

**Időskori alkalmazkodás folyamatok**

**Doktori (Ph.D.) értekezés**

**Dr. Kaszás Beáta**

**Pszichológia Doktori Iskola, PTE BTK Pszichológiai Intézet**

**A doktori iskola vezetője: Dr. Bereczkei Tamás DSc**

**A Személyiség- és egészségpszichológiai program vezetője: Prof. Dr. Kiss Enikő**

**Témavezető: Dr. Tiringér István**

**Társ témavezető: Prof. Dr. Kállai János**

**Pécsi Tudományegyetem Bölcsész tudományi Kar**

**2021**

## Tartalomjegyzék

Rövidítések jegyzéke	5.
Táblázatok és ábrák jegyzéke	6.
<b>1. Bevezetés</b>	9.
<b>2. „Pozitivitás” és időskor</b>	14.
2.1. Szelekció-optimalizáció-kompenzáció modell	14.
2.1.1. Szelekció	18.
2.1.2. Optimalizáció	19.
2.1.3. Kompenzáció	19.
2.1.4. A SOC modellel kapcsolatos kutatási eredmények összefoglalása	20.
2.2. Reziliencia időskorban	22.
2.3. Élettel való elégedettség, jóllét, életminőség időskorban	26.
2.3.1. Társas támogatás és életminőség	27.
2.3.2. Depresszió és életminőség	27.
2.3.3. Élettel való elégedettség	28.
2.4. Társas támogatás	30.
2.5. Pozitív affektivitás	31.
<b>3. „Negativitás” és időskor</b>	33.
3.1. Reménytelenség és depresszió	33.
3.2. Neurokognitív zavar	35.
<b>4. Általános célkitűzéseink</b>	37.
<b>5. Addenbrooke Kognitív Vizsgálat első verziójának magyar validálása</b>	39.
5.1. Célkitűzés	41.
5.2. A vizsgálati személyek és az eljárás menete	41.
5.3. Az alkalmazott eszközök bemutatása	42.
<i>Addenbrooke Kognitív Vizsgálat</i>	42.
<i>Mini-Mentál Státusz Vizsgálat</i>	43.
<i>Montgomery-Asberg Depresszió Pontozó Skála</i>	44.
5.4. Statisztikai módszerek	44.
5.5. Eredmények	45.
5.6. Megbeszélés	53.

<b>6. Az időskori alkalmazkodási folyamatok mérése – a</b>	56.
<b>SOC kérdőív bemutatása</b>	
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>Geriátriai Depresszió Skála (15 tételtes változat)</i>	62.
6.4. Statisztikai módszerek	63.
6.5. Eredmények	63.
6.5.1. Reliabilitás	63.
6.5.2. Validitás	64.
6.5.3. Faktoranalízis	67.
6.6. Megbeszélés	69.
<b>7. Időskori alkalmazkodási folyamatok követéses vizsgálata</b>	71.
7.1. SOC stratégiák mediátor szerepének vizsgálata	71.
a lakókörülmények és depresszió kapcsolatában	
7.1.1. Célkitűzések	71.
7.1.2. Hipotézisek	71.
7.1.3. A vizsgálati személyek és az eljárás menete	72.
7.1.4. Az alkalmazott eszközök bemutatása	73.
<i>WHO Életminőség Kérdőív Rövidített Verziója</i>	73.
<i>Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció Kérdőív</i>	74.
<i>Pozitív és Negatív Affektivitás Skála</i>	75.
<i>Connor-Davidson Reziliencia Skála</i>	75.
<i>Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás</i>	75.
<i>Geriátriai Depresszió Skála (15-tételtes változat)</i>	75.
<i>Élettel Való Elégedettség Skála</i>	76.
7.1.5. Statisztikai módszerek	76.
7.1.6. Eredmények	79.
7.1.7. Megbeszélés	90.
7.2. Reziliencia mediátor szerepe a kezdeti élettel való elégedettség és későbbi életminőség kapcsolatában	91.
7.2.1. Célkitűzés	91.

7.2.2. Hipotézisek	91.
7.2.3. A vizsgálati személyek és az eljárás menete	92.
7.2.4. Az alkalmazott eszközök bemutatása	92.
7.2.5. Statisztikai módszerek	93.
7.2.6. Eredmények	94.
7.2.7. Megbeszélés	112.
<b>8. Következtetések</b>	114.
<b>Irodalomjegyzék</b>	120.

## Rövidítések jegyzéke

SOC	Szelekció optimalizáció kompenzáció (Selection Optimization Compensation)
MMSE	Mini-Mentál Státusz Vizsgálat (Mini Mental State Examination)
ACE	Addenbrooke's Kognitív Vizsgálat (Addenbrooke's Cognitive Examination)
AD	Alzheimer-betegség (Alzheimer's Disease)
FTD	Frontotemporalis dementia
WHOQoL-Bref	WHO Életminőség Kérdőív Rövidített Verzió (WHO Quality of Life Brief Version)
PANAS	Pozitív és Negatív Affektivitás Skála (Positive and Negative Affectivity Schedule)
MSPSS	Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)
GDS	Geriátriai Depresszió Skála (Geriatric Depression Scale)
SWLS	Élettel Való Elégedettség Kérdőív (Satisfaction With Life Scale)
CD-RISC	Connor-Davidson Reziliencia Skála
NCD	Neurokognitív zavar

## Táblázatok és ábrák jegyzéke

1. ábra: A sikeres idősödés multidimenzionális modellje [Zanjari és mtsai alapján (2019)]	13.
2. ábra: A szelekció-optimalizáció-kompensáció folyamatának dinamizmusa [Baltes és Baltes (1990) nyomán]	15.
1. táblázat: A SOC-modell részei [Baltes és Baltes (1990) nyomán]	16.
2. táblázat: A SOC-modell cselekvéseméleti szinten [Marsiske és mtsai (1995), Baltes (1997) nyomán]	17.
3. ábra: Az étellel való elégedettség kapcsolata az egészséggel, hangulattal és társas támogatással [Adams és mtsai (2015) nyomán]	28.
3. táblázat: Vizsgálatba bevont személyek demográfiai és neurokognitív teljesítményére vonatkozó adatai	46.
4. táblázat: Az ACE pontszámok, életkor, tanult évek száma és NCD fokának lineáris regressziós elemzése	48.
5. táblázat: Az ACE és MMSE optimális küszöbértékei a normál, minor és major NCD meghatározásához	49.
5. ábra: A minor NCD ROC-görbéi	50.
6. ábra: A major NCD ROC-görbéi	52.
6. táblázat: Átlag és szórás értékek a SOC kérdőív jellemzésére nem, életkori csoport és iskolai végzettség alapján	60.
8. táblázat: Spearman korrelációk a SOC-7, CD-RISC és GDS kérdőívek és alskálák között	64.
7. táblázat: A SOC-12 kérdőív reliabilitás vizsgálatának eredményei	65.
9. táblázat: A SOC-12 kérdőív módosított faktorszerkezetének illeszkedési mutatói	67.
7. ábra: A SOC háromfaktoros modelljének faktorsúlyai és -korrelációi	68.
8. ábra: Modell 4 diagramjai	77.
9. ábra: Modell 59 diagramjai	78.
10. táblázat: Szociodemográfiai adatok a vizsgálati populációnk tekintetében	79.
11. táblázat: Lakókörülmények okozta különbségek az idősök körében	80.
12. táblázat: Korrelációs együtthatók a vizsgált változók között	82.

10. ábra: Lakókörülmények és depresszió kapcsolatát mediáló SOC stratégiák	82.
11. ábra: Lakókörülmények és depresszió kapcsolatában szerepet játszó moderátor tényező	83.
13. táblázat: A SOC stratégiák mediátor szerepe a lakókörülmények és depresszió közötti kapcsolatban	85.
14. táblázat: Az életkor moderátor szerepe a SOC stratégiák által mediált folyamatban	86.
15. táblázat: Lakókörülmény feltételes közvetlen és közvetett hatása a depresszióra különböző életkorok esetén SOC stratégiák mediátor hatása mellett	87.
16. táblázat: Az életkor moderátor szerepe az optimalizáció által mediált folyamatban	88.
17. táblázat: Lakókörülmény feltételes közvetlen és közvetett hatása a depresszióra különböző életkorok esetén optimalizáció mediátor hatása mellett	89.
18. táblázat: Az életkor moderátor szerepe a kompenzáció által mediált folyamatban	89.
zióra különböző életkorok esetén kompenzáció mediátor hatása mellett	
19. táblázat: Lakókörülmény feltételes közvetlen és közvetett hatása a depresszióra különböző életkorok esetén kompenzáció mediátor hatása mellett	90.
12. ábra: A Modell 15 ábrázolása	93.
20. táblázat: A vizsgált változók közötti korrelációs eredmények	95.
13. ábra: Modell 4-be bevont változóink ábrázolása	97.
14. ábra: Modell 59-be bevont változóink ábrázolása	98.
15. ábra: Modell 15-be elsőként bevont változóink ábrázolása	98.
16. ábra: Modell 15-be másodsorban bevont változóink ábrázolása	99.
21. táblázat: A reziliencia és alskáláinak mediátor szerepe a kezdeti étellel való elégedettség és későbbi életminőség kapcsolatában	103.
22. táblázat: A reziliencia és alskáláinak mediátor szerepe a vizsgált változók kapcsolatában	106.

23. táblázat: A pozitív affektivitás moderátor szerepe a reziliencia által mediált folyamatban	107.
24. táblázat: Az élettel való elégedettség feltételes közvetlen és közvetett hatása az életminőségre különböző pozitív affektívítási szintek esetén reziliencia mediátor hatása mellett	108.
25. táblázat: Az észlelt társas támogatás moderátor szerepe a reziliencia által mediált folyamatban	109.
26. táblázat: Az élettel való elégedettség feltételes közvetlen és közvetett hatása az életminőségre különböző társas támogatási szintek esetén reziliencia mediátor hatása mellett	110.
27. táblázat: MCC moderátor szerepe az élettel való elégedettség és testi jóllét kapcsolatában a reziliencia által mediált folyamatban	111.
28. táblázat: Az élettel való elégedettség hatása a későbbi testi jóllétre a reziliencia által mediált folyamatban különböző krónikus betegségek száma esetén	112.



## 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, ezen belül Magyarország életében szintén egyre meghatározóbb szerepet játszik. 2050-re az átlagos élettartam Európában eléri a 81, míg Magyarországon a 76 évet, mely 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 900milliót, ezen belül a 80 évesnél idősebbek száma a 125 milliót, és többnyire ők alkotják a leggyorsabban gyarapodó réteget. A kontinensek közül legnagyobb ütemben Európa öregedik, 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. A várható élettartam növekedésével együtt jár a korrál gyakoribbá váló normál és kóros változások, betegségek száma, így előtérbe kerül a megelőzés, az egészség, 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, nehezítik a tisztánlátást, sok esetben hibás döntések meghozatalát eredményezik (Füzesi és mtsai, 2013). Olyan negatív sztereopítiákkal és előítéletekkel találkozhatunk leggyakrabban, mint az idősek egyedül, magányosan élnek; betegek, esendők és másoktól függenek; kognitív képességeik hanyatlást mutatnak; gyakran depressziósak; magatartásuk merev, nehéz kapcsolatot teremteni velük; nem tudnak megküzdeni saját testi és intellektuális hanyatlásukkal. A másik véglet szintén gyakori, amikor az idealizáló attitűd során bagatellizálják az idősek valódi problémáit (például „mindenki annyira öreg, amennyire annak érzi magát”) (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 lehetőséget ad céljaink közötti esetleges konfliktusok feloldására is, például azáltal, hogy fontossági sorrendet alakítunk ki. Az életkor előrehaladtával, és a visszalévő idő csökkenésével ez a lehetőség egyre korlátozottabb. Miközben a jövőre irányuló terveink alapozzák meg azt az érzést, hogy életünknek értelme van, a hátralevő idő megfogyatkozása nemcsak a cselekvési és fejlődési lehetőségeink elvesztését jelentheti, hanem azok bizonytalanná válását is (van Selm és Dittmann-Kohli, 1998).

Bár testi énünk megöregszik, az önmagunkról alkotott képünk ezt nem mindig követi. Az idősödés folyamata különösen negatívnak tűnik, ha azt fiatalabb énünk perspektívájából, az aktuális céljaink, viszonyulásaink és önmeghatározásunk szempontjából nézzük. Gyakran meglepedezünk 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 megfogyatkozása. 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. Ha ezekhez az élettani változásokhoz egészségkárosító hatások is társulnak, megnövekszik ezen krónikus, degeneratív betegségek kockázata. 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 a betegségek „kompresszióját” az élet utolsó éveire/évtizedére elérhető célnak tartják, 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 időskori változásokban jelentősen érintettek az érzékszervi és kognitív működések. Az információfeldolgozási folyamatok gyorsasága, pontossága és rugalmas összehangolásának képessége hanyatlást mutat, tükrözve a neuronális hálózatok előregedését (Craik és Salthouse, 2000). Csökken a munkamemória kapacitása, az információfeldolgozást könnyebben megzavarják betolakodó információk, interferenciák, az idősök nehezebben tudják figyelmen kívül hagyni a lényegtelen ingereket. 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 – utóbbiak egyébként nagyobb jelentőséggel bírnak a mindennapi problémák megoldása során. Mivel a kognitív teljesítményt általában több tényező befolyásolja, hanyatlása ellensúlyozható az élet során felhalmozott tapasztalatokkal, még ha ezek alkalmazása új feladathelyzetekben kevésbé rugalmasan és hatékonyan megy is.

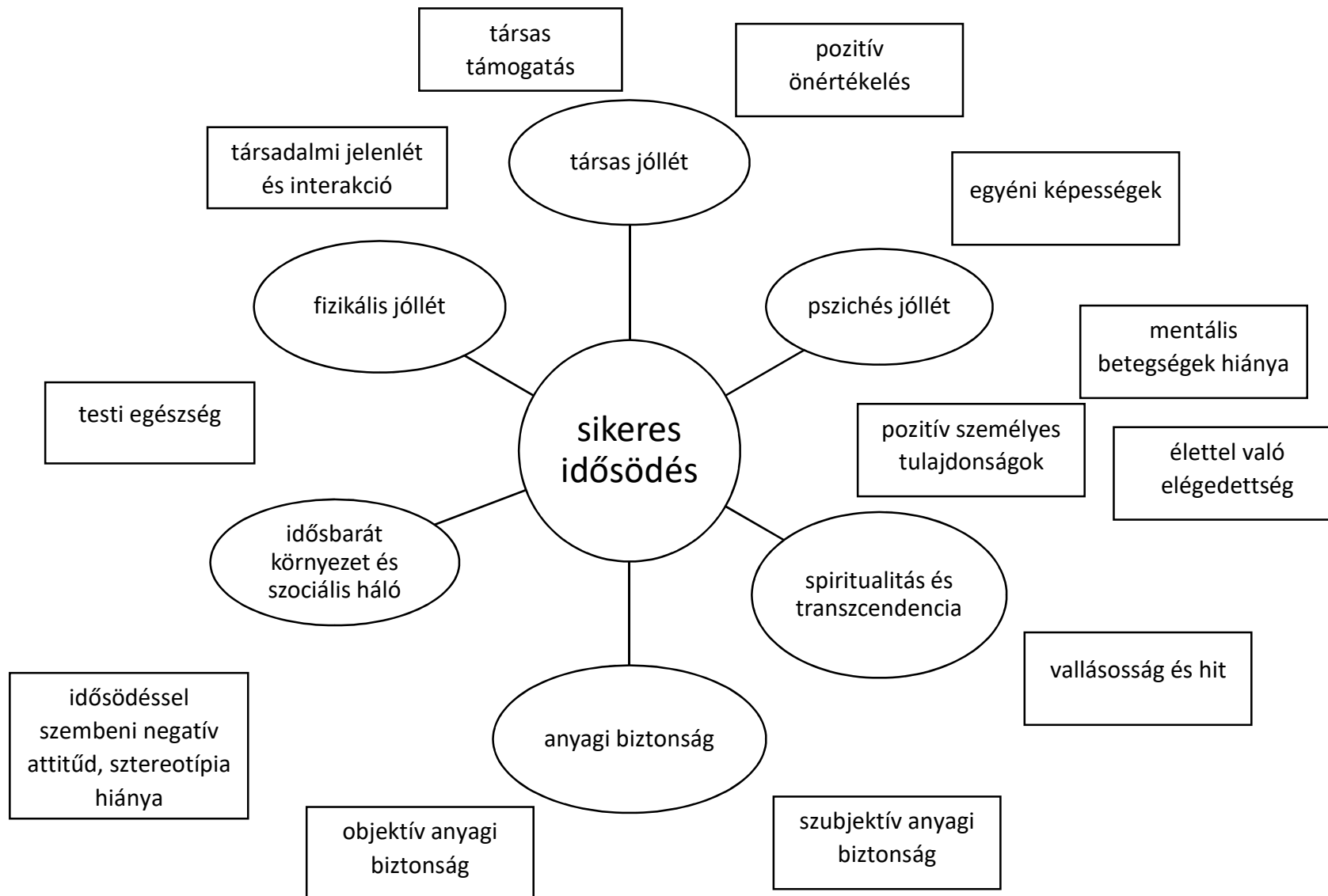
Az idősök a korábbi, fontos szerepeik elvesztése következtében gyakran marginális helyzetbe kerülnek. A házastárs, a rokonok és barátok halálával egyre fogyatkoznak azon személyek, akik végigkísérték életútján és támogatták a problémákkal való megküzdésben (Kahn és Antonucci, 1980). Jellemző, hogy az idősök azon kapcsolataikra fordítanak több energiát, melyek megfelelő érzelmi támogatást és biztonságot nyújtanak. Emellett sokszor lemondanak olyanokról, melyek kevésbé felelnek meg ezeknek az igényeknek (Carstensen és Lang, 2007). A generációs különbségek erősítik a társadalmi 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 tényezője (Tiringer és Kaszás, 2013).

Mindezek az életminőség romlását vonhatják maguk után, ingataggá válhat az egyén és a környezetének biztonságát 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 elkerülhetetlenné vált, hogy az idősekről 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 idősek szűkebb és tágabb társas környezetükben aktív közreműködőként legyenek jelen, s 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: 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 munkatársai, 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**

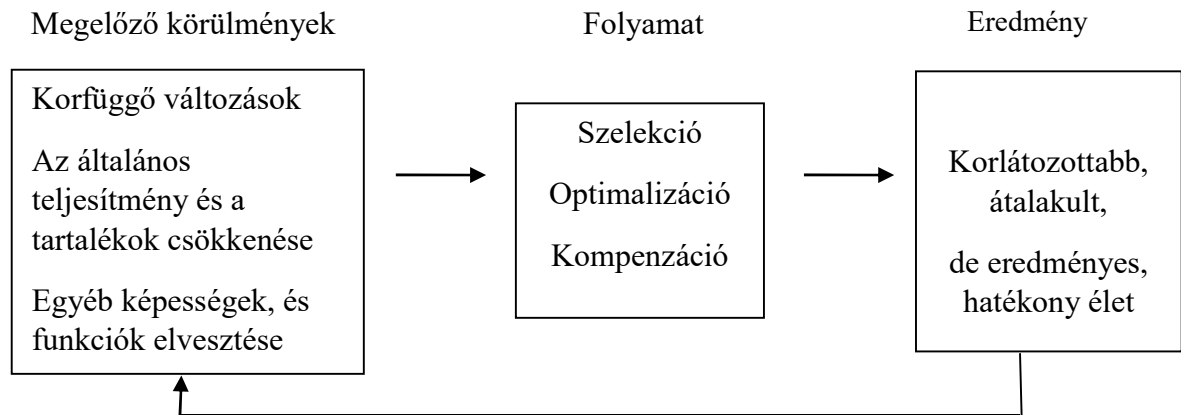
Ebben az alfejezetben az időskorral összefüggő, általunk is vizsgált pozitív változókat tekintjük át, gyakran egymással átfedésben, mivel ezen tényezők nem választhatók el egymástól élesen. Részletes kifejtésre kerül a szelekció-optimalizáció-kompenzáció (SOC) modell, az időskori reziliencia, valamint szó lesz az étellel való elégedettségről, jóllétről, életminőségről, társas támogatásról, pozitív affektivitásról. Többek között szemügyre vesszük a témában megtalálható friss szakirodalmi eredményeket is.

### **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 mt sai, 1999). Baltes és munkatársai (Baltes és Baltes, 1990) elgondolásai 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 (ld. 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).

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, kompensáció folyamata egyre fontosabbá válik az életkor előrehaladtával, mivel elkerülhetlenné válnak a korral járó egészségbeli 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 két alapfeltevésből indul ki, mely szerint a fejlődés az erőforrások kialakításának folyamatát jelenti (adaptív plaszticitás révén), valamint a fejlődés korlátozott (belső és külső) erőforrások mellett valósul meg. Az egyik oldalon adottak a biológiai és társadalmi keretek, melyek meghatározzák a lehetőségeket, és esélyt a célok megvalósítására. A másik oldalon viszont a rendelkezésre álló erőforrások a fejlődés minden időpontjában korlátozottak. Ez érvényes a külső erőforrásokra, mint pl. a pénz és a társas támogatás, illetve a belsőkre is, mint pl. az energia és bizonyos képességek (2. táblázat).



2. táblázat: A SOC-modell cselekvéseméleti szinten [Baltes (1997), 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 legfontosabb célra történő koncentráció	idő befektetése	energiabefektetés növelése
a célok újrarangsorolása	mások sikeres viselkedésének átvétele	időráfordítás növelése
alkalmazkodás		mások sikeres kompenzáló viselkedésének átvétele
új célok keresése	motiváció a fejlődésre	

### 2.1.1. Szelekció

Egész életünkön át biológiai, társadalmi, egyéni lehetőségeink és kényszerítő körülményeink gazdagítják, illetve korlátozzák azon fejlődési útvonalakat, melyeket megvalósíthatunk. 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: választáson (elektív) és veszteségen 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, amikor 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 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. Fenntartja a célok eléréséért folytatott küzdelmet, elkötelez a célok mellett, ezáltal értelmet ad az életnek (Klinger, 1977; Little, 2014). Alkalmat biztosít arra, hogy az adott helyzetben miután átláttuk környezetünk lehetőségeit, alternatíváit, azokat céljaink elérésének szolgálatába állíthassuk. A célok hatékonyan segítenek az igények, és a környezet követelményei közötti egyensúly megteremtésében.

### **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. 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.

### **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 és használatát, a korábbi, elérhető célokhoz szükséges eszközök helyettesítését jelenti az új erőforrások, vagy a régi, nem használt belső és külső erőforrások aktiválása révén (Carstensen és mtsai, 1995; Marsiske és mtsai, 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 (Staudinger és mtsai, 1995). Azonban mind az optimalizáció, mind a kompenzáció megvalósíthatósága függ a meglévő erőforrások elérhetőségétől is.

#### **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 mtsai, 2002).

Eredetileg úgy gondolták, hogy a modell akkor a leghatékonyabb, ha a különböző stratégiák egymáshoz kapcsoltn, koordináltan kerülnek alkalmazásra. Azonban a későbbi kutatások alapján a SOC stratégiák önállóan is megállják helyüket (Freund és Baltes, 2000).

Általánosságban elmondható, hogy a SOC-stratégiák alkalmazásának gyakorisága fiataloktól időskorig emelkedik, majd 67-70 éves kor után csökkenni kezd. Megfigyelhető, hogy 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 öregedésben. Paradox módon, éppen ezek használata nehezedik meg a korral járó veszteségek halmozódása következtében. A mellettük történő kitartásban sok erőforrás használódhat el, így egyéb fontos tevékenységek kivitelezése szorulhat háttérbe, és a céloktól való eltérés, vagy a veszteségalapú szelekció elkerülhetetlenné válhat (Freund és Baltes, 2002a). Azonban képesek vagyunk előre látni a jövő problémáit és veszteségeit, valamint ezeket megelőzni, még mielőtt teljesen elurálnák életünket. Így a proaktív megküzdés segítségével az optimalizáció és kompenzáció számára biztosíthatjuk az erőforrásokat, melynek következtében a személyes célok hosszabb ideig kivitelezhetőek, elérhetőek maradnak, ami egyértelműen befolyásolja a szubjektív jóllétet (Brunstein, 1993; Diener és mtsai, 1999; Greenglas, 2002; Rapkin és Fisher, 1992).

Az eddigi eredmények szerint a SOC-stratégiák alkalmazása pozitív kapcsolatban áll az életkorral való elégedettséggel, 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 élettel 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 életükkel (Lang és mtsai, 2002).

Hosszmetszeti vizsgálatban a szabadidős tevékenységeket tekintve, az idősök négyéves túlélését kedvezően befolyásolta a szelekciós stratégiák alkalmazása. Tehát a kevesebb életterületen folytatott tevékenység, és az, hogy úgy szervezték életüket, 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 depresszió között negatív irányú kapcsolat figyelhető meg. Hasonló eredményre jutottak más kutatók is a klinikai szintű depresszió és a SOC-modell kapcsolatát vizsgálva. Úgy találták, hogy a stratégiák alkalmazása képes befolyásolni a depresszió lefolyását, csökkenteni a relapszus kockázatát (Zuroff és mtsai, 1999), illetve vice versa, a depresszió jelenléte szintén képes módosítani a SOC képességek felhasználását (Cole és Dendukuri, 2003). A specifikus, egész életen át jelenlévő személyiségjegyek az időseket sokkal 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-modell 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). Rendelkezésre álló erőforrások mennyiségét vizsgálva, úgy találták, hogy az erőforrások és a SOC stratégiák felhasználása közötti paradox 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 öregedés megvalósulása különösen a szelekció, optimalizáció és kompenzáció összehangolásával jellemezhető. Pl. a célok kitűzése önmagában még nem szolgálja azok megvalósulását, ha nem invesztálunk 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. Az elméleti modell empirikus vizsgálhatóságát tette lehetővé a Baltes és munkatársai által megalkotott kérdőív (Freund és Baltes, 2002a). 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 szembenézést jelent a veszteségekkel, hanem a negatív változások sikerrel történő kezelését is jelenti. Továbbá 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 elemzésére és valószínűleg a sikeres idősödés egyik legjelentősebb koncepciója a SOC-modell (Kaszás és Tiringner, 2010).

## **2.2. Reziliencia időskorban**

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 megküzdniük 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 (Kinsel, 2005; Luthar és mstai, 2000; Richardson, 2002; Smith és mtsai, 2010; van Kessel, 2013). Az idősök rezilienciájának számos közös jellemzőjét azonosították, beleértve a mentális, szociális és fizikális összetevőket, mely alapján kimondható, hogy a reziliencia egy multidimenzionális fogalom.

Definiálható úgyis, mint az egészséges működés fenntartására való készség, illetve magas ellenállóképesség vagy egy kockázatos eseménnyel, veszteséggel való sikeres szembenézésre, alkalmazkodásra való képesség (Kinsel, 2005; Smith és mtsai, 2010; van Kessel, 2013). A reziliencia egyéb leírásaiban többek között a következők szerepelnek: hátrányos helyzetből való felépülés képessége; a függetlenség és jóllét fenntartása; jelentős stresszel, traumával szembeni adaptív működés, azok menedzselése; 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 idősök 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 rezilienciával állnak 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 hatékonyságban (Lavretsky, 2014). A magasabb reziliencia a jó minőségű társas kapcsolatokkal, a közösségbe való beilleszkedési képességgel, a jó határfokú 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 idősöknek általánosságban véve jobb az egészsége. Alacsonyabb rugalmasság, alacsonyabb vitalitással, illetve rosszabb észlelt egészséggel van összefüggésben. Reziliens idősök sokkal gyakrabban fogadnak el érzelmi támogatást, és jóval hatékonyabban is tudják azt

kihasználni. Ennek jelentősége abban rejlik, hogy pl. egy idősök otthonában, a kevésbé reziliensek is megtanulhatják, elleshetik azt, hogyan kell hatékonyan kihasználni ezeket a lehetőségeket (Caltabiano és Caltabiano, 2006).

Ezen túlmenően a reziliencia szoros kapcsolatban áll az optimizmussal és az emocionális jólléttel, ezen kívül a fizikális állapottal is, de kisebb mértékben, mint a korábban említett pszichés változókkal (Lamond és mtsai, 2008). A reziliencia pozitív korrelációt mutat tehát 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 idősödéssel (Lavretsky, 2014). Mindezekén túl csökkenti a krónikus betegségek negatív hatását a szubjektív jóllétre (Zeng és Shen, 2010). Reziliens idősök 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 betegségből, vagy stresszel teli eseményt követően (Hardy és mtsai, 2002; Lamond és mtsai, 2008). További kutatási eredmények szerint azok az idősök, akik reziliensebbek, nagyobb kapacitással, és több lehetőséggel rendelkeznek, így képesek lehetnek arra, hogy sikeresen küzdjenek meg a változásokkal, illetve korlátokkal (Zeng és Shen, 2010). A reziliencia segít az idősöknek megbirkózni az élet okozta stresszhelyzetekkel, hogy fenntarthassák vagy fokozhassák 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. Úgy találták, hogy a különböző generációk nem különböznek a reziliencia szintjükben (Vahia és mtsai, 2011).

Szoros, kétirányú összefüggés figyelhető meg a társas támogatással is. Egyrészt a rezilienciát környezeti tényezők is befolyásolják, különösen a társas támogatás, beleértve a szakemberekkel tartott kapcsolatokat is, a közösség, család, barátok támogatását. Másrészt a megfelelő, adaptív szintű rugalmasság kialakításához olyan környezeti erőforrásokra lehet szükség, mint 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). Hasonló személyiségjegyek, mint az optimizmus, a kontroll érzése és az érzelmi szabályozás képessége szintén magyarázatot adhatnak az egyének közötti különbségekre a reziliencia tekintetében (Fontes és Neri, 2015).

Az idősök egy része az őket érő stresszorokra krónikus szorongással, depresszióval, hanyatló egészséggel reagál, míg mások egy átmeneti időszakot követően a korábbi normál szintű működésmódhoz térnek vissza, akár rövid időn belül. 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 képesek hatékonyan 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, következésképpen javítja a működést az élet számos területén (Perna és mtsai, 2013; van Kessel, 2013).

Az optimizmust és pozitív érzelmeket hangsúlyozó beavatkozások különösen hatásosak lehetnek a reziliencia megteremtésében. A pozitív érzelmelek, a figyelem és a koncentrált tevékenységek fontosak a boldogság növelésében, ezzel javulhat a reziliencia és a jóllét, valamint csökkenhet a káros, negatív jellegű viselkedés (Gooding és mtsai, 2011; Mancini és Bonanno, 2006; Southwick és mtsai, 2014).

Végezetül a kutatások azt mutatják, hogy a reziliencia növelésére tett egyéni beavatkozások személyre szabása előnyösebb, a legjobb lehetőségeket kínálja az idősöknek, 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 idősök 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 idősöknél, akik

magányosak, vagy társas kapcsolatokra vágnak. 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).

### **2.3. Élettel való elégedettség, jóllét, életminőség időskorban**

Az idősek 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, az azokkal való megelégedés (Dumitrache és mtsai, 2016).

Az életminőség mutatói közé tartozhat a biztonságos környezet, biztos jövedelem, tisztelet, szeretet, szabadság, spiritualitás és a célok megtalálása. Az életminőség egy többdimenziós komplexum, amely számos életterületre is 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, az önállóság, a tudatosság, hasznosság érzése, interperszonális kapcsolatok minősége, vallásgyakorlás, a biztonságos és kényelmes életkörülmények, az egészségi állapot (különösen a krónikus fájdalom), a 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; Karata,s 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 (Gerstorf és mtsai, 2010).

### **2.3.1. Társas támogatás és életminőség**

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). Ebben valószínűleg olyan pszichoszociális erőforrások is szerepet játszanak, mint a társas támogatás, mely megvédi az időseket az életkorral járó kihívások negatív következményeitől, mint például közeli családtag halála, interperszonális konfliktusok (Bueno és Navarro, 2003; Diener és mtsai, 2003). Ezen túlmenően befolyásolja az affektív betegségek megelőzését, mint szorongás és 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). Számos nemzetközi tanulmány kimutatta, hogy a társas támogatás nem mérsékelte pl. az anyagi problémák okozta negatív hatást kínai idősek lelkiállapotában (Chi és Chou, 2000; Chou és mtsai, 2004), sem a 70 éven felüli idősek depressziójának mértékét áradások okozta természeti katasztrófa esetén az Egyesült Államokban (Tyler és Hoyt, 2000). Tehát a súlyos életesemény típusa és a kulturális kontextus is hatással van a társas támogatás szerepére.

### **2.3.2. Depresszió és életminőség**

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).

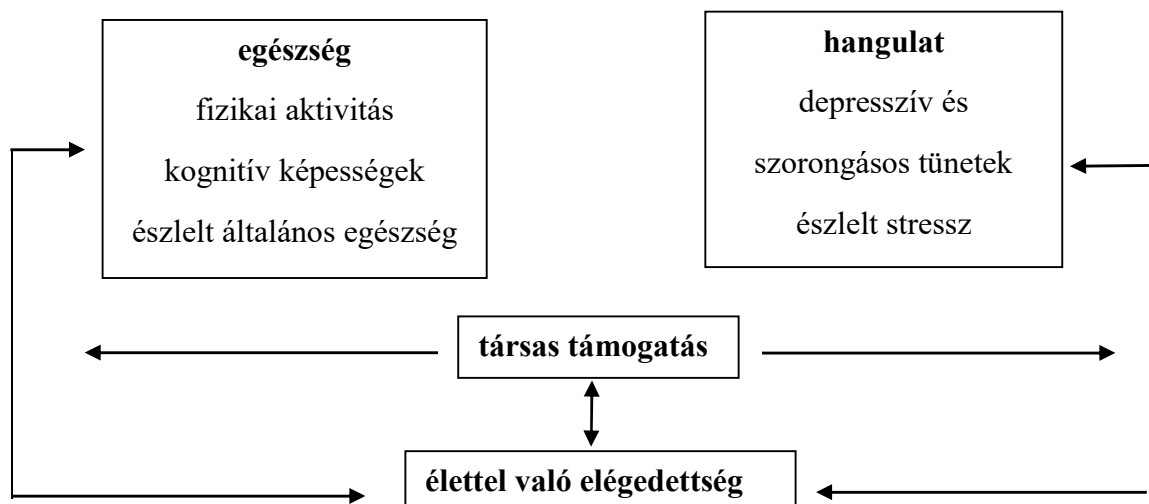
A mentális egészségi problémáknak, különösen a depresszióknak szintén negatív hatása van az életminőségre, és gyakran társul szomatikus betegséggel, özvegységgel a 65 évesnél idősebbeknél (Gerino és mtsai, 2017; Shrira és mtsai, 2014).

Kevesebb depressziós tünet, alacsonyabb észlelt stressz, magasabb társas támogatás és magasabbnak értékelt általános egészség összefüggésbe hozható a magasabb életminőséggel. 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 idősök életminősége tekintetében.

### 2.3.3. Élettel való elégedettség

Az élettel való elégedettség a pozitív pszichológia gyakran vizsgált témaköre (például Sahin és mtsai, 2019; Ryan és Deci, 2001; Seligman és Csíkszentmihályi, 2000; Tomini és mtsai, 2016). A jóllét alapvetően két fő irányvonal mentén értékelhető: az egyik, az affektív szempont, azaz mennyire érezzük jól magunkat; a másik, a kognitív szempont, azaz összevetjük jelenlegi életünket azzal, amelyet szeretnénk, és ezt értékeljük (Diener, 1984; Diener és Suh, 1999). Több empirikus eredmény alapján a szubjektív jóllét három részből tevődik össze: a jóllét kognitív értékelése, a pozitív affektivitás, és a negatív affektivitás hiánya (Caprara és mtsai, 2010; Pavot és mtsai, 1991; Ryan és Deci, 2000). Az élettel való elégedettség fontos gerontológiai változó, mivel kapcsolatban áll az idősök mentális és fizikai egészségével (Siahpush és mtsai, 2008), illetve a sikeres idősödés egyik fontos kritériuma (Kanning és Schlicht, 2008). Így annak megértése, hogy mely tényezők segítik elő az élettel való elégedettséget, továbbra is kulcsfontosságú kérdés az idősök tekintetében(3. ábra).

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



Fujita és Diener (2005) szerint az étellel való elégedettség, kisebb kilengésektől eltekintve viszonylag állandó egész életünk során. 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 (pl. célok, temperamentum), mint a külső, objektív tényezőké (jövedelem, iskolai végzettség) (Heller és mtsai, 2004). Számos tanulmány igyekezett feltárni azokat a tényezőket, 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 űzése, az egészség különböző aspektusai (Chen és mtsai, 2013), 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), az iskolai végzettség (Meeks és Murrell, 2001). Ezen tényezők között különösen az egészség, azon belül is az észlelt egészségi állapot jelentőségéről számos szakirodalmi adat szól (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 öregedéshez 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 depresszív és szorongásos tünetek, 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 elégedettség mellett (Norberg és mtsai, 2008). Utóbbi különösen időskorban növeli a mentális betegségek (Koivumaa-Honkanen és mtsai, 2004), a halálozás (St. John és mtsai, 2015) és öngyilkosság kockázatát (Bray és mtsai, 2006).

Enkvist és munkatársai (2012) 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, 2012). Gwozdz és Sousa-Poza (2010) 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).

Ezen túlmenően is több tanulmány kimutatta, hogy idősek 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 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 kritikusnak számított az étellel való elégedettségi szint tekintetében, valamint a család vagy barátok támogatásának hiánya szintén olyan kockázati tényező, mely képes csökkenteni azt (Lu és mtsai, 2017).

#### **2.4. Társas támogatás**

Melrose és munkatársai (2015) szerint az észlelt társas támogatás az egyént körülvevő emberektől – beleértve a családot, a barátokat – származó kapcsolat minőségének szubjektív észlelését, értékelését jelenti. Ezért a társas támogatás fontos és hatékony pszichés erőforrás, amely lehetővé teszi az egyének megküzdését 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, (Deci és Ryan, 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 megküzdeniük, 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 lehetőségek korlátozottabbak (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 növekedése minden tekintetben javítja az idősek mentális állapotát. Egy sor kutatási eredmény mutatta ki a társas támogatás, a lelki egészség, valamint az idősek élettel 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). Anthony eredményei szerint 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 pl. több társas támogatással rendelkező emberek 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 a 65 év felettek életminőségére (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). Ezek evolúciós jelentőséggel is bírnak (Tomarken és Keener, 1998; Watson és mtsai, 1999). A negatív affektivitás a „távolításért” felelős magatartási gátló rendszer. Célja, hogy távol tartsa a szervezetet olyan viselkedéstől, mely fájdalomhoz, büntetéshez, vagy bármilyen más nem kívánatos következményhez vezethet. Éles ellentétben ezzel, a pozitív affektivitás közelítés-központú magatartási facilitáló rendszer, és a szervezetet olyan helyzetek, tapasztalatok felé irányítja, melyek örömet és jutalmat jelenthetnek. 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 az, hogy a boldogság és pozitív affektivitás alapvető szerepet játszik a célokért folytatott küzdelemben, még inkább a célok elérésében (Watson, 2000; Levens és Gotlib, 2010), továbbá, hogy az egészség független protektív tényezője (Dockray és Steptoe, 2010).

Több eredmény megerősítette, hogy a demográfiai változók – úgy, mint kor, nem, családi állapot, etnikum, jövedelem, szocioökonómiai státusz, stb. – nagyon alacsony szintű prediktorai a pozitív affektivitásnak. Ez utóbbi – de nem a negatív affektivitás – mérsékelten korrelál számos társas viselkedési formával, mely 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, 1996; 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 csökkentheti 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 a pozitív affektivitás képes moderálni a negatív affektivitás és a depresszió közötti kapcsolatot (Loney és mtsai, 2006).

### **3. „Negativitás” és idősor**

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

#### **3.1. Reménytelenség és depresszió**

Az idősek egy része az öregedés természetes folyamatára, az ezzel járó változásokra ún. „lekapcsolással” (shutdown) reagál, melynek során hajlamos elszakadni kötelezettségeiktől, társadalmi és egyéb, korábban meghatározó szerepekről. 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 idősorúaknál (Oliveira és mtsai, 2006).

Idősorban 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).

Idősebb korunkban sokszor nehéz megítélni, hogy az észlelt változások még a normalitás határán belül vannak, vagy már valamilyen kóros folyamatra utalnak. Ennek eldöntése a kevés összehasonlítási lehetőségünk miatt nehézkes (még soha nem voltunk korábban öregek). Többnyire kortársainkkal, szüleinkkel vagy nagyszüleinkkel kapcsolatos tapasztalatainkra hagyatkozunk, melyek sokszor nem nyújtanak elegendő támpontot a változások elkülönítéséhez. Idősorban igen nagyok az egyéni különbségek, mindig figyelembe kell venni az egyéni időbeli változásokat is, tehát a változások „ívét” hasonlítjuk össze a kortársakéval (Tiringer és Kaszás, 2013).

Idős emberek esetében viszonylag ritkább a major depresszió, de az enyhébb formák közel 15 %-ban fordulnak elő (Lindesay és mtsai, 1989). Ez a szubszindrómális forma az időskori alkalmazkodási nehézségek jelzője. A diagnózist megnehezíti, hogy a gyakori testi tünetek – pl. alvászavar, diffúz testi fájdalmak – összemosódhatnak a hangulatzavar tüneteivel. Ezek a panaszok fiatalabb embereknél inkább utalnak depresszióra, időseknél azonban gyakran az egészségi állapot vagy az alvás hangulattól független változását jelezhetik (Pocklington és mtsai, 2016).

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

A depresszió és a reménytelenség gyakran jár együtt (Bagge és mtsai, 2013; Whipple, 2009), azonban a reménytelenség a depressziótól függetlenül is előfordulhat vagy a depresszió előfutáraként is megjelenhet (Dunn, 2005). A depressziós tünetek a leggyakoribb pszichológiai 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 (Segel-Karpas és mtsai, 2017). Az idősek otthonában élők depressziós kockázatát 3-4-szer magasabbnak találták, mint a saját otthonukban élőkét (Jongenelis és mtsai, 2004). Intézetben ápolat, kognitív hanyatlást nem mutató idősek esetében a depresszió gyakorisága akár a 40 %-ot is elérheti, míg ez az arány az otthonukban élő, ápolásra szoruló idősek esetében közel 25 %. A kifejezett ápolási igény kockázatot jelent a depresszió szempontjából (Mayer és mtsai, 1999).

Számos epidemiológiai tanulmány kimutatta, hogy a nőknél magasabb a depresszió prevalenciája, mint a férfiaknál, és ez minden generációra, kultúrára igaznak bizonyult (Kessler, 2003; Piccinelli és Wilkinson, 2000). A nők több rizikófaktornak vannak kitéve, melyek a depresszióval állnak kapcsolatban úgy, mint anyagi nehézségek, özvegyesség, társas izoláció, alacsony képzettség és testi, funkcionális zavarok (Zunzunegui és mtsai, 2007).

Az időskori depressziót olyan tényezők befolyásolják, mint krónikus betegségek, rokkantság, kognitív sérülés, alacsony társas támogatás, rossz egészségi állapot, és

alacsony jövedelem. Ezek önmagukban nem elegendőek depresszió kialakulásához, hiszen pl. az idősök jelentős részénél alakul ki valamilyen krónikus betegség, vagy éri őket súlyos veszteség, mégsem diagnosztizálható mindegyiküknél pszichiátriai zavar, hanem interakciójuk 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 a depresszió figyelemre méltó kockázati tényezője mind kereszt-, mind hosszmetzeti vizsgálatokban (Cacioppo és mtsai, 2010; Wan Mohd Azam és mtsai, 2013). Gyakorisága szignifikánsan magasabb idősök otthonában élők körében, mint saját otthonukban élő idősök körében (Grenade és Boldy, 2008; Pinguart és Sörensen, 2003). A magányosság összefüggésben áll a nem megfelelő társas kapcsolatokkal, a nemmel és az alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzettel, sőt előjelzett egy sor negatív egészségügyi kimenetelt, például a kognitív hanyatlást és a mortalitás fokozott kockázatát (Jansson és mtsai, 2017; Wilson és mtsai, 2007).

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).

A kockázati tényezők mellett protektív faktorok is vannak, melyek védelmet nyújtanak az időskori problémákkal szemben. Ezek közül három fő védő tényező emelhető ki: az erőforrások (egészség, szocioökonómiai státusz, kognitív funkciók), a társas támogatás felhasználását segítő stratégiák és stresszorok kezelésének képessége, valamint a megélt tevékenységekben való részvétel, mint társas tevékenység, önkéntes munka, vallással kapcsolatos aktivitás (Jansson és mtsai, 2017).

### **3.2. Neurokognitív zavar**

A demencia 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 idősök otthonaiba felvett betegek nagy része demencia miatt kerül oda (Stachó és mtsai, 2003).

Az életkor előrehaladtával változhatnak a kognitív működések, ez azonban nem feltétlenül jelent demenciát, hanem el kell különíteni az életkorral járó emlékezetzavartól.

Az idősöknek általánosságban nehezebb az emlékek felidézése, ez azonban nem romlik, és a napi tevékenységet sem befolyásolja. Az enyhe kognitív zavar részeként az idősök 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 demencia alakulhat ki (Füredi és Németh, 2015). Ez a normál idősödés és demencia 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.

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 hangulatsbetegség megfelelő kezelésével megszüntethető. Az idős depressziós betegek gyakran észlelik kognitív képességeik romlását, azonban a demens idősökkel 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 demencia fogalma, elkülönítésre került a minor illetve major neurokognitív zavar, melyek magukban foglalják mindazokat a betegségeket, melyeknél a vezető tünete a kognitív hanyatlás. A különféle kognitív funkciók más-más mértékű, ütemű romlása miatt egyénenként változik maga a folyamat. Az idősödés pedig a demencia egyik legerősebb kockázati tényezője (Füredi és Németh, 2015).

Az elmúlt két évtizedben nőtt ezen zavarok korai szűrésével kapcsolatos kutatások száma. Az Alzheimer-kór – akárcsak a demencia bármely más formája – a memória, a figyelem, a teljes térbeli képességek és a végrehajtó funkciók károsodását okozza. Ezek a zavarok befolyásolják a mindennapi élet társas funkcióit és tevékenységeit, ezért az időskorban esetlegesen megjelenő 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.

Az időskori célok megjelenítésével tisztább képet kaphatunk arról, hogy mi fontos az idősök számára az életben. Ennek jelentősége abban áll, hogy a hátralévő életevek száma behatárolt, és a tervek megvalósítása időben korlátolt. Mindezzel közelebb juthatunk ahhoz, hogy miként tudnánk segíteni az idősöket abban, hogy ezekből minél többet megvalósíthassanak.

A depresszió és demencia szűrésével és ezzel időben való felismerésével lehetőség nyílik a megfelelő kezelésre, mellyel nagymértékben emelhető az idősök életminősége, melynek 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 kísérleti személyek között átfedés volt. Az első fő részben az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat első verziójának validálását végeztük el, normál (nem Parkinson-kóros) idősök esetében. A második fő részben a Szelekció-optimalizáció-kompenzáció kérdőív magyar nyelvre történő adaptálása és pszichometriai jellemzőinek megállapítása történt, 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. Az első felmérés során – röviden összefoglalva – megvizsgáltunk olyan negatív tényezőket, mint az időskori depresszió, a negatív affektivitás, a kognitív zavarok. Valamint olyan pozitív tényezőket, mint az erőforrások adaptív felhasználása (SOC-modell), az alkalmazkodási tényezők (reziliencia), pozitív affektivitás, életminőség, étellel való elégedettség. 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 fent 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 folyamat, a rendelkezésre álló erőforrások felhasználásra a SOC-modellt használtuk. Vizsgálatunk során történt meg ennek fordítása, adaptálása magyar nyelvre. Ezen kívül – habár a nemzetközi szakirodalomban nagyszámú 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 – mely a demográfiai kitekintést és az idősödés folyamatának pszichés alapvonalait részletezte – áttekintettük az általunk vizsgált számos pozitív és néhány negatív tényező elméleti hátterét, korábbi kutatási eredményeit. Majd ezt követően keresztmetszeti validálási vizsgálataink, 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 Demencia 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 ponthatárok ezen személyekre nincsenek egyelőre.

Manapság hazánkban még mindig az MMSE számít a leggyakrabban alkalmazott szűrőtesztnak (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 diagnosztikája. 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 fejlesztettek ki, és szintén tartalmazza az MMSE-t, ugyanakkor az alsókálák 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](mailto: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 NCD 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 tervezés (pl. az ebéd kigondolása utáni bevásárlás) kivitelezése, új dolgok, mint elektronikus eszközök használata (pl. okostelefon), 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 demenciák 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 ACE volt elérhető magyar nyelven. Jelen keresztmetszeti tanulmány célja az ACE magyar változatának pszichometriai tulajdonságainak meghatározása normál, nem Parkinson-kóros személyek esetén, miközben megvizsgálja a megbízhatóságot, érzékenységet és specificitást a minor és major neurokognitív zavarok azonosítása érdekében. Mindezen eredményeket az életkor, és az iskolázottság tekintetében is megvizsgáltuk. 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 idősök 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 az alkoholbetegség, vagy más olyan szomatikus betegség, amely a kognitív teljesítményre hatással lehet, mint pl. hypothyreosis, súlyos veseelégtelenség, agydaganat.

A felvett tesztek a következők voltak:

1. Addenbrooke Kognitív Vizsgálat
2. Mini-Mentál Státusz Vizsgálat
3. Montgomery-Asberg Depresszió Skála

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 MMSE-t, 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- ill. 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. Az elérhető maximális pontszám 100. 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).

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, összesen maximum 15-20 percet vesz igénybe. Az eredeti ACE-t 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; Stockholm és mtsai, 2009; Yoshida és mtsai, 2009). Az ACE nem csak a dementia diagnosztizálásában hatékony, hanem képes megkülönböztetni az Alzheimer-kórt (AD) a frontotemporal demenciától (FTD) a VL / OM arány (= (verbális fluencia + nyelv) / (orientáció + memória (késleltetett))) felhasználásával. Ez utóbbi alapja az a megfigyelés, mely szerint az AD-s 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, 1975) a leggyakrabban alkalmazott kognitív teszt, mely az alábbi 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 25-28 pontig állapítható meg (Janka és mtsai, 1988).

#### *Montgomery-Asberg Depresszió Pontozó Skála*

Struktúrált interjú formájában speciálisan érzékeny többek között a depresszió szűrésére, a kezelés hatásosságának mérésére, és a változások becslésére (Montgomery és Asberg, 1979). Tízféle, a depresszióhoz köthető témakört vizsgál egy hétfokozatú skálán. 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.

A skála által mért tényezők:

- nyilvánvaló szomorúság/beszámolt szomorúság,
- belső feszültség,
- csökkent alvás,
- étvágytalanság,
- koncentrációs nehézségek,
- kimerültség,
- érzelemnélküliség,
- pesszimista gondolatok,
- öngyilkossági gondolatok.

#### **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 ACE-ben mutatott teljesítményének lehetséges összefüggéseinek vizsgálatára. A belső konzisztenciát tekintve Cronbach  $\alpha$ -együtthatót számítottunk. A neurokognitív teszt specificitásának és érzékenységének mérésére ROC-görbe elemzést (receiver operating characteristic) végeztük. A görbe alatti területet

(AUC) az egyes tesztek azon képességének skálájaként használtuk fel, hogy meg tudjuk különböztetni a résztvevői csoportokat (minor NCD és normál, major NCD és normál). A szignifikancia szintjét 0,05-re állítottuk.

### **5.5. Eredmények**

A 272 vizsgálatra felkért személyből tizenhét betegnél egyidejűleg 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 ACE megbízhatósága nagyon jó volt (Cronbach  $\alpha=0,91$ ). Az életkor 60 és 98 (átlag=75,4, SD=8,7) év 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 NCD csoportjai között az 3. táblázat tartalmazza.

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

nem (férfi/nő)	nincs neurokognitív zavar (n=127)				minor neurokognitív zavar (n=56)				major neurokognitív zavar (n=25)				p érték*
	25/102				8/48				2/23				
	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

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

\* Kruskal-Wallis és khi négyzet próba

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

	nincs neurokognitív zavar (n=127)				minor neurokognitív zavar (n=56)				major neurokognitív zavar (n=25)				p érték*
	átlag (± SD)	medián	25 percentil	75 percentil	átlag (+/- SD)	medián	25 percentil	75 percentil	átlag (+/- SD)	medián	25 percentil	75 percentil	
ACE téri- vizuális képességek 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 képességek 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

Az életkor, iskolázottság, és NCD 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 (4. táblázat)

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

	Nem standardizált koefficiens		Standardizált koefficiens		p érték
	B	Std. Error	Beta	t	
(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
NCD	-10,671	0,362	-0,837	-29,484	0,000

Rövidítés: NCD: neurokognitív zavar

Az optimális határpontérték, specificitás és szenzitivitás meghatározásához ROC-görbe elemzést végeztünk. Mind az ACE, mind az MMSE vágópontjait meghatároztuk a DSM-5 szerinti klinikai diagnózis beosztás alapján. Az 5. 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.



5. 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
specificitás	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
specificitás	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
specificitás	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

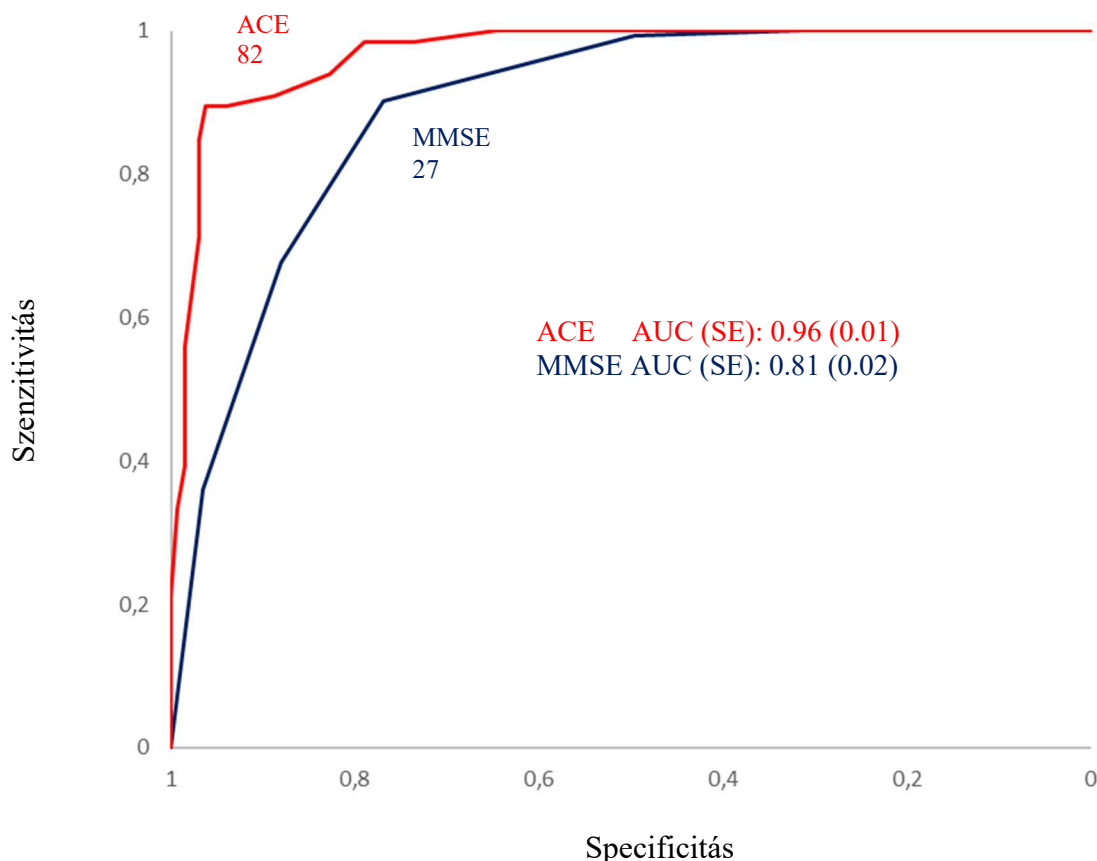
Az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat ROC-görbe alatti területe 0,096 volt [95% -os konfidencia intervallum (CI): 0,933 – 0,988]; a minor NCD-t azonosító legjobb küszöbérték 82 pont (szenzitivitás = 89%, specificitás = 96%). A major NCD azonosításához a legjobb küszöbérték 76 pont (szenzitivitás = 98%, specificitás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

hasonlóan a minor NCD azonosításához 82 pontnál található, szenzitivitás 0,93, és specificitás 0,96.

Az MMSE 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 differenciálódásának határértéke 27 volt (szenzitivitás = 76,2%, specificitás = 90,1%).

A következő ábrán a minor neurokognitív zavarra vonatkozó ROC görbék kerültek feltüntetésre (5. ábra).

5. ábra: A minor neurokognitív zavarra vonatkozó ROC-görbék

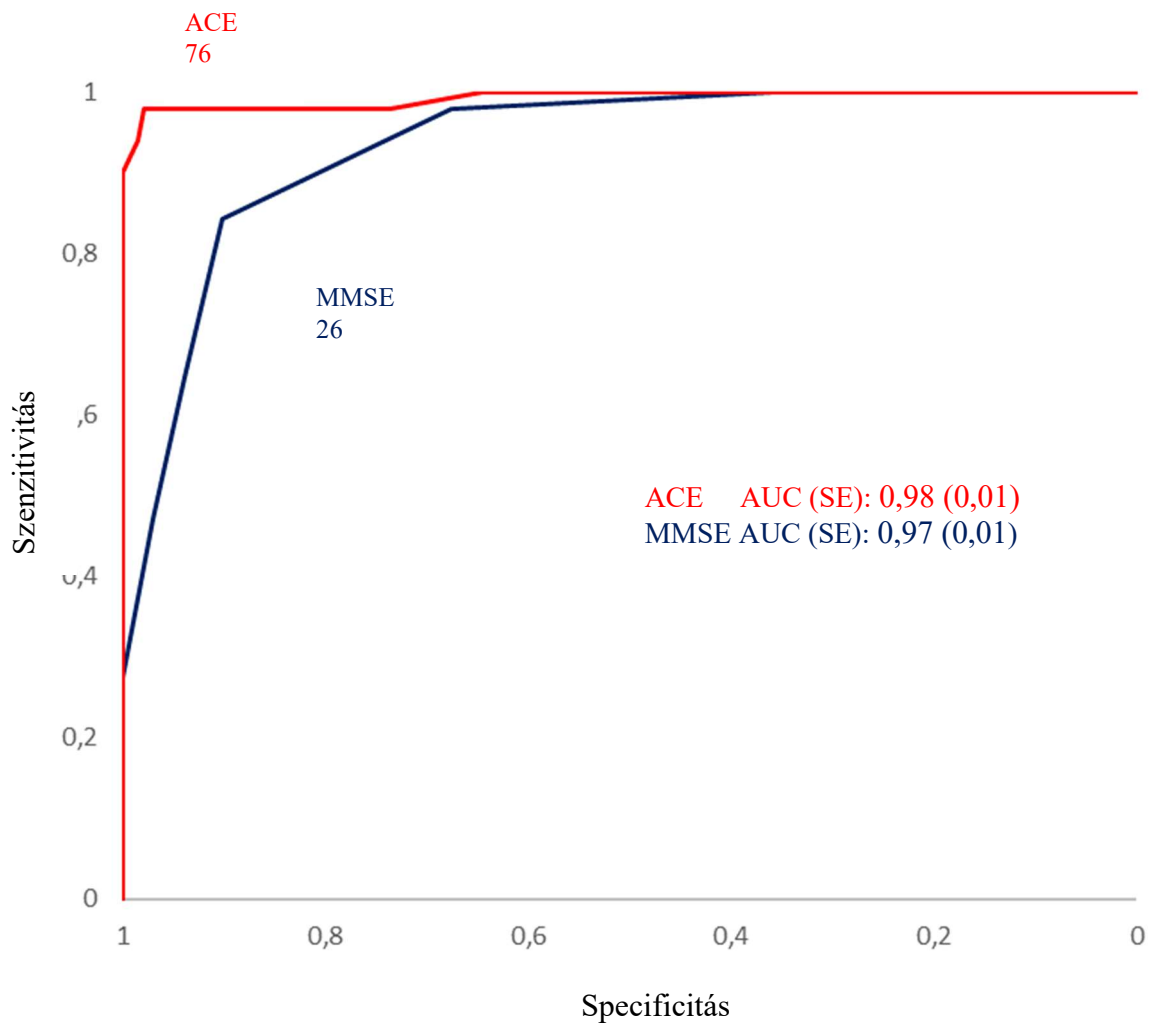


Rövidítések: ACE Addenbrooke Kognitív Vizsgálat, MMSE Mini-Mentál Státusz Vizsgálat, AUC: görbe alatti terület, SE: standard hiba

Az ROC analízis alapján megállapítható, hogy az ACE teszt szignifikánsan jobb diagnosztikai pontossággal rendelkezik a minor NCD differenciálásában, mint az általánosságban alkalmazott MMSE. A NCD nélküli és minor NCD-ban szenvedő idősök között a megállapításra került vágópont Addenbrooke Kognitív Vizsgálat esetén 82 illetve 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 (6. ábra).

6. ábra: A major neurokognitív zavarra vonatkozó ROC-görbék



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

Major NCD megállapításában az ACE tekintetében mutatkozott a magasabb diagnosztikus effektivitás 76 pontos vágópontok 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 kognitív teszt, amely képes mérni a lehetséges kognitív károsodásokat, és melyet gyorsan, egyszerűen elvégezhetnek még a túlterhelt szakrendelőkben is. Az ACE praktikus és értékes „ágy melletti” eszköz a kognitív funkciók vizsgálatához. Az MMSE 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-nál (szenzitivitás 0,93 és 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 dementia 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 dementia 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 határérték pont (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 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 dementia 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 MCI elkülönítése esetében (szenszitivitás 0,93, specificitás 0,91), és 78-nak MCI és AD felosztásában (szenszitivitás 0,73; specificitás 0,93) (Pouretamad és mtsai, 2009). Egy 2017-es argentin kutatásban alacsony szocioökonómiai státusszal bíró, alacsony iskolázottságú résztvevők vizsgálatával arra jutottak, hogy demenciát tekintve a határérték 70 pont (szenszitivitás 0,84; 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 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 használja, míg másik részük egyéb 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-sal kapcsolatos kognitív változásokkal összefüggésben (ALS) (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 kognícióinak vizsgálata során (Charernboon és Patumanond 2017), intra- és extraaxialis tumorok vizsgálatakor (Cherkil és mtsai, 2017), hipertonia és kognitív hanyatlás kapcsolatának feltárása esetén (Vermani és mtsai, 2018), post-stroke rehabilitáció hasznának vizsgálatakor (Faria és mtsai, 2016), encephalitis-t 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 demencia szűrésére, korai felismerésére, szakszerű nyomon követésére, ezért 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 NCD-ben szenvedő pácienseket, és ez alapján adná meg a határérték pontokat. Későbbiekben szükség lehet az egyéb vizsgálmódszerekkel 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 fejeztben kifejezetten ezen teoretikus elképzelés vizsgálatára kialakított gyakorlati kérdőív bemutatására koncentrálnak. Ennek során áttekintjük fejlődését, nemzetközileg mért pszichometriai jellemzőit.

Abraham és Hansson már 1995-ben kidolgozták az SOC stratégia 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, 1999a; 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-skálákká módosították (például Zacher és Frese, 2011). Praktikus okokból leggyakrabban a rövid, 12 tételből álló verziót használják (melyet alkalmanként tovább csökkentenek kilencre) (például 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 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 kutatói azt javasolták, hogy a négy stratégiát egymással összhangban álló, szinkronizált képességnek tekintsék, valamint hogy 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 összhangban azzal a fogalommal, hogy a stratégiák összehangolt folyamatot alkotnak (Baltes és Baltes, 1990), csak a teljes pontszámot határozzák meg – ez a legritkábban előforduló módszer (például Weigl és mtsai, 2014; Zacher és Frese, 2011). Másodsor, a kutatások során külön pontszámot kap mind a négy alkotóelem az összesített pontszámon kívül (például 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 (például Wiese és mtsai, 2002; Zacher és mtsai, 2015). Végül, néhány kutatás során csak egy vagy két SOC komponens pontszámait vizsgálják (például 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- $\alpha$  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- $\alpha$  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- $\alpha$  értékek: 0,61-0,65) (Baltés és mtsai, 1999). A többi adaptáció tekintetében pl. a svéd kérdőív pszichometriai jellemzői között a Cronbach- $\alpha$  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- $\alpha$  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-ites négy alskálából álló kérdőívet használták. A hong-kongi idősök körében három alskálás (vesztesség alapú szelekciót nem vizsgálták), 36 itemből álló kérdőív használatával 0,60 és 0,65 közöttinek találták a Cronbach- $\alpha$  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 vesztésen 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).

Mivel magyar nyelven korábban nem állt rendelkezésre a kérdőív, ezért elvégeztük fordítását és 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. Néhány apróbb módosítást követően elfogadásra került adaptációnk.

## 6.1. Célkitűzés

Vizsgálatunk célja a nemzetközi tapasztalatok alapján elfogadható megbízhatósággal rendelkező, az időskori alkalmazkodás mérésére alkalmas kérdőív, a Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció (SOC) Kérdőív magyar mintán történő validálása, pszichometriai elemzések 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 (MMSE > 27),
- nincs súlyos érzékszervi károsodás (látás- vagy halláskorlátozottság),
- nincs dominánsoldali mozgásszervi károsodás (plegia, paresis).

A minta életkora 6nullától 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 tesztcsomagot) a férfiak

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 nagyobbak 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 minimális 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 6. táblázatban láthatóak.

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

	n	SOC összpontszám átlaga (SD)	Z <sup>a</sup> vagy Kruskal-Wallis H <sup>b</sup> (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 (<0,001)
kevesebb, mint 8 általános	21	5,9 (2,94)	
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)	

<sup>a</sup> Független mintás nonparametrikus próba – Mann-Whitney U teszt

<sup>b</sup> 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 pontszám 6,2-nek (SD=2,6; medián=6) bizonyult, minimum pontszám 3, maximum pontszám 12 volt. Az alsókálák 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 SOC-modell érvényességének és gyakorlati használhatóságának igazolására tehát Baltes és munkatársai hozták létre ezen kérdőívet (Baltes és mtsai, 1999a, 1999b), melynek segítségével a teória megalapozottságát és hasznát számos vizsgálatban igazolták az elmúlt évtizedben. A kérdőív a négy stratégia (választáson alapuló szelekció, veszteségen alapuló szelekció, optimalizáció, kompenzáció) alkalmazásáról kérdezi a válaszadót, akinek el kell képzelnie egy adott helyzetet, és annak megfelelően, hogy ő maga mit tenne, be kell jelölnie az egyik vagy másik válaszlehetőséget. A kérdőív rövidített verziója 12 tételes, és ezen 12 kérdés négy faktor köré csoportosítható minden stratégiára három-három kérdés vonatkozik, dichotóm (igen/nem) válaszadási lehetőséggel. A kérdőíven elért összpontszám 0-12 közé tehető, minél magasabb a pontszám, annál magasabb SOC stratégia használatával állunk szemben. A faktorok 0-3 pontszám mentén dolgoznak. Jelenlegi kutatásban a kérdőív Cronbach-alfa értéke 0,61.

#### *Connor-Davidson Reziliencia Skála*

A kérdőív kifejlesztése során olyan tulajdonságokat, tartalmakat vettek figyelembe, melyek a rezilienciát írják körül, így pl. kihívásnak/lehetőségnek tekinteni a változást, a stresszt; korlátok felismerése a kontroll lehetőségében; erős önértékelés, énhatékonyság; alkalmazkodóképesség, a megküzdés módjának változtatása; mások támogatásának elfogadása; humor a stresszel szemben, valamint türelem, optimizmus, bizalom, hit.

A 25 kijelentést tartalmazó kérdőív (Connor és Davidson, 2003) mindegyik itemére 5 válasz lehetséges az alábbiak szerint: egyáltalán nem igaz, ritkán igaz, néha igaz, gyakran igaz, majdnem mindig igaz. Az itemeken 0-4 pontszámot lehet jelölni. A kérdőív az utolsó egy hónap érzéseire kérdez rá. Az elérhető pontszám nullától 100-ig terjedhet, minél magasabb, annál nagyobb rezilienciát jelez.

Mindezeken túl 6 faktor elkülönítése lehetséges. Az 1. faktor azon tételket foglalja magában, amelyek a stresszhelyzet megerősödésre való lehetőségeként tartják számon, míg a 2. faktorban azokat a tételket találjuk, amelyek az adott személy eredményességére utalnak korábbi stresszhelyzetekben, és ez az eredményesség az, mely előrevetíti a sikeres megoldást egy aktuális szituációban. A 3. faktor itemei az egyén teherbírását írják le, a 4. faktorban az érzelmi stabilitás, megküzdés tételket tartalmazzák, míg az 5. faktor a változások elfogadását és biztonságos kapcsolatok fontosságát hangsúlyozza. A 6. faktorba került itemek a személyes kompetencia mentén fogalmazódnak meg (Kiss és mtsai, 2015). Jelenlegi kutatásban a kérdőív Cronbach-alfa értéke 0,93.

#### *Geriátriai Depresszió Skála (15 tétel változat)*

A Geriátriai Depresszió Skála (GDS; Brink és mtsai, 1982) az egyik leggyakrabban használt mérőeszköz az időskori depresszió diagnosztizálásában és vizsgálatában (Mui, 1996; Stiles és McGarrahan, 1998; Jongenelis és mtsai, 2005). Rendkívüli fontossággal bír, mivel kifejezetten idősek számára kialakított skála, mely minimalizálja olyan, nem-specifikus tényezőket, mint fáradtság, alvászavarok, koncentrációs nehézségek mérését, ami gyakoribb olyan idősek esetén, akik kognitív zavarban szenvednek. Így alkalmasabbá válik a depresszió okozta „pseudodementia” és valódi dementia elkülönítésére. Gyorsan kitölthető, 15 kérdést tartalmazó, két-pontos válaszadó rendszerrel működik, így nem várható nagyobb számú álpozitív eset, mint a négy-pontos válaszlehetőségeknél (Brown és Schinka, 2005).

A GDS-15-nek remek pszichometriai adatai vannak, képes a depressziót felismerni 91% feletti szenzitivitással (D’Ath és mtsai, 1994) 5 pontos cut-ponttal és magasabb, mint 81%-os szenzitivitással 4 pontos cut-ponttal. Jelenlegi kutatásban a kérdőív Cronbach-alfa értéke 0,88.

## 6.4. Statisztikai módszerek

Vizsgálatunk során meghatározásra került a SOC-12 kérdőív belső konzisztenciája, valamint a mintánkon mutatkozó faktorszerkezet, illetve vizsgáltuk a CD-RISC-kel és alskáláival, továbbá a GDS kérdőív értékével való együttjárást. A kérdőív reliabilitásának vizsgálatára item-analízist végeztünk, a belső konzisztenciát Cronbach- $\alpha$ -val jellemeztük. A tételek homogenitását elemeztük a mind a 12 tételt tartalmazó egységes skálán, mind a négy SOC stratégiát mérő alskálákon. Lépésről-lépésre elhagytuk azokat a tételleket, amelyek jelentősen rontják a skála homogenitását, illetve azokat a tételleket, amelyek felelősek azért, hogy az adott (al)skála lényegesen alatta marad a minimálisan elvárható 0,6-os  $\alpha$ -értéktől. Az egy és három faktoros modell mintánkon való érvényességének megítélésére konfirmációs faktoranalízist végeztünk. A megerősítő faktorelemzés a minta variancia-kovariancia mátrix segítségével valósult meg, többek között a CFI (az összehasonlító illeszkedési mutató – comparative fit index), az RMSEA (a közelítés négyzetes középérték-hibája – root mean square error of approximation) és az SRMR (a standardizált gyök-átlag négyzet maradványindex – standardized root mean residual) mutatók számításával.

A konvergens validitást a SOC-12 és CD-RISC skálák közötti korrelációk elemzésével ellenőriztük, míg a divergens validitás megállapítását a SOC-12 és GDS kérdőív közötti együttjárás tesztelésével végeztük. A teszt-reteszt reliabilitást egy 51 fős almintán, két hetes időintervallum segítségével vizsgáltuk.

Az adatok elemzése az IBM SPSS Statistics for Windows, version 26.0 szoftvercsomaggal (Armonk, NY: IBM Corp.), és az AMOS 5.0 segítségével történt (valamint a korábban említett nemi arány eltolódásának esetleges jelentőségét a G\*Power 3.1.9.7. program segítségével vizsgáltuk).

## 6.5. Eredmények

### 6.5.1. Reliabilitás

Eredményeink alapján az egységes SOC-12 kérdőív éppen elfogadható Cronbach- $\alpha$ -val rendelkezik ( $\alpha=0,61$ ). A SOC stratégiák alskáláit tekintve a Cronbach-alfa értékek a következőképpen alakultak: elektív szelekció 0,47; veszteségen alapuló szelekció 0,14; optimalizáció 0,80; kompenzáció 0,57.

Az egységes SOC-12 skálán a homogenitást jelentősen rontó tételek a két szelekciós stratégiához tartozó 1., 2., 4., 5., illetve a kompenzáció skálához tartozó 11. item.

Amennyiben ezeket a tételket kivesszük kérdőívünkől a Cronbach-alfa jelentősen megemelkedik. A 7 itemes rövid SOC kérdőív Cronbach-alfája 0,82.

A négy eredeti SOC alskála homogenitásának mutatóit a 7. táblázat összesíti (65-66. oldal). Elhagytuk az *Elektív szelekció* alskálához tartozó 3. tételt („Ha végiggondolom, mit akarok, egy vagy két fontos célt tűzök ki magam elé”), a teljes *Veszteség alapú szelekció* alskálát, illetve a *Kompenzáció* alskálához tartozó 11. tételt („Ha valami nem úgy sikerül, mint eddig, tanácsot és segítséget kérek másoktól.”).

### 6.5.2. Validitás

A kérdőív konvergens validitásának vizsgálatára a Connor Davidson Reziliencia Skálát és ennek faktorait használtuk, mely pozitív szignifikáns kapcsolatot mutatott a SOC stratégiákkal. A diszkrimináns validitás vizsgálatára a Geriátriai Depresszió Skálát használtuk, mellyel várakozásainknak megfelelően negatív irányú szignifikáns kapcsolatot mutatott kérdőívünk. Részletes eredmények az 8. táblázatban láthatóak.

8. táblázat: Spearman-korrelációk a SOC-7, a CD-RISC és a GDS kérdőívek és alskálák között

	SOC-7	CD-RISC	GDS
SOC-7	1		
CD-RISC	0,428**	1	
GDS	-0,426**	-0,384**	1
CD-RISC alskálái			
1. stresszhelyzet lehetőség a megerősödésre	0,428**		
2. korábbi eredmény anticipálja a sikert	0,597**		
3. teherbírás	0,488**		
4. érzelmi stabilitás	0,01		
5. változások elfogadása	0,238**		
6. személyes kompetencia	0,082		

Rövidítések: SOC-7: Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció-12 Kérdőív az 1., 2., 4., 5., 11. tételek elhagyását követően; CD-RISC: Connor-Davidson Reziliencia Skála; GDS: Geriátriai Depresszió Skála 15-itemes változat



7. táblázat: A SOC-12 kérdőív reliabilitás vizsgálatának eredményei

SOC-12 item	átlag	SD	korrigált item-total korreláció	Cronbach- $\alpha$ az item törlése esetén	Cronbach- $\alpha$
<i>Dőlten szedve a SOC magatartás</i>					
1 <sup>a</sup> Sok dolog között osztom meg energiáimat. <i>Kevés dologra koncentrálok az energiámat.</i>	0,43	0,50	0,42	0,11	0,47
2 <sup>a</sup> Egyszerre mindig több terv megvalósításán gondolkodom. <i>Mindig egyik dolog után következik a másik.</i>	0,63	0,49	0,37	0,23	
3 <sup>a</sup> Ha végiggondolom, mit akarok, akkor sem döntök véglegesen egy cél mellett. <i>Ha végiggondolom, mit akarok, egy vagy két fontos célt tűzök ki magam elé.</i>	0,53	0,50	0,11	0,67	
4 <sup>b</sup> Akkor is, ha a dolgok nem mennek olyan jól, mint eddig, megpróbálok kitartani az összes addigi célom mellett. <i>Ha a dolgok nem mennek olyan jól, mint eddig, megpróbálok egy vagy két fontos célra összpontosítani.</i>	0,53	0,50	0,10	0,02	0,14
5 <sup>b</sup> Ha valami fontosat már nem tudok úgy megtenni, mint eddig, az időmet és energiámat sok más dologra fordítom. <i>Ha valami fontosat már nem tudok úgy megtenni, mint eddig, új célt keresek.</i>	0,40	0,49	0,07	0,10	
6 <sup>b</sup> Ha valamit már nem sikerül úgy tennem, mint korábban, akkor hagyom, hogy a dolgok egyszerűen megtörténjenek. <i>Ha valamit már nem sikerül úgy tennem, mint korábban, akkor nagyon alaposan átgondolom, mi is fontos a számomra.</i>	0,60	0,49	0,04	0,16	

7. táblázat folytatása: A SOC-12 kérdőív reliabilitás vizsgálatának eredményei

SOC-12 item	átlag	SD	korrigált item-total korreláció	Cronbach- $\alpha$ az item törlése esetén	Cronbach- $\alpha$
7 <sup>c</sup> Ha nem sikerül azonnal, amit elképzeltem, nem kísérletezem sokáig újabb lehetőségekkel. <i>Addig próbálkozom, amíg sikerül az, amit elképzeltem.</i>	0,64	0,48	0,68	0,70	0,80
8 <sup>c</sup> Inkább kivárok, hátha maguktól is megvalósulnak a terveim. <i>Mindent megteszek annak érdekében, hogy elérjem a céljaimat.</i>	0,58	0,50	0,69	0,68	
9 <sup>c</sup> Nem tudok teljes erőbedobással küzdeni akkor sem, ha valami nagyon fontos számomra. <i>Ha valami nagyon fontos számomra, teljes erőbedobással küzdök érte.</i>	0,61	0,49	0,58	0,80	
10 <sup>d</sup> Megelégszem azzal is, ha a dolgok már nem úgy mennek, mint eddig. <i>Ha a dolgok már nem úgy mennek, mint eddig, új utakat keresek célom megvalósítása érdekében.</i>	0,31	0,47	0,52	0,21	0,56
11 <sup>d</sup> Ha valami nem úgy sikerül, mint eddig, magam döntök mások segítsége és tanácsa nélkül. <i>Ha valami nem úgy sikerül, mint eddig, tanácsot és segítséget kérek másoktól.</i>	0,55	0,50	0,19	0,72	
12 <sup>d</sup> Ha nehezebbé válik elérni ugyanazt az eredményt, inkább lemondok róla. <i>Ha nehezebbé válik elérni ugyanazt az eredményt, még keményebben küzdök érte.</i>	0,45	0,50	0,43	0,36	

<sup>a</sup> Elektív szelekció <sup>b</sup> Veszteségen alapuló szelekció <sup>c</sup> Optimalizáció <sup>d</sup> Kompenzáció

### 6.5.3. Faktoranalízis

A skála megbízhatósági mutatók alapján első körben eltávolítottuk a SOC-12 azon tételeit, amelyek jelentősen rontottak az adott (al)skála homogenitását. Az így kialakított egységes skálát illetve a három alskálát tartalmazó faktorstruktúrákat megerősítő faktorelemzésnek vetettük alá, s a 9. táblázatban szereplő illeszkedési mutatókat kaptuk.

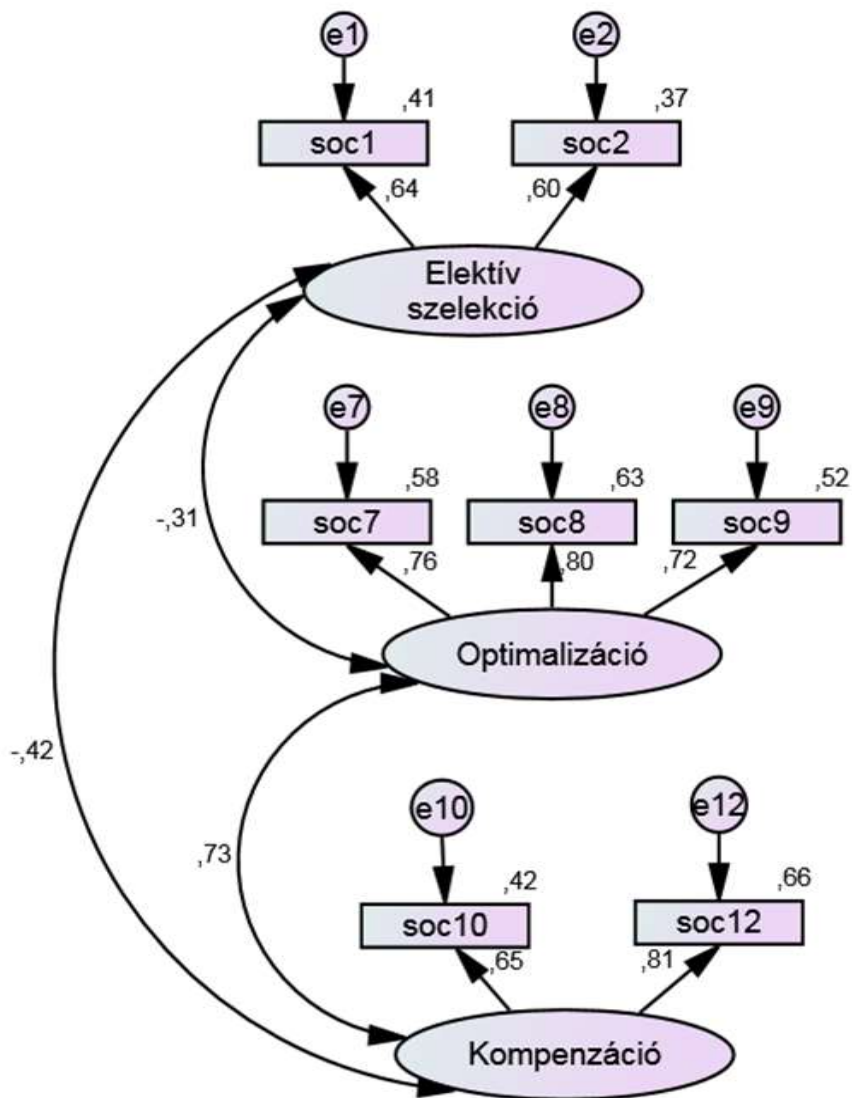
9. táblázat: A SOC-12 módosított faktorszerkezetének illeszkedési mutatói

	SOC-12, 3 faktor	SOC-12, 1 faktor
$\chi^2$	24,68	42,73
df	11	14
CMIN/df	2,24	3,05
CFI	0,952	0,912
RMSEA	0,090 (0,042-0,138) p=0,079	0,116 (0,077-0,156) p=0,004
SRMR	0,052	0,061

Rövidítések:  $\chi^2$ : Kétféle négyzet df: szabadságfok, CMIN: Minimum Chi-square, CFI: Comparative Fit Index, RMSEA: Root Mean Square of Approximation, SRMR: Standardized Root Mean Residual

A háromfaktoros modell standardizált faktorsúlyai és faktorkorrelációi a 7. ábrán szerepelnek.

7. ábra: A SOC háromfaktoros modelljének faktorsúlyai és –korrelációi



## 6.6. Megbeszélés

Kutatásunk jelen szakaszának célja a Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció rövid kérdőív magyar változata pszichometriai tulajdonságainak feltárása volt. A magyar SOC-12 kérdőíven jelentős módosításokat kellett végrehajtani ahhoz, hogy elfogadható belső konzisztenciával rendelkező mérőeszközt hozzunk létre.

Eredményeink közül kiemelendő, hogy az elektív szelekciót és a kompenzációt mérő alskálákat egy-egy tétellel szűkíteni kellett. Az *elektív szelekció* esetében a kieső 3. tétel („Ha végiggondolom, mit akarok, egy vagy két fontos célt tűzök ki magam elé.”) egy alárendelő összetett mondatban foglalja össze az alskála tartalmát, ami feltehetőleg kevésbé egyértelműen megválaszolható, mint az első két tétel. 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 ide tartozó tétel egyéni szinten írja le, így érthető, hogy az alskála nem homogén módon működik. A *veszteség alapú szelekció* alskálát teljes egészében el kellett hagynunk a rendkívül alacsony belső konzisztencia érték alapján. Az alskála inhomogenitása véleményünk szerint leginkább azzal függhet össze, hogy ezt a SOC stratégiát a hozzá tartozó tételek kevésbé egyértelműen tudják általános szinten megragadni. Az általunk elhagyott tételek nagy mértékű egyezést mutatnak a fent idézett portugál adaptáció tapasztalataival (Amado és mtsai, 2006).

Wiese és munkatársai (2000) egy kutatásban szintén 3 faktoros SOC kérdőívet használtak, és eredményeik azt mutatták, hogy maga a szelekció faktora más volt, mint az optimalizáció és a kompenzáció. Számos tanulmány (pl. Gignac és mtsai, 2002; Freund és Baltes, 2002a) kimutatta, hogy a gyakorlati életben a szelekció szerepe a másik két stratégiához viszonyítva kisebb. Ouwehand és munkatársai (2007) a sikeres idősödési modellek empirikus elemzése során arra jutottak, hogy a kompenzációnak és az optimalizációnak szignifikánsan nagyobb jelentősége van ebben a folyamatban, míg a szelekció különböző típusai rejtettebb szerepet játszanak az élet későbbi szakasza során. Eredetileg a SOC egyetlen folyamatként szerepelt (Baltes és Baltes, 1990) az empirikus kutatások, teoretikus elképzelések sorában, azonban, ahogy egyre több gyakorlati vizsgálati eredmény született, egyre jobban elkülönült egymástól a három fő folyamat, melyek különböző mértékű és formájú kombinációja jellemző lehet az adott egyénre. A kérdőívet eredetileg a sikeres idősödés folyamatának vizsgálatára hozták létre, azonban idővel egyre szélesebb területen alkalmazták, tulajdonképpen minden korcsoportban

(Freund és Baltés, 2002a; Wiese és mtsai, 2000). Ez részben magyarázhatja az egyes vizsgálatokban tapasztalható nagy szórást a Cronbach-alfa értékekben.

A különböző vizsgálatok átlagosan is alacsonyabb – 0,6-0,7 közötti – (al)skála homogenitása több tényezővel is összefügghet: egyrészt azzal, hogy a tételek kiválasztása inkább elméleti, mint pszichometriai alapon történt; másrészt azzal, hogy az egyes alskálákhoz mindössze három tétel tartozik.

A kérdőív megerősítő faktorelemzése alapján egy megfelelő illeszkedésű 3 faktoros szerkezet rajzolódott ki. Annak ellenére, hogy a korábbi szakirodalmi adatok, illetve jelen vizsgálatunk tapasztalatai alapján értelmezhető ez a struktúra, további független vizsgálatok szükségesek a faktorszerkezet megerősítésére.

A viszonyításként használt skálákkal való korrelációk alapján a SOC-12 skála konvergencia és diszkriminatív validitása megfelelőnek mutatkozik, ami alátámasztja a kérdőív által mért erőforrás felhasználási stratégiák módjait.

Elemzésünk korlátjának tartjuk, hogy az eredeti SOC-12 kérdőív öt tételének eltávolításával az exploratív és megerősítő faktoranalízis kombinációját alkalmaztuk, így eredményeinket további független vizsgálatoknak kell megerősítenie.

Összességében kutatásunk alapján a SOC-12 kérdőív pszichometriai mutatói a módosításainkat követően a magyar idős populációban 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 a szelekciós, optimalizációs és kompenzációs stratégiák (7.1. fejezet), valamint 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. 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 ezen követéses szakaszának általánosságban vett 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. Ezen túlmenően szeretnénk volna összehasonlítani a korábbi, hasonló változókat vizsgáló eredményeket saját eredményeinkkel. Úgy gondoltuk, hogy mindezen eredmények segítségével a későbbiekben intervenciós tervek felállítására is lehetőség nyílhat. Változóinkat egyrészt az időskorra jellemző speciális lakókörülmények szempontjából vizsgáltuk, nevezetesen az idős emberek otthonában való életvitel ebben az életkorban egy specifikus élethelyzetet teremt, egyedülálló módon képes befolyásolni az idős emberek életét, szemléletét. Korábbi vizsgálati eredmények alapján egyértelmű különbségek tárhatók fel a saját otthonukban élő idős személyek valamint az idős emberek otthonában élők között (Caltabiano és Caltabiano, 2006; Jongenelis és mtsai, 2004; Grenade és Boldy, 2008; Pinquart és Sörensen, 2003).

#### **7.1.2. Hipotézisek**

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

H1 Lakókörülmények befolyásolják az idős emberek életminőségét, így a két csoport (saját és idős emberek 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 idősök otthonában élők kevesebb SOC stratégiát alkalmaznak.
- H5 A SOC stratégiák mediátor szerepet játszanak a lakókörülmények és a depresszió kapcsolatában.
- H6 Az életkor moderátorként játszik befolyásoló szerepet a közvetlen és közvetett hatás kialakításában a lakókörülmények és a depresszió között. Azaz feltételezésünk szerint az életkor hatást gyakorol a lakókörülmények és depresszió közötti kapcsolatra, valamint a lakókörülmények és a SOC stratégiák használata közötti korrelációra, illetve a SOC stratégiák használata és a depresszió közötti összefüggésre.

A fenti hipotéziseinknek megfelelően úgy gondoltuk, hogy a lakókörülmények, az elektív és veszteségen alapuló szelekció, optimalizáció és 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 indirekt módon, elsősorban az optimalizáció és kompenzáció stratégiáján keresztül.

### **7.1.3. A vizsgálati személyek és az eljárás menete**

A vizsgálati személyek pécsi, illetve Pécs környéki idősök 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 demencia és minor neurokognitív zavar (MMSE > 27),
- 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 szeretnék részt venni a kutatásban. Ezt követően 214 résztvevővel indult a vizsgálat. A kísérleti személyek beleegyezésük 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 27 alatti MMSE 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 125-en vettek 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 28 pont alá került a MMSE összpontszáma, így őt is kizártuk a követésből (28-ról 25-re 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: a nem, életkor, iskolai végzettség, korábbi foglalkozás, családi állapot, lakóköri körülmény (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, szelektív-opitmalizációs-kompenzációs stratégiákat vizsgáló kérdőív, valamint a társas támogatást, depressziót és étellel való elégedettséget mérő skálák.

#### **Az alkalmazott kérdőívek elmélet háttére**

##### *WHO Életminőség Kérdőív Rövidített Verziója*

WHO meghatározása szerint az életminőség „az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogy azt életterének kultúrája, értékrendszerei, saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják” (Kullmann és Harangozó, 1999; Skevington és mtsai, 2004). Az életminőség alapvetően szubjektív megítélésen alapul, egy közérzeti paraméter, melyhez a pszichológiai, mentális állapot és az élethez köthető aktivitás is beletartozik (Kékes, 1999).

A WHO életminőséget vizsgáló kérdőívének eredeti verziója 100 kérdést tartalmazott, ennek rövidített változata a 26 kérdésből álló WHOQoL-Bref. 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.

Az életminőség nagyban függ az egyén értékrendjétől, elvárásaitól is. A magasabb igények általában alacsonyabb pontokat eredményeznek, s ezt számos egyéb tényező befolyásolhatja, mint például betegség megjelenése, vagy annak súlyosbodása. A kutatási eredmények többek között arra is rámutattak, hogy időskorban különösen fontos szerepet játszik a környezet, azt bizonyos változtatásokkal módosítani lehet, kompenzálható az idősödésből és a krónikus betegségekből eredeztethető életminőség csökkenést. Paulik és munkatársai (2007) úgy találták, hogy mind az egészséges, mind a beteg csoportban az életkor előrehaladtával romlik az életminőség. A társas kapcsolatok megítélése az idősebb populációban a betegeknél nagyobb mértékben romlott, mint a magukat egészségeseknek tartóknál. Ez arra utalhat a szerző szerint, hogy Magyarországon gyenge a társas támogatottság.

A kérdőív rövidített verziója a mindennapi alkalmazásra is alkalmas rövidege, gyors kitölthetősége miatt hamar kiértékelhető, az egészségügyi ellátásban is hasznos adatokat nyújt, valamint időbeli változások mérésére is alkalmazható (Paulik és mtsai, 2007). Jelenlegi kutatásban a kérdőív Cronbach alfa értéke 0,87.

#### *Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció Kérdőív*

A kérdőív részlete pszichometriai adatai, valamint bemutatása a korábbi fejezetben található (61. oldal).

### *Pozitív és Negatív Affektivitás Skála*

Pozitív és Negatív Affektivitás Skála (Positive and Negative Affectivity Schedule, PANAS) 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. Faktorelemzéssel két dimenzió, a pozitív és negatív affektivitás különíthető el (Watson és mtsai, 1988). A teszt magyarra fordítása korábban megtörtént (Rózsa és mtsai, 2009). Jelenlegi kutatásban a Cronbach alfa 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 alfa értékre szorítkozunk, mely 0,93.

### *Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás*

A kérdőív (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) 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 (Canty-Mitchell és Zimet, 2000). A kérdőív itemeire egy 7-pontos Likert-skálán adhatóak meg a válaszok (1=teljes mértékben nem értek egyet, 7=teljes mértékben egyetértek). Az egyes skálákon elért pontszám a tételek összeadásából származik. A kérdőív fordított tételt nem tartalmaz. 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 Cronbach alfa értéke 0,94.

### *Geriátriai Depresszió Skála (15-tételes változat)*

Részletes bemutatása a korábbi fejezet során megtörtént (62. oldal), jelenlegi kutatásban a Cronbach alfa értéke 0,88.

### *Élettel Való Elégedettség Skála*

Az Élettel Való Elégedettség Kérdőív (Satisfaction With Life Scale, SWLS) a szubjektív jól-lét mérését teszi lehetővé. Diener és Suh dolgozták ki 1997-ben (Diener és Suh, 1997). Öt item méri az élettel való elégedettséget, azaz az egyén életének kognitív értékelését. A vizsgálati személynek azt kell bejelölnie, hogy mennyire ért egyet az adott állításokkal. 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 Cronbach alfa 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.

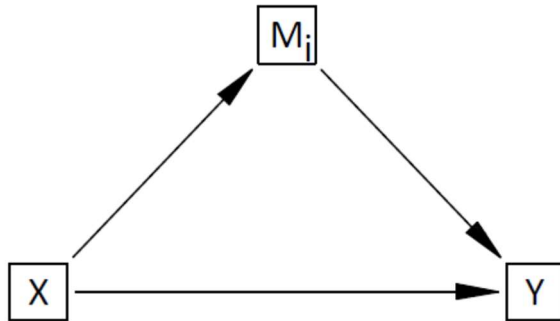
A kategória típusú változók (pl. nem) közötti különbségek megítélésére khi-négyzet próbát használtunk, míg a folytonos változók átlagait a csoportok között független mintás t-próbával hasonlítottuk össze, ha azok normál eloszlást mutattak. Ha a normalitás feltétele nem teljesült Mann-Whitney próbát használtunk. 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: idősök otthona).

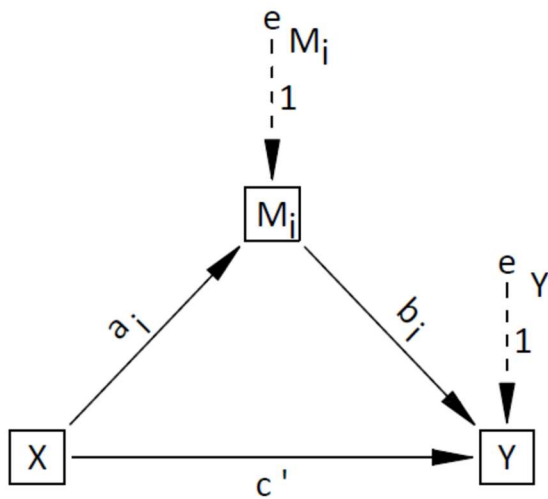
A mediátor és moderált mediátor modellek felállításához a PROCESS Modell 4-et és Modell 59-et használtuk. Ennek során a korrigált intervallumbecslés (bias-corrected CI) 95% volt, 5000 bootstrap mintavétel mellett. Teoretikus és statisztikai ábrázolásuk az alábbi ábrákon láthatóak (8. és 9. ábra). Ha a CI 95% az indirekt hatás ( $a*b$ ) esetén nem tartalmazza a nullát, a mediáló hatás szignifikáns.

8. ábra: Modell 4 ábrázolása (Hayes, 2013)

Modell 4 elméleti diagram



Modell 4 statisztikai diagram

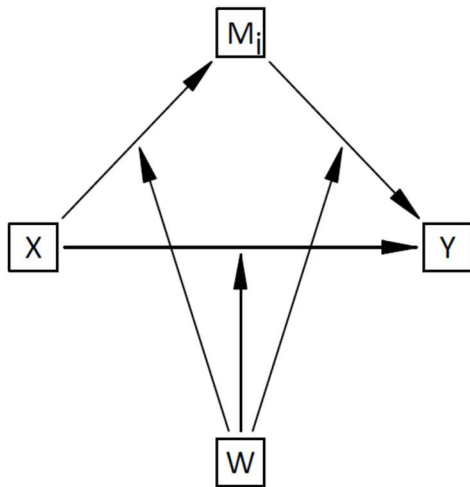


X közvetett hatása M-en keresztül az Y-ra =  $a \cdot b$

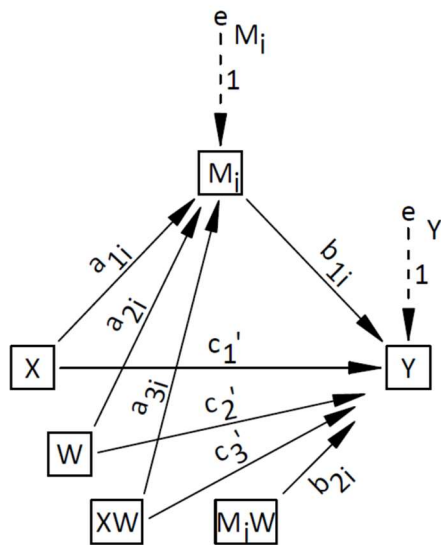
X közvetlen hatása Y-ra =  $c'$

9. ábra: Modell 59 diagramjai (Hayes, 2013)

Modell 59 elméleti ábrázolása



Modell 59 statisztikai ábrázolása



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

X feltételes közvetlen hatása Y-ra =  $c'_1+c'_3*W$

## 7.1.6. Eredmények

### Szociodemográfiai adatok

Összesen 174 önkéntes vett részt vizsgálatunkban, illetve az egy éves követés során 125 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 10. táblázatban szerepelnek.

10. 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
	tartomány	60-98	61-99	p=0,003
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)	

## Lakókörmények 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 11. táblázatban láthatóak részletesen feltüntetve. Ezt követően az életkor kontrollálása mellett is elvégeztük a változók összehasonlítását.

11. táblázat: Lakókörmények okozta különbségek az idősök körében

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

A fentiek közül kiemelendő, hogy az életminőség változók tekintetében a saját otthonukban élők szignifikánsan magasabb értéket értek el, míg az idősök otthonában élők életkorukat tekintve jelentősen idősebbek (általános életminőség  $p=0,001$ , pszichés jóllét  $p=0,001$ , testi jóllét  $p<0,001$ ). Ezen túlmenően a használt SOC stratégiák



tekintetében 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 idősek 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 idősek 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, tehát az életkor nem befolyásolja ezen statisztikailag jelentős differenciát a lakóköörülmények tekintetében.

### **A vizsgált változók korrelációs elemzése**

Tekintettel a SOC kérdőív validálása során kapott eredményekre, annak érdekében, hogy a gyakorlat szempontjából értékelhető statisztikai eredményeket kapjunk, kihagytuk elemzéseinkből a szelekciós stratégiák vizsgálatát.

A 12. táblázat a tanulmányunk jelen részének vizsgált változói közötti korrelációt mutatja be. Ezen korrelációs táblázatból többek között kitűnik, hogy a lakóköörülmények szignifikáns pozitív kapcsolatban állnak a depresszióval ( $r = 0,558$ ;  $p < 0,001$ ). Míg az optimalizáció ( $r = -0,419$ ;  $p < 0,001$ ) és kompenzáció ( $r = -0,267$ ;  $p = 0,007$ ), valamint az általánosságban használt SOC stratégiák ( $r = -0,320$ ;  $p = 0,001$ ) negatív szignifikáns kapcsolatban állnak a követéskor tapasztalt depresszióval. A lakóköörülmények ezen kívül negatív irányú szignifikáns korrelációban állnak a veszteség alapú szelekció használatával ( $r = -0,181$ ;  $p = 0,002$ ), az optimalizációval ( $r = -0,446$ ;  $p < 0,001$ ), a kompenzációval ( $r = -0,262$ ;  $p < 0,001$ ), az általánosságban használt SOC stratégiákkal ( $r = -0,380$ ;  $p < 0,001$ ) és pozitív irányú kapcsolatban az életkorral ( $r = 0,487$ ;  $p < 0,001$ ).

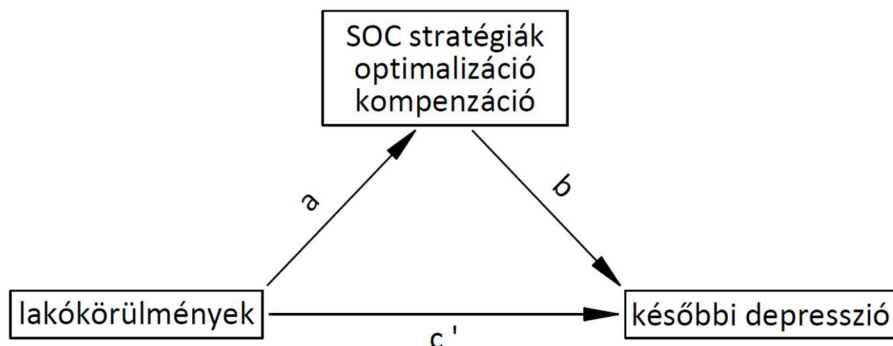
12. táblázat: Korrelációs együtthatók a vizsgált változók között

	lakókörül- mények	optima- lizáció	kompén- záció	SOC általános- ságban	depresszió követéskor
optimalizáció	-0,446**				
kompensáció	-0,262**	0,460**			
SOC általános- ságban	-0,380**	0,755**	0,652**		
depresszió követéskor	0,558**	-0,419**	-0,267**	-0,332**	
életkor	0,487**	-0,262**	-0,312**	-0,262**	0,327**

### 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 (10. ábra).

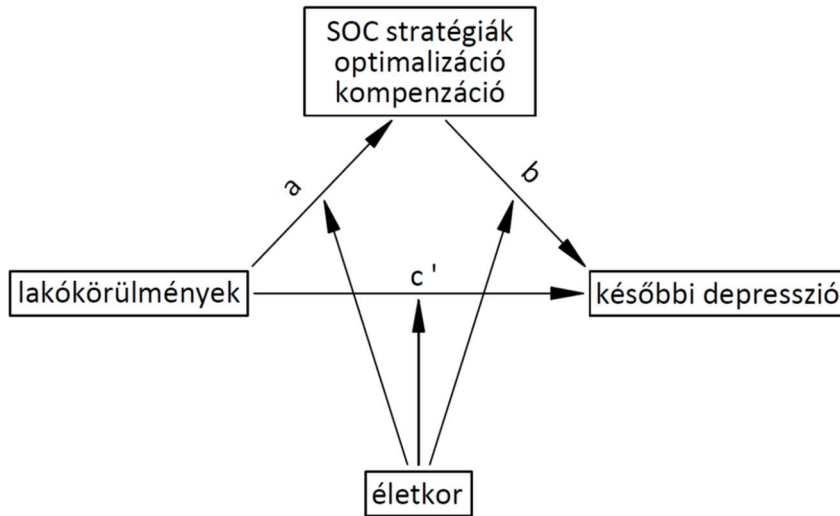
10. ábra: Lakókörülmények és depresszió kapcsolatát mediáló SOC stratégiák



Ezt követően a Modell 59-et alkalmazva a moderált mediátor hatás vizsgálatát végeztük el, azaz az életkornak, mint moderátor változónak vajon van-e direkt és indirekt módon hatása a lakókörülmények és depresszió közötti kapcsolatra (11. ábra). Részleteit tekintve úgy gondoltuk, hogy az életkor képes moderálni a lakókörülmények és depresszió közötti kapcsolatot; a lakókörülmények és a különböző SOC stratégiák között; 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.

11. ábra: Lakóköörülmények és depresszió kapcsolatában szerepet játszó moderátor tényező



### Mediátor analízis eredményei

Az általánosságban használt SOC stratégiák mediátor elemzése alapján a teljes hatás (c út), azaz a lakóköörülmények hatása a depresszióra szignifikáns volt ( $B=4,505$ ;  $p<0,001$ ). Az „a” út koefficiense ( $B=1,886$ ;  $p<0,001$ ) szignifikáns, pozitív irányú kapcsolatot mutatott a lakóköörülmények és a SOC stratégiák általános használata között. Ezen túlmenően az közvetett hatás „a\*b” útja szintén szignifikáns összefüggést mutatott a SOC stratégiák használatán keresztül ( $B=0,458$ ,  $SE=0,312$ ) a lakóköörülmények és depresszió között, mivel a 95%-os korrigált intervallumbecslés 0,017 és 1,03 közötti volt, tehát nem tartalmazta a nullát (13. táblázat). Ezek alapján megállapítható, hogy a SOC stratégiák általános használata részben mediálja a lakóköörülmények és depresszió közötti kapcsolatot.

Alább áttekintjük a különböző SOC stratégiák részletes mediátor elemzésének eredményeit:

### 1. Optimalizáció

Következőkben az optimalizáció hatásának vizsgálata érdekében végeztük el a mediátor elemzést. Eredményeink szerint mind a teljes hatás („c” út) a lakókörülmény és depresszió kapcsolatában szignifikáns volt ( $B=4,332$ ;  $p<0,001$ ), mind az „a” út szignifikáns koefficienssel rendelkezett ( $B=-0,984$ ;  $p<0,001$ ), valamint ehhez hasonlóan a „b” út is statisztikailag jelentős összefüggést mutatott ( $B=-0,657$ ;  $p=0,034$ ). Ezek alapján negatív irányú kapcsolat mutatható ki egyrészt a lakókörülmények és optimalizáció használata között, másrészt az optimalizáció használata és a depresszió kapcsolatában. Mindezek mellett az indirekt, közvetett hatás pontbecslése szintén szignifikáns összefüggést mutatott ( $B=0,657$ ;  $SE=0,362$ ; 95 % CI: 0,013-1,416). A direkt, közvetlen hatást mutató „c” út hasonlóképpen statisztikai szempontból meghatározó volt ( $B=3,685$ ;  $p<0,001$ ). Mindezek összességében azt mutatják, hogy *az optimalizáció használata mediálja a kapcsolatot a lakókörülmények és depresszió között.*

### 2. Kompenzáció

A kompenzáció mediátor vizsgálata megerősítette, hogy a lakókörülmények teljes hatása („c” út) szignifikáns a depresszióra ( $B=4,461$ ;  $p<0,001$ ) és az „a” út koefficiense szintén szignifikáns volt ( $B=-6,129$ ;  $p=0,004$ ), ahogy a „b” út koefficiense is ( $B=-0,546$ ;  $p=0,004$ ). 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 ( $B=0,335$ ;  $SE=0,255$ ), 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 ( $B=4,126$ ;  $p<0,001$ ). Mindezeket egybevetve kimondható, hogy az optimalizációhoz hasonlóan *a kompenzáció is mediálja a vizsgált folyamatot* (13. táblázat).

13. 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		
Model 1: általánosságban a SOC stratégiák mediátor hatása a lakókörülmények és a depresszió kapcsolatára										
lakókörülmény	4,505**	0,694	4,047**	0,732			0,458	0,312	0,017	1,03
SOC stratégiák általánosságban			-0,243	1,34	-1,886**	0,500				
R <sup>2</sup>	0,286		0,308		0,119					
Model 2: optimalizáció mediátor hatása a lakókörülmények és a depresszió kapcsolatára										
lakókörülmény	4,332**	0,703	3,685**	0,753			0,647	0,362	0,013	1,416
optimalizáció			-0,657*	0,305	-0,984**	0,228				
R <sup>2</sup>	0,277		0,310		0,159					
Model 3: kompenzáció mediátor hatása a lakókörülmények és a depresszió kapcsolatára										
lakókörülmény	4,461**	0,695	4,126**	0,718			0,335	0,255	0,004	0,805
kompenzáció			-0,546**	0,329	-0,613*	0,206				
R <sup>2</sup>	0,286		0,304		0,079					

\*p<0,05, \*\*<0,001

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

### Moderált mediátor elemzés eredményei

A következőkben áttekintjük a moderált mediátor elemzések részletes eredményeit. Feltételezéseink szerint az életkor moderátor szerepet játszhat a lakókörülmények és depresszió közötti kapcsolatban, külön-külön, vagy együttesen, mind a direkt (lakókörülmények-depresszió), mind az indirekt („a” út: lakókörülmény-vizsgált stratégia; „b” út: vizsgált stratégia-depresszió) utat befolyásolva.

A SOC stratégiák általánosságban történő használatának eredményei alapján megállapítható, hogy az életkor moderálja a közvetlen hatást a SOC stratégiák használata és a depresszió közötti kapcsolatban (SOC stratégiák általánosságban\*életkor:  $B=0,041$ ;  $p=0,037$ ) (14. táblázat).

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

változó	B	SE	t	LLCI	ULCI
kimeneti változó: SOC stratégiák általánosságban					
lakókörülmény	-2,546	6,011	-0,423	-12,523	7,433
életkor	-0,046	0,150	-0,306	-0,294	0,202
lakókörülmény*életkor	0,012	0,084	0,140	-0,128	0,151
kimeneti változó: depresszió					
lakókörülmény	2,931	8,696	0,337	-11,506	17,367
SOC stratégiák általánosságban	-3,263	1,436	-2,272	-5,647	-0,879
életkor	-0,246	0,283	-0,869	-0,716	0,224
lakókörülmény*életkor	0,010	0,121	0,086	-0,191	0,212
SOC stratégiák általánosságban*életkor	0,041	0,020	2,117	0,009	0,074

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

A 14. táblázatban szereplő adatok alapján *lakókörülmény direkt hatása a depresszióra növekszik az életkorral* (65 éves:  $B=3,613$ ; 95% CI: 1,839-5,388;  $p=0,001$ ; 73 éves:  $B=3,691$ ; 95% CI: 2,326-5,056;  $p<0,001$ ; 80 éves:  $B=3,770$ ; 95% CI: 1,505-6,033;  $p=0,007$ ). Hasonlóképpen a SOC stratégiák közvetlen hatása egyre erősödött az életkor növekedésével (65 éves:  $B=-0,560$ ; 95% CI: -0,897- -0,223;  $p=0,007$ ; 73 éves:  $B=-0,251$ ; 95% CI: -0,472- -0,03;  $p=0,006$ ; 80 éves  $B=0,058$ ; 95% CI: -0,261- -0,377;  $p=0,07$ ). A közvetett hatás a SOC stratégiák általános használatán keresztül a két vizsgált változó

között szintén erősödést mutatott az életkor előrehaladtával (65 éves:  $B=0,995$ ; 95% CI: 0,210-2,094; 73 éves:  $B=0,424$ ; 95% CI: 0,018-0,968; 80 éves:  $B=0,093$ ; 95% CI: 0,008-0,537).

15. táblázat: Lakókörülmeny feltételes közvetlen és közvetett hatása a depresszióra különböző életkorok esetén SOC stratégiák mediátor hatása mellett

életkor	B	SE	LLCI	ULCI
Feltételes közvetlen hatás (fokális prediktor: lakókörülmeny)				
65	3,613	1,069	1,839	5,388
73	3,691	0,822	2,326	5,056
80	3,770	1,364	1,505	6,033
Feltételes közvetlen hatás (fokális prediktor: SOC stratégiák általánosságban)				
65	-0,560	0,203	-0,897	-0,223
73	-0,251	0,133	-0,472	-0,03
80	0,058	0,192	-0,261	0,377
Feltételes közvetett hatás				
65	0,995	0,585	0,210	2,094
73	0,424	0,303	0,018	0,968
80	0,093	0,222	0,008	0,537
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					

A 17. táblázat alapján az életkor növekedésével csökkent a lakókörülmények direkt hatása a depresszióra kompenzáció használata mellett (65 éves:  $B=3,457$ ; 95% CI: 1,539-5,376;  $p=0,004$ ; 73 éves:  $B=3,243$ ; 95% CI: 1,817-4,669,  $p=0,000$ ; 80 éves:  $B=3,029$ ; 95% CI: 0,726-5,331;  $p=0,031$ ). Hasonlóképpen a feltételes közvetett hatás egyre kisebb volt az életkor növekedésével (65 éves:  $B=1,122$ ; 95% CI: 0,002-2,346; 73 éves:  $B=0,710$ ; 95% CI: 0,093-1,441; 80 éves:  $B=0,339$ ; 95% CI: 0,300-1,227).



17. táblázat: Lakókörülmény feltételes közvetlen és közvetett hatása a depresszióra különböző életkorok esetén optimalizáció mediátor hatása mellett

életkor	B	SE	LLCI	ULCI
Feltételes közvetlen hatás				
65	3,457	1,155	1,539	5,376
73	3,243	0,859	1,817	4,669
80	3,029	1,386	0,726	5,331
Feltételes közvetett hatás				
65	1,122	0,742	0,002	2,346
73	0,710	0,412	0,093	1,441
80	0,339	0,272	0,300	1,227

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

## 2. Kompenzáció

Az eredmények alapján az *életkor moderálja a kompenzáció hatását a depresszióra* (kompenzáció\*életkor:  $B=0,092 > p=0,047$ ) (18. táblázat).

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

változó	B	SE	t	LLCI	ULCI
kimeneti változó: kompenzáció					
lakókörülmény	0,045	2,430	0,019	-3,988	4,079
életkor	-0,018	0,060	-0,292	-0,118	0,082
kompenzáció *életkor	-0,006	0,034	-0,190	-0,063	0,045
kimeneti változó: depresszió					
lakókörülmény	3,747	8,877	0,422	-10,991	18,486
kompenzáció	-7,092*	3,423	-2,069	-12,783	-1,400
életkor	-0,107	0,252	0,671	-0,525	0,311
lakókörülmény*életkor	0,004	0,124	0,972	-0,202	0,211
kompenzáció *életkor	0,092*	0,048	0,057	0,013	0,171

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

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

A 19. táblázatban látható eredmények alapján a lakókörülmények direkt hatása a depresszióra erősödött az életkor növekedésével (65 éves: B=4,039; 95% CI: 2,300-5,777; p=0,000; 73 éves: B=4,072; 95% CI: 2,709-5,435; p=0,000; 80 éves: B=4,106; 95% CI: 1,749-6,463; p=0,005). Hasonlóképpen a kompenzáció közvetlen hatása a depresszióra fokozódott az életkor előrehaladtával (65 éves: B=-1,090; 95% CI: -1,826-0,353; p=0,016; 73 éves: B=-0,398; 95% CI: -0,961- -0,165; p=0,024; 80 éves: B=0,294; 95% CI: -0,603-1,190; p=0,243). A feltételes közvetett hatás jelen modellünkben nem mutatott statisztikailag szignifikáns moderátor befolyást.

19. táblázat: Lakókörülmény feltételes közvetlen és közvetett hatása a depresszióra különböző életkorok esetén kompenzáció mediátor hatása mellett

életkor	B	SE	LLCI	ULCI
Feltételes közvetlen hatás (fokális prediktor: lakókörülmény)				
65	4,039	1,047	2,300	5,777
73	4,072	0,821	2,709	5,435
80	4,106	1,420	1,749	6,463
Feltételes közvetlen hatás (fokális prediktor: kompenzáció)				
65	-1,090	0,444	-1,826	-0,353
73	-0,398	0,339	-0,961	-0,165
80	0,294	0,540	-0,603	1,190
Feltételes közvetett hatás				
65	0,410	0,389	-0,126	1,103
73	0,169	0,205	-0,064	0,562
80	-0,139	0,386	-0,697	0,530
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 idősök számos változót tekintve különböznek egymástól.

H2 Második hipotézisünk egyaránt igazolódott, azaz a lakókörülmények és depresszió között negatív irányú, szignifikáns összefüggés van: az idősök 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 optimalizáció csökkenti a követéskor tapasztalt depresszió szintjét.

H4 Negyedik hipotézisünk szintén igazolódott, azaz az idősök otthonában élők az elektív szelekció kivételével, minden vizsgált SOC stratégiát ritkábban alkalmaznak saját otthonaikban élő időstársaikkal összehasonlítva.

H5 Ötödik feltételezésünk részlegesen igazolódott. Az optimalizáció és kompenzáció mediálja a lakókörülmények és későbbi hangulati problémák közötti kapcsolatot, míg a SOC stratégiák általánosságban történő használata részlegesen mediálja az előbbi folyamatot.

H6 Hatodik feltevésünk újfent részlegesen került alátámasztásra. A SOC stratégiák általános használatának mediáló hatása – a lakókörülmények és depresszió között – az életkor növekedésével csökken. A kompenzációt tekintve hasonló eredményeket kaptunk, azonban a kompenzáció mediátor hatása az életkor növekedésével nőtt.

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

### **7.2.1. Célkitűzés**

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

### **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 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 idősek otthonában élők alacsonyabb rezilienciával bírnak.

H4 A reziliencia és faktorai mediálják az étellel való elégedettség és az életminőség kapcsolatát.

H5a 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.

H5b 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.

H5c A krónikus betegségek száma moderátor szerepet játszik az étellel való elégedettség és a fizikális életminőség között, ha a folyamatot a reziliencia mediálja. Azaz az előbbiekhöz hasonlóan feltételezzük, hogy a krónikus betegségek száma moderálja a kapcsolatot az étellel való elégedettség és 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 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 egy korábbi alfejezet során részletes bemutatásra került (72. oldal), ezért ettől itt eltekintünk.

### **7.2.4. Az alkalmazott eszközök bemutatása**

Az alkalmazott kérdőívek bemutatására szintén az előző alfejezet során sor került (73. oldal).

### 7.2.5. Statisztikai módszerek

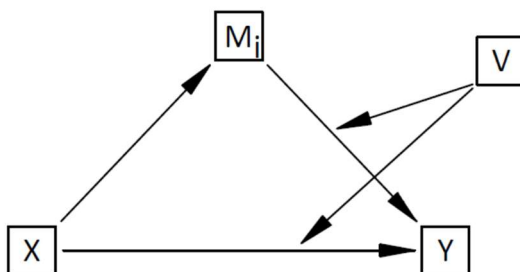
Folytonos változóink közötti kapcsolatot a normalitás-vizsgálat eredményétől függően Pearson-, illetve Spearman-féle korrelációs együtthatóval jellemeztük. A szignifikancia szintet  $p < 0,05$ -nél határoztuk meg.

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.

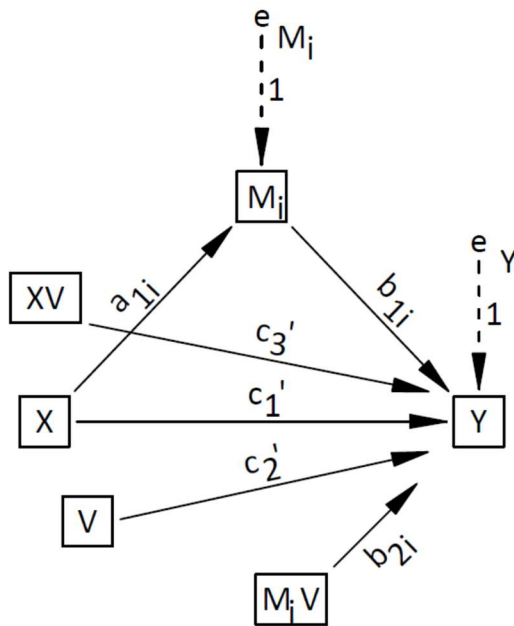
A mediátor és moderált mediátor modellek felállításához a PROCESS Modell 4-et (8. ábra, 77. oldal) és Modell 59-et (9. ábra, 78. oldal), illetve Modell 15-öt (12. ábra) használtuk. Ennek során a korrigált intervallumbecslés (bias-corrected CI) 95% volt, 5000 bootstrap mintavétel mellett. Ha a CI 95% az indirekt hatás ( $a*b$ ) esetén nem tartalmazza a nullát, a mediáló hatás szignifikáns.

12. ábra: A Modell 15 ábrázolása (Hayes, 2013)

Modell 15 elméleti diagram



## Modell 15 statisztikai diagram



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

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

### 7.2.6. Eredmények

A vizsgálati mintánk szociodemográfiai jellemzése a 13. táblázatban (86. oldal) részletesen került bemutatásra, így ettől most eltekintünk.

#### A vizsgált változók korrelációs elemzése

A 20. 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 és alfaktorai, illetve az általános életminőség, testi és lelki jóllét között pozitív irányú, szignifikáns kapcsolat mutatható ki. A moderátorként bevont pozitív affektivitás és észlelt társas támogatás szintén pozitív irányú, statisztikailag jelentős összefüggésben áll az élettel való elégedettséggel, valamint a testi és lelki jólléttel. Végül a krónikus betegségek száma, mint moderátor, valamint a mediátorként szereplő reziliencia, illetve az élettel való elégedettség és testi jóllét között szintén szignifikáns, de negatív irányú kapcsolat került kimutatásra a statisztikai elemzés során.

20. táblázat: A vizsgált változók közötti korrelációs eredmények

	életmi- nőség követés- kor	testi jóllét köve- tészor	pszichés jóllét követés- kor	pozitív affekti- vitas	stressz lehetőség a megerő- södésre	anticipáló eredmé- nyesség	teher- bírás	érzelmi stabilitás	változások elfogadása	személyes kompetencia	reziliencia	észlelt társas támogatás	élettel való elége- dettség
testi jóllét követéskor szig.	,555** 0,000												
pszichés jóllét követéskor szig.	,562** 0,000	,626** 0,000											
pozitív affektivitás szig.	,307** 0,002	,489** 0,000	,522** 0,000										
stressz lehetőség a megerősödésre szig.	,248* 0,017	,299** 0,001	,385** 0,000	,590** 0,000									
anticipáló eredményesség szig.	,354** 0,001	,369** 0,000	,467** 0,000	,598** 0,000	,661** 0,000								
teherbírás szig.	,251* 0,015	,338** 0,000	,441** 0,000	,631** 0,000	,771** 0,000	,770** 0,000							
érzelmi stabilitás szig.	0,168 0,111	0,106 0,231	,201* 0,022	,250** 0,004	,391** 0,000	,341** 0,000	,304** 0,000						
változások elfogadása szig.	,289** 0,005	,248** 0,004	,412** 0,000	,312** 0,000	,530** 0,000	,448** 0,000	,487** 0,000	,310** 0,000					

20. táblázat folytatása: A vizsgált változók közötti korrelációs eredmények

	életmi- nőség követés- kor	testi jóllét köve- téskor	pszichés jóllét követés- kor	pozitív affektí- vitas	stressz lehetőség a megerő- södésre	anticipáló eredmé- nyesség	teher- bírás	érzelmi stabilitás	változások elfogadása	személyes kompetencia	reziliencia	észlelt társas támogatás	élettel való elége- dettség
személyes kompetencia szig.	,253*	0,136	,309**	,182*	,424**	,269**	,353**	,396**	,340**				
	0,015	0,127	0,000	0,040	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000				
reziliencia szig.	,317**	,381**	,497**	,624**	,891**	,873**	,909**	,464**	,618**	,485**			
	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000			
észlelt társas támogatás szig.	,389**	,204*	,355**	0,169	,320**	,297**	,283**	0,134	,549**	,414**	,368**		
	0,000	0,022	0,000	0,056	0,000	0,001	0,001	0,140	0,000	0,000	0,000		
élettel való elégedettség szig.	,625**	,306**	,483**	,331**	,241*	,422**	,319**	0,180	0,123	,301**	,354**	,292**	
	0,000	0,001	0,000	0,001	0,021	0,000	0,002	0,090	0,244	0,004	0,001	0,006	
krónikus betegségek száma szig.	-,302**	-,382**	-,319**	-,366**	-,265**	-,323**	-,354**	-0,133	-0,156	-0,066	-,343**	-0,031	-,257**
	0,001	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	0,130	0,075	0,454	0,000	0,732	0,007

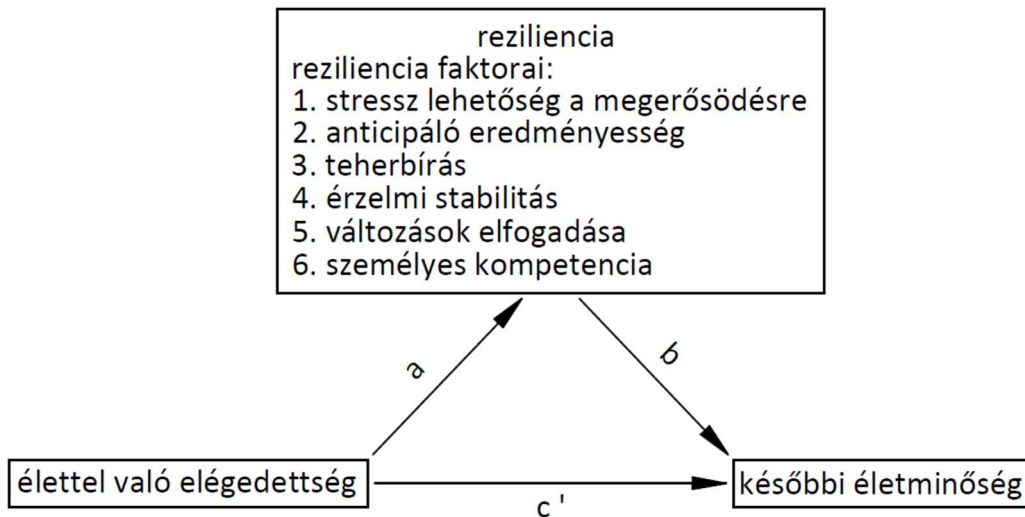
\*\*p<0,001; \*p<0,05



### Mediátor és moderált mediátor analízis ábrázolásai hipotéziseinknek megfelelően

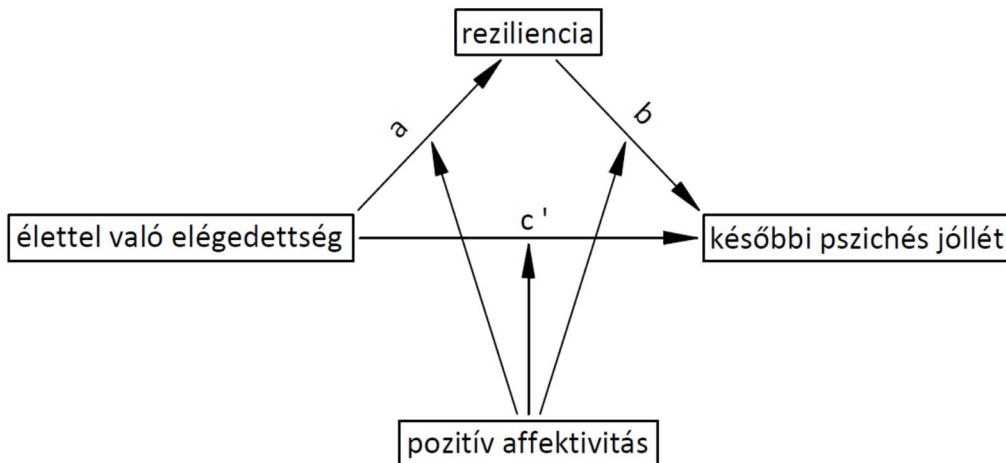
Elsőként a Modell 4-et alkalmaztuk az étellel való elégedettség és az életminőség közötti kapcsolatot mediáló reziliencia és faktorainak vizsgálatára. Ha a CI 95% az indirekt hatás ( $a*b$ ) esetén nem tartalmazza a nullát, a mediáló hatás szignifikáns (13. ábra).

13. ábra: Modell 4-be bevont változóink ábrázolása



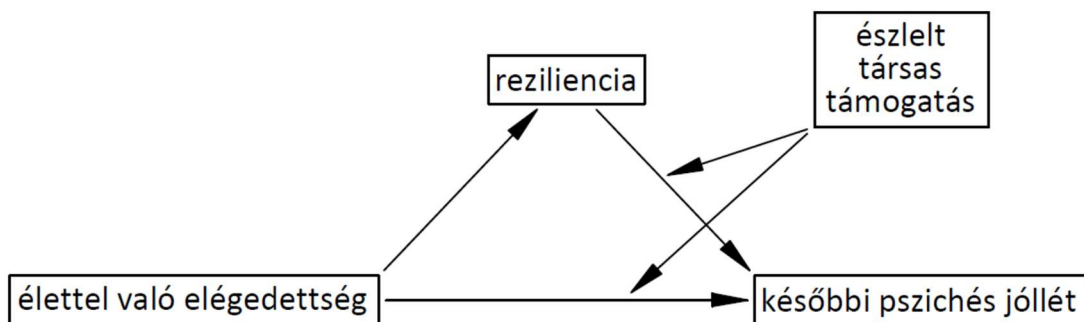
Ezt követően a Modell 59-et használva a moderált mediátor hatás vizsgálatát végeztük el, vajon a pozitív affektivitásnak, mint moderátor van-e direkt és indirekt módon hatása az étellel való elégedettség és a pszichés jóllét közötti kapcsolatra. Részleteit tekintve úgy gondoltuk, hogy a pozitív affektivitás képes moderálni az étellel való elégedettség és a lelki életminőség közötti kapcsolatot; az étellel 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 (14. ábra).

14. ábra: Modell 59-be bevont változóink ábrázolása



Ezek után az észlelt társas támogatás szerepét vizsgáltuk a Modell 15 segítségével. Moderátor szerepét feltételeztük az általunk vizsgált folyamatban, azaz a kezdeti élettel való elégedettség és későbbi pszichés jóllét reziliencia által mediált kapcsolatában. Részleteit tekintve úgy gondoltuk, hogy az észlelt társas támogatás képes moderálni az élettel 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 (15. ábra).

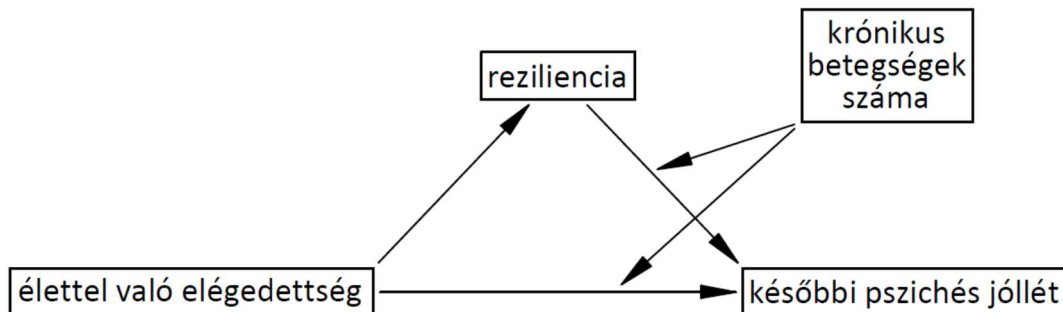
15. ábra: Modell 15-be elsőként bevont változóink ábrázolása



Végül a krónikus betegségek számának hatását vizsgáltuk a Modell 15 segítségével, melynek során moderátor szerepét feltételeztük az általunk vizsgált folyamatban, azaz a kezdeti élettel való elégedettség és későbbi testi jóllét reziliencia által mediált kapcsolatában. Részleteit tekintve úgy gondoltuk, hogy az MCC (multimorbid állapot, multiple chronic condition) képes moderálni az élettel 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 (16. ábra).

16. ábra: Modell 15-be másodsorban bevont változóink ábrázolása



### Mediátor analízis eredményei

A reziliencia mediátor elemzése során a teljes hatás (c út), azaz a *kezdeti élettel 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 élettel 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 élettel 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 (21. táblázat). Mindezen eredmények összességében azt mutatják, hogy a *reziliencia mediálja a kapcsolatot a kezdeti élettel való elégedettség és a későbbi életminőség között.*

A következőkben áttekintjük a rezilienciát alkotó különböző faktorok részletes mediátor elemzésének eredményeit:

#### 1. A stressz lehetőség a megerősödéssre

A rezilienciát meghatározó faktorok közül az első egy olyan hasznos tulajdonságot ír körül, mely szerint a stressz lehetőséget teremt a megerősödéssre, és ennek alkalmazása szerepet játszik az egyén rugalmasságának kialakításában. A mediátor analízis eredményei alapján a kezdeti élettel való elégedettség teljes, és közvetlen hatása az életminőségre szignifikáns volt (c út:  $B=0,939$ ;  $p<0,001$ ; c' út:  $B=0,876$ ;  $p<0,001$ ). Ezen

túlmenően az élettél való elégedettség és a stressz megerősödésre való lehetőségének érzete közötti kapcsolatot („a” út) mutató koefficiens szintén szignifikáns volt ( $B=0,197$ ;  $p=0,029$ ), míg a „b” utat tekintve nem találtuk statisztikailag jelentősnek. A közvetett hatást képviselő a\*b út ezzel szemben szignifikáns kapcsolatot mutatott ( $B=0,063$ ;  $SE=0,630$ ) a vizsgált változók között, mivel a 95%-os korrigált intervallumbecslés 0,006 és 0,202 között volt, tehát nem tartalmazta a nullát. Mindezek összességében azt mutatják, hogy a vizsgált faktor *részben mediálja* a kapcsolatot a kezdeti élettél való elégedettség és életminőség között.

## 2. Anticipáló eredményesség

A következőkben a reziliencia második faktorának hatását vizsgáló mediátor analízist végeztük el, mely szintén a stresszel áll kapcsolatban, és ez alapján a korábbi stresszhelyzettel történő sikeres megküzdés anticipálja a jelen helyzetben bekövetkező leendő eredményességet. A statisztikai elemzés mind a teljes hatást („c” út) a kezdeti élettél való elégedettség és életminőség kapcsolatában ( $B=0,920$ ;  $p<0,001$ ), mind az „a” utat szignifikánsnak találta ( $B=0,427$ ;  $p<0,001$ ). Hasonlóan a korábbi faktorhoz a vizsgált változók közötti „b” út nem mutatott statisztikailag jelentős kapcsolatot. Mindezek alapján pozitív irányú korreláció mutatható ki a kezdeti élettél való elégedettség és a reziliencia anticipáló eredményesség faktora között. Emellett az indirekt, közvetett hatás pontbecslése szintén szignifikáns összefüggést mutatott ( $B=0,124$ ;  $SE=0,091$ ), mivel a 95%-os korrigált intervallumbecslés 0,007 és 0,296 közötti volt, tehát nem tartalmazta a nullát. A direkt, közvetlen hatást mutató c’ út hasonlóképpen statisztikai szempontból meghatározó volt ( $B=0,796$ ;  $p<0,001$ ). Ezek alapján kimondhatjuk, hogy a reziliencia vizsgált alkotóeleme (*anticipáló eredményesség*) *részben mediálja* a kapcsolatot a két vizsgált fő változó között.

## 3. Teherbírás

A teherbírás mediátor hatásának elemzése alapján mind a teljes, mind a közvetlen hatás szignifikáns (c út:  $B=0,939$ ;  $p<0,001$ ; c’ út:  $B=0,858$ ;  $p<0,001$ ) a kezdeti élettél való elégedettség és későbbi általános életminőség közötti kapcsolatban. Ezen túlmenően az élettél való elégedettség és teherbírás összefüggését („a” út) mutató koefficiens szintén szignifikáns volt ( $B=0,229$ ;  $p=0,002$ ), azaz az utat meghatározó két változó között pozitív irányú statisztikailag jelentős kapcsolat van. A további eredményeket tekintve a „b” utat nem találtuk szignifikánsnak, míg az indirekt, közvetett hatásért felelős a\*b út

statisztikailag meghatározó volt (CI: 0,047-0,216). Ezen eredmények alapján kimondható, hogy a *teherbírás részleges mediátor* szerepet játszik a két vizsgált változó kapcsolatában.

#### 4. Érzelmi stabilitás

Tovább elemezve a reziliencia faktorait, az érzelmi stabilitás statisztikai szempontból a teherbíráshoz hasonló eredményeket hozott. Nevezetesen szignifikáns mind a teljes, mind a közvetlen hatás, illetve az „a” út, valamint az indirekt hatás. Részleteket tekintve a teljes hatás („c” út) a kezdeti élettel való elégedettség és későbbi életminőség közötti kapcsolatban statisztikailag jelentős volt ( $B=0,993$ ;  $p<0,001$ ). Az élettel való elégedettség és érzelmi stabilitás közötti korreláció szintén szignifikáns koefficienssel bírt ( $B=0,047$ ;  $p=0,465$ ), mely pozitív irányú kapcsolatot mutat a két változó között. Emellett az indirekt, közvetett hatás pontbecslése ugyancsak szignifikáns összefüggést mutatott ( $B=0,047$ ;  $SE=0,061$ ), mivel a 95%-os korrigált intervallumbecslés 0,012 és 0,171 közötti volt, tehát nem tartalmazta a nullát. A direkt, közvetlen hatást mutató c’ út hasonlóképpen statisztikai szempontból meghatározó volt ( $B=0,876$ ;  $p<0,001$ ). Ezek alapján kimondhatjuk, hogy az *érzelmi stabilitás részben mediálja* a kapcsolatot a kezdeti élettel való elégedettség és a későbbi általános életminőség között.

#### 5. Változások elfogadása

A változások elfogadásának képességét mediátorként vizsgálva úgy találtuk, hogy – hasonlóan az előzőekhez –, mind a teljes, mind a közvetlen hatás szignifikáns (c út:  $B=0,920$ ;  $p<0,001$ ; c’ út:  $B=0,860$ ;  $p<0,001$ ) a kezdeti élettel való elégedettség és későbbi általános életminőség közötti kapcsolatban. Ezen túlmenően az élettel való elégedettség és a változások elfogadásának képessége és a későbbi életminőség közötti kapcsolatot („b” út) mutató koefficiens szintén szignifikáns volt ( $B=1,716$ ;  $p=0,002$ ), azaz az utat meghatározó két változó között pozitív irányú statisztikailag jelentős kapcsolat van. A további eredményeket tekintve az „a” utat nem találtuk szignifikánsnak, míg az indirekt, közvetett hatásért felelős a\*b út statisztikailag meghatározó volt (CI: 0,007-0,203). Ezen eredmények alapján kimondható, hogy a *változások elfogadásának képessége részleges mediátor* szerepet játszik a két vizsgált változó kapcsolatában.

## 6. Személyes kompetencia

A kezdeti élettel való elégedettség és életminőség kapcsolatában a személyes kompetencia mediátor hatásának vizsgálata mind a teljes hatást („c” út:  $B=1,224$ ;  $p<0,001$ ), mind az „a” utat ( $B=0,085$ ;  $p=0,025$ ) szignifikánsnak találta. A vizsgált változók közötti „b” út nem mutatott statisztikailag jelentős kapcsolatot. Mindezek alapján pozitív irányú korreláció mutatható ki a kezdeti élettel való elégedettség és a személyes kompetencia között. Emellett az indirekt, közvetett hatás pontbecslése szintén szignifikáns összefüggést mutatott ( $B=0,017$ ;  $SE=0,004$ ,  $CI: 0,005-0,052$ ). A direkt, közvetlen hatást mutató c’ út hasonlóképpen statisztikai szempontból meghatározó volt ( $B=1,207$ ;  $p<0,001$ ). Ezek alapján kimondhatjuk, hogy a *személyes kompetencia részben mediálja* a kapcsolatot a két vizsgált fő változó között.

21. táblázat: A reziliencia és alskáláinak mediátor szerepe a kezdeti étellel való elégedettség és későbbi életminőség kapcsolatában

változó	c út		c' és b út		a út		a*b út		LLCI	ULCI
	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE		
Modell 1: reziliencia mediátor hatása az étellel való elégedettség és az általános életminőség 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 <sup>2</sup>	0,301		0,333		0,144					
Modell 2: stressz lehetőség a megerősödésre faktor mediátor hatása az étellel való elégedettség és az általános életminőség kapcsolatában										
étellel való elégedettség	0,939**	0,151	0,876**	0,153			0,063	0,63	0,006	0,202
stressz lehetőség a megerősödésre			0,322	0,180	0,197*	0,089				
R <sup>2</sup>	0,306		0,331		0,053					
Modell 3: anticipáló eredményesség faktor mediátor hatása az étellel való elégedettség és az általános életminőség kapcsolatában										
étellel való elégedettség	0,920**	0,151	0,796**	0,164			0,124	0,091	0,007	0,296
anticipáló eredményesség			0,291	0,160	0,427**	0,099				
R <sup>2</sup>	0,300		0,326		0,175					
*p<0,05, **<0,001										
Rövidítések: B=nem standardizált paraméter; SE=standard error; LLCI=konfidencia intervallum alsó határa; ULCI=konfidencia intervallum felső határa										

21. táblázat folytatása: A reziliencia és alskáláinak mediátor szerepe a kezdeti étellel való elégedettség és későbbi életminőség kapcsolatában

változó	c út		c' és b út		a út		a*b út		LLCI	ULCI
	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE		
Modell 4: teherbírás mediátor hatása az étellel való elégedettség és az általános életminőség kapcsolatában										
étellel való elégedettség	0,939**	0,151	0,858**	0,158			0,082	0,069	0,047	0,216
teherbírás			0,356	0,223	0,229**	0,071				
R <sup>2</sup>	0,306		0,326		0,105					
Modell 5: érzelmi stabilitás mediátor hatása az étellel való elégedettség és az általános életminőség kapcsolatában										
étellel való elégedettség	0,993**	0,152	0,876**	0,154			0,047	0,061	0,012	0,171
érzelmi stabilitás			1,004	0,701	0,047*	0,023				
R <sup>2</sup>	0,301		0,312		0,045					
Modell 6: változások elfogadása faktor mediátor hatása az étellel való elégedettség és az általános életminőség kapcsolatában										
étellel való elégedettség	0,920**	0,151	0,860**	0,144			0,060	0,071	0,007	0,203
változások elfogadása			1,716**	0,535	0,035	0,029				
R <sup>2</sup>	0,301		0,375		0,017					
Modell 7: személyes kompetencia mediátor hatása az étellel való elégedettség és az általános életminőség kapcsolatában										
étellel való elégedettség	1,224**	0,136	1,207**	0,144			0,017	0,004	0,005	0,052
személyes kompetencia			0,196	0,531	0,085*	0,027				
R <sup>2</sup>	0,475		0,475		0,098					

\*p<0,05, \*\*<0,001 Rövidítések: B=nem standardizált paraméter; SE=standard error; LLCI=konfidencia intervallum alsó határa; ULCI=konfidencia intervallum felső határa



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 és testi jóllét kapcsolatában.

Elsőként a reziliencia mediátor hatását vizsgáltuk meg az étellel való elégedettség és 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 az 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 (25. 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 (22. 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 fizikális életminőség, testi jóllét között.*

22. táblázat: A reziliencia és alskáláinak 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
Modell 8: 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 <sup>2</sup>	0,347		0,433		0,139					
Modell 9: 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 <sup>2</sup>	0,141		0,176		0,142					
*p<0,05, **<0,001										
Rövidítések: B=nem standardizált paraméter; SE=standard error; LLCI=konfidencia intervallum alsó határa; ULCI=konfidencia intervallum felső határa										

### 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 étellel való elégedettség és 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 (étellel való elégedettség-lelki jóllét), mind az indirekt („a” út: étellel való elégedettség-reziliencia; „b” út: reziliencia-lelki illetve testi jóllét) utat befolyásolva. Ezen tényezők részletes statisztikai elemzéséhez a PROCESS program Modell 15 és 59-et használtuk.

Eredményeink alapján a hipotézisekbe bevont változók közül a pozitív affektivitás (reziliencia\*pozitív affektivitás: B=-0,070; p=0,008) moderátor szerepet játszik az általunk vizsgált folyamatban, nevezetesen a kezdeti étellel való elégedettség és későbbi pszichés jóllét reziliencia által mediált kapcsolatában. A felállított modell a folyamat 58,2

%-át magyarázta ( $F=39,923$ ;  $R^2=0,582$ ;  $p<0,001$ ). A részletes statisztikai elemzés az 23. táblázatban kerül bemutatásra.

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

változó	B	SE	t	LLCI	ULCI
kimeneti változó: reziliencia					
élettel való elégedettség	2,728	1,016	2,684	1,038	4,418
pozitív affektivitás	3,167	0,591	5,362	2,185	4,149
élettel való elégedettség*pozitív affektivitás	-0,070	0,03	-2,357	-0,120	-0,021
kimeneti változó: pszichés jóllét					
élettel való elégedettség	0,303	1,046	0,289	-1,438	2,043
reziliencia	0,393	0,313	1,253	-0,129	0,914
pozitív affektivitás	0,999	0,586	1,706	0,0251	1,974
élettel való elégedettség *pozitív affektivitás	0,016	0,031	0,538	-0,034	0,067
reziliencia*pozitív affektivitás	-0,011*	0,010	-1,127	-0,027	-0,005

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

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

A 24. táblázatban szereplő adatok alapján az *élettel való elégedettség direkt hatása a lelki jóllétre csökken a pozitív affektivitás szintjének növekedésével* (26 pontos PA:  $B=0,903$ ; 95% CI:0,401-1,405;  $p=0,004$ ; 32,7 pontos PA:  $B=0,426$ ; 95% CI: 0,082-0,770;  $p=0,042$ ; 39,5 pontos PA:  $B=0,050$ ; 95% CI:0,051-0,409;  $p=0,086$ ). A *közvetlen hatása a reziliencia mértékének emelkedett a pozitív affektivitás növekedésével* (26 pontos PA:  $B=0,728$ ; 95% CI:0,242-1,214;  $p=0,015$ ; 32,7 pontos PA:  $B=0,839$ ; 95% CI: 0,560-1,119;  $p<0,001$ ; 39,5 pontos PA:  $B=0,950$ ; 95% CI:0,555-1,346;  $p<0,001$ ). A *közvetett hatás a reziliencia szintjén keresztül a két vizsgált változó között szintén a pozitív affektivitás mértékének növekedésével csökkent* (26 pontos PA:  $B=0,098$ ; 95% CI:0,029-0,263; 32,7 pontos PA:  $B=0,015$ ; 95% CI: 0,043-0,095; 39,5 pontos PA:  $B=0,002$ ; 95% CI:0,037-0,067).

24. táblázat: Az étellel való elégedettség feltételes közvetlen és közvetett hatása az életminőségre különböző pozitív affektivitási szintek esetén a reziliencia mediátor hatása mellett

pozitív affektivitás pontszám	B	SE	LLCI	ULCI
Feltételes közvetlen hatás (fokális prediktor: étellel való elégedettség)				
26	0,903	0,302	0,401	1,405
32,7	0,426	0,207	0,082	0,770
39,5	0,050	0,027	0,051	0,409
Feltételes közvetlen hatás				
26	0,728	0,292	0,242	1,214
32,7	0,839	0,168	0,560	1,119
39,5	0,950	0,238	0,555	1,346
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 következésként az *észlelt társas támogatást* vizsgáltuk a Modell 15 segítségével. A pozitív affektivitáshoz hasonlóan szintén *moderátor* szerepet játszik az általunk vizsgált folyamatban, azaz a kezdeti étellel való elégedettség és későbbi pszichés jóllét reziliencia által mediált kapcsolatában. A felállított modell a folyamat 50,7 %-át magyarázta ( $F=16,645$ ;  $R^2=0,507$ ;  $p<0,001$ ). A részletes statisztikai elemzés az 25. táblázatban kerül bemutatásra.

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

változó	B	SE	t	LLCI	ULCI
kimeneti változó: reziliencia					
élettel való elégedettség	0,079*	1,272	1,006	0,752	2,123
kimeneti változó: pszichés jóllét					
élettel való elégedettség	2,773**	0,713	3,888	1,586	3,959
reziliencia	2,141*	0,498	2,884	0,113	0,542
észlelt társas támogatás	0,588*	0,246	2,397	0,180	0,997
élettel való elégedettség * észlelt társas támogatás	-0,030*	0,011	-0,2,774	-0,048	-0,012
reziliencia* észlelt társas támogatás	0,003	0,003	0,107	-0,005	0,006

\*p<0,05, \*\*<0,001

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

A 26. táblázatban szereplő adatok alapján az *élettel való elégedettség direkt hatása a lelki jóllétre csökken az észlelt társas támogatás szintjének növekedésével* (51 pontos MPSS: B=1,258; 95% CI:0,8781-1,646; p<0,001; 65 pontos MPSS: B=0,834; 95% CI: 0,528-1,140; p<0,001; 79 pontos MPSS: B=0,410; 95% CI:0,014-0,818; p=0,009). A *reziliencia mértékének közvetlen hatása csökkent az észlelt társas támogatás növekedésével* (51 pontos MPSS: B=1,258; 95% CI:0,8781-1,646; p<0,001; 65 pontos MPSS: B=0,834; 95% CI: 0,528-1,140; p<0,001; 79 pontos MPSS: B=0,410; 95% CI:0,014-0,818; p=0,009). A *közvetett hatás a reziliencia szintjén keresztül a két vizsgált változó között szintén a társas támogatás mértékének növekedésével növekszik* (51 pontos MPSS: B=0,175; 95% CI:0,018-0,490; 65 pontos MPSS: B=0,228; 95% CI: 0,069-0,469; 79 pontos MPSS: B=0,283; 95% CI:0,057-0,675).

26. táblázat: Az étellel való elégedettség feltételes közvetlen és közvetett hatása az életminőségre különböző társas támogatási szintek esetén reziliencia mediátor hatása mellett

észlelt társas támogatás mértéke (pontszámban kifejezve)	B	SE	LLCI	ULCI
<b>Feltételes közvetlen hatás (fokális prediktor: étellel való elégedettség)</b>				
51	1,258	0,233	0,871	1,646
65	0,834	0,184	0,528	1,140
79	0,410	0,245	0,014	0,818
<b>Feltételes közvetlen hatás</b>				
51	1,258	0,233	0,871	1,646
65	0,834	0,184	0,528	1,140
79	0,410	0,245	0,014	0,818
<b>Feltételes közvetett hatás</b>				
51	0,175	0,163	0,018	0,490
65	0,228	0,122	0,069	0,469
79	0,283	0,191	0,057	0,675
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. A felállított modell a folyamat 31,9 %-át magyarázta ( $F=7,759$ ;  $R^2=0,319$ ;  $p<0,001$ ). A részletes statisztikai elemzés az 27. táblázatban kerül bemutatásra.

27. 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	1,293*	0,613	2,109	0,274	2,313
kimeneti változó: testi jóllét					
étellel való elégedettség	-0,482	0,513	-0,940	-1,336	0,371
reziliencia	0,219	0,198	1,107	-0,110	0,549
krónikus betegségek száma	-9,623*	5,402	-1,782	-18,609	-0,638
étellel való elégedettség * MCC	0,456*	0,207	2,207	0,112	0,800
reziliencia* MCC	-0,051*	0,080	-0,637	-0,183	-0,082
*p<0,05, **<0,001					
Rövidítések: B=nem standardizált paraméter; SE=standard error; LLCI=konfidencia intervallum alsó határa; ULCI=konfidencia intervallum felső határa					

A 28. táblázatban szereplő adatok alapján az *étellel való elégedettség direkt hatása a testi jóllétre növekszik a krónikus betegségek számának növekedésével* (0,9 MCC érték: B=0,074; 95% CI:0,067-0,520; p=0,084; 2,1 MCC érték: B=0,476; 95% CI: 0,092-0,861; p=0,043; 3,3 MCC érték: B=1,027; 95% CI:0,492-1,561; p=0,002). A közvetlen hatása a *reziliencia mértékének növekedett a krónikus betegségek számának növekedésével* (0,9 MCC érték: B=0,074; 95% CI:0,067-0,520; p=0,084; 2,1 MCC érték: B=0,476; 95% CI: 0,092-0,861; p=0,043; 3,3 MCC érték: B=1,027; 95% CI:0,492-1,561; p=0,002). A közvetett hatás a reziliencia szintjén keresztül a két vizsgált változó között szintén a *krónikus betegségek számának növekedésével csökken* (0,9 MCC érték: B=0,191; 95% CI:0,002-0,683; 2,1 MCC érték: B=0,094; 95% CI: 0,006-0,326; 3,3 MCC érték: B=0,030; 95% CI:0,058-0,247).

28. táblázat: Az étellel való elégedettség hatása a későbbi testi jóllétre a reziliencia által mediált folyamatban különböző krónikus betegségek száma esetén

krónikus betegségek száma	B	SE	LLCI	ULCI
Feltételes közvetlen hatás (fokális prediktor: étellel való elégedettség)				
0,9	0,074	0,158	0,067	0,520
2,1	0,476	0,231	0,092	0,861
3,3	1,027	0,322	0,492	1,561
Feltételes közvetlen hatás				
0,9	0,074	0,158	0,067	0,520
2,1	0,476	0,231	0,092	0,861
3,3	1,027	0,322	0,492	1,561
Feltételes közvetett hatás				
0,9	0,191	0,226	0,002	0,683
2,1	0,094	0,106	0,006	0,326
3,3	0,030	0,097	0,058	0,247

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, pszichés és testi jóllét, valamint a reziliencia szintje összefüggésben állnak egymással. Ezen túlmenően a pozitív affektivitás és 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 pszichés és 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 részlegesen igazolódott, azaz az időskori reziliencia mediálja az élettel való elégedettség és későbbi életminőség közötti kapcsolatot. Ezen túlmenően a reziliencia minden alfaktora részlegesen mediálja az előző folyamatot.

H5a Ötödik feltételezésünk első része részlegesen igazolódott. A kezdeti élettel való elégedettség és a később lelki jóllét kapcsolatát a reziliencia mediálja. Ebben a folyamatban részleges moderátor szerepet játszik a pozitív affektivitás, melynek során az élettel való elégedettség közvetlen hatása csökken a lelki jóllétre a pozitív affektivitás szintjének növekedésével, míg közvetlen hatása a reziliencia mértékének emelkedett a PA növekedésével. A közvetett hatást tekintve szintén ez utóbbit tapasztaltuk.

H5b Ötödik feltételezésünk második része újfent részlegesen került alátámasztásra. A észlelt társas támogatás a pozitív affektivitáshoz hasonlóan moderátor szerepet játszik az élettel való elégedettség és a későbbi pszichés jóllét kapcsolatában, ha a folyamatot a reziliencia mediálja. Eredményeink alapján az élettel való elégedettség közvetlen hatása a pszichés életminőségre csökkent a társas támogatás szintjének növekedésével, míg a reziliencia mértékének közvetlen hatása csökkent az észlelt társas támogatás növekedésével. A közvetett hatás a két vizsgált változó között szintén emelkedett a társas támogatás növekedésével.

## 8. Következtetések

A disszertációban bemutatott vizsgálataink célja az időskori alkalmazkodási és kognitív folyamatok elemzése volt. Ahhoz, hogy ezt érdemben megtehessük elsőként, egy ennek vizsgálatára is alkalmas kérdőív hazai változatát készítettük el, valamint egy kognitív tesztet adaptáltunk magyar idősekre. Eredményeink szerint az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat magas diagnosztikai pontossággal, jó szenzitivitással bír mind a major, mind a minor neurokognitív zavar feltárásában. Ezen túlmenően kutatásunk, néhány módosítást követően megerősítette a Szelektív Optimalizáció Kompenzáció kérdőív pszichometriai megfelelőségét, így segítségével mérhetővé válhattak az időskori alkalmazkodási folyamatok. Mind a SOC-kérdőív, mind az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat megbízható és érvényes mérőeszköz, melyek alkalmasak az általuk mért tényezők vizsgálatára időskorban.

Ezen túlmenően longitudinális vizsgálattal, egy éves követés során az idősekre jellemző alkalmazkodási folyamatokat kutattuk két fő részre osztva. Elsőként az optimalizációs és kompenzációs stratégiák 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 vagy a család részéről az idősothoni elhelyezésre, vagy az idős részéről az elhelyezkedésre, kiemelten fontos annak szerepét megvizsgálni, hogy milyen tulajdonságok, készségek lehetnek azok, melyek segítenek ehhez a megváltozott élethelyzethez való alkalmazkodásban (Roberto és Blieszner, 2015). Habár számos tanulmány született, mely kiemeli az idősothonban 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) A saját otthonukban vagy gyermekeikkel együtt élő idősek pozitívabb önképről számolnak be, mint azok, akik idősek otthonában élnek (Kok és mtsai, 2014). Kutatásunk során ezen szakirodalmi eredményekkel összhangban szintén számos tényezőt tekintve különbözőnek találtuk a saját otthonukban, illetve idősek otthonában élő személyeket. Így az életminőség változók tekintetében a saját otthonukban élők magasabb értéket értek el, míg az idősek otthonában

élők életkorukat tekintve jelentősen idősebbek. A depresszió és az étellel való elégedettség vonatkozásában az idősek otthonában élők határozottan deprimáltabbak, és kevésbé elégedettek életükkel, mint a saját otthonukban élők, valamint alacsonyabb szintű pozitív affektivitás és reziliencia jellemzi őket. Ezen túlmenően az idősek otthonában élők több krónikus betegségben szenvednek. Eredményeink alapján az idősek otthonában élők veszélyeztetettebbek a későbbiek tekintetében hangulati problémák terén, valamint SOC stratégiákat is ritkábban alkalmaznak. Azonban eredményeink szerint éppen ezek lennének azok, melyek képesek csökkenteni a későbbi depresszió szintjét, egyfajta védelmet nyújtanak vele szemben. A hangulati élet zavarai és 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 a kompenzáció szerepe ezen kapcsolatban még fokozottabban jelenik meg. Azaz, minél idősebb valaki, annál nagyon hasznos jelent számára a kompenzáció használata. Következésképpen ezen stratégiák pszichológiai erőforrásoknak tekinthetők, melyek hasznosak a meglévő képességek megtartásában is.

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 idősekre vonatkozóan. Ez részben azért is tűnik érdekesnek, mivel a tapasztalatok és az idősödéssel szembeni szakirodalom alapján a későbbi életévek számos különféle veszteséggel, traumával járnak, melyek kihívást jelentenek az egyén számára, és csökkenthetik testi és lelki egészségét. 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 ellensúlyozza számos szakirodalmi eredmény, mely bebizonyította, hogy a legtöbb idős a fiatalokhoz hasonló személyes kontrollal és önhatékonysággal rendelkezik. Baltes és Baltes (1990) szerint a célok, a vágyak és az ambíciók változásai és az ezekkel való hasonulás okozzák ezt az egybeesést, mivel idősebb korunkban felülvizsgáljuk

korábbi nézeteinket, hogy új életélményeinkkel számot vethessünk. Az időskori rezilienciát vizsgáló csekély számú kutatásból több tanulmány is született, melyeket meg kell említenünk. Sheng és Zeng (2010) egy követéses vizsgálat során úgy találták, hogy azon idősök körében, akik önmagukkal szemben elfogadóbbak, kevésbé elszigeteltek és szorongóak 6 %-kal csökkent a halálozási arány. Két vizsgálati eredmény szerint a reziliencia magasabb szintje előrevetíti a jó pszichés egészséget (Nygren és mtsai, 2005; Mehta és mtsai, 2008), és 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 modellen alapján a reziliencia képes befolyásolni a negatív életesemények hatását a pszichoszociális jóllét érdekében (Faircloth, 2017). Így összességében tehát a reziliencia egy multidimenzionális konstruktum, különböző kulturális és társadalmi összetevőkkel.

Eredményeink szintén az időskori reziliencia jelentőségét támasztják alá, mivel a vizsgált modelljeinkben szignifikáns és közvetlen szerepet játszott az élettől való elégedettség és életminőség kapcsolatában. A vizsgált populációban a reziliencia pozitív irányú kapcsolatban áll a jólléttel, azon belül is kifejezetten az általános, pszichés és testi életminőséggel. Az előzőekhez hasonlóan ezen alkalmazkodási tényezőt is alacsonyabb szintűnek találtuk az idősök otthonában élők esetében. Olyan vonás, mint a pozitív affektivitás szintén aktív szerepet játszik az élettől való elégedettség és későbbi lelki jóllét kapcsolatában, mivel minél magasabb a szintje, annál erősebben képes ezen tényezők közötti korrelációt befolyásolni. 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. Az időskori társas támogatás tehát jelentős szerepet játszik az alkalmazkodási folyamatokban, nem csak saját, hanem más szakirodalmi adat 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 családi kapcsolati hálózatok mérete nagyrészt állandó marad előrehaladott életkorban is. Ez összhangban van a társas-érzelmi szelektivitás elméletével (Carstensen, 2006), tehát az idősödő egyénnek proaktív módon szükséges fenntartania a számára jelentős társas kapcsolatait.

Az időskori reziliencia akár növelhető is. Számos tanulmány született, melyben a beavatkozási lehetősége 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 idősök 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).

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 fejlesztésével, fokozott spiritualitással (Hoare, 2015).

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.

Hosszmetszeti 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. Érdemes lenne a későbbiekben többféle mérési módszer alkalmazása (pl. struktúrált interjú, megfigyelés), hogy több irányból is megközelíthetőek 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 idősök 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 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: Psiquilíbrios.

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](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, 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. *Ageing 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+. *Ageing & 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>
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H., Adey, M., & Rose, T. L. (1982). Screening Tests for Geriatric Depression. *Clinical Gerontologist*, *1*(1), 37–43. [https://doi.org/10.1300/j018v01n01\\_06](https://doi.org/10.1300/j018v01n01_06)
- 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>
- Caprara, G. V., Steca, P., Alessandri, G., Abela, J. R., & McWhinnie, C. M. (2010). Positive orientation: explorations on what is common to life satisfaction, self-esteem, and optimism. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, *19*(01), 63–71. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001615>
- 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](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](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>
- Chodosh, J., Morton, S. C., Mojica, W., Maglione, M., Suttorp, M. J., Hilton, L., Rhodes, S., & Shekelle, P. (2005). Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. In *www.ncbi.nlm.nih.gov*. Centre for Reviews and Dissemination (UK). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK71976/>
- 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](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., Gleichgerricht, 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.
- 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/fampra/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. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- 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., & Suh, E. M. (1999). *National differences in subjective well-being*. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (p. 434–450). Russell Sage Foundation.
- 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>
- 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., Jaremová, 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. Brandstädter & 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 időskoriak 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., & Tarrier, 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>
- Haefffel, 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.
- 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., Pákáski, 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>
- 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>
- 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. [Demencia 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., Kluiter, 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., Kluiter, 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* dited by P. B. Baltes and O. Brim. New York: Academic Press., 3, 253-286.
- 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: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., & Tiringér, 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:10.1016/j.parkreldis.2012.02.010>
- Kékes E. (1999). Az életminőség megítélése – a mérés módszerei. *LAM* 9, 670-679.
- 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](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>
- Kok, L., Berden, C., & Sadiraj, K. (2014). Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. *The European Journal of Health Economics*, *16*(2), 119–131. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0557-1>
- Kolozsvári, L. R., Kovács, Z. G., Szöllösi, 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>
- 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>

Lindesay, J., Briggs, K., & Murphy, E. (1989). The Guy's/Age Concern Survey. *British Journal of Psychiatry*, 155(3), 317–329. <https://doi.org/10.1192/bjp.155.3.317>

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](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](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>
- 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., Sitzler, 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>
- Ouwehand, 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., & Jámbori, 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>
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164–172. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further Validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the Cross-Method Convergence of Well-Being Measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149–161. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701\\_17](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701_17)
- 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>
- Pouretamad, 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 Vieillissement*, 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](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. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- 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](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>
- 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.

Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research, 13*(2), 299–310.

<https://doi.org/10.1023/b:qure.0000018486.91360.00>

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>

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>

<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. *Mentálhigiéne 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>

- 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 demenciában szenvedő idős személyek körében. *Psychiatria Hungarica* 28 (4):370-392
- Wallace, K. A., Bisconti, T. L., & Bergeman, C. S. (2001). The Mediational 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](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>
- What practitioners should know about working with older adults. (1998). *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(5), 413–427. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.29.5.413>
- 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>
- 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>
- 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>