

• 调查报告 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2018.28.022

某医院 330 名医务人员职业倦怠现状及影响因素分析

田 晋,张 莎

(重庆市第七人民医院社区卫生服务中心 400054)

[摘要] 目的 描述医务人员职业倦怠现状及影响因素,提出预防职业倦怠的策略。方法 采用整群抽样的方法,将某二级甲等综合医院的医护人员 343 名作为研究对象,对其进行职业倦怠、压力源及应对方式的问卷调查。结果 二甲医院医务人员的职业倦怠现象比较普遍,处于中度水平,41.2%的医务人员处于重度情绪衰竭;护理人员比医生的职业倦怠程度严重;学历越高情绪衰竭程度越低,职业效能越高。职称越高情感疏远程度越低,职业效能越高($P<0.05$)。压力源是职业倦怠的促成因素,学历、职称、积极的应对方式是职业倦怠的保护因素($P<0.05$)。结论 医务人员的职业倦怠须引起重视,通过建立完善的人才绩效、培训机制及组织支持可以改善医务人员的职业倦怠状况。

[关键词] 厌倦,职业性;医务人员;压力;应对方式

[中图分类号] R197.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8348(2018)28-3684-04

Analysis on the current situation and influencing factors of occupational burnout among 330 medical staff in general hospitals

TIAN Jin, ZHANG Sha

(Community and Health Service Center, Seventh People's Hospital of Chongqing, 400054)

[Abstract] **Objective** To know the current situation and influencing factors of occupational burnout of medical staff, and to put forward strategies to prevent it. **Methods** A total of 343 medical staff in a second-class general hospital were selected as a research object by cluster sampling method. Job burnout, stressors and coping styles were investigated by questionnaire. **Results** The occupational burnout of medical staff in the hospital was relatively common, at a moderate level, and 41.2% of medical staff were in severe emotional exhaustion. Nursing staff were more serious than doctors. The higher the degree of education, the lower the degree of emotional exhaustion and the higher the occupational efficiency. The higher the professional level, the lower the emotional alienation and the higher the occupational efficiency ($P<0.05$). Stressors were the contributing factors of occupational burnout. Degree of education, professional level and positive coping style were the protective factors of occupational burnout ($P<0.05$). **Conclusion** The occupational burnout of medical staff in hospital must be paid attention to, and which will be prevented by establishment of perfect talent performance, training and organizational support.

[Key words] burnout, professional; medical staff; pressure; coping style

关于职业倦怠的研究始于 1974 年美国精神病学家 FREUDENBERGER^[1],他认为职业倦怠指服务性行业的从业人员在日常工作中持续性情感付出,以及在工作中与他人产生的各种矛盾冲突导致的挫折感加剧,而最终在情感、情绪、行为等方面出现身心疲惫的状态。而医务人员要时常面对重症抢救、生离死别、患者及家属的不理解等,面对患者复杂变化的病情需要正确、迅速地做出判断和处理,加之,国内的医务人员高负荷工作,使其成为职业倦怠的高发群体^[2-5]。本文针对重庆市一家二级甲等综合医院医务人员的从业特点分析其职业倦怠的现状。在对医务

人员职业倦怠现状分析的基础上,利用多元回归分析影响职业倦怠的人口学及压力源因素。

1 资料与方法

1.1 一般资料 调查采用整群抽样方法,向某二甲医院从事临床工作的医疗护理人员 343 名发放问卷 343 份,最终回收问卷 330 份,回收率 96.21%,有效率 100%。

1.2 调查方法 由经过统一培训的调查员进行自设问卷调查,调查内容包括:医务人员基本情况,职业倦怠量表、工作压力源量表及应对方式量表。

1.3 调查工具

1.3.1 职业倦怠量表 参考 Maslach 倦怠感量表 (Maslach burnout inventory general survey, MBI-GS) 编制, 量表共分 3 个部分 16 个子项目, 从情绪衰竭、情感疏远、职业效能 3 个维度测量工作倦怠。采用 Likert 7 级等级记分。情绪衰竭和情感疏远两个维度的得分越高倦怠感越强; 职业效能方面, 得分越高, 倦怠感越弱。本研究采用国内外的评定方法, 设定情绪衰竭大于或等于 27 为强倦怠, 情感疏远大于或等于 13 分为强倦怠, 职业效能小于或等于 39 分为强倦怠^[6]。

1.3.2 工作压力源量表 参考国际上使用的工作内容量表 (job content questionnaire, JCQ), 结合研究目标人员实际情况设计, 主要包括 5 方面的问题, 分别是工作方面问题, 工作量及时间分配问题、患者诊疗方面问题、管理及人际关系方面问题、外部环境问题^[7]。

1.3.3 应对方式量表 采用我国学者解亚宁^[8] 编制的简易应对方式量表, 由积极应对和消极应对 2 个纬度组成。哪个纬度得分越高, 则说明哪种应对方式的频率越高。

1.3 统计学处理 将原始数据资料进行编码整理后, 录入 Epidata 数据库中。运用 SPSS17.0 软件进行统计分析。计量资料符合正态分布、方差齐的数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验, 多组间比较采用方差分析; 计数资料用率/百分比/构成比表示, 组间比较采用 χ^2 检验, 检验水准 $\alpha=0.05$, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 调查对象基本情况 本次调查人员 330 名, 其中医生 146 名、护士 184 名; 男 65 名、女 265 名; 30 岁以下 168 名, 31~40 岁 101 名, 41~50 岁 38 名, 51~60 岁 23 名; 硕士以上学位 38 名, 本科 140 名, 大专及以下 152 名; 初级职称 231 名, 中级职称 71 名, 副高职称 23 名, 高级职称 5 名; 工作年限 5 年及以下 116 名, 6~10 年 92 名, 11~20 年 70 名, 20 年及以上 52 名。

2.2 医务人员职业倦怠现状 调查结果显示, 医务人员的职业倦怠总分为 (67.90±18.99) 分, 处于中度倦怠水平。在情绪衰竭方面倦怠严重的医务人员占 41.2%; 情感疏远方面倦怠严重的医务人员占 30.6%; 职业效能方面倦怠严重的医务人员占 40.3%, 见表 1。从职业类别、性别、年龄、学历、职称、工作年限 6 个方面进行 t 检验或 F 检验, 结果显示: 情绪衰竭在不同职业类别和不同学历间的差异有统计学意义 ($P<0.05$), 护士的严重程度高于医生, 学历越高倦怠程度越低; 情感疏远在不同职称间的差异有

统计学意义 ($P<0.05$), 职称越高倦怠程度越低; 职业效能在不同学历、职称和工作年限间的差异有统计学意义 ($P<0.05$), 学历低、职称较低、工作年限高的医务人员的倦怠程度较高 ($P<0.05$), 见表 2。

表 1 职业倦怠的总体情况 ($n=330$)

| 项目 | 平均总分 ($\bar{x} \pm s$, 分) | 高程度 (%) | 中程度 (%) | 低程度 (%) |
|------|--------------------------------|---------|---------|---------|
| 情绪衰竭 | 25.48±10.36 | 41.2 | 30.6 | 28.2 |
| 情感疏远 | 9.76±5.98 | 30.6 | 42.7 | 26.7 |
| 职业效能 | 32.66±10.25 | 27.9 | 31.8 | 40.3 |

表 2 不同特征医务人员职业倦怠的差异比较 ($\bar{x} \pm s$, $n=330$)

| 项目 | n | 情感衰竭 | 情感疏远 | 职业效能 |
|---------|-----|--------------------|--------------------|--------------------|
| 类别 | | | | |
| 医生 | 146 | 22.67±9.68 | 9.97±6.05 | 33.58±10.87 |
| 护士 | 184 | 27.63±11.25 | 9.06±5.47 | 31.89±10.02 |
| t | | 2.689 ^a | 1.576 | 1.569 |
| 学历 | | | | |
| 研究生及以上 | 38 | 26.33±10.83 | 9.58±6.73 | 30.58±9.66 |
| 本科 | 140 | 24.82±10.39 | 9.79±6.98 | 32.47±10.05 |
| 大专 | 152 | 22.76±9.66 | 9.36±6.33 | 34.11±10.63 |
| F | | 5.758 ^b | 1.224 | 3.663 ^a |
| 职称 | | | | |
| 初级 | 231 | 25.67±10.66 | 10.55±6.96 | 30.38±9.05 |
| 中级 | 71 | 24.86±10.38 | 9.18±6.37 | 31.76±9.36 |
| 副高 | 23 | 25.34±10.30 | 8.63±6.03 | 33.75±10.56 |
| 高级 | 5 | 24.37±9.89 | 8.08±5.69 | 34.25±10.96 |
| F | | 2.368 | 5.683 ^b | 3.863 ^a |
| 工作年限 | | | | |
| ≤5 年 | 116 | 24.76±10.45 | 9.55±6.96 | 29.83±9.25 |
| 6~10 年 | 92 | 23.87±10.06 | 9.18±6.37 | 31.37±9.78 |
| 11~20 年 | 70 | 25.64±10.58 | 9.63±6.03 | 32.87±10.69 |
| 20 年及以上 | 52 | 25.05±10.50 | 9.08±5.69 | 34.75±11.06 |
| F | | 2.261 | 2.003 | 3.971 ^a |

^a: $P<0.05$, ^b: $P<0.01$

2.3 职业倦怠与压力源及应对方式的相关性分析 职业倦怠与压力源的 5 个方面, 以及应对方式的 2 种方式间的 Pearson 相关性分析显示: 医务人员的情绪衰竭和情感疏远与压力源的 5 个方面呈正相关, 与积极应对呈负相关, 与消极应对呈正相关 ($P<0.01$)。职业效能与压力源的 5 个方面呈负相关, 与积极应对呈正相关, 与消极应对呈负相关 ($P<0.01$)。见表 3。

2.4 医务人员职业倦怠影响因素的多元回归分析 将职业倦怠的 3 个方面 (情绪衰竭、情感疏远、职业效能) 作为因变量, 医务人员的基本情况、压力源的 5 个

表 3 职业倦怠与压力源及应对方式的相关性分析(*r*)

| 项目 | 情感衰竭 | | 情感疏远 | | 职业效能 | |
|------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | <i>r</i> | <i>P</i> | <i>r</i> | <i>P</i> | <i>r</i> | <i>P</i> |
| 工作方面问题 | 0.325 | 0.000 | 0.322 | 0.000 | -0.104 | 0.040 |
| 工作量及时间分配问题 | 0.265 | 0.000 | 0.339 | 0.000 | -0.136 | 0.046 |
| 病人诊疗方面问题 | 0.334 | 0.000 | 0.352 | 0.000 | -0.302 | 0.000 |
| 管理及人际关系问题 | 0.279 | 0.000 | 0.270 | 0.000 | -0.304 | 0.000 |
| 外部环境问题 | 0.311 | 0.000 | 0.223 | 0.000 | -0.199 | 0.000 |
| 积极应对 | -0.153 | 0.048 | -0.189 | 0.031 | 0.212 | 0.000 |
| 消极应对 | 0.141 | 0.046 | 0.112 | 0.048 | -0.367 | 0.000 |

方面、应对方式的 2 种方式作为自变量,进行逐步回归分析。结果显示,积极应对的态度是职业倦怠 3 个方面的保护因素,压力源中的管理及人际关系是情绪衰竭的促进因素,患者诊疗方面的问题是情感疏远和职业效能的促进因素,职称和学历是情感疏远和职业效能的保护因素。见表 4。

表 4 职业倦怠影响因素的多元回归分析

| 因变量 | 自变量 | <i>B</i> | <i>SE</i> | β | <i>T</i> | <i>P</i> |
|------|-----------|----------|-----------|---------|----------|----------|
| 情绪衰竭 | 管理及人际关系问题 | 2.315 | 0.868 | 0.184 | 2.666 | 0.008 |
| | 患者诊疗方面的问题 | 2.366 | 0.927 | 0.165 | 2.587 | 0.011 |
| | 学历 | 1.578 | 0.523 | 0.215 | 2.967 | 0.004 |
| | 积极应对 | -1.845 | 0.862 | -0.152 | -1.997 | 0.048 |
| 情感疏远 | 患者诊疗方面的问题 | 1.357 | 0.500 | 0.202 | 2.795 | 0.006 |
| | 职称 | -1.434 | 0.454 | -0.189 | -3.017 | 0.003 |
| | 学历 | -1.536 | 0.532 | -0.217 | -2.914 | 0.004 |
| | 积极应对 | -1.962 | 0.874 | -0.178 | -2.004 | 0.047 |
| 职业效能 | 患者诊疗方面的问题 | -1.573 | 0.523 | -0.220 | -2.975 | 0.005 |
| | 职称 | 1.658 | 0.658 | 0.984 | 3.524 | 0.002 |
| | 学历 | 1.635 | 0.632 | 0.315 | 2.941 | 0.004 |
| | 积极应对 | 2.547 | 1.004 | 0.247 | 3.104 | 0.001 |

3 讨 论

3.1 医务人员职业倦怠现状 职业倦怠的 3 个纬度中情绪衰竭表现为医务人员的情绪、情感处于疲惫的状态,导致缺乏热情、减少投入、做事敷衍。情感疏远表现为对待患者时缺乏人情味、消极,对患者冷漠或过度客观。职业效能表现为对自己的职业没有成就感。本研究结果显示,医务人员的职业倦怠总体处于中度水平,从各纬度看高度情绪衰竭的占 41.2%,高度情感疏远的占 30.6%,高度职业效能低的占 27.9%。护士比医生的职业倦怠程度高,这与相关研究结果一致^[9],护士多为非编人员,工作稳定性差,护理工作繁琐又重复性强,且直接面对医疗风险及患者的抱怨,因此护理人员的职业倦怠水平较高,这也是护理人员离职较多的原因。本研究还显示学历越高,

职称越高,职业倦怠的程度越低,高的受教育程度使得该人群具有较高的认知水平,并且对自身的要求较高,在不断地学习和提升自我能力的过程中,更加能够寻找到自我价值感。同时该群体晋升的压力较小,心态轻松,对职业倦怠具有保护作用^[10]。

3.2 医务人员职业倦怠的影响因素 研究表示应对方式与心理弹性是职业倦怠的重要影响因素^[11-13],本研究也证实了这一点。本研究结果显示积极地应对方式对职业倦怠的 3 个维度均有保护作用。医务人员由于工作的需要,需与患者及家属发生频繁的沟通,其过程需要消耗大量的情绪,但其结果且并不都尽如人意,此时如何看待沟通的受阻或失败就显得尤为重要。本研究结果发现的另一个重要的职业倦怠影响因素是管理及人际关系问题,管理层面及医务人员间的人际关系出现问题是职业倦怠的促成因素,那么相反的,健康的管理、良好的人际关系则是职业倦怠的保护因素。

3.3 建议

3.3.1 针对护理人群的职业倦怠较严重的问题,医院应建立健全公平的人才绩效机制,使得人才能够公平竞争上岗,按照劳动量、工作难易程度进行绩效分配,多劳多得。建立健全培训机制,让护理人员平等地获得继续教育、进修的机会,不断在职业发展中找到自信。加强护理部对护理队伍思想方面的重视,激发护理队伍的工作积极性,例如通过开展“品管圈”管理,提高护理人员的主人翁意识,增强凝聚力。

3.3.2 增强医院文化建设,全面提升医护人员应对困难的积极应对方式,建立较强的心理弹性。医院应该有心理咨询中心,让医务人员在遇到应激事件时能够得到良性的引导,采用正确的方式应对。院级层面多组织活动,例如,由医务科、心理科定期组织开展巴林特小组,让工作压力大的医护人员自愿诉说不如意的医患关系、医医关系或医护关系。定期开展志愿者的活动,让医护人员在活动中找到自我价值,找到追求的目标。

3.3.3 作为医院管理层应为每位员工提供职业规划,让医护人员看到自己努力的结果与发展的方向。

综上所述,通过以上措施降低医务人员的职业倦怠程度,势必也会降低医患矛盾的发生^[14-15]。

参考文献

[1] FREUDENBERGER H J. Staff burn-out [J]. *J Soc Issues*, 1974, 30(1): 159-165.

[2] 留岚兰,吴凉凉.“工作价值观-职务特征”匹配对工作倦怠的影响研究[J]. *应用心理学*, 2005, 11(1): 33-40.

[3] 蒋奖,许燕,张妹玥,等.心理咨询师工作倦怠调查[J]. *中国心理卫生杂志*, 2004, 18(12): 854-855, 835.

[4] 李超平,时勤.分配公平与程序公平对工作倦怠的影响[J]. *心理学报*, 2003, 35(5): 677-684.

[5] 赵玉芳,张庆林.医生职业倦怠研究[J]. *心理科学*, 2004, 27(5): 1137-1138, 1153.

[6] MASLACH C, SCHAUFELI W B, LEITER M P. Job burn-out [J]. *Ann Rev Psychol*, 2001, 52: 397-422.

[7] KARASEK R, CHOI B, OSTERGREN P O, et al. Testing two methods to create comparable scale scores between the Job Content Questionnaire (JCQ) and JCQ-like questionnaires in the European JACE Study [J]. *Int J Behav Med*, 2007, 14(4): 189-201.

[8] 解亚宁.简易应对方式量表信度和效度的初步研究[J]. *中国临床心理学杂志*, 1998(2): 114-115.

[9] 乔婷婷,甘晓芳,张媛,等.内蒙古自治区精神科医护人员职业倦怠现状及影响因素[J]. *中国农村卫生事业管理*, 2017, 37(4): 378-381.

[10] 石靖宇,赵旭东,苏娜,等.医生职业倦怠与心理弹性的关系[J]. *中国心理卫生杂志*, 2017, 2(31): 168-169.

[11] 易慧宇,彭宇竹,朱敏,等.江苏省不同等级公立医院医务人员职业倦怠现状及影响因素分析[J]. *中国医院*, 2017, 21(4): 27-30.

[12] 陈曲,孟开,刘旭,等.基于文献计量法的我国医护人员职业倦怠研究现状分析[J]. *中国健康教育*, 2017, 33(4): 346-348, 353.

[13] 钱莹,池霞.某三甲妇幼保健院医务人员职业倦怠现状及其压力源与社会支持研究[J]. *江苏卫生事业管理*, 2017, 28(1): 2-5.

[14] 崔娟,王芳,许燕,等.医生职业承诺对职业倦怠与工作要求关系的调节作用[J]. *中国心理卫生杂志*, 2015, 29(2): 134-138.

[15] 顾沁怡,曾靓.上海某三甲医院医务人员职业倦怠现状调查研究[J]. *上海医药*, 2017, 38(5): 44-48, 70.

(收稿日期:2018-05-04 修回日期:2018-06-09)

(上接第 3679 页)

treatment for heart failure in various settings [J]. *Eur Heart J Suppl*, 2017, 19(Suppl C): C2-7.

[5] SHANG G, YANG X, SONG D, et al. Effects of levosimendan on patients with heart failure complicating acute coronary syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials [J]. *Am J Cardiovasc Drugs*, 2017, 17(6): 453-463.

[6] JIA Z, GUO M, ZHANG LY, et al. Levosimendan and nesiritide as a combination therapy in patients with acute heart failure [J]. *Am J Med Sci*, 2015, 349(5): 398-405.

[7] RICHARDSON P, MCKENNA W, BRISTOW M, et al. Report of the 1995 World Health Organization/International Society and federation of cardiology task force on the definition and classification of cardiomyopathies [J]. *Circulation*, 1996, 93(5): 841-842.

[8] DAL FERRO M, STOLFO D, ALTINIER A, et al. Association between mutation status and left ventricular reverse remodelling in dilated cardiomyopathy [J]. *Heart*, 2017, 103(21): heartjnl-2016-311017.

[9] JEFFERIES J L, TOWBIN J A. Dilated cardiomyopathy [J]. *Lancet*, 2010, 375(9716): 752-762.

[10] NIEMINEN M S, BUERKE M, COHEN-SOLÁL A, et al. The role of levosimendan in acute heart failure complicating acute coronary syndrome: A review and expert

consensus opinion [J]. *Int J Cardiol*, 2016, 218: 150-157.

[11] ABBATE A, VAN TASSELL B W. Levosimendan in advanced heart failure; where do we stand? [J]. *J Cardiovasc Pharmacol*, 2018, 71(3): 1.

[12] GECIT I, KAVAK S, YTIKSEL M B, et al. Effect of short-term treatment with levo simendan on oxidative stress in renal tissues of rats [J]. *Toxicol Ind Health*, 2014, 30(1): 47-51.

[13] ALVAREZ J, BALUJA A, SELAS S, et al. A comparison of dobutamine and levosimendan on hepatic blood flow in patients with a low cardiac output state after cardiac surgery: a randomised controlled study [J]. *Anaesth Intensive Care*, 2013, 41(6): 719-727.

[14] LUCHNER A, VON HAEHLING S, HOLUBARSCH C, et al. Indications and Clinical Implications of the Use of the Cardiac Markers BNP and NT-proBNP [J]. *Dtsch Med Wochenschr*, 2017, 142(5): 346-355.

[15] MCQUADE C N, MIZUS M, WALD J W, et al. Brain-type natriuretic peptide and amino-terminal pro-brain-type natriuretic peptide discharge thresholds for acute decompensated heart failure: a systematic review [J]. *Ann Intern Med*, 2017, 166(3): 180-190.

(收稿日期:2018-05-11 修回日期:2018-06-26)