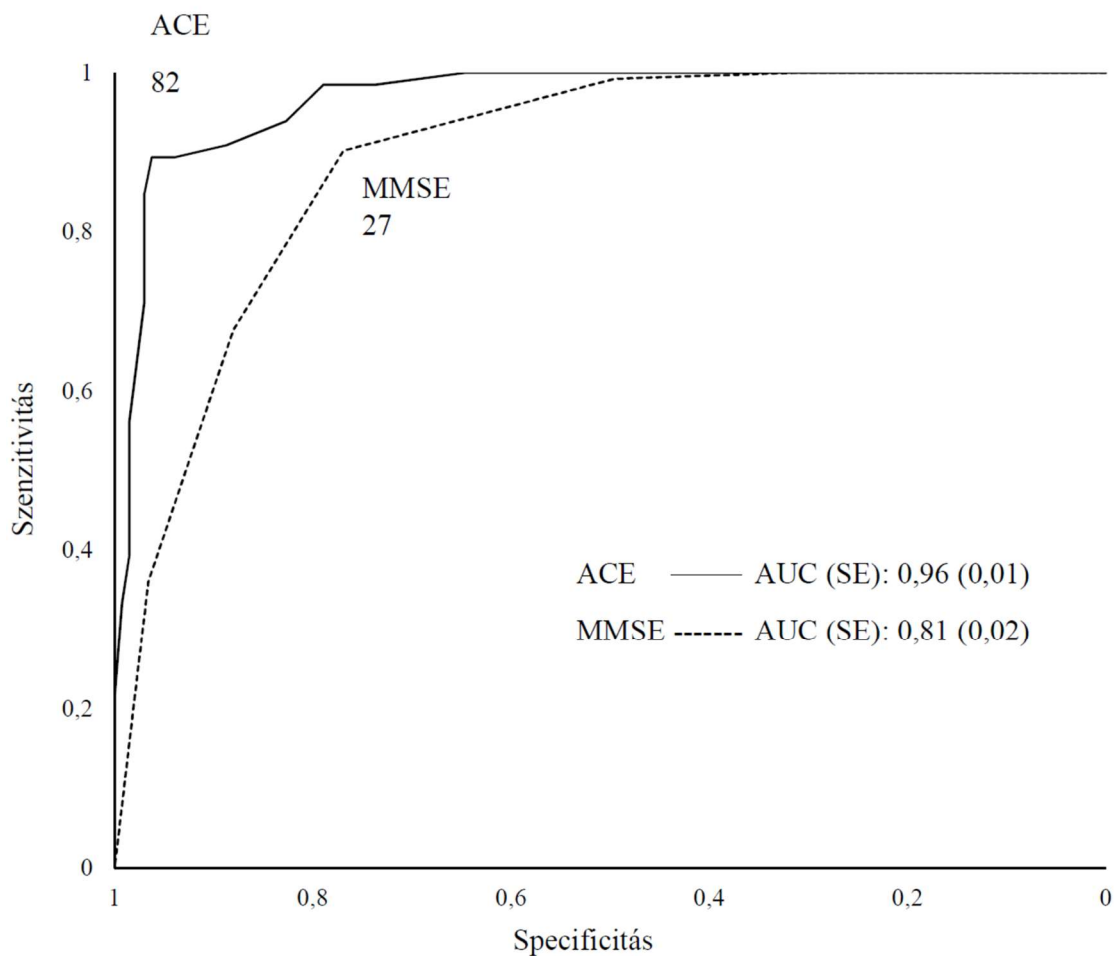
Az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat ROC-görbe alatti területe 0,096 volt [95% -os konfidencia intervallum (CI): 0,933 – 0,988]; a minor neurokognitív zavart azonosító legjobb küszöbérték 82 pont (szenzitivitás = 89%, specifitás = 96%). A major neurokognitív zavar azonosításához a legjobb küszöbérték 76 pont (szenzitivitás = 98%, specifitás = 98%). Az optimális küszöbérték a normál kognitív teljesítmény és neurokognitív zavar között, hasonlóan a minor NCD azonosításához 82 pontnál található, szenzitivitás 0,93, és specifitás 0,96.

A Mini-Mentál Státusz Vizsgálat esetében a görbe alatti terület 0,818 volt (95% CI: 0,748-0,889). Az MMSE legjobb küszöbértéke 27 pont volt, amely megkülönbözteti a normál és a minor neurokognitív rendellenességek csoportját 60,1% érzékenységgel és

90,6% specificitással. A major NCD azonosításához a legjobb küszöbérték 26 pont (CI: 0,753–0,919, érzékenység = 84,3%, specificitás = 90,2%). A kognitív károsodás és a normál kontroll közötti differenciálás határértéke 27 volt (szenzitivitás = 76,2%, specificitás = 90,1%).

A következő ábrán a minor neurokognitív zavarra vonatkozó ROC görbék kerültek feltüntetésre (4. ábra).

4. ábra: A minor neurokognitív zavarra vonatkozó ROC-görbék ábrázolása

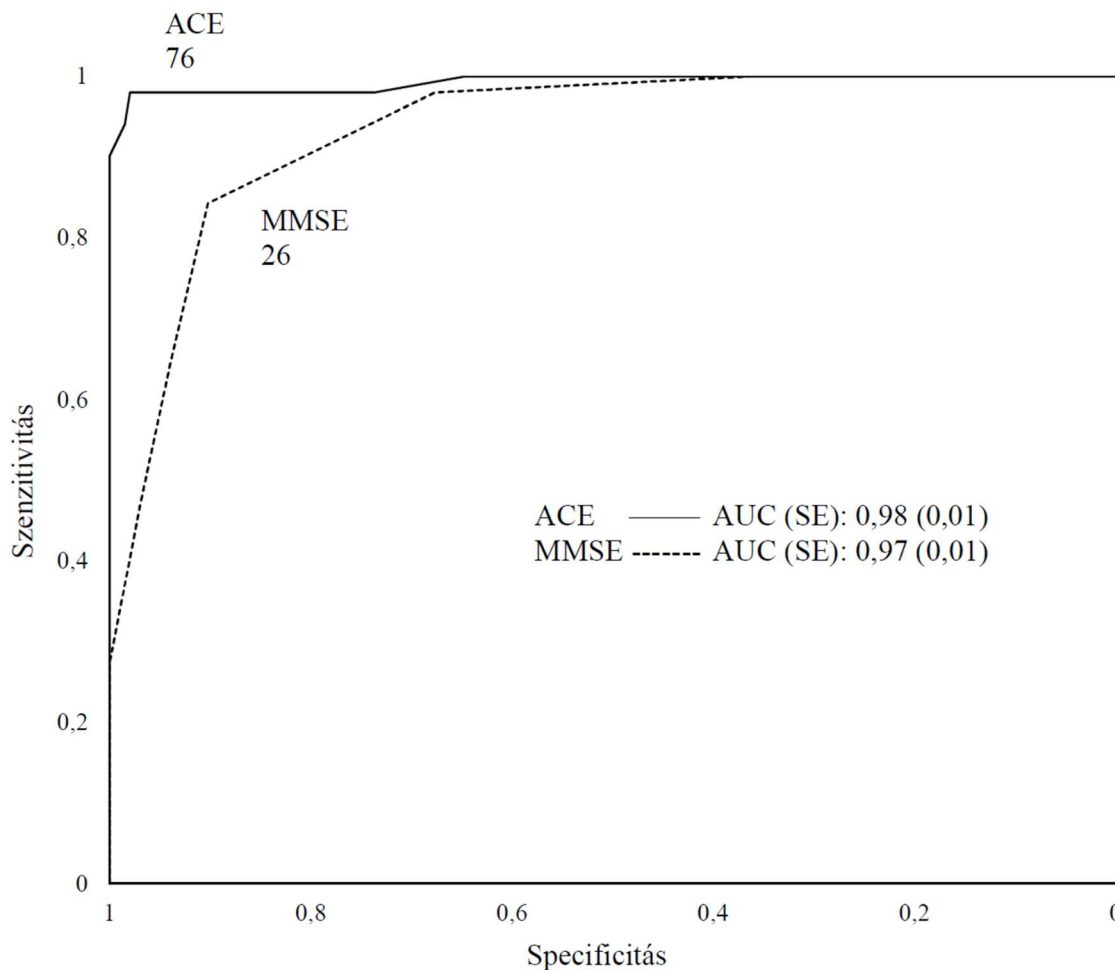


Rövidítések: ACE Addenbrooke Kognitív Vizsgálat, MMSE Mini-Mentál Státusz Vizsgálat, AUC: görbe alatti terület, SE: standard hiba

Az ROC analízis alapján megállapítható, hogy az ACE teszt szignifikánsan jobb diagnosztikai pontossággal rendelkezik a minor neurokognitív zavar differenciálásában, mint az általánosságban alkalmazott MMSE. A neurokognitív zavar nélküli és minor NCD-ban szenvedő személyek között a megállapításra került vágópont Addenbrooke Kognitív Vizsgálat esetén 82, míg Mini-Mentál Státusz Vizsgálat esetében 27 pont.

A következő ábrán a major neurokognitív zavarra szűrésére vonatkozó ACE és MMSE tesztek ROC analízis görbéi kerültek bemutatásra. Hasonlóképpen az enyhe kognitív zavar differenciálásához, ebben az esetben is a Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvének (DSM-5) kritérium-rendszerének megfelelő diagnosztikát követően (5. ábra).

5. ábra: A major neurokognitív zavarra vonatkozó ROC-görbék ábrázolása



Rövidítések: ACE Addenbrooke Kognitív Vizsgálat, MMSE Mini-Mentál Státusz Vizsgálat, AUC: görbe alatti terület, SE: standard hiba

Major neurokognitív zavar megállapításában az ACE tekintetében mutatkozott a magasabb diagnosztikus effektivitás 76 pontos vágópont esetében. Az MMSE kognitív tesztre vonatkozóan a határérték 26 pont.

5.6. Megbeszélés

A demenciát gyakran nem diagnosztizálják elég korai szakaszban az alapellátásban, ezért elengedhetetlen egy érzékeny teszt, amely képes mérni a lehetséges kognitív károsodásokat, és melyet gyorsan, egyszerűen elvégezhetnek még a túlterhelt szakrendelőkben is. Az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat praktikus és értékes „ágy melletti” eszköz a kognitív funkciók vizsgálatához. A Mini-Mentál Státusz Vizsgálat összes elemét tartalmazza, de a különbségek szignifikánsak a két kognitív teszt között. Az ACE lehetővé teszi többek között a tanulási képességek, a verbális fluencia (frontális executív funkciók vizsgálata), a kiterjedt nyelvi és olvasási képességek kiértékelését. A visuospatialis funkciók vizsgálatához átfogóbb lehetőségeket ad, a térbeli rajz (háromdimenziós kocka) kiegészítésével az MMSE ötszög rajza mellé (Reyes és mtsai, 2009). Eredményeink szerint az ACE magas diagnosztikai pontossággal, jó szenzitivitással és specificitással bír, mind a minor, mind a major neurokognitív zavar megállapításában. Vágópontjaink 82 az enyhe NCD esetén (szenzitivitás 89% és specificitás 96,1%), míg a súlyos NCD esetén 76 (szenzitivitás 98% és specificitás 98%). Nemzetközi szakirodalomban hasonló eredményeket találtak, pl. az eredeti angol közlemény két határpontértéket állapított meg 88 és 83 pontnál (szenzitivitás 0,93 illetve 0,82, specificitás 0,71 és 0,96) (Mathuranath és mtsai, 2000). Bier és munkatársai francia nyelvterületen szintén jó szenzitivitást találtak 83 pontérték esetében a demencia felismerését illetően (86,6%). Specificitást tekintve kissé alacsonyabb értéket számoltak (70,5%), véleményük szerint ez utóbbi valószínűleg annak köszönhető, hogy vizsgálatukból nem kerültek kizárásra a depressziós páciensek (Bier és mtsai, 2004). Német eredmények szerint korai Alzheimer betegség és enyhe vascularis demencia esetében is 85-nek és 86-nak találták a vágópontot, (szenzitivitás 93%, specificitás 86% és szenzitivitás 93%, specificitás 100%). Ezen vizsgálat hátránya a viszonylag kis elemszám, illetve eredményeik csak a korai stádiumra vonatkoznak, bár a későbbi lefolyás, kezelés szempontjából valóban ez talán a legfontosabb határértékpont (Alexopoulos és mtsai, 2006). Egy dán kutatás az ACE határpontját szintén 85-nél találta (szenzitivitás 0,99, specificitás 0,94), amikor a depressziós pácienseket is belevették a vizsgálatba, a specificitás 0,64-re esett, mely a depressziós és demens betegek csoportjai közötti átfedést jelezheti. Szintén kisebb elemszámmal dolgoztak, valamint a Mini-Mentál Státusz Vizsgálat 20 pontos határértéke alapján osztották csoportokba a kutatás résztvevőit neurokognitív zavar tekintetében (Stokholm és mtsai, 2009). Európán kívüli eredményeket tekintve pl. egy perui vizsgálatban a demencia és depresszió közötti

elkülönítésre helyezték a hangsúlyt, melynek határértékét 85 pontnál állapították meg (Herrera és mtsai, 2013). Egy perzsa eredmény az ACE ponthatárát 84-nek találta normál és minor neurokognitív zavar elkülönítése esetében (szenzitivitás 0,93 és specificitás 0,91), és 78-nak enyhe NCD és Alzheimer-dementia felosztásában (szenzitivitás 0,73 és specificitás 0,93) (Pouretamad és mtsai, 2009). Egy 2017-es argentin kutatásban alacsony szocioökonómiai státusszal bíró, alacsony iskolázottságú résztvevők vizsgálatával arra jutottak, hogy dementiát tekintve a határérték 70 pont (szenzitivitás 0,84 és specificitás 0,84) (Sousa és Vivas, 2017).

Az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat első verzióját még mindig gyakran használják világszerte, mivel sok helyen csak ez áll rendelkezésre validált eredményekkel, így a későbbi statisztikai elemzéseket tekintve ez a változat használható jól. Ezt emeli ki többek között egy cseh kutatási eredmény, melyben post-stroke állapotot vizsgáltak (Fiedorova és mtsai, 2018). A kutatások egy része mentális betegségekkel összefüggésben alkalmazza, míg másik részük más egészségügyi változókkal, szomatikus betegségekkel való kapcsolatban. Ezekből mutatunk be néhányat a teljesség igénye nélkül. Addenbrooke Kognitív Vizsgálatot alkalmaztak többek között migrénnel (Liguori és mtsai, 2018), amiotrophiás lateral sclerosis (ALS) kapcsolatos kognitív változásokkal összefüggésben (Chenji és mtsai, 2018), továbbá ALS-hez kapcsolódó légzésfunkciós romlás esetén (Huynh és mtsai, 2019), illetve normál nyomású hydrocephalusban (Mathew és Pavithran, 2017). Felhasználták továbbá szkizofrénia társas kogníciójának tanulmányozása során (Charernboon és Patumanond, 2017), intra- és extraaxialis tumorok vizsgálatakor (Cherkil és mtsai, 2017), hypertonia és kognitív hanyatlás kapcsolatának feltárása esetén (Vermani és mtsai, 2018), post-stroke rehabilitáció hasznának vizsgálatakor (Faria és mtsai, 2016), encephalitist követő strukturális és metabolikus agyi változások követésére (Szots és mtsai, 2017).

Hazánkban a gyógyítói gyakorlat során még mindig legszélesebb körben a MMSE kerül alkalmazásra (Heim és mtsai, 2019). Így annak ellenére, hogy maga az általunk validált teszt, az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat nemzetközi szinten továbbfejlesztésre került, hazánkban hiánypótló lehet alkalmazása, mivel idősödő társadalmunkban egyre nagyobb szükség lesz a dementia szűrésére, korai felismerésére, szakszerű nyomon követésére. Úgy gondoljuk, hogy jelenlegi eredményeinkkel egy újabb lehetséges kognitív teszttel bővíthető az amúgy szűkös vizsgálati paletta. A szakirodalmi adatok alapján ezidáig nem találtunk olyan publikációt, mely a jelenleg is érvényben lévő DSM-5 szerint kategorizálta volna a neurokognitív zavarban szenvedő pácienseket, és ez alapján adná

meg a határérték pontokat. Későbbiekben szükség lehet az egyéb vizsgálómódszerekkel bizonyított dementia típusnak megfelelő páciensek vizsgálatba vonására, hogy az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat egyik erősségét, a frontotemporalis és Alzheimer-dementia elkülönítését célzó működését vizsgálni lehessen. Továbbá megfelelő számú résztvevővel az életkor és tanult évek száma alapján elkülöníthető csoportok részletes vizsgálatára is lehetőség nyílik.

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

Mivel a disszertáció bevezetésében a SOC elméleti háttere részletes bemutatásra került, ezért jelen fejezetben kifejezetten ezen teoretikus elképzelés vizsgálatára kialakított gyakorlati kérdőív bemutatására koncentrálunk. Ennek során áttekintjük fejlődését, nemzetközileg mért pszichometriai jellemzőit.

Abraham és Hansson már 1995-ben kidolgozták az SOC-stratégiák alkalmazásának első mérőeszközét, melyet akkor még a munka világában próbáltak alkalmazni. Azonban eltekintve egy publikációtól (Bal és mtsai, 2013), a 24 tételből álló, önkitöltő kérdőívet nem használták más tanulmányokban. Ehelyett a kutatások a későbbiekben Baltes és munkatársai által kidolgozott SOC kérdőív eredeti vagy adaptált változataira támaszkodnak (Baltes és mtsai, 1999; Freund és Baltes, 2002b). Mind a hosszú verzió (48 tétel), mind a rövid változat (12 tétel) lefedi a négy SOC-komponenst. A tételeket vizsgálhatjuk általánosságban, vagy domain-specifikus utasításoknak megfelelően (például a munkára, családi életre vonatkozóan). Minden elem két válaszlehetőséget tartalmaz, az egyik egy SOC-stratégia alkalmazását képviseli, a másik pedig egy nem SOC-viselkedést. A válaszadókat arra kérik, hogy válasszák ki minden item esetében, hogy saját viselkedésüket mi jellemzi a legjobban, majd a későbbiekben ennek a hasonlóságnak a mértékét is lehetséges meghatározni egy skálán, illetve alkalmanként a válaszadás dichotóm formátumát Likert-skálává módosították (pl. Zacher és Frese, 2011). Praktikus okokból leggyakrabban a rövid, 12 tételből álló verziót használják (melyet alkalmanként tovább csökkentenek kilencre, pl. Baltes és Heydens-Gahir, 2003; Shang és mtsai, 2015). Végezetül pedig több kutató is területspecifikus, konkrét kérdőívet dolgozott ki az eredeti alapján. Például Müller és munkatársai (2016) ápolói SOC-kérdőívet alakítottak ki, abból az elképzelésből kiindulva, hogy munkaerőpiaci felmérések során az eredeti SOC-skála nem alkalmazható megfelelő érzékenységgel, validitással.

Mint bármilyen más magatartás, a SOC-stratégiák használata is dinamikusan változik az idő múlásával. Ezen túlmenően egyéni különbségek is vannak ezen stratégiák használata szempontjából (Zacher és mtsai, 2015). Ahogy azt már korábban is említettük eredetileg a SOC-modell kutatói azt javasolták, hogy a négy stratégiát egymással összhangban álló, szinkronizált képességnek tekintsék, valamint ezek koordinált módon történő használata a legelőnyösebb (Baltes és Baltes, 1990), mivel „egy kombinált és összehangolt folyamatot” reprezentálnak (Freund és Baltes, 2000). Ha a stratégiák szabályozó jellegét

tekintjük, akkor a kutatási eredmények szerint a négy SOC-módszert egyetlen „funkcionális halmaznak” javasolt tekinteni (Young és mtsai, 2007). Ezzel részben ellentétben az empirikus kutatások kimutatták, hogy a négy SOC-komponens megkülönböztethető egymástól, mérsékelten pozitív kapcsolatot mutatnak, és együttesen egy magasabbrendű konstrukciót alkotnak (Baltes és Heydens-Gahir, 2003; Wiese és mtsai, 2000).

A SOC-kérdőív eredményeit a szakirodalomban négy különféle módon mutatják be. Egyrészt egyetértésben azzal a fogalommal, hogy a stratégiák összehangolt folyamatot alkotnak (Baltes és Baltes, 1990), csak a teljes pontszámot határozzák meg – ez a legritkábban előforduló módszer (pl. Weigl és mtsai, 2014; Zacher és Frese, 2011). Másodsor, a kutatások során külön pontszámot kap mind a négy alkotóelem az összesített pontszámon kívül (pl. Demerouti és mtsai, 2014; Yeung és Fung, 2009). Harmadszor, egyes kutatók három pontszámot alkotnak: az elektív és veszteségen alapuló szelekcióra közös pontszám mellett külön pontot alkalmaznak az optimalizációra és kompenzációra (pl. Wiese és mtsai, 2002; Zacher és mtsai, 2015). Végül, néhány kutatás során csak egy vagy két SOC-komponens pontszámait vizsgálják (pl. Abele és Wiese, 2008).

Az időskori alkalmazkodási folyamatok iránt egyre növekvő nemzetközi érdeklődésnek köszönhetően mind több és több országban történt meg a SOC-kérdőív adaptációja. Így elkészült a kérdőív megbízhatóságának és validitásának elemzése az eredeti német (Baltes és mtsai, 1993) mellett többek között amerikai (Gestsdottir és mtsai, 2010), kínai (Chou és Chi, 2001b), horvát (Ambrosi-Randic és Plavsic, 2011), svéd (Viglund és mtsai, 2012), spanyol (Segura-Camacho és mtsai, 2018), portugál (Amado és mtsai, 2006), japán nyelven (Okabayashi, 2014).

Az eredeti SOC-kérdőív pszichometriai jellemzői közül kiemelendő az optimálisnál alacsonyabb vagy közepes szintű belső konzisztencia, ahol a négy alskála (elektív és veszteségen alapuló szelekció, optimalizáció, kompenzáció) Cronbach- α együtthatói 0,67 és 0,78 között változtak (Freund és Baltes, 2002a). Hasonló eredményeket értek el a teszt-reteszt validitás tekintetében a megbízhatóság 0,71 és 0,77 közötti értékeket vett fel az elektív szelekció, optimalizáció és kompenzáció tekintetében. A veszteség alapú szelekció skáláját ezen teszt-reteszt validitási vizsgálat után fejlesztették ki, így nem elérhető ezen stratégia eredeti eredménye.

Bár a különböző nemzetek tanulmányai között sok különbség van (pl. a résztvevők életkora, a kulturális környezet) a belső konzisztencia szempontjából jó eredményekkel

bírt a japán adaptáció (Cronbach- α értékek: 0,67-0,82) (Okabayashi, 2014). Ezen értékek magasabbak, mint a német tanulmányban, ahol 20 és 90 éves kor közöttieket vizsgáltak az eredeti 12-ites négy alskálát tartalmazó kérdőívvel (Cronbach- α értékek: 0,61-0,65) (Baltes és mtsai, 1999). A többi adaptáció tekintetében pl. a svéd kérdőív pszichometriai jellemzői között a Cronbach- α együtthatók 0,14 és 0,63 között változtak. Ebben a kutatásban 19 és 85 éves kor közötti felnőtteket vizsgáltak (Viglund és mtsai, 2012). Az amerikai eredmények serdülők és középkorúak körében született, és négy alskálás, alskálánként 6 itemet tartalmazó kérdőívet használva a Cronbach- α értékek 0,23 és 0,41 közöttiek lettek. Hasonlóképpen a belső konzisztencia együtthatói 0,15 és 0,60 között változtak a horvát adaptációs folyamat során (Ambrosi-Randic és Plavsic, 2011). Ebben az esetben a 3 itemes négy alskálából álló kérdőívet használták. A hong-kongi idősök körében három alskálás (veszteség alapú szelekciót nem vizsgálták), 36 itemből álló kérdőív használatával 0,60 és 0,65 közöttinek találták a Cronbach- α értékeket (Chou és Chi, 2001). A 12-ites portugál verzió adaptációja során saját otthonukban élő, önkéntes időseket vizsgáltak. A kérdőív konfirmációs faktoranalízise során egy egyfaktoros, 6 itemből álló struktúra rajzolódott ki (egy-egy tétel az elektív és veszteségen alapuló szelekcióra, két-két item az optimalizációra és kompenzációra). Amado és munkatársai (2006) az alkalmazott módszerben látta ennek a drasztikus itemcsökkenésnek az okát. Részben az önkéntességet jelölte meg, valamint azt, hogy a nem önkitöltős formátumban válaszolók torzítják az eredményeket azáltal, hogy meg szeretnének felelni az interjúztatónak, veszélyeztetve ezzel a teszt megbízhatóságát. Ezen túlmenően azt is figyelembe kell venni, hogy alacsonyabb iskolázottságú és műveltségű résztvevők alkották a vizsgálati mintát összehasonlítva a többi validációs kutatási eredménnyel (Amado és mtsai, 2006). A könnyebb áttekinthetőség érdekében a kérdőív különböző nyelvi adaptációinak főbb módszertani és pszichometriai jellemzőit az 7. táblázatban foglaltuk össze.

Mivel magyar nyelven korábban nem állt rendelkezésre a kérdőív, ezért elvégeztük fordítását és nyelvi adaptációját. Ennek első lépéseként a német nyelvű, eredeti tesztet két független személy fordította magyarra, majd ezek összevetésével készült el egy konszenzusos verzió, és ennek egy kétnyelvű fordító által elkészített visszafordítását kapta meg Alexandra Freund, a kérdőív egyik megalkotója. A magyar nyelvi adaptáció néhány apróbb módosítást követően elfogadásra és véglegesítésre került.

7. táblázat: A SOC-12 kérdőív nemzetközi validitásvizsgálatainak főbb jellemzői

Nyelv (forrás)	német (Freund & Baltes, 1998)	német (Baltes és mtsai, 1999)	japán (Okabayashi, 2014)	kínai (Chou & Chi, 2001)	portugál (Amado és mtsai, 2006)	horvát (Ambrosi- Randic & Plavsic, 2011)	svéd (Viglund és mtsai, 2012)	brazil (de Almeida, de Lima Resende & Stobäus 2016)
<i>n</i>	480	202	340	421	150	355	122	319
Életkor (év) (átlag±SD)	20–90 (55,6±21,2)	73–103 (83,4±6,83)	71–86 (76,65±3,67)	72,2±7,5	nem került meghatározásra	65–96 (74,17±5,69)	19–85 (55,5±17)	60–99 (71,4±8,1)
Férfi/nő- arány (%)	nem került meghatározásra	49/51	58/42	44/56		44/56	35/65	29/71
A kérdőív típusa	SOC-48	SOC-12	SOC-48	SOC-36	SOC-12	SOC-12	SOC-12	SOC-48
Alkalmazott statisztikai módszerek	belső konzisztencia, teszt-reteszt reliabilitás (4 hét), feltáró és megerősítő faktorelemzés	feltáró faktorelemzés	belső konzisztencia, teszt-reteszt reliabilitás (7 hét)	belső konzisztencia, konvergens és divergens validitás	belső konzisztencia	belső konzisztencia	belső konzisztencia, teszt-reteszt reliabilitás (2 hét)	belső konzisztencia, exploratív és megerősítő faktorelemzés
Főbb eredmények	Cronbach- α : 0,61–0,65, teszt-reteszt reliabilitás: 0,71–0,77 4 faktoros struktúra igazolódott. χ^2 : 153,5 (df: 48), GFI: 0,95, RMSEA: 0,068	4 faktoros struktúra igazolódott, amely csak részben felel meg az alskáláknak Az alskálák közül az optimalizáció és a kompenzáció közötti korreláció 0,36, a többi kapcsolat jóval gyengébb, <0,16. Az alskálák magasan korrelálnak a SOC-48 megfelelő alskáláival (0,79– 0,87)	Cronbach- α : 0,67–0,82 teszt-reteszt reliabilitás: 0,68–0,78	Cronbach- α : 0,60–0,65 konvergens validitás: Élettel Való Elégedettség Skála divergens validitás: Center for Epidemiologic Studies – Depresszió Skála	Cronbach- α : 0,47–0,79	Cronbach- α : 0,15–0,60	Cronbach- α : 0,14–0,63; teszt-reteszt reliabilitás: 0,52	a konfirmátoros faktoranalízis nem erősítette meg az eredeti faktorstruktúrát; a feltáró faktoranalízis során az elektív szelekció itemei voltak gyengék, Cronbach- α : 0,52– 0,79

7. táblázat folytatása: A SOC-12 kérdőív nemzetközi validitásvizsgálatainak főbb jellemzői

Nyelv (forrás)	német (Freund & Baltes, 1998)	német (Baltes és mtsai, 1999)	japán (Okabayashi, 2014)	kínai (Chou & Chi, 2001)	portugál (Amado és mtsai, 2006)	horvát (Ambrosi- Randic & Plavsic, 2011)	svéd (Viglund és mtsai, 2012)	brazil (de Almeida, de Lima Resende & Stobäus 2016)
Megjegyzés	5 pontos válaszlehetőséget biztosítottak, amelyből egy nem-SOC- magatartást jelentett, 4 pedig SOC-stratégia alkalmazását		3 elektív szelekcióval és egy optimalizációval kapcsolatos item törlésre került	nem került eltávolításra egy item sem, mivel nem emelte szignifikánsan a reliabilitási mutatókat, de a veszteség alapú szelekció itemeit eleve nem is használták mind a divergens, mind a konvergens validitás megfelelő	úgy vélték, hogy a válaszadás nehézséget jelentett abban az esetben, amikor túl hosszú volt a válaszlehetőség és csak finom különbséget mutatott a két SOC- magatartás között		a szelekciós stratégiák két itemének (1. és 5. kérdés) törlését követően szignifikánsan növekedett a Cronbach- α értéke	a pszichometriai jellemzők gyengeségeit a kérdőív formai és tartalmi egyedülállóságára vezették vissza

6.1. Célkitűzés

Vizsgálatunk célja a nemzetközi tapasztalatok alapján elfogadható megbízhatósággal rendelkező, az időskori alkalmazkodás mérésére alkalmas kérdőív, a Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció (SOC) Kérdőív¹ magyar mintán történő validálása, pszichometriai elemzésének elvégzése, illetve a faktorstruktúra ellenőrzése volt. A validálás során a korábbi kutatási eredményeknek megfelelő, illetve azokat kiegészítő, olyan tényezőket vontunk be, amelyek várhatóan összefüggésben állnak ezen fenti folyamattal, így a rezilienciát és depressziót vizsgáltuk elsősorban.

Reményeink szerint egy megbízható, elsősorban az időskori alkalmazkodási folyamatok és sikeres idősödés vizsgálatában alkalmazható kérdőívvel bővíthet az – ebből a szempontból igazán szegényes – eszköztár. Tanulmányunk jelen szakaszának célja tehát a SOC-kérdőív magyar változatának megalkotása és pszichometriai jellemzőinek vizsgálata volt.

6.2. A vizsgálati személyek és az eljárás menete

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

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

A nemi eltolódás jelentős a nők javára, ami részben vizsgálatunk tárgyának sajátosságából fakad, nevezetesen hogy időseket vizsgáltunk, és a nők átlagéletkora magasabb, így őket könnyebben elérhetőek ebben az életkorban. Valamint számos esetben tapasztaltuk azt, hogy mivel jelen vizsgálati szakaszunk a teljes kutatásunk alrészeként szerepelt, így a meglehetősen hosszú kb. másfél órát igénybe vevő kérdőívcsomag kitöltését (valamint a másfél órás kognitív tesztsomagot) a férfiak

¹ A Függelékben bemutatásra kerül a kérdőív.

kevésbé szívesen vállalták. Ezeken túlmenően pedig a résztvevők munkájának honorálására nem volt lehetőségünk, ami esetlegesen növelhette volna a kérdőívek kitöltésének motivációját. Bár az eltolódás az egyszerű százalékos megoszlást tekintve nagyobb hat, G*Power (Faul és mtsai., 2009) elemzés során közepes hatásméret feltételezésével, 5%-os szignifikanciaszint, illetve 5%-os másodfajú hiba mellett a minimálisan szükséges esetszámot meghatározva 111 fős mintát kaptunk. Ez azt jelenti, hogy közepes hatásmértékeket alapul véve a legkisebb szükséges esetszámot meghaladó mintanagysággal rendelkezünk, így további utólagos súlyozásokat, esetleges alminták mesterséges létrehozását nem tartottunk szükségesnek.

A résztvevők részletes szociodemográfiai jellemzői és a SOC-kérdőívre adott pontszámok elemzése a 8. táblázatban láthatóak.

8. táblázat. Átlag és szórás értékek a SOC-kérdőív jellemzésére nem, életkori csoport és iskolai végzettség alapján

	n	SOC-összpontszám átlaga (SD)	Z ^a vagy Kruskal-Wallis H ^b (p)
nem			
nő	136	7,05 (2,8)	Z=-1,303 (0,193)
férfi	32	5,98 (2,48)	
korcsoport			
fiatal idős (60-75 év)	81	6,85 (2,4)	Z=-3,305 (<0,001)
idős idős (75 év felett)	87	5,63 (2,5)	
iskolai végzettség			H (4) = 20,177
kevesebb, mint 8 általános	21	5,9 (2,94)	(<0,001)
8 általános	57	5,1 (2,4)	
szakmunkásképző	20	7 (1,3)	
érettségi	37	7,09 (2,35)	
főiskola/egyetem	32	6,9 (2,65)	

^a Független mintás nonparametrikus próba – Mann-Whitney U teszt

^b K független mintás nonparametrikus teszt – Kruskal-Wallis próba

Mind az életkori, mind az iskolai végzettség tekintetében szignifikáns eltérést találtunk a SOC-stratégiák alkalmazása tekintetében. Nevezetesen a 75 év alattiak, illetve a

magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők (kifejezetten az érettségizettek) többször használnak SOC-stratégiát erőforrásaik használata során.

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

6.3. Az alkalmazott eszközök bemutatása

Demográfiai adatok közül a nemre, életkorra, iskolai végzettségre kérdeztünk rá a résztvevők esetében.

Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció Kérdőív

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

Connor–Davidson Reziliencia Skála

A kérdőív (Connor–Davidson Resilience Scale; CD-RISC; Connor és Davidson, 2003; magyar változat: Kiss és mtsai, 2015) kifejlesztése során olyan tulajdonságokat, tartalmakat vettek figyelembe, amelyek a rezilienciát írják körül. A 25 kijelentést tartalmazó kérdőív mindegyik tétele 5-fokú Likert-típusú skálán értékelendő az alábbi válaszlehetőségek mentén: egyáltalán nem igaz (0), ritkán igaz (1), néha igaz (2), gyakran igaz (3), majdnem mindig igaz (4). A kérdőív az utolsó egy hónap tapasztalataira kérdez rá. Az elérhető pontszám 0-tól 100-ig terjedhet, amely minél nagyobb, annál magasabb

szintű rezilienciát jelez. Mindezekén túl a magyar változat esetében (Kiss és mtsai, 2015) az eredeti 5 faktor helyett 6 faktor elkülönítése lehetséges. Az 1. faktor azon tételket foglalja magában, amelyek a stresszhelyzetet fejlődési lehetőségként írják le, míg a 2. faktorban azokat a tételket találjuk, amelyek az adott személy eredményességére utalnak korábbi stresszhelyzetekben, előrevetítve a sikeres megoldást egy aktuális szituációban. A 3. faktor itemei az egyén teherbírását írják le, a 4. faktor az érzelmi stabilitás, illetve a megküzdés tételket tartalmazza. Míg az 5. faktor tételket a változások elfogadását és a biztonságos kapcsolatok fontosságát ragadják meg, addig a 6. faktorba került tételket a személyes kompetencia mentén fogalmazódnak meg. A jelen kutatásban a teljes kérdőív McDonald- ω értéke [95% CI]: 0,938 [0,917–0,950] volt.

Rövid Geriátriai Depresszió Skála

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

6.4. Statisztikai módszerek

Vizsgálatunk első lépéseként megerősítő faktorelemzést végeztünk (diagonally weighted least squares-, DWLS-becsléssel) a kérdőív 4 alskáláját leképező elméleti struktúrán. Az illeszkedési jóságának megítélésére az alábbi mutatókat alkalmaztuk: Comparative-Fit-Index [CFI], amely 0,95 érték felett, illetve a Root-Mean-Square-Error of Approximation [RMSEA], amely 0,08 érték alatt elfogadható (Hu és Bentler, 1999). Az illeszkedési

mutatók elégtelensége miatt második lépésben feltáró faktorelemzést végeztünk (weighted least squares-, WLS-becsléssel, promax forgatással), és az alacsony kommunalitású illetve alacsony faktorsúlyt adó itemek elhagyásával – tartalmi szempontokat is figyelembe véve – szelekciót végeztünk.

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

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

Az adatok elemzése az IBM SPSS Statistics for Windows, version 26.0 (Armonk, NY: IBM Corp.), illetve a JASP 0.14.1.4 szoftvercsomagok segítségével történt (továbbá a korábban említett nemi arány eltolódásának esetleges jelentőségét a G*Power 3.1.9.7. program segítségével vizsgáltuk).

6.5. Eredmények

6.5.1. A faktorszerkezet vizsgálata: megerősítő és feltáró faktorelemzés

Ha a megerősítő faktorelemzést az eredeti négy alszkalát tartalmazó elméleti modellen próbáltuk lefuttatni, az elemzés hibajelzést adott (a becslés negatív értékeket eredményezett). Ha a 3. tételt kivettük a faktorstruktúrából, az elemzés már lefuttatható volt, de a modell illeszkedési mutatói elfogadhatatlanul alacsonynak bizonyultak (CFI: 0,387; RMSEA: 0,255 [90% CI:0,233–0,276]). Ha mind a négy SOC-faktorból próbáltunk egy közös másodrendű faktort képezni, az elemzés nem konvergált és hibajelzést adott. Ha kivettük a két szelekciós skálának megfelelő faktorokat, a hibajelzés

eltűnt, és a modell illeszkedésén valamelyest javított a másodlagos faktor specifikálása (CFI: 0,656; RMSEA: 0,195 [90% CI: 0,173–0,218]), de az még így is messze elmaradt az elfogadhatótól.

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

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

A SOC-12 skála exploratív faktorelemzésével kapott faktorokat és faktorsúlyokat (WLS-bebecslés, promax forgatás) a 9. táblázat mutatja.

9. táblázat: SOC-12 exploratív faktorelemzésének eredményei

Tételek	Faktor 1	Faktor 2	Egyediség*
soc1		0,550	0,660
soc2		0,646	0,581
soc3	0,433		0,802
soc4		0,418	0,830
soc5			0,956
soc6	0,642		0,573
soc7	0,697		0,499
soc8	0,799		0,370
soc9	0,720		0,458
soc10	0,486		0,659
soc11			0,999
soc12	0,615		0,532

* A tételek egyedisége az 1–kommunalitás érték, ami a tétel nem-kommunális varianciáját mutatja.

A KMO (Kaiser-Meyer-Olkin)-teszt alapján az összesített MSA (Measuring of Sampling Adequency)-érték: 0,786. Jó egyedi MSA-értéket (>0,8) mutatnak a 6., 7., 9., 10., 12. tételek, megfelelő (>0,7) értéket a 3. és 8., kielégítő (>0,6) értéket az 1., 2., 4., 5. itemek, a 11. tétel viszont nem alkalmas faktorelemzésre (MSA=0,332) (Kaiser, 1974). Az 1. faktor a tételek varianciájának 25%-át, a 2. faktor 10%-át magyarázza. A két faktor egymással gyengén, negatív irányban korrelál ($r = -0,242$).

6.5.2. A megbízhatóság vizsgálata

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

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

6.5.3. Validitás

A kérdőív konvergens validitásának vizsgálatára a Connor-Davidson Reziliencia Skálát és annak faktorait használtuk, amely szignifikáns, pozitív irányú kapcsolatot mutatott a SOC-stratégiákkal. A diszkrimináns validitás vizsgálatára a Rövid Geriátriai Depresszió Skálát alkalmaztuk, amellyel a várakozásainknak megfelelően szignifikáns, negatív irányú kapcsolatot mutatott kérdőívünk. A részletes eredmények a 10. táblázatban láthatóak.

10. táblázat. Spearman-féle rangkorrelációs együtthatók a SOC-7 skála, a CD-RISC és a GDS-SF kérdőívek és alskálák között

Kérdőívek	SOC-7	CD-RISC
SOC-7	1	
CD-RISC összpontszám	0,348**	1
GDS-SF	–0,433**	–0,452**
CD-RISC alskálái		
1. stresszhelyzet lehetőség a megerősödésre	0,435**	
2. korábbi eredmény anticipálja a sikert	0,598*	
3. teherbírás	0,491*	
4. érzelmi stabilitás	0,007	
5. változások elfogadása	0,234*	
6. személyes kompetencia	0,083	

Megjegyzés: SOC-7: Szelekció–Optimalizáció–Kompenzáció-12 Kérdőív a 1., 2., 4., 5 és 11. tételek elhagyását követően; CD-RISC: Connor–Davidson Reziliencia Skála; GDS-SF: Rövid Geriátriai Depresszió Skála 15-itemes változat. * $p < 0,01$; ** $p < 0,001$.

6.6. Megbeszélés

Kutatásunk célja a rövidített Szelekció–Optimalizáció–Kompenzáció Kérdőív (SOC-12; Baltés és mtsai, 1999) magyar változata pszichometriai tulajdonságainak vizsgálata volt 60 éves, és afeletti, idős mintáján. A mérőeszközt a jelen kutatás keretében adaptáltuk magyar nyelvre. Eredményeink közül kiemelendő, hogy mintánkon a SOC-12

négyfaktoros elméleti struktúráját nem tudtuk alátámasztani, és jelentős beavatkozást kellett végrehajtani a kérdőívben. Mind az elektív, mind a veszteségen alapuló szelekció alskálából törölnünk kellett két-két tételt, valamint a kompenzáció alskálából is egy item elhagyásra került. Az elektív szelekció esetében a kieső tételek az 1. és 2. („Kevés dologra koncentrálok az energiámat.”, illetve „Mindig egyik dolog után következik a másik.”). Ez az eredmény összhangban van a svéd validálás (Viglund és mtsai, 2012) eredményével, ahol szintén e két item megbízhatósága kérdőjeleződött meg. A két tétel eltérő viselkedését magyarázhatja, hogy kevésbé fejezik ki azt a folyamatot, amelyben a személy tudatos döntése és választása segíti az alkalmazkodást. Ettől eltér a 3. tétel megfogalmazása, amely egyértelműbben adja vissza az alskála tartalmát jelentő választási folyamatot („Ha végiggondolom, mit akarok, egy vagy két fontos célt tűzök ki magam elé.”). A veszteség alapú szelekció alskálát szintén nem tudtuk reprodukálni, ami véleményünk szerint azzal függhet össze, hogy az elhagyott 4. és 5. tétel („Ha a dolgok nem mennek olyan jól, mint eddig, megpróbálok egy vagy két fontos célra összpontosítani.”, illetve „Ha valami fontosat már nem tudok úgy megtenni, mint eddig, új célt keresek.”), kevésbé köthető valamilyen személyes képesség hanyatlásához, vagy elvesztéséhez, inkább a külső veszteségekhez történő alkalmazkodást jeleníti meg. A kompenzációs stratégiákat leíró tételek között a 11. („Ha valami nem úgy sikerül, mint eddig, tanácsot és segítséget kérek másoktól.”) kapcsolati szinten, míg a másik két tétel egyéni szinten írja le a kompenzálás folyamatát (10. „Ha a dolgok már nem úgy mennek, mint eddig, új utakat keresek céloim megvalósítása érdekében.” 12. „Ha nehezebbé válik elérni ugyanazt az eredményt, még keményebben küzdök érte.”), így nem meglepő, hogy az alskála nem homogén módon mér. Az általunk elhagyott tételek nagymértékű egyezést mutatnak a fent idézett portugál adaptáció tapasztalataival (Amado és mtsai, 2006).

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

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

Wiese és munkatársai (2000) kutatásukban egy 3 faktoros SOC-12 kérdőívet használtak, és eredményeik azt mutatták, hogy a szelekció szerepe jelentősen eltért az optimalizációtól és a kompenzációtól, így a modell részei nem működtek egymással összhangban. Több tanulmányban (pl. Gignac és mtsai, 2002; Freund és Baltes, 2002a) azt találták, hogy a mindennapi alkalmazkodásban a szelekció szerepe a másik két stratégiához viszonyítva kisebb. Ouwehand és munkatársai (2007) a sikeres öregedés modelljeinek empirikus elemzése során arra jutottak, hogy a kompenzációnak és az optimalizációnak lényegesen nagyobb jelentősége van az alkalmazkodási folyamatban, míg a szelekció különböző típusai rejtettebb szerepet játszanak az élet késői időszakában. Eredetileg a szelekció–optimalizáció–kompenzáció egységes alkalmazkodási folyamatként szerepelt (Baltes és Baltes, 1990) az empirikus kutatások, teoretikus elképzelések sorában, azonban, ahogy egyre több vizsgálati eredmény született, jobban elkülönült egymástól a három SOC-stratégia, amelyek különböző mértékű kombinációja jellemző az adott egyénre. A SOC-kérdőívet (mind a 48-, mind a 12-tételes verzióját) eredetileg a sikeres öregedés folyamatának vizsgálatára hozták létre, azonban idővel egyre szélesebb területen alkalmazták, tulajdonképpen minden korcsoportban (Freund és Baltes, 2002a; Wiese és mtsai, 2000). Ez részben magyarázhatja az egyes vizsgálatokban tapasztalható nagy változatosságot a pszichometriai mutatókban.

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

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

Vizsgálatunk korlátai között ezért meg kell említenünk, hogy a nők magas aránya valamelyest torzíthatják eredményeinket. További limitáció, hogy mintánk relatíve

alacsony elemszáma miatt nem volt lehetőségünk arra, hogy a feltáró faktorelemzést a tanulmányozott csoport random válogatott egyik felén futtassuk le, ezt követően pedig a másik felén megerősítő faktorelemzést végezzünk. Így vizsgálatunk exploratív jellegű, eredményeinket további vizsgálatoknak kell majd megerősítenie. Ezen túlmenően területi korlátja is van elemzésünknek, nevezetesen csak pécsi és Pécs környéki időseket vizsgáltunk.

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

7. Időskori alkalmazkodási folyamatok követéses vizsgálata

Az időskori alkalmazkodási folyamatokat kutatásunk során az általánosságban történő SOC-stratégiák használatával, illetve az optimalizációs és a kompenzációs készségekkel (7.1. fejezet), valamint a reziliencia (7.2. fejezet) segítségével vizsgáltuk az elemzésbe bevont egyéb változókkal való összefüggésben. Ezen kutatási szakaszunkat két fő részre osztottuk, elsőként a SOC-modell mediátor szerepét vizsgáltuk, majd a reziliencia hasonló befolyásoló funkcióját elemeztük. Valamint további moderált mediátor modellek segítségével mértük fel az életkornak, az idősök otthonában eltöltött évek számának, a pozitív affektivitásnak, az észlelt társas támogatásnak, és a krónikus betegségek számának jelentőségét. Az alkalmazott kérdőívek, illetve a vizsgálati populáció mindkét esetben megegyezett, ezért részletes bemutatásukra csak a következő alfejezet során szorítkozunk.

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

7.1.1. Célkitűzések

Kutatásunk követéses szakaszának általánosságban vett egyik célja a lakókörülmények és a depresszió közötti kapcsolatban szerepet játszó SOC-stratégiák feltérképezése volt. Ezt megelőzően ezen mediátor tényezőket tudomásunk szerint nem vizsgálták ebből a szempontból. Emellett szeretnénk volna összehasonlítani a korábbi, hasonló változókat vizsgáló kimeneteket saját eredményeinkkel. Úgy gondoltuk, hogy mindezek segítségével a későbbiekben intervenciós tervek felállítására is lehetőség nyílhat. Változóinkat egyrészt az időskorra jellemző speciális lakókörülmények szempontjából vizsgáltuk, nevezetesen az idősök otthonában való életvitel ebben az életkorban egy specifikus élethelyzetet teremt, egyedülálló módon képes befolyásolni az idősök életét, szemléletét. Korábbi vizsgálati eredmények alapján egyértelmű különbségek tárhatóak fel a saját otthonukban élő idős személyek valamint az idősök otthonában élők között (pl. Caltabiano és Caltabiano, 2006; Jongenelis és mtsai, 2004; Grenade és Boldy, 2008; Pinguart és Sörensen, 2003).

7.1.2. Hipotézisek

Ezek alapján és a korábbi szakirodalmi adatoknak megfelelően a következő hipotéziseket állítottuk fel:

H1 Lakókörülmények befolyásolják az idősek életminőségét, így a két csoport (saját és idősek otthonában élők) elkülöníthető egymástól.

H2 A lakókörülmények és a depresszió között kapcsolat található.

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

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

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

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

A fenti hipotéziseinknek megfelelően úgy gondoltuk, hogy a lakókörülmények, az optimalizáció és a kompenzáció azok a tényezők melyek képesek megvédeni az időseket a hangulati problémáktól, depresszív hangulattól, kifejezetten abban az esetben, ha minél idősebb az egyén. Ezen túlmenően pedig a lakókörülmények szintén befolyásolják a depressziót közvetett módon az optimalizáció és kompenzáció stratégiáján keresztül.

7.1.3. A vizsgálati személyek és az eljárás menete

A vizsgálati személyek pécsi, illetve Pécs környéki idősek otthonainak lakói közül, illetve nyugdíjas klubok önkéntes résztvevői közül kerültek ki. A kérdőívek eljuttatása személyesen történt a kognitív tesztek felvétele során, így kizártuk annak lehetőségét, hogy esetleg ne kerüljön vissza hozzánk a kérdőívek egy része. A kérdőívek betűméretét 14-esre változtattuk, a könnyebb olvashatóság érdekében. A beválasztási kritériumok a korábbiakhoz hasonlóan alakultak: 60 éves vagy annál idősebb életkor, szóbeli és írásbeli tájékoztatást követő szóbeli beleegyezés, nincs jelen dementia és minor neurokognitív zavar (ACE > 82), nincs súlyos érzékszervi károsodás (látás- vagy halláskorlátozottság), nincs domináns oldali mozgásszervi, idegrendszeri károsodás (plegia, paresis).

Az előzetes szóbeli és írásbeli tájékoztatást követően 58-an döntöttek úgy, hogy mégsem szeretnének részt venni a kutatásban. Ezt követően 214 résztvevővel indult a vizsgálat. A közreműködő személyek belegegyezésük után 16 alkalommal utasították vissza a kérdőívek kitöltését, leggyakrabban arra hivatkozva, hogy meggondolták magukat, mégisincs idejük kitölteni, túl hosszú. 198 önkéntessel vettük fel a kérdőívcsomagot, akik közül 24 személyt 82 alatti ACE összpontszám miatt ki kellett zárunk. Így összesen 174 idős vett részt a vizsgálat első részében.

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

7.1.4. Az alkalmazott eszközök bemutatása

A szociodemográfiai és klinikai adatokat egy erre létrehozott adatlap segítségével vettük fel, mely többek között a következőket tartalmazta: nem, életkor, iskolai végzettség, korábbi foglalkozás, családi állapot, lakókörülmény (idősek otthona vagy saját otthon), krónikus betegségek típusa, száma. A többi kutatott változót önkitöltő kérdőívek segítségével mértük. Ezek egy része az életminőség dimenzióit, étellel való elégedettséget, hangulati állapotot vizsgálta, más része a személyes és társas erőforrásokat, személyiségjellemzőket mérte, míg a harmadik része a megküzdés módját, tulajdonságait vette figyelembe. A használt kérdőívek a következőkben részletesen bemutatásra kerülnek.

Keresztmetszeti kutatásunkat követően egy évvel megismételtük a korábban felvett kognitív teszteket, valamint a kérdőívcsomagból bekerültek az életminőséget, szelekciós-opitmalizációs-kompenzációs stratégiákat vizsgáló kérdőív, valamint a társas támogatást, depressziót és étellel való elégedettséget mérő skálák.

Az alkalmazott kérdőívek elméleti háttere

WHO Életminőség Kérdőív Rövidített Verziója

A WHO életminőséget vizsgáló kérdőívének rövidített változata a 26 kérdésből álló WHOQoL-Bref (WHO Életminőség Kérdőív Rövidített Verziója; WHOQoL Group, 1998; Paulik és mtsai, 2007). Az itemek a két általános kérdés és négy témakör (fizikai, pszichés, környezeti jóllét és társas kapcsolatok) köré csoportosulnak. A kérdésekre a válaszadás 1-5-ig terjedő osztályozással történik, a magasabb pontértékek jobb életminőséget jelentenek. A WHOQoL-Bref validálását számos országban elvégezték, így elkészült többek között iráni (Nejat és mtsai, 2006), dán (Nørholm és Bech, 2001), spanyol (Lucas-Carrasco, 2011), hong kongi (Leung és mtsai, 2005), új-zélandi (Krägeloh és mtsai, 2012), tajwani (Yao és mtsai, 2002), indiai (Agnihotri és mtsai, 2010) és portugál (Fleck és mtsai, 2006) verziója. A WHO törekvése miszerint különböző kultúrájú és nyelvű területeken is megbízható és összehasonlítható adatokat szolgáltató kérdőívet alkossanak remekül sikerült. Nem csak általános mérésekre alkalmas, hanem meghatározott csoportokra is, például betegségek, életkor, lakhely szerint. A kérdőív mindennapi alkalmazásra is alkalmas rövidsége, gyors kitölthetősége miatt hamar kiértékelhető, az egészségügyi ellátásban is hasznos adatokat nyújt, valamint időbeli változások mérésére is használható (Paulik és mtsai, 2007). Jelenlegi kutatásban a kérdőív Cronbach- α értéke 0,87.

Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció Kérdőív

A kérdőív részletes pszichometriai adatai, valamint bemutatása a korábbi fejezetben olvasható (61. oldal). Jelenlegi kutatásban a kérdőív Cronbach-alfa értéke 0,61.

Pozitív és Negatív Affektivitás Skála

Pozitív és Negatív Affektivitás Skála (Positive and Negative Affectivity Schedule; PANAS; Watson és mtsai, 1988) a pozitív és negatív érzelmi aspektusok mérése érdekében került kidolgozásra. A 20 tételből 10 pozitív (pl. lelkes, figyelmes) és 10 negatív (pl. zaklatott, ingerlékeny) személyiségjellemzőt tartalmaz. A válaszadás egy ötfokozatú skálán lehetséges, az értékelés több időintervallum alapján történhet: éppen most, az elmúlt héten, az elmúlt hónapban, az elmúlt évben vagy általában hogyan érzi magát. Ezen instrukció változtatásával állapot- illetve vonástípusú jellemzőket mérhetünk. Kutatásunkban utóbbira kérdeztünk rá: „általában hogyan érzi magát”. A

kérdőív különböző skáláinak (pozitív és negatív affektivitás) megbízhatóságát mutató Cronbach-alfája 0,85 és 0,90 között mozog. A teszt magyarra fordítása korábban megtörtént (Rózsa és mtsai, 2009). Jelenlegi kutatásban a kérdőív Cronbach- α értéke 0,81.

Connor-Davidson Reziliencia Skála

A skála részletes bemutatására a korábbi fejezetben került sor (61. oldal), jelen leírásban csak a kutatásban elért Cronbach- α értékre szorítkozunk, mely 0,93.

Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás

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

Rövid Geriátriai Depresszió Skála

A skála részletes bemutatása a korábbi fejezet során megtörtént (62. oldal), jelenlegi kutatásban a kérdőív Cronbach- α értéke 0,88.

Élettel Való Elégedettség Skála

Az Élettel Való Elégedettség Kérdőív (Satisfaction With Life Scale; SWLS; Diener és Suh, 1997) öt item segítségével méri az élettel való elégedettséget, azaz az egyén életének kognitív értékelését. A válaszadás egy 1-től (egyáltalán nem értek egyet) 7-ig (teljesen egyetértek) terjedő skálán történik. A kérdőív nem egy adott területét méri az életnek, hanem lehetővé teszi, hogy a válaszadók egymáshoz viszonyítsák életük fontos dimenzióit. A tételek egy közös faktorhoz tartoznak, a kérdőív magas belső és teszt-reteszt megbízhatósággal bír (Larsen és mtsai, 1985). Magyar nyelvű adaptálása és

validálása korábban megtörtént (Martos és mtsai, 2009). Jelenlegi kutatásban a kérdőív Cronbach- α értéke 0,81.

7.1.5. Statisztikai módszerek

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

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

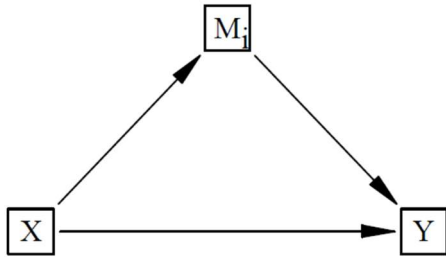
A statisztikai elemzéshez a lakókörülményeket tekintve dummy változókat hoztunk létre (0: saját otthon, 1: idősek otthona).

A mediátor és moderált mediátor modellek² felállításához a PROCESS Modell 4-et és Modell 59-et használtuk. Ennek során a korrigált intervallumbecslés (bias-corrected CI) 95% volt, 5000 bootstrap mintavétel mellett. Teoretikus és statisztikai ábrázolásuk az alábbi ábrákon láthatóak (6. és 7. ábra). Ha a CI 95% az indirekt hatás ($a*b$) esetén nem tartalmazza a nullát, a mediáló hatás szignifikáns.

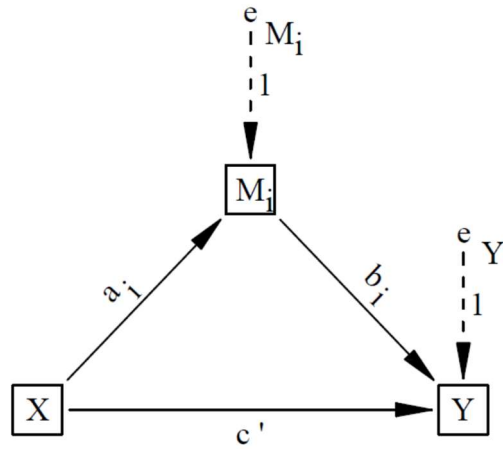
² *Mediátor* változónak nevezzük azt a tényezőt, mely magyarázza azt a folyamatot, melyen keresztül a két vizsgált komponens összefügg egymással, míg a *moderátor* változó az a tényező, mely befolyásolja a vizsgált faktorok közötti kapcsolat erősségét és irányát.

6. ábra: Modell 4 elméleti és statisztikai ábrázolása (Hayes, 2013)

Elméleti diagram



Statisztikai diagram

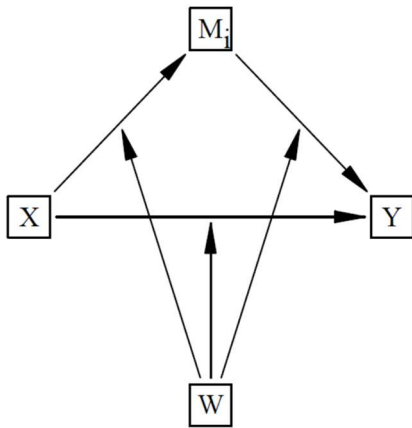


X közvetett hatása M-en keresztül az Y-ra = $a \cdot b$

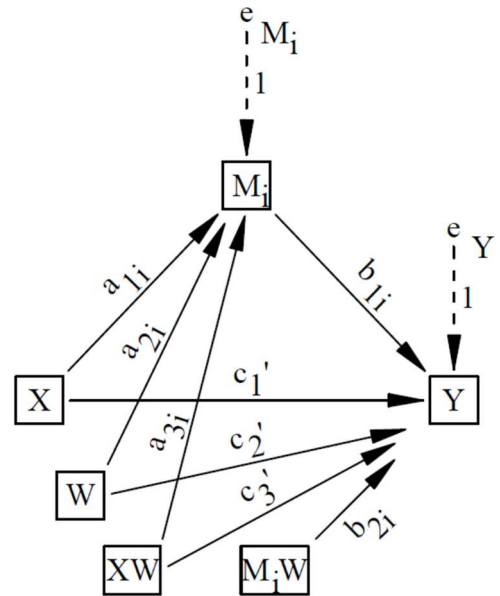
X közvetlen hatása Y-ra = c'

7. ábra: Modell 59 elméleti és statisztikai ábrázolása (Hayes, 2013)

Elméleti diagram



Statisztikai diagram



X feltételes közvetett hatása Y-ra az M-en keresztül = $(a_1 + a_3 \cdot W)(b_1 + b_2 \cdot W)$

X feltételes közvetlen hatása Y-ra = $c_1' + c_3' \cdot W$

7.1.6. Eredmények

Szociodemográfiai adatok

Összesen 174 önkéntes vett részt vizsgálatunkban, valamint az egy éves követés során 126 fő vállalkozott a kutatásban való részvételre. A minta átlagéletkora 74,9 (SD=8,2), illetve a követés során 73,9 (SD=8,4) volt. 143 (82,2%) nő és 31 (17,8%) férfi vett részt a kezdeti felmérésben, míg a követés során 102 (81%) nő és 24 (19%) férfi. További részletes adatok a 11. táblázatban szerepelnek (77. oldal).

Lakóköörülmények szerinti csoportosítás

Elsőként saját kutatási mintánkon hasonlítottuk össze a két kérdéses populációt. Független mintás t-próbánk eredményeképpen számos változóban szignifikánsan különbözik egymástól a két csoport, melyek a 12. táblázatban láthatóak részletesen feltüntetve (78. oldal). Ezt követően az életkor kontrollálása mellett is elvégeztük a változók összehasonlítását.

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

11. táblázat: Szociodemográfiai adatok a vizsgálati populációnk tekintetében

		kiindulás n=174	követés n=126	szignifikancia
nem n (%)	férfi	31 (17,8)	24 (19,0)	$\chi^2=0,238$ df=1 p=0,679
	nő	143 (82,2)	102 (81,0)	
életkor (év)	átlag (SD)	74,9 (8,2)	73,9 (8,4)	t=3,041 p=0,003
	tartomány	60-98	61-99	
lakókörülmények n(%)	saját otthon	67 (38,5)	48 (38,1)	$\chi^2=100,596$ df=135 p>0,001
	idősek otthona	107 (61,5)	78 (61,9)	
korcsoport n (%)	fiatal idős (60-75 év)	86 (49,4)	71 (56,3)	$\chi^2=8,250$ df=1 p=0,004
	idős idős (75 év felett)	87 (50,0)	55 (43,7)	
családi állapot n (%)	nőtlen/hajadon	11 (6,3)	7 (5,6)	$\chi^2=5,037$ df=4 p=0,284
	házas	31 (17,8)	23 (18,3)	
	élettársa van	5 (2,9)	4 (3,2)	
	elvált	24 (13,8)	22 (17,5)	
	özvegy	101 (58,0)	70 (55,6)	
	hiányzó adat	2 (1,1)	0 (0)	
iskolai végzettség n (%)	kevesebb, mint 8 általános	20 (11,3)	10 (7,9)	$\chi^2=8,893$ df=4 p=0,064
	8 általános	55 (31,6)	40 (31,7)	
	szakmunkásképző	24 (13,8)	18 (14,3)	
	érettségi	39 (22,4)	30 (23,8)	
	főiskola, egyetem	35 (20,1)	28 (22,2)	
	hiányzó adat	1 (0,6)	0 (0)	
krónikus betegségek száma n (%)	0	17 (9,7)	12 (9,5)	$\chi^2=5,880$ df=6 p=0,437
	1	39 (22,4)	32 (25,4)	
	2	50 (28,7)	35 (27,8)	
	3	47 (27,0)	31 (24,6)	
	4	15 (8,6)	13 (10,3)	
	5	4 (2,3)	2 (1,6)	
	6	2 (1,1)	1 (0,8)	

12. táblázat: Lakókörülmények okozta különbségek az idősök körében

vizsgált változó	átlagértékek (SD)		szignifikancia- szint	életkorral való kontrollálás után (p)
	saját otthonban élők	idősotthonban élők		
általános életminőség	63,9 (9,4)	58,5 (11,4)	0,001	0,001
környezeti jóllét	64,7 (12,7)	61,2 (14)	0,066	0,003
társas jóllét	62,2 (12,8)	59,5 (20)	0,216	0,447
pszichés jóllét	61,9 (11,7)	55,6 (13,7)	0,001	0,005
testi jóllét	62,2 (12,8)	59,5 (19,9)	<0,001	<0,001
életkor	69,7 (5,4)	78,1 (8,1)	<0,001	
optimalizáció	2,5 (1)	1,4 (1,2)	<0,001	<0,001
kompenzáció	1,7 (1)	1,1 (0,9)	0,001	<0,001
SOC stratégiák használatát általánosságban	7,4 (2,2)	5,5 (2,6)	<0,001	0,002
pozitív affektivitás	34,2 (6)	28,7 (6,5)	<0,001	<0,001
negatív affektivitás	18,6 (6,4)	18,7 (5,8)	0,888	0,050
reziliencia	69,9 (13,5)	59,4 (19,4)	0,001	0,002
észlelt társas támogatás	66,1 (14,2)	63,1 (15,8)	0,205	0,356
depresszió	3,1 (3,3)	6,6 (4,2)	<0,001	<0,001
élettel való elégedettség	22,0 (5,7)	17,6 (6,8)	<0,001	0,042
krónikus betegségek száma	1,8 (1,1)	2,4 (1,3)	0,001	0,006
nem			0,702	0,094

A vizsgált változók korrelációs elemzése³

A 13. táblázat a tanulmányunk jelen részének vizsgált változói közötti korrelációkat mutatja be. Ezen táblázatból többek között kitűnik, hogy a lakókörülmények szignifikáns pozitív kapcsolatban állnak a depresszióval ($r=0,542$; $p<0,001$). Míg az optimalizáció ($r=-0,420$; $p<0,001$) és a kompenzáció ($r=-0,294$; $p=0,007$), valamint az általánosságban használt SOC-stratégiák ($r=-0,391$; $p=0,001$) negatív szignifikáns kapcsolatban állnak a követéskor tapasztalt depresszióval. A lakókörülmények ezen kívül negatív irányú szignifikáns korrelációban állnak az optimalizációval ($r=-0,434$; $p<0,001$), a

³ Annak érdekében, hogy a gyakorlat szempontjából értékelhető statisztikai eredményeket kapjunk a validációs eredményeinknek megfelelően alkalmaztuk a SOC-kérdőívet, azaz a szelekciós stratégiákra nem végeztük el elemzéseinket.

kompenzációval ($r=-0,310$; $p<0,001$), az általánosságban használt SOC-stratégiákkal ($r=-0,446$; $p<0,001$) és pozitív irányú kapcsolatban az életkorral ($r=0,471$; $p<0,001$). Az idősök otthonában eltöltött évek száma a vizsgált változók közül csak a SOC-stratégiák általánosságban történő használatával állt szignifikáns, negatív összefüggésben ($r=-0,201$; $p=0,045$).

13. táblázat: Korrelációs együtthatók a vizsgált változók között

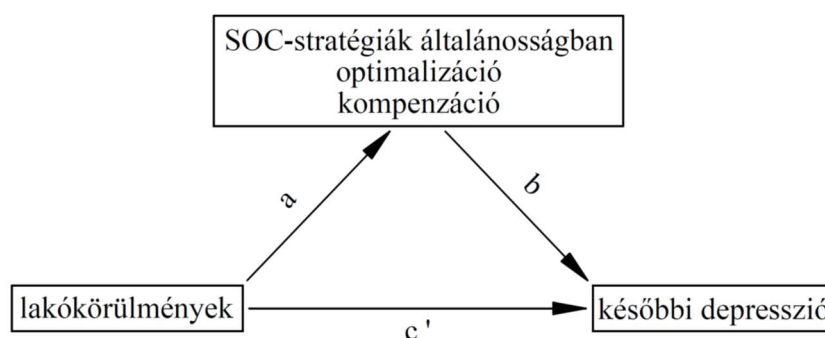
	SOC általános- ságban	kompen- záció	optima- lizáció	életkor	lakókörül- mények	idősök otthonában eltöltött évek száma
depresszió követéskor	-,389**	-,294**	-,376**	,277**	,542**	-,003
SOC általánosságban		,783**	,904**	-,288**	-,446**	-,201*
kompenzáció			,559**	-,295**	-,310**	-,160
optimalizáció				-,260**	-,434**	-,172
életkor					,471**	-,154
lakókörülmények						,044

* $p<0,05$; ** $p<0,001$

Mediátor és moderált mediátor analízis ábrázolása hipotéziseinknek megfelelően

Elsőként a lakókörülmények és a depresszió közötti kapcsolatot mediáló SOC-stratégiák vizsgálatára a Modell 4-et használtuk (8.ábra).

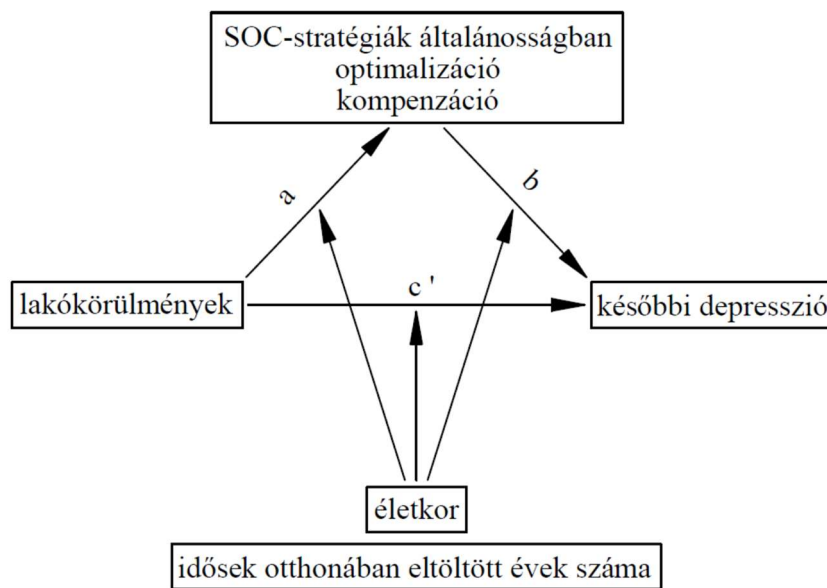
8. ábra: Lakókörülmények és depresszió kapcsolatát mediáló SOC-stratégiák bemutatása



Ezt követően a Modell 59 segítségével a moderált mediátor hatás vizsgálatát végeztük el, azaz az életkornak, illetve az idősök otthonában eltöltött évek számának, mint moderátor változónak vajon van-e direkt és indirekt módon hatása a lakókörülmények és depresszió közötti kapcsolatra (9. ábra). Részleteit tekintve úgy gondoltuk, hogy az életkor, illetve

az idősök otthonában eltöltött évek száma képes moderálni a lakókörülmények és depresszió közötti kapcsolatot, a lakókörülmények és a különböző SOC-stratégiák közötti, valamint a SOC-stratégiák és depresszió közötti összefüggést. Hasonlóképpen a korábbiakhoz, ha a kölcsönhatás 95%-os CI-a nem tartalmazza a nullát, a moderált mediátor hatás szignifikáns.

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



Mediátor analízis eredményei

Az általánosságban használt SOC-stratégiák mediátor elemzése alapján a teljes hatás (c út), azaz a lakókörülmények hatása a depresszióra szignifikáns volt ($B=3,147$; $p<0,001$). Az „a” út koefficiense ($B=-2,214$; $p<0,001$) szignifikáns, negatív irányú kapcsolatot mutatott a lakókörülmények és a SOC-stratégiák általános használata között, valamint a „b” út szintén statisztikailag jelentős, negatív irányú összefüggést ($B=-0,462$; $p<0,001$) jelzett a SOC-stratégiák általános használata és a későbbi depresszió között. Ezen túlmenően az közvetett hatás „a*b” útja szintén szignifikáns összefüggést mutatott a SOC stratégiák használatán keresztül ($B=1,023$, $SE=0,377$) a lakókörülmények és depresszió között, mivel a 95%-os korrigált intervallumbecslés 0,355 és 1,815 közötti volt, tehát nem tartalmazta a nullát⁴ (13. táblázat). Ezek alapján megállapítható, hogy a SOC-stratégiák

⁴ A prediktor változó közvetlen hatását a kimeneti változóra direkt vagy *közvetlen hatásnak* nevezzük, míg a független változó hatását a függő tényezőre a mediátoron keresztül indirekt vagy *közvetett hatásnak*. A

általános használata mediálja a lakókörülmények és depresszió közötti kapcsolatot (13. táblázat).

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

1. Optimalizáció

Ezután az optimalizáció hatásának vizsgálata érdekében végeztük el a mediátor elemzést. Eredményeink szerint mind a teljes hatás („c” út) a lakókörülmény és a depresszió kapcsolatában szignifikáns volt ($B=2,063$; $p<0,001$), mind az „a” út szignifikáns koefficienssel rendelkezett ($B=-1,139$; $p<0,001$), valamint ehhez hasonlóan a „b” út is statisztikailag jelentős összefüggést mutatott ($B=-0,986$; $p=0,024$). Ezek alapján negatív irányú kapcsolat mutatható ki egyrészt a lakókörülmények és az optimalizáció használata között, másrészt az optimalizáció használata és a depresszió kapcsolatában. Mindezek mellett az indirekt, közvetett hatás („a*b” út) pontbecslése szintén szignifikáns összefüggést mutatott ($B=1,123$; $SE=0,343$; 95 % CI: 0,793-3,333). A direkt, közvetlen hatást mutató „c” út hasonlóképpen statisztikai szempontból meghatározó volt ($B=3,495$; $p<0,001$). Mindezek összességében azt mutatják, hogy *az optimalizáció használata szintén mediálja a kapcsolatot a lakókörülmények és depresszió között (13. táblázat).*

2. Kompenzáció

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

mediátor hozzáadásával a közvetlen hatás csökken, mivel a direkt hatás egy részét a mediátor változó „elveszi”. Az indirekt hatás ismert még intervenciós, vagy helyettesítő hatásként is.

egybevetve kimondható, hogy az előbbiekhöz hasonlóan a *kompensáció is mediálja* a vizsgált folyamatot (14. táblázat)

14. táblázat: A SOC stratégiák mediátor szerepe a lakókörülmények és depresszió közötti kapcsolatban

változó	c út		c' és b út		a út		a*b út		LLCI	ULCI
	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE		
1. általánosságban használt SOC-stratégiák mediátor hatása a lakókörülmények és a depresszió kapcsolatára										
lakókörülmény	3,147**	0,606	2,124**	0,657			1,023	0,377	0,355	1,815
SOC stratégiák általánosságban			-0,462**	1,343	-2,214**	0,347				
R ²	0,286		0,206		0,204					
2. optimalizáció mediátor hatása a lakókörülmények és a depresszió kapcsolatára										
lakókörülmény	3,186**	0,605	2,063**	0,643			1,123	0,343	0,793	3,333
optimalizáció			-0,986**	0,247	-1,139**	0,186				
R ²	0,277		0,227		0,191					
3. kompensáció mediátor hatása a lakókörülmények és a depresszió kapcsolatára										
lakókörülmény	3,450**	0,614	3,005**	0,718			0,444	0,245	0,031	0,989
kompensáció			-0,798**	0,365	-0,557**	0,129				
R ²	0,286		0,183		0,101					

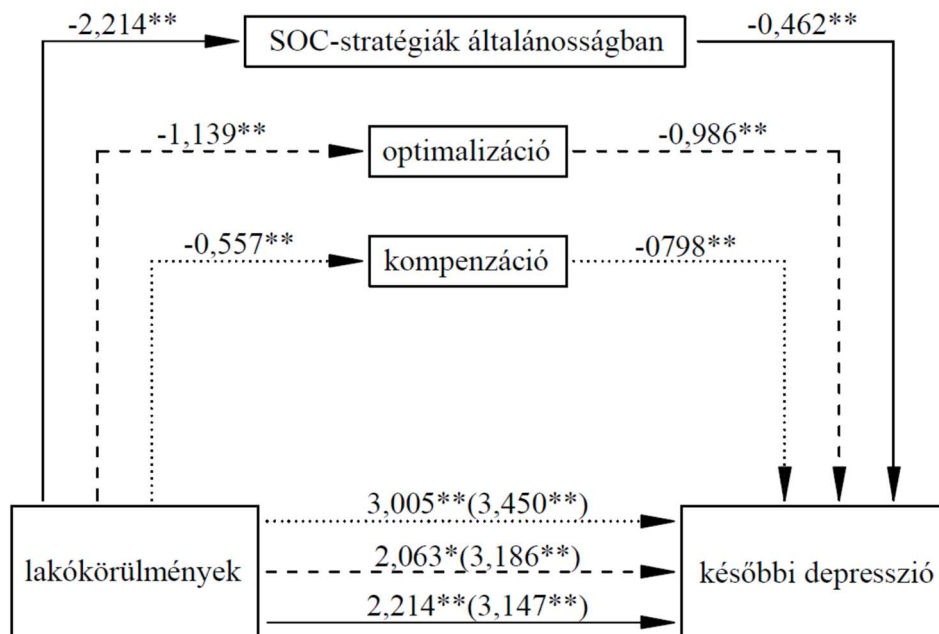
*p<0,05; **p<0,001

Rövidítések: B=nem standardizált paraméter; SE=standard error; LLCI=konfidencia intervallum alsó határa; ULCI=konfidencia intervallum felső határa

A kapott eredményeket a könnyebb áttekinthetőség érdekében egy közös ábrán mutatjuk be (10. ábra). A mediátor elemzés eredményeiből kitűnik, hogy a lakókörülmények közvetett kapcsolatban állnak a követéskor tapasztalható depresszió mértékével az általánosságban történő SOC-stratégiák használatán, az optimalizáción és a kompensáción keresztül. Az idősek otthonában élők minden stratégiát ritkábban, kevesebbszer alkalmaznak („a” út), mint saját otthonukban élő társaik, és ez az alacsonyabb SOC-stratégia használat magasabb követéskori depresszióval áll kapcsolatban („b” út). Az idősek otthonában élők nagyobb mértékű későbbi depresszióról

számoltak be akkor is, ha figyelembe vételre került a lakókörülmenyek közvetett hatása a különböző SOC-stratégiákon keresztül („c” út).⁵

10. ábra: A különböző SOC-stratégiák mediáló hatásának bemutatása a lakókörülmenyek és a követés kori depresszió között⁶



Moderált mediátor elemzés eredményei

A következőkben áttekintjük a moderált mediátor elemzések részletes eredményeit. Feltételezéseink szerint az életkor és az idősök otthonában eltöltött évek száma moderátor szerepet játszhat a lakókörülmenyek és depresszió közötti kapcsolatban, külön-külön, vagy együttesen, mind a direkt (lakókörülmenyek-depresszió), mind az indirekt („a” út: lakókörülmeny-vizsgált stratégia; „b” út: vizsgált stratégia-depresszió) utat befolyásolva. (Abban az esetben, ha a folyamat a vizsgált SOC-stratégiák által mediált.)

⁵ A *negatív mediációt* szuppresszióknak is nevezhetjük, mely azt jelenti, hogy az adott tényező védőhatást fejt ki, és ha a mediátor kikerülne a modellből, még erősebb kapcsolat lenne a függő és független változó között, mivel a prediktor kapcsolatban áll a tényező növekedésével, és ez a kimeneti változó csökkenésével jár.

⁶ A disszertációban szereplő összefoglaló ábrák a különböző modellek egy illusztrációba történő összevonásával csak azok a főbb statisztikai szempontok kerülnek megjelenítésre, melyek az eredmények gyakorlati értelmezéséhez elengedhetetlenek.

A moderált közvetítés, másnéven *feltételes közvetett hatás*, akkor következik be, amikor egy független változó egy mediátor változón keresztül hat a kimeneti változóra, és ez eltér a moderátor változó szintjétől függően.

Ha moderált mediátor modell nem szignifikáns, a feltételes közvetett hatás értelmezése a moderált mediáció indexén fog alapulni, mely a közvetlen számszerűsítése a lineáris összefüggésnek a közvetett hatás és a feltételezett moderátor között. Tehát a szignifikáns feltétel nélküli közvetett hatás hiányában is vizsgálhatóak a feltételes indirekt hatások. A feltételes közvetett hatás tulajdonképpen a moderációt és mediációt ötvözi. Számszerűsíti, hogy a két változó milyen mértékben függ össze egy harmadik változón, a mediátoron keresztül. A feltételes közvetített hatás a moderátor különböző értékein számszerűsíti a közvetett hatást. Ebben az értelemben a közvetett hatás erősebb, gyengébb, ellentétes lehet a moderátor értékeitől függően. A moderátor minősíthet bármilyen kapcsolatot, amely része egy mediációs modellnek.

Az elsőként elemzés alá vont „SOC-stratégiák általánosságban történő használatának” moderált mediátor elemzés eredményei alapján megállapítható, hogy *az életkor nem moderálja* a vizsgált folyamatokat (14. táblázat).

15. táblázat: Az életkor moderátor szerepe a SOC stratégiák által mediált folyamatban

változó	B	SE	t	LLCI	ULCI
kimeneti változó: SOC stratégiák általánosságban					
lakóköörülmény	-2,099	4,226	-0,497	-10,446	6,248
életkor	-0,029	0,102	-0,282	-0,230	0,173
lakóköörülmény*életkor	0,015	0,057	0,026	-0,111	0,113
kimeneti változó: depresszió					
lakóköörülmény	5,967	7,809	0,764	-9,459	21,393
SOC stratégiák általánosságban	-0,407	1,311	-0,310	-2,996	2,183
életkor	0,027	0,217	6,125	-0,401	0,455
lakóköörülmény*életkor	-0,046	0,104	-0,439	-0,252	0,160
SOC stratégiák általánosságban*életkor	-0,001	0,017	-0,054	-0,034	0,032

Rövidítések: B=nem standardizált paraméter; SE=standard error; LLCI=konfidencia intervallum alsó határa; ULCI=konfidencia intervallum felső határa

Ha elvégezzük az elemzést az optimalizációra és a kompenzációra, az alábbi eredményeket kapjuk:

1. Optimalizáció

Az életkor moderátor hatását elemezve az optimalizáció mediátor funkciója mellett, arra az eredményre jutottunk, hogy nincs szignifikáns moderátor hatása az életkornak. A program ezért a későbbiekben nem is számolt az életkor feltételes közvetlen hatásával az optimalizációval való kapcsolatában, így ettől mi is eltekintünk (16. táblázat).

16. táblázat: Az életkor moderátor szerepe az optimalizáció által mediált folyamatban

változó	B	SE	t	LLCI	ULCI
kimeneti változó: optimalizáció					
lakókörülmény	-1,606	2,720	-0,590	-6,122	2,911
életkor	-0,008	0,067	-0,119	-0,119	0,103
optimalizáció *életkor	0,008	0,038	0,215	-0,055	0,071
kimeneti változó: depresszió					
lakókörülmény	5,341	9,121	0,586	-9,809	20,491
optimalizáció	-4,081	3,318	-1,230	-9,592	1,431
életkor	0,005	0,268	0,020	-0,439	0,450
lakókörülmény*életkor	-0,029	0,127	-0,227	-0,239	0,182
optimalizáció*életkor	0,046	0,045	1,035	-0,028	0,121

Rövidítések: B=nem standardizált paraméter; SE=standard error; LLCI=konfidencia intervallum alsó határa; ULCI=konfidencia intervallum felső határa

2. Kompenzáció

Hasonlóképpen a korábbiakhoz az *életkor szintén nem vesz részt moderátorként* – a kompenzáció mediátor funkciója mellett – a lakókörülmények és későbbi hangulati problémák közötti kapcsolatban (17. táblázat).

17. táblázat: Az életkor moderátor szerepe a kompenzáció által mediált folyamatban

változó	B	SE	t	LLCI	ULCI
kimeneti változó: kompenzáció					
lakókörmény	-1,373	1,555	-0,883	-4,444	1,698
életkor	-0,045	0,038	-1,102	-0,110	0,029
kompenzáció *életkor	0,013	0,021	0,642	-0,028	0,054
kimeneti változó: depresszió					
lakókörmény	5,545	8,009	-0,692	-10,270	21,360
kompenzáció	-2,558	3,692	-0,695	-9,847	4,732
életkor	-0,042	0,219	-0,201	-0,457	0,373
lakókörmény*életkor	-0,027	0,107	-0,252	-0,239	0,185
kompenzáció *életkor	0,022	0,048	0,450	-0,073	0,116

Rövidítések: B=nem standardizált paraméter; SE=standard error; LLCI=konfidencia intervallum alsó határa; ULCI=konfidencia intervallum felső határa

Legvégül pedig a modellünkbe az idősök otthonában eltöltött évek száma került be moderátor tényezőként. Mivel a korrelációs elemzés során ezen faktor csak az általánosságban használt SOC-stratégiákkal állt összefüggésben, ezért a moderált mediátor elemzést csak ezzel kapcsolatosan végezhetjük el. Azonban a program úgy találta, hogy a vizsgált változók csoportjai között nincs olyan mértékű szignifikáns különbség, mely alapján a modellt felállítani és elemezni legyen lehetséges, így nem került konkrét számítás kivitelezésre.

A 17. táblázatban szereplő adatok alapján *lakókörmény* feltételes közvetett hatása *SOC-stratégiák általános használatán keresztül a követéskori depresszióra növekedést mutatott az életkor előrehaladtával* (68 éves: B=0,938; 95% CI: 0,025-2,147; p=0,001; 78 éves: B=0,949; 95% CI: 0,292-1,755; p<0,001; 86 éves: B=0,958; 95% CI: 0,077-2,259; p=0,007). Ezen túlmenően *az életkor növekedésével csökkent a lakókörmények a feltételes indirekt hatása a depresszióra optimalizáció használata mellett* (65 éves: B=1,122; 95% CI: 0,002-2,346; p=0,004; 73 éves: B=0,710; 95% CI: 0,093-1,441; p=0,000; 80 éves: B=0,339; 95% CI: 0,300-1,227; p=0,031). Míg *a lakókörmények feltételes közvetett hatása a depresszióra szintén gyengült az életkor előrehaladtával* (68 éves: B=0,502; 95% CI: 0,038- 1,313; p=0,016; 78 éves: B=0,286; 95% CI: 0,053-0,811;

$p=0,024$; 86 éves: $B=0,154$; 95% CI: 0,403-0,661; $p=0,024$), ha a folyamatot a kompenzáció mediálta.

18. táblázat: Lakókörülmény feltételes közvetett hatása a depresszióra különböző életkorok (16, 50, 84 percentilis) esetén a vizsgált SOC-stratégiák mediátor hatása mellett

életkor	B	SE	LLCI	ULCI
Feltételes közvetett hatás (mediátor: SOC-stratégiák általános használata)				
68	0,938	0,566	0,025	2,147
78	0,949	0,374	0,292	1,755
86	0,958	0,572	0,077	2,259
Feltételes közvetett hatás (mediátor: optimalizáció)				
68	1,122	0,742	0,002	2,346
78	0,710	0,412	0,093	1,441
86	0,339	0,272	0,300	1,227
Feltételes közvetett hatás (mediátor: kompenzáció)				
68	0,502	0,352	0,038	1,313
78	0,286	0,226	0,053	0,811
86	0,154	0,124	0,403	0,661

Rövidítések: B=nem standardizált paraméter; SE=standard error; LLCI=konfidencia intervallum alsó határa; ULCI=konfidencia intervallum felső határa

7.1.7. Megbeszélés

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

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

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

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

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

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

H6 Hatodik feltevésünk nem került alátámasztásra, azaz sem az életkor, sem az idősek otthonában eltöltött évek száma nem moderálja a – SOC-stratégiák használatának mediáló hatása mellett – a lakókörülmények és a depresszió közötti kapcsolatot. Viszont az elmondható, hogy az életkor növekedésével a lakókörülmények hatása a SOC-stratégiák általános használata mellett növekedett a követéskori depressziót tekintve, míg az optimalizáció és a kompenzáció használata mellett ez a hatás csökkent. Ez az utóbbi két stratégia gyakorlati jelentőségét emeli ki az idősödés folyamata során.

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

7.2.1. Célkitűzés

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

7.2.2. Hipotézisek

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

H1 Az időskori reziliencia és az életminőség között kapcsolat található.

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

H3 Az idősök otthonában élők alacsonyabb rezilienciával bírnak.

H4 A reziliencia mediálja az étellel való elégedettség és az életminőség kapcsolatát.

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

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

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

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

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

7.2.3. A vizsgálati személyek és az eljárás menete

A kutatásban résztvevők és az eljárás menete a korábbi alfejezet során részletes bemutatásra került (70. oldal), ezért ettől itt eltekintünk.

7.2.4. Az alkalmazott eszközök bemutatása

Az alkalmazott kérdőívek bemutatására szintén az előző alfejezet során sor került (71. oldal).

7.2.5. Statisztikai módszerek

Folytonos változóink közötti kapcsolatot a normalitás-vizsgálat eredményétől függően Pearson-, illetve Spearman-féle korrelációs együtthatóval jellemeztük. A szignifikancia szintet $p < 0,05$ -nél határoztuk meg.

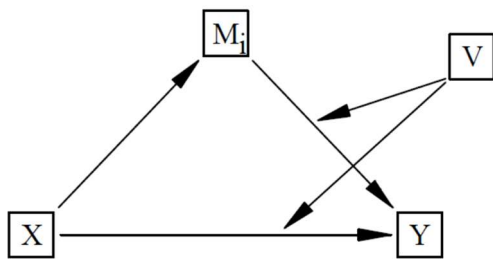
A további statisztikai módszeren az előző fejezethez képest részben változtattunk, a mediátor és moderált mediátor modellek felállításához a PROCESS macro for SPSS-t használtuk (Hayes, 2013). A korrigált intervallumbecslés (bias-corrected CI) 95% volt 5000 bootstrap mintavétel mellett. Mindezeket megelőzte a vizsgált változók korrelációs együtthatóinak megállapítása.

A mediátor és moderált mediátor modellek felállításához a PROCESS Modell 4-et (6. ábra, 75. oldal) és Modell 59-et (7. ábra, 75. oldal), illetve Modell 15-öt (11. ábra)

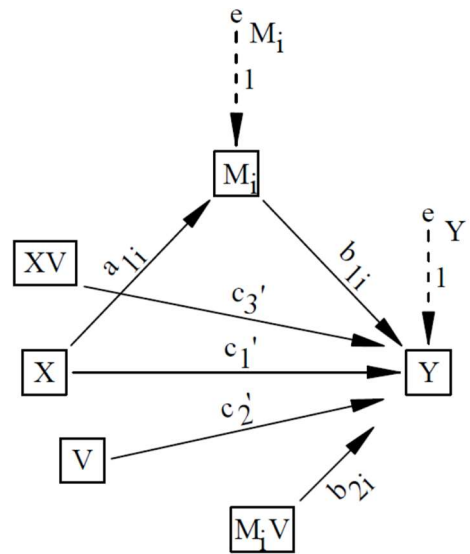
használtuk. Ennek során a korrigált intervallumbecslés (bias-corrected CI) 95% volt, 5000 bootstrap mintavétel mellett. Ha a CI 95% az indirekt hatás ($a*b$) esetén nem tartalmazza a nullát, a mediáló hatás szignifikáns.

11. ábra: A Modell 15 elméleti és statisztikai ábrázolása (Hayes, 2013)

Elméleti diagram



Statisztikai diagram



X feltételes közvetett hatása Y-ra az M-en keresztül = $a(b_1+b_2*V)$

X feltételes közvetlen hatása Y-ra = $c_1'+c_3*$

7.2.6. Eredmények

A vizsgálati mintánk szociodemográfiai jellemzése a 11. táblázatban (77. oldal) részletesen került bemutatásra, így ettől most eltekintünk.

A vizsgált változók korrelációs elemzése

A 19. táblázat a tanulmányunk jelen részébe bevont változók közötti korrelációt mutatja be. Ebből többek között kitűnik, hogy az elsőként vizsgált változók közül az élettel való elégedettség és a mediátorként bevont tényezők, mint reziliencia ($r=0,354$; $p=0,001$), illetve a követéskor tapasztalt általános életminőség ($r=0,625$; $p<0,001$), testi ($r=0,306$; $p=0,001$) és lelki jóllét ($r=,483$; $p<0,001$) között pozitív irányú, szignifikáns kapcsolat mutatható ki. A moderátorként bevont pozitív affektivitás szintén pozitív irányú, statisztikailag jelentős összefüggésben áll az élettel való elégedettséggel ($r=0,331$; $p=0,001$), a rezilienciával ($r=0,624$; $p<0,001$), valamint a későbbi lelki jólléttel ($r=0,522$; $p<0,001$). Végül a krónikus betegségek száma, mint moderátor, valamint a mediátorként szereplő reziliencia ($r=-0,343$; $p<0,001$), illetve az élettel való elégedettség ($r=-0,257$; $p=0,007$) és testi jóllét ($r=-0,382$; $p<0,001$) között szintén szignifikáns, de negatív irányú kapcsolat került kimutatásra a statisztikai elemzés során. Az idősök otthonában eltöltött évek száma nem állt szignifikáns korrelációban egyik olyan faktorról sem, melyet a moderált mediátor modellbe bevonni szerettünk volna, ezért ilyen irányú további statisztikai elemzése ezen tényezőnek nem volt lehetséges.

19. táblázat: A vizsgált változók közötti korrelációs eredmények

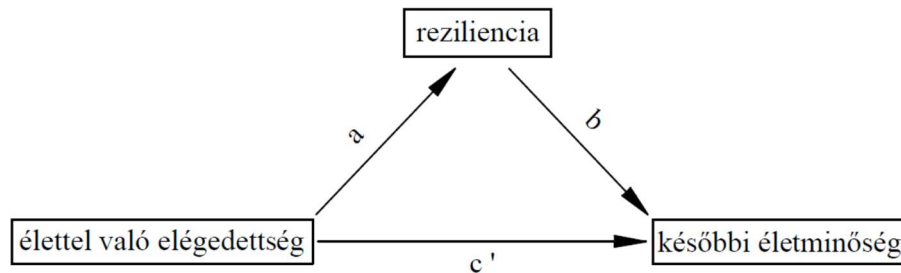
	élettel való elégedettség	életminőség követéskor	testi jóllét követéskor	pszichés jóllét követéskor	pozitív affektivitás	reziliencia
idősök otthonában eltöltött évek száma	-,045	,147				,035
pszichés jóllét követéskor		,849**				
pozitív affektivitás		,353**		,522**		
reziliencia		,339*	,381**	,497**	,624**	
észlelt társas támogatás	292**			,247*		,368**
élettel való elégedettség		,625**	,306*	,483**	,331*	,354*
krónikus betegségek száma	-,257*		-,382**			-,343**

* $p<0,05$; ** $p<0,001$

Mediátor és moderált mediátor analízis ábrázolásai hipotéziseinknek megfelelően

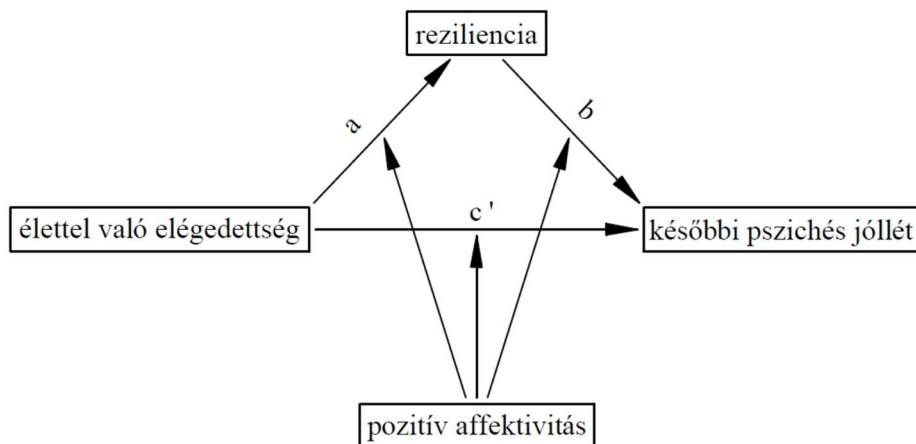
Elsőként a Modell 4-et alkalmaztuk az életteli való elégedettség és az életminőség közötti kapcsolatot mediáló reziliencia vizsgálatára. Ha a CI 95% az indirekt hatás ($a \cdot b$) esetén nem tartalmazza a nullát, a mediáló hatás szignifikáns (12. ábra).

12. ábra: Az életteli való elégedettség és a későbbi életminőség kapcsolatát mediáló reziliencia bemutatása



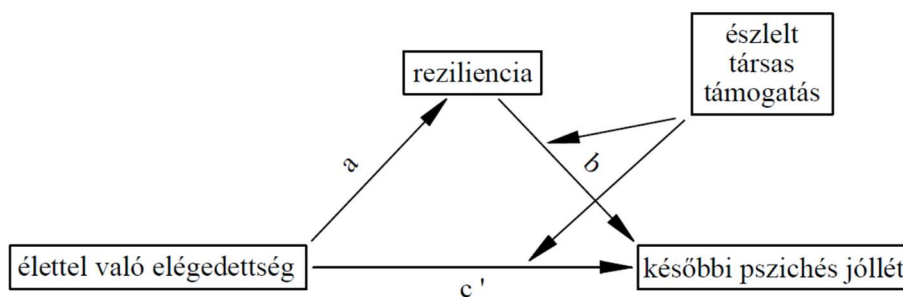
Ezt követően a Modell 59 segítségével a moderált mediátor hatás vizsgálatát végeztük el, vajon a pozitív affektívnak, mint moderátor van-e direkt és indirekt módon hatása az életteli való elégedettség és a pszichés jóllét közötti kapcsolatra. Részleteit tekintve úgy gondoltuk, hogy a pozitív affektívitas képes moderálni az életteli való elégedettség és a lelki életminőség közötti kapcsolatot, az életteli való elégedettség és a reziliencia közötti összefüggést, valamint a reziliencia és a pszichés jóllét közötti összefüggést. Hasonlóképpen a korábbiakhoz, ha a kölcsönhatás 95% CI-a nem tartalmazza a nullát, a moderált mediáló hatás szignifikáns (13. ábra).

13. ábra: Az életteli való elégedettség és későbbi pszichés jóllét moderált mediátor elemzése (moderátor: pozitív affektívitas)



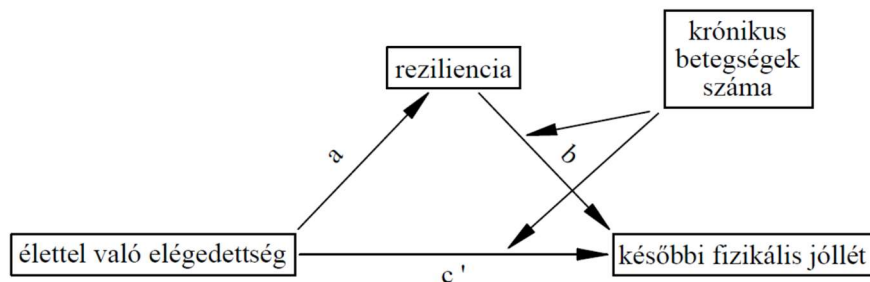
Ezek után az észlelt társas támogatás szerepét vizsgáltuk a Modell 15 segítségével. Moderátor szerepét feltételeztük az általunk vizsgált folyamatban, azaz a kezdeti étellel való elégedettség és a későbbi pszichés jóllét reziliencia által mediált kapcsolatában. Részleteit tekintve úgy gondoltuk, hogy az észlelt társas támogatás képes moderálni az étellel való elégedettség és a lelki életminőség közötti kapcsolatot, valamint a reziliencia és a pszichés jóllét közötti összefüggést. Hasonlóképpen a korábbiakhoz, ha a kölcsönhatás 95% CI-a nem tartalmazza a nullát, a moderált mediáló hatás szignifikáns (14. ábra).

14. ábra: Az étellel való elégedettség és későbbi pszichés jóllét moderált mediátor elemzése (moderátor: észlelt társas támogatás)



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

15. ábra: Az étellel való elégedettség és későbbi testi jóllét moderált mediátor elemzése (moderátor: krónikus betegségek száma)



Mediátor analízis eredményei

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

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

Elsőként a reziliencia mediátor hatását vizsgáltuk meg az étellel való elégedettség és a követéskori lelki jóllét kapcsolatában. Az elemzés alapján a teljes hatás (c út), azaz a kezdeti étellel való elégedettség hatása a későbbi pszichés életminőségre szignifikáns volt ($B=1,147$; $p<0,001$). Az „a” út koefficiense ($B=1,035$; $p<0,001$) szignifikáns, pozitív irányú kapcsolatot mutatott az étellel való elégedettség és a reziliencia között. Valamint ehhez hasonlóan a „b” út koefficiense ($B=0,222$; $p<0,001$) szintén szignifikáns, pozitív

irányú kapcsolatot mutatott, csak éppen a reziliencia és a pszichés életminőség között. Ezen túlmenően a közvetett hatás „a*b” útja szintén statisztikailag jelentős összefüggést mutatott a reziliencia szintjén keresztül ($B=0,230$, $SE=0,123$) a kezdeti étellel való elégedettség és későbbi lelki jóllét között, mivel a 95%-os korrigált intervallumbecslés CI 0,077 és 0,464 közötti volt, tehát nem tartalmazta a nullát (20. táblázat). Mindezen eredmények összességében azt mutatják, hogy *a reziliencia mediálja a kapcsolatot a kezdeti étellel való elégedettség és a későbbi lelki jóllét között.*

Ezt követően a reziliencia mediátor hatását vizsgáltuk meg az étellel való elégedettség és a testi jóllét kapcsolatában (20. táblázat). Az elemzés alapján mind a teljes, mind a közvetlen hatás szignifikáns (c út: $B=0,863$; $p<0,001$; c' út: $B=0,687$; $p=0,005$) a kezdeti étellel való elégedettség és későbbi fizikális jóllét közötti kapcsolatban. Ezen túlmenően az étellel való elégedettség és a reziliencia összefüggését („a” út) mutató koefficiens szintén szignifikáns volt ($B=1,038$; $p=0,003$), azaz az utat meghatározó két változó között pozitív irányú, statisztikailag jelentős kapcsolat van. Valamint ehhez hasonlóan a „b” út koefficiense ($B=0,169$; $p=0,022$) szintén szignifikáns, pozitív irányú kapcsolatot mutatott a reziliencia és a testi jóllét között. Az indirekt, közvetett hatásért felelős a*b út is statisztikailag meghatározó volt (CI: 0,030-0,393). Ezen eredmények alapján kimondható, hogy *a reziliencia mediátor szerepet játszik a kezdeti étellel való elégedettség és a fizikális életminőség, testi jóllét között.*

20. táblázat: A reziliencia mediátor szerepe a vizsgált változók kapcsolatában

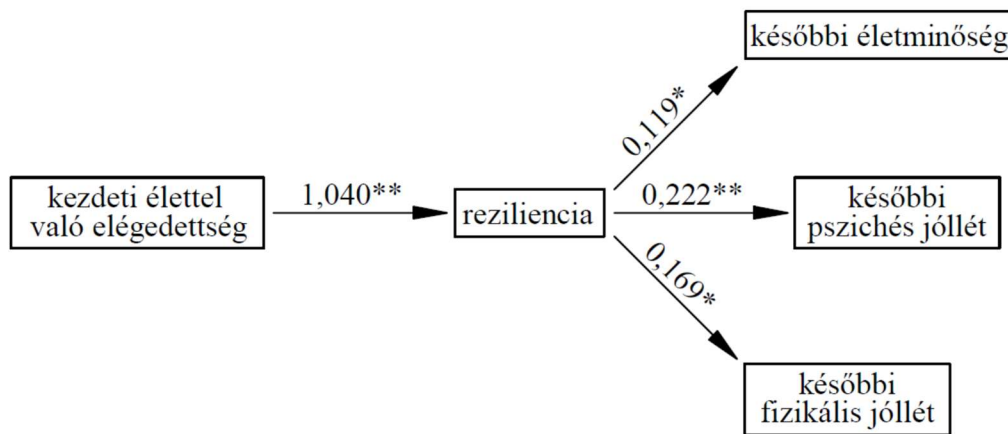
változó	c út		c' és b út		a út		a*b út			
	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE	LLCI	ULCI
reziliencia mediátor hatása az étellel való elégedettség és a lelki jóllét kapcsolatában										
étellel való elégedettség	0,923**	0,152	0,799**	0,161			0,124	0,097	0,101	0,322
reziliencia			0,119*	0,059	1,040**	0,273				
R ²	0,301		0,333		0,144					
reziliencia mediátor hatása az étellel való elégedettség és a lelki jóllét kapcsolatában										
étellel való elégedettség	1,147**	0,168	0,918**	0,170			0,230	0,123	0,077	0,464
reziliencia			0,222**	0,061	1,035**	0,275				
R ²	0,347		0,433		0,139					
reziliencia mediátor hatása az étellel való elégedettség és a testi jóllét kapcsolatában										
étellel való elégedettség	0,863**	0,228	0,687*	0,243			0,176	0,114	0,030	0,393
reziliencia			0,169*	0,088	1,038**	0,274				
R ²	0,141		0,176		0,142					

*p<0,05; **p<0,001

Rövidítések: B=nem standardizált paraméter; SE=standard error; LLCI=konfidencia intervallum alsó határa; ULCI=konfidencia intervallum felső határa

A kapott eredményeket a könnyebb áttekinthetőség érdekében újfent egy közös ábrán mutatjuk be (16. ábra). A mediátor elemzés eredményeiből kitűnik, hogy a kezdeti étellel való elégedettség közvetett kapcsolatban áll a követéskor tapasztalható általános életminőséggel, a pszichés és a testi jólléttel a reziliencia szintjén keresztül. Akik magasabb étellel való elégedettségről számolnak be, magasabb rezilienciával bírnak („a” út), mint azon idősök akik alacsonyabb elégedettséggel bírnak, és ez a magasabb reziliencia szint magasabb követéskori életminőség dimenziókkal áll kapcsolatban („b” út). A kezdeti étellel való elégedettség magasabb későbbi életminőséget eredményez akkor is, ha figyelembevételre került az elégedettség közvetett hatása a reziliencián keresztül („c” út).

16. ábra: A reziliencia mediáló hatásának bemutatása a kezdeti élettél való elégedettség és a követéskor tapasztalt életminőség és faktorai között



Moderált mediátor elemzés eredményei

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

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

Eredményeink alapján a hipotézisekbe bevont változók közül a *pozitív affektivitás moderátor szerepe nem igazolódott* az általunk vizsgált folyamatban, nevezetesen a kezdeti élettél való elégedettség és a későbbi pszichés jóllét reziliencia által mediált kapcsolatában. A részletes statisztikai elemzés az 21. táblázatban kerül bemutatásra.

21. táblázat: A pozitív affektivitás moderátor szerepe a reziliencia által mediált folyamatban

változó	B	SE	t	LLCI	ULCI
kimeneti változó: reziliencia					
élettel való elégedettség	0,794	1,190	0,665	-1,189	2,778
pozitív affektivitás	1,300*	0,701	1,857	0,135	2,465
élettel való elégedettség*pozitív affektivitás	-0,007	0,036	0,198	-0,067	0,052
kimeneti változó: pszichés jóllét					
élettel való elégedettség	0,152	0,177	0,861	-0,142	0,447
reziliencia	0,108*	0,060	1,809	0,009	0,208
pozitív affektivitás	0,305	0,155	0,197	-0,227	0,288
élettel való elégedettség *pozitív affektivitás	0,025	0,053	0,467	-0,006	0,011
reziliencia*pozitív affektivitás	-0,002	0,002	-0,881	-0,005	0,002

*p<0,05; **p<0,001

Rövidítések: B=nem standardizált paraméter; SE=standard error; LLCI=konfidencia intervallum alsó határa; ULCI=konfidencia intervallum felső határa

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

22. táblázat: Az élettellel való elégedettség feltételes közvetett hatása az életminőségre különböző pozitív affektivitási szintek (16, 50, 84 percentilis) esetén a reziliencia mediátor hatása mellett

pozitív affektivitás pontszám	B	SE	LLCI	ULCI
Feltételes közvetett hatás				
26	0,098	0,585	0,029	0,263
32,7	0,015	0,303	0,043	0,095
39,5	0,002	0,222	0,037	0,067

Rövidítések: B=nem standardizált paraméter; SE=standard error; LLCI=konfidencia intervallum alsó határa; ULCI=konfidencia intervallum felső határa

A hipotéziseinkbe bevont változók közül következésképpen az *észlelt társas támogatást* vizsgáltuk a Modell 15 segítségével, melynek során *moderátor* szerepe igazolódott (moderált mediátor index: -0,001; SE: 0,001; CI:-0,002—0,001) az általunk vizsgált folyamatban, azaz a kezdeti élettellel való elégedettség és a későbbi pszichés jóllét reziliencia által mediált kapcsolatában. A felállított modell a folyamat 41,7%-át magyarázta ($F=43,363$; $R^2=0,417$; $p<0,001$). A részletes statisztikai elemzés a 23. táblázatban kerül bemutatásra.

23. táblázat: Az észlelt társas támogatás moderátor szerepe a reziliencia által mediált folyamatban

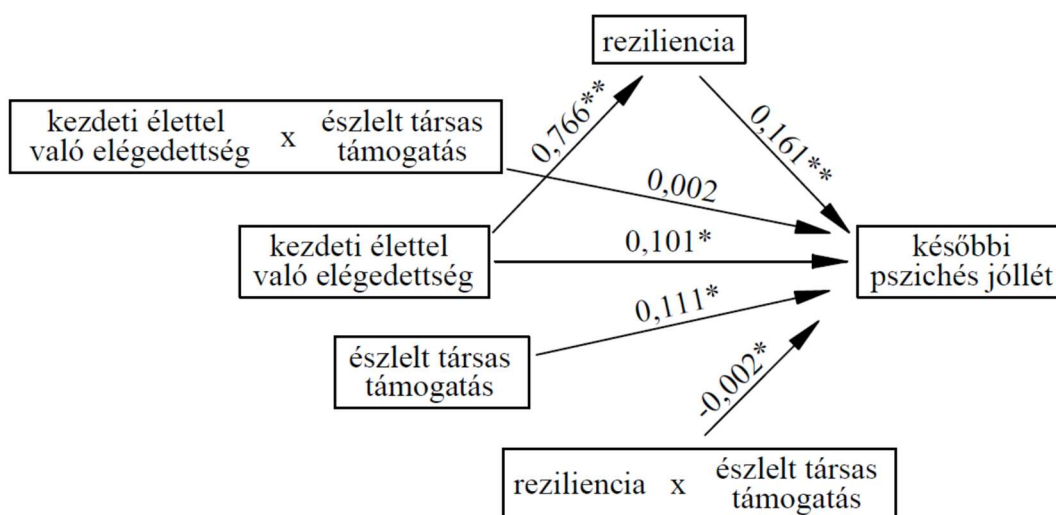
változó	B	SE	t	LLCI	ULCI
kimeneti változó: reziliencia					
élettellel való elégedettség	0,766**	0,137	5,610	0,541	0,991
kimeneti változó: pszichés jóllét					
élettellel való elégedettség	0,101**	0,107	0,948	0,075	0,277
reziliencia	0,161**	0,043	3,755	0,090	0,231
észlelt társas támogatás	0,111*	0,038	2,952	0,049	0,173
élettellel való elégedettség * észlelt társas támogatás	0,002	0,002	1,281	-0,001	0,005
reziliencia* észlelt társas támogatás	-0,002*	0,001	-3,034	-0,003	-0,001

* $p<0,05$; ** $p<0,001$

Rövidítések: B=nem standardizált paraméter; SE=standard error; LLCI=konfidencia intervallum alsó határa; ULCI=konfidencia intervallum felső határa

A 17. ábra tehát egy olyan folyamatot reprezentál, mely a kezdeti étellel való elégedettség hatását vizsgálja a követészkori jóllétre a reziliencia szintjének befolyásán keresztül. Ezen túlmenően a reziliencia és a későbbi lelki életminőség közötti kapcsolatot és a két vizsgált független és függő változó közötti összefüggést – két másik vizsgált útvonalon keresztül – az észlelt társas támogatás szintje moderálja. Az eredmények arra utalnak, hogy a nagyobb étellel való elégedettséggel bíró idősök magasabb szintű rezilienciával rendelkeznek ($B=0,766$; $p<0,001$). Ez egyrészt közvetlenül eredményez követészkor tapasztalható jobb lelki életminőséget ($B=0,101$; $p=0,034$), másrészt közvetett úton, amikor is a reziliencia hatása a későbbi lelki jóllétre függ az észlelt társas támogatástól, mely a lelki jóllétre védőtényezőként hat ($B=0,002$; $p=0,003$). Ennek a mediátor útvonalnak a moderációs eredménye azt jelenti, hogy az étellel való elégedettség hatása a lelki jóllétre a reziliencia képességén keresztül az észlelt társas támogatás szintjétől függ. Azonban a társas támogatás és étellel való elégedettség közötti kölcsönhatás nem feltétlenül igazolta az indirekt hatást a későbbi lelki jóllét szintjére ($B=0,002$; $p=0,201$). A moderált mediátor index negatív eredménye alapján a társas támogatás csökkenti az étellel való elégedettség hatását a későbbi pszichés jóllétre a reziliencia révén.

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



A 24. táblázatban szereplő adatok alapján az *élettel való elégedettség direkt hatása a lelki jóllétre csökken az észlelt társas támogatás szintjének növekedésével* (50 pontos MPSS: B=0,066; 95% CI:0,043-0,089; p<0,001; 70 pontos MPSS: B=0,028; 95% CI: 0,013-0,044; p=0,003; 77 pontos MPSS: B=0,015; 95% CI:0,004-0,033; p=0,018). A *reziliencia mértékének közvetlen hatása emelkedett az észlelt társas támogatás növekedésével* (50 pontos MPSS: B=0,205; 95% CI:0,149-0,261; p<0,001; 70 pontos MPSS: B=0,247; 95% CI: 0,202-0,291; p<0,001; 77 pontos MPSS: B=0,261; 95% CI:0,207-0,316; p<0,001). A *közvetett hatás a reziliencia szintjén keresztül a két vizsgált változó között a társas támogatás mértékének növekedésével csökken* (50 pontos MPSS: B=0,051; 95% CI:0,029-0,074; 70 pontos MPSS: B=0,022; 95% CI: 0,011-0,033; 77 pontos MPSS: B=0,012; 95% CI:0,001-0,022).

24. táblázat: Az élettel való elégedettség feltételes közvetlen és közvetett hatása az életminőségre különböző társas támogatási szintek (16, 50, 84 percentilis) esetén reziliencia mediátor hatása mellett

észlelt társas támogatás mértéke (pontszámban kifejezve)	B	SE	LLCI	ULCI
Feltételes közvetlen hatás (fokális prediktor: élettel való elégedettség)				
50	0,066	0,014	0,043	0,089
70	0,028	0,009	0,013	0,044
77	0,015	0,011	0,004	0,033
Feltételes közvetlen hatás				
50	0,205	0,034	0,149	0,261
70	0,247	0,027	0,202	0,291
77	0,261	0,033	0,207	0,316
Feltételes közvetett hatás				
50	0,051	0,014	0,029	0,074
70	0,022	0,007	0,011	0,033
77	0,012	0,006	0,001	0,022

Rövidítések: B=nem standardizált paraméter; SE=standard error; LLCI=konfidencia intervallum alsó határa; ULCI=konfidencia intervallum felső határa

A hipotéziseinkbe bevont változók közül következésként a krónikus betegségek számának hatását vizsgáltuk az étellel való elégedettség és fizikális életminőség közötti kapcsolatban a Modell 15 segítségével. Elemzésünk igazolta az *MCC moderátor* szerepét a fenti vizsgált folyamatban (moderált mediátor index: 0,010; SE=0,006; CI: 0,001-0,019). A felállított modell a folyamat 31,1 %-át magyarázta (F=27,907; R²=0,311; p<0,001). A részletes statisztikai elemzés az 25. táblázatban kerül bemutatásra.

25. táblázat: MCC moderátor szerepe az étellel való elégedettség és testi jóllét kapcsolatában a reziliencia által mediált folyamatban

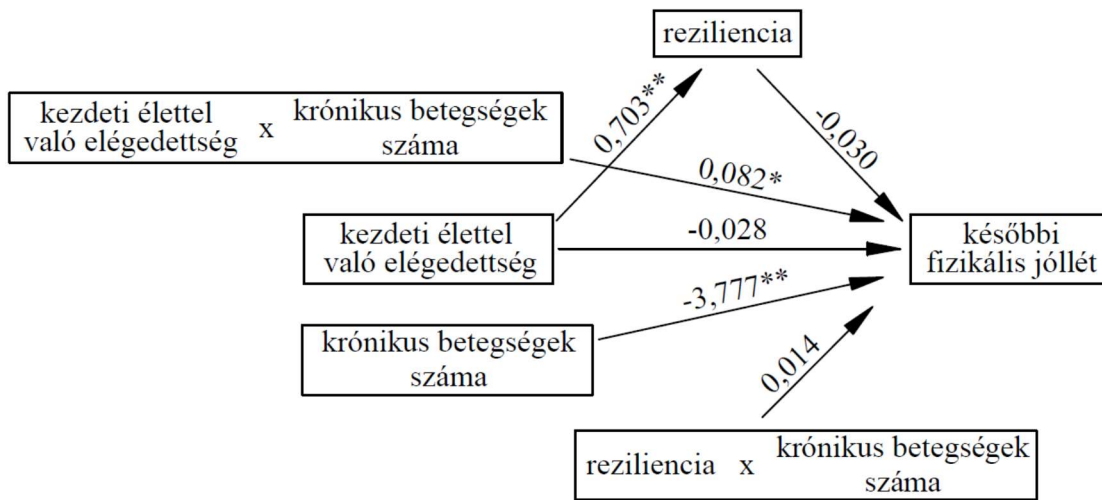
változó	B	SE	t	LLCI	ULCI
kimeneti változó: reziliencia					
étellel való elégedettség	0,703**	0,113	5,273	0,483	0,923
kimeneti változó: testi jóllét					
étellel való elégedettség	-0,028	0,068	-0,406	-0,139	0,084
reziliencia	-0,030	0,028	0,283	-0,077	0,016
krónikus betegségek száma	-3,777**	0,743	-5,084	-5,003	-2,551
étellel való elégedettség * MCC	0,082	0,028	2,876	0,035	0,129
reziliencia* MCC	0,014*	0,011	1,244	-0,005	0,032

*p<0,05; **p<0,001

Rövidítések: B=nem standardizált paraméter; SE=standard error; LLCI=konfidencia intervallum alsó határa; ULCI=konfidencia intervallum felső határa

Az 18. ábra egy olyan folyamatot reprezentál, mely azt mutatja meg, hogy a kezdeti étellel való elégedettség a reziliencia szintjének hatásán keresztül hogyan hat a követéskor tapasztalható fizikális életminőség szintjére. Ezen felül a reziliencia és a testi jóllét közötti kapcsolatot és a két vizsgált független és függő változó közötti összefüggést – a két másik vizsgált útvonalon keresztül – a krónikus betegségek száma befolyásolja. Az eredmények jelen esetben is megerősítették az ismert pozitív mediátor kapcsolatot a kezdeti étellel való elégedettség és reziliencia között (B=0,703; p<0,001), valamint *a reziliencia hatása a későbbi testi jóllétre függ a krónikus betegségek számától, mely a követéskor tapasztalt fizikális életminőséget csökkenti* (B=-3,777; p<0,001). Az étellel való elégedettség és a krónikus betegségek száma közötti kölcsönhatás alapján megállapítható az indirekt hatás a későbbi testi jóllét szintjére (B=0,082; p=0,004). A moderált mediátor index pozitív értéke alapján *a krónikus betegségek száma csökkenti az étellel való elégedettség hatását a későbbi testi jóllétre a reziliencián át*.

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



A 26. táblázatban szereplő adatok alapján az *élettel való elégedettség* direkt hatása a testi jóllétre növekszik a *krónikus betegségek számának* növekedésével (1 MCC érték: $B=0,054$; 95% CI: $0,019-0,128$; $p=0,022$; 2 MCC érték: $B=0,136$; 95% CI: $0,084-0,188$; $p<0,001$; 3 MCC érték: $B=0,218$; 95% CI: $0,151-0,284$; $p<0,001$). A *reziliencia* mértékének közvetlen hatása növekedett a *krónikus betegségek számának* növekedésével (1 MCC érték: $B=0,054$; 95% CI: $0,019-0,128$; $p=0,022$; 2 MCC érték: $B=0,136$; 95% CI: $0,084-0,188$; $p<0,001$; 3 MCC érték: $B=0,218$; 95% CI: $0,151-0,284$; $p<0,001$). A közvetett hatás a reziliencia szintjén keresztül a két vizsgált változó között a *krónikus betegségek számának* növekedésével emelkedett (1 MCC érték: $B=-0,012$; 95% CI: $-0,019--0,005$; 2 MCC érték: $B=-0,002$; 95% CI: $-0,015--0,012$; 3 MCC érték: $B=0,008$; 95% CI: $0,008-0,024$).

26. táblázat: Az étellel való elégedettség hatása a későbbi testi jóllétre a reziliencia által mediált folyamatban különböző krónikus betegségek száma (16, 50, 84 percentilis) esetén

krónikus betegségek száma	B	SE	LLCI	ULCI
Feltételes közvetlen hatás (fokális prediktor: étellel való elégedettség)				
1	0,054	0,045	0,010	0,128
2	0,136	0,032	0,084	0,188
3	0,218	0,040	0,151	0,284
Feltételes közvetlen hatás				
1	0,054	0,045	0,010	0,128
2	0,136	0,032	0,084	0,188
3	0,218	0,040	0,151	0,284
Feltételes közvetett hatás				
1	-0,012	0,010	0,019	0,005
2	-0,002	0,008	0,015	0,012
3	0,008	0,010	0,008	0,024

Rövidítések: B=nem standardizált paraméter; SE=standard error; LLCI=konfidencia intervallum alsó határa; ULCI=konfidencia intervallum felső határa

7.2.7. Megbeszélés

Eredményeink szerint az étellel való elégedettség, az általános életminőség, a pszichés és a testi jóllét, valamint a reziliencia szintje összefüggésben állnak egymással. Ezen túlmenően a pozitív affektivitás és az észlelt társas támogatás szintén befolyással van a későbbi lelki jóllétre, valamint a krónikus betegségek száma is kapcsolatban áll a rezilienciával és a későbbi testi jólléttel. Mindezen befolyásoló tényezők hatása különböző. A következőkben ezeknek megfelelően tekintjük át vajon hipotéziseink teljesültek-e?

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

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

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

H4 Negyedik hipotézisünk szintén bebizonyosodott, azaz az időskori reziliencia mediálja az élettél való elégedettség és a későbbi életminőség közötti kapcsolatot.

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

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

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

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

9. Következtetések

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

Eredményeink szerint az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat magas diagnosztikai pontossággal, jó szenzitivitással bír mind a major (76 pont), mind a minor neurokognitív zavar (82 pont) feltárásában. Ahogy azt korábban említettük a demenciát gyakran nem diagnosztizálják elég korai szakaszban az alapellátásban, ezért elengedhetetlenek a gyorsan, egyszerűen elvégezhető, érzékeny kognitív tesztek. Ezen követelményeknek az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat megfelel. Eredményeink hasonlóak más, a nemzetközi szakirodalomban fellelhető ponthatárokhoz, pl. az eredeti angol közlemény két határpontértéket állapított meg 88 és 83-nál (Mathuranath és mtsai, 2000), francia nyelvterületen szintén 83 (Bier és mtsai, 2004), míg német eredmények szerint minor neurokognitív zavar esetén 85-86-nak találták a vágópontot (Alexopoulos és mtsai, 2006). A dán vizsgálat szerint 85 (Stokholm és mtsai, 2009), perzsa eredmény a ponthatárt 84-nek találta normál és enyhe kognitív zavar elkülönítése esetében, és 78-nak enyhe kognitív zavar és Alzheimer-dementia felosztásában (Pouretamad és mtsai, 2009). Maga az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat továbbfejlesztésre került, több verziója is elkészült. Ennek ellenére nemzetközi szinten még mindig gyakran használják az általunk is validált eredeti változatát, mivel legtöbbször ez a felmérés rendelkezik érvényes eredményekkel a későbbi statisztikai elemzésekhez. Mindamellett, hogy hazánkban a rendelkezésre álló kognitív tesztek mellett hiánypótló lehet alkalmazása, kiemelendőnek tartjuk, hogy a jelenleg is érvényben lévő DSM-5 szerint kategorizáltuk vizsgálatunk során a neurokognitív zavarban szenvedő résztvevőket, és ez alapján adtuk meg a határértékpontokat.

Ezen túlmenően néhány módosítást követően megerősítettük a Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció Kérdőív (SOC-12; Baltes és mtsai, 1999) pszichometriai megfelelőségét, így segítségével mérhetővé válhattak az időskori alkalmazkodási folyamatok.

Eredményeink alapján, mintánkon a kérdőív eredeti négyfaktoros elméleti struktúráját nem tudtuk megerősíteni, mivel a szelekciós alszkalából törölnünk kellett két-két, a kompenzációs alszkalából egy tételt. Nemzetközi vizsgálatokat tekintve hasonlóképpen több alkalommal is módosítani kellett az eredeti eszközön, így az általunk elhagyott tételek nagymértékű egyezést mutatnak például a portugál adaptáció tapasztalataival (Amado és mtsai, 2006), valamint Baltes és munkatársainak (1999) egyik elemzése szintén nagyon hasonló faktorstruktúrát adott. A validitás nehézségei több okra vezethetők vissza: egyrészt a kérdőív rövidsége mellett négy alszkalát mér három-három tétel segítségével; másrészt pedig az alacsony megbízhatóságú tételek megfogalmazása általában bonyolultabb, emiatt elképzelhető, hogy az idősök számára értelmezésük nehezebb. Eredményeinkre további magyarázat lehet, hogy a SOC-12 kérdőív kézikönyve (Baltes és mtsai, 1999) a megbízhatóság alátámasztására a 48-tételes kérdőív megfelelő alszkaláival történő korrelációs értékeket adja meg, illetve az alszkalákhoz tartozó itemeket az alapján választották ki, hogy melyek mutatnak magas korrelációt a 12-tételes alszkalákkal. Azaz, amikor a kérdőív rövidebb változata kialakításra került, a korábbi, elméleti megfontolások kevésbé kerültek figyelembe vételre.

Összességében kutatásunk alapján a SOC-12 kérdőív pszichometriai mutatói a megfelelő módosításokat követően magyar idős mintán megfelelőnek tűnnek. Eredményeink alátámasztják, hogy az időskori alkalmazkodási stratégiák mérhetőek egy olyan kérdőív segítségével, mely rövid, egyszerű válaszadási lehetőséget teremt, ezért a kitöltés és az értékelés egyaránt rövid időt vesz igénybe.

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

A mai társadalmi helyzetben, amikor a nukleáris családok kerülnek előtérbe, egyre növekszik az igény – olykor a család részéről, olykor az idős részéről – az idősotthoni elhelyezésre. Így kiemelten fontos annak szerepét megvizsgálni, hogy milyen tulajdonságok, készségek lehetnek azok, melyek segítenek ehhez a megváltozott élethelyezethez való alkalmazkodásban (Roberto és Blieszner, 2015). Habár számos tanulmány született, mely kiemeli az idősotthonban való élés előnyeit, mint pl. egyedüllét

elkerülése, azonnal elérhető szociális és egészségügyi személyzet, illetve ellátás, azonban számos probléma forrása is lehet, tekintve, hogy az az idős, aki otthonba kerül, valószínűleg fizikálisan, érzelmileg vagy anyagilag nem független (Theurer és mtsai, 2015). Ez a függőség csökkentheti a mindennapi tevékenységek ellátásának képességét, az önbecsülést, és fokozhatja a depressziót (Unsar és mtsai, 2015).

Eredményeink alapján a saját otthonukban élők magasabb életminőséget élnek meg, annak minden tekintetében, míg az idősek otthonában élők életkorukat tekintve jelentősen idősebbek. A hangulati élet és az élettel való elégedettség vonatkozásában az idősek otthonában élők határozottan depressziósabbak, több krónikus betegségben szenvednek és kevésbé elégedettek életükkel, mint a saját otthonukban élők, valamint alacsonyabb szintű pozitív affektivitás és reziliencia jellemzi őket. Ezen túlmenően megfigyelhető, hogy az idősothonban élők minden SOC-stratégiát ritkábban, kevesebbszer alkalmaznak, és ez magasabb követéskori depresszióval áll kapcsolatban. Eredményeink szerint maguk a lakókörülmények (az intézményesített életforma) is képesek depressziót okozni, azonban ezt a hatást csökkenti a SOC-stratégiák alkalmazása. Ennek rendkívüli fontossága abban rejlik, hogy ezen stratégiák elsajátítása döntő tényező a vizsgált problémák megelőzésében. Ezt az összefüggést sem az idősek otthonában eltöltött évek száma, sem az életkor nem befolyásolja, tehát akár fiatalabb életkorban, akár idős otthonba történő bekerülés előtti fejlesztése egyaránt hasznos. A lakókörülmények hatása az életkor előrehaladtával a SOC-stratégiák általános használatán keresztül növekedést mutatott a követéskori depresszióra, míg az életkor növekedésével csökkent a lakókörülmények közvetett hatása a depresszióra mind az optimalizáció, mind a kompenzáció használata mellett. Mindezen eredmények alátámasztják, hogy az idősek otthonában élők számára e két SOC-stratégia alkalmazása kiemelt jelentőségű az esetleges későbbi hangulati problémák megelőzésében, képesek csökkenteni a későbbi depresszió szintjét, tehát védelmet nyújtanak vele szemben. A hangulati élet zavarai és a lakókörülmények tekintetében legadaptívabbnak az optimalizáció és kompenzáció technikája tekinthető. Alkalmazásukkal, fejlesztésükkel az idősek is képesek lehetnek lakókörülménytől függetlenül a hangulati élet javítására. Az életkor előrehaladtával e két stratégia szerepe ezen kapcsolatban még fokozottabban jelenik meg, azaz, minél idősebb valaki, annál nagyon hasznos jelent számára használatuk. Következésképpen ezen stratégiák pszichológiai erőforrásoknak tekinthetők, melyek hasznosak a meglévő képességek megtartásában is.

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

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

diszfunkcionális attitűdöket, valamint konstruktív viselkedési formákat alakít ki (Hautzinger, 2000; Laidlaw és mtsai, 2016).

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

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

További eredményeink alapján a nagyobb élettel való elégedettséggel bíró idősek magasabb szintű rezilienciával rendelkeznek. Ez egyrészt közvetlenül eredményez követéskor tapasztalható jobb lelki életminőséget, másrészt közvetett úton, amikor is a reziliencia hatása a későbbi lelki jóllétre függ az észlelt társas támogatástól, mely a lelki jóllétre védőtényezőként hat. Az élettel való elégedettség hatása a lelki jóllétre a reziliencia képességén keresztül az észlelt társas támogatás szintjétől függ. A társas

támogatás csökkenti az étellel való elégedettség hatását a későbbi pszichés jóllétre a reziliencia révén. Az étellel való elégedettség hatása a lelki életminőségre csökken az észlelt társas támogatás szintjének növekedésével, illetve a reziliencia mértékének hatása emelkedett az észlelt társas támogatás növekedésével. Ennek értelmében a társas támogatás jelentősége időskorban is fontos szerepet játszik, képes az alacsonyabb étellel való elégedettség hatását mérsékelni a későbbi pszichés jóllétre.

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

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

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

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

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

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

Más kutatási eredmények alapján a pozitív affektivitás fokozhatja az egyén erőforrásait, társas készségeit, amelyek jobb életminőséget eredményezhetnek, pl. a szoros társas kapcsolatok kialakítása révén (Waugh és Fredrickson, 2006). Ezzel szemben az alacsony pozitív affektivitás az egyéni erőforrások és társas készségek csökkenéséhez vezethet, ami tovább redukálhatja az élet pozitív tartalmait, és akár depressziót okozhat (Loh és mtsai, 2013).

Több tanulmány eredménye feltárta, hogy idősek esetén az élettel való elégedettség jelentősen korrelál a mentális egészséggel, az életminőséggel és a jóléttel (Vijayakumar és mtsai, 2016; Wiest és mtsai, 2012), valamint pozitív kapcsolatot találtak a társas támogatással kapcsolatban is (Halstead és mtsai, 2017; Jenkins és mtsai, 2013; Kahn és mtsai, 2003). Az idős minél magasabb társas támogatást észlel, annál kevesebb szorongást, depresszív állapotot él meg, és annál nagyobb pozitív hatása van az élettel

való elégedettségre (Jenkins és mtsai, 2013; Martínez-Martí és Ruch 2016; Trepte és mtsai, 2015).

Az időskori rezilienciát vizsgáló csekély számú kutatásból több tanulmány is született, melyeket meg kell említenünk. Két vizsgálati eredmény szerint a reziliencia magasabb szintje előrevetíti a jó pszichés egészséget (Nygren és mtsai, 2005; Mehta és mtsai, 2008), illetve egy kutatás úgy találta, hogy a reziliencia képes csökkenteni a hanyatló egészség hatásait (Windle és mtsai, 2009). A reziliencia szintjének növekedését, a reziliens személyek gyakoriságának emelkedését találták magas társas támogatás és bőséges társadalmi és gazdasági erőforrások esetén, valamint kisebbségek és bevándorlók körében, amikor a megfelelő strukturális háttér képes volt növelni az egyéni egészségmagatartást, mindezt a megfelelő oktatási, szociális és egészségi szolgáltatásokon keresztül (Kwong és mtsai, 2015). Ezen túlmenően a reziliencia olyan ideális mediátor tényező, mely képes pozitív irányban befolyásolni a különböző rizikófaktorok hatását a depresszív tünetekre (Haefel és Grigorenko, 2007; Rutten és mtsai, 2013). Zimmerman és mtsai (2013) feltételezték, hogy ez két fő modellen keresztül valósulhat meg, egyrészt a kompenzációs modellen keresztül, mely során a kockázati tényezőktől függetlenül képes a reziliencia semlegesíteni azok hatását, illetve a védőfaktor modellen át, mely során ténylegesen befolyásolja magát a rizikótényezőt. A kompenzációs hatást támogatja az a tény, hogy magas rezilienciával bíró személyek kisebb számú pszichopathológiai tünetet mutatnak depresszió esetén (Campbell-Sills és mtsai, 2006). Illetve a védőfaktor modell alapján a reziliencia képes befolyásolni a negatív életesemények hatását a pszichoszociális jóllét érdekében (Faircloth, 2017). Így összességében tehát a reziliencia egy multidimenzionális konstrukció, különböző kulturális és társadalmi összetevőkkel.

Más korábbi kutatási eredmények alapján az időskori a reziliencia függ a pszichés és kognitív tartalékoktól (Lavretsky, 2014), míg a magasabb reziliencia jó minőségű társas kapcsolatokkal, a közösségbe való megfelelő beilleszkedési képességgel (pl. intézményesítéskor), jó hatásfokú problémamegoldással és a megküzdési stratégiák fejlesztésének képességével is összefügg (Fontes és Neri, 2015). A reziliens időseknek általánosságban véve jobb az egészsége, gyakrabban fogadnak el érzelmi támogatást, és jóval hatékonyabban tudják azt kihasználni. Ennek jelentősége abban rejlik, hogy pl. egy idősek otthonában, a kevésbé reziliensek is megtanulhatják a lehetőségek hatékony kihasználását (Caltabiano és Caltabiano, 2006). Ezen túlmenően a reziliencia szoros kapcsolatban áll a lelki és fizikális jólléttel, bár utóbbival kapcsolódása kisebb mértékű

(Lamond és mtsai, 2008). Összefüggésben áll továbbá az alacsonyabb szintű depressziós és szorongásos tünetekkel (Gerino és mtsai, 2017; MacLeod és mtsai, 2016; Manne és mtsai, 2015), valamint csökkenti a krónikus betegségek negatív hatását a szubjektív jóllétre (Zeng és Shen, 2010).

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

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

A kognitív átkeretezés vagy átértékelés segít az eseményekről alkotott felfogás megváltoztatásában, mely által csökkennek a negatív érzelmek. Kutatások kimutatták, hogy azok, akik ezt a módszert alkalmazták rugalmasabban és eredményesebben tudtak alkalmazkodni a körülményekhez. Az újraértelmezés során pszichésen megváltoztatják az események, összefüggések iránti lelki kapcsolódást, valamint a távolítás során egy kívülálló szemén keresztül tekintenek a negatív eseményre. Ez utóbbi hosszabb távon

több előnnyel jár, azonban mindkettő fontos az idősök számára. Ezeken kívül alkalma nyílik az idősnek fejleszteni saját, ezirányú készségeit is, a megküzdési képesség növelésével, másokkal való kapcsolatok fejlesztésével, önismereti készségek tanulásával, fokozott spiritualitással (Hoare, 2015).

Limitációk és jövőbeli kutatási lehetőségek

Korábban az egyes vizsgálati szakaszok értékelése során már felvetettünk néhány korlátozó tényezőt, illetve javaslatot a későbbi kutatási lehetőségeket tekintetbe véve. A következőkben ezeket általánosságban, a kutatássorozat összességét szemlélve tekintjük át. Az eredmények értékelésekor figyelembe kell vennünk tehát ezen korlátozó tényezőket, melyek főképpen a mintavételt és a mérőeszközök használatát érintik.

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

Az időskori alkalmazkodási folyamatok összefüggéseiben nem került sor a kognitív funkciók szerepének tisztázására, tekintve, hogy ebből a szempontból egészséges személyek vettek részt kutatásunkban. Későbbiekben érdemes lenne nem csak normál kognitív képességekkel rendelkezőkön elvégezni a felméréseket, ezzel lehetővé válna ezen kulcsfontosságú tényező megismerése is a vizsgált folyamatok tekintetében.

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

További limitáció, hogy hosszmetzeti kutatásunk során csak önkitöltő kérdőíveket alkalmaztunk, mely esetén a válaszokat befolyásolhatták olyan tényezők, mint

meghatározott válaszbeállítódás, a megfelelés igénye, saját kognitív és lelki folyamatokkal kapcsolatos belátási képesség. Célszerű lenne a későbbiekben többféle mérési módszer alkalmazása (pl. struktúrált interjú, megfigyelés), hogy több irányból is megközelíthetők legyenek a vizsgált tényezők.

Nehézséget okozott a kutatás során a megfelelően adaptált, magyar kérdőívek felkutatása mind az időskori alkalmazkodási folyamatok tekintetében, mind a kognitív képességek mérését illetően. Vizsgálatunk egyik legnagyobb erénye, egyben bizonyos fokú korlátot is jelent, mivel kutatásunk során részben egy általunk adaptált kérdőívet és validálásunkra váró neurokognitív tesztet használtuk, ezért eredményeink a csekély, illetve hiányzó hazai tapasztalat miatt nem hasonlíthatók össze más vizsgálatok eredményeivel.

Legjobb tudomásunk szerint kutatásunk az első, mely az idősek alkalmazkodási folyamatait a szelekció-optimalizáció-kompenzációs mechanizmusok és más pozitív és negatív tényezők mentén hosszmetzeti kutatás során vizsgálta, ok-okozati kapcsolatot feltételezve. Eredményeink arra utalnak, hogy a korábban már külön-külön vizsgált tényezők kapcsolatait érdemes komplex modellek felállítása során továbbvizsgálni. Az általunk feltárt összefüggések igazolására és általánosíthatóságának alátámasztására tehát további elemzések szükségesek.

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy időskorban a személyiségjegyek viszonylagos állandósága miatt ezen a téren alapvetően nehéz változtatni, azonban ha sikerül megfelelő stratégiákat elsajátítani a mindennapos életvitelre, annak pozitív hatásai kedvezően befolyásolhatják a hátralévő éveket. Vizsgálati eredményeink gyakorlati használhatóságát tekintve csökkenthetővé válhatnak az időskori maladaptív alkalmazkodási folyamatok. Tanulmányunk fontos eredményeket tett elérhetővé, hogy az időskori alkalmazkodási folyamatokat jobban megérthessük, főképpen az alkalmazott stratégiák és reziliencia, illetve a hangulati élet kapcsolataiban.

Irodalomjegyzék

Abraham, J., & Hansson, R. (1995). Successful Aging at Work: An Applied Study of Selection, Optimization, and Compensation Through Impression Management. *The Journals Of Gerontology Series B: Psychological Sciences And Social Sciences*, 50B(2), P94-P103. <https://doi.org/10.1093/geronb/50b.2.p94>

Abele, A., & Wiese, B. (2008). The nomological network of self-management strategies and career success. *Journal Of Occupational And Organizational Psychology*, 81(4), 733-749. <https://doi.org/10.1348/096317907x256726>

Adams, T., Rabin, L., Da Silva, V., Katz, M., Fogel, J., & Lipton, R. (2015). Social Support Buffers the Impact of Depressive Symptoms on Life Satisfaction in Old Age. *Clinical Gerontologist*, 39(2), 139-157. <https://doi.org/10.1080/07317115.2015.1073823>

Agnihotri, K., Awasthi, S., Chandra, H., Singh, U., & Thakur, S. (2010). Validation of WHO QOL-BREF instrument in Indian adolescents. *The Indian Journal Of Pediatrics*, 77(4), 381-386. <https://doi.org/10.1007/s12098-010-0041-1>

Alexopoulos, P., Greim, B., Nadler, K., Martens, U., Krecklow, B., & Domes, G. et al. (2006). Validation of the Addenbrooke's Cognitive Examination for Detecting Early Alzheimer's Disease and Mild Vascular Dementia in a German Population. *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders*, 22(5-6), 385-391. <https://doi.org/10.1159/000095642>

Amado, N., Diniz, A. M., & Martins, M. (2006). Estudo preliminar da adaptação portuguesa para idosos do Selection, Optimization and Compensation Questionnaire (Short Version) [A preliminary study of the Selection, Optimization and Compensation Questionnaire's (Short Version) Portuguese adaptation for elders]. Em C. Machado, L. S. Almeida, M. A. Guisande, M. Gonçalves & V. Ramalho (Orgs.), *Actas da XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 215-222). Braga: Psiquilibrios.

Ambrosi-Randić, N., & Plavšić, M. (2011). Strategies for goal-achievement in older people with different levels of well-being. *Studia psychologica*, 53, 1; 97-106

Anthony, E. J. (1985). Studies of risk, vulnerability and resilience in children. *Child and Adolescent Psychiatry, Mental Retardation, and Geriatric Psychiatry*, 7-10. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-9367-6_2

Aspinwall, L., & Richter, L. (1999). *Motivation And Emotion*, 23(3), 221-245. <https://doi.org/10.1023/a:1021367331817>

Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H., & Aslan, H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*, 55(3), 548-554. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.03.006>

- Baer, R. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science And Practice, 10*(2), 125-143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Bagby, R., Joffe, R., Parker, J., Kalemka, V., & Harkness, K. (1995). Major Depression and the Five-Factor Model of Personality. *Journal Of Personality Disorders, 9*(3), 224-234. <https://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.3.224>
- Bagge, C., Lamis, D., Nadorff, M., & Osman, A. (2013). Relations Between Hopelessness, Depressive Symptoms and Suicidality: Mediation by Reasons for Living. *Journal Of Clinical Psychology, 70*(1), 18-31. <https://doi.org/10.1002/jclp.22005>
- Bal, P. M., Kooij, D. T., & De Jong, S. B. (2013). How do developmental and accommodative HRM enhance employee engagement and commitment? The role of psychological contract and SOC strategies. *Journal of Management Studies, 50*(4), 545-572. <https://doi.org/10.1111/joms.12028>
- Baltes, B., & Heydens-Gahir, H. (2003). Reduction of Work-Family Conflict Through the Use of Selection, Optimization, and Compensation Behaviors. *Journal Of Applied Psychology, 88*(6), 1005-1018. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.6.1005>
- Baltes, P. B., Mayer, K. U., Helmchen, H., & Steinhagen-Thiessen, E. (1993). The Berlin Aging Study (BASE): Overview and Design. *Ageing and Society, 13*(4), 483-515. <https://doi.org/10.1017/s0144686x00001343>
- Baltes, P., Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes, P.B., Baltes, M.M.: *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press.
- Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Baltes, M. M., Freund, A. M., & Lang, F. R. (1999). The measurement of selection, optimization, and compensation (SOC) by self report: *Technical Report 1999*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2213.4807>
- Baltes, M. M., & Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology and Aging, 12*(3), 433-443. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.3.433>
- Beerens, H. C., Zwakhalen, S. M., Verbeek, H., Ruwaard, D., & Hamers, J. P. (2013). Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 50*(9), 1259-1270. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.02.005>
- Berg, A. I., Hassing, L. B., Nilsson, S. E., & Johansson, B. (2009). “As long as I’m in good health”. The relationship between medical diagnoses and life satisfaction in the oldest-old. *Aging Clinical and Experimental Research, 21*(4-5), 307-313. <https://doi.org/10.1007/bf03324920>
- Berg, A. I., Hoffman, L., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2009). What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Aging & Mental Health, 13*(2), 191-201. <https://doi.org/10.1080/13607860802342227>

- Bier, J., Donckels, V., van Eyll, E., Claes, T., Slama, H., Fery, P., & Vokaer, M. (2004). The French Addenbrooke's Cognitive Examination Is Effective in Detecting Dementia in a French-Speaking Population. *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders*, *19*(1), 15-17. <https://doi.org/10.1159/000080965>
- Bishop, A., Martin, P., & Poon, L. (2006). Happiness and congruence in older adulthood: a structural model of life satisfaction. *Aging & Mental Health*, *10*(5), 445-453. <https://doi.org/10.1080/13607860600638388>
- Bouchard, G., & McNair, J. (2016). Dyadic Examination of the Influence of Family Relationships on Life Satisfaction at the Empty-Nest Stage. *Journal Of Adult Development*, *23*(3), 174-182. <https://doi.org/10.1007/s10804-016-9233-x>
- Boyce, C., Brown, G., & Moore, S. (2010). Money and Happiness. *Psychological Science*, *21*(4), 471-475. <https://doi.org/10.1177/0956797610362671>
- Bozo, Ö., Toksabay, N. E., & Kürüm, O. (2009). Activities of daily living, depression, and social support among elderly Turkish people. *The Journal of Psychology*, *143*(2), 193-206. <https://doi.org/10.3200/jrlp.143.2.193-206>
- Bray, I., & Gunnell, D. (2006). Suicide rates, life satisfaction and happiness as markers for population mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*(5), 333-337. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0049-z>
- Brickman, P., Coates, D., & Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, *36*(8), 917-927. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.36.8.917>
- Brown, L. M., & Schinka, J. A. (2005). Development and initial validation of a 15-item informant version of the Geriatric Depression Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *20*(10), 911-918. <https://doi.org/10.1002/gps.1375>
- Brunstein, J. C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*(5), 1061-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.5.1061>
- Bueno, B., & Navarro, A.B. (2003). Identificación de los problemas, afrontamiento y relación con la satisfacción vital en personas muy mayores [Problems, coping and relationship with the life-satisfaction in very elderly people]. *Mapfre Medicina*, *14*, 37-50.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, *25*(2), 453-463. <https://doi.org/10.1037/a0017216>
- Caltabiano, M. L., & Caltabiano, N. J. (2006). Resilience and health outcomes in the elderly. *39th Annual Conference of the Australian Association of Gerontology*, Sydney
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(4), 585-599. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.001>

- Canty-Mitchell, J., & Zimet, G. D. (2000). Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Urban Adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 28(3), 391–400. <https://doi.org/10.1023/a:1005109522457>
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331–338. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.7.3.331>
- Carstensen, L. L. (2006). The Influence of a Sense of Time on Human Development. *Science*, 312(5782), 1913–1915. <https://doi.org/10.1126/science.1127488>
- Carstensen, L.L. & Lang, Frieder. (2007). Sozioemotionale Selektivität über die Lebensspanne: Grundlagen und empirische Befunde.
- Carstensen, L.L., Hanson, K.A., & Freund, A.M. (1995). *Selection and compensation in adulthood*. In Dixon R.A., Bäckman, L.: *Compensating for psychological deficits and declines: Managing losses and promoting gains*. NJ: Erlbaum, Mahwah, 107-126.
- Charernboon, T., & Patumanond, J. (2017). Social cognition in schizophrenia. *Mental Illness*, 9(1). <https://doi.org/10.4081/mi.2017.7054>
- Chen, Y., Hicks, A., & While, A. E. (2013). Loneliness and social support of older people in China: a systematic literature review. *Health & Social Care in the Community*, 22(2), 113–123. <https://doi.org/10.1111/hsc.12051>
- Chenji, S., Mah, D., Johnston, W., Camicioli, R., Fisher, N., & Kalra, S. (2018). Utility of the Addenbrooke’s Cognitive Examination in Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Canadian Journal of Neurological Sciences / Journal Canadien Des Sciences Neurologiques*, 45(5), 527–532. <https://doi.org/10.1017/cjn.2018.68>
- Cherkil, S., Panikar, D., & Soman, D. (2017). Profiling cognitive deficits in intra-axial and extra-axial tumors using addenbrooke’s cognitive examination as a screening tool: An Indian experience. *Asian Journal of Neurosurgery*, 12(4), 653. https://doi.org/10.4103/ajns.ajns_34_15
- Chi, I., & Chou, K.-L. (2000). Financial Strain and Depressive Symptoms Among Hong Kong Chinese Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 32(4), 41–60. https://doi.org/10.1300/j083v32n04_05
- Chipperfield, J. G., & Havens, B. (2001). Gender Differences in the Relationship Between Marital Status Transitions and Life Satisfaction in Later Life. *The Journals of Gerontology: Series B*, 56(3), P176–P186. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.3.p176>
- Chong, M.-Y., Chen, C.-C., Tsang, H.-Y., Yeh, T.-L., Chen, C.-S., Lee, Y.-H., Tang, T.-C., & Lo, H.-Y. (2001). Community study of depression in old age in Taiwan. *British Journal of Psychiatry*, 178(1), 29–35. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.1.29>
- Chou, K.-L., & Chi, I. (2001). Selection, Optimization, and Compensation Questionnaire. *Clinical Gerontologist*, 24(1–2), 141–151. https://doi.org/10.1300/j018v24n01_10

- Chou, K.-L., & Chi, I. (2001). Stressful Life Events and Depressive Symptoms: Social Support and Sense of Control as Mediators or Moderators? *The International Journal of Aging and Human Development*, 52(2), 155–171. <https://doi.org/10.2190/9c97-lca5-ewb7-xk2w>
- Chou, K.-L., Chi, I., & Chow, N. W. S. (2004). Sources of income and depression in elderly Hong Kong Chinese: mediating and moderating effects of social support and financial strain. *Aging & Mental Health*, 8(3), 212–221. <https://doi.org/10.1080/13607860410001669741>
- Chui, W. H., & Wong, M. Y. H. (2015). Gender Differences in Happiness and Life Satisfaction Among Adolescents in Hong Kong: Relationships and Self-Concept. *Social Indicators Research*, 125(3), 1035–1051. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-0867-z>
- Cicchetti, D., & Blender, J. A. (2006). A Multiple-Levels-of-Analysis Perspective on Resilience: Implications for the Developing Brain, Neural Plasticity, and Preventive Interventions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 248–258. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.029>
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147–1156. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1147>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Costa, A. L. S., Heitkemper, M. M., Alencar, G. P., Damiani, L. P., Silva, R. M. da, & Jarrett, M. E. (2017). Social Support Is a Predictor of Lower Stress and Higher Quality of Life and Resilience in Brazilian Patients With Colorectal Cancer. *Cancer Nursing*, 40(5), 352–360. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000388>
- Craik, F., & Salthouse, T. (2000). *The handbook of aging and cognition* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Custodio, N., Lira, D., Montesinos, R., Gleichgerrecht, E. & Manes, F. (2012). Usefulness of the Addenbrooke's Cognitive Examination (Spanish version) in Peruvian patients with Alzheimer's disease and frontotemporal dementia (in Spanish). *Vertex*, 23(103), 165–172.
- de Almeida, S., de Lima Resende, T., & Stobäus, C. (2016). Validity, reliability and convergent analysis of Brazilian version of Selection, Optimization and Compensation Questionnaire (QSOC). *Creative Education*, 7(15), 2074–2087.
- D'Ath, P., Katona, P., Mullan, E., Evans, S., & Katona, C. (1994). Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: The acceptability and performance of the 15 item geriatric depression scale (GDS15) and the development of short versions. *Family Practice*, 11(3), 260–266. <https://doi.org/10.1093/famp/11.3.260>
- Davidson, R. J., & Irwin, W. (1999). The functional neuroanatomy of emotion and affective style. *Trends in Cognitive Sciences*, 3(1), 11–21. [https://doi.org/10.1016/s1364-6613\(98\)01265-0](https://doi.org/10.1016/s1364-6613(98)01265-0)

- Davidson, R. J., & McEwen, B. S. (2012). Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. *Nature Neuroscience*, *15*(5), 689–695. <https://doi.org/10.1038/nn.3093>
- de Guzman, A. B., Jurado, J. B. N., & Juson, A. J. A. (2014). Examining the Structural Relationship of Chronic Illness, Physical Function, Life Satisfaction, and Social Support in the Development of Depression Among Filipino Elderly in Institutionalized Settings. *Educational Gerontology*, *41*(3), 193–206. <https://doi.org/10.1080/03601277.2014.918836>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., & Leiter, M. (2014). Burnout and job performance: The moderating role of selection, optimization, and compensation strategies. *Journal of Occupational Health Psychology*, *19*(1), 96–107. <https://doi.org/10.1037/a0035062>
- Denihan, A., Kirby, M., Bruce, I., Cunningham, C., Coakley, D., & Lawlor, B. A. (2000). Three-year prognosis of depression in the community-dwelling elderly. *British Journal of Psychiatry*, *176*(5), 453–457. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.5.453>
- Dickinson, W. J., Potter, G. G., Hybels, C. F., McQuoid, D. R., & Steffens, D. C. (2011). Change in stress and social support as predictors of cognitive decline in older adults with and without depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *26*(12), 1267–1274. <https://doi.org/10.1002/gps.2676>
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *3*(1), 1–43. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, *40*(1/2), 189–216. <https://doi.org/10.1023/a:1006859511756>
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, *54*, 403–425. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145056>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*(2), 276–302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Dixon, R.A. (1995). Promoting competence through compensation. In L.A. Bond, S.J. Cutter and A. Grams (eds.): *Promoting successful and productive aging*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dockray, S., & Steptoe, A. (2010). Positive affect and psychobiological processes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *35*(1), 69–75. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.01.006>
- Duke, J., Leventhal, H., Brownlee, S., & Leventhal, E. A. (2002). Giving up and replacing activities in response to illness. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *57*(4), P367–P376. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.4.P367>

- Dumitrache, C. G., Rubio, L., & Rubio-Herrera, R. (2016). Perceived health status and life satisfaction in old age, and the moderating role of social support. *Aging & Mental Health*, 21(7), 751–757. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1156048>
- Dunn, S. L. (2005). Hopelessness as a Response to Physical Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(2), 148–154. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00027.x>
- Dykstra, P. (2010). Personal relationships in late life: An introduction to the special issue. *Journal Of Social And Personal Relationships*, 28(1), 5-8. <https://doi.org/10.1177/0265407510391643>
- Ekström, H., Ivanoff, S. D., & Elmståhl, S. (2008). Restriction in social participation and lower life satisfaction among fractured in pain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46(3), 409–424. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.06.001>
- Enkvist, Å., Ekström, H., & Elmståhl, S. (2012). What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 140–145. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.03.013>
- Enkvist, Ekström, & Elmståhl, S. (2012). Associations between functional ability and life satisfaction in the oldest old: results from the longitudinal population study Good Aging in Skåne. *Clinical Interventions in Aging*, 313. <https://doi.org/10.2147/cia.s33610>
- Ensel, W. M. (1991). "Important" life events and depression among older adults: The role of psychological and social resources. *Journal of Aging and Health*, 3(4), 546–566. <https://doi.org/10.1177/089826439100300407>
- Erikson, E. H. (1956). The Problem of Ego Identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4(1), 56–121. <https://doi.org/10.1177/000306515600400104>
- Erikson, E. H. (2002) Gyermekkor és társadalom, Osiris Kiadó – 243-266. oldal. Az ember nyolc korszaka
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed (extended version)*. WW Norton & Company.
- Erim, Y., Kahraman, Y., Vitinius, F., Beckmann, M., Kröncke, S., & Witzke, O. (2015). Resilience and quality of life in 161 living kidney donors before nephrectomy and in the aftermath of donation: a naturalistic single center study. *BMC Nephrology*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12882-015-0160-z>
- Faircloth, A. L. (2017). *Resilience as a mediator of the relationship between negative life events and psychological well-being* [Unpublished doctoral dissertation]. Georgia Southern University: Statesboro (GA).
- Fang, X., Vincent, W., Calabrese, S. K., Heckman, T. G., Sikkema, K. J., Humphries, D. L., & Hansen, N. B. (2015). Resilience, stress, and life quality in older adults living with HIV/AIDS. *Aging & Mental Health*, 19(11), 1015–1021. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.1003287>

- Faria, A. L., Andrade, A., Soares, L., & I Badia, S. B. (2016). Benefits of virtual reality based cognitive rehabilitation through simulated activities of daily living: a randomized controlled trial with stroke patients. *Journal of Neuroengineering and Rehabilitation*, 13(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12984-016-0204-z>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/brm.41.4.1149>
- Felix, J. F., Voortman, T., van den Hooven, E. H., Sajjad, A., Leermakers, E. T. M., Tharner, A., Jong, J. C. K., Duijts, L., Verhulst, F. C., de Jongste, J. C., Tiemeier, H., Hofman, A., Rivadeneira, F., Moll, H. A., Raat, H., Jaddoe, V. W., & Franco, O. H. (2014). Health in children: A conceptual framework for use in healthy ageing research. *Maturitas*, 77(1), 47–51. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.09.011>
- Fiedorova, D., Krulova, P., Ressner, P., Jareмова, V., Slonkova, J., Bar, M., Skoloudik, D., & Srovnalova, H. Z. (2018). Addenbrooke’s cognitive examination in Nondemented patients after stroke. *Neuropsychiatry*, 08(02). 505–512. <https://doi.org/10.4172/neuropsychiatry.1000372>
- Fleck, M. P., Chachamovich, E., & Trentini, C. (2006). Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 785–791. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102006000600007>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state.” *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015). Resilience in aging: literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1475–1495. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.00502014>
- Frederick, S., & Loewenstein, G. (1999). *Hedonic adaptation*. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (p. 302–329). Russell Sage Foundation.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2000). *The orchestration of selection, optimization and compensation: An action–theoretical conceptualization of a theory of developmental regulation*. In W. J. Perrig & A. Grob (Eds.), *Control of human behavior, mental processes, and consciousness: Essays in honor of the 60th birthday of August Flammer* (p. 35–58). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002a). Life-management strategies of selection, optimization and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 642–662. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.4.642>
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002b). The Adaptiveness of Selection, Optimization, and Compensation as Strategies of Life Management: Evidence From a Preference Study on Proverbs. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(5), P426–P434. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.5.p426>

- Freund, A. M., Li, K. Z. H., & Baltes, P. B. (1999). *Successful development and aging: The role of selection, optimization, and compensation*. In J. Brandtstädter & R. M. Lerner, *Action & self-development: Theory and research through the life span* (p. 401–434). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452204802.n14>
- Freund, A., & Baltes, P. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology And Aging, 13*(4), 531-543. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.13.4.531>
- Freund, A., & Baltes, P. (1999). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correction to Freund and Baltes (1998). *Psychology and Aging, 14*: 700–702.
- Freund, A., & Riediger, M. (2001). What I have and what I do: The role of resource loss and gain throughout life. *Applied Psychology, 50*, 370-380.
- Fry, P. S., & Debats, D. L. (2010). Sources of human life-strengths, resilience, and health. *New Frontiers in Resilient Aging*, 15–59. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511763151.003>
- Fugl-Meyer, A. R., Melin, R., & Fugl-Meyer, K. S. (2002). Life Satisfaction in 18- to 64-Year-Old Swedes: In Relation to Gender, Age, Partner and Immigrant Status. *Journal of Rehabilitation Medicine, 34*(5), 239–246. <https://doi.org/10.1080/165019702760279242>
- Fujita, F., & Diener, E. (2005). Life Satisfaction Set Point: Stability and Change. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*(1), 158–164. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.1.158>
- Füredi, J., & Németh, A. (2015). *A pszichiátria magyar kézikönyve: 5. edition*. p. 409-432. Medicina Kiadó
- Füzesi, Zs., Töröcsik, M., & Lampek, K. (2013). *Az időskor egészségpszichológiája: tények és trendek*. In Kállai J, Kaszás B, Tiringner I. (szerk.): *Az időskoriúak egészségpszichológiája*, p. 63-83. Medicina Kiadó
- García-Caballero, A., García-Lado, I., González-Hermida, J., Recimil, MJ., Area, R., Manes, F., Lamas, S., & Berrios, GE. (2006). Validation of the Spanish version of the Addenbrooke's Cognitive Examination in a rural community in Spain. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 21*(3), 239–245. <https://doi.org/10.1002/gps.1450>
- Gerino, E., Rollè, L., Sechi, C., & Brustia, P. (2017). Loneliness, Resilience, Mental Health, and Quality of Life in Old Age: A Structural Equation Model. *Frontiers in Psychology, 8*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02003>
- Gerstorf, D., Ram, N., Mayraz, G., Hidajat, M., Lindenberger, U., Wagner, G. G., & Schupp, J. (2010). Late-life decline in well-being across adulthood in Germany, the United Kingdom, and the United States: Something is seriously wrong at the end of life. *Psychology and Aging, 25*(2), 477–485. <https://doi.org/10.1037/a0017543>
- Gestsdottir, S., Lewin-Bizan, S., von Eye, A., Lerner, J. V., & Lerner, R. M. (2009). The structure and function of selection, optimization, and compensation in middle adolescence: Theoretical and applied

- implications. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(5), 585–600. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2009.07.001>
- Gignac, M. A. M., Cott, C., & Badley, E. M. (2002). Adaptation to disability: Applying selective optimization with compensation to the behaviors of older adults with osteoarthritis. *Psychology and Aging*, 17(3), 520–524. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.17.3.520>
- Gleicher, Y., Croxford, R., Hochman, J., & Hawker, G. (2011). A prospective study of mental health care for comorbid depressed mood in older adults with painful osteoarthritis. *BMC Psychiatry*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-11-147>
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrrier, N. (2011). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 262–270. <https://doi.org/10.1002/gps.2712>
- Gow, A. J., Pattie, A., Whiteman, M. C., Whalley, L. J., & Deary, I. J. (2007). Social Support and Successful Aging. *Journal of Individual Differences*, 28(3), 103–115. <https://doi.org/10.1027/1614-0001.28.3.103>
- Greenglass, E. R. (2002). Proactive Coping and Quality of Life Management. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond Coping, Meeting goals, visions, and challenges* (p. 37–62). Oxford University Press <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198508144.003.0003>
- Grenade, L., & Boldy, D. (2008). Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings. *Australian Health Review*, 32(3), 468. <https://doi.org/10.1071/ah080468>
- Greve, W., & Staudinger, U. M. (2015). Resilience in Later Adulthood and Old Age: Resources and Potentials for Successful Aging. *Developmental Psychopathology*, 796–840. <https://doi.org/10.1002/9780470939406.ch21>
- Griffiths, K. M., Cook, M. L., & Newcombe, R. L. G. (1988). Cube copying after cerebral damage. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 10(6), 800–812. <https://doi.org/10.1080/01688638808402815>
- Gutiérrez, M., Tomás, J. M., Galiana, L., Sancho, P., & Cebrià, M. A. (2013). Predicting life satisfaction of the Angolan elderly: A structural model. *Aging & Mental Health*, 17(1), 94–101. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.702731>
- Gwozdz, W., & Sousa-Poza, A. (2009). Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: An Analysis for Germany. *Soc Indic Res*, 97(3), 397–417. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9508-8>
- Haeffel, G. J., & Grigorenko, E. L. (2007). Cognitive Vulnerability to Depression: Exploring Risk and Resilience. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16(2), 435–448. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2006.11.005>
- Halstead, E. J., Griffith, G. M., & Hastings, R. P. (2017). Social support, coping, and positive perceptions as potential protective factors for the well-being of mothers of children with intellectual and developmental

disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities*, 64(4–5), 288–296. <https://doi.org/10.1080/20473869.2017.1329192>

Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2002). Stressful life events among community-living older persons. *Journal of General Internal Medicine*, 17(11), 841–847. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.20105.x>

Hatfield, J. P., Hirsch, J. K., & Lyness, J. M. (2012). Functional impairment, illness burden, and depressive symptoms in older adults: does type of social relationship matter? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(2), 190–198. <https://doi.org/10.1002/gps.3808>

Hayes, A. F. (2013). *Methodology in the social sciences. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press.

Hayes, A. F. & Coutts, J. J. (2020). Use Omega rather than Cronbach's Alpha for estimating reliability. But..., *Communication Methods and Measures*, 14:1, 1–24, <https://doi.org/10.1080/19312458.2020.1718629>

Heckhausen, J. (1999). *Developmental regulation in adulthood: age-normative and sociostructural constraints as adaptive challenges*. Cambridge University Press.

Heim, S., Busa, C., Pozsgai, É., Csikós, Á., Papp, E., Pákási, M., Kálmán, J., Hajnal, F., & Karádi, K. (2019). Hungarian general practitioners' attitude and the role of education in dementia care. *Primary Health Care Research & Development*, 20. <https://doi.org/10.1017/s1463423619000203>

Heller, D., Watson, D., & Ilies, R. (2004). The Role of Person Versus Situation in Life Satisfaction: A Critical Examination. *Psychological Bulletin*, 130(4), 574–600. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.574>

Helvik, A.-S., Corazzini, K., Selbæk, G., Bjørkløf, G. H., Laks, J., Šaltytė Benth, J., Østbye, T., & Engedal, K. (2016). Health-related quality of life in older depressed psychogeriatric patients: one year follow-up. *BMC Geriatrics*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0310-6>

Herrera-Pérez, E., Custodio, N., Lira, D., Montesinos, R., & Bendezu, L. (2013). Validity of Addenbrooke's Cognitive Examination to Discriminate between Incipient Dementia and Depression in Elderly Patients of a Private Clinic in Lima, Peru. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 3(1), 333–341. <https://doi.org/10.1159/000354948>

Hautzinger, M. (2000). *Depression im Alter*. Weinheim: Beltz/PVU

Hildon, Z., Montgomery, S. M., Blane, D., Wiggins, R. D., & Netuveli, G. (2009). Examining Resilience of Quality of Life in the Face of Health-Related and Psychosocial Adversity at Older Ages: What is "Right" About the Way We Age? *The Gerontologist*, 50(1), 36–47. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp067>

Hoare, C. (2015). Resilience in the Elderly. *Journal of Aging Life Care*. Retrieved August 8, 2020 from <https://www.aginglifecarejournal.org/resilience-in-the-elderly/>

- Hodges, J. R., Patterson, K., Ward, R., Garrard, P., Bak, T., Perry, R., & Gregory, C. (1999). The differentiation of semantic dementia and frontal lobe dementia (temporal and frontal variants of frontotemporal dementia) from early Alzheimer's disease: A comparative neuropsychological study. *Neuropsychology*, *13*(1), 31–40. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.13.1.31>
- Hsieh, S., McGrory, S., Leslie, F., Dawson, K., Ahmed, S., Butler, C. R., Rowe, J. B., Mioshi, E., & Hodges, J. R. (2014). The Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination: A New Assessment Tool for Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *39*(1–2), 1–11. <https://doi.org/10.1159/000366040>
- Hsieh, S., Schubert, S., Hoon, C., Mioshi, E., & Hodges, J. R. (2013). Validation of the Addenbrooke's Cognitive Examination III in Frontotemporal Dementia and Alzheimer's Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *36*(3–4), 242–250. <https://doi.org/10.1159/000351671>
- Hsu, H.-C. (2012). Trajectories and covariates of life satisfaction among older adults in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *55*(1), 210–216. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.08.011>
- Hsu, H.-C., & Tung, H.-J. (2010). What makes you good and happy? Effects of internal and external resources to adaptation and psychological well-being for the disabled elderly in Taiwan. *Aging & Mental Health*, *14*(7), 851–860. <https://doi.org/10.1080/13607861003800997>
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1999) Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, *6*, 1–55.
- Hudson, M. R., Harding, K. A., & Mezulis, A. (2015). Dampening and brooding jointly link temperament with depressive symptoms: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, *83*, 249–254. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.04.025>
- Huynh, W., Sharplin, L. E., Caga, J., Highton-Williamson, E., & Kiernan, M. C. (2019). Respiratory function and cognitive profile in amyotrophic lateral sclerosis. *European Journal of Neurology*, *27*(4), 685–691. <https://doi.org/10.1111/ene.14130>
- Ibrahim, N., Din, N. C., Ahmad, M., Ghazali, S. E., Said, Z., Shahar, S., Ghazali, A. R., & Razali, R. (2013). Relationships between social support and depression, and quality of life of the elderly in a rural community in Malaysia. *Asia-Pacific Psychiatry*, *5*, 59–66. <https://doi.org/10.1111/appy.12068>
- Janka, Z., Somogyi, A., & Maglóczy, E. (1988). Dementia screening by a short cognitive test. [Dementia szűrővizsgálat kognitív gyorseszteszt segítségével.] *Orvosi Hetilap*, *129*, 2797–2800.
- Janssen, B. M., Van Regenmortel, T., & Abma, T. A. (2011). Identifying sources of strength: resilience from the perspective of older people receiving long-term community care. *European Journal of Ageing*, *8*(3), 145–156. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0190-8>
- Janssen, M. (2011). Resilience and adaptation in the governance of social-ecological systems. *International Journal of the Commons*, *5*(2), 340. <https://doi.org/10.18352/ijc.320>

- Jansson, A. H., Muurinen, S., Savikko, N., Soini, H., Suominen, M. M., & Kautiainen, H. (2017). Loneliness in nursing homes and assisted living facilities: prevalence, associated factors and prognosis. *Journal Nursing Home Research*, 3, 43-49. doi: <http://dx.doi.org/10.14283/jnhrs.2017.7>
- Jenkins, S. R., Belanger, A., Connally, M. L., Boals, A., & Durón, K. M. (2013). First-generation undergraduate students' social support, depression, and life satisfaction. *Journal of College Counseling*, 16(2), 129–142. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2013.00032.x>.
- Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso, D. K., Martin, A. S., Palmer, B. W., Rock, D., Golshan, S., Kraemer, H. C., & Depp, C. A. (2013). Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *The American journal of psychiatry*, 170(2), 188–196. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030386>
- Jing, W., Willis, R., & Feng, Z. (2016). Factors influencing quality of life of elderly people with dementia and care implications: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66, 23–41. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.04.009>
- Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Beekman, A. T. F., Kluiters, H., & Ribbe, M. W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders*, 83(2–3), 135–142. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.06.001>
- Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Gerritsen, D. L., Derksen, M., Beekman, A. T. F., Kluiters, H., & Ribbe, M. W. (2005). Diagnostic accuracy of the original 30-item and shortened versions of the Geriatric Depression Scale in nursing home patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11), 1067–1074. <https://doi.org/10.1002/gps.1398>
- Joshi, N., Khanna, R., & Shah, R. M. (2015). Relationship Between Depression and Physical Activity, Disability, Burden, and Health-Related Quality of Life Among Patients with Arthritis. *Population Health Management*, 18(2), 104–114. <https://doi.org/10.1089/pop.2014.0062>
- Kahn, J. H., Hessling, R. M., & Russell, D. W. (2003). Social support, health, and well-being among the elderly: what is the role of negative affectivity? *Personality and Individual Differences*, 35(1), 5–17. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(02\)00135-6](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(02)00135-6)
- Kahn, R.L., & Antonucci, T.C. (1980). "Convoys Over the Life Course: Attachment, Roles and Social Support.." *Life-Span Development and Behavior* edited by P. B. Baltes and O. Brim. New York: Academic Press., 3, 253-286.
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31–36.
- Kang, S.-M., Shaver, P. R., Sue, S., Min, K.-H., & Jing, H. (2003). Culture-Specific Patterns in the Prediction of Life Satisfaction: Roles of Emotion, Relationship Quality, and Self-Esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(12), 1596–1608. <https://doi.org/10.1177/0146167203255986>

- Kanning, M., & Schlicht, W. (2008). A bio-psycho-social model of successful aging as shown through the variable of physical activity. *European Review of Aging and Physical Activity*, 5(2), 79–87. <https://doi.org/10.1007/s11556-008-0035-4>
- Karatas, K., & Duyan, V. (2008). Difficulties that elderly people encounter and their life satisfaction. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 36(8), 1073–1084. <https://doi.org/10.2224/sbp.2008.36.8.1073>
- Kaszás, B., & Tiringler, I. (2010). Szelekció, optimalizáció, kompenzáció: Baltes modellje az időskori alkalmazkodási folyamatokra [Selection, optimization, compensation: Baltes' model of the elderly's adaptation processes]. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11(3), 191–208. <https://doi.org/10.1556/Mental.11.2010.3.2>
- Kaszás, B., Kovács, N., Balás, I., Kállai, J., Aschermann, Z., Kerekes, Z., Karádi, K. (2012). Sensitivity and specificity of Addenbrooke's Cognitive Examination, Mattis Dementia Rating Scale, Frontal Assessment Battery and Mini Mental State Examination for diagnosing dementia in Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 18(5), 553–556. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2012.02.010>
- Kent, M., & Davis, M. C. (2010). The emergence of capacity-building programs and models of resilience. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.). *Handbook of adult resilience* (pp. 427–449). New York, NY: the Guilford Press.
- Kessler, R. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74(1), 5–13. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00426-3](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00426-3)
- Keyes, C. L., Michalec, B., Kobau, R., Zahran, H., Zack, M. M., & Simoes, E. J. (2005). Social support and health related quality of life among older adults – Missouri. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54, 433–437.
- Kinsel, B. (2005). Resilience as adaptation in older women. *Journal of Woman & Aging*, 17(3), 23–39. https://doi.org/10.1300/J074v17n03_03
- Kiss, E., Vajda, D., Káplár, M., Csókási, K., Hargitai, R. & Nagy, L. (2015). *The Hungarian adaptation of the 25-item Connor-Davidson Resilience Scale*. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 16 (1). pp. 93–113. <http://dx.doi.org/10.1556/Mental.16.2015.1.4>
- Klinger, E. (1977). *Meaning [and] void : inner experience and incentives in people's lives*. University Of Minnesota Press.
- Koivumaa-Honkanen, H., Kaprio, J., Honkanen, R., Viinamuki, H., & Koskenvuo, M. (2004). Life satisfaction and depression in a 15-year follow-up of healthy adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 994–999. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0833-6>
- Kolozsvári, L. R., Kovács, Z. G., Szöllősi, G. J., Harsányi, S., Frecska, E., & Égerházi, A. (2017). A Teszteld a memóriádat (Test Your Memory) magyar változatának validálása. *Ideggyógyászati Szemle*, 70(7–8), 267–272. <https://doi.org/10.18071/isz.70.0267>

- Kong, F., Ding, K., & Zhao, J. (2015). The relationships among gratitude, self-esteem, social support and life satisfaction among undergraduate students. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 16(2), 477–489. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9519-2>
- Krägeloh, C. U., Kersten, P., Rex Billington, D., Hsu, P. H.-C., Shepherd, D., Landon, J., & Feng, X. J. (2012). Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire for general use in New Zealand: confirmatory factor analysis and Rasch analysis. *Quality of Life Research*, 22(6), 1451–1457. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0265-9>
- Krampe, R.T., Rapp, M., Bondar, A., & Baltes, P.B. (2001). Selektion, Optimierung und Kompensation in Doppelaufgaben: Ressourcenallokation zwischen sensomotorischen und kognitiven Funktionen als intelligentes Verhalten. *Unveröffentlichtes Manuscript*, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin
- Kullmann, L., & Harangozó, J. (1999). Az Egészségügyi Világszervezet életminőség vizsgáló módszerének hazai adaptációja. *Orvosi Hetilap*. 140:1947-1952.
- Kwong, K., Du, Y., & Xu, Q. (2015). Healthy aging of minority and immigrant populations: Resilience in late life. *Traumatology*, 21(3), 136–144. <https://doi.org/10.1037/trm0000034>
- Laidlaw K, Kishita N, Chellingsworth M (2016) A Clinicians Guide to: CBT with older adults. UEA. Link https://www.optimalagingcenter.com/wp-content/uploads/2018/08/KL_IAPT_High_intensity_CBT_OLDER-PEOPLE_workbook.pdf (Assessed 17 Aug 2021)
- Lambon R. M. A., Graham, K. S., Ellis, A. W., & Hodges, J. R. (1998). Naming in semantic dementia—what matters? *Neuropsychologia*, 36(8), 775–784. [https://doi.org/10.1016/s0028-3932\(97\)00169-3](https://doi.org/10.1016/s0028-3932(97)00169-3)
- Lamond, A. J., Depp, C. A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D. J., Golshan, S., Ganiats, T. G., & Jeste, D. V. (2008). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research*, 43(2), 148–154. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.03.007>
- Lang, F. R., Rieckmann, N., & Baltes, M. M. (2002). Adapting to Aging Losses: Do Resources Facilitate Strategies of Selection, Compensation, and Optimization in Everyday Functioning? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(6), P501–P509. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.6.p501>
- Larsen, R. J., Diener, E., & Emmons, R. A. (1985). An evaluation of subjective well-being measures. *Social Indicators Research*, 17(1), 1–17. <https://doi.org/10.1007/bf00354108>
- Lavretsky, H. (2014). *Resilience and aging: Research and practice*. Johns Hopkins University Press.
- Lawford, J., & Eiser, C. (2001). Exploring links between the concepts of Quality of Life and resilience. *Pediatric Rehabilitation*, 4(4), 209–216. <https://doi.org/10.1080/13638490210124024>
- Layte, R., Sexton, E., & Savva, G. (2013). Quality of Life in Older Age: Evidence from an Irish Cohort Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61, S299–S305. <https://doi.org/10.1111/jgs.12198>

- Lee, H., & Kim, C. (2016). Structural Equation Modeling to Assess Discrimination, Stress, Social Support, and Depression among the Elderly Women in South Korea. *Asian Nursing Research, 10*(3), 182-188. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.06.003>
- Leung, K. F., Wong, W. W., Tay, M. S. M., Chu, M. M. L., & Ng, S. S. W. (2005). Development and validation of the interview version of the Hong Kong Chinese WHOQOL-BREF. *Quality of Life Research, 14*(5), 1413-1419. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-4772-1>
- Levens, S. M., & Gotlib, I. H. (2010). Updating positive and negative stimuli in working memory in depression. *Journal of Experimental Psychology: General, 139*(4), 654-664. <https://doi.org/10.1037/a0020283>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*(2), 261-270. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>
- Li, C., Chi, I., Zhang, X., Cheng, Z., Zhang, L., & Chen, G. (2014). Urban and rural factors associated with life satisfaction among older Chinese adults. *Aging & Mental Health, 19*(10), 947-954. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.977767>
- Liguori, B. E. V., Senna, C. E. de O., Grateki, G. G., Fonseca, I. C. R. da, Pereira, P. F., & Jurno, M. E. (2018). Cognitive deficit in migrainous patients: evaluation through Addenbrooke's Cognitive Examination. *Revista Médica de Minas Gerais, 28*. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20180022>
- Little, B. R. (2014). Well-doing: Personal projects and the quality of lives. *School Field, 12*(3), 329-346. <https://doi.org/10.1177/1477878514545847>
- Liu, C. Y., Wang, S. J., Teng, E. L., Fuh, J. L., Lin, C. C., Lin, K. N., Chen, H. M., Lin, C. H., Wang, P. N., Yang, Y. Y., Larson, E. B., Choz, P., & Liu, H. C. (1997). Depressive disorders among older residents in a Chinese rural community. *Psychological Medicine, 27*(4), 943-949. <https://doi.org/10.1017/s0033291797005230>
- Liu, L., Gou, Z., & Zuo, J. (2014). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology, 21*(5), 750-758. <https://doi.org/10.1177/1359105314536941>
- Loh, J. M. I., Schutte, N. S., & Thorsteinsson, E. B. (2013). Be Happy: The Role of Resilience Between Characteristic Affect and Symptoms of Depression. *Journal of Happiness Studies, 15*(5), 1125-1138. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9467-2>
- Loney, B. R., Lima, E. N., & Butler, M. A. (2006). Trait Affectivity and Nonreferred Adolescent Conduct Problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 35*(2), 329-336. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3502_17
- Lu, C.-H., Liu, C.-Y., & Yu, S. (1998). Depressive Disorders Among the Chinese Elderly in a Suburban Community. *Public Health Nursing, 15*(3), 196-200. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.1998.tb00339.x>

- Lu, F.-Y., Wen, S., Deng, G., & Tang, Y.-L. (2017). Self-concept mediate the relationship between childhood maltreatment and abstinence motivation as well as self-efficacy among drug addicts. *Addictive Behaviors*, *68*, 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.01.017>
- Lucas-Carrasco, R. (2011). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research*, *21*(1), 161–165. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9926-3>
- Lucza, T., Ascherman, Z., Kovács, M., Makkos, A., Harmat, M., Juhász, A., Janszky, J., Komoly, S., Kovács, N., Dorn, K., & Karádi, K. (2018). Comparing Sensitivity and Specificity of Addenbrooke's Cognitive Examination-I, III and Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination in Parkinson's Disease. *Behavioural Neurology*, *2018*, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2018/5932028>
- Lucza, T., Karádi, K., Komoly, S., Janszky, J., Kállai, J., Makkos, A., Kovács, M., Weintraut, R., Deli, G., Aschermann, Z., & Kovács, N. (2015). Neurokognitív zavarok diagnosztizálási és kezelési lehetőségei Parkinson-kórban. *Orvosi Hetilap*, *156*(23), 915–926. <https://doi.org/10.1556/650.2015.30159>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, *71*(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Lykken, D., & Tellegen, A. (1996). Happiness Is a Stochastic Phenomenon. *Psychological Science*, *7*(3), 186–189. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1996.tb00355.x>
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, *37*(4), 266–272. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014>
- Mair, C., Diez Roux, A. V., & Morenoff, J. D. (2010). Neighborhood stressors and social support as predictors of depressive symptoms in the Chicago Community Adult Health Study. *Health & Place*, *16*(5), 811–819. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.04.006>
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2006). Resilience in the face of potential trauma: Clinical practices and illustrations. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(8), 971–985. <https://doi.org/10.1002/jclp.20283>
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2009). Predictors and Parameters of Resilience to Loss: Toward an Individual Differences Model. *Journal of Personality*, *77*(6), 1805–1832. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00601.x>
- Manne, S. L., Myers-Virtue, S., Kashy, D., Ozga, M., Kissane, D., & Heckman, C., et al. (2015). Resilience, positive coping, and quality of life among women newly diagnosed with gynecological cancers. *Cancer Nursing*, *38*(5), 375–382. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000215>
- Marsiske, M., Lang, F.R., Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (1995). *Selective optimization with compensation: Life-span perspectives on successful human development*. In Dixon, R.A., Bäckman, L.: *Compensating for psychological deficits and declines: Managing losses and promoting gains*. NJ: Erlbaum, Mahwah, 35-79.

- Martínez-Martí, M. L., & Ruch, W. (2016). Character strengths predict resilience over and above positive affect, self-efficacy, optimism, social support, self-esteem, and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology, 12*(2), 110–119. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1163403>
- Martos, T. (2009). Goals, projects, strivings. I. Theoretical considerations and possibilities of application. *Magyar Pszichológiai Szemle, 64*(2), 337–358. <https://doi.org/10.1556/mpszle.64.2009.2.3>
- Mathew, R., & Pavithran, S. (2017). Cognition in advanced normal pressure hydrocephalus: A pilot study from South India. *Neurology India, 65*(4), 729. https://doi.org/10.4103/neuroindia.ni_1219_15
- Mathuranath, P. S., Nestor, P. J., Berrios, G. E., Rakowicz, W., & Hodges, J. R. (2000). A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neurology, 55*(11), 1613–1620. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000434309.85312.19>
- Mayer, J. D., & Gaschke, Y. N. (1988). The experience and meta-experience of mood. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*(1), 102–111. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.1.102>
- Mayer, K. U., Baltes, P. B., Baltes, M. M., Borchelt, M., Delius, J., Helmchen, H., et al. (1999). *What do we know about old age and aging? Conclusions from the Berlin Aging Study*. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 475-519). Cambridge: Cambridge University Press.
- Meehl, P. E. (1975). Hedonic capacity: some conjectures. *Bulletin of the Menninger Clinic, 39*(4):295-307.
- Meeks, S., & Murrell, S. A. (2001). Contribution of Education to Health and Life Satisfaction in Older Adults Mediated by Negative Affect. *Journal of Aging and Health, 13*(1), 92–119. <https://doi.org/10.1177/089826430101300105>
- Meguro, K. (2008). Clinical Features of Mild Cognitive Impairment and Dementia in a Community: An update of the Osaki-Tajiri Project. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine, 215*(2), 125–131. <https://doi.org/10.1620/tjem.215.125>
- Mehta, K. M., Yaffe, K., & Covinsky, K. E. (2002). Cognitive impairment, depressive symptoms, and functional decline in older people. *Journal of the American Geriatrics Society, 50*(6), 1045–1050. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50259.x>
- Mehta, M., Whyte, E., Lenze, E., Hardy, S., Roumani, Y., Subashan, P., Huang, W., & Studenski, S. (2008). Depressive symptoms in late life: associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*(3), 238–243. <https://doi.org/10.1002/gps.1868>
- Melendez, Juan & Tomás, José & Navarro-Pardo, Esperanza. (2011). Everyday life activities and well-being: Their relationships with age and gender in the elderly. *Anales de Psicología, 27*. 164-169.
- Melrose, K. L., Brown, G. D., & Wood, A. M. (2015). When is received social support related to perceived support and well-being? When it is needed. *Personality and Individual Differences, 77*, 97–105. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.047>

- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(11), 1078–1085. <https://doi.org/10.1002/gps.1610>
- Mol, M., Carpay, M., Ramakers, I., Rozendaal, N., Verhey, F. and Jolles, J. (2007). The effect of perceived forgetfulness on quality of life in older adults; a qualitative review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 393–400. <https://doi:10.1002/gps.1686>
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 382–389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- Montross, L. P., Depp, C., Daly, J., Reichstadt, J., Golshan, S., Moore, D., Sitzer, D., & Jeste, D. V. (2006). Correlates of Self-Rated Successful Aging Among Community-Dwelling Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 43–51. <https://doi.org/10.1097/01.jgp.0000192489.43179.31>
- Mui, A. C. (1996). Geriatric Depression Scale as a community screening instrument for elderly Chinese immigrants. *International Psychogeriatrics*, 8(3), 445–458. <https://doi.org/10.1017/S1041610296002803>
- Mund, M., Freuding, M. M., Möbius, K., Horn, N., & Neyer, F. J. (2019). The Stability and Change of Loneliness Across the Life Span: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Personality and Social Psychology Review*, 24(1), 24–52. <https://doi.org/10.1177/1088868319850738>
- Müller, A., Heiden, B., Herbig, B., Poppe, F., & Angerer, P. (2016). Improving well-being at work: A randomized controlled intervention based on selection, optimization, and compensation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 21(2), 169–181. <https://doi.org/10.1037/a0039676>
- Myers, D. G., & Diener, E. (1995). Who Is Happy? *Psychological Science*, 6(1), 10–19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1995.tb00298.x>
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, S. (2006). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 4(4):1-12.
- Netuveli, G. (2006). Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(4), 357–363. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.040071>
- Newman, J. (2005). Brief Assessment of Cognitive Mental Status in Hebrew: Addenbrooke's Cognitive Examination. *The Israel Medical Association Journal*, 7, 451-7.
- Norberg, J., Wilson, J., Walker, B., & Ostrom, E. (2008). *Diversity and Resilience of Social-Ecological Systems*. in Norberg, J. & Cummings, G. (eds.) *Complexity theory for a sustainable future*. p. 46-79. Columbia University press, New York.
- Nørholm, V., Bech, P. (2001). The WHO Quality of Life (WHOQOL) Questionnaire: Danish validation study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55:4 229-235, <https://doi.org/10.1080/080394801681019075>

- Nussbaum, A. M., & American Psychiatric Association. (2013). *The pocket guide to the DSM-5 diagnostic exam*. American Psychiatric Pub.
- Nybo, T., Sainio, M., & Müller, K. (2004). Stability of vocational outcome in adulthood after moderate to severe preschool brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society, 10*(5), 719–723. <https://doi.org/10.1017/S1355617704105109>
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health, 9*(4), 354–362. <https://doi.org/10.1080/1360500114415>
- Oh, H. J., Ozkaya, E., & LaRose, R. (2014). How does online social networking enhance life satisfaction? The relationships among online supportive interaction, affect, perceived social support, sense of community, and life satisfaction. *Computers in Human Behavior, 30*, 69–78. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.07.053>
- Okabayashi, H. (2014). Development of a Japanese Version of the Selection, Optimization, and Compensation Questionnaire. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 29*(4), 447–465. <https://doi.org/10.1007/s10823-014-9242-9>
- Oliveira, Katya Luciane de, Santos, Acácia Aparecida Angeli dos, Cruvinel, Mirian, & Néri, Anita Liberalesso. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo, 11*(2), 351–359. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200014>
- Ong, H. L., Vaingankar, J. A., Abidin, E., Sambasivam, R., Fauziana, R., Tan, M.-E., Chong, S. A., Goveas, R. R., Chiam, P. C., & Subramaniam, M. (2018). Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC Psychiatry, 18*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1616-z>
- Ouweland, C., de Ridder, D. T. D., & Bensing, J. M. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review, 27*(8), 873–884. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.003>
- Özbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgen, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice. *Psychiatry, 4*(5), 35–40. PMID: 20806028
- Pákáski, M., Drótos, G., Janka, Z., & Kálmán, J. (2012). Validation of the Hungarian version of Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognitive Subscale. *Orvosi Hetilap, 153*(12), 461–466. <https://doi.org/10.1556/oh.2012.29332>
- Papp-Zipernovszky, O., Kékesi, M. Z., & Jámboři, Sz. (2017). A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika, 18*(3), 230–262. <https://doi.org/10.1556/0406.18.2017.011>

- Paulik, E., Belec, B., Molnár, R., Müller, A., Belicza, É., Kullmann, L., & Nagymajtényi, L. (2007). Applicability of the brief version of the World Health Organization's quality of life questionnaire in Hungary. *Orvosi Hetilap*, *148*(4), 155–160. <https://doi.org/10.1556/oh.2007.27854>
- Perczel-Forintos, D., Ajtay, Gy., Barna, Cs., Kiss, Zs., & Komlósi, S. (2018). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: Semmelweis Kiadó
- Perna, L., Mielck, A., Lacruz, M. E., Emeny, R. T., von Eisenhart Rothe, A., Meisinger, C., & Ladwig, K.-H. (2013). The association between resilience and diabetic neuropathy by socioeconomic position: Cross-sectional findings from the KORA-Age study. *Journal of Health Psychology*, *20*(9), 1222–1228. <https://doi.org/10.1177/1359105313510334>
- Phelan, J. C., Link, B. G., Diez-Roux, A., Kawachi, I., & Levin, B. (2004). “Fundamental Causes” of Social Inequalities in Mortality: A Test of the Theory. *Journal of Health and Social Behavior*, *45*(3), 265–285. <https://doi.org/10.1177/002214650404500303>
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry*, *177*(6), 486–492. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.486>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). *Risk factors for loneliness in adulthood and old age--a meta-analysis*. In S. P. Shohov (Ed.), *Advances in psychology research, Vol. 19* (p. 111–143). Nova Science Publishers.
- Pinto, J. M., Fontaine, A. M., & Neri, A. L. (2016). The influence of physical and mental health on life satisfaction is mediated by self-rated health: A study with Brazilian elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *65*, 104–110. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.03.009>
- Pocklington, C., Gilbody, S., Manea, L., & McMillan, D. (2016). The diagnostic accuracy of brief versions of the Geriatric Depression Scale: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *31*(8), 837–857. <https://doi.org/10.1002/gps.4407>
- Pouretmad, H. R., Khatibi, A., Ganjavi, A., Shams, J., & Zarei, M. (2009). Validation of Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE) in a Persian-Speaking Population. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *28*(4), 343–347. <https://doi.org/10.1159/000252772>
- Rapkin, B. D., & Fischer, K. (1992). Framing the construct of life satisfaction in terms of older adults' personal goals. *Psychology and Aging*, *7*(1), 138–149. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.7.1.138>
- Resnick, B., Klinedinst, N. J., Yerges-Armstrong, L., Choi, E. Y., & Dorsey, S. G. (2015). The Impact of Genetics on Physical Resilience and Successful Aging. *Journal of Aging and Health*, *27*(6), 1084–1104. <https://doi.org/10.1177/0898264315577586>
- Reyes, M. A., Lloret, S. P., Gerscovich, E. R., Martin, M. E., Leiguarda, R., & Merello, M. (2009). Addenbrooke's Cognitive Examination validation in Parkinson's disease. *European Journal of Neurology*, *16*(1), 142–147. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2008.02384.x>
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(3), 307–321. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>

- Roberto, K. A., & Blieszner, R. (2015). Diverse Family Structures and the Care of Older Persons. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 34(3), 305–320. <https://doi.org/10.1017/s0714980815000288>
- Robinson, M. J. F., Fischer, A. M., Ahuja, A., Lesser, E. N., & Maniates, H. (2015). Roles of “Wanting” and “Liking” in Motivating Behavior: Gambling, Food, and Drug Addictions. *Behavioral Neuroscience of Motivation*, 105–136. https://doi.org/10.1007/7854_2015_387
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Rózsa, S. (2009). *A mindennapos testi tünetek pszichológiája és mérésének módszertana*. Doktori értekezés. Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem
- Rutten, B. P. F., Hammels, C., Geschwind, N., Menne-Lothmann, C., Pishva, E., Schruers, K., van den Hove, D., Kenis, G., van Os, J., & Wichers, M. (2013). Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(1), 3–20. <https://doi.org/10.1111/acps.12095>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). *Overview of self-determination theory: An organismic-dialectical perspective*. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (p. 3–33). University of Rochester Press.
- Ryff, C. D., Love, G. D., Essex, M. J., & Singer, B. (1998). Resilience in Adulthood and Later Life. *Handbook of Aging and Mental Health*, 69–96. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0098-2_4
- Şahin, D. S., Özer, Ö., & Yanardağ, M. Z. (2019). Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. *Educational Gerontology*, 45(1), 69–77. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1585065>
- Schaan, B. (2013). Widowhood and Depression Among Older Europeans--The Role of Gender, Caregiving, Marital Quality, and Regional Context. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(3), 431–442. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt015>
- Segel-Karpas, D., Palgi, Y., & Shrira, A. (2017). The reciprocal relationship between depression and physical morbidity: The role of subjective age. *Health Psychology*, 36(9), 848–851. <https://doi.org/10.1037/hea0000542>
- Segura-Camacho, A., Rodríguez-Cifuentes, F., Sáenz De la Torre, L. C., & Topa, G. (2018). Successful Aging at Work: Psychometric Properties of the Spanish Version of Selection, Optimization and Compensation Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00410>

- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.5>
- Shang, L., Lu, Z., & Li, H. (2015). Neural Responding Machine for Short-Text Conversation. *Proceedings of the 53rd Annual Meeting of the Association for Computational Linguistics and the 7th International Joint Conference on Natural Language Processing (Volume 1: Long Papers)*. <https://doi.org/10.3115/v1/p15-1152>
- Sheikh J. I., & Yesavage J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5, 165–173.
- Shrira, A. (2012). The effect of lifetime cumulative adversity on change and chronicity in depressive symptoms and quality of life in older adults. *International Psychogeriatrics*, 24(12), 1988–1997. <https://doi.org/10.1017/s1041610212001123>
- Shrira, A., Bodner, E., & Palgi, Y. (2014). The interactive effect of subjective age and subjective distance-to-death on psychological distress of older adults. *Aging & Mental Health*, 18(8), 1066–1070. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.915925>
- Siahpush, M., Spittal, M., & Singh, G. K. (2008). Happiness and Life Satisfaction Prospectively Predict Self-Rated Health, Physical Health, and the Presence of Limiting, Long-Term Health Conditions. *American Journal of Health Promotion*, 23(1), 18–26. <https://doi.org/10.4278/ajhp.061023137>
- Sirály, E., Szita, B., Kovács, V., Csibri, É., Hidasi, Z., Salacz, P., Szabó, Á., Maros, V., Hanák, P., Pataki, B., & Csukly, G. (2013). Az enyhe kognitív deficitben szenvedők differenciálása az egészséges idős populációtól neuropszichológiai tesztek segítségével. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 15(3): 139–146.
- Smith, B. W., & Zautra, A. J. (2008). Vulnerability and resilience in women with arthritis: Test of a two-factor model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 799–810. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.5.799>
- Smith, B. W., Tooley, E. M., Christopher, P. J., & Kay, V. S. (2010). Resilience as the ability to bounce back from stress: A neglected personal resource? *The Journal of Positive Psychology*, 5(3), 166–176. <https://doi.org/10.1080/17439760.2010.482186>
- Smith, J. L., & Bryant, F. B. (2016). The Benefits of Savoring Life. *The International Journal of Aging and Human Development*, 84(1), 3–23. <https://doi.org/10.1177/0091415016669146>
- Smith, K. W., Avis, N. E., & Assmann, S. F. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A metaanalysis. *Quality of Life Research*, 8(5), 447–459. <https://doi.org/10.1023/a:1008928518577>
- Snaith RP, Harrop F M, Newby DA, Teale C. (1986) Grade scores of the MontgomeryAsberg Depression and the Clinical Anxiety Scales. *Br J Psychiatry*, 1986(148), 599-601.

- Sousa, L., & Vivas, L. (2017). Valores normativos del Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE) para población con bajo nivel socioeducativo. *Neurología Argentina*, 9(4), 219–224. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2017.07.005>
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25338. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Southwick, S., & Wilson, P. (2015). *The emerging scientific and clinical literature on resilience and psychological first aid*. In N. C. Bernardy, & M. J. Friedman (Eds.), *A practical guide to PTSD treatment: Pharmacological and psychotherapeutic approaches* (pp.21-33). Washington, D.C. American Psychological Association.
- St. John, P. D., Mackenzie, C., & Menec, V. (2015). Does life satisfaction predict five-year mortality in community-living older adults? *Aging & Mental Health*, 19(4), 363–370. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.938602>
- Stachó, L., Dudás, R., Ivády, R., Kothencz, G., Janka, Z. (2003). Addenbrook's Cognitive Examination: Developing the Hungarian version. *Psychiatra Hungarica*. 18:226-240.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1995). *Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span*. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Wiley series on personality processes. Developmental psychopathology, Vol. 2. Risk, disorder, and adaptation* (p. 801–847). John Wiley & Sons. (Reprinted in modified form from "Development & Psychopathology," 5, 1993, pp. 541–566)
- Stephan, Y., Caudroit, J., & Chalabaev, A. (2011). Subjective health and memory self-efficacy as mediators in the relation between subjective age and life satisfaction among older adults. *Aging & Mental Health*, 15(4), 428–436. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.536138>
- Stiles, P., & McGarrahan, J. (1998). The Geriatric Depression Scale: A comprehensive review. *Journal of Clinical Geropsychology*. 4. 89-110.
- Stokholm, J., Vogel, A., Johannsen, P., & Waldemar, G. (2009). Validation of the Danish Addenbrooke's Cognitive Examination as a Screening Test in a Memory Clinic. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 27(4), 361–365. <https://doi.org/10.1159/000209271>
- Szots, M., Blaabjerg, M., Orsi, G., Iversen, P., Kondziella, D., Madsen, C. G., Garde, E., Magnusson, P. O., Barsi, P., Nagy, F., Siebner, H. R., & Illes, Z. (2017). Global brain atrophy and metabolic dysfunction in LGI1 encephalitis: A prospective multimodal MRI study. *Journal of the Neurological Sciences*, 376, 159–165. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2017.03.020>
- Taylor, M. G., & Lynch, S. M. (2004). Trajectories of Impairment, Social Support, and Depressive Symptoms in Later Life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(4), S238–S246. <https://doi.org/10.1093/geronb/59.4.s238>

Thayer, R. E. (1998). *The origin of everyday moods : managing energy, tension, and stress*. Oxford University Press.

The APA 1998 Annual Report (1999). *American Psychologist*, 54(8), 537-568. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.8.537>

Theurer, K., Mortenson, W. B., Stone, R., Suto, M., Timonen, V., & Rozanova, J. (2015). The need for a social revolution in residential care. *Journal of Aging Studies*, 35, 201–210. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.08.011>

Tiringer, I (2012). *Az akut kardiológiai eseményen átesett betegek hosszú távú életminőségét befolyásoló pszichoszociális tényezők vizsgálata*. Doktori értekezés. Pécsi Egyetem.

Tiringer, I., Kaszás, B. (2013). *Az időskor pszichológiai jellemzői*. In: Kiss, E., Makó, H. *Mentálhigiéné és segítő hivatás: fejezetek az elmélet és a gyakorlat területeiről*. Pro Pannonia Kiadói Alapítvány, pp. 53-66.

Tomarken, A. J., & Keener, A. D. (1998). Frontal brain asymmetry and depression: A self-regulatory perspective. *Cognition and Emotion*, 12(3), 387–420. <https://doi.org/10.1080/026999398379655>

Tomini, F., Tomini, S. M., & Groot, W. (2016). Understanding the value of social networks in life satisfaction of elderly people: a comparative study of 16 European countries using SHARE data. *BMC Geriatrics*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0362-7>

Trepte, S., Dienlin, T., & Reinecke, L. (2015). Influence of social support received in online and offline contexts on satisfaction with social support and satisfaction with life: A longitudinal study. *Media Psychology*, 18(1), 74–105. <https://doi.org/10.1080/15213269.2013.838904>

Tsai, Y.-F., Yeh, S.-H., & Tsai, H.-H. (2005). Prevalence and risk factors for depressive symptoms among community-dwelling elders in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11), 1097–1102. <https://doi.org/10.1002/gps.1413>

Tsuji, K., & Khan, H. T. A. (2016). Exploring the Relationship between Social Support and Life Satisfaction among Rural Elderly in Japan. *Ageing International*, 41(4), 414–426. <https://doi.org/10.1007/s12126-016-9254-6>

Tyler, K. A., & Hoyt, D. R. (2000). The Effects of an Acute Stressor on Depressive Symptoms among Older Adults. *Research on Aging*, 22(2), 143–164. <https://doi.org/10.1177/0164027500222003>

Unsar, S., Dindar, I., & Kurt, S. (2015). Activities of daily living, quality of life, social support and depression levels of elderly individuals in Turkish society. *The Journal of the Pakistan Medical Association*. 65. 642-6.

Vahia, I. V., Thompson, W. K., Depp, C. A., Allison, M., & Jeste, D. V. (2011). Developing a dimensional model for successful cognitive and emotional aging. *International Psychogeriatrics*, 24(4), 515–523. <https://doi.org/10.1017/s1041610211002055>

- van der Leeuw, S., Costanza, R., Aulenbach, S., Brewer, S., Burek, M., Cornell, S., Crumley, C., Dearing, J. A., Downy, C., Graumlich, L. J., Heckbert, S., Hegmon, M., Hibbard, K., Jackson, S. T., Kubiszewski, I., Sinclair, P., Sörlin, S., & Steffen, W. (2011). Toward an Integrated History to Guide the Future. *Ecology and Society*, 16(4). <https://doi.org/10.5751/es-04341-160402>
- van Kessel, G. (2013). The ability of older people to overcome adversity: A review of the resilience concept. *Geriatric Nursing*, 34(2), 122–127. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.12.011>
- van Selm, M., & Dittmann-Kohli, F. (1998). Meaninglessness in the Second Half of Life: The Development of a Construct. *The International Journal of Aging and Human Development*, 47(2), 81–104. <https://doi.org/10.2190/w2xn-bbjm-mf4y-adeq>
- Van Wagenen, A., Driskell, J., & Bradford, J. (2013). “I’m still raring to go”: Successful aging among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Aging Studies*, 27(1), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.09.001>
- Verhaeghen, P. (2011). Cognitive processes and ageing. In I. Stuart-Hamilton (Ed.), *An introduction to gerontology* (pp. 159–193). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511973697.006>
- Vermani, S., Nagendra, S., Naman M Singh, K., & Pandurang Kale, V. (2018). Assessment of Cognitive Function in Patients with Hypertension from Different Socioeconomic Statuses in India: A Two - Arm Cross-Sectional Study. *International Journal of Innovative Research in Medical Science*, 3(04), 1981 to 1987. <https://doi.org/10.23958/ijirms/vol03-i04/13>
- Viglund, K., Aléx, L., Jonsén, E., Lundman, B., Norberg, A., Fischer, R. S., Strandberg, G., & Nygren, B. (2012). Psychometric properties of the Swedish version of the selection, optimization, compensation questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 460–467. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01027.x>
- Vijayakumar, G., Devi, E. S., & Jawahar, P. (2016). Life Satisfaction of Elderly in Families and Old Age Homes: A Comparative Study. *International Journal of Nursing Education*, 8(1), 94. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2016.00017.9>
- Volosin, M., Janacek, K., & Németh, D. (2013). A Montreal Kognitív Felmérés (MoCA) magyar nyelvű adaptálása egészséges, enyhe kognitív zavarban és dementiában szenvedő idős személyek körében. *Psychiatria Hungarica* 28 (4):370-392
- Wallace, K. A., Bisconti, T. L., & Bergeman, C. S. (2001). The Mediation Effect of Hardiness on Social Support and Optimal Outcomes in Later Life. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 267–276. https://doi.org/10.1207/s15324834basp2304_3
- Wan Mohd Azam, W. M. Y., Din, N. C., Ahmad, M., Ghazali, S. E., Ibrahim, N., Said, Z., Ghazali, A. R., Shahar, S., Razali, R., & Maniam, T. (2013). Loneliness and depression among the elderly in an agricultural settlement: Mediating effects of social support. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5, 134–139. <https://doi.org/10.1111/appy.12061>

- Wang, J.-K., Su, T.-P., & Chou, P. (2010). Sex Differences in Prevalence and Risk Indicators of Geriatric Depression: The Shih-Pai Community-based Survey. *Journal of the Formosan Medical Association*, 109(5), 345–353. [https://doi.org/10.1016/s0929-6646\(10\)60062-9](https://doi.org/10.1016/s0929-6646(10)60062-9)
- Watson, D. (1988). The vicissitudes of mood measurement: Effects of varying descriptors, time frames, and response formats on measures of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(1), 128–141. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.1.128>
- Watson, D. (2000). *Mood and Temperament* David Watson New York: Guilford, 2000. pp. 340. ISBN: 1-57230-526-6. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 385–397. <https://doi.org/10.1017/s1352465801213125>
- Watson, D., & Naragon, K. (2002). Positive Affectivity: The Disposition to Experience Positive Emotional States. *The Oxford Handbook of Positive Psychology*, 206–216. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195187243.013.0019>
- Watson, D., és Clark, L. A. (1997a). *Extraversion and its positive emotional core*. In R. Hogan, J. Johnson, és S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 767–793). San Diego, CA: Academic Press.
- Watson, D., és Clark, L. A. (1997b). Measurement and mismeasurement of mood: Recurrent and emergent issues. *Journal of Personality Assessment*, 68, 267–296.
- Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J., és Tellegen, A. (1999). The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 820–838.
- Waugh, C. E., & Fredrickson, B. L. (2006). Nice to know you: Positive emotions, self–other overlap, and complex understanding in the formation of a new relationship. *The Journal of Positive Psychology*, 1(2), 93–106. <https://doi.org/10.1080/17439760500510569>
- Weigl, M., Müller, A., Hornung, S., Leidenberger, M., & Heiden, B. (2014). Job resources and work engagement: the contributing role of selection, optimization, and compensation strategies at work. *Journal for Labour Market Research*, 47(4), 299–312. <https://doi.org/10.1007/s12651-014-0163-4>
- Whipple, M. O., Lewis, T. T., Sutton-Tyrrell, K., Matthews, K. A., Barinas-Mitchell, E., Powell, L. H. et al. (2009). Hopelessness, Depressive Symptoms and Carotid Atherosclerosis in Women: The Study of Women’s Health across the Nation (SWAN) Heart Study. *Stroke: A Journal of Cerebral Circulation*, 40, 3166–3172 <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.554519>
- Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551–558.
- Wiese, B.S., & Freund, A.M. (2000): *The interplay of work and family in young and middle adulthood*. In Heckhausen, J.: *Motivational psychology of human development: Developing motivation and motivating development*. UK: Elsevier, Oxford, 233–249.

- Wiese, B.S., Freund, M.A., & Baltes, P.B. (2002). Subjective Career Success and Emotional Well-Being: Longitudinal Predictive Power of Selection, Optimization, and Compensation. *Journal of Vocational Behavior, 60*: 321–335.
- Wiest, M., Schüz, B., & Wurm, S. (2012). Life satisfaction and feeling in control: Indicators of successful aging predict mortality in old age. *Journal of Health Psychology, 18*(9), 1199–1208. <https://doi.org/10.1177/1359105312459099>
- Wiles, J. L., Wild, K., Kerse, N., & Allen, R. E. S. (2012). Resilience from the point of view of older people: ‘There’s still life beyond a funny knee.’ *Social Science & Medicine, 74*(3), 416–424. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.005>
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., Tang, Y., & Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry, 64*(2), 234–240. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.2.234>
- Windle, G., Woods, R. T., & Markland, D. A. (2009). Living with Ill-Health in Older Age: The Role of a Resilient Personality. *Journal of Happiness Studies, 11*(6), 763–777. <https://doi.org/10.1007/s10902-009-9172-3>
- World Population Ageing 2015. (2017). In *Statistical Papers - United Nations (Ser. A), Population and Vital Statistics Report*. UN. <https://doi.org/10.18356/88fa44e7-en>
- Wrzus, C., Hänel, M., Wagner, J., & Neyer, F. J. (2013). Social network changes and life events across the life span: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 139*(1), 53–80. <https://doi.org/10.1037/a0028601>
- Wu, M., Yang, Y., Zhang, D., Zhao, X., Sun, Y., Xie, H., Jia, J., Su, Y., & Li, Y. (2017). Association between social support and health-related quality of life among Chinese rural elders in nursing homes: the mediating role of resilience. *Quality of Life Research, 27*(3), 783–792. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1730-2>
- Xie, R.-H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., & Wen, S. W. (2009). Prenatal Social Support, Postnatal Social Support, and Postpartum Depression. *Annals of Epidemiology, 19*(9), 637–643. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2009.03.008>
- Xu, J., & Ou, L. (2014). Resilience and quality of life among Wenchuan earthquake survivors: the mediating role of social support. *Public Health, 128*(5), 430–437. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.03.002>
- Xu, Y., Yu, Y., Xie, Y., Peng, L., Liu, B., Xie, J., Bian, C., & Li, M. (2015). Positive affect promotes well-being and alleviates depression: The mediating effect of attentional bias. *Psychiatry Research, 228*(3), 482–487. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.011>
- Yalom, I. D. (2006) Egzisztenciális pszichoterápia, Animula Kiadó –29-48. oldal. 1. rész – Halál
- Yalom, I. D. (2008). Staring at the sun: Overcoming the terror of death. *The Humanistic Psychologist, 36*(3-4), 283-297.

- Yao, G., Chung, C. W., Yu, C. F., & Wang, J. D. (2002). Development and verification of validity and reliability of the WHOQOL-BREF Taiwan version. *Journal of the Formosan Medical Association, 101*(5):342-51.
- Yeung, D. Y., & Fung, H. H. (2009). Aging and work: How do SOC strategies contribute to job performance across adulthood? *Psychology and Aging, 24*(4), 927–940. <https://doi.org/10.1037/a0017531>
- Yoshida, H., Terada, S., Honda, H., Ata, T., Takeda, N., Kishimoto, Y., Oshima, E., Ishihara, T., & Kuroda, S. (2011). Validation of Addenbrooke's cognitive examination for detecting early dementia in a Japanese population. *Psychiatry Research, 185*(1–2), 211–214. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.06.012>
- Young, L. M., Baltes, B. B., & Pratt, A. K. (2007). Using selection, optimization, and compensation to reduce job/family stressors: Effective when it matters. *Journal of Business and Psychology, 21*, 511–539.
- Zacher, H., & Frese, M. (2011). Maintaining a focus on opportunities at work: The interplay between age, job complexity, and the use of selection, optimization, and compensation strategies. *Journal of Organizational Behavior, 32*(2), 291–318. <https://doi.org/10.1002/job.683>
- Zacher, H., Chan, F., Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2015). Selection, optimization, and compensation strategies: Interactive effects on daily work engagement. *Journal of Vocational Behavior, 87*, 101–107. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2014.12.008>
- Zanjari, N., Sharifian Sani, M., Hosseini-Chavoshi, M., Rafiey, H., & Mohammadi-Shahboulaghi, F. (2019). Development and Validation of Successful Aging Instrument. *Iranian Rehabilitation Journal, 129*–140. <https://doi.org/10.32598/irj.17.2.129>
- Zeng, Y., & Shen, K. (2010). Resilience Significantly Contributes to Exceptional Longevity. *Current Gerontology and Geriatrics Research, 2010*, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2010/525693>
- Zimet, G.D., Nancy, W. D., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment 52*(1) 30-41.
- Zimmerman, M. A., Stoddard, S. A., Eisman, A. B., Caldwell, C. H., Aiyer, S. M., & Miller, A. (2013). Adolescent Resilience: Promotive Factors That Inform Prevention. *Child Development Perspectives, 7*(4), 215–220. <https://doi.org/10.1111/cdep.12042>
- Zunzunegui, M. V., Minicuci, N., Blumstein, T., Noale, M., Deeg, D., Jylhä, M., & Pedersen, N. L. (2007). Gender differences in depressive symptoms among older adults: a cross-national comparison. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(3), 198–207. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0158-3>
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Bondi, C. M., & Pilkonis, P. A. (1999). Vulnerability to depression: Reexamining state dependence and relative stability. *Journal of Abnormal Psychology, 108*(1), 76–89. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.108.1.76>

Köszönetnyilvánítás

Az elmúlt évek során miközben kutatásainkon és doktori értekezésemen dolgoztam számos embertől kaptam segítséget, akik támogatása nélkül ez a disszertáció nem jöhetett volna létre.

Elsősorban szeretném megköszönni témavezetőmnek, dr. Tiringer Istvánnak, amiért a téma iránti érdeklődésem felkeltette, valamint azért, mert már egyetemi éveim alatt is folyamatosan figyelemmel kísérte, segítette munkásságomat.

Szeretnék továbbá köszönetet mondani mindazon személyeknek, akik időt és energiát nem kímélve vállalták részvételüket kutatássorozatunkban.

Köszönet illeti korábbi Munkatársaimat a Magatartástudományi Intézetben. Köszönöm dr. Karádi Kázmér segítségét a kognitív tesztek terén való kutatómunkában. Köszönöm Bagodics Ildikó segítségét, aki nélkül az adminisztratív teendők terén elvesztem volna. Köszönöm Polecsák Mária, Nagyné Ébner Terézia segítségét, akik mindig gondoskodtak arról, hogy kutatásom tárgyi feltételei biztosítva legyenek. Köszönöm Prof. Dr. Kállai János segítségét közösen szerkesztett könyvünk megírásában.

Köszönöm Prof. Dr. Kiss Enikőnek, hogy befogadott Doktori Programjába és megszervezte zökkenőmentes átvételemet.

Köszönöm dr. Fekete Judit segítségét az angol nyelvű fordítások professzionális kivitelezéséért.

Hálás vagyok első főnökeimnek, dr. Kutas Máriának és dr. Ferenczy Piroskának, akik pályám elején segítettek szakmai és személyes fejlődésemet. Nélkülük ma nem az az orvos és nem az az ember lennék, aki vagyok.

Végül, de nem utolsósorban Családomnak szeretném megköszönni a rengeteg támogatást, melyet Tőlük kaptam. Külön köszönet Férjemnek, a dolgozat ábráinak aprólékos megszerkesztéséért, és azért, amiért Ő akkor is bízott bennem, amikor én már nem tudtam magamban. Köszönöm Gyermekeimnek a türelmet, amit felém tanúsítottak. Ezt a dolgozatot nekik ajánlom.

Függelék: Szelekció–Optimalizáció–Kompenzáció Rövid Kérdőív

A következőkben azt szeretnénk megtudni, hogyan dönti el, mi fontos Önnek az életben, illetve hogyan alakítja elképzeléseinek megfelelően az életét.⁷

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

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

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

⁷ A kérdőív specifikus célokra vonatkozó instrukciója így hangzik: Szeretnénk megtudni, hogyan viselkedik a(z) _____ fontos céljával kapcsolatban. Szeretnénk tudni, hogyan hoz döntéseket, és mi az, ami a céljával kapcsolatban fontos Önnek. Továbbá szeretnénk tudni, mit tesz annak érdekében, hogy a céljára vonatkozóan el is érje azt, amit szeretne.

Doktori értekezés benyújtása és nyilatkozat a dolgozat eredetiségéről

Alulírott , Dr. Kaszás Beáta (születési név: Kaszás Beáta, anyja neve: Mitrová Edit, születési hely, idő: Szekszárd, 1980.06.19.) az *Időskori alkalmazkodási folyamatok* című doktori értekezésemet a mai napon benyújtom a Pszichológia Doktori Iskola, PTE BTK Pszichológiai Intézet Személyiség- és Egészségpszichológia Programjához. Témavezető neve: Dr. Tiringier István, társtémavezető: Prof. Dr. Kállai János

Egyúttal nyilatkozom, hogy jelen eljárás során benyújtott doktori értekezésemet

- korábban más doktori iskolába (sem hazai, sem külföldi egyetemen) nem nyújtottam be,
- fokozatszerzési eljárásra jelentkezésemet két éven belül nem utasították el,
- az elmúlt két esztendőben nem volt sikertelen doktori eljárásom,
- öt éven belül doktori fokozatom visszavonására nem került sor,
- értekezésem önálló munka, más szellemi alkotását sajátomként nem mutattam be, az irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljeseek, az értekezés elkészítésénél hamis vagy hamisított adatokat nem használtam.

Pellérd, 2021.08.23.

.....

doktorjelölt aláírása