

Wypalenie zawodowe a zmienne demograficzne i psychospołeczne u aktywnych zawodowo fizjoterapeutów

Magdalena Wrzesińska¹, Paweł Rasmus², Katarzyna Wicherska¹, Jolanta Krukowska³

¹ Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej, Uniwersytet Medyczny, Łódź

² Zakład Psychologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny, Łódź

³ Zakład Medycyny Fizycznej, Uniwersytet Medyczny, Łódź

Adres do korespondencji: Magdalena Wrzesińska, Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź, magdalena.wrzesinska@umed.lodz.pl

Abstract

Burnout and demographic and psychosocial variables in practising physiotherapists

The aim of studies was the evaluation of the level of burnout syndrome in a group of practicing physiotherapists with regard to sociodemographic variables, and social support from the supervisor, co-workers and families in stressful situations in the workplace. A study group consisted of 71 practicing physiotherapists. The Maslach Burnout Inventory (MBI) and questionnaire were used. The high levels of burnout syndrome in terms of depersonalization and reduced sense of personal accomplishment were noted. Sociodemographic variables and characteristics related to the profession of physiotherapist had no significant effect on burnout syndrome factors. Social support from colleagues had a significant effect on emotional exhaustion ($z = 2.021$, $p < 0.05$) and depersonalization ($z = 2.140$, $p < 0.05$) and receiving social support from the supervisor in stressful situations at work had relationship with depersonalization ($z = 2.021$, $p < 0.05$). Social support from superiors in stressful situations in the workplace could be a buffer preventing the development of burnout syndrome in physiotherapists.

Key words: burnout, demographic variables, physiotherapists social support

Słowa kluczowe: fizjoterapeuci, wsparcie społeczne, wypalenie zawodowe, zmienne demograficzne

Wstęp

Fizjoterapeuci w porównaniu z innymi pracownikami opieki zdrowotnej są szczególnie narażeni na ryzyko wypalenia zawodowego ze względu na bezpośredni kontakt z niepełnosprawnymi pacjentami będącymi nierzadko w złej kondycji psychicznej [1]. Brak możliwości spełnienia oczekiwań chorych w zakresie pełnego powrotu do zdrowia i sprawności powoduje doświadczanie bezpośredniej konfrontacji z negatywnymi emocjami i roszczeniową postawą pacjentów [2–4]. Kolejne istotne źródła stresu w pracy w tej grupie zawodowej to także brak autonomii w decyzjach dotyczących procesu rehabilitacji

pacjentów, obciążające relacje ze współpracownikami i przełożonymi, trudne warunki pracy oraz przeciążenie obowiązkami mogące prowadzić do emocjonalnego i fizycznego wyczerpania [2, 5–7]. Należy również zaznaczyć, że praca fizjoterapeutów jest zaliczana do ciężkiej, często wykonywana jest w wymuszonej i niewygodnej pozycji. Dlatego też u fizjoterapeutów niezbędna jest także wysoka ogólna wydolność fizyczna, duża sprawność układu kostno-stawowego, mięśniowego, krążenia i oddechowego [8].

Wypalenie zawodowe jest skutkiem przewlekłego stresu związanego z pracą zawodową [9]. Zdaniem Maslach stan ten jest związany m.in. z reakcją stresową,

która odnosi się do wyczerpania emocjonalnego przejawiającego się zmęczeniem, utratą energii, osłabieniem czy znużeniem oraz zaburzeniami funkcjonowania człowieka w jego otoczeniu i miejscu pracy [10, 11]. Autorka dokonała psychospołecznej analizy syndromu wypalenia zawodowego, w wyniku której wyodrębniła dwa kolejne czynniki. Pierwszy to obniżone poczucie dokonań osobistych przejawiające się zmniejszeniem produktywności zawodowej, wycofaniem się czy brakiem umiejętności radzenia sobie w sytuacjach stresogennych. Kolejny związany z relacjami interpersonalnymi to depersonalizacja. Występuje głównie w zawodach bezpośrednio zaangażowanych w pracę z drugim człowiekiem, a przejawem jej jest izolacja społeczna lub pesymistyczne nastawienie wobec współpracowników, klientów–pacjentów czy samej organizacji [11–13].

Przyczyny wypalenia zawodowego u pracowników ochrony zdrowia można rozpatrywać w trzech sferach: indywidualnej, interpersonalnej oraz organizacyjnej. W zakresie sfery indywidualnej wymienia się niską samoocenę, nieracjonalne poczucie własnej skuteczności, perfekcjonizm. Zaangażowanie w pracę z drugim człowiekiem może być przyczyną zakłóceń sfery interpersonalnej. Zbyt duże zaangażowanie emocjonalne może prowadzić do traktowania cudzych problemów jako własnych, a obojętność może wynikać ze zbyt małego zaangażowania w obowiązki zawodowe. Zakłócenia sfery interpersonalnej dotyczą również nawarstwiania się konfliktów ze współpracownikami oraz przełożonymi. Nieprawidłowości w sferze organizacyjnej dotyczą m.in. frustracji wynikającej z niskich zarobków, braku możliwości awansu, zbyt dużych wymagań ze strony przełożonego, a także zbyt dużej odpowiedzialności zawodowej, dyskryminacji czy braku norm etycznych [3, 14–16].

Badania przeprowadzone w Hiszpanii potwierdzają, że 4% fizjoterapeutów jest zagrożonych wypaleniem zawodowym [17]. Australijskie doniesienia potwierdzają, że 35% fizjoterapeutów ma wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego, 18% – depersonalizacji, a 14% obniżony poziom poczucia własnej skuteczności [18]. Z kolei badania włoskie informują, że fizjoterapeuci są bardziej narażeni na ryzyko wypalenia w porównaniu z pielęgniarkami czy lekarzami [19]. Przegląd literatury przedmiotu wskazuje z jednej strony na szczególne narażenie fizjoterapeutów na ryzyko wypalenia zawodowego, z drugiej natomiast zauważa się pewne różnice w poziomie tej zmiennej w badaniach różnych autorów. Sytuację taką można starać się wytłumaczyć m.in. brakiem spójności w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej, różnym systemem wynagrodzeń i w rezultacie odmienną metodologią badań.

■ Cel pracy

Ze względu na niewielką liczbę doniesień dotyczących zjawiska wypalenia zawodowego w grupie fizjoterapeutów [17–19] podjęto badania, których celem było wskazanie kierunku dalszym badaniom ogólnopolskim.

Celem głównym pracy było określenie poziomu wypalenia zawodowego u aktywnych zawodowo fizjoterapeu-

tów w odniesieniu do trzech czynników: wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia własnej skuteczności. Kolejny cel dotyczył określenia związku między badanymi czynnikami a zmiennymi demograficznymi, społecznymi związanymi z charakterem wykonywanej pracy oraz otrzymywanym wsparciem społecznym ze strony przełożonego, współpracowników i rodziny w chwilach konfliktowych w miejscu pracy.

■ Materiał i metody

Badania przeprowadzono w grupie 71 osób (38 kobiet i 33 mężczyzn) w wieku 18–67 lat (odpowiednio w wieku 18–30 lat – 63,4%; 31–40 lat – 14,1%, 41–67 lat – 22,5%) pracujących w zawodzie fizjoterapeuty. Osoby były aktywne zawodowo w chwili przeprowadzania badania. Dobór respondentów był oparty na metodzie tzw. kuli śnieżnej (ang. *snowball sampling*), tj. nielosowym doborze próby polegającym na rekrutowaniu uczestników przez innych uczestników badania. Wszyscy respondenci pochodzili z województwa łódzkiego. Blisko 45% było pracownikami ZOZ lub NZOZ, a ponad 35% pracowało na oddziałach szpitalnych, pozostałe osoby wskazały inne miejsce pracy. Blisko $\frac{3}{4}$ badanych pracowało w swoim zawodzie do 5 lat, natomiast co czwarta osoba pracowała 5 lat i dłużej. Wśród badanych fizjoterapeutów około 60% osób posiadało prywatną praktykę zawodową. Najczęściej wykonywane przez badanych czynności zawodowe to: kinezyterapia (33,8%), fizykoterapia (15,5%) oraz masaż klasyczny (21,1%). Zatrudnienie na etacie deklarowało ponad 40% badanych, pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej 39% ankietowanych, płatny staż – 6% oraz wolontariat – 19% osób. Mieszkańcami miasta było $\frac{3}{4}$ badanych, pozostałe osoby były mieszkańcami wsi. W związku małżeńskim pozostawało 42% badanych, blisko 55% osób było stanu wolnego, jedna osoba była rozwiedziona oraz jedna była wdową.

W badaniu wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa dotyczący danych demograficznych, cech związanych z wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty, takich jak: staż pracy, posiadanie prywatnej praktyki zawodowej, liczba godzin pracy tygodniowej oraz określenie poziomu zadowolenia z wykonywanej pracy. W kwestionariuszu zawarto pytania, które pozwoliły na uzyskanie informacji, czy badane osoby otrzymywały wsparcie ze strony przełożonego, współpracowników oraz członków rodziny w sytuacjach konfliktowych w pracy.

Do oceny poziomu wypalenia zawodowego wykorzystano kwestionariusz MBI (*Maslach Burnout Inventory*) [5], za pomocą którego oceniano funkcjonowanie psychofizyczne badanych w kontekście trzech czynników: wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych. Wyniki zostały obliczone dla każdego z czynników oddzielnie. Wysoka liczba punktów w zakresie wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji oraz niska wartość w zakresie obniżonego poczucia dokonań osobistych świadczy o wysokim poziomie wypalenia zawodowego.

W celu interpretacji poziomu wypalenia zawodowego dla poszczególnych czynników odniesiono ogólne

średnie wyniki do poziomów referencyjnych (**Tabela I**). Dla każdego czynnika ustalono odpowiednie przedziały punktowe. Interpretacja wyników uzyskanych w poszczególnych czynnikach odnosiła się do trójstopniowej skali: wysoki, średni i niski [12].

Dla scharakteryzowania badanych pod względem zmiennych ilościowych obliczono średnią arytmetyczną i medianę, jako miary przeciętne oraz odchylenie standardowe, świadczące o rozrzucie wyników. Do porównania średnich zastosowano nieparametryczny test U Manna-Whitneya. Rozkład większości analizowanych cech odbiegał istotnie od rozkładu normalnego, co stwierdzono testem Shapiro-Wilka. Do obliczeń statystycznych wykorzystano program Statistica v 10.

Przed rozpoczęciem badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi: RNN/630/13/KB.

Wyniki

W odniesieniu do poziomów referencyjnych badana grupa uzyskała wysoki poziom wypalenia zawodowego w zakresie depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych oraz przeciętny poziom wyczerpania emocjonalnego (**Tabela II**).

Zmienne demograficzne nie miały istotnego związku ze średnimi wynikami wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych (**Tabela II**).

Istotnych różnic nie wykazano również między czynnikami wypalenia zawodowego a zmiennymi związanymi z wykonywaniem pracy, takimi jak: okres doświadczenia zawodowego, zadowolenie z zarobków, posiadanie prywatnej praktyki zawodowej czy wymiar tygodniowy czasu pracy (**Tabela III**).

Analiza statystyczna wykazała brak istotnego związku pomiędzy obecnością uwzględnionych w badaniu

Poziomy referencyjne	Wymiar wypalenia zawodowego		
	Wyczerpanie emocjonalne	Depersonalizacja	Obniżone poczucie dokonań osobistych
Wysoki	27 lub powyżej	10 lub powyżej	33 lub poniżej
Średni	19–26	6–9	39–34
Niski	18 lub poniżej	5 lub poniżej	40 lub powyżej

Tabela I. Poziomy referencyjne dla pracowników ochrony zdrowia w określonych czynnikach wypalenia zawodowego.

Źródło: Opracowanie własne.

	Wyczerpanie emocjonalne		Depersonalizacja		Obniżone poczucie dokonań osobistych	
	Śr ± SD	Me	Śr ± SD	Me	Śr ± SD	Me
Ogółem	22,7 ± 9,46	22,0	12,5 ± 6,55	15,0	19,5 ± 8,65	19,0
Płeć						
Kobiety	21,5 ± 9,96	22,0	12,3 ± 6,60	15,0	19,1 ± 9,11	19,0
Mężczyźni	24,0 ± 8,81	23,0	12,8 ± 6,59	14,0	20,1 ± 8,20	21,0
p	n.i.		n.i.		n.i.	
Wiek						
< 40 lat	22,0 ± 9,75	23,0	12,5 ± 6,64	15,0	20,1 ± 9,26	20,0
> 40 lat	24,9 ± 8,27	22,0	12,5 ± 6,46	12,5	17,6 ± 5,91	15,0
p	n.i.		n.i.		n.i.	
Poziom wykształcenia						
Wyższe	22,8 ± 9,83	22,0	12,8 ± 6,67	15,0	19,2 ± 8,22	19,0
Inny poziom wykształcenia	21,8 ± 6,23	22,0	10,6 ± 5,50	12,0	22,0 ± 11,9	24,0
p	n.i.		n.i.		n.i.	
Stan cywilny						
Żonaty/zamężna	24,4 ± 9,88	22,5	13,5 ± 6,56	15,5	20,2 ± 8,45	22,5
Inny stan cywilny	21,3 ± 8,99	22,0	11,8 ± 6,53	14,0	19,0 ± 8,88	19,0
p	n.i.		n.i.		n.i.	

Śr – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana; n.i. – różnice nieistotne statystycznie

Tabela II. Średni poziom wypalenia zawodowego w zakresie wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych ogółem oraz według cech demograficznych.

Źródło: Opracowanie własne.

	Wyczerpanie emocjonalne		Depersonalizacja		Obniżone poczucie dokonań osobistych	
	Śr ± SD	Me	Śr ± SD	Me	Śr ± SD	Me
Staż pracy						
< 5 lat	22,4 ± 9,58	22,0	12,4 ± 6,47	15,0	19,7 ± 8,86	19,0
> 5 lat	23,5 ± 9,33	22,5	12,8 ± 6,96	15,0	19,1 ± 8,22	17,5
p	n.i.		n.i.		n.i.	
Własna praktyka						
Tak	21,1 ± 9,44	22,0	11,6 ± 7,22	14,0	18,4 ± 8,17	18,0
Nie	24,8 ± 9,21	23,0	13,9 ± 5,34	15,5	21,1 ± 9,17	19,5
p	n.i.		n.i.		n.i.	
Zadowolenie z wynagrodzenia						
Niezadowolony/ średnio zadowolony	22,7 ± 9,54	23,0	12,8 ± 6,68	15,0	19,6 ± 7,46	20,0
Zadowolony	22,7 ± 9,51	22,0	12,1 ± 6,44	12,5	19,5 ± 10,4	18,0
p	n.i.		n.i.		n.i.	
Liczba godzin pracy tygodniowo						
< 35 godzin	21,7 ± 10,7	23,0	12,9 ± 6,51	15,0	18,3 ± 8,86	18,0
> 35 godzin	23,4 ± 8,54	22,0	12,3 ± 6,65	14,5	20,4 ± 8,50	20,5
p	n.i.		n.i.		n.i.	

Śr – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana; n.i. – różnice nieistotne statystycznie

Tabela III. Średni poziom wypalenia zawodowego w zakresie wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych z uwzględnieniem cech związanych z charakterem wykonywanej pracy.

Źródło: Opracowanie własne.

rodzajów wsparcia społecznego w sytuacjach konfliktowych w miejscu pracy a obniżonym poczuciem dokonań osobistych. Obecność wsparcia ze strony współpracowników miała istotny związek z podwyższonym poziomem wyczerpania emocjonalnego ($z = 2,021$; $p < 0,05$) oraz depersonalizacji ($z = 2,140$; $p < 0,05$). Odnotowano istotnie niższy wynik depersonalizacji ($z = 2,021$; $p < 0,05$) u badanych deklarujących otrzymywanie wsparcia ze strony przełożonego w sytuacjach stresowych w pracy (Tabela IV).

Dyskusja

Analiza wyników potwierdziła wysoki poziom wypalenia zawodowego w zakresie depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych. Wysoki poziom obniżonego poczucia dokonań osobistych może wpływać na doświadczanie przez badanych mniejszej efektywności zawodowej oraz wycofywanie się z aktywności zawodowej. Zjawisko to może dodatkowo pogłębiać wysoki poziom depersonalizacji, której wyrazem może być utożsamianie praktyki zawodowej wyłącznie z czynnościami instrumentalnymi oraz marginalizacją zasad etycznych [6, 7]. Kolejnym wyznacznikiem depersonalizacji jest utrata autonomii praktyka zawodowego oraz negatywne postrzeganie swojej roli i skuteczności zawodowej [18].

Porównując niniejsze wyniki do badań innych autorów, zaobserwowano pewne różnice. Z badań Fisher i wsp. [18] wynikało, że wśród fizjoterapeutów domino-

wało wyczerpanie emocjonalne, a w przypadku niniejszych badań czynnik ten jako jedyny osiągnął przeciętny poziom. Natomiast w porównaniu z badaniami przeprowadzonymi wśród polskich pielęgniarek pracujących w hospicjum badani przez nas fizjoterapeuci uzyskali jeszcze wyższy poziom wypalenia zawodowego w zakresie depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych [19–21]. Z badań własnych wynika, że 55% fizjoterapeutów pracowało ponad 35 godzin tygodniowo, około 60% posiadało także własną praktykę, a zaledwie 32% ankietowanych było bardzo zadowolonych lub zadowolonych z wynagrodzenia. Wskazuje to na obciążenie obowiązkami zawodowymi oraz na niski poziom zadowolenia z wynagrodzenia w tej grupie pracowników, co może wyjaśniać uzyskane w niniejszych badaniach wysokie poziomy depersonalizacji czy obniżonego poczucia własnej skuteczności. Należy także nadmienić, że wyniki te mogą świadczyć o specyfice zawodu fizjoterapeuty w Polsce i o różnicach w funkcjonowaniu zawodowym osób pracujących w tym zawodzie w różnych krajach. Wniosek ten skłania do podjęcia wielośrodkowych lokalnych i międzynarodowych badań mających na celu wyjaśnienie omawianych różnic.

Analiza statystyczna wykazała brak istotnej zależności pomiędzy zmiennymi demograficznymi i związanymi z wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty a poziomem wypalenia zawodowego u fizjoterapeutów w zakresie obniżonego poczucia dokonań osobistych, wyczerpania emocjonalnego oraz depersonalizacji, co pozostaje

	Wyczerpanie emocjonalne		Depersonalizacja		Obniżone poczucie dokonań osobistych	
	Śr ± SD	Me	Śr ± SD	Me	Śr ± SD	Me
Wsparcie przełożonego						
Tak	21,7 ± 8,75	22,0	11,3 ± 6,96	14,0	20,6 ± 9,62	20,0
Nie	25,6 ± 10,8	27,5	15,2 ± 6,01	16,0	16,3 ± 5,04	16,0
p	n.i.		p < 0,05		n.i.	
Wsparcie współpracowników						
Tak	24,9 ± 9,07	23,5	13,8 ± 6,91	16,0	19,9 ± 6,94	19,0
Nie	18,8 ± 10,1	20,0	9,5 ± 5,97	9,0	17,2 ± 11,7	16,0
p	p < 0,05		p < 0,05		n.i.	
Wsparcie rodziny						
Tak	22,7 ± 9,33	23,0	12,4 ± 6,48	14,0	19,6 ± 8,74	19,0
Nie	21,9 ± 10,4	22,0	12,4 ± 7,18	14,5	19,5 ± 9,15	19,0
p	n.i.		n.i.		n.i.	

Śr – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana; n.i. – różnice nieistotne statystycznie

Tabela IV. Średni poziom wypalenia zawodowego w zakresie wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych z uwzględnieniem obecności wsparcia ze strony przełożonego, współpracowników i rodziny w sytuacjach konfliktowych w miejscu pracy.

Źródło: Opracowanie własne.

w zgodzie z niektórymi doniesieniami literatury przedmiotu [22, 23]. Pomimo braku istotnych zależności w grupie badanych fizjoterapeutów zaobserwowano tendencję do wyższego poziomu wypalenia zawodowego u osób powyżej 40. roku życia oraz u osób pracujących 5 lat i dłużej. Pozostaje to w sprzeczności z doniesieniami innych badaczy, gdyż na ryzyko wypalenia zawodowego narażeni są przede wszystkim młodzi pracownicy, rozpoczynający pracę zawodową, którzy mają silną motywację i oczekiwania względem pracy zawodowej [21].

Czynnikiem profilaktycznym przed wypaleniem zawodowym w sytuacjach stresowych może być wsparcie społeczne [24, 25]. Niniejsze badania potwierdziły związek pomiędzy wsparciem społecznym ze strony przełożonego a niższym poziomem wypalenia zawodowego w odniesieniu do wszystkich badanych czynników, a dodatkowo istotne zależności zaobserwowano także w przypadku czynnika depersonalizacji. Należy nadmienić, że kadra kierownicza odgrywa znaczącą rolę w tworzeniu pozytywnego klimatu w miejscu pracy, a do działań zapobiegających wypaleniu zawodowemu należą m.in. dbałość o relacje interpersonalne w zespole, czytelne formułowanie oczekiwań, określanie wymagań czy delegowanie zadań oraz umiejętna finansowa i pozafinansowa gratyfikacja [24]. Funkcję swoistego bufora zabezpieczającego przed rozwinięciem się syndromu wypalenia zawodowego może pełnić również określony styl zarządzania personelem, do którego zalicza się tzw. coaching menedżerski pozwalający rozwijać kreatywność i wpływający na obniżenie retencji pracowników [26, 27]. Nasze badania wykazały także, że wsparcie ze strony współpracowników w sytuacjach konfliktowych może istotnie wpływać na wyższy wynik wyczerpa-

nia emocjonalnego i depersonalizacji. Badania innych autorów dotyczące związku między stresem zawodowym a wsparciem społecznym ze strony współpracowników, przeprowadzone wśród pielęgniarek, również wykazały podobną zależność [28, 29].

Podsumowując, niniejsze opracowanie miało charakter pilotażowy. W odniesieniu do wyników badań pochodzących z innych krajów zauważa się pewne różnice dotyczące poziomu wypalenia zawodowego w badanej grupie fizjoterapeutów, co może być podyktowane określonym charakterem pacy zespołu rehabilitacyjnego w Polsce i innych krajach. W dalszych badaniach dotyczących wypalenia zawodowego w grupie fizjoterapeutów należy zwrócić uwagę na porównania z innymi grupami zawodowymi sektora służby zdrowia, a także potwierdzenie związku między poziomem wypalenia zawodowego a zmiennymi demograficznymi i związanymi z charakterem pracy. Kolejne prace powinny również badać wpływ określonego wsparcia społecznego na poziom wypalenia zawodowego w opisywanej grupie zawodowej.

Autorzy niniejszego opracowania pragną zwrócić uwagę na mocne strony przeprowadzonych badań. Główną ich zaletą był sam projekt badawczy, który zakładał przeprowadzenie badań w heterogenicznej pod względem wieku, stażu pracy oraz płci grupie, co umożliwiło wyciągnięcie wniosków z analizy danych socjodemograficznych jako jednego z kryterium dla pojawienia się syndromu wypalenia zawodowego. Warto zaznaczyć, że badania prowadzone były zgodnie z zasadą zapewnienia fizjoterapeutom komfortu anonimowości, co w znacznym stopniu mogło zmniejszyć przypadki fałszyfikowania odpowiedzi. Słabym punktem badań było zastosowanie

w doborze badanych tzw. kuli śnieżnej, co ogranicza reprezentatywność uzyskanych wyników wobec fizjoterapeutów pracujących w naszym kraju. W trakcie realizacji projektu dokonano wyboru takiej metody doboru badanych ze względu na ograniczenia czasowe i finansowe. Kolejnym ograniczeniem było nieuwzględnienie grupy porównawczej kobiet i mężczyzn o podobnym rozkładzie cech, ale werbowanych spoza branży usług rehabilitacyjnych, co uniemożliwiłoby uogólnianie wniosków na szerszą populację. Kolejny jest fakt oparcia analiz na subiektywnej ocenie przez badanych obecności wsparcia społecznego w miejscu pracy. Jednak uzyskanie pewnych zależności tylko na podstawie subiektywnych ocen nasuwa kierunek dalszym badaniom ogólnopolskim i międzynarodowym dotyczącym poznania roli wsparcia społecznego w prewencji zespołu wypalenia zawodowego u fizjoterapeutów.

Wnioski

1. Badana grupa fizjoterapeutów uzyskała wysoki wynik w zakresie depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych.
2. Nie potwierdzono istotnej zależności pomiędzy zmiennymi demograficznymi i społecznymi związanymi z wykonywaniem pracy przez fizjoterapeutów a poziomem poszczególnych czynników składających się na syndrom wypalenia zawodowego.
3. Otrzymywanie wsparcia społecznego ze strony przełożonych może chronić fizjoterapeutów przed wystąpieniem u nich zespołu wypalenia zawodowego.

Piśmiennictwo

1. Pavlakis A., Raftopoulos V., Theodorou M., *Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: national survey*, „BMC Health Service Research” 2010; 10: 63.
2. Beisert M., *Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalenia się pielęgniarek*, w: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe – przyczyny i zapobieganie*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2011: 182–186.
3. Fiłończuk-Wieczorkowska H., Żukrowska M., *Stres a wypalenie zawodowe*, w: A. Steciwko, A. Mastalerz-Migas (red.), *Stres oraz wypalenie zawodowe. Jak rozpoznać, zapobiegać i leczyć*, Urban & Partner, Wrocław 2012: 44–46.
4. Sapilak B., *Wypalenie zawodowe personelu medycznego*, w: A. Steciwko, A. Mastalerz-Migas (red.), *Stres oraz wypalenie zawodowe. Jak rozpoznać, zapobiegać i leczyć*, Urban & Partner, Wrocław 2012: 47–59.
5. Pasikowski T., *Polska adaptacja kwestionariusza Maslach Burnout Inventory*, w: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*. Wyd. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009: 135–148.
6. Lindsay R., Hanson L., Taylor M., McBurney H., *Workplace stressors experienced by physiotherapists working in regional public hospitals*, „Australian Journal of Rural Health” 2008; 16(4): 194–200.
7. Campo M.A., Weiser S., Koenig K.L., *Job strain in physical therapists*, „Physical Therapy” 2009; 89(9): 946–956.
8. *Przewodnik po zawodach*. Tom 2, Wyd. Ministerstwa Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2003.
9. Halbesleben J.R.B., Demeerouti E., *The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory*, „Work & Stress” 2005; 19: 208–220.
10. Leiter M.P., Maslach C., *Pokonać wypalenie zawodowe. Sześć strategii poprawienia relacji z pracą*, Oficyna Wydawnictwa Wolters Kluwer, Warszawa 2010: 71–98.
11. Maslach C., *Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej*, w: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*, PWN, Warszawa 2007: 13–31.
12. Wilczek-Różycka E., Plewa Z., *Wypalenie zawodowe u pracowników ochrony zdrowia*, „Medycyna Rodzinna” 2008; 3: 69–73.
13. Rosenberg T., Pace M., *Burnout among mental health professionals: Special considerations for the marriage and family therapist*. „Journal of Marital and Family Therapy” 2006; 32(1): 87–99.
14. Maslach C., Leither M., *Early predictors of job burnout and engagement*, „Journal of Applied Psychology” 2008; 3: 498–512.
15. Maslach C., Leither M.P., Jackson S.E., *Making a significant difference with burnout interventions: researcher and practitioner collaboration*, „Journal of Organizational Behavior” 2012; 33: 296–300.
16. Beheshtifar M., Omidvar A.R., *Causes to create job burnout in organizations*, „International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences” 2013; 3(6): 107–113.
17. Serrano G., de Los Fayos E.J., Hidalgo Montesinos M.D., *Burnout in Spanish physiotherapists*, „Psicothema” 2008; 20: 361–368.
18. Fisher M., Mitsche M., Endler P. et al., *Burnout in physiotherapists: use of clinical supervision and desire for emotional closeness or distance to clients*, „International Journal of Therapy and Rehabilitation” 2013; 20: 550–558.
19. Li Calzi S., Farinelli M., Alianti L., Manigrasso V., Taroni A.M., *Physical rehabilitation and burnout: different aspect of the syndrome and comparison between Healthcare Professional involved*. „European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine” 2006; 42: 27–36.
20. Kalicińska M., Chylińska J., Wilczek-Różycka E., *Professional burnout and social support in the workplace among hospice nurses and midwives in Poland*, „International Journal of Nursing Practice” 2012; 18: 595–603.
21. Garbin C.A.S., Garbin A.J.I., dos Santos R.R., Fagundes Freire A.C.G., Gonçalves P.E., *Burnout's Syndrome in Dentists*, „Journal of Depression and Anxiety” 2012; 1: 109.
22. Zarei M., Kalali N., Anvari M., *Do demographic variables moderate the relationship between job burnout and its consequences*, „Iranian Journal of Management Studies” 2012; 5: 50.
23. Falkenberg A., Nyfjäll A., Hellgren C., Vingård E., *Social support at work and leisure time and its association with self-related health and sickness absence*, „Work” 2012; 43: 469–474.
24. Ozbay F., Johnson D.C., Dimoulas E., Morgan C.A., Charney D., Southwick S., *Social support and resilience to stress*, „Psychiatry” 2007; 4(5): 35–40.

25. Lubrańska A., *Klimat organizacyjny a doświadczanie wypalenia zawodowego* „Medycyna Pracy” 2011; 62(6): 623–631.
26. Rzycka O., *Menedżer coachem. Jak rozmawiać, by osiągnąć rezultaty*, Oficyna WLB, Warszawa 2012: 10.
27. Scandura T.A., Williams E.A., *Mentoring and transformational leadership the role of supervisory career mentoring*, „Journal of Vocational Behavior” 2004; 65: 448–468.
28. Abul Al Rub R.F., *Job stress, job performance, and social support among hospital nurses*, „Journal of Nursing Scholarship” 2004; 36: 73–78.
29. Abul Al Rub R.F., *Replication and examination of research data on Job stress and coworker social support with internet and traditional samples*, „Journal of Nursing Scholarship” 2006; 38: 200–204.