

AZ IDŐSKORI ÉLETFORMA INTÉZMÉNYESÜLÉSE A MODERN TÁRSADALMAKBAN¹

VASKOVICS LÁSZLÓ

Tanulmányomban Németország példáján szeretném részletesen bemutatni, milyen összefüggések vannak az idősödés és az életpálya halál előtti életszakaszának intézményesülése között a modern társadalmakban. Ismert, hogy Magyarországon az idősödés vonatkozásában az aktuális nyugat-európai helyzettől részben eltérő demográfiai és társadalomszerkezeti adottságokkal van dolgunk, de meggyőződésem, már csupán idő kérdése, hogy – a globalizáció hatásaként – mikor jelentkezik Magyarországon is ez a jelenség, abban a formában, amely ma már a nyugat-európai társadalmak nagy részében tapasztalható.

A továbbiakban az öregedés következő jellegzetes dimenzióit különböztetem meg:

- *előregedés (Vergreisung)*
- *feminizálódás*
- *szingularizálódás*
- *elszegényedés*
- *az időskori életforma intézményesítése*

A következőkben ezekkel a jelenségekkel csak röviden, utalásszerűen foglalkozom, részletesebben kitérek azonban az öregedés eddig kevésbé tárgyalt dimenziójára, amit én „*az időskori életforma intézményesítésének*” nevezek.

Az ezzel kapcsolatos folyamatok megértéséhez röviden ki kell térni az idősödés két további jellemzőjére:

- *az egészségi állapotra és*
- *az otthonokban/gondozókban történő elhelyezésre.*

¹ A tanulmány az MTA Demográfiai Osztályközi Állandó Bizottsága, az MST Demográfiai Szakosztálya, a KSH és a KSH Népeségtudományi Kutatóintézete szervezésében „A Magyar Tudomány Ünnepe” alkalmából 2012. november 26-án rendezett konferencián („Hazai népesedési problémák és európai perspektívák”) elhangzott előadás szerkesztett változata.

1. Elöregedés

Az életszakaszok meghatározásánál a WHO (2004) megkülönbözteti az „idősödés korát” (60–75 évesek), az „időskort” (75–90 évesek) és az „aggkort” (90 éven felüliek). Én a következőkben főleg a két utóbbi csoporttal, az időskorúak és az aggkorúak életútjával foglalkozom, tehát azokkal, akiket Andorka Rudolf „idős öregeknek” nevezett.

Ismert, hogy a társadalom öregedése (az idős népesség arányának növekedése) a termékenység csökkenésének és főleg a halandóság javulásának következménye. E két jelenség együttes jelentkezése először csak a nyugat-európai országokban volt megfigyelhető, mára viszont már általános európai trend (Pasero – Backes – Schroeter 2007; Kaufmann 2008; Baltés – Mittelstraß 1992).

A születéskor várható átlagos élettartam növekedését Németországban 1871, az egységes ország létrejötte óta dokumentálják hivatalos statisztikai adatokkal. Az átlagos élettartam ekkor a Német Császárság területén 35,6 év volt a férfiaknál és 38,5 a nőknél. 2010-ben ugyanez az adat már 78,0 év volt a férfiaknál és 83,0 a nőknél – az 1871–2010 között eltelt 139 évben tehát a születéskor várható élettartam megduplázódott. Nemzetközi összehasonlításban azonban Németország nem az első helyet foglalja el e tekintetben. Svédországban például 2010-ben a születéskor várható átlagos élettartam a férfiaknál 79,6 év, Spanyolországban a nőknél 85,3 év, azaz mindkét esetben nagyjából két évvel hosszabb, mint Németországban. Az Európai Unió 27 tagállamában ugyanekkor a férfiaknál 77,1, a nőknél 82,9 (Magyarországon a férfiaknál 70,7, a nőknél 78,6 év).

A 60 éven felüli férfiak várható átlagos élettartama az elmúlt évtizedekben Németországban további 23,9%-kal, míg a 60 éven felüli nőké 23,8%-kal nőtt. Előrejelzések szerint a 2002-ben született lányoknak mintegy fele fogja elérni a 89 éves életkort (és 25%-a a 94 évet).

A 60 éven felüliek száma Németországban jelenleg 9,5 milliót tesz ki. A javuló halandóság eredményeképp a következő 30 év folyamán azzal kell számolnunk, hogy a 80, illetve 90 éven felüliek száma továbbra is jóval gyorsabban növekszik majd, mint a 60–80 éveseké.

1. A 80 éven felüliek számának várható emelkedése Németországban (millió fő)
The expected growth in the number of those aged 80 and above in Germany
(million)

	65–80 évesek	80 éven felüliek
2000	9,2	3,3
2050	11,7	8,0

Forrás: Statistisches Bundesamt (2001).

Összefoglalóan a várható trendek a következők:

1. Az időskorúak további öregedése (Vergreisung), tehát az idős öregek (arány)számának növekedése.
2. A 21. század az öregedés és öregség százada lesz.
3. A világon élő több mint hatmilliárd ember között jelentősen nő majd a 60 éven felüliek száma (ma 600 millióan vannak, 2050-re kétmilliárdra lehet számítani), és ezen belül főleg a 80 éven felüliek száma és aránya fog ugrásszerűen növekedni.

2. Feminizálódás

Az idősödő népességnél korosztályokként egyre inkább emelkedik a nők arányszáma. Németországban a 60–69 éveseknek a fele, a 85 éven felülieknek pedig már a háromnegyede nő. Ezt a jelenséget nevezzük az idősödés/öregedés feminizálódásának.

2. A nők arányszáma az idősödő népességben Németországban, 2010 (%)
The proportion of women among the elderly in Germany, 2010 (%)

	60–69	70–79	80–85	85 és idősebb
Férfi	51,4	54,9	37,3	22,2
Nő	48,6	45,1	62,3	72,8

Forrás: Statistisches Bundesamt, 2012.

A feminizálódás nem új jelenség, már a második világháborút követően az idősödés karakterisztikus jellemzője lett a fejlett európai társadalmakban. Bár a nemek várható élettartama közötti különbség az utóbbi időben csökkenést mutat, Európában a feminizálódás ennek ellenére is az idősödés domináns jelensége maradt.

3. Szingularizálódás

Erről röviden csak annyit, hogy Németországban jelenleg a 60 éven felülieknek 95%-a még ún. „privát háztartásokban” él (tehát saját háztartása van), csak 5%-uk él otthonokban vagy gondozókban. Az Alterssurvey (2004) adatai szerint a saját otthonukban élő 70–85 évesek több mint felének, 55%-uknak él még az élettársa. A többiek egyedül (azaz egyszemélyes háztartásban) élnek:

3. Az 55–69 és a 70–85 éves népesség megoszlása (%) Németországban az együttélés típusa szerint (2004)

Distribution of the population aged 55–69 and 70–85 in Germany (%) by the type of co-residence

	55–69	70–85
Egyedül él	17	35
Élettársával él	76	64
Egyéb	7	1

Forrás: BMFJF (2008).

Az egyedül élők arányszáma egyre magasabb a felső korosztályoknál. Ezt a jelenséget nevezzük az „öregedés szingularizálásának.”

Előrejelzések szerint az egyedül élők száma és arányszáma Németországban, Hollandiában, Norvégiában és Svédországban a következő évtizedekben jelentősen növekedni fog: Németországban például 1991-ben a 60 éven felüli egyedül élők száma 7,8 millió volt, 2030-ban várhatóan már 9,5 millió lesz (Mayer – Wagner 1996).

A szingularizálódás főleg a nőket érintő jelenség (az egyedül élő 60 éven felüliek háromnegyede nő). A mikrozenszus adatai szerint 2011-ben a 70 éves nők 32%-a élt egyedül (férfiak 16%), a 80 éveseknek pedig 56%-a (férfiak 22%) (Statistisches Bundesamt 2011).

A feminizálódás és szingularizálódás tehát az elöregedéssel együtt járó, egymással összefüggő folyamatoknak tekinthetők.

A szingularizálódás egyik legjellegzetesebb kísérőjelensége az egyedül-lét/izoláltság (kontaktusok, kommunikáció hiánya) és a magányosság. Az izoláltság/egyedüllét objektív tény, a magányosság az egyedüllét szubjektív megítélése (Tesch-Römer 2000). Németországban a 60–69 évesek közül 34% él egyedül és mintegy egyötöd rész él izoláltan. A 80 éven felülieknek 72%-a él egyedül (Statistisches Bundesamt 2007; Engels 2008). A 80 éven felülieknél az egyedüllét (elhagyatottság, magányosság) már minden harmadik emberre jellemző. Azzal kell számolni, hogy Németországban – akárcsak a nyugat-európai országok többségében – a következő évtizedekben az így élők arányszáma továbbra is erőteljesen növekedni fog. Ez a tendencia a továbbra is főleg a növekvő élettartam, a csökkenő gyermekszám és az egyre inkább elterjedő szingli életforma következménye.

4. Elszegényedés

Az időskori elszegényedés a hatvanas és a hetvenes években volt a német szociológia fontos témája. Ezekben az években több kutatás is bebizonyította,

hogy az öregedés a jóléti társadalomban is az elszegényedés veszélyével jár, különösen az egyedül élő idősödő özvegy nők esetében. A következő évtizedekben azonban az új idősödő generációk tagjainál az elszegényedés veszélye nemcsak hogy csökkent, de látványosan növekedett a jólétben élő idősebb emberek száma. Ezek nagy része kielégítő anyagi háttérrel tudott magának biztosítani aktív életszakaszában. 1990 és 2000 között a 65 éven felülieknél a relatíve szegények arányszáma nem volt magasabb, mint a 65 éven aluliaknál (Motel-Klingebiel 2006, 2013).

4. A szegények* Németországban(2008) korosztályokként (%)
The proportion of the poor in Germany (2008) by age-group (%)

	A volt Nyugat-Németország	A volt Kelet-Németország
55–64 éves	12	19
65–69 éves	15	16
70 éves és idősebb	16	12

*Kevesebb havi jövedelme van, mint az átlagfizetések 60 százaléka. .

Forrás: EVS 2008. Informationsdienst Sozialer Indikatoren 47/2012

A gazdasági válság és a munkanélküliség ezzel összefüggő növekedése, a gyermeküket egyedül nevelő, elvált nők egyre romló anyagi helyzete megváltoztatta ezt a pozitív képet. A „felzárkózó” idős generációk nem tudják tartani az előző idős generációk életszínvonalát (Motel-Kleinbiel – Vogel 2013). Az idősödő korosztályok elszegényedése Németországban is aktuális téma lett, ha nem is olyan mértékben, mint a legtöbb közép-, részben dél-nyugati és főleg kelet-európai országban, ahol az idősök kollektív elszegényedése már évtizedek óta égető szociális problémának számít. Ugyanakkor Magyarországon ez csak az idősök bizonyos csoportjaira (pl. nagyon idős, egyedülélő nők) vonatkozik. A szegény idősök jelentős hátrányba kerülnek, amikor az idősödéssel járó problémáik megoldásának lehetőségeit kell mérlegelniük, az idősödő korosztályoknak pedig azzal kell számolniuk, hogy hosszabb távon nem tudják megőrizni jelenlegi életkörülményeiket.

A szegény idősök szociális körülményei nem teszik lehetővé, hogy igénybe vegyék a szervezett házi segítségnyújtást, szakápolást, vagy hogy kifizessék a profitorientált intézményekben, otthonokban/ápolókban felkínált piaci árakat. Így vagy kiesnek a szakápolás házi vagy az intézményesített ápolás/gondoskodás szervezett rendszeréből, vagy nonprofit szervezetek otthonaiba kerülnek, ahol nem kapják meg a szakmailag elvárt gondozást/ápolást (Blinkert – Klie 2008; Knesebeck 2008).

5. Rászorultság, idősotthoni ellátást igénylők

A továbbiakban részletesen kellene foglalkoznom az idősödés egészségi következményeivel (Böhm – Tesch-Römer – Ziese 2009; Deutsche Zentrum für Allertsfragen 2004; Linden – Kurtz – Baltes – Geiselman, B. ua. 1998), de itt most csak arra szeretnék röviden utalni, hány idős ember szorul – egészségi állapota következtében – állandó segítségre. Az Altenbericht der Bundesregierung (BMFSFJ 2005) adatai szerint azok arányszáma, akik állandó (illetve napi több órás) segítség nélkül nem tudnak megbirkózni problémáikkal, a 66–79 éveseknél 14%, a 80 éven felülieknél már 40% volt, a 90 éven felülieknek pedig 60%-a szorult állandó segítségre (BMFSFJ 2005).

Németországban 2007-ben 2,25 millió idős ember szorult állandó segítség/ápolásra (Statistisches Bundesamt 2008), és mintegy további 4,5 millió idős ember igényelt napi több órás ápolást/segítséget (Schneekloth – Wahl 2005). Míg a 60–70 évesek csak 5%-ának van szüksége ilyen jellegű segítség/ápolásra, a 90 éven felülieknél ez az arányszám már 61%. Előjelzések szerint az állandó segítségre szorulóknak száma a következő harminc évben Németországban mintegy egyharmaddal (3,6 millióra) fog emelkedni (Schneekloth 1996). 2050-re ezek számát már 4,6 millióra becsülik (12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung). Azzal kell számolni, hogy 2050-ben négy segítségre szoruló közül három már betöltötte a 80. évét.

Ami az időskorúak otthonában, illetve gondozóházában történő elhelyezést illeti, az itt elhelyezettek aránya Németországban ugyancsak egyre nő (BMFSFJ 1998, 2012) – annak ellenére, hogy az idősek gondozásának terhet továbbra is elsősorban hozzátartozóik vállalják, és annak ellenére, hogy erőteljes kísérletek történnek annak érdekében, hogy az idősödő öregek saját lakásukban kaphassanak szervezett ápolást/gondozást. A hetven éven felülieknél ugrásszerűen növekedik azok aránya, akik otthonokban vagy gondozókban élnek: a 70–74 éveseknél ez még csak 2%, a 80–84 éveseknél már 8,2%, a 85–89 éveseknél 17%, a 90 éven felülieknél pedig 31,3%. A bentlakók átlagosan 82 éves korukba kerültek otthonokba/gondozókba (BMFSFJ, 2012).

Az otthonokban a fenntartott helyek döntő többségét a hét évnél tovább ott tartózkodók foglalják el. Az otthonokban/gondozókban – a lakó haláláig – eltöltött idő átlagosan hat év. Az előrejelzések azt mutatják, hogy az otthonokban/gondozókban töltött idő tartama a jövőben még inkább meghosszabbodik. *Egyre több* embernek kell tehát azzal számolnia, hogy élete *egyre hosszabb* fázisát idősotthonban vagy gondozóban fogja tölteni. Egyre több ember számára lesz életútja utolsó és egyre hosszabbodó fázisa az ilyen intézményekben való tartózkodás. Annak valószínűsége, hogy egy ma hatvanéves ember élete utolsó éveit idősotthonban vagy gondozóban tölti majd, mintegy 40%. De már a ma negyvenévesek között is jelentősen magasabb a valószínűsége, hogy életük záró szakaszát egy intézményben fogják eltölteni (kb. 45–50%) – annak ellenére, hogy a legkülönbözőbb állami és civil szervezetek próbálják intézmé-

nyesített/szervezett házi segítségnyújtással lehetővé tenni, hogy az idősödő emberek, ameddig csak valahogyan lehet, a lakásukban, megszokott környezetükben maradhassanak (Rothgang – Müller – Unger 2012). Sajnos azonban az ilyen jellegű programok nem tudnak lépést tartani a növekvő igényekkel. Azért nem, mert a különböző egészségi problémákkal küszködő nagyon idősök száma továbbra is ugrásszerűen emelkedik majd, mint ahogy azok száma is növekedő tendenciát mutat, akiknek nincs gyerekük, és már nincs más családtagjuk sem. Azok száma viszont, akiknek vannak szükség esetén elérhető gyermekeik és más közeli rokonaik, az általános mobilitás következtében egyre csökken. Viszont azoknak a rokonoknak a száma és aránya, akik az idősödéssel összefüggő romló egészségi állapotuk következtében maguk is segítségre szorulnak, egyre nő. A családi és rokoni háló leszűkülése, illetve megszűnése szorosan összefügg az idősödők öregedésével, az aggkor elérésével. Jelentős szerepet játszik ebben az összefüggésben az idősök öregedésével járó betegségek időbeni meghosszabbodása is (BMFSFJ 1998; Blinkert – Klie 2008).

Az otthonban a beköltözéstől a halálig eltöltött idő – többek között – a belépő nemétől, korától, családi állapotától, és egészségi állapotától, valamint a gyerekeinek számától függ. A közös háztartásban élő házas férfiak és házas nők – az egymásnak nyújtott kölcsönös segítségnek köszönhetően – jelentősen rövidebb időt töltenek az idősök otthonában, mint az özvegyek, egyedülállók vagy elváltak. A férfiak átlagosan rövidebb ideig élnek az otthonokban, mivel őket saját háztartásukban (legtöbb esetben fiatalabb) feleségük hosszabb ideig gondozza. Thomas Klein (Klein – Rapp 2013; Generali Altersstudie 2013) kutatása szerint az otthonba/gondozóba való belépés valószínűsége a 65 évet betöltöttök esetében a férfiak között 40%, míg a nőknél eléri a 70%-ot. Az otthonokban lakók 79%-a nő, 64%-a özvegy (8% elvált, 21% egyedülálló) és csak 7%-a házas. Itt tehát itt többségben a magas korú egyedülálló nőkről van szó.

A jövőt illetően általánosságban elmondhatjuk tehát: egyre több idősödő embernek kell azzal számolnia, hogy élete egyre hosszabb fázisát tölti majd el idősotthonban, gondozóban vagy hasonló körülmények között (Wurm – Tesch-Römer 2006; Wurm – Tesch-Römer – Tomasik 2007).

6. Az időskori életszakasz intézményesítése

A következőkben részletesebben rátérek az öregedésnek arra a dimenziójára, amely jelenleg ugyan nem tűnik nagyon jelentősnek – és a szociológia ezért nem is foglalkozott vele különösebben (Amrhein 2008; Baltes 2007; Baltes – Mittelstraß 1992; Hollstein 2002; Kohli 1985, 1992, 2000; Kruse – Wahl 2010; Mayer – Wagner 1996; Saake 2006; Sarkisian – Hays – Berry – Mangione 2002; Woll-Schuhmacher 1980) –, de amely szerintem a jövőben nagy jelentőséget kap majd. Ezt a fejlődési trendet – amit én az „időskori életforma intéz-

ményesítésének” nevezek – az életút elméleti perspektívájából vizsgálom (Rowe – Kahn 1998; Kohli 1985).

6.1. Elméleti kitekintés: az életút intézményesítése

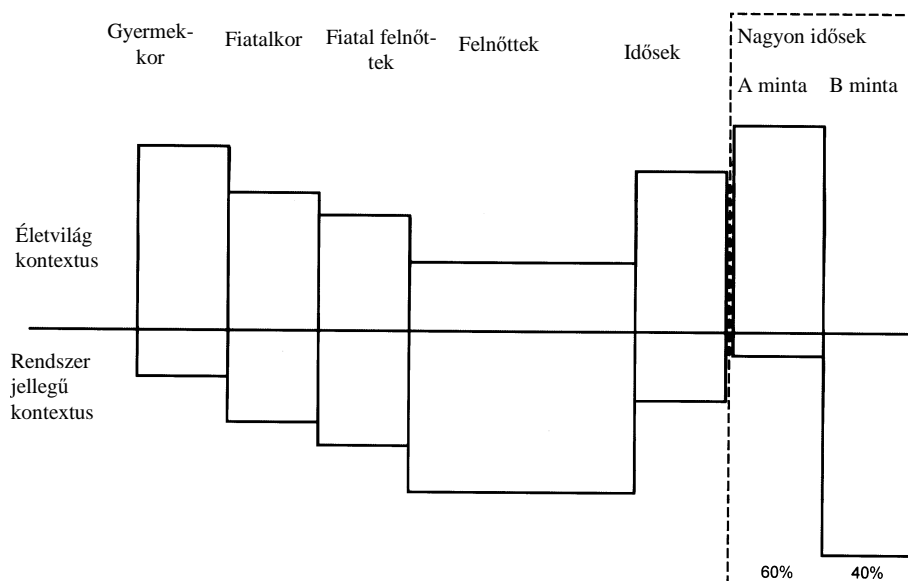
Ha a modern, individuális életforma útját követjük (Kohli 1985) a születéstől a halálig, megállapíthatjuk, hogy a családban az első évtől kezdve egy speciális szabályrendszerhez kötődünk, amelyben Jürgen Habermas értelmezésében az „életvilág” jellegzetességei dominálnak (Habermas 2000). Az ezt követő években egyre inkább olyan társadalmi kontextusokkal szembesülünk – és vagyunk kitéve ezek speciális befolyásának –, amelyek Georg Simmel szerint a „nagy körök” (Simmel 1992), Max Weber szerint a „bürokratikus szervezetek” (Weber 1995), Habermas szerint a „rendszer” fogalmi kategóriájának felelnek meg: óvoda, iskola, egyetem, szervezetek, vállalatok, hivatalok. Az élet ezen szervezett területeihez való felnövekvés az első évtizedekben folyamatosan, néha egyidejűleg megy végbe, szinte mindig a család (különösen a szülők) kíséretével, segítségével. Az élet szervezett formáinak működésébe beletanulni (ez az ún. „másodlagos szocializáció” folyamata) rendkívüli követelmény a felnövekvő generáció számára, amellyel igazán csak szülői segítséggel tudnak sikeresen megbirkózni a gyerekek és fiatalok (de egyre inkább a fiatal felnőttek is). Azoknak, akik „késésben vannak” vagy nehezen tudnak megbirkózni a másodlagos szocializáció folyamataival – például hátrányos/deprivált társadalmi helyzetük következtében, vagy külföldi gyerekek esetében az előítéletek, esetleg az őket sújtó társadalmi hátrányok miatt –, az állam is felajánlja segítségét.

A társadalomnak elementáris érdeke, hogy a lehető legtöbb személy, ha nem is mindenki, sikeresen átjusson a szocializációnak ezen a fázisán. Egy sikeresen lezárt szocializáció a „fiatal felnőtt” fázisban azt jelenti, hogy az illető ismeri a számára jelentős intézményesített rendszereket, különbséget tud tenni a különböző szabályrendszerek között, bánni tud az e szabályrendszerekre épülő szerep – szerepek – elvárásaival, és ezek alakítására is képes. Ebben az összefüggésben fontos, milyen tudás birtokában kell lennie valakinek ahhoz, hogy az adott helyzetben egy adott szerepet a „rendszer” szférájában kielégítően teljesítsen: tudnia kell, mit várnak el tőle, tudnia kell megfelelni a szerep elvárásainak, és hajlandónak kell lennie arra, hogy az elvárt magatartást gyakorolja és a megfelelő célt kövesse. A szocializáció célja az, hogy egy személy tudását, képességeit, motivációit formálja, fejlessze. A sikeres szocializáció esetén az individuum tudja, milyen magatartást várnak el tőle és milyen célt kell követnie egy adott helyzetben, s motivált lesz rá, hogy megfelelő helyzetben a megfelelő magatartást tanúsítsa.

Az, hogy valaki elfoglalja helyét ebben a rendkívül differenciált társadalomban, annyit jelent, hogy (a sikeresen szocializált személy) folyamatosan vagy akár egyidejűleg képes több alszabályrendszerben is eligazodni, érvénye-

sülni, s a megfelelő célok értelmében viszonyul ezekhez a rendszerekhez (például a családban szülőként, az iskolában mint tanár, egy szabadidőklubban mint tag vagy vezető, valamely pártban mint tag stb.).

50 és 65 év között fokozatos visszahúzódás figyelhető meg az ilyen rendszer jellegű kontextusokból. Ebben a folyamatban mérföldkőnek számít a nyugdíjkorhatár elérése. A nyugdíjba vonulás után megint dominálni kezd az időközben leszűkült „életvilág” jellegű kontextus. Ez az állapot általában hosszú évekig tart, mindaddig, míg az egészségi állapot lehetővé teszi a saját háztartásban történő hétköznapi életet. Ám szinte törésszerűen szűnik meg, ha az illető az idősek otthonába/gondozóba kerül: itt az idősödő emberek egy rendszer jellegű intézményben találják magukat (B minta). Kivételt képeznek azok, akik életük végéig a saját vagy rokonaik lakásában maradhatnak (A minta). A következőkben csak az életút B mintáját vizsgálom.



*I. Az életvilág és rendszer jellegű kontextus jelentősége az életút folyamán
The significance of life-world and system-like context over the life course*

6.2. Az idősotthon/gondozó mint intézmény

Az idősek otthona ápolást, gondozást nyújtó intézmény, más gondozók a pszichiátriai és a szenvedélybetegék számára nyújtanak otthont, de a gondozó

intézmények közé sorolhatjuk a hajléktalanotthonokat is. Az idősök otthonában elsősorban azoknak biztosítanak ápolást és gondozást, akik leromlott egészségi állapotuk miatt rendszeres ápolásra/gondozásra szorulnak.

Az otthonban/gondozóban való elhelyezéssel kapcsolatban, társadalomtudományi kérdésfeltevés leginkább az otthonokban uralkodó körülményekre, a lakók felé irányuló gondoskodásra, a lakók egymás közti kapcsolataira és egészségügyi állapotukra vonatkozhat (Amrhein 2008; Blinkert 2008, Hollstein 2002; Klein – Rapp 2012; Kruse – Wahl 2010; Saake 2006; Schneekloth 1996; Schneekloth – Wahl 2005). A következőkben az idősök otthonában tapasztalható életmódot egy egészen más szempontból vizsgálom.

A szociológia szemszögéből az idősök otthonát mint szabályrendszert foghatjuk fel, ami erősen magán viseli a rendszer jellegű *intézmény* jellegzetességeit (karakterét). A hétköznapi szóhasználat szerint az intézmény egy olyan szervezetet, vállalatot vagy intézetet jelent, amely meghatározott szabályok szerint bizonyos munkafolyamatokat bonyolít le. Az *intézmény* szűkebb szociológiai értelemben az emberi kapcsolatok stabil, hosszan tartó mintáját (szabályrendszerét) jelenti. Az intézményekhez értékek és normák tartoznak, amelyek előírják az *intézményesített viselkedést*, és szankcionálják annak megszegését. Az intézmény fogalma az emberek, csoportok, szervezetek kölcsönös viszonyait mint visszatérő szabályszerűségek rendszerét juttatja kifejezésre. Az *intézményesülés* folyamat, amelynek során egy szabályosan ismétlődő viselkedési minta „megszilárdul,” struktúra-jelleget kap.

Érvényes ez az öregek otthonára és a gondozók viselkedésére is: az ott uralkodó szabályrendszer célvezérelt, amely különböző pozíciókat és szerepeket foglal magában (az otthon vezetőjének szerepe, a személyzet és a bennlakók szerepe stb.), szabályozza a vezetőket, a személyzet és a páciensek egymás közötti kapcsolatait, az intézmény rendeltetésének megfelelő hierarchikus rendet és szerepeket alkot. Szembetűnő, hogy a páciensek szerepe legtöbbször a „kötelező”, „szükséges” (és csak ritkán a „lehetséges”, formálható) normákra korlátozódik. Az intézményre mint szabályrendszerre a különböző szerepek tulajdonosai csak nagyon kis mértékben gyakorolhatnak befolyást, és ez különösen vonatkozik az otthon/gondozó lakóira. A lakó szerepe „felülről” – az igazgatás, az orvosok, a gondozószemélyzet stb. által – erősen szankcionált, és az intézmény céljának megfelelően legitimált.

Említettük, hogy az *intézményesülés folyamat*, amelyben egy szabályosan ismétlődő viselkedésminta „megszilárdul” és struktúra-jelleget kap.

Az otthonban dolgozók útja egy célirányos szocializáció vezet keresztül (szakmai szocializáció), amely egyben integrál is (az egyénnek el kell fogadnia, hogy a hierarchia része), és amelynek sikeresen le kell zárulnia, mielőtt egy pozíciót felkínálnának neki a szervezetben (legyen az vezetői vagy személyzeti poszt). Az otthonnak mint intézménynek egyik feltűnő jellegzetessége az, hogy

a személyzetnek elsősorban szakképesítése garantálja a szerepvállalást és az elfoglalt pozíciót, opcióként ennek ellenére is biztosítanak számukra próbaidőt.

Minden esetben érvényes, hogy a személyzetet egy speciális szocializáció révén készítik fel az otthon/gondozó szabályrendszerére. Ez viszont nem érvényes az otthonokban/ápolókban élő időskorúakra. Nekik máról holnapra kell alávetniük magukat ennek a számukra idegen szabályrendszernek, amelyre ráadásul nagyon kevés lehetőségük van befolyást gyakorolni. Nem csoda, hogy ez a szabályrendszer a páciens vagy lakó perspektívájából valamiféle „totális intézmény” jellegét ölti, akár egy kolostor vagy egy kaszárnya. „Totális intézmény” abban az értelmében is, hogy a lakók ezt a szabályrendszert többségükben nem szabad akaratukból választják. Az idősödő öregek nagy részét akaratuk ellenére utalják be egy otthonba és gondozóba.

Tézisem összefoglalva: *egyre több ember és egyre hosszabb ideig konfrontálódik élete utolsó szakaszában egy számára teljesen idegen szabályrendszerrel, amely alapvetően más, mint a család intézményesített szabályrendszere vagy a rokonság, a szomszédság és a baráti kapcsolatok normarendszere.* És ezzel az idegen szabályrendszerrel az ott lakók egyik napról a másikra, elkerülhetetlenül, totálisan konfrontálódnak. A család szabályrendszere áttekinthető a családtagok számára. Kölcsönösen megértik, és általában elfogadják egymás elvárásait. Hiszen – ha az életkortól függően különbözőképpen is – a családi szerepükkel összefüggő értékeket és normákat már „bensővé tették”, internalizálták. A szocializáció folyamán „begyakorolt” normák, alapvető értékek így egyéni motivációvá transzformálódnak. A családtagok nemcsak valamilyen „szerep” tulajdonosaként, hanem alapvetően, egész lényükkel, minden személyes tulajdonságukkal együtt lépnek kapcsolatba egymással.

Egy racionálisan szervezett, célorientált szabályrendszerben – egy rendszer jellegű intézményben – mindez másként működik. A személyiség sajátosságai nem relevánsak, ha nem tulajdonosa valamilyen szerepnek. Az intézményben dolgozóknak szakmai elvárásoknak kell megfelelniük, innen adódik az a szerep, amelyet betöltenek, a „páciensek”, a „bent élők” szerepe pusztán annyi, hogy betartsák a kötelező normákat (attól függetlenül, hogy azok az adott esetben egyáltalán teljesíthetők-e) – pozíciójukból adódóan, legalábbis a mindennapok alakítására vonatkozóan, alig vannak jogaik, szinte csak kötelezettségeik léteznek.

Azoknak az elvárásoknak azonban, amelyeket az intézmény ró rájuk, az idős emberek valójában gyakran már nem tudnak megfelelni (legyen az ok akár egészségügyi, akár az otthonokkal kapcsolatos tájékozatlanság), mert az otthonba jutás előtt semmiféle kísérlet nem történik rá, hogy az időseket felkészítsék az ebbe a számukra új és teljesen idegen rendszerbe való beilleszkedésre. Alig történik kísérlet annak érdekében, hogy az idősödő emberek ezt az új, intézményesített szabályrendszert a szocializáció útján elsajátítsák. Az eredmény a rendszer jellegű intézmény szempontjából a hiányos szocializáció: az

idős embereknek hiányoznak az ismereteik ahhoz, hogy az adott helyzetben kiismerjék magukat, megismerjék és „átlássák” a rendszer értékeit, normáit, elvárásait. Ha otthonba kerülnek, csak részben vannak tisztában azzal, hogy mit várnak el tőlük, ráadásul gyakran nincsenek abban a fizikai, illetve szellemi állapotban, hogy a kívánt szerepelvárásoknak megfeleljenek. De sok esetben nem is motiváltak a szerepnek megfelelő viselkedésre, hiszen tőlük korlátlan alkalmazkodást, alárendeltséget és elfogadást várnak el.

Tézisem tehát: *élete utolsó szakaszában egyre több ember, egyre hosszabb ideig, szinte elkerülhetetlen módon konfrontálódik egy számára idegen rendszerrel (abban az esetben, ha idősek otthonában vagy gondozóban találja magát), ami ahhoz vezet, hogy a társadalom e szférájának speciális követelményeivel nem, vagy alig tud megbirkózni.* Mindezt 60–70 éves korban egy olyan életszakasz előzi meg, amelyre az egyén lassú és fokozatos visszahúzódása jellemző: leszűkülnek a társadalmi kapcsolatai, a kommunikációs tere, egyre jellemzőbb, hogy csak a közvetlen környezetére fókuszál. Különösen akkor, ha az idősödő ember egészségügyi okok miatt hozzátartozó vagy idegen személy segítségével már képtelen elhagyni lakását. Mozgástere a lakás/háztartás közvetlen környezetére, vagyis a magán-, illetve az intim szférára szűkül. Az öregek otthonába/ápolókba történő beköltözés vagy beutalás a legtöbb esetben ebből a kontextusból való kiszakadást jelent.

6.3. Az intézményesítés kihatása az öregek életvitelére és életmódjára

Egy otthonban való elhelyezés nem olyan, mint például egy kórházi beutalás, amely korlátozott ideig tart. Az otthonban elhelyezettekre határozatlan idejű (open end), legtöbbször élethosszig tartó itt töltött idő vár. Az otthon megfosztja a bentlakókat az „antropológiai nyitottságtól” (Dörner – Hopfmüller – Röttger-Liepman, 2001), amely az individuum számára nem csupán egy speciális szegmensre vonatkozó akadályoztatás, hanem totális. Kutatások kimutatták (Schneekloth – Wahl 2005), hogy az otthonokban lakók 60%-ának kapcsolatai kizárólag az intézet falain belülre „terjednek ki.” A társadalmi életben való részvétel gyakran csak a hozzátartozókkal való kapcsolatra és az otthon falain belül szervezett rendezvényekre korlátozódik. Az idősek otthonába/gondozókba való beutalás/beköltözés az érintettek szempontjából rendszerint váratlan és nem „folyamatos” esemény. Nincsenek rá felkészítve, nem „szocializálódtak” az új kontextusba. Máról holnapra egy idegen, túlerőben lévő szabályrendszerrel találkoznak és konfrontálódnak. Ez a totális, a napi élet minden mozzanatára kiterjedő szabályrendszer a teljesség igényével lép fel a lakóval szemben. Az otthonokban/gondozókban megszabják, mikor kell felkelni, lefeküdni, mikor kell asztalhoz ülni, s ugyanígy megszabják a látogatás idejét. A páciensek/lakók és az otthon vezetői, valamint gondozószemélyzete

között szigorúan autoriter viszony van, beteg és orvos, beteg és személyzet kapcsolata formálisan és informálisan is meghatározott. Ennek a rendnek a lakó/páciens szabályos esetben csak alávetetheti magát. Annál is inkább, mert a szabályrendszerbe foglalt normatív elvárások betartásához erőteljes „szükséges” és „kötelező” jellemzők társulnak, s ellenkező esetben nagyon hatásosan szankcionálják őket.

A rideg házirend mintegy szimbolizálja a szinte minden alapvető jogra kiterjedő korlátozást, ami rendkívül problematikus élethelyzetet teremt, mivel az otthonban lakók beláthatatlan hosszú ideig élnek itt együtt. A lakókat úgyszólván instrumentalizálják, azaz az intézet céljai elérése érdekében „eszköznek” tekintik. A szabályrendszerből hiányzik a mindennapok önálló alakításának – személyes szükségletek szerinti – legegyszerűbb szabadsága. Ennek következményei a gondozottak viselkedésében hamar észlelhetők: apátiában, teljes közömbösségben, elhanyagoltságban nyilvánulnak meg.

Eme „szocializáció” alanyától rendszerint elvárják, hogy az intézmény normáit és értékeit a magáévá – „bensővé” – tegye, és e folyamat eredményeként aztán úgy érezze, „saját motivációinak” megfelelően viselkedik. Az okok, amelyek miatt az idős emberek nem tudnak vagy nem akarnak megfelelni az intézmény elvárásainak, lehetnek egészségügyi, lehet az a hiányzó motiváció, vagy eredhetnek abból a legtöbbször téves elképzelésből, hogy valamikor mégis elhagyhatják az otthonot, illetve a gondozót. Ez azonban csak illúzió marad. Nagyon gyakran előfordul, hogy a lakók tiltakoznak (az „akadékoskodás” ép-púgy a tiltakozás jele lehet, mint a passzív ellenállás, amikor az illető kivonja magát minden kommunikációból). És ami még rosszabb – amiről nyíltan nem beszélnek –, hogy az otthonokban és főleg a gondozókban élő idős embereket az orvosok különböző kémiai szerekkel (nyugtatókkal, altatószerekkel) „nyugalmi”, „könnyen kezelhető állapotba” hozzák. Apátiába merülve ülnek az ágyukon, a toloszékben vagy a közös asztal mellett, anélkül, hogy egy szót váltanának egymással.

Többször megfigyeltem, hogy amikor a személyzet az ott élők rovására követ el szabálysértést, vagy él vissza hatalmával az idős emberekkel szemben, ők akkor sem panaszkodnak a hozzátartozóknak, és nem tanúsítanak ellenállást sem. Bizonyára azért, mert félnek a „megtorlástól”, attól, hogy még több kár származna belőle, ha hozzátartozóik valamilyen formában panaszt emelnének az otthonban. Ezért inkább némán, csendben vesznek részt a rendszer működésében. A lakók különös függőségi és hatalmi viszonyban élnek az intézet alkalmazottai között, s tartanak attól, hogy bármilyen kritikáért személyes hátrányok érik majd őket.

7. Összefoglalás

- Az élet 70–80 év körüli szakaszát, lassú térbeni visszahúzódást követően, a privát környezetbe való bezárkózás jellemzi.
- A következő életszakaszban az öregedő emberek egyre nagyobb része kerül kényszerűen egy totális jellegű, idegen szervezet intézményrendszerének hatáskörébe, illetve kerül ezzel szembe.
- Az idős emberek itt nincsenek felkészülve a velük szembeni elvárásokra. Az elvárásokat a legtöbb esetben már nem is tudják internalizálni. Ennek következtében életüket, napjaikat nem tudják saját motivációik szerint, egyénileg alakítani. Ugyanakkor már az intézményes rendszer szerepeltvárásainak sem tudnak megfelelni. S az új körülmények között az ismert és megbízható családi szabályrendszert sem tudják átvenni, és aszerint élni. Passzivitásra és rezignációra vannak ítélve. Ha nem hajlamosak a beletörődésre, különböző módszerekkel „leállítják őket”.
- Az intézményesítés kihatásai az idősök/idos öregek életmódjára függőségben, alárendeltségben, kiszolgáltatottságban, félelemben, apátiában, elszigeteltségben, izolációban, az emberi méltóság elvesztésében, elszemélytelenedésben ragadhatók meg.

Zárszó

Tisztában vagyok vele, hogy azt a kontextust, amelynek a valóságban sok árnyalata van, tanulmányomban kiéleztem és főként egy aspektusra fókuszáltam. De mindezzel azt szeretném tudatosítani, hogy különösen a modern, jóléti társadalmakban – az átlagos élettartam növekedésének, a családciklus vertikális differenciálódásának, a család segítő ereje kimerülésének (illetve a kimerülés határai elérésének) és az általános élettartam meghosszabbodásának következtében – egyre valószínűbb lesz, hogy az emberek életük utolsó életszakaszát, hosszabbodó időtartammal, ilyen körülmények között fogják leélni. Mindez mint tömegjelenség történetileg új társadalmi konstellációt jelent. Nagy a valószínűsége annak, hogy az itt vázolt intézményesült életmód mint kollektív ételsors a modern társadalmakban az egyén életútjának egyre tovább tartó, standardizált fázisa lesz.

IRODALOM

- Amrhein, L. (2008): *Drehbücher des Alter(n)s. Die soziale Konstruktion von Modellen der Lebensführung und –stilisierung älterer Menschen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Baltes, P.B. (2007): Alter(n) als Balanceakt. Im Schnittpunkt von Fortschritt und Würde. In Gruss, P. (Hrsg.): *Die Zukunft des Alterns. Die Antwort der Wissenschaft. Ein Report der Max-Planck-Gesellschaft*. Beck, München, 15–34.
- Baltes, P.B. – J. Mittelstraß, J. (Hrsg.) (1992): *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. De Gruyter, Berlin.
- Blinkert, P. – Klie, T. (2008): Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen. In Bauer, U. – Büscher, A. (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 238–255.
- Blinkert, B. – Klie, T. (2004): Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. *Sozialer Fortschritt*, 43/11–12, 319–325.
- BMFSFJ (1998): *Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Heimen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. Band 147.2, Stuttgart.
- BMFSFJ (2005): *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland*, Berlin.
- BMFJF (2008): *Altern im Wandel. Zentrale Ergebnisse des deutschen Alterssurveys*. Berlin
- BMFSFJ (2006): *Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Alterseinrichtungen*. München.
- BMFSFJ (2012): *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter bes. Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin.
- BMFSFJ (2012): *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft*. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2008): *Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. Berlin.
- Böhm, K. – Tesch-Römer, C. – Ziese, T. (Hrsg.) (2009): *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Deutsche Zentrum für Alltagsfragen (2004): *Alterssurvey. Die materielle Lage in der zweiten Lebenshälfte*. Berlin.
- Deutsche Zentrum für Alltagsfragen (2004): *Alterssurvey. Gesundheit und Gesundheitsversorgung*. Berlin.
- Engels, D. (2008): Demografischer Wandel, Strukturwandel des Alters und Entwicklung des Unterstützungsbedarfs alter Menschen. In Aner, K. – Karl, U. (Hrsg.): *Lebensalter und Soziale Arbeit - Ältere und alte Menschen*. Schneider Verlag Hohengehren GmbH, Baltmannsweiler. S. 54–76.
- EVS (2008): *Informationsdienst Sozialer Indikatoren 47/2012*.
- Generali Altersstudie (2013): *Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren*. Fischer Verlag, Frankfurt a.M.

- Habermas, J. (2000): Rendszer és életvilág. In Felkai G. – Némedi D. – Somlai P.: *Szociológiai irányzatok a XX. században*. Új Mandátum, Budapest, 498–568.
- Hollstein, B. (2002): Bedingungen von Vergesellschaftung im Alternsprozess. In Dallinger, U. – Schroeter, K. R. (Hrsg.): *Theoretische Beiträge zur Alterssoziologie*. Leske + Budrich, Opladen, 235–260.
- Dörner, K. – Hopfmüller, E. – Röttger-Lippmann, B. (2001): Für eine Auflösung der Heime. *Dr.med.Mabuse* 133, 29–36.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2009): *Leben im Alter und Wahrnehmungen des Alters. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage*. Allensbach.
- Kaufmann, F.-X. (2008): Was meint Alter? Was bewirkt demographisches Altern? Soziologische Perspektiven. In Staudinger, U. M. – Häfner, H. (Hrsg.): *Was ist Alter(n)? Neue Antworten auf eine scheinbar einfache Frage*. Springer, Berlin, 119–138.
- Klein, T. – Rapp, I. (2012): Soziale Unterschiede der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens. In *Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren.*, Fischer, Frankfurt a.M., 282–293. Klie, T. – Pfundstein, T. – Eitenbichler, L. – Szymczak, M. u a. (2005): Konzeptionelle und rechtliche Varianten der Versorgung von Menschen mit Demenz zwischen ambulant und stationär. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38/2. 122–127.
- Knesebeck, O. von dem (2008): Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Krankheit im Alter. In Kuhlmeier, A. – Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Huber, Bern, 120–130.
- Kohli, M. (1985): Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. Historische Befunde und theoretische Argumente. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 37/1. 1–29.
- Kohli, M. (1992): Altern in soziologischer Perspektive. In Baltes, P. B. – Mittelstraß, J. (Hrsg.): *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. De Gruyter, Berlin, 231–259.
- Kohli, M. – Künemund, H. (Hrsg.) (2000): *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Surveys*. Leske + Budrich, Opladen.
- Kruse, A. – Wahl, H.-W. (2010): *Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen*. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg.
- Linden, M. – Kurtz, G. – Baltes, M. M. – Geiselman, B. ua. (1998): Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt*, 69, 27–37.
- Mayer, K. U. – Wagner, M. (1996): Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohem Alter. In Mayer, K. U. – Baltes, P. B. (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin.
- Motel-Klingebiel, A. (2006): Materielle Lagen älterer Menschen: Verteilungen und Dynamiken in der zweiten Lebenshälfte. In Tesch-Römer, C. – Engstler, H. – Wurm, S (Hrsg.): *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 155–230.
- Motel-Klingebiel, A. – Vogel, C. (2013): Altersarmut und die Lebensphase Alter. In Vogel, C. – Motel-Klingebiel, A. (Hrsg.): *Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut?* Springer VS, Wiesbaden, 463–480.
- Noll, H. H. – Weick, S. (2012): Altersarmut (2012): Tendenz steigend. *Informationsdienst Soziale Indikatoren* 47/2012.

- Pasero, U. – Backes, G. M. – Schroeter, K. R. (Hrsg.) (2007): *Altern in Gesellschaft. Aging – Diversity – Inclusion*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Rothgang, H. – Müller, R. – Unger, R. (2012): *Themenreport Pflege 2030: Was ist zu erwarten – was ist zu tun?* Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Rowe, J. W. – Kahn, R. L. (1998): *Successful aging*. Pantheon Books, New York.
- Saake, I. (2006): *Die Konstruktion des Alters. Eine gesellschaftstheoretische Einführung in die Altersforschung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Sarkisian, C. A. – Hays, R. D. – Berry, S. – Mangione, C. M. (2002): Development, reliability, and validity of the expectations regarding aging (ERA-38) survey. *The Gerontologist*, 42/4. 534–542.
- Simmel, G. (1992): *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*. Gesamtausgabe Band II. 1992, Frankfurt a. M.
- Statistische Bundesamt (2001): *9. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamt (Variante 2)*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2007): *Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011): *Alleinleben in Deutschland*. Ergebnisse der Mikrozensus 2011, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012): *Bevölkerungsentwicklung. Ergebnisse für Deutschland. Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland von 2009 bis 2060*. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerung.html>
- Schneekloth, U. – Wahl, H.-W. (2005): *Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III)*. Integrierter Abschlußbericht, Berlin.
- Tesch-Römer, C. – Engstler, H. – Wurm, S. (Hrsg.) (2005): *Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. Wiesbaden.
- Tesch-Römer, C. (2000): Einsamkeit, In Wahl, H.-W. – Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, 163–177.
- Weber, M. (1995): *A protestáns etika és a kapitalizmus szelleme*. Cserépfalvi, Budapest.
- Wojnar, J. (1993): Prävention im Wohn- und Pflegeheim. *Zeitschrift für Gerontologie*, 26/6. 459–465.
- Woll-Schuhmacher, I. (1980): *Desozialisation im Alter*. Enke, Stuttgart.
- World Health Organization (WHO) (2004): *Better palliative care for older people*. WHO, Copenhagen.
- Wurm, S. – Tesch-Römer, C. (2006): Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In Tesch-Römer, C. – Engstler, H. – Wurm, S. (Hrsg.): *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 329–383.
- Wurm, S. – Tesch-Römer, C. – Tomasik, M. J. (2007): Longitudinal findings on aging related cognitions, control beliefs and health in later life. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 62B/3. 156–164.

Tárgyszavak:

Öregedés

Idősgondozás

Idősek egészségi állapota

Életpálya intézményesedése

THE INSTITUTIONALIZATION OF OLD AGE IN MODERN SOCIETIES

Abstract

The paper focuses on the connection between ageing and the institutionalization of the period prior to death of the life-course in the modern societies using the example of Germany. Besides the problem of institutionalization, the author briefly discusses the characteristic dimensions of social ageing: the process of ageing (the increasing proportion of old aged persons in the societies), the feminization of the elderly, their singularization and pauperization.

According to the results of the analysis the period of individual life-course between 70 and 80 years of age can be characterized by a gradual and slow retirement into the private life. In the next stage of life the larger and larger part of old people is forced to live in an institution of totalitarian character with the rules of which they often conflict. There old people usually cannot meet the requirements which they mostly cannot interiorize either. As a consequence they cannot live either according to their own personal motivation or according to the expectations of the institution in which they live. Under new circumstances they show passivity and resignation or they are forced to do that. In the author's view the consequences of the institutionalization on old people's way of life are dependency, subordination, defenselessness, fear, apathy, isolation, solitude, the loss of human dignity and impersonalization.