

Csók Cintia
DE GYFK

A burnout vizsgálata a gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézményekben dolgozó szociális szakemberek körében¹

Tagozat: Gyermekvédelem
Témavezető: Dr. Gortka Rákó Erzsébet

1. Problémafelvetés

A tanulmány témája a burnout vizsgálata a gyermekjóléti és gyermekvédelmi intézményekben dolgozó szociális szakemberek körében. A kutatók (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 szolgáltatóktól 2014-ben összesen 298 fő távozott (volt olyan intézmény, ahonnan egyszerre 29 fő ment el), azonban csak 275 új szakembert tudtak felvenni (Freisinger, Gyarmati, Rác és Szombathelyi 2015). A KSH (2015) adatai alapján a humán-egészségügyi, szociális ellátás területe 2,9%-kal kiugró értéket mutat üres álláshelyek tekintetében, szemben a többi gazdasági ággal (nemzetgazdaság összesen: 1,8%).

2. 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

¹ Jelen tanulmány tartalmazza az alábbi cikk bizonyos elemeit: Csók Cintia (2017): A burnout vizsgálata a gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézményekben dolgozó szociális szakemberek körében. In: Mándy Zsuzsanna (szerk.): *interTALENT UNIDEB*. Debreceni Egyetem, Debrecen. 66–74.

elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek” (idézi Fekete 1991: 17).

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, továbbá Burisch meghatározása:

Freudenberger és Richelson szerint „a kiégés egy olyan elkötelezettség, életmód vagy kapcsolat nem kívánt eredménye, amely fáradtsághoz vagy frusztráltsághoz vezet” (Freudenberger és Richelson 1980: 13).

Míg Edelwich és Brodsky (1980) a kiégést az idealizmus, energia és célok fokozatos elvesztésével, addig Burisch (1989) az autonómia érzésének elvesztésével hozta összefüggésbe.

Kollár (2014) szerint az elméletalkotók másik nagy csoportja a szervezetet helyezi középpontba, ezek között említendő Maslach és Pines, továbbá Cherniss értelmezése:

Maslach és Pines (1977) megfogalmazásában a kiégett dolgozó képtelen megküzdni a munka következtében kialakult túlzott érzelmi feszültséggel. Az egyén emocionálisan és fizikailag is kimerül, s többé nem képes pozitív érzéseket, együttérzést vagy tiszteletet érezni a kliensei iránt.

Cherniss értelmezésében „a kiégés egy folyamat, amelyben a munkahelyi stressz következményeként a szakember attitűdje és viselkedése negatív irányba változik” (Cherniss 1980: 5).

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 hátterére 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 a munkahelyi stressz következményeként az egyén emocionálisan, testileg, illetve pszichésen is a krónikus kimerülés állapotába kerül és konvencionális módon ezzel nem képes megküzdeni (Kovács 2006).

3. A kutatás módszertana

Először a kutatás célját, majd a mintavételi eljárást, a hipotéziseket és az alkalmazott mérőeszközöket tekintjük át.

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

1. kiegészéssel 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 kiegészés 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, kiegészés, 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 ismertetem 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

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

1. táblázat A gyermekjóléti alapellátás 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

2. táblázat A gyermekvédelmi szakellátás területén felvett kérdőívek megoszlása

A szakirodalom és a szociális szakemberekre irányuló jelentősebb burnout kutatások áttekintése után a következő hipotéziseket fogalmaztuk meg:

1. Feltételezzük, hogy a gyermekjóléti alapellátás területén dolgozó szociális szakemberek körében magasabb a kiegészítő mértéke, mint a gyermekvédelmi szakellátás területén dolgozók körében.
2. Feltételezzük, hogy a szociális szakemberek körében a legnagyobb munkahelyi stresszt az anyagi megbecsülés hiánya okozza.

3. Feltételezzük, hogy azokat a szakembereket foglalkoztatja a pályaelhagyás gondolata, akik a kiégés magasabb fokát mutatják.

A kutatás eszköze:

Petróczi Erzsébet és a Csongrád Megyei ÁNTSZ Egészségnevelési Osztálya által összeállított kérdőívet – *Kérdőív a humán szakmákban dolgozók közérzetének vizsgálatára (szociális szféra)*² – 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 kérdőívet³. 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 keresztábra elemzés (khi-négyzet statisztika).

² A kérdőív eredeti változata megtalálható: Petróczi Erzsébet (2002): *A humán szférában előforduló stresszor tényezők és a munkahelyi kiégés*. Egyetemi doktori (PhD) értekezés. Debreceni Egyetem, Debrecen. 162–170.

³ A kérdőív és útmutatója megtalálható: Petróczi Erzsébet (2002): *A humán szférában előforduló stresszor tényezők és a munkahelyi kiégés*. Egyetemi doktori (PhD) értekezés. Debreceni Egyetem, 171–172.

4. 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 életközepi krízis, amikor az egyén újraértékeli önmagát és a karrierjét. Ezen krízisben lévő egyének a kiegészítéshez 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 kiegészítésre. 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.

5. Eredmények

Első lépésként Pines, Aronson, Kafry burnout kérdőíve alapján kiégettségi indexet számoltunk, ezáltal a szakembereket a következő kategóriákba soroltuk: nem kiégettek, kiégettek, krízisben lévők (3. táblázat).

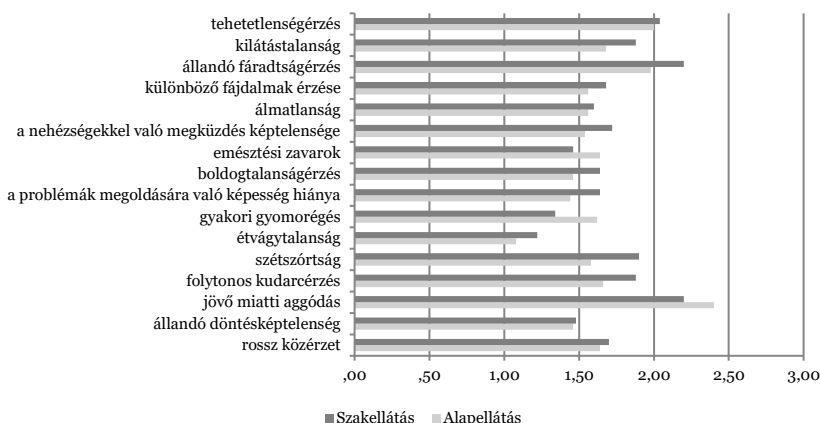
	Nem kiégettek	Kiégettek	Krízisben lévők	Kiégettek + Krízisben lévők
Alapellátás (N=50)	70%	22%	8%	30%
Szakellátás (N=50)	60%	26%	14%	40%
Összesen (N=100)	65%	24%	11%	35%

Saját szerkesztés

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

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 kiégettnek 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.

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 az 1. ábrán látható eredmények alapján 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.



1. ábra Tünetek (átlagértékben megadva, négyfokozatú skálával mérve, N = 100)

Az 1. ábrából az is jól látszik, hogy az alapellátás területén 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 szimptomák 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 kiegészítő tüneti megjelenése és az egyén többnyire még nagyon jól érzi magát. A másik lehetőség a tagadás, Petróczi (2007) szerint a kiegészítő a kezdeti fázisban szinte mindig magában foglal egyfajta tagadást és életbe lépnek a tudattalan elhárító mechanizmusok.

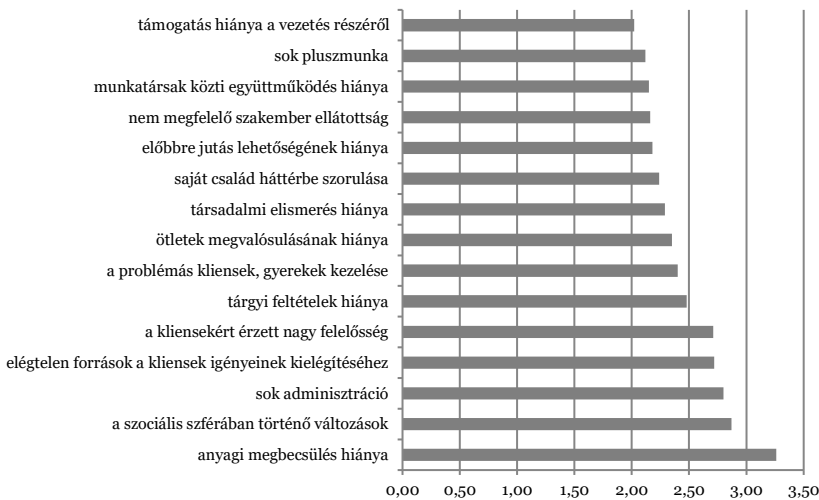
Bizonyos állítások a pozitív állapotra vonatkoztak, ezeket a következőkben foglaljuk össze:

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.

Érdemes figyelembe vennünk, hogy az elégedettség érzést a szakellátásban is – az alapellátáshoz hasonlóan – 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.



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

Az 2. ábra átlagértékeit tekintve megállapítható, hogy a gyermekjólét, gyermekvédelem területén dolgozó szociális szakemberek körében a legnagyobb stresszt az anyagi megbecsülés hiánya okozza (3,26), ezt követik

a szociális szférában történő változások (2,87) és a sok adminisztráció (2,80). 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.

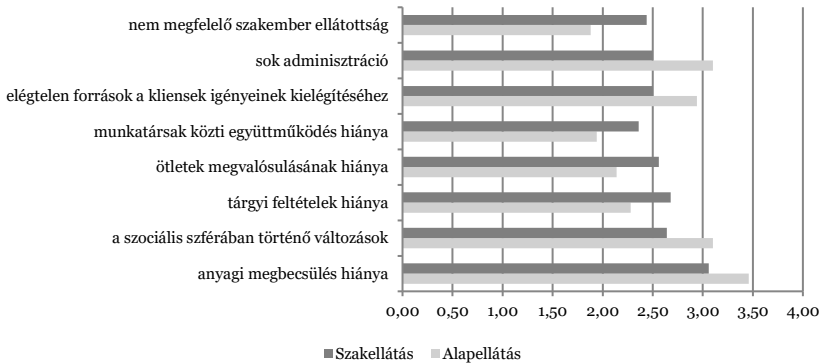
Alapellátás (N = 50)	Szakellátás (N = 50)
anyagi megbecsülés hiánya (1)	anyagi megbecsülés hiánya (1)
a szociális szférában történő változások (2)	a kliensekért érzett nagy felelősség (2)
sok adminisztráció (3)	tárgyi feltételek hiánya (3)
elégtelen források a kliensek igényeinek kielégítéséhez (4)	a szociális szférában történő változások (4)
a kliensekért érzett nagy felelősség (5)	ötletek megvalósulásának hiánya (5)
társadalmi elismerés hiánya (6)	a problémás kliensek, gyerekek kezelése (6)
a problémás kliensek, gyerekek kezelése (7)	elégtelen források a kliensek igényeinek kielégítéséhez (7)
tárgyi feltételek hiánya (8)	sok adminisztráció (8)
előbbre jutás lehetőségének hiánya (9)	nem megfelelő szakember ellátottság (9)
saját család háttérbe szorulása (10)	munkatársak közti együttműködés hiánya (10)
sok pluszmunka (11)	saját család háttérbe szorulása (11)
ötletek megvalósulásának hiánya (12)	társadalmi elismerés hiánya (12)
munkatársak közti együttműködés hiánya (13)	támogatás hiánya a vezetés részéről (13)
nem megfelelő szakember ellátottság (14)	előbbre jutás lehetőségének hiánya (14)
támogatás hiánya a vezetés részéről (15)	sok pluszmunka (15)

Saját szerkesztés

4. táblázat A stresszor tényezők rangsora (négyfokozatú skálával mérve, N = 100)

Eltérés mutatkozik azonban a két ellátási terület stresszor tényezői között, ezeket a 4. táblázatban foglaltuk össze.

A gyermekjóléti alapellátás területén a legnagyobb stresszt az anyagi megbecsülés hiánya okozza, majd a szociális szférában történő változások és a sok adminisztráció. A gyermekvédelmi szakellátás területén szintén az anyagi megbecsülés hiánya áll az első helyen, ezt azonban a kliensekért érzett nagy felelősség és a tárgyi feltételek hiánya követi.



3. ábra Stresszor tényezők összehasonlítása a gyermekjóléti alapellátás és a gyermekvédelmi szakellátás között (ANOVA teszt $p < 0,05$, $N = 100$)

Az egyszempontos varianciaanalízis módszerével teszteltük, hogy a két ellátási terület stresszor tényezői között kimutatható-e szignifikáns különbség. A 3. ábra mutatja, hogy stresszor tényezők tekintetében a következők átlagértéke szignifikánsan magasabb az alapellátás területén: anyagi megbecsülés hiánya (3,46), a 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.⁴ Nem meglepő az sem, hogy az alapellátás területén magasabb értéket képviselnek 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

⁴ A jelentős jövedelemkülönbség oka, hogy a vizsgálatban résztvevő egyik gyermekvédelmi szakellátási intézmény szociálpedagógusai a pedagógus bértábla szerint kapják a fizetésüket.

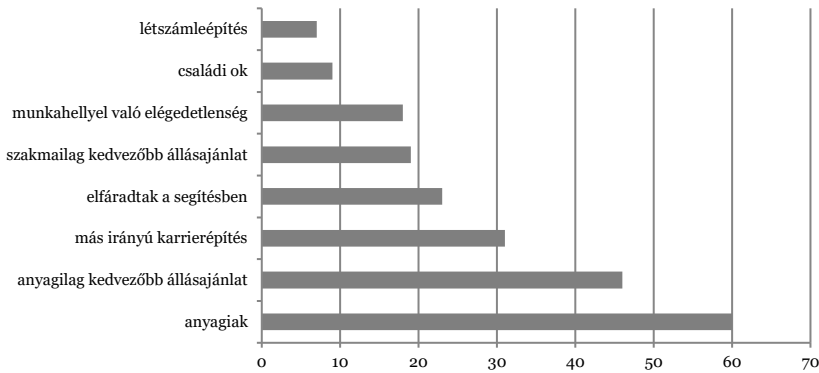
a család- és gyermekjóléti szolgálatok, járási szinten pedig a család- és gyermekjóléti központok Az alapellátás területén továbbá szignifikánsan magasabb értéket mutat még a sok adminisztráció és a forráshiány. A gyermekjóléti szolgálatok szakemberei már korábban is jelezték az adminisztratív terhek csökkentésére, a „macis lapok” átalakítására való igényt (Freisinger et al., 2015). A forráshiány pedig az intézmények anyagi helyzetével hozható összefüggésbe (Petróczi 2002).

A 3. ábra adatai alapján a szakellátás területén szignifikánsan magasabb 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 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 szolgálatnál dolgozók 95%-a jelezte, hogy elégedetlen a fizetésével (Freisinger et al. 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 szint: 257.900 forint).

A 4. 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 alacsony bérek (60%), ezt követi az anyagilag kedvezőbb állásajánlat (46%). Petróczi és munkatársai vizsgálatában a pályaelhagyás elsődleges okaként szintén az anyagiak (55%) szerepelnek, ezt követte az anyagilag kedvezőbb állásajánlat (42%) (Petróczi 2002). A Rubeus Egyesület vizsgálatában pedig ugyancsak az alacsony fizetés szerepelt az első helyen (Freisinger et al. 2015).

A burnout vizsgálata a gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézményekben dolgozó szociális szakemberek körében



4. ábra Kollégák pályaelhagyásának okai (több válasz is lehetséges, százalékban megadva, $N = 88$)

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 megkérdezett szociális szakemberek 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 pályaelhagyási okok között is magasan az anyagiak álltak az első helyen.

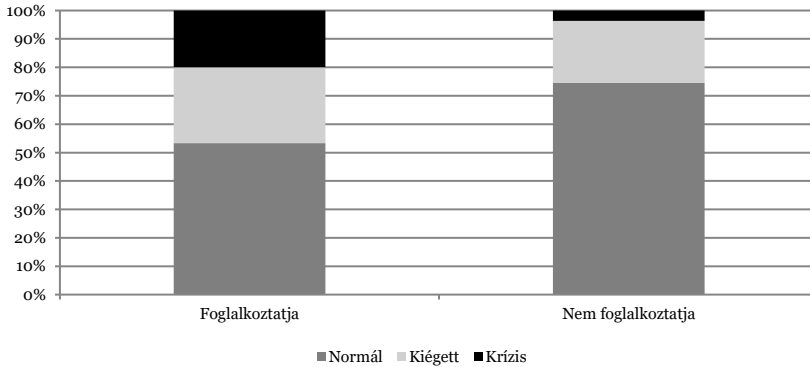
Kíváncsiak voltunk arra is, hogy mi tartja azokat a szakembereket a pályán, akik már gondolkoztak a szakma elhagyásán. A kapott válaszokat a következők mentén kategorizáltuk:

- 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 mértén 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 időszaktól való félelem.

Végül keresztábrával megvizsgáltuk a pályaelhagyás gondolata és a kiégés közötti kapcsolatot. A segítő pálya elhagyásának gondolata eredetileg négy

értéket vehetett fel, de így túl kicsit lett volna a cellagyakorosság, ezért kettővé vontuk össze őket.⁵ Khí-négyzet próbával megnéztük, hogy a pályaelhagyás gondolata és kiégettségi index között van-e összefüggés. A chí-négyzet próba szignifikancia szintje ($p < 0,05$, *sig.*: 0,018) alapján van kapcsolat a két változó között.



5. ábra Pályaelhagyás gondolata és a kiégés kapcsolata (khí-négyzet statisztika, $p < 0,05$, *sig.*: 0,018, $N = 100$)

A 5. ábra jól mutatja, hogy 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). Petó (1998) szintén figyelmeztető jelnek tartja a pályamódosítás gondolatát.

6. Összegzés

Kutatásunkban 100 fős mintán vizsgáltuk a burnout jelenségét a debreceni gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézményekben dolgozó szociális szakemberek körében.

Az első hipotézisünk szerint a gyermekjóléti alapellátás területén dolgozó szociális szakemberek körében magasabb a kiégés mértéke, mint a gyermekvédelmi szakellátás területén dolgozók körében. Ezt a feltételezésünket nem tudtuk igazolni. Pines, Aronson, Kafry burnout kérdőíve alapján, amíg az alapellátás területén a megkérdezettek 30%-a, addig a szakellátás

⁵ 1-3-ig egyes értéket (foglalkoztatja), a 4 pedig kettes értéket (nem foglalkoztatja) kapott.

területén 40%-a tekinthető kiégettnek. Tehát vizsgálatunkban a szakellátás területén magasabb a kiégés mértéke és ezt a tünetek is alátámasztották, hiszen 16 tünetből 13 tünet átlagértéke magasabb lett a szakellátásban dolgozók körében.

Megnéztük, hogy melyek azok a munkahelyi stresszor tényezők, amelyek hozzájárulhatnak a szakemberek kiégéséhez. A második hipotézisünk szerint az általunk vizsgált szociális szakemberek körében a legnagyobb munkahelyi stresszt az anyagi megbecsülés hiánya okozza. Ezt a hipotézisünket igazolni tudtuk. A gyermekjóléti alapellátás területén első helyen állt az anyagi megbecsülés hiánya, ezt követték a szociális szférában történő változások és a sok adminisztráció. A gyermekvédelmi szakellátás területén szintén az anyagi megbecsülés hiánya került az első helyre, ezt azonban a kliensekért érzett nagy felelősség és a tárgyi feltételek hiánya követte. Az eredményeinket támasztja alá, hogy a válaszadók 88%-a ismert olyan kollégát, aki elhagyta a segítő szakmát, a fluktuáció elsődleges okaként az anyagiakat jelölték meg a legtöbben (60%), ezt követte az anyagilag kedvezőbb állásajánlat (46%).

A harmadik hipotézisünk szerint feltételeztük, hogy azokat a szakembereket foglalkoztatja a pályaelhagyás gondolata, akik a kiégés magasabb fokát mutatják. 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. Tehát a hipotézisünket igazolni tudtuk, bár bizonyos esetekben a cellagyakoriság 25 fő alá esett, ezért az eredmények inkább jelzés értékűnek tekinthetők. Célunk, hogy a jövőben nagyobb mintán is megvizsgáljuk a két változó közötti kapcsolatot.

7. Konklúzió

Meglátásunk szerint a burnout prevenciója és intervenciója három szinten lehetséges:

1. Egyéni szint:

Köteles (2009) az egyéni lehetőségeket a következőkben foglalja össze: önismeret, a munka és a magánélet szétválasztása, támogató közeg, az érzelmek szabályozása, relaxációs technikák, rekreáció és a rendszeres testmozgás. Cedoline a kiegyensúlyozott életvitelre hívja fel a figyelmet, melyben szerepet kap a munka és a szabadidő, a stressz és a relaxáció, a társaság és az egyedüllét közötti egyensúly megteremtése (idézi Herr 1997). Pető (1998) az előbbieket mellett fontosnak tartja a reális helyzetértékelést, azaz tudjuk elfogadni, hogy mi is kimerülhetünk, elfáradhatunk.

Bergner (2015) szintén a valóság elfogadását hangsúlyozza, hiszen ez a változáshoz vezető út első és legfontosabb lépése. Javaslati között szerepel továbbá az erőforrásgyűjtés, az önmegértés, az önbizonyosság erősítése, a személyes elégedettség növelése, a stressztolerancia, a helyzettolerancia, a szerepbiztonság, a célfelismerés és a célmegközelítés. Számos tanácsot lehet adni a kiégés megelőzésére és kezelésére, de a legtöbb szerző egyetért abban, hogy mindenkinek magának kell megtalálnia a számára legmegfelelőbb megküzdési stratégiát.

2. Munkahelyi szint:

A lelki egészség védelmére szervezeti szinten is számos technika ismert. A munkahelyi mentálhigiéne szempontjából Buda (1994) kiemeli a demokratikus vezetési stílust, a kellemes munkahelyi légkört (harmonikus munkahelyi kapcsolatok) és a dolgozók helyes munkahelyi viselkedését. Köteles (2009) hangsúlyozza a szupervízió, a team munka, az esetmegbeszélés és a Bálint-csoportok fontosságát. Emellett kiemeli a flexibilitást a kliensek kiválasztásában, az adminisztrációs terhek csökkentését, a „forgórendszer” alkalmazását (változatosság a munkabeosztásban) és a tanuláscentrikus szervezeti kultúrát (továbbképzések, önismereti tréningek...). A munkaszervezet lehetőségei között szerepel továbbá a munkakörülmények módosítása, munkaszünetek beiktatása, előrejutás lehetőségének biztosítása, nagyobb autonómia, a teljesítmény elismerése, rugalmas munkaidő, túl sok pluszmunka csökkentése, a dolgozók bevonása a szervezeti élet alakításába és a célok tisztázása (Herr 1997). Pataky (2014) mindezek mellett fontosnak tartja a csapatépítést és a munkahelyi légkör tudatos fejlesztését.

3. Állami szint:

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 mentálhigiéniés szemlélete mellett – kormányzati intézkedésekre is szükség van, legsürgetőbbnek a dolgozói béremeléseket és az életpályamodell bevezetését tartjuk. Az elhivatott, elégedett és megbecsült szakemberek azok, akik hozzájárulhatnak a szakma felvirágzásához.

Irodalom

- Bergner, T. (2015): *Burnout – A kiégés megelőzése 12 lépésben*. Z-Press Kiadó, Miskolc.
- Bordás Andrea (2010): *A kiégés-szindróma a külföldi és a hazai szakirodalomban*. *Educatio*, 19. 4. sz. 666–672.
- Buda Béla (1994): *Mentálhigiéne*. Animula Kiadó, Budapest.

- Burisch, M. (1989): *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung*. Springer, Berlin.
- Cherniss, C. (1980): *Staff Burnout: Job stress in the human services*. Sage, Beverly Hills, CA.
- Csók Cintia (2017): A burnout vizsgálata a gyermekjóléti, gyerekvédelmi intézményekben dolgozó szociális szakemberek körében. In: Mándy Zsuzsanna (szerk.): *interTALENT UNIDEB*. Debreceni Egyetem, Debrecen. 66–74.
http://detep.unideb.hu/sites/default/files/intertalent_online_2017.pdf [2017. 08. 18.]
- Edelwich, J. és Brodsky, A. (1980): *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. Human Sciences Press, New York.
- Fekete Sándor (1991): Segítő foglalkozások kockázatai – Helfer szindróma és Burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 6. 1. sz. 17–29.
- Freisinger Balázs, Gyarmati Andrea, Rác Andrea és Szombathelyi Szilvia (2015): Gyermekjóléti szolgálatok feladatellátásának értékelő elemzése. In: Rác Andrea (szerk.): *A gyermekjóléti szolgálatok feladatellátásának értékelő elemzése országos szinten*. Rubeus Egyesület, Budapest. 45–141.
- Freudenberger, H. J., és Richelson, G. (1980): *Burn-out: The high cost of high achievement*. Anchor Press, Garden City, New York.
- Gál Antal (2013): *Gyermekvédelmi tükrök 2013: Diplomás család gondozók tömege a létminimum alatt*. Módszertani Gyermekjóléti Szolgálatok Országos Egyesülete, Budapest.
http://www.macsgyoe.hu/downloads/szakmai_anyagok/gyermekvedelmitukor2013.pdf [2017. 08. 17]
- Herr, E. L. (1997): Kiegészés. In: Szilágyi Klára és Váry Annamária (szerk.): *A pszichés terhelés és a munkaközvetítés: a Burn-out jelenség*. Gödöllői Agrártudományi Egyetem, Gödöllő. 27–40.
- Kollár Csaba (2014): *A munkahelyi kiegészés (burnout szindróma) elméleti megközelítése, kutatási irányjai és közgazdaságtudományi aspektusa*. Fluentum, 1. 3. sz. 1–19.
- Kovács Mariann (2006): A kiegészés jelensége a kutatási eredmények tükrében. *Legge Artis Medicinae*, 16. 11. sz. 981–987.
- Köteles Erika (2009): A kiegészés jelensége a szociális szakemberek körében, a prevenció és az intervenció lehetőségei. *Segítő Szó*, 4. 2–3. sz. 27–41.

- KSH (2015): *Üres álláshelyek megoszlása és aránya összevont foglalkozási főcsoportok szerint*.
https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlio55e.html?down=767 [2017. 08. 11.]
- KSH (2016): *Gyorstájékoztató. Keresetek, 2016. január-augusztus*.
<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/ker/ker1608.html> [2017. 08. 15.]
- Lloyd, C., King, R. és Chenoweth, L. (2002): Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health*, 11. 3. sz. 255–265.
- Maslach, C. és Pines, A. (1977): The burn-out syndrome in the day care setting. *Child & Youth Care Forum*, 6. 2. sz. 100–113.
- Papp Ákos (2002): *A burnout veszélyei, kezelésének és megelőzésének lehetőségei segítő foglalkozásúaknál*. Százlátó üveg Alapítvány, Budapest. <http://www.szazlatouveg.hu/szakmai-anyagok/31> [2017. 08. 19.]
- Pataky Nóra (2014): Megküzdés és tehetség. In: Dávid Imre, Fülöp Márta, Pataky Nóra és Rudas János (szerk.): *Stressz, megküzdés, versengés, konfliktusok*. Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége, Budapest. 67–122.
- 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.
- Petróczi Erzsébet (2002): *A humán szférában előforduló stresszor tényezők és a munkahelyi kiégés*. Egyetemi doktori (PhD) értekezés. Debreceni Egyetem, Debrecen.
- Petróczi Erzsébet (2007): *Amit a hallgatóknak tudni illik: a kiégésről*. SZTE JGYPK Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged.
- Rácz Andrea (2005): Gyermekotthonokban dolgozók véleménye a szakmai munka tartalmáról. *Kapocs*, 4. 6. sz. 54–64.
- 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