

多维视角下基层卫生技术人员职业倦怠的形成机制研究

——基于扎根理论

童西洋^{1*} 王明慧² 张安琪³ 王德龙⁴ 王艺颖³ 赵世超⁴ 于海宁⁵

1. 山东大学卫生管理与政策研究中心 山东济南 250012

2. 西北大学公共管理学院 陕西西安 710127

3. 山东大学政治学与公共管理学院 山东青岛 266200

4. 山东师范大学公共管理学院 山东济南 250014

5. 山东省肿瘤防治研究院(山东省肿瘤医院) 山东第一医科大学(山东省医学科学院) 山东济南 250117

【摘要】目的:探究我国基层卫生技术人员职业倦怠的形成机制并提供政策建议。方法:采用多阶段抽样和目的抽样,于2021年2月至7月,对山东省东营市、青岛市以及枣庄市的38家基层医疗卫生机构的167名基层卫生技术人员进行半结构式访谈。采用Strauss程序化扎根理论的编码思路,并运用MAXQDA2020定性分析软件对访谈资料进行分析。结果:共提炼得到39个概念和19个范畴,构建出基层卫生技术人员职业倦怠形成机制模型。结论:基层卫生技术人员职业倦怠的形成受宏观行政治理局限、中观制度机制失准、微观工作压力超载三个维度的共同作用。应逐步提高基层医疗卫生机构的自主权,切实为基层卫生技术人员减负,加强协同治理与“三医联动”,从而缓解基层卫生技术人员的职业倦怠。

【关键词】基层卫生技术人员;职业倦怠;形成机制;多维视角;扎根理论

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.06.008

A study on the formation mechanism of job burnout among primary health technicians from a multidimensional perspective: Based on grounded theory

TONG Xi-yang¹, WANG Ming-hui², ZHANG An-qi³, WANG De-long⁴, WANG Yi-ying³, ZHAO Shi-chao⁴, YU Hai-ning⁵

1. Center for Health Management and Policy Research, Shandong University, Jinan Shandong 250012, China

2. School of Public Administration, Northwest University, Xian Shaanxi 710127, China

3. School of Political Science and Public Management, Shandong University, Qingdao Shandong 266200, China

4. School of Public Administration, Shandong Normal University, Jinan Shandong 250014, China

5. Shandong Cancer Hospital and Institute, Shandong First Medical University and Shandong Academy of Medical Sciences, Jinan Shandong 250117, China

【Abstract】 Objective: To investigate causes leading to formation mechanism of job burnout among primary health technical personnel in China and provide policy advice for further improving their work attitude. Methods: Semi-structured interviews are conducted from February to July of 2021, with a multi-stage purposive sampling of 167 primary health technical personnel from 38 primary health institutions in Dongying City, Qingdao City, and Zaozhuang City of Shandong Province. Data collected are analyzed, using the coding method of Strauss procedural grounded theory with MAXQDA 2020 qualitative analysis software. Results: 39 concepts and 19 categories are extracted. From these dimensions, formation mechanism model is constructed to explain the job burnout among primary health technicians. Conclusion: The formation of burnout among primary health technicians is the result of

* 基金项目:国家自然科学基金青年项目(72204150)

作者简介:童西洋(2000年—),男,硕士研究生,主要研究方向为基层卫生服务。E-mail: tonglil0408@126.com

通讯作者:于海宁。E-mail: yuhaining@sdfmu.edu.cn

joint effect of three dimensions: Macro administrative governance limitations, inaccurate meso institutional mechanisms, and micro work pressure overload. The autonomy of primary health care institutions should be gradually increased, the burden of primary health technicians should be effectively reduced, and collaborative governance and “three medical linkages” should be strengthened, so as to alleviate the burnout of primary health technicians.

【Key words】 Primary health technicians; Job burnout; Formation mechanism; Multidimensional perspective; Grounded theory

职业倦怠是个体因不能有效应对工作上延续不断的各种压力而产生的一种长期性心理反应,表现为情感耗竭、去人性化和低成就感的症状。^[1]基层卫生技术人员作为居民的“健康守门人”,其工作态度直接关系到基本医疗卫生服务的质量,进而影响居民健康水平。^[2]当前,我国基层卫生技术人员职业倦怠较为普遍^[3-4],不仅影响个体身心健康,还会导致工作热情与绩效下降。^[5]因此,有必要分析职业倦怠的形成机制,并进行有针对性的政策干预。已有研究大多从个体和组织层面探究职业倦怠的影响因素,如工作量、培训、人格类型等^[6-7],缺乏宏观层面的“溯源”分析,而本研究认为基层卫生技术人员职业倦怠的发生有深层次的体制机制原因。此外,当前普遍采用的定量研究方法,难以对职业倦怠的形成过程与不同影响因素间的作用机制进行深度阐释,而质性研究方法可弥补这一缺陷。^[8]扎根理论作为近些年一种日益普及的质性研究方法,通过系统收集和分析经验事实,从原始资料中归纳出概念和命题^[9],从而构建新的解释框架。因此,本研究运用扎根理论,通过对山东省基层卫生技术人员的深入访谈,对职业倦怠的形成机制进行多层次、系统性分析,旨在为缓解基层卫生技术人员职业倦怠提供政策建议。

1 资料与方法

1.1 研究设计

采用 Strauss 程序化扎根理论的范式收集和分析资料。^[10] Strauss 程序化扎根理论强调不做预设,而是从已有的原始资料出发来提取概念、构建理论以解决某一现象或问题。本研究通过半结构化访谈收集原始资料,并逐级对其进行编码,提炼相关概念、范畴,寻找范畴之间的关系,从而构建基层卫生技术人员职业倦怠的形成机制模型。

1.2 抽样方法

采用多阶段抽样和目的抽样,基于地理位置分

散化和经济水平差异性的原则,于 2021 年 2 月至 7 月,调查了山东省青岛市、东营市、枣庄市 3 个地级市,在每个地级市选择 4 个区县,每个区县选择 2 ~ 4 家基层医疗卫生机构,共计 38 家(包括 18 家社区卫生服务中心和 20 个乡镇卫生院)。在每家机构访谈医生、护士、公共卫生人员和医技(药剂)人员各 1 名。若访谈对象传递的有效信息较少,则采用方便抽样在调研现场另选一名卫生技术人员进行补充访谈。最终共访谈 167 人,包括 53 名医生、36 名护士、41 名公卫人员以及 37 名医技(药剂)人员。

1.3 访谈内容与分析方法

本研究在文献研究的基础上设计访谈提纲,开展半结构化访谈,访谈内容包括:(1)对基层卫生治理模式与组织管理方式的看法,包括“您觉得来自不同层级的检查多吗?”“您觉得基层的自主权如何?”等问题。(2)对基层卫生政策设计与执行状况的评价,包括“您认为医保政策有哪些值得改进的地方?”“您如何评价基本药物制度?”等问题。(3)对当前基层工作状况与相关激励因素的感受,包括“觉得现在的工作量如何?”“单位内部收入差距如何?”等问题。所有访谈资料均由团队成员进行转录,并按访谈时间顺序选取 2/3 的访谈资料展开分析。运用 MAXQDA2020 软件,按照开放编码、主轴编码和选择编码三个步骤构建理论的概念与范畴(图 1)。

1.4 质量控制

调研前,通过征求卫生政策领域专家学者的意见和建议,对访谈提纲作出适当调整,同时对访谈员开展标准化培训。访谈过程中,为避免诱导受访者作答,详实记录受访者的语气、表情及肢体语言等,对访谈进行全程录音,后期由课题组成员及时对音频资料进行逐字逐句转录,并交叉核验、相互讨论,以确保资料的完整性。

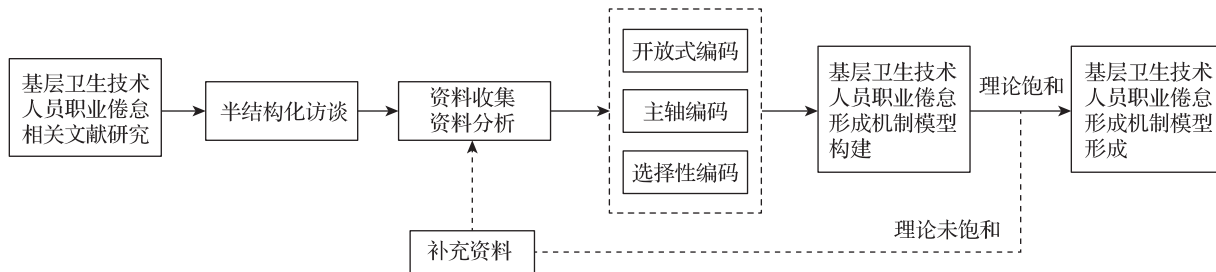


图 1 扎根理论研究流程

理论饱和度检验:将预留的 1/3 访谈资料依上述研究过程进行编码,其结果未出现新的重要概念和范畴,范畴间未产生新的关系结构,由此认为达到理论饱和。^[8]

2 结果

2.1 开放式编码

为了减少研究者个人偏见或其他主观因素影

响,编码过程全部使用原始资料。在整理了 167 位受访者的访谈资料后,共得到 871 条代表性原始语句。这些原始语句均体现了基层卫生技术人员对其工作及其相关要素的否定、不满或消极态度。对这些原始语句进行概念化处理,最终归纳出与职业倦怠相关的 39 个初始概念,包括“多重管理”“形式主义”等(表 1)。

表 1 部分代表性原始语句与概念化示例

代表性原始语句	概念化
基层就是多重管理,直属的机构太多了。不仅有垂直管理的卫生局,街道上也有工作安排给我们。(DG1)	多重管理
为了整理资料而整理资料,为了应付考核,有点儿作用,但是不是很大。(DX3)	形式主义
慢性病拿药基本上需要拿一个月的,但医保规定你不能多拿,同一种病混着拿也不行。(QC1)	医保限制用药量
有些东西你开展不了,方方面面限制了,基层没有团队、没有手术室和配套设施这些。(QJ4)	医疗限制多
基层没有 ct 这些东西啊,彩超机也是平时老年人查体的时候用,而且也是上级医院的人过来做。我们平常是不用的。(DX4)	设备老旧短缺
基层就是长期一直干同一种工作,会有点那种厌倦的感觉。(QC5)	内容重复
值夜班的话,家庭孩子就陪的少一点。有时候逢年过节你都得出诊或者是看病号,这一块可能陪不了家人,觉得还是比较遗憾的。(QJ5)	家庭制约工作
基层现在太多行政事务,很多的时间就是在忙于一些报表、开会、工作总结。就感觉自己在这个专业上的精力就不够。(QL4)	行政事务影响本职工作
收入还没有达到我想要达到的水平,预期收入和实际收入还是有差距。(DL2)	工资收入达不到预期
患者觉得我是花钱来买服务的,有的人就是有这样想法:我花钱了,我想怎么样,你就得怎么样。(QG6)	缺乏正向反馈

进一步对初始概念进行提炼和归类,剔除前后矛盾和出现频次少于 2 次的初始概念,最终总结出政策制定、政策传递、政策执行等 19 个范畴(表 2)。通过分析这些范畴发现:影响基层卫生技术人员职业倦怠的因素是多层次、多维度的。有些人员从政策角度出发,认为在政策制定、政策传递等环节不完善;有些人员从组织管理角度出发,认为在“招聘”“培训”等方面存在问题;还有些人员从工作本身出发,认为工作中存在一些不合理因素,如“工作时长较长”“待遇较低”等。

2.2 主轴编码

根据不同范畴在概念层次上的相互关系和逻辑

次序对其进行归类,把开放编码形成的 19 个范畴聚类为 7 个主范畴(表 3)。这些主范畴体现了当前基层卫生技术人员工作环境中可能导致或加剧职业倦怠的 7 类不同因素。其中,行政治理局限包括政策制定、政策传递等 3 个范畴;人事管理制度(A2)包括招聘、培训、晋升等 5 个范畴;三医运行机制(A3)包括医保、医疗、医药 3 个范畴;工作负荷加重(A4)包括工作时长较长和工作内容繁琐 2 个范畴;角色冲突凸显(A5)包括工作—家庭冲突、专业技术—行政事务冲突 2 个范畴;经济待遇较差(A6)包括分配不公、待遇较低 2 个范畴;医患关系恶化(A7)包括不安全感和不公平感 2 个范畴(表 3)。

表 2 开放编码所形成的概念及范畴

编号	范畴	概念	频数(次)
a1	政策制定	多重管理;多层检查。	44
a2	政策传递	标准逐级提高;任务下沉基层。	49
a3	政策执行	层层加码;灵活性不足。	29
a4	招聘问题	留不住人;招不到人。	38
a5	培训问题	培训流于形式;培训效果较差。	47
a6	晋升问题	晋升名额少;晋升限制多。	30
a7	考核问题	形式主义;痕迹主义。	29
a8	薪酬问题	缺少绩效工资;相关标准模糊。	38
a9	医保问题	医保限制用药量;医保限制次均诊疗费用。	23
a10	医疗问题	医疗限制多;医疗收入下降。	29
a11	医药问题	用药限制多;设备老旧短缺。	63
a12	工作时长较长	休息少加班多;夜班安排频繁。	24
a13	工作内容繁琐	内容重复;任务繁重;性质琐碎。	135
a14	工作一家庭冲突	家庭制约工作;工作影响家庭。	7
a15	专业技术—行政事务冲突	行政事务带来额外工作;行政事务影响本职工作。	24
a16	分配不公	绩效工资不合理;薪酬差距明显。	68
a17	待遇较低	工资收入达不到预期;付出回报不成正比。	84
a18	不安全感	医患负性事件;媒体不良宣传。	41
a19	不公平感	社会认可不足;缺乏正向反馈。	69

表 3 主范畴及其对应的开放式编码范畴

编号	主范畴	开放式编码	具体范畴
A1	行政治理局限	a1	政策制定
		a2	政策传递
		a3	政策执行
A2	人事管理制度	a4	招聘问题
		a5	培训问题
		a6	晋升问题
		a7	考核问题
		a8	薪酬问题
A3	三医运行机制	a9	医保问题
		a10	医疗问题
		a11	医药问题
A4	工作负荷加重	a12	工作时长较长
		a13	工作内容繁琐
A5	角色冲突凸显	a14	工作一家庭冲突
		a15	专业技术—行政事务冲突
A6	经济待遇较差	a16	分配不公
		a17	待遇较低
A7	医患关系恶化	a18	不安全感
		a19	不公平感

2.3 选择性编码

围绕“职业倦怠”这一核心问题,经过选择性编码,最终归纳为 3 个核心范畴,即“行政治理局限”“制度机制失准”和“工作压力过载”,并形成一条逻辑链条:宏观体制层面存在的行政治理局限导致中观组织层面的人事管理制度和三医运行机制失准,进而导致微观个体层面的工作压力过载,产生职业

倦怠。并且组织的制度机制失准还会加剧工作压力转化为职业倦怠。以此为基础建构基层卫生技术人员职业倦怠形成机制模型,具体如图 2 所示。

3 讨论

3.1 宏观卫生治理模式影响中观组织机制和微观个体的工作压力

新医改后,我国重新确立了政府在卫生服务供给中的主导地位,使卫生治理模式带有鲜明的行政化色彩,各项卫生政策更多地依靠自上而下的科层体系层层传递,最终由基层医疗卫生机构负责具体执行。这种行政机制主导的治理模式保障了基层医疗卫生机构的公益性,但也逐渐暴露出一些问题:一是在政策制定环节上,我国的基层医疗卫生机构普遍受政府部门、上级医院和公共卫生机构等多部门管理^[11],但一些部门间的信息共享和协作机制不够完善,难以实现高效的协同治理。^[12-13]二是在政策传递过程中,基层医疗卫生机构不仅为居民提供初级卫生保健服务,还承担着家庭医生签约、健康扶贫、疫苗接种等多项任务^[14-15],部分地区还存在考核标准逐级提高的问题,导致基层任务繁多且琐碎。三是在政策执行时,基层医疗卫生机构的运营受高度行政化的制度结构影响^[16],有时会缺乏足够的自主权和灵活性以应对一些突发情况和复杂问题。

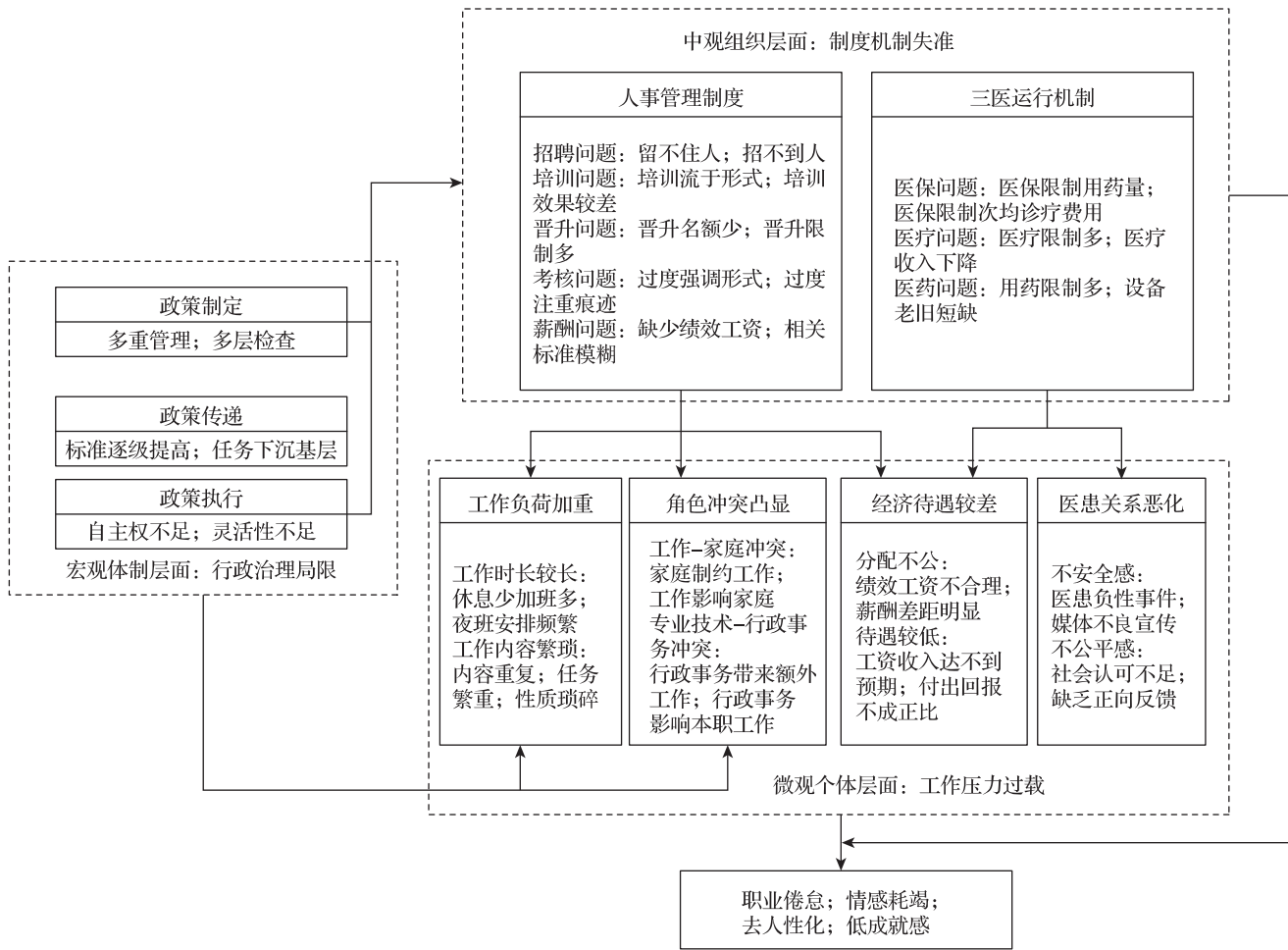


图2 基层卫生技术人员职业倦怠形成机制模型

治理模式的局限不仅增加了基层卫生技术人员的工作压力,也会影响基层医疗卫生机构的有效运行。对微观个体层面而言,基层医疗卫生机构来自各部门的任务与考核,且通常要求在一定时间内保质保量完成,可能会加剧基层卫生技术人员的工作负荷和“工作-家庭冲突”。对中观组织层面而言,一些管理部门在政策制定与实施过程中协作不足,阻碍了“三医联动”的有效实现,主要表现为基本药物目录和医保药品目录对基层的一些用药限制,导致基层难以满足部分患者的用药需求。此外,受制于事业单位性质和传统管理观念,基层医疗卫生机构普遍缺乏人事管理的自主权,主要表现为编制管理体系导致基层缺乏用人自主权,等级工资体系使基层缺乏薪酬分配自主权。

3.2 中观组织机制失准增加微观个体的工作压力

基层医疗卫生机构运行机制与管理制度失准主要通过以下两条路径增加基层卫生技术人员的压力:一是基层的服务范围和技术发展相对受限,降低

了基层对患者的吸引力^[17],进而影响了医患关系和基层卫生技术人员经济待遇。二是运行失准的人事制度与工作负荷加重、角色冲突以及经济待遇下降,具体而言:首先,基层医疗系统“招不到人、留不住人”的现象突出,基层卫生技术人员常身兼数职^[18],变相增加了工作负荷。部分培训流于形式,不仅难以提高人员能力,反而增加了不必要的工作量^[19]。其次,当前许多考核依赖表格、报告等材料的佐证^[20],使一些基层卫生技术人员陷入由此衍生出的填表报数、迎评迎检工作,甚至侵占了本职业务的时间与精力,加剧“专业技术—行政事务”冲突。最后,基层卫生技术人员收入水平普遍较低,绩效工资制度在实践中未能充分发挥作用,绩效工资在实践中常沦为“平均主义”和“论资排辈”,且职业发展机会有限,增加了经济压力。

3.3 微观个体的工作压力过载导致职业倦怠的发生

工作压力过载是导致基层卫生技术人员产生职业倦怠的直接原因,此前很多研究也得出了类似结

论。^[21-22] 本研究发现,工作负荷、角色冲突、经济待遇以及医患关系是基层卫生技术人员的主要工作压力源。具体而言:第一,工作负荷方面,当前基层工作负荷日益增加,个体为完成工作会消耗更多的体力和心理资源^[23],若缺乏其他资源补充,会导致工作要求与工作资源失衡,加剧职业倦怠。第二,角色冲突方面,“专业技术—行政事务”冲突和“工作—家庭”冲突均会增加双重角色压力,加剧“情感耗竭”与“低成就感”^[24]。第三,经济待遇方面,基层卫生技术人员的收入与付出不匹配,降低了工作积极性^[25]。第四,医患关系方面,部分患者的不信任、不尊重会降低基层卫生技术人员的职业认同,可能导致其采取消极态度应对患者^[26],表现出“去人性化”的特征。

3.4 中观组织机制失准加剧工作压力对职业倦怠的作用

基层医疗卫生机构机制失准导致基层卫生技术人员在面对工作压力时,缺少来自组织层面的资源支持,使工作压力的负面作用被放大,更容易转化为职业倦怠。工作压力是把双刃剑,适度的压力可以激发工作动机,提高工作绩效,当压力过载并缺乏资源支持时会对个体与组织产生消极影响。^[27-28] 当前基层医疗卫生机构的三医运行机制和人事管理制度仍存在问题,可能加剧基层卫生技术人员工作压力转化为职业倦怠。具体表现为两个方面:首先,三医没有实现高效联动,基层医疗服务能力没有明显提升,影响了部分患者的就医体验,增加了医患关系压力。其次,人事管理制度不完善会放大工作压力的消极影响,如一些形式化的考核与培训增加了工作负担,可能加剧“情感耗竭”;再比如有限的职业发展机会使部分人员看不到晋升希望,可能加剧“低成就感”。

3.5 本研究的局限性

一是本研究未区分不同职业类型的基层卫生技术人员,而是将其作为一个整体进行分析。但是,不同职业类型人员的工作性质存在较大差异,其职业倦怠的影响因素也可能存在差别,未来可进一步对不同职业类型人员的职业倦怠形成机制进行比较研究。第二,本研究未完全遵从扎根理论的饱和度检验方法。饱和度检验是指当调查对象已经不能再提供更多额外信息时,即可认为资料已经达到饱和而无需再补充资料,因此饱和度检验应与资料收集同步,并将检验结果作为是否需继续收集资料的依据。

但受限于调查对象的可获得性和研究成本,本研究是在资料数据收集全部结束后,将其中 1/3 的访谈资料重新编码来进行饱和度检验,未完全遵照扎根理论的研究流程,研究规范性有所欠缺。

4 结论与建议

本研究采用扎根理论,通过对基层卫生技术人员访谈资料的编码分析,共提炼出 19 个范畴、7 个主范畴以及 3 个核心范畴,总结出基层卫生技术人员职业倦怠的形成机制模型:宏观层面,政策制定、传递和执行环节的治理局限是导致职业倦怠的体制根源;微观层面,工作负荷、角色冲突、经济待遇和医患关系等方面的工作压力是导致职业倦怠的直接原因;中观层面,人事制度和三医机制运行失准不仅在宏观层面与微观层面之间起压力传导的中介作用,还起到加剧压力转化为职业倦怠的负向调节作用。

基于此,本研究提出以下政策建议:第一,在治理层面可尝试引入市场机制和社群机制,作为对行政机制的补充。尽量避免“一刀切”的限制性政策,提高基层医疗卫生机构的自主权,推动落实“两个允许”政策,鼓励基层在核定的编制总量内根据工作需要自主确定招聘条件、考试考核方式。第二,贯彻国家卫生健康委 2019 年颁布的《关于印发卫生健康系统解决形式主义突出问题为基层减负措施的通知》的文件精神,切实为基层卫生技术人员减负。精简各类会议、文件、材料、表格,杜绝政策执行过程中的“层层加码”现象,创新考核方式,减轻基层卫生技术人员“文山会海”“填表报数”等行政事务负担,使其能将更多精力放在专业技术性工作上面。第三,加强基层医疗卫生机构主管部门间的沟通与协作,实现协同治理与“三医联动”。逐步建立跨部门信息共享平台,探索分工负责、共同推进的多部门协调工作机制,避免出现多头管理导致的“政策打架”现象。完善基层的医保报销政策和基本药物制度,放宽对基层医疗卫生机构的用药限制,从而促进基层医疗服务能力提高和分级诊疗目标的实现。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] Maslach C, Schaufeli W B, Leiter M P. Job burnout[J]. Annual review of psychology, 2001, 52(1): 397-422.
- [2] 熊利尧. 临床医生职业倦怠与医疗纠纷的相关性分析

- [D]. 延吉: 延边大学, 2021.
- [3] Liu Q, Luo D, Haase J E, et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study[J]. *The Lancet Global Health*, 2020, 8(6): e790-e798.
- [4] Xi L, Lu J, Shuang H, et al. The primary health-care system in China[J]. *The Lancet*, 2017, 390(10112): 2584-2594.
- [5] Cordes C L, Dougherty T W. A review and an integration of research on job burnout[J]. *Academy of management review*, 1993, 18(4): 621-656.
- [6] 常璇. 全科医生工作满意度、职业倦怠与留职意愿的关系研究[D]. 济南: 山东大学, 2015.
- [7] Brown P A, Slater M, Lofters A. Personality and burnout among primary care physicians: an international study[J]. *Psychology Research and Behavior Management*, 2019, 12: 169-177.
- [8] 王富华, 谢铮, 张拓红. 医务人员职业倦怠的国内外研究[J]. *中国社会医学杂志*, 2013, 30(3): 188-190.
- [9] 陈向明. 扎根理论的思路和方法[J]. *教育研究与实验*, 1999(4): 58-63, 73.
- [10] Glaser B G, Strauss A L, Strutzel E. The discovery of grounded theory; strategies for qualitative research[J]. *Nursing research*, 1968, 17(4): 364-365.
- [11] 顾昕. 建立新机制: 去行政化与县医院的改革[J]. *学海*, 2012(1): 68-75.
- [12] 张晓杰. 医养结合养老创新的逻辑、瓶颈与政策选择[J]. *西北人口*, 2016, 37(1): 105-111.
- [13] 王浦劬, 雷雨若, 吕普生. 超越多重博弈的医养结合机制建构论析: 我国医养结合型养老模式的困境与出路[J]. *国家行政学院学报*, 2018(2): 40-51, 135.
- [14] 叶静雪, 曾庆秋, 钱宁, 等. 基层医疗机构 2 型糖尿病患者家庭医生团队中医药健康管理服务现状调查分析[J]. *中国全科医学*, 2019, 22(11): 1265-1269.
- [15] 史祝云, 代春燕, 王家永, 等. 医疗机构在健康扶贫中的特殊作用探究: 基于曲靖市部分基层医疗机构的调查[J]. *卫生职业教育*, 2017, 35(22): 131-132.
- [16] 顾昕. “健康中国”战略中基本卫生保健的治理创新[J]. *中国社会科学*, 2019(12): 121-138, 202.
- [17] 顾桂国, 周嫣, 唐敏, 等. 护理医疗事故影响因素分析与防范[J]. *中国卫生事业管理*, 2013, 30(8): 576-578.
- [18] 贺壮灵. 南昌市基层医务人员职业倦怠和职业生命质量现状及相关性研究[D]. 南昌: 南昌大学, 2019.
- [19] 宋奎勳. 我国五省基层卫生人员离职意愿和工作意愿及其影响因素研究[D]. 济南: 山东大学, 2014.
- [20] 聂婉颖. 山东省基层卫生机构管理人员培训与职工工作积极性提升策略研究[D]. 济南: 山东大学, 2021.
- [21] 沈琦, 刘帅, 崔恒清, 等. 上海市闵行区家庭医生工作压力与职业倦怠状况研究[J]. *中国全科医学*, 2019, 22(31): 3815-3818, 3829.
- [22] 孙晓杰, 邸燕, 孔鹏, 等. 基层和公共卫生人员职业倦怠状况及影响因素分析[J]. *中国卫生政策研究*, 2012, 5(3): 26-31.
- [23] Demerouti E, Bakker A B, Nachreiner F, et al. The job demands-resources model of burnout[J]. *Journal of Applied psychology*, 2001, 86(3): 499-512.
- [24] Lambert E G, Hogan N L. Work - family conflict and job burnout among correctional staff[J]. *Psychological reports*, 2010, 106(1): 19-26.
- [25] 谷景亮, 甄天民, 高金武, 等. 山东省基层医生职业倦怠与焦虑现状调查与分析[J]. *预防医学情报杂志*, 2018, 34(5): 577-581.
- [26] VanDierendonck D, Schaufeli W B, Sixma H J. Burnout among general practitioners: a perspective from equity theory[J]. *Journal of social and clinical psychology*, 1994, 13(1): 86-100.
- [27] 加锁锁, 郭理, 蔡子君, 等. 组织中绩效压力的双刃剑效应[J]. *心理科学进展*, 2022, 30(12): 2846-2856.
- [28] Hobfoll S E, Halbesleben J, Neveu J P, et al. Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences[J]. *Annual review of organizational psychology and organizational behavior*, 2018, 5: 103-128.

[收稿日期:2023-04-04 修回日期:2023-06-07]

(编辑 赵晓娟)