

**A gyógypedagógusok mentális egészségével kapcsolatos
összefüggések vizsgálata**

Investigation of relationships related to the mental health of special
education teachers

Pecze Krisztina
BA

Kézirat lezárása: 2022.12.10.

A GYÓGYPEDAGÓGUSOK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉVEL KAPCSOLATOS ÖSSZEFÜGGÉSEK VIZSGÁLATA

Dolgozatom feltérképezi a gyógypedagógusok mentális egészségét és a lelki egészségük háttérében álló összefüggéseket. A többségi pedagógusokra vonatkozó szakirodalmak alapján vizsgálja a különböző tényezők jelenlétét és azok korrelációját a mentális egészséggel, illetve a Mentális Egészség Teszt (MET) által meghatározott alterületeivel (globális jóllét, savoring, alkotó-végrehajtó hatékonyság, önreguláció, reziliencia). Az adatgyűjtéshez kialakítottam egy három részből álló kérdőívet, amelynek 100 gyógypedagógus kitöltője eredményezte a mintát. Az alkalmazott „hólabda” mintavételi eljárás nem valószínűségi mintavétel.

Kutatási kérdések:

1. Mi jellemzi a gyógypedagógusok lelki egészségét a MET skálái tükrében?
2. Milyen mértékben jellemzőek a gyógypedagógusokra azok a tényezők, amelyek a többségi pedagógusoknál együttjárást mutatnak a mentális egészség alakulásával?
3. A mentális egészség alakulásával együttjáró tényezők milyen összefüggéseket mutatnak a gyógypedagógusok esetében a MET egyes skáláin elért eredményeivel és a MET átlagértékével?

(1) A beérkezett adatok elemzése alapján elmondható, hogy a gyógypedagógusok mentális egészségi állapota nem mutat jelentős eltérést a szakirodalmi értékekhez képest. (2) A tényezők jelenlétét Likert-skála segítségével vizsgáltam, így jól megfigyelhető az egyes értékek eloszlása. Összesítésükhöz két csoportot alakítottam ki, amely alapján az egyes tényezők inkább jellemzőek vagy inkább nem jellemzőek a mintára. A munkahelyi segítő együttműködés mértéke a legmagasabb, a befektetett erőfeszítés és az érte kapott jutalom egyensúlya pedig a legalacsonyabb. (3) Az együttjárások vizsgálatához korrelációs eljárást alkalmaztam, melynek segítségével feltártam az egyes tényezők és a MET alskáláinak összefüggéseit, az együttjárások irányát és mértékét. A tényezők közül az érzelmi kimerülés, valamint a család és munkahely egyensúlyával való elégedettség a MET mindegyik alskálájával szignifikáns együttjárást mutat. További öt tényező pedig legalább két alskálával korrelál. Az összefüggések és a tényezők állapotának figyelembevételével a befektetett erőfeszítés és az érte kapott jutalom egyensúlya, illetve a munkahelyi stressz állapota rendkívül kedvezőtlen. Az eredmények a továbbiakban kiinduló pontot nyújthatnak egy szélesebb körű vizsgálatához, amely megalapozhatja az egyéni és intézményi szintű lelki egészségfejlesztő prevenciót és intervenciót a gyógypedagógusok körében.

Tartalomjegyzék

1.	Bevezetés.....	1
2.	Szakirodalmi áttekintés	3
2.1.	A mentális egészség.....	3
2.1.1.	Az egészségfogalom változása	3
2.1.2.	A mentális egészség meghatározása és összetevői	5
2.2.	A lelki egészség mérése és a Mentális Egészség Teszt.....	8
2.3.	A mentális egészséggel kapcsolatos összefüggések a pedagógusoknál	9
3.	A kutatás bemutatása.....	12
3.1.	A kutatás célja	12
3.2.	A kutatás módszerei és eszközei	12
3.3.	A kutatás mintája	14
4.	Az eredmények és értelmezésük	16
4.1.	A Mentális Egészség Teszten elért eredmények	16
4.2.	A mentális egészséget alakító tényezők megjelenése a mintában	18
4.3.	Az összefüggések vizsgálata	21
5.	Összegzés	26
5.1.	A kutatási eredmények összefoglalása	26
5.2.	A kutatás tovább gondolásának lehetőségei	28
5.3.	A kutatás korlátai.....	29
	Irodalomjegyzék.....	30

Ábrajegyzék

1. ábra: A lelki egészség indikátorai különböző megközelítésekben.....	6
2. ábra: A Mentális Egészség Teszt dimenziói	9
3. ábra: A minta életkor szerinti eloszlása.....	14
4. ábra: A pályán töltött idő eloszlása	15
5. ábra: A MET skálák százalékos eloszlásai a jelölt válaszok alapján	16
6. ábra: Tényezők átlaga és jelenléte a mintában	20
7. ábra: A MET átlag a munkahelyi stressz függvényében.....	24
8. ábra: A MET átlag a család és munkahely közötti egyensúllyal való elégedettség függvényében	24
9. ábra: A MET átlag a munkahely és a magánélet különválasztásának függvényében.....	25
10. ábra: MET átlag az érzelmi kimerülés függvényében.....	25

Táblázatok jegyzéke

1. táblázat: A MET skálák átlaga, szórása és az átlagok eltérése a szakirodalmi értékektől ...	17
2. táblázat: A pedagógusok lelki egészségével együttjárást mutató tényezők	18
3. táblázat: Likert-skálával mért tényezők a mintában.....	19
4. táblázat: Az 1. kérdéscsoport változóinak korrelációja a MET skálaival	22
5. táblázat: A 2. kérdéscsoport változóinak korrelációja a MET skálaival	23
6. táblázat: A tényezők és a MET skálák szignifikáns együttjárása, átlagokkal kiegészítve ...	26

1. Bevezetés

Az egyetemi gyakorlataim során tapasztalati úton is megfigyelhettem, hogy a gyógypedagógus elsődleges munkaeszköze a saját személye, ebből kifolyólag az ő jólléte, mentális egészsége befolyásolja az oktatási-, nevelési- és egyéb munkafolyamatok eredményességét és kihat a diákokra is (Farkas, 2011; Petróczi, Fazekas, Tombácz és Zimányi, 1999). Napjainkban szemmel láthatóak a pedagógus pálya kihívásai, krízisei, melyek mutatója a növekvő pályaelhagyás, a számos betöltetlen pedagógus állás és a kiégés növekedése a pályán maradó pedagógusok között (Horváth, 2014). Ezek a folyamatok a gyógypedagógus társadalomban is érzékelhetőek. A pályaelhagyás és a kiégés megjelenése pedig nem független az egyén mentális egészségi állapotától (Paksi, Veroszta, Schmidt, Magi, Vörös, Endrődi-Kovács és Felvinczi, 2015a; Paksi és mtsai, 2015b). Mindezek tekintetében úgy gondolom, hogy időszerű és egyre sürgetőbb a pedagógusok és gyógypedagógusok mentális egészségével foglalkozni.

A hazai tudományos körökben a kétezres éveket követően egyre többször jelenik meg a kiégésre, a lelki egészségre és a mentálhigiénére irányuló kutatás a pedagógusokra vonatkozóan (például: Horváth, 2014; Masak, Tobak és Deutsch, 2021; Mihálka és Pikó, 2018; Paksi és mtsai, 2015a; Paksi és mtsai, 2015b). A tudományos érdeklődés megélénkült ezen a területen, a témakör fokozatosan fókuszba került. A pedagógusok lelki egészségének alakulása mögött számos változó bonyolult összefüggése rejlik. A szakirodalom többek között a következő alakító tényezőket említi: érzelmileg felzaklató szituációkból adódó érzelmi kimerülés, a munkahelyen befektetett erőfeszítés és az érte kapott jutalom egyensúlytalansága, túlvállaló magatartás, a kollegiális kapcsolat, a család és a munkahely közötti egyensúly mértéke, a végzettség megszerzése előtti tanítási tapasztalat, a képzettségi szint, a vezetőség elismerése. Az említett tényezők közül az egyénhez, az intézményhez, illetve a munkahelyi kapcsolatokhoz köthető változók is feltárássra kerültek a pedagógusok köréből (Farkas, 2011; Horváth, 2014; Mihálka és Pikó, 2018; Paksi és mtsai, 2015a; Petróczi, 2007; Salavecz, Neculai és Jakab, 2006; Vári, 2020). Azonban az általam elérhető szakirodalmakat áttekintve nem találtam olyat, amely specifikusan a gyógypedagógusok vizsgálatát állította volna kutatásának középpontjába.

Indokoltnak tartom a gyógypedagógus társadalom sajátosságaira szabott vizsgálatot, tekintve, hogy lelki egészségük számos szempontból különbözhet a többségi pedagógusokétól. A képzési rendszertől kezdve, az ellátott feladatkörök és személyek sokszínűségén keresztül, az intézményi rendszeren át, a kiterjedt interdiszciplináris kapcsolati hálóiig számos jellegzetesség figyelhető meg a gyógypedagógusok munkájában, melyek a mentális egészség

közvetett és közvetlen alakítói lehetnek, ezáltal különbségek adódhatnak a lelki egészség állapotában is (Salavecz és mtsai, 2006). A téma aktualitását felismerve szükség lenne arra, hogy megismerjük milyen a gyógypedagógusok mentális egészsége, az összetevőire lebontva, valamint, hogy összességében milyen tényezők hatnak a lelki egészségük alakulására. Fontos lenne a gyógypedagógusok mentális egészségi állapotának részletes vizsgálata, mert a prevenció és intervenció tervezése és kivitelezése az eredmények figyelembevételével lenne igazán hatékony. A gyógypedagógusok lelki egészségre irányuló vizsgálatok és egészségfejlesztő projektek megvalósítása hosszútávon kifizetődő lenne, hiszen hatásuk valószínűsíthetően továbbgyűrűzne a gyógypedagógusokkal kapcsolatban álló személyekre, elsősorban az ellátottakra, de a kollégákra és a szülőkre is egyaránt.

Dolgozatomban a szakirodalmi áttekintés első szakaszában felvázolom a mentális egészség értelmezésének elméleti hátterét, kezdve az egészségfogalmak változásától, majd kitérek a lelki egészség komplex meghatározására és összetevőire. Azt követően bemutatom a vizsgálatom alapjául szolgáló Mentális Egészség Tesztet, végül pedig összesítem azokat a mentális egészséget alakító tényezőket, amelyeket a többségi pedagógusok körében már vizsgáltak. Az elméleti keretek meghatározása után a harmadik szakaszban sort keríték a vizsgálat gyakorlati oldalának ismertetésére, amely a következő kutatási kérdéseket foglalja magába:

K1: Mi jellemzi a gyógypedagógusok lelki egészségét a Mentális Egészség Teszt skálái tükrében?

K2: Milyen mértékben jellemzőek a gyógypedagógusokra azok a tényezők, amelyek a többségi pedagógusoknál együttjárást mutatnak a mentális egészség alakulásával?

K3: A mentális egészség alakulásával együttjáró tényezők milyen összefüggéseket mutatnak a gyógypedagógusok esetében a MET egyes skáláin elért eredményeivel és a MET átlagértékével?

Kutatásom elsődleges célja volt, hogy a fentebb megfogalmazott kérdések megválaszolásával átfogó és részletes képet kapjak az általam vizsgált gyógypedagógusok lelki egészségéről. A harmadik fejezetben kifejtem a vizsgálati módszereket, az eszközöket, többek között az online kérdőívet, amelynek segítségével az adatokat gyűjtöttem, amelyek eredményét statisztikai módszerekkel elemeztem. A kutatási kérdéseimre a negyedik részben foglalmazom meg a válaszokat, a beérkezett válaszokon és az adatok elemzésén keresztül. Kitérek a Mentális Egészség Teszten elért eredményekre, a lelki egészséget alakító tényezők jelenlétére, majd pedig a felfedezett összefüggéseket részletezem. Végül az 5.Összegzés című alfejezetben gyakorlati oldalról megközelítve értékelem az eredményeket.

2. Szakirodalmi áttekintés

2.1. A mentális egészség

A mentális egészség definíciójának említése előtt szükségesnek tartom az egészségfogalom változásának rövid összefoglalását. Az egészségmodellek alakulása során fokozatosan differenciálódtak az egyes szegmensek, a pusztán biológiai folyamatok fókuszától kezdve a komplex bio-pszicho-szociális egészség megközelítésig, melynek már szerves része a pszichológiai, lelki aspektusok figyelembevétele is (Pikó, 2005). Úgy gondolom, hogy a háttértartalmak ismeretében érthető meg igazán, hogy jelenkorunk számára mit jelent az egészség, azon belül is a mentális egészség.

Az egészségfogalmak változását ismertető részben nem célom a teljeskörű történeti áttekintés a terjedelem korlátaiból adódóan, csak a mentális egészség meghatározása szempontjából relevánsnak tekinthető megközelítések bemutatására szorítkozom. Továbbá fontosnak tartom tisztázni, hogy a szakirodalom (vö. Buda, 1994, 2003; Oláh, Nagy, Magyaródi, Török és Vargha, 2018; Pikó, 2005; Vargha, Török, Diósi és Oláh, 2019; Vargha, Zábó, Török és Oláh, 2020) a mentális és lelki, valamint a mentális egészség és a lelki egészség fogalmakat szinonimaként használja, így dolgozatomban hasonlóan járok el a szóhasználattal.

2.1.1. Az egészségfogalom változása

Korunk legelterjedtebb egészség megközelítése a holisztikus szemléletű emberképen alapul, amely a természettudomány és a társadalomtudomány hosszas fejlődésének és interdiszciplináris kapcsolódásának eredményeként alakult ki. A történelem során számos változáson ment keresztül az emberek egészséghez való viszonyulása és ezeknek a változásoknak megfelelően alakult az egészségfogalom meghatározása is (Pikó, 2005). Humán sajátosság a minősítés, a címkével való ellátás, ami megnyilvánul az egészséges ember és beteg ember elkülönítésében is. A társadalom érdeke, hogy a tagok között biztosítsa az integritást, hogy konformissá változtassa az eltérő magatartást. A deviáns viselkedés kétféle megítélést kaphat: ha a kollektív tudat úgy ítéli meg, hogy a személy nem hajlandó az előírt módon viselkedni, akkor a morál területéhez kötődő fogalmakkal (például bűncselekmény) illeti és szankciókat szab, ha pedig a személy nem tudja a szerepét betölteni, akkor beteg minősítést kap és a segítségnyújtás lesz a társadalmi reakció. A két megítélés azonban nem tud minden esetben egyértelműen elkülönülni (Buda, 1994). Az orvostudomány fejlődésével a beteg minősítés diagnózisokká aprózódott és szükségessé tette az orvosok részéről a szakszerű megállapítást, a diagnózis alkotást. A betegségminősítések differenciálódása magával hordozza, hogy a

társadalom nagyobb hányada válik valamilyen kezelés alanyává, viszont összességében a testi és lelki egészség javulását vonja magával. *Buda Béla* (1994) így fogalmazza meg a némileg elletétes eredményt: „A modern társadalom tehát egyre „betegebb” lesz, miközben egyre egészségesebb, hiszen „betegségei” egyre inkább az egészségével való fokozott és megelőző szándékú törődés közben alakulnak ki” (*Buda*, 1994, 17.o.). Ebből is látható, hogy az egészség jelenségeköre egyre inkább a társadalom figyelmének a fókuszába került.

A holisztikus egészségszemléletet megelőzően többféle egészségmodell rajzolódott ki a társadalomban. A 19. században jelent meg a biomedikális modellnek nevezett megközelítés, amelyben a fejlett technológiai diagnosztizáláson keresztül tekintettek a betegre, az egyes betegségek kialakulását megpróbálták egy-egy molekuláris szintű okra visszavezetni, így az egészség a műszerekkel ki nem mutatható kóros állapotok hiánya lett. A modell kritikájához tartozik, hogy nem vette figyelembe a pszichoszociális rizikótényezők egészségalkító hatását, hogy az ember nem pusztán csak metabolikus folyamatok összessége, hogy az élettani funkcióira hatással vannak az érzelmei és a gondolatai, mindemellett pedig szociális lény is, aki különböző kihívásokkal néz szembe az őt körülvevő társadalmi-gazdasági kultúrában (*Pikó*, 2005).

A multikauzális oksági modell megjelenése abban jelentett újítást a biomedikális modellhez képest, hogy ok-okozati tényezők helyett több komponens összetett egymásra hatásában látták a betegségek kialakulásának eredetét (*Pikó*, 2005). Ez a komplex megközelítés a lelki egészség értelmezésében is megjelenik, ahogy ezt a későbbiekben részletesebben kifejtem. A *Syme* és *Berkman* (1976) által megfogalmazott általános sérülékenység elmélete, mely szerint a pszichoszociális rizikótényezők számottevően alakítják az ember általános sérülékenységét, még nagyobb hangsúlyt fektetett a lelki és szociális faktorok jelentőségére. Mindezekén túl említésre méltó, hogy a paradigmaváltás szükségességét felismerve *Engel* (1977) munkássága nyomán jött létre a bio-pszicho-szociális modell, amely az egészséget alakító tényezőket fizikai-biológiai, lelki és szociális dimenziók mentén értelmezte. A három perspektíva figyelembevétele elvezetett az emberi egészség holisztikus és multidiszciplináris vizsgálatához és új távlatokat nyitott a kutatás terén is (*Pikó*, 2005).

A végbemenő szemléleti változások a hivatalos egészségdefiníció alakulásában is visszatükröződnek. A biomedikális szemléletben megjelenő megközelítés válaszaként, melyben az egészséget a betegség hiányának tekintették, megszületett a WHO által 1946-ban kiadott közlemény: „az egészség nem csupán a betegség hiánya, hanem a testi, lelki, szociális jóllét állapota” (*World Health Organization*, 2020, 1.o.). Ebben a meghatározásban a biológiai, fiziológiai jóllét mellett már feltűnik a lélek egészségének szempontja is, megjelenik benne az

egészségfogalom összetettsége, közelítve a holisztikus szemlélethez. A hivatalos egészségdefiníció az évek során tovább alakult, így jött létre a következő megfogalmazás: „az egészség olyan fokon áll, amennyire az egyének és közösségek képesek szükségleteik kielégítésére és önmaguk kiteljesítésére, továbbá képesek megbirkózni a környezetből adódó kihívásokkal“ (*World Health Organization*, 1984). Ez a leírás még inkább fókuszba helyezte a pszichoszociális perspektívát, az egyén környezettel való harmonikus kapcsolatát és dinamikus egyensúlyát, mely teret adott az ökológiai egészségkép megjelenésének (*Pikó*, 2005).

Az egészségfogalom néhány lényegibb változását megfigyelve kirajzolódik, hogy fokozatosan jelent meg és nyert teret a lélek egészségének perspektívája, majd ahogy az egészség egyre inkább a társadalom fókuszába került, úgy vált hangsúlyosabbá a mentális egészség kérdése is. A multikauzális oksági modell és a bio-pszicho-szociális modell megközelítésén keresztül kialakuló holisztikus egészségszemlélet pedig alapot adott a mentális egészség komplex, több összetevős értelmezésének.

2.1.2. A mentális egészség meghatározása és összetevői

A mentális egészség a közbeszédben gyakran emlegetett fogalom, de vajon ki tudjuk fejezni, hogy pontosan milyen az az állapot, amikor lelkileg egészségesek vagyunk? A fogalom definiálására többen is kísérletet tettek.

A kilencvenes évek nemzetközi lelki egészség megközelítéseit *Buda Béla* (2003) összegezte. Könyvében kiemeli a pontos fogalmi meghatározás nehézségei között a különböző emberképek és pszichológiai irányzatok jelentőségét, a szemléleti modellek formálódását, melyek függvényében a lelki egészség értelmezése is változásokon ment át. *Galderisi* és munkatársai (*Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold és Sartorius*, 2015) szerint a mentális egészség definícióját az azt meghatározó kultúra is egyértelműen befolyásolja. Ez a felvetés lényegében megkérdőjelezi, hogy egyáltalán beszélhetünk-e az egész emberiséget átfogó, kultúrákon átívelő lelki egészség fogalomról. Azonban a gondolatmenetet folytatva a szerzők kijelentik, hogy meg lehet határozni bizonyos elemeket, amelyek egyetemes jelentőséggel bírnak a mentális egészség szempontjából. *Buda* (2003) összefoglalójában három megközelítés különíthető el. Az *1. ábrán* láthatóak a lelki egészség különböző szemléletei alapján meghatározott indikátorok. A bemutatott korai modellek által választott faktorok és megnevezések között vannak átfedések, melyek sejtetik a mentális egészség univerzális tételeit, ugyanakkor a meghatározás fogalmi bizonytalanságát is mutatják. A bemutatott megközelítésekben közös, hogy mindegyik úgy tekint a lelki egészségre, mint komplex

konstruktmra, amely a szakirodalomban gyakran tárgyalt több egymással összefüggésben álló terület együtteséből tevődik össze (Buda, 2003; Maczali, 2018; Tudor, 1996).

Pszichoanalitikus szemlélet - Uralom a környezet felett - Adekvát valóságérzékelés - Integráltság - Pozitív tisztelet és elfogadás mások iránt - Folyamatos fejlődés és növekedés az önmegvalósítás irányába - Autonómia	Egészséglélektani szemlélet - Képességek - Öncentrálás, önkontroll - Jóllét, lelki egyensúly - Saját értékek tudata - Expanzivitás - Autonómia - Késztettség, késztetési erők
Tudor lelki egészség ismérvei - Megküzdési (coping) képesség - Feszültségek, stresszek uralásának képessége - Megfelelő énkép és önazonossági érzés - Önértékelés - Önfejlesztés, a fejlődőképesség - Autonómia - Változási képesség - Szociális támogatások igénybevétele, részvétel társadalmi mozgalmakban	

1. ábra: A lelki egészség indikátorai különböző megközelítésekben; Buda (2003) és Tudor (1996) alapján, saját szerkesztés

A fogalmak változása az ezredfordulót követően is folytatódott. A hazai megközelítések közül ismertetek két jelentősebbet, majd kitérek a WHO hivatalos mentális egészség definíciójára is. Tomcsányi Teodóra és munkatársa (1995) az egyén nézőpontjából közelítik meg a lelki egészség meghatározását: „a lelki egészség egy pozitív életérzéssel járó belső folyamatgyensúly és ebből következő viselkedés, mellyel az egyén biztosítja belső stabilitását és a társadalomban elfoglalt megfelelő helyét, szüntelen változások - nehézségek, zavarok, terhelések, sőt olykor szomatikus betegségek és fenyegetettség - közepette is” (Tomcsányi és N. Tóth, 1995, 31. o.). Ebben a meghatározásban olyan felhangot vélek benne felfedezni, ami feltételezi, hogy a lelkiileg egészséges személy a változó, megterhelő környezetben is szinte kibillenthetetlenül stabil tud maradni. Úgy gondolom, hogy ez az állapot az emberek kisebb százalékára jellemző, így a társadalom jelentős része a fogalom keretein kívül reked.

Pintér Tibor (2004) definíciójában az előbbihez képest megjelenik az egészség komplex megközelítése, a fizikai, szellemi és szociális dimenzió említésével: „a lelki egészség olyan

állapot, amelyben az ember képes önmagából érzelmileg, szellemileg, fizikailag a legtöbbet adni, nyitott a világra és a világból képes információkat befogadni, amelyeket mind saját maga, mind környezete számára hasznosítani tud" (Pintér, 2004, 7.o.). Hangsúlyosabbá válik az egyén és a környezet kapcsolatának kiemelése, a befogadás és az adás érzékeltetésével, illetve a bio-pszicho-szociális emberkép szemlélete is felismerhető benne.

A hazai perspektívákon túl a legújabb hivatalos definíció az Egészségügyi Világszervezethez köthető, amely a jóllétből kiindulva állapítja meg a lelki egészség kritériumait, kiemelve, hogy több indikátor mentén érdemes vizsgálni az egész konstruktumot. A meghatározás szerint a mentális egészség „a jóllét olyan foka, amelyen az egyén megvalósítja képességeit, meg tud küzdeni az élet mindennapos nehézségeivel, eredménnyel és gyümölcsözően képes dolgozni, valamint hozzá tud járulni saját közösségéhez” (Wernigg, 2020, 4.o.). Az a kritika érte a megfogalmazást Galderisi és munkatársai (2015) részéről, hogy nem szerencsés a jólléthez kötni a lelki egészséget, hiszen időnként mindenki átél negatív érzéseket, azok is, akiket alapvetően mentálisan egészségesnek mondanánk. A hatékony munkavégzés kritériumával kapcsolatban pedig a fizikai állapotból vagy diszkriminációból adódó munkanélküliséget vetették fel ellenvetésként, hiszen így ezek az egyének eredendően kívül esnének a lelkiileg egészséges emberek csoportján. A kritikusok egy olyan meghatározást hoztak létre, amely teret enged a különféle érzelmi állapotoknak, megengedő az időlegesen fellépő negatív érzések megjelenésével szemben: „a mentális egészség a belső egyensúly dinamikus állapota, mely lehetővé teszi az egyének számára, hogy képességeiket a társadalom egyetemes értékeivel összhangban használják. Alapvető kognitív és szociális készségek: képesség a saját érzelmek felismerésére, kifejezésére és szabályozására, továbbá a másokkal való együttérzésre; rugalmasság és megküzdési képesség a kedvezőtlen élethelyzetekben és a társadalmi szerepekben való szerepvállalásban; valamint a test és a lélek harmonikus kapcsolata a mentális egészség fontos összetevői, melyek különböző mértékben hozzájárulnak a belső egyensúly állapotához” (Galderisi és mtsai, 2015, 31-32.o.). A definíció úgy vázolja föl a lelki egészséget, mint komplex konstruktumot, melyet számos tényező együttesen alakít ki. A mentális egészség mutatójaként szerepel benne az egyén önszabályozása, a rugalmasság, a nehéz helyzetekkel való megküzdés. Ezek a faktorok a vizsgálatomban használt Mentális Egészség Teszt skáláiban is megjelennek, melyeket a következő fejezetben mutatok be részletesebben.

2.2. A lelki egészség mérése és a Mentális Egészség Teszt

Ahogy láttuk, a korábban említett mentális egészség modellek több elemet soroltak a lelki egészség komponensei közé. Az egyes faktorok vizsgálatára számos pszichológiai teszt jött létre. Azonban kevés az a mérőeszköz, amely átfogó képet ad a mentális egészség egyes területeiről, ugyanakkor egy egységes mérőszámokban is kifejezi a lelki egészség állapotát.

A Mentális Egészség Teszt (továbbiakban MET) alapkonceptiója, hogy egy rövid tételsorból álló kérdőívvel teljeskörű képet kapjunk az alany lelki egészségéről, hogy egy általánosan értelmezhető eredményt és a fő indikátorokra egyenként kiterjedő eredményt kapjunk, ami korrelál az egyéb terület-specifikus vizsgálatokkal. A MET újszerűsége ebben áll, hogy megpróbálja lefedni a lelki egészség széles spektrumát öt dimenziós komplex struktúrájával, továbbá az öt skála pontérték átlagának (*MET átlag*) kiszámítása alkalmassá teszi a mentális egészség szintjének egészleges megítélésére. A mérőeszköz teoretikus alapját a WHO lelki egészség meghatározásával és az újabb definíciókkal összhangban lévő mentális egészség konstruktum adja. Alaptézise, hogy a lelki egészség több önálló komponensből áll, melyek együttesen alakítják az egyén mentális egészségét, meghaladva a korábbi szemléleteket, amelyek a fogalmat a jóllét szembetűnő jellemzői mentén vagy a mentális zavarok hiányaként definiálták (Oláh és mtsai, 2018; Vargha és mtsai, 2019; Vargha és mtsai, 2020).

A MET a 2. ábrán látható öt dimenzióra különíti el tételeit, melyek az alábbi tartalmakat ölelik fel:

1. Globális jóllét: az érzelmi, pszichológiai, spirituális és szociális területeken megélt jóllét összessége (Oláh és Kapitány-Fövény, 2012).
2. Savoring: a pozitív élmények átélésének, tudatosításának, feldolgozásának és fokozásának képességét magába foglaló konstruktum (Szondy, Martos, Szabó-Bartha és Püskösty, 2014). A hazai szakirodalom az eredeti angol szót használja, mivel egyelőre nincsen olyan magyar szó, amely teljes egészében visszaadná az átfogó fogalom teljes tartalmát és jelentését.
3. Alkotó-végrehajtó hatékonyság: az egyén által választott célok elérésére, önmaga és a fizikai, szociális környezetének megváltoztatásához kapcsolódó tervek megvalósítására és a nehezített alkalmazkodási helyzetek körülményeinek megváltoztatására irányuló kompetencia (Oláh, 2015).
4. Önreguláció: képesség a figyelem és a tudatalatti működések kontrollálására, a célok eléréséhez szükséges kitartásra, az érzelmi állapotok mederben tartására és az önszabályozásra (Oláh, 2015).

5. Reziliencia: pszichológiai rugalmasság vagy lelki ellenálló képesség, amely lehetővé teszi a megrázkódtatásokból, a lelki mélypontokból való gyors és sikeres regenerálódást és a stresszes szituációkhoz történő hatékony adaptálódást (Vargha és mtsai. 2020).



2. ábra: A Mentális Egészség Teszt dimenziói; Vargha és mtsai (2020) alapján, saját szerkesztés

A fentebb említett szempontok miatt erre a tesztre esett a választásom. Úgy gondolom, hogy a vizsgálatomhoz megfelelő ez a mérőeszköz, mert segítségével a lelki egészség komplexen egy mérőszámmal meghatározható, ugyanakkor az alterületek értékei külön-külön is értelmezhetőek.

2.3. A mentális egészséggel kapcsolatos összefüggések a pedagógusoknál

Számos mentális egészséggel kapcsolatos vizsgálatot végeztek különböző populációk körében. Kiemelten fontos, hogy a pedagógusok lelki egészségét, annak befolyásoló tényezőit és együttjárásait minél átfogóbban megismerjük, ugyanis mentálhigiénés szempontból veszélyeztetett csoportot alkotnak. Ennek oka, hogy a teljes személyiségük a munkaeszközük, az intenzív interperszonális kapcsolatok által. Ahhoz, hogy a példakép-effektus révén indirekt módon pozitív hatást tudjanak gyakorolni a diákok lelki egészségének alakulására, szükséges, hogy a saját lelki egészségmegőrzésükre figyelmet fordítsanak és hatékony megküzdési

stratégiákat sajátítsanak el, mely az összefüggések ismeretében lehet igazán eredményes (Buda, 1994, 2003; Farkas, 2011; Masak és mtsai, 2021; Maslach, 1982; Petróczi, és mtsai, 1999).

A szakirodalmat áttekintve általánosságban találtam információkat a pedagógusokról, így a felismert összefüggések a többségi pedagógusokra vonatkoznak. A lelki egészségükkel kapcsolatos forrásokban látható, hogy a mentális egészséget alakító komplex komponensek mögött számos oki tényező bonyolult hálózata áll. A kutatások egy része a kiégés vizsgálatán keresztül kapcsolódik a mentális egészséggel, ugyanis a két terület korántsem független egymástól. A pedagógusok körében megjelenő kiégés közvetett előidéző okai közé sorolhatóak a diákok problémás viselkedéséből adódó konfliktushelyzetek gyakoriságának növekedése, az intézményi felszereltség elégtelensége. Ezeken túl a következő munkahelyi terheléssel kapcsolatos tényezők hozhatóak még összefüggésbe a pedagógusok kiégésével: a bürokratikus rendszer által megkövetelt túlzott adminisztratív kötelezettség, szoros időnyomás alatt végzett munka, érzelmileg felzaklató szituációk, túlhajszoltság és érzelmi kimerülés. Ez utóbbi megjelenése a munkahelyen eltöltött idővel korrelál. Továbbá a munkahelyi erőfeszítés-jutalom egyensúlytalansága és a túlvállaló magatartás egyaránt negatívan befolyásolja a lelki egészséget (Farkas, 2011; Salavecz és mtsai, 2006; Paksi és mtsai, 2015a).

A kiégés vezető tünetei közül az érzelmi kimerülés és a deperszonalizáció szignifikánsabban kisebb arányban lép fel azon pedagógusok esetében, akik jobb kollegiális viszonyról, valamint a család és a munkahely egyensúlya kapcsán nagyobb elégedettségről számolnak be. Az egyéni teljesítményromlás tekintetében védőfaktorként jelenik meg a munkatársak közötti együttműködés mértéke. A kiégés megelőzésére, így közvetetten a lelki egészség megőrzésére, szintén pozitív hatással van a végzettség megszerzése előtti szakmai tapasztalat, abból adódóan, hogy rálátást ad a pályakezdekőkor várható megterhelő feladatokra, így az egyént nem éri váratlanul a szembejövő kihívások. Egy hazai kutatás során olyan összefüggést fedeztek föl, mely szerint alacsonyabb kiégési érték társul azokhoz a pedagógusokhoz, akik magasabb képzettségi szinttel rendelkeznek (nyelvtudás, eredményesebb tanulmány, részvétel továbbképzéseken). Illetve azok, akiknek magasabb az érzelmi intelligenciája, tanulmányaik és munkájuk során is jobban teljesítenek. Ugyancsak preventív jellegű, ha a pedagógus intézményen kívüli baráti kapcsolatokkal is rendelkezik és jelentős hatótényezőnek bizonyult a vezetőségtől érkező erkölcsi és emberi elismerés is (Horváth, 2014; Mihálka és Pikó, 2018; Paksi és mtsai, 2015a; Petróczi, 2007; Vári, 2020).

Közvetetten a pedagógus végzettségen kívüli képesítés megléte is javítja a lelki egészség megőrzésének esélyét azáltal, hogy kimutathatóan hatékonyabb a stresszkezelése és jobb az alkalmazkodóképessége azoknak a személyeknek, akik egyéb képesítéssel is rendelkeznek a

pedagógus végzettség mellett. Azok a pedagógusok, akik a szakmaterületükhöz közvetlenül nem kapcsolódó feladatokat is végeznek az intézményben, kevésbé veszélyeztetettek a kiégéssel szemben. Az életkor és a pályán eltöltött idő magyar viszonylatban csak elenyésző mértékben vagy egyáltalán nem befolyásolja a pedagógusok kiégését (Paksi és mtsai, 2015a; 2015b).

Összegzésként elmondható, hogy a pedagógusok lelki egészsége jelentős mértékben meghatározott a személyhez köthető, az intézményi, a strukturális és kapcsolati tényezők és a korábbi szakmai életút sajátosságai által. Abból kiindulva, hogy milyen sokféle terület mutat együttjárást a kiégéssel és a lelki egészséggel, számos lehetőségünk kínálkozik a prevenció és az intervenció megvalósítására. A kiégést érintő intézkedések tekintetében a fenti eredmények figyelembevételével megfontolandó a szervezetfókuszú intervenció, a személyközpontú beavatkozásokon felül.

3. A kutatás bemutatása

3.1. A kutatás célja

A kutatásom elsődleges célja a mintámban szereplő gyógypedagógusok lelki egészségének átfogó feltérképezése volt, amelyet a MET öt skálája mentén vizsgáltam meg. További célom volt, hogy a többségi pedagógusokra vonatkozó szakirodalomban megjelenő lelki egészséget alakító és a lelki egészséggel együttjárást mutató tényezők jelenlétét tanulmányozzam a gyógypedagógusok körében. Azt követően az eredményekből kiindulva áttekintettem az összefüggéseket a gyógypedagógusok MET skálákon elért eredményei és a mentális egészséget alakító tényezők között.

A kutatási kérdéseim tételeken:

K1: Mi jellemzi a gyógypedagógusok lelki egészségét a Mentális Egészség Teszt skáláinak tükrében?

K2: Milyen mértékben jellemzőek a gyógypedagógusokra azok a tényezők, amelyek a többségi pedagógusoknál együttjárást mutatnak a mentális egészség alakulásával?

K3: A mentális egészség alakulásával együttjáró tényezők milyen összefüggéseket mutatnak a gyógypedagógusok esetében a MET egyes skáláin elért eredményeivel és a MET átlagértékével?

3.2. A kutatás módszerei és eszközei

A vizsgálatom kutatási kérdéseinek megválaszolásához készítettem egy online kérdőívet, mert a kutatásomban szerettem volna minél szélesebb körből adatokat gyűjteni, hogy a sokszínű gyógypedagógus társadalom minél többféle tagja képviseltesse magát. Ezt a módot találtam legmegfelelőbbnek arra, hogy különböző helyeken élő és dolgozó gyógypedagógusokhoz eljusson a kérdőívem.

Három nagyobb részből áll a kérdőív. Az első szakaszban a demográfiai adatokra és különböző munkavállalással kapcsolatos információkra vonatkozó tizenöt kérdés található (vö. *1.sz. melléklet, 1.-15. kérdés*). A kérdések többsége feleletválasztós, ezen kívül több választási lehetőséggel rendelkező és egy nyílt végű kérdés is szerepelt közöttük.

A második szakaszban a szakirodalmi háttér alapján feltárt lelki egészséggel együttjárást mutató tényezőkre vonatkozó kérdések szerepelnek (vö. *1.sz. melléklet, 16-23. kérdés*). A válaszadás hatfokú Likert-skála mentén történt. Azért választottam hatfokú skálát, mert a harmadik szakaszban szereplő teszt hatfokú skálát alkalmaz, így könnyebb összekapcsolni a

kérdőívből beérkező adatokat és a kitöltők számai is egyszerűbb a válaszadás. Ebben a szakaszban a kitöltőnek azt kell jelölnie, hogy milyen mértékben jellemző rá az adott tényező pl.: Milyen mértékben jellemző Önre túlvállalás a munkahelyéhez kapcsolódóan?.

A válaszlehetőségek (a MET válaszaival megegyezően) a következők:

- 1 - egyáltalán nem jellemző
- 2 - nem jellemző
- 3 - kicsit jellemző
- 4 - jellemző
- 5 - nagyon jellemző
- 6 - teljes mértékben jellemző

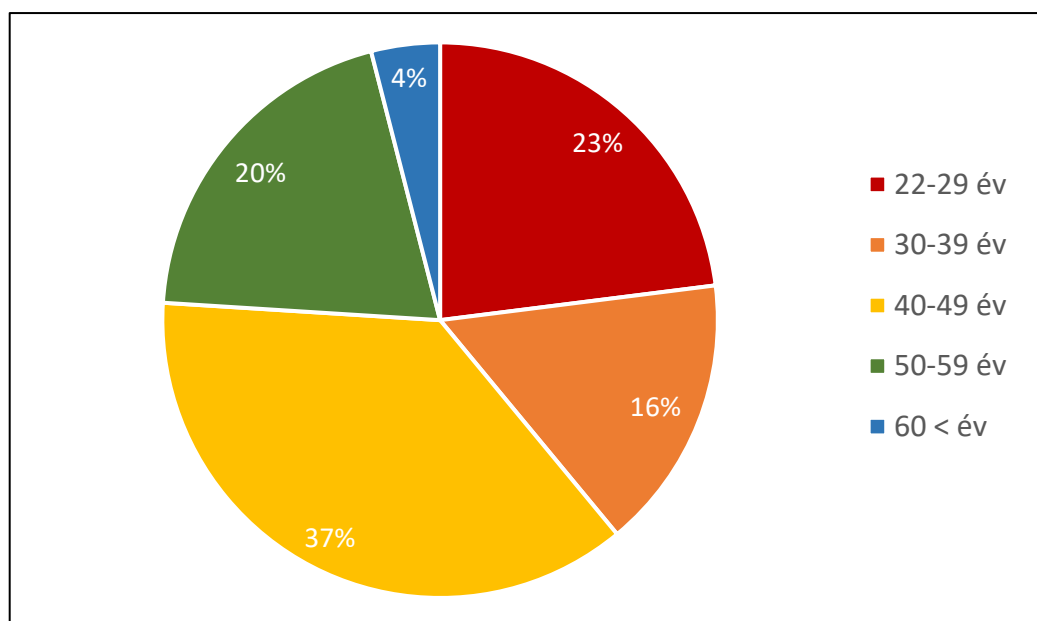
A harmadik szakasz a 2.2. *A lelki egészség mérése és a Mentális Egészség Teszt* részben bemutatott vizsgáló eljárás kérdéseit tartalmazza (vö. *Vargha és mtsai, 2020*). A bevezető utasítás és a kérdések megfogalmazása megegyezik a tesztben találhatóval. Összesen 17 itemből áll, skálánként 3-5 tétellel. A Jóllét, a Savoring, az Alkotó–végrehajtó hatékonyság skála csak pozitív, az Önreguláció pedig csak negatív formában megfogalmazott tételekből áll, a Reziliencia skálát két-két pozitív, illetve negatív tétel alkotja. A válaszok kiértékelésekor a negatív irányban megfogalmazott itemek pontszámai megfordításra kerülnek, majd az adott skálákhoz tartozó tételeken elért pontszámok átlagolásával kapjuk meg a végső pontértékeket. A skálák eredményeinek és a MET átlagok nagyságának megítéléséhez és összehasonlításához a szerzők övezeteket határoztak meg a vizsgálatban résztvevő személyek értékei alapján (vö. *Vargha és mtsai, 2020*).

A kérdőíven keresztül beérkező adatokat *Excel* táblákban rendszereztem, a komplexebb adatelemzéseket pedig az *IBM SPSS Statistics* szoftver segítségével végeztem el. Az első és a második kutatási kérdéseim elsősorban az *Excel* táblázatok eredményeiből létrehozott táblázatok és diagramok elemzéséből származnak. A harmadik kutatási kérdésem megválaszolásához korrelációs stratégiát használtam, amely a változók szisztematikus együttjárását hivatott feltárni. Azért ezt a módszert választottam, mert alkalmas az együttjárások mértékének és irányának a meghatározására (*Szokolszky és Palatinus, 2004*), így az eredményeimet statisztikailag alátámasztható adatokkal tudom bemutatni.

3.3. A kutatás mintája

Az online kérdőívet 100 pályán lévő gyógypedagógus töltötte ki, ők alkotják a kutatásom mintáját. „Hólabda” mintavételi eljárást alkalmaztam, amely nem valószínűségi mintavétel, így nem tekinthető reprezentatívnak, azonban jól alkalmazható nehezen elérhető populációk esetében. A kérdőív linkjét egy-egy gyógypedagóguson keresztül juttattam el különböző intézmények és szakszolgálatok munkaközösségéhez, illetve Facebook csoportokban is megosztottam, így meglehetősen sokszínű minta jött létre. Legalább 50 kitöltést szerettem volna elérni, hogy meghaladja a nagymintás kutatás minimum létszámhatárát. Mivel a mintámat 100 fő alkotja, így a százalékos értékek és a főben számolt értékek azonosak, az eredmények elemzésében mindkét módon hivatkozni fogok a minta egyes részeire.

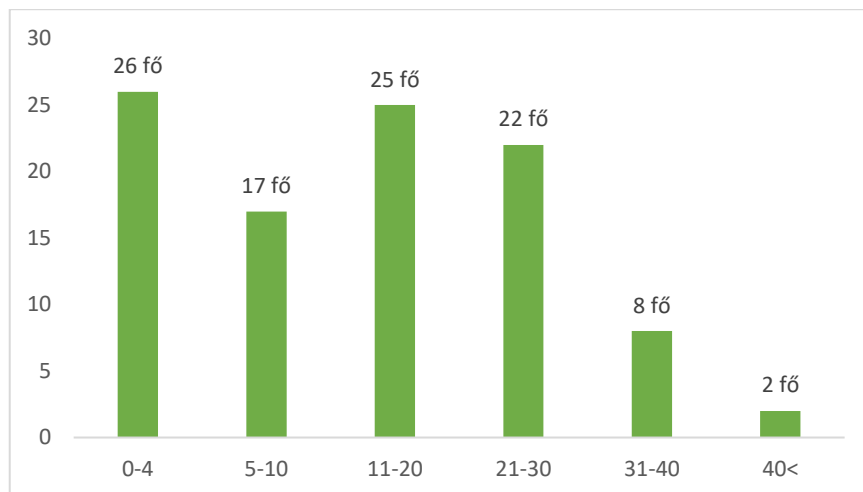
A kitöltők között csak nő gyógypedagógusok szerepelnek. Az életkor szerinti eloszlás a 3. ábrán jelenik meg, melyből látható, hogy minden korcsoport képviselteti magát, legtöbbször azonban a 40-49 éves korosztályból származnak.



3. ábra: A minta életkor szerinti eloszlása

Az intézmény fenntartóját tekintve a kitöltésben résztvevő gyógypedagógusok 72%-a dolgozik állami-, 11%-a egyházi-, 8%-a önkormányzati intézményben. A maradék 9% magánvállalkozásban, illetve alapítványi vagy egyéb nonprofit szervezet által támogatott intézményben vállal munkát.

A 4. ábra szemlélteti, hogy a kitöltők közül huszonhatan 0-4 éve vannak pályán, tizenheten 5-10 éve, huszonötven 11-20 éve, huszonketten 21-30 éve, nyolcan 31-40 éve és két kitöltő több, mint 40 éve dolgozik gyógypedagógusként.



4. ábra: A pályán töltött idő eloszlása (években, főben)

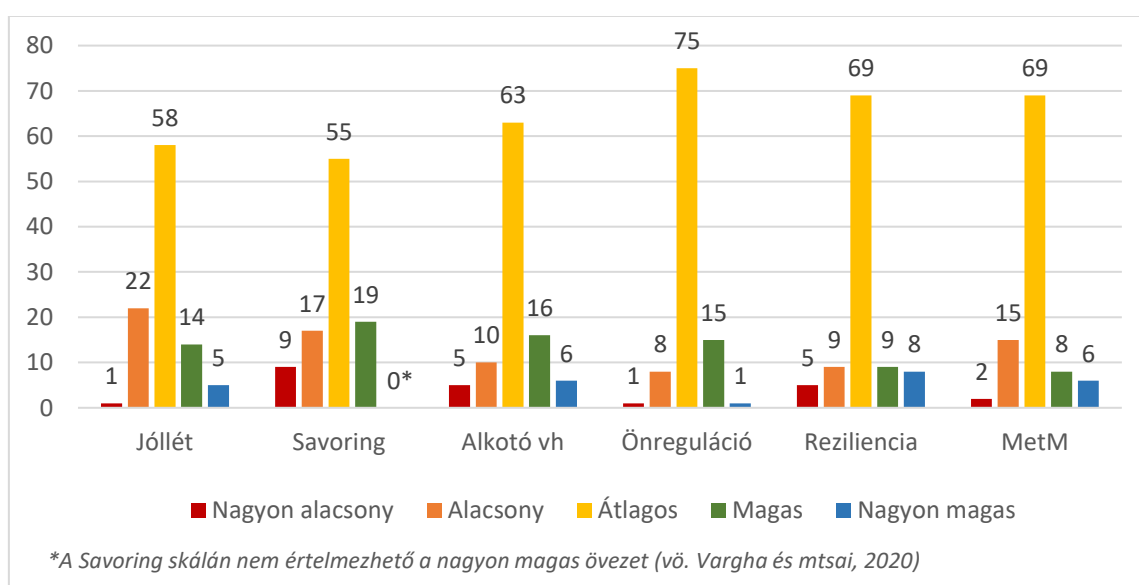
A területi eloszlást vizsgálva a mintából 35 fő dolgozik Pest megyében, 23 fő Csongrád-Csanád megyében. Nem érkezett kitöltés Győr-Moson-Sopron-, Heves-, Nógrád-, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéből. A további tizenhárom megyéből 1-7 fő töltötte ki az online kérdőívet. A munkavállalás helyszínének szempontját megfigyelve a kitöltők 26%-a vállal munkát a fővárosban, 25% egyéb megyeszékhelyen, 42% egyéb városokban, 7% faluban dolgozik, illetve 2% jelölte, hogy utazó ellátás keretében dolgozik faluban is.

Összesítve látható, hogy az életkor és a pályán töltött idő szerint meglehetősen heterogén minta jött létre, a terület megoszlása szempontjából Pest megye és Csongrád-Csanád megye a többi megyéhez képest jelentősen felülreprezentált.

4. Az eredmények és értelmezésük

4.1. A Mentális Egészség Teszten elért eredmények

Az első kutatási kérdésem a gyógypedagógusok MET-en elért eredményeire vonatkozik. A kitöltők MET értékei az 5.ábrán és az 1.táblázatban találhatóak összesítve. A skálaértékek elemzéséhez Vargha és munkatársai (2020) által összeállított övezet besorolást alkalmaztam. A vizsgálóeljárás kialakításakor megközelítőleg a teljes értéktartomány 5%–15%–60%–15%–5%-a szerint határozták meg az övezeteket, 2623 fő alapján. Ezeknek megfelelően az 5.ábrán láthatóak a kitöltők értékei.



5. ábra: A MET skálák százalékos eloszlásai a jelölt válaszok alapján

A Jóllét skálán az átlagos, a magas és a nagyon magas övezetek a szakirodalomban található értékekkel szinte azonosak. Azonban az alacsony tartományba a kitöltők 22%-a, a nagyon alacsony tartományba pedig 1%-a esik. A Savoring skálán kissé az átlag alatti övezetek felé tolódott el az eredmény, a válaszadók 9%-a tartozik a nagyon alacsony övezetbe, 17%-a pedig az alacsonyba, a szakirodalomban található 5% és 15% helyett. A skála értékelésének kialakításakor a nagyon magas övezetet nem lehetett definiálni, ugyanis a kitöltők jóval több, mint 5%-a érte el a maximális skálaértéket (vö. Vargha és mtsai, 2020). Az Alkotó-végrehajtó hatékonyság skálán (a táblázatokban Alkotó vh. rövidítéssel jelölöm) szerepelnek legtöbbször a magas és a nagyon magas övezetben, összesen 22%, az alacsony tartományba a gyógypedagógusok 10%-a esik a 15% helyett, így az értékek kis mértékben pozitív irányba tolódnak el a megadott eredményekhez képest. Az Önreguláció skálán az átlagos övezetbe tartozók aránya jóval magasabb, 75% a 60% helyett, így a nagyon alacsony és a nagyon magas

tartomány alulreprezentált, 1-1%-kal. A Reziliencia skálán az Önregulációhoz hasonlóan az átlagos tartomány magasabb a kijelölt értékekhez képest, 69% a szakirodalomban szereplő 60% helyett. A MET átlag (*MetM*) nagyon alacsony tartományába a kitöltők 2%-a tartozik, amely alacsonyabb, mint a kijelölt 5%. A magas övezetbe a gyógypedagógusok 8%-a esik, a nagyon magas övezetbe pedig 6%, a kijelölt 15% és 5% helyett. Így összességében az előző két skálához hasonlóan az átlagos övezet kiemelkedése figyelhető meg.

Az 1.táblázatban a skálákhoz tartozó átlag és a szórás látható. A minta legalacsonyabb átlagértéke a Reziliencia skálán jelent meg (3.82), ugyanakkor itt a legnagyobb a szórás is. A legmagasabb átlagértéket az Alkotó-végrehajtó hatékonyság skálán érték el a kitöltő gyógypedagógusok, melynek értéke 4.67. A Jólét és a Savoring skálán a mintám átlaga alacsonyabb, a többi skála értéke viszont magasabb, mint a MET pszichometria ellenőrzésekor vizsgált mintában megjelenő átlag. Azonban a pozitív és a negatív irányú eltérés egyaránt elenyésző, - 0.16 és + 0.12 közé esnek az értékek, amely a legnagyobb különbség esetében is körülbelül 3%-os eltérést jelent (vö. 1.táblázat utolsó oszlopa).

1. táblázat: A MET skálák átlaga, szórása és az átlagok eltérése a szakirodalmi értékektől

	Átlag	Szórás	Forrás skálaátlaga	Különbség a forrás átlagától
Jólét	4.24	0.98	4.40	- 0.16
Savoring	4.52	1.02	4.58	- 0.06
Alkotó vh.	4.67	0.78	4.55	+ 0.12
Önreguláció	3.91	0.96	3.76	+ 0.15
Reziliencia	3.82	1.11	3.78	+ 0.03
MET átlag	4.23	0.69	4.21	+ 0.02

Összességében elmondható, hogy a gyógypedagógusok MET egyes skáláin elért eredményei közel azonosak a teszt pszichometria ellenőrzésekor vizsgált nagy minta értékeivel, a skálákra lebontva és az átlagot tekintve egyaránt.

4.2. A mentális egészséget alakító tényezők megjelenése a mintában

A mentális egészséget alakító tényezőket, amelyek a többségi pedagógusokra vonatkozóan megjelennek a szakirodalomban, (Horváth, 2014; Paksi és mtsai, 2015a; Paksi és mtsai, 2015b; Salavecz és mtsai, 2006) a 2.táblázatban foglaltam össze. A második kutatási kérdésemben ezen tényezők jelenlétét vizsgáltam, majd a kutatás további részében a lelki egészséget alakító összefüggéseknél is elsősorban ezeket vettem figyelembe.

2. táblázat: A pedagógusok lelki egészségével együttjárást mutató tényezők; Saját szerkesztés Horváth (2014); Paksi és mtsai (2015a; 2015b); Salavecz és mtsai (2006) alapján

Pozitív együttjárás	Negatív együttjárás
• egyéb képesítés megléte • végzettség megszerzése előtti tanítási tapasztalat • intézményen kívüli baráti kapcsolatok • munkahelyi együttműködés mértéke • vezetőségtől érkező elismerés • befektetett erő-jutalom egyensúlya	• munkahelyi stressz mértéke • túlvállalás mértéke • érzelmi kimerülés mértéke

A kérdőívem eredményeiből megállapítható, hogy a minta 58%-ának van egyéb képesítése a gyógypedagógus végzettségen kívül. A kitöltők 45%-a rendelkezett valamilyen tanítási tapasztalattal a végzettség megszerzését megelőzően. Az intézményi kapcsolataikról elmondható, hogy a kitöltők 39%-ának elsősorban a munkahelyén belülről, 61%-ának pedig elsősorban a munkahelyén kívülről származnak a baráti kapcsolatai.

A 2.táblázat további tényezőit Likert-skálával mértem a mintában. Hatfokú skálát választottam, mert a kérdőívben használt MET is ezt alkalmazza, így könnyebben össze tudom kapcsolni az eredményeket. Azt vizsgáltam a kérdésekkel, hogy milyen mértékben jellemzőek az adott tényezőkhez kapcsolódó állítások (vö. 1.sz. melléklet, 16-23. kérdés) az egyes gyógypedagógusokra. A válaszokat 1-től 6-ig lehetett jelölni, az 1 jelentése egyáltalán nem jellemző, a 6 jelentése teljes mértékben jellemző. A 3.táblázatban láthatóak az egyes tényezők eredményei.

A munkahelyi segítő együttműködést a kitöltők 18%-a jelölte jellemzőnek, 36%-a nagyon jellemzőnek és 29%-a gondolta teljes mértékben jellemzőnek a munkaközösségére vonatkozóan, azonban senki nem jelölte az 1-es értéket. Összességében a munkaközösségre

jellemző segítő együttműködés átlaga 4.72 lett a mintában, amely a legmagasabb az átlagértékek közül. A vezetőségtől érkező erkölcsi és emberi elismerés átlagértéke 3.76, legtöbbször a 4-es és az 5-ös értéket jelölték. A kitöltők 24%-a jelölte, hogy egyáltalán nem vagy nem jellemző a munkaközösségükre. A legalacsonyabb átlagértéke a munkahelyen befektetett erőfeszítés és a munkáért járó jutalom egyensúlya állításnak lett, 2.75-ös értékkel. A válaszadók 49%-a válaszolta, hogy nem jellemző vagy egyáltalán nem jellemző, 25% válaszolta, hogy kicsit jellemző és összesen 12%-a válaszolta, hogy nagyon vagy teljes mértékben jellemző a munkahelyére a befektetett munka és az érte járó jutalom egyensúlya.

3. táblázat: Likert-skálával mért tényezők a mintában, N=100

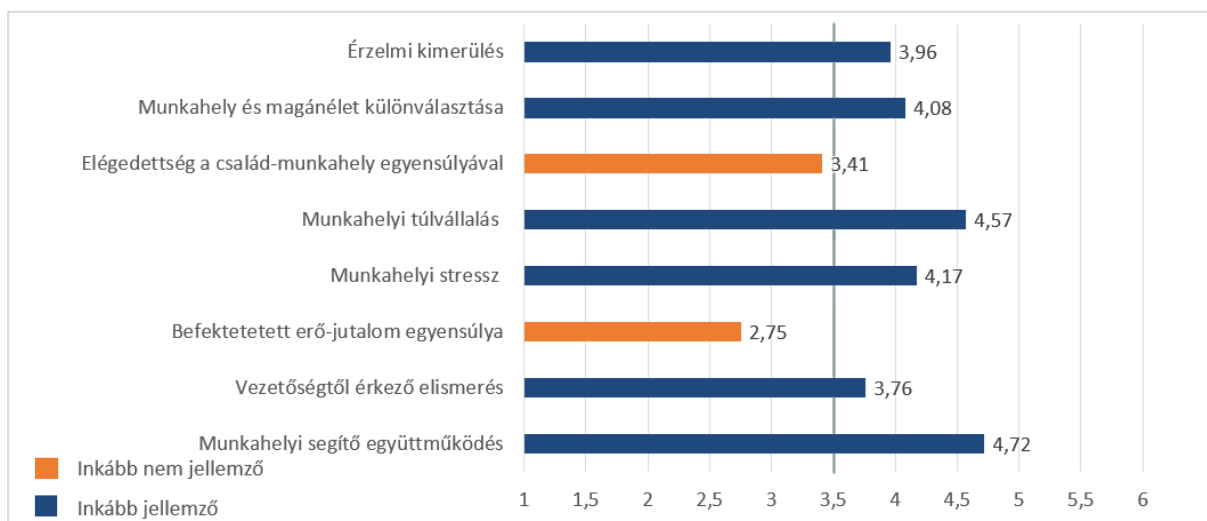
	Skála értékek %-os eloszlása						Átlag	Szórás
	(1) egyáltalán nem jellemző	(2) nem jellemző	(3) kicsit jellemző	(4) jellemző	(5) nagyon jellemző	(6) teljes mértékben jellemző		
Munkahelyi segítő együttműködés	0	5	12	18	36	29	4,72	1,16
Vezetőségtől érkező elismerés	8	16	16	27	18	15	3,76	1,51
Befektetett erő-jutalom egyensúlya	18	31	25	14	8	4	2,75	1,34
Munkahelyi stressz	3	8	19	26	27	17	4,17	1,31
Munkahelyi túlvállalás	1	6	12	24	30	27	4,57	1,23
Elégedettség a család-munkahely egyensúlyával	10	9	34	27	17	3	3,41	1,25
Munkahely és magánélet különválasztása	3	13	16	25	27	16	4,08	1,37
Érzelmi kimerülés	5	12	21	22	24	16	3,96	1,43

A munkahelyi stressz átlagértéke 4.17, amely a harmadik legnagyobb érték az átlagok közül. A kitöltők mindössze 11%-a jelölte, hogy nem vagy egyáltalán nem jellemzi stresszes állapot a munkahelyéhez kapcsolódóan, 53% jelölte a jellemző és a nagyon jellemző értékeket, a válaszadó gyógypedagógusok 17%-ára pedig teljes mértékben jellemző a stresszes állapot a munkahely tekintetében. A munkahelyi túlvállalás mértéke érte el a második legmagasabb pontszámot 4.57-tel. A kitöltők mindössze 7%-ára nem vagy egyáltalán nem jellemző túlvállalás, 57%-ára azonban nagyon vagy teljes mértékben jellemző.

Paksi és mtsai (2015a) említést tesznek arról, hogy ha a pedagógus elégedett a család és a munkahely közötti egyensúllyal, illetve külön tudja választani a munkahelyet a magánélettől az közvetetten pozitívan hat a pályán maradásra, így ezeket a tényezőket is bevontam a vizsgálatomba. A kitöltők 19%-ára egyáltalán nem vagy nem jellemző elégedettség a munkahely és a család egyensúlyával kapcsolatban, 61% jelölte, hogy jellemző vagy kicsit

jellemző, illetve 20% jelölte, hogy nagyon vagy teljes mértékben jellemzi elégedettség. A jelölések átlagértéke 3.41, amely a második legalacsonyabb érték. A munkahely és a magánélet különválasztásának mértéke a mintában szereplő gyógypedagógusok 43%-ára teljes mértékben vagy nagyon jellemző, 16%-ára egyáltalán nem vagy nem jellemző, 41%-a pedig azt jelölte, hogy jellemző vagy kicsit jellemző. A tényező átlagértéke 4.08. Az érzelmi kimerülés a válaszadók 40%-ára nagyon vagy teljes mértékben jellemző és mindössze 17%-ára nem vagy egyáltalán nem jellemző, a tényező átlagértéke 3.96.

Az eredmények összesítéséhez két csoportot alakítottam ki, amely alapján az adott tényező inkább jellemzőnek vagy inkább nem jellemzőnek mondható. Azok a tényezők, amelyek átlaga (vö. 3. táblázat) nagyobb, mint 3.5, inkább jellemzőek a mintára, a 3.5-nél kisebb értékűek pedig inkább nem jellemzőek. A 6. ábra szemléletesen jeleníti meg az egyes válaszok átlagát a tényezők bontásában. A diagram közepére húzott vonal feleltethető meg a 3.5-ös értéknek, amely a csoportbontás alapját képezi.



6. ábra: Tényezők átlaga és jelenléte a mintában

A 3. táblázat és a 6. ábra eredményeit megfigyelve látható, hogy a munkahelyi segítő együttműködés a kitöltők nagyobb hányadára jellemző, a vezetőségtől érkező erkölcsi és emberi elismerés esetében a leggyakoribb 4-es érték mellett a kitöltők jelentős százaléka jelölte a 2-es és 3-as értékeket is, azonban az átlag szintén 3.5 fölötti, így ez a tényező is inkább jellemzőnek mondható. A munkahelyi stressz, a túlvállalás, valamint a munkahely és a magánélet különválasztása és az érzelmi kimerülés tekintetében a válaszadók jelentős része érintett, az említett tényezők inkább jellemzőek a mintára. A család és a munkahely közötti egyensúly, továbbá a befektetett erő-jutalom egyensúlya az átlagból adódóan inkább nem jellemző a vizsgált gyógypedagógusokra.

4.3. Az összefüggések vizsgálata

A harmadik kutatási kérdés kapcsán a tényezők és a MET skálák közötti együttjárások vizsgálatához Spearman korrelációt használtam. A MET-hez tartozó változóim folytonosak, de nem követik a normál eloszlást, tehát nem parametrikusak, illetve a változóim másik része többnyire ordinális vagy dichotóm mérési szintű, így a feltételeknek legmegfelelőbb korrelációs módszer a Spearman korreláció. Az első kérdéscsoport (vö. 1.sz. melléklet, 1-15. kérdés) válaszai alapján az 4.táblázat soraiban láthatóak az egyes tényezők (a nominális mérési szintű változók nem vonhatóak be a korrelációs vizsgálatokba, így emiatt nem 15 tényező szerepel a táblázatban). A függőleges oszlopok a MET skáláihoz tartoznak, illetve az utolsó oszlopban a MET átlag szerepel. A szignifikancia értékeket a Spearman korreláció standard értékelésének megfelelően jelöltem a táblázatban: 0-.19 elhanyagolhatóan gyenge, .20-.39 gyenge, .40 -.59 közepes, .60-.79 erős, .80-1 nagyon erős együttjárás (Cohen, Jarvis és Fowler, 2013).

Az első kérdéscsoport (ld. 4.táblázat) változói közül Spearman korrelációt használva szignifikáns, pozitív, gyenge együttjárás mutatható ki a település típusa és a Reziliencia skála értéke között, $r_s=.205$ $p=.040$ (2-tailed). Tehát a település méretének növekedése együtt jár a személy rezilienciájának a növekedésével. Továbbá szignifikáns, negatív, gyenge korreláció mutatható ki az ingázás és az Önreguláció skála $r_s=-.261$ $p=.009$ (2-tailed), valamint a Reziliencia skála, $r_s=-.216$ $p=.031$ (2-tailed) értéke között, ebből adódóan az ingázók önregulációja és rezilienciája alacsonyabb a nem ingázó gyógypedagógusokénál. Az első kérdéscsoport többi változója nem mutatott szignifikáns együttjárást a MET skála egyik tényezőjével sem.

4. táblázat: Az 1. kérdéscsoport változóinak korrelációja a MET skáláival

Spearman korreláció		Jóllét	Savoring	Alkotó vh.	Önreguláció	Reziliencia	MET átlag
Kor	r_s	,119	-,110	-,011	,139	,063	,069
	Sig. (2-tailed)	,238	,277	,914	,169	,532	,493
Saját családban nevelt gyermekek száma	r_s	,110	,005	,082	-,007	,028	,079
	Sig. (2-tailed)	,274	,958	,420	,943	,785	,433
Pályán eltöltött idő	r_s	,175	-,013	,190	,113	,046	,144
	Sig. (2-tailed)	,082	,895	,058	,262	,647	,154
Jelenlegi munkahelyen eltöltött idő (év)	r_s	,034	,026	,142	,000	,090	,081
	Sig. (2-tailed)	,738	,795	,158	,996	,374	,423
Település típusa	r_s	,045	-,020	-,055	,068	,205*	,082
	Sig. (2-tailed)	,659	,843	,588	,501	,040	,417
Ingázás	r_s	-,066	,023	,058	-,261*	-,216*	-,114
	Sig. (2-tailed)	,515	,823	,569	,009	,031	,257
Más képesítés megléte	r_s	,053	-,086	,025	,079	-,080	,031
	Sig. (2-tailed)	,600	,393	,808	,434	,428	,763
Végzettség megszerzése előtti tanítási tapasztalat	r_s	,085	,197	,157	,097	,112	,188
	Sig. (2-tailed)	,401	,050	,119	,336	,266	,061
Munkahelyen kívüli barátságok	r_s	-,055	-,029	,004	-,149	-,122	-,114
	Sig. (2-tailed)	,586	,772	,969	,139	,227	,257

* A Spearman korreláció értékelésének megfelelően .20-.39 gyenge mértékű együttjárás.

A második kérdéscsoport (vö. 1.sz. melléklet, 16-23. kérdés) változói és a MET skálák korrelációs vizsgálatának eredményei a 5.táblázatban láthatóak. Szignifikáns, pozitív, gyenge együttjárás mutatható ki a munkaközösség együttműködésének mértéke és a Jóllét skála $r_s=.230$ $p=.021$ (2-tailed), a Savoring skála $r_s=.275$ $p=.006$ (2-tailed), az Alkotó-végrehajtó hatékonyság skála $r_s=.232$ $p=.020$ (2-tailed) és a MET átlag $r_s=.233$ $p=.020$ (2-tailed) értéke között. A munkaközösség nagyobb fokú együttműködése magasabb jólléttel, savoringgel és alkotó-végrehajtó hatékonysággal jár, és a MET átlaggal kifejezett mentális egészség mutató szintén magasabb.

Szignifikáns, pozitív, gyenge együttjárás mutatható ki a vezetőségtől érkező elismerés mértéke és a Jóllét skála $r_s=.323$ $p=.001$ (2-tailed), a Savoring skála $r_s=.275$ $p=.006$ (2-tailed) és a MET átlag $r_s=.264$ $p=.008$ (2-tailed) értéke között, tehát a vezetőségtől származó gyakoribb vagy jelentősebb erkölcsi és emberi elismerés együtt jár az említett területek magasabb értékével.

5. táblázat: A 2. kérdéscsoport változóinak korrelációja a MET skáláival, N=100

Spearman korreláció		Jóllét	Savoring	Alkotó v. h.	Önreguláció	Reziliencia	MET átlag
Munkahelyi segítő együttműködés	r_s	,230*	,275*	,232*	,072	,033	,233*
	Sig. (2-tailed)	,021	,006	,020	,474	,745	,020
Vezetőségtől érkező elismerés	r_s	,323*	,275*	,177	,064	,083	,264*
	Sig. (2-tailed)	,001	,006	,077	,528	,410	,008
Befektetett erő-jutalom egyensúlya	r_s	,307*	,266*	,027	-,024	,076	,200*
	Sig. (2-tailed)	,002	,008	,789	,812	,453	,046
Munkahelyi stressz	r_s	-,441**	-,228*	-,149	-,339*	-,235*	-,449**
	Sig. (2-tailed)	,000	,023	,140	,001	,019	,000
Munkahelyi túlvállalás	r_s	-,170	-,125	,177	,061	-,171	-,105
	Sig. (2-tailed)	,091	,215	,078	,544	,090	,298
Elégedettség a család-munkahely egyensúlyával	r_s	,416**	,461**	,207*	,253*	,461**	,525**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,039	,011	,000	,000
Munkahely és magánélet különválasztása	r_s	,382*	,302*	,160	,160	,390*	,416**
	Sig. (2-tailed)	,000	,002	,112	,113	,000	,000
Érzelmi kimerülés	r_s	-,571**	-,332*	-,200*	-,255*	-,344*	-,535**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,046	,011	,000	,000

* A Spearman korreláció értékelésének megfelelően .20-.39 gyenge mértékű együttjárás.

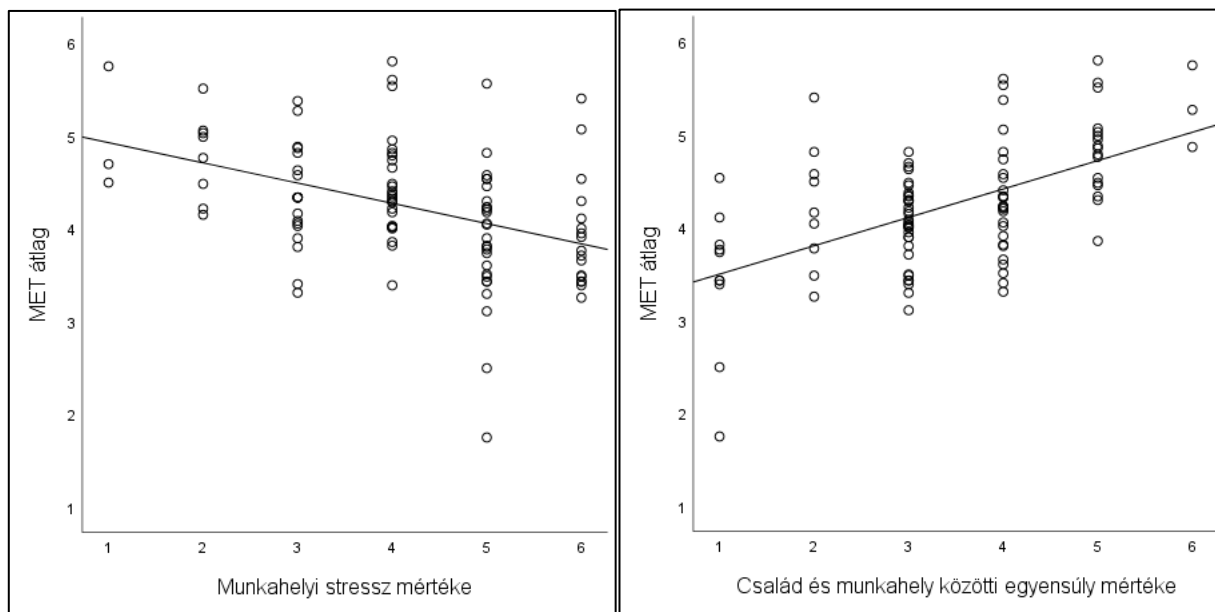
** A Spearman korreláció értékelésének megfelelően .40 -.59 közepes mértékű együttjárás.

Spearman korrelációt használva szignifikáns, pozitív, gyenge együttjárás figyelhető meg a befektetett munkahelyi erőfeszítés és az érte kapott jutalom egyensúlya és a Jóllét skála $r_s=.307$ $p=.002$ (2-tailed), a Savoring skála $r_s=.266$ $p=.008$ (2-tailed), valamint a MET átlag $r_s=.200$ $p=.046$ (2-tailed) között. Így kijelenthetjük, hogy ha a munkahelyen befektetett erőfeszítésért arányosabban járna jutalom, az feltételezhetően a gyógypedagógusok jóllétének, savoring értékének és mentális egészségének növekedésével járna együtt.

Spearman korrelációval szignifikáns, negatív, közepes erősségű összefüggés mutatható ki a munkahelyi stressz mértéke és a Jóllét skála $r_s=-.441$ $p<.001$ (2-tailed), valamint a MET átlag $r_s=-.449$ $p<.001$ (2-tailed) értéke között (7.ábra). Továbbá szignifikáns, negatív, gyenge együttjárást mutat a Savoring skála $r_s=-.228$ $p=0.23$ (2-tailed), az Önreguláció skála $r_s=-.339$ $p=.001$ (2-tailed) és a Reziliencia skála $r_s=-.235$ $p=.019$ (2-tailed) értékeivel. Ebből adódik, hogy a munkahelyi stressz csökkenésével az említett tényezők növekedése járna együtt.

A család és a munkahely közötti egyensúly mértéke, Spearman korreláció használatával, szignifikáns, pozitív, közepes erősségű együttjárást mutat a Jóllét skála $r_s=.416$ $p<.001$ (2-tailed), a Savoring skála $r_s=.461$ $p<.001$ (2-tailed), a Reziliencia skála $r_s=.461$ $p<.001$ (2-tailed), valamint a MET átlag $r_s=.525$ $p<.001$ (2-tailed) értékével. Továbbá szignifikáns, pozitív gyenge együttjárást mutat az Alkotó-végrehajtó hatékonyság skála $r_s=.207$ $p=.039$ (2-

tailed) és az Önreguláció skála $r_s=.253$ $p=.011$ (2-tailed) értékeivel. Ez a tényező az, amelyik mind az öt skálával és a MET átlaggal is együttjárást mutat, ráadásul a hat érték közül négygyel közepes erősségű az összefüggés. A MET átlag, valamint a család és a munkahely közötti egyensúllyal való elégedettség közötti kapcsolat a 8. ábrán látható.



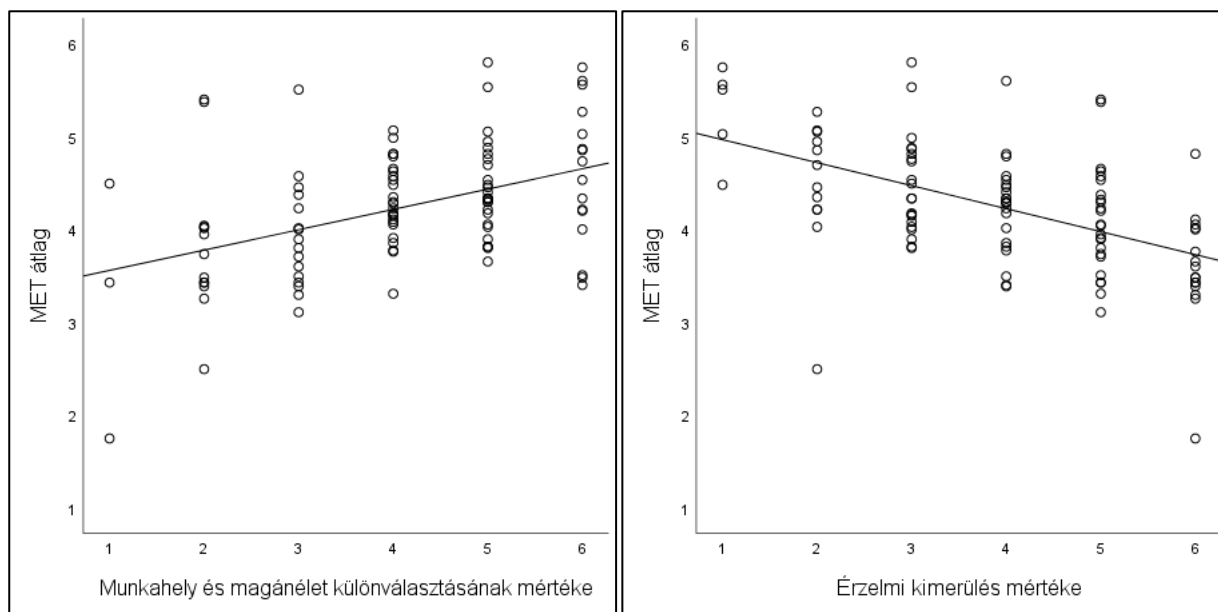
7. ábra: A MET átlag a munkahelyi stressz függvényében, $r_s=.233$ $p=.020$

8. ábra: A MET átlag a család és munkahely közötti egyensúllyal való elégedettség függvényében, $r_s=.525$ $p < .000$

A munkahely és a magánélet különválasztásának mértéke, Spearman korreláció használatával, szignifikáns, pozitív, közepes erősségű együttjárást mutat a MET átlagával $r_s=.416$ $p < .000$ (2-tailed), valamint szignifikáns, pozitív, gyenge korrelációt mutat a Jólét skála $r_s=.382$ $p < .001$ (2-tailed), a Savoring skála $r_s=.302$ $p=.002$ (2-tailed) és a Reziliencia skála $r_s=.390$ $p < .001$ (2-tailed) értékeivel. Az eredményekből arra következtethetünk, hogy a munkahely és a magánélet különválasztása együtt jár a magasabb jólléttel, savoringgel, rezilienciával és a jobb lelki egészséggel. A MET átlag értékével való közepes erősségű együttjárását a 9. ábra szemlélteti.

Az érzelmi kimerülés Spearman korrelációval vizsgálva szignifikáns, negatív, közepes erősségű együttjárást mutat a Jólét skála $r_s=-.571$ $p < .001$ (2-tailed) és a MET átlag $r_s=-.535$ $p < .001$ (2-tailed) értékeivel, valamint szignifikáns, negatív, gyenge együttjárást mutat a Savoring skála $r_s=-.332$ $p=.001$ (2-tailed), az Alkotó-végrehajtó hatékonyság skála $r_s=-.200$ $p=.046$ (2-tailed), az Önreguláció skála $r_s=-.255$ $p=.011$ (2-tailed) és a Reziliencia skála $r_s=-.344$ $p < .001$ (2-tailed) értékeivel. A család és a munkahely egyensúlyával való elégedettség

mellett ez a változó mutat összefüggést mindegyik skálával, melyek közül négy gyenge, kettő pedig közepes erősségű együttjárás. A MET átlag értékeivel az érzelmi kimerülés mutatta a legjelentősebb együttjárást, melyet a 10. ábrán szemléltetnek.



9. ábra: A MET átlag a munkahely és a magánélet különválasztásának függvényében, $r_s = -.416$ $p < .000$

10. ábra: MET átlag az érzelmi kimerülés függvényében, $r_s = -.535$ $p < .001$

5. Összegzés

5.1. A kutatási eredmények összefoglalása

Az első kutatási kérdésem arra irányult, hogy feltárjam a gyógypedagógusok lelki egészségét, a MET skálái mentén. Az eredményekből látható, hogy az egyes skálák nem mutatnak normál eloszlást, az átlagos tartományba tartozók aránya a legtöbb esetben jóval magasabb. A Savoring skálán eltolódás figyelhető meg az alacsonyabb értékek felé, az Alkotó-végrehajtó hatékonyság skálán pedig a magasabb értékek felé, azonban egyik skála átlaga sem mutat jelentős eltérést a szakirodalmi értékektől (vö. 1.táblázat). Ezek alapján kijelenthető, hogy a mintában szereplő gyógypedagógusok mentális egészsége közel azonos a teszt kialakítása során vizsgált átlagos mintáéval.

A második kutatási kérdésben arra kerestem a választ, hogy a gyógypedagógusok körében megjelennek-e és ha igen, akkor milyen mértékben, azok a mentális egészséget alakító tényezők, amelyek együttjárást mutattak a többségi pedagógusok lelki egészségének alakulásával. A harmadik kutatási kérdésem pedig a tényezők együttjárását vizsgálta a MET egyes skáláival és a MET átlaggal. A szignifikáns együttjárásokat mutató tényezők és a skálák kapcsolata az 6.táblázatban látható összesítve.

6. táblázat: A tényezők és a MET skálák szignifikáns együttjárása, átlagokkal kiegészítve

	Jóllét (4.24*)	Savoring (4.52)	Alkotó vh. (4.67)	Önreguláció (3.91)	Reziliencia (3.82)	MET átlag (4.23)
Település mérete					<i>pozitív</i>	
Ingázás				<i>negatív</i>	<i>negatív</i>	
Munkahelyi segítő együttműködés (4.72)*	<i>pozitív</i>	<i>pozitív</i>	<i>pozitív</i>			<i>pozitív</i>
Vezetőségtől érkező elismerés (3.76)	<i>pozitív</i>	<i>pozitív</i>				<i>pozitív</i>
Befektetett erő-jutalom egyensúlya (2.75)	<i>pozitív</i>	<i>pozitív</i>				<i>pozitív</i>
Munkahelyi stressz (4.17)	negatív	<i>negatív</i>		<i>negatív</i>	<i>negatív</i>	negatív
Munkahely és magánélet különválasztása (4.08)	<i>pozitív</i>	<i>pozitív</i>			<i>pozitív</i>	pozitív
Elégedettség a család- munkahely egyensúlyával (3.41)	pozitív	pozitív	<i>pozitív</i>	<i>pozitív</i>	pozitív	pozitív
Érzelmi kimerülés (3.96)	negatív	<i>negatív</i>	<i>negatív</i>	<i>negatív</i>	<i>negatív</i>	negatív

Jelölés: Spearman korreláció értékelése: *Gyenge mértékű együttjárás; Közepes erősségű együttjárás*

*A tényezők és skálák átlagát zárójelben jelölöm

A település méretét nézve a gyógypedagógusok több, mint 50%-a dolgozik megyeszékhelyen vagy a fővárosban, így a rezilienciával kapcsolatos pozitív összefüggés tekintetében kedvező a helyzet. A minta 35%-a ingázik, így az önreguláció és a reziliencia szempontjából negatívan érintettek körülbelül a minta egyharmadát teszik ki. A munkahelyi segítő együttműködés, melynek legmagasabb az átlaga az adott kérdéscsoportban, előnyös a lelki egészség alakulása szempontjából, a skálák közül a Jóllét, a Savoring és az Alkotó-végrehajtó hatékonyság mutat vele gyenge mértékű pozitív együttjárást.

A vezetőségtől érkező erkölcsi és emberi elismerés 3.76-os átlaggal inkább jellemzőnek mondható a mintára, azonban jelentős azoknak a csoportoknak a létszáma is, amelyek az egyáltalán nem vagy nem jellemző válaszokat jelölték. Ebből adódóan ennek a tényezőnek az állapota korántsem optimális a minta szerint, hiszen pozitív együttjárást mutat a lelki egészség, azon belül a Jóllét és a Savoring alakulásával, így az alacsonyabb érték alacsonyabb skála eredménnyel jár együtt. A befektetett erőfeszítés és az érte járó jutalom egyensúlya érte el a legalacsonyabb átlagot (2.75), így ez a tényező inkább nem jellemző a kitöltő gyógypedagógusokra. A mentális egészséggel, azon belül a Jóllét és a Savoring skálákkal való pozitív együttjárását nézve az eredmény rendkívül kedvezőtlen.

A munkahelyi stressz szintén jellemző a kitöltőkre (az átlagértéke 4.17). A tényező negatív együttjárást mutat a mentális egészség alakulásával, ami nem előnyös a magas értéket figyelembe véve. Különösen amiatt, mert a Jóllét, a Savoring, az Önreguláció és a Reziliencia skálák is érintettek az összefüggésben, melyek közül a Jóllét skálával közepes erősségű az együttjárása. A munkahely és a magánélet különválasztása tényező jellemzőnek mondható a kitöltőkre (4.08 az átlag), ami optimális a mentális egészség alakulásának szempontjából, ugyanis pozitív együttjárást mutat vele. A skálák közül a Jóllét, a Savoring és a Reziliencia alakulása jár együtt a változóval.

A család és a munkahely egyensúlyával való elégedettség átlaga 3.41, így inkább nem jellemző a mintában szereplő gyógypedagógusokra. Ez hátrányt jelent, mert a mentális egészséggel pozitív az összefüggése, így a változó alacsonyabb értékével alacsonyabb skálaérték jár együtt. Ez a tényező meghatározó jelentőségű, mert mindegyik skálával együttjárást mutat, melyek közül a Jóllét, a Savoring és a Reziliencia skálákkal közepes erősségű az összefüggése. Az érzelmi kimerülés a másik tényező, amely mindegyik skálával együttjárást mutat. Ennek átlaga 3.96, így inkább jellemző a mintára. A skálákkal negatív az összefüggése, így a magasabb érték kedvezőtlenebb a lelki egészség szempontjából, tehát ennek a változónak az állapota sem optimális a mintára nézve.

Összegezve a változók állapotát a munkahelyi segítő együttműködés, valamint a munkahely és a magánélet különválasztásának szempontjából viszonylag előnyös a minta helyzete. A vezetőségtől érkező erkölcsi és emberi elismerésre, továbbá az érzelmi kimerülésre nézve nem ideális a gyógypedagógusok helyzete, érdemes figyelmet fordítani ezeknek a tényezőknek az optimalizálására. A legkritikusabb terület a befektetett erőfeszítés és az érte járó jutalom egyensúlya, melynek szembetűnően alacsony az értéke a kitöltők körében. A család és a munkahely egyensúlyával való elégedettség, az ingázás és a munkahelyi stressz mértéke további három olyan tényező, amelyek állapota kedvezőtlen a lelki egészség alterületeivel való együttjárásuk tekintetében.

5.2. A kutatás tovább gondolásának lehetőségei

Ahogy a bevezető részben említettem, a gyógypedagógusok mentális egészségétől nem független a kiégés, a pályaelhagyás, továbbá az oktatási-, nevelési tevékenységet is befolyásolja, emiatt érdemes részletesen foglalkozni vele. A tényezők és a MET egyes skáláinak, illetve a MET átlagnak korrelációja ismeretében hatékonyabban tehetnénk lépéseket a gyógypedagógusok lelki egészségének javításáért. Akár intézményi szinten, akár szélesebb körben alkalmazott egészségfejlesztő vagy ismeretterjesztő projektek megvalósítása pozitív változásokat indíthatna el, elsődlegesen a pedagógusok esetében, amely hosszútávon a diákokra és a szülőkre is közvetett hatást gyakorolhatna. Az alábbiakban részletezem a gyakorlatba átültethető összefüggéseket a MET skálák eredményeire fókuszálva. A tényezők módosításával együttjáró változások inkább feltételezések a gyógypedagógus populációra vonatkozóan, a minta mérete miatt túlzott általánosításra nem alkalmasak.

A legalacsonyabb átlagértékkel rendelkező Reziliencia a következő módokon változhat a korrelációk figyelembevételével: a munkahely és a magánélet különválasztásának növelésével, továbbá a család és munkahely egyensúlyával való elégedettség növelésével a Reziliencia skála értéke feltételezhetően növekedne a pozitív együttjárás miatt. A munkahelyi stressz és az érzelmi kimerülés csökkentése szintén a Reziliencia skála értékének emelkedését vonhatná maga után, hiszen közöttük negatív az összefüggés. Az Önreguláció skála érte el a második legalacsonyabb átlagot, melyet az alábbi módokon lehetne pozitív irányba alakítani: az ingázás, a munkahelyi stressz és az érzelmi kimerülés csökkentése, valamint a család és munkahely egyensúlyával való elégedettség növelése mozdíthatja elő a pozitív irányú változást.

A Jóllét és a Savoring azonos változókkal mutat összefüggést, és a korrelációk iránya is megegyezik. A két skála emelkedése valószínűsíthetően a munkahelyi segítő együttműködés,

a vezetőségtől érkező elismerés, a befektetett erőfeszítés és az érte kapott jutalom egyensúlyának, a munkahely és a magánélet különválasztásának fokozásával érhető el. Ezeken túl pedig a munkahelyi stressz és az érzelmi kimerülés csökkentése járna együtt pozitív változással. Az Alkotó-végrehajtó hatékonyság alapvetően magas értéket ért el a gyógypedagógusok között, de ha tovább szeretnénk fokozni, akkor a munkahelyi segítő együttműködés, továbbá a munkahely és a család egyensúlyával való elégedettség növelése, illetve az érzelmi kimerülés csökkentése segítheti elő, az együttjárások miatt.

Az említett változók jelentős része közvetlen kapcsolatban van különböző intézményi tényezővel, például a vezetőséggel, a kollegiális kapcsolatokkal, így véleményem szerint a leghatékonyabban intézményi szinten lehetne beavatkozni. Természetesen ehhez szükséges az egyének szintjén is az ismeretterjesztés, illetve a helyi felmérés elvégzése, amely segítheti a fókuszált intervenciót.

A kutatásom folytatásaként azokra a tényezőkre is szeretnék figyelmet fordítani, amelyek a terjedelem korlátaiból adódóan nem kaptak helyet ebben a dolgozatban, azonban további kérdésfeltevés és összefüggés keresés alapjául szolgálhatnak. Ezen kívül nagyobb mintán is szeretném elvégezni a vizsgálatot, a specifikusan gyógypedagógusokra jellemző tényezők szerint árnyalva.

5.3. A kutatás korlátai

A kérdőív készítéstől az eredmények értelmezéséig folyamatosan alakult, egyre részletesebbé vált a kutatás, így utólag felismertem, hogy ha néhány kérdést másképpen fogalmazok meg a kérdőívben, akkor a magasabb mérési szintből adódóan még részletesebb információk birtokába jutottam volna.

A vizsgálatom további korlátja, hogy ismeretlen személyek online kérdőívvel nyert adataira támaszkodom, ebből adódóan némileg torzulhatnak az eredmények. Illetve a 100 fős létszám miatt téves lenne túlzott általánosítások megfogalmazása a teljes gyógypedagógus társadalomra vonatkozóan.

Irodalomjegyzék

- Buda, B. (1994). *Mentálhigiéné, A lelki egészség társadalmi, munkaszervezeti, pszichokulturális és gyakorlati vetületei*. Animula Kiadó.
- Buda, B. (2003). *A lélek egészsége, A mentálhigiéné alapkérdései*. Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Cohen, L., Jarvis, P., & Fowler, J. (2013). *Practical statistics for field biology*. John Wiley & Sons.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Farkas, P. (2011). A pedagógusi szakma mentálhigiéné aspektusai: A pedagógusok lelki egészsége. *Keresztény Szó*, 22, 28–32.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World psychiatry*, 14, 231–233.
- Horváth, S. (2014). Pedagógus burnout prevenciójának lehetőségei. *Mozgás, környezet, egészség Szerk. Karlovitz János Tibor. International Research Institute sro, Komárno (Szlovákia)*, 155–174.
- Maczali, K. (2018). A mentális egészség újradefiniálásának irányába—Cikkismertetés. *Egészségfejlesztés*, 59(1), 61–62. <https://doi.org/10.24365/ef.v59i1.230>
- Masak, A., Tobak, O., & Deutsch, K. (2021). Egészségnevelési attitűd és egészségmagatartás középiskolai pedagógusok körében. *Egészségfejlesztés*, 62(2).
- Maslach, C. (1982.). *Burnout: The Cost of Caring*. Prentice-Hall.
- Mihálka M., & Pikó B. (2018). Pedagógusok élettél való elégedettsége és összefüggése a kiégéssel, valamint a pszichoszomatikus egészség mutatóival. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 19(2), 140–157. <https://doi.org/10.1556/0406.19.2018.006>
- Oláh, A. (2005). Érzelmek, megküzdés és optimális élmény. *Budapest: Trefort Kiadó*.
- Oláh, A., & Kapitány-Fövény, M. (2012): A pozitív pszichológia tíz éve. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(1), 19–45.
- Oláh A., Nagy H., Magyaródi T., Török R., & Vargha A. (2018). Egy új mentális egészséget mérő kérdőív, a MET kidolgozása. In *Változás az állandóságban, A Magyar Pszichológiai Társaság XXVII. Országos Tudományos Nagygyűlése* (o. 80–80). Magyar Pszichológiai Társaság. https://oszkdk.oszk.hu/storage/00/02/87/04/dd/1/2018_MPT_absztrakt_0529.pdf
- Paksi, B., Veroszta, Z., Schmidt, A., Magi, A., Vörös, A., Endrődi-Kovács, V., & Felvinczi, K. (2015a). *Pedagógus-Pálya-Motiváció, Egy kutatás eredményei*. Oktatási Hivatal.

- Paksi, B., Veroszta, Z., Schmidt, A., Magi, A., Vörös, A., Endrődi-Kovács, V., & Felvinczi, K. (2015b). *Pedagógus-Pálya-Motiváció, Kutatási tapasztalatok a pályamotiváció és a lelki egészség vizsgálata alapján*. Oktatási Hivatal.
- Petróczi, E. (2007). *Kiegész-elkerülhetetlen*. Eötvös József Könyvkiadó.
- Petróczi, E., Fazekas, M., Tombácz, Z., & Zimányi, M. (1999). A kiegész jelensége pedagógusoknál. *Magyar Pszichológiai Szemle*, LIV.(3.), 429–441.
- Pikó, B. (2005). *Lelki egészség a modern társadalomban*. Akadémiai Kiadó.
- Pintér Tibor, *Mentálhigiéné, krízis, krízisintervenció, tanácsadás*. Szeged, DRHE. 2004, 7.
- Salavecz, G., Neculai, K., & Jakab, E. (2006). A munkahelyi stressz és az énhatékonyság szerepe a pedagógusok mentális egészségének alakulásában. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika*, 7(2), 95–109. <https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.2.2>
- Syme, S. L., & Berkman, L. F. (1976). Social class, susceptibility and sickness. *American journal of epidemiology*, 104(1), 1-8.
- Szokolszky, Á., & Palatinus, Z. (2004). *Kutatómunka a pszichológiában: Metodológia, módszerek, gyakorlat*. Osiris.
- Szondy, M., Martos, T., Szabó-Bartha, A., & Pünkösty, M. (2014). A Rövidített Pozitív Élmények Feldolgozási Módjai Skála magyar változatának reliabilitás-és validitásvizsgálata. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 305–316.
- Tomcsányi, T., & N. Tóth, Zs. (1995). Humán segítő foglalkozásúak posztgraduális mentálhigiénés képzése. *Magyar Felsőoktatás*, 5, 31–34.
- Tudor, K. (1996). *Mental health promotion: Paradigms and practice*. Routledge, London
- Vargha, A., Török, R., Diósi, K., & Oláh, A. (2019). Boldogságmérés az iskolában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 74(3), 327-346.
- Vargha, A., Zábó, V., Török, R., & Oláh, A. (2020). A jóllét és a mentális egészség mérése: A Mentális Egészség Teszt. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 21(3), 281–322.
- Vári, K. (2020). Mentálhigiéné és kiegész a konduktorok körében. *Tudomány és Hivatás A Semmelweis Egyetem Pető András Kar internetes folyóirata*, 1., 112.
- Wernigg, R. (2020). A mentális egészség a XXI. század egyik nagy népegészségügyi kihívása. *Egészségfejlesztés*, 61(2), 3–6. <https://doi.org/10.24365/ef.v61i2.586>
- World Health Organization. (1984). *Health promotion: a discussion document on the concept and principles: summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion, Copenhagen, 9-13 July 1984*
- World Health Organization. (2020). *Basic documents*. Negyvenkilencedik kiadás. World Health Organization.