

2022
| 04

MÁLTAI TANULMÁNYOK

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat tudományos folyóirata



Demencia a szociális ellátórendszerben

Tanulmányok az idősödéstudomány területéről

© Máltai Tanulmányok
Minden jog fenntartva!

4. évfolyam, 4. szám

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat szaklektorált folyóirata.
Megjelenik évente négy alkalommal.

A folyóiratban megjelent tanulmányok, cikkek elérhetők a lap akadálymentesített,
felolvasóprogrammal is rendelkező honlapján, az alábbi címen:

www.maltaitanulmanyok.hu

SZERKESZTŐSÉG

Solymári Dániel, főszerkesztő
Czirják Réhel, szerkesztőségi titkár
Szigeti László, olvasószerkesztő
Pávay Andrea, korrekktúra
Molnár Tamás, tördelés és nyomdai előkészítés

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG

Prof. dr. Vasa László
Prof. dr. Tarrósy István
Dr. habil. Görföl Tibor
Dr. habil. Marsai Viktor
Pallós Tamás

TUDOMÁNYOS TANÁCSADÓ TESTÜLET

Prof. dr. Tulassay Tivadar
Prof. dr. Pálné Kovács Ilona
Prof. dr. Ürge-Vorsatz Diána
Prof. dr. Kőnczei György
Dr. Várszegi Asztrik
Dr. Székely János
Dr. Varga Imre Kápisztrán
Győri-Dani Lajos

Borítóterv:

Bánlaki Szabolcs

Borítókép:

Vincent van Gogh: Green Wheat Fields, Auvers, 1890
Courtesy National Gallery of Art, Washington

A folyóirat nyomtatott változatának ISSN száma:
ISSN 2676-9468
NMHH: CE/14647-3/2019.

Kiadja a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület
1125 Budapest, Szarvas Gábor út 58-60.
Felelős kiadó: Kozma Imre

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat e lap minden részének sokszorosításával, terjesztésével, a benne közölt adatok tárolásával és feldolgozásával kapcsolatos jogot fenntartja. A Máltai Tanulmányokban megjelent szerzői művek és az azok részeit képező illusztrációk, képek kizárólag a kiadó előzetes írásbeli engedélyével tehetők hozzáférhetővé. Ez a nyilatkozat a szerzői jogról szóló törvényben foglaltak szerint tiltó nyilatkozatnak minősül. A lapban közölt írások nem feltétlenül tükrözik a kiadó Magyar Máltai Szeretetszolgálat véleményét.

Tartalom

DEMENCIA A SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZERBEN

Tanulmányok az idősödéstudomány területéről

6	ALAPGONDOLAT	
	Tulassay Zsolt: A belgyógyász gondolkodásának sajátosságai	6
12	ITTHON	
	Vajda Kinga: A magyarországi idősek nappali ellátásának helyzete <i>Igények és lehetőségek a szolgáltatás szervezésében</i>	12
	Kiss Gabriella: Demenciával élők személyközpontú ellátásának módszere bentlakásos otthoni körülmények között	30
	Egervári Ágnes: A demencia útvesztői <i>Az egészségügyi és szociális szakemberek együttműködésének kihívásai</i>	43
	Kostyál László Árpád – Balogh Péter – Almási Virág Erzsébet: A Covid-19 okozta világjárvány hatása a demenciával élők családi gondozóira <i>Rapid irodalmi áttekintés</i>	59
78	KITEKINTŐ	
	Patyán László – Leleszi-Tróbert Anett Mária: Az aktív idősödés egyéni és társadalmi dimenziói	78
	Gedeonné Dallos Rita: A demenciaellátás innovatív irányjai	94
108	TEREPEN	
	Orbán Andrásné: Legyen szép a kor – demenciával is	108
	Müller Nándorné: A zalakomári idősotthon, a mi otthonunk	114
	Fülöp Szilvia: „Hogyan tovább, demensgondozás?” <i>Kihívások és lehetőségek a demenciával élők szociális ellátásában</i>	118
131	NAGYÍTÓ	
	Ráczné Németh Teodóra: Demenciával boldogan	131
138	MESSZELÁTÓ	
	Madár Csaba: Munkánk értelmét és a reményt a közös küzdelem adja <i>Szabó Lajos Időskori demenciák családi, társadalmi és pszichológiai vonatkozásai című könyvéről</i>	138

A Máltai Tanulmányokról

A Máltai Tanulmányok a Magyar Máltai Szeretetszolgálat megalapításának harmincadik évfordulójához kapcsolódóan létrehozott, társadalomtudományokkal foglalkozó, szaklektorált folyóirat. Interdiszciplináris megközelítésben a mentálhigiéné, a pszichológia, a szociológia, a szociális munka, a szociálpolitika, a társadalomföldrajz, a pedagógia, a teológia, a történettudomány, a nevelés, valamint a nemzetközi kapcsolatok és a nemzetközi segélyezés területéről közöl tanulmányokat, egyes témákat kiemelten kezelve. Célja, hogy a Magyar Máltai Szeretetszolgálat széles aktivitási profilját is követve tudományos igényességgel, elméleti szinten is reflektáljon a karitatív gyakorlat megvalósítására, társadalmi kihívások kezelésére, a minket körülvevő világ fontos kihívásaira, a segítő szakma meghatározó eredményeire, az egyes kutatások főbb irányaira és más közérdeklődésre számot tartó szociális témákra.

A Máltai Tanulmányok elkötelezett a szakmai-tudományos közösség etikai elvárásainak betartása mellett, így a folyóiratban megjelenő írásmunkáknak be kell tartaniuk a szerkesztőbizottság által meghatározott szakmai és etikai irányelveket. Ezen irányelvek teljes összhangban állnak a Publikációs Etikai Bizottság (Committee on Publication Ethics – COPE) irányelveivel, valamint a Magyar Tudományos Akadémia Tudományetikai Kódexével.

A tudományos értekezéseink minél szélesebb szakmai körben való terjesztése érdekében folyóiratunk több hazai és nemzetközi adatbázisban is szerepel, így többek között a CIEPS-ben (The International Centre for the registration of serial publications), a Magyar Tudományos Művek Tárában, a MATARKA-ban, vagy az Országos Széchényi Könyvtár Elektronikus Periodika Archivum és Adatbázisában.

A Máltai Tanulmányok a Magyar Tudományos Akadémia II. Filozófiai és Történettudományok Osztálya által indexált, az Osztály folyóiratlistáján szereplő tudományos folyóirat.

A demencia hazánkban a becslések szerint 250-300 ezer embert érint, amivel hosszú ideje az egyik legjelentősebb komplex társadalmi, egészségügyi és szociális probléma. Magyarország népessége nem csupán fogy, de a társadalom öregszik, mindezek évtizedek óta jól ismert jelenségek. A demencia, amely különösen a 65 éven felüliek körében súlyos probléma, jelentős terheket ró a betegre és környezetére egyaránt. A kezelésüket végző háziorvosok, neurológusok, pszichiáterek és gerontológusok még mindig túl kevesen vannak, és a szociális intézményrendszer sem képes minden igényt kielégítően ellátni e sérülékeny csoport folyamatosan növekvő igényeit. A helyzet nemzetközi kitekintésben sem egyszerű: a Nemzetközi Alzheimer Társaság (ADI) 2022-es éves jelentése megállapítja, hogy a demens betegek 75%-a nem diagnosztizált, amely a Globális Délben eléri a 90%-ot, valamint – a WHO adataira is támaszkodva – a demenciával élők száma 2050-re közel 140 millió is lehet világszonylatban.

A korai felismerés, a különböző szociális támogatási formák, mint például a 24 órás felügyeletet biztosító jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, amely segítő formát a Magyar Máltai Szeretetszolgálat honosította meg hazánkban, a demencia elleni küzdelem fontos elemei. A Szeretetszolgálat ezt a törekvését folytatja 2023 tavaszán szerveződő demenciával kapcsolatos szakmai találkozóján, valamint jelen folyóirat tematikus számában is, amellyel ereje és lehetősége szerint kíván hozzájárulni e fontos társadalmi kihívással kapcsolatos szakmai, tudományos párbeszédhez.

Miközben határainktól nem messze még mindig háború dúl, és a Szeretetszolgálat munkatársai, önkéntesei vállt vállnak vetve dolgoznak a végeken a segélynyújtás valamely gyakorlati formáját megjelenítve, a szerkesztőbizottság minden tagja nevében kívánok élvezetes és tartalmas olvasást, elmélyült időtöltést, és megköszönöm szerzőinknek azt a hatalmas munkát, amellyel hozzájárultak lapunk létrejöttéhez.

Solymári Dániel
főszerkesztő

TULASSAY ZSOLT

A belgyógyász gondolkodásának sajátosságai

DOI: 10.56699/MT.2022.4.1

ABSZTRAKT

Gondolkodásunkat sok tényező határozza meg. Ez az írás az orvos szemléletmódjának néhány vonását jellemzi. A belgyógyász gondolkodásának és személységének a legfontosabb sajátosságairól egyetlen leírás valószínűleg nem adhat teljes képet, végül azonban minden vizsgálódás arra a következtetésre jut, hogy az orvosnak, a belgyógyásznak jó embernek kell lennie, akit tudás gazdagít, tisztesség övez, és türelem tesz a közösség megbecsült tagjává.

KULCSSZAVAK: gondolkodásmód, tudás, hivatás, belgyógyászat, orvoslás

A tanulmányok, a hivatás, a tapasztalatok, az egyéniség és az érzelmek egyaránt befolyásolják a gondolkodásmódot. Kialakulhat azonban a hivatásra, a foglalkozásra jellemző olyan szemléletmód, világlátás, amely meghatározhatja a különböző hatásokra adott válaszainkat. Kosztolányi Dezső szerint a hivatás néhány évtized után már az arcjátékból és a mozdulatokból is kiolvasható. A gondolkodást az egyéniség egyedi vonásaival gazdagíthatja ugyan, a hivatásra jellemző megközelítési mód azonban a legtöbb esetben már a gondolkodásban is felismerhető.

A belgyógyászra jellemző gondolkodásmód elsősorban a tanulmányok, a megfelelő szakmai ismeret, a tudás hatására alakul ki. Az ismeret állandó fejlesztése a hivatástudatból fakadó olyan igény, amelyet az új összefüggések megismerésének, a tudás kiteljesedésének az öröme is ösztönöz. A tudást a gyógyításban elkötelezett orvos felelősségérzete is ébren tartja. A belgyógyász a lelkiismeretén túl betegeinek is felelősséggel tartozik azért, hogy feladatát korszerű ismeretekkel teljesítse. Ez a közelítési mód lehet egyedül sikeres, a betegeknek pedig jogos igényük az, hogy orvosuk ennek megfelelően cselekedjék.

A tanulmányokra és a tudásra épülő gondolkodást a tapasztalatok gazdagsága teszi teljessé. A belgyógyász szemlélete inkább meditatív jellegű, amelyet a lankadatlan kíváncsiság, kutatási kedv tesz elevenné. Alapvető annak a képességnek a kialakítása, amely révén a lényeg megragadható, és megkülönböztethető a fontos a lényegtelenről. A belgyógyász gondolkodásmódjára az állandó *kétkedés* jellemző, amely abból a felis-

merésből fakad, hogy az ismereteink korlátozottak, a vizsgálómódszereink nem tökéletesek, ugyanaz a jelenség különböző formában is megjelenhet, és figyelmünk ébersége is változó. A kételkedés számba veszi a kórisméhez vezető út valamennyi elágazódását, és segít abban, hogy visszatérjünk a kiinduláshoz, átértékeljük az addig megtett utat, és újabb haladási irányokat jelöljünk meg. A kórismemozaik valamennyi elemének a pontos helyét meg kell találnunk, a különböző jelek elégséges és ismereteink szerint megfelelő háttérét. Ha a jelenség kialakulásához több út is elvezethet, gondos vizsgálódással fel kell tárnunk a valódi okot. Ha ez nem lehetséges, tisztában kell lennünk azzal, hogy a kérdésre nem született igazi válasz. Készen kell lennünk váratlan és szokatlan helyzetek értékelésére, elfogadására is.

A belgyógyász gondolkodásának a *mérlegelés* képessége meghatározó tulajdonsága. Minden döntésünk során vizsgálnunk kell a választásból fakadó felismerés és szövedmény mérlegét, az erőfeszítés mértékének és az eredmény értékének arányát. Ez a szemlélet a betegségek megismerésekor és kezelésekor egyaránt érvényre juthat. A legfontosabb megközelítés a beteg érdeke. Ha a megterhelő és veszéllyel járó eljárás a beteg ellátásában nem nyújt új lehetőséget, a további teendőt nem befolyásolja, alkalmazásától tartózkodnunk kell. A mindenáron megszerzett ismeret nem mindig jár együtt annak egyedi esetben is megjelenő gyakorlati hasznosságával. A tudományos igény ugyanakkor arra ösztönöz, hogy az ismeretlenről a legtöbbet tudjuk meg, olyan adatokat is gyűjtsünk, amelyek a majdani összegzés fontos elemei és kiindulópontjai lehetnek. Nem zárható ki az sem, hogy a ma még nem egyértelműen hasznosuló eljárás a betegség lefolyása során később új irányok meghatározását teszi lehetővé. A ma még közvetlenül nem célravezető beavatkozás a jövőben két területen is gyümölcsöző lehet. Idült betegségek esetében az ismeretek gyarapodása révén az adott beteg ellátásában is, és általánosságban a kóros folyamatok részleteinek alapos megismerésében. A határvonal szűk, a rossz lépés kísértése nagy, az ösvényt szegélyező mélység nem belátható. A belgyógyászati gondolkodásmód nagy erénye a gondos, körültekintő mérlegelés, amellyel a nem megalapozott igyekezet elkerülhető.

Ehhez társulhat a *hosszabb távú gondolkodás* és a tervezés képessége. Az ismeretlen betegség jelei kezdetben nem mutatkoznak meg teljességükben, jellemzően, biztosan felismerhetően. A kórkép változik, fejlődik, jelleget vált, és csak később válik azonosíthatóvá. Tudnunk kell azt, hogy egyes kóros állapotok egyes időszakban, elsősorban a kiindulási helyzetben nem ismerhetők fel biztonsággal. A tapasztalt belgyógyász türelmes, és az ellenőrző vizsgálatoktól várja a tünetek háttérének részletes feltárását. Ez az idült betegségek hosszú távú megfigyelésének a haszna, amely feltételezi a kórkép természetes lefolyásának, változatosságának és a különböző kezelésekre kialakuló válaszoknak az ismeretét is.

Az elméleti és gyakorlati belgyógyászatban egyaránt sok az ismeretlen. A jelek közötti kapcsolatok, összefüggések, az időpontokkal való egybeesés kérdései, a párhuzamos elemek elkülönítése, az oksági kötelék vitathatósága, az egyéni válaszok kiszámíthatat-

lansága és változatossága egyaránt szükségessé teszi azt, hogy *kockázatvállalásra* is felkészültek legyünk. Ez a felkészültség a korszerű tudományos ismeretanyagot, a biztos orvosi tudást jelenti, feltételezi azonban a bátor, elszánt lelki magatartást is.

A belgyógyász gondolkodásának fontos eleme a *tapasztalatok felhasználása* is. A kóros folyamatok jelentős részének pontos szerkezetét, menetét nem ismerjük. Elemzéssel, következetes okfejtéssel a törvényszerűséget keresve az ismeretlen hatások sokasága miatt számos esetben nem jutunk eredményre. A tapasztalat, a „láttam már hasonlót” élmény megőrzése azonban ilyen helyzetekben is hozzásegíthet a helyes út megtalálásához. Az élő szervezet működésének feltárása a szellemtörténet évezredei során nem vált teljessé. Kérdés az, hogy a korunkban rohamosnak tartott fejlődés eredményeként egyáltalán elérhetővé válik-e valaha az élet teljességének tudományos megismerése. Az ismeretek hiányát addig azonban a tapasztalatok összegyűjtése és hasznosítása részben helyettesítheti. A belgyógyászatban a tapasztalatokon értékes, mással nem pótolható gyakorlati rendszer alapul. Ezt a szabályosságot évszázadok megfigyelései hitelesítik. Az egyéni gondolkodásba való befogadásuk azonban csak korlátozottan lehetséges. A tapasztalatok jelentős részét egyéni törekvéssel, szorgalommal és elhivatottsággal magunknak kell megszereznünk. Át kell élnünk helyzeteket, sorsokat, gondosan elemeznünk kell összefüggéseket, és az eredményeket a magunk számára saját erőfeszítésünkkel kell megfogalmaznunk ahhoz, hogy kellő tapasztalathoz jussunk. Az orvossá, a belgyógyásszá válás folyamata nem siettethető, küzdelmes út, amely áldozatot, kitartást, erős akaratot egyaránt igényel.

Készen kell állnunk arra, hogy újabb tapasztalatok felismerésekor addigi álláspontunkat felülvizsgáljuk, az összefüggéseket elfogulatlanul *újraértékeljük*. Ez nyitottságot, szerénységet, alkalmazkodási készséget egyaránt feltételez. Az orvos gondolkodása emelkedettséget sugároz, amely küldetésstudatból ered.

A belgyógyász gondolkodását az egyéniség is befolyásolja. Az egyéni árnyalatokban is van azonban olyan szín, amely az egyéni képet azonos tónussal ragyogja át. A bel-

Az orvossá, a belgyógyásszá válás folyamata nem siettethető, küzdelmes út, amely áldozatot, kitartást, erős akaratot egyaránt igényel.

gyógyász orvos gondolkodásában az *igényesség* alapvető jellegzetesség. Az igényesség önmagunk és környezetünk iránt; az igényesség elvárása a gondolkodásban, a cselekedetekben, a munkában, az emberi és szakmai kapcsolatokban egyaránt. Az igényesség abban is megnyilvánul, hogy tudásunk és erőnk szerint a teljeset nyújtjuk. A sikerhez csak az emberileg és szakmailag is hibátlanul megoldott feladat vezethet. A maradéktalan sikernek az ér-

zelmi azonosulás is jellemzője. Az érzelmi elkötelezettség erősíti az elszántságot és segíti az eredmény kibontakozását is. A jól végzett munka nyújthatja a helytállás örömét, és lelkiismeretünk békéje a mérce, amely igazolhatja azt, hogy tehetségünk szerint mindent megtettünk a célhoz vezető úton.

A belgyógyászt *elszántság* jellemzi, amely kitartó, kemény akarattal párosul. Az elszántság azt jelenti, hogy a kitűzött cél elérésén kívül nem ismer más kibontakozást. Nem riad meg az értetlenségtől és az igénytelenségtől, de ismeri saját korlátait is.

A hagyományokon alapuló értékrend megőrzése mellett fontos erény az állandó *megújulási képesség* is. A nyitottság új ismeretek, más vélemények, eltérő válaszok megismerésére és mérlegelésére. A környezet változik, újabb haladási irányok nyílnak meg, amelyek igénylik a változást. A megújulási készség lényeges eleme az, hogy a változás a hagyományos értékrendbe illeszthető legyen, és annak alapvonásait megtartva igazodjék a változó világ újabb értékeihez. A hagyományos értékrendből kibontakozó megújulási képesség így válhat a kiegyensúlyozottság és a harmónia forrásává.

A belgyógyásznak egyénisége megőrzéséhez *türelmre* is szüksége van. A türelem többágú, és számos irányban, különböző kapcsolatokban nyilvánul meg. El kell fogadnunk, meg kell értenünk az eltérő véleményeket, a különböző közelítési módokat, a másfajta érzelmi elkötelezettséget. A türelmes magatartás fontos jellemzője a *szerénység* is. Annak az erénynek a kifejezése, amely természetessé teszi számunkra azt, hogy mások álláspontja is érvényre juthat. Ez a türelem és szerénység teszi lehetővé azt, hogy magatartásunkban az indokolatlan elégedetlenség ne váljon uralkodóvá, és ezáltal jó érzéssel találjuk meg helyünket a közösségben. A személyi kapcsolatokat megértéssel kell ápolnunk. Ismereteink és a még felderítésre váró összefüggések eltérő nagyságrendje *alázat* követel. Ezt az érzést tudásunk és az élővilág már feltárt törvényeinek ismerete közötti különbség is ébren tartja. Gondolkodásmódunkat annak a tudata határozza meg, hogy munkánk szolgálat. A belgyógyász meghatározó magatartásjegye a betegek iránti *tisztelet és együttérzés*. Kapcsolatait tisztesség és egyenesség jellemzi, munkájában a segítségnyújtás elkötelezett szándéka, az önfeláldozás és a gyógyításba vetett hit nyilvánul meg.

Az orvosnak műveltnak és a művészetek iránt fogékonynak kell lennie. A szűk szakmai ismeretekén túlnevő jártasság, a tágabb környezet megismerésének és befogadásának igénye az értelmiségi lét fontos jellemzője.

Magyar Imre mondta: „Az emberi élet csak akkor teljesezhet ki, ha tágabb horizontok nyílnak ránk. Megismerjük saját szemünkkel is a világ valódi képét, a népek tarkaságát, a tájak gyönyörűségét, az ember különböző megjelenési formáit, ha részünk van a világ és az ember, valójában az egész élet szépségében, ha megismerjük az emberi szellem szakmánkon kívüli nagy alkotásait, és ha szűkebb szakmánkat is a tudományos és egyéb szellemi, művészi alkotások fénye és az ember belső lényének ismerete ragyogja be.”

A műveltség sokágú és széles körű tájékozottságot jelent. Tartalma korok, szellemi irányzatok és a technika fejlődése során módosulhat ugyan, alapja azonban mindig a hagyományos, a humánium felé forduló, az emberrel foglalkozó, a szellemi alkotások értékeire irányuló ismeret marad. A humániumot megjelenítő szellemiséget, műveltséget az emberi szenvedésben vigaszt nyújtó orvosnak különösen képviselnie kell. A szellemiség összetevőinek bemutatása nem szükséges. A műveltség egyik oszlopa az anyanyelv

alapos ismerete, amelyet megkülönböztetett hely illet meg. A világos, egyértelmű, szabatos beszéd a gondolatok tisztaságát is megvilágítja. A kifejezés ereje, az érvek logikája, a szókincs gazdagsága és szépsége az orvos egyéniségét is bemutatja. Az anyanyelv megismeréséhez a szépirodalom olvasása és ismerete vezet el. Az orvos személyiségének kiteljesedésében tehát az irodalomnak és a művészeteknek fontos szerep jut, hiszen a művészetekből sok olyan élményt meríthet, amely élettapasztalatot pótol, segíti a különböző helyzetek értékelését, a jellemek, viselkedési formák megismerését, és hozzásegít ahhoz, hogy a felénk irányuló bizalmat megfelelő empátiával viszonzzuk. Az értelmiségi lét számára a művészetekben való elmélyülés alapvető követelmény. Ezek közül is talán elsősorban a zene az, amely az értelem, az érzelmi élet és a szépség szintézisének legtökéletesebb művészeti formája.

Sokrétű feladat annak megfogalmazása, hogy a belgyógyász gondolkodásának és személyiségének melyek a legfontosabb sajátosságai. Egyetlen leírás sem lehet teljes körű. Minden gondolatmenet azonban végül is egyetlen következtetésbe torkollik: az orvosnak, a belgyógyásznak mindenekfelett jó embernek kell lennie, akit tudás gazdagít, tisztesség övez, és türelem tesz a közösség megbecsült tagjává.

The peculiarities of an internist's thinking

ABSTRACT

Our thinking is determined by many factors. This paper describes some features of the physician's approach. Probably no single description can give a complete answer to the most important features of the physician's thinking and personality, but all examination will ultimately lead to the conclusion that the physician, the internist, must be a good person, enriched by knowledge, surrounded by integrity and made a valued member of the community by patience.

KEYWORDS: mindset, knowledge, profession, internal medicine, medicine

TULASSAY ZSOLT | Orvos, Széchenyi-díjas akadémikus, egyetemi tanár, a Semmelweis Egyetem II. Belgyógyászati Klinikájának igazgatója, tanszékvezető egyetemi tanára (1993–2009). Számos hazai és nemzetközi szakmai társaság vezetője, nagyszámú könyv és több száz tudományos közlemény szerzője és szerkesztője.

VAJDA KINGA

A magyarországi idősek nappali ellátásának helyzete

Igények és lehetőségek a szolgáltatás szervezésében

DOI: 10.56699/MT.2022.4.2

ABSZTRAKT

Az idősek számában látható és a jövőben várhatóan megerősödő növekedés egyértelműen jelzi, hogy a számukra biztosított ellátórendszerek, különös tekintettel a gazdasági, egészségügyi és szociális területekre, átgondolásra érdemesek, újrastrukturálásuk időszerű. Az európai trendekhez hasonlóan Magyarország esetében is jelentős a társadalom elöregedésének tendenciája, 2050-ig várhatóan folyamatosan növekedni fog a hatvanöt éves és idősebb személyek aránya a hazai társadalomban. Az időseknek nyújtott szociális szolgáltatásokban különböző dimenziók mentén számottevő eltérések tapasztalhatók (például az alap- és a szakosított szolgáltatásokban, a nemi megoszlásban, a korcsoportok szerinti bontásban vagy a speciális igényű csoportok, így a demens személyek számára biztosított ellátásokban), melyekre fontos tekintettel lenni az ellátórendszer modernizálásakor. Emellett javasolt lehet az olyan új koncepciók gyakorlatba ültetésének és szolgáltatásba építésének átgondolása, mint amilyen például az aktív idősödés.

KULCSSZAVAK: demográfiai változás, szociális ellátórendszer, idősek nappali ellátása, aktív idősödés

A különböző szociálpolitikai rendszerek változatos szolgáltatásokat biztosítanak az idős személyek számára. E rendszerek alapvető feladata és célja, hogy az igénybevevők számára megteremtsék és fenntartsák a szociális biztonságot (Szociális törvény, 1993). Ezen alapvető cél mellett ideális esetben (ahogy az némely más országban látható) további prioritásként jelenhet meg az ellátórendszereket szabályozó törvényekben, rendeletekben az igénybevevők aktív részvételének, hozzáféréseinek elősegítése olyan területekhez, mint a társadalmi részvétel (Zákon o sociálnych

sluzbách..., 2008; Socialtjänstlag, 2001). Miután az idős személyek társadalmakon belüli arányában konstans növekedés figyelhető meg (European Commission, 2021), hosszú távon elengedhetetlen a számukra szolgáltatást nyújtó rendszerek teljes körű átgondolása és újraértelmezése, s ennek kapcsán személyre szabott, igényekre reagáló szolgáltatások biztosítása az ellátás további, színvonalas fenntarthatósága érdekében. A rendszerek újraértelmezésekor körültekintéssel kezelendő, hogy nem egyetlen rendszer keretein belül kell átgondolni és újrastrukturálni a szolgáltatásokat, hanem több, egymásra akár párhuzamosan ható rendszerre kell tekintettel lenni (például szociális, egészségügyi ellátórendszer, gazdasági rendszer). Az idős embert mint a családi alrendszer egyik meghatározó tagját figyelembe véve pedig olyan egyéb területek is érintetté válhatnak, mint a foglalkoztatási vagy oktatási rendszer. A rendszerszemlélet, az aktív idősödés koncepciójának lehetősége és a különböző rendszerek egymásra hatása mellett szükséges megemlíteni a szociálpolitikában az idősek vonatkozásában is megjelenő, kiemelten kezelt úgynevezett alapszolgáltatások vagy közösségi alapú ellátások erősödését, a „helyben idősödés” elképzelésének térnyerését (Wilson, 2012; Bulmer, 2015; Pani-Harreman et al., 2021). A szociális alapszolgáltatások bővítésének, új koncepciók ellátásba építésének pozitív hatásait korábbi kutatások is hangsúlyozták, melyek szerint az önállóság és függetlenség, a közösséghez tartozás élménye ilyen formában biztosított, s az önállóság és függetlenség minél hosszabb megőrzése pozitívan hathat az idős emberek mentális egészségére, csökkentheti a különböző pszichés problémák megjelenését, továbbá fenntartói oldalról is költséghatékonyabb megoldást kínálhat a növekvő igények okozta nyomás kezelésére (Johri et al., 2003; Chappel et al., 2004; Wu, 2020).

AZ IDŐS EMBEREK SZÁMÁNAK VÁLTOZÁSA EURÓPÁBAN ÉS MAGYARORSZÁGON

Az idős emberek arányának növekedése az egyes társadalmakon belül hosszabb ideje zajló folyamat, melyre számos tényező hat: a várható élettartam, a születések száma, az adott ország és a vizsgált korcsoport egészségi állapota (különös tekintettel az egészségben várható élettartam alakulására), az ország gazdasági helyzete, a migráció vagy az urbanizáció (European Commission, 2020). Az Európai Unió országaiban 2001 és 2021 között 15,8 százalékról 20,8 százalékra emelkedett a hatvanöt éves vagy annál idősebb népesség aránya (Eurostat, 2022). Magyarországon ez az arány 15,1 százalékról 20,3 százalékra emelkedett ugyanebben az időszakban (KSH, 2022). A projekciók alapján ez az emelkedés 2050-ig várhatóan még inkább felgyorsul, s akkor már az unió országaiban a népesség 29,6 százaléka, Magyarország lakosságának pedig 27,8 százaléka lesz hatvanöt éves vagy idősebb (European Commission, 2021).

Ezeket az adatokat részletesebben vizsgálva, áttekintve a hatvanöt éves korban várható élettartamot, illetve a hatvanöt éves korban egészségben várható élettartamot, látható, hogy az *1. táblázat*ban bemutatott országok között számos eltérés van.

1. táblázat: A hatvanöt éves korban várható, illetve egészségben várható élettartamok, valamint a köztes, esetleges betegségekkel terhelt évek száma 2019-ben különböző európai országokban, nemek szerinti bontásban

	Hatvanöt éves korban várható élettartam (év) (European Commission, 2021)		Hatvanöt éves korban egészségben várható élettartam (év) (Eurostat, 2019)		Esetleges betegségekkel terhelt évek száma (év) (saját számítás korábbi oszlopok alapján)	
	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő
EU	18,4	22	10,2	10,4	8,2	11,6
Csehország	16,5	20	8	8,2	8,5	11,8
Dánia	18,5	21,1	10,7	11,8	7,8	9,3
Franciaország	20	24,1	10,4	11,6	9,6	12,5
Horvátország	15,8	19,4	4,6	4,9	11,2	14,5
Lengyelország	16,1	20,5	8,1	9	8	11,5
Magyarország	14,8	18,7	6,7	7,4	8,1	11,3
Ausztria	18,8	21,8	7,7	7,7	11,1	14,1
Románia	14,9	18,6	6,7	6,5	8,2	12,1
Svédország	19,7	22	15,6	15,9	4,1	6,1
Szlovákia	15,6	19,6	4,6	4,7	11	14,9
Szlovénia	18,1	22	8,7	8,6	9,4	13,4

Forrás: European Commission, 2021; Eurostat, 2019¹

A hatvanöt éves korban várható élettartamok és a hatvanöt éves korban egészségben várható élettartamok 2019-es adatai között a nemi hovatartozás, illetve az országok mentén is komoly eltérések tapasztalhatók. Magyarországon mind a várható, mind az egészségben várható élettartam szempontjából az uniós átlagtól való elmaradás tapasztalható 2019-ben. A fejlettség terén hozzánk közelebb álló többi V4-ország adataival összehasonlítva mindkét nem esetében hazánkban mérték a legalacsonyabb hatvanöt éves korban várható élettartamot. A hatvanöt éves korban egészségben várható élettartamok tekintetében pedig a V4 országai közül egyedül Szlovákia mutatott alacsonyabb eredményeket. A várható élettartam és az egészségben várható élettartam szempontjából látható, hogy míg a nők várható élettartama minden bemutatott országban magasabb a férfiakhoz viszonyítva, addig az egészségben eltöltött évek száma között már nincs ilyen egyértelmű eltérés. A két érték közti különbség, azaz az „esetleges betegségekkel, nehézségekkel terhelt évek” szempontjából a nők rosszabb prognózisa számíthatnak: ezen adatok alapján ugyan hosszabb ideig élnek, azonban ebben az időszakban több évet kell esetleges betegségekkel, problémákkal, nehézségekkel terhelt viselniük. Ha országonként és nemenként összehasonlítjuk a betegségekkel, nehézségekkel terhelt évek számát, illetve a hatvanöt éves korban várható élettartamot, úgy látható, hogy a hatvanöt éves korban prognosztizált évek hány százaléka lesz előreláthatóan problémákkal terhelt. Ez az arány a V4 országai közül Szlovákia után

mindkét nem esetében Magyarországon a legmagasabb: hazánkban a férfiak hatvanöt éves korban várható élettartamának 54,7 százalékát, míg a nők élettartamának 60,4 százalékát terhelhetik nagyobb eséllyel betegségek. A felsorolt európai országokat tekintve azonban Ausztriában, Horvátországban és Romániában egyaránt magasabb a várható betegségekkel terhelt évek aránya. Svédország esetében kifejezetten alacsony ez az arány, hiszen a magas várható élettartamok mellé egészen magas egészségben várható élettartamok csatlakoznak.

Hazánkban az idősödést mérő egyéb számok esetében is erősen növekvő tendencia látható: mind az időskori eltartottsági ráta,² mind a jövőre utaló tendenciákat mutató öregedési index³ egyértelmű emelkedést mutat (KSH, 2021b).

Az adatok egyértelműen azt jelzik, hogy az idősök számának emelkedése várhatóan továbbra is komoly kihívásokat jelent az ellátórendszerek számára. Ennek feloldására mindenképpen szükséges átgondolni a jelenlegi rendszereket, különös tekintettel a szociális ellátórendszerre, illetve új lehetőségeket, rugalmasabb, személyre szabottabb szolgáltatási palettát kialakítani.

A JELENLEG IDŐSEK SZÁMÁRA BIZTOSÍTOTT HAZAI SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÁSOK RENDSZERE, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL AZ IDŐSEK NAPPALI ELLÁTÁSÁRA

A magyarországi szociális ellátórendszer és így az ellátások biztosítása az állam és a helyi önkormányzatok feladata (Szociális törvény 2. §), még a jelenlegi szociálpolitikai rendszert egyre inkább átható, fontos kérdéseket generáló szubszidiaritás és gondoskodás eszméje mellett is. Az ellátórendszer által biztosított szolgáltatások alapszolgáltatásokra és a személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátásokra oszthatók. Az alapszolgáltatások célja elsősorban a „szociálisan rászorulóknak részére saját otthonukban és lakóközösségükben önálló életvitelük fenntartásában, valamint egészségi állapotukból, mentális állapotukból vagy más okból származó problémák megoldásában való segítségnyújtás” (Szociális törvény 59. § [1] bekezdés). Ha életkoruk, egészségi állapotuk vagy szociális helyzetük miatt a rászoruló személyekről az alapszolgáltatások keretében nem lehet gondoskodni, akkor erre szakosított ellátások keretében szükséges megoldást találni (Szociális törvény 66. § [1] bekezdés). A szociális alapszolgáltatások közül elsősorban

- a szociális étkeztetés,
- a házi segítségnyújtás,
- a nappali ellátás (idősök nappali ellátása),
- a falu- és tanyagondnoki szolgáltatás,
- illetve a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás érintheti a vizsgált korosztály tagjait.

A személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátások tekintetében pedig

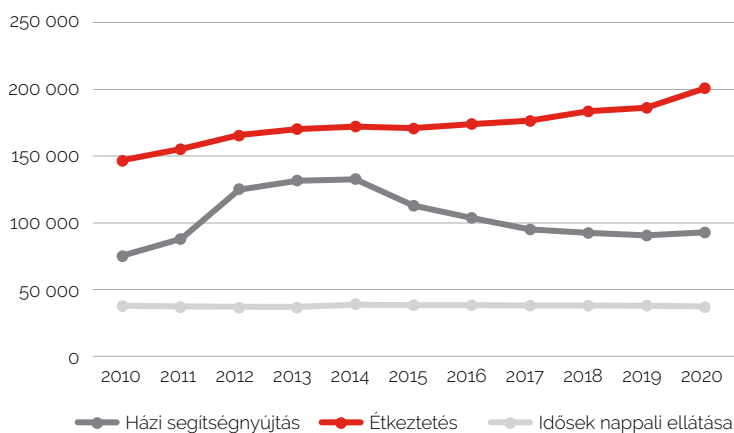
- az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények
- és az ápolást-gondozást biztosító intézmények (idősök otthona) tartoznak ide.

Míg az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények igen alacsony férőhelyszámmal biztosítják szolgáltatásaikat az idős igénybevevők számára, és legfeljebb egy évig nyújtanak elhelyezést, addig ápolást-gondozást nyújtó intézményekként az idősök otthonai fogadják a hosszú távú elhelyezést igénylő hatvanöt éves vagy idősebb igénybevevőket.

Igénybevevői adatok különböző megoszlások szerint az alapszolgáltatások érintett ellátástípusaiban, különös tekintettel az idősök nappali ellátására

Idősoros adatokat vizsgálva 2010 és 2020 között látható, hogy az idősök számára releváns szociális alapszolgáltatások közül az étkeztetés terén a legerőteljesebb az emelkedés az ellátottak létszámának vonatkozásában (1. ábra). Utóbbival kapcsolatban azonban fontos megjegyezni, hogy nem kizárólag az idős korcsoport részesül ebben az ellátástípusban, jelentős a hatvanöt évnél fiatalabb ellátottak megjelenése a szolgáltatásban.

1. ábra: A házi segítségnyújtás, az étkeztetés és az idősök nappali ellátásának ellátotti létszámadataiban bekövetkezett változások 2010 és 2020 között



Forrás: KSH, 2021a

2014-től lassú csökkenés figyelhető meg az idősök nappali ellátásában (ekkor 39 194 fő vette igénybe), ezt a KSH adatsorában a 2020-as év jelentősebb létszámeséssel zárja. Feltételezhető, hogy a 2020-as komolyabb csökkenés egyik oka az ebben az évben megjelent koronavírus-járvány. A 2022. májusi frissebb adatok szerint az idősök nappali ellátásában mind a férőhelyek, mind az ellátottak száma emelkedett: 39 828 férőhelyen 39 626 főt láttak el, ami közel 7 százalékos növekedést jelent a KSH 2020-as adataihoz képest. A kihasználtság így 2022 májusában 99,4 százalékos eredményt mutatott (Szociális Ágazati Portál, 2022). Ez a 2020-as csökkenés után érzékelhető növekedésnek

tekinthető, hiszen 2017 és 2019 között országos viszonylatban 98 százalékos kihasználtságról beszélhettünk.

Az ellátottak nemek szerinti megoszlása az érintett szociális alapszolgáltatásokban

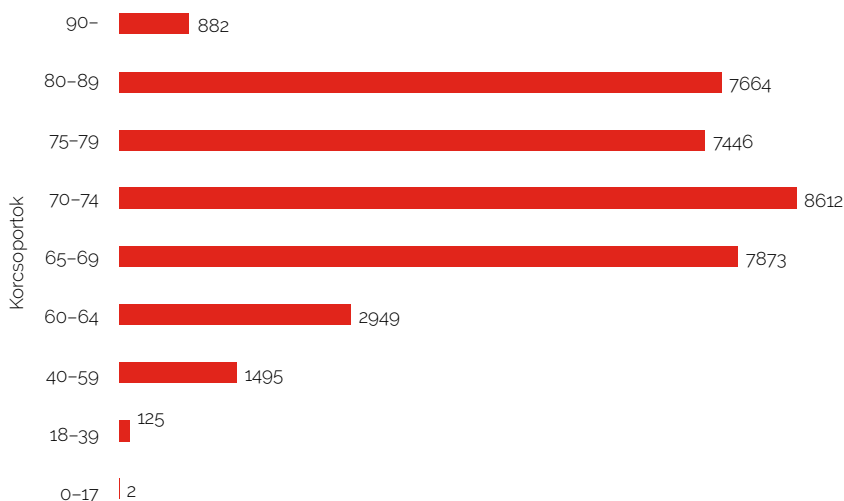
A fentebb felsorolt szociális alapszolgáltatásokat 2020-ban összesen 350 196 fő vette igénybe (109 335 férfi, 240 861 nő; KSH, 2021a). Ezen alapszolgáltatások esetében tehát egyértelmű, ami általában is jellemző a magyar szociális alapszolgáltatásokra, hogy elsősorban női ellátottakat tudnak bevonni, a férfiakat kevésbé érik el. Ez a fajta eltolódás a nemi bontás alapján az idősek otthonában kapott ellátás vonatkozásában is megfigyelhető (a 47 701 ellátott 74 százaléka nő; KSH, 2021a). Mindez részben a nők várhatóan magasabb életkorával magyarázható (1. táblázat). Az alapszolgáltatások esetében azonban el kell tekintenünk a csupán ezen alapuló indoklástól, hiszen azokat elsődlegesen a fiatalabb, független, önállóbb idősek generációjának bevonódása jellemzi, az idősek nappali ellátásának vonatkozásában pedig már a 65–69 éves korcsoport esetében is megjelenik a nők felülreprezentáltsága (KSH, 2021a). Más magyarázatot kell tehát keresni a jelenségre, mely valószínűleg egy összetett folyamat következménye, és szerepet játszhat benne a nők nyitottabb, a támogatást egyszerűbben igénylő attitűdje is, valamint az, hogy az alapszolgáltatások (különösen az idősek nappali ellátása) során kínált programlehetőségek nagyobb eséllyel a női ellátottak számára vonzóak vagy jelentenek alternatívát (még abban az esetben is, ha lokális jó gyakorlatként megjelennek olyan programok, amelyek kifejezetten a férfiakat célozzák meg). Ha figyelembe vesszük, hogy az ellátásban is egyre nagyobb számban jelennek meg az úgynevezett fiatalabb idősek, és számukra is megfelelő, izgalmas alternatívákat kell nyújtani a programok és foglalkozások terén, akkor elképzelhető, hogy az új típusú szolgáltatásokkal egyre több potenciális férfi is bevonhatóvá válik ellátottként. Emellett a nemek szerinti jelentős különbséggel azért is érdemes komolyan foglalkozni, mert az alapszolgáltatások egyik fontos célja a prevenció, az igénybevevők minél hosszabb ideig alapszolgáltatásban tartásának biztosítása.

Az ellátottak korcsoportok szerinti megoszlása az érintett szociális alapszolgáltatásokban

A Szociális törvény lehetővé teszi hatvanöt évnél fiatalabb ellátottak bevonását bizonyos, leginkább idősek számára releváns szociális szolgáltatásokba, ugyanakkor az igénybevevők köre az étkeztetés, a házi segítségnyújtás, a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás és az idősek nappali ellátása esetében elsősorban az idősebb korcsoportból kerül ki. 2020-ban az étkeztetésben az ellátottak 20 százaléka, az idősek nappali ellátásában 12 százaléka, a házi segítségnyújtásban 7,5 százaléka, a jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban pedig 2 százaléka volt hatvanöt évnél fiatalabb (KSH, 2021a). Az ellátottak száma a házi segítségnyújtás, a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás és az étkeztetés esetében hatvanöt éves kortól egészen a 80–89 éves korcsoportig emelkedik, majd kilencvenéves kortól drasztikus csökkenés tapasztalható (KSH, 2021a). Az idősek nappali ellátása az a szolgáltatástípus, amelynek esetében az ellátottak létszáma a 70–74 éves korcsoportig

emelkedik, majd csökkenés tapasztalható (KSH, 2021a) (2. ábra). Ez a fizikális és mentális állapotnak az életkor előrehaladása során bekövetkező romlásával magyarázható: ilyenkor a gondozási szükséglet erőteljesen megnövekedhet, ami komolyabb napi ellátást tesz szükségessé, a nappali ellátás nyújtotta lehetőségek már nem elegendők. Hozzájárulhat továbbá a csökkenéshez, hogy az állapotromlás következtében az ellátottnak döntenie kell a házi segítségnyújtás és az idősek nappali ellátásának igénybevétele között. A két szolgáltatást nem szabad egyazon napon igénybe venni, annak ellenére, hogy ezzel a kortársi közösséghez tartozás egyik fontos lehetősége zárul be az idős emberek számára (Vajda, 2021).

2. ábra: Az idősek nappali ellátását igénybe vevők megoszlása korcsoportok szerint 2020-ban (fő)



Forrás: KSH, 2021a

Az ellátottak magyarországi régiók szerinti megoszlása és a kihasználtság az idősek nappali ellátásában

A 2022 májusára vonatkozó, fentebb bemutatott magas kihasználtságtól (Szociális Ágazati Portál, 2022) elmaradnak a 2020-ban mért adatok (országosan 95,9 százalékos kihasználtság), azonban érdemes áttekinteni a régiók szerinti megoszlás és kihasználtság eredményeit. E tekintetben elmondható, hogy a legutóbbi hivatalos KSH-adatok alapján régiós vonatkozásban kizárólag Dél-Alföld régióban volt száz százalék felett a kihasználtság, ezt követte szorosan Észak-Alföld, majd Dél-Dunántúl régió, míg a legkevesbé magas kihasználtság a Közép-Dunántúlon mutatkozott (2. táblázat) (KSH, 2021a). Budapest kiemelkedik a közép-magyarországi régióból, ugyanis a fővárosban 105,2 százalékos kapacitáson futott a szolgáltatás.

2. táblázat: Az idősök nappali ellátásának férőhelyszáma, ellátottszáma és kihasználtsága régiós bontásban 2020-ban

Régió	A férőhelyek száma (fő)	Az ellátottak száma (fő)	Kihasználtság (%)
Budapest	6 259	6 586	105,2
Pest	1 692	1 199	70,9
Közép-Magyarország	7 951	7 785	97,9
Közép-Dunántúl	2 598	2 089	80,4
Nyugat-Dunántúl	2 705	2 250	83,2
Dél-Dunántúl	4 070	4 014	98,6
Észak-Magyarország	5 380	4 770	88,7
Észak-Alföld	8 740	8 703	99,6
Dél-Alföld	7 186	7 437	103,5
Országosan összesen	38 630	37 048	95,9

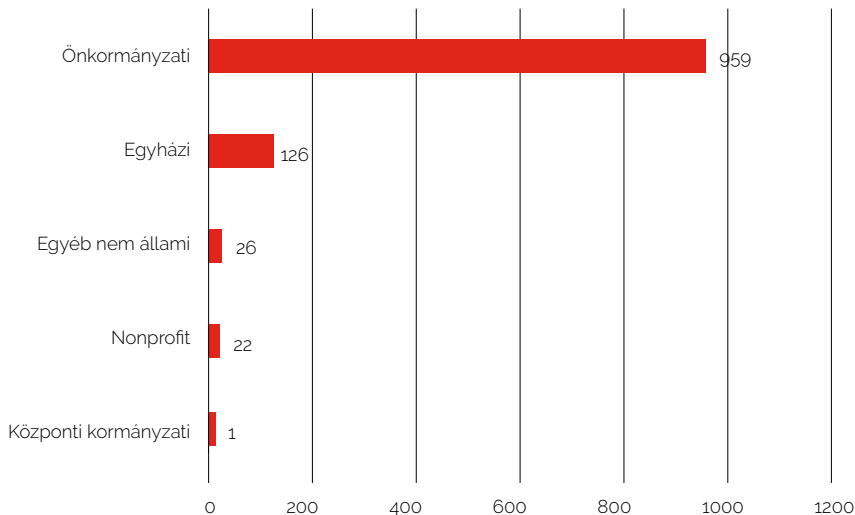
Forrás: KSH, 2021a

A szolgáltatást fenntartók arányának változása, különös tekintettel az idősök nappali ellátására. Ahogy korábban is bemutattuk, a szociális ellátórendszer működtetése, az ellátások biztosítása és fenntartása elsődlegesen állami és önkormányzati feladat, melyet a Szociális törvény is nevesít (2. §). A korábban az Emberi Erőforrások Minisztériuma, jelenleg pedig a Belügyminisztérium és részben a Kulturális és Innovációs Minisztérium által vezetett szociális területeken a 2010 és 2021 közötti időszakban növekvő egyházi fenntartói befolyás alakult ki. A kormány külön hangsúlyozta, hogy stratégiai partnerként tekint az egyházakra (Magyarország Kormánya, 2020). A stratégiai partnerség részeként kiemelendő az egyházi fenntartású intézmények úgynevezett egyházi kiegészítő támogatása. Ezzel a többlettámogatással fenntartásuk jelentősen gördülékenyebbé tehető más fenntartókhöz képest.

Az idős ellátotti csoportot tekintve ez a fenntartói változás egyelőre kevésbé érezte a hatását. A fenntartók súlyának változására az idősök 2017 és 2020 közötti nappali ellátásában a KSH adatainak a fenntartókra és az általuk ellátottak számára vonatkozó adatai alapján lehet következtetni. Ebben az időszakban az idősök nappali ellátásának terén nagyon minimális változás volt tapasztalható, az egyházi fenntartók által ellátott igénybevevők száma a 2017-es 4152-ről 2020-ban 4228-ra emelkedett (KSH, 2018–2021). Az idősök számára releváns szakosított ellátások (tartós és átmeneti elhelyezés) nagyobb, 20 százalékos elmozdulást mutattak az egyházi fenntartók irányába (KSH, 2018–2021). Hosszabb távon izgalmas kérdés, hogy az idősök számára is releváns szociális alapszolgáltatások keretein belül is megindul-e egy látványosabb változás a fenntartók tekintetében, vagy az állam és így az önkormányzatok megtartják-e domináns szerepüket.

2022-ben jellemzően az önkormányzati fenntartású intézmények domináltak az idősök nappali ellátásában (959), ezeket követték az egyházi fenntartású intézmények (126), majd az egyéb nem állami és nonprofit szervezetek által fenntartottak (3. ábra).

3. ábra: A székhely, illetve a telephelyek megoszlása az idősek nappali ellátásában fenntartók szerint (N=1134)



Forrás: Szociális Ágazati Portál, 2022

Az ellátottak speciális csoportja: demens személyek nappali ellátása

Az idősek nappali ellátásában megjelenő ellátottak speciális csoportját képviselik a demens betegek, akiknek jellemzően komoly speciális szükségleteik és igényeik vannak. Fontos megemlíteni, hogy ezek figyelembevétele és biztosítása a betegség progresszív volta ellenére támogathatja annak lassabb lefolyását, így minél több demens ember szociális alapszolgáltatásba való bevonása, illetve ott e speciális szükségletek biztosítása prioritást érdemlő feladat. A demenciával élők számáról pontos adatok nem állnak rendelkezésünkre, leginkább különböző módszerekkel végzett becslésekre hagyatkoznak a kutatók. Ezek alapján világviszonylatban ötvenötmillió főre teszik a demens betegek számát, amely 2050-re várhatóan 139 millió főre emelkedik (WHO, 2021). Az európai becslések szerint 2018-ban közel tízmillió demens beteg élt a kontinensen és Nagy-Britanniában, ez a szám az előrejelzések alapján 2050-re csaknem tizenkilencmillió főre emelkedik (Alzheimer Europe, 2019). Az Alzheimer Europe számításai alapján Magyarországon 2018-ban 145 ezer demens személy élt, ez a szám 2050-re körülbelül 223 ezerre emelkedik, ami az akkori becsült népesség 2,64 százalékát jelenti, és jellemzően nőket érint majd, ugyanis a 2050-re prognosztizált demens személyek 68 százalékát becsülik a női nemhez tartozónak. Saját becslésekkel dolgozó, de az ENSZ alapadatait használó más kutatások 2019-ben 144 ezerre tették Magyarországon a demens személyek számát, hangsúlyozva, hogy ennél feltételezhetően többen vannak az érintettek (Egervári et al.,

2020: 23). Tehát mind az idősek, mind a demens személyek számában növekedés várható, ami sürgetné egy jól strukturált, a speciális igényekre is megfelelően reagáló idős nappali ellátása szolgáltatás kialakítását. Ennek érdekében 2019-ben már módszertani kiadványban foglalkoztak a demenciával élők nappali ellátásával, illetve azzal, hogy ez milyen speciális szakmai és tárgyi háttérrel kíván meg az intézményektől (Katolikus Szeretetszolgálat – EMMI, 2019). A szakmai ajánlás ellenére az idős nappali ellátását tekintve 2020-ban is alapvetően csekély számú igénybevevő részesült demens idős nappali típusú szolgáltatásában, összesen 2624 fő, ez az összes ellátott 7 százaléka. Figyelembe véve a demens személyek számában várható növekedést, illetve azt, hogy az ellátórendszerben elsősorban a szükségletekkel és nehézségekkel küzdő személyek jelennek meg, amihez a demenciával diagnosztizált idős emberek markánsan kapcsolódnak, célszerű lenne a rendelkezésre álló férőhelyek számát országos viszonylatban bővíteni. A rendelkezésre álló nappali ellátás a speciális szükségletű idős személy mellett a hozzátartozói számára is jelentős segítséget biztosít, hiszen ők olyan intézményben tudhatják a napközbeni időszakra, ahol megfelelően és szakszerűen támogatják, felügyelik és segítik, tehát az informálisan gondozó családtagok számára a sokszor napi 0–24 órás felügyeleti munka lerövidül, és nem feltétlenül kényszerülnek például a munkahelyük feladására. Egy korábbi, informális gondozókat (elsősorban családtagokat) bevonó fókuszcsoporthoz tartozó kutatás eredményeiből is egyértelművé vált, hogy az idős nappali ellátása szolgáltatás jelentette az interjúalanyok számára az egyik legnagyobb támaszt, sok esetben ad hoc jellegű feladatokban is segítséget kaptak a dolgozóktól (Kostyál, 2020: 107). Egy idős nappali ellátását vizsgáló régiós kutatásban a szolgáltatásban dolgozók is a demens személyek számára működtetett nappali ellátások alacsony számát emelték ki problémaként (Vajda, 2021).

Az idős nappali ellátása és az aktív idősödés koncepciójának kapcsolata

A korábbi pontokban bemutatott okok miatt is – az idősök számának várható jelentős növekedése, a férőhelyszámokat és a struktúrát érintő korlátok – elengedhetetlenül szükség lenne az ellátórendszer teljes átgondolására. Az idősök társadalmon belüli arányának emelkedésével az utóbbi évtizedekben folyamatos növekedésnek indult a tudományos érdeklődés az idősödés és az érintettek számára szolgáltatásokat nyújtó rendszerek fenntarthatósága iránt. Az 1990-es években jelent meg az aktív idősödés fogalma, amely számos más korábbi elmélet és koncepció fejlődésével alakult ki. Az úgynevezett visszavonulási elmélet (*disengagement theory*) (Cumming–Henry, 1961; Bangó, 1999) után az elsősorban a munkaerőpiacra reflektáló produktív idősödés (Butler–Gleason, 1985), majd a sikeres idősödés (Rowe–Kahn, 1987) jelent meg, majd ezeket követte az egészséges idősödés, illetve az aktív idősödés elképzelésének megjelenése. Az aktív idősödés „olyan folyamat, amely optimalizálja a lehetőségeket az egészségügy, a társadalmi részvétel és a biztonság területein, hogy az idősödés folyamata során erősítse az életminőség pozitív irányú változását” (WHO, 2002). Az aktív idősödés kulcsfogalmai: az autonómia, a

függetlenség, az életminőség és az egészségben várható életevek (WHO, 2002) szorosan kapcsolódhatnak az idősek nappali ellátásához. Ezt alátámasztja az Idősügyi Nemzeti Stratégia (2009) is, mely több olyan területet is kiemel, amely releváns az aktív idősödés szempontjából. E dokumentum több pontja összefügg a szolgáltatás céljaival, és jól beépíthető abba. Az aktív idősödés elmélete számos meghatározó tényezőt említ, amelyek befolyásolhatják az egyének aktív idősödésének lehetőségét és mértékét:

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

Világos, hogy az aktív idősödés elképzelése rendkívül átfogóan próbál tekinteni az idős személyre, a lehető legtöbb olyan tényezőt bevonva, amellyel rávilágíthat az idősödés folyamatának holisztikus voltára. Emellett fontos megemlíteni, hogy bizonyos szempontokat kezdetben az aktív idősödés elgondolása sem egyértelműen sorolt a meghatározó faktorai közé (például az akadálymentesítés vagy a vallásosság-spiritualitás szerepét), ez azonban a koncepciót és mérőeszközét ért tudományos kritikák hatására változni látszik (Vajda, 2022; Rantanen et al., 2019). A koncepció vizsgálatára dolgozták ki az úgynevezett Aktív Idősödés Indexet, melynek segítségével az négy részterületen mérhetővé és összehasonlíthatóvá vált (Zaidi et al., 2013). Ezek nem korlátozódnak a szociális alapszolgáltatások által lefedett területekre, azonban a „társadalmi részvétel”, a „független, egészséges és biztonságos élet”, a „képesség az aktív idősorra” és a „támogató környezet” részfaktorain keresztül képesek elősegíteni és támogatni az igénybevevők aktív idősödésének esélyét. Ezt a lehetőséget az idősek nappali ellátásának átgondolása során nem volna szabad elszalasztaniuk a döntéshozóknak, hiszen ennek az elképzelésnek a szolgáltatásba építése és a magyar sajátosságokra szabása hosszú távon enyhíthetné az alap- és különösen a szakosított ellátórendszerre nehezedő nyomást. Az aktív idősödés önmagában is ellát egyfajta preventív funkciót, hiszen erősítésével hosszabban megtartható saját környezetében az idős személy, s ha teljes mértékben nem is tudja kiküszöbölni, de segíthet megelőzni a hozzátartozóktól vagy az ellátórendszerrel való függés kialakulását. Ha az idősek nappali ellátásába beépülnének az aktív idősödés elképzelése által képviselt gondolatok, akkor a megelőzést támogatva lehetőség nyílna arra, hogy az ellátott igényeit minél tovább a szociális alapszolgáltatások, például az idősek nappali ellátásának keretein belül biztosítsák, és a szakosított ellátások igénybevételére valóban csak a leginkább indokolt esetekben kerüljön sor.

A hazai szakmai dokumentumokat nézve fontos megjegyezni, hogy az ellátórendszerben sok esetben lokális jó gyakorlatokként megjelenő, az aktív idősödéshez köthető elképzelések egyelőre kevésbé és szórványosan jelennek meg, azonban az Idősügyi Nem-

zeti Stratégia (2009) tárgyal olyan területeket és bemutat olyan gondolatokat, amelyek közel állnak az aktív idősödés tartalmához (például önkéntes tevékenység, élethosszig tartó tanulás, senior akadémiák vagy a harmadik kor egyetemei, társadalmi részvétel és bevonódás, generációk közti kapcsolat és szolidaritás). Frissítése és újragondolása után a stratégia az aktív idősödés átfogó, nemzetközi gyakorlatai mellett hatékony iránymutatással szolgálhatna a szociális alapszolgáltatások fejlesztéséhez, ezzel pedig tulajdonképpen az egyik fő célját érhetné el.

KONKLÚZIÓK

Az idősek számának növekedése az elkövetkezendő évtizedekben már nem csupán homályos feltételezés, hanem egyértelmű és megbízható előrejelzés. A különböző országoknak eltérő felkészültségű ellátórendszereik vannak, amelyek vélhetően egészen változatos hatékonysággal lesznek képesek kezelni az idősek számának további emelkedését. Annak lehatárolása sem egyszerű, hogy mely rendszerek felkészítése szükséges, hogy az idős személyek számának növekedése egyik területen se okozzon megoldhatatlan problémákat, azonban alapvetően elmondható, hogy az egészségügyi, a szociális és gazdasági rendszerek komoly érintettséggel számolhatnak, ezért az általuk nyújtott szolgáltatások átgondolása sürgető feladat. Jelen tanulmány fókuszában elsősorban a szociális ellátórendszer kapacitása, felépítése és terheltsége, illetve egy új koncepció, az aktív idősödés rövid bemutatása áll. Ez utóbbi hosszabb távon jó alternatívát jelenthet az ellátás újrasztrukturálása során.

Érdemes figyelembe venni, hogy az idősek nappali ellátása Magyarországon komoly és a legfrissebb adatok szerint emelkedő kihasználtsággal üzemel. Itt ugyan nem jellemző a szakosított ellátásokban tapasztalt rendkívül hosszú várólisták megléte, azonban az idősek nappali ellátásában is több intézmény esetében listán várakoznak a jelentkezők a szolgáltatás igénybevételére. Továbbá a szolgáltatásban tapasztalható nemi megoszlás nyomán célszerű törekedni a férfi ellátottak elérésére is. A potenciális ellátottak minél korábbi, férfiakra is fókuszáló bevonása a rendszerbe segítheti a prevenciót, hiszen így az igénybevevő állapota napi szinten „monitorozható”, és az idős ember szükség esetén más szolgáltatásba irányítható. A prevenció mentén haladva hasznos lehetne olyan új koncepciók és elképzelések széles körű terjesztése és szolgáltatásba integrálása, mint az aktív idősödés vagy az egészséges idősödés. Ezen elképzelések

A prevenció mentén haladva hasznos lehetne olyan új koncepciók és elképzelések széles körű terjesztése és szolgáltatásba integrálása, mint az aktív idősödés vagy az egészséges idősödés. Ezen elképzelések társadalmi szintű megismertetése már a nyugdíjaskort megelőző években is indokolt, de hatékonyak lehetnek a szolgáltatásban megjelenő igénybevevők esetében is, hiszen segítségükkel megfelelő fizikális és mentális állapotuk akár hosszabban is megőrizhető.

társadalmi szintű megismertetése már a nyugdíjaskort megelőző években is indokolt, de hatékonyak lehetnek a szolgáltatásban megjelenő igénybevevők esetében is, hiszen segítségükkel megfelelő fizikális és mentális állapotuk akár hosszabban is megőrizhető. Végül nagyobb hangsúlyt kell hogy kapjanak az olyan speciális szükségletű, elsősorban idős csoportok számára nyújtott ellátások, mint amilyenek például a demens betegek. Az ő számukra biztosított nappali ellátások férőhelyszámaiban fontos cél a növekedés. Ezt javasolt egy országos lefedettségű, a célcsoportra és az őket körülvevő rendszerre fókuszáló, átfogó, megalapozó kutatással elindítani, hogy a bővülő szolgáltatás új férőhelyei valóban az igényekre reagáljanak.

Végjegyzet

- 1 Módszertani szempontból fontos megjegyezni az adatok összevetésénél, hogy azok két különböző adatbázisból származtak.
- 2 „Az idős népesség eltartottsági rátája az időskorú népességnek (65–X éves) az aktív korú (15–64 éves) népességhez viszonyított arányát fejezi ki. Az indikátor a népesség korösszetételéről nyújt információt, amelynek a társadalmi ellátórendszerekben van jelentősége. A mutató mértéke és változásának iránya azt jelzi, hogy mekkora és hogy növekvő vagy csökkenő terhet jelent a munkavállalási korú népességnek az időskorúak eltartása” (KSH, 2020).
- 3 „Az öregedési index az időskorú népességnek (65–X éves) a gyermekkorú népességhez (0–14 éves) viszonyított arányát fejezi ki. A népesség korösszetétele változásának és az elöregedés folyamatának legfontosabb indikátora, amelynek a demográfiai jövő szempontjából van kiemelt jelentősége” (KSH, 2020).

Ábrajegyzék

1. ábra: A házi segítségnyújtás, az étkeztetés és az idősek nappali ellátásának ellátotti létszámadataiban bekövetkezett változások 2010 és 2020 között, a 2020-as évre vonatkozó adatok feltüntetésével. Forrás: KSH (2021): Eltartottsági ráták, öregedési index megye és régió szerint, január 1. https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0038.html (letöltve: 2022. 06. 17.).
2. ábra: Az idősek nappali ellátását igénybe vevők megoszlása korcsoportok szerint 2020-ban (fő). Forrás: KSH (2021): Szociális statisztikai évkönyv 2020, Budapest, KSH.
3. ábra: A székhely, illetve a telephelyek megoszlása az idősek nappali ellátásában fenntartók szerint (N=1134). Forrás: Szociális Ágazati Portál: Intézménykereső, 2022.
1. táblázat: A hatvanöt éves korban várható, illetve egészségben várható élettartamok, valamint a köztes, esetleges betegségekkel terhelt évek száma 2019-ben különböző európai országokban, nemek szerinti bontásban. Forrás: European Commission (2021): The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070); Eurostat: Healthy life years in absolute values at 65 male/female, 2019.
2. táblázat: Az idősek nappali ellátásának férőhelyszáma, ellátottszáma és kihasználtsága régiós bontásban 2020-ban. Forrás: KSH (2021): Szociális statisztikai évkönyv 2020, Budapest, KSH.

Felhasznált irodalom

- ALZHEIMER EUROPE (2019): *Dementia in Europe Yearbook 2019 – Estimating the prevalence of dementia in Europe*, https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf (letöltve: 2022. 05. 26.).
- BANGÓ JENŐ (1999): Az időskorúak szociológiája, in Uő: *Szociológia a szociális munkában*, Esztergom, Vitéz János Római Katolikus Főiskola, 45–60.
- BULMER, MARTIN (2015): *The Social Basis of Community Care*, London, Routledge.
- BUTLER, ROBERT N. – GLEASON, HERBERT P. (1985): *Enhancing Vitality in Later Life*, New York, Springer.
- CHAPPEL, NEENA – DLITT, BETTY HAVENS – HOLLANDER, MARCUS J. – MILLER, JO ANN – McWILLIAM, CAROL (2004): Comparative costs of home care and residential care, *The Gerontologist*, 44. évfolyam, 2004/3., 389–400.
- CUMMING, ELAINE – HENRY, WILLIAM (1961): *Growing Old. The Process of Disengagement*, New York, Basic Books.
- EGERVÁRI ÁGNES – KÁZÁR ÁGNES – KOSTYÁL ÁRPÁD – KOVÁCS TIBOR – SKULTÉTI JÓZSEF (2020): *A demencia korszerű szemlélete. Megelőzési, szűrési és beavatkozási lehetőségek az egészségügyi és szociális alapellátásban*, Budapest, Szociális Klaszter Egyesület, 23., https://gokvi.hu/sites/default/files/file/2020/07/06/3G_A%20demencia%20korszer%C5%B1%20szemle%C3%A9lete.pdf (letöltve: 2022. 05. 26.).
- EUROPEAN COMMISSION (2020): *The impact of demographic change*, https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/demography_report_2020_n.pdf (letöltve: 2022. 05. 12.).
- EUROPEAN COMMISSION (2021): *The 2021 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070)*, https://ec.europa.eu/info/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070_en (letöltve: 2022. 05. 12.).
- EUROSTAT (2019): *Healthy life years in absolute values at 65 male/female*, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics#Healthy_life_years_at_age_65 (letöltve: 2022. 05. 17.).
- EUROSTAT (2022): *Proportion of population aged 65 years and more*, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANIND__custom_1064486/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=c08bb904-076b-49ed-8fb7-ea567ec319ae (letöltve: 2022. 05. 12.).
- IDŐSÜGYI NEMZETI STRATÉGIA (2009): 81/2009. (X. 2.) OGY-határozat az Idősügyi Nemzeti Stratégiáról, <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a09h0081.OGY> (letöltve: 2022. 05. 20.).
- JOHRI, MIRA – BELAND, FRANÇOIS – BERGMAN, HOWARD (2003): International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003/18., 222–235.

- KATOLIKUS SZERETETSZOLGÁLAT – EMBERI ERŐFORRÁSOK MINISZTERIUMA (EMMI) (2019): *A demenciával élők nappali ellátása szakmai ajánlás*, <https://szocialisportal.hu/szakmai-ajanlas-demenciaival-elok-nappali-ellatasat-biztositok-szamara/> (letöltve: 2022. 05. 26.).
- KOSTYÁL ÁRPÁD (2020): Demencia a családban – az informális gondozók támogatási lehetősége, *Esély*, 31. évfolyam, 2020/4., 107.
- KSH (2018): *Szociális statisztikai évkönyv 2017*, Budapest, KSH.
- KSH (2019): *Szociális statisztikai évkönyv 2018*, Budapest, KSH.
- KSH (2020): *Eltartottsági ráták, öregedési index, január 1. (2005–2020)*, https://www.ksh.hu/thm/2/indi2_1_2.html (letöltve: 2022. 05. 10.).
- KSH (2021a): *Szociális statisztikai évkönyv 2020*, Budapest, KSH.
- KSH (2021b): *Eltartottsági ráták, öregedési index megye és régió szerint, január 1.*, https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0038.html (letöltve: 2022. 06. 17.).
- KSH (2022): *Magyarország népességének száma nemek és életkor szerint, január 1.*, <https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/ország.html> (letöltve: 2022. 06. 21.).
- MAGYARORSZÁG KORMÁNYA (2020): *Jelentősen nőtt az egyházi fenntartók aránya a szociális területen*, <https://kormany.hu/hirek/kereszteny-kozossegi-szocialis-jelentosen-nott-az-egyhazi-fenntartok-aranya-a-szocialis-teruleten> (letöltve: 2022. 05. 25.).
- PANI-HARREMAN, KATINKA E. – BOURS, GERRIE J. – ZANDER, INÉS – KEMPEN, GERTRUDIS – VAN DUREN, JOOP (2021): Definitions, key themes and aspects of ageing in place. A scoping review, *Ageing and Society*, 41. évfolyam, 2021/9., 2026–2059.
- RANTANEN, TAINA – PORTEGIJS, ERJA – KOKKO, KATJA – RANTAKOKKO, MERJA – TÖRMÄKANGAS, TIMO – SAAJANAHO, MILLA (2019): Developing an Assessment Method of Active Aging – University of Jyväskylä Active Aging Scale, *Journal of Aging Health*, 31. évfolyam, 2019/6., 1002–1024.
- ROWE, JOHN – KAHN, ROBERT L. (1987): Human aging: usual and successful, *Science*, 237. évfolyam, 1987/4811., 143–149.
- SOCIALTJÄNSTLAG (Svéd szociális törvény) (2001): 1 kap. 1–2§., <http://www.notisum.se/rnp/document/?id=20010453> (letöltve: 2022. 05. 12.).
- SZOCIÁLIS ÁGAZATI PORTÁL (2022): Szakmai intézménykereső, <https://szocialisportal.hu/szakmai-intezmenykereso/> (letöltve: 2022. 05. 17.).
- SZOCIÁLIS TÖRVÉNY (1993): 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.tv> (letöltve: 2022. 05. 17.).
- VAJDA KINGA (2021): Az idősek nappali ellátásának nehézségei. Egy magyarországi régiós központokat vizsgáló kvalitatív adatfelvétel tapasztalatai, *Esély*, 32. évfolyam, 2021/3., 75–96. DOI: 10.48007/esely.2021.3.5
- VAJDA KINGA (2022): Az aktív idősödés lehetőségei az idősek nappali ellátásában (doktori disszertáció, nyilvános védés előtti kézirat).

- WILSON, ANNE (2012): Improving life satisfaction for the elderly living independently in the community. Care recipients' perspective of volunteers, *Social Work in Health Care*, 51. évfolyam, 2012/2., 125–139.
- WHO (2002): *Active Ageing: a policy framework*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215> (letöltve: 2022. 06. 21.).
- WHO (2021): *World failing to address dementia challenge*, <https://www.who.int/news/item/02-09-2021-world-failing-to-address-dementia-challenge> (letöltve: 2022. 05. 26.).
- WU, BEI (2020): Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge, *Global Health Research and Policy*, 5. évfolyam, 2020/27.
- ZAIDI, ASHGAR – GASIOR, KATRIN – HOFMARCHER, MARIA M. – LELKES ORSOLYA – MARIN, BERND – RODRIGUES, RICARDO – SCHMIDT, ANDREA – VANHUYSE, PIETER – ZOLYOMI ESZTER (2013): *Active ageing index 2012 concept, methodology and final results*, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna, 2013, <https://www.eurocentre.org/publications/detail/370> (letöltve: 2022. 05. 15.).
- ZÁKON O SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH A O ZMENE A DOPLNENÍ ZÁKONA (Szlovák szociális törvény) (2008): 2. § 1. bekezdés „b” és „e” pont, <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/84794/94586/F859550694/84794.pdf> (letöltve: 2022. 05. 12.).

The situation of day care for elderly people in Hungary

Needs and opportunities in organizing care

ABSTRACT

The increase in the number of elderly people, which is expected to continue in the future, clearly indicates that care systems provided to them, in particular the economic, health and social care systems, are worth to rethink and to restructure. Similar to European trends, in the case of Hungary there is a significant, ageing trend, until 2050 the proportion of people aged 65 and over will increase continuously in the Hungarian society. There are significant differences in the social services provided to the elderly along different dimensions, such as basic, long/short-term residential services, gender and age distribution or groups with special needs (dementia), which are important to consider before modernizing the care system. In addition, it may be recommended to consider the implementation and integration of new concepts into services, such as active ageing (WHO, 2002).

KEYWORDS: demographic change, social system, elderly day care, active ageing

VAJDA KINGA | A Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskolájának fokozatszerzés előtt álló hallgatója. Elsődleges kutatási területe az idősödés, a demográfiai változások és az idősek számára nyújtott szociálpolitikai ellátások.

KISS GABRIELLA

Demenciával élők személyközpontú ellátásának módszere bentlakásos otthoni körülmények között

DOI: 10.56699/MT.2022.4.3

ABSZTRAKT

A demenciával élő személyek gondozása az érintett családokat teljesen igénybe veszi. Az ápolás és gondozás, a gondozói szerepmegosztások, a szubjektíven és objektíven megélt érzelmi terhelődés, a munkaerőpiacról való kiesés kockázata, a gondozók magukra maradása döntő tényezők a bentlakásos otthoni elhelyezés választásában. A bentlakásos otthonba való beköltözés a személyre szabott ápolással és gondozással, a mentálhigiénés foglalkoztatással és az életminőség szempontjából új utakat nyithat meg a demenciával élő személyek életében. Ehhez viszont elengedhetetlen a személyzet szakszerű, demenciára szakosított képzése. A személyközpontú gondozás sikerességét meghatározza a gondozó attitűdje, a demencia lefolyásának ismerete, a demenciával élő személy viselkedésének megértése, a gondozott és gondozó közötti kapcsolat minősége. Írásomban, melyet az idősellátásban dolgozó informális és formális gondozóknak, segítőknek és a gondozó családtagoknak szánok, több mint huszonöt éves szakmai tapasztalatomat tudományos doktori kutatásom eredményeivel támasztom alá.

KULCSSZAVAK: demencia, család, bentlakásos otthon, személyzetképzés, személyközpontú gondozás

„Amikor már képtelenek vagyunk változtatni egy helyzeten,
váltassuk meg saját magunkat!”
(Viktor Emil Frankl)

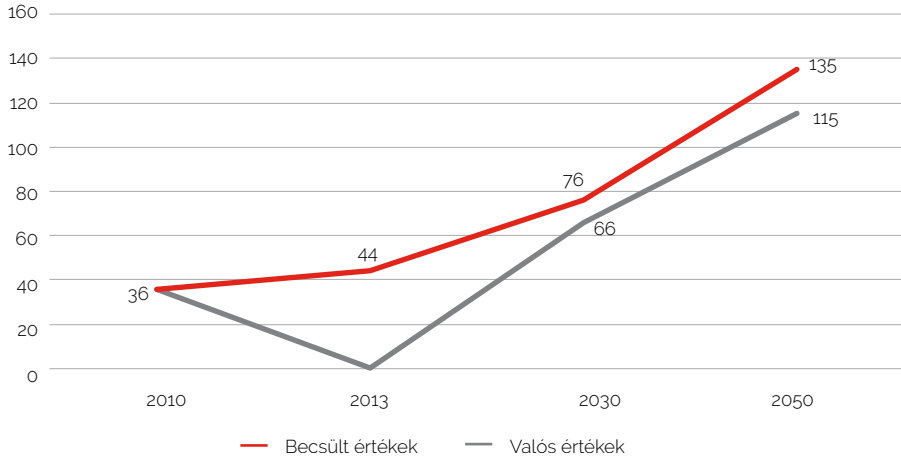
A személyközpontú gondozás az egyén életminősége szempontjából olyan modell, amely az egyén szükségletei köré épül, és az egyén megismerésére fókuszál az életrajzán keresztül. Megkérdőjelezi a hagyományos orvosi gondozási modellt, amely inkább a folyamatokra, az ütemtervekre, valamint a személyzeti és a szervezeti igényekre összpontosít. A személyközpontú gondozás a kulcs a demenciával élő személyekkel végzett munkában. Ezt a megközelítést erősítette meg az Alzheimer's Association 2018-ban a demenciakezelés gyakorlati ajánlásainak alapfilozófiájában. Ez a szemlélet mind a gondozó családban, mind a bentlakásos otthonban mindenkitől elkötelezettséget igényel. Akár „személyközpontú”, akár „lakóközpontú” vagy hasonló elnevezéssel illetik, az alapelvek lényegében ugyanazok (Oxford Academic, 2018).

A demenciával élők ellátásában a személyközpontú gondozás jelentős képviselője Tom Kitwood, aki egy alapvető szemléletváltás mellett az ellátás új kultúráját teremtette meg. A hagyományos megközelítés szerint a demencia a központi idegrendszer olyan pusztító megbetegedése, amely lerombolja a beteg személyiségét, identitását. Ezzel szemben az új megközelítés azt hangsúlyozza, hogy a demencia olyan nehézséghez vezet, amely esetében a személy érintettsége lényegesen függ a gondozás/ellátás minőségétől. A demenciával kapcsolatos tudásról a tradicionális megközelítés azt vallja, hogy a legfontosabbak az orvosi-idegkörtani ismeretek. Ezzel szemben az új megközelítés azt állítja, hogy a demenciáról lényeges tudás születik a gondozás gyakorlatában, és a felkészült, elmélyült gondozók értékes új ismereteket képesek nyújtani. Ehhez kapcsolódik Carl Rogers elmélete, „a rogersi emberkép és értékorientáció”, az empátia jelentősége, a segítői szerep, a segítő hitelessége, a belső fejlődés lehetősége és a feltétel nélküli elfogadás.

A személyközpontú gondozásban a hangsúly a személyen, a „valakin” van, aki a demenciájával kapcsolatos nehézségeivel küszködik. Nagyon fontos ismerni a demenciával élő idős személy életrajzát, kulturális szokásait, régi emlékeit, életének azokat a csomópontjait, amelyek meghatározók voltak számára, és megőrzött viselkedési mintáit. Nagyon jelentősek a pozitív élmények, az érzelmi megerősítések, az egyszerű, konkrét lépések rövid logikai láncolata és mindezek mellett a legfontosabb a gondozott véleménye.

Nagyon fontos és égetően szükséges az idősellátáson belül a demenciával élő személyekről beszélni és a professzionális ellátást elsajátítani, hiszen a demográfiai adatok is azt mutatják, hogy évről évre növekszik a demenciával élők száma (ADI, 2010).

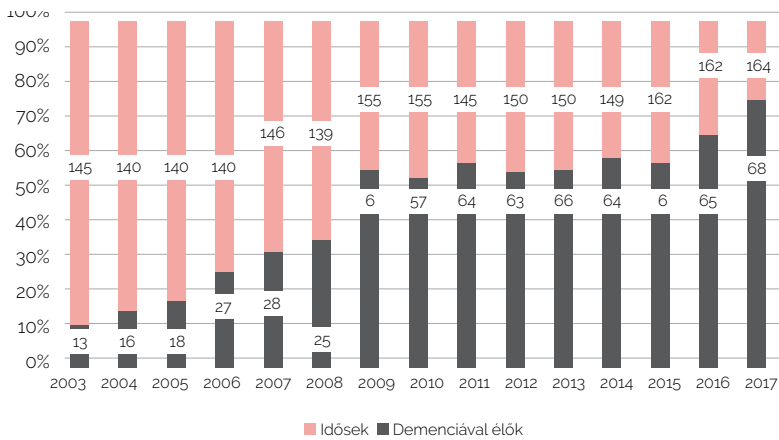
1. ábra: A demenciával élők száma világviszonylatban, 2010–2050 (millió fő)



Forrás: ADI – Nemzetközi Alzheimer Szövetség, 2010

Ugyanezt igazolják a gyergyószentmiklósi Szent Erzsébet Idősek Otthona tudományos kutatásainak statisztikai adatai is (Kiss, 2017a; Kiss, 2017b).

2. ábra: Az idősek és a demenciával élők létszáma a gyergyószentmiklósi Szent Erzsébet Idősek Otthonában (saját szerkesztés)



Napjainkban egyre több gondozó család veszi igénybe a bentlakásos otthoni ellátást, ami arra is utal, hogy erőfeszítéseik végesek, gondozási lehetőségeik kimerülnek. Több tudományos kutatás eredményeire hivatkozva elmondhatjuk, hogy a gondozási kihívások mint kockázati tényezők elsődleges helyen szerepelnek a bentlakásos otthoni ellátásoknál. Kockázati tényezőként említhetjük még a demencia súlyosságát és a demencia tünetegyütteseként a zavaró viselkedések gyakoriságát (Zarit–Zarit, 1985: 78–79; Kiss, 2018: 159–161).

Az alábbi interjú Skype-on készült egy külföldön élő hozzátartozóval.

„Amint a napot megkezdjük, csak az van előttem, a legjobb édesanyámnak is, ha hazaviszem, mert már nem tudom, mit tudjak csinálni vele. Mindent megpróbáltam, ami tőlem telik. Említettem, hogy nagyon nehéz nekem megválni tőle. De most azt is kell néznom, hogy édesanyámnak mi a jó. Számára szakképzett ellátás kell, és én nem tudom azt nyújtani. Embereket, állatokat, babákat lát. Van, amikor a gyerekeimet költi, pánikban van, hogy valaki el akarja rabolni őket. Többszörösen magáz engem, olyankor megkérdem, ki vagyok. Van, amikor tudja, de nem mindig. Mindig fáradt, mindenhol fáj. Éjjel pedig jobban van, amennyire lát a sötétben, megy körbe a lakásban. Mi a jajgatásra ébredtünk. Az életünk egy nagy zűrzavar.

Talán valami gyógyszer segítene neki, de sajnós itt nem tudom orvoshoz elvinni. Nem sokat eszik, ritkábban előfordult, hogy egy hétig étvágya volt, de utána ismét alig lehetett az ételt beleerőszakolni. Attól félek, éjjel elesik, eltörik valamije, és akkor még repülőre sem tudunk ülni. Érzem, én nem tudom ezt már tovább vállalni.

A lányaim is kedveskedni akarnak, megpusztilják, énekelnek neki, foglalkoznak vele, de egy mosoly nem jön az arcára. Szerettem volna örömet szerezni neki, de nem örül semminek. Túl sok lett a két gyerek mellett. A fiútestvérem is itt lakik, távol vagyunk, a világ másik részén, igaz, ő nem akarta, hogy édesanyánkat elhozzuk otthonról. De otthon senkit nem kaptam, aki huszonnégy órában segítette volna. Teljesen egyedül vagyok, nagyon szeretem, a lelkem szakad meg, hogy hazaviszem a bentlakásos otthonba, és ki tudja, még találkozunk-e, de az a baj, hogy már a családom is rá fog menni.”

Láthatjuk a primer gondozó családtag törekvéseit: megpróbálja gondozni demenciával élő édesanyját, reménykedik és bízik abban, hogy megteremtheti számára azokat a körülményeket, amelyek segíthetik a mindennapokban, és ami a legfontosabb, hogy együtt lehetnek. A nyugodtnak, kiegyensúlyozottnak ismert édesanya viselkedését a demencia olyannyira megváltoztatja, hogy a lánya nem ismer rá, és a kialakult helyzet az egész család életét felborítja. A primer gondozó erőforrások és szakmai tanácsok híján egyedül marad.

Fiútestvére nem értett egyet döntésével, hogy az édesanyjukat magukhoz vigyék, mivel ő nem tud szerepet vállalni a gondozásban. A zavaró viselkedés, az éjszakai nem alvások a család életét is felborítják, így a lány ismét döntést hoz édesanyja helyett, és bentlakásos otthoni ellátást keres neki. Belátja, hogy édesanyjának szakorvosi segítségre, gyógyszeres kezelésre és huszonnégy órás személyközpontú gondozásra van szüksége, amelyet ő még a családja segítségével sem tud biztosítani számára. A beköltözésre vonatkozó döntésének meghatározó tényezői: a gondozó család beszűkült lehetőségei, a tanácsstalanság, a saját életmód feladásának veszélye, a kevés szakismeret, az erőforrások, támogató rendszerek hiánya, miközben saját tapasztalataik alapján gyakorló ápoló-gondozóvá váltak. A demenciával élő személlyel végzett munka a gondozó családot teljesen igénybe veszi, ami saját életvitelük megváltozásával, illetve olykor a feladásával jár (Kiss, 2018).

A DEMENCIÁVAL ÉLŐ SZEMÉLYEK BENTLAKÁSOS OTTHONBAN ZAJLÓ ELLÁTÁSA SORÁN ALKALMAZOTT GYAKORLATOK ÉS A TÁRGYI KÖRNYEZET KIALAKÍTÁSA

A demenciával élő személyek bentlakásos ellátásához sajátos, professzionális körülmények szükségesek. Ezek közé tartozik a jól elkülönülő 20–25 ágyas részleg, az önellátó képesség és a leépülési folyamat figyelembevételével a két–négy ágyas lakószobák, a belső biztonsági kert, a földszinti elhelyezés, a demenciával élő személyek számához viszonyítva megfelelő számú szakember képzése, az optimális gondozó-gondozott arány és a napi mentálhigiénés program (Kiss, 2015).

Gyakornoki programom keretén belül több olyan bentlakásos otthonban is megfordultam a munkatársaimmal, amely demenciával élő személyeket lát el: Ausztriában (Bad Hall, Wöcklabruck, Perg, a linzi Karl Borromäus Seniorenwohnhaus), Svájcban (Sonweid-Wetzikon, Reusspark, Unterengadin-Scuol, ahol három szinten folyik a gondozás a betegség súlyossági állapotának megfelelően), Svédországban (Halmstadt) és Franciaországban (Strasbourg).

A meglátogatott országok szakellátást biztosító otthonaiban jellemző volt, hogy a környezeti feltételeket és az intézményi kultúrát speciálisan a demenciával élő személyek igényeinek megfelelően alakították. A világos, tágas folyosók, a zöld növények, a saját bútorok, a falon az emlékeket előhívogató képek visszaadják az ott lakó idős személy életének néhány mozzanatát. A kisebb előszobák, szobák bútorzata is a korábbi életmódot tükrözi. Előkelő és egyszerűbb parasztházakra jellemző, ahol a demenciával élő személyek megtalálják önmaguk számára a komfortérzést. A személyzet figyel arra, hogy ki-ki a régebbi státusának megfelelő csoportba kerüljön, amelyben a demenciával élő személyeknek az ingergazdag környezeti hatásokkal segítenek felidézni az emlékeiket. Egy-két ágyas kényelmes szobák közül választhatnak a családtagok és a demenciával élő személyek. Az otthon munkatársai nagy hangsúlyt fektetnek a napi közös tevékenységekre, például az ebéd együttes elkészítésére, a pontos időben megszervezett színes, érdeklődést felkeltő, személyre szabott foglalkoztató programokra.

A svájci otthonok jellemzői közül kiemelem a meleg színekkel kifestett szobákat, az időseknek megfelelő lekerekített, puha bútorzatot. Egyedülállóan nevezhetem a sonnweidi bentlakásos otthont, ahol az életük utolsó szakaszában lévő, csak ágyban fekvő demenciával élő betegek egy nagyobb, ötágyas vagy akár kilencágyas szobában vannak elhelyezve. Ezzel könnyebbé válik a szolgálatos nővérek munkája is, viszont sajátos hangulata is van ennek a nagyszobának az ott élők és a látogatók számára. Különös gondot fordítanak a világításra, a fényekre. A sötétkékre festett, fehér csillagokkal díszített mennyezet, mely a fények hatására nyugalmat sugároz, a csillagos, tiszta éjszakát juttatja a belépő eszébe.

Reussparkban a nagy, tágas sétakertet sok virággal, kisállatokkal tették otthonossá. A sétaösvényen a demenciával élő betegek szabadon nagyokat sétálhatnak, a különböző kövekkel kirakott, zöld fűvel szegélyezett ösvény és az út oda vezeti vissza őket, ahonnan elindultak. Csak az étkezési időre hívják be az idős embereket. Ha séta közben elfáradnak, bármelyik kényelmes fotelra, ágyra lepihenhetnek az otthon bármelyik részében.

Magyarországi szakmai utam alkalmával is megismertem sajátos otthonokat, amelyekben szintén személyre szabott környezeti és ellátási feltételekkel találkoztunk: ilyen a Katolikus Szeretetszolgálat által működtetett budapest-máriaremetei XXIII. János Szeretotthon, ahol Kovacsics Zsuzsanna vezetésével magas szintű gondozási modellel találkoztunk a demenciával élők ellátásában, amelyet Tom Kitwood elméletére alapoztak. A dabas-gyóni Zárdakert Idősek Otthonában is professzionális ellátást biztosítanak a demenciával élők számára. A télikert madarakkal, halakkal, zöld növényekkel nyugalmat sugall az ott élő időseknek. Az itteni képzsékekért felelős módszertani központnak többéves szakmai múltja van. A háromszintes jászberényi Szent Klára Otthonban, mely a régi ferences rendházban található, a gondozási egységekben külön foglalkoztató szakember felel az idősek, illetve a demenciával élők aktivizálásáért. A Fővárosi Önkormányzat Gödöllői Idősek Otthonával szorosán együttműködünk, évekig cse-rekapcsolatot tartottunk fenn. Kiemelkedően professzionális demensellátást végez az Idősek Ápoló Gondozó Otthona Encsen, ahol a demenciával élők személyre szabott gondozási modelljével találkoztunk. A békéscsabai Életfa Idősek Otthona szintén egy jó gyakorlat példaként szerepel a meglátogatott intézmények között. Itt szakmai napon vettünk részt, amelyen mi is beszámoltunk a demensellátás gyakorlati tapasztalatairól. A berentei Szent Borbála Idősek Otthonában az előgondozás mellett a demenciával élők huszonnégy órás gondozásában képzett szakemberek dolgoznak. A meglátogatott intézményekben az idősek életminőségének sokszínűségét tapasztaltuk.

Személyközpontú gondozás a Szent Erzsébet Idősek Otthonában

A fenti modellekhez kapcsolódik Romániában a Gyulafehérvári Caritas kezelésében lévő gyergyószentmiklósi Szent Erzsébet Idősek Otthona, amely 1996-tól működik, és 2003-tól szakosodott demenciával élő személyek ellátására. Az intézmény elnyerte a romániai Principesa Margareta Alapítvány Jó Gyakorlatok díját. Szabó Lajos klinikai

pszichológus, az ELTE főiskolai tanárának szakmai tanácsai nyomán jelenleg olyan személyközpontú gondozás folyik itt, amelynek során nagy hangsúlyt helyezünk a demenciával élő személyek egyénre szabott ellátására, mentálhigiénés foglalkoztatására és a monitorozásra. A szolgáltatás alapja a személyes élettörténet ismeretére alapozott gondozás, állandó, rotáció nélküli szakmai csapattal.

Felvetődik azonban a kérdés, hogy bármennyire otthonos, személyközpontú is az ellátás, képes-e az intézményi kultúra átfogni és megadni a szakképzett személyzettel együtt a demenciával élő személy számára azokat a körülményeket, amelyeket a saját otthona az átéltek még megmaradt emlékfoszlányaival együtt nyújthat.

A Szent Erzsébet Idősek Otthona hosszú távú tervként 2003-tól megfogalmazta a demenciával élő személyek személyközpontú gondozásának folyamatát. Szabó Lajos szerint a személyzet szakszerű képzése és hozzáállása mellett a demenciával élő személyek tartós bentlakásos otthoni ellátásához speciális gondozási egységekre van szükség. A szűk terek, a nem megfelelő környezeti feltételek, az idősek bezúfolása kis részlegekre több konfliktust, agressziót eredményezhet (Szabó, 2011).

A munkatársakkal SWOT-elemzést végeztünk, hogy meghatározhassuk az otthon erősségeit és gyengeségeit, a lehetőségeinket, a demenciával élő személyeket ellátó részleggel kapcsolatos feltételeket, és célkitűzéseket fogalmazzunk meg a jövőre nézve. Ezzel egy időben belső innovatív projektet indítottunk el, amelyet meghirdettünk a munkatársak között. Három kis projektcsoport állt össze, amelyekkel projekttervet készítettünk, és a földszinten lévő kezdeti kis demensrészleg helyett, ahol tizenkét személy lakhatott, új, tágas, világos részleget terveztünk meg a második emeletre, ötvennégy személy számára. A második emeleti rész kialakítása a tágas és akadálymentesített tereknek köszönhetően lehetővé teszi a demenciával élő személyek biztonságos és szabad mozgását. Ezt a biztonságot a földszinti részen a kezdeti kis részleg nem biztosította. Azért is tartottuk fontosnak az átalakítást, mert a középsúlyos demenciában szenvedő idősek jelentős részének nagy a mozgásigénye. Ezenkívül megterveztünk egy tágas, fákkal, virágokkal beültetett kertet, ahol nemcsak a mindennapi sétákra van lehetőség, hanem kerti partik megszervezésére is. Ide a felvonó segítségével naponta kijárnak az idősek.

Az életminőség szempontjából teljes körű átalakítást, akadálymentesítést jelentett az új részleg megtervezése. A közösen végrehajtott folyamat a jó csapatmunkát is erősítette a munkatársak között.

A demenciával élő idősek gondozása magával hozta a személyzet demenciaspecifikus szakmai képzését. Szabó Lajos 2007-ben a teammunka, a demencia, illetve az Alzheimer-kór és a személyközpontú gondozás elméleti és gyakorlati hátteréről, a környezeti feltételek megtervezéséről tartott előadást a szakmai teamünknek. Ehhez kapcsolódik a gondozó stáboknak tartott gerontológia–geriátria–demencia témájú képzés.

A Szent Erzsébet Idősek Otthonában állandó szakmai csoport biztosítja a személyközpontú gondozást. A teamben van mentálhigiénés szakember, szakápolók, ápolók, szociális munkás, családi orvos, kinesztetika- (mozgáskompetencia-fejlesztő) tréner, lel-

kész, illetve együttműködési szerződéssel pszichiáter, pszichológus, bedolgozó gyógytornász és masszőr.

Környezeti feltételek:

- akadálymentesítés, kapaszkodó felszerelése a falra, világos és tágas terek nagyobb ablakokkal;
- kétágyas szoba, fürdővel-tusolóval;
- multifunkcionális szoba: ebédlő, nappali;
- a nappaliba illő kényelmes bútor, benti zöld növényes sarok kialakítása, papagáj, háziállat (cica) bevitele;
- a falak festése meleg színekkel, a terek használata szerint: az ebédlő – narancssárga; a nappali – zöld; a délutáni napsütéses rész – sárga; a folyosók szintén meleg színűek;
- a különböző tereknek megfelelően különböző (halványlila, almazöld, narancssárga, fehér) színűek a függönyök is;
- hagyományörző sarok kialakítása, dekoráció az ünnepeknek megfelelően;
- két felvonó (egy kisebb és egy nagyobb terhelést bíró);
- sétány, virágoskert, gyümölcsfák.

A Romániai Munkaügyi Minisztérium rész támogatásával és az otthon önrészeivel egy hároméves nagyobb felújítási projekt keretén belül elkészült egy tetőtéri, világos, multifunkcionális terem: benne külön kiskonyha, ebédlő és nappali egy nagyobb televízióval. Később – a munkatársak leleményességének köszönhetően – zöld növényekkel, csobogó vízzel, kényelmes fotelekkel egészült ki a csendes pihenősarok. A lakószobákban az idősek családi emlékei, fényképek, zöld növények és ahol lehet, televízió teszi otthonosabbá a környezetet. A családi kapcsolat biztonságot nyújt az ott élő személyek számára.

SZEMÉLYRE SZABOTT MENTÁLHIGIÉNÉS FOGLALKOZTATÁS

A demens/alzheimeres személyek mentális állapotának felmérésére a pszichiátriai adatok mellett a MMSE-t (Mini Mental State Examination) és a GDS-skálát alkalmazhatjuk. Az így kapott eredmények szerint alakítjuk ki a kezdeti, középsúlyos és súlyos demenciában szenvedő ellátottak csoportját.

A mentálhigiénés programok közül megemlítem a születésnapok ünneplését, a farsangi bált, a zenés délutánokat, az anyák napi ünnepséget, az idősek világnapját, a szüreti bált, a tánccélutánokat, a szilveszteri multságokat, a kézimunkázást, az ajándékkészítést, a húsvét előtt tojásfestést, a műhelygyakorlatokat, az adventi koszorúk és a karácsonyfadíszek készítését, a kirándulásokat, a sétákat, a virágszedést a közeli erdőben, a klubtevékenységet, a tornaórákat, a mozgáskompetencia fejlesztését (kinesztétika), a zöldkert-projektet és a süteménykészítést. A szentmisék, bibliaórák, imaórák, vallásos témájú előadások, karácsonyi műsorok révén az otthon lakói lelkileg is feltöltődhetnek.

A leépülési indexüket figyelembe véve kisebb szórakoztató műsorok betanulása is színesíti a mindennapokat.

A több mint huszonhat éves szakmai gyakorlatom azt igazolja, hogy az énekkel, zenével és a táncsal előhívhatjuk az emlékekből a régi ismerős énekeket. A ritmusérzék marad meg a leghosszabb ideig. Megalakítottuk a munkatársakkal a Napraforgó táncegyüttest, az időseket is bevonva a csoportba, valamint a Tücsök zenekart, amelyekkel sok örömet szerzünk a magunk, az időseink és hozzátartozóik számára is. A tánc csoport koreográfusa egy olyan személy, akit demenciával diagnosztizáltak.

Az imának szintén jótékony hatása van a lélek karbantartására. A napi szinten pontos időben csoportosan végzett imák és az ismerős vallásos énekek szintén a régi közösségi élményt hozzák elő. A foglalkoztatás esetében a kognitív célú tevékenységeknél a leépülés súlyossága szerint tervezünk.

Jól bevált eszköz a Remembering Yesterday Caring Today (RYCT) reminiscencia-csoport néven ismert tizenkét üléses módszer, amely az emlékezetfelidézést különböző terápiás elemekkel, a kognitív funkciók és az érzelem stimulációjával kapcsolja össze. A csoportban lévő személyek, főképp a kezdeti stádiumban lévők az élettörténet, az emlékek felidézése során jobban megismerik egymást, erősödhet a kommunikáció, és hosszabb távon megőrizhetik saját emlékeiket. A tizenkét ülés témái a bevezető alkalom után a gyermekkor és a család, az iskolás évek, a pályakezdés és a munka, a szabadidő eltöltése, az udvarlás és a házasság, az otthon, a kert és a háziállatok, a következő generációk, a kisbabák, a gyerekek, az ételek és a főzés, a szabadság és az utazás, illetve az ünnepek, ezt követi végül a lezáró ülés.

Ha az idősek otthonába bekerülő személy megtalálja azokat a tevékenységi formákat, amelyekben kifejtetheti még megmaradt tudását, és ehhez biztosítja számára a feltételeket, akkor nem érzi magát fölöslegesnek. Azok a demenciával élő személyek, akik bekapcsolódnak az otthonban szervezett foglalkoztatási programokba, könnyebben elviselik az időskorral járó biológiai, pszichológiai és szociológiai változásokat. Egy bentlakásos otthonban kapott új szerepkör növeli az idős személy önbecsülését. Megfelelő motiválással, dicsérettel elérhetjük, hogy időseink nagyfokú tiszteletnek örvendő átadják a fiataloknak és egymásnak mindazokat az értékeket, bölcsességeket, szakmai tapasztalatokat, amelyeket egy életen át gyűjtöttek össze. A demenciával élők szakszerűbb és mélyebb megértéséhez Naomi Feil

Ha az idősek otthonába bekerülő személy megtalálja azokat a tevékenységi formákat, amelyekben kifejtetheti még megmaradt tudását, akkor nem érzi magát fölöslegesnek.

gerontológus a validációs technikát ajánlja, amely nem pszichoterápia, hanem olyan módszer, mely szakszonként alkalmazható az együttműködés elérése érdekében (Feil blog). A validáció szakszerű módszer, amely a segítő szakembert ráhangolja a megértés belső kapujának megnyitására, amelyen át beléphet a demenciával élő személy világába. A demenciával élő személy ezáltal a saját érzésével, gondolatával egy olyan belső térbe érkezik, ahol érzi, hogy van mellet-

te valaki, aki szívének-lelkének rezzenéseit ráhangolja a pillanatra, hogy elkísérhesse őt az ismeretlennek tűnő és mégis ismerős világban (Kiss, 2018).

Gondozási eljárásaként a „Legjobb barát” modellt használjuk, amelyet Virginia Bell dolgozott ki, aki több mint húsz éve dolgozik demenciával élőkkel. Az ő nevéhez fűződik az első – és még ma is az egyik legjobb – demenciaspecifikus napközi program (*Helping Hand Adult Center*) kialakítása, valamint az Alzheimer-betegek jogainak kidolgozása. Ezek a következők:

1. Joguk van ismerni a diagnózisukat.
2. Joguk van a megfelelő és folyamatos orvosi ellátáshoz.
3. Joguk van tevékeny életet élni, ameddig csak lehet.
4. Fontos, hogy felnőtként, és ne gyerekként bánjanak velük.
5. Joguk van ahhoz, hogy kifejezett érzéseiket komolyan vegyék.
6. Ha lehetséges, pszichoszomatikus gyógyszerekkel ne kezeljék őket.
7. Élhessenek biztonságos, strukturált és kiszámítható környezetben.
8. Mindennap értelmes tevékenységekkel foglalkozhassanak.
9. Rendszeresen mehessenek szabad levegőre.
10. Szükségük van fizikai kontaktusra (az érintés fontossága).
11. Olyan emberek vegyék körül, akik ismerik őket, az életútjukat, beleértve vallási és kulturális tradíciójukat.
12. Olyan személyek gondozzák őket, akik képzettek a demenciaellátás területén.

A demenciával élők személyközpontú gondozásának elengedhetetlen eleme a személyzet demenciára szakosodott professzionális képzése és a hozzátartozók támogatása. Utóbbinál megemlítem az Alzheimer Cafét, amelyet 2018-ban, a tudományos doktori fokozatom megszerzése után indítottunk újjára a gyergyószentmiklósi Szent Erzsébet Idősek Otthonában. Az Alzheimer Café mintáját Sütő Teréz, az Idősek Európai Házának elnöke hozta el hozzánk Sopronból, a bemutató Csíkszeredában volt. A rendezvényt Veress Albert pszichiáter szervezte. Itt fogalmazódott meg bennem az Alzheimer Café elindításának gondolata. Különböző segítőszervezetekkel (Caritas, Magyar Máltai Szeretetszolgálat, Diakónia Keresztény Alapítvány) és önkormányzatokkal karöltve rövid idő alatt több mint tizenegy kisebb településen és nagyvárosban indítottuk el a Cafét. Nagy hangsúlyt kell fektetnünk a prevencióra, az informális és formális gondozók, az egyetemi hallgatók és a segítők képzésére, a jövőre vonatkozó célkitűzések megtervezésére és a beavatkozásra. Úgy tekintünk a demenciával, illetve Alzheimer-kórral élő személyre, hogy értékes ember, aki ugyanúgy vágyik a figyelemre, a szeretetre, az elfogadásra, mint bármelyikünk. Fogjuk meg egymás kezét, és „együtt könnyebb” jelszóval, minél több demenciabarát környezetet alakítsunk ki. A demencia nem kopogtat, nem kérdezi, jöhet-e vagy sem, egyszer csak ott van, jelen van, érintve a személyt, a családot, a közösséget és a társadalmat. Akik vállalták a demenciával élő személyek gondozását, kísérését, tanuljanak, képződjenek, de adjanak maguknak időt a pihenésre, a feltöltődésre is. A gon-

dozás során ne csak a gondozottra, hanem önmagukra is figyeljenek. Törekedjenek a jó kommunikációra, a jó kapcsolatokra a gondozói stábon belül, hiszen soha nem szabad elfeledni, hogy ahogyan érzünk, ahogyan gondolkodunk, azt adjuk át egymásnak és a gondozott személynek. Ha nyugtalanok, feszültek és stresszesek vagyunk, azzá válik ő is. Ha békét, szeretetet viszünk be a gondozásba, jobb eredményt érhetünk el. A munkatársak közötti jó kapcsolat is az egyik alappillére a demenciával élő személyek gondozásának. Vonjuk be önkéntesnek azokat a tanult szakembereket, akik már nyugdíjasok, de egészségesek, akik nagyon sok tapasztalattal és idővel rendelkeznek. Becsülni és értékelni kell mindazon ápolókat, segítőköt, önkénteseket, akik hivatástudatukból fakadóan az idősekkel és a demenciával élőkkel végzett munkát választják. A segítői munka során törekednünk kell egymás megértésére, támogatására, elfogadására, és ügyelnünk kell az erőforrásokra. Nélkülözhetetlen a gondozott személyhez a saját „gondozási kulcs”. A megfigyelő, megértő, elfogadó szeretetnyelven keresztül kapcsolódhatunk a számunkra néha értelmetlennek tűnő viselkedéshez, „a valakihez”, a személyhez, aki küzd a demenciájával. A legfontosabb számára, hogy ne infantilizálják, hanem felnőttként kezeljék. A családban és az idősothtonban is azt érezze, hogy jóbarátok veszik körül. Ezzel az érzéssel életre kel szemében a fény, mialatt belső könnyeivel megöntözi a lelkében élő emlékeket és a szeretet virágát.

Ábrajegyzék

1. ábra: A demenciával élők száma világviszonylatban, 2010–2050 (millió fő). Forrás: ADI – Nemzetközi Alzheimer Szövetség. World Alzheimer Report 2010, <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2010/> (letöltve: 2022. 11. 26.).
2. ábra: Az idősek és a demenciával élők létszáma a gyergyószentmiklósi Szent Erzsébet Idősek Otthonában. Saját szerkesztés.

Felhasznált irodalom

- ADI (2010): World Alzheimer Report 2010, The Global Economic Impact of Dementia, <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2010/> (letöltve: 2022. 11. 26.).
- FEIL BLOG: Feil, Naomi: *Validation Therapy and Alzheimer's*, <https://best-alzheimers-products.com/validation-therapy-and-alzheimers.html> (letöltve: 2022. 11. 24.).
- KISS GABRIELLA (2015): Középsúlyos és súlyos demens betegek személyközpontú ellátásának módszere, családias közegben, illetve bentlakásos otthoni körülmények között, *Párbeszéd: szociálmunka-folyóirat*, 2. évfolyam, 2015/2., <https://ojs.lib.unideb.hu/parbeszed/article/view/5799/5429>
- KISS GABRIELLA (2017a): A demens személyeket gondozó családok terhelődése és szerepfeszültsége a gondozottak kognitív leépülése mentén, *Erdélyi Társadalom*, 15. évfolyam, 2017/2., 83–107. DOI: <https://doi.org/10.17177/77171.203>
- KISS GABRIELLA (2017b): Együtt a demens beteggel a gondozói szerepek labirintusában. Terhelődés, veszteség, avagy a pozitív attitűd szerepe a megküzdést elősegítő folyamatokban, *Kharón – Thanatológiai Szemle*, 16–39., https://kharon.hu/docu/2017-3_kiss-egyutt.pdf
- KISS GABRIELLA (2018): *Demencia és a család, a bentlakásos otthoni elhelyezés háttértényezőinek vizsgálata*, Kolozsvár, Egyetemi Műhely Kiadó – Bolyai Társaság.
- KOVACSICS ZSUZSANNA – BESZTERCZY ANDRÁS – FÁBIÁN GERGELY – HEGEDÜS KATALIN – KISS GYÖRGYI – KONTA ILDIKÓ – KOVÁCS TIBOR – PÉK GYŐZŐ – SZABÓ LAJOS (2015): *Interprofesszionális demens ellátás alternatívái*, Rom. Kat. Egyház TÁMOP(?), Budapest.
- OXFORD ACADEMIC (2018): https://academic.oup.com/gerontologist/search-results?page=1&q=the%20gerontologic%202018&fl_SiteID=5284&SearchSourceType=1&allJournals=1 (letöltve: 2022. 11. 24.).
- SZABÓ LAJOS (2011): *Időskori demenciák családi, pszichológiai és társadalmi következményei*, Budapest, Akadémiai Kiadó.
- ZARIT, STEVEN H. – ZARIT, JUDY M. (1985): Memory and behavior problems checklist, in ZARIT, STEVEN H. – ORR, NANCY K. – ZARIT, JUDY M.: *The Hidden Victims of Alzheimer's Diseases*, New York, New York University Press, 78–79.

Person-centred care of dementia person in residential care settings

ABSTRACT

Caring for people living with dementia is a full-time job for the families caring for them. Care and caring, carer role-sharing, subjectively and objectively experienced emotional strain, the risk of being excluded from the labour market, and carers being left to their own devices are decisive factors in the choice of residential care. Moving into a residential care home can open up new avenues in the lives of people with dementia in terms of personalised care and support, mental health employment and quality of life. However, this requires professional – dementia-specific – training of staff. The success of person-centred care is determined by the attitude of the carer, knowledge of the course of dementia, understanding of the behavior of the person with dementia, and the quality of the relationship between carer and cared-for person. This handout is intended for informal and formal carers, support workers and family carers working in elderly care. I support over 25 years of professional experience with the results of my academic doctoral research.

KEYWORDS: dementia, family, residential home, professional-training, person-centred care

KISS GABRIELLA | Mentálhigiénés szakember, szupervizor, a Gyulafehérvári Caritas Szent Erzsébet Idősek Otthonának szakmai vezetője, a kolozsvári Babeş-Bolyai Tudományegyetem Magyar Szociológiai és Szociális Munka Intézetének óraadó tanára. Tudományos doktori fokozatát Budapesten, az ELTE Szociológia, Interdiszciplináris Társadalomkutatások Doktori Iskolában szerezte.

EGERVÁRI ÁGNES

A demencia útvesztői

Az egészségügyi és szociális szakemberek együttműködésének kihívásai

DOI: 10.56699/MT.2022.4.4

ABSZTRAKT

A demencia népegészségügyi prioritás: világszerte a gondozási függőség egyik legfőbb oka. Hazánkban negyedmillió demenciával élő ember rejtőzködik – hiszen a diagnózis stigmatizál. Kiszolgáltatottságukat megtapasztalhattuk a pandémia idején. Az egészségügyi és a szociális rendszer saját szabályai szerint igyekeznek megfelelni feladatának, így az egyéni élethelyzetek kezelésekor gyakran falakba ütközünk. Az életvégi tervezés, a viselkedési tünetek kezelésének paradigmaváltása nem része a napi rutinnak. A demenciával élők és a gondozó családok életminőségének javításához palliatív szemléletű gondoskodásra van szükség, ehhez pedig elengedhetetlen az ismeretbővítés és a szemléletformálás. Az INDA© interprofesszionális megközelítésen alapuló komplex program. Egyik kulcseleme a kapcsolat az egészségügyi és szociális szakemberek, a gondozó családok, a szakpolitikusok, a társadalom széles rétegei között. Jó példák a szakmaközi együttműködések helyi formái (LIP), a hozzátartozói tudásbővítés (DIÓ), a filmek és kiadványok.

KULCSSZAVAK: méltóság, palliatív szemlélet, interprofesszionális, életminőség

„Ha sok évig él is az ember, örüljön mindegyiknek.”
(Préd 11,8)

Személyközpontú gondozásról beszélünk és rászorultságot vizsgálunk a szociális szakmában, az egészségügyben pedig diagnózisról, kórházi osztályok progresszív-tási szintjeiről esik szó. A többféle betegséggel, kognitív hanyatlással, érzékszervi deprivációval és mozgáskorlátozottsággal élő idős ember az ellátórendszerek útvesztőiben tévelyeg.

Az egészségügyi és a szociális rendszer eltérő logikával, más szabályozási keretek között épül fel, egymástól függetlenül, sok tekintetben átjárhatatlanul. Vannak párhu-

zamos ellátások, az ápolás-gondozással foglalkozó intézmények kapacitása ugyanakkor elégtelen, működésük ellentmondásokkal és finanszírozási anomáliákkal is terhes. (Példa erre az intézményi orvos – akinek a státusza az egészségügyi jogszabályok szerint nem értelmezhető, a rendszerben való működéséhez háziorvosi jogosítványokkal kell rendelkeznie.)

Miközben alulfinanszírozottak az egyes ellátások, a pazarlás is jelen van. Egyre kevesebben, egyre kevésbé megbecsülten végzik az ápolást-gondozást – ebben a tekintetben hasonló a helyzet.

Mindkét rendszer szereplőiben él az a tévhit, hogy a másik helyett is dolgoznak: a kórházban általános vélekedés, hogy szociális okból kezelnek betegeket – a szociális intézmények pedig szakápolást végeznek. Elkötelezett szakemberek mutogatnak egymásra a kiszáradás és az ápolási hiányok, a felfekvéses sebek, a nosocomialis fertőzések miatt. Ez a helyzet a pandémia idején nem javult – inkább még nehezebbé vált.

Az alábbiakban az egyik legkiszolgáltatottabb ellátotti csoport, a demenciával élők szemszögéből vizsgálódunk. Hogyan valósul meg a személyközpontú gondoskodás a mindennapokban, és van-e kommunikáció az ellátórendszerek között?

A DEMENCIÁRÓL

Az átlagéletkor, illetve az idősek számbeli arányának növekedésével azt tapasztaljuk, hogy bizonyos korábban ritkán előforduló betegségek gyakoribbá válnak. Ez a magyarázata annak, hogy a 21. századot a népegészségügyel foglalkozók a neurodegeneratív betegségek, a demencia évszázadának kezdték nevezni. A demencia nem az öregedés része, hanem olyan tünetegyüttes, amely mögött az idegsejtek pusztulásával járó számos betegség állhat. Leggyakoribb formája az Alzheimer-kór, az esetek egyharmada pedig érrendszeri betegségekkel összefüggésben alakul ki. Fontos tünete a memóriazavar, de jóval több, mint a „felejtés betegsége”, hiszen a személyiség megváltozásához vezet, a felismerési és a végrehajtási funkciók hanyatlásával, viselkedési zavarokkal jár. Jelen tudásunk szerint nem gyógyítható, a gyógyszeres beavatkozások legfeljebb enyhítik a tüneteket, a betegség előrehaladását nem befolyásolják.

Napjainkban a világon 47,7 millió az érintettek száma, 2050-re pedig eléri a 130 milliót (WHO, 2022). A betegség társadalmi és gazdasági terhe óriási: a hosszú kórlefolyás során a beteg elveszíti önellátó képességét, megváltozik a személyisége, előbb felügyeletre, majd éveken át teljes körű gondozásra szorul.

Az enyhe kognitív zavar (MCI) és a kognitív tünetekkel járó enyhe demencia idején az érintett még segítség nélkül képes az önellátásra a mindennapokban. Ilyenkor még a legtöbbször sajnos a diagnózis sem születik meg – részben a demenciát övező rejtőzködés és tabu miatt.

Középsúlyos demenciában a betegek már többnyire felügyeletet, több tevékenységükben fizikai segítséget is igényelnek. Adekvát támogatással és gondozással a megfelelő

életminőséget sokáig lehetséges fenntartani mind az érintett betegek, mind a gondozók számára.

Hogyan tudjuk segíteni az érintettet és a hozzátartozót a betegséggel való megküzdésben a mindennapok során? Hogyan ismerhetők fel azok a kulcspillanatok, amikor döntési helyzet van? Az a legjobb, ha az idős ember a lehető legtovább az otthonában marad – ebben az érintettek és a szakemberek között egyetértés van, ugyanakkor előfordulnak olyan élethelyzetek, amikor ez segítséggel sem lehetséges. Vannak nappali, átmeneti és tartós bentlakásos intézmények, amelyekben a szükséges mértékű gondozást megfelelő szakszerűséggel és az emberi méltóság szem előtt tartásával végzik. Ki dönt? Maga az idős ember? A családja? Vannak-e olyan elérhető, hozzáértő egészségügyi és szociális szakemberek, akik támogatni tudják ezt a döntéshozatalt?

A demencia olyan *többdimenziós és komplex megközelítést igénylő állapot*, amelyet indokolt a fogyatékoság körében kezelni (Alzheimer Europe, 2018).

A fejlődő szemléletnek köszönhetően napjainkra a komplex bio-pszicho-szociális modell és mindenekelőtt a fogyatékoság emberi jogi megközelítése érvényes: az egyént nem pusztán biológiai vagy társadalmi lényként, hanem meglévő képességeire alapozva egységben tekintjük. Bár még szakemberek is hajlamosak jó szándékú segítségnyújtásuk során meglepedkezni a személy autonómiájának szem előtt tartásáról, az alapvető emberi jogok mindenkire érvényesek: így a jogegyenlőség, a diszkrimináció tilalma, az érintettek bevonása, részvétele a döntésekben, a felhatalmazás és a nyilvánosság joga. A hosszú kórlefordulás során a beteg egyre több segítséget igényel a döntéshozataltól és a mindennapi önellátási tevékenységekben, de nem helyette és nélküle kell meghozni az őt érintő döntéseket.

Mit jelent ez a demenciával élők számára? Röviden a „semmit rólunk nélkülünk” elvét (Gove et al., 2018).

A betegeknek joguk van (lenne) ahhoz, hogy olyanok gondozzák őket, akik képzetek, ismerik a demencia jelenségeit, és tudják, milyen beavatkozási lehetőségek vannak a befolyásolásukra.

AZ ELŐREHALADOTT DEMENCIA A VEZETŐ HALÁLOKOK EGYIKE

Előrehaladott, súlyos demenciában a betegek mindennapi tevékenységeikben (ADL) teljes körű gondozást igényelnek. A terminális szakaszban az alapvető motoros működések (járás, nyelés) is károsodnak. Jellemzően a beteg már a közvetlen családtagjait sem ismeri fel, a verbális kommunikáció minimális.

Az orvosi beavatkozások ebben az időszakban elsősorban a BPSD-tünetek (*behavioral and psychological symptoms of dementia*, viselkedési és magatartási zavarok, pszichopatológiai tünetek), majd a megjelenő nyelészavar és szövegmények menedzselésére korlátozódnak; kuratív eszközünk nincs.

A diagnózis utáni átlagos túlélési idő három és tizenkét év között van, a betegek ennek az időnek a nagy részét a legsúlyosabb stádiumban töltik, az ellátás színhelye a beteg otthona, egy bentlakásos intézmény vagy ápolási osztály.

HELYZETKÉP SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLYON

A demencia velejárója a mozgáskészség romlása, a gyakoribb elesés, fejsérülés – ez az egyik oka annak, hogy a demenciával élők gyakran megfordulnak a sürgősségi osztályokon.

A triage folyamatának (amikor a felvételkor az érkező betegeket állapotuk súlyossága, az ellátás sürgőssége szerint besorolják az ellátásba) hazánkban nem része a kognitív készségek vizsgálata.

A bentlakásos intézményből kísérő nem, csak dokumentáció érkezik a beteggel. Ezt tüzetesen áttekinteni nincs idő. A többórás várakozás a zajos, idegen környezetben megviseli a beteget, egyre nyugtalanabbá válik, egyre zavartabban viselkedik. Sok probléma van a kommunikációval, a Covid-19 okozta pandémia idején életbe léptetett járványügyi szabályok ezt csak tovább nehezítették. Az értesített hozzátartozó nem jut oda a beteghez. Telefonon nem kap felvilágosítást, személyesen nem ér el illetékest – a beküldő szociális intézmény pedig még kevesebb információhoz jut hozzá. A beteg maga nem tud telefonálni.

Sajnos előfordul, hogy a szükséges vizsgálatok után akár 24–48 óra is eltelik, mire visszaérkezik a beteg az otthonába, a bentlakásos intézménybe, miközben a saját szakmája szabályai szerint mindenki korrektül végezte a feladatát...

Vannak olyan országok, ahol a sürgősségi osztályon zajló triage-folyamatnak a kognitív állapot értékelése, az esetleges demencia felismerése fontos része – észlelésekor „gyorsított” betegút felé terelik a beteget.

A demencia jelen tudásunk szerint nem gyógyítható, visszafordíthatatlan betegség, az időskori ápolási-gondozási függőség egyik leggyakoribb oka.

A demenciával élők gondozása az ismeretek bővülésével fokozatosan elmozdult a hagyományos orvosbiológiai modelltől a személyközpontú megközelítés felé. Az előrehaladott stádiumban a palliatív szemléletű ellátás, a beteg jólléte a cél.

ADVANCE CARE PLANNING

Az átlagéletkor növekedésével tovább élünk, de ez a növekedés nem az egészségben eltöltött évekre vonatkozik, életünk utolsó néhány évében egyre több segítségre, gondozásra szorulunk. Számos olyan életvégi kérdés merül fel, amellyel korábban nem szembesültünk, hiszen az elmúlt évtizedekben az életet fenntartó kezelések lehetőségei növekedtek.

Az egészségügyet azonban a hippokratészi tradíció alapján még mindig egyfajta klasszikus paternalista attitűd jellemzi: mi, orvosok hajlamosak vagyunk azt hinni, mindig

jobban tudjuk, mi a jó a betegeknek. A hagyományos orvoslás a jótékony elvét helyezi előre, a modern szemlélet pedig az egyén autonómiáját (Hegedűs, 2017: 21).

Az életvégi ellátásokkal kapcsolatos előretérvezés arra az időszakra vonatkozik, amikor már nem leszünk döntésképes helyzetben. A folyamat során számos konzultáció zajlik egészségügyi-szociális és jogi szakemberekkel, a családtagokkal a kliens hitének és értékrendjének megfelelő, tájékozott és megalapozott döntés érdekében. Onkológiai betegségekkel kapcsolatban már ismertebb ez a fajta gondolkodás, pedig létjogosultsága van akkor is, amikor a kognitív hanyatlás vezet a beteg döntésképtelen állapotához.

„...mint élni szeretnek halandók, amíg meg nem halnak” – írja József Attila. Polcz Alaine, a távozás nagy tudója már idősen így gondolkodott erről: „De én nem egyszerűen élni akarok, arról szívesen lemondok. Hanem teljes életre vágyom: táncolni, szeretni, örülni. Tűnődöm rajta, hogy miért? [...] Vagy így érzi minden öreg [...] csak nem mernek róla beszélni?” (Polcz, 2014: 79).

Vagyis nem egyszerűen élet – hanem minőségi élet... korlátozottan is örömmel, fájdalom nélkül...

1. ábra: A palliatív gondozás WHO által javasolt modellje



Forrás: WHO, 2021

MI A PALLIATÍV ELLÁTÁS?

A palliatív ellátás a súlyos állapotú, gyógyíthatatlan betegek fájdalmának, testi-lelki tüneteinek enyhítésére irányuló kezelések összessége. Célja a beteg életminőségének javítása – ebben az orvosok, ápolók mellett elsősorban pszichológusok, dietetikusok, szociális szakemberek, lelkészek és képzett önkéntes segítők vesznek részt. Magában foglalja, de nem kizárólagosan, az életvégi ellátást – tehát nem csak a legutolsó időszakra vonatkozik. Az életminőség javítását célzó szemléletet az életkilátásokat rontó és nem gyógyítható betegségekkel élők ellátásába már korán be kell építeni, az egészségügyi és a szociális ellátásba egyaránt (*l. ábra*). Az alábbiakban a demenciával élők palliatív szemléletű gondozásának elemeiről lesz szó.

MÉLTÓSÁGTERÁPIA

Harvey Chochinov és csapata a méltóság szempontjait vizsgálta a halál közelében lévő emberek esetében, és egy életvégi tüneti terápia módszerét dolgozták ki. A méltóságterápia lényege, hogy a beteg elmondja életének számára fontos eseményeit, megfogalmazza érzéseit és gondolatait azok felé, akik fontosak számára.

Az A az attitűd (hozzáállás), a B a viselkedés (*behavior*), a C az együttérzés (*compassion*) és a D a dialógus abban az ábécében, amely minden találkozást elmélyíthet.

Mindenkinek, aki idősekkel vagy haldoklókkal dolgozik, érdemes ismernie és alkalmaznia ezeket a szempontokat (Chochinov et al., 2005).

VISELKEDESI ZAVAROK ÉRTELMEZÉSE – UNMET NEEDS MODEL©

A középsúlyos-súlyos demencia kórlefolyása során a szakemberek és a gondozók számára is a BPSD-tünetek jelentik a mindennapi gondozás legnagyobb nehézségét.

Apátia, depresszió, szorongás, nyugtalanság, agitáltság, téveszmék és érzékcsalódások, szexuális vagy szociális gátlástalanság, az alvás-ébrenlét ciklus zavarai, kóborlás, valamint agresszió egyaránt előfordulhatnak. Elsősorban ezek a jelenségek és nem a kognitív tünetek tehetők felelőssé az intézménybe kerülésért, a gondozók kimerüléséért és az akut egészségügyi ellátásért.

Ezeket a viselkedési formákat ma már nem a demencia elkerülhetetlen tüneteinek, hanem inkább a beteg környezetre adott reakcióinak tekintjük, melyek környezeti igényekből és a szükségletek kifejezéséből fakadnak (Cohen-Mansfield et al., 2015).

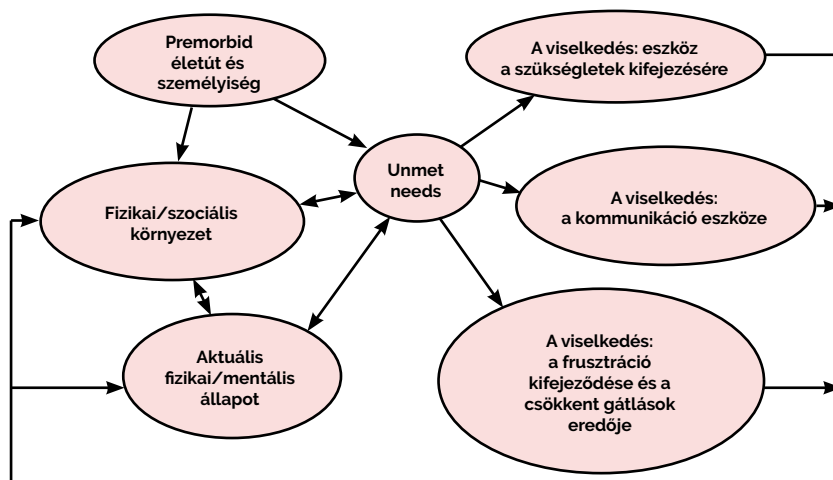
Ha a beteg nyugtalan, indulatos, esetleg agresszivitás jeleit mutatja, végig kell gondolnunk, mi lehet ennek az oka. Az adott időpontban az adott betegnél tapasztalt konkrét jelenséget próbáljuk meg értelmezni és kezelni. Célszerű, ha feltételezzük, hogy olyan probléma áll a háttérben, amelyet a beteg nem képes szavakkal megfogalmazni. A demencia előrehaladása során a verbalitás csökken, később szinte megszűnik – a demens ember a viselkedésével kommunikál. Ezért a verbális és nonverbális kommunikáció eszközeinek ismerete és kompetens használata a demens emberekkel foglalkozó egészségügyi és a szociális szakemberek, gondozók számára elengedhetetlen (Kindell et al., 2017).

A nyugtalanság, de akár az agresszív viselkedés oka is lehet egyszerűen fájdalom, éhség, szomjúság vagy rossz közérzet, esetleg valami zavaró környezeti tényező (hideg, zaj, túl sötét van stb.).

A kielégítetlen szükségletek modellje (*unmet needs model*)[©] szerint a problémás viselkedések az egész életen át jellemző szokások és a személyiség, illetve az aktuális fizikai és mentális állapot közötti kölcsönhatásokról, az egyensúly hiányából, valamint a nem megfelelő környezeti feltételekből fakadnak (2. ábra). Ennek megértése központi szerepet játszik a szociális intézményekben a gondozási terv kidolgozásánál, valójában ez a demenciával kapcsolatos nem gyógyszeres beavatkozások alapja.

Vannak-e hatékony eszközeink a demencia viselkedési megnyilvánulásainak hatékony személyközpontú ellátásához (Fazio et al., 2020)?

2. ábra: Az *unmet needs model*© Cohen-Mansfield nyomán



Forrás: Cohen-Mansfield et al., 2015

NEM GYÓGYSZERES BEAVATKOZÁSI LEHETŐSÉGEK

A viselkedési tünetek kezelésének tervezése, összehangolása összetett feladatot jelent a mindennapi gyakorlatban: a klinikai irányelvek a szomatikus háttér tisztázását követően elsőként a nem gyógyszeres megközelítést javasolják a BPSD-jelenségek kezelésében.

Számos tanulmány foglalkozik a terápiás lehetőségek előnyeivel és kockázataival: minden ajánlás egyetért azzal, hogy potenciális veszélyei / mellékhatásai miatt a BPSD-tünetek kezelésének első lépése a nem gyógyszeres megközelítések alkalmazása (Mischel et al., 2020).

3. ábra: A demenciával élők interprofesszionális szemléletű gondozásának modellje



Forrás: INDA©

A gyógyszeres kezelést csak akkor szabad elkezdni, ha a tüneteknek nincs szomatikus oka, vagy a nem gyógyszeres beavatkozások sikertelenek, vagy ha a beteg önmagát vagy környezetét veszélyezteti. Fontos, hogy a gyógyszer adagolását a lehető legrövidebb ideig folytassuk.

Az egyszerű fizikai ingerek alkalmazásától, a környezeti tényezők befolyásolásától kezdve a hozzátartozókat megcélzó módszereken, a foglalkozásterápián, a mozgáson át az összetett pszichoterápiás megközelítésekig számos nem gyógyszeres terápiás beavatkozás ismert a BPSD-jelenségek megelőzésére, enyhítésére (Scales et al., 2018).

A gondozók képzése a leghatékonyabb beavatkozás; ha megtanuljuk, hogy a beteg magatartás-változása figyelemfelhívás, a nonverbális kommunikáció eszköze.

A művészet, a zene, a játékok, a kézműves- és állatasszisztált foglalkozások tartalmas és élvezetes aktív tevékenységet, önbecsülésük javulását jelenthetik az érintett betegek számára, a kifejezés eszközeül szolgálnak, és csökkentik frusztrációjukat, nyugtalanságukat. Ha a tevékenységek kiválasztása személyközpontúan, az egyén életútjának és preferenciáinak figyelembevételével történik, azok javítják a beteg közér-

zetét, életminőségét – mint például a zene- és táncterápia, a bazális stimuláció vagy az állatasszisztált terápiák.

INTERPROFESSZIONALITÁS

Az interprofesszionális tevékenység lényege, hogy a különböző szakmák képviselői közös kommunikáció és cselekvés során tudásukat megosztják egy közösen meghatározott cél érdekében. Az interprofesszionális – szakmaköziség – nem csupán információk megosztása, hanem közös cselekvési terv, közös munka és döntéshozatal egy adott ügy érdekében. Hozzá tartozik a folyamatos kapcsolattartás, az eredmények és tapasztalatok megosztása, kiértékelése, elemzése és szükség szerint újabb döntések meghozatala (Budai, 2009).

A modern társadalmak jelentős közegészségügyi és szociális kihívásai megkövetelik a hatékony együttműködést az egészségügyi és a szociális szolgáltatások között, ideértve az alapellátást és a szakellátást, a közösségi és otthoni szolgáltatásokat, valamint az intézményi ellátást. Kezdetben az orvoslás két ága a belgyógyászat és a sebészet volt – az egyes orvosi szakterületek specializációja a 19–20. században gyorsult fel. Életkorok szerint is elváltak egymástól a szakmák, a gyermekgyógyászat után önálló diszciplína lett az idősekkel foglalkozó geriátria, majd az egyes szervek, betegcsoportok, egyre kisebb részterületek irányába folytatódott a specializáció. Ugyanakkor a szakmák alulról jövő, szerves fejlődésén túl a szakemberekben is érelődött az együttműködés igénye.

AZ INTERPROFESSZIONÁLIS EGYÜTTMŰKÖDÉS RELEVÁNCIÁJA A DEMENCIÁVAL ÉLŐK GONDOZÁSÁBAN

A szakmaköziség szemléletének előzményei már az 1960-as évektől megjelentek az egészségügyi és a szociális ellátásban. Az orvoslás hagyományosan a hierarchikusan felépülő, nagy társadalmi presztízsű szakmák közé tartozik; a fehér köpeny és a fonendoszkóp tekintélyt ad viselőjének. Napjainkban változik az egészségügy szereplőinek státusza: egy orvos, legyen bármilyen magasan képzett szakember, egyre ritkábban viszi végig egyedül a beteg kezelését, más specialisták konzíliumát kéri. Az utóbbi évtizedekben meghonosodott a teamalapú döntéshozatal, lásd például az onkoteam példáját.

Nehezebb helyzetet jelent, ha más ágazatok szakembereivel kell szót érteni, és közösen kell(ene) döntéseket hozni, márpedig a demenciával kapcsolatban ez igen gyakori. A hosszú kórlefolyás során nemcsak egészségügyi és szociális, hanem jogi és pénzügyi kérdések is előtérbe kerülnek.

A harmadik kritikus pont az érintett bevonásának a szükségessége: hiszen egy beteg élettervéről, egy család következő éveiről, egyéni élethelyzetekről van szó. Hogyan tudjuk képessé tenni a laikus érintetteket, hogy fajsúlyos szereplőként bevonódjanak a konkrét döntéshozatalba?

A sikeres interprofesszionális együttműködés kliens-, illetve betegközpontú, és folyamatosan igazodik az idő és demenciával élő emberek változó szükségleteihez. Evidencia,

hogy maga az érintett a kulcsszereplő: részvétele a mérlegelésben és a döntéshozatalban elengedhetetlen.

KÖZÖS NYELV

Még egyes szakmai csoportokon belül is különböző módon értelmeznek azonos fogalmakat a szakemberek, hát még a különböző szakmák vagy ágazatok képviselői! Mást értünk „problémán”, „kommunikáción”, „értékelésen”, „diagnózison” stb. Az egészségügyben betegről beszélünk, krónikus állapotok esetén is. A szociális munka szóhasználatában jelen van a „szolgáltatást igénybe vevő” kifejezés, előfordul a „kliens” és a „felhasználó” – vagy a kissé pejoratív színezetű „rászoruló” megnevezés is.

Tehát nemcsak a szorosan vett szakterületi, szakmai, hanem az ágazati határokon is túl kell lépni. Ha a team szakembereinek tudása magabiztos, és tisztában vannak kompetenciahatáraikkal, nyitott szemlélettel, komplex módon tudnak együttműködni: ehhez interprofesszionális szemléletű képzésekre van szükség, a szociális és az egészségügyi szakterületeken egyaránt. Mindehhez azonban az egyes szakembereknek alapvetően kell változtatniuk attitűdjeiken, szerepeiken és tevékenységük módján.

AZ INDA© PROGRAM

A Szociális Klaszter által kidolgozott interprofesszionális demenciaprogram egyes elemei 2015 óta szociális intézmények konzorciumi együttműködésében megvalósulhattak.

Meghatározó eleme a szakmai programnak, hogy nemcsak a betegséggel közvetlenül érintettek, hanem a gondozó családokra is fókuszál. Kiemelt célja, hogy a különböző szociális és egészségügyi alap- és szakellátások szereplői összehangoltan cselekedjenek a demens beteg jóllétére összpontosítva.

Az INDA© projekt innovációt teremtett Magyarországon, mivel korábban soha nem fordult elő, hogy a demencia és annak társadalmi hatásai helyi és országos csatornákon (megjelenések a nyomtatott és online sajtóban, rádióban és televízióban, óriásplakátok, szakmai beszámolók és kiadványok, módszertani ajánlások), több esemény láncolatán keresztül huzamosabb ideig középpontban lettek volna.

Az interprofesszionális szemlélet meghatározója lett egy új, erre épített szakma curriculumának: a demenciagondozó-képzés eredményeképpen a szociális intézményrendszerben több száz olyan ápoló és gondozó dolgozik, aki a személyközpontú gondoskodást a demenciára vonatkozó releváns gyakorlati ismeretek birtokában végzi.

LOKÁLIS INTERPROFESSZIONÁLIS PROTOKOLLOK

A program második szakaszában több településen kidolgoztuk a szakmaközi együttműködések helyi formáit. A demenciával élők és gondozóik körében végzett tényfeltáró kutatás tapasztalatait felhasználva az adott település egészségügyi, illetve szociális alap- és szakellátásainak szakembereit szólítottuk meg, az egészségfejlesztési irodák, a gyógyszerészek, a rend- és biztonságvédelem, valamint a jogvédők bevonásával. Az egyes te-

lepüléseken a műhelymunka során kialakultak a közös nyelv alapjai, a lehetséges közös beavatkozási pontok. Az adott település erőforrásainak feltérképezésével készültek el végül azok az úgynevezett lokális interprofesszionális protokollok (LIP), amelyek mintaként szolgálhatnak más helyi közösségek számára, hogy miként segíthetik a demenciával élők mindennapjait.

Több településen sikeres együttműködés kezdődött a gyógyszertárakkal, gyógyszerészekkel. A gyógyszerészi gondozás olyan önálló, fejlődő szakmai terület, amely a demencia területén is jól használható. A Hungaropharma átfogó társadalmi felelősségvállalási projektjének részeként jöhetett létre a Mérföldkövek elnevezésű edukációs program. Országszerte több mint háromszáz gyógyszerész és szakasszisztens vett részt azon a workshopsorozaton, amelynek legfőbb célkitűzése volt felhívni a figyelmet arra, hogy a gyógyszerészek a mindennapi munkájuk során aktívan tehetnek a magyar lakosság egészségtudatosságának és egészségértésének fejlesztéséért. Az INDA© keretében létrehozott *Kapaszkodók* című kiadvány a programban részt vevő gyógyszertárakon keresztül további húszezer példányban jutott el az érintettekhez 2017-ben (*Kapaszkodók*, 2017), 2018-ban pedig az új, „*Elfelejtetem?*” című tájékoztató füzet negyvenötezer példányban került a patikákba.

A GONDOZÓ CSALÁDOK TÁMOGATÁSA ÉS A GONDOZÓK GONDOZÁSA – DIÓ

A gondozás oroszlánrészét családtagok végzik a beteg otthonában (*informal care*). A demencia teljesen átszervezi a családon belüli szerepeket – a hozzátartozókat nemcsak anyagilag és fizikailag, hanem lelkileg és szellemileg is megterheli a folyamatos gondoskodás és felügyelet, ezért fokozottan igénylik szakemberek támogatását.

A gondozó családtagok a betegség kezdetén még nincsenek tisztában gondozói mivoltukkal, sokszor szülőként és a munkahelyükön is helyt kell állniuk, miközben gyakran maguk is az idősebb korosztályhoz tartoznak. A gondoskodás széles spektrumát nyújtják anélkül, hogy bármilyen képzettségük lenne. Gyakran feladják karrierjüket, elveszítik munkájukat, szabadidejük nincs, baráti-társadalmi kapcsolataik megszűnnek. A beteggel való együttélés rendkívül megterhelő lehet; egyre több türelmet igényel, ezért gyakori a frusztráció a hozzátartozók esetében. A kórlefolyás során számos olyan jelenség fordulhat elő, amely riasztó a laikus számára. A fizikai és lelki terheket enyhíti, ha a gondozó családtagok tisztában vannak az egyes zavaró viselkedési jelenségek hátterével, ha felvértezzük őket a mindennapokban hasznos gyakorlati tudással.

A DIÓ (Demencia információs órák) olyan interaktív tudásbővítő program, amely a demenciával kapcsolatos praktikus ismeretek átadásán túl a laikus gondozó hozzátartozók mentális egészségének megőrzését is szolgálja. A résztvevők a tizenkét alkalmas komplex program során személyes mentorokkal tarthatják a kapcsolatot, aktuális egyéni élethelyzetükre is válaszokat kapva. A hozzátartozók gondozással kapcsolatos gyakorlati tudásának bővítése teszi lehetővé, hogy ne passzív szenvedői

legyenek ők maguk is a betegségnek, hanem cselekvő részesei lehessenek a betegről való gondoskodásnak.

Fontos, hogy a lakosság is tájékozott legyen a betegséggel kapcsolatosan, hiszen elsősorban a beteg közvetlen környezete képes a tünetek korai észlelésére és ennek megfelelően a cselekvésre. A demencia jelenségeit bemutató rövidfilmek, tájékoztató anyagok az ismeretbővítést, a demenciával kapcsolatos stigmatizáció csökkentését szolgálják (Demencia.hu).

HÁROM GENERÁCIÓVAL AZ EGÉSZSÉGÉRT

Elsőként a házi orvosok találkoznak a demenciával érintett betegekkel és családtagjaikkal, ezért szerepük kiemelkedő az észlelés és a kivizsgálás terén. Szakmai ismereteik gyakorlati alkalmazása meghatározó a demenciával élők sorsának, életminőségének alakulásában.

A *Három generációval az egészségért* elnevezésű program keretében házi orvosi praxis-közösségek a leginkább érintett korosztályok szűrését végezték el. A demencia szűrésére elfogadott eszközöket használták (Egervári et al., 2020). A kapott eredmények értékelése

és a kognitív zavar megállapítása esetén a betegek szakellátásba irányítása jelentősen az elvárt szint alatt maradt (Vajer et al., 2022). Ezek az adatok is azt igazolják, hogy a demenciával kapcsolatos ismeretek bővítése a szakemberek esetében is indokolt.

A demenciával járó kognitív és fizikai hanyatlás tudomásulvételében, elfogadásában csak kompetens szakemberek tudják segíteni a beteget és a hozzátartozót.

INTERREG INDEED PROGRAM

A program tíz európai ország részvételével elsősorban az ellátásszervezés, a gondozási kihívások és a szakemberek oktatása felől vizsgálja a demencia kérdéskörét. Szakemberek együttműködését és képzését támogató e-learning anyagok készültek angol nyelven. Az oktatóanyagok fordítása és hazai viszonyokra való adaptációja az egyes országokban különbözőképpen valósult meg. A projektben a hazai közreműködő, a Szociális Klaszter a szakmapolitikai kérdések programelemen dolgozott.

PERSPEKTÍVA

A demenciával járó kognitív és fizikai hanyatlás tudomásulvételében, elfogadásában csak kompetens szakemberek tudják segíteni a beteget és a hozzátartozót.

Számos előremutató kezdeményezés, pályázati és pilotprogram, határokon átnyúló együttműködések zajlottak az elmúlt években – sajnos csak részben összehangoltan. Az ellátórendszerek egyes szereplői általában keveset tudnak egymás tevékenységéről.

A korszerű, valamennyi érintett, így a beteg, a gondozó családok és a szakemberek megléte érdekében végzett demenciagondozás feltétele az egészségügyi és a szociális alap- és

szakellátások interprofesszionális szemléletű, összehangolt együttműködése. Az ellátórendszerek szereplőinek párbeszéde, az érintettek megszólítása, az ismeret és elfogadás alapozza meg a stigmatizáció csökkenését, a demenciával élők és a gondozó családok életminőségének javulását.

ZÁRÓ GONDOLAT

Az embert ott kell megkeresni, ahol van, és ott kell szolgálni, ahol él – mondta Szent II. János Pál. Gondolata nemcsak földrajzi helyet jelenthet, hanem állapotot is, azt a megváltozott helyzetet, amelyben a demenciával élő személy van.

A demencia beszűkült kereteiből a beteg már nem tud kilépni – nekünk kell belépnünk az ő világába, ott kell támogatnunk. Fontos ezt megértenünk és elfogadnunk mindannyiunknak, akik segítünk: orvosoknak és ápolóknak, formális és informális gondozóknak.

A demencia beszűkült kereteiből a beteg már nem tud kilépni – nekünk kell belépnünk az ő világába, ott kell támogatnunk. Fontos ezt megértenünk és elfogadnunk mindannyiunknak, akik segítünk: orvosoknak és ápolóknak, formális és informális gondozóknak.

Ábrajegyzék

1. ábra: A palliatív gondozás WHO által javasolt modellje. Forrás: *Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators*, Geneva, World Health Organization, 2021, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345532> (letöltve: 2022. 11. 13.).
2. ábra: Az unmet needs model© Cohen-Mansfield nyomán. Forrás: COHEN-MANSFIELD, JISKA – DAKHEEL-ALI, MAHA – MARX, MARCIA S. – THEIN, KHIN – REGIER, NATALIE G. (2015): Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia?, *Psychiatry Research*, 228. évfolyam, 2015/1., 59–64. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.043>
3. ábra: A demenciával élők interprofesszionális szemléletű gondozásának modellje. Forrás: INDA©

Felhasznált irodalom

- ALZHEIMER EUROPE (2018): *Dementia as a disability? Implications for ethics, policy and practice Alzheimer Europe 2018*, https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_ethics_report_2017.pdf (letöltve: 2022. 11. 24.).
- BUDAI ISTVÁN (2009): Az interprofesszionális együttműködés és a szociális munka, *Esély*, 20. évfolyam, 2009/5., http://www.esely.org/kiadvanyok/2009_5/05budai.pdf (letöltve: 2022. 11. 24.).
- CHOCHINOV, HARVEY MAX – HACK, THOMAS – HASSARD, THOMAS – KRISTJANSON, LINDA J. – McCLEMENT, SUSAN – HARLOS, MIKE (2005): Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life, *Journal of Clinical Oncology*, 23. évfolyam, 2005/24., 5520–5525. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391>
- COHEN-MANSFIELD, JISKA – DAKHEEL-ALI, MAHA – MARX, MARCIA S. – THEIN, KHIN – REGIER, NATALIE G. (2015): Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia?, *Psychiatry Research*, 228. évfolyam, 2015/1., 59–64. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.043>
- DEMENCIA.HU: www.demencia.hu (letöltve: 2022. 11. 24.).
- EGERVÁRI ÁGNES – KÁZÁR ÁGNES – KOSTYÁL ÁRPÁD – KOVÁCS TIBOR – SKULTÉTI JÓZSEF (2020): *A demencia korszerű szemlélete – Megelőzési, szűrési és beavatkozási lehetőségek az egészségügyi és szociális alapellátásban*, Budapest, Szociális Klaszter Egyesület, https://gokvi.hu/sites/default/files/file/2020/07/06/3G_A%20demencia%20korszer%C5%B1%20szemle%C3%A9lete.pdf (letöltve: 2022. 11. 24.).
- FAZIO, SAM – ZIMMERMAN, SHERYL – DOYLE, PATRICK J. – SHUBECK, EMILY – CARPENTER, MOLLY – CORAM, PAULINE – KLINGER, JULIET HOLT – JACKSON, LETITIA – PACE, DOUGLAS

- KALLMYER, BETH – PIKE, JOANNE – MEMBERS OF THE ALZHEIMER’S ASSOCIATION DEMENTIA CARE PROVIDER ROUNDTABLE (2020): What is really needed to provide effective, person-centered care for behavioral expressions of dementia? Guidance from the Alzheimer’s Association Dementia Care Provider Roundtable, *Journal of the American Medical Directors Association*, 21. évfolyam, 2020/11., 1582–1586.e1. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.017>
- GOVE, DIANNE – DIAZ-PONCE, ANA – GEORGES, JEAN – MONIZ-COOK, ESME – MOUNTAIN, GAIL – CHATTAT, RABIH – ØKSNEBJERG, LAILA – THE EUROPEAN WORKING GROUP OF PEOPLE WITH DEMENTIA (2018): Alzheimer Europe’s position on involving people with dementia in research through PPI (patient and public involvement), *Aging & Mental Health*, 22. évfolyam, 2018/6., 723–729. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1317334>
- HEGEDŰS KATALIN (2017): *Léteznek-e jó halál?*, Budapest, Oriold és Társai.
- KAPASZKODÓK (2017): *Kapaszkodó(k) – Gyakorlati tanácsok a demencia útvesztőjében*, https://demencia.hu/wp-content/uploads/2019/10/Kapaszkod%C3%B3k_2ik-kiad%C3%A1s.pdf (letöltve: 2022. 11. 24.).
- KINDELL, JACQUELINE – KEADY, JOHN – SAGE, KAREN – WILKINSON, RAY (2017): Everyday conversation in dementia. A review of the literature to inform research and practice, *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52. évfolyam, 2017/4., 392–406. DOI: <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12298>
- MISCHEL, NICHOLAS – RAKESH, GOPALKUMAR – GUPTA, SANJAY – MUZYK, ANDREW – MASAND, PRAKASH (2020): Pharmacological agents to treat severe neuropsychiatric symptoms in major neurocognitive disorders, *Annals of Clinical Psychiatry*, 32. évfolyam, 2020/2., 128–141.
- POLCZ ALAINE (2014): *Ideje az öregségnek*, Budapest, Jelenkor.
- SCALES, KEZIA – ZIMMERMAN, SHERYL – MILLER, STEPHANIE J. (2018): Evidence-based non-pharmacological practices to address behavioral and psychological symptoms of dementia, *The Gerontologist*, 58. évfolyam, 2018/1., S88–S102. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gnx167>
- VAJER PÉTER – JANCsó ZOLTÁN – CSENTERI ORSOLYA – SZóLLóSI GERGó JózSEF – ANDRÉKA PÉTER (2022): Kognitív funkcióromlás vizsgálata praxisközösségekben – tanulmányok, *Ideggyógyászati Szemle*, 75. évfolyam, 2022/5–6., 185–190. DOI: <https://doi.org/10.18071/isz.75.0185>
- WHO (2022): Adatok a demenciáról, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (letöltve: 2022. 10. 22.).

Labyrinths of dementia

Challenges for collaboration between health and social care professionals

ABSTRACT

Dementia is a public health priority; it is one of the main causes of care dependency. In Hungary, a quarter million people live in hiding, because the diagnosis is stigmatizing. We saw their vulnerability during the pandemic.

The health and social care system tries to do its task its own way. When dealing with individual life situations, we often hit walls: advance care planning, and the paradigm shift in the treatment of behavioral signs are not part of routine care. Palliative approach of care, education and attitude formation are essential for improving the quality of life of people living with dementia and their caring families.

INDA© is a complex program based on interprofessionality, the key element of which is the relationship between the, the social and health care professionals, caring families and policymakers; the entirety of society. Good examples of this are the local forums of interprofessional cooperation (LIP), training for relatives (DIÓ), films and booklets.

KEYWORDS: dignity, palliative care, interprofessional approach, quality of life

EGERVÁRI ÁGNES | Neurológus, idősügyi szakember, szakterülete a demencia, az interprofesszionális gondozás és oktatás. A Boldog Gizella Alapítvány integrált szociális intézményének létrehozója, a Geriátriai és Krónikus Ellátás Szakmai Kollégium tagja, részt vesz a WHO long-term care munkacsoportjában, a Szociális Klaszter elnökeként az Alzheimer Europe tagja.

KOSTYÁL LÁSZLÓ ÁRPÁD – BALOGH PÉTER
– ALMÁSI VIRÁG ERZSÉBET

A Covid–19 okozta világjárvány hatása a demenciával élők családi gondozóira

Rapid irodalmi áttekintés

DOI: 10.56699/MT.2022.4.5

ABSZTRAKT

A koronavírusos megbetegedések világszerte több mint hatmillió ember halálát okozták, a pandémia nagymértékben befolyásolta a lakosság egészségét, jóllétét. Tanulmányunk a Covid–19-nek a demenciával élők családi gondozóira gyakorolt hatásaival foglalkozik. Célunk a témában 2020. január és 2022. augusztus között publikált szakirodalom áttekintése volt. A vizsgált huszonegy tanulmány kvalitatív és kvantitatív eredményeket közölt a világ számos területéről. A kutatások szerint az ápoló családtagok már a világjárványt megelőzően romló egészségi állapotról, jelentős terhekről számoltak be, azonban a lezárások, a külső segítség hiánya fokozták ezeket a problémákat, melyek hozzájárultak a mentális egészség romlásához. A tanulmányok rámutattak, hogy a demenciával érintett családok – a magas egészségügyi és pszichoszociális kockázati tényezők miatt – a különösen veszélyeztetett célcsoportba tartoznak, ezért javasolt e tényezők figyelembevétele az ellátórendszerek felülvizsgálata során.

KULCSSZAVAK: Covid–19, családi gondozók, demencia, demenciával élők

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint a demencia a jövő egyik legnagyobb kihívása. Az előrejelzések szerint 2030-ra a betegségben szenvedők száma eléri a hetvennyolcmilliót, 2050-re pedig a 139 milliót. A demenciával érintett hatvanéves vagy idősebb népesség becsült aránya 5–8 százalék között van. Leggyakoribb formája az Alzheimer-kór, amely az esetek 60-70 százalékát teszi ki. Stádiumai között megkülönböztetik az enyhe (korai stádium), a közép súlyos és a súlyos (késői stádium) fokozatot.

A súlyosabb stádium valószínűsége az életkorral jelentősen nő. Minél előrehaladottabb a demencia, annál több támogatást, gondozást és figyelmet igényel a beteg. A gondozást jellemzően nem szakképzett, formális gondozók végzik, hanem családtagok, közeli hozzátartozók (házastárs, felnőtt gyermek), ezért a szakirodalom családi gondozóként hivatkozik rájuk. A betegség nagy terhet jelenthet a gondozási feladatokat ellátó családok számára, gyakran jelentős fizikai és érzelmi stresszt és pénzügyi nehézséget okozva (WHO, 2022).

Mivel a jelentős gondozási teher miatt a gondozók körében magas a krónikus és egyéb fizikai, valamint mentális megbetegedések aránya, néhány korábbi tanulmány a családi gondozókra „másodlagos betegként” tekint (Brodaty–Donkin, 2009; Karg et al., 2018).

A Covid-19 okozta járvány világszerte negatívan hatott a lakosság egészségére és jóllétére, a családi gondozók csoportjának pedig a társadalmi elszigetelődés és a magas érzelmi stressz miatt az átlagot meghaladóan növekedtek a terhei. A családi gondozók közül azok, akik demenciával élő személyt gondoznak, valószínűleg nagyobb kockázatnak vannak kitéve a világjárvány egészségre gyakorolt káros hatásai szempontjából. Az ápolók gyakran maguk is idősek (hatvanöt év feletti), és már a Covid-19-pandémiát megelőzően is magasabb stressz-szintről, gyakoribb depresszív epizódokról és rosszabb egészségi állapotról számoltak be, mint a demenciával nem érintetteket ápoló társaik (Czaja et al., 2009; Garlo et al., 2010; Schulz–Sherwood, 2008).

Annak érdekében, hogy jobban megértsük a Covid-19 hatását a demenciával élők családi gondozóira, a terjedelmi korlátokat is figyelembe véve rövid szakirodalmi áttekintést végeztünk.

MÓDSZERTAN

A szakirodalmi áttekintés első lépéseként az előre kialakított keresési protokoll szerint összegyűjtöttük a témába vágó szakfolyóiratcikkeket. Az összegyűjtött írások közül töröltük először azokat, amelyek a cím és az absztrakt alapján nem bizonyultak relevánsnak, majd azokat, amelyekről csak a tartalmi elemzés (a teljes szöveg elolvasása) során derült ki, hogy nem a célcsoportra fókuszálnak, vagy teljes terjedelmükben nem érhetőek el online. A kiválasztási folyamat végén fennmaradó cikkeket szisztematikus elemzésnek vetettük alá.

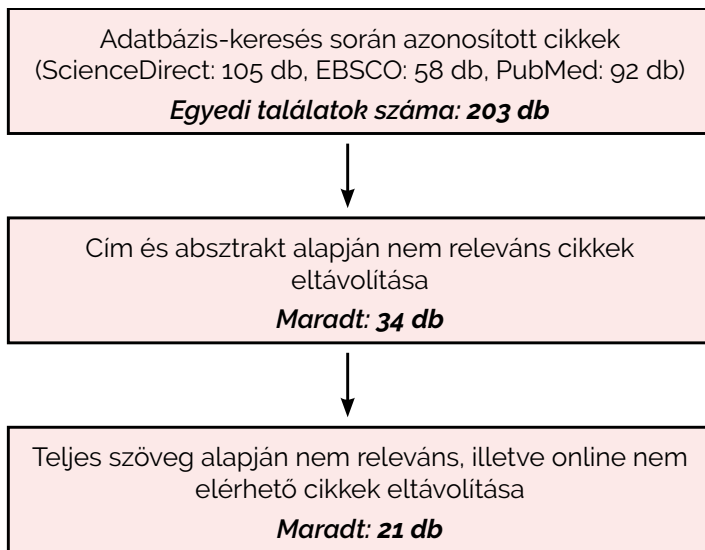
KERESÉSI PROTOKOLL

A keresést a PubMed, az EBSCO és a ScienceDirect adatbázisokban folytattuk le. A használt keresőkifejezés: ([“COVID-19” AND [“family caregivers” OR “family carers”] AND [dementia OR Pwd] OR [“COVID-19” AND “családi gondozók” AND [demencia OR “demenciával élő”]]). További keresési feltételek: a publikáció dátuma: 2020. 01. 01. – 2022. 08. 31. között; nyelv: angol vagy magyar; keresés a cikk szövegében is, nem csak a címében; dokumentumok típusa: lektorált folyóiratban megjelent folyóiratcikkek.

SZŰRÉS ÉS SZELEKCIÓ

A cím és az absztrakt alapján az alábbi feltételeknek megfelelő cikkeket válogattuk ki további elemzésre: elsődleges kutatási cikkek (akár kvantitatív, akár kvalitatív), az elemszám (n) legalább húsz (ez alól egy kivétel volt, egy utánkövetéses kvalitatív kutatás – Baumbusch et al., 2022 –, amelynél az utánkövetés értékes pluszinformációkkal szolgált, s ez ellensúlyozta a kis elemszámot); csak a Covid-19-járvány kitörése (2020. március) utáni adatokkal dolgozó cikkek; téma: a demenciával élő személyek családi gondozóinak élményei a Covid-19-járvány alatt (kizártuk azokat a cikkeket, amelyek csak intézményben élő demenciával érintett személyek gondozóira, nem családi, hanem fizetett gondozókra, magukra a demenciával élő személyekre, csak őket érintő beavatkozásokra vagy nem a Coviddal kapcsolatos hatásra vonatkoztak). A fennmaradó cikkek tartalmi feldolgozása során töröltük azokat, amelyekben a demenciával élő személyek családi gondozóinak almintája nem volt elkülöníthető az eredményeken belül. Töröltük továbbá a teljes terjedelmükben online nem elérhető cikkeket. A szűrési folyamat folyamatát az 1. ábra szemlélteti.

1. ábra: A keresés, szűrés és kiválasztás folyamatábrája (saját szerkesztés)



AZ ADATOK KINYERÉSE, AZ EREDMÉNYEK FELDOLGOZÁSA

Két szerző kódolta a kiválasztási kritériumoknak megfelelő tanulmányokat a teljes szövegük alapján. Minden tanulmány esetében az alábbi adatokat gyűjtöttük össze: az adatfelvétel helyszíne (ország), mintaelemszám, kutatási dizájn, a kutatás témája, a tanulmány főbb eredményei.

EREDMÉNYEK

Az eredményeket az 1. táblázat szemlélteti. A táblázat első oszlopában hivatkozott sorszám az alábbi tanulmányokra vonatkozik: 1 = Azevedo et al., 2021; 2 = Baumbusch et al., 2022; 3 = Carbone et al., 2021; 4 = Carcavilla et al., 2021; 5 = Cohen et al., 2020; 6 = Daley et al., 2022; 7 = Flemons et al., 2022; 8 = Harris–Titler, 2022; 9 = Hicks et al., 2022; 10 = Hwang et al., 2021; 11 = Kostyál et al., 2021; 12 = Manca et al., 2022; 13 = Masoud et al., 2022; 14 = Messina et al., 2022; 15 = Rainero et al., 2021; 16 = Sánchez-Teruel et al., 2022; 17 = Savla et al., 2020; 18 = Tuijt et al., 2021; 19 = White et al., 2022; 20 = Wong et al., 2022; 21 = Zucca et al., 2021.

1. táblázat: Az elemzésbe bevont tanulmányok alapadatai
(saját szerkesztés)

#	Ország	N (fő)	Kutatási dizájn	Témák	Főbb eredmények
1	Argentína, Brazília, Chile	321	Kvantitatív (kereszt-metszeti)	Életminőség, gondozási teher	A Covid-19-járvány kitörése óta a családi gondozók fáradtabbak, gondozási idejük nőtt, gondozási terheik megnövekedtek, rosszabb egészségi állapot és magányosság jellemzi őket.
2	Kanada	12	Kvalitatív (longitudinális)	Életminőség, gondozási teher	A formális és informális támogatások erőzija, a járványügyi intézkedések gazdasági terhei, romló mentális és fizikai jólét jellemzi a családi gondozókat.
3	Olaszország	35	Kvantitatív (longitudinális)	Életminőség, aggodalom	Szignifikáns negatív összefüggés van a gondozók rezilienciája (ellenálló képessége) és a szorongásszintjükben a bezártság miatt bekövetkezett növekedés között.
4	Spanyolország	106	Kvantitatív (keresztmetszeti)	Aggodalom, gondozási teher	A családi gondozók pszichológiai problémákkal, szorongással, alvász- vagy étkezési zavarral küzdöttek, és kevés támogatást kaptak demenciával élő szerettük gondozásához.
5	Argentína	80	Kvantitatív (keresztmetszeti)	Életminőség, aggodalom	Összességében a bezártság a demencia stádiumától függetlenül növelte a gondozói stresszt. A súlyos állapotúakat gondozók azonban nagyobb stressztől szenvedtek, mint az Alzheimer-kór enyhébb stádiumában lévőket gondozók.
6	Egyesült Királyság	248	Kvantitatív (longitudinális)	Életminőség	A demenciával élők és gondozóik életminősége nem változott a járvány előttihez képest a két járvány alatt végzett mérési időpontig, kivéve egyes alcsoportokban: az együttélés a demenciával érintett személlyel, illetve a demencia enyhébb foka a gondozó nagyobb életminőség-romlásával függött össze.
7	Kanada	21	Kvalitatív (keresztmetszeti)	Életminőség, gondozási teher	A gondozók és a demenciával élők romló fizikai és mentális egészségéről, valamint növekvő társadalmi elszigeteltségről számoltak be.
8	Amerikai Egyesült Államok	21	Kvalitatív (keresztmetszeti)	Életminőség, aggodalom	A családi gondozók számos kihívást tapasztaltak a demenciával élő hozzátartozók viselkedési és pszichológiai tüneteivel, e tünetek kezelésével, valamint a Covid-19-világjárvány alatt bekövetkezett változásával kapcsolatban.
9	Egyesült Királyság	114	Kvantitatív (longitudinális)	Életminőség	A demenciával érintettek életminőségének fenntartása a járvány idején a családi gondozók fokozott megterheltségéhez vezetett. Az életminőség-romlás nagyobb volt azoknál, akiknek a gondozottja súlyosabb demenciával élt, akik hátrányos helyzetű (szegényebb) területeken éltek, illetve akik kevesebb támogatást kaptak a memóriaközpontoktól.
10	Amerikai Egyesült Államok	34	Kvantitatív (keresztmetszeti)	Aggodalom	A családi gondozók közel kétharmada számolt be legalább egy szorongásos tünetről, a leggyakoribb a gondozott megfertőzésétől való félelem volt. A szorongásról beszámoló gondozók a gondozottjuk kisebb önállóságáról számoltak be (a többi gondozóhoz képest).

11	Olaszország, Magyarország	370	Kvantitatív (keresztmetszeti)	Életminőség, gondozási teher, aggodalom	A gondozók mindkét országban a mentális egészségük romlásáról, magas aggodalomszintről és erős türelhetlenségről számoltak be. Olaszországban ezenfelül fizikai egészségromlásról is. A segítség nélkül maradók aránya mindkét országban növekedett.
12	Egyesült Királyság	45	Kvantitatív (longitudinális)	Gondozási teher	A hat hónapos vizsgálat során nem figyeltek meg szignifikáns változást a gondozói teherben. Azok a gondozók, akik gondozottjuk neuropszichiátriai tüneteinek rosszabbodását, illetve a betegség gyorsabb súlyosbodását jelezték, magasabb gondozói teherrel számoltak be.
13	Amerikai Egyesült Államok	161, ezen belül 30 (kvalitatív)	Kvantitatív + kvalitatív (keresztmetszeti)	Életminőség, aggodalom	A vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy a Covid-19 nagy kihívást jelentett, potenciálisan növelte a gondozók és a demenciában élők egészségére gyakorolt káros hatások kockázatát.
14	Olaszország, Svájc	571	Kvantitatív (keresztmetszeti)	Gondozási teher, aggodalom, életminőség	A gondozók közepesen súlyos vagy súlyos gondozási teherrel, mérsékelt szorongásos tünetekről, enyhe depressziós tünetekről és enyhe stresszről számoltak be. A gondozók háromnegyede magányosnak érezte magát.
15	Olaszország	4913	Kvantitatív (keresztmetszeti)	Életminőség, aggodalom, gondozási teher	A gondozók fele jelezte, hogy a karantén jelentős változást idézett elő az életmódjában (csökkent a saját tevékenységre fordítható idő, gyakoribbá váltak a családon belüli konfliktusok). A gondozók a szorongás, a stressz, az ingerlékenység és a depressziós tünetek jelentős növekedéséről számoltak be.
16	Spanyolország	310	Kvantitatív (keresztmetszeti)	Életminőség	A kutatás a demenciával élők családi gondozóinak jólétét meghatározó változókat vizsgálta a lezárások időszakában. Az eredmények azt mutatták, hogy szignifikáns pozitív kapcsolat van a jólét és a reziliencia, valamint a megküzdési stratégiák között. Szignifikáns negatív kapcsolatot a jólét és az érzelmi szabályozás nehézségei között találtak.
17	Amerikai Egyesült Államok	53	Kvantitatív (keresztmetszeti)	Életminőség, aggodalom, gondozási teher	Azok a gondozók, akik jobban aggódtak a Covid-19-világjárvány miatt, nagyobb eséllyel éltek át túlzott gondozói terheket, mint akik felismerték a járvány pozitív aspektusait, vagy megfelelő támogatást kaptak a családjuktól és a barátoktól.
18	Egyesült Királyság	31	Kvalitatív (keresztmetszeti)	Életminőség	A jól működő családi kapcsolatok hozzájárultak a demenciával élők és gondozóik jólétéhez, ahogy az olyan egyszerű rutinok is, mint az otthon elhagyása tesztmozgás és stimuláció céljából. A demenciával élők olyan negatív pszichológiai és kognitív hatásokról számoltak be a Covid-járvány során bevezetett korlátozások miatt, mint például a fokozott apátia, az ingerlékenység vagy a szorongás.
19	Amerikai Egyesült Államok	161, ezen belül 30 (kvalitatív)	Kvantitatív + kvalitatív (keresztmetszeti)	Életminőség, aggodalom	Az eredmények szerint a lezárások befolyásolták a demenciával élők ellátását, beleértve a korlátozott hozzáférést és a szükséges források csökkenését. A válaszadók mindegyike a demenciával érintettek és gondozóik egészségének és életminőségének romlásáról számolt be. A gondozók aggasztónak érezték a Covid-19 okozta pandémia egészségügyi ellátásra gyakorolt hatását.
20	Kína	152	Kvantitatív (keresztmetszeti)	Gondozási teher, életminőség	A családi gondozók nagyobb stresszt tapasztaltak a nappali ellátóhelyek bezárását követően. A fő gondozási kihívást a fertőzésveszély jelentette. A gondozók fizikai és érzelmi egészségét hátrányosan befolyásolta a gondozottal töltött hosszabb idő. A gondozók idősebb kora, a gondozottak érzelmi és kommunikációs problémái, valamint a gondozottal töltött hosszabb idő magasabb gondozói stresszel járt együtt.
21	Olaszország	4710	Kvantitatív (keresztmetszeti)	Életminőség, aggodalom, gondozási teher	A gondozók körülbelül 90 százaléka beszámolt legalább egy stressztünetről. A leggyakoribb tünet a Covid-19-nek a demenciával élő egészségére gyakorolt következményei miatt érzett aggodalom (75 százalék) és a szorongás (46 százalék) volt. A stressz két fő kockázati tényezője a gondozottal való konfliktusos kapcsolat és a külső segítség elmaradása. További kockázati tényezők: a gondozó neme (női volta), fiatalabb kora, alacsony iskolai végzettsége, a gondozottal való együttélés.

TANULMÁNYI JELLEMZŐK

A kiválasztott huszonegy tanulmányban a megkérdezett családi gondozók száma 12 és 4913 között alakult. A megkérdezettek közül a nők aránya legalább 60 százalék, négy tanulmány esetében 85 százalék feletti (Kostyal et al., 2021; Masoud et al., 2022; Sánchez-Teruel et al., 2022; White et al., 2022). A családi gondozók átlagéletkora tanulmányonként jelentős szórást mutat: 46–70 év. A kutatások területi megoszlása a következő: négy tanulmány az Egyesült Királyságban, öt Olaszországban (ebből egy olasz–magyar közös kutatás), kettő Spanyolországban, öt az Egyesült Államokban, kettő Kanadában, kettő Dél-Amerikában, egy pedig Ázsiában (Kína) született. A tanulmányoknak több mint a felénél (15) tisztán kvantitatív, négy esetben tisztán kvalitatív, két esetben pedig kvalitatív és kvantitatív módszereket egyaránt alkalmazó kutatások zajlottak. Az adatfelvétel a kvantitatív kutatások esetében kérdőívvel, a kvalitatív kutatásokban interjú vagy fókuszcsoport keretében zajlott. Az adatok egy- vagy többváltozós elemzésénél különféle, gyakran korábbi kutatásokhoz kialakított mérési eszközöket használtak. Így például a családi gondozók általános jólléti állapotának felmérésére a C-DEEMQL Skálát (Daley et al., 2022), illetve a WHO-5 Well Being Indexet (Sánchez-Teruel et al., 2022) alkalmazták.

A bevont tanulmányok jelentős része (18) foglalkozott azzal a kérdéssel, hogy a Covid-19 milyen változásokat hozott a családi gondozók életminőségében és mentális egészségi állapotában, néhány pedig a járvánnyal kapcsolatos korlátozások fizikai egészségre gyakorolt hatását is vizsgálta (Carcavilla et al., 2021; Masoud et al., 2022).

A GONDOZÓK ÉLETMINŐSÉGÉNEK, MENTÁLIS ÉS FIZIKAI EGÉSZSÉGÉNEK ROMLÁSA

A kutatók döntő része arra a megállapításra jutott, hogy a Covid-19 miatt elrendelt korlátozások szignifikáns negatív hatással voltak a demenciával élőket otthonukban gondozó családtagok egészségére. Egyes tanulmányok arra is rávilágítottak, hogy a családi gondozók állapotára sokkal kedvezőtlenebb hatással volt a járvány, mint magukra a gondozottakra. A tanulmányok között mindössze egy olyan volt (Daley et al., 2022), amely szerint a járványhelyzet alatt nem romlott a gondozók életminősége, azonban egyes vizsgált alcsoportoknál itt is érvényesült a Covid-19 negatív hatása, különösen a gondozottal egy háztartásban élőkénél és azoknál, akiknél a gondozott a demencia enyhébb fokozatú stádiumában volt a vizsgálat idején. Az utóbbi összefüggés azzal magyarázható, hogy az enyhébb stádiumban lévő betegeknél jóval nagyobb volt az egészségi állapot romlása a járvány alatt, mint a már eleve súlyosabb állapotban lévőknél, és a családi gondozók életminőségének változása is ezt képezte le.

Abban a tekintetben, hogy a Covid-19-járvány alatt miért romlott a családi gondozók mentális (és fizikai) egészségi állapota, nem egységesek a tanulmányok, más-más tényezőkre helyezik a hangsúlyt. Két tanulmány (Azevedo et al., 2021; Wong et al., 2022) a gondozók mentálisegészség-romlásának egyik okaként a Covid-19 megjelenésével jelentősen megnövekedett gondozással eltöltött időt jelöli meg. Ezt elsősorban a szüneteltetett

nappali ellátások hiánya okozta (Baumbusch et al., 2022), valamint a Covid-19-fertőzés elleni védekezés (higiéniai előírások fokozott betartása, maszkért, kézfertőtlenítőért való sorban állás). Wong és munkatársainak (2022) eredményei arra is rávilágítanak, hogy a gondozásra fordított idő növekedésével a gondozóknak kevesebb idejük jutott magukra, s ez növelte a gondozás során jelentkező stresszt, és hátrányosan érintette a családi gondozó egészségét is, különösen az idősebb családi gondozók esetében.

Egy Olaszországban elvégzett kutatás (Messina et al., 2022) arra hívta fel a figyelmet, hogy a gondozási idő nemcsak a nappali ellátás hiánya miatt növekedett meg, hanem az informális segítségnyújtás (családtagok, barátok) elmaradása miatt is. Mindez a terhek növekedése mellett elszigetelődést, elmagányosodást okozott a családi gondozók jelentős részénél.

Az, hogy melyek azok a leggyakoribb mentális egészségügyi problémák, amelyek fokozottan jelentkeztek a pandémia idején a családi gondozóknál, egy Spanyolországban lefolytatott kutatás (Carcavilla et al., 2021) eredményeiből látható: a megkérdezett családi gondozóknál elsősorban a szorongás (57 százalék), a hangulatzavar (41 százalék), az alvászavar (34 százalék) és az étkezési zavar (12 százalék) tünetei jelentkeztek. A gondozók fizikai állapotának romlását egy másik kutatás (Masoud et al., 2022) eredményei jelzik: a megkérdezettek 94 százaléka úgy érezte, hogy a világvárvány hatással volt az életminőségére, 45 százalékuk pedig úgy vélte, hogy az életminősége rosszabb, mint a járvány előtt volt. A családi gondozók továbbá arról számoltak be, hogy a világvárvány kismértékben (89,6 százalék) vagy nagy / rendkívül nagy hatással volt a testi egészségükre (30 százalék).

Az egyik kvalitatív kutatásban (Flemons et al., 2022) a megkérdezett gondozók (feltehetőleg) lelki okokra és a leterheltségre visszavezethető fizikai tünetekről – magas vérnyomásról, hátfájásról, általános egészségi állapotromlásról – számoltak be. Ez a kutatás arra a lényeges körülményre is rámutatott, hogy a gondozók többnyire maguk is idősebb emberek, ebből adódóan számos olyan egészségügyi problémával küzdenek, amelyek a Covid-19 alatti fokozottabb terhelés miatt felerősödtek.

Az áttekintésbe három olyan kutatást (Hicks et al., 2022; Messina et al., 2022; Sánchez-Teruel et al., 2022) is bevontunk, melyben részletesebben vizsgálták, hogy melyek azok a tényezők, amelyek gyengítik vagy erősítik a Covid-19 gondozókra kifejtett hatását. Ezekben a kutatásokban a következő összefüggéseket tárták fel: a járvány a súlyosabb demenciában szenvedőket gondozó családtagokat érintette leginkább, és azon belül is különösen a hátrányos helyzetű területeken élők. A járvány okozta negatív hatások magasabb iskolázottság, illetve foglalkozási státusz, valamint erősebb társadalmi kapcsolatrendszer megléte esetén kevésbé érvényesültek.

A járvány a súlyosabb demenciában szenvedőket gondozó családtagokat érintette leginkább, és azon belül is különösen a hátrányos helyzetű területeken élők.

STRESSZ ÉS AGGODALOM A CSALÁDI GONDOZÓKNÁL

A kutatásokban kiemelt témaként jelent meg annak vizsgálata, hogy a Covid-19-járvány milyen hatással volt a családi gondozók aggodalom- és stressz-szintjére. A bevont tanulmányok közül tizenkettő foglalkozott érdemben ezzel a kérdéssel. Carcavilla és munkatársai 2021-es, fentebb már hivatkozott tanulmánya alapján a családi gondozók 57 százaléka élt meg szorongást a járvány miatt. Egy Olaszországban lefolytatott kutatás során (Zucca et al., 2021) a gondozóknak körülbelül a 90 százaléka legalább egy stressztünetről számolt be, közel 30 százaléku pedig négy vagy több tünetről. A leggyakoribb tünet a demenciával élő gondozott egészsége miatt érzett aggodalom (75 százalék) és a szorongás (46 százalék) volt. A stressz fő kockázati tényezője a beteggel való konfliktusos kapcsolat és a segítségnyújtás megszakadása volt, valamint negatívan hatott a fiatalabb kor, az alacsonyabb iskolai végzettség és a beteggel való együttélés, illetve az, ha a gondozó nő volt.

A kutatások nagyobb része kimutatta az összefüggést a járványhelyzet és a gondozó stressz- és aggodalomszintjének növekedése között. Az egyik tanulmány szerzői (Rainero et al., 2021) hasonló tendenciákat figyeltek meg SARS- és Ebola-járvány idején is. Ugyanakkor volt olyan is a vizsgált tanulmányok között (Carbone et al., 2021), amely nem mutatta ki szignifikánsan ezt a kapcsolatot. (Emellett szignifikáns összefüggések esetén sem állapítható meg egyértelműen, hogy a járványügyi helyzet melyik aspektusának tulajdonítható a hatás.)

A gondozók aggodalmának okát is több kutatás vizsgálta. A Covid-19-fertőzés és a halálozás kockázati tényezői különösen az idősebb gondozóknál okoztak nagyobb aggodalmat (Harris–Titler, 2022). Egy angliai kutatás (Tuijt et al., 2021) eredményei szerint a megkérdezettek mindennapos feszültségként élték meg, hogy a gondozott családtagnak folyamatosan el kellett magyarázniuk a Covid-19 miatt bekövetkezett helyzetet (kijárási korlátozás, fokozott higiénés szabályok, a maszkviselés fontossága). Egy argentin kutatás alapján (Cohen et al., 2020) a bezártság a demencia stádiumától függetlenül növelte a gondozottak stressz-szintjét, ugyanakkor csak a súlyos eseteket gondozók számoltak be magasabb stressz-szintről. E kutatás szerint a demenciával élők fele tapasztalt fokozott szorongást, és a legtöbb családtag elhagyta a demenciával érintett kognitív és fizikai terápiajában minden fajtáját. A családtagok súlyosabb állapotban lévő gondozott esetében a fizetett gondozó távollététől, a demencia enyhébb stádiumában lévő betegeknél pedig a gondozott Covidal való megfertőződésétől tartottak a leginkább.

A GONDOZÓI TERHEK NÖVEKEDÉSÉNEK OKAI

A vizsgált tanulmányok közül néhány részletesebben foglalkozott a Covid-19-járvány okozta gondozói többletterhek hátterével. Egy olasz és magyar mintákat összehasonlító elemzés (Kostyál et al., 2021) eredményei szerint a lezárások miatt mindkét országban lényegesen megnőtt a családi gondozók megterheltsége. Az összehasonlításból kiderült, hogy Magyarországon az ellátórendszer – annak ellenére, hogy felkészületlenül érte a

járvány – kevésbé volt kitéve a határok lezárásának, mivel főként helyi szereplőkből és magukból a családokból állt. Olaszországban ugyanakkor az ellátórendszer jelentős mértékben támaszkodott az olyan fizetett gondozókra, akiknek a jelentős része bevándorló volt, és a lezárások miatt nem tudta ellátni gondozói tevékenységét.

Angliában a járványügyi intézkedések különösen a kezdeti szigorúbb korlátozások időszaka alatt okozták a gondozók nagyobb leterheltségét (Manca et al., 2022).

Az aggodalom és a gondozói terhek közötti összefüggésre világított rá egy spanyol kutatás (Sánchez-Teruel et al., 2022), mely kimutatta, hogy azok a gondozók, akik jobban aggódtak a Covid-19-világjárvány miatt, illetve azok, akik nem kaptak elegendő támogatást a családjuktól vagy barátoktól, nagyobb eséllyel élték meg súlyosnak a gondozói terhek növekedését, mint azok, akik felismerték a járvány pozitív aspektusait, valamint számíthattak informális külső segítségre.

DISZKUSSZIÓ

Szakirodalmi áttekintésünknek az volt a célja, hogy releváns kutatások eredményei alapján megértsük a Covid-19-járványnak a demenciával érintett családok egészségére, aggodalmaira és gondozói terheire gyakorolt hatását. Összességében elmondható, hogy világszerte meglehetősen kevés tanulmány készült e témában, a kelet-európai régióban mindössze egy, az afrikai országokban pedig egy sem. A tanulmányok hiánya ezeken a területeken azért meglepő, mert a járványhelyzettel való érintettség, valamint a Covid-19 miatt bekövetkezett többelhalálozások aránya a dél-ázsiai régió mellett az észak-afrikai, valamint a kelet-európai régióban volt a legnagyobb (Wang et al., 2022).

Bár az áttekintésben szereplő tanulmányok a mintanagyságot és a vizsgálati fókusz tekintve különböztek egymástól, összességében meglehetősen hasonlóak voltak: főként keresztmetszeti kutatási dizájnt alkalmaztak, és a mentális egészségre összpontosítottak.

Az áttekintésben szereplő tanulmányok eredményei megerősítették, hogy a demenciával érintett családok a pandémia egészségre és jóllétre gyakorolt hatása szempontjából a különösen veszélyeztetett célcsoportba tartoznak. A Covid-19-világjárvány hatására a demenciával érintettek életét meghatározó – a szakirodalomban korábban már leírt – tényezők mellett új kockázati tényező jelent meg: az otthoni bezártság. A demenciával élők állapotromlása leginkább a bezárások miatt elérhetetlenné vált egészségügyi, szociális szolgáltatások és egyéb támogatási formák hiányával, valamint a kijárási korlátozások okozta fokozott izolációval függött össze. A szakirodalom szerint a napi rutin felborulása, a fizikai aktivitási lehetőségek korlátozása és a társas interakciók hiánya negatívan befolyásolja a demenciával élők állapotát (Brett et al., 2016; Donka-Balogh, 2020; Guure et al.,

A demenciával érintett családok a pandémia egészségre és jóllétre gyakorolt hatása szempontjából a különösen veszélyeztetett célcsoportba tartoznak.

2017). Makra és Balogh (2018) eredményei szerint pozitív összefüggés mutatható ki a fizikai aktivitás és a kognitív funkciók között. Az otthoni bezártság során a csökkent fizikai aktivitás, valamint a társas érintkezés hiánya felgyorsíthatta a kognitív romlást, és előidézhette a neuropszichiátriai tünetek súlyosbodását a demenciával élőknel, e változások pedig a gondozókra is hatással voltak (Chen et al., 2021). A bevont tanulmányok eredményei szerint a demenciával érintettek állapotának negatív változása szignifikánsan összefüggött a gondozók egészségi állapotának romlásával. A gondozottak állapotváltozása növelte az ápolási feladatok mennyiségét, további fizikai és szellemi megterhelést róva a gondozókra egy olyan időszakban, amikor külső segítség kevésbé volt elérhető. Emellett több tanulmány kimutatta azt is, hogy a családi gondozóknál a szorongás és a depresszió mellett megjelent a járványhelyzet miatt érzett aggodalom. Jászberényi (2021) szerint az aggodalom valamilyen jövőbeli negatív esemény feltételezett előfordulásához kapcsolódik, vagyis attól tartunk, hogy megtörténik valami, amit nem szeretnénk (például az ellátott vagy a gondozó megbetegszik, meghal). Egy európai felmérés szerint, amelyet közel kétezer-ötszáz idős, beteg vagy fogyatékkal élő ember informális gondozói körében végeztek (beleértve a demenciával érintettek gondozóit is), a válaszadók több mint 90 százaléka aggódott amiatt, hogy mi történne a gondozott személlyel, ha a gondozó Covid-19 miatt karanténba kerülne vagy megbetegedne. Ötből négy gondozó aggódott szerettei testi és lelki egészségének esetleges romlása miatt a pandémia következményeként. Ezenfelül tízből négy gondozó aggódott amiatt, hogy képes lesz-e biztonságosan ellátni gondozási feladatait (Eurocarers/IRCCS-INRCA, 2021). Hasonló eredményre jutottak a kutatásba bevont tanulmányok is. A demenciával élők családi gondozói leginkább attól tartottak, hogy ők maguk vagy az általuk gondozottak megfertőződnek, valamint aggódtak, hogy szeretteik nem jutnak megfelelő egészségügyi vagy szociális ellátáshoz állapotromlásuk esetén.

A Covid-19-világjárványhoz kapcsolódóan további kockázati tényezőként azonosítható a pandémia túlzott médiaexpozíciója, amely a bevont tanulmányokban kevésbé jelent meg. A pandémia kezdete óta jelentősen megnőtt a tömegmédiá (tévé, újságok, rádió, internet stb.) és a közösségi média (Facebook, Twitter stb.) fogyasztása a lakosság körében. Összefüggést találtak a járványhelyzet médiában való túlzott megjelenése és a mentális egészségügyi problémák magas előfordulása között (Gao et al., 2020). Ezzel összhangban vannak egy Olaszországban végzett kutatás eredményei: Fabio és Suriano (2021) összefüggést mutatott ki a Covid-19 médiaexpozíciója és a szorongás (valamint a szubjektív magány) között, ami arra utal, hogy pandémiás helyzetben a folyamatos médiafogyasztás felerősítheti a szorongást az emberekben, így természetesen a gondozókban is. Ezt a megállapítást az áttekintésben szereplő tanulmányok eredményei is alátámasztják.

A vizsgált tanulmányokban számos kockázati tényező jelent meg, melyek közül több összhangban van a korábbi kutatásokban (Lindeza et al., 2020; Rinaldi et al., 2005; Sink et al., 2006; Zarit et al., 1986) megállapított rizikófaktorokkal, ideértve a

gondozók nemét, iskolai végzettségét és társadalmi elszigetelődését. Az áttekintésünkben szereplő tanulmányok többsége azonban nem vizsgálta a gondozó és a gondozott közötti viszonyt. Hughes és munkatársai (2021) szerint aggodalomra ad okot, hogy a témában végzett kutatások nem fókuszálnak a demenciával érintett gondozottak és családi gondozóik közötti viszonyra, mivel bizonyítékok vannak a házastárs és a felnőtt gyermek gondozók közötti különbségekre (Chappell et al., 2014; Pinquart–Sörensen, 2011). A demenciával élőket gondozó házastársak jelentősen eltérnek a szüleiket gondozó felnőtt gyermekektől: a házastársukat gondozók több depressziós tünetről, nagyobb anyagi és fizikai terhekről, valamint alacsonyabb szintű pszichológiai jóllétről számoltak be (Conde-Sala et al., 2010). Ezek az eredmények azt sugallják, hogy szükséges a demenciával érintett családokra nehezedő terheket az egyéni élethelyzetek, rizikófaktorok és szükségletek figyelembevételével csökkenteni. Valamint felül kell vizsgálni a családi gondozók elérésére és támogatására tervezett beavatkozásokat. Ezenkívül a világ számos régiójában (köztük a kelet-közép-európai régióban és Magyarországon is) szükség van olyan további kutatások lefolytatására, amelyek azt vizsgálják, hogy a pandémia milyen hatással van a demenciával élőkre és gondozóikra.

KONKLÚZIÓ

A Covid-19 okozta pandémia negatív hatással volt a demenciával érintett családok egészségére és jóllétére. A vizsgálatunkba bevont tanulmányok eredményei rámutattak, hogy a mentális egészség romlása, a szorongás és az aggodalom különösen jellemző volt a demenciával élők családi gondozóinak körében. Már a világjárványt megelőzően egészségügyi problémákról, jelentős gondozói terhekről számoltak be, azonban a pandémiás helyzet kezelésére bevezetett intézkedések, az otthonmaradásra kötelezés, a külső segítség hiánya fokozta ezeket a problémákat. A nemzetközi és a magyar vizsgálat eredményei szerint a családi gondozók fizikai vagy mentális egészségének romlása a gondozási munkához szükséges személyes erőforrások eróziójához vezetett. Ezért elengedhetetlen a demenciával érintett családok megerősítése lokális szinten.

A jövőre nézve fontos, hogy a politikai döntéshozók, az egészségügyi és a szociális szakemberek olyan szakpolitikai programokat és szolgáltatásokat tervezzenek, amelyek a Covid-19 okozta globális egészségügyi válsághoz hasonló vagy egyéb gazdasági, társadalmi krízishelyzet esetén is fenntarthatók és elérhetőek. Ennek érdekében országspecifikus módon ajánlott létrehozni a meglévő szolgáltatások kiegészítésére alkalmas alternatív támogatási formákat, valamint ki kell alakítani kifejezetten a családi gondozók mentálhigiénés igényeire szabott módszereket és eszközöket. Ezek az erőfeszítések segíthetnek a gondozóknak egészségük és jóllétük megőrzésében, ami alapfeltétele annak, hogy megfelelő módon tudják ellátni demenciával élő hozzátartozójukat.

A TANULMÁNY KORLÁTAI

Mivel az áttekintés folyóiratcikkekre korlátozódott, nem tartalmaz semmilyen publikálatlan könyvet, tanulmányt, kutatási jelentést, szakértői elemzést. További korlát, hogy csak angol és magyar nyelven írt tanulmányokat volt módunkban áttekinteni. Néhány nagyobb régió, például Kelet-Európa vagy az afrikai országok nincsenek képviselve, mivel tudomásunk szerint az irodalmi áttekintés időintervallumában ezeken a területeken nem jelentek meg publikációk a témában. E régiók reprezentációjának hiánya korlátozza az eredmények általánosíthatóságát a világ minden területére. Ezen túl a tanulmányban terjedelmi okok miatt nem elemeztük a pandémia demenciával élő személyekre gyakorolt hatását, amennyiben az nem kapcsolódott közvetlenül a gondozó jóllétéhez.

Ábrajegyzék

1. ábra: A keresés, szűrés és kiválasztás folyamatábrája. Saját szerkesztés.

1. táblázat: Az elemzésbe bevont tanulmányok alapadatai. Saját szerkesztés.

Felhasznált irodalom

- AZEVEDO, LÍLIAN VIANA DOS SANTOS – CALANDRI, ISMAEL LUIS – SLACHEVSKY, ANDREA – GRAVIOTTO, HÉCTOR GASTÓN – VIEIRA, MARIA CAROLINA SANTOS – ANDRADE, CAÍSSA BEZERRA DE – ROSSETTI, ADRIANA PEREDO – GENEROSO, ALANA BARROSO – CARMONA, KAROLINE CARVALHO – PINTO, LUDMILLA APARECIDA CARDOSO – SORBARA, MARCOS – PINTO, ALEJANDRA – GUAJARDO, TANIA – OLAVARRIA, LORETO – THUMALA, DANIELA – CRIVELLI, LUCÍA – VIVAS, LUDMILA – ALLEGRI, RICARDO FRANCISCO – BARBOSA, MAIRA TONIDANDEL – SERRANO, CECILIA M – MIRANDA–CASTILLO, CLAUDIA – CARAMELLI, PAULO (2021): Impact of social isolation on people with dementia and their family caregivers, *Journal of Alzheimer's Disease*, 81. évfolyam, 2021/2., 607–617. DOI: <https://doi.org/10.3233/JAD-201580>
- BAUMBUSCH, JENNIFER – COOKE, HEATHER A. – SEETHARAMAN, KISHORE – KHAN, ANEESA – KHAN, KUSHAMBHI BASU (2022): Exploring the impacts of COVID-19 public health measures on community-dwelling people living with dementia and their family caregivers: A longitudinal, qualitative study, *Journal of Family Nursing*, 28. évfolyam, 2022/3., 183–194. DOI: <https://doi.org/10.1177/10748407221100284>
- BRETT, LINDSEY – TRAYNOR, VICTORIA – STAPLEY, PAUL (2016): Effects of physical exercise on health and well-being of individuals living with a dementia in nursing homes: A systematic review, *Journal of the American Medical Directors Association*, 17. évfolyam, 2016/2., 104–116. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.08.016>
- BRODATY, HENRY – DONKIN, MARIKA (2009): Family caregivers of people with dementia, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11. évfolyam, 2009/2., 217–228. DOI: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty>
- CARBONE, ELENA – PALUMBO, ROCCO – DOMENICO, ALBERTO DI – VETTOR, SILVIA – PAVAN, GIORGIO – BORELLA, ERIKA (2021): Caring for people with dementia under COVID-19 restrictions: A pilot study on family caregivers, *Frontiers in Aging Neuroscience*, 13. évfolyam, 652833. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.652833>
- CARCAVILLA, NURIA – POZO, ANA SOFÍA – GONZÁLEZ, BELÉN – MORAL–CUESTA, DÉBORRA – ROLDÁN, JOSÉ JOAQUÍN – ERICE, VICTORIA – REMÍREZ, GANUZA (2021): Needs of dementia family caregivers in Spain during the COVID-19 pandemic, *Journal of Alzheimer's Disease*, 80. évfolyam, 2021/2., 533–537. DOI: <https://doi.org/10.3233/JAD-201430>

- CHAPPELL, NEENA L. – DUJELA, CARREN – SMITH, ANDRÉ (2014): Spouse and adult child differences in caregiving burden, *Canadian Journal on Aging = La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 33. évfolyam, 2014/4., 462–472. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0714980814000336>
- CHEN, ZHI-CHAO – LIU, SHUAI – GAN, JINGHUAN – MA, LINGYUN – DU, XIAOSHAN – ZHU, HAN – HAN, JIUYAN (2021): The impact of the COVID-19 pandemic and lockdown on mild cognitive impairment, Alzheimer’s Disease and dementia with Lewy bodies in China: A 1-year follow-up study, *Frontiers in Psychiatry*, 12. évfolyam. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.711658>
- COHEN, GABRIELA – RUSSO, MARÍA JULIETA – CAMPOS, JORGE A. – ALLEGRI, RICARDO F. (2020): Living with dementia: increased level of caregiver stress in times of COVID-19, *International Psychogeriatrics*, 2020, 1–5. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610220001593>
- CONDE-SALA, JOSEP LLUÍS – GARRE-OLMO, JOSEP – TURRÓ-GARRIGA, ORIOL – VILALTA-FRANCH, JOAN – LÓPEZ-POUSA, SECUNDINO (2010): Differential features of burden between spouse and adult-child caregivers of patients with Alzheimer’s Disease: An exploratory comparative design, *International Journal of Nursing Studies*, 47. évfolyam, 2010/10., 1262–1273. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.03.001>
- CZAJA, SARA J. – GITLIN, LAURA N. – SCHULZ, RICHARD – ZHANG, SONG – BURGIO, LOUIS D. – STEVENS, ALAN B. – NICHOLS, LINDA O. – GALLAGHER-THOMPSON, DOLORES (2009): Development of the risk appraisal measure (RAM): A brief screen to identify risk areas and guide interventions for dementia caregivers, *Journal of the American Geriatrics Society*, 57. évfolyam, 2009/6., 1064–1072. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02260.x>
- DALEY, STEPHANIE – FARINA, NICOLAS – HUGHES, LAURA – ARMSBY, ELISE – AKARSU, Nazire – POOLEY, JOANNA – TOWSON, GEORGIA (2022): Covid-19 and the quality of life of people with dementia and their carers—The TFD-C19 study, *PLOS ONE*, 17. évfolyam, 2022/1., e0262475. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262475>
- DONKA DOROTTYA BIANKA – BALOGH LÁSZLÓ (2020): A demencia és a fizikai aktivitás kapcsolatának vizsgálata irodalomelemzéssel, *Stadium – Hungarian Journal of Sport Sciences*, 3. évfolyam, 2020/1., 1–17. DOI: <https://doi.org/10.36439/HJSC/2020/1/5417>
- EUROCARERS/IRCCS-INRCA (2021): *Impact of the COVID-19 outbreak on informal carers across Europe: Final report*, Brussels/Ancona, <https://eurocarers.org/wp-content/uploads/2021/05/EUC-Covid-study-report-2021.pdf> (letöltve: 2022. 10. 02.).
- FABIO, ROSA ANGELA – SURIANO, ROSSELLA (2021): The influence of media exposure on anxiety and working memory during lockdown period in Italy, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18. évfolyam, 2021/17., 9279. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18179279>
- FLEMONS, KRISTIN – MCGHAN, GWEN – MCCAUGHEY, DEIRDRE (2022): Family caregiving for people living with dementia during COVID-19: A thematic analy-

- sis, *Journal of Family Nursing*, 28. évfolyam, 2022/3., 219–230. DOI: <https://doi.org/10.1177/10748407221100553>
- GAO, JUNLING – ZHENG, PINPIN – JIA, YINGNAN – CHEN, HAO – MAO, YIMENG – CHEN, SUHONG – WANG, YI – FU, HUA – DAI, JUNMING (2020): Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak, *PLOS ONE*, 15. évfolyam, 2020/4., e0231924. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
- GARLO, KATHERINE – O'LEARY, JOHN R. – NESS, PETER H. VAN – FRIED, TERRI R. (2010): Burden in caregivers of older adults with advanced illness, *Journal of the American Geriatrics Society*, 58. évfolyam, 2010/12., 2315–2322. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03177.x>
- GUURE, CHRIS B. – IBRAHIM, NOOR A. – ADAM, MOHD B. – SAID, SALMIAH MD (2017): Impact of physical activity on cognitive decline, dementia, and its subtypes: Meta-analysis of prospective studies, *BioMed Research International*, 2017, 9016924. DOI: <https://doi.org/10.1155/2017/9016924>
- HARRIS, MELISSA L. – TITLER, MARITA G. (2022): Experiences of family caregivers of people with dementia during the COVID-19 pandemic, *Western Journal of Nursing Research*, 44. évfolyam, 2022/3., 269–278. DOI: <https://doi.org/10.1177/01939459211055773>
- HICKS, BEN – READ, SANNA – HU, BO – WITTENBERG, RAPHAEL – GRAHAMSLAW, AMANDA – KARIM, ANOMITA – MARTIN, EVELYN – NUZUM, ELEANOR – REICHTENTAL, JACOB – RUSSELL, ALICE – SIDDLE, ELAINE – STOREY, BRYONY – TIPPING, EVA – BAXTER, KATE – BIRKS, YVONNE – BRAYNE, CAROL – BRIMBLECOMBE, NICOLA – DANGOOR, MARGARET – DIXON, JOSIE – GRIDLEY, KATE – HARRIS, PETER R. – KNAPP, MARTIN – MILES, ELEANOR – PERACH, ROTEM – ROBINSON, LOUISE – RUSTED, JENNIFER – STEWART, ROB – THOMAS, ALAN J. – BANERJEE, SUBE (2022): A cohort study of the impact of COVID-19 on the quality of life of people newly diagnosed with dementia and their family carers, *Alzheimer's & dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 8. évfolyam, 2022/1., e12236. DOI: <https://doi.org/10.1002/trc2.12236>
- HUGHES, M. COURTNEY – LIU, YUJUN – BAUMBACH, ABBY (2021): Impact of COVID-19 on the health and well-being of informal caregivers of people with dementia: A rapid systematic review, *Gerontology and Geriatric Medicine*, 7. évfolyam, 23337214211020164. DOI: <https://doi.org/10.1177/23337214211020164>
- HWANG, YEJI – CONNELL, LASHAUNA M. – RAJPARA, ANJALI R. – HODGSON, NANCY A. (2021): Impact of COVID-19 on dementia caregivers and factors associated with their anxiety symptoms, *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 36. évfolyam, 15333175211008768. DOI: <https://doi.org/10.1177/15333175211008768>
- JÁSZBERÉNYI JÓZSEF (2021): Szorongás, félelem, aggodalom – van különbség!, <https://egy.hu/pszicho/szorongas-felelem-aggodalom-van-kulonbseg-109679> (letöltve: 2022. 10. 03.).
- KARG, NINA – GRAESSEL, ELMAR – RANDZIO, OTTILIE – PENDERGRASS, ANNA (2018): Dementia as a predictor of care-related quality of life in informal caregivers: A cross-

- sectional study to investigate differences in health-related outcomes between dementia and non-dementia caregivers, *BMC Geriatrics*, 18. évfolyam, 2018/1., 189. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0885-1>
- KOSTYÁL LÁSZLÓ ÁRPÁD – SZÉMAN ZSUZSA – ALMÁSI VIRÁG ERZSÉBET – FABBETTI, PAOLO – QUATTRINI, SABRINA – SOCCI, MARCO – LAMURA, GIOVANNI – GAGLIARDI, CRISTINA (2021): Impact of the COVID-19 pandemic on family carers of older people living with dementia in Italy and Hungary, *Sustainability*, 13. évfolyam, 2021/13., 7107. DOI: <https://doi.org/10.3390/su13137107>
- LINDEZA, PATRÍCIA – RODRIGUES, MÁRIO – COSTA, JOÃO – GUERREIRO, MANUELA – ROSA, MARIO MIGUEL (2020): Impact of dementia on informal care: A systematic review of family caregivers' perceptions, *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002242>
- MAKRA GABRIELLA – BALOGH LÁSZLÓ (2018): A fizikai aktivitás és a kognitív képességek kapcsolatának vizsgálata, *Stadium – Hungarian Journal of Sport Sciences*, 1. évfolyam, 2018/1., 1–15.
- MANCA, RICCARDO – MARCO, MATTEO DE – COLSTON, AMANDA – RAYMONT, VANESSA – AMIN, JAY – DAVIES, RHYS – KUMAR, PRAMOD – RUSSELL, GREGOR – BLACKBURN, DANIEL J. – VENNERI, ANNALENA (2022): The impact of social isolation due to COVID-19 on symptom progression in people with dementia: Findings of the SOLITUDE study, *Frontiers in Psychiatry*, 13. évfolyam. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.877595>
- MASOUD, SARA – GLASSNER, ASHLIE A. – MENDOZA, MAYRA – RHODES, SHANAE – WHITE, CAROLE L. (2022): “A different way to survive”: The experiences of family caregivers of persons living with dementia during the COVID-19 pandemic, *Journal of Family Nursing*, 28. évfolyam, 2022/3., 243–257. DOI: <https://doi.org/10.1177/10748407221111079>
- MESSINA, ANNA – LATTANZI, MARTINA – ALBANESE, EMILIANO – FIORELLI, MADDALENA (2022): Caregivers of people with dementia and mental health during COVID-19: Findings from a cross-sectional study, *BMC Geriatrics*, 22. évfolyam, 2022/1., 56. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02752-x>
- PINQUART, MARTIN – SÖRENSEN, SILVIA (2011): Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: A meta-analytic comparison, *Psychology and Aging*, 26. évfolyam, 2011/1., 1–14. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0021863>
- RAINERO, INNOCENZO – BRUNI, AMALIA C. – MARRA, CAMILLO – CAGNIN, ANNACHIARA – BONANNI, LAURA – CUPIDI, CHIARA – LAGANÀ, VALENTINA – RUBINO, ELISA – VACCA, ALESSANDRO – LORENZO, RAFFAELE DI – PROVERO, PAOLO – ISELLA, VALERIA – VANACORE, NICOLA – AGOSTA, FEDERICA – APPOLLONIO, ILDEBRANDO – CAFFARRA, PAOLO – BUSSÈ, CINZIA – SAMBATI, RENATO – QUARANTA, DAVIDE – GUGLIELMI, VALERIA – LOGROSCINO, GIANCARLO – FILIPPI, MASSIMO – TEDESCHI, GIOACCHINO – FERRARESE, CARLO – THE SINDEM COVID-19 STUDY GROUP (2021): The impact of COVID-19 quarantine on patients with dementia and family caregivers: A nation-wide survey,

- frontiers in aging, *Neuroscience*, 12. évfolyam. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnagi.2020.625781>
- RINALDI, PATRIZIA – SPAZZAFUMO, LIANA – MASTRIFORTI, ROBERTA – MATTIOLI, PAOLA – MARVARDI, MARTINA – POLIDORI, MARIA CRISTINA – CHERUBINI, ANTONIO (2005): Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: Results of an Italian Multicenter Study, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20. évfolyam, 2005/2., 168–174. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.1267>
- SÁNCHEZ-TERUEL, DAVID – ROBLES-BELLO, MARÍA AUXILIADORA – SARHANI-ROBLES, MARIAM – SARHANI-ROBLES, AZIZ (2022): Exploring resilience and well-being of family caregivers of people with dementia exposed to mandatory social isolation by COVID-19, *Dementia (London, England)*, 21. évfolyam, 2022/2., 410–425. DOI: <https://doi.org/10.1177/14713012211042187>
- SAVLA, JYOTI – ROBERTO, KAREN A. – BLIESZNER, ROSEMARY – MCCANN, BRANDY RENEE – HOYT, EMILY – KNIGHT, AUBREY L. (2020): Dementia caregiving during the “Stay-at-Home” phase of COVID-19 pandemic, *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 76. évfolyam, 2020/4., e241–245. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa129>
- SCHULZ, RICHARD – SHERWOOD, PAULA R. (2008): Physical and mental health effects of family caregiving, *The American journal of nursing*, 108. évfolyam, 2008/9 Suppl., 23–27. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>
- SINK, KAYCEE M. – COVINSKY, KENNETH E. – BARNES, DEBORAH E. – NEWCOMER, ROBERT J. – YAFFE, KRISTINE (2006): Caregiver characteristics are associated with neuropsychiatric symptoms of dementia, *Journal of the American Geriatrics Society*, 54. évfolyam, 2006/5., 796–803. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00697.x>
- TUIJT, REMCO – FROST, RACHAEL – WILCOCK, JANE – ROBINSON, LOUISE – MANTHORPE, JILL – RAIT, GRETA – WALTERS, KATE (2021): Life under lockdown and social restrictions – the experiences of people living with dementia and their carers during the COVID-19 pandemic in England, *BMC Geriatrics*, 21. évfolyam, 2021/1., 301. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02257-z>
- WANG, HAIDONG – PAULSON, KATHERINE R. – PEASE, SPENCER A. – WATSON, STEFANIE – COMFORT, HALEY – ZHENG, PENG – ARAVKIN, ALEKSANDR Y. (2022): Estimating excess mortality due to the COVID–19 pandemic: A systematic analysis of COVID–19-related mortality, 2020–21, *The Lancet*, 399. évfolyam, 2022/10334, 1513–1536. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02796-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02796-3)
- WHITE, CAROLE L. – MASOUD, SARA S. – GLASSNER, ASHLIE A. – RHODES, SHANAE – MENDOZA, MAYRA – MEYER, KYLIE (2022): A multiple stakeholder perspective on the impact of COVID–19 on dementia care, *Journal of Patient Experience*, 9. évfolyam, 23743735221112210. DOI: <https://doi.org/10.1177/23743735221112208>
- WHO (2022): *Dementia*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (letöltve: 2022. 10. 03.).

- WONG, BEL PUI-SZE – KWOK, TIMOTHY CHI-YUI – CHUI, KENNY CHI-MAN – CHENG, TOBI SUM-TO – HO, FLORENCE KWAI-YING – WOO, JEAN (2022): The impact of dementia day-care service cessation due to COVID-19 pandemic, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37. évfolyam, 2022/1. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.5621>
- ZARIT, STEVEN H. – TODD, PAMELA A. – ZARIT, JUDY M. (1986): Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study, *The Gerontologist*, 26. évfolyam, 1986/3., 260–266. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/26.3.260>
- ZUCCA, MILENA – ISELLA, VALERIA – LORENZO, RAFFAELE DI – MARRA, CAMILLO – CAGNIN, ANNACHIARA – CUPIDI, CHIARA – BONANNI, LAURA – LAGANÀ, VALENTINA – RUBINO, ELISA – VANACORE, NICOLA – AGOSTA, FEDERICA – CAFFARRA, PAOLO – SAMBATI, RENATO – QUARANTA, DAVIDE – GUGLIELMI, VALERIA – APPOLLONIO, ILDEBRANDO M. – LOGROSCINO, GIANCARLO – FILIPPI, MASSIMO – TEDESCHI, GIOACCHINO – FERRARESE, CARLO – RAINERO, INNOCENZO – BRUNI, AMALIA C. – THE SINDEM COVID-19 Study GROUP (2021): Being the family caregiver of a patient with dementia during the Coronavirus disease 2019 lockdown, *Frontiers in Aging Neuroscience*, 13. évfolyam, 653533. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.653533>

The impact of the pandemic caused by COVID-19 on family caregivers of people living with dementia

Rapid literature review

ABSTRACT

The coronavirus disease has killed more than 6 million people and the pandemic has greatly affected the health and well-being of the population. Our study focused on the effects of COVID-19 on family caregivers of people living with dementia, as dementia affects approximately 50 million older people and their families. Our goal was to review the literature published on the subject between January 2020 and August 2022. The 21 studies included in the review reported qualitative and quantitative results from many areas around the world. According to the results of the tests, the deterioration of mental health, depressive symptoms, and concern due to the pandemic situation were particularly typical among family caregivers. Nursing family members already reported deteriorating health conditions and significant burdens before the pandemic, however, the closures, the obligation to stay at home, and the lack of external help exacerbated these problems. Since the studies have shown that families affected by dementia – due to the high health and psychosocial risk factors – belong to a particularly vulnerable target group, it is therefore recommended that these factors be taken into account during the review and strengthening of care systems.

KEYWORDS: COVID-19, family caregivers, dementia, person/people with dementia (PWD)

KOSTYÁL LÁSZLÓ ÁRPÁD | Szociálpolitikus, a Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola hallgatója. Kutatási területei: családszociológia, idősgondozás, a demencia társadalmi és egyéni hatása.

BALOGH PÉTER | Szociológus, független kutató. Kutatási területei: a demencia szociológiai megközelítése, a személyiség és a személyiségváltozás kérdése a társadalomelméletben.

ALMÁSI VIRÁG ERZSÉBET | Szociálpolitikus, viselkedésemlező, az Eötvös Loránd Tudományegyetem pszichológia mesterszakos hallgatója. Kutatási területei: kábítószer-politika, idősgondozás, demencia.

PATYÁN LÁSZLÓ – LELESZI-TRÓBERT ANETT MÁRIA

Az aktív idősödés egyéni és társadalmi dimenziói

DOI: 10.56699/MT.2022.46

ABSZTRAKT

Tanulmányunkban az aktív idősödés két egymástól elválaszthatatlan dimenzióját, a társadalmi és az individuális megközelítéseket tárgyaljuk. A fogalmak ismertetésén túl vizsgáljuk az aktív idősödés konceptuális keretének alakulását, a szemléletmód fejlődését, valamint az alapvető szakpolitikai megfontolásokat. Ezt követően az életút-paradigma optikáján keresztül tekintjük át az aktív idős kort meghatározó legfontosabb egyéni tényezőket. Célunk, hogy rávilágítsunk a területen tapasztalható problémákra, felmerülő kérdésekre, valamint mindezek tükrében javaslatokat tegyünk az egyéni és társadalmi cselekvések főbb irányaira.

KULCSSZAVAK: aktív idősödés, társadalompolitika, egyéni faktorok

Az Eurostat (2022a) 2021-es évet mutató adatai szerint Magyarországon a hatvanöt éves korban várható élettartam a nőknél 17,5 (ez az Európai Unióra jellemző átlagnál kevesebb, az 20,9), a férfiaknál pedig 13,4 év (EU-átlag: 17,3). Az elérhető legfrissebb adatok szerint 2020-ban a hatvanöt évesen várható egészségben eltöltött évek száma nőknél csak 7,9 (EU-átlag: 10,1), férfiaknál 7,2 év (EU-átlag: 9,5) (Eurostat, 2022b). Eszerint életük utolsó szakaszában a magyar nők várhatóan 9,6, a férfiak pedig várhatóan 6,2 évet élnek betegséggel. A nők hosszabb élettartamra számíthatnak, mint a férfiak, ám betegségben eltöltött éveik száma is több. A várható és egészségben várható élettartam közötti olló, valamint az időskorúak népességen belüli növekvő aránya miatt egyre nagyobb a gondozási igény, azonban csökken a társadalomban az időskorúak ellátását biztosító aktív korúak aránya. Az időskorú eltartottsági ráta (száz aktív korúra jutó időskorú) az unióban a 2010 és 2021 közötti intervallumban 26,3-ról 32,5-re nőtt, hazánkban ugyanebben az időszakban 24,2-ről 31,2-re emelkedett (Eurostat, 2022c). Ez a mutató 2062-re hazánkban akár 53,6-re növekedhet (KSH, 2018). A növekvő gondozási szükséglettel szemben tehát az aktív korúak arányának és a rendelkezésre álló erőforrásoknak a csökkenésével számolhatunk. Az ellátórendszerek fenntartása egyre nehezebbé válik, kulcsfontosságú ezért terheltségük csökkentése

a prevenció, az idősödők társadalmi integrációjának elősegítése, valamint az ellátó-rendszerek reformja által.

AZ AKTÍV IDŐSÖDÉS FOGALMÁNAK ÉRTELMEZÉSI KÉRDÉSEI

Számtalanszor találkozunk olyan fogalmakkal a nemzetközi irodalomban, melyeknek a hazai megfelelője nem pontosan fedí le az eredeti jelentéstartalmat. Az „active ageing” vagy aktív (tevékeny) idősödés is ezen fogalmak közé tartozik, így célszerű megvizsgálni kialakulását, fejlődését, valamint az egyes fogalmi elemek mögött meghúzódó jelentéstartalmakat. Előljáróban fontos leszögezni, hogy az aktív idősödésnek nem létezik egységes definíciója. A fogalom és annak elemei koronként, szervezetenként változnak, hangsúlyt adva a témával kapcsolatos aktuális szakpolitikai diskurzusoknak. A fogalmat az Egészségügyi Világszervezet adaptálta és generálta az egészséges idősödés fogalomból 1997-ben, ezt követően vált széles körben elfogadottá más nemzetközi szervezetek körében is (WHO, 1997).

Az idősödés témakörében számos teoretikus megközelítéssel találkozhatunk. Az egyik legkorábbi ezek közül az idősebb emberek társadalomból való kivonulására, kiilleszkedésére helyezi a hangsúlyt (*disengagement theory*) (Cumming et al., 1960; Hochschild, 1975). E megközelítés szerint az idősebb emberek egyre inkább kiszorulnak a társadalomból (például nyugdíjba vonulás, a kapcsolatok leépülése által). A teória kritikája az volt, hogy inkább a veszteségekre koncentrált, mintsem az aktivitásra vagy az idősebb emberek alkalmazkodó-megküzdő kapacitásának kérdéseire. Ezzel szemben az aktivitásteória az idősebb emberek aktivitásának fenntartását s ennek pozitív vonatkozásait helyezte a középpontba (Knapp, 1977).

Az aktivitás fenntartásának gondolata, illetve az ezzel kapcsolatos párbeszéd termékeny talajra hullott, hiszen egyre több nemzetközi szervezet foglalkozott komolyabban a fejlettebb társadalmak elöregedésének kérdéseivel. Az OECD és a Világbank is hangsúlyozta az idősödő társadalomban rejlő gazdasági és társadalompolitikai kihívások jelentőségét (Walker, 2002). Az aktív idősödés fogalomrendszerének kialakulásában és fejlődésében komoly szerepet vállalt az Egészségügyi Világszervezet. Az aktív idősödést a világszervezet így definiálta: „Az aktív idősödés a lehetőségek optimalizálásának folyamata az egészség, a részvétel és a biztonság területein az idősebb emberek életminőségének javítása érdekében” (WHO, 2002: 12).

A fogalom számos fontos elemet tartalmaz. Egyrészt szakítani próbál a korábbi koncepcióval, mely az aktivitást sok esetben egy adott tevékenységre, például a gazdasági, munkaerőpiaci aktivitás területére igyekezett leszűkíteni. Másrészt a koncepció hangsúlyozza, hogy az aktivitás nem csupán a jobb fizikai vagy munkaerőpiaci képességekkel élő idősebb generáció sajátja, tehát a programoknak nem szabad kifejezetten az úgynevezett aktívoknak szólniuk, mivel így egy lényegi csoportot hagynának figyelmen kívül, az életkoruk miatt különböző akadályozottsággal együtt élő idősek csoportját (Walker-Maltby, 2012; Perek-Białas et al., 2006). Mindezek ellenére a munkaerőpiaci aktivitás fő-

kuszba helyezése később is dominánsan megjelenik egy-egy szervezet meghatározásában (BUSINESSEUROPE.eu, 2017).

Az aktív idősödés fogalmát az ENSZ fejlesztette tovább: „Az aktív idősödés lehetőséget teremt arra, hogy az emberek kiterjesszék lehetőségeiket a fizikai, társadalmi, mentális jóllét területein az egész életciklusukon keresztül, és hogy részt vehessenek a társadalomban, mialatt megfelelő védelemben, szociális biztonságban, gondozásban részesülnek a szükségleteik szerint” (UNECE, 2012).

A párbeszéd középpontjába került az életciklus-szemlélet, vagyis hogy az aktív idősődéssel valójában nemcsak időskorban kell foglalkozni, hanem egészen gyermekkortól kell készülni rá, így a kapcsolódó programoknak is fel kell ölelniük az életciklus egészét, például a gyerekeknek is tanulniuk kell az aktív idősödésről.

A másik fontos szemléleti elem a társadalmi felelősség hangsúlyozása az aktív idősődéssel kapcsolatban. Az aktív idősödés programja nem csupán egyéni akciók összessége, a társadalmi felelősségvállalásnak is meg kell jelennie az aktivitás különböző dimenzióiban: például a társadalmi kirekesztődés megelőzésében, a szociális biztonság vagy önállóság garantálásában, a gondozási segítség biztosításában megfelelő szolgáltatásokkal.

Komoly előrelépést jelentett az aktív idősödés szemléletének megismertetésében, hogy 2012-t az Európai Unió az aktív idősödés és a generációk közötti szolidaritás évének szentelte. Az európai év értelmezésében „az aktív idősödés új lehetőségeket teremt az idősebb embereknek arra, hogy tovább maradjanak a munka világában, tovább maradjanak egészségesek, és más módon is hasznos tagjai maradjanak a társadalomnak, például önkéntes tevékenységek végzésével, amit az államok széles körű szakpolitikai kezdeményezései támogatnak minden döntéshozatali szinten. Az uniónak különböző területeken van szerepe, például a foglalkoztatásban, a szociális támogatások és védelem, az egészségügyi programok, az információhoz és a közösségi közlekedéshez való hozzáférés terén, az elsődleges felelősség mégis a tagállamoké, a regionális és helyi önkormányzatoké, együttműködésben a civil szereplőkkel” (European Commission, 2014).

Számos tagállamban – például hazánkban is – innen számítható az aktív idősödés stratégiájának tudatos megjelenítése a szakpolitikában és a különböző programokban (Udvardi, 2013). Sajnálatos, hogy az aktív idősödés és a generációk közötti szolidaritás évéhez külön közösségi forrásokat nem csatolt az unió, így a programokat minden tagállam a nyitott koordináció elve szerint a maga gyakorlata és erőforrásai szerint valósította meg. Az európai év későbbi analízise jellemzően azokban az országokban számolt be komolyabb szakpolitikai törekvésekről, ahol az aktív idősödésnek már volt hagyománya, míg más tagállamok megmaradtak a kampányszerű programoknál, jó gyakorlatok ismertetésénél. Hasonlóan változó volt a tagállamok aktivitása a programok szervezésében vagy a partnerek bevonása területén (Cancedda et al., 2014).

Az európai év mégis komoly fordulatot hozott az aktív idősődéssel kapcsolatos politikákban. Az Európai Bizottság és az ENSZ közös szervezésében kidolgozták az úgynevezett Aktív Idősödés Indexet, mely több változó komplex elemzésével vizsgálja az aktív

idősödés egyes dimenzióit tagállami szinten (Zaidi et al., 2013). Az index értelmezésében az aktív idősödés „olyan helyzetet jelent, amelyben az emberek folytatják részvételüket a formális munkaerőpiacon, ahogy elköteleződnek másféle produktív, de nem fizetett programokban való részvétel iránt is (például gondoskodnak a családtagjaikról, vagy önkénteskednek), egészségesen élnek, függetlenül és olyan biztonságban, amilyen a koruknak megfelel” (UNECE, 2015).

A szakirodalom tükrében az aktív idősödés nem pusztán program, kampány vagy akció. Olyan komplex szemléletmód, melynek hatással kell lennie számos ágazati politikára. Fontos tudatosítani azt is, hogy az ágazatok prioritásai is hatással lehetnek az aktív idősödés felfogására, értelmezési kereteire. Walker (2006) ezzel kapcsolatban a foglalkoztatáspolitikára vonatkozó szemléletmódját említi példaként. Amikor az 1980-as években a jóléti államok válságba kerültek, és nőtt a fiatal, aktív korú munkanélküliek aránya, az aktív idősödés politikájában hangsúlyossá váltak a korai nyugdíjazást támogató programok. Máskor a gazdasági fejlődés következtében kialakuló munkaerőhiány közvetett következményeként jelent meg az idősebb korosztály rugalmas és támogatott foglalkoztatásának igénye, a nyugdíjba vonulást követően is.

AZ AKTÍV IDŐSÖDÉssel KAPCSOLATOS POLITIKÁK KRITIKUS PONTJAI

Az alábbiakban az aktív idősödés értelmezéseinek egyes kritikus pontjait mutatjuk be. Az első az *egyéni kontra társadalmi felelősség* értelmezése a programok során. Az aktív idősödés korai meghatározásai jellemzően a „sikeresebb idősödés” amerikai fogalmából kiindulva hajlamosak voltak egyéni felelősségként érteni az időskori aktivitást (Bowling, 2005). Ez a szemléletmód azokban az országokban lehet hangsúlyos, amelyekben az állam nem tud vagy nem akar forrásokat mobilizálni az aktív idősödést támogató társadalompolitikára (például biztonságot adó nyugdíjrendszer, szociális szolgáltatások, foglalkoztatáspolitikai programok, egészségpolitika), vagy ahol nem kerül sor szektorközi diskurzusokra az időskori aktivitás értelmezésével kapcsolatban.

A második kritikus pont az *aktivitás gazdasági természetű értelmezése*. Ennek eredményeképpen túlzottan hangsúlyossá válik a foglalkoztatás és a nyugdíjba vonulás kérdésköre a diskurzusokban (Walker, 2002). Kétségtelen, hogy az időskori biztonság nagyon fontos eleme a jólétnek, az ilyen intézkedések sok esetben mégis szükségtelenül leszűkítik az aktív időskorhoz kapcsolható tevékenységeket és a célcsoportot is, hiszen kirekesztenék azokat az embereket, akik nem tudnak részt venni a munka világában.

Az idősödő munkavállalók munkaerőpiacról való kiszorulásának megelőzése, rugalmas életkorbarát programok kezdeményezése, az idősebb munkavállalók tovább- vagy átképzése néhány példa azon munkaerőpiaci eszközök tárából, melyek segíthetik az idősebb munkavállalókat. Az ő nyugdíjkorhatár utáni foglalkoztatásuk támogatása, a kötelező nyugdíjba vonulási korhatár tilalma például elősegítheti a munkaerőpiacon maradást. Ez az aktivitás akkor lesz hasznos, ha a munkavállaló nem kényszerből dönt

a további munkavégzés mellett (mert a nyugdíjából nem tud megélni), ha a munkáltató alkalmazkodik az idősebb munkavállalók foglalkoztatásához (rugalmasság, speciális munkakörök és munkafeltételek, korbarát gyakorlatok), vagy ha emellett az adott országban az egészségi állapotuk miatt munkát vállalni képtelen emberek számára más időskori aktivitást biztosító stratégiák is elérhetők.

Az aktív idősödés értelmezésének harmadik kritikus pontja *a nem fizetett társadalmi tevékenységek, illetve a munka világában való részvétel kettőssége*. Az aktív idősödés fogalomrendszerében 2012-től jelent meg tematikusan a társadalmi részvétel szerepe különféle nem fizetett aktivitások formájában, amilyen például az önkéntesség, egy családtag gondozása, az unokák segítése. Fontos, hogy ezek a tevékenységek kapjanak nagyobb hangsúlyt az aktív idősödés stratégiájában (például senior önkéntes programok, a családtag gondozásának elismerése munkaként és ennek megfelelő támogatása). Kérdés, hogy mely aktivitások tekinthetők társadalmilag hasznosnak. Bizonyos helyzetekben a kormányzat vagy a programokat kiírók határozzák meg, mi az elvárt aktivitás. Valójában bármely tevékenység hasznos lehet, amelynek segítségével az időskorú új kapcsolatokra tesz szert, így ideértendők a szabadidős programok, a közösségi vagy klubjellegű elfoglaltságok is.

A negyedik kritikus pont az *aktivitás értelmezése* az aktív idősödés programjaiban. Számos programnál megfigyeltük, hogy azok az idősebb emberek vesznek részt rajtuk, akik amúgy is minden rendezvényen megjelennek. Ebből következhet, hogy az időskori aktivitást támogató programok igazából sztereotip módon határozzák meg célcsoportjukat és stratégiáikat, azaz nem törekednek az aktív idősödés szélesebb megközelítésére, új módszerek, új csoportok bevonására. Valódi csapda lehet, ha a programok célcsoportját a magunk által aktívként definiált közösség tagjai jelentik, mert így kívül rekedhetnek azok, akiket más preferenciák szerint vagy más módszerekkel lehetne bevonni.

Ez főképp szűk spektrumú, specifikus programok esetében alakulhat ki: ha például fizikai aktivitást biztosító tevékenységet terveznek, abból kiszorulhatnak a fizikai értelemben kevésbé aktív állampolgárok (Foster–Walker, 2015).

Éppen ezért jelent meg a fogalmak között, hogy az aktivitás nem függ az időskorú állapotától. Az aktív idősödés politikájának tehát fontos szerep juthatna a tartós gondozást nyújtó ellátásokban is. A hazai gyakorlatban ez merőben új irányokat mutathatna, s a gondozáscentrikus megközelítést kiegészíthetné az aktivitásfókuszú szemlélettel (Vajda, 2017).

Hasonló terület az időskorúak egyediségének és különbözőségének elfogadása az aktív idősödést támogató politikákban, programokban. Az emberek nem egyformák – ennek része az is, hogy nem ugyanúgy idősödnek, és természetesen időskorban sem uniformizáltak a vágyaik, az életvitelük, a fogyasztási szokásaik és a kulturális preferenciáik. S az idősebb generáció egyes kohorszainak is merőben eltérő preferenciáik vannak. Ezt a szemléletet kell követni az aktív idősödés politikáiban és gyakorlataiban is (WHO, 2002).

Az idősebb emberek információkhoz való hozzáférése, a modern infokommunikációs eszközök használatának képessége vagy az elektronikus közigazgatási és banki ügyintézés kihívásai magukban hordozzák annak kockázatát, hogy e korosztály kirekesztődik bizonyos szolgáltatások használatából. Az idősebb emberek felkészítése mellett fontos feladat e területeken az életkorbarát szemlélet erősítése innovatív módszerekkel (Széman, 2012).

A tanulás, képzés lehetőségei javítják az idősödő emberek munkaerőpiaci pozícióját (Walker, 2006), de a társadalmi részvétel eszközei is lehetnek. E területeken tehát fontos az életkorhoz kapcsolódó sztereotípiák lebontása, a jogrendszerbe bekerülő akadályok felszámolása, programok, lehetőségek teremtése.

Joggal vetődik fel a kérdés, hogyan lehet ezt a szemléletmódot e szerteágazó rendszerben hatékonyan érvényesíteni.

Az Aktív Idősödés Index 2014-es jelentésében Magyarország Lengyelország és Görögország mellett a sereghajtók között foglalt helyet. Az elemzés során pozitív értékek az idősök jövedelembiztonságát tekintették, mely alacsonyabb szegénységi kockázatot eredményez, valamint azokat az intézkedéseket, amelyek a generációk gondozásához kapcsolódnak hazánkban. Negatív eredményeket az idősebb korosztály foglalkoztatási adatai, illetve társadalmi és politikai részvétele mutatott az időskori tanulás kevés lehetősége, valamint a társas kapcsolatok szűkülése mellett (UNECE, 2014). 2018-ra nem változott jelentősen Magyarország helyzete, még mindig a legalacsonyabb indexátlagú országok közé tartozik; egyes területeken lényeges javulás, míg másokon romlás mutatkozik. Az alsó klaszterbe tartozó országok közül Szlovákia után hazánk kumulatív értékei javultak a leginkább, a klaszter átlagát jóval meghaladó mértékben. Növekedett a foglalkoztatás és az idősbarát környezet mutatója, míg romlott a társadalmi és politikai részvétel, valamint a független és biztonságos életvitel értéke. Mindezzel együtt Magyarország minden mutatója elmarad az uniós átlagtól. A legjelentősebb elmaradás a társadalmi részvételben tapasztalható. Ez a mutató a családtagokról való gondoskodás (unokák segítése, idős családtag gondozása), az önkéntesség, a politikai részvétel és bevonódás értékeiből tevődik össze (UNECE, 2019).

Az idősebb emberek társadalmi, politikai folyamatokba való fokozottabb bevonása lehet tehát az egyik prioritás, melyet komplex eszközrendszerrel szükséges erősíteni. Már a 2014. évi elemzés is kimutatta, hogy az aktív idősödést támogató programokat csak az idősebb emberek bevonásával, részvételével érdemes tervezni, fejleszteni. A részvétel gyakorlatát, módját minden területen fejleszteni kell, közösségi, civil, önkormányzati és országos szintereken egyaránt, s úgy tűnik, erre az idősebb emberek nonprofit mozgalmi nyitottságot is mutatnak (Rauh et al., 2021). Az ágazatok közötti együttműködés eredményeként a programok komplexebb módon tervezhetőek, kivitelezhetőek, jobban lehet vizsgálni hatásosságukat, hatékonyságukat. Mindehhez szükség van új szereplők, például a piaci szektor bevonására is (UNECE, 2015).

AZ AKTÍV IDŐSÖDÉS INDIVIDUÁLIS JELLEMZŐI

A WHO (2002) hét meghatározó tényezőt azonosít az aktív idősödés folyamatának megvalósításában, melyek mindegyike komplex feladatokat indukál mind az egyéni, mind a közösségi és társadalmi dimenzióban:

- általános faktorok (valamennyi további tényező háttereként értelmezendők): kultúra, nem (az idősek és az idősödés társadalmi megítélése; értékek, hagyományok, sztereotípiák; a férfi/női adottságokból fakadó különbségek);
- egészségügyi és szociális tényezők (a prevenció megvalósítása, elérhető egészségügyi szolgáltatások, minőségi tartós gondozás);
- viselkedés (egészséges életmód – például egészségkárosító szokások, fizikai aktivitás, egészséges táplálkozás);
- egyéni tényezők (biológiai, genetikai adottságok, pszichológiai tényezők);
- fizikai környezet (akadálymentesítés, az elesés kockázatának csökkentése, egészséges környezet biztosítása);
- szociális környezet (szociális támogatás, a bántalmazás megelőzése, a képzettség támogatása);
- gazdasági tényezők (az elszegényedés megelőzése, szociális védelem, formális és informális munka).

A felsorolt tényezők összefüggnek, kölcsönhatásban állnak egymással – egyik sem értelmezhető elválasztva a többitől. Mindvégig szem előtt tartva e kölcsönhatásokat tanulmányunk további részében az aktív idősödés folyamatát befolyásoló egyéni tényezők néhány lényeges elemét emeljük ki.

Buda Béla (2003) szerint a sikeres idősödés kulcsa a készület. Ez egybecseng az aktív idősödés koncepciójával, hiszen a készület alapfeltétele az idősödés folyamatjellegének tudatosítása. Az időskor nem hirtelen köszönt ránk. Egész életutunk befolyásolja időskori életminőségünket – a készületet ezért nem lehet „túl korán” kezdeni. Minden életszakaszban elmondhatjuk, hogy majdani időskorunkat most építjük. A korábbi életszakaszok minősége, történései, tapasztalatai jelentős hatással vannak a későbbi életszakaszokra és így az idősödés „sikerére” – vagyis a folyamatot meghatározó valamennyi tényezőt a teljes életút metszetében kell értelmeznünk. A hatékony készülethez, az egyénre szabott prevenció s terv kialakításához ismernünk kell az időskori adottságokat, és azt, hogy milyen változásokra kell felkészülnünk.

Az idősödés során létünk minden területén – fizikai, kognitív, pszichés szinten és a kapcsolati, környezeti dimenzióban is – számos változással kell megküzdenünk.

Fizikai szinten az idősödés folyamatában egyre inkább tapasztaljuk testünk gyengeségeit – az idősödő szervezet törékennyé válik (Pétervári et al., 2013):

- a fokozott igénybevételhez, a környezeti változásokhoz nehezebben alkalmazkodik;
- a szervezet beszűkülő teljesítőképessége miatt az idősek sérülékennyé válnak;
- a szervrendszerek közötti egyensúly törékeny;

- több szervrendszer egyidejű kapacitáscsökkenése növeli a betegségek előfordulásának esélyét és súlyosbítja következményeiket.

A betegségek általában a legsérülékenyebb szerveket, szervrendszereket érintik. Az időskorban előforduló leggyakoribb betegségek a következők (Pék, 2014):

- keringési betegségek;
- daganatos megbetegedések;
- cukorbetegség;
- emésztőszervi betegségek, főként májbetegségek;
- balesetek;
- nők körében: csontritkulás;
- mentális betegségek.

A betegségek megelőzésében jelentős szerepe van a mozgásnak. Számos vizsgálat alátámasztja, hogy a fizikai aktivitás nemcsak a fizikai állapotra hat pozitívan, hanem a kognitív funkciókat szintén javítja, kompenzálhatja az életkori hanyatlást, és így a mentális prevencióban is lényeges eszköz (Mile et al., 2020).

Kognitív funkcióink teljesítményének csökkenése elkerülhetetlen – például romlik az érzékelés, a figyelem és az emlékezet, a gondolkodás lassul, növekszik a reakcióidő, többet hibázunk. A teljesítményromlás közvetetten, más betegségekhez kapcsolódva is bekövetkezhet, hiszen az olyan biológiai folyamatok változása, mint például a keringés, a légzés, az anyagcsere vagy a vérnyomás, hat a kognitív működésünkre (Rajna, 2015). A szellemi működés egészét érintő kóros hanyatlás nem része a „normál” idősödésnek, azonban a demenciák kialakulásában az életkor az egyik legfontosabb kockázati tényező, ezért az átlagéletkor megnövekedése a demenciák előfordulásának gyakoriságát is növeli (Manga et al., 2021). Az időskor kincse, a bölcsesség a szellemi teljesítőképesség csökkenése ellenére is elérhető: megfigyelhető például társas helyzetekben az értékmentes kommunikáció vagy a generációk sikeres együttműködése során, de döntési szituációkban is, amikor a múltbéli sikeres megoldások segítséget jelenthetnek (Rajna, 2015).

Az idősödés folyamatában számos olyan hatás ér bennünket, amely pszichés szinten különösen is megterhelő. Ezek közül az egyik leglátványosabb a szerepek átalakulása. Sok szerep megszűnik (például a nyugdíjazással az, amelyet a munkában éltünk meg), de újak is formálódnak (például a nagyszülőség) (Horváth-Szabó, 2007). A munka világából való kilépés nem jelenti a tevékenység szükségszerű befejezését, a társadalom építésére, gazdagítására a munkahelyi munkavégzésen kí-

Az időskor nem hirtelen köszönt ránk. Egész életutunk befolyásolja időskori életminőségünket – a készüléket ezért nem lehet „túl korán” kezdeni. Minden életszakaszban elmondhatjuk, hogy majdani időskorunkat most építjük. A korábbi életszakaszok minősége, történései, tapasztalatai jelentős hatással vannak a későbbi életszakaszokra és így az idősödés „sikerére”.

vül is számos lehetőség van. Bár ilyenkor csökken a társadalmi részvétel lehetősége, a teljes visszahúzódás, kivonulás helyett az adottságoknak, képességeknek megfelelő tudatos társadalmi jelenlét, az aktivitásokban való részvétel elengedhetetlen a személyes jólléthez. Lényeges, hogy az idősebbek megtalálják az alkotás, kreativitás megélésének új útjait. A szakértői vagy mentorszerep vállalása például kiváló lehetőség az életút során felhalmozott szakmabeli tudás és tapasztalat átadására. A tudásátadás ráadásul nem egyirányú: a közös munka során a fiatalabbak látásmódjának megismerése, az új szempontokkal való találkozás egyúttal új kihívásokat ad, és segíthet megőrizni az idősek nyitottságát. A szakmai párbeszéd folytatása ezért nem pusztán a hasznosságérzetet növeli, vagy alkalom a kreativitásra, hanem motivációt jelenthet az élethosszig tartó tanulásra is. A tanulás lehetősége a szakmai területen kívül sem zárul le, a rendelkezésre álló többletidő alkalmat ad az ismeretek bővítésére, akár teljesen új dolgok elsajátítására (például egy új nyelv megtanulására). Az önkéntességben való elköteleződés során pedig az értékteremtő tevékenység teljesen új területei tárulhatnak fel.

A szociális jóllét tekintetében lényeges kihívás, hogy az élettér és a kapcsolati háló szűkül. Ugyanakkor az is igaz, hogy bár az idősebbek kevesebb közeli kapcsolatot ápolnak, azok gyakran mélyebbek (Horváth-Szabó, 2007). A családi, baráti kapcsolatok megőrzésére, ápolására, a társas tevékenységekre az egész életút során lényeges időt és energiát szánni az izoláció elkerülése végett. Több hazai kutatás is megerősíti az idősek szűkülő kapcsolathálójára vonatkozó nemzetközi tapasztalatokat – hazánkban az idősek kapcsolathálózata és barátainak száma csökken a többi korosztályhoz képest, ugyanakkor a kapcsolatok erőssége növekszik. A kapcsolatháló szűkülésének domináns okai a nyugdíjazás, az egészségi állapot romlása és a partner halála (Albert et al., 2020). Az idősebbek kevesebb bizalmas, erős és lazább kapcsolattal rendelkeznek, ami negatívan befolyásolhatja az élettel való elégedettséget (Albert, 2016).

A kapcsolatok ápolását nehezíti a fizikai akadályoztatás miatt beszűkülő élettér, a biztonságos közlekedést lehetővé tevő intézkedések hiánya (például az akadálymentesített járatok csekély száma, a kevés akadálymentesített közterület, épület). Szintén gátló tényező a romló egészségi állapot és az esetleges mentális problémák. A családstruktúra változása, a fiatalabb családtagok távolra költözése, a családtagok munkaterheinek növekedése gyengíti a családi köteleket, és közvetve hatással lehet a szorosabb családon kívüli kapcsolatokra is. Ezenkívül hatással van a kapcsolati háló szűkülésére a közeli személyek halála is.

Az idősebbek során az első nagy veszteségeket gyakran a fontos, közeli személyek halála jelenti. A veszteségélmény előhívhatja a korábbi feldolgozott és fel nem dolgozott veszteségek emlékét. A feldolgozás, a gyász munka megélése nemcsak a kapcsolati dimenzióban, hanem az életút fájdalmas eseményei tekintetében is megkerülhetetlen.

A végesség tudata az idősebbek során egyre erősebben jelenik meg, fontos kihívás a halálra való készüllet és ehhez kapcsolódva az elengedés. A spiritualitás megélésének igénye, a létkérdések megjelenése, az értelemkeresés is erősödik ebben az életszakaszban

(Horváth-Szabó, 2007). Az életút áttekintése az elmúlás tudatosításával egyre hangsúlyosabbá váló időskori feladat. Ennek során különösen fontos a kapcsolatok tisztázása, a megbékélés és a búcsúzáshoz kapcsolódó döntések előkészítése, meghozatala (például a végrendelezés).

Erik H. Erikson elmélete szerint személyiségünk fejlődése nem ér véget a felnőttkorba lépéssel, egészen halálunkig tart, vagyis az időskori életfeladatok megélése is a részét képezi. Az élethosszig tartó személyiségfejlődés eriksoni modelljében az életút nyolc szakasza egymásra épül. Minden életszakasznak megvan a sajátos kihívása, és ezek sikeres megoldása révén tehetünk szert a további fejlődéshez szükséges hajtóerőre (Szabó, 2020). Az érett felnőttkor és az időskor kihívása az életút integrálása, a teljesség megélése. Ez az átélt pozitív életesemények gazdagító volta mellett a fájdalmas történések, a veszteségek és a mulandóság elfogadását, az élettel való megelégedést, az élet értelmességének és az életbölcességnek az aktív megélését is jelenti. Időskorban az egyéni és azokkal összefüggő környezeti változások, az átalakuló szerepek, kapcsolatok miatt újra előtérbe kerül az összes korábbi életszakasz meghatározó küzdelme (Kerekes, 2013). Ezért fontos, hogy az egyén milyen erőforrásokkal, pozitív-negatív megküzdési módokkal, életpaszta-tokkal, mintákkal rendelkezik e küzdelmek sikeres megoldásához. Robert C. Atchley nyomán Szabó Lajos is hangsúlyozza, hogy a korábbi megküzdési stratégiák tapasztalatainak integrálása meghatározó az időskori adaptációban (Szabó, 2020). Az időskori megküzdési stratégiáknál előtérbe kerül az alkalmazkodás (Horváth-Szabó, 2007). Kaszás és Tiringier (2013) összefoglaló írásából kitűnik, hogy az alkalmazkodási képesség meghatározó eleme a sikeres idősödés pszichológiai modelljeinek:

- A szelekció, optimalizáció és kompenzáció modelljében például hangsúlyos a realitás elfogadása – Paul és Margret Baltes szerint a lehetőségek, adottságok figyelembevétele alapvető a megfelelő célok kiválasztásához, a célok megvalósítása érdekében pedig szükséges az erőforrások optimalizálása és a veszteségek kompenzálása. A modell mindhárom eleme az alkalmazkodásra épül.
- Jutta Heckhausen és Richard Schulz elméletében az alkalmazkodás az irányítás, kontroll optikájában jelenik meg: időskorban az elsődleges kontroll (a környezet alakítása az egyéni célok érdekében) háttérbe szorul, és a másodlagos kontroll válik hangsúlyosabbá (a célok alakítása a lehetőségekhez).
- Az alkalmazkodás különösen hangsúlyos Jochen Brandtstädter asszimilációs és akkomodációs elméletében. Az alkalmazkodási kapacitás alapja ebben a modellben is a szelekció, a lehetőségeknek megfelelő célok kiválasztása.

A számos kihívás és veszteség ellenére az időskor sikeres megélése, az élet értelmességének megélése ebben az életszakaszban is lehetséges.

Szili Iлона és munkatársai (2021) szerint az idősödés nem jár együtt szükségszerűen a jóllét érzésének csökkenésével. Kutatásuk vizsgált mintájában az életkor emelkedésével magasabb jóllétszintet mértek. Megállapították azt is, hogy az idős korosztály magasabb jólléte összefügg a belső célok fontosabbá válásával – azok az idősök, akik jól érzik ma-

gukat, motiváltabbak például a személyiség fejlődése, a kapcsolatok, a társadalom iránti célok tekintetében.

Az idősödés folyamatában a teljes, vagyis az individuális és szociális lét minden dimenziójában jelentős kihívásokkal kerülünk szembe. Amellett, hogy a számos veszteségélmény és új helyzet miatt korábbi, jól bevált megküzdési stratégiáinkat „nehézített pályán” kell alkalmaznunk a hétköznapokban, olyan jelentős és megkerülhetetlen életfeladatok is várnak ránk, mint az életút áttekintése, integrálása vagy a készület az elmúlásra. A „sikeres” idősödés mind szélesebb körű megvalósíthatósága érdekében lényeges lenne minél több, mindenki számára elérhető, az időskori életvezetést és életminőséget támogató program indítása, valamint az egyéni tanácsadás, mentálhigiénés támogatás elérhetővé tétele az idősödő korosztály számára.

ZÁRÓ GONDOLATOK

Előregedő társadalmunkban az aktív idősödés sürgető egyéni és társadalmi feladat. A WHO hangsúlyozza, hogy az egyéneknek és a családoknak készülniük kell az időskorra, például az egészségmegőrzés vagy az öngondoskodás terén, ugyanakkor a társadalmi környezetnek elő kell segítenie az egyéni felelősség megélését – támogatva az egyének és családok döntéseit és az egészséges időskor felé tett lépéseit. Az aktív idősödést támogató társadalmi programok gazdasági hatása is igen kedvező, hiszen például a munkaerőpiaci részvétel támogatásával előmozdítják a produktivitást, a preventív szemlélet gyakorlatba ültetésével pedig segítik az ellátórendszerek tehermentesítését (WHO, 2002). Az idősek társadalmi helyzete azonban nem pusztán gazdasági szempontból érinti az egész társadalmat, Ferge Zsuzsa rámutat, hogy nemcsak az idősek életminőségét határozza meg, hanem a fiatalok jelenét is: „Az idősek társadalmi leértékelése és ezzel összefüggő folyamatosan romló helyzete újra meg újra előhívja a társadalom egész minőségére vonatkozó kérdéseket. Ha rossz idősnek lenni, akkor

már az öregedés is szorongató folyamat – de akkor az öregedés felé elindulni, azaz fiatalnak lenni is rossz” (Ferge, 1991: 45).

Az életútszemlélet indokolja, hogy az időskorhoz való pozitív viszonyulást már gyermekkortól, tudatosan formáljuk, nemcsak családi, hanem közösségi, környezeti, intézményes-társadalmi szinten is. Ez hozzájárulhatna az idősödéssel kapcsolatos tabuk felszámolásához, javíthatná az időskor „presztízsét”, elősegítené, hogy ne úgy tekintsünk az időskorra, mint értéktelen vagy pusztán veszteségeket hozó, félelmet és szorongást keltő időszakra, hanem értékes, gazdag, kihívásokkal teli korként.

„Az idősek társadalmi leértékelése és ezzel összefüggő folyamatosan romló helyzete újra meg újra előhívja a társadalom egész minőségére vonatkozó kérdéseket. Ha rossz idősnek lenni, akkor már az öregedés is szorongató folyamat – de akkor az öregedés felé elindulni, azaz fiatalnak lenni is rossz.”

Az időskorra való készület lényeges eleme, hogy az életkor előrehaladtával preventív szemlélettel élünk – törekedve a testi-lelki betegségek megelőzésére, kialakulásuk esetén mielőbbi felismerésükre, hatékony kezelésükre, hosszú távú káros hatásaik csökkentésére. Az egészség megőrzése érdekében tett erőfeszítéseink mind hozzájárulnak egészséges életéveink számának növeléséhez.

Az aktív idősödés szemlélete, a lehető legjobb életminőség biztosításának hármas pillére – az egészségmegőrzés (prevenció), a részvétel, valamint a biztonság – csak megfelelő társadalmi struktúrák és stratégiák közegében, a mikro-, mezo- és makroszintű cselekvések összehangolásával mozdítható elő és valósítható meg.

Felhasznált irodalom

- ALBERT FRUZZSINA (2016): Az idősek kapcsolathálózati jellegzetességei, *Demográfia*, 59. évfolyam, 2016/2–3., 173–200. DOI: <https://doi.org/10.21543/Dem.59.2-3.2>
- ALBERT FRUZZSINA – DÁVID BEÁTA – TÓTH GERGELY (2020): „Hány barátja van Önnek?” A barátok számának alakulása három évtized alatt (1986–2018), *Socio.hu, Társadalomtudományi Szemle*, 10. évfolyam, 2020/3., 3–30. DOI: <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2020.3.3>
- BOWLING, ANN (2005): *Ageing well – Quality of life in old age*, Maidenhead, McGraw-Hill Education.
- BUDA BÉLA (2003): Személyiség és emberi kapcsolatok az öregkorban, in uő: *A lélek egészsége – A mentálhigiéne alapkérdései*, Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó, 2003, 184–210.
- BUSINESSEUROPE.eu (2017): *European Autonomous Framework Agreement on active ageing and an inter-generational approach*, <https://www.businessseurope.eu/publications/european-social-partners-autonomous-framework-agreement-active-ageing-and-inter> (letöltve: 2022. 09. 26.).
- CANCEDDA, ALESSANDRA – BLAKEMORE, MIKE – McDONALD, NEIL – PICKLES, ANNE-MIEKE – VIERTELHAUZEN, THIJS (2014): *Evaluation of the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations. Final ECORDYS Report for the European Commission 15. April 2014*, <https://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/09/FInalReport3final.pdf> (letöltve: 2022. 09. 06.).
- CUMMING, ELAINE – DEAN, LOIS R. – NEWELL, DAVID S. – McCAFFREY, ISABEL (1960): Disengagement – A tentative theory of aging, *Sociometry*, 23. évfolyam, 1960/1., 23–35. DOI: <https://doi.org/10.2307/2786135>
- EUROPEAN COMMISSION (2014): *2012 European Year for Active Ageing and Solidarity Between Generations – Evaluation Report*, <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=2129> (letöltve: 2022. 09. 18.).
- EUROSTAT (2022a): *Life expectancy at age 65 by sex*, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00026/default/table?lang=en> (letöltve: 2022. 09. 10.).
- EUROSTAT (2022b): *Healthy life years at age 65 by sex*, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp320/default/table?lang=en (letöltve: 2022. 09. 10.).
- EUROSTAT (2022c): *Old age dependency ratio*, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00198/default/table?lang=en> (letöltve: 2022. 09. 10.).
- FERGE ZSUZZA (1991): A szükségletek értelmezése, in VÁRNAI GYÖRGYI (szerk.): *Szociálpolitika és társadalom, Válogatás Ferge Zsuzsa tanulmányaiból*, Budapest, ELTE–T-TWINS, 1991, 43–45.
- FOSTER, LIAM – WALKER, ALAN (2015): Active and successful aging – A European policy perspective, *The Gerontologist*, 55. évfolyam, 2015/1., 83–90. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gnu028>

- HOCHSCHILD, ARLIE RUSSELL (1975): Disengagement Theory: A Critique and Proposal, *American Sociological Review*, 40. évfolyam, 1975/5., 553–569. DOI: <https://doi.org/10.2307/2094195>
- HORVÁTH-SZABÓ KATALIN (2007): *A házasság és a család belső világa*, Budapest, Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet – Párbeszéd (Dialogus) Alapítvány.
- KASZÁS BEÁTA – TIRINGER ISTVÁN (2013): A sikeres idősödés pszichológiai modelljei, in KÁLLAI JÁNOS – KASZÁS BEÁTA – TIRINGER ISTVÁN (szerk.): *Az időskoriak egészségpszichológiája*, Budapest, Medicina, 403–415.
- KEREKES ZSUZSANNA (2013): Idősödő személyiség és fejlődés, in KÁLLAI JÁNOS – KASZÁS BEÁTA – TIRINGER ISTVÁN (szerk.): *Az időskoriak egészségpszichológiája*, Budapest, Medicina, 2013, 245–261.
- KNAPP, MARTIN R. J. (1977): The activity theory of aging an examination in the English context, *The Gerontologist*, 17. évfolyam, 1977/6., 553–559. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/17.6.553>
- KSH (2018): *A fenntartható fejlődés indikátorai Magyarországon, 2018*, <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/fenntartfejl/fenntartfejl18.pdf> (letöltve: 2022. 08. 30.).
- MANGA ANNAMÁRIA – HAVADI-NAGY MENTA – SZÉKELY ORSOLYA – VIDNYÁNSZKY ZOLTÁN (2021): Demencia prevenció – A korai diagnózistól a személyre szabott intervencióig, *Scientia et Securitas*, 2. évfolyam, 2021/2., 207–219. DOI: <https://doi.org/10.1556/112.2021.00031>
- MILE MARIANNA – TATAI CSILLA – FÁBIÁN BALÁZS – CSIKI ZOLTÁN (2020): A fizikai aktivitás hatásai az időskori kognitív működésre, *Orvosi Hetilap*, 161. évfolyam, 2020/5., 163–168. DOI: <https://doi.org/10.1556/650.2020.31643>
- PEREK-BIAŁAS, JOLANTA – RUZIK, ANNA – VIDOVICOVÁ, LUCIE (2006): Active ageing policies in the Czech Republic and Poland, *International Social Science Journal*, 58. évfolyam, 2006/190., 559–570. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2451.2008.00655.x>
- PÉK GYŐZŐ (2014): Egészségpszichológiai szempontok időskorban, in KÁLLAI JÁNOS – VARGA JÓZSEF – OLÁH ATTILA (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*, Budapest, Medicina, 469–491.
- PÉTERVÁRI ERIKA – SZÉKELY MIKLÓS – BALASKÓ MÁRTA (2013): Az idősödő szervezet: táplálkozás, mozgás és fiziológiai változások, in KÁLLAI JÁNOS – KASZÁS BEÁTA – TIRINGER ISTVÁN (szerk.): *Az időskoriak egészségpszichológiája*, Budapest, Medicina, 151–178.
- RAJNA PÉTER (2015): *Kopva fényesedni? A mentális öregedés kihívásai*, Budapest, Medicina.
- RAUH EDIT – TALYIGÁS KATALIN – CSIZMADIA MÁRTA (2021): *Javaslat az időügyi törvény megalkotására – A Nyugdíjas Szervezetek Egyeztető Tanácsa kérésére*, <https://eletetazeveknek.hu/images/2021/javaslat%20idosugyi%20torvenyre.pdf> (letöltve: 2022. 08. 12.).
- SZABÓ LAJOS (2020): Transzitiv változások időskorban, *Szociálpedagógia*, 2020/15., 201–219.

- SZÉMAN ZSUZSA (2012): Skype az idősgondozásban – Egy intervenciós kutatás tapasztalatai, *Esély*, 23. évfolyam, 2012/2., 38–53.
- SZILI ILONA – SMOHAI MÁTÉ – TANYI ZSUZSANNA – MÉSZÁROS VERONIKA – KOVÁCS DÓRA – JAKUBOVITS EDIT – KÖVI ZSUZSANNA (2021): *Időskori depresszió és életminőség*, *Psychologia Hungarica Caroliensis*, 9. évfolyam, 2021/1., 90–111. DOI: <https://doi.org/10.52993/PSYHUNG.9.2021.1.6>
- UDVARDI ANDREA (2013): Tevékeny élet idős korban (is), *Kapocs*, 12. évfolyam, 2013/1., 26–39.
- UNECE (2012): *Policy Brief on Ageing No. 13. June, 2012*, https://unece.org/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG.1.17.pdf (letöltés ideje: 2022. 10. 06.).
- UNECE (2014): *Active Ageing Index 2014 Policy Brief*, <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=15852&langId=en> (letöltve: 2022. 09. 12.).
- UNECE (2015): *Active Ageing Index 2014 Summary*, https://statswiki.unece.org/download/attachments/76287849/extract_for_translation3%20updated-.pdf?version=1&modificationDate=1441717220750&api=v2 (letöltve: 2022. 09. 18.).
- UNECE (2019): *2018 Active Ageing Index – Analytical Report*, Geneva, United Nations, ECE/WG.1/33, <https://unece.org/population/active-ageing-index> (letöltve: 2022. 09. 10.).
- VAJDA KINGA (2017): Az active ageing és az idősellátás jövőbeni lehetőségei, *Esély*, 28. évfolyam, 2017/6., 77–91.
- WALKER, ALAN (2002): Strategy for Active Ageing, *International Social Security Review*, 25. évfolyam, 2002/1., 121–139. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-246X.00118>
- WALKER, ALAN (2006): Active ageing in employment – Its meaning and potential, *Asia Pacific Review*, 13. évfolyam, 2006/1., 78–93. DOI: <https://doi.org/10.1080/13439000600697621>
- WALKER, ALAN – MALTBY, TONY (2012): Active ageing – A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union, *International Journal of Social Welfare*, 21. évfolyam, 2012/1., 117–130. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x>
- WHO (1997): Active ageing, *World Health*, 50. évfolyam, 1997/4., 3–30, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54909>
- WHO (2002): *Active Ageing – A policy framework*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215> (letöltve: 2022. 09. 18.).
- ZAIDI, ASGHAR – GASIOR, KATRIN – HOFMARCHER, MARIA MAGDOLNA – LELKES, ORSOLYA – MARIN, BERND – RODRIGUES, RICARDO – SCHMIDT, ANDREA – VANHUYSE, PIETER – ZOLYOMI, ESZTER (2013): *Active ageing index 2012 concept, methodology and final results*, European Centre of Vienna.

Individual and social dimensions of Active Ageing

ABSTRACT

In our study, we discuss two inseparable dimensions of active ageing, the social and the individual approaches. In addition to a description of the concepts, we examine the evolution of the conceptual framework of active ageing, the development of attitudes and the key policy considerations. We then look at the key individual determinants of active ageing through the lens of the life course paradigm. The aim is to highlight the problems and issues in this area and to suggest the main directions for individual and societal action.

KEYWORDS: active ageing, policy, individual factors

PATYÁN LÁSZLÓ | Szociális munkás, szociálpolitikus, szociológus. 1994 óta dolgozik a felsőoktatásban a Debreceni Egyetemen, a Semmelweis Egyetemen és a Sárospataki Református Teológiai Akadémián. Időspolitikával 1997 óta foglalkozik, fő területei: szolgáltatáshoz való hozzáférés, társadalmi kirekesztődés, idősök életminősége, gondozáspolitikája.

LELESZI-TRÓBERT ANETT MÁRIA | Tanár, kórházi lelkipásztor, mentálhigiénés szakember, kutató. 1996 óta foglalkozik idősök és családtagjaik mentálhigiénés támogatásával, kíséreléssel. 2017 óta a Semmelweis Egyetem Mentálhigiénés Intézetének munkatársa. Fő kutatási területei: idős hozzátartozót gondozók megterheltsége, kiégése; tartós gondozást biztosító ellátórendszerek; életértelem a halál előtti életszakaszban.

GEDEONNÉ DALLOS RITA

A demenciaellátás innovatív irányai

DOI: 10.56699/MT.2022.47

ABSZTRAKT

A demencia korunk népbetegsége, globális közegészségügyi probléma. Világszerte ötvenötmillió ember szenved benne, és ez a szám az előrejelzések szerint 2050-re eléri a százharminckilencmillió főt. A betegség az egészségügyi és szociális ellátórendszer terhelése mellett a gondozó családokat is kihívás elé állítja. A WHO a 2017 és 2025 közötti időtartamra meghirdette a Globális cselekvési tervet, melyet százkilencvennégy tagország támogat. A cselekvési tervben deklaráltak az alábbi részfeladatok szerepelnek: a demencia közegészségügyi prioritássá tétele, a demenciával kapcsolatos tudatosság és befogadás növelése, a demencia kockázatának csökkentése, az egészségügyi ellátás javítása, a demens beteget gondozó családok támogatása, a demenciával kapcsolatos egészségügyi információs rendszerek fejlesztése, valamint a kutatás és innováció támogatása. A tanulmány a cselekvési tervben meghatározott prioritások mentén mutat be hét kiemelkedő innovatív nemzetközi jó gyakorlatot, összevetve őket a hazai tapasztalatokkal.

KULCSSZAVAK: demencia, jó gyakorlat, demenciagondozás

A major neurokognitív betegségek vagy gyakran használt kifejezéssel élve demenciát okozó betegségek egyre nagyobb terhet rónak társadalmunkra. A demencia mára elterjedt, közismert kifejezéssé vált az időskori szellemi hanyatlás megnevezésére. A betegség definiálására több megközelítést jegyez a szakirodalom. A demencia az idegrendszer sejtés és/vagy rostos állományának előrehaladó pusztulását kísérő, fokozatosan súlyosbodó tünetegyüttes (Rajna, 2017), melynek háttérében számos betegség, patológiás folyamat állhat. A betegség kialakulásának pontos okát nem ismerjük, és a tudomány mai állása szerint gyógyíthatatlan. A betegség tünetei közül kiemelendő a feledékenység, memóriazavar, de valójában a gondolkodási funkció komplex zavara jellemzi. Ez a folyamatos és fokozatos állapotromlás következtében a figyelem, döntés, tanulási képesség és ítéletalkotás diszfunkcióját okozza, amely a személyiség kóros elváltozásához vezet. A beteg fizikai állapotának romlásával fokozatosan elve-

szíti önellátási képességét, végül teljes körű ápolásra, gondozásra szorul (Fekete, 2019). A demencia azon túl, hogy tünetegyüttes, betegségcsoport is. Utóbbi értelmezésben a mentális viselkedészavarok közül az organikus és szimptomatikus betegségekhez tartozik. Tehát gyűjtőfogalom a demencia, melynek kiváltó oka az esetek 50-60 százalékában az Alzheimer-kór; második leggyakrabban előforduló oka az érederetű (vaszkuláris) demencia, illetve a Lewy-testes demencia. A betegség kialakulásának rizikótényezői közül kiemelendő a kor (kockázata az életkor előrehaladtával folyamatosan növekszik), a nem (nők között az előfordulási gyakorisága magasabb, mint a férfiaknál), genetikai tényezők és a magas korral, valamint az életmóddal összefüggő egészségi állapot. A demencia a hatvanöt év feletti népesség 15 százalékát érinti, a hetvenöt év feletti 20 százalékát, míg a nyolcvanöt év feletti korcsoportban jelenléte óvatos becslések alapján is meghaladja a 30 százalékot. A Nemzetközi Alzheimer Szövetség (*Alzheimer's Disease International, ADI*) által közölt statisztika szerint a világon minden harmadik másodpercben diagnosztizálnak egy demens beteget. Világszerte körülbelül ötvenötmillió ember szenved demenciában, és több mint 60 százalékuk alacsony és közepes jövedelmű országokban él (ADI Statistics, 2021). Magyarországon a szakértői becslések alapján csaknem kétszázötvenezer ember él demenciával. Ha ezt a családok szintjén kívánjuk érzékeltetni, akkor az érintettek száma a hozzátartozókkal együtt meghaladhatja az egymillió főt is, ami a teljes magyar lakosság 10 százalékát jelenti (Egervári et al., 2020).

2006-ban az Európai Alzheimer Szövetség (*Alzheimer Europe*) tagjai – jelenleg kilencvenegy képviselő az Európai Unió huszonnégy tagállamából és az Európai Parlament összes képviselőcsoportjából – közös nyilatkozatot írtak alá, amelyben felszólítják az Európai Uniót, a WHO-t és a nemzeti kormányokat, hogy a demenciát jelentős közegészségügyi kihívásként ismerjék el, és dolgozzanak ki európai, nemzetközi és nemzeti cselekvési programokat. 2008-ban az Alzheimer-kór és a kapcsolódó betegségek elleni küzdelemről szóló konferencián nagy lépést tettek a demencia elleni európai együttműködés megvalósítása felé. A rendezvény francia házigazdája, Roselyne Bachelot példátlan sikerrel hívta fel a figyelmet az Európában akkor élő 6,1 millió demenciában szenvedő ember és gondozóik helyzetére, ami elvezetett az Európai Tanács, valamint az Európai Parlament nyilatkozatához (WHO, 2008), amely megerősítette az Alzheimer-kór és a kapcsolódó demenciák elleni küzdelem prioritásait. A WHO a demográfiai, mortalitási és morbiditási adatok miatt 2008-ban „prioritást érdemlő” állapotnak nyilvánította a demenciát (WHO, 2008). A demencia-akcióterv olyan írásos dokumentum, mely a WHO százkilencvennégy tagállamát kötelezi arra, hogy 2017 és 2025 között jelentést adjanak az akciótervben rögzített prioritások nemzeti szintű megvalósításáról, s egyben keretet és támogató háttérrel biztosít a tagállamok nemzeti demenciastratégiáinak elkészítéséhez. 2017 májusában a *Globális cselekvési terv a demenciára adott közegészségügyi válaszról 2017–2025* címen elfogadott akciótervben (WHO, 2017) hét olyan területet definiáltak, melyeknek a cselekvés fókuszát kell

képezniük. A továbbiakban e prioritások bemutatása következik egy-egy nemzetközi, illetve hazai példán keresztül.

ELSŐ CSELEKVÉSI FÓKUSZ:

A DEMENCIA MINT KÖZEGÉSZSÉGÜGYI PRIORITÁS

A WHO tagállamai 2017-ben megállapodtak a demenciastratégiák, -tervek elkészítéséről, azonban 2022 májusában a százkilencvennégy tagállamból mindössze harminckilenc rendelkezik nemzeti demenciastratégiával (a továbbiakban: stratégia). Magyarország nem szerepel ezen államok között. 2021 novemberében az ADI hivatalosan is elindította a #WhatsYourPlan-kampányt, amelynek célja, hogy közvetlenül a kormányokat arra ösztönözze, hogy országaikban dolgozzanak ki stratégiát. A kampány fő céljai közé tartozik továbbá, hogy koordinálja az érdekelt feleket, beleértve a kormányzati szereplőket, a WHO regionális és országos irodáit, valamint a demenciával foglalkozó egészségügyi, szociális szervezeteket, szövetségeket, hogy közös gondolkodást követően együttműködve dolgozzanak a stratégiák létrehozásán és végrehajtásán. Az elmúlt évek során megtapasztalt pandémiás krízishelyzet, valamint 2022 elejétől az Ukrajna elleni orosz invázió élesen figyelmeztetett arra, hogy a demenciában szenvedő embereknek konfliktusok vagy katasztrófák közepette további támogatásra van szükségük, így a nemzeti demenciastratégiák elkészítése elkerülhetetlen. Franciaország volt az első állam, amely 2001-ben elkészítette azóta több alkalommal kiegészített és megújított stratégiáját. Példáját további európai államok követték. Az e dokumentumokban fellelhető demenciabarát attitűdöt fokozta Málta, amely stratégiáját demenciabarát verzióban is elérhetővé tette az érdeklődők számára. 2018-ban született egy összegző publikáció (Chow et al., 2018), mely huszonegy stratégiát elemez. Szerzői a feltáró munka során öt prioritást azonosítottak, melyek a stratégiák többségében szerepeltek: (1) a demenciával kapcsolatos tudatosság növelése; (2) a támogató szolgáltatások fejlesztése; (3) az ellátások minőségének javítása; (4) a szakmai képzés javítása; (5) a kutatás előmozdítása. A demenciával kapcsolatos társadalmi attitűdformálás szintén kiemelt feladat, mely a stigmatizációt hivatott csökkenteni.

Magyarországon az ADI tagszervezete, a Feledékeny Emberek Hozzártartozóinak Társasága 2012 szeptemberében készítette el vitaanyagként a Nemzeti demenciastratégia tervezetét, melyet a brit egészségügyi minisztérium hozzájárulásával adaptált hazánkra. Ez – több európai stratégiához hasonlóan – három kulcslépést fogalmaz meg:

- Megfelelő információt szükséges biztosítani a demenciáról, és küzdeni kell a megbélyegzés ellen. Ennek érdekében pontos információt szükséges nyújtani a demens betegek és gondozóik számára.
- Biztosítani kell a korai diagnózist, támogatást és kezelést a demens betegek, családjaik és gondozóik számára. A diagnózis után könnyen hozzáférhető gondozás, támogatás és tanácsadás szükséges. Fontos a demens betegek életvégi ellátásának fejlesztése.

- Szolgáltatásokat szükséges fejleszteni a változó igények jobb kielégítésére. Kívánatos a strukturált sorstársi támogatás és ismeretátadó hálózatok kialakítása, valamint az egészségügyi és szociális ellátórendszer fejlesztése rugalmas szolgáltatásokkal. A demens beteget ellátó szolgáltatók humánerőforrás-fejlesztése elkerülhetetlen.

A stratégiával rendelkező tagállamok mindegyike prioritásként jegyzi a demenciával kapcsolatos kutatások, innovatív megközelítések támogatását. Ez a kíváncsi a – civil szervezet által elkészített – hazai tervzetben is szerepel, melyet az egy évtizede tartó sikertelen lobbizás kudarcán túllépve a jövőben újra – társadalmi egyeztetést követően – jóváhagyásra és elfogadásra be kell nyújtani a kormánynak.

MÁSODIK CSELEKVÉSI FÓKUSZ: A DEMENCIÁVAL KAPCSOLATOS TUDATOSSÁG ÉS BEFOGADÁS NÖVELÉSE

Az Alzheimer-kór világnapját az ADI éves konferenciájának megnyitóján indították útjára Edinburghban 1994. szeptember 21-én, a szervezet fennállása tizedik évfordulójának megünneplésére. Tizenhat évvel később az Alzheimer-kór világhónapjának meghirdetése következett. Az első figyelemfelkeltő kampányt 2010-ben tizenkét ország részvételével indították el, mára nyolcvanöt ország csatlakozott a kezdeményezéshez. Az ADI 2009-ben az Alzheimer-kór világnapján jelentette meg az első Alzheimer-világjelentést, melyet azóta is minden év szeptember 21-én tesz közzé. A globális kampányt a figyelemfelkeltés és a demenciát övező stigma elleni küzdelem érdekében hívták életre. 2021-ben az egész szeptemberen átívelő kampány a diagnózisra, a demencia figyelmeztető jeleire, valamint a Covid-19-járvány globális közösségre gyakorolt hatására összpontosított. Mottója a következő volt: „Ismerd meg a demenciát, ismerd meg az Alzheimer-kórt”. 2022-ben – a közelmúlt fejleményeit és a demencia kezelésében és támogatásában elért áttöréseket követően – a kampány célja, hogy felhívja a figyelmet a demenciával élők és családjaik támogatásának fontosságára a diagnózis felállítását követően. Az ADI világszerte eszközkészletekkel, kreatív anyagokkal, PR-támogatással, valamint digitális és közösségimédia-órákkal ösztönzi a programsorozathoz kapcsolódó szervezeteket.

Magyarország 2011-ben csatlakozott a nemzetközi kampányhoz, jelenleg az országszerte megközelítőleg kilencven helyszínen működő Alzheimer Cafék, idősekkel foglalkozó szociális intézmények és civil vagy egyházi szereplők szerveznek kampányszerű programokat. Az elmúlt négy évben a szintén országos hálózattal rendelkező Senior Örömtánc csoportok a speciálisan idősek számára kifejlesztett mozgásformát bemutató figyelemfelkeltő programjukkal vettek részt a kampányban, míg a spontán szerveződésű Alzheimer Világnapi Séta elnevezésű programhoz húsz helyszínen csatlakozott. E program keretében ugyanabban az időben városi sétákat szerveztek, melyek célja a helyi lakosság körében a figyelemfelhívás, a szolidaritás és az elköteleződés a hozzátartozók támogatásában. A szakmaközi együttműködés erősítése, a szociális

és egészségügyi ellátórendszer kapcsolódása és összefogása is prioritást élvező célja e rendezvénynek (Szilvásiné, 2020). A séta jelmondata: „Nem vagy egyedül” a közös felelősségvállalásra és a szolidaritásra helyezi a hangsúlyt. A szervezők e programok során felhívják a figyelmet a közösségi médiában megjelenő aktív kampányokhoz való csatlakozásra, a betegséggel kapcsolatos szervezeteket, intézményeket támogató adakozás jelentőségére, valamint népszerűsítik a demens betegek körében végzett önkéntes tevékenységeket. Az Alzheimer-világnaphoz évről évre egyre több hazai település csatlakozik.

HARMADIK CSELEKVÉSI FÓKUSZ: A DEMENCIA KOCKÁZATÁNAK CSÖKKENTÉSE

A tekintélyes brit orvosi folyóirat által létrehozott szakértői tudományos testület, a Lancet Bizottság 2017-es jelentésében azonosította a demencia kialakulásának kilenc olyan kockázati tényezőjét, amely szerepet játszik a demencia prevenciójában. Ezek a következők: alacsony iskolai végzettség, magas vérnyomás, halláskárosodás, dohányzás, elhízás, depresszió, fizikai inaktivitás, cukorbetegség és kevés társas kapcsolat megélése. A 2020-as Lancet-jelentés kutatási eredményekre hivatkozva további három megelőzhető kockázati tényezőt azonosított: túlzott alkoholfogyasztás, levegőszennyezettség és traumás agysérülések. A legújabb kutatások alapján elkészített, tizenkét kockázati tényezőt figyelembe vevő életútmodell bevezetésének a bizottság szerint kiemelkedő világpolitikai következménye lehetne, hiszen a kockázati tényezők kivédésével a demens esetek mintegy 40 százaléka megelőzhető volna világszerte (Livingston et al., 2020). A tizenkét kockázati tényező elleni cselekvési terv (életútmodell) gyakorlati alkalmazása mind kormányzati, mind egyéni szinten fontos stratégia a demencia megelőzésében.

Hazánkban a demencia megelőzése érdekében végzett kutatásokban kiemelkedő szerepe van a Neurokognitív Kutatási Központnak, mely konzorciumi tagként vesz részt a finn FINGER (*Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability*) intervenciókutatásban. A FINGER-tanulmány az első olyan publikált klinikai vizsgálat, amely kimutatta, hogy számos életmódbeli tényező módosítása lassíthatja a kognitív hanyatlást. E kutatás előmozdítása érdekében terjesztette ki a gesztorszervezet (a svéd Karolinska Intézet) a demencia megelőzésére irányuló klinikai vizsgálatok legnagyobb globális hálózatát, melynek hazánk is tagja. A kutatások alátámasztják, hogy a táplálkozási útmutatásból, testmozgásból, kognitív edzésből és az érrendszeri kockázati tényezők ellenőrzéséből álló multimodális életmódbeli beavatkozás elősegíti a kognitív hanyatlás megelőzését a demencia fokozott kockázatának kitett időseknél (Ngandu et al., 2015). A kutatás során nyert adatok felhasználásával olyan eszközök kifejlesztése zajlik, amelyek lehetővé teszik a demencia precíziós megelőzését. Ezek az eszközök magukban foglalják az időskorúak demenciakockázatának és megelőzési potenciáljának pontos mérésére szolgáló módszereket. Valójában nincs „mindenki számára megfelelő” megoldás: az eredményes és fenntartható hatékonyság érdekében a megelőző stratégiá-

kat egyedi kockázati csoportokhoz kell igazítani, amelyeket a klinikai és biológiai jellemzők, valamint a környezeti kockázati tényezők expozíciója határoz meg. A kutatás eredményeképpen megvalósuló komplex prevenciók stratégia alkalmazása a magyar lakosság számára is megszívlelendő.

NEGYEDIK CSELEKVÉSI FÓKUSZ: A DEMENCIA ELLÁTÁSÁNAK JAVÍTÁSA

A diagnózishoz való hozzáférés még mindig óriási akadályba ütközik a világ nagy részén, amint azt az *Utazás a demencia diagnózisán keresztül* című tavalyi ADI-jelentés is feltárja (ADI, 2021). A szervezet becslései szerint a demenciában szenvedők háromnegyedét világszerte nem diagnosztizálják, ami megnehezíti a támogatáshoz és az ellátáshoz való hozzáférést. A diagnózisok aránya drasztikusan eltér a magas és az alacsony jövedelmű országok között, ami tovább fokozza az egyenlőtlenségeket. A kezelés a diagnózis utáni támogatási modellek részeként egyre fontosabbá válik, ugyanakkor a kutatások ellenére a jelenleg elérhető gyógyszeres terápiák csak a demencia tüneteinek mérséklésére alkalmasak. A korai diagnosztizálás és az azt követő azonnali célzott beavatkozás visszafoghatja a betegség tüneteinek súlyosbodását. A gyógyszeres kezelés mellett az alternatív támogatási lehetőségeknek is fontos szerepük van. A pszichoterápiás módszerek értelemszerűen a demencia korai stádiumában jöhetnek szóba, hiszen az interaktív terápiákhoz szükséges együttműködés egy bizonyos kommunikációs képességet és gondolkodásminőségi színvonalat (kognitív szintet) feltételez. A zeneterápia előnyös, javítja a viselkedési zavarokat, csökkenti a szorongást és az izgatottságot a demenciával diagnosztizált betegeknél (Wall–Duffy, 2010). A művészetterápia a pszichoterápia olyan formája, amely a művészeti médiát használja elsődleges kommunikációs módként (Deshmukh et al., 2018). További nem gyógyszeres terápia a fizikai aktivitás/torna, a valóságorientáció, a reminiscenciaterápia (visszaemlékezés-terápia, melynek során különböző események vagy a múlt felidézésére ösztönzik a betegeket) és a kertészeti terápia, illetve az állatasszisztált terápia is. Innovatív nem gyógyszeres terápia a babaterápia, mely egy kialakulóban lévő kezelési stratégia az előrehaladott demenciában szenvedő betegek számára, különösen a kihívást jelentő viselkedésű betegek esetében. A terápia során valóság-hű játék babát helyeznek el a demens betegnél, s a gondoskodásra szoruló „kisgyermek” által kiváltott ösztön pozitív attitűdöt kelt benne. A baba öltöztetésének etetésének feladata – a valódi kisgyermekhez hasonlóan – aktivitást vált ki a beteg személyből (Cai et al., 2021). A kapcsolódó vizsgálatok szerint ilyenkor a kognitív, viselkedési és érzelmi tünetek enyhültek, az általános jóllét pedig javult a babaterápia révén, és azt találták, hogy utána a demenciában szenvedők jobban tudtak kapcsolódni külső környezetükhöz.

Hazánkban a fenti nem gyógyszeres terápiákon túl a multiszenzoros stimuláció, különösen a Snoezelen terápia jelent meg számos demens beteget ellátó intézményben. A Snoezelen multiszenzoros stimuláció, amely érzékszervi ingereket biztosít a látás, a

hallás, a tapintás, az ízezés és a szaglás elsődleges érzékeinek stimulálására fényeffektusok, tapintható felületek, meditatív zene és relaxációs illóolajok illata révén (Chung et al., 2002). E terápia hátránya, hogy az érzékszervi stimulánsokkal berendezett szoba létrehozása jelentős költséggel jár. A terápiás helyiséget gyakran a bentlakásos idősellátás színhelyein alakítják ki. A hazai szakemberek nyitottak az alternatív terápia alkalmazására, azok bevezetése, kialakítása a leggyakrabban anyagi okok miatt hiúsul meg.

ÖTÖDIK CSELEKVÉSI FÓKUSZ:

A DEMENS BETEGET GONDOZÓ CSALÁDOK TÁMOGATÁSA

A pandémia felerősítette a telemedicina egyébként is növekvő térnyerését az egészségügyben, és megerősítette a támogató preventív technikák, gondozási-ápolási segédanyagok megjelenését. A demens betegekre és gondozó családtagjaikra fokozottan jellemző az izoláció, amelyet a Covid-19-világjárvány tovább mélyített. A gondozók támogatásának nehézsége egyre nagyobb figyelmet kapott az elmúlt években. Az alábbiakban a Máltán 2022 februárjától elérhető innovatív támogatási lehetőséget, az iSupportot mutatom be. A WHO által 2019-ben elindított iSupport elnevezésű tanfolyam térítésmentes tanácsokat ad a demenciában szenvedők gondozását végző személyeknek. A képzés az online változat mellett nyomtatott kézikönyvként is elérhető, könnyen olvasható referenciapozterekkel (*iSupport Lite*). Az iSupport program célja, hogy megelőzze és/vagy csökkentse a gondozással összefüggő mentális és fizikai egészségügyi problémákat, valamint javítsa a demenciában szenvedőket gondozók életminőségét. A tanfolyam elvégzése körülbelül hét órát vesz igénybe, technikai igénye az internetelérést biztosító számítógép megléte. Az online program öt részből áll, melyekhez gyakorlatok kapcsolódnak. Az egyes részek a következők: Bevezetés a demenciába – Mit jelent gondozónak lenni? – Hogyan vigyázz magadra? – Napi gondozás – Viselkedésbeli változások. Málta volt az első olyan ország, amely elérhetővé tette lakosai számára az iSupport programot, így nagy sikert aratott.

A demens beteget gondozók támogatásának hazai innovatív jó gyakorlataként az at.home (AT.HOME) kezdeményezését emelem ki. E cég egyedi demonstrációs és tesztkörnyezet kialakításával segíti az időseket gondozó személyek fejlődését. Több mint ötven eszközt felsorakoztató bemutatószobájukban tematikusan, interaktív módon ismertetik a praktikus és korszerű lehetőségeket, amelyek az otthoni idősellátás fejlesztését szolgálják. A saját gyártású, valamint tesztelt és ajánlott eszközök az oktatótermi bemutatóval, majd az idősek saját lakókörnyezetben történő használatával valódi segítséget nyújtanak az idősek önálló életvitelének megtartásához és a gondozók feladatellátásához. Az eszközök kiválasztása, fejlesztése során az at.home különös tekintettel van a robotizáció, a digitalizáció és a mesterséges intelligencia adta lehetőségekre. Az edukáció során kipróbálható eszközök közül – a teljesség igénye nélkül – kiemelendők a demens betegeknél is alkalmazható GPS-rendszerű nyomkövetők, az egészségügyi paramétereket

(vércukor, vérnyomás, testtömeg) mérő okoseszközök, melyek egy egyszerűen kezelhető applikáció segítségével a gondozóhoz vagy akár közvetlenül a háziorvoshoz közvetítik a kapott értékeket. Az önellátást a távirányítás elektromos betegágy és az „okos gyógyszeradagoló” mellett leginkább a szociális izoláció csökkentését is célzó interaktív robot segítheti. Az at.home kezdeményezés bepillantást nyújt a jövő gondozási lehetőségeibe.

HATODIK CSELEKVÉSI FÓKUSZ: A DEMENCIÁVAL KAPCSOLATOS INFORMÁCIÓS RENDSZEREK FEJLESZTÉSE

A demenciában szenvedők és gondozóik hozzáférése a demenciával kapcsolatos megbízható információkhoz elengedhetetlen, mivel ez jelentős hatással lehet a betegek ellátására és életminőségére. Egy átfogó szakirodalmi elemzés 1848 angol nyelvű cikket vizsgált meg, melyek témája a demens beteget gondozó családtagok információgyűjtési attitűdje (Soong et al., 2020). Az összefoglaló elemzés alapján a szerzők megállapították, hogy a leggyakrabban használt információforrás az internet, ezt követik az egészségügyi szakemberek, valamint a család és a barátok köréből nyert információk. A demenciában szenvedők és gondozóik többsége tehát internetes oldalak és fórumok böngészésével kereste az információkat, de a tanulmány beszámol arról, hogy a válaszadók az internethasználat során olyan online forrásokra vágytak, mint például a gyakran ismételt kérdéseket tartalmazó webhely, a betegellátáshoz szükséges videók, valamint az online portálokon elérhető szolgáltatásokkal kapcsolatos információk. Ezzel összhangban áll a COGNISANCE (*Co-Designing Dementia Diagnosis And Post Diagnostic Care*, COGNISANCE) nemzetközi kutatási program és kampány, melyben Ausztrália, az Egyesült Királyság, Kanada, Hollandia és Lengyelország vesz részt. Ennek keretében demens személyekkel, informális gondozó partnerekkel, egészségügyi és szociális szakemberekkel, valamint demenciával foglalkozó kulcsfontosságú nemzeti és nemzetközi szervezetekkel és kutatókkal együttműködve hoztak létre olyan online eszköztárat, amelyek célja a demencia diagnózis utáni támogatásának javítása, a gondozók informálása (Wilcock et al., 2021). A közös kutatási-tervezési folyamat során a felhasználók felismerték, hogy praktikus, empatikus és személyre szabott erőforrásokra van szükség. A Forward With Dementia eszköztár egy egyszerűen kezelhető weboldal, melyen személyes érdeklődése alapján saját könyvtárat tud létrehozni a felhasználó (FWD). A cikkek, tanulmányok, jó gyakorlatok és tapasztalati szakértők által készített beszámolók három kategóriában található meg (demens személyek, az őket gondozó laikus segítők, valamint szakemberek számára összegyűjtött információk). A honlapon lehetőség nyílik egyéves időtartamra megtervezni a prioritást élvező feladatokat, megismerve a felhasználó környezetében elérhető egészségügyi és szociális ellátásokat és szolgáltatásokat, pénzügyi lehetőségeket és informális támogató hálózatokat. Kívánatos lenne a honlap kiterjesztése más államokra is, hiszen az interneten fellelhető „információcunami” számos előnye ellenére veszélyes is lehet, mivel a releváns ismeretek szűrése előzetes tudást és időráfordítást igényel. Az eszköztár ebben a

szelektálásban és tervezésben segíti a felhasználót a tudományos kutatások eredményeinek felhasználásával.

Hazai vonatkozásban a demens betegek és gondozóik informálásának jó gyakorlatként a DemenSzia kezdeményezést mutatom be, amely a pandémia miatt bekövetkezett izolációra és információhiányra reagálva szinte azonnal válaszokat adott a demens betegek és hozzátartozóik által megfogalmazott kérdésekre. A DemenSzia videósorozat a MODUS Alapítvány támogató programja, amelyet demens betegeket gondozó családtagok, „laikus segítők” részére fejlesztettek ki. Az alapítvány célja, hogy rendszeresen megjelenő videótartalmak segítségével alapvető információkat, praktikus tanácsokat osszanak meg a gondozást végzőkkel, segítve az otthoni „ápolók” munkáját. A tartalmak, melyeket szociális és egészségügyi szakemberek fejlesztettek, a YouTube-on, valamint az alapítvány honlapján, illetve közösségimédia-felületén érhetőek el. A DemenSzia sorozatban jelenleg huszonnégy tájékoztató videó érhető el a legkülönbözőbb témákban; láthatók szakemberekkel készített interjúk, illetve a gondozást és ápolást segítő gyakorlati útmutatók. A *DemenSzia Percek* című sorozat kilenc epizódja a koronavírus-járványra reagálva célzott tájékoztatást nyújt a betegség megelőzésével, megélésével kapcsolatban. Az *Út a diagnózisig* című négyrészes sorozat bemutatja, hogy mit tehet a háziorvos és a szakorvos a megfelelő diagnózis felállítása érdekében. A tájékoztató videók hasznosságát a laikusok számára is érthető nyelvezetű, praktikus tanácsok növelik. Szintén a MODUS Alapítvány gondozásában működik a Kecskemét demencia-akcióprogramjának elérését is szolgáló honlap, a www.kecskemet.ginkonet.hu, mely széles spektrumon elégti ki az érdeklődők információéhségét. A honlap szakembereknek, gondozóknak és demens betegeknek nyújt segítséget szakmai tartalmakkal és a szolgáltatásokhoz való hozzáférésben. A város demencia-tanácsadók segítségével biztosít személyes, egyéni támogatási háttérrel, de működteti a Memória Pontot és a Ginko Klubot is. A honlapról letölthető segédanyagok mellett a digitális jóléti technológiáknak a tudástárban elérhető bemutatása szintén példaértékű kezdeményezést jelent, mely tovább javítja a demencia ellátását.

HETEDIK CSELEKVÉSI FÓKUSZ: A KUTATÁS ÉS INNOVÁCIÓ TÁMOGATÁSA

Mint az előzőekben láttuk, a demenciák megjelenése mára elérte a „világjárvány” szintjét, és a várható életkor növekedése miatt gyakoribbá válása jelenleg megállíthatatlan, miközben a hatékony (folyamatmódosító) terápiák még váratnak magukra. A jelenleg törzskönyvezett antidemenciaszerek csupán a kórfolyamat lassítására képesek. A terápiás kutatásoknak lendületet adhatna, ha a betegséget a jelenleginél korábban lehetne felismerni, és a kezelést a most megszokottnál évekkel előbb indítani, ezért a korai diagnózist célzó vizsgálatok is nagy erővel folynak (Rajna, 2020). Az, hogy a demenciákkal kapcsolatos kutatások nem haladnak olyan ütemben, mint az egyéb betegségekre vonatkozók, számos okra vezethető vissza. Az egyik az, hogy a demencia tüneteinek felismerése a betegség ki-

alakulásának későbbi szakaszában tapasztalható, így a korai stádiumú bevonás nehézkes. A klinikai vizsgálatok időigényesek, és magas költségekkel járnak, ami a demens betegek esetében – a kísérő személyek, illetve az állapotromlásból adódó bizonytalan kutatási részvétel miatt – fokozottabb problémát jelent. További ok az alacsony hajlandóság a kutatókba való bevonódásra. Számos kezdeményezést találunk világszerte a kutatási kudarcok megszüntetésére, ezek közül a brit modellt vázolom fel. A Join Dementia Research (JDR) a brit kormány által létrehozott szolgáltatás, amely lehetővé teszi az emberek számára, hogy regisztrálják érdeklődésüket a demenciakutatásban való részvétel iránt, valamint feltérképezzék a környezetükben éppen zajló kutatásokat. A szolgáltatás új lehetőséget kínál az érdeklődők számára, hogy kivegyék a részüket a demencia legyőzéséért folytatott küzdelemből, de nagy lépést tesz azon a téren is, hogy a kutatókat összekapcsolja olyan emberekkel (demens betegek, gondozó-ápoló hozzátartozók, szakemberek), akik részt kívánnak venni a tanulmányokban. A nyílt hozzáférésű honlap tájékoztatást nyújt a kutatásokról, publikálja a lezárult projektek eredményeit. A regisztrációt követően az érdeklődő kiválaszthatja, hogy milyen típusú kutatásba kíván bekapcsolódni (klinikai gyógyszerkutatások, online vagy személyes részvételű, életvitelt segítő kutatások, statisztikai adatfelvételek stb.). A szolgáltatás további haszna, hogy olyan széles körű adatbázist koordinál, mely a későbbi kutatások során is segíti a célcsoport elérését.

Magyarországon a demenciával kapcsolatos kutatásoknak nincs egységes adatbázisuk, kiemelendő azonban a Demencia prevenció elnevezésű program, mely példaértékű, széles körű tudományos együttműködéssel valósul meg. (A résztvevők között a Természettudományi Kutatóközpont önálló egységként működő Agyi Képzőközpont, az Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet, a Semmelweis Egyetem Neurológiai Klinika és a Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet mellett a Pécsi, Debreceni és Szegedi Tudományegyetem is megtalálható.) A demencia korai diagnózisa és a hatékony prevenció érdekében jelenleg a következő kutatási prioritások mentén zajlanak vizsgálatok: mágnesesrezonancia-képzőközpont (MRI), kognitív tesztek, neurológiai vizsgálat, vérmintából nyert fehérjemarkerek vizsgálata, genetika, alvási EEG. A Demencia prevenció (DP) platformon az érdeklődők a brit modellhez hasonlóan betekintést nyerhetnek a zajló kutatásokba, de arra is lehetőségük nyílik, hogy résztvevőnek jelentkezzenek a projektekbe.

ÖSSZEGZÉS

„Ha figyelmen kívül hagyjuk a demencia mai valóságát, holnap csak rosszabb lesz a helyzet – de az állapot számos aspektusának kezelésére tett valamennyi lépés a jövőben mindannyiunk számára meghozza gyümölcsét” – mondta a 2022-es Alzheimer Világkongresszuson Paola Barbarino, az ADI

„Ha figyelmen kívül hagyjuk a demencia mai valóságát, holnap csak rosszabb lesz a helyzet – de az állapot számos aspektusának kezelésére tett valamennyi lépés a jövőben mindannyiunk számára meghozza gyümölcsét.”

igazgatója. A demencia kezelésének hosszú távú törekvése során fontos a pozitívumokra összpontosítani. A kormányok, az állami és civil szervezetek, a kutatók, a piac és az ipar szereplői, az innovátorok és az ügy mellett elkötelezett többi ember és szervezet a demenciában szenvedő emberekkel és családjaikkal együtt mindennap döntő fontosságú munkát végeznek szerte a világon. De még többet kell tenni. A demencia az összes betegség között a hetedik vezető halálok a világon, de a kormányok többsége – köztük Magyarország kormánya is – nagyrészt figyelmen kívül hagyja, annak ellenére, hogy az egyénekre, a családokra és a társadalomra gyakorolt hatásáról vészjósló kutatási beszámolók látnak napvilágot.

Hazánkban a nemzetközi példákat követve folyamatos, ám lassú fejlődés figyelhető meg a demens betegek ellátásának innovatív megközelítésében. Az elmúlt évtized kezdeményezéseit a pandémia hatásai sok esetben megtorpanásra kényszerítették. A jövőben e kezdeményezések újraindítása, fenntartása mellett a Nemzeti demenciastratégia társadalmi egyeztetést követő elfogadása a legsürgetőbb prioritás.

Felhasznált irodalom

- ADI (2021): *Journey through the diagnosis of dementia, World Alzheimer Report*, <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2021/> (letöltve: 2022. 07. 10.).
- ADI STATISTICS (2021): *Alzheimer's Disease International Statistics*, <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics/> (letöltve: 2021. 11. 22.).
- AT.HOME: <https://www.at-home.hu/hu/index.php> (letöltve: 2022. 10. 28.).
- CAI, XIAOYAN – ZHOU, LU – HAN, PEIYING – DENG, XIAOLAN – ZHU, HUANHUAN – FANG, FANG – ZHANG, ZHI (2021): Narrative review: recent advances in doll therapy for Alzheimer's disease, *Annals of Palliative Medicine*, 10. évfolyam, 2021/4., 4878–4881. DOI: <https://doi.org/10.21037/apm-21-853>
- CHOW, SELINA ET AL. (2018): National dementia strategies: What should Canada learn?, *Canadian Geriatric Journal*, 21. évfolyam, 2018/2., 173–209. DOI: <https://doi.org/10.5770/cgj.21.299>
- CHUNG, JENNY – LAI, CLAUDIA – CHUNG, BETTY – FRENCH, PETER (2002): Snoezelen for dementia, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. évfolyam, CD003152. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003152>
- COGNISANCE: Co-Designing Dementia Diagnosis And Post Diagnostic Care, <https://cheba.unsw.edu.au/consortia/cognisance> (letöltve: 2022. 10. 28.).
- DESHMUKH, SUNITA R. – HOLMES, JOHN – CARDNO, ALASTAIR (2018): Art therapy for people with dementia, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. évfolyam (9), CD011073. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011073.pub2>
- DP: Demencia Prevenção Kutatási Program, <https://demenciaplatform.hu/> (letöltve: 2022. 10. 28.).
- EGERVÁRI ÁGNES – KÁZÁR ÁGNES – KOSTYÁL ÁRPÁD – KOVÁCS TIBOR – SKULTÉTI JÓZSEF (2020): *A demencia korszerű szemlélete*, Budapest, Szociális Klaszter Egyesület, https://gokvi.hu/sites/default/files/file/2020/07/06/3G_A%20demencia%20korszer%C5%B1%20szeml%C3%A9lete.pdf (letöltve: 2021. 11. 02.).
- FEKETE MÁRTA (2019): Demencia és társadalmi fenntarthatóság, *Esély*, 30. évfolyam, 2019/2., 31–53.
- FWD: Forward With Dementia, <https://www.forwardwithdementia.org/> (letöltve: 2022. 10. 28.).
- JDR: Join Dementia Research, <https://www.joindementiaresearch.nihr.ac.uk/> (letöltve: 2022. 10. 28.).
- LIVINGSTON, GILL ET AL. (2020): Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission, *The Lancet*, Volume 396, Issue 10248, 413–446. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- NGANDU, TIIA ET AL. (2015): A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive

- decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial, *The Lancet*, Volume 385, Issue 9984, 2255–2263. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)60461-5)
- RAJNA PÉTER (2017): *Öregedő agy – idősödő elme – örökifjú (?) lélek*, Budapest, MultiArt.
- RAJNA PÉTER (2020): Parkolópályán a demencia-terápia kutatás?, *Szociálpolitikai Szemle*, 6. évfolyam, 2020/2., 4–14.
- SOONG, AIJIA – AU, SHU TING – KYAW, BHONE MYINT – THENG, YIN LENG – CAR, LORAINNE TUDOR (2020): Information needs and information seeking behaviour of people with dementia and their non-professional caregivers: a scoping review, *BMC Geriatrics*, Volume 20, Issue 61. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1454-y>
- SZILVÁSINÉ BOJDA MÁRTA (2020): Demenciával élők családtagjait támogató programok, *Magyar Gerontológia*, 11. évfolyam, 2020/37–38., 47–52. DOI: <https://doi.org/10.47225/MG/11/37-38./7902>
- WALL, MICHELLE – DUFFY ANITA (2010): The effects of music therapy for older people with dementia, *British Journal of Nursing*, 19. évfolyam, 2010/2., 108–113. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.2.46295>
- WHO (2008): Mental Health Gap Action Programme, <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme> (letöltve: 2019. 02. 10.).
- WHO (2017): „The global action plan on the public health response to dementia 2017–2025”, <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025> (letöltve: 2022. 09. 02.).
- WILCOCK, JANE ET AL. (2021): Co-designing toolkits to improve post-diagnostic support for people living with dementia, care partners and health and social care professionals (COGNISANCE), *Alzheimer's and Dementia*, 2021. december 31. DOI: <https://doi.org/10.1002/alz.054415>

Innovative directions of dementia care

ABSTRACT

Dementia is a national disease of our time, a global public health problem. 55 million people suffer from dementia worldwide and this number is predicted to reach 139 million by 2050. In addition to the burden on the health and social care system, the disease also challenges caring families. The World Health Organization announced the Global Action Plan for the period 2017–2025, which is supported by 194 member countries. The following sub-tasks are declared in the action plan: making dementia a public health priority, increasing dementia-related awareness and acceptance, reducing the risk of dementia, improving health care, supporting families who care for dementia patients, developing dementia-related health information systems, and supporting research and innovation. The study presents seven outstanding innovative international good practices along the priorities defined in the Action Plan, comparing them with domestic experiences.

KEYWORDS: dementia, good practice, dementia care

GEDEONNÉ DALLOS RITA | Okleveles szociálpolitikus, szakvizsgázott szociálgerontológus, rehabilitációs környezettervező, a Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskolájának doktorandusza.

ORBÁN ANDRÁSNÉ

Legyen szép a kor – demenciával is

DOI: 10.56699/MT.2022.4.8

ABSZTRAKT

A tanulmány az idősödés – mint természetes élettani folyamat – bemutatása mellett felhívja a figyelmet korunk egyik legsúlyosabb egészségügyi és szociális kihívására, a demenciára.

A szellemi és értelmi leépüléssel járó tünetegyüttes hátterében minden esetben agyi elváltozások állnak. Az írás bemutatja a demencia hátterében meghúzódó okokat, a súlyossági fokozatokat, valamint a diagnózis pontos felállításához szükséges vizsgálatok sokaságát.

A demencia kezelése összetett feladat, amely magában foglalja a gyógyszeres és a pszicho-, illetve szocioterápiás kezelési formákat. Ebből adódik, hogy a demenciával élő beteg otthoni ellátása csupán rövid ideig, a tünetek megjelenésének elején oldható meg viszonylagos biztonsággal. Az idősotthonok szerepe ebben az élethelyzetben felértékelődik, mivel a demens idősök huszonnégy órás felügyeletre, teljes körű ápolásra, gondozásra szorulnak.

KULCSSZAVAK: időszerűak, demencia, idősödés, idős gondozás

„Az öregedést nem kerülhetjük el, viszont jelentősen lassíthatjuk, és az sem törvényszerű, hogy olyan drasztikusan menjen végbe, ahogy nemegyszer láthatjuk.”
(Ruediger Dahlke)

Az idősödés és a demencia nagyon szorosan kapcsolódik jelenlegi munkahelyem mindennapjaihoz. A Magyar Máltai Szeretetszolgálat Gondviselés Háza Sárga Rózsa Időszerűak Otthonában egy éve dolgozom intézményvezetőként, de harminchat évi szociális munkával töltött időszakom alatt mindvégig annak érdekében végeztem tanulmányokat, hogy kellő szakmai tudás birtokában, hatékonyan járuljak hozzá ahhoz, hogy az idős kor ne pusztán az élet vége, hanem tartalommal, élettel teli új életszakasz legyen.

KIK AZ IDŐSEK? MIKOR BESZÉLÜNK DEMENCIÁRÓL?

Az idősödés, az időskor meghatározására számos magyarázat, többféle megközelítés létezik. Kronológiai életkornak nevezzük azt a kort, amely az évek számával fejezhető ki. Ettől eltérhet a biológiai kor, amely az egészségi állapot függvénye. Annak alapján, hogy ki milyen idősnek érzi magát, beszélhetünk pszichológiai korról, illetve aszerint, hogy a társadalom milyen idősnek tart valakit, szociológiai életkorról is. Hazánkban – társadalmi szinten – a jelenlegi nyugdíjrendszert figyelembe véve (mindkét nem tekintetében) a hatvanötödik életévtől, míg a foglalkozáspolitikát tekintve a negyvenötödik életév betöltésétől számítódik az időskor (Idősek Akadémiája, 2010).

Az időskor ne pusztán az élet vége, hanem tartalommal, élettel teli új életszakasz legyen.

Sokféle megközelítés létezik, de leggyakrabban a WHO életkor szerinti felosztását használjuk.

Eszerint az 50 és 59 év közöttiek az áthajlás korában lévők, a 60 és 74 év közöttiek az idősödők, a 75–89 évesek az idősek, a 90 és 99 év közöttiek a nagyon idősek vagy aggok, a száz év feletti a matuzsálemi korúak (*centenarians*), míg a százöt év felettieket *super-centenarians*-nak nevezik.

Az öregedési folyamat egyénenként változó, genetikai és környezeti tényezők egyaránt befolyásolhatják, de a korábbi feladatok, a társadalomban betöltött szerepek elvesztése is meghatározó lehet. Az időskor egyik alapvető jellegzetessége – a kor előrehaladtával – a fokozatos lassulás folyamata, amely a testet és a szellemet egyaránt érinti. Az időskor másik jellemző sajátossága, hogy fokozatosan emelkedik a mindennapi életvitelükben korlátozott személyek aránya.

A demencia nem része a „normális” öregedésnek, a demens személy emlékeztavara sokban különbözik az időskori feledékenységtől. Nem tekinthető a természetes öregedés velejárójának, ugyanakkor napjaink egyik legsúlyosabb egészségügyi és szociális kihívása, a szellemi és értelmi leépülés állapota, egy tünetegyüttes, melynek háttérében minden esetben agyi elváltozások állnak. A tünetek magukban foglalhatják az emlékezetkiesést, a nehezített gondolkodást, a problémamegoldó képesség és a nyelvi készségek leépülését. Ezek súlyosan korlátozzák az önálló képességet, a mindennapi tevékenységek beszűkülnek. Az említetteken túl bekövetkezhetnek a kedélyállapotot és a viselkedést befolyásoló változások is. A demencia tüneteivel hasonló szimptomákat produkáló, az elbutulás képében megjelenő betegség az időskori depresszió, melyet nagyon könnyű összetéveszteni a demenciával. Ha a viselkedés és mozgás gátoltsága, valamint a beszéd-készség nagyfokú csökkenése mellett a depresszió jellegzetes tünetei is jelen vannak, pszeudodemenciáról – nem valódi elbutulásról – beszélhetünk.

A demencia progresszív – a pszeudodemenciák kivételével –, vissza nem fordítható állapot, tünetei fokozatosan súlyosbodnak.

A demencia előfordulása napjainkra elérte a népbetegségek gyakorisági szintjét. A jelentős növekedés háttérében az életkor kitolódásával együtt járó Alzheimer-kór

előfordulásának megsokszorozódása, illetve az érbetegségekre visszavezethető – magas számban előforduló – vaszkuláris demencia áll.

A leggyakrabban előforduló típusa az Alzheimer-kór, illetve annak vaszkuláris okokkal való keveredése, majd ezt követi a tisztán eredetű vaszkuláris demencia, melyet az egész szervezetre kiterjedő, előrehaladott érlemeszesedés agyi megnyilvánulása okoz. Harmadik leggyakoribb fajtája a Lewy-testes demencia.

A nemek tekintetében nőknél gyakoribb a demencia előfordulása (Zárol, 2014).

A demencia hátterében meghúzódó okok alapján a szakirodalom megkülönböztet elsődleges és másodlagos demenciákat. Elsődleges demenciáról akkor beszélünk, ha a tünetek kialakulásának hátterében valamilyen primer degeneratív idegrendszeri betegség áll (például Alzheimer-kór, kortikobazális szindróma, Lewy-testes demencia, a Parkinson-kórhoz társuló demencia).

A másodlagos demenciák hátterében egyéb okok állnak (például érrendszeri betegségek, felszívódási zavar, cukorbetegség, tartós alkoholfogyasztás, a máj vagy a vese súlyos működési zavara).

A demencia súlyossági fokozatait tekintve enyhe, közepes és súlyos demenciáról beszélhetünk. Enyhe fokú demencia esetén az egyén szociális aktivitása még teljesen ép, de nagyfokú fáradékonyság jelenik meg, illetve beszűkül a munkavégzés intenzitása. Középsúlyos demenciánál az önálló életvezetésben már szükséges lehet az ellenőrzés és a felügyelet, egyre nagyobb a környezettől való függőség. Az addig rutin szellemi és fizikai munka folyamataiban bizonytalanság, megtorpanás jelentkezik, gyakori a figyelmetlenség, a feledékenység, az ítéletalkotás zavara. Jellemzően ebben a szakaszban kerül sor a diagnosztizálásra. A súlyos demenciában szenvedő személy állandó segítséget, gondoskodást igényel a mindennapi életvitelben. A tájékozódási zavarok miatt gyakori az eltévedés, elbolyongás, ezzel együtt nagyfokú nyugtalanság, zavartság lép fel. A gondolkodás teljesen zavarttá válik, a beszéd akadályozott, a beteg a hozzátartozóit sem ismeri meg. A folyamat előrehaladásával az alapvető motoros funkciók sem működnek, a végstádiumban a beteg inkontinens, ágyban fekvő lehet.

A diagnózis felállítása rendkívül összetett feladat. Az anamnézis pontos felvétele mellett nagyon fontos a fizikális, a belgyógyászati, pszichiátriai, neurológiai orvosi vizsgálat, illetve a laboratóriumi vizsgálatok: EKG, EEG, CT, MRI. A pszichológiai vizsgálatokat tesztekkel végzik, melyek lehetővé teszik az egyes gondolkodási részfunkciók épségének vagy károsodásának, illetve az önellátás, a szellemi hanyatlás feltárását, mindezek mértékének megítélését (Karándi et al., 2019).

TELJES ÉLETET ÉLNI – KORLÁTOKON BELÜL

A demencia kezelése – a kialakulásának hátterében meghúzódó betegségek sokféleségének megfelelően – szerteágazó, összetett feladat, amely magában foglalja a gyógyszeres és a pszicho-, illetve szocioterápiás kezelési formákat. A gyógyszeres kezelés célja a gondolkodási funkciók javítása, illetve az állapotromlás lelassítása. A nem gyógyszeres

kezeléshez tartoznak a különböző memóriatréningek, a realitásorientációs tréning, a viselkedésre, az érzelmi életre, illetve a szabadidős tevékenységre fókuszáló foglalkozások. Nagyon fontos a demenciában szenvedő ember hozzátartozójának, ápolójának felvilágosítása, érzelmi és lelki támogatása, a problémák megoldásának segítése.

A demens beteg számára az a legideálisabb megoldás, hogy ameddig csak lehet, családi körben élhessen, hiszen a megszokott környezet biztonságot jelent számára. A hozzátartozók pszichés terhelésének enyhítésére a betegség korai szakaszában még biztosítható a beteg felügyelete nappali ellátás keretében, illetve házi segítségnyújtással, azonban a tünetek súlyosbodásával a demenciával élő személy huszonnégy órás felügyeletre szorul, amelyet csak kevés hozzátartozó tud vállalni. A hosszabb távú megoldást a bentlakásos intézményi ellátás jelentheti, illetve jelentené, mivel a teljes körű ápolást-gondozást nyújtó idősotthonok általában teljes létszámmal működnek, és rendkívül hosszú a várakozók sora. Olykor a szakemberek alacsony száma nehezíti a demens lakók felvételét, hiszen ellátásuk magasabb gondozói létszámot igényelne.

A személyi feltételek biztosítása mellett nagyon fontos a tárgyi környezet is. A demens betegek részére biztonságos, védett, jól átlátható, egyértelmű jelzésekkel ellátott környezetet kell kialakítani megfelelő terekkel, biztosítva számukra a szabad mozgást, a levegőn tartózkodás lehetőségét. Ügyelni kell arra, hogy a környezet csak annyira korlátozza a demenciával élő személyt a függetlenségében, amennyire az állapotából adódóan szükséges.

A folyamatos orvosi ellátással, a szűrővizsgálatokkal és a gyógyszeres kezelések biztosításával lehetővé válik, hogy a demens betegek a mentális hanyatlás állapotában is alkotmányos és alanyi jogaik tiszteletben tartásával élhessenek, különös tekintettel a legmagasabb szintű egészséghez való jogra. A gondozásban, ápolásban a legfontosabb szempontok a szeretetteljes, gyengéd bánásmód, az emberi méltóság maradéktalan tiszteletben tartása, a megfelelő, hasznos elfoglaltság biztosítása, a meglévő képességek megőrzése, a személyközpontú ellátás megteremtése.

A Tom Kitwood nevéhez fűződő humanisztikus szemlélet azt hangsúlyozza, hogy a demencia kialakulása olyan nehézséghez vezet, amelynek esetén a személy érintettsége lényegesen függ a gondozás, az ellátás minőségétől. A holisztikus megközelítés nem csupán a fizikai állapotot veszi figyelembe, hanem a pszichoszociális és a spirituális jóllétet is (Kovacsics, 2020).

Virginia Bell megközelítése, a „legjobb barát modell” a demens betegek mentális gondozására összpontosít, melynek célja a szociális készségek megőrzésének, megerősítésének segítése. A szemlélet alapgondolata, hogy a demenciával élő ember nem „tárgy”, hanem személy, akinek érzései, értékei vannak, akiben ott él a múltja, a családja, vannak vágyai, hobbijai. E modell arra helyezi a hangsúlyt, hogy a demens személy gondozója

A demenciával élő ember nem „tárgy”, hanem személy, akinek érzései, értékei vannak, akiben ott él a múltja, a családja, vannak vágyai, hobbijai.

barátként legyen jelen a félelemben, elveszettségben élő számára, biztosságot, megértést, elfogadást nyújtva (Karándi et al., 2019).

Az énszichológiai megközelítés Jane Cars és Birgitta Zander nevéhez fűződik. Lényege, hogy a gondozás során az elveszett képességeket próbáljuk kompenzálni, a még meglévő képességeket pedig támogatjuk (Kovacsics, 2020).

A személyközpontú modellek a demenciában szenvedőt helyezik a középpontba, ami elengedhetetlen az érintettek életminőségének fenntartásához, emberhez méltó életükhöz.

Felhasznált irodalom

- IDŐSEK AKADÉMIAJA (2010): *Bevezetés az Idősügyi Nemzeti Stratégiába*, <https://docplayer.hu/1917044-Bevezetes-az-idosugyi-nemzeti-strategiaba.html> (letöltve: 2022. 06. 01.).
- KÁRÁNDI ERZSÉBET – KOVACSICS ZSUZSANNA – RETTEGI ZSOLT (2019): *Demenciával élő személyek ellátása és gondozása, valamint a demenciával élő személyek viselkedésváltozásai*, Hallgatói tananyag, Budapest, Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság.
- KOVACSICS ZSUZSANNA (2020): *Személyközpontú gondoskodás modelljei*, https://demencia.hu/wp-content/uploads/2020/03/kovacsics_zsuzsa.pdf (letöltve: 2022. 06. 03.).
- ZÁROL EVELIN (2014): Az idősek helyzete, idősügy Magyarországon, 1., *Kapocs*, 13. évfolyam, 2014/3., 2–12.

Let age be wonderful – even with dementia

ABSTRACT

This paper besides presenting ageing as a natural physiological process, draws attention to one of the most serious health and social challenges of our time, dementia. Dementia is a complex of symptoms associated with mental and intellectual decline, all of which are caused by brain alterations. The paper describes the causes of dementia, its levels of severity and the range of tests needed to make an accurate diagnosis. The treatment of dementia is complex, involving both pharmacological and psycho-social therapeutic treatments, which means that home care for patients with dementia can only be relatively safe for a short period of time, at the beginning of the onset of symptoms. The role of nursing homes is becoming increasingly important, as elderly people with dementia require 24-hour supervision and comprehensive care.

KEYWORDS: elderly, dementia, ageing, elderly care

ORBÁN ANDRÁS NÉ | Szociálgerontológus, szakvizsgázott szociális munkás (idősek szociális ellátása témacsoport), a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület Gondviselés Háza – Sárga Rózsa Időskorúak Otthona, Sármellék – intézményvezetője.

MÜLLER NÁNDORNÉ

A zalakomári idősothton, a mi otthonunk

DOI: 10.56699/MT.2022.4.9

ABSZTRAKT

A zalakomári Arany Tölgy Időskorúak Otthona egy éve az új munkahelyem, de ennél sokkal több. A máltai intézmények közül az egyik legjobban felszerelt, jó helyen fekvő idősothton. „Igazi kis ékszerdoboz.” Az engedélyezett férőhelyek száma százhat, két részlegben elosztva. Az egyikben az idősek, a másikon demens személyek laknak. Szívügyem a demens emberek ellátásának, életkörülményeinek javítása, állapotuk szinten tartása. Nagyon sok színes programot kínálunk lakóink számára. Kulturális rendezvényeink közül a zenés-táncos délutánok a legnépszerűbbek. Írásom betekintést enged intézményünk életébe, hétköznapjaiba. Ezáltal az olvasók is megbizonyosodhatnak arról, hogy otthonunk minden dolgozója a legjobb tudása szerint, szívvel-lélekkel gondoskodik a ránk bízott idős emberekről.

KULCSSZAVAK: Zalakomár, idősek, demencia, programok, szüleim

Aranytölgy Időskorúak Otthona – 8751 Zalakomár, Péczely köz 1. Kicsivel több mint egy éve vezetem ezt a csodás, minden igényt kielégítő tartós bentlakásos otthon, mely Zala és Somogy megye határán kapott helyet. „Igazi kis ékszerdoboz”, szoktam mondani. Bátran állíthatom, hogy a Magyar Máltai Szeretetszolgálat egyik legjobban felszerelt, jó helyen fekvő, az idősek minden igényét kielégítő intézménye. Százhat férőhelyre van engedélyünk. Az intézmény külön részlegében kapnak helyet a demenciában szenvedők. E részleg zárt, lakóink két–négy ágyas szobákban vannak elhelyezve. Szívügyem a demens személyek ellátásának, életkörülményeinek javítása, állapotuk szinten tartása. Fontos számomra, hogy a hétköznapokat minél tartalmasabban töltsék lakóink. A mentálhigiénés csoport vezetése is a feladataim közé tartozik.

Az elmúlt évben színesedett a választható programok kínálata. A szinten tartás a legfontosabb cél, de lényeges az is, hogy szórakoztató legyen a program. Kulturális programjaink közül a legnépszerűbbek a zenés-táncos délutánok. Szerveztünk Halloween-bulit beöltözött boszorkányokkal, farsangoltunk, húsvéti locsolóbált tartottunk. Író-olvasó találkozónk is volt, valamint a nálunk élők szívesen járnak a könyvtárba irodalmi ká-

véházra, ahol szívesen látunk vendégül mindenkit egy finom kávéra és sütire. Évek óta megrendezzük a családi napot. Lakóink nagy örömmel várják hozzátartozóikat. Tavaly a kolléganőim diavetítést rendeztek az intézmény hétköznapijairól és programjairól, finom szendvicsekkel és limonádéval várva a vendégeket. A program zárásaként fellépett a helyi hagyományőrző táncsoport.

2023 februárjától, az idei tanév második felétől szeretnénk bevezetni a „tanóra az otthonban” programot, melynek célja a különböző generációk találkozása, tudásátadása. Egy általános iskola felső tagozatos diákjait szeretném megszólítani ezzel a programunkkal. A felsős gyerekeknek tartsanak közös tanórát a pedagógusok, lakóinkkal közösen.

Minden hónapban csak egy bármilyen tanórát szeretnénk szervezni, a helyi általános iskola felső tanárait megkérve. Korábbi tapasztalatom szerint ezek az alkalmak rendkívül interaktív órák lehetnek, például egy történelemórán a gyerekek és a lakók csapatban a második világháborúról tanulva repülőket készítettek. Voltak közös énekóráink is. A helyi iskolavezetés is nagyon nyitott az együtt töltött alkalmakra. Hiszem, hogy a gyerekek betekintést nyerve a bentlakók életébe nyitottabbá válnak az idősek iránt. Így később bátrabban vállalhatnak önkéntes munkát az intézményünkben, és szívesebben jönnek hozzánk teljesíteni az érettségi előtti kötelező közösségi munkát.

Az említett programokat a másik szárnyon élő időskorú lakóinkkal közösen szervezzük meg. A két szárnyat gyönyörű udvar köti össze, ahol idén májusban immár második alkalommal szerveztünk termelői piacot. Helyi, illetve a közelben lakó őstermelők hozták el portékáikat, többek közt levendulás termékeket, sajtot, homoktövises termékeket, süteményeket. Máskor a Kis-Balaton Látogatóközpontba szerveztünk kirándulást, amelyre tizenkilenc fővel indultunk útnak. A Kányavári szigeten szalonnát süttöttünk, de hogy minden lakónk élvezhesse a programot, intézményünk kertjében megismételtük a szalonnasütést.

Terveim között szerepel magaságysok kialakítása a konyhakertben. Nagyon sok lakónk szereti a kertészkedést, de jelenleg csak a virágültetésben tudnak segíteni, ezért szeretném kibővíteni ezt a tevékenységi kört az újraindult konyhánkban termelt növényekkel. Újdonság a közeli termálfürdő kihasználásának lehetősége is: fürdőjáratot indítottunk a Zalakarosi Fürdőbe. Terápiás munkatársunk kíséretében mennek ide fürdeni a lakóink, néhányan még a szaunát is kipróbálták. Kézműves-foglalkozásainkat különösen a demens lakóink szeretik. Legutóbb kavicsokat festettek nagy élvezettel. Meglévő képességeik szinten tartása is naponta beépül a programok közé.

A színes programkínálat mellett nagyon fontos a hitélet. Minden pénteken a Magyar Máltai Szeretetszolgálat alapító elnöke, Kozma Imre atya által celebrált misét közvetítünk online az otthonunk kápolnájában. Katolikus plébános, református lelkész is

Bátran állíthatom, hogy a Magyar Máltai Szeretetszolgálat egyik legjobban felszerelt, jó helyen fekvő, az idősek minden igényét kielégítő intézménye.

jár az intézményünkbe. Több alkalommal tartott gitáros imaórát és lelkigyakorlatot a zalakarosi diakónus. A terápiás munkatárs kollégáink naponta imaórát tartanak, melyre különösen nagy igényük van lakóinknak.

Külön gondot fordítunk az étkeztetésre. Ellátottjaink naponta ötszöri étkezést kapnak (reggeli, tízórai, ebéd, uzsonna, vacsora), valamint pótvacsorát az inzulinos cukorbeteg. Diétás ételleket is biztosítunk, dietetikus alkalmazásával, aki szakorvosi javaslatok alapján állítja össze a diétákat. Szerencésnek mondhatjuk magunkat, mert a saját konyhánkon készülnek háziás ételek. Hetente két alkalommal meleg reggelit kínálunk, egy alkalommal pedig meleg vacsorát. Étlaptanács is működik: időseink igényeit és kívánságait figyelembe véve állítjuk össze étlapunkat. A nagyobb ünnepek alkalmával figyelünk a hagyományokra is. A farsangi időszakban fánkot sütünk, húsvétkor nem maradhat el a főtt sonka, karácsonykor pedig a halászlé és a bejgli. Alkalmanként lakóink felügyelet mellett maguk készítik süteményeiket, amelyekkel szívesen kínálják meg lakótársaikat.

Kiemelt figyelmet szentelünk lakóink egészségi állapotának. Mozgáskorlátozottságukat, demenciájukat figyelembe véve helyben biztosítunk számukra pszichiátriai, sebészeti és háziorvosi szakrendelést. Gyógymasszőrt is alkalmazunk, időseink legnagyobb meglepésére. Kellemes időtöltés számukra, ha ellazulhatnak és relaxálhatnak egy-egy masszázs alkalmával.

Sajnos családi érintettségem is van az intézményben: szüleim az előző év karácsonyán kerültek be hozzánk. Szociális szakemberként tisztában voltam vele, hogy a legjobb döntést hoztuk meg a nővéremmel.

Édesapám 2008-ban, hatvanéves korában agyvérzést kapott, épp akkor, amikor anyukám korengedményesen nyugdíjba ment. Édesanyám tizenhárom évig ápolta apukámat. Kezdetben nem engedték, hogy szakemberek segítsenek nekik. Édesapám rehabilitációra sem ment, így állapota rohamosan romlani kezdett. A demencia kezdeti stádiumában még el tudta látni magát, járókerettel közlekedett. Fokozatosan kevesebbet beszélt, érdeklődése beszűkült, csak televíziót nézett. Korábban sokat olvasott, betegsége után azonban már nem szerette ezt a tevékenységet. Nem vette jó néven a látogatásainkat, úgy gondolom, szégyellte az állapotát. Az évek során folyamatosan romlott az általános állapota. A még nagyobb baj tavaly szeptemberben következett be, amikor édesanyám egészségi állapota is megromlott. Nem tudta tovább vállalni édesapám gondozását.

Bátran mondhatom, hogy otthonunkba költözve hamar túllendültek a kezdeti nehézségeken. Kifejezetten jót tett nekik a bentlakásos élet. A saját korosztályuk tagjaival vannak, akiknek hasonlók a problémáik. Szerencsés helyzetben vagyok, mert minden nap láthatom a szüleimet. Remélem, nagyon sok évig így lesz még.

Sajnos még mindig él az a tévhit, mely szerint egy idősotthon lakóinak unalmasan, ingerszegényen telnek a napjaik. A fentiek alapján bátran állíthatom, hogy a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Aranytölgy Időskorúak Otthonában változatos, sokszínű prog-

ramot kínálunk lakóink részére. Bízom benne, hogy a jövőben még tartalmasabb együttéléteket tudunk biztosítani, amelyekre a hozzátartozókat is szeretettel várjuk. Így betekintést nyerhetnek intézményünk életébe, s megbizonyosodhatnak róla, hogy szeretteiket biztonságban tudhatják.

Zalakovár Home for Elderly – Our Home

ABSTRACT

Zalakovár, Golden Oak Home for the Elderly, has been my new job for 1 year, but it's much more than that. "A real little jewel box". One of the best equipped, well located, nursing homes in the institutional network of the Hungarian Charity Service of the Order of Malta. 106 licensed capacity, divided into two wards. One section is for the elderly and the other for people with dementia. My personal concern is to improve the care and living conditions of people with dementia and to maintain their condition. We offer a lot of colourful programs for our residents. Among our cultural programs, the most popular are the music and dance afternoons. The following will give an insight into the life of our institution, into everyday life, so that readers can be assured that all the staff of our institution take care of the elderly people entrusted to us with all their heart and soul, to the best of their ability.

KEYWORDS: Zalakovár, elderly people, dementia, programs, my parents

MÜLLER NÁNDORNÉ | Szociális munkás, okleveles andragógus. 1994-ben kezdte szakmai pályafutását. 1996 és 2021 között a Mágocsi Szociális Gondozási Központban dolgozott gondozóként, mentálhigiénés szakemberként, vezető ápolóként, majd intézményvezetői minőségben. 2021. május 1-jétől a zalakovári Aranytölgy Időskorúak Otthona intézményvezetői feladatait látja el.

FÜLÖP SZILVIA

„Hogyan tovább, demensgondozás?”

Kihívások és lehetőségek a demenciával élők szociális ellátásában

DOI: 10.56699/MT.2022.4.10

ABSZTRAKT

Több mint negyedszázada már, hogy a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesülettel, illetve a fenntartásában működő siófoki Gondviselés Háza intézményével kapcsolatba kerültem. Kezdetben gondozóként, majd szakmai vezetőként (támogató szolgáltatás és fogyatékos személyek nappali ellátása), 2008. augusztus 1-jétől pedig a Gondviselés Háza integrált intézmény vezetőjeként tevékenykedem. Segítői hivatásom több évtizedes gyakorlása során szembesültem a folyamatosan változó körülményekkel, melyek a társadalom, a szociális ellátórendszer, az intézményünk, a családok és egyének számára egyaránt nehézségeket, megoldásra váró élethelyzeteket generálnak. Írásom a demenciára fókuszál, a Gondviselés Házában tapasztaltakat alapul véve. A rövid bemutatkozás után a probléma komplex bemutatására, elemzésére törekszem. Bemutatom az intézményünk által alkalmazott terápiákat, beavatkozási módokat, értékelésüket, valamint a megoldási alternatívákat.

KULCSSZAVAK: demencia, idősor, terápiás lehetőségek, foglalkoztatás, megoldások

„Nincs olyan betegség vagy testi, lelki szenvedés, amelyben ne ismerhetnénk föl az emberi élet szent értékét és Krisztus szenvedésének jelét, amely arra ösztönöz, hogy szeretettel gondoskodjunk a szenvedőkről, megvédve méltóságukat.”

(Ferenc pápa)



Önkéntesként kerültem kapcsolatba 1995-ben a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Siófoki Önkéntes Csoportjával, majd 1996 áprilisától főállású munkatársként tevékenykedem a siófoki Gondviselés Házában. Segítői hivatásom több évtizedes gyakorlása során szembesültem a folyamatosan változó körülményekkel, melyek a tár-

sadalom, a szociális ellátórendszer, az intézményünk, a családok és egyének számára egyaránt nehézségeket, megoldásra váró élethelyzeteket generálnak. Európa és benne hazánk népességének előregedése, az ennek következtében megváltozott egészségügyi és szociális szükségletek, a demenciával élők számának rohamos növekedése, adekvát, személyközpontú, szakmai értékeken nyugvó ellátásuk mind a család, a hozzátartozók, mind a demens személyt ápoló-gondozó intézmény és a társadalom számára sok szempontból egyre nagyobb kihívást jelent.

Az Eurostat 2017-ben megjelent adataiból tudható, hogy az Európai Unió huszonnyolc országában élő lakosok becsült száma 510,3 millió fő. Ebből

- 0–14 éves a lakosság 15,6 százaléka;
- 15–64 éves a lakosság 65,2 százaléka;
- 65 éves és annál idősebb a lakosság 19,2 százaléka.

A hatvanöt évesek és annál idősebbek aránya 2015–2016-hoz képest 0,3 százalékkal, a tíz évvel korábban mért adatokhoz képest pedig 2,4 százalékkal növekedett (Eurostat, 2017). Tudjuk, hogy az idősek aránya a népességen belül erőteljesen növekszik, amivel együtt arányosan nő a gondozási szükségletek mértéke is, amely mind a családokkal, mind a szociális (és az egészségügyi!) ellátórendszerrel szemben egyre nagyobb elvárásokat diktál. Ezek közt az időskori demencia megfelelő kezelésének kiemelt jelentősége van. Az Alzheimer Világszövetség 2016-ban megjelent jelentése szerint 47 millió demens személyt tartanak nyilván világszerte. Ez a szám becslésük szerint 2050-re 135 millióra fog növekedni (Alzheimer Világszövetség, 2016).

A hazai szakirodalomban megjelent adatok szerint a nyolcvanöt év feletti idősokorúak körében a demencia előfordulásának gyakorisága meghaladta a 30 százalékot, ugyanakkor az idősothonban élők esetében ez az arány elérte a 40-50 százalékot (Szabó, 2020). A mi intézményünkben is hasonló az arány. Jelenleg huszonnégy súlyos demenciával élő időskorúról gondoskodunk, ami az ellátásban részesülők 45 százaléka. Az otthonunkban élő középsúlyos demensek száma három fő (6 százalék), enyhe demens hat fő (12 százalék), tehát összesen az intézményben élők 63 százaléka érintett a demencia enyhe vagy súlyosabb formájában.

Hivatásom gyakorlása, vezetői küldetésem tizenegy éve alatt számtalan kétségbeesett családdal találkoztam (évről évre többel), amelyek a demens édesanya, édesapa megváltozott viselkedésével szemben idegenül, értetlenül, támogatás nélkül álltak. Próbáltak úrrá lenni az egyre kritikusabb helyzeteken, lehetőségek után kutattak, és sajnos nagyon gyakran magukra maradtak a problémáikkal. Azonnali megoldásokat kerestek, ami szinte minden esetben valóban indokolt volt. Ötven férőhelyes otthonunkban a 2019. május 1-jei nyilvántartás szerint kilencvenkét ellátásra várakozót tartunk nyilván, így évekre van szükség az otthonba való bekerüléshez.

A közelünkben működő három idősothon közül kettő egyáltalán nem fogad középsúlyos és súlyos demenciával élőket. A szolgáltatási kínálat hiánya a szakosított ellátások terén megyei és országos szinten is problémát jelent. (A Szociális Ágazati Portálon

közzétett 2019. december 5-i adatok szerint Somogy megyében 1068, országos szinten pedig 40 066 időskorú várakozik, hogy idősotthonba kerülhessen. A várakozók tényleges száma minden bizonnyal sokkal magasabb, hiszen a jogerős bejegyzéssel rendelkező 1042 szolgáltató közül mindössze 735 szolgáltatott adatot a szóban forgó időben; Szociális Ágazati Portál, 2019.) A tartós bentlakásos ellátást nyújtó intézmények jelentős része nincs felkészülve sem a biztonságot nyújtó, megfelelő fizikai környezet szempontjából, sem a demencia területén jól képzett személyek számát tekintve.

Napjainkra megszűntek a többgenerációs együttélési formák, az életmódban, életstílusban, értékrendszerben bekövetkezett változások miatt az idősök társadalmi helyzete is megváltozott. Fontos alapelvnek tartom, hogy ameddig csak lehet – a család/hozzátartozók számára nyújtott támogatások mellett –, a demenciával élő idős ember megszokott lakókörnyezetében, az otthonában kapja meg a szükséges gondozást.

A szociális alapszolgáltatási rendszer, az otthonközeli ellátások (házi segítségnyújtás, demens személyek nappali ellátása) jelen formájukban nem képesek hatékony választ és segítséget adni a felmerült igényekkel, szükségletekkel kapcsolatban.

A demens időskorút családban gondozók esetében az otthont nyújtó intézmények iránti érdeklődésnek, igénynek nagyon sok oka van, például a következők:

- folyamatos állapotromlás időskori demencia miatt;
- egészségügyi okok;
- természetes támaszok hiánya;
- szociális alapszolgáltatások hiánya, elégtelen működése;
- gazdasági, egzisztenciális okok;
- a primer gondozó családtag folyamatos terhelése, készenléte miatt fizikai és lelki fáradtság, kiegész;
- a demenciával kapcsolatos ismeretek/tapasztalat/gyakorlat hiánya;
- szakápolási, speciális ellátási igények megjelenése.

A bentlakásos intézménybe való bekerülés nagyon sok esetben a fenti okok miatt kialakult kényszerhelyzet szülte döntés következménye. Ezekben a helyzetekben szinte minden esetben a demens időskorút gondozó családtagok döntenek az idősök otthona, mint elhelyezési forma mellett. A lelkiismeret-furdalás, a bűntudat a döntést követően szinte minden esetben megjelenik. Az érzelmi kötődés, a szülővel, esetenként házastársal szemben meglévő kötelességtudat, a főleg kistelepeüléseken élők esetében tapasztalható szégyenérzet, a „jól választottam-e intézményt?” dilemmája/felelőssége egyaránt hozzájárulnak a hozzátartozók aggodalmához, szorongásához.

Előfordul, hogy az idősotthonba költözést követően a családtagok, rokonok, ismerősök részéről egy idő után ritkulnak, elmaradnak a látogatások, a demencia kórképének súlyosbodása miatt a kapcsolattartás nehezítetté válik, a hozzátartozó nem tud megküzdeni a kialakult helyzettel, feladattal. Véleményem szerint a hatékony személyközpontú gondozásnak nagyon fontos, elengedhetetlen feltétele a hozzátartozókkal való harmonikus együttműködés. Dawn Brookert idézve: „Felismerjük, hogy minden

emberi élet, a demenciában szenvedők élete is kapcsolatokon nyugszik. Így a demenciában szenvedőknek gazdag társadalmi környezetre van szükségük, amely azon túl, hogy kompenzálja a képességromlásukat, személyes növekedésüket is elősegíti” (Kovacsics, 2011: 3).

A témával kapcsolatban felmerült kérdéseim, dilemmáim:

- Mi magunk, azaz a Gondviselés Háza, fel vagyunk-e készülve a demenciával élők fogadására mind a tárgyi, mind a személyi feltételek, valamint a tudás, ismeretek és a gyakorlat szempontjából?
- Hogyan tudjuk hatékonyan kezelni, oldani a hozzátartozókban kialakult büntudatot?
- Milyen lehetőségeink vannak a hozzátartozók támogatására, a demencia témakörében meglévő ismereteik bővítésére?

Ezeket a kérdéseket járom körbe írásomban, kiemelt figyelmet szentelve otthonunk jelenlegi helyzetének és jövőbeni lehetőségeinek.

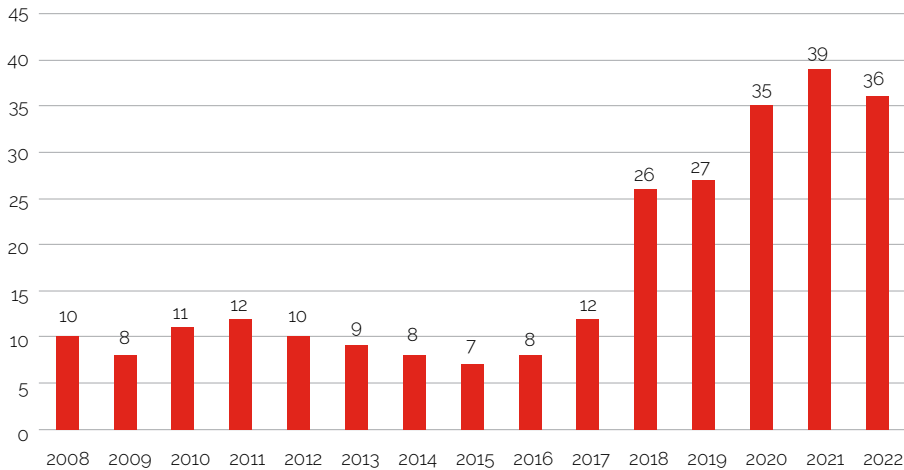
A PROBLÉMA ELEMZÉSE

Intézményünk működésének kezdete óta jelentősen megváltozott az otthonunkba beköltöző idős korúak általános állapota. Az első években, évtizedben a lakók fizikailag és szellemileg is tevékenyek voltak, önkiszolgálási képességeik csak kismértékben sérültek, hiányoztak. A demenciával élők száma nagyon alacsony volt. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (azaz a szociális törvény) 68/A §-a és a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és részletes szabályainak igazolásáról szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM-rendelet 2008. január 1-jétől a gondozási szükséglet vizsgálatát írja elő az idősök otthonával kapcsolatos férőhely-igénylés esetében. A vizsgálat bevezetésével kizárólag magas gondozási szükségletű idősök számára nyújtható szakosított ellátási forma, illetve a szociális törvény meghatároz olyan gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülményeket, melyek fennállásának igazolása esetén a vizsgálatot nem kell elvégezni. Ilyen körülménynek számít többek között a demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata, amelynek meglétét pszichiáter, neurológus vagy geriáter szakorvos szakvéleményével lehet igazolni.

Intézményünkben a nyilvántartás szerint a következők szerint alakult a súlyos demenciával diagnosztizált ellátottak száma:

Intézményünk működésének kezdete óta jelentősen megváltozott az otthonunkba beköltöző idős korúak általános állapota.

1. ábra: A súlyos demensek számának alakulása az MMSZ siófoki Gondviselés Házában (fő) (saját szerkesztés)



Látható, hogy az intézményünkben élő demensek száma az elmúlt években jelentősen emelkedett. Ennek okai a következők:

- demográfiai tényezők, „előregedő” társadalom;
- a demenciával élők számának rohamos növekedése;
- a szociális alapellátás hiánya, elégtelensége;
- a pénzbeli ellátás (ápolási díj) mértéke;
- a demens személyt gondozó családok „magukra hagyása”;
- a demenciával kapcsolatos tudás, ismeretek hiánya;
- a gondozási szükséglet bevezetése;
- 2015 novemberében kapacitásnövelésnek köszönhetően negyvenkettőtől ötvenre nőtt az engedélyezett férőhelyeink száma;
- 2016-ban tíz férőhelyes demenciarészleget alakítottunk ki (az ALiCIA-részleg neve az Alzheimer-kórra és a demenciára utal);
- terápiás lehetőségek bevezetése;
- 2017-ben az intézménynek hosszas és kitartó munka eredményeként sikerült megállapodást kötnie pszichiátriai szakellátásra, azaz „saját” pszichiáterre van;
- a környező intézmények elzárkóznak a demenciával élők fogadásától.

AZ EDDIGI MEGKÖZELÍTÉSÜNK JELLEMZÉSE ÉS ÉRTÉKELÉSE

A demencia-szakellátás iránti elkötelezettségem alapjait 2017 tavaszán, egy norvég tanulmányút nyomán sikerült leraknom. Az ott szerzett tapasztalataim, a megismert módszerek és szemlélet nagyon sokat adott és segít a mai napig is azokban a mindennapi kihívásokban, melyek a demenciával élők ellátása terén nap mint nap előkerülnek.

Intézményünkben törekszünk a jó szakmai színvonalon zajló személyközpontú ellátás megvalósítására. Intézményvezetőként feladatom, hogy munkatársaimat is felkészítem és a lehető legalkalmasabbá teyem arra, hogy tudásuk legjavát adva méltó és értékalapú ellátásban részesítsék a rájuk bízott időskorúakat. Emellett olyan tárgyi és épített környezet kialakítása a célunk, amely garantálja a demenciával élők megfelelő életminőségét, biztonságát. Mindezek megvalósulása érdekében az alábbi programokra, fejlesztésekre került sor intézményünkben.

„ALICIA” RÉSZLEG KIALAKÍTÁSA TÍZ FÉRŐHELLYEL

Előzmény

K. és E. Alzheimer demenciával diagnosztizált idős hölgyek. 2016 tavaszán, néhány hónapos eltéréssel mindketten „elkóboroltak”, azaz elhagyták az intézmény területét úgy, hogy ezt a műszakban dolgozó munkatársak és a lakótársak sem észlelték.

A munkatársak mindkét esetben nagyon rövid időn belül szembesültek a problémával, és intézkedtek, aminek köszönhetően az épségben lévő ellátottakra igen hamar rátaláltunk. Ezt követően megkezdtük a lehetőségeink feltérképezését, számbavételét a hasonló esetek előfordulásának kizárása, a megelőzés érdekében.

Idősotthonunk egy kétszintes U alakú épületben található. A földszinti terek, lakószobák, irodahelyiségek adottságai, a gazdasági és egyéb bejárók elhelyezése sajnos nem tette lehetővé kertkapcsolatos földszinti demenciarészleg kialakítását. Egyetlen olyan terület volt az épületben, amely lehetőséget adott a részleg kialakítására, de sajnos a tetőtérben.

A kialakítás során a következő alapelveket követtük:

- biztonság, védelem;
- nyugalom;
- a biztonságos bolyongás feltételeinek biztosítása;
- az akadálymentesség megvalósulása;
- csúszásmentes padló, szőnyegmentes terek;
- világos terek;
- szakszerű és biztonságot adó megvilágítás, jól elhelyezett fényforrások;
- színek, biztonságos dekoráció;
- barátságos, otthonos belső környezet;
- kétágyas lakószobák.

Intézményvezetőként feladatom, hogy munkatársaimat is felkészítem és a lehető legalkalmasabbá teyem arra, hogy tudásuk legjavát adva méltó és értékalapú ellátásban részesítsék a rájuk bízott idős-korúakat.

Értékelés

A tíz férőhelyes részlegen elsősorban azokat a demenciával élő időskorú gondozottakat helyeztük el, akiknél mozgáskényszer, nagymértékű mozgásigény figyelhető meg, és jelentős időt töltenek helyváltoztatással. Az ő biztonságukat, valamint az elkóborlás kockázatának megelőzését szolgálja az új épületrész. Az eddigi munkálatok hozzájárulnak a kockázatcsökkentő környezet kialakításához, azonban bőven van még lehetőség a fejlesztésre.

NORVÉGIAI SZAKMAI TANULMÁNYÚT

2017 tavaszán szakmai tanulmányúton vettem részt Norvégiában. Azt tapasztaltam, hogy náluk stagnál az otthon nyújtó ellátást igénybe vevő időskorúak, demensek száma, és nő a saját lakóköznyezetben nyújtott ellátások köre.

A Norvégiában alkalmazott „egészségügyi ellátási lépcső” a következőképp alakul:

1. Megelőző felmérés (prevenció: képzés, kávézó)
2. Irányított csoportos foglalkozás
3. Biztonsági jelzés bevezetése
4. Gyakorlati segítség (például meleg étel)
5. Nappali ellátás vagy gondozás az érintett otthonában
6. Speciális otthonok
7. Rövid távú bentlakásos ellátás, rehabilitáció
8. Hosszú távú bentlakásos ellátás

A cél: képessé tenni az idős embert arra, hogy minél tovább a saját otthonában tudjon biztonságban élni. Az otthonában nyújtott ellátások térítésmentesek számára.

Az „élethosszig tartó tanulás” mint a demencia megelőzésének egyik leghatékonyabb eszköze egyhetes szakmai tanulmányutam szinte valamennyi állomásán megjelent valamilyen formában. Egyaránt fontos az állam, valamint az igénybevevő (időskorú) részére is. Norvégia a tudás megszerzésén túl a prevenció, valamint a jobb életminőség elengedhetetlen eszközeként tekint a képzésekre. A képzéseknek köszönhetően hosszabb távon költséghatékonyabb ellátórendszert működtet az állam, mert így az idősek képessé válnak a bentlakásos intézmények helyett a saját otthonukban élni.

Értékelés

A Norvégiában tapasztalt jó gyakorlatok egy részét a saját intézményünkben is igyekeztem, igyekszem alkalmazni, megvalósítani. Az ott töltött idő lehetőséget adott a szakmai kapcsolatok bővítésére, a részt vevő intézményvezető kollégákkal való megismerkedésre, szakmai tapasztalatcserére. Egy máig működő szakmai munkacsoport alapjait sikerült lerakni Norvégiában.

DEMENCIAGONDOZÓ-KÉPZÉSEN VALÓ RÉSZVÉTEL BIZTOSÍTÁSA A SZAKDOLGOZÓK RÉSZÉRE

Az ellátotti igényekre adott, szakmailag jól megalapozott válaszok, a minőségi szakmai munka érdekében fontosnak tartjuk a munkatársak képzését, az újonnan megjelenő igényekre, szükségletekre és a változásokra való felkészítésüket. Mindezek mellett a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) számú, többször módosított SZCSM-rendelet 2018. február 6-ától hatályos rendelkezései szerint a demens személyeket gondozó, bentlakást nyújtó intézményekben a gondozó, ápoló és terápiás munkakörök vonatkozásában az adott szakmai egység célcsoportjának megfelelő, azaz demenciagondozó szakirányú képesítéssel rendelkező, munkakörönként legalább egy-egy foglalkoztatott jelenlétét szükséges biztosítani.

Az első képzési cikluson (2018. június – 2019. március) túl vagyunk, a hétszázhusz órás képzés keretében öt munkatársunk (négy ápoló, gondozó és egy terápiás munkatárs) szerezte meg a demenciagondozói szakképesítést. A szakgondozó interprofesszionális csapat tagjaként, a többiekkel együttműködve vesz részt a demenciával élő személyek komplex ellátásában. A munkaközösségen belül ellátja a demenciával élő személy közvetlen gondozásával összefüggő feladatokat, részt vesz a demenciával élő személy kísérésében, foglalkoztatásában, illetve családtagjai támogatásában. A gondozási feladatok keretében pótolja a demenciával élő személy még meglévő önálló életvitelével kapcsolatos hiányokat, segíti a gondozottat az élet értelmes és élvezhető megélésében, illetve a leépülési folyamat lezárásaként az élet elengedésében. Munkáját személyközpontúan, az ellátott személy igényeinek és állapotának figyelembevételével végzi.

Értékelés

A képzés során a részt vevő munkatársak korszerű elméleti ismeretekkel és gyakorlati készségekkel gyarapodtak. Alkalmassá váltak a munkaterületükhöz illeszkedően önállóan, illetve útmutatás alapján felelősségteljes munkát végezni. Elsajátították a munkaterületükhöz tartozó kompetenciákat, olyan szakemberré váltak, aki intézményi körülmények között, megfelelő elméleti és gyakorlati ismeretek birtokában képes szakszerűen ápolni és gondozni a demenciával élő, rászorult idős embereket. A továbbiakban valamennyi szakmai munkakörben dolgozó kollégát szeretnénk bevonni a képzésbe.

TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK

A demens ellátottak számában mutatkozó növekedés tendenciája motivált bennünket arra, hogy a demencia megelőzése, illetve a kialakult demencia kezelése során, a még meglévő önellátási képességek minél hosszabb ideig tartó megőrzése érdekében a már működő, terápiás munkatársak által biztosított rendszeres készségfejlesztő és -megőrző foglalkozások mellett 2016-tól hatékony és eredményes terápiákat alkalmazzunk.

Ezek egyike az *állatasszisztált terápia*, amely esetünkben kutyaterápiát jelent, mely már negyedik éve zajlik intézményünkben. Régóta ismert tény, hogy a demencia megelőzésében és megfelelő hatékonyságú kezelésében fontos szerepe lehet az állatoknak. Ezt kutatások is alátámasztották, amelyek során kutyák bevonásával Alzheimer-kóros időskorúak tüneteinek sikerült javítani. Otthonunkban a Gyermekkel a Kutyákért – Kutyákkal a Gyermekéért Alapítvány biztosítja a terápiát lakóink részére, képzett felvezető és terápiás kutyák közreműködésével. A heti foglalkozások szervezésében, megvalósításában, az előkészítő tevékenységben aktívan közreműködik az intézményünk terápiás munkatársa. A terápia célja a fizikai és mentális állapot megőrzésének segítése, az általános közérzet javítása, a szociális kapcsolatok fenntartása és fejlesztése, a kommunikációs készség és a memória szinten tartásának, fejlesztésének segítése, általános mentálhigiénés feladatok segítése igény szerint.

2017-ben vezettük be terápiás eszközként az *időskori jógát*. Ennek célja a prevenció és az életminőség javítása, az ellátottak fizikai aktivitásának megőrzése, az izoláció csökkentése, a társas kapcsolatok erősítése, az önértékelés növelése, az időskori fiziológias és patológiás változások csökkentése, testi, mentális és lelki vonatkozásban egyaránt.

A fizikai aktivitásnak kettős előnye van: egyrészt a fizikai egészség fejlesztése révén ellensúlyozza a mentális problémák okozta testi bajokat, csökkenti a kardiovaszkuláris rizikót vagy éppen az elhízást, másrészt javulást okoz a mentális tünetekben, a demenciában is.

Egy-egy alkalommal tíz-tizenöt ellátott vesz részt a foglalkozásokon, melyekre heti egy alkalommal kerül sor, képzett jógaoktató irányításával, akinek a munkáját a vezető ápoló és a terápiás munkatárs segíti.

2022 januárjától vezettük be otthonunkban a *zeneterápiát*. Számos kutatás szerint a zene sokat javíthat az időskori hanyatlással küzdők szellemi állapotán és közérzetén, sőt a kezelés hirdetői szerint rendkívül sokoldalúan segít (Kollár, 2006). A zene egyrészt értelmet adhat az együtt töltött időnek, és élvezetesebbé teszi a szociális interakciókat, főleg azok esetében, akik a demencia előrehaladott állapotában vannak, és nehezen kommunikálnak a környezetükkel. Másrészt a zeneszó megkönnyíti a kapcsolatteremtést és a másokra figyelmet, valamint a szituációkban való aktív részvételt, továbbá segít a zenehallgatóknak megerősíteni identitásukat, kapcsolatban maradni a világgal és önmagukkal. A zene a terápia e formájának hívei szerint a mentális betegségek tüneteit is enyhítheti: javítja a közérzetet, csökkenti a szorongást és a szociális elzártságot, növeli az önbizalmat. A kiscsoportos terápiára intézményünkben heti egy alkalommal, képzett zeneterapeuta irányításával kerül sor.

Értékelés

A demenciával élő ember jóllétét befolyásoló tényező a biztonságérzet, az érzelmi támogatás és az aktivitás, melyben az idős személyt a segítő támogatja.

A megfelelően megválasztott terápiák, foglalkozások által az elveszett kompetenciák egy része visszaszerezhető vagy helyettesíthető. A gondozói munka elengedhetetlen része a foglalkoztatás, és nagyon fontos a művészeti ágak integrálása a foglalkoztató terápiákba. Ezt a folyamatot szeretnénk támogatni, szakmailag erősíteni új terápiás lehetőségek bevezetésével.

KONKLÚZIÓ

Az elmúlt néhány évben, amikor intézményünkben kiugróan megnövekedett a demenciával élők száma, és fókuszba került a megfelelő ellátásuk, mi valamennyien, akik bármilyen módon kapcsolatba kerülünk a demens idősokkal, nagyon sok tapasztalattal gazdagodtunk. Amellett, hogy elkezdődött a szakdolgozók speciális képzése, érzékenyítése, melyet a jövőben folytatni kívánunk, az egyéb munkakörökben dolgozók (takarítók, konyhai dolgozók, az adminisztratív munkakörben foglalkoztatottak, a karbantartó) számára is át kellett adni azokat az ismereteket, melyek fontosak a szakmai szempontokat érvényesítő komplex ellátás megvalósulása érdekében, ilyenek például a viselkedéssel, a kommunikációval, a hozzáállással, a takarítók esetében pedig a gondozási környezettel kapcsolatos tudnivalók.

Tapasztalom, hogy a képzésnek köszönhetően sokkal tudatosabban tervezzük intézményünkben a személyközpontú gondozást, valamint a munkatársak kommunikációjában, viselkedésében, hivatásuk gyakorlása során megjelennek a „legjobb barát” modell alapelvei. Szintén a szakmai képzés eredményeként változott munkatársainknak a nálunk lakó idősök hozzátartozóihoz való viszonya. A kapcsolattartás és a családtagok tájékoztatása természetesen a protokollnak megfelelő kompetenciahatárok betartásával történik, ugyanakkor mivel napi szinten találkozunk, kommunikálunk, viselkedünk „valahogy” a hozzátartozókkal, nagyon nem mindegy, mit takar ez a „valahogy”. Az elfogadásban, abban, hogy tudjuk, milyen okok, dilemmák, krízisek húzódnak meg egy-egy számunkra érthetetlen, esetenként bántó hozzátartozói megnyilvánulás mögött, szintén sokat segítettek, segítenek a képzések.

A demenciával élőkkel kapcsolatban érzékelhető nyitottságnak és fogadókészségnek, illetve a képzett munkaerővel jó szakmai színvonalon megvalósuló ellátásnak köszönhetően nagyon magas az érdeklődés férőhelyeink iránt. Azonnali megoldást váró, krízishelyzetbe került családoknak pillanatnyilag nem tudunk segíteni az elhelyezésben, de minden esetben adunk tanácsot, támogatást a gondozással, illetve az egyéb szociális szolgáltatások igénybevételével kapcsolatban. A közelben, illetve a megyében működő idősothonokról és elérhetőségükről rövid tájékoztató anyagot készítettünk, amelyet át is adunk az érdeklődő hozzátartozóknak.

A szakszerű gondozás folyamatos fejlesztése és az elért eredmények fenntartása mellett is létező probléma a munkatársak elvándorlásának veszélye és az általános szakemberhiány, amely minden munkakörben megjelenik. A gondozási szükséglet bevezetésével egyre növekszik a szakápolási feladatok iránti igény, ami elsősorban egészségügyi

végzettségű ápolók jelenlétét kívánja meg. Az ápolói végzettséggel rendelkező szakemberek utánpótlására sajnos egyre kisebb az esély a térségünkben működő szociális intézmények esetében. A helyi kórház, valamint a közelben működő ápolási otthon jobban vonzza a frissen végzett szakápolókat. Ugyanakkor fontosnak tartom, hogy tavaly egy diplomás ápolóval, valamint egy OKJ-s ápolói végzettségű szakemberrel sikerült betöltenünk két szociális gondozói és ápolói végzettségű munkavállaló megüresedett álláshe-lyét. A jó munkahelyi légkör, a kis létszámú, családias munkaközösség, a vezető elérhe-tősége, a nyitottság a munkatársak problémái iránt, illetve szükség és lehetőség szerinti támogatásuk mind olyan jellemző, amely segíthet a megtartásukban.

ÖSSZEFOGLALÓ, ÖNREFLEXIÓ

Személyes fejlődésem érdekében az alábbi célokat fogalmaztam meg:

- Mind rövid, mind közép- és hosszú távon továbbra is fontosnak tartom a minő-ség szemlélet jelenlétét a mindennapi szakmai munka, a demenciával élők gon-dozása, valamint a munkatársak szakmaiságának és hivatástudatának alakítása során.
- A minőség szemlélethez kapcsolódik a szükségletek felmérése, az ezekben bekö-vetkező változások kezelése, új módszerek, terápiás lehetőségek bevezetése, a fo-lyamatos fejlesztés, képzés, az ellátotti/hozzátartozói és munkatársi elégedettség mérése, az információkezelés.
- A hatékonysághoz hozzájárul az interprofesszionalitás mint szemlélet, azaz hogy ismerjük a kapcsolódó szakterületeket, legyenek együttműködési lehetőségek az adott szakmák, szakmai területek, ellátórendszerek között (például önkormány-zati fenntartásban működő házi segítségnyújtás, helyi Alzheimer Café, az egész-ségügyi ellátórendszer).
- Szintén folyamatos vezetői feladat az ellátórendszer változásainak figyelemmel kísérése, nyomon követése, az ezekre adott megfelelő válaszok, a rendszerismeret.
- Hosszú távú cél a működtetéshez kapcsolódóan a fizikai környezet fejlesztése, korszerűsítése (a demenciarészleg földszinti kialakítása).

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület mint intézményfenntartó évek óta rendszeresen, eszközökkel és a képzések terén támogatja e célok elérését. Jelenleg is szak-mai támogatást kapunk, melynek témái, területei a veszteség, a demenciaspecifikus gon-dozási ismeretek, az új digitális eszközök bevezetése, valamint a gondozói, illetve a terá-piás munka és a megelőzés jó gyakorlatainak megismerése. Mindezek mellett a személyes találkozások lehetőséget nyújtanak a szakemberek közötti szakmai tapasztalatszeré-re, ötletek, javaslatok megosztására. A szakmai ismeretek bővítése, új módszerek elsajá-títása lehetőség arra, hogy az intézményeinkben élő időskorúak számára méltó életet tudjunk biztosítani.

Ábrajegyzék

1. ábra: A súlyos demensek számának alakulása az MMSZ siófoki Gondviselés Házában. Saját szerkesztés.

Felhasznált irodalom

- ALZHEIMER VILÁGSZÖVETSÉG (2016): *World Alzheimer Report 2016*, <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2016.pdf> (letöltve: 2022. 11. 16.).
- EUROSTAT (2017): *Eurostat regional yearbook – 2017 edition*, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-flagship-publications/-/ks-ha-17-001> (letöltve: 2022. 11. 16.).
- KOVACSICS ZSUZSANNA (2011): *Személyközpontú gondoskodás modelljei*, https://demencia.hu/wp-content/uploads/2020/03/kovacsics_zsuzsa.pdf (letöltve: 2022. 11. 16.).
- SZABÓ LAJOS (2020): *Gondozó családok támogatása*, https://demencia.hu/wp-content/uploads/2020/03/szabo_lajos.pdf (letöltve: 2022. 11. 16.).
- SZOCIÁLIS ÁGAZATI PORTÁL (2019): *Várakozói jelentés 2019*, <https://szocialisportal.hu/varakozoi-jelentes-2019-december/> (letöltve: 2022. 11. 24.).

“How to continue dementia care?”

ABSTRACT

It has been more than a quarter of a century since I have been in contact with the Hungarian Maltese Charity Association and the Siófok House of Providence institution that it maintains. In the beginning, I worked as a caregiver, then as a professional manager (support service and day care for disabled people), then from August 1, 2008, I worked as the manager of the integrated institution Gondviselés Háza. During the practice of my helping profession for several decades, I was faced with the constantly changing circumstances, which entail changes that generate difficulties, problems waiting to be solved, and life situations for society, the social care system, the institution we operate, the family and the individual. The article focuses on dementia, based on the experiences of the House of Care of the Hungarian Maltese Charity Service in Siófok. After the short introduction, I will try to present and analyze the complex problem. The therapies used by the institution, methods of intervention, their evaluation, and other solution alternatives are presented. The study ends with a conclusion and a short summary.

KEYWORDS: dementia, old age, therapeutic options, employment, solutions

FÜLÖP SZILVIA | A Pécsi Tudományegyetemen végzett általános szociális munkás szakon. 1995-től a Magyar Máltai Szeretetszolgálat önkéntese, majd 1996-tól munkatársa, 2008 óta a Szeretetszolgálat siófoki Gondviselés Háza integrált intézmény vezetője.

RÁCZNÉ NÉMETH TEODÓRA

Demenciával boldogan

DOI: 10.56699/MT.2022.4.11

ABSZTRAKT

Az idő, amit a szeretteinkkel, számunkra fontos személyekkel töltünk, értéket képvisel. A minőségi idő mindenki számára szükséges és fontos, de különösen igaz ez a demenciával élő személyekre. Az *Együtt töltött idő* című könyv szerzői kötetükben ahhoz nyújtanak segítséget, hogy találjunk olyan, a demenciával élők számára örömet, sikerélményt adó elfoglaltságot, fejlesztő foglalkoztatási technikát, amely emberi méltóságukat szem előtt tartva segít aktivitásuk megőrzésében, a betegség progressziójának lassításában. A szerzők olyan felnőtteknek szóló elfoglaltságokat gyűjtöttek csokorba a könyvben, amelyek mellett, hogy fejlesztik a memóriát, a mozgásos készségeket, aktívan tartják a résztvevőket, és ami nagyon lényeges, örömteli elfoglaltságot jelentenek a mindennapokban. A leírtakat érdemes újra és újra elolvasni, hogy változatos és biztos örömet jelentő elfoglaltságokat találjunk.

KULCSSZAVAK: demencia, aktivitás, öröm, tevékeny élet, életminőség

Az idő pénz, vagyis értékes számunkra. Éppen ezért nem mindegy, hogyan töltjük el. Az idő, amit a szeretteinkkel, számunkra fontos személyekkel töltünk, értéket képvisel. A minőségi idő mindenki számára szükséges és fontos, de különösen igaz ez a demenciával élő személyekre. Szakemberként sokat hallhattunk már a demenciával élőkről való gondoskodás alapelveiről: a személyre szabott, szeretetteljes gondoskodásról, a tartalommal töltött gondozói jelenlét jelentőségéről. Az *Együtt töltött idő* című könyv szerzői kötetükben ahhoz nyújtanak segítséget, hogy találjunk olyan, a demenciával élők számára örömet, sikerélményt adó elfoglaltságot, fejlesztő foglalkoztatási technikát, amely az emberi méltóságukat szem előtt tartva segít aktivitásuk megőrzésében, a betegség progressziójának lassításában. A könyv a Tegy az Idősekért Alapítvány kiadásában jelent meg, az Emberi Erőforrások Minisztériuma támogatásával.

A szerzők mintegy tizenöt évvel korábban már készítették egy gyűjteményes kötetet *A játék lendületbe hoz* címmel, amelyben időseknek szóló, az aktivitás megőrzését segítő játékokat mutattak be. A mostani kötet ennek mintegy folytatásaként is tekinthető, specifikusan a demenciával élőkre vonatkoztatva. A játék szó a címben ne tévesszen meg bennünket: nem gyermeki játékokról van szó, hanem olyan felnőtteknek szóló el-

foglaltságokról, amelyek mellett, hogy fejlesztik a memóriát, a mozgásos készségeket, aktívan tartják a résztvevőket, és ami nagyon fontos, örömteli elfoglaltságot jelentenek a mindennapokban. Az örömszerzés, a jókedv kiemelt jelentőségű a demenciával élők-ről való gondoskodás során.

A könyv nagyszerűségét adja az is, hogy felépítése és nyelvezete egyaránt tükrözi a szerzők szakmai felkészültségét, tudását, ugyanakkor egy nem szakmabeli, gondozó családtag számára is remekül érthetők a leírások, segítik látni az összefüggéseket – melyik játékkal mit érhetünk el, és miért fontos ez az idős ember számára.

HOGYAN „HASZNÁLJUK” A KÖNYVET?

„Kezdd az elején – mondta a Király nagyon komolyan –, aztán folytasd, amíg a végére nem érsz: akkor állj meg!” – olvassuk az *Alice Csodaországban* című meseregényben. Bizonyára sokak számára ismerősek ezek a sorok, amelyek épp kézenfekvőségük miatt annyira sokatmondók és idézésre érdemesek. Ha úgy általában véve egy könyv olvasásáról van szó, akkor alapvetően igazak is. De esetünkben ez nem így van. Talán ez lenne a helyesebb megfogalmazás: *kezd az elején, aztán folytasd a középső rész végével, majd lapozgasd kedved szerint, és ha már mindent elolvastál, kezd újra!*

Lévén szó gyűjteményről, semmiképpen se úgy fogjunk hozzá, mint egy regény olvasásához. Nem az a cél, hogy minden játék leírását végigolvassuk, hanem hogy az adott élethelyzethez leginkább illeszkedő technikákra leljünk rá. Persze ezzel korántsem szerettem volna azt sugallni, hogy ne olvassuk végig a könyvet. Éppen ellenkezőleg: minden sora értékes tartalmat hordoz.

KEZDD AZ ELEJÉN...!

Minden kezdet nehéz, de ez nem. Annak ellenére, hogy a könyv jellege miatt nem követeli meg tőlünk az írások sorrendje szerinti olvasást, egy fejezet esetében ezt mégis tartanunk kell, ez pedig a bevezető. Török Emőke ebben segít bennünket, hogy haszonnal forgassuk a gyűjteményt. Megtudhatunk néhány alapvető adatot a demenciával élők számáról, ami első pillantásra pusztán statisztikai adatnak tűnik, de ha kicsit elidőzünk a számoknál, és belegondolunk, hogy a kötetben szereplő közel 300 ezer fős hazai becsl

adat mit is jelent valójában, akkor egyértelműen kijelenthetjük, hogy jelentős méretű érintetti társadalmi csoportról van szó.

A bevezető írásban a szerző a demenciával élők-ről való gondoskodás alapvetéseire irányítja a figyelmet. Kiemeli az aktív tevékenység szerepét a gondozásban, és azt is összefoglalja, hogy milyen a jó aktivitás. A tevékenységek az életminőséget alapvetően befolyásolják azáltal, hogy lassítják az állapotromlást, közérzetjavító hatásuk van, és

Az idő, amit a szereteteinkkel, számunkra fontos személyekkel töltünk, értéket képvisel. A minőségi idő, mindenki számára szükséges és fontos, de különösen igaz ez a demenciával élő személyekre.

nem utolsósorban a társas kapcsolatok élményét nyújtják. Mindhárom olyan tényező, amely a demenciával élőkről való gondoskodás lényegi eleme és a gondoskodás célja. A demenciák döntő hányada visszafordíthatatlan folyamatot jelent, és emiatt a legfőbb célkitűzésünk az lehet, hogy a regresszív folyamatot a lehető legnagyobb mértékben lassítsuk. Ezáltal hozzájárulunk az életminőség javulásához is. A szerző szakirodalmi hivatkozásokkal alátámasztva röviden összegzi a demenciával élőkről való gondoskodás alapelveit, korszerű, személyközpontú gondoskodást képviselő szemléletet közvetítve az olvasó számára. Ez esetben is olyan lényeges információkról van szó, amelyek meghatározzák az érintettekkel való kommunikációt, a gondoskodás módját, és ami mindennek az alapja, a demenciával élőkről való gondolkodást.

ÉS AMI A KEZDETEK UTÁN JÖN...

Ha elolvastuk a bevezetőt és hagytunk időt magunknak, hogy átgondoljuk mi mivel áll összefüggésben, megértettük, hogy a demenciával élők számára a gondoskodás során mi igazán fontos, akkor haladhatunk tovább.

Következő lépésként vessünk egy pillantást a könyv szerkezetére. A szerzők egy nagy fejezetbe foglalták a „tevékenységeket”, amelyek bemutatása céljából az írásmű született. A fejezet alfejezetekre oszlik, amelyek közül kilenc különböző tevékenységcsoportokkal foglalkozik. Itt szerepelnek azok a játékleírások, amelyek közül az érdeklődési kör, az aktuális hangulat és a fejleszteni kívánt terület függvényében lehet szemezgetni. További három alfejezet is található ebben a részben. Külön figyelemre érdemes *Az öröm percei* című szakasz.

AZTÁN FOLYTASD A KÖZÉPSŐ RÉSZ VÉGÉVEL...

Ez a rész számomra más, mint a többi. Éppen ezért azt javaslom, hogy a bevezető után innen folytassuk az olvasást. Bár a fejezet alcíme – *Terápiás hatású közösségek* – alapján nagyon szakmainak tűnhet, valójában éppen ez az, amely egy gondozó családtag számára a legközelebb hozza a demenciával élők világát, megmutatva, hogy a leghétköznapibb tevékenységek is lehetnek fejlesztő hatásúak. A hasznosság érzését adják, ami minden ember számára nélkülözhetetlen. Ilyen lehet például a mosott ruhák hajtogatása vagy a főzés során az előkészítés egyes lépései: a borsófejtés, a krumplihámozás, a tésztagyúrás. A szerzők bemutatják, hogy bármely élethelyzetben lehet örömet szerezni, ha a feladatok kiválasztása során figyelünk arra, hogy az adott személy mit képes elvégezni biztonsággal, sikerrel. Persze mindeközben tisztában kell lennünk azzal is, hogy a segítség, amit a demenciával élő személy nyújt a feladat során, nem mindig hozza meg a várt eredményt. A türelem és a szeretetteljes támogatás azonban segít ezen felülkerekedni, és a siker nem marad el. Bármilyen feladatot találunk alkalmasnak a napi munkavégzésben, hatékony lehet. Az így megválasztott, közösen végzett tevékenység a demenciával élő és a róla gondoskodó személy számára egyaránt örömet fog okozni, jó érzéssel tölt el.

MÉG NÉHÁNY TANÁCS

A fő fejezetet olvasva a tevékenységek kiválasztása során nem állítható fel fontossági sorrend. Éppen ezért a szerzők sem határoznak meg ilyet. Azonban van néhány szempont, amelyet érdemes figyelembe venni. Mindenekelőtt az, hogy az adott személy a demencia mely stádiumában van. Teljesen más tevékenységet kell választanunk az enyhe fokú demenciával élő személy és az előrehaladottabb stádiumban lévő számára. Amikor elolvassunk egy-egy játékleírást, javaslom, hogy az alábbi szempontok figyelembevételével válasszunk:

- a demencia stádiuma;
- a meglévő képességek, készségek használata;
- egy vagy több demenciával élővel szeretnénk-e aktív tevékenységet folytatni;
- csoportos foglalkozás esetén a csoportba bevonni kívánt személyek száma;
- a fejlesztendő terület;
- a demenciával élő személy érdeklődési területe.

Nem mindegy az sem, hogy milyen céllal végezzük a tevékenységet: egyszerűen csak egy jókedvű órát vagy délutánt szeretnénk, vagy egy fejlesztési program részeként valósítjuk meg. Ha ez utóbbiról van szó, akkor a fejlesztési munka során minden területre fókuszálni kell az egyéni szükségleteknek megfelelő intenzitással. A fejlesztést mindig tervszerűen végezzük, és az adott személyre szabva válasszuk meg a tevékenységeket. A demenciával élők esetében kiemelt fontosságú, hogy rendszeresség legyen az életükben, ezért a napi rutin kialakítása is nagy jelentőségű. Például ha a foglalkozásokat mindig délelőtt tíz órakor tartjuk, az keretet ad a napnak. Javasolt, hogy a délutáni foglalkozásokra is időhöz kötötten kerüljön sor. A foglalkozások jellegének meghatározásakor figyelembe kell venni, hogy a demenciával élő személy mely napszakban élénkebb, mikor tud jobban koncentrálni. Ezekre az időszakokra tervezzük a bonyolultabb, nagyobb koncentrációt igénylő tevékenységeket, a könnyebben megvalósíthatók pedig a nap másik részében végezhetőek. Kiemelt szempont, hogy bármit csinálunk, az sikerélményt jelentsen a demenciával élő személy számára, hiszen akkor tudunk örömet szerezni számára.

LAPOZGASD KEDVED SZERINT...

Míndezekeket szem előtt tartva kezdődhet a szemezgetés a szerzők kínálatából. Az egyes alfejezetek az élet minden területét érintik, így a játékgyűjtemény kiválóan alkalmas arra, hogy bármely élethelyzetre, állapotra találjunk benne megfelelő leírást. Az alfejezetek egyrészt a demencia vezető tüneteire reagálnak, másrészt konkrét fejlesztési területek mentén haladnak.

A vezető tünetekre az első három alfejezet (*Tájékozódás térben és időben; Mozgás; Beszédkészség, nyelvhasználat, szókincs*), valamint a *Memória, rövid távú emlékezet* és az *Érzékszervek használata* című alfejezetek kínálnak fejlesztő foglalkoztatási lehetőséget. Ezek azok az életterületek, amelyek a demencia típusától és súlyossági fokától függően

eltérő mértékben sérülnek. Nehéz lenne ebből bármit is kiemelni, hiszen minden ember esetében más területnek kell nagyobb figyelmet szentelni. Ha mégis ki kellene választanom egyet, akkor az a *Mozgás* című alfejezet lenne. A demenciát alapvetően memóriazavarként tartjuk számon, mégis úgy gondolom, hogy a mozgásos tevékenységek szerepe és jelentősége kiemelendő, mivel minden más területre kihatnak, így a memóriára is. Gondoljunk csak arra, hogy egy hosszú, szellemi munkával telt nap után félórás intenzív mozgás milyen hatást vált ki belőlünk. Szellemileg is felfrissülve érezzük magunkat, a gondolkodás terén érzett fáradtságunk elmúlik. A mozgás fokozza a fizikai erőnlétet, élénkíti a keringést, ezáltal hatással van az autonómiára, javítja a közérzetet, növeli a koncentráloképességet, a közösségben végzett mozgásos tevékenységek pedig a társas kapcsolati készségekre is jótékony hatást gyakorolnak (Barthalos et al., 2009).

A szerzők számos konkrét fejlesztési területnek is külön alfejezetet szántak, hangsúlyozva ezáltal fontosságukat a demenciával élőkkel folytatott tevékenységekben. Ilyen a *Számolás, figyelem, koncentráció*, az *Emlékfelidéző csoport*, a *Művészetek, kreativitás* és az *Ének, zene* alfejezet. A demenciával élők ellátásában egyre nagyobb jelentőséget kapnak a művészetek, különösen a zene, amely során szintén az önfelelt tevékenység, az önkifejezés kap hangsúlyt. Ezek a tevékenységek segítenek régi emlékek felidézésében is. Egyetértve a szerzőkkel kiemelésre érdemesek a művészetek. Lényegesnek tartom azonban emlékeztetni, hogy egy-egy tevékenység kiválasztásánál nagy súllyal esnek latba a már ismertetett szempontok. Különösen igaz ez a két említett alfejezet vonatkozásában. Az egyes művészeti ágakat nem mindenki kedveli egyformán. Van, aki szívesen kipróbálja ezeket tevékenységként, mások inkább szemlélők maradnak. A zene világa is hasonlóan sokszínű, és az egyéni ízlés határozza meg, mi idéz fel emléket, mi hat megnyugtatóan, mi az, ami mozgásra ösztönöz, vagy épp inspirálóan hat. Ehhez alaposan ismernünk kell a demenciával élő személyt, figyelemmel kell lenni a tevékenység során adott reakcióira. Nem biztos, hogy a kiválasztott tevékenységet azért hagyja abba néhány perc elteltével, mert nem képes koncentrálni. Könnyen lehet, hogy mi nem találtuk meg az érdeklődésére számot tartó aktivitási formát. Ne csüggedjünk, keresgéljünk tovább! A szerzők olyan sok alternatívát gyűjtöttek össze a kötetben, hogy biztosan fogunk olyat találni, amelyik megfelelő, és élménydús, örömteli perceket szerez.

ÉS AMI A JÁTÉKGYŰJTEMÉNYEN TÚL VAN...

Emeli a könyv értékét, hogy a szerzők nemcsak az aktivitási lehetőségeket, játékokat gyűjtöttek egy csokorba, hanem további hasznos információkkal is segíteni kívánják a demenciával élőkrol gondoskodókat. E téren is arra fókuszáltak, ami a leginkább hiányterületet jelent: ismeretek a demenciáról, tapasztalatcsere-lehetőségek, hasznos tanácsok. Éppen ezért a záró fejezetekben ajánlott olvasmányok jegyzékét állították össze, valamint internetes oldalak elérhetőségeit lajstromozták. Az olvasmányok széles körű

választási lehetőséget kínálnak. Minden érdeklődő találhat itt olyan irodalmat, amely segítséget, hasznos információt nyújt számára. Az összegyűjtött olvasmányok nemcsak a demenciáról, a gondoskodásról szólnak, hanem a prevenciók lehetőségeire is ráirányítják a figyelmet azzal, hogy az egészséges idősödésről szóló írások gyűjteménye is megtalálható köztük. Az internetes elérhetőségeket ismertető részben Facebook-oldalak és -csoportok elérhetőségei találhatók meg, valamint a világhálón közzétett írások linkjei. Ezek a fejezetek az ismeretszerzésen túl abban is segítenek, hogy olyan csoportokat találjon az érdeklődő, ahol megoszthatja tapasztalatait hasonló helyzetben lévőkkel.

Mellékletekbe kerültek a témával foglalkozó kiemelt programok, amelyek ismerete nemcsak a szakemberek, hanem a gondoskodó családtagok számára is segítséget jelenthet. A zárófejezetben pedig a Magyarországon működő Alzheimer Cafék listája található, az elérhetőségek feltüntetésével. A gyűjtemény egyedülálló, és segít, hogy ezeket a támogató közösségeket minél többen elérjék. Hasznos része ez a könyvnek, azzal együtt is, hogy az Alzheimer Cafék köre egyre bővül, aminek köszönhetően a lista változik. Így is kiindulási alapot kínál a kapcsolatfelvételhez és ahhoz, hogy minél szélesebb körben ismert legyen ez a közösség.

KEZDD ÚJRA!

A könyv fontos munka a demenciával élőkről gondoskodók számára. Nemcsak a hiányterületekre mutat rá, hanem megoldási alternatívákat is kínál. Kipróbált, jól működő módszereket. Minden érintett számára lényeges, hogy útmutatást kapjon, mit tehet a demenciával élő személy hétköznapijainak szebbé tétele érdekében. Ez a könyv megmutatja, hogy a demencia ugyan regresszív betegség, amely döntő többségében nem visszafordítható, és komoly terhet ró a gondoskodó családra, de vannak olyan lehetőségek, amelyek örömteli pillanatokot szereznek az ellátás nehéz óráiban. Az élmény, az önfelédtt időtöltés, ha csak perceket jelent is, meghatározó jelentőségű. Fontos a demenciával élő személy számára akkor és ott, amikor és ahol a tevékenység, játék zajlik, és ugyanilyen nagy súlyú a gondozó számára. A gondozónak, aki lehet, hogy épp fáradt, nincs ideje, elkeseredett, de a pillanat, amikor közös az öröm, mindezt felülírja. És a végén, amikor már nem marad más, csak a csend, ezek az örömteli pillanatok a gondozó számára még nagyobb jelentőséget nyernek. Lehet, hogy volt sok küzdelem és fájdalom, de voltak játékos percek is, amikor nem számított semmi, csak a demenciával élő személy és az őt gondozó – a mosoly az idős arcán, amelyre segítője emlékezhet. Arra, hogy akkor és ott az idős ember boldog volt – és ezt a boldogságot ő szerezte... Szeretettel, játékkal. Ehhez az érzéshez segítenek hozzá bennünket a szerzők írásukkal, és ezért érdemes újra és újra olvasni e könyvet.

*Kosztáné Hadházi Tünde – Somorjai Ildikó – Török Emőke:
Együtt töltött idő – Közösségi játékok, aktivitások demenciával élőknek
Budapest, Tégy az Idősekért Alapítvány, 2020*

Felhasznált irodalom

Barthalos István – Bognár József – Ihász Ferenc – Kányai Róbert – Ráczné Németh Teodóra (2009): Idős nők antropometriai és motoros jellemzőinek változása 15 hetes mozgásprogram hatására, *Magyar Sporttudományi Szemle*, 10. évfolyam 37. szám, 2009/1., 35–37.

Happiness with dementia

ABSTRACT

The time, spent with our loved ones, is valuable. Quality time is necessary for everyone, especially for the people with dementia. The authors of the book *Time spent together* provide us help finding occupation, activities giving the feeling of success and joy for people with dementia, which help them preserve their dignity, activity and slow the progress of their disease. The authors collected activities for adults which improve memory, skills of movement, keep the participants of them active, and essentially give joyful occupation everyday. The book is worth reading and reading again to find diversified and joyful activities.

KEYWORDS: dementia, activity, joyness, active life, quality of life

RÁCZNÉ NÉMETH TEODÓRA | Szociális szervező, szociálpolitikus. Dolgozott integrált intézmény igazgatóhelyetteseként, majd országos módszertani feladatok irányítását végezte, később intézményvezető lett. Jelenleg az MMSZ Nyugat-dunántúli Régióközpont szakmai vezetője. Két évtizedes tapasztalatot szerzett az idősellátásban, kiemelten a demenciával élők ellátásában.

MADÁR CSABA

Munkánk értelmét és a reményt a közös küzdelem adja

Szabó Lajos Időskori demenciák
családi, társadalmi és pszichológiai vonatkozásai
című könyvéről

DOI: 10.56699/MT.2022.4.12

ABSZTRAKT

A demenciáról és a demenciával élők helyzetéről, valamint az ellátórendszer működésének és hiányosságainak témájáról alaplínia számú Szabó Lajos *Időskori demenciák családi, társadalmi és pszichológiai vonatkozásai* című, 2011-ben megjelent kötete. A szerző – saját megfogalmazása szerint – megírása során alapvető feladatának tekintette, hogy korszerű ismereteket közvetítsen, illetve kifejtse véleményét a demenciával küzdő idősök modern ellátásáról és annak működéséről, valamint megfogalmazza a szakpolitikusok és ellátásfejlesztők felelősségét, további feladatait a terület és a rendszer fejlesztésében, működtetésében.

A szociális szakemberek számára még ma is időszerű kérdéseket és kritikákat taglaló könyv egyszerre nyújt szakmai tudást, látásmódot és lehetséges fejlődési irányokat, az intézmények és intézményrendszerek szintjén egyaránt.

KULCSSZAVAK: demencia, idősellátás, személyközpontú gondozás, szociális intézményrendszer

A demencia korunk népbetegsége. Az elmúlt tíz évben az e betegséggel élők száma rohamosan nőtt. A WHO adatai szerint mintegy ötvenmillió ember szenved a demencia következményeitől. Térhódítása Magyarországon a 2010-es években is időszerű probléma volt, és ma is az (WHO, 2022: 51).

Időskori demenciák családi, társadalmi és pszichológiai vonatkozásai című kötetével Szabó Lajos (2011) széles kitekintésű, átfogó művet alkotott a demens személyek ellátásával kapcsolatban. Röviden bevezeti a klinikai képzettséggel nem rendelkező olvasót a de-

menciával kapcsolatos alapvető fogalmak és ismeretek világába, illetve elindítja a személyközpontú gondozás megközelítésének megértésében. Emellett bemutatja a demenciával küzdő időseket ellátó rendszer elemeit, benne a segítők és a szakemberek feladatait, nehézségeit és eszközrendszerét. A kritikai észrevételek mellett mindig megemlíti a pozitív változásokat, hazai és külföldi példákat egyaránt, ezzel is megjelenítve a fejlődésbe vetett hitét.

A demenciában szenvedők sorsát Szabó Lajos szerint alapvetően meghatározza az is, hogy képesek vagyunk-e olyan differenciált ellátást kialakítani, amely a változó gondozási szükségletekhez igazodva végigköveti az ellátást igénylő sorsát a mentális romlás korai időszakától a leépülés terminális szakaszáig, biztosítva a szükséges ellátást és a támogató háttérrel. Az olvasók többsége biztosan felteszi a kérdést, hogy vajon a hazai ellátórendszer mit biztosít. A szerző válaszol a még ki sem mondott kérdésre. Véleménye szerint a korszerű ellátás négy pilléren nyugszik:

- korszerű diagnosztika és gyógyszeres kezelési törekvések;
- a készségek megőrzését, megerősítését szolgáló módszerek alkalmazása;
- változó szemléletű gondozás;
- a differenciált ellátórendszer és a támogató háttér megjelenése.

A négy alappillért vizsgálva Szabó Lajos megállapítja, hogy a hazai ellátás nagymértékben elmarad a nemzetközi gyakorlattól. Ugyanakkor elismeri, hogy komoly erőfeszítések zajlanak a demencia orvosi kutatásának területén, megszületett a korszerű diagnosztika szempontjait rögzítő kivizsgálási protokoll, létrejöttek demenciaközpontok, és kijelölték, hogy a demenciaközpontokon kívül még hol és kik végezhetnek vizsgálatot, valamint elérhetőbbé váltak a leépülési folyamat lassulását befolyásoló gyógyszerek.

A pozitív eredmények ellenére – még ma is igazak a szerző kritikai megállapításai – az orvoshoz eljutó és megfelelően kivizsgált betegek aránya igen alacsony, a demenciaközpontok vizsgálati kapacitása és a korszerű eljárások alkalmazása elégtelen, illetve nem valósul meg az igazi orvosi tanácsadás és gondozás.

Az utóbbi években valódi elmozdulás a demenciakutatások területén tapasztalható, amelyek főként a folyamatlassítást célozzák meg, de a megelőző stratégiák fejlesztésében is elindultak vagy folytatódtak a kutatások. A demenciaterápiára vonatkozó kutatásokról Rajna Péter (2020) cikke adja a legfrissebb áttekintést. Örömteli hír, hogy a magyarországi kutatóműhelyek egyetlen intézetben egyesülhetnek (Neurokognitív Kutatási Központ), és a hazai vizsgálatokat az Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet (OMIII) közösen irányítja a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikájának Klinikai Idegtudomány és Képzéskutatás Kutatócsoportjával, amelyet Csukly Gábor vezet. A központ csatlakozott az európai kutatásokhoz (FINGERS), köztük a megelőző stratégiák fejlesztése terén végzett vizsgálatokhoz.

Szabó Lajos a következő kritikai észrevételeket fogalmazza meg az idősekkel foglalkozó intézményrendszerrel:

- hiányzik a demenciával küzdők nappali ellátásának kiépült rendszere, és a házi segítségnyújtás kapacitása is elégtelen;
- miközben a bentlakásos intézményekben a demenciával küzdő idősök aránya rohamosan növekszik, az otthonok csak hosszú várakozási idő mellett, korszerűtlen intézményi háttérrel, elégtelen személyi és tárgyi feltételekkel látják el az időseket;
- az intézményi szolgáltatás – ritka kivételektől eltekintve – a fizikai gondozásra szűkül, szinte csak őrző-gondozó tevékenység folyik, és a személyközpontú gondozás alapelvei, szemlélete teljesen ismeretlenek;
- a demenciával küzdő idősök jelentős részéről a területi ellátás sem tud gondoskodni, így legalább 70 százalékban a gondozó családtagok próbálnak boldogulni a gondozási feladatokkal, miközben ehhez gyakorlatilag alig kapnak segítséget.

A könyv bevezetőjében leírt megállapítások engem is arra sarkalltak, hogy végiggondoljam, mennyire adok igazat a szerzőnek. Minden résznél fel tudtam idézni olyan hangsúlyokat, jó gyakorlatokat, amelyek az elmúlt tíz év során az elmozdulást jelezték, de átfogó, az egész intézményrendszerre jellemző, nagyarányú pozitív változást sajnos nem. A bevezetőt záró gondolatoktól aztán úgy éreztem, nincs idő szomorkodni, és magával sodort a szerzőnek az idős személyt központba állító pozitív élet- és szakmai szemlélete, amely áthatja a könyvet. Szabó Lajos szerint „...a demenciával küzdő személyt ne csupán a leépülési folyamatban passzívan sodródó, szenvedő embernek lássuk, hanem olyan valakinek, aki nehézségeivel szembefordulva küzd egy élhetőbb életért, és mi ebben a küzdelemben szövetségesként vagyunk jelen. Munkánk értelmét és a reményt ez a közös küzdelem adja” (Szabó, 2011: 14).

KORSZERŰ ISMERETEK KÖZVETÍTÉSE, ALAPFOGALMAK TISZTÁZÁSA

A könyv első nagyobb fejezete rövid áttekintést ad a demenciához kapcsolódó alapvető orvosi ismeretekről a klinikai képzettséggel nem rendelkező olvasó számára. A szerző megemlíti, hogy a hazai szakirodalomban is találunk a témáról átfogó, korszerű ismereteket nyújtó munkákat például Tariska Pétertől és Rajna Pétertől (2000), de mások is írtak rövid összefoglaló jegyzeteket az időskori demenciák formáiról, kialakulásáról, illetve a demenciához társuló nem kognitív pszichés kórtünetekről. Szabó Lajos könyvének ez a része ahhoz biztosít alapot, hogy a későbbiekben érthetővé váljon a demencia pszichoszociális vetülete.

Az időskori demenciák formái mellett a demencia nehézségeivel küzdők leépülési folyamatával is megismerteti a szerző az olvasót. Barry Reisberg az általa elemzett leépülési folyamatok alapján kidolgozott egy sajátos visszafejlődési elméletet, amelyben kísérletet tesz arra, hogy a leépülést párhuzamba állítsa egyes gyermekkori funkcióérési szakaszokkal. Szabó Lajos a modellben megfogalmazottakat fenntartással kezeli, figyelembe véve a leépülési folyamat egyéni mintázatát, mégis használja a modell felosztását, mert az jó keretet ad a folyamat leírásához. Bemutatja, hogy a megelőző időszakban, az enyhe kog-

nítív zavar során, a középső szakaszban, súlyos demencia esetén, illetve a terminális fázisban milyen nehézségek, zavarok jelennek meg a demenciával együtt élő személy életében, és egy-egy megállapítás kapcsán felvillantja, milyen hiányosságok tapasztalhatók az ellátórendszerben. A későbbiekben a demencia vizsgálatának protokollja mentén sorra veszi a laboratóriumi, neuroradiológiai eszköztár képalkotó eljárásait, illetve a kognitív funkciók egyszerű szűrőtesztjeit. Külön megemlíti a demenciához társuló magatartási és pszichés kórtünetek vizsgálatát. A gyógyszeres kezelési lehetőségek bemutatását rövidre fogja, és a szociális szakemberek további tájékozódásához ajánlja Tariska Péter írásait, különösen az *Alzheimer-kór* című könyvét (Tariska, 2000).

Szabó Lajos könyvének első negyede nem sokban különbözik egy rövid áttekintő, bevezető egyetemi jegyzettől. Az igazi érdekességek akkor kerülnek elő, amikor újra az embert állítja a középpontba, és azt vizsgálja, hogy milyen eszközökkel és módszerekkel javíthatják a demencia betegségével küzdő személy részére nyújtott, minél személyre szabottabb szolgáltatásokat, továbbá hogyan tudják támogatni a szakemberek az önálló életvitel képességét és a szociális készségek megtartását.

Szabó Lajos könyvében bemutatja a funkcionális vizsgálatokat, amelyek a gondozói feladatok elvégzését segítő felmérő eljárások (az ADL- vagy IADL-skálák). E vizsgálatok eredményei segíthetnek az egyénre szabott gondozási-fejlesztési terv elkészítésében, és támpontokat nyújtanak az önálló életvitel, az önellátás és a beilleszkedés területén. Az idős személyek vizsgálatában kiemelten fontosnak tartja a szerző, hogy a mentális státusz és a különböző funkciók klinikai értékelése mellett korrekt geriátriai állapotfelmérésre is sor kerüljön. Felhívja a figyelmünket, hogy „a demenciával küzdő egyúttal egy olyan idős ember is, aki jellegzetes időskori nehézségekkel küzd. Ezt azért érdemes hangsúlyozni, mert a demencia fennállása esetén az orvosok figyelme gyakran leszűkül a mentális problémákra” (Szabó, 2011: 32). Az intézményes ellátás során tapasztalható volt, hogy az önellátó képesség és a mindennapi életviteli készségek funkcionális vizsgálata elmaradt, a szűrő jellegű ADL- és IADL-skálák nem elég differenciáltak ahhoz, hogy a gondozási tevékenységhez megfelelő adatokat szolgáltatassanak (Szabó, 2011: 17).

Ez a felismerés vezette oda a szerzőt, hogy a funkcionális vizsgálat céljából igényesebb tesztekkel dolgozzon ki. Az egyik kérdőív az önálló életvitel képességének részletes felméréséhez ad segítséget a háztartásban zajló, a ház körüli és a házon kívüli tevékenységek, a napi életvitel és a szabadidős tevékenységek területén, valamint az önálló életvitel képességének globális megítélésén keresztül. A felmérés a gondozott, a hozzátartozó és a gondozó stáb tapasztalataira, véleményére támaszkodik, és hétpontos értékelési rendszerben jelzi a támogatás szükségességét, intenzitását. A másik felmérő lap kifejezetten a demencia leépülési folyamatában megjelenő funkcionális romlás vizsgálatára szolgál. Öt területet ölel fel: az önellátást, a kommunikációt, a tájékozódást, a közösségi aktivitást és a viselkedést (Szabó, 2011: 36).

A felmérő lapok fontosságának ismertetésén túl a szerző érzésem szerint kicsit befejezetlenül hagyja a felhasználási lehetőségeket. Nem tér ki az idősellátásban kötelező

gondozási szükségletvizsgálat felmérő lapjával való kapcsolatra, a bentlakásos intézményeknél alkalmazott előgondozásra mint felhasználási lehetőségre vagy a gondozási tervek minőségi elkészítésének és felülvizsgálatának problémakörével való összefüggésre.

A SZEMÉLYKÖZPONTÚ MEGKÖZELÍTÉS ELMÉLETE ÉS HATÁSA

A személyközpontú gondozás elméleti hátterének bemutatása során a szerző a modellek és a szemléletmódok ismertetése mellett törekedett az eddigi változások, hozadékok bemutatására is. Mondhatjuk, hogy a személyközpontú gondozás témakörében íródott fejezetek a könyv megjelenése óta is időszerűek és kiemelt fontosságúak, több nemzetközi szinten is elismert és kérielt szakmai tudásanyagot osztanak meg az olvasóval röviden, összefoglalóan.

A mű egyik legfontosabb törekvése – korszerű ismeretek és egy új gondolkodási keret közvetítése – a leginkább itt érhető tetten, hiszen a bentlakásos ellátásban megjelenő kicsit nyitottabb és rugalmasabb gondozási keretek megjelölése mellett fontos iránymutatást ad, mit is értünk személyközpontú megközelítésen, hogyan értelmezzük újra a demens személyek gondozását, ellátását, valamint a zavaró viselkedés kezelésében is jó példákat említ az új szemlélet tükrében.

Az új megközelítést Tom Kitwood megállapításain keresztül mutatja be: központi eleme, hogy a demenciát akadályozottságként fogja fel, amelyet befolyásolnak a gondozás körülményei. Szabó kiemeli, hogy a gondozás során a demenciával küzdő személyének, pszichológiai jellemzőinek és szükségleteinek a figyelembevételére alapvető, és a közép-pontba kell állítani képességeit, érdeklődését, motivációját, értékeit, amelyek személyként jellemzik.

A Kitwood által létrehozott kutatócsoport az alapító halála után kidolgozta a VIPS-modellt, amely a személyközpontú gondozás gyakorlatának is kerete lehet. A modell részletesen bemutatja azt a sajátos értékorientációt, melynek az egyén áll a közép-pontjában, vagyis amelyben fontos a demens személy perspektívájának megértése és az őt támogató szociális környezet megléte.

A kilencvenes években vált jelentőssé a Virginia Bell „legjobb barát” megközelítésén alapuló gondozási gyakorlat. Mivel szemléletében, értékorientációjában nagyon közel áll Kitwood és követői elképzeléseihez, ezt a modellt is a személyközpontú gondozás kategóriájába sorolja Szabó, és így mutatja be lényeges elemeit.

Az átfogó elméleti modellek mellett a könyv „kézzelfogható” módszereket is bemutat, amelyeket a demenciával küzdő személyek gyakorlati segítése során lehet alkalmazni. A szerző bemutatja Naomi Feil innovatív kommunikációs módszerét, a validációt. A „megerősítő visszajelzés” lényege, hogy alkalmazásának köszönhetően empatikus kapcsolat kialakítására nyílik lehetőség az egyre jobban leépülő idősekkel, és ennek során olyan feszültségsökkentő megerősítést nyújt, hogy azzal érzelmi egyensúlyt teremtsen, és harmonikusabb viszonyt alakít ki a kliens és környezete között. A leírás gyakorlati

technikákat és példákat is tartalmaz. A módszer jelentősége, hogy a súlyosan leépült idősekkel való kapcsolatépítésre is alkalmas.

A demenciával küzdők gondozása során gyakran találjuk szemben magunkat olyan zavaró viselkedéssel, amely kihívást jelent mind a gondozó, mind az ápoló személyzet számára. A zavaró viselkedés kezelése – Szabó Lajos szerint – a preventív szemléletű megközelítés alapján proaktív gondozási stratégiát követel meg. A proaktív megközelítés a kliens szükségleteinek figyelembevételével törekszik a nehézségek megoldására. A proaktív gondozási stratégiákkal Jitka M. Zgola munkásságán keresztül ismerttet meg bennünket a szerző. Utolsó elméleti megközelítésként említi a rehabilitációt mint átfogó szemléleti keretet, amely a proaktív gondozási stratégiák mellett is fontos szerepet játszik a zavaró viselkedés kezelésében. A rehabilitációs szemlélet szerint törekvéseink az egyéni akadályozottság figyelembevételével arra irányulnak, hogy lehetőséget és alkalmat teremtsünk az akadályozott személy számára a gondozás, a készségfejlesztés, az aktivitás és a környezet kialakításának területén. A szociális szakemberek korábban főleg gyógypedagógiai megközelítéssel használták a rehabilitáció fogalmát, így külön érdekességet jelent egy új szemlélet keretében gondolkodni az ellátás szervezéséről.

A demencia betegségével élők 93-94 százalékát jelenleg is a saját otthonában gondozzák Magyarországon, így megerősödött az az igény, hogy minél hosszabb ideig fenn lehessen tartani a betegek önállóságát. A demenciaellátás egyik dinamikusan fejlődő területe az ellátott környezetének átalakítása, illetve az életvitelt támogató eszközök beszerzése, amelyek segítik a biztonságos életet, csökkentik a veszélyforrások számát, a balesetek lehetőségét. A bentlakásos intézmények létrehozásához és átalakításához kapcsolódóan a szerző a segítő környezetről szóló alfejezetben összefoglalja azokat a területeket, ahol fontos megjelennie a demenciabarát szemléletnek. Ilyen az intézményi terek kialakítása (a gondozási részleg elhelyezkedése, a lakószoba, a folyosó, a közösségi tér, valamint a kert), vagy az érzékelés esetében például a fényviszonyok, a megvilágítás, a színek és a hangok élesítése. De olyan új szempontokat is felvillant a szerző, mint a „illatok hívóereje”, valamint az érintés és a tapintás fontossága, illetve a tájékozódás segítése. Ebben a fejezetben fontos szerepet kapnak a biztonság megteremtésével kapcsolatos megoldások és eszközök, amelyek az utóbbi években is hatalmas fejlődésen mentek keresztül. Ma már több szervezet és vállalkozás is tájékoztató, tanácsadó vagy kivitelező szerepben mutat be új digitális eszközöket, amelyek segítséget jelentenek a kijáratvédelemben, a nyomon követésben (ki- és belépésjelző), a demens személy videós vagy audioalapú tájékoztatásában, figyelemfelhívásában, illetve a gázhasználat, a vízbiztonság (hogy a víz eléri-e a kád vagy a mosdókagyló szintjét) vagy a folyadékbevitel ellenőrzésében. A segélyhívások és jelzések rendszere is hatalmas technikai fejlődést ért el, elég a jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban használt készülékekre, az okosóra- vagy a fotót és videót közvetítő, kétirányú kommunikációra képes rendszerekre gondolnunk. A demensbarát szemlélet az építészetben is megjelent, és hazai fiatal szakemberek is csat-

lakoztak az életminőséget befolyásoló látásmódhoz (épülettervezés, belsőépítészet, park- és kerttervezés stb.).

A DEMENS BETEGEK ELLÁTÁSA

A korai diagnózis fontosságáról ma már senkit sem kell meggyőzni. A demencia kezdeti szakaszában elvégzett, korrekt vizsgálat lehetőséget teremt megfelelő információ nyújtására mind a beteg, mind a hozzátartozók számára. Az önálló életvitel fenntartása érdekében így van idő a terek átalakítására, eszközök beszerzésére, a támogatói és gondozói háló kialakítására, valamint az életvégi kérdések rendezésére (például támogatott döntéshozatal, meghatalmazás a vagyoni ügyek rendezésével és a későbbi gondozással kapcsolatban). Szabó Lajos fontosnak tartja, hogy ne felejtjük el: a diagnózissal való szembesülés, a leépülés során tapasztalt hiányosságok mind a beteg, mind a hozzátartozó számára a krízis- és veszteségfeldolgozás időszakát hozzák el. A beteggel és a hozzátartozóval foglalkozó szakemberek támogató hozzáállása meghatározó a család számára a betegséggel való megküzdésben.

A szerző felhívja a figyelmet különböző hiányosságokra, amelyek akadályozzák a korai felismerést és a korrekt diagnózis elkészítését:

- a demenciával kapcsolatos tájékoztatatlanságra (mind társadalmi, mind háziiorvosi szinten);
- az orvosok gyakran felületes hozzáállására, az időskori mentális problémák elbátelligálására;
- a korrekt kivizsgálást biztosító szakmai háttér hiányára;
- a szükséges vizsgálati kapacitások szűkülésére.

Sajnos a korai fázisban nehéz diagnosztizálni a betegséget, részben azért, mert a demenciával küzdő eltitkolja a tüneteit, részben a problémák téves felismeréséből fakadóan, amikor úgy gondolják, hogy a tünetek egyszerűen az időskor velejárói. A demencia klinikai vizsgálatáról és a korszerű diagnosztika szerepéről szóló részben Szabó Lajos utal a korrekt kivizsgálás fontosságára, és megállapítja, hogy a diagnózis felállítása alapvetően orvosi feladat, sokszor szakemberek együttműködését feltételezi, és több vizsgálat elvégzését követelné meg. Megjegyzi, hogy a hazai demenciaközpontok hálózatának létrejötte fontos előrelépést jelentett, de e központok az elégtelen finanszírozás, a korlátozott kapacitások és a tevékenységtartalom leszűkítése miatt a könyv megírásáig – és a mai napig – nem képesek betölteni funkciójukat. A szerző hangsúlyozza, hogy a háziiorvosok szerepe a demencia felismerésében és szűrésében kiemelt jelentőségű, és az esetvitel, valamint a demencia korai fázisában a tanácsadás orvosi feladat.

Az ellátórendszerrel kapcsolatos problémák felsorolása után jómagam hiányoltam a háziiorvosok szerepének mélyebb vizsgálatát, a megelőzésben vállalható feladatuk, a szakellátással és a demenciaközpontokkal való együttműködésük, valamint az ideális működést gátló tényezők részletesebb felvázolását. Az elmúlt években ezekről a témákról születtek izgalmas kutatások, felmérések, doktori értekezések. Példaként említem

Heim Szilvia 2022-ben megvédett doktori disszertációját (Heim, 2022) vagy Kázár Ágnes *Mindennapi jó gyakorlatok: mit tehet a házi orvos?* című írását (Kázár, 2020).

A demens betegek gondozásáról szóló hazai statisztikák azt mutatják, hogy az érintettek mintegy 5 százaléka kerül bentlakásos intézménybe, és csak 1-2 százalék számára biztosított a nappali ellátás. A fennmaradó 93-94 százalék a saját háztartásában él tovább, és hozzátartozóik látják el a gondozásukat. Az ellátórendszer eddig bemutatott fejlődése ellenére azt kell mondanunk, hogy nagy nyomás nehezedik a gondozó családtagok vállára. A szerző könyvében részletesen átveszi azokat a nehézségeket és fordulópontokat, amelyek során a családnak újra és újra meg kell küzdenie az előtte álló kihívásokkal. Felhívja a figyelmet, hogy nem könnyű a gondozói szerep betöltése a családon belül. A mindennapi életben bekövetkező változások átrendezik a családi, házastársi szerepmegosztást, hatással vannak a jövedelemviszonyokra, illetve a szülő-gyermek viszony átfordulása is megterheli érzelmileg a családot.

A hozzátartozók sajnos kevés információval rendelkeznek a demencia következményeiről, a zavaró viselkedések mögötti okokról, az indulatkitörések, konfliktusok kezelésének lehetőségéről és a támogató hálózat működéséről. Támogatás híján fennáll a gondozó családtag túlterhelődésének veszélye. A téma kiemelt fontosságát jelzi, hogy az elmúlt években maga Szabó Lajos (2015) és tanítványai is foglalkoztak a gondozó családtagok helyzetével. Erről szóló megállapításokat, kutatási eredményeket olvashatunk doktori kutatásokban (Kiss 2015) vagy az INDA programban elkészült tanulmányban.

A gondozó család nehézségeinek témájában a szerző az elméleti megközelítések mellett külföldi vizsgálatok tapasztalatait is bemutatja. Megjegyzendő, hogy csak az elmúlt években kezdték mélyebben vizsgálni – például az INDA programban vagy doktori kutatásokban – a hozzátartozók helyzetét és a leterheltségükből fakadó állapotukat.

Az információnyújtás, a tanácsadás, a hozzátartozói önszorgító és támogatói csoportok megvalósulásának példáját jelenti a 2014-től szerveződő Alzheimer Cafék hálózata. Ez idő szerint több mint kilencven Alzheimer Café, Memória vagy Ginko Klub, Idősbarát Iroda működik az országban. Hálózatba szervezésük jelenleg is zajlik, és elterjedésük nagy segítséget jelent a demens betegeket gondozó családtagok támogatásában, a demenciáról szóló információk terjesztésében, valamint az előítéletek lebontásában (Geonné Dallos, 2020). Azért is fontos az e területen végzett tevékenység, mert a szociális ellátórendszer kapacitásának szűkössége miatt nem várható nagyobb arányú támogatás a professzionális szolgáltatást nyújtók részéről.

Az utóbbi időszakban a szociális szolgáltatások teljesítményalapú finanszírozásra való áttérése magával hozta a biztos bevételre törekvés szempontját, az integrációt, az idősellátás területi központjainak tartott gondozási központok leépülését, információnyújtási, tanácsadási és egyéb szakmai koordináló feladatainak elsorvadását. Sok helyen egyszemélyes vagy kis létszámú (elaprózott) szolgáltatást biztosító szakemberek dolgoznak, szakmai háttértámogatás nélkül. Az alapfeladatokon túli, nagyobb szakmai csapatok által biztosított szolgáltatásokra csak a fővárosban és nagyvárosokban nyílik

lehetőség, de itt sem megoldott a késő délutáni és a hétvégi segítségnyújtás. Pedig az idős-ellátásban is fontos lenne kialakítani demenciaspecifikus szolgáltatásokat. Szabó Lajos szerint ilyen lehetne demenciaspecifikus gondozói teamek felállítása, amelynek segítségével személyre szabottabb gondozás valósulhatna meg a családtagok bevonásával, a saját kapcsolati hálón belül mobilizálható önkéntesekkel, tanácsadással, készségek erősítésével, pszichoedukációval stb.

A demenciával küzdő személyek ellátásában, az érintett családok támogatásában egyre nagyobb hangsúlyt kap az idősek számára létrehozott nappali ellátás. Magyarországon minden háromezer főt meghaladó lakosságú településen meg kell szervezni az idősek nappali ellátását. 2022 májusában 1131 „idősek nappali ellátása” szolgáltatás működött, amelynek keretében 39 734 főt láttak el, és 299 fogadott demenciával élő személyeket. A szerző felhívja a figyelmet, hogy az idősklubokban csak a mérsékelt demencia tüneteivel élőket tudják fogadni. Sem a tárgyi, sem a személyi feltételek, illetve a klub programjai sem alkalmasak a kognitív nehézségekkel küzdő személyek ellátására. Számukra a demenciaspecifikus nappali ellátás nyújthat megfelelő gondozási környezetet. A szerző összefoglaló módon megfogalmazza a demenciával élők számára *speciális nappali ellátást* nyújtó szolgáltatás célját és a legfontosabb szempontokat, amelyeket követni érdemes ennek kialakítása során. Ezek az elvek tükröződnek az Emberi Erőforrások Minisztériuma támogatásával a Katolikus Szeretetszolgálat szakmai munkacsoportja által készített ajánlásban is (Deli et al., 2020).

Általános egyetértés van abban, hogy a demencia tüneteivel együtt élő személyek intézményeiben személyre szabott gondozásra, készség- és képességmegtartó, valamint terápiás hatású programokra van szükség, amelyek a leépülési folyamat ellen hatnak, és a megfelelő életminőséget is biztosítják az ellátott számára. A szerző kiemeli, hogy az aktivitássegítés képességmegtartó foglalkozásoknak pontos felmérésen kell alapulniuk, figyelembe véve a demens személyek képességeit és hajlandóságát. A könyv megírásakor (Somorjai–Török, 2006) és azóta is egyre több hazai szakember foglalja össze (Kosztáné et al., 2020) az aktivitást segítő foglalkoztatás, valamint a terápiás hatású egyéni és csoportos foglalkozások módszereit, eszközeit és elméleti megalapozottságát. Jelenleg is igazak Szabó Lajos megállapításai: „Összességében elmondható, hogy a terápiás jellegű foglalkozások fontos részét képezik a demenciával küzdők számára kialakított aktivitási programoknak. Ahhoz, hogy a hazai gyakorlatban nagyobb teret nyerjenek, egyrészt szükség van arra, hogy képzett terapeuták jelenjenek meg ezen a területen, és az ellátórendszer működésének személyi és tárgyi feltételei kialakítása során figyelembe vegyék a tevékenység fontosságát, másrészt a módszertani fejlesztések szakmai műhelymunka ösztönzésével segítsék e terület megerősödését. A jelenlegi képesítési követelményrendszer és létszámnormatíva nem támogatja a speciális terápiás jellegű foglalkozások térnyerését a demenciával küzdők segítése terén” (Szabó, 2011: 218–219).

A szerző a tartós bentlakásos intézményi ellátás vizsgálata során kitér a speciális (demens)rézlegek megszervezésének feltételeire, a gondozói munka céljára, a mentálhi-

giénés csoport tevékenységére, a stábépítés, a teammunka nehézségeire és fontosságára, valamint a hozzátartozókkal végzett közös szakmai munkára, a velük való együttműködésre. Megosztja a gondolatait a szociális szakmai képzés és továbbképzés rendszeréről, a demens- és módszerspecifikus tudásról. A könyv bentlakásos intézményekre vonatkozó részét nemcsak azoknak a szakembereknek ajánlom, akik most szeretnék demensrészeletet vagy otthon kialakítani, hanem azok számára is, akik már működtetnek demenciával élő személyek számára intézményt, hogy az e könyvben megfogalmazott értékek és elvek mentén végiggondolhassák működésüket, szolgáltatásuk tartalmát. Külön izgalmasnak tartom az idősek otthonában dolgozó ápoló, gondozó és mentálhigiénés munkatársak teammunkában zajló feladatvégzésének koncepcióját, a stábépítés fontosságát, a hozzátartozókkal foglalkozást, külön kiemelve azokat az intézkedéseket, amelyeket a korlátozás–szabadság tengely mentén hozunk meg (például a demens személy biztonsága és a zárt részlegek kialakítása).

A könyv intézményes szolgáltatásokra vonatkozó része is tárháza azoknak a megállapításoknak, külföldi tapasztalatoknak, problémafelvetéseknek és összegző gondolatoknak, amelyek akár külön-külön is megérnének egy kutatást, tanulmányt vagy cikket.

A szerző írása végén így fogalmaz: „Végére érve e könyvnek, úgy érzem magam, mint a várostervező, aki bejárta, felmérte a terepet, majd körülpillant a szinte még érintetlen tájon, és maga előtt látja a jövő városát [...] a cölöpök a helyükre kerültek – jöhetnek az építők” (Szabó, 2011: 249). A könyvet tíz év után újraolvasva az a nyugtalanító érzés fogott el, hogy – nem lebecsülve a demencia szakterületén dolgozó kutatók, fejlesztők és szakemberek munkáját – a megfogalmazott kritikák többsége ma is helytálló, ugyanis kevés változás tapasztalható az ellátórendszer működésében, a szemléletben, az új módszerek és a hozzáférhető korszerű diagnosztika alkalmazásában. Egyben viszont biztos vagyok: a lehetőség mindenki előtt nyitva áll.

Hölgyeim és Uraim, kutatók és szolgáltatásszervezők, vezetők és terápiás munkatársak, mindenkit arra biztatok: építkezésre fel!

Szabó Lajos: Időskori demenciák családi, társadalmi és pszichológiai vonatkozásai, Budapest, Akadémiai Kiadó, 2011

Felhasznált irodalom

- DELI ENDRE DÁNIEL – NAGY EDINA – RÁCZNÉ NÉMETH TEODÓRA – DR. RADNAINÉ DR. EGERVÁRI ÁGNES (2020): Demenciával élők nappali ellátása – szakmai ajánlás, *Szociálpolitikai Tükör*, 2. évfolyam, 2020/1., 123–140.
- GEDEONNÉ DALLOS RITA (2020): A segítő segítése – avagy az Alzheimer Cafék jelentősége, *Szociálpolitikai Szemle*, 6. évfolyam, 2020/2., 49–61.
- HEIM SZILVIA (2022): Az időskori demenciakórképek háziiorvosi vonatkozásai – A háziiorvosok attitűdjének, szerepvállalásának vizsgálata a demenciák felismerésében és gondozásában, valamint véleményük az ellátást segítő és gátló tényezők tekintetében, Pécs, PTE ÁOK Alapellátási Intézet, <https://docplayer.hu/228976595-Phd-ertekezes-tezisei-dr-heim-szilvia-pte-aok-alapellatasi-intezet.html> (letöltve: 2022. 09. 23.).
- KÁZÁR ÁGNES (2020): Mindennapi jó gyakorlatok: mit tehet a háziiorvos?, in EGERVÁRI ÁGNES – KÁZÁR ÁGNES – KOSTYÁL ÁRPÁD – KOVÁCS TIBOR – SKULTÉTI József: *A demencia korszerű szemlélete – megelőzési, szűrési és beavatkozási lehetőségek az egészségügyi és szociális alapellátásban*, Budapest, Szociális Klaszter Egyesület, 155–189., https://gokvi.hu/sites/default/files/file/2020/07/06/3G_A%20demencia%20korszer%C5%B1%20szemle%C3%A9lete.pdf (letöltve: 2022. 09. 22.).
- KISS GABRIELLA (2015): Középsúlyos és súlyos demens betegek személyközpontú ellátásának módszere, családias közegben, illetve bentlakásos otthoni körülmények között, *Párbeszéd: szociálmunka-folyóirat*, 2. évfolyam, 2015/2., <https://ojs.lib.unideb.hu/parbeszed/article/view/5799/5429> (letöltve: 2022. 09. 22.).
- KOSZTÁNE HADHÁZI TÜNDE – SOMORJAI ILDIKÓ – TÖRÖK EMŐKE (2020): *Együtt töltött idő – Közösségi játékok, aktivitások demenciával élőknek*, Budapest, Tégy az Idősekért Alapítvány.
- RAJNA PÉTER (2020): Parkolópályán a demencia-terápia kutatás?, *Szociálpolitikai Szemle*, 6. évfolyam, 2020/2., 49–61.
- RAJNA PÉTER – TARISKA Péter (2000): *Az időskor neuropszichiátriája*, Budapest, B+V Lap és Könyvkiadó.
- SOMORJAI ILDIKÓ – TÖRÖK EMŐKE (2006): *A játék lendületbe hoz – Közösségi játékok időseknek*, Budapest, ICSSZEM – JNSZM Esély Szociális Közalapítvány.
- SZABÓ LAJOS (2011): *Időskori demenciák családi, társadalmi és pszichológiai vonatkozásai*, Budapest, Akadémiai Kiadó.
- SZABÓ LAJOS (2015): *Gondozó családok támogatása*, Budapest, INDA, <https://inda.info.hu/uploads/dokumentumok/gondozas.pdf> (letöltve: 2022. 09. 22.).
- TARISKA Péter (2000): *Alzheimer-kór*, Budapest, Golden Book.
- WHO (2022): *World Alzheimer Report 2022*, <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2022/> (letöltve: 2022. 09. 22.).

The meaning and hope of our work comes from our common struggle

On Lajos Szabó's book *Family*, social and psychological aspects of dementia in old age

ABSTRACT

Lajos Szabó's 2011 book on dementia and the situation of people living with dementia, as well as the functioning and deficiencies of the care system, is a fundamental work on the topic. According to the author his main task in writing the book was to convey up-to-date knowledge and to express his opinion on modern care for the elderly with dementia and its functioning, and to formulate the responsibilities and further tasks of professional policy-makers and care developers in the development and operation of the field and the system. Addressing issues and critiques that are still timely for social professionals today, the book provides both professional knowledge, insights and possible directions for development, both at the level of institutions and institutional systems.

KEYWORDS: dementia, elderly care, person-centred care, social institutions

MADÁR CSABA | A Magyar Máltai Szeretetszolgálat módszertani munkacsoportjának vezetője. Szociális munkás, szociálpolitikus és szociálpolitikai, valamint gyermekvédelmi szakértő.

Folyóiratunk webes felületen, a **maltaitanulmanyok.hu** címen is elérhető. Honlapunkon megtalálják a Máltai Tanulmányok lapbemutató kerekasztal-beszélgetésein készült videófelvételeket, illetve a szerzőinkkel készült interjúkat, podcast felvételeket és egyéb extra tartalmakat.

A videófelvételeket a Máltai Tanulmányok **YouTube** csatornáján is követhetik.

Podcastjaink az **Apple podcast, Google Podcast, Soundcloud, Spotify, Spreaker, Amazon podcast, Podpad, Podcast Addict** és más ismert podcast oldalakon is meghallgathatóak.

Aktuális információinkról, híreinkről, plusztartalmainkról a közösségi média felületein – a **Facebookon** és **Twitteren** is tájékozódhatnak.

A szakmai közönség számára lehetőség van a lapban megjelentek véleményezésére, megvitatására az **academia.edu** oldalán.

Találkozunk Önnel a virtuális térben is!



MÁLTAI TANULMÁNYOK

A társadalmi kihívások folyóirata

2022 | 4. évfolyam 4. szám

Tulassay Zsolt

A belgyógyász gondolkodásának sajátosságai

Vajda Kinga

A magyarországi idősek nappali ellátásának helyzete

Kiss Gabriella

Demenciával élők személyközpontú ellátásának módszere bentlakásos otthoni körülmények között

Egervári Ágnes

A demencia útvesztői

Kostyál László Árpád – Balogh Péter – Almási Virág Erzsébet

A Covid-19 okozta világjárvány hatása a demenciával élők családi gondozóira

Patyán László – Leleszi-Tróbert Anett Mária

Az aktív idősödés egyéni és társadalmi dimenziói

Gedeonné Dallos Rita

A demenciaellátás innovatív irányai

Orbán Andrásné

Legyen szép a kor – demenciával is

Müller Nándorné

A zalakomári időotthon, a mi otthonunk

Fülöp Szilvia

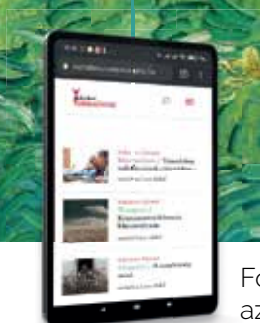
„Hogyan tovább, demensgondozás?”

Ráczné Németh Teodóra

Demenciával boldogan

Madár Csaba

Munkánk értelmét és a reményt a közös küzdelem adja



Folyóiratunk, felhasználói élményt növelő elemekkel, az interneten is elérhető – maltaitanulmanyok.hu