

临床医生自我和谐现状及影响因素探究

钟毅平, 敖翔^①, 谭鑫^①, 燕良弼^①, 陈慧萍^②, 吴玉婷^③, 何玉洁^③, 李林燕^④
(湖南师范大学教育科学学院, 湖南长沙 410000)

[摘要] 采用自我和谐量表、临床医生工作压力源问卷和中文版医患关系问卷, 调查了湖南省22所医院的363名临床医生。结果表明, 临床医生在自我和谐量表各维度的得分均低于常模($P < 0.01$), 其自我和谐现状不容乐观, 且在年龄、性别、学历、职称、医院级别等人口学变量上存在差异($P < 0.05$); 临床医生的工作压力源及医患关系均与自我和谐水平有较高相关($P < 0.001$)。文章从工作压力和医患关系两角度探讨了影响临床医生自我和谐的主要因素。

[关键词] 临床医生; 自我和谐; 工作压力; 医患关系

[中图分类号] R395.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1673-0755(2013)04-0097-05

高风险、高压、高负荷的“三高职业”, 俨然成为了当前医生的代名词。医生已成为名副其实的一个“高危”行业, 尤其是与患者接触时间最长的临床医生。

目前, 现有文献主要集中在对军人、社区医护团队或专科医生的自我和谐现状的描述。如廖雅琴等对军人的调查显示, 军人的自我和谐水平偏低, 且不同年龄或军阶的军人自我和谐程度存在差异^[1]; 罗春玲等的调查发现, 社区医护团队的自我和谐水平较低, 亟需重视其心理健康教育^[2]。而对于自我和谐影响因素的研究, 其中具有代表性的研究是吴心灵等对医学学生干部的调查, 结果反映, 适当调节成就动机有利于提高医学学生干部的自我和谐水平^[3]。但是, 鲜有研究针对临床医生的自我和谐现状进行调查。而从临床医生的工作压力和医患关系两角度探讨自我和谐的影响因素研究尚无文献报道。本文以临床医生为研究对象, 通过量表测查来评价临床医生的自我和谐总体状况, 并在此基础上探究影响其自我和谐水平的因素, 以期能为政府、医院建立更人性化的临床工作环境、优化医患关系及提高临床医生的自我和谐水平提供理论参考。

一 对象与方法

(一) 对象

参加本调查的临床医生共363人, 分别来自湖南省的22所医院, 其中三级医院6家、二级医院4

家、一级医院8家、专科医院4家。其中, 男性164人, 女性199人; 三级医院71人, 二级医院92人, 一级医院125人, 专科医院75人; 平均年龄34.75岁, 25岁以下107人, 25到30岁107人, 31到35岁70人, 36到40岁40人, 41到50岁48人; 初级职称203人, 中级职称122人, 高级职称38人。

(二) 材料

1、临床医生基本情况问卷由作者自编, 旨在获得被试者的一些基本信息, 如性别、职称、所在医院、年龄、学历、科别等。

2、自我和谐量表是王登峰^[4]根据罗杰斯自我和谐七个维度所编的自陈式量表。包括三个分量表: 自我与经验的不和谐、自我灵活性、自我刻板性, 各分量表的同质性信度较高, 分别是0.85、0.81、0.64。计分采用Likert5点法, 将自我灵活性反向计分后与其他两分量表得分相加得自我和谐总分。

3、临床医生工作压力源问卷由陈建萍等^[5]编制, 共包含35个项目, 具有较高的信度; 其内部一致性信度即Cronbach's α 系数达0.923, 符合心理测量学要求。该问卷包括6个分量表, 分别为组织管理、职业兴趣、工作负荷、职业发展、人际关系、外部环境。

4、医患关系问卷采用国内外广泛使用的Steven R. Hahn等^[6]所编的DDPRQ-10量表中文版, 包括3个分量表, 即医生的主观经验、关于病人行为的准客观问题、将患者行为和医生主观反应相结合的症

[收稿日期] 2013-05-21

[作者简介] 钟毅平(1965-), 男, 湖南汨罗人, 湖南师范大学教育科学学院教授, 博士生导师。

①湖南师范大学教育科学学院学生。②湖南师范大学教育科学学院教授, 博士生导师。③湖南师范大学商学院学生。④湖南师范大学新闻与传播学院学生。

状。经学者验证后具有较高的信效度^[7]。

(三)施测

在湖南省的 4 个城市 22 所医院,通过个体施测的方式发放了 400 份问卷,回收 380 份,其中有效问卷 363 份,有效率约为 96%。采用 spss17.0 分析调查数据。

二 结果

(一)临床医生的自我和谐现状分析

表 1 临床医生自我和谐各分量表得分均值与常模的比较				
	M	SD	t	P
自我与经验的不和谐	42.42	10.14	-7.134**	.000
自我灵活性	25.76	7.23	-51.793**	.000
自我刻板性	18.42	4.41	1.555	.121
自我和谐量表总分	86.05	15.41	-	-

* 表 $P<0.05$; ** 表 $P<0.01$
注:各分量表常模均值分别为 46.13、45.44、18.12;标准差分别为 10.01、7.44、5.09

如表 1 所示,自我和谐量表总分、自我与经验的不和谐和自我灵活性分量表得分均显著低于常模($P<0.01$),自我刻板性分量表得分虽高于常模,但未达到显著水平。

(二)临床医生自我和谐水平在人口学变量上的差异比较

如表 2 所示结果表明,对于自我和谐量表总分,不同年龄、性别、学历、职称及医院级别等的临床医生均存在显著差异($p<0.05$),其中不同职称的临床医生自我和谐水平存在极显著差异($p<0.001$),此外,女性临床医生自我和谐量表总得分显著高于男性($p<0.05$),说明女性临床医生的自我和谐水平低于男性。事后多重比较发现,50 岁以上的临床医生自我和谐总分最高,说明其自我和谐水平最低;对于不同学历的临床医生,学历为研究生以上的临床医生自我和谐水平最低;对于不同职称的临床医生,初级职称的临床医生自我和谐水平最低。对于不同医院级别的临床医生,三级医院的临床医生自我和谐水平最低。

(三)工作压力对临床医生自我和谐的影响分析

由表 3 可知,工作压力总分与临床医生的自我和谐呈极显著性相关, $r=0.294$ ($P<0.001$),说明工作压力是影响临床医生自我和谐的一个重要因素。进一步分析,组织管理、职业兴趣、职业发展、人

际关系分别与自我与经验的不和谐呈极显著正相关($P<0.001$),工作负荷和自我与经验的不和谐呈显著正相关($P<0.05$),外部环境和自我与经验的不和谐没有显著的相关性。在自我灵活性维度上,人际关系和外部环境分别与自我灵活性呈极显著的正相关($P<0.001$);工作负荷与自我灵活性呈显著的负相关($P<0.01$);职业兴趣与自我灵活性呈显著正相关($P<0.05$);组织管理和职业发展与自我灵活性不存在显著的相关性。在自我刻板性维度上,职业发展、人际关系与自我刻板性呈极显著正相关($P<0.001$),组织管理与自我刻板性呈极显著正相关($P<0.01$),职业兴趣、工作负荷、外部环境与自我刻板性不存在显著的相关性。在自我和谐总分上,组织管理、职业兴趣、职业发展、人际关系与自我和谐总分呈极显著性正相关($P<0.001$),工作负荷、外部环境与自我和谐总分均不存在显著的相关性。

表 2 临床医生自我和谐水平在人口学变量上的差异比较 ($M \pm SD$)			
		n	自我和谐总分
年龄	25 岁以下	83	87.14 ± 12.99
	25 ~ 30 岁	107	85.83 ± 13.29
	31 ~ 35 岁	70	89.83 ± 13.29
	36 ~ 40 岁	40	81.37 ± 13.32
	41 ~ 50 岁	48	81.37 ± 13.35
	50 岁以上	15	84.07 ± 19.64
	F		3.22**
性别	男	164	85.99 ± 17.23
	女	199	87.20 ± 13.73
	t		2.52*
学历	大专以下	12	82.55 ± 13.87
	大专	101	82.74 ± 13.24
	本科	159	86.08 ± 14.40
	研究生以上	91	87.24 ± 13.38
	F		3.847**
职称	初级	203	86.30 ± 12.88
	中级	122	84.87 ± 15.86
	高级	38	83.90 ± 13.47
	F		18.47***
医院级别	一级	125	85.49 ± 20.66
	二级	92	87.06 ± 13.75
	三级	71	88.18 ± 15.03
	专科医院	75	82.16 ± 11.48
	F		2.68*

注: * 表示 $p<0.05$, ** 表示 $p<0.01$, *** 表示 $p<0.001$,下同

表 3 压力与自我和谐的 Pearson 相关分析

	自我与经验的不和谐	自我灵活性	自我刻板性	自我和谐总分
组织管理	.280***	-.048	.170**	.208***
职业兴趣	.249***	.124*	.077	.239***
工作负荷	.113*	-.139**	.025	.018
职业发展	.337***	-.007	.330**	.315***
人际关系	.423***	.254***	.344**	.489***
外部环境	.031	-.199***	.025	-.057
工作压力总分	.379**	.046	.239**	.294***

(四) 医患关系对临床医生自我和谐的影响

表 4 医患关系与自我和谐的 Pearson 相关分析

	自我与经验的不和谐	自我灵活性	自我刻板性	自我和谐总分
医生的主观经验	.129*	.205***	.053	.205***
患者行为的客观问题	.330***	.033	.141**	.280***
患者行为和医生的主观经验相结合	.347***	.179**	.171**	.372***
医患关系总分	.177**	-.001	.136*	.387***

由表 4 可知,医患关系总分与临床医生的自我和谐呈极显著性相关, $r = 0.387 (P < 0.001)$,说明医患关系是影响临床医生自我和谐的一个重要因素。进一步分析,在自我与经验的不和谐维度上,患者行为的客观问题、患者行为与医生的主观经验相结合都和自我与经验的不和谐呈极显著正相关($P < 0.001$),医生的主观经验和自我与经验的不和谐呈显著相关($p < 0.05$)。在自我灵活性维度上,医生的主观经验与自我灵活性呈极显著的正相关($P < 0.001$);患者行为和医生的主观经验相结合与自我灵活性呈极显著正相关($P < 0.01$);患者行为的客观问题与自我灵活性不存在显著的相关性。在自我刻板性维度上,患者行为的客观问题、患者行为和医生主观经验相结合均与自我刻板性呈极显著正相关($P < 0.01$),医生的主观经验与自我刻板性不存在显著的相关性。在自我和谐总分上,医生的主观经验、患者行为的客观问题、患者行为和医生的主观经验相结合与自我和谐总分均呈极显著性正相关($P < 0.001$)。

三 讨论

(一) 临床医生的自我和谐总现状

首先,总体而言,临床医生大多对自我有较客观的评价,且对经验的期望较为合理,但他们的认知和行为方式不够灵活。对此,可能的原因是:其一,临床医生虽在某一医学门类上有所精专,但知识面相

对狭窄;其二,他们长期重复着繁重的诊疗工作,面对岗位上的竞争激烈和不协调的医患关系,其解决问题和矛盾的方式可能较为刻板,并缺乏主动性,这进而使临床医生在与病人的交往中缺乏换位思考,这很可能恶化了医患关系,反过来又影响到其自我和谐水平。其三,临床医生的自我概念可能有僵化的倾向,并较易出现躯体化或偏执等现象。

其次,在性别和年龄上,中年临床医生自我和谐水平最低。可能的原因是中年临床医生面临较大的工作和家庭压力,其生理健康状况也每况愈下。女性临床医生的自我和谐水平低于男性。这可能是因为女性较男性更易出现亚健康健康问题^[8],且性别角色刻板印象使女性在高竞争、高要求的临床工作中倾向于将失误的原因归为自身能力不够;相比男性,女性更具同情心,但临床医生不得不时刻面对病人痛苦、病情恶化甚至是家属的责备^[9],因此可能会体验到更多的负性情绪。同时,女性往往比男性需承担更大的家庭责任^[8],但繁重的诊疗工作却使其难以兼顾工作和家庭。

再次,学历、职称或医院级别都与临床医生的自我和谐水平成一定程度的负相关。原因可能为:其一,医院和社会对医生等高学历者的期望值较高,加之院方不断引进的新人才使其常处于极大的竞争之中。其二,在临床一线工作的多为初、中级职称医生,较其他职称的医生有着更多的压力源^[10]及更高

的工作强度。同时,患者倾向于认为职称决定其行医能力,因此更信任有高级职称的医生。另外,低职称的临床医生还面临竞争激烈的职称评定。其三,在医院级别上,高级别医院的临床医生面向全国范围的患者和更复杂疾病,且承担着更大的医疗风险,这使得他们为确保诊治准确性而需长时间保持紧张状态。相反,一级医院所诊治的疾病多为常见病,所以临床医生的工作负担和风险都相对较小。

(二) 工作压力源对临床医生自我和谐的影响

1、组织管理影响临床医生自我和谐。组织管理是影响临床医生工作压力的最主要来源之一。不合理的组织结构或组织文化可成为员工职业发展的桎梏,并导致其工作兴趣、工作满意度和自尊水平的降低^[11],甚至出现对组织的认同感的缺失或怨恨。不少医院存在缺乏岗位培训、晋升职位缓慢、管理制度落后、工作激励制度不完善等问题。同时,临床医生作为高学历的知识分子,对参与和优化组织管理和决策有较高的需求,但现存的组织管理问题让临床医生的期望难以实现,这也很可能影响了自我与经验的协调。

2、临床工作繁重与待遇偏低的反差影响临床医生的自我和谐。除了组织管理的弊病,繁重的医疗工作也给临床医生施加了异乎寻常的心理压力与负担^[12],在对湖南省某二级医院的实地调查中我们发现,该院一名门诊医师每日接诊人数达 60 至 70 人之多,换言之,每位患者的平均诊断时间约为 8 分钟;对于夜班医生,其正常工作时间为下午 5 点至次日早上 8 点,然而,彻夜无法休息的他们在下班后往往需要继续关注病人的治疗,这经常导致其连续工作超过 15 小时。由此可见临床医生的工作负荷之大。此外,考虑到医生比其他职业有更长的培训周期,且临床医疗工作攸关病人生命安危,常需承担巨大的医疗风险,临床医生应当有较高的工资待遇,但以往的研究表明,临床医生平均工资水平严重偏低,且存在不同地区、医学门类、工龄和职称间的巨大差别^[13],尤其在基层医院更是如此。本文结果显示,有超过八成的临床医生在工作压力源问卷中“觉得自己的工资待遇远远低于自己的付出”这一题项上选择“有点符合”或“非常符合”。而这种反差恰好拉大了临床医生的自我概念(我为工作付出很大)与其经验(所经历的现实事件如收入偏低)的距离,使二者难以协调;另外,收入与付出的天壤之别也可能使辛勤工作的临床医生难以长期保持职业兴趣,这都对临床医生的自我和谐产生了显著影响。

3、同事间竞争影响临床医生自我和谐。虽然临

床医生尤其是年轻一代的医生普遍具有高学历,但日新月异的医疗技术、器械和药品对临床医生的医疗知识和技能提出了新的要求,并不断促使他们学习新兴的知识技术,进而加剧了临床医生在专业上的竞争。尽管在激烈的同行竞争中,提高临床医生自身能力是促进临床医生职业发展的好事,但如果不能以恰当的心态面对竞争的成败和同事间在工作付出、能力以及效率等方面的差异,临床医生很可能在权责分配、奖金颁发和职称晋升等方面产生诸多矛盾,并引发其嫉妒、猜疑、不合作和沟通不畅等人际关系问题,这些都可能给临床医生带来较多的负性情绪和压力,进而影响到自我和谐水平。

(三) 医患关系对临床医生自我和谐的影响

研究结果反映,患者行为的客观问题是医患关系中影响临床医生自我和谐的首要因素。

1、医患之间沟通不畅影响临床医生自我和谐水平。有调查显示,八成的医患纠纷源于医生的服务态度、语言沟通和医德医风等问题,其中有七成可归为医患沟通问题^[14]。为避免医患纠纷,在高强度的工作压力下,临床医生可能产生烦躁、焦虑的情绪状态,而长期处于上述负性情绪之中可能引发医生对职业的倦怠,进而导致医生疲于与病人沟通或进行无效沟通^[15]。加之患者数量大,临床医生只能在极短的时间内了解病症、做出正确诊断、并提出有效的治疗方案,因此难以与患者及其家属进行详细、深入的沟通。然而,有些患者不能正确理解医生的难处,从而形成了“医生冷漠、不通人情”的消极印象。加之患者及其家属在面对疾病时常处于急性应激状态之中,且伴随着一系列的负性情绪反应^[16],所以在与医生进行沟通的过程中较易与之发生冲突,这也一定程度地恶化了医患关系,进而影响到临床医生的自我和谐水平。

2、患者的高期待影响临床医生自我和谐水平。患者为了尽快治愈疾病,对医生的医疗技术、服务水平等抱有较高的期望,往往希望所有的医生医技超群、医德高尚,且能在心理上给予自己无微不至的关怀。然而,随着医学专业与医疗分工的细化,医生的专业知识面变得越发狭窄,对于极其复杂的病症有时可能会出现力不从心的情况;同时,患者的高期望又会在一定程度地加重医生的心理负担;考虑到过高的期望往往与临床医生的实际形成反差,而这种差距反过来会使患者对临床医生的工作产生更多的挑剔、抱怨、愤怒,或失望^[16],甚至把过错的责任完全归因于临床医生。对于后者,由于难以达到患者过高的预期,可能会受到患者对其精神与肉体的双

重冲击,而这势必会干扰临床医生的正常工作、学习和生活,并将产生一定程度的心理负担和阴影。总之,如果临床医生不能很好地应对由患者高期望所带来的医患关系问题,其自我与经验将难以保持协调一致,并最终导致自我和谐水平的降低。

[参考文献]

- [1] 廖雅琴,冯正直,夏本立,等. 军人群体的自我和谐特点[J]. 中国心理卫生杂志,2006(5):322-325.
- [2] 罗春玲,黄莲,叶巧如,等. 社区医护团队的自我和谐现状研究[J]. 中国全科医学,2012(19):2148-2150.
- [3] 吴心灵,赵岩,刘成久,金珊. 医学学生干部成就动机与自我和谐相关分析及影响因素探讨[J]. 中国健康心理学杂志,2012(9):1426-1428.
- [4] 王登峰. 自我和谐量表[J]. 中国心理卫生杂志,1999(增刊):314-316.
- [5] 陈建萍. 临床医生工作压力源量表的编制与应用[D]. 上海:上海师范大学,2009.
- [6] Hahn S R, Thompson K S, Wills T A, Stern V, Budner N S. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology [J]. 1994(47):647-657.
- [7] 杨慧. 中文版本 PDRQ/DDPRQ 量表研制与评价——医患关系量化研究[D]. 太原:山西医科大学,2011.

- [8] 闫俊辉,王锦凤,林汉群,等. 深圳某2家医院中年医务人员亚健康状态调查及影响因素分析[J]. 护理学,2009(3A):17-19.
- [9] 陈福国,李勃. 医生抑郁的社会心理因素研究[J]. 中国行为医学科学,2006(12):1103-1105.
- [10] 陈俊红,孟令权,王伟刚. 廊坊市三甲医院临床医生亚健康状态调查分析[J]. 预防医学情报杂志,2012(2):109-112.
- [11] Albert Ellis, Jack Gordon, Michael Neenan, Stephen Palmer. 压力咨询[M]. 孙菲菲,译. 北京:中国轻工业出版社,2007:172-173.
- [12] 吕秋玲. 危害基层医院医护人员职业健康的调查分析[J]. 调查研究,2012(1):126-127.
- [13] 程丽华. 临床医生心理健康状况分析及对策[J]. 中国民康医学,2010(5):605-606.
- [14] 戴晓婧,谢峻,王琳,等. 我国医患沟通的不良表现及对策[J]. 解放军医院管理杂志,2009,16(7):680-682.
- [15] 秦红,邹晓平,杨会. 《医疗事故处理条例》对487名临床医生心理状况的影响及对策[J]. 中国全科医学,2004(7):474-475.
- [16] 王娟,李莉,庄红平,等. 医患沟通不良的心理学分析[J]. 中国医学伦理学,2010(3):16-17.

A Study of the Status Quo and the Influential Factors of the Self-Consistency and Congruence of Chinese Clinical Physicians

ZHONG Yi-ping, AO Xiang, TAN Xin, YAN Liang-shi, CHEN Hui-ping, WU Yu-ting, HE Yu-jie, LI Lin-yan
(Hunan Normal University, Changsha 410006, China)

Abstract: To investigate the status quo and the influential factors of the self-consistency and congruence of clinical physicians. Firstly questionnaire investigation was individually conducted to collect valid data from 363 clinical physicians from 22 hospitals across Hunan province, China. Then the data were analyzed by t-test, ANOVA and correlative analysis. The results indicate that, first of all, the level of the self-consistency and congruence of the clinical physicians is predominantly low; the scores of all three dimensions of the Self-Consistency and Congruence Scale are significantly lower than the norm ($p < 0.01$). Second, the self-consistency and congruence of clinical physicians varies according to the age, sex, education background and the level of the hospitals. Third, other factors regarding the working stressor are also significantly correlated to the self-consistency and congruence of clinical physicians ($p < 0.01$) such as organizational management, vocational interest, workload, vocational development and interpersonal relationship. Last, still other factors concerning the doctor-patient relationship are also significantly correlated to the self-consistency and congruence of clinical physicians such as physician's subjective experience, quasi-objective questions about the patient's behavior and the symptoms-combined elements of the patient's behavior and of the physician's subjective response. To conclude, firstly, the status quo of the self-consistency and congruence of clinical physicians is not optimistic. Secondly, the major external influential factors of the self-consistency and congruence of clinical physicians are work stress and the doctor-patient relationship. Thus, we argue that the alleviation of work stress and the improvement of the doctor-patient relationship are empirically beneficial for the promotion of the self-consistency and congruence of clinical physicians and thereby reduce their chances of suffering from mental disorders.

Key words: clinical physicians; self-consistency and congruence; work stress; doctor-patient relationship