

Demenciával élő idősök gondozási szükségletének vizsgálata egy empirikus kutatás tükrében

Gaálné Szabó Edith

GAÁLNÉ SZABÓ EDITH: Soproni Egyetem, Benedek Elek Pedagógiai Kar, Társadalom-, Szociális és Kommunikációtudományok Intézete; szabo.edith@uni-sopron.hu

ABSZTRAKT Kutatásunk célkitűzése a demenciával élő idősök gondozási szükségletének feltárása gondozásuk alakítása érdekében. A tanulmány elméleti része a jogszabályok által meghatározott gondozási szükségletet és felmérésének gyakorlatát mutatja be, valamint a demens személyek körüli társas támogatást. Kvantitatív kutatásunkat idősök otthonában használt adatszolgáltatási rendszerben rögzített súlyos demenciával diagnosztizált idősök, illetve az idősothoni felvételre várakozók gondozási, ápolási dokumentációjuk másodlagos elemzésével végeztük el. Eredményeink szerint a demenciával küzdő idősök gondozási szükséglete eltér a nem demens idősök gondozási szükségletétől, melyek kielégítése részben történik meg mind az otthoni, mind pedig az intézményi szociális gondozás keretei között. Így arra a következtetésre jutottunk, hogy a demenciával élő idősök szociális ellátórendszerét a változó szükségletekhez kell igazítani, különösen az egészségügyi ellátórendszerrel való szorosabb együttműködés kialakításával. Ugyanakkor a szociális ellátórendszerben rögzített adatok szélesebb körű felhasználása, egészségügyi adatokkal történő összekapcsolása segíthetné a demensek valódi szükségleteinek feltárását és a szakpolitikai segítségnyújtás formálását.

Kulcsszavak: demencia, gondozási szükséglet, gondozás, időspolitika

Examining the care needs of elderly people with dementia in the light of empirical research

ABSTRACT The aim of our research is to explore the care needs of elderly people with dementia in order to shape their care. The theoretical part of the study presents the care needs defined by legislation and the practice of assessing them, as well as the social supporters around people with dementia. Our quantitative research was carried out by secondary analysis of the care and nursing documentation of elderly people diagnosed with severe dementia, as well as those waiting for admission to nursing homes, recorded in the data provision system used in nursing homes. According to our results, the care needs of elderly people with dementia differ from the care needs of non-demented elderly people, which are partially met both within the framework of home and institutional social care. We therefore conclude that the social care system for older people with dementia needs to be adapted to changing needs, in particular by establishing closer cooperation with the health care system. At the same time, a wider use of data recorded in the social care system, linking it with health data, could help to uncover the real needs of people with dementia and shape policy support.

Keywords: dementia, care needs, care, elderly policy



BEVEZETÉS

Az idősödő társadalmakban az epidemiológiai előrejelzések szerint a krónikus betegek ellátásának kérdései kerülnek a fenntartható társadalmak figyelmének fókuszába (Fekete 2020). E betegségek között a mentálisan leépülő, demenciával élő idősök számának dinamikus növekedése látható. Demográfiai adatok szerint, mintegy 55 millióan éltek demenciával a világon 2020-ban,¹ amely 20 év alatt duplájára nőhet az idősödés jelenlegi tendenciáit figyelembe véve. Magyarországon a demens idősök számáról nincs pontos adatfelvétel. A demencia prevalenciája hazánkban is hasonló a nyugat-európai országokhoz. Ezek alapján a standardizált prevalencia a 60 év felettiek körében 7,1-7,3%, ami így Magyarországon 160-170 000 beteget jelent (Balázs et al. 2021). A demencia olyan idegrendszeri betegséget jelent, amely az egész egzisztenciáját (értelmi és fizikai) érinti a fokozatos leépülésen keresztül. Három foka ismert: az enyhe, a középsúlyos és a súlyos demencia. A demencia kockázati tényezői lehetnek az alacsony iskolai végzettség, magas vérnyomás, halláscsökkenés, dohányzás, elhízás, depresszió, mozgásszegény életmód, cukorbetegség, társas kapcsolatok hiánya, alkoholizmus (Zsuffa et al. 2023). A demencia tüneteinek korai felismerése, a diagnózis szakorvos általi megállapítása és ennek megfelelően a beavatkozás a legtöbb országban csupán az esetek 20-50%-ban történik meg. A többi demens személy esetében a diagnosztika és prevenció elmaradása az életminőség romlását valamint az ellátási költségek növekedését eredményezik. Ezért szükséges jobban megismerni az érintettek szükségleteinek meghatározását és alakítani a kielégítésükhöz kapcsolódó szolgáltatási formákat. Ezen szükségleteknek feltárása nélkül aligha lehet olyan beavatkozási terveket készíteni, amelyek hatékonyan segítenék a demens idősöket és gondozóikat (Krémer 2021).

Bradshaw (1972) tipológiája az alábbi szükségletértelmezéseket mutatja be: *egyszerű* szükségletek, amelyeket az ember tapasztal; a *kinyilvánított* szükségletek, amelyek a segítség tényleges igénylését jelentik; a *normatív* szükségletek, amely szakértők által felismert és megfogalmazott szükségletek, illetve a *komparatív* szükségletek, amelyek az azonos problémákkal küszködő, de eltérő segítségben részesülő emberek összehasonlításával felszínre kerülő szükségleteket jelenti. A gondozásra szoruló idősök csoportján belül a demens személyek esetében a gondozási szükséglet megállapítása nem annyira egyértelmű, mint a nem demens idősöknél, ugyanis egy olyan idős csoporttal van dolgunk, akik nem tudják adekvát módon kinyilvánítani *valódi szükségleteiket* mentális leépülésük következtében, ezért a fenti definíció értelmében azok a *normatív szükségletek* körébe tartoznak. Esetükben főként azokra az erőforrásokra támaszkodunk szükségleteik azonosításában, akik körbe veszik, gondozzák őket. Ezek az erőforrások elsősorban az idősöket gondozó, támogató informális családtagok, valamint a formális gondozás keretében azok a szakemberek, akik a demens idősök szükségleteit értelmezik. Ezek a szükségletértelmezések megnyilvánulnak a gondozói cselekvésekben, a szakemberek által elkészített ápolási tervekben, gondozási dokumentációkban. Kutatásunk ezekben a gondozási dokumentációkban rögzített adatoknak az elemzésével igyekszik feltárni a demens idősök gondozási szükségletét.

¹ <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics> (Utolsó letöltés: 2024. 11. 05.)



ELMÉLETI HÁTTÉR

Gondozási szükséglet és felmérése

Hazánkban az önellátásukra nem, vagy kevésbé képes idősök ápolási/gondozási feladatainak kijelölése a gondozási szükségletvizsgálati adatlap² értékelése szerint történik. A gondozási szükségletvizsgálat 2008. évi bevezetésének elsődleges célja³ az volt, hogy azok az idősök, akik saját vagy piaci kapcsolataik által nem tudják a szükségleteiket kielégíteni, megfelelő ellátásban, gondozásban részesüljenek, és ne szoruljanak ki a szociális ellátórendszerből. A jogszabály szerint a gondozási szükségletfelmérésben szereplő képességek vizsgálatának eredményei négy fokozatba sorolhatók:

0. fokozat: tevékenységeit elvégzi, cél a szociális és egészségi állapot szinten tartása

I. fokozat: az egyén egyes tevékenységekben segítséget, irányítást igényel

II. fokozat: részleges segítségre szorul, rendszeres napi szinten kontrollt igényel

III. fokozat: teljes ellátást igényel, folyamatos ápolást és gondozást

E rendelet értelmében III. fokozatú gondozási szükséglettel⁴ rendelkező idősök vehetők fel ápolást/gondozást nyújtó idősök otthonába, akiknek teljes ellátásra, folyamatos gondozásra és ápolásra van szükségük. Azok az idősök, akik nem érik el a III. fokozatú gondozási szükségletet, otthonaikban házi segítségnyújtást igényelhetnek. Ugyancsak e rendelet értelmében a demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata⁵ önmagában lehetőséget biztosít időotthoni elhelyezésre, melyet a szükségletfelmérő adatlapon kell jelölni.

Mivel a demencia nem része a normál öregedésnek szükséges különbséget tenni a demens és nem demens idős emberek gondozási szükséglete között. Ezeket a lehetséges különbségeket az értékelő adatlap kategóriái alapján az alábbi táblázatban szemléltetem (1. táblázat).

² 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet: A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól, 3. sz.melléklet <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0700036.smm> (letöltés: 2024. 05. 28.)

³ http://epa.oszk.hu/02900/02943/00043/pdf/EPA02943_kapocs_2009_4_02.pdf (Utolsó letöltés 2022. 11. 15.)

⁴ 1. sz.táblázatban látható gondozási szükségletek egy 5 fokozatú skálán értékelhetők és az elért pontszámok alapján állapítható meg a gondozási szükségletfelmérés eredménye, hogy melyik gondozási fokozatba kerül az idős.

⁵ Pszichiáter, neurológus vagy geriáter szakorvos szakvéleményével igazolt.

**1. táblázat** Nem demens és demens idők gondozási szükséglete közötti különbségek

Nem demens idők gondozási szükséglete	Középsúlyos és súlyos demens idők gondozási szükséglete
Térbeli-időbeni megfelelő tájékozódás	Térbeli-időbeni tájékozatlanság
Helyzetnek megfelelő viselkedés	Viselkedés eltérése az elvárttól adott helyzetben
Önállóan vagy kis segítséggel étkezik	Részleges vagy teljes segítség étkezéshez
Önállóan, kis segítséggel öltözködik	Öltözködni, önállóan nem képes
Kontinens, illetve inkontinencia esetén azt képes kezelni	Nem ismeri fel higiéniai szükségleteit, Inkontinens, nem képes kezelni
Kommunikációja kifejezőkészsége, beszédértése jó, elfogadható	Megfelelő kommunikációra nem képes
Terápiát betartja, gyógyszerelésben segítséget igényelhet.	Gyógyszer bevétele csak ellenőrzéssel, segítséggel történik.
Helyzetváltoztatása önállóan történik, illetve segédeszköz használata megfelelő.	Elkóborol, segédeszközt nem rendeltetésszerűen használja.
Életvezetési képessége megtartott, esetenként igényel felügyeletet.	Belátási képessége hiányzik, többnyire 24 órás felügyeletet igényel.
Látás, hallás: képes használni segédeszközöket (szemüveg, hallókészülék)	Elutasítja a gyógyászati segédeszközöket, nem tudja azokat viselni, használni.

Forrás: a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 3. számú melléklete alapján, saját szerkesztés

A gondozási szükségletvizsgálatot az intézmények vezetői vagy az általuk megbízott személyek előgondozás⁶ keretében, illetve orvosok⁷ végzik. Az orvosi kompetencia a térbeli/időbeni tájékozódás felmérésére, a helyzetnek megfelelő viselkedés megállapítására, a terápiakövetésre, illetve a felügyelet kérdésének a megállapítására terjed ki.

DEMENCIAVAL ÉLŐ IDŐSEK GONDOZÁSI SZÜKSÉGLETÉNEK KIELÉGÍTÉSÉHEZ KAPCSOLÓDÓ SZAKPOLITIKAI SZOLGÁLTATÁSOK

Hazánkban a többször módosított 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról⁸ (továbbiakban: Szociális törvény) rendelkezik a demenciában szenvedők részére nyújtható formális szociális szolgáltatásokról. Ehhez kapcsolódik a 29/1993. (II. 17.) Korm. rendelet⁹ a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások térítési díjának megállapításáról, a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételének szabályairól szóló 9/1999.

⁶ 9/1999. (XI. 24.) SzCsM. rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről – alapján végzett környezettanulmány.

⁷ Háziorvos vagy kezelőorvos.

⁸ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (Szociális törvény) <https://net.jogtar.hu/jog-szabaly?docid=99300003.tv> (letöltés: 2023. 09. 25.)

⁹ <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=993000029.kor> (Utolsó letöltés: 2023. 09. 25.)



(XI. 24) SZCSM rendelet.¹⁰ Ugyancsak a szolgáltatásokhoz kapcsolódik a szakmai feltételeket szabályozó (személyi, tárgyi, ellátási) az 1/2000 SZCSM. rendelet,¹¹ illetve az előző fejezetben bemutatott 36/2007. (XII. 22.) SZMM. rendelet,¹² mely a gondozási szükséglet felmérés, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól rendelkezik.

Az alábbi ábrán látható az idősek számára igénybe vehető személyes gondoskodást nyújtó gondozási szükséglet és egészségi állapot felméréshez kapcsolódó szakpolitikai szolgáltatások lehetőségei a szociális törvény alapján (1. ábra).



1. ábra A demenciával élő idősek gondozási szükségletéhez kapcsolódó szakpolitikai szolgáltatások
Forrás: saját szerkesztés

A Szociális törvény által meghatározott formális szociális szolgáltatások rendszerében két szolgáltatás kapcsolódik a demenciával élő idősek gondozási szükségletfelmérésén alapuló ellátásra: a szociális alapellátás keretein belül a házi segítségnyújtás, illetve a szakellátások között az idősek otthona esetében. Míg az idősek otthonában van lehetőség a demenciával élők egészségügyi alap és szakellátására, addig a házi segítségnyújtás keretein belül erre nincs lehetőség. Ennek igénybevételére a fenti ábrán is feltüntetett Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő¹³ (NEAK) által közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatás által van lehetőségük¹⁴ az időseknek. Az egészségügyi szolgáltatás keretén belül korlátozott ideig tartó, háziorvos által elrendelt, kórházi kezelést kiváltó szakápolás azonban nem nyújt a krónikus betegeknek hosszú távú megoldást, amelyre a demencia betegség¹⁵ előre haladása következtében az időseknek

¹⁰ <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=999000009.scm> (Utolsó letöltés: 2023. 09. 25.)

¹¹ <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a00000001.scm>

¹² <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0700036.smm> (Utolsó letöltés: 2023. 09. 25.)

¹³ 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet az otthoni szakápolási tevékenységről

¹⁴ <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel308051.pdf> (Utolsó letöltés: 2024. 05. 29.)

¹⁵ Demenciával élő idősek gyakran szorulnak egészségügyi szakellátásra pl. szondatáplálás, sebkötözés, infúzió, vérvétel stb.



szükségük van. A Szociális törvényben megjelenik a családok otthoni gondozásra való motiválása, azonban az ezekhez társuló állami segítségnyújtások¹⁶ nem biztosítják az otthoni gondozást hosszabb távon. A házi segítségnyújtásban részesülők aránya évenként csökkenést mutat¹⁷, míg 2012-ben 125 281 fő vette igénybe a házi segítségnyújtás, 2022-re 91 337 főre csökkent. Szakértők szerint ennek hátterében az önellátás mértékének csökkenése áll, amikor már nem elég a házi segítségnyújtás keretein belül felajánlott segítői vagy gondozói tevékenység (Leleszi – Bagyura – Széman 2022). Az állami formális ellátás igénybevétele „közepesen alacsony”, míg az informális gondozásé magas, melyeket befolyásol mind a formális, mind pedig az informális gondozás elérhetősége (Gábrriel 2021). Magyarországon, akárcsak a többi közép-európai országban a 65 év feletti 18-20% -a él intézményi elhelyezésben (KSH 2019). Az utóbbi 10 évben az idősök otthonának igénybevételében minimálisan növekvő tendencia figyelhető meg a bentlakók létszámát¹⁸ tekintve: míg 2012-ben 49 478 fő vette igénybe az idősotthoni elhelyezést 2022-ben 53 348 fő élt idősotthoni ellátásban. 2019-ben az idősotthonokban lakók 43%-a 80 éven felüli idős, mely életkorban a demencia is nagyobb arányban fordul elő közöttük¹⁹.

A 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet hatálybalépését követően az idősotthonokban a korábbi, elsősorban gondozási tevékenység jelentősen átalakult. Megnövekedett a szakápolási szükségletű lakók létszáma, akiknek ápolása, gondozása a gyakorlatban csak nagyon lassan vagy nem tudja követni az igényeket (Patyán 2013). A szolgáltatók jórészt azokat az idősöket vehetik fel az intézményekbe, akiknek az ápolására nem voltak felkészülve sem személyi sem tárgyi feltételeiket tekintve. Hazánkban az ápolást/gondozást nyújtó intézmények sok esetben nem rendelkeznek szakápolási engedéllyel, ami a demenciával élők gondozásában nehézségeket jelent. A szociális ellátórendszerben nem megfelelőek a tárgyi, személyi, finanszírozási feltételek a demenciával élők gondozásához, melyek alappillérei lennének az ellátás biztosításának (Szabó 2015). 2017-ben az ápolást gondozást végző bentlakásos szociális intézmények telephelyeinek mindössze 16,1% rendelkezett szakápolási engedéllyel, míg a szociális intézményekben élő idősök 86,5%-a igényelne szakápolást (Cseh-Dózsa 2017). 2023-ban a Szociális törvény a VII/A. fejezettel egészült ki a szakápolás átalakításáról, melynek gyakorlati megvalósítása folyamatban van. Ezekben a központokban a gondozási szükségletvizsgálat felmérése megszűnik, helyette a szakorvos ápolási szükségletet állapít meg.

¹⁶ 2014.január 1-től a demens idősöket gondozó hozzátartozóknak kiemelt ápolási díj igénylésére van lehetőségük, melynek összege 2023-ban 68 500 forint volt. Kiemelt ápolási díjra jogosult, aki a 2011. évi CXCI. törvény szerinti „E” minősítési kategóriába sorolt hozzátartozójának gondozását, ápolását végzi. Azok vehetik igénybe ezt a jövedelem pótló támogatást, akik gondozottjainak egészségügyi állapotromlását szakértői vélemény támasztja alá. Ez az összeg nem elegendő arra, hogy hosszú távon az egyre súlyosabb egészségi állapotú beteget és annak állandó felügyeletét meg tudják szervezni a hozzátartozók.

¹⁷ https://www.ksh.hu/stadat_files/szo/hu/szo0025.html (Utolsó letöltés: 2023. 09. 25.)

¹⁸ https://www.ksh.hu/stadat_files/szo/hu/szo0026.html (Utolsó letöltés: 2023. 09. 25.)

¹⁹ https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/idos/idoskoruak_gondozasa/index.html#alakktbsgea8089veskorosztlybkerlki (Utolsó letöltés: 2023. 09. 25.)



A DEMENS IDŐSEK GONDOZÁSI SZÜKSÉGLETÉT ÉRTELMEZŐ CSALÁDI ÉS FORMÁLIS TÁMOGATÓK EGYÜTTMŰKÖDÉSE

Hazai szakirodalmakban nem találunk információt arról, hogy a demens idők gondozási szükségletfelmérésébe mikor lépnek be a családi gondozók, azaz melyek azok az információk a gondozási adatlapokon, amelyek a hozzátartozók elmondásai vagy tapasztalatai szerint kerülnek rögzítésre. Más európai országokban, pl. Franciaországban vagy Angliában a gondozási szükségletfelmérésébe az egészségügyi szervezetek is bekapcsolódnak (Dögei – Kostyál – Udvari 2011). Mind ezek mellett a családtagok helyzetét is felméri, az ő tevékenységeiket, lehetőségeiket és ezt követően készítene beavatkozási tervet, illetve ajánlásokat a családnak a gondozásra.

Több példát találunk nemzetközi szakirodalomban a demens személyeket gondozók együttműködéséről. Például az Összetett-személyközpontú gondozási modell keretében végzett gondozási szükségletek felmérésének különlegessége, hogy a családi és formális erőforrások mellett Montessori-elveket vonnak be a szükségletfelmérő folyamatokba. Vagyis, a családtagok közreműködésével feltárják a demens személyeknek azokat a még meglévő képességeit is, amire építve dolgozzák ki a beavatkozási tervet. Ezeknek a még meglévő képességeknek, képességeknek a felmérésében, összegyűjtésében aktívan vesznek részt az idők családjai, hozzátartozói, amely a demens emberek ellátása szempontjából meghatározó elem, hiszen a középsúlyos vagy súlyos demenciával élő idők nem tudnak önmagukról adekvát információt közölni. A modell pozitív hatásaiként említhetők a nyugtatók használatának csökkentése, elfoglaltság növelése, családtagok elégedettsége (Gail et al. 2015). A *gyakorlati modell* elméleti kerete a személyközpontú ellátásra és a biopszichoszociális megközelítési szempontokra épül. A gyakorlati demens ellátási szolgálat elsősorban a korai stádiumú demenciában szenvedőknek és gondozóiknak nyújtott otthoni szolgáltatás. Ezek a szolgáltatások magukba foglalják az otthoni látogatásokat, ügyintéztést, a telefonos tanácsadást, a viselkedési problémákkal kapcsolatos segítségnyújtást, oktatást, érdekképviselést, kapcsolat fenntartását a geriáter szakorvosokkal, összeköttetést civil szolgáltatásokkal. A személyközpontú ellátást a biopszichoszociális megközelítése teszi teljessé, amely magában foglalja az orvosi, pszichológiai és szociális szolgáltatásokhoz való tervezett és idejében való hozzáférést. A modell hasznos lehet a demenciával élőket gondozó formális szektorok együttműködésének kialakítására, ugyanakkor keretet nyújt a demenciával élőket gondozó szolgáltatások újra tervezéséhez is (Clancy 2015). Mivel a demencia jelen pillanatban nem gyógyítható, a betegségben szenvedő idők ellátásában az őket gondozó családtagoknak, a szociális, illetve egészségügyi ellátórendszer szakembereinek meghatározó szerepe van.

Hazánkban figyelembe kell venni az otthoni gondozáshoz kapcsolódó, nehéz anyagi és gondozási terhekkel küzdő családok helyzetét, akik az állam által biztosított formális rendszerekre vannak szorulva (Patyán 2017). Kopasz (2021) kutatásában a családi és formális gondozás viszonyát definiálja. Szerinte a szociális alapszolgáltatás (nappali ellátás és házi segítségnyújtás) alacsony számú igénybevétele egyrészt a szakápolási feladatellátásaik hiányosságai, másrészt a szolgáltatásokról való alacsony tájékozottság miatt történik. A hozzátartozók demenciáról való alacsony szakmai ismerete is nehezíti az idők hosszú távú otthoni ellátását (Kiss 2017). Az idősödő társadalmakban, így hazánkban is az idősekről való gondoskodás tár-



sadalmi problémája összetett. Egyrészt nő a gondozási és egészségügyi ellátás iránti igény, amely feltételezi az idős háztartások működésének segítségét, miközben a lakosság munkaképes, gondoskodásra képes létszáma kevesebb lesz. Másrészt az állami gondoskodás szerepvállalása csökkenni látszik a közép-kelet-európai országokban, közöttük hazánkban is, a gondoskodási válság kialakulásának irányába haladva (Melegh – Katona 2020).

A KUTATÁS CÉLJA ÉS KÉRDÉSEI

Hazánkban kevés ismerettel rendelkezünk demenciával élő idősök gondozásának specifikumairól. Még kevesebb információ áll rendelkezésre demens idősök szociodemográfiai adatairól és egyéb jellemzőikről²⁰. Ezen adatok elemzésén keresztül igyekszünk feltárni a demens személyek gondozási szükségletét, melyek formálhatják gondozásuk alakítását. Ennek alapján kutatási kérdéseink a következők:

1. Az otthonukban élő demens és nem demens idősök szociodemográfiai adatai és személyes jellemzői közötti különbségek hogyan függenek össze gondozásukkal?
2. Idősök otthonában súlyos demenciával diagnosztizált idősök szociodemográfiai adatai és egyéb jellemzői milyen összefüggéseket mutat gondozásukkal, jóllétükkel?

Módszer és mintaválasztás

Másodlagos kvantitatív kutatásunkat egy nyugat-dunántúli önkormányzati fenntartású idősök otthonába felvételre várakozók előgondozási dokumentumai, illetve az idősotthonba felvételt nyert szakorvos által diagnosztizált súlyos demensek gondozási dokumentációinak elemzésével végeztük. Az idősök adatainak statisztikai célú felhasználását az intézmény igazgatója engedélyezte. Kvantitatív kutatásunk során két adatbázist készítettünk:

- Idősotthoni felvételre várakozó idősök adatbázisa (N = 196).
- Másodlagos keresztmetszeti adatfelvételünket azoknak az idősöknek az előgondozási dokumentációi²¹ alapján végeztük el, akik 2020. év március 31-én rögzítve voltak az intézmény várakozási listáján és betöltötték a 65. életévüket.
- Súlyos demenciával diagnosztizáltak adatbázisa idősök otthonában (N = 176)
- Retrospektív adatokon keresztül igyekeztünk feltárni a súlyos demenciával²² élő idősök személyes jellemzőinek aktuális gondozásukkal való összefüggéseit. Kutatásunkban az ellátotti dokumentációkat 2013. 01. 01 és 2020. 07. 15. közötti időszakra vizsgáltuk. A gondozási dokumentációk a következők voltak: előgondozási adatlap, ápolási dokumentáció, demencia szakorvosi jelentés, halotti bizonyítvány. Azoknak a 65 év feletti súlyos demenciával diagnosztizált idősöknek az adatait vittük be adatbázisunk-

²⁰ Élettartam, jövedelem, iskolai végzettség, önellátás, társas támogatás, szakvélemény ideje, gondnokság stb.

²¹ 2. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez: Előgondozási adatlap.

²² Szakorvos által diagnosztizált.



ba, akik az országos tevékenység-adminisztrációs (TEVADMIN)²³ adatszolgáltatási rendszerben rögzítésre kerültek 2013-tól, amely meggyorsította kiválasztásukat és sorba rendezésüket.²⁴

Statisztikai elemzés

Kvantitatív kutatásunk adatait IBM SPSS Statistics for Windows 22.0 programmal dolgoztuk fel. Leíró statisztikát alkalmaztunk, melynek eredményeit átlag $\pm$ szórás (SD), gyakoriság (N), és százalékos megoszlások (%) formájában mutatunk be. A változók közötti összefüggéseket keresztábrákkal, Spearman-féle rangkorrelációval és egyszerű lineáris regresszióval vizsgáltuk. A szignifikancia szint értéke minden esetben $p \leq 0,05$, illetve $p \leq 0,01$ értékben került megállapításra. Az első adatbázisba 16, a másodikban pedig 14 változót vizsgálunk. Másodlagos adatfelvételünk során tapasztaltuk adatok hiányát, melyek helyét üresen hagytuk az adatbázisban.

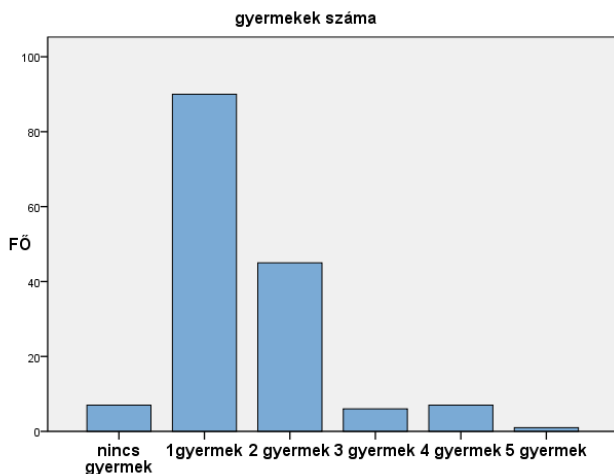
EREDMÉNYEK

Szociodemográfiai adatok, személyes jellemzők és gondozás idők otthonában

Kutatásunk első felében az idősothonban szakorvos által diagnosztizált súlyos demens idősök közül 47 férfi (26,7%) és 129 nő (73,3%), (N = 176), mely mutatja, hogy a legidősebb demográfiai csoportban a női többlet közel háromszorosa a férfiakénak. Az élettartam és a *nem* összefüggének egymással a Spearman korreláció eredménye szerint $r = ,223$, $p = 0,005$ (N = 155). Az idősök iskolai végzettsége szerint 76,19% 8 osztályt vagy annál kevesebbet járt iskolába, míg szakképzésben 15,24%, középiskolába 4,76% és csupán 3,81% járt főiskolára vagy egyetemre. Az *iskolai végzettség* és élettartam negatív összefüggést mutat egymással (Spearman korreláció $r = -,513$, $p < 0,001$, N = 87). Az idősök gyermekeinek száma az alábbiak szerint alakult: 57,7%-nak egy, 28,9%-nak kettő, míg három vagy annál több gyermeke csupán 7%-nak volt és 6% -nak nem született gyermeke (2. ábra). Az idősök *gyermekeinek száma* és élettartama között negatív kapcsolat van (Spearman korreláció $r = -,196$, $p < 0,05$, N = 137).

²³ Szolgáltatást igénybe vevők nyilvántartása a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 20/C.§ a szerint. 415/2015. (XII. 23.) Korm. rendelet a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi igénybe vevői nyilvántartásról és az országos jelentési rendszerről szóló adatbázis. 2015-re megtörtént az adatok felvétele az intézményekben. Esetünkben ez az adatbevétel 2013-ban már kezdetét vette <https://szocialisportal.hu/wp-content/uploads/2016/06/tevadmin.pdf> (letöltés: 2024. 06. 12.). Ebbe beletartoztak azok az idősök is, akik már korábban pl. 1992-ben beköltöztek az otthonba, de adataik kötelező nyilvántartása 2013-tól került az adatszolgáltatási rendszerbe.

²⁴ Az adatbevételben résztvevők: 1 fő szociális asszisztens, 1 fő vezető ápoló, 1 fő gazdasági szakember és 2 fő szociális munkatárs segítségével.

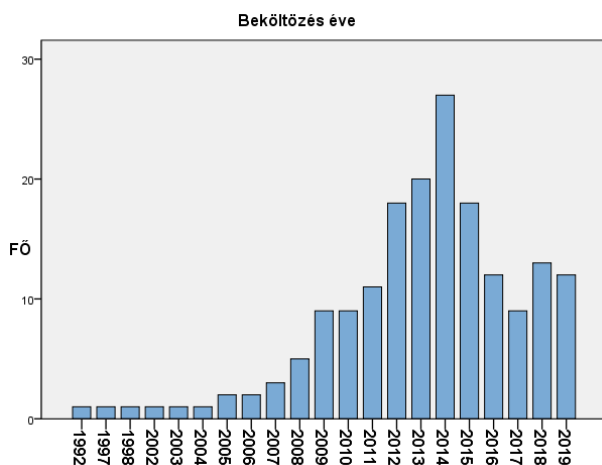


2. ábra Időotthonban élő súlyos demens emberek gyermekeinek a száma (N = 156)

Forrás: saját szerkesztés

Az intézményi felvételre való várakozási idő 169 fő esetében 0 és 1 év között volt. Az *intézményi felvétel kérelmezése és a beköltözés* között erős szignifikáns kapcsolat van (Spearman korreláció $r = ,926$, $p < 0,001$, $N = 173$), mely jelzi, hogy nagyon rövid idő alatt bekerültek a demens kérelmezők az intézménybe, kevés várakozási idő után.

Az alábbi ábrán azt láthatjuk, hogy az elméleti keretben bemutatott gondozási szükséglet vizsgálatról, illetve ennek alapján a harmadik fokozatú gondozási szükséglettel rendelkező idős emberek intézménybe történő felvételének zöme 2008-tól, a gondozási szükségletvizsgálat jogszabályi megjelenésétől mutat erőteljes emelkedést (3. ábra).

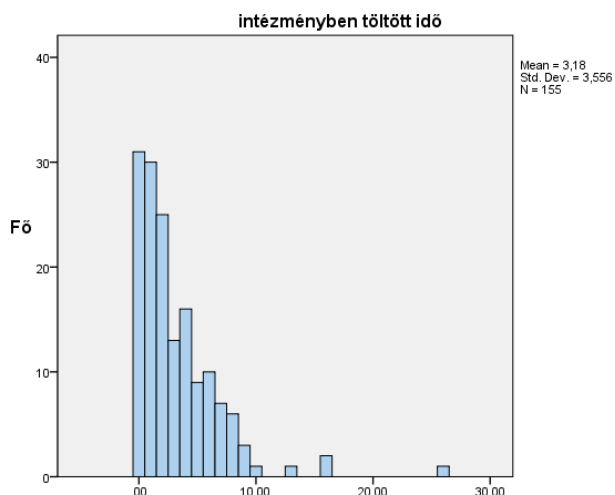


3. ábra Súlyos demens emberek beköltözésének ideje az intézményben (N = 155)

Forrás: saját szerkesztés



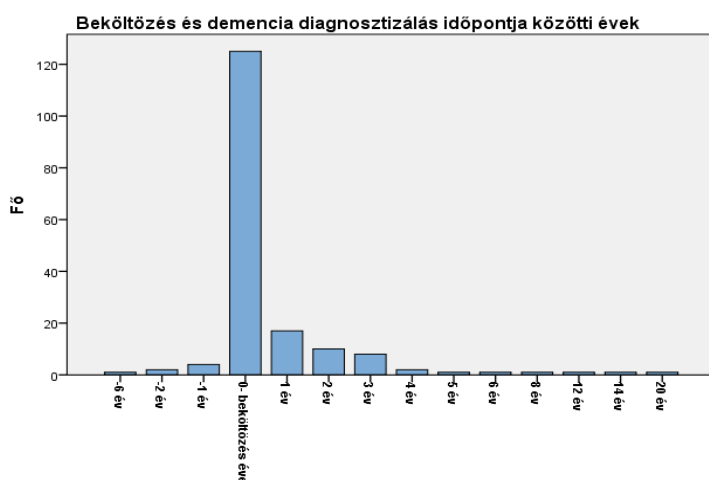
Az idősek otthonába beköltözéskor az átlagéletkor $82,1 (\pm 7,262)$ év volt ($N = 176$). A halálzási átlagéletkor az intézményben $85,55 (\pm 7,122)$ év volt ($N = 155$). Megfigyelhető a mortalitás magas aránya a súlyos demens idősek körében. Az *intézménybe kerülési* életkor és az élettartam között erős szignifikáns kapcsolat van (Spearman korreláció $r = ,873$, $p < 0,001$, $N = 155$). Az idősek élettartama átlagosan $3,18 (\pm 3,556)$ év volt az intézményben (4. ábra).



4. ábra Intézményben töltött átlagos időtartam ($N = 155$)

Forrás: saját szerkesztés

A szakorvos által megállapított demencia diagnózis 96%-ban az intézményi beköltözés után, többségében egy éven belül történt meg. 7 főt (4%) diagnosztizáltak az alapellátásban.



5. ábra Demencia diagnosztizálása intézménybe költözés előtt és után ($N = 175$)

Forrás: saját szerkesztés



Egyszerű lineáris regresszióval végzett vizsgálataink eredménye szerint az idősök nagyrészt az intézményi ellátásba kerülésük után kaptak demencia diagnózist, azaz a *beköltözés időpontja határozta meg a demencia diagnosztika időpontját* ($R^2 = ,826$; adj. $R^2 = ,680$ $F(1,173) = 371,140$ $p < ,001$), valamint a *demencia diagnózis időpontja alapján becsülhetjük meg a halál időpontját* ($R^2 = ,580$; adj. $R^2 = ,332$ $F(1,152) = 76,947$ $p < ,001$). A *demencia szakvélemény időpontja és az intézményben eltöltött idő közötti Spearman korreláció eredménye negatív kapcsolatot mutat* $r = -,559$, $p \leq 0,001$, míg a *demencia szakvélemény időpontja és a halál időpontja közötti összefüggés* $r = ,643$, $p < 0,001$ ($N = 154$).

Demencia vizsgálatára használt egyik mérőeszköz az MMSE teszt (Folstein 1975), mely szerint a demencia legsúlyosabb szakaszában lévők esetében 0–9-ig terjednek a pontszámok. Ezek minél alacsonyabbak annál nagyobb gondozási igényt jeleznek. A vizsgált idősök közül 75 főnek volt 0–9 pontos MMSE pontszáma az intézménybe bekerülésekor, akiknek a gondozása a legmagasabb ápolási, gondozási igényt mutatja. További 100 fő MMSE pontszáma 10–16-ig terjedt, amely szerint középsúlyos demensek lehetnek. Az idősök MMSE pontszáma már az intézménybe kerülésekor nagyon alacsony volt, amely indokoltá tette volna a sokkal korábbi demencia diagnózis szakorvos általi megállapítását és a betegség prevencióval történő lassítását, ami esetükben elmaradt. Az idősök 18%-a kapott a demenciára gyógyszeres terápiát ($N = 168$). Az *MMSE teszt pontszáma és a demencia gyógyszeres terápiája között negatív kapcsolat van* (Spearman korreláció $r = -,189$, $p = 0,01$, $N = 163$).

159 fő esetében vizsgáltuk azt, hogy az intézményi elhelyezés előtt milyen szociális alapszolgáltatásokat vettek igénybe az idősök. 75%-uk nem kért az idősotthonba költözés előtt szociális alapellátást, 16 fő kért csupán étkeztetést, 12 fő házi segítségnyújtást és 12 fő nappali ellátást vett igénybe. 170 fő súlyos demenciával élő közül 38% az idősotthonba költözés előtt már teljes ellátást kapott valamilyen ápolást-gondozást végző intézményben. A súlyos demens idősök önellátási képessége²⁵ hiányzik. Az önellátás és a *demenciát jelző MMSE teszt pontszámai között negatív kapcsolat van* (Spearman korreláció $r = -,296$, $p < 0,001$ ($N = 149$)), illetve az önellátás és *beköltözés az intézménybe változók között pozitív összefüggés található* $r = ,317$, $p < 0,001$ ($N = 152$).

Az idősök látogatói az idősök otthonában több mint 80% esetében a gyermekeik voltak, 4,85%-át házastársa, 4,85%-át testvére, 6,06%-át pedig más családtagok, valamint 1,21%-át gondnok látogatta. A súlyos demenciával élő, cselekvőképtelen idősök közül csupán 26 főnek (14,94%) volt törvényes képviselője. Az idősök látogatói rendszeresen, hetente akár többször is bementek az idősökhöz, csupán 8 főnek nem volt egyáltalán látogatója. Az idősök *gyermekeinek száma és a látogatás gyakorisága között összefüggést találtunk* (Spearman korreláció $r = ,237$, $p < 0,01$, $N = 132$). A *látogatás gyakorisága és az élettartam között azonban nincs szignifikáns kapcsolat* Spearman korreláció $r = -,021$ $p = 0,811$, $N = 132$). A *gondnokság és a látogatás gyakorisága között negatív összefüggés van* (Spearman korreláció $r = -,185$ $p < 0,05$, $N = 149$).

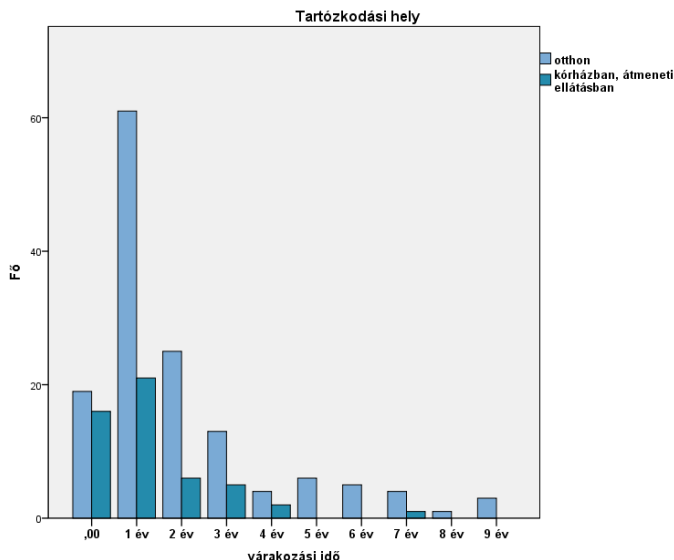
²⁵ Az idősotthonban lakók esetében az önellátási képesség mérése az intézménybe költözés után a Gondozási dokumentációban volt rögzítve (gondozási anamnézis – fizikai és egészségi állapot felmérés), amely 0–28 pontig terjed. 0–5 pontig önellátó; 6–14 pontig részben önellátó; 15–28-ig teljes ellátást igénylő, önellátásra képtelen.



SZOCIODEMOGRÁFIAI ADATOK, SZEMÉLYES JELLEMZŐK ÉS GONDOZÁS INTÉZMÉNYI FELVÉTELRE VÁRVA

További vizsgálódásaink arra vonatkoztak, hogy idősök személyes jellemzői: nem, életkor, iskolai végzettség, vagyoni helyzetük stb. miként függenek össze aktuális gondozásukkal, társas támogatásukkal abban az időszakban, ameddig várakoznak intézményi felvételükre. Kutatásunkban részt vevő 196 idős átlagéletkora 80,26 ($\pm 7,435$) év volt. Közülük 59 (30,1%) férfi és 137 (69,9%) nő volt. Jövedelmük legkisebb összege 48 900 forint, legmagasabb pedig 245 000 forint volt, átlagosan 113 700 ($\pm 35,320$) forint jövedelemmel rendelkeztek ($N = 196$). A meglévő adatok alapján az idősök közül 54% 8 általános vagy annál alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezett, 26,32% szakiskolát, 13,16% középiskolát és 5,26%-uk vett részt felsőoktatásban. Idősök gyermekeinek száma: nem volt gyermeke a várakozók közül 21 főnek (12,73%), 1 gyermeke volt 62 főnek (37,57%) kettő gyermeke volt 69 főnek (41,82%), 3 gyermekkel 7 fő (4,24%), 4 gyermekkel 6 fő (3,64%) rendelkezett ($N = 165$). Családi állapotukat tekintve az idősök közül 91 fő (53,53%) özvegy, 46 fő (27,06%) házasságban él, 19 fő (11,18%) elvált és 14 fő (8,24%) nőtlen, illetve hajadon volt ($N = 170$).

Önellátási képesség vagy képtelenség közel azonos arányban fordult elő a várakozók között: 50,52% önellátó, 47,42% önellátásra képtelen és 2,06% részben önellátó. Az előgondozási dokumentáció alapján megállapított önellátás vagy annak képtelensége a gondozási szükségletfelmérő adatlap szerint a 4 órán túli gondozási igény esetén önellátásra képtelennek jelöli az idősöket. A várakozók több mint negyedénél 26,56% (51 fő) egészségügyi és átmeneti szociális intézmény megjelölés szerepelt dokumentumaikban, mint 3 hónapnál hosszabb idejű tartózkodási hely, többségük pedig 73,44% (141 fő) otthonában várakozik az idősotthoni felvételére (6. ábra).

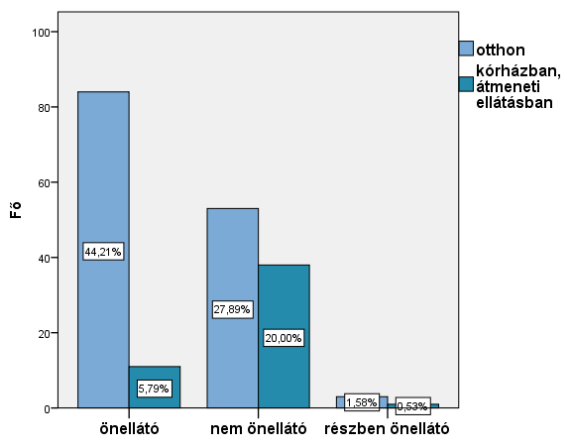


6. ábra Várakozási idő és tartózkodási hely ($N = 192$)

Forrás: saját szerkesztés



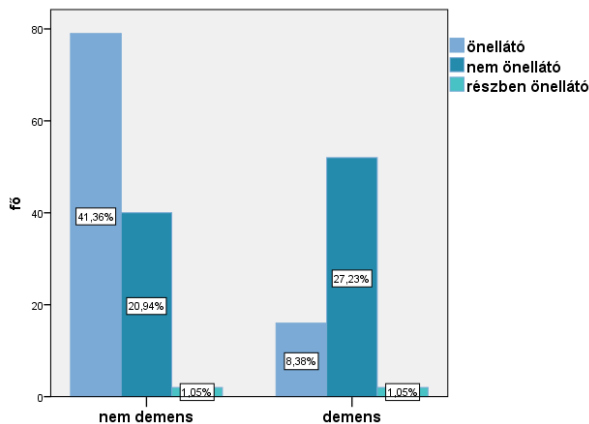
Kerestük a választ arra a kérdésünkre, hogy melyek azok a személyes jellemzők, amelyek befolyásolják az idős emberek gondozásának helyszínét, vagyis miért történik az idősek mintegy negyedének ellátása intézményben. Az önellátás és *tartózkodási hely* változókat kereszt táblával statisztikailag összehasonlítva Chi-négyzet-teszt 21,835 (df 2), $p < ,001$, illetve a változók közötti Cramer's V értéke 0,339, $p < ,001$, mely eredmények azt bizonyítják, hogy az önellátás mértéke befolyással van az idősek tartózkodási helyére (7. ábra).



7. ábra Önellátás és tartózkodási hely (N = 190)

Forrás: saját szerkesztés

A demencia súlyosbodásával csökken az önellátási képesség, amely a demens idősek tartózkodási helyét is befolyásolja. Ezen állításainkat támasztják alá az alábbi kereszt táblával végzett elemzéseink. A *demencia* és önellátás változók közötti összefüggés Chi-négyzet-teszt eredménye 32,008 (df 2), $p < ,001$, a változók Cramer's V értéke 0,409, $p < 0,001$ (8. ábra).

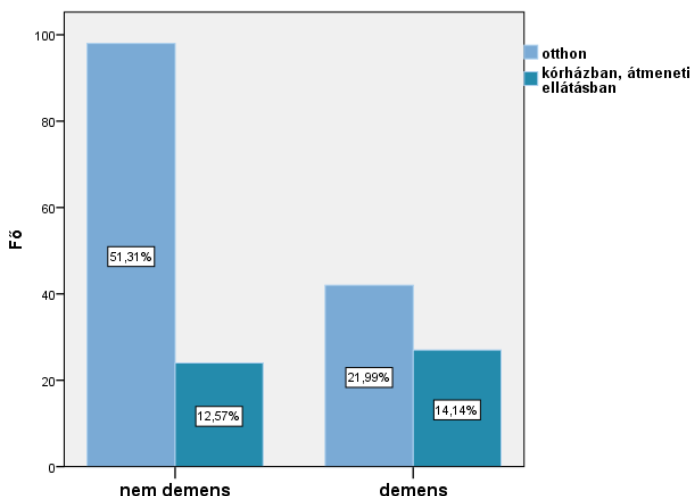


8. ábra Demencia és önellátás várakozó időseknél (N = 191)

Forrás: saját szerkesztés



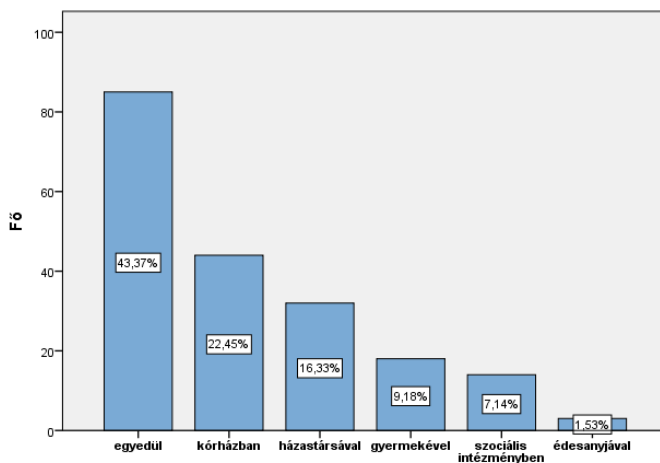
A demencia és a tartózkodási hely változók közötti Chi-négyzet-teszt eredménye 8,526 (df 1), $p < ,005$, illetve a két változó Cramer's V értéke 0,211, $p < ,005$ (9. ábra).



9. ábra Demencia és tartózkodási hely (N = 191)

Forrás: saját szerkesztés

Szerettük volna megismerni azt, hogy az intézményi felvételre várakozva az idősek kivel/hol élnek, kik alkotják társas támogatóikat. Az alábbi ábrán látható az, hogy a várakozó idősek több mint fele 56,63% élt valamilyen formális vagy informális támogatóval együtt, azonban az időseknek közel fele (43,37%) egyedül élt otthonában (10. ábra).

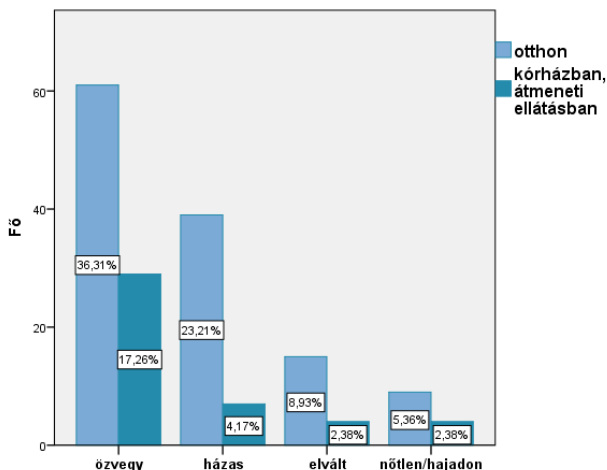


10. ábra Kivel/hol él a várakozás ideje alatt (N = 196)

Forrás: saját szerkesztés



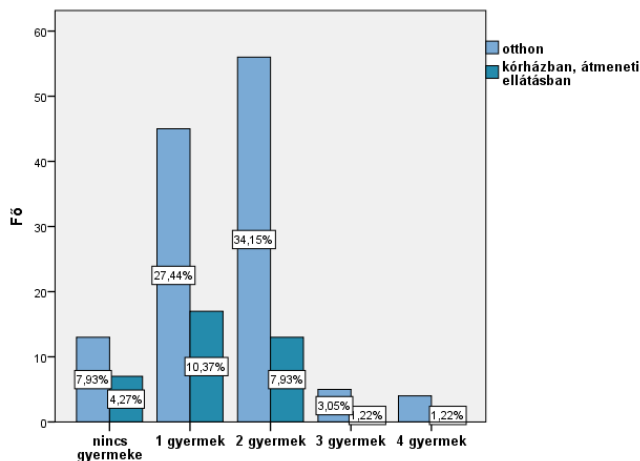
Vizsgáltuk azt, hogy az idősek családi állapota befolyásolja-e a tartózkodási helyüket (11. ábra).



11. ábra Várakozó idősek családi állapota és tartózkodási helye (N = 168)

Forrás: saját szerkesztés

A tartózkodási hely és családi állapot nem mutat összefüggést (Spearman korreláció $r = ,095$, $p = 0,22$ (N = 168)). Ugyanakkor a Tartózkodási hely és gyermekek száma között sem találtunk összefüggést (Spearman korreláció $r = ,015$, $p = 0,84$, N = 164), így arra a következtetésre jutottunk, hogy az idősek negyedének kórházban való tartózkodását elsősorban nem a társas támogatás hiánya, hanem az önellátási képtelenség, ezen belül pedig demencia okozhatja, mely nehézségekkel társas támogató családtagjaik nem tudnak megküzdenni az otthoni gondozás során (12. ábra).



12. ábra Idősek tartózkodási helye és gyermekeik száma (N = 164)

Forrás: saját szerkesztés



ÖSSZEGZÉS ÉS MEGBESZÉLÉS

Kutatásunkban idősek otthonában felvett demens idős személyek, illetve otthonukban idős-otthoni felvételre várakozók esetében vizsgáltuk azt, hogy szociodemográfiai adataik és személyes jellemzőik, mint az életkor, nem, mentális állapot, gyermekeik száma hogyan függnek össze gondozásukkal.

Súlyos demens idősekről szociodemográfiai jellemzőik alapján azt láthatjuk, hogy zömében 80 éven felüliek, mintegy háromnegyedük nők és jórészt alacsony iskolai végzettségűek. Az intézményben a súlyos demens idősek kevés ideig élnek, mindössze 3,18 ($\pm 3,556$) évet, jobbára az élet végét intézményben töltik. Johansen és mtsai. (2020) kutatásaikban szintén nagyfokú mortalitást figyeltek meg demens idősek esetében. 582 demens idős jellemzőit vizsgálták idősek otthonában, akik közül 3 év alatt 354 fő hunyt el. Hasonló adatokat kaptak diagnosztizált betegek mortalitását vizsgálva a diagnózis időpontjától kezdve Magyarországon Balázs és munkatársai. Az általuk megfigyelt demens betegek esetében a diagnózis utáni túlélés átlagos medián éve 3,01 volt (Balázs et al. 2021).

Az idősek otthonába 2008. évtől a jogszabályi változás alapján a legsúlyosabb ápolási, gondozási igényű idősek kerültek be. Az alapellátásban diagnosztizáltak aránya kutatásaink szerint 4% volt, ami sokkal kevesebb, mint az Európában végzett kutatások szerint megfigyelt 20% (Waldemar et al. 2007). A háziorvosok vagy nem ismerik fel a betegséget, vagy nem írnyítják időben szakorvoshoz őket, így gyakran több év is eltelik a demencia tünetének észlelése és a diagnosztika között (Heim 2022), amely a prevenció időben történő elmaradását jelenti. A megfelelő terápiás kezelés lassíthatja az idősek kognitív hanyatlását és növelheti az idősek és családi gondozóik életminőségét (Tzu-Wu 2018).

Idősek kapcsolati hálójá jellemzően a családra, pontosabban gyermekeikre (80%) korlátozódott, akik látogatták őket az otthonban. A súlyos demens idősek cselekvőképtelenek kognitív képességeik leépülése miatt. A kutatásban résztvevők közül csupán 15%-nak volt törvényes képviselője. Ez a tény sok kérdést vethet fel a súlyos demens idősek jogi képviseletéről, a szociális gondoskodás önkéntes igénybevételéről stb.

170 fő súlyos demenciával élő közül 38%-uk valamilyen átmeneti ápolást-gondozást nyújtó intézményből költözött be az idősek otthonába, melynek hátterében az állhat, hogy otthon nem tudják a családtagok a jelenlegi szociális és egészségügyi szolgáltatások keretében felvállalni a gondozást a demencia súlyosbodása esetén. A szociális alapszolgáltatásokat az idősek 25%-a vette igénybe míg otthonában élt, szemben egy Ausztriai kutatással, mely szerint a demens időseket gondozó családtagok 59,8% vette igénybe és 86%-a a megkérdezetteknek ismerte az otthoni gondozást kiegészítő szociális szolgáltatási lehetőségeket (Krutter et al. 2022). Hazánkban az otthon igénybe vehető szolgáltatások alacsony igénybevételének oka lehet, hogy nem lehet hosszú távú egészségügyi segítségnyújtást igénybe venni (Tróbert 2019). Az otthoni házi segítségnyújtás kibővítése szakápolási elemekkel kulcsfontosságú lehetne az idősotthoni elhelyezés megelőzésében, így szükséges nagyobb gondot fordítani azok fejlesztésére, népszerűsítésére (Bökberg et al. 2018).

Kutatásunkban második felében igyekeztünk feltárni azt, hogy az idősotthoni felvételre való várakozás közben az idősek személyes jellemzői hogyan határozzák meg gondozásukat, társas támogatásukat. A várakozó idősek átlagéletkora 80 év, nemüket tekintve közel 70%-uk nő, alacsony iskolai végzettségűek, átlagbevételek (nyugdíj) kevésnek mondható, 113 700 fo-



rint volt. Idősek gyermekeinek száma legtöbb esetben egy vagy két fő. Demencia diagnózis szakorvos által nincs megerősítve mintegy harmaduknál azonban orvosi zárójelentésen szerepel a betegség.

A várakozók közel fele a gondozási szükségletfelmérés szerint önellátásra képtelen, 60% -uk egy éven belül kérte a felvételét az otthonba. Idősek otthonába történő felvétel kérelmezése jelzi az otthoni gondozói támogatás felváltásának szándékát a formális szakellátás támogatói hálózatra. E kezdeményezés mögött elsősorban az önellátási képtelenséget azonosítottuk az elméleti részben bemutatott *Gondozási szükségletfelmérő adatlap* szerint, amely a demens idősök esetében nagyobb számban fordul elő, mint a nem demens idősöknél. Az önellátási képesség olyan alapvető készségeket jelent, amit egy egészséges ember tesz a hétköznapi életben a mindennapi alapvető szükségleteinek kielégítése érdekében²⁶ (Katz 1983).

Az idősök gyermekeinek alacsony számát figyelembe véve, arra következtethetnénk, hogy a családi támogatás elégtelensége vagy hiánya miatt kerülnek a várakozó idősök elsősorban intézményi gondozásba. Ugyanis a várakozók negyede átmeneti szociális vagy egészségügyi intézményben tartózkodott a kutatás idejétől számítva már legalább három hónapja. Az átmeneti gondozási *intézményekben való tartózkodás* azonban eredményeink szerint nem mutatott összefüggést az idősöknek sem a *családi állapotával*, sem *gyermekük számával*, ellenben az önellátás hiányával magyarázhatjuk az intézményi gondozás igénybevételének fő motivációját. A demencia az egyik kiemelkedő tényező az idősök intézménybe kerülésének szempontjából (Luppa et al. 2009), akik gyakrabban veszik igénybe a tartós gondozási intézményi lehetőségeket, mint a nem demens idősök (Skoldunger 2018). Helvik és munkatársai (2015) otthonukban élő idősök önellátása csökkenésének hatásait vizsgálták. Úgy vélték, hogy az önellátási képtelenségnek a mindennapi tevékenységek elvégzésének csökkenésében, az intézményi ellátásba kerülés növekedésében, illetve a mortalitás alakulásában van kiemelt jelentősége.

KÖVETKEZTETÉSEK

Kutatásunkban demenciával élő idősök személyes adatainak másodlagos elemzésével igyekeztünk feltárni azokat a *valódi gondozási szükségleteket*, amelyek különböznek a nem demens idősök gondozási szükségletétől, és amelyek befolyásolják a gondozói hálózatukat, illetve jólétüket. Ezek a különbségek a mentális egészség meglétében vagy hiányában gyökereznek, amely meghatározza az idősödés során bekövetkező funkcionális veszteségek kezelésének mikéntjét. Míg a cselekvőképes idősök önállóan vagy kis segítséggel²⁷ képesek otthonukban kezelni az idősödéssel járó fellépő zavarokat²⁸, addig a közép- és súlyos demenciával élők ezeket a funkcióvesztéseket nem tudják kezelni, teljes ápolásra, gondozásra szorulnak. Kutatásunk szerint a demencia súlyosbodása esetén a társas támogatástól függetlenül az idősök ápolást gondozást nyújtó szakellátó intézményekbe kerülnek. Ennek megelőzésére a demenciával

²⁶ Étkezés, tisztálkodás, WC-használat, öltözködés, mobilitás, szabadidős tevékenységek.

²⁷ Családi vagy házi segítségnyújtás.

²⁸ Mindennapi szükségleteik kielégítése: tisztálkodás, gyógyszerbevétel, étkezés, hely- és helyzetváltoztatás, inkontinencia, segédeszközök használata.



élő idők otthoni gondozásának komplex kialakítására lenne szükség háziorvosi, szakorvosi, esetmenedzseri együttműködéssel, amely mind az idők és családi gondozóik jóllétét szolgálná. Ugyanakkor hozzájárulhatna a demens betegek kórházi felvételek csökkentéséhez, megfelelő szolgáltatás hozzájutásához, a fenntartható társadalom alakításához. A súlyos demensek mintája alapján azt láthattuk kutatásunkban, hogy nagyon későn, többnyire szakellátásban történik meg a betegség szakorvos általi diagnosztizálása, amely a prevenciót már nem teszi lehetővé. Ezért az egészségügyi alapellátással, háziorvosokkal való együttműködés szabályozására lenne szükség, ugyanis a demens betegek minél korábbi diagnosztizálása háziorvosi vizsgálatokhoz kapcsolódik első körben (Kázár 2021).

A szociális ellátórendszerben a demenciával élő idők valódi gondozási szükségletének megismerésében az ápolási és gondozási dokumentáció kiemelt jelentőséggel bír a formális szakemberek (orvos és előgondozást végző szociális szakember) által rögzített adatokkal, melyben szükséges lenne jelezni, kiemelni a családi gondozók elmondása szerint rögzített adatokat, ezáltal is láthatóvá tenni a szerepüket a gondozási folyamatban.

IRODALOM

- Balázs et al. (2021): Dementia epidemiology in Hungary based on data from neurological and psychiatric specialty services Scientific Reports <https://doi.org/10.1038/s41598-021-89179-3>
- Bökberg et al. (2018): Utilisation of formal and informal care and services at home among persons with dementia: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2): 843–851. <https://doi.org/10.1111/scs.12515>
- Bradshaw, J. (1972): Taxonomy of social need. In: McLachlan, G. (ed.): Problems and progress in medical care : essays on current research, 7th series. London: Oxford University Press, 71–82.
- Clancy, A. (2015): Practice model for a dementia outreach service in rural Australia. *The Australian Journal of Rural Health*, 23(2): 87–94. <https://doi.org/10.1111/ajr.12147>
- Cseh B. – Dózsa Cs. (2017): Átmeneti ellátások – a bentlakásos szociális intézmények keretén belül végzett szakápolási tevékenységek és az ehhez kapcsolódó egészségügyi szükségletek elemzés. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 16(6).
- Dögei I. – Kostyál L. – Udvari A. (2011): Idősellátás és gondozási szükségletvizsgálat néhány európai országban. <https://epa.oszk.hu/02900/02943/00048/pdf>
- Fekete M. (2020): A társadalmi fenntarthatóság és jól-lét a demenciával élők informális ápolói körében doktori értekezés. http://phd.lib.uni-corvinus.hu/1092/1/Fekete_Marta_dhu.pdf (Utolsó letöltés: 2021. 05. 20.)
- Folstein, M. F. – Folstein, S. E. – McHugh P. R.: „Mini-mental state” 1975: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 1975; 12(3): 189–98. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Gail R. et al. (2015): Caring for people with dementia in residential aged care: Successes with a composite person-centered care model featuring Montessori-based activities. *Geriatric Nursing*, 36: 106–110 <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.11.003>



- Gábrriel D. (2021): Elkezdted, majd nem tudod abbahagyni <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/23904/gabriel-dora-phd> (Utolsó letöltés: 2021. 05. 20.)
- Heim Sz. (2022): Az időskori demencia kórképek háziiorvosi vonatkozásai: A háziiorvosok attitűdjének, szerepvállalásának vizsgálata a demenciák felismerésében és gondozásában, valamint véleményük az ellátást segítő és gátló tényezők tekintetében. https://aok.pte.hu/docs/phd/file/dolgozatok/2022/Heim_Szilvia_PhD_dolgozat.pdf (Utolsó letöltés: 2024. 07. 31.)
- Helvik et. al. (2015): A 36-month follow-up of decline in activities of daily living in individuals receiving domiciliary care. (Clinical report). *BMC Geriatr*, 15(1): 47. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0047-7>
- Johansen et al. (2020): Course of activities of daily living in nursing home residents with dementia from admission to 36-month follow-up. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01877-1>
- Kázár Á. E. (2021): A gondoskodói attitűdöt meghatározó javak szerepe a demenciával élők életminősége vonatkozásában, Alkalmazott Társadalomtudományok Intézete, Miskolc <http://midra.uni-miskolc.hu/document/37247/34291.pdf#page34> (Utolsó letöltés: 2022. 11. 18.)
- Kopasz M. (2020): A demenciával élőket gondozó családtagok életminősége. Szakirodalmi áttekintés. *Társadalomtudományi Szemle*, 4: 60–77. <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2020.4.60>
- Kiss G. (2017): A demens személyeket gondozó családok terhelődése, szerepfeszültsége a gondozottak kognitív leépülése mentén. *Erdélyi Társadalom*, 15(2): 83–107.
- KSH (2019): Időskorúak gondozása – Idősek tartós bentlakásos elhelyezése https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/idos/idoskoruak_gondozasa/index.html (Utolsó letöltés: 2021. 10. 01.)
- Krémer B. (2021): Az idősgondozás tényei, elhallgatásai és narratív keretei. *Socio*, 4: 219–245. <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2021.4.219>
- Katz, S. (1983): Assessing Self-maintenance: Activities of Daily Living, Mobility, and Instrumental Activities of Daily Living. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1983.tb03391.x>
- Krutter, S. – Maurer, R. – Seymer, A. – Osterbrink, J. – Flamm, M. (2022): Home care nursing for persons with dementia from a family caregivers' point of view: Predictors of utilisation in a rural setting in Austria, *Health Soc Care Community*. <https://doi.org/10.1111/hsc.13412>
- Leleszi-Tróbert A. M. – Bagyura M. – Széman Zs. (2023): A családi gondozói szerep egyéni megítélése egy hazai kutatás tükrében. *A Magyar Máltai Szeretetszolgálat Tudományos folyóirata*, 5(3): 108–123. <https://doi.org/10.56699/MT.2023.3.7>
- Luppa et.al. (2009): Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age Ageing*, 39(1): 31–38. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp202>
- Melegh, A. – Katona, N. (2020): Towards a Scarcity of Care? Tensions and Contradictions in Transnational Elderly Care Systems in Central and Eastern Europe. Budapest: Friedrich



- Ebert Stiftung, Regional Project for Gender Equality in East-Central Europe. Katona, N. – Melegh, A. (eds.) (2020): Towards a scarcity of care? Tensions and contradictions in transnational elderly care systems in central and eastern Europe | TK Szociológiai Intézet (Utololsó letöltés: 2024. 05. 29.)
- Patyán L. (2017): Családi (informális) gondozást segítő rendszerek Magyarországon. *Magyar Gerontológia*, 9: 34–48. <https://doi.org/10.47225/MG/9/33/8127>
- Szabó L. (2015): Interprofesszionális Demencia Alapprogram, <https://inda.info.hu/>
- Skoldunger et al. (2018): Resource use and its association to cognitive impairment, ADL functions, and behavior in residents of Swedish nursing homes: results from the U-age program (SWENIS study). *Int. J. Geriatr Psychiatry*, 34(1): 130–6. <https://doi.org/10.1002/gps.5000>
- Tróbert A. M. (2019): Idős hozzátartozót gondozók megterheltsége. http://old.semmelweis.hu/wpcontent/phd/phd_live/vedes/export/trobertanettmaria.m
- Tzu Wu et al. (2018): Dementia subtype and living well: results from the Improving the experience of Dementia and Enhancing Active Life (IDEAL) study. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1135-2>
- Waldemar, G. – Phung, K. – Burns, A. – Georges, J. – Ronholt, H. – Iliffe, S. – Marking, C. – Rikkert, M. – Selmes, J. – Stoppe, G. – Sartorius, N. (2007): Access to diagnostic evaluation and treatment for dementia in Europe. <https://doi.org/10.1002/gps.1652>
- Zsuffa J. – Kalabay L. – Katz S. – Kamondi An. Csukly G. – Horváth A. (2023): A dementia ellátása a háziorvosi gyakorlatban. *Orvosi Hetilap*, 164(32): 1263–1270. <https://doi.org/10.1556/650.2023.32816>