

人文管理对进修医师焦虑、抑郁倾向干预效果的研究

赵铁夫 王娜 彭洁 田雪迪 马涵英

首都医科大学附属北京安贞医院社会工作部, 北京 100029

通信作者: 马涵英, Email: mahanying@126.com

【摘要】 目的 探讨人文管理对进修医生焦虑、抑郁倾向的干预效果。**方法** 选择2016年1月至2018年12月开始在首都医科大学附属北京安贞医院进修学习的进修医生进行人文管理,并以2013年4月至2015年12月的进修医师为参照,应用医院焦虑抑郁量表于进修前、后进行问卷调查。所有进修医生均采用常规进修管理模式,干预组在此基础上建立个体化进修学习日程表、配备进修医生导师、定期对进修医生进行走访并组织进修医生座谈会、协助进修医生加入科室学术群、组织协调进修医生参与多学科专病学术查房、通过巴林特小组方式进行负面情绪疏导、将进修医生文化生活融入医院文化建设和对进修结束的进修医生进行随访。应用SPSS 16.0进行 t 检验和方差分析。**结果** 两组医生进修前测评数据按照性别、进修科室类别、来源医院级别和进修时长的不同比较,焦虑和抑郁评分差异无统计学意义($P>0.05$)。干预组两次测评比较,焦虑第2次评分男女进修医生 $[(5.90 \pm 1.37) \text{ vs. } (6.48 \pm 1.87), (5.92 \pm 1.45) \text{ vs. } (6.73 \pm 2.12)]$ 、进修各科室医生 $[(5.50 \pm 1.23) \text{ vs. } (6.76 \pm 2.35), (6.03 \pm 1.36) \text{ vs. } (6.64 \pm 1.75), (5.98 \pm 1.50) \text{ vs. } (6.64 \pm 2.15)]$ 、来自二、三级医院医生 $[(5.85 \pm 1.29) \text{ vs. } (6.64 \pm 2.02), (6.00 \pm 1.50) \text{ vs. } (6.78 \pm 2.14)]$ 、各进修时长医生 $[(5.92 \pm 1.37) \text{ vs. } (6.64 \pm 2.15), (5.92 \pm 1.47) \text{ vs. } (6.68 \pm 1.98)]$ 和总分 $[(5.92 \pm 1.42) \text{ vs. } (6.66 \pm 2.05)]$ 低于第1次测评评分($P<0.05$);抑郁第2次评分女性进修医生 $[(6.15 \pm 1.37) \text{ vs. } (6.68 \pm 2.06)]$ 、进修医技科室医生 $[(6.02 \pm 1.40) \text{ vs. } (6.69 \pm 1.88)]$ 、来自三级医院医生 $[(6.13 \pm 1.41) \text{ vs. } (6.51 \pm 1.90)]$ 、各时长进修医生 $[(6.04 \pm 1.42) \text{ vs. } (6.50 \pm 2.02), (6.12 \pm 1.34) \text{ vs. } (6.57 \pm 1.97)]$ 和总分 $[(6.09 \pm 1.37) \text{ vs. } (6.54 \pm 1.99)]$ 低于第1次测评评分($P<0.05$)。对照组第2次测评焦虑评分,男性进修医生评分 $[(6.63 \pm 1.15) \text{ vs. } (6.11 \pm 1.76)]$ 高于第1次测评评分($P<0.05$)。两组医生第2次测评数据比较,焦虑评分方面,干预组各分层医生评分和总分评分低于对照组($P<0.05$);抑郁评分方面,女性进修医生、来自三级医院医生、进修时长6个月医生和总分评分低于对照组($P<0.05$)。**结论** 应用人文管理方式加强对进修医生进行管理,可以在一定程度上改善进修医生的心理状态,特别是缓解焦虑状态,是一种值得推广的进修管理模式。

【关键词】 进修医生; 焦虑; 抑郁; 人文管理

【中图分类号】 R-05

DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20200911-01257

Study on the intervention effect of humanistic management on the anxiety and depression tendency of visiting physicians

Zhao Tiefu, Wang Na, Peng Jie, Tian Xuedi, Ma Hanying

The Social Work Department, Beijing Anzhen Hospital, Capital Medical University, Beijing 100029, China

Corresponding author: Ma Hanying, Email: mahanying@126.com

【Abstract】 Objective To explore the intervention effect of humanistic management on anxiety and depression tendency of visiting physicians. **Methods** The visiting physicians who began to further study in Beijing Anzhen Hospital, Capital Medical University from January 2016 to December 2018 were selected for humanistic management, and the visiting physicians from April 2013 to December 2015 were set as reference to conduct a questionnaire survey before and after the refresher training with the Hospital Anxiety and Depression Scale. Therefore, the visiting doctors all had the conventional refresher study management mode.

On this basis, the intervention group established an individualized refresher study schedule, equipped the doctors with tutors, regularly visited the doctors and organized symposiums for them, assisted them to join the academic groups of the department, organized and coordinated the doctors to participate in the multi-disciplinary academic ward rounds, conducted negative emotional relief through the Balint groups, and integrated the cultural life of the refresher doctors into the cultural construction of the hospital and follow up the refresher doctors after the refresher training. SPSS 16.0 was used to perform *t*-test and variance analysis.

Results There was no difference in anxiety and depression scores between the two groups according to gender, type of refresher department, level of source hospital and length of study ($P > 0.05$). Compared with the two evaluations in the intervention group, the second scores of anxiety for men and women [(5.90 ± 1.37) vs. (6.48 ± 1.87) , (5.92 ± 1.45) vs. (6.73 ± 2.12)], doctors in each department [(5.50 ± 1.23) vs. (6.76 ± 2.35) , (6.03 ± 1.36) vs. (6.64 ± 1.75) , (5.98 ± 1.50) vs. (6.64 ± 2.15)], doctors from secondary and tertiary hospitals [(5.85 ± 1.29) vs. (6.64 ± 2.02) , (6.00 ± 1.50) vs. (6.78 ± 2.14)], the total score of doctors [(5.92 ± 1.37) vs. (6.64 ± 2.15) , (5.92 ± 1.47) vs. (6.68 ± 1.98)] and the total score [(5.92 ± 1.42) vs. (6.66 ± 2.05)] were lower than the first evaluation score ($P < 0.05$). The second scores of depression for female doctors [(6.15 ± 1.37) vs. (6.68 ± 2.06)], doctors in medical laboratory department [(6.02 ± 1.40) vs. (6.69 ± 1.88)], doctors from tertiary hospital [(6.13 ± 1.41) vs. (6.51 ± 1.90)], doctor with different training durations [(6.04 ± 1.42) vs. (6.50 ± 2.02) , (6.12 ± 1.34) vs. (6.57 ± 1.97)] and the total score of doctors [(6.09 ± 1.37) vs. (6.54 ± 1.99)] were lower than those of the first evaluation ($P < 0.05$). The anxiety score of the second evaluation in the control group was higher in male physicians [(6.63 ± 1.15) vs. (6.11 ± 1.76)] than the first evaluation ($P < 0.05$). Compared with the second evaluation data of doctors in the two groups, in terms of anxiety scores, the scores of doctors at all levels and total scores in the intervention group were lower than those in the control group ($P < 0.05$); in terms of depression score, the scores of female visiting doctors, doctors from tertiary hospitals, doctors with refresher training duration of 6 months and total score were lower than those of the control group ($P < 0.05$).

Conclusion The application of humanistic management to strengthen the management of refresher physicians can improve the psychological state of refresher doctors to a certain extent, especially alleviate the anxiety state, which is a worthy promotion of refresher management mode.

【Key words】 Visiting physician; Anxiety; Depression; Humanistic management

DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20200911-01257

进修医生是指下级医院派往上级医院或综合医院派往专科医院学习深造的医生。由于专业发展、科研思路开拓、职称晋升、单位安排等诸多因素,每年都有数以万计的医生离开原工作单位加入进修医生的行列。由于多数进修医生对进修学习医院的环境并不熟悉,工作方式和强度也与原工作岗位存在一定的差距,所以焦虑和抑郁现象在进修医生中普遍存在。研究组应用人文管理方式对 2016 年 1 月至 2018 年 12 月开始在首都医科大学附属北京安贞医院进修学习的进修医生进行管理,分析总结进修医师焦虑、抑郁倾向的变化,现将结果汇报如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

以 2013 年 4 月至 2018 年 12 月开始在首都医科大学附属北京安贞医院进修学习的医生 585 人为研究对象,其中男 161 人、女 424 人,年龄 (33.45 ± 4.11)

岁。共发放调查问卷 1 170 份,全部回收。两组医生按照性别、进修科室类别、来源医院级别和进修时长构成进行比较,结果差异无统计学意义($P > 0.05$)(表 1)。

1.2 方法

1.2.1 分组方法

按照是否接受进修人文管理将研究对象分为干预组和对照组。由于对进修医生的人文管理措施开始于 2016 年 1 月,故以 2013 年 4 月至 2015 年 12 月开始进修学习的医生为对照组,以 2016 年 1 月至 2018 年 12 月开始进修学习的医生为干预组(表 1)。

1.2.2 调查方法

本研究采用问卷调查法,两组进修医生的问卷调查均在进修期间完成,即入院培训时进行第 1 次测评,统一发放问卷,调查人员统一宣读引导语和指导匿名填写,统一回收问卷;进修结束办理结业手续时进行第 2 次测评,由进修医生独立填写。

表 1 两组进修医生构成数据比较

项目	干预组($n=287$)	对照组($n=298$)	t/F 值	P 值
性别[男/女, $n(\%)$]	79(27.5)/208(72.5)	82(27.5)/216(72.5)	0.00	0.998
年龄 $[(\bar{x} \pm s), \text{分}]$	33.15 ± 3.98	33.74 ± 4.21	-1.76	0.080
进修科室[内科/外科/医技, $n(\%)$]	42(14.6)/94(32.8)/151(52.6)	51(17.1)/103(34.6)/144(48.3)	1.23	0.268
原医院级别[一级/二级/三级, $n(\%)$]	28(9.8)/94(32.8)/165(57.5)	27(9.1)/103(34.6)/168(56.4)	0.01	0.939
进修时长[6个月/12个月, $n(\%)$]	127(44.3)/160(55.7)	136(45.6)/162(54.4)	0.34	0.737

注:内科包括心脏内科、呼吸内科、小儿心脏内科及介入诊疗科;外科包括心脏外科、小儿心脏外科、麻醉科、胸外科、血管外科及医疗美容科;医技包括超声心动科、小儿超声心动科、综合超声科及放射科。

1.2.3 调查工具

本研究应用医院焦虑、抑郁量表(hospital anxiety and depression scale, HAD)作为调查工具。此量表由 14 个条目组成,其中 7 个条目评定抑郁、7 个条目评定焦虑。焦虑与抑郁两个分量表的分值划分为:0~7 分属无症状;8~10 分为轻度焦虑/抑郁;11~14 分为中度焦虑/抑郁;15~21 分为重度焦虑/抑郁。该量表对抑郁和焦虑的灵敏度分别为 82.0% 和 70.0%,特异性各为 94.0% 和 68.0%^[1]。

1.2.4 干预方法

1.2.4.1 对照组管理措施

①组织进行进修入院培训。进修医生入院时,统一组织入院培训,内容包括:医院情况简介;进修管理章程解读;医院内感染知识培训;安全保卫知识培训;医疗纠纷防范;医院内部网络系统应用。

②安排进修科室接收。按照进修医生报名时所选的学习意向,安排进修医生进入相应科室学习工作,科室存在多个病房时,随机安排所工作的病房。

③协助考核进修效果。在进修结束时,协助所在科室对进修医生的学习、工作成果进行考核。

④办理进修结业手续。进修结束时,按照规定进行进修结业手续的办理。

1.2.4.2 干预组管理措施

对干预组的进修医生在实施对照组全部管理措施基础上,给予人文管理措施,具体内容包括以下几个方面。

①个体化建立进修学习日程表。以进修报名时填报的进修科室为原则,与进修主流科室(如心脏内、外科及超声科等)的医生作进一步沟通,明确其原所在医院硬件设施、自身条件及拟学习的专业方向,细化其进修需求,与其共同制定个性化进修学习日程表,以满足其进修要求。

②建立进修医生导师制。入院时为每位进修医生确定 1 名进修医生导师。导师由所在进修科室

高年资主治医师职称以上人员担任,负责进修医生学习期间的专业学习、临床工作及参与科研工作指导,同时协助进修医生处理生活中遇到的问题(如租赁房屋等)。每个月末,进修医生及其导师就对方的工作进行评价,评价结果双方均不知晓。对进修医生反映严重失职的导师,由进修管理部门协调更换。

③组织进修医生座谈会。节假日前及每季度末组织进修医生代表座谈会,了解进修医生的学习、工作和生活状况,听取其对进修工作管理的意见和建议。梳理总结后对合理部分予以采纳,并向进修医生反馈,以便得到其监督。

④对进修医生进行走访。不定期进行科室走访,征求进修医生、导师及科室主任对进修医生管理的意见和建议。梳理总结后对合理部分予以采纳。

⑤协助进修医生加入科室学术群。协助进修医生加入科室建立的学术交流群,交流群以建立微信群的方式为主。督促科室推送能够促进进修医生提高业务能力的较为基础的内容,便于其尽快融入科室学术交流。同时协助科室建立线下答疑交流会,为进修医生答疑解惑。

⑥组织协调进修医生参与多学科专病学术查房。协调组织多学科参与的专病学术查房,从不同专业角度对临床工作中遇到的实际问题进行教学,并与住院医师规范化培训管理部门共同组织专题讲座和交流,对进修医生进行系统化培训。

⑦通过巴林特小组方式,进行负面情绪疏导。通过第 1 次问卷测评,筛选出焦虑、抑郁倾向严重者,协调本院精神心理科具有心理治疗师资质的专家组织巴林特小组,进行负面情绪疏导。参加巴林特小组的人员不固定,来源主要包括:第 1 次问卷测评显示焦虑、抑郁倾向严重者;走访中发现的存在焦虑、抑郁倾向者;自愿参加者。

⑧将进修医生文化生活融入医院文化建设。

进修医生大多不在进修医院所在城市生活,其工作学习之余休闲文化生活相对简单。医院及科室在组织集体活动时,会特别邀请进修医生参加,使其更好地融入集体之中。他们的真知灼见也丰富了医院的文化建设,有些进修医生在科室创建人文科室的工作中起到了重要的作用。

⑨对进修结束的进修医生进行随访。在进修结束后 3~5 年对进修医生进行随访,随访方式以电子邮件为主,随访其进修结束后专业技术进步及科研能力提高的状况,征询其对进修过程中的感受及对管理不足之处的意见和建议,以便日后工作中加以改进。进修开始时即向进修医生通报随访内容,使其在学习和工作中对未来返回所在医院的工作建立系统性规划。

1.3 统计学方法

应用 EpiData 3.1 软件建立数据库,双人双输入,检查录入错误。应用 SPSS 16.0 进行统计分析。计量资料用(均数 $\pm$ 标准差)表示,两组之间的比较采

用 t 检验,三组间计量资料及计数资料(率)应用方差分析,多组数据组间比较应用最小显著性差异法(least-significant difference, LSD)检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 第 1 次测评数据分析

第 1 次测评结果显示,进修医生焦虑评分(6.62 ± 2.06)分、抑郁评分(6.59 ± 2.05)分。其中,按照性别分析,女性进修医生焦虑和抑郁评分高于男性进修医生;按照进修科室类别、来源医院级别和进修时长分析,焦虑和抑郁评分差异无统计学意义(表 2)。

两组医生第 1 次测评数据按照性别、进修科室类别、来源医院级别和进修时长的不同比较,焦虑和抑郁评分差异无统计学意义(表 3)。

2.2 干预组两次测评数据分析

焦虑评分方面,各性别进修医生、进修各科室

表 2 进修医生第 1 次测评数据比较($\bar{x} \pm s$, 分)

项目	性别(男/女)	进修科室(内科/外科/医技)	原医院级别(一级/二级/三级)	进修时长(6个月/12个月)
焦虑	$6.29 \pm 1.82/6.75 \pm 2.13^a$	$6.83 \pm 2.18/6.57 \pm 1.94/6.59 \pm 2.10$	$6.27 \pm 1.68/6.69 \pm 2.11/6.64 \pm 2.09$	$6.47 \pm 2.01/6.75 \pm 2.10$
抑郁	$6.18 \pm 1.76/6.74 \pm 2.14^a$	$6.67 \pm 2.26/6.52 \pm 2.06/6.60 \pm 1.99$	$6.40 \pm 1.87/6.53 \pm 2.03/6.65 \pm 2.09$	$6.54 \pm 2.11/6.62 \pm 2.02$

注:a,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 两组进修医生第 1 次测评数据比较($\bar{x} \pm s$, 分)

项目			干预组(<i>n</i> =287)	对照组(<i>n</i> =298)	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
焦虑	总分		6.66 ± 2.05	6.58 ± 2.07	0.44	0.662
	性别	男	6.48 ± 1.87	6.11 ± 1.76	1.30	0.197
		女	6.73 ± 2.12	6.76 ± 2.15	-0.18	0.855
	进修科室	内科	6.76 ± 2.35	6.88 ± 2.06	-0.26	0.793
		外科	6.64 ± 1.75	6.51 ± 2.11	0.45	0.656
		医技	6.64 ± 2.15	6.53 ± 2.06	0.47	0.641
	原医院级别	一级	6.00 ± 1.52	6.56 ± 1.83	-1.23	0.224
		二级	6.64 ± 2.02	6.74 ± 2.19	-0.33	0.741
		三级	6.78 ± 2.14	6.49 ± 2.04	1.26	0.210
	进修时长	6个月	6.64 ± 2.15	6.31 ± 1.86	1.33	0.185
	12个月	6.68 ± 1.98	6.81 ± 2.21	-0.60	0.550	
抑郁	总分		6.54 ± 1.99	6.66 ± 2.11	-0.73	0.463
	性别	男	6.15 ± 1.73	6.23 ± 1.77	-0.29	0.773
		女	6.68 ± 2.06	6.82 ± 2.21	-0.68	0.496
	进修科室	内科	6.24 ± 2.12	7.09 ± 2.29	-1.78	0.079
		外科	6.43 ± 2.08	6.61 ± 2.05	-0.63	0.528
		医技	6.69 ± 1.88	6.51 ± 2.10	0.78	0.434
	原医院级别	一级	6.68 ± 1.98	6.11 ± 1.74	1.13	0.265
		二级	6.54 ± 2.15	6.51 ± 1.93	0.10	0.923
		三级	6.51 ± 1.90	6.79 ± 2.28	-1.20	0.230
	进修时长	6个月	6.50 ± 2.02	6.58 ± 2.20	-0.33	0.745
	12个月	6.57 ± 1.97	6.67 ± 2.07	-0.46	0.644	

医生、来自二或三级医院医生、各进修时长医生和总分评分低于第 1 次测评评分,来自一级医院医生评分差异无统计学意义;抑郁评分方面,女性进修医生、进修医技科室医生、来自三级医院医生、各时长进修医生和总分评分低于第 1 次测评评分,男性进修医生、进修内外科医生和来自一或二级医院医生两次评分差异无统计学意义(表 4)。

表 4 干预组进修医生两次测评数据比较[$(\bar{x} \pm s)$, 分]

项目		第 1 次 测评	第 2 次 测评	t 值	P 值
焦虑	总分	6.66 ± 2.05	5.92 ± 1.42	5.03	<0.001
	性别				
	男	6.48 ± 1.87	5.90 ± 1.37	2.23	0.027
	女	6.73 ± 2.12	5.92 ± 1.45	4.52	<0.001
	进修科室				
	内科	6.76 ± 2.35	5.50 ± 1.23	3.10	0.003
	外科	6.64 ± 1.75	6.03 ± 1.36	2.65	0.009
	医技	6.64 ± 2.15	5.98 ± 1.50	3.10	0.002
	原医院级别				
	一级	6.00 ± 1.52	5.64 ± 1.42	0.91	0.367
	二级	6.64 ± 2.02	5.85 ± 1.29	3.19	0.002
	三级	6.78 ± 2.14	6.00 ± 1.50	3.85	<0.001
	进修时长				
	6 个月	6.64 ± 2.15	5.92 ± 1.37	3.16	0.002
	12 个月	6.68 ± 1.98	5.92 ± 1.47	3.88	<0.001
抑郁	总分	6.54 ± 1.99	6.09 ± 1.37	3.13	0.002
	性别				
	男	6.15 ± 1.73	5.92 ± 1.37	0.92	0.360
	女	6.68 ± 2.06	6.15 ± 1.37	3.09	0.002
	进修科室				
	内科	6.24 ± 2.12	6.02 ± 1.32	0.56	0.579
	外科	6.43 ± 2.08	6.23 ± 1.35	0.75	0.455
	医技	6.69 ± 1.88	6.02 ± 1.40	3.50	0.001
	原医院级别				
	一级	6.68 ± 1.98	5.96 ± 1.55	1.50	0.139
	二级	6.54 ± 2.15	6.06 ± 1.25	1.86	0.064
	三级	6.51 ± 1.90	6.13 ± 1.41	2.08	0.039
	进修时长				
	6 个月	6.50 ± 2.02	6.04 ± 1.42	2.09	0.038
	12 个月	6.57 ± 1.97	6.12 ± 1.34	2.36	0.019

2.3 对照组两次测评数据分析

焦虑评分方面,男性进修医生评分高于第 1 次测评评分,女性进修医生、进修各科室医生、来自各级医院医生、各进修时长医生和总分两次评分差异无统计学意义;抑郁评分方面,各分层医生和总分两次评分差异无统计学意义(表 5)。

2.4 两组医生第 2 次测评数据分析

焦虑评分方面,干预组各分层医生评分和总分评分低于对照组;抑郁评分方面,女性进修医生、来自三级医院医生、进修时长 6 个月医生和总分评分低于对照组,男性进修医生、进修各科室医生、来自一或二级医院医生和进修时长 12 个月医生两次评分差异无统计学意义(表 6)。

表 5 对照组进修医生两次测评数据比较[$(\bar{x} \pm s)$, 分]

项目		第 1 次 测评	第 2 次 测评	t 值	P 值
焦虑	总分	6.58 ± 2.07	6.45 ± 1.21	0.94	0.347
	性别				
	男	6.11 ± 1.76	6.63 ± 1.15	-2.26	0.025
	女	6.76 ± 1.25	6.48 ± 1.35	1.50	0.139
	进修科室				
	内科	6.88 ± 2.06	6.37 ± 1.17	1.54	0.127
	外科	6.51 ± 2.11	6.58 ± 1.38	-0.27	0.784
	医技	6.53 ± 2.06	6.39 ± 1.10	0.72	0.475
	原医院级别				
	一级	6.56 ± 1.83	6.81 ± 1.33	-0.60	0.554
	二级	6.74 ± 2.19	6.50 ± 1.20	0.99	0.325
	三级	6.49 ± 2.04	6.37 ± 1.19	0.69	0.494
	进修时长				
	6 个月	6.31 ± 1.86	6.56 ± 1.23	-1.33	0.186
	12 个月	6.81 ± 2.21	6.57 ± 1.20	1.88	0.223
抑郁	总分	6.63 ± 2.12	6.43 ± 1.24	1.47	0.208
	性别				
	男	6.21 ± 1.79	6.18 ± 1.43	0.10	0.923
	女	6.79 ± 2.22	6.52 ± 1.14	1.64	0.102
	进修科室				
	内科	7.02 ± 2.33	6.47 ± 1.05	1.67	0.100
	外科	6.61 ± 2.05	6.57 ± 1.19	0.17	0.868
	医技	6.51 ± 2.10	6.31 ± 1.33	0.94	0.349
	原医院级别				
	一级	6.11 ± 1.74	6.59 ± 1.19	-1.19	0.240
	二级	6.51 ± 1.93	6.37 ± 1.20	0.71	0.460
	三级	6.79 ± 2.28	6.44 ± 1.27	1.72	0.087
	进修时长				
	6 个月	6.58 ± 2.20	6.59 ± 1.31	-0.05	0.957
	12 个月	6.67 ± 2.07	6.40 ± 1.16	1.40	0.707

表 6 两组进修医生第 2 次测评数据比较[$(\bar{x} \pm s)$, 分]

项目		干预组 (n=287)	对照组 (n=298)	t 值	P 值
焦虑	总分	5.92 ± 1.42	6.45 ± 1.21	-4.88	<0.001
	性别				
	男	5.90 ± 1.37	6.63 ± 1.15	-3.62	<0.001
	女	5.92 ± 1.45	6.48 ± 1.35	-3.54	<0.001
	进修科室				
	内科	5.50 ± 1.23	6.37 ± 1.17	-3.88	<0.001
	外科	6.03 ± 1.36	6.58 ± 1.38	-2.82	0.005
	医技	5.98 ± 1.50	6.39 ± 1.10	-2.63	0.009
	原医院级别				
	一级	5.64 ± 1.42	6.81 ± 1.33	-3.16	0.003
	二级	5.85 ± 1.29	6.50 ± 1.20	-3.56	<0.001
	三级	6.00 ± 1.50	6.37 ± 1.19	-2.49	0.013
	进修时长				
	6 个月	5.92 ± 1.37	6.56 ± 1.23	-3.99	<0.001
	12 个月	5.92 ± 1.47	6.57 ± 1.20	-2.95	0.003
抑郁	总分	6.09 ± 1.37	6.43 ± 1.24	-3.15	0.002
	性别				
	男	5.92 ± 1.37	6.18 ± 1.43	-1.17	0.243
	女	6.15 ± 1.37	6.52 ± 1.14	-3.02	0.003
	进修科室				
	内科	6.02 ± 1.32	6.47 ± 1.05	-2.82	0.071
	外科	6.23 ± 1.35	6.57 ± 1.19	-1.88	0.062
	医技	6.02 ± 1.40	6.31 ± 1.33	-1.84	0.066
	原医院级别				
	一级	5.96 ± 1.55	6.59 ± 1.19	-1.68	0.098
	二级	6.06 ± 1.25	6.37 ± 1.20	-1.74	0.083
	三级	6.13 ± 1.41	6.44 ± 1.27	-2.14	0.033
	进修时长				
	6 个月	6.04 ± 1.42	6.59 ± 1.31	-3.28	0.001
	12 个月	6.12 ± 1.34	6.40 ± 1.16	-1.28	0.200

3 讨论

近年来,医务人员职业风险的增加使得心理健康问题愈加突出^[2]。既往调查显示,国内 1/3 以上的医务人员长期处于焦虑、抑郁、强迫、烦躁等心理状态,其焦虑、抑郁状况较国内一般人群严重^[3-4]。医务人员的焦虑和抑郁状况将直接影响工作状态与效率,干扰其正常的诊疗思维,进而影响医疗质量,不利于社会的和谐与稳定^[5]。对于进修医生来说,除了医生群体特殊工作性质的因素,其对陌生进修环境的不适应,对自身所设定进修目标的渴望及生活环境的改变都会加重其焦虑和抑郁情绪。因此,加强对进修医生心理健康的关注,改善管理方式,是进修医生管理部门急需解决的问题。

通过本研究的第 1 次调查发现,学习开始前,进修医生的焦虑与抑郁评分未达到疑似焦虑与抑郁的状态,且与将要进修的科室及原医院级别无关。调查结果显示,女性进修医生焦虑和抑郁评分高于男性进修医生,这一现象与国内其他学者的研究结果相似^[6-7]。焦虑、抑郁倾向的性别差异与生理特征和心理因素相关,女性医生在身体素质方面存在劣势,在应对长时间和高强度的临床工作方面存在一定难度。另外,女性多愁善感的潜质,对环境的适应能力及抗压能力相对弱于男性,使得其焦虑、抑郁状况更为明显。此外,女性进修医生的家庭负担较重,离开家庭后的牵挂更多,这也造成了进修伊始的焦虑、抑郁状况较男性进修医生更甚。

本研究显示,通过人文管理方式干预,进修医生学习结束时的焦虑评分均低于应用传统方式进行进修管理的医生。这一结果显示了人文管理方式对进修医生焦虑干预效果令人满意。人文管理方式主要包括制订个性化的进修学习计划和提供进修学习支持两方面。

制定个性化的进修学习计划,可以在一定程度上减少进修医生因对所进修医院信息掌握不足而导致的学习内容非自身所需这一问题。管理实践中发现,约超过 40.0% 的医生进修开始时并不明确自身所要学习的具体方向。这一现象可能导致进修医生付出了学习时间和精力而事倍功半。个性化进修学习计划的制订不仅可以在一定程度上弥补信息不足带来的缺陷,而且在制定过程中使进修

医生感受到支持和帮助,增强其努力完成进修目标的信心。

提供进修学习支持主要包括建立进修医生导师制、协助进修医生加入科室学术群和组织协调进修医生参与多学科专病学术查房。进修医生导师是进修医生在学习期间接触最多的上级医生,导师在临床专业、科研及生活中都可以给进修医生提供有益的指导意见,所以进修医生导师的选拔至关重要。选择进修医生导师的主要原则包括:①科室业务骨干;②具有主治医师以上职称;③具有八年以上本专业工作经验;④具备指导进修医生的能力、经验和水平;⑤具有良好政治素质和医德修养,有良好的职业道德、作风正派、治学严谨、能为人师表。由于进修医生对知识的接受程度不尽相同,这就要求导师必须对进修医生进行个性化的指导,以帮助其实现进修目标。此外,实行进修医生导师制还可以增强进修医生的归属感,使其更快融入新环境的学习和工作中^[8]。

协助进修医生加入科室学术群是为进修医生提供学习支持的另一个重要途径。国内其他研究显示,将移动学习平台引入医学教学过程,在科室医生与进修医生之间建立临床工作与教学科研的群组,可以利用共享信息、图片、视频等方式进行多角度、多层次的学术探讨,实现了学术交流的实时性与高效性,极大地促进了进修医生的临床工作及科研能力提高^[9-10]。研究组在管理实践中,利用微信平台将查房、讲座、答疑和讨论融为一体,使进修医生随时处在临床工作和学术探讨的氛围中,便于其提高专业水平。

协调组织进修医生参与多学科专病学术查房,是研究组为进修医生提供学习支持的第三种方式。他们在进修学习中参与管理的专科病例数量有限,但在院内会诊中却可以接触到大量与学习专科相关的案例。多学科学术专病查房可以拓展进修医生的专业视角,为其今后的临床实践打下坚实的基础。

通过人文管理措施干预,女性进修医生的焦虑状况得到明显缓解,而对照组则没有明显改善;男性进修医生进修伊始的焦虑状况不如女性严重,干预措施对男性进修医生也起到了缓解焦虑的作用。值得注意的是,对照组男性进修医生的焦虑状况较

进修伊始更为严重。这一现象可能与男性医生对自身发展定位较高,希望通过进修学习达到的目标也较高有关。学习中的困难、挫折和学习成果与自身目标的差距会加重其焦虑状况,人文管理措施能够给予其更多的帮助,缓解其焦虑状况。

本研究显示,人文管理措施对于来自不同级别医院进修医生的焦虑状况的干预效果并不完全相同,干预组中来自三级医院的医生干预效果明显。国内其他研究也发现,不同级别医院医务人员焦虑、抑郁状况不同,等级越高的医院,医务人员心理健康状况越差。这可能与高级别医院对学历职称和科研课题的要求较高,晋职竞争更加激烈相关^[3,11]。在进修医生中,来自高级别医院的医生为自身制定的进修目标相对较高,更依赖于进修管理部门对其的帮助,人文管理措施能够更好地适应其进修需求,显著缓解其焦虑。

对于进修不同科室和进修时长不同的进修医生,人文管理措施均能够起到缓解其焦虑状况的作用。而按照传统方式进修管理的进修医生,其进修开始和结束的焦虑状况无明显改变。

在对抑郁状况的干预效果方面,人文管理措施的干预效果不如对焦虑状况明显。测评结果显示,女性进修医生、进修医技科室医生和来自三级医院医生通过人文管理的干预,其抑郁状况较进修伊始减轻。国内外其他研究显示,手术科室医生的抑郁程度较辅助科室医生重^[3,12-13]。对于进修医生而言,人文管理措施干预医技科室进修医生相对容易,而医技科室中女性进修医生占 71.2%(210/295),而来自三级医院的医生占 56.9%(333/585)。此外,抑郁状态以显著而持久的心境低落为主要特征,表现形式多样,多数有反复发作倾向^[14]。

本研究应用的人文管理模式没有明确设定对进修医生的个体肯定内容,这也是其对进修医生抑郁状况改善不显著的重要原因。本研究仍然存在许多缺陷,如样本量不足,没有进行随访指标设定,研究对象没有细化分层等。这些都是今后在研究中需要逐步改进的。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

作者贡献声明 赵铁夫:提出构思、撰写论文;王娜、彭洁、田雪迪:收集资料;马涵英:总体把关、审定论文

参考文献

- [1] 戴晓阳. 常用心理评估量表手册[M]. 北京: 人民军医出版社, 2010: 150-151.
- [2] 刘贤俊, 占克斌. 医务人员焦虑、抑郁状况的研究概况[J]. 神经损伤与功能重建, 2018, 13(2): 90-91. DOI: 10.16780/j.cnki.sjssgncj.2018.02.012.
- [3] 涂玲, 张新庆, 任南, 等. 我国医务工作者心理健康现状及分析[J]. 医学与哲学, 2009, 30(13): 44-46.
- [4] 徐新华, 赵天力, 胡建国. 综合医院医生心理健康状况调查[J]. 中国临床心理学杂志, 2006, 14(3): 324-325. DOI: 10.3969/j.issn.1005-3611.2006.03.040.
- [5] 朱俊鹏, 仇雅菊, 廖峥雯, 等. 医务人员焦虑和抑郁状况及其影响因素分析[J]. 中国现代医生, 2017, 55(36): 94-97.
- [6] 顾敏, 谷妍, 梅幼敏, 等. 江苏省综合性医院医务人员心理健康状况调查[J]. 中国公共卫生, 2008, 24(8): 921-922. DOI: 10.11847/zgggws2008-24-08-11.
- [7] 林美琴, 曾长佑, 陈洁. 医务人员心理健康与工作满意度研究[J]. 中国健康教育, 2014, 30(2): 147-150. DOI: 10.16168/j.cnki.issn.1002-9982.2014.02.013.
- [8] 孙宏, 李君. 进修生实行导师负责制的探索[J]. 解放军医院管理杂志, 2009, 16(8): 785-786. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9985.2009.08.038.
- [9] 赵弘. 临床教学中应用移动学习平台开展交互式学习的探讨[J]. 中国病案, 2015(6): 67-69. DOI: 10.3969/j.issn.1672-2566.2015.06.026.
- [10] 王璧霞, 王旭东. 微信平台教学法在口腔颌面外科专科医师规范化培训中的应用[J]. 中国医学教育技术, 2016, 30(3): 297-299. DOI: 10.13566/j.cnki.emet.cn61-1317/g4.201603017.
- [11] 罗萍, 曾志羽, 覃红, 等. 广西南宁市 630 名医务人员职业压力及形成原因的调查研究[J]. 中国医院, 2009, 13(7): 14-16. DOI: 10.3969/j.issn.1671-0592.2009.07.007.
- [12] Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout [J]. Annu Rev Psychol, 2001(52): 397-422. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
- [13] 漆隽玮, 苗元江. 医务人员心理健康状况研究综述[J]. 中国卫生事业管理, 2008, 25(2): 126-128. DOI: 10.3969/j.issn.1004-4663.2008.02.022.
- [14] 郝伟, 于欣. 精神病学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 113-131.

(收稿日期:2020-09-11)

(本文编辑:唐宗顺)