

Prof. Dr. Iván László

Az idősgyógyászat (geriátria) aktuális kérdései és gyakorlata

Összefoglalás

Az öregedés többtényezős és többdimenziós életfolyamat, amelynek kialakításában, kimenetelében a pszichoszociális meghatározottság egyéni, korcsoport, korjárat és nemi különbségekkel, de egyértelműen meghatározó jelentőségű.

Az öregedés imázsa kultúrafüggő, alig és nehezen befolyásolható, de a következetes, tudományos felvilágosítás és nevelés pozitív hatása érvényesül. A közösségben élő idősök rendelkeznek az ún. „normatív életeseményekhez és átmenetekhez” kapcsolódó élet-kihívások és stresszek leküzdéséhez szükséges adaptációs kapacitással. Ebben a személyiség pszichoszociális „kelléktára” meghatározó jelentőségű és megkülönböztethető: a „sikeres” és „sikertelen” öregedési stratégiák és az ezekkel kombinált „öregedés-kockázati minták” valamint az „idő előtti öregedés” és a „túlélő vagy hosszú életű öregedés” folyamatai.

Mind a keresztmetszeti, mind a longitudinális kutatások igazolni látszanak, hogy egyéni és évjárat különbségek döntő hatást gyakorolnak az öregedés ún. „egységes értékelésére”, így fontos szerepe van a modern tudományok együttműködésének és a differenciál-gerontológiának egyaránt.

A biológiai-genetikai megalapozottság egyéni életprogram személyes pszichoszociális meghatározottsággal „fejlődik” az emberi fajra jellemző végső öregségi életpontig (élethatár). Ez a pszichoszociális meghatározottság kultúra, társadalom, személyiség-függő rendszerben valósul meg. Az öregedés minősége és tartalma a kihívásokkal való megküzdés eredménye.

A WHO koppenhágai Európai Regionális Irodája biztató és reménykeltő munkaanyagot állított össze 1997 nyarán „Egészséget mindenkinek a 21. századra” címmel. Ebben külön fejezetet kapott az idősök egészségének és jó

létének ügye, elemző és előrejelző megállapításokkal. Az anyag a 2020. esztendőre jobb egészséget és a szociális produktivitás nagyobb lehetőségét ígéri. A megvalósítás érdekében az egészség- és szociálpolitika feladata, hogy számba vegye az idős emberek szükségleteit és igényeit, lakásviszonyait, jövedelmüket és megélhetési, anyagi helyzetüket, valamint minden olyan tényezőt, mely erősíti autonómiájukat és szociális eredményességüket – továbbá olyan egészségpolitikát folytasson, mely biztosítja az egészséges idősödést. A megvalósuláshoz szükséges kialakítani azokat a segítő közösségi szolgáltatásokat, melyek az idősök napi szükségleteinek és igényeinek kielégítését segítik oly módon, hogy elérjék őket, és hogy azok segíthessenek magukon. Ezek érdekében ki kell alakítani olyan programokat, melyek biztosítják a különböző szolgáltatások koordinálását, ellenőrzését és értékelését – a szükséges és elégséges források révén. A politika biztosítsa, hogy az emberek felhasználhassák erőforrásaikat és saját kapacitásukat, és nyújtson hozzáférhetőséget a megfelelő gondozáshoz, helyi szolgáltatásokhoz és szociális támogatáshoz. A dokumentum mindezek megvalósításához egyezményes stratégiát tartalmaz.¹

A WHO dokumentumát figyelembe véve a Nemzetközi Gerontológiai Társaság (IAG) Európai Regionális Tanácsa kidolgozta és az 1997-ben Adelaide-ban tartott 16. IAG kongresszuson elfogadtatta saját dokumentumát is, *The Older Person's Charter of Standards* címmel. A dokumentum 13 pontban foglalja össze az idős emberek egészségét és életminőségét érintő problémákat és feladatokat. Ezek – az általános megállapítások után – kapcsolat-képzés és tájékoztatás, egészségvédelem, gyógyszerellátás és orvosi szolgáltatás, közlekedésbiztonság, egészség-problémák (mint feledékenység, elesések, csökkenő mobilitás, inkontinencia), az időskori betegségek sajátosságai, gyógyulás és rehabilitálás, kórházi elbocsátások problémái, a „nappali kórházi ellátás”, a fájdalom és szenvedés csökkentése, az intézményes és szociális szolgáltatások és az otthonváltoztatás kérdései.²

Az eddigiekből is kiderül, hogy az idősödés és idős korban már a jelen, de még inkább a következő évszázad meghatározó világproblémája mind a népességrobbanás belüli előregedéssel, mind a hosszabb életűséggel járó sokrétű kihívással. A demográfiai adatok vészjóslóan jelzik, hogy a 60 évesek és idősebbek mellett a 80 évesek és idősebbek száma és aránya egyaránt rohamosan növekszik, és átrajzolódik a világ demográfiai térképe. Míg 1996-ban a népességen belül 20%-ot elérő 60 évesek és idősebbek területileg Európát és Japánt érintik, 2025-re elárasztják az egész északi féltekét, Délkelet-Ázsiát, Ausztráliát, Új-Zélandot és Dél-Amerika egy részét. Joggal mondható, hogy a világ „öszül”, és ez mindinkább kihatással lehet gazdaságra, egészségügyre, társadalmi rendszerekre és nem utolsósorban a nemzedékek együttélésére, s természetesen az életminőségre.³⁻⁶

A gerontológia, mint az idősödés és idős korban tudománya, szükségszerűen válik meghatározóvá ezeknek a folyamatoknak a kutatásában, problémafeltárásában, problémamegoldásában és alkalmazott módszerek kimunkálása mellett a társadalompolitikai és gazdasági stratégiai programok kialakításában. A jobb megközelítés és megértés érdekében indokolt áttekinteni az idősödés és az idős korban rendszerszemléletű modelljeit, a normális és kóros öregedés jellemzőit, a kóros folyamatok krónikussá válását befolyásoló tényezőket, különös tekintettel az öregedésre és a hazai népességünk előregedésének sajátosságait, demográfiaileg, szociológiailag, egészségügyileg és lélektanilag egyaránt, egyes életminőségi és biztonsági jellemzők megfogalmazásával.⁷

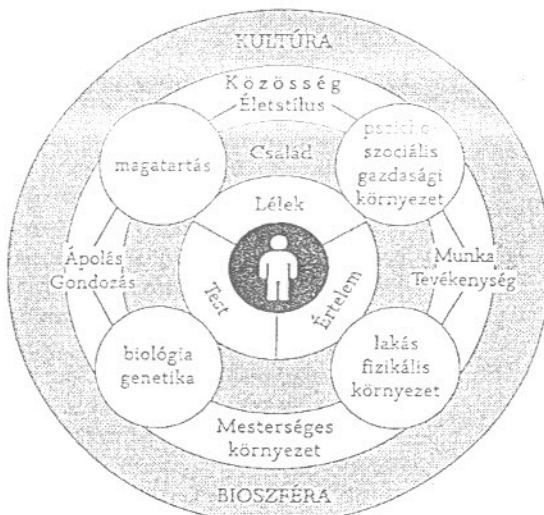
Az emberi öregedést biológiai, pszichológiai és szociológiai változások jellemzik, melyek alapját a genetikailag hozott élettani programok és a szocializációval egyedileg szerveződő nyitott tanulási programok adják meg.⁸⁻¹¹ Az élő világ kötöttebb fejlődés- és öregedésmintáival szemben az emberi öregedést a személyiség rendszerében lehet értelmezni; így módon mindig személyiség-irányult rendszerszemléletről van szó, melyet holisztikus öregedésmoделlekkel lehet bemutatni. (1. ábra)

A XXI. sz. küszöbén álló emberiség

Prof. Dr. Iván László
Semmelweis Egyetem
Gerontológiai Központ
1125 Budapest, Kútvolgyi út 4.

1. ábra

Idősek és idősödés: holisztikus modell A sikeres öregedés meghatározó tényezői¹²



legnagyobb problémáit a népességszámok és az élettartam növekedése okozza, egy soha nem látott technikai civilizáció ártaival és előnyeivel együtt. Ebben a világban különösen fontos a változás az egészség és az életminőség, mivel az ember hosszabban, de egészségesebben és kielégítő jólétben szeretne élni.

A civilizálódással nemcsak a társadalmak válnak dezintegráltabbá, hanem az egyén is válságba kerül, és saját személyes biztonságát éri számos támadás biológiailag, fizikálisan, pszichésen és szociálisan egyaránt. Minél hosszabban él, annál több ártalom, veszteség és kihívás éri, és minél gyorsabban változik környezete, annál gyorsabb és megfelelőbb alkalmazkodási képességre szorul. (2. ábra)

Az ember mindinkább személyes esélyei és kockázatai szerint boldogul, éli életét sikeresen vagy sikertelenül. Mivel az idősek és idősebbek száma és a társadalmi-gazdasági fejlődéssel velejáróan a népességen belüli arányuk is növekszik, meghatározóvá válik az idősödés és idősor problémaköre, biológiailag, pszichológiailag, ökológiailag és szociológiailag egyaránt.¹⁴⁻¹⁶

Az élet törvényszerűségeinek megismerését, befolyásolását kutató tudományok mindinkább szembesültek az időbeni változások alapkérdéseivel, az életfolyamatok öregedésének problémáival, így az emberi öregedés tudományos értelmezésével. A XX. századra kifejlődött és önálló sodott a gerontológia, vagyis az öregedés és az öregség tudománya, mely érthetően interdiszciplináris és módszereiben multidimenzionális és multifaktoriális. Mára megfogalmazha-

tóvá vált, hogy az emberi öregedés genotipikusan és phenotipikusan meghatározott, de az egyéni különbségek miatt a csak statisztikai átlagokkal és keresztmetszeti vizsgálatokkal nyert adatok csupán vonatkoztatási keretet jelenthetnek a kronológiai és személyes emberi öregedés összefüggésében. Jelentős az a felismerés is, hogy a korszerű gerontológia rendszerszemléletű és személyiségirányult, sajátos humán-gero-ökológiai modell segítségével vizsgálható és alkalmazható.¹⁷⁻¹⁹ (3. ábra)

Ily módon az öregedésnek számos alapfolyamata vált ismertté, és a sejtszinttől a szerv-szöveti szintig mind több összefüggésében elkülöníthetővé válnak a „programozott és eshető”, valamint a „fiziológiás és patológiás” öregedési jellemzőkkel, személyiségstruktúrált esély-kockázati alrendszerekkel együtt. Az experimentális gerontológia kísérletes kutatásainak adatai, valamint a humán követéses kutatások eredményei igazolni látszanak azt a tapasztalati ismeretet, hogy az öregedésnek vannak geroid és antigeroid tényezői biológiailag, de nagyon jelentős a sikeres vagy sikertelen, harmonikus vagy diszharmonikus és nem utolsósorban a fiziológiás és/vagy patológiás öregedés tartamában, ütemében és kimenetében az életmód, a személyes életstílus.²¹⁻²³

A rendszerszemléletű gerontológia segítségével feltárható és megbecsülhető az egyén ún. életkilátás-kapacitása működésenként és összességében, ami előrejelző személyiségmarkerként is szolgálhat.²⁴ A fiziológiás öregedésfolyamatok ezeket a működés-kapacitásokat csak beszűkítik, míg a patológiás változások, lappangva vagy hirtelen, lerontják a mindenkori homeosztázist, így károsítják az egészséget és életminőséget, érintve az egyén önállóságát, aktivitását, testi-lelki jólétét, alkalmazkodását és társadalmi kapcsolódását, működését, produktivitását.²⁵ Az öregedés kórfolyamataival, azok gyógyításával és helyreállításával, va-

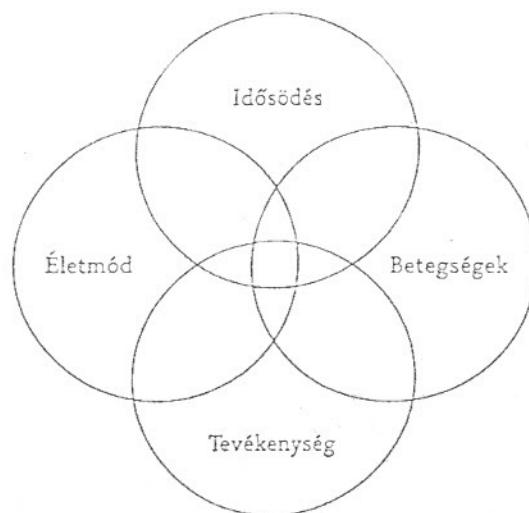
lamint a megelőzéssel, gondoskodással és gondozással foglalkozik a geriátria vagy idősödés- és idősgyógyászat.²⁶⁻²⁷

Az epidemiológiai prevalencia- és incidenciavizsgálatok jelzik, hogy Magyarországon 2000-re tovább növekedett a 60 éves és idősebbek aránya és számszerűen elérte a mintegy 2 milliót, ami az össznépesség csaknem 20%-a. Ezen belül a 60 éves és idősebb népesség százalékában: 60-90 éves 50,1, 70-79 éves 37,8, 80 éves és idősebb 12,2%. Száz 60 éves és idősebb férfira jut 159 nő. A gyermekkorúak aránya az össznépességen belül 17, a 15-64 éveseké 68, és a 65 évesek és idősebbeké 15%! A múlt századfordulón (1900-ban) ezek az arányok a következők voltak: 35,61 és 4%! A nyugdíjasok száma elérte a 3,1 milliót, ez a népességen belül 31,3%! Öregségi nyugdíjban részesül 1,7 millió, egészségügyi okok miatt nyugdíjas több mint 1 millió, a többiek egyéb jogcímen kaptak ellátást. Öregségi nyugdíjban részesül mintegy 630 ezer férfi és 1 millió 50 ezer nő. Az átlagnyugdíjuk 36 ezer Ft volt, majd 2001 végére elérte a 40 ezer Ft-ot. A rokkantsági nyugdíj kort betöltötteknél 34,5 ezer Ft, korhatár alattiaknál 29,2 ezer Ft. A rokkantsági nyugdíj átlagosan 37 ezer Ft lett. Ugyanakkor ugrásszerűen emelkedett 2001-re a minimálbér: 40 ezer Ft, 2002-től 50 ezer Ft-ra. A nyugdíjak, a nettó keresetek és a fogyasztói árak alakulását és egymáshoz való viszonyát 1989-től 2001-ig a 4. ábra mutatja be.

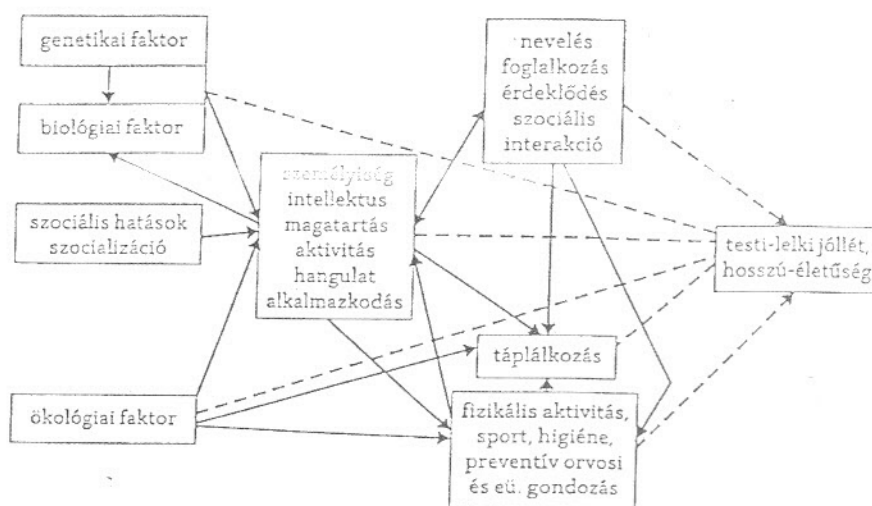
Kiegészítésként, az előző adatokhoz, figyelemreméltó a GDP alakulása is: 5. ábra.

2. ábra

Az életstílus, betegség és tevékenység összefüggése az idősödés rendszerében¹³



3. ábra A személyiség összefüggéseinek jelentősége az idősödésben²⁰



4. ábra Nyugdíjak, nettó átlagkeresetek és a fogyasztói árak alakulása (1992-2000)

Megnevezés	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*	2001*
Az évcenyugdíj-emelkedés az előző évhez képest	22,0	25,6	20,0	18,0	24,8	15,4	12,6	10,5	21,0	14,2	11,2	13,8	16
Nettó átlagkeresetnövekedés az előző évhez képest	21,6	25,5	21,3	17,7	27,3	12,6	17,4	24,1	18,4	12,7	11,4	13,1	16
Fogyasztói árak növekedése az előző évhez képest	28,9	35,0	23,0	22,5	18,8	28,2	23,6	18,3	14,3	10,0	9,8	8,5	9,5
Nyugdíjak reálérték-indexe	-5,4	-7,0	-2,4	-3,7	+5,1	-10,0	-8,9	+1,0	+6,4	+3,8	+1,3	+4,9	+5,9
Keresetek reálérték-indexe	-5,7	-7,0	-1,4	-3,9	+7,2	+12,2	-5,0	+4,9	+3,6	+2,5	+1,5	+4,2	+5,9
Nyugdíjak reálértéke (1989=100)	94,6	88,0	85,9	82,8	86,9	78,3	71,3	72,0	76,6	80,1	80,5	84,5	85,2
Átlagos nettó kereset reálértéke (1989=100)	94,3	87,7	86,5	83,1	89,4	78,2	74,0	77,9	80,7	82,8	83,9	87,4	88,6
Átlagos havi nyugdíj	6 681	8 391	9 419	11 266	14 070	16 262	18 330	22 022	26 872	30 667	34 391	39 034	39 815
Nettó átlagkereset	10 108	12 948	15 628	18 397	23 424	25 891	30 544	38 145	45 162	50 100	55 785	63 092	67 711
Átlagnyugdíj a nettó átlagkereset %-ában	66,1	64,8	60,3	61,2	60,1	62,8	60,0	57,7	59,5	61,2	61,5	61,9	61,5

1999-ben a nyugdíjasok 18%-a csak 11%-os emelésben részesült.

*: 2001. I-V. havi adatok alapján

*: 2001. I-VIII. havi adatok alapján

Forrás: KSH-2000 és ONYF-2001

5. ábra Nyugdíjakra, nyugdíjszerű ellátásokra fordított kiadások és a GDP alakulása (1992-2000)

Év	GDP (folyó áron, millárd Ft)	Nyugdíjra, nyugdíjszerű ellátásokra fordított kiadás (millió Ft)	Kiadás a GDP %-ában (%)
1992	2 942,7	321 757	10,9
1993	3 548,3	392 017	11,0
1994	4 364,8	498 440	11,4
1995	5 614,0	582 205	10,4
1996	6 893,9	669 812	9,7
1997	8 540,7	804 752	9,4
1998	10 087,4	989 040	9,8
1999	11 393,5	1 117 236	9,8
2000	12 876,8	1 228 474	9,5

Az anyagi ellátottság mellett meghatározó jelentőségű a személyiség szubjektív és objektív dimenzionális összefüggéseinek rendszere az idősödésben.

A rendelkezésre álló adatok szerint

a magyar népesség egyszerre öregedik és ugyanakkor fogyatkozik, 2001-re elérve a mínusz 4,0 ezrelékes fogyást, mely az év végére lényeges mérséklődést jelzett. Az öregedési index 2000-re

115,5 és emelkedő tendencia jellemzi: 2020-ra elérheti a 165-öt.

A születéskor várható élettartam átlaga 70,3 év, a férfiak számára 66 év, nők részére 75 év.²⁹

Budapesten az össz-nyugdíjasok száma 650 ezer, mely a fővárosi lakosság 35,4%-a.³⁰ (5. ábra)

1995-ben a magyar népesség haláloki adatai szerint a halálozások több mint fele (50,7%) a keringési rendszer betegségei miatt történt. A daganatos betegségek miatti halálozás áll a második (22,9%), az emésztőrendszer betegségei miatt bekövetkező a harmadik (8,1%), a sérülések, mérgezések, erőszak miatt a negyedik helyen (7,8%).

A rendelkezésre álló adatok igazolják, hogy a magyar népesség életésélyei és kockázatai kedvezőtlenebbek a nyugat-európai népekhez viszonyítottnak, nemek, korcsoportok szerint egyaránt.³²

Ugyancsak kedvezőtlen a népesség mentális egészsége is, különösen a problémafelismerést, illetve -feloldást illetően. Megrendítően magas az öngyilkosságok száma. Az öngyilkosságok áldozatai több mint kétszeres túlsúllyal férfiak, így pl. százezer 60 éves és idősebb férfi közül 99-et véget önkéntelenül életének, míg ugyanezen arányszám a nőknél.⁴¹ (A férfiak standardizált halálozási aránya egyébként is fokozódóan meghaladja a nőké.) A halálozások 18%-a évenként azért következik be, mert az egészségügyi ellátás nem megfelelő. Ezek az adatok megerősítik azt a megállapítást, hogy a magyar népesség életkilátásai, életésélyei, életminősége egyaránt sürgős, de folyamatos kitaró intézkedéseket tesz szükségessé.³³ (6. ábra)

Figyelmet érdemelnek továbbá olyan adatok, melyek hazai népegészségügyünk és az idősödés, valamint az idősor életminőséget érintő feladatainak fontosságát és szükségességét támasztják alá. A 60 éves és idősebb magyar népesség 50%-ánál tartós betegség állapítható meg, míg a fiatalabbaknál ez 11%. Az is jelentős, hogy az idősök egytizede három vagy több ilyen tartós betegségben szenved, pl.: tízezer 60 éves és idősebb lakos keringési betegség előfordulási aránya 1995-ben férfiaknál: 7018, nőknél: 7018, csont-izom-betegségi arány férfiaknál: 2858, nőknél: 2863. A népességünk egészének veszélyeztető jellemzője a *vér koleszterinszintjének* emelkedése: a megengedett értéken belül van 53%-nál, mérsékelten emelkedett 31%-nál, veszélyeztetően magas 16%-nál. Megemlítem, hogy a szívin-

1. táblázat

A háziorvosi szolgálatához bejelentkezettek betegségeinek 10 ezer megfelelő korú és nemű lakosra jutó aránya, 1995³²

Betegség megnevezése (BNO IX. revízió jegyzéke alapján)	15-18 éves		19-34 éves		35-59 éves		60 éves és idősebb		Összesen	
	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
TBC (010-018, 137)	0,7	0,6	5,8	4,7	35,5	17,1	73,8	37,9	31,3	15,4
Daganatok, kivéve a nyelőcsőét (140-202, 230-239)	7,3	6,4	19,7	24,1	100,5	153,1	412,8	357,7	130,9	138,0
Endokrin, táplálkozási és anyagcserebetegségek, az immunrendszer zavarai (240-279)	38,8	49,9	103,9	144,0	525,3	593,7	1346,9	1401,5	523,8	550,4
ebből: cukorbetegség (250)	11,6	14,1	46,6	48,6	331,3	322,1	1010,6	1016,2	355,3	349,5
Elmebetegségek (290-319)	51,0	58,5	179,2	237,6	473,6	546,8	574,6	527,3	372,0	357,0
Idegrendszer és az érzék- szervek betegségei (320- 345, 347-365, 369, 389)	74,7	70,7	111,6	110,9	234,1	211,8	554,9	444,7	248,2	199,4
Keringési rendszer betegségei (390-438)	89,3	70,5	365,3	339,6	2032,1	2173,4	7018,0	6533,1	2366,2	2286,0
ebből: magas vérnyomás (401-405)	65,3	46,6	249,4	220,9	1197,5	1403,4	3481,5	3802,0	1276,2	1382,3
Ischaemiás szívbetegség (410-414)	2,7	2,3	36,6	30,8	437,8	373,5	1778,7	1383,1	548,7	445,4
Légzőrendszer betegségei (490-519)	114,2	105,1	124,9	120,9	328,5	271,8	1157,2	605,1	414,6	260,0
Emésztőrendszer beteg- ségei (530-534, 540-579)	51,2	49,3	256,6	240,7	930,7	747,5	1527,5	1079,0	777,5	549,6
ebből: idült májbetegségek és májsugorodás (751)	1,5	0,8	48,6	18,8	305,6	112,7	451,8	134,2	233,6	72,4
Húgy- és ivarrendszer betegségei (580-594, 596- 603, 605-611, 617-629)	20,7	36,5	53,5	91,5	169,0	197,9	614,2	333,9	210,8	163,6
Csontváz- és izomrendszer és a kötőszövet betegségei (710-733, 736, 738-739)	135,2	137,7	303,5	303,8	1121,3	1348,1	2857,6	2862,6	1142,2	1173,9
ebből: gerincbetegségek (720-724)	82,7	85,2	158,0	150,9	579,3	636,8	1262,1	1095,7	549,2	499,2
Csontritkulás (733)	2,7	3,1	11,0	17,4	78,4	218,3	345,0	659,8	105,0	226,7

farktus kockázata szempontjából az értékek a következők:

Optimális: 5,2 mmol/L-ig

Kétszeres kockázat:

ha eléri a 6,5 mmol/L-t

Háromszoros kockázat:

7,8 mmol/L felett

További informatív adat, hogy a reumatológiai betegségben szenvedők 60%-a idős ember. A fogazat hiányosságával él az idősök 90%-a. 50-59 éves népességünk (vagyis a nyugdíjazás, korai nyugdíjazás veszélyzónájában) 44%-a neurotikus, a depressziók előfordulása az életkorral előrehaladva fokozódik. Súlyos tünetek 11%-ban fordulnak elő. A 60 év feletti 32%-ának nincs barátja, 50%-uk nem él együtt

házas- vagy élettársával. 38%-uk, ha nem sikerül valami, megfogalmazottan sikertelennek tartja magát. A 60 év feletti 80%-a nem számíthat munkatársai segítségére, és 90%-uk nem számíthat hivatalos segítségre. Mintegy 77%-ban gyermekeik segítségére számíthatnak. A jövőjét reménytelennek tartja a 60 év feletti, a nyugdíjasok 25%-a. Nehéz élethelyzetében segítséget a nyugdíjasok 60%-a fogad el (ha kap). Az idősök 20%-a lakik kis lakásban, 35%-a egyedül, 30%-a egy másik időssel együtt – 42%-uk komfort nélküli lakásban, 70 év felettiéknél ez eléri a 60%-ot. (6. ábra)

A rendelkezésre álló demográfiai adatok jelzik, hogy hazai népességünk egy időben fogyó és öregedő népesség,

az epidemiológiai adatok szerint pedig morbiditása is kiemelkedik az európai mezőnyből mind a testi, mind a lelki megbetegedések és veszélyeztettség vonatkozásában. Csak kiegészítésként jegyzem meg, hogy a 60 évesnél idősebb magyar emberek egyötöde dohányzik, a férfiak 36%-a és a nők 8%-a. Kétszer annyian fogyasztanak alkoholt, mint amennyien dohányoznak. Alkalmilag fogyaszt alkoholt a férfiak 40%-a, a nők 17%-a, és rendszeresen a férfiak 23%-a, a nők 2%-a. Magyarországon házi gondozásban részesül mintegy 80-85 ezer ember, szociális étkezésben részesül közel 100 ezer ember, és klubokban nap-pali segítséget kap közel 45 ezer idős. Az egyedül élők száma 2001-re 900 ezer, 2021-re 1 millió 11 ezer körül várható. A családok fogyása is tendenciózus: 2001-re 2 886 700, majd 2021-re 2 737 100 körül várható az előrejelzések szerint. (1. táblázat)

A magyarországi időződés néhány szempontja

A ma időskorba kerülőknek:

- egyre kevesebb gyermeke és
- egyre kevesebb unokája van,
- ők maguk is alacsonyabb gyermekszámú családokból származnak,
- kevesebb hozzájuk hasonló korú testvérük, unokatestvérük van,
- kiterjedt családi támogató rendszer egyre kevesebb személyre korlátozódik,
- a megnövekedett mobilitás pedig még ezt a kisebb létszámú családot is megosztja földrajzilag
- a kapcsolatrendszer szűkülésével a szubjektív, informális, érzelmi alapon nyújtott támasz visszaszorulásával jár, amely anyagi eszközökkel nem helyettesíthető. (7. ábra)

Demográfiai jellemzők:

1. Öregedő és fogyó népesség
2. Fogyó családok
3. Gyakoribb válások
4. Csökkenő gyermekszám
5. Növekvő „női arány”
6. Növekvő férfihalálozás
7. Gyakoribb női krónikus betegségek
8. Növekvő rázsorultság
9. Növekvő regionális különbség
10. Esélyszóródás és a kockázat növekedése

Kifejezetten veszélyeztetettek:

1. A 80 év feletti

2. Az egyedül élők
3. Akit családi gyász ért vagy depressziós
4. Akik szellemileg károsodottak
5. Akik számos alkalommal esettek
6. Akik inkontinensek
7. Akik az elmúlt időszak eseményeivel nem tudnak jól, sikeresen megbirkózni.

A környezeti ártalmak és az egészségi állapot közötti kapcsolatok vizsgálatai az utóbbi időben jelentősen megszorodtak. Egy tanulmány szerint azonban hazánkhoz hasonló társadalmi és gazdasági fejlettségű országokban az idült, nem fertőző betegségek és ezek miatti halálozások kockázatköre és aránya a következő (Somosi Gy., 1993).³⁶

1. Életmóddal összefüggő kockázati tényezők: 40%
2. Környezeti ártalmak: 15-20%
3. Genetikai adottság: 20-25%
4. Egészségügyi ellátás hiányossága: 10-15%

Kétségtelenül fontos az életmód, melyre már Hippokratész is felhívta a figyelmet, hangoztatva, hogy későbbi életkorunk egészsége nagymértékben függ korábbi életünk során kialakított életstílusunktól.³⁷ Az életmód azonban szorosan függ anyagi, gazdasági és biztonsági tényezőktől is.

A közölt adatok tükrében jól érzékelhető az a robbanásszerűen növekvő igény, mely az idősödő és idős népesség problémáinak megoldására, egészségének fenntartására, helyreállítására és nem utolsósorban emberi méltóságának megtartására, jóllétére vonatkozóan világviszonylatban kibontakozó-

6. ábra

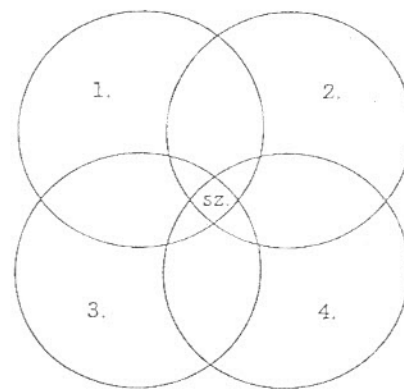
1. „Jólléti” – pszichológiai jellemzők

3. Magatartás-kompetenciák

Pszichoszociális tényezők

közösségi autonómia (önkormányzati)
közösségi bevontság
közösségi elégedettség
közösségi eszmeiség
közösségi belső konszenzus
közösségi izolációs hatások

A négydimenziós Lawton-modell (1983)³¹



sz. = személyiség

Szubjektív, 2. érzékelt körülmények

Objektív 4. körülmények és feltételek

Ökológiai tényezők

A lakással való elégedettség (és ellátottság) az ún. berendezettség és bútorzati megfelelés
inger-környezeti minőség
közösségi megbecsültség és megfelelés
szolgáltatások szintje
szolgáltatások elérhetősége
szolgáltatások hiányossága

ban van, és hazánkat sem kerüli el. Az egészség- és népjóléti politika állami intézményes rendszere mellett mindinkább meghatározóvá válik az egyének személyes részvétele életük minőségének alakításában, a személyes részvétel a megelőzésben, gyógyításban és helyreállításban, de mindinkább kibontakozik az egyének önszerveződésével a kiterjedtebb önszervező, önkéntes civil szerveződések hálózata, az ún. NGO-k (non governmental organisation), vagyis nem állami szerveződések rendszerében.

Szóljunk tehát a gerontológia-

geriátria néhány alapvető ismeretéről. Mint már említettem, a gerontológia az idősödés és az időskor tudománya, a geriátria pedig az idősödés és időskor orvoslása. Az időskor meghatározása csak konvencionális jellegű, általában az egyes társadalmak nyugdíjazásának szokásrendjével kapcsolódik, ami természetesen nem az öregedést jelzi és fejezi ki.³⁸

Az öregedés az életrendszerek időbeni változásainak összessége és ennek megfelelően genetikailag alapozott és a körülmények-környezet által befolyásolt élett folyamatok megvalósulása. Az emberi öregedés egyedi vonása, hogy az emberi faj egyedeinek öregedése tudatos és személyiségfüggő folyamat. Megállapíthatjuk tehát, hogy nincs két egyforma öregedő és öreg ember, nincs két egyforma öregedés, hanem miként nincs két egyforma ujjlenyomat, úgy minden egyes ember személyesen és egyedileg öregszik, biológiailag, pszichológiailag egyaránt.³⁹⁻⁴⁰

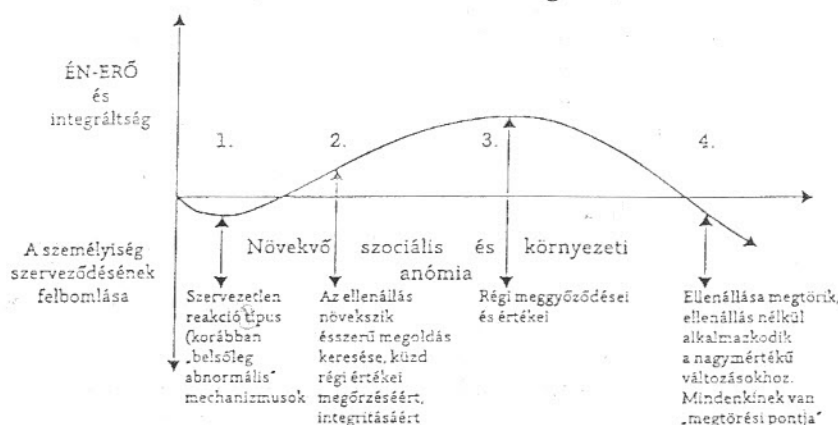
Ami azonban ezeket az egyediségeket sajátosan emberi módon jellemzi, az az időbeni változások rendszer jellegű megközelíthetősége.

Ezt a rendszert egészében az élett folyamatok törvényszerűsége határozza meg, de az egyén önszerveződése teszi specifikussá, énspecifikussá.⁴¹

Amikor öregedésről beszélünk tehát, mindig figyelemmel kell lennünk arra, hogy nem naptári évekkel jelle-

7. ábra

Általánosított összefüggés az én-erő és a megterhelő társadalmi változás között (sikeres és sikertelen öregedés)



mezhető csupán, hanem az egyénre jellemző folyamatok minőségével, alkalmazkodásával, tanulási képességével, önellátásának fokával és a világgal való viszonyával, nem utolsósorban aktivitásával írható körül.⁴²⁻⁴³

Kétségtelen, hogy az életkornak számos következménye és befolyása van egyénre, közösségre, csoportokra, intézményekre, társadalomra, kultúrára, tudományra, egészségügyre, politikára egyaránt. Az öregedés kihívást jelent az egyénnek, hogy megküzdjön a korban előrehaladóan szaporodó veszteségekkel.⁴⁴⁻⁴⁵ (8. ábra)

Ilyen veszteségek az érzékszervek fogyatékosává válása, a testi erő csökkenése, az alkalmazkodási képesség mérséklődése, a sejtvészteségek és azok miatt szükséges regeneráció vagy pótlás fogyatékosága. Változik a kötőszövet rugalmassága, a vesefunkció tartaléka csökken, a máj metabolikus tevékenysége lassul, a tüdő kapacitása beszűkül, a felszívó nyálkahártya-működések teljesítménye csökken, a központi és perifériás idegrendszer sejtvésztes okozta kiesési tüneteit csak funkcionális működéskompenzációval képes ellentételezni. Veszteségek jelentkeznek az emberi kapcsolatokban és viszonylatokban is. A munka, az aktív tevékenység elvesztése, a barát- és társvesztés, a megszokott környezet és személyes tárgyak, élőlények elvesztése, a gyerekek, unokák eltávovása és nem utolsósorban az anyagi biztonságvesztés a legjellemzőbbek. Mindezek az ún. szokványos életkorisággal előrehaladva halmozódnak, szaporodnak. Hatásukra egyéni válaszok észlelhetők, de többnyire a kiszolgáltatottság, függőség, tehetetlenség valamilyen változata vagy együttese okoz nehézségeket, mert az idősödő egyén önállóságát, önellátását, önmegbecsülését érintik és sérthetik. Amennyiben az idős ember magára marad, ki alakulhat az a magány, mely lélektani jellemzőkkel betegítheti meg, depresszió, zavartság, kóros visszahúzódás, vagy személyiség- és elmezavarok

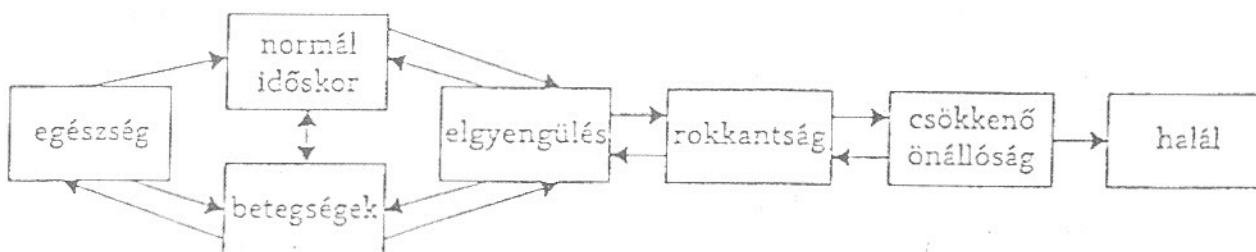
formájában, nemegyszer öngyilkossággal befejezve. Az idősődéssel gyakran együtt jár az immunrendszer működésének megváltozása, gyengülése, pontatlanná válása: gyakoribbá válnak a fertőzések, az autoimmun betegségek és a daganatképződések. Az idősődéssel a pszichoszomatikus károsodások és túlszabályozó válaszadások lehetősége is megnő. A stressz-szel szembeni érzékenység vagy elégtelen szabályozás és modulációs biztonság miatt a pszichoszomatikus patogenezis hangsúlyozottá válik. Egy súlyos lelki trauma, mint például a társ elvesztése, a kedvenc háziállat elvesztése, hirtelen lakásváltoztatás és a megszokottból egy új környezetbe „telepítés”, vagy az idős ember sanyargatása és jogsértése, személyes jogainak csorbítása súlyos testi működészavarokkal, szabályozászavarokkal és betegségekkel járhat. Az elvesztett társ „után megy” sokszor az idős ember. Mindezek mellett számos problémát jelent, hogy a korosodó ember mind több panaszára mind több gyógyszert, mind több gyógy-beavatkozást kap, és ezek között sokszor összeférhetetlenség, ártalmas együttthatás, vagy késői nem kívánt mellékhatás, utóhatás alakulhat ki, s ez növeli az idős ember problémáit.⁴⁷ A gerontológiai keresztmetszeti kutatások kiderítették, hogy számos elváltozás és kórtünet a korban előrehaladva egymással mindinkább összefügg, azonban a követéssel vizsgálatok igazolták, hogy ugyanazon személyen belüli változások sorozata alapján elkülöníthetők azok a tünetek és változások, amelyek az egyén ún. „saját” programszerű öregedésének velejárói, és amelyek viszont a szervezetben kórosan végbemenő károsodások következményei, vagyis betegségei.⁴⁸

Nemzedékenként is nagy különbségek mutatkoznak, és ezek a különbségek az ún. kohort-longitudinális kutatásokkal, vizsgálatokkal mutathatók ki. Úgy tűnik, a legújabb kutatási eredmények megerősítik azt a feltételezést, hogy a „hosszú életűség” és

„rövid életűség” alapvetően genetikailag kódolt. Az életminőség ezen belül azonban nagyban függ az életmódtól, környezettől, körülményektől, leginkább a korai szocializáció személyiségfejlődésének meghatározóitól, melyek életstílusunkat is meghatározzák. A tudományos eredmények alapján „esély-kockázat”-rendszerként fogható fel az öregedés lefolyása és kimenete egyaránt. Biológiai geroid és antigeroid tényezők különböztethetők meg. A korai és késői öregedés jellemzők figyelembevételével a tudományos igény és a napi szükséglet egyaránt ún. korai jelzőket, jellemzőket és figyelmeztetőket keres, és igyekszik módszerként kidolgozni a korai és távoli veszélyek kivédése érdekében.⁴⁹ Ezek a „markerek” nemcsak biológiai jelzőkként ismertek, hanem mindinkább a személyiség szerkezeti minták segítségével is gya-rapodnak. Vannak kimutathatóan olyan jellegzetességek ezek között, melyek egybekapcsolva fiziológiai, pszichofiziológiai és kémiai-biokémiai, enzimkémiai markerekkel, életminőség-prognosztikai jelentőségűek, és természetesen a prevenciót, de a kuratív és rehabilitatív orvoslást is segítik. Vizsgálódási és statisztikai határ-életkornak a 60 éves kort fogadjuk el konvencióként, és így az előttről népességet idősödőkre, idősekre és aggkorúakra, valamint matuzsálemi korúakra osztjuk. *Idősödő a 60-75 éves, idős korú a 75-90 éves, az aggkor 90 fölött és a matuzsálemi kor 100 év felett kezdődik.*⁵⁰ Az idősorvoslás vagy geriátria alapelveit pedig a következőkben foglalhatjuk össze: a szervrendszerek homeosztatisz tartalékának folyamatos beszűkülésével kell számolni a 35-40. életévtől kezdve, ez azonban önmagában nem jelent betegséget, mivel a szervezet össz-rendszerekapacitásában a kompenzációk biztosíthatók, így relatív egyensúlyi szintek alakulhatnak ki. Az egyik szervrendszer funkciócsökkenése

8. ábra

Az idősödés összefüggése betegséggel, rokkantsággal, halállal⁴⁶



független lehet a többi szervrendszer változásától, és ezt diéta, környezeti hatások, személyes szokások befolyásolják.

Az alapelvek röviden a következők:⁵¹

1. Az egyének a korral mindinkább különböznek egymástól, nincs ún. öregedéskori egységes minta.
2. Egy szervrendszer vagy funkció gyors leromlása mindig valamilyen betegség, nem pedig a normális öregedés következménye.
3. A normális öregedést, amelynek lényege a kapacitásbeszűkülés, mely azonban mindig valamilyen egyensúlyba kerül, a rizikótényezők befolyásolják, módosíthatják, és kimondható, hogy van egészséges öregedés.
4. Az idős emberek azért betegek, mert betegek, és nem azért, mert idősök.
5. Az idősebbeknél egy új betegség kezdete általában érinti a legérzékenyebb szervet vagy szervrendszert is. Ez gyakran nem ugyanaz, mint amellyel egy új betegség megbetegít, így a betegségfolyamat és a tünet, valamint panasz-kibontakozás zavart keltő módon észlelhető, sok diagnosztikai tévedés lehetőségével.
6. Az időseddéssel mindinkább az „öti”-vel lehet számolni orvoslásban, ápolásban, gondozásban egyaránt. Ezek: immobilitás, inkontinencia, instabilitás, intellektuális hanyatlás és az iatrogenia.
7. Mivel több homeosztatikus mechanizmus gyakran egyidejűleg szűkül be, több rendellenesség szorul kezelésre, ugyanakkor ezek bármelyikének hathatós javulásával általános javulás érhető el (rendszeren belüli hatáselv).
8. Több olyan tünet, mely fiatalabb korban rendellenességet jelez, idősebb korban sokszor nem kórtünet jele.
9. Idősebbeknél a kialakult tünetek mögött gyakran több ok van, ezért nem lehet a diagnosztikával takarékoskodni.
10. Az idősebbeknél a már említett változások és jellemzők miatt a terápiás stratégiák speciálisak, körültekintő és gondos munkát igényelnek, személyre szabottan, kapacitásrespektus-

sal és mégis hatékonyan. A geriátriai terápiás stratégia legfontosabb szempontjai:

- Ne okozunk több nem kívánt mellékhatást és utóhatást, mint amennyi problémával a betegség jár!
- A fiatal- és felnőtt korúak gyógyszerdózisa általában redukcióra szorul az idősebbeknél.
- A többféle panasz, többféle tünet és többféle betegség nem járhat együtt a „valamennyit gyógyszerem” magatartással, hanem súlyossági és fontossági sorrend szerint tanácsos gyógyszerelni, gyógykezelni.
- Általában kis dózissal induljon a terápiás gyógyszerelés, és szükség szerint emelkedjenek a dózisok.
- A gyógyszeres kezelés beállításánál különös figyelmet kell fordítani a táplálkozásra, a folyadékfogyasztásra, a napi programokra, a gyógyszerbeviteli lehetőségekre és nem utolsósorban a beteg együttműködésére (compliance). A gyógyszerbevételek ellenőrzése indokolt – mivel gyakori az a „jóindulatú időskori feledékenység”, melynek következtében vagy elmarad a gyógyszerbevitel, vagy ismételtet vesz be az idős beteg a gyógyszert.

11. A személyiségjellemzők mind a megelőzésben, mind a gyógyításban, mind pedig a rehabilitációban meghatározó jelentőségűek. Többféle személyiségtípusról lehet beszélni az idősök betegségei, valamint problémái vonatkozásában. Vannak felosztások, melyek az idős ember magatartása szerint beszélnek

- harmonikus, produktív
- karosszék-típusú
- függeszkező vagy rászoruló
- áthárító és
- maga ellen forduló idős ember típusról.⁵²

Egy másik felosztás a tudati szint és a rendezettség szerint sorol be:

- integrált, ép tudatú
- dezintegrált, részlegesen igénybe vehető
- konfuzus, zavart, szétesett idősöket.

Megint másféle a funkcionális és eredményességi beosztás:

- sikeres
- sikertelen
- és az aktivitás szerint
- go-go
- slow-go és a
- no-go típusú öreg.⁵³

Még a SOTE Gerontológiai Központban kidolgozott és alkalmazott személyiségrendszer és kombinált ún. *holisztikus modell* szerint esély-kockázat arányokat vizsgálunk, melyek alapján életvezetési tanácsokat, gyógyítási stratégiákat és személyre szóló prognosztikát lehet kialakítani és követni.

Ezek között kiemelhető a személyiség szerkezeti mérés és feltárással felismert kockázati minta, a „*pszichoszomatikus minta*”, amely a fokozott patológiai kockázatot jelenti az egyén számára, és speciális segítséget igényel.⁵⁴

Összegezve megállapítható, hogy a gerontológia-geriátria, mint az idősebb és időskor rendszerszemléletű és speciális módszertant is magában foglaló interdiszciplináris tudománya és orvoslása polgárjogot nyert a megelőzésben, gyógyításban és rehabilitálásban. Sajátosságainak mellőzése növeli a rokkanttá és krónikus beteggé váló idősök számát, és mind egészség, mind életminőség vonatkozásában súlyos egyéni és társadalmi, népegészségügyi és népjóléti károsodáshoz vezet.

Az időskor legnagyobb problémáját képezik a krónikus megbetegedések. Nemcsak otthoni ellátásuk, gondozásuk, ápolásuk vonatkozásában, hanem a kórházi ágykapacitás limitáltsága miatt is számos nehézséget okoznak. Az is tény, hogy a vizsgált betegek 23,11%-a az időskorúak közül kerül ki. A geriátria, vagyis idősorvoslás szükségességét ezen kívül még az is indokolja, hogy a mai egyszerre nagyon fejlett orvoslás és sokféle veszélyt is jelentő orvosi gyógykezelések a megnövekedett számú idősök ellátásában speciális problémákat okoznak, jótékony hatásuk mellett. Lényegében kimondható, hogy az idősök egészségügyi problémái az orvosok, egészségügyi dolgozók részére speciális képzést, szakismertet tesznek szükségessé és ilyen irányú kutatásokat igényelnek.⁵⁵

Az öregedéssel gyakoribbá válnak a krónikus betegségek és a rokkantság, illetve tehetetlenség, melyek miatt fokozódik a hosszú ápolás, kinek van rá szüksége, milyen szolgáltatásokat jelentenek, hol és kik intézik, mibe kerül, és kik fedezik. Ezekre a kérdésekre intézményben, otthon egyaránt megfelelő válaszokat kell nyújtani az illetékeseknek.⁵⁶

Magas morbiditást eredményező körülmények, kockázatok, mint do-

hányzás, magas vérnyomás, emelkedett szérum koleszterin vagy krónikus betegségek fokozzák a kórházi felvételek számát, egy népességi minta vizsgálata alapján, mely 6461, 45 évesnél idősebb személyt érintett. Megállapítást nyert, hogy a krónikus betegségek morbiditást okozó problémák gyakoribb hospitalizálással és nagy mortalitással járnak.⁵⁷

A krónikus betegségekkel járó átlatlanság gyakorta okoz affektív zavarokat, szívbetegségeket és egyéb egészségkárosodásokat, mégis sok klinika figyelmen kívül hagyja jelentőségét, csupán pszichés problémának tekinti. A családorvosi praxisban és krónikus betegellátásban ezen összefüggést külön speciális szempontként kell kezelni.⁵⁸

A kórházba felvett idős emberek egészségügyi és szociális szolgáltatásainak szükségességét, lehetőségeit tárgyalják Sierra és Calderon. Azok a folyamatok, melyek a felvételt indokolták, elbocsátásukkor fontos problémákat jelentenek, egészségük vonatkozásában.⁵⁹

193 beteg felvételét követő multidiszciplináris csoportvizsgálat elemezte a szociális-egészségügyi gondozás szükségletét, majd távozáskor újabb vizsgálat történt az aktuális gondozásról.

Felvételkor: 17% részleges gondozást, 21% teljes ellátást, 23% otthoni segítséget igényelt, 9% járóbetegként volt ellátható, 6% pedig krónikusbeteg-kórházra szorult.

Elbocsátás után 1 hónappal: csak 2% kapott otthoni segítséget, egyikük sem kapott járóbeteg-ellátást vagy krónikusbeteg-osztályos ellátást, 3% ismét felvételre szorult akut indokkal, 5%-a azoknak, akik valakivel otthonában éltek együtt, kerültek rokonokhoz, családtagokhoz.

Reális tény, hogy a szociális-egészségügyi források elégtelenek, ezért a családok maguk kényszerülnek időseik ellátására.⁶⁰

Mivel a krónikus betegség kockázati tényező az inaktivitás és izomatrophia kialakulásában, a mobilitás megőrzését célzó tréningek, programok szükségesek. A különböző, erre irányuló módszerek hasznosak az izomtevékenység megőrzéséhez, és javítják az egészségfüggő életminőséget a legkülönbözőbb krónikus betegségekben, többek között a depresszióban.

A depresszió és a fizikális egészség meggyengülése az idősök között

gyakori. A különböző idős korcsoportok és a krónikus betegségek típusa közötti összefüggés vizsgálata jelzi, hogy az igények és szolgáltatások idősök között demográfiai és a krónikus betegség típusa szerint nem mutatnak szignifikáns különbséget, de kifejezett különbség mutatkozott a fizikális egészség gyengesége összefüggésében.

Ezen belül kifejezetten voltak: a lelkiegészség-szolgáltatások, a pszichotrop gyógyszerelések, a betegnapok száma, a hospitalizációk, az otthoni segítség, a szállítási gyakoriság, a szociális/rekreációs szolgáltatások és a sportjellegű aktivitások.

Következetes jellegzetesség volt található a depresszió hatásával kapcsolatban, a szolgáltatási igénybevétel és igény között.⁶¹

Bármely krónikus folyamat, a betegség megfelelő kezelése és ellátása változást eredményez az egyén több életminőségi-egészségi tényezőjében: az aktivitásban, önbecsülésben, kapcsolataiban, szerepvilágában. Mivel a nők elsődleges életértékei az egészség, szerelem, család, szexualitásuk megváltozása mindezt befolyásolja, károsítja. Olyan segítőkre van szükség, akik ebben támogatják.⁶²

A krónikus betegségek kialakulása során észlelt és megfigyelt szexuális konfliktusok, problémák, partner- és családi konfliktusok kérdéseivel foglalkozik a jegyzetben található cikk, hangsúlyozva a gondozás ezirányú speciális feladatait, például krónikus vesebetegeknél.⁶³

Az emocionális támogatás krónikus betegeknek meghatározóan fontos, mind a szubjektív, mind az objektív folyamatok befolyásolása érdekében.⁶⁴

A „life stress”- és a „coping”-válaszok szorosan kapcsolódnak a krónikus betegek pszichológiai ellátásához, különösen *sclerosis multiplex* betegek esetében.⁶⁵

Az emberi folyamatok ellenőrizhetőségének saját kontrollrendszere és ennek felhasználása a krónikus betegségekben, az azokkal való megküzdés személyes lehetőségeiben alapvető kérdés.

Öt feltétel jön szóba a kontrollrendszer kialakításában:

1. ügyességi tényezők
2. siker- vagy kudarcélmény
3. a gyógyulás illetve rendeződés igénye
4. a hangulati állapot
5. a realitás-hatás elfogadása.⁶⁶

A krónikus betegségek és funkcionális státusz kapcsolatát vizsgálták időskorúaknál, otthonukban, 3 éves időtartam során. Ily módon lehetőség nyílt egy *komplex geriátriai értékelő és megelőző program* kialakítására. Eredményként megállapítható volt, hogy olyan krónikus problémák, mint az egyensúlyzavar, testtartási bizonytalanság, depresszió, szoros összefüggést mutattak az idősök működési státuszának romlásával. Ezzel a módszerrel ki lehetett válogatni a leginkább rászorulókat és azokat, akik speciális ellátást igényelnek.⁶⁷

Vizsgálták krónikus betegek és rokantak között (kórházi betegeknek, amputáltaknak, gerincvelősérülteknek, mellrákosoknak és prosztatrákosok körében) a pszichikai jóllét, az életminőség és az egészség közötti összefüggéseket.

Eredményként szoros összefüggéseket lehetett igazolni az ún. pszichikai jóllét, az életminőség és az egészség között oly módon, hogy a krónikus betegekkel foglalkozó gondozók, ápolók ezek figyelembevételével eredményesebb munkát végezhettek.⁶⁸

Elfogadott az a megállapítás, hogy a krónikus szívbetegségek megfelelő és korszerű ellátása csökkenti a személyes élet és a gazdaság terheit, nem utolsósorban a kórházban fekvés időtartamát. Sajátos dilemma, hogy míg az egészségügyi szolgáltatók küzdenek a gondozás és ápolás költségeinek csökkentéséért, ugyanakkor hatékonyabban kívánják csökkenteni a krónikus betegek állapotrosszabbodását és halálozási kockázatát. A megoldást alternatív gyakorlati módszerek kidolgozása segítheti az „evidence-based medicine” (bizonyítékokon alapuló orvoslás) alapján.⁶⁹

A felsorolt lehetőségek kellő kihasználásával az idős emberek mindinkább érzékelik és megélik a jobb egészséget, és növekszik azok aránya, akik otthonukban, vagy otthon jellegű körülmények között maradnak, élvezve az önállóság, az aktivitás és egészséges önbizalom örömét, társas társadalmi világukban. Ezek eredményeként pedig növekszik annak esélye, hogy 65 éves korukra kevesebb rokkantsággal és rászorultsággal élhetnek. Végül, de nem utolsósorban csökken társadalmi-gazdasági esélykülönbségük.

Irodalomjegyzék a szerzőnél