

TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETÉS	3
2. TÉMAVÁLASZTÁS INDOKLÁSA	4
3. FOGALMI ÉS ELMÉLETI TISZTÁZÁS	5
3.1. A kiégés fogalma	5
3.1.1. Kutatási eredmények a kiégés jelenségének vizsgálatáról	9
3.1.2. A kiégés mérésére alkalmazható eljárások	9
3.1.3. Kiégés-prevenció	11
3.2. Az empátia fogalma	13
3.2.3. Az empátia jelentősége a gyógypedagógus munkájában	15
3.3. Mentálhigiéné	17
3.4. Stresszorok	18
4. A KUTATÁS	22
4.1. A kutatás célja	22
4.2. Hipotézisek	23
4.3. A minta	23
4.4. A kutatás módszere	26
4.4.1. A kiégés mérése, MBI	26
4.4.2. Az empátia mérése, IRI	27
4.4.3. A hallgatók kiégésének mérése, MBI-SS	28
5. KUTATÁSI EREDMÉNYEK	29
5.1. A kiégéssel kapcsolatos vizsgálati eredmények a gyakorló gyógypedagógusok körében	29

5.1.1. Leíró adatok a mintában.....	29
5.2. A hallgatók kiégéssel kapcsolatos eredményei.....	33
5.2.1. Leíró statisztikák az MBI-SS kérdőív alapján.....	33
5.3. Az IRI empátia kérdőív eredményei.....	38
5.3.1. Leíró statisztikai eredmények a gyakorló gyógypedagógusok körében.....	38
5.3.2. Leíró statisztikai eredmények gyógypedagógus hallgatók körében.....	39
5.4. Összefüggések az empátia és a kiégés között.....	41
5.4.1. Empátia és kiégés közötti összefüggések vizsgálata gyakorló gyógypedagógusok körében.....	41
5.4.2. Az empátia és a kiégés közötti összefüggések vizsgálata gyógypedagógus hallgatók körében.....	43
6. ÖSSZEFOGLALÁS.....	45

1. BEVEZETÉS

Jelen dolgozatban a gyógypedagógusok kiégésének mérését tűztem ki célul. Manapság egyre gyakrabban halljuk a kiégés (burnout) fogalmát. A köznyelvben is egyre terjedő kifejezés a szó használata abban az esetben, ha a kifejezést használó személy elfáradt, belefáradt valamibe, elege van valamiből.

A kiégés valójában egy összetett jelenség, és definíciója folyamatosan bővül, változik. A tudomány elsősorban a szakmával, munkahellyel kapcsolatosan használja a kifejezést. Számos kutatás született már különféle szakmák képviselőinek vizsgálatából. A legtöbb kutatás az egészségügyi dolgozók körére irányul. Korai meghatározások szerint a kiégés főleg a humán szférát érintő probléma. (Ma már bebizonyosodott, hogy ez nem kritérium.)

Dolgozatomban a pedagógusok egy speciális csoportjának, a gyógypedagógusoknak a kiégését fogom vizsgálni Christina Maslach 1981-ben kidolgozott kérdőívével, az MBI-vel (Maslach Burnout Inventory, (Szebeni 2010). Ezen kívül egy empátiás készséget mérő kérdőívet is alkalmazok: Davis (1983): IRI (Interpersonal Reactivity Index) (Szebeni 2010). Szeretném bebizonyítani, hogy a jó empátiás készség pozitívan befolyásolja a gyógypedagógusok mentálhigiénés állapotát, ezért a kiégési mutatójuk alacsonyabb, mint a kevésbé jó empátiás készséggel rendelkező gyógypedagógusok esetében.

Egyre több kutatás lát napvilágot azzal kapcsolatosan, hogy a kiégés nagyon korai időszakban, már hallgatóknál is jelentkezhetsz. Kérdőíves felmérést végeztem gyógypedagógus hallgatók körében is, melyhez az MBI- SS kérdőívet használtam Hazag – Major – és Ádám (2010) kutatása alapján. A kérdőív a hagyományos MBI hallgatói változata, emellett a hallgatók is kitöltötték az IRI- empátia kérdőívet.

A dolgozatban először kitérek a kutatási témám választásának magyarázatára, majd a kutatás szempontjából lényeges fogalmak tisztázására törekszem. Szó lesz a kiégésről- burnout-szindrómáról, annak okairól, folyamatáról, tüneteiről. Fontos megemlíteni a stressz hatását az egyénre, a stresszorok fogalmát és jelenségét, különösen a munkahelyen jelentkező stresszforrásokat, hatásait és következményeiket. A munka mentálhigiénés vonatkozásaira is kitérek, pontosabban arra, hogy milyen prevenciók lehetőségei ismertek és használatosak a dolgozók lelki egészségének megőrzésének érdekében. Majd az empátiáról lesz szó részletesebben, annak fogalmáról, és összetettségéről, vizsgálati lehetőségeiről, fontosságáról.

A második fejezetben a kutatással foglalkozom. Ismertetem a hipotéziseimet, a rendelkezésemre álló mintát, majd a felhasznált módszereket, a kutatás menetét.

A harmadik fejezetben a kutatás elemzését ismertetem.

2. TÉMAVÁLASZTÁS INDOKLÁSA

Az embereknek elképzeléseik vannak a különféle szakmákról, hivatásokról. A televíziós sorozatokban megjelenített szakmák sokszor torzítanak, ám jelentősen hozzájárulnak ahhoz, hogy laikus emberek hogyan gondolkodjanak arról. Természetesen nem szükséges televízió ahhoz, hogy egy szakma sztereotip gondolatokat váltson ki az emberekből. Szinte minden szakmához tudunk valamilyen gondolatot társítani.

A gyógypedagógus munkájába laikus emberek nem látnak bele, viszont (tapasztalataim szerint) határozott gondolataik vannak róla.

Azt vettem észre, hogy az emberek változatos módon reagálnak, ha a gyógypedagógus szakmáról kell vélekedniük. Sokan intenzív érzéseket mutatnak, ha megtudják, hogy beszédpartnerük gyógypedagógus, vagy hallgató. Az alábbiakat gyakran hallom:

„Én azt nem tudnám csinálni. „Nagyon rosszul érzem magam, ha „*olyan*” gyereket látok.” „Én félek tőlük.” „Hogy van annyi türelmed?” „Hát igen, arra születni kell.” „Akkor te biztosan nagyon jó ember vagy.” Sokan gyógypedagógus szakemberekre csodálatos emberi lényként tekintenek, akik feláldozzák az életüket valami nemes cél elérése érdekében.

Beszélgettem olyan gyógypedagógusokkal, akik legkevésbé sem magasztalták hivatásukat, ehelyett riasztónak, csalódás forrásának írták le szavaikkal, a gyerekeket pedig kezelhetetlennek. Tehát a munkájuknak inkább a nehézségeit emelték ki. Találkoztam a munkájáért lelkesedő gyógypedagógusokkal is, akik a kiégés jeleit nem mutatták, a gyerekekkel töltött idő örömforrást jelentett számukra, jól érezték magukat a munkájukban, hivatásként élték meg azt.

Ezek a tapasztalatok indítottak el azon az úton, hogy tudományos keretek között is vizsgáljam a hivatás képviselőjét, a gyógypedagógust. A szakmáról alkotott vélemények mind laikusok, mind a gyógypedagógusok részéről szélsőségesek. Főleg az utóbbi miatt gondolom, hogy érdemes volna feltérképezni a gyógypedagógusok mentális állapotát, munkájuk nehézségének mibenlétét.

A képzés alatt rengeteg kurzus szól sajátos nevelési igényű gyermekekről, rengeteg elméleti tudást kapunk a gyógypedagógiáról, viszont konkrétan a gyógypedagógusról minimális szó esik. Pozitívumnak tekinthető, hogy a képzés alatt mentálhigiéné kurzusunk is volt, ami biztosította a hallgatók személyiségfejlődését, és probléma megoldását mind a magánélet, mind a hivatás tekintetében. Pontosan a kurzus hatékonysága miatt gondolom azt, hogy nem elég csupán egy féléven át tanulni.

Úgy gondolom, hogy szükséges lenne a leendő gyógypedagógusokat felkészíteni a képzés utáni munkára, nemcsak intellektuális szinten, hanem lelkileg is, hiszen különös veszélyt jelent a kiégés az olyan foglalkozásokban, ahol az emberekkel kell dolgozni. Fontos lenne a jelenség kialakulásának megelőzése, okainak feltárása, vagy a már kialakult állapot kezelése, hiszen a tartós kiégés különféle fiziológiás és lelki megbetegedésekhez vezethet. A sérült, fogyatékos gyerekekkel, fiatalokkal és felnőttekkel való foglalkozás csak abban az esetben hatékony, ha a gyógypedagógus lelkileg ép, kiegyensúlyozott. Mint minden pedagógus, a gyógypedagógus is a saját személyiségével dolgozik, amelyet a gyermek visszatükröz.

A gazdaságnak azért is érdeke a kiégés elkerülése, mert jelentős veszteségek származnak a jelenség eredményezte hiányzásokból, sikertelen foglalkozásokból, amelyek rendkívül költségesek lehetnek.

3. FOGALMI ÉS ELMÉLETI TISZTÁZÁS

3.1. A kiégés fogalma

A kiégés szindrómát sokan sokféleképp definiálták már. Az alábbi definíciókat szeretném kiemelni:

A kiégés viszonylag új fogalom, nem tekint vissza több évszázados múltra. A jelenséget elsőként H. Freudenberger írta le 1974-ben különösen utalva a fizikai, érzelmi és mentális kimerülésre, amely olyan súlyos következményekkel jár, mint a reménytelenség, inkompetencia érzés, negatív attitűd az élet minden területére vonatkozóan, cél- és ideálok elvesztése.(Fekete 1991; idézi Tandari-Kovács 2010)

A jelenség nem fekete vagy fehér, minden érintett tudományterület más-más pontra teszi a hangsúlyt. Pl. a Pszichológiai lexikon (2002) szerint: *Depresszióhoz hasonló állapot, amely*

krónikus, fokozott igénybevétel következményeként és az önmagunkkal szemben támasztott túlzott elvárás folytán alakul ki, ... leggyakrabban tudattalan tencenciák (Helfer-szindróma), valamint az illető önmagától és az intézményektől való irreális elvárásainak talaján alakul ki.(idézi Petróczi E. 2007. 10. oldal)

Maslach és Jackson (1982, idézi Tandari-Kovács, 2010) a törődés szándékának elvesztésével és az érzelmi kapacitás kimerülésével magyarázza a kiégést.

A kiégést megelőző személyben negatív attitűd alakul ki önmaga és a munkája felé is. kevésbé érdeklődnek az emberi kapcsolataik iránt, ellenszenv és távolságtartás válik jellemzővé (Pines és mtársai 1992; idézi Tandari-Kovács 2010).

Konkrétan a munkahelyi kiégés olyan pszichológiai tünetcsoportot foglal magában, amely akkor jön létre, ha a személy tartósan interperszonális stresszoroknak van kitéve. (Tandari-Kovács 2010).

Megállapíthatjuk, hogy a sokféle megközelítésű definíciókban az a közös, hogy az egész személyiséget érintő problémáról van szó. A személy kimerül fizikailag, lelkileg és érzelmileg is, és ez nem megoldható szokásos módon. Fontos megjegyezni, hogy a jelenség nem egyenlő a depresszióval, attól kimutathatóan elkülönül. (Brenninkmeyer és mtsai, 2001; idézi Tandari-Kovács 2010)

Vannak jelenségek, amelyek adott korcsoportot nagyobb eséllyel érinthetnek. A kiégés nem ilyen. A.M. Pines, E. Aronson, D. Kafry (1992; idézi Petróczi 2007) vizsgálatai alapján a kiégés nem kötött életkorhoz. Ugyanúgy érintheti a pályakezdő dolgozót, mint a pályája végén járó idősebb személyeket.

A jelenségnek folyamata és fázisai vannak. Az első fázisban az történik, hogy az eseményekhez, élményekhez társított negatív gondolatok és érzések szorongást, frusztrációt okoznak. Ezután alarm és kimerülési reakciók következnek. A kiégés utolsó fázisában a személy állapota már szembetűnő. Másokkal tiszteletlen, cinikus, sem a munkára, sem a családra nem tud megfelelően figyelni, hiányzik a munkahelyről, előfordul, hogy elhagyja azt. (Petróczi 2005)

A szakirodalomban többféle leírást is olvashatunk a kiégés fázisainak csoportosításáról, mert a kiégést vizsgáló kutatók más-más aspektusból közelítik meg a jelenséget.

A kiégés fázisairól részletesebben Edelwich Brodsky és Georg E. Becker (1980, idézi Pálfi 2008) Pálfi, 2008) öt szakaszt különítenek el:

- (1) Az első szakasz az idealizmus fázisa. Ebben a szakaszban határtalan lelkesedés jellemző. Az idealista személy túlzott elvárásokat állít fel a munkahellyel, munkatársaival, klienseivel kapcsolatban, azonnali eredményeket szeretne, és hisz abban, hogy a mindez megvalósítható. Elhalványul a munkahely és a magánélet közötti határ.
- (2) A második szakasz a realizmus fázisa. A személy továbbra is elkötelezett a szakmája iránt, de igyekszik megtalálni a szakmai távolságtartás és bevonódás közötti egyensúlyt. Ebben a szakaszban jellemző a nyitottság, és az ötletekből, tervekből sincs hiány.
- (3) A harmadik szakasz a stagnálás vagy kiábrándulás fázisa. Már észrevehető a teljesítmény csökkenése, kisebb a kollégák, kliensek felőli érdeklődés, a velük való kapcsolat csak a szükségesre korlátozódik.
- (4) A negyedik szakasz a frusztráció fázisa. Viselkedésbeli változások tapasztalhatóak. A személy egyre több negatív változást észlel kliensein. Kivonja magát a szakmai és a közéleti tevékenységből is, mert nem látja értelmét. Kétkedik a saját tudásában, hivatásában. Egyre inkább zavarják a kliensek.
- (5) Az ötödik szakasz az apátia fázisa. Igyekszik a minimálisra csökkenteni a kliensekkel való interakciót, akik felé ellenséges hangulatot közvetít. Kerüli a kollégáit, és nem hajlandó változtatni a problémán.

Freundenberger (1974, idézi Petróczi 2007) 12 lépében határozza meg a teljes kiégéshez vezető utat:

1. A bizonyítási vágy bizonyítási kényszerré változik.
2. Az egyén fokozott erőfeszítéssel végzi a feladatait.
3. Háttérbe szorítja személyes igényeit.
4. A személyes igények mellett a konfliktusok is elfojtódnak.
5. Megváltozik az értékrend.
6. Nem ismeri be a problémát, tagadja azt.
7. Visszahúzódó magatartás lesz jellemző a személyiségre.
8. Megváltozik a viselkedés és a magatartás, az egyén nem veszi figyelembe mások véleményét, mindent kritikaként értelmez.
9. Létrejön a deperszonalizáció, a személytelen viselkedés.
10. Az egyén belső ürességet érez.
11. Kialakul a depressziós állapot.

12. Végül eljut a teljes kiégettség állapotáig.

A pedagógusok különös helyzetét számos kutatás igazolja:

Szabó Éva (1999, idézi Petróczi 2007) kutatást végzett gyerekekkel és felnőttekkel tanári minőség értékelésére vonatkozóan, melyben kiderült, hogy fontosabbnak tartják a tanár jó személyiségi és kommunikációs jellemzőit, mint a szakmai tudását.

A probléma az, hogy az oktatás elméleti szakembereket képez. A felsőoktatásból kikerülő pedagógusok nagyrészt tankönyvi tudással kerülnek a tanítás valóságába, ahol gyakorlati problémákkal találkozva hamar inkompetensnek érezhetik magukat. (Szagun 1991; idézi Petróczi 2007).

A pedagógus abban a speciális helyzetben van, hogy szakmailag és emberileg is meg kell felelnie magas elvárásoknak. Fengler (1994) öt csoportot sorol fel, amely sajátos elvárással tekint a pedagógusra: a tanulókat, a szülőket, a kollégákat, a feletteseket, és a nyilvánosságot. Ezek a csoportok csak az intézményes keretek között dolgozó szakemberre vonatkoznak, nem említi, hogy egy pedagógus szakember magánember is, amely további elvárásokkal súlyosbítaná a helyzetet.

Nem csoda, hogy a kiégésének hátterében különös jelentősége van annak, hogy rengeteg elvárásnak, és szerepnek kell megfelelni.

A kiégés létrejöttét erősíti, a monoton munkavégzés, az előrelépés hiánya, a személy túlterheltsége, a visszajelzés hiányossága, az ellenőrzés problémái, a nem megfelelő szervezetpolitika, az unalom, és a határidők sürgetése (Herr 1992; idézi Petróczi 2007).

Azért sem lehet figyelmen kívül hagyni a pedagógusok kiégését, mert sosem izoláltan az adott személyt érinti. Mindig áttérjed a kiégett személy környezetére. (Edelwich és Brodsky 1980, idézi Petróczi 2007). A gyerekek számára a pedagógus egy szocializációs minta. Hatalmas felelősség tehát gyerekekkel foglalkozni, nem mindegy, hogy a diákok egy pozitív szemléletű, ép mentálhigiénés állapotú pedagógussal töltik az idejük nagy részét, vagy egy kiégett pedagógussal.

A pedagógus a szülő mellett a másodlagos modell. Nagyon fontos tehát, hogy mit tesz és mond a pedagógus. A gyerekek tudattalanul is átveszik, utánozzák azt a viselkedését, amit a modelltől látnak, hatással van rájuk a pedagógus véleménye, attitűdje. (Bandura 1976; idézi Zétényi Ágnes 2004)

A munkahelynek számára is megterhelő, ha a munkavállalók állandóan cserélődnek. A diákoknak szüksége van állandóságra a pedagógus személyében. Természetesen nem hagyhatók ki az egyénre gyakorolt kedvezőtlen hatások sem, amelyek megnyilvánulhatnak pszichoszomatikus megbetegedésekben, szélsőséges helyzetben alkohol – és drogfüggőségben, családi és baráti és munkahelyi konfliktusokban. (Petróczi 2005)

3.1.1. Kutatási eredmények a kiégés jelenségének vizsgálatáról

Kezdetben, az 1970-es években az egészségügyi dolgozókra korlátozódott a jelenség vizsgálata. A kutatási módszerek ekkor még az interjú és az esettanulmány volt. A prevenciót és az azonnali kezelést tartották a legfontosabbnak. Alapvetően két irányból közelítették meg a problémát. Az egyik a személyiség oldaláról, követői Schmidbauer és Freudenberg. A másik oldalról való megközelítés a munkahelyet emelte ki, a munkahelyi stressz problémáját hangsúlyozták, hiszen a kiégés tartós stressz következtében alakul ki (Kovács, 2006).

A nyolcvanas években kezdtek alkalmazni kérdőíves módszereket, melyek lehetővé tették a nagyobb populációk vizsgálatát. Ekkor jelent meg az MBI (Maslach Burnout Inventory, (Kovács 2006) is. Először ápolók és orvosok, majd az oktatásban dolgozók körében is vizsgálták a jelenséget a kérdőívvel. Azt az eredményt kapták, hogy az ápolók körében az érzelmi kimerülés és a személyes hatékonyság csökkenése volt magas, míg orvosok körében a deperszonalizáció. Arra következtek, hogy a kiégésnek sokkal inkább a munkastresszhez van köze, mint a személyiségjegyeknek. (Kovács, 2006)

A kilencvenes években terjesztették ki a vizsgálatokat más szakmák képviselőire is, pl. hivatalnokokra. Felismerték, hogy a család védő tényezőként hat a kiégés ellen. Ebben a korszakban azt kutatták, hogyan hatnak a szervezeti tényezők az egyén mentális állapotára. Ok-okozati összefüggést állapítottak meg McManus és munkatársa (2002) orvosokkal végzett vizsgálat során. Úgy gondolják, hogy amennyiben a deperszonalizáció adaptív válaszként értelmezhető, énvédelmet biztosít. (Kovács, 2006)

3.1.2. A kiégés mérésére alkalmazható eljárások

Ma már számos kérdőív létezik a kiégés mérésére, mindegyik sajátos aspektusból határozza meg a kritériumokat. A CBI (Copenhagen Burnout Inventory; idézi Kovács 2006) egy dimenzió mentén értelmezi a kiégést, ez a testi, szellemi fáradtság és kimerülés dimenzió.

Nem szűkíti a kiégést a munkára, hanem általánosságban mér, az MBI módszerét pedig kritikával illeti. Az MBI három dimenziója az érzelmi kimerülés, a személyes hatékonyság csökkenése és a deperszonalizáció.

A JBI (Jerabek's Burnout Inventory; idézi Kovács 2006) négy dimenzió mentén mér, amely az alábbiakat foglalja magában: érzelmi kimerülést, az általános kimerülést, a deperszonalizációt és a munkával kapcsolatos érdektelenséget. Az FIBS (Farber Inventory of Burnout Subtypes) altípusokat állapít meg a kiégett személyek között. El kell dönteni, hogy a felsorolt jellemzők közül melyikkel tud leginkább azonosulni.

Főbb kutatási eredmények a humán szakmák kapcsán

Perrewé és munkatársai (2002) azt az eredményt kapták, hogy az énhatékonyság pozitívan befolyásolja az egyén mentális állapotát, vagyis alacsony a kiégés mutatója. Vagyis, ha a személy kompetenciaérzése optimális, úgy érzi, hogy képes hatékonyan megküzdeni a problémáival, és megfelelő az önértékelése, kevesebb az esélye annak, hogy a kiég.

Hazánkban is elsősorban az egészségügyi dolgozók körében használnak kiégés mérésére alkalmas kérdőíveket, kevés kutatás foglalkozik az oktatásban dolgozó személyek kiégésével. Itt is megoszlanak a kutatói vélemények arról, hogy mit értünk kiégés alatt, milyen aspektusból érdemes megragadni a jelenséget, mely életterületek hangsúlyosak stb. (Kovács 2006)

Kovács (2006) pedagógusokkal végzett kutatása alátámasztja, hogy a kiégés nem függ össze korral, nemmel és pályán eltöltött idővel. A vizsgálat kimutatta, hogy a szakközépiskolában tanító pedagógusok kiégettebbek voltak a gimnáziumi tanárokhoz képest.

Szebeni (2010) pedagógusok kiégését vizsgálta az MBI kérdőívvel. Eredményei azt támasztják alá, hogy a személyes hatékonyság csökkenése a legnagyobb probléma, ugyanis ebben a faktorban érték el legtöbbször magas pontszámot. Ez összefügg az alacsony önértékeléssel, önmegvalósítási problémákkal, a teljesítmény vágyának csökkenésével, és ez együtt jár az inkompetencia érzésével, és az alkotó képesség elvesztésével is. További kutatási eredmény, hogy az életkor növekedésével csökken a személyes hatékonyság. (Szebeni 2010)

Petróczi, Fazekas, Tombácz, Zimányi (1990; idézi Petróczi 2007) kutatásában az általa vizsgált pedagógusok 52%-a végez egyéb munkát a tanítás mellett. Csak 35% nem gondolkodott azon, hogy elhagyja a pályát. A pályaelhagyás melletti döntésben az alábbi

okokat találtak: támogatás hiánya, korlátozottság érzése, elkötelezettségi problémák, kényszerből választotta a pályát.

Becker és Gonschorek (1994) kutatásukban pedagógusokat kérdeztek meg a kiégés lehetséges okairól, amely sorrendben a következő:

- 1. „problémás diákok”
- 2. bürokrácia
- 3. iskola helyzete, felszerelés- és eszközhiány
- 4. magánéleti problémák
- 5. rossz kapcsolat a munkatársakkal
- 6. „problémás szülők”
- 7. iskolavezetés problémája

Hazag – Majoros – Ádám (2010) alapján a hallgatókat is érinti a kiégés. Kutatásukat az MBI-SS (Maslach Kiégés-teszt Hallgatói Változat) és az MBI-HSS (MBI Humán Szféra Kérdőív) kérdőívvel végezték. A kutatási mintát orvostanhallgatók és műszaki hallgatók adták. Az alacsonyabb évfolyamokon az érzelmi kimerülés volt magasabb, ahogy a személyes hatékonyság hiánya is inkább ezen a szinten jellemző, míg a felsőbb évfolyamokon a cinizmus mértéke volt magasabb. Szignifikáns különbség mutatkozott a tekintetben, hogy a műszaki hallgatóknak mindegyik kiégés-mutató átlaga magasabbnak bizonyult.

Fülöp- Devecseri- Csabai (2012) MBI mérőeszközzel és az IRI empátiás mérőeszközzel vizsgáltak pszichiáter rezidenseket, szakorvosjelölteket. Összefüggéseket találtak a jelenségek dimenziói között. Arra következtettek, hogy személyes disztresszt magas értéke növeli az érzelmi kimerülést. Ennek hatására elhárításképpen a személytelen bánásmód, amely csökkent a személyes hatékonyság érzését és ez tovább növeli a személyes disztresszt.

3.1.3. Kiégés-prevenció

Mivel kutatások is alátámasztják, hogy a kiégés nem életkorhoz kötött, érdemes minél korábban megelőzni. Fontos, hogy mindez tudatosságot igényel. Azért is problematikus az állapot, mert nehéz beismerni, hogy a személy áldozattá vált. Különösen akkor, ha a személyt a pálya kezdetén hatalmas lelkesedés jellemezte. Kutatások igazolják, hogy valóban azok égnék ki legkorábban, és legnagyobb eséllyel, akik nagy tervekkel, lelkesedéssel kezdtek el dolgozni Hsu és Marshall, 1987; Schanafelt és mtsai, 2003; Tyssen és mtsai, 2000, 2001; Peterlini és mtsai, 2002; idézi Hazag – Major – Ádám 2010).

Az ember tanulási vágygal születik, és ma már szinte „kötelező” az élethosszig tartó tanulás. A tanulás egy olyan tevékenység, amely a kiégés ellen hat. A kiégett személy mindent unalmasnak és közönyösnek lát. Fontos, hogy ne adjuk fel az élet értelmének keresését, mindennek adjunk jelentést. A sikerélmények is pozitív hatással vannak a személyre, és csökkentik a kiégés esélyét. Fontos, hogy szubjektív dologról van szó, tehát azt, hogy mi számít sikernek, a személy határozza meg. Mégis stresszforrás lehet, ha a személy folyamatosan a sikert keresi mindenben. Segíthet, ha a dolgokat több oldalról világítjuk meg. Nem jó, ha a feladatainkat rutinból végezzük. Mindig találni kell új szempontokat, ami alapján végezhetjük a tevékenységünket. Az ún. Flow- élmények olyan tevékenységek, amelyek teljesen feloldják a személyt a munkavégzés folyamata közben. Fontos, hogy a flow a munka részét képezze. Az önmegvalósítás is elengedhetetlen eszköz a kiégés elkerülésében. (Pines és társai 1992; idézi Petróczi 2007)

A kiégés prevenciójának alapja a megküzdési stratégia alkalmazása. Fontos, hogy a személy megtalálja azt a stratégiát, amellyel a leghatékonyabban tudja kezelni a problémát.

Lazarus (1993; idézi Petróczi, 2007) négy megküzdési stratégiát nevez meg. Egyrészt történhet közvetlen- aktív módon, pl. a stresszfaktor befolyásolásával, vagy a pozitív hozzáállás, másrészt közvetlen- passzív módon is kezelhetjük a problémát, pl. a szituáció elhagyásával, közvetett- aktív stratégiáról beszélünk akkor, ha pl. beszélgetünk a stresszről, és közvetett- passzív válasznak minősül pl. az összeomlás.

3.2. Az empátia fogalma

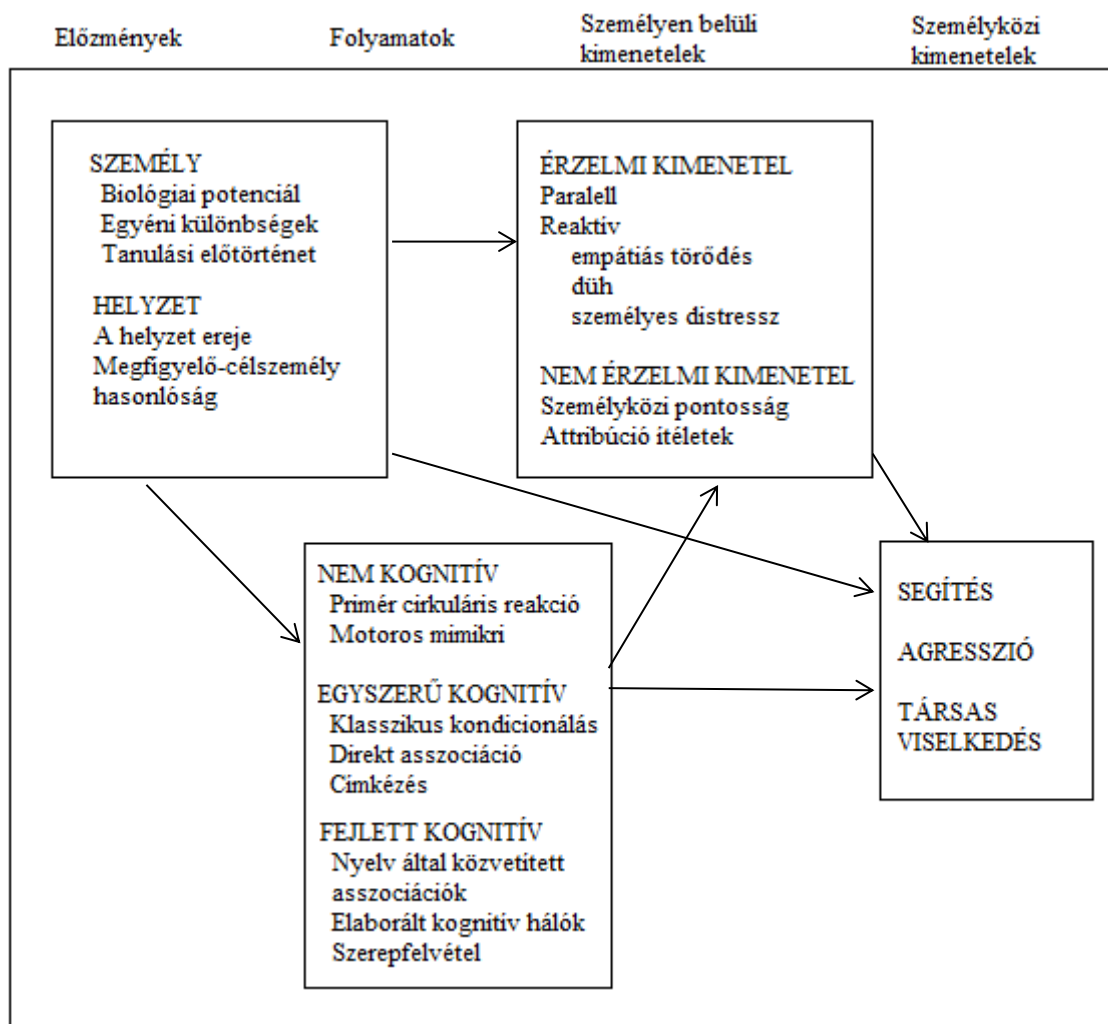
Nagyon fontos, hogy azok a személyek, akik a humán szférában dolgoznak nap mint nap emberekkel érintkezve, birtokolják e készséget, képességet. A szakirodalom különösen nagy jelentőséget tulajdonít az empátiának a pedagógusok körében. (Buda 2006) Ahhoz, hogy megteremtsük a tanítás – nevelés optimális feltételeit, elengedhetetlen, hogy átéljük, milyen lehet a tanítványaink helyében lenni, mit érezhetnek a padokban ülve, hogyan viszonyulnak hozzánk, alkalmas – e véghez vinni azt a feladatot, amit célul tűztünk ki az adott napra, milyen állapotban jönnek be a gyermek az iskolába. Mindehhez szükség van egy olyan képességre, ami segíti a pedagógust abban, hogy megérezze a körülötte lévő gyermekek érzéseit.

Mi tehát az empátia?

A jelenség leírása igen korai időkre nyúlik vissza. Már Arisztotelészt is foglalkoztatta a színpadi darabok csodálata közben a befogadóban jelentkező katarzis-élmény. Az empátia jelenségét azóta is sokan sokféleképp próbálták értelmezni, általánosan elfogadott meghatározása nincs. Ennek oka a jelenség összetettsége, mely bonyolult lelki folyamatokon alapszik. Az empátia nem mondható velünk születettnek, valójában különféle készségeknek és képességeknek kell a birtokában lenni ahhoz, hogy a jelenség létrejöhessen. Ahhoz, hogy e készségünk minél magasabb szinten működjön, nélkülözhetetlen a gyakorlás (Buda 2006).

Buda Béla (2006) meghatározása szerint az empátia egy olyan képesség, amely a személyiség része, amellyel képesek vagyunk a másik ember lelki állapotába beleélni magunkat az adott kommunikációs interakcióban. Eközben az empátiát gyakorló fél olyan indítékokat, érzéseket, és törekvéseket érez meg, amelyek nem fejeződnek ki direkt módon a szavakban, és amely nem feltétlen a szituációból következik. Az történik, hogy a saját személyiségben idéződnek fel a másik érzései, feszültsége.

Az empátia modern felfogását (Davis 1999. Az empátia története és meghatározása; idézi Kulcsár (szerk.) 1999. *Morális fejlődés, empátia, altruizmus*. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest. 393-409. oldal) által szemléltetett organizációs modell jól összefoglalja (Kulcsár 1999). Ezt a modellt 1. számú ábrán ismertetem.



1. ábra. (Davis 1999. Az empátia története és meghatározása; idézi Kulcsár (szerk.) 1999. *Morális fejlődés, empátia, altruizmus*. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest. 393-409. oldal)

Az organizációs modell (Davis 1999. Az empátia története és meghatározása; idézi Kulcsár (szerk.) 1999. *Morális fejlődés, empátia, altruizmus*. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest. 393-409. oldal) egy átfogó prototipusos empátia-jelenséget ír le. Létrejöttéhez szükség van előzményekre, mely függ az egyén empátiás kapacitásától, a tanult viselkedésektől, egyéni jellegzetességektől. A helyzet ereje attól függ, hogy az adott szituáció hogyan érinti a személyt. A célszeméllyel való hasonlóság növeli az empátiás válasz erősségét.

A folyamatot három részre osztja: a legkezdetlegesebb a *nem-kognitív folyamat* pl. ha a csecsemő sírással reagál egy másik csecsemő sírására, hiszen nem azért jön létre a reakció, mert korábban tanulás útján elsajátította a viselkedést. A motoros mimikri a célszemély automatikus, nem teljesen tudatos utánzása. Ebben az esetben sem beszélünk kognitív folyamatról. *Egyszerű kognitív folyamatnak* számít a klasszikus kondicionálás, a direkt

asszociáció és a címkézés. Ezen a szinten már olyan empátiás megnyilvánulás jön létre, amely feltételez kognitív feldolgozást, vagyis nem csak érzelmi alapon jön létre a jelenség. Például címkézéskor a személy ismerős helyzetek forgatókönyve szerint következtet anélkül, hogy az egyéb jelzéseket figyelembe venné. pl. esküvőn feltételezzük, hogy a menyasszony boldogságot él át. Utóbbi azért sem lehet teljes kognitív folyamat, mert nagyrészt korábbi megfigyelési tapasztalatokra alapoz – anélkül, hogy az aktuális helyzetet valóban megfigyelné. Valódi- *fejlett kognitív* folyamatnak számítanak a nyelv által közölt asszociációk. Ez esetben a megfigyelő válasza a célszemély szenvedésére adott válasz, bonyolult kognitív háló függvénye, amely kapcsolatban áll a saját érzéseivel, tapasztalataival. *Elaborált kognitív hálónak* nevezzük azt a jelenséget, amelyben a megfigyelő a célszemély jelzőmozdulatait figyelve feleleveníti a helyzethez kapcsolódó tudását, majd az így szerzett információt felhasználja a célszeméllyel kapcsolatos következtetéshez. Végül a legmagasabb szintű komplex kognitív folyamat a *szerepfelvétel vagy nézőpontfelvétel*. Arról van szó, hogy a megfigyelő ekkor már képes saját magától elvonatkoztatva a célszemély helyzetébe beleképzelni magát, és ily módon megértést nyerni. Ez a folyamat már nagyobb erőfeszítést igényel, hiszen a megfigyelőnek korlátoznia kell egocentrikus nézőpontját. A kognitív folyamat mellett ebben a modellben érzelmi aspektusból is megvilágítja az empátiát. Ezt az interperszonális kimenetelen belül érzékeljük. Két nagy kategóriát különít el, az érzelmi és a nem-érzelmi kimenetet. Az érzelmi kimeneten belül is megkülönböztetünk hierarchikus alpontokat. A fejletlenebb a paralell kimenetel, amely lényegében semmi másból nem áll, mint a célszemély érzéseinek pontos reprodukálásából. A reaktív kimenetel ennél több. Nem csak reprodukcióról van szó, ezen a szinten a megfigyelőben már más érzések is megjelennek, érzésekkel reagál a megfigyelt érzésekre.

A modell utolsó konstruktuma az *interperszonális kimenetek*. Konkrétan a célszemélyre irányuló viselkedést értjük ez alatt. Csak a célszemély megfigyelése után jelentkezik. A *segítő viselkedést* mind érzelmi, mind kognitív szempontok befolyásolják. Gyakori jelenség, hogy az empátikus viselkedés agresszióban nyilvánul meg. (Davis 1999)

3.2.3. Az empátia jelentősége a gyógypedagógus munkájában:

Nehéz eldönteni, hogy az empátia mint készség, a gyógypedagógus számára védelmi faktor, vagy éppen ellenkezőleg –veszélyforrást jelent kiegészítő tekintetében.

A gyógypedagógia az a terület, ahol az empátiának rendkívüli jelentősége van (Morgan, 1979; idézi Buda 2006). A szakirodalom világosan ír arról, hogy e képesség megléte és fejlesztése

nélkülözhetetlen a pedagógus számára, a kutatások pedig bizonyítják, hogy túlzott érzelmi bevonódás kiegészéshez vezet. (Brotheridge & Grandey 2002; Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini, Holz, 2001; idézi Kovács M. –Kovács E. – Hegedűs K 2008). Merjen-e a pedagógus empátikus lenni, illetve hogyan legyen úgy empátikus a gyógypedagógus, hogy ne égjen ki?

A gyógypedagógus minden nap találkozik olyan problémával, amely érzelmileg megterhelő. Már eleve az is megterhelő lehet, hogy sajátos nevelési igényű gyerekekkel dolgozik, akik sokszor nagyon nehéz családi körülmények között élnek, egy részük pedig család nélkül. A legtöbb szülő pedig nehezen dolgozza fel, hogy fogyatékos gyermeke született, az ebből adódó szülői fájdalmakkal, csalódottsággal, és reményvesztettséggel is nagyon gyakran szembesül. Az empátia szükségessége, vagy nem korlátozottsága látszólag egy ellentmondás, melyet nem lehet leegyszerűsítve feloldani, gondoljunk csak arra, hogy az empátia önmagában is bonyolult, több összetevős jelenség.

Úgy gondolom, hogy a fentebb említett organizációs (Davis 1999. Az empátia története és meghatározása; idézi Kulcsár (szerk.) 1999. *Morális fejlődés, empátia, altruizmus*. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest. 393-409. oldal) segít átlátni a problémát. Az jelenségnek ugyanis vannak érzelmi és kognitív összetevői, a kettő nem szükségszerűen feltételezi egymást. A kognitív empátiás viselkedés magas szintű empátiás készséget feltételezhet.

Úgy gondolom, hogy amennyiben, a személy kizárólag kognitív empátiás készséggel rendelkezik, amely lehetővé teszi a célszemély érzelmeinek intellektuális felfogását, anélkül, hogy a megfigyelő érzelmileg bevonódna a folyamatba, sokkal kevésbé veszi igénybe a pszichológiai immunrendszerét, mintha érzelmileg (is) bevonódna, tehát kisebb az esélye annak, hogy érzelmileg elhasználódik, vagyis kiég.

Ettől magasabb szinten áll az a személy, aki a kognitív megértés mellett érzelmileg is bevonódik az empátiás folyamatba. Mivel a kiegészés lényege az érzelmi kimerülés, feltételezhetjük, hogy amikor használjuk az érzelmeinket, kockáztatjuk a lelki egészségünket. A modell feltűnteti, hogy van tisztán érzelmi úton létrejövő empátiás megismerés is. (Davis 1999)

Úgy gondolom, hogy ennek ellenére is az empátikusabb gyógypedagógusoknak alacsonyabb a kiegészés-mutatójuk, mert attól, hogy a kiegészés következményeként sérül az empátia érzelmi része, a kognitív épen maradhat, és biztosíthatja az empátiás megértést. Davis (1999) ugyanis bonyolult jelenségnek írja le az empátiát, amelyben kognitív és affektív tényezők is szerepet

játszanak, viszont a kognitív empátiát magasabb szintű jelenségnek írja le a tisztán affektív empátiához képest, tehát az empátiás készség továbbra is jól működhet.

A kérdés, hogy lehet-e hatni a gyermekekre, fiatalokra úgy, hogy érzelmileg távolságot tartunk? A pedagógus feladata, hogy befolyásolja a gyermek viselkedését, megértse személyiségének problémáit, megfelelően viszonyuljon hozzá.

A gyerekek jelentős része nem szeret iskolába járni, és ennek az az oka a nem megfelelő tanár-diák kapcsolatban rejlik. Klein 2000, Veczkó 1986; (idézi Balogh 2006) szerint a jó pedagógus három tulajdonsága a hitelesség, a kongruencia és a feltétel nélküli elfogadás. Mindegyik érzelmi aspektusokat emel ki, mégpedig azért, mert ezen tulajdonságokon keresztül kerülünk közel tanítványainkhoz, könnyebben megérthetjük, mi húzódik bizonyos megnyilvánulások háttérében. Számos pozitív kimenetele lehet annak, ha a pedagógus alkalmazza ezt a három tulajdonságot. Kiegészítő szempontjából azért kiemelendő, mert ha a diákok észlelik, hogy a pedagógusuk érzelmi lény, akit őszintén érdekel, hogy mi történik az egyes diákkal, sokkal jobban megbízik a pedagógusában, ezáltal erősebb és jobb kapcsolat alakul ki tanár-diák között, amely megkönnyíti például a fegyelmezésből adódó problémákat. Egy ilyen tulajdonsággal rendelkező pedagógus motiváló tényező lehet a diákok számára. Tudjuk ugyanis, hogy a hazánkban a pedagógusok nagy része szenved attól, hogy a diákokat nehéz fegyelmezni, nem motiváltak. Ilyen helyzetben pedig könnyen a kiegészítő áldozatává válhat a pedagógus. (Petróczi 2007)

Ha tudjuk kezelni azt a környezetet, ahol az életünk jelentős része zajlik, kisebb a valószínűsége annak, hogy kiégünk.

3.3. Mentálhigiéné

A kiégés kapcsán elengedhetetlennek tartom, hogy szó legyen a mentálhigiénéről is. Hazánk helyzete mentálhigiéné szempontjából meglehetősen rossz. Nincsenek erre a célra szolgáló jól kialakított intézmények, struktúrák. (Buda 2003)

A mentálhigiéné többet jelent pszichés megbetegedések és magatartászavarok prevenciójánál. Magában foglalja azokat a folyamatokat, tevékenységeket, amely pozitívan befolyásolja az emberi személyiséget, kapcsolatokat. Fogalmát használhatjuk közösség ország, társadalmi réteg stb. állapotának kifejezésére. E területhez tartozik a pszichés betegségek kezelésének hatékonysága, a rehabilitációja, de a fogyatékos személyek ellátása is. (Buda - Veér 1989, 1995; idézi Buda 2003)

A szakemberek véleménye megoszlik abban a tekintetben, hogy milyen mentálhigiénés szerepet tulajdonítanak a munkahelynek. Két szemlélet terjedt el, az egyik az organikus modell, a másik a pszichogén szemlélet ((Buda 2003). Az organikus modell lényege, hogy akkor jöhet létre pszichés zavar, ha az idegrendszer túlzottan igénybe van véve, vagy genetikai haljam áll fenn. Ez a szemlélethez a munkahelyet potenciális ártalomforrásnak tekinti. Legjelentősebb hatásként emeli ki a zajt és a monotóniát. A pszichogén szemlélet elsősorban a személyiségből indul ki. Nem a külső behatásokat hangsúlyozza, hanem a személyiség oldaláról közelíti meg a problémát. Jelenleg az utóbbi szemléletet tartják elfogadottnak. Kutatások támasztják alá, hogy éppen a zajmentes, monotonnak nem mondható munkakörülmények közt dolgozók szenvednek leginkább munkahelyi ártalomtól.

Elfogadott álláspont, hogy a munkahely önmagában nem tesz senkit neurotikussá, nem betegít meg. Mindez akkor alakul ki, ha ez összekapcsolódik bizonyos személyiségjegyekkel. A munkahely csak felerősítheti vagy egyensúlyban tarthatja a személyiség harmóniáját. (Buda, 2003). A munkahelyek gyakran lényegtelennek tartják a mentálhigiénés tréningek alkalmazását, mégis igazolható, hogy a befektetett pénz és energia megtérül.

Továbbá a dolgozók lelki egészségének szempontjából fontos szerepe van a munkahely légkörének is. Mind a személy, mind a munkahely szempontjából fontos, hogy a dolgozó jól érezze magát. Csak a megfelelő feltételek között alakul ki a munkahellyel való azonosulás, ami azért fontos, mert a személy csak optimális feltételek között tudja kibontakoztatni képességeit, ezáltal jobb munkaerőnek bizonyul. (Buda, 2003)

3.4. Stresszorok

Elkerülhetetlennek tartom, hogy a dolgozatban említést tegyek a stresszorokról, mivel szorosan kapcsolódik a kiégés jelenségéhez, azzal összefügg, és a háttérben mindig jelen van valamilyen stressz tényező.

A stressz általában véve olyan eseményekre utal, amelyek megítélésünk szerint veszélyeztetik fizikai és pszichikai jóllétünket. (Atkinson & Hilgard 2005, 524. oldal)

Akkor jön létre stressz, ha úgy gondoljuk, hogy az adott probléma megoldása meghaladja energiaforrásainkat. Ha tehát két dolgozó ugyanazt a feladatot kapja, az egyik dolgozó úgy véli, hogy számára a feladat megoldható, a másik dolgozó megítélése szerint nem, akkor az utóbbira stresszorként hat a feladat, míg az előbbire nem. A stressz tehát stresszorok hatására

létrejövő fizikális és – lelki változások együtthatását értjük (Juhász 2002). Olyan külső ingerek tartoznak ide, amelyek kellemetlen hatást gyakorolnak a személyre. Ez mindenképp egyéni lehet.

A stressz sokféle érzelmi hatást kiválthat a személyből. Ilyenek lehetnek a pszichés válaszok, kialakulhat szorongás, érezhet a személy haragot vagy agressziót, fásultsághoz és depresszióhoz is vezethet, és károsodhatnak a személy kognitív funkciói. Mivel kellemetlen élményt jelent a stressz megélése, a személy igyekszik elkerülni, vagy megküzdeni vele. Alapvetően kétféle megküzdési stratégia ismeretes. Egyik a problémaközpontú, amikor a helyzet vagy probléma megoldását helyezzük középpontba, ezt tekintjük kiindulási alapnak. A másik stratégia az érzelmközpontú megküzdés. Ekkor a stressz okozta érzelmi reakciók csökkentésére törekszik a személy. (Lazarus és Folkman, 1984; idézi Atkison és Hilgard, 2005)

A szakirodalom szerint vannak stresszorok, amelyek munkahely – specifikusak (Cooper és Davidson, 1987; illetve Cooper és Marshall alapján; idézi Juhász 2002). Ezek a következők: Vannak feladattal kapcsolatos stresszorok. Ezen belül jelentkezhet minőségi vagy mennyiségi túl/alulterhelés. Nem jó, ha a személy túl sok feladatot kap, sem az, ha túl keveset. Minőségi túlterhelésnek számít a túl bonyolult feladat végzése, és alulterhelésnek számít a monoton, rutinszerű munkavégzés. Vizsgálatok igazolják, hogy komoly kockázatot jelent testi-lelki megbetegedések szempontjából. Szükséges lenne, hogy a munkafeltételek optimálisak legyenek, biztosítsák a nyugodt munkavégzést. Egy zajos, vagy veszélyes munka nem teremti meg ezeket a feltételeket. Szó volt arról hogy a monotonitás káros következményeket von maga után, ám az sem szerencsés, ha túl sok a változatosság, ugyanis gyengítheti a személy kompetenciaérzését. Problémát jelenthet az állandó tanulás, és korral való haladás. Vannak stresszorok, amelyek a munkakörnyezeten keresztül hatnak a dolgozóra. Teljesen egyéni, hogy ki mennyire jól tolerálja a munkakörülményekből adódó stresszorokat, viszont azután is káros lehet, miután a személy „már hozzászokott” a körülményekhez. Létrejöhetnek munkahelyi szereppel kapcsolatos stresszorok. Ilyen a szerep kétértelműség. Ekkor nem világosak az elvárások, és könnyen vezethet önértékelési problémákhoz. A szerep konfliktust megélő személynek olyan feladatokat (is) kell végeznie, amelyet nem érez sajátjának. Felmerülhet az autonómia problémája, és a túl sok- vagy túl kevés felelősséggel járó munka. Nem ideális sem a túl gyors sem a túl lassú előrelépés (karrierfejlődés). Ezek mind egyéni szinten fellépő problémák. Csoportos szinten is számos probléma jelentkezhet, ilyen az összetartás hiánya, a rossz munkahelyi kapcsolatok, konfliktusok a dolgozók között, és a felettesek-beosztottak közötti kapcsolat. Szervezeti szinten is jelentkezhetnek olyan

problémák, amelyek stresszorként hatnak. Ilyen a szervezeti légkör problémája. Fontos volna, hogy a dolgozók is részt vehessenek a munkájukat érintő döntésekben. Lényeges szempont a vezető irányítási stílusa, az ellenőrzés módszere, milyensége, és a technikai feltételek, amelyek komoly alkalmazkodást igényelnek a dolgozóktól.

Nem utolsó sorban szervezeti stresszorként jelenik meg a fizetés és az állás bizonyosságának problémája. Szervezeten kívüli stresszorként hatnak az anyagi – és társadalmi problémákból, családi kapcsolatok problémáiból származó nehézségek, munkahelyi és magánéleti szerepek összeegyeztethetatlensége, ellentmondás a személyes meggyőződések és a munkahely elvei között, az anómia veszélye, stb. specifikusak (Cooper és Davidson, 1987; illetve Cooper és Marshall alapján; idézi Juhász 2002).

Mc Manus és társai (2002; idézi Tandari-Kovács 2010) orvosok körében végeztek vizsgálatot a kiégés és stressz összefüggés feltárásának céljából. Azt az eredményt kapták, hogy az érzelmi kimerülés és a stressz között kölcsönös kapcsolat van. Vagyis a magas érzelmi kimerülés állapota könnyen vezet stresszhez, és fordítva is igaz, a nagymértékű stressz érzelmi kimerülést okozhat. A stressz egészségkárosító hatása pedig ismert.

A fentiekben áttekintett szakirodalom, továbbá az empirikus vizsgálatok is azt jelzik, hogy bár a kiégés fogalmi határai tisztázatlanok, különféle tudományokat képviselő szakemberek alkottak definíciót a jelenség leírására, a mai napig nincs kizárólagos definíció.

Mégis meg tudjuk ragadni azokat a jellemzőket, amelyek megfelelően körülírják a fogalmat. Senki sem vitathatja, hogy a kiégés olyan jelenség, amely tartós érzelmi megterhelés hatására alakul ki. Tartós, önmagától el nem múló állapot, amely kellő tudatossággal megelőzhető, és meg is kell előzni, hiszen nemcsak a kiégett személy szenved a jelenségtől, hanem a munkahely, a kliensek, és a magánélet szereplői is. (Tandari-Kovács 2010)

A kutatás célja az, hogy a kiégést az empátiával összefüggésben értelmezze. Az empátia olyan pszichológiai több komponensű jelenség, amelynek fogalma a mai napig vitatott. Kognitív és affektív oldalról is megvilágíthatjuk. Lényege a másik személy minél pontosabb megértése. (Davis 1999; idézi Kulcsár 1999)

Az elméleti részben leírtakra alapozva a gyógypedagógusok kiégésének kutatását tűztem ki célul az empátia tükrében. Vizsgálták külön-külön a jelenségeket, de a jelenségek összefüggésének kutatására is van példa: (Brotheridge és Grandey, 2002; Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini, Holz, 2001; idézi Fülöp – Devecsery – Csabai 2012).

A kiégés kutatását kezdetben és a mai napig is kiemelten végzik orvosokkal, egészségügyi dolgozókkal, de ma már egyre tágabb körben vizsgálják a jelenséget.. A kiégés mérésére leginkább elterjedt módszer az MBI (Maslach Burnout Inventor) (Szebeni 2010) kérdőív, a kutatásomhoz én is ezt a módszert használtam. A kérdőív három dimenzió mentén mér: az érzelmi kimerülés, a deperszonalizáció és a személyes hatékonyság csökkenése mentén. A kutatások alátámasztják, hogy a kiégés valós jelenség, és jól mérhető. A kutatások alátámasztják, hogy a kiégés valós jelenség, és jól mérhető, az oktatás területén, a pedagógusok körében jelentkező kiégés jelensége az utóbbi időben foglalkoztatják a kutatókat. Szebeni (2010) pedagógusokkal végzett kutatása azt bizonyítja, hogy míg az érzelmi kimerülés dimenzió és a deperszonalizáció biztató eredményeket mutat, a személyes hatékonyság csökkenése jellemző probléma, és sokakat érint.

A hallgatói kiégés mérését is célul tűztem ki, elsősorban azért, mert ma már bizonyított, hogy a fiatal korosztályt is érinti a probléma. Külföldi viszonylatban több kutatást is végeztek a hallgatók pszichés állapotával kapcsolatosan, melyek tapasztalata az, hogy már hallgatók körében is megjelenik a kiégés.

(Stewart és mtsai, 1999; Chew-Graham és mtsai, 2003; Firth-Cozens és Field, 1991; Firth-Cozens, 2001; Radcliffe és Lester, 2003; Enns és mtsai, 2001; Tjia és mtsai, 2005; Facundes és Ludermir, 2005; Wallin és Runesonm, 2003; Dahlin és mtsai, 2005; idézi Hazag – Major – Ádám).

4. A KUTATÁS

4.1. A kutatás célja:

A vizsgálat célja elsősorban annak feltárása, hogy milyen mértékben jellemző a vizsgált gyógypedagógus populációra a kiégés. Választ keresek arra, hogy összefüggésben van-e a jelenség az életkorral, és a pályán eltöltött évek számával. Feltételezem, hogy az életkor növekedésével a kiégés megjelenésének esélye is nő.

Állításomat arra alapozom, hogy a legtöbb gyógypedagógus jobb esetben nagy lelkesedéssel, álmokkal és vágyakkal kezd el (Payne, 2000; Iacovides és Fountoulaki, 2003; Pálfi, 2003; idézi Pálfi 2007). Ez a kezdeti lelkesedés valamennyire csökkenni fog, akár nagyobb csalódás is érheti a személyt, de a realitás talaján nagy eséllyel találja meg a saját megküzdési stratégiáját, fiatalként rugalmasabb, valószínűleg hamarabb észre is veszi a figyelmeztető jeleket. Az idősebb dolgozók veszélyeztetettségének több oka lehet. Csökkenhet a megújulás képessége, vágya, a gondolkodás valamennyire megmerevedhet. Úgy érezheti, hogy elveszti személyes hatékonyságát, már nem tud annyira lelkesedni a munkájáért, esetleg nem tudja sikeresnek ítélni az eddig elért célokat. Meglehetősen monoton lehet, ha az illető több éve, esetleg több évtizede ugyanazt a munkát végzi, átalakulhat rituálé- jellegűvé, megszokássá, az egész munkafolyamatnak kényszer íze lesz. Növekszik a generációs szakadék a tanítványok és önmaga között.

Arra is kíváncsi vagyok, hogy a pályán eltöltött idő növeli-e a kiégés mértékét. Itt elsősorban nem az életkoron van a hangsúly. Előfordulhat, hogy valaki középkorúként szerez gyógypedagógus diplomát, miközben előtte másféle munkát végzett, viszont lehet, hogy valakinek a gyógypedagógia az első képesítése, és azonnal ebben a szakmában kezdett el dolgozni.

Tehát itt az érdekel, hogy mennyi pályán eltöltött idő után jelenthet veszélyt a kiégés.

A kutatás következő fontos vizsgálni kívánt jelensége az empátia. Fontos kérdés, hogy rendelkeznek-e a gyógypedagógusok megfelelő empátiás készséggel, és ez összefüggésben áll-e a kiégéssel. Feltételezem, hogy minél empatikusabb egy személy, annál kisebb az esélye annak, hogy a kiégés áldozatává válik. Íratlan elvárás, hogy a pedagógus legyen az empátia megtestesítője. Tandari-Kovács (2010- 38. oldal) *„szerint akik kiégnek, azok érzelmileg kimerülnek, nem képesek tovább empátiás módon működni, vagyis a munkájuk lényegi követelményének nem képesek megfelelni.”* Úgy gondolom, hogy attól, hogy valaki érzelmileg

kimerül, még nem feltétlen kell elveszteni az empátiás készségét. Az empátiának két része is van, az affektív és kognitív empátia. (Davis 1999; idézi Kulcsár 1999). Éppen a kettős tulajdonságnak köszönhetően attól, hogy az empátia affektív része érzelmi megterhelések hatása miatt, tehát nem funkcionál, a kognitív terület nem érintett, vagyis tovább funkcionál.

Mivel a kiégésnek egészségkárosító hatásai is lehetnek, a kérdőíves vizsgálatban rákérdeztem négy szomatikus panasz megjelenésének gyakoriságára Gyakorló gyógypedagógusoknál rákérdeztem szomatikus panaszokra is, mégpedig a fejfájásra, a gyomorfájdalomra, az alvási zavarokra, és az étvágytalanságra. (Szebeni 2010 alapján). Ez azért fontos, mert a kiégés egyik legveszélyesebb következménye az egészségkárosodás. (Petróczi 2007)

A kiégés egy létező jelenség, amely veszélyt jelent azon dolgozók körére, akik nap mint nap emberekkel foglalkoznak. Mivel egy olyan jelenségről van szó, amely megelőzhető, és időben kezelhető, szeretném felhívni a figyelmet a kiégés prevenciójának fontosságára.

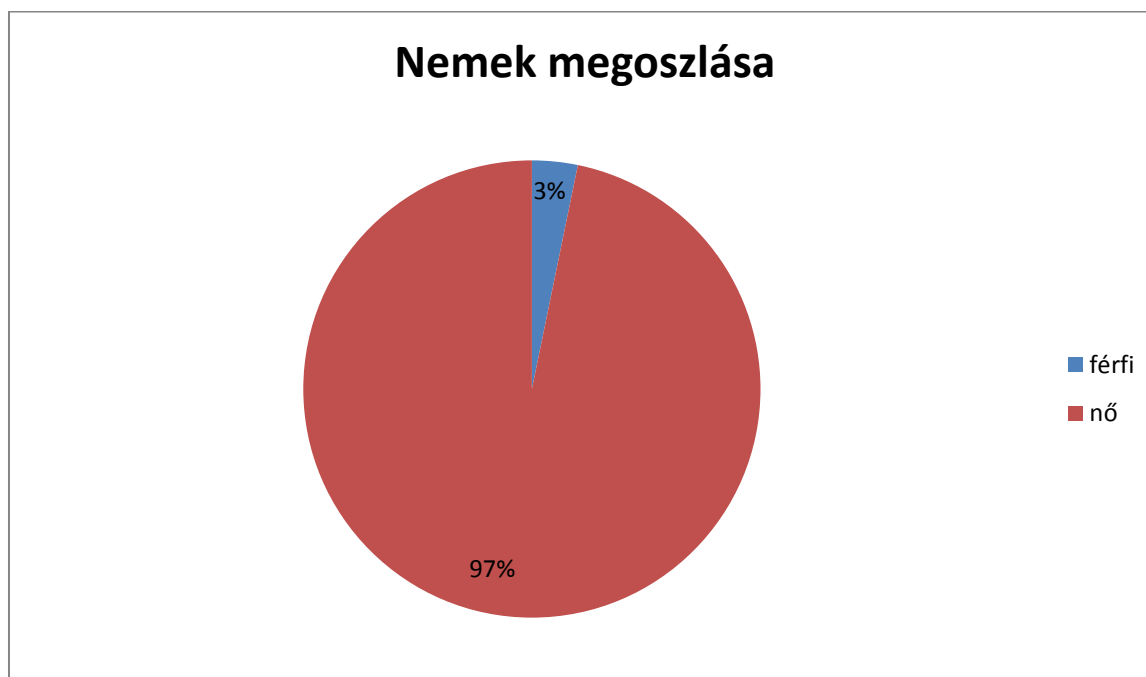
4.2. Hipotézisek

1. A kiégés lehetősége az életkor növekedésével párhuzamosan nő.
2. Minél hosszabb ideje van a gyógypedagógus a pályán, annál magasabb a kiégés mutatója.
3. A kiégés negatívan korrelál az empátiával.
4. Az MBI dimenziói és a szomatikus panaszok között pozitív korreláció van.
5. A gyógypedagógus hallgatókat is veszélyezteti a kiégés.

4.3. A minta

A gyakorló gyógypedagógusok mintáját Hajdú-Bihar megyében értem el 2014. szeptemberében. Négy intézmény gyógypedagógusait kértem fel a kérdőív kitöltésére. Az intézményekhez személyesen juttattam el a kérdőíveket, mindenütt készségesek, együttműködőek voltak. Mindegyik intézményben felkértem egy vezető munkatársat, hogy segítsen a kérdőívek kitöltésében és visszajuttatásában. 103 kérdőívet küldtem el, ebből 70-et kaptam vissza, és 62 használható fel kutatási célokra. A vizsgálatban tehát 62 gyógypedagógus vett részt.

A minta összetétele heterogén. Nem kizárólag egy adott szakirány gyógypedagógusait vizsgáltam, hanem többet is. Arra voltam kíváncsi, hogy általában a gyógypedagógusnak milyenek a kiégés – és empátiamutatói, és milyen hatása van mentálhigiénés szempontból a sajátos nevelési igényű gyerekekkel, tanulókkal való mindennapos kapcsolat, hogy érzik magukat a munkahelyükön, hogyan viszonyulnak kollégáikhoz. A kutatásban részt vevő személyek 3%-a férfi, 97%-a nő, tehát a 62 gyógypedagógusból csupán 2 személy férfi. A nemek megoszlását a 2. ábra szemlélteti. A kutatási mintám nem elég nagy ahhoz, hogy következtetni lehessen a pálya elnőiesedésére, de a nagyobb kutatások ezt bizonyítják. Balázs-Bass (2005) szerint a nők aránya a 90%-ot is elérheti.



2. ábra: nemek megoszlása gyakorló gyógypedagógusok körében

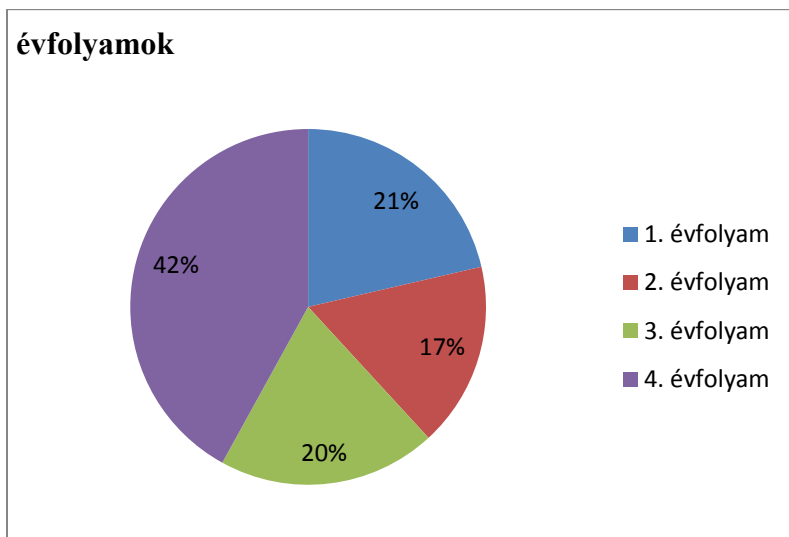
Az átlagéletkor 47,2. A legfiatalabb válaszadó 24, a legidősebb 60 éves volt. Átlagosan 23,2 évet töltöttek eddig a pályán, a legrövidebb pályán eltöltött idő fél év, a leghosszabb pályán eltöltött idő 41 év. Átlagosan 17,28 éve vannak az adott munkahelyen a dolgozók. A legkevesebb fél év, legtöbb 40 év.

A hallgatói mintámban a Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar és az Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar gyógypedagógus hallgatói szerepelnek. A mintám jelentősen nagyobb lett, mint a dolgozó gyógypedagógusok esetében. Ennek oka, hogy hallgatóként sokkal könnyebben eljutok a hallgatótársaimhoz, és

interneten könnyebb és gyorsabb is kitölteni egy kérdőívet. A 131 kitöltött kérdőív érkezett. A nemek megoszlása a következőképpen alakult: 5 férfi-és 126 nő hallgató vett részt a vizsgálatban, melyet a 3. ábra szemléltet. 22 elsőéves, 28 másodéves, 26 harmadéves és 55 negyedéves vett részt a kutatásban, ennek arányát a 4. ábra szemlélteti. Átlagéletkor 22,37, a legfiatalabb kitöltő 19, legidősebb 48 éves. A mintában szerepeltek nappali (N=111) és levelező (N=20) tagozatos hallgatók is.



3. ábra: nemek megoszlása gyógypedagógus hallgatók körében



4. ábra: évfolyam szerinti megoszlás

4.4. A kutatás módszere

Vizsgálatomat kérdőíves módszerrel végeztem. A gyógypedagógusokat egy 15-20 perces kérdőív kitöltésére kértem fel. Első lépésben háttéradatokat kértem az életkorra, nemre, képesítés megszerzésének időpontjára, pályán eltöltött évek számára, és az adott intézményben eltöltött évek számára vonatkozóan.

Két kérdőívet is alkalmaztam. A kiégés mérésére MBI (Szebeni 2010), az empátia mérésére az IRI (Davis 1983; idézi Szebeni 2010) kérdőívet.

4.4.1 A kiégés mérése, MBI

AZ MBI (Szebeni 2010) három dimenzió mentén mér. Ezek a következők: az emocionális kimerülés, pl. 2. állítás: „Fáradtnak érzem magam, amikor reggel felkelek és egy újabb munkanappal kell szembenéznem.” A személyes hatékonyság csökkenése, 21. állítás, pl.: „Munkám során nagyon nyugodtan kezelem az érzelmi problémákat.” Végül a deperszonalizáció pl. 15. állítás, pl.: „Nem érdekel túlságosan, hogy mi történik néhány munkatársammal/ kliensemmel.”. A kérdőív összesen 22 állítást tartalmaz. A személyeknek 0-6-ig terjedő Likert-skálán kell megjelölni a választ. Az állítások kategorizációját az 1. táblázatban mutatom be.

1. táblázat: Az MBI kérdőív állításának dimenziókba sorolása:

érzelmi kimerülés	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
egyéni teljesítmény csökkenése	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21
elszemélytelenedés	5, 10, 11, 15, 22

Az egyes dimenziókban összpontszám számítható. A kapott érték alapján meghatározható, hogy a személy az adott dimenzióban alacsony, közepes vagy magas kiégés mutatóval jellemezhető. Az MBI dimenzióinak kategóriákba sorolását a 2. táblázat mutatja be. Az érzelmi kimerülés dimenzióban elérhető legalacsonyabb pontszám 0, maximális pontszám 54. A személyes hatékonyság csökkenése dimenzióban elérhető legalacsonyabb pontszám 0, maximálisan elérhető pontszám 48. A deperszonalizáció dimenzióban elérhető legalacsonyabb pontszám 0, maximálisan elérhető pontszám 30.

2. táblázat: Az MBI kérdőív dimenzióinak kategorizálása

	alacsony	közepes	magas
érzelmi kimerülés	<18	18-36	>36
egyéni teljesítmény csökkenése	<16	16-32	>32
elszemélytelenedés	<10	10-20	>20

Az MBI kérdőív Cronbach-alpha értéke a vizsgált minta eredményei alapján 0,875, vagyis megbízhatósága megfelelő.

4.4.2 Az empátia mérése, IRI

Az IRI kérdőív Davis nevéhez köthető (Davis, 1983, idézi Szebeni, 2010) az empátiát négy dimenzió mentén méri, amelyek az alábbiak:

- perspektíva felvétel
- fantázia
- empátiás törődés
- személyes distressz

A kérdőív 28 tételes, az egyes dimenziókhoz 7-7 állítás tartozik. A személyeknek 0-4-ig terjedő Likert-skálán kell megjelölni a választ. Az IRI állításának dimenzióba sorolását a 3. táblázat mutatja be.

3. táblázat: Az IRI kérdőív állításainak dimenziókba sorolása

perspektíva felvétel	3, 8, 11, 15, 21, 25, 28
fantázia	1, 5, 7, 12, 16, 23, 26
empátiás törődés	2, 4, 9, 14, 18, 20, 22
személyes distressz	6, 10, 13, 17, 19, 24, 27

A dimenzióként számított összpontszám alapján megállapítható, hogy a személy az adott dimenzióban elért eredmény alapján alacsony, közepes, vagy magas kategóriába sorolható. Az IRI dimenzióinak kategorizációját a 4. táblázat mutatja be.

4. táblázat: Az IRI dimenziói- értékeinek kategóriái

	alacsony	közepes	magas
dimenziók	0-9	10-18	19-28

Az IRI megbízhatósága a gyakorló gyógypedagógusok körében a Cronbach-alpha alapján 0,730, ami megfelelőnek bizonyul, a hallgatók körében pedig a Cronbach- alpha értéke 0,829, ami szintén megfelelő.

4.4.3. A hallgatók kiégésének mérése, MBI-SS

Hallgatóknál nem a hagyományos MBI módszert alkalmaztam, hanem annak a hallgatókra adaptált változatát, az MBI-SS-t (Maslach Burnout Inventory- Student Version, Maslach 1981; idézi Szebeni 2010). Ezen kívül az empátia kérdőívet is alkalmaztam. Háttér információt kértem nemre, életkorra, tagozatra, egyéb végzettségre vonatkozóan.

Az MBI-SS három dimenzió mentén mér:

- érzelmi kimerülés
- személyes hatékonyság csökkenése
- cinizmus

A kérdőív 15 állítást tartalmaz, amelyben 0-6-ig terjedő Likert-skálán kell megjelölni a választ. Az állítások dimenzióba sorolása az 5. táblázatban látható.

5. táblázat Az MBI-SS állításainak dimenziókba sorolása

érzelmi kimerülés	1, 2, 10, 11, 12
személyes hatékonyság csökkenése	4, 5, 6, 7, 9, 15
cinizmus	3, 8, 13, 14

Az egyes dimenziók összpontszáma alapján eldönthető, hogy az adott dimenzió belül alacsony, közepes, vagy magas a személy kiégés-mutatója.

A kategóriák felosztását Hazag-Major-Ádám (2010) alapján készítettem el. A kategóriákat létrehozásának alapja a dimenziók átlaga. Az átlaghoz hozzáadjuk a szórás számának felét, és a kapott szám lesz a magas kategória minimum értéke. Az átlagból fél szórást kivonva pedig megkapjuk az alacsony kategória maximumértékét.

Az MBI-SS dimenzióinak fent említett módon történő kategorizációja a 6. táblázatban látható.

6. táblázat: Az MBI-SS dimenzió-értékeinek kategóriái

	alacsony	közepes	magas
érzelmi kimerülés	0-7	8-12	13-30
személyes hatékonyság csökkenése	0-9	10-14	14-36
cinizmus	0-2	3-7	8-24
összesen	0-20	20-32	32-90

Az MBI-SS megbízhatósági értéke megfelelő, Cronbach-alpha értéke 0,862.

5. KUTATÁSI EREDMÉNYEK

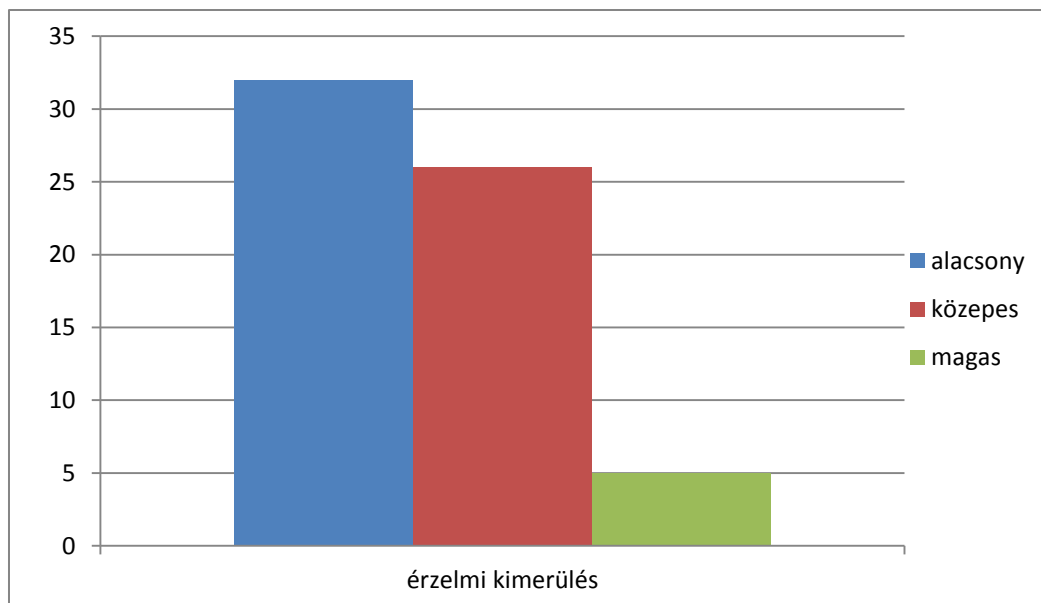
5.1. A kiégéssel kapcsolatos vizsgálati eredmények a gyakorló gyógypedagógusok körében

5.1.1. Leíró adatok a mintában

Az **MBI érzelmi kimerülés** dimenzióban 18,96 volt a 62 személy átlaga 10,33 szórás mellett. Ez az eredmény a közepesen magas kategória alsó határának tekinthető. Legalacsonyabb érték 0, legmagasabb érték 47 volt, ami már magas érzelmi kimerülést jelent. 31 személynek alacsony az érzelmi kimerülés mutatója, 26 személynek közepes, és 5 személynek magas. Az MBI érzelmi kimerülés dimenzióinak adatait a *7. táblázat* mutatja be és a *4. ábra* szemlélteti.

7. táblázat MBI érzelmi kimerülés dimenzió adatai

átlag	14,032		
szórás	10,57		
kategóriák	alacsony (<18)	N= 31	50%
	közepes (18-36)	N=26	41,9%
	magas (36<)	N=5	8,1%
	összesen	N=62	100%

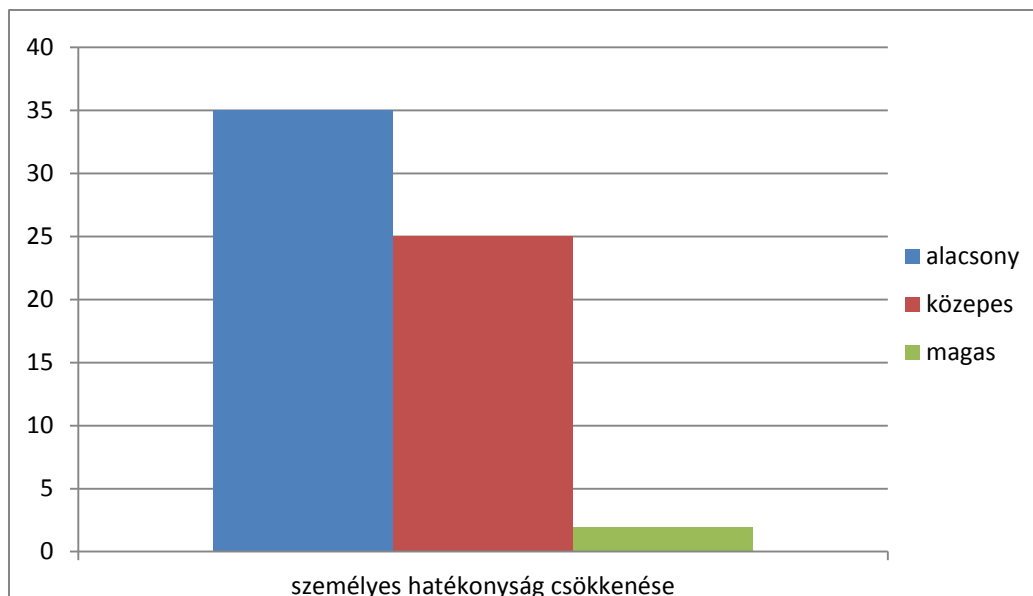


4. ábra: MBI érzelmi kimerülés dimenzió gyakorló gyógypedagógusok körében

Az **MBI személyes hatékonyság csökkenése** 62 gyógypedagógus eredménye alapján a következőképp alakult: 14,032 az átlagérték 8,6 szórás mellett. Legkisebb érték 0, legmagasabb érték 34, amely magas pontszám. 35 személynek alacsony a személyes hatékonyság csökkenés mutatója, 25 személynek közepes, és csak 2 személynek magas. Az MBI személyes hatékonyság csökkenése dimenzió adatait a 8. táblázat mutatja be, és az 5. ábra szemlélteti.

8. táblázat: Az MBI személyes hatékonyság csökkenése dimenzió adatai

átlag		14,032	
szórás		8,6	
kategóriák	alacsony (<16)	N= 35	56,4%
	közepes (16-32)	N= 25	40,3%
	magas (32<)	N= 2	3,2%
	összesen	N= 62	100%

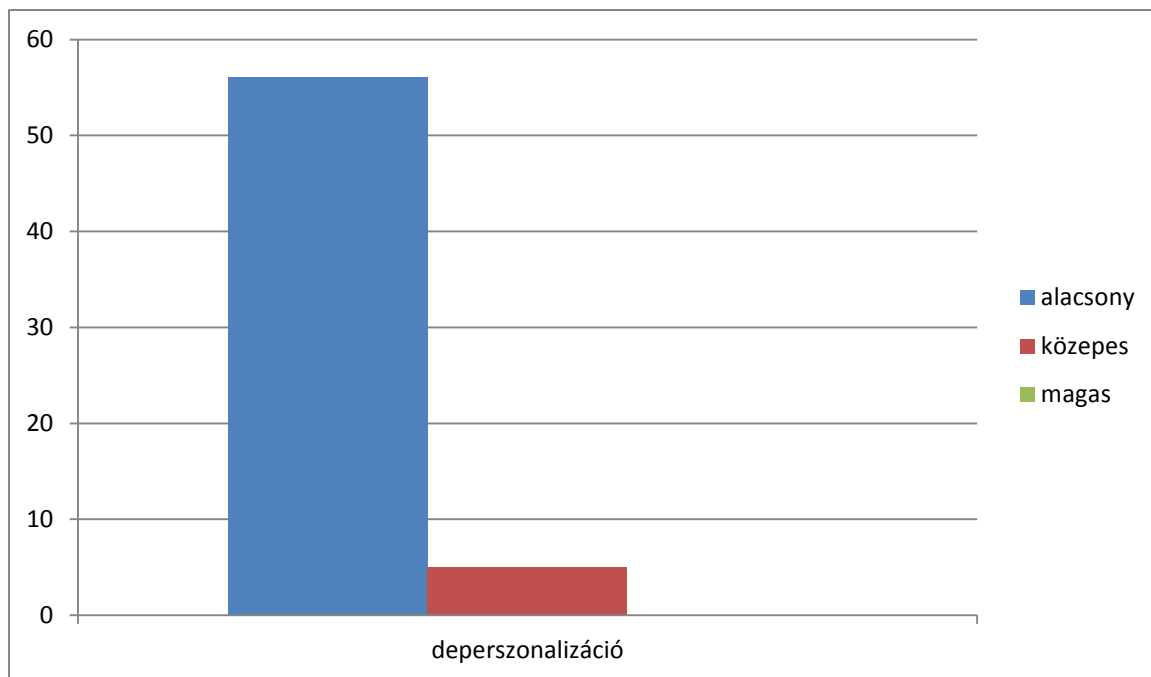


5. ábra: MBI személyes distressz dimenzió gyakorló gyógypedagógusok körében

A 62 vizsgálati személy eredményei alapján az **MBI deperszonalizáció** átlagértéke 3,06, szórás 3,83. A legalacsonyabb pontszám 0, legmagasabb 16, amely a közepes tartományba esik. Magas deperszonalizációs mutatóval rendelkező személy nincs a mintában. 56 személy az alacsony, 5 személy pedig a közepes deperszonalizációs kategóriába tartozik. Az MBI deperszonalizáció dimenziójának adatai a 9. táblázatban láthatók, és a 6. ábra szemlélteti.

9. táblázat: Az MBI deperszonalizáció dimenzió adatai

átlag		3,06	
szórás		3,83	
kategória	alacsony (<10)	N= 56	90,3%
	közepes (10-20)	N= 5	8,1%
	magas (>20)	N= 0	0%
	összesen	N= 62	100%



6. ábra: MBI deperszonalizáció gyakorló gyógypedagógusok körében

Ezek az eredmények azért meglepőek, mert alapvetően pozitívabbak az eddigi tudományos kutatások eredményeihez képest. Mind a három dimenzióban az alacsony kategóriába tartoznak a legtöbben. A legsúlyosabb problémát a személyes hatékonyság csökkenése szokta jelenteni, de e kutatás alapján nem tekinthető kiemelkedően magasnak a másik két dimenzióhoz képest. További pozitívum, hogy az elszemélytelenedés dimenziójában senki sem ért el magas pontszámot.

Érdeemes figyelembe venni a „társas kíváncsiság” elvét, ami azt jelenti, hogy a kérdőívet kitöltő személyek nem akarnak negatív képet mutatni önmagukról, ezért olykor nem azt a választ jelölik meg, amelyet igaznak érznek, hanem azt, ami pozitív képet tükröz róluk.

A kutatási kérdések vizsgálata

Az egyik hipotézisem az volt, hogy az életkor növekedése korrelál a kiégés növekedésével. A vizsgálati eredmények azt mutatják, hogy a két változó között mérsékelt pozitív szignifikáns korreláció van ($r=0,324^*$, $p=0,10$).

Pozitív szignifikáns korreláció van a pályán eltöltött évek száma és az MBI összes dimenziója között. ($r=0,331^{**}$, $p=0,009$)

Négy állítás kérdezett rá a fejfájásra, gyomorpanaszokra, étvágytalanságra és alvási zavarokra. Gyakoriságot figyelembe véve kellett bejelölni 7 fokozatú Likert-skálán a megfelelő választ.

Az eredmények alapján megállapítható, hogy az MBI érzelmi kimerülés dimenziója szignifikáns korrelációt mutat mind a négy szomatikus panasszal. A fejfájás és az MBI érzelmi kimerülés dimenziója közötti korreláció ($r=0,531^{**}$, $p<0,001$). Az alvási zavarokkal is szignifikáns pozitív korrelációt mutat: ($r=0,539^{**}$, $p<0,001$). A gyomorfájdalommal is pozitív szignifikáns korreláció áll fenn, értéke ($r=0,479^{**}$, $p<0,001$). Végül az étvágytalansággal is pozitív szignifikáns korreláció mutatható ki, értéke ($r=0,436^{**}$, $p<0,001$). Tehát minél magasabb a személy érzelmi kimerülése, annál nagyobb valószínűséggel szenved fejfájásban, gyomorbántalmakban, alvási zavarban, és étvágytalanságban.

5.2. A hallgatók kiegészítő kapcsolatos eredményei

5.2.1. Leíró statisztikák az MBI-SS kérdőív alapján

Az MBI-SS érzelmi kimerülés átlaga 131 hallgató eredménye alapján 9,26, ami a középső tartományba esik, szórás 5,03. Legalacsonyabb érték 1, legmagasabb 30. Az MBI-SS dimenzióinak évfolyam szerinti kategorizálása a 10. táblázatban tekinthető meg.

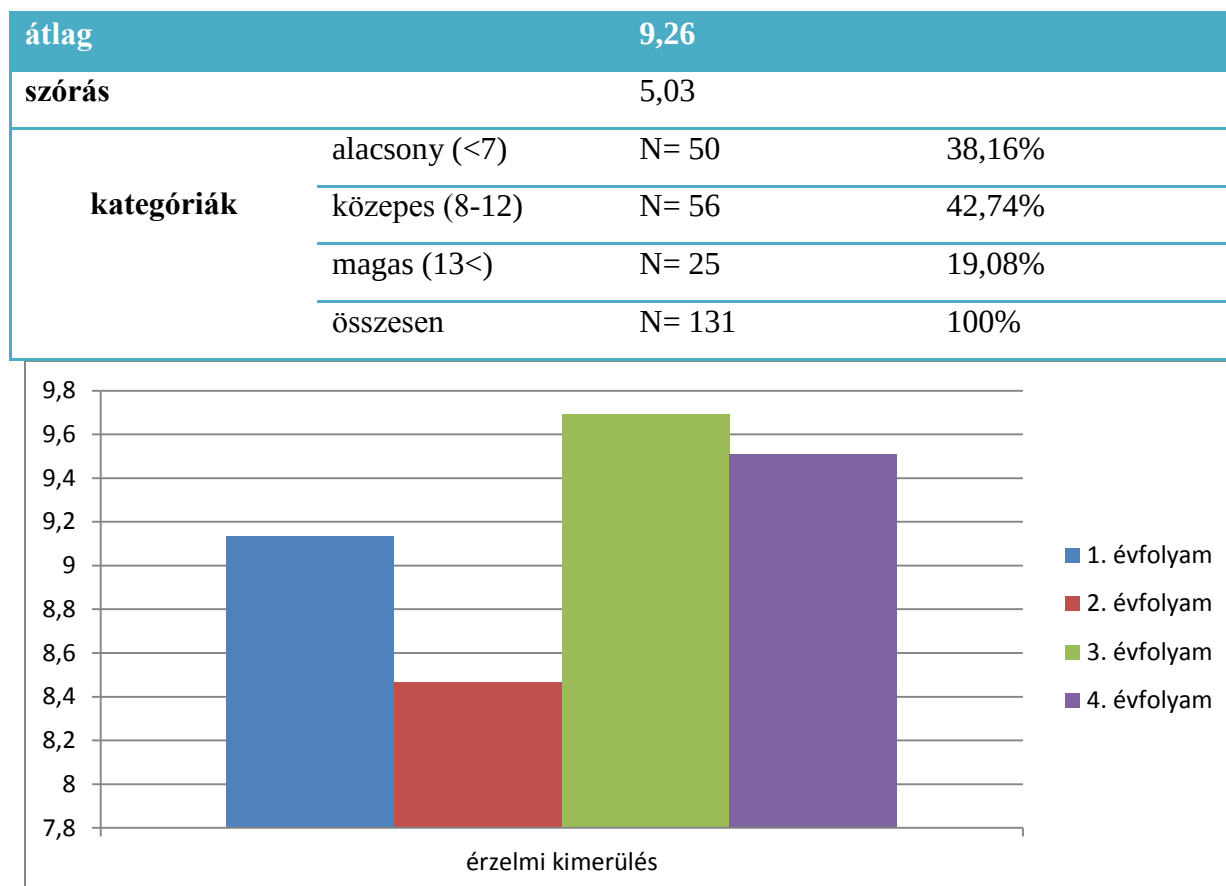
10. táblázat: MBI-SS dimenzió átlagok évfolyamonként

évfolyam	érzelmi kimerülés	cinizmus	személyes hatékonyság csökkenés	összpontszám
1.	9,136	3,182	12,545	24,864
2.	8,464	4,0	10,5	22,964
3.	9,693	4,0	11,692	25,385
4.	9,509	6,636	11,2	27,345
összes	9,260	4,969	11,374	25,603

Az **MBI-SS érzelmi kimerülés** dimenziójában 50 személy tartozik az alacsony kategóriába, 56 eredménye esik a közepes kategóriába, és 25 személy érzelmi kimerülését tekintve magas kategóriába tartozik. Az elsőévesek MBI-SS érzelmi kimerülésének átlaga 9,136, a másodéveseké 8,464, a harmadéveseké 9,693, a negyedéveseké 9,509. A legalacsonyabb érzelmi kimerülést a másodévesek mutatnak, a legmagasabb kimerülés a harmadévesekre jellemző. A dimenzióban nincs szignifikáns különbség az egyes évfolyamok között az egyszempontos varianciánálízis alapján ($F(3)=0,341$, $p=0,796$). A hallgatók érzelmi

kimerülésével kapcsolatos adatok a 11. táblázatban találhatók, és a 7. ábra grafikonon szemlélteti.

11. táblázat: MBI-SS érzelmi kimerülés adatai



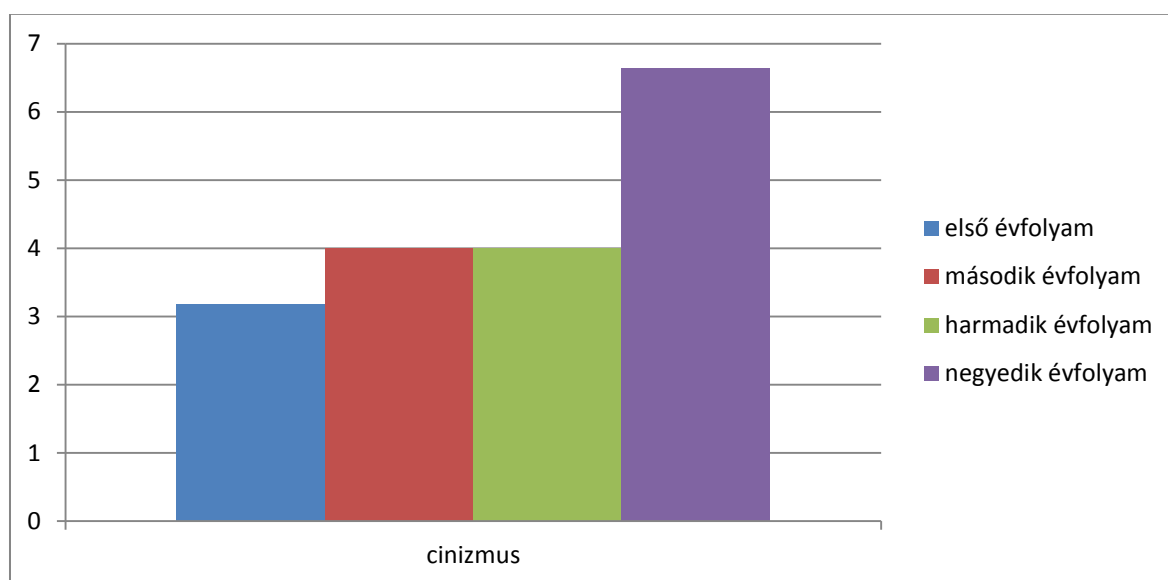
7. ábra: MBI-SS érzelmi kimerülés dimenzió gyógypedagógus hallgatók körében

Az **MBI-SS cinizmus** dimenziójának átlaga 4,96 szórás 5,13. Legalacsonyabb pontszám 0, legmagasabb 23. 55 hallgató tartozik az alacsony övezetbe, 46 a középső övezetbe, és 30 hallgató tartozik a magas övezetbe. Az elsőévesek átlaga 3,182, a másodéveseké 4,0, a harmadéveseké szintén 4,0 és a negyedéveseké 6,636. Bár mind a négy évfolyam a középső övezetbe tartozik, megfigyelhető, hogy a cinizmus mértéke az évfolyamok növekedésével együtt nő. Az egyes évfolyamok között az egyszempontos varianciaanalízis alapján szignifikáns különbség mutatkozik a cinizmus skálán ($F(3)=3,681$, $p=0,014$). Ebben a dimenzióban szignifikáns különbség van a negyedik évfolyam és a többi évfolyam között. Tehát szignifikáns különbség van az első, és a negyedik évfolyam között ($p= 0,006$). Szignifikáns különbség van a másodévesek és a negyedévesek között is ($p= 0,024$). A harmadévesek és a negyedévesek között is szignifikáns különbség van ($p= 0,027$).

A hallgatók cinizmus dimenziójának adatai a 12. táblázatban találhatók. Grafikonos szemléltetés a 8. ábrán látható.

12. táblázat: MBI-SS cinizmus dimenzió

átlag		4,96	
szórás		5,13	
kategóriák	alacsony (<2)	N= 55	41,9%
	közepes (3-7)	N= 46	35,11%
	magas (8<)	N= 30	22,9%
	összesen	N= 131	100%



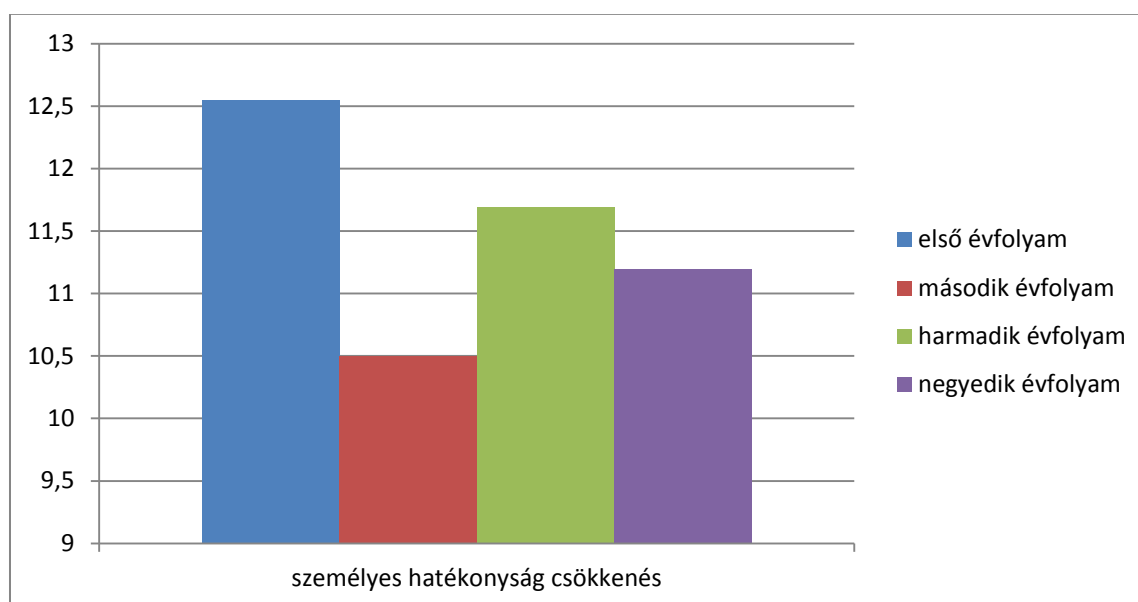
8. ábra: MBI-SS cinizmus dimenzió gyógypedagógus hallgatók körében

Az **MBI-SS személyes hatékonyság csökkenésének** átlagértéke 11,374, szórása 5,48. Legalacsonyabb elért pontszám 1, legmagasabb 27. 58 hallgató pontszáma tartozik az alacsony kategóriába, 38 a közepes kategóriába, és 35 hallgató a pontszáma alapján magas hatékonyságcsökkenést tapasztal. Az elsőévesek átlaga 12,545, a másodéveseké 10,5, a harmadéveseké 11,692, a negyedéveseké 11,2. A dimenzióban nincs szignifikáns különbség az egyes évfolyamok között az egyszempontos varianciánálízis alapján ($F(3)=0,613$, $p=0,608$). Az elsőévesek kimagasló eredményének hátterében állhat az a tényező, hogy ugyan gyakorlatorientált képzésben vesznek részt, az első félévben még csak alapozó tantárgyaik

vannak, gyakorlatuk még nincs. A 13. táblázatban az MBI-SS személyes hatékonyság dimenziójának hallgatói eredményei láthatók. A 9. ábra a hallgatók eredményeit szemlélteti.

13. táblázat: MBI-SS személyes hatékonyság csökkenése dimenzió

átlag		11,374	
szórás		5,48	
kategóriák	alacsony (<9)	N= 58	44,27%
	közepes (10-14)	N= 38	29%
	magas (14<)	N= 35	26,71%
	összesen	N= 131	100%



9. ábra: MBI-SS személyes hatékonyság csökkenése gyógypedagógus hallgatók körében

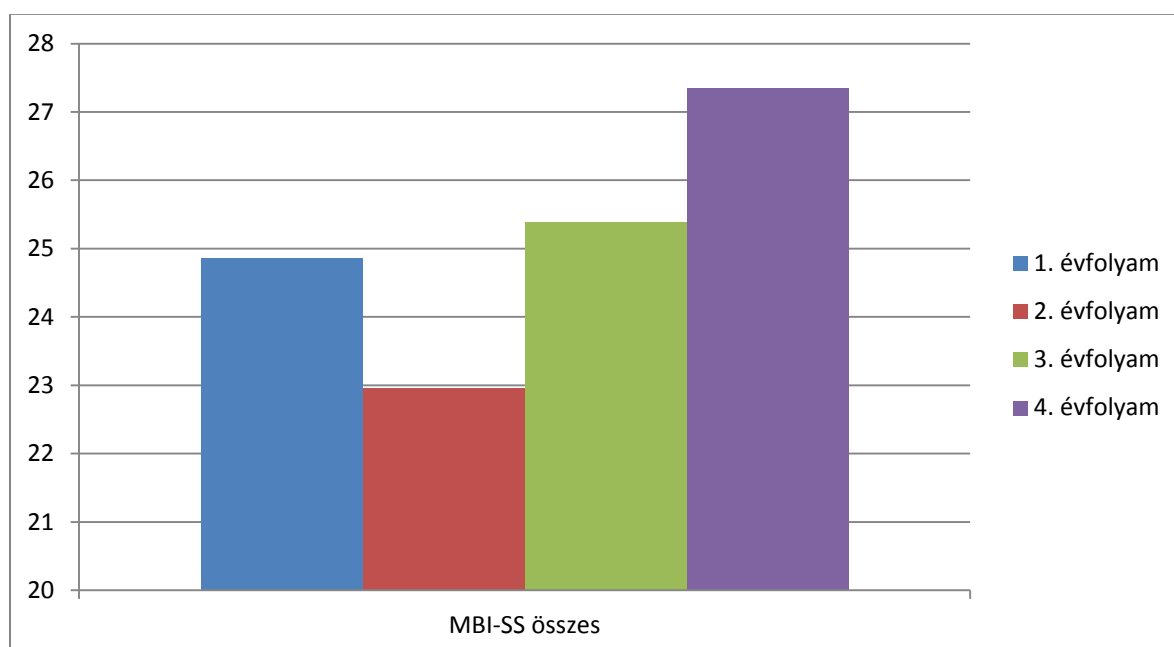
Az **MBI-SS összpontszámának** átlaga 25,6, szórása 12,27. A legalacsonyabb összpontszám 6, legmagasabb 70.

47 hallgatónak alacsony a kiégés-mutatója, 51 hallgató tartozik a közepes kiégési kategóriába és 33 hallgatónak magas a kiégés mutatója. Az elsőévesek átlaga 24,86, a másodévesek átlaga 22,96, a harmadévesek átlaga 25,38, a negyedévesek átlaga pedig 27,34. A másodévesek eredménye mutatja a legalacsonyabb kiégést, a legmagasabbat pedig a negyedéveseké. A dimenzióban nincs szignifikáns különbség az egyes évfolyamok között az egyszempontos

variáncianalízis alapján ($F(3)=0,827$, $p=0,482$). A hallgatók MBI-SS összesített eredményei a 14. táblázatban találhatók, a 10. ábra grafikonon szemlélteti az eredményeket.

14. táblázat: MBI-SS összesített dimenzió

átlag		25,6	
szórás		12,27	
kategóriák	alacsony (<20)	N= 47	35,87%
	közepes (20-32)	N= 51	38,93%
	magas (32<)	N= 33	25,19%
	összesen	N= 131	100%



10. ábra: MBI-SS összesített eredmények gyógypedagógus hallgatók körében

Az MBI-SS eredményei alapján szükségesnek tartom megemlíteni a cinizmus dimenziót, hiszen a negyedévesek kimagasló eredményt értek el a többi évfolyamhoz képest. A kérdőív állításai alapján ez azt jelenti, hogy a negyedéves hallgatókat a többi évfolyamhoz képest már nem lelkesíti annyira a tanulás, egyre érdektelenebbé válnak tanulmányaik iránt, egyre inkább megkérdőjelezzik annak fontosságát, értékét. Ennek okát érdemes lenne további vizsgálatok által feltárni.

Az empátiával kapcsolatos eredmények

5.3. Az IRI empátia kérdőív eredményei

5.3.1. Leíró statisztikai eredmények a gyakorló gyógypedagógusok körében

Az IRI fantázia faktor átlaga 62 személy adata alapján 15,1 szórása 4,84 ami a közepes kategóriába tartozik. Minimum értéke 3, ami az alacsony kategóriába tartozik, maximum értéke 26, amely magas. 7 személy tartozik az alacsony, 39 személy a közepes, és 16 személy a magas kategóriába.

A kérdőív perspektíva felvétel faktor átlaga 18,69, amely a közepes kategóriába sorolható. Szórása 3,7, legalacsonyabb érték 13, legmagasabb eléri a maximumot, azaz 28. A mintából senki sem ért el olyan pontszámot, amely az alacsony kategóriába tartozik. Közepes tartományban helyezkedik el 33 személy, és 29 személy tartozik a magas kategóriába.

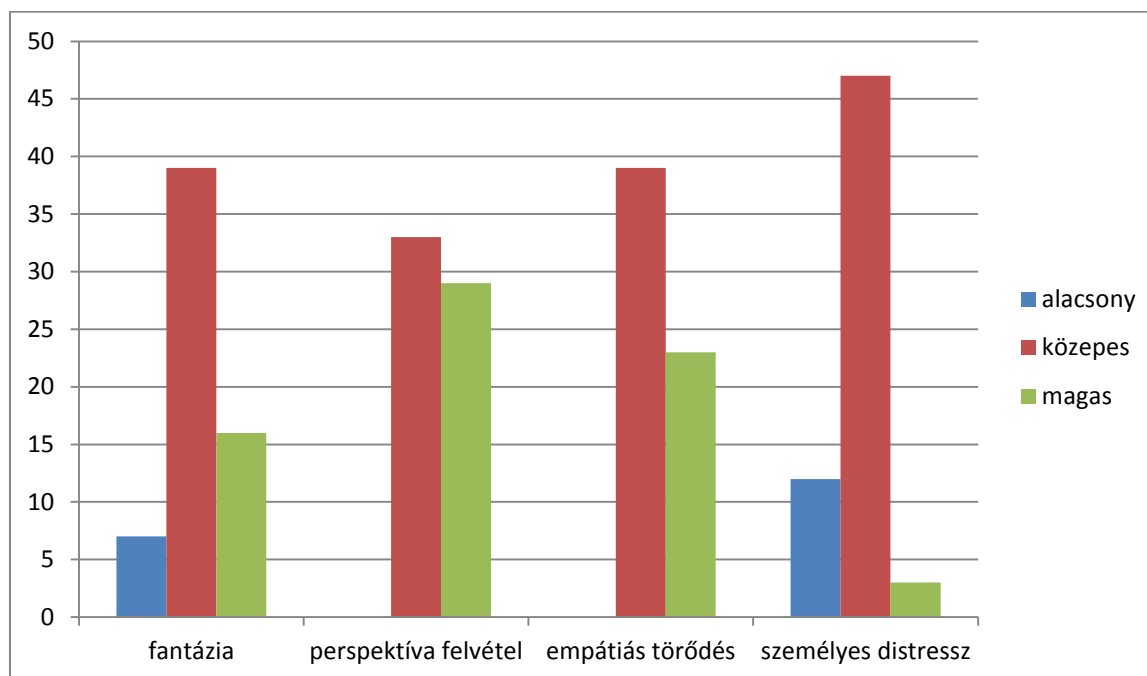
Az empátiás törődés átlaga 62 válaszadó adatai alapján 17,69, ami a közepes tartományba esik. Legalacsonyabb pontszám 12, legmagasabb 25. Ebben a faktorban senki sem tartozik az alacsony kategóriába. 39 személy tartozik a középső kategóriához, és 23 személy a magas kategóriához.

A személyes distressz átlaga 12,26, szórása 4,2 ami a közepes kategória tartományába illeszthető. A legalacsonyabb érték 3, ami az alacsony kategóriába esik, a legmagasabb érték 25, ez magas szintet jelöl. 12 személy ért el alacsony pontszámot ebben a kategóriában, 47 személy eredményei tartoznak a közepes kategóriába, és mindössze 3 személy tartozik a magas tartományba. A számszerűsített eredmények a 15. táblázatban találhatók, és a 11. ábra szemlélteti.

15. táblázat: gyakorló gyógypedagógusok IRI adatai

faktorok	kategóriák							
	alacsony		közepes		magas		összes	
fantázia faktor	N=7	11,3%	N=39	62,9%	N=16	25,8%	N=62	100%
perspektíva felvétel	N=0	0%	N=33	53,2%	N=29	46,7%	N=62	100%
empátiás törődés	N=0	0%	N=39	62,9%	N=23	37,1%	N=62	100%

személyes distressz	N=12	19,3%	N=47	75,8%	N=3	4,8%	N=62	100%
------------------------	------	-------	------	-------	-----	------	------	------



11. ábra: gyakorló gyógypedagógusok ábrázolt IRI-eredményei

5.3.2. Leíró statisztikai eredmények gyógypedagógus hallgatók körében

Az IRI fantázia faktor átlaga 131 hallgatói adat alapján 20,4 szórása 4,84. Legalacsonyabb érték 7, legmagasabb érték 28, tehát eléri a maximumot. 5 személy ért el alacsony pontszámot, 42 hallgató tartozik a közepső övezetbe, és 84 személynek magas a fantázia faktora a kérdőív alapján.

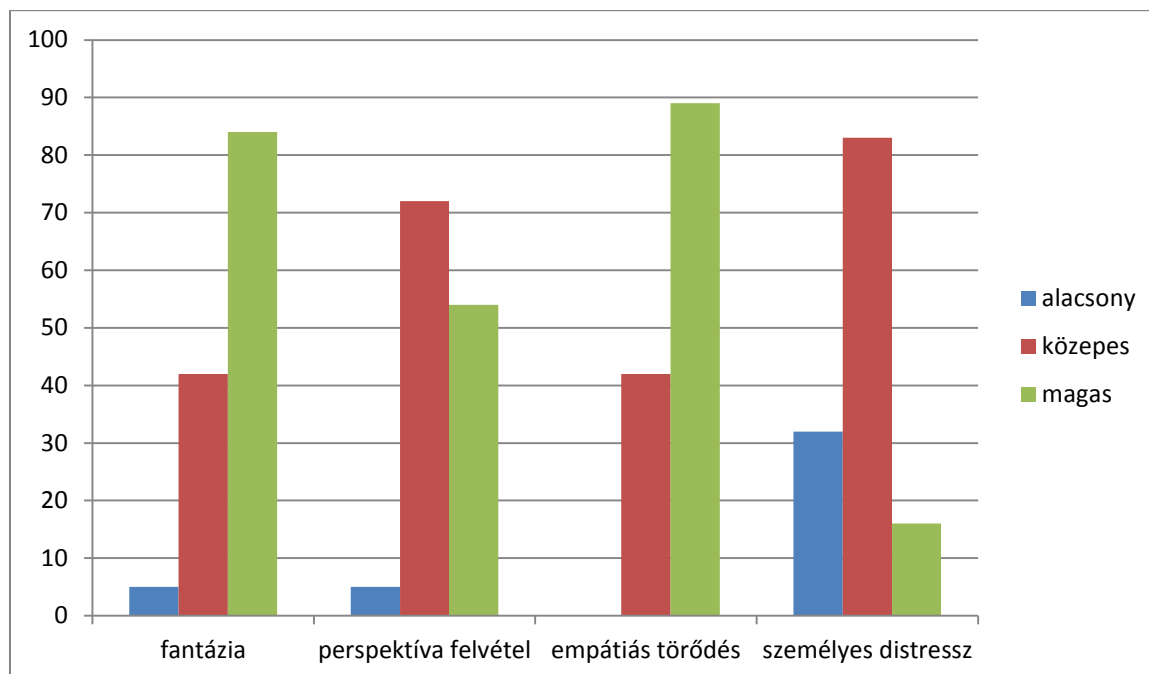
A perspektíva felvétel dimenzió átlaga 131 hallgató adatai alapján 17,83, szórás 4, 59. Legkisebb pontszám 8, legmagasabb 28. Ebben a faktorban az elért pontszámok a következőképp alakultak: 5 személy tartozik az alacsony övezetbe, 72 személy a közepes övezetbe, és 54 személy ért el magas övezetbe tartozó pontszámot.

Az IRI empátiás törődés faktor átlaga 20,44, szórása 3,52. A legkisebb elért pontszám 13, legmagasabb 28. A pontszámok a következőképpen alakultak: eredményei alapján senki sem tartozik az alacsony övezetbe. Közepes kategóriába 42 hallgató tartozik, és 89 személynek magas az empátiás törődésben elért pontszáma, ami nagyon pozitívnak tekinthető.

A személyes distressz faktor átlagértéke 12,98, szórása 4,46. Legkisebb pontszám 3, legnagyobb 26. Az eredmények alapján 32 hallgató tartozik az alacsony övezetbe, 83 hallgató ért el a közepes kategóriába tartozó pontszámot, és csak 16 személy tartozik a magas övezetbe. A számszerűsített eredmények a 16. táblázatban találhatók, és a 12. ábra szemlélteti.

16. táblázat: gyógypedagógus hallgatók IRI- adatai

faktorok	kategóriák							
	alacsony		közepes		magas		összes	
fantázia faktor	N=5	3,8%	N=42	32,1%	N=84	64,1%	N=131	100%
perspektíva felvétel	N=5	3,8%	N=72	54,9%	N=54	41,2%	N=131	100%
empátiás törődés	N=0	0%	N=42	32,1%	N=89	67,9%	N=131	100%
személyes distressz	N=32	24,4%	N=83	63,3%	N=16	12,2%	N=131	100%



12. ábra: gyógypedagógus hallgatók ábrázolt IRI – eredményei

Kutatási kérdések vizsgálata

Feltételeztem, hogy az életkor növekedésével csökken az empátiás készség. A kutatás eredményei erre nem adnak választ, viszont a munkahelyen eltöltött idő és az életkor mérsékelt korrelációt mutatnak. Minél több ideje dolgozik a személy az adott munkahelyen, az empátiás törődés faktor annál magasabb ($r = 0,265^*$; $p = 0,037$). Az összefüggés szignifikáns, de mérsékelt pozitív korrelációt mutat.

További mérsékelt szignifikáns negatív korrelációt mutat a pályán eltöltött idő, és az IRI perspektíva felvétel ($r = -0,288^*$ $p = 0,023$). Vagyis mérsékelt negatív korreláció van a pályán eltöltött idő és a másik személy nézőpontjába való illeszkedés között. Tehát mérsékeltén igaz, hogy minél hosszabb ideje van a gyógypedagógus a pályán, annál nehezebben veszi fel a másik személy perspektíváját.

5.4. Összefüggések az empátia és a kiégés között

5.4.1. Empátia és kiégés közötti összefüggések vizsgálata gyakorló gyógypedagógusok körében

Mielőtt elkezdtem a kutatást, a legfontosabb kérdés, amire választ szerettem volna kapni, hogy milyen összefüggés van a kiégés és az empátia között. Az eredmények azt mutatják, hogy az MBI összérték és az IRI összérték között nincs szignifikáns összefüggés. ($r = 0,158$ $p = 0,90$)

További elemzések viszont arra világítanak rá, hogy a kiégés, azaz az MBI egyes dimenziói és az empátia, azaz az IRI egyes faktorai között találhatunk összefüggéseket.

Az MBI személyes hatékonyság csökkenése szignifikáns, mérsékelt negatív korrelációt mutat az IRI perspektíva felvétellel ($r = -,295^*$, $p = 0,02$). Ez azt jelenti, hogy minél magasabb szintű perspektíva felvételre képes az egyén, annál alacsonyabb mértékű a személyes hatékonyság csökkenése, vagyis annál hatékonyabb. Vagyis minél jobban képes átvenni a másik személy perspektíváját, annál hatékonyabb, és minél kevésbé hatékony a személy, annál kevésbé tudja felvenni a másik személy perspektíváját.

Szignifikáns negatív korreláció van az MBI deperszonalizáció és az IRI perspektíva felvétel között ($r = -,0335^{**}$, $p = 0,008$) Vagyis minél magasabb a pontszám perspektíva felvételben,

annál alacsonyabb mértékű az elszemélytelenedés. Ez azt jelenti, hogy minél jobban képes felvenni valaki más perspektíváját, annál kevésbé személytelenedik el.

Szignifikáns pozitív korreláció van az MBI érzelmi kimerülés és az IRI személyes distressz között ($r = 0,377^{**}$; $p = 0,0025$) Tehát minél alacsonyabb mértékű a személyes distressz, annál kisebb mértékű az érzelmi kimerülés. Ez azt jelenti, hogy minél kevésbé viseli meg a személyt a másokkal történő rossz dolgok, annál kevésbé érzi érzelmileg kimerültnek magát. Ha pedig a személy érzelmileg kimerült, sokkal inkább megviselik a másokkal történő rossz dolgok.

Szignifikáns pozitív korreláció van az MBI deperszonalizáció és az IRI személyes distressz között ($r = 0,378^{**}$, $p = 0,0024$) Tehát minél alacsonyabb mértékű a személyes distressz, annál kevésbé érzi elszemélytelenedve magát valaki. Ez azt jelenti, hogy azok a személyek, akiket kevésbé visel meg a másokkal történő negatív események, kevésbé érzik azt, hogy személytelen tárgyként kezelnek másokat. A nagyobb mértékben elszemélytelenedett embereket pedig jobban megviselik a másokkal történő rossz dolgok.

Szignifikáns pozitív korreláció van az MBI személyes hatékonyság csökkenése és az IRI személyes distressz között ($r = 0,422^{**}$, $p = 0,0006$) Vagyis minél alacsonyabb pontszámot ért el valaki a személyes distressz faktorban, annál alacsonyabb mértékű a személyes hatékonyság csökkenése. Ez azt jelenti, hogy amennyiben kevésbé érintik meg a személyt a másokkal történő negatív dolgok, kevésbé tapasztalja a személyes hatékonyságának csökkenését. Ellentétben azok a személyek, akire mélyebb hatást gyakorolnak a másokkal történő negatív események, magasabb szintű hatékonyságcsökkenésről számolnak be.

A kutatás eredményei alapján az IRI személyes distressz faktor mindhárom MBI dimenzióval szignifikáns pozitív kapcsolatban áll ($r = 0,496^{**}$, $p = 0,000$) Ez ellentmond a hipotézisemnek, amelyben azt feltételeztem, hogy a kiégés mértéke negatívan korrelál az empátiával. (Bár a személyes distressz az empátiának csak egy összetevője, a teljes empátiával nem volt kimutatható kapcsolat.)

Vagyis azt feltételeztem, hogy ha a személy kiégés mutatója alacsony, magas az empátia értéke. A kutatás viszont azt igazolja, hogy akinek alacsony a kiégés mutatója, tehát kevésbé veszélyeztetett kiégés szempontjából, a személyes distressz faktorban is alacsonyabb értéket értek el, tehát nincsenek rá komoly érzelmi hatással a másokkal történő negatív események.

Ez azt is jelentheti, hogy a személyes distressz elkerülése egy védekező funkció. Mivel a kiégés hosszú távú érzelmi megterhelés következtében jön létre, a személyek megpróbálják elkerülni azokat a szituációkat, amelyek túlzott érzelmi igénybevétellel járnak, ezért nem élik bele magukat olyan helyzetekbe, amely érzelmileg megterhelő számukra.

5.4.2. Az empátia és a kiégés közötti összefüggések vizsgálata gyógypedagógus hallgatók körében

A hallgatók körében is megnéztem, hogy van-e korreláció a kiégés és az empátia, azaz az MBI-SS és az IRI eredményei között. A kutatás azt bizonyítja, hogy nincs szignifikáns összefüggés ($r=0,005$, $p=0,950$).

A további elemzések pedig azt bizonyítják, hogy összefüggések vannak az MBI-SS és az IRI egyes dimenziói között:

Szignifikáns pozitív korreláció mutatkozott az IRI személyes distressz faktora és az MBI-SS érzelmi kimerülés dimenziója között ($r=0,424^{**}$, $p=0,000$). Az eredmények azt mutatják, hogy minél magasabb mértékű a személyes distressz, annál magasabb az érzelmi kimerülés. Vagyis minél rosszabbul érzi magát a hallgató egy másik személy szenvedését látva, annál kiégettebben érzi magát érzelmileg.

Szignifikáns pozitív korreláció van az MBI-SS személyes hatékonyság csökkenése dimenzió és az IRI személyes distressz faktor között ($r=0,312^{**}$, $p=0,000$). Minél nagyobb a személyes distressz pontszáma, annál nagyobb a személyes hatékonyság csökkenése. Ez azt jelenti, hogy minél jobban megviseli a hallgatót egy másik személlyel történő negatív esemény, annál inkább csökken a személyes hatékonyság. Ha pedig kevésbé érinti meg érzelmileg egy másik személlyel történő rossz dolog, magasabb a személyes hatékonysága.

Szignifikáns negatív korreláció van az MBI-SS személyes hatékonyság és az IRI perspektíva felvétel között ($r=-0,301^{**}$, $p=0,000$). Minél magasabb pontszámot ért el a hallgató az IRI perspektíva felvétel faktorban, annál alacsonyabb a személyes hatékonyság csökkenése. Vagyis minél jobban képes felvenni a hallgató mások perspektíváját, annál hatékonyabb. Minél rosszabbul képes felvenni mások perspektíváját, annál kevésbé hatékony.

Alacsony, szignifikáns pozitív korreláció van az MBI-SS cinizmus és az IRI személyes distressz között ($r=0,184^{*}$, $p=0,035$). Minél magasabb az IRI személyes distressz pontszáma, annál magasabb a cinizmus dimenzióban elért pontszám. Ez azt jelenti, hogy nagyobb

megterhelést jelentenek érzelmileg a másokkal történő negatív események, annál cinikusabb a hallgató. Azok a hallgatók, akikre viszont kevésbé hatnak érzelmileg megterhelően a másokkal történő negatív események, kevésbé válnak cinikussá.

Ezen eredmények alapján megállapítható, hogy IRI személyes distressz faktora korrelál az MBI-SS mindhárom dimenziójával. Ugyanez az eredmény tapasztalható a gyakorló gyógypedagógusoknál is.

6. ÖSSZEFOGLALÁS

A kutatási kérdések, hipotézisek a következőképpen alakultak:

Feltételeztem, hogy a kiégés mértéke az életkor előrehaladásával együtt nő. Bár az eredmények nem mutatnak szignifikáns korrelációt, mérsékelt korreláció mégis van a jelenségek között.

Szignifikáns pozitív korreláció van a pályán eltöltött idő és a kiégés mértéke között. Lehetséges, hogy a hosszú ideje adott munkahelyen dolgozó gyógypedagógus unalmat él át, és szüksége volna változásra.

A kutatás nem támasztja alá, hogy a kiégés negatívan korrelál az empátiával. Sem a gyakorló gyógypedagógusok körében, sem a gyógypedagógus hallgatók körében nincs korreláció a két jelenség között. A szakirodalmi kutatások azt igazolják, hogy a túlzott érzelmi bevonódás és kiégéshez vezethet. (Brotheridge & Grandey 2002; Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini, Holz, 2001; idézi Kovács M. –Kovács E. – Hegedűs K 2008). Ezt sem cáfolni, sem bizonyítani nem tudtam.

Viszont kapcsolat van a jelenségek egyes dimenziói között. Egyik legjelentősebb eredmény az, hogy az IRI személyes distressz korrelál mind a gyakorló gyógypedagógusok által kitöltött MBI kérdőívvel, mint a hallgatók által kitöltött MBI-SS kérdőívvel. Ezt védekező mechanizmusnak is fel lehet fogni, hiszen a túlzott érzelmi igénybevétel hosszú távon kiégéshez vezethet, de ha a személy nem engedi meg magának, hogy mások rossz helyzetét látva rosszul érezze magát, akkor nem teszi ki magát túlzott mértékű érzelmi igénybevételnek.

Feltételeztem, hogy kapcsolat van a szomatikus panaszok és a kiégés között. Azt az eredményt kaptam, hogy szignifikáns pozitív korreláció állapítható meg az MBI érzelmi kimerülés és a szomatikus panaszok között.

A kutatás rávilágított arra, hogy a hallgatókat is érinti a kiégés, a vizsgálati minta 25%-a magas szinten kiégettnek bizonyult.

A kutatás alapján megállapítható, hogy a kiégés jelensége az általam vizsgált mintát többé-kevésbé érinti. Bár nem mondhatjuk, hogy a gyógypedagógusok szignifikánsan magas kiégési mutatóval rendelkeznek, a kiégés jelensége részben érinti a dolgozókat. Az érzelmi kimerülés dimenziójában volt a legnagyobb a magas kategóriába tartozók aránya, ami mindössze 5 személyt érint, ez a minta 8,1 százaléka. Azért is kiemelkedő az érzelmi kimerülés dimenzió,

mert a szomatikus panaszokat vizsgálva bebizonyosodott, hogy minél inkább kimerült a személy érzelmileg, annál inkább szenved szomatikus panaszoktól, és ezt nem szabad figyelmen kívül hagyni. Érdeemes lenne jobban odafigyelni a dolgozók érzelmi állapotára. Az intézményekben, ahol a kutatás miatt jártam, többen említést tettek arról, hogy dolgozóik túl vannak terhelve a feladataikat illetően. Volt olyan intézmény, ahol beszámoltak a gyógypedagógusok túlterheltségéről, és arról, hogy magasak a követelmények a dolgozók felé, viszont gyakran szerveznek olyan programokat, amelyek biztosítják a feltöltődést, kikapcsolódást, és pszichológus által vezetett tréningeket is szoktak tartani.

Általánosságban tehát elmondható, az intézmények tisztában vannak azzal, hogy a gyógypedagógus dolgozók túlterheltek, és nagy jelentőséget tulajdonítanak a prevenciónak.

Úgy gondolom, hogy ilyen feltételek között az intézmény mindent megtesz a dolgozóikért, ez volna az ideális, hiszen az nevelési-oktatási feladatokból származó rengeteg munka biztosan nem fog csökkenni, a gyógypedagógusok továbbra is megterhelő, nagy mennyiségű, személyiséget igénybe vevő munkát fognak végezni a jövőben is, ezen kívül rengeteg bürokratikus feladat is a munkájuk része.

Viszont, ha tudatosan odafigyelnek a gyógypedagógusok önmagukra, és a szervezet is kitüntetett figyelmet szentel a dolgozók mentális állapotának, kompenzálódik az érzelmi igénybevétel, és minimumra lehetne csökkenteni a kiégés bekövetkezését.

Az eredmény, hogy a személyes distressz az MBI összes dimenziójával korrelál, tehát minél kevésbé érinti meg érzelmileg a személyt mások negatív helyzete, annál alacsonyabb a kiégés, arra utal, hogy az érzelmi bevonódás hiánya pozitív hatással van a személy mentális állapotára.

Bár az empátia és a kiégés között nem tapasztalható szignifikáns különbség, biztató eredmény, hogy az IRI empátiás törődés faktorában senki sem ért el alacsony eredményt.

A hallgatói eredmények közül a legszembetűnőbb eredmény az, hogy a cinizmus az évfolyamok emelkedésével együtt nő. E mögött többféle ok is feltételezhető. Talán már negyedik évben leépül az idealizmus állapota, és a kezdeti nagy lelkesedést felváltotta a valóság visszafogottabb ténye. Lehetséges, hogy terheltebb a negyedévesek órarendje, vagy egyszerűen már megelégtették a hallgatói életmódot, és szívesebben dolgoznának.

A válaszadók közül 33 hallgató tekinthető magas szinten kiégettnek az MBI-SS kérdőív alapján, vagyis a minta 25%-a, ami azt jelenti, hogy a kérdőívet kitöltő gyógypedagógusok egy negyede már kiégve kezdi majd dolgozni, ami elszomorító.

A kiégés-kérdőív és az empátia kérdőív összefüggései a gyakorló gyógypedagógusokéhoz hasonlóan alakult. A kérdőív kitöltők 35,8%-a rendelkezik alacsony kiégés-mutatóval.

Ezen eredmények alapján úgy gondolom, hogy az oktatásba szükséges volna beépíteni több mentálhigiénés elemet, másrészt minél korábban, fokozatosan kellene felkészíteni a hallgatókat a gyógypedagógus hivatás gyakorlatára.

További kutatási javaslatként meg lehetne vizsgálni, hogy különböző sajátos nevelési igényű gyerekekkel foglalkozó gyógypedagógusok egymáshoz viszonyítva mennyire veszélyeztetettek kiégés szempontjából. Továbbá a kiégés összetettsége miatt nem volt lehetőség minden területet figyelembe venni. Érdekes lehet azt is figyelembe venni, hogy milyen szociális helyzettel rendelkeznek a gyógypedagógusok, milyen a családi életük családi állapotuk, társasági életük. Rá lehetne kérdezni életeseményekre, tehát a magánember szempontjából is vizsgálni lehetne a kiégést.

Az empátiával kapcsolatosan érdemes lenne digitális eszközökkel megfigyelni egy gyógypedagógus által tartott foglalkozást, majd kielemezni adott szempontok alapján.