



ANNA GUZY

University of Silesia in Katowice

 <https://orcid.org/0000-0002-6713-7293>

Selected aspects of psychological flexibility and experiencing the occupational burnout syndrome among speech therapists

ABSTRACT: In this article, the author examines the relationship between selected aspects of psychological flexibility and the experience of the burnout syndrome among professionally active speech therapists. The author presents results from a correlation analysis ($n = 143$) of the relationship between the burnout syndrome (OLBI) and selected aspects of psychological flexibility: experience avoidance (MEAQ-30), cognitive fusion (CFQ), and acceptance and action (AAQ-II). These results indicate that there is a statistically significant relationship ($p < 0.05$) between burnout and non-acceptance and action (0.38), cognitive fusion (0.56), as well as the following components of avoidance (0.4): procrastination (0.37), repression/denial (0.33) and the resistance to stress (-0.26). The conclusions emphasize the need to carry out burnout prevention therapy among speech therapists which should involve instruction on the skills that make up the different aspects of psychological flexibility.

KEYWORDS: psychological flexibility, occupational burnout of speech therapists, ACT therapy

Wybrane aspekty elastyczności psychologicznej a doświadczanie syndromu wypalenia zawodowego wśród logopedów

STRESZCZENIE: W artykule podjęto próbę przedstawienia zależności pomiędzy wybranymi aspektami elastyczności psychologicznej a doświadczaniem syndromu wypalenia zawodowego wśród czynnych zawodowo logopedów. Zaprezentowano wyniki badań korelacyjnych ($n = 143$) nad zależnościami pomiędzy syndromem wypalenia zawodowego (OLBI) a wybranymi aspektami elastyczności psychologicznej: unikaniem doświadczenia (MEAQ-30), fuzją poznawczą (CFQ) oraz akceptacją i działaniem (AAQ-II). Wyniki te wskazują na istnienie istotnych statystycznie zależności ($p < 0,05$) pomiędzy wypaleniem zawodowym a brakiem akceptacji i działaniem (0,38), fuzją poznawczą (0,56), jak również składowymi unikaniami działania: awersją do stresu (0,4), prokrastynacją (0,37), wyparciem/zaprzeczeniem (0,33) i wytrzymałością na stres ($-0,26$). We wnioskach podkreślono zasadność prowadzenia profilaktyki wypalenia zawodowego w grupie logopedów poprzez edukację w zakresie umiejętności składających się na poszczególne aspekty elastyczności psychologicznej.

SŁOWA KLUCZOWE: elastyczność psychologiczna, wypalenie zawodowe, zawód logopedy, terapia ACT

Over the recent years, a change could be seen both in the definitions of health and illness and in the approach to prevention (Sęk, Heszen, 2012; Huget, 2015). Health is not merely a state of absence of illness or of ailments, but one of “full physical, mental and social well-being” (Sęk, Heszen, 2012, p. 48). The state of health is the relationship of resources, individual behaviour and the requirements of everyday life. According to this way of understanding health, the strengthening of resources, and thus also of psychological flexibility, can have a significant impact not only on eliminating the occupational burnout syndrome, but also on improving life satisfaction. The research presented in the paper fits within the positive trend, looking for activities, abilities and skills that can improve well-being and quality of life (cf. Grzegorzewska, 2020).

This trend of thinking about health as full well-being has contributed to research activity in this area. Over the last 30–40 years, numerous studies have been conducted involving the search for factors that have an impact on improving individual well-being (including better coping with stress, the ability to face life challenges, and experiencing a greater number of positive emotions)¹. For years, the search has continued for a set of skills that make up psychological flexibility. Flexibility is understood as:

[...] the ability to feel and think with openness, to attend voluntarily to your experience of the present moment, and to move your life in directions that are important to you, building habits that allow you to live life in accordance with your values and aspirations (Hayes, 2020, p. 21).

The psychological flexibility described here is closely related to acceptance and commitment therapy (ACT), but seems to transcend all sorts of frameworks. Understanding the six basic pillars of acceptance and commitment therapy (ACT) is an essential element for finding out about the role of the processes that make up psychological flexibility (Bach & Moran, 2008; Harris, 2019; Ruiz 2010).

This paper does not aim to provide a detailed analysis of the individual aspects of flexibility, a precise description of acceptance and commitment therapy or, finally, the numerous concepts and models of occupational burnout. The main aim is to show the relationship between experiencing the occupational burnout syndrome in a group of active speech therapists and selected aspects of psychological flexibility (experiential avoidance, cognitive fusion, and acceptance and action).

Searching for factors that can facilitate the planning of preventive actions for speech therapists (including the teaching of skills related to psychological flexibility) already during their studies (and at subsequent stages of their profes-

¹ On <http://www.contextualscience.org>, one can find a constantly updated list of studies in this field.

sional career) may contribute to reducing the adverse effects of the occupational burnout syndrome (including protection against its occurrence), as well as have a significant impact on well-being, job satisfaction, and experiencing more positive emotions in this professional group. Since the Polish adaptations of tools measuring psychological flexibility were created in 2019, not much Polish research exists in this field². The constructs described above have not been studied yet in speech therapists.

Psychological flexibility and resilience

The specialist literature (in the field of social sciences and health sciences), offers two interrelated terms: resilience and psychological flexibility.

The term resilience comes from the Latin *resilire*, meaning “to bounce back”, “to jump back”, “to recoil”, “to regain balance”.

The term resilience has been translated in many different ways into the Polish language. It is a phenomenon that explains recovery from experiences of threat or destruction, understood as the ability to cope in difficult situations, the ability to ‘emerge unscathed’, or at least with little loss, from psychological oppression. It refers to mental flexibility, plasticity conceived as ‘inner strength’ and ‘a self-righting tendency’ (Sikorska, 2017, p. 76).

Resilience means the ability to engage in activities that have a positive influence on the current and future quality of life (Goubert & Trompetter, 2017). Resilience understood in this manner is closely related to psychological flexibility, defined as the ability to act in accordance with values, aimed at minimising internal discomfort, such as pain or stress (Hayes, Luoma, Masuda & Lillis, 2006).

Psychological flexibility is a construct described and developed in the field of contextual behavioural science (CBS), derived from classic behaviour analysis, extended by the contemporary behavioural conceptualization of language and of cognitive processes³.

The concept of psychological flexibility can be presented using a model that includes six key processes that contribute to its development (Fig. 1).

² A compilation of available publications related to psychological flexibility and of tools can be found online at <http://uczesieact.pl/polskie-publikacje/>.

³ The primary goal of behavioural science is “to predict and change behaviour presented in a particular context and to develop scientific knowledge to deal effectively with the challenges posed by human nature” (Baran, Hyla & Kleszcz, 2019, p. 13).

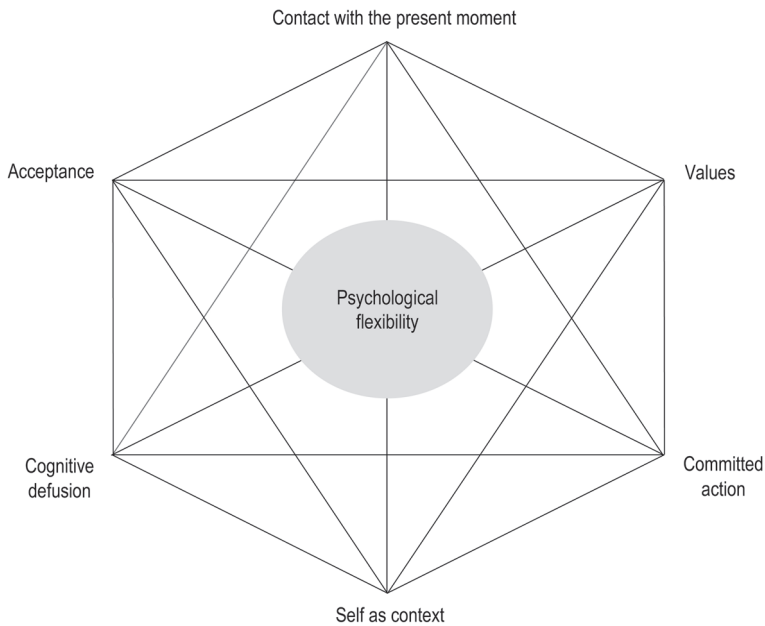


FIG. 1. Relations between key processes in ACT

SOURCE: Own compilation based on R. HARRIS (2019). *Zrozumieć ACT. Terapia akceptacji i zaangażowania w praktyce*. Transl. A. SAWICKA-CHRAPKOWICZ. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, p. 26.

Psychological flexibility is developed through six processes: cognitive defusion, self as context, acceptance, committed action, contact with the present moment, values. Let us take a closer look at these six pillars related to psychological flexibility.

The defusion, is the opposite of cognitive fusion, defined as the belief that our thoughts are true and as agreeing to them determining our actions. Defusion is a process in which we are able to distance ourselves from our own thoughts, it is “perceiving thoughts as what they really are [...] and attributing to them only such power that will genuinely serve us” (Hayes, 2020, p. 35).

Self as context (pure consciousness, the observing self, the transcendent self, the spiritual sense of self), allows us to look at ourselves, our thoughts and actions from a broader perspective, despite the passage of years and the changing reality. It allows us to establish deeper contact with ourselves. As Steven C. Hayes notes:

This sense of self allows us to see that we are more than the stories we tell ourselves, more than what our mind says. We also see that we are connected in consciousness to all of humanity – we belong not because we are special, but because we are human (Hayes, 2020, p. 36).

Another process that makes up psychological flexibility is acceptance, understood as turning away from avoiding experience. It means “choosing to feel with openness and curiosity, so that you can live the kind of life you want to live while inviting your feelings to come along for the ride.” (Heyes, 2020, s. 36) It is associated with the conscious experiencing of pleasant as well as unpleasant sensations.

The next process is presence (contact with the present moment), namely the experiencing of flexible attention focused on the present moment, without escaping to the past or future. It comes close to mindfulness, the experience of consciously being and acting here and now.

Psychological flexibility also consists of living one’s life in accordance with one’s values. They require a shift from goals subordinated to social expectations to values we choose and follow ourselves. This enables us to do what matters to us. Living with values is related to realising which values are important to us and which values we want to live by.

The final element is action, related to the forming of habits that support our choices.

The opposite of flexibility is mental rigidity, which “exposes us to greater incidence of psychological disorders and behavioural problems” (Hayes, 2020, p. 24). Psychological flexibility is related to the ability to be present in the current experience, to open up and act in accordance with one’s values. Flexibility, made up of the processes described in this section, is supposed to be a protective factor against the occupational burnout syndrome, but also working on the processes that determine flexibility can improve the quality of our lives, by living actively, in line with one’s values, consciously confronting difficulties and pleasures.

Occupational burnout syndrome⁴

Occupational burnout is a major risk in all occupations, especially in those which involve interactions with other people (Maslach & Leiter, 2011). It is considered to occur comparatively more often in groups such as therapists, doctors, nurses, social workers, teachers, and police officers (Stanek, 2016, p. 19). Components have been distinguished in empirical research defining occupational burnout, including reduced emotional control, subjective disengagement, reduced effectiveness, narrowing of interpersonal contacts, and physical fatigue (Steuden & Okła, 1998, p. 13).

⁴ This section includes excerpts from the paper: Guzy, 2020.

The issue of occupational burnout has been appearing relatively recently, and in this respect the popular literature is “ahead” of the specialist literature⁵. There are many theoretical models of burnout, and to cite only the most important ones, it is worth noting the multidimensional model by Christina Maslach multidimensional model, the existential model by Ayala Pines, and the cognitive model by Helena Sęk. Occupational burnout as such is in turn defined by pioneering researchers in the field, Susan Jackson and Christina Maslach, as follows:

[...] syndrome of emotional exhaustion, depersonalisation, and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who work with other people in some capacity. Emotional exhaustion refers to feelings of being emotionally overextended and depleted of one’s emotional resources. Depersonalisation refers to a negative, callous, or excessively detached response to other people [...]. Reduced personal accomplishment refers to a decline in one’s feelings of competence and successful achievement in one’s work (Maslach, 2009, p. 15).

This definition includes the components of occupational burnout: emotional exhaustion, depersonalisation, a reduced sense of achievement, and professional pessimism. It is worth noting that the construct is being studied all the time, with many concepts as well as many tools used to measure it.

The causes of occupational burnout are similar to the reasons for experiencing stress, while in the analysis of the burnout syndrome, individual factors will play a smaller or larger role. What is significant is emotional engagement at work as such, as well as the nature of the work. In addition to external factors (related to the respective institution or to social factors), individual reasons (temperamental, personality-related; cf. Sęk, 2007) play a very important role.

Burnout can produce a number of symptoms, including physical and psychological ones, and also affect our relationships with others. An original list of burnout symptoms was presented by Bob Brewster (Erenkfeit, Dudzińska & Indyk, 2012), who listed the following: physical exhaustion; fatigue, loss of appetite, weight loss, insomnia, muscle tension (various pains for no apparent reason), increased sweating, gastrointestinal problems, migraine headaches, inability to make decisions, feeling overburdened with work, loss of enthusiasm, impatience and irritability, indifference to new ideas, addictions, cynicism, inertia – finding it difficult to get down to any work, isolating oneself, blaming oneself for failures at work, and blaming others for failures. In the context of the topic addressed in

⁵ In 1960, G. Greene’s “A Burn-out Case” was published: it was a novel about an architect, tired of his job and abandoning his former life. Twenty years later, the construct of burnout was the subject of H.J. Freudenberger’s book “Burnout: The High Cost of High Achievement” (1980). See also: Freudenberger, 1974.

the paper, it is worth adding other factors to this list: those that determine the severity of the burnout syndrome in the professional group of speech therapists.

Attempts to measure the occupational burnout syndrome among speech therapists have been made several times over the last 30 years. Researchers from Brazil: Arthur Brito-Marcelino, Edmea Fontes Oliva-Costa, Salvyana Carla Palmeira Sarmiento, and Adriana Andrade Carvalho, noted 11 specialist papers on this topic⁶. The number is small, bearing in mind the popularity of research on this variable among different professional groups. The burnout syndrome has been studied far more frequently among doctors, nurses and other healthcare professionals (Brito-Marcelino, Oliva-Costa, Sarmiento & Andrade Carvalho, 2020, p. 220). There is still an insufficient number of studies in this professional group.

The conclusions from the analyses and meta-analyses made it possible to identify several factors recorded more often in speech therapists experiencing higher burnout syndrome scores:

- fatigue; increased number of working hours per week;
- working with more complex cases;
- not feeling appreciated for the work performed;
- bureaucratisation of the workplace (having to fill in a large number of documents);
- high emotional fatigue;
- high levels of perceived stress;
- low perceived sense of coherence⁷.

Interestingly, age was not a predictor of the occurrence of occupational burnout in the studied group.

In the research procedure presented in this paper, an attempt was made to search for additional factors (related to psychological flexibility) that might influence the strength of the experienced syndrome of occupational burnout in the group of speech therapists.

⁶ The basis was provided by papers found through bibliographic searches containing the following keywords: occupational burnout and speech therapists, taking into account results in English, Spanish, and Portuguese. Using the search engine with the inclusion of the Polish language did not yield any positive results.

⁷ Perceived sense of coherence is a theoretical construct introduced by Aaron Antonovsky. It indicates the orientation of someone who feels that the world is predictable and explainable (comprehensibility), and furthermore, that they have, as an individual, the resources that will enable them to meet the demands placed on them (resourcefulness), which they perceive as worth the commitment and effort (meaningfulness). In health psychology, it is recognised that perceived sense of coherence can be a preventive factor for staying healthy. More on this topic: Heszen & Şek, 2007.

Organisation and conduct of own research

Answers to the following research questions were sought in the procedure:

1. What is the level of occupational burnout among the speech therapists surveyed?
2. What is the level, among the speech therapists surveyed, of selected variables measuring individual aspects of psychological flexibility: acceptance and action, avoidance, and cognitive fusion?
3. Is there a statistically significant relationship between selected aspects of psychological flexibility and the experience of the occupational burnout syndrome among professionally active speech therapists?

In order to answer the questions posed in the procedure, an anonymous online survey was conducted from January to March 2021. A link to the research questionnaire published on the Lime Survey portal was sent to speech therapists' institutions, i.e. associations, clubs, institutes and centres, inviting them to participate in the research procedure. The invitation was also extended to existing thematic groups intended for speech therapists on Facebook. In addition, a request to fill out the questionnaire was sent to places where speech therapists are employed (e.g. schools, outpatient clinics, and hospitals). Despite the efforts made to reach as diverse and large a sample as possible, only 263 respondents completed the questionnaire. This may have been due to information fatigue and having to perform certain duties exclusively online during the pandemic, as well

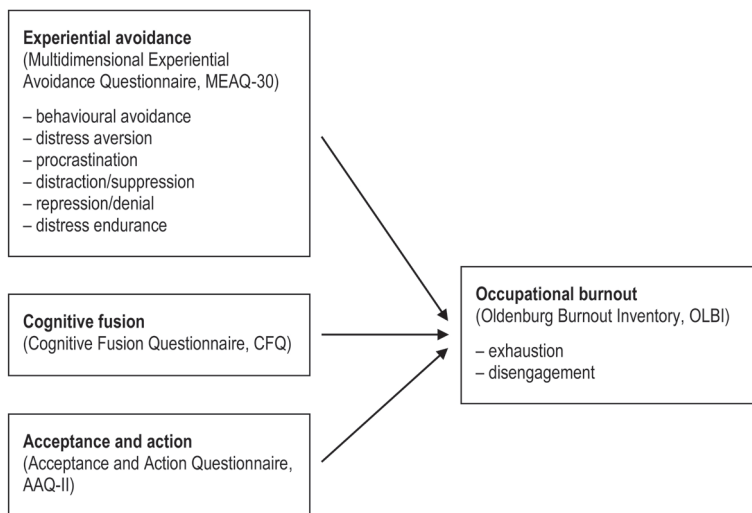


FIG. 2. Research model

SOURCE: Own compilation.

as to other burdens or lack of time. Of the 263 sheets, 143 fully completed questionnaires were subjected to final statistical analysis⁸. Fig. 2 shows the research model that was adopted.

It was assumed that higher skills with regard to confronting difficult situations, less procrastination, a lower level of denial/repression, greater distress endurance, a higher level of distancing from thoughts, and greater acceptance and action would constitute preventive and protective factors against the experiencing of the occupational burnout syndrome, and, if experienced, would minimise its negative effects.

Research tools used

The Polish version of the Oldenburg Occupational Burnout Questionnaire (OLBI)⁹ in an adaptation by Teresa Chirkowska-Smolak (2018)¹⁰ was used to determine the severity of the occupational burnout syndrome. The test makes it possible to measure two dimensions of burnout: exhaustion (Cronbach's alpha [α] = 0.76) and disengagement (α = 0.73). Unlike the Maslach Burnout Inventory (MBI¹¹) (Maslach, 2009), OLBI measures not only affective exhaustion, but also physical and mental exhaustion.

The following were used to assess psychological flexibility:

1. Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire – 30 (MEAQ-30)¹², in an adaptation by Lidia Baran, Magdalena Hyla and Bartosz Kleszcz to measure experiential avoidance (2019, p. 29).

⁸ Due to the possibility of calculating the psychological test scores only provided that complete questionnaires were filled out with information concerning age and gender, 120 of the questionnaires were not taken into account. Analysis of the results broken down by gender was also abandoned due to the small sample of men (out of 143 respondents, only 2 men completed the questionnaire).

⁹ The psychometric properties of the tool have been studied many times: Demerouti, Bakker, Vardakou & Kantas, 2003, pp. 12–23.

¹⁰ The author's permission was obtained to use the tool for the purposes of the research procedure. More on the psychometric property of the tool: Baka & Basińska, 2016, pp. 29–41.

¹¹ The tool by Christina Maslach and her concept of burnout have recently had many opponents. As noted by Beata Mańkowska, not all researchers recognise depersonalisation and dehumanisation as components of this construct. More aspects of critical analysis of the concept: Mańkowska, 2018, pp. 430–445. The MBI test is still a recognised and used test for measuring burnout.

¹² In the Polish adaptation, the test consists of 30 questions (5 questions in each of the scales: behavioural avoidance, distress aversion, procrastination, distraction/suppression, repression/denial, and distress endurance). In each of these, the respondents' task is to respond to the statements on a scale from 1 (strongly disagree) to 6 (strongly agree). The tool has versions for women and for

2. Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), in an adaptation by Lidia Baran, Magdalena Hyla and Bartosz Kleszcz to measure cognitive fusion (2019, p. 77)¹³.
3. Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), in an adaptation by Bartosz Kleszcz, Joanna E. Dudek, Paweł Ostaszewski, Wojciech Białaszek, Frank W. Bond (2018)¹⁴ to measure acceptance and action.

Results of own research

Among the 143 respondents whose results were subjected to the final analyses, only half (72) worked exclusively in the field of speech diagnosis and therapy. Other respondents also worked as: educators (including special needs teachers), therapists, teachers in forms 1–3, preschool education teachers, university teachers, nurses, art teachers. Some had additional qualifications in the field of speech diagnosis and therapy in the form of studies in neurological speech therapy and speech therapy for the deaf and hearing impaired.

Those completing the survey questionnaires were predominantly (87%)¹⁵ members of the professional group in the 30–59 age range (63% were 30–49 years old, and 24% were 50–59 years old). The second largest group included respondents aged 25–29 (9%). Less numerous were respondents under 24 and those aged 60 and over (2% in each case).

The length of service among those completing the questionnaires was generally long or very long: in 56% of the respondents, it was more than 10 years (of whom 20% had 11–16 years, 14%: 17–20 years, 20%: 21–30 years, and 2%: over

men. It takes 6 minutes on average to complete the test. The internal consistency of the individual scales is satisfactory – Cronbach's alpha was 0.69 for behavioural avoidance, 0.78 for distress aversion, 0.76 for procrastination, 0.83 for distraction/suppression 0.83, 0.74 for repression/denial, and 0.81 for distress endurance.

¹³ The test consists of 7 questions that address aspects of cognitive fusion, such as: emotional reactions in response to emerging thoughts, the tendency to overanalyse situations, behaviour governed by thoughts, and the overall predominance of cognitive aspects in the individual's experience. The tool takes around 5 minutes to complete. The respondents are asked to rate how true they find the statements included in the questionnaire, on a scale from 1 (never) to 7 (always). The tool has satisfactory psychometric properties ($\alpha = 0.94$).

¹⁴ The test consists of 7 statements on which the respondents express their opinion on a scale from 1 (never true) to 7 (always true). Higher scores on the test indicate lower psychological flexibility. The test has high measures of reliability (for the first sample $\alpha = 0.938$, and for the second sample $\alpha = 0.910$; Kleszcz et al., 2018).

¹⁵ All percentages have been rounded off to integers.

30 years). 36% of the respondents had worked as speech therapists for 5–10 years, 8% for less than 5 years.

Another variable analysed in the context of occupational burnout was the number of hours worked per week as a speech therapist. 73% of the respondents worked over 21 hours a week, 21% worked 21–30 hours on average, 31% worked 31–40 hours, and 21% worked over 40 hours a week. A much smaller group included respondents working fewer hours a week: a small percentage (5% of the respondents) worked up to 5 hours a week, 12% worked 6–10 hours a week, while 10% of the respondents worked 11–20 hours a week.

The respondents were also asked about the form and type of employment. The largest group of respondents (43%) worked in the public sector, while 26% worked in the private sector. Self-employment was declared by 21% of the respondents, 3% checked other options (indicating that they combined more employment relationship forms), while 7% of the respondents did not answer this question.

The respondents also provided information about the form of their employment: the highest percentage had a contract of employment for an indefinite term (32% of the respondents), and 21% were self-employed. Work under a contract of mandate or under a contract for a specific task was declared by 19% of the respondents, 14% of the speech therapists participating in the survey had a contract for a definite term, and 2% declared working under contractual agreements.

After a preliminary characterisation of the studied group, its diversity became clear: only half of the respondents worked exclusively as speech therapists, the vast majority were middle-aged (87% of the respondents aged 30–59). The respondents were experienced in their work as speech therapists (most had been working for at least 5 years). The vast majority of the respondents worked at least 21 hours a week or more as speech therapists (73%). Among the respondents, a higher number declared working in the public sector (43%) vs the private sector (26%).

Occupational burnout syndrome

Table 1 presents the results of the studies showing the level of occupational burnout among the speech therapists surveyed, taking into account the overall score on the occupational burnout test (OLBI) and its individual aspects: disengagement and exhaustion.

TABLE 1. Results of the occupational burnout syndrome test (OLBI) among the respondents (n = 143)¹⁶

Variable	Disengagement	Exhaustion	Total
Mean score in the surveyed group (V mean)	16.94*	18.80	35.73
Maximum possible result (V max)	32.00	32.00	64.00
V max – V mean	15.06	13.20	28.26

* Results rounded off to two decimal places.

SOURCE: Own research.

In order to obtain reference data, the results obtained were divided according to percentiles (25, 50, 75), defining low, medium and high scores. Table 2 presents the reference scores obtained for both subscales of the test: disengagement and emotional exhaustion, as well as the total score on the OLBI test in the surveyed group of speech therapists, while Table 3 presents the numerical and percentage scores obtained among the respondents with regard to the occupational burnout syndrome.

TABLE 2. Reference scores for occupational burnout levels (OLBI) among the respondents (n = 143)

Burnout level	Disengagement	Emotional exhaustion	Total
Low	15<	16<	31<
Medium	15–21	16–22	31–41
High	<21	<22	<41

SOURCE: Own research.

TABLE 3. Occupational burnout level among the surveyed speech therapists (n = 143)

Burnout level	Disengagement	Emotional exhaustion	Total
Low	33 (23%)	30 (21%)	34 (24%)
Medium	93 (65%)	81 (57%)	71 (50%)
High	17 (12%)	32 (22%)	38 (26%)

SOURCE: Own research.

¹⁶ The test does not have sten standards. The results are interpreted as follows: the higher the test score, the higher the level of experience of occupational burnout. In order to obtain reference values, the results were divided into centiles (25, 50, 75), which is the practice used for analysis and interpretation of the scores on the OLBI test; cf. e.g.: Tipa, Tudose & Pucarea, 2019.

34 respondents (24%) experienced a low level of occupational professional burnout, 50% of the respondents (71 respondents) experienced a medium level of occupational burnout, while 26% (38 respondents) of the speech therapists surveyed obtained scores suggesting a high level of the occupational burnout syndrome. An analysis of the individual subscales of the test, in turn, shows that 22% of the respondents (32 respondents) experienced emotional exhaustion at a high level, 57% at a medium level and only 21% (30 respondents) at a low level. On the other hand, on the disengagement scale, a low level was recorded for 23% (33 respondents) of the respondents, a medium level for 65% (93 respondents), and a high level for 12% (17 respondents) of the speech therapists surveyed.

As indicated by the results obtained, in the group of the professionally active speech therapists surveyed, only 24% (34 respondents) did not score high or very high with regard to occupational burnout. As many as 76% (109 respondents) experienced medium to high levels of various symptoms of this syndrome. The profession of speech therapist is at a high risk of burnout. Speech therapists obtain scores with regard to the severity of the occupational burnout syndrome which are typical of health professionals. In order to illustrate the relationships analysed, let us look (Table 4) at the compilation of the research results obtained among speech therapists and doctors (n = 116; cf. Tipa, Tudose & Pucarea, 2019, p. 358).

TABLE 4. Severity of occupational burnout among speech therapists (n = 143) and doctors (n = 116)

Burnout level	Disengagement		Exhaustion		Overall OLBI test score	
	speech therapists	doctors	speech therapists	doctors	speech therapists	doctors
Low	23%	28%	21%	29%	24%	26%
Medium	65%	46%	57%	47%	50%	51%
High	12%	25%	22%	23%	25%	22%

SOURCE: Own research and R.O. TIPA, C. TUDOSE & V.L. PUCAREA (2019). Measuring burnout among psychiatric residents using the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) instrument. *Journal of Medicine and Life*, 12(4), 354–360. doi: 10.25122/jml-2019-0089/.

In both groups, that of speech therapists and of the doctors surveyed, the majority of respondents obtained high and medium scores on the occupational burnout test. In both groups, a similar percentage of respondents experienced a high level of emotional exhaustion: 22% of speech therapists and 23% of doctors. Differences are visible in terms of disengagement, with only 12% of the speech therapists surveyed scoring high (25% of doctors).

Psychological flexibility

Next, let us look at the respondents' scores on the individual components of psychological resilience: experiential avoidance, cognitive fusion, and acceptance and action.

Table 5 provides an illustration of the results obtained by the speech therapists surveyed in terms of experiential avoidance.

TABLE 5. Scores surveyed on the experiential avoidance test (MEAQ-30) among speech therapists (n = 143)

Score	Behavioural avoidance (BA)	Distress aversion (DA)	Procrastination (P)	Distraction/suppression (DS)	Repression/denial (RD)	Distress endurance (DE)
Very low (1–2 sten)	5 (4%)	10 (7%)	29 (20%)	5 (3%)	34 (24%)	7 (5%)
Low (3–4 sten)	32 (22%)	27 (19%)	43 (30%)	35 (24%)	34 (24%)	31 (22%)
Medium (5–6 sten)	72 (50%)	63 (44%)	48 (34%)	57 (40%)	64 (45%)	33 (23%)
High (7–8 sten)	27 (19%)	40 (28%)	23 (16%)	36 (25%)	7 (5%)	49 (34%)
Very high (9–10 sten)	7 (5%)	3 (2%)	–	10 (7%)	4 (3%)	23 (16%)
Total	143 (100%)	143 (100%)	143 (100%)	143 (100%)	143 (100%)	143 (100%)

SOURCE: Own research.

Experiential avoidance means:

[...] any attempt to change the presence, frequency, mode of manifestation or nature of influence of any thoughts, emotions and sensations, even when this gets in the way of living in accordance with one's values or goals. This construct, together with cognitive fusion, refers to a psychological process central to the understanding of psychopathology in acceptance and commitment therapy (Baran, Hyla & Kleszcz 2019, p. 29).

Experiential avoidance consists of behavioural avoidance, distress aversion, procrastination, distraction/suppression, repression, and distress endurance.

The first aspect is behavioural avoidance. It is understood as the avoidance of physical discomfort and of experiences that may trigger unpleasant emotions. Among the respondents, 72 (50%) obtained average scores, while 37 (26%) scored low and very low. High and very high scores were obtained by 34 respondents (24%). In the surveyed group, a substantial minority have a clear tendency to

withdraw from any situation, even slightly comfortable ones. Among the respondents, 37 scored low and very low, 63 scored average, while 43 people (30%) scored high and very high. It is worth noting that aversion to negative experiences and events is a common predictor of depressive disorders (Teasdale, Williams & Segal, 2016, pp. 5–15).

The respondents' scores on procrastination, i.e. postponing contact with an anticipated stressor, show that the majority of those surveyed choose to confront the stressor in a difficult situation; low and very low scores were obtained by half of the respondents (72 persons), 48 obtained average scores, while 23 obtained high scores (16%).

Distraction/suppression indicates a tendency to ignore or suppress unpleasant experiences. On this subscale, 40 respondents (28%) scored low and very low, 57 (40%) scored medium, while 46 respondents (32%) scored high and very high.

Repression/denial means increasing distance or a complete unawareness of going through unpleasant experiences. It is a state in which one needs a long time to realise how they feel (especially when they feel bad). On this scale, the vast majority of the respondents scored low (34 people), very low (34 people), and medium (64 people) – 92% in total. Only 7 respondents (5%) scored high, and 4 (3%) very high. This may prove that the professional group of speech therapists generally do not deny negative emotions they experience, and are aware of their feelings and experiences, even if they are undesirable.

The results obtained by the respondents on the distress endurance scale show that the vast majority of speech have this endurance. A very high distress endurance score was obtained by 23 respondents (16%), a high score by as many as 49 (34%), and a medium score by 33 people (23%). Low distress endurance was reported in 38 respondents (27%; including very low in 7 respondents and low in 31 respondents).

Anti-avoidance exercises can contribute to changes in self-concept, distancing oneself from one's own actions and thoughts, as well as reinforcing the pursuit of worthwhile goals and deriving pleasure from them.

Another aspect of psychological flexibility analysed in the research procedure was cognitive fusion.

Table 6 illustrates the results obtained by the speech therapists surveyed in terms of the severity of this trait. As a reminder, cognitive fusion is “a process in which verbal events tightly control responses, without allowing other contextual variables to be taken into account” (Hayes, Strosahl & Wilson, 2013, p. 102); fusion narrows down our repertoire of responses in certain areas. Higher scores on cognitive fusion (medium, high and very high stens) indicate less adaptive behaviours.

TABLE 6. Sten score of the respondents on the Cognitive Fusion Scale (CFQ) among the respondents (n = 143)

Score	Number and percentage of persons
Very low (1–2 sten)	10 (7%)
Low (3–4 sten)	30 (20%)
Medium (5–6 sten)	71 (45%)
High (7–8 sten)	22 (15%)
Very high (9–10 sten)	10 (7%)
Total	143 (100%)

SOURCE: Own research.

40 of the speech therapists surveyed scored low and very low (27%) while 71 (50%) obtained medium scores. This means that the surveyed group is characterised by moderate skills in terms of distancing oneself from one's own thoughts. 32 respondents (22%) scored high and very high.

[...] strong cognitive fusion [...] can lead to strong experiences of anxiety and guilt in social situations and, as a further consequence, to experiential avoidance and to the development of behaviours typical of symptoms of mental disorders, such as phobias or obsessive-compulsive disorders, secondarily related to fusion with thoughts (Baran, Hyla & Kleszcz, 2019, p. 80).

After analysing the results obtained by the respondents with regard to the selected indicators of psychological flexibility and the severity of the occupational burnout syndrome, let us move on to an analysis of the correlations between the studied variables (in accordance with the research model adopted). Table 7 illustrates the relationships obtained.

Statistically significant relationships were recorded between selected indicators of psychological flexibility and occupational burnout measured using the OLBI test in terms of disengagement and exhaustion. An analysis of the correlation matrix makes it possible to note the occurrence of the following regularities:

- Speech therapists who scored higher on cognitive fusion (CFQ) experience occupational burnout syndromes more often (in the form of both disengagement and exhaustion). The strength of the relationship between the studied variables is 0.56 for the total score on the burnout test (0.55 for the disengagement scale and 0.52 for the exhaustion scale).
- Lack of acceptance and action (and thus experiential avoidance) also correlate positively with the occupational burnout syndrome experience: 0.38 (slightly more with regard to disengagement: 0.37 versus exhaustion: 0.35).

TABLE 7. Results of correlational studies¹⁷ between selected aspects of psychological flexibility and occupational burnout among the speech therapists surveyed (n = 143)

Psychological flexibility indicators	Disengagement (OLBI)	Exhaustion (OLBI)	Total (OLBI)
Lack of acceptance and action (AAQ-II)*	0.37**	0.35	0.38
Cognitive fusion (CFQ)	0.55	0.52	0.56
Behavioural avoidance (BA)	-0.12	0.064	-0.037
Distress aversion (DA)	0.32	0.44	0.4
Procrastination (P)	0.32	0.37	0.37
Distraction/suppression (DS)	-0.02	0.06	0.02
Repression/denial (RD)	0.34	0.29	0.33
Distress endurance (DE)	-0.2	-0.29	-0.26
Avoidance (MEAQ)	0.17	0.25	0.23

* Higher scores on the Acceptance and Action test (AAQ-II) indicate lower psychological flexibility. In order to avoid the possibility of an erroneous misinterpretation of the results, the tables have been renamed to lack of acceptance and action.

** Data rounded off to two decimal places. Statistically meaningful connections ($p < 0.05$) are presented in bold.

SOURCE: Own research.

- Individuals with a tendency to procrastinate, to defer action, experience both aspects of occupational burnout more often. The relationship strength was 0.37 for the overall test result (0.32 for disengagement and 0.37 for exhaustion)
- Respondents scoring higher on the distress aversion scale recorded a higher occupational burnout score (in particular on the exhaustion subscale: 0.44), but also on the disengagement subscale (relationship strength 0.32).
- The research confirmed the relationship between experiencing the occupational burnout syndrome and stress. Respondents scoring lower on the distress endurance subscale experienced the occupational burnout syndrome more often (slightly higher strength of the relationship with regard to exhaustion: -0.29 versus disengagement: -0.20).
- Distraction/suppression do not constitute variables with a significant impact on experiencing the occupational burnout syndrome in the studied group.

¹⁷ The correlation analyses were performed using the Statistica software. The statistical significance level was recognised as $p < 0.05$.

Conclusions from the study

The research procedure conducted made it possible to extend the factors that can have an impact on the severity of the occupational burnout syndrome in the group of speech therapists: cognitive fusion, lack of acceptance and action, distress aversion, procrastination, and repression/denial. Some final conclusions were also formulated:

- The statistically significant correlation between the occupational burnout syndrome and cognitive fusion suggests that it is worthwhile taking into account, in occupational burnout syndrome prevention programmes for the professional group discussed in the paper, learning the ability to distance oneself from one's thoughts (using for instance cognitive and cognitive/behavioural techniques), which will make it possible to evaluate a difficult situation in a broader context and enhance the possibilities of adaptive action.
- It is worth introducing elements of psychoeducation, showing how one can face challenges so as not to lead to procrastination, which also correlates with the occurrence of the occupational burnout syndrome in the studied group.
- It is important to conduct courses (during studies and/or as part of prevention of occupational burnout in active speech therapists) with regard to strategies for coping with stress, as successful coping and the absence of distress aversion constitutes an effective protective factor against occupational burnout.
- Among the elements that were studied which make up psychological flexibility, distraction/suppression did not constitute variables between which a statistically significant relationship would be recorded with the severity of the occupational burnout syndrome.
- Due to the number of respondents in the group, the nature of the research is that of a preliminary study of the factors determining the severity of the occupational burnout syndrome in the respective occupational group.
- The group of professionally active speech therapists is diversified, and it is worth taking into account in future research individuals working only in this profession (to eliminate cases of individuals whose score on the occupational burnout test is determined by work in other professions/in other positions). It is also worth including comparative studies taking into account gender, age, as well as the form and place of employment.

Psychological flexibility, with the individual processes and skills it includes, may determine the severity of perceived occupational burnout. Teaching about the processes that make it up, including in particular cognitive defusion, and confronting experience (instead of avoidance) should be considered already in the course of studies preparing for the profession, so as to draw the candidates' attention to the rank of the psychological flexibility processes in the prevention

of occupational burnout (and, more extensively, in the improvement of well-being and quality of life).

Attention should also be provided to speech therapists who are only starting their work. Research shows that they are exposed to burnout most strongly, as they often have low perceived self-efficacy and heightened stress (Tucholska, 2003). Individuals experiencing weaker stress are less vulnerable to the occupational burnout syndrome. Another argument for the need to implement preventive measures in this professional group is provided by research confirming the relationship between occupational burnout and the experiencing of difficulties with regard to vocal emission (Guzy, 2020). Speech therapists experiencing the burnout syndrome may have lower performance in terms of vocal emission during the therapeutic interactions they conduct.

When planning the process of training future speech therapists, it is worth introducing elements of theory and practice with regard to psychological flexibility as well as elements of acceptance and commitment therapy. In some countries, prevention programmes are conducted for occupational groups particularly exposed to burnout, with teaching of skills in the spirit of ACT. Participation in them constitutes a helpful factor contributing to a reduction of the occupational burnout syndrome (Moen, Federici & Abrahamsen, 2015; Mistretta et al., 2018). A strong reduction of stress and of the burnout syndrome was obtained already after the trainees underwent a series of four training sessions lasting 1.5 hours each (Hosseinaei, Hassan, Ladan, Heidarei & Mazaheri, 2013). Activities conducted independently, learning skills and forming habits in line with values may also be advantageous (Hofer et al. 2018). Over the recent years, several publications have appeared on the Polish publishing market containing exercises in acceptance and commitment, and at the same time facilitating the development of psychological flexibility¹⁸. Participation in online training is also highly effective (Walker, 2017, pp. 32, 34–35).

In the course of their studies, but also during their subsequent working years, speech therapists should bear in mind that psychological flexibility is a valuable resource worth developing. The effects of occupational burnout can be extensive and they may affect many areas of our functioning. It is therefore worth taking care of prevention in this area. It is worth learning a range of skills that can make us less vulnerable to stress and occupational burnout.

¹⁸ Interested readers should see Harris, 2019, where numerous exercises can be found; Hayes, 2020, as well as some of the publications on mindfulness popular over the recent years, e.g., Kabat-Zinn, 2020. A web page is also available with information on ACT (acceptance and commitment therapy): <https://ucziesieact.pl/> (there is also a group on Facebook for specialists interested in the respective field, called *Uczę się ACT [I learn ACT]*).

References

- BACH, P., & MORAN, D.J. (2008). *ACT in practice*. Oakland: AC.
- BAKA, Ł., & BASIŃSKA, B.A. (2016). Psychometryczne właściwości polskiej wersji Oldenburskiego Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego OLBI. *Medycyna Pracy*, 67(1), 29–41. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00353>.
- BARAN, L., HYLA, M., & KLESZCZ, B. (2019). *Elastyczność psychologiczna. Polska adaptacja narzędzi pomiarowych dla praktyków i badaczy*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- BARDEEN, J.R., & FERGUS, T.A., (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002>.
- BRITO-MARCELINO, A., OLIVA-COSTA, E.F., SARMENTO, S.C.P., & ANDRADE CARVALHO, A.A. (2020). Burnout syndrome in speech-language pathologists and audiologists: a review. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 18(2), 217–222.
- CHIRKOWSKA-SMOLAK, T. (2018). Polska adaptacja kwestionariusza do pomiaru wypalenia zawodowego OLBI. *Studia Oeconomica Posnaniensia*, 6(3), 27–47.
- DEMEROUTI, E., BAKKER, A.B., VARDAKOU, I., & KANTAS, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 12–23.
- ERENKFEJT, K., DUDZIŃSKA, L., & INDYK, A. (2012). Wpływ środowiska pracy na powstanie wypalenia zawodowego. *Medycyna Środowiskowa*, 15(3), 121–128.
- FREUDENBERGER, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159–165.
- FREUDENBERGER, H.J. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Garden City, N.Y.: Anchor Press.
- GOUBERT, L., & TROMPETTER, H. (2017). Towards a science and practice of resilience in the face of pain. *European Journal of Pain*, 21, 1301–1315.
- GRZEGORZEWSKA, M.K. (2020). *Uwarunkowania poczucia zdrowia, stresu i wypalenia zawodowego nauczycieli*. Kraków: Impuls.
- GUZY, A. (2020). Syndrom wypalenia zawodowego wśród nauczycieli w kontekście doświadczanych przez nich trudności głosowych. *Logopedia Silesiana*, 9, 1–26. <https://doi.org/10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2020.09.01>.
- HARRIS, R. (2019). *Zrozumieć ACT. Terapia akceptacji i zaangażowania w praktyce*. Transl. A. SAWICKA-CHRAPKOWICZ. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- HAYES, S.C. (2020). *Umysł wyzwolony*. Transl. A. SAWICKA-CHRAPKOWICZ. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- HAYES, S.C., STROSAHL, K.D., & WILSON, K.G. (2013). *Terapia akceptacji i zaangażowania: Proces i praktyka ważnej zmiany*. Transl. M. KAPERA. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- HAYES, S.C., LUOMA, J., MASUDA, A., & LILLIS, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>.
- HESZEN, I., SĘK, I. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- HUGET, P. (2015). Profilaktyka syndromu wypalenia zawodowego nauczyciela. *Polonistyka. Innowacje*, 2, 93–101.
- HOFER, P.D., et al. (2018). Self-help for stress and burnout without therapist contact: An online randomised controlled trial. *Work & Stress*, 32(2), 189–208.

- HOSSEINAEI, A., HASSAN, A., LADAN, F., HEIDAREI, A., & MAZAHERI, M. (2013). Effects of group acceptance and commitment therapy (ACT)-based training on job stress and burnout. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 19(2), 109–120.
- KABAT-ZINN, J. (2020). *Życie – piękna katastrofa. Mądrością ciała i umysłu możesz pokonać stres, choroby, ból*. Transl. R. SKRZYPCZAK. Warszawa: Czarna Owca.
- KIRENKO, J., & ZUBRZYCKA-MACIĄG, T. (2011). *Współczesny nauczyciel. Studium wypalenia zawodowego*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- KLESZCZ, B., DUDEK, J.E., & BIAŁASZEK, W., OSTASZEWSKI, P., BOND, F.W. (2018). Właściwości psychometryczne polskiej wersji Kwestionariusza Akceptacji i Działania II (AAQ-II). *Studia Psychologiczne*, 56, (1), 1–20 DOI: 10.2478/V1067-010-0178-1.
- MAŃKOWSKA, B. (2018). Wypalenie zawodowe. Dylematy wokół istoty zjawiska oraz jego pomiaru. *Polskie Forum Psychologiczne*, 23(2), 430–445.
- MASLACH, Ch. (2009). *Wypalenie-w perspektywie wielowymiarowej*. In: H. SĘK (ed.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie* (pp. 13–31). Tłum. J. RADZICKI. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- MASLACH, C., & LEITER, M.P. (2011). *Prawda o wypaleniu zawodowym. Co robić ze stresem w organizacji*. Transl. M. GUZOWSKA-DĄBROWSKA. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- MISTRETTA, E.G., et al. (2018). Resilience training for work-related stress among health care workers. *Journal of Environmental Medicine*, 60(6), 559–568.
- MOEN, F., FEDERICI, R.A., & ABRAHAMSEN, F. (2015). Examining possible relationships between mindfulness, stress, school and sport performances and athlete burnout. *International Journal of Coaching Science*, 9(1), 3–19.
- RUIZ, F.J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125–162.
- SĘK, H., & HESZEN, I. (2012). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- SIKORSKA, I. (2017). Odporność psychiczna w ujęciu psychologii pozytywnej. Edukacja i terapia przez przysgodę. *Psychoterapia*, 2(181), s. 75–86.
- STANEK, K.M. (2016). *Wypalenie zawodowe pracowników socjalnych. Stan i uwarunkowania w aspekcie pracy zawodowej*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- STEUDEN, S., OKŁA, W. (1998). *Tymczasowy podręcznik do Skali Wypalenia Sił – SWS. Wydanie eksperymentalne*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- TEASDALE, J.D., WILLIAMS, M., & SEGAL, Z.V. (2016). *Praktyka uważności. Ośmiotygodniowy program redukcji stresu oparty na uważności*. Transl. J. BILMIN-ODROWĄŻ. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- TIPA, R.O, TUDOSE, C., & PUCAREA, V.L. (2019). Measuring burnout among psychiatric residents using the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) instrument. *Journal of Medicine and Life*, 12(4), 354–360. doi: 10.25122/jml-2019-0089/.
- TUCHOLSKA, S. (2009). *Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- WALKER, C.A. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for Stress and Burnout: Evaluating the effect of the online training, PsyFlex for Behavioural Therapists [thesis, Master of Applied Psychology (MAppPsy), University of Waikato, Hamilton]. <https://hdl.handle.net/10289/11247> [access: 5.03.2021].



ANNA GUZY

Uniwersytet Śląski w Katowicach

<https://orcid.org/0000-0002-6713-7293>

Wybrane aspekty elastyczności psychologicznej a doświadczanie syndromu wypalenia zawodowego wśród logopedów

Selected aspects of psychological flexibility and experiencing the occupational burnout syndrome among speech therapists

ABSTRACT: In this article, the author examines the relationship between selected aspects of psychological flexibility and the experience of the burnout syndrome among professionally active speech therapists. The author presents results from a correlation analysis ($n = 143$) of the relationship between the burnout syndrome (OLBI) and selected aspects of psychological flexibility: experience avoidance (MEAQ-30), cognitive fusion (CFQ), and acceptance and action (AAQ-II). These results indicate that there is a statistically significant relationship ($p < 0.05$) between burnout and non-acceptance and action (0.38), cognitive fusion (0.56), as well as the following components of avoidance (0.4): procrastination (0.37), repression/denial (0.33) and the resistance to stress (-0.26). The conclusions emphasize the need to carry out burnout prevention therapy among speech therapists which should involve instruction on the skills that make up the different aspects of psychological flexibility.

KEYWORDS: psychological flexibility, burnout, the profession of speech therapists, ACT therapy

STRESZCZENIE: W artykule podjęto próbę przedstawienia zależności pomiędzy wybranymi aspektami elastyczności psychologicznej a doświadczaniem syndromu wypalenia zawodowego wśród czynnych zawodowo logopedów. Zaprezentowano wyniki badań korelacyjnych ($n = 143$) nad zależnościami pomiędzy syndromem wypalenia zawodowego (OLBI) a wybranymi aspektami elastyczności psychologicznej: unikaniem doświadczenia (MEAQ-30), fuzją poznawczą (CFQ) oraz akceptacją i działaniem (AAQ-II). Wyniki te wskazują na istnienie istotnych statystycznie zależności ($p < 0,05$) pomiędzy wypaleniem zawodowym a brakiem akceptacji i działaniem (0,38), fuzją poznawczą (0,56), jak również składowymi unikania działania: awersją do stresu (0,4), prokrastynacją (0,37), wyparciem/zaprzeczeniem (0,33) i wytrzymałością na stres ($-0,26$). We wnioskach podkreślono zasadność prowadzenia profilaktyki wypalenia zawodowego w grupie logopedów poprzez edukację w zakresie umiejętności składających się na poszczególne aspekty elastyczności psychologicznej.

SŁOWA KLUCZOWE: elastyczność psychologiczna, wypalenie zawodowe, zawód logopedy, terapia ACT

W ostatnich latach można zauważyć zmianę zarówno definicji zdrowia i choroby, jak i podejścia do profilaktyki (Sęk, Heszen, 2012; Huget, 2015). Zdrowie to nie tylko stan braku choroby czy dolegliwości, ale też „pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny” (Sęk, Heszen, 2012, s. 48). Stan zdrowia to relacja zasobów, zachowania jednostki oraz wymagań życia codziennego. Zgodnie z tym sposobem rozumienia zdrowia, wzmacnianie zasobów, a zatem także elastyczności psychologicznej, może istotnie wpływać na eliminowanie syndromu wypalenia zawodowego, jak również poprawiać satysfakcję z życia. Prezentowane w artykule badania wpisują się w nurt profilaktyki pozytywnej, w której poszukuje się działań, sprawności i umiejętności mogących wpływać na poprawę dobrostanu oraz jakości życia (por. Grzegorzewska, 2020).

Ten nurt myślenia o zdrowiu jako pełnym dobrostanie przyczynił się do rozwoju aktywności badawczej w tym zakresie. W ostatnich trzydziestu–czterdziestu latach prowadzono liczne badania związane z poszukiwaniem czynników, które mają wpływ na poprawę dobrostanu jednostki (w tym lepsze radzenie sobie ze stresem, umiejętności stawiania czoła wyzwaniom życiowym, doświadczanie większej liczby pozytywnych emocji)¹. Od lat próbowano określić zestaw umiejętności, które składają się na elastyczność psychologiczną², rozumianą jako:

[...] zdolność do otwartego odczuwania i myślenia, własnowolnego uczestnictwa w doświadczaniu bieżącej chwili oraz kierowanie się w życiu ku temu, co dla nas istotne – przy jednoczesnym budowaniu nawyków, które pozwalają nam żyć w zgodzie z własnymi aspiracjami i wyznawanymi przez nas wartościami (Hayes, 2020, s. 21).

Opisywana elastyczność psychologiczna jest ściśle związana z terapią akceptacji i zaangażowania (*acceptance and commitment therapy* – ACT), a jednocześnie zdaje się wykraczać poza jakiegokolwiek ramy. Zrozumienie sześciu podstawowych filarów tej terapii jest niezbędnym elementem poznania roli procesów składających się na elastyczność psychologiczną (więcej zob.: Bach, Moran, 2008; Harris, 2019; Ruiz, 2010).

Celem w niniejszym artykule nie jest szczegółowa analiza poszczególnych aspektów elastyczności psychologicznej, precyzyjny opis terapii w duchu akceptacji i zaangażowania ACT czy licznych koncepcji i modeli wypalenia zawodowego. Za główny cel postawiono ukazanie zależności pomiędzy doświadczaniem syndro-

¹ Na stronie: <http://www.contextualscience.org> znajduje się stale aktualizowana lista badań z tego zakresu.

² Angielski termin *psychological flexibility* tłumaczony jest na język polski jako „elastyczność psychologiczna” lub „elastyczność psychiczna”. Pierwsze z nich bliższe jest oddaniu znaczenia tego terminu, ponieważ „procesy składające się na elastyczność nie ograniczają się do umysłu człowieka (psychiki), ale obejmują także jego działania” (Harris, 2019, s. 28).

mu wypalenia zawodowego w grupie czynnych zawodowo logopedów a wybranymi aspektami elastyczności psychologicznej (unikaniem doświadczenia, fuzją poznawczą oraz akceptacją i działaniem).

Poszukiwanie czynników, które mogą ułatwić planowanie działań profilaktycznych dla logopedów (w tym także uczenie umiejętności związanych z elastycznością psychologiczną) już podczas studiów (i na kolejnych etapach zawodowej kariery), może przyczynić się do zmniejszenia negatywnych skutków syndromu wypalenia zawodowego, a przede wszystkim uchronić przed jego wystąpieniem, a także mieć znaczący wpływ na dobrostan, zadowolenie z pracy, odczuwanie większej liczby pozytywnych emocji w tej grupie zawodowej. Ze względu na to, że polskie adaptacje narzędzi do pomiaru elastyczności psychologicznej zostały stworzone w 2019 roku, nie ma zbyt wielu badań na gruncie polskim w tym zakresie³. W odniesieniu do grupy zawodowej logopedów takich badań nie prowadzono.

Odporność psychiczna i elastyczność psychologiczna

W literaturze specjalistycznej z zakresu nauk społecznych i o zdrowiu funkcjonują dwa określenia, które są ze sobą związane: odporność psychiczna (*resilience*) i elastyczność psychologiczna.

Pojęcie *resilience* pochodzi od łacińskiego słowa *resilire* i oznacza: odbicie, odskok, powrót do początku, odzyskanie równowagi.

Termin *resilience* tłumaczono jako prężność osobową, prężność ego, prężność, sprężystość, odporność psychiczną, rezyliencję. Jest ona zjawiskiem wyjaśniającym powrót do zdrowia po doświadczeniach zagrożenia czy zniszczenia, rozumiana jako zdolność do radzenia sobie w sytuacjach trudnych, umiejętność „wyjścia cało”, a przynajmniej z niewielkimi stratami z opresji psychicznej. Jest to giętkość, plastyczność psychiczna pojmowana jako „wewnętrzna siła” (*strenghts*) „zdolność do samonaprawiania” (*self-righting tendency*) (Sikorska, 2017, s. 76).

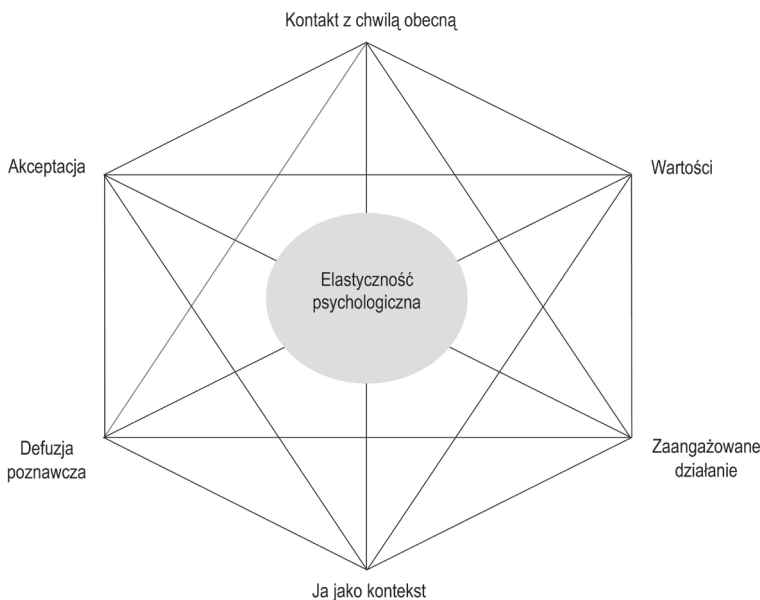
Odporność psychiczna oznacza zdolność do angażowania się w działania, które pozytywnie wpływają na obecną i przyszłą jakość życia (Goubert, Trompetter, 2017). Tak rozumiana odporność ściśle wiąże się z elastycznością psychologiczną, definiowaną jako umiejętność działania w zgodzie z wartościami, które

³ Zestawienie dostępnych publikacji związanych z elastycznością psychologiczną oraz narzędzi dostępne jest online na stronie: <http://uczesieact.pl/polskie-publikacje/>.

ma na celu minimalizować wewnętrzny dyskomfort, taki jak ból czy stres (Hayes, Luoma, Masuda, Lillis, 2006).

Elastyczność psychologiczna to konstrukt teoretyczny opisany i rozwijany w obszarze kontekstualnej nauki o zachowaniu (*contextual behavioral science*, CBS), która wywodzi się z klasycznej analizy zachowania, poszerzonej o współczesną behawioralną konceptualizację języka i procesów poznawczych⁴.

Koncepcję elastyczności psychologicznej można zaprezentować za pomocą modelu obejmującego sześć kluczowych procesów, które sprzyjają jej rozwijaniu (schemat 1).



SCHEMAT 1. Zależności pomiędzy kluczowymi procesami w ACT

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: R. HARRIS (2019). *Zrozumieć ACT. Terapia akceptacji i zaangażowania w praktyce*. Przeł. A. SAWICKA-CHRAPKOWICZ. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 26.

Elastyczność psychologiczna rozwijana jest za pomocą sześciu procesów: defuzji poznawczej, Ja jako kontekstu, akceptacji, kontaktu z chwilą obecną, życia w zgodzie z wartościami oraz zaangażowanego działania. Przyjrzyjmy się bliżej tym sześciu filarom związanym z elastycznością psychologiczną.

⁴ Podstawowym celem nauki o zachowaniu jest „przewidywanie i zmiana zachowania prezentowanego w określonym kontekście oraz rozwijanie naukowej wiedzy umożliwiającej skuteczne radzenie sobie z wyzwaniami, które stawia przed nami natura człowieka” (Baran, Hyla, Kleszcz, 2019, s. 13).

Wspomniana defuzja stanowi przeciwieństwo fuzji poznawczej, definiowanej jako przekonanie, że nasze myśli są prawdziwe, oraz zgoda na to, aby determinowały nasze działania. Defuzja to proces, w którym potrafimy zdystansować się od własnych myśli, to „postrzeganie myśli jako tego, czym naprawdę są, [...] oraz przypisywanie im jedynie takiej siły, która naprawdę będzie nam służyła” (Hayes, 2020, s. 35).

Ja jako kontekst (czysta świadomość, Ja obserwujące, Ja transcendentne, duchowe poczucie Ja) pozwala nam patrzeć na siebie, swoje myśli i działania z szerszej perspektywy, mimo upływu lat i zmieniającej się rzeczywistości. Pozwala nam to na głębszy kontakt z samym sobą. Jak zauważa Steven C. Hayes:

[...] takie poczucie Ja pozwala nam ujrzeć, że jesteśmy czymś więcej niż historiami, które sobie opowiadamy, czymś więcej niż to, co mówi nasz umysł. Widzimy też, że we własnej świadomości jesteśmy związani z całą ludzkością – że przynależymy do niej nie dlatego, że jesteśmy wyjątkowi, ale dlatego, że jesteśmy ludźmi (Hayes, 2020, s. 36).

Następnym procesem składającym się na elastyczność psychologiczną jest akceptacja, rozumiana jako zwrot od unikania doświadczenia. Oznacza „wybieranie odczuwania z otwartością i zaciekawieniem, abyśmy mogli wieść takie życie, jakiego pragniemy, zapraszając jednocześnie uczucia, by nam towarzyszyły” (Hayes, 2020, s. 36). Związana jest ze świadomym doświadczaniem przyjemnych, a także nieprzyjemnych doznań.

Kontakt z chwilą obecną to z kolei doświadczanie elastycznej uwagi skupionej na chwili obecnej, bez uciekania do przeszłości czy przyszłości. Zbliżona jest do uważności (*mindfulness*), świadomego bycia i działania tu i teraz.

Na elastyczność psychologiczną składa się również życie w zgodzie z wartościami. Wymaga to zwrotu od celów podporządkowanych oczekiwaniom społecznym do wartości wybranych i wyznawanych przez nas samych. Dzięki temu możemy robić to, co ma dla nas znaczenie. Życie w zgodzie z wartościami związane jest z uświadomieniem sobie, które wartości są dla nas ważne, według których chcemy żyć.

Ostatnim elementem jest działanie związane z kształtowaniem nawyków, które wspierają nasze wybory.

Przeciwieństwem elastyczności jest sztywność psychologiczna, która „predestynuje nas do większej liczby zaburzeń psychicznych i problemów behawioralnych” (Hayes, 2020, s. 24). Elastyczność psychologiczna wiąże się z umiejętnością bycia obecnym w bieżącym doświadczeniu, otwierania się i działania zgodnie z wartościami. Elastyczność psychologiczna, na którą składają się opisane w tym podrozdziale procesy, stanowi czynnik ochronny wobec syndromu wypalenia zawodowego, ponadto praca nad procesami warunkującymi tę elastyczność,

poprzez poznawanie samego siebie i świadome konfrontowanie się z trudnościami, może przynieść poprawę jakości naszego życia.

Syndrom wypalenia zawodowego⁵

Wypalenie zawodowe stanowi duże zagrożenie we wszystkich zawodach, zwłaszcza w tych, w których mamy do czynienia z interakcjami z innymi ludźmi (Maslach, Leiter, 2011). Uznaje się, że występuje porównywalnie częściej w grupach takich, jak terapeuci, lekarze, pielęgniarki, pracownicy socjalni, nauczyciele czy policjanci (Stanek, 2016, s. 19). Na drodze badań empirycznych wyodrębnia się komponenty definiujące wypalenie zawodowe, do których są zaliczane: obniżenie kontroli emocjonalnej, utrata zaangażowania podmiotowego, obniżenie efektywności działania, zawężenie kontaktów interpersonalnych oraz zmęczenie fizyczne (Steuden, Okła, 1998, s. 13).

Problem wypalenia zawodowego został wskazany stosunkowo niedawno, w tym zakresie literatura popularna „wyprzedza” literaturę specjalistyczną⁶. Istnieje wiele modeli teoretycznych wypalenia, przytaczając tylko najważniejsze z nich, warto zwrócić uwagę na model wielowymiarowy Christiny Maslach, egzystencjalny Ayali Pines oraz poznawczy Heleny Sęk. Samo zaś wypalenie zawodowe jest definiowane przez pionierów badań w tej dziedzinie Susan Jackson oraz Christinę Maslach następująco:

[...] zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób. Wyczerpanie emocjonalne odnosi się do poczucia danej osoby, że jest nadmiernie obciążona emocjonalnie, a jej zasoby emocji zostały w znacznym stopniu uszczuplone. Depersonalizacja dotyczy negatywnego, bezdusznego lub zbyt obojętnego reagowania na innych ludzi [...]. Obniżone poczucie dokonań osobistych odnosi się do spadku poczucia własnej kompetencji i sukcesów w pracy (Maslach, 2009, s. 15).

⁵ W podrozdziale zostały wykorzystane fragmenty artykułu: Guzy, 2020.

⁶ W 1960 roku na rynku wydawniczym ukazała się powieść Grahama Greene’a *A Burn-out case* (Przypadek wypalenia zawodowego), o zmęczonym pracą architekcie, który porzuca swoje dotychczasowe życie. Dwadzieścia lat później konstrukt wypalenia zawodowego (z ang. *burn-out* – spalony) stał się przedmiotem książki Herberta J. Freudenbergera *Burnout: The high cost of high achievement* (1980). Zob. także Freudenberger, 1974.

W definicji tej wskazane są komponenty wypalenia zawodowego: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, obniżone poczucie dokonań i pesymizm zawodowy. Warto zaznaczyć, że syndrom ten jest cały czas badany, istnieje zarówno wiele koncepcji, jak i wiele narzędzi służących do jego pomiaru.

Przyczyny wypalenia zawodowego są zbliżone do powodów odczuwania stresu, zaś w analizie syndromu wypalenia poszczególne czynniki będą odgrywały mniejszą lub większą rolę. Istotne jest samo zaangażowanie emocjonalne w pracę, jak również jej charakter. Bardzo ważną rolę, oprócz czynników zewnętrznych (związanych z samą instytucją czy czynnikami społecznymi), odgrywają przyczyny indywidualne (temperamentalne, osobowościowe; por. Heszen, Sęk, 2007).

Wypalenie może dawać różne objawy fizyczne i psychiczne, a także wpływać na relacje jednostki z innymi. Autorską listę objawów wypalenia przedstawia Bob Brewster (zob. Erenkfeit, Dudzińska, Indyk, 2012), wymieniając: wyczerpanie fizyczne, zmęczenie, utratę apetytu, zmniejszenie się wagi ciała, bezsenność, napięcie mięśniowe (różnorodne bóle bez wyraźnej przyczyny), wzrost potliwości, problemy gastryczne, migrenowe bóle głowy, niezdolność do podejmowania decyzji, poczucie nadmiernego obciążenia pracą, utratę entuzjazmu, niecierpliwość i irytację, obojętność wobec nowych idei, uzależnienia, cynizm, inercję – trudności z zabraniem się do jakiegokolwiek pracy, izolowanie się, obwinianie siebie lub innych za niepowodzenia w pracy. Do tej listy, w kontekście podjętego w artykule tematu, warto dodać te, które określają nasilenie syndromu wypalenia w grupie zawodowej logopedów.

Próby pomiaru syndromu wypalenia zawodowego wśród logopedów w ostatnich trzydziestu latach były podejmowane sporadycznie. Badacze z Brazylii: Arthur Brito-Marcelino, Edmea Fontes Oliva-Costa, Salvyana Carla Palmeira Sarmento, Adriana Andrade Carvalho odnotowali 11 artykułów specjalistycznych na ten temat⁷. Liczba jest niewielka, biorąc pod uwagę popularność badań tej zmiennej wśród różnych grup zawodowych. Syndrom ten zdecydowanie częściej badany jest wśród lekarzy, pielęgniarek i pozostałych członków personelu medycznego (Brito-Marcelino, Oliva-Costa, Sarmento, Andrade Carvalho, 2020, s. 220). Wciąż notuje się niewystarczającą liczbę badań dotyczących grupy zawodowej logopedów.

Wnioski z przeprowadzonych analiz i metaanaliz pozwoliły wskazać kilka czynników, które notowano częściej w wypadku logopedów doświadczających syndromu wypalenia zawodowego. Są to:

- przemęczenie, spowodowane większą liczbą godzin pracy w tygodniu;
- praca z bardziej skomplikowanymi przypadkami;

⁷ Podstawą były artykuły, które zostały odnalezione poprzez wyszukiwania bibliograficzne zawierające hasła: wypalenie zawodowe i logopedzi (terapeuci mowy) przy uwzględnieniu wyników w języku angielskim, hiszpańskim i portugalskim. Zastosowanie wyszukiwarki z uwzględnieniem języka polskiego nie dało żadnego pozytywnego wyniku.

- brak poczucia bycia docenionym za wykonywaną pracę;
- biurokratyzacja miejsca pracy (konieczność wypełniania dużej liczby dokumentów);
- duże zmęczenie emocjonalne;
- wysoki poziom odczuwanego stresu;
- niski poziom poczucia koherencji⁸.

Co ciekawe, w badanej grupie wiek nie był predyktorem występowania wypalenia zawodowego.

W postępowaniu badawczym prezentowanym w artykule podjęto próbę poszukiwania dodatkowych czynników (związanych z psychologiczną elastycznością), które mogą mieć wpływ na siłę doświadczania syndromu wypalenia zawodowego w grupie logopedów.

Organizacja i przebieg badań własnych

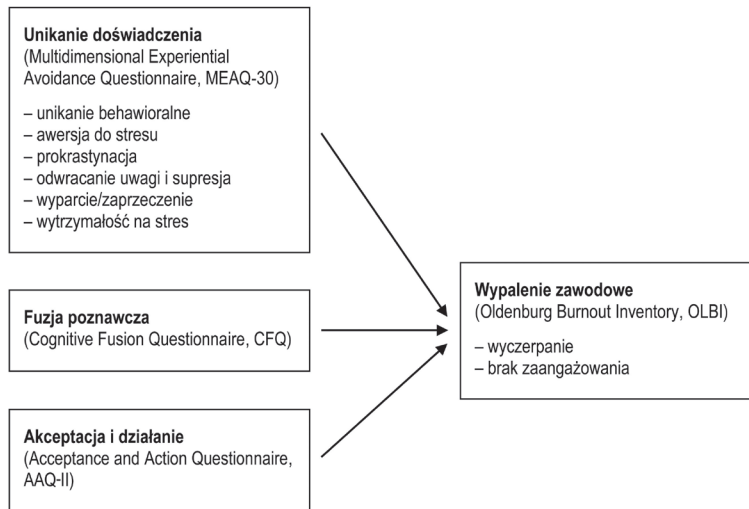
W postępowaniu badawczym szukano odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jaki jest poziom wypalenia zawodowego wśród badanych logopedów?
2. Jaki jest wśród badanych logopedów poziom wybranych zmiennych mierzących poszczególne aspekty elastyczności psychologicznej: akceptacji i działania, unikania doświadczenia oraz fuzji poznawczej?
3. Czy istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy wybranymi aspektami elastyczności psychologicznej a doświadczeniem syndromu wypalenia zawodowego wśród czynnych zawodowo logopedów?

W celu odpowiedzi na postawione pytania przeprowadzono anonimowe badania online, trwające od stycznia do marca 2021 roku. Link do kwestionariusza badawczego, zamieszczonego na portalu Lime Survey, przesyłano z prośbą o udział w postępowaniu badawczym do instytucji zrzeszających logopedów, tj. związków, kół logopedów, instytutów logopedycznych oraz centrów logopedycznych. Zaproszenie opublikowano również na forach funkcjonujących grup tematycznych przeznaczonych dla logopedów na portalu Facebook. Ponadto prośbę skierowano w miejsca, w których zatrudnieni są logopedzi (m.in. do szkół, poradni, szpitali). Pomimo starań w dotarciu do jak najbardziej zróżnicowanej

⁸ Poczucie koherencji to konstrukt teoretyczny zaproponowany przez Aarona Antonovskiego. Oznacza orientację człowieka, który ma poczucie, że świat jest przewidywalny i wytłumaczalny (rozumiałość), ponadto, że jako jednostka posiada zasoby, które pozwolą mu sprostać stawianym wymaganiom (zaradność), będącym dla niego czymś, co jest warte zaangażowania i wysiłku (sensowność). W psychologii zdrowia uznaje się, że poczucie koherencji może stanowić czynnik prewencyjny dla zachowania zdrowia. Więcej na ten temat: Heszen, Sęk, 2007.

i licznej grupy, ankietę wypełniły tylko 263 osoby. Mogło być to spowodowane przemoczeniem informacyjnym i koniecznością wykonywania w czasie pandemii części obowiązków wyłącznie w formie online czy innymi obciążeniami. Z 263 arkuszy ostatecznej analizie statystycznej poddano 143 w pełni wypełnione kwestionariusze⁹. Na schemacie 2 został przedstawiony przyjęty model badawczy.



SCHEMAT 2. Model badawczy

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Założono, że wyższe umiejętności z zakresu konfrontowania się z sytuacją trudną, mniejsza prokrastynacja, niższy poziom zaprzeczenia czy wyparcia, większa wytrzymałość na stres, wyższy poziom dystansowania się od myśli, większa akceptacja i działanie – będą stanowiły czynnik profilaktyczny i chroniący przed syndromem wypalenia zawodowego, a w przypadku jego doświadczania będą minimalizowały negatywne skutki takiego stanu.

⁹ Ze względu na możliwość przeliczania wyników testów psychologicznych wyłącznie w przypadku kompletnego uzupełnienia kwestionariusza, wraz z podaniem informacji dotyczących płci i wieku, 120 ankiet nie wzięto pod uwagę. Zrezygnowano również z analizy wyników z rozróżnieniem płci, z uwagi na małą liczbę próbek mężczyzn (na 143 tylko 2 ankiety były wypełnione przez mężczyzn).

Zastosowane narzędzia badawcze

Do określenia nasilenia syndromu wypalenia zawodowego użyto polskiej wersji Oldenburskiego kwestionariusza wypalenia zawodowego (Oldenburg Burnout Inventory, OLBI)¹⁰ w adaptacji Teresy Chirkowskiej-Smolak (2018)¹¹. Test pozwala zmierzyć dwa wymiary wypalenia: wyczerpanie (alfa Cronbacha [α] = 0,76) i brak zaangażowania (α = 0,73). W odróżnieniu od Maslach Burnout Inventory, MBI (Maslach, 2009)¹², OLBI mierzy wyczerpanie nie tylko afektywne, ale także fizyczne i psychiczne.

Do oceny elastyczności psychologicznej zastosowano:

1. Wielowymiarowy kwestionariusz unikania doświadczenia – 30 (Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire – 30, MEAQ-30), w adaptacji Lidii Baran, Magdaleny Hyli i Bartosza Kleszcza, do pomiaru unikania doświadczenia (2019, s. 29)¹³.
2. Kwestionariusz fuzji poznawczej (Cognitive Fusion Questionnaire, CFQ), w adaptacji Lidii Baran, Magdaleny Hyli i Bartosza Kleszcza, do pomiaru fuzji poznawczej (2019, s. 77)¹⁴.
3. Kwestionariusz akceptacji i działania II (Acceptance and Action Questionnaire II, AAQ-II), w adaptacji Bartosza Kleszcza, Joanny E. Dudek, Pawła Osta-

¹⁰ Wielokrotnie badano własności psychometryczne narzędzia, zob. Demerouti, Bakker, Vardakou, Kantas, 2003, s. 12–23.

¹¹ Uzyskano zgodę Autorki na wykorzystanie narzędzia do celów postępowania badawczego. Więcej na temat własności psychometrycznej narzędzia zob. Baka, Basińska, 2016, s. 29–41.

¹² Narzędzie autorstwa Christiny Maslach oraz jej koncepcja wypalenia zawodowego w ostatnim czasie ma wielu przeciwników. Jak zauważa Beata Mańkowska, nie wszyscy badacze uznają depersonalizację i dehumanizację jako składowe tego konstruktów. Więcej aspektów krytycznej analizy koncepcji: Mańkowska, 2018, s. 430–445. Test MBI jest nadal uznawanym i stosowanym testem do pomiaru wypalenia zawodowego.

¹³ W polskiej adaptacji test składa się z 30 pytań (5 pytań w każdej ze skal: unikania behawioralnego, awersji do stresu, prokrastynacji, odwracania uwagi i supresji, wyparcia/zaprzeczenia oraz wytrzymałości na stres). W każdej z nich badany ma za zadanie ustosunkować się do stwierdzeń na skali od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 6 (zdecydowanie się zgadzam). Narzędzie posiada wersje dla kobiet i mężczyzn. Wypełnienie testu zajmuje średnio 6 minut. Zgodność wewnętrzna poszczególnych skal jest zadowalająca – alfa Cronbacha wyniosła: dla unikania behawioralnego – 0,69; dla awersji do stresu – 0,78; dla prokrastynacji – 0,76; dla odwracania uwagi i supresji – 0,83; dla wyparcia/zaprzeczenia – 0,74; dla wytrzymałości na stres – 0,81.

¹⁴ Test składa się z 7 pytań, które odnoszą się do aspektów fuzji poznawczej, takich jak: reakcje emocjonalne w odpowiedzi na pojawiające się myśli, tendencja do nadmiernego analizowania sytuacji, zachowania, którymi rządzą myśli, oraz ogólna dominacja aspektów poznawczych w doświadczeniu jednostki. Rozwiązanie narzędzia zajmuje około 5 minut. Badany jest proszony o ocenę na skali od 1 (nigdy) do 7 (zawsze), na ile prawdziwe dla niego są stwierdzenia zawarte w kwestionariuszu. Narzędzie ma satysfakcjonujące własności psychometryczne (α = 0,94).

szewskiego, Wojciecha Białaszka, Franka W. Bonda (2018), do pomiaru akceptacji i działania¹⁵.

Wyniki badań własnych

Wśród 143 respondentów, których dotyczące wyniki zostały poddane ostatecznej analizie, tylko połowa (72) była czynna zawodowo wyłącznie w zakresie diagnozy i terapii logopedycznej. Pozostali pracowali również jako: pedagodzy (w tym oligofrenopedagodzy), terapeuci, pielęgniarki, nauczyciele wychowania przedszkolnego, nauczyciele klas I–III, wykładowcy akademicki, nauczyciele plastyki. Niektórzy posiadali dodatkowe uprawnienia w zakresie diagnozy i terapii logopedycznej w postaci ukończonych studiów z zakresu neurologopedii i surdologopedii.

Wypełniający kwestionariusze badawcze stanowili w przeważającej większości (87%¹⁶) grupę zawodową w przedziale wiekowym 30–59 lat (63% z nich miało 30–49 lat, 24% – 50–59 lat). Kolejną pod względem liczebności grupę stanowili badani w wieku 25–29 lat (9%). Najmniej liczne grupy stanowili ankietowani do 24 lat oraz mający 60 i więcej lat (po 2%).

Staż pracy wśród wypełniających kwestionariusze był na ogół długi lub bardzo długi: u ponad połowy badanych (56%) wynosił powyżej 10 lat (w tym: 20% – 11–16 lat; 14% – 17–20 lat; 20% – 21–30 lat; 2% – powyżej 30 lat). Od 5–10 lat w zawodzie logopedy pracowało 36% respondentów, poniżej 5 lat – 8%.

Kolejną analizowaną w kontekście wypalenia zawodowego zmienną była liczba godzin pracy wykonywanej na stanowisku logopedy w tygodniu. 73% badanych pracowało powyżej 21 godzin tygodniowo, 21% badanych – średnio 21–30, 31% – 31–40 godzin oraz powyżej 40 godzin w tygodniu – 21% ankietowanych. Zdecydowanie mniejszą grupę stanowili badani pracujący krócej: do 5 godzin tygodniowo pracował nieznaczny odsetek badanych (5%), 12% badanych pracowało 6–10 godzin w tygodniu, natomiast 10% – 11–20 godzin w tygodniu.

Badanych zapytano również o formę i rodzaj zatrudnienia. Najliczniejsza grupa respondentów (43%) pracowała w sektorze publicznym, mniej liczna (26%) – w sektorze prywatnym. Prowadzenie własnej działalności zadeklarowało 21% badanych, 3% badanych zaznaczyło opcję „inne” (wskazując, że łączą więcej niż jedną formę świadczenia pracy), natomiast 7% badanych nie udzieliło odpowie-

¹⁵ Test składa się z 7 stwierdzeń, do których badani ustosunkowują się na skali od 1 (nigdy nie prawdziwe) do 7 (zawsze prawdziwe). Wyższe wyniki uzyskane w teście wskazują na niższą elastyczność psychologiczną. Test posiada wysokie miary rzetelności (dla pierwszej próby $\alpha = 0,938$, dla drugiej $\alpha = 0,910$; Kleszcz i in., 2018).

¹⁶ Wszystkie wartości procentowe zaokrąglono do liczb całkowitych.

dzi na to pytanie. Największy odsetek respondentów miał umowę o pracę na czas nieokreślony (32%), na czas określony pracowało 14% badanych. Jak już wspomniano, 21% prowadziło własną działalność. Zatrudnienie na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło zadeklarowało 19% badanych, 2% zaś pracowało na podstawie umowy kontraktowej.

Po wstępnej charakterystyce badanej grupy widoczne jest jej zróżnicowanie: tylko połowa badanych pracuje wyłącznie w zawodzie logopedy, zdecydowana większość jest w wieku średnim (87% badanych w wieku 30–59 lat). Badani mają doświadczenie w wykonywanej pracy na stanowisku logopedy (większość pracuje przynajmniej 5 lat). Przeważająca liczba badanych pracuje na stanowisku logopedy przynajmniej 21 godzin tygodniowo lub więcej (73%). Wśród badanych większą grupę stanowili pracujący w sektorze publicznym (43%), w stosunku do zatrudnionych w zakładach prywatnych (26%).

Syndrom wypalenia zawodowego

W tabeli 1 zostały zaprezentowane wyniki badań ukazujące poziom wypalenia zawodowego wśród badanych logopedów z uwzględnieniem ogólnego wyniku testu wypalenia zawodowego (OLBI) oraz poszczególnych jego aspektów – braku zaangażowania oraz wyczerpania.

TABELA 1. Wyniki testu wypalenia zawodowego (OLBI) wśród badanych logopedów (n = 143)¹⁷

Zmienna	Brak zaangażowania	Wyczerpanie	Suma
Średni wynik w grupie badanych (V śr.)	16,94*	18,80	35,73
Możliwy maksymalny do uzyskania wynik (V maks.)	32,00	32,00	64,00
V maks. – V śr.	15,06	13,20	28,26

* Wyniki zaokrąglono do dwóch miejsc po przecinku.

ŹRÓDŁO: Badania własne.

W celu otrzymania danych referencyjnych uzyskane wyniki podzielono według percentyli (25, 50, 75), określających wyniki niskie, średnie i wysokie. W tabeli 2 zostały zaprezentowane uzyskane wyniki referencyjne poszczególnych

¹⁷ Test nie posiada norm stenowych. Wyniki interpretowane są w następujący sposób: im wyższy wynik testu, tym wyższy poziom doświadczenia wypalenia zawodowego. W celu uzyskania wartości referencyjnych dokonano podziału wyników na centyle (25, 50, 75), co jest praktyką stosowaną w przypadku analizy i interpretacji wyników w teście OLBI, por. np.: Tipa, Tudose, Pucarea, 2019.

podskal testu: braku zaangażowania i wyczerpania oraz wyniku sumarycznego testu OLBI w badanej grupie logopedów, natomiast w tabeli 3 – uzyskane wśród badanych wyniki liczbowe i procentowe w zakresie syndromu wypalenia zawodowego.

TABELA 2. Wyniki referencyjne dla testu wypalenia zawodowego (OLBI) wśród badanych (n = 143)

Poziom wypalenia zawodowego	Brak zaangażowania	Wyczerpanie	Suma
Niski	15 <	16 <	31 <
Średni	15–21	16–22	31–41
Wysoki	< 21	< 22	< 41

ŹRÓDŁO: Badania własne.

TABELA 3. Poziom wypalenia zawodowego wśród badanych logopedów (n = 143)

Poziom wypalenia zawodowego	Brak zaangażowania	Wyczerpanie	Suma
Niski	33 (23%)	30 (21%)	34 (24%)
Średni	93 (65%)	81 (57%)	71 (50%)
Wysoki	17 (12%)	32 (22%)	38 (26%)

ŹRÓDŁO: Badania własne.

34 badanych (24%) doświadczało niskiego poziomu wypalenia zawodowego, 50% badanych (71 osób) – wypalenia zawodowego o średnim nasileniu, natomiast 26% (38 osób) spośród badanych logopedów uzyskało wyniki świadczące o wysokim nasileniu syndromu wypalenia zawodowego. Analizując zaś poszczególne podskale testu, widzimy, że 22% badanych (32 osoby) doświadcza wyczerpania w wysokim stopniu, 57% (81 osób) – w średnim stopniu, a tylko 21% (30 osób) – w niskim stopniu. W skali braku zaangażowania w przypadku 23% badanych (33 osoby) odnotowano poziom niski, w przypadku 65% (93 osoby) – poziom średni, a wysoki – w odniesieniu do 12% (17 osób) badanych logopedów.

Jak wskazują uzyskane wyniki, w grupie badanych czynnych zawodowo logopedów tylko 24% badanych (34 osoby) nie uzyskało wysokich ani bardzo wysokich wyników w zakresie wypalenia zawodowego. Aż 76% (109 osób) doświadczało w średnim i wysokim stopniu różnych objawów tego syndromu. Zawód logopedy narażony jest na wysokie ryzyko wypalenia. Logopedzi uzyskują w zakresie nasilenia syndromu wypalenia zawodowego wyniki typowe dla pracowników służby zdrowia. W celu zilustrowania analizowanych zależności przyjrzymy się (tabela 4) zestawieniu uzyskanych wyników badań wśród logopedów oraz lekarzy (n = 116; por. Tipa, Tudose, Pucarea, 2019, s. 358).

TABELA 4. Poziom wypalenia zawodowego wśród badanych logopedów (n = 143) oraz lekarzy (n = 116)

Poziom wypalenia zawodowego	Brak zaangażowania		Wyczerpanie		Ogólny wynik testu OLBI	
	logopedzi	lekarze	logopedzi	lekarze	logopedzi	lekarze
Niski	23%	28%	21%	29%	24%	26%
Średni	65%	46%	57%	47%	50%	51%
Wysoki	12%	25%	22%	23%	25%	22%

ŹRÓDŁO: Opracowanie na podstawie badań własnych oraz: R.O. TIPA, C. TUDOSE, V.L. PUCAREA (2019). Measuring burnout among psychiatric residents using the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) instrument. *Journal of Medicine and Life*, 12(4), 354–360. doi: 10.25122/jml-2019-0089/.

Zarówno w grupie logopedów, jak i w grupie lekarzy większość badanych uzyskała wysokie i średnie wartości w teście wypalenia zawodowego. W obu grupach podobny odsetek badanych doświadczał wysokiego poziomu wyczerpania emocjonalnego: 22% logopedów i 23% lekarzy. Istotne różnice są widoczne w zakresie braku zaangażowania – wysoki wynik uzyskało 12% logopedów, wobec 25% lekarzy z takim wynikiem.

Elastyczność psychologiczna

Kolejno przyjrzyjmy się uzyskanym przez badanych wynikom w zakresie zmiennych mierzących wybrane aspekty odporności psychologicznej: unikanie doświadczenia, fuzja poznawcza oraz akceptacja i działanie.

W tabeli 5 przedstawiono uzyskane przez badanych logopedów wyniki w zakresie unikania doświadczenia.

TABELA 5. Wyniki w teście unikania doświadczenia (MEAQ-30) wśród badanych logopedów (n = 143)

Wynik w skali stenowej	Unikanie behawioralne (UB)	Awersja do stresu (AS)	Prokrastynacja (PRO)	Odwracanie uwagi i supresja (OUS)	Wyparcie/zaprzeczenie (WZ)	Wytrzymałość na stres (WS)
Bardzo niski (1–2 sten)	5 (4%)	10 (7%)	29 (20%)	5 (3%)	34 (24%)	7 (5%)
Niskie (3–4 sten)	32 (22%)	27 (19%)	43 (30%)	35 (24%)	34 (24%)	31 (22%)
Średni (5–6 sten)	72 (50%)	63 (44%)	48 (34%)	57 (40%)	64 (45%)	33 (23%)
Wysoki (7–8 sten)	27 (19%)	40 (28%)	23 (16%)	36 (25%)	7 (5%)	49 (34%)
Bardzo wysoki (9–10 sten)	7 (5%)	3 (2%)	–	10 (7%)	4 (3%)	23 (16%)
Suma	143 (100%)	143 (100%)	143 (100%)	143 (100%)	143 (100%)	143 (100%)

ŹRÓDŁO: Badania własne.

Unikanie doświadczenia to:

[...] wszelka próba zmiany obecności, częstości, sposobu przejawiania się lub charakteru wpływu jakichkolwiek myśli, emocji i wrażeń nawet wtedy, kiedy staje to na drodze życia w zgodzie z własnymi wartościami lub celami. Konstrukty ten, razem z fuzją poznawczą, odnosi się do centralnego dla rozumienia psychopatologii w terapii akceptacji i zaangażowania procesu psychologicznego (Baran et al., 2019, s. 29).

Na unikanie doświadczenia składają się unikanie behawioralne, awersja do stresu, prokrastynacja, odwracanie uwagi i supresja, wyparcie oraz wytrzymałość na stres.

Unikanie behawioralne rozumiane jest jako unikanie fizycznego dyskomfortu i doświadczeń, które mogą wzbudzać przykre emocje. Wśród badanych 72 osoby (50%) uzyskały wynik średni, natomiast 37 osób (26%) – wynik niski lub bardzo niski. Wynik wysoki lub bardzo wysoki uzyskały 34 osoby (24%).

W pomiarze awersji do stresu 37 badanych (26%) uzyskało wynik niski lub bardzo niski, 63 (44%) – wynik średni, natomiast 43 (30%) – wynik wysoki lub bardzo wysoki. Warto zauważyć, że awersja do negatywnych doświadczeń i zdarzeń jest częstym predyktorem zaburzeń depresyjnych (Teasdale, Williams, Segal, 2016, s. 5–15).

Wyniki w zakresie prokrastynacji, czyli odkładania kontaktu z przewidywanym stresorem, odraczania działań, ukazują, że większość badanych zdecydowała się na konfrontację ze stresem w sytuacji trudnej: wynik niski lub bardzo niski dotyczył połowy grupy (72 osoby), 48 respondentów (34%) uzyskało wynik średni, natomiast 23 (16%) – wynik wysoki.

Odwracanie uwagi i supresja oznaczają tendencję do ignorowania lub tłumienia nieprzyjemnych doświadczeń. W tej podskali 40 badanych (28%) uzyskało wynik niski lub bardzo niski, 57 (40%) – wynik średni, natomiast 46 (32%) – wynik wysoki lub bardzo wysoki.

Wyparcie/zaprzeczenie oznacza zwiększanie dystansu do nieprzyjemnych doświadczeń lub pełny brak świadomości przeżywania ich. To stan, w którym człowiek potrzebuje dużo czasu, aby uświadomić sobie, jak się czuje (szczególnie, gdy czuje się źle). W skali tej zdecydowana większość respondentów uzyskała wynik niski (34 osoby), bardzo niski (również 34) lub średni (64) – w sumie 92%. Wynik wysoki odnotowano w wypadku tylko 7 badanych (5%), a bardzo wysoki dotyczył 4 badanych (3%). Świadczyć to może o tym, że osoby tworzące grupę zawodową logopedów na ogół nie zaprzeczają doświadczanym negatywnym emocjom, są świadomi swoich odczuć i przeżyć, nawet jeśli są one przez nich niepożądane.

Wyniki uzyskane przez badanych w skali wytrzymałość na stres pokazują, że logopedzi w przeważającej większości są na niego odporni. Bardzo wysoki

wynik odporności na stres uzyskało 23 badanych (16%), wynik wysoki – 49 (34%), średni zaś – 33 (23%). Najniższą wytrzymałość na stres odnotowano w wypadku 38 badanych (27%; w tym bardzo niska dotyczyła 7 osób, a niska – 31 osób).

Ćwiczenie przeciwstawiania się unikaniu może przyczynić się do zmian w zakresie przekonań człowieka na własny temat, dystansowania się od własnych działań i myśli, jak również wzmacniać dążenie do osiągania wartościowych celów i czerpanie przyjemności z podejmowania takich starań.

Kolejnym aspektem elastyczności psychologicznej, który analizowano w postępowaniu badawczym, była fuzja poznawcza.

W tabeli 6 zostały zilustrowane wyniki uzyskane przez badanych logopedów w zakresie nasilenia tej cechy. Przypomnijmy, że fuzja poznawcza to „proces, w którym zdarzenia werbalne ściśle kontrolują reakcje, nie dopuszczając do uwzględnienia innych zmiennych kontekstowych” (Hayes, Strosahl, Wilson, 2013, s. 102), fuzja zawęży więc repertuar naszych reakcji w pewnych obszarach. Wyższe wskaźniki w zakresie fuzji poznawczej (steny średnie, wysokie i bardzo wysokie) świadczą o mniej adaptacyjnych zachowaniach.

TABELA 6. Wyniki stenowe na skali fuzji poznawczej (CFQ) wśród badanych (n = 143)

Wynik	Liczba oraz odsetek badanych
Bardzo niski (1–2 sten)	10 (7%)
Niski (3–4 sten)	30 (20%)
Średni (5–6 sten)	71 (50%)
Wysoki (7–8 sten)	22 (15%)
Bardzo wysokie (9–10 sten)	10 (7%)
Suma	143 (100%)

ŹRÓDŁO: Badania własne.

40 badanych uzyskało wyniki niskie i bardzo niskie (27%), zaś 71 (50%) – wyniki średnie. Oznacza to, że badaną grupę cechują umiarkowane umiejętności w zakresie dystansowania się od własnych myśli. Rezultaty wysokie i bardzo wysokie uzyskało 32 badanych (22%). Fuzja poznawcza może stanowić istotny predyktor depresji, lęku, stresu (Bardeen, Fergus, 2016). Jak wskazują Lidia Baran, Magdalena Hyla i Bartosz Kleszcz (2019):

[...] silna fuzja poznawcza [...] może prowadzić do silnego przeżywania lęku i poczucia winy w sytuacjach społecznych, a w dalszej konsekwencji – do unikania doświadczania i wykształcenia zachowań typowych dla objawów zaburzeń psychicznych, np. fobii czy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (s. 80).

Po przanalizowaniu wyników uzyskanych przez badanych w zakresie wybranych wskaźników elastyczności psychologicznej oraz nasilenia syndromu wypalenia zawodowego, przejdźmy do analizy korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi (zgodnie z przyjętym modelem badawczym). Tabela 7 ilustruje uzyskane zależności.

TABELA 7. Wyniki badań korelacyjnych¹⁸ pomiędzy wybranymi aspektami elastyczności psychologicznej a wypaleniem zawodowym wśród badanych logopedów (n = 143)

Wskaźniki elastyczności psychologicznej	Brak zaangażowania (OLBI)	Wyczerpanie (OLBI)	Suma (OLBI)
Brak akceptacji i działania (AAQ-II)*	0,37**	0,35	0,38
Fuzja poznawcza (CFQ)	0,55	0,52	0,56
Unikanie behawioralne (UB)	-0,12	0,06	-0,04
Awersja do stresu (AS)	0,32	0,44	0,40
Prokrastynacja (PRO)	0,32	0,37	0,37
Odwracanie uwagi i supresja (OUS)	-0,02	0,06	0,02
Wyparcie/zaprzeczenie (WZ)	0,34	0,29	0,33
Wytrzymałość na stres (WS)	-0,20	-0,29	-0,26
Unikanie działania (MEAQ-30)	0,17	0,25	0,23

* W Kwestionariuszu akceptacji i działania (AAQ-II) wyższe wyniki wskazują na niższą elastyczność psychologiczną. W celu uniknięcia możliwości omyłkowej interpretacji wyników zapisano: brak akceptacji i działania.

** Dane zaokrąglono do dwóch miejsc po przecinku. Pogrubieniem zaznaczone są zależności istotne statystycznie ($p < 0,05$).

ŹRÓDŁO: Badania własne.

Zanotowano istotne statystycznie zależności pomiędzy wybranymi wskaźnikami elastyczności psychologicznej a wypaleniem zawodowym mierzonym za pomocą testu OLBI w zakresie braku zaangażowania oraz wyczerpania. Analiza macierzy korelacji pozwala zauważyć występowanie następujących prawidłowości:

- Logopedzi, którzy uzyskali wyższe wyniki w zakresie fuzji poznawczej (CFQ), częściej doświadczają syndromu wypalenia zawodowego (w postaci zarówno braku zaangażowania, jak i wyczerpania). Siła związku pomiędzy badanymi zmiennymi wynosi 0,56 dla wyniku sumarycznego w teście wypalenia (0,55 dla skali braku zaangażowania i 0,52 dla skali wyczerpania).

¹⁸ Analizy korelacji wykonywano przy użyciu programu Statistica. Uznano poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

- Brak akceptacji i działania (a zatem unikanie doświadczenia) również pozytywnie koreluje z doświadczaniem syndromu wypalenia zawodowego: 0,38 (nieznacznie bardziej w zakresie braku zaangażowania: 0,37 w stosunku do wyczerpania: 0,35).
- Osoby, które mają tendencję do prokrastynacji częściej doświadczają obu aspektów wypalenia zawodowego. Siła związku wynosiła 0,37 w ogólnym wyniku testu (0,32 dla braku zaangażowania i 0,37 dla wyczerpania).
- W wypadku badanych, którzy uzyskali wyższe wyniki na skali awersji do stresu, zanotowano wyższy wynik w zakresie wypalenia zawodowego (w szczególności w podskali wyczerpania – 0,44), a także na podskali braku zaangażowania (siła związku: 0,32).
- W badaniach potwierdziła się zależność pomiędzy doświadczaniem syndromu wypalenia zawodowego a doświadczaniem stresu. Logopedzi, którzy uzyskali niższy wynik w podskali wytrzymałości na stres, częściej doświadczali syndromu wypalenia zawodowego (nieco wyższa siła związku w zakresie wyczerpania: –0,29 niż w zakresie braku zaangażowania: –0,20).
- Odwracanie uwagi i supresja nie stanowią zmiennych, które miałyby istotny wpływ na doświadczenie symptomu wypalenia zawodowego w badanej grupie.

Wnioski z przeprowadzonych badań

Przeprowadzone postępowanie badawcze umożliwiło poszerzenie wiedzy na temat czynników, które mogą mieć wpływ na nasilenie doświadczania syndromu wypalenia zawodowego w grupie logopedów: fuzja poznawcza, brak akceptacji i działania, awersja do stresu, prokrastynacja, zaprzeczenie/wyparcie. Sformułowano następujące wnioski końcowe:

- Istotna statystycznie korelacja pomiędzy syndromem wypalenia zawodowego a fuzją poznawczą przekonuje, że warto w programach profilaktyki syndromu wypalenia zawodowego wśród logopedów uwzględnić naukę umiejętności dystansowania się od myśli (wykorzystując na przykład techniki poznawcze i poznawczo-behawioralne), co pozwoli na ocenę sytuacji trudnej w szerszym kontekście i zwiększy możliwości adaptacyjnego działania.
- W toku edukacji kandydatów na logopedów oraz czynnych zawodowo logopedów warto wprowadzić elementy psychoedukacji ukazujące, jak można mierzyć się z wyzwaniami, aby nie doprowadzać do prokrastynacji, która również koreluje z występowaniem syndromu wypalenia zawodowego w badanej grupie.
- Istotne jest prowadzenie zajęć (w toku studiów, a także w ramach profilaktyki wypalenia zawodowego u pracujących logopedów) z zakresu strategii radzenia

sobie ze stresem, ponieważ stanowi ono, jako podstawa braku awersji do stresu, skuteczny czynnik ochronny przeciw wypaleniu zawodowemu.

- Z badanych elementów składających się na elastyczność psychologiczną odwracanie uwagi i supresja nie stanowiły zmiennych, w których wypadku zanotowano by istotną statystycznie zależność z nasileniem syndromu wypalenia zawodowego.
- Prowadzone badania, ze względu na liczebność grupy, mają charakter badań wstępnych nad czynnikami determinującymi nasilenie syndromu wypalenia zawodowego wśród logopedów.
- Grupa czynnych zawodowo logopedów jest zróżnicowana i warto w kolejnych badaniach uwzględnić osoby pracujące wyłącznie w tym zawodzie (aby wyeliminować przypadki, w których wynik w teście wypalenia zawodowego determinowany jest pracą w innych zawodach, na innych stanowiskach). Warto uwzględnić również badania porównawcze z uwzględnieniem płci, wieku oraz formy i miejsca zatrudnienia.

Elastyczność psychologiczna, poszczególne procesy i umiejętności, które wchodzą w jej zakres, mogą determinować poziom odczuwanego wypalenia zawodowego. Istotna byłaby edukacja w zakresie składających się na nią procesów, zwłaszcza defuzji poznawczej oraz konfrontowania się z doświadczeniem (zamiast unikania), już w toku studiów przygotowujących do zawodu, aby zwrócić kandydatom uwagę na rangę procesów elastyczności psychologicznej w profilaktyce wypalenia zawodowego (a także szerzej, w poprawie dobrostanu i jakości życia).

Należy pamiętać także o logopedach, którzy rozpoczynają swoją pracę. Z badań wynika, że są oni najbardziej narażeni na wypalenie zawodowe, ponieważ częściej odczuwają niskie poczucie własnej skuteczności i wzmożony stres (Tucholska, 2003, por. podrozdział 2.2.2). Osoby nie doświadczające nadmiernego stresu są mniej narażone na syndrom wypalenia zawodowego. Kolejnym argumentem przekonującym o konieczności wdrażania działań profilaktycznych w omawianej grupie zawodowej są badania potwierdzające zależność pomiędzy wypaleniem zawodowym a doświadczaniem trudności z zakresu emisji głosu (Guzy, 2020). Logopedzi, którzy doświadczają syndromu wypalenia, mogą mieć niższą wydolność w zakresie emisji głosu podczas prowadzonych przez siebie oddziaływań terapeutycznych.

Planując proces kształcenia przyszłych logopedów, warto wprowadzać elementy teorii i praktyki z zakresu elastyczności psychologicznej oraz elementów terapii akceptacji i zaangażowania. W niektórych krajach prowadzone są programy profilaktyczne dla grup zawodowych szczególnie narażonych na wypalenie, z wykorzystaniem nauki umiejętności w duchu ACT. Udział w nich jest czynnikiem przeciwdziałającym syndromowi wypalenia zawodowego (Moen, Federici, Abrahamsen, 2015; Mistretta i in., 2018). Dużą redukcję stresu i syndromu wypalenia uzyskano już po poddaniu uczestników serii czterech treningów trwających

po 1,5 godziny każdy (Hosseinaei, Hassan, Ladan, Heidarei, Mazaheri, 2013). Także prowadzenie samodzielnych działań, nauka umiejętności, kształtowanie nawyków zgodnych z wartościami mogą przynieść korzyści (Hofer i in. 2018). W ostatnich latach na polskim rynku wydawniczym ukazało się kilka publikacji, w których przedstawiono ćwiczenia z zakresu akceptacji i zaangażowania, a zatem ułatwiających rozwijanie elastyczności psychologicznej¹⁹. Wysoką skuteczność daje ponadto udział w prowadzonych online treningach w tym zakresie (Walker, 2017, s. 32, 34–35).

W toku studiów, a także w ciągu kolejnych lat pracy, logopedzi powinni mieć na uwadze, że elastyczność psychologiczna stanowi cenny zasób, który warto rozwijać. Skutki wypalenia zawodowego mogą być rozległe i dotyczyć wielu sfer naszego funkcjonowania. Warto zatem zadbać o profilaktykę w tym zakresie. Zdobyć umiejętności, które mogą uczynić nas mniej podatnymi na stres i wypalenie zawodowe.

Bibliografia

- BACH, P., MORAN, D.J. (2008). *ACT in practice*. Oakland: AC.
- BAKA, Ł., BASIŃSKA, B.A. (2016). Psychometryczne właściwości polskiej wersji Oldenburskiego Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego OLBI. *Medycyna Pracy*, 67(1), 29–41. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00353>.
- BARAN, L., HYLA, M., KLESZCZ, B. (2019). *Elastyczność psychologiczna. Polska adaptacja narzędzi pomiarowych dla praktyków i badaczy*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- BARDEEN, J.R., FERGUS, T.A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002>.
- BRITO-MARCELINO, A., OLIVA-COSTA, E.F., SARMENTO S.C.P., ANDRADE CARVALHO, A.A. (2020). Burnout syndrome in speech-language pathologists and audiologists: a review. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 18(2), 217–222.
- CHIRKOWSKA-SMOLAK, T. (2018). Polska adaptacja kwestionariusza do pomiaru wypalenia zawodowego OLBI. *Studia Oeconomica Posnaniensia*, 6(3), 27–47.
- DEMEROUTI, E., BAKKER, A.B., VARDAKOU, I., KANTAS, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 12–23.

¹⁹ Zainteresowanych czytelników odsyłam do pozycji Harris, 2019 (w której znajdują się liczne ćwiczenia), Hayes, 2020, a także popularnych w ostatnich latach publikacji z zakresu uważności, przykładowo: Kabat-Zinn, 2020. Ponadto funkcjonuje strona internetowa, na której znajdują się informacje z zakresu terapii ACT: <https://uczeseact.pl/>, a dla zainteresowanych problematyką specjalistów prowadzona jest grupa na portalu społecznościowym Facebook: Uczę się ACT.

- ERENKFEIT, K., DUDZIŃSKA, L., INDYK, A. (2012). Wpływ środowiska pracy na powstanie wypalenia zawodowego. *Medycyna Środowiskowa*, 15(3), 121–128.
- FREUDENBERGER, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159–165.
- FREUDENBERGER, H.J. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Garden City, N.Y.: Anchor Press.
- GOUBERT, L., TROMPETTER, H. (2017). Towards a science and practice of resilience in the face of pain. *European Journal of Pain*, 21, 1301–1315.
- GRZEGORZEWSKA, M.K. (2020). *Uwarunkowania poczucia zdrowia, stresu i wypalenia zawodowego nauczycieli*. Kraków: Impuls.
- GUZY, A. (2020). Syndrom wypalenia zawodowego wśród nauczycieli w kontekście doświadczanych przez nich trudności głosowych. *Logopedia Silesiana*, 9, 1–26. <https://doi.org/10.31261/LOGOPE-DIASILESIANA.2020.09.01>.
- HARRIS, R. (2019). *Zrozumieć ACT. Terapia akceptacji i zaangażowania w praktyce*. Przeł. A. SAWICKA-CHRAPKOWICZ. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- HAYES, S.C. (2020). *Umysł wyzwolony*. Przeł. A. SAWICKA-CHRAPKOWICZ. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- HAYES, S.C., STROSAHL, K.D., WILSON, K.G. (2013). *Terapia akceptacji i zaangażowania: Proces i praktyka uważnej zmiany*. Przeł. M. KAPERA. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- HAYES, S.C., LUOMA, J., MASUDA, A., LILLIS, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>.
- HESZEN, I., SĘK, I. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- HUGET, P. (2015). Profilaktyka syndromu wypalenia zawodowego nauczyciela. *Polonistyka. Innowacje*, 2, 93–101.
- HOFER, P.D., et al. (2018). Self-help for stress and burnout without therapist contact: An online randomised controlled trial. *Work & Stress*, 32(2), 189–208.
- HOSSEINAEI, A., HASSAN, A., LADAN, F., HEIDAREI, A., MAZAHERI, M. (2013). Effects of group acceptance and commitment therapy (ACT)-based training on job stress and burnout. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 19(2), 109–120.
- KABAT-ZINN, J. (2020). *Życie – piękna katastrofa. Mądrością ciała i umysłu możesz pokonać stres, choroby, ból*. Przeł. R. SKRZYPCZAK. Warszawa: Czarna Owca.
- KLESZCZ, B., DUDEK, J.E., BIAŁASZEK, W., OSTASZEWSKI, P., BOND, F.W. (2018). Właściwości psychometryczne polskiej wersji Kwestionariusza Akceptacji i Działania II (AAQ-II). *Studia Psychologiczne*, 56(1), 1–20. DOI: 10.2478/V1067-010-0178-1.
- MAŃKOWSKA, B. (2018). Wypalenie zawodowe. Dylematy wokół istoty zjawiska oraz jego pomiaru. *Polskie Forum Psychologiczne*, 23(2), 430–445.
- MASLACH, Ch. (2009). *Wypalenie-w perspektywie wielowymiarowej*. Przeł. J. RADZICKI. W: H. SĘK (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie* (s. 13–31). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- MASLACH, Ch., LEITER, M.P. (2011). *Prawda o wypaleniu zawodowym. Co robić ze stresem w organizacji*. Przeł. M. GUZOWSKA-DĄBROWSKA. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- MISTRETTA, E.G., et al. (2018). Resilience training for work-related stress among health care workers. *Journal of Environmental Medicine*, 60(6), 559–568.
- MOEN, F., FEDERICI, R.A., ABRAHAMSEN, F. (2015). Examining possible relationships between mindfulness, stress, school and sport performances and athlete burnout. *International Journal of Coaching Science*, 9(1), 3–19.

- RUIZ, F.J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125–162.
- SĘK, H., HESZEN, I. (2012). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- SIKORSKA, I. (2017). Odporność psychiczna w ujęciu psychologii pozytywnej. Edukacja i terapia przez przygodę. *Psychoterapia*, 2(181), s. 75–86.
- STANEK, K.M. (2016). *Wypalenie zawodowe pracowników socjalnych. Stan i uwarunkowania w aspekcie pracy zawodowej*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- STEUDEN, S., OKŁA, W. (1998). *Tymczasowy podręcznik do Skali Wypalenia Sił – SWS. Wydanie eksperymentalne*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- TEASDALE, J.D., WILLIAMS, M., SEGAL, Z.V. (2016). *Praktyka uważności. Ośmiotygodniowy program redukcji stresu oparty na uważności*. Przeł. J. BILMIN-ODROWĄŻ. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- TIPA, R.O., TUDOSE, C., PUCAREA, V.L. (2019). Measuring burnout among psychiatric residents using the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) instrument. *Journal of Medicine and Life*, 12(4), 354–360. doi: 10.25122/jml-2019-0089/.
- TUCHOLSKA, S. (2009). *Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- WALKER, C.A. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for Stress and Burnout: Evaluating the effect of the online training, PsyFlex for Behavioural Therapists [thesis, Master of Applied Psychology (MAppPsy), University of Waikato, Hamilton]. <https://hdl.handle.net/10289/11247> [data dostępu: 5.03.2021].