

Aneta Więsek, Elżbieta Rutkowska

Akademia Bialska im. Jana Pawła II

FIZJOTERAPEUTA WŚRÓD ZAWODÓW ZAUFANIA PUBLICZNEGO W OPINII SPOŁECZNEJ

Streszczenie

Fizjoterapeuci reprezentują zawód, który wymaga bezpośredniego kontaktu z drugim człowiekiem. Relacje terapeutyczne z osobą, która nierzadko cierpi – a wykonywane procedury medyczne wymagają poszanowania godności i intymności. Dlatego wykonywanie takiego zawodu – podobnie jak innych z grupy „człowiek-człowiek” – wymaga zdobycia zaufania publicznego. Krajowa Izba Fizjoterapeutów należy do Ogólnopolskiego Porozumienia Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego, działających m.in. na rzecz legislacji zawodowej, ale i kształtowania opinii społecznej o zawodach z tej grupy.

Celem badań sondażowych było zebranie informacji o zaufaniu publicznym do fizjoterapeutów oraz wskazanie czynników kształtujących tą opinię. Badania zostały przeprowadzone w grupie 250 losowo wybranych osób, z których blisko 60% było poddawanych fizjoterapii. Opinię badano za pomocą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety internetowej za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety.

Wyniki badań wskazują na wysoką pozycję fizjoterapeutów w rankingu przedstawicieli różnych grup zawodów według Klimowa a także wśród innych zawodów medycznych – gdzie fizjoterapeuta wraz z ratownikiem medycznym zajmuje najwyższe miejsce ($4,1 \pm 1,0$) w pięciostopniowej skali zaufania publicznego; opinię w największym stopniu kształtuje cel przebytej fizjoterapii oraz deklarowany stan zdrowia i jakość życia badanych.

Kształcenie fizjoterapeutów powinno w większym stopniu objąć kształcenie wybranych cech osobowościowych i kształtowania relacji terapeutycznych podczas nienaganego wykonywania procedur fizjoterapeutycznych.

Słowa kluczowe: zawód zaufania publicznego, fizjoterapeuta, relacje terapeutyczne

Wstęp

Historia zawodu fizjoterapeuty sięga czasów medycyny starożytnej. Naturalnymi środkami, takimi jak woda (o różnej temperaturze i składzie), różne formy masażu, medytacji, gimnastyka, ale też surowce naturalne – parali się kapłani, medycy, wojskowi, filozofowie – w celu leczenia chorób oraz umacniania i potęgowania zdrowia dla sztuki wojennej czy starożytnego sportu (Grabowska, 2015; Starczyńska, Karwacińska, Stepanek-Finda, Kiebzak, 2011). Tożsamość zawodowa fizjoterapeutów kształtowała się już od czasów Mercurialisa (XVI wiek) by za sprawą Lingów i systemu gimnastyki szwedzkiej w wieku XIX – rozpoczęło się formalne kształcenie dzisiejszych specjalistów leczenia różnymi formami ćwiczeń ruchowych (Kowalik, 2008, Zembaty, 1995). Rodowód zawodu ma istotny wpływ na dzisiejszy kształt profilu zawodowego, który regulowany Ustawą o zawodzie (Dz.U.2015 poz. 1994 z późn. zm.) precyzyjnie określa standard kształcenia i zakres zadań zawodowych współczesnych fizjoterapeutów. Mimo, że zawód jest jednoznacznie zakwalifikowany we wspomnianej ustawie jako zawód medyczny, to zakres kompetencji obejmuje nie tylko biegłość w medycznych procedurach i konieczność przestrzegania zasad etyki zawodu medycznego – ale także świadczenie ich w szczególnych relacjach terapeutycznych (Mazurek, 2009). Podmiotem profesjonalnych działań fizjoterapeuty jest bowiem człowiek cierpiący a niektóre zabiegi dotyczą jego godności i intymności. Dlatego w relacjach terapeutycznych podczas profilaktyki czy rehabilitacji ważne jest zaufanie do fizjoterapeuty. Rozpoznanie warunków budowy tej szczególnej relacji wymaga z jednej strony od fizjoterapeuty empatii i umiejętności zrozumienia wszystkich problemów psycho-społecznych pacjenta, które wpływają na jego stan fizyczny – z drugiej obdarzenia fizjoterapeuty zaufaniem przez chorego.

Fizjoterapeuta to zawód wolny, co oznacza, że osobiście i samodzielnie wykonuje on wewnątrznie spójne czynności zawodowe wymagające zazwyczaj specjalistycznej wiedzy i umiejętności. To także zawód zaufania publicznego, którego wykonywanie ma określone standardy, własny kodeks etyczny, jest ustawowo uregulowany i kontrolowany przez samorząd zawodowy (Kłusek, 2016). Krajowa Izba Fizjoterapeutów (KIF), będąca samorządem zawodowym tej grupy pracowników należy do Ogólnopolskiego Porozumienia Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego, które dbają o prestiż wolnych zawodów i ich wizerunek społeczny, działają na rzecz

współdziałania z władzą publiczną i społeczną opinią (<https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/samorzady-zawodow-zaufania-publicznego-chca-wspolpracowac> (data pobrania 11.06.2023).

Uznano więc, że zaufanie społeczne do fizjoterapeutów jest ważnym, choć niewystarczająco zbadanym elementem ich profilu zawodowego. Dlatego podjęto próbę ustalenia opinii społecznej o zawodzie fizjoterapeuty i czynnikach, które mogą je determinować.

Material i metody

Badania przeprowadzona drogą internetową; autorski kwestionariusz ankiety zamieszczono na Formularzu Google a następnie za pomocą linku udostępniono przez portal społecznościowy Facebook. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego techniką ankietowania autorskim kwestionariuszem, który składał się z 15. pytań: siedem miało charakter metryczkowy wśród nich pytano o samoocenę zdrowia i ogólnej satysfakcji życiowej w skali od 1-10; trzy pytania dotyczyły określenia źródeł wiedzy o fizjoterapeutach (z możliwością wielokrotnego wyboru) a pozostałe pięć pytań służyło ocenie stopnia nasilenia badanej cechy (kafeteria od 1–5 pkt) i służyło ocenie zaufania do przedstawicieli zawodów. Dobór respondentów był w pełni przypadkowy. Badanie przeprowadzono w styczniu 2023. Poprawnie wypełnione ankiety uzyskano od 250 osób. Wyniki badania poddano ocenie ilościowej, zaś wybrane uwarunkowania opinii oceniano za pomocą za pomocą testu Chi² Pearsona, przyjmując poziom istotności na poziomie $p \leq 0,05$.

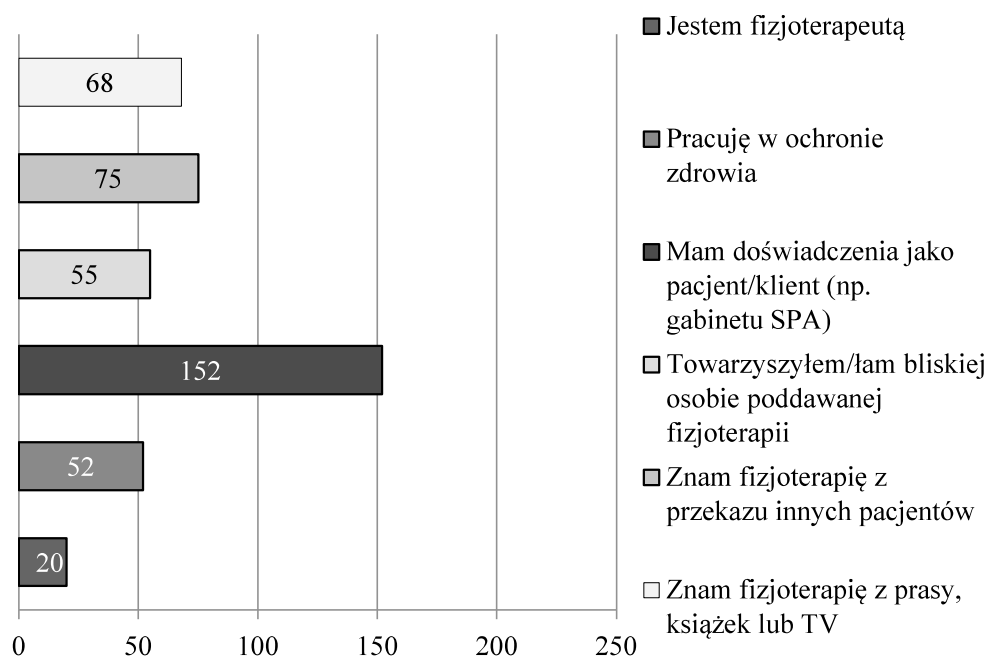
Wyniki

W badanej grupie wyraźnie zaznaczyła się przewaga kobiet: n=196 (78,4%) nad mężczyznami: 54 (21,6%). Średnia wieku badanych wyniosła $31,2 \pm 10,0$. Deklarowane wykształcenie respondentów – podstawowe: 2 (0,8%); zawodowe: 15 (6,0%); średnie: 98 (39,2%); wyższe: 99 (39,6%); wyższe + podyplomowe (specjaliści): 36 (14,4%).

Wśród respondentów najwięcej osób mieszkało w miejscowości do 1 tysięcy mieszkańców, tj. 32,8% (n=82) osób; 28,4% (n=71) osób pochodziło z miejscowości do ok. 50 tysięcy mieszkańców; 23,6% (n=59) osób zamieszkiwało duże miasta powyżej 100 tysięcy mieszkańców. Najmniejszą grupę, tj. 15, 2% (n=38) osób stanowiły osoby z miejscowości liczących ok. 5 tysięcy mieszkańców.

Pytani o samoocenę swojego zdrowia oraz o poziom jakości życia badani ocenili je dość wysoko i porównywalnie. W skali od 1 (możliwie najgorszy) do 10 (doskonały) większość wskazań oscylowała wokół 7-8 punktów i wyniosła dla zdrowia: $7,1 \pm 1,7$ a dla jakości życia: $7,1 \pm 1,8$.

Respondenci określili swoje doświadczenia lub źródła wiedzy o fizjoterapii. Część uczestników badania wskazała więcej niż jedno źródło (według instrukcji do ankiety istniała taka możliwość). W grupie badanych byli pracownicy ochrony zdrowia i fizjoterapeuci ($n=20$). Większość – 152 (60%) doświadczyła fizjoterapii w leczeniu chorób lub podczas zabiegów rewitalizacyjnych (Rysunek 1). Wśród badanych nie było osób, które nie zaznaczyły jakiegokolwiek z proponowanych wariantów odpowiedzi o źródła wiedzy o fizjoterapii.



Rysunek 1. Źródła wiedzy lub doświadczenia z zakresu fizjoterapii (n=250)

Źródło: opracowanie własne

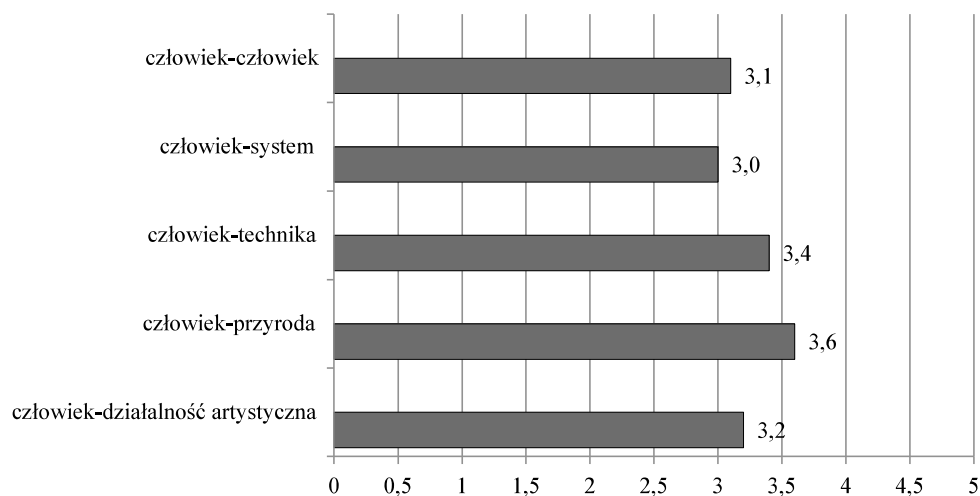
Badani zostali poproszeni o określenie swojego zaufania do przedstawicieli zawodów, które zostały pogrupowane według kwalifikacji predyspozycji zawodowych w pięć grup: A – zawody człowiek-człowiek; B – człowiek – system; C – człowiek-technika; D – człowiek-przyroda; E – człowiek-działalność artystyczna (Klimov za Wolan-Nowakowska, 2016). Respondenci mogli przyznawać rangę każdemu z zawodów w skali od 1 (najniższe zaufanie) do 5 (zaufanie maksymalne) (Tabela 1).

Tabela 1. Poziom zaufania do przedstawicieli grup zawodów (n=250)

Grupa	Zawód	Ranga					Średnia SD
		1	2	3	4	5	
A	nauczyciel	22	63	89	62	14	2,9±1,0
	kosmetolog	13	48	88	76	25	3,2±1,0
	fryzjer	15	54	82	72	27	3,2±1,1
B	ekonomista	22	65	91	54	18	2,9±1,1
	doradca podatkowy	22	66	84	57	21	3,0±1,1
	kasjer	19	44	91	78	18	3,1±1,0
C	Inżynier elektronik	6	48	87	75	34	3,3±1,0
	informatyk	10	40	74	90	36	3,4±1,0
	kucharz	9	38	71	100	32	3,4±1,0
D	lekarz weterynarii	4	26	75	88	57	3,7±1,0
	biolog	10	45	77	82	36	3,6±1,1
	rolnik	6	38	88	75	43	3,4±1,0
E	architekt	11	36	96	78	29	3,3±1,0
	reżyser	25	56	87	62	20	2,9±1,1
	fotograf	16	41	84	79	30	3,3±1,1

Źródło: opracowanie własne

Na tej podstawie dokonano sumarycznego porównania zaufania do przedstawicieli różnych grup zawodów (Rysunek 2).



Rysunek 2. Średni poziom zaufania do przedstawicieli grup zawodów (n=250)

Źródło: opracowanie własne

W przeprowadzonym badaniu przedstawiciele zawodów z grupy „człowiek- człowiek” nie uzyskali największego zaufania (średnia 3,1 pkt);

najwyższe noty przyznano przedstawicielom zawodów z grupy „człowiek-przyroda” (3,6 pkt).

Wybrane zawody medyczne uzyskały natomiast wyższy poziom zaufania, jeśli zestawiono je w odrębnym punkcie badania według tej samej zasady – gdzie średnia ocena dla całej grupy zawodów medycznych wyniosła 4,0 pkt a najwyższą średnią zaufania cieszyli się na równi fizjoterapeuci i ratownicy medyczni (4,1 pkt), (Tabela 2).

Tabela 2. Ranking zaufania do przedstawicieli zawodów medycznych (n=250)

Zawód \ Ranga	1	2	3	4	5	Średnia SD
lekarz	8	25	61	75	81	3,8±1,1
pielęgniarka	5	21	40	82	102	4,0±1,0
farmaceuta	4	18	62	85	81	3,9±1,0
ratownik medyczny	4	13	38	87	108	4,1±1,0
fizjoterapeuta	4	14	44	82	106	4,1±1,0
położna	10	16	39	86	99	3,9±1,1

Źródło: opracowanie własne

Kolejnym etapem badania było określenie czynników, które mogą wpływać na ostateczną ocenę wizerunku zawodowego fizjoterapeuty. Ten punkt badania zaadresowano do osób, które budowały swoją opinię na doświadczeniach osobistych („byłem pacjentem”; „towarzyszyłem osobie bliskiej”). Tu także zastosowano skalę ocen: od 1 (bardzo zła) – do 5 (bardzo dobra). Wyniki badania zaprezentowano w tabeli nr 3 - wraz z liczbą osób odpowiadających na pytania. Z badania wyłączono fizjoterapeutów, których samoocena została przedstawiona oddzielnie (Tabela 4 – kolumna 9).

Analiza odpowiedzi fizjoterapeutów potwierdziła przypuszczenie, że oceną wyżej elementy swojego wizerunku a ich samoocena jest nieco niższa w kategorii: zdobienie ciała i identyczna w ocenie współpracy z personelem medycznym; poza tymi wyjątkami we wszystkich badanych elementach zbliża się do wartości maksymalnych, znacznie przekraczając 4 punkty.

Tabela 3. Ocena elementów wizerunku fizjoterapeuty (n=250)

Elementy pracy fizjoterapeuty	Oocena	Liczba odpowiedzi	Bar-dzo zła	Nie-dosta-teczna	Do-sta-tecz-na	Dobra	Bar-dzo dobra	Średnia SD (n=230)	Fizjoterapeuci – samoocena średnia SD (n=20)
			1	2	3	4	5		
autoprezentacja (wizytówka/przedstawienie się)		210	7	8	21	68	106	4,2±1,0	4,5±0,9
estetyczny ubiór		212	4	4	15	54	135	4,5±0,9	4,4±0,9
brak zbędnych ozdób (tatuaż, makijaż, biżuteria)		176	5	4	14	52	101	4,4±0,9	4,3±0,8
przestrzeganie zasad higieny podczas terapii		211	6	4	6	47	148	4,5±0,9	4,6±0,7
łatwość nawiązywania kontaktu		208	4	1	9	52	142	4,6±0,8	4,7±0,6
szacunek dla pacjenta		207	4	4	11	43	145	4,5±0,8	4,6±0,9
wzbudzanie zaufania		207	4	4	9	55	135	4,5±0,8	4,6±0,7
wyczerpujące odpowiedzi na zadawane pytania		207	4	7	17	55	123	4,4±1,0	4,6±0,6
zachęcanie do pokonywania niepełnosprawności		206	5	7	16	45	123	4,2±0,9	4,4±0,9
pełny instruktaż do samodzielnego usprawniania		205	6	6	21	55	117	4,3±1,0	4,3±0,9
współpraca z innym personelem medycznym		200	4	7	23	56	110	4,3±0,9	4,3±0,9
życzliwość, empatia		206	4	2	12	50	138	4,5±0,8	4,6±0,7

Źródło: opracowanie własne

Kolejnym etapem badania była próba sprawdzenia uwarunkowań ocen zaufania do fizjoterapeutów. Spośród wszystkich badanych wybrano tych (n=168), których oceny zaufania były poniżej średniej (grupa FON – n=62) i grupę osób wyrażających opinie powyżej średniej (grupa FOP n=106) i porównano niektóre charakterystyki badanych (Tabela 4).

Tabela 4. Niektóre uwarunkowania opinii o fizjoterapeutach (n=168)

Charakterystyki		FON (n=62)	FOP (n=106)	p
Wiek		33±10,5	30±9,8	0,851
płeć	kobieta	44 (71%)	81 (76%)	0,109
	mężczyzna	18 (29%)	25 (24%)	
stan zdrowia (punkty)		6,9±1,7	7,4±1,8	0,021*
jakość życia (punkty)		6,6±1,8	7,5±1,8	0,001*
wykształcenie	podstawowe	0	2 (1,9%)	0,525
	zawodowe	7 (11,3%)	6 (5,6%)	
	średnie	21 (33,9%)	43 (40,6%)	
	wyższe	27 (43,5%)	39 (36,8%)	
	wyższe +podyplom.	7 (11,3%)	16 (15,1%)	
sposób tworzenia opinii na temat fizjoterapii	jestem fizjoterapeutą	5 (8,1%)	10 (9,4%)	0,920
	pracuje w ochronie zdrowia	11 (17,7%)	21 (19,8%)	
	jestem/byłem pacjentem	23 (37,1%)	36 (34,0%)	
	obserwacja/przekaz in- nych osób	23 (37,1%)	39 (36,8%)	
Cel poddawania fizjoterapii	odnowa biologiczna w klubie sportowym	5 (8,1%)	15 (14,2%)	0,005*
	pielęgnacja urody - zabie- gi medycyny estetycznej	6 (9,7%)	22 (20,8%)	
	choroby i urazy w obrębie narządu	30 (4,8%)	15 (14,2%)	
Udział w fizjoterapii	wielokrotnie	9 (14,5%)	12 (11,3%)	0,789
	sporadycznie	28 (45,2%)	57 (53,8%)	
	brak fizjoterapii	25 (40,3%)	37 (34,9%)	

*różnice istotne statystycznie

Źródło: opracowanie własne

Powyższe dane i ich analiza wskazują na te cechy (wyższe samooceny zdrowia i jakości życia oraz doświadczenia środków fizjoterapii w rewitalizacji i pielęgnacji urody), które mogą pozytywnie kształtować poziom zaufania do fizjoterapeutów.

Dyskusja

Zawody, które polegają na bezpośrednim kontakcie z drugim człowiekiem, wywieraniu wpływu na jego aktywności, to wszelkie profesje, które wymagają także tworzenia relacji bazującej na wzajemnym zaufaniu.

Zawody medyczne są szczególnymi w tej grupie, gdyż podmiot działania medyków znajduje się często w sytuacji kryzysowej z powodu zagrożenia zdrowia, ryzyka niepełnosprawności czy nawet utraty życia. Dlatego osoby, które wykonują zawody medyczne powinny cechować łatwość nawiązywania kontaktów, empatia, życzliwość, poszanowanie godności i intymności podmiotu działań oraz rygorystyczne przestrzeganie tajemnicy zawodowej (Różyńska i in., 2021). Charakterystyki te odnoszą się także do fizjoterapeutów, których zawód – mimo długiej tradycji – uregulowany został ustawą dopiero kilka lat temu. Deontologia fizjoterapeutów wskazuje na konieczność doskonalenia takich cech osobowych, które powinny budować zaufanie społeczne (Trylińska-Tekielska, 2012; Danecki, 2020; Sidor-Rządkowska, 1994) w realizacji swoistej misji zawodowej (Czerw, Borkowska, 2010).

Celem badań sondażowych była próba oceny poziomu zaufania społecznego do fizjoterapeutów na tle przedstawicieli innych zawodów medycznych i niemedycznych, których pogrupowano za Klimovem zgodnie z obszarem ich profesjonalnej działalności (Markova i in., 2017). Poszukiwano także czynników determinujących to zaufanie.

Przeprowadzone badanie sondażowe wykazało, że zawody z grupy „człowiek-człowiek” tracą miejsce liderów na rzecz przedstawicieli zawodów „człowiek-przyroda”. Potwierdza to krytykę licznych przedstawicieli zawodów wolnych, zwłaszcza z grupy „medyków”, którzy swoim postępowaniem (brak bezinteresowności, szacunku do pacjenta, nierzetelność informacji) ale także z powodu coraz częściej anonimowo rozpowszechnianych, nieprawdziwych informacji (hejt internetowy) narażani są na dyskredytację a co za tym idzie utratę wiarygodności niezbędnej do wykonywania zawodu zaufania publicznego (Gałuszka, 2009; Waszczak, 2012).

Badania sondażowe, które przeprowadzono losowo wybranej grupie pokazują zróżnicowanie poziomu zaufania do przedstawicieli różnych grup zawodowych w tym także znaczących różnic w obrębie samych specjalistów medycznych. Zawód fizjoterapeuty w opinii uczestników badania znalazł się na pierwszym miejscu (razem z ratownikiem medycznym) wśród zawodów medycznych i był oceniany o ok. 1 punkt wyżej w rankingu zawodów w grupie przedstawicieli innych zawodów z grupy „człowiek-człowiek”. Potwierdziła się niestety tendencja obniżania zaufania do lekarzy, którzy od lat zajmowali najwyższe miejsca wśród zawodów zaufania publicznego (Barańska, 2019; Michnowska, 2011). Pamiętać przy interpretacji tego wyniku należy jednak, że co trzeci respondent – $n=75$ (30%) – był pracownikiem

ochrony zdrowia – więc oceniał swoich współpracowników – a zatem jego ocena mogła być nacechowana osobistymi doświadczeniami, wynikającymi nie tylko z relacji terapeutycznej – a także ryzykiem zawyżonej samooceny (Góralewska-Słomska, 2011).

Uczestnicy badania dość wysoko ocenili wymienione w kwestionariuszu elementy wizerunku fizjoterapeuty – średnia oscylowała w większości badanych cech ok. 4,5 pkt w skali 5-cio stopniowej, co można uznać za wynik dobry. Należałoby jednak poprawić takie zachowania jak: autoprezentację, motywowanie pacjenta do pracy; edukowanie i współpracę z innym personelem, współrealizującym zawodowe zadania. W świetle sondażowej oceny tych cech wizerunku fizjoterapeutów należy wdrożyć działania wychowawcze na studiach fizjoterapii a czasem naprawcze co może być zadaniem bezpośrednich przełożonych pracujących fizjoterapeutów oraz zadaniem dla samorządu zawodowego. Na konieczność doskonalenia miękkich kompetencji fizjoterapeutów wskazują także wyniki badań innych autorów (Trylińska-Tekielska, 2014; Zaborniak-Sobczak i in., 2014). Zwraca jednak uwagę fakt, że przy porównaniu samoocen fizjoterapeutów, ujawnia się tendencja, że byli oni nieco bardziej krytyczni wobec siebie niż pozostali uczestnicy badania w takich obszarach jak: wygląd zewnętrzny (zdobienie ciała, czy estetyczny ubiór) oraz poziom empatii, co może świadczyć o świadomości swoich niedostatków tej grupy respondentów i otwiera drogę do samodoskonalenia.

Z całości badanej grupy wyłoniono osoby, które na podstawie własnych doświadczeń (jako pacjenci) lokowali fizjoterapeutów poniżej ($n=62$) i powyżej średniej ($n=106$) w rankingu zaufania (Tabela 4). Porównanie charakterystyk obu grup różnicowały istotnie jedynie: stan zdrowia, jakość życia oraz doświadczenia fizjoterapii – zwłaszcza w zabiegach rewitalizacyjnych.

Zaznaczyć należy, że sposób zbierania opinii odbywał się drogą internetową, co z przyczyn oczywistych znacznie ograniczyło reprezentację najstarszych seniorów, osób wykluczonych cyfrowo lub nieposiadających konta na profilu społecznościowym. Zatem dla pełnej reprezentacji opinii o poziomie zaufania konieczne jest przeprowadzenie badań także drogą bezpośrednią.

Wyniki badań mogą natomiast stanowić reprezentację opinii osób młodych – średnia wieku badanych wyniosła $31,2 \pm 10,0$. Znamienny jest też fakt, że duża grupa (68 osób – 27,2%) uczestników badania nie doświadczyła osobiście zbiegów fizjoterapii w rehabilitacji lub zabiegach rewitalizacyjnych

a 20 osób (8%) to czynni fizjoterapeuci. Można więc przypuszczać, że opinia tych pierwszych budowana była jedynie na przekazach medialnych (a w miarę doświadczeń osobistych może się zmienić), natomiast fizjoterapeuci prawdopodobnie skłonni byli do wyższej samooceny swojej pozycji w rankingu zaufania społecznego mimo zaobserwowanych przez siebie niedostatków wizerunku (o czym świadczą wyniki zaprezentowane w Tabeli 3).

Przedstawione wyniki badań można więc uznać za swoisty pilotaż, wpisujący się w potrzeby samorządu zawodowego fizjoterapeutów i innych zawodów zaufania społecznego.

Wnioski:

Na podstawie prezentowanych wyżej wyników badań można wnioskować:

- najwyższy zaufaniem społecznym respondenci obdarzyli przedstawicieli zawodów z grupy „człowiek-przyroda”;
- zawody medyczne osiągają wyższe noty zaufania niż inni przedstawiciele zawodów z grupy „człowiek-człowiek” ale poziom zaufania do medyków różnych specjalności jest zróżnicowany;
- fizjoterapeuci i ratownicy medyczni znajdują się ex aeqo na pierwszym miejscu wśród zawodów medycznych;
- według ocen respondentów i samooceny fizjoterapeutów stwierdza się nieduże deficyty w kompetencjach miękkich – co należałoby uwzględnić w kształceniu dyplomowym i podyplomowym fizjoterapeutów. Jest to jeden z koniecznych elementów poprawy relacji terapeutycznych w rehabilitacji.

Literatura:

1. Barańska, M. (2019). Kontrowersje wokół wizerunku lekarza w reklamie – podejście normatywne. *Marketing i Rynek*, 4, 42-52.
2. Czerw, A., Borkowska, A. (2010). Praca zawodowa jako obszar realizowania misji społecznej. *Psychologia Społeczna*, 5(4), 15.
3. Danecki, J. (2020). Małgorzata Sidor-Rządkowska: Etyczne aspekty rehabilitacji osób niepełnosprawnych (Koncepcje filozoficzne a debaty sejmowe. *Social Policy Issues*, 1, 210-211.
4. Gałuszka, M. (2009). Elity medyczne versus elity polityczne: kryzys elit zaufania publicznego. *Annales. Etyka w życiu gospodarczym*, 12(2), 13-23.

5. Góralewska-Słońska, A. (2011). Poczucie własnej wartości jako potencjał jednostki. *Problemy Profesjologii*, 2, 97-112.
6. Grabowska, A. (2015). Narodziny i rozwój rehabilitacji. *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny*, (78), 40-50.
7. Klusek, P. (2016). Fizjoterapeuta jako wolny zawód i zawód zaufania publicznego. *Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*, 53, 44-56.
8. Kowalik, S. (2008). Odsłanianie brakujących ogniw w historii rehabilitacji. Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną – w ujęciu pedagogicznym. Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej w Łodzi, 65-76
9. Markova, S., Depsames, L., Burova, I., Tsyplakova, S., Chigarov, E. (2017). Role of education in development of professional values of specialists. *Journal of Entrepreneurship Education*, 20(3), 1-5.
10. Mazurek, J. (2009). Fizjoterapia holistyczna, czyli psycho-fizjo-terapia. Część I: Człowiek w filozofii bytu, czyli od monizmu, przez dualizm do pluralizmu. *Physiotherapy/Fizjoterapia*, 17(2), 15-21.
11. Mnichowska, M. (2011). Współczesne tendencje i zmiany w relacji lekarz-pacjent. https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/13767/1/13_MNICHOWSKA.pdf.
12. Starczyńska, M., Karwacińska, J., Stepanek-Finda, B., Kiebzak, W. (2011). Historyczne podstawy fizjoterapii. *Studia Medyczne*, 21(1), 71-77.
13. Różyńska, J., Chańska, W., Łuków, P., Zielińska, E., Chyrowicz, B., Karkowska, D., Hartman, J. (2021). Konflikt interesów w praktyce zawodów medycznych–Rekomendacje Komisji do spraw etyki w ochronie zdrowia (2013–2016). *Przegląd Prawa Medycznego*, 3(1-2), 5-39.
14. Sidor-Rządkowska, M. (1994). Paternalizm w rehabilitacji. *Etyka*, 27, 127-138.
15. Trylińska-Tekielska, E. (2012). Questionnaire of Expectations Patient-Physiotherapist (QEPP). *Advances in Palliative Medicine*, 11(2), 56-61.
16. Tyrlińska-Tekielska, E. (red.) (2014). *Jaki jesteś współczesny terapeuta? Psychologiczne aspekty predyspozycji zawodowych*. Warszawa: Wyższa Szkoła Rehabilitacji, Warszawa.
17. Waszczak, S. (2016). Dyskredytacja przedstawicieli wybranych zawodów zaufania publicznego przez klientów. *Marketing i Rynek*, 3(CD), 1009-1016.
18. Wolan-Nowakowska, M. (2016). Znaczenie kompetencji społecznych w pracy pedagoga specjalnego. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 35(3), 153-163.
19. Zaborniak-Sobczak, M., Walicka-Cuprys, K., Cwirlej-Sozanska, A., Drzał-Grabciec, J., Truszczynska, A. (2014). Kompetencje Społeczne Fizjoterapeutów – Wyniki Badan Pilotazowych. *Postepy Rehabilitacji*, 28(2), 5-12

20. Zembaty, A. (1995). Pedagogizacja w procesie kształcenia fizjoterapeutów w Polsce łącznikiem między kulturą fizyczną a medycyną. *Postępy Rehabilitacji*, VIII(2), 43-49.

Źródła internetowe:

- <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/samorzady-zawodow-zaufania-publicznego-chca-wspolpracowac> (pobranie: 11.06.2023).
- https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/13767/1/13_MNICHOW-SKA.pdf (pobranie: 15.06.2023).