

## BEVEZETÉS

A demográfiai előrejelzések alapján a következő évtizedekben várhatóan a 80 éves és annál idősebb személyek fogják alkotni a magyar társadalom legmarkánsabban növekvő arányú csoportját. 2008-ban az arányuk a társadalomban mindössze 3,7 % volt, de 2060-ban várhatóan már minden nyolcadik magyar (12,6 %) ebbe az életkori csoportba fog tartozni (EUROSTAT 2008). A születéskor várható élettartam is – különösen a férfiaknál – jelentősen meg fog nőni 2060-ra, a férfiaknál 81,9, a nőknél 87,3 év lesz az előrejelzések szerint (EUROSTAT 2008). Az értekezés szempontjából releváns háztartás-összetételről pedig az tudható, hogy a nyolcvan éves és annál idősebb magyarok 42,1 %-a egyszemélyes háztartásban élt (Lakatos 2000), illetve, hogy összesen 102 ezer ilyen egyszemélyes háztartás létezett az előző népszámlálás idején, az ezredfordulón (KSH 2004).

A magas életkornak önmagában az egyik legvalószínűbb velejárója a megrendült egészségi állapot (László és Falus 2002), az idősök halálozási és morbiditási mutatói a legrosszabbak a társadalom életkor szerinti felosztásában (Gyukits és Ürmös 2002). Az egyedül élő idősök ki vannak téve az elmagányosodás érzetének és a kedélybetegségeknek (Iván 2002); idősként és tipikusan özvegyként a legkevésbé boldog életvitelnek (Utasi 2002); a munkaerőpiacon inaktív nagyvárosi idősként az alacsony mikrotársadalmi integrációnak (Utasi 2002); annak, hogy már csak viszonylag kevés és csökkenő számú barátjuk van (Albert és Dávid 2007); valamint az elszegényedésnek (Ferge 2000). Az időskorúak életminőségének vizsgálata önmagában különösen indokolt, a különféle veszteségek és negatív mentális következményük nagy esélye miatt is (Tróznai és Kullmann, 2003).

A nagyvárosi egyedül élő 80 év körüli idősök tehát a társadalom egyik rizikócsoportját alkotják, de ennek ellenére keveset tudunk arról, hogy ők hogyan élik meg ezt az élethelyzetet. Értekezésemben (Kucsera 2008) arra vállalkoztam, hogy megkísérlem a 80 év körüli (76-86 éves), egyedül élő budapestiek szubjektív életminőségének a feltárását és megértését egy interpretatív-emergens módszertani apparátussal. Az ő nézőpontjukból, az ő egyéni tapasztalataikból kiindulva vizsgálom a szubjektív életminőségüket az *egészségi állapot*, az *otthon*, a *függetlenség*, a *társas támogatás* és a *társas részvétel* témaköreire koncentrálni.

Annak ellenére, hogy szaporodnak a magyarországi életminőség-vizsgálatok, nem létezik egységes életminőség-fogalom, és nem csak a különféle diszciplínák eltérő közelítései miatt. Még a szociológián belül is eltérő életminőség-fogalmakat használnak a kutatók. Az életminőséget leginkább multidimenziós fogalomként lehet leírni, annak belátásával, hogy maguk az emberi szükségletek is szerteágazóak. Ezzel összefüggésben az életminőséget gyakran a tárgykörein keresztül definiálják (pl. egészségi állapot, függetlenség, társas kapcsolatok, stb.) bár a tárgykörök közötti határ gyakran elmosódik, és azok nagyban össze is függnek egymással.

Értekezésemben egy olyan összetett narratíva létrehozása volt a célom, amelyhez a 80 év körüli egyedül élő budapestiek többsége jelentős mértékben hozzá tudna illeszteni a saját életének megélését. Célom volt továbbá egy olyan komplex értelmezési keret létrehozása, amely segít az idősökkel kapcsolatos kérdésekkel, esetleg kifejezetten az idősök életminőségével vagy tágabban az életminőséggel – esetleg a kutatásban érintett valamely rész-problematikával – foglalkozó társadalomkutatóknak a saját kutatási kérdésvetéseikhez segítséget nyújtani, az általam és a kutatás résztvevői által közösen megalkotott narratívát „dialógusra” használni.

A kutatás exploratív jellegéhez és a megértő közelítés szándékához jól illett a félig strukturált mélyinterjú és a megalapozott elmélet módszertana, az egész kutatást a konstrukcionista paradigmába és a szimbolikus-interakcionista elméleti perspektívába helyezve. A szubjektív életminőség holisztikus igényű megközelítésével összhangban a dolgozatban a szociológiai mellett hangsúlyos szerepet kap még a szociálpszichológiai gondolkodás és fogalomrendszer is.

\* MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Intézet

<sup>1</sup> Doktori értekezés kibővített tézisei, ELTE Társadalomtudományi Kar, Szociológia Doktori Iskola. Témavezető: Széman Zsuzsa.

## A KUTATÁS MÓDSZERTANA, A KIVITELEZÉS ÉRDEKESEBB MEGFONTOLÁSAI

A kutatás 30 résztvevőjével készült 32 db mélyinterjú az ENABLE-AGE nemzetközi, az Európai Bizottság által támogatott kutatásban volt felvéve 2003-04-ben. Az eredeti kutatás fókuszában az otthoni környezet és az egészségben idősödés összefüggései álltak, kvantitatív és kvalitatív módszerekkel vizsgálva öt országban. A magyarországi partner az MTA Szociológiai Kutatóintézet volt, a kutatást Széman Zsuzsa vezette. A kutatás módszertanának kidolgozásában meghatározó szerepe volt Judith Sixsmith-nek, aki a kvalitatív kutatás felelőse volt a nemzetközi kutatási konzorciumban. Az én feladatom ebben a kutatásban többek között a magyarországi kvalitatív kutatás vezetésére is kiterjedt.

Az értekezés alapjául szolgáló kvalitatív kutatás a megalapozott elmélet módszertani apparátusát használta, annak is a Kathy Charmaz (2006) nevéhez köthető konstruktivista verzióját. A megalapozott elmélet módszertanának sajátossága annak emergens jellege – ami ismeretlen területen különösen alkalmassá teszi a használatát –, valamint az adatokra épülő elmélet létrehozása, amely különféle módszertani fogások rugalmas alkalmazásával érhető el.

Az interjúk félig strukturált jellege kellő flexibilitást nyújtott új témák felbukkanásához, és ahhoz, hogy az interjúk jobban közelítsenek egy hétköznapi beszélgetéshez. Az interjúk készítői tisztában voltak azzal, hogy idős emberekkel interjút készíteni sajátos felkészültséget igényel, és amely szituációban sajátos problémákkal szembesülhetnek. A sikeres interjúzás egyik előfeltételének tekinthető bizalmi légkör kialakítása esetenként külön erőfeszítést kívánt. E mellett arra is figyelni kellett, hogy az idősekre – mint sajátos szocializációs háttérű és kulturális referenciákkal bíró csoportra – esetenként jellemző sajátos értelmezési keretek és kódok félreértésekre adhattak lehetőséget. További nehézséget jelenthettek a kutatás résztvevőinek esetleges kognitív vagy fizikai kapacitás-csökkenéséből adódó problémák (pl. nagyothallás). Mindezek kontrollálása külön kihívást és feladatot jelentett az interjúkészítők számára.

## A KUTATÁS FŐBB EREDMÉNYEI

Az értekezésnek – a kutatás feltáró és átfogó jellege miatt szükségszerűen – leghosszabb főfejezete az eredményeket ismerteti. A szubjektív életminőség 5 fő tárgykörét egyenként vizsgáló fejezetekben (3.2. Az egészségi állapot; 3.3. Az otthon jelentése, és szerepe az életminőségben; 3.4. Függetlenség, egyéni adaptációs stratégiák, vészforogatókönyvek; 3.5. Társas és társadalmi támogatás; 3.6. Társas és közösségi részvétel) az adott tárgykörön belül kirajzolódó dimenziókat és azok összetevőit, azaz az egyéni tapasztalatok és szubjektív jelentéseik sokszínűségét a kutatási kontextusba ágyazva interpretálok és interjúidézetekkel illusztrálok.

Az általam vizsgált egyes tárgykörök, problémák természetesen gyengébb-szorosabb kapcsolatban, kölcsönhatásban állnak egymással, ezért az értekezésben elkerülhetetlenek az átfedések, az analitikusan nem mindig pontosan elhatárolható dimenziók. Egy-egy szubjektív tapasztalat gyakran annyira komplex, hogy azok által többféle jelentéstartomány is értelmezhető, és ezáltal az általam vizsgált különböző kutatási tárgykörök közül többhöz is kapcsolható. Ezen felül a résztvevők egyéni, de egymással analóg tapasztalatai, történetei hordozhatnak eltérő vagy egymást csak részben átfedő jelentéseket; de a hasonló analitikus jelentéseknek is lehet többféle megnyilvánulási formája az egyének szintjén. Mindezek tükrében igyekeztem egy olyan narratív ívet felrajzolni, amely jól illeszthető az idősek tapasztalataihoz, s amelyhez minden résztvevő sok kapcsolódási pontot tudna találni.

Az alábbiakban összefoglalom az értekezésnek a szubjektív életminőség egyes tárgyköreire tartozó legfontosabb megállapításait.

### Az egészségi állapot

Fontos leszögezni, hogy az egyén szubjektív egészségképe eltérhet, akár jelentősen is az orvostudományi diagnózistól. A szubjektív egészség- vagy betegségkép befolyásolja a közérzetet, az életminőséget, a mentális jól-létet, egyrészt közvetlenül (pl. fájdalomérzet), másrészt pedig közvetve, azon érzelmek által, amiket az egészséges vagy beteg idős a tünetekhez vagy annak hiányához, illetve azokhoz a tevékenységekhez fűz, amelyeket el tud (pl. egészség, vagy annak enyhe romlása esetén) vagy már nem tud (a betegség miatt akadályoztatva) végezni. A kognitív és fizikai kapacitás észlelt csökkenése, vagy a csökkenésének

elmaradása, esetleg a változással kapcsolatos várakozások alapvetően befolyásolják a szubjektív életminőséget, és annak e vizsgálatban szereplő összes tárgykörét. Közvetlen és közvetett hatásokról van tehát szó, amelyek jelentőségét folyamatosan hangsúlyozták a kutatás résztvevői.

Az egészségi állapot szubjektív megélésében jelentős különbségeket sikerült rögzíteni. Az ezzel kapcsolatos tapasztalatokat, attitűdöket és cselekvéseket három elsődleges dimenzióba tudtam rendezni – a (1) *szubjektív egészségi állapot* jelentése és konstrukciója; (2) az egészségi állapottal kapcsolatos *kommunikációs sajátosságok* és ennek kapcsán a *panasz kultúra* (hiánya); valamint az (3) *egészségmegőrzési stratégiák* –, melyek mindegyikének eltérő relevanciája van a szubjektív egészségi állapot bonyolult konstrukciójára.

Úgy tűnik, hogy az egészség- és a betegségértelmezéseknek is egyaránt a teljesítményorientált felfogása a tipikus idős korban, tehát az, amelyik egy adott tevékenység elvégzésére való képesség meglétén, csorbulásán vagy hiányán keresztül konstruálódik meg. Egyénenként eltérhet ezeknek a releváns és fontos tevékenységeknek a listája, de a szükségletekből kiindulva jó tipológia állítható fel.

Az egészségi állapot megélése, a szubjektív „egészségszint” és „betegségszint”, valamint annak mentális feldolgozásának képessége egy sor dologtól függ, a fájdalmak, tünetek jelentkezésétől kezdve a fizikai és kognitív kapacitás korlátozásának mértékén át a társas összehasonlításban megválasztott referenciacsoportig, az élettörténet relativizáló kontextusáig, vagy éppen az egészségi állapotot racionalizálni képes én-narratíváig. Ezek az interpretatív aktusok konstruálják meg a szubjektív egészségi állapotot, azt, ami a hétköznapi életben befolyásolja az egyén attitűdjeit, magatartását, közérzetét. A szubjektív egészségi állapot azonban egy adott életszakaszon belül sem statikus, következőképp az általa befolyásolt életminőség-érzet is változik, akár napról napra, szituációról szituációra.

Kicsit elemelkedve a perspektívában a mindennapi szituációk vonatkoztatási keretétől, az egészségi állapot ebben az idős korban „legálisan” tud rossz lenni – sőt, sokszor generációjuk kevés túlélőjének egyikeként tekintenek magukra –, így a még legalább valamennyire önálló életvitelre képes idősök egy része számára sok esetben ez nyújtja a vigaszt, könnyebben elviselhetővé téve a betegségükkel járó életminőség-romlást.

Természetesen a fájdalmak, a fizikai és/vagy kognitív kapacitás csökkenése jelentősen tudja rontani az életminőséget, és vannak, akik ezt nagyon rosszul is tűrik. Ehhez kapcsolódóan a közvetlenül jelenlévőnek, a mindennapok realitásának gondolt veszélyeztetettség érzete, és a visszafordíthatatlannak ítélt rossz egészségi állapot, vagy annak érzékelt romlása a rossz pszichológiai jól-létén keresztül akár szorongásos, depressziós tüneteket is okozhat.

Az egészségi állapot nem bizonyult tabutémának, különösen, ha annak romlását az idősödés természetes velejárójának tulajdoníthatták, és nem olyanak, amelyben saját egyéni felelősségük is van, például az egészségtelen életmódjuk következményének. Különbség van a férfiak és a nők kompetencia- és érzelem-kommunikációjában, valamint az egészségi állapotról való kommunikáció hangnemében, stílusában is.

Az idősekről élő sztereotipikus közfelfogás tükrében érdekes eredménye az interjúknak, hogy nem sikerült a panasz kultúra hétköznapi-felületes változatát (Heller 2006) beazonosítani az interjúkban. Nem ismerek olyan átfogó kutatást, amelyik a panasz kultúrát, mint társadalmi jelenséget állította volna a középpontjába, de azt a panasz kultúrával kapcsolatos közbeszédben és publicisztikákban magától értetődőnek veszik, hogy az a magyar társadalomra kiemelkedően (egyedien?) jellemző. Ez a kontextus azért fontos, mert egy, az idősek panaszkodásáról szóló gondolkodás Magyarországon, „a panasz kultúra hazájában” így sajátos „ráerősítést” is kaphat.

Az egészségi állapot megélésének komplexitása úgy érthető meg, ha feltárjuk az egészségmegőrző stratégiákhoz való viszonyt is. Az egészségmegőrzési stratégiák nem csak a fizikai, hanem a kognitív-mentális kapacitás ápolására is kiterjednek („agytorna”), bár vannak, akik számára irreleváns az egészségmegőrzés programszintű gyakorlata. Valamiféle egészségmegőrző stratégia alkalmazása a jelenlegi egészségi állapot javításának/fenntartásának célja mellett a jövőre vonatkozó célok megvalósításának az eszköze a kutatás résztvevői közül többenél is. A férfiak és a nők egészségmegőrzési stratégiájában vannak jellemző eltérések, a férfiak inkább inkonzisztensen viszonyulnak a dologhoz, a nők konzisztensebbek és olykor enyhe büntudat is érezhető náluk az egészségesnek gondolt életmóddal szembenő magatartásuk esetén.

**Az otthon jelentése és szerepe az életminőségben**

A kutatás résztvevői – 80 év körüli, egyedül élő budapestiek – beszámolóik szerint életüknek ebben a szakaszában jóval több időt töltenek otthon, mint korábban, a lakás vált a többségük életének súlypontjává. Ennek többféle okot tulajdonítottak, például a hanyatló egészségi állapot fizikai (pl. nehezebb mozgáskoordináció) és pszichikai következményeit (pl. elbizonytalanodás, félelemérzet), a kapcsolati háló szűkülését, a romló közbiztonságot, vagy éppen a társadalom idősellenesnek észlelt attitűdjét. Ez az otthon-orientált életmód azt is maga után vonja, hogy az idősek életminőségét erősen befolyásolja a lakókörnyezet (Düll 1995; Lawton 1975; Rowles, Oswald and Hunter 2003).

Az egyén a környezetével való interakciója során elhelyezi magát ebben a szociofizikai környezetben. Ennek a mentális reprezentációnak a meg- és rekonstruálása egy folyamatos tevékenység, mivel az egyén és a környezet is folyamatosan változik. Helykötődésnek nevezik azt a folyamatot, melyben a semleges „tér”-ből pszichológiailag interpretált „hely” lesz (Düll 2002). Az elemzésben a helykötődés és helyidentitás koncepciói fontos elméleti kereteket jelölnek ki az idősek otthon-értelmezéseinek, jelentésárnyalatainak, valamint az otthonnak az életminőség megélésében játszott szerepének a feltárásához.

A „szubjektív otthon” multidimenziós jelenség, amely (1) fizikai tér; (2) személyes tér és ezzel összefüggésben helyidentitás; (3) társas hely (Sixsmith 1986) valamint (4) vagyontárgy dimenziók és jelentésárnyalatokból tevődik össze.

Az interjúkból az szűrhető le, hogy az időseket az otthonuk valóban változatos módokon befolyásolja a szubjektív életminőségükben. Például azokon a kognitív mezőkön keresztül, amelyek az otthonosság biztonságérzetét nyújtják a maguk változatlanóságával és kiszámíthatóságával a bizonytalan külvilág ellenpontjaként egyfajta védelmi pufferezónát képezve a lakója köré.

A stabilitás, amit az otthon nyújt nagyon fontos egy olyan életszakaszban, ahol a változás bekövetkezésével a mindennapok realitásaként kell számolniuk, és amely életvilágokban a változás általában váratlan, és az életminőségre kedvezőtlen hatású. Az otthon az önmegvalósítás terepe is, az a hely, ahol a személyes normák és szabályok a legteljesebben tudnak érvényesülni. Részben az otthon stabil pont jellege miatt, részben az otthonhoz köthető rengeteg személyes emlék miatt az otthon az identitás egyik fontos megerősítő tényezője (Düll 2003), s ez az idősek esetében kiemelt fontosságú. Ezen túl az otthon maga az identitás egyfajta manifesztációja is azáltal, hogy azt a saját képükre formálva alakították ki hosszú idő alatt.

Az otthoni környezet kialakításában gyakran együtt dolgoztak a néhai házastársukkal – akinek a szimbolikus jelenléte részben pont a tárgyi környezet emlékeztető szerepe miatt is része a mindennapoknak. Ez a szimbolikus jelenlét gyakran meghatároz bizonyos viselkedési mintázatokat és befolyásolja a megélt érzelmeket, valamint olykor az otthoni környezet „érinthesetlenségét”.

Az idősek mindezek miatt tipikusan nagyon ragaszkodnak az otthonukhoz, a hátralévő éveiket ott szeretnék letölteni, nem egy közülük otthon is szeretne meghalni.

De ez az állapot törékennyé is válhat. Az otthonuktól ugyanis több ok miatt is elidegenedhetnek az idősek, és ezek között van olyan ok, ami jelentősen ronthatja az életminőségüket, például az, ha a független, autonóm életvitelüket érzik benne ellehetetlenülőnek. A problémára megoldást nem találó idősnél, a környezeti stressz feloldhatatlansága miatt szorongásos tünetek jelentkezhetnek, azaz csapdahelyzetet is jelenthet számára az otthon; így az általában pozitív helykötődés ambivalenssé válik, az otthonhoz való viszonyban jelentős elidegenítő tényezők jelennek meg.

Az egyedül élés azonban nem csak a korábban tárgyalt korlátlan önmegvalósítás és a saját norma- és szabályrendszer érvényesülését támogathatja, hanem – az otthon társas dimenziójában vizsgálva – előidézhetheti a társas kapcsolatokban érzett deficit kialakulását vagy eskalálódását is. Az életminőséget negatívan befolyásoló magányérzet azonban nem valósul meg „olyan könnyen”, mint ahogy azt a társadalmi gondolkodás az egyedül élő nagyvárosi idősekről alkotott sztereotípiákban elképzei, az idős kor és az egyedül élés a magányérzet szubjektív kialakulásának önmagukban nem „elégleges” feltételei.

Végül fontos megemlíteni, hogy többek számára – olykor csak utalásszerűen – az otthonuk olyan vagyontárgy, ami anyagi biztonságot nyújt. Ez a jövőbeni, potenciálisan felmerülő ápolási-gondozási szükséglet fedezeteként megnyugvást jelent az idős számára, oldja vagy enyhíti a stresszt, amit a bizonytalan jövőkép okozna.

Függetlenség, egyéni adaptációs stratégiák, vészforgatókönyvek

Az idősök életminőségét és szubjektív jól-létét az életvitelükben észlelt függetlenségük mértéke jelentősen befolyásolja, mert az autonóm, másoktól független életvitel megélése a *self*, az identitás számára pozitív visszacsatolást jelent (Leeson, Harper and Levin 2004). A függetlenség egyszerűen a másoktól való függés hiányát jelenti, ennek a fejezetnek az egyik központi kérdése a függetlenségnek vagy a függetlenség csorbulásának megélése, azaz ezek befolyása a szubjektív életminőségre.

A függetlenség és függés értelmezéseinek, a pszichológiai jól-létre gyakorolt pozitív vagy negatív hatásainak feltárásához érdemes Rotternek „a kontroll helye” (*locus of control*) koncepcióját alkalmazni (1972). Rotter belső kontrollnak nevezi azt, amikor egy esemény következményét, pozitív vagy negatív „jutalmát” az egyén a saját tevékenységnek vagy stabil jellemvonásának tudja be; és külső kontrollnak, amikor az egyén úgy észleli, hogy rajta kívülálló dolgok (szerencse, véletlen, sors, isteni beavatkozás, más személyek, körülmények sokasága, stb.) befolyásolják az események kimenetelét, függetlenül az ő tetteitől.

Ez a fejezet (1) az autonóm, másoktól független életvitelnek vagy e függetlenség csorbulásának szubjektív megélését; a függetlenség minél teljesebb megélése érdekében alkalmazott megküzdési-adaptációs stratégiákat – azaz a (2) lakókörnyezet átalakításának adaptációs stratégiáját; a (3) kommunikációs eszközök adaptív használatát; az (4) életmód és viselkedés megváltoztatásának adaptációs stratégiáját –; illetve a (5) független életvitel jövőbeni esetleges ellehetetlenülésével kapcsolatos vészforogatókönyveket vizsgálta.

A szakirodalommal összhangban az interjúkból is az a kép rajzolódott ki, hogy az idősök nagy fontosságot tulajdonítottak a függetlenségüknek – valószínűleg pont azért, mert olyan törekvénynek észlelték azt –, a minél teljesebb függetlenség fenntartásának és az arra való törekvésnek. A másoktól való függésbe kerülés frusztrációt, kudarcélményt és a sérülékenység érzetének tudatosulását okozhatja, a függetlennek, vagy a lehetőségekhez képest függetlennek észlelt életvitel viszont egy énerősítő pozitív visszacsatolást jelentett a számukra.

A függetlenség elsődlegesen a mindennapok tevékenységeiben, és különösen az önellátáshoz kapcsolható tevékenységek vonatkoztatási keretében nyert értelmet.

Jóllehet többen a személyes függetlenségnek a fizikai teljesítőképesség csökkenése miatt észlelt korlátozottságát is nehezen tudták megélni, az igazi veszélyt a döntéshozatali szuverenitásuk, az életük irányítására való képességük esetleges csorbulásában látták. A legnegatívabb forogatókönyv számukra a döntési kompetencia elvesztése, amit általában a kognitív képességeik leépüléséhez (pl. demencia vagy Alzheimer-kór miatt) vagy valamilyen agyi katasztrófához (pl. sztrók) kötöttek. De olyanra is voltak példák, amikor a döntési hatalmukat a társas környezet korlátozta. Az észlelt kontrollvesztés önmagában is stresszt generálhat, de e mellett konfliktushoz is vezethet a nem kívánt befolyást gyakorló, vagy gyakorolni akaró személyekkel.

Az autonóm döntéshozatal és erős kontroll-érzet ugyanakkor csökkenteni tudta például a fizikai-önellátási dimenzióban tapasztalt függésbe kerülés negatív hatásait a pszichológiai jól-létre.

A függetlenség harmadik terepeként az anyagi függetlenség jelentkezett. Az idősök egy része számára az identitásuk fontos része, hogy be tudják osztani a nyugdíjukat, és többen is a szocializációjukra, a múlt tapasztalataira – különösen a háború alatti és a háborút követő évek nélkülözéseire – vezették vissza ezt az akár a kevésből is kijövő képességüket és attitűdjüket.

A függetlenség fenntartására változatos megküzdési stratégiákat alkalmaztak, melyek egyike a személy-környezet összeillésének (Dúll 2002) csökkenését kompenzáló stratégia a fizikai környezet (Széman és Pottyondy 2006) vagy a viselkedés adaptációjával.

A lakókörnyezet adaptációjának koncepciója többük számára eleve idegenül hangzott. Néhányuknak a saját tapasztalata (pl. kisebb baleset) tette „életközeli” a koncepciót, és amiatt valószínűleg meg környezet-adaptációt, így téve stresszmentesebbé és biztonságosabbá a környezetet. A környezet-optimalizáció azonban nem egy magától értetődően, „tankönyvszerűen” pozitív hozadékokkal bíró forogatókönyv. Sikerét több járulékos körülmény is befolyásolja, így függ például az átalakítás levezénylése során észlelt személyes befolyás mértékétől; az átalakítással járó „vesződség” mértékétől; magától az új környezet észlelt megfelelőségétől; a biztonságérzet növekedésétől, esetleg az idősben akaratlanul is előhívott és tudatosított veszélyeztetettségérzet kialakulásától.

Többen a környezet-személy összeillés problémáját az egyéni viselkedés felől közelítették meg, és tudatosan kerülték a balesetveszélyt, vagy az összeillést egyéb praktikákkal, kreatív alkalmazkodással optimalizálták.

A függetlenség elvesztésének forgatókönyvéről való gondolkodás némelyeknél olyan stresszt okoz, hogy inkább el is kerülik ezeket a gondolatokat. Mások többé-kevésbé körvonalazódó forgatókönyvvel rendelkeznek, sőt, van, aki már most pénzt tesz félre a jövőbeni gondozására. Olyan résztvevője is volt a kutatásnak, aki a problémára a gondozás és felügyelet biztonsága miatt az idősek otthonába költözést tartotta a lehetőségei szerinti legjobb válasznak.

### Társas és társadalmi támogatás

A társas támogatás keresése és igénybevétele a problémákkal, a problémák által okozott stresszel való megküzdés egyik hatékony eszköze (Thoits 1995), s a személyen kívüli megküzdési módok közül talán a legfontosabb (Pikó 1997). A társas támogatás főként kognitív (pl. információforrás), affektív (pl. érzelmi-megerősítő) és instrumentális (pl. praktikus) formákat ölthet. Nem feltétlenül kell, hogy állandóan realizálódjon az idős személy életében a társas támogatás aktusa, a pszichológiai jóléthez sokszor elegendő az a tudat, hogy a támogatás készenléti állapotban van, könnyen hozzáférhető (Thoits 1995; Utasi 2002). A társas támogatás szubjektív megélése függ az észlelt támogatáspotenciáltól, melyben a támogatást nyújtani képes és hajlandó személyek hálózatának mennyiségi (van-e aki segítsen) és minőségi elemei (mennyire tölti be a megküzdés társas szerepét) egyaránt fontosak, valamint az is, hogy egyén mennyire elégedett a kapott támogatással, egyáltalán igényli-e azt (Pikó 1997).

Ebben a fejezetben az informális és formális támogatási formákkal kapcsolatos attitűdöket, elvárásokat, valamint a támogatások megvalósulását segítő és gátló tényezők feltárását kíséreltem meg úgy, hogy külön alfejezetekben tárgyaltam az *(1) informális és (2) formális támogatási formákat*, kitérve a köztük lévő határ olykor elmosódó jellegére; valamint a támogatások megvalósulását *(3) elősegítő és (4) azt gátló tényezőket*.

A kutatás résztvevői a támogatási igényük kielégítését elsődlegesen az informális kapcsolatrendszerükön keresztül, a társadalmi tőkájukat mozgósítva próbálták meg megoldani. A támogatás megvalósulása nem feltétlenül és automatikusan egy „pozitív összegű játszma” az abban részt vevők (támogatott / támogató) számára, annak lehetnek nem szándékolt negatív következményei is. Az időseknek néha titokban kell elvégezniük bizonyos tevékenységeket, mert a szeretteikkel konfliktust okozna, ha megtudnák, hogy ilyen veszélyes „mutatványokat” végez a szerintük ezzel veszélyhelyzetbe kerülő, vagy a vélt csökkent teljesítőképességéhez képest magát túlvállaló idős rokon. Ha azonban az idős személy alkalmasnak érzi magát az adott tevékenység elvégzésére, akkor a felajánlott támogatást szükségtelen, a méltóságát veszélyeztető gyámkodásnak érezheti.

A támogató személy – ideális esetben – bizalmas, intim viszonyban van az idős személlyel; empátiával fordul felé; ismeri a szükségleteit; és egyenrangú viszonyban állnak. Mindezek mellett jól jön a támogatás minél harmonikusabb megvalósulásához, ha a kapott támogatást a reciprocitás elve szerint visszafelé irányuló támogatás is kíséri, vagy kíserte korábban.

Érdemes megjegyezni az informális támogatói személyek kapcsán, hogy a granovetteri „gyenge kötés”-ek – amelyek fő hasznát az egyén számára az erős kötésekkel definiált információtól szegregált csoportjától eltérő információkhoz való hozzáférésben jelölte meg (Granovetter 1973) – nemigen jelenhettek meg az interjúkban, mint az információhoz való hozzáférés jelentős csatornáit, mert maguk a gyenge kötések is nagyrészt hiányoztak, vagy aránytalanul kevésnek tündek. Ez azzal függhet össze, hogy a kutatás résztvevői prioritizálták, hogy kivel, kikkel tartanak kapcsolatot, és arról számoltak be, hogy sok régi „gyenge kötés”-alapú kapcsolatuk végletesen elgyengült és elszakadt (kihűlt), lemorzsolódott, és a véletlen újratálcázások esélye minimálisra csökkent. Esélyt az új kapcsolatok teremtésére – és bennük erőforrások elérésére – például a nyugdíjasklubba vagy valamilyen közösségbe járás jelenthetne, azaz a kapcsolatok tudatos keresése. Ez azoknak emelhetné különösen az életminőségét, akiknek nincs, vagy elégtelen az informális társas támogatói körük.

A támogatás formális szervezeti forrásainak (pl. önkormányzat, civil szervezetek) igénybevétele nem volt jellemző a mintában. Eleve keveset tudtak arról, hogy egyáltalán milyen segítséget nyújthatnának ezek a szervezetek, mert nem is nagyon merült fel bennük, hogy hozzájuk forduljanak segítségért, és ebben a személyes tapasztalataik keveredtek az előítéletekkel. Többségükben nem bíztak a hivatásos segítségben, mert személytelennek, látszattevékenységet végzőnek, szakszerűtlennek, az igényeiket nem kielégítőnek, bürokratikusnak, az igénylés folyamatát és az elbírálási mechanizmusait pedig átláthatatlannak tartották. Azokban merült fel reális opcióként a formális támogatói szervezetekhez fordulás, akiknek nem volt potenciálisan mozgósítható informális támogatói network-je, ők meg is előlegezték a bizalmat e szervezeteknek.

Külön meg kell említeni az általam a formális támogatók közé sorolt – fizetségért felfogadott – bejárónókkal-gondozónókkal való kapcsolatot, amelyek gyakran az eredeti-formális támogatói szerepnél is fontosabb megerősítő-érzelmi informális támogatás forrásává válik.

## Társas és közösségi részvétel

Az idősök életminőségének fontos tényezője a társas és közösségi részvétel (Jang, Mortimer, Haley and Borenstein Graves 2004; Losonczy 1995), Rowe és Kahn „sikeres idősödés” modelljében (1997) pedig – az életbe való aktív bevonódás részeként – kiemelt helyen szerepel. A minél teljesebb időskori részvétel az idősökkel kapcsolatos közpolitikai céloknak is hangsúlyos eleme (WHO 2002).

A kutatás résztvevőinek életében az idősődéssel együtt járó változások egyik legmarkánsabb vonulata éppen a társas és közösségi részvételük átalakulása. A változás jellemzően az egykor gyakrabban végzett részvételi tevékenységek visszaszorulásában vagy visszaszorításában, nem ritkán teljes feladásában, ezáltal az egykori részvételi formák változatosságának és gyakoriságának a csökkenésében manifesztálódik.

Ezekkel a tipikus jelenségekkel párhuzamosan az aktív kapcsolatrendszerük zsugorodásáról is beszámoltak a kutatás résztvevői. Emiatt, és az egyedüli életvitelük miatt a társas részvétel kontextusában is érdemes megvizsgálni a magány megtapasztalásának és az ellene való küzdelemnek a változatosságát. Fontos újra rögzíteni, hogy bár a kutatás résztvevői egyedül élnek, nem tekinthetők automatikusan elmagányosodottnak. Az egyedül élés egy objektív meghatározás, a magány pedig egy szubjektív érzet, ami nem feltétlen alakul ki, vagy csak időszakosan jelentkezik az ezt érző személy életében (Peplau and Perlman 1978).

Az idősödő emberek részvételének története azonban nem csupán a részvétel csökkenésének a története. Megjelennek új részvételi formák is, mert a valakihez/valakikhez tartozás igénye többé-kevésbé megmaradt bennük, és ezt részben új kifejezési formákon keresztül gyakorolják.

A társas és közösségi részvétel tárgykörének kibontását a részvételt (1) *akadályozó tényezők* áttekintésével kezdtem, majd külön kitértem a (2) *proaktív visszavonulás* jelenségének interpretatív leírására. Ezeket a (3) *részvételt támogató tényezők*; a (4) *magányérzet csökkentésére vagy kialakulásának megelőzésére irányuló társas megküzdési stratégiák*; valamint az (5) *új típusú részvételi formák* tárgyalása követi.

Az idősök életében a társas részvételük csökkenése a tipikus mintázat, melyet egy sor belső, az egyén szintjén beazonosítható nehézség mellett változatos külső tényezők is gátolnak. A rossz egészségi állapot mellett a társas részvételben potenciális társak – különösen a néhai házastárs – elvesztése mellett egy sor környezeti (fizikai akadályok) illetve társadalmi-kulturális (embertársak közönye, bűncselekmények áldozatává válás esélye, valamint a közösségi terek pszichológiai vetületei) akadály is csökkenti az idősök részvételi kedvét és esélyeit.

A részvételt gátló tényezők egyes elemei analitikusan gyakran oppozícióba állíthatók a részvételt támogató tényezőkkel, például a jó szubjektív egészségi állapottal, az általános motivációval, vagy éppen a kiterjedt és/vagy élő szomszédsági vagy baráti kapcsolatrendszerrel.

Érdekes jelenség a „proaktívként” jellemezhető visszavonulás a társas interakcióktól, melynek jellemzője, hogy az egyfajta elidegenedési folyamat eredménye, amit gyakran a környezet valamilyen negatív tényezője vált ki. Ezek az okok változatosak, a legfontosabbak közé a társadalomban uralkodóknak észlelt érték- és normarendszer megértésének és elfogadásának nehézségei; az intergenerációs kapcsolatok hiányosságai; az idősökkel szemben észlelt negatív előítéletek; valamint a társadalom éles politikai kettéosztottsága tartoznak. Különböző betegségek testi jegyei, az érzékszervek romlásának és a kognitív kapacitás csökkenésének identitást kikezdő tulajdonságai is gyakran a társas interakciók kerülésére készíthetik az idős személyeket.

A kialakult magányérzet ellen direkt és valamennyire tartós – azaz egy adott személlyel ismétlődően megvalósuló – társas interakciókat kereső stratégiák nem mutatnak nagy változatosságot, erre szinte csak intézményi keretek vannak, a nyugdíjasklub

és az idősek otthona, illetve kivételként élettársi kapcsolat létesítése. Új barátokra, vagy csak tartós ismerősökre szert tenni nemigen van lehetőségük, de a lehetőségek mellett bizonyos pszichológiai akadályokat is le kell küzdeniük.

A társas részvételben bekövetkező változások nem kizárólag csökkenésként írhatók le, abban beazonosítható egy minőségi hangsúlyáthelyezés is, amely során a számukra fontos és általában régóta fenntartott kapcsolataikat próbálják a legteljesebben megélni.

További érdekes elemét jelentik az idősek részvételének a változatos manifesztációjú, új típusúnak vagy átalakulónak minősíthető részvételi formák. Ezek között vannak inkább gondolatban meg- és átélt, befelé irányuló kontemplatív jellegűek is, melyek a külső megfigyelő számára általában hozzáférhetetlenek. Ilyen sajátos jelentésszférával megtöltött dolog lehet például a közterületi sétánál a séta helyszíneinek kiválasztása, vagy azok a motivációk, értelmezések és jelentéstudajdonítások, amelyeket az ilyen szemlélődő részvétel mögött meghúzódnak (pl. az egyéni és a generációs emlékezet számára fontos és jelentős személyekhez, helyszínekhez és eseményekhez fűződő emlékek felidézése).

Az egyén számára sajátos értelemmel bíró tevékenységeknek a magányérzet elkerülésében játszott szerepe – az unaloműzésen vagy az örömszerzésen keresztül – szintén egy érdekes jelensége az egyedül élő idősek életvilágának. Az „értelemmel felruházás” szubjektív aktusa olyan hétköznapi és földhözragadt tevékenységekben is hozzáadott értelmet talál, mint a házimunka, mely a gondolatelterelő megküzdési stratégiák részeként akadályozza a magányérzet kialakulását vagy segíti annak elfojtását.<sup>2</sup>

Lehetnek ugyanakkor negatív hatásai a szubjektív életminőségre – nyugtalanság, feszültség és zaklatottság képében – annak, ha az idős személy nem képes akár a (rég)múlt, akár a jelen társadalmi eseményeit mentálisan feldolgozni. Hosszú életük egyik járulékos következménye, hogy sok mindent megélték a XX. század fordulatos és időnként tragikus magyar történelmében, sok mindennek voltak szem- és fültanúi, és ezek mentális feldolgozásával a kutatás több résztvevője küszködött még az új század elején is az interjúk tanúsága szerint.

#### AZ ÉRTEKEZÉS CÉLJAI ÉS AZ EREDMÉNYEK ALKALMAZHATÓSÁGA

Úgy érzem, hogy az értekezés azon célkitűzését, hogy egy megértő-interpretatív narratívát felállítva tegyem plauzibilissé és az olvasó számára némileg átélhetővé az egyedül élő budapesti idősek életét, sikerült teljesíteni. Természetesen nem elvárható, hogy az értelmezések és megállapítások mindegyikével egyetértsen az olvasó, de úgy érzem, hogy a saját interpretációs pozícióm egyértelműen volt definiálva, és ahhoz végig következetesen igazodva egy koherens dolgot sikerült írnom.

Úgy gondolom, hogy az értekezésben lefektetett – az egyedül élő 80 év körüli budapestiekről szóló – narratíva viszonylag jól „működne” más magyarországi nagyvárosi környezetben egyedül élő hasonló korúak – és hasonló generációba tartozók – esetében is. Ezzel szemben például a nem egyedül élő budapesti 80 év körülieknek, vagy a falvakban és tanyavilágban élő 80 év körüli egyedül élőknek az életminőség-narratívája több olyan lényeges sajátossággal bírna – minőségileg is más egyéni hangsúlyok, perspektívák, tapasztalatok, jelentések, szerepek és interakciók felbukkanásával –, ami az elemzésből szükségszerűen hiányzik.

#### REFLEXIÓANALÍZIS ÉS A KUTATÁS HITELESSÉGE

A konstrukcionista paradigma talaján álló kutatók magától értetődőnek veszik, hogy ők maguk is részei annak a tudásnak, ami létrejön a kutatás során. Részei egyrészt az interpretációs szerepük miatt, de részei a miatt is, hogy az a kép, ami róluk a kutatás résztvevőiben kialakul befolyásolhatja az általuk megosztott tudás minőségi és mennyiségi összetevőit. Megvizsgálva az interjúkészítők és adatelemzők szerepét arra jutottam, hogy nincs tetten érhető szisztematikusan torzító hatásuk, hatásunk. Az általam legjellemzőbbnek gondolt fiatal – generációkkal fiatalabb – életkora az interjúkészítőknek talán az interjúk intimitásszintjét is növelte.

Az értekezés záró fejezetében a kutatás és elemzés hitelességének kérdéseit is áttekintem, olyan eljárásokat említve, amelyek hozzájárulhattak a hitelesség növeléséhez.

<sup>2</sup> A magánnyal kapcsolatos értelmezések és az azzal való megküzdési stratégiák összefoglalásához: Kucsera (2011).

## EPILÓGUS

A szubjektív életminőség holisztikus képének felrajzolására vállalkoztam, amely egy átfogó és sokrétű elemzést tett szükségessé. Munkámban azt az egyensúlyi állapotot kellett megtalálnom, amelyben az egyes tárgykörök kellő mélységben voltak tárgyalva; és egy tárgykör vagy részprobléma sem volt a többihez képest „túlzott” mélységig boncolgatva. Ennek a kompromisszumnak a megvalósítása külön kihívás volt – és ez a holisztikus megközelítésnek bizonyos értelemben a hátránya is –, mert minden tárgykör, sőt azok egyes résztémái is önálló kutatási problematikaként teljesen legitim és izgalmas kutatási problémák lehettek volna, melyek mindegyikének jelentős irodalma is van.

Abban bízom, hogy a dolgozat tartalmaz olyan gondolatokat és támpontokat, amelyek egy-egy jövőbeni célzott kutatásban hasznosak lehetnek.

## FELHASZNÁLT IRODALOM

Albert F. és Dávid B. (2007). *Embert barátjáról. A barátság szociológiája*. Budapest: Századvég.

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*, London: Sage Publications.

Dúll A. (1995). Az otthon környezetpszichológiai aspektusai. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 35 (5–6), 345–377. p.

Dúll A. (2002). Kísérlet egy tranzakcionális környezetpszichológiai fogalom operacionalizálására: a lakó-otthon összeállítás empirikus vizsgálata I. A kutatás elméleti háttere. *Pszichológia*, 22 (1), 57–106. p.

Dúll A. (2003). A tárgyi környezet pszichológiája – A pszichológia új tárgya. In: Kapitány Á és Kapitány G. (szerk.). *Tárgyak és társadalom II. Kapcsolatok: a tér, a tárgy és a képi kultúra összefüggései*, Budapest: Magyar Iparművészeti Egyetem, 6–31. p.

EUROSTAT (2008). Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies [Electronic Version]. *Population and social conditions*. URL: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN). PDF. Letöltve: 2008-10-10.

Ferge Zs. (2000). *Elszabaduló egyenlőtlenségek*. Budapest: Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület.

Granovetter, M. S. (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 78 (6), 1360–1380. p.

Gyukits Gy. és Ürmös A. (2002). Társadalmi egyenlőtlenségek és egészségi állapot. In: Szántó Zs. és Susánszky É. (szerk.). *Orvosi szociológia*, Budapest: Semmelweis, 48–65. p.

Heller Á. (2006). A panasz kultúráról. *Szombat*, április, 18, 12–13. p.

Iván L. (2002). Az öregedés aktuális kérdései. *Magyar Tudomány*, XLVIII(4), 412–418. p.

Jang, Y., Mortimer, J. A., Haley, W. E. and Borenstein Graves, A. R. (2004). The role of social engagement in life satisfaction: Its significance among older individuals with disease and disability. *Journal of Applied Gerontology*, 23 (3), 266–278. p.

KSH (2004). *Népszámlálás 2001. 20. Az időskorúak életkörülményei*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.

- Kucsera Cs. (2008). *Egyedülálló, idős budapestiek szubjektív életminősége*. PhD értekezés, Budapest: ELTE.
- Kucsera Cs. (2011). Egyedül élő budapesti idősek magányhoz való viszonya. In: Dupcsik Cs., Kovách I., P. Tóth T. és Takács J. (szerk.) *Szociológiai Tanulmányok*, 1, 11–23. URL: [http://www.socio.mta.hu/dynamic/st\\_soc\\_1.pdf](http://www.socio.mta.hu/dynamic/st_soc_1.pdf). Letöltve: 2012-02-25.
- Lakatos M. (2000). A családi kapcsolatok és a fizikai aktivitás szerepe az időskorúak életében. In: Szűcs Z. (szerk.). *Az időskorúak helyzete a kilencvenes években Magyarországon*, Budapest: Központi Statisztikai Hivatal, 67–82 p.
- László V. és Falus A. (2002). Az öregedés sejtani és genetikai alapjai. *Magyar Tudomány*, XLVIII(4), 406–411. p.
- Lawton, P. M. (1975). *Planning and managing housing for the elderly*. New York: John Wiley & Sons.
- Leeson, G. W., Harper, S. and Levin, S. (2004). *Independent living in later life: Literature review*. London: Department for Work and Pensions. Crown copyright.
- Losonczy Á. (1995). Az öregek sorsa a váltakozó múltak jelenidejében. In: Lévai K. (szerk.). *Kötet az idősekről. Esély füzetek 2*. Budapest: "ESÉLY" Közösségfejlesztő és Családsegítő Szolgálat, 9–46. p.
- Peplau, L. A. and Perlman, D. (1978). Blueprint for a social psychological theory of loneliness. In: Cook, M. and Wilson, G. D. (eds.), *Love and attraction*, Oxford: Pergamon, 101–110. p.
- Pikó B. (1997). Coping - társas kapcsolatok - társas coping. *Pszichológia*, 17 (4), 391–399. p.
- Rotter, J. B. (1972). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. In: Rotter, J. B., Chance, J. E. and Phares, E. J. (eds.). *Applications of a social learning theory of personality*, New York: Holt, Rinehart and Winston, 260-295. p.
- Rowe, J. W. and Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. p.
- Rowles, G. D., Oswald, F. and Hunter, E. G. (2003). Interior living environment in old age. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 23, 167–194. p.
- Sixsmith, J. (1986). The meaning of home: an exploratory study of environmental experience. *Journal of Environmental Psychology*, 6 (4), 281–298. p.
- Széman Zs. és Pottyondy P. (2006). *Idősek otthon. Megszokott környezetben, nagyobb biztonságban*. Budapest: Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 35 (Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology: The State of the Art and Directions for the Future), 53–79. p.
- Tróznai T. és Kullmann L. (2003). Életkor és életminőség. In: Kovács M. (szerk.). *Időskori depresszió és szorongás*, Budapest: Springer Tudományos Kiadó, 30-37. p.
- Utasi Á. (2002). *A bizalom hálója. Mikrotársadalmi kapcsolatok, szolidaritás*. Budapest: Új Mandátum.
- WHO (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: WHO.