

A GÁL FERENC EGYETEM DIPLOMÁS KÖTETEI
I.

MENTÁLHIGIÉNÉ A SEGÍTŐ SZAKMÁBAN

A GÁL FERENC EGYETEM DIPLOMÁS KÖTETEI

I.

Sorozatszerkesztő
KOZMA GÁBOR

MENTÁLHIGIÉNÉ A SEGÍTŐ SZAKMÁBAN

Szerkesztő
PETRÓCZI ERZSÉBET

MENTÁLHIGIÉNÉ A SEGÍTŐ SZAKMÁBAN

Gerhardus Kiadó
Szeged, 2020

A kötet szerzői

Bäck Tímea Judit
Dr. Homoki Andrea
Dr. Major Lenke
Dr. Neducsin Mira
Kovács Éva
Nagy Tímea
Nagyné Dr. Hegedűs Anita
Nyáriné Kőszegi Gizella
Szabóné Dr. Kállai Klára
Szferléné Dénes Pálma Ágnes

GERHARDUS KIADÓ 2020

Felelős kiadó: dr. Kozma Gábor rektor

A szerkesztőség címe: 6720 Szeged, Dóm tér 6.

Nyomda:

A-Színvonal 2000 Kft. 6722 Szeged, Honvéd tér 5/B

Felelős vezető: Arдай Zsolt

ISBN 978-615-5256-94-3

TARTALOM

ELŐSZÓ	7
BÄCK TÍMEA JUDIT – NAGYNÉ DR. HEGEDŰS ANITA MENTÁLHIGIÉNÉS SZEMLÉLET A KLIENSKAPCSOLATBAN	9
KOVÁCS ÉVA – SZABÓNÉ DR. KÁLLAI KLÁRA A PSZICHOSZOCIÁLIS STRESSZOROK HATÁSA A SZOCIÁLIS ÁGAZATBAN DOLGOZÓK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉRE	26
DR. MAJOR LENKE – DR. NEDUCSIN MIRA TANÍTÓKÉPZŐS HALLGATÓK TESTI ÉS LELKI EGÉSZSÉGÉNEK, VALAMINT STRESSZTŰRŐ ÉS MEGKÜZDÉSI KÉPESSÉGEINEK VIZSGÁLATA	37
NAGY TÍMEA – SZABÓNÉ DR. KÁLLAI KLÁRA EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS A TELEFONOS LELKI ELSŐSEGÉLY SZOLGÁLATNÁL	50
NYÁRINÉ KŐSZEGI GIZELLA – DR. HOMOKI ANDREA AZ ÖRÖKBEFOGADÁSRA VÁRAKOZÓK MENTÁLHIGIÉNÉS MEGSEGÍTÉSI LEHETŐSÉGEI	65
SZFERLÉNÉ DÉNES PÁLMA ÁGNES – DR. HOMOKI ANDREA MENTÁLIS EGÉSZSÉG ÉS A SPIRITUÁLIS KÖTŐDÉS VIZSGÁLATA A SEGÍTŐ FOGLALKOZÁSÚAK KÖRÉBEN	86
ABSZTRAKTOK	105
SZAKMAI BEMUTATKOZÁSOK	109

ELŐSZÓ

A „Mentálhigiéné a gyakorlatban” című kötetünk alapját azok a szakmai tapasztalatok és kutatások adják, melyek igazolják az ezen a területen dolgozó végzett hallgatóinknak az esélyteremtésben, a társadalmi védőfaktor kialakításában betöltött igen jelentős szerepét, valamint a mentálhigiénés szemlélet minőségi emelésének szükségszerűségét. Ezek a tapasztalatok igazolják, hogy az emberek egészségének és életminőségének erősítésében nagy hangsúlyt kell kapnia az önismerettel, önétékeléssel, problémakezeléssel kapcsolatos készségek és képességek gyakorlatorientált, reflektív szemléletet segítő fejlesztésnek.

Marczell Mihály¹ még a múlt század elején tette föl a kérdést, vajon elég-e az embernek a föld, azaz az anyagi világ? A lélek mélyén ott a válasz, hogy kevés, mert a mulandóság bélyegét viseli magán. Országok, világok eltűnnek, geológiai korszakok a mélységekbe kerülnek, földi nagyságoknak csak emléke él. Az embernek, amit a föld adhat, kevés. Bár a földön él, mégis kevés neki a föld, neki az egek kellenek, neki a Végtelen kell. Istenhez akar jutni és Istenben akarja a boldogságát megtalálni.

Egy nehezített alkalmazkodási helyzetben, szorongás, stressz esetén a spiritualitás jelentősége felértékelődik. A lelki sajátosságoknak egy olyan szerveződéséről beszélhetünk, amely a személyiség védekező rendszerét biztosítja. Azt a feltételezést is megengedi, hogy a spiritualitás erősítésével a megelőző-gyógyító munka sikeresebbé tehető. Értéorientált megközelítéssel az emberek együttműködésre, önfejlesztésre képesek. Az emberek önmegvalósításra törekсенek, a személyes határokat úgy próbálják elérni, hogy átlépnek rajta a transzcendencia irányába. Az az ember él teljes életet, aki a lélek minden igényét, a természetfelettit is kielégíti. Szellemi életet élni anélkül, hogy a természetfeletti életből ne merítsünk, majdnem lehetetlen. A szépet, a jót és az igazat lehet kívánni természetfeletti élet nélkül is, de teremteni, alkotni csak a végtelenbe való kapcsolódással lehet. A legnagyobb művészek gondolataikat, tárgyukat a végtelen világból merítik. A legnagyobb szellemek a tudás végét az Istenben keresik és találják meg.

Az ember nagy feladata, hogy magát az anyagi világ fölé emelje. Ez a fölemelkedés nem más, mint mélységes és igaz átértékelése az anyagi világ javainak. Bármily szép és jó is az anyagi világ, bármennyire szükséges is az élet fölfokozása, mégis meglátható rajta a mulandóság bélyege. A kincs, a vagyon, az élvezet széteső világdarab, semmiképpen sem örökkévaló. A kielégült vágyak után újabbak születnek, az érzéki vágyak újabb és újabb követelésekkel állnak elő. Az egyik kielégítése a másik szülője. Mindezek lehetnek az ember lelkének ösztökélői, de semmiképp ne lehetnek végleges kielégítői. Ez nem jelenti azt, hogy az ember elfordul a világtól, hanem azt, hogy a földi dolgokat eszközöknek tekinti a felsőbb célok elérésére.

¹ Marczell Mihály (1924)

A kötet több tanulmánya érinti a humán szférában jelenlévő napjaink problémáját, a kiégés jelenségét. A kötetben olvashatunk az óvó- és tanító szakos hallgatók stressztűrő képességének és megküzdő stratégiáinak felméréséről, az örökbe fogadni szándékozók testi-lelki „jól létének” megtartásáról, illetve a segítőbeszélgetéseket magába foglaló esetekről.

Szeged, 2020. december 1.

a szerkesztő

MENTÁLHIGIÉNÉS SZEMLÉLET A KLIENSKAPCSOLATBAN

A mai társadalomban égető szükség mutatkozik egy olyan gondolati-érzelmi változásra, mely a mindennapokban előforduló emberi személyközi problémákra megoldást talál, amely a konfliktusokból, a megoldhatatlannak tűnő nehézségekből kivezető utat mutat. Lényeges tényező a folyamatban a megelőzés szerepe, a probléma időben való felismerése és a megfelelő időben való közbelépés, segítségnyújtás adása, mielőtt a problémák sorozata krízishez, különböző pszichés, pszichiátriai megbetegedésekhez, illetve következképp fizikai betegségekhez vezetne. A mentálhigiéné, mint a lelki egészségvédelem tudománya képes - a szakemberek tevékenysége által - azt a segítséget nyújtani, mely során az egyén számára egy lelkiileg egészséges személyiség kialakítását és fejlesztését teszi lehetővé, valamint hozzájárul egy egészséges társadalom működés módjához is egyaránt.

A lelkiileg egészséges emberek képesek alkalmazkodni az adott kor társadalmi, közösségi szabályaihoz, reálisan észlelik a különböző szociális helyzeteket, s hatékony megküzdési képességgel rendelkeznek. További jellemzőjük, hogy megfelelő önértékeléssel bírnak, valamint támogató társas kapcsolatokat alakítanak ki és tartanak fenn, az esetlegesen felmerülő konfliktusokkal szembenéznek s felelősséget tudnak vállalni tetteikért. A mindennapi élet valódi örömteli pillanatainak megélésére is képesek, az optimális körülmények megléte esetén alaphangulatukra nyugodtság és a derű jellemző (Buda, 2003).

A segítő beszélgetés módszerének elsajátítása és a pszichológiai kulturáltság fejlesztése hozzájárulhat, hogy a különböző szakterületeken, emberekkel foglalkozó szakemberek hathatós segítséget tudjanak nyújtani - kompetencia határaikat betartva - a segítségkérők számára (Tomcsányi, 1987). A humanisztikus, személyközpontú irányzat megközelítése szerint, a kliens számára a fejlődés legfőképp azáltal érhető el, hogy átéli, megtapasztalja, hogy elfogadják, mely során nem moralizálják, nem utasítgatják, s lényegében maga a kliens dönt a fejlődés irányáról. A segítő kapcsolatban nincs jelen semmilyen kényszer, az ilyen jellegű viszonyulás célja, hogy a kliens megismerje saját én-erejét. Rogers kiemeli a segítő pozitív hozzáállását, aki a klienst fejlődőképes, pozitív változásokra képes személyiségnek véli, továbbá a segítő kapcsolat lényeges tényezőjeként jelöli meg a feltétel nélküli elfogadást, a kongruenciát, empátiát és non-direktvitást (Atkinson, 1997). Rogers az alábbi módon fejezi ki lényegretörően a jó kapcsolat jellemzőit: „A tanácsadói kapcsolat olyan kapcsolat, amely a tanácsadó melegsége révén, bármiféle korlátozás vagy személyes kényszer nélkül lehetővé teszi

a kliens számára érzéseinek, attitűdjének és problémáinak legteljesebb kifejezését. A teljesebb emocionális kapcsolatnak ebben a sajátos megtapasztalásában, jól meghatározott keretek között lehetővé válik, hogy a kliens olyan szabadon ismerje és értse meg pozitív és negatív impulzusait és képzeit, mint semmilyen más kapcsolatban” (Tomcsányi, 1987:18). Carl R. Rogers megfigyelése alapján a tanácsadás során a kliens problémájának megoldása szempontjából a leglényegesebb maga a kliens megértése. A megértés folyamatában pedig az empátiát tartotta a legjelentősebb tényezőnek, hiszen ennek segítségével lehet a másik ember szemszögéből elképzelni a helyzetet, és ez együtt jár a különféle panaszok, konfliktusok, azaz az egész személyiség megértésével (Buda, 2012).

Rogers tanácsadó technikáját „non-direktív” technikának nevezik, ezért inkább segítő beszélgetésnek nevezhetjük. E módszer arra a feltevésre épül, hogy az emberben a biológiai, vitális erőkhöz hasonlóan pozitív pszichikai erők működnek, amelyek egy sajátos emberi kapcsolatrendszerben - megfelelő feltételek mellett – működésbe lépnek. Mindez lehetővé teszi a segítséget kérő egyén számára, hogy saját erejéből legyen képes megoldani problémáit. Rogers a másik ember élményvilágába való belehelyezkedésére, illetve annak megértésére teszi a főhangsúlyt, amely a „kliens-központú” terápiára utal. A megértés ugyanis segíti a belső öntisztázódást, valamint hozzájárul az önismeret mélyüléséhez, és ennek következményeként létrejöhet a pszichológiai változás. Amennyiben a személyiséget a megszokottnál mélyrehatóbban értik meg, s ez visszacsatolásra is kerül, mindez számára elegendő segítség ahhoz, hogy a személyiség képes legyen saját maga a belső öntisztázódás folyamatára. Ebben az esetben a tanácsadó részéről nem történik értelmezés, hiszen a megértett jelenségek kifejezése nem tartalmaz semmi újat, csupán pontosabb, világosabb kifejezése annak, amit a kliens mond. A kliens gondolatmenete kitisztul, illetve látásmódja átláthatóbbá válik. Az empátiás megértés során rendkívül fontos alapelv, hogy az ember önmagát folyamatosan felülvizsgálja, azaz szükség esetén teret adjon a kételynek, az önkritikának (Buda, 2012).

A dolgozatban egy esettanulmány kerül bemutatásra, mely öt segítő beszélgetést ölel fel, s az ülések elemzésével vizsgáltam a segítő kapcsolat alakulását és hatékonyságát. Az esettanulmány során megjelent az önreflexió, valamint a segítő kapcsolat folyamatának ábrázolása, melyben a belső dialógus által felmerült kétségeknek is bepillantást engedek, illetve az így szerzett tapasztalatokból levont tanulságokat is ismertetem.

AZ ESET BEMUTATÁSA

A kliens 54 éves nő, Éva¹, aki már több mint tíz éve elvált férjétől, egyedül nevelte fel gyermekét, a volt férjével azonban már öt éve nem beszél, semmilyen módon nem tartják a kapcsolatot. Jelenleg munkahelyi problémájával keresett meg, amely folya-

¹ A dolgozatban szereplő nevek fantázianevek

matosan nyomasztja, s nem tud rajta felülkerekedni. Középmagas, öltözködése a mai divatnak megfelelő, de nem hivalkodó. Megjelenése nem tűnik magabiztosnak, tekintetében félelem, elkeseredettség látszik, mintha folyamatosan félne valamitől, olyan benyomást keltett számomra, mintha menekülne valami vagy valaki elől, mint akit üldöznek.

Első beszélgetés

A beszélgetés elején zártságot észleltem a testtartásán, de a szemkontaktus viszonylag hamar kialakult és végig a beszélgetés során fenn tudtuk tartani. A beszélgetés már az elején rögtön a munkahelyi problémára terelődött:

„Kliens: Attól félek, hogy a mostani munkahelyemen is megismétlődik, ami az előző munkahelyemen történt. Valahogy olyan furcsák velem az emberek, különösen az egyik kolléganő, aki állandóan kritizál s a hátam mögött is kibeszél.

Segítő: Attól fél, hogy megint olyan helyzetbe kerül, mint az előző munkahelyén s nem tud ellene mit tenni?

Kliens: Igen, attól. Az előző munkahelyemen a volt férjem, miután elváltunk egy „lejárató kampányt” indított el ellenem, kínos hazugságokat terjesztett rólam s teljesen negatív színben tüntetett fel, amit a kollégáim sajnos teljes mértékben elhittek. (Itt részletezi a róla terjesztett álhíreket, az arcán gondterheltség látszik.) Mindenki gyanúsán méregetett.

Segítő: Mindettől nagyon kiszolgáltatottnak érezhette magát.

Kliens: Igen, nagyon tehetetlennek érzetem magam, és sehogyan sem tudtam megvédeni magam. A rólam terjesztett pletykát mindenki elhitte, s végül arra kértek, hogy keressék másik munkahelyet.

Segítő: Úgy érezte, hogy megbéklyózzák s nem látta a kivezető utat.

Kliens: Igen, nem mertem váltani, másik munkahelyet keresni, mert attól féltem, hogy ugyanez megismétlődhet, úgy éreztem, hogy a volt férjem nem akarja abbahagyni a bosszúhadjáratot (rázza a fejét, s maga elé réved).”

A beszélgetés során figyeltem a kliens mimikájára s úgy érzékeltem, hogy szinte végig gondterheltség tükröződött az arcán, a szemöldökét folyamatosan ráncolta s a szemeit is sokszor résnyire összehúzta. Az ülés kezdetekor észleltem, hogy kliensem védekező pozíciót vett fel - melyet főként testtartásával fejezett ki - ezért fontosnak tartottam, hogy viselkedésemmel, hanghordozásommal egy elfogadó, biztonságot sugárzó légkört alakítsak ki, mellyel hozzásegítsem őt, hogy „felszabaduljon” s ezáltal minél őszintébb, mélyebb önfeltárássá legyen képes. A munkahelyi problémák elbeszélése következtében, megértettem az első halvány benyomásomat, mely szerint mintha menekülést, üldözöttséget láttam volna a tekintetében, így még fontosabbnak tartottam az elfogadó légkör biztosítását, hiszen számtalan elutasítás és kritika érte

az emberek részéről. Mindemellett igyekeztem a saját értékítéleteimtől, elgondolásaimtól – például: én mit tettem volna az adott helyzetben – elvonatkoztatni, s minél inkább a kliens belső vonatkoztatási rendszerét megismerni, amint ezt Carl R. Rogers is lényeges elemnek tekinti a segítő beszélgetésben. A beszélgetések során azt tapasztaltam, hogy ez nem kevés önfegyelmet és erőfeszítést igényel. Továbbá próbáltam minél empatikusabb megértéssel figyelni kliensemre, hiszen már az átlagos, barátságos dialógusban is az empátiás megértés egy önerősítő folyamat, a másik ember érdeklődő odafigyelése is megerősítő visszajelzés. A benyomásaim és a kliens által elmondottak alapján Évának mindenképp szüksége volt énerősítésre.

„Kliens: Borzasztó volt, újra kezdődött minden s ugyanazt beszéltek rólam már megint ... (rövid ideig csend, majd folytatja) ... nem akartam elhinni!

Segítő: Úgy érezte, hogy csapdába került, s nagyon megrémült attól, hogy ez megint megtörténhetett.

Kliens: Igen, nagyon kétségbeestem, úgy éreztem, hogy ez már örökre így marad. A volt férjem, amikor elváltunk, azt monda - aki egyébként három diplomás ember - , hogy tönkre akar tenni, s azt éreztem, hogy mindenhova elér a keze, s hogy sikerül is neki. Az sem érdekelt, hogy a lányának is fájdalmat okoz.

Segítő: Nagyon fájdalmas lehetett Önnek ezt látni, s hogy nem tud ellene tenni. Engem is nagyon megérint ez, szinte érzem a fájdalmát a gyomromban.

Kliens: A volt férjemnek nem volt elég, hogy elváltunk, folyamatosan ellenőrzése alatt akart tartani, s ahol tudott betartott. Ha rá gondolok, most is öszszerándul a gyomrom, ... nagyon sokszor gyomoridegem volt... Mellette nem hozhattam önálló döntéseket, mindig mindennek úgy kellett történnie, ahogy ő akarta. A barátaim is az ő társaságából voltak, akikkel jól éreztem magam, de nem tudtam velük igazából mélyebben beszélgetni.”

Az empátiás közelítés hatására - nagy meglepetésemre-, fizikai fájdalmat éreztem, amit a kliens is megerősített, hogy az adott időszakban ő is gyakran gyomoridegességgel küszködött. Önreflexióként megvizsgáltam, hogy az én esetemben felelevenedett-e ehhez kapcsolódó esemény, de tudatosan nem idéződött fel emlékeimben semmilyen eset. Az önfeltárást választottam, s megosztottam Évával a reakciómat, melyet könnyedén tudomásul vett s folytatta a saját önfeltárást. A munkahelyi problémákról viszonylag hamar a volt férjére illetve a válásra terelődött a beszélgetés, amely valószínűleg még érzelmileg feldolgozatlan maradt számára, s a válás utáni események emlékei még mindig szintén nyomasztóan hatottak rá. A munkahelyi gondok és a válás okozta problémák összefonódtak, mivel egy munkahelyen dolgoztak a volt férjével, akinek köszönhetően kialakultak a konfliktusok. Mindezek ellenére a kliens nem a volt férj okozta problémákkal kezdte a beszélgetést, mintha félelmei megakadályozták volna a komolyabb, súlyosabb problémái közlésében. A pozitív elfogadás hatására azonban fokozatosan feloldódott s képessé vált mélyebb önfeltárássra, lehetővé vált

számára, hogy szembenézzen valós, mélyebb fájdalomával.

Tringer (2007) és Pintér (2009) által leírtak alapján: „A feltétel nélküli elfogadás a kliens egyéni értéként való felfogása, annak megélése és közvetítése, hogy minden ember rendelkezik értékekkel, pozitív értékekkel. A szakember pozitív attitűddel, előítélet mentesen, érdeklődéssel fordul a kliens felé, olyannak fogadja el, amilyen valójában. A feltétel nélküli elfogadás nem a cselekedetekre vonatkozik, hanem az egyénre” (Hegedűs, 2009, 91. o.).

A beszélgetés során arra törekedtem, hogy az elhangzottak mögött rejlő valódi problémát, érzelmi konfliktusokat próbáljam empátiás úton megérteni, s azt non-direktív módon visszatükrözzem kliensem számára, hogy ezáltal hozzásegítsem saját érzéseinek, problémáinak minél mélyebb megértéséhez. Mindeközben igyekeztem a kliens élményvilágába való belehelyezkedésre, de bizonyos fokú távolságtartással, amely számomra nagyobb erőfeszítést igényelt.

Összefoglalva az első beszélgetés során sikerült egy elfogadó légkört kialakítani, melyben úgy éreztem, hogy kliensem biztonságban érzi magát. A zárt testtartása is a beszélgetés végére feloldódott s a mozgásán, mozdulatain is könnyedség volt észlelhető, mint amikor valaki megszabadul valamilyen tehertől.

MÁSODIK BESZÉLGETÉS

A következő beszélgetésre két hét múlva került sor, ugyanabban az irodában. Igyekeztem felkészülni a tekintetben, hogy mialatt az empátiát, a másik érzelmi világába való belehelyezkedést próbálom megvalósítani, bizonyos fokú érzelmi távolságot is tudjak tartani, ezáltal elkerülve az esetleges teljes érzelmi azonosulást. Éva a mostani érkezésekor úgy tűnt, kevésbé lehangolt, most nem a teljes reménytelenséget tükrözte arckifejezése, hanem inkább egy kíváncsi várakozást láttam rajta, bár a gondterheltség még mindig megfigyelhető volt a tekintetén. A beszélgetés már az elején a volt férjére és a válás körülményeire, valamint gyermekére terelődött:

„Kliens: Az bánt a legjobban, hogy a rossz kapcsolat miatt, nem tudtam teljesen figyelni a gyerekekre, állandóan depressziós voltam, így nem lehet gyereket nevelni...

Segítő: Neheztel azért, hogy nem tudott úgy törődni gyermekével, ahogy szeretett volna.

Kliens: Igen, a válás okozta trauma a gyereket is megviselte, hiába próbáltam leplezni, érezte a feszültséget. Az fáj a legjobban, hogy nem tudott igazán gyerek lenni, nem volt nyugodt, ő is mindig szorongott, ezért tanulni sem tudott rendesen.”

A beszélgetés alatt Éva érzelmei újra felerősödtek, melyekre a mozdulataiból (gyakran rázta a fejét) s a mimikájából lehetett leginkább következtetni. Az empátiás közel-

tésem során azt érzékeltem, hogy mindamellet belőlem is mély érzelmeket és együtt-érzést váltott ki, mégis képes voltam egyfajta távolságtartásra. A legutóbbi beszélgetés témakörét felváltotta, illetve előtérbe került a volt férjével kapcsolatos problémáinak feltárása, mellyel kapcsolatosan lehetségesnek találtam, hogy valójában ez a probléma foglalkoztatja mélyebben, de eddig nem mert szembe nézni vele. A bizalmat, elfogadást biztosító légkör lehetővé tette számára a mélyebb önfeltárást, hogy egyre fontosabb dolgokat mondjon el magáról, s így szembe tudjon nézni valódi fájdalmával. Az ülés során fontosnak tartottam s igyekeztem szem előtt tartani, hogy ne irányítsam a segítséget kérőt, hanem a kliens érzelmeit követve a visszatükrözést alkalmazva az ő vonatkoztatási keretében maradjak. „A „non- direktív ” beállítódás, habitus megvilágítását szolgálja Fosdick hasonlata, mely szerint ahhoz, hogy az ismeretlen szigeten partra szálljunk, előbb körbe kell hajózni a szigetet, hogy megállapítsuk a biztonságos partraszállás helyét” (Tomcsányi - Fodor, 1990:24). A partraszállás példázatához hasonlóan meglátásom szerint Évával való beszélgetésben is egy fokozatos közelítés volt tetten érhető a kliens belső világához és problémájához. A második beszélgetés alkalmával már a kezdetén sem vett fel védekező pozíciót, érzékelhető volt, hogyan tűnnek el a kezdeti ellenállások, s kezdetét veszi az önfeltárást mélyülése.

„Kliens: Gyűlöltem őt (a volt férjet), hogy anyaként nem tudtam megadni a lányomnak mindazt, amit szerettem volna. (Egy ideig – kb. 1 perc - csendben a távolba réved) Dóri sokat volt egyedül, aztán kamaszkorában rossz társaságba keveredett, ez nagyon rossz hatással volt rá. Sokszor nem bírtam vele, pont az ellenkezőjét csinálta, mint amire kértem.

Segítő: Nagyon dühös a volt férjére, mert úgy érzi anyaként nem tudott kiteljesedni, s a nevelésben sem tudott kire támaszkodni.”

Évának ennél a résznél tudatosultak volt férjével kapcsolatos agresszív indulatai, melynek kifejezésére teret kapott a beszélgetés során, így valószínűsíthetően nagyobb távolságot tud teremteni majd problémájával kapcsolatban. Számomra nem okoztak meglepetést negatív indulatai, s örömmel tapasztaltam, hogy hangot mert adni nem túl pozitív érzéseinek. Anyai aggodalmát és a tehetetlenségéből fakadó dühét fejezte ki, melyet lánya neveltetésével s a szülői biztonságot jelentő légkör megadásának hiányával kapcsolatosan érzett. Szülői aggodalma - mely párhuzamot von a családi légkör és a tanulás hatékonysága között- nem alaptalan, amelyre az alábbi észrevételek is rávilágítanak:

A serdülők életkori sajátosságaiknak megfelelően a családon kívüli társas környezetből egyre több információt szereznek, azonban a család, az otthonkörnyezet továbbra is fontos szerepet játszanak a serdülők alkalmazkodásában és iskolai teljesítményében. A családban megjelenő konfliktusok, jelen lévő düh és agresszió negatívan befolyásolja az iskolai teljesítményt (Mohanraj és Latha, 2005; Schunk és Miller, 2002;

in: Nagyné Hegedűs, 2017).

Nehézséget jelentett azonban a beszélgetés során a „csend” kivárása, mely rövid időtartama ellenére is rendkívül hosszúnak tűnt, mialatt azon tanakodtam megszá-
kítsam-e az így létrejött csendet. Végül a „kivárással” pozitívnak bizonyult, nem szakadt
meg, hanem folytatódott a dialógus. A második beszélgetés végére új cél fogalmazó-
dott meg a kliensben, amellyel saját maga hozakodott elő:

„Kliens: Nagyon dühös vagyok rá. Úgy érzem, azt várom ettől a beszélgetéstől,
hogy az iránta érzett haragom csillapodjon, ha rá gondolok, ne érezzem azt a sok
negatív érzelmet.

Segítő: Szeretne megszabadulni a negatív érzéseitől, a haragjától.

Kliens: Így van, mert most még mindig sokszor eszembe jut, s nem tudok neki
megbocsájtani.”

A kezdeti cél „útközben” módosult, a kliens tisztázta céljait, mely a mélyebb ön-
feltárás, a valódi probléma felé való közelítés által vált lehetővé. A beszélgetés célját
engedtem változtatni, hiszen ha kliens határozza meg céljait s nem a segítő, akkor
nagyobb a valószínűsége, hogy az adott célok elérhetőek lesznek számára (Berg, 1991).

HARMADIK BESZÉLGETÉS

A harmadik beszélgetésre egy hét múlva került sor, ugyanabban az irodában, ahol
az előző két beszélgetés is lezajlott. Éva a mostani megjelenésekor nem tűnt annyira
levertnek, gondterheltnek, mint korábban, azonban a lehangoltság jelei most is tük-
röződtek arckifejezésén. A beszélgetést ismét a válás okozta fájdalommal folytattuk,
majd nem sokkal később újra a munkahelyi körülményekre, azzal kapcsolatos negatív
érzéseire terelődött a szó. Miközben a válás következményeként jelentkező védtelen-
séggel kapcsolatos érzéseiről beszél, felidéz egy gyermekkori emléket, amely jelentős
hatással volt rá. Tekintettel arra, hogy meglátásom szerint a felelevenített gyerekkori
emlék meghatározó lehetett a kliens életében, feltáró kérdést tettem fel, annak remé-
nyében, hogy ez hozzásegíti őt a mélyebb területek feltárásához.

„Segítő: Beszélne a szüleiről, hogy milyen a kapcsolata velük?

Kliens: Hát igazából nagyon negatív beállítottságúak, mindenben a rosszat,
illetve a veszélyt nézik. Ha valami újat akartam kipróbálni, rögtön lebeszéltek
róla, s hosszasan taglalták miért veszélyes. S ez a mai napig így van. De ugyanezt
csinálták a bátyámmal is.

Segítő: Nem hagyták, hogy a saját útját járja.

Kliens: Igen, korlátoztak szinte mindenben. Édesanyámnak mindenről na-
gyon határozott véleménye van, még arról is, amiben egyáltalán nem biztos,

nem is olvasott utána, mégis határozottan állítja azt is, amiről nincs is igazán meggyőződve. A szülei természetét örökölte, de sajnos nem jó párosításban, egyrészt nagyon határozott, másrészt azonban nem tesz konkrét lépéseket, „majd lesz valahogy, majd a sors megoldja” hozzáállással gondolkodik. Soha nem akart fejlődni vagy tanulni (Itt részletesen beszél a nagyszülők természetéről, amit szerinte örökölhett edesanyja).”

A tanácsadás során lényeges tényező, hogy a segítő részéről elhangzott kérdések ne a beszélő irányítására szolgáljanak, melynek hatására a kérdező elvárásának megfelelő válasz érkezne, mindezzel „kényszerpályára” terelve a beszélgetést. Az empátiás közelítés fontos eleme, hogy a kliens látásmódjára, érzéseire fókuszáljunk, s a szakember figyelme teljes egészében a segítettre irányuljon, aki így a saját törvényszerűségei révén képes vezetni a beszélgetést. Ezáltal megakadályozható, hogy a segítő saját elképzelései révén befolyásolja a beszélgetést, esetlegesen egymást követő kérdések feltevése által. (Tringer, 2007, in: Hegedűs, 2009)

A gyerekkori emlékek felidézésével egyidejűleg a szülőkre, különösen az édesanyjára kerül a figyelem fókusz, akiről megtudhatjuk, hogy egy határozott személyiség, aki sajnos nagyon sok kritikával illetve Évát, dicséretet, elismerést mellőzve.

„Segítő: Nem érezte édesanyja részéről az elfogadást.

Kliens: Nem és ezért emlékszem állandóan szorongtam gyerekkoromban, ami az iskolában is folytatódott, ott is állandóan félttem, ugyanis nagyon szigorú, katonás tanítóim voltak, akik állandóan kiabáltak s gyakran kiosztottak a gyerekeknek egy-egy fülest. Az iskola számomra nagyon rossz élmény volt, bár sokszor ötösöket hoztam haza, de a szüleim azt teljesen természetesnek vették. Nem igazán dicsértek meg soha.”

C. G. Jung álláspontja szerint az anyai szeretet a felnőtt kor legfeledhetetlenebb emlékeihez tartozik, s egyben minden változás gyökerét, valamint minden formálódás őstalaját képezi (C. G. Jung, 1997). Az anyai szeretetnek, elfogadásnak rendkívül nagy jelentősége van a gyermek személyiségének fejlődése szempontjából, továbbá az én- képének alakulásában és a megfelelő önértékelésének kialakításában.

Éva az önfeltárása során eljutott édesanyjával kapcsolatos emlékeihez, melyek a mai napig jelentős hatással vannak rá, s vélhetően a negatív kritikák áradata nem voltak pozitív befolyással személyiségének fejlődésére, önértékelésének alakulására. Emlékeit a jelen problémájával is összekapcsolja, mely arra enged következtetni, hogy a múltbéli események felidézésének valódi oka van, s összefügghet a jelen nehézségeivel, gondjaival is.

„Segítő: Hiányzott Önnek a bátorító szó, az elfogadás.

Kliens: Igen, bár édesapám egy nagyon kedves, barátságos természetű ember, aki mindenkinek segített, akinek tudott, de nem szerette a vitákat, a veszekedéseket, egy nyugodt természetű ember. Viszont mindentől féltettek, nem mászhattam például fára, nem tudtam kiteljesedni gyerekkoromban s nagyon sokszor szorongtam.

Segítő: Nem engedték szabadjára gyerekként, nem lehetett felszabadult.

Kliens: Nem, nem lehettem szabad, s tulajdonképpen azt a szorongást érzem, most is a munkahelyemen, bár nem folyamatosan, csak időközönként, főleg, amikor egy-egy kolléganőm keresztbe tesz, akik egyébként is sokszor kritizálnak s lesik az alkalmat, hogy mikor miben hibáztam. De el tudom terelni a figyelmet néha, ha teljesen belemerülök a munkámba, viszont van, amikor teljesen letaglóz.”

A beszélgetés során a fenti résznél rendkívül érdekfeszítőnek találtam, hogy a kliens maga fogalmazza meg, hogy a gyermekkorában átélt szorongást tulajdonképpen a jelenben, aktuálisan a munkahelyén is érzékeli. Mindez azt sejteti számomra, hogy a jelenlegi munkahelyi konfliktusainak okozója lehet - a környezeti hatásokon kívül -, az anyai szeretet hiánya, illetve negatív érzelmi viszonyulása révén kialakult alacsony önértékelési szintje. A beszélgetés témája végül nem ragadt le a múltbéli események taglalásánál, a végére már Éva saját maga fogalmazta meg, hogy milyenné szeretne válni, milyen személyiséggé szeretne fejlődni.

„Kliens: Nagyon jó lenne egy nyugodt légkörű munkahelyen dolgozni, vagy ha nem venném fel a kollégák szurkálódásait, ha nem tudnának megbántani, hiába akarnának.”

Itt már nem a kétségbeesést és félelmet látom rajta, hanem a jövőbe tekintést, reményt látok a tekintetében arra vonatkozóan, hogy a pozitív irányú változás lehetséges számára. A harmadik beszélgetést végül reményteli hangulatban zárjuk, annak ellenére, hogy az ülés során szembe „kellett” néznie néhány kellemetlen, negatív töltetű érzéssel, emlékekkel is.

NEGYPEDIK BESZÉLGETÉS

A negyedik beszélgetésre egy hét múlva került sor az előző beszélgetéshez képest. Hangulati változást nem láttam Éván, azonban az első beszélgetéshez viszonyítva kevésbé tűnt lehangoltnak. A beszélgetés témája újból a volt férj és a válással kapcsolatos érzések, történések voltak, amely most is kapcsolódott a munkahelyi problémákhoz.

„Kliens: A volt férjemmel kapcsolatosan jutott eszembe még néhány dolog. Úgy érzem problémát jelentett még a házasságomban az is, hogy a munkámban

nem tudtam soha kiteljesedni, soha nem volt igazán sikerélményem egyik munkahelyemen sem. A volt férjem viszont nagyon sikeres volt.

Segítő: Nagyon zavarta Önt, hogy a munkájában nem tudott kibontakozni, míg a volt férje sikeres volt.

Kliens: Igen, sajnos nem csinálhattam azt, amit igazán szerettem volna. Amikor az üzletet vezettem, próbáltam sikeres lenni, de Dóri akkor nagyon kicsi volt, két - három éves, nagyon sokat kellett vele foglalkozni s nem tudtam igazán foglalkozni az üzlettel se annyit, amennyit szerettem volna. (Itt hosszabban részletezi az üzlettel kapcsolatos tevékenységeit, hanghordozása élénkebb lesz.)

Segítő: Örömmel foglalkozott az üzlettel, de nem tudott elég időt fordítani rá.

Kliens: Így van. A volt férjem viszont nagyon sikeres volt, s minden pénzt szinte ő keresett, én nagyon keveset kerestem. Ezért mindenben ő mondta meg, hogy mi legyen, mindenben ő döntött.

Segítő: Úgy érezte, hogy mivel nem Ön keres többet, nem szólhat bele igazán a döntésekbe.

Kliens: Igen, és ezt sokszor hangoztatta is, gyakran mondta, hogy mivel ő keresi meg a pénzt, ő mondja meg, hogy mi lesz s ezt nagyon sokszor éreztette is.”

Éva beszámol a munkahelyi kudarcairól, illetve a kibontakozás hiányáról, melyet összefüggésbe hoz házassága sikertelenségével is; meglátása szerint a házasságára is pozitív hatással lett volna, ha ő is kiteljesedik a munkájában, nem csak a férje. Éva és férje között erőteljes alá – fölé rendeltséget hordozó kapcsolat bontakozik ki, amely a különböző keresetek miatt jön létre, s a férj felsőfokú végzettsége, „tanultsága” sem akadálya ennek. A beszélgetés során a későbbiekben Éva párhuzamot von a szülei általi hozzáállással, mely szerint nem részesült tőlük támogatásban a céljai elérésében, illetve nem kapott hathatós segítséget saját útjának megtalálásában sem. Ennél a résznél a kliens rákérdezett az én gyermekkori álmaimra, mely révén úgy gondoltam, hogy „meghívást” kaptam az önfeltárássra, így röviden részleteztem a saját gyermekkori elképzeléseimet. Az önfeltárás során igyekeztem figyelni arra, hogy ne nyújtsam hosszúra a történetemet, épp csak néhány mondattal mutattam be saját gyermekkori céljaimat, hogy ne én kerüljek a beszélgetés középpontjába. Láthatóan Éva elégedett volt a válasszal, s nem igényelt részemről hosszabb önfeltárást. Az önfeltárásom célja – mindamellett, hogy a kliens kérésére történik -, hogy a klienst hozzásegítsem a további önfeltárás elmélyüléséhez.

Az alábbi beszélgetés kifejezi Éva szüleivel kapcsolatos ambivalens érzéseit:

„Segítő: Szóval úgy érzi, ha szülei támogatták volna, most olyan munkát végezne, amiben ki tudna bontakozni.

Kliens: Így van, de nem hibáztatom őket, ők is ezt látták a szüleiktől, nem

akartak nekem rosszat, csak fogalmuk sem volt, hogy nekem mi lett volna jó valójában.

Segítő: Nem okolja a szüleit, hogy nem lehetett az, ami szeretett volna.

Kliens: Nem. Bár nekik nagyon határozott elképzelésük volt, édesanyám ugyanis azt akarta, hogy közgazdasági szakközépiskolába menjek, mert az érettség és szakmát is ad egyszerre. Nem mertem neki nemet mondani, mert ő olyan volt, aki oda csapott az asztalra, meg hát fogalmam sem volt még akkoriban, elhittem, ha ők mondják, akkor az biztos jó lesz nekem.

Segítő: Nem mert szembeállni édesanyjával, de tulajdonképpen nem is tudta még pontosan milyen irányba szeretne fejlődni.

Kliens: Valójában nem. A középiskola pedig borzalmas volt, nagyon nehéz volt és unalmas, rengeteget kellett tanulnom, mert nem értettem. Nem az én világom volt egyáltalán.”

Éva szüleihez fűződő érzelmei ellentmondásosak, hiszen elmondása alapján úgy tűnik, nem táplál haragot irántuk, mégis mély fájdalmat hordoz magában, hogy szülei nem hagyták kiteljesedni, tehetségének, képességeinek megfelelő valódi célját elérni.

Az énkép a gyermekkor során a környezet visszajelzéseiből, értékeléseiből alakul ki, elsősorban a szülők hatására, melynek alapján a gyermek olyannak látja önmagát, ahogyan környezete viseltetik iránta. A gyermek fejlődése során a bővülő emberi kapcsolatok révén az énkép tovább fejlődik, formálódik, majd kialakul az énképnek egy viszonylagos állandósága. A személy pozitív vagy negatív önértékelése alapvetően a szülők nevelésének hatásaitól függ. Pozitív önértékelést alakít ki a szeretettejes családi légkör, ahol a sikerek hangsúlyozása, a jutalmazás a meghatározó. A feszültségekkel, gyakori konfliktusokkal terhes családokban, ahol a hibák hangsúlyozása, a büntetés dominál, a gyermekben negatív önértékelés alakul ki. A negatív önértékelésű személyekre jellemző, hogy saját negatív tulajdonságaikat felnagyítják, a környezet negatív visszajelzéseit érzékenyen fogják fel, általában nehezen alkalmazkodnak (Keményné, 1989). A családi környezetben szerez először olyan tapasztalatokat a gyermek, melyeket a teljesítményének visszajelzéseiként tud felfogni, így a személyiség véleményét a saját képességeire vonatkozóan elsőként a családban megélt impulzusok határozzák meg. Ezáltal rendkívül nagy jelentőséggel bír a gyermek életében a családi támogatás megléte és minősége az énhatékonyság szempontjából. A gyermek a családi közeg által nyújtott modell alapján tesz szert különböző megküzdési stratégiákra, illetve nagymértékben befolyásolja a kihívások teljesítésében is az adott családi minta (Bandura, 1994; Schunk és Meece, 2006; Özdemir, 2009; Schunk és Pajares, 2001, 2009; in: Nagyné Hegedűs, 2017).

A kliens gyermekkori ábrázolása arra enged következtetni, hogy főként édesanyja határozott személyisége, gyakori negatív kritikái hatására nem tudott Éva pozitív önértékelése megfelelőképpen kifejlődni, a rendszeres hibáztatás, a támogató, bizal-

mas közeg hiánya inkább negatív hatással volt énképének alakulására. Ezzel a negatív önértékeléssel lépett be egy olyan házasságba, ahol a másik fél szintén inkább alárendeltséget kívánt meg társától, melyhez Éva önértékelésének hiányosságai megfelelő táptalajnak bizonyultak.

A negyedik beszélgetés alkalmával, az volt az érzésem, hogy nem sikerült reménytelen módon, egy pozitív jövőkép lehetőségével zárni. Következésképpen megfogalmazódott bennem egy kérdés, hogy jó irányba haladunk-e, nem toporgunk-e egy helyben miközben ugyanazt a problémát járjuk körbe újra és újra, a kivezető utat nem találva. A kérdésemre a következő beszélgetés azonban megadta a választ.

ÖTÖDIK BESZÉLGETÉS

Az ötödik beszélgetésre két hét múlva került sor, ugyanabban az irodában, ahol eddig is beszélgettünk. Éván ezúttal mintha felszabadultságot láttam volna, nem tűnt egyáltalán lehangoltnak, mint korábban s a mozgása, mozdulatai is élénkebbek, könnyedebbek voltak. A mostani beszélgetést édesanyja iránti érzéseinek taglalásával kezdi, melyben közrejátszik egy közelmúltban történt esemény, mely szerint édesanyja egy esés hatására eszméletét veszítette. A baleset – mely szerencsére nem volt súlyos – felkavarta a kliens érzéseit, elérzékenyülve beszél a történetekről, azonban ez elindítja édesanyjával kapcsolatos gyerekkori emlékek felidézését is egyben.

„Kliens: Igen, igen aggódtam. (Itt egy rövid kb.1 perces csend). Az volt a gond igazából, hogy anyu a válásnál is engem hibáztatott, egyszerűen nem tudta elképzelni, hogy a volt férjem hibás lehetett. Szerinte én voltam az oka a válásnak, nem foglalkoztam eleget a férjemmel, csak Dórral törődtem, de hát persze ez nem így volt.

Segítő: Édesanyja nem tudta elfogadni a válást, illetve magát hibáztatta a válásért.

Kliens: Nem, nem tudta elfogadni. Nagyjából öt-hat évnek kellett elteltie, mire el tudta fogadni.

Segítő: Nehéz helyzetben lehetett, mikor egyedül maradt a kislányával s még édesanyja sem állt Ön mellett.

Kliens: Igen, de ez mindig így volt, régebben is, egész gyerekkoromban is mindig mindenért engem hibáztatott. (lendületesen folytatja) Ha volt valamilyen probléma, amit elmondtam neki, mindig az sült ki belőle, hogy én, csakis én lehetek a hibás.

Segítő: Nem számíthatott igazán édesanyja támogatására, megértésére.

Kliens: Egyáltalán nem. Nagyon sokszor kritizált s egy idő után már nem mertem elmondani neki semmit, mert nagyon féltem a kritikától, meg a veszekedésektől. Ezért inkább sok mindent elhallgattam.”

Éva ennél a beszélgetésnél részletesebben számol be édesanyjával kapcsolatos konfliktusairól, valamint fény derül arra is, hogy milyen gyakori hibáztatás, büntetés és esetenként fizikai bántalmazás (fejre ütés) érte gyerekkorában, így ezáltal nem tudott kialakulni benne az anya és gyermek közötti egészséges bizalom, ami a későbbiekben a környezetében lévő társas kapcsolataira is hatással volt. Pozitívumként említi meg azonban, hogy a társas kapcsolataiban sikerült kialakítani a bizalom légkörét a fiatal felnőttkort elérve, mely által az anya természete révén bevésoódott negatív minta enyhülni látszott.

„Segítő: Elviselhetetlennek találta az otthoni légkört, hogy mindenben mindent megszabtak s nem alakíthatta ki, nem járhatta a saját útját.

Kliens: Nem bírtam már elviselni anyám uralkodását. Egyébként szerintem ezért választottam ilyen társat, aki szintén uralkodott rajtam. A házasságba tulajdonképpen belesodródtam, a szüleim jobban akarták, mint én. Én annyira nem voltam biztos, de szerintük minél hamarabb férjhez kellett mennem. Akkoriban a lányok húszas éveikben férjhez mentek, ha valaki vénlány maradt, az nagyon nagy szégyen volt. A volt férjemnek pedig már akkorra volt egzisztenciája, volt lakása.”

Éva ennél a résznél saját maga jut el arra a felfedezésre, hogy házastársának kiválasztásában jelentős szerepe lehetett édesanyja uralkodó természetének. Mindez olyan nagy hatással van rá, hogy a beszélgetés során még egyszer megismétli, azonban itt már saját magát is belevonja a történetbe a tekintetben, hogy összefüggést lát a saját maga gyakori döntésképtelensége és a volt férj uralkodó magatartása között:

„Kliens: Szerintem anyu miatt választottam ilyen társat, a házasságomban is szinte mindenben a volt férjem döntött. Úgy kezdődött, hogy néhányszor jó döntést hozott, amikor én nem tudtam egyáltalán dönteni s ettől vérszemet kapott, már mindenben ő akart dönteni.

Segítő: A házasságában az volt az érzése, hogy a férje vette át az irányítást teljes mértékben, még a saját élete felett is.

Kliens: Igen, de sajnos ehhez én is hozzá tettem, mert sokszor úgy éreztem nem tudok dönteni, nem tudtam mi a jó megoldás, azt éreztem, hogy nem tudom irányítani az életemet, ezért hagytam, hogy a férjem irányítson helyettem is.”

A gyermeknevelés során számos olyan eset előfordul, amikor a szülői nyomás olyan nagy, hogy minden ellenállást elsöpör, következésképp a gyermek minden parancsot megfogad és teljesít. Ennek a vak engedelmességnek azonban meg lehet az a veszélye, hogy a gyermeket alkalmatlanná teszi az életre, olyan személyiséggé válik, mint aki mindig arra vár, hogy megparancsolják neki a szükséges lépéseket. Az így kialakult

alárendeltség következménye lehet, egy olyan felnőtt, aki mindenkinek engedelmeskedik, aki egyszer hatalmába keríti (Adler, 1994).

Évánál a fentiek szerint és az általa elmondottak alapján gyerekkorában valószínűsíthető, hogy egy vak engedelmességet hordozó természet alakult ki, hiszen többször említi, hogy édesanyja viselkedése miatt nem mert már őszinte se lenni egy bizonyos idő után, nem mert bízni benne s még inkább nem mert szembe szállni akaratával. Későbbiekben láthatjuk, hogy a házasságában egy hasonló természetű társra talál, ahol Éva döntésképtelensége – mely következménye lehet nevelésének – szintén teret ad a férj uralkodásának.

Minden beszélgetés során újra és újra meggyőződtem, hogy Évának rendkívül nagy szüksége van a bátorító, pozitív elfogadó közegre, ahol nem éri negatív kritika, nem béklyózzák meg, s olyannak fogadják el amilyen ő valójában. Mindezt tudatosan is próbáltam érzékeltetni, figyelmem felé irányuló összpontosításával, felé forduló nyitott testtartással és egy bizalmat sugárzó hanghordozással (mely nem volt túl bizalmas sem).

A beszélgetés végén megkérdeztem, hogy az eredeti céllal kapcsolatban sikerült-e valamit megvalósítani, melyre azt a választ kaptam, hogy a volt férje iránt érzett düh csillapodni látszik.

„Az élet tele van megoldandó problémákkal, és klienseink nem különböznek senki mástól. Végtelenül sokáig tartana, ha megvárnánk, amíg a kliens összes problémája megoldódik. [...] A befejezés akkor valósulhat meg, amikor meg vagyunk győződve, hogy a kliens tudja, mikor és hol kereshet segítséget és nem akkor, mikor úgy hisszük, hogy többé nem lesznek problémái” (Berg, 1991:124).

A beszélgetés befejezésével én is meg voltam győződve, hogy nem oldottunk meg minden problémát, azt viszont mindenképp meg tudtam állapítani, hogy Éva jelentős lépéseket tett személyisége fejlődése érdekében, hiszen szembenézett fájdalmaival, saját belátásokra, felfedezésekre jutott, s talán ami a leglényegesebb, hogy negatív, indulattal teli érzései csökkentek a volt férje iránt. Mindez szükséges számára a fejlődéshez, hogy egy teljesebb, értékesebb, önállóbb életet tudjon élni, ahol felfedezheti „rejtett tartalékait”, képességeit.

ÖSSZEGRÖZÉS

A beszélgetések után, különösen a legutóbbi, negyedik beszélgetésnél kételyek merültek fel bennem, egyfajta bizonytalanság érzés, hogy jó irányba haladunk-e, nem rekedtünk-e meg egy témakör túlzott „boncolgatásánál”. Örömmel tapasztaltam azonban, hogy Éva a beszélgetések végére új lendületet kapott, s az új, teljesebb élet reményében egy társközvetítő által szervezett rapid randi rendezvényre is bejelentkezett. Mindez arra enged következtetni, hogy sosem lehetünk teljes mértékben biztosak, hogy pontosan mi zajlik a másik ember belső világában, valamint igazolódni látszik az a tény, mely szerint a saját ritmusában haladva minden kényszer nél-

kül a kliens számára lehetővé válik érzéseinek, attitűdjeinek legteljesebb kifejezése, mely során képessé válik saját pozitív és negatív impulzusai és képzei megértésére (Tomcsányi, 1987).

A segítő beszélgetések konklúziójaként levonható, hogy a segített a felé irányuló pozitív elfogadás, empátia valamint a visszatükrözést hordozó kommunikáció hatására a figyelmének fókuszát önmagára tudta helyezni s egyre mélyebb önfeltárássá lett képes. A kapcsolat során megjelenő bizonytalanságok ellenére – mikor múltjának bizonyos fájdalmas epizódjaival nézett szembe –, az ülések lezárására a kliensben pozitívnak vélhető változások indultak el s a negatív indulatok, érzések csökkenése is eredményként könyvelhető el. A segített belső világában létrejött egy pozitív jövőkép, mely eredményeképpen képes „szakítani» a múltjával és figyelmét egy lehetséges pozitív változás felé irányítani.

A segítő beszélgetés kezdetekor az önkéntelenül is kialakult szimpátia is jelentős mértékben hozzájárulta segítő kapcsolat hatékonyságához, a kommunikáció gördülékenységéhez. A kölcsönös szimpátia, a jó kapcsolat a segítő és segített között a hatékony segítő kapcsolat előfeltétele, mely kétségkívül nem jön létre minden kapcsolat esetében természetes módon, hiszen van olyan segítő kontextus, mikor a pozitív, kölcsönös elfogadás kialakítása nagyobb erőfeszítést kíván. A megértés visszatükrözése azonban az empátiát alkalmazó személyiséget is segíti egyben, hiszen az önmagáról beszélő ember, ha nem kap megerősítő visszajelzést, csökken a megnyílásra, kitárkozásra való készsége, s így fontos – a megértéshez szükséges – információk maradhatnak el, melyek a beleélést tennék lehetővé. A megértett összefüggések verbális közlése tehát az empátia alkalmazását segíti és erősíti (Buda, 2012).

Bagdy Emőke (1988) álláspontja szerint segítő szakemberré is csak a másik segítségével válhat az ember, ahol bármely módszer csak az élő anyagon át válik hatékonnyá, így maga a módszer se nem jó se nem rossz, valamint az élő anyag pedig a személyiség, önmagam megértése, megtapasztalása az adott szakmai helyzetben. A szakdolgozatomban bemutatott segítő kapcsolat során számomra szintén igazolást nyert állítása, hiszen a segítő kontextusban nemcsak a másik ember belső világába nyerhettem bepillantást, hanem saját személyiségem egy részét is megtapasztalhattam a kapcsolatban, mely hozzájárul saját személyiségem alakulásához, fejlődéséhez is egyben.

Összegzésképp elmondható, hogy a mentálhigiéné prevenciós szerepére jelentős hangsúlyt kellene helyezni, hiszen tekintettel a bemutatott esettanulmányra, számos helyen, illetve időben a szakszerű, megfelelő beavatkozás megelőzhette volna esetlegesen a válást, vagy a válás elkerülhetetlensége esetén hozzájárulhatott volna a következményként jelentkező pszichés megterhelések csökkentéséhez, vagy azok időtartamának lerövidítéséhez.

Végezetül Pál apostol szavaival zárnám soraimat; „...én ültettem, Apolló öntözte, de a növekedést Isten adta”. A segítő kapcsolat hatékonyságának alapja az egészséges önértékelés, valamint Pál apostol fenti szavai rávilágítanak arra a tényre, hogy az emberi erőfeszítéseken túl – melyek szükségszerűen elengedhetetlenek – létezik egy

olyan hatalom (Tomcsányi – Fodor, 1990), - a keresztény ember világában a Szent-háromság egy Isten – amely, illetve aki, hozzásegít a mű beteljesítéséhez, az ember gyógyulásához és életcéljának megvalósításához.

*BÄCK TÍMEA JUDIT: 2020-ban végzett a GFE-n
NAGYNÉ DR. HEGEDŰS ANITA: adjunktus, témavezető
Szegedi Tudományegyetem
Juhász Gyula Pedagógusképző Kar*

BIBLIOGRÁFIA

Alfred Adler: Emberismeret, Gyakorlati individuálpaszichológia, Göncöl Kiadó, Budapest, 1994.

Bagdy Emőke: Az emberi kapcsolatok dinamikája. In.: Tanulmányok avallás és lélektan határterületéről Szerk. Jelenits István és Tomcsányi Teodóra, Ecclesia, Budapest, 1988.

Buda Béla: Elmélet és alkalmazás a mentálhigiénében, Budapest, Támasz, 1998.

Buda Béla: A lélek egészsége. A mentálhigiéné alapkérdései, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 2003.

Buda Béla: Empátia. A beleélés lélektana, Budapest, L' Harmattan Kiadó, 2012.

Gordon Williard Allport: A személyiség alakulása. Kairosz Kiadó, Győr, 1997.

Hegedűs Anita: Tanácsadás. In: Chaloupka Lubos és Varga Imre (szerk.): Tanulmányok a speciális pedagógia területéről. Sapientia, Bratislava, 2009. Insoo Kim Berg: Konzultáció sokproblémás családokkal. Animula, Budapest, 1991.

Joachim Bauer: Miért érzem azt, amit te? Ösztönös kommunikáció és a tükör neuronok titka, Ursus Libri, Budapest, 2010.

Keményné Pálffy Katalin: Bevezetés a pszichológiába, Tankönyvkiadó, Budapest, 1989.

Nagyné Hegedűs Anita: Az énhatékonyság vizsgálata tipikus fejlődésű és intellektuális képességzavart mutató tanulók körében, disszertáció, Budapest, 2017.

Rita L. Atkinson: Pszichológia, Osiris Kiadó, Budapest, 1997.

Tomcsányi Teodóra – Csáky-Pallavicini Roger: Tanulható-e a lelki egészség? www.epa.oszk.hu (2001) Új Pedagógiai Szemle 2001 május >A Semmelweis Egyetem Mentálhigiénés Szakemberképzése

Tomcsányi Teodóra: A segítő beszélgetés. Pszichoterápiás és Mentálhigiénés Szemléletformáló Füzetek III., A Művelődési Minisztérium Vezetőképző és Továbbképző Intézetének valamint a Magyar Pszichiátriai Társaság és a Magyar Pszichológiai Társaság Pszichohigiénés Munkacsoportjának közös kiadványa, 1987.

Tomcsányi Teodóra - Fodor László: Segítő kapcsolat, segítő szindróma, segítő identitás In: Egymás közt egymásért (szerk. Jelenits István – Tomcsányi Teodóra), HÍD, 1990.

A PSZICHOSZOCIÁLIS STRESSZOROK HATÁSA A SZOCIÁLIS ÁGAZATBAN DOLGOZÓK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉRE

TÉMAFELVETÉS

A segítő szakmában dolgozó szakemberek egyik legnagyobb kihívása, hogy a szakmai munkájukat magas színvonalon végezzék. Mindennapjainkban a jogszabályok gyakori és gyors változása, az ellátottak élethelyzeteinek, ellátásokkal kapcsolatos elvárásainak alakulása, mind olyan tényezők, amelyek kezelése rendkívül megterhelő a szociális ágazatban dolgozó szakemberek számára egyéni, és szervezeti szinten is. 38 éve dolgozom a segítő szakmában, melyből 25 évet az egészségügyben, 13 évet a szociális ágazatban töltöttem el. Az eltelt több évtizedes tapasztalataim alapján látom, hogy azok az emberek, akik ezen a területen emberek segítségével foglalkoznak, nagy pszichés megterhelésnek vannak kitéve, ezért is nagyon fontos a lelki egészség megóvása, védelme, az egészségfejlesztő mentálhigiénés tevékenység.

A stressz az életünk minden területén jelen van, azonban a munka életünkben betöltött központi szerepe miatt a munkahelyi stressz és az ezt kiváltó stresszorok mindig nagy jelentőségűek napjainkban. A munkahelyi stresszforrás számtalan lehet, például az igen magas elvárások, a hétfégi munkavégzés, a munkahelyi bizonytalanság, a segítő munkatársi kapcsolatok hiánya, a nem megfelelő fizetés, a dolgozói létszámhiány miatt megnövekedett túlórák, stb. Munkastresszben szenved a kutatók szerint a munkaerő 10-40%-a, és ezeknek legalább egyharmada krónikus stressz. (Öry, 2007)

A megnövekedett stressz a segítő foglalkozásúak körében gyakran előidézheti a kiégés/burnout kialakulását is. „Egyre több bizonyíték van arra vonatkozóan is, hogy a munkavégzés körülményei hozzájárulnak a krónikus stressz, és annak pszichoszomatikus következményeinek kialakulásához.” (Dér és munkatársai, 2009, 11. oldal)

A munkahelyi stresszel kapcsolatban azt is fontos megemlíteni, hogy a nehézségekkel való sikeres megküzdés a fejlődés motorjául is szolgálhat. (Juhász, 2002)

A munkával kapcsolatos protektív tényezők közé tartozik a biztos munkahely, a munkahelyi kontroll, a munkahelyi társas támogatás, a személyi jövedelem. A munkával kapcsolatos kockázati tényezők az elégedetlenség a munkával és a vezetőkkel, a munkahelyi, üzleti, vállalkozási gondok (az utolsó 5 évben) és a hétközi és hétfégi munkaórák gyakorisága.

KUTATÁS

A kutatás célja a lelki egészségvédelem szerepének, a lelki egészség megtartásának és a kiegészi szindróma elkerülési lehetőségének hangsúlyozása a szociális ágazatban dolgozók vonatkozásában. A releváns pszichoszociális kockázati faktorok megismerése, azonosítása képezheti az adekvát egészségfejlesztő mentálhigiénikus tevékenység alapját.

A szociális ágazatban dolgozók mentális egészségét érintő pszicho-szociális stresszorok hatását kérdőíves kutatási módszerrel (saját szerkesztésű és standard kérdőívek - BOQ, ProQOL, WHO-Jóllét skála - segítségével) mértem fel. A vizsgálati dimenziók a kutatásban résztvevők szocio-demográfiai adataira, (nem, életkor, családi állapot, gyerekek száma, végzettség, beosztás, szociális ágazatban eltöltött évek száma, bérezés, pályaelhagyás gondolata) munkahelyi környezetére, pszichológiai tényezőkre, pszichoszociális kockázati faktorokra, stressz-feldolgozásra, kiegészre, szakmai és általános életelégedettségre terjedtek ki.

A 110 főből álló vizsgálatba bevont személyt szociális alapszolgáltatást nyújtó intézményekből (Békés megye 55 fő) és bentlakásos, szakosított ellátást nyújtó intézményekben dolgozók (Csongrád megye 55fő) köréből választottam ki. A kiválasztott intézmények fenntartói között megtalálható önkormányzati, egyházi fenntartó, valamint a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság is.

A VIZSGÁLT MINTA

A résztvevők több mint fele (50,91%) 45 évnél idősebb, 31 év alatti korcsoportba a minta 11,82%-a tartozik. A családi állapot szerint a megkérdezettek 56,36% férjezett-vagy nő, 20%-a hajadon/nőtlen 19,09%-a elvált, 4,55%-a özvegy. A célcsoport tagjai közül egynegyedük (28 fő) gyermektelen, és a legtöbben (43 fő) csak egy gyermeket vállaltak. A válaszadók közül 27 fő két gyermekes, 12 fő vállalt három, vagy több gyermeket.

Az iskolai végzettség szerint a vizsgálatban részt vevők 40,91%-a érettségivel rendelkezik, 7,27%-a csak a 8 általános osztályt végezte el, akik beosztotti munkakörben látják el feladataikat. A vizsgált mintában 26,36% rendelkezik főiskolai vagy egyetemi végzettséggel, közülük 17 fő dolgozik alsó, közép vagy felső vezetőként.

A bérezéssel a megkérdezettek közül 80 fő (72,73%) elégedetlen, akik jellemzően beosztotti munkakörben dolgoznak. Csongrád megyében többen elégedettek a bérezésükkel, mint Békés megyében. Pályaelhagyás gondolatával a megkérdezettek fele már foglalkozott és leginkább (29 főnek) az alulbérezés, a létszámhiány, a megfelelő bánásmód mód, elismerés hiánya veszi el a kedvüket a munkától. A kutatásban résztvevők csaknem fele (44,55%) fél attól, hogy bármikor elveszítheti munkahelyét, 85 fő mindent megtesz azért, hogy megtarthassa jelenlegi állását.

A vizsgálatban részt vevők többségének a folyamatos létszámhiány, megfelelő munkaeszközök hiánya, az intézményi támogatás hiánya mind előidézhetik a kiegész állá-

pot elérését. A vizsgálatba bevont személyek mindössze 50%-a foglalkozott, vagy még most is gondol arra, hogy pályát módosít. Erre szintén magyarázat lehet a fokozott fizikai, szellemi megterheléssel járó munkavégzés, az alacsony bérezés, a társadalmi megbecsülés hiánya, valamint a krónikus szakemberhiány.

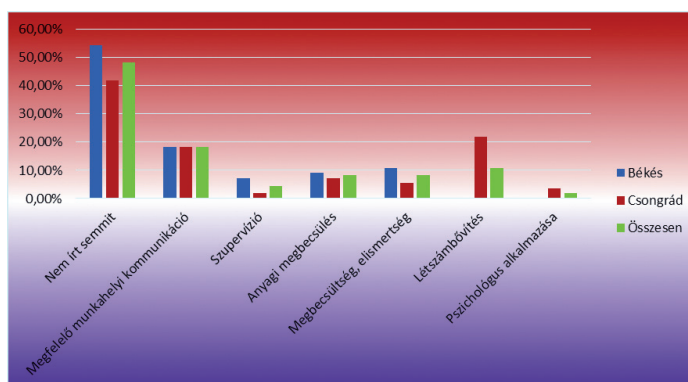
A szakmai fejlődés lehetőségével, valamint az előre jutási lehetőségekkel a válaszadók több mint fele (63 fő) elégedetlen, a munkakörülményekkel a célcsoport tagjainak csaknem fele, 51 fő nincs megelégedve. A válaszadók több mint fele (57 fő) elégedetlen a munkahelyi előre-jutási lehetőséggel, és a munkahelyi kapcsolatok minőségével. A vizsgálatban résztvevők 77,27%-a elégedett a közvetlen feletteseikkel való kapcsolatukkal, a felső vezetőkkel való kapcsolatot azonban többen kifogásolják, főleg a kommunikáció minőségét bírálva.

A munkahelyi atrocitást követően a válaszadók közel 40 %-a a közvetlen vezetőhöz fordul. Figyelemfelkeltő azonban az a tény is, mely szerint a kutatásban résztvevők 5,45%-a senkitől nem kér segítséget.

A szupervíziót a megkérdezettek közül 62 fő elégségesnek tartja a kiegésző megelőzésére annak ellenére, hogy többen jelezték, hogy a szakmai egységükben nem vettek még részt soha szupervízióon.

A kiegésző szindróma elkerülésére felkínált alternatívákból a legtöbb válaszadó az esetmegbeszéléseket választotta, míg a mentálhigiénés konzultáció, vagy a mentálhigiénés szabadság lehetőségét alig jelölték meg. A vizsgálatban résztvevők közül mindösszesen 18 fő jelölte be a szupervíziót, mint prevenciós lehetőséget.

A vizsgálatban résztvevők javaslatai a kiegésző szindróma megelőzésére igen elgondolkodtatóak:

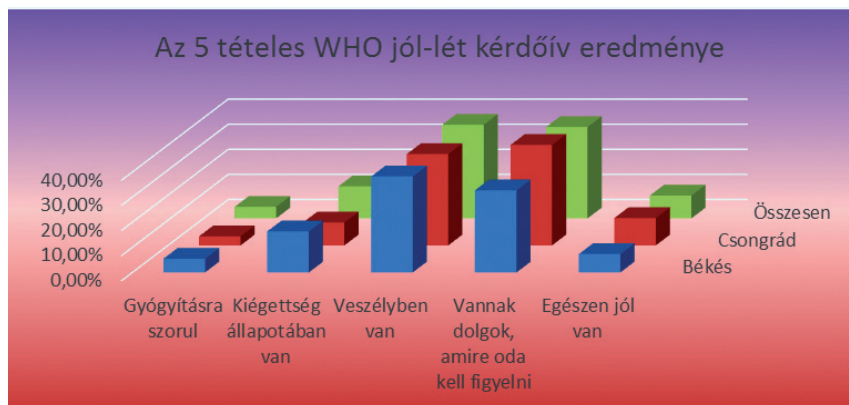


A BOQ teszt eredmények szerint a megkérdezettek közül 20 fő veszélyben van, kiegésző állapotában 3 fő van, és gyógyításra szorul szintén 3 fő. Csongrád megyében egy kissé jobb a kiegésző mérő teszt mutatóinak eredményei, azonban mind a két megyében a megkérdezettek közel fele nem mondhatja el, hogy jól van.

ProQOL skála eredményei alapján magas kiegésző szint és másodlagos traumatizáció nem volt azonosítható a vizsgálat során. A megkérdezetteknek mindösszesen 1 fő ese-

tében merülhet fel a fokozott mértékű másodlagos traumatizáció lehetősége. A szakmai elégedettség vizsgálatban alacsony szintet egyik vizsgálatban résztvevőnél sem mértem. Magas szintű szakmai elégedettséggel 23 fő rendelkezik, átlagos szintet 87 fő esetében tapasztaltam.

A pozitív életminőséget vizsgáló WHO Jól-lét kérdőív eredményei alapján a megkérdezettek közül csak 10 fő mondta magáról, hogy jól van.



ÖSSZEHASONLÍTÓ ELEMZÉSEK

a., Kutatási eredményeimet egy 2015-ben Erdélyben Bihar megyében végzett kutatással (Kiss Csenge Bernadett és László Éva) vettem össze. A szerzőpáros 34 főt vizsgált egy Bihar megyei, idősgondozásra szakosodott intézményben kérdőíves felméréssel. A két kutatás összehasonlításánál összességében a legkiemelkedőbb a saját kutatásomban mért magas kiegyettség mutatók, melyek a bihari kutatásban jóval alacsonyabb értékeket mutattak. Ugyanakkor a bihari kutatásban feltűnően magas volt azon segítő szakemberek száma, akik senkihez nem fordulnak segítségért baj esetén. Mindkét kutatásra jellemző a munkahelyi túlterheltség, a szakemberek hiánya, valamint komoly problémát jelent az alulfizettség is. A társas támogatás kérdését vizsgálva megállapítható, hogy mind a két vizsgálatban kielégítően pozitívnak mondható, jellemző a nehézségek formális vagy informális megbeszélése. A kiegészítés megelőzésére tett javaslatok között is több hasonlóság fedezhető fel: tréningek, mentálhigiénés előadások, és pszichológus alkalmazása is szerepel, mint lehetőség.

b., A Csongrád megyei és a Békés megyei kutatással kapott eredmények sok azonosságot, és viszonylag kevés különbséget mutatnak. Az azonosságokat számba véve azt találtam, hogy mind a két vizsgálatban szinte kizárólag nők vettek részt. Hasonlóság a két megyében történt kutatás eredményeiben az is, hogy a megkérdezettek csaknem fele az idősellátásban dolgozik, hasonló végzettségekkel. Ugyancsak azonosság, hogy többségük családban él, és mindösszesen 10-12% a hajadonok aránya a vizsgált populációban. A bérezéssel a kutatásban részt vevők csaknem fele elégedet-

len. A pályaelhagyás gondolatával a megkérdezettek fele foglalkozott már mind a két megyében. Mind két megyére jellemző, hogy a szakmai elégedettség mutató 43-44%-os átlagos értéket mutatott.

Különbözőségnek tűnik, hogy Csongrád megyében vizsgált munkatársak között kevesebb a kiégés állapotában, vagy kiégéssel veszélyeztetett személy. Eltérést mutat a kiégés prevenció eszközeként a szupervízió megítélése: Békés megyében több mint fele, Csongrád megyében a kutatásban részt vevők egyharmada nem tartja elégséges eszköznek. Ennek az is lehet a magyarázata, hogy a Csongrád megyében a kutatásban részt vevőknél gyakrabban tartanak esetmegbeszéléseket, mint Békés megyében.

c., A szociális ágazatban dolgozók vizsgálati eredményeit a fenntartó intézmények szerint (egyházi, önkormányzati vagy állami) is elemezhetjük.

A BOQ kérdőív eredménye alapján a válaszadók szerint az egyházi fenntartású intézményben dolgozók érzik a legjobban magukat, összesen 60%-a, ugyanakkor az önkormányzati fenntartású intézmények dolgozói a legveszélyeztetettebbek a kiégési szindróma kialakulásában, náluk ez az érték 31,43%. Legkevesbé veszélyeztetettebb ebből a szempontból az egyházi fenntartású intézmények munkavállalói, náluk ez az érték mindösszesen 10%.

Mindhárom intézmény típus dolgozóira jellemző, hogy alacsony a másodlagos traumatizációs szint és magas az átlagos szakmai elégedettség mértéke. Az egyházi fenntartású intézményekben nincs kiégés állapotában lévő dolgozó. A kapott eredmény alapján úgy vélem, hogy az egyházi intézményekben a vezetők nagyobb figyelmet fordítanak intézményük dolgozóinak lelki egészségüknek megővésére.

d., Az intézmények típusai szerinti összehasonlító eredmények jelentős különbséget jeleznek a kiégési veszély mértékében: a bentlakásos intézményben a dolgozók 12,73%-a van veszélyben, míg a nappali ellátásban dolgozóknál ez az érték 23,64%. A kapott értékek azzal magyarázhatóak, hogy a bentlakásos intézményben dolgozó szakemberek a lakókkal hosszú évek alatt bizalmon alapuló, családiassá nevezhető kapcsolatot alakítottak ki és szinte családtagként tekintenek az ellátottakra. Vélelmezhetően többek között ez az érzelmi kapcsolat, valamint az ellátási forma jellegéből adódó szorosabb munkahelyi kapcsolatok, erősebb munkahelyi kohéziós erő lehet az oka annak, hogy a kiégéssel való veszélyeztetettség a bentlakásos intézményekben dolgozók körében alacsonyabb értéket mutatnak.

KÖVETKEZTETÉSEK

A vizsgálatból egyértelműen kiderül, hogy a szociális ágazatban dolgozók lelki egészsége komoly veszélyben van, hogy a szakmában viszonylag kevés időt eltöltöttek körében is felütötte a fejét a kiégés veszélye. Ezeket az eredményeket nagyon komolyan kell venni, hiszen a kiégéshez közel álló munkatársak teljesítőképessége romolhat, és a kollégákra így nagyobb teher hárulhat. Buda Béla szerint ahhoz, hogy ezeken a tényeken változtassunk, a szervezetben dolgozók szempontjából mindenképpen szükséges a jó munkahelyi légkör kialakítására, amelyet a demokratikus ve-

zetés biztosítani tud. Egy ilyen intézményben ugyanis a munkavállalók biztonságban érzik magukat, érdekeltységük pedig növekszik. Ahhoz, hogy a dolgozók körében a mentálhigiénés helyzetben pozitív változás következzen be, elengedhetetlenül fontos személyiségfejlesztő csoportok, önségítő csoportok, érdekvédelmi és érdekközösségi csoportmozgalmi rendszerek szervezett segítői formáinak létrehozása. (Buda, 2003).

Nagyon sok esetben a rossz munkahelyi légkör az előidézője a kiégés állapot kialakulásának. Ennek elkerülése érdekében fontosnak tartatom, hogy el kell érni, hogy pozitív munkahelyi légkör alakuljon ki, ahol a munkahelyi stresszt okozó faktorokat fel kell térképezni, és meg kell szüntetni amennyire csak lehetséges.

A változások eléréséhez azonban nem csak intézményi, hanem kormányzati szinten is szükség van változtatásokra. Nagyon fontos lenne a szociális ágazatban dolgozók bérének a rendezése, hiszen 2008 óta a bértábla sereghajtói vagyunk. Az ágazatban dolgozók presztízsének növelése mellett stabil, kiszámítható életfeltételek biztosítása is igen fontos feltétele lehetne, hiszen így kevesebb lenne a stressz, és csökkenne a kiégettség előfordulása.

A kiégés nem egyéni probléma, személyes, szervezeti és állami szintű összefogásra van szükség ahhoz, hogy biztosítani lehessen a megfelelő ellátást. Ez azért is nagyon fontos és sürgető feladat, mert a WHO 2022-től hivatalosan is önálló betegségként definiálja a kiégés szindrómát, és a hangsúly áthelyeződik a megértésről a prevencióra, valamint a terápiára. A közös csoportmunka is segítség lehetne a kiégés szindróma kivédésére.

A csoportmunkák a csoporttagoknak lendületet, lelkesedést és támaszt nyújthatnak. Ezekben a csoportos foglalkozásokban lehetőség nyílik a résztvevők számára arra, hogy kérdéseket tegyenek fel egymásnak, együtt gondolkodhatnak, és együtt ötletelhetnek.

A kiégés prevenciója kapcsán Bagdy Emőke fogalmaz meg olyan protektív tényezőket, amelyek meglete pozitívan hat az egyénre és a munkájára. Ezek közül a legfontosabbak között van a hivatástudat erősítése az elkötelezett munkatársakkal, a reménység gondozása a munkatársi esetmegbeszélésekor, illetve az önségítő technikák alkalmazása. A kutatásomban a megkérdezettek 5 %-a senkitől nem kér segítséget, magában tartja érzelmeit. A társas támogatás és a koherencia érzés is alapvető protektív tényező a kiéeggel szemben. (Skrabsky és munkatársai, 2002).

Zimbardo szerint a stressz ellen az egyik legjobb ellenszer a társas támogatás. Véleménye szerint a többi ember által nyújtott testi-lelki támogatás nagy segítség az egyénnek a megküzdésben. Amennyiben élettani szempontból vizsgáljuk, a társas támogatás csökkenti a küzdj vagy menekülj reakcióval járó fokozott arousal időtartamát és intenzitását. (Zimbardo, 2018).

Az önbizalom, vagy más néven a tanult sikeresség, a vidámság, a jókedv a vallásosság nagyon jelentős védőfaktor. Fontosnak tartom, hogy a kiégés szindróma elkerülése érdekében ne vessünk minél többet. A humor, a nevetés, számos biológiai működést megváltoztat. Azt is mondhatjuk, hogy „a kacagás zsigeri kocogás”. Bizonyított

tény, hogy a nevetés „vitalitásgenerátor”, vagyis életserkentő hatású. Nem csak az immunrendszert erősíti, hanem védi az egészségünket is. (Bagdy és Pap, 2011). A humor stresszcsökkentő hatását régóta ismerik, de kifejezetten munkastressz csökkentésre és kiégés megelőzésre csak mostanában alkalmazzák. A humor hatásmechanizmusa munkalélektani szempontból elsősorban az énerősítő és a kapcsolatokat erősítő szerep. Vizsgálatokkal alátámasztották, hogy a humor a dolgozók jóllétéhez jelentős mértékben hozzájárul, növeli a személyes erőforrásokat, csökkenti a szerepkonfliktusokat és a munkahelyi kihívásokat. Nagy mértékben csökkenti a kiégés veszélyét, és növeli a munkabeli elköteleződést.

Fontosnak tartom a rendszeres testmozgást, hiszen jelentős életminőséget javító hatással rendelkezik. Nagyban javítja a stresszel való megküzdés képességét, a testi-lelki egészséget, a pszicho-szociális jóllétet. Szintén szükség van arra, hogy változtassuk meg a gondolkodásunkat, szemléletmódunkat, és legyünk optimisták.

A primer prevenciók intervenciók általánosságban a stresszforrások kiküszöbölését célozzák meg. Ide sorolhatjuk: a munkakör újratervezését, munkatársi támogató csoportok létrehozását. **A szekunder prevenció intervenciói** a stressz okozta tünetek csökkentését okozzák: mint pl. a kognitív – viselkedés terápiai módszerek, a meditáció, a relaxáció, a légzésgyakorlatok, a biofeedback tréning, a testgyakorlatok, a naplóvezetés és az időmenedzsment. (Szényei és munkatársai, 2015)

A munkahelyi kiégés megelőzésére Berger többkomponensű modelljében stressz csökkentő és kognitív elemek egyaránt megtalálhatóak. Az integratív programok a lépcsőzetes ellátás elve alapján működik.

A **munkahelyi egészségmenedzselésnek** a következő fokozatai vannak: edukáció, a túlterhelés felismerése, egyéni támogatás, lépcsőzetes ellátás (házi orvos- szakorvos- pszichoterápia- integrált ellátás), visszailleszkedés. A lépcsőzetesen megvalósuló ellátáshoz azonban az egészségpolitika országos méretű változására van szükség.

Európában több ország is komoly eredményeket ért el a munkahelyi egészségfejlesztés területén. Javaslom a svédeknel már jól bevált minta követését: a svéd nép- egészségügyi program első négy pontja a társadalmi tőkét, a társadalmi kohéziót, a társadalmi biztonságot, a biztonságos felnövekedési feltételeket, és az egészséges munkahelyi környezetet jelölte ki célként a népesség életminőségének, egészségi állapotának, életkilátásának javítása érdekében. Nagyon fontos lenne bevezetni irányelveket a munkahelyi stressz kezeléssel és a munkahelyi jólét, és a fizikai, valamint a szellemi egészség hatékony elősegítésére.

Össztársadalmi szintű összefogásra van szükség ahhoz, hogy a segítő szakmákban dolgozó szakemberek nagyobb erkölcsi, anyagi és társadalmi megbecsülést kapjanak annak érdekében, hogy megállítható legyen a fluktuáció, a szakma felhígulása, és a rendszer összeomlása.

Már a jelen kutatásom is jelzi, hogy a dolgozók mentális egészsége komoly veszélyben van. A kapott kiégési mutatók igen magas értéket értek el a jellemzően 50 évükhöz közeli dolgozóknál. A rendszerszintű problémák (szakemberhiány, zsúfoltság,

tárgyi feltételek hiánya, fizikailag és érzelmileg megterhelő munka) mára már – ahogyan a kutatásom eredményei is mutatják - többségükben a nappali ellátásban dolgozó szakemberek munkakörülményeire is jellemzően igazak. Ezért szükséges lenne bevezetni irányelveket a munkahelyi stressz kezeléssel és a munkahelyi jólét, és a fizikai valamint szellemi egészség hatékony elősegítésére. Erre jó megoldás lenne, ha minden munkáltató betartaná a **Munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII 2008. évi módosított változatát, melyben a munkáltatók kötelezettsége a pszichoszociális kockázatok felmérése és csökkentése.**

Elmondható, hogy bár Magyarországon van egy törekvés a jogszabályoknak az európai törvényekhez való igazítására, de a meglévő törvényeket is nehéz betartani egyrészt a korlátozott anyagi eszközök, másrészt a nem elégséges ellenőrzés miatt.

Kevesen tudják, de van lehetősége a munkáltatónak arra, hogy ha a dolgozóján azt tapasztalja, hogy az utóbbi időben olyan esetekkel foglalkozott, amely számára rendkívül megterhelő volt mentálisan, és érzelmileg egyaránt, akkor elengedheti a munkavállalót mentálhigiénés szabadságra. Ez alatt a pár nap alatt a dolgozó rendes fizetést kap, mintha dolgozna, miközben ezt az időt arra fordíthatja, ami őt a legjobban feltölti, kikapcsolja. Erre a gyakorlatra azonban a kutatott területen azonban nem találtam példát. Pedig fontos lenne a személyiségünk karbantartására is időt fordítani, hiszen a szociális munkás munkaeszköze a saját személyisége. A legtöbb esetben a segítő szakma választása együtt jár az önfeláldozó viselkedéssel vagy sémával, akiben ez a séma működik azonban könnyen válhat olyan segítővé, aki saját gondjairól nem vesz tudomást, nem ismeri be a problémáit és nem kér segítséget. Akkor lehetünk igazán jó segítők, hogyha a saját lelkünket is legalább annyira karbantartjuk, amennyire igyekszünk másokét. A kellő önismeret megszerzése minden segítő szakmában dolgozónak elengedhetetlenül fontos. A fehér daru meséje, melyben a madár kitepkedte az összes tollát azért, hogy családjának segítsen, figyelmeztet minket arra, hogy nem szabad ilyen önfeláldozó segítővé válnunk. Amennyiben a munkánk során segítségre van szükségünk merjünk segítséget kérni, engedjük meg magunknak, hogy saját magunkról is gondoskodjunk. A szociális ágazatban dolgozó szakemberek szakszervezetének rendkívül alacsony az érdekérvényesítő képessége. Úgy vélem, hogy a segítő szakmában dolgozókat alaposan kiképezték arra, hogy hogyan kell az ellátottaik érdekeiért harcolni, küzdeni, saját magunk érdekeinek érvényesítéséről azonban sajnálatos módon ugyanez nem mondható el.

Általánosságban kijelenthető, hogy a dolgozók átlagéletkora igen magas. Ez a tény azért is lehet aggasztó, mert nincs igazán biztosítva a szakmában az utánpótlás lehetősége, ez a pálya nem különösebben vonzó a fiatalok körében. Sajnos a munkaadók nem válogathatnak a jelentkezők közül, gyakorlatilag bárkit felvesznek képzettség nélkül annak érdekében, hogy a szolgáltatást az intézmény továbbiakban is tudja biztosítani. Ez azonban azzal a sajnálatos következménnyel is járhat, hogy rövid, belátható időn belül a szakma felhígulásának folyamata tovább erősödik, és ennek a későbbiekben beláthatatlan következményei lehetnek.

JAVASLATOK

Felmérésem kapcsán világossá vált számomra, hogy amíg ilyen kedvezőtlen mutatók jellemzőek az ágazatban dolgozók lelki egészségére, egyre inkább szükség van a preventív vagy kezelési programok megvalósítására. Szükség van egy olyan tudatos szervezeti kultúra kialakítására, ahol az egészségpolitikai stratégiai szemlélet is teret kap, és ez nagymértékben növelhetné a kiegészítő prevenció hatékonyságát.

Az egészségfejlesztő mentálhigiéné promóciós és prevenciók tevékenységi köre a szociális ágazatban is nagyon fontos. A munkahelyi pszichoszociális kockázati faktorok csökkentése érdekében szükséges a prevencióra még nagyobb hangsúlyt fektetni. Az egészségtudatos magatartás ismérvei mentén szabályokat kellene kidolgozni a munkahelyi stressz ellen, és növelni kell az aktív mozgáshoz jutás iránti igény feltételeit akár úgy, hogy pl. minden intézményben legyen egy konditerem, és relaxációra lehetőséget adó szoba. Indokolt és fontos egészségfejlesztő mentálhigiénés feladat lehet elősegíteni a munkavállalókat érő fokozott fizikai és mentális megterhelés esetén a stressz törvényben foglaltak megismertetése a munkavállaló és a munkáltató felé egyaránt.

„Ha folyamatosan keményen hajszoljuk magunkat anélkül, hogy egy kicsit is lazítanánk, az ugyanolyan, mintha autót vezetnénk és sosem töltenénk meg a tankot. A pihenés fontos és minél elfoglaltabbak vagyunk, annál nélkülözhetetlenebb”
(Kate Middleton)

KOVÁCS ÉVA: 2020-ban végzett a GFe-n
SZABÓNÉ DR. KÁLLAI KLÁRA: klinikai pszichológus, szupervízor, témavezető

BIBLIOGRÁFIA

- Bagdy Emőke : *Pszichofitness*. Budapest, Animula Egyesület 1997
- Bagdy Emőke - Pap János: *Ma még nem nevettem*, Budapest, Kulcslyuk Kiadó 2011
- Bordás Andrea: *A kiégés szindróma a külföldi és a hazai szakirodalomban*. Educatio, 19/4. 2010
- Buda Béla: *A lélek egészsége. A mentálhigiéné alapkérdései*, Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó 2003
- Cooper C.L.-Marshall J): *Occupational Sources of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health*. Journal of Occupational Psychology 49.(1976)
- Dér Anikó - Karamánné Pakai Annamária - Németh Katalin - Kovács Gyöngyi - Lantos Zsuzsanna - Köbli Mónika: *A krónikus stressz jelentősége „nagy rizikójú” munkahelyen dolgozóknál és a körükben tapasztalható magas vérnyomás betegségben*. 2009
- Helstáb Laura: *Ki segít a segítőknek? Élet és Pszichológia, Mentálhigiéné*. 2019
- Héra Gábor - Ligeti György: *Módszertan. A társadalmi jelenségek kutatása*. Budapest, Osiris Tankönyvek, 2005
- Juhász Ágnes: *Munkahelyi stressz, munkahelyi egészségfejlesztés* Oktatási segédanyag, Budapest, BME, 2002
- Kahn R.L.- Byosiére P.: *Stress in organizations*. In: Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Ed: Dunette, MD and Hough LM 1992
- Kiss Csenge Bernadett - László Éva: *A kiégés vizsgálata az idősgondozók és szociális munkások körében*. Erdélyi Társadalom, 14. évfolyam, 2. szám (2015)
- Kopp Mária - Skrabsky Árpád: *Magyar lelkiállapot*. Budapest, Végeken Kiadó, 1995
- Lazarus Richard S- Folkman Susan : *From Psychological stress To the Emotions, Hystory of Changing Outlooks*. Annu. Rev. Psychol.44.1993
- Lazarus Richard S - Folkmann Susan: *Stress, Appraisal and Coping*. Sringer. New York 1984
- Ónódy Sarolta: *Kiégés tünetek (burnout szindróma) keletkezése, megoldási lehetőségei*. Új Pedagógiai Szemle 2001
- Öry Klára: *A szív-és érrendszeri megbetegedések idegi-lelki tényezői és ezek terápiaja*. Budapest, SpringMed Kiadó, 2007
- Pálfi Ferencné: *A kiégés jelenségének vizsgálata ápolók körében*. Egészségügyi Menedzsment 2002
- Pálfi Ferencné: *Ápolói és gondozói magatartások alakulása különböző ellátási helyzetekben, különös tekintettel a kiégés jelenségére*. Egészségügyi Menedzsment 2007
- Schmidbauer Wilhelm: *Die hilflosen helfer*. Rohnwolt, reinbek. 1977
- Skrabsky Árpád - Kopp Mária - Rózsa Sándor - Réthelyi János: *A koherencia, mint a lelki és testi egészség alapvető meghatározója a mai magyar társadalomnak*. Budapest, Nemzeti Kutatási Fejlesztési Program, 2002
- Sokoloff Arthur: *Stressz nélkül*, Budapest, Forever Kiadó, 2003

Széneyi Gábor András - Ádám Szilvia - Györffy Zsuzsa -Túry Ferenc: *A kiégési szindróma megelőzése - A hagyományoktól a modern információs technológiákig.* Magyar Pszichológiai Szemle, 70. 4/8. 847-862.(2015)

Zastrow Charles: *Mit tegyünk, hogy a szociális munka élvezetes hivatás legyen?* Esély, 1995/1.szám, pp 62-82.1995

Zimbardo Philip : *Pszichológia mindenkinek. Zavarok terápiák stressz stratégiák.* Budapest, Libri Kiadó 2018

TANÍTÓKÉPZŐS HALLGATÓK TESTI ÉS LELKI EGÉSZSÉGÉNEK, VALAMINT STRESSZTŰRŐ ÉS MEGKÜZDÉSI KÉPESSÉGEINEK VIZSGÁLATA

1. AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS KOMPLEX SZEMLÉLETE

1.1. Az egészség fogalma

Környezetünkben minden összefügg, nem léteznek egymástól elkülöníthető folyamatok. Minden változás kihatással van a rendszer többi elemére. A környezet és az egészség egymástól el nem választható fogalmak. A természet-környezet egészsége nélkül nem beszélhetünk egészséges emberi életről sem. A természeti, társadalmi problémák károsan hatnak vissza az emberi szervezet működésére. *„Mindehhez holisztikus látásmód szükséges, amely ráirányítja a figyelmet arra, hogy nincs a környezetben elhanyagolható, lényegtelen, felesleges elem, tényező, hanem minden hálószerűen összekapcsolódik”, állítja Ádám, Kuti és Kuti (2007).*

A modern orvoslás bio-, pszichoszociális szemlélete értelmében az egészség fogalma nem csupán a testi egészséget jelenti, hanem azt, hogy a három rendszer, a szociális, a pszichológiai és az élettani állandó, folyamatos kölcsönhatásban van egymással. Az elmúlt évszázad hatalmas technikai eredményein alapuló biomedikális orvosi szemlélet hajlamos elfelejtezni erről az összefüggésről, annak ellenére, hogy a társadalom egészségét tudományosan csak ilyen megközelítésben vizsgálhatjuk, és a hatékony beavatkozás alapja is ez a szemlélet (Kopp és Skrabski, 2000).

Hatékony megelőzés nem képzelhető el egészségnevelés nélkül. Napjainkban már nem egyes betegségek megelőzése a fő cél, hanem az egészségnek az egészséges életmóddal való megtartása. Az életmód formálása viszont elképzelhetetlen az egész életen át tartó tanulás, művelődés nélkül, amely a test és a szellem együttes, kiegyensúlyozott fejlesztése során teljesezhet ki (Kormos, 1980).

Már a legősibb egészségfelfogások fő jellemzője is a holisztikus szemléletmód, amely a hangsúlyt az egyénen belüli, az emberek közötti és a környezettel kapcsolatos egyensúlyi állapotokra helyezi. Ez az álláspont tükröződik többek között a hindu, a görög és a kínai egészségelméletekben. Mai álláspont szerint az egészségnek fizikai, mentális, érzelmi, személyiséggel kapcsolatos, társadalmi (társas, szociális), valamint spirituális dimenziói vannak, amelyek szoros kölcsönhatásban állnak egymással (Pál et al., 2005).

Az egészség megtartására való törekvés nem újkeletű; már az ókori népek is tudatosan foglalkoztak egészségük megóvásával. A középkor hatalmas járványainak hatására a közegészségügyben betegségcentrikus szemlélet alakult ki. A 19. század végétől a figyelem fokozatosan ismét az egészség megőrzésére, a „pozitív” egészség fogalma felé irányult (Kormos, 1980).

Vannak kutatók, akik az egészséget úgy határozzák meg, mint az ahhoz szükséges minőségek, valamint a testi-lelki betegségek hiányát. Az ilyenfajta szemléletmódot tükröző meghatározásokat negatív egészségdefinícióknak nevezzük. Mások azokat a tartalmi összetevőket próbálják megkeresni és megnevezni, melyek magára az egészségre vonatkoznak. Az előző megközelítésmóddal ellentétben, ahol valaminek a hiánya jelentette az egészséget, ezekben a definíciókban valaminek vagy valamiknek a megléte utal az egészségre. Az ilyenfajta pozitív egészségdefiníciók rendkívül széles skálán mozognak (Meleg, 2002).

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) elfogadott, jelenleg érvényes meghatározása szerint, az egészséget nem csupán a betegség hiánya, hanem a testi, szellemi, társadalmi jólét jellemzi (Kormos, 1980). Az egészség egy olyan dinamikusan változó állapotot, mely lehetővé teszi az egyén optimális társadalmi integrációját, a változó külső és belső környezeti feltételekhez való adaptációját az individuális önállóság megőrzésével (Segédlet: OM, 2004). A „pozitív” egészség fogalma tehát magába foglalja a fizikai, testi erőnlétet, a szellemi épséget, az egészséges lelkivilágot, mely az egyént alkalmassá teszi, hogy saját életét boldogan élje, és a társadalom hasznára legyen (Kormos, 1980). Az egészség fogalmát az 1998-as Egészségfejlesztési Konferenciáján megfogalmazott, egészségfejlesztési megközelítésű definíció alapján a következőképpen határozták meg: *„az egészség egy erőforrás, amely lehetővé teszi az emberek számára, hogy egyénileg, társadalmilag és gazdaságilag is termékeny életet éljenek”* (Nagy és Barabás, 2011.).

Az egészség fogalmának dinamikus egyensúlyi állapota tehát azt jelenti, hogy az egyén szervezete, testi és szellemi állapota, valamint a természeti, tárgyi és társadalmi környezet által kifejtett hatás között alakul ki (Kormos, 1980).

1.2. Az egészségnevelés (komplex) célkitűzései a 21. században

Kormos 1980-ben három, egymással szorosan összefüggő pontban foglalta össze az egészségnevelés feladatait:

1. széleskörűen fejleszteni kell a lakosság egészségi ismereteit, műveltségét;
2. egészséges életmódra, egészségének megtartására, az egészségre káros ártalmak elkerülésére, a betegségek megelőzésére kell nevelni;
3. a társadalom mozgósításával a dolgozók tevékeny közreműködését kell biztosítani az egészségügyi feladatok megoldásában.

2015-ben, az UNESCO mint az ENSZ oktatással foglalkozó része, felhatalmazást kapott, hogy koordinálja és vezesse a 2030-as globális oktatási keretrendszert. Ez a keretrendszer része annak a globális folyamatnak, amely 2030-ig a szegénység fel-

számolását és a fenntartható jövő felépítését tűzi ki célul. Az új fenntartható fejlődési program: *The 2030 Agenda for Sustainable Development* (United Nations, 2015) középpontjában 17 globális, Fenntartható Fejlődési Cél található. Ezek a célok minden ország számára feladatokat jelentenek fenntartható fejlődésük megvalósítása érdekében. A nemzeti programok és a nemzetközi együttműködés új korszakát bevezető új agenda valamennyi országot olyan tevékenységekre kötelezi, amelyek nemcsak a szegénység alapvető okaival foglalkoznak, hanem a gazdasági növekedés és jólét fokozásával, továbbá az emberek egészségügyi, oktatási és szociális szükségleteivel, miközben a környezetvédelemre is koncentrálnak (Faragó, 2015).

A 3. cél az *egészség és jólét* legfontosabb szükségleteit foglalja magába. Az ezzel kapcsolatos célok kimondják, hogy biztosítani kell az egészséges életet és előmozdítani a jólétet mindenki számára minden korosztályban. Az egészséggel és a jólléttel összefüggésben fontos konkrét célkitűzés:

- a gyermekágyi halálozás arányának csökkentése;
- az újszülöttek és az öt éves kornál fiatalabb gyermekek elhalálozásának teljeskörű megelőzése (amikor ez egyáltalán megelőzhető);
- a főbb járványos betegségek felszámolása (AIDS stb.);
- a nem járványos betegségekből fakadó korai halálozás egyharmadával való csökkentése;
- további konkrét célpontok a drog- és alkoholfogyasztással, a közlekedési balesetekkel, az egészségkárosító környezeti hatásokkal foglalkoznak.

A végrehajtás elősegítése kapcsán pedig olyan feladatokról van szó, mint a fejlődő országok számára az alapvető gyógyszerekhez való hozzájutás elősegítése és az egészségügy fejlesztésének támogatása (Faragó, 2015).

Az oktatás, ami nélkülözhetetlen ahhoz, hogy elérjük akár az egészséggel kapcsolatos, akár a többi globális feladathoz kapcsolódó célkitűzéseket, önállóan is megjelenik a 4. célban: „*biztosítani az átfogó és igazságos minőségi oktatást és előmozdítani az egész életen át tartó tanulási lehetőségeket mindenki számára*”.

2. A TANÍTÓKÉPZŐ INTÉZMÉNYEK FELADATA AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS TERÉN

Az egészséges, a környezetet védő életmódra irányuló széleskörű, ugyanakkor pontosan körülhatárolható védő magatartást mielőbb, már kisgyerekkorban ki kell alakítani. A szülők és pedagógusok akkor tehetik a legtöbbet gyermekeink egészsége és környezetük megóvása érdekében, ha a jövő generációkból az egészséges életmóddal és a környezettel kapcsolatos kérdésekben tájékozott, a felmerülő problémákat kezelni képes és akaró felnőtteket nevel. Éppen ezért a tanítóképzés, tanárképzés fontos szerepet tölthet be az egészségtudatos magatartás kialakításában, a megfelelő egészségmagatartás iránti attitűdök pozitív irányba történő megváltoztatása által. Az

attitűdök pozitív irányba való folyamatos változtatása a tanárok feladata, ők alakítják majd ki a modern, egészség- és környezetbarát felelősségérzetet és hozzáállást a jövő generációkban.

Amikor egészségfejlesztésről beszélünk, a tanulók fejlesztése mellett elengedhetetlen, hogy a tanárok egészségét is figyelembe vegyük. A tanárok esetében is fontos a kiegyensúlyozottság, annak képessége, hogy a kudarccal le tudják küzdeni, kezelni tudják a problémákat. Másik fontos tényező a tanárok egészségmagatartását illetően a magatartási-kulturális minta és értékrend, amelyet személyiségükkel a tanulók felé mutatnak (Benkő és Rékasi, 1993). A pedagógusok feladata, hogy felkészítsék a gyerekeket arra, hogy önálló, felnőtt életükben legyenek képesek életmódjukra vonatkozóan helyes döntéseket hozni, egészséges életvitelt kialakítani, konfliktusokat megoldani. Ebben a pedagógusok életvitelének is jelentős példaértékű szerepe van (Simonyi, 2012).

A nemzetközi kutatások azt igazolják, hogy a humán segítők között az ápolók, a pedagógusok, az orvosok és a börtönőrök vannak a leginkább kitéve krónikus stresszhatásnak (Veress, 2009). A krónikus munkahelyi stresszhatások által okozott károsodásokat és azok megelőzését vizsgáló kutatásoknak csak egy szűk tartománya foglalkozik az általános- vagy középiskolában tanítókat sújtó állandóan magas stresszterheléssel és annak hatásaival. A krónikus pedagógus stressz következményei többek között a kiégés, a fizikai és érzelmi kimerültség, valamint végső esetben a pályaelhagyás (Mearns és Cain, 2003). Ezért elsődleges fontosságú lehet a felsőoktatási egészségfejlesztő programok bevezetése a tanítóképző intézményekben.

A tanítóképző intézményeknek nagy szerepe van az élethosszig tartó tanulás feltételeinek biztosításában és a társadalom környezettudatosságának erősítésében (Óhidy, 2006). Önmagában a megfelelő egészségtudatos magatartással bíró pedagógusok képzése is alapvető fontosságú. A tanítók ugyanakkor a jövő generációk neveléséért felelnek majd, akiknek átadhatják megszerzett ismereteiket, és kialakíthatják saját meggyőződésük mintájára a környezettudatos magatartás alapvető elemeit. Emellett a tanítóképző intézmények jellegüknél fogva összekapcsolják az oktatás különböző területein működő szakembereket az iskoláskor előtti nevelés szintjétől az alapfokú oktatáson keresztül a felsőoktatásig, sőt, a felnőttoktatásig, megteremtve ezzel az élethosszig tartó tanulás feltételeit.

A pedagógus legfőbb munkaeszköze a személyisége, annak harmóniája vagy diszharmóniája tanítványaikra is kihathat. Minél inkább használja szívét, lelkét a pedagógus a munkája során, annál nagyobb az esélye, hogy sérül vagy elhasználódik. A pedagógus személyiségjegyeinek kapcsán egyre gyakrabban emlegetik a pszichológiai immunrendszer fogalmát, amely alatt olyan személyiségtényezők meglétét értjük, melyek a megküzdés hatékonyságát befolyásolhatják (Szelecsáné Egyed Dóra, 2016).

A tanítóképző intézmények hallgatóinak személyiségét, annak fejlődését, stresszkezelési jellemzőiket vizsgálva az egyik legfontosabb feladat azoknak a változásra érzékeny jegyeknek az erősítése, melyek a feszültségekkel teli helyzetekben is

segítik a helytállást, a stabilitás megőrzését és a hatékony megoldások működésbe léptetését. A tényleges megküzdő viselkedésben egyrészt a problémaorientáltság erősítése a feladat, hogy igényük legyen a megoldható helyzetek rövidre zárására, másrészt a feszültségkezelés hatékonyságának fokozása, az önkontrollfunkciók fejlesztése javíthat aktuális és későbbi pszichés egyensúlyuk megőrzésében. Legfontosabb tudatosítani az erősségeket és a veszélyeztető faktorokat megfelelő önismereti munka facilitálásával, hogy kiaknázhatóak legyenek a meglévő erők, valamint meg kellene tanítani, hogy a stresszes szituációkban tudatosabb önszabályozással legyenek képesek az adaptivitásra (Holecz, 2015).

Ezért elsődleges fontosságú, hogy az egészség fogalma – azon belül is a megfelelő egészségfejlesztési programok formájában – hangsúlyosan jelenjen meg a pedagógusképző intézmények mindennapjaiban. A felsőoktatás intézményrendszere sokak életében meghatározó, korántsem csak a tanulmányokat tekintve. A fiatalok hosszú időt, fontos éveket töltenek ezekben az intézményekben, megalapozva gondolkodásukat, jóllétüket, önmagukhoz való viszonyukat. Fontos, hogy milyen tárgyi-szakmai tudást sajátítanak el – és fontos az is, mivel töltik az időt, milyen programokban vesznek részt, milyen kapcsolatokat alakítanak ki, milyenné válik ezalatt testük, lelkük, szellemük. Szükség van egy olyan, strukturált alternatívára, ami a széles értelemben vett egészség irányába mutat a felsőoktatás terén is (Kraiciné, 2016).

3. SZABADKAI TANÍTÓKÉPZŐS HALLGATÓK TESTI ÉS LELKI EGÉSZSÉGÉNEK, STRESSZTŰRŐ ÉS MEGKÜZDÉSI KÉPESSÉGEINEK VIZSGÁLATA

3.1. A kutatás célja

A tömegessé váló felsőoktatásban egyre nagyobb a komoly pszichés és pszichoszomatikus problémákkal küzdők aránya. A hallgatók közel kétharmada küzd étkezési problémákkal, és igen népes az alkohol, drog és más szenvedélybetegségekkel küzdők tábora. Egyre gyakoribbak a szorongásos tünetek is. A felsőoktatási évek a legtöbb hallgató életében tele vannak stresszorokkal, mint például az anyagiak, társas kapcsolatok, a kulturális széttöredezettség, a magány valamint a tanulási kompetenciák kérdése (Lazányi, 2012).

A Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar az Újvidéki Egyetem tizennegyedik, legfiatalabb kara, amely 2006-ban kezdte meg működését. A Kar az egyetlen olyan felsőoktatási intézmény Szerbiában, ahol teljes egészében magyar nyelven valósul meg az oktatás. Az MTTK-n okleveles tanító és okleveles óvodapedagógus képzés folyik, BA és MA szinten. Kutatásomban egy empirikus kutatás keretein belül vizsgálom a Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar hallgatóinak testi-lelki egészségi állapotát, a *Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív* segítségével.

3.2. Hipotézisek

A hipotézisek megfogalmazása során abból a feltevésből indultam ki, hogy a hall-

gatók között ugyan előfordulnak olyanok, akik testi vagy lelki egészségügyi problémákkal küzdenek, jelentős stresszhatásnak vannak kitéve, illetve fejlesztésre szorulnak az egészségmagatartás és a megküzdési képességek terén. Ugyanakkor az említett problémák a hallgatók csak kis százalékánál fordulnak elő, ellentétben a megfelelő egészségmagatartással és pozitív megküzdési képességekkel rendelkező hallgatókkal.

H1: A vizsgálatban részt vevő hallgatók többsége nem szenved jelentős gyermekkori traumától, és a szülői bánásmód is kedvezőnek mondható.

H2: A vizsgálatban részt vevő hallgatók lelki egészségének állapota megfelelő (a vizsgált tünetek kevesebb, mint a hallgatók 50%-nál fordulnak elő).

H3: A vizsgálatban részt vevő hallgatók egészségmagatartása megfelelőnek mondható (a vizsgált kategóriákon belül a negatív szokások a tanulók 50%-nál kisebb arányban fordulnak elő).

H4: A vizsgálatban részt vevő hallgatók stressz-válaszai életkoruknak megfelelőek, kielégítőek.

3.3. Mérészköz

Az empirikus kutatás elvégzése során az előzetes vizsgálat és a hatásvizsgálat során egyaránt a rövidített Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív bizonyos szakaszait alkalmaztuk. A vizsgálatban részt vevő személyek online töltötték ki a kérdőívet.

Az eredeti kérdőív a Holmes-Rahe-féle Életesemény Lista, a Zung-féle Önjellemző Skála, valamint a Konfliktusmegoldó Kérdőív alapján került összeállításra (Rahe és Tolles, 2002). A kérdőív rövidített, az eredeti változat tételeinek nagyjából 25%-át tartalmazó eszközt abból a célból fejlesztették ki, hogy az eredeti, átlagosan 40 percnél is több kitöltési idővel rendelkező kérdőív gyakorlati használhatósága növekedjen (Purebl mtsai, 2006).

A mérőeszköz két fő részből vevődik össze:

1. A mérőeszköz első része a stresszt keltő életesemények feltárását célozza, amely az alábbi öt területre terjed ki: (1) gyermekkori traumák és szülői bánásmód, (2) életesemény lista, (3) testi tünetlista, (4) pszichológiai tünetlista, (5) magatartás és érzelmek.
2. A mérőeszköz második részében a következő megküzdési jellemzők kerülnek felmérésre: (1) egészségmagatartás, (2) társas támogatottság, (3) stressz-válasz, (4) elégedettség az élettel, (5) életcél és kapcsolatok.

A jelenlegi tanulmányban a mérőeszköz első szakaszából az 1-es, 4-es és 5-ös alskálák, a második szakaszból pedig a 3-as alskála eredményei kerültek feldolgozásra.

3.4. A vizsgálatban részt vevők mintája

A vizsgálatban az Újvidéki Egyetem Magyar Tannyelvű Tanítóképző Karának ok-

leveles tanító és okleveles óvodapedagógus szakos hallgatói vettek részt. Összesen 135 hallgató vállalta a Karon jelenleg 154 aktív hallgatói jogviszonyban lévő tanuló közül, hogy kitölti a kérdőívet a 2019. januárjában lezajló előzetes felmérés során.

3.5. A vizsgálat eredményei

3.5.1. Stresszt keltő életesemények: gyerekkori traumák

A stresszt keltő életesemények közül a kérdések első csoportjában a gyerekkori traumákkal kapcsolatban vizsgáltuk a hallgatókat. Összesen 8 témakörre kérdeztünk rá. A hallgatók igen vagy nem választ adhattak a kérdésre, hogy megtörtént-e velük az adott esemény.

A hallgatók többsége két szülővel nőtt fel, a szülők 24%-a vált el. A minta 2%-a édesanyját, 5%-a édesapját veszítette el. A hallgatók mindössze 2%-át zárták már ki az iskolából, és egyiküket sem vették még őrizetbe, illetve nem volt problémájuk az alkohollal vagy a kábítószerrel. A minta 5%-át érte már szexuális vagy érzelmi bántalmazás.

3.5.2. Stresszt keltő életesemények: szülői bánásmód

A stresszt keltő életesemények második csoportjában a szülői bánásmódot vizsgáltuk, négy item segítségével. Ezeknél a kérdéseknél 3 fokú Líkert-skálán válaszolhatták meg a hallgatók, hogy mennyire volt jellemző az adott viselkedésmód. Az 1-es érték (vagy az 1-es felé közelítő érték) azt jelentette, hogy ritkán fordult elő, a 2-es, semleges érték azt, hogy néha, a 3-as érték (vagy a 3-as felé közelítő érték) pedig azt, hogy gyakran. A hallgatóktól kapott válaszok átlagértékét vettük figyelembe az adatok feldolgozásakor (1. táblázat).

1. táblázat: Szülői bánásmód vizsgálata

szülői bánásmód	alapvizsgálat	
	átlag	szórás
érzelmi támogatás gyakorisága	2,64	0,6
rokoni találkozók gyakorisága	2,17	0,7
vallásos összejövetelek gyakorisága	1,56	0,7
veszekedés gyakorisága	1,64	0,8

A kapott eredmények alapján elmondhatjuk, hogy a vizsgálatban részt vevő hallgatókat gyakran támogatják szüleik érzelmileg. Ugyancsak gyakran tartanak családi találkozót rokonaikkal. A vallásos összejövetelek már kevésbé gyakoriak, a semleges érték alatti átlagot mértünk, vagyis az ilyen jellegű találkozók ritkák. A szülők ugyan-csak ritkán veszekednek, ennél a válasznál is a semleges érték alatti átlagpontot mértük.

3.5.3. Stresszt keltő életesemények: egyéb körülmények

A stresszt keltő életesemények harmadik csoportjába a tanulmányi eredménnyel és a szabadidővel kapcsolatos kérdések kerültek. Ennél a kérdéscsoportnál is 3 fokú Líkert-skála segítségével válaszolhatták meg a hallgatók, mennyire jellemző rájuk az adott életkörülmény).

A hallgatóknál minden kérdés esetében pozitív válasz született, vagyis a semleges, 2-es érték feletti átlageredményeket mértük. A legtöbb tanuló jó jegyeket kap, aktívak az iskolai foglalkozásokon, vannak hobbijaik, nagy a baráti körük és gyakran randevúznak.

A H1 hipotézisben foglalt állítás, amely szerint a vizsgálatban részt vevő hallgatók többsége nem szenved jelentős gyerekkori traumától, és a szülői bánásmód is kedvezőnek mondható, csak részben tekinthető igazolnak. A szülői válások száma kiemelkedő, és nem lehet figyelmen kívül hagyni a szexuális és érzelmi erőszakot elszenvedő hallgatók számát sem.

3.5.4. A pszichológiai tünetekre vonatkozó eredmények

A pszichológiai tünetek két csoportjának vizsgálatára került sor a felmérés során. Megvizsgáltuk, hogy jelentkeznek-e a hallgatóknál szorongásra, illetve depresszióra jellemző problémák. A hallgatók igennel vagy nemmel válaszolhattak a feltett kérdésre. Egy válaszadó több lehetőséget is jelölhetett (2. táblázat).

A szorongásos tüneteket illetően a hallgatók közül a legtöbben, 50%-uk idegességre panaszkodott. Az alvászavar (34%), a szorongás (29%) és az ingerültség (27%) is a gyakori tünetek között szerepelnek. A hallgatók 20%-a jelölte a félelem tünetét, 13% pedig azt, hogy gyakran vannak kínos gondolatai.

A depresszióra utaló tünetek közül a legtöbben, 33% a boldogtalanságot, örömtelenséget jelölte meg. Hasonló arányban, 30%-ban jelölték a szomorúságot és a magányt. Egyforma arányban, 16-16%-ban jelölték meg a hallgatók a reménytelenséget és a halálvágyat. Testsúlyváltozásra 10%-uk, a szexuális érdeklődés csökkenésére 8%-uk panaszkodott.

2. táblázat: Pszichológiai tünetek vizsgálata

pszichés tünet	N/135	%
Szorongás		
Szorongott-e mostanában?	39	29
Érezte-e úgy, hogy az idegeire mennek a dolgok?	67	50
Előfordult-e, hogy hirtelen félelmek lettek úrrá Önön?	27	20
Sokszor voltak kínos gondolatai?	17	13
Könnyebben lett-e ingerült, mint általában?	37	27
Voltak-e alvászavarai?	43	32
Depresszió		
Volt-e tartósan szomorú vagy érezte-e magát magányosnak?	40	30
Érezte-e boldogtalannak vagy örömtelennek magát?	45	33
Jelentősen megváltozott-e a testsúlya?	13	10
Csökken-e szexuális érdeklődése?	11	8
Előfordult-e, hogy életét reménytelennek érezte?	21	16
Kívánta-e, hogy bárcaak ne is élne?	21	16

A H2-es hipotézis, amely szerint a vizsgálatban részt vevő hallgatók lelki egészségének állapota megfelelő (a vizsgált tünetek kevesebb, mint a hallgatók 50%-nál fordulnak elő), túlnyomó részben igazolást nyert. A hallgatók esetében egyik szorongásra illetve depresszióra utaló tünet sem mondható gyakorinak, az idegességet kivéve, de ennek előfordulása sem haladja meg az 50%-ot.

3.5.5. Magatartás és érzelmek

A következő kérdéscsoport a hallgatók magatartását és érzelmeit vizsgálta 6 kérdéscsoporton keresztül. Az első témakör kérdései az iskolai magatartásra vonatkoztak, emellett felmérésre került a hallgatók tempója (fizikai, szellemi), életszemlélete, magabiztossága, érzelmei, valamint társas kapcsolataira vonatkozó jellemzői. Minden kérdéscsoportnál 4 jellemző került felsorolásra, ebből a legjellemzőbben választhatták ki a hallgatók.

Egyetlen esetben, jelezte a résztvevők 50%-nál több hallgató, hogy egy negatív szokás jellemzi őket. A hallgatók 56%-a a *magabiztosság* kategórián belül úgy érzi, hogy mások kihasználják őket. A többi kategória összes negatív szokása illetve magatartása 50%-nál kisebb arányban fordultak elő. Az eredmények alapján a H3-as hipotézis, amely szerint a vizsgálatban részt vevő tanulók egészségmagatartása megfelelőnek mondható, igazolást nyert.

3.5.6. Stressz-válasz jellemzők

A stressz-válaszokra adott megküzdési stratégiák vizsgálata során három fokozatú skálán kellett jelölniük a hallgatóknak, milyen mértékben jellemző rájuk az adott tulajdonság. A tíz itemből 6 esetében negatív stratégiát vizsgáltunk, a többi 4 item esetében pozitív megküzdési stratégiát (3. táblázat).

A pozitív stratégiák esetében azt az eredményt vártuk, hogy a tanulók a semleges, 1,5-ös érték felett teljesítenek. Mind a négy vizsgált kérdésben teljesült ez a feltétel mindkét csoport esetében.

Az elkerülő stratégiák esetében az 1,5-ös átlag alatti pontszámok jelentik a megfelelő stressztűrő magatartást. Ez a feltétel csak egyetlen item esetében teljesült mindkét csoportban. A „*Nem veszek tudomást a problémáról*” megoldást csak kevesen választják. A többi negatív stratégiát jelölő itemnél elért magas eredmény azt jelenti, hogy ezek a kedvezőtlen stratégiák erőteljesen jellemzik a válaszadó hallgatókat.

3. táblázat: A stressz-válaszok vizsgálata

stressz-válasz	átlag	szórás
pozitív stratégiák		
keresek valami jót az adott helyzetben	2,38	0,7
megtervezem, hogy mit tegyek	2,46	0,7
jó irányba változom vagy fejlődök	2,49	0,5
tanácsot kérek valakitől, akit tiszttelek	2,41	0,7
negatív stratégiák		
magamat hibáztatom a problémáimért	2,42	0,9
azt kívánom, bárcsak elmúlna az egész	2,39	1,1
megpróbálom elfelejteni az egészet	2,29	1,1
kritizálom vagy kioktatom magam	2,42	0,9
nem veszek tudomást a problémáról	2,14	1,4
azt kívánom, bárcsak másként érezhetnék	2,26	1,2

A kapott eredmények nem igazolják teljes mértékben a H4-es hipotézisben foglalt állítást, amely szerint a vizsgálatban részt vevő hallgatók stressz-válaszai életkoruknak megfelelőek, kielégítőek. A pozitív stressz-válaszok esetében megfelelő eredményeket kaptunk, viszont a negatív stressz-válaszok sokkal gyakrabban fordulnak elő, mint amit a megfelelő, pozitív beállítottságú stressztűrő magatartás megenged.

3.6. A vizsgálat eredményeinek összefoglalása

A kutatás során arra a kérdésre kerestem a választ, hogy a szülőföldjükön, kisebbségi nyelven tanuló tanító-és óvóképzős hallgatókat milyen testi és lelki egészségi állapot jellemzi, illetve milyen mértékű a tanulók stressztűrő és megküzdési képességük.

Az eredményekből az derült ki, hogy a gyerekkori traumákat és stresszt keltő élet-eseményeket illetően a vizsgálatban részt vevők többsége nem szenved jelentősebb traumától, de egyes esetekben előfordulnak olyan körülmények (válás, erőszak, társas kapcsolatokban rejlő problémák), amelyeket nem hagyhatunk figyelmen kívül.

A hallgatók pszichés állapotukat illetően a leggyakrabban szorongásos tünetekre, idegességre panaszkodtak. A többség általános lelkiállapota azonban megfelelőnek, egészségesnek mondható.

A hallgatók egészségmagatartását illetően is pozitív eredményeket kaptunk. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy az egészséges életmódot elősegítő attitűdök és viselkedési formák nem szorulnak állandó fejlesztésre.

A hallgatók stresszre adott válaszaik alapján ugyancsak fejlesztésre szorulnak, annak ellenére, hogy az eredmények a pozitív stressz-válaszok tekintetében kielégítőek voltak. A stressztűrő magatartás tekintetében kedvezőtlen stresszválaszok jellemzik a hallgatókat.

4. DISZKUSSZIÓ, TOVÁBBI KUTATÁSI TERVEK

A dolgozatban bemutatott empirikus vizsgálat eredményei hatékony kiindulópontot jelenthetnek egy egészségfejlesztő pedagógiai program hatékony tervezéséhez és kivitelezéséhez. Az eredmények alapján az óvó-és tanítóképzős hallgatók testi és lelki egészsége, valamint stressztűrő és megküzdési képességeinek összehasonlító vizsgálata során kiderült, hogy alapvetően megfelelő egészségi állapottal rendelkeznek, ugyanakkor egészségtudatos attitűdjük és viselkedésük fejlesztésére mindenképpen szükség van.

A jelenlegi vizsgálat egy kutatássorozat részét képezi. Az eredmények további elemzését követően a kutatássorozat végső célja egy egészségfejlesztő pedagógiai program létrehozása, illetve a program eredményeinek hatékonyságvizsgálata. Komplex egészségfejlesztő programok megvalósítására a felsőoktatási képzési rendszeren belül leginkább tanórán, tanterven kívüli, intenzív formában van lehetőség.

A tervezett pedagógiai program egy olyan állandó, testi-lelki egészségre egyaránt kedvezően ható, komplex tevékenység lenne, amely bekerülhet az Újvidéki Egyetem Magyar Tannyelvű Tanítóképző Karának oktatási tervébe, vagy akár más pedagógusképző intézmények tevékenységi körébe is. A program pedagógiai, módszertani és egészségfejlesztési elveken alapulna, emellett pedig aktív, élményszerű cselekvési lehetőségeket és változatos oktatási szinteket nyújtana a hallgatók számára. A program a természeti környezetben végzett szabadidős és sporttevékenységek, valamint

társas kapcsolatok építését elősegítő kulturális lehetőségek által biztosítaná a megfelelő testi-lelki egészség fenntartását és hatékony stresszoldó módszerek alkalmazását.

A felsőoktatási intézmények társas kapcsolatainak fenntartása érdekében mindenképpen szükség van további intézményekkel való összefogásra a hasonló programok tervezése és megvalósítása során.

A törekvések végső célja egy hatékony, az oktatás és az egészség megőrzése terén a fenntarthatóság elveinek megfelelően működő oktatási intézmény, illetve intézmények hálózatának kialakítása lehet, amely a társadalmi kihívásokra reagáló, hatékony módszerek használata által hozzájárul a tanítóképzős hallgatók egészségtudatos magatartásának kialakításához, testi, lelki és szociális egészségük megőrzéséhez és fejlesztéséhez.

DR. MAJOR LENKE: 2020-ban végzett a GFE-n

DR. NEDUCSIN MIRA: ny. orvos, témavezető

IRODALOM

Ádám Ferencné, Kuti Istvánné, Kuti István (2007): *Környezeti nevelés a XXI. század óvodájában*. Körlánc, Kecskemét.

Benkő Zsuzsanna, Rékasi János (1993): Az egészségnevelés helye és szerepe az iskolai nevelőmunkában. In: Benkő Zsuzsanna (szerk.): *Környezetvédelem és egészségnevelés*. JGYTF Kiadó, Szeged.

Faragó Tibor (2015): *A fenntartható fejlődés új ENSZ-programja*. Magyar ENSZ Társaság. Forrás: <https://bit.ly/2SmYPey> [2019.09.03.]

Holecz Anita (2015): A pedagógusok pszichés fejlődését segítő képzési feladatok és lehetőségek a tanárképzés és továbbképzés rendszerében. In: *Tanulmányok a pedagógusképzés 21. századi fejlesztéséhez*. Nyugat-magyarországi Egyetem Regionális Pedagógiai Szolgáltató és Kutató Központ, Szombathely.

Kopp Mária, Skrabski Árpád (2000): Pszichoszociális tényezők és egészségi állapot. *Demográfia*, 43 (2-3), 252-278.

Kormos Sándor (1980): *Egészségnevelés és közművelődés*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Kraiciné Szokoly Mária (2016): Egészségfejlesztés a felsőoktatásban - Gondolatok egy felsőoktatást érintő projekt zárása kapcsán. *Opus et Educatio*, 3 (5), 511-528.

Lázányi Kornélia (2012): Stressz és társas támogatás a felsőoktatásban. In: *Vállalkozásfejlesztés a XXI. században – Tanulmánykötet*. Óbudai Egyetem, Budapest.

Mearnsa, J., Cain, J. E. (2003): Relationships between Teachers' Occupational Stress and Their Burnout and Distress: Roles of Coping and Negative Mood Regulation Expectancies. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 16 (1), 71-82.

Meleg Csilla (2002): Iskolai egészségnevelés: a feladat újrafogalmazása. *Magyar Pe-*

dagógia, 102 (1), 11–28.

Nagy Lászlóné, Barabás Katalin (2011): Az egészségműveltség és egészségmagatartás diagnosztikus mérésének lehetőségei. In: Csapó Benő és Zsolnai Anikó (szerk.): *Kognitív és affektív fejlődési folyamatok diagnosztikus értékelésének lehetőségei az iskola kezdő szakaszában*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 173–224.

Óhidy Andrea (2006): Az élethosszig tartó tanulás és az iskola. *Új pedagógiai szemle*, 56 (9), 109–120.

Pál Katalin, Császár Judit, Huszár Anikó, Bognár József (2005): A testnevelés szerepe az egészségtudatos magatartás kialakításában. *Új pedagógiai szemle*, 55 (6), 25–32.

Purebl György, Rózsa Sándor, Kopp Mária (2006): A rövid stressz kérdőív kifejlesztése és pszichometriai jellemzőinek előzetes adatai. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 7 (3), 217–224.

Rahe, R. H., Tolles, R. L. (2002): Brief Stress and Coping Inventory: a useful stress management instrument. *International Journal of Stress Management*, 9 (2), 61–70.

Segédlet az iskolai egészségnevelési, egészségfejlesztési program elkészítéséhez. Oktatási Minisztérium, Budapest, 2004.

Simonyi István (2012): Az egészségfejlesztés helyzete a hazai nevelési-oktatási intézményekben. In: Darvay Sarolta (szerk.): *Tanulmányok a gyermekkori egészségfejlesztés témaköréből*. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest.

Szelezsánné Egyed Dóra (2016): A pedagógusok körében megjelenő stressz, pszichoterror és kiégés jelensége; prevenció és kezelési lehetőségek a köznevelési intézményben. *Opus et Educatio*, 3 (5), 590–603.

Veress Erzsébet (2009): A társadalmi szerepelvárások hatása a pedagógusok megküzdőképességére. *Diskurzus*. Szent István Egyetem Pedagógiai Kar, Szarvas.

EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS A TELEFONOS LELKI ELSŐSEGÉLY SZOLGÁLATNÁL

Az utóbbi időben hazánkban romlott az emberek fizikai, érzelmi életének minősége, a harmonikus, boldog élet elérhetőségének lehetősége. Az emberekben óriási az érzelmi vákuum, egyre gyakoribb a megoldhatatlan élethelyzetekkel való konfrontáció, a frusztráció. Egyre többen nyújtják a kezüket segítségért. A segítségre szorulóknak mennyiségének növekedésével, nem arányosan emelkedik a képzett segítők száma, a hiányt részben pótolhatják a különböző amatőr segítő csoportok, az önszerveződő, önszolgáltató közösségek, vagy bizonyos alapkiképzés után a telefonos segítő munkát végző professzionális laikusok. A társadalmi változás következtében, úgy tűnik, mindinkább szükségessé válik, hogy a hivatalosan elfogadott hálózatba különféle egyéb segítő formák is integrálódjanak, valamint, hogy a lehetséges átjárás megvalósuljon, s így teljesebben ki a természetes védő, és megelőző védő háló. Ugyanakkor nem szabad feledni, hogy a segítőknak nemcsak eszközt kell adni a kezükbe, hanem szakmai személyiségüket is ápolni kell.

A tavalyi évben csatlakoztam a LESZ (Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége) közösségéhez. Jövőbeni elképzeléseim szerint szeretnék egészségfejlesztő munkatársként az ügyelők lelki egészségével foglalkozni. A Pszichiátriai Szakmai Kollégium módszertani levele (PSZK 2009:6) szerint „a lelki elsősegély telefonszolgálat lehetőséget ad minden embernek, hogy szükségben, kétségbeesésben vagy öngyilkossági veszélyben azonnal kapcsolatot találjon egy másik emberrel, aki kész őt barátként meghallgatni és alkalmas arra, hogy a hozzá forduló szabadságát tiszteltetben tartva, vele problémáin átsegítő párbeszédet folytasson.” „A lelki elsősegély telefonszolgálat célja, hogy öngyilkosságok, kritikus életnehézségek esetén, értő, emberi segítséget nyújtson, amely hozzásegíti hívóit a testi, lelki és szociális jólétéhez.” (PSZK 2009:2)

A LESZ minden korosztállyal és mindenféle problémával foglalkozik lelki elsősegélynyújtásként,

Jelenleg országosan 18 taggal rendelkezik, és nagyjából felében napi 24 órás ügyeletet tartanak. Tagszolgálatában megközelítőleg 600 önkéntes ügyelő dolgozik. Mivel a lelki egyensúlyuk fokozott kockázatnak van kitéve, hosszú távon elengedhetetlen olyan mentális védő faktorok tudatos alkalmazása, amelyek ellensúlyt képeznek az állandósult pszichés terhelés ellen.

A lelki egészség minőségét számos tényező befolyásolja. Jelentős hatást gyakorolnak a környezetben és a személyiségben rejlő jellemzők szintűre, mint a társas kapcsolatok

minősége, a szociális támasz megléte vagy hiánya. A lelki egészségvédelem, pozitív értelemben mindazon tevékenységeket jelenti, amelyek a személyiséget és kapcsolat-rendszereit fejlettebbé, érettebbé, elvárt társas/társadalmi szerepeinek betöltésére alkalmasabbá teszik. A lelki egészségvédelem másrészt a lelki (pszichés) zavarok, megbetegedések, magatartászavarok megelőzése. A mentálhigiéne egyszerre a lelki egészség népszerűsítése és a megelőzés kettőse, amelyek egymásra épülnek.

A mentális egészséget elősegítő tényezők között tartják számon a minőségi környezetet, az önértékelést, a megfelelő érzelmi működést (pl. saját érzelmek ismerete és elfogadása, érzelmi intelligencia), az önmenedzselési, valamint megküzdési készségek meglétét (pl. asszertivitás, stresszkezelés, problémamegoldás), és a jól működő társas kapcsolatokat (pl. társas támasz jellemzői, társas aktivitás).

A mentális egészségvédelem célja annak elősegítése, hogy az egyének kellő ismerettel és készséggel rendelkezzenek testi és lelki folyamataik megértéséhez és szabályozásához, azonosságtudatuk és társas/társadalmi szerepeik megfelelő ellátásához, környezetükben kapcsolataik egyensúlyának megőrzéséhez, életcéljaik eléréséhez. Fontos, hogy az egyén lelki egészségét megterhelő veszélyforrásokat azonosítsuk.

Így pl. a telefonos lelki elsősegélyszolgálatokat indokolatlanul, nem valós segítségkérés és motivációjával gyakran és/vagy hosszú ideig hívók, a szolgálatok munkatársainak leterheltségét nagymértékben növelik. A szolgálatok munkatársai számára ezek a gyakori inadekvát hívások a kompetencia-hiány és a hatástalanság érzetét keltik, emiatt sokszor frusztrációt okoznak és haragot váltanak ki. Különböző provokatív hívások esetében a tehetetlenség érzése mellett megjelenik az agresszió jelensége is. Egyrészt a provokátorban azzal, hogy kihasználja az ügyeletes jóindulatát, másrészt az ügyelőben, mivel alapvetően bántalmazva van lelkileg, és borzasztó lefárasztó a provokátorokkal való beszélgetés. Sokszor nem is a beszélgetés tartalmi mondanivalója a lényeg a provokátor számára, hanem az az érzelmi reakció, amit ki tud váltani az ügyelőből.

A pszichés rugalmasság képessége, amit rezilienciának is hívnak, lehetővé teszi a sikeres alkalmazkodást a kihívást jelentő, vagy fenyegetést jelentő körülmények esetén. Csökkenti a külső stresszorok hatásait, és mérsékli a belső sérülékenységet (Masten 1990).

A munkavégzéssel kapcsolatos stresszor kétféle lehet. Amikor a munkahelyi stresszről beszélünk általában a distresszt értjük alatta, amely káros fizikai és érzelmi reakciókat vált ki. amikor a munkavállaló képességei, erőforrásai és szükségletei nincsenek összhangban a munkakör követelményeivel. Pozitív stressznek tekinthető az a munkahelyi kihívás, amely lelki és fizikai energiákat mozgósít és új készségek megtanulására motivál (Katona, 2006).

Holmes és Rahe (1967) állította össze azt az életesemény-skálát, mely a stresszt okozó élethelyzeteket tartalmazza. Ezek mind olyan pozitív vagy negatív változások, melyek jelen lehetnek bárkinek az életében, otthon és a munkahelyen egyaránt:

például változás a munkakörben, munkaidőben, munkahelyi konfliktus, munkahely elvesztése, anyagi helyzet változása, előléptetés.

Az emberi kapcsolatok hálója támogatja, segíti, érzelmileg felkarolja az érzelmileg megbillent egyént. Ez az egyénre összpontosító szociális hálózat emberek alkotta hálót jelent, ezt a hálót Caplan (1974) támogató rendszernek nevezi. A kiterjesztett család olyan közösségeket jelöl, amelyekben az egyén a mindennapjait, társas kapcsolatait éli (egyház, falusi, munkahelyi vagy bármilyen, akár hobbi közösség is lehet). Caplan (1964) óta jól ismert a társas támogatás jelentősége a lelki egészség védelmében. A reziliencia-kutatások során Saleebey (2006) azonban arra a következtetésre jutott, hogy a támogatás csak az egyik tényező. A szerető, törődő kapcsolatok mellett a személy közösségi elköteleződése, és a felé irányuló magas szintű elvárások is protektív faktorként működnek. Azaz, a közösségtől, a hálózattól nem elegendő kapni, hanem abban – a személy képességeihez mérten – elköteleződéseket kell vállalni ahhoz, hogy a lelki egészség kedvezően alakuljon.

Az önkéntes munka a közösségépítés egyik eszköze. Alapelvei közé tartozik a szolidaritás és az együttműködés. Jó érzés egy olyan csoporthoz tartozni melynek a céljait és értékrendjét teljesen el tudjuk fogadni, amit fontosnak és értelmesnek tartunk, és kielégíti valamely igényünket. Az önkéntesség lehetőséget ad arra is, hogy valaki megtalálja a maga helyét anélkül, hogy pénzt keresne vele, az együttműködési készség fejlődésével pedig nő a civil kezdeményezések és szervezetek jelentősége. De az önkéntes személyes kívánságait és igényeit, valamint a korlátait és az érzékenységet nem szabad figyelmen kívül hagyni. A szervezetnek mindig gondoskodnia kell arról, hogy miképp jutalmazza önkénteseit. A jutalom azt mutatja, hogy elismerjük az emberek értékét. Ügyelnie kell arra, hogy az önkéntesek érezzék, hogy értékeli őket. Ők, akik idejüket és energiájukat fordítják egy szervezetre, a részesévé szeretnének válni. Szeretnék, ha szavuk lenne és befolyásolhatnák a döntéseket. Ha megkérdezik őket és kikéri a véleményüket, az azt bizonyítja, hogy komolyan veszik őket. Ha ötleteik és javaslataik vannak, a szervezetnek oda kell rájuk figyelnie. Nagyon fontos az is, hogy motiválják a dolgozókat. (Pawel Jordan Wolunteers, 1997) Ha egy szervezet hatékony, elköteleződött és elégedett önkénteseket szeretne, muszáj, hogy meghatározza mind a szervezet, mind az önkéntesek igényeit.

A motivációt a munkavégzésben a valóban elégedettséget kiváltó motivátor tényezők jelentik (Szakács és Bánfalvi, 2006). Sheldon, Elliot, Kim és Kasser (2001) eredményei alapján feltételezhetjük, hogy mint munkavállalók is abban motiváltak az emberek, hogy fenntartsák önbecsülésüket, tartalmas (meaningful) kapcsolatban legyenek másokkal, észleljék saját autonómiájukat, s kihívásokkal teli munkakörük legyen, mely lehetővé teszi számukra saját kompetenciájuk átélését. Az önkéntesség kapcsolatokat, elfogadást, önmegvalósítást, és fontos értékek támogatásának lehetőségét nyújtva, képes lehet arra, hogy kielégítse az emberek magasabb szintű igényeit, fenntartva ezzel a megelégedettség érzését, és az egyén mentális jólétét.

KIÉGÉS

A kiégés-szindróma (burnout) az 1970-es években került be az egészségpszichológiai, pszichológiai és orvosi szakirodalomba Freudenbergert nyomán, mint a krónikus emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő emocionális és mentális kimerülés állapota (Fekete, 1991). Központi motívuma a negatív beállítódás, önmagunkkal, a munkával, az élettel szemben, valamint az idealizmus, az energia és a céltudatosság elvesztése.

A kiégés mind a személyre, mind pedig a munkahelyre nézve súlyos konzekvenciákat jelent. Hatással van a munkateljesítményre, a dolgozó egészségére is (Maslach, Schaufeli, és Leiter, 2001).

Magyarországon több kutatás vizsgálja az egészségügyi dolgozók kiégését. Pikó és Piczil 1998-as vizsgálatában (ápolók) a munkahelyi légkörnek, konfliktusoknak, kommunikációs problémáknak kiemelt szerepe volt, továbbá az információhiány, túlterheltség, a beosztás nehézségei, a megbecsülés, valamint az eszközök hiánya jelentett súlyos stresszforrást. Szicsek (2004) szociális intézményekben és krónikus osztályon dolgozó ápolók kiégettségét vizsgálta. Eredményei alapján felhívja a figyelmet a kiégés és a pszichológiai immunkompetencia összefüggéseire, valamint arra, hogy nem a munkából adódó stressz tényezők okozzák a legnagyobb veszélyt, hanem a munkahelyi légkörnek van kiemelkedő szerepe. Továbbá kiemeli, hogy mennyire fontos az egészségügyi dolgozók mentális állapotával való folyamatos törődés.

A kiégés okai

1. *A munka jellegzetességei:* ide tartozik túlterheltség, szerepkonfliktus, a munkahelyi támogatás jelenléte/hiánya, az információ és kontroll kérdése, a visszajelzés hiánya és az autonómia hiánya.

2. *A foglalkozás jellegzetessége:* minden olyan foglalkozás, ahol intenzív kapcsolatban van a dolgozó más emberekkel, növeli a kiégés kockázatát. Az újabb vizsgálatok fókuszra sokkal inkább a dolgozó intraperszonális faktorait helyezi a középpontba, (pl. az empátiás odafordulás, az érzelmek elfojtása, bizonyos érzelmek kimutatása), amelyek már sokkal inkább hozzájárulnak a kiégés alakulásához (Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini, és Holz, 2001).

3. *A szervezeti tényezők:* ide azok a szociális, kulturális és gazdasági tényezők tartoznak, melyek hatást gyakorolnak a szervezetre.

4. *Az egyéni tényezők hatásait* a kiégés alakulására jóval kevesebb kutatás vizsgálta. A vizsgált egyéni változók a demográfiai jellemzők, a személyiségjellemzők és a munkával kapcsolatos attitűdök (Maslach, Schaufeli és Leiter, 2001 alapján):

Demográfiai jellegzetességek: a kor tekintetében a vizsgálatok azt mutatják, hogy a fiatalabbak veszélyeztetettebbek, mint 30 és 40 év közöttiek. Maslach és munkatársai azonban felhívják a figyelmet arra, hogy elképzelhető, hogy azok, akik kiégnek,

végül úgy döntenek, hogy más hivatást, pályát választanak, így azok maradnak, akik eredetileg is kevésbé mutatták a kiégés jeleit. A nemi különbségek tekintetében a nőknél magasabb kiégési átlagértéket találtak, mivel karrier lehetőségeik behatároltak, kisebbnek érzékelik a munkájuk felett gyakorolt kontrollt, valamint a munkahely pszichoszociális stresszorai markánsabban hatnak személyiségükre. Hajlamosabbak az érzelmi kimerültségre, szemben a férfiakkal, akiknél a deperszonalizációnak nagyobb a valószínűsége (Schaufeli és Enzmann, 1998). A családi állapottal kapcsolatban főleg a férfiaknál találtak konzisztens összefüggést, miszerint aki egyedülálló, jobban veszélyeztetett a kiégés szempontjából.

Személyiségjellemzők: a szívósság (elmélyülés képessége, kontrollézés, változásra való nyitottság), mint személyiségvonás védelmet jelent a kiégés ellen (leginkább az érzelmi kimerülés dimenzióban). A vizsgálatok alapján úgy tűnik, hogy az alacsony önértékelés, külső kontroll attitűd és elkerülő megküzdés tesz sérülékenyebbé a kiégéssel kapcsolatban. Miller, Stiff és Ellis (1988) arra hívja fel a figyelmet, hogy a kliens negatív érzéseinek az átvétele sokkal sérülékenyebbé teszi a segítőt a kiégés kialakulása szempontjából. Elképzelésük alapján a zaklatott érzelmi állapotban lévő klienssel történő interakció nyomán a segítőben elindul egy empátiás folyamat, amely tudatos szabályozás, illetve megfelelő válaszreakció híján kiégéshez vezethet.

Kiégéshez hasonló jelenségek

Három fontos területet emelek ki: az egyik a Helfer szindróma, a másik a depresszió, a harmadik a másodlagos traumatizáció. Elkülönítendő a kiégés szindrómától az ún. Helfer szindróma, melyet 1977-ben írt le Schmidbauer (Fekete, 1991), aki pszichoanalitikus szempontból vizsgálta a segítő személyiségét, motivációját. Ebben az elképzelésben a segítő pályaválasztásának motivációjában megoldatlan gyermekkori traumák, regresszív szükségletek kielégülése játszik központi szerepet.

A segítesen keresztül igyekszik kielégíteni a kapcsolati igényeit, így igyekszik elkerülni, hogy saját érzéseit, szükségleteit megélje, ezért a segítés merev életformává alakul. (Fekete, 1991). A depresszió és a kiégés megkülönböztetése kapcsán leggyakrabban az képezi a megkülönböztetés alapját, hogy a kiégés a munka kontextusához kötött, míg a depresszió az élet minden területét érinti. Van azonban összefüggés a két jelenség között, hiszen azok, akik hajlamosabbak a depresszív tünetképzésre, sérülékenyebbek a kiégés kialakulása szempontjából (Maslach, Schaufeli, és Leiter, 2001).

A szélsőségesen negatív élményt átélt páciensekkel foglalkozó segítőknél írták le a *másodlagos traumatizáció* jelenségét (Figley, 1995). Kiemeli, hogy bár az empátia lehetővé teszi, hogy a segítő megértse a páciens traumatizált állapotát, viszont az empátia folyamata közben ő maga is traumatizálódhat. A fokozott emocionális bevonódás miatt a megfigyelő tulajdonképpen replikálja a megfigyelt érzelmi állapotát. Akkor történhet, ha a páciens súlyos traumája mélyen megéri a segítőt, így elég lehet egyetlen alkalom is ahhoz, hogy a traumatikus tünetek kialakuljanak. A

másodlagos traumatizáció hátterében a segítő saját múltbeli, feldolgozatlan traumája is állhat, és a beszélgetésbe beleviheti konfliktusait és megoldási modelljeit, ezáltal érintődhet, bevonódhat a kliens problémájába. Ezért fontos, hogy a segítő ismerje saját érzéseit és tapasztalatait, kompetenciájának határait, pl. mit vállalhat fel azonnal, a bevonódás veszélye nélkül.

A KUTATÁS

Kutatásomat LESZ (Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége) révén végeztem. A vizsgálat, önkéntes, és anonim volt.

A kutatás célja a kiégés szintjének felmérése (alacsony, közepes vagy magas szintű), illetve a kiégés kockázatát növelő és azt megelőző tényezők felmérése.

A felmérés két lépésben történt: Elsőként egy kérdőíves felmérést készítettem. A kutatás második fázisában, a kérdőívek feldolgozása után 4 alkalommal interjút végeztem a LESZ munkatársaival, amelynek célja a téma szervezetre jellemző sajátosságainak jobb megismerése.

Mérési eszközök

Kérdőíves eszközök:

1. Maslach Burnout Inventory (MBI) A kérdőív három dimenzió mentén méri a kiégésszindrómát: az érzelmikimerülés, a személytelen bánásmód (deperszonalizáció) és a személyes hatékonyságérzet mentén

2. Önértékelés-önbecsülés mutató kérdőív (RSES) – célja az önbecsüléssel kapcsolatos problémák mérése; (Rosenberg Self-Esteem Scale, 1965), mely az „én” egészére vonatkozó értékminőséget jeleníti meg.

3. Lazarus és Folkman 1980-ban kidolgozott Konfliktusmegoldó Kérdőívének Rövidített 16 tételes változatából nyolc: a konfrontálódás, távolítás, self-control, szociális támaszkeresés, felelősségvállalás, menekülés-elkerülés, tervszerű problémamegoldás, optimista újraértékelés- stratégiákat fedt le (Rózsa és mtsai 2008).

4. A COPSOQ II a munkahelyi és pszichoszociális körülmények felmérésére alkalmas. Kristensen (2010). A mérőeszköz hét fő dimenzió mentén vizsgál. Munkahelyi követelmények, szervezet és munkakör, együttműködés és vezetés, munka—magánélet egyensúly, bizalmi légkör, erőszak és zaklatás, egészségi állapot és jóllét.

5. A WHO Jól-lét Skála (WHO Well-Being Scale), Bech nyomán (1996), öt itemes változatban – a szubjektív jóllét vizsgálatára. A mérőeszköz magyar adaptációjának bemérésére Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés során került sor (Rózsa és mtsai, 2003),

Mintavétel

A kutatásban szereplő személyek neme 6 férfi és 45 nő. A szolgálati idő alapján 7 fő 1 éve, 6 fő 3 éve, 8 fő 4 éve, 20 fő 6 éve, 5 fő 10 éve, 2 fő 15 éve, 3 fő 20 éve dolgozik

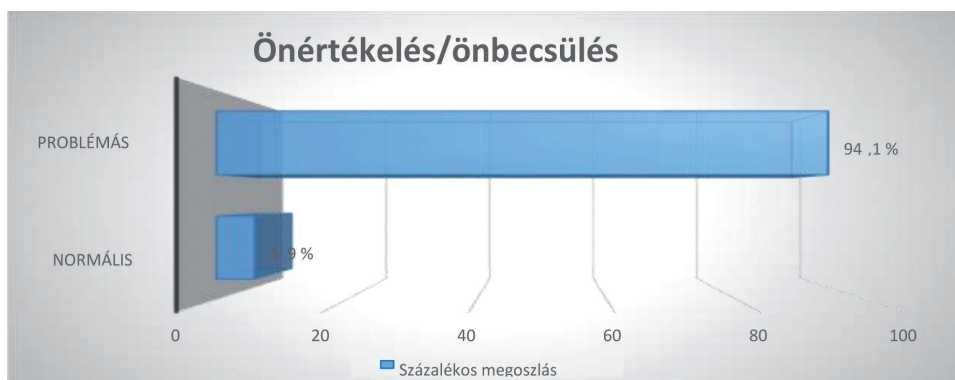
a szervezetnél. Családi állapotukat tekintve 36 személy házastársi, 11 élettársi kapcsolatban él, 4 egyedülálló. Összesen 51 fő vett részt a kutatásban.

A kérdőívek kitöltése interneten keresztül valósult meg, 34 fő bevonásával. A legfiatalabb kérdőívkitöltő 24 éves, míg a legidősebb 59 éves volt. Az interjú 4 alkalom során, 17 ember részvételével történt.

A kérdőíves kutatás eredményei

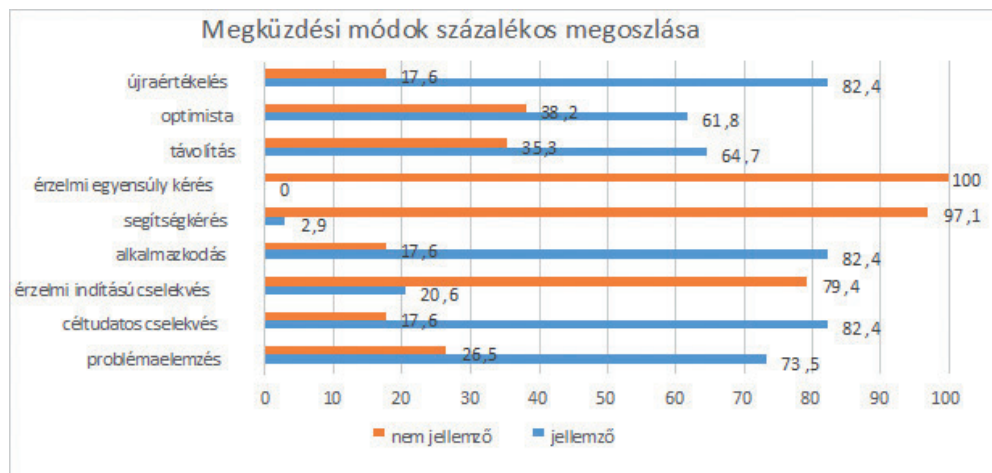
A kiégési szint tekintetében, az MBI összesített eredményeit a Maslach által kidolgozott tartomány alapján nézve, a szervezet dolgozói nagyon jó eredményeket mutatnak. 32 személynél nincs, míg 2 személy esetében közepes szinten jelentkezik a kiégés.

A kiégés jelenlétének hiánya mellett azonban mégis figyelemkeltő jelleggel bír, hogy munkacsoport több mint 90%-a esetén önbecsülési problémák mutatkoznak. Ez az eredmény további elemzéseket igényelne, mivel az alacsony szintű önbecsülés és önhatékonyság kiégési kockázati tényezőként működik.



A nehézségekkel való megküzdési módokat vizsgálva azt láthatjuk, hogy legtöbb egyénre a céltudatos cselekvés és az alkalmazkodás dominanciája a jellemző, amelyeket a problémaelemzés, illetve a távolítás követ. A céltudatos cselekvés és az alkalmazkodás, hatékony megküzdési módnak bizonyulhat a lelki elsősegély szolgáltatban. Egyrészt a gyakran előforduló krízishelyzetek miatt, másrészt azokban a kudarchelyzetekben, mikor a legjobb segítség ellenére sem az elvárásnak megfelelően alakulnak a dolgok.

Kiemelt figyelmet szentelhetünk annak az eredménynek, ami szerint a vizsgált segítők közül a segítségkérés egyáltalán nem, illetve az érzelmi egyensúly keresése, mint megküzdési mód nagyon kevés személyre jellemző.



A munkahelyi környezet pszichoszociális tényezőinek eredményei alapján mindenki fontosnak, értelmesnek tartja munkáját, és legtöbbször kielégítőnek a szervezeti légkört és a támogatást. Csak enyhén stressz mutatható ki szerepelvárások, és munkahelyi nehézségek miatt. A szervezetben való elköteleződés bizonytalanak tűnik, de a legtöbbször úgy látják van lehetőségük újat tanulni munkájuk során.

A jóllét skálán a csoport közepes és magas szintet mutat, és csak 3 személy esetén jelent meg az alacsony elégedettségi fok. Mivel a magas életelégedettség a kiégés alacsony értékeivel jár együtt, ez is erősíti a vizsgált csoport kiégés elleni védetségét.

A magánélet és a munka egyensúlyának vizsgálati eredményei a vizsgálat minta közel harminc százalékánál jelzik a sok idő/energia veszteséget, amely a kiégés rizikóját növeli.

A továbbiakban az egyes faktorok kiégés, életkor, önbecsülés, munka és magánélet, munkahelyi elégedettség, egymás közötti összefüggéseit vizsgáltam. A vizsgálati csoport eredményei pozitív, szignifikáns összefüggéseket mutatnak a kiégés és munka-magánélet, illetve a kiégés és munkahelyi érzelmi megterhelés között, valamint az érzelmi megterhelés és magánélet - munka között. Továbbá, szignifikánsan negatív korrelációt találtam az életkor és a jóllét között, ami arra enged következtetni, hogy az idő múlásával egyre elégedetlenebbek az alanyok az életükkel.

Az érzelmi megterhelés összefügg a jelenlegi pozícióban betöltött időtartammal, ami azt mutatja, hogy minél régebb idő óta van a jelenlegi pozícióban, annál valószínűbb a növekvő tendenciájú érzelmi megterhelés.

A kvalitatív interjú elemzés

A kérdőíves felmérést követő interjú a következő témakörökre épült: az önkéntes ügyelői munka kihívásai (stresszorok), az egészségtelen életmód, a dolgozók és kliensek közti kapcsolat, szervezeti légkör, kollegialitás, a szervezet működése, és

támogatása (szupervízió), az ügyelők motivációja, javaslatok a kiégés megelőzésében.

Az interjúkból kiderült, hogy a kutatásban résztvevők számára a telefonos lelkeségély munka egy tiszteletben tartott, nagy erkölcsi értékkel rendelkező szolgálat. A kihívások, nehézségek tekintetében, az alábbi stresszorokat emelték ki az interjúalanyok: a leterheltség, az eszköztelenség érzése, a kliensekkel való közelség és távolság kérdései, a hivatás motivációjának változása, a rosszul értékelt kudarcok. A vizsgálatban résztvevők válaszai alapján, a stressz okozta tünetek közül elsősorban az ingerlékenység és a fejfájás okoz problémát. A megküzdés fizikai módjai közül a sport és a zene a legpreferáltabb, melyet a problémák másokkal történő megosztása és a kirándulás követ. Az itt dolgozók között is többen dohányoznak és jó néhányan súlyfelesleggel rendelkeznek.

A munkahelyi elégedetlenségre rákérdezve a dolgozók úgy vélekedtek, hogy a legnagyobb gond abból adódik, hogy a 24 órás szolgálati időre kevés az aktív dolgozók száma. A stáb 26 fővel működik jelenleg 2 fő szüneteltet.

Néhány esetben a kollégák már az újonnan érkező segítő beilleszkedése alatt is figyelnek a kollegális viszony megalapozására. A munka iránti elkötelezettség a jó munkavégzés igénye alapérték a megkérdezettek számára, akárcsak a támogató pozitív hangulatú kapcsolat. A munkahelyi körülményeket a megkérdezettek többsége nem tartotta megfelelőnek. A fizikai feltételek között kiemelt szerepet kapott a helyiség. Hangulatát régiesnek „szocosnak” találták. Ezen kívül a számítógépek is elavultak. Az eszköz állomány hiányos, ami a munkát hátráltatja.

Beszégettünk arról is, hogy hogyan működik a munkahely, mint szervezeti egység, megfelelő-e az együttműködés, a formális munkavégzéssel kapcsolatos kommunikáció, információáramlás és annak tartalma? Megosztó volt a vélemény, legtöbben (főleg az újak), nem ismerik a szervezeti struktúra működését, szabályzatát átfogó, és gyakorlatba ültethető alapelveit.

A dolgozók és kliensek közti kapcsolatra kérdezve a csoport tagjai elmondták, hogy az empatikus, támogató attitűd bizonyos helyzetekben kihívások elé is állítja a csapat tagjait, mint például egy súlyos krízis vagy az emberek szívét-lelket megérintő küzdelme amikor beszámolnak egy-egy elhalálózással kapcsolatban.

A gyógyulás, gondozás, és támogatás szempontjából szükséges a kötődés, de ez az empatikus bevonódás a segítő involválódását is fokozhatja. Az egyik segítő azt mondja ebben a munkában az a legnehezebb, ami egyben a szépsége is. „A vonal végén felelősséggel tartozom azért, aki megtisztelt azzal, hogy megnyílik, együtt gondolkodik, mérlegel vagy akár sír velem. Felemelő érzés, ha sikerül a feszültségből, a terhekből kicsit levezetni, vagy akár elindítani egy gondolatot, ami majd segít továbblépni. Arra viszont figyelni kell, ha valaki a társtalanságát, izolációját enyhítené egy beszélgetéssel, ne vegyük át a hívó környezetének szerepét, hiszen az életért, és nem az élet helyett működik a szolgálat”.

Egy másik ügyelő kolléga nem tagadja, hogy a kiégés szele őt is meglegyintette. „Azt gondolom álszent lennék, ha azt mondanám, hogy a 10 évem alatt mindig minden

ügyeletemben ugyanazzal a lelkesedéssel maximális fizikai- és pszichés töltöttséggel ültem a telefon mögé. De ez a munka egy szolgálat, szolgálni pedig azért szép dolog, mert a visszakapott energiával csodálatosan lehet tölteni. Szerencsésnek tartom magam, hogy ennek részese lehetek.”

Más vélemény szerint a kiégést nem onnan lehet felismerni, hogy az ember már nem fordul érdeklődéssel mások problémái felé. Egy 52 éves ügyelő azt mondta, hogy őt már kezdetektől nem probléma, hanem a mögötte álló ember érdekelt. „Ráfigyelni, az érzéseit megérteni, azokra reagálni, sokszor nincs is összefüggésben a problémával, amiről beszélünk. Ha azonban bármikor elvesztettem volna az érdeklődésemet ebben az irányban, akkor mindig kéznél lett volna a segítség, ami védi a munkatársakat és a hívókat egyaránt. Egy segítőnek tudnia kell segítséget kérni.”

Volt egy olyan munkatárs is, akinek visszatérő problémát okoz amikor kilátástalannak tűnik a beszélgetés. Az ilyen hívások nyomasztóan hatnak számára.” Még nem dolgozom itt régóta, talán az a baj, hogy gyors sikereket akarok elérni, de elég hamar kiderül, hogy a pszichológiában a sikert más mértékegységben mérik (nevet).”

A szupervízióval kapcsolatos kérdésre az alanyok elmondták, hogy részt vesznek egyéni és csoportos szupervíziókon, önismereti hétvégeken és így tanulnak magukról, építik magukat, gazdagodik a saját önismeretük, ami elsősorban a belső fejlődésükben készségeik fejlődésében érhető tetten. Ezeket az ügyelői munka közben megszerzett készségeiket a munkájuk, személyes kapcsolataik, családjuk körében is jól kamatoztatják.

ÖSSZEFOGLALÁS

A kiégés, az érzelmileg megterhelő interperszonális kapcsolatok során átélt egyéni stressz eredménye, mely főleg humán szférában dolgozóknál, a segítő foglalkozásoknál jelenik meg. A H. Freudenberger által körülírt tünetek azokra a segítő foglalkozásúakra illenek, akik fokozott és tartós érzelmi terhelésnek vannak kitéve. Legveszélyeztetettebbek a magas szintű empátiával rendelkező munkatársak. Ők azok, akik a leglelkesebben, legodaadóbban végzik munkájukat. A tünetek megjelenésének alapvető oka az *érzelmi kiürülés*. Ha a munkakörülmények sem megfelelőek, fizikai túlfeszítettség, vagy a megbecsülés hiányának érzete társul, akkor egy idő után szinte törvényszerű a tünetek megjelenése.

A kutatásban bemutatott eredmények azonban azt mutatják, hogy a klinikai értelemben vett kiégés tünetegyüttese nem jellemző a vizsgált munkacsoportnál. A prevenció fontosságára, a szakirodalmi ismereteken túl, a szervezetnél megjelenő fluktuáció, alacsony önbecsülési szint, a tartalmában és szervezetszervezettségében megterhelő munka problematizálásának jelenléte mutat.

A vizsgált munkacsoport összességében magas szintű életelégedettséggel, alacsony szintű kiégéssel, alacsony szintű munkahelyi szorongással jellemezhető.

Problémamegoldási módszereiket illetően dominánsan a céltudatos cselekvést és az alkalmazkodást részesítik előnyben. Habár ők maguk segítő szakemberek, a saját életükben felmerülő nehézségekkel való megküzdésben legkevésbé a segítségkérést és az érzelmi egyensúlyra törekvést alkalmazzák. Ennek további vizsgálata valószínűleg hasznos lenne.

Ami az érzelmi kiegészés-szempontrú rizikótenyezóket illeti, javasolható az önbecsülésskálá alacsony, problematikus szintet mutató értékei kontextusának, okainak kiderítése, valamint orvoslása, hiszen az egyéni jellemzők jelentős mértékben befolyásolják a kiegészést.

A munka általi túlterheltség, valamint a szolgálati idővel együtt növekedő munkahelyi stressz odafigyelést és kezelést igényel mind a személyzet (egyéni szintű), mind a vezetőség részéről (szervezeti szintű). A rizikótenyezók közül az interjúalanyok is azonosították a személyhiányt, ami az alkalmazottak túlterheltségéhez vezethet. Mivel, úgy tűnik, a szervezetnek nem áll módjában ezeken a közeljövőben érdemben javítani, az értékelés, elismerés kifejezéséhez új, kreatív és a munkatársak igényeire, elvárásaira alapuló módszerek kitalálására és gyakorlatba ültetésére van szükség. A segítőök kliensekkel kapcsolatos „élményeinek” a feldolgozására a szervezetnek továbbra is oda kell figyelnie, esetmegbeszélések és a rendszeres szupervíziók által.

A munkahelyi társas kapcsolatok rendszere más jellegű, mint a családi, de fontos szerepet játszik az egyén személyes céljai és eredményessége tekintetében. Ez indokolja, hogy a munkahelyi támogatottság, és elismerés jelentősen befolyásolja az egyén mentális állapotát, a megbetegedések gyakoriságát, azáltal, hogy csökkenti a megélt stressz káros hatásait, mely az agyban biokémiai változások mentén is tetten érhető (Kállai, 2007). Az interjúalanyok beszámolóí alapján, kielégítően pozitívnak mutatkozik a társas támogatás a kollégák körében. A segítői munka iránti elköteleződésre úgy tekintenek, mint közös értékre, a nehézségek közös formális vagy informális megbeszélésére.

A kiegész szempontrából kockázati tényezőnek bizonyult a segítségkérés nehézségei.

A szervezet részéről értékelhető a különböző tréningek, mentálhigiénés csoportok vagy egyéb közösségépítő programok szervezése. Ez jó alapja lehet egy, szükség esetén személyre szabott, preventív vagy kezelési program megvalósításának vagy egy olyan tudatos szervezeti kultúra kialakításának, ahol az egészségpolitikai/stratégiai szemlélet is teret kap, ami Szényei és munkatársai (2015) szerint nagyban növeli a kiegész-prevenció hatékonyságát.

Fontos erősíteni, kialakítani a segítőökben azokat a készségeket, képességeket, melyekkel könnyebben megküzdének a munkahelyen adódó nehézségekkel, megterhelő helyzetekkel. A segítő hivatást választók a személyiségüket olyan tényezőként használják, amihez elengedhetetlen a személyiség ellenálló-képességének növelése, valamint a különböző konkrét technikai tudás megtanulása, ezért szükség van képzésekre. A nem megfelelő munkakörülmények viszont mind olyan nehezítő tényezők, amelyek jelentős hatást gyakorolnak az önkéntesek elköteleződésére.

A kutatás korlátai és lehetséges folytatása

A munkaszervezési kérdések, a szervezeti kultúra, a munkahelyi légkör alaposabb vizsgálata szükséges. A továbbiakban érdemes lenne bevonni az egész munkacsoportot. Ennek segítségével árnyaltabb képet kaphatnánk a szervezet kiegészés-megelőző terveinek a megalapozására, különös figyelmet fordítva azokra a dolgozókra, akik hosszabb ideje tartózkodnak a szervezetnél.

NAGY TÍMEA: 2020-ban végzett a GFE-n
SZABÓNÉ DR. KÁLLAI KLÁRA: klinikai pszichológus, szupervízor, témavezető

BIBLIOGRÁFIA

Felhasznált források:

Batson, C. D.-Ahmad, N.-Lishner, D. A.-Tsang, J. A.: *Empathy and altruism*. In: Snyder, C. R.-Lopez, S. J. (eds.): *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press, 57,

New York, (2002), 484-498

Buda Béla: *A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései*, Animula, Budapest, 2002.

Buda, Béla: *Empátia, A beleélés lélektana*, Budapest, Urbis, 2006.

Buda Béla: *Pszichés hatás és pszichoterápia telefonon át (A telefonos lelki elsősegély nyújtás pszichológiai problémái)*. Országos Ideg- és Elmegyógyintézet, Budapest, 1973.

Edelwich, J., Brodsky, A.: *A kiégés fogalma*. In: K. Szilágyi, A. Váry (szerk.), *A pszichés terhelés és a munkaközvetítés. A burn-out jelenség*, Gödöllő, Gödöllői Agrártudományi Egyetem (1997), 9-25

Fülöp, E., Devecsery, Á., & Csabai, M.: *Az érzelmi bevonódás és a kiégés összefüggései pszichiáter rezidensek körében*. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, (2012).

Hegedűs, K., Riskó, Á.: *Súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota*, In Kopp M.(szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*, Medicina, Budapest, 2006.

Hegedűs, K., & Kovács, M.: *A munkahelyi stressz hatása az egészségügyi dolgozókra*. Hippocrates, 2008.

Maslach, C., & Jackson, S. E.: *Burnout in Health Professions. A Social Psychological Analysis*. In: G. S. Sanders, & J. Suls (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, (1982), 227-247.

Petróczi Erzsébet: *Kiégés – elkerülhetetlen?* Budapest, Eötvös József Könyvkiadó, 2007.

Pikó Bettina: *A nővéri munka magatartás-tudományi vizsgálata Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás*. Lege Artis Medicine, 11/4, (2001), 318-325

Pikó, Bettina: *Lelki egészség a modern társadalomban*, Budapest, Akadémiai Kiadó, 1995.

Pikó, B.- Piczil, M.: *Megküzdési (coping) stratégiák és a társas támogatottság összefüggése az ápolónők egészségi állapotával*. Pszichológia,22/4, (2001),437-447.

Pines, A. & Maslach, C.: *Characteristic of staff burnout in mental health setting*, Hospital and Community Psychiatry 29, (1977), 233-237.

Richard M. Ryan – Edward L. Deci: *Intrinsic and extrinsic motivation: classic definitions and new directions*. Contemporary Educational Psychology, 25, (2000), 54-67.

Felhasznált szakirodalom:

Arnold, P. – Héra, G. – Mészáros, Z. – Szabó, Á: *„A kríziskezelő szolgálatok*

fejlesztése” elnevezésű, EFOP-1.2.4-VEKOP-16-2016-00001 azonosító számú projekt keretében megvalósuló kutatás eredményeiről, Zárótanulmány, Budapest, 2017, 9-108.

Ádám, Sz., & Mészáros, V.: *A humánszolgáltató szektorban dolgozók kiegészének mérésére szolgáló Maslach Kiegész Leltár magyar változatának pszichometriai jellemzői és egészségügyi korrelátumai orvosok körében.* Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 13/2, (2012),127-145.

Caplan, G.: *Support Systems and Community Mental Health: Lectures on Concept Development*, New York: Behavioural Publications, 1974.

Deutsch, Sz.- Fejes, E.- Kun, Á.- Medvés, D.: *A jóllétet meghatározó tényezők vizsgálata egészségügyi szakdolgozók körében.* Alkalmazott Pszichológia 15/2, (2015),49-71.

Fekete Sándor.: *Segítő foglalkozásúak kockázatai. Helfer szindróma és burnout-jelenség.* Psychiatria Hungarica, 6/ 1 (1991), 17-29.

Figley, C.: *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview.* In C., Figley (Ed.), *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder:* (pp. 1-20). New York, NY: Brunner/ Mazel, 1995.

Freudenberger, H. J.: *Staff burnout.* Journal of Social Issues, 30, (1974), 159-165.

Holmes és Rahe: *Social Readjustment Rating Scale;* Journal of Psychosomatic Research,11/2 (1967), 213-221.

Kállai János: *Egészség és társas támogatás.* In: J. Kállai, J. Varga, & A. Oláh (szerk.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban*, Budapest, Medicina, 2007, 199-216.

Lazarus, R. S. and Folkman, S.: *Stress, Appraisal and Coping*, Springer, New York, 1984.

Lazarus, R. S. és Folkman, S.: *Coping and adaptation*, In: Gentry W. D. (szerk.): *The handbook of behavioral medicine*, Guilford, New York. 1986, 235–312.

Maslach, C, Schaufeli, W.B., & Leiter, M. P: *Job Burnout.* Annual Review of Psychology, 52, (2001), 397- 422.

Masten, A. S.: *Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises.* Development and Psychopathology,12, (2007), 857-885.

Miller, K.I., Stiff, J.B., & Ellis, B.H. *Communication and empathy as precursors to burnout among human services workers.* Communication Monographs, 55, (1988), 336-341.

Nistor Katalin és Mtsai: *A Koppenhágai Kérdőív Munkahelyi Pszichoszociális Tényezőkről II (COPSOQ II) magyar verziójának pszichometriai jellemzői.* Mentálhigiéné és Pszichoszomatika:16/2 (2015), 18-183.

Pawel Jordan: *Volunteers: A Valuable Resource* Malgorzata Ochman, Hungarian translation: Suhajda Éva Virág, 1997.

Pikó, B. Piczil, M.: *Az elégedettség és elégedetlenség szociológiai vizsgálata a nővéri hivatásban.* Lege Artis Medicinae, 8/10, (1998), 728 - 734.

Pszichiátriai Szakmai Kollégium PSZK: *Az Egészségügyi Minisztérium módszertani levele a lelki elsősegély telefonszolgálatok működéséről.* 2009:6a; 2009:2b.

Rózsa, S., Réthelyi, J., Stauder, A., Susánszky, É., Mészáros E., Skrabski. Á., & Kopp, M.: *A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbatteria pszichometriai jellemzői*. Psychiatria Hungarica, 18/2, (2003), 83-94.

Rózsa és Mtsai: *A megküzdés dimenziói: A konfliktusmegoldó kérdőív hazai adaptációja*, Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 9/3, (2008), 217-241.

Saleebey, D.: *The Strength Perspective in Social Work Practice*, Boston, Pearson, 2006, 4.kötet.

Schaufeli, W. B. & Enzmann, D.: *The Burnout Companion to Research and Practice: A Critical Analysis*. Taylor and Francis, London, 1998.

Sheldon, K. M.-Elliot, A. J.-Kim, Y.-Kasser, T.: *What is Satisfying About Satisfying Events? Testing 10 Candidate Psychological Needs*. Journal of Personality and Social Psychology, 80/ 2, (2001), 325-339.

Susánszky É., Székely A.: *A Hungarostudy 2013 felmérés módszertana*. In. Susánszky É., Szántó Zs. (szerk.) Magyar Lelkiállapot 2013, Semmelweis Kiadó, Budapest 13-21.

Szakács Ferenc., Bánfalvi Mária.: *Vállalkozás- és szervezetsz pszichológia*. Általános Vállalkozási Főiskola ÁVF, Budapest, 2006.

Széneyi Gábor András-Ádám Szilvia-Győrfi Zsuzsa-Túry Ferenc: *A kiegészi szindróma megelőzése – A hagyományoktól a modern információs technológiáig*, Magyar Pszichológiai Szemle, 70/4, (2015), 847–862.

Szicsek Margit: *Kiegész és pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában*, Kharón, Thanatológiai Szemle, 8/1-2, (2004),88–131.

V. Komlósi, A.: *Napjaink önértékelés-kutatásainak áttekintése: önértékelés és/vagy önelfogadás*. In Zs. Demetrovics, Gy. Kökönyei, & A. Oláh (szerk.), *Személyiséglelektantól az egészségpszichológiáig: Tanulmányok Kulcsár Zsuzsanna tiszteletére*, Budapest: Trefort Kiadó, 2007, 20-44.

Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M: *Emotion work and job stressors and their effects on burnout*. Psychology & Health, 16, (2001). 527–545.

AZ ÖRÖKBEOFOGADÁSRA VÁRAKOZÓK MENTÁLHIGIÉNÉS MEGSEGÍTÉSI LEHETŐSÉGEI

1. BEVEZETÉS

Az 1997. évi XXXI. számú törvény „A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról” szól (továbbiakban: Gyvt.) és alapelve illetve a gyermeki jogokról szóló bekezdése értelmében a gyermekek elsősorban vér szerinti családban történő nevelkedését, amennyiben ez nem lehetséges vagy nem szolgálja a kiskorú egészséges személyiségfejlődését, abban az esetben helyettesítő gondoskodást nyújtó családi környezetben, befogadó (nevelő) családban, illetve amennyiben a feltételek ezt lehetővé teszik, örökbefogadó családban szükséges biztosítani számára a nevelés, gondoskodás feltételeit.

Az elmúlt évtized örökbefogadási tanácsadói feladatkörben szerzett szakmai tapasztalatainak köszönhetően számtalanszor szembesültem azzal, hogy az örökbe fogadni szándékozó leendő szülők számára nagyon nehéz, lelkileg megterhelő a „gyermekre várás” a várankozás időszaka. Ez az időszak az örökbefogadásra való alkalmasságuk megállapításától az örökbe fogadható gyermek részükre történő kiajánlásáig tart, mely adott esetben több évet is jelenthet.

Egészségfejlesztő mentálhigiénikusként, úgy gondolom, hangsúlyosabban kellene foglalkozni az örökbe fogadni szándékozók mentálhigiénés megsegítésének lehetőségeivel a várankozási idő alatt. Ezért is választottam ezt szakdolgozatom témájaként.

A témaválasztásomat azért is tartom szükségesnek, mert a várankozási idő hossza az elmúlt évek statisztikai adatai alapján Békés megyében - hasonlóan az országos átlaghoz - körülbelül 1- 4 év. Ez egyrészt jóval meghaladja egy vérszerinti gyermek várankozásának időtartamát, másrészt az örökbe fogadni szándékozókban determinál egy folyamatos készenléti/készültségi állapotot.

Munkám során tapasztalom, hogy az örökbefogadás során jelentkező bizonytalan, kevésbé kiszámítható, hosszú várankozási időszak növeli a distressz jelenlétét, mely negatív érzésekkel és zavart testi működéssel járhat az örökbe fogadni szándékozóknál.

Ezért jövőbeni segítői tevékenységem során szeretnék a Békés megyei örökbe fogadni szándékozók részére lelki egészségük javítása, illetve a jövőben egészségmegőrzésük érdekében, olyan prevenciós, önkéntes programok elérhetőségét biztosítani, melyek a várankozási idő alatt felmerülő stressz-megküzdési képességüket, illetve örökbefogadó szülői kompetenciájukat fejlesztik.

Ezért is tartottam fontosnak, annak vizsgálatát, hogy Békés megyében, a kutatás időszakában az örökbefogadásra várankozók, illetve a már örökbefogadók nyitottak-e

a mentális egészségvédelmet célzó foglalkozásokra, és ha igen, milyen jellegűre.

A témával kapcsolatban a választott kutatási módszereimmal az alábbi hipotézisek ellenőrző vizsgálata valósult meg:

1. Az örökbe fogadni szándékozónál a várakozási idő alatt nagyobb arányban jelentkeznek a stressz testi és érzelmi tünetei, mint a stressz mentális és viselkedésszerű tünetei.
2. Az örökbe fogadni szándékozók között nagyobb arányban vannak olyanok, akik szívesen részt vennének a várakozási időszakot megkönnyítő, önkéntes, rendszeres időközönként tartott mentálhigiénés programokon, annak érdekében, hogy szülői kompetenciáikat és a folyamat során felmerülő stressz-megküzdési képességeiket fejlesszék.
3. Örökbe fogadni szándékozók részére főként Budapesten és Szegeden elérhető civil szerveződések várakozási időszakot megsegítő programjainak egyes elemei Békés megyébe is - az igények, helyi lehetőségek figyelembevételével – alkalmazhatóak lennének.
4. A Békés megyei örökbefogadásra várók számára az örökbefogadással kapcsolatban felmerülő kétségeik, félelmeik, kérdéseik alapján több alkalomból álló mentálhigiénés segítőprogram főbb témakörei kidolgozhatók.

Az első kettő és az utolsó hipotézis mérési módszereként az örökbe fogadni szándékozók és az örökbefogadók kérdőíves adatfelvételt alkalmaztam. A harmadik hipotézis mérési módszere a Mózeskosár Egyesület és az Ágacska Alapítvány örökbe fogadni szándékozók részére meghirdetett programjainak tartalomelemzése a szervezetek web oldalain.

2. ELMÉLETI HÁTTÉR

2.1. Rövid történeti áttekintés

Az örökbefogadás jogintézménye évszázadokra nyúlik vissza. A továbbiakban néhány érdekes forrás feldolgozásával röviden azt mutatom be, hogy a történelem során az örökbefogadás célja, funkciója, intézményének formája milyen változásokon ment keresztül. Egyik legrégebbi példáját az örökbefogadásnak Mózes bibliai történetéből ismerjük, mely a Szent Biblián belül Mózes II. könyvében került leírásra. E szerint Egyiptomban Mózes, anyja a „folyó menti sás” közé „gyantával és szurokkal” bekent „gyékény-ládáscskába” (2Móz 2,3) helyezte, ahol a fáraó lánya rálelt. Az anya, így akarta megmenteni fiát, hogy a többi zsidó fiúcssecsemővel együtt ne öljék meg. Ezt látva Mózes nővére, a fáraó lányának szoptató dajkaként a gyermek mellé Mózes anyját ajánlotta. Így lett Mózes vérszerinti anyja a fáraó lánya által örökbefogadott fiú dajkája. (2Móz 2,2-10) Az ősi Kínában, ókori Rómában és Babilóniában az örökbefogadás célja a gazdag családoknál a vagyon öröklése, a család folytonosságának a fenntartása volt. Az ókori

római törvényi szabályozás szerint örökbe fogadni csak a termékenységi kor elérése után lehetett, kizárólag csak a gyermekteleneknek, és örökösként csak felnőttet.¹

Az ókori társadalmakban az örökbefogadás a vagyoni cél mellett a családi név átruházásának eszköze is volt. A feudális társadalmakban érdek volt a vagyonnak a vérrokonai családban tartása, így a cél az volt, hogy az örökbefogadást ne ismerjék el. A polgári jogfejlődésben az örökbefogadás szabályozása ismét előtérbe került.²

A gazdagabb társadalmi rétegből származók törvényesítették a törvénytelen gyermekeiket, míg a szegények törvénytelen gyermekei és árvái dologházakba kerültek. Az árváknál kedvezőtlenebb volt a törvénytelen gyermekek megítélése, ezáltal a helyzetük is. A törvénytelen gyermekeket az erkölcstelenség címkéjével is felruházták, melyet örökletesnek gondoltak.³

Az Egyesült Államokban találkozhatunk először humánusabb és egyenlőségre törekvőbb szellemiséggel, melynek egyik eredménye volt az 1851-ben Massachusettsben kiadott első modern örökbefogadási törvényi szabályozás. Az örökbefogadást, ennek ellenére még ezt követően is egyfajta jótékony aktusként tekintették, melyért az örökbefogadott tartozott hálával pl.: munkavégzés révén.⁴

A meddő asszony jogát „saját” gyermekhez először az 1926. évi angol örökbefogadási törvény ismerte el. Erre hatással volt a nők javuló helyzete és a háborús árvák elhelyezésének szükségessége is.⁵

2.2. Jogszabályi előzmények, háttér rövid ismertetése

Magyarországon a 16. század elején az örökbefogadással először Werbőczy István joggyűjteménye – a Tripartitum, Hármaskönyv – foglalkozott. E szerint már megengedett volt a kiskorúak és a nagykorúak örökbefogadása öröklés céljából.⁶

„Az örökbefogadás tehát elsősorban öröklési jellegű szerződés (örökössé fogadás), azaz vagyoni jogi, nem pedig családjogi aktus volt a régi jogfelfogás szerint.”⁷

Az 1877. évi XX. törvénycikk a gyámsági és gondnoksági ügyek rendezéséről, továbbra is fenntartotta, mind a kiskorúak, mind a nagykorúak örökbefogadásának lehetőségét.

Kiskorú örökbefogadása történhetett „*adoptio plena*” és „*adoptio minus plena*”⁸ formájában. Előbbi esetében a szülői jogok átszállásával történt az örökbefogadás. Utóbbinál a szülői jogok a vérszerinti szülőnél maradtak és csak egy korlátozott örök-

1 Vincze, 2007.

2 Csiky, 1998.

3 Fónagy, 2014.

4 Vincze, 2007.

5 Vincze, 2007.

6 Csiky, 1998.

7 Fónagy, 2014.

8 Csiky 1998, 2.

lési kapcsolat létesült. Ebben az esetben az örökbefogadó az örökbefogadott után nem örökölt.

Az örökbefogadásra vonatkozó újabb szabályozásra 1884-ben került sor egy igazságügy-miniszteri rendeletben. Ez alapján az örökbefogadást szerződésbe kellett foglalni, melyet az örökbefogadó, illetve a gyermek törvényes képviselője (vér szerinti szülők vagy az árvaszék által kinevezett gyámja) közjegyző vagy az árvaszék előtt kötött meg. Amennyiben a gyermek nagyobb volt, őt magát is meghallgatták. A szerződést a gyámhatóság jóváhagyását követően az igazságügy-miniszter erősítette meg.⁹

Az örökbefogadás fő motivációi között az öröklés mellett már családi kapcsolatot erősítő elemek is megjelentek pl.: név, a nemesi cím továbbvitele.¹⁰

Az 1901-ben bevezetett Széll Kálmán nevéhez fűződő Gyermekvédelmi törvény az állam felelősségvállalását határozta meg az elhagyott gyermekekkel kapcsolatban. A törvény hatására gyermekmenhelyek létesültek, ahol az elhagyott gyermekek ellátásáról, neveltetéséről 15 éves korig gondoskodtak.¹¹

A 19. század végi és 20. század eleji örökbefogadási okok között az eddig említetteken túl a kiskorú, mint munkaerő is megjelenik. Abban az esetben, ha a gyermeket módosabb, saját gyermekkel rendelkező gazda fogadta örökbe, az örökbefogadott az örökösödésnél egyenlőtlen helyzetben volt, úgynevezett nem *egész örökös*. Ettől eltérően a parasztság körében zajló örökbefogadások esetén a gyermek egyenlő státuszú lett a vérszerinti gyermekkel, így az örökbefogadás *teljes jogú* volt.¹²

1945 után gyermekvédelmi szempontból ismét az árva és elhagyott gyermekek ellátására helyeződött a hangsúly.¹³

A kórházi osztályok tele voltak csecsemővel, akik hospitalizálódtak¹⁴ a gondozás hiánya miatt. „Az elhagyott, állami gondoskodásban élő, szülői szeretetet és anyai gondoskodást nélkülöző gyermeknél hamar kialakul a „hospitalizáció” jelensége, nyomott kedélyállapot (apátia), érzelmi eltorzulás, passzív magatartás, lemaradás a növekedésben és olykor az érzelmi fejlődésben is.”¹⁵

A hospitalizáció megszüntetése és kialakulásának megelőzése céljából a csecsemőket olyan lakhatással rendelkező asszonyokhoz helyezték ki, akik vállalták az ellátásukat. 200-300 csecsemőt sikerült, így elhelyezni. A gondozást vállalókat 1 hónapos tanfolyamon képezték ki és 6-10 csecsemőt helyeztek ki hozzájuk. A gyerekek közül sokat örökbe is tudtak adni a gondozók környezetébe, miután ott

9 Fónagy, 2014.

10 Csiky, 1998.

11 Bükki, 2009.

12 Fónagy, 2014.

13 Bükki, 2009.

14 Spitz, 1945., Mérei-V. Binet, 2017.

15 Sebestyén 2003, 61.

megismerték őket. 1950-ben felszámolták ezt a rendszert és ekkor kezdték kialakítani a csecsemőotthonokat, főként vidéki kastélyokban.¹⁶

Az örökbefogadás hazai szabályozásában gyökeres fordulatot hozott „A házasságról, a családról és a gyámságról szóló 1952. évi IV. törvény (továbbiakban: Csjt.). Ez volt az első törvény, ami tételesen szabályozta az örökbefogadást. A törvény hatására eltűnt az aktusból a vagyoni-öröklési jelleg.¹⁷ A törvény az örökbefogadás céljaként a családi nevelést határozta meg és kizárta a nagykorú személy örökbefogadásának lehetőségét. Megszűnt az „*adoptio minus plena*” típusú örökbefogadás, tehát a szülői felügyelet nem maradhatott a vér szerinti szülőnél.

Az 1952. évi szöveg még nem létesített teljes rokoni kapcsolatot az örökbefogadó családdal, hiszen a családi kapcsolat csak az örökbefogadó és az örökbefogadott között jött létre. A törvény megszüntette az örökbefogadás szerződéses jellegét és gyámhatóság általi engedélyezésről rendelkezett.¹⁸

A törvény több alkalommal módosításra került. A családjogi törvény módosításáról szóló 1960. évi 12. számú törvényerejű rendelet vezette be, hogy az örökbe fogadott és az örökbe fogadó, illetőleg rokonai között „teljes rokoni kapcsolat létesül”, és ezzel jogi kapcsolattá emelte azt.¹⁹

A törvény módosításáról szóló 1974. évi I. törvény vezette be, hogy a vér szerinti szülő úgy is hozzájárulhat gyermeke örökbefogadásához, ha az örökbe fogadó személyét nem ismeri. Ez az örökbefogadás titkosságát erősítette. Szabályozta továbbá, hogy ezt a nyilatkozatot nem lehet visszavonni.²⁰

(1952. évi IV. törvény módosításáról szóló 1990. évi XV. törvény az örökbefogadhatónak nyilvánítás jogintézményét vezette be, ezzel bővítve a titkos örökbefogadás lehetőségét.²¹

Az örökbefogadás szabályozásában újabb jelentős változást jelentett az 1997. november 1-jén hatályba lépett Gyvt. A törvény a magyarországi gyermekvédelem és gyámügyi reform együttes megvalósítását eredményezte és célul tűzte ki a Gyermekjogi Egyezményben foglalt gyermeki jogok érvényesítését is. A Gyvt. 6. § (1)-(2) bekezdései mindenekelőtt rögzítik azt, hogy a gyermeknek joga van, saját családi környezetében való nevelkedéséhez és hogy ehhez segítséget kapjon. A Gyvt. 7. § (1)-(2) bekezdései szabályozzák, hogy ha a gyermek érdeke megkívánja, elválasztható családjától és helyettesítő védelemben kell részesíteni örökbefogadó családban vagy más, családot pótló ellátás formájában.

A Gyvt. és az azóta bekövetkező módosításai a kiskorú érdekében és az örökbefogadás gyorsítására több reformot is bevezetett az alábbi területeken:

¹⁶ Bükki, 2009.

¹⁷ Fónagy, 2014.

¹⁸ Csiky, 1998.

¹⁹ Katonáné 2018, 9.

²⁰ Katonáné, 2018.

²¹ Katonáné, 2018.

- örökbefogadás létrejötte (aktorok, időbeni szabályozás, feltételrendszerek, szakmai szabályzók)
- az örökbe fogadó szülő alkalmassága,
- örökbefogadó szülő felkészítése,
- és az adatkezelés terén az Egységes Örökbefogadási Nyilvántartás révén, mely az örökbefogadás megyei, országos és nemzetközi szintjének együttműködését segíti. (Gólyahír Egyesület tagjai, 2014)

A 2014. március 15-én hatályba lépő Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban: Ptk.) örökbefogadásra vonatkozó szabályait a Ptk-n belül a Negyedik, Családjogi Könyv (a továbbiakban: Csjk.) 4:119-4:145. paragrafusai tartalmazzák. A törvény bevezetésével hatályát veszítette a házasságról, a családról és a gyámságról szóló 1952. évi IV. törvény.

Az örökbefogadás kapcsán – 2014-ben – új jogintézményként a Csjk. 4:131. §-a bevezette az utánkövetést, a 4:135. §-a a származás megismeréséhez kapcsolódó jogokat és a 4:125. §-a a nyílt örökbefogadásnál a szülői jognyilatkozat visszavonásának lehetőségét.

Az örökbefogadás és az arra irányuló eljárás fejlődésére nagy hatással voltak a nemzetközi egyezmények.

Kiemelkedő a *gyermekek jogairól szóló New Yorkban 1989. november 20-án kelt Egyezmény, mely kihirdetéséről hazánkban a 1991. évi LXIV. törvény (továbbiakban: Gyermekjogi Egyezmény) rendelkezett.*

A Gyermekjogi Egyezmény: (20. cikk 1. pontja) szerint „minden olyan gyermek, aki ideiglenesen, vagy véglegesen meg van fosztva családi környezetétől, vagy aki saját érdekében nem hagyható meg e környezetben jogosult az állam különleges védelmére, segítségére.”

A 20. cikk 2. pontja rendelkezik arról, hogy az államnak helyettesítő védelemről kell intézkednie. A 3. pontban többek között az örökbefogadás, mint a helyettesítő védelem egyik megoldási lehetősége kerül említésre, mely során „kellően figyelembe kell venni a gyermek nevelésében megkívánt folyamatosság szükségességét, valamint nemzetiségi, vallási, kulturális és nyelvi származását.” (*Gyermekjogi Egyezmény, 1991*)

A nemzetközi egyezmények közül a külföldi örökbefogadások jogharmonizációjára volt hatással a gyermekeknek a nemzetközi örökbefogadások terén való védelméről és az ilyen ügyekben történő együttműködésről szóló, Hágában, 1993. május 29. napján kelt Egyezmény, melynek kihirdetéséről Magyarországon a 2005. évi LXXX. törvény rendelkezett. (továbbiakban: *Hágai Örökbefogadási Egyezmény*)

Hágai Örökbefogadási Egyezmény egyik fontos célkitűzése, hogy megakadályozza a gyermekkereskedelmet és a gyermek külföldre történő eladását. (Csiky, 1998)

Az Egyezményben meghatározásra kerül, hogy külföldi örökbefogadásra csak ab-

ban az esetben kerülhet sor, ha a gyermek származási országában már bizonyíthatóan minden lehetséges gondozási formát kimerítettek, és a nemzetközi örökbefogadás a gyermek érdekében áll.²²

„Napjainkban a világ egyre több országában az interetnikus örökbefogadások arányának növekedése jellemző, mert több európai országban a nemzetközi örökbefogadás aránya meghaladja az országon belüli nemzeti örökbefogadás arányát. Ez a tendencia tapasztalható Belgiumban, Franciaországban, Hollandiában, Norvégiában, Olaszországban, Spanyolországban és Svédországban. Ezzel szemben Magyarországon, az Egyesült Királyságban és az Egyesült Államokban továbbra is a hazai örökbefogadások aránya a magas.”²³

Összefoglalva elmondható, hogy az örökbefogadás külföldi és hazai történeti áttekintéséből egyaránt jól látható az a folyamat, ahogy évszázadok alatt a társadalmi változásokhoz, elvárásokhoz igazodva a modern társadalmakban, egyre inkább az örökbefogadás vagyoni-öröklési jellege helyett a családjogi kapcsolat létesítésére helyeződik a hangsúly. Napjainkra az örökbefogadás az „elvesztett” vagy hiányzó család pótlására szolgáló helyettesítő védelem egyik végleges megoldást lehetőségét nyújtó formájává vált, melynek célja a gyermek oldaláról a gondoskodás. Az örökbefogadó oldaláról pedig a gyermek, az utód utáni emberi ösztön, vágy, érzelmi szükséglet kielégítése. A jogi szabályzók a gyermek **„mindenekfelett álló érdekét”** tartják szem előtt, mely szempontjából az örökbefogadó szülők testi-lelki-mentális egészségének támogatása, akár a hosszú várakozás és bizonytalanságban megélt évek destruktív hatásaira való szakmai figyelmesség, gondoskodás kérdése nem hanyagolható el.

2.3. Örökbefogadásra várakozás és a stressz

A sikeres alkalmassági vizsgálat és a jogszabályban előírt örökbefogadói tanfolyam elvégzését követően az örökbe fogadni szándékozók kérelmére és a gyermekvédelmi szakszolgálat javaslatára az illetékes gyámhivatal határozatban rendelkezik az örökbefogadásra való alkalmasságról. A határozat tartalmazza, hogy az örökbe fogadni szándékozó milyen életkorú és mennyi gyermek örökbefogadására alkalmas. Tartalmazza azt is, hogy testvérek, illetve egészségi problémával küzdő gyermek örökbefogadására alkalmas-e.

A határozat véglegessé válását követően az örökbe fogadni szándékozók, felvételre kerülnek az örökbefogadásra várakozók nyilvántartásába, azzal a dátummal visszamenőleg, mikor benyújtották kérelmüket a szakszolgálathoz. (149/1997. (IX. 10.) Korm. rendelet a gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról, 2019)

A nyilvántartásba vételt követően kezdődik az örökbefogadásra való várakozási idő.

²² Katonáné, 2018.

²³ Katonáné, 2018.

Az előző fejezetekben leírtakból jól látható, hogy mire az örökbe fogadni szándékozók megkezdik a várakozási időszakot nagyon sok negatív hatás éri őket. Ilyenek a már fentebb kifejtett gyermekvállalási próbálkozások, sikertelen orvosi beavatkozások, családi/társadalmi elvárások, veszteségek, alkalmassági vizsgálat miatti szorongások, melyek megterhelik, igénybe veszik az örökbefogadásra várakozókat.

Ezekkel a megterhelő, igénybe vevő helyzetekkel összefüggésben van a stressz kifejezése.

A stressz fogalma már a XVII. században megfogalmazódott Robert Hooke fizikus, biológus által. Hooke szerkezetek pl.: hidak, viaduktok terhelhetőségének lehetőségével foglalkozott, hogy azok a természeti erőkkel szemben is stabilak, épek maradjanak. „*A stressz, mint feszültség azt a területet jelölte, melyre a terhelés nehezedett.*”²⁴

A század tudományos irányzatai is feszültségként, megterhelésként írták le a stressz fogalmat, kiemelve a szervezeti, pszichés és szociális rendszerre való hatását.

Selye János megfogalmazásában a válaszra (reakcióra) helyezte a hangsúlyt. Szerinte „... *a stressz a test nem specifikus válasza valamely igénybevételre.*” *Stresszornak nevezte „...a behatást, melynek végeredménye a szervezet jellegzetes válasza.*”²⁵

Selye szerint van „jó stressz (eustressz)” és „rossz, károsító stressz (distressz)” A jó stressz a pozitív eseményekhez, míg a rossz, károsító stressz a negatív eseményekhez kapcsolható.²⁶

Lazarus és Folkman (1984) a tranzakcionista felfogás képviselőiként, úgy vélték, hogy stressz akkor alakul ki, ha a saját erőforrás és a környezet elvárásai között nincs illeszkedés. Ilyenkor túlterhelődnek az erőforrások és veszélybe kerül a személy jóléte. Lazarus külön-külön stresszorként írta le a veszteséget, a fenyegetést és a kihívást.²⁷

A stresszorra reagál a szervezetünk, méghozzá riadókészültséggel. Ez élettani folyamatokat indít be (pl.: nő a szívritmus, légzésszám stb.) és mozgósítja a szervezetet. Ha a válaszreakciók nem hoznak megoldást és fennmarad a stressz állapot, akkor a szervezet először az ellenállás, majd a kimerülés szakaszába lép. Utóbbiban pszichoszomatikus betegségek jelentkezhetnek (pl.: infarktus, gyomorfekély, rák).

A stressz jelzője lehet a szorongás, de a szorongás ösztönözhet megoldásra is. Ha nincs megoldás, akkor a stresszt kísérő jelenségeként léphet fel a szorongás.²⁸ Amennyiben a stressz állandósul, a lelki egészség egyensúlyát felboríthatja, és az így kialakult állapot következményeit a 3. táblázat jól szemlélteti.

24 Bagdy, Pszicho-fitness kacagás-kocogás-lazítás, 1997, 14.

25 Bagdy, Pszicho-fitness kacagás-kocogás-lazítás, 1997, 14.

26 Bagdy E., 1997.

27 Sass é.n.

28 Bagdy, 1997.

1. táblázat A stressz testi, érzelmi, mentális és viselkedésbeli tüneteiről
szóló összefoglaló táblázata

Testi tünetek	Érzelmi tünet	Mentális tünet	Viselkedésbeli tünet
fejfájás, szédülés	ingerlékenység, indulatosság	koncentrációképeség romlása	fokozott dohányzás, alkoholfogyasztás
fáradtság, kimerültség	félelem, szorongás	szétszórtság, figyelmetlenség	kapcsolatok elhanyagolása
magas vérnyomás, mellkasi fájdalom	lehangoltság, depresszió	memória zavarok	szexuális érdeklődés csökkenése
emésztési problémák, hányinger, hasmenés	reményvesztettség	gyakori hibázás	alvási nehézségek, étkezési problémák
merev nyak, hát-és vállfájdalmak	sírás, kiborulás	döntésképtelenség	balesetek okozása, elszenvedése
értéktelenség érzése		negatív gondolkodás	

Forrás: Puff B., 2012 - idézi Barcsi, Juhász, Karamánné, & Szabó, 2014, old.:19

Nincs olyan ember, aki a mindennapokban ne találkozna valamelyik tünettől. A problémát az jelenti, hogy sokszor nem kerül felismerésre, hogy milyen súlyos következményeket okozhat. Ahogy a táblázatban látható a stressz testi és érzelmi tünetei értéktelenség érzését válthatják ki, míg a mentális és viselkedésbeli tünetek negatív gondolkodáshoz vezethetnek.

A felmerülő stressz ellen az egyén próbál küzdeni. A megküzdés egyik formája, mikor a hozzá kötődő negatív érzelmekkel próbál megbirkózni, ez az „érzelempőzpontú megküzdés”.²⁹ Ilyenek lehetnek **a menekülés, figyelem elterelés, a probléma megbeszélése, vagy az érzelmi feszültség csökkentése pl.: ima, autogén tréning, relaxáció.** Másik formája mikor a negatív eseményt, vagy helyzetet akarjuk megszüntetni, ez a „problémaőzpontú megküzdés”.³⁰ Ide sorolható pl.: **a kifogások keresése, a probléma cáfolása, a probléma ellenőrzés alá vonása.**

A stresszre adott választ meghatározzák az erőforrások és hogy milyen a fenyegető helyzet. Az érzelempőzpontú megküzdést inkább ellenőrizhetetlen fenyegetésekkel szemben alkalmazzuk, míg az ellenőrizhetőkkal szemben inkább a problémaőzpontút. Érzelempőzpontú megküzdés, ha valamilyen új hobbiba merülünk bele. Problémaőzpontú, ha új emberi kapcsolatokat keresünk.³¹

²⁹ Smith, Eliot R. -Mackie, Diane M. 2004, 234.

³⁰ Smith, Eliot R.- Mackie, Diane M.,2004, 239.

³¹ Smith, Eliot R.-Mackie, Diane M. 2004

Bagdy Emőke (2014) szerint a megküzdési módok történhetnek „mozgással” és szerveződhetnek „mentális, lelki feldolgozó működésekből”.³²

Utóbbi pl.: a mosoly, nevetés, humor, érintés, szeretetteljes társas kapcsolatok, melyek az agy örömközpontjára hatva az *eustresseket* növelik.³³

3. KUTATÁS KÖRÜLMÉNYEI, MÓDSZEREI

3.1. A vizsgálat módszerei

A megfogalmazott hipotéziseim igazolására két kutatási módszert választottam. Az 1., 2. és 4. hipotézisem mérési módszereként interneten keresztül kitölthető, önkitöltős kérdőíves adatfelvételt (1. melléklet) alkalmaztam. A 3. hipotézis mérési módszerének két örökbefogadást segítő közhasznú szervezet örökbe fogadni szándékozók részére meghirdetett programjainak tartalomelemzését a szervezetek web oldalain.

A kérdőíven belül külön kérdésblokkokat hoztam létre a kutatásom hipotéziseire alapozva. A kérdőív 21 kérdésből áll, 1-5-ig demográfiai kérdések voltak (pl.: nem, kor stb.). 6-7. kérdés örökbefogadás oldaláról általános kérdés a célcsoportra vonatkozóan. 7-16. kérdés a válaszadók örökbefogadásra való várakozás idejével kapcsolatos véleményét, tapasztalatait, érzéseit, lehetőségeit tárta fel általánosságban és a saját szemszögükből. 17-21. kérdés a válaszadók mentálhigiénés programok iránti nyitottságát, érdeklődését tárta fel. A kérdőívben a 10. és a 20. kérdés nyitott kérdés volt, a többi zárt.

A tartalomelemzéssel történő kutatásom során a Mózeskosár Egyesület az Örökbefogadó Családokért és az Ágacska Alapítvány az Örökbefogadásért és a Családokért örökbefogadást segítő két közhasznú szervezet által örökbefogadásra várakozók részére kínált programlehetőségeket és azok tartalmát vizsgáltam a szervezetek web oldalainak elemzésével.

Az Ágacska Alapítvány az Örökbefogadásért és a Családokért web oldala a <http://www.agacska.hu/> linken érhető el.

Mózeskosár Egyesület az Örökbefogadó Családokért web oldala <http://www.mozeskosaregyesulet.hu/> linken érhető el. Először a mintavétel során felmértem, hogy az örökbefogadást segítő civil szervezetek közül - a szakdolgozat korábbi fejezetében már említésre kerültek - melyek azok, amelyek az örökbe fogadni szándékozóknak a várakozás időszakára nyújtanak segítséget. Magyarországon a fent említett két szervezet nyújt ilyen szolgáltatást. Ezt követően a szervezetek web oldalain kínált programlehetőségek manifeszt tartalmát vizsgáltam, hiszen célom az információ gyűjtése volt, melyet szervezetenként külön-külön összesítettem.

³² Bagdy 2014, 28.

³³ Bagdy, 2014.

3. 2. A kérdőíves mérési módszerrel vizsgált csoport bemutatása

A vizsgálati mintát adó célcsoport tagjai 2012-ben, szakemberként, egy közösségi oldalon általam létrehozott, titkos státusszal rendelkező csoport - Békés Megyei Örökbefogadók Csoportja - tagjaiból kerültek ki. A vizsgálatom az örökbefogadásra várakozókat, illetve a már örökbefogadókat célozta meg, így a csoport azon tagjai, akik a két feltétel egyikének sem feleltek meg (pl.: alkalmassági vizsgálatuk folyamatban volt), kimaradtak a vizsgálandók köréből. A csoport összetételére jellemző, hogy a házassági kapcsolatban élő örökbefogadásra várakozóknak, vagy már örökbefogadóknak többségében a női tagjai regisztráltak a csoportban, így felülreprezentáltak a nők. A csoportnak vannak egyedülálló örökbefogadásra várakozó, vagy már örökbefogadó tagjai is, akik mind női neműek.

A csoportnak a kutatás időpontjában 161 fő tagja volt, de arra nincs pontos kimutatás, hogy a csoporton belül milyen arányban oszlottak meg a várakozók, örökbefogadók, vagy éppen alkalmassági eljárás alatt állók. Életkori megoszlásukat tekintve 25 év felettiek, hiszen a jogszabály ezt az életkort határozta meg az örökbefogadásra jelentkezés minimális korhatárának. A jogszabály az örökbe fogadni szándékozó (házaspárok esetén a fiatalabb házastárs) kora és az örökbefogadni kívánt gyermek kora között minimum 16 év, maximum 45 év korkülönbséget engedélyez.

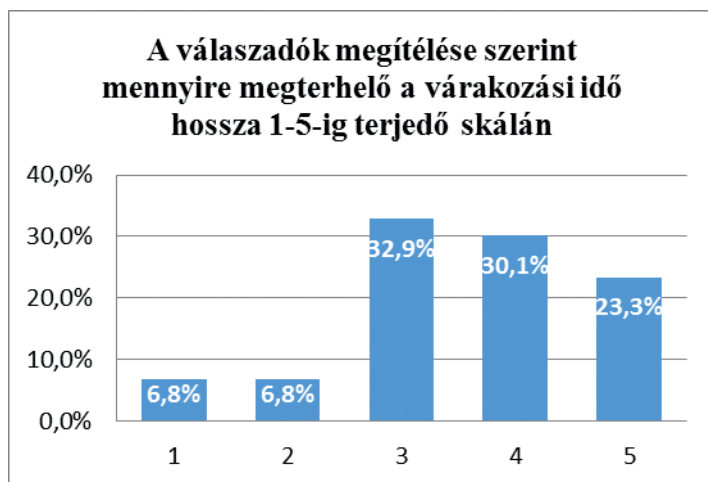
3.3. Kutatási eredmények

Kutatásom célja volt, hogy feltárjam egyrészt a Békés megyében örökbefogadásra való várakozási idő alatt a várakozók tekintetében felmerülő nehézségeket, és hogy ezek milyen érzelmi, testi tüneteket okoznak. Másrészt célom volt, hogy számszerű adatot kapjak az örökbefogadásra várakozók nyitottságáról és felmerülő igényeiről a mentális egészségvédelmet célzó foglalkozások tekintetében.

A 73 fő örökbefogadásra várakozó/örökbefogadó által kitöltött kérdőív feldolgozásának főbb eredményeit az alábbiakban ismertetem.

Az életkorra, nemre, családi állapotra és a legmagasabb iskolai végzettségre vonatkozó eredmények alapján összességében megállapítható, hogy a 73 válaszadó közül legnagyobb arányban voltak a 36-45 év közötti (68,5%), legalább érettségivel rendelkező (87,7%), házasságban élő (93,2%), nők (88%).

A várakozási idő megítélése a megterhelése alapján:



1. ábra: A válaszadók megítélése arról, hogy más örökbefogadók mennyire megterhelőnek élik meg a várakozás időszakát. Forrás: saját kutatás alapján saját szerkesztés.

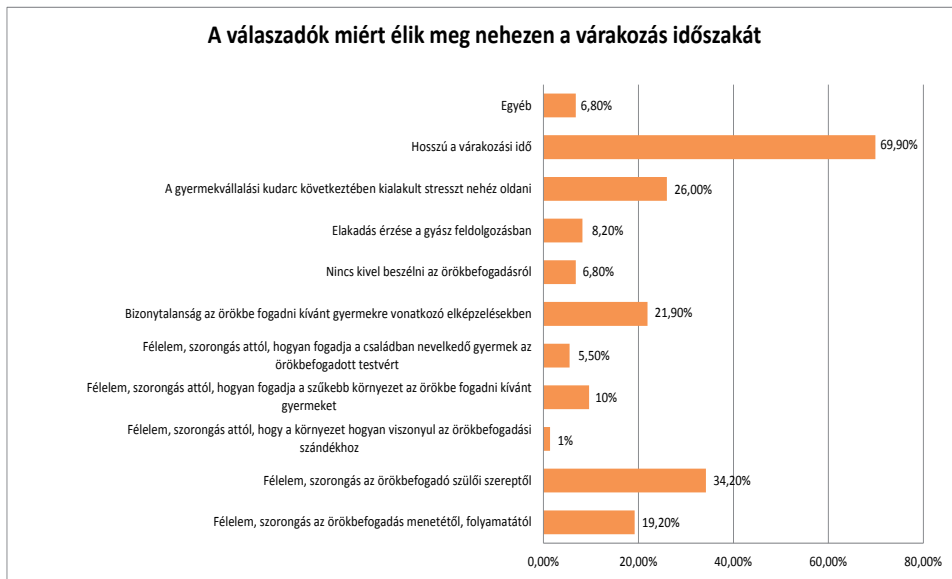
A 1. ábra szemlélteti a válaszadók általános véleményét arról, hogy szerintük 1-5-ig terjedő skálán jelölve, más örökbefogadók mennyire érzik megterhelőnek a várakozás idejét. (1 az egyáltalán nem megterhelő, 5 a nagyon megterhelő értéket kapta).

73 fő válaszadóból 5 fő (6,8%) gondolta úgy, hogy más örökbefogadók egyáltalán nem érzik megterhelőnek és 17 fő (23,3%) gondolta úgy, hogy más örökbefogadók nagyon megterhelőnek élik meg a várakozás időszakát.

Az 73 fő válaszadóból 63 fő (86,3%) gondolta úgy, hogy más örökbefogadók közepesen, vagy annál nagyobb mértékben, és 10 fő (13,6%) gondolta úgy, hogy egyáltalán nem, vagy a közepesnél kisebb mértékben érzik megterhelőnek más örökbefogadók a várakozás időszakát.

Nehézségi okok összefüggései a várakozási idő alatt:

A válaszadóknak a kérdőív 11. és 12. kérdéseinél az általam megfogalmazott ugyanazon válaszlehetőségek közül kellett kiválasztaniuk, akár több válasz megjelölésével, hogy véleményük szerint miért élik meg más örökbefogadók, és miért saját maguk a várakozási időt nehéznek. A válaszlehetőségeknél egyéb kategória is volt. A válaszlehetőségek között az örökbefogadási szituáció eltérő kiindulási helyzetéből és a folyamat során jelentkező másságokból fakadó félelmet, szorongást, bizonytalanságot okozó tényezőit is összegyűjtöttem, melyeket a speciális örökbefogadó szülői kompetenciák témakörben már említettem.



2. ábra: Az örökbefogadók/örökbefogadásra várákozóknak saját várákozásuk ideje alatt nehézséget okozó tényezőinek megoszlása. Forrás: saját kutatás alapján saját szerkesztés.

A nehézség és megterhelés okaként (2.ábra) a kutatásban résztvevők 69,9%-a a hosszú várákozás időt, 34,2%-a a félelmet, szorongást az örökbefogadó szülői szereptől, 26%-a a gyermekvállalási kudarc következtében kialakult nehezen oldható stresszt, 21,9%-a az örökbe fogadni kívánt gyermekre vonatkozó elképzelés bizonytalanságát, és 19,2%-a a félelmet, szorongást az örökbefogadás menetétől, folyamatától jelölte meg.

A válaszadók legkisebb arányban választották saját, nehéz várákozásuk idejének okaként a félelmet, szorongást attól, hogy a környezet hogyan viszonyul az örökbefogadási szándékhoz (1%), valamint a félelmet, szorongást attól, hogyan fogadja a családban nevelkedő gyermek az örökbefogadott testvért (5,5%).

Az eredmények alapján összességében megállapítható, hogy a kutatásban résztvevők többsége megterhelőnek éli meg a várákozás időszakot, és úgy gondolják, hogy más örökbefogadók is hozzájuk hasonlóan megterhelőnek élik meg.

Mivel a kérdőív kitöltői között többségben voltak azok, akik már fogadtak gyermeket örökbe, így a kutatás ezen eredményének hátterében az állhat - utalva az elméleti részben leírtakra - hogy a korábbi örökbefogadásból szerzett kellő információ és tapasztalat révén oldásra kerültek a környezet előítéletei, sztereotípiái. Továbbá valószínűsíthető, hogy az újabb örökbefogadásra való várázás időszakában a már családban nevelkedő gyermeket is készítik az új gyermek érkezésére, mely így nem okoz szorongást.

A huzamosabb ideig nehézségként megélt várakozási idő – utalva az elméleti részben leírtakra – mint stresszor a várakozókban stresszt generálhat. Ha ez hosszabb ideig fennáll, a lelki egyensúly felbomolhat és jelentkezhetnek a stressz érzelmi, testi, mentális, vagy viselkedésbeli tünetei. Ezért is tartottam fontosnak annak vizsgálatát egyrészt, hogy milyen érzések dominálnak a várakozási idő alatt, illetve milyen tünetek vannak jelen. Ezekre – alább – a hipotézisek vonatkozásában térek ki.

A válaszadók várakozási idő alatt jellemző érzéseinek megosztásával kapcsolatos összefüggések:

A témával kapcsolatosan azt vizsgáltam, hogy a válaszadók kivel beszélnek a várakozás idő alatt jellemző érzéseikről, melyet a 3. ábra szemléltet.



3. ábra: A válaszadók várakozás idő alatti érzéseinek konkrét megosztása.
Forrás: saját kutatás alapján saját szerkesztés.

A kutatási eredmények rámutatnak, hogy a válaszadók magas arányban beszélnek a várakozás alatti érzéseikről, hiszen a válaszadók 4,1%-a jelölte csak meg azt, hogy egyáltalán nem beszél érzéseiről senkinek. Az egyéb válasz adásával, melyet szabadon fogalmazhattak meg egy válaszadó (1,4%) élt. Válaszában, nem érzései megosztására alkalmas más személyt jelölt meg, hanem azt jegyezte meg, hogy számára „nem tabu a téma”, tehát az érzéseiről feltételezhetően tud kivel beszélni.

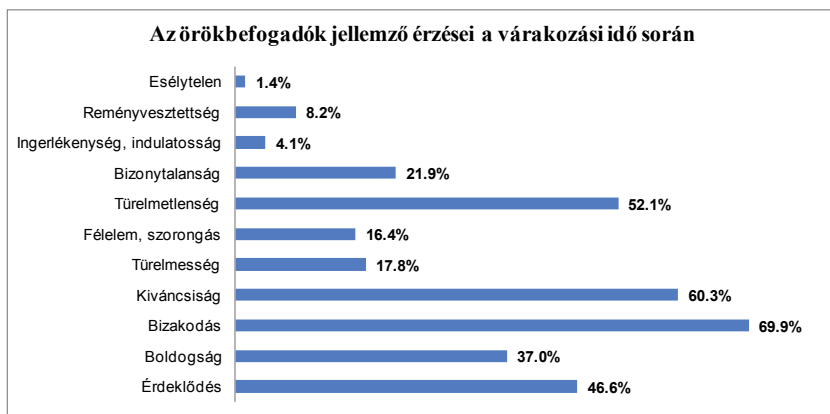
A 3. ábra alapján megállapítható, hogy az érzéseikről általánosságban széles társadalmi környezetben beszélgetnek, de leginkább házastársukkal/élettársukkal (61,6%), majd más örökbefogadókkal/örökbefogadásra várakozókkal (15,1%), ezt követően, pedig azonos arányban a családtagokkal (8,2%), barátokkal, szomszédokkal, munkatársakkal (8,2%) és végül a szakemberekkel (1,4%). Ezek az eredmények

összhangban vannak az elméleti részben tárgyalt azon megállapítással, hogy az örökbefogadókra/örökbefogadásra várakozókra hatással van a társadalmi környezete, ezen belül is kiemelendők az elsődleges, primer társadalmi csoportok, tágabb család (nagyszülők, szülők testvére), az egyéb rokonság és a közvetlen szomszédok, barátok.

4. ÖSSZEFOGLALÁS

Az alábbiakban kutatási eredményeim elemzését követően a feltételezéseimre kapott válaszok összefoglaló bemutatását teszem meg. Az első hipotézisem az volt, hogy „Az örökbe fogadni szándékozóknál a várakozási idő alatt nagyobb arányban jelentkeznek a stressz testi és érzelmi tünetei, mint a stressz mentális és viselkedésbeli tünetei.” Ez a felvetés részben bizonyult igaznak.

A kutatási eredmények alapján megállapítható, hogy a várakozási időre jellemző érzések között a pozitív érzések felülreprezentáltak a negatív érzésekkel szemben, melyet a 4. ábra szemléltet.



4. ábra: A válaszadók jellemző érzései az örökbefogadásra való várokozás alatt.
Forrás: saját kutatás alapján saját szerkesztés.

Így megállapítható, hogy az adatok alapján az örökbefogadásra várakozást a válaszadók, jó stresszként, eustresszként élik/élték meg. Mégis fontos megemlíteni, hogy a jelen lévő negatív érzések között megjelennek a stressz okozta érzelmi tünetek (félelem, szorongás; reményvesztettség; ingerlékenység, indulatosság.).

A kutatási eredmények alapján a negatív érzések közül a félelem, szorongás jelenik meg legnagyobb arányban a válaszadók között, hiszen 16,4%-a a félelmet, szorongást, 8,2%-a a reményvesztettséget, és 4,1%-a az ingerlékenységet, indulatosságot is megjelölte.

A várakozás alatt a válaszadók között nagyobb arányban (69,9%) voltak azok, akiknél egyáltalán nem jelentkezett stressz okozta testi, viselkedésbeli, vagy mentális tünet (5. ábra).



5. ábra: A válaszadók között a várakozási idő alatt fellépő testi, mentális és viselkedésbeli tünetek megoszlása. Forrás: saját kutatás alapján saját szerkesztés.

A valamely tünetet észlelő válaszadók (30,1 %) tünetcsoportok szerinti összesítése alapján megállapítható, hogy a válaszadók a stressz okozta mentális tüneteket, mint a szétszórtság, figyelmetlenség (5,5%) és a koncentrációképesség romlása (2,7%) jelölték be a legkisebb arányban. Az adott tünetek összesítése alapján: 8,2%.

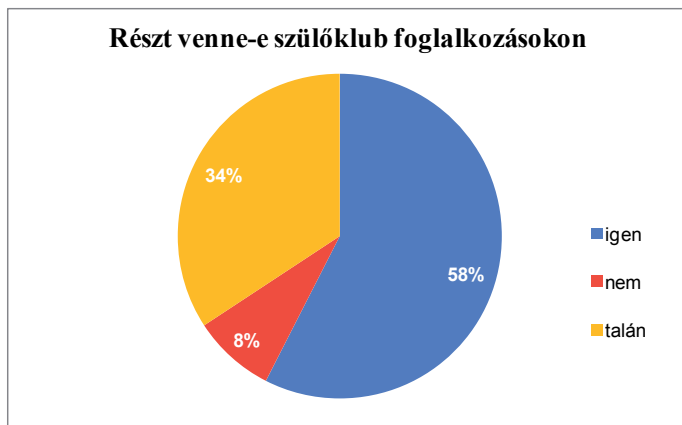
A stressz okozta testi tüneteket, mint a fáradtság, kimerülés (15,1%), emésztési problémák (4,1%), és egyéb problémaként a szívbillentyű problémát (1,4%) jelölték be második leggyakoribb tünetcsoportként. Az adott tünetek összesítése alapján: 20,6%.

A stressz okozta viselkedésbeli tüneteket, mint az alvási nehézség (16,4%), kapcsolatok elhanyagolása (4,1%) és az étkezési probléma (1,4%), összességében legtöbbször jelölték be a válaszadók közül. Az adott tünetek összesítése alapján: 21,9%.

Valamely tünetet észlelő válaszadó (30,1%) között alacsony arányban (8,2%) jelentkeztek a várakozás miatt a stressz okozta mentális tünetek. Inkább a várakozás okozta stressz viselkedésbeli (21,9%) és testi (20,6%) tünetei jelentkeztek közel azonos gyakorisággal.

A második hipotézisem, miszerint „Az örökbe fogadni szándékozók között nagyobb arányban vannak olyanok, akik szívesen részt vennének a várakozási időszakot megkönnyítő, önkéntes, rendszeres időközönként tartott mentálhigiénés programokon, annak érdekében, hogy szülői kompetenciáikat és a folyamat során felmerülő stressz-megküzdési képességüket fejlesszék.” Ez a feltételezés igaznak bizonyult.

A válaszadók 58%-a részt venne, 34 %-a talán részt venne, míg 8 %-a jelezte csak a válaszadóknak, hogy nem venne részt Békés megyében örökbefogadásra várakozók részére szervezett szülőklub foglalkozásokon. (6. ábra)



6. ábra: Örökbefogadásra várakozók számára szervezett szülőklub iránti hajlandóság. Forrás: saját kutatás alapján saját szerkesztés

A válaszadók a kérdőívben saját szavaikkal megfogalmazták, hogy milyen foglalkozásokon vennének részt a szülőklub keretében. Ezek között számos olyan téma is említésre került (pl.: csecsemőkor, illetve a kamaszkor jellemzőiről beszélgetés, tapasztalatcsere; babagondozás, szabadidős program stb.), mely alkalmas szülői kompetenciáik és ezáltal is stressz-megküzdési képességük fejlesztésére.

A harmadik hipotézisem azt volt, hogy az „Örökbe fogadni szándékozók részére főként Budapesten és Szegeden elérhető civil szerveződések várakozási időszakot megsegítő programjainak egyes elemei Békés megyébe is - az igények, helyi lehetőségek figyelembevételével – alkalmazhatóak lennének.” Ez a feltételezésem igaznak bizonyult.

A vizsgálatba bevont Ágacska Alapítvány az Örökbefogadásért és a Családokért és a Mózeskosár Egyesület az Örökbefogadó Családokért nyílt örökbefogadási tevékenységet ellátó közhasznú szervezetek web oldalán meghirdetett programjainak tartalomelemzése azt tárta fel, hogy mindkét szervezet programjai között megjelenik a szülőklub. Ezek működési elve és ennek keretében tartott foglalkozások jellemzői alapján, úgy gondolom Békés megyében is megvalósítható lenne egy szülőklub létrehozása, ahol akár aktuálisan felvetődő, akár konkrét témák tematikus átbeszélése történhetne, a témában jártas szakember/örökbefogadó szülő bevonásával. Továbbá a szervezetek által az örökbefogadásban érintett nagyszülőknek, közeli rokonoknak lehetőséget adó programokat, mely során az örökbefogadásról kapnak információt, illetve felmerülő kérdéseikre választ szintén jó ötletnek tartom. Hiszen az elméleti

részben részletesen kifejtésre is került, hogy már az örökbefogadásra való várakozás szempontjából is milyen nagy jelentőséggel bírhat, segítséget jelenthet az örökbe fogadni szándékozók részére egy elfogadó, támogató családi környezet.

A negyedik hipotézisem, miszerint „*A Békés megyei örökbefogadásra várók számára az örökbefogadással kapcsolatban felmerülő kétségeik, félelmeik, kérdéseik alapján több alkalomból álló mentálhigiénés segítőprogram főbb témakörei kidolgozhatók.*” Igaznak bizonyult.

A kérdőívet kitöltők maguk is megfogalmazták az őket érdeklő témákat, illetve a várakozás nehézségét vizsgáló okok során is volt számos olyan tényező - fent már említésre került – mely alapján tematikus beszélgetés, előadás, tanácsadás, szülőklub keretei között lehetne számukra információt nyújtani és szorongásaikat, félelmeiket oldani.

Ezen keretek között témaként szerepelhetne pl.: az örökbefogadás menete, az örökbefogadott gyermekkel való megismerkedés, barátkozás; az életkori sajátosságok kiemelve a csecsemőkort és a kamaszkort; örökbefogadott gyermek közösségbe való beilleszkedése; gyermek gondozásához, neveléséhez tanácsadás; roma gyermeket nevelő örökbefogadó szülői tapasztalatok megosztása;.

A kutatási eredmények alátámasztják a sorsközösségek fontosságát az örökbefogadás terén, melyek információnyújtásra, tapasztalatcserére is lehetőséget biztosítanak, és segítségül szolgálhatnak a várakozási idő aktív megélésében

ZÁRSZÓ

Kutatásom ugyan kimondottan a várakozási időre összpontosított, de további kutatási lehetőségnek tartom annak vizsgálatát, a gyermeket már korábban befogadó családoknál, a speciális örökbefogadó szülői kompetenciáikkal összefüggésben, hogy a családi működés során milyen nehézségeik vannak, és ezek okoznak-e negatív érzéseket és zavart testi működéseket akár a kiterjedt család tagjainál. Gondolok itt nemcsak a szülőkre, hanem nagyszülőkre, testvérekre, unokatestvérekre és a gyermekekre is.

NYÁRINÉ KŐSZEGI GIZELLA: 2020-ban végzett a GFE-n
DR. HOMOKI ANDREA: intézetvezető főiskolai tanár, témavezető
Gál Ferenc Egyetem
Egészség- és Szociális Tudományi Kar

FELHASZNÁLT IRODALOM

A gyermekvédelmi szakellátásban élő gyermekek örökbefogadásának előkészítése Magyarországon élő szülőkszámaramegyénbelül. (2014). TÁMOP-5.4.1-12/1-2012-0001 „Szociális szolgáltatások modernizációja központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása” kiemelt projekt megbízásából. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.

Andorka, R.: *Bevezetés a szociológiába*, Budapest, Osiris Kiadó, 1997.

Babbie, E.: *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*, Budapest, Balassi Kiadó, 2001.

Bagdy, E.: *Pszicho-fitness kacagás-kocogás-lazítás*, Budapest, Animula, 1997.

Bagdy, E.: *Relaxáció megnyugvás belső béke*, Budapest, Kulcslyuk Kiadó, 2014.

Bogár, Z.: *Az örökbefogadás lélektana*, Budapest, Ágacska Alapítvány az Örökbefogadásért és a Családokért, 2011.

Csiky, O.: Az örökbefogadás, in: *Családjogi Füzetek*, 1998. 1-21.

Gólyahír Egyesület tagjai.: *Gólyamesék Könyv a nyílt örökbefogadásról*, Püspökladány, Best-Books Kft, 2014.

Hajduska, M.: *Krízislélektan*, Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010.

Bükki, P.: *A gyermekek védelme, A gyermekvédelem alapvetései*, Budapest, Pont Kiadó, 2009.

Szent Biblia azaz Istennek Ő és új testamentomában foglaltatott egész Szent Írás, ford., G. Károlyi, Budapest, Magyar Bibliatársulat, 2010.

Korbuly, Á.: „Más”-e az örökbefogadott gyerek a vér szerinti családban nevelkedő társaihoz képest? *Család gyermek ifjúság*, 2006./1. 17-20.

Pavao, J. M.: *Az örökbefogadás háromszöge*, Budapest, Mózeskosár Egyesület, 2012.

Sass, J.: (é.n.). *A stressz és a megküzdés*, Budapest, BCE Jegyzet.

Sebestyén, P.: Az örökbefogadás pszichológiai problémái, (I. Herbszt, Szerk.) *Az esély Gyermekek és ifjúságvédelmi kalauz*, 2003. 59-63.

Smith, Eliot R Mackie, Diane M.: *Szociálpszichológia*, Budapest, Osiris Kiadó, 2004.

Székely, Z.: Felkészülés, *Család gyermek ifjúság*, 2006/1. 28-30.

Vincze, M.: Az örökbefogadás történetéből, In: *Füzetek az örökbefogadásról 1. Beszéljünk róla...*, 2007. 7-9.

Internetes források:

Ágacska Alapítvány az Örökbefogadásért és a Családokért: (dátum nélk.). Letöltés dátuma: 2019. 10. 25., forrás: <http://www.agacska.hu/>

Barcsi, T. - Juhász, É. - Karamánné, P., & Szabó, J.: *Munkahelyi lelki egészségvédelem – mentális egészség, stresszkezelés, változások elfogadásának segítése*, 2014. Letöltés dátuma: 2019. 10. 23., forrás: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar: https://www.etk.pte.hu/protected/OktatasiAnyagok/%21Palyazati/Munkahelyi_lelkiegsegsegvedelem.pdf

Fónagy, Z.: *Örökbefogadás történelmi látószögből*, 2014. 06. 30. Letöltés dátuma: 2019. 10. 24., forrás: Örökbe.hu: <https://orokbe.hu/2014/06/30/az-orokbefogadas-tortenelmi-latoszoglobol/#more-1198>

Katonáné, P. E.: *Örökbefogadás*, 2018. 06. 28. Letöltés dátuma: 2019. 10. 23., forrás: Internetes Jogtudományi Enciklopédia (Családjog rovat, rovatszerkesztő: Hegedűs Andrea): <https://ijoten.hu/szocikk/orokbefogadas>

Mózeskosár Egyesület *Az Örökbefogadó Családokért*: (dátum nélk.). Letöltés dátuma: 2019. 10. 24., forrás: <http://www.mozeskosaregyesulet.hu/>

Navratyil, Z.: *Az asszisztált reprodukciós eljárások főbb fajtái és történeti kialakulásuk az etikai-jogi reakciók tükrében*, 2011/1. 109-121.. Letöltés dátuma: 2019. 10. 25., forrás: Iustrum, aequum, salutare Pázmány Péter Katolikus Egyetem Jog- és Államtudományi Kar: <http://ias.jak.ppke.hu/hir/ias/2011sz/12.pdf>

Statisztikai tükör: *Az örökbefogadás helyzete*, 2018. 07. 20. Letöltés dátuma: 2019. 10. 24., forrás: Központi Statisztikai Hivatal: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/orokbefogadas.pdf>

JOGSZABÁLYOK

1877. évi XX. törvénycikk a gyámsági és gondnoksági ügyek rendezéséről. (1877. 07. 07.). Letöltés dátuma: 2019. 10. 29., forrás: Nemzeti Jogszabálytár: <https://net.jogtar.hu/getpdf?docid=87700020.TV&targetdate=&printTitle=1877.+%C3%A9vi+XX.+t%C3%B6rv%C3%A9nycikk&referer=1000ev>

1991. évi LXIV. törvény a gyermekek jogairól szóló New Yorkban 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről. (1991. 11. 22.). Letöltés dátuma: 2019. 10. 25., forrás: Nemzeti Jogszabálytár: http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=15579.284771

15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (NM.r.). (1998. 10. 01.). Letöltés dátuma: 2019. 10. 25., forrás: Nemzeti Jogszabálytár: http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=34254.372875

2005. évi LXXX. törvény a gyermekeknek a nemzetközi örökbefogadások terén való védelméről és az ilyen ügyekben történő együttműködésről szóló, Hágában, 1993. május 29. napján kelt Egyezmény kihirdetéséről. (2007. 01. 01.). Letöltés dátuma: 2019. 10. 25., forrás: Nemzeti Jogszabálytár: http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=94803.133075

29/2003. (V.20.) ESzCsM rendelet a helyettes szülők, a nevelőszülők, a családi napközit működtetők képzésének szakmai és vizsgakövetelményeiről, valamint az örökbefogadás előtti tanácsadásról és felkészítő tanfolyamról. (2018. 02. 02.). Letöltés dátuma: 2019. 10. 25, forrás: Nemzeti Jogszabálytár: http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=74571.351452

149/1997. (IX. 10.) Korm. rendelet a gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról. (2019. 08. 30.). Letöltés dátuma: 2019. 10. 25., forrás: Nemzeti Jogszabálytár: http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=30875.371982

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról. (2019. 09 01). Letöltés dátuma: 2019. 10. 25., forrás: Nemzeti Jogszabálytár: http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=29687.370717

2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről. (2019. 07. 17.). Letöltés dátuma: 2019. 10. 25., forrás: Nemzeti Jogszabálytár: http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=159096.370225

72/2014. (III.13.) Kormány rendelet az örökbefogadást elősegítő és az örökbefogadás utánkövetését végző közhasznú szervezetek tevékenységéről és működési engedélyeztetéséről. (2019. 09. 01.). Letöltés dátuma: 2019. 10. 26., forrás: Nemzeti Jogszabálytár: http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=29687.370717

MENTÁLIS EGÉSZSÉG ÉS A SPIRITUÁLIS KÖTÖDÉS VIZSGÁLATA A SEGÍTŐ FOGLALKOZÁSÚAK KÖRÉBEN

*„Nem tudom mi a sorsod, de egy dolgot tudok: hogy azok lesznek igazán boldogok,
akik keresték és megtalálták, hogyan lehet másokat szolgálni”
(Albert Schweitzer)*

1. BEVEZETÉS

A szegények, az elesettek ügye a velünk élő történelem, a gondoskodás felelőssége és hatása már az Ószövetségben is élénk kerül nem egy történetben. Noémi és családja történetét ismerjük és van abban valami mély szimbólum, ahogy e történet alakul. Az elfogadás, a befogadás, a gyámolítás, a szegények támogatása, a lelki segítség, tehát a szociális szakma minden szintje megjelenik e történetben, mely egyben megalapozza a jövőt, melyben ott van Dávid királysága és a megváltó Krisztus születése. Mindig voltak olyanok, akik megértették, hogy az emberi méltóság az az alapérték, amelynek védelme Istentől eredő kötelezettségünk. A szociális munkások számára nem kérdés, nincs az az ok és az a jog, amely elvitatná bárki jogát a saját méltóságához. Sokféle eszmei, szellemi háttérrel léphetünk a pályára, de van bennünk egy közös fókuszpont, áldottá válunk ebben a hivatásban.

„Egyre világosabbá és közérthetőbbé kezd válni az a tény, hogy a közvetlen szociális munkának, természeténél és történelmi hivatásából következően oroszlánrész jut a lemorzsolódó személyek, családok és közösségek spirituális, lelki, erkölcsi és társadalmi-környezeti gondozásában és támogatásában.” (Baráth, 2012, p. 47)

Az elmúlt években párhuzamosan végeztem a Gál Ferenc Főiskolán pasztorális tanácsadóként és egészségfejlesztő mentálhigiénikusként. Témaválasztásaim során tulajdonképpen hasonló szemlélettel jártam körbe a szociális munkát, figyelve a szakemberek és a kliensek lelki-spirituális egészségvédelmére. A kutatott területek szorosan kapcsolódtak egymáshoz, bár más-más szegmensét vizsgáltam az adott területnek, mintha egy könyv első és második része lett volna, de minden részében, mondatában, gondolatmenetében ott volt mindazon szociális területen szerzett tapasztalat és a megélt keresztény életszemlélet, amelyet immár évtizedek óta mondhatok magaménak. A téma választásában az a felelősségtudat vezérelt, hogy tapasztalásaimat, tudásomat felhasználva tegyek valamit a területen dolgozó szakemberekért és a kliensekért úgy, hogy egészségüket komplexen a spirituális és lelki dimenziók men-

tén szemléljem. Akik saját személyiségüket munkaeszközként használva hiányokkal, sérülésekkel küzdő emberekkel foglalkoznak maguk is veszélyeztetetteké válnak., Az egészségügyi, szociálpolitikai és a hitéleti célok hétköznapi megvalósításában saját személyiségük belső erőforrásainak mozgósításával szolgáló professzionális humansegítők a kiégési szindróma által jelentősen veszélyeztetett szakmacsoportok közé sorolhatóak. A segítő hivatást választók érzelmeikben gazdagon léptek pályára, erős motiváltsággal és mégis olyan lelki válsághelyzeteket élhetnek meg, akár már patológiásnak számító pszichiátriai kórképekig, mint a depresszió, és a szorongás. A munkahelyi egészségvédelem során éppen ezért fontos vezetői és egyéni felelősség az egészségértés, egészségfejlesztés, egyaránt van teendők az egészségfejlesztés szociális-biológiai-mentális-spirituális színterein.

„Az altruista élménymód - ahogyan az alkotótevékenység - nem lehet folytonos. Az emberi pszichés teljesítőképesség legmagasabb funkcióiról van szó, amelynek senki sincs állandóan a birtokában, megélésükre azonban minden embernek van esélye. E kapacitás rendkívül sérülékeny, visszaélést nem tűr, könnyen kimerül. A segítő hivatás tehát, miközben az ember legkomplexebb késztetéseit és legjobb erőit mozgósítja, egyben veszélyforrás is. A genuin altruizmus kapacitásának kimerülése, e legjobb erővel való visszaélés a kiégés szindrómájához vezet. Hangsúlyozni kell, hogy a kiégés az altruizmusnak, a kreatív tevékenységnek vagy a transz-perszonális élménynek nem szükségszerű utóhatása, hanem lehetséges következménye, amely akkor áll elő, ha a funkció kimerül.” (Pálfi, 2007, p. 9)

A szakmai tapasztalatok tükrében látható, hogy a szakmában tevékenykedők mentális egészségének védelme, a mentális egészségtudatos magatartás kialakítása sok megválaszolóra váró kérdést vet fel a munkavállalók és a munkaadók részéről. A segítő hivatáshoz, mely a legszentebb hivatások egyike, sok szeretet, életszeretet kell.

A kutatásban a mentális egészség és a spirituális kötődés összefüggéseinek vizsgálata során képet kaptunk arról, hogy milyen valós erőforrás rejlik a hitben, a lelkeségben, az elkötelezettségben. E munkában a segítő lelki egészsége, veszélyeztetettsége, a spiritualitáshoz való viszonyulás, a spirituális kötődés hatása az egyén lelki erőnlétére és stabilitására és olyan lehetőségek, melyek egészségvédő funkcióval bírnak, kerültek fókuszba. A munka során többféle módszer egyidejű alkalmazását – validált mérőeszközöket, különböző típusú interjúkat, kérdőíveket, tanulmányokat, szakmai anyagokat, „jógyakorlatok” elemzését-végezve holisztikus, multidiszciplináris szemlélettel történt a témafeldolgozás. A kutatási cél a spiritualitás és a mentális egészség közötti összefüggésekre való rávilágítás a segítő hivatás kapcsán, annak érdekében, hogy az egészségvédelem terén is többet tehesünk, a célzott megelőzéssel, a környezeti erőforrások tudatos bevonásával, az inter-professzionális együttműködések, társas támogató hatásának hatékony kihasználásával.

Hiszem, hogy romokon nem lehet várat építeni és azok, akik a személyiségükkel, mint munkaeszközzel dolgoznak egyrészt kötelesek, másrészt méltók is arra, hogy megfelelő mentális támogatást kaphassanak személyiségük, mentális nehézségeik

rendezéséhez. „„Mit használ nekem, ha jó vasat gyártok, ha saját bensőm tele van sakkal. S mit használ, ha egy birtokot rendbe hozok, ha magammal nem vagyok összhangban.” (J. W. Goethe). Hiszem, hogy a mentális egészségfejlesztés terén nem vagyunk sem eszköztelennek, sem tehetetlenek. A szándék minden szereplőben ott van, az erőforrásokat kell irányba állítani. Hipotéziseim ellenőrzésével, a kutatómunkával ezt kívántam mélységeiben feltárni. Úgy vélem a pozitív érzelmekre, a kognitív újraértékelésre koncentrálva, megfelelő feldolgozást segítő, fejlesztő munkával elősegíthető az adaptív megbirkózási módszerek beépítése a gyakorlatba egyéni és szervezeti szinten egyaránt, ezzel fejleszthető a stressz, konfliktuskezelő-képesség, a hatékony kommunikáció, a rugalmasság, a flow állapot elérését elősegítő képességek rendszere.

A hipotézisvizsgálatok során a következő területekre fókuszáltam:

1. A segítők mentális állapotnak vizsgálata a munkában eltöltött évek, a megszerzett képzettség, és felelősségi szint tükrében. E téren külön figyelmet fordítottam azon szakemberekre, akik a munkájukat a kliens lakókörnyezetében végzik.
2. A segítők mentális állapotának vizsgálata, annak társas támogatásának, spirituális kötődésének és egyéni rezilienciájának viszonylatában. Erőforrásként tekintettem e hipotézisben a rezilienciára, azon belül is a reziliencia társas támogatáshoz kapcsolható tényezőire és a spiritualitásra, hitre.
3. A szomatikus tünetek és a mentális állapot közötti összefüggések jellemzőinek vizsgálata.
4. A munkahelyi mentális egészségvédelem színvonalának, módszereinek hatásának vizsgálata a szakemberek mentális egészségére nézve.
5. Kerestem a munkakörnyezetben, szervezésben, pszicho-szociális egészségvédelem terén jól használható módszereket, amelyek csökkenthetik a dolgozók mentális leterheltségét, és amelyek alapvetően jól beilleszthetők a munkafolyamatba.

Természetesen az általam a mentális állapot felmérésére használt validált mérőeszközök, kérdőívek kiértékelése során nem diagnózis felállítására törekedtem, hiszen segítői kompetenciahatárait erre nem terjednek ki, azonban alkalmasak voltak arra, hogy egzakt módon nyerjek adatokat a vizsgált területről. Úgy gondolom, hogy ezen feltételezések mentén kutatva kaphattam egy reális képet, mely alkalmassá válhat arra, hogy felépítsek egyfajta az adott területhez rugalmasan alkalmazható modellt a megismertek tükrében felmutatva a fejlesztésre váró területeket. Ha a kutatásomat összegezném, akkor azt mondanám, hogy valójában a segítő hivatást felvállalók életminőségét kutattam, hiszen az életminőség egy többdimenziós konstrukció, amelynek része a funkcionális, fizikai, érzelmi, társadalmi és szellemi jólét valamennyi aspektusa.

2. A KUTATÁS ELMÉLETI, FOGALMI KERETEI

Munkám során George Santayana vallás-meghatározását veszem alapul „az, amit az egyén csinál a saját szentségében”.

„A keresztény mélylélektani felfogás lényege egy abszolút pozitív és kreatív világkép: a Selbst az krisztusi. Isten szereti a világot, annyira, hogy fiát, önmagát adja érte (Ján:3,16.). Isten azt akarja, hogy minden ember üdvözljön, és az igazság ismeretére eljusson (I.Tim:2,4.). Ezt munkálja is mindenkiben, a mindenki lelke mélyén lévő szellemén, pneumáján keresztül. Ha öljük is időnként ezt magunkban vagy másokban, megvan a megbocsátás lehetősége és annak tapasztalása, hogy feltámad, újra megjelenik bennünk és szeret. A keresztény tanítás központja Krisztus halála és feltámadása. A keresztény örömhír lényege tehát, hogy a Selbst, az élet forrása bennünk és a fejlődés célja - ami felé minden vallás törekszik - az krisztusi. A Krisztus történet tehát mindannyiunk lelkében zajlik.” (Süle, 2012, p. 16)

Úgy gondolom fontos látni, hogy a spiritualitáshoz való erős kötelék még önmagában akár küldetéstudattal felvértezve sem mentesíti az egyént a mentális egészségvédelem terén való figyelemtől, önreflexiótól. Ugyanakkor életünk meghatározó alapegységeiben a legfontosabb alapok az intellektuális, a materiális, emocionális és spirituális kötődéseink, amelyek a maguk bonyolult módján alkotják meg életünk egészét. A lelkiséget a felsőbb erőhöz való viszonyulást vizsgálom és nem kizárólagosan az egyházhoz tartozást, a formális vallásosságot, annak ellenére, hogy kiemelten fontos része a keresztény létnek a közösségben való létezés.

A szociális szakmát, mint hivatást értelmezem, az elköteleződés az, mely következtében a stresszel való terhelődés több dimenzióból is támadhatóvá teszi az egyént. Victor E. Frankl utal arra (Frankl, 2005, p. 157), hogy a hivatással végzett munka az élet nagy ajándéka, s van ebben a szóba valami magasztos lendületet adó erő, hiszen itt az életfeladatunk homlokterében valódi értékek, érzések állnak (hit, remény, szeretet), de azt is írja, vigyázni kell, mert nem a foglalkozás tesz boldoggá. „Önmagában a hivatás nem teszi az embert pótolhatatlanná, csak esélyt ad erre.”

„A teljesítményben lelhető kielégülést csak a hiábavalóság és a céltalanság okozta stressz képes tönkretenni. A súrlódások és a céltalan irányváltások az élő gépezetet legalább annyira koptatják és igénybe veszik, mint az élettelen, és salakanyagok felhalmozódásához vezetnek. Megtalálni azt a foglalkozást, amelyre alkalmasak vagyunk, amelyet igazán a legjobban szeretünk, és amelyet a többiek megbecsülnek — ez igazi művészet. Az embernek az elismerés kell; a folytonos bírálat - sokkal inkább, mint bármely más stresszor — csak a csalódás és a hiábavalóság érzetét kelti” (Selye, 1976)

A hivatás szellemiségéhez szorosan hozzátartozik az a világkép, amelyről Pitirim A. Sorokin (1954): A szeretet útjai és hatalma című művében ismerhetünk meg. Ez az, amit elsősorban szellemiségében használok, hiszen mindaz, amire ő tanít a spirituális elköteleződéssel vagy anélkül is igaz e hivatásra.

„A gyűlölet gyűlöletet kelt, az erőszak erőszakot szül, a képmutatásra képmutatás

a válasz, a háború háborút eredményez, a szeretet pedig szeretetet teremt. Az önzetlen szeretetben hatalmas kreatív és terápiás lehetőségek rejlenek, sokkal több, mint azt a legtöbb ember gondolná. A szeretet életető erő a mentális és az erkölcsi egészséghez. Az altruista személyek tovább élnek az önző egyéneknél. A szeretet hiányos gyermekeknél könnyen alakulnak ki életviteli, erkölcsi és szociális fogyatékoságok. A szeretet a bűnözői, a beteges és az öngyilkos hajlamok leghatásosabb ellenszere; a gyűlöletnek, a félelemnek és a pszicho-neurotikus megbetegedéseknek nemkülönben. A szeretet elengedhetetlenül szükséges a mélyen átélhető és tartós boldogsághoz.... Az értékek jövőbeli tőzsdéjén az önzetlen szeretet „kötvényeinek” és az alázat „részvényeinek” árfolyama valószínűleg felmegy. A mai emberiségnek egyre sürgetőbb szüksége van ezekre a szűkösen rendelkezésre álló értékekre.” (Sorokin, 1954, p. 1)

Szociális munkások szellemiségét áthatja Carl Rogers eszmeisége, a tőle tanult módszer egy nagyon dinamikus, kliensközpontú és érzelmekben gazdag interperszonális tevékenység, mely mögött meghúzódik a segítő egyén mentális egészsége, fejlett mentális immunitása, mely valóban munkaeszközzé teszi a segítő személyiségét, és amely valós hatékonyságot eredményez. A kliensnek megadva az önfogadás, az önszeretet örömét.

„Úgy találtam tehát, hogy akkor tudok segítséget nyújtani, ha egyfajta átláthatóság jellemmez, ha valódi érzéseim egyértelműek, ha a klienst önálló, saját belső értékrenddel rendelkező személyként tudom elfogadni, ha képes vagyok mély, empátián alapuló megértésre, amely lehetővé teszi számomra, hogy a kliens belső világát az ő szemével láthassam. Amennyiben ezeket a feltételeket sikerül teljesítenem, a kliens valódi segítőjévé válok. Második feltételként úgy találtam, hogy minél nagyobb mértékben tudom elfogadni a másik személyt, és minél inkább megkedvelem, annál valószínűbb, hogy egy olyan kapcsolatot hozok létre, amely számára használható lesz. Elfogadás alatt azt a pozitív hozzáfordulást értem, amelyben a személyt a belső értékei szintjén kezelem — értékelem, függetlenül a pillanatnyi állapotától, viselkedésétől vagy érzéseitől.” (Rogers, 1961, pp. 65-66)

Tehát ezek voltak azok a sarokpontok, melyek meghatározóak voltak a munkámban és áthatották azt. Az egészségszemlélet, egészségfelfogás során a jól ismert WHO meghatározást vettem alapnak, melyet úgy gondolom a témához illeszkedően a spirituális dimenzióval egészítettem ki. A „teljes testi – lelki és szociális jóllét”-re koncentráltam, amelynek általam fontos elemzett része a mentális egészség. Ez utóbbit az Egészségügyi Világszervezet így határozza meg: „a jóllét olyan foka, amelyben az egyén megvalósítja képességeit, meg tud küzdeni az élet mindennapos nehézségeivel, eredménnyel és gyümölcsözően képes dolgozni, valamint hozzá tud járulni saját közösségéhez.” (WHO, 2014, p. 1)

3. AZ ALKALMAZOTT KUTATÁSI MÉRŐESZKÖZÖK

A kutatás során a saját szerkesztésű kérdőívekbe validált nemzetközi és hazai mérőeszközöket építettem be, melyek az alábbi területekre fókuszáltak:

1. Beck féle depressziós kérdőív rövidített változata DR Kopácsi László kérdőíve alapján (Kopácsi, 2019)
2. Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) (Salavecz Gyöngyvér Neculai Krisztina Rózsa Sándor Kopp Mária, 2006)
3. Bunout kérdőív (Gálné Ács Mária, Elek Gabriella, 2015),
4. Beck féle kérdőív rövidített változata (Kopp Mária, Skrabski Árpád, 1992, p. 243)
5. WHO Jólét skála (Susánszky Éva Konkoly Thege Barna Stauder Adrienne Kopp Mária, 2006)
6. Társas támogatás (Kopp Mária, Skrabski Árpád, 1992, p. 250)
7. Spirituális Transzcendencia Skála (Tomcsányi, T., Martos, T., Ittész, A., Horváth-Szabó, K., Szabó, T., Nagy, J., 2011)
8. Mindennapi Spirituális Tapasztalatok Skála (Undewood L G, Teresi J A , 2002)
9. Konfliktusmegoldó kérdőív (WOC - 16) (Rózsa Sándor, Purebl György, Susánszky Éva, Kő Natasa, Szádozcky Erika, Réthelyi János, Danis Ildikó, Skrabski Árpád, Kopp Mária, 2008)

A három saját szerkesztésű kérdőív a kutatás különböző részterületeire:

1. Munkahelyi stressz és mentális egészség közötti összefüggések vizsgálata a segítő foglalkozásúak körében. (N=60) (fenti mérőeszközök kiegészítése saját kérdésekkel a szomatikus és pszichés tünetek vonatkozásában).
2. Spiritualitás, rugalmasság, társas támogatás, életcél és depresszió (N=70)
3. Interprofesszionális együttműködés a személyes gondoskodás folyamatában (N= 70)

A kutatási tapasztalataimat értékelve úgy gondolom, hogy az eredmények valós haszonnal adaptálhatóak a terepmunka során.

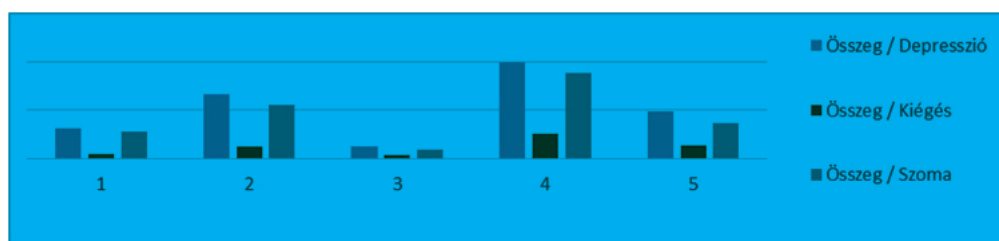
4. A HIPOTÉZISEK ÉRTÉKELÉSE A KAPOTT EREDMÉNYEK TÜKRÉBEN

1. **Feltételezem, hogy a segítséget hivatásként választók körében igen komoly mentális problémák is fellelhetőek, amelyek esetében összefüggést találhatunk a munkában töltött évek, képzettség és beosztás viszonylatában is. Feltételezem, hogy a házi segítségnyújtásban dolgozó kollégák leterheltsége a legnagyobb és ők a legveszélyeztetettebbek.**

Ha az összesített eredményt nézem különböző kérdőívekben, akkor azt látom, hogy a depresszióval mérsékelten voltak veszélyeztetettek a kollégák, de az összesítés

ezekben nagyon megfélemlítő volna. Az eredményeket vizsgálva látható, hogy vannak veszélyeztető tényezők. Úgy tűnik a főiskolai végzettséggel dolgozó szakemberek mind a depresszió, mind a kiégés és a szomatikus tünetek esetén is nagyobb veszélyben vannak. Azt gondolom, hogy mivel ők többnyire vagy középvezetőként dolgoznak, vagy a terápiás munka során valódi terepmunkát végeznek ez nem is igazán okoz meglepetést.

1. ábra Mentális értékek az iskolai végzettség összefüggésében, N=60



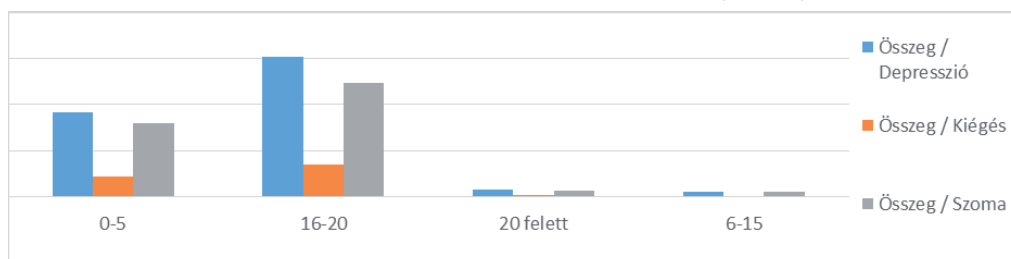
1-alap, 2- középszintű, 3- emeltszintű, 4- főiskola, 5 – egyetem+ szakirány

Forrás: saját szerkesztés, 2019.

Látható, hogy a kezdő munkavállalók és a 16-20 évesen ledolgozott munkavállalók vannak nagyobb veszélyben. Az eltérések ennél a viszonylag kis merítésnél is szignifikánsak. További kutatási kérdés lehet ennek okát keresni, a saját tapasztalataim illetve a dolgozókkal folytatott interjúk alapján azt gondolom, hogy következő magyarázatok választhatnak erre:

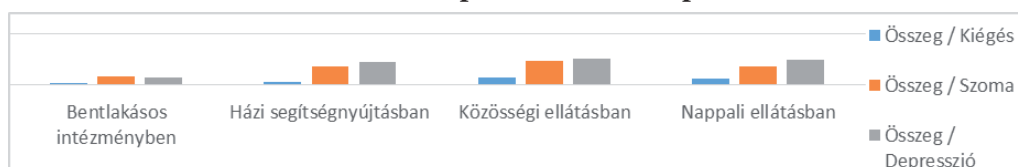
1. Kezdő kollégák számára megfelelő segítség nélkül nehezen feldolgozható mindaz az emberi tragédia, amivel szembesülnek nap, mint nap munkájuk során.
2. A 15-20 éves dolgozó szakemberek egyrészt sok kudarcot éltek meg munkájuk során, másrészt ekkora már a magánéletükben is megélik nehéz életkori kríziseket, mint például „az üres fészkek szindrómát”, a klimax közeledtét, a fiatalos lendület elvesztését. Ez utóbbit látszik igazolni az is, hogy a depresszió és szomatikus tünetek terén a 45-55 éves korosztály volt a leginkább érintett.

2. ábra A munkában töltött évek / mentális egészség, N=60



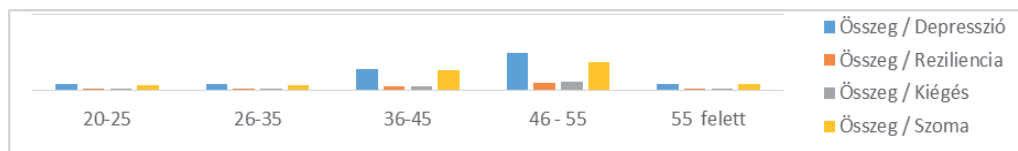
Forrás: saját szerkesztés, 2019.

3. ábra Ellátás típus/ mentális állapot, N=60



Forrás: saját szerkesztés, 2019.

4. ábra Életkor / mentális állapot, N=60



Forrás: saját szerkesztés, 2019

Igazolást nyert, hogy azok a szakemberek leterheltebbnek érzik magukat, akik el-látottjaik saját otthonaiban végzenek segítségnyújtást, mint a bentlakásos intézmény-ben dolgozó szakemberek. Ennek okát szintén érdemes volna keresni, úgy vélem több tényező húzódnak meg okként:

1. Az otthonaikból érkező kliensek mindennapjaira sokkal kihat a mindenna-pok otthonról hozott konfliktusa, amely bizonyos értelemben nehezíti a munkát.
2. A bentlakásos intézményekben élő idős, ha elfogadta a megváltozott élet-helyzetét sokkal kevesebb családi konfliktust él meg, kevesebb teher, felelősség nyomja a vállát.

3. Az otthonában lakó kliens gyakorta él magányosan, ingerszegényen, társastámogató környezet nélkül, az intézményben élő folyamatos interakciókban van környezetével.

4. Az intézmény sajátos életritmusa keretet ad a napoknak.

A magyarázatok pontos meghatározása egy következő kutatás feladata lehetne.

Összeségében úgy vélem a hipotézisem igazolódott többségében, de egyben feltárt új kérdéseket is és a mentális egészségvédelem terén rámutatott azon tényezőkre, melyekre a prevenció terén nagyobb figyelmet lehet fordítani.

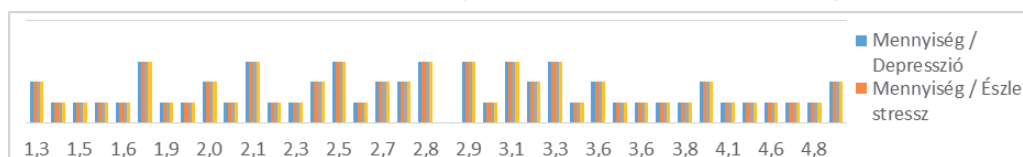
2. Feltételezem, hogy a személyes segítségben dolgozó szakemberek mentális állapota szignifikáns összefüggést mutat azzal, hogy milyen szintű a rezilienciája, milyen társastámogató közeg áll mögötte, illetve miként viszonyul a spiritualitáshoz. Feltételezem, hogy a reziliencia spiritualitás és a társastámogató közeg stabilitás tényezője a legerősebb védőfaktorok a segítők életében.

Feltételezésem alapját az adta, hogy a rugalmasságra, a spiritualításra és a társas támogatásra olyan védő pajzsként tekintettem, ami képes az egyén mentális egészségét hatékonyan védelmezni. Úgy gondolom, ez egy teljesen logikus és igazolt alapvetés. Az teljesen egyértelmű, mondhatni az Istentől kapott eredetünkből fakad, hogy az embernek nem jó egyedül. Miként az is, hogy az emberbe oltott sajátság, hogy „só-várogja várja Isten fiainak megjelenését” így a társas támogatás, a társ szükségessége, a spiritualitás fontossága alapvetés, de nem kevésbé az a rugalmasság is, ami képessé tesz arra, hogy ebben a különösen sok változóval működő hivatásban az ember folyamatában tudjon a helyzetre reagálni, megfelelő megoldást, választ adni. Nyilvánvalóan sokan sokféleképpen kötődtek a hithez. Az általam használt mérőeszközök segítségével kapott adatok elemzése során érdekes volt az, hogy annak ellenére, hogy igazolódott a hipotézisem:

1. A spiritualitás értékei mentén való mozgása a mentális problémák erősödésével leginkább azoknál jelentkezik, akik bizonytalanok az ahhoz való viszonyulásukban.

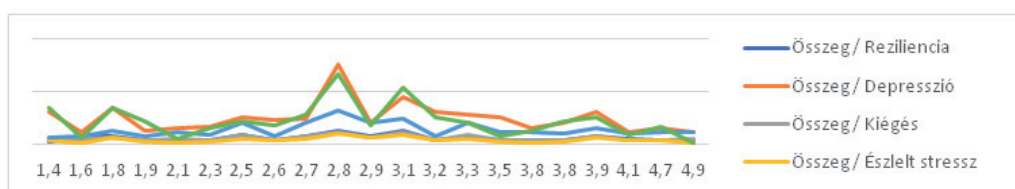
2. Érdemes a mentális védelem terén egyéb védőfaktorokra is figyelni (gyermek száma).

5. ábra Spiritualitáshoz viszonyított, reziliencia, társastámogatás, N=60



Forrás: saját szerkesztés, 2019

6. ábra mentális állapot a spiritualitás viszonylatában, (Spirituális Transzcendencia Skála) N=60



Forrás: saját szerkesztés, 2019

Összeségében tehát a hipotézis igaznak bizonyult, az adatok részletes elemzése, az interjúk értékelése több egyéb fontos szempontra figyelmeztetett. A spiritualitás valós védőfaktor, de nem jelent feltétlen védelmet az egyén számára a kiegészéssel, a depresszióval szemben. Az adatok részletes vizsgálatakor látható, hogy itt is fontos tényező a munkában töltött évek száma, a képzettség, életkor. További kutatási területe lehet e témának a védőfaktorok teljeskörű meghatározása valamit mindaz, amit lehet tenni a mentális egészségvédelem terén.

3. Feltételezem, hogy a segítő hivatásban dolgozók mentális leterheltsége nagy eltérést mutat annak fényében, hogy a klienssel végzett munkájukban intézményi körülmények között, illetve a kliens otthonában dolgoznak. Feltételezem, hogy a szomatikus tünetek erőssége és a mentális elgyengülés között szoros összefüggés van és vannak különösen veszélyeztetett területei a segítő munkának.

A kutatás során nagyon hamar, már egy korábbi hipotézis igazolása során is látható volt, hogy a munkaterület és a mentális leterheltség között van együtt mozgás. Feltételeztem, hogy a kliens lakókörnyezetében végzett munka másként hat az egyénre, mintha zömében az adott intézményen belül tevékenykedik. A bentlakásos intézményben élő idősek gondozása az, ami e még reprezentatívnak nem mondható kutatás szerint a leginkább védi a dolgozót. Azonban a szomatikus tünetek megjelenése minden típusú ellátás, alap- és szakszolgáltatásban dolgozók esetén egyaránt igazolható volt. Némi emelkedést tapasztaltam a közösségi ellátás terén, ők a legin-

kább érintettek. Ennek oka az ellátás sajátosságaiban van, hiszen ők szenvedély illetve pszichiátriai betegekkel dolgozva igen összetett problémákkal szembesülnek, gyakorta úgy, hogy a kliens társastámogató közege is a betegpopulációhoz tartozik, amely nehezíti a sikeres sorskezelést.

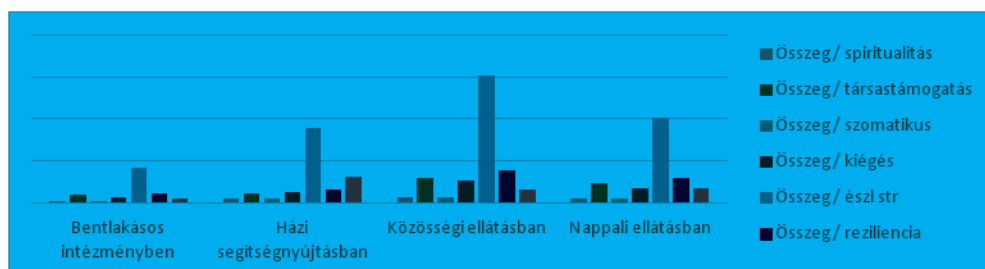
7. ábra Szomatikus tünetek/ munkakör, N=60



Forrás: saját szerkesztés, 2019

Ha a szomatikus tünetek megjelenése mellett az egyéb mentális lemerülésre utaló jeleket vizsgáljuk, akkor az észlelt stressz mértéke kifejezetten magas, azonban itt a veszélyeztetett területként a nappali ellátás is megjelenik.

8. ábra Munkakör, mentális helyzet és szomatikus tünetek, N=60



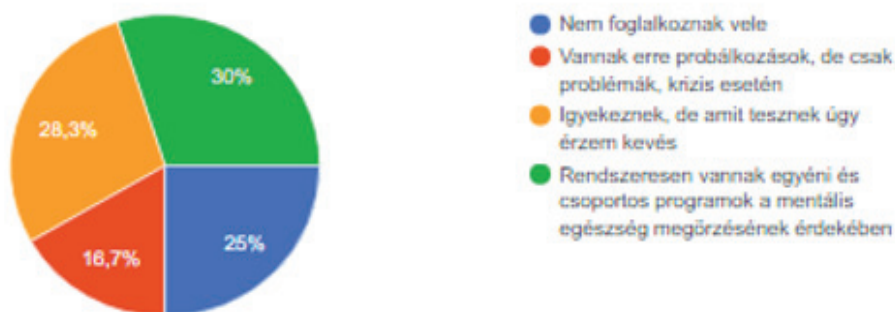
Forrás: saját szerkesztés, 2019

Tehát összességében úgy látom, hogy a mentális állapot, a stresszterheltség és a szomatikus tünetek megjelenése közt fontos összefüggések felismerhetők. A vizsgálatom eredményeként leginkább az észlelt stressz – szomatikus tünetek - kiégés összefüggéseiben tapasztaltam pozitív együtt állást. Fontos volna ezen tényezőket részletesebben vizsgálni, hiszen a munkahelyi egészségvédelem terén lényegesek ezen ismeretek.

4. Feltételezem, hogy akik olyan munkahelyen dolgoznak, ahol folyamatosan figyelnek a dolgozók mentális egészségére, ott a mentális problémákkal való megküzdés szignifikánsan eredményesebb. Feltételezem, hogy a munkahelyi tréningek, egyéni és csoportos megbeszélések, a szupervízió segít a mentális egészség megőrzésben.

Mindenekelőtt fontos megjegyezni, hogy sajnos vannak olyan munkahelyek, ahol a törvényi kötelezettség ellenére sem figyelnek oda megfelelően a munkatársak mentális egészségvédelmére.

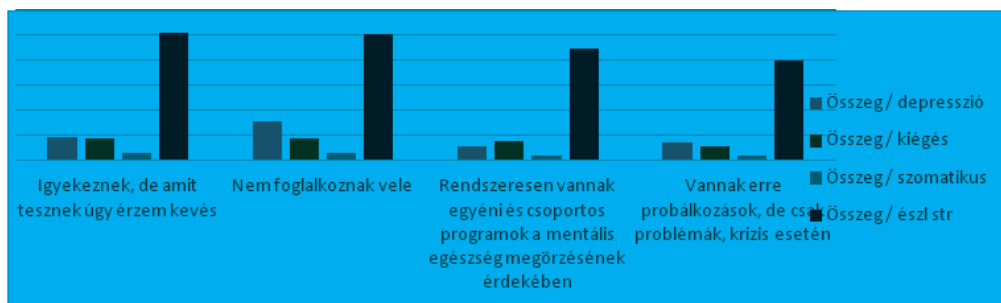
9. ábra A munkahelyén mennyire fontos a dolgozók mentális védelme? N=70



Forrás: saját szerkesztés, 2019

Az hogy egy munkahely mennyire tartja fontosnak a mentálhigiénés védelmet, minként hat az a kollektívára egy ilyen szűk keresztmetszetű kérdőíves lekérdézés adatai is láttatják, a depressziós szint ott a legmagasabb, ahol elmarad a dolgozók mentálhigiénés védelme.

10. ábra Az Ön munkahelyén mennyire védik, a dolgozók mentális egészségét? N=70

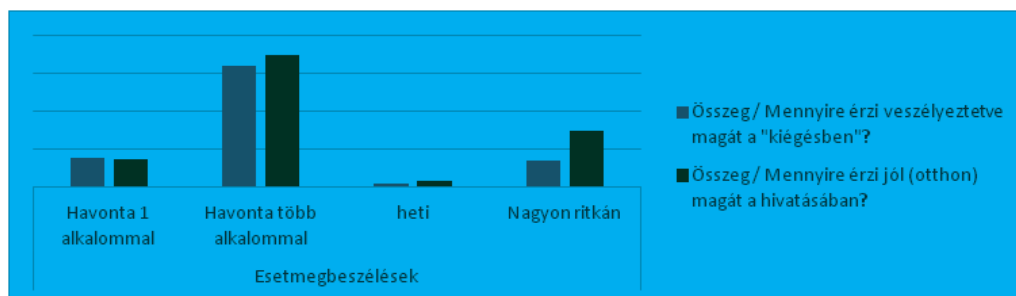


Forrás: saját szerkesztés, 2019

Az alábbi diagramok az eszmegbeszélések gyakoriságára, illetve a szupervízóra térnek ki. Látható a diagramon, hogy sokakban van ellenállás a szupervízióval kapcsolatosan, de az is, hogy, akik nem élhetnek ezzel a lehetőséggel gyakorta nem érzik

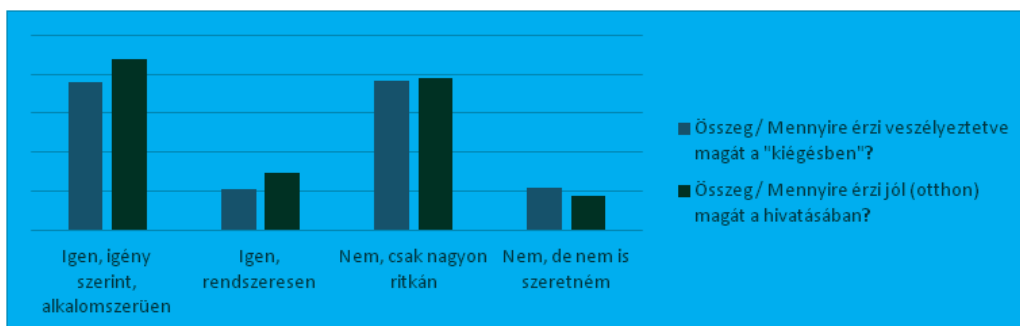
magukat a munkahelyükön jól. A mentális egészségvédelem terén a „jógyakorlat” része ez az eszköz, csak megfelelően kell használni, illetve megértetni ennek fontosságát a szakemberekkel. Fontos felismerni azt, hogy a munkahelyi egészségvédelem e területen nem működhet mentális védelem nélkül.

11. ábra Az esetmegbeszélések gyakorisága N=70



Forrás: saját szerkesztés, 2019

12. ábra Szupervízió gyakorisága



Forrás: saját szerkesztés, 2019

Összeségében a hipotézisem igaznak bizonyult, de itt is további kérdésekre, feladatokra világított rá. Egyrészt a munkaadókkal kell megértetni felelősségüket a mentális egészségvédelem terén, másrészt a munkavállalókkal kell megértetni ennek fontosságát.

5. Feltételezem, hogy vannak olyan a munkakörnyezetben, munkaszervezésben, pszicho-szociális egészségvédelem terén jól használható módszerek, amelyek csökkentik a dolgozók mentális leterheltségét, és amelyek alapvetően jól beilleszthetők a munkafolyamatba.

A mérőeszközök eddigi bemutatásából is látható volt, hogy a munkahelyi mentálhigiénére komoly figyelmet kell fordítani, az eddigiekből is kiderültek a következők: A munkában töltött évek, a képzettség, a munkakör kihat a mentális állapotra.

1. A képzettség, a reziliencia, a vallási kötődés, és a társas támogató közeg védelmet jelent a dolgozó mentális egészségére nézve.

2. A szomatikus tünetek megjelenésekor igazolva láttuk, hogy a stressz leterhelés, ha a lelket nem betegíti meg, akkor majd a testet fogja.

3. A munkahelyi mentális egészségvédelem terén fontosak a gyakori esettanulmányok, az igényekre reagáló és nem menetrendszerűen beállított szupervíziós lehetőség. A csoportos programok, tréningek javítják a munkahelyi jóllét- és biztonság érzetét.

Ezek arra engednek következtetni, hogy vannak még teendők a munkahelyi mentális egészségvédelem terén. Az utolsó hipotézisem ellenőrzése során az Egyensúly AE egyesület munkájába beépített módszereket is vizsgáltam. Az intézmény szenvedély, pszichiátriai betegekkel foglalkozik nappali és közösségi ellátásban, összesen 160-180 kliens van ellátásban, akik körül 10 szakember dolgozik. Bár számos részlet van az intézmény munkaszervezésében, ami különlegessé teszi azt, de három apró, fontos momentumot mindenféleképpen kiragadnék:

1. Mindenekelőtt a napi kétszeri közös étkezést említeném, amit más intézmények esetén nem tapasztaltam. Az egyesület elnöke ezt tudatosan építette be a munkarendbe. Itt ezek fontos elemei a munkahelyi mentális egészségvédelemnek. A lemerülést, a monotonitást akasztja meg ez a kiragadott idő. A munkatárs, mint autonóm szakember van jelen munka közben, és mint individuum van jelen az étkezéseknél. Így lehetőség van a konkrét programok megvitatásán túl jelezni az esetleges túlterheltséget, az elakadásokat időben érzékelni, és jelezni, így a saját szakmaiszemélyiség karbantartására való figyelem fontosságáról sem megfeledezni. Ez egy mindennap megélt „én- illetve mi-idő”, amikor a személyiség van a központban és egyszerűen csak ventilálja azt a munkahelyi kiscsoport vagy közösség felé, ami a lelki békéjét szolgálja, lehetősége van beszélgetni az esetekről vagy a hétköznapi élet egyes bajos dolgairól, örömeiről, nehézségeiről.

2. Másodsorban szólnék a változatosságról, amit a különböző tevékenységekbe való aktivizálódást ad a munkatársaknak. Az ÉFOÉSZ Békés megyei Szervezetének az Önálló Életviteli Centruma is az egyesület székhelyén tevékenykedik. A munkatársak egyrésze osztott munkakörben dolgozik, illetve önkéntesként. Így lehetősége van más területen is tevékenykedni, más klienskörrel dolgozni. Az értelmileg akadályozottakkal és a pszicho-szociális fogyatékosokkal végzett munka bár látszólag megterhelő, azonban éppen a két terület közötti különbségek azok, amelyek felüdülés adnak a megterhelődésekből, megóvnak a rutinná váló munkavégzéstől.

3. Gyakori képzések intézményen belül, azon kívül, szakmaspecifikusan, és attól függetlenül. A holisztikus szemléletet fejlesztő módszerek, a kommunikáci-

ós tréningek gyakoriak. A dolgozók elvégezhették a CSÉN, Ciklus Show és Titkos küldetés tréneri képzéseket is

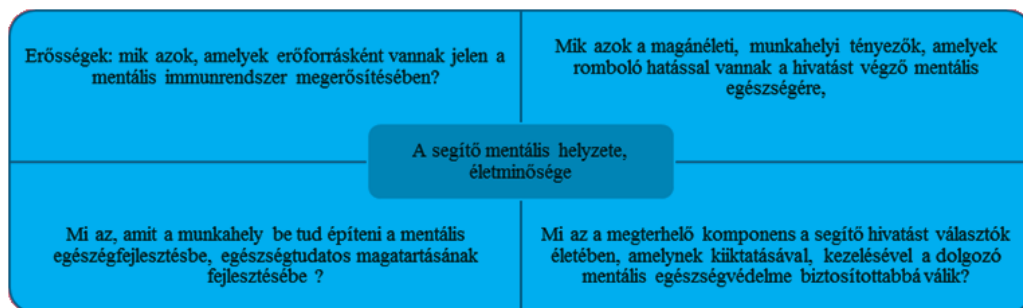
Tehát a munkahelyi programoknak része: az „én és mi idők”, a változatos munka, a képzések.

Természetesen mindezen túl van lehetőség szupervízióra, csapatépítő programokra. Az egyesület elnöke szerint a legfontosabb tudás a szakember részéről, hogy jelez, ha érzékeli a veszélyt a mentális egészségét, munkahelyi jóllétét illetően. Ez a „másfajta” munkahelyi kommunikáció segít kilépni a monotonitásból, segít nem elmerülni az esetek okozta leterheltségben. Úgy gondolom mindaz, amit ez a munkahely így ad talán látszólag csökkenti a tényleges munkával töltött időt, de összességében fontos megerősítés a segítőknek ahhoz, hogy védettebbé váljon a mentális egészségre ártó folyamatokkal szemben. S mindezen túl igazolta a hipotézisemet.

Összegezve a mentális leterheltség terén nagyobb érintettséget feltételeztem a segítő hivatásban dolgozó szakembereknél esetén. Egyértelművé vált, hogy a munkahelyi mentális egészségvédelem alapvetően határozza meg a dolgozók pszicho-szociális állapotát. Érdemes volna kialakítani egy jól formálható, helyi viszonyokra és az ellátás típusra adaptált egészségvédelmi tervet, szervezeti és egyéni szinten is, a belátható veszélyekre fókuszálva. A munka, a hivatásválasztás egy önként vállalt kockázat, de ott, ahol a személyiség az alapvető munkaeszköz, ott a kockázat is kiszélesedik. A kutatásomban a személyes gondoskodás területéről érkező segítő szakemberek mentálhigiénés veszélyeztetettségét vizsgálva az eredmények fényébe úgy vélem, a holisztikus egészségvédelem kulcsfogalom a munkavállalók valós jól-léte szempontjából.

„Nincs gyakorlatibb dolog, mint egy jó elmélet” írja Dörpfeld és ez igaz még olyan sok tényező és az emberi pszichének erősen kitett területen is, mint a segítői hivatás. Az egy jó cél, hogy felállítsunk egy modellt a SWOT analízis mintáján az egyes területek egészségvédelmére vonatkozóan. Ezt külön – külön kell megtennünk az általam vizsgált területek esetén és akár külön-külön a feltárt problémák mentés (életkor-végzettség-munkaterület-munkában töltött évek).

13. ábra SWOT analízis, segítők mentális helyzetére.



Forrás: saját szerkesztés, 2019

A kockázatvizsgálat célja többértű, túlmutat az egészségvédelmen, fontos közérzet-javító üzenete van a dolgozó felé, figyelnek rá, fontosnak tartják, értékelik. Kiszűrhetőkké válnak a korai figyelmeztető jelek alapján a veszélyek, a már kialakult pszichés elakadások, zavarok, melyekre stressz és konfliktuskezelő, csapatépítő programokkal, helyzetlemező módszerekkel reagálni lehet és kell.

V. BEFEJEZÉS

A mentálhigiénés egészségfejlesztés feladata rendkívül összetett feladat. A segítők mindenkor arra töreksenek, hogy facilitálják klienseiket egy méltóbb és egészségesebb életre, de meg kell tenni ugyanezt a segítőkkel. A segítők segítése során figyelni kell a stressztől való kimerülés kikerülésére, a distressz felismerésére, annak hatásait ellensúlyozva egyéni és szervezeti szinten is komplex prevenciós programokat kell alkotni.

A segítő bár sokszor találkozik embertelenséggel, mégis az emberség nagykövete és éppen ezért hiszem, hogy képessé válik kellő támogatással felül emelkedni az elakadásain. Viktor E Frankl, neurológus és pszichiáter, s négy koncentrációs tábor túlélője írja a következőket: „ az embernek szabadságába áll, hogy mindezen kondicionáltságain túl lendüljön, a legrosszabb, legkeményebb feltételekkel és körülményekkel szemben is fellépjen, szembeszegüljön azokkal – annak segítségével, amit a szellem dacoló hatalmának neveznek.” (Frankl, 2005, p. 51) „A Gyógyítás conditio sine qua non-ja az ember megértése” Abraham Maslow (1954)

Hiszem, az a lényegi elem, amivel már működhetünk, ha együttműködünk. Ez a legtöbb, amit e hivatásban egymásnak a segítők segítőjeként adhatunk felfedezve, hogy a szolgálat öröm.

A spiritualitás szerepe a mentális egészségben, a szakmai identitás és erőnlét megőrzésében nem gyakran emlegetett téma a szakma világi berkein belül. Keresztény szakemberek számára alapvetés, hogy személyes identitásának, szakmai identitásának része a hite. Természetszerű igény van ennek ápolására. A kutatást érdemesnek

tartom folytatásra egy nagyobb, reprezentatív minta bevonásával, kiegészítve azon kérdésekkel, melyek a hipotézisek kiértékelése során merültek fel.

A hivatásban eltöltött időtartamokban törvényszerűek-e a „normatív krízisek”, mik az okai?

Melyek azok a megoldások, melyek csökkentik a szociális szakmai „életkori kríziseket”? Melyek a válságokkal terhelt időszakoknak meghatározható indikátorai, mit lehet tenni az ártalom csökkentése, kivédése érdekében? Milyen kockázatkezelő módszerek hasznosak? Melyek azok a mentális egészséget befolyásoló védőfaktorok, amelyekre fókuszálni kell mentális egészségvédelem terén? Szükséges-e pasztorális tanácsadás szakemberek számára?

Ne feledjük annak igazát, amit korábban már említésre került, ahogyan Goethe fogalmaz: „Mit használ nekem, ha jó vasat gyártok, ha saját bensőm tele van salakkal. S mit használ, ha egy birtokot rendbe hozok, ha magammal nem vagyok összhangban.”. Ne feledjük van még adósságunk a segítők felé.

Vigyázzuk a segítők, mert áldások hordozói, Krisztus őrszemei, elhivatottságukban, hitükben erőforrás rejlik. Hiszem a szolgálat, a tevékenyszeretet szabadságában betöltekezett ember valóban szabaddá válva képes Istennek tetsző áldozatra és így önmaga felé emelkedve Istenhez közeledik, tudva tudatlanul átadva magának a teremtető szent akaratnak, s megszentelődésnek elfogadva a világi küldetés feladatát. „A világi hívek pedig -- részesei lévén Krisztus papi, próféta és királyi tisztségének -- Isten egész népének küldetésén belül az Egyházban és a világban töltik be a maguk szerepét. Valóban apostoli munkát végeznek, amikor az evangelizáción és az emberek megszentelésén fáradoznak, s a földi dolgok rendjét evangéliumi szellemmel igyekeznek áthatni és tökéletesíteni, úgy, hogy e tevékenységük fényes tanúságtétel Krisztusról, és az emberek üdvösségét szolgálja.” (A II. Vatikáni Zsinat, 1965, p. 1. fejezet 2.4)

SZFERLÉNÉ DÉNES PÁLMA ÁGNES: 2019-ben végzett a GFE-n
DR. HOMOKI ANDREA: intézetvezető főiskolai tanár, témavezető
Gál Ferenc Egyetem
Egészség- és Szociális Tudományi Kar

BIBLIOGRÁFIA

Hivatkozások

Baráth , Árpád.: 2012. Spiritualitás és szociális munka, Budapest, Esély, 23. évf. 1. sz. (2012.) 37-49.

Frankl, Viktor, : Orvosi lelkigondozás, Budapest, Jel Kiadó. 2015.

Pálfi Ferencné: Ápolói és gondozói magatartások alakulása különböző ellátási helyzetekben, különös tekintettel a kiégés jelenségére, Pécs, . Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar: Ph.D értekezés.2007.

Rogers, Carl: Valakivé válni, Budapest, Edge, 2000.

Selye , János: *Stressz distressz nélkül*, Budapest, Akadémiai Kiadó, 1976.

Süle, Ferenc.: Előadások a családról és a spiritualitásról. mek.oszk.hu/ 13.3.2019.

A II. Vatikáni Zsinat., 1 fejr. 2.4, 1965.

Felhasznált mérőeszközök:

Beck féle depressziós kérdőív rövidített változata Dr Kopácsi László kérdőíve alapján (Kopácsi, 2019)

Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) (Salavecz Gyöngyvér Neculai Krisztina Rózsa Sándor Kopp Mária, 2006)

Bunout kérdőív (Gálné Ács Mária, Elek Gabriella, 2015),

Beck féle kérdőív rövidített változata (Kopp Mária, Skrabski Árpád, 1992, p. 243)

WHO Jólét skála (Susánszky Éva Konkoly Thege Barna Stauder Adrienne Kopp Mária, 2006)

Társastámogatás (Kopp Mária, Skrabski Árpád, 1992, p. 250)

Spirituális Transzcendencia Skála (Tomcsányi, T., Martos, T., Ittész, A., Horváth-Szabó, K., Szabó, T., Nagy, J., 2011)

Mindennapi Spitiuális Tapasztalatok Skála (Undewood L G, Teresi J A , 2002)

Konfliktusmegoldó kérdőív (WOC - 16) (Rózsa Sándor, Purebl György, Susánszky Éva, Kő Natasa, Szádozcky Erika, Réthelyi János, Danis Ildikó, Skrabski Árpád, Kopp Mária, 2008)

Szomatikus, pszichés tünetek – saját szerkesztés

Spiritualitás – saját szerkesztés

Ábrajegyzék

1. ábra SWOT analízis a segítők mentális helyzetére

2. ábra Mentális értékek az iskolai végzettség összefüggésében (Munkahelyi) N=60

3. ábra A munkában töltött évek / mentális egészség (Munkahelyi) saját szerkesztés N=60

4. ábra Ellátás típus/ mentális állapot, (Munkahelyi) saját szerkesztés N=60

5. ábra Életkor / mentális állapot, (Munkahelyi) saját szerkesztés N=60

6. ábra Spiritualitáshoz viszonyított, reziliencia, társastámogatás (Mentális) saját

szerkesztés, N=60

7. ábra mentális állapot a spiritualitás viszonylatában, (Spirituális Transzcendencia Skála) N=60

8. ábra Szomatikus tünetek/ munkakör (Munkahelyi) saját szerkesztés, N=60

9. ábra Munkakör, mentális helyzet és szomatikus tünetek (Munkahelyi) saját szerkesztés, N=60

10. ábra Az Ön munkahelyén mit gondol, hogy érzi, mennyire fontos a dolgozók mentális egészségének védelme? (Munkahelyi), saját szerkesztés, N=70

11. ábra Az Ön munkahelyén mennyire védik, a dolgozók mentális egészségét? (Munkahelyi), saját szerkesztés N=70

12. ábra Az esetmegbeszélések gyakorisága N=70

13. ábra Szupervízió gyakorisága

ABSZTRAKTOK

BÄCK TÍMEA JUDIT – NAGYNÉ DR. HEGEDŰS ANITA : MENTÁLHIGIÉNÉS SZEMLÉLET A KLIENSKAPCSOLATBAN

Dolgozatom témáját a mai társadalomban is jelenlevő égető szükség ihlette, mely a mindennapi élet során jelentkező emberi személyközi problémákra, megoldhatatlannak tűnő nehézségekre keresi a kivezető utat, amely egyúttal gondolati-érzelmi változást is eredményezhet. A mentálhigiéné, illetve ezen belül a segítő beszélgetés módszere hozzájárulhat a társadalom pszichológiai kulturáltságának fejlesztéséhez, azáltal, hogy a különböző szakterületeken dolgozó szakemberek – kompetencia hatairaikat betartva – hathatós segítséget képesek nyújtani a problémáikkal hozzájuk forduló személyeknek. A tanulmányban egy öt segítő beszélgetést magában foglaló esettanulmányt mutatok be, s az ülések elemzése által vizsgálom a segítő kapcsolat alakulását, illetve hatékonyságát.

Konklúzióként levonható, hogy a mentálhigiéné prevenciós szerepére jelentős hangsúlyt kellene helyezni a lelki egészség megőrzése tekintetében, hiszen a megfelelő időben történő szakszerű beavatkozás megelőzhet számos pszichés megterhelésből származó problémát, illetve hozzájárulhat csökkentéséhez, vagy azok időtartamának lerövidítéséhez.

Kulcsszavak: mentálhigiéné, empátia, segítő beszélgetés, non-direktivitás, feltétel nélküli elfogadás, prevenció

KOVÁCS ÉVA – SZABÓNÉ DR. KÁLLAI KLÁRA: A PSZICHOSZOCIÁLIS STRESSZOROK HATÁSA A SZOCIÁLIS ÁGAZATBAN DOLGOZÓK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉRE

Dolgozatomban a szociális ágazatban dolgozók lelki egészségét vizsgáltam. A 110 főből álló vizsgálatba bevont személy Békés megyei, valamint Csongrád megyei szociális alapszolgáltatást nyújtó valamint bentlakásos intézményekben dolgozik, az intézmények önkormányzati, egyházi és állami (SZGYF) fenntartás alá tartoznak.

Vizsgálatomhoz a saját szerkesztésű kérdőíven túl felhasználtam a Burnout (BOQ) kérdőívet, a ProQOL skála kérdéseit, valamint az 5 tételes WHO jól-lét kérdőív kérdéseit. A kapott eredményekből kiemelendő, hogy a szociális ágazatban dolgozók többsége nem kapja meg a lelki egészségének megővéséhez szükséges támogatást, pl. a kutatásban résztvevők többsége nincs tisztában a szupervízió fogalmával, mert a legtöbb intézményben egyáltalán nem volt még erre lehetőségük. A BOQ kérdőív vizsgálatának eredménye azt mutatta ki, hogy a bentlakásos intézményekben dolgozók körében lényegesen kisebb a kiegészi szindróma kialakulásának veszélye, ugyanakkor egyértelműen kiderült, hogy a szociális ágazatban dolgozók lelki egészsége komoly

veszélyben van, a szakmában még viszonylag kevés időt eltöltöttek körében is tetten érhető a kiégés veszélye. A kapott kiégési mutatók igen magas értéket értek el a jellemzően 50 évükhöz közeli dolgozóknál. A kutatott területen a prevenciók lehetőségei közül a mentálhigiénés szabadság megvalósulására nem találtam példát.

Kulcsszavak: pszichoszociális stresszorok, kockázati faktorok, mentálhigiénés támogatás, egészségfejlesztés a szociális ágazatban, prevenció

DR. MAJOR LENKE – DR. NEDUCSIN MIRA: TANÍTÓKÉPZŐS HALLGATÓK TESTI ÉS LELKI EGÉSZSÉGÉNEK, VALAMINT STRESSZTŰRŐ ÉS MEGKÜZDÉSI KÉPESSÉGÉNEK VIZSGÁLATA

A felsőoktatás intézményrendszere sokak életében meghatározó, korántsem csak a tanulmányokat tekintve. A fiatalok hosszú időt, fontos éveket töltenek ezekben az intézményekben, megalapozva gondolkodásukat, jóllétüket, önmagukhoz való viszonyukat. Fontos, hogy milyen tárgyi-szakmai tudást sajátítanak el – és fontos az is, mivel töltik az időt, milyen programokban vesznek részt, milyen kapcsolatokat alakítanak ki, milyenné válik ezalatt testük, lelkük, szellemük.

Vizsgálatom középpontjában egy határon túli magyar tannyelvű felsőoktatási intézmény tanító-és óvóképzős hallgatói szerepelnek. Az Újvidéki Egyetem Szabadkán működő Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kara az egyedüli egyetemi kar Szerbiában, ahol teljes egészében magyar tannyelvű képzés folyik. Az empirikus vizsgálat az óvó-és tanítóképzős hallgatók stressztűrő képességének és megküzdési stratégiáinak felmérésére irányul.

Az empirikus vizsgálat eredményei képet adnak a tanítóképzős intézmények tevékenységének hatékonyságáról az egészségtudatos magatartás kialakítása terén, és a továbbiakban hozzájárulhatnak az intézmények hasonló jellegű fejlesztő munkájának célirányos tervezéséhez.

Kulcsszavak: egészségmagatartás, egészségfejlesztés, stresszkezelés, megküzdési stratégiák, tanító-és óvóképzős hallgatók

NAGY TÍMEA – SZABÓNÉ DR. KÁLLAI KLÁRA: EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS A TELEFONOS LELKI ELSŐSEGÉLY SZOLGÁLATNÁL

Kiemelt jelentőségű azoknak a magas empátiával rendelkező segítő foglalkozású embereknek a lelki egészségével foglalkozni, akik példát mutatva magatartásukkal, és személyiségükkel, befolyásolhatják a segítségre szorulóknak egészségi állapotát. A kutatásom célja a *LESZ (Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége)* önkéntes munkatársai kiégés szintjének felmérése (alacsony, közepes vagy magas szintű), illetve a kiégés kockázatát növelő és azt megelőző tényezők felmérése. A kutatásban 51 fő vett részt.

A vizsgált munkacsoport összességében magas szintű életelégedettséggel, alacsony szintű kiégéssel, alacsony szintű munkahelyi szorongással jellemezhető. A preven-

ció fontosságára, a szervezetnél megjelenő fluktuáció, alacsony önbecsülési szint, a tartalmában és szervezetségében megterhelő munka problematizálásának jelenléte mutat. Kielégítően pozitívnak mutatkozik a társas támogatás a kollégák körében, a segítői munka iránti elköteleződésre úgy tekintenek, mint közös értékre, a nehézségek közös formális vagy informális megbeszélésére. Habár a vizsgált csoport tagjai segítő szakemberek, a saját életükben felmerülő nehézségekkel való megküzdésben legkevésbé a segítségkérést és az érzelmi egyensúlyra törekvést alkalmazzák. Ennek további vizsgálata valószínűleg hasznos lenne. Ami az érzelmi kiegészés-szempon- tóu rizikótényezőket illeti, javasolható az önbecsülésskála alacsony, problematikus szin- tet mutató értékei kontextusának, okainak kiderítése, valamint orvoslása, hiszen az egyéni jellemzők jelentős mértékben befolyásolják a kiegészét.

A munka általi túlterheltség, valamint a szolgálati idővel együtt növekedő munka- helyi stressz odafigyelést és kezelést igényel mind a személyzet (egyéni szintű), mind a vezetéség részéről (szervezeti szintű).

Kulcsszavak: lelki egészség, kiegészés, rizikótényező, prevenció

NYÁRINÉ KÖSZEGI GIZELLA – DR. HOMOKI ANDREA: AZ ÖRÖKBEFOGADÁS- RA VÁRAKOZÓK MENTÁLHIGIÉNÉS MEGSEGÍTÉSI LEHETŐSÉGEI

A kutatásban az örökbefogadásra várókat/örökbefogadókat mértem fel és a kapott eredmények alapján arra a következtetésre jutottam, hogy az örökbefogadásra való várákozás során igen nagy jelentősége van az örökbe fogadni szándékozók testi egész- ségvédelmének. A várákozás hosszúsága, bizonytalansága miatt kialakuló szorongás- sok, félelmek oldása és megelőzése, ahhoz szükséges, hogy mire az örökbefogadás megvalósul képesek legyenek biztonságot, elfogadást, szeretetet nyújtó családot biz- tosítani az örökbefogadott gyermek számára.

Egészségfejlesztő mentálhigiénikusként azt gondolom, hogy az örökbe fogadni szándékozók testi-lelki „jól létének” megtartásában nagy jelentősége van az elsődle- ges prevenciónak, melyet az örökbefogadásban jártas és szakmailag felkészült szak- ember felvilágosítás, tanácsadás és információ nyújtásával tud biztosítani.

Az örökbefogadó szülők, örökbefogadott gyermek lelki és testi egészségvédelmé- nek megőrzése céljából fontos, hogy az őket körülvevő szakemberek (pl.: védőnő, pe- dagógus, orvos) részére az örökbefogadással kapcsolatos információk, tapasztalatok átadása megtörténhessen. Ezen ismeretek átadása megvalósulhatna felvilágosító szó- róanyagok, vagy szakmai tanácskozások által, vagy közvetlenül a felsőoktatási kép- zésbe való integrálással.

Kulcsszavak: család-és gyermekvédelem, örökbefogadás, befogadó család, mentál- higiénés támogatás, pszichoszomatikus tünetek, szülői kompetencia fejlesztése

SZFERLÉNÉ DÉNES PÁLMA ÁGNES – DR. HOMOKI ANDREA: MENTÁLIS EGÉSZSÉG ÉS A SPIRITUÁLIS KÖTÖDÉS VIZSGÁLATA A SEGÍTŐ FOGLALKOZÁSÚAK KÖRÉBEN

Kutatásomban a segítő hivatást választó szakemberek mentális egészségére, annak védelmére fókuszáltam, ebben vizsgáltam többek között a spirituális kötődés jelentőségét. Az Engel által megfogalmazott biopszichoszociális modell egészült ki a spiritualitással munkámban. Vajon a spiritualitás értékrendjének integrálódása a személyiségben a megküzdés során az egyént stabilabbá teszi-e? A védőfaktorok szerepét kutattam az általános mentális állapottal való összefüggésében, a reziliencia, társastámogató közeg, jóllét, stb. szerepét. E hivatás összetett, magasfokú szakmai tudást, multidiszciplináris szemléletet igényel, ahol az elsődleges munkaeszköz a segítő saját személyisége. Az altruizmus, a felelősségvállalás, a humanisztikus szemlélet alapvetés e hivatásban. Mindez nem működik a szeretet megtapasztalása nélkül, melynek része a mások szeretetén túl önmaga szeretete, az élet szeretete. E hivatás mások személyes közvetlen segítése, annak során az emberi méltóság védelmezése. A személyiség valóban kiteljesedhet a másik elfogadása, segítése által, mindeközben azonban fokozottan terhelődik le, kerülhet veszélybe. Cél a mentálhigiénés egészségvédelem eszközeinek fejlesztése a hatékony munkahelyi védelem érdekében. Keresem a védőfaktorokat, melyek pajzsként óvják a személyiséget. A korai figyelmeztető jeleket kutatva a prevenció eszközrendszerek fejlesztését céloztam meg. A stresszor kikerülhetetlen. Kérdés, lehetséges a stresszorral szembeni ellenállórendszerünket a mentálhigiéniai egészségvédelem eszközeivel magasabb szintre állítani? Ismerni kell a lélekromboló distresszt, hatásait ellensúlyozva egyéni és szervezeti szinten is komplex prevenció programokat kell alkotni. Igazoltnak láttam a SWOT analízisek használatának szükségességét, munkaterületekre lebontva. A feltárt veszélyeztető tényezőkre reagálva fontosnak látom e kutatás folytatását. Úgy tapasztaltam, e hivatásnak vannak fejlődési krízisei, mely időszakában az egyén sérülékenyebb. Ezekre a mentálhigiénés egészségvédelem során reagálni kell. Ennek vizsgálata és eszközrendszerének fejlesztése volt e kutatás célja.

Kulcsszavak: spiritualitás, hivatás, emberi méltóság, mentálhigiénés egészség, szeretet-életszeretet, védőfaktorok-védőpajzs, korai figyelmeztető jelek

SZAKMAI BEMUTATKOZÁSOK

Bäck Tímea Judit

1997-ben kiváló minősítésű tanítói diplomát szereztem a Budapesti Tanítóképző Főiskolán. Néhány év tanítás után azonban a közigazgatás területén helyezkedtem el, s jelenleg hatósági szakügyintézőként, illetve csoportvezetőként dolgozom. Munkaköröm a hatósági, valamint a szociális és levegőtisztasági ügyek intézésére terjed ki, melyből adódóan számos ügyféllel találkozom, akik a szociális nehézségeik mellett különböző pszichés problémákkal is küzdenek. Valójában ez a jelenség inspirált az egészségfejlesztő mentálhigiénés szakirányú továbbképzés elvégzésére, hiszen mindinkább foglalkoztatott a kérdés, hogy a hozzám bizalommal forduló ügyfeleket miként tudom segíteni leghatékonyabban az adott válságos élethelyzetből való kivezető út megtalálásában. A képzés során szerzett többlettudás – mely magában foglalja az elméleti ismereteken felül a kommunikáció - és konfliktuskészség fejlesztését, az önismeret mélyítését - biztosítja azt a tudatos hozzáállást a klienshez, illetőleg aktuális problémájához, mely hathatós segítséget nyújthat részére nehézségének megoldásához. Számtalan esetben tapasztaltam, hogy egy bátorító szó, a segítséget kérő ember megküzdő képességében való hit megadja azt az erőt és lendületet, mely létfontosságú lehet a megoldáshoz vezető úton való elindulásban. Számomra az egyik legnagyobb elismerés egy ügyfélfogadás során egy ügyféltől hangzott el, mely alkalommal szabadon választhatott ügyintézőt: „Inkább a Tímeához megyek, mert ő valahogy más”.

Kovács Éva

Kovács Éva vagyok, jelenleg a Mezőkovácsházi Humán Szolgáltató Központban dolgozom terápiás munkatársi munkakörben. Feladataim közé tartozik a szociális étkeztetés, a házi segítségnyújtás, valamint az idősek nappali ellátásának szervezése, koordinálása. Közel 40 éve dolgozom a segítő szakmában, melyből 25 évet töltöttem az egészségügyben, és 15 évet a szociális ágazatban. Pályám kezdetén kórházban dolgoztam szakápolóként, majd ezt követően a szociális ágazatban helyezkedtem el. Több évet dolgoztam egy idősek bentlakásos otthonában szakápolóként. Így a pályafutásom során lehetőségem nyílt arra, hogy tapasztalatot szerezzek a szociális szakosított ellátások területén is. Az egészségügyi és a szociális terület működésének összefüggéseit megismertem, és ezek az ismeretek sokat segítenek abban, hogy jelentős szakmai sikereket érhettem el a pályám során. Szakmai érdeklődési körömben prioritást élvez az idősellátás, hiszen az elöregedő társadalom korunk egyik legnagyobb kihívása. Szabadidőmben szívesen olvasok főleg szakirodalmat, legfőképpen egészségpszichológiát, valamint szociológiai tanulmányokat.

Dr. Major Lenke

Dr. Major Lenke vagyok, 1981-ben születtem Szabadkán. Egyetemi tanulmányaimat párhuzamosan folytattam Szegeden, ahol informatikus könyvtárosként végeztem, illetve Szabadkán, ahol mester tanítói diplomát szereztem. 2017-ben Szegeden, az SZTE Bölcsészettudományi karán szereztem doktori fokozatot neveléstudományból, információs és kommunikációs technológiák az oktatásban alprogramon.

2020 februárjában végeztem a Gál Ferenc Főiskolán, egészségfejlesztő mentálhigiénés szakemberként.

2010 óta a szabadkai Magyar Tannyelvű Tanítóképző Karon dolgozom, jelenleg egyetemi docensként. A neveléstudomány témakörébe tartozó tantárgyakat oktatom. Kiemelt kutatási területem a környezeti nevelés. További kutatási területeim az információs technológia és kultúra, a tehetséggondozás, valamint a mentálhigiéné.

2020 márciusában született meg a kislányom, jelenleg vele vagyok szülési szabadságon.

Nagy Tímea

2005-ben szereztem főiskolai diplomát a Miskolci Egyetem Állam-és Jogtudományi Karán Igazságügyi Ügyintéző szakon. Nyíradony Város Önkormányzatánál közreműködtem jogi, igazságügyi döntések előkészítésében és végrehajtásában, érzékennyé váltam a társadalmi problémák megértésére. Elindult bennem a segítő szándék- segítő munka iránti belső igény. 2012-ben édesanyám súlyos daganatos megbetegedése, és csodálatos gyógyulása nyitotta meg számomra az utat az egészségfejlesztés és a mentálhigiéné felé. Ettől kezdve segítettem az embereket a betegségeikből felépülni. Önkéntes munkatársként csatlakoztam a Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetségéhez, ahol jövőbeli terveim szerint, szeretnék az ügyelők lelki egészségével foglalkozni. 2019 óta a Nyíradonyi Járás Egészségfejlesztési Irodájában dolgozom. Irodánk 9 településen végzi az egészségmegőrző munkát. 2020-ban a Gál Ferenc Főiskola Egészség-és Szociális Tudományi Karán, egészségfejlesztő mentálhigiénikus képesítésről oklevelet szereztem.

Nyáriné Kőszegi Gizella

1998-ban a SZOTE Főiskolai Kar Általános Szociális Munkás Szakán szereztem általános szociális munkás diplomát. 2001-ben szociális szakigazgatás-szervező, 2020-ban egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakképzettséget szereztem. 1997-től dolgozom a Békés Megyei Szociális, Gyermekvédelmi Központ és Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálatnál, illetve annak jogelőd intézményénél. A integrált intézményen belül örökbe fogadási tanácsadói munkakört töltök be 2008-tól, melyet megelőzően szociális munkás, hivatásos gyám, család gondozói feladatköröket láttam el. 2003 óta – miután tereptanári végzettséget szereztem - felsőfokú szociális képzésben részt vevő hallgatók vonatkozásában látok el tereptanári feladatokat. Részt veszek

örökbe fogadni szándékozók, illetve nevelőszülők képzésében. Szakmai érdeklődési területem a gyermekvédelmi szakellátás.

Szferléné Dénes Pálma

A segítő hivatás életem alappillére. 1968-ban születtem. Férjemmel nyolc gyermekünk van. Figyelmem régóta a mentális problémákra irányul. Az Egyensúly AE Egyesületnek a pszichiátriai közösségi gondozója, koordinátora, terápiás munkatársa vagyok. Felsőfokú végzettséget egészségügyi szervezőként, majd szociális munkásként szereztem. 2019-ben pasztorális tanácsadó, szervezetfejlesztőként diplomáztam, közben egészségfejlesztővé, mentálhigiénikussá is váltam. Munkám során közel került szívemhez az értelmi fogyatékossgal élők világa, ÉFOÉSZ Békés Megyei Egyesületénél önkénteskedem évek óta. A sikerek megerősítő visszajelzések egyben. Üzenetük lényege: helyemen vagyok e hivatásban, mely igényli a professziót is. Hiszem fontos az ismeretek fejlesztése, az elmélyülés a megértés művészetében, az Istenre figyelésben. 2018-ban városomban, Békéscsabán megkaptam a Kiváló Szociális Munkáért kitüntetést.

