SEMMELWEIS EGYETEM

DOKTORI ISKOLA

Ph.D. értekezések

3544.

KISS HEDVIG

Interdiszciplináris alkalmazott egészségtudományok

című program

Programvezető: Dr. Vingender István, főiskolai tanár

TémavezetőK: Dr. Balogh Zoltán, főiskolai tanár és

Dr. Takács Péter, főiskolai tanár

Az idősellátás szükségleti és humán működési dimenzióinak empirikus vizsgálata: kognitív sérülékenység és gondozói terhelés

Doktori értekezés

Kiss Hedvig

Semmelweis Egyetem Doktori Iskola
Egészségtudományi Tagozat





Témavezetők: Dr. Balogh Zoltán PhD, főiskolai tanár,
Semmelweis Egyetem
Dr. Takács Péter PhD, főiskolai tanár,
Debreceni Egyetem

Komplex vizsga szakmai bizottság:
Elnök: Dr. Cseh Károly DSc, egyetemi tanár
Tagok: Dr. Fritz Péter PhD, egyetemi docens
Dr. Kovács Aranka PhD, egyetemi docens

Budapest
2026

TARTALOMJEGYZÉK

1 BEVEZETÉS 5
1.1 A kutatás indokoltsága és szemléleti kerete 5
1.2 Az idősödő társadalmak kihívásai 10
1.3 Az idősellátás rendszerszemléletű megközelítése 14
1.4 A demenciával járó állapotok kutatása Alois Alzheimertől napjainkig 15
1.5 A demencia klinikai jellemzői és diagnosztikai rendszere 17
1.5.1 A demencia diagnosztikai kritériumai a DSM-5-TR és az ICD-11 alapján 21
1.5.2 A demencia fogalma a DSM-5-TR diagnosztikai rendszerében 24
1.5.3 A demencia etiológiai csoportosítása 25
1.5.4 A betegség lefolyása, súlyossági fokozatai 28
1.6 A demencia elkülönítése egyéb mentális betegségektől 32
1.7 A szakdolgozók szerepe a demenciával élő betegek ellátásában 33
1.8 Demenciával élő betegek ellátása az egészségügyi és szociális szférában 35
1.9 Az ellátotti szükséglet az ellátói működés kettős perspektívája 46
1.10 Az irodalom összegzése és a kutatás aktualitásának indoklása 49
2 CÉLKITŰZÉSEK 50
2.1 A disszertáció célja 50
2.2 Kognitív működés változásai a SHARE adatbázis 9. hullámának adatfeldolgozása alapján 51
2.2.1 Az „A” vizsgálat célja és kutatási kérdései, hipotézisek 53
2.3 Munkaterhelés és kiégés kockázat vizsgálata Szabolcs-Szatmár-Bereg megye gondozói ellátórendszerében 55
2.3.1 A „B” vizsgálat célja és kutatási kérdései, hipotézisek 55
3 MÓDSZEREK 59
3.1 Az „A” vizsgálat felépítése és adatforrások 59
3.1.1 A vizsgált populáció 59
3.1.2 Időbeli orientáció 59
3.1.3 Az időbeli orientáció szerepe a vizsgálatában 60
3.1.4 Szociodemográfiai változók 62
3.1.5 Statisztikai elemzés 62
3.2 A „B” vizsgálat módszerei 63
3.2.1 Az adatgyűjtés folyamata 63
3.2.2 Mérőeszközök és változók 64
3.2.3 Statisztikai elemzés 67
4 EREDMÉNYEK 70
4.1 „A” vizsgálat eredményei 70

4.1.1 Minta mérete és országok szerinti megoszlás ... 70
4.1.2 Koreloszlás ... 70
4.1.3 Nemek szerinti megoszlás ... 71
4.1.4 Iskolai végzettség (ISCED-97) ... 72
4.1.5 Orientációs mutatók elemzése ... 73
4.1.6 ORIENT_BIN változó országonkénti elemzése ... 74
4.1.7 Az ORIENT változó ordinális regressziós modellje ... 75
4.1.8 ORIENT prediktorhatások (OR és 95% CI) ... 76
4.1.9 Az ORIENT_BIN változó ordinális regressziós modellje ... 77
4.1.10 ORIENT_BIN prediktor hatások (ORIENT=4 esélye; OR és 95% CI) ... 78
4.1.11 Tételszintű logisztikai modellek (a helyes válasz valószínűsége) ... 79
4.1.12 Tételek szintjén összefoglalva (Holm-korrekció) ... 81
4.1.13 Az eredmények értelmezése ... 83
4.2 A „B” vizsgálat eredményei ... 84
5 MEGBESZÉLÉS ... 97
5.1 „A” vizsgálat megbeszélése ... 97
5.1.1 Erősségek és korlátok ... 99
5.1.2 Következtetések és jövőbeli kutatási irányok ... 100
5.1.3 Összefoglalás ... 100
5.2 A „B” vizsgálat megbeszélése ... 101
5.2.1 Gondozási nehézségek háromdimenziós struktúrája ... 102
5.2.2 A demenciára jellemző tüneti terhelés ... 103
5.2.3 Munkaterhelés és gyakoriság: a „követelmények” dominanciája és a pihenés szerepe 103
5.2.4 A kiégéssel kapcsolatos ismeretek védő szerepe ... 104
5.2.5 Tapasztalat és kiégés ... 105
5.2.6 A megküzdési stratégiák tipológiája ... 106
5.2.7 Szervezeti és ellátásminőségi következmények ... 106
5.2.8 Gyakorlati javaslatok ... 107
5.2.9 Rendszerszintű kilátások ... 108
5.2.10 Korlátok és erősségek ... 108
5.2.11 Következtetések ... 109
6 KÖVETKEZTETÉSEK ... 110
6.1 A két vizsgálat fő eredményeinek összefoglalása ... 110
6.2 A populációs és intézményi szint kapcsolata ... 111
6.3 A demenciaellátás rendszerszintű kihívásai ... 113
6.3.1 Az ellátási igény növekedése ... 114

6.3.2 A gondozói munkaerő hiánya és fluktuációja ... 116
6.3.3 Az intézményi környezet szerepe ... 117
6.3.4 Integrált értelmezés ... 119
6.4 A kutatás hozzájárulása a szakterület új tudományos eredményeihez ... 120
6.5 Konklúzió ... 122
6.6 Hipotézisek összegzése ... 124
6.7 Általános összegzés ... 126
7 ÖSSZEFOGLALÁS, SUMMARY ... 129
8 IRODALOMJEGYZÉK ... 133
9 SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE ... 147
9.1 Az értekezés témájában megjelent eredeti közlemények ... 147
9.2 Egyéb – nem az értekezés témájában megjelent - eredeti közlemények ... 147
9.2.1 Könyvfejezetek ... 147
9.2.1 Tudományos munkásságot meghatározó egyéb publikációk, előadások ... 148
10 KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS ... 150
MELLÉKLETEK ... 151
1. Demenciaellátás és a hazai jogi szabályozás korlátai ... 174
2. Finanszírozási és szabályozási ellentmondások ... 175
3. Humánerőforrás és munkajogi dimenziók ... 175
4. Kritikai rendszerelemzés: szabályozott fragmentáció ... 176
5. Vitaindító – a rendszer jövője és reformkényszere ... 176
6. Demenciaellátás tervezése ... 177
7. Munkaerő fenntarthatóság ... 180
8. Képzés és támogatás ... 183
9. Szakpolitikai ajánlások ... 187

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

- **ADL** = Activity of Daily Living, mindennapos önellátási tevékenységek
- **ADI =** Alzheimer's Disease International
- **AIC =** Akaike-információs kritérium
- **APA =** American Psychiatric Association
- **ANOVA =** Varianciaanalízis
- **BPSD** = Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, a demenciával járó állapotokban jellemzően előforduló magatartási, viselkedési tünetek
- **BPSD =** A demencia viselkedési és pszichológiai tünetei
- **CI =** Bizalmi intervallum
- **CLMM =** kumulatív kapcsolati vegyes modell
- **DSM =** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- **EU** = Európai Unió
- **GVIF =** Generalized Variance Inflation Factor általánosított variancia-inflációs tényező
- **IADL** = Instrumental Activity of Daily Living
- **ISCED-97 =** International Standard Classification of Education, Oktatás Nemzetközi Egységes Osztályozási Rendszere,
- **JD-R =** Job Demands-Resources, Munkakövetelmények-erőforrások modell
- **KMO =** Kaiser-Meyer-Olkin-mérő
- **KSH** = Központi Statisztikai Hivatal
- **LTC =** Long-Term Care, Hosszú távú gondozás
- **MBI =** Maslach Burnout Inventory**,** Maslach kiégés-kérdőív
- **OECD** = Organisation for Economic Co-operation and Development, Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet
- **OR =** Odds Ratio, esélyhányados
- **PCA =** Principal Component Analysis**,** Főkomponens-elemzés
- **PCC =** Person-Centered Care, személyközpontú ellátás
- **POLR =** Proportional Odds Logistic Regression, arányos esélyek ordinális logisztikai regressziója
- **WHO =** World Health Organization, Egészségügyi Világszervezet

1 BEVEZETÉS

„Hiszem, hogy a demenciában szenvedők fontos utat járnak be az értelemtől az érzelmen át a lélekig. Kezdem megérteni, hogy az, ami igazán fontos megmarad és csak az múlik el, ami igazából nem fontos. Ha az emberek ezt megértenék, akkor a demenciában szenvedőket tisztelnék és kincsként őriznék."

(Bryden, 2005, p. 159)

1.1 A kutatás indokoltsága és szemléleti kerete

Az európai társadalmak demográfiai folyamatait az elmúlt évtizedekben egyre markánsabban jellemzi a népesség szerkezetének átalakulása, amelynek egyik legmeghatározóbb eleme az idős népesség arányának folyamatos növekedése. A várható élettartam emelkedése, valamint a születésszámok tartós csökkenése együttesen olyan demográfiai trendet eredményeznek, amely hosszú távon alapvetően formálja át a társadalmi intézményrendszerek működésének feltételeit. E folyamat különösen jelentős hatást gyakorol az egészségügyi és a szociális ellátórendszerekre, amelyek működését az idősödő társadalmakban egyre növekvő és differenciálódó ellátási szükségletek határozzák meg (OECD, 2025).

A demográfiai változások következtében az ellátórendszerek működése olyan komplex kihívásokkal szembesül, amelyek túlmutatnak a kapacitások bővítésének vagy az erőforrások újraelosztásának kérdésein. Az idősödés folyamata ugyanis nem csupán az ellátási igények mennyiségi növekedését jelenti, hanem azok szerkezetének és komplexitásának átalakulását is magával hozza. Az időskorhoz kapcsolódó egészségi állapotváltozások, a krónikus betegségek gyakoribbá válása, valamint az önellátási képességek csökkenése olyan többszintű ellátási szükségleteket generálnak, amelyek az egészségügyi és a szociális ellátórendszer szoros együttműködését teszik szükségessé. Ebben az összefüggésben az ellátási szükségletek alakulása és az ellátórendszer válaszképessége egymással kölcsönösen összefüggő és egymást alakító rendszerként értelmezhetők (OECD, 2025).

Mindezek alapján az idősellátás rendszerének vizsgálata nem korlátozható kizárólag az ellátottak egészségi állapotának, funkcionális képességeinek vagy szociális szükségleteinek elemzésére. Hasonlóképpen, az ellátórendszer működésének megértése sem szűkíthető az ellátást végző szakemberek munkaterhelésének vagy szervezeti

működésének vizsgálatára. Az idősellátás olyan összetett társadalmi és intézményi rendszerként értelmezhető, amelyben az ellátotti szükségletek, az ellátási struktúrák, valamint az ellátói működés egymással kölcsönhatásban álló tényezőkként jelennek meg. Ennek megfelelően a jelenség adekvát értelmezése olyan elemzési keretet igényel, amely képes egyidejűleg figyelembe venni e különböző alrendszerek közötti kapcsolatrendszert.

Jelen disszertáció szemléleti kiindulópontja az, hogy az idősellátás egy komplex és dinamikusan működő rendszerként értelmezhető. Ebben a rendszerben az ellátotti szükségletek és az ellátói működés egymástól elválaszthatatlanul kapcsolódnak egymáshoz, ugyanakkor empirikus vizsgálat szempontjából elkülöníthető analitikai perspektívákat képviselnek. A két nézőpont együttes vizsgálata lehetőséget teremt arra, hogy az idősellátás működésének olyan összefüggései váljanak láthatóvá, amelyek egyetlen perspektívából vizsgálva rejtve maradnának (WHO, 2021).

A dolgozat célja ennek megfelelően az idősellátás rendszerének több nézőpontú elemzése, amely hozzájárulhat a rendszer működésének mélyebb megértéséhez. A kutatás két, egymástól módszertani megközelítésük és adatforrásaik tekintetében elkülönülő, ugyanakkor koncepcionálisan egymáshoz kapcsolódó empirikus vizsgálatra épül. A két vizsgálat eltérő nézőpontból közelíti meg az idősellátás működését, ugyanakkor eredményeik együttes értelmezése lehetőséget ad arra, hogy a rendszer működésének összetettebb mintázatai és strukturális összefüggései feltárhatóvá váljanak.

Az európai népesség elöregedése egyre inkább rávilágít az emberi kognitív működés változásainak növekvő klinikai, ellátásszervezési és közegészségügyi következményeire. A kognitív hanyatlás és a demenciával összefüggő állapotok nemcsak egyéni egészségi problémát jelentenek, hanem az idősödő társadalmakban egyre jelentősebb **ellátási szükségleteket generálnak**, amelyek közvetlen hatással vannak az egészségügyi és szociális gondozási rendszerek működésére is. Ebben az értelemben a kognitív sérülékenység nem csupán klinikai kategória, hanem az ellátórendszer terhelésének és szervezeti működésének egyik fontos meghatározója.

Bár a demencia és az enyhe kognitív károsodás (MCI) diagnosztizálásához általában komplex neuropszichológiai eszközökre van szükség, az egyszerű, gyorsan mérhető kognitív mutatókat egyre gyakrabban alkalmazzák a mindennapi ellátásban és a népességszintű megfigyelésekben a **kognitív sérülékenység korai jelzőiként**

(Livingston et al., 2020; Tsoi et al., 2015). Az ilyen indikátorok különösen fontosak lehetnek a kockázati csoportok azonosításában és az ellátási szükségletek előrejelzésében.

Az időbeli orientáció - azaz a jelenlegi nap, hónap, év és a hét napjának azonosítására való képesség - az egyik leggyakrabban alkalmazott ilyen mutató. Rövid és alacsony terhelést jelentő jellege miatt széles körben használják klinikai szűrésekben, az alapellátásban és epidemiológiai vizsgálatokban, a Mini-Mental State Examination részeként is szerepel (Folstein et al., 1975). Számos tanulmány kimutatta, hogy az időbeli orientáció zavara összefüggésbe hozható az általánosabb kognitív hanyatlással, a funkcionális korlátozottságokkal és a megnövekedett gondozási szükségletekkel. Az időbeli orientáció zavara önmagában azonban nem tekinthető diagnosztikai eszköznek, longitudinális kutatások alapján prognosztikai értéke lehet a későbbi kognitív romlás, illetve a demencia kockázatának előrejelzésében (Dumurgier et al., 2016; Guerrero-Berroa et al., 2009).

Populációs szinten az időbeli orientáció mérése különösen hasznos lehet a kockázati gradiensek feltárásában. Fontos kiemelni azonban, hogy a kutatások szerint az időbeli orientáció zavara nem tekinthető az egészséges öregedés fiziológiás velejárójának. Tény, hogy a kor előrehaladtával számos kognitív funkció mérhetően változik, az orientáció megtartása egészséges idősekben általában fennmarad.

Emellett az oktatás védő szerepét számos kutatás alátámasztja a kognitív tartalék elméletének keretében (Fjell et al., 2025; Stern, 2002, 2012). A nemek közötti különbségek az idős kori kognitív teljesítményben szintén megfigyelhetők, bár hatásuk általában mérsékelt, és gyakran társadalmi és életútbeli tényezőkkel együtt értelmezhető (Mielke et al., 2014).

A nemzetközi összehasonlításokban az országok közötti különbségek nemcsak biológiai tényezőket tükrözhetnek, hanem az egészségi állapot, az oktatási struktúrák, a megelőzési gyakorlatok és az idősgondozási rendszerek eltérő intézményi kontextusait is (Prince et al., 2015; WHO, 2021). Ebben a tekintetben a visegrádi négyek (Csehország, Lengyelország, Magyarország és Szlovákia) különösen érdekes összehasonlítási keretet kínálnak, mivel földrajzi közelségük és részben közös történelmi hátterük ellenére az egészségügyi és szociális ellátórendszerek fejlődése eltérő pályákat követett.

Az európai egészségügyi, idősödési és nyugdíjazási felmérés (SHARE) harmonizált adatstruktúrája lehetővé teszi, hogy az időbeli orientációt egyszerű, de nemzetközileg összehasonlítható indikátorként használják populációs elemzésekben (Bergmann et al., 2019; Börsch-Supan et al., 2013). Az ilyen egyszerű kognitív mérőeszközök esetében gyakran megfigyelhető az úgynevezett plafonhatás, amely módszertani kihívásokat vet fel, és indokolja az ordinális, bináris és tételszintű megközelítések kombinált alkalmazását (Crane et al., 2006; Teresi & Fleishman, 2007).

Ennek fényében jelen dolgozat első része az időbeli orientációt nem diagnosztikai eszközként, hanem a globális kognitív működés egyszerű, standardizált populációs mutatójaként vizsgálja, amely kognitív kockázati mintázatok azonosítására használható. A kutatás célja annak feltárása, hogy az időbeli orientáció teljesítménye milyen mértékben tükrözi a társadalmi gradienseket és az országspecifikus különbségeket, valamint hogy ezek a mintázatok milyen módon használhatók az idősödő népesség kognitív működésének összehasonlítható értékelésére.

A kognitív hanyatlás és a demencia növekvő prevalenciája ugyanakkor jelentős **ellátásszervezési és gondozási kihívásokat** is teremt. A demencia világszerte egyre nagyobb terhet jelent a közegészségügy számára: a becslések szerint 2021-ben mintegy 57 millió ember élt demenciával, és évente közel 10 millió új esetet diagnosztizálnak (WHO, 2025). A betegség előrehaladtával az érintettek egyre nagyobb mértékű segítségre szorulnak a mindennapi tevékenységekben, ami növeli a hosszú távú gondozási rendszerek iránti igényt.

A hosszú távú bentlakásos ellátásban a gondozási szükségletek gyakran összetettek és folyamatosak. A demenciával élő személyek ellátása különösen nagy figyelmet, időráfordítást és szakmai felkészültséget igényel. Az ápolási és gondozási munka fizikai, kognitív és érzelmi megterheléssel jár, ami közvetlen hatással lehet a személyzet jólétére, a munkaerő megtartására, valamint az ellátás folytonosságára és biztonságára. Ezért a gondozási rendszer működésének vizsgálata nemcsak a betegek szükségleteinek megértése szempontjából fontos, hanem az ellátás minőségének fenntartása érdekében is.

A kiégés elméleti kerete szerint az ápolási munka érzelmi és szervezeti terhei hozzájárulhatnak a kiégés kialakulásához. A jelenség három fő dimenziója az érzelmi kimerültség, a deperszonalizáció/cinizmus és a csökkent személyes hatékonyság (WHO,

2019). Nemzetközi kutatások arra is rámutatnak, hogy a személyzet kiégése nemcsak a dolgozók jólétét érinti, hanem az ellátás minőségével és biztonságával is összefüggésben állhat (Chalghaf et al., 2026; Li et al., 2024).

A munkaterhelés vizsgálata során három dimenzió került értékelésre: a fizikai, a szellemi és a pszichés terhelés. A kérdőívben alkalmazott „szellemi terhelés" a munkavégzés során jelentkező kognitív igénybevételt jelenti, amely magában foglalja a figyelem fenntartását, a koncentrációt, a döntéshozatalt, a problémamegoldást és az információfeldolgozás mértékét. A nemzetközi szakirodalomban ezt a dimenziót rendszerint **mentális (mental workload)** munkaterhelésként definiálják (Hertzum, 2021).

A kérdőívben szereplő „pszichés terhelés" ezzel szemben a munkavégzés érzelmi és pszichológiai megterhelésére utal. Ide sorolható többek között a stressz, az érzelmi bevonódás, a felelősségérzet, a konfliktushelyzetek kezelése, valamint a tartós emocionális megterhelés. A nemzetközi szakirodalomban ezt a dimenziót leggyakrabban **pszichológiai vagy érzelmi munkaterhelésként (psychological/emotional workload)** írják le, különösen az egészségügyi és szociális ellátás területén (Dall'Ora et al., 2020; Kang & Hur, 2021). A demencia viselkedési és pszichológiai tünetei - például az agitáció, az agresszió, az alvászavarok vagy az elkóborolás - különösen nagy kihívást jelentenek a mindennapi gondozásban. Ezek a tünetek nemcsak növelik az ápolási időt és figyelmet, hanem kommunikációs nehézségeket és biztonsági kockázatokat is teremthetnek, ami tovább növelheti a gondozók pszichológiai terhelését (Kales et al., 2014). A gondozási munka terhelésének és a kiégés kialakulásának magyarázatában gyakran alkalmazzák a Job Demands-Resources modellt, amely hangsúlyozza, hogy a magas munkakövetelmények és az elégtelen szervezeti erőforrások együttesen növelhetik a kiégés kockázatát. Az intézményi környezetben a személyzet támogatása ezért nemcsak egyéni, hanem szervezeti és vezetési kérdés is (Demerouti et al., 2001).

A jelen kutatás másik fő része a demenciával élő személyeket gondozó intézményi dolgozók körében vizsgálja a gondozási nehézségek, a tüneti terhelés és a kiégés összefüggéseit egy magyarországi mintán (Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye). A több intézményt és különböző intézményi kapacitásokat lefedő adatgyűjtés lehetőséget nyújt a gondozási tapasztalatok heterogenitásának feltárására, a kapott eredmények, pedig

hozzájárulnak a képzési programok, a szervezeti támogatás és a munka utáni regeneráció fejlesztéséhez.

A kutatás empirikus vizsgálatai nem közvetlen oksági kapcsolatok igazolására törekednek, hanem az idősellátási rendszer két, egymással összefüggő, de eltérő perspektívájának elemzésére. Az első empirikus elemzési blokk az ellátotti szükségletek kognitív dimenziójára fókuszál, és az idősödő populáció orientációs teljesítményének, valamint kognitív kockázati mintázatainak társadalmi-demográfiai összefüggéseit vizsgálja. A második blokk ezzel párhuzamosan az ellátórendszer humán működésének sajátosságait elemzi, különös tekintettel a gondozási munka terhelési viszonyaira és a szervezeti működés jellemzőire.

Ez a kettős megközelítés lehetővé teszi, hogy az idősellátás kérdése ne kizárólag az egyéni egészségi állapota vagy a gondozási munka terhelésének szintjén kerüljön értelmezésre, hanem tágabb, rendszerszintű kontextusban jelenjen meg. A kutatás így az idősellátás olyan komplex értelmezésére törekszik, amelyben az ellátási szükségletek és az ellátórendszer működési jellemzői egymással összefüggésben, egymást kiegészítő nézőpontokként jelennek meg. A következő fejezetekben mindezek bővebben és más szemszögből is kifejtésre kerülnek.

1.2 Az idősödő társadalmak kihívásai

Napjainkban a XXI. században élünk, amelyben a gazdasági és technikai civilizáció robbanásszerűen fejlődik. Az életminőség javulásának és a jobb egészségügyi ellátásnak köszönhetően soha nem látott mértékben megnőtt a születéskor várható élettartam. A demográfiai változások gazdasági-társadalmi következményekkel járnak. Ezek közül kiemelhető témánk szempontjából, hogy a születések száma csökken, és az életkor kitolódásával az időskorú népesség aránya emelkedik. Ezt a tényt mutatja az 1. táblázat KSH adatai a 2022-es népszámlálás alapján: (Központi Statisztikai Hivatal, 2023a)

1. táblázat: A 60 év feletti magyar népesség életkor szerinti megoszlásának változása tízéves időközönként, a népszámlálási adatok alapján

Korcsoport, éves	1980	1990	2001	2011	2022
	fő				

60–64	380 686	585 924	535 309	653 991	565 253
65–69	547 372	529 668	490 297	522 971	656 424
70–74	416 237	267 782	437 347	423 844	515 828
75–79	274 669	316 584	338 823	331 073	373 000
80–84	146 356	172 429	154 224	234 215	250 423
85–	64 812	87 459	125 559	165 017	183 768

Forrás: (KSH, 2023a)

Magyarország lakosságszáma a statisztikai előrejelzések alapján sajnos csökkenő. A gazdasági, társadalompolitikai intézkedésektől függően várhatóan 2040-re a népesség 9,5 millió fő alá, 2070-re 9 millió fő alá csökken. Az időskorú népesség függőségi rátája mutatja az időseket eltartó aktív, munkaképes korúak arányát. Az Európai Bizottság előrejelzése azt mutatja, hogy Magyarországon ez a függőségi arány 27,5 százalékról 52 százalékra nő, azaz közel duplájára emelkedik (Fekete, 2019).

A társadalmi ellátórendszerre a demográfiai változásokkal egyenes arányban nagyobb teher nehezedik, ugyanakkor az érintett korosztályok számára természetesen megnő az egészséges állapotában eltölthető évek értéke. Fontos számukra a kielégítő anyagi jólét és a fizikai, mentális, pszichés és szociális egyensúly minél további fennmaradása, az önellátás, az önrendelkezés képességének megőrzése.

A nemzetek társadalmi-politikai irányító szerveinek meg kell felelnie erre a kihívásra, így Magyarországon is szükséges lett egy átfogó időspolitika kialakítása, amely az *Idősügyi Nemzeti Stratégia* néven fogalmazódott meg (81/2009. (X. 2.), OGY határozat, 2009).

Az életkor megnövekedése kéz a kézben jár bizonyos megbetegedések megjelenésével, azok tartós, végleges állapottá válásával. A betegek aránya az életkor növekedésével egyenes arányban mutat növekvő tendenciát. 2023-ban a 16 év feletti lakosság 46 százaléka, ezen belül a nők 50 százaléka, a férfiak 41 százaléka hosszan tartó, krónikus egészségi problémáról számolt be. (KSH, 2023b).
Az idősebbeknél egyre gyakoribb a magasvérnyomás-betegség előfordulása, mint a fiatalabbaknál: „2023-ban a 19-24 évesek körében 290, míg a 75 évesek és annál

idősebbek körében már 9509 volt a tízezer lakosra jutó megbetegedések száma (KSH, 2024).”

Ez a tendencia összhangban van az elmúlt évek demográfiai és egészségügyi statisztikáival, amelyek a népesség elöregedésével és a nem fertőző krónikus betegségek (pl. szív- és érrendszeri megbetegedések, mozgásszervi panaszok) növekedésével magyarázhatók.

Az idős betegeknek majdnem a fele három, vagy ennél több idült betegségben szenved. Az egészségesebben idősödő emberekhez képest a több betegségben szenvedő (multimorbid) személyek esetében jelentősebb a funkcionális hanyatlás, számottevően rosszabb az életminőség, amiből az következik, hogy nő az egészségügyi ellátórendszer leterheltsége és szignifikánsan emelkedik a mortalitás (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2025).

Az idősödésnek nem szükséges velejárója a szomatikus, pszichés, mentális állapot olyan fokú „leépülése”, amely jelentősen rontja az életminőséget (Kopasz, 2020). Az értelmi képességek csökkenése, a memória funkcióvesztése a demenciával járó állapotokban különösen nagy megpróbáltatást jelent, hiszen a kóros folyamat hosszabb-rövidebb idő alatt súlyos pszichés következményekkel, a személyiség változásával és a testi-, mozgásképességek leépülésével is együtt jár. Az orvostudomány számos betegséggel már fel tudja venni a harcot, azonban tévesen az idősödés velejárójának tekintett demenciával járó állapotokkal még nem tud megfelelő hatékonysággal megküzdeni.

Magyarországon a demográfiai öregedés üteme az elmúlt két évtizedben felgyorsult, és a népesség korfájának átrendeződése mára jól érzékelhető az ellátórendszer mindennapi működésében. A 2022-es KSH adatok szerint a 65 év felettiek aránya meghaladja az 1,9 millió főt, miközben a 20 év alattiak száma folyamatosan csökken (KSH, 2023a). Ez a tendencia arra utal, hogy a szociális szolgáltatások, az egészségügyi ellátás és a családi gondozás közötti együttműködés kulcskérdéssé vált a társadalom fenntartható működése szempontjából.

A magyar szociális ellátórendszer hagyományosan a családi gondozásra és a közösségi összetartásra épül. Az utóbbi évtizedben azonban a családok szerkezete és a munkaerő-piaci mobilitás megváltozása miatt egyre több idős ember szorul intézményi vagy

szervezett formában nyújtott segítségre. A gondozási feladatok nagy része ma is a nőkre hárul, akik gyakran saját munkájuk és családi kötelezettségeik mellett vállalják a hozzátartozók ápolását. Ennek következményeként a gondozói szerep nemcsak fizikai, hanem jelentős pszichés terhet is ró az érintettekre (Liu et al., 2022).

A szociális intézmények leterheltsége évek óta meghaladja a fenntartható szintet. A kapacitáshiány, a fluktuáció és a szakember-utánpótlás problémái egyre élesebben jelentkeznek, különösen a demenciával élők ellátásában. A gondozók jelentős része idősebb korosztályból kerül ki, ami hosszú távon a szakmai utánpótlás hiányához vezethet.

Ezzel párhuzamosan az ágazatban tapasztalható anyagi megbecsülés hiánya, a túlterheltség és a megfelelő mentálhigiénés támogatás hiánya fokozza a kiégés kockázatát. A szakmai utánpótlás megőrzéséhez elengedhetetlen a gondozók pszichológiai és érzelmi támogatása, a szupervízió rendszeres biztosítása, valamint a traumatudatos szemlélet beépítése a képzési struktúrába. Nemzetközi kutatások igazolják, hogy az ilyen szemléletű szervezeti működés csökkenti a személyzet fluktuációját, növeli a gondozói elégedettséget, és közvetve javítja a betegek ellátási kimenetelét (Blake et al., 2020).

A demenciával élő személyek ellátásában dolgozók szakmai kompetenciáinak fejlesztése hazai és nemzetközi szinten egyaránt kiemelt prioritás. Az Alzheimer's Disease International és a WHO közös jelentése hangsúlyozza, hogy a demenciával élők számának növekedése csak akkor kezelhető, ha a gondozás minden szintjén megvalósul a tudásalapú, humánus és interdiszciplináris megközelítés (Long et al., 2023). Magyarországon az ellátórendszer fejlesztése jelenleg is zajlik: új nappali ellátó központok, Alzheimer-centrumok és házi segítségnyújtási formák jönnek létre, azonban ezek elérhetősége területileg erősen egyenetlen.

A téma aktualitása tehát abban rejlik, hogy a társadalom idősödésével párhuzamosan a demenciával élő személyek gondozása nem csupán egészségügyi, hanem mélyen emberi és etikai kérdéssé is válik (WHO, 2025). A gondozók megfelelő támogatása nem pusztán az ellátás hatékonyságát növeli, hanem hozzájárul az idős emberek méltóságának megőrzéséhez, ami minden modern társadalom alapvető értéke.

A jelen dolgozat témaválasztása ebből a szempontból is fokozottan indokolt és időszerű: egyrészt a demenciával élők számának folyamatos növekedése miatt, másrészt azért, mert a szociális ellátásban dolgozók helyzetéről, mentális terheléséről és szakmai nehézségeiről még kevés empirikus adat áll rendelkezésre a hazai szakirodalomban (Kopasz, 2020). A kutatás eredményei hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a döntéshozók, az oktatási intézmények és a szakmai szervezetek egyaránt felismerjék a gondozói támogatás fontosságát, és ennek alapján fejlesszék a képzési, szupervíziós és mentálhigiénés rendszereket.

1.3 Az idősellátás rendszerszemléletű megközelítése

Az idősödő társadalmakban az idősellátás kérdése egyre inkább komplex rendszerszintű problémaként jelenik meg. A demográfiai változások következtében Európa-szerte növekszik az időskorú népesség aránya, ami egyre nagyobb nyomást gyakorol az egészségügyi és szociális ellátórendszerekre (Juhász, 2018). Az idősellátás hatékony működésének vizsgálata ezért nem korlátozódhat kizárólag az egyéni egészségi állapot vagy az intézményi működés egyes elemeinek elemzésére, hanem szükségessé válik az ellátási folyamatok rendszerszintű értelmezése is.

A rendszerszemléletű megközelítés az idősellátást olyan összetett struktúraként értelmezi, amelyben különböző szereplők, intézmények és erőforrások kölcsönhatásban működnek.

Az ellátórendszerben egyaránt jelen vannak az ellátotti szükségletek, az intézményi struktúrák, a humán erőforrások, valamint a szervezeti és szakpolitikai keretek. Ezek a tényezők egymással összefüggésben határozzák meg az ellátás működését és minőségét. A rendszerszemlélet egyik alapvető felismerése, hogy az ellátórendszer egyes elemei nem vizsgálhatók egymástól függetlenül, mivel a hatások gyakran több szinten és több szereplőn keresztül érvényesülnek.

A fentieken túl vizsgált ellátási rendszerben különösen fontos az ellátotti szükségletek és az ellátórendszer kapacitásainak együttes vizsgálata. Az időskor előrehaladtával gyakran növekszik a krónikus betegségek előfordulása, valamint a funkcionális és kognitív korlátozottságok megjelenése. Ezek a tényezők jelentősen növelhetik a gondozási szükségleteket, különösen a hosszú távú bentlakásos ellátásban. Ezzel

párhuzamosan azonban az ellátórendszer működése nagymértékben függ a rendelkezésre álló humán és intézményi erőforrásoktól, például a gondozók számától, képzettségétől és munkaterhelésétől (Juhász, 2018).

Ez a szemléletmód lehetővé teszi annak megértését is, hogy az ellátási szükségletek növekedése miként hat az ellátórendszer működésére. Ha az ellátotti szükségletek meghaladják az intézményi kapacitásokat, az gyakran a gondozók munkaterhelésének növekedéséhez, szervezeti feszültségekhez és az ellátás minőségének romlásához vezethet. Ezzel szemben a megfelelően működő intézményi struktúrák és a támogató szervezeti környezet hozzájárulhatnak az ellátási folyamatok stabilitásához és fenntarthatóságához (Juhász, 2018).

Összegzés: Az idősellátás rendszerszemléletű értelmezése abból kell kiinduljon, hogy az ellátotti szükségletek, az intézményi kapacitások, a humán erőforrások és a szakpolitikai környezet egymással kölcsönhatásban alakítják az ellátás működését. A demenciával élő személyek gondozása különösen jól példázza ezt az összefüggést, mivel a kognitív és funkcionális állapotromlás, a viselkedési és pszichológiai tünetek, valamint a hosszú távú gondozási igények egyszerre jelentenek egészségügyi, szociális és szervezeti kihívást. Ezért az idősellátás vizsgálata nem korlátozható az egyéni egészségi állapot elemzésére, hanem figyelembe kell vennie az ellátórendszer működési feltételeit, a gondozók terhelését és a szervezeti támogatás rendelkezésre állását is.

1.4 A demenciával járó állapotok kutatása Alois Alzheimertől napjainkig

A demenciával járó állapotok tudományos igényű vizsgálatának lehetőségét többféle fontos momentum teremtette meg.

Minden emberi testben zajló folyamat megismerésének, megértésének kulcsa az emberi test felépítésének, működésének felfedezése, leírása, az ismeretek közzététele. Az emberi test boncolása sokáig tiltott volt, mégis egyre többször engedélyezték kutatási célból, sőt, még nyilvános boncolásokat is végeztek bűnözők tetemein. Megszülethettek az első anatómiai ábrázolások és könyvek. Ezek közül a legpontosabb és legátfogóbb Andreas Vesalius (1514-1564) flamand orvos kutatásainak eredményeit bemutató „De Humanis Corporis Fabrica” 1543-ban, amelyet V. Károly német-római császárnak dedikált. A mű hamar sikeressé vált, mert Vesalius Leonardo da Vinci nyomdokain haladva az általa végzett boncolások eredményeit nagy részletességgel mutatta be, és

Tiziano tanítványa, Jan Stephen van Calcar illusztrálta azt művészi igényességgel. A könyv facsimile kiadása mai napig is kapható (Szalay, 2014).

Az emberi test tanulmányozása a XVII-XVIII. században már bevett gyakorlattá vált, és a tevékenység eredményességéhez a kor tudományos felfedezései is hozzájárultak. Ilyen a sebészi eszközök és eljárások tökéletesítésén kívül a mikroszkóp feltalálása (1595 körül), amelyet 1872-ben Ernst Abbe fizikus segítségével optikai kutatásai alapján Carl Zeiss tökéletesített. Ez a találmány - a fénymikroszkóp - tette lehetővé, hogy a szöveti metszeteket nagy nagyításban vizsgálhassák, és hogy Alois Alzheimer (1864-1915) német pszichiáter és neuropatológus tanulmányozhassa az idegrendszeri, elsősorban az agykéregben megjelenő szöveti elváltozásokat (Gedeonné Dallos, 2021).

Alzheimer tudományos igénnyel kezelte munkahelyén, az „őrültek kastélyában" a betegeket, és megfigyelte a különböző elmekórtani eseteket. 1901 és 1905 között tanulmányozott egy 51 éves asszonyt, akinél a teljes elbutulás tünetei játszódtak le ez idő alatt. A nő halála után a boncolás során semmilyen szomatikus eltérést nem találtak. Alzheimer mégis felfigyelt az agy szöveti vizsgálatai során néhány rendellenességre, a vékonyabb agykéregre és az idegsejtekben a különös anyagcseretermék-lerakódások nyomaira. Eredményeit publikálta ugyan, de a szakma csak főnöke, a sokkal elismertebb szaktekintély, Emil Kraepelin hatására fogadta azt el, aki tankönyvében is bemutatta az esetet. Az ő hatására kapta ez a fajta demencia az Alzheimer-kór diagnosztikai kifejezést 1910-ben (Lipcsey, 1996).

A századelőn több neves orvos, kutató is vizsgálta a demenciával élő betegek szöveteiben a kór patológiai hátterét (pl. Oscar Fischer, Arnold Pick), akik plakkok lerakódását, neurofibrilláris elváltozásokat találtak. A kor más tudományos felfedezései szintén hozzájárultak a betegségek diagnosztikájához, így a képalkotó vizsgálatok lehetősége Wilheim Conrad Röntgen munkássága alapján vagy az elektroenkefalográfia (EEG vizsgálat) Hans Berger felfedezésének köszönhetően. Johann Radon (1887-1956) 1917-ben megteremtette a CT (ComputedTomography) vizsgálat matematikai alapjait, amelynek alapján csak 1971-ben készülhettek el az első felvételek, amelyek már jól mutatták az agyi struktúra elváltozásait. A következő nagy ugrás a diagnózisok meghatározásához a biokémiai markerek, genetikai mutációk azonosítása volt az 1980-as

1990-es években, amelyek kimutathatják az amiloid-b és tau plakkokat, és a genetikai kockázati tényezőket (Gedeonné Dallos, 2021).

A XXI. század elején a demenciakutatás új fejlődési szakaszba lépett, amelyet a molekuláris biológia, a genomika, a fejlett képalkotó diagnosztika és a biomarker-kutatások gyors fejlődése alapvetően meghatározott. A korábbi kutatások elsősorban a klinikai tünetek leírására és a neuropatológiai eltérések vizsgálatára összpontosítottak, míg napjaink kutatásainak középpontjában a betegségek korai felismerése, a neurodegeneratív folyamatok biológiai hátterének megismerése, valamint a progresszió lassítását célzó terápiás lehetőségek állnak. A szemléletváltás egyik legfontosabb eleme annak felismerése volt, hogy az Alzheimer-kór és más neurodegeneratív demenciák patológiai folyamatai már évekkel, sőt akár két-három évtizeddel a klinikai tünetek megjelenése előtt elkezdődhetnek, így a korai diagnózis és a preventív beavatkozások lehetősége jelentősen felértékelődött (Jack et al., 2018).

A kutatások eredményeként a demencia fogalma is jelentős átalakuláson ment keresztül. Korábban a diagnózis elsősorban a klinikai tünetek - memóriazavar, tájékozódási nehézségek, nyelvi és végrehajtó funkciók romlása - alapján történt. Az elmúlt két évtizedben azonban egyre inkább elfogadottá vált az a megközelítés, hogy az Alzheimer-kór biológiai betegség, amelynek klinikai manifesztációja csupán a neurodegeneratív folyamat késői szakaszában jelenik meg. Ez a szemlélet alapozta meg a biomarker-alapú diagnosztikai rendszerek kialakulását, amelyek lehetővé teszik a betegség korábbi felismerését és pontosabb elkülönítését más neurodegeneratív kórképektől (Jack et al., 2018).

A demenciát okozó állapotok szerteágazó eredetét, hatékony gyógymódjait világszerte kutatják most is, hiszen a betegségek társadalmi hatásai nyomasztó jövőt sejtetnek. Ehhez a szükséges szervezettséget, anyagi forrásokat mind az egyes nemzetek kormányai, mind pedig nemzetközi szervezetek együttműködése kell biztosítsa.

1.5 A demencia klinikai jellemzői és diagnosztikai rendszere

A demencia különböző organikus agyi kórfolyamatok következtében kialakuló tünetegyüttes, amelynek a vezető tünete az intellektuális hanyatlás, de az egész személyiség számos összetevőjének károsodásával is jár, és szinte valamennyi pszichés

funkció kisebb-nagyobb mértékben érintett lehet. A demencia tünetegyüttesének legfontosabb jele a memóriazavar, de része lehet az apraxia (a célzott, korábban megtanult mozgások végrehajtásának zavara), a kognitív és végrehajtó funkciók hanyatlása, a viselkedés és alkalmazkodás zavara, valamint a személyiség megváltozása (Manga et al., 2021).A demencia az időskor egyik legjelentősebb egészségügyi és társadalmi kihívását jelenti, amely világszerte egyre növekvő prevalenciát mutat az életkor emelkedésével párhuzamosan (Livingston et al., 2024). A fogalom hosszú időn keresztül olyan progresszív kognitív hanyatlást jelölt, amely elsősorban a memória romlásával járt együtt, és jelentősen befolyásolta az egyén mindennapi életvitelét. Az elmúlt évtizedek kutatásai azonban rámutattak arra, hogy a neurodegeneratív betegségek klinikai megjelenése ennél jóval heterogénebb, a memóriazavar mellett a figyelem, a végrehajtó funkciók, a nyelvi működés és a perceptuomotoros képességek is meghatározó szerepet játszhatnak (American Psychiatric Association, 2022).

Ennek megfelelően a **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** ötödik kiadásában (DSM-5-TR) a korábban alkalmazott demencia elnevezést a neurokognitív zavarok gyűjtőfogalmával váltotta fel (APA, 2022). A változtatás célja nem csupán terminológiai jellegű volt, hanem azt a szemléletváltást tükrözi, amely szerint a kognitív hanyatlás egy kontinuum mentén értelmezhető, és már a korai stádiumban is klinikai jelentőséggel bír. A dementia fogalmához kötődő stigmatizáció csökkentése miatt a DSM-5-TR ennek megfelelően két fő kategóriát különít el: az enyhe neurokognitív zavart (Mild Neurocognitive Disorder) és a major neurokognitív zavart (Major Neurocognitive Disorder) (APA, 2022; Fullajtár & Hidasi, 2018).

A diagnosztikában meghatározó:

- kognitív károsodás jelenléte az elsődleges,
- a kognitív tünetek mellett a magatartási tünetek (BPSD) jelenléte,
- a mindennapos tevékenységeket, aktivitást (ADL) zavaró tünetek megléte,
- valamint az, hogy a panaszok progrediáló képet mutatnak (Manga et al., 2021).

A demencia kórképének felállítására a következő tünetek, tünetcsoportok együttes jelenléte hívhatja fel a figyelmet, ami lehetővé teheti a korai felismerést, diagnosztizálást:

- Intellektuális hanyatlás, memóriazavar, hibás vagy csökkent ítélőképesség, tájékozódási zavar időben és térben, a figyelem hanyatlása, szótalálási nehézség, a nyelvi kifejezés zavara.
- A mindennapi életben a megszokott tevékenységek kivitelezésén túl a váratlan vagy újszerű feladatok megoldása nehézséget okoz, a környezet tárgyai meglepő helyeken bukkannak fel, a kezdeményezőkészség elvész, és az aktivitás, illetve az indíték hiánya jelentkezik.
- Érzelmi és viselkedészavarok jelennek meg, hangulatzavarok jelentkeznek, romlik az alkalmazkodás a szociális helyzetekhez, a személyiség megváltozhat.
- Kezdetben zavaró a szellemi tevékenység csökkenése, az ügyetlenség, azonban a későbbiekben a beteg már nem veszi észre a saját állapotának megváltozását, elvész a betegségbelátás.

A demencia diagnózisának felállítása a hatályos szakmai protokoll alapján történik. A tünetek felismerése bármely, a beteget kezelő orvos kompetenciájába tartozik, aki szükség esetén szakorvosi vizsgálatra irányítja a beteget.

Az **enyhe neurokognitív zavar** diagnózisa akkor állítható fel, ha egy vagy több kognitív területen mérsékelt hanyatlás igazolható a korábbi működéshez képest, azonban az érintett személy alapvető önellátási képességei megmaradnak, és a mindennapi tevékenységek önálló elvégzésére továbbra is képes. A komplexebb feladatok, mint például a pénzügyek kezelése, a gyógyszerek pontos alkalmazása vagy a munkavégzés fokozott mentális erőfeszítést vagy külső segítséget igényelhetnek (APA, 2022). Az enyhe neurokognitív zavar kiemelt klinikai jelentősége abban rejlik, hogy számos esetben a később kialakuló major neurokognitív zavar prodromális állapotának tekinthető, ugyanakkor nem minden esetben progrediál demenciává. A korai felismerés ezért lehetőséget biztosít a kockázati tényezők csökkentésére, a progresszió lassítására és a betegek életminőségének hosszabb távú megőrzésére (Livingston et al., 2024).

A **major neurokognitív zavar** ezzel szemben olyan mértékű kognitív hanyatlást jelent, amely már jelentősen akadályozza az önálló életvitelt. A diagnózis feltétele, hogy az érintett személy kognitív teljesítményének romlása objektív módszerekkel igazolható legyen, és a károsodás következtében segítségre szoruljon a mindennapi tevékenységek

elvégzésében (APA, 2022). A major neurokognitív zavar tehát funkcionális következményeiben nagymértékben megfeleltethető a korábban alkalmazott demencia fogalmának, ugyanakkor annál szélesebb diagnosztikai keretet biztosít, mivel nem kizárólag a memóriazavar jelenlétéhez köti a diagnózist.

A DSM-5-TR egyik legjelentősebb újítása, hogy a neurokognitív zavarok diagnosztikáját hat kognitív domén mentén strukturálja. Ez a megközelítés jobban tükrözi a különböző neurodegeneratív betegségek klinikai sajátosságait, hiszen például frontotemporális lebeny degenerációban vagy Lewy-testes demenciában a memóriazavar gyakran csak a betegség későbbi szakaszában válik dominánssá, míg a végrehajtó funkciók, a viselkedés vagy a vizuospaciális képességek károsodása már korán megjelenhet. A DSM-5-TR szemlélete összhangban áll a **Betegségek Nemzetközi Osztályozásának 11. kiadásával (ICD-11)**, amely szintén a neurokognitív zavarok kategóriáját alkalmazza, ugyanakkor nagyobb hangsúlyt helyez a betegségek etiológiai osztályozására és a nemzetközi egészségügyi statisztikai rendszerek egységesítésére (WHO, [2018]). Míg a DSM-5-TR elsődlegesen klinikai diagnosztikai kézikönyvként szolgál, az ICD-11 a betegségek standardizált osztályozását biztosítja. A két rendszer egymást kiegészítve támogatja a korszerű diagnosztikai gyakorlatot.

A neurokognitív zavarok diagnosztikai szemléletének további fejlődését tükrözik a National Institute on Aging és az Alzheimer's Association által 2024-ben közzétett ajánlások, amelyek az Alzheimer-kórt már biológiai betegségként definiálják. Az új kritériumrendszer szerint az Alzheimer-kór diagnózisa nem kizárólag a klinikai tüneteken alapul, hanem az amyloid-β- és tau-patológia biomarkerekkel történő igazolásán is (Jack et al., 2024). Ez lehetővé teszi a betegség preklinikai és prodromális stádiumainak azonosítását, ugyanakkor a szerzők hangsúlyozzák, hogy a biomarkerek alkalmazása nem helyettesíti a részletes klinikai vizsgálatot, hanem annak kiegészítő elemeként értelmezendő.

Ezt a szemléletet erősítette tovább az Alzheimer's Association első klinikai gyakorlati irányelve, amely 2025-ben részletes ajánlásokat fogalmazott meg a véralapú biomarkerek alkalmazásáról. Az irányelv szerint a megfelelő diagnosztikai teljesítménnyel rendelkező vérbiomarkerek - különösen a foszforilált tau-fehérjék meghatározása - jelentős

segítséget nyújthatnak az Alzheimer-kór diagnosztikai kivizsgálásában specializált memóriaambulanciákon. Ugyanakkor a szakmai ajánlás egyértelműen rögzíti, hogy ezen vizsgálatok eredményei kizárólag a klinikai tünetek, a neuropszichológiai vizsgálatok és az egyéb diagnosztikai eredmények együttes értékelése mellett értelmezhetők (Palmqvist et al., 2025).

A diagnosztika célja:

- a demencia gyanújának igazolása vagy elvetése, a szóba jövő kórok(ok) feltérképezése,
- a demencia tüneteinek, azok súlyosságának megítélése,
- a demencia hatásának megítélése a beteg intellektuális képességeire, cselekvőképességére, személyiségére, viselkedésére,
- a társuló rendellenességek, esetleges szövődmények, betegségek megállapítása (Manga et al., 2021)

A demenciával járó megbetegedések szövődményei lehetnek egyrészt olyan szomatikus tünetek, mint az elégtelen étel és folyadékbevitel miatti kiszáradás, gyakoribb traumák, sebek, sérülések, fertőzések. Ugyanakkor jellemzőek lehetnek pszichés jellegű tünetek: depresszió, agresszivitás, delírium, magatartászavarok, pszichotikus állapotok, téveszme, elkóborlás, felborult napi életritmus. A gyakoribb társuló betegségek között előfordul: inkontinencia, húgyúti infekciók, látás-, hallásveszteség, szív- és érrendszeri betegségek (például hipertónia). Fontos azoknak a megbetegedéseknek a diagnosztizálása is, amelyek nem kapcsolódnak közvetlenül a demenciát előidéző állapotokhoz, de befolyásolják a beteg életvitelét, ilyen lehet például a cukorbetegség (Livingston et al., 2020).

1.5.1 A demencia diagnosztikai kritériumai a DSM-5-TR és az ICD-11 alapján

A demencia diagnózisa napjainkban olyan komplex klinikai folyamat, amely a kognitív funkciók objektív vizsgálatára, a funkcionális állapot felmérésére, valamint a tünetek hátterében álló etiológia meghatározására épül. A jelenleg alkalmazott két legfontosabb nemzetközi klasszifikációs rendszer a DSM-5-TR és az ICD-11. Bár a két rendszer eltérő célt szolgál, diagnosztikai szemléletük alapvetően hasonló, és egymást kiegészítve támogatják a klinikai gyakorlatot (APA, 2022; WHO, [2018]).

A DSM-5-TR szerint a neurokognitív zavar diagnózisának alapfeltétele a korábbi kognitív működéshez képest bekövetkező, objektíven igazolható hanyatlás egy vagy több kognitív területen. A diagnózis nem alapulhat kizárólag a beteg szubjektív panaszain, hanem a kognitív változást az érintett személy, vagy a kezelőorvos észlelése mellett standardizált neuropszichológiai vizsgálatokkal vagy egyéb validált kognitív mérőeszközökkel is igazolni szükséges (APA, 2022). Ez a megközelítés csökkenti annak kockázatát, hogy az életkorral összefüggő normális kognitív változásokat vagy más pszichiátriai állapotokat tévesen neurokognitív zavarként értelmezzék.

A DSM-5-TR a neurokognitív működést hat kognitív domén alapján értékeli: a komplex figyelmet, a végrehajtó funkciókat, a tanulást és memóriát, a nyelvi működést, a perceptuomotoros funkciókat, valamint a szociális kogníciót (APA, 2022). E domének vizsgálata lehetővé teszi, hogy a diagnózis ne kizárólag a memóriazavarra épüljön, hanem a különböző neurodegeneratív betegségek eltérő klinikai mintázatai is felismerhetők legyenek.

A komplex figyelem magában foglalja a tartós és szelektív figyelmet, a megosztott figyelmet, valamint az információfeldolgozás sebességét. Ennek károsodása gyakran a feladatváltás nehézségében, a koncentráció romlásában és a mentális teljesítmény lassulásában nyilvánul meg. A végrehajtó funkciók közé tartozik a tervezés, a problémamegoldás, a döntéshozatal, a mentális rugalmasság és az önkontroll, amelyek romlása jelentősen befolyásolja a mindennapi élet komplex feladatainak elvégzését. A tanulás és memória területén elsősorban az új információk elsajátításának és felidézésének képessége értékelhető, míg a nyelvi funkciók vizsgálata a spontán beszédre, a megnevezésre, a nyelvi megértésre, valamint az olvasási és írási készségekre terjed ki. A perceptuomotoros funkciók a vizuális észlelés, a téri orientáció és a célirányos mozgások koordinációjának értékelését foglalják magukban, míg a szociális kogníció az érzelmek felismerését, az empátiát, valamint a társas helyzetek megfelelő értelmezését jelenti (APA, 2022).

A DSM-5-TR egyik legfontosabb sajátossága, hogy a diagnózis súlyosságának meghatározásában központi szerepet tulajdonít a funkcionális állapotnak. Enyhe neurokognitív zavar esetén a kognitív hanyatlás objektíven igazolható, azonban az érintett személy önállósága nagyrészt megőrzött, és a mindennapi tevékenységek elvégzésére

továbbra is képes, bár azok fokozott mentális erőfeszítést vagy kompenzációs stratégiákat igényelhetnek. Major neurokognitív zavar esetén ezzel szemben a kognitív károsodás már jelentős mértékben korlátozza az önálló életvitelt, és segítség szükséges az instrumentális, illetve előrehaladott esetekben az alapvető mindennapi tevékenységek ellátásához is (APA, 2022).

A funkcionális állapot objektív megítélésére a klinikai gyakorlatban leggyakrabban az Activities of Daily Living (ADL) és az Instrumental Activities of Daily Living (IADL) skálákat alkalmazzák. Az ADL az alapvető önellátási tevékenységek, mint például az étkezés, öltözködés, tisztálkodás vagy mobilitás értékelésére szolgál, míg az IADL a magasabb szintű, összetettebb funkciók (pl. a pénzügyek intézése, a gyógyszerszedés, a közlekedés vagy a háztartásvezetés) önálló elvégzését vizsgálja (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). A funkcionális képességek felmérése nemcsak a diagnózis felállításában, hanem a betegség progressziójának nyomon követésében és a gondozási szükségletek meghatározásában is kiemelt jelentőségű.

A neurokognitív zavarok kivizsgálásának fontos elemei a standardizált kognitív szűrővizsgálatok. A nemzetközi ajánlások szerint a legszélesebb körben alkalmazott eszközök közé tartozik a Mini-Mental State Examination (MMSE) és a Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Az MMSE elsősorban a globális kognitív teljesítmény gyors felmérésére alkalmas, azonban érzékenysége korlátozott az enyhe kognitív károsodás felismerésében. Ezzel szemben a MoCA nagyobb hangsúlyt fektet a végrehajtó funkciók, a figyelem és a vizuospaciális képességek vizsgálatára, ezért különösen alkalmas az enyhe neurokognitív zavar korai felismerésére (NICE, 2018; Petersen et al., 2018).

A DSM-5-TR hangsúlyozza, hogy a diagnózis csak akkor állítható fel, ha a kognitív hanyatlás nem magyarázható delíriummal vagy más elsődleges pszichiátriai betegséggel, például major depresszióval vagy szkizofréniával (APA, 2022). A differenciáldiagnózis során ezért kiemelt figyelmet kell fordítani a potenciálisan reverzibilis okok - többek között a B12-vitamin-hiány, hypothyreosis, gyógyszermellékhatások, alkoholabúzus vagy egyéb metabolikus eltérések - kizárására (NICE, 2018; Livingston et al., 2024).

Az ICD-11 diagnosztikai szemlélete nagymértékben összhangban áll a DSM-5-TR megközelítésével, ugyanakkor hangsúlyosabban épít az etiológiai klasszifikációra. Külön

kategóriákban tárgyalja az Alzheimer-kórhoz, a Lewy-testes betegséghez, a frontotemporális lebeny degenerációjához és más neurológiai betegségekhez társuló neurokognitív zavarokat, elősegítve a nemzetközi epidemiológiai adatok összehasonlíthatóságát és az egészségügyi statisztikák egységesítését (WHO, [2018]).

A legújabb nemzetközi ajánlások a klinikai diagnosztikát egyre inkább biomarker-vizsgálatokkal egészítik ki. A National Institute on Aging és az Alzheimer's Association 2024-es kritériumrendszere szerint az Alzheimer-kór diagnózisa már a klinikai tünetek megjelenése előtt is megerősíthető az amyloid-β- és tau-patológia igazolásával (Jack et al., 2024). Az Alzheimer's Association 2025-ben megjelent klinikai irányelve pedig elsőként fogalmazott meg részletes ajánlásokat a véralapú biomarkerek, így különösen a foszforilált tau (p-tau217, p-tau181), az Aβ42/40 arány és a glialis fibrilláris savas fehérje (GFAP) klinikai alkalmazására. Az irányelv szerint ugyanakkor a biomarkerek nem helyettesítik a DSM-5-TR szerinti klinikai diagnózist, hanem annak kiegészítő eszközei, amelyek elsősorban a specializált memóriaambulanciák diagnosztikai munkáját támogatják (Palmqvist et al., 2025).

A korszerű demenciadiagnosztika multidiszciplináris megközelítést alkalmaz, amelyben a klinikai tünetek, a neuropszichológiai vizsgálatok, a funkcionális állapot, a képalkotó eljárások és a biomarkerek integrált értékelése biztosítja a legnagyobb diagnosztikai pontosságot. Ez a szemlélet is tükrözi a neurokognitív zavarok komplex természetét, és lehetővé teszi a korai felismerést, a differenciáldiagnózist, valamint a személyre szabott terápiás és gondozási terv kialakítását.

1.5.2 A demencia fogalma a DSM-5-TR diagnosztikai rendszerében

A demencia fogalmának meghatározása az elmúlt években jelentős változáson ment keresztül. A DSM-5-T már nem a demencia elnevezést alkalmazza elsődleges diagnosztikai kategóriaként, hanem a neurokognitív zavarok gyűjtőfogalmát használja (APA, 2022). A terminológiai változás célja, hogy a diagnosztikai rendszer pontosabban tükrözze a különböző neurodegeneratív és egyéb neurológiai eredetű kórképek klinikai sokféleségét, valamint hangsúlyozza, hogy a kognitív hanyatlás nem kizárólag a memória károsodásában nyilvánulhat meg.

A DSM-5-TR szerint a neurokognitív zavar diagnózisa akkor állapítható meg, ha egy vagy több kognitív területen az egyén korábbi teljesítményéhez képest objektíven igazolható hanyatlás következik be (APA, 2022). A diagnózis felállítása minden esetben klinikai vizsgálaton és standardizált neuropszichológiai vizsgálatok eredményein alapul.

A DSM-5-TR két fő diagnosztikai kategóriát különít el: az enyhe neurokognitív zavart és a major neurokognitív zavart. Az enyhe neurokognitív zavar esetében a kognitív teljesítmény csökkenése már objektíven kimutatható, azonban a beteg önálló életvitele nagyrészt megőrzött. Bár az összetettebb mindennapi feladatok fokozott erőfeszítést, több időt igényelhetnek, az érintett személy továbbra is képes önállóan ellátni alapvető tevékenységeit. Klinikai jelentőségét az is adja, hogy számos esetben a később kialakuló major neurokognitív zavar előszobájának tekinthető, ezért felismerése lehetőséget biztosít a korai diagnózisra, a rizikófaktorok csökkentésére és a megfelelő terápiás beavatkozások megkezdésére (Petersen et al., 2018; Jack et al., 2024).

A major neurokognitív zavar ezzel szemben már olyan mértékű kognitív hanyatlást jelent, amely jelentősen rontja az önálló életvitelt, és az érintett személy rendszeres segítségre szorul az instrumentális, előrehaladott esetben pedig az alapvető mindennapi tevékenységek elvégzésében is. A DSM-5-TR szerint a major neurokognitív zavar fogalma lényegében megfeleltethető a korábban alkalmazott demencia fogalmának, azonban a korszerű nevezéktan a neurokognitív zavar terminust részesíti előnyben, mivel az jobban lefedi a különböző etiológiai hátterű betegségeket, és nem kizárólag az időskori neurodegeneratív folyamatokra utal (APA, 2022).

A jelen értekezésben - összhangban a hazai és nemzetközi szakirodalommal - a demencia kifejezés a jobb érthetőség érdekében továbbra is használatra kerül, ugyanakkor a diagnosztikai kritériumok ismertetése során a DSM-5-TR szerinti major neurokognitív zavar fogalma tekintendő irányadónak.

1.5.3 A demencia etiológiai csoportosítása

A demencia nem egységes betegség, hanem különböző etiológiájú neurodegeneratív és cerebrovaszkuláris kórképek közös klinikai szindrómája, amelyet progresszív kognitív hanyatlás és a mindennapi életvitelt befolyásoló funkcióromlás jellemez (WHO, [2018]). A modern diagnosztikai rendszerek a major neurokognitív zavaron belül külön etiológiai

alcsoportokat különítenek el, mivel a kiváltó betegség meghatározása alapvetően befolyásolja a prognózist és a terápiás lehetőségeket. (APA 2022). Az Alzheimer's Association 2024-es ajánlása szerint a klinikai tünetek mellett egyre nagyobb szerepet kapnak a biomarkerek és a multimodális diagnosztikai eljárások az etiológiai diagnózis pontosításában Jack et al., 2024).

2. táblázat: A demencia etiológiai csoportosítása

Etiológiai típus	**Patológiai háttér**	**Jellemző klinikai tünetek**	**Becsült gyakoriság**
Alzheimer-kór	Amyloid-β plakkok és hiperfoszforilált tau-fehérje felhalmozódása	Fokozatos kezdet, epizodikus memóriazavar, később nyelvi, végrehajtó és visuospaciális funkciók romlása	60-70%
Vaszkuláris demencia	Cerebrovaszkuláris károsodás (stroke, kisérbetegség, lacunaris infarctusok)	Lépcsőzetes állapotromlás, végrehajtó funkciók zavara, figyelmi deficit, neurológiai góctünetek	15-20%
Lewy-testes demencia	α-synuclein (Lewy-testek) felhalmozódása	Fluktuáló kognitív teljesítmény, vizuális hallucinációk, Parkinson-szindróma, REM-alvási viselkedészavar	5-10%
Frontotemporális demencia	Frontális és temporális lebenyek neurodegenerációja	Korai személyiség- és viselkedésváltozás, nyelvi zavarok, végrehajtó funkciók romlása	2-5%
Kevert demencia	Alzheimer-kór és vaszkuláris károsodás együttes jelenléte	Több demenciatípus tüneteinek kombinációja	Időskorban gyakori

Másodlagos neurokognitív zavarok	Parkinson-kór, Huntington-kór, HIV, alkohol okozta agykárosodás, traumás agysérülés, B12-vitamin-hiány, normál nyomású hydrocephalus stb.	Az alapbetegségtől függően változó tünettan; egyes esetekben részben reverzíbilis	Ritkább előfordulás

Forrás: (APA, 2022; Jack et al. 2024; WHO, 2025).

A demenciák leggyakoribb oka az **Alzheimer-kór**, amely az esetek mintegy 60-70%-áért felelős, és így a leggyakoribb dementiaszindrómának tekinthető (Alzheimer's Association, 2025; Fullajtár & Hidasi, 2018). Neuropatológiai jellemzője az extracelluláris amyloid-β-plakkok és az intracelluláris hiperfoszforilált tau-fehérjéből álló neurofibrilláris kötegek felhalmozódása, amelyek fokozatos neuronvesztéshez és szinaptikus károsodáshoz vezetnek (Jack et al., 2024). A klinikai tünetek rendszerint epizodikus memóriazavarral kezdődnek, majd a betegség előrehaladtával a nyelvi funkciók, a végrehajtó működés, a téri tájékozódás és végül a mindennapi önellátás képessége is károsodik (Livingston et al., 2024).

A második leggyakoribb demenciatípus a **vaszkuláris demencia**, amely az esetek körülbelül 15-20%-ában fordul elő (WHO, [2018]). Kialakulásának hátterében cerebrovaszkuláris károsodások, mint például ismételt ischaemiás stroke, lacunaris infarktusok vagy krónikus kisérbetegség állnak. A klinikai kép változatos, azonban gyakran a végrehajtó funkciók, a figyelem és az információfeldolgozás sebességének romlása dominál, míg a memóriazavar kevésbé kifejezett lehet, különösen a betegség kezdeti szakaszában (O'Brien & Thomas, 2015). A vascularis demencia és az Alzheimer-kór kapcsolatáról elmondható, hogy néhány klinikopatológiai vizsgálat megállapítása szerint az agyi érelváltozások nagymértékben járulnak hozzá az Alzheimer-kór kialakulásához és súlyosbodásához (Fullajtár & Hidasi, 2018).

A **Lewy-testes demencia** a harmadik leggyakoribb neurodegeneratív demenciatípus, amely a demenciák 5-10%-át teszi ki (McKeith et al., 2020). Patológiai alapját az α-szinukleinből álló Lewy-testek agyi felhalmozódása képezi. Klinikailag jellegzetes a kognitív teljesítmény napszakonkénti ingadozása, a részletes vizuális hallucinációk, a REM-alvási viselkedészavar és a parkinsonizmus együttes megjelenése. A memóriazavar a betegség kezdetén kevésbé hangsúlyos, mint az Alzheimer-kór esetében.

A **frontotemporális demencia (FTD)** az összes demencia 5-10%-át teszi ki, ugyanakkor a 65 év alatti kezdetű demenciák egyik leggyakoribb formája (Bang et al., 2015). A betegség elsősorban a frontális és temporális lebenyek progresszív atrófiájával jár, amelynek következtében korán jelentkeznek viselkedésbeli változások, személyiségváltozás, csökkent empátia, impulzivitás vagy nyelvi zavarok. A memória sok esetben kezdetben viszonylag megtartott marad, ami jelentősen megnehezítheti a differenciáldiagnózist. A frontotemporalis dementiák közé sorolható többek között a Pick-dementia is, aminek a kórtani sajátosság a Pick-féle testek megjelenése a neuronokban (Fullajtár & Hidasi, 2018).

A klinikai gyakorlatban egyre nagyobb jelentősége van az úgynevezett **kevert demenciáknak (mixed dementia)** is. Idősebb életkorban gyakran egyidejűleg mutathatók ki Alzheimer-kórra jellemző neuropatológiai eltérések és cerebrovaszkuláris léziók, illetve egyéb neurodegeneratív folyamatok (Jack et al., 2024). A neuropatológiai vizsgálatok alapján a 80 év feletti demenciával élők jelentős részénél egynél több kóroki folyamat járul hozzá a klinikai tünetek kialakulásához (Livingston et al., 2024). Ez a felismerés tovább erősíti a multidiszciplináris diagnosztikai megközelítés jelentőségét.

A ritkább etiológiák közé tartoznak többek között a **Parkinson-kórhoz társuló demencia**, a **Huntington-kór**, a **prionbetegségek**, a **HIV-hez társuló neurokognitív zavar**, valamint a traumás agysérülés következtében kialakuló major neurokognitív zavar (APA, 2022). Bár ezek előfordulása lényegesen alacsonyabb, felismerésük klinikai jelentősége kiemelkedő, mivel a tünettan, a prognózis és a kezelési lehetőségek jelentősen eltérhetnek az Alzheimer-kórtól.

Az egyes demenciatípusok elkülönítése nem kizárólag tudományos jelentőségű, hanem közvetlen klinikai következményekkel is jár. Az etiológiai diagnózis meghatározza a terápiás lehetőségeket, a prognózist, a várható betegséglefolyást, valamint a beteg és családja számára szükséges gondozási és szociális támogatás mértékét (NICE, 2018).

1.5.4 A betegség lefolyása, súlyossági fokozatai

Az előbbiekben említett komplex vizsgálatok kibővülnek az érintett személy teljesítményének feltérképezésével, amelyek a következők lehetnek:

- az intellektuális és emlékezeti funkciók,
- a térben-időben való eligazodás,

- véleményalkotás,
- orientációs és adaptációs készség,
  a mindennapi önellátó (Activities of Daily Living - ADL) és az összetettebb instrumentális életviteli (Instrumental Activities of Daily Living - IADL) tevékenységek önálló végzésének képességét,
- a különféle háztartási és munkatevékenységek,
  az érzelmi élet, a személyiség és a viselkedés változásait (Dubois et al., 2021).

A demencia progresszív neurodegeneratív szindróma, amelynek klinikai lefolyása fokozatos kognitív, funkcionális és viselkedésbeli hanyatlással jellemezhető. A progresszió üteme az egyes etiológiai típusok között jelentős különbségeket mutathat, ugyanakkor közös jellemző, hogy a kognitív károsodás idővel egyre nagyobb mértékben korlátozza az önálló életvitelt és növeli a gondozási szükségletet (Livingston et al., 2024). A betegség stádiumainak meghatározása kiemelt jelentőségű a diagnózis, a prognózis, a terápiás döntések és a gondozási terv kialakítása szempontjából (NICE, 2018).

A DSM-5-TR a neurokognitív zavar súlyosságát elsősorban a funkcionális önállóság mértéke alapján határozza meg. Enyhe neurokognitív zavar esetén a kognitív hanyatlás objektíven igazolható, ugyanakkor az érintett személy önálló életvitele alapvetően megmarad. Major neurokognitív zavarban ezzel szemben a kognitív deficit már jelentősen akadályozza az instrumentális vagy alapvető mindennapi tevékenységek önálló elvégzését, ami fokozódó gondozási igényt eredményez (APA, 2022).

A klinikai gyakorlatban a betegség súlyosságának meghatározására a **Clinical Dementia Rating (CDR)** skála az egyik legszélesebb körben alkalmazott eszköz. A CDR hat funkcionális terület értékelésével sorolja a betegeket különböző stádiumokba, ezen területek közé tartoznak a memória, orientáció, ítélőképesség és problémamegoldás, közösségi aktivitás, otthoni élet és hobbi, valamint önellátás. (Morris, 1993). A 0 pontos érték normális kognitív működést jelez, a 0,5 pont nagyon enyhe demenciának vagy prodromális állapotnak felel meg, míg az 1, 2 és 3 pont rendre enyhe, középsúlyos és súlyos demenciát jelöl.

A funkcionális hanyatlás részletesebb nyomon követésére szolgál a **Functional Assessment Staging Test (FAST)**, amely hét fő stádiumban írja le a betegség előrehaladását. A FAST különösen hasznos az Alzheimer-kór progressziójának

követésében, mivel nemcsak a kognitív hanyatlást, hanem a mindennapi funkciók fokozatos elvesztését is értékeli (Reisberg, 1988). A nemzetközi szakirodalom szerint a CDR és a FAST együttes alkalmazása megbízható képet ad a beteg aktuális állapotáról és várható gondozási szükségleteiről (NICE, 2018).

A vizsgálati eredmények értékelését követően a demencia súlyossági fokozatának meghatározása történik, amely az ellátás megtervezése szempontjából kiemelt jelentőségű.

A betegség korai szakaszában elsősorban az epizodikus memória romlása, a tanulási nehézségek és az új információk megjegyzésének zavara figyelhető meg. Emellett gyakori a figyelmi teljesítmény csökkenése, a végrehajtó funkciók enyhe romlása, valamint a tájékozódási bizonytalanság ismeretlen környezetben. A betegek többsége továbbra is önálló életvitelt folytat, azonban a komplexebb feladatok már fokozott odafigyelést igényelhetnek (APA, 2022; Livingston et al., 2024). A korai stádium különös jelentősége abban rejlik, hogy ebben az időszakban a legnagyobb a lehetőség a rizikófaktorok befolyásolására, a megfelelő gondozási terv kialakítására és Alzheimer-kór esetén az új, betegségmódosító terápiák alkalmazására (Jack et al., 2024).

A betegség előrehaladtával a memóriazavar mellett egyre hangsúlyosabbá válik a nyelvi funkciók, a végrehajtó működés és a vizuospaciális képességek romlása. A betegek egyre gyakrabban tévednek el ismerős környezetben, nehézséget okoz számukra a napi tevékenységek megszervezése, valamint fokozatosan elveszítik önállóságukat az instrumentális mindennapi aktivitások terén. Gyakran jelennek meg neuropszichiátriai tünetek is, mint az apátia, ingerlékenység, depresszió, agitáció vagy alvászavar (Livingston et al., 2024). Ebben a stádiumban már rendszeres családi vagy professzionális segítség szükséges, és jelentősen nő a gondozók pszichés terhelése. A nemzetközi ajánlások szerint ekkor válik különösen fontossá a multidiszciplináris ellátás, amelyben neurológus, pszichiáter, geriáter, neuropszichológus, ápoló és szociális szakember együttműködése biztosítja a komplex betegellátást (NICE, 2018).

A demencia előrehaladott szakaszában a kognitív funkciók súlyos károsodása mellett teljes funkcionális dependencia alakul ki. A betegek elveszíthetik kommunikációs képességüket, nem ismerik fel hozzátartozóikat, valamint segítségre szorulnak az alapvető önellátási tevékenységek, például az étkezés, az öltözködés, a személyi higiéné

és a mobilizáció során. A késői stádiumot gyakran nyelészavar, inkontinencia, immobilitás és fokozott infekciós kockázat is jellemzi (Alzheimer's Association, 2025). A súlyos stádiumú demenciában az önálló életvitel akadályozott, a betegek ellátásukban fizikai segítséget, állandó felügyeletet igényelnek, a gondolkodás inkoherens, az érzelmi élet, a beszéd elsivárosodik. A súlyos stádiumban a kezelés elsődleges célja már nem a kognitív funkciók javítása, hanem a komfortérzet fenntartása, a szövődmények megelőzése, valamint a beteg és családja életminőségének támogatása. A palliatív szemlélet egyre nagyobb hangsúlyt kap a korszerű demenciaellátásban (Livingston et al., 2024).

A betegség végső, terminális szakaszában a mozgásképesség súlyosan károsodik, gyakran kialakul járásképtelenség, inkontinencia, valamint nyelési zavar (dysphagia), amely aspirációs pneumonia és malnutríció fokozott kockázatával jár. A, terminális szakaszban már a legalapvetőbb mozgások is károsodnak, még a nyelési képesség is romlik, szondatáplálásra, inkontinencia ellátásra lehet szükség (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2006). Ebben a stádiumban a gondozás elsődleges célja már nem a funkciók helyreállítása, hanem a beteg komfortérzetének biztosítása, a szövődmények megelőzése, a tünetek enyhítése és a palliatív szemléletű ellátás megvalósítása (WHO, 2021; Jack et al., 2024).

A demencia előrehaladásának sebességét számos tényező befolyásolja, köztük az etiológia, az életkor, az iskolázottság, a kognitív rezerv, a társbetegségek és az életmódbeli faktorok. A **Lancet Commission** legfrissebb jelentése szerint a módosítható rizikófaktorok (a magas vérnyomás, diabetes mellitus, hallászcsökkenés, fizikai inaktivitás, dohányzás, depresszió és társas izoláció) nemcsak a demencia kialakulásának kockázatát növelik, hanem a betegség progresszióját is kedvezőtlenül befolyásolhatják (Livingston et al., 2024). Ez alátámasztja a korai felismerés és a komplex prevenciós stratégiák jelentőségét.

A demencia stádiumainak pontos meghatározása tehát nem csupán a betegség súlyosságának leírását szolgálja, hanem alapvető szerepet játszik a prognózis megítélésében, a terápiás döntések meghozatalában és a hosszú távú gondozás megtervezésében. A korszerű diagnosztikai szemlélet ezért a kognitív teljesítmény, a funkcionális állapot és a beteg biopszichoszociális helyzetének integrált értékelésére épül.

1.6 A demencia elkülönítése egyéb mentális betegségektől

A demencia napjaink diagnosztikai rendszereiben nem önálló pszichiátriai betegségként, hanem **major neurokognitív zavarként (Major Neurocognitive Disorder)** szerepel, amelyet szerzett, progresszív kognitív hanyatlás jellemez. A tünetegyüttes hátterében leggyakrabban neurodegeneratív, cerebrovaszkuláris vagy egyéb szervi eredetű agyi károsodás áll. Ennek megfelelően a demencia diagnózisa nem kizárólag a memóriazavar jelenlétén alapul, hanem több kognitív domén - például a figyelem, a végrehajtó funkciók, a nyelvi működés, a vizuospaciális képességek és a szociális kogníció - objektíven igazolt hanyatlását, valamint ezek mindennapi életvitelt befolyásoló következményeit is magában foglalja (APA, 2022; Jack et al., 2024).

A klinikai gyakorlatban kiemelt jelentőségű a demencia elkülönítése azoktól a pszichiátriai betegségektől, amelyek kognitív panaszokkal járhatnak, ugyanakkor patomechanizmusuk, prognózisuk és kezelésük alapvetően eltérő. Az egyik legfontosabb differenciáldiagnosztikai kérdés a depresszió elkülönítése. Időskorban a súlyos depresszió gyakran jár koncentrációs zavarral, memóriazavarral, pszichomotoros lassultsággal és csökkent teljesítménnyel, amelyet korábban **pszeudodemenciának** neveztek. A depresszió okozta kognitív teljesítményromlás azonban megfelelő kezelés mellett jelentős mértékben javulhat, míg a neurodegeneratív eredetű demenciák esetében a kognitív hanyatlás többnyire progresszív lefolyású (APA, 2022; Livingston et al., 2020).

A demenciát el kell különíteni a **delíriumtól** is, amely akut kezdetű, órák vagy napok alatt kialakuló tudatzavarral és figyelemzavarral járó neuropszichiátriai szindróma. A delírium jellemzően infekciók, gyógyszermellékhatások, metabolikus eltérések vagy egyéb akut szomatikus betegségek következményeként alakul ki, és megfelelő kezelés mellett gyakran reverzibilis. Ezzel szemben a demencia lassan kialakuló, krónikus, többnyire irreverzibilis állapot, amelyben a tudat éberségi szintje hosszú ideig megtartott marad (APA, 2022).

A differenciáldiagnózis során figyelembe kell venni az enyhe kognitív károsodást (**Mild Cognitive Impairment - MCI**) is. Az MCI esetében már kimutatható objektív kognitív teljesítménycsökkenés, azonban a mindennapi önellátó képességek még lényegében megőrzöttek, ezért a major neurokognitív zavar diagnózisa nem állítható fel.

Ugyanakkor az MCI a demencia egyik legjelentősebb rizikóállapota, ezért rendszeres utánkövetést igényel (Petersen et al., 2018; Jack et al., 2024).

Szintén fontos elkülöníteni a demenciát más neurológiai betegségektől, különösen a Parkinson-kórhoz társuló demenciát, a Lewy-testes demenciát, valamint a frontotemporális demenciákat, amelyek eltérő klinikai tünettanuk, prognózisuk és terápiás megközelítésük miatt külön diagnosztikai kategóriát képviselnek. A korszerű diagnosztikai ajánlások hangsúlyozzák, hogy a pontos etiológiai diagnózis felállítása multidiszciplináris megközelítést igényel, amely ötvözi a klinikai vizsgálatot, a neuropszichológiai teszteket, a képalkotó eljárásokat és - szükség esetén - a biomarker-vizsgálatokat (Dubois et al., 2021; Jack et al., 2024).

A demencia elkülönítése egyéb mentális és neurológiai betegségektől nem csupán diagnosztikai jelentőségű, hanem alapvetően meghatározza a beteg kezelését, a gondozás szervezését és a hosszú távú prognózist. A korai és pontos differenciáldiagnózis lehetőséget biztosít a reverzibilis állapotok felismerésére, a megfelelő terápiás stratégia kiválasztására, valamint a betegek és családtagjaik személyre szabott támogatására (Livingston et al., 2020).

1.7 A szakdolgozók szerepe a demenciával élő betegek ellátásában

A demenciával élő személyek gondozása összetett, hosszú távú folyamat, amelyben a szakdolgozók (ápolók, gondozók, szociális szakemberek, terapeuták) végzik a mindennapi ellátás oroszlánrészét. Feladataik a személyes higiéné és táplálás támogatásától a gyógyszerelésben való közreműködésen át a biztonság, a tájékozódás és a méltóság megőrzését szolgáló környezet fenntartásáig terjednek (Heim et al., 2019). A szakdolgozói tevékenység ugyanakkor nem kizárólag az alapvető ápolási és gondozási feladatok elvégzését jelenti. A demencia progresszív természetéből következően az ellátóknak folyamatosan alkalmazkodniuk kell az ellátott személy változó kognitív, funkcionális, kommunikációs és pszichés állapotához.

A hosszú távú gondozásban dolgozó szakdolgozók olyan ellátotti populációval találkoznak, amelynek szükségletei a betegség progressziójával párhuzamosan egyre összetettebbé válnak. Az ápolási feladatok nem korlátozódnak az alapvető szükségletek kielégítésére, hanem kiterjednek a kognitív hanyatlás, a funkcionális állapotromlás, a viselkedési és pszichológiai tünetek, valamint a családtagok támogatásának kezelésére is.

Emiatt a demenciaellátás napjaink egyik legnagyobb szakmai felkészültséget igénylő gondozási területének tekinthető (Jack et al., 2024; WHO, 2021).

A demenciaellátás pszichés terhelése részben magának a gondozási helyzetnek a sajátosságaiból fakad. A progresszív állapotromlás miatt az ellátás hosszú időn keresztül fokozott figyelmet, türelmet és érzelmi jelenlétet igényel, miközben az ápoló munkájának eredménye nem feltétlenül jelentkezik a beteg állapotának látványos javulásában. A hazai szakirodalom ennek megfelelően arra hívja fel a figyelmet, hogy a demenciával élő személyek gondozása az általános ápolói terhelésen túl fokozott érzelmi igénybevétellel járhat, miközben a betegség természetéből következően inkább a fokozatos funkcióvesztés, mintsem a gyógyulás élménye dominál (Staller et al., 2019).

Kiemelt kompetencia a személyre szabott, türelmes kommunikáció, a viselkedésbeli és pszichés tünetek (BPSD) deeszkalációja, valamint az aktivitás- és napirend-szervezés. A nem megfelelően kezelt BPSD fokozza a kényszerítő intézkedések alkalmazásának kockázatát, rontja az ellátás minőségét és növeli a szakdolgozók kiégésének valószínűségét (Livingston et al., 2020). A tartós érzelmi igénybevétel különösen lényeges a demenciaellátásban, mivel a progresszív állapotromlás, a kommunikációs nehézségek és a folyamatos gondozási szükséglet hosszú távon is próbára teszik a szakdolgozók alkalmazkodóképességét. A kiégés, a vitális kimerültség és a depressziós tünetek közötti összefüggések ezért különös jelentőséggel bírnak a demenciaellátásban dolgozók pszichés terhelésének értelmezésében (Staller et al., 2019). Mivel a feladatkör tartós pszichés megterheléssel járhat, ezért a szakdolgozók jóllétének megőrzésében a munkakörnyezet és a szervezeti feltételek is meghatározóak. A kiégés szempontjából nemcsak az egyéni terhelés, hanem a munkahelyi légkör és a munkavégzés szervezeti környezete is figyelembe veendő tényező. (Borosné Nagy & Lakatos, 2023).

A szakdolgozók kulcsszerepet játszanak a családi gondozókkal való együttműködésben: edukációval, tanácsadással és érzelmi támogatással segítik a hozzátartozókat a terhek kezelésében. A gondozási útvonalak mentén gyakran ők biztosítják a folytonosságot az alapellátás, a kórházi ellátás, az otthoni segítségnyújtás és az intézményi ellátás között. A család bevonása az ellátás személyközpontúságának megvalósítását is támogathatja, hiszen a hozzátartozók olyan információkat

közvetíthetnek az ellátott korábbi életviteléről, szokásairól és preferenciáiról, amelyek a személyre szabott gondozás szempontjából lényegesek (Izsák & Staller, 2026).

A demencia-specifikus tudás és kompetenciák hiánya, a létszám- és időnyomás, illetve a környezeti-tárgyi feltételek szűkössége a minőségi ellátás akadályai lehetnek. A feladatkör pszichésen megterhelő; a kiégés kockázata miatt rendszeres szupervízióra, rekreációra és támogató munkaszervezésre van szükség. A korszerű ellátás alapja a személy- és családközpontú szemlélet, amely figyelembe veszi az élettörténetet, preferenciákat és erőforrásokat. A hatékony gyakorlatot interdiszciplináris együttműködés és célzott továbbképzés támasztja alá, beleértve a demencia-barát kommunikációs és viselkedéskezelési technikákat. A szakdolgozók feladata a betegjogok és a méltóság védelme, az előre tervezés (advance care planning) segítése, és az etikai dilemmák felelős kezelése. A fizikai biztonság (elesés és elkóborolás megelőzés), a fájdalom- és tünetkontroll, valamint a komfort orientált, palliatív szemlélet korai integrációja szintén a mindennapi munkájuk része (Fazio et al., 2018).

1.8 Demenciával élő betegek ellátása az egészségügyi és szociális szférában

Bármilyen betegségről van szó, az abban szenvedő beteg ellátása mindenképpen a megelőzéssel, a kockázatértékeléssel, kockázatcsökkentéssel kezdődik, amelynek jelentőségét a magyar Nemzeti Demencia Programot bemutató tanulmányban is kiemelik (Hornung, 2024). **A primer prevenció** alapvetően a társadalom megfelelő információval való ellátását jelenti az egészséges életmód fontosságáról, a demens állapot előfordulási kockázatát növelő, az életvezetéssel összefüggő rizikótényezőkről, és ezek egészségügyi, szociális, edukációs és egyéb vonatkozásairól. **A szekunder prevenció** lényege a demenciát okozó betegségek korai felismerése és korszerű diagnosztikával a kognitív képességcsökkenés, a társuló betegségek, következményeik pontos szakorvosi felmérése, amely birtokában elkezdődhet az állapotot lassító adekvát terápia a beteg és hozzátartozói számára egy új életstratégia megteremtése (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2022; Hornung, 2024).

A valódi terápiás lehetőségek meghatározása komplex szemléletet igényel, és specialitásai miatt ki kell egészülnie egyéb terápiás megközelítésekkel is. Miután a demenciát okozó állapotot számtalan kórok idézheti elő, tünetei, következményei, lefolyása, súlyossága változó lehet, így **nem lehet egyetlen egy átfogó, diagnosztikai,**

terápiás, ápolási-gondozási tevékenységrendszert meghatározni. Összetevőket lehetséges meghatározni, amelyek a következők lehetnek:

- **szakorvosi kompetenciákkal végezhető feladatok**: a szakmai protokollokban található bizonyítékokon alapuló terápiás ajánlások alapján gyógyszeres kezelés, kiegészítő diagnosztikai vizsgálatok, neuropszichológiai terápiák, szakpszichoterápiák a mentális állapotnak megfelelően, csoportterápiák, gondozói csoportok, saját környezetben megvalósítható támogató terápiák, a fizikai aktivitás szintjeinek és a követendő diétás alapelveknek meghatározása (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2025; Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2006)
- **alapápolás: a beteg szükségleteinek felmérése,** azok kielégítésének folyamata a beteg önellátási képességének függvényében Virginia Henderson modellje alapján (Bokor, 2009; Tulkán, 2014)
- **pszichiátriai szakápolás**: a demenciával élő beteg leggyakrabban előforduló speciális ápolási problémáinak szakápolása és a **sürgősségi ellátás,** ha az ápolás folyamatában nem várt események vagy szövődmények fordulnak elő, ilyen lehet a félrenyelés, balesetek esetében sérülések, sebek ellátása (Irinyi, 2006)
- **geriátriai szakápolás:** miután a demencia tünete jórészt az idős korban megjelenő betegségekhez köthető, ezek specialitásainak ismerete, gyakorlatának alkalmazása szükséges (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2025)
- **palliatív és hospice ellátás:** az előrehaladott demens állapot, illetve életkor sajnos felszínre hozza az életvégi ellátás súlyos dilemmáit (az újraélesztés, az antibiotikumok és más életmentő gyógyszerek, lázcsillapítók, fájdalomcsillapítók adása, a szondatáplálás, oxigénkezelés), bizonytalan a határ a beteg haldoklásának meghosszabbítása és elviselhetőségének támogatása között, amely folyamatban a szakellátó személyek és a hozzátartozók konszenzusa szükséges (van der Steen et al., 2017)
- **demencia-barát környezet, helyszínek kialakítása** az ápolás-gondozás, a foglakozások, az aktivitások helyszínein és a **napirend, életrend** kialakítása a beteg állapotának megfelelően: önkiszolgálás, önellátás megőrzése, fizioterápia, realitásorientáció (térben és időben való tájékozódáshoz kapcsolódó tevékenységek), a nyelvi kifejezőkészség, írás olvasás-számolás megőrzése, művészi és kreatív, alkotó tevékenységek (alkotóműhely), zene és ének és az ehhez

kapcsolódó aktivitások, egyéb közösségi élmények nyújtása (Nagyné Koncz, 2023)

- a demenciával élő betegekkel szemben elkövetett **abúzusok elkerülése:** a humánus bánásmód megvalósítása, a fizikai-lelki bántalmazás, anyagi kihasználás, a stigmatizáció jelenségének megakadályozása az ápolás-gondozás folyamatában (Patyán, 2023)
- **a demenciával élő személyek jogainak biztosítása:** az élethez, emberi méltósághoz, testi és lelki egészséghez, a szabadsághoz és biztonsághoz, önrendelkezéshez, magánélethez, a magas színvonalú, egyénre szabott ellátáshoz, a kommunikációhoz, a lelkiismereti, szólásszabadsághoz, a szabad véleménynyilvánításhoz, a palliatív ellátáshoz, a méltóságteljes haldokláshoz és halálhoz való jog (Nagy, 2023)
- **a Legjobb Barát Modell:** Virginia Bell által megalkotott személyközpontú gondozási modell, amelynek lényege, hogy a demenciával élő beteget gondozók ne csak a megszokott rutinokkal, a megtanult, általánosságban megfogalmazott ismeretekkel forduljanak a beteg ember felé, hanem a humánum nevében a beteg egyedi igényeit felismerő, és azok létjogosultságát elismerő empatikus, megértő segítő barátként (Kárándi et al., 2019; Szabó, 2019)
- **támogató,** egymást segítő csoportok (pl. Alzheimer Café) illetve tematikus csoportok (Pl. Alzheimer, Sclerosis Multiplex, Parkinson, Afázia csoportok stb.) alakításának, működésének biztosítása, a betegeket, hozzátartozókat, laikus és professzionális gondozó személyeket megfelelő, hozzáférhető, friss információkkal ellátó programok működtetése, amelynek kitűnő példája az **Interprofesszionális Demencia Alapprogram** (Kiss, 2023)

A demenciával élő betegek **egészségügyi ellátásában a cél** a demencia tüneteinek adekvát kezelése, a betegség által okozott szomatikus-mentális-pszichés következmények mérséklése. Ehhez az egészségügyi ágazat részéről is sokféle szakember együttműködésére van szükség: háziorvosok, pszichiáterek, neurológusok, gerontológusok, belgyógyászok, sebészek, traumatológusok egyaránt érintettek lehetnek a demenciával élő betegek ellátásában. Az egészségügyi ágazat személyi és tárgyi feltételei, kapacitása véges és drága, de a betegnek szüksége van a támogatásra ezen ellátási formákon kívül is. Így a másik ágazat, a kevésbé eszközigényes, nem ennyire

magas költségigényű szociális szféra is jelentős részt kell vállaljon az ellátási folyamatban. Ennek jogi hátterét biztosítja az **1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról** és az **1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről**. Az **1993. évi III. törvény** határozza meg a szociális szolgáltatásokkal kapcsolatos alapfogalmakat, az ellátó szerveket, intézményeket, az ellátások formáit, az igénybevétel pontos menetét. Az 56.§ ismerteti, hogy az állam, valamint az önkormányzatok biztosítják a szociálisan rászorultak részére a személyes gondoskodást, amely a szociális alapszolgáltatásokat és a szakosított ellátásokat foglalja magába, ezeket részleteiben is ismerteti (*1993. évi III. törvény*, 1993).

Az **1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet a** személyes gondoskodást nyújtó állami és egyházi szociális intézmények, a szolgáltatások, ellátások részletes működési szabályait, feltételeit, személyi, tárgyi feltételeit határozza meg. Ezen belül a 84.§ alatt kiemeli a demenciával élő személyek nappali ellátására vonatkozó különös szabályokat is (*1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet*, 2000).

A 3. táblázat a KSH adatbázisát alapul véve, a Szociális alapszolgáltatásokat és nappali ellátásokat mutatja be a 2000-es, 2015-ös, 2023-as, 2025-ös évekre vonatkozóan (Központi Statisztikai Hivatal, 2026a)

3. táblázat: Szociális alapszolgáltatások és nappali ellátások – részletek

Szociális alapszolgáltatások és nappali ellátások				
Megnevezés	2000	2015	2023	2025
Házi segítségnyújtás				
ellátásban részesülő, fő	40 292	113 020	93 425	95 460
tízezer 60 év feletti lakosra jutó ellátott, fő	193,7	448,2	369,6	377,0
térítési díjat fizető ellátottak aránya, %	86,3	38,6	62,1	61,7
egy gondozóra jutó ellátott, fő	4,7	8,4	7,3	7,1
Szociális étkeztetés				
ellátásban részesülő, fő	98 158	170 688	211 942	214 552
tízezer 60 év feletti lakosra jutó ellátott, fő	472,1	676,9	838,4	847,4
térítési díjat fizető ellátottak aránya, %	89,3	95,7	87,9	87,8
Egyéb szociális alapszolgáltatásban részesülők száma, fő				

jelzőrendszeres házi segítségnyújtás	–	22 200	16 970	13 680
közösségi ellátás				
pszichiátriai betegek számára	–	3 992	5 157	5 653
szenvedélybetegek számára	–	3 822	4 448	4 676
támogató szolgáltatás	–	13 356	13 489	15 055
utcai szociális munka	–	9 112	6 532	6 307
Nappali melegedők				
befogadóképesség, fő	3 404	7 629	7 765	7 849
napi átlagforgalom, fő	3 825	8 949	8 119	8 027
működési költség, ezer forint	338 227	2 276 816	5 412 754	6 206 175
Népkonyhák				
befogadóképesség, fő	4 737	19 597	183 937	171 840
napi átlagforgalom, fő	4 153	18 016	120 972	115 952
működési költség, ezer forint	181 955	1 361 792	16 417 252	18 821 175
Idősek nappali ellátása				
engedélyezett férőhely, darab	39 601	39 591	39 289	40 122
ellátottak, fő, 2015-től demens betegekkel együtt	39 917	38 551	38 366	40 000
férőhelykihasználtság, %	100,8	97,4	97,7	99,7
térítési díjat fizetők aránya, %	84,6	23,0	14,3	14,0
Fogyatékosok nappali ellátása				
engedélyezett férőhely, darab	2 097	7 875	10 309	11 200
ellátottak, fő	1 899	7 468	9 381	10 250
férőhelykihasználtság, %	90,6	94,8	91,0	91,5
térítési díjat fizetők aránya, %	85,7	52,6	58,3	54,3
Pszichiátriai betegek nappali ellátása				
engedélyezett férőhely, darab	..	3 138	6 235	6 552
ellátottak, fő	..	3 239	6 171	6 120
férőhelykihasználtság, %	..	103,2	99,0	934,4
térítési díjat fizetők aránya, %	..	15,5	12,4	14,7
Szenvedélybetegek nappali ellátása				

engedélyezett férőhely, darab	256	3 149	6 528	7 366
ellátottak, fő	294	3 328	6 351	6 477
férőhely kihasználtság, %	114,8	105,7	97,3	87,9
térítési díjat fizetők aránya, %	18,7	4,8	6,5	9,2
Falugondok				
falugondokként foglalkoztatott	..	926	1493	1 540
Tanyagondnok				
tanyagondokként foglalkoztatott	–	470	607	647

Forrás: (KSH, 2026a)

Kiemelhető, hogy az Idősek nappali ellátása sor 2015-től tartalmazza a demenciával élő betegeket is, de egyéb utalást ezekre a betegekre vonatkozóan nem találtam. A 3. táblázat adatainak értékelésekor feltűnik, hogy az időskorú népesség jelentős mértékben megnövekedett számának dacára egyedül az idősek nappali ellátásának kapacitása változatlan az eltelt 23 év alatt, és a majdnem 100 százalékos férőhely kihasználás sem mutat pozitív képet. Ha mindezt kiegészítjük a szintén a KSH adatbázisából származó másik tábla adataival, (KSH, 2026b) amely a tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézményeket, illetve az ellátottak számát ismerteti ellátási típusonként szintén a 2000-es, 2015-ös, 2023-as, 2025-ös évekre vonatkozóan, látható, hogy abban sem található számottevő növekedést sem az időskorúak, sem a pszichiátriai betegek ellátásának területén. Így elég nehéz lesz a demencia évszázadában megfelelő ellátást biztosítani a rászorulóknak, melyet a 3. táblázat mutat be.

4. táblázat: A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézményekben ellátottak ellátási típusonként – részletek.

A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézményekben ellátottak ellátási típusonként (fő)				
Típus	2000	2015	2023	2025
Tartós bentlakásos intézmények				
Időskorúak otthona	37 698	51 312	54 406	55 498
Pszichiátriai betegek otthona	8 117	8 688	7 413	7 301
Ebből: lakóotthon	9	201	181	181
Fogyatékos személyek otthona	15 322	15 510	11 961	11 618
Ebből: lakóotthon	123	1 595	1 381	1 288

Szenvedélybetegek otthona	1 100	1 985	1 637	1 719
Ebből: lakóotthon	–	65	71	67
Hajléktalan személyek otthona	389	698	637	632
Egyéb otthon	236	–	–	
Összesen	**62 862**	**78 193**	**76 054**	**76 768**
Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények				
Időskorúak gondozóháza, szállást biztosító idősek klubja	2 149	2 897	1 767	1 745
Pszichiátriai betegek átmeneti otthona	16	114	83	88
Fogyatékos személyek gondozóháza	24	231	167	161
Szenvedélybetegek átmeneti otthona	61	85	65	66
Hajléktalan személyek átmeneti szállása és éjjeli menedékhelye	5 931	9 678	8 812	8 768
Egyéb otthon	1 140	–	–	–
Összesen	**9 321**	**13 005**	**10 894**	**18 828**
Összesen				
Időskorúak otthona, gondozóháza	39 847	54 209	56 173	57 243
Pszichiátriai betegek otthona, átmeneti otthona	8 133	8 802	7 496	7 389
Ebből: lakóotthon	9	201	181	181
Fogyatékos személyek otthona, gondozóháza	15 346	15 741	12 128	11 779
Ebből: lakóotthon	123	1 595	1 381	1 288
Szenvedélybetegek otthona, átmeneti otthona	1 161	2 070	1 702	1 785
Ebből: lakóotthon	–	65	71	67
Hajléktalan személyek otthona, szállása és éjjeli menedékhelye	6 320	10 376	9 449	9400
Egyéb otthon	1 376	–	–	–
Összesen	**72 183**	**91 198**	**86 948**	**87 596**

Forrás: (KSH, 2026b)

A demenciával élő beteg ellátása a beteg életének időtávlatában kevesebb részben az egészségügy, nagyobb részben a szociális szféra területén történhet.

Általánosítva mondható el az, hogy a diagnosztizálás, a terápia összetevőinek megállapítása, kontrollálása, esetlegesen előforduló akut események, a sajnálatosan

szükséges palliatív, hospice feladatok ellátása az egészségügy színterein zajlik. A beteg élete ezen kívül javarészt a saját otthonában, kisebb részt valamilyen intézményes ellátás keretében telik. Mind a beteg otthonában, mind az átmeneti vagy tartós ellátást biztosító intézményekben főként a szociális szféra biztosítja a szükséges támogatási lehetőségeket.

Szerencsés esetben van olyan hozzátartozó, gondviselő, aki vállalni tudja az életpályájának módosítását, az otthoni ellátás speciális feltételeinek, anyagi fedezetének megteremtését. A beteg természetesen a saját otthonában van a legjobb helyen, ismerős környezetben, elfogadó családtagok között. Ez mindaddig lehetséges, amíg a beteg saját állapotát fel tudja mérni, nem veszélyezteti önmagát és környezetét, és elfogadja a segítséget gondviselőjétől, a támogató szolgálatoktól, illetve az ellátását kézben tartó háziorvosától, a konzulens orvosaitól. Ha a betegség előrehalad, a beteg 24 órás felügyeletre szorulhat. A beteg otthoni környezetben történő ellátása speciális környezeti, személyi és tárgyi feltételeket is igényel, de ezeken kívül is sokféle támogatásra van szükség (pl. házi ápolás, szociális gondozás, demenciával élő betegek napközi otthoni ellátása, foglalkoztatása).

Kevésbé szerencsés esetben, ha a betegnek nincs olyan hozzátartozója, aki a gondozását vállalni tudja, vagy a beteg állapota már súlyosan előrehaladott, de nem szorul akut egészségügyi terápiára vagy hospice ellátásra, átmenetileg vagy véglegesen olyan intézményben történhet az elhelyezése, amely szintén a szociális szférához tartozik. Gyakran előfordul, hogy egészségügyi vészhelyzet esetén az addig otthonában ellátott beteg az egészségügyi szolgáltatások segítségére szorul. Többnyire a fekvőbeteg ellátást szükséges igénybe vennie. Ha a probléma elhúzódik, súlyosbodik, az átmenetinek gondolt intézményes ellátás után már a tartós intézményes ellátást kell a családnak választania, kimerülő erőik, anyagi forrásaik, kevésnek érzett kompetenciáik okán. Ezek a betegek ekkor lépnek be a tartós bentlakásos szociális ellátásokat kínáló intézményekbe. A demenciával élő betegek ellátása hazai és nemzetközi tapasztalatok szerint 70−80 százalékban a saját környezetében történik, legtöbbször a beteg gyermeke lesz a gondviselő személy, rá és családjára hárul ennek a feladatnak a terhe. A betegség kezdeti stádiumában bizonyos biztonsági szabályok betartásával az ellátás nehéz, de megoldható. Sajnos elmondható, hogy a betegség későbbi, előrehaladottabb stádiumában már szükség lenne bentlakásos intézményes elhelyezésre, de hazánkban kevesebb a férőhely az igénylők létszámánál. Hétköznapi kifejezéssel élve, itt is várólista van, csak egy

intézményben ellátott beteg halálakor képes az intézmény új beteget felvenni. A meglevő intézmények között is csak elvétve fordul elő kellő kialakítású, megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel ellátott intézmény, amelyben jól elkülönülő földszinti elhelyezésű 20−25 ágyas részleg van 2−4 ágyas lakószobákkal, belső kerttel, biztonságos lezárhatósággal, a foglalkoztathatóság eszközeivel felszerelve. A személyi feltételek tekintetében az optimális gondozó-gondozott arány megvalósítása megfelelő szakmai végzettségű szakemberekkel történik, akiket támogatni lenne szükséges rendszeresen a kiégés elleni mentálhigiénés programokkal (Kiss, 2015).

A beteg otthoni ápolásához a háziorvosokon keresztül a házi ápolási szolgálat, az otthoni szociális gondozásához a települési önkormányzat illetékes intézményei nyújthatnak segítséget. A gondviselő krízishelyzet esetén a területileg illetékes fekvőbeteg intézményeket, illetve időszakos jelleggel az önkormányzati üzemeltetésű ápolási otthonok szolgáltatásait is igénybe veheti a beutalási szabályoknak megfelelően. A demenciával élő betegek állapotának, ellátási szükségleteinek irányítása, követése a beteg háziorvosának feladata, amihez segítségként igénybe veheti az adott területen (remélhetőleg) jelen levő demencia központok szakmai támogatását. A korszerű ápolás és gondozás a beteg érdekeit tartja szem előtt, és nemcsak az orvoslás szintjén interprofesszionális, hanem más szakmák képviselőinek tevőleges segítségét is megkívánja akár a beteg otthonában, akár átmenetileg vagy véglegesen intézményben történik az ellátás. Az ellátó team tagja lehet az orvosokon/szakorvoson kívül a gyógytornász/fizioterapeuta, masszőr, logopédus, gyógyfoglalkoztató, pszichológus, az ápoló/szakápoló, a szociális gondozó/szakgondozó, gyámügyi/jogi képviselő, stb. A team tagjai együttműködnek a beteg hozzátartozóival, és a gondozással kapcsolatos döntéseket közösen hozzák meg, amelybe lehetőség szerint a beteget is bevonják. Így valósulhat meg a beteg állapotához illeszkedően a szükséges és elégséges szolgáltatásokat biztosító ellátás (Kárándi et al., 2019; Nyitrai, 2019).

A demenciával élő betegek ellátási szükséglete hosszú folyamat, amelyet „piaci” feltételekkel, saját finanszírozással csak kevesen engedhetnek meg maguknak. Ezért rendkívül szükséges az igény szerint fejlesztendő egészségügyi ellátások és a szociális támogatások rendszere.

Összefoglalva elmondható, hogy a demenciával járó állapotokkal kapcsolatos stratégia fejlesztésének során a következő szempontokat lenne szükséges figyelembe venni:

- Az idősödéssel járó demográfiai változásokkal párhuzamosan számszerűleg **valósan nő a demenciával járó állapotok aránya**, amelynek velejárója a szomatikus, pszichés, mentális állapot olyan fokú „leépülése", amely jelentősen rontja az életminőséget. Elengedhetetlen tehát egyrészt a betegek ellátásához szükséges háttér szolgáltatások kiterjesztése, másrészt a laikus közvélemény megfelelő tájékoztatása a demenciát okozó betegségek kockázataival, rizikótényezőivel, tüneteivel, diagnosztizálásával kapcsolatban.
- „A demencia szindróma legjelentősebb kockázati tényezője az életkor. A magas kort megélő emberek abszolút és relatív számának gyarapodásával a demencia prevalenciája és incidenciája is exponenciálisan nő. Az egészségpolitika célja az lehetne, hogy a **demencia kialakulását minél idősebb életkor felé tolja el** (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2006, 4. p.)."
- A demencia nem egyetlen betegség, hanem számtalan kórkép egyik tünete, tehát **nem lehet az állapotokat egységes kórképként** kezelni, kialakulásának háttere heterogén és multifaktoriális, a betegségek eltérő módon keletkeznek, és különböző módon zajlanak le. Ezek a tényezők is több konzekvenciával járnak. A betegségekről szóló korrekt információk megkönnyíthetnék **az állapotok korai felismerését**. A korai felismerés a megfelelő szakvizsgálatokkal és specifikus terápiákkal kiegészítve **lassítani képes a progresszív folyamatot,** némely esetben pedig akár regresszió is elérhető. Emellett tudatosítani lenne szükséges, hogy nem minden demenciával járó állapot oka Alzheimer-kór, bár gyakoriságban valóban vezető szerepet tölt be, de más kórkép is kezdődhet hasonló tünetekkel, és a lezajlás módja, ideje eltérő lehet.
- A demens állapot tüneteinek azonosítása mind a beteg, mind a hozzátartozók, mind a tágabb környezet életét hosszabb időre befolyásolni fogja, így **a korai időszakban történő felfedezés**, bár mindenképpen sokkszerű állapotot okoz, mégis több időt engedhetne a megfelelő intézkedések megtételére. A demenciával élő beteg ellátásában az optimális életfeltételeket a saját otthona adja, de ehhez az akadálymentesítés, a biztonsági követelmények megteremtése, speciális személyi és tárgyi feltételek beszerzése szükséges. Arról sem szabad megfeledkezni, hogy a beteg

állapotának súlyosbodásakor sajnos korlátozni szükséges alapvető emberi szabadság- és polgári jogainak gyakorlását.

- Nem csak maga a demencia állapotának a keletkezése, lefolyása heterogén, hanem **az ellátás is komplex, különféle területeken, szinteken** zajlik: egészségügyi, szociális, egészségbiztosítási, önkormányzati, egyházi, államigazgatási, gazdasági, jogi, oktatási intézmények és intézkedések és azok humán erőforrásai, szervezeti /adminisztratív/finanszírozási sajátosságai egyaránt érdekeltek az ellátás folyamatában (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2006).
- Azoknak a lehetőségeknek megteremtése lenne szükséges, hogy az otthoni betegellátáshoz hogyan lehetne a családtagokat, laikus és professzionális gondozókat hatékonyabban bevonni, **az ellátás elméleti és gyakorlati kompetenciáit megszerezni, betanulni, begyakorolni.**
- A **beteg és környezete informálása** a szükséges és lehetséges szociálpolitikai támogatásokról, az otthoni ellátás ellehetetlenülése esetén a rendelkezésre álló **egészségügyi, ápolási és szociális intézményeket megismerhessék** a családtagok, a kiválasztáshoz segítséget vehessenek igénybe.
- A demenciával élő betegeket és ellátóikat **támogató tanácsadó szolgálat megteremtésére lenne szükség**, amely segítséget tudna nyújtani az ápoló/gondozó környezet kialakításában, a hatékony ellátási és terápiás módszerek megtanulásában, illetve a beteg, a család és az ellátást biztosító személyek emocionális vezetésében, a problémák megbeszélésében, a kiégési szindróma megelőzésében. A demenciával élő beteg és környezete számára az ellátásban a túléléshez szükség van **újfajta, de szakszerű tudásra, elméleti és gyakorlati jellegű kompetenciákra.**

Ezek alapján egyértelműen szükséges a demenciával élő betegek valós számának megfelelő infrastruktúrát megteremteni, az igényeikhez illeszkedő és alkalmazkodó egészségügyi szociális ellátások hatékony rendszerét újragondolni, a beteget és családját támogató szolgálatot létrehozni. Fontos lenne a társadalom minden rétegét elérő tájékoztatás, informálás, és jó lenne innovatívabb módszerekkel szélesebb körben elérni és bevonni a közösségi támogatási formákat (Nyitrai, 2019).

A fentieken kívül még elengedhetetlen a betegeket ápoló, gondozó szakemberek kompetenciáinak bővítése, képzési és továbbképzési rendszerének átgondolása is.

A demenciával élő személyek ellátása nem csupán egészségügyi, hanem szociális kihívás is, amely komplex támogatási rendszert igényel. Az otthonukban gondozott betegek esetében kiemelt jelentősége van a családtagok, laikus és professzionális gondozók bevonásának, képzésének és folyamatos támogatásának. A szociális ellátórendszernek biztosítania kell az információhoz való hozzáférést a rendelkezésre álló szolgáltatásokról, a megfelelő intézmények kiválasztásának lehetőségét, valamint tanácsadó és segítő szolgálatok elérhetőségét, amelyek támogatják a családokat a mindennapi gondozásban és a pszichés terhek enyhítésében. A társadalmi szemléletformálás, a demenciabarát közösségek kialakítása és a közösségi erőforrások bevonása mind hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a betegek minél tovább saját környezetükben, biztonságban és méltóságban élhessenek.

Egervári Ágnes összefoglalja néhány példamutató nemzeti stratégia célkitűzéseit, modelljeit és az EU égisze alatt működő stratégiákat, programokat. Az első legjelentősebb együttműködési szándék az úgynevezett Glasgow-i Nyilatkozatban realizálódott 2014-ben. Azóta számos együttműködési program született. Megállapítja, hogy az egyes nemzetek gazdasága, egészségügyi rendszerei, azok finanszírozása között nagyok a különbségek, de a demens állapotokkal kapcsolatos programokat mindenhol prioritásként kezelik. Kiemeli a korai diagnosztizálás, a prevenció, a szűkebb és tágabb környezet informálásának, edukációjának, a demencia-barát környezet kialakításának és a szakemberek interdiszciplináris együttműködésének szükségességét (Egervári, 2020).

1.9 Az ellátotti szükséglet az ellátói működés kettős perspektívája

Az előzőekben leírt gondolatok alapján egyértelmű, hogy a demenciával élő betegek ápolása-gondozása embert próbáló feladat mind a beteget otthonában ellátó laikus hozzátartozók, mind pedig az intézményes ellátást végző szakemberek számára.

A feladat rendkívül összetett, ennek okai a következők:

1. A demens állapot heterogén okú, többféle súlyosságú betegség vezető vagy kísérő tünete, amelynek lefolyása is változó, esetenként regresszív, de többnyire progresszív folyamat. Az állapotváltozások eltérő tünetekkel, következményekkel járnak, ezért az ellátási folyamatot rendszeresen ellenőrizni, revideálni, módosítani szükséges, ez az ellátó személyektől széles, átfogó ismereteket, alkalmazkodó képes, rugalmas gyakorlatot kíván (Oláh et al., 2012).

2. Minden beteg ellátása a szükségleteinek (légzés, folyadék és táplálék fogyasztás, ürítés, testhelyzet változtatás, mozgás, alvás, pihenés, testhőmérséklet fenntartása, ruházkodás, tisztálkodás, a környezeti veszélyforrások elkerülése, az emberekkel való kommunikáció és kapcsolattartás, a vallás, a spiritualitás gyakorlása, a sikerélményt adó munka, tanulás, játék) pontos felmérésével, kielégítésük módjának megtervezésével kezdődik az emberi szükségletek hierarchiájának megfelelően, az önellátási képesség maximális fenntarthatóságát tűzve ki célul (Bokor, 2009; Németh et al., 2012; Tulkán, 2014).
3. Mindenképpen figyelembe kell venni az időskorú betegek ellátásának speciális ismérveit is, hiszen a demenciával élő betegek többsége ebbe az életkor csoportba tartozik. Ilyen az úgynevezett geriátriai 5 i (intellektuális hanyatlás, immobilitás, instabilitás, inkontinencia és iatrogén ártalmak) elkerülése (Iván, 2002).
4. A demens állapot mellett számtalan egyéb betegség lehet jelen, főként az időskorúak esetében multimorbid formában, amelyek befolyásolják az ellátás folyamatát (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2025).
5. Az alap megbetegedés sajnálatos kísérő jelensége, következménye lehet számtalan olyan állapot, baleset, sérülés, amely a sürgősségi ellátás elméleti és gyakorlati tennivalóit teszi szükségessé (Irinyi, 2006).
6. Mindezeken felül a betegség végső stádiumában a palliatív és hospice ellátás módszereivel kell kísérni a beteget a méltó eltávozást segítve (Heim, 2015).

   Akár a beteg otthonában, akár intézményi körülmények között történik a beteg ellátása, a lehetőségekhez képest a maximális önállóság, önellátás biztosításához a megfelelő környezeti feltételek megteremtése szükséges, amely kiegészül a beteg állapotához illeszkedő biztonsági feltételek kialakításával. Fontos a mindennapos tevékenységek elvégzéséhez és a beteg foglalkoztatásához szükséges tárgyi feltételek biztosítása is, ehhez szükséges az ADL tevékenységek, az akadálymentesítés, a támogató gyógyászati és rehabilitációs segédeszközök ismerete is (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2022).

7. A demenciával élő beteg ellátásának vannak sajátos, más ellátási területre nem jellemző feladatai is.

Ilyenek a következők:

- a demencia okozta kóros pszichés tüneteinek, a magatartási/viselkedési eltérések kezelése,
- a beteg kommunikációs képességének megtartása a nyelv verbális és nonverbális eszközeivel,
- alvászavarok, bolyongás, elkóborlás, az időérzék torzulása, elvesztése esetén alkalmazható módszerek,
- balesetek, elesések, sérülések elkerülése az idegrendszeri károsodás okozta kialakuló bizonytalanná váló mozgáskészség miatt,
- súlyos állapotú demencia esetén, amikor a szomatikus állapot leépülése már olyan fokú, hogy a kognitív képességek, a verbális és nonverbális kommunikációs formák eltűnnek, és a beteg gyakorlatilag ágyban fekvő, szükséges a teljes ellátást biztosító szakápolási ismeret és gyakorlat.

Az előbb felsorolt szempontok mentén megvalósuló ápolás/gondozás olyan szakmai protokollok alapján történő személyközpontú gondoskodás**,** amely a beteg személyiségének figyelembevételén, tiszteletén, sajátos egyéni szükségletein alapul (Irinyi, 2006; Kárándi et al., 2019). Pszichés/szomatikus/mentális terápiás részegységek holisztikus rendszerében kell gondolkodnunk, amelyben minden feladattípus összefügg, összekapcsolódik, támogatja a többit, és ha bármelyik rendszer elakad, működésképtelenné válik, az kihat a többire és legfőképpen magára a beteg állapotára (Kiss, 2023). A demenciával élő beteg ellátása kapcsán kérdés az, hogy milyen szakmai képzés(ek) keretében lehet megszerezni a szükséges, mindkét szakmaterületre kiterjedő kompetenciákat.

A kutatás eredményei alapján a demenciaellátás fejlesztése komplex egészségpolitikai és társadalmi kihívás, amely integrált egészségügyi-szociális megközelítést, fenntartható humánerőforrás-stratégiát, valamint demenciaspecifikus képzési és támogatási rendszerek megerősítését igényli. Az elemzés részletes jogi, finanszírozási és rendszerszintű értelmezése, továbbá a szakpolitikai ajánlások bővített kifejtése a 8. mellékletben található.

1.10 Az irodalom összegzése és a kutatás aktualitásának indoklása

A kutatások jelentős része a demenciával élő idősek kognitív állapotának vizsgálatára fókuszál, különös tekintettel a kognitív hanyatlás mintázataira és azok társadalmi meghatározottságára. Az európai összehasonlító vizsgálatok rámutatnak arra, hogy a kognitív funkciók alakulása szoros összefüggésben áll a társadalmi-gazdasági státusszal, az iskolázottsággal és az egészségi állapottal (pl. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe adatbázis elemzései; Börsch-Supan et al., 2013).
Ezzel párhuzamosan egyre nagyobb figyelem irányul az ellátói oldalra, különösen a gondozói terhelés és a kiégés (burnout) jelenségére. A demenciával élő betegek gondozása jelentős pszichés és fizikai megterheléssel jár, amely hosszú távon a szakdolgozók mentális egészségének romlásához és a munkaerő fluktuációjához vezethet (ADI, 2019; Maslach & Jackson, 1981).

A szakirodalom ugyanakkor több szempontból is hiányosnak tekinthető. Egyrészt megfigyelhető, hogy a demenciával kapcsolatos kutatások gyakran elkülönülten kezelik az ellátotti és az ellátói perspektívát. A kognitív állapot vizsgálata jellemzően populációs szinten történik, míg a gondozói kiégés elemzése inkább intézményi vagy szervezeti kontextusban jelenik meg. E két megközelítés integrációja azonban ritkán valósul meg. Bár rendelkezésre állnak nagymintás európai adatbázisok a kognitív működés vizsgálatára, valamint esettanulmányok és kérdőíves kutatások a gondozói terhelés feltárására, ezek összekapcsolása még kevéssé jelenik meg a szakirodalomban. További hiányosságként azonosítható az egészségügyi és szociális ellátórendszer közötti együttműködés korlátozott vizsgálata. Számos tanulmány rámutat az integrált ellátás szükségességére, ugyanakkor az ellátási gyakorlatban tapasztalható strukturális és koordinációs problémák feltárása még nem teljeskörű (OECD, 2018).

A disszertáció célja ezeknek a kutatási hiányoknak a részleges feltárása és kezelése. A dolgozat két empirikus vizsgálaton keresztül közelíti meg a demenciával kapcsolatos kihívásokat: egyrészt az idősebb európai népesség időbeli orientációjának elemzésével, másrészt a demenciával élő személyeket ellátó intézményekben dolgozó szakdolgozók kiégésének vizsgálatával.

A két kutatási irány együttesen lehetővé teszi az ellátotti szükségletek és az ellátói működés egyidejű értelmezését, ezáltal hozzájárulva a demenciaellátás komplexebb, rendszerszintű megértéséhez.

2 CÉLKITŰZÉSEK

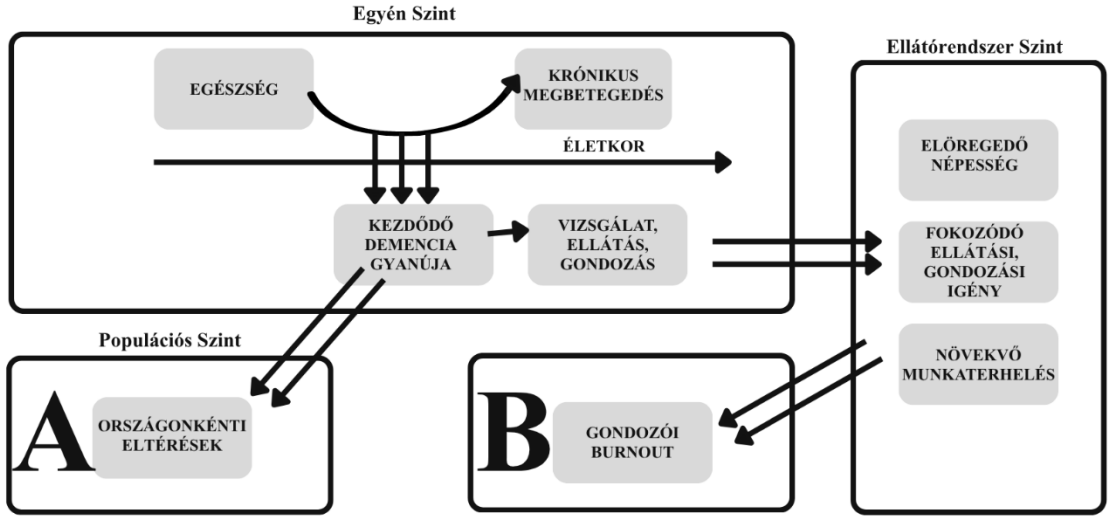
2.1 A disszertáció célja

A disszertáció célja a demenciával kapcsolatos kihívások komplex vizsgálata két különböző empirikus kutatás keretében.

A dolgozat két fő kutatási célra fókuszál: (1. ábra)

A. Mintázatok azonosítása az időbeli orientációval a V4 országok adataira alapozva (1. ábra - A rész)

B. Az intézményi demenciaellátásban dolgozó gondozók körében az egyéni, szervezeti és munkakörnyezeti tényezők, valamint a gondozói terhelés és kiégés összefüggéseinek feltárása egy magyarországi vármegye intézményeiben végzett empirikus vizsgálat alapján. (1. ábra - B rész)



1. ábra A demenciaellátás komplex megközelítésének kutatási keretrendszere

Az ***első vizsgálat (A)*** az időbeli orientáció mintázatait elemzi, az idősebb európai népességben már rendelkezésre álló adatok alapján arra keresi a választ, hogy milyen demográfiai és társadalmi tényezők befolyásolják az orientációs teljesítményt az idős populációban. Az időbeli orientáció egyszerűen mérhető indikátor, amely információt nyújthat a globális kognitív működés populációs különbségeiről és kognitív kockázati mintázatairól.

A ***második vizsgálat (B)*** az intézményi demenciaellátásban dolgozó gondozók munkaterhelését és a kiégés kialakulásában szerepet játszó tényezőket elemzi. A

demenciával élő személyek ellátása gyakran komplex gondozási feladatokkal jár, amelyek jelentős fizikai és pszichés terhelést jelentenek a gondozók számára. A vizsgálat célja annak feltárása, hogy a gondozási nehézségek, a munkaterhelés, valamint az intézményi környezet milyen módon járulnak hozzá a gondozói kiégés kialakulásához.

A ***disszertáció szerkezete*** ennek megfelelően két önálló empirikus tanulmányra épül. A két kutatás külön adatforrásra és eltérő módszertani megközelítésre támaszkodik, ezért a dolgozatban egymástól elkülönítve kerülnek bemutatásra. Az első tanulmány (3. fejezet) populációs adatbázis felhasználásával vizsgálja az időbeli orientáció mintázatait az idősebb népességben, míg a második tanulmány (4. fejezet) intézményi környezetben dolgozó gondozók körében végzett empirikus kutatás eredményeit ismerteti.

A két empirikus vizsgálat egymástól független kutatási kérdésekre válaszol, ugyanakkor közös problémakörhöz kapcsolódik. A ***disszertáció záró fejezete*** ezért a két tanulmány eredményeit egy szélesebb kontextusban értelmezi, és bemutatja, hogy a populációs szintű kognitív folyamatok és az intézményi gondozási környezet vizsgálata egyaránt hozzájárulhat a demenciaellátás komplex kihívásainak megértéséhez.

2.2 Kognitív működés változásai a SHARE adatbázis 9. hullámának adatfeldolgozása alapján[1]

Az európai népesség elöregedése egyre hangsúlyosabban irányítja rá a figyelmet az emberi kognitív működés változásainak klinikai, ellátásszervezési és közegészségügyi következményeire. A demencia és az enyhe kognitív zavar (MCI) diagnosztizálása rendszerint komplex neuropszichológiai vizsgálati eszközöket igényel, ugyanakkor a gyakorlatban egyre nagyobb szerepet kapnak az egyszerűen és gyorsan alkalmazható kognitív indikátorok. Ezeket mind a klinikai ellátásban, mind a népességszintű megfigyelések során széles körben alkalmazzák a kognitív sérülékenység korai jelzőiként (Tsoi et al., 2015; Livingston et al., 2020).

Az ilyen indikátorok közül kiemelkedő jelentőséggel bír az időbeli orientáció, amely a jelenlegi nap, hónap, év és a hét napjának helyes azonosítására való képességet jelenti. Rövidsége és alacsony mérési terhe miatt széles körben használják a klinikai szűrésekben, az alapellátásban, valamint epidemiológiai kutatásokban egyaránt. Az időbeli orientáció

[1] A vizsgálat alapjául szolgáló tanulmány a Kontakt folyóiratban jelent meg (Kontakt 2026, 28(2), 163-170. DOI: 10.32725/kont.2026.030)

a Mini-Mental State Examination (Folstein et al., 1975) egyik alapvető komponense is, emellett számos empirikus vizsgálat igazolta, hogy az orientáció zavara összefüggésbe hozható a kognitív hanyatlással, a funkcionális korlátozottságokkal, valamint a növekvő gondozási szükségletekkel. Bár önmagában nem tekinthető diagnosztikai eszköznek, longitudinális kutatások alapján prognosztikai jelentőséggel bírhat a kognitív hanyatlás előrejelzésében (Dumurgier et al., 2016; Guerrero-Berroa et al., 2009).

Populációs szinten az időbeli orientáció mérése különösen alkalmas a kognitív kockázati mintázatok és társadalmi gradiensek azonosítására. Az életkor előrehaladtával megfigyelhető kognitív teljesítménycsökkenés jól dokumentált jelenség, amely az orientációs képességeket is érinti (Salthouse, 2019). Emellett az iskolázottság védő hatása széles körben alátámasztott a kognitív tartalék elmélet keretében, amely szerint a magasabb edukációs szint hozzájárulhat a kognitív hanyatlás késleltetéséhez (Stern, 2002; Stern, 2012; Fjell et al., 2025). A nemek közötti különbségek szintén megjelennek az időskori kognitív teljesítményben, bár ezek hatása általában mérsékelt, és gyakran társadalmi tényezőkkel összefüggésben értelmezhető (Mielke et al., 2014).

Nemzetközi összehasonlításban az országok közötti eltérések nem csupán biológiai különbségeket tükröznek, hanem az egészségi állapot, az oktatási rendszerek, a prevenciós stratégiák, valamint az idősgondozási struktúrák különbségeit is (Prince et al., 2015; WHO, 2021). Ebben a kontextusban a visegrádi országok - Csehország, Lengyelország, Magyarország és Szlovákia - különösen releváns összehasonlítási egységet képeznek, mivel földrajzi közelségük és részben közös történeti hátterük ellenére eltérő egészségügyi és szociális fejlődési pályákat mutatnak.

Az elemzés empirikus alapját a Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe adatbázis biztosítja, amely harmonizált adatstruktúrájának köszönhetően lehetővé teszi az időbeli orientáció összehasonlítható mérését különböző országok és populációk között (Börsch-Supan et al., 2013; Bergmann et al., 2019). Az ilyen egyszerű kognitív indikátorok alkalmazása ugyanakkor módszertani kihívásokat is felvet, különösen az úgynevezett plafonhatás jelensége miatt, amely a válaszok torlódását eredményezheti a magas teljesítményt jelző kategóriákban. Ez indokolja az ordinális, bináris és tételszintű elemzési megközelítések együttes alkalmazását (Crane et al., 2006; Teresi & Fleishman, 2007).

A fentiek alapján az időbeli orientációt a vizsgálat globális kognitív működés egyszerű, standardizált populációs mutatójaként értelmezi. Az elemzés arra irányul, hogy feltárja, milyen mértékben tükrözi az orientációs teljesítmény a társadalmi gradienseket és az országspecifikus különbségeket, valamint, hogy ezek a mintázatok mennyiben alkalmasak az időskorú népesség összehasonlító vizsgálatára.

2.2.1 Az „A" vizsgálat célja és kutatási kérdései, hipotézisek

A fejezet célja, hogy a SHARE Wave 9 adatbázis felhasználásával feltárja az időbeli orientáció populációs mintázatait, mint gyorsan alkalmazható, alacsony terhelésű kognitív indikátort, különös tekintettel a visegrádi országok 50 év feletti népességére. Az elemzés arra fókuszál, hogy az orientáció aggregált és komponensszintű mutatói miként kapcsolódnak az életkorhoz, az iskolázottsághoz, a nemhez és az országspecifikus kontextushoz.

A fejezet központi kérdései a következők:

- Milyen mértékben figyelhető meg plafonhatás az időbeli orientáció mérésében a V4-országok idősebb populációjában?
- Azonosíthatók-e következetes életkori, iskolázottsági és nemi különbségek az orientációs teljesítményben?
- A főbb demográfiai tényezők kontrollálása mellett fennmaradnak-e az országok közötti eltérések?
- Az észlelt különbségek elsősorban az aggregált mutatók szintjén jelennek meg, vagy specifikus orientációs komponensekhez köthetők?

A kutatás hipotéziseinek megfogalmazása a kognitív öregedés, az időbeli orientáció és azok demográfiai meghatározóit vizsgáló nemzetközi szakirodalom eredményeire épült. A korábbi vizsgálatok egyértelműen rámutattak arra, hogy a kognitív működés alakulását az életkor mellett számos biológiai, pszichológiai és szociális tényező együttesen befolyásolja, így különösen az iskolai végzettség, az egészségi állapot és az életmódbeli jellemzők (Harada et al., 2013; Oosterhuis et al., 2023; Salthouse, 2019). A korszerű öregedéselméletek hangsúlyozzák, hogy az életkor önmagában nem elegendő a kognitív teljesítmény különbségeinek magyarázatára, mivel az egyéni öregedési pályák jelentős

variabilitást mutatnak, amelyet az egyéni életút egyaránt befolyásol (Oosterhuis et al., 2023; Perez et al., 2025).

A populációs kognitív vizsgálatok eredményei ugyanakkor következetesen igazolják, hogy az életkor előrehaladtával növekszik az enyhe neurokognitív zavar és a demencia előfordulása, amely a globális kognitív működés romlásával, ezen belül az orientációs teljesítmény gyengülésével is összefügghet (Livingston et al., 2024; Alzheimer's Association, 2024). Ezzel párhuzamosan számos kutatás kimutatta, hogy például a magasabb iskolai végzettség kedvezőbb kognitív teljesítménnyel és a funkciók hosszabb ideig történő megőrzésével társul, ami indokolja e változók vizsgálatát a kognitív működés populációs elemzésében (Oosterhuis et al., 2023).

A nemek szerepét vizsgáló kutatások eredményei kevésbé egységesek. Egyes vizsgálatok különbségeket mutattak ki a kognitív teljesítmény egyes területein, ugyanakkor ezek iránya és mértéke a vizsgált populációtól, a mérőeszközöktől és az elemzett kognitív funkcióktól is függ (Harada et al., 2013; Perez et al., 2025). Ez indokolja a nem mint lehetséges magyarázó változó bevonását a jelen vizsgálatba.

A fentiek alapján a hipotézisek a korábbi empirikus eredményekre és a kognitív öregedés jelenlegi elméleti modelljeire épülnek. A vizsgálat célja ezeknek a szakirodalomban leírt összefüggéseknek a tesztelése egy nagymintás európai populációban, a SHARE adatbázis felhasználásával.

A kérdésekhez kapcsolódó hipotézisek a következők:

A1) Az életkor növekedése szignifikánsan csökkenti a tökéletes időbeli orientáció valószínűségét az 50 év feletti populációban.

A2) Az életkor hatása az időbeli orientáció itemszintű komponensében is megjelenik.

A3) A magasabb iskolai végzettség szignifikánsan növeli a jobb időbeli orientáció valószínűségét.

A4) Az iskolai végzettség védőhatása az időbeli orientáció komponensekben kimutatható.

A5) A férfi nem alacsonyabb időbeli orientációs teljesítménnyel társul a nőkhöz viszonyítva.

A6) A nem hatása az időbeli orientáció komponenseiben is megjelenik.

A7) Szignifikáns különbségek figyelhetők meg az időbeli orientáció teljesítményében a Visegrádi Négyek országai között.

A8) Az időbeli orientáció összpontszámának eloszlása erőteljes plafonhatást mutat.

2.3 Munkaterhelés és kiégés kockázat vizsgálata Szabolcs-Szatmár-Bereg megye gondozói ellátórendszerében[2]

2.3.1 A „B" vizsgálat célja és kutatási kérdései, hipotézisek

A demenciával élő személyek számának növekedése, valamint gondozásuk egészségügyi és szociális ellátórendszerre gyakorolt hatása a nemzetközi szakirodalomban is kiemelt figyelmet kap. Ahogyan korábban is bemutatásra került, a demencia globálisan egyre jelentősebb közegészségügyi terhet jelent: a WHO becslései szerint 2021-ben mintegy 57 millió ember élt demenciával világszerte, és évente közel 10 millió új eset fordul elő (ADI, 2021; WHO, 2025). A hosszú távú bentlakásos ellátásban a gondozási szükségletek jellemzően komplexek és folyamatos jelenlétet igényelnek, miközben az ápolási és gondozási tevékenység jelentős fizikai, kognitív és érzelmi megterheléssel jár. Ez különösen fontos az ellátórendszer működése szempontjából, mivel a tartós megterhelés hatással lehet a munkaerő megtartására, az ellátás folytonosságára és biztonságára. Ennek következtében a hosszú távú bentlakásos ellátásban (LTC) dolgozó ápolók és gondozók terhelésének feltárása alapvető jelentőségű.

A kiégés elméleti keretrendszere szerint az ápolási munka során jelentkező érzelmi és szervezeti terhek szoros összefüggésben állnak a kiégés kialakulásával és súlyosbodásával. A kiégés három alapvető dimenziója az érzelmi kimerültség, a deperszonalizáció (cinizmus) és a csökkent személyes, illetve szakmai hatékonyság (Maslach et al., 2001). Nemzetközi empirikus eredmények arra utalnak, hogy a kiégés nem kizárólag a munkavállalók jóllétének kérdése, hanem összefügg az ellátás minőségével és biztonságával is (Li et al., 2024). Különösen a tartós ápolási környezetben végzett vizsgálatok mutatták ki, hogy az ápolók és gondozók kiégési mutatói kapcsolatban állnak objektív minőségi indikátorokkal, például a szövődmények vagy egyéb negatív események gyakoriságával (Eltaybani et al., 2021; White et al., 2019). Ez

[2] A vizsgálat alapjául szolgáló tanulmány a BMC Nursing folyóiratban jelent meg. (BMC Nursing 2026, 25, 432. DOI: 10.1186/s12912-026-04579-y)

az összefüggés kiemelten releváns a demenciával élő személyek ellátásában, ahol a gondozási helyzetek gyakran nagy érzelmi és viselkedésszabályozási terhet jelentenek, egyben kiszámíthatatlanok és jelentős erőforrásigénnyel járnak.

A demencia viselkedési és pszichológiai tünetei (BPSD) - ideértve többek között az agitációt, agressziót, pszichotikus tüneteket, alvászavarokat, elkóborlást és repetitív kérdezést - a betegség lefolyása során gyakran jelentkeznek, és a mindennapi gondozási tevékenység egyik legfontosabb terhelési forrását jelentik (Kales et al., 2015). E tünetek nemcsak az ápolási idő- és figyelemigényt növelik, hanem kommunikációs nehézségeket, biztonsági kockázatokat és konfliktushelyzeteket is eredményezhetnek. Mindez fokozza a gondozók pszichológiai terhelését, ezért indokolt a demenciaspecifikus tüneti terhelés elkülönített mérése az általános stresszmutatóktól, mivel ez közvetlenebbül kapcsolódik az ápolási folyamatokhoz és a potenciális beavatkozási pontokhoz.

A munkakövetelmények–erőforrások (JD-R) modell széles körben alkalmazott elméleti keretet kínál a kiégés és a tartós munkaterhelés magyarázatára. A modell alapfeltevése szerint a magas munkakövetelmények (pl. túlterheltség, időnyomás, érzelmi megterhelés) és az elégtelen erőforrások (pl. korlátozott szervezeti támogatás, hiányos kompetenciafejlesztési lehetőségek, nem megfelelő regenerációs feltételek) együttesen növelik a kiégés kockázatát (Bakker & Demerouti, 2007; Bakker & Demerouti, 2017; Demerouti et al., 2001). Jelen vizsgálatban a JD-R modell szolgált koncepcionális keretként a munkakövetelmények (gondozási nehézségek, demenciaspecifikus tüneti terhelés, valamint a munkaterhelés jellemzői) és a munkahelyi, illetve egyéni erőforrások (megküzdési stratégiák, regenerációs lehetőségek, a kiégéssel kapcsolatos ismeretek) elkülönítésére, miközben a kiégés súlyossága kimeneti változóként került meghatározásra (Kiss et al., 2026).

Ezzel párhuzamosan a stresszkezelés klasszikus elméleti megközelítése hangsúlyozza, hogy a stresszhelyzetek kognitív értékelése és a rendelkezésre álló megküzdési erőforrások (pl. aktív coping stratégiák, társas támogatás, szakmai segítség) meghatározó szerepet játszanak a stressz következményeinek alakulásában (Lazarus & Folkman, 1984). A bentlakásos intézményi környezetben azonban a személyzet támogatása nem kizárólag egyéni szinten értelmezhető, hanem szorosan összefügg a vezetési és szervezeti tényezőkkel is. A szakirodalom rámutat arra, hogy a személyközpontú vezetés

implementációja számos szervezeti kihívással járhat, amelyek a mindennapi működés során a védő erőforrások gyengüléséhez vezethetnek (Backman et al., 2021; Sjogren et al., 2017). A nemzetközi kutatások gyakran a kiégést izoláltan, vagy egyetlen stresszortípus mentén vizsgálják (pl. általános megterhelés, szervezeti tényezők vagy tüneti terhelés). Ugyanakkor a demenciával élő személyek bentlakásos ellátásában dolgozók körében végzett szisztematikus áttekintések azt mutatják, hogy a kiégés komplex, többtényezős jelenségként értelmezhető, amelyben a munkaterhelés, a BPSD-vel összefüggő kihívások, a szervezeti környezet, a támogatási struktúrák és az egyéni tényezők együttesen játszanak szerepet (Costello et al., 2019). Ennek megfelelően kiemelt jelentőséggel bírnak azok a vizsgálatok, amelyek egyazon mintán belül integrált módon mérik (i) a gondozási nehézségek többdimenziós szerkezetét, (ii) a demenciaspecifikus tüneti terhelést, (iii) a munkaterhelés, gyakoriság és regeneráció jellemzőit, valamint (iv) a potenciálisan módosítható tényezőket, mint például a megküzdési stratégiákat és a tanulási lehetőségeket.

A fejezet célja a gondozási nehézségek és a demenciára jellemző tüneti terhelés mintázatainak feltárása, valamint ezek kapcsolatának vizsgálata a kiégés súlyosságával egy nagy elemszámú mintán, amely Magyarországon (Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében) demenciával élő személyeket ellátó bentlakásos intézményekben dolgozó ápolókat és gondozókat foglal magában. A különböző kapacitású intézmények bevonása lehetővé tette az egyéni és intézményi szintű heterogenitás együttes elemzését.

A kutatás elsődleges célkitűzése a kiégés súlyosságának (négyfokozatú ordinális kimenet, 0–3) vizsgálata volt a JD-R modell keretében, valamint az egyéni és intézményi szintű meghatározó tényezők azonosítása. A munkakövetelményeket többdimenziós, gondozással összefüggő terhelésként operacionalizáltuk, amely tartós fizikai, kognitív és érzelmi erőfeszítést igényel a demenciával élő személyek mindennapi ellátása során. Ezek közé tartoztak a szervezeti és kompetenciával kapcsolatos gondozási nehézségek, a betegekhez köthető tüneti terhelés, valamint a szubjektív munkaterhelési jellemzők. Az egyéni erőforrásokat a megküzdési stratégiák és a kiégéssel kapcsolatos előzetes ismeretek reprezentálták, míg a szervezeti változók a strukturális kontextust tükrözték.

A JD-R modell alapján megfogalmazott hipotézis szerint a magasabb munkakövetelmények a kiégés nagyobb súlyosságával járnak együtt, míg az erőforrások

védő hatást fejtenek ki. E hipotézisek empirikus vizsgálata érdekében a dolgozat első lépésben feltárta az ápolási nehézségek dimenziós szerkezetét, majd ordinális regressziós modellek és az intézményi klaszterezést figyelembe vevő többszintű elemzések alkalmazásával elemezte a követelmény- és erőforrásváltozók önálló és együttes hatását a kiégés súlyosságára.

Az egyéni és intézményi szintű megközelítések integrálásával a vizsgálat célja empirikusan megalapozott betekintést nyújtani a demenciával élő személyek bentlakásos ellátásában azonosítható, potenciálisan módosítható kockázati és védő tényezőkbe.

A kérdőív kérdéskörei és a kérdéskörökhöz tartozó hipotézisek.

A bemutatott kutatás célja az egyéni és szervezeti munkakörülmények, valamint a dolgozói kiégés szerepének elemzése a demenciával élő személyek ellátásában.

Hipotézisek:

B1) A magasabb munkaterhelés szignifikánsan magasabb kiégési szinttel jár együtt a bentlakásos demenciaellátásban dolgozók körében.

B2) A demenciával élő személyek agresszív és pszichológiai viselkedési tüneteinek gyakori előfordulása növeli a dolgozók érzelmi kimerülésének mértékét.

B3) Az intézményi és vezetői támogatás magasabb szintje alacsonyabb kiégési szinttel társul.

B4) A támogató munkahelyi közösség és a hatékony csapatmunka védőfaktorként csökkenti a kiégés kialakulásának valószínűségét.

B5) A kiégésmegelőző és stresszkezelő továbbképzéseken való részvétel, illetve ezekkel kapcsolatos tájékozottság közvetett módon összefügg a dolgozók körében a kiégés alacsonyabb előfordulásával.

B6) A hosszabb szakmai tapasztalattal rendelkező dolgozók körében magasabb a kiégés mértéke.

B7) A személyzethiány növeli a dolgozók pszichés túlterhelését és kiégési kockázatát.

B8) A rendszeres szakmai konzultáció és szupervízió csökkenti a dolgozók érzelmi kimerülését.

3 MÓDSZEREK

3.1 Az „A” vizsgálat felépítése és adatforrások

A jelen vizsgálat keresztmetszeti vizsgálaton alapul, amely az **Európai Egészségügyi, Öregedési és Nyugdíjazási Felmérés (SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)** 9. hullámának adatait használja A SHARE egy nemzetközileg harmonizált, népességalapú felmérés, amely összehasonlítható adatokat biztosít az 50 év feletti népesség egészségi állapotáról, kognitív működéséről, valamint társadalmi és gazdasági jellemzőiről. A 9. hullám 2021-2022 között zajlott, egységesített interjúprotokoll és standardizált adatfeldolgozási eljárások alkalmazásával.

Az elemzés fókuszában a **visegrádi országok** (Csehország, Lengyelország, Magyarország és Szlovákia) almintája állt, amely megfelelő elemszámot és összehasonlítható társadalmi-intézményi kontextust biztosít a populációszintű elemzésekhez.

3.1.1 A vizsgált populáció

A SHARE Wave 9 adatállománya **69 447 válaszadót** tartalmaz. Ezen belül a V4-országok teljes almintája **11 030 főből** állt. A vizsgálatot az 50 éves és annál idősebb válaszadókra korlátoztuk. Az életkori szűrés és a hiányzó életkori adatok kizárása után a végső elemzett minta **n = 10 950 fő** lett.

Az 50 év feletti populáció országok szerinti megoszlása a következőképpen alakult: Lengyelország 43,8%, Csehország 30,0%, Magyarország 16,6% és Szlovákia 9,6%. Az életkor szerinti korlátozás nem torzította az országok közötti arányokat, így az összehasonlítások stabil alapon értelmezhetők.

3.1.2 Időbeli orientáció

Az időbeli orientációt a SHARE kognitív modul négy standard orientációs tételével mértük:

1. A hónap napja („Hányadik napja van a hónapnak?”)
2. A hónap száma („Hányadik hónap van?”)

3. A jelenlegi év („Hányadik év van?”)
4. A hét napja („Meg tudná mondani, hogy hányadik napja van a hétnek?”).

A helyes válaszok összegzésével létrehoztuk a teljes orientációs pontszámot (**ORIENT**), amely 0 és 4 közötti értéket vehet fel; a magasabb pontszám jobb teljesítményt jelöl. A pontszám eloszlásának plafonhatása miatt további **bináris változót (ORIENT_BIN)** hoztunk létre, amely a maximális teljesítményt (4 pont) összehasonlította az ettől eltérő teljesítménnyel (<4 pont). Ez az átalakítás biztosította a modellezés robusztusságát és a népességszintű eredmények értelmezhetőségét.

Az elemzésekhez mind a négy orientációs tételt külön bináris kimenetként is vizsgáltuk (helyes vs. helytelen válasz).

3.1.3 Az időbeli orientáció szerepe a vizsgálatában

Az öregedéshez társuló kognitív változások összetett és heterogén folyamatot alkotnak, amely az egyes kognitív funkciókat eltérő mértékben érinti. Az egészséges öregedés során leggyakrabban a feldolgozási sebesség, az epizodikus memória, a munkamemória és bizonyos végrehajtó funkciók fokozatos csökkenése figyelhető meg, míg más képességek - például a szemantikus memória vagy a kristályos intelligencia - hosszabb ideig viszonylag stabilak maradhatnak (Harada et al., 2013; Salthouse, 2019). A kognitív öregedés azonban nem tekinthető egységes vagy kizárólag életkor által meghatározott folyamatnak. Az elmúlt évek kutatásai egyre inkább arra hívják fel a figyelmet, hogy az egyéni életút során felhalmozott kognitív tartalék, az iskolázottság, a fizikai aktivitás, az egészségi állapot, valamint a társas és életmódbeli tényezők jelentősen befolyásolják az időskori kognitív működés alakulását. A **Scaffolding Theory of Aging and Cognition - Revised (STAC-r)** modell szerint az öregedő agy funkcionális alkalmazkodóképessége és kompenzációs mechanizmusai meghatározó szerepet játszanak abban, hogy az egyének milyen mértékben képesek fenntartani kognitív teljesítményüket az életkor előrehaladtával (Oosterhuis et al., 2023).

A korszerű idegtudományi kutatások szintén azt hangsúlyozzák, hogy az agyi öregedés jelentős interindividuális variabilitást mutat. Az életkor önmagában nem magyarázza teljes mértékben a kognitív teljesítmény különbségeit, mivel az agyi funkcionális hálózatok szerveződése, azok kompenzációs képessége és az egyéni öregedési mintázatok

jelentős eltéréseket mutathatnak. Ennek megfelelően napjaink kutatásai egyre inkább az individualizált megközelítések alkalmazását szorgalmazzák, amelyek lehetővé teszik a kognitív öregedés eltérő pályáinak pontosabb megértését (Perez et al., 2025). A kognitív működés egyik alapvető komponense az orientáció, amely magában foglalja az időbeli, térbeli és személyi orientáció képességét. Az időbeli orientáció a jelen időpont megfelelő azonosítását (például az év, a hónap, a nap vagy a dátum helyes megadását) jelenti, amely több kognitív rendszer összehangolt működését igényli. Éppen ezért az orientáció vizsgálata hosszú ideje a globális kognitív állapot felmérésére szolgáló neuropszichológiai tesztek, mint például a Mini-Mental State Examination (MMSE) egyik alapvető eleme.

Fontos ugyanakkor hangsúlyozni, hogy a jelenlegi szakirodalom alapján **az időbeli orientáció zavara nem tekinthető az egészséges öregedés fiziológiás velejárójának**. Bár az időskor előrehaladtával számos kognitív funkcióban mérhető változások következnek be, az orientáció megtartása egészséges idősekben általában fennmarad. Az orientációs hibák megjelenése sokkal inkább neurokognitív betegségek - különösen enyhe kognitív zavar és demencia - esetén válik gyakoribbá, amikor a memória, a figyelem és más magasabb rendű kognitív funkciók károsodása már klinikailag is kimutatható (Harada et al., 2013; Livingston et al., 2020; Oosterhuis et al., 2023; Perez et al., 2025). Longitudinális adatok ugyanakkor arra utalnak, hogy az időbeli orientációs hibák prognosztikai jelentőséggel bírhatnak: a Three-City Study-ban az időorientációs hibák a későbbi demencia emelkedett kockázatával társultak (Dumurgier et al., 2016).

Ennek megfelelően a jelen kutatás nem abból a feltételezésből indul ki, hogy az életkor önmagában az időbeli orientáció romlását eredményezi. A SHARE-vizsgálatban alkalmazott időbeli orientációs feladatot **nem a fiziológiás öregedés markerének**, hanem a **globális kognitív működés egyik standardizált indikátorának** tekintjük. Az orientációs teljesítmény önmagában nem alkalmas neurokognitív zavar diagnosztizálására, ugyanakkor populációs szintű vizsgálatokban érzékenyen jelezheti a kognitív működésben megfigyelhető különbségeket, különösen akkor, ha más demográfiai, egészségi és szociális változókkal együtt kerül elemzésre.

A jelen értekezésben ezért az időbeli orientáció nem a **kognitív sérülékenység** közvetlen indikátoraként jelenik meg. A kognitív sérülékenység olyan komplex, multifaktoriális állapot, amely a későbbi kognitív hanyatlás fokozott kockázatára utal, míg az időbeli orientáció egy adott időpontban mérhető kognitív teljesítménymutató. A kutatás célja nem a kognitív sérülékenység diagnosztizálása, hanem annak feltárása, hogy a populációban mért orientációs teljesítmény milyen kapcsolatban áll az életkorral, a nemmel, az iskolai végzettséggel és az európai országok közötti különbségekkel. E megközelítés összhangban áll a SHARE adatbázis célkitűzésével, amely standardizált kognitív mérőeszközök alkalmazásával teszi lehetővé a kognitív működés társadalmi és demográfiai meghatározóinak vizsgálatát.

3.1.4 Szociodemográfiai változók

A következő háttérváltozókat vettük figyelembe:

- **Életkor:** folytonos változóként (év, 2022-re vetített adatok)
- **Nem:** nő (referencia) vs. férfi
- **Oktatási szint:** ISCED-97 osztályozás szerint, ordinális trendváltozóként kezelve
- **Ország:** Csehország, Lengyelország, Magyarország és Szlovákia (referencia: Szlovákia a regressziós modellekben)

3.1.5 Statisztikai elemzés

Először **leíró statisztikákat** készítettünk a minta demográfiai összetételéről és az orientációs mutatók eloszlásáról. Az országok közötti különbségeket **chi-négyzet próbákkal** (kategóriaváltozók) és **varianciaelemzéssel** (folytonos változók) vizsgáltuk; a variancia homogenitás megsértése esetén robusztus eljárásokat alkalmaztunk.

A **ORIENT (0–4) pontszámot** ordinális logisztikus regresszióval (proportional odds model, logit link) elemeztük. A plafonhatás és a ritka kategóriakombinációk miatt a párhuzamos meredekség feltételét formálisan teszteltük, az eredményeket pedig ennek figyelembevételével értelmeztük.

A főbb következtetések megerősítésére **bináris logisztikus regressziót** illesztettünk az **ORIENT_BIN** kimenethez (4 vs. <4), kontrollálva az életkort, az oktatást, a nemet és az országot. A modell illeszkedését **valószínűségi arány tesztekkel**, **pszeudo-R^2 mutatókkal** és további illeszkedési statisztikákkal értékeltük.

Az orientációs komponensek eltérő érzékenységét külön **bináris logisztikus regressziókkal** vizsgáltuk mind a négy tételre. A többszörös tesztelési hibát **Holm-korrekcióval** kontrolláltuk. A bináris mester modell diszkriminációs képességét **ROC-analízissel** jellemeztük; az AUC értékeket populációs szintű diszkriminációs mutatóként értelmeztük, nem pedig egyéni predikciós célokra.

Minden elemzéshez az **IBM SPSS Statistics v24.0** szoftvert használtuk, és a szignifikanciaszintet minden esetben **0,05**-re állítottuk, szükség szerint korrigált p-értékek alkalmazásával.

3.2 A „B” vizsgálat módszerei

3.2.1 Az adatgyűjtés folyamata

Az adatgyűjtés első szakaszában személyesen végeztem el a kérdőív előtesztelését két bentlakásos szociális intézményben, az intézményvezetők közreműködésével és jelenlétében. A papíralapú pilot vizsgálatban 2024. április 1. és 2024. április 30. között szociális ápolók és gondozók vettek részt (N = 42), a kitöltés során azt vizsgáltam, hogyan értelmezik a kérdéseket, illetve szükségük van-e segítségre a kérdések megválaszolásához. Mivel a résztvevők önállóan, segítség nélkül töltötték ki a kérdőívet, megállapítható volt, hogy a kérdések egyértelműek és jól érthetők, visszajelzéseik alapján csupán kisebb pontosításokra volt szükség, amelyek hozzájárultak a mérőeszköz véglegesítéséhez és a későbbi adatfelvétel megvalósításához.

A pilot szakaszt követően a fő adatfelvétel 2024. június 1. és 2024. július 31. között zajlott. A résztvevők részletes tájékoztatást kaptak a kutatás céljáról és az adatok felhasználásának módjáról. A részvétel önkéntes alapon történt, minden résztvevő írásos beleegyezését adta, és a kutatás teljes időtartama alatt biztosított volt az anonimitás. A vizsgálat a Helsinki Nyilatkozat előírásainak megfelelően zajlott. A kutatási protokollt a Belügyminisztérium Etikai Bizottsága hagyta jóvá (jóváhagyási szám: BM/8455-3/2024).

A kutatás előkészítése során összesen 97, Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében működő bentlakásos szociális intézmény vezetőjével vették fel a kapcsolatot. A megkeresett intézmények közül 78 küldött vissza szándéknyilatkozatot, és végül 77 intézményben valósult meg az adatfelvétel. Egy intézmény a vizsgálat során

bekövetkezett vezetőváltás miatt visszalépett a részvételtől. Az adatgyűjtés lebonyolításának koordinálására minden részt vevő intézményben kijelöltek egy kapcsolattartó személyt.

Az adatfelvétel kezdetén a kérdőív online elérhetőségét közvetlenül az intézményi kapcsolattartók számára küldtük meg. A kapcsolattartók szervezték a kérdőív kitöltését az intézmények dolgozói körében. A kitöltés önkéntes és anonim módon történt, az adatok központi adatbázisba kerültek rögzítésre. A vizsgálat célcsoportját olyan ápolók és gondozók alkották, akik demenciával élő személyeket ellátó bentlakásos intézményekben dolgoztak.

A kérdőív kitöltését megelőzően a résztvevők írásos tájékoztatót és beleegyező nyilatkozatmintát kaptak. A kitöltést követően a beleegyező nyilatkozat egy példánya a résztvevőnél maradt, míg egy másik példányt a kutatócsoport kijelölt tagjához juttattak el. A beleegyező nyilatkozat nem tartalmazott a kérdőívhez köthető azonosítót, így a válaszokkal nem volt összekapcsolható, biztosítva ezzel a teljes anonimitást.

A mintavételi eljárás jellegéből adódóan a minta nem tekinthető véletlenszerűnek. A felmérés célja ugyanakkor az volt, hogy elérje a megye teljes, releváns szakemberállományát. Összesen n = 1428 fő töltötte ki a kérdőívet. A bevont 77 intézményben a szakemberek névleges létszáma 1454 fő volt, ami 98,21%-os válaszadási aránynak felel meg.

A kérdőív a válaszadók közvetlen gondozási tevékenységére is rákérdezett. Összesen 122 fő nem adott választ erre a kérdésre, így esetükben a közvetlen gondozásban való részvétel nem volt megállapítható, további 52 fő pedig jelezte, hogy nem vesz részt közvetlen gondozási feladatokban. E két csoportot kizártuk a további elemzésekből. A kizárási kritériumok alkalmazását követően a végső elemzési minta elemszáma 1 254 fő volt.

3.2.2 Mérőeszközök és változók

A vizsgálat során alkalmazott kérdőív összeállítása átfogó irodalomáttekintést követően történt. A korábbi, demenciával élő személyek gondozására irányuló felmérések tematikáját adaptáltuk, ugyanakkor a mérőeszközt a hazai sajátosságokhoz, így különösen az oktatási struktúrához, az intézményi jellemzőkhöz és a gondozási gyakorlatokhoz igazítottuk.

A saját fejlesztésű, 30 tételből álló kérdőív első blokkja szociodemográfiai és munkakörnyezeti jellemzőket rögzített (nem, életkor, legmagasabb szakmai végzettség, demenciával kapcsolatos képesítések, szakmai tapasztalat, intézményi elhelyezkedés és férőhelyszám). Ezt követően a kutatási hipotézisekhez illeszkedő állítások szerepeltek, amelyeket túlnyomórészt 1–5 fokozatú Likert-skálán értékeltek, illetve bináris vagy többválasztós kérdések formájában mértek. A kérdőív a demenciával kapcsolatos ismereteket, attitűdöket, gondozási feltételeket és egyéni jellemzőket vizsgálta. Több kérdés esetében nyitott válaszadásra is lehetőség volt, a kitöltést rövid útmutató segítette.

A kérdőív kialakítása során kiemelt szempont volt, hogy az tükrözze a magyarországi bentlakásos szociális ellátás keretében megvalósuló demenciagondozás gyakorlati realitásait. A rendelkezésre álló standardizált mérőeszközök áttekintése után megállapítható volt, hogy azok nem minden esetben képesek adekvátan megragadni a demenciaspecifikus gondozási kihívásokat és az intézményi kontextust, ezért kontextus-specifikus tételek kerültek kialakításra. Ez elősegítette az eszköz gyakorlati érthetőségét a közvetlen ellátásban dolgozók számára, valamint lehetővé tette a gondozási folyamatok és a kiégés közötti közvetlenebb összefüggések vizsgálatát. A kérdőívet két intézményben (N = 42) pilot vizsgálat keretében teszteltük, majd a fő mintán belül értékeltük a többtételes skálák belső konzisztenciáját.

Szociodemográfiai és munkakörnyezeti változók. A nemet bináris kategóriában (nő/férfi) rögzítettük. Az életkort öt kategóriában mértük (21–30; 31–40; 41–50; 51–60; 61–70 év). A legmagasabb végzettséget többválasztós kérdés formájában gyűjtöttük (több válasz megjelölése is lehetséges volt), amelyet elsősorban leíró célokra használtunk. A szakmai tapasztalatot kategorizált változóként rögzítettük (<1; 1–5; 6–10; 11–20; 21–30; 31–40; >40 év), majd az elemzések során a 31–40 és >40 éves kategóriákat összevontuk („31+ év”). Az intézmény elhelyezkedését város/község/falu kategóriákban rögzítettük, amelyeket az elemzések során város vs. vidék (község vagy falu) dichotómiává alakítottunk. Az intézményi kapacitást négy kategóriában mértük (1–25; 26–50; 51–100; ≥100 férőhely).

Gondozási nehézségek. A gondozási nehézségeket 13 tételből álló skálával mértük, 5 fokozatú Likert-skálán (1 = legkisebb nehézség; 5 = legnagyobb nehézség). A tételek célja egy többdimenziós struktúra feltárása volt, amelyet a későbbi elemzések során

komponens pontszámok (F1, F2, F3) formájában operacionalizáltunk. Koncepcionálisan ezek a tételek a JD-R modell munkakövetelmény komponenséhez illeszkedve ragadták meg a szervezeti, feladatszintű és egyéni terheléseket.

Demenciaspecifikus tüneti terhelés. A demenciával összefüggő tünetek észlelt terhelését 12 tétellel mértük, szintén 5 fokozatú Likert-skálán (1 = legalacsonyabb; 5 = legmagasabb terhelés). A tételeket egyetlen, regresszióalapú komponens pontszámmá (F4) aggregáltuk, amelyet a további elemzésekben használtunk.

Munkaterhelés, nehézségek gyakorisága és regeneráció. Az észlelt munkaterhelést három dimenzió mentén (fizikai, mentális, pszichológiai) mértük, 5 fokozatú skálán. A három tétel közötti erős pozitív korreláció miatt egy összetett munkaterhelési indexet képeztünk a tételek számtani átlagaként, ahol a magasabb értékek nagyobb általános terhelést jeleztek. A gondozási nehézségek előfordulási gyakoriságát ordinális változóként rögzítettük (ritkán; hetente 1–2 alkalommal; minden nap; nem tapasztal nehézségeket), majd úgy kódoltuk, hogy a magasabb értékek a gyakoribb előfordulást tükrözzék. A regenerációs lehetőségeket (pihenés) szintén ordinális változóként mértük (naponta; hetente 1–2 alkalommal; havonta néhányszor; nincs lehetőség), ahol az elemzések során a magasabb értékek ritkább pihenést jelentettek.

Megküzdési stratégiák és tipológia. A megküzdési stratégiákat többválasztós kérdéssel mértük, amely különböző viselkedési és támogatáskeresési formákat tartalmazott. Az elemzéshez a válaszokat három kategóriába soroltuk: (1) aktív megküzdés (legalább egy adaptív stratégia, például sport, hobbi, társas támogatás vagy szakmai segítség igénybevétele), (2) nincs lehetőség („nincs lehetőség; túl elfoglalt”), (3) nincs szükség („nem tartja szükségesnek”). Fontos módszertani szempont, hogy a „nincs lehetőség” kategóriát nem a megküzdési képességek hiányaként, hanem az erőforrásokhoz való hozzáférés korlátozottságának indikátoraként értelmeztük, összhangban a JD-R modell erőforrásdimenziójával.

Kiégéssel kapcsolatos változók és a kimeneti változó. A kiégéssel kapcsolatos ismereteket és az észlelt jeleket többválasztós kérdéssel mértük. A „kiégéssel kapcsolatos tanulás” változót bináris indikátorként képeztük („igen, tanultam/olvastam róla”: 1 = igen, 0 = nem). A fő kimeneti változó, a kiégés súlyossága, négyfokozatú ordinális változóként került operacionalizálásra (0–3): 0 = nincs jel; 1 = enyhe jelek (kollégák

esetében megfigyelt); 2 = saját magán észlelt jelek; 3 = saját magán észlelt jelek, valamint karrierváltással vagy kilépéssel kapcsolatos gondolatok. Az összetett kimeneti változót a válaszadó által megjelölt legmagasabb szint alapján határoztuk meg.

3.2.3 Statisztikai elemzés

Az adatállomány előkészítése során a rekordokat egyedi azonosítóval különítettük el; az ismétlődéseket és a nyilvánvaló technikai hibákat eltávolítottuk. Az adatfeldolgozás az IBM SPSS Statistics 23.0 és az R 4.1.1 szoftverek alkalmazásával történt (használt csomagok: RcmdrMisc; MASS; dplyr; cat; brant; ggplot2; broom; VGAM; clubSandwich; ordinal; openxlsx).

A minta jellemzésére és a vizsgálati változók leírására leíró statisztikákat alkalmaztunk: kategorikus változók esetében gyakoriságokat és százalékos megoszlásokat, míg folytonos változóknál átlagokat és szórásokat, szükség esetén 95%-os konfidencia-intervallumokkal. A kategorikus változók közötti különbségeket Pearson-féle khi-négyzet próbával vizsgáltuk, alacsony várható cellaszámok esetén Fisher-féle egzakt próbát alkalmazva; az effektusméretet Cramer-féle V mutatóval fejeztük ki.

A többtételes skálák belső konzisztenciáját Cronbach-alfa segítségével értékeltük. A dimenziócsökkentés feltételeinek vizsgálatára Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) mutatót és Bartlett-féle sfericitási tesztet használtunk. A gondozási nehézségek 13 tételből álló skáláján főkomponens-elemzést (PCA) végeztünk Varimax-rotációval (Kaiser-normalizálással), majd a további elemzésekhez regresszióalapú komponens- (faktor-) pontszámokat számítottunk.

A komponens- és egyéb származtatott pontszámok csoportok közötti összehasonlítását az intézményi kapacitáskategóriák és a szakmai tapasztalati csoportok mentén egyirányú varianciaanalízissel (ANOVA) végeztük. A varianciák homogenitását Levene-próbával ellenőriztük; ennek sérülése esetén Welch-féle robusztus ANOVA-t és Tamhane-féle post hoc teszteket alkalmaztunk. A robusztusság ellenőrzésére nemparaméteres érzékenységi elemzésként Kruskal-Wallis-próbákat is végeztünk, szükség esetén Monte Carlo alapú p-értékek közlésével.

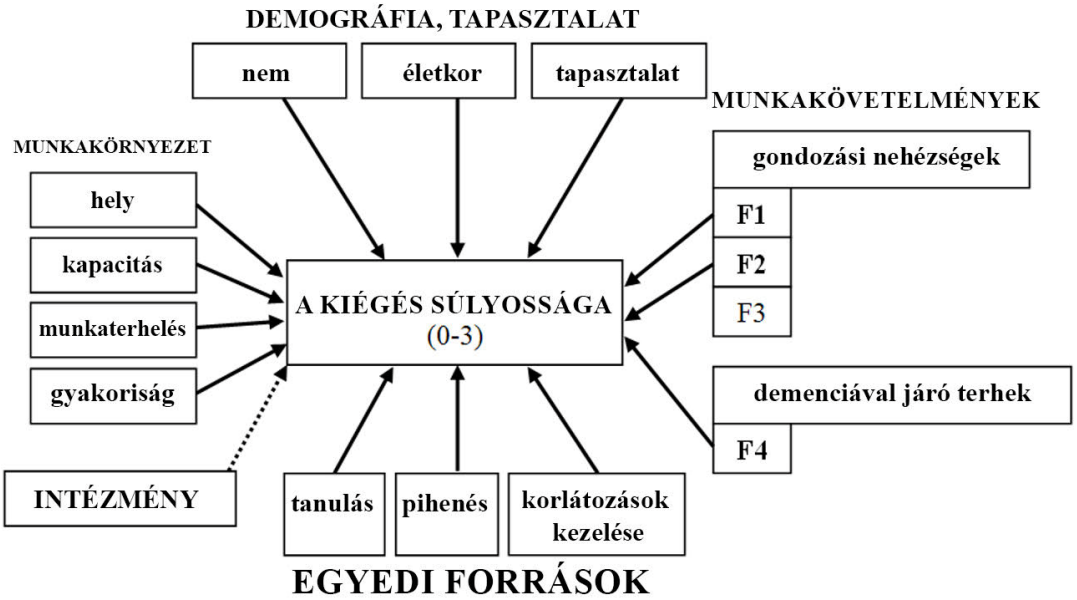
Tekintettel arra, hogy több változó ordinális skálájú volt és/vagy nem normális eloszlást mutatott, az észlelt fizikai, mentális és pszichológiai munkaterhelés, valamint a

nehézségek gyakorisága és a pihenési lehetőségek közötti összefüggéseket elsősorban Spearman-féle rangkorrelációval (ρ) vizsgáltuk.

A kiégés súlyosságának (ordinális kimenet, 0–3) meghatározó tényezőit arányos esélyek modelljén alapuló ordinális logisztikus regresszióval (proportional odds logistic regression, POLR) elemeztük. A modellbe bevontuk a faktoranalízisből származó regresszióalapú komponenspontszámokat (F1, F2, F4), az intézményi kapacitást, az észlelt munkaterhelést, a nehézségek gyakoriságát (frequency), a pihenési lehetőségeket (relax; ahol a magasabb értékek ritkább pihenést jelentenek), a kiégéssel kapcsolatos tanulást (learn), az életkori csoportot, a nemet, a szakmai tapasztalatot (kategorikus változóként), a településtípust, valamint a megküzdési kategóriát (referenciakategória: aktív megküzdés). A hiányzó adatokkal rendelkező eseteket listwise módon kizártuk, így a végső elemzési minta N = 1207 volt.

Az eredményeket esélyhányadosként (OR = exp[b]) közöltük, 95%-os konfidencia-intervallumokkal, profilvalószínűségen alapuló becsléssel. A modell globális illeszkedését reziduális deviancia és Akaike-információs kritérium (AIC) segítségével értékeltük. A multikollinearitás vizsgálatára a generalizált variancia inflációs faktor GVIF^(1/(2·Df)) mutatóját használtuk; a 2 alatti értékeket a multikollinearitás hiányának tekintettük. A proporcionális esélyek feltételének teljesülését Brant-teszttel ellenőriztük.

A válaszadók intézményi beágyazottságára tekintettel másodlagos elemzésként többszintű kumulatív kapcsolati vegyes modellt (cumulative link mixed model, CLMM) illesztettünk, intézményenként véletlenszerű metszésponttal. Ez lehetővé tette az azonos intézményen belüli megfigyelések közötti függőség kezelését. A modell konceptuális felépítését és a vizsgált változók közötti kapcsolatokat a 3. ábra szemlélteti.



2. ábra A vizsgált kiégés súlyosságának kumulatív kapcsolású vegyes modellje

Megjegyzések: A 3. ábra a dolgozat többszintű koncepcionális keretrendszerét szemlélteti. Az egyéni szintű munkakövetelmények között szerepeltek a gondozási nehézségek komponensei (F1, F2), a demenciára jellemző tünetek terhe (F4), az érzékelt munkaterhelés (összetett index) és a nehézségek gyakorisága. Az egyéni szintű erőforrások között szerepelt a megküzdési tipológia, a kiégéssel kapcsolatos tanulás és a pihenési lehetőségek. A kiégés súlyosságát (0–3-as ordinális kimenet) határozták meg függő változóként. Az intézményi klaszterezést véletlenszerű metszésponttal modellezték, hogy figyelembe vegyék a létesítmények közötti varianciát.

A véletlen metszéspont varianciájából számítottuk az intraklassz korrelációs együtthatót (ICC), az ordinális modellek rejtett változós megközelítését alkalmazva. Az egyszintű és a többszintű modellek illeszkedését az AIC értékek összehasonlításával értékeltük.

Bár az adatgyűjtés 78 intézményben történt, több intézmény több telephelyet működtetett, ezért a klaszterezési változó (institution_id) a szervezeti egység szintjén került meghatározásra. Ennek eredményeként a többszintű elemzésben a válaszokat összesen 77 szervezeti egységbe soroltuk.

Minden statisztikai próbát kétoldali tesztként alkalmaztunk, és a statisztikai szignifikancia szintjét 0,05-ben határoztuk meg.

4 EREDMÉNYEK

4.1 „A” vizsgálat eredményei

4.1.1 Minta mérete és országok szerinti megoszlás

A **SHARE Wave 9** adatbázis 28 részt vevő országra (EU-tagállamok és Izrael) kiterjedt, összesen **69 447 válaszadóval** rendelkezett (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, 2021). A jelen vizsgálat fókuszában a **Visegrádi Négyek** (Lengyelország, Csehország, Magyarország és Szlovákia) álltak, amelyek a teljes mintán belül jól elkülönülő és jelentős alcsoportot képviselnek.

A V4-országok résztvevőinek száma és a teljes SHARE-mintán belüli aránya a következőképpen alakult: Lengyelország n = 4 828 (7,0%), Csehország n = 3 319 (4,8%), Magyarország n = 1 828 (2,6%) és Szlovákia n = 1 055 (1,5%), együttesen a teljes SHARE Wave 9 mintának körülbelül 16 százalékát képezve. Ez a mintaméret statisztikailag megfelelő alapot biztosított az időbeli orientáció és annak meghatározó tényezőinek vizsgálatához összehasonlítható társadalmi és intézményi kontextusban.

Az elemzés az **50 éves és idősebb válaszadókra** korlátozódott. A V4-országok teljes, szűretlen almintája n = 11 030 volt, amelyből két hiányzó életkori adat miatt n = 11 028 értékelhető eset maradt. Az életkor szerinti szűrés (AGE ≥ 50) további 78 fő kizárásával a végleges elemzett minta **n = 10 950 fő** lett. Az 50 év feletti populáció országonkénti megoszlása a következő volt: Lengyelország n = 4 796 (43,8%), Csehország n = 3 289 (30,0%), Magyarország n = 1 813 (16,6%) és Szlovákia n = 1 052 (9,6%). Az életkori korlátozás nem torzította az országok közötti arányokat, így az összehasonlítások stabil alapon értelmezhetők.

4.1.2 Koreloszlás

A végleges V4-mintában az 50 év felettiek átlagos életkora **69,51 év** volt (SD = 8,94; medián = 69; min–max = 50–106), a 95%-os konfidencia intervallum **69,34–69,68 év**. Az életkor-eloszlás kissé jobbra torzult (skewness = 0,242), a kurtózis mérsékelten laposabb volt a normális eloszlásnál (kurtosis = −0,316).

5. táblázat: Átlag életkor és eloszlási jellemzők országonként (az országok a SHARE adatbázis szerint számozva)

Ország	Átlagéletkor (év)	Szórás (SD)	95% CI (év)	Medián (év)	Min–Max (év)
Csehország	71,73	8,72	71,43–72,03	72	50–99
Lengyelország	68,94	9,00	68,69–69,20	68	50–99
Magyarország	68,71	8,88	68,30–69,12	69	50–98
Szlovákia	66,52	7,91	66,04–67,00	66	50–106

A kvartilis tartomány mind a teljes mintában, mind az egyes országokban **12 év** volt, ami hasonló életkori variabilitást jelez a négy országban. Az eloszlás alakja országonként eltérő: Csehország enyhe balra eltolódást mutatott (skewness = −0,213), Lengyelország és Szlovákia kifejezettebb jobbra eltolódással (skewness = 0,491, illetve 0,602), Magyarországban pedig mérsékelt jobbra torzítás volt (skewness = 0,197).

Az országok közötti életkori különbségeket **egyszerű egyirányú varianciaanalízissel (ANOVA)** vizsgáltuk. A variancia homogenitásának feltétele nem teljesült (Levene-teszt: $F(3, 10946) = 8,997$, $p < 0,001$), ezért az átlagok összehasonlítását **robosztus Welch-féle ANOVA** segítségével is megerősítettük. A hagyományos ANOVA **szignifikáns különbséget** mutatott az országok között $F(3, 10946) = 122,194$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,032$, amit a Welch-teszt is megerősített $F(3, 3714,175) = 132,471$, $p < 0,001$.

Utólagos összehasonlításként a **Tamhane-tesztet** alkalmaztuk:

- Csehország átlagos életkora szignifikánsan magasabb volt, mint Lengyelországé (2,789 év, 95% CI [2,26; 3,32], $p < 0,001$), Magyarországé (3,018 év, 95% CI [2,34; 3,70], $p < 0,001$) és Szlovákiaé (5,214 év, 95% CI [4,46; 5,97], $p < 0,001$).
- Szlovákia átlagos életkora szignifikánsan alacsonyabb volt, mint Lengyelországban (−2,425 év, 95% CI [−3,15; −1,70], $p < 0,001$) és Magyarországon (−2,196 év, 95% CI [−3,04; −1,35], $p < 0,001$).
- Lengyelország és Magyarország között nem volt szignifikáns különbség (−0,229 év, 95% CI [−0,88; 0,42], $p = 0,925$). Részletesebben a 4. táblázatban.

4.1.3 Nemek szerinti megoszlás

A V4-mintában a nők aránya magasabb volt, mint a férfiaké (nők: n = 6368; 58,2%; férfiak: n = 4582; 41,8%). A nemek megoszlása országonként eltérő volt. A férfiak aránya

38,0% (n = 1250) volt Csehországban, 43,4% (n = 2080) Lengyelországban, 42,7% (n = 775) Magyarországon és 45,3% (n = 477) Szlovákiában (ezzel szemben a nők aránya 62,0%, 56,6%, 57,3% és 54,7% volt)

A **nem és ország** közötti kapcsolat szignifikáns volt (Pearson $\chi^2(3, N = 10\,950) = 30{,}398$, $p < 0{,}001$). A várható gyakoriságok megfeleltek a chi-négyzet próba kritériumainak, és egyetlen cellában sem volt a várható érték < 5. Az összefüggés erőssége kicsi volt, ami arra utal, hogy az országok közötti nemi összetétel különbségek statisztikailag kimutathatók, de gyakorlati szempontból mérsékelt mértékűek. Ahogy a táblázatban is látható (6. táblázat)

6. táblázat: Nemek szerinti megoszlás országonként
(az országok a SHARE adatbázis szerint számozva)

Nemek	Csehország 28	Lengyelország 29	Magyarország 32	Szlovákia 63	Összesen
Férfi	1,250	2,080	775	477	4582
	38.0%	43.4%	42.7%	45.3%	41.8%
Nő	2,039	2,716	1,038	575	6368
	62.0%	56.6%	57.3%	54.7%	58.2%
Összesen	3,289	4,796	1813	1052	10950
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

4.1.4 Iskolai végzettség (ISCED-97)

Az elemzett **V4-populáció iskolai végzettségét** az **ISCED-97** kategóriái szerint írtuk le (n = 10 908 érvényes eset; hiányzó adatok aránya 0,4%). A teljes mintában a leggyakoribb kategória az **ISCED-97 3. szintje** volt (**n = 6 503; 59,6%**), amelyet az **ISCED-97 2. szintje** (n = 1 817; 16,7%) és az **ISCED-97 5. szintje** (n = 1 459; 13,4%) követte. A legalacsonyabb arányokat az **ISCED-97 1. szint** (n = 592; 5,4%), az **ISCED-97 4. szint** (n = 430; 3,9%), a képesítés hiánya (n = 73; 0,7%) és az **ISCED-97 6. szint** (n = 34; 0,3%) képviselte.

Országonként jelentős különbségek figyelhetők meg az oktatási szintek eloszlásában:

- **Szlovákia** esetében az ISCED-97 3. szint dominált (**83,5%**), míg az ISCED-97 4. szint nem volt jelen (**0,0%**).
- **Magyarországon** az ISCED-97 4. szint aránya magasabb volt (**7,2%**).

- **Lengyelországban** az alacsonyabb oktatási szintek aránya (ISCED-97 0–1) kiemelkedett (**0: 1,2%; 1: 7,7%**), összehasonlítva a többi országgal (7. táblázat).

A **Pearson-féle chi-négyzet próba** kimutatta, hogy az oktatási kategóriák eloszlása szignifikánsan függ az országtól ($\chi^2(18, N = 10\ 908) = 632{,}134$, $p < 0{,}001$). Az összefüggés erőssége **kis-közepes** volt (Cramer-féle $V = 0{,}139$, $p < 0{,}001$).

A statisztikai feltételek ellenőrzése során megállapítottuk, hogy egy cellában a várható gyakoriság 5 alá esett (minimum = 3,28). Emiatt a szignifikanciaszintet **Monte Carlo-becsléssel** is megerősítettük ($p < 0{,}001$), biztosítva a vizsgálat robusztusságát.

7. táblázat: Az Iskolai végzettség megoszlása országonként (országok számozása a SHARE adatbázis szerint)

ISCED-97	Csehország 28	Lengyelország 29	Magyarország 32	Szlovákia 63	Összesen
None	12	58	1	2	73
	0.4%	1.2%	0.1%	0.2%	0.7%
ISCED-97 1. szint	203	367	10	12	592
	6.2%	7.7%	0.6%	1.1%	5.4%
ISCED-97 2. szint	661	732	342	82	1,817
	20.2%	15.3%	18.9%	7.8%	16.7%
ISCED-97 3. szint	1,787	2,790	1,048	878	6,503
	54.7%	58.3%	57.9%	83.5%	59.6%
ISCED-97 4. szint	51	249	130	0	430
	1.6%	5.2%	7.2%	0.0%	3.9%
ISCED-97 5. szint	540	571	276	72	1,459
	16.5%	11.9%	15.2%	6.9%	13.4%
ISCED-97 6. szint	11	15	3	5	34
	0.3%	0.3%	0.2%	0.5%	0.3%
Összesen	3,265	4,782	1,810	1,051	10,908
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

4.1.5 Orientációs mutatók elemzése

Az orientációs mutatók elemzéséhez **n = 10 704 érvényes esetet** használtunk (hiányzó adatok: n = 246; 2,2%). Az **ORIENT** változó (0–4 pontskála) eloszlása erősen **felső kategória felé torzult**: a válaszadók túlnyomó többsége a maximális **4 pontot** érte el (**n = 9 770; 91,3%**). Az alacsonyabb értékek ritkák voltak: ORIENT = 3: n = 737 (6,9%), ORIENT = 2: n = 121 (1,1%), ORIENT = 1: n = 31 (0,3%), ORIENT = 0: n = 45 (0,4%).

A **bináris változó (ORIENT_BIN: 4 vs. <4)** alapján az elemzett populáció **91,3%-a a „4” kategóriába**, míg **8,7%-a a „<4” kategóriába** tartozott. Ez a kategorizálás segítette a modellezés robusztusságát és a populációs szintű értelmezést.

Országonként az ORIENT eloszlása szignifikánsan eltért:

- **Csehország:** 4 pont = 87,9%
- **Lengyelország:** 4 pont = 91,4%
- **Magyarország:** 4 pont = 94,7%
- **Szlovákia:** 4 pont = 95,3%

Az **ORIENT = 3** kategória aránya a **Cseh Köztársaságban** volt a legmagasabb (**10,3%**), míg **Szlovákiában** a legalacsonyabb (**3,5%**) (8. táblázat).

A **Pearson-féle chi-négyzet próba** szerint az országok és az ORIENT kategóriák közötti kapcsolat szignifikáns volt ($\chi^2(12, N = 10\ 704) = 114{,}108$, $p < 0{,}001$). Az ellenőrzés során két cella várható értéke 5 alá esett (minimum = 3,04), ezért a szignifikanciaszintet **Monte Carlo-becsléssel** is megerősítettük ($p < 0{,}001$). A kapcsolat erőssége **kicsi volt** (Cramer V = 0,060, $p < 0{,}001$), ami arra utal, hogy az országok közötti különbségek statisztikailag szignifikánsak, de gyakorlati jelentőségük mérsékelt.

8. táblázat: Az ORIENT (időbeli orientáció) változó országonkénti eloszlása (az országokat a SHARE adatbázis szerint számoztuk)

ORIENT	Csehország 28	Lengyelország 29	Magyarország 32	Szlovákia 63	Összesen
0	15	24	5	1	45
	0.5%	0.5%	0.3%	0.1%	0.4%
1	7	18	3	3	31
	0.2%	0.4%	0.2%	0.3%	0.3%
2	38	58	17	8	121
	1.2%	1.2%	1.0%	0.8%	1.1%
3	331	300	69	37	737
	10.3%	6.5%	3.9%	3.5%	6.9%
4	2,833	4,244	1,694	999	9,770
	87.9%	91.4%	94.7%	95.3%	91.3%
Összesen	3,224	4,644	1,788	1,048	10,704
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

4.1.6 ORIENT_BIN változó országonkénti elemzése

Az **ORIENT_BIN** változó (4 pont vs. <4 pont) elemzése során a maximális orientáció (ORIENT = 4) aránya országonként jelentős eltéréseket mutatott. A „<4” kategória

aránya **Csehországban 12,1% (n = 391)**, **Lengyelországban 8,6% (n = 400)**, **Magyarországon 5,3% (n = 94)** és **Szlovákiában 4,7% (n = 49)** volt. Ennek megfelelően a maximális orientáció aránya az egyes országokban a következőképpen alakult: **Csehország 87,9%**, **Lengyelország 91,4%**, **Magyarország 94,7%**, **Szlovákia 95,3%** (9. táblázat).

A **Pearson-féle chi-négyzet próba** eredménye alapján az **ORIENT_BIN eloszlása és az országok közötti kapcsolat szignifikáns** volt ($\chi^2(3, N = 10\,704) = 95{,}519$, $p < 0{,}001$). A várható gyakoriságok minden cellában ≥ 5 voltak (minimum = 91,45), így a próba feltételei teljesültek. A Monte Carlo-becslés további megerősítést nyújtott ($p < 0{,}001$).

A kapcsolat erőssége **kicsi volt** (Cramer V = 0,094, $p < 0{,}001$), ami azt jelzi, hogy bár az országok közötti különbségek statisztikailag szignifikánsak, a gyakorlati jelentőségük mérsékelt.

9. táblázat: Az ORIENT_BIN (időbeli orientációs bináris) változó országonkénti eloszlása (országok számozása a SHARE adatbázis szerint)

ORIENT_BIN	Csehország 28	Lengyelország 29	Magyarország 32	Szlovákia 63	Összesen
0 (0-1-2-3)	391	400	94	49	934
	12.1%	8.6%	5.3%	4.7%	8.7%
1 (4)	2,833	4,244	1,694	999	9,770
	87.9%	91.4%	94.7%	95.3%	91.3%
Összesen	3,224	4,644	1,788	1,048	10,704
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

4.1.7 Az ORIENT változó ordinális regressziós modellje

Az ORIENT (0–4) kimeneti változót ordinális logisztikus regressziós modell (PLUM, logit link) alkalmazásával elemeztük az érvényes megfigyelések körében (N = 10 665; hiányzó esetek száma: n = 285). A modell magyarázó változóiként az életkor (folytonos változóként), az iskolai végzettség (ISCED-97 szerinti besorolás, numerikus formában), az ország (referenciakategória: Szlovákia), valamint a nem (referenciakategória: nő) szerepeltek.

Az ORIENT eloszlása erősen a skála felső értékei felé koncentrálódott (ORIENT = 4: 91,3%), továbbá a prediktorok kombinációinak jelentős részében ritka vagy üres cellák fordultak elő (összesen 4373 cella, amelyek 71,0%-a nulla gyakoriságú volt). E sajátosságok következtében a paraméterbecslések és az illeszkedési mutatók értelmezése fokozott körültekintést igényel.

A teljes modell szignifikánsan jobb illeszkedést mutatott az intercept-only (csak konstans tagot tartalmazó) modellhez képest (LR $\chi^2(6) = 464{,}600$, $p < 0{,}001$). A pszeudo-R^2 mutatók alacsony, illetve közepes mértékű magyarázóerőt jeleztek (Cox–Snell $R^2 = 0{,}043$; Nagelkerke $R^2 = 0{,}083$; McFadden $R^2 = 0{,}061$).

4.1.8 ORIENT prediktorhatások (OR és 95% CI)

Az ORIENT kimeneti változó prediktorhatásait esélyhányadosok (OR) és 95%-os konfidenciaintervallumok (95% CI) formájában a 10. táblázat mutatja be.

Az életkor szignifikáns, negatív irányú összefüggést mutatott a magasabb ORIENT kategóriákba tartozás esélyével (OR = 0,94; 95% CI [0,93; 0,94]; $p < 0{,}001$), ami arra utal, hogy az életkor egységnyi növekedésével csökken a magasabb orientációs szintek elérésének valószínűsége. Másképpen fogalmazva, az idősebb válaszadók kisebb eséllyel sorolhatók a magasabb ORIENT kategóriákba.

Az iskolai végzettség (ISCED-97 szint) ezzel szemben szignifikáns, pozitív kapcsolatban állt a kimeneti változóval (OR = 1,30; 95% CI [1,22; 1,39]; $p < 0{,}001$), ami azt jelzi, hogy magasabb iskolai végzettség mellett nagyobb valószínűséggel figyelhető meg magasabb orientációs szint.

Az országok közötti különbségek vizsgálata során (referenciakategória: Szlovákia) megállapítható, hogy a magasabb ORIENT kategóriákba tartozás esélye szignifikánsan alacsonyabb volt Csehországban (OR = 0,49; 95% CI [0,36; 0,67]; $p < 0{,}001$) és Lengyelországban (OR = 0,62; 95% CI [0,46; 0,85]; $p = 0{,}003$). Magyarország esetében nem mutatkozott szignifikáns eltérés a referenciakategóriához képest (OR = 0,98; 95% CI [0,69; 1,40]; $p = 0{,}926$).

A nem hatását tekintve (referenciakategória: nő) a férfiak szignifikánsan alacsonyabb eséllyel tartoztak a magasabb ORIENT kategóriákba (OR = 0,77; 95% CI [0,67; 0,88]; $p < 0{,}001$).

10. táblázat: Az ORIENT változó paraméterbecslései – ordinális logisztikus regresszió

	Becslés OR	Szab-ványos hiba	Wald-próba statiszt ika	Szaba dságf ok	Szignif ikancia szint.	95% konfidencia-intervallum OR	
						Alsó határ	Felső határ

Kor	0.94	0.004	246.841	1	0.000	0.93	0.94
isced1997	1.30	0.034	57.949	1	0.000	1.22	1.39
[ország=28] CZ	0,49	0.158	20.192	1	0.000	0.36	0.67
[ország =29] PO	0.62	0.157	9.054	1	0.003	0.46	0.85
[ország =32] HU	0.98	0.182	0.009	1	0.926	0.69	1.40
[ország=63] SK	0	.	.	0	.	.	.
[nem=1]	0.77	0.072	13.599	1	0.000	0.67	0.88
[nem=2]	0	.	.	0	.	.	.

4.1.9 Az ORIENT_BIN változó ordinális regressziós modellje

Az elemzések alapján a proporcionális odds (párhuzamos meredekségek) feltétele nem teljesült (párhuzamos vonalak tesztje: $\chi^2(18) = 72{,}738$, $p < 0{,}001$), ami arra utal, hogy a prediktorváltozók hatása nem tekinthető állandónak az ORIENT kategóriák közötti küszöbértékek mentén. Figyelembe véve az ORIENT változó erősen torzult, plafonhatást mutató eloszlását, valamint a prediktorkombinációk jelentős részében megjelenő nulla gyakoriságokat, mind az arányossági feltétel sérülése, mind a modellparaméterek értelmezése fokozott körültekintést igényel. Ugyanakkor a főbb összefüggések a becslések irányát tekintve megbízhatóan értelmezhetők.

A fenti módszertani megfontolások miatt az elemzést egy bináris kimeneti változóra illesztett logisztikus regresszióval egészítettük ki (ORIENT_BIN: 4 vs. <4), amely robusztusabb és könnyebben interpretálható becsléseket biztosít a „maximális orientáció” meghatározó tényezőire vonatkozóan.

Az ORIENT_BIN (4 vs. <4) kimenetre illesztett logisztikus regressziós modell (PLUM, logit link) az előzőekben ismertetett mintán alapult (érvényes esetek: N = 10 665; hiányzó: n = 285). A kimeneti változó eloszlása erősen aszimmetrikus volt (ORIENT_BIN = 1 [=4]: 91,3%; ORIENT_BIN = 0 [<4]: 8,7%). A prediktorok kombinációinak 31,7%-ában nulla gyakoriság fordult elő (782 cella), ami ismételten indokolttá teszi a becslések és az illeszkedési mutatók óvatos értelmezését.

A modell illeszkedés vizsgálata alapján a teljes modell szignifikánsan jobb illeszkedést mutatott a csak konstans tagot tartalmazó modellhez képest (LR $\chi^2(6) = 448{,}087$, $p < 0{,}001$). A pszeudo-R^2 mutatók alacsony, illetve közepes mértékű magyarázóerőt jeleztek (Cox–Snell $R^2 = 0{,}041$; Nagelkerke $R^2 = 0{,}092$; McFadden $R^2 = 0{,}071$). A jó illeszkedésűségi tesztek közül a deviancia-teszt nem jelzett szignifikáns eltérést ($\chi^2(1225) = 1159{,}986$, $p = 0{,}907$), míg a Pearson-féle χ^2-próba szignifikáns

eredményt adott ($\chi^2(1225) = 1481{,}279$, $p < 0{,}001$), amely eltérés összefüggésben állhat a ritka cellák jelenlétével.

4.1.10 ORIENT_BIN prediktor hatások (ORIENT=4 esélye; OR és 95% CI)

Az ORIENT_BIN kimenethez tartozó prediktorhatásokat (OR és 95% CI) a 11. táblázat tartalmazza. Az életkor szignifikáns, negatív hatást mutatott a maximális orientáció (ORIENT = 4) elérésének valószínűségére (OR = 0,94; 95% CI [0,93; 0,95]; $p < 0{,}001$), ami azt jelzi, hogy az életkor növekedésével csökken annak esélye, hogy a válaszadók a legmagasabb orientációs kategóriába tartozzanak.

Az iskolai végzettség (ISCED-97 szint, numerikus formában) ezzel szemben szignifikáns, pozitív összefüggést mutatott a kimenettel (OR = 1,29; 95% CI [1,21; 1,39]; $p < 0{,}001$), ami arra utal, hogy magasabb iskolai végzettség mellett nagyobb valószínűséggel figyelhető meg maximális orientáció.

Az országok közötti összehasonlítás (referenciakategória: Szlovákia) szignifikáns különbségeket tárt fel: Csehország esetében az ORIENT = 4 elérésének esélye alacsonyabb volt (OR = 0,48; 95% CI [0,35; 0,65]; $p < 0{,}001$), hasonlóan Lengyelországhoz (OR = 0,62; 95% CI [0,46; 0,85]; $p = 0{,}003$). Magyarország esetében nem mutatkozott szignifikáns eltérés a referenciakategóriához viszonyítva (OR = 0,97; 95% CI [0,68; 1,40]; $p = 0{,}887$).

A nem hatását tekintve (referenciakategória: nő) a férfiak szignifikánsan alacsonyabb eséllyel érték el a maximális orientációs szintet (OR = 0,77; 95% CI [0,67; 0,89]; $p < 0{,}001$).

11. táblázat: Az ORIENT_BIN változó paraméterbecslései – Ordinalis logisztikus regresszió

	Becslés OR	Szabv. hiba	Wald-próba statisztika	Szabadságfokf	Szignifikancia szint	95% konfidencia-intervallum OR	
						Alsó határ	Felső határ
Életkor	0.94	0.004	225.360	1	0.000	0.93	0.95
isced1997	1.29	0.035	55.662	1	0.000	1.21	1.39
[ország=28] CZ	0.48	0.159	21.627	1	0.000	0.35	0.65
[ország =29] PO	0.62	0.158	9.076	1	0.003	0.46	0.85
[ország =32] HU	0.97	0.183	.020	1	0.887	0.68	1.40

[ország =63] SK	0[a]	.	.	0	.	.	.
[nem=1]	0.77	0.072	13.212	1	.000	0.67	0.89
[nem=2]	0[a]	.	.	0	.	.	.

4.1.11 Tételszintű logisztikai modellek (a helyes válasz valószínűsége)

Tételszintű elemzések. A négy orientációs tétel (hónap napja, hónap, év, hét napja) esetében az érvényes válaszok aránya minden esetben magas volt (érvényes n = 10 710–10 759; hiányzó n = 191–240; 1,7–2,2%). A helyes válaszok aránya szintén kiemelkedően magasnak bizonyult: hónap napja (cf003) 92,5%, hónap (cf004) 99,1%, év (cf005) 98,5%, hét napja (cf006) 97,9% (érvényes százalékok, SHARE változónevek). A hibás válaszok előfordulása a „hónap napja" tételnél volt a legmagasabb (7,5%), míg a „hónap" tételnél a legalacsonyabb (0,9%), ami összhangban áll az összesített ORIENT változó esetében megfigyelt erőteljes plafonhatással.

Tételszintű logisztikai regressziós modellek. Mind a négy tétel esetében bináris logisztikus regressziós modelleket illesztettünk (helyes vs. helytelen válasz), amelyekbe prediktorként bevontuk az életkort, az iskolai végzettséget (ISCED-97 szint, numerikus), az országot (referenciakategória: Szlovákia) és a nemet (referenciakategória: nő). A prediktorok kombinációiban jelentős arányban fordultak elő nulla gyakoriságú cellák (33,7%–46,7%), ami indokolttá teszi az illeszkedési mutatók és a paraméterbecslések körültekintő értelmezését.

A) Hónap napja (cf003). A modell szignifikáns volt (LR $\chi^2(6) = 435{,}989$, $p < 0{,}001$; Nagelkerke $R^2 = 0{,}097$). Az életkor növekedése szignifikánsan csökkentette a helyes válasz valószínűségét, míg a magasabb iskolai végzettség növelte azt. Országok szerint a helyes válasz esélye alacsonyabb volt Csehországban és Lengyelországban Szlovákiához képest, míg Magyarország nem mutatott szignifikáns eltérést. A férfi nem szignifikánsan alacsonyabb eséllyel társult a helyes válaszadással.

B) Hónap (cf004). A modell szintén szignifikáns eredményt adott (LR $\chi^2(6) = 106{,}483$, $p < 0{,}001$; Nagelkerke $R^2 = 0{,}099$). Az életkor negatív irányú kapcsolatban állt a helyes válasz valószínűségével, míg az iskolai végzettség hatása pozitív és szignifikáns maradt. Az országok közötti összehasonlításban Csehország és Lengyelország nem tért el szignifikánsan Szlovákiától, ugyanakkor Magyarországon magasabb volt a helyes válaszadás esélye. A nem hatása nem bizonyult szignifikánsnak.

C) Év (cf005). A modell szignifikáns volt (LR $\chi^2(6) = 216{,}140$, $p < 0{,}001$; Nagelkerke $R^2 = 0{,}140$). Az életkor növekedése csökkentette, míg a magasabb iskolai végzettség növelte a helyes válaszadás valószínűségét. Az országok közötti különbségek alapján Lengyelországban és Magyarországon alacsonyabb volt a helyes válasz esélye Szlovákiához képest, míg a Cseh Köztársaság esetében a különbség nem volt szignifikáns. A nem tehát bizonyult szignifikáns prediktornak.

D) Hét napja (cf006). A modell szignifikáns volt (LR $\chi^2(6) = 169{,}589$, $p < 0{,}001$; Nagelkerke $R^2 = 0{,}086$). Az életkor negatív hatása ebben az esetben is fennmaradt, míg az iskolai végzettség hatása kismértékű, de szignifikáns volt. Az országok között nem mutatkozott szignifikáns különbség Szlovákiához viszonyítva, és a nem hatása sem volt szignifikáns.

Az eredményeket összefoglalóan a 12. táblázat tartalmazza:

12. táblázat: Tárgyi szintű logisztikai regressziós eredmények az időbeli orientációra vonatkozóan
(V4, SHARE W9)

Predictor OR; [95% CI]; p; p(Holm)	A) A hónap napja (cf003)	B) Hónap (cf004)	C) Év (cf005)	D) A hét napja (cf006)
Életkor (évente)	0.94; [0.93–0.95]; p < 0.001; **p < 0.004**	0.91; [0.88–0.93]; p < 0.001; **p < 0.004**	0.89; [0.87–0.91]; p < 0.001; **p < 0.004**	0.91; [0.90–0.92]; p < 0.001; **p < 0.004**
Oktatás (ISCED, szint)	1.30; [1.21–1.40]; p < 0.001; **p < 0.004**	1.30; [1.07–1.57]; p = 0.014; **p = 0.014**	1.28; [1.11–1.49]; p < 0.001; **p = 0.004**	1.14; [1.00–1.29]; p = 0.046; **p = 0.046**
Férfi (nőkhöz képest)	0.76; [0.65–0.88]; p < 0.001; **p < 0.004**	0.99; [0.65–1.49]; p = 0.942; p = 0.942	0.88; [0.63–1.23]; p = 0.461; p = 0.922	0.73; [0.55–0.96]; p = 0.069; p = 0.069
Csehország (28 Szlovákiával szemben)	0.37; [0.26–0.54]; p < 0.001; **p < 0.004**	1.40; [0.68–2.87]; p = 0.356; p = 0.712	0.43; [0.15–1.21]; p = 0.327; p = 0.327	1.28; [0.75–2.18]; p = 0.712; p = 0.712

Lengyelország (29 Szlovákiával szemben)	0.49; [0.34–0.70]; p < 0.001; **p < 0.004**	1.36; [0.67–2.73]; p = 0.396; p = 0.792	0.31; [0.11–0.87]; p = 0.075; p = 0.075	1.04; [0.62–1.74]; p = 0.877; p = 0.877
Magyarország (32 Szlovákiával szemben)	0.99; [0.65–1.53]; p = 0.980; p = 1.000	3.00; [1.13–7.99]; p = 0.108; p = 0.108	0.30; [0.10–0.88]; p = 0.108; p = 0.108	1.06; [0.59–1.90]; p = 1.000; p = 1.000

Megjegyzések: Eredmény: helyes válasz (=1) minden orientációs tételre. Modellek: bináris logisztikai regresszió, korrigálva életkor, végzettség (ISCED trend), nem és ország szerint. Referencia kategóriák: nő; Szlovákia (ország=63). Többszörös tesztelés: Holm-korrekció alkalmazva a négy tételre minden prediktor esetében. Félkövér: a Holm-korrekció után is szignifikáns hatások

4.1.12 Tételek szintjén összefoglalva (Holm-korrekció)

Tételszintű összegzés (Holm-korrekció alkalmazásával). Az eredmények alapján az életkor minden vizsgált tétel esetében konzisztens és szignifikáns negatív összefüggést mutatott a helyes válasz valószínűségével (minden esetben $p < 0,001$; Holm-korrekciót követően $p < 0,004$). Ezzel párhuzamosan a magasabb, különösen a felsőfokú iskolai végzettség minden orientációs komponens esetében növelte a helyes válaszadás esélyét; ezek a hatások a többszörös összehasonlítás miatti korrekciót követően is szignifikánsak maradtak.

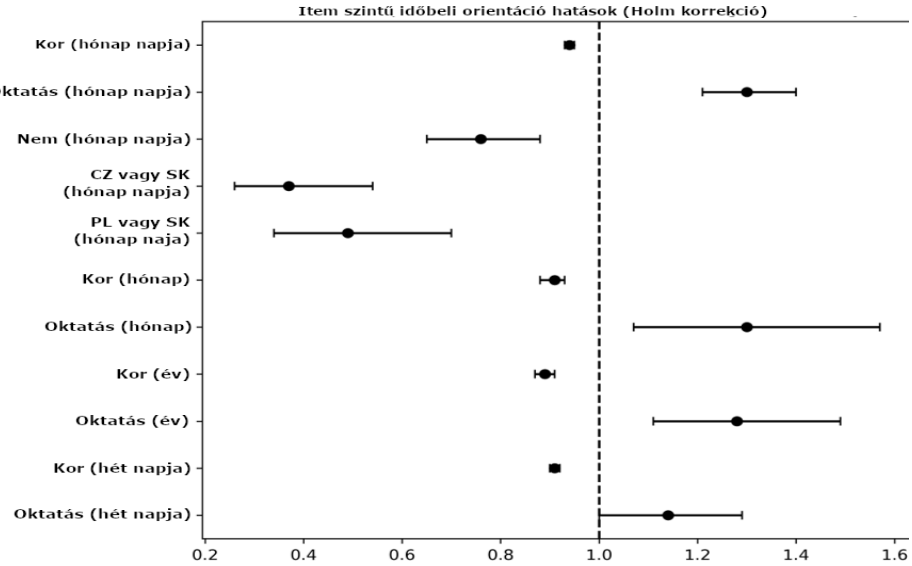
Az országok közötti különbségek komponensspecifikus mintázatot mutattak. A legmarkánsabb és legkövetkezetesebb eltérés a „hónap napja” (cf003) tétel esetében volt megfigyelhető, ahol Csehországban és Lengyelországban szignifikánsan alacsonyabb volt a helyes válasz valószínűsége Szlovákiához viszonyítva (mindkét esetben Holm-korrekció után $p < 0,004$).

A nemi különbségek összességében korlátozott jelentőségűnek bizonyultak. A „hónap napja” tétel esetében a férfi nem nem járt kedvezőtlenebb teljesítménnyel (Holm-korrekció után $p < 0,004$), míg a „hét napja” (cf006) tételnél a nyers szignifikanciaszint nem maradt fenn a Holm-korrekció alkalmazását követően ($p_Holm = 0,069$).

Összességében a tételszintű eredmények arra utalnak, hogy az aggregált ORIENT mutatóban azonosított különbségek elsősorban azokhoz a komponensekhez köthetők, amelyek finomabb időbeli orientációt igényelnek. Az életkor és az iskolai végzettség hatása minden egyes orientációs elem esetében stabilan megjelenik, összhangban az

ORIENT és ORIENT_BIN modellekben feltárt életkori, oktatási és országok közötti mintázatokkal. Az eredményeket összegzően az 2. ábra szemlélteti a Holm-korrekcióval becsült logisztikai regressziós eredmények alapján.

A modell diszkriminációs képességét ROC-analízissel értékeltük, amelynek eredményeként az AUC értéke 0,696 volt (SE = 0,009; 95% CI [0,678; 0,714]; $p < 0,001$). Ez az érték elfogadható szintű megkülönböztető képességet jelez a tökéletes időbeli orientációval rendelkező és az orientációs hibát mutató válaszadók között. Figyelembe véve, hogy a modell szándékoltan szűk körű szociodemográfiai prediktorokra épül, magasabb egyéni szintű prediktív pontosság nem várható. Mindazonáltal a kapott AUC érték megfelelőnek tekinthető populációs szintű összehasonlításokhoz, valamint az időbeli orientáció mentén megfigyelhető, életkorral, iskolai végzettséggel és országgal összefüggő szisztematikus gradiensek azonosításához.



3. ábra Item szintű időbeli orientáció hatások (Holm korrekció) (SHARE Wave 9, V4 országok)

Megjegyzések: Az esélyhányadosok (OR) és a 95%-os konfidencia intervallumok erdődiagramja az időbeli orientáció komponenseinek (hónap napja, hónap, év, hét napja) tételszintű logisztikai regressziós modelljeiből. Az eredményeket helyes (=1) és helytelen (=0) kategóriákba sorolták. Az összes modellt korrigálták az életkor, az oktatás (ISCED, lineáris trend), a nem és az ország tekintetében; a referencia kategóriák a nők és Szlovákia voltak. Csak azok a hatások kerültek feltüntetésre, amelyek a négy elemre vonatkozó többszörös tesztelés Holm-korrekciója után is statisztikailag szignifikánsak maradtak. A függőleges szaggatott vonal az OR = 1 értéket jelzi (nincs összefüggés).

4.1.13 Az eredmények értelmezése

Vizsgálatunk eredményei szerint az életkor előrehaladtával fokozatosan csökkent az egyes időbeli orientációs feladatok helyes megoldásának valószínűsége. Ez az összefüggés valamennyi vizsgált orientációs komponens esetében statisztikailag szignifikáns volt, ami arra utal, hogy az idősebb korcsoportokban nagyobb arányban fordultak elő orientációs hibák.

Az eredmények értelmezése során ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy ebből önmagában nem következik, hogy az időbeli orientáció romlása az egészséges öregedés természetes következménye lenne, azonban az megállapíthatóvá vált, hogy az életkor előrehaladtával csökken az orientáció a vizsgált mintában, mert az életkor növekedésével megnő a demencia előfordulása. A jelenlegi neuropszichológiai szakirodalom alapján a normatív öregedés elsősorban a feldolgozási sebességet, az epizodikus memóriát és bizonyos végrehajtó funkciókat érinti, míg az időbeli orientáció egészséges idős személyekben általában megőrzött marad (Harada et al., 2013; Oosterhuis et al., 2023; Salthouse, 2019).

A jelen vizsgálatban megfigyelt életkori különbségek egyik lehetséges magyarázata lehet, hogy az életkor előrehaladtával a populációban fokozatosan növekszik az enyhe neurokognitív zavar (mild neurocognitive disorder, MCI), valamint a demencia előfordulása. Mindkét állapot esetében gyakrabban figyelhetők meg orientációs hibák, különösen a betegség progressziójának előrehaladtával (Livingston et al., 2020; Alzheimer's Association, 2024). Mivel a SHARE-vizsgálat közösségben élő időseket foglal magában, az idősebb korcsoportokban várhatóan nagyobb arányban vannak jelen olyan személyek, akiknél még nem diagnosztizált vagy korai neurokognitív károsodás áll fenn. Ez hozzájárulhat ahhoz, hogy populációs szinten az orientációs teljesítmény és az életkor között negatív összefüggés figyelhető meg.

Ezt az értelmezést támasztják alá a kognitív öregedés korszerű modelljei is. A STAC-r (Scaffolding Theory of Aging and Cognition - Revised) szerint az életkor önmagában nem determinálja a kognitív teljesítményt, hanem annak alakulását a kognitív tartalék, az egészségi állapot, az életmódbeli tényezők és az agyi kompenzációs mechanizmusok együttesen befolyásolják (Oosterhuis et al., 2023). Emellett egyre több bizonyíték utal

arra, hogy az agyi öregedés jelentős interindividuális variabilitást mutat, vagyis azonos kronológiai életkor mellett is jelentősen eltérhet a funkcionális agyi hálózatok állapota és a kognitív teljesítmény (Perez et al., 2025). Mindez arra utal, hogy az életkor és az orientációs teljesítmény közötti kapcsolat nem tekinthető egyszerű ok-okozati összefüggésnek.

Eredményeink alapján ezért az időbeli orientációt **nem a kognitív sérülékenység közvetlen indikátoraként**, hanem a **globális kognitív működés egyik egyszerű, standardizált populációs mutatójaként** értelmezzük. Az orientációs teljesítmény önmagában nem alkalmas enyhe neurokognitív zavar vagy demencia diagnosztizálására, ugyanakkor epidemiológiai vizsgálatokban érzékenyen jelezheti a populációban jelen lévő kognitív különbségeket. Ennek különösen akkor van jelentősége, amikor az orientációs mutatókat más demográfiai, egészségi és szociális változókkal együtt elemezzük.

A jelen vizsgálat eredményei ennek megfelelően nem azt bizonyítják, hogy az időbeli orientáció romlása a normatív öregedés szükségszerű velejárója lenne. Sokkal inkább azt jelzik, hogy a populáció öregedésével párhuzamosan nő azoknak a személyeknek az aránya, akiknél a neurokognitív működés különböző mértékű károsodása már befolyásolja az orientációs teljesítményt. Ez összhangban áll a demencia epidemiológiájáról rendelkezésre álló nemzetközi adatokkal, amelyek szerint az enyhe neurokognitív zavar és a demencia prevalenciája az életkor előrehaladtával jelentősen emelkedik (Livingston et al., 2020; Alzheimer's Association, 2024).

4.2 A „B” vizsgálat eredményei

A) A minta demográfiai és szakmai jellemzői

A vizsgálati minta elemszáma N = 1254 volt. A válaszadók döntő többsége nő (93,3%, n = 1170), míg a férfiak aránya 6,7% (n = 84) volt.

Az életkori megoszlás alapján a minta túlnyomórészt középkorú résztvevőkből állt: a 41–50 év közötti korcsoport aránya 36,8%, az 51–60 év közöttieké 34,3% volt, amely együttesen a teljes minta 71,1 százalékát tette ki. A fiatalabb korcsoportok alulreprezentáltak voltak: a 21–30 évesek aránya 5,8%, míg a 60 év felettieké 6,9% volt.

A nem és az életkori kategóriák között kis mértékű, ugyanakkor statisztikailag szignifikáns kapcsolat volt kimutatható ($\chi^2(4, N = 1\ 254) = 18{,}52$, $p = 0{,}001$; Fisher-féle pontos próba $p = 0{,}003$; Cramer V = 0,12, $p = 0{,}001$), amely a korcsoportok közötti mérsékelt eloszlási különbségekre utalt.

A szakmai tapasztalat tekintetében a válaszadók 75,4%-a legalább 6 éves munkatapasztalattal rendelkezett a szociális ellátás területén, míg 54,6%-uk több mint 10 éve dolgozott a szektorban. A legnagyobb arányt a 11–20 éves szakmai tapasztalattal rendelkezők csoportja képviselte (28,5%). A nem és a szakmai tapasztalat időtartama között nem mutatkozott statisztikailag szignifikáns összefüggés ($\chi^2(5, N = 1\ 254) = 3{,}69$, $p = 0{,}595$).

A szakmai végzettség vizsgálata során a válaszadók több képesítést is megjelölhettek. A leggyakrabban előforduló képesítések a szociális ápoló és gondozó alapfokú, illetve középfokú végzettséggel, amelyek együttesen a minta 76,2 százalékát tették ki. A felsőfokú végzettséggel (BSc és MSc együttesen) rendelkezők aránya 11,3% volt.

Az intézményi háttér tekintetében a résztvevők 51,5%-a városi (n = 646), míg 48,5%-a vidéki (n = 608) intézményekben dolgozott. Az intézményi kapacitás alapján a válaszadók 42,5%-a 26–50 ágyas, 20,2%-a 51–100 ágyas, 24,3%-a 100 ágy feletti, míg 13,0%-a 1–25 ágyas intézményekben végezte munkáját. A településtípus és az intézményi kapacitás között statisztikailag szignifikáns, azonban gyenge erősségű kapcsolat volt azonosítható ($\chi^2(3, N = 1254) = 14{,}60$, $p = 0{,}002$; Cramer V = 0,108, $p = 0{,}002$).

A bemutatott leíró statisztikai eredményeket részletesen a 13. táblázat tartalmazza.

13. táblázat: A minta demográfiai és szakmai jellemzői (N = 1 254)

Változó	Kategória	n	%
Neme	Férfi	84	6,7
	Nő	1 170	93,3
Korcsoport (év)	21–30	73	5,8
	31–40	203	16,2
	41–50	462	36,8
	51–60	430	34,3

	61–70	86	6,9
Szakmai tapasztalat	< 1 év	57	4,5
	1–5 év	251	20,0
	6–10 év	261	20,8
	11–20 év	358	28,5
	21–30 év	258	20,6
	31 év felett	69	5,5
Képesítés*	Szociális gondozó és ápoló (alapfokú oktatás)	484	—
	Szociális munkás és ápoló (középiskola)	472	—
	Egészségügyi szakiskola	68	—
	Egészségügyi szakiskola érettségivel	148	—
	Főiskola (BSc)	114	—
	Egyetem (MSc)	27	—
	Demenciával foglalkozó szakember képesítés	324	—
	Egyéb egészségügyi vagy szociális gondozói képesítés(ek)	151	—
Lakóhely típusa	Városi	646	51,5
	Vidéki	608	48,5
Az intézmény mérete/kapacitása (ágyak)	1–25	163	13,0
	26–50	533	42,5
	51–100	253	20,2
	100	305	24,3

* Többválasztásos változó; a százalékok összege nem éri el a 100%-ot.

B) A gondozási nehézségek szerkezete

Pszichometriai tulajdonságok és dimenziós struktúra

A vizsgálat során a válaszadók 13, a gondozási nehézségeket leíró tételt értékeltek 1–5 fokozatú Likert-skálán (1 = legalacsonyabb, 5 = legmagasabb). Az egyes tételek átlagértékei 2,41 és 3,60 között alakultak (SD = 1,24–1,35), amely összességében közepes szintű észlelt gondozási nehézségekre utal. A legmagasabb átlagértéket a folyamatos készenlét és figyelem igénye mutatta (M = 3,60), ezt követte az ágyhoz kötött betegek ellátásával összefüggő fizikai megterhelés (M = 3,55), valamint a munkarendet

megzavaró alvás-ébrenlét ciklus zavarai (M = 3,42). Ezzel szemben a legalacsonyabb átlagértékek a mentális kiégés (M = 2,41) és a fizikai kimerültség (M = 2,53) esetében jelentkeztek.

A gondozási nehézségeket mérő skála viszonylag nagy elemszámára tekintettel főkomponens-elemzést alkalmaztunk annak érdekében, hogy a tételek mögött meghúzódó, fogalmilag jól elkülöníthető dimenziókat azonosítsuk (14. táblázat). A 13 tételből álló skála a komplex modellben kiváló belső konzisztenciát mutatott (Cronbach-α = 0,928; N = 1251; 99,8% érvényes eset). A mintavételi megfelelőséget a Kaiser-Meyer-Olkin-mutató is alátámasztotta (KMO = 0,906), míg a Bartlett-féle sfericitási próba szignifikáns eredményt adott ($\chi^2(78) = 11776{,}91$, $p < 0{,}001$), igazolva az adatok faktoranalízisre való alkalmasságát.

A Varimax-rotációval végzett főkomponens-elemzés háromkomponensű megoldást eredményezett, amely a teljes variancia 73,19 százalékát magyarázta. Az egyes komponensek magyarázott varianciája rendre: az első komponens esetében 31,13%, a másodiknál 25,91%, míg a harmadiknál 16,16% volt.

Az első komponens (F1) elsősorban a szervezeti, erőforrásbeli és kompetenciához kapcsolódó feltételeket reprezentálta. A második komponens (F2) a betegekhez köthető gondozási terheket, valamint a gondozás szervezéséből fakadó kihívásokat ragadta meg. A harmadik komponens (F3) a szubjektív fáradtság és kiégés dimenzióját tükrözte. Ez utóbbi komponenst a további komplex modellekbe nem vontuk be, a koncepcionális átfedések elkerülése érdekében az eredményváltozóval.

14. táblázat: Az ápolási nehézségek rotált komponensmátrixa

Forgatott komponensmátrix [a]			
	Komponens		
	1	2	3
A speciális ellátáshoz szükséges anyagi feltételek nem megfelelőek.	**0,826**	0,321	0,097
A speciális ellátáshoz szükséges környezeti feltételek nem megfelelőek.	**0,814**	0,315	0,131
A gondozók gyakorlati szakmai ismeretei nem megfelelőek.	**0,763**	0,255	0,217
A kollégák között nincs megfelelő együttműködés.	**0,710**	0,176	0,320
Nem megfelelő személyzeti körülmények, alacsony számú gondozó.	**0,645**	0,489	0,018
A betegségről és annak speciális ellátásáról szóló modern elméleti ismeretek hiánya.	**0,628**	0,203	0,312

A betegek számára nem megfelelő foglalkoztatás és napi program.	**0,562**	0,479	0,220
A nehezen kontrollálható, zavart tudatállapotú betegek speciális gondozási igényei állandó készenlétet és figyelmet igényelnek.	0,284	**0,858**	0,132
A betegeknél gyakran előforduló alvás-ébrenlét zavar megzavarja a munkarendet.	0,209	**0,835**	0,209
A saját magukról gondoskodni képtelen, ágyhoz kötött betegek ápolása komoly fizikai megterhelést jelent számukra.	0,306	**0,820**	0,104
A hozzátartozók együttműködésének hiánya vagy elutasítása a tudás hiánya miatt.	0,408	**0,624**	0,181
Mentálisan kimerültem ettől a munkától, kiégtem.	0,221	0,149	**0,923**
Fizikailag fáradt vagyok ettől a munkától, nem bírom tovább ezt a terhelést.	0,238	0,204	**0,906**

Kivonási módszer: Főkomponens-elemzés. Forgatási módszer: Varimax Kaiser-normalizálással.
a. A rotáció 6 iteráció után konvergált.

Az intézményi kapacitás és az ápolási nehézségi tényezők összefüggései. Az intézményi kapacitáskategóriák mentén végzett összehasonlító elemzések szignifikáns különbségeket tártak fel az F1 (Welch $F(3, 522{,}58) = 7{,}34$, $p < 0{,}001$; $\eta^2 = 0{,}016$) és az F3 (Welch $F(3, 516{,}59) = 11{,}22$, $p < 0{,}001$; $\eta^2 = 0{,}025$) komponensek esetében, míg az F2 dimenzióban nem volt kimutatható szignifikáns eltérés ($F(3, 1247) = 1{,}75$, $p = 0{,}154$; $\eta^2 = 0{,}004$).

Az F1 komponens mentén az 1–25 ágyas intézményekben dolgozó válaszadók szignifikánsan alacsonyabb pontszámokat értek el, mint a 26–50 ágyas intézményekben foglalkoztatottak (átlagos különbség = −0,395, $p < 0{,}001$).

Az F3 komponens esetében a 100 ágy feletti kapacitású intézményekben dolgozók pontszámai szignifikánsan alacsonyabbnak bizonyultak valamennyi kisebb kapacitású intézménytípushoz viszonyítva (1–25 ágy: különbség = 0,336, $p = 0{,}005$; 26–50 ágy: különbség = 0,389, $p < 0{,}001$; 51–100 ágy: különbség = 0,301, $p = 0{,}001$).

A nem paraméteres Kruskal-Wallis-próbák megerősítették az analízis eredményeit: szignifikáns különbségek mutatkoztak az F1 ($H(3) = 18{,}76$, $p < 0{,}001$) és az F3 ($H(3) = 29{,}23$, $p < 0{,}001$) komponensek esetében, míg az F2 dimenzióban nem volt kimutatható szignifikáns eltérés ($H(3) = 5{,}77$, $p = 0{,}123$).

A munkatapasztalat és a gondozási nehézségek tényezőinek kapcsolata. A munkatapasztalat szerinti csoportok összehasonlítása nem mutatott szignifikáns különbségeket sem az F1 ($F(5, 1245) = 0{,}95$, $p = 0{,}449$; $\eta^2 = 0{,}004$), sem az F2 (F(5,

1245) = 2,00, p = 0,075; η^2 = 0,008) komponensek esetében. Ugyanakkor az F3 dimenzió mentén szignifikáns eltérések voltak azonosíthatók (F(5, 1245) = 4,04, p = 0,001; η^2 = 0,016).

A post hoc összehasonlítások alapján az 1–5 éves szakmai tapasztalattal rendelkező válaszadók szignifikánsan alacsonyabb F3 pontszámokat mutattak, mint a 6–10 év (MD = −0,283, p = 0,012), a 11–20 év (MD = −0,298, p = 0,003), valamint a 21–30 év (MD = −0,340, p = 0,002) tapasztalattal rendelkező csoportok.

A nem paraméteres Kruskal-Wallis-elemzések konzisztens eredményeket szolgáltattak: nem volt kimutatható szignifikáns különbség az F1 (H(5) = 5,19, p = 0,394) és az F2 (H(5) = 10,14, p = 0,071) komponensek esetében, míg az F3 dimenzióban szignifikáns eltérések jelentkeztek (H(5) = 20,23, p = 0,001).

C) Demenciára jellemző tüneti terhelés

Belső konzisztencia és a skála jellemzői

A válaszadók a demenciához kapcsolódó 12 tünetet 1–5 fokozatú Likert-skálán értékelték. Az egyes tételek átlagértékei 3,13 és 3,65 között alakultak (SD = 1,17–1,45), amely közepes, illetve magas mértékű tüneti terhelés jelenlétére utal. A legmagasabb átlagértéket a zavartság mutatta (M = 3,65), ezt követte a fizikai állapot romlása, illetve a mozgásképtelenség (M = 3,62), valamint az ekóborlás (M = 3,60). A legalacsonyabb átlagértéket a személyes higiéné elhanyagolása esetében regisztráltuk (M = 3,13).

A skála belső konzisztenciája kiválónak bizonyult (Cronbach-féle α = 0,949; N = 1251; 99,8% érvényes eset). A mintavétel megfelelőségét a Kaiser-Meyer-Olkin-mutató magas értéke igazolta (KMO = 0,939), míg a Bartlett-féle sfericitási próba szignifikáns eredményt mutatott (χ^2(66) = 13640,76, p < 0,001), alátámasztva az adatok faktoranalitikus vizsgálatra való alkalmasságát. A tüneti terhelés mértéke nem mutatott szignifikáns különbséget sem a településtípus (F(1, 1249) = 0,30, p = 0,582; H(1) = 0,46, p = 0,499; η^2 = 0,0002), sem a munkatapasztalat (F(5, 1245) = 2,15, p = 0,057; η^2 = 0,0002) szerint.

D) Munkaterhelés, a nehézségek gyakorisága és a pihenési lehetőségek

A válaszadók a fizikai, mentális és pszichológiai munkaterhelést 1–5 fokozatú skálán értékelték (N = 1252 érvényes eset). Az átlagos értékek a következők voltak: fizikai

megterhelés M = 3,39 (SD = 1,24), mentális megterhelés M = 3,46 (SD = 1,20), valamint pszichológiai megterhelés M = 3,33 (SD = 1,26). A három dimenzió közül a mentális megterhelés mutatta a legmagasabb központi tendenciát. Az eloszlások mérsékelten a magasabb értékkategóriák irányába tolódtak.

A Spearman-féle rangkorrelációs elemzések (mindegyik $p < 0,001$) erős pozitív kapcsolatot jeleztek a három munkaterhelési dimenzió között (fizikai–mentális: $\rho = 0,717$; fizikai–pszichológiai: $\rho = 0,647$; mentális–pszichológiai: $\rho = 0,868$). Az erős együttjárások és a tételek fogalmi egysége alapján a három dimenziót egy aggregált munkaterhelési mutatóba vontuk össze, amelyet az egyes dimenziók számtani átlagaként képeztünk. Ezt a kompozit indexet a továbbiakban a regressziós modellekben alkalmaztuk.

A gondozási nehézségek gyakoriságát tekintve a válaszadók 92,2%-a számolt be legalább alkalomszerű nehézségekről, míg 26,8% napi szintű nehézségeket jelzett. A pihenési lehetőségek kapcsán a résztvevők 28,3%-a kedvezőtlenebb körülményekről számolt be, míg 71,7% legalább heti rendszerességgel tudott pihenni. A nehézségek gyakorisága mérsékelt pozitív összefüggést mutatott a munkaterheléssel ($\rho = 0,359–0,429$), továbbá a korlátozott pihenési lehetőségek is magasabb munkaterheléssel társultak ($\rho = 0,302–0,356$). Emellett a gyakori nehézségek és a csökkent pihenési lehetőségek között gyenge, de statisztikailag szignifikáns kapcsolat volt kimutatható ($\rho = 0,278$, $p < 0,001$).

E) Megküzdési stratégiák

A megküzdési stratégiákra vonatkozó kérdésre 1213 válaszadó (96,7%) adott érvényes választ. A leggyakrabban alkalmazott stratégia a családi élet prioritásként kezelése és a munkahelyi terhek otthonra vitelének elkerülése volt (n = 772; 63,6%). Ezt követte a hobbi tevékenységek (n = 448; 36,9%) és a sport, illetve fizikai aktivitás (n = 394; 32,5%). A baráti kapcsolatok és társas programok szerepét a válaszadók 26,8%-a (n = 325) említette. A professzionális segítség igénybevétele (n = 42; 3,5%) és a közösségi részvétel (n = 29; 2,4%) viszonylag ritkán fordult elő.

Az aggregált tipológiai változó alapján (N = 1207 érvényes eset) a válaszadók túlnyomó többsége (93,5%; n = 1128) az aktív megküzdési stratégiák csoportjába tartozott. A „nincs mit tenni” attitűdöt 3,7% (n = 45) jelölte meg, míg 2,8% (n = 34)

jelezte, hogy nem érzi szükségét megküzdési stratégiák alkalmazásának. Összességében a válaszadók 6,5%-a sorolható a kevésbé adaptív megküzdési kategóriákba.

F) A kiégés súlyossága

A kiégés súlyosságára vonatkozó kérdéscsoportra szintén 1213 fő (96,7%) adott érvényes választ. A válaszadók többsége (n = 876; 72,2%) arról számolt be, hogy rendelkezik ismeretekkel a kiégés tüneteiről; ezt a változót a későbbi elemzésekben prediktorként használtuk.

A kiégés jeleit a válaszadók 36,7%-a (n = 445) kollégáinál, míg 18,3% (n = 222) saját magán észlelte. A pályaelhagyás gondolata ritkán jelent meg (n = 27; 2,2%). A kiégés súlyosságát egy négyfokozatú ordinális összetett változóval (0–3) operacionalizáltuk, amely a legmagasabb jelölt kategóriát vette figyelembe. Az eloszlás a következőképpen alakult:

- 0 (nincs tünet): 650 fő (53,6%)
- 1 (enyhe tünetek másokban): 328 fő (27,0%)
- 2 (önmaguk által észlelt tünetek): 208 fő (17,1%)
- 3 (önmagukon észlelt tünetek karrierváltási gondolatokkal): 27 fő (2,2%)

Összességében a válaszadók 46,4%-a számolt be a kiégés valamely szintjéről (1–3 kategória), míg 19,3% a súlyosabb kategóriákba (2–3) tartozott.

G) A kiégés súlyosságának többváltozós modellezése

G.1. Arányos esélyű logisztikai regressziós (POLR) modell

A kiégés súlyosságát az elemzés első lépéseként négy kategóriából álló ordinális kimeneti változóként vizsgáltuk, arányos esélyű logisztikai regresszió (proportional odds logistic regression, POLR) alkalmazásával. A modellbe bevontuk a gondozási nehézségek dimenzióit (F1, F2), a demenciával összefüggő tüneti terhelést leíró összetett változót (F4), a megküzdési stratégiákat, a szubjektív munkaterhelést, a nehézségek előfordulási gyakoriságát, a pihenési lehetőségeket, a kiégéssel kapcsolatos ismeretek meglétét, valamint a releváns szociodemográfiai és intézményi jellemzőket (nem, életkor, szakmai tapasztalat, településtípus, intézményi kapacitás).

Az egyszintű modell eredményei alapján a kiégéssel kapcsolatos ismeretek szignifikáns és erőteljes védőhatást mutattak, csökkentve annak valószínűségét, hogy a

válaszadók a magasabb kiégési kategóriákba kerüljenek. Ezzel szemben a „Nincs rá mód, nagyon elfoglalt vagyok” megküzdési kategória szignifikánsan növelte a magasabb kiégési szintekbe tartozás esélyét. A magasabb szubjektív munkaterhelés, valamint a gondozási nehézségek gyakoribb előfordulása szintén pozitív irányú kapcsolatot mutatott a kiégés súlyosságával.

A gondozási nehézségek első és második faktora (F1, F2), továbbá a demencia tüneti terhelését leíró összetett változó (F4) a teljes modellben nem bizonyultak szignifikáns prediktoroknak. A szakmai tapasztalat vizsgálata azt jelezte, hogy a pályájuk középső szakaszában lévő csoportok (11–20 év, illetve 21–30 év szakmai tapasztalat) esetében nagyobb valószínűséggel fordult elő magasabb kiégési kategóriába tartozás. További eredményként megállapítható, hogy azok a válaszadók, akik a megküzdési stratégiákra vonatkozó kérdésben a „nem hiszem, hogy szükségem lenne ilyen tevékenységekre” választ jelölték meg, valamint azok, akik nagyobb kapacitású intézményekben dolgoztak (befogadóképesség > 100 fő; illetve 51–100 fő), szignifikánsan alacsonyabb kockázati kategóriába tartoztak (15. táblázat).

15. táblázat: A proporcionális esélyek logisztikai regressziós modelljének eredményei

	Érték	Szabványos hiba	t-érték	p-érték	OR	CI_low	CI_felső
tanulás ↓	-2,6020	0,1484	-17,5351	0,0000	0,0741	0,0552	0,0988
F1	0,1284	0,0681	1,8846	0,0595	1,1370	0,9949	1,2997
F2	-0,0242	0,0772	-0,3131	0,7542	0,9761	0,8393	1,1360
F4	0,0690	0,0848	0,8144	0,4154	1,0715	0,9069	1,2646
nem bírom elviselni ↑	1,0692	0,3106	3,4426	0,0006	2,9132	1,5769	5,3434
nem szükséges a megküzdés ↓	-0,8351	0,4184	-1,9957	0,0460	0,4339	0,1843	0,9601
terhelés ↑	0,3784	0,0766	4,9382	0,0000	1,4600	1,2575	1,6984
gyakoriság↑	0,1944	0,0761	2,5565	0,0106	1,2146	1,0467	1,4105
pihenés	0,0767	0,0682	1,1255	0,2604	1,0797	0,9443	1,2337
nemi hovatartozás: nő	-0,4062	0,2537	-1,6012	0,1093	0,6662	0,4070	1,1021
31–40 éves	0,1235	0,3258	0,3792	0,7046	1,1315	0,6034	2,1710
41–50 éves	0,0150	0,3157	0,0477	0,9620	1,0152	0,5528	1,9119
51–60 éves	0,3355	0,3245	1,0339	0,3012	1,3987	0,7483	2,6783
61–70 éves kor	0,2474	0,3914	0,6321	0,5273	1,2806	0,5976	2,7786
1–5 év tapasztalat	-0,0151	0,3310	-0,0457	0,9636	0,9850	0,5201	1,9105
6–10 év tapasztalat	0,5755	0,3303	1,7427	0,0814	1,7781	0,9417	3,4489

11–20 év tapasztalat ↑	0,8370	0,3318	2,5225	0,0117	2,3094	1,2204	4,4967
21–30 év tapasztalat ↑	0,8066	0,3458	2,3324	0,0197	2,2403	1,1504	4,4770
tapasztalat 31+ év	0,7496	0,4253	1,7624	0,0780	2,1161	0,9229	4,9045
vidéki helyszín	-0,1099	0,1262	-0,8704	0,3841	0,8960	0,6994	1,1472
befogadóképesség 26–50 fő	0,2385	0,1976	1,2071	0,2274	1,2694	0,8640	1,8761
51–100 fő befogadóképesség ↓	-0,5225	0,2240	-2,3330	0,0196	0,5930	0,3824	0,9207
kapacitás > 100 fő ↓	-0,8253	0,2278	-3,6233	0,0003	0,4381	0,2802	0,6848

Megjegyzések: Referenciakategóriák: megküzdési stratégia referencia = „aktív megküzdés”, nem referencia = „férfi”, helyszín referencia = „város”, életkor referencia = „21–30”, tapasztalat referencia = „<1 év”, kapacitás referencia = „1–25 fő”.

A modellillesztés során multikollinearitási problémák nem voltak azonosíthatók, mivel valamennyi GVIF^(1/(2*Df)) érték 1,5 alatt maradt. A proporcionális esélyek feltételezésének vizsgálata a Brant-teszt alkalmazásával történt. Az omnibusz teszt eredménye statisztikailag szignifikáns eltérést jelzett a párhuzamos regresszió feltételezésétől ($\chi^2 = 188{,}13$, df = 46, $p < 0{,}001$). Ugyanakkor figyelembe véve a nagy elemszámot, valamint a ritkán előforduló kategóriakombinációk jelenlétét, ez az eltérés részben a teszt fokozott érzékenységével magyarázható a párhuzamosság kisebb mértékű sérüléseire. Fontos kiemelni, hogy a főhatások iránya és nagysága mind az egyszintű, mind a később bemutatott vegyes hatású modellekben konzisztensnek bizonyult, ami a formális teszteredmények ellenére is alátámasztja az összefüggések érdemi értelmezhetőségét.

G.1.1. Interakciós hatások vizsgálata a modellben

A munkakövetelmények (F2, F4) és a megküzdési korlátok közötti potenciális moderáló hatás feltárása érdekében interakciós tagokat illesztettünk a modellbe (F4 × megküzdés; F2 × megküzdés). A modellek összehasonlítása a valószínűségi arány próbával, valamint az Akaike-információs kritérium (AIC) alapján történt. Az eredmények azt mutatták, hogy az interakciós modell nem nyújtott szignifikánsan jobb illeszkedést a kizárólag főhatásokat tartalmazó modellhez képest (LR $p = 0{,}1537 > 0{,}05$; $\Delta AIC = 1{,}318 < 2$). Ez arra utal, hogy a megküzdési korlátok hatása önálló főhatásként értelmezhető, és nem módosítja szignifikáns mértékben sem a gondozási nehézségek, sem a tüneti terhelés hatását.

G.2. Többszintű kumulatív kapcsolati vegyes modell (CLMM)

G.2.1. Az intézményi klaszterezés indoklása

Mivel a vizsgálatban részt vevő válaszadók összesen 78 különböző intézményből származtak (a tagintézményi struktúra figyelembevételével), feltételezhető volt az adatok hierarchikus szerkezete, valamint az egyénen belüli válaszok intézményi szintű nem-függetlensége. Ennek megfelelően az elemzés során intézményi szintű véletlen metszéspontot tartalmazó kumulatív kapcsolati vegyes modellt (cumulative link mixed model, CLMM) alkalmaztunk. Ez a megközelítés lehetővé tette a kiégés súlyosságában megfigyelhető variancia egyéni és intézményi szintű komponensekre történő felbontását (3. ábra).

G.2.2. Véletlen metszéspont és intézményi szintű variancia

A többszintű kumulatív kapcsolati vegyes modell (CLMM) eredményei alapján az intézményi szintű véletlen hatás varianciája 0,854 volt (SD = 0,924). Az intraklassz korrelációs együttható (ICC = 0,206) arra utalt, hogy a kiégés súlyosságában megfigyelhető teljes variancia mintegy 21%-a az intézmények közötti különbségekből ered. Ez az eredmény alátámasztja, hogy a kiégés nem kizárólag egyéni szinten értelmezhető jelenség, hanem szignifikáns mértékben összefügg az intézményi kontextussal is.

G.2.3. A rögzített hatások stabilitása a többszintű modellben

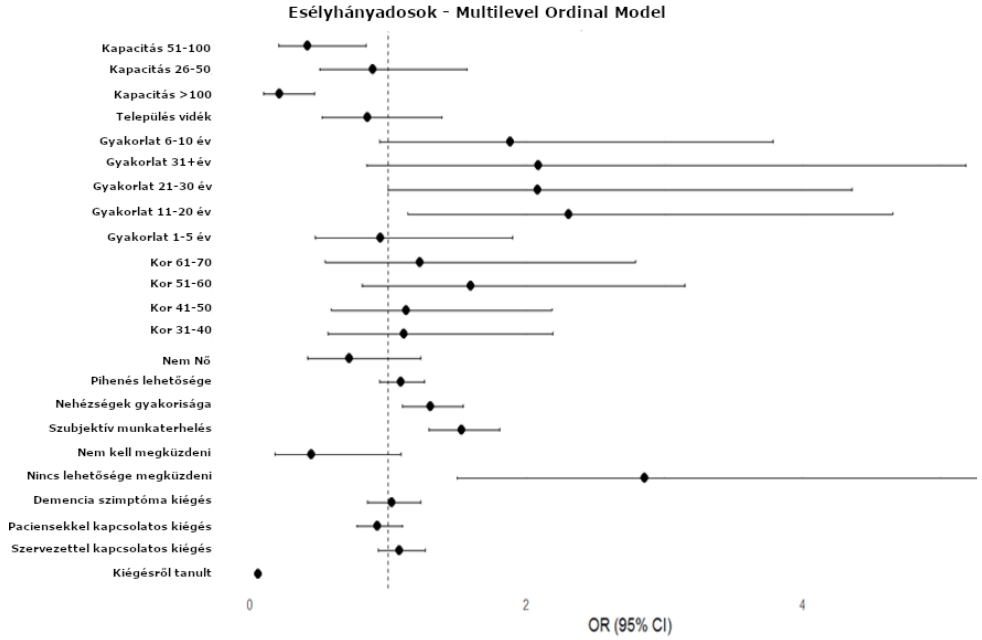
A többszintű CLMM-modellben az egyéni szintű prediktorok hatásai mind irányukat, mind nagyságukat tekintve stabilnak bizonyultak. A kiégéssel kapcsolatos ismeretek továbbra is szignifikáns védőfaktorként jelentek meg, csökkentve a magasabb kiégési kategóriába tartozás valószínűségét. Ezzel szemben a „Nincs rá módom...” válaszkategória változatlanul jelentős kockázati tényezőként szerepelt.

A magasabb szubjektív munkaterhelés, valamint a gondozási nehézségek gyakoribb előfordulása továbbra is szignifikáns, pozitív irányú összefüggést mutatott a kiégés súlyosságával. Ugyanakkor egyes szervezeti szintű változók hatása mérsékelten módosult a többszintű modellben, ami arra utalhat, hogy ezek részben átfedést mutatnak az intézményi szinten jelentkező varianciával (16. táblázat; 4. ábra).

16. táblázat: A kumulatív kapcsolati vegyes modell eredménye

kifejezés	Becslés	Std_Hiba	z-érték	p-érték	OR	CI_low	CI_high
tanulás ↓	-2,8229	0,1678	-16,8241	0,0000	0,0594	0,0428	0,0826
F1	0,0810	0,0802	1,0089	0,3130	1,0843	0,9265	1,2690
F2	-0,0790	0,0897	-0,8807	0,3785	0,9240	0,7750	1,1017
F4	0,0251	0,0958	0,2619	0,7934	1,0254	0,8499	1,2371
nem bírom elviselni ↑	1,0504	0,3300	3,1834	0,0015	2,8589	1,4974	5,4586
nem szükséges a megküzdés	-0,8069	0,4569	-1,7661	0,0774	0,4462	0,1822	1,0926
terhelés ↑	0,4258	0,0848	5,0216	0,0000	1,5308	1,2964	1,8075
gyakoriság ↑	0,2664	0,0852	3,1260	0,0018	1,3053	1,1045	1,5426
pihenés	0,0870	0,0755	1,1518	0,2494	1,0909	0,9408	1,2650
nő	-0,3301	0,2762	-1,1950	0,2321	0,7188	0,4183	1,2353
31–40 éves kor	0,1078	0,3451	0,3125	0,7547	1,1139	0,5664	2,1907
41–50 éves kor	0,1250	0,3352	0,3728	0,7093	1,1331	0,5875	2,1856
51–60 éves	0,4700	0,3460	1,3585	0,1743	1,5999	0,8121	3,1520
61–70 éves kor	0,2092	0,4171	0,5016	0,6159	1,2327	0,5443	2,7921
1–5 év tapasztalat	-0,0569	0,3573	-0,1593	0,8734	0,9447	0,4690	1,9028
6–10 év tapasztalat	0,6332	0,3562	1,7776	0,0755	1,8836	0,9371	3,7860
11–20 év tapasztalat ↑	0,8355	0,3584	2,3315	0,0197	2,3061	1,1424	4,6551
21–30 év tapasztalat ↑	0,7345	0,3763	1,9518	0,0510	2,0845	0,9969	4,3586
tapasztalat 31+ év	0,7368	0,4634	1,5902	0,1118	2,0893	0,8425	5,1811
vidéki helyszín	-0,1587	0,2491	-0,6371	0,5241	0,8532	0,5236	1,3904
befogadóképesség : 26–50 fő	-0,1153	0,2887	-0,3994	0,6896	0,8911	0,5061	1,5691
kapacitás 51–100 fő ↓	-0,8731	0,3571	-2,4447	0,0145	0,4177	0,2074	0,8411
kapacitás > 100 fő ↓	-1,5356	0,3932	-3,9058	0,0001	0,2153	0,0996	0,4653

Megjegyzések: Referenciakategóriák: megküzdés referencia = „aktív megküzdés”, nem referencia = „férfi”, helyszín referencia = „város”, életkor referencia = „21–30”, tapasztalat referencia = „<1 év”, kapacitás referencia = „1–25 fő”.



4. ábra Ordinális regressziós arányok (OR) a kiégés súlyosságára (0-3) vonatkozóan CLLM modell (95%-os konfidenciaintervallum)

G.2.4. A többszintű modell illeszkedésének értékelése

A többszintű kumulatív kapcsolati vegyes modell (CLMM) illeszkedése szignifikáns javulást mutatott az egyszintű arányos esélyű logisztikus regressziós modellhez (POLR) viszonyítva (AIC ≈ 1994 vs. ≈ 2042, ΔAIC = 48,165). Az AIC-értékek közötti jelentős különbség arra utal, hogy az intézményi szint bevonása érdemben hozzájárul a modell illeszkedésének javításához, és pontosabb illeszkedést biztosít az adatok szerkezetéhez.

A POLR és a CLMM modellek összegző értelmezése a kiégés súlyosságára vonatkozóan

Az alkalmazott modellek eredményei egyértelműen azt jelzik, hogy a kiégés súlyossága többtényezős, komplex jelenség. Az egyéni szintű változók közül kiemelt jelentőséggel bír a szubjektív munkaterhelés, a megküzdési lehetőségek korlátozottsága, valamint a kiégéssel kapcsolatos ismeretek megléte.

5 MEGBESZÉLÉS

5.1 „A” vizsgálat megbeszélése

Az elemzés egyik kulcsfontosságú megállapítása, hogy az időbeli orientáció változásának nyomon követése a kognitív hanyatlás egy egyszerűen alkalmazható, ugyanakkor informatív indikátorának tekinthető. Az ilyen típusú mérőszámok különös jelentőséggel bírnak nagymintás, populációs vizsgálatok esetében, ahol a részletes neuropszichológiai tesztelés logisztikai és erőforrásbeli korlátok miatt gyakran nem kivitelezhető. Az eredmények azt jelzik, hogy az időbeli orientáció romlásának szisztematikus dokumentálása hatékony eszközként szolgálhat a kedvezőtlen kognitív folyamatok korai detektálásában és longitudinális nyomon követésében.

Noha a vizsgálat során a Visegrádi országok között bizonyos eltérések azonosíthatók voltak, a megfigyelt trendek minden esetben konzisztens irányba mutattak. Ez a megállapítás tovább erősíti az alkalmazott indikátor robusztusságát és általánosíthatóságát a régión belül.

A jelen vizsgálat célja az volt, hogy a SHARE Wave 9 adatbázis felhasználásával elemezze az időbeliorientáció populációs szintű mintázatait, mint gyorsan alkalmazható, alacsony válaszadói terheléssel járó, egyszerű kognitív indikátort, különös tekintettel az 50 év feletti visegrádi országok népességére. Az eredmények alátámasztották, hogy az időbeliorientáció - egyszerű mérési eszköz jellege ellenére - alkalmas a társadalmi gradiensek, valamint az országok közötti különbségek megbízható azonosítására.

Az orientációs pontszám eloszlása erősen plafonhatást mutatott, ami összhangban áll a korábbi, egyszerű kognitív szűrőeljárásokat alkalmazó populációs kutatások megállapításaival (Folstein et al., 1975; Tsoi et al., 2015). Ennek ellenére mind az ordinális, mind a bináris kimeneti változók esetében stabil és konzisztens összefüggések voltak kimutathatók, ami megerősíti, hogy az orientációs teljesítmény populációs szinten is informatív marad, még viszonylag magas átlagos teljesítményszint mellett is. Ez az eredmény egybevág azokkal a szakirodalmi megállapításokkal, amelyek szerint az időbeli orientáció különösen érzékeny indikátora az időskorban jelentkező kognitív sérülékenységnek (Guerrero-Berroa et al., 2009).

Az életkor hatása bizonyult a legerősebb és legrobosztusabb prediktornak: a tökéletes időbeli orientáció valószínűsége az életkor előrehaladtával szignifikánsan csökkent. Ez a megfigyelés összhangban áll a normatív kognitív öregedés epidemiológiai és

neuropszichológiai modelljeivel, amelyek szerint az időbeli orientáció - különösen a precíz idői becslést igénylő feladatok - fokozottan érzékenyek az életkorral összefüggő kognitív változásokra (Salthouse, 2019).

Az iskolai végzettség mind az összesített orientációs mutató, mind az egyes itemek szintjén következetes protektív hatást mutatott. Ez az eredmény szorosan illeszkedik a kognitív tartalék elméleti keretéhez, amely szerint az oktatás, valamint az ahhoz kapcsolódó életútbeli erőforrások hozzájárulnak a kognitív hanyatlás klinikai manifesztációinak mérsékléséhez (Stern, 2002; Stern, 2012). A jelen elemzés jelentősége abban áll, hogy ezt a protektív hatást egy rendkívül egyszerű, alacsony terhelésű orientációs indikátor szintjén is kimutatta.

A nemek közötti különbségek mérsékelt, ugyanakkor irányukban konzisztens hatást jeleztek: a férfi nem alacsonyabb orientációs teljesítménnyel társult. Ez a megfigyelés összhangban áll az idős kori kognitív kimenetekre vonatkozó epidemiológiai eredményekkel (Mielke et al., 2014). A hatás nagysága ugyanakkor arra utal, hogy a nem önmagában nem tekinthető domináns magyarázó tényezőnek, hanem elsősorban az életkorral és az iskolai végzettséggel együtt értelmezendő.

Az országok közötti összehasonlító elemzések alapján Csehország és Lengyelország kevésbé kedvező orientációs mintázatot mutatott Szlovákiához viszonyítva, míg Magyarország nem tért el szignifikánsan a referenciaországtól. E különbségek értelmezése során fontos hangsúlyozni, hogy nem diagnosztikai eltérésekről, hanem populációs szintű mintázatokról van szó, amelyek mögött az egyes országok egészségi állapotában, valamint a prevenciós és ellátórendszerek működésében fennálló strukturális különbségek állhatnak (Livingston et al., 2020; Prince et al., 2015). A visegrádi országokra fókuszáló megközelítés előnye, hogy lehetőséget teremt az ilyen jellegű összehasonlításokra egy viszonylag homogén történeti és társadalmi kontextuson belül.

Az item-szintű elemzések fontos kiegészítést nyújtottak az aggregált mutatók értelmezéséhez. Az országok közötti különbségek elsősorban a „hónap napja” tételben koncentrálódtak, amely finomabb időbeli orientációt igényel, míg az egyszerűbb orientációs komponensek esetében a teljesítmény közel telítettséget mutatott. Ez az eredmény összhangban áll azokkal a vizsgálatokkal, amelyek rámutatnak, hogy a rövid kognitív tesztek egyes itemei eltérő érzékenységgel bírnak, és a nagyobb kognitív

terhelést jelentő feladatok erőteljesebben járulnak hozzá a csoportok közötti különbségek kimutatásához (Crane et al., 2006; Teresi & Fleishman, 2007).

Klinikai és ellátásszervezési szempontból az eredmények arra utalnak, hogy az időbeli orientáció nem diagnosztikai eszközként, hanem indikátorként értelmezendő. Alkalmas lehet a további kognitív vagy funkcionális vizsgálatok célzott irányítására, valamint a szociális és ápolási ellátórendszerekben populációs szintű referenciaindikátorként történő alkalmazásra (Bae et al., 2021; WHO, 2021).

Módszertani szempontból a bináris kimeneti változó alkalmazása, a parszimónikus prediktorkészlet, valamint az item-szintű elemzések együttesen tették lehetővé a populációs orientációs mintázatok stabil és reprodukálható feltárását. A megfigyelt diszkriminációs teljesítmény (AUC ≈ 0,70) összhangban áll azzal a módszertani elvárással, miszerint takarékos, populációs szintű modellek esetében az elsődleges cél nem az egyéni szintű predikció maximalizálása, hanem a mögöttes strukturális különbségek azonosítása (Steyerberg et al., 2010).

5.1.1 Erősségek és korlátok

A vizsgálat egyik meghatározó erőssége a nagyméretű, nemzetközileg harmonizált SHARE adatbázis alkalmazása, amely lehetővé tette a Visegrádi Négyek idős népességének időbeli orientációs mintázatainak összehasonlítható elemzését. A szabványosított adatfelvételi protokoll, valamint az egységes adatfeldolgozási eljárások hozzájárulnak az eredmények belső és külső validitásához, továbbá erősítik az országok közötti összehasonlíthatóság megbízhatóságát (Bergmann et al., 2019; Börsch-Supan et al., 2013).

További jelentős erősséget képvisel a parszimónikus modellezési stratégia és az item-szintű elemzések kombinált alkalmazása. Ez a megközelítés mérsékli a túlillesztés kockázatát, miközben lehetőséget biztosít a társadalmi és országok közötti strukturális különbségek részletes feltárására. Különösen releváns ez az egyszerű kognitív indikátorok esetében, ahol az aggregált pontszámok gyakran plafonhatást mutatnak, és a differenciáló erő elsősorban a nagyobb kognitív terhelést jelentő itemekben jelenik meg (Crane et al., 2006; Teresi & Fleishman, 2007).

A dolgozat korlátai közé sorolható a keresztmetszeti vizsgálati design, amely nem teszi lehetővé oksági következtetések levonását, illetve az egyéni kognitív pályák

dinamikájának elemzését. Emellett az időbeli orientáció, mint egyszerű mérőszám, nem fedi le a kognitív működés teljes spektrumát. A kifejezett plafonhatás következtében a mutató elsősorban a populációs szinten megjelenő kognitív sebezhetőségi mintázatok azonosítására alkalmas, és nem tekinthető a részletes neuropszichológiai vizsgálatok helyettesítőjének (Tsoi et al., 2015).

5.1.2 Következtetések és jövőbeli kutatási irányok

Az eredmények gyakorlati implikációja, hogy az időbeli orientáció alacsony erőforrásigényű indikátorként hatékonyan alkalmazható a populációs szintű kockázati térképezésben, különösen az idősgondozás és a közösségi ellátás területén. Noha önmagában nem tekinthető diagnosztikai eszköznek, alkalmas lehet a további kognitív és funkcionális szűrések célzott irányítására, különösen olyan ellátórendszerekben, ahol az erőforrások korlátozottak (Prince et al., 2015; WHO, 2021).

Az ápolási és szociális ellátási rendszerek kontextusában az orientációs mutató benchmark jellegű alkalmazása elősegítheti az országok és régiók közötti összehasonlíthatóságot, valamint a veszélyeztetett populációk prevalenciájának monitorozását. Ez a megközelítés összhangban áll azokkal a nemzetközi ajánlásokkal, amelyek a demencia korai tüneteinek felismerését rendszerszintű közegészségügyi prioritásként kezelik (Bae et al., 2021; Livingston et al., 2020).

A jövőbeli kutatások kiemelt irányát az időbeli orientáció longitudinális vizsgálata jelenti. Különös jelentőséggel bír annak feltárása, hogy az orientációs teljesítmény időbeli változásai milyen mértékben képesek előre jelezni a kognitív hanyatlást, a funkcionális állapot romlását, illetve a növekvő gondozási szükségleteket. A SHARE longitudinális adatstruktúrája egyedülálló lehetőséget biztosít az egyéni kognitív pályák, valamint az országspecifikus trendek elemzésére, továbbá az orientáció és egyéb egészségi, társadalmi és kognitív indikátorok közötti kölcsönhatások vizsgálatára (Börsch-Supan et al., 2013; Steyerberg et al., 2010).

5.1.3 Összefoglalás

Összességében a vizsgálat eredményei arra mutatnak rá, hogy az időbeli orientáció - egyszerű mérhetősége ellenére érdemi információval szolgálhat az orientációs

teljesítmény populációs szintű különbségeiről. A SHARE 9. hullámának adatai alapján a Visegrádi Négyek körében végzett elemzések igazolták, hogy az időbeli orientáció egyes komponenseiben életkor, iskolai végzettség és ország szerint eltérések figyelhetők meg. Ezek a különbségek azonban nem tekinthetők önmagukban a fiziológiás öregedés vagy a kognitív sérülékenység indikátorainak. Az időbeli orientáció zavara inkább már fennálló kognitív károsodás lehetőségére utalhat, amelynek hátterében az idősebb korcsoportokban gyakoribb enyhe neurokognitív zavar vagy demencia is állhat. A mutató ezért önmagában nem alkalmas diagnosztikai vagy kockázatbecslési célra, populációs szintű összehasonlításokra és további kutatási hipotézisek kialakítására azonban felhasználható. Jövőbeli longitudinális, valamint klinikai állapotra vonatkozó adatokat is tartalmazó vizsgálatok tisztázhatják, hogy az időbeli orientáció eltérései milyen kapcsolatban állnak a kognitív károsodás kialakulásával és előrehaladásával.

5.2 A „B” vizsgálat megbeszélése

A jelen keresztmetszeti vizsgálatot demenciával élő személyeket gondozó ápolók és gondozók körében végeztük bentlakásos szociális intézményekben (N = 1254; az elemzett regressziós minta N = 1207) megyei szinten (Magyarország, Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye). Az eredmények azt mutatták, hogy a kiégés súlyossága (0–3 fokozatú ordinális kimenet) szoros összefüggést mutatott a szubjektív munkaterheléssel (OR ≈ 1,46–1,53 a modellekben), valamint a gondozási nehézségek gyakoribb előfordulásával (OR ≈ 1,21–1,31). Ezek az összefüggések mind az egyszintű, mind a többszintű modellekben stabilnak bizonyultak, alátámasztva a munkakövetelményekhez kapcsolódó hatások robusztusságát. Ezzel szemben a pihenés ritkaságát jelző változó nem bizonyult szignifikáns prediktornak. A kiégéssel kapcsolatos, önbevalláson alapuló előzetes ismeretek erős negatív kapcsolatot mutattak a kiégés súlyosságával (OR ≈ 0,06–0,08).

Az eredmények értelmezése során a munkakövetelmények-erőforrások (JD-R) modell keretrendszere szolgált elméleti alapként, amelyben a gondozási nehézségek és a demenciára jellemző tüneti terhelés többdimenziós követelmény indikátorként jelennek meg, tükrözve a strukturális, feladatorientált és betegoldali terheléseket. Az eredmények összhangban állnak a JD-R modell által leírt igény-kimerültség folyamattal.

5.2.1 Gondozási nehézségek háromdimenziós struktúrája

A gondozási nehézségeket vizsgáló, 13 tételből álló kérdésblokk faktoranalízise három jól elkülöníthető dimenziót azonosított: (1) szervezeti, erőforrás- és kompetenciafeltételek, (2) betegoldali gondozási terhelés és a gondozás szervezésével kapcsolatos kihívások, valamint (3) szubjektív fáradtság és kiégés. Ez a háromkomponensű struktúra azt jelzi, hogy a „gondozási nehézség" nem egy homogén jelenség, hanem több szinten (szervezeti, feladat- és személyes dimenziókban) összefonódó terhelési rendszerként értelmezhető.

A háromdimenziós szerkezet összhangban áll a hosszú távú intézményi demenciagondozásban leírt stressz-kiégés mintázatokkal. Különösen a harmadik komponens, a szubjektív fáradtság és kiégés elkülönülése utal arra, hogy a munkakörnyezet és a betegség okozta terhek mellett egy autonóm, személyes kimerültségi dimenzió is jelen van. Ez a dimenzió potenciálisan egy különálló szubjektív kimerültségi tengelyt képvisel, amelyet a jövőbeni longitudinális vizsgálatok keretében indokolt részletesen tanulmányozni.

A bizonyítékok alapján a gondozottak kihívást jelentő viselkedése ritkán jelent önálló stresszfaktort. A személyzet stressz-szintjét inkább a lakókkal kapcsolatos tényezők, a személyzettel összefüggő tényezők (például értékelési folyamatok) és a szervezeti kontextus - beleértve az otthon környezetét, az érzékelt támogatást és a vezetést - kölcsönhatása határozza meg. A legújabb szakirodalmi összefoglalók megerősítik, hogy a stressz és a kiégés gyakori jelenség a demenciával élők gondozói körében, és hogy több tényező - a munkaszervezés, az erőforrások, a kompetenciák, valamint a kihívást jelentő viselkedés kezelése - egyidejűleg járul hozzá e jelenség kialakulásához (Costello et al., 2019; Hazelhof et al., 2016).

Az eredmények értelmezésében hasznos keretet nyújt a munkakövetelmények-erőforrások (JD-R) modell, amely szerint a magas munkakövetelmények - ideértve a demenciával kapcsolatos gondozási terheket, az időnyomást és az érzelmi/pszichológiai megterhelést, valamint az alacsony erőforrások (például a személyes és anyagi körülmények, a vezetői és csapatbeli támogatás hiánya, a szerepkör bizonytalansága, illetve a képzési lehetőségek korlátozottsága) - együttesen növelik a kimerültség kialakulásának valószínűségét (Bakker & Demerouti, 2007).

5.2.2 A demenciára jellemző tüneti terhelés

A demenciában megjelenő tüneti terhelést vizsgáló 12 tételből álló blokk erős belső konzisztenciát mutatott, a Cronbach-féle α értéke 0,949 volt. A leíró statisztikák alapján a mindennapi gondozás során különösen terhes tünetek - mint például az agresszió, apátia/depresszió, ismétlődő kérdezés, gátlástalanság, valamint az alvás-ébrenlét zavarok - magas átlagos terhelési értékeket mutattak.

Ezek az eredmények összhangban állnak a nemzetközi szakirodalommal, amely szerint a demencia viselkedési és pszichológiai tünetei (BPSD) a betegség lefolyása során rendkívül gyakoriak, és jelentősen növelik mind az ápolás komplexitását, mind az ápolók stresszterhelését (Cerejeira et al., 2012). Gyakorlati következményként a BPSD-re fókuszáló kompetenciafejlesztés kulcsfontosságú eleme lehet a gondozói terhelés csökkentését célzó, többdimenziós, integrált stratégiáknak (White et al., 2019).

A munkakövetelmények-erőforrások (JD-R) modell értelmében a személyzet terhelését a magas követelmények - például a demenciával összefüggő gondozási terhek, időnyomás és érzelmi megterhelés - és a korlátozott szervezeti erőforrások - mint a nem megfelelő létszám, alacsony vezetői és csapattámogatás, nem egyértelmű szerepkörök, valamint korlátozott képzési és pihenési lehetőségek - kölcsönhatása határozza meg. Ez a kölcsönhatás növelheti a kimerültség kialakulásának kockázatát, és hosszú távon aláásható az ellátás minőségének tartós javulását (Bakker & Demerouti, 2007).

5.2.3 Munkaterhelés és gyakoriság: a „követelmények” dominanciája és a pihenés szerepe

Az ordinális regressziós modell eredményei szerint a magasabb észlelt stressz, valamint a gyakrabban előforduló gondozási nehézségek szignifikánsan összefüggtek a súlyosabb kiégés-kategóriába tartozás valószínűségével. Ez az összefüggés összhangban áll a munkakövetelmények-erőforrások (JD-R) modell egészségromlási mechanizmusával, amely a tartós munkakövetelmények és a kimerültség, valamint a kiégés kialakulása közötti kapcsolatot hangsúlyozza (Bakker & Demerouti, 2007). Ugyanakkor a keresztmetszeti kutatási terv korlátozásai miatt az eredményeket inkább összefüggésként, mint irányított oksági hatásként érdemes értelmezni.

A pihenés ritkaságát jelző változó nem szignifikáns korrelációja többféle magyarázatot tesz lehetővé: (i) lehetséges, hogy a mérőeszköz nem ragadta meg a pszichológiai

elhatárolódás minőségét; (ii) a „regenerációs paradoxon” értelmében azok számára, akiknek a legnagyobb szükségük van a regenerációra, a tényleges regenerálódás a legnehezebb; (iii) a pihenés hatása közvetett módon, közbenső mechanizmusokon keresztül érvényesülhet.

Az eredmények értelmezésekor figyelembe kell venni, hogy a munkával kapcsolatos megterhelésből való regenerálódás többdimenziós jelenség, és a különböző regenerációs folyamatokat és élményeket - például pszichológiai elhatárolódás, relaxáció, kontrollélmény, valamint a tágabb értelemben vett erőforrás-pótlás - meg kell különböztetni (Bennett et al., 2017; Sonnentag et al., 2022; Sonnentag & Fritz, 2015). A legújabb kutatások a munka és regeneráció területén kiemelik a pszichológiai elhatárolódás mellett az alvás szerepét, mint kulcsfontosságú regenerációs mechanizmust, különösen tartós stresszhatás esetén (Sonnentag, 2018; Sonnentag et al., 2022).

A „regenerációs paradoxon” értelmében azok a munkavállalók, akik hosszú távon magas munkaterheléssel szembesülnek, gyakran rendelkeznek a legkevesebb lehetőséggel a hatékony regenerációra; emiatt az önbevalláson alapuló „pihenés gyakorisága” nem feltétlenül tükrözi a tényleges regenerációt, és a kimerültséggel való összefüggése összetett, potenciálisan nem lineáris (Sonnentag, 2018). Következésképpen a jövőbeli modellek számára előnyös lehet a regeneráció többdimenziós operacionalizálása - ideértve a pszichológiai elhatárolódást, az alvás minőségét és a munkán kívüli erőforrások feltöltését -, mivel a puszta „gyakoriság” nem feltétlenül egyenértékű a hatékony regenerációval (Bennett et al., 2017; Sonnentag et al., 2022).

5.2.4 A kiégéssel kapcsolatos ismeretek védő szerepe

A kiégésről szóló, önbevalláson alapuló korábbi ismeretek szignifikánsan negatív összefüggést mutattak a kiégés súlyosságával, az ordinális regressziós modellekben az odds arány (OR) körülbelül 0,06–0,08 volt. Ez a mérték jelentős különbséget jelez azok között a személyek között, akik korábbi ismeretekről számoltak be, és azok között, akik nem, ugyanakkor a jelen kutatás keretei között ok-okozati következtetés nem vonható le.

Ez az összefüggés összhangban van azzal a koncepcióval, hogy a képzés és a pszichoedukáció potenciális „erőforrásként” működik: elősegítheti a korai tünetek felismerését, bővítheti a megküzdési stratégiák repertoárját, valamint csökkentheti a tehetetlenség érzését a gondozói munkában. A kiégéscsökkentő beavatkozások

hatékonyságát a szakirodalom - különösen a személyre szabott pszichoedukációs megközelítések, például a tudatosság-alapú és kognitív-viselkedési beavatkozások - szisztematikus áttekintések és metaanalízisek is alátámasztják (Abdullah Sharin et al., 2025; Lee & Cha, 2023).

Ugyanakkor a keresztmetszeti kutatási tervezés miatt az ok-okozati irány nem állapítható meg; elképzelhető, hogy az alacsonyabb kiégéssel vagy nagyobb kontrollérzettel rendelkező alkalmazottak nagyobb valószínűséggel vesznek részt képzésen. Továbbá, a „tanulás" dimenzió eredményei részben az intézményi kultúra és a vezetés közötti különbségekkel is magyarázhatók. Ezért az eredmény erős indikátornak tekinthető, de óvatos értelmezést igényel, és prospektív vizsgálatok elvégzését indokolja a mechanizmus pontos feltárása érdekében.

5.2.5 Tapasztalat és kiégés

A vizsgálat eredményei szerint több tapasztalati kategória (különösen a 11–20 év és a 21–30 év közötti szakmai tapasztalattal rendelkezők) szignifikánsan magasabb kiégés-kockázattal társultak a referencia-kategóriához képest. Ez a mintázat valószínűleg az érzelmileg megterhelő gondozási körülményeknek való kumulatív kitettséget tükrözi (Costello et al., 2019).

A nemzetközi kiégés-irodalom szerint a kiégés akkor válhat tartóssá, ha a szervezeti kontextusban tartós eltérés áll fenn a munkakövetelmények és a rendelkezésre álló erőforrások között. Ezt a folyamatot gyakran kíséri a hatékonyságérzet csökkenése (hatástalanság), amelyet a kiégés élményének központi elemének tekintenek (Maslach & Leiter, 2016).

Gyakorlati szempontból az eredmények arra utalnak, hogy a karrier közepén célzott megtartási és támogatási programok, ideértve a karrierutakat, rotációs lehetőségeket, kompetenciafejlesztést, pszichológiai támogatást és vezetői visszajelzéseket, amelyek különösen eredményesek lehetnek a kiégés megelőzésében és a személyzet hosszú távú megtartásában.

5.2.6 A megküzdési stratégiák tipológiája

A mintában szereplő megküzdési stratégiák elemzése alapján a résztvevők túlnyomó többsége aktív megküzdést jelölt meg, míg egy kisebb, de szakmailag jelentős csoport a megküzdés lehetetlenségét hangsúlyozta, például az „Nincs rá lehetőségem” vagy a „Túl elfoglalt vagyok” válaszokkal.

A „nincs lehetőség” kategória értelmezése a munkakövetelmények-erőforrások (JD-R) modell logikája szerint erőforráshiányra utalhat; nem feltétlenül a megküzdési képességek hiányát jelzi, hanem inkább a strukturális feltételek - például időhiány, nem megfelelő munkarend, elégtelen személyzet és korlátozott vezetői támogatás - elégtelenségét (Bakker & Demerouti, 2007).

Ez összhangban áll azzal a nézettel, hogy a személyzet stresszhelyzetei nagymértékben kontextusfüggőek, és a személyes értékelés által formálódnak. Amikor a szervezeti munkakörülmények korlátozottak - például kevés idő, nem elegendő személyzet vagy hiányos vezetői támogatás áll rendelkezésre -, a személyzetnek kevesebb lehetősége van a megküzdési stratégiák hatékony alkalmazására, amely jelenség a „megküzdési hozzáférés” problémájaként értelmezhető (Bakker & Demerouti, 2007; Hazelhof et al., 2016).

E csoport kiemelt prioritást élvezhet a beavatkozások tervezése során, különösen akkor, ha a strukturális korlátok akadályozzák a megküzdési stratégiák hatékony gyakorlati alkalmazását.

5.2.7 Szervezeti és ellátásminőségi következmények

Az ellátási nehézségek vizsgálata során a résztvevők különösen a humánerőforrás, az együttműködés és a kompetenciák hiányát emelték ki. Ez alátámasztja azt a tényt, hogy a kiégés megelőzése nem kizárólag az egyéni reziliencia kérdése, hanem szoros összefüggésben áll az intézményi működéssel és a minőségbiztosítási mechanizmusokkal.

Nemzetközi bizonyítékok alapján a demenciával foglalkozó szolgáltatásokban a szervezeti szinten megvalósított, személyközpontú ellátás, amelyet tipikusan a személyzet képzése és oktatása, valamint a vezetés által támogatott szervezeti változások révén érnek el és amely javíthatja a demenciával élők egészségügyi és életminőségi

eredményeit, valamint fokozhatja a személyzet személyközpontú ellátási magatartását (Blake et al., 2020; Chenoweth et al., 2019).

Ezek az eredmények összhangban állnak a WHO 2017-2025-ös globális cselekvési tervével, amely a demenciára adott közegészségügyi válasz prioritásait határozza meg (WHO, 2017).

5.2.8 Gyakorlati javaslatok

A kutatások alapján a vegyes (többkomponensű) pszichoedukációs megközelítések hatékonyabbnak bizonyultak az egykomponensű beavatkozásoknál a nővérek kiégésének csökkentésében. Ennek fényében egy komponensalapú, pragmatikus beavatkozási csomag kialakítása indokolt (Abdullah Sharin et al., 2025; Lee & Cha, 2023):

1. **BPSD-kezelési kompetenciák fejlesztése** - ideértve a bizonyítékon alapuló nem gyógyszeres stratégiákat, a deeszkalációs technikákat, a kommunikációs készségeket és a környezeti vagy rutinszerű alkalmazkodást (Kales et al., 2015). Ez azért kiemelten fontos, mert a BPSD a demenciaellátás egyik legösszetettebb és legstresszesebb aspektusa, és jelentős mértékben hozzájárul a gondozók terheléséhez.
2. **Munkahelyi erőforrások megerősítése** - ideértve a csapatkommunikáció javítását, a szerepkörök tisztázását, a vezetői támogatás biztosítását, valamint az esettanulmányok és felügyelet keretében történő megbeszéléseket (Sonnentag et al., 2022). A hosszú távú demencia gondozás során a személyzet terhelése következetesen összefügg a szervezeti feltételekkel, például az érzékelt támogatással, a vezetés minőségével és az ápolási otthon környezetével (Cerejeira et al., 2012).
3. **A regeneráció minőségének javítása** - ideértve a pszichológiai elhatárolódást, az elhatárolódásra alapozott technikákat, valamint a strukturált pihenés biztosítását (Sonnentag, 2018; Sonnentag et al., 2022; Sonnentag & Fritz, 2015). A regeneráció többdimenziós jelenség, amelyet meg kell különböztetni a hétköznapi értelemben vett szabadidőtől (például elhatárolódás versus egyéb regenerációs élmények). Az alvás kiemelt szerepet játszik, mint alapvető regenerációs folyamat. A „gyógyulási paradoxon” alapján a tartósan magas munkaterhelésnek kitett személyzet számára a hatékony regeneráció lehetősége a legkorlátozottabb, ezért az önbevalláson alapuló „pihenés gyakorisága” és a kimerültség közötti összefüggés összetett lehet; a

gyakoriság önmagában nem feltétlenül ad megbízható képet a valódi regenerációról (Sonnentag, 2018).

5.2.9 Rendszerszintű kilátások

A bentlakásos demencia ellátás kontextusában a kiégés nem csupán az egyéni jólét kérdése, hanem a munkaerő fenntarthatóságának kritikus tényezője is. A kiégés összefüggésbe hozható olyan munkahelyi visszavonulási jelenségekkel, mint a hiányzás, a kilépési szándék és a fluktuáció (Maslach & Leiter, 2016).

A WHO demenciával kapcsolatos keretrendszere szintén hangsúlyozza a gondozók támogatásának fontosságát és a szolgáltatási kapacitások fejlesztését (World Health Organization, 2017). A magyar bentlakásos gondozási rendszerben ez különösen releváns lehet a képzési programok, a szervezeti kapacitás és a személyközpontú ellátás (PCC) orientált fejlesztések összehangolása révén.

A jelen eredmények alapján az intézményi szintű képzési lefedettség folyamatos nyomon követése - különös tekintettel a kiégésre és a BPSD-re - valamint a „nem tudok megbirkózni vele” válaszok arányának csökkentése jól definiált, mérhető fejlesztési célnak tekinthető, amely hozzájárulhat a személyzet hosszú távú megtartásához és a szolgáltatás minőségének javításához.

5.2.10 Korlátok és erősségek

A bemutatott eredmények és következtetések értelmezését több korlát is befolyásolja. Először is, a keresztmetszeti felmérés nem teszi lehetővé az ok-okozati összefüggések egyértelmű megállapítását, például a „tanulás” és a kiégés közötti kapcsolat esetében. Másodszor, az adatgyűjtés egyetlen megyére és bizonyos típusú bentlakásos intézményekre korlátozódott, továbbá a mintavétel nem volt véletlenszerű, így az eredmények általánosíthatósága korlátozott. Harmadszor, valamennyi változó önbevalláson alapult, ami a válaszadói torzítás lehetőségét hordozza. Negyedszer, a kiégés kimeneti változója egy 0–3-as súlyossági skálán került értékelésre, többválasztós kérdések formájában, ami pragmatikus operacionalizációt jelent, de nem helyettesíti a validált, többdimenziós eszközöket, mint például a Maslach Burnout Inventory (MBI) vagy az Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). Bár a Brant-teszt statisztikai eltérést

jelzett a proporcionális esélyek feltételezésétől az egyszintű modellben, a hatásirányok és nagyságok konzisztenciája a többszintű modellben alátámasztja az eredmények lényegi robusztusságát. Az erősségek közé tartozik a kérdések magas száma, amely szinte teljes lefedettséget biztosít, a több intézményt lefedő adatgyűjtés, valamint a gondozási nehézségek és a tüneti terhelés skáláinak kiváló megbízhatósága és jól strukturált dimenziói. Az eredmények összhangja a nemzetközi szakirodalommal szilárd alapot nyújt a beavatkozási pontok meghatározásához és további longitudinális vizsgálatok tervezéséhez.

A longitudinális kutatás legalább két időpontban elvégzett mérést igényelne annak vizsgálatára, hogy a munkaterhelés és a nehézségek gyakorisága valóban előidézi-e a kiégés időbeli súlyosbodását, és hogy a képzés vagy tanulás ténylegesen ok-okozati védő tényezőként működik-e. A következő lépés lehetne a kiégés mérésének validált eszközökkel történő megerősítése, valamint olyan komplex modellek kidolgozása, amelyek a JD-R keretrendszernek megfelelően egyszerre vizsgálják az intézményi jellemzőket (kapacitás, személyzeti arány, képzési gyakorlatok, vezetési stílus) és az egyéni tényezőket.

5.2.11 Következtetések

Az elemzések azt mutatták, hogy a magasabb szubjektív munkaterhelés, a gondozással kapcsolatos nehézségek gyakoribb előfordulása, valamint a megküzdési lehetőségekhez való hozzáférés észlelt korlátai következetesen összefüggésbe hozhatók a kiégés fokozottabb súlyosságával. Ezzel szemben a kiégésről szerzett előzetes ismeretek védő hatást mutattak. A többszintű modellezés eredményei azt is alátámasztották, hogy a variancia jelentős része az intézmények közötti különbségekre vezethető vissza, ami kiemeli a szervezeti kontextus meghatározó szerepét a kiégés kialakulásában. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a demenciával élő betegek gondozásában a kiégés kialakulását egyszerre alakítják az egyéni szintű igények és a strukturális erőforrások. Ennek megfelelően a megelőző stratégiáknak integrált módon kell fókuszálniuk a munkaterhelés mérséklésére, a demenciára jellemző kompetenciák fejlesztésére, valamint a szervezeti támogatási mechanizmusok erősítésére. További longitudinális kutatások szükségesek az ok-okozati összefüggések tisztázására, valamint az intézményi reformok kiégésre gyakorolt hatásának pontos értékelésére.

6 KÖVETKEZTETÉSEK

6.1 A két vizsgálat fő eredményeinek összefoglalása

A disszertáció két empirikus vizsgálata egymást kiegészítő perspektívából járul hozzá az idősödéssel összefüggő kognitív és pszichoszociális folyamatok mélyebb megértéséhez. Míg a populációs szintű elemzés a kognitív sebezhetőség társadalmi mintázatait tárja fel, addig az intézményi vizsgálat a demenciaellátásban dolgozó szakemberek munkaterhelésének és kiégésének strukturális meghatározóit azonosítja.

A populációs vizsgálat a SHARE adatbázis felhasználásával megerősítette, hogy az időbeli orientáció, mint egyszerűen operacionalizálható kognitív indikátor, érzékenyen jelzi az idősödő népességben megjelenő kognitív különbségeket. Az orientációs teljesítmény nem véletlenszerű eloszlást mutatott, hanem szisztematikus kapcsolatban állt az életkorral, az iskolázottsággal és a társadalmi-gazdasági státusszal, ami a kognitív hanyatlás strukturális beágyazottságára utal. Az országok közötti összehasonlítások azt mutatták, hogy a különbségek elsősorban a romlás intenzitásában jelennek meg, miközben az általános tendencia konzisztens marad. Mindez alátámasztja, hogy az időbeli orientáció alkalmas populációs szintű kockázati mintázatok azonosítására és összehasonlító elemzésekre.

Az intézményi vizsgálat eredményei a fenti populációs folyamatok ellátórendszeri következményeit ragadják meg. Az ellátási nehézségekre vonatkozó hipotézisek **(B7 hipotézis)** egyértelmű empirikus alátámasztást nyertek. A válaszadók következetesen a személyi feltételek hiányát azonosították az ellátórendszer elsődleges korlátozó tényezőjeként, ahol a létszámhiány és a tartós túlterheltség strukturális szűk keresztmetszetként jelenik meg. Ezzel párhuzamosan a dezorientált, kognitívan sérülékeny betegek speciális gondozási szükségletei folyamatos módszertani kihívást jelentenek. Az empirikus elemzés két elkülöníthető, de egymással szoros interakcióban álló dimenziót azonosított: egy humánerőforrás- és szervezésspecifikus, valamint egy betegoldali, állapotkomplexitáshoz kötődő tényezőcsoportot. A tárgyi és környezeti hiányosságok ugyan jelen vannak, de relatív súlyuk másodlagos marad, ami tovább erősíti a humánerőforrás-problémák központi szerepét.

A munkaterhelésre vonatkozó hipotézis **(B1 hipotézis)** szintén egyértelműen igazolódott. Az eredmények alapján a demenciaellátásban végzett munka kumulatív módon jelentkezik testi, kognitív és érzelmi dimenziókban, miközben a regeneráció

strukturális feltételei korlátozottak. A válaszadók beszámolói a tartós túlterheltség és az elégtelen pihenési lehetőségek konzisztens jelenlétét mutatják. A gondozói szerephez kapcsolódó erős hivatástudat ugyanakkor nem kompenzálja a krónikus megterhelés hatásait, hanem sok esetben azokkal párhuzamosan van jelen. Ez a kettősség - az elköteleződés és a kimerültség egyidejűsége - a kiégés kialakulásának klasszikus előfeltételeként értelmezhető.

Az intézményi vizsgálat eredményei így szorosan illeszkednek a munkahelyi igény-erőforrás modell (JD-R) keretéhez, amely szerint a magas követelmények és a korlátozott erőforrások egyensúlytalansága meghatározó szerepet játszik a kiégés kialakulásában. A többszintű modellezés tovább erősítette ezt az értelmezést azáltal, hogy kimutatta: a kiégés varianciájának jelentős része intézményi szinten magyarázható, ami a szervezeti működés meghatározó szerepére utal.

Az ellátórendszerben jelentkező humánerőforrás-hiány **(B7 hipotézis, B6 hipotézis)** és a kumulatív munkaterhelés **(B1 hipotézis)** együttesen olyan strukturális nyomást generálnak, amely közvetlenül növeli a kiégés kockázatát.

Összességében a disszertáció eredményei azt mutatják, hogy a kognitív hanyatlás és a gondozói terhelés nem egymástól független jelenségek, hanem egy több szinten szerveződő, strukturálisan meghatározott rendszer elemei. A **B7, B1 és B3 hipotézis** együttes empirikus megerősítése különösen azt emeli ki, hogy a demenciaellátás kihívásai alapvetően nem egyéni, hanem rendszerszintű problémaként értelmezhetők, amely integrált beavatkozásokat igényel.

6.2 A populációs és intézményi szint kapcsolata

A disszertáció két empirikus vizsgálata egymást kiegészítő perspektívából járul hozzá az idősödéssel összefüggő kognitív és ellátórendszeri folyamatok megértéséhez. Míg a populációs szintű SHARE-elemzés az időskori kognitív sérülékenység társadalmi mintázatait tárta fel, addig az intézményi vizsgálat a demenciaellátásban dolgozó szakemberek munkaterhelésének és kiégésének szervezeti meghatározóit vizsgálta.

A populációs vizsgálat eredményei megerősítették, hogy az időbeli orientáció érzékenyen jelzi az életkorral összefüggő kognitív sérülékenységet. Az életkorra vonatkozó hipotézisek **(A1 hipotézis; A2 hipotézis)** egyértelmű igazolást nyertek: az idősebb korcsoportokban szignifikánsan alacsonyabb orientációs teljesítmény jelent meg,

és ez az összefüggés valamennyi itemszintű komponensben megfigyelhető volt. Az iskolai végzettségre vonatkozó hipotézisek **(A3 hipotézis; A4 hipotézis)** szintén megerősítést kaptak, ami arra utal, hogy a kognitív rezerv szerepe populációs szinten is jól kimutatható. Az országközi eltérések **(A7 hipotézis)** tovább árnyalták ezt a képet, mivel a Visegrádi Négyek között strukturális különbségek mutatkoztak az orientációs teljesítményben.

Ezek a populációs szinten azonosított mintázatok közvetett módon meghatározzák az intézményi ellátás terhelését is. Az időskori kognitív sérülékenység növekedése fokozza a komplex gondozási szükségleteket, ami közvetlenül növeli a demenciaellátásban dolgozók munkaterhelését. A munkaterhelésre vonatkozó hipotézis **(B1 hipotézis)** igazolódott: a dolgozók testi, pszichés és érzelmi túlterhelése tartósan magas szinten jelent meg. Emellett a személyzethiányra vonatkozó hipotézis **(B7 hipotézis)** is empirikus megerősítést nyert, mivel a válaszadók következetesen a humánerőforrás-hiányt azonosították az ellátórendszer egyik legfontosabb korlátozó tényezőjeként.

A populációs és intézményi szint közötti kapcsolat különösen jól látható abban, hogy a kognitívan sérülékeny, dezorientált betegek ellátása fokozott érzelmi és szakmai terhelést ró az ellátószemélyzetre. A demenciával élő személyek pszichológiai és viselkedési tüneteire vonatkozó hipotézis **(B2 hipotézis)** alapján az agresszív vagy dezorganizált viselkedésformák jelentősen hozzájárulnak az érzelmi kimerülés kialakulásához. Ezzel párhuzamosan az intézményi és vezetői támogatás szerepe **(B3 hipotézis)**, valamint a támogató munkahelyi közösség védőhatása **(B4 hipotézis)** azt mutatja, hogy a szervezeti környezet kulcsszerepet játszik a populációs folyamatokból eredő terhek kezelésében.

Az eredmények integrált értelmezése alapján megállapítható, hogy a kognitív hanyatlás és a gondozói kiégés nem egymástól független jelenségek, hanem ugyanazon strukturális folyamat eltérő szintjei. A populációban növekvő kognitív sérülékenység fokozza az intézményi ellátási igényeket, miközben az ellátórendszer humánerőforrás-korlátai és szervezeti nehézségei tovább növelik a dolgozók pszichés terhelését. A **B1, B3 és B7 hipotézisek** együttes megerősítése különösen azt hangsúlyozza, hogy a demenciaellátás problémái alapvetően rendszerszintű kihívásként értelmezhetők, amelyek integrált egészségpolitikai és szervezeti beavatkozásokat igényelnek.

6.3 A demenciaellátás rendszerszintű kihívásai

Az intézményi vizsgálat eredményei arra utalnak, hogy a demenciaellátásban jelentkező problémák nem elszigetelt egyéni nehézségek, hanem komplex, rendszerszinten szerveződő kihívásokként értelmezhetők. A dolgozók beszámolói alapján a tartós humánerőforrás-hiány, a magas munkaterhelés és az érzelmi megterhelés egymással szoros kölcsönhatásban jelennek meg, és együttesen növelik a kiégés kockázatát.

A munkaterhelésre vonatkozó hipotézis **(B1 hipotézis)** egyértelmű empirikus megerősítést nyert. Az eredmények szerint a demenciaellátásban végzett munka egyszerre jelent fizikai, pszichés és érzelmi megterhelést, amely hosszú távon kumulatív módon halmozódik fel. A válaszadók beszámolói alapján a túlterheltség állandósult jelenségként van jelen, miközben a regeneráció és a pihenés strukturális feltételei korlátozottak. A gondozói szerephez kapcsolódó erős hivatástudat ugyan sok esetben fenntartja a szakmai elköteleződést, azonban önmagában nem képes ellensúlyozni a krónikus terhelés negatív következményeit.

A demenciával élő személyek agresszív és pszichológiai viselkedési tüneteire vonatkozó hipotézis **(B2 hipotézis)** szintén megerősítést kapott. Az eredmények alapján a dezorientált, agitált vagy agresszív viselkedésformák jelentősen növelik a dolgozók érzelmi kimerülését. A betegek állapotából fakadó kiszámíthatatlanság folyamatos készenléti állapotot eredményez, amely fokozza a pszichés túlterhelést és csökkenti a munkavégzés érzelmi biztonságát. Ez különösen azokban az intézményekben jelent problémát, ahol a személyi és szervezeti erőforrások eleve korlátozottak.

Az intézményi és vezetői támogatás szerepére vonatkozó hipotézis **(B3 hipotézis)** megerősítette, hogy a szervezeti háttér meghatározó védőfaktorként működik a kiégés kialakulásával szemben. Azokban az intézményekben, ahol a dolgozók nagyobb mértékű szakmai támogatást, visszajelzést és szervezeti stabilitást érzékeltek, alacsonyabb kiégési szint volt megfigyelhető. Hasonlóképpen igazolódott a támogató munkahelyi közösség és a csapatmunka szerepe is **(B4 hipotézis)**. A kollegiális együttműködés és az informális támogatási hálózatok jelentős mértékben hozzájárultak a pszichés terhelés csökkentéséhez.

A továbbképzésekre és stresszkezelő programokra vonatkozó (**B5 hipotézis**) alapján a kiégésmegelőző vagy mentálhigiénés képzéseken való részvétel, illetve az ilyen és hasonló képzéseken elsajátítható ismeretekkel kapcsolatos tájékozottság közvetett módon

összefügghet a dolgozók körében a kiégés alacsonyabb előfordulásával. Ez arra utal, hogy az ilyen képzéseken megszerzett stresszkezelési és mentálhigiénés ismeretek közvetetten hozzájárulhatnak a dolgozók mentális egészségének megőrzéséhez és a kiégés megelőzéséhez.

A szakmai tapasztalatra vonatkozó hipotézis **(B6 hipotézis)** eredményei ugyanakkor arra utaltak, hogy a hosszabb időn keresztül fennálló gondozói terhelés önmagában növelheti a kiégés kockázatát. A tartós érzelmi bevonódás, a folyamatos veszteségélmények és a krónikus túlterhelés hosszú távon fokozatos pszichés kimerüléshez vezethetnek, különösen megfelelő szervezeti támogatás hiányában.

A személyzethiányra vonatkozó hipotézis **(B7 hipotézis)** különösen erős empirikus alátámasztást kapott. A válaszadók következetesen a humánerőforrás-hiányt nevezték meg az ellátórendszer egyik legsúlyosabb problémájaként. A létszámhiány növelte a túlóraterhelést, csökkentette a regeneráció lehetőségét, és hozzájárult az ellátás minőségével kapcsolatos bizonytalanság érzéséhez. Mindez strukturális nyomást helyez az intézményekre és közvetlenül fokozza a kiégés kialakulásának valószínűségét.

A rendszeres szakmai konzultációra és szupervízióra vonatkozó hipotézis **(B8 hipotézis)** szintén megerősítést nyert. Azokban az intézményekben, ahol elérhető volt strukturált szakmai támogatás és reflektív megbeszélési lehetőség, a dolgozók alacsonyabb érzelmi kimerülésről számoltak be. Ez arra utal, hogy a szupervízió nemcsak pszichológiai támogatási forma, hanem az ellátás minőségét és a szervezeti stabilitást is erősítő tényező lehet.

Összességében az eredmények azt mutatják, hogy a demenciaellátás kihívásai alapvetően rendszerszintű természetűek. A magas gondozási szükségletek, a humánerőforrás-hiány, a szervezeti korlátok és a tartós érzelmi megterhelés egymást erősítő mechanizmusokon keresztül alakítják a dolgozók kiégési kockázatát. A **B1, B2, B3, B4, B7 és B8 hipotézisek** együttes megerősítése különösen azt hangsúlyozza, hogy a demenciaellátás fenntarthatósága nem kizárólag egyéni alkalmazkodási stratégiákon múlik, hanem elsősorban intézményi és egészségpolitikai szintű beavatkozásokat igényel.

6.3.1 Az ellátási igény növekedése

A demenciaellátás egyik legjelentősebb rendszerszintű kihívását az ellátási igény folyamatos növekedése jelenti, amely szoros összefüggésben áll az idősödő népesség

arányának emelkedésével és a kognitív sérülékenység populációs szintű terjedésével. A SHARE-adatok elemzése azt mutatta, hogy az időbeli orientáció teljesítménye az életkor előrehaladtával szignifikánsan romlik **(A1 és A2 hipotézis),** miközben az alacsonyabb iskolai végzettség kedvezőtlenebb orientációs eredményekkel társul **(A3 és A4 hipotézis)**.

Ezek az eredmények arra utalnak, hogy az időskori kognitív hanyatlás nem kizárólag biológiai folyamat, hanem társadalmi meghatározottságú jelenség is, amely hosszú távon fokozza az egészségügyi és szociális ellátórendszerek terhelését.

A populációs szinten azonosított kognitív sebezhetőség közvetlenül jelenik meg az intézményi ellátásban is. Az orientációs problémák és a kognitív hanyatlás előrehaladása egyre intenzívebb felügyeleti, gondozási és kommunikációs szükségleteket generál, ami a bentlakásos demenciaellátásban dolgozó szakemberek munkaterhelésének növekedéséhez vezet. Az intézményi vizsgálat eredményei megerősítették, hogy a magasabb munkaterhelés szignifikánsan együtt jár a kiégés magasabb szintjével **(B1 hipotézis)**, különösen olyan környezetben, ahol a gondozottak állapota fokozott fizikai és pszichés jelenlétet igényel.

Az ellátási igény növekedése nem csupán a gondozási idő meghosszabbodásában jelenik meg, hanem az ellátás komplexitásának fokozódásában is. A demenciával élő személyek körében gyakran előforduló agresszív és pszichológiai viselkedési tünetek jelentős érzelmi terhelést rónak a dolgozókra, amely az elemzés alapján növeli az érzelmi kimerülés mértékét **(B2 hipotézis)**. A növekvő betegszám és az egyre összetettebb gondozási szükségletek így kumulatív módon fokozzák az ellátórendszer humánerőforrás-terhelését.

Az eredmények arra is rámutatnak, hogy az ellátási igény emelkedése különösen problematikussá válik olyan intézményi környezetben, ahol tartós személyzethiány figyelhető meg. A személyi erőforrások hiánya szignifikánsan növeli a pszichés túlterhelést és a kiégési kockázatot **(B7 hipotézis)**, miközben korlátozza az egyéni szükségletekhez igazodó, magas minőségű gondozás lehetőségét. Ez a folyamat önmagát erősítő mechanizmusként működhet: a túlterhelés fokozza a kiégést, a kiégés pedig hozzájárulhat a munkaerő-elvándorláshoz és a szakemberhiány további mélyüléséhez.

Az ellátási igény növekedése tehát nem kizárólag demográfiai kérdésként értelmezhető, hanem komplex rendszerszintű kihívásként, amely egyszerre érinti a

kognitív egészség, az intézményi működés és a humánerőforrás-fenntarthatóság területeit. A populációs vizsgálatban azonosított kognitív teljesítménykülönbségek olyan ellátási szempontból releváns népességi mintázatokra utalhatnak, amelyek az idősödő társadalmakban hozzájárulhatnak a kognitív károsodással összefüggő gondozási szükségletek növekedéséhez.

6.3.2 A gondozói munkaerő hiánya és fluktuációja

A demenciaellátás fenntarthatóságának egyik legsúlyosabb rendszerszintű problémája a gondozói munkaerő tartós hiánya és az ezzel összefüggő fluktuáció. Az idősödő társadalmakban folyamatosan növekszik a kognitív hanyatlással élő személyek száma, miközben az ellátórendszerek humánerőforrás-kapacitása nem képes ezzel arányosan bővülni. A populációs vizsgálat eredményei alapján az időbeli orientáció romlása szoros kapcsolatban áll az életkor előrehaladtával **(A1 és A2 hipotézis)**, ami arra utal, hogy a demenciával és kognitív sérülékenységgel élő idősek arányának növekedése hosszú távon fokozódó gondozási szükségleteket generál. Ez a tendencia közvetlen nyomást gyakorol a bentlakásos ellátást biztosító intézményekre és az ott dolgozó szakemberekre.

Az intézményi vizsgálat egyértelműen megerősítette, hogy a személyzethiány a demenciaellátás egyik legkritikusabb strukturális problémája **(B7 hipotézis)**. A válaszadók beszámolói alapján a létszámhiány nem átmeneti működési nehézségként, hanem tartós szervezeti állapotként jelenik meg, amely folyamatos túlterhelést eredményez. A hiányzó munkaerő következtében a dolgozók egyszerre kénytelenek több beteg ellátását biztosítani, miközben a demenciával élő személyek speciális szükségletei magas fokú emocionális, kommunikációs és fizikai jelenlétet igényelnek.

A munkaerőhiány közvetlenül hozzájárul a munkaterhelés növekedéséhez, amely az elemzések szerint szignifikáns kapcsolatban áll a kiégés magasabb szintjével **(B1 hipotézis)**. A tartós túlterhelés következtében csökken a regeneráció lehetősége, romlik a munkával való elégedettség, és fokozódik az érzelmi kimerülés kialakulásának kockázata. Ez különösen azokban az intézményekben jelent problémát, ahol a szervezeti és vezetői támogatás korlátozott **(B3 hipotézis)**, illetve ahol hiányoznak a rendszeres szakmai konzultáció és szupervízió strukturált formái **(B8 hipotézis)**.

A fluktuáció kialakulásában a pszichés megterhelés mellett fontos szerepet játszik a gondozói munka emocionális intenzitása is. A demenciával élő személyek agresszív és

pszichológiai viselkedési tünetei fokozzák az érzelmi kimerülést **(B2 hipotézis)**, ami hosszabb távon hozzájárulhat a pályaelhagyáshoz. A magas érzelmi igénybevétel és a korlátozott szervezeti erőforrások együttesen olyan munkakörnyezetet alakítanak ki, amelyben a dolgozók megtartása egyre nehezebbé válik.

Az eredmények ugyanakkor arra is rámutatnak, hogy a támogató munkahelyi közösség és a hatékony csapatmunka védőfaktorként működhet a kiégéssel szemben **(B4 hipotézis)**. Azokban az intézményekben, ahol erősebb a kollegiális támogatás és a szakmai együttműködés, mérsékeltebb pszichés terhelés figyelhető meg. Hasonlóképpen, a kiégésmegelőző és stresszkezelő továbbképzéseken való részvétel és az ezekkel kapcsolatos ismeretek közvetett módon összefüggenek a kiégés alacsonyabb előfordulásával **(B5 hipotézis)**. Ez arra utal, hogy az ilyen és hasonló képzéseken megszerzett ismeretek és stresszkezelési készségek közvetetten hozzájárulhatnak a dolgozók mentális egészségének megőrzéséhez.

A demenciaellátásban jelentkező munkaerőhiány és fluktuáció tehát komplex, önmagát erősítő rendszerszintű folyamatként értelmezhető. A növekvő ellátási igény fokozza a dolgozók terhelését, a túlterhelés növeli a kiégés valószínűségét, a kiégés pedig tovább mélyíti a munkaerőhiányt. A vizsgálatok eredményei alapján egyértelművé válik, hogy a probléma kezelése nem kizárólag egyéni rezilienciafokozást igényel, hanem átfogó szervezeti és egészségpolitikai beavatkozásokat, amelyek egyszerre célozzák a humánerőforrás-bővítést, a munkakörülmények javítását és a pszichológiai támogatórendszerek megerősítését.

6.3.3 Az intézményi környezet szerepe

A demenciaellátás minőségét és fenntarthatóságát jelentős mértékben meghatározza az intézményi környezet működése, mivel a gondozási folyamatok nem kizárólag az egyéni szakmai kompetenciák, hanem a szervezeti struktúrák, erőforrások és támogató mechanizmusok függvényében valósulnak meg. Az intézményi vizsgálat eredményei arra utalnak, hogy a kiégés és a pszichés túlterhelés kialakulása szorosan kapcsolódik az intézményi működés minőségéhez, különösen a vezetői támogatás, a szervezeti klíma és a szakmai együttműködés szintjéhez.

Az elemzések megerősítették, hogy a magasabb szintű intézményi és vezetői támogatás alacsonyabb kiégési szinttel társul **(B3 hipotézis)**. Azokban az

intézményekben, ahol a dolgozók megfelelő szakmai visszajelzést, támogatást és döntéshozói együttműködést tapasztalnak, mérsékeltebb érzelmi kimerülés figyelhető meg. A vezetői jelenlét és a támogató szervezeti kultúra különösen fontos a demenciaellátásban, ahol a dolgozók mindennapi munkája fokozott emocionális megterheléssel és komplex gondozási helyzetekkel jár együtt.

A támogató munkahelyi közösség és a hatékony csapatmunka szintén védőfaktorként jelent meg az elemzésekben **(B4 hipotézis)**. A demenciaellátás sajátossága, hogy a gondozási feladatok magas fokú interprofesszionális együttműködést igényelnek, amelyben az ápolók, szociális szakemberek és egyéb ellátók közötti koordináció alapvető jelentőségű. Azokban az intézményekben, ahol erősebb a kollegiális kohézió és a szakmai együttműködés, a dolgozók kisebb mértékű pszichés túlterhelésről számoltak be. Ez arra utal, hogy a munkahelyi közösség nem csupán szociális támogató tényező, hanem az ellátás stabilitását meghatározó szervezeti erőforrás is.

Az eredmények emellett rámutattak arra is, hogy a rendszeres szakmai konzultáció és szupervízió csökkenti az érzelmi kimerülés mértékét **(B8 hipotézis)**. A demenciaellátásban dolgozók naponta találkoznak veszteségélményekkel, viselkedési problémákkal és magas érzelmi intenzitású helyzetekkel, amelyek feldolgozása megfelelő szakmai támogatás hiányában fokozott kiégési kockázathoz vezethet. A szupervízió és a reflektív szakmai konzultáció lehetőséget biztosít a megterhelő tapasztalatok strukturált feldolgozására, ezáltal hozzájárul a pszichés teher csökkentéséhez és a szakmai kompetenciaérzés fenntartásához.

A szervezeti környezet jelentőségét tovább erősíti, hogy a kiégés varianciájának jelentős része intézményi szinten magyarázható volt. Ez arra utal, hogy a dolgozók pszichés állapota nem kizárólag egyéni reziliencia vagy személyiségjellemzők következménye, hanem erősen függ az intézményi működés strukturális sajátosságaitól. A munkahelyi igény-erőforrás modell (JD-R) értelmezési keretében ez azt jelenti, hogy a magas követelmények negatív hatásai mérsékelhetők, amennyiben az intézmény megfelelő erőforrásokat, támogató mechanizmusokat és szervezeti stabilitást biztosít.

Az intézményi környezet szerepe különösen felértékelődik a növekvő ellátási igények és a tartós munkaerőhiány kontextusában. A populációs szinten megfigyelhető kognitív sérülékenység fokozza az ellátórendszer terhelését, ami csak részben kezelhető egyéni szintű alkalmazkodással. Az eredmények alapján egyértelművé válik, hogy a

demenciaellátás hosszú távú fenntarthatósága nagymértékben függ az intézményi környezet adaptív kapacitásától, vagyis attól, hogy az intézmények milyen mértékben képesek támogató szervezeti kultúrát, stabil szakmai együttműködést és pszichológiai védőmechanizmusokat kialakítani.

6.3.4 Integrált értelmezés

A disszertáció két empirikus vizsgálata egymással szoros összefüggésben értelmezhető, mivel a populációs szinten megjelenő kognitív sérülékenység és az intézményi szinten tapasztalható gondozói túlterhelés ugyanazon strukturális folyamat különböző dimenzióit jelenítik meg. A SHARE-adatok elemzése azt mutatta, hogy az időbeli orientáció romlása szignifikáns kapcsolatban áll az életkor előrehaladtával **(A1 és A2 hipotézis)**, miközben a magasabb iskolai végzettség védőhatása következetesen kimutatható volt **(A3 és A4 hipotézis)**. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a kognitív hanyatlás társadalmilag strukturált jelenség, amely hosszú távon fokozódó gondozási és felügyeleti szükségleteket eredményez az idősödő populációban.

A populációs szinten azonosított kognitív sebezhetőség közvetlenül jelenik meg az intézményi ellátás mindennapi működésében. A növekvő számú, dezorientált és komplex szükségletű gondozott magasabb szintű fizikai, kognitív és érzelmi jelenlétet igényel a szakemberektől, ami az intézményi vizsgálat eredményei alapján jelentős munkaterhelés-növekedéssel jár együtt **(B1 hipotézis)**. A demenciával élő személyek agresszív és pszichológiai viselkedési tünetei tovább fokozzák az érzelmi megterhelést **(B2 hipotézis)**, ezáltal növelve a kiégés kialakulásának kockázatát.

Az elemzések integrált értelmezése alapján a személyzethiány központi közvetítő tényezőként jelenik meg a populációs és intézményi folyamatok között. A növekvő ellátási igény és a korlátozott humánerőforrás-kapacitás együttesen olyan strukturális nyomást eredményez, amely tartós túlterheléshez vezet **(B7 hipotézis)**. Ez a folyamat önfenntartó mechanizmusként működik: a túlterhelés fokozza a kiégést, a kiégés pedig hozzájárul a fluktuációhoz és a szakemberhiány további mélyüléséhez. A hosszabb szakmai tapasztalattal rendelkező dolgozók körében megfigyelhető magasabb kiégési szint **(B6 hipotézis)** arra utal, hogy a tartós emocionális és fizikai megterhelés kumulatív módon fejti ki hatását.

Az intézményi környezet ugyanakkor nem csupán kockázati, hanem védőfaktorként is értelmezhető. Az eredmények szerint a magasabb szintű intézményi és vezetői támogatás mérsékli a kiégés valószínűségét **(B3 hipotézis)**, míg a támogató munkahelyi közösség és a hatékony csapatmunka szintén protektív szerepet tölt be **(B4 hipotézis)**. Hasonlóképpen, a kiégésmegelőző és stresszkezelő továbbképzéseken való részvétel és azt ott elsajátított technikák közvetetten **(B5 hipotézis)**, valamint a rendszeres szakmai konzultáció és szupervízió **(B8 hipotézis)** hozzájárulnak az érzelmi kimerülés csökkentéséhez. Ezek az eredmények összhangban állnak a munkahelyi igény-erőforrás modell (JD-R) megközelítésével, amely szerint a magas követelmények negatív hatásai megfelelő szervezeti erőforrások jelenlétében mérsékelhetők.

A két vizsgálat együttes értelmezése alapján megállapítható, hogy a demenciaellátás problémái alapvetően nem izolált egyéni nehézségek, hanem egymásra épülő rendszerszintű folyamatok következményei. A populációs szinten növekvő kognitív sérülékenység fokozza az intézményi ellátás terhelését, amely a humánerőforrás-hiány és a szervezeti korlátok miatt egyre nehezebben kezelhető. A demenciaellátás fenntarthatósága ezért nem kizárólag klinikai vagy gondozásszervezési kérdés, hanem komplex egészségpolitikai és társadalmi kihívás, amely integrált, több szinten megvalósuló beavatkozásokat igényel.

6.4 A kutatás hozzájárulása a szakterület új tudományos eredményeihez

A disszertáció egyik legfontosabb tudományos hozzájárulása abban rejlik, hogy a demenciával összefüggő problémákat két, egymással szorosan összekapcsolódó empirikus szinten vizsgálja: populációs és intézményi dimenzióban. Ez a kettős megközelítés lehetővé teszi a demenciaellátás komplex, rendszerszintű megértését, túlmutatva az egyes szinteken izoláltan értelmezhető összefüggéseken. A kutatás integrált módon kapcsolja össze az idősödő populációban megjelenő kognitív sérülékenységet az intézményi ellátásban tapasztalható humánerőforrás-terheléssel és kiégési folyamatokkal, ezáltal új értelmezési keretet kínál a demenciaellátás strukturális kihívásainak vizsgálatához.

Az eredmények megerősítették, hogy az orientációs teljesítmény szignifikáns kapcsolatban áll az életkorral **(A1 és A2 hipotézis)**, valamint az iskolai végzettséggel **(A3 és A4 hipotézis)**, miközben az országok közötti különbségek is kimutathatóak maradtak

(A7 hipotézis). A vizsgálat emellett igazolta az orientációs mutató erőteljes plafonhatását **(A8 hipotézis)**, ami metodológiai szempontból is releváns eredmény, mivel rámutat a rövid kognitív indikátorok elemzésének sajátosságaira és korlátaira. A kutatás hozzájárulása különösen abban jelentős, hogy az időbeli orientációt nem diagnosztikai eszközként, hanem populációs szintű kognitív kockázati markernek tekinti, amely alkalmas társadalmi mintázatok és nemzetközi különbségek azonosítására.

Az intézményi szint tudományos hozzájárulása elsősorban a gondozói kiégés strukturális meghatározóinak feltárásában rejlik. A kutatás megerősítette, hogy a magas munkaterhelés **(B1 hipotézis)**, a demenciával élő személyek pszichológiai és viselkedési tünetei **(B2 hipotézis)**, valamint a személyzethiány **(B7 hipotézis)** együttesen jelentősen növelik a pszichés túlterhelés és az érzelmi kimerülés kockázatát. Ezzel párhuzamosan az elemzések rámutattak arra is, hogy az intézményi és vezetői támogatás **(B3 hipotézis)**, a támogató munkahelyi közösség és csapatmunka **(B4 hipotézis)**, továbbá a továbbképzések **(B5 hipotézis)** és a rendszeres szupervízió **(B8 hipotézis)** védőfaktorként működnek a kiégéssel szemben. A kutatás így empirikusan is alátámasztotta a munkahelyi igény-erőforrás modell (JD-R) alkalmazhatóságát a demenciaellátás területén.

A disszertáció további tudományos értékét adja, hogy a populációs és intézményi folyamatokat nem elkülönülten, hanem egymásra épülő rendszerszintű jelenségként értelmezi. A többszintű megközelítés lehetővé tette annak bemutatását, hogy a populációs szinten azonosított kognitív sérülékenység hozzájárulhat az intézményi munkaterhelés növekedéséhez, amely a humánerőforrás-hiány és a korlátozott szervezeti erőforrások mellett fokozza a kiégési kockázatot. Ez az integrált szemlélet új elemzési keretet kínál a demenciaellátásban jelentkező problémák értelmezéséhez, mivel egyszerre kapcsolja össze a demográfiai, egészségi és szervezeti folyamatokat.

Összességében a disszertáció tudományos hozzájárulása három szinten értelmezhető:

1. **Populációs szint:** a kognitív hanyatlás társadalmi mintázatainak és országok közötti különbségeinek azonosítása az időbeli orientáció indikátorán keresztül.
2. **Intézményi szint:** a gondozói kiégés strukturális meghatározóinak és szervezeti védőfaktorainak empirikus feltárása.

3. **Integrált szint:** a populációs és intézményi folyamatok összekapcsolása egy rendszerszintű értelmezési modellben, amely megalapozza a célzott prevenciós és támogató beavatkozások fejlesztését a demenciaellátásban.

A kutatás eredményei nemcsak a tudományos diskurzushoz járulnak hozzá, hanem gyakorlati és egészségpolitikai szempontból is relevánsak. Az integrált megközelítés alapot teremt a jövőbeli longitudinális és multiszintű vizsgálatok számára, különösen a kognitív sérülékenység, a gondozói túlterhelés és a kiégés korai felismerésének és megelőzésének területén.

6.5 Konklúzió

A disszertáció két empirikus vizsgálata - populációs és intézményi szinten - együttesen igazolja, hogy a demenciaellátás komplex kihívásai csak rendszerszintű megközelítésben értelmezhetők. A populációs vizsgálatban feltárt időbeli orientációs és társadalmi-demográfiai mintázatok **(A1-A8 hipotézisek)** egyértelműen rámutattak arra, hogy az életkor, az iskolai végzettség, a nem és az országos kontextus szignifikáns kapcsolatban állnak a kognitív teljesítménnyel. A populáció szintű vizsgálatban azonosított kognitív teljesítménykülönbségek olyan ellátási szempontból mérvadó népességi mintázatokra utalhatnak, amelyek kapcsolatba hozhatók a gondozási szükségletekkel.

A populációs vizsgálat empirikusan megerősítette, hogy az életkor növekedése csökkenti a tökéletes időbeli orientáció valószínűségét **(A1-A2 hipotézisek)**, míg a magasabb iskolai végzettség védőhatásként jelenik meg mind az összpontszám, mind az itemszintű komponensek esetében **(A3-A4 hipotézisek)**. A nemi különbségek mérsékeltebb formában ugyan, de szintén kimutathatók voltak **(A5-A6 hipotézisek)**, továbbá az országok közötti eltérések is fennmaradtak a kontrollváltozók figyelembevételét követően **(A7 hipotézis)**. Az orientációs mutató erőteljes plafonhatása **(A8 hipotézis)** ugyanakkor módszertani szempontból is hangsúlyozta a bináris és itemszintű elemzések szükségességét.

Az intézményi szintű vizsgálat eredményei ezzel párhuzamosan azt mutatták, hogy a demenciaellátásban dolgozó szakemberek kiégését és pszichés terhelését alapvetően strukturális tényezők befolyásolják. A magas munkaterhelés és a fokozott gondozási igény szignifikánsan növelte a kiégés szintjét **(B1 hipotézis)**, miközben a demenciával élő személyek agresszív és pszichológiai tüneteinek gyakori jelenléte fokozta az érzelmi

kimerülést **(B2 hipotézis)**. Az eredmények arra is rámutattak, hogy az intézményi és vezetői támogatás, a támogató munkahelyi közösség, valamint a hatékony csapatmunka fontos védőfaktorként működnek a kiégéssel szemben **(B3-B4 hipotézisek)**.

A kutatás megerősítette továbbá, hogy a továbbképzéseken való részvétel, ezen belül például a stresszkezelő programok és szakmai támogatási rendszerek közvetett módon csökkenthetik a kiégés előfordulását **(B5 hipotézis)**, ugyanakkor a hosszabb szakmai tapasztalat önmagában nem jelent feltétlen védőfaktort, hanem bizonyos esetekben kumulatív terhelési hatással járhat együtt **(B6 hipotézis)**. A személyzethiány és a tartós humánerőforrás-hiány az egyik legerősebb strukturális rizikótényezőként jelent meg **(B7 hipotézis)**, míg a rendszeres szakmai konzultáció és szupervízió mérsékelte az érzelmi kimerülés kialakulását **(B8 hipotézis)**.

Az idősödő társadalmakban növekvő gondozási szükségletek egyre nagyobb nyomást helyeznek az ellátórendszerre, miközben a humánerőforrás-hiány és a szervezeti támogatás elégtelensége tovább növeli a dolgozók kiégési kockázatát. A populációs és intézményi folyamatok tehát nem különálló jelenségek, hanem egy összekapcsolódó, több szinten szerveződő rendszer részei.

Az A5 hipotézis részbeni igazolódásának értelmezése

Az **A5 hipotézis** csak részben igazolódott, mivel a férfi nem ugyan összefüggést mutatott az alacsonyabb orientációs teljesítménnyel az aggregált modellekben, azonban ez a kapcsolat nem bizonyult erősnek. Az itemszintű elemzések alapján a nem hatása nem volt következetesen kimutatható, ami arra utal, hogy az időbeli orientációt nagyobb mértékben befolyásolják más tényezők, például az életkor vagy az iskolai végzettség.

Az A6 hipotézis nem igazolódásának értelmezése

Az **A6 hipotézis** nem igazolódott egyértelműen, mivel az itemszintű elemzések során a nem hatása a statisztikai korrekciók után többnyire nem maradt szignifikáns. Ez arra utal, hogy a férfiak és nők közötti különbségek az orientációs teljesítményben nem tekinthetők stabil és általánosítható eltérésnek. Az eredmények alapján a nem önmagában nem meghatározó tényező az időbeli orientáció alakulásában.

A B6 hipotézis részbeni igazolódásának értelmezése

A **B6 hipotézis** részben igazolódott, mivel a hosszabb szakmai tapasztalat nem minden esetben jelentett védőfaktort a kiégéssel szemben. Egyes dolgozóknál a hosszú ideje fennálló pszichés terhelés és a folyamatos érzelmi megterhelés inkább növelte a kiégés kockázatát. Ez arra utal, hogy a szakmai tapasztalat önmagában nem elegendő a mentális ellenállóképesség fenntartásához, ezért különösen fontos a rendszeres támogatás és a mentálhigiénés segítség biztosítása.

Összességében a disszertáció eredményei azt hangsúlyozzák, hogy a demenciaellátás kihívásai nem kizárólag klinikai vagy egyéni problémák, hanem komplex társadalmi és szervezeti folyamatok következményei. A kognitív hanyatlás korai indikátorainak monitorozása, valamint az intézményi szintű támogató mechanizmusok fejlesztése egyaránt nélkülözhetetlen a fenntartható demenciaellátás kialakításához. A kutatás integrált szemlélete hozzájárulhat olyan prevenciós, szervezési és támogatási stratégiák kidolgozásához, amelyek egyszerre célozzák az időskori kognitív sérülékenység korai felismerését és a gondozói szakemberek pszichés jóllétének megőrzését.

A két empirikus vizsgálat eredményei nem közvetlen oksági kapcsolatot igazolnak, hanem egymást kiegészítő nézőpontból mutatnak rá az idősellátás komplexitására. A populációs elemzés a kognitív sérülékenység társadalmi-demográfiai mintázatait tárta fel, míg az intézményi vizsgálat a demenciaellátásban dolgozó gondozók terhelésének és kiégésének tényezőit elemezte. Együttes értelmezésük arra utal, hogy az idősödő társadalmakban a kognitív sérülékenység növekvő jelentősége és a gondozói munka terhelése ugyanannak az ellátórendszeri kihívásnak két, egymással összefüggő, de empirikusan elkülönítve vizsgált dimenziója.

6.6 Hipotézisek összegzése

Az első vizsgálat hipotéziseinek összegzett eredményei a következők:

A1) **Az A1 hipotézis igazolódott,** mivel az ordinális és bináris regressziós modellekben az életkor növekedése szignifikánsan csökkentette a tökéletes időbeli orientáció valószínűségét (OR≈0,94; $p<0,001$).

A2) **Az A2 hipotézis igazolódott**, mert az életkor minden itemszintű orientációs komponens esetében szignifikáns negatív kapcsolatot mutatott a helyes válaszadás esélyével.

A3) **Az A3 hipotézis igazolódott,** mivel a magasabb iskolai végzettség szignifikánsan növelte a jobb időbeli orientáció valószínűségét mind az ORIENT, mind az ORIENT_BIN modellekben.

A4) **Az A4 hipotézis igazolódott**, mert az iskolai végzettség pozitív védőhatása az orientáció valamennyi komponensében kimutatható volt.

A5) **Az A5 hipotézis részben igazolódott**, mivel a férfi nem az aggregált modellekben alacsonyabb orientációs teljesítménnyel társult, azonban a hatás mérsékelt maradt.

A6) **Az A6 hipotézis nem igazolódott** egyértelműen, mert az itemszintű elemzésekben a nem hatása többnyire nem volt szignifikáns a Holm-korrekció után.

A7) **Az A7 hipotézis igazolódott**, mivel szignifikáns országok közötti különbségek jelentek meg az időbeli orientáció teljesítményében a V4 országok között.

A8) **Az A8 hipotézis igazolódott**, mert a válaszadók több mint 90%-a maximális orientációs pontszámot ért el, ami erőteljes plafonhatást jelez.

A második vizsgálat hipotéziseinek vizsgálati eredményei röviden a következők:

B1) **A B1 hipotézis igazolódott**, mivel a magas munkaterhelés és túlterheltség egyértelmű kapcsolatban állt a gondozók magasabb kiégési szintjével.

B2) **A B2 hipotézis igazolódott**, mert a demenciával élők agresszív és pszichológiai tüneteinek gyakori jelenléte fokozta a dolgozók érzelmi kimerülését.

B3) **A B3 hipotézis igazolódott**, mivel az intézményi és vezetői támogatás magasabb szintje alacsonyabb kiégési szinttel társult.

B4) **A B4 hipotézis igazolódott**, mert a támogató munkahelyi közösség és a hatékony csapatmunka védőfaktorként csökkentette a kiégés valószínűségét.

B5) **A B5 hipotézis igazolódott**, mivel a stresszkezelő és kiégésmegelőző továbbképzéseken részt vevő, azokkal kapcsolatban ismeretekkel rendelkező dolgozók körében közvetett módon alacsonyabb kiégési szint volt megfigyelhető.

B6) **A B6 hipotézis részben igazolódott**, mert a hosszabb szakmai tapasztalat bizonyos esetekben kumulatív pszichés terheléssel és fokozott kiégési kockázattal társult.

B7) **A B7 hipotézis igazolódott**, mivel a személyzethiány és a tartós humánerőforrás-hiány az egyik legerősebb strukturális stresszforrásként jelent meg.

B8) **A B8 hipotézis igazolódott**, mert a rendszeres szakmai konzultáció és szupervízió csökkentette a dolgozók érzelmi kimerülésének mértékét.

6.7 Általános összegzés

Az alábbi következtetések részben a disszertáció empirikus vizsgálatainak eredményeire, részben pedig a kutatás elméleti keretét és hipotéziseit megalapozó hazai és nemzetközi szakirodalom szintézisére, valamint a demenciaellátásban szerzett szakmai tapasztalatokra épülnek. Ennek megfelelően a fejezetben megfogalmazott, társadalmi, intézményi és szakpolitikai szintű következtetések nem tekinthetők kizárólag a bemutatott empirikus eredményekből közvetlenül levezetett oksági megállapításoknak. Ezek a vizsgálati eredmények tágabb elméleti és gyakorlati kontextusban történő értelmezését, valamint a belőlük kirajzolódó lehetséges szakmai és szakpolitikai implikációk összegzését szolgálják. A következtetések célja ezért nem az empirikusan igazoltnál szélesebb körű bizonyító állítások megfogalmazása, hanem annak bemutatása, hogy a kutatási eredmények miként illeszkednek a demenciával és az intézményi gondozók kiégésével kapcsolatos tudományos ismeretekhez és gyakorlati tapasztalatokhoz.

A demencia jelensége napjainkban már nem értelmezhető kizárólag neurológiai vagy pszichiátriai kategóriaként, hanem olyan összetett társadalmi, gazdasági és intézményi kihívásként jelenik meg, amely alapvetően formálja az idősödő társadalmak jövőjét. A demenciával összefüggő problémák több szinten, egymással kölcsönhatásban bontakoznak ki: az egyén szintjén a kognitív hanyatlás és az autonómiavesztés, a család szintjén a gondozási terhek növekedése, az intézményi szinten a kapacitáshiány és a szakemberterhelés, míg makroszinten a jóléti rendszerek fenntarthatóságának kérdése jelenik meg. Ennek megfelelően a demencia nem egyszerűen egészségügyi állapot, hanem a modern társadalmak szerkezeti alkalmazkodóképességének egyik legérzékenyebb próbaköve.

A populációs szintű kognitív sérülékenység vizsgálata jelentőséggel bír, mert rámutat arra, hogy a demencia kockázata nem kizárólag biológiai adottságok következménye, hanem szoros kapcsolatban áll az életút során felhalmozódó társadalmi egyenlőtlenségekkel, az iskolázottsággal, az egészségmagatartással, a lakókörnyezettel, valamint az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáféréssel. A kognitív tartalék elmélete alapján ismert, hogy a magasabb iskolai végzettség, az intellektuális aktivitás és a társas kapcsolatok védőfaktorként működhetnek, míg a szociális izoláció, a krónikus

betegségek és a depriváció fokozzák a sérülékenységet. Ebből következően a demencia megelőzése nem szűkíthető le az egészségügyre: oktatáspolitikai, foglalkoztatáspolitikai és közösségfejlesztési dimenziói is vannak. A jövő demenciapolitikája ezért csak akkor lehet eredményes, ha az egész életen át tartó prevenció logikájára épül.

A demenciával élő személyek ellátása rendkívüli érzelmi jelenlétet, magas szintű szakmai kompetenciát és folyamatos pszichés alkalmazkodást igényel. Az ellátásban dolgozók mindennapjai gyakran együtt járnak agressziókezeléssel, kommunikációs nehézségekkel, veszteségélményekkel és krónikus időnyomással. Amennyiben ehhez alacsony társadalmi presztízs, munkaerőhiány, elégtelen bérezés és szervezeti támogatás hiánya társul, a kiégés szinte rendszerszintűvé válik. A kiégés ebben az összefüggésben nem egyéni gyengeség, hanem intézményi tünet: annak jelzése, hogy az ellátórendszer erőforrásai és az elvárt teljesítmény között tartós egyensúlyhiány áll fenn.

A gondozói kiégés következményei túlmutatnak a munkavállalók jóllétén. Közvetlen hatással vannak az ellátás minőségére, a hibázási kockázatra, a fluktuációra, a betegbiztonságra és végső soron az ellátórendszer stabilitására. Ahol a szakemberek tartósan túlterheltek, ott csökken az empatikus jelenlét, romlik a kommunikáció minősége, és gyengül a személyre szabott gondozás lehetősége. Mindez különösen súlyos következményekkel jár a demenciával élők esetében, akik számára a biztonságos, kiszámítható, kapcsolatközpontú környezet alapvető szükséglet. Így a szakdolgozói jóllét nem perifériku HR-kérdés, hanem a minőségi demenciaellátás strukturális előfeltétele.

A társadalmi reziliencia fogalma ebben a kontextusban új megvilágításba kerül. Egy társadalom ellenálló- és alkalmazkodóképessége nem csupán gazdasági mutatókon vagy kríziskezelési képességen mérhető, hanem azon is, miként bánik a legsebezhetőbb csoportjaival. A demenciával élők ellátása lakmuszpapírként jelzi, hogy az adott közösség képes-e szolidaritást intézményesíteni, képes-e a gondoskodást közjóként értelmezni, és képes-e hosszú távon tervezni az öregedés következményeivel. Ahol a demenciaellátás alulfinanszírozott és reaktív, ott valójában a társadalmi kohézió sérül.

Az intézményi alkalmazkodóképesség szintén kulcskérdés. A demencia ellátása nem oldható meg egyetlen szektoron belül: szükség van az egészségügyi, szociális, mentálhigiénés és közösségi szolgáltatások integrációjára. A fragmentált rendszerekben a betegek és családtagjaik gyakran elvesznek az ellátási utak között, miközben a

szolgáltatók párhuzamosan vagy éppen hiányosan működnek. A jövő intézményeinek ezért hálózatos, interprofesszionális és rugalmas működésre kell berendezkedniük, ahol a prevenció, a diagnózis, a gondozás és a családtámogatás egymásra épülő folyamatként jelenik meg.

Humán erőforrás-politikai szempontból a disszertáció következtetései időszerűek. A demenciaellátás jövője nem kizárólag új technológiákon vagy infrastruktúra-fejlesztésen múlik, hanem azon, hogy lesznek-e felkészült, motivált és megtartható szakemberek. Ez megköveteli a képzési rendszerek modernizációját, a specializált kompetenciák fejlesztését, a vezetői kultúra megújítását, a szupervízió és mentális támogatás beépítését, valamint a pálya anyagi és erkölcsi megbecsülésének növelését. Ha a gondozási munka társadalmi értéke tartósan alacsony marad, akkor a legkorszerűbb szakpolitikai stratégiák is végrehajthatatlanok lesznek.

Összességében a disszertáció arra a felismerésre jut, hogy a demencia nem a periférián jelentkező szociális probléma, hanem a 21. századi állam működőképességének központi tesztje. Megmutatja, hogy egy társadalom képes-e összehangolni tudományos tudását, intézményi rendszereit, gazdasági erőforrásait és erkölcsi prioritásait. A demencia kezelésének minősége végső soron nem csupán az idősek helyzetéről szól, hanem arról, milyen jövőt képzelünk az emberi méltóságról, a generációk közötti felelősségről és a közösségi szolidaritásról. Ezért a demencia kérdése nem kevesebb, mint civilizációs önvizsgálat: annak mértéke, hogy mennyire marad emberközpontú az öregedő világ.

7 ÖSSZEFOGLALÁS, SUMMARY

A demencia a 21. század egyik legjelentősebb népegészségügyi és társadalompolitikai kihívása, amely a népesség öregedésével párhuzamosan egyre növekvő terhet ró az egészségügyi és szociális ellátórendszerekre. A kognitív hanyatlással járó állapotok nem csupán az érintett egyének életminőségét csökkentik, hanem jelentős terhelést jelentenek a családtagok, informális gondozók, valamint a formális ellátórendszerben dolgozó szakemberek számára is. A demencia komplex jelenség, amely egyszerre értelmezhető klinikai, társadalmi, gazdasági és intézményi problémaként, ezért vizsgálata transzdiszciplináris megközelítést igényel.

A disszertáció célja kettős volt. Egyrészt az időbeli orientáció populációs mintázatainak vizsgálata révén feltárni, hogy az orientációs teljesítmény milyen kapcsolatban áll az életkorral, az iskolai végzettséggel, a nemmel és az országos kontextussal. Másrészt az intézményi demenciaellátásban dolgozó gondozók körében elemezni a kiégés jelenségét, különös tekintettel a munkaterhelésre, a szervezeti környezetre és a pszichés jóllétre. A kutatás empirikus része két keresztmetszeti vizsgálatra épült. A populációs adatfelvétel során kérdőíves módszerrel kerültek feltárásra a kognitív sérülékenységgel összefüggő társadalmi-demográfiai tényezők, életmódbeli sajátosságok és egészségi állapotmutatók. A második vizsgálat az intézményi gondozók körében történt, standardizált mérőeszközök alkalmazásával, amelyek a kiégés különböző dimenzióit, a munkakörnyezet jellemzőit és a szakmai terhelést vizsgálták. Az adatok feldolgozása leíró statisztikai, összefüggés-vizsgálati és összehasonlító elemzésekkel történt. A módszertani megfontolások során figyelembevételre kerültek a keresztmetszeti designból és az önbeszámolós adatfelvételből fakadó korlátok is.

Az eredmények azt mutatták, hogy az időbeli orientációs teljesítmény szignifikáns kapcsolatban állt az életkorral, az iskolai végzettséggel és az országos kontextussal. Ezek az összefüggések populációs szintű kognitív teljesítménykülönbségekként értelmezhetők, és nem tekinthetők önmagukban kognitív sérülékenység vagy demenciakockázat közvetlen mérésének. A gondozói kiégés vizsgálata kimutatta, hogy az intézményi demenciaellátásban dolgozók körében jelentős pszichés megterhelés tapasztalható. A magas munkaterhelés, a munkaerőhiány, a korlátozott szervezeti támogatás és az érzelmileg megterhelő munkakörnyezet növelte a kiégés kockázatát. Ugyanakkor

védőfaktorként jelent meg a támogató vezetői kultúra, a teammunka, a megfelelő képzés és a szakmai megbecsülés. Az eredmények azt is jelezték, hogy a demenciagondozói specializált képzés hiánya növelheti a bizonytalanságot és a stressz-szintet, míg a célzott kompetenciafejlesztés hozzájárulhat a dolgozói jólléthez és az ellátás minőségéhez.

A kutatás következtetése szerint a demencia nem tekinthető pusztán egészségügyi problémának, hanem a társadalmi reziliencia, az intézményi alkalmazkodóképesség és a humánerőforrás-politika egyik meghatározó próbatétele a 21. században. A demenciaellátás jövőbeni fejlesztése során egyszerre szükséges figyelembe venni a népesség öregedéséből fakadó szükségleteket, a prevenció és korai felismerés lehetőségeit, valamint az ellátórendszerben dolgozó szakemberek terhelését és megtartását. A fenntartható demenciaellátás alapja az integrált egészségügyi és szociális szemlélet, a gondozók képzésének megerősítése, a családok támogatása és a hosszú távú stratégiai tervezés.

Összességében a disszertáció hozzájárul a demenciával kapcsolatos tudományos ismeretek bővítéséhez azáltal, hogy a probléma populációs és intézményi dimenzióit egységes elemzési keretben vizsgálja. Eredményei gyakorlati szempontból is hasznosíthatók az egészségpolitikai döntéshozatal, a szolgáltatástervezés és a képzési programok fejlesztése során. A demencia kezelésének minősége végső soron annak mutatója, hogy egy társadalom mennyire képes méltósággal és felelősséggel viszonyulni sérülékeny tagjaihoz.

Dementia is one of the most significant public health and social policy challenges of the 21st century. Parallel with population ageing, it places an increasing burden on health and social care systems. Conditions associated with cognitive decline not only reduce the quality of life of affected individuals, but also create substantial strain for family members, informal caregivers, and professionals working within formal care services. Dementia is a complex phenomenon that can simultaneously be interpreted as a clinical, social, economic, and institutional issue; therefore, its examination requires an interdisciplinary approach.

The aim of this dissertation was twofold. First, by examining population-level patterns of temporal orientation, it sought to explore how orientation performance is associated with age, educational attainment, gender, and national context. Second, it aimed to analyse burnout among caregivers working in institutional dementia care, with particular attention to workload, the organisational environment, and psychological well-being.

The empirical part of the research was based on two cross-sectional studies. In the population survey, questionnaire-based methods were used to investigate socio-demographic factors, lifestyle characteristics, and health indicators related to cognitive vulnerability. The second study was conducted among institutional caregivers using standardized instruments measuring different dimensions of burnout, characteristics of the work environment, and professional burden. Data were analysed through descriptive statistics, association analyses, and comparative methods. Methodological considerations also addressed the limitations inherent in cross-sectional design and self-reported data collection.

The results showed that temporal orientation performance was significantly associated with age, educational attainment, and national context. These associations can be interpreted as population-level differences in cognitive performance and should not, in themselves, be regarded as direct measures of cognitive vulnerability or dementia risk. The analysis of caregiver burnout revealed considerable psychological burden among professionals working in institutional dementia care. High workload, staff shortages, limited organisational support, and emotionally demanding working conditions increased the risk of burnout. At the same time, supportive leadership culture, teamwork, adequate training, and professional recognition emerged as protective factors. The findings also

suggested that the lack of specialised dementia care training may increase uncertainty and stress, whereas targeted competence development can contribute to staff well-being and improve quality of care.

The dissertation concludes that dementia should not be regarded merely as a healthcare problem, but rather as a major test of social resilience, institutional adaptability, and human resource policy in the 21st century. Future development of dementia care must simultaneously consider the needs arising from population ageing, opportunities for prevention and early recognition, as well as the workload and retention of professionals within the care system. Sustainable dementia care requires an integrated health and social care approach, strengthened caregiver training, family support, and long-term strategic planning.

Overall, this dissertation contributes to the expansion of scientific knowledge on dementia by examining both the population and institutional dimensions of the issue within a unified analytical framework. Its findings may also be practically applied in health policy decision-making, service planning, and the development of training programmes. Ultimately, the quality of dementia care reflects the extent to which a society is able to relate with dignity and responsibility to its most vulnerable members.

8 IRODALOMJEGYZÉK

1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről. (2000). https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0000001.scm

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról. (1993). https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.tv

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. (1997). https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv

81/2009. (X. 2.) OGY határozat az Idősügyi Nemzeti Stratégiáról. Országgyűlés a 2009. szeptember 28-i ülésnapján fogadta el. (2009). https://njt.hu/jogszabaly/2009-81-30-41

Abdullah Sharin, I. B., Jinah, N. B., Bakit, P. A., Adnan, I. K. B., Zakaria, N. H. B., Ahmad Subki, S. Z. B., Zakaria, N. B., & Lee, K. Y. (2025). Person-directed burnout intervention for nurses: A systematic review of psychoeducational approaches. *PLoS One*, *20*(5), e0322282. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322282

Alzheimer's Association. (2023). 2023 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, *19*(4), 1598-1695. https://doi.org/10.1002/alz.13016

Alzheimer's Association. (2024). 2024 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, *20*(5), 3708-3821. https://doi.org/10.1002/alz.13809

Alzheimer's Association. (2025). 2025 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, *21*(4), e70235. https://doi.org/10.1002/alz.70235

Alzheimer's Disease International. (2019). *World Alzheimer Report 2019: attitudes to dementia*. Alzheimer's Disease International. https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2019.pdf

Alzheimer's Disease International. (2021). *World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia*. Alzheimer's Disease International. https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2021.pdf

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Backman, A., Sjogren, K., Lovheim, H., Lindkvist, M., & Edvardsson, D. (2021). The influence of nursing home managers' leadership on person-centred care and stress of conscience: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, *20*(1), 200. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00718-9

Bae, H., Kim, S., Kim, B., Kim, M., Yang, J., Jeong, E., Kim, Y., & Won, C. (2021). Usefulness of Orientation to the Year as an Aid to Case Finding of Mild Cognitive Impairment or Depression in Community-Dwelling Older Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(15), 8096. https://doi.org/10.3390/ijerph18158096

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, *22*(3), 309-328. https://doi.org/10.1108/02683940710733115

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, *22*(3), 273-285. https://doi.org/10.1037/ocp0000056

Bang, J., Spina, S., & Miller, B. L. (2015). Frontotemporal dementia. *Lancet*, *386*(10004), 1672-1682. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00461-4

Bennett, A. A., Bakker, A. B., & Field, J. G. (2017). Recovery from work-related effort: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, *39*(3), 262-275. https://doi.org/10.1002/job.2217

Bergmann, M., Kneip, T., De Luca, G., & Scherpenzeel, A. (2019). *Survey participation in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), Wave 1-7*. SHARE-ERIC. https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/SHARE_Working_Paper/WP_Series_41_2019_Bergmann_et_al.pdf

Blake, D., Berry, K., & Brown, L. J. E. (2020). A systematic review of the impact of person-centred care interventions on the behaviour of staff working in dementia care. *Journal of Advanced Nursing*, *76*(2), 426-444. https://doi.org/10.1111/jan.14251

Bokor, N. (2009). Az ápoló változó feladatai. In N. Bokor (Ed.), *Általános ápolás és gondozástan* (pp. 101-104). Medicina.

Borosné Nagy, É., & Lakatos, C. (2023). Munkaérték-preferencia és kiégés a demens betegellátásban dolgozó ápolók körében. *Egészségtudományi Közlemények*, *13*(2. Suppl.), 16. https://doi.org/10.32967/etk.2023.018

Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S., & Zuber, S. (2013). Data Resource Profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, *42*(4), 992-1001. https://doi.org/10.1093/ije/dyt088

Bryden, C. (2005). *Dancing With Dementia - My Story of Living Positively With Dementia*. Jessica Kingsley Publishers.

Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, *3*, 73. https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00073

Chalghaf, N., Chokri, I., Dhahbi, W., Ceylan, H. İ., Bragazzi, N. L., Muntean, R. I., Stefanica, V., Guelmami, N., & Dergaa, I. (2026). Burnout Across Healthcare, Educational, and Professional Populations: A Comprehensive Scoping Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *19*, 564113. https://doi.org/10.2147/JMDH.S564113

Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Lapkin, S., Wang, A., Liu, Z., & Williams, A. (2019). Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. *PLoS One*, *14*(2), e0212686. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212686

Costello, H., Walsh, S., Cooper, C., & Livingston, G. (2019). A systematic review and meta-analysis of the prevalence and associations of stress and burnout among staff in long-term care facilities for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, *31*(8), 1203-1216. https://doi.org/10.1017/S1041610218001606

Crane, P. K., Gibbons, L. E., Jolley, L., & van Belle, G. (2006). Differential item functioning analysis with ordinal logistic regression techniques. DIFdetect and difwithpar. *Medical Care*, *44*(11 Suppl 3), S115-S123. https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000245183.28384.ed

Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human Resources for Health*, *18*(1), 41. https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, *86*(3), 499-512. https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499

Dubois, B., Villain, N., Frisoni, G. B., Rabinovici, G. D., Sabbagh, M., Cappa, S., Bejanin, A., Bombois, S., Epelbaum, S., Teichmann, M., Habert, M. O., Nordberg, A., Blennow, K., Galasko, D., Stern, Y., Rowe, C. C., Salloway, S., Schneider, L. S., Cummings, J. L., & Feldman, H. H. (2021). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: recommendations of the International Working Group. *The Lancet. Neurology*, *20*(6), 484-496. https://doi.org/10.1016/s1474-4422(21)00066-1

Dumurgier, J., Dartigues, J. F., Gabelle, A., Paquet, C., Prevot, M., Hugon, J., & Tzourio, C. (2016). Time Orientation and 10 Years Risk of Dementia in Elderly Adults: The Three-City Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, *53*(4), 1411-1418. https://doi.org/10.3233/jad-160295

Egervári, Á. (2020). Demenciagondozás Európában. In Á. Egervári, Á. Kázár, Á. Kostyál, T. Kovács, & J. Skultéti (Eds.), *Három Generációval az Egészségért Program: A DEMENCIA korszerű szemlélete: megelőzési, szűrési és beavatkozási lehetőségek az egészségügyi és szociális alapellátásban* (pp. 110–121). Szociális Klaszter Egyesület. https://gokvi.hu/sites/default/files/file/2020/07/06/3G_A%20demencia%20korszer%C5%B1%20szeml%C3%A9lete.pdf

Egészségügyi Szakmai Kollégium. (2022). A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a demencia kórismézéséről, kezeléséről és gondozásáról. *Egészségügyi Közlöny*, *72*(9), 1517-1590. https://jog.gov.hu/files/AGAZATI_KOZLONY/EGESZSEGUGYI_KOZLONY/2022/9/EGK_2022_009.pdf#page=201

Egészségügyi Szakmai Kollégium. (2025). A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a multimorbid geriátriai betegek ellátásáról és kezeléséről. *Egészségügyi Közlöny*, *75*(1), 154-223.

https://kollegium.okfo.gov.hu/sites/eszk_portal/pfile/file?path=/tagozatok/17._Geriatria_es_kronikus_ellatas/dokumentumok/kulso-publikus/multimorbid-geriatriai-betegek-ellatasarol-es-kezeleserol-iranyelv

Eltaybani, S., Yamamoto-Mitani, N., Ninomiya, A., & Igarashi, A. (2021). The association between nurses' burnout and objective care quality indicators: a cross-sectional survey in long-term care wards. *BMC Nursing*, *20*(1), 34. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00552-z

European Commission. (2022). *A European Care Strategy for caregivers and care receivers*. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/api/files/document/print/en/ip_22_5169/IP_22_5169_EN.pdf

Fazio, S., Pace, D., Maslow, K., Zimmerman, S., & Kallmyer, B. (2018). Alzheimer's Association Dementia Care Practice Recommendations. *Gerontologist*, *58*(suppl_1), S1-S9. https://doi.org/10.1093/geront/gnx182

Fekete, M. (2019). Demencia és társadalmi fenntarthatóság. *Esély*, *30*(2), 31-53. https://www.esely.org/kiadvanyok/2019_2/esely_2019-2_1-2_fekete_demencia.pdf

Fjell, A. M., Rogeberg, O., Sørensen, Ø., Amlien, I. K., Bartrés-Faz, D., Brandmaier, A. M., Cattaneo, G., Düzel, S., Grydeland, H., Henson, R. N., Kühn, S., Lindenberger, U., Lyngstad, T. H., Mowinckel, A. M., Nyberg, L., Pascual-Leone, A., Solé-Padullés, C., Sneve, M. H., Solana, J., . . . Vidal-Piñeiro, D. (2025). Reevaluating the role of education on cognitive decline and brain aging in longitudinal cohorts across 33 Western countries. *Nature Medicine*, *31*(9), 2967-2976. https://doi.org/10.1038/s41591-025-03828-y

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*(3), 189-198. https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6

Fullajtár, M., & Hidasi, Z. (2018). A dementia arcai: A dementia modern szemléletéről. *Lege Artis Medicinae*, *28*(1-2), 23-32.

Gedeonné Dallos, R. (2021). A demencia története az ókortól napjainkig. *Kaleidoscope*, *11*(23), 177–189. https://doi.org/10.17107/KH.2021.23.177-189

Guerrero-Berroa, E., Luo, X., Schmeidler, J., Rapp, M. A., Dahlman, K., Grossman, H. T., Haroutunian, V., & Beeri, M. S. (2009). The MMSE orientation for time domain is a strong predictor of subsequent cognitive decline in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *24*(12), 1429-1437. https://doi.org/10.1002/gps.2282

Harada, C. N., Natelson Love, M. C., & Triebel, K. L. (2013). Normal cognitive aging. *Clin Geriatr Med*, *29*(4), 737-752. https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.07.002

Hazelhof, T. J., Schoonhoven, L., van Gaal, B. G., Koopmans, R. T., & Gerritsen, D. L. (2016). Nursing staff stress from challenging behaviour of residents with dementia: a concept analysis. *International Nursing Review*, *63*(3), 507-516. https://doi.org/10.1111/inr.12293

Heim, S. (2015). Időskori demenciával élők palliatív ellátása. In Á. Csikós (Ed.), *Palliatív ellátás. Egyetemi jegyzet.* (pp. 154–162). Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar. https://hospice.hu/docu/Palliativ-ellatas_egyetemi-jegyzet.pdf

Heim, S., Busa, C., Pozsgai, É., Csikós, Á., Papp, E., Pákáski, M., Kálmán, J., Hajnal, F., & Karádi, K. (2019). Hungarian general practitioners' attitude and the role of education in dementia care. *Primary Health Care Research & Development*, *20*, e92. https://doi.org/10.1017/S1463423619000203

Hertzum, M. (2021). Reference values and subscale patterns for the task load index (TLX): a meta-analytic review. *Ergonomics*, *64*(7), 869-878. https://doi.org/10.1080/00140139.2021.1876927

Hornung, Á. (2024). *Rövidesen a Kormány elé kerülhet a Nemzeti Demencia Program*. Magyarország Kormánya. Retrieved 2026.04.27. from https://kormany.hu/hirek/hornung-agnes-rovidesen-a-kormany-ele-kerulhet-a-nemzeti-demencia-program

Irinyi, T. (2006). A dementia. In T. Irinyi (Ed.), *Pszichiátriai szakápolástan* (pp. 115–124). Medicina Könyvkiadó.

Iván, L. (2002). Az idősgyógyászat (geriátria) aktuális kérdései és gyakorlata. *Hippocrates*, *4*(3), 168-175. http://hippocrateslap.hu/uploads/ujsag/2002-3/az-idosgyogyaszat-geriatria-aktualis-kerdesei-es-gyakorlata.pdf

Izsák, V. R., & Staller, J. (2026). Hazai dementiagondozás: személyközpontú ellátás, családi szerepvállalás és ápolói terhek. *Orvosi Hetilap, 167*(2), 51-57. https://doi.org/10.1556/650.2026.33447

Jack, C. R., Jr., Andrews, J. S., Beach, T. G., Buracchio, T., Dunn, B., Graf, A., Hansson, O., Ho, C., Jagust, W., McDade, E., Molinuevo, J. L., Okonkwo, O. C., Pani, L., Rafii, M. S., Scheltens, P., Siemers, E., Snyder, H. M., Sperling, R., Teunissen, C. E., & Carrillo, M. C. (2024). Revised criteria for diagnosis and staging of Alzheimer's disease: Alzheimer's Association Workgroup. *Alzheimer's & Dementia*, *20*(8), 5143-5169. https://doi.org/10.1002/alz.13859

Jack, C. R., Jr., Bennett, D. A., Blennow, K., Carrillo, M. C., Dunn, B., Haeberlein, S. B., Holtzman, D. M., Jagust, W., Jessen, F., Karlawish, J., Liu, E., Molinuevo, J. L., Montine, T., Phelps, C. H., Rankin, K. P., Rowe, C. C., Scheltens, P., Siemers, E., Snyder, H. M., & Silverberg, N. (2018). NIA-AA research framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia, 14*(4), 535–562. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.02.018

Juhász, Á. (2018). *Demencia-szakápolás: Érezni. Érteni. Tudni!* Balassi Kiadó.

Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2014). Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *Journal of the American Geriatrics Society*, *62*(4), 762-769. https://doi.org/10.1111/jgs.12730

Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, *350*, h369. https://doi.org/10.1136/bmj.h369

Kang, Y., & Hur, Y. (2021). Nurses' Experience of Nursing Workload-Related Issues during Caring Patients with Dementia: A Qualitative Meta-Synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(19), 10448. https://doi.org/10.3390/ijerph181910448

Kárándi, E., Kovacsics, Z., & Rettegi, Z. (2019). *Demenciával élő személyek ellátása és gondozása, valamint a demenciával élő személyek viselkedésváltozásai: hallgatói tananyag*. Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság.

Kiss, G. (2015). Középsúlyos és súlyos demens betegek személyközpontú ellátásának módszere, családias közegben, illetve bentlakásos otthoni körülmények között.

Párbeszéd: Szociális Munka folyóirat, *2*(2). https://ojs.lib.unideb.hu/parbeszed/article/view/5799

Kiss, H. (2023). A demens beteg gondozásának sajátos feladatai. In H. Kiss (Ed.), *Demencia gondozók kézikönyve* (pp. 101-136). SpringMed.

Kiss, H., Balogh, Z., Szabó, A. P., Nyilas, O., & Takács, P. (2026). Burnout severity in residential dementia care: individual demands and institutional-level variation in a Hungarian cross-sectional study. *BMC Nursing*, *25*(1), 432. https://doi.org/10.1186/s12912-026-04579-y

Kopasz, M. (2020). A demenciával élőket gondozó családtagok életminősége : Szakirodalmi áttekintés. *socio.hu*, *10*(4), 60-77. https://doi.org/10.18030/socio.hu.2020.4.60

Központi Statisztikai Hivatal. (2023a). *Kor és nemek szerinti megoszlás, állampolgárság*. Népszámlálás 2022. Retrieved 2026.04.27. from https://nepszamlalas2022.ksh.hu/eredmenyek/vegleges-adatok

Központi Statisztikai Hivatal. (2023b). *A krónikus betegek aránya nem és korcsoport szerint*. Retrieved 2026.04.27 from https://www.ksh.hu/s/helyzetkep-2023/#/kiadvany/egeszsegugy/a-kronikus-betegek-aranya-nem-es-korcsoport-szerint-2023

Központi Statisztikai Hivatal. (2024). *Krónikus betegségek előfordulási aránya az összlakosságszám arányában*. Retrieved 2026.05.20. from https://www.ksh.hu/kiadvanyok/fenntarthato-fejlodes-indikatorai/2024/1-17-sdg-3

Központi Statisztikai Hivatal. (2026a). *Szociális alapszolgáltatások és nappali ellátások*. Retrieved 2026.05.04. from https://www.ksh.hu/stadat_files/szo/hu/szo0025.html

Központi Statisztikai Hivatal. (2026b). *A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézményekben ellátottak ellátási típusonként*. Retrieved 2026.05.04. from https://www.ksh.hu/stadat_files/szo/hu/szo0026.html

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

Lee, M., & Cha, C. (2023). Interventions to reduce burnout among clinical nurses: systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, *13*(1), 10971. https://doi.org/10.1038/s41598-023-38169-8

Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. (2024). Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Netw Open*, *7*(11), e2443059. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059

Lipcsey, A. (1996). A demenciák történetéből. *Psychiatria Hungarica*, *11*(4), 359–362.

Liu, R., Chi, I., & Wu, S. (2022). Caregiving Burden Among Caregivers of People With Dementia Through the Lens of Intersectionality. *The Gerontologist*, *62*(5), 650-661. https://doi.org/10.1093/geront/gnab146

Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K.,…Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *Lancet*, *404*(10452), 572-628. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)01296-0

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., . . . Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*, *396*(10248), 413-446. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30367-6

Long, S., Benoist, C., & Weidner, W. (2023). *World Alzheimer Report 2023: reducing dementia risk: never too early, never too late*. Alzheimer's Disease International. https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2023.pdf

Manga, A., Havadi-Nagy, M., Székely, O., & Vidnyánszky, Z. (2021). Demencia prevenció: A korai diagnózistól a személyre szabott intervencióig. *Scientia et Securitas*, *2*(2), 207-219. https://doi.org/10.1556/112.2021.00031

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, *2*(2), 99-113. https://doi.org/10.1002/job.4030020205

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, *15*(2), 103-111. https://doi.org/10.1002/wps.20311

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, *52*, 397-422. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397

McKeith, I. G., Boeve, B. F., Dickson, D. W., Halliday, G., Taylor, J. P., Weintraub, D., Aarsland, D., Galvin, J., Attems, J., Ballard, C. G., Bayston, A., Beach, T. G., Blanc, F., Bohnen, N., Bonanni, L., Bras, J., Brundin, P., Burn, D., Chen-Plotkin, A.,…Kosaka, K. (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*, *89*(1), 88-100. https://doi.org/10.1212/wnl.0000000000004058

Mielke, M. M., Vemuri, P., & Rocca, W. A. (2014). Clinical epidemiology of Alzheimer's disease: assessing sex and gender differences. *Clinical Epidemiology*, *6*, 37-48. https://doi.org/10.2147/clep.S37929

Morris, J. C. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*, *43*(11), 2412-2414. https://doi.org/10.1212/wnl.43.11.2412-a

Nagy, E. (2023). A demenciával élő személyek jogai. In H. Kiss (Ed.), *Demencia gondozók kézikönyve* (pp. 237–272). SpringMed Kft.

Nagyné Koncz, M. (2023). A demenciával élő idősek foglalkoztatása. In H. Kiss (Ed.), *Demencia gondozók kézikönyve* (pp. 137–205). SpringMed.

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers*. NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/dementia-assessment-management-and-support-for-people-living-with-dementia-and-their-carers-pdf-1837760199109

Németh, K., Tulkán, I., Fullér, N., Raskovicsné Csernus, M., & Rajki, V. (2012). Ápoláselméletek – ápolási modellek. In A. Oláh (Ed.), *Az ápolástudomány tankönyve* (pp. 267-280). Medicina Könyvkiadó. http://dtk.tankonyvtar.hu/xmlui/handle/123456789/12902

Nyitrai, I. (2019). A demens betegek szociális ellátásának szabályairól. *Glossa Iuridica*, *6*(3-4), 213–232. https://ajk.kre.hu/images/doc2021/glossa/2019VI34/nyitrai_imre_a_demens_betegek_szocialis_ellatasanak_szabalyairol.pdf

O'Brien, J. T., & Thomas, A. (2015). Vascular dementia. *Lancet*, *386*(10004), 1698-1706. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00463-8

OECD. (2018). *Care needed: Improving the lives of people with dementia*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/9789264085107-en

OECD. (2025). *The Economic Benefit of Promoting Healthy Ageing and Community Care*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/0f7bc62b-en.

Oláh, A., Németh, K., Pálfiné-Szabó, I., Tulkán, I., Jankó, A., Fehér, R., Zborovján, F., & Raskovicsné Csernus, M. (2012). Kritikus gondolkodás az ápolásban – az ápolás folyamata és dokumentációja. In A. Oláh (Ed.), *Az ápolástudomány tankönyve* (pp. 281–290). Medicina Könyvkiadó.

Oosterhuis, E. J., Slade, K., May, P. J. C., & Nuttall, H. E. (2023). Toward an Understanding of Healthy Cognitive Aging: The Importance of Lifestyle in Cognitive Reserve and the Scaffolding Theory of Aging and Cognition. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, *78*(5), 777-788. https://doi.org/10.1093/geronb/gbac197

Palmqvist, S., Whitson, H. E., Allen, L. A., Suarez-Calvet, M., Galasko, D., Karikari, T. K., Okrahvi, H. R., Paczynski, M., Schindler, S. E., Teunissen, C. E., Zetterberg, H., Carrillo, M. C., Edelmayer, R. M., Mahinrad, S., McAteer, M. B., Kahale, L. A., Pahlke, S., & Tampi, M. P. (2025). Alzheimer's Association Clinical Practice Guideline on the use of blood-based biomarkers in the diagnostic workup of suspected Alzheimer's disease within specialized care settings. *Alzheimer's & Dementia*, *21*(7), e70535. https://doi.org/10.1002/alz.70535

Patyán, L. (2023). Idősekkel szembeni abúzusok. In H. Kiss (Ed.), *Demencia gondozók kézikönyve* (pp. 207–236). SpringMed.

Perez, D. C., Hernandez, J. J., Wulfekuhle, G., & Gratton, C. (2025). Variation in brain aging: A review and perspective on the utility of individualized approaches to the study of functional networks in aging. *Neurobiology of Aging*, *147*, 68-87. https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2024.11.010

Petersen, R. C., Lopez, O., Armstrong, M. J., Getchius, T. S. D., Ganguli, M., Gloss, D., Gronseth, G. S., Marson, D., Pringsheim, T., Day, G. S., Sager, M., Stevens, J., & Rae-Grant, A. (2018). Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment [RETIRED]: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, *90*(3), 126-135. https://doi.org/10.1212/wnl.0000000000004826

Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.-C., Wu, Y.-T., & Prina, M. (2015). *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia*. Alzheimer's Disease International. https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf

Pszichiátriai Szakmai Kollégium. (2006). *Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokoll. A demencia kórismézése, kezelése és gondozása*. https://kimittud.hu/request/10092/response/15180/attach/4/E%20M%20demencia%20ir%20nyelv.pdf

Reisberg, B. (1988). Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacology Bulletin*, *24*(4), 653-659.

Salthouse, T. A. (2019). Trajectories of normal cognitive aging. *Psychology & Aging*, *34*(1), 17-24. https://doi.org/10.1037/pag0000288

Semmelweis Egyetem. (n. d.). *A Pest Megyei Szent Rókus Kórház története*. Retrieved 2026.04.24. from https://semmelweis.hu/rokus/a-szent-rokus-klinikai-tombigazgatosag-bemutatasa/a-szent-rokus-korhaz-tortenete/

Sjogren, K., Lindkvist, M., Sandman, P. O., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2017). Organisational and environmental characteristics of residential aged care units providing highly person-centred care: a cross sectional study. *BMC Nursing*, *16*, 44. https://doi.org/10.1186/s12912-017-0240-4

Sonnentag, S. (2018). The recovery paradox: Portraying the complex interplay between job stressors, lack of recovery, and poor well-being. *Research in Organizational Behavior*, *38*, 169-185. https://doi.org/10.1016/j.riob.2018.11.002

Sonnentag, S., & Fritz, C. (2015). Recovery from job stress: The stressor-detachment model as an integrative framework. *Journal of Organizational Behavior*, *36*(S1), S72-S103. https://doi.org/10.1002/job.1924

Sonnentag, S., Cheng, B. H., & Parker, S. L. (2022). Recovery from Work: Advancing the Field Toward the Future. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, *9*(1), 33-60. https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-012420-091355

Staller, J., Kovács, Z., & Pálvölgyi, M. (2019). Ki segít a segítőknek? - Demens betegeket gondozó ápolók pszichoszociális jellemzői. *Nõvér, 32*(1), 18-24.

Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *8*(3), 448-460.

Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology*, *11*(11), 1006-1012. https://doi.org/10.1016/s1474-4422(12)70191-6

Steyerberg, E. W., Vickers, A. J., Cook, N. R., Gerds, T., Gonen, M., Obuchowski, N., Pencina, M. J., & Kattan, M. W. (2010). Assessing the performance of prediction models: a framework for traditional and novel measures. *Epidemiology*, *21*(1), 128-138. https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181c30fb2

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. SHARE. https://share-eric.eu/

Szabó, L. (2019). Virginia Bell és a „legjobb barát" megközelítés. In L. Szabó (Ed.), *Időskori demenciák családi, társadalmi és pszichológiai vonatkozásai*. Akadémiai Kiadó. https://doi.org/10.1556/9789634544388

Szalay, F. (2014). Ötszáz éve született Andreas Vesalius, a modern anatómia úttörője. *Magyar Állatorvosok Lapja*, *136*(12), 767-768.

Teresi, J. A., & Fleishman, J. A. (2007). Differential item functioning and health assessment. *Quality of Life Research*, *16* (Suppl 1), 33-42. https://doi.org/10.1007/s11136-007-9184-6

Tsoi, K. K., Chan, J. Y., Hirai, H. W., Wong, S. Y., & Kwok, T. C. (2015). Cognitive Tests to Detect Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, *175*(9), 1450-1458. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.2152

Tulkán, I. (2014). Virginia Henderson szükségleti ápolási modellje. In N. Bokor (Ed.), *Általános ápolás és gondozástan* (pp. 126-128). Medicina Könykiadó.

van der Steen, J. T., Sternberg, S., & Volicer, L. (2017). Palliative Care in Dementia 1986-2016: Progress and Remaining Challenges. *Journal of the American Medical Directors Association*, *18*(2), 190-191. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.11.009

White, E. M., Aiken, L. H., & McHugh, M. D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, *67*(10), 2065-2071. https://doi.org/10.1111/jgs.16051

World Health Organization. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025*. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2098e5be-c7f3-4365-aebf-36204459794f/content

World Health Organization. ([2018]). *ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision: The global standard for diagnostic health information*. Retrieved 2026.08.14. from https://icd.who.int/en/

World Health Organization. (2019). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. Retrieved 2026.05.21. from https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases

World Health Organization. (2021). *Global status report on the public health response to dementia*. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9e8aab50-ca34-45e0-9fb0-26e675746f65/content

World Health Organization. (2025). *Dementia*. Retrieved 2026. 04. 24. from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia

9 SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

9.1 Az értekezés témájában megjelent eredeti közlemények

Kiss, Hedvig ; Balogh, Zoltán ; Szabó, Attila Péter ; Nyilas, Orsolya ; Takács, Péter
Burnout severity in residential dementia care: individual demands and institutional-level variation in a Hungarian cross-sectional study
BMC Nursing, 25, 432. (2026). DOI: 10.1186/s12912-026-04579-y
Szakcikk (Folyóiratcikk) | Tudományos

Hedvig, Kiss ; Péter, Takács ; Orsolya, Nyilas ; Zoltán, Balogh
Population Patterns of Temporal Orientation in Older Adults: A Cross-National Analysis of SHARE Wave 9 in Central Europe
KONTAKT 28 : 2 pp. 163-170. (2026). DOI: 10.32725/kont.2026.030
Szakcikk (Folyóiratcikk) | Tudományos

Hadobásné Kiss, Hedvig ; Balogh, Zoltán
Változás a mindennapos ápolási feladatokban - járványügyi intézkedések és protokollok az idősellátáshoz kapcsolódó ápolást-gondozást nyújtó bentlakásos intézményekben
NŐVÉR 34 : 3 pp. 10-16. (2021)
Szakcikk (Folyóiratcikk) | Tudományos

Kiss, Hedvig ; Papp, Zsuzsanna ; Hadobás, Hedvig ; Zákány, Judit ; Patyán László ; Nagyné, Koncz Marianna ; Simonová, Erika ; Kasza, Adrienn ; Fehér, Kíra ; Szudor, Andrea
Demenciával élők gondozásának feladatgyűjteménye
Nyíregyháza, Magyarország : Tudományos Gondoskodás Kft (2026) , 173 p.
Oktatási anyag (Könyv) | Oktatási

9.2 Egyéb – nem az értekezés témájában megjelent - eredeti közlemények

9.2.1 Könyvfejezetek

Kiss, Hedvig
Kapcsolat felvétele, fenntartása, kommunikáció
In: Kiss, Hedvig (szerk.) Demenciával élők gondozásának kézikönyve
Nyíregyháza, Magyarország : Tudományos Gondoskodás Kft (2026). pp. 207-213. , 7 p.
Könyvfejezet (Könyvrészlet) | Tudományos

Kiss, Hedvig
Az életvégi ellátás speciális feladatai
In: Kiss, Hedvig (szerk.) Demenciával élők gondozásának kézikönyve

Nyíregyháza, Magyarország : Tudományos Gondoskodás Kft (2026) pp. 215-228. , 14 p.
Könyvfejezet (Könyvrészlet) | Tudományos

Kiss, Hedvig
A demencia anatómiai-élettani, pszichológiai, kórélettani háttere
In: Kiss, Hedvig (szerk.) Demencia gondozók kézikönyve
Budapest, Magyarország : SpringMed Kiadó (2023) 288 p. pp. 11-72. , 62 p.
Könyvfejezet (Könyvrészlet) | Tudományos

Kiss, Hedvig
Az ápolás és gondozás sajátosságai a demens betegek ellátásában
In: Kiss, Hedvig (szerk.) Demencia gondozók kézikönyve
Budapest, Magyarország : SpringMed Kiadó (2023) 288 p. pp. 73-136. , 64 p.
Könyvfejezet (Könyvrészlet) | Tudományos

9.2.1 Tudományos munkásságot meghatározó egyéb publikációk, előadások

Kiss, Hedvig
Demencia gondozók szerepe demenciával élők ellátásában (2024)
[Előadás], Fehérgyarmati Városi Szociális Központ, 2024. december 07.,
Nem besorolt (Egyéb) | Tudományos

Kiss, Hedvig
Szívből emlékezni (2024)
[Előadás], Szociális Szolgáltató Központ, 2024. december 13.,
Nem besorolt (Egyéb) | Tudományos

Kiss, Hedvig
Szívből emlékezni! (2024)
A TSZR2021-1515 „Területi szakmatámogatási rendszer létrehozása, szakmatámogatási feladatok ellátása Szabolcs – Szatmár - Bereg megye területén 2021” pályázat keretében a gesztorszervezet által szervezett SZAKMAI KONFERENCIA, Nyíregyháza, 2024. október 25., előadás,
Nem besorolt (Egyéb) | Tudományos

Kiss, Hedvig
A demencia gondozó képzés fontossága a szociális ellátó rendszerben (2022)
[Előadás], Dióhéjban a szociális továbbképzésről, Jót s Jól Egyesület” A Szatmári Kistérségben Egyesület, Géberjén, 2022.09.29.,
Nem besorolt (Egyéb) | Tudományos

Kiss, Hedvig
Értetek, nektek, veletek (2022)

[Előadás], SZIME- Szociális Igazgatók és Szakemberek XXII. Konferencia, Siófok, 2022. október 17.,
Nem besorolt (Egyéb) | Tudományos

Kiss, Hedvig
A tudatos öregedés (2022)
[Előadás], Ki mit tud a demenciáról? Nyíregyháza Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar. 2022.09 .20.,
Nem besorolt (Egyéb) | Tudományos

Kiss, Hedvig
A zene erejével a demenciával élőkért (2021)
[Előadás], „Memória Melódia", Fehérgyarmati Városi Szociális Központ, 2021.09.21.,
Nem besorolt (Egyéb) | Tudományos

Kiss, Hedvig
Az összefogás erejével érzékenyítünk (2021)
Zays Hét. 1. Zay Tudományos Nap. 2021 november 15-19, előadás,
Teljes dokumentum
Nem besorolt (Egyéb) | Tudományos

10 KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Elsőként szeretnék köszönetet mondani témavezetőmnek **Dr. Balogh Zoltánnak**, aki munkámat segítette és hasznos tanácsaival bátorított.

Hálás vagyok **Dr. Takács Péternek**, aki a statisztikai, módszertani ismereteivel hozzájárult a tudományos kutatás elemzéséhez.

Köszönöm a megyebeli szociális bentlakásos intézmények vezetőinek, hogy szándéknyilatkozatukkal lehetővé tették, hogy a kutatásom megvalósulhasson. Köszönet illeti a résztvevő intézmények ápolóit, gondozóit, akik önfeláldozóan idejüket nem sajnálva töltötték ki a kérdőívet.

Szeretnék köszönetet mondani **Áncsán Gizellának és Orbán Zsófiának** a publikációkkal és az MTMT adatbázissal és a könyvtári kutatással kapcsolatos jelentős segítségükért.

Külön köszönettel tartozom **Nyilas Orsolya** részére a nyelvi vizsgálatok elvégzéséért, valamint hálásan köszönöm **Dr. Kiss Ferencnek** a disszertáció gondos átvizsgálását és értékes szakmai észrevételeit.

Hálás vagyok azért, hogy a demenciával élők által megismerhettem ezt a betegséget és az életem egyik meghatározó szerepe lehet.

Köszönettel tartozom a közvetlen kollegáimnak, akik támogattak, elviseltek, pótoltak, megértést tanúsítottak, amikor a legnehezebb időszakjaimban voltam.

Tanulmányaimban szerepet játszó pedagógusoknak is szeretnék köszönetet mondani, akik meghatározó szerepet töltöttek be pályám választása során.

Végezetül köszönöm a közvetlen családomnak, akiktől rengeteg időt elvett, hogy a következő fontos fejezetet is be tudjam fejezni.

MELLÉKLETEK

1. Táblázatok jegyzéke
2. Ábrák jegyzéke
3. ETT-TUKEB szakmai-etikai engedély
4. Szándéknyilatkozat
5. Tájékoztató lap
6. Beleegyező lap
7. Kérdőív
8. Eredeti közlemények
9. Egészségpolitikai és gyakorlati következmények – jogi és kritikai perspektívában

1. melléklet

Táblázatok jegyzéke

1. táblázat: A 60 év feletti magyar népesség életkor szerinti megoszlásának változása tízéves időközönként, a népszámlálási adatok alapján 10
2. táblázat: A demencia etiológiai csoportosítása..... 26
3. táblázat: Szociális alapszolgáltatások és nappali ellátások – részletek 38
4. táblázat: A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézményekben ellátottak ellátási típusonként – részletek. 40
5. táblázat: Átlag életkor és eloszlási jellemzők országonként (az országok a SHARE adatbázis szerint számozva) 70
6. táblázat: Nemek szerinti megoszlás országonként (az országok a SHARE adatbázis szerint számozva) 72
7. táblázat: Az Iskolai végzettség megoszlása országonként (országok számozása a SHARE adatbázis szerint) 73
8. táblázat: Az ORIENT (időbeli orientáció) változó országonkénti eloszlása (az országokat a SHARE adatbázis szerint számoztuk) 74
9. táblázat: Az ORIENT_BIN (időbeli orientációs bináris) változó országonkénti eloszlása (országok számozása a SHARE adatbázis szerint) 75
10. táblázat: Az ORIENT változó paraméterbecslései – ordinális logisztikus regresszió 76
11. táblázat: Az ORIENT_BIN változó paraméterbecslései – Ordinalis logisztikus regresszió 78
12. táblázat: Tárgyi szintű logisztikai regressziós eredmények az időbeli orientációra vonatkozóan (V4, SHARE W9) 80
13. táblázat: A minta demográfiai és szakmai jellemzői (N = 1 254) 85
14. táblázat: Az ápolási nehézségek rotált komponensmátrixa 87
15. táblázat: A proporcionális esélyek logisztikai regressziós modelljének eredményei 92
16. táblázat: A kumulatív kapcsolati vegyes modell eredménye..... 95

2. melléklet

Ábrák jegyzéke

1. ábra A demenciaellátás komplex megközelítésének kutatási keretrendszere
2. ábra Item szintű időbeli orientáció hatások (Holm korrekció) (SHARE Wave 9, V4 országok)
3. ábra A vizsgált kiégés súlyosságának kumulatív kapcsolású vegyes modellje
4. ábra Ordinális regressziós arányok (OR) a kiégés súlyosságára (0-3) vonatkozóan CLLM modell (95%-os konfidenciaintervallum)

3. melléklet

ETT-TUKEB szakmai-etikai engedély

Egészségügyi Tudományos Tanács
Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (ETT TUKEB)
Levelezési cím: ETT-BM, 1903 Budapest, Pf.: 314
Székhely: Budapest 1054 Báthory u. 10.

Ügyiratszám: **BM/8455-3/2024**
Ügyintéző neve: **Dr. Kardon Tamás titkár**
Elérhetősége: **tukeb@bm.gov.hu**
Telefon: **+(36) 1 795-1197**

Tárgy: Engedélyező határozat

Kutatóhely neve: *Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar*
Kutatóhely címe:
Budapest
Vas utca 17.
1088

Kutatásvezető: Dr. Balogh Zoltán *részére*

HATÁROZAT

A(z) Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, mint megbízó (1088 Budapest Vas utca 17.) képviseletében Kiss Hedvig (1088 Budapest Vas utca 17.) (továbbiakban: Kérelmező) "Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyei szociális bentlakásos intézmények szakdolgozóinak demenciával kapcsolatos ismereteinek és attitűdjeinek vizsgálata" című, beavatkozással nem járó vizsgálat engedélyezése iránt kérelmet nyújtott be az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságához (az ETT TUKEB-hez).

Az ETT TUKEB, mint **elsőfokú** hatóság, a vizsgálat engedélyezése iránti kérelmet megvizsgálta és a következő, testületi véleményen alapuló döntést hozta:

Az ETT TUKEB a benyújtott kérelem szerinti, beavatkozással nem járó vizsgálatra

a szakmai-etikai engedélyt megadja.

Az eljárás során eljárási költség nem merült fel tekintettel arra, hogy a kérelmezett vizsgálat nem kereskedelmi vizsgálat.

A Bizottság döntése ellen a közlést követő 15 napon belül van helye fellebbezésnek az ETT Elnökségéhez. A fellebbezést az ETT TUKEB-hez kell benyújtani.

A fellebbezési eljárás illeték- és díjmentes.

Ügyiratszám: BM/8455-3/2024

INDOKOLÁS

A Kérelmező "Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyei szociális bentlakásos intézmények szakdolgozóinak demenciával kapcsolatos ismereteinek és attitűdjeinek vizsgálata" című, beavatkozással nem járó vizsgálat engedélyezése iránt kérelmet nyújtott be ETT TUKEB-hez, ami 2024. február 21-án érkezett meg a Bizottsághoz.

Az eljárás megindult és az ETT TUKEB tekintettel arra, hogy a teljes eljárás feltételei fennállnak, a kérelmet az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény (továbbiakban: Ákr.) alapján teljes eljárásban bírálta el. Az ETT TUKEB az Ákr 43§ (2) bekezdése alapján erről és az *Ákr* 43 § (2) bekezdésében meghatározott egyéb tényekről tájékoztatta a Kérelmezőt.

Az eljárás során az ETT TUKEB megvizsgálta és megtárgyalta a kérelmet és a csatolt dokumentumokat.

Az ETT TUKEB az Ákr. 44. § alapján szükségesnek tartotta a hiánypótlást. A Bizottság 2024. április 24-i hiánypótlási felhívásában foglaltaknak a kérelmező a megadott határidőn belül, 2024. május 6-én eleget tett.

A tervezett, beavatkozással nem járó vizsgálat azonosító adatai:

A vizsgálat címe:
"Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyei szociális bentlakásos intézmények szakdolgozóinak demenciával kapcsolatos ismereteinek és attitűdjeinek vizsgálata"

Kutatásvezető, aki az egész vizsgálatot vezeti: Dr. Balogh Zoltán
Kutatásvezető munkahely: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar

Megbízó neve és címe:
Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar
1088 Budapest, Vas utca 17.

Megbízó képviselőjének a neve és címe:
Kiss Hedvig
1088 Budapest, Vas utca 17.

A vizsgálat tervezett időtartama: 2024. május 20 - 2024. július 31.

A vizsgálatban részt vevő vizsgálóhelyek felsorolása:
- Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyei szociális bentlakásos intézmények száma: 78 db

Az ETT TUKEB a kutatási engedély iránti kérelemről - a beérkezett hiánypótlást is figyelembe véve - *az emberen végzett orvostudományi kutatások, az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálata, valamint az emberen történő alkalmazásra szolgáló, klinikai vizsgálatra szánt orvostechnikai eszközök klinikai vizsgálata engedélyezési eljárásának szabályairól szóló 235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet* (a továbbiakban: *235/2009. Korm. rendelet*) 18. § (2) bekezdése alapján a következőket állapította meg:

Ügyiratszám: BM/8455-3/2024

a) A beadott kérelem tárgyául szolgáló vizsgálat valóban beavatkozással nem járó vizsgálat-e?
Igen

b1) A tervezett vizsgálat érdemi, szakmai tudományos kérdésfelvetéseket tartalmaz-e?
Igen

b2) A tervezett vizsgálat módszerei alkalmasak-e az érdemi, szakmai tudományos kérdésfelvetések megválaszolására?
Igen

c1) A betegtájékoztató és a beleegyező nyilatkozat tervezett szövege megfelel-e az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló miniszteri rendeletben foglaltaknak?
Igen

c2) A toborzás tervezett szövege megfelel-e az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló miniszteri rendeletben foglaltaknak?
Igen

Mindezek alapján az ETT TUKEB a rendelkező résznek megfelelően határozott, és engedélyezte a kutatási engedély iránti kérelemben megjelölt beavatkozással nem járó vizsgálatot.

Felhívjuk a Kérelmező figyelmét arra a jogszabályi kötelezettségére, mely szerint a beavatkozással nem járó vizsgálat befejezését követő kilencven napon belül értesítenie kell az ETT TUKEB-et a vizsgálat befejezéséről, a bevont betegek számáról, illetve köréről, továbbá a vizsgálat befejezését követő száznyolcvan napon belül értesítenie kell az ETT TUKEB-et a vizsgálat célkitűzésére adott válaszról. (Ezt az előírást *az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló 23/2002. (V. 9.) EüM rendelet* (továbbiakban: *23/2002. (V. 9.) EüM rendelet*) 20/O. § tartalmazza.)

Kérjük, amennyiben a beavatkozással nem járó vizsgálat nem kezdődik el, vagy idő előtt lezárásra kerül, akkor erről - az indokok felsorolásával - e-mailen és levélben is tájékoztassa az ETT TUKEB-et. (Ezt a *235/2009. Korm. rendelet* 21. § (3) bekezdése írja elő.)

Az ETT TUKEB eljárása és határozata elsősorban *az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény* (továbbiakban: *Eütv.*) 164/A. § (1) és (2).bekezdésein, a *235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet* 17/A. § (1) - (4), a 18. § (1) és (2) bekezdésein, valamint a az *Ákr.* 80. § (1) bekezdésén és az *Ákr.* 81. § (1) és (4) bekezdésein alapul.

A kutatásengedélyezési eljárásokban az *Eütv.* 164/B. § kimondja "Az orvostudományi kutatás, valamint a 164/A. § szerinti beavatkozással nem járó vizsgálat engedélyezési eljárásáért - az egészségügyért felelős miniszternek az adópolitikáért felelős miniszterrel egyetértésben kiadott rendeletében meghatározott - igazgatási szolgáltatási díjat kell fizetni."
A kérelemben foglaltak alapján az ETT TUKEB megállapította, hogy a tervezett kutatás nem kereskedelmi vizsgálat a *23/2002. EüM. rend.* 20/B. § f) pontja alapján, ezért a Kérelmezőnek eljárási költség, és így igazgatási szolgáltatási díjfizetési kötelezettsége sem keletkezett a *23/2002. EüM. rend.* 15. §-a és 20/R. § (1) bekezdése szerint.

A Bizottság hatásköre és illetékessége az *Eütv.* 164/A. § (2) bekezdésén, valamint *235/2009. Korm. rend.* 16. § a) pontján, a 17. § (1) bek. a) pontja ab) alpontján alapul.

Ügyiratszám: BM/8455-3/2024

A fellebbezés lehetőségét az *Ákr.* 116. § (1) bekezdésének megfelelően az *Eütv.* 164/A. § (2) bekezdése mondja ki, mely szerint "A (3) és (5) bekezdésben nem említett beavatkozással nem járó vizsgálat esetében a szakmai-etikai engedélyről az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló kormányrendelet szerinti kutatás-etikai bizottság a kérelem megérkezését követő naptól számított negyvenöt napon belül dönt. A döntés ellen fellebbezésnek van helye, a másodfokú eljárást az ETT elnöksége folytatja le."

A fellebbezési eljárás illetékmentességét *az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. Törvény* 67. § (3)-(5) bekezdései alapján a *23/2002. EüM. rend.* 15. §-a és 20/R. § (1) bekezdése mondja ki, tekintettel arra, hogy a kérelmezett kutatás nem kereskedelmi vizsgálat a *23/2002. EüM. rend.* 20/B. § f) pontja alapján.

A fellebbezés előterjesztésére az *Ákr.* 118. § (3) bekezdése vonatkozik.

Budapest, 2024. május 8.

P.H.

Prof. Dr. Hosszúfalusi Nóra
ETT TUKEB elnök nevében kiadmányozza:

Dr. Kardon Tamás ETT TUKEB titkár

Kapják:
1./ Kutatásvezető
2./ Intézményvezető
3./ Irattár

Ügyiratszám: BM/8455-3/2024

BM-8455-3 TUKEB Határozat - Dr. Balo

Aláírt PDF:

4. melléklet

SZÁNDÉKNYILATKOZAT

Jelen szándéknyilakozat keretében

Intézmény
Neve:
Címe:
Vezetője:
Vezetőjének elérhetősége:

Kiss Hedvig PhD hallgató 2023. december 13. kelt levelére válaszolva *(*Tárgy: Felkérés kutatásban való részvételre) nyilatkozom, hogy **részt kívánok venni** a bentlakásos intézmények szakdolgozóinak demenciával kapcsolatos ismereteinek és attitűdjeinek vizsgálatában.

Az intézmény vezetőjeként hozzájárulok, hogy a kutatás során begyűjtött adatok tudományos céllal kerüljenek feldolgozásra, illetve több intézménnyel összegezve, teljesen anonim módon legyenek a disszertációban és a publikációkban feltüntetve.

Kelt:

P.H.

……..
Intézményvezető Asszony/ Úr
aláírás

5. melléklet

TÁJÉKOZTATÓ

Tisztelt Résztvevő!

Ön egy tudományos kutatásban vesz részt, amelynek vezetője Dr. Balogh Zoltán. A kutatás lebonyolítását Kiss Hedvig végzi.
Jelen vizsgálat célja, hogy kérdőív segítségével feltérképezzem a bentlakásos szociális intézményekben dolgozók szakmához köthető ismereteit, tapasztalatait, attitűdjeit, melyek kulcsfontosságúak a demens személyek ellátásában. Szeretném bemutatni, hogy milyen fontos a demens állapottal kapcsolatos információk bővítése az adott területen. Hangsúlyozottan előtérbe kerülnek a minőségi ellátáshoz szükséges személyes attitűdök, személyi, környezeti, tárgyi feltételek, a kiégés szindróma elkerülésének lehetőségei. A szerzett vélemények és információk alapján leszűrődnek olyan összefüggések, amelyek felhívhatják a figyelmet a szakmai érdeklődés fenntartásának szükségességére, a megfelelő testi-lelki-szociális készségek szerepére ezen a nagyon nehéz szakmaterületen. A vizsgálatba a Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyei szociális bentlakásos intézményeiben dolgozókat szeretném bevonni kb. 2500 főt. A résztvevők közé tartoznak szociális gondozó és ápoló/szociális ápoló és gondozói, ápolói, Egészségügyi szakiskolai érettségivel, Főiskola, Egyetem, illetve demencia gondozó végzettséggel rendelkezők. A várható eredmények közé tartozik az információhiány, stigmatizáció leküzdése, az effektív betegellátást végző szakemberek ismereteinek, készségeinek, attitűdjeinek vizsgálata. A demens betegekkel foglalkozó egészségügyi és szociális intézményekben dolgozók birtokában lesznek mindazon kompetenciák, amelyekkel képesek lesznek a legjobban ellátni az érintett betegeket.

A kutatásban való részvétel teljes mértékben önkéntes. A vizsgálatban történt részvételért anyagi javadalmazás nem jár. Ön a Tájékoztató elolvasásával és a Beleegyező nyilatkozat aláírásával jelzi önkéntes részvételi szándékát a fent említett klinikai vizsgálatban.

A beavatkozással nem járó vizsgálat címe: A Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyei szociális bentlakásos intézmények szakdolgozói ismereteinek és attitűdjeinek demenciával kapcsolatos ismereteinek és attitűdjeinek vizsgálata a demencia tükrében.

Vizsgálatvezető: Dr. Balogh Zoltán, tanszékvezető, főiskolai tanár, dékánhelyettes Semmelweis Egyetem Egészségtudományok Doktori Iskola, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék Budapest, 1088 Vas utca 17.

Támogató/szponzor: Kiss Hedvig, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék Budapest, 1088 Vas utca 17.

A kutatás helye: ……..

A beavatkozással nem járó vizsgálat során a vizsgálati alanyok adatait mindvégig bizalmasan, a vonatkozó jogszabályoknak (Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. Adatvédelmi törvény; Az egészségügyi és

a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. trv.) megfelelően kezeljük. Amennyiben a vizsgálat eredményét orvosi szakkönyvben megjelentetjük, abban a résztvevők személyének azonosítására alkalmas adatot nem hozunk nyilvánosságra.

A beleegyező nyilatkozat aláírását követően, minden önkéntes résztvevő estében egy adatlapot töltünk ki. Minden résztvevőt egyedi kóddal látunk el, a vizsgálat során feldolgozásra kerülő adatokat az adatlapon mindig kódolva tüntetjük fel, azokból az Ön személyazonossága nem állapítható meg.

A vizsgálatot az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte.

A vizsgálatban történő részvételbe a résztvevők beleegyezése önkéntes és minden befolyástól mentes. A beleegyezés bármikor, akár szóban, akár írásban indoklás nélkül visszavonható. A beleegyezés visszavonása a résztvevő számára semmilyen hátrányt nem eredményez.

A tájékoztatót elolvastam és megértettem, a kérdéseimre megfelelő válaszokat kaptam. A tájékoztató egy példányát átvettem.

A kutatás időtartama zajlik 2024. május 20-tól július 31.-ig.

…….. …… 2024.év……hó……nap

résztvevő neve (nagybetűvel) Aláírás

…….. …..…… 2024.év……hó……nap

Kiss Hedvig Aláírás

6. melléklet

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott ……..……, anyja neve ……..……, születési helye és ideje ……..……., lakcíme ……. ezennel kijelentem, hogy a Dr. Balogh Zoltán vizsgálatvezető és Kiss Hedvig PhD hallgató által kezdeményezett „A Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyei szociális bentlakásos intézmények szakdolgozóinak demenciával kapcsolatos ismereteinek és attitűdjeinek vizsgálata" című ……. zajló kutatásban való részvételbe beleegyezem. A tájékoztató nyomtatványt elolvastam, és az abban foglaltakat tudomásul veszem. Kijelentem, hogy nagykorú és cselekvőképességében nem korlátozott személy vagyok, jelen nyilatkozatomat önként, befolyásolástól mentesen írom alá. Tudomásul veszem, hogy jelen vizsgálatban anyagi ellenszolgáltatás nélkül veszek részt, valamint, hogy jelen beleegyező nyilatkozatot akár szóban, akár írásban, indokolás nélkül bármikor visszavonhatom. Kijelentem, hogy a kutatásban való részvételem körülményeiről részletes tájékoztatást kaptam, a feltételekkel egyetértek, a részvételhez hozzájárulok.

……., 2024. év …….hó……nap

A vizsgálat vezetője: Dr. Balogh Zoltán

A kutatás helye:

A kutatásról tájékoztató/felvilágosító neve: Kiss Hedvig

…….

Kutatásban résztvevő

…….

Kiss Hedvig

7. melléklet

Tisztelt kérdőív kitöltő!

Napjainkban a demenciával élő betegek száma világszerte emelkedik.

Szokatlan értelmi, kommunikációs, érzelmi és viselkedésbeli megnyilvánulásaik miatt az emberek, közösségek szemében furcsák, esetlenként félelmet keltenek, így a betegek társadalmi elfogadottságáról nem beszélhetünk.

Szakirodalmi utalások, kutatások bizonyítják, hogy az ilyen típusú betegséggel élők ápolása, gondozása az egészségügyi és szociális szakemberek egy részének is sok nehézséget jelent.

A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Ápolástan, Tanszék által irányított vizsgálatunk során szeretnénk felmérni a szociális dolgozók ismereteit, személyes attitűdjeiket a demenciával járó betegségekről, a betegek speciális szükségleteiről, az őket ápoló, gondozó szakemberek szakmai együttműködéséről.

Célunk, hogy a vizsgálat alapján feltárjuk az ápoló, gondozó szakemberek betegségről alkotott ismereteit, nézeteit, az ellátás feltételeit, nehézségeit, az ellátás szempontjából hasznos személyes attitűdjeit, stratégiáit, esetleges előítéleteit.

A kapott információkat összegezve, a későbbiekben javaslatot tegyünk az egészségügyi és szociális szakmai képzések, továbbképzések tematikájába való beillesztésre.

Reményeink szerint az újszerű ismeretek, a jó és hasznos gyakorlat, hatékony módszerek beépítése csökkentheti az ápoló, gondozó szakemberek demenciával élő betegekkel szembeni tartózkodását, előítéletességét, és egy sokkal érzékenyebb, elfogadóbb attitűd birtokában nagyobb érzékenységgel rendelkeznek a beteg iránt. A kellő alapokra épített ápolási, gondozási stratégia, elfogadóbb személyes attitűd pedig egyrészt lehetőséget biztosít a magasabb minőségű, humánusabb ellátásra, másrészt jelentősen megkönnyíti az ezen a szakmaterületen dolgozók munkáját.

Ehhez kérjük az Ön támogató segítségét az alábbi kérdőív kitöltésével.

A kérdőív kitöltése anonim módon történik, és nem túl időigényes.

Köszönjük, hogy őszinte válaszaival segíti a kutatás céljainak megvalósítását!

A kitöltést segítő következő instrukciók a következők

1. A csillaggal *jelölt kérdések kitöltése mindenképpen kötelező, és kérjük, hogy minden kérdés esetében adjon választ.
2. A megjelölni kívánt kockák megjelölése x –szel történik.
3. Egyes kérdések megválaszolása 1-től 5-ig terjedő skálán történik, amelyben 1-es a legalacsonyabb, 5-ös pedig a legmagasabb fokozat.
4. Egyes kérdések esetében csak egy, mások esetében több válasz adható, a többes válasz igényét a kérdés alatt jelöljük.
5. Néhány kérdés esetében a választ Önnek kell beírni, kérjük, olvashatóan, esetleg nyomtatott betűkkel írja le válaszát!

KÉRDŐÍV

ADATOK NYERÉSE ÉS EZEK ELEMZÉSE: 1-5 kérdés

A kérdőívet kitöltők személyes adatairól:

- nem, (1. kérdés)
- életkor, (2. kérdés)
- iskolai és szakmai végzettség (3. kérdés)
- szociális szakmai munkaterületén eltöltött évek száma (4. kérdés)

Személyes adatok

1.Neme*

□ Nő

□ Férfi

2.Életkora*

□ 21 -30

□ 31 -40

□ 41 – 50

□ 51 – 60

□ 61- 70

3. Iskolai végzettsége (minden végzettségét jelölje)*

□Szociális ápoló és gondozó/szociális gondozó és ápoló (8 általánosra épülő)

□ Szociális ápoló és gondozó/szociális gondozó és ápoló (érettségire épülő)

□Egészségügyi szakiskola

□Egészségügyi szakiskola érettségivel

□ Főiskola (BSc), szakiránya: …….

□ Egyetem (MSc), szakiránya: …….

□Demencia gondozó szakképesítés

□ Egyéb egészségügyi vagy szociális szakképesítés(ek)

……..

4.Mennyi ideje dolgozik szociális területen, mint ápoló, gondozó? *

□ 1 év alatt

 1 – 5 éve

 6 – 10 éve

 11 – 20 éve

 21 – 30 éve

 31 – 40 éve

 40 év felett

A munkahely (szociális intézmény) mely település típusban helyezkedik el (5. kérdés), hány férőhellyel rendelkezik (6. kérdés)

5.Kérem jelölje, hogy a település, ahol az intézmény található, az alábbi válaszlehetőségek közül hova sorolható! *

 Város

 Község

 Falu

6.Kérem, jelölje, hány férőhellyel rendelkezik az intézmény, ahol dolgozik!*

 1 - 25 férőhely

 26 – 50 férőhely

 51 – 100 férőhely

 100 – férőhely felett

7.Találkozott már életében demenciával élő személlyel? (Több válasz is lehetséges)*

 igen, a családomban

 igen, a szomszédságában

 igen, baráti körben

 igen, a munkám során

 tágabb társadalmi közegekben pl. klub, Alzheimer café

 nem találkoztam még demenciában élő személlyel

Egyéb:……

8.Kérem, írja le röviden azt a három jelzőt, gondolatot, ami elsőnek eszébe jut a demenciával élő betegről!

……

……

……

……..

9.Kérem, hogy osztályozza 1-től 5-ig terjedő skálán, hogy a demenciával élő betegek ápolása gondozása során mennyiben okoznak Önnek nehézséget az alábbiakban felsorolt tényezők! (A jelölés 1-től 5-ig terjedő skálán történik, amelyben 1-es a legalacsonyabb, 5-ös pedig a legmagasabb fokozat.)

Az ápolást, gondozást megnehezítő tényező	**jelölés az1-5-ös skálán**
A betegségről, annak specifikus ellátásról szóló korszerű elméleti ismeretek hiánya	1 .2…3…4…5
A speciális ellátáshoz szükséges környezeti feltételek nem megfelelősége	1 .2…3…4…5
A speciális ellátáshoz szükséges tárgyi feltételek elégtelensége	1 .2…3…4…5
Nem megfelelő személyi feltételek, kevés az ellátást végző személyek száma	1 .2…3…4…5
Nem elégséges az ellátó személyek gyakorlati szakmai tudása	1 .2…3…4…5
Nincs megfelelő együttműködés a kollégák között	1 .2…3…4…5
Önellátásra képtelen, fekvő betegek ellátása miatti súlyos fizikai megterhelést jelentenek	1 .2…3…4…5
A nehezen irányítható, zavart tudatú betegek speciális gondozási szükséglete, folytonos készenlétet, figyelmet igényel	1 .2…3…4…5

A betegeknél gyakran előforduló alvás – ébrenléti zavar felborítja a munkarendet	1 .2…3…4…5
Nem elégséges a betegek foglalkoztatása, napirendje	1 .2…3…4…5
Hozzátartozók együttműködésének hiánya, vagy az ismerethiányból eredő elutasító magatartása	1 .2…3…4…5
Fizikailag belefáradtam ebbe a munkába, már nem bírom ezt a megterhelést	1 .2…3…4…5
Lelkileg belefáradtam ebbe a munkába, kiégtem	1 .2…3…4…5
Egyéb…… ……	1..2…3…4…5

10.Kérem, a felsoroltak közül osztályozza az alább felsorolt tüneteket az alapján, hogy a tünet a beteg ellátását mennyire nehezíti meg az ápolás, gondozás során!
A jelölés 1-től 5-ig terjedő skálán történik, amelyben 1-es a legalacsonyabb, 5-ös pedig a legmagasabb fokozat.

Az ápolást, gondozást megnehezítő tünet megnevezése	**jelölés az1-5-ös skálán**
személyi higiénia elhanyagolása	1 .2…3…4…5
testi leépülés, mozgásképtelenség	1 .2…3…4…5
folytonos sztereotip kérdezgetés	1 .2…3…4…5
verbális agresszió/kiabálás	1 .2…3…4…5
fizikai agresszió	1 .2…3…4…5
elutasító magatartás/együttműködés hiánya	1 .2…3…4…5
elkóborlás	1 .2…3…4…5
alvási zavarok	1 .2…3…4…5
zavartság	1 .2…3…4…5

depresszió, apátia	1 .2…3…4…5
hallucináció, téves eszmék	1 .2…3…4…5
gátlástalanság, szexuális viselkedési zavarok	1 .2…3…4…5
egyéb tünet: …….	1 .2…3…4…5

11.Kérem, hogy osztályozza 1-től 5-ig terjedő skálán, hogy a demenciával élő betegek ápolása gondozása milyen jellegű és mértékű leterheltséget jelent Önnek. (A jelölés 1-től 5-ig terjedő skálán történik, amelyben 1-es a legalacsonyabb, 5-ös pedig a legmagasabb fokozat.)

Az ápolással, gondozással kapcsolatos leterheltség	jelölés az1-5-ös skálán
□ Fizikai	1 .2…3…4…5
□ Szellemi	1 .2…3…4…5
□ Pszichés	1 .2…3…4…5

12.Milyen gyakorisággal érzi a nehézségeket a demenciával élő betegek ellátása során?

□ Ritkán

□ Minden nap

□ Heti egy – két alkalommal

□ Nem érzek nehézséget

13.Van -e lehetősége kipihenni magát munkavégzés után?

□ Igen, minden nap

□ Heti egy – két alkalommal

□ Havonta néhányszor

□ Nincs lehetőségem pihenésre

14.Úgy érzem, a korábbi tanulmányaim során már elsajátítottam a megfelelő elméleti és gyakorlati ismereteket a demenciával élő betegekkel való bánásmód és kommunikáció terén.*(A kérdés megválaszolása 1-től 5-ig terjedő skálán történik, amelyben 1-es a legalacsonyabb, 5-ös pedig a legmagasabb fokozat, karikázza be a megfelelő számot!)

1 2 3 4 5

15.Ha jobban érteném a demenciával élő személyek betegségét, nagyobb együttérzéssel ápolnám az ilyen problémával küzdő embereket. *(A kérdés megválaszolása 1-től 5-ig terjedő skálán történik, amelyben 1-es a legalacsonyabb, 5-ös pedig a legmagasabb fokozat, karikázza be a megfelelő számot!)

1 2 3 4 5

16.Érzése szerint rendelkezik–e kellő szakmai tudással, ismeretekkel a demenciáról? (több válasz is megjelölhető)

□ Rendelkezem ezekkel az ismeretekkel

□ Rendelkezem ismeretekkel, de kevésnek érzem

□ Rendelkezem ismeretekkel, de elavultnak érzem

□ Nem rendelkezem kellő ismeretekkel

17.Szüksége lenne–e új ismeretek megszerzésére, szakmai továbbképzésre a demenciával élő betegek korszerű ápolás-gondozási módszereivel kapcsolatban?

□ Igen

□ Nem

Egyéb …….

18.Volt-e már továbbképzésen demencia témakörében? (több válasz is megjelölhető)

 Igen, hasznos volt, sokat tanultam, korszerű, friss információk hangzottak el, azokat fel tudom használni a munkavégzésben.

 Igen, az ott tapasztaltak segítettek a betegek szükségleteire való hangolódásban, elfogadóbb lettem irányukban és a hozzátartozók irányában.

 Igen, de nem éreztem hasznosnak, nem voltak újszerűek az ismeretek.

 Igen, de az elhangzott információkat nem tudom a gyakorlati munkába illeszteni.

 Nem voltam, nem rendeztek számomra témában megfelelőt

 Nem voltam, nem lehetett a munkavégzésből kiesni

 Nem voltam, nem volt számomra megközelíthető a helyszín

 Egyéb: ……..

19.Elegendőnek találja-e munkahelyén a létszámot a demenciával élő betegek ellátására? (Jelölje az1-5-ös skálán!)

1 2 3 4 5

20.Milyen végzettségű szakember(ek)re lenne szükség munkahelyén a magasabb szintű ellátás érdekében.

 Elsősorban: ……

 Másodsorban: ……

 Harmadsorban: ……..

 Egyéb megjegyzés: ……

21.Ha tehetné, milyen környezeti feltételeken változtatna minőségi betegellátás érdekében?

 Elsősorban: ……

 Másodsorban: ……

 Harmadsorban: ……

 Egyéb megjegyzés: ……

22.Ha tehetné, milyen tárgyi feltételeken változtatna a minőségi betegellátás érdekében?

 Elsősorban: ……

 Másodsorban: ……

□ Harmadsorban: ……..……

□ Egyéb megjegyzés: ……

23.Milyennek ítéli meg a demenciával élő betegek mentálhigiénés gondozását és a foglakoztatásukat? (több válasz is megjelölhető)

□ A programok változatosak

□ Biztosítva van az állandóság, egy megszokott, jól bevált napirend szerint

□ Kevés a foglalkozás

□ Vannak foglakozások, de nem megfelelőek

24. Sorolja fel, melyek azok a személyes tulajdonságok (attitűdök), amelyek a demenciával élő betegek ellátásához valamilyen mértékben szükségesek! Töltse ki a táblázatot, a skála 1-től ötig terjed, az 1 jelenti az egyáltalán nem szükséges mértéket, az 5-ös a legfontosabbat. Jelölje be a megfelelő értékeket!

Munkavégzéssel kapcsolatos képesség, készség	**skála: 0-1-2-3-4-5**	**Munkavégzéssel kapcsolatos képesség, készség**	**skála: 0-1-2-3-4-5**
alkalmazkodóképesség	0-1-2-3-4-5	monotónia tűrés	0-1-2-3-4-5
barátságosság	0-1-2-3-4-5	munkában való kitartás	0-1-2-3-4-5
beszédmegértés	0-1-2-3-4-5	önálló feladatmegoldás	0-1-2-3-4-5
együttérző képesség	0-1-2-3-4-5	önismeret	0-1-2-3-4-5
együttműködési készség	0-1-2-3-4-5	önszabályozás	0-1-2-3-4-5
én-védő technikák alkalmazása	0-1-2-3-4-5	önuralom	0-1-2-3-4-5
érzelmi kiegyensúlyozottság	0-1-2-3-4-5	precizitás, önellenőrzés	0-1-2-3-4-5
felelősségtudat	0-1-2-3-4-5	problémamegoldó képesség	0-1-2-3-4-5
fizikai állóképesség	0-1-2-3-4-5	reális helyzetfelismerő képesség	0-1-2-3-4-5
humánum	0-1-2-3-4-5	rendszeretet	0-1-2-3-4-5
irányíthatóság	0-1-2-3-4-5	személyiség stabilitás	0-1-2-3-4-5
ítélőképesség	0-1-2-3-4-5	szervezőkészség	0-1-2-3-4-5

Munkavégzéssel kapcsolatos képesség, készség	**skála: 0-1-2-3-4-5**	**Munkavégzéssel kapcsolatos képesség, készség**	**skála: 0-1-2-3-4-5**
kapcsolatteremtő képesség	0-1-2-3-4-5	"talpraesettség"	0-1-2-3-4-5
kézügyesség	0-1-2-3-4-5	tartós koncentráció (figyelem)	0-1-2-3-4-5
kommunikációs képesség (szóbeli és "testbeszéd")	0-1-2-3-4-5	távolságtartás	0-1-2-3-4-5
következetesség	0-1-2-3-4-5	teherbíró képesség	0-1-2-3-4-5
közösségszeretet	0-1-2-3-4-5	tisztaság	0-1-2-3-4-5
kreativitás	0-1-2-3-4-5	titoktartás	0-1-2-3-4-5
kudarctűrő képesség	0-1-2-3-4-5	tudományosság iránti igény	0-1-2-3-4-5
logikus gondolkodás	0-1-2-3-4-5	türelem	0-1-2-3-4-5
megbízhatóság	0-1-2-3-4-5	újítási kedv	0-1-2-3-4-5
megfigyelőkészség	0-1-2-3-4-5	vezetői képesség	0-1-2-3-4-5
egyéb	0-1-2-3-4-5	egyéb	0-1-2-3-4-5

25.Ön mennyire elfogadó a demenciával élő betegekkel? Jelölje az értéket 1-5-ös skálán!

1 2 3 4 5

26.Ismeri-e a betegek ellátása kapcsán jól működő kommunikációs, figyelemelterelő, feszültséget levezető stratégiákat? (Több válasz is megjelölhető)

□ Igen, ismerem a szakirodalomból

□ Igen, ismerem a továbbképzések, képzések programjából

□ Ismerem és megfelelően tudom felhasználni ápolói, gondozói munkám során

□ Sajnos nem ismerem eléggé

□ Egyéb ……

27.Milyen kapcsolatot tud általában kialakítani, fenntartani a betegek hozzátartozóival?(Több válasz is megjelölhető, írja be a választott helyekre, hogy a megállapítás hány beteg esetében igaz!)

Megállapítások	hány fő esetében jellemző
Képesek vagyunk a beteg érdekében együttműködni, megfelelően kommunikálni	…..fő esetében
Jó a kapcsolat, kommunikáció közöttünk, de az elvárásaik sokszor túlzóak, nem reálisak	…..fő esetében
Nehézkes az együttműködés, irreálisak az elvárásaik, többször túlzóak, számonkérőek	…..fő esetében
Alig van kapcsolat, a hozzátartozók csak látszólagosan törődnek a beteggel	…..fő esetében
Nincs kapcsolat, a beteget nem látogatja senki	…..fő esetében
Egyéb megállapítások: …….	

28.Van –e lehetősége megbeszélni, ventilálni a munkájával kapcsolatos problémákat? (több válasz is megjelölhető)

□ Igen, munkaértekezleten vagy osztályátadáson

□ Igen, munkatársakkal egymás közt

□ Otthoni környezetben a családommal, barátokkal

□ Nincs rá lehetőség

29.A fokozott terhelés kiégést okozhat, ismeri-e az állapot tüneteit? (több válasz is megjelölhető)

□ Igen, tanultam, olvastam róla

□ Igen, munkatársaim némelyikén is kezdem észlelni ezeket a tüneteket

□ Igen, sajnos magamon is kezdem észlelni ezeket a tüneteket

□ Igen, és miután magamon is kezdem észlelni ezeket a tüneteket, pályamódosításon gondolkozom

□ Nincs

30.Milyen módszereket használ, hogy testileg, lelkileg képes legyen ezt a nehéz munkát egészségkárosodás nélkül végezni tudja? (Jelölje meg, vagy írja be válaszait a kipontozott helyekre! Több válasz is lehetséges.)

□ sportolás, mozgásos rekreáció (pontosan milyen mozgásfajta) ……..

□ hobbi, rendszeresen végzett kedvtelés (pontosan milyen) ……

□ családi élet előtérbe helyezése, a munkát „nem viszem haza”

□ kiterjedt baráti kör, társasági programok

□ közösségi munka pl. klub szervezés (pontosan milyen) ……

□ szakmai segítség, pszichológus, pszichiáter, szupervízió segítségének igénybevétele

□ Nincs rá lehetőségem, nagyon elfoglalt vagyok

□ Nem gondolom, hogy szükségem van bármilyen ilyen irányú tevékenységre

8. melléklet

EGÉSZSÉGPOLITIKAI ÉS GYAKORLATI KÖVETKEZMÉNYEK – JOGI ÉS KRITIKAI PERSPETKÍVÁBAN

Ebben a fejezetben a kutatás eredményeinek egészségpolitikai implikációi kerülnek bemutatásra, különös tekintettel a demenciaellátás hazai jogi szabályozására, az európai normákhoz való viszonyára, valamint a rendszer strukturális ellentmondásaira.

1. Demenciaellátás és a hazai jogi szabályozás korlátai

A demenciaellátás Magyarországon több jogszabályi terület metszéspontjában helyezkedik el, elsősorban az egészségügyi és a szociális szférát szabályozó törvények keretében.

A legfontosabb jogi alapok:

- **1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (Eütv.)**
- **1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (Szt.)**
- **1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről**

Az Eütv. deklarálja az egészséghez való jogot és az ellátáshoz való hozzáférés alapelveit, míg az Szt. biztosítja a szociális szolgáltatások – így az idősgondozás és a demenciával élők ellátásának – kereteit.

Ugyanakkor kritikai szempontból megállapítható, hogy:

- a szabályozás **szektorálisan elkülönül**, és nem biztosítja a komplex szükségletek integrált kezelését.

A demenciaellátás sajátossága, hogy:

- egyszerre igényel egészségügyi kezelést és szociális gondozást,
- hosszú távú, folyamatos támogatást feltételez,
- valamint jelentős családi és informális ellátási elemeket tartalmaz.

Ennek ellenére a jogi keretrendszer nem hoz létre egységes, integrált ellátási modellt, ami az ellátás fragmentációjához vezet.

Ez ellentmond az Európai Unió által képviselt integrált gondozási szemléletnek (European Commission, 2022).

2. Finanszírozási és szabályozási ellentmondások

A hazai jogszabályi környezet formálisan biztosítja az ellátáshoz való hozzáférést, azonban a finanszírozási mechanizmusok nem követik a jogi deklarációkat.

A fő ellentmondások:

- az egészségügyi és szociális finanszírozás elkülönülése,
- az ellátási szintek közötti koordináció hiánya,
- a szükségletalapú finanszírozás korlátozott érvényesülése.

Ez a helyzet azt eredményezi, hogy a jog által garantált ellátási jogosultságok a gyakorlatban gyakran csak részlegesen érvényesülnek.

Kritikai értelmezésben ez egy **„de jure–de facto" diszkrepancia**, ahol:

- a jogi normák előremutatóak,
- de az intézményi és finanszírozási struktúrák nem támogatják azok megvalósulását.

3. Humánerőforrás és munkajogi dimenziók

A humánerőforrás-problémák jogi dimenziója kevésbé hangsúlyos a szakpolitikában, pedig a munkakörülmények szabályozása alapvetően meghatározza az ellátórendszer működését.

A releváns jogi keretek:

- **2012. évi I. törvény a Munka Törvénykönyvéről**
- egészségügyi szolgálati jogviszony (2020. évi C. törvény)

E jogszabályok célja a munkavállalói jogok és kötelezettségek szabályozása, ugyanakkor a gyakorlatban nem képesek hatékonyan kezelni:

- a túlterheltséget,
- a kiégést,
- és a munkaerőhiány strukturális okait.

A kritikai megközelítés szerint a jogi szabályozás:

- **reaktív és formális**, nem pedig preventív és rendszerszintű.

Ez ellentétben áll az EU **European Pillar of Social Rights (2017)** által képviselt aktív jóléti állami modellel.

4. Kritikai rendszerelemzés: szabályozott fragmentáció

A magyar egészségügyi és szociális rendszer egyik legfontosabb sajátossága, hogy a fragmentáció nem pusztán működési zavar, hanem részben a szabályozási struktúrából következik.

Ez a jelenség „szabályozott fragmentációként" írható le, amelyben:

- a jogi keretek elkülönítik az ellátási szinteket,
- a finanszírozás megerősíti ezt a szétválasztást,
- és az intézményi gyakorlat reprodukálja a széttagoltságot.

Ennek következményei:

2. koordinációs hiányosságok,
3. ellátási egyenlőtlenségek,
4. valamint a betegek és családtagjaik fokozott terhelése.

5. Vitaindító – a rendszer jövője és reformkényszere

A fenti elemzés alapján felvethető a kérdés:

- **A magyar egészségügyi és szociális rendszer reformja evolúciós vagy diszruptív módon képzelhető el?**

A jelenlegi tendencia alapján a rendszer:

- inkább inkrementális változásokon megy keresztül,
- miközben a strukturális problémák fennmaradnak.

Ugyanakkor a demográfiai és munkaerőpiaci nyomás olyan mértékű, hogy hosszú távon elkerülhetetlenné válhat egy mélyebb, strukturális reform.

További vitaindító kérdések:

- Lehetséges-e valódi integrált ellátási modellt kialakítani a jelenlegi jogi keretek között?
- A központosítás erősítése vagy a decentralizáció jelentheti a hatékonyabb megoldást?

- A humánerőforrás-válság kezelhető-e pusztán béremeléssel, vagy rendszerszintű átalakítás szükséges?
- Milyen mértékben adaptálhatók az EU jóléti modelljei a magyar intézményi környezetben?

A demenciaellátás területén különösen élesen jelenik meg az a strukturális feszültség, amely a jogi deklarációk és a gyakorlati megvalósítás között húzódik.

6. Demenciaellátás tervezése

A demencia prevalenciájának növekedése miatt az egészségügyi és szociális ellátórendszereknek fel kell készülniük a gondozási igény növekedésére. A 21. század egyik legjelentősebb népegészségügyi és társadalompolitikai kihívása a népesség öregedésével párhuzamosan emelkedő demenciaesetszám, amely alapvetően újratervezi az ellátórendszerek kapacitásigényét, működési logikáját és finanszírozási szükségleteit. A demencia nem csupán egyéni egészségvesztés, hanem hosszú lefolyású, progresszív állapot, amely komplex orvosi, ápolási, pszichoszociális és szociális támogatási szükségleteket generál. Ebből következően a prevalencia növekedése nem egyszerűen több beteg megjelenését jelenti a rendszerben, hanem a gondozási igények szerkezetének átalakulását is.

A demográfiai trendek alapján az időskorú népesség arányának emelkedése várhatóan tovább növeli a demenciával élők számát. Az átlagéletkor növekedése önmagában kedvező civilizációs eredmény, ugyanakkor együtt jár az életkorral összefüggő neurodegeneratív betegségek gyakoribb előfordulásával. Mivel a demencia incidenciája különösen a magasabb életkori csoportokban emelkedik meredeken, az idős népesség növekedése strukturális nyomást helyez az egészségügyi és szociális szolgáltatásokra. Ez a nyomás különösen azokban az országokban lesz jelentős, ahol az öregedés gyors ütemben zajlik, miközben a gondozási infrastruktúra fejlesztése elmarad.

Az ellátórendszeri felkészülés első pillére a kapacitástervezés. A demenciával élő személyek ellátása a betegség előrehaladtával fokozódó intenzitású támogatást igényel: kezdetben diagnosztikai, tanácsadási és életvezetési segítséget, később rendszeres felügyeletet, ápolást, végül sok esetben 24 órás gondozást. Ez azt jelenti, hogy a jövőbeni szolgáltatástervezés során nem elegendő a betegszámot prognosztizálni, hanem a

gondozási szükségletek súlyossági megoszlását is modellezni kell. Szükség van memóriaambulanciákra, nappali ellátó központokra, otthonápolási szolgáltatásokra, átmeneti tehermentesítő ellátásokra, bentlakásos intézményi férőhelyekre és palliatív kapacitásokra egyaránt.

Az egészségügyi rendszer oldaláról kiemelt feladat a korai felismerés megerősítése. A demencia számos esetben későn kerül diagnosztizálásra, ami rontja a kezelési és támogatási lehetőségeket. A háziorvosi rendszer, a geriátriai ellátás, a neurológiai és pszichiátriai szakrendelések összehangolt működése nélkülözhetetlen ahhoz, hogy a tünetek korai szakaszban azonosíthatók legyenek. A korai diagnózis nem csupán terápiás előnyökkel jár, hanem lehetőséget teremt a családok felkészítésére, a jogi és pénzügyi döntések időbeni meghozatalára, valamint a gondozási utak megtervezésére is. A jövő ellátórendszerének ezért proaktívnak kell lennie, nem pedig kizárólag reaktívnak.

A szociális ellátórendszer szerepe legalább ilyen meghatározó. A demenciával élők jelentős része hosszú ideig saját otthonában él, ahol elsődleges gondozóként rendszerint családtagok jelennek meg. Az informális gondozás társadalmi értéke rendkívül magas, ugyanakkor jelentős fizikai, pszichés és anyagi terhet ró a hozzátartozókra. Ezért a szociálpolitikai tervezésnek ki kell terjednie a családi gondozók támogatására: tanácsadásra, edukációra, pszichológiai segítségnyújtásra, időszakos tehermentesítő szolgáltatásokra, rugalmas munkaerőpiaci lehetőségekre és pénzügyi kompenzációs mechanizmusokra. Ha a családi gondozók túlterhelődnek, az közvetlenül növeli az intézményi ellátás iránti igényt és a rendszer költségeit.

A finanszírozási fenntarthatóság kérdése stratégiai jelentőségű. A demenciaellátás hosszú időtávú, sokszereplős és erőforrás-igényes folyamat, amely jelentős közvetlen és közvetett költségekkel jár. Közvetlen költségként jelennek meg a diagnosztikai vizsgálatok, gyógyszeres kezelések, ápolási szolgáltatások és intézményi férőhelyek, míg közvetett költségként a családtagok kieső munkajövedelme, a korai nyugdíjazás vagy a pszichés terhek következményei. A jövő egészségpolitikájának ezért integrált költségmodellekkel kell számolnia, amelyek nem külön kezelik az egészségügyi és szociális ráfordításokat, hanem teljes társadalmi költségszemléletben gondolkodnak.

Kiemelt jelentőségű a humánerőforrás-tervezés is. A demencia prevalenciájának emelkedése csak akkor kezelhető, ha megfelelő számú és felkészültségű szakember áll

rendelkezésre. Ez magában foglalja az orvosokat, szakápolókat, szociális gondozókat, pszichológusokat, gyógytornászokat, foglalkoztató szakembereket és esetmenedzsereket. A képzési rendszereknek reagálniuk kell a növekvő igényekre, specializált demenciagondozási modulokkal, interprofesszionális szemlélettel és gyakorlatorientált kompetenciafejlesztéssel. A munkaerő megtartása érdekében javítani kell a bérezést, a munkakörülményeket és a szakmai megbecsülést is. Ellenkező esetben a növekvő kereslet és a csökkenő szakemberkínálat egyszerre veszélyezteti az ellátás minőségét.

A technológiai innovációk bevonása szintén a felkészülés része lehet. A telemedicina, digitális monitorozó rendszerek, okosotthon-megoldások, gyógyszeremlékeztető eszközök vagy mesterséges intelligenciával támogatott kockázatbecslések hozzájárulhatnak a biztonságosabb otthoni életvitelhez és a szolgáltatások hatékonyságához. Ugyanakkor hangsúlyozni kell, hogy a technológia nem helyettesíti az emberi gondoskodást, hanem annak támogató eszköze. A demenciaellátás alapja továbbra is a személyes kapcsolat, a méltóságteljes bánásmód és a folyamatos jelenlét marad.

Területi egyenlőtlenségek szempontjából különösen fontos a hozzáférés kérdése. Sok térségben a szakellátások, memóriaambulanciák vagy bentlakásos intézmények földrajzilag korlátozottanérhetők el. Ez a vidéki, hátrányos helyzetű vagy alacsony mobilitású lakosságot aránytalanul sújtja. A tervezés során ezért regionális szükségletfelmérésekre, decentralizált szolgáltatásfejlesztésre és mobil ellátási modellekre van szükség. A demenciaellátás minősége nem függhet attól, hogy valaki mely településen él.

Egészségpolitikai szempontból indokolt nemzeti demenciastratégiák kidolgozása és folyamatos aktualizálása. Egy korszerű stratégia magában foglalja a prevenciót, a korai felismerést, a diagnosztikai kapacitásokat, a családtámogatást, az intézményi fejlesztéseket, a humánerőforrás-politikát, a kutatásfejlesztést és a társadalmi szemléletformálást. A stigma csökkentése szintén kulcskérdés, mivel a demenciával kapcsolatos félelmek és tévhitek sok esetben késleltetik a segítségkérést. A közpolitika feladata ezért nem csupán szolgáltatások szervezése, hanem társadalmi tudatosság építése is.

Összegzésként megállapíthatjuk, hogy a demencia prevalenciájának növekedése az egészségügyi és szociális rendszerek számára nem jövőbeni lehetőség, hanem jelen idejű

stratégiai kihívás. A felkészülés hiánya kapacitásválsághoz, szakemberhiányhoz, családi túlterhelődéshez és növekvő társadalmi költségekhez vezethet. A megfelelően tervezett rendszer ugyanakkor képes arra, hogy a növekvő gondozási igényeket emberközpontú, hatékony és fenntartható módon kezelje. A demenciaellátásra való felkészülés alapvetően nem egyszerűen szakpolitikai feladat, hanem annak a mércéje, hogy egy társadalom miként viszonyul idős tagjai méltóságához, sérülékenységéhez és életminőségéhez.

7. Munkaerő fenntarthatóság

A gondozói kiégés csökkentése alapvető jelentőségű az ellátórendszer fenntarthatósága szempontjából. A demenciával élő személyek ellátása az egészségügyi és szociális rendszerek egyik legnagyobb humánerőforrás-igényű területe, amely tartós emocionális jelenlétet, magas fokú szakmai kompetenciát, folyamatos alkalmazkodóképességet és jelentős pszichés teherbírást követel meg a dolgozóktól. E sajátos munkakörnyezetben a kiégés nem elszigetelt egyéni probléma, hanem rendszerszintű kockázat, amely közvetlenül befolyásolja az ellátás minőségét, a munkaerő-megtartást, a szervezeti stabilitást és végső soron a gondozási kapacitások fenntarthatóságát. A kiégés megelőzése és csökkentése ezért nem pusztán munkavállalói jólléti kérdés, hanem stratégiai egészségpolitikai és szociálpolitikai prioritás.

A kiégés klasszikus értelemben emocionális kimerüléssel, deperszonalizációval és a személyes hatékonyság csökkenésének élményével jellemezhető. A demenciaellátás területén ezek a komponensek különösen intenzíven jelenhetnek meg. Az emocionális kimerülés abból fakad, hogy a dolgozók nap mint nap találkoznak a progresszív állapotromlással, veszteségélményekkel, magatartási zavarokkal és a hozzátartozók distresszével. A deperszonalizáció kockázata akkor növekszik, amikor a tartós túlterheltség következtében a szakember védekező mechanizmusként távolságot tart a gondozott személyektől. A csökkent személyes hatékonyság érzése pedig abból eredhet, hogy a demencia természetéből adódóan a gyógyulás helyett gyakran csak állapotfenntartás vagy lassítás érhető el, ami könnyen a szakmai eredménytelenség élményét keltheti.

A demenciaellátásban dolgozók kiégésének hátterében több, egymással összefonódó tényező áll. Strukturális szinten gyakori probléma a munkaerőhiány, amely

megnövekedett beteg-ápoló arányhoz, fokozott időnyomáshoz és tartós túlóraterheléshez vezet. Szervezeti szinten jelentős stresszor lehet a kiszámíthatatlan munkarend, a hiányos kommunikáció, a vezetői támogatás elégtelensége, valamint az adminisztratív terhek túlburjánzása. Interperszonális szinten megjelenhetnek konfliktusok a teamen belül, illetve nehéz helyzetek a hozzátartozókkal való együttműködés során. Egyéni szinten pedig a coping-stratégiák, a reziliencia, a szakmai identitás és a korábbi pszichés terhelések egyaránt befolyásolják a kiégés kialakulásának esélyét. A jelenség tehát multidimenzionális, ezért kezelése sem redukálható egyetlen beavatkozási pontra.

Az ellátórendszer fenntarthatóságára gyakorolt hatás több szinten jelentkezik. Elsőként a munkaerő-megtartás dimenzióját kell kiemelni. A magas kiégés-szint növeli a pályaelhagyás, a munkahelyváltás, a tartós betegállomány és a korai nyugdíjba vonulás valószínűségét. Olyan ágazatokban, ahol eleve szűkös a képzett szakemberkínálat, ez különösen súlyos következményekkel jár. A távozó munkatársak pótlása költséges és időigényes, az új dolgozók betanítása pedig további terheket ró a megmaradó személyzetre. Így a kiégés önfenntartó spirált képezhet: a túlterhelés kiégést okoz, a kiégés fluktuációhoz vezet, a fluktuáció pedig tovább növeli a túlterhelést.

Másodszor, a kiégés közvetlenül hat az ellátás minőségére. A pszichésen kimerült dolgozó figyelmi kapacitása csökkenhet, nőhet a hibázási valószínűség, romolhat a kommunikáció minősége és gyengülhet a betegközpontú szemlélet. A demenciával élő személyek különösen érzékenyek a gondozási környezet minőségére, mivel számukra a kiszámíthatóság, a nyugodt interakciók, az empatikus jelenlét és a személyre szabott bánásmód alapvető szükségletek. Ha a személyzet túlterhelt, nagyobb eséllyel jelenik meg rutinszerű, mechanikus ellátás, amely rontja a gondozottak életminőségét és fokozhatja a magatartási problémákat. Ez pedig ismételten növeli a dolgozók terhelését.

Harmadszor, a kiégés gazdasági következményekkel is jár. A hiányzások, a helyettesítések, a fluktuáció, a toborzási költségek, a teljesítménycsökkenés és az esetleges ellátási hibák mind jelentős többletkiadást generálnak. Gyakran láthatatlan költségként jelenik meg az is, hogy a kiégett szervezetek kevésbé innovatívak, gyengébb a változáskezelési képességük, és nehezebben alkalmazkodnak az új szakmai kihívásokhoz. Így a kiégés nemcsak humán, hanem makrogazdasági szempontból is fenntarthatósági probléma.

Az intézményi környezet és a munkaszervezés javítása ezért kulcsfontosságú intervenciós terület. A megfelelő dolgozói létszám biztosítása alapfeltétel. A krónikus alultervezettség hosszú távon nem takarékosságot jelent, hanem minőségromlást és költségnövekedést. Fontos a munkafolyamatok racionalizálása is: a felesleges adminisztráció csökkentése, a kompetenciahatárok tisztázása, a teammunkára épülő feladatmegosztás és a digitális támogatórendszerek bevezetése mérsékelheti a napi terheket. A kiszámítható műszaktervezés, a pihenőidő biztosítása és a túlórák kontrollja szintén alapvető munkaszervezési eszközök.

A vezetői kultúra szerepe meghatározó. A kutatások következetesen azt mutatják, hogy a támogató, bevonó és transzparens vezetés csökkenti a kiégés kockázatát. Azokban a szervezetekben, ahol a dolgozók véleménye számít, ahol rendszeres visszajelzés történik, ahol a konfliktuskezelés konstruktív, és ahol a vezetők érzékenyek a személyzet terhelésére, magasabb a szervezeti elköteleződés és alacsonyabb a fluktuáció. Ezzel szemben az autoriter, kiszámíthatatlan vagy kommunikációhiányos vezetés fokozza a pszichés terhelést. A demenciaellátásban tehát a vezető nem pusztán adminisztratív szereplő, hanem a munkakörnyezet mentális klímájának formálója.

A dolgozói jóllét támogatásában nélkülözhetetlenek a pszichológiai és szakmai támaszrendszerek. Ide tartozik a rendszeres szupervízió, az esetmegbeszélő csoportok működtetése, a mentálhigiénés konzultáció lehetősége, valamint a stresszkezelő és rezilienciafejlesztő programok biztosítása. A demenciaellátás sajátossága, hogy a dolgozók gyakran veszteségfolyamatokkal, gyásszal és érzelmileg megterhelő helyzetekkel találkoznak, amelyeket strukturált feldolgozás nélkül nehéz hosszú távon egészségesen kezelni. A pszichológiai támogatás tehát nem extra juttatás, hanem szakmai szükségszerűség.

A képzés és kompetenciafejlesztés szintén protektív tényező. Azok a munkatársak, akik megfelelő tudással rendelkeznek a demencia tüneteiről, kommunikációs stratégiáiról, magatartási zavarok kezeléséről és etikai dilemmáiról, nagyobb szakmai önhatékonyságot élnek meg. A kompetenciaérzés csökkenti a tehetetlenség és a frusztráció élményét, ezáltal mérsékli a kiégés kockázatát. A folyamatos továbbképzés ráadásul növeli a szakmai identitást és a pálya presztízsét is.

Egészségpolitikai szinten indokolt olyan indikátorrendszerek kialakítása, amelyek rendszeresen mérik a dolgozói terhelést, elégedettséget, hiányzási arányt és fluktuációt. Amit nem mérünk, azt nem tudjuk hatékonyan menedzselni. A humánerőforrás-jóllét mutatói ugyanúgy a minőségbiztosítás részét kell, hogy képezzék, mint a klinikai eredményességi adatok. A jövő fenntartható ellátórendszere nemcsak a gondozottak állapotát monitorozza, hanem azokét is, akik a gondozást végzik.

Összegzésként megállapítható, hogy a gondozói kiégés csökkentése a demenciaellátás egyik legfontosabb stratégiai feltétele. A kiégés nem magánügy, hanem szervezeti és társadalmi kockázat; nem csupán pszichológiai jelenség, hanem kapacitásvesztés; és nem egyszerűen HR-probléma, hanem ellátásbiztonsági kérdés. Az intézményi környezet és a munkaszervezés fejlesztése ezért közvetlenül hozzájárul a gondozók jóllétéhez, a betegek életminőségéhez és a rendszer stabilitásához. Végső soron egy társadalom gondoskodási kultúráját nemcsak az mutatja meg, hogyan bánik a rászorulókkal, hanem az is, hogyan bánik azokkal, akik róluk gondoskodnak.

8. Képzés és támogatás

A gondozók számára biztosított képzések és támogatási programok kiemelt jelentőségűek a demenciával élő személyek ellátásában jelentkező kihívások kezelésében, azonban ezen belül stratégiai súllyal bír a demenciagondozói képzés rendszerszintű megerősítése. A demencia progresszív, összetett és sokdimenziós állapot, amelynek ellátása lényegesen eltér más krónikus betegségek gondozásától. Nem elegendő az általános ápolási gyakorlat vagy a rutin gondozási ismeret, mivel a demenciával élő személyek esetében egyszerre kell kezelni a kognitív hanyatlásból fakadó kommunikációs nehézségeket, a magatartásváltozásokat, a fokozódó dependencia különböző szintjeit, valamint az identitásvesztéssel és sérülékenységgel járó pszichoszociális következményeket. Ebből következően a demenciagondozó képzés nem opcionális szakmai többlet, hanem a korszerű ellátás nélkülözhetetlen alapfeltétele.

A demenciaellátás egyik legnagyobb kihívása, hogy a hagyományos, feladatorientált gondozási modellek csak korlátozottan alkalmazhatók. A demenciával élő személyek támogatásában a technikai feladatellátás mellett döntő jelentőségű a kapcsolati minőség, az érzelmi biztonság, a türelem, a nonverbális kommunikáció, a környezet strukturálása

és a személyközpontú megközelítés. E kompetenciák nem intuitív módon alakulnak ki, hanem célzott oktatási és gyakorlati folyamatok eredményeként. Az a gondozó, aki megfelelő képzésben részesült, képes felismerni, hogy az agresszívnek tűnő viselkedés gyakran félelemből, fájdalomból vagy dezorientációból fakad; hogy az ellenállás sokszor kommunikációs kudarc következménye; illetve, hogy a nyugtalanság mögött kielégítetlen szükségletek állhatnak. A képzés tehát átértelmezi a viselkedést: problémából értelmezhető jelzéssé alakítja.

A demenciagondozói képzés elsődleges funkciója a szakmai kompetencia növelése. Ide tartozik a demenciatípusok ismerete, a betegség progressziójának megértése, a kognitív és funkcionális hanyatlás stádiumainak felismerése, valamint az ezekhez igazodó gondozási stratégiák alkalmazása. Más ellátási területekkel szemben itt a szakembernek folyamatosan adaptálnia kell kommunikációját és beavatkozásait az érintett aktuális állapotához. Egy korai stádiumban lévő személynél az autonómia támogatása áll a középpontban, míg előrehaladott állapotban a biztonság, a komfort és a méltóság védelme kerül előtérbe. E differenciált szemlélet kizárólag megfelelő képzés révén alakítható ki.

Különösen hangsúlyos a kommunikációs készségek fejlesztése. A demenciával élő személyek esetében a verbális nyelvhasználat fokozatosan sérülhet, miközben az érzelmi érzékenység és a környezeti ingerekre adott reakciók gyakran megmaradnak. A képzett gondozó tudja, miként használjon egyszerű, világos mondatokat, hogyan alkalmazzon támogató gesztusokat, szemkontaktust, nyugodt hanghordozást, valamint hogyan kerülje a konfrontatív helyzeteket. A nem megfelelő kommunikáció szorongást, agitációt és bizalmatlanságot válthat ki, míg a professzionális kommunikáció stabilizáló, megnyugtató és együttműködést segítő hatású. Ezért a kommunikáció oktatása a demenciagondozói képzés egyik központi eleme kell legyen.

A képzés jelentősége a viselkedési és pszichológiai tünetek kezelésében is kiemelkedő. A demencia gyakran társul nyugtalansággal, alvászavarokkal, elkóborolási hajlammal, téveszmékkel, agresszióval vagy depresszív tünetekkel. A nem képzett személyzet ezekre könnyen kizárólag fegyelmezési vagy gyógyszeres problémaként tekinthet. Ezzel szemben a korszerű képzés arra tanít, hogy minden tünet mögött kiváltó tényezők keresendők: fájdalom, túlzott zajterhelés, unalom, félelem, túl sok inger vagy éppen

ingerhiány. Az okorientált megközelítés csökkenti a szükségtelen gyógyszerhasználatot, mérsékli a konfliktusokat és humánusabb ellátást tesz lehetővé.

A demenciagondozó képzés másik stratégiai előnye a dolgozói jóllét védelme. A felkészületlen gondozó gyakrabban él meg tehetetlenséget, kudarcot és krónikus stresszt, ami hosszú távon kiégés kialakulásához vezethet. A megfelelő tudással rendelkező szakember viszont jobban érti a helyzeteket, több megküzdési eszközzel rendelkezik, és nagyobb szakmai önhatékonyságot él meg. A kompetenciaérzés pszichológiai védőfaktor: csökkenti a frusztrációt, növeli a kontrollérzetet és erősíti a szakmai identitást. Ennek megfelelően a képzés nem csupán a gondozottakat szolgálja, hanem a munkaerő-megtartás egyik leghatékonyabb eszköze is.

Intézményi szinten a képzett demenciagondozói állomány közvetlen minőségbiztosítási tényező. Azokban az intézményekben, ahol a dolgozók specializált tudással rendelkeznek, alacsonyabb lehet a konfliktusok száma, ritkábbak a krízishelyzetek, csökken a restriktív beavatkozások szükségessége, és javul a hozzátartozókkal való együttműködés. A családtagok számára rendkívül fontos bizalmi tényező, hogy szerettüket olyan személyzet gondozza, amely érti a demencia sajátosságait. A képzés tehát nemcsak szakmai, hanem reputációs és intézményi stabilitási kérdés is.

A családi gondozók oktatása szintén kulcsterület. A demenciával élők jelentős része otthonában él, ahol a mindennapi gondozás fő terhét hozzátartozók viselik. Ők gyakran előzetes tudás nélkül kerülnek ebbe a szerepbe, és nem értik a viselkedésváltozások, memóriazavarok vagy napi működési nehézségek okait. A célzott képzési programok segítenek abban, hogy a családtagok ne személyes elutasításként értelmezzék a tüneteket, hanem a betegség részének tekintsék azokat. Ez csökkenti a családi konfliktusokat, mérsékli a bűntudatot és növeli a gondozási kompetenciát. Az informált hozzátartozó hatékonyabb partnerévé válik az ellátórendszernek.

Egészségpolitikai szempontból indokolt a demenciagondozó képzés önálló szakmai prioritásként való kezelése. Szükséges országos kompetenciakeretek kialakítása, akkreditált tanfolyamok indítása, továbbképzési kötelezettségek bevezetése, valamint pénzügyi ösztönzők alkalmazása a részvétel támogatására. A szakemberhiánnyal küzdő rendszerekben különösen fontos a pálya vonzerejének növelése, amelyhez hozzájárulhat

a specializáció elismerése, a karrierutak kijelölése és a magasabb szakmai státusz biztosítása. A demenciagondozói tudás formalizált elismerése hozzájárul a szakma presztízsének növeléséhez is.

A demencia tanácsadó posztgraduális képzés kulcsszerepet tölt be a korszerű ellátási modellek kialakításában és fenntartható működtetésében. Interdiszciplináris tudást közvetít, erősíti a szakmai reflexiót és az evidencián alapuló gyakorlatot, ezáltal hozzájárul az ellátás minőségének javításához és a gondozók kompetenciáinak fejlesztéséhez a komplex szükségletek kezelésében. Jelentősége azonban túlmutat a jelenlegi ellátási struktúrákon: olyan modellértékű tudást és szemléletet képvisel, amely a hazai egészségügyi és szociális rendszerben egyre inkább megkerülhetetlenné válik. A képzés hozzájárul egy egységes, szakmailag megalapozott demenciaellátási szemlélet kialakításához Magyarországon, amely a következő időszakban elválaszthatatlan részévé válhat a minőségi betegellátásnak, valamint a családok támogatásának és a társadalmi érzékenyítésnek is.

Az idős, demenciával élő személyek gondozója képzés moduláris formában lehetőséget ad a családi gondozóknak és hozzátartozóknak, hogy strukturált, szakmailag megalapozott tudást sajátítsanak el. Ez nemcsak a gondozási feladatok biztonságosabb ellátását segíti, hanem hozzájárul a demenciával élők életminőségének javításához, valamint a gondozók kompetenciájának és önbizalmának erősítéséhez is.

A jövő szempontjából a digitalizáció új lehetőségeket kínál a képzések elérhetővé tételében. Online modulok, szimulációs tréningek, virtuális esetmegbeszélések és távoktatási platformok segítségével a kisebb településeken dolgozó szakemberek is hozzáférhetnek a korszerű tudáshoz. Ez mérsékelheti a területi egyenlőtlenségeket és egységesebb szakmai standardokat teremthet. Ugyanakkor a digitális oktatás csak akkor eredményes, ha gyakorlati készségfejlesztéssel és személyes mentorálással is párosul.

Összegzésként megállapítható, hogy a demenciagondozó képzés a modern ellátórendszer egyik legfontosabb beruházása. Növeli a szakmai kompetenciát, javítja a kommunikáció minőségét, csökkenti a viselkedési krízisek, mérsékli a dolgozói kiégést, erősíti a családi gondozók teherbírását és emeli az ellátás emberi minőségét. A demenciával élő személy életminősége jelentős részben attól függ, hogy környezetében mennyire felkészült gondozók vannak jelen. Végső soron nem pusztán intézményeket

kell fejleszteni, hanem embereket kell felkészíteni arra, hogy méltósággal tudjanak gondoskodni másokról. A demenciagondozói képzés ezért nem költség, hanem a társadalmi emberség infrastruktúrája.

9. Szakpolitikai ajánlások

A kutatás eredményei alapján a demenciaellátás fejlesztése Magyarországon nem valósítható meg izolált intézkedésekkel; átfogó, rendszerszintű szakpolitikai beavatkozás szükséges, amely az egészségügyi és szociális szektor integrációjára épül.

- **Nemzeti demenciastratégia megerősítése és operatívvá tétele**

Indokolt egy olyan átfogó, számonkérhető indikátorokkal rendelkező nemzeti demenciastratégia kialakítása vagy továbbfejlesztése, amely konkrét beavatkozási pontokat, határidőket és felelős intézményeket jelöl ki. A stratégiai dokumentumok gyakorlati implementációja jelenleg korlátozott, ami csökkenti azok tényleges hatását.

- **Korai felismerés és szűrés finanszírozási ösztönzése**

Szükséges a kognitív szűrések beemelése a rutin alapellátási gyakorlatba, valamint azok célzott finanszírozási támogatása. A korai diagnózis nemcsak az életminőséget javítja, hanem hosszú távon az ellátórendszer terheit is csökkentheti.

- **Integrált egészségügyi–szociális ellátási modell kialakítása.**

A jelenlegi párhuzamosan működő rendszerek helyett koordinált, betegút-alapú ellátási modell kialakítása szükséges. Ennek keretében biztosítani kell az információáramlást és az együttműködést az egészségügyi és szociális szolgáltatók között, csökkentve az ellátási szakadékokat.

- **Humánerőforrás-stratégia a demenciaellátásban**

A szakemberhiány és a magas fluktuáció kezelése érdekében célzott humánerőforrás-stratégia kidolgozása szükséges, amely magában foglalja a bérezési, munkakörülményi és karrierút-fejlesztési intézkedéseket. A gondozói kiégés csökkentése érdekében a pszichés támogatás rendszerszintű beépítése is elengedhetetlen.

- **Demenciaspecifikus képzési és továbbképzési programok kötelezővé tétele**

A demenciaellátás minőségének javítása érdekében szükséges a demenciaspecifikus ismeretek kötelező beépítése mind az egészségügyi, mind a szociális képzési rendszerekbe. A gyakorlatorientált, kompetenciaalapú képzések hozzájárulhatnak az ellátás egységes színvonalának kialakításához.

- **Informális gondozók támogatásának intézményesítése**

A családi gondozók szerepének elismerése és támogatása érdekében komplex intézkedések szükségesek, beleértve az edukációs programokat, a tehermentesítő szolgáltatásokat és a pszichológiai támogatást. Ennek hiányában az ellátási terhek aránytalanul az informális szférában maradnak.

- **Adatgyűjtés és monitoring rendszer fejlesztése**

A demencia előfordulására, az ellátás minőségére és a gondozói terhelésre vonatkozó hazai adatok jelenleg korlátozottak. Egy egységes adatgyűjtési és monitoring rendszer kialakítása elengedhetetlen a szakpolitikai döntések megalapozásához és az intézkedések hatásának nyomon követéséhez.