

## A kiégésről – nemzetközi és hazai kutatási kitekintés

Mihálka Mária

Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar  
Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék,  
Szegedi Tudományegyetem, Neveléstudományi Doktori Iskola  
e-mail: mihalka@etszk.u-szeged.hu

**Kulcsszavak:** kiégés, munka stressz

---

### Összefoglaló

**Bevezetés:** A segítők lelki egészsége, egészségmagatartása befolyással van az általuk segített személyek életmódjára, szellemi-testi-lelki egészségére, jóllétére.

**Célkitűzés:** A kiégés fogalmak bemutatása. A kiégés fogalmi határainak kijelölése. A kiégéssel foglalkozó nemzetközi és hazai jelentős kutatások feltárása és elemzése.

**Módszer:** A téma szakirodalmi hátterének kutatása és feldolgozása.

**Eredmények:** A kiégés tárgykörével foglalkozó kutatások tekintetében több megközelítés alakult ki: beszélhetünk individuális, interperszonális, illetve szervezeti megközelítésről. Az individuális megközelítés a személyiség oldaláról vizsgálja a jelenséget, a középpontba azt helyezve, hogy milyen hajlamosító tényezők vannak a személyiségijegyek szintjén illetve, hogy milyen tünetei vannak a jelenségnek. Az interperszonális megközelítés a társas környezet, a segítő és segítséget kérő közötti kapcsolat vizsgálatát helyezi a fókuszba. A szervezeti megközelítés a munkahely, illetve a szervezet specifikumait helyezi előtérbe. A nemzetközi kutatások középpontjában, az egészségügyi dolgozók, a pedagógusok, valamint a humán szféra dolgozói, míg Magyarországon elsősorban az egészségügyi dolgozók állnak. Kvantitatív és kvalitatív jellegű kutatások egyaránt megvalósultak, az alkalmazott vizsgálati módszerek tekintetében a kérdőíves megkérdezés, és az interjú kaptak fő szerepet. A kutatások következtében napjainkra a hangsúly a megelőzésre, az intervencióra, és a problémakezelésre helyeződött.

**Következtetések:** A kiégés megelőzése fontos egyéni, társas, munkahelyi és össz-társadalmi érdek. A kiégés kutatásakor figyelmet kell fordítani, a kiégésnek más fogalmaktól, jelenségektől való elhatárolására, továbbá kiemelten figyelniük kell a kiégés individuális, interperszonális, illetve szervezeti megközelítésére. A jelenség komplex megértéséhez a különböző megközelítések egyidejű elemzésének fontosságára hívjuk fel a figyelmet. Empirikus kutatások lefolytatását javasoljuk az oktatás és a szociális ellátás területén.

---

### Bevezetés

A segítők lelki egészsége nem tekinthető magánügynek: a segítők akarva-akaratlanul megnyilvánulásaikkal, viselkedésükkel, melyekre aktuális, teljes egészségi „jóllétük” is hatással lehet, mintát nyújtanak azoknak a klienseknek, pácienseknek, gondozottaknak, tanítványoknak, akiket segítenek, ápolnak, gondoznak, nevelnek, oktatnak. Ezen hatás, mintanyújtás nagy felelősséget jelent a segítők számára, s egyben nagy kockázatot

a segítették, a családok s tágabban értelmezve az egész társadalom számára.

A kiégés tüneteinek kapcsolatát egyéb összefüggésekben kiértékelve, elemezve árnyalt képet kaphatunk a hatékony védőfaktorok szerepére vonatkozóan a kiégés megelőzésében. Fontos kutatási kérdés, melynek feltárása mind a segítő munkakörben dolgozók, mind a segítség-, ápolás-gondozás, nevelés-oktatás megszervezéséért felelős mindenkori hatalom és a társadalom egésze számára értékes információkat szolgáltat, a felmerülő bea-

vatkozási területekre nézve, amelyek a jelenlegi s a felnövekvő nemzedékek egészséges szellemi-testilelki megőrzését és fejlődését szolgálják.

A szakirodalom nemzetközi és hazai áttekintése jól mutatja, hogy a témával foglalkozó kutatók elsősorban az egészségügyben dolgozó szakemberek kiégésével s annak összefüggésrendszerével foglalkoznak világszerte, a témát illetően, hazánkban az egyéb segítő munkakörökre vonatkozóan kevés kutatást találhatunk.

Tanulmányomban tárgyalom: a kiégés fogalmát, kapcsolatát más fogalmakkal, elméleti kereteit, főbb hazai és nemzetközi kutatásait.

### A kiégés fogalom-meghatározása

A kiégés (burnout) jelenségének leírására a tudomány több mint negyven éve vállalkozott, a pszichológia 1974 óta használja a fogalmat, elsőként az amerikai származású pszichoanalitikus: *Herbert Freudenberger* alkalmazta. A kiégést *Freudenberger* a következőképpen fogalmazta meg: „*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.*” (*Fekete*, 1991. 17. o.) A fogalom meghatározásakor elsősorban az okokra és a látható, érzékelhető tünetekre koncentrált *Freudenberger*, amelyet cinizmus, boldogtalanság, unalom, különböző pszichoszomatikus tünetek és krónikus fáradtság jellemez (*Bordás*, 2010).

*Maslach* és *Jackson* fogalom-meghatározása (1998) eltér *Freudenbergerétől*: a kiégést komplex szociális kontextusba ágyazott, a személyiség másokkal, valamint magával szembeni attitűdjével kapcsolatos jelenséggként definiálja. *Maslach* és *Jackson* feltárják a kiégés jelenségének három dimenzióját: az emocionális kimerültséget (amely, a kiégés vezető tünete, s arra utal, hogy a személy érzelmi erőforrásai kiapadnak, úgy érzi, hogy nincs semmi, amit másoknak pszichés szempontból adhatna), a deperszonalizációt (amit a kliensekhez, a kollégákhoz és magához a munkához való negatív viszony jellemez), valamint a csökkent személyes eredményesség érzését (amely, arra vonatkozik, hogy az egyén teljesítménye némileg eltér attól, amit önmagától elvár és ehhez nagyfokú negatív önértékelés is társul). A kiégés az érzelmi megterhelő interperszonális kapcsolatok során átélt egyéni stressz eredménye, mely főleg humán szférában dolgozóknál, a segítő foglalkozásoknál

jelenik meg. *Maslach* meghatározásának erőssége, hogy egyfajta többdimenziós konstruktumként fogja fel a kiégést, viszont közel sem tárja fel ennek a nagyon összetett jelenségnek minden dimenzióját (*Bordás*, 2010).

*Cherniss* szerint a kiégés egy olyan folyamat, amelyben a stressz és a hajsolt munka hatására a hajdanában elkötelezett szakember eltávolodik munkájától (*Herr*, 1997). *Cherniss*, fejlődési modelljében a kiégés kialakulásában három egymástól jól elhatárolható szintet nevez meg: 1. szint: a stressz észlelése, 2. szint: a stressz fizikai elfáradáshoz, érzelmi kimerüléshez vezet, 3. szint: védekező megküzdés, ahol attitűd- és tulajdonságváltozások mennek végbe, megjelenik a kliensekkel szembeni cinizmus, a visszahúzóódás és az érzelmi elkülönülés (*Takács*, 2006). *Cherniss* fogalom-meghatározásában kiemelendő, hogy bemutatja a kiégés kialakulásának fokozatait, a kiégési folyamatot kijelölve.

Több kutató az okok felderítésében jelölte ki a fogalom határait, s a kiégés előzményeit, okait minden esetben a munkához, munkahelyhez illetve a munkavégzéshez kapcsolták. A „*maslach-i*” meghatározással szinte egy időben *Pines*, *Aronson* és *Kafry* a kiégés tünetei mellett az állapotot kísérő érzelmek megjelenését is feltárták. A kiégést az ő megfogalmazásukban: „*érzelmi, fizikai és mentális elfáradás jelzi, vagyis a személy állandóan fáradtnak érzi magát. Ehhez a helyzethez járul még az elhagyatottság, a segítség nélküliség és a reménytelenség érzése, amikor munkájában tapasztalt problémákkal magára hagyottnak érzi magát a személy. Ennek következménye a munkával és az étellel kapcsolatban a lelkesedés teljes hiánya..., az alacsony önbecsülés.*” (*Takács*, 2006. 108. o.).

*Schaufeli* és *Enzmann* (1998) szerint, a kiégés egy olyan folyamatos negatív elmeállapot, amely a munkához kapcsolódóan jelenik meg. A kimerültség mellett (ami az elsődleges tünet) a munkában megjelenik a distressz, a csökkent hatékonyság érzése, a diszfunkcionális attitűdök és viselkedésmódszerek halmaza, és csökken a motiváció, a kiégés szinte észrevétlenül kifejlődik. A kiégés gyakran újratermeli önmagát azáltal, hogy a szindrómához kapcsolódó stresszel, problémákkal való megküzdéshez inadekvát stratégiákat választ az egyén. *Schaufeli* a szakirodalom által bemutatott, több mint száz tünetet egyetlen fő indikátorra – kimerültség - és négy kapcsolódó tünetre - distressz, csökkent hatékonyság, diszfunkcionális attitűdök és viselkedés, csökkenő motiváció - szűkíti le (*Schaufeli*, 2006). A meghatározás előnye, hogy összefog-

lalja a tüneteket, illetve a kiégés kialakulásának előfeltételeit, és kijelöli a megjelenési területeket (Bordás, 2010).

A munkahelyi kiégéshez kapcsolódó fogalom meghatározás során a munkahelyi kapcsolatokban rejlő stressz-tényezők alapján ragadják meg a jelenséget, megjegyzendő, hogy az individuális, az interperszonális és a környezeti meghatározottság egyaránt megjelenik (Kovács, 2006).

Összefoglalva: a kiégés, elhúzódó érzelmi megterhelés és stressz hatására kialakuló érzelmi, mentális és fizikális kimerülés, melynek során társas interakcióikban az egyének nem képesek reálisan megítélni sem önmaguk, sem a környezetükben lévő személyek viselkedését, teljesítményét. Gyakori a negatív önértékelés, a valóságnál negatívabb társészlelés. A munkához kapcsolódó célok leértékelődnek, a munkavégzés öröme, és az alkotó lelkesedés eltűnik, az egyén megküzdési képessége sérül.

#### **A kiégés fogalmi határainak kijelölése, kapcsolata más fogalmakkal**

A definíció megalkotása, a kiégés felismerése, illetve a személyek viselkedésében megjelenő tünetek elkülönítése a helper-szindróma, a kifáradás, a depresszió, a stressz tüneteitől igen nehéz feladat.

A „freudenbergeri” fogalom megszületése után, 1977-ben Schmidbauer bevezette a helper-szindróma fogalmát. Schmidbauer pszichoanalitikusként a segítők személyiségét, a pályaválasztás motivációit, a kliens-segítő kapcsolat nehézségeit vizsgálta. A helper-szindróma előfordulása is (ahogyan a burnout) elsősorban a segítő hivatásúak körében jellemző, azonban fontos, hogy megkülönböztessük a kiégés és a helper szindróma jelenségét. Schmidbauer szerint (Fekete, 1991) a helper-szindrómás segítő nem akarja tudatosítani saját érzéseit, szükségleteit, gyakran fél a spontán jelentkező érzésektől és saját belső ürességétől, ezért akar (már szinte) kényszeresen segíteni, úgy, hogy saját személyiségét, illetve saját családjának fejlődését nem gondolja, a kliens-segítő alá-fölé rendelő társas reláción kívüli egyenrangú társas kapcsolataival nem akar, és nem is tud foglalkozni. Hivatástudattal álcázza, hogy segítségre szorulna, és általában rejtett agresszióval lép fel azokkal szemben, akik nem kérnek a segítségéből (Fekete, 1991). A „segítő szindróma a humanisztikus pályamotiváció sajátos alakulása, míg a kiégés fogalmát inkább a munka stresszel hozzák kapcsolatba.” (Kovács, 2006. 981. o.).

Fontos felhívni a figyelmet arra is, hogy különbséget kell tenniük a kiégés, és a krónikus fáradtság

vagy kifáradás között. A krónikus fáradtság vagy kifáradás tünetei közé tartozik az általános kimerültség, az állandó fáradtság, a levertség, a gyengeség, az alvászavarok, a koncentrációs problémák, illetve a depresszió, akárcsak a kiégés esetében, ugyanakkor a kiégés tünetei közé sorolt reményvesztettség, a tehetetlenség, és a kiüttlanság érzése nem (Kollár, 2014).

A depresszió és a kiégés fogalmának elkülönítése szintén fontos a fogalmi határok megteremtésében. Hézszer (1996) a kiégés folyamatelvű megközelítése során a tizenkettő lépcsőfok között tizenegyediként a depressziót is megnevezi, így Hézszer szerint a depresszió a teljes kiégettséget megelőző állapot, s a kiégetési folyamat része. A depresszió esetében a betegség, a zavar oka jellemzően az egyénen belül, illetve a személy élettörténetében, esetlegesen aktuális eseményekben lelhető meg. A kiégés esetében viszont az egyén és a környezete közötti kölcsönhatás kerül a középpontba. Kovács szerint (2006) a depresszió és a kiégés között szoros kapcsolat van, „hasonló jellemzőik vannak, mégis két jelenségről van szó” (Kovács, 2006. 982. o.). A kiégésben szenvedőknek, ha büntudatuk van, az reálisabb, mint a depressziós betegek esetén, az érintettek inkább fáradtságuknak és nem betegségüknek tulajdonítják határozatlanságukat, inaktivitásukat, valamint inkább elalvási nehézségeik vannak.

A magas kiégetést mutatókkal rendelkezők inkább képesek élvezni az életet, közöttük ritkán, lehet találkozni olyan érintettekkel, akiket az öngyilkosság gondolata foglalkoztat, vagy jelentősen veszítettek volna testsúlyukból, ezek a tünetek általában a depressziós emberekre jellemzőek (Kollár, 2014).

Fontos megállapítás, hogy oksági viszonyt tételezhetünk fel a stressz és a kiégés között, hiszen a kiégetési tüneteket az elhúzódó stressz nyomán fellépő jelenségként tartják számon (Kovács, 2010). A kiégés következménye a stressznek (számos más tünettől, tünetcsoporttal, betegséggel együtt), ugyanakkor a két fogalom között több különbség is megjelölhető. A kiégetésnél az érzelmek tompává válnak, az érzelmi sérülés az elsődleges, míg a stressz esetében az érzelmek túlreagáltak lehetnek, a fizikai test sérülése az elsődleges. A kiégetés demoralizációt okoz, a stressz dezintegrációt okoz. A kiégetés az ideálok és remény elvesztése, a megjelenő depresszió, az ideálok és remény elvesztése iránt érzett szomorúság okán alakulhat ki. A stressz a hajtóanyag és az energia elvesztéseként jelenik meg, a megjelenő depresszió oka az adrenalin-kimerültség, valamint a fizikai test igénye az



önvédelemre és az energiák megtartására. A kiégés a reménytelenség érzését, míg a stressz az azonnali cselekvés „hiperaktivitás” érzését fokozhatja. A kiégéshez kapcsolhatjuk a paranoiát, a deperszonalizációt, valamint az elkülönülés érzetét, míg a stresszhez a pánikot, a fóbiát, és a szorongással kapcsolatos érzéseket (Kollár, 2014).

A stressz-elmélet megalkotója *Selye János*, az ő megfogalmazásában a stressz a szervezet nem specifikus válasza bármilyen igénybevételre, amely személyenként és helyzetenként különböző mértékű, jellegű és irányú lehet. A stressz nem tekinthető egyértelműen negatívnak, hiszen megfelelő mértékű energiát ad az ember egészséges fejlődéséhez, életben maradásához, a káros hatások leküzdéséhez s ezáltal elengedhetetlen egy optimális feszültségi szint fenntartása. *Selye* megkülönböztet „jó, pozitív” és „rossz, negatív” stresszt. Ha a stressz hatás kellemes eustresszről, ha kellemetlen distresszről beszélhetünk. A stressz a mindennapi élet része, mely cselekvésre sarkall, segíti a küzdelmekkel való szembenézést. A túlzott, kontrollálhatatlan „negatív” stressz, azonban felmorzsolja az emberi energiát, kiégést okozhat, tönkretetheti a kapcsolatokat, rombolhatja az önbizalmat, s az egészséget. A túl kevés stressz, az ingerszegény, kihívásoktól mentes környezet is hajlamossá tehet a stresszel összefüggő betegségekre. A stresszel való megküzdésnek két tipikus viselkedési módzata figyelhető meg: az emóciófókuszú megküzdés (amikor az érzelmek síkjára tereljük a stresszre adható válaszainkat), illetve a problémafókuszú megküzdést (amikor a helyzetet problémaként értékelve megtervezzük a konfliktus feloldásának módjait, elemezzük, értékeljük a kialakult helyzetet s ehhez rendelünk megoldási módokat). A megküzdési mechanizmusok mellett jelentős szerepe van a személyre jellemző kontrollhelynek, annak, hogy a személy belső (az egyén a saját erejében, képességeiben, személyiségében bízva úgy ítéli meg, hogy életének eseményeit ő irányítja) vagy külső kontrollal (az egyén a véletlenben, a sorsban, mások hatalmában bízva, úgy éli meg, hogy életének eseményeit többségében mások irányítják s ő maga elszenvedője, ezen hatásoknak). A stresszorokra adott válasz függ a stresszor jellegétől, a személy kognitív s emocionális jellemzőitől, a tapasztalattól, a szocializációtól, a szociális készségektől, az egyén énképétől, társas támogatottságától, de genetikai adottságok is meghatározhatják, így a stresszre adott válasz nagymértékben különbözhet az egyének esetében. A témánk szempontjából fontos munkahelyi stressz forrásai is sokfélék lehet-

nek. Beszélhetünk feladattal, a munkakörnyezettel kapcsolatos stressz-forrásokról. A szervezeten belüli stressz-keltő tényezők közül kiemelkedő a szerep-kétértelműség és a szerepkonfliktus (*Takács*, 2006). A szervezeten kívüli stressz megjelenésében kiemelt helye lehet a család és a munka életterületéhez kapcsolódó szerep-konfliktusoknak, szerep-kétértelműségnek, a szerepek összeegyeztethetlenségének.

A munkahelyi stressz vizsgálatához kapcsolódik a *Siegrist-féle* erőfeszítés-jutalom egyensúlytalansága modell (*Salavecz, Necuali és Jakab*, 2006). A modell szerint, amennyiben a kifejtett erőfeszítések s az értük kapott jutalmak aránya nem elfogadható mértékű a személy számára, az a kialakuló stresszen keresztül egészségkárosító hatású mind a fizikai, mind a lelki egészségre. A túlvállalás a munkahelyi követelményekkel való megküzdés egy formája, ami a megbecsülés iránti vágyban, fokozott teljesítménykényszerben, a munka és magánélet szétválasztásának képtelenségében nyilvánul meg (*Van Vegchel, De Jonge, Schaufeli*, 2005, idézi *Salavecz, Necuali és Jakab*, 2006), s következtében kialakulhat a kiégés.

A segítő pálya nagy érzelmi megterheléssel, fokozott stresszel jár, a segítő saját egyéni, családi életét érintő kihívások mellett szembesül a kliensek, betegek, gondozottak, tanulók, és az ő hozzátartozóik, a munkatársak, s a szervezet problémáival is (*Petróczi és mtsai*, 1999) ami mintegy „megágyaz” a kiégés kialakulásának (*Torma*, 2013).

### Nemzetközi kitekintés a kiégés kutatására

*A kiégés tárgykörével foglalkozó első kutatások célja az 1970-es években az volt, hogy leírják magát a jelenséget.* A kutatások középpontjában az egészségügyi dolgozók, valamint a szolgáltató szektor dolgozói álltak. Elsősorban kvalitatív jellegű kutatások valósultak meg, az alkalmazott vizsgálati módszerek tekintetében az interjú, esettanulmány és megfigyelés kaptak fő szerepet. A kutatások következtében a hangsúly az intervencióra, a probléma azonnali megoldására, a problémakezelésre helyeződött.

*A kiégés kutatásában két irányvonal alakult ki: az egyik a személyiség oldaláról vizsgálja a témát, s arra koncentrálna, hogy milyen hajlamossító tényezők lehetnek a személyiségjegyek szintjén, illetve, hogy milyen tünetei vannak a jelenségnek. A kutatások másik irányvonala a munkahely, a társas környezet, a segítő és segítséget kérő közötti kapcsolat, a munka illetve a szervezet specifikumait*

helyezi előtérbe. A munkahelyi stressz került a kutatások vizsgálati középpontjába (Kovács, 2006).

Az 1970-es évek végén, majd az 1980-as években a kiégést empirikus vizsgálatokkal kezdték el kutatni. Elsősorban kvantitatív kutatások valósultak meg, az alkalmazott vizsgálati módszerek tekintetében a kérdőív kapta a fő szerepet (Maslach, Schaufel és Leiter, 2001).

Pines, Maslach és Kafry 1978-ban a segítők hivatásukkal, valamint önmagukkal kapcsolatos attitűdjét, az intézményi feltételeket vizsgálták, kérdőíves és mélyinterjú vizsgálati módszerekkel. Kutatási adataik szerint, a személyzet-kliens ráta, a betegek száma, a munkafeltételek, a szabadidő-munkaóra aránya, a közvetlen kontaktus mennyisége a kliensekkel, összefüggésben vannak a kiégés megjelenésével. Pozitív korrelációt találtak a burnout és a képzettségi szint, a magas elvárások, a pályán eltöltött idő, valamint a foglalkozás választás motivációja között, (Fekete, 1991).

Maslach és Jackson kidolgozta a Maslach Burnout Inventory (MBI) mérőeszközt, melyet a humán foglalkozásuk, később az oktatásban dolgozók kiégés mutatóinak feltárására alkalmaztak. Az MBI megalkotása komoly fordulatot hozott a kiégés kutatásában, s akkor még senki sem gondolta, hogy Maslach és munkatársai ezzel megteremtették a közös nyelvet, melyet világszerte valamennyi kutató megért és használ (Kovács, 2006. 983. o.). Maslach és Jackson az 1980-as években egészségügyi dolgozók (ápolók és orvosok) körében vizsgálták a kiégés mértékét az MBI kérdőív segítségével, s ezeket az eredményeket összehasonlították humánfoglalkozásuk körében végzett kutatási eredményeikkel. Az ápolóknál az érzelmi kimerülés és a személyes hatékonyság csökkenése, míg az orvosoknál az érzelmi kimerülés mellett a deperszonalizáció volt legfőképp a jellemző (Maslach és Jackson, 1982).

Maslach és Jackson kutatásaik nyomán megfogalmazták, hogy a kiégés jelensége jobban megragadható a munka-stressz oldaláról, bár fontosak a személyi változók a kiégés kialakulásában és magyarázatában. Tapasztalataik szerint, az egészségügyi dolgozók munkájában a páciensek a kulcsszereplők, ez a közvetlen kapcsolat azonban érzelmileg megterhelő lehet (pl.: a betegek és hozzátartozóik érzése, megnyilvánulásai miatt). A szakemberek fokozott stressz-hatásnak vannak kitéve, az átélt kudarc magas arányú az elvárt sikerrel szemben, amely szintén növeli az érzelmi terheltséget, és megjelenik a fokozott stressz-reakció. A stressz-reakciót befolyásolják mások elvárásai, a

teljesítménnyel kapcsolatos visszajelzések, ha ezek hiányoznak, a személy szerepbizonytalanságot él át (Maslach és Jackson, 1982).

Pines és munkatársai a kiégés és az életesemények között kerestek korrelációt. A pozitív életesemények és az életunság között negatív összefüggést találtak. Pines és munkatársai szerint minél jobb az egyén társas támogatottsága, annál kevésbé hajlamos a kiégésre s fordítva, a magányosság érzése összefügg a kiégéssel, rossz társkapcsolatokkal, és a segítségkérés hiányával (Pines, Aronson és Kafry, 1992).

Az 1990-es években, Amerikában, Kanadában és világszerte keresztmetszeti vizsgálatok készültek, s elindultak a longitudinális jellegű vizsgálatok is.

Az empirikus vizsgálatok az egészségügy, valamint az oktatás területén dolgozókon kívül hivatalnokokra, menedzserekre, katonákra is kiterjedtek. Az egyén munkahelyi környezetén túl a családi élete is a középpontba került, mivel a kutatók felismerték, hogy a támogató otthoni környezet védő tényezőként működik. A kiégéssel foglalkozó kutatások fókuszpontja az lett, hogy milyen kapcsolat lehet a kiégés egyes komponensei és a szervezeti tényezők, jellemzők között. Ez az érdeklődés vezetett el a kiégés szervezeti modelljéhez, a burnout szindrómát befolyásoló, előrejelző, mediáló tényezők, a következményváltozók meghatározásához (Kovács, 2006. 984. o.).

Kafry (4000 személlyel folytatott kiégés-vizsgálatokat) a kiégésnek három okát írta le: az érzelmi túlterheltséget, bizonyos személyiségjegyeket, melyek a pályaválasztáshoz vezettek és a kliensközponitú orientálódást (Ónodi, 2001).

A 2000-es évek után a munkakörnyezet feltérképezése, az egyén érzése, gondolatai, illetve ezek összefüggése került a vizsgálódások előtérébe (Maslach és mtsai, 2001).

A helyzeti tényezőket feltáró kutatások három főbb területre irányultak: a munka specifikumai, a foglalkozás jellegzetességei, valamint a szervezet specifikumai (Maslach és mtsai, 2001).

Anderson a kiégés és a megküzdés kapcsolatait a gyermekvédelem területén dolgozó személyek körében vizsgálta. Eredményei szerint alacsony deperszonalizációhoz és magasabb személyes hatékonyságérzéshez vezet az aktív megküzdési stratégiák gyakori használata, azonban ez nem nyújtott védelmet az érzelmi kimerüléssel szemben (Anderson, 2000).

Unterbrink és munkatársai egy majdnem 1000 fős pedagógusmintát vizsgáltak, s azt találták, hogy ha nincsenek a munkahelyen egyensúlyban a kifej-

tett erőfeszítések és az érte kapott jutalmak, akkor a munkavállalónak nagyobb esélye van a kiégésre (Unterbrink és mtsai, 2007).

Maslach és Leiter 2008-as tanulmányukban azt bizonyították, hogy a munkakörnyezet hat területét (munkaterhelés, kontroll, jutalom, értékek, közösség, és fair bánásmód) vizsgálva a fairségnek van fontos szerepe a kiégés szempontjából (Maslach és Leiter, 2008). Maslach és Leiter a kilencvenes évek végén kezdte el kidolgozni elméletét, melynek középpontjában az egyén és a munkakörnyezet minél jobb illeszkedése szerepel, szerintük a kiégés az egyén és munkakörülmények tartós illeszkedési zavarai alakul ki (Maslach és mtsai, 2001).

Carlson, Ferguson, Hunter és Whitten (2012) a visszaélészerű felügyelet és a munka-család konfliktus összefüggéseit kutatta, a visszaélés és a konfliktusok között ható közvetítő fejlődést a burn-outra nézve. Eredményeink arra utalnak, hogy a visszaélő felügyelet hat a konfliktusra és a kapcsolat részben átközvetíti a felületen ható érzelmi munka révén a kiégés felé az utat.

McManus és munkatársai három éves utánkövetéssel, orvosok körében történő kérdőíves vizsgálat alapján ok-okozati kapcsolatokat tártak fel a stressz és a kiégés között. Kutatásaik alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a deperszonalizáció énvédő funkciót tölt be, s adaptív válaszként is értelmezhető, míg a személyes hatékonyság csökkenése maladaptív válasz (Kovács, 2006).

A 2000-es évek kultúrközi vizsgálatai körvonalazták a különböző kulturális hatásokat, amelyek érintik az egyén énképét, identitását, érték- és normarendszerét, munkakörnyezetét s kiégését.

Aiken és munkatársai (2001) vizsgálataik alapján, mely kiterjedt az USA, Kanada, Anglia és Skócia 700 kórházának, 43000 ápolójára, azt találták, hogy az ápolók 30-40 %-a a kiégés magas fokát mutatja, az ápolók túlterheltek, s 20-30 %-uk tervezi, hogy egy éven belül elhagyja hivatását.

Perrewé és munkatársainak kutatása kilenc országra terjedt ki. A legmagasabb kiégést Japánban, Fidzsin, Hong-Kongban és Braziliában, míg alacsony kiégettségi mutatókat Izraelben, Franciaországban, Németországban, Kínában és az USA-ban találtak (Perrewé és mtsai, 2002). Perrewé és munkatársai a szerepkonfliktust, a szerepbizonytalanságot, stresszortényezőket, az énhatékonyságot, valamint a kiégést vizsgálták. Az énhatékonyság és kiégés között negatív kapcsolat találtak (Perrewé és mtsai, 2002). Európában átlagosan alacsonyabb kimerültségről számoltak be a

vizsgálati eredmények, mint Észak-Amerikában (Maslach és mtsai, 2001).

Maslach és munkatársai a kulturális különbségekre kerestek választ. Maslach szerint a cinizmus, vagy személytelen bánásmód nyílt vállalása és kifejezése könnyebb, elfogadhatóbb egy olyan erősen individualizált társadalomban, mint Amerika (Maslach és mtsai, 2001).

Megerősödik a kiégés pszichoanalitikus szempontból történő vizsgálata. Pines szerint a karrierválasztás háttérben tudattalan szükségletek állnak, s gyakran az egyén hatalmas elvárásokkal, lendülettel kezdi meg munkáját, pályafutását s ezek a tudattalan szükségletek újra ismétlődnek s fokozzák a kiégés kialakulásának esélyét (Pines, 2002, 2004).

A személyiség vonatkozásában előtérbe kerülnek a kötődés, a megküzdés, a kontroll helye, az énhatékonyság, az érzelmi intelligencia, az érzelmi munka, a szelf és az interszubsztivitás oldaláról vizsgálódó kutatások.

A kötődéssel kapcsolatos kutatásokat azzal az előfeltevéssel kezdték meg, hogy a biztonságos kötődés negatívan, a bizonytalan kötődés pozitívan függ össze a kiégéssel. Pines tanulmányában igazolta ezt (Pines, 2004). A kutatás során a megküzdést is vizsgálta, eredményei szerint a különböző kötődési típusba tartozó személyek más coping-stratégiákat használtak a kiégéssel való megküzdés kapcsán: a gyerekkori biztonságos kötődéssel rendelkezők realizitkusabb elvárásokkal vágnak a pályának, pozitívabban értékelik a kiégést okozó helyzeteket és konstruktív megküzdést alkalmaznak (Pines, 2004).

Egy keresztmetszeti kutatás alacsonyabb kiégési mutatókat talált a közvetlen megküzdési stratégiákat használók körében (Carmona és mtsai, 2006).

Friedman és Farber kutatási eredményei alapján arra a következtetésre jutottak, hogy az énkép és a szakmai elégedettség negatív összefüggésben áll a kiégéssel, ahol fontos törekvés a saját belső és a külső környezet ítélete közötti lényeges különbség elkerülése (Friedman és Farber, 2010).

### A kiégés jelenségének kutatása hazánkban

Magyarországon a kiégés kutatásának témájában egyre több kutatás valósult meg az elmúlt másfél évtizedben. Hazánkban elsősorban egészségügyi dolgozókat: főként ápolókat, nővéreket (Irinyi és Németh, 2012 és 2011; Pikó és Piczil, 2012; Pikó, 2006; Kovács, 2006; Szicsek, 2004; Hegedűs és mtsai, 2004; Pálfi, 2003; Pikó, 2001; Pikó és Piczil, 2002), orvosokat (Ádám és mtsai, 2006, 2008;



Győrffy és Ádám, 2004; Bognár és mtsai, 2001), illetve pedagógusokat (Petróczi és mtsai, 1999 és 2001, 2007; Kovács 2006; Salavecz, Neculai és Jakab, 2006; Kissné, 2009; Torma, 2013) érintően valósultak meg kutatások. Ugyanakkor más segítő foglalkozásúak kiégéséről kevés írás jelenik meg, empirikus munkák ritkán foglalkoznak a jelenség specifikumaival még napjainkban is.

Összességében elmondható, hogy a kutatók vizsgálták a kiégés és a pszichés és szomatikus megbetegedések pozitív kapcsolatát (Ádám, Győrffy és Csoboth, 2006; Pikó, 2006; Irinyi és Németh, 2012), a társas támogatás fontosságának szerepét (Petróczi, 1999; Pikó, 2001; Hegedűs, Riskó és Mészáros, 2004; Kovács, 2006; Kovács M., Kovács E., Hegedűs, 2012), valamint az egyéni megküzdési képességeket (Pikó és Piczil, 2002; Kovács M., Kovács E., Hegedűs, 2012; Torma, 2013). A kiégéssel kapcsolatban többen kutatták a szerepkonfliktust, mint rizikótényezőt (Győrffy és Ádám, 2004; Ádám, Győrffy és Csoboth, 2006; Pikó, 2006), a stresszortényezőket (Petróczi és mtsai, 1999 és 2001; Pikó és Piczil, 2002), a megelőzés lehetőségeit (Petróczi, 2007; Kissné, 2009), illetve a pályán eltöltött idő és a kiégés összefüggéseit (Kissné, 2009; Irinyi és Németh, 2012), valamint a munkával való elégedettséget (Pikó, 2006; Pikó és Piczil, 2012; Kovács, 2006), és a munkavégzés helyszínét (Pálfi, 2003; Kovács M., Kovács E., Hegedűs, 2012).

### **Az egészségügyi dolgozókra kiterjedő vizsgálatok**

Pikó 2001-es, nővéreket érintő vizsgálatából kiderült, hogy az egészségi állapot alakulásában döntő szerepet játszik a munkahelyen észlelt stressz, az érzelmi megterhelést okozó pszichikai problémák jelenléte, valamint a kollegiális társas támogatás hiánya (Pikó, 2001).

Bognár és munkatársai mélyinterjúkat vettek fel különböző szakterületeken dolgozó orvosokkal. A kiégés komponenseként ismert dehumanizációt - vagyis az empátiás kognícióról a nem empátiás kognícióra történő átváltást - Bognárék szerint felfoghatjuk megküzdési stratégiának. Elemzéseik alapján arra a jelenségre mutatnak rá, hogy az orvosok úgy érik el az érzelmi távolságtartást, hogy egyre kevesebbszer keresik fel a beteget a betegágyánál (Bognár és mtsai, 2001).

Pikó és Piczil félig strukturált interjútechnikával a leggyakoribb stresszforrásokra kérdezett rá Csongrád megyei nővéreknél. Eredményeik szerint a nővérek egymás közötti nézeteltérései, az orvos-

nővér kapcsolat, kommunikációs problémák, információhiány, az állandó túlterheltség, a nővérhiány, a beosztásból adódó nehézségek, az anyagi-erkölcsi megbecsülés, valamint a gyógyszer- és eszközhiány bizonyultak a leggyakrabban említett stresszforrásoknak (Pikó és Piczil, 2000).

Pálfi 2000-ben végzett kérdőíves felméréseinek eredménye szerint az osztály ellátási formája meghatározó a kiégés szempontjából: az intenzív osztályon dolgozók mutatója a legmagasabb, őket a krónikus, majd az aktív osztály dolgozói követik. A vizsgált minta 34%-a a kiégés szempontjából veszélyeztetett, 5,5%-a kiégettség állapotában van, és közel 1%-a gyógyításra szorul (Pálfi, 2003).

Győrffy és Ádám mélyinterjú vizsgálatokat folytattak. Vizsgálati eredményeikben három faktor köré csoportosítják a munkahelyi stresszt. Megkülönböztetnek: orvosi hivatásból eredő stresszt, a munkaszervezet jellegéből és a munkavégzés feletti kontrollból eredő stresszt. A szerzők kiemelik a szerepkonfliktust, mint rizikótényezőt, a kiégés kialakulása szempontjából (Győrffy és Ádám, 2004).

Szicsek krónikus osztályon és szociális intézményben dolgozó ápolók kiégettségét és pszichológiai immunkompetenciáját vizsgálta. A magas kiégettségi mutatók esetében azt találta, hogy a pszichológiai immunkompetencia értékei eltértek az átlagtól (Szicsek, 2004).

Hegedűs és munkatársai súlyos betegeket ellátó egészségügyi dolgozók fizikai és lelki egészségét vizsgálták. Eredményeik szerint a kutatás alanyai: az öngyilkossági gondolatok, a depresszió, különböző betegségek megléte terén sokkal érintettebbek, mint az egészségügy más területén dolgozó kollégáik (Hegedűs, Riskó és Mészáros, 2004).

Ádám és munkatársai a kiégés prevalenciáját kutatta. Eredményeik szerint: a vizsgált minta 21,2%-ára jellemző a magas fokú emocionális kimerülés, 7,7%-ára a deperszonalizáció és 33,1%-ára a teljesítményvesztés. A kiégés egyenes arányú kapcsolatot mutatott a szomatikus és pszichés megbetegedések prevalenciájával, a rossz egészségmagatartással és a munkahely-otthon közötti szerepkonfliktus meglétével (Ádám, Győrffy és Csoboth, 2006).

Kovács a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátás területén dolgozó szakemberek állapotát vizsgálta, a kiégés jelentős probléma ezen a területen is. A legnagyobb problémának az érzelmi kimerülés bizonyult, a kérdőívet kitöltők közel 72%-a mutatja jeleit. A vizsgálatban szereplők érzelmi kimerülése

és dehumanizáló hozzáállása szempontjából fontos tényező, hogy hány órát dolgoznak hetente, míg hatékonyságérzésük szempontjából az a fontos, hogy hány emberrel foglalkoznak érzelmi kapcsolatban (Kovács, 2006).

Pikó újabb kérdőíves vizsgálatában a kiégés, a szerepkonfliktus, és a munkaelégedettség között keresett kapcsolatot. Feltételezése szerint a munkahelyi légkör pszichoszociális tényezői befolyásolják a pszichoszomatikus tünetek előfordulását. A kiégés érzelmi kimerülés és deperszonalizáció dimenziója összefüggésbe hozható a pszichoszomatikus panaszokkal, a szerepkonfliktussal és a munkaelégedettséggel, ez utóbbival fordított kapcsolatot mutatott. A személyes hatékonyság a munkaelégedettséggel pozitív, a szerepkonfliktussal és pszichoszomatikus betegségekkel negatív összefüggést mutatott. A munkaelégedettség és a szerepkonfliktus képes megjósolni az érzelmi kimerülést és a dehumanizáló attitűdöt (Pikó, 2006).

Pikó és Piczil az „ápolás mint hivatás” magatartástudományi elemzését végezték el. A kutatás azt a célt tűzte ki, hogy komplex vizsgálat tárgyává teszi az ápolók élet- és munkakörülményeit, bemutatja és elemzi azokat a tényezőket, melyek meghatározzák a betegekkel foglalkozó egészségügyi szakdolgozók szakmával kapcsolatos attitűdjeit, illetve befolyásolják létezésük privát síkjának történéseit. Kutatási eredményeik alátámasztják, hogy a kiégés faktorai jelentős mértékben összefüggnek az étel elégedettséggel, és ez az összefüggés különösen erős az érzelmi kimerültséggel kapcsolatban. A munkaelégedettséggel mindhárom kiégés faktor igen szoros kapcsolatot mutat, és az étel elégedettség és a munkaelégedettség is erőteljesen összefügg egymással (Pikó és Piczil, 2012).

Kovács és munkatársai különböző egészségügyi területeken dolgozók körében térképezte fel a kiégés, az érzelmi munka, a megküzdés és a társas támogatás mértékét, valamint három foglalkozási csoportban (onkológiai, pszichiátriai-pszichoterápiás és egyéb területek) vizsgálta meg a változók közti különbséget és tárta fel, hogy az érzelmi munka milyen mértékben magyarázhatja a kiégés mértékét. A vizsgálat során nem találtak különbséget a különböző területeken dolgozók között, ugyanakkor lényeges különbségeket találtak az érzelmi munka, a megküzdés és a társas támogatás tekintetében. Az érzelmi disszonancia - az érzelemszabályozás zavara - jelentős stressztényező, gyakrabban fordult elő az onkológiai területen dolgozók csoportjában: úgy érezték, hogy munkájuk során ritkábban szükséges a negatív érzéseiket kifejezni, ugyanakkor gyakrab-

ban kell ráhangolódniuk a betegekre, gyakrabban kell megértést, együttérzést kifejezniük (Kovács M., Kovács E., Hegedűs, 2012).

Iryni és Németh keresztmetszeti vizsgálat keretében, saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőívvel a Csongrád megyei egészségügyi szakdolgozók kiégettségének mértékét kutatta s azt, hogy hogyan változott az általuk lefolytatott, korábbi 2008-as felméréshez képest, illetve, hogy hogyan függ össze a kiégés mértéke a saját egészség megítélésével, a pszichoszomatikus tünetek előfordulásával, a pályaelhagyási szándékkal, és a munkahely elvesztésétől való félelem szintjével. Kutatásuk során azt találták, hogy a kiégettségben szenvedők aránya emelkedett 2008-hoz képest, és összefüggést mutat a testi egészséggel, a pályaelhagyási szándékkal és a munka elvesztésétől való félelemmel. A kutatók felhívják a figyelmet a pályakezdők magas kiégettségi mutatóira (Iryni és Németh, 2012).

#### **A pedagógusokra kiterjedő vizsgálatok**

Petróczi és munkatársai a pedagógusok és szociális területen dolgozók közérzetét, valamint a kiégettség létrejöttében szerepet játszó egyéb tényezők jelenlétét vizsgálta kérdőíves és interjú módszerrel. Eredményei a társas támogatás jelentőségére hívják fel a figyelmet. A vizsgálatban a legjelentősebb stresszortényezők a következők: a jelzésekre nem reagáló vezetés, az együttműködés hiánya, a kollegák őszinteségének hiánya, az elismerés hiánya, az egyet nem értés a vezetőkkal, a tanulók tiszteletlen magatartása, a gyermekek agresszivitása, csúnya beszéde, a saját család háttérbe szorulása, a szülőkkel való konfliktusok. A stresszortényezők hatására megjelenő tünetek közül a legmagasabb arányban az elégetettségérzés (58%) jelentkezett, ezt követte a jövő miatti aggodás, a problémák jövőbeli megoldásának bizonytalansága, koncentrációs problémák, állandó fáradtságérzés, kilátástalanság, a tehetetlenségérzés, a rosszabb egészségérzet, illetve közérzet (Petróczi és mtsai, 1999).

Petróczi és munkatársai a fentiekben említett kutatás eredményeként megállapította, hogy a legdominánsabb a stressz külső tényezőkből eredése, amit nem képes kompenzálni sem az alapképzés, sem a továbbképzés, csak az egyén képes komoly megküzdő stratégia birtokában kezelni. Megállapította a kutatás, hogy hiányoznak a konzultációs és továbbképzési lehetőségek, valamint a szupervízió. A pedagógusoknak szerteágazó kötelezettségei vannak, ezek normalizálása is szük-



séges lenne. Az alapvető egzisztenciális helyzet javítása elengedhetetlen (*Petróczi és mtsai*, 2001).

Pedagógusokat vizsgálva a munkahelyi elégedettség és a burnout kapcsolatát kutatta *Kovács*. Feltárta, hogy nemtől, kortól, pályán eltöltött időtől függetlenül jelentkezhet a kiégés. „*Minél kiégettebb valaki, annál kevésbé találja érdekesnek a munkáját, annál kevesebb önállóságot él meg a munkájával kapcsolatban, annál elégedetlenebb a szakmai támogatottsággal és az elismeréssel. Az anyagi elismerésnél sokkal fontosabb a társasak, a vezetőség elismerése.*” (*Kovács*, 2006. 987. o.) A társas környezettel való elégedettség megítélése különbözött a gimnáziumokban, illetve a szakközépiskolákban tanító pedagógusok körében. A szakközépiskolában tanítók elégedetlenebbek voltak az intézményben kialakult társas közeggel, s több pedagógus mutatta a kiégés jeleit (*Kovács*, 2006).

*Salavecz* és munkatársai a pedagógusok lelki egészsége és a munkahelyi stressz közti kapcsolat feltárása, valamint az énhatékonyság és a túlvállalás lelki egészségre gyakorolt hatásainak vizsgálatát végezte el. Kérdőíves, keresztmetszeti vizsgálatukat, általános iskolai pedagógusok körében folytatták le. A vizsgálat eredményei alapján megállapítható, hogy a különböző mentális egészségi változókra eltérő módon és mértékben hatnak a munkahelyi stressz káros hatásait is befolyásoló egyéni jellemzők. A vizsgálat eredményei szerint a pedagógusok lelki egészségének egyik fontos meghatározó tényezője az erőfeszítés-jutalom egyensúlytalansága. A kiégés leginkább függ a munkahelyi stressztől, míg a depressziós tünetek a leggyengébb kapcsolatot mutatták vele (*Salavecz, Neculai és Jakab*, 2006).

*Petróczi* *Kiégés - elkerülhetetlen?* című könyvében mutatja be és dolgozza fel a kiégés problémakörét. A különböző életszakaszokban jelentkező kiégésről, a foglalkozási stresszről és munkahelyi kiégésről ír. Bemutatja a humán szférában dolgozók (oktatási szféra, szociális szféra, egészségügyi szféra, vezetői, menedzseri munka, köz-

szolgálati szféra) kiégésének fő jellemzőit, a közérzetet befolyásoló tényezőket, a megelőzés lehetőségeit és a kiégés elleni stratégiákat. Az egyén lehetőségeit, a képző intézmények és a munkahelyi vezetés lehetőségeit tárgyalja a kiégés megelőzésében (*Petróczi*, 2007).

*Kissné* a nyugat-magyarországi pedagógusokat vizsgálta. A sport a pályaválasztás és a kiégés kapcsolatát vizsgálta pedagógusok, nevelők körében. Kutatási eredményei alapján elmondható, hogy a kiégéssel nem veszélyeztetetteknél kiegyenlített a sporttal foglalkozók és nem foglalkozók aránya. A sport védelem lehet a kiégés ellen. *Kissné* vizsgálta a munkastílus jelentőségét a kiégéssel való összefüggésben, azt találta, hogy a tárgyias/felfedező és módszeres/szisztematikus munkastílusban dolgozók annak ellenére, hogy munkastílusuk megegyezik gyermekkori érdeklődési irányukkal, lényegesen kiégés-veszélyeztetettebbek, mint a más tevékenységprioritás és megfelelő gyermekkori érdeklődési irány megegyezése esetén vizsgált kiégés. A pályán töltött idő és a kiégés összefüggését vizsgálva az mutatkozott meg, hogy a pályán töltött idő növekedésével a kiégés-veszélyeztetettség egyáltalán nem növekszik, hanem csökken (*Kissné*, 2009).

*Torma* vizsgálatában arra kereste a választ, hogy milyen személyen belüli és munkahelyi szempontok játszanak szerepet a tanárok lelki egészségének és pályához való viszonyának alakulásában. Továbbá, hogy a megküzdési kapacitások milyen együtállása hat kedvezően az életpálya pozitív irányú fejlődésére, kiteljesedésére, s mi az, ami hátráltatja, esetleg ellehetetleníti? Fontos célkitűzése volt, hogy a flow esetleges protektív szerepét vizsgálja a krónikus munkahelyi stresszorokkal és a kiégéssel szembeni védekezésben, illetve a munka során átélt áramlatélmény hozzájárulását a kiteljesedés érzésének kialakulásához. A kiégés és kiteljesedés háttérében a legfontosabb magyarázó tényezőnek a megküzdés bizonyult, melynek hatását a flow csak tovább erősítette (*Torma*, 2013).

## Irodalomjegyzék

1. Aiken, L. H., Clarke, S. P., Soloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., Giovanetti P., Hunt, Rafferty, A. M., és Shamian, J. (2001): Nurses' Reports on Hospital Care In five Countries. *Health Affairs*, **20**. 3. sz. 43-53
2. Anderson, D. G. (2000): Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse and Neglect*. **24**. 6. sz. 839-848.
3. Ádám Szilvia, Györfly Zsuzsa és Csoboth Csilla (2006): Kiégés (burnout) szindróma az orvosi hivatásban. *Hippocrates*, **8**. 2. sz. 113-117.
4. Ádám Szilvia (2008): A munkahely-család konfliktus prevalenciája, prediktorai és lehetséges hatása az orvosnők és férfi orvosok egészségi állapotára és életminőségére Magyarországon. Doktori értekezés tézisei. Semmelweis Egyetem, Budapest. Megtekintés.

5. Bognár Tamás, Kolosai Nedda, Hegedűs Katalin és Pilling János (2001): „Kellene, aki megfogná a haldokló kezét” Orvosokkal készült mélyinterjúk elemzése a haldokló gondozás nehézségeiről. *Lege Artis Medicinæ*, **11**. 2. sz. 154-162.
6. Bordás Andrea (2010): A kiégés-szindróma a külföldi és a hazai szakirodalomban. *Educatio*. **19**. 4. sz. 666-672.
7. Carlson, D., Ferguson, M., Hunter, E. és Whitten, D. (2012): Abusive supervision and work–family conflict: The path through emotional labor and burnout. *The Leadership Quarterly*. **23**. 849-859.
8. Carmona, C., Buunk, A.P., Peiró, J. M., Rodríguez, I., és Jesús Bravo, M. (2006): Do Social comparison and coping style play a role in the development of burnout? Cross-sectional and longitudinal findings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, **79**. 1. 85-99.
9. Fekete Sándor (1991): Segítő foglalkozások kockázatai: Helfer-szindróma és Burnout-jelenség. *Psychiatria Hungarica*, **6**. 1. sz. 17-29.
10. Friedman, I. A. és Farber, B. A. (2010). Profession al self-concept as a predictor of teacher burnout. *The Journal of Educational Research*, **86**. 1. sz. 28-35.
11. Györfly Zsuzsa és Ádám Szilvia (2004): Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban. *Szociológiai Szemle*, **14**. 3. sz. 107-127.
12. Hegedűs Katalin, Riskó Ágnes és Mészáros Eszter (2004): A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota. *Lege Artis Medicinæ*, **14**. 11. sz. 786-793. p.
13. Herr E. I. (1997): Kiégés. In: Szilágyi Klára és Váry Annamária (szerk.): *A pszichés terhelés és a munkaközvetítés. A burn-out jelenség*. Gödöllői Agrártudományi Egyetem, Gödöllő. 27-40.
14. Irinyi Tamás, Németh Anikó (2011): Egy burnout egészségfelmérés és az azt követő beavatkozás eredményei. *IME* **10**. 1. 25-28.
15. Irinyi Tamás és Németh Anikó (2012): A szakdolgozói társadalmat járványszerűen megfertőző kór neve: kiégés. *Nővér*. **25** 5. 12-18.
16. Kissné Geosits Beatrix (2009): *Sport, pályaválasztás és a lelki egészség a nevelés, oktatás területén dolgozó szakembereknél. Doktori értekezés*. Semmelweis Egyetem, Budapest. Megtekintés.
17. Kollár Csaba (2014): A munkahelyi kiégés (burnout szindróma) elméleti megközelítése, kutatási irányjai és közgazdaságtudományi aspektusa. *Fluentum*, **1**. 3. sz. 1-19.
18. Kovács Mariann (2006): A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében. *Lege Artis Medicinæ*, **16**. 11. sz. 981-987.
19. Kovács Mariann, Kovács Eszter és Hegedűs Katalin (2012): Az érzelmi munka és a kiégés összefüggései egészségügyi dolgozók különböző csoportjaiban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **13**. 2. sz. 219-241.
20. Maslach, C. és Jackson, S. E. (1982): Burnout in Health Professions. A Social Psychological Analysis. In: Sanders, G. S. és Suls, J. (eds.): *Social Psychology of Health and Illness*. NJ Erlbaum, Hillsdale. 227-247.
21. Maslach, C. (1998): A Multidimensional Theory of Burnout. In: Cooper, Cary L. (szerk.): *Theories of organizational stress*. Oxford University Press, New York. 68–85.
22. Maslach, C., Schaufeli, W. B. és Leiter, M. P. (2001): Job Burnout. *Annual Review Psychology*, **52**. 397- 422.
23. Maslach, C. és Leiter M. P. (2008): Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, **93**. 3. 498-512.
24. Ónody Sarolta (2001): Kiégési tünetek (burnout szindróma) keletkezése és megoldási lehetőségei. *Új Pedagógiai Szemle*, **51**. 5. sz. 80-85.
25. Perrewé, P. L, Hochwarter, W. A, Rossi, A. M, Wallace, A., Maignan, I., Castro, S. L, Ralston, D., Westman, M., Vollmer, G., Tang, M., Wan, P., és Van Deussen, C. (2002): Are

work stress relationships universal? A nine-region examination of role stressors, general self efficacy, and burnout. *Journal Int Managment*, **8**. 2 163-187.

26. Pálfi Ferencné (2003): Szolgálat, önfeláldozás, hivatás? - A kiégés veszélyei ápolók körében. *Nővér*, **16**. 6. 3-9.

27. Petróczi Erzsébet (2007): *Kiégés – elkerülhetetlen*. Eötvös, Budapest.

28. Petróczi Erzsébet, Fazekas Márta, Tombácz Zsuzsanna és Zimányi Mária (1999): A kiégés jelensége pedagógusoknál. *Magyar Pszichológiai Szemle*, **54**. 3. sz. 429-441.

29. Petróczi Erzsébet, Fazekas Márta, Tombácz Zsuzsanna és Zimányi Mária (2001): A kiégés jelensége pedagógusoknál. *Új Pedagógiai Szemle*, **6**. 127-139.

30. Piczil Márta és Pikó Bettina (2012): *Az ápolás mint hivatás - Magatartástudományi elemzés*. JATEPress, Szeged.

31. Pikó Bettina (2001): A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata. Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás. *LAM*, **11**. 4. 318-325.

32. Pikó Bettina (2006): Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, **43**. 3. 311-318.

33. Pikó Bettina és Piczil Márta (2000): „És rajtunk ki segít...?” Kvalitatív egészségpszichológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Esély*, **10**. 1.sz. 110-120.

34. Pikó Bettina és Piczil Márta (2002): Megküzdési (coping) stratégiák és a társas támogatottság összefüggése az ápolónők egészségi állapotával. *Pszichológia*, **22**. 4. 437-447.

35. Pines, A. M., Aronson, E. és Kafry, D. (1992): *Ausgebrannt. Vom ÜberdruB zur Selbstentfaltung*. Klett-Cotta, Stuttgart.

36. Pines, A. M. (2002): The female entrepreneur, Burnout treated using a psychodynamic existential approach. *Clinical Case Studies*, **1**. 2. 170-180.

37. Pines, A. M. (2004): Adult attachment styles and their relationship to burnout: A preliminary, cross-cultural investigation. *Work and Stress*, **18**. 1. 66-80.

38. Salavecz Gyöngyvér, Neculai Krisztina és Jakab Ernő (2006): A munkahelyi stressz és az énhatékonyság szerepe a pedagógusok mentális egészségének alakulásában. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, **7**. 2. 95-109.

39. Schaufeli, W.B. és Enzmann, D. (1998): *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. Taylor & Francis, London.

40. Schaufeli, W. B. (2006): Burnout is health care. In: Carayon, P. (szerk.) *Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety*. L. Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ. 217-232.

41. Sziček Margit (2004): Kiégés és pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában. Kharón, *Thanatológiai Szemle*, **8**. 1-2. sz. 88-131.

42. Unterbrink, T., Hack, A., Pfeifer, R., Buhl-Grieshaber, V., Müller, U., Wesche, H., Frommhold, M., Scheuch, K., Seibt, R., Wirsching, M. és Bauer, J. (2007): Burnout and effort-reward-imbalance in a sample of 949 German teachers. *International Archives of Occupational and Environmental*, **80**. 433-441.

43. Takács Ildikó (2006): A munkahelyi stressz és a kiégés. In: Juhász Márta és Takács Ildikó (szerk.): *Pszichológia*. BME Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar - Tylex Kiadó, Budapest. 101-109.

44. Torma Boglárka (2013): Pedagóguspályák – Utak és lehetőségek a kiégés és szakmai kiteljesedés között. *Alkalmazott Pszichológia*, **3**. 7-25.



---

## About burnout - overview of Hungarian and international research

**Mária Mihálka**

University of Szeged, Faculty of Health Sciences and Social Studies  
Department of Social Work and Social Policy,  
University of Szeged, Doctoral School of Education  
e-mail: mihalka@etszk.u-szeged.hu

**Key words:** burnout, workplace stress

### Summary

**Introduction:** The mental health, health-behavior of caregivers has a defining effect of the lifestyle, mental-physical-spiritual health and well-being of the persons under their care.

**Objective:** Presentation of the concepts of burnout. Defining the conceptual boundaries of burnout. Exploration and analysis of significant Hungarian and international research dealing with the subject of burnout.

**Method:** Research and processing of the subject matter's professional literature background.

**Results:** In relation to research dealing with the subject range of burnout, multiple approaches have developed: they include the individual, the interpersonal, as well as the organizational approaches. The individual approach examines the phenomenon from the side of personality, placing that into the center, regarding what susceptibility factors exist on the personality-trait level, as well as what symptoms the phenomenon manifests. The interpersonal approach places the examination of the social environment, the relationship between the caregiver and the person requesting assistance, in the center. The organizational approach places the specifics of the workplace and organizations in the foreground. Healthcare employees, educators and the workers of the human-services sector are in the focus of international research, while in Hungary primarily healthcare employees. Research projects with quantitative as well as qualitative characteristics have been conducted. Regarding the applied research methods, questionnaire surveys and interviews have been given primary roles. As a result of research, by today the emphasis has been placed on prevention, intervention and problem management.

**Conclusions:** The prevention of burnout is a significant individual, social, workplace and broad societal interest. In the course of researching burnout, attention must be paid to the delimitation of burnout from other concepts and phenomena. Furthermore we must pay emphasized attention to the individual, interpersonal, as well as organizational approaches of burnout. For the complex understanding of the phenomenon, we call attention to the importance of simultaneous analysis of the various approaches. We recommend conducting empirical research projects in the areas of education and social services.

---