

Pedagógus burnout prevenciójának lehetőségei

HORVÁTH Szilvia

**Szegedi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar
Neveléstudományi Doktori Iskola**

horvath.szlv@gmail.com

A pedagóguspálya jellegzetessége a szakmai értelemben vett kiégés. Külföldi vizsgálatok alapján az európai pedagógusok 60–70%-a tartós stressztől, 30%-a pedig kiégés-szindrómában szenved (Lubinszki, 2013). Magyarországon a tanári kiégés ugyanakkor csak részlegesen kutatott terület, ráadásul az egyes felmérések eredményei nehezen összevethetőek, mert a kiégést eltérő mérőeszközökkel vizsgálták (Paksi & Schmidt, 2004; Gáspár et al., 2006). A tanári kiégés rizikófaktorainak vizsgálatára vonatkozó nemzetközi kutatások az egyén szintjén a kor, a nem, a családi állapot és az iskolázottság, szervezeti szinten pedig a szerepkonfliktusok és bizonytalanságok, az erőfeszítés és jutalom kiegyensúlyozatlansága és az észlelt munka stresszorok vonatkozásában tárnak fel korrelációt (Carod & Artal, 2013). Hazai vizsgálatok az individuális rizikófaktorokat egybehangzóan az életkor vonatkozásában tudják megerősíteni: a kiégés elsősorban a fiatalabb (24-40 év közötti) pedagógusokat veszélyezteti (Gáspár et al., 2006). Körükben a pályaelhagyás mértéke is viszonylag magas (30-40%), igaz a jelenség operacionalizációja még további kutatásokat igényel (Kocsis, 2003). A kiégés elkerülése szempontjából protektív faktoroknak tekinthetők a társas segítség, elismerés, kapcsolati hálók erőssége, munkatársi, vezetői támogatás. Kutatások igazolták, hogy utóbbi hiánya esetén 50 % feletti kiégési veszélyeztetettség mértéke. A hatások megfordítva is érvényesek. A vezetőségtől érkező erkölcsi és emberi elismerés az egyik legjelentősebb védőfaktor, még akkor is, ha az elismerés nem tartalmaz anyagi juttatást.

Fenti tényezők figyelembevételével mellett nem véletlen, hogy a kutatások a tanárokat érintő burnout prevenciók szempontjából elsősorban a szervezetszintű intervenciók mellett érvelnek. A munkából adódó stressz, ill. a kiégés kezelése esetében a tudományos igényű elvégzett (randomizált és/vagy kontrollált) vizsgálatok többsége ugyanakkor igen hatékony személyközpontú beavatkozásokat ölel fel.

Kiégési (burnout) szindróma

A kiégés fogalma

A kiégés mint társadalmi probléma az 1970-es években jelent meg főként a nyugati társadalmakban. A globalizálódás folyamatával a jelenség a világ valamennyi fejlett ipari országában általánossá vált. A kiégés először leginkább a gyakorlati szakemberek (orvosok, nővérek, szociális szakemberek, pszichológusok) érdeklődését keltette fel, a prevenció és intervenció technikák létrejöttére előbb került sor, mint az elméleti szakemberek által történő fogalom-konceptualizációra (Bordás, 2010).

A szakirodalom 1974 óta használja a kiégés fogalmát. Az 1982-ben megjelent, első jelentősebb áttekintés, amely a kiégés témájában készült (Perlman & Hartman, 1982), több mint 48 definíciót tartalmazott (Schaufeli, Enzmann & Girault, 1993). A fogalom letisztulása valamint a konceptualizáció folyamatosan zajlott az elkövetkező években.

Az első szélesebb körben elterjedt definíciót *Herbert J. Freudenberger* (1980) pszichoanalitikus alkalmazta a szakmai viselkedés leírására, amely szerint az egyén fizikai és lelki erőforrásainak kiapadásáról van szó. "*Ez a szindróma krónikus, emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés állapota, amely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek*" (Fekete, 1991). A hangsúly a krónikus, folyamatos distresszen van, mely az ember alkalmazkodó rendszerét, megküzdő kapacitását hosszú távon teszi próbára (Lubinszki, 2013).

Ugyanakkor a kiégés értelmezhető egy komplex szociális kontextusba ágyazott és azáltal jelentősen determinált jelenségként. Maslach és Jackson szociálpszichológiai nézőpontja a személyiség másokkal, valamint magával szembeni attitűdjét helyezi középpontba (Maslach, Jackson & Leiter, 1986).

A kiégésdefiníciók másfajta csoportosítása alapján a meghatározásokat aszerint lehet két csoportba sorolni, hogy állapotként (Dworkin, 1987; Pines, 1993) vagy folyamatként (Edelwich & Brodsky, 1980; Hallsten, 1993) értelmezik a kiégést. Ennek a két megközelítésnek a szintetizálására *Schaufeli és Enzmann* (1998) tesznek kísérletet.

Az empirikus kutatási adatok valamint az elméleti szakemberek egyre szélesebb körű odafordulása a témához lehetővé tette, hogy az 1990-es évek végére a kiégés definíciója pontosabbá váljon, a különböző elméleti megközelítések elkülönüljenek, valamint elkezdődjön a kiégés minél átfogóbb modelljeinek kidolgozása.

Munkahelyi kiegészésen ma olyan pszichológiai tünetcsoportot értünk, amely tartós, személyek közötti stresszkeltő tényezőkre adott válaszként értelmezhető.

Petróczi Erzsébet a téma magyarországi teoretikusai közül első sorban pedagógusok és szociális dolgozók kiegészését vizsgálta. Az ő megfogalmazásában a kiegészés szindróma krónikus emocionális megterhelések, stressz-hatás nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés állapota, mely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek (Petróczi, 1999). Látható tehát, hogy a mai definíciók fogalom meghatározásában az individuális és környezeti meghatározottság, valamint a folyamat és az állapot jelleg egyaránt megjelenik.

A kiegészés diagnosztikája, mérőeszközök

A DSM-IV. (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.*, 1994) a kiegészést nem definiálja önálló mentális zavarként. Ennek oka leginkább a burnout jelenség komplexitásában rejlik (Frances & Ross, 2002). Ennek ellenére szükség van a jelenség konceptualizálásán túl az operacionalizációra, a tüneti kép mérőeszközök segítségével történő minél pontosabb megragadására ahhoz, hogy a hatékony intervenció lehetővé váljon.

A kiegészés azért olyan komplex és veszélyes jelenség, mert sokféle depresszív és szorongásos elemet tartalmaz, ennek következtében könnyen összetéveszthető más kórképekkel. Differenciáldiagnosztikailag meg kell különböztetni a konkrét traumatikus életesemény következtében kialakuló akut stressz-zavartól és a poszttraumás stressz-zavartól, valamint a specifikus stresszor hatására fellépő alkalmazkodási zavaroktól (Lubinszki, 2013).

A burnout-szindróma öndiagnózis. A segítő szakmában időnként meg kell állni és megfogalmazni: milyen motiváció tart a pályán és mit jelent a segítség? Hogyan látnak engem a kliensek, és hogyan a kollégák? A kiegészés fenti szakaszaiban hol tartok?

A burnout mérésére leggyakrabban használt klinikailag validált mérőeszköz a *Maslach és Jackson* (1981) nevéhez fűződő Maslach Burnout Inventory (MBI), amely 3 dimenziót mér: személy érzelmi kimerültségét, deperszonalizációját és személyes hatékonyságát (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Az MBI Általános Kérdőívén (General Survey-n) kívül a humán szektorban dolgozók számára (MBI-HSS) valamint az oktatás területére (MBI Educator Survey, Byrne, 1991, ill. MBI Student Survey) is külön kérdőív került

kifejlesztésre. Hazai környezetben jelenleg az MBI-HSS (Ádám & Mészáros, 2012) és az MBI-SS (Ádám, Hazag & Major, 2010) validálása történt meg. (Fontos kiemelni a konceptualizációs alapot: *Maslach és Jackson* (1981) értelmezésében a kiégés csak az emberekhez kapcsolódó munkát végzőknél jelentkezhet.)

Az MBI-hez hasonlóan különböző dimenziók mentén méri a kiégést a *Jerabek's Burnout Inventory* (2001; érzelmi kimerülés, általános kimerülés, derperszonalizáció, munkával kapcsolatos érdektelenség), a *Shirom-Melamed Burnout Measure* (2006; testi fáradtság, érzelmi kimerülés, kognitív elfáradás); a *Farber Inventory of Burnout Subtypes* (2000) pedig a kiégésben szenvedők különböző altípusait próbálja elkülöníteni (Kalasic, 2013; Bordás, 2010; Tandari-Kovács, 2010).

Ugyanakkor számos egyéb módszer felbukkan a szakirodalomban a kiégés megragadására. *Forney, Wallace-Schutzman és Wiggers* (1982) például strukturált interjú segítségével igyekeznek megragadni a kiégés tüneteit. Ezen kívül több speciális teszt létezik, amelyet specifikus foglalkozási csoportokra fejlesztettek ki. Ilyen például a *Farber* (1984) által pedagógusok számára kidolgozott *Teacher Attitude Scale (TAS)*, vagy a *Jones* (1980) nevéhez köthető *Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)*, amely egészségügyi dolgozók kiégését ragadja meg.

A kiégés operacionalizációjával együtt természetesen különböző kutatási és intervenciós irányok is előtérbe kerülnek (Brennikmeijer & VanYperen, 2003).

A kiégés okai, kialakulása

Barth (1990) a kiégés okaként három dolgot említ: (1) sok stressz, nagy megterhelés, amelyből érzelmi kimerülés keletkezik; (2) kevés motiváció a munkában, kismértékű munkahelyi megelégedettség, mely csökkent teljesítményhez vezet; (3) a munkahelyen megromlott kapcsolatok minősége dehumanizálódást hoz magával.

A kiégés ugyanakkor felfogható olyan folyamatként, amely ciklikusan ismétlődik, azaz egyes szakaszok számtalanszor újratekintődhetnek, követhetik egymást. *Edelwich és Brodsky* (1980) a burnout kialakulását 4 fázisba sorolta: 1. idealizmus, 2. stagnálás, kiábrándulás, 3. frusztráció, 4. apátia. *Becker* az idealizmus és a stagnálás közé egy újabb fázist tett be: a realizmust.

Hézszer munkájában a burnout szindróma alakulását tizenkét lépcsős folyamatként írja le, a stádiumok között nincs éles határ. Ezek a következők: bizonyítani akarástól a bizonyításkényszerig; fokozott erőfeszítés; személyes igények elhanyagolása; személyes igények és a konfliktus elhanyagolása; értékrend megváltozása;

fellépő problémák tagadása; visszahúzódás; magatartás-viselkedésszavarok; deperszonalizáció; belső üresség; depresszió; teljes kiégettség. A szakaszok élethelyzettől és személyiségtől függően különböző intenzitással jelentkezhetnek. Fontos tisztázni, hogy hol tart az egyén ebben a folyamatban, hiszen a kiégés különböző fázisaiban különböző intervenciós lépéseket kell tenni.

A kiégés kialakulásához különböző élethelyzetek is hozzájárulhatnak, illetve ezek előfordulása a kiégés kialakulását elősegíthetik (Lubinszki, 2013). A tartós túlhajszoltság és az elégedetlenség a kiégés valószínűségét növelheti, az életközépi krízis pedig hasonlóan érzékennyé tehet a burn-out szindróma kialakulására (Hajduska, 2008).

Pedagógus burn-out – okok és következmények

Az emberrel foglalkozó szakmák, így a pedagóguspálya is magában hordozza a kiégési szindróma veszélyét, azt az állapotot, amikor az egyébként motivált, érzelemgazdag személyiség telítődik azokkal a problémákkal, amelyek nap mint nap jelentkeznek tevékenységében.

A humán szférában, így a tanárként dolgozókon is nagy a nyomás abban a tekintetben, hogy munkájukat hibátlanul végezzék, a gyermekekkel, szülőkkel való foglalkozás esetében pedig elkerülhetetlen az erős emocionális involváltság. *Bagdy Emőke* (1994) szerint a pedagógusoknak gyakran idealizáló elvárásrendszernek kell eleget tenniük: jó hangulatot, biztonságot kell teremteniük, megértőnek kell lenniük, valamint elvárt tőlük a jó anyai-apai képességek, valamint a kiemelkedő intelligencia megléte (Petróczi, 1999).

Barth (1990) véleménye szerint az öt szolgálati évet betöltő tanárok mintegy 25%-a mutatja a burnout jeleit. A pályát kezdő első ideálok nem állják ki a realitás próbáját. A kezdetben magas szakmai elvárásokkal rendelkező emberek a leginkább érintettek a kiégés jelenségében (Ónody, 2001).

A különböző vizsgálatok számos, a pedagógusokat érintő stresszfaktort megneveznek. Ilyenek az idői elvárások, a munkaterhelés, a diákok destruktív viselkedése és a szervezeti faktorok (Boyle, Borg, Falzon & Baglioni, 1995).

Guglielmi és Tatrow (1998) vizsgálatukban azt találták, hogy azok a tanárok, akik nem megfelelő körülmények között (pl. zsúfolt tanteremben) problémás diákokkal dolgoznak, valamint kicsi a beleszólásuk az iskola ügyeibe és nem tudják az iskolával, osztállyal kapcsolatos döntéseket befolyásolni, nagyobb kockázatnak vannak kitéve a stresszel kapcsolatos betegségek, illetve a kiégés terén. Ezzel szemben, ha magas követelményeknek kell eleget tenni, de úgy

érezik, van kontrolljuk a munkájuk felett, a kiégés valószínűsége csökken.

Truch (1980) szerint a pedagógusok kiégéséhez hozzájáruló faktorok a fegyelmezési problémákat, a tanárokkal szembeni fizikai és emocionális visszaélést, az alacsony fizetést, a vezetők felől érkező csökkent támogatást és az oktatási rendszer irányába érkező kritikákat is felölelik. *Szagunhoz* (1991) hasonlóan ő is megjegyzi, hogy a pedagógusok pályára kerülve még felkészületlenek, az egyetemen elméleti beállítottságú oktatóiktól nem kapnak olyan eszközöket, amelyek segítenék kezdőként a boldogulásukat. Emellett viszont magas mércével és önmagukkal szembeni elvárásokkal kezdik meg pályafutásukat, ami tovább növeli a kiégés valószínűségét.

A pedagógus kiégése pedig erősen kihat az iskolai légkörre. *Knauder* (1996) vizsgálata szerint a kiégett pedagógusok nem mutatnak valódi érdeklődést a diákok irányába, őket mintegy tárgyként kezelik, ezt a légkört, az egymással szembeni negatív attitűdöt pedig hajlamosak a diákok is átvenni. A kiégett pedagógus képtelen rugalmasan alkalmazkodni a különböző gyermekekhez és helyzetekhez, nehezebbre esik a tanulók érdeklődésére, szükségleteire, kívánságaira figyelni. A kiégett pedagógustól a gyermekek könnyen eltanulnak egy lényegesen alacsonyabb szintű szociális magatartást, illetve egy felszínebb szociális kapcsolatrendszer (Knauder, 1996). A pedagógusok kiégésének személyes, társadalmi és pénzügyi következménye is van, az ezzel járó terhek pedig túl nagyok ahhoz, hogy ne vegyünk tudomást róluk.

Kezelés

Prevenció, protektív faktorok

Mivel a kiégésnek súlyos és kiterjedt hatásai vannak, ezért fontos, hogy már az első jeleit minél előbb észrevegyük, a probléma gyökerét azonosítsuk és elimináljuk még azelőtt, hogy a kiégés szindróma kialakulna. Ezek a preventív beavatkozások szervezeti és egyéni szinten egyaránt megvalósulhatnak (Wood, 2002).

Nagymintás vizsgálatukban *Friedman és Farber* (2010) azt találták, hogy az énkép és a szakmai elégedettség (hogy érznek a tanárok azokkal a jutalmakkal szemben, amelyeket a tanításért cserébe kapnak) negatív korrelációban áll a kiégéssel. Eredményeik alapján fontos a diszkrepancia elkerülése a saját belső, illetve a környezet külső ítélete között (így az igazgatónak, szülőknek a szerepe is felértékelődik a kiégés prevencióban).

Az önértékelés, a stressz csökkentés, a megfelelő étkezés, a pihenés és a sport esszencialitása mellett *Terry* (1997) szintén kiemeli a külső megerősítés szerepét. Véleménye szerint az

intézményvezetők a pozitív visszajelzéssel, a magas standardok állításával, a szakmai növekedés támogatásával, valamint a szülők és a közösség bevonódásának segítségével aktívan tehetnek a pedagógusok kiégése ellen.

McCormic és Barnett (2011) vizsgálata alapján a pedagógusok stressz percepciója és annak megítélése, hogy ezt a stresszt mennyire hatékonyan tudják kezelni, jelentős szerepet játszik a kiégés megelőzésében. Az énhatékonyság-érzés és a diákokhoz, valamint a többi kollégához való tartozás, kapcsolódás érzése alapvető az elköteleződésben, amely negatívan korrelál az emocionális kimerültséggel és a pszichológiai distresszel (Klassen, Perry & Frenzel, 2012).

Hakanen, Bakker és Schaufeli (2005) a Munka Követelmények-Elvárások Modellben (Job Demands-Resources Model) két parallel folyamatot említ, amely a pedagógusok jóllétéhez kapcsolódik. Egyrészt egy energetikai (pl. munkával kapcsolatos elvárások -> kiégés -> rossz egészség), másrészt egy motivációs folyamatot (pl. munkával kapcsolatos erőforrások -> elköteleződés -> szervezeti elköteleződés).

A *Vandenberghé és Huberman* (1999) által szerkesztett kötetben szintén a többszintű megközelítés jelentőségét hangsúlyozzák. Lewin paradigmikus „viselkedéses formulájára” hivatkoznak: minden viselkedés és pszichológiai folyamat egyéni és helyzeti változók interakciójából adódik. Az attribúció jelentősége alapvető: hogyan magyarázzák a pedagógusok, hogy kiégtek? Milyen oki attribúciót tesznek? A pedagógus interpretációja a szituációs, szociális és szociológiai faktorokról az, ami a funkcionálását meghatározza.

A pedagógusok mentálhigiénés állapotát felmérő hazai kutatások (Petróczi, 1999; Paksi & Schmidt, 2006; Gáspár et al., 2006; Salavec, Neculai & Jakab, 2006) a kiégés veszélyeztettség megítélésének kérdésében, ill. az individuális rizikófaktorok vonatkozásában ugyan eltérő állásponton vannak, de egybehangzóan hívják fel a figyelmet a társas támogatás, mint protektív faktor jelentőségére. A kutatások eredményei a különböző mérőeszközök miatt nehezen összevethetőek, de összességében megismétlik azt a nemzetközi irodalomban igazolt megállapítást, hogy a munkahelyi, munkával kapcsolatos (workrelated) burnout mérésekor a skála értékei és a szervezetszociológiai háttérváltozók között szoros kapcsolat figyelhető meg (Awa, 2010; Szicsek, 2004).

Paksi és Schmidt (2006) az Országos Közoktatási Intézetben 2004-ben, 614 fős mintán folytatott vizsgálata alapján rámutat arra, hogy az iskola intézményének különböző jellemzőivel, ezen belül is főként a szervezet belső világával kapcsolatos változók mentén a vizsgált pedagógus populáción is rendre szignifikáns eltérések mutatkoztak a kiégettség átlagértékeiben. Javaslatára szerint a továbbképzések során a pedagógus szerepvesztések orvoslása terén érdemes lenne éppen

ezért a mentális állapot személyközpontú (megj. H.Sz.) kezelése helyett inkább a szervezet felé irányítani a figyelmünket.

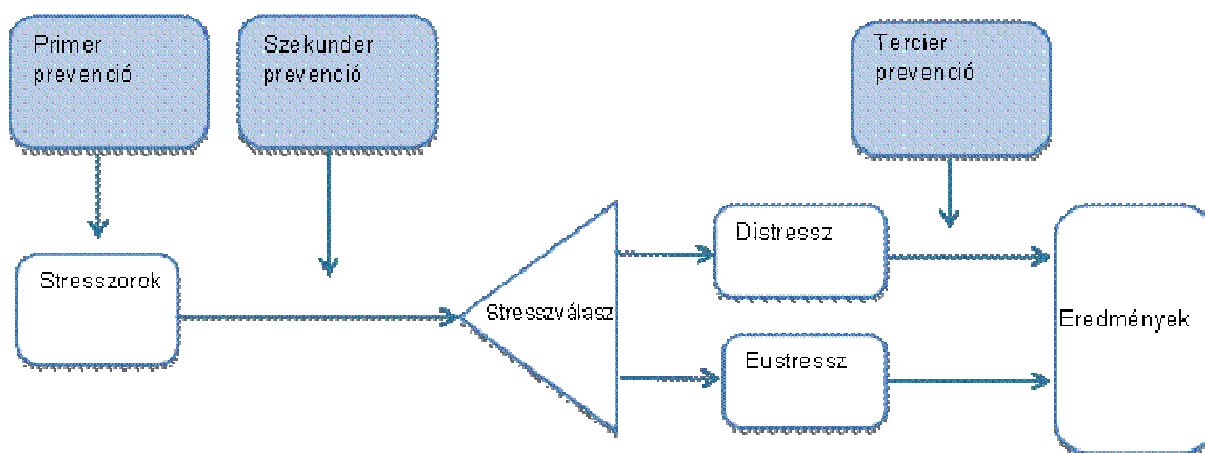
Salavecz, Neculai és Jakob (2006) 87 fős általános iskolai pedagógus mintán végzett kutatásuk során a pedagógusok lelki egészsége és a munkahelyi stressz közti kapcsolat feltárására, valamint az énhatékonyság és a túlvállalás lelki egészségre gyakorolt hatásaira helyezték a hangsúlyt. Vizsgálatuk kimutatta, hogy a túlvállalás és a munkahelyi stressz közötti interakció szignifikánsnak bizonyult a vitális kimerültség tekintetében, míg az énhatékonyság a munkahelyi stressz és a kiégés kapcsolatának volt moderáló tényezője. Ezen szempontokat és eredményeket a szerzők fontosnak tartják a lelki egészség megőrzését célul kitűző intervenciós programok megtervezésénél figyelembe venni.

Maslach, Schaufeli és Leiter (2001) is hangsúlyozzák, az egyéni stresszélményt érdemes lenne egy tágabb szociális és szervezeti kontextusban értelmezni a hatékonyabb prevenció és intervenció érdekében.

A preventív stresszmenedzsment elméleti modellje

A kiégés kezelése szempontjából érdemes szem előtt tartani, hogy a prevenció/ intervenció a stressz menedzsment mely szintjén és/vagy a kiégés folyamatának mely fázisában történik. A preventív stressz menedzsment elmélet modellje szerint a következő beavatkozási pontokat különíthetjük el:

Ábra. Preventív stressz menedzsment modell



(forrás: Hargrove et al., 2011)

A fenti modell értelmében primer prevenció keretében elsősorban a stresszorok csökkentése, szekunder prevenció során a stresszválasz módosítása, azaz a szervezet/ egyén rezilienciája (*Gu, 2013, Probst,*

2013), tercier prevenció esetén pedig a distresszből adódó szervezeti és egyéni szintű negatív következmények, maladaptív, diszfunkcionális folyamatok kezelése a cél (Hargrove, 2011).

Ónody (2001) összefoglalása alapján az egyes prevenciók formák tartalmi elemei és céljai a következők lehetnek: primer prevenció: a) általános motiváció b) személyes motiváció. Szekunder prevenció (intervenció): pszichoedukáció és beavatkozási stratégiák és technikák a segítő részére a) a stresszteli szituációkat kevésbé személyes módon, inkább intellektuális, racionális vonalon kell megközelíteni b) a stresszteli interakciókban az involválódást igyekezni kell csökkenteni c) szorosabbra szükséges fűzni a személyzetten belüli támogató, feszültséget csökkentő, felelősségmegosztásra lehetőséget adó kapcsolatokat d) coping, megküzdési stratégiák. Tercier prevenció (krízisintervenció): a végstádium felrobbantja a szakmai szerep korrekcióit és terápiás intervenciót igényel, mert nem a segítő szerep cluster-zavaraira vonatkozik, hanem az egész személyiséget érinti.

Intervenciók módszerek

Számos különböző intervenciók módszert dolgoztak ki a pedagógus burnout kezelésére, ezek többsége – miként más burnout intervencióknál is – adaptív coping és kommunikációs stratégiákat, relaxációs módszereket, kognitív viselkedésterápiát (CBT) alkalmazó, nagyrészt személyközpontú kezelések (Flook, Goldberg, Pinger, Bonus & Davidson, 2013; Zolnierczyk-Zreda, 2005; Kemeny et al., 2012), a rendkívül körülményes kivitelezés miatt, csupán ritkán szervezetfókuszúak (pl. Schelvis et al., 2013).

A 2000-es évek elejétől a mindfulness (jelentudatosság) alapú stresszcsökkentő technikák (MBSR) jelentős érdeklődést vívtak ki mind a gyakorlati szakemberek, mind az elméleti kutatók körében. Az MBSR-t széles körben alkalmazzák a stressz, a depressziós tünetek és a szorongás csökkentésére (pl. Singh, Wahler, Winton & Adkins, 2004). Mivel ezekről a tünetekről gyakran beszámolnak a pedagógusok is, felmerült, hogy a gyakorlat elsajátítása számukra is hasznos lenne. *Flook* és munkatársai (2013) a mindfulness (jelentudatosság) alapú stresszcsökkentő eljárást módosították és kifejlesztettek egy specifikusan (általános iskolai) pedagógusoknak szóló változatot. Kontrollált és randomizált vizsgálatuk eredményei szerint az önbeszámoló és objektív mérések alapján is (osztálytermi megfigyelés, figyelem és érzelemszabályozást mérő számítógépes feladatok, kortizolszint) a tréningben résztvevők szignifikáns csökkenést mutattak a pszichológiai tünetek és a burnout terén. Hasonló eredményeket talált *Gold* és munkatársai (2010) az MBSR

technikájával dolgozva. A szorongás, depresszió és a stresszszint csökkenésére statisztikailag szignifikáns hatást gyakorolt az MBSR.

A mindfulness-alapú stresszcsökkentő technikákhoz hasonlóan számos egyéb relaxációs technika létezik, amelyet hatékonyan alkalmaztak a kiégés intervencióban. Ezek lényege az arousal és a stresszszint csökkentése (Ruwaard, Lange, Bouwman, Broeksteeg & Schrieken, 2007).

Cheek, Bradley, Parr és Lan (2003) a zeneterápia módszerét használták intervencióeszközként. Vizsgálatukban két terápiás csoportot, egy klasszikus kognitív viselkedésterápiát és a zeneterápiával kombinált kognitív viselkedésterápiával dolgozót hasonlították össze. Eredményeik szerint ez utóbbi csoport alacsonyabb szintű kiégés pontszámokat mutatott a tréning végén.

Mindezek mellett elmondható, hogy a pedagógus burnout kezelése vonatkozásában a szakirodalomban igen kevés tudományos igénnyel elvégzett randomizált és/vagy kontrollált beavatkozással találkozhatunk.

Awa, Plaumann és Walter (2010) 25 intervencióeszközt tekintettek át. A tanulmányok 68%-a személyközpontú intervencióval, 8%-a szervezetközpontú intervencióval, 24%-a pedig kombinált intervencióval dolgozott. A programok 80%-a elősegítette a kiégéses tünetek csökkenését, ugyanakkor különbség volt a hatás hosszában. A személyfókuszú intervenciók rövidtávon (kevesebb, mint fél év) fejtették ki hatásukat, míg a kombinált módszerek egy évig, vagy annál hosszabb ideig is éreztették pozitív hatásukat.

Korczak, Wastian és Schneider (2012) 17 különböző kiégés intervencióval foglalkozó tanulmányt vizsgált meg. A legtöbb esetben alacsony mintamérettel dolgozó és gyenge statisztikai erejű tanulmányokat találtak, amelyek ráadásul nem rendelkeztek hosszú távú követéses vizsgálattal. A 17 tanulmány nagy része nem kontrollálja a párhuzamos terápiákat és beavatkozási eszközöket, valamint eltérő cut-off ponttal rendelkezik. A szerzők ezek alapján azt a következtetést vonták le, hogy egyedül a kognitív viselkedésterápia az, amely hatékonysága kellő biztonsággal igazolható.

Walter és munkatársai (2013) hasonló következtetésre jut: a hatékonyságvizsgálatok és a burnout intervenciók egyedül a személyközpontú kezelések, azon belül is a CBT 1 éven belüli hatékonyságát igazolták.

Hazai vonatkozásban *Salavecz, Neculai és Jakab* (2006) empirikus vizsgálatuk alapján szintén megerősítik, hogy a kognitív-viselkedés tréning hatékony módszer lehet a túlvállalás csökkentésének és az énhatékonyság növelésének érdekében. *Stauder és munkatársai* (2008; 2010) a Williams Életkézségek program kulturálisan adaptált, magyar változatával az összes célcsoport, így a pedagógusok körében is (a nemzetközi tanulmányokkal összhangban) a stresszel összefüggő testi, lelki tünetek hatékony csökkenését igazolta. A

program egyszerű kognitív viselkedés terápiás módszereket alkalmaz: pszichoedukáció, relaxáció tanulás, negatív érzelmek és indulatok kezelése, konfliktus- és problémamegoldás, kapcsolati és kommunikációs készségfejlesztés.

Online intervenciók jellegzetességei

Az online pszichológiai tanácsadás, és terápia kísérleti és gyakorlati módszerei megközelítőleg 10 éves múltra tekinthetnek vissza. Az információs társadalom kiépülésével, és az internet-penetráció növekedésével párhuzamosan azonban számolni kell az egészségügyet mélyen érintő internet alapú szolgáltatások (így pl. pszichoterápiák, szűrések stb.) számának növekedésével is.

Az online terápiáknak számos előnye lehet azok számára, akik földrajzi, fizikális vagy pénzügyi akadályok vagy a stigmatizációtól való félelem miatt nem keresnek hagyományos pszichoterápiás segítséget. Egyszerű elérhetőségük, igénybevehetőségük miatt fontos alternatívát és új segítségkérési formát jelenthetnek sokak számára (Ruwaard et al., 2007).

Ugyanakkor korábban az online pszichodiagnosztikai, tanácsadási, terápiás formák létjogosultságát megkérdőjelezők leggyakoribb ellenérvei több problémára is rávilágítottak. Az anonimitás miatt a konzultációs tér személytelen, így a terápiás kapcsolat gyógyító ereje kevésbé fejti ki hatását. Ezen kívül a disszociatív tendenciák megjelenésének lehetősége nő, felmerül az aszinkronitás jelenségének relevanciája, valamint több etikai probléma is. Azonban ma már inkább az online segítség korlátairól, felhasználási körének szűkítéséről folyik a diszkusszió (Newman et al., 2011).

Érvényes hatékonyságvizsgálatok még csak viszonylag kevés számú zavar esetében léteznek és a hatékonyság a különböző tanulmányokban eltér. Ezen kívül az online módszerek hátránya kapcsán fontos megemlíteni a magas drop-out szintet, amely az átlagot tekintve 21% is lehet (pl. Wantland, 2004).

Az online terápiák tematikája és célcsoportjai között nagy számban fordulnak elő szorongásos panaszokat mutatók; továbbá gyakran találkozhatunk önismereti, ill. az egészségügyben dolgozókat, segítőkét támogató szupervíziós honlapokkal. Az online pszichoterápiát szolgáltató lapok többsége –igen hatékonyan– általában utánkövetéses monitoringgal kiegészített kognitív viselkedés terápia módszereit alkalmazza. A terápiát az önszelekció vagy különböző online módon végzett pszichodiagnosztikai (és differenciáldiagnosztikai) szűrés előzi meg. Ezen szűrések során alkalmazott, ismertebb pszichodiagnosztikai kérdőívek online változatának pszichometriai tesztelése (reliabilitás és validitás

vizsgálata), bár „gyerekcipőben jár”, de pozitív eredményt mutat (Wantland, 2004).

Internet alapú burnout intervencióra szintén vannak már teljesen automatizált self-help honlapok, melyek hatékonysági mutatói kedvezőek (Ruwaard et al., 2012). Hatékonyságvizsgálatok megmutatták, hogy az önszelekció az online burnout intervenciók módszereknél jól működik (Schaufeli & Salanova, 2007).

Online burnout kognitív viselkedésterápiás intervenció

Ahogy a fentebb említett összefoglalókból és hatékonyságvizsgálatokból kiderül, a kiegészítés kezelésében leginkább a kognitív viselkedésterápia használata az indokolt.

A kognitív viselkedésterápiás beavatkozás az egyik legszélesebb körben elérhető pszichoterápiás módszer, amely egyre növekvő számban elérhető az Interneten keresztül is. A terápia lényege a problémához kapcsolódó negatív automatikus gondolatok, a diszfunkcionális hiedelmek és viselkedéses mintázatok megváltoztatása. Több száz kontrollált, randomizált utánkövetéses hatékonyságvizsgálat támasztja alá a kognitív viselkedésterápia alkalmazhatóságát mentális betegségek (pl. depresszió, szorongásos kórképek), és szomatikus egészséget érintő problémák esetében is (Cuijpers, van Straten & Andersson, 2007).

Az internet alapú pszichológiai beavatkozások sok esetben CBT-n alapulnak. Ennek *Ritterband Andersson, Christensen, Carlbring és Cuijpers* (2006) szerint két oka van. Egyrészt, hogy a CBT számos esetben bizonyította hatékonyságát, másrészt pedig, hogy a CBT-t könnyű szöveggént operacionalizálni. A CBT beavatkozások viszonylag egyszerűen átalakíthatóak egy olyan strukturált formába, amely pszichoedukációt, házi feladatokat és egyéb feladatokat ölelhetnek fel és online formában közzétehetők.

Emellett természetesen a CBT Internet-alapú változatának hátrányai is lehetnek: a nonverbális csatorna a terapeuta-kliens interakciójából kiesik, valamint az egyéb online pszichológiai beavatkozási formáknál is említett nehézségek (személytelen terápiás tér stb.) itt is megjelenhetnek (Cuijpers et al., 2007). Ezen kívül fontos megjegyezni, hogy még nem teljesen egyértelmű, hogy a CBT beavatkozások, amelyek a hagyományos formában már bizonyították hatékonyságukat, az online változatban is hatékonyak lesznek-e. Ugyanakkor a legújabb tanulmányok ennek a hatékonyságnak mind nagyobb valószínűségét támasztják alá (*Carlbring és mtsai*, 2005).

Ezek alapján joggal vetődhet fel az igény hazai pedagógus környezetben, egy szervezetfüggetlen, online alapú burnout

intervenció (burnout self-help) tesztelésére.

Egy online burnout intervenció módszer bemutatása

Lange és munkatársai (2004; 2007) két vizsgálatukban is hét hetes online alapú (emailen keresztül levezetett, ill. self-help honlapon keresztül lebonyolított) standardizált kognitív viselkedésterápiás intervenció program hatásait vizsgálták. A 3 évvel későbbi követéses vizsgálatban (DASS-42, MBI emocionális kimerültség skálája) a stressz és a szorongás mutatók tekintetében szignifikáns javulást tapasztaltak.

Egy tervezett kutatás célja, hogy a burnout szempontjából veszélyeztetettnek tekintett pedagógus populáción belül online környezetben burnout szűrést megvalósítson, majd erre épülve *Alfred Lange és munkatársai* (2004; 2007) által kifejlesztett online terápiás, intervenció módszer tesztelje. Indoklás és SWOT analízis:

S - könnyű, gyors elérhetőség - szervezetfüggetlen - anonim, nem terhelik elvárások, félelmek (pl. szakmai inkompetencia érzés, munkahely elvesztése)	W - reprezentativitás problémája - személyközpontúság miatt rövid távú hatékonysági mutató
O - self-help --> önmenedzselő tanár - tanári énhatékonyság növekedése - pozitív visszacsatolás az iskolai, szervezeti légkörre	T - független, online szakmai fórum hiánya az elérhetőség miatt - korábbi, sikertelen pszichoedukációk miatt motiválatlanság - magas drop-out arány (kezelésből kiesettek aránya)

A kutatás az eredeti vizsgálat adaptációja során figyelembe veszi 1. a hazai eredményeket, 2. a pedagógus populációnak a holland mintához képest "szűrtebb" jellegét, 3. az operacionalizáció és technikai kivitelezés vonatkozásában a kurrens, tartalomhoz legilleszkedőbb alkalmazások implementációját. Ennek megfelelően a tesztbattéria kialakításánál törekszünk validált tesztek használatára és a korábbi, hazai vizsgálatokkal való összevethetőségre: bemeneti mérőeszközként a biografikus adatokon túl, a Maslach-féle Kiegészítő Leltár Oktatói Kérdőíve helyett az általános kérdőívet (MBI-GS), a disszociáció szűrésére az 5 itemes szomatoforn disszociáció kérdőív fordítás utáni változatát (SDQ-5, Nijenhuis, 1997), a pszichotikus zavarok szűrésére pedig tervezetten a Derogatis Rövid Tünetlista

pszichoticizmus alszálláját (DBSI, Derogatis, 1983) kívánjuk használni. Kimeneti mérőszközként a Maslach-féle Kiegészi Leltár mellett a Észlelt Stressz Kérdőív (PSS-10, pl. Stauder & Konkoly, 2006) és egy a kezelésre vonatkozó kliensi értékelő kérdőív kerül felvételre. A szűrés kiértékelését követően randomizáció révén 1:3 arányban kerülnek a vizsgálati személyek a várólistás (kontroll), ill. a kezelési (vizsgálati) csoportba. A kezelési modul kialakításánál mind az eredeti holland vizsgálat, mind pedig a hazai környezetben hatékonynak igazolt CBT alapú stresszcsökkentő tréning tematikáját (pl. Williams Életkészség Tréning) igyeckszünk figyelembe venni. A kezelés ideje alatt a várólistás csoport a drop-out elkerülése érdekében pszichoedukációt kap. A kezelést értékelés és post-test fázis követi, tervezetten 6 hónapos utánkövetéssel.

A kutatás hazai előzmények nélküli pilot projekt, melytől egyfelől a pedagógusok esetében mentálhigiénés állapotuk javítását, az online beavatkozások létjogosultságának és hatékonyságának igazolását, továbbá a tanári burnout kutatás és prevenció inspirációját várjuk.

Összegzés

Szakirodalmi tanulmányunkban bemutatjuk a kiegészi (burnout) szindróma fogalmát, etiológiáját, lehetséges következményeit, azokat a klinikailag validált mérőszközöket, amelyeket leggyakrabban használnak a kiegészi komplex jelenségének megragadására. A prevenció, intervenció módszerek felvillantásával célunk az e területen jelentkező eklektikus sokszínűség érzékeltetésén túl az volt, hogy az egységes, hatékonyságvizsgálatokkal igazolt kognitív viselkedésterápia létjogosultságát kiemeljük. Fontos hangsúlyozni a szakirodalmi tájékozódást és a kutatást megnehezítő tényezőket, a jelenség késői konceptualizációját, valamint az egymástól eltérő mérőszközök használatát.

A pedagógus populáció számos vizsgálat tanulsága alapján különösen veszélyeztetett a kiegészi szindróma szempontjából, amely nem csak egyéni, de társadalmi szinten is súlyos problémát jelenthet. A rizikó- és protektív faktorok a szakirodalomban részben feltérképezettek, több kísérlet is van az ezeken alapuló prevenció és intervenció módszerek kidolgozására, alkalmazására, ugyanakkor kevés tudományos igényű elvégzett randomizált és/vagy kontrollált beavatkozással találkozhatunk. A prevenció, intervenció programok nagy része adaptív megküzdési módszereket, kommunikációs stratégiákat tanít, valamint sok esetben valamiféle relaxációs (pl. MBSR) módszeren, illetve kognitív viselkedésterápián alapuló személyközpontú beavatkozás. Hazánkban a tanári kiegészissel egyelőre még kevés kutatás foglalkozik, valamint az egységes terminológiai,

operacionalizációs alapok sok esetben hiányoznak, a kutatások nehezen összevethetőek.

Az Internet egyre szélesebb körű alkalmazása teret enged az Internet alapú terápiás beavatkozásoknak. Az online terápiák előnyeinek és hátrányainak mérlegelését követően a hatékonyságvizsgálatok áttekintése alapján, az Interneten keresztül levezetett burnout intervenciók létjogosultságát, alkalmazhatóságát hangsúlyozhatjuk. Az Internetes pszichoterápiás beavatkozások sok esetben kognitív viselkedésterápián alapulnak, egyre több vizsgálat születik a hatékonyság igazolására.

A felvázolt kutatás célja, hogy holland vizsgálat alapján, a hazai pedagógus populáción teszteljen egy személyközpontú online burnout intervenciót, hozzájárulva ezzel a magyar pedagógusok mentálhigiénés állapotának felméréséhez és ápolásához.

Irodalomjegyzék

- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78 (2), 184-190.
- Ádám Sz., Hazag A., & Major J. (2010). A hallgatói kiégés szindróma mérése : a Maslach Kiégésteszt Hallgatói Változatának (MBI-SS) validálása hazai mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2.
- Ádám Sz., & Mészáros V. (2012). A humán szektorban dolgozók kiégésének mérésére szolgáló Maslach Kiégés Leltár magyar változatának pszichometriai jellemzői és egészségügyi korrelátumai orvosok körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13.
- Bagdy E. (1994). Pedagógusszerepben. A szakmai önazonosság kialakulása, pályaszocializáció. In Jávorka H., Liber E., Mentlerné Ferenczi T., & Zsokai G. (szerk.), *Tanári életkérdések*. Budapest: Raabe.
- Barth, A. R. (1990). *Burnout bei Lehrern: eine empirische Untersuchung*. [Dissertation.] Nürnberg: Universität Erlangen.
- Bordás A. (2010). A kiégés-szindróma a külföldi és a hazai szakirodalomban. *Educatio*, (4), 666-672.
- Boyle, G. J., Borg, M. G., Falzon, J. M., & Baglioni, A. J. (1995). A structural model of the dimensions of teacher stress. *British Journal of Educational Psychology*, 65 (1), 49-67.
- Brenninkmeijer V., & VanYperen N. (2003). How to conduct research on burnout: advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research. *Occupational Environmental Medicine*, 60, 16-20.
- Byrne, B. M. (1991). Burnout: Investigating the impact of background variables for elementary, intermediate, secondary, and university educators. *Teaching and Teacher Education*, (7), 197-209.
- Carod-Artal, F. J., & Vazquez-Cabrera, C. (2013). Burnout syndrome in an international setting. In Baehrer-Kohler, S. (Ed.), *Burnout for Experts. Prevention in the Context of Living and Working*. New York: Springer.

- Cheek, J. R., Bradley, L. J., Parr., G., & Lan, W. (2003). Using music therapy techniques to treat teacher burnout. *Journal of Mental Health Counseling*, 25 (3), 204-217.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Andersson, G. (2007). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 23 (2), 169-177.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychol Med*, 13 (3), 595-605.
- Dworkin, A. G. (1987). *Teacher burnout in the public schools: structural causes and consequences for children*. Albany: State University of New York Press.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*, 255. New York: Human Sciences Press.
- Farber, B. A. (1984). Stress and burnout in suburban teachers. *The Journal of Educational Research*, 325-331.
- Farber, B. A. (2000). Treatment strategies for different types of teacher burnout. *Journal of Clinical psychology*, 56 (5), 675-689.
- Fekete, S. (1991). Segítő foglalkozások kockázata - helper szindróma és burnout jelenség. *Psychiátria Hungarica*, 6 (1), 17-29.
- Flook, L., Goldberg, S. B., Pinger, L., Bonus, K., & Davidson, R. J. (2013). Mindfulness for teachers: A pilot study to assess effects on stress, burnout, and teaching efficacy. *Mind, Brain, and Education*, 7 (3), 182-195.
- Forney, D. S., Wallace-Schutzmann, F. R., & Wiggers, T. T. (1982). Burnout among career development professionals: Preliminary findings and implications. *The Personnel and Guidance Journal*, 60 (7), 435-439.
- Frances, A., & Ross, R. (2002). *DSM-IV-TR Esettanulmányok. Klinikai útmutató a differenciáldiagnózishoz*. Budapest: Lélekben Otthon Kiadó.
- Freudenberger, H. J., & Richelson, G. (1980). *Burnout*. New York: Bantam.
- Friedman, I. A., & Farber, B. A. (2010). Professional self-concept as a predictor of teacher burnout. *The Journal of Educational Research*, 86 (1), 28-35.
- Gáspár et al. (2006). *A személyiség belső feltételeinek és stabilitásának alakulása a pályaszocializáció függvényében*. Budapest: OTKA pályázat.
- Gold, E., Smith, A., Hopper, I., Herne, D., Tansey, G., & Hulland, C. (2010). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for primary school teachers. *Journal of Child and Family Studies*, 19 (2), 184-189.
- Guglielmi, R. S., & Tatrow, K. (1998) Occupational stress, burnout, and health in teachers: a methodological and theoretical analysis. *Review of Educational Research*, (1), 61-99.
- Hajduska M. (2008). *Krízislélektan*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Hakanen, J. J., Schaufeli, W. B., & Ahola, K. (2008). The job demands-resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress*, 22 (3), 224-241.
- Hallsten, L. (1993). Burning out: a framework. In Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 95-112). Washington, DC: Taylor & Francis.

- Hargrove, M. B., Quick, J. C., Nelson, D. L., & Quick, J. (2011). The theory of preventive stress management: a 33-year review and evaluation. *Stress and Health, 27*, 182-193.
- Jones, J. W. (1980). *The staff burnout scale for health professionals (SBS-HP): preliminary test manual*. London: London House Press.
- Kalasic, A. M. (2013). Burnout examination. In Baehrer-Kohler, S. (Ed.), *Burnout for Experts. Prevention in the Context of Living and Working*. New York: Springer.
- Kemeny, M. E., Foltz, C., Cavanagh, J. F., Cullen, M., Giese-Davis, J., Jennings, P., Rosenberg, E. L., Gillath, O., Shaver, P. R., Wallace, B. A., & Ekman, P. (2012). Contemplative/emotion training reduces negative emotional behavior and promotes prosocial responses. *Emotion, 12* (2), 338-350.
- Klassen, R. M., Perry, N. E., & Frenzel, A. C. (2012). Teachers' relatedness with students: An underemphasized component of teachers' basic psychological needs. *Journal of Educational Psychology, 104* (1), 150.
- Knauder, H. (1996). Burnout and Schulklima. *Eriekung und Unterricht, 9* (9), 682-688.
- Kocsis, M. (2003). *A tanárképzés megítélése*. Iskolakultúra-könyvek, 18. Pécs: Iskolakultúra.
- Korczak, D., Wastian, M., & Schneider, M. (2012). Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technol. Assess, 8*.
- Lubinszki M. (2013). A kiegésző komplex értelmezése és prevenciósi lehetőségei a pedagóguspályán. In *Jubileumkötet a Miskolci Egyetem Bölcsészettudományi Kar 20 éves jubileumára* (pp. 263-276). Miskolc: Miskolci Egyetem.
- Lange A., Ruwaard J., Bouwman M., Brocksteeg J., & Schrieken B. (2007). E-mail standardized CBT of work-related stress: randomized controlled trial, *Cognitive Behaviour Therapy, 179-192*.
- Lange A., van de Ven J.-P., Schrieken B., & Smit M. (2004). 'Interapy' Burn-out: Praevention und Behandlung von Burn-out über das Internet. *Verhaltenstherapie, 14*, 190-199.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1986). Maslach burnout inventory. *Consulting Psychologists Press, 21*.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology, 52* (1), 397-422.
- McCormick, J., & Barnett, K. (2011). Teachers' attributions for stress and their relationships with burnout. *International Journal of Educational Management, 25* (3), 278-293.
- Newman, G., Szkodny, L. E., Llera, S. J., & Przeworski, A. (2011). A review of technology assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review, 31* (1), 89-103.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J.(1997). The development of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 96*, 311-318.
- Ónody S. (2001). Kiegésző tünetek (burnout szindróma) keletkezése és

- megoldási lehetőségei. *Új Pedagógiai Szemle*, 51 (5), 80-85.
- Paksi, B., & Schmidt, A. (2006). Pedagógusok mentálhigiénés állapota. *Új Pedagógiai Szemle*, 56 (6), 48-64.
- Perlman, B., & Hartman, E. A. (1982). Burnout: summary and future research. *Human Relations*, 35 (4), 283-305.
- Petróczi, E. (1999). A kiégés jelensége pedagógusoknál. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 54 (3), 127-139.
- Pines, A. (1993). Burnout: an existential perspective. In: W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Ed.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 33-51). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Ritterband, L. M., Andersson, G., Christensen, H. M., Carlbring, P., & Cuijpers, P. (2006). Directions for the International Society for Research on Internet Interventions (ISRII). *Journal of Medical Internet Research*, 8 (23).
- Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B., Dolan, C. V., & Emmelkamp, P. (2012). The effectiveness of online cognitive behavioral treatment in routine clinical practice. *PLoS One*, 7 (7).
- Salavecz Gy., Neculai, K., & Jakab E. (2006). A munkahelyi stressz és az énhatékonyság szerepe a pedagógusok mentális egészségének alakulásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, (7), 95-10.
- Schaufeli, W. B., Enzmann, D., & Girault, N. (1993). Measurement of burnout: A review. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, 199-215.
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W., & Salanova, M. (2007). Work engagement. *Managing social and ethical issues in organizations*, 135-177.
- Schelvis, R. M., Hengel, K. M. O., Wiezer, N. M., Blatter, B. M., van Genabeek, J. A., Bohlmeijer, E. T., & van der Beek, A. J. (2013). Design of the bottom-up innovation project-a participatory, primary preventive, organizational level intervention on work-related stress and well-being for workers in Dutch vocational education. *BMC Public Health*, 13 (1), 1-15.
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13 (2), 176.
- Singh, N. N., Wahler, R. G., Winton, A. S. W., & Adkins, A. D. (2004). A Mindfulness-based treatment of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Case Studies*, (3), 275-287.
- Stauder, A. (2008). Közösségi alapú magatartásorvoslási programok. Az esélyerősítés hatékony módszerei In Kopp M. (szerk.), *Magyar lelkiállapot* (pp. 105-113). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Stauder, A., Konkoly Thege, B., Kovács, M. E., Balog P., Williams V. P., & Williams R. B. (2010). World wide stress: Different problems, similar solutions? Cultural adaptation and evaluation of a standardized stress management program in Hungary. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17 (1), 25-32.
- Stauder A., & Konkoly-Thege B. (2006). Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, (3), 203-216.

- Szagan, A. K. (1991). Wieder die Symptomkuriererei an einer Systemkrankheit. Mutmaßungen zu strukturellen Ursachen des Burnout bei Lehrkräften. *Die Deutsche Schule*, 83 (4), 427-433.
- Szicsek, M. (2004). A kiégés és a pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában. *Kharón Thanatológiai Szemle*, (8), 88-132.
- Tandari-Kovács M. (2010). *Érzelmi megterhelődés, lelki kiégés az egészségügyi dolgozók körében.* [PhD értekezés.] Budapest: Semmelweis Egyetem.
- Terry, P. M. (1997). *Teacher burnout: is it real? can we prevent it? Paper presented at the annual meeting of the North Central Association of Colleges and Schools.* Chicago, IL: ERIC Document Reproduction Service No. ED 408 258.
- Truch, S. (1980). *Teacher Burnout and what to do about it.* Novato, CA: Academic Therapy Publications.
- Vandenberghe, R., & Huberman, A. M. (Ed.) (1999). *Understanding and preventing teacher burnout: A sourcebook of international research and practice.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Walter U., Plaumann M., & Krugmann K. (2013). Burnout interventions. In Baehrer-Kohler S. (Ed.), *Burnout for Experts. Prevention in the Context of Living and Working.* New York: Springer.
- Wantland, D., Portillo, C. J., Holzemer, W. L., Slaughter, R., & McGhee, E. M. (2004). Effectiveness of web-Based vs. non-web-based interventions: A meta-analysis of behavioral change outcomes. *Journal of Medical Internet Research*, 4.
- Wood, T. M. (2002). Understanding and preventing Teacher Burnout. *ERIC Digest*.
- Zolnierczyk-Zreda, D. (2005). An intervention to reduce work-related burnout in teachers. *Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 11, 423-430.