

浅谈重症医学科中的身心耗竭综合征

古丽菲热·塔依尔 古丽巴努木·胡西塔尔 于湘友

新疆医科大学第一附属医院重症医学科, 新疆维吾尔自治区乌鲁木齐 830054

通信作者: 于湘友, Email: yu2796@163.com

【摘要】 由于重症医学科独特的工作环境和持续繁重的工作任务,身心耗竭综合征(BOS)在重症医务人员中普遍发生。BOS是多因素长期作用的结果,其典型的三大表现为精疲力竭、去人格化和缺少成就感,在改变工作内容及工作环境后往往可以得到改善。BOS会影响医务人员的身心健康,造成工作效率及医疗服务质量下降。现对重症医学科中医务人员发生BOS的危险因素和防治方法进行综述,旨在提高医务人员对该病的认识,及时发现和干预,使其造成的危害最小化。

【关键词】 身心耗竭综合征; 重症医学科; 危险因素; 防治措施

基金项目: 新疆维吾尔自治区高校科研项目(XJEDU20181011)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2021.04.026

A brief discussion on burn-out syndrome in intensive care unit Gulifeire Tayier, Gulibanumu Huxitaer, Yu Xiangyou

Department of Critical Care Medicine, the First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, Urumqi 830054, Xinjiang Uygur Autonomous Region, China

Corresponding author: Yu Xiangyou, Email: yu2796@163.com

【Abstract】 Due to the special working environment and the continuous heavy work tasks in the intensive care unit, the burn-out syndrome (BOS) is common among the intensive care staff. BOS is the result of multi-factor long-term effects. Its three typical manifestations are emotional exhaustion, depersonalization and low personal accomplishment, which can often be improved after changing the work content and working environment. BOS affects the physical and mental health of medical personnel, resulting in decrease in work efficiency and the quality of medical services. In this article, the risk factors and prevention methods of BOS in intensive care unit were summarized to improve the medical staff's understanding of the disease in order to timely detect, intervene and minimize the harm caused by it.

【Key words】 Burn-out syndrome; Intensive care unit; Risk factor; Prevention and control measure

Fund program: Science Research Planning Project of Universities in Xinjiang Uygur Autonomous Region (XJEDU20181011)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2021.04.026

身心耗竭综合征(BOS)也称为倦怠综合征,是一种因心理能量在长期奉献给别人的过程中被索取过多,而产生的以极度身心疲惫和情感枯竭为主要表现的综合征^[1]。BOS是重要的健康问题,常见于应激较高的职业群体中,如专业医务人员。研究报道显示,工作在一线的医生BOS发病率>40%^[2]。重症医学科患者病情不稳定、病死率高,医护人员长期处于高度应激状态,日常医疗工作压力极大,同时经常会碰到对身心具有创伤的情景以及伦理问题,因此重症医学科医务人员相比其他专业BOS发生率更高。一项跨国研究对亚洲地区192家医院的重症监护病房(ICU)医务人员进行了调研,结果显示,医生与护士职业倦怠的发生率分别为50.3%和52.0%^[3];另一项对中国各地重症医师职业倦怠发生率的横断面研究结果表明,参与调查的1813名医师职业倦怠患病率高达82.1%^[4]。BOS危害医务人员的身心健康,造成其工作效率及医疗质量下降,影响患者诊疗进程并增加医疗成本。因此,关注重症医学科医务人员BOS的发生,探讨致病原因及解决方法成为研究热点。

1 临床表现

BOS患者的症状和体征是逐渐发展的,在去除致病因素后往往能在短期内恢复。在初期阶段,机体感到强烈的心理

应激,出现疲劳、失眠、易怒等情绪;发展至中期,工作积极性大幅下降,对周围事物表现出淡漠和消极的态度;晚期表现为BOS的3个典型症状,即情绪耗竭、去人格化和缺少个人成就感^[5]。情绪耗竭是指把过多的时间和精力用在觉得无益的任务或项目上所致的全身疲劳,如长期负责康复无望的患者;去人格化表现为对工作态度消极、对患者态度淡漠无人情味、疏远同事,如对同事妄加评论,因病情责怪患者,当患者死亡时无同情和悲伤;缺少个人成就感表现为否定工作价值、感到不能胜任工作、缺乏职业尊严。

BOS的非特异性症状包括抑郁、易怒、恐惧、焦虑和不能感知正面情感,非特异性体征包括失眠、肌紧张、头痛和肠胃不适。BOS常用马斯拉齐身心耗竭量表(MBI)进行评估,MBI量表根据情绪耗竭、去人格化和缺少个人成就感的表现及其严重程度将身心耗竭分为低、中、高3种程度,但是目前尚未确立统一的MBI评分值作为BOS的诊断标准,因此在不同研究报道中BOS的患病率差异很大^[6]。西班牙一项研究用MBI量表对纳入的337名ICU护理人员进行评估,结果显示,缺少个人成就感的表现较情绪耗竭与去人格化表现更为突出^[7]。另一项对重症医护人员的研究结果表明,护士的情绪耗竭与缺少个人成就感表现较医生更为突出^[8]。

2 危险因素

2.1 个人因素:个人因素中包括特定的个人性格(如理想主义、完美主义、自我批评、过度承诺等)、对压力采取无效的应对措施、睡眠崩解、工作与生活失衡、工作之外得不到有力的支持(如无配偶或孩子)等。对广州 6 家医院 180 名医生进行调查研究,结果显示,职称越高、工作时间越长,医生去人格化程度越高而情绪耗竭发生越少^[9];年轻护士的临床经验相对匮乏,缺乏职业自信,易被个别患者的言语和行为攻击,造成长期持续的焦虑状态,情绪耗竭的表现更为突出,BOS 的患病率也更高^[10]。在重症医学科值夜班期间,需要对患者进行连续的动态监测,病情发生变化时需及时作出恰当的干预,因此医护人员常处于彻夜无眠且夜间需进行劳力操作的状态,这破坏了正常的睡眠节律,导致睡眠剥夺和睡眠时相延迟。相关研究报道,重症医学科护理人员因职业压力、排班制度等,普遍存在睡眠恢复不充分、睡眠质量差的现象^[11],睡眠模式持续遭到破坏会损害医护人员的身心健康。

2.2 环境因素:环境因素主要为工作量增加、缺乏对工作环境的控制和薪酬不高。重症医学科医护人员配置比例较其他病房高,高水平医疗服务医护人员需求大,且需要不断学习开展新技术,医护人员长期处于繁忙高压的工作环境中^[12]。一项对英国 3 家医院 ICU 96 名医务工作者的横断面研究提示,工作时间延长通过增加工作压力及情绪反刍而造成职业倦怠、抑郁及精神疾病发病率增加^[13]。造成医生 BOS 的主要环境相关因素包括:重症科室医疗费用较一般病房高,患者在支付巨额医疗费用的同时对病情转归抱有很大期望,然而患者病情较重,往往救治结果不理想;重症医疗工作风险高,稍有疏忽就可能造成不可弥补的损失;重症医生短缺,需要长时间连续值班和频繁交接班;经常面临伦理问题的抉择。国内一项研究对 180 名医生进行问卷调查,结果显示,工作性质及工作强度是造成情绪耗竭、去人格化和缺少个人成就感的重要因素^[9]。然而影响医生和护士的环境因素不同,对于重症护士来说,患者无自理能力、新技术的广泛应用、患者快速周转致工作量增加,使得护士长期处于超负荷状态。

近年全球性新型冠状病毒肺炎(新冠肺炎)疫情暴发,重症医学的重要性得到充分体现的同时,也对重症医疗单元造成了前所未有的压力,其中包括医疗资源匮乏、疾病传染性致致病性强等因素均可能导致重症医护人员出现心理健康问题。国外一项研究评估新冠肺炎疫情对重症医护人员心理健康的影响,结果显示,疫情暴发后 ICU 医务工作者的 BOS 患病率从 23% 升高至 36%,其中护士、长期加班人员及直接接触新冠肺炎患者的人员发病率更高^[14]。另一项法国的横断面研究报道结果显示,在第二波疫情暴发后重症医护人员出现精神健康障碍症状的发生率进一步升高,其中出现焦虑、抑郁及职业倦怠分别占 60.0%、36.1% 和 45.1%^[15]。国内对新冠肺炎流行地区 493 名卫生保健工作者的研究提示,其中 46% 及 41% 人员分别存在抑郁和焦虑状态^[4]。

2.3 不良工作关系:存在冲突的不良工作关系也是造成 BOS 发生的重要危险因素。重症患者病情危重、变化迅速,常需要连续救治并动态观察病情变化,使得医护人员持续处于高压状态,对周围同事产生消极态度,工作上容易产生分歧。相关研究报道,重症医疗单元中医护冲突最为常见,再者是护士之间冲突,最后才是医患之间的矛盾,其中不信任及沟通障碍是导致冲突的主要原因^[16]。有研究证实,医护人员的职业倦怠水平受医患关系的影响较显著^[15]。重症单元内的患者常存在意识障碍并且无自主决策能力,需要委托亲属决定救治方案和签署各类同意书,患者家属常对做出的决定感到怀疑和焦虑。加之重症单元消毒制度严格且常需要进行紧急救治,对患者采取封闭式特殊管理,家属只有短暂的探视时间,无法及时了解患者病情,并且支付着高昂的治疗费用,在患者病情突然恶化或死亡时,患者家属往往不能理解而产生不满和不信任的情绪。患者在教育背景、语言文化、宗教信仰、生活习惯等方面存在差异,也会在沟通中对内容理解存在障碍,从而造成严重的矛盾和冲突,但是产生的纠纷是可以有效沟通和避免的。

2.4 道德困境:道德困境指的是由于内部约束(如自责、自我怀疑和缺乏自信等)和外部约束(如沟通方式不当,患者遭受痛苦和控制成本等),个人无法按照本身的核心价值观及认为的义务行事。在重症单元中几乎所有医务人员都会在医疗决策、治疗及操作过程中碰到一些道德相关问题,即使察觉到道德方面发生错误也往往无力改变。相关研究对与职业倦怠相关的自变量进行回归分析,结果显示,道德困境与职业倦怠独立相关,是重要的预测因素^[8]。

2.5 临终事务相关因素:重症医学科医护人员经常接触濒死患者,参与生命维持设施的撤离、目睹患者死亡、参与尸体处理、在临终关怀方面产生分歧冲突,这些被归纳为临终事务相关因素。研究表明,临终关怀不仅是 BOS 的重要驱动因素,也能通过造成道德困境间接引起 BOS^[17]。另一项研究显示,患者死亡会给医护人员带来负性情绪体验,然而通过默哀仪式能够缓解医护人员的负面心理状态,减轻医护人员的同情疲劳和职业倦怠感^[18]。

3 不良后果

重症医学科医务人员出现 BOS 可能会造成创伤后应激障碍(PTSD)、酗酒、药物滥用,甚至自杀倾向。

BOS 也会造成医护人员工作效率下降和工作质量不佳,直接影响对临床患者的治疗。医疗质量下降具体表现为患者跌倒次数及医疗相关感染率增加、错误用药、患者满意度下降^[19]。一项针对医生的研究显示,医疗差错的发生与 BOS 评分之间存在量效关系,差错造成 BOS 发生, BOS 引起差错,形成恶性循环^[20]。

BOS 与医疗机构中缺勤率增加和工作调动等问题也密切相关,这会降低医疗效率,增加医疗成本,降低员工士气,影响整体医疗质量。据统计,美国重症医学科护士工作调动率为 13%~20%,且更换 1 名重症医学科护士的总成本估计超过 6 万美元^[1],这不仅对医院经济是巨大损失,也会潜在地造成患者看病难、治疗不连续等问题。

4 防治措施

4.1 改善工作环境：重症联合会发出声明号召减少重症医学医务人员 BOS 及心理疾病的发生,其中建立和维持相互尊重的健康工作环境是战胜 BOS 的关键对策^[1]。根据美国重症护理协会报道,建立和维持健康的工作环境有以下标准:熟练良好的沟通、精诚合作、有效决策、合理配备人员、价值认可和可靠决策^[21]。进行重要决策时采用小组讨论和结构化沟通能够营造更和谐健康的工作环境,减少 BOS 的发生。重症医学科实行开放式探视制度,也有助于医护人员提升职业满足感^[22]。科室领导应致力于创造人性化的工作环境,如合理安排工作时间,改进轮班制度,增加学习新技术的机会,及时发现并照顾发生 BOS 的医护人员。医院管理层需要创造健康和谐的工作环境,减少工作调动,经常性监测医院职工 BOS 发病率,对发病职工提供帮助,如给予调休、增加劳务补偿等激励措施以及限制连续工作天数等。

4.2 改善个人自身状态：重症医护人员作为高危人群,需要树立对 BOS 的正确认识,定期进行身心健康状态评估,对可疑的症状作出准确判断并及时调整,通过理智应对并解决问题、合理宣泄情绪、定期休闲娱乐等方式预防和减少 BOS 的发生^[23]。研究表明,通过参加文娱活动、接受心理咨询及健康宣教等心理疏导方式能有效改善重症医学科护士生活质量及职业倦怠,提高工作满意度,促进重症医学科护士身心健康^[24]。提高心理素质的方法因人而异,包括保证充分休息、注重饮食健康、运动、冥想、培养兴趣爱好、定期外出旅行等,对已发生 BOS 的重症医学科医护人员可以采取以上方式提高心理素质、改善不良心理状态,避免影响工作决策和伤害自身身心健康,更加有效的防治措施需要进行更多的研究来明确。

5 小结

中国重症医学科医护人员 BOS 患病数量巨大,需要提高医务人员及医院管理人员对 BOS 的意识,在察觉自身可能存在相似问题时,及时寻求帮助并联合多种治疗方式延缓其发生并消除其危害。但是目前对 BOS 的认识仍不清楚,需要进一步的研究明确其诊断标准及致病因素,寻找更有效的防治措施。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

[1] Moss M, Good VS, Gozal D, et al. An official critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care healthcare professionals: a call for action [J]. *Crit Care Med*, 2016, 44 (7): 1414-1421. DOI: 10.1097/CCM.0000000000001885.

[2] Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis [J]. *JAMA Intern Med*, 2018, 178 (10): 1317-1331. DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.3713.

[3] See KC, Zhao MY, Nakataki E, et al. Professional burnout among physicians and nurses in Asian intensive care units: a multinational survey [J]. *Intensive Care Med*, 2018, 44 (12): 2079-2090. DOI: 10.1007/s00134-018-5432-1.

[4] Wang J, Hu B, Peng ZY, et al. Prevalence of burnout among intensivists in mainland China: a nationwide cross-sectional survey [J]. *Crit Care*, 2021, 25 (1): 8. DOI: 10.1186/s13054-020-03439-8.

[5] Chuang CH, Tseng PC, Lin CY, et al. Burnout in the intensive care unit professionals: a systematic review [J]. *Medicine (Baltimore)*, 2016, 95 (50): e5629. DOI: 10.1097/MD.0000000000005629.

[6] Hewitt DB, Ellis RJ, Hu YY, et al. Evaluating the association of multiple burnout definitions and thresholds with prevalence and outcomes [J]. *JAMA Surg*, 2020, 155 (11): 1043-1049. DOI: 10.1001/jamasurg.2020.3351.

[7] Cañadas-de la Fuente GA, Albendín-García L, R Cañadas G, et al. Nurse burnout in critical care units and emergency departments: intensity and associated factors [J]. *Emergencias*, 2018, 30 (5): 328-331.

[8] Fumis RRL, Junqueira Amarante GA, de Fátima Nascimento A, et al. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers [J]. *Ann Intensive Care*, 2017, 7 (1): 71. DOI: 10.1186/s13613-017-0293-2.

[9] 魏誉民, 林晓峰, 潘健. 三级甲等医院医生职业倦怠行为研究 [J]. *中国社会科学杂志*, 2019, 36 (3): 307-310. DOI: 10.3969/j.issn.1673-5625.2019.03.024.

[10] Ayala E, Carnero AM. Determinants of burnout in acute and critical care military nursing personnel: a cross-sectional study from Peru [J]. *PLoS One*, 2013, 8 (1): e54408. DOI: 10.1371/journal.pone.0054408.

[11] 彭珊, 程小敏, 郭珏妙. 重症医学科护士职业压力和心理资本及睡眠质量的关系 [J]. *工业卫生与职业病*, 2019, 45 (2): 121-124. DOI: 10.13692/j.cnki.gywszyzb.2019.02.012.

[12] 李祥, 古丽巴努木·胡西塔尔, 王毅, 等. 新疆维吾尔自治区 2019 年重症医学发展现状调查分析 [J]. *中华危重病急救医学*, 2020, 32 (7): 854-860. DOI: 10.3760/cma.j.cn121430-20200506-00357.

[13] Vandevala T, Pavey L, Chelidoni O, et al. Psychological rumination and recovery from work in intensive care professionals: associations with stress, burnout, depression and health [J]. *J Intensive Care*, 2017, 5: 16. DOI: 10.1186/s40560-017-0209-0.

[14] Kok N, van Gorp J, Teerenstra S, et al. Coronavirus disease 2019 immediately increases burnout symptoms in ICU professionals: a longitudinal cohort study [J]. *Crit Care Med*, 2021, 49 (3): 419-427. DOI: 10.1097/CCM.0000000000004865.

[15] Azoulay E, Pochard F, Reigner J, et al. Symptoms of mental health disorders in critical care physicians facing the second COVID-19 wave: a cross-sectional study [J]. *Chest*, 2021, 160 (3): 944-955. DOI: 10.1016/j.chest.2021.05.023.

[16] Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflict study [J]. *Am J Respir Crit Care Med*, 2009, 180 (9): 853-860. DOI: 10.1164/rccm.200810-16140C.

[17] Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB, et al. Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey [J]. *J Nurs Scholarsh*, 2015, 47 (2): 117-125. DOI: 10.1111/jnu.12115.

[18] 程人佳, 徐国帅, 张庆红, 等. 重症监护室死亡患者默哀仪式的实施及医护人员体验的研究 [J]. *护理学杂志*, 2018, 33 (22): 57-60. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2018.22.057.

[19] Gómez-Urquiza JL, De la Fuente-Solana EI, Albendín-García L, et al. Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: a meta-analysis [J]. *Crit Care Nurse*, 2017, 37 (5): e1-e9. DOI: 10.4037/ccn2017508.

[20] 刘国忠, 郭回希, 翁山耕, 等. 医生职业倦怠与医疗差错的相关性分析 [J]. *中华医院管理杂志*, 2016, 32 (8): 582-586. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1000-6672.2016.08.007.

[21] Kelly L, Todd M. Compassion fatigue and the healthy work environment [J]. *AACN Adv Crit Care*, 2017, 28 (4): 351-358. DOI: 10.4037/aacnacc2017283.

[22] 陈芳, 任奇, 刘彩霞, 等. ICU 护士对开放性探视态度的调查及影响因素分析 [J]. *中华危重病急救医学*, 2020, 32 (8): 998-1002. DOI: 10.3760/cma.j.cn121430-20200408-00460.

[23] Siedsma M, Emler L. Physician burnout: can we make a difference together? [J]. *Crit Care*, 2015, 19 (1): 273. DOI: 10.1186/s13054-015-0990-x.

[24] 彭丽清. 心理疏导改善重症监护室护士身心健康效果研究 [J]. *护理实践与研究*, 2018, 15 (17): 121-123. DOI: 10.3969/j.issn.1672-9676.2018.17.049.

(收稿日期: 2020-08-08)