

A BURNOUT VIZSGÁLATA A GYERMEKJÓLÉTI, GYERMEKVÉDELMI INTÉZMÉNYEKBEN DOLGOZÓ SZOCIÁLIS SZAKEMBEREK KÖRÉBEN

Csók Cintia

Debreceni Egyetem Gyermeknevelési és Felnőttképzési Kar, Hajdúböszörmény, Désány István utca 1-9.

Lektorálta: Dr. Gortka-Rákó Erzsébet, tanszékvezető főiskolai docens

The investigations show us, that the workplace burnout is a current problem, especially for those, who work in human sphere. The child protection is a genuinely sensitive segment in the human sphere, because the helpers are always in contact with children with hard fate, this is why is inescapable to not take into truly emotionality. I did the questionnaire examination in basic welfare provision and professional child protection provision institute with 50-50 people in Debrecen. In the course of my research, I used the questionnaire compose by Erzsébet Petróczi and Csongrád County ÁNTSZ Health Education Department – The questionnaire is about general condition assessment of the workers in the human sphere (social sphere) – is a reorganize and more adridged version; I used Pines, Aronson, Kafry burnout questionnaire as well.

Problémafelvetés

A tanulmány témája a burnout vizsgálata a gyermekjóléti és gyermekvédelmi intézményekben dolgozó szociális szakemberek körében. A kutatások (Petróczi, 2002; Papp, 2002; Köteles, 2009) azt mutatják, hogy a munkahelyi kiégés egy jelen lévő probléma, különös tekintettel a humán szférában dolgozóakra. A szociális szakemberek emberekre irányuló, lelkiileg megterhelő munkát végeznek, ennek következtében fokozott veszélynek vannak kitéve a burnout szempontjából. A gyermekvédelem egy különösen érzékeny szegmense a humán szférának, hiszen a segítők napi kapcsolatban állnak nehéz sorsú gyermekekkel, akik segítségre, támogatásra szorulnak, ezáltal sokszor elkerülhetetlen, hogy érzelmileg erősebben bevonódjanak. Az adatok alapján nő a pályaelhagyók száma, az utánpótlás pedig egyre kevesebb: a Rubeus Egyesület országos kutatásában a megkérdezett gyermekjóléti szolgálatoktól 2014-ben összesen 298 fő távozott (volt olyan intézmény, ahonnan egyszerre 29 fő ment el), azonban csak 275 új szakembert tudtak felvenni (Freisinger, Gyarmati, Rácz és Szombathelyi, 2015). A KSH (2015) adatai alapján a humán-egészségügyi, szociális ellátás területe 2,9%-al kiugró értéket mutat üres álláshelyek tekintetében, szemben a többi gazdasági ággal (nemzetgazdaság összesen: 1,8%).

Elméleti keretek

A burnout fogalmát 1974-ben Herbert J. Freudenberger pszichoanalitikus alkotta meg: „*Ez a szindróma krónikus, emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés állapota, mely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek*” (idézi Fekete, 1991. 17. o.).

Azóta a kiégés értelmezésére több szerző tett kísérletet. A definíciók kategorizálásakor Kollár (2014) szerint az elméletek két nagy csoportja rajzolódik ki. Az egyik a személyközpontú megközelítés, melyben a kiégés individuális problémaként jelenik meg és az egyéni jellemzőkre helyeződik a hangsúly. Ide tartozik többek között Freudenberger és Richelson, Edelwich és Brodsky, továbbá Burisch meghatározása. Kollár (2014) szerint az elméletalkotók másik nagy csoportja a szervezetet helyezi középpontba, ezek között említendő Cherniss, Aronson, Pines és Kafry, továbbá Maslach és Jackson értelmezése.

Kollár (2014) felosztásával szemben Schaufeli, Maslach és Marek a kiégés-elméletek négy csoportját különítette el:

1. Individuális megközelítések a kiégett egyén tulajdonságaira, szimptomáira helyezik a hangsúlyt.
2. Interperszonális megközelítések szerint a személyközi kapcsolatokon van a hangsúly, ilyen a segítő-kliens, kolléga-kolléga, alkalmazott-felettes közötti viszony.
3. Szervezeti megközelítésekben a burnout nem individuális probléma, az intézmény szervezeti struktúrája befolyásolja a kiégés kialakulását (jutalmazás, szociális támogatás, kommunikáció, autonómia, kontroll).
4. Társadalmi megközelítésekben a burnout szociológiai háttérre helyezik a hangsúlyt.

(idézi Bordás, 2010)

A fenti leírások alapján láthatjuk, hogy a burnout egy összetett jelenség, ami többféleképpen értelmezhető. A legtöbb kutató azonban egyetért abban, hogy az egyén emocionálisan, testileg, illetve pszichésen is a krónikus kimerülés állapotába kerül és konvencionális módon ezzel nem képes megküzdeni (Kovács, 2006).

A kutatás módszertana

A kutatás célja a debreceni gyermekjóléti és gyermekvédelmi intézményekben dolgozó szociális szakemberek vizsgálata a következő szempontok alapján:

1. kiégéssel való érintettség, pszichés és szomatikus tünetek, közérzet;
2. a szakemberekre ható stresszorok;
3. pályaelhagyás gondolata, pályán maradás okai, fluktuáció okai, továbbá a pályaelhagyás gondolata és a kiégés közötti kapcsolat.

Az összehasonlító vizsgálat keretében feltártuk, hogy milyen különbségek vannak a gyermekjóléti alapellátás és a gyermekvédelmi szakellátás területén dolgozók között a következők tekintetében: demográfiai jellemzők, kiégés, tünetek, közérzet, stresszorok és a pályaelhagyás gondolata.

A keresztmetszeti vizsgálat 2016 nyarán debreceni gyermekjóléti és gyermekvédelmi intézményekben zajlott, ahová – előzetes telefonos egyeztetést követően – személyesen vittem el a papír alapú, önkitöltős kérdőíveket. Az intézmények vezetőivel való konzultáció során ismerttettem kutatásunk célját, közösen átnéztük a kérdőíveket és megbeszéltük az esetlegesen felmerülő kérdéseket. A vezetőkkel megegyeztünk, hogy ők osztják szét a vizsgálati anyagot a szociális szakembereik (szociálpedagógusok, szociális munkások, szociálpolitikusok, középfokú szociális végzettségűek) között. Összesen 140 darab kérdőívet osztottunk ki, melyből 116 darabot kaptunk vissza. Az értékelésből kihagytuk azokat a kérdőíveket, amelyek hiányosan voltak kitöltve, így végül 100 kérdőív került feldolgozásra: 50 darab a gyermekjóléti alapellátás területéről és 50 darab a gyermekvédelmi szakellátás területéről (1. és 2. táblázat).

A kutatásban résztvevő intézmények:

- Debrecen Megyei Jogú Város Család- és Gyermekjóléti Központja. Továbbá az intézmény közös igazgatású, önálló szervezeti egységei: család- és gyermekjóléti szolgálatok.
- Debrecen Megyei Jogú Város Gyermekvédelmi Intézménye Gyermek Átmeneti Otthona
- Debrecen Megyei Jogú Város Gyermekvédelmi Intézménye Családok Átmeneti Otthona
- „Szivárvány” Családok Átmeneti Otthona
- Hajdú-Bihar Megyei Gyermekvédelmi Igazgatóság és Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat
- Hajdú-Bihar Megyei Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat Befogadó Otthon

- Benita Nevelőszülői Hálózat
- Debreceni és Nyírségi Görögkatolikus Gyermekvédelmi Központ debreceni lakásotthonai

1. táblázat A gyermekjóléti alapellátás területén felvett kérdőívek megoszlása

Munkahely típusa	A feldolgozott kérdőívek mennyisége (db)
család- és gyermekjóléti központ	13
család- és gyermekjóléti szolgálat	23
gyermekek átmeneti otthona	5
családok átmeneti otthona	9
Összesen	50

Saját szerkesztés

2. táblázat A gyermekvédelmi szakellátás területén felvett kérdőívek megoszlása

Munkahely típusa	A feldolgozott kérdőívek mennyisége (db)
területi gyermekvédelmi szakszolgálat	24
nevelőszülői hálózat	3
gyermekotthon, lakásotthon	23
Összesen	50

Saját szerkesztés

A kutatás eszköze:

Petróczi Erzsébet és a Csongrád Megyei ÁNTSZ Egészségnevelési Osztálya által összeállított kérdőívet – *Kérdőív a humán szakmákban dolgozók közérzetének vizsgálatára (szociális szféra)* – használtuk fel, amit lerövidítettünk és kissé átalakítottunk:

A kérdőív első felében részben demográfiai kérdések, részben pedig a munkakörülményekre vonatkozó kérdések szerepeltek: neme, életkora, családi állapota, gyermekek száma, iskolai végzettsége, hány éve dolgozik a segítő szakmában, hány éve dolgozik a jelenlegi munkahelyén, hányadik munkahelyén dolgozik jelenleg, heti hány órát foglalkozik a kliensekkel, nettó jövedelem, végez-e egyéb munkát (heti hány órában, milyen jellegűt) és a munkahely típusa. Ezután a pályaelhagyással kapcsolatos kérdések következtek: foglalkoztatja-e a pályaelhagyás gondolata (hány éve volt a pályán, amikor először gondolt rá), mi tartotta vissza a pályaelhagyástól, illetve a kollégák pályaelhagyásának okai. A továbbiakban a válaszadó egy négyfokú skálán értékelhette, hogy a felsorolt 15 tényező mennyiben jelent számára stresszt, majd a pszichés és szomatikus helyzetére vonatkozó 20 állítás következett.

A kutatás eszközeként használtuk továbbá Pines, Aronson, Kafry által kidolgozott burnout kérdőívet. A kérdőív 21 állítást tartalmaz, amit egy 7 fokozatú Likert-skálán értékelhet a kitöltő. Az értékelési útmutató alapján kiégettségi index számolható, ezáltal az egyén az alábbi kategóriák valamelyikébe sorolható be: normál, életuntság/kiégés vagy az akut krízis fázisa.

A kérdőívek értékelését az SPSS Statistics 17.0 programmal végeztük el, az alábbi statisztikai módszereket alkalmazva: százalékszámítás, átlagszámítás, varianciaanalízis és kereszttábla elemzés (khi-négyzet statisztika).

A minta szociodemográfiai jellemzői

A megkérdezettek között 87 nő és 13 férfi található, ami jól mutatja a nők magas arányát ezen a pályán. A legfiatalabb kitöltő 25 éves, a legidősebb 62 éves, az átlagéletkor 42,4. A szociális szakemberek 61%-a házas, 18%-uk élettársi- vagy partnerkapcsolatban él, 11%-uk egyedülálló, 6%-uk elvált, 4%-uk pedig özvegy. A minta 74%-ának van gyermeke: 22%-uknak egy, 37%-uknak kettő, 15%-uknak pedig három vagy több. A megkérdezettek 88%-a rendelkezik diplomával (ebből 62% főiskolai, 26% egyetemi szintű), 12%-nak középfokú végzettsége van. A szakemberek átlagosan 12,4 éve dolgoznak segítőként, átlagban a harmadik munkahelyükön és átlag 7,6 éve a jelenlegi álláshelyükön.

Összehasonlítottuk a két ellátási területen dolgozók demográfiai jellemzőit: a gyermekjóléti alapellátás területén a szociális szakemberek átlag 11,5 éve dolgoznak a segítő szakmában, átlag 7,1 éve a jelenlegi munkahelyükön és átlagban a harmadik álláshelyükön. Ezzel szemben a gyermekvédelmi szakellátásban a megkérdezettek 13,4 éve dolgoznak a segítő szakmában, átlag 8,9 éve a jelenlegi munkahelyükön és átlagban a negyedik álláshelyükön. Az alapellátásban dolgozók átlagéletkora 40 év, a szakellátásban dolgozóké 45. Ezen életszakaszra (40. és 50. év között) jellemző az úgynevezett életközépi krízis, amikor az egyén újraértékeli önmagát és a karrierjét. Ezen krízisben lévő egyének a kiégéshez hasonló tüneteket élhetnek át (Petróczi, 2007). Éppen ezért érdemes figyelembe vennünk, hogy a vizsgálat szempontjából befolyásoló tényező lehet a szakemberek életkora. Releváns szempont lehet továbbá a családi állapot és a gyermekek száma. Az alapellátás területén a szakemberek 86%-a él házasságban vagy kapcsolatban és 70%-uknak van gyermeke, a szakellátás területén pedig a megkérdezettek 72%-a él házasságban vagy kapcsolatban és 78%-uknak van gyermeke. Takács (2006) szerint házasságban vagy tartós kapcsolatban élőknek lényegesen kisebb az esélyük a kiégésre. Ugyanakkor nők esetében a család és a munkahely összeegyeztetése sokszor nagyon megterhelő lehet (Petróczi, 2007). Iskolai végzettség tekintetében az alapellátás területén a megkérdezettek 90%-a rendelkezik diplomával, míg a szakellátás területén kicsivel kevesebb, 86%.

A kapott válaszok alapján megállapítható, hogy a gyermekjóléti alapellátásban dolgozók átlagosan rövidebb ideje dolgoznak munkahelyükön, a segítő szakmában, mint a szakellátásban dolgozók. Átlagéletkorukat tekintve öt évvel fiatalabbak, mint a szakellátás dolgozói. Az eddigi életútjukat tekintve az álláshelyek száma kevesebb az alapellátásban dolgozók körében, mint a szakellátásban dolgozóké.

Eredmények

Első lépésként Pines, Aronson, Kafry burnout kérdőíve alapján kiégettségi indexet számoltunk, ezáltal a szakembereket a következő kategóriákba soroltuk: nem kiégettek, kiégettek, krízisben lévők. A 3. táblázatból kiderül, hogy amíg az alapellátás területén dolgozók 30%-a kiégett, ebből 8% krízisben lévő, addig a szakellátás területén a szakemberek 40%-a tekinthető kiégettnak és ebből 14%-uk sorolható az akut krízis fázisába. Tehát Pines, Aronson, Kafry burnout kérdőíve alapján a gyermekjóléti alapellátás területén a válaszadók 30%-a mutatja a kiégés valamely fokát, míg a gyermekvédelmi szakellátás területén 40%. Az egész mintát tekintve elmondható, hogy vizsgálatunkban a gyermekjólét, gyermekvédelem területén dolgozó szociális szakemberek 35%-a kiégett, ebből 11% krízisben lévő.

3. táblázat A burnout jelensége a gyermekjólét, gyermekvédelem területén
(százalékban megadva, N=100)

	Nem kiégettek	Kiégettek	Krízisben lévők	Kiégettek + Krízisben lévő
Alapellátás (N=50)	70%	22%	8%	30%
Szakellátás (N=50)	60%	26%	14%	40%
Összesen (N=100)	65%	24%	11%	35%

Saját szerkesztés

Az eredmények egyértelműen mutatják, hogy a kiégés a gyermekvédelmi szakellátás területén dolgozók körében magasabb százalékban fordul elő, mint a gyermekjóléti alapellátásban dolgozóknál. Ezt támasztja alá, hogy a szakellátás területén 13 tünet átlagértéke lett magasabb az alapellátáséhoz képest. Ezek a következők: állandó fáradtságérzés (2,20), tehetetlenségérzés (2,04), szétszórtság (1,90), folytonos kudarcérzés (1,88), kilátástalanság (1,88), a nehézségekkel való megküzdés képtelensége (1,72), rossz közérzet (1,70), különböző fájdalmak érzése (1,68), boldogtalanságérzés (1,64), a problémák megoldására való képesség hiánya (1,64), álmatlanság (1,60), állandó döntésképtelenség (1,48), étvágytalanság (1,22). Az alapellátás területén csupán a jövő miatti aggodás (2,40), az emésztési zavarok (1,64) és a gyakori gyomorégés (1,62) értékei lettek magasabbak a szakellátáséhoz képest. Az alapellátás területén tehát egyértelműen a jövő miatti aggodás érte el a legmagasabb értéket (2,40), valamint a szakellátás területén is ez a legjellemzőbb tünet az állandó fáradtságérzés (2,20) mellett. Az, hogy a szakellátásban dolgozók körében jellemzőbb a fáradtságérzet, véleményünk szerint összefüggésbe hozható azzal, hogy amíg az alapellátás területén a válaszadók 14%-a vállal mellékállást, addig a szakellátás területén 24%, átlagosan heti 10 órában. Ez egyrészt túlterheltséget eredményezhet, másrészt *Petróczi* (2002) szerint ez a hajszoltság előbb pszichés, majd testi tünetekben is megmutatkozik. Fontos azonban kiemelnünk, hogy a szimptómák alacsony átlagértékeket mutatnak. Ebből következtethetünk arra, hogy a felsorolt tünetek valóban nem túlságosan jellemzőek, ritkán jelentkeznek és gyors lefolyásúak. *Bergner* (2015) szerint az első fázisban ritka a kiégés tüneti megjelenése és az egyén többnyire még nagyon jól érzi magát. A másik lehetőség a tagadás, *Petróczi* (2007) szerint a kiégés a kezdeti fázisban szinte mindig magában foglal egyfajta tagadást és életbe lépnek a tudattalan elhárító mechanizmusok.

Bizonyos állítások a pozitív állapotra vonatkoztak, ezeket a következőkben foglaljuk össze:

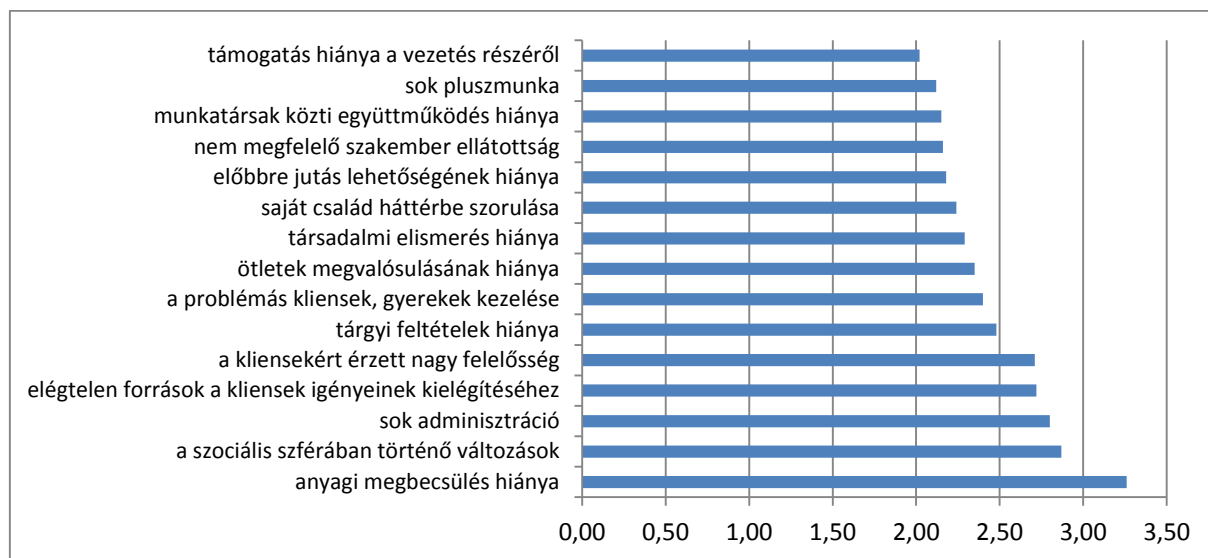
A gyermekjóléti alapellátás területén dolgozók 54%-ra jellemző az elégedettség érzés, 22%-ára nem túlságosan, 24%-ára pedig egyáltalán nem. A válaszadók 26%-a értékelte rossznak az egészségi állapotát. A megkérdezettek 38%-ára egyáltalán nem vagy nem túlságosan jellemző a remek figyelmi koncentráció. Továbbá az alapellátásban dolgozó szociális szakemberek 42%-a jórészt igen, 30%-a pedig nagymértékben biztos abban, hogy a problémái a jövőben megoldódnak.

Ezzel szemben a gyermekvédelmi szakellátás területén dolgozók 54%-ra jellemző az elégedettség érzés, 38%-ára nem túlságosan, 8%-ára pedig egyáltalán nem. A válaszadók 38%-a értékelte rossznak az egészségi állapotát. A megkérdezettek 42%-ára egyáltalán nem vagy

nem túlságosan jellemző a remek figyelmi koncentráció. Továbbá a szakellátásban dolgozó szociális szakemberek 48%-a jórészt igen, 22%-a pedig nagymértékben biztos abban, hogy a problémái a jövőben megoldódnak.

Érdekes figyelembe vennünk, hogy az elégedettség érzést mindkét ellátási területen csupán a szakemberek 54%-a értékelte jórészt vagy nagymértékben megfelelőnek. Tehát a szakemberek 46%-ára jellemző az elégedetlenségérzés. Hasonló eredményt kapott *Köteles* (2009), akinek vizsgálatában a szociális és gyermekvédelmi intézményekben dolgozó szociális szakemberek szinte felére jellemző volt az elégedetlenségérzés.

Az elégedetlenség és a kiegészítés lehetséges okait a következőkben – a munkahelyi stresszor tényezők feltárásával – mutatjuk be.



1. ábra A gyermekjólét, gyermekvédelem területén ható stresszor tényezők (átlagértékben megadva, négyfokozatú skálával mérve, N=100)

Az 1. ábrán látható eredmények átlagértékeit tekintve megállapítható, hogy a gyermekjólét, gyermekvédelem területén dolgozó szociális szakemberek körében a legnagyobb stresszt az anyagi megbecsülés hiánya okozza (3,26), ezt követi a szociális szférában történő változások (2,87) és a sok adminisztráció (2,80). Láthatjuk, hogy a rendszerben történt változásokat a szakemberek jelentős része stresszként élte meg, ugyanakkor igény lenne más jellegű átalakításokra, mint a dolgozói béremelés, intézményi finanszírozás emelése (ebből fakad mind a forráshiány, mind a tárgyi feltételek problematikája), adminisztrációs terhek csökkentése. Utolsó helyen áll a támogatás hiánya a vezetés részéről (2,02), ami jó vezetési stílust feltételez, és nagymértékben hozzájárul a szervezeti kultúrához. A kellemes munkahelyi légkört erősíti, hogy a munkatársak közti együttműködés hiánya (2,15) is alacsony átlagértéket kapott. Ezzel szemben *Petróczi* (2002) vizsgálatában a szociális szférában dolgozó szakemberek stresszforrásainak jelentős része a vezetéshez és a munkatársakhoz kapcsolódott.

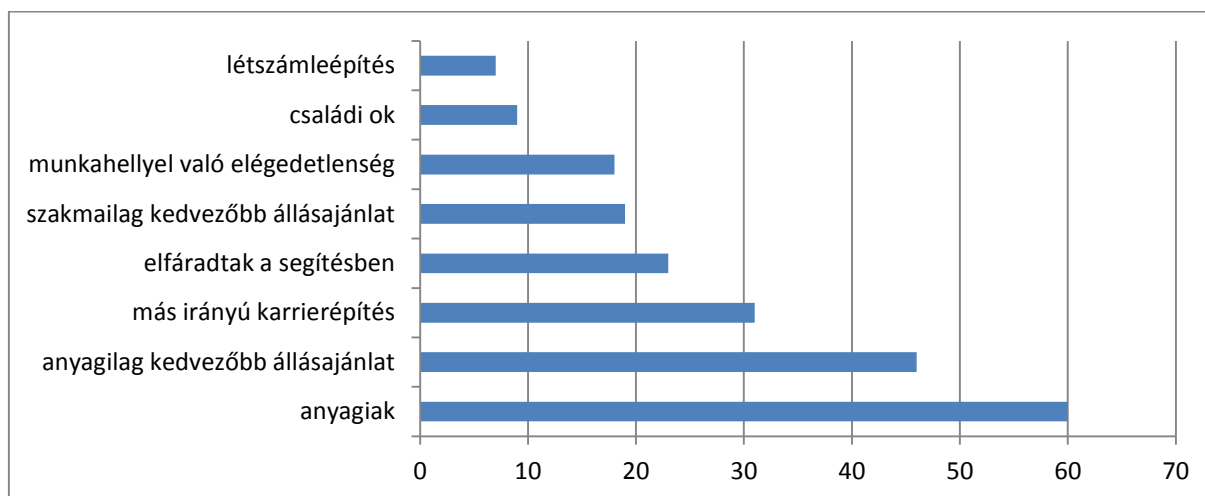
Az egyszempontos varianciaanalízis módszerével teszteltük, hogy a két ellátási terület stresszor tényezői között kimutatható-e szignifikáns különbség. Stresszor tényezők tekintetében a következők átlagértéke szignifikánsan magasabb ($p < 0,05$) az alapellátás területén: anyagi megbecsülés hiánya (3,46), szociális szférában történő változások (3,10), sok adminisztráció (3,10) és elégtelen források a kliensek igényeinek kielégítéséhez (2,94). Az anyagiakra magyarázatul szolgál, ha megnézzük a válaszadók átlagos nettó munkahelyi jövedelmét: az alapellátás területén 127.762 Ft, a szakellátás területén 162.756 Ft. A jelentős jövedelemkülönbség oka, hogy a vizsgálatban résztvevő egyik szakellátási intézmény szociálpedagógusai a pedagógus bértábla szerint kapják a fizetésüket, és ez jelentős

jövedelemkülönbséget eredményez a javukra. Nem meglepő, hogy az alapellátás területén magasabb értéket képvisel a „szociális szférában történő változások”, hiszen 2016. január elsejétől jelentős változások történtek ezen a területen: az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról módosítása értelmében – a családsegítés és a gyermekjóléti szolgáltatás összevonásával – települési szinten létrejöttek a család- és gyermekjóléti szolgálatok, járási szinten pedig a család- és gyermekjóléti központok. Az alapellátás területén továbbá szignifikánsan magasabb értéket mutat még a sok adminisztráció és a forráshiány. A gyermekjóléti szolgálatok szakemberei már korábban is jelezték az adminisztratív terhek csökkentésére, a „macis lapok” átalakítására való igényt (Freisinger és mtsai, 2015). A forráshiány pedig az intézmények anyagi helyzetével hozható összefüggésbe (Petróczi, 2002).

A szakellátás területén szignifikánsan magasabb ($p < 0,05$) értéket mutat a tárgyi feltételek hiánya (2,68), az ötletek megvalósulásának hiánya (2,56), a nem megfelelő szakember ellátottság (2,44) és a munkatársak közti együttműködés hiánya (2,36). Tehát ha megnézzük, a szakellátás területén szignifikánsan magasabb az átlagértéke a szervezeti kollektívával kapcsolatos stresszoroknak, mint a munkatársak közti együttműködés hiánya és az ötletek megvalósulásának hiánya. A tárgyi feltételek hiánya – csak úgy, mint a forráshiány – az intézmények anyagi helyzetén múlik (Petróczi, 2002). A nem megfelelő szakember ellátottság összefüggésbe hozható a magas fluktuációval, bár saját kutatásunktól eltérően Rácz (2005) úgy találta, hogy a gyermekotthonok, lakásotthonok dolgozói a problémát inkább a külső szakemberek (pszichológus, gyógypedagógus) hiányában látták.

A kapott eredményeink alapján megállapítható, hogy a legnagyobb munkahelyi stresszt az anyagi megbecsülés hiánya okozza. Saját eredményeinkhez hasonlóan Petróczi Erzsébet 1998-2000-ben végzett kutatásában azt találta, hogy a szociális szférában dolgozó szakemberek 84%-a jelölte stresszornak az alacsony fizetést (Petróczi, 2002). Szintén hasonló eredményt fogalmazott meg a Rubeus Egyesület 2015-ös vizsgálatában, ahol a gyermekjóléti szolgálatoknál dolgozók 95%-a jelezte, hogy elégedetlen a fizetésével (Freisinger és mtsai 2015). Az elégedetlenség érthető, ha megnézzük a KSH (2016) adatait: 2016. január-augusztusban a humán-egészségügyi, szociális ellátás területén volt a legalacsonyabb a bruttó átlagkereset 149.600 forinttal (nemzetgazdasági szinten 257.900 forint).

A 2. ábra adatai igazolják – a fentebb ismertetett eredményekhez kapcsolódóan –, hogy a szociális szakemberek 88%-a ismer olyan kollégát, aki elhagyta a segítő szakmát: a fluktuáció elsődleges oka az anyagiak (60%), ezt követi az anyagilag kedvezőbb állásajánlat (46%).



2. ábra Kollégák pályaelhagyás okai (több válasz is lehetséges, százalékban megadva, N=88)

Petróczi és munkatársai vizsgálatában a pályaelhagyás elsődleges okaként szintén az anyagiak (55%) szerepelt, ezt követte az anyagilag kedvezőbb állásajánlat (42%) (Petróczi, 2002). A Rubeus Egyesület vizsgálatában pedig ugyancsak az alacsony fizetés szerepelt az első helyen (Freisinger és mtsai, 2015).

Mindezek után arra a kérdésre kerestük a választ, hogy a gyermekjólét, gyermekvédelem területén dolgozó szociális szakemberek hány százaléka gondolt már a segítő pálya elhagyására. A megkérdezettek 55%-a nem gondolt még a szakma elhagyására, 5%-uk pedig régebben. A válaszadók 30%-a alkalmanként/néha, 10% jelenleg is gondolkodik rajta. Tehát láthatjuk, hogy a szakemberek majdnem fele (45%) gondolt már arra, hogy elhagyja a segítő pályát. A minta egészét tekintve elmondható, hogy a szakemberek átlag 7,6 éve voltak a szakmában, amikor először gondoltak pályamódosításra.

Összehasonlítottuk a két ellátási területet és szinte azonos eredmények születtek a pályaelhagyás vonatkozásában: az alapellátásban dolgozók 54%-a nem, 6% pedig régebben gondolt a pályaelhagyásra. Ezzel szinte megegyezően a szakellátásban dolgozók 56%-át még nem, 4%-ot pedig régebben foglalkoztatott. Mindkét területen 30-30% alkalmanként/néha, további 10-10% jelenleg is gondolkodik rajta. Az alapellátás területén átlag 7,3 éve, a szakellátás területén pedig átlag 8,0 éve voltak a szakemberek pályán, amikor először gondoltak pályamódosításra.

A kapott eredmények alapján megállapítható, hogy jelentős a száma azoknak, akik gondoltak már a szakma elhagyására (45%). Gál (2013) tanulmányában a szociális és gyermekvédelmi ágazatban dolgozók marginális helyzetére és a megélhetési pályaelhagyás jelenségére hívja fel a figyelmet. A megélhetési pályaelhagyás jelenségét a vizsgálatunk is alátámasztja, hiszen a már ismertetett fluktuációs okok között is magasan az anyagiak állt az első helyen.

Kíváncsiak voltunk arra is, hogy mi tartja azokat a szakembereket a pályán, akik már gondolkoztak a szakma elhagyásán. A kapott válaszokat a következők mentén kategorizáltuk:

- **Hivatástudat** („*A munkám a hivatásom*”. „*Szeretek emberekkel, segítőként dolgozni.*” „*Szeretem a munkámat.*” „*A megszállottság, elhivatottság, segíteni akarás.*” „*A nehézségek ellenére szeretem a segítő munkát.*” „*Szeretek emberekkel foglalkozni és a lehetőségeimhez mérten segíteni rajtuk.*” „*Szeretem a gyerekeket és a munkámat.*” „*Szeretem a munkámat, csak a jövedelem növekedése miatt gondoltam változtatásra.*” „*Az egyéni foglalkozás a gyerekekkel.*” „*Motiváltság, segítő tevékenység.*”)
- **Lehetőségek hiánya** („*Munkalehetőség hiánya.*” „*Nem értek máshoz.*” „*Nincs lehetőség elhelyezkedni középfokú végzettséggel.*” „*A korom miatt már nem igen találnék több munkahelyet.*” „*Jobb lehetőség hiánya.*” „*Nehéz másik munkahelyet találni és valamiből élni kell.*”)
- **Anyagiak** („*A hónapról-hónapra való élet és a nyakamban lévő hitelek törlesztése.*” „*A családom megélhetésének a biztosítása.*” „*Fizetés nélküli időszak.*”)
- **Beletörődés** („*Elfogadás.*” „*Dolgozni kell valahol, ezt tanultam.*” „*Megszoktam*” „*Máshol se jobb.*”)
- **A változtatástól való félelem** („*A biztonság érzete.*” „*A változás és az azzal járó bizonytalanság.*”)
- **Jó munkahelyi kollektíva** („*Empatikus, támogató munkahelyi légkör.*” „*Kollégák közti jó hangulat, segítő szakmai támogatás és emberi odafigyelés.*”)
- **Családbarát munkahely** („*Összeegyeztethető a gyermekneveléssel.*” „*Családbarát munkaidő.*” „*Kötetlen munkaidő.*”)
- **Egyéb** („*Bízok a változásban.*” „*Nagyon változatos munkavégzés.*” „*Folyamatos tréning és egyéni, szakmai önismeret fejlesztés.*”)

Láthatjuk, hogy nagyon változatos válaszokat adtak a megkérdezettek. Többségében a szakma szeretete és a nagyfokú segíteni akarás tartja a szociális szakembereket a gyermekjólét,

gyermekvédelem területén. Többen írták a jó munkahelyi kollektívát és a családbarát munkahelyet, ami nem meglepő, hiszen a stresszorok értékelésénél is kedvező eredmény született e tekintetben. Ugyanakkor jellemző a lehetőségek hiánya és a keresetnélküli időszakról való félelem.

Végül keresztábrával megvizsgáltuk a pályaelhagyás gondolata és a kiégés közötti kapcsolatot. A khí-négyzet próba szignifikancia szintje ($p < 0,05$, sig.: 0,018) alapján van kapcsolat a két változó között, tehát akiknél megjelent a pályaelhagyás gondolata, kiégettebbek, mint azok, akik még nem gondoltak rá. Az eredményünket alátámasztja Maslach és munkatársai állítása, akik szerint a kiégés a munkahely elhagyásának vágyával hozható összefüggésbe (idézi Lloyd, King és Chenoweth, 2002). *Pető* (1998) szintén figyelmeztető jelnek tartja a pályamódosítás gondolatát.

Konklúzió

Gál (2013) prognózisa szerint a szociális szakemberek marginális helyzete a gyermekjólét, gyermekvédelem hanyatlásához, „kiüresedéséhez” vezethet, ami pedig az egész társadalomra nézve negatív hatással lenne. Véleményünk szerint ennek megelőzése érdekében – az egyéni felelősség és a szervezet mentálhigiénés szemlélete mellett – kormányzati intézkedésekre is szükség van, legsürgetőbbek a dolgozói béremeléseket és az életpályamodell bevezetését tartjuk. Az elhivatott, elégedett és megbecsült szakemberek azok, akik hozzájárulhatnak a szakma felvirágzásához.

Irodalom

1. Bergner, T. (2015): Burnout – A kiégés megelőzése 12 lépésben. Z-Press Kiadó, Miskolc.
2. Bordás Andrea (2010): A kiégés-szindróma a külföldi és a hazai szakirodalomban. *Educatio*, 19. 4. sz. 666-672.
3. Fekete Sándor (1991): Segítő foglalkozások kockázatai – Helfer szindróma és Burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 6. 1. sz. 17-29.
4. Freisinger Balázs, Gyarmati Andrea, Rácz Andrea és Szombathelyi Szilvia (2015): Gyermekjóléti szolgálatok feladatellátásának értékelő elemzése. In: Rácz Andrea (szerk.): A gyermekjóléti szolgálatok feladatellátásának értékelő elemzése országos szinten. Rubeus Egyesület, Budapest. 45-141.
5. Gál Antal (2013): Gyermekvédelmi tükör 2013: Diplomás családgondozók tömege a létminimum alatt. Módszertani Gyermekjóléti Szolgálatok Országos Egyesülete, Budapest.
<http://www.mogyesz.hu/files/Gyermekv%C3%A9delmi%20t%C3%BCK%C3%B6r%202013.pdf> (utolsó letöltés: 2016. 09. 14.)
6. Kollár Csaba (2014): A munkahelyi kiégés (burnout szindróma) elméleti megközelítése, kutatási irányai és közgazdaságtudományi aspektusa. *Fluentum*, 1. 3. sz. 1-19.
7. Kovács Mariann (2006): A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében. *Lege Artis Medicinae*, 16. 11. sz. 981-987.
8. Köteles Erika (2009): A kiégés jelensége a szociális szakemberek körében, a prevenció és az intervenció lehetőségei. *Segítő Szó*, 4. 2-3. sz. 27-41.
9. KSH (2015): Üres álláshelyek megoszlása és aránya összevont foglalkozási főcsoportok szerint. https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qli055e.html?down=477 (utolsó letöltés: 2016. 10. 30.)
10. KSH (2016): Gyorstájékoztató. Keresetek, 2016. január-augusztus. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/ker/ker1608.html> (utolsó letöltés: 2016. 11. 09.)

11. Lloyd, C., King, R. és Chenoweth, L. (2002): Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health*, 11. 3. sz. 255-265.
12. Papp Ákos (2002): A burnout veszélyei, kezelésének és megelőzésének lehetőségei segítő foglalkozásúaknál. Százlátó üveg Alapítvány, Budapest. <http://www.szazlatouveg.hu/szakmai-anyagok/31> (utolsó letöltés: 2016. 07. 10.)
13. Pető Csilla (1998): És ki segít a segítőnek? Gyermekkel és fiatalokkal foglalkozó szakemberek mentálhigiénéje – a „kiégés” veszélye és megelőzésének lehetőségei. *Család, Gyermek, Ifjúság*, 7. 3. sz. 40-45.
14. Petróczi Erzsébet (2002): A humán szférában előforduló stresszor tényezők és a munkahelyi kiégés. Egyetemi doktori (PhD) értekezés. Debreceni Egyetem, Debrecen.
15. Petróczi Erzsébet (2007): Amit a hallgatóknak tudni illik: a kiégésről. SZTE JGYPK Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged.
16. Rácz Andrea (2005): Gyermekotthonokban dolgozók véleménye a szakmai munka tartalmáról. *Kapocs*, 4. 6. sz. 54-64.
17. Takács Ildikó (2006): A munkahelyi stressz és a kiégés. In: Juhász Márta és Takács Ildikó (szerk.): *Pszichológia*. Typotex Kiadó, Budapest. 101-111.

Felhasznált jogszabály:

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról