

João Pedro de Sousa Pinto Saganha

Empathy and Burnout in private practice Physical Therapists

Dissertação para obtenção do grau de Mestre

Mestrado em Comunicação Clínica

Universidade do Porto

2011

De acordo com o art.3 do capítulo “Tarefas a Realizar” do Regulamento do Mestrado em “Comunicação Clínica”, a presente Dissertação consta da apresentação de dois trabalhos distintos, a saber:

1. Redacção de um ou mais capítulos de um Manual de Competências de Comunicação Clínica, a ser publicado pelo Serviço de Psicologia Médica, no final do Curso. Estes capítulos seguem a formatação prévia de: algoritmo, descrição, fundamentação e caso clínico.
2. Realização de um trabalho de investigação com publicação submetida em Revista científica.
3. O conjunto do ou dos Capítulos do Manual e o trabalho realizado e submetido para publicação constituirá a matéria da dissertação para obtenção do Grau de Mestre.

Agradecimentos

Agradeço a Deus por tudo.

Agradeço:

À Orientadora Professora Doutora Margarida Figueiredo Braga toda a orientação, rigor, disciplina e incansável assistência que imprimiu na concretização deste estudo.

Ao Professor Doutor Rui Mota Cardoso o acompanhamento que me proporcionou.

À Dr.^a Raquel Pedrosa pelo apoio na realização do capítulo do livro

Ao Professor Ernesto Paulo Fonseca pelo apoio técnico no tratamento dos dados estatísticos.

À Sara todo o auxílio proporcionado na realização de diligências e comunicações necessárias.

A todas as Clínicas e Fisioterapeutas que com a melhor boa vontade, tornaram possível recolher os elementos para a realização deste trabalho, os meus sinceros agradecimentos.

À minha família e amigos que me acompanharam e acreditaram em mim.

A todos envolvo num abraço de gratidão. Bem Hajam.

Índice

Parte 1. Capítulo de livro

Entrevista Motivacional

Algoritmo -----	7
Descrição do algoritmo -----	8
Fundamentação -----	14
Considerações Finais -----	26
Leituras aconselhadas -----	26
Referências -----	27
Exemplo Clínico -----	30

Parte 2. Artigo de investigação

Empathy and Burnout in private practice Physical Therapists

Resumo -----	35
Abstract -----	37
Introduction -----	39
Methods -----	44
Results -----	46
Discussion -----	53
Conclusion -----	57
References -----	59

Abreviaturas

EM – Entrevista Motivacional

As – Avaliar, Aconselhar, Acordar, Ajudar, Acompanhar

HRA – Health Risk Appraisal

Rs – Relutância, Revolta, Resignação, Racionalização

JSPE - *Jefferson Scale of Physician Empathy*

MBI - *Maslach Burnout Inventory*

EE – Emotional Exhaustion

DP – Depersonalization

PA – Personal Accomplishment

PASW - *Predictive Analytics SoftWare Statistics*

PARTE I

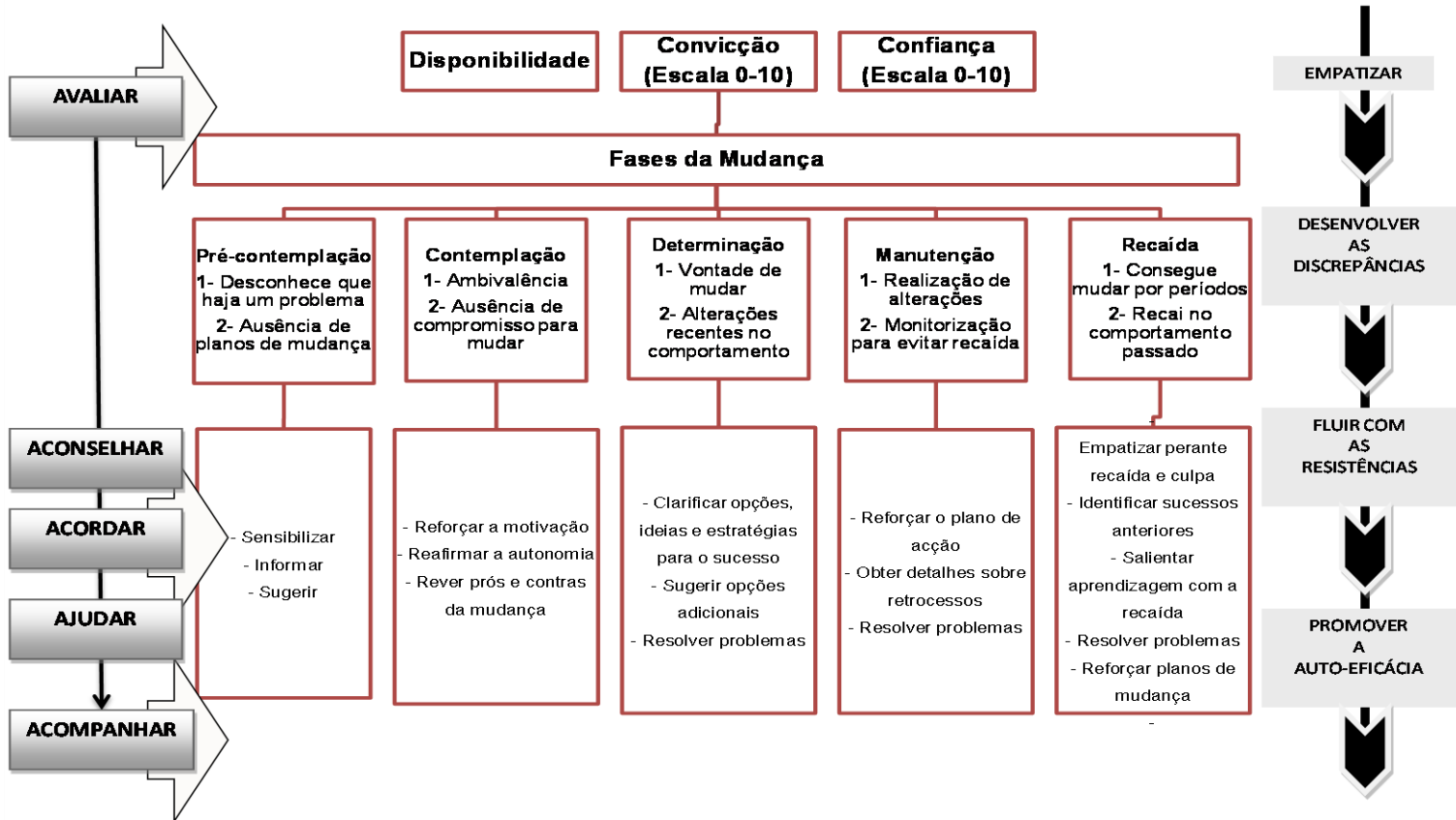
CAPÍTULO DO LIVRO

“COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA”

17. Entrevista Motivacional

Algoritmo

17. ENTREVISTA MOTIVACIONAL



17. ENTREVISTA MOTIVACIONAL

João Pedro de Sousa P. Saganha

Perante um comportamento problemático, a Entrevista Motivacional (EM) fornece ao clínico um estilo de aconselhamento para a mudança, dirigido e estruturado. O Protocolo de Aconselhamento (Protocolo dos 5 As) permite organizar a entrevista, avaliar a fase em que o doente se encontra, otimizar os recursos e promover suporte e aliança ao processo de mudança.

1. Avaliar

Avaliar a disponibilidade para dialogar/discutir

O clínico inicia a avaliação com perguntas abertas sobre os hábitos e atitudes relacionados com a saúde do doente, com o objectivo de fornecer uma proposta de mudança personalizada. Os pontos-chave dessa avaliação incluem: 1) Adesão ao tratamento, incluindo medicação; 2) Consumo de tabaco e álcool, exercício físico, dieta, comportamentos de risco; 3) Comportamentos associados a auto-acompanhamento de doenças crónicas – monitorização, lidar com sintomas, acompanhamento clínico regular; 4) Ideias, crenças e sentimentos relativos aos comportamentos relacionados com a saúde e sua mudança.

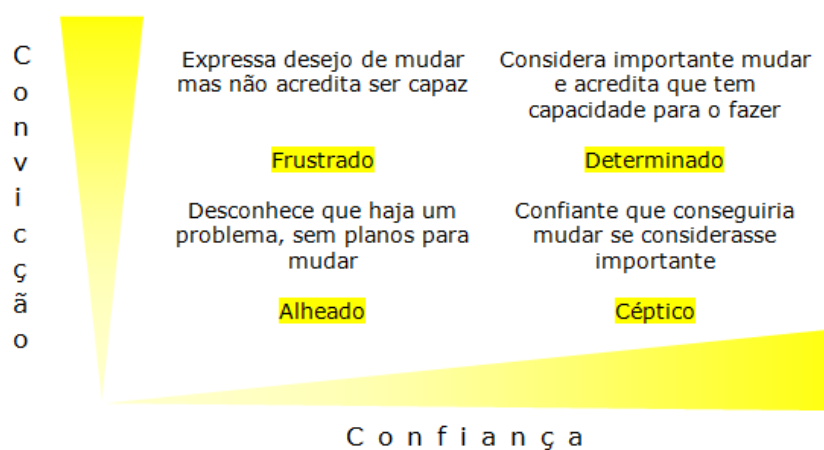
Após a avaliação inicial sobre hábitos e comportamentos relacionados com a saúde, o clínico pede permissão para explorar conhecimentos, experiências passadas e crenças sobre determinado comportamento, demonstrando respeito pela autonomia do doente, bem como por sucessos passados (*“É muito bom que tenha conseguido estar sem fumar durante uma semana no ano passado”*). Após ter sido dada permissão, pelo doente, para abordar a mudança de determinado comportamento, o clínico avalia a fase da mudança (o nível de convicção e de confiança) em que o doente se encontra.

Avaliar a convicção

O clínico começa por avaliar a importância que o doente atribui à mudança. Pode utilizar uma escala de 0-10, sendo 10 a importância máxima dada à mudança de determinado comportamento e 0 a ausência dessa convicção. **O clínico reforça o nível em que o doente se encontra e usa esta medida para promover a passagem ao nível superior** (“*Numa escala de 0 a 10, qual a sua convicção em que deixar de fumar é importante, sendo 0 sem importância e 10 máxima importância?*”).

Avaliar a confiança

O clínico avalia a seguir a capacidade que o doente reconhece ter para mudar o seu comportamento com sucesso. Pode utilizar uma outra escala de 0-10, sendo 0 o reconhecimento da ausência de capacidade e 10 a capacidade máxima. **O clínico reforça o nível em que o doente se encontra e usa esta medida para promover a passagem ao nível superior** (“*Numa escala de 0 a 10, qual a sua confiança em que consegue deixar de fumar, sendo 0 ausência de confiança e 10 máxima confiança?*”).



Avaliar o Estádio de Mudança

Após as duas avaliações anteriores, o clínico adequa a sua resposta à fase em que o doente se encontra:

1. **Fase de Pré-contemplanção** – o doente não reconhece que há algum comportamento a mudar (*“Já fumo desde os 14 anos e nunca me senti mal por isso”*). Quando o doente se encontra nesta fase, o clínico pede-lhe permissão para o informar sobre o comportamento de risco. Se o doente recusa, o clínico respeita a sua posição e autonomia e redirecciona a entrevista para outros temas. Se o doente lha dá, mantém uma relação empática, coloca questões que permitam ao doente reflectir e sensibiliza-o para iniciar o processo de mudança (*“O que poderá fazê-lo saber que está na hora de deixar de fumar?”*).

2. **Fase de Contemplanção** – o doente encontra-se ambivalente em relação à mudança, mas não assume um compromisso para um futuro próximo (*“Se algum dia achar que as bebidas alcoólicas me prejudicam, então pensarei em beber menos”*). O clínico explora esta ambivalência (*“E neste momento de que forma o estão a prejudicar?”*), revendo os prós e contras em relação à mudança e reafirmando a autonomia do doente.

3. **Fase de Determinação** – o doente tenciona fazer algo num futuro próximo ou já realizou algumas alterações recentes no seu comportamento (*“Desde aquele dia em que discuti com a minha mulher, tenho tentado comer menos vezes coisas que me fazem mal”*). O clínico explora e antecipa a fase de acção, de modo a apoiar o desenvolvimento de mecanismos de adaptação às dificuldades, utilizando, como fundamentação, as razões que o doente deu para efectuar a mudança (*“E desde então, o que tem sido mais difícil para si evitar?”*). O clínico tenta, com o doente, encontrar estratégias para ultrapassar obstáculos, traçando um plano concreto para o conseguir. Nesta fase, sugere opções.

4. Fase de Acção - Manutenção – o doente realizou alterações com sucesso mas ainda necessita de monitorizar o seu comportamento para não se descuidar e recair (*“Sinto que, quando ao fim-de-semana saio com amigos, é muito mais difícil evitar beber cerveja”*). O clínico reforça a auto-eficácia do doente, monitorizando, mais do que dirigindo, o processo. Nesta fase, o clínico reafirma o compromisso com a mudança, dá ênfase às acções bem sucedidas e atribui os bons resultados ao esforço do doente. Estratégias de resolução de problemas, controlo de estímulos e reforço contingente, entre outras, podem e devem ser utilizadas nesta fase com o intuito de aumentar a frequência do comportamento pretendido e tornar a recaída menos provável.

5. Fase de Recaída – o doente conseguiu mudar por períodos longos, mas recaiu no comportamento passado (*“Pedi ao meu cunhado um cigarro dos dele, só para festejar o nascimento do meu filho. Quando dei por mim, estava outra vez a fumar”*). O clínico reforça a possibilidade de aprender com a experiência, melhorando a resistência pessoal. Dá apoio e encoraja esforços para se retomar o processo, negociando objectivos realistas e impedindo o desencorajamento (*“Esteve seis meses sem fumar! E esta foi a sua primeira tentativa! O que o levou a voltar a fumar, concretamente?”*).

2. Informar e Aconselhar

O clínico aconselha o doente de forma personalizada (usando o contexto deste e as suas características), respeitando as suas possibilidades e circunstâncias. Fornece informação de maneira doseada, verificando se está a ser compreendido (*“Uma vez que se tem sentido incomodado com o peso que tem, posso dar-lhe algumas informações sobre as consequências para a sua saúde de um peso excessivo?”*).

3. Chegar a Acordo

O clínico define, em parceria com o doente, objectivos claros e exequíveis. Dá-lhe a oportunidade de expor os seus objectivos e partilha com ele os objectivos clínicos. É fundamental demonstrar uma atitude de colaboração/parceria (*“Como*

me disse, pretende deixar de comer tantos doces. A minha proposta seria deixar de comer doces à noite, já que é quando não sente tanta necessidade. O que acha?”).

4. Ajudar/Assistir a ultrapassar dificuldades

O clínico identifica barreiras à implementação do plano de acção combinado, identificando recursos e estratégias do doente para as ultrapassar. Para tal, pode recorrer a técnicas de mudança comportamental (auto-ajuda e aconselhamento) para o desenvolvimento de estratégias conducentes à acção (*“Segundo me disse, a falta de companhia contribui para que não vá ao ginásio. Já pensou em convidar a sua namorada para o acompanhar?”*).

5. Acompanhar

O clínico marca consultas com o acordo do doente, de forma a promover uma assistência/suporte contínuo e eficiente. Ajusta o plano de tratamento quando necessário, podendo incluir alternativas mais intensivas ou intervenções específicas sempre que necessário, em parceria com o doente, procurando o acordo verbal nos detalhes do plano terapêutico.

Competências Comunicacionais

“Perguntar - Dizer - Perguntar”

A estratégia “perguntar - dizer - perguntar” permite ao clínico abordar as questões de forma ajustada à realidade do doente e com o objectivo de compreender o problema. Ao mesmo tempo, fornece informação que possibilita confirmar de imediato se o doente compreendeu e concorda com o que foi dito. Esta técnica é usada em qualquer momento da EM e assegura o envolvimento do doente no diálogo, ao mesmo tempo que promove uma relação de parceria (Clínico: *“O que sabe sobre os efeitos do tabaco?”* Doente: *“Sei que faz muito mal e leva ao cancro.”* Clínico: *“Vejo que está informado. Gostaria de ter mais informação sobre esse assunto?”* ... Clínico: *“No seu caso, o que acha que poderíamos começar a fazer?”* Doente: *“Vou tentar reduzir o número de cigarros que fumo por dia, mas todos me dizem que é muito difícil.”* Clínico: *“De facto é difícil. A sua determinação,*

no entanto, vai ser uma ajuda preciosa, e pode contar comigo também. Há vários protocolos muito bem sucedidos. Como pensa que será melhor?...”).

Princípios estruturantes

A EM assenta em 4 princípios estruturantes. São eles:

1. Expressão de empatia

- Aceitar a postura do doente, procurando entendê-lo sem julgamento ou crítica.
- Ouvir de forma activa e reflectir adequadamente.
- Valorizar as tentativas para lidar com o(s) problema(s) e para o(s) resolver.
- Legitimar os sentimentos do doente.
- Assumir a ambivalência como algo de normal e parte do processo de mudança.
- Respeitar a autonomia do doente e o direito de escolher ou recusar a mudança.

2. Desenvolvimento de discrepâncias

- Aumentar o reconhecimento das consequências do comportamento.
- Sublinhar a discrepância entre o comportamento do doente e as suas prioridades, valores e objectivos.
- Encorajar o doente a identificar as suas razões para a mudança.
- Providenciar informação e suporte sempre que o doente expresse compromisso ou vontade de mudança, espontâneos ou conduzidos.
- Evitar discussão argumentativa geradora e amplificadora de resistência.

Fluir (“rolling”) com a resistência

- Recuar quando o doente exprime resistência, reconhecendo que mudar é difícil.
- Em simultâneo, convidar o doente a considerar nova informação ou perspectivas, sem impor as suas próprias ideias.

Promover a auto-eficácia

- Acreditar na possibilidade de mudança.
- Ajudar o doente a construir a mudança sobre sucessos passados, oferecendo abordagens alternativas e escolhas para os passos seguintes.

FUNDAMENTAÇÃO

Introdução

O reconhecimento por parte do clínico da possibilidade de ajudar os seus doentes a lidar com situações decorrentes do seu estilo de vida, ou a iniciar a mudança de um comportamento menos saudável, tem feito da EM um instrumento poderoso. Tendo sido inicialmente formulada para situações de dependência, a EM é actualmente utilizada na promoção de comportamentos julgados saudáveis (exercício físico, alimentação equilibrada, adesão à terapêutica) e na redução de outros considerados negativos para a saúde (consumo de tabaco e álcool, peso excessivo, etc.).¹

Este tipo de entrevista baseia-se no pressuposto de que todos os indivíduos possuem capacidades e recursos para alterar o seu comportamento, sendo a motivação para tal um factor dinâmico que reflecte a disposição para a mudança. Assim, cabe ao clínico **explorar a ambivalência** que contraria o processo, adaptando as estratégias à fase em que o doente se encontra a cada momento, e conhecer valores e objectivos pessoais do doente, de modo a aumentar a sua probabilidade de mudança bem sucedida.¹

A EM reúne abordagens oriundas das denominadas psicoterapias breves – Terapia centrada no cliente de C. Rogers, Terapia cognitiva segundo o modelo de Bandura, Terapia sistémica e Psicologia de auto-determinação de Deci.^{2, 3, 4} Um dos modelos mais utilizados é o de Rollnick e Miller,⁵ que adopta um estilo de aconselhamento directivo na exploração dos argumentos do próprio indivíduo para mudar, estimulando e promovendo a alteração do comportamento.

Na prática, com base numa sessão claramente estruturada, o clínico cria uma atmosfera de conversação construtiva sobre os comportamentos a mudar, ouvindo o doente de forma empática e compreendendo a sua perspectiva, com o intuito de minimizar a resistência à mudança.^{5, 6} Em alternativa a propor soluções ou sugestões, oferece condições que propiciam o espaço para uma mudança natural, ou seja, ao invés de impor ou tentar persuadir, tenta encontrar no e com o doente as razões necessárias para mudar. De facto, a confrontação e a persuasão são evitadas, já que podem aumentar a resistência e reduzir a probabilidade de uma mudança efectiva.⁵ O clínico define antes o momento certo de intervir, de modo a

auxiliar o doente a lidar com sua ambivalência, explorando os conflitos e contradições relacionados com o problema.⁵

Protocolo de intervenção terapêutica - Modelo dos 5 As

O Modelo dos 5 As (Avaliar, Aconselhar, Acordar, Ajudar, Acompanhar), adaptado do protocolo para deixar de fumar, desenvolvido em 1980 pelo Instituto Nacional do Cancro,⁷ tem-se revelado especialmente eficaz em situações em que o clínico e o doente seguem uma agenda preestabelecida num tempo limitado. Esta técnica, que associa várias perícias, fornece aos clínicos elementos conceptuais baseados na evidência e tem mostrado resultados positivos nas intervenções para aconselhamento sobre comportamentos saudáveis.⁸ Fundamentalmente, permite ao clínico adaptar a sua intervenção à posição do doente perante o processo de mudança, explorando as capacidades que este já tem no sentido de uma mudança realista.

Dada a sua exequibilidade e eficácia, a *Canadian Task Force on Preventive Health Care* e o *Counselling and Behavioral Interventions Work Group of the US Preventive Services Task Force*, propõem actualmente o uso deste protocolo no aconselhamento comportamental desenvolvido em contexto clínico.⁹

1. Avaliar

Esta etapa permite obter informação sobre comportamentos passados, crenças sobre eles e suas consequências, grau de preparação para mudar, elementos facilitadores e obstáculos à mudança.⁹

Algumas estratégias de avaliação padronizada, como a *Health Risk Appraisal* (HRA), têm vindo a ser desenvolvidas.⁹ Este questionário permite recolher informação sobre os factores de risco do doente e é tipicamente usado para produzir e utilizar informação individualizada na promoção de comportamentos saudáveis e na prevenção de doenças. Embora a sua correcta utilização exija mais do que uma sessão de formação, é um método de baixo custo e de fácil implantação, que permite monitorizar as variações dos comportamentos e os factos relatados.⁹

A Avaliação inclui a caracterização do estágio de mudança em que o doente se encontra¹⁰ e a monitorização do nível de **convicção**, de motivação e de

confiança para efectuar as mudanças. A disponibilidade para dialogar/discutir deve também ser monitorizada ao longo da avaliação, o que permite informar de modo eficiente e personalizado e respeitar efectivamente a capacidade do doente para se envolver no debate, mantendo o diálogo. Em termos práticos, o clínico pedirá permissão para explorar conhecimentos, experiências passadas e crenças sobre prós e contras da mudança e também para fornecer informação específica.¹¹

Estádios de Mudança

De acordo com o *Transtheoretical Model of Change*, também conhecido como o modelo dos estádios de mudança,¹² as alterações no comportamento não acontecem numa única etapa. Para além disso, cada etapa pode ter duração variável consoante as características individuais. Desde o desinteresse (fase de pré-contemplação), consideração de uma mudança (contemplação), decisão e preparação para a mudança, até à manutenção de um novo comportamento, um conjunto de alterações graduais vão acontecendo. Esta perspectiva permite encontrar, para cada fase e doente, as estratégias mais eficazes¹³ e é aplicável a um vasto número de situações (aumento do consumo de alimentos saudáveis, monitorização de indicadores de doença, cessação tabágica, controlo de peso, etc.).

Estádio 1 - Pré-contemplação:

Nesta fase, o doente não se mostra interessado em qualquer tipo de ajuda, não pensa em mudar e não reconhece a existência do problema. Pode ainda defender os seus hábitos ou comportamentos e/ou evitar discuti-los, não acreditando que determinado comportamento possa afectar negativamente a sua saúde,¹⁴ ou resignando-se a um comportamento não saudável por falhanços anteriores que determinaram a crença na sua falta de controlo.¹⁵ DiClemente postulou que as atitudes que se assumem como obstáculo à mudança neste estágio se podem enquadrar nos 4 Rs – relutância, revolta, resignação e racionalização.¹⁶

Os doentes em pré-contemplação representam um desafio particular para o clínico. Uma escuta atenta e reflexiva, questões pertinentes e clarificadoras e uma atitude empática demonstraram ser as estratégias de maior sucesso, predizendo a mudança de comportamento.¹⁷ Mais do que catalogar o doente como “argumentador”, “resistente” ou “em negação”, o objectivo terapêutico desta fase é conseguir que ele comece a considerar uma mudança. Ao manter uma relação

positiva, o clínico obtém informação que lhe permite personalizar factores de risco, conduz o doente à reflexão sobre o problema e motiva-o para iniciar o processo de mudança. Por exemplo, em vez de perguntar confrontativamente “*Quer morrer por causa deste problema?*”, questiona-o: “*Como irá saber que está na hora de deixar de fumar?*”, o que dará ao doente a noção de ser especialista de si mesmo, desencadeando um processo pessoal de análise mais construtivo.

Estádio 2 – Contemplação:

A certeza absoluta sobre algo é uma situação excepcional e não a regra; portanto, é pertinente considerar a ambivalência como natural, aceitável e compreensível.⁵ A ambivalência pressupõe que o comportamento a mudar tem características percebidas pelo doente como ganhos ou factores positivos, que o fazem querer mantê-lo (por exemplo, prazer de fumar), e outras características entendidas como desvantagens ou aspectos negativos (por exemplo, despesa com os cigarros, riscos para a saúde). Neste contexto, importa que a ambivalência não seja considerada um traço de personalidade ou um factor de mau prognóstico.

Mais atento, neste estágio, às consequências pessoais que determinado comportamento tem ou pode ter, o indivíduo mostra-se apto a considerar a possibilidade de mudar. Ciente de que o problema existe, ainda não está capaz de se comprometer a agir, tendendo a permanecer ambivalente. No entanto, pesando os prós e contras da mudança, e ponderando os benefícios em relação ao esforço exigido, corre o risco de prolongar esta análise indefinidamente. Frequentemente utilizando declarações como “sim, mas...”, o doente está, no entanto, mais disponível para aceitar informação sobre o problema e suas consequências e mais apto a reflectir sobre os seus pensamentos e emoções. Neste momento particular, é importante que o clínico se mantenha empático, valide, elogie e encoraje, apoiando o doente que se debate com dúvidas e desconfia da sua capacidade. Tendo presente que ponderar a mudança ou estar interessado em mudar são diferentes de estar decidido a mudar, fornecer informação personalizada pode constituir um valioso incentivo. Encontrar exemplos de sucesso no seu passado e/ou pedir ao doente que indique estratégias concretas que permitiriam a mudança¹⁸ pode ainda conferir-lhe a autoria do seu próprio processo.

Estádio 3 – **Determinação:**

Caracteristicamente, chegado a este estágio, o doente compromete-se a mudar. A sua determinação é verbalizada por declarações como: *“Tenho de fazer alguma coisa para resolver este problema”* ou *“Este assunto é de facto sério, o que há a fazer?”*. Reunindo mais informação, procurando várias opiniões clínicas, recorrendo a diversas estratégias e explorando alternativas, o doente vai dando passos no sentido da mudança concreta de comportamento. Durante este estágio preparatório, pode ir testando pequenas alterações à medida que a sua determinação aumenta, associando a acção à sua intenção de mudança. Uma das dificuldades pode ser a passagem demasiado precoce à acção, ultrapassando a fase de determinação. A falta de preparação ou a consciência dos custos dessa mudança, pode comprometer o resultado do esforço desenvolvido. Para o clínico, é essencial procurar sinais no doente de uma visão realista das dificuldades. Esta será mais preditiva de sucesso do que declarações verbais muito determinadas. Pode ser útil explorar previamente a fase de acção e apoiar o desenvolvimento de mecanismos de adaptação às dificuldades, de modo a reforçar as razões do doente, antecipando obstáculos previsíveis e delineando o plano concreto que vai ser posto em prática.^{13 - 19}

Estádio 4 – **Manutenção – Acção:**

Esta fase envolve um esforço continuado na resolução do problema.²⁰ O doente acredita ser capaz, está manifestamente comprometido numa mudança efectiva e activamente modifica o seu comportamento e as condições ambientais, seguindo o plano pré-definido. Muitas vezes rápida (de aproximadamente seis meses a algumas horas), a evolução deste estágio depende sobretudo da motivação e dos recursos do doente. Este está mais aberto a receber informação e suporte e, à medida que avança, sente-se mais eficaz e seguro. Estratégias de resolução de problemas,²¹ controlo de estímulos,²² reforço contingente,²³ entre outras, podem e devem ser utilizadas nesta fase com o intuito de aumentar a frequência do comportamento pretendido e tornar a recaída menos provável¹.

Dado que o doente efectuou uma mudança sustentada e um comportamento novo substituiu o anterior, é importante para o clínico e para o doente monitorizar

¹ Ver abordagem do tema no capítulo 09: *Tomar Decisões e Planear.*

o comportamento adquirido. Incumprimentos ocasionais podem pôr em risco a determinação do doente e desencorajá-lo de prosseguir no seu esforço de mudança. O clínico mantém uma atitude tranquilizadora, informando sobre a espiral dos estádios de mudança, revendo o plano de acção e mantendo-se disponível. A recaída é uma possibilidade a ser prevenida, correspondendo a um período crítico em que a auto-eficácia diminui e o receio aumenta – acontecendo com frequência após um pequeno episódio de incumprimento.²⁴ Assim, perante uma crise, esta deve ser avaliada, esclarecidos os factores desencadeantes e precipitantes, debatidas alternativas de sucesso e reforçados os investimentos já efectuados. Intervenções específicas podem ainda incluir a identificação de factores de risco de recaída, aumento da auto-eficácia e promoção de estratégias para lidar com essas situações.²⁵

Estádio 5 – **Recaída:**

As recaídas são praticamente inevitáveis e fazem parte do processo de mudança. Esta constatação permite desdramatizar e promover a reentrada do doente no processo, voltando-se ao estágio de contemplação, preparação ou acção. Por exemplo, ex-fumadores que recaiam podem aprender que locais específicos devem evitar. Por outro lado, analisar os passos bem sucedidos do plano desloca o foco da atenção do que falhou para o que não falhou e foi eficaz, oferece encorajamento e reinicia o processo de resolução do problema.²⁶ O objectivo do clínico é, aqui, dar apoio e redireccionar os esforços para que o processo seja retomado, negociando objectivos realistas e impedindo o desencorajamento. Muitos indivíduos passam inúmeras vezes pelas diferentes etapas do processo até conseguirem uma mudança mais duradoura. Por este motivo, vários autores ilustram o processo de mudança como uma espiral em movimento.^{20 - 25}

Monitorização do nível de convicção, de motivação e de confiança

Na Avaliação do estágio de mudança, é importante obter informação sobre a **convicção**, o nível motivacional e a **confiança** que o doente atribui a si próprio.²⁷ Convicção corresponde à importância que o doente atribui à mudança, e confiança, à capacidade que o doente reconhece ter para mudar com sucesso. A utilização de uma escala analógica de 0 a 10 é a técnica mais aconselhada.

2. Aconselhar

Esta é a etapa mais familiar aos clínicos. Embora alguns estudos refiram que o aconselhamento breve e padronizado pode, por si só, fomentar mudanças em comportamentos específicos, ^{28, 29} esta estratégia tem uma eficácia limitada na promoção da mudança. Em alternativa, o aconselhamento, em circunstâncias de tempo limitado faz-se de forma dirigida, clara e isenta de julgamentos³⁰ e está particularmente indicado, como referido, quando o doente se encontra no estágio de contemplação. É fundamental que a informação seja personalizada e aferida às características do processo de mudança individual. De modo geral, é importante que a informação inclua dados sobre os comportamentos de risco e benefícios da mudança.⁹ A atenção prestada a manifestações de resistência ou de distanciamento é crucial, pelo que o clínico monitoriza sempre a disponibilidade e investe no diálogo. Se, pelo contrário, o doente solicitar mais informação, o clínico poderá elaborá-la de forma concisa ou propor uma nova entrevista para aprofundar a discussão.³¹

3. Acordar

Competência básica de uma entrevista, a capacidade para chegar a acordo negociando sem impor objetivos e estratégias, pode ditar o sucesso de uma intervenção clínica de orientação motivacional. A negociação de um plano para conseguir mudar um comportamento permite ao doente escolher as suas próprias estratégias, que normalmente colherão para ele o maior benefício ao menor custo. Ao mesmo tempo, o clínico apresenta os seus objetivos, aceitando flexibilizá-los de modo a torná-los exequíveis para aquele indivíduo em particular. Ao propor objetivos claros e realistas está a facilitar a mudança, a encorajar sucessos e a evitar fracassos.³² Esta atitude promove a adesão do doente ao processo, permite ajustá-lo às dificuldades e obstáculos particulares e mantém o diálogo, facilitando a mudança.

4. Ajudar

Ao longo dos diferentes estádios do processo de mudança, a ajuda ou apoio do clínico faz-se por recurso a abordagens específicas. Enquanto a empatia e a reflexão podem revelar-se como as melhores estratégias para doentes em fase de

pré-contemplação, fornecer informação ou sugerir alternativas comportamentais podem estar mais indicadas na fase de acção. Assumindo um papel de suporte durante todo o ciclo de mudança, assegurando a flexibilidade necessária numa EM, é também importante que o clínico apoie o doente em recaída ou reforce a sua auto-eficácia e motivação em períodos de crise. Por exemplo, se o doente assume um objectivo realista perante níveis de alta convicção mas baixa confiança, cabe ao clínico identificar recursos e explorar estratégias anteriormente bem sucedidas. O clínico ajuda a planificar e implementar a acção, a desenvolver a confiança e a auto-eficácia do doente e a sinalizar e superar barreiras ao sucesso.³⁻⁵

5. Acompanhamento

Agendar os comportamentos em fase de mudança, integrando-os na entrevista, ou marcar uma entrevista dedicada à abordagem do problema, caracteriza a estratégia de acompanhamento definida pela EM. O plano acordado entre doente e clínico incluirá o acordo detalhado, em cada fase, sobre os objectivos e estratégias, o seguimento num futuro próximo e a inclusão, sempre que necessário, de outros elementos da equipa multidisciplinar.⁹

Princípios básicos da Entrevista Motivacional

No decorrer de uma EM, o clínico coloca cuidadosamente questões e estabelece um diálogo isento, resistindo a fornecer informação na sua qualidade de perito. Constrói assim as bases para uma atmosfera de apoio às dificuldades do processo, na qual o doente se possa sentir à vontade para explorar a sua realidade e conflitos. Por outro lado, manter o diálogo num tom positivo, motivador e não argumentativo, contribui para a crença de que a mudança é um desejo não do clínico mas do doente, reforçando o seu controlo sobre as mudanças a operar e evitando uma postura clínica autoritária. Através da partilha de informação e escuta activa, o clínico clarifica os objectivos do doente (onde quer chegar) e o seu estado actual (onde se encontra).

São definidas como princípios básicos de uma abordagem motivacional, as seguintes acções:

1. Adoptar uma atitude empática face às dificuldades da mudança;
2. Desenvolver as discrepâncias do doente;
3. fluir (*rolling*) com a sua resistência do doente;
4. Promover a auto-eficácia, a motivação e a crença na mudança.

Expressar Empatia

Expressar empatia é, provavelmente, o elemento mais importante da entrevista motivacional.⁵ Uma atitude empática é importante na legitimação dos sentimentos e receios do doente, evidenciando isenção, tolerância e respeito pela autonomia. O clínico, ao investir na construção de uma relação de empatia, cria as bases para uma aliança terapêutica tão necessária ao difícil processo de mudança.¹

Crenças, valores, expectativas e sentimentos do doente são explorados através do uso de perguntas abertas, de modo a que o problema seja percebido na perspectiva do doente, valorizando as suas dificuldades. O doente é convidado a contar a sua história, criando um relato espontâneo particularmente útil na colheita de informação e na construção de uma aliança terapêutica.³³ Também a escuta activa e reflexiva, mais do que repetir o que o doente disse, comunica a compreensão do clínico.³³

Desenvolver as discrepâncias

A exploração da ambivalência é uma ferramenta importante para compreender as barreiras e obstáculos à mudança.⁵ Apesar de um comportamento problemático ser frequentemente fonte de insatisfação e sofrimento pessoal, acarretando a necessidade de substituição, a incapacidade sentida para o fazer desencadeia emoções contraditórias. A dificuldade na mudança para um comportamento mais saudável ou adequado agrava o desconforto causado pelo comportamento, em si ou nas suas consequências.⁵ Com base neste conhecimento, o clínico explora os argumentos do doente a favor e contra a mudança e, assim, mais do que fornecer precocemente informação, coloca questões pertinentes que permitam ao doente reflectir e encontrar as suas próprias soluções.¹

Fluir (*rolling*) com a resistência

Este princípio sublinha a necessidade de promoção de um diálogo construtivo, que amplifique os benefícios e conduza a uma visão positiva da capacidade de mudança.¹ Fluir com a resistência implica saber recuar quando o doente exprime resistência, reconhecendo que mudar é difícil, e evitar uma luta de vontades.⁵ Ao longo da entrevista, validar emoções e reconhecer as dificuldades do processo, mantendo uma atitude compreensiva, conduzem a melhores resultados do que confrontar acções ou atitudes. Estratégias como a reflexão, reformulação ou paráfrase, ênfase no carácter pessoal de cada escolha e o reforço da auto-eficácia permitem promover o diálogo e evitar a contra-argumentação. Por outro lado, perguntar com o objectivo de clarificar pode conduzir o doente a reconhecer a incompatibilidade do comportamento com as crenças que mantém e a discrepância entre onde está e para onde quer ir.³⁴

Num processo de mudança comportamental, vários tipos de resistência podem estar presentes. Nos quadros 1 e 2, caracterizam-se os mais frequentes, e sugerem-se formas de resposta adequadas.

Promover a auto-eficácia

A auto-eficácia é considerada um elemento chave no processo de motivação para a mudança e é um bom factor preditivo do sucesso do tratamento.⁵ Podendo definir-se como o juízo pessoal acerca das próprias capacidades para executar actividades e/ou atingir determinado desempenho, a auto-eficácia representa a crença naquilo que se é capaz de fazer.³ Estimular a auto-eficácia implica aumentar o sentimento de optimismo e a confiança nas competências imprescindíveis à mudança.

Dado que as crenças de auto-eficácia emergem da experiência pessoal, cabe ao clínico pôr em destaque elementos da história do doente que demonstrem a sua capacidade de resistência em situações desafiadoras e, assim, aumentar os seus níveis de motivação e perseverança. Encontrando no seu passado estratégias e situações de sucesso, o clínico proporciona ao doente uma visão positiva da sua capacidade para atingir os objectivos a que se propõe.

Quadro 1. Tipos de resistência expressos num processo de mudança.

Tipos de resistência	Descrição
Discutir	Desafiar - questiona a veracidade do que é transmitido Depreciar - questiona a autoridade do clínico Hostilizar – mostra-se hostil em relação ao clínico
Interromper	Continua a falar enquanto o clínico ainda está a falar Interrompe o discurso do clínico
Negar	Culpa os outros Discorda, sem oferecer alternativas Justifica o seu comportamento ou acções Argumenta que não há aparente prejuízo na manutenção do comportamento Minimiza, sugere que o clínico exagera nos riscos possíveis Expressa pessimismo, faz comentários negativos sobre si mesmo ou sobre os outros Mostra relutância em aceitar as informações ou conselhos recebidos como verdadeiros Demonstra ausência de vontade de mudança
Ignorar	Mostra falta de atenção Não responde ou dá uma resposta que não se dirige à questão Muda o rumo da conversa

Adaptado de Miller & Rollnick, 2002

Quadro 2. Tipos de resposta adequada às resistências expressas.

Tipos de Resposta	Exemplo
Reflexão Simples	Doente: Eu deixei de beber, mas depois acabei por voltar. Clínico: Acabou por voltar...
Reflexão Amplificada	Doente: Eu não estou a beber muito... Clínico: Então, acha que não há motivo para preocupação...
Paráfase Reflexão de duplo sentido	Doente: Ao almoço eu não bebo mais do que os meus colegas. Clínico: Portanto, disse-me que está preocupado com o álcool e como isso afecta a sua vida. Por outro lado, sente que não bebe mais do que seus colegas.
Reformulação	Doente: Eu já tentei várias vezes, mas nunca consigo manter! Clínico: Apesar das dificuldades, tem sido sempre uma pessoa persistente. Parece que esta mudança é algo de muito importante para si.
Ênfase na autonomia e no controlo	Doente: Beber vinho é para mim um prazer e não vou abdicar de o fazer às refeições... Clínico: É, de facto, uma decisão sua. Procurou-me para o aconselhar sobre o melhor plano. Depois disso, pode decidir o que é mais seguro para si. É, realmente, uma escolha sua...
Prescrição paradoxal	Doente: Quando eu saio com os meus amigos exagero e, por vezes, torno-me agressivo e acabo por ser preso. Mas eu acho que isso não é motivo de preocupação. Clínico: Então, é melhor para si continuar a beber. Mesmo sendo preso, é um risco que está disposto a correr.

Adaptado de Miller & Rollnick, 2002

Considerações Finais

Ajudar o doente a mudar constitui um desafio para o clínico. Dado que o aconselhamento padronizado ou a simples informação de carácter educativo, sobre comportamentos e saúde, não se mostraram eficaz em todos os doentes, é importante para o clínico dispor de técnicas capazes de promover mudanças comportamentais positivas, personalizadas e eficazes. A EM pode ser útil em estratégias preventivas, na monitorização de doenças crónicas e mormente na redução de comportamentos de risco.

A EM fornece técnicas, estratégias e oportunidade para modificar comportamentos que influenciam a saúde e pode ser praticada em diversos contextos clínicos, representando um meio terapêutico de eficácia comparável a outros tipos de intervenção. Permitindo identificar o estágio de mudança em que o doente se encontra, conduz a propostas individualizadas e aumenta a possibilidade de efectivação do processo de alteração comportamental. De comprovada eficácia no controlo de factores de risco comportamentais e de comportamentos que promovam a saúde (índice de massa corporal, colesterol, tensão arterial, número de cigarros por dia, etc.), a abordagem motivacional mostrou ter um impacto clinicamente relevante mesmo quando utilizada em consultas com a duração de 15 minutos e numa única sessão.

Finalmente, porque prevê a avaliação, compreensão e ampliação da capacidade para a mudança, bem como a antecipação de recaídas, a EM pode melhorar a satisfação dos doentes e reduzir a frustração do clínico, os dois envolvidos num processo salutogénico de mudança comportamental.

LEITURAS ACONSELHADAS

Miller, W.R. Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Second Edition: Preparing People for Change*. Second ed. 2002, New York: The Guilford Press.

Referências

- 1 - Rollnick, S. e Allison, J. Motivational Interviewing: Chapter 7: The essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems. 2004, John Wiley & Sons, Ltd.
- 2 - Prochaska JO, Diclemente CC: Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983; 51(3):390-5.
- 3 - Bandura, A., Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. 1986, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- 4 - Deci EL, Ryan RM. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum 1985; 35-39.
- 5 - Miller, W.R. Rollnick, S. Motivational Interviewing: Second Edition: Preparing People for Change. Second ed. 2002, New York: The Guilford Press.
- 6 - Larangeira, R. e Jungerman, F.S. Entrevista Motivacional: Bases Teóricas e Práticas. Jornal Brasileiro de Psiquiatria; São Paulo 1999. 48(5): p. 197-207.
- 7 - Goldstein, M.G., et al. Behavioral Medicine Strategies for Medical Patients, in Clinical Psychiatry for Medical Students, A. Stoudemire, Editor. 1994, J.B. Lippincott Company: Philadelphia. P. 671-693.
- 8 - Whitlock, E.P., et al., Evaluating primary care behavioral counseling interventions: na evidence-based approach. Am J Prev Med, 2002. 22(4): p.267-84.
- 9 - Whitlock, E.P., et al., 5 A's Behavior Change Model- Adapted for Self-Management Support Improvement. 2002 Glasgow.
- 10 - Prochaska, J.O., DiClemente, CC: Towards a comprehensive model change., in Treating Addictive Disorders: Processes of Change, W.R. Miller and N. Heather, Editors. 1986, Plenum Press: New York.
- 11 - Williams, G.C., and E.L. Deci, The importance of supporting autonomy in medical education. Ann Intern Med, 1998. 129(4): p. 303-8.
- 12 - Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change Am J Health Promot. 1997 Sep-Oct;12(1):38-48.
- 13 - Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Am Psychol 1992; 47:1102-4.

14 - Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Q* 1984;11:1-47.

15 - Rotter JB. Generalized expectancies of internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr* 1966;80:1-28.

16 - DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S., Velicer, W.F., Velasquez, M., & Rossi, J., (1991). The Process of Smoking Cessation: An Analysis of Precontemplation, Contemplation Preparation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59, 2 295-304.

17 - Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:455-61.

18 - Gretchen L. Zimmerman, PSY.D., Cynthia G. Olsen, M.D., and Michael F. Bosworth, D.O. Wright State University School of Medicine, Dayton, Ohio A 'Stages of Change' Approach to Helping Patients Change Behavior.

19 - Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford, 1991.

20 - Prochaska, J.O., et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol*, 1994. 13(1): p.39-46.

21 - Gary A. Davis -*Psychology of Problem Solving: Theory and Practice*. Basic Books. New York. 1973.

22 - Clark, David M.; Christopher G. Fairburn (1997). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford University Press. ISBN 0192627260.

23 - Stephen T. Higgins and Nancy M. Petry. Contingency Management Incentives for Sobriety. *Alcohol Research & Health* Vol. 23, No. 2, 1999 122-127.

24 - Saul Shiffman *Cognitive Antecedents and Sequelae of Smoking Relapse Crises* *Journal of Applied Social Psychology* Volume 14, Issue 3, pages 296-309, June 1984.

25 - Mary E. Larimer, Rebekka S. Palmer, and G. Alan Marlatt, *Relapse Prevention An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model* *Alcohol Research & Health* Vol. 23, No. 2, 1999, 151-160.

26 - Smith DE, Heckemeyer CM, Kratt PP, Mason DA. Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM. A pilot study. *Diabetes Care* 1997;20:52-4.

27 - Rollnick, S., P. Mason, and C. Butler, Health Behavior Change: A Guide for Practitioners. 1999, Edinburgh: Churchill Livingstone.

28 - Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. Fam Pract. 1997 Apr;14(2):160-76.

29 - Rachel A Laws, Bibiana C Chan, Anna M Williams, Gawaine Powell Davies, Upali W Jayasinghe, Mahnaz Fanaian, Mark F Harris, and the CN SNAP Project Team An efficacy trial of brief lifestyle intervention delivered by generalist community nurses (CN SNAP trial) BMC Nurs. 2010; 9: 4.

30 - M. Diane McKee, MS; Stacia Maher, Darwin Deen, , MS; Arthur E. Blank, Counseling to Prevent Obesity among Preschool Children: Acceptability of a Pilot Urban Primary Care Intervention Annals of Family Medicine.

31 - Goldstein, M.G., E.P.Whitlock, and J.DePue, Multiple Behavioral risk factor interventions in primary care; Summary of research evidence. Am J Prev Med, 2004. 27: p.61-79.

32 - Braddock, CH., 3rd, et al., Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. Jama, 1999. 282(24): p. 2313-20.

33 - Keller, V. e M. White, Choices and Changes: A new model for influencing patient health behavior. JCOM, 1997, 4(6): p. 33-36.

34 - Bundy, C., Changing behavior: using motivational interviewing techniques. J. Royal Society of Medicine, 2004., n^o44 V97, p43-47.

EXEMPLO CLÍNICO

Ana Maria Ferreira, 38 anos, casada, auditora. Apresenta problemas de obesidade e vem à segunda consulta de nutrição.

...

Clínico: Vejo que está preocupada. Há duas semanas tínhamos falado sobre o problema do peso. Quer falar hoje sobre isso?

Doente: Sim, claro, é esse o meu problema. Preciso mesmo de emagrecer. Mas tem sido difícil e nesta altura do ano, com este *stress*, ainda como mais...

Clínico: Compreendo que esteja a ser difícil. Estar aqui já é um passo para mudar. Sr.ª D.ª Ana, numa escala de 0-10, sendo 0 nada importante e 10 muito importante, como avalia a importância de perder peso?

Doente: Penso que estou perto de 8.

Clínico: Ótimo, isso é muito bom! Vejo que está verdadeiramente motivada para resolver o problema do peso.

Clínico: E como avalia, numa escala de 0 a 10, a sua capacidade em perder peso?

Doente: Talvez um 5. Eu sei que é importante emagrecer, mas na prática é difícil. Às bolachas não tenho conseguido resistir...

Cínico: É natural que seja difícil deixar de comer bolachas, mas já conseguiu deixar os chocolates. Pelo que percebo era importante para si também

Preparar

Conduzir o diálogo para o comportamento a mudar
Avaliar a vontade do doente em discutir o comportamento

Avaliar

Fase de determinação
(vontade de mudar)
Legitimar e mostrar respeito pelo esforço do doente

Avaliar – *escala de convicção*

(Reforçar as conquistas do doente)

Avaliar - *escala de confiança*

Reconhecer a dificuldade e promover a auto-eficácia

deixar as bolachas. Em que circunstâncias come as bolachas?

...

Clínico: Então sempre que tem que trabalhar até tarde come mais bolachas.

Doente: Sim. Nem dou conta de quantas como. É por isso que não consigo manter o peso quando o perco.

Clínico: Isso acontece com frequência, quando se quer perder peso. A força não está no cair, mas no levantar.

...

Clínico: Iremos juntos trabalhar para que consiga perder peso. Em relação ao exercício físico, na última consulta disse-me que fazia ginásio.

Doente: Aconselharam-me a fazer ginásio uma hora por dia, mas isso é impossível. Só consigo fazer vinte minutos e não é todos os dias. Lamento mas não consigo.

Clínico: Mesmo não fazendo a hora diária, é muito bom que consiga fazer exercício físico durante vinte minutos.

Doente: Eu até poderia fazer mais tempo de ginásio por dia, porque não é só por falta de tempo mas também por não ter companhia.

Clínico: Há então a possibilidade de fazer exercício físico todos os dias. Já pensou numa solução para isso?

Doente: Sim. Falei com uma amiga mas ela também não pode todos os dias.

Clínico: E já pensou pedir ao seu marido?

Doente: Já, mas só lhe apetece andar de bicicleta ...

Reflexão simples

Fluir (rolling) com a resistência

Estabelecer aliança

Enfatizar a escolha pessoal e controlo da situação

Respeitar a autonomia do doente

Usar reforços positivos

Ajudar o doente a encontrar soluções

...

Clínico: Podemos falar um pouco mais sobre o exercício físico para esclarecer alguns pontos?

Doente: Sim, claro.

Clínico: Nem só correr é que faz bem. O andar de bicicleta é um bom exercício para complementar a corrida. Poderia um dia correr e outro andar de bicicleta. O que acha?

Doente: Sim parece-me uma boa ideia. Vou falar com o meu marido e depois digo-lhe se correu bem.

Clínico: Em relação à alimentação, disse-me anteriormente que já tinha controlado os chocolates, o que mostra a sua força de vontade. E se em vez de pôr os pacotes de bolachas, pusesse algumas bolachas num prato, pois assim poderia controlar de melhor forma quantas comia? O que acha?

...

Clínico: Segundo a Sr.^a D.^a Ana, o objectivo neste momento é perder mais peso. Como combinado vamos então nas próximas semanas tentar reduzir o número de bolachas que come. Concorda?

Doente: Claro.

...

Doente: Infelizmente, tenho uma má notícia. Ontem não resisti e voltei a comer chocolates.

Clínico: Parece-me triste. O que aconteceu?

Doente: Tive um dia muito difícil e, para relaxar um pouco, fui ter com uma amiga minha. Quando cheguei a casa dela, ela tinha em cima da mesa

Aconselhar

(Pedir autorização para dar informação e aconselhar)

Promover a auto-eficácia

(Oferecer abordagens alternativas e escolhas)

Acordar

Recaída

*Reflectir e explorar a emoção
(esclarecer os factores desencadeantes)*

bombons e ofereceu-me, pois sabia que aqueles eram os meus favoritos. Não resisti, falhei.

Clínico: É normal numa situação difícil ter uma recaída... É importante lembrar que já conseguiu muito até aqui, reduziu o consumo das bolachas e esteve três semanas sem comer chocolates. O que aprendeu com esta situação?

Doente: Eu deveria ter dito à minha amiga que estava a fazer dieta e assim não veria a “tentação”.

Clínico: Aí está uma boa solução. O que acha de voltarmos a tentar? Como sabe a decisão é sua, eu estou aqui para a ajudar, mas penso que com a força que tem tido até agora irá conseguir.

...

Clínico: Já conseguiu muito até agora. Vamos dando um passo de cada vez até atingir o objectivo. Podemos marcar consulta para daqui a duas semanas? Assim podemos conversar sobre o que está a acontecer

Doente: Pode ser.

*Atitude tranquilizadora
(legitimação).*

*Identificar e celebrar sucessos que
precederam a recaída.*

*Procurar “lições a aprender” nos
detalhes do processo que levou à
recaída.*

*Métodos de resolução de
problemas para “resistir” a
situações difíceis.*

*Reafirmar a autonomia do doente
perante a escolha*

Encorajar, reiniciar o processo.

Acompanhar

PARTE II

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

“Empathy and Burnout in private practice Physical Therapists”

Resumo

A empatia representa um papel de relevo na relação entre o fisioterapeuta e os seus pacientes. Os fisioterapeutas estão sujeitos a um contexto de trabalho e carreira profissional particulares e expostos a exigências elevadas, o que os torna mais susceptíveis ao burnout. A empatia e burnout podem representar pólos opostos no contexto da relação clínica, sofrendo influências de género, condições profissionais e estabelecerem entre si uma relação circular, influenciando-se mutuamente.

Objectivo. Este estudo tem como objectivos (1) estudar a relação da empatia e burnout com as características profissionais e o sexo e (2) identificar as relações entre empatia e burnout.

Desenho. Neste estudo seguiu um modelo de investigação transversal.

Métodos. Foi aplicado um questionário original para caracterização sócio-demográfica e profissional de uma população de 106 fisioterapeutas exclusivamente em prática clínica privada. A *Jefferson Scale of Physician's Empathy* (JSPE) e *Maslach Burnout Inventory* (MBI) na sua versão portuguesa foram utilizadas para avaliar a Empatia e o Burnout.

Resultados. A maioria dos fisioterapeutas estudados revelou um nível satisfatório de atitudes empáticas (115.3 - SD 9.8), significativamente maior nas mulheres ($P= 0.009$). Foram detectados níveis moderados a altos de burnout, com 49.1% na subescala Exaustão Emocional, 33.9% na subescala Despersonalização e 31.2% na subescala Realização Pessoal, distribuídas homogeneamente por ambos os sexos. As fisioterapeutas com maior empatia demonstraram na avaliação do burnout, níveis mais baixos de Exaustão Emocional e Despersonalização. Ambos os sexos apresentaram uma correlação positiva entre a subescala Realização Pessoal (nível baixo de burnout) e a empatia.

Limitações. O desenho transversal do estudo limita inferências de causalidade, número limitado de participantes e ambiente de trabalho específico dificulta a generalização dos resultados obtidos.

Conclusões. A Empatia apresenta valores mais elevados nos fisioterapeutas do sexo feminino; o total da amostra revelou uma correlação positiva da empatia com o nível de educação mas não se encontrou relação com a idade ou com os anos de experiência profissional. A empatia apresentou-se negativamente associada ao burnout nas fisioterapeutas e positivamente associada à realização pessoal em ambos os sexos.

Abstract

Background - Empathy can represent a major role in the relationship between physical therapists and their patients. Submitted to particular work context and carrier conditions and exposed to high demands, physical therapy professionals become more susceptible to burnout. Empathy and burnout can represent opposite roles in clinical relationship, be influenced by gender, work conditions and circularly influence each other.

Objective - This study aimed (1) to study the relationship of empathy and burnout with professional conditions and gender and (2) to identify the relationships between empathy and burnout

Design - A cross-sectional study design was used

Methods - A questionnaire was applied to characterize demographic and professional variables in a population of 106 physical therapists in exclusive private practice. Jefferson Scale of Physician's Empathy (JSPE) and Maslach Burnout Inventory (MBI) were used to assess Empathy and Burnout.

Results - The majority of the physical therapists studied revealed adequate levels of empathic components (115.3 - SD 9.8), significantly higher in female than in male professionals ($P= 0.009$). Moderate to high levels of burnout were detected, distributed homogeneously by gender, with 49.1% in Emotional Exhaustion, 33.9% in Depersonalization and 31.2% in Personal Accomplishment subscales. More empathic female physical therapists showed lower levels of Emotional Exhaustion and Depersonalization in burnout assessment. Both sexes presented a positive correlation between Personal Accomplishment subscale (lower burnout level) with higher empathy scores.

Limitations - The cross sectional design limited inferences of causality; limited number of participants and specific work environment unable to generalization.

Conclusions - Empathy presented higher values in female Physiotherapists; the total sample revealed a positive correlation of empathy with educational achievement, but not with age or years of professional practice. Empathy presented negatively associated with burnout in females and positively associated with Personal Accomplishment regardless physiotherapist gender.

Introduction

Empathy in the clinical context

Human beings share an innate desire to be understood [1-2]. This understanding is the foundation of interpersonal relationships in health care and also an important factor in the efficacy of health care procedures. Several studies have examined both the impact of the patient-clinic relationship in treatment compliance, therapeutic results and the patients' satisfaction with the care received [3-4].

Empathic qualities allow health professionals to respond to biomedical and psychosocial needs of their patients, as they feel scared, frustrated and vulnerable seek support and safety in clinicians [5-6].

Although several authors agree on the important role played by empathy in clinical relationship [7], its definition is not free of controversy [2, 8]. In general empathy is defined as a construct involving cognitive, affective, emotional and behavioral components [3, 9-11].

In clinical empathy, the cognitive component is defined as the ability to understand patient's personal feelings and experiences, as well as the ability to see the world through another person's perspective, coupled with an attitude of understanding and tolerance [3, 9-10, 12-13].

The affective and emotional components include the ability to understand other people's feelings and experiences, as well as the ability to share feelings with others [3, 9-10, 12].

The behavioral dimension regards the ability to show and communicate the understanding of other people's emotions to themselves in an appropriate manner through verbal and non-verbal signs [11-12, 14].

Morse and co-workers [12] descriptive in their empathy model, in addition to these dimensions, the moral dimension defined as the motivation to seek the good in others, linked to attributes such as respect, pro-social behavior [15], moral reasoning [16] and the reduction of bad clinical practices [17-18].

On the other hand, the understanding of the patients' emotional status must be balanced, since an over participation in the patient's emotional experiences may lead to a loss of clinical objectivity [18] and blur the line between clinician and patient [3].

In summary clinical empathy has been associated with more positive clinical results[3, 18-21], reduction of patient complaints[22], increase in patient [17, 19-21] and clinicians' satisfaction [23], a reduction of conflicts and improvement in trust [19, 21, 24]. Positive results have also been referred in patient's strength and ability to cope with the illness [19, 25], and in patient's feeling of being supported and understood. [3]

Empathy in Physical therapy

The development of a professional and empathic patient-clinician relationship by physical therapists demands both innate and acquired skills [14]. Among these skills, the establishment of an adequate communication through active listening (absorbing verbal and nonverbal cues [26]) is a key component. Nevertheless, the increased responsibility and pressure to treat a growing number of patients hinder physical therapists clinical communication leaving them with less time with their patients [14]. Furthermore, it is often difficult to establish visual contact during some physical therapy treatments, enabling non-verbal communication and the identification of unexpressed feelings [27]. Verbal and non verbal cues from physical therapist are also essential. In a recent study, the words chosen by the health professionals to describe pain secondary to treatment procedure increased patient's' sensibility to pain [28-30].

Empathy also involves the physical therapist's ability to overcome prejudices and judgments, adopting an "open mind" position [3, 29].

Emotions have to be explored, validated and supported in physical therapist-patient interaction, in order to optimize clinical results [30-31]. Nevertheless, several studies have shown that a large number of health professional fail to recognize emotions, underestimating an invitation to participate, relate to and understand the patient's needs [3], restricting attention to facts and discarding emotional meanings [32]. The adequate response to the patients emotions benefit the clinical relationship, increasing the patient's confidence, diminishing anxiety and improving compliance to treatment [32-33]. Emotional empathy [34] is therefore the result of a harmonization between cognitive concern and the ability to emotionally understand the other.

The development of empathic strategies increases the health professionals' ability to cope with their own feelings of anger and frustration [35], enabling them to prevent and manage conflict situations. An open attitude, facilitating the acceptance of patient feedback [36], permits to avoid rigid and controlling positions [37-38].

The specificities of the physical therapist-patient relationship demand a professional commitment regarding proximity and physical contact with the patient. Some studies divide the proximity zone between clinician/patient in: intimate <45cm, personal 45-120cm, social 1.2-2m and public 2-3.5m [39]. Since most of the physical therapists' professional activity takes place within the patient's "intimate zone", empathic communication is an important pre-requisite for good clinical practice, in order to facilitate the occurrence of physical proximity without being intimate.

Although scarce, empirical evidence is available of the relevance of an empathic relation in the Physical therapeutic context. Empathy in physical therapy may, as in other clinical settings is considered a therapeutic tool. According to Stenmar and Nordholm, in addition to the importance of manual techniques in physical therapy, physical therapist-patient relationship can represent a relevant factor in physical recovery [40]. Spending time with the patient, understanding his or her feelings and acting compassionate can prove more important than the length or number of physiotherapy sessions held. In a recent study patients showed their appreciation towards the physical therapists that had been kind, friendly, nice, and professional and displayed a genuine interest in their patients [41].

The adoption of patient-centered approach, for example, can increase patient's satisfaction and clinical results even in a single session. Establish an adequate communication, inform, be open to questions or doubts [41], contribute to support and understand patients needs.

Hall and co workers conclude that "the alliance between therapist and patient appears to have a positive effect on treatment outcome in physical rehabilitation settings" [42].

Burnout and Empathy in Physical therapy

It is undeniable that the health professionals' occupational stress has become a concern both to the health professionals themselves and the health institutions [43].

Several studies in different clinical areas revealed high levels of stress and pointed to their negative consequences not only for the clinicians and patient's physical and mental health but also for the quality of the provided health care, with adverse effects on the quality evaluation of health institutions [43-44].

Lack of professional autonomy, negative organizational characteristics or poorly defined hierarchy, absence of professional and social recognition and, especially, interpersonal conflicts within the professional context have been considered causes leading to high levels of stress in physiotherapists [43]. Number of patients, hours of work and diminish human resources, on the other hand, classically being regarded as responsible for significant amount of professional stress [45]. Although emotional strain of dealing with a heavy work load may lead the clinician to burnout, feelings of being overworked, depend on the strengths and weaknesses of each health care worker and his or her personal resistance to stress [45].

The Burnout Syndrome has been described since the 70's as a result of physical and psychological exhaustion in health professionals. Maslach defines burnout as resulting from emotional exhaustion (lack of emotional and personal resources, the experience of feeling emotionally exhausted), depersonalization (negative feelings and attitudes towards others, treating patients as objects) and absence/reduced personal accomplishment (feelings of poor professionalism implying low levels of self-esteem and ambition) [43] with a consequent attitude of professional indifference, isolation and disinvestment in different areas of personal functioning [45-46].

The Burnout Syndrome can be regarded as a reaction to chronic stress occurring in professionals who care, treat or have to personally deal with other individuals [43]. In clinicians, burnout can be seen as a result of continuous demands accompanied by insufficient resources to deal with the demands posed by the surrounding environment [44, 47]. Feelings of exhaustion, helplessness and defeat are frequent, but need to be distinct from the concepts of dissatisfaction with work, stress or depression. The occurrence of Burnout depends not only on occupational stress but

also on personal variables (personality, coping strategies, and social support, among others). Freudenberg and Maslach[48] have drawn attention to the fact that this phenomenon can affect normal individuals, representing in fact a common phenomenon characterized by emotional exhaustion and a lack of motivation and engagement [47]. Burnout syndrome can disrupt professional performance due to the development of negative feelings and attitudes towards the patients as a consequence of emotional exhaustion and finally perform a negative evaluation of themselves and feel disappointed with the results of their work [44].

Regarding physical therapists, insufficient or low salaries, lack of prestige, rigid organizational contexts, patient characteristics [49] excessive demands [50] and particularly work overload are factors associated to burnout syndrome. As a result, this may lead to an increase in absenteeism [51], a reduction of productivity, negative attitudes, interpersonal conflicts and a diminishing sense of responsibility and ethics [52].

Similarly to other health professionals, physical therapists are strong candidates for developing burnout, due to spending most of their careers deeply involved with their patients [45]. The frequent contact with disability, physical and psychological pain, patients failure in achieving total recovery, or requested to deal with permanent disability, request from physiotherapist empathic skills in order to eventually protect them from low self-esteem and low accomplishment [50].

The present work examines the relationship between empathy and burnout levels in a sample of physical therapists working exclusively in private practice. Empathic relationship can improve adherence to treatment and seem to contribute to more rapid recovery, essential to physical therapy success. From physical therapist point of view effective communication and empathic attitude can improve personal accomplishment and reduce susceptibility to burnout. We intended to study the association of empathy and burnout with professional and socio demographic physical therapist variables, particularly gender differences. It is also our aim to explore the relation between empathic dimensions assessed in clinical context and burnout in the same population. Recommendations to physical therapist to develop and train communication and emphatic skills could in addition to benefit therapeutic goals, protect professionals from emotional exhaustion and burnout.

Methods

Subjects

One hundred and six physio therapists were evaluated, 96 with clinical experience and 10 completing academic internship, select by convenience in private health care institutions of the north of Portugal. The majority were female - 70 (66%) and 36 (34%) male, with ages between 22 and 44. Regarding professional experience the average years was 5 years in multidisciplinary contexts. The participation was voluntary and all the subjects received verbal and written information about the study and provided written informed consent. The confidentiality was assured by codification.

Instruments

An original questionnaire elaborated for the present study, and used to collect relevant social-demographic information (sex, age, marital state, education level, professional experience and working conditions).

In order to evaluate empathy, the Portuguese version of *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE) was used, translated and adapted by Salgueira and co-workers [46]. This self-report scale was designed to assess health care professional's empathy in clinical settings. With 20 items, the answers are presented in a Likert scale, range from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree). Total scores range from 20 to 140, with higher scores meaning more empathy. The scale measures three empathy dimensions: "Perspective Taking" (10 items, range, 10-70); "Compassion" 8 items, range 8-56); and "Standing in patient's shoes" (2 items, range, 2-14) [9, 53].

The Portuguese version of *Maslach Burnout Inventory* (MBI)[54], provides a measure of Burnout in health care professionals. Constructed by Maslach and Jackson in 1981, is a self-report instrument with 22 items, answered on a seven-point Likert scale ranging from a score of 0 (never) to 6 (every day). The scale permits to assess emotions and feelings related to work. Three subscales emerged from the data analysis, each one measuring one burnout syndrome dimension: "Emotional exhaustion" subscale (EE) – measures the experience of being overextended and emotionally exhausted; "Depersonalization" subscale (DP) – measures the presence of

negative attitudes and feelings toward recipients of care or services; “Personal accomplishment” subscale (PA) – measures the presence of feelings of low accomplishment and professional failure [44]. Burnout evaluation by MBI is frequently categorized as low (<16), moderate (17-26) to high (>27) in EE subscale; from low (<6), moderate (7-12) to high (>13) in DP subscale; from low (>39), moderate (32-38) to high (<31) in PA subscale [55].

Statistical analyses

The statistical analysis of data was undertaken using *Predictive Analytics SoftWare Statistics (PASW®)* version 18.0. T-test was used for quantitative measures, with a 95% Confidence interval (CI). For the study of categorical variables the Pearson chi-square test was used. Correlations strengths between the subscales of *Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)* and *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, and between these scales and demographic characteristics were measured using Pearson correlation. *P* values lower than 0.05 and also *P* values lower than 0.01 were considered statistically significant.

Results

1- Socio demographic characterization

A total of 106 physical therapists were included in the study, 36 of which were male (34%) and 70 female (66%). The mean age of the total sample was 28 years (SD 4.6). The education level assessed by number of school years level 16 (SD 0.7) years as mean value for the studied population. Women (16.1 - SD 0.8) presented statistically significantly higher ($P= 0.037$) number of school years when compared with men (15.8 - SD 0.6). This same trend was observed regarding academic degree, although without statistical significance, with a larger number of women (15%) showing master and doctoral degrees. Considering the total sample, 7 participants (6.6%) presented with a bachelor's degree, 78 (73.6%) a graduate degree, 7 (6.6%) a master's degree, 4 (3.8%) a doctorate degree and 10 (9.4%) were attending academic internship. No statistically significant differences were detected between genders regarding marital status, with results showing the majority of the participants were single (80, 75.5%), 24 (22.6%) were married and 2 (1.9%) were divorced (Table I).

Table I. Socio-demographic characteristics

	Total n = 106	Men n = 36 (34)	Women n = 70 (66)	P (95%CI)
Age ¹	28.2 (4.6)	28.3 (4.3)	28.2 (4.8)	0.93 ⁴
²		(0.72)	(0.57)	(-1.80 to 1.96)
Schooling years ¹	16.0 (0.7)	15.8 (0.6)	16.1 (0.8)	0.03 ⁴
²		(0.09)	(0.09)	(-0.60 to 0.02)
Academic Degree ³				0.19 ⁵
Bachelor's Degree	7 (6.6)	4 (11)	3 (4)	
Graduate's Degree	78 (73.6)	26 (72)	52 (74)	
Master's Degree	7 (6.6)	1 (3)	6 (9)	
Doctorate Degree	4 (3.8)	0 (0)	4 (6)	
Academic Internship	10 (9.4)	5 (14)	5 (7)	
Marital status ³				0.80 ⁵
Single	80 (75.5)	26 (72)	54 (77)	
Married	24 (22.6)	9 (25)	15 (21)	
Divorced	2 (1.9)	1 (3)	1 (2)	

¹ Mean (Standard Deviation), ² SEM (Standard error mean), ³ n (%)

⁴ T Test

⁵ Chi-square Test

(CI) Confidence interval

2- Professional Characterization

The total number of studied individuals showed a mean working experience of 5 years (SD 4.4), similar in men and women. In respect to type of employment relationship, 37 (34.9%) physical therapists had a permanent employment contract, 16 (15.1%) a fixed-term contract, 34 (32.1%) a service provision contract, 7 (6.6%) were attending professional internships and 2 occupied management positions. Male and female physical therapists presented with similar type of employment relationship. In average, participants worked 5.2 (SD 0.7) days per week, 7.5 (SD 1.2) hours per day and attended 4.1 (SD 1.5) patients per hour, without statistically significant differences between female and male physical therapists (Table II).

Table II. Professional Characteristics

	Total n = 106	Men n = 36 (34)	Women n = 70 (66)	P (95%CI)
Years of Experience ¹	4.9 (4.4)	4.5 (4.3)	5.1 (4.5)	0.49 ⁴
²		(0.72)	(0.54)	(-2.44 to 1.18)
Type of Employment Relationship ³				0.20 ⁵
Permanent	37 (34.9)	10 (28)	27 (39)	
Fixed-Term Contract	16 (15.1)	2 (5)	14 (20)	
Service Provision Contract	34 (32.1)	15 (42)	19 (27)	
Professional Internship	7 (6.6)	3 (8)	4 (6)	
Associate	2 (1.9)	1 (3)	1 (1)	
Academic Internship	10 (9.4)	5 (14)	5 (7)	
Work days per week ¹	5.2 (0.7)	5.4 (1)	5.1 (0.4)	0.08 ⁴
²		(0.16)	(0.05)	(-0.04 to 0.64).
Work hours per day ¹	7.5 (1.7)	7.6 (2)	7.5 (1.6)	0.87 ⁴
²		(0.33)	(0.19)	(-0.65 to 0.77)
Patients per hour ¹	4.1 (1.5)	4.3 (1.5)	4.0 (1.5)	0.44 ⁴
²		(0.26)	(0.18)	(-0.38 to 0.85)

¹ Mean (Standard Deviation), ² SEM (Standard error mean), ³ n (%)

⁴ T Test

⁵ Chi-square Test

(CI) Confidence interval

3 – Empathy Evaluation - *Jefferson Scale of Physician's Empathy (JSPE)*

The Jefferson Scale of Physicians Empathy (JSPE) was used to measure empathy in the studied population. Scores of the Perspective-Taking subscale showed a mean score of 60 (SD 5.8) for the total sample, with statistically significant higher scores for

women (61.1 SD 5.4, $P=0.007$) when compared with men (57.9 SD 6.2). Evaluation of Compassion subscale was similar among men (34.8 SD 4.3) and women (35.5 SD 3.7), and presented a mean value of 35.2 (SD 3.9) in the total of studied subjects.

Regarding subscale Standing in Patient's Shoes a mean value of 20.1 (SD 3.5) was detected in the total population, and similar scores were found in female and male therapists (respectively 20.5 SD 3.8 and 19.3 SD 2.9).

The Total Empathy measured by the JSPE showed an average score of 115.3 (SD 9.8) regarding the total sample, revealing statistically significant differences ($P= 0.009$) with higher Empathy scores in women (117.1 SD 9.5) than in men (111.9 SD 9.6) (Table III).

Table III. - Results of the Jefferson Scale of Physician's Empathy (JSPE) subscales

<i>JSPE – Subscales</i>	Total n =106	Men n = 36 (34)	Women n = 70 (66)	P^3 (95%CI)
Perspective-taking ¹ ₂	60.0 (5.8)	57.9 (6.2) (1.030)	61.1 (5.4) (0.644)	0.007 (-5.50 to -0.90)
Compassion ¹ ₂	35.2 (3.9)	34.8 (4.3) (0.715)	35.5 (3.7) (0.440)	0.387 (-2.28 to 0.90)
Standing in patient's shoes ¹ ₂	20.1 (3.5)	19.3 (2.9) (0.475)	20.5 (3.8) (0.454)	0.063 (-2.54 to 0.07)
Total Empathy ¹ ₂	115.3 (9.8)	111.9 (9.6) (1.604)	117.1 (9.5) (1.132)	0.009 (-9.11 to -1.37)

The total score has a maximum score of 140

¹Mean (Standard Deviation), ² SEM (Standard error mean) ³ T Test
(CI) Confidence interval

4- Burnout evaluation - Maslach Burnout Inventory (MBI).

Emotional Exhaustion subscale (EE) revealed low levels in 54 (50.9%) physical therapists, 50% of which were male and 51% female. Moderate levels of EE were detected in 29 physical therapists (27.4%), divided similarly by female and male participants (26% and 31% respectively). Twenty three physical therapists presented high levels of EE (22%), with a gender distribution of: 7 (19%) male and 16 (23%) female. In the Depersonalization subscale (DP) 70 physiotherapists (66%) showed low scores, distributes as followed: 22 (61%) male and 48 (69%) female therapists. Out of all physical therapists evaluated in this study, 26.4 % (28) presented with a moderate level of DP, 31% (11) of which were men and 24% (17) women. High levels of DP were detected in 7.5% (8) of the physical therapists evaluated - 3 men and 5 women. Regarding Personal Accomplishment (PA) subscale, 68.9% (73) of physical therapists

showed low scores, distributed similarly in both sexes (67% (24) male 70% (49) female). Moderate levels in the PA subscale were detected in 27.4% (29) of the participants, 28% of which were male and 27% female, and 3.8% (4) of participants - 2 men (5%) and 2 women (3%) – presented high levels of PA. No statistically significant differences were detected between men and women for any of the MBI subscales (Table IV).

Table IV. – Results of the Maslach Burnout Inventory (MBI) subscales.

MBI	Level	Total n = 106	Men n = 36 (34)	Women n = 70 (66)	P (95%CI)
Emotional exhaustion ¹ ²		17.6 (10.2)	17.4 (9.2)	17.6 (10.8)	0.93 ⁴
			(1.537)	(1.287)	(-4.36 to 3.99)
	³ Low	54 (50.9)	18 (50)	36 (51)	
	Moderate	29 (27.4)	11 (31)	18 (26)	0.84 ⁵
	High	23 (21.7)	7 (19)	16 (23)	
Depersonalization ¹ ²		5.0 (4.7)	5.6 (4.6)	4.8 (4.7)	0.40 ⁴
			(0.769)	(0.562)	(-1.10 to 2.70)
	³ Low	70 (66.0)	22 (61)	48 (69)	
	Moderate	28 (26.4)	11 (31)	17 (24)	0.74 ⁵
	High	8 (7.5)	3 (8)	5 (7)	
Personal Accomplishment ¹ ²		40.0 (5.5)	39.3 (5.4)	40.4 (5.5)	0.34 ⁴
			(0.903)	(0.660)	(-3.30 to 1.16)
	³ Low	73 (68.9)	24 (67)	49 (70)	
	Moderate	29 (27.4)	10 (28)	19 (27)	0.77 ⁵
	High	4 (3.8)	2 (5)	2 (3)	

EE: High (>27), Moderate (17-26), Low (<16) D: High (> 13), Moderate (7-12), Low (< 6) PR: High (<31) Moderate (32-38), Low (>39) Note: The high level means more burnout

¹ Mean (Standard Deviation), ² SEM (Standard error mean) ³ n (%) ⁴ T Test ⁵ Chi-square Test
(CI) Confidence interval

5 – Evaluation of Jefferson Scale of Physician’s Empathy (JSPE) and Maslach Burnout Inventory (MBI) items

A meticulous evaluation performed of the empathy scale items’ revealed statistically significant differences for items 2 ($P= 0.03$), 4 ($P= 0.03$), 9 ($P= 0.03$), 10 ($P= 0.000$), 13 ($P= 0.03$), 16 ($P= 0.02$) and 7 ($P= 0.02$). Female physical therapists obtained higher scores in all the referred items, meaning higher level of empathy. Women also showed statistically significant higher scores for items 4 ($P= 0.02$) and 22 ($P= 0.000$) of the MBI scale (Table V).

Table V. – Significant results for the *Jefferson Scale of Physician’s Empathy (JSPE)* and *Maslach Burnout Inventory (MBI)* scale items with regards to the participant’s gender

Items	Men n = 36 (34)	Women n = 70 (66)	p ³ (95%CI)
Jefferson Scale of Physician’s Empathy (JSPE)^{1,2}			
2. My patients feel better when I understand their feelings.	6.19 (0.8) (0.137)	6.51 (0.7) (0.081)	0.035 (-0.62 to -0.02)
4. I consider understanding my patients’ body language as important as verbal communication in caregiver-patient relationships.	6.11 (1.2) (0.202)	6.60 (0.8) (0.098)	0.034 (-0.94 to -0.04)
7. I try not to pay attention my patients’ emotions in interviewing and history taking.	5.56 (1.3) (0.223)	6.17 (1.3) (0.159)	0.026 (-1.20 to -0.07)
9. I try to imagine myself in my patients’ shoes when I am providing care to them.	5.14 (1.5) (0.246)	5.71 (1.2) (0.148)	0.037 (-1.11 to -0.04)
10. My understanding of my patients’ feelings gives them a sense of validation that is therapeutic in its own right.	5.50 (1.0) (0.152)	6.20 (0.8) (0.107)	0.000 (-1.10 to -0.33)
13. I try to understand what is going on inside my patients’ minds by paying attention to their nonverbal cues and body language.	6.06 (0.9) (0.149)	6.39 (0.7) (0.082)	0.037 (-0.64 to -0.02)
16. An important component of my relationship with my patients is my understanding of the emotional status of the patients and their families.	5.53 (1.2) (0.193)	6.03 (0.9) (0.111)	0.028 (-0.95 to -0.06)
Maslach Burnout Inventory (MBI)^{1,2}			
4. I can easily understand how my patients feel about things	4.78 (1.3) (0.214)	5.33 (0.8) (0.095)	0.025 (-1.03 to -0.07)
22. I feel patients blame me for some of their problems.	0.56 (0.7) (0.122)	1.24 (1.5) (0.181)	0.002 (-1.12 to -0.30)

¹Mean (Standard Deviation), ² SEM (Standard error mean) ³T-Test (CI) Confidence interval

6 – Correlations between the *Jefferson Scale of Physician’s Empathy (JSPE)* and the *Maslach Burnout Inventory (MBI)*

The study of the correlations between the JSPE and MBI scores revealed numerous statistically significant results. Total Empathy score was negatively uniquely correlated to the EE and DP subscales in the female population, and positively correlated to the PA subscale in both genders. The Standing in Patient’s Shoes subscale was again negatively correlated to the EE and DP subscales in the female therapists and positively correlated to the PA subscale for physical therapists of both sexes. The Compassion subscale showed a negative correlation with the MBI’s DP subscale exclusively in the female participants. Finally, the Perspective Taking subscale was negatively correlated with the MBI’s EE and DP subscales and positively correlated to the PA subscale, again uniquely in female physical therapists (Table VI).

Table VI. – Correlation between the *Jefferson Scale of Physician’s Empathy (JSPE)* and the *Maslach Burnout Inventory (MBI)*.

	JSPE								MBI					
	Perspective taking		Compassion		Standing in patient's shoes		Total empathy		Emotional exhaustion		Depersonalization		Personal Accomplishment	
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
JSPE														
Perspective taking	1	1												
Compassion	0.450** 0.006	0.302* 0.011	1	1										
Standing in patient's shoes	-0.080 0.642	0.309** 0.009	0.283 0.095	0.293* 0.014	1	1								
Total empathy	0.821** 0.000	0.810** 0.000	0.812** 0.000	0.678** 0.000	0.368* 0.027	0.690** 0.000	1	1						
MBI														
Emotional exhaustion	0.043 0.805	-0.269* 0.024	-0.082 0.635	-0.128 0.293	-0.187 0.275	-0.247* 0.040	-0.086 0.618	-0.301* 0.011	1	1				
Depersonalization	-0.085 0.622	-0.252* 0.036	-0.249 0.143	-0.285* 0.017	-0.315 0.061	-0.275* 0.021	-0.283 0.094	-0.364** 0.002	0.488** 0.003	0.390** 0.001	1	1		
Personal Accomplishment	0.282 0.095	0.427** 0.000	0.185 0.280	0.165 0.173	0.333* 0.047	0.411** 0.000	0.363* 0.030	0.472** 0.000	-0.449** 0.006	-0.417** 0.000	-0.491** 0.002	-0.412** 0.000	1	1

** Significant correlation to $P < .01$ (two tailed)

* Significant correlation to $P < .05$ (two tailed)

7 - Correlation between the *Jefferson Scale of Physician’s Empathy (JSPE)* and *Maslach Burnout Inventory (MBI)* subscales and socio demographic and professional evaluation

Regarding JSPE scale, the "Perspective taking" (0.223 - P 0.022) and Total Empathy (0.229 - P 0.018) scores were positively correlated to the number of school years in the total sample.

Scores of empathy, concerning "Perspective taking", revealed a positive correlation with number of school years in male participants (0.478 - P 0.003). The same subscale on the showed identical positive correlations with the number of work hours per day (0.374 - P 0.025) and the number of patients per hour (0.377 - P 0.024) in the same male population. Compassion evaluation was positively correlated with education (number of school years (0.467 - P 0.004) and academic degree (0.455 - P 0.005) and with type of employment relationship (0.851 - P 0.001).

Total Empathy scores presented a positive correlation with education evaluated by number school years and educational achievement (0.489 - P 0.002 and 0.806 - P 0.034 respectively).

In Burnout evaluation, a positive correlation was detected between the Emotional Exhaustion subscale and the number of work hours per day (0.210 - P 0.031) when all the studied subjects were considered. In men, Emotional Exhaustion showed furthermore a positive correlation with the number of work hours per day (0.376 - P 0.024). Depersonalization showed to be positively correlated to age (0.352 - P 0.035) again in male physical therapists.

JSPE and MBI scores did not show any significant correlation with demographic or professional characterization variables in the female therapist's population.

Discussion

Empathy

A positive therapists-patient relationship is a critical element in clinical practice, and defines care quality [42, 56]. Clinical Empathy can be conceptualized as the ability of cognitively understand patients perspective and a capacity to communicate this understanding [11-12, 14], that, not only can foster clinical relationship but empathy can play an important role in improving clinical outcomes [56]. In the present work, we detected higher levels of empathy in female physical therapists, in the context of the clinical practice. In agreement with literature [9, 53, 57], the female physiotherapists showed higher ability to put themselves in the patient's position, had more compassionate care and easily see the patients' perspective. Being total empathy considered in our model as a result of three different components evaluation, we detected in male physical therapists a greater influence of compassion dimension in total empathy rating. In contrast, women presented cognitive and emotional components of empathy as equally influencing for the empathic expression, defining particular empathic skills gender influenced [9]. In both sexes empathic components rating obtained was similar to referred in literature regarding several health professionals [56].

In our study, the empathy showed to be influenced by the number of school years particularly in the ability to see the patients' perspective and maintain a compassionate attitude in presence of suffering, reinforcing the notion that a higher academic degree allows the development of skills supporting these empathic strategies. In agreement with others, who stated that empathy increases with education[14], in the present work both sexes revealed the positive influence of this factor.

Some researchers previously reported that empathy is a dimension that can decline under particular work situations[45]. For instance, severe time constriction, organizational rigidity or unsteadiness in job situation can undermine empathy and strain the clinical relationship [45, 56]. In line with the influence of the working status in empathic dimensions, our results showed that professional stability determined in

both sexes a more compassionate attitude, probably contributing to the emotional stability of the physiotherapist, positively reflected in the therapist-patient relationship. Interestingly this result was limited to male physiotherapists, raising the question of a particular influence of working conditions in empathic attitude more important in men, since female therapists showed more stable professional situation.

Empathy in male physiotherapists, particularly, the ability to adopt patients' perspective also revealed to be associated to a higher number of patients and number of working hours per day, again not verified in female physical therapists. These results are in line with Thomson and collaborators who had detected a positive association between the empathy and clinical experience[14].

In female physical therapists the empathy was unrelated with the age, or the professional situation (years of experience, type of employment relationship, hours per day, and patients per hour). These results could be explained by the reported perspective of a gender role or personality trait as directly influencing female health professionals' empathic skills [9, 53].

Some particular items of JSPE revealed more accurately the differences in empathic communication between men and women. "An important component of my relationship with my patients is my understanding of the emotional status of the patients and their families" and "my understanding of my patients' feelings gives them a sense of validation that is therapeutic in its own right" from patients perspective taking obtained significantly higher scores in female professionals.

Burnout

Our results showed that approximately half of the sample presented with high to moderate level of Emotional Exhaustion, and more than 30% had significant levels of Depersonalization and low Personal Accomplishment. These findings reveal a population of physical therapists of both sexes with moderate burnout level, in line with others work [58-59]. Balogun and co-workers (2002), for example, found high levels of emotional exhaustion and depersonalization and low levels of personal accomplishment in a sample of 169 physiotherapists working in various clinical settings[60]. In our study 21.7% of the respondents scored high in the emotional exhaustion subscale of the MBI, 7.5% scored high on the depersonalization subscale,

and 3.8% scored level on the personal accomplishment subscale meaning higher risk of burnout consequences. Albeit the majority of results reported have found moderate to severe burnout level in Physiotherapists, it was not the case in a study performed in Norwegian therapists which detected low levels of burnout [61].

Interestingly, in our sample burnout was not significantly associated with the therapists' number of years of practice, or number of patients seen daily, in agreement with previous reports[62-63].

We could detect, although not statistically significant, a trend to higher Emotional Exhaustion, and to lower Depersonalization in women, although some studies have reported significant differences in burnout levels according gender, that reached a two times higher prevalence in men [58].

Nevertheless a meticulous analyse of MBI results could emphasize significantly higher scores for item “I feel patients blame me for some of their problems” in women, in agreement with a study observing 172 Cypriot physical therapists who reveal a mean Emotional Exhaustion score significantly higher in women [62].

In summary, regardless the presences of significant levels of emotional exhaustion, feelings of depersonalization have showed to be low and physical therapists feel professionally accomplished.

Relationship between burnout and professional characteristics

Burnout is classically related to psychological work demands but also to work strain, turnover and organizational characteristics [43, 45, 56, 64].

In agreement with others we detected a positive correlation between the Emotional Exhaustion subscale in burnout evaluation, and the number of work hours per day in all the physical therapists studied[63].

Observing uniquely the male therapists, Depersonalization showed to be positively correlated to age again in male physical therapists. This result in line with previously reported by Ogiwara and co-workers, contribute nevertheless to the discussion around the role of professional experience and age in susceptibility to burnout in this population[63].

Interestingly in our studied population MBI scores were not associated with professional characterization in the female therapists. This raises some questions on

the particular relation of working load, and other demands and individual resilience factors not explored in the present work.

Relationship between empathy in burnout

With the objective of clarify the possible relation between empathic communication and burnout in physical therapists, we performed a correlational analyses of the two scales, JSPE and MBI.

The possibility that the way health professionals relate to patients may significantly impact burnout has been previously a matter of study [4], but not to the best of our knowledge observed in physical therapists populations.

In the present study total Empathy score was negatively correlated to the MBI subscales uniquely in the female population, revealing that more empathic female therapists presented lower levels of burnout components. Regarding empathy dimensions we found that the ability to stand in patient's shoes was again negatively correlated to the Emotional Exhaustion and Depersonalization subscales in the female therapists. In primary care physicians, Krasner had already stated the positive association between empathy dimensions and burnout level [56].

These findings raise the possibility that the higher empathy revealed by women could protect them from loss of personal accomplishment and frustration, and promote better work engagement.

Empathy and particularly being able to adopt patient perspective furthermore revealed to be positively correlated with personal achievement, in both sexes, underscoring that the building of an empathic clinical relationship can contribute to higher professional satisfaction[23]

As expected, compassionate attitude showed to be negatively associated with the MBI's DP subscale, again exclusively in the female participants.

Finally, the Perspective Taking subscale was negatively correlated with the MBI's EE and DP subscales and positively correlated to the PA subscale, again uniquely in female physical therapists.

Limitations

The number of physical therapists evaluated, although relatively representative need further enlargement in order to the generalization of the present results. The correlational analysis does not permit inferences of causality. The study particularly addresses private practice settings, a specific work environment. Additional studies should include personality and other individual factors mediating burnout and empathy.

Conclusions

Empathy revealed to be higher in female physical therapists in agreement with previously reported in other studies. The attribution of gender roles has been regarded as a hypothesis in explaining gender differences in clinical empathy. Others have underscore the possibility that women are more receptive than men to emotional signals, which could explain their ability to adopt patient perspective, feel compassion or compassionate care for others and standing in the patient shoes, detected in the female physical therapists observed in our study.

Educational level showed to be associated with higher empathic components rating, regardless gender of therapists, underscoring the useful role of pos graduated education in enhancing the competence to build a positive clinical relationship.

Moderate to high levels of burnout were detected, distributed homogeneously by gender. Professional autonomy, organizational characteristics and interpersonal conflicts are known to enhance professional stress and contribute to burnout. In the present study the number of daily working hours was associated with higher levels of burnout, but not with the therapists' number of years of practice, or number of patients seen daily.

One of the main objectives of the present study was to analyse the possible correlations between empathy and burnout. Interesting results were observed: empathy presented negatively associated with burnout in females, and higher personal achievement was associated with a more empathic performance.

Finally, present results underscore, for the majority of the physiotherapists studied, the presence of and empathic relationship with their patients, even though the moderate to high burnout levels. The recognized importance of empathic skills

overcome the benefit of clinical results and permits to resist better to challenging work situations and enhance personal achievement.

References

1. Suchman, A.L. and D.A. Matthews, *What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care*. Ann Intern Med, 1988. **108**(1): p. 125-30.
2. Kunyk, D. and J.K. Olson, *Clarification of conceptualizations of empathy*. J Adv Nurs, 2001. **35**(3): p. 317-25.
3. Davis, M.A., *A perspective on cultivating clinical empathy*. Complement Ther Clin Pract, 2009. **15**(2): p. 76-9.
4. Irving, P. and D. Dickson, *Empathy: Towards a conceptual framework for health professionals*. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. , 2004. **17**(4-5): p. 212-20.
5. van den Brink-Muinen, A., et al., *Do our talks with patients meet their expectations?* J Fam Pract, 2007. **56**(7): p. 559-68.
6. Matthews, D.A. and A.R. Feinstein, *A new instrument for patients' ratings of physician performance in the hospital setting*. J Gen Intern Med, 1989. **4**(1): p. 14-22.
7. Stephan, W.G. and K.A. Finlay, *The role of empathy in improving inter-group relations*. j soc Issues, 1999. **55**: p. 729-743.
8. Pedersen, R., *Empathy: a wolf in sheep's clothing?* Med Health Care Philos, 2008. **11**(3): p. 325-35.
9. Hojat, M., et al., *Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty*. Am J Psychiatry, 2002. **159**(9): p. 1563-9.
10. Hojat, M., *Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures*. J Health Hum Serv Adm, 2009. **31**(4): p. 412-50.
11. Larson, E.B. and X. Yao, *Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship*. JAMA, 2005. **293**(9): p. 1100-6.
12. Morse, J.M., et al., *Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice?* Image J Nurs Sch, 1992. **24**(4): p. 273-80.
13. Hojat, M., et al., *An empirical study of decline in empathy in medical school*. Med Educ, 2004. **38**(9): p. 934-41.

14. Thomson, D., A.-M. Hassenkamp, and C. Mansbridge, *The Measurement of Empathy in a Clinical and a Non-clinical Setting, Does Empathy Increase with Clinical Experience?* *Physiotherapy*, 1997. **83**(4): p. 173-180.
15. Batson, C.D., et al., *Empathy and attitudes: can feeling for a member of a stigmatized group improve feelings toward the group?* *J Pers Soc Psychol*, 1997. **72**(1): p. 105-18.
16. Olsen, D.P., *Development of an instrument to measure the cognitive structure used to understand personhood in patients.* *Nurs Res*, 1997. **46**(2): p. 78-84.
17. Levinson, W., *Physician-patient communication. A key to malpractice prevention.* *JAMA*, 1994. **272**(20): p. 1619-20.
18. Nightingale, S.D., P.R. Yarnold, and M.S. Greenberg, *Sympathy, empathy, and physician resource utilization.* *J Gen Intern Med*, 1991. **6**: p. 420-3.
19. Mercer, S.W., D. Reilly, and G.C. Watt, *The importance of empathy in the enablement of patients attending the Glasgow Homoeopathic Hospital.* *Br J Gen Pract*, 2002. **52**(484): p. 901-5.
20. Little, P., et al., *Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations.* *BMJ*, 2001. **323**(7318): p. 908-11.
21. Thomas, K.B., *General practice consultations: is there any point in being positive?* *Br Med J (Clin Res Ed)*, 1987. **294**(6581): p. 1200-2.
22. Rodriguez, H.P., et al., *Relation of patients' experiences with individual physicians to malpractice risk.* *Int J Qual Health Care*, 2008. **20**(1): p. 5-12.
23. Suchman, A.L., et al., *Physician satisfaction with primary care office visits. Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient.* *Med Care*, 1993. **31**(12): p. 1083-92.
24. Levinson, W. and D. Roter, *Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills.* *J Gen Intern Med*, 1995. **10**(7): p. 375-9.
25. Price, S., S.W. Mercer, and H. MacPherson, *Practitioner empathy, patient enablement and health outcomes: a prospective study of acupuncture patients.* *Patient Educ Couns*, 2006. **63**(1-2): p. 239-45.
26. Fredriksson, L., *Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening.* *J Adv Nurs*, 1999. **30**(5): p. 1167-76.

27. Weitzman, P.F. and E.A. Weitzman, *Promoting communication with older adults: protocols for resolving interpersonal conflicts and for enhancing interactions with doctors*. Clin Psychol Rev, 2003. **23**(4): p. 523-35.
28. Lang, E.V., et al., *Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures*. Pain, 2005. **114**(1-2): p. 303-9.
29. Jackson, C., *Healing ourselves, healing others: first in a series*. Holist Nurs Pract, 2004. **18**(2): p. 67-81.
30. Gard, G., et al., *Physical Therapists' Emotional Expressions in Interviews about Factors Important for Interaction With Patients*. Physiotherapy, 2000. **86**(5): p. 229-240.
31. Rietveld, S. and P.J. Prins, *The relationship between negative emotions and acute subjective and objective symptoms of childhood asthma*. Psychol Med, 1998. **28**(2): p. 407-15.
32. Levinson, W., R. Gorawara-Bhat, and J. Lamb, *A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings*. JAMA, 2000. **284**(8): p. 1021-7.
33. Beck, R.S., R. Daughtridge, and P.D. Sloane, *Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review*. J Am Board Fam Pract, 2002. **15**(1): p. 25-38.
34. Halpern, J., *What is clinical empathy?* J Gen Intern Med, 2003. **18**(8): p. 670-4.
35. Halpern, J., *Empathy and patient-physician conflicts*. J Gen Intern Med, 2007. **22**(5): p. 696-700.
36. McIntyre, N. and K. Popper, *The critical attitude in medicine: the need for a new ethics*. Br Med J (Clin Res Ed), 1983. **287**(6409): p. 1919-23.
37. Hedrick, H.L. and R.M. Nelson, *Handling ethical conflicts in the clinical setting*. Semin Pediatr Surg, 2001. **10**(4): p. 192-7.
38. McCord, R.S., et al., *Responding effectively to patient anger directed at the physician*. Fam Med, 2002. **34**(5): p. 331-6.
39. Jamison, J.R., *Reflections on chiropractic's patient-centered care*. J Manipulative Physiol Ther, 2001. **24**(7): p. 483-6.
40. Stenmar, L. and L.A. Nordholm, *Swedish physical therapists' beliefs on what makes therapy work*. Phys Ther, 1994. **74**(11): p. 1034-9.

41. Cooper, K., B.H. Smith, and E. Hancock, *Patient-centredness in physiotherapy from the perspective of the chronic low back pain patient*. *Physiotherapy*, 2008. **94**(1): p. 244-252.
42. Hall, A.M., et al., *The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review*. *Phys Ther*, 2010. **90**(8): p. 1099-110.
43. Santos, M.C., L. Barros, and E. Carolino, *Occupational stress and coping resources in physiotherapists: a survey of physiotherapists in three general hospitals*. *Physiotherapy*, 2010. **96**(4): p. 303-10.
44. Maslach, C. and S.E. Jackson, *The measurement of experienced burnout*. *Journal of Occupational Behaviour*, 1981. **2**: p. 99-113.
45. Donohoe, E., et al., *Factors associated with burnout of physical therapists in Massachusetts rehabilitation hospitals*. *Phys Ther*, 1993. **73**(11): p. 750-6; discussion 756-61.
46. Salgueira, A.P., et al., [*Jefferson scale of physician lifelong learning: translation and adaptation for the portuguese medical population*]. *Acta Med Port*, 2009. **22**(3): p. 247-56.
47. Melo, B.T., A.R. Gomes, and J.F. Cruz, *Avaliação Psicológica do "Burnout" para os Profissionais de Psicologia*. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 1999. **VI**: p. 596-603.
48. Felton, J.S., *Burnout as a clinical entity--its importance in health care workers*. *Occup Med (Lond)*, 1998. **48**(4): p. 237-50.
49. Wolfe, G.A., *Burnout of therapists: inevitable or preventable?* *Phys Ther*, 1981. **61**(7): p. 1046-50.
50. Schuster, N.D., D.L. Nelson, and C. Quisling, *Burnout among physical therapists*. *Phys Ther*, 1984. **64**(3): p. 299-303.
51. Deckard, G.J. and R.M. Present, *Impact of role stress on physical therapists' emotional and physical well-being*. *Phys Ther*, 1989. **69**(9): p. 713-8.
52. Stubbs, B., et al., *The risk of assault to physiotherapists: beyond zero tolerance?* *Physiotherapy*, 2009. **95**(2): p. 134-9.
53. Hojat, M., J. Gonnella, and K. Maxwell, *Jefferson Scales of Empathy (JSE)-Professional Manual & User's Guide*. 2009, Jefferson Medical College of Thomas

- Jefferson University - Center for Research in Medical Education and Health Care: Philadelphia, Pennsylvania, U.S.A. p. 1-58.
54. Pires, S., R. Mateus, and J. Câmara, *Síndrome de Burnout nos Profissionais de Saúde de um Centro de Atendimento a Toxicodependentes*. Revista Toxicodependencias IDT, 2004. **10**(1): p. 15-23.
 55. Brazeau, C.M., et al., *Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate*. Acad Med, 2010. **85**(10 Suppl): p. S33-6.
 56. Krasner, M.S., et al., *Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians*. JAMA, 2009. **302**(12): p. 1284-93.
 57. Williams, C.A., *Empathy and burnout in male and female helping professional*. Res Nurs Health, 1989. **12**(3): p. 169-78.
 58. Serrano Gisbert, M.F., E.J. de Los Fayos, and M.D. Hidalgo Montesinos, *[Burnout in Spanish physiotherapists]*. Psicothema, 2008. **20**(3): p. 361-8.
 59. Scutter, S. and M. Goold, *Burnout in recently qualified physiotherapists in South Australia*. Australian Journal of Physiotherapy, 1995. **41**(2): p. 115-118.
 60. Balogun, J.A., et al., *Prevalence and determinants of burnout among physical and occupational therapists*. J Allied Health, 2002. **31**(3): p. 131-9.
 61. Mandy, A., M. Saeter, and K. Lucas, *Burnout and self-efficacy in Norwegian physiotherapists*. International Journal of Therapy and Rehabilitation, 2004. **11**(6): p. 251-258.
 62. Pavlakis, A., V. Raftopoulos, and M. Theodorou, *Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey*. BMC Health Serv Res, 2010. **10**: p. 63.
 63. Ogiwara, S. and H. Hayashi, *Burnout amongst Physiotherapists in Ishikawa Prefecture*. J. Phys. Ther. Sci., 2002. **14**: p. 7-13.
 64. Campo, M.A., S. Weiser, and K.L. Koenig, *Job strain in physical therapists*. Phys Ther, 2009. **89**(9): p. 946-56.