

医护人员共情疲劳与心理韧性的关系研究

蔡文军

(银川市三甲医院心理科, 宁夏银川 750000)

摘要: 医护人员作为医疗健康服务的核心载体, 长期处于高负荷、高风险、高情感投入的职业环境中, 需持续对患者的痛苦与需求产生共情回应, 这种长期的情感消耗极易引发共情疲劳, 进而损害其身心健康、职业效能与服务质量。心理韧性作为个体面对逆境、压力与创伤时的核心心理资源, 能够帮助医护人员有效缓冲负性情绪冲击、调节心理状态, 降低共情疲劳的发生风险与严重程度。本文以医护人员为研究对象, 系统界定共情疲劳与心理韧性的核心概念、内涵维度及典型特征, 深入分析二者之间的相关性 & 心理韧性的作用机制, 全面探讨影响二者关系的人口学、职业、个体及环境等各类因素, 最终从个体与组织两个层面, 提出针对性的干预对策, 旨在为缓解医护人员共情疲劳、提升其心理韧性水平提供坚实的理论支撑, 助力医疗行业人才队伍的稳定发展与医疗服务质量的持续提升。研究表明, 医护人员共情疲劳与心理韧性呈显著负相关, 心理韧性通过缓冲保护、情绪调节等机制对共情疲劳产生积极干预作用; 年龄、护龄、工作科室、职称、夜班频率等人口学与职业因素, 以及应对方式、社会支持、职业认同、组织氛围等个体与环境因素, 均会显著影响二者的关系强度与作用效果。

关键词: 医护人员; 共情疲劳; 心理韧性; 负性情绪; 职业压力; 社会支持

中图分类号: R395.6

文献标识码: A

文章编号: 3006-001X (2025) 01-0001-11

DOI: 10.62022/FETR.issn3006-001X.2025.01.001

A Study on the Relationship Between Compassion Fatigue and Psychological Resilience Among Medical Staff

Cai Wenjun

(Department of Psychology, Grade A Tertiary Hospital in Yinchuan, Yinchuan, Ningxia 750000)

Abstract: As the core carrier of medical and health services, medical staff are in a professional environment with high load, high risk and high emotional investment for a long time. They need to continuously respond empathically to the pain and needs of patients. This long-term emotional consumption is very likely to cause compassion fatigue, which in turn damages their physical and mental health, professional efficiency and service quality. As a core psychological resource for individuals to face adversity, pressure and trauma, psychological resilience can help medical staff effectively buffer the impact of negative emotions, adjust their psychological state, and reduce the occurrence risk and severity of compassion fatigue. Taking medical staff as the research object, this paper systematically defines the core concepts, connotations, dimensions and typical characteristics of compassion fatigue and psychological resilience, deeply analyzes the correlation between them and the mechanism of psychological resilience, comprehensively explores various factors affecting the relationship between them, such as demographic, occupational, individual and environmental factors, and finally puts forward targeted intervention countermeasures from both individual and organizational levels. The purpose is to provide solid theoretical support for alleviating the compassion fatigue of medical staff and improving their psychological resilience level, and to help the stable development of the medical industry talent team and the continuous improvement of medical service quality. The research shows that there is a significant negative correlation between compassion fatigue and psychological resilience of medical staff, and psychological resilience has a positive intervention effect on compassion fatigue through mechanisms such as buffer protection and emotional regulation; demographic and occupational factors such as age, nursing age, work department, professional title and night shift frequency, as well as individual and environmental factors such as coping style, social support, professional identity and organizational climate, all significantly affect the relationship strength and effect between the two.

Keywords: medical staff; compassion fatigue; psychological resilience; negative emotions; occupational stress; social support

一、核心概念界定

核心概念的清晰界定是开展学术研究的基础,也是厘清研究变量之间关系、构建研究框架的前提。本章将围绕本研

究的两大核心变量——共情疲劳与心理韧性,分别从内涵、维度、结构及医护人员群体的特异性表现与作用特征入手,进行系统、深入的理论界定,为后续的关系分析、因素探讨及对策提出奠定坚实的理论基础。

作者简介: 蔡文军, 硕士, 心理治疗师, 研究方向为医护人员职业心理健康。

（一）共情疲劳

共情疲劳是助人行业从业者（尤其是医护、社工、心理咨询师等）在长期高情感投入过程中易出现的一种心理状态，也是医护人员职业心理健康领域的核心研究议题之一。随着医疗行业的快速发展，医护人员面临的职业压力日益加剧，共情疲劳的发生率也呈现逐年上升趋势，其对医护人员自身身心健康、职业发展及医疗服务质量的负面影响已受到广泛关注。要深入研究医护人员共情疲劳与心理韧性的关系，首先需明确共情疲劳的核心内涵、维度构成及医护人员群体的典型表现。

1.共情疲劳的内涵与维度.共情疲劳的概念最早由美国心理学家Figley于1992年正式提出，其最初被定义为“助人者在长期接触创伤性事件、持续共情他人痛苦后，出现的情感耗竭、共情能力下降及二次创伤反应的综合心理状态”。Figley认为，共情疲劳是助人者在履行助人职责过程中产生的一种“职业性创伤”，本质上是个体情感资源被过度消耗、无法及时补充而导致的心理功能暂时失调，区别于普通的工作疲劳，其核心特征是共情能力的持续性下降和负性情绪的累积性爆发。

随着研究的不断深入，学界对共情疲劳的内涵界定逐渐丰富和完善。目前，学界普遍认可的共情疲劳内涵是：个体在长期参与共情他人痛苦、提供关怀支持的过程中，因持续的情感投入与心理压力，导致自身情感资源耗竭、共情动机降低、共情能力受损，并伴随一系列负性情绪、认知及行为表现的心理状态。共情疲劳的核心本质的是“情感耗竭”与“共情能力衰退”的双重叠加，其产生与个体的共情特质、工作环境、压力水平及心理资源储备密切相关，并非单纯的“情绪疲惫”，而是一种涉及情感、认知、行为等多层面的综合性心理问题。

需要明确的是，共情疲劳与职业倦怠、二次创伤压力（SecondaryTraumaticStress, STS）之间存在密切关联，但又存在本质区别，不能相互混淆。职业倦怠主要源于长期的工作压力、角色冲突、工作负荷过大等因素，核心表现为情感耗竭、去人格化和个人成就感降低，其关注的是工作本身对个体的压力冲击，不特指“共情”这一情感过程；二次创伤压力则是个体间接接触创伤性事件（如目睹患者的创伤经历、倾听患者的创伤叙述）后，产生的类似创伤后应激障碍（PTSD）的症状，核心是“创伤的间接传递”；而共情疲劳则是“共情过程”与“压力冲击”共同作用的结果，既包含了职业倦怠中的情感耗竭成分，也包含了二次创伤压力中的负性情绪反应，是二者的交叉与延伸，其独特性在于“共

情能力的衰退”——这是职业倦怠和二次创伤压力所不具备的核心特征。例如，医护人员可能因长期工作负荷过大而产生职业倦怠，但未必会出现共情能力下降；也可能因目睹严重创伤事件而产生二次创伤压力，但如果其共情资源未被过度消耗，也不会发展为共情疲劳。只有当共情过程中的情感消耗持续超过个体的心理资源储备，同时伴随工作压力的叠加，才会形成典型的共情疲劳。

关于共情疲劳的维度构成，学界目前形成了较为统一的“二维结构”与“三维结构”两种主流观点，其中二维结构的认可度最高，也是本研究采用的维度划分方式。

二维结构观点认为，共情疲劳主要由“情感耗竭”和“共情衰退”两个核心维度构成。情感耗竭是共情疲劳的基础维度，指个体在长期的共情过程中，情感资源被过度消耗，导致出现身心疲惫、精力不济、情绪低落等状态，是共情疲劳的外在表现；共情衰退是共情疲劳的核心维度，指个体因情感耗竭，逐渐失去对他人痛苦的共情能力，表现为对患者的痛苦麻木、冷漠，共情动机降低，无法主动感知和回应他人的情感需求，是共情疲劳的本质特征。这两个维度相互关联、相互影响：情感耗竭的持续加剧会直接导致共情能力的衰退，而共情能力的衰退又会进一步加重个体的负性情绪，进而加剧情感耗竭，形成恶性循环。

部分学者提出的三维结构观点，则在二维结构的基础上，增加了“二次创伤反应”这一维度，认为共情疲劳是情感耗竭、共情衰退与二次创伤反应的综合体。其中，二次创伤反应主要表现为个体因间接接触患者的创伤经历，而出现的侵入性思维、回避行为、过度警觉等类似创伤后应激障碍的症状，如反复回想患者的痛苦场景、回避与创伤相关的情境、对周围环境过度敏感等。这种观点认为，医护人员作为长期接触患者痛苦与创伤的群体，其共情疲劳不仅源于自身情感资源的耗竭，还源于创伤体验的间接传递，因此二次创伤反应是共情疲劳的重要组成部分。

此外，还有学者从更细致的角度，将共情疲劳划分为情感、认知、行为三个维度。情感维度主要表现为情感耗竭、情绪低落、易怒、焦虑、抑郁等负性情绪；认知维度主要表现为注意力不集中、记忆力下降、思维迟缓、自我否定、认知偏差等；行为维度主要表现为工作效率下降、回避工作任务、社交退缩、不良生活习惯（如熬夜、酗酒）等。这种维度划分更侧重于共情疲劳的具体表现，能够更全面地反映共情疲劳对个体的多层面影响。

结合医护人员的职业特点，本研究认为，共情疲劳的核心维度是情感耗竭与共情衰退，二次创伤反应可作为情感耗

竭的延伸表现，而情感、认知、行为层面的表现则是这两个核心维度的外在体现。医护人员的共情疲劳，本质上是其在长期为患者提供共情关怀的过程中，情感资源被持续消耗，无法及时补充，进而导致共情能力衰退、负性情绪累积，并伴随认知与行为层面异常的一种综合性心理状态。

从理论基础来看，共情疲劳的产生与共情的认知-情感模型密切相关。该模型认为，共情是一个包含认知共情与情感共情的双重过程：认知共情是个体对他人情感状态的理解与判断，情感共情是个体对他人情感的体验与共鸣。医护人员在工作中，需要同时调动认知共情与情感共情，既要理解患者的痛苦根源、需求诉求，也要体验患者的情感状态，给予情感支持。这种长期的双重共情投入，会持续消耗个体的认知资源与情感资源，当资源消耗速度超过资源补充速度时，就会出现认知疲劳与情感耗竭，进而导致共情能力下降，引发共情疲劳。此外，资源保存理论也为共情疲劳的内涵提供了重要支撑，该理论认为，个体的核心动机是保存自身的资源（包括情感资源、认知资源、社会资源等），当个体长期处于资源消耗大于资源补充的状态时，就会出现心理失衡，进而产生各种负性心理状态，共情疲劳正是医护人员在职业环境中，情感资源与认知资源持续消耗、无法有效保存与补充的结果。

2. 医护人员共情疲劳的典型表现。医护人员作为共情疲劳的高发群体，其共情疲劳的表现既具有共情疲劳的普遍性特征，又因职业环境的特殊性（高负荷、高风险、高情感需求）而呈现出独特性，主要体现在情感、认知、行为、职业效能四个层面，各层面相互关联，共同构成医护人员共情疲劳的完整表现体系。

在情感层面，医护人员共情疲劳的核心表现是情感耗竭与负性情绪累积。情感耗竭是最典型、最突出的表现，具体体现为医护人员长期感到身心疲惫、精力不济，对工作失去热情与动力，即使经过休息也难以恢复。由于长期共情患者的痛苦、面对生老病死的场景，医护人员的情感资源被持续消耗，逐渐失去对患者情感的共鸣能力，表现为对患者的痛苦麻木、冷漠，甚至出现“情感隔离”——刻意回避与患者的情感接触，避免产生情感共鸣，以减少自身的情感消耗。同时，情感耗竭还会伴随一系列负性情绪的累积，如焦虑、抑郁、易怒、烦躁、无助感、绝望感等。医护人员可能会因一点小事就情绪爆发，对患者、家属甚至同事产生不耐烦的情绪；也可能出现持续的情绪低落，对生活和工作失去兴趣，觉得自身的工作没有意义，产生“无力感”——认为自己无法帮助患者缓解痛苦，进而陷入自我否定与自责。此外，部

分医护人员还会出现情感敏感与情感脆弱的表现，容易被外界的负面信息触动，出现情绪波动，甚至出现哭泣、情绪崩溃等情况，这本质上是情感资源耗竭到极致的一种爆发。

在认知层面，医护人员共情疲劳主要表现为认知功能下降与认知偏差。长期的情感耗竭与心理压力，会直接影响医护人员的认知能力，导致注意力不集中、记忆力下降、思维迟缓等问题。在工作中，医护人员可能会出现注意力分散，无法专注于患者的病情观察、治疗操作等工作，进而增加工作失误的风险；记忆力下降则表现为忘记患者的病情细节、治疗方案、护理流程等，影响工作效率与服务质量；思维迟缓则表现为面对突发情况时，无法快速做出判断与决策，思维僵化，缺乏灵活性。同时，共情疲劳还会导致医护人员出现认知偏差，主要表现为自我否定、过度批判与认知扭曲。自我否定体现为医护人员过度关注自身的工作不足，认为自己“不够专业”“不够负责”，即使没有出现明显的工作失误，也会陷入自责；过度批判则表现为对患者、家属甚至同事的行为过度挑剔，缺乏包容心，将工作中的压力与负面情绪转嫁到他人身上；认知扭曲则表现为对工作的认知出现偏差，如将“无法治愈所有患者”等同于“自己的工作没有价值”，将“患者的不满”等同于“自己的能力不足”，进而产生负面的职业认知。

在行为层面，医护人员共情疲劳的表现主要体现在工作行为、社交行为与生活行为三个方面。在工作行为上，主要表现为工作效率下降、工作积极性降低、回避工作任务等。医护人员可能会出现拖延工作、敷衍了事的情况，对工作任务缺乏主动性与责任感；回避工作任务则主要表现为刻意回避与患者接触较多的工作，如回避重症患者的护理、回避与患者家属沟通等，甚至出现请假、旷工等行为，以逃避工作带来的情感压力。在社交行为上，主要表现为社交退缩与人际疏离。由于长期处于情感耗竭状态，医护人员缺乏与人交流的动力，会主动减少与家人、朋友、同事的沟通与交往，将自己封闭起来，避免情感互动带来的额外消耗；同时，在与他人交往时，可能会出现态度冷漠、不耐烦，甚至出现冲突，导致人际关系紧张。在生活行为上，主要表现为不良生活习惯的养成与生活质量的下降。部分医护人员会通过熬夜、酗酒、暴饮暴食等方式来缓解心理压力，进而导致睡眠障碍、饮食不规律等问题；还有部分医护人员会放弃自己的兴趣爱好，缺乏运动，生活变得单调乏味，进一步加剧身心疲惫的状态。

在职业效能层面，医护人员共情疲劳主要表现为职业认同感下降、工作满意度降低与职业倦怠倾向。职业认同感是

个体对自身职业的价值认同与归属感,共情疲劳会导致医护人员逐渐失去对医疗职业的热爱与认同,觉得自己的工作“枯燥乏味”“没有意义”,甚至对自己的职业选择产生怀疑,产生转行的想法。工作满意度降低则表现为医护人员对工作环境、工作负荷、薪酬待遇、职业发展等方面的满意度下降,对工作产生抵触情绪,缺乏工作热情与动力。同时,共情疲劳还会进一步加剧医护人员的职业倦怠倾向,表现为对工作的去人格化——将患者视为“工作任务”而非“需要关怀的个体”,缺乏人文关怀;个人成就感降低——无法从工作中获得满足感与成就感,觉得自己的努力没有得到认可,进而陷入职业困境。

需要强调的是,医护人员的共情疲劳是一个渐进式的发展过程,并非一蹴而就。其发展大致可分为三个阶段:初期阶段,主要表现为轻微的情感疲惫、注意力不集中,工作积极性略有下降,但通过休息与自我调节可以缓解;中期阶段,情感耗竭逐渐加剧,负性情绪累积,共情能力开始下降,出现明显的工作效率下降、社交退缩等表现,自我调节难度加大;后期阶段,共情能力严重衰退,出现严重的负性情绪(如重度焦虑、抑郁)、认知功能障碍与行为异常,甚至影响自身的身心健康与职业发展,需要专业的心理干预才能缓解。

此外,不同岗位的医护人员,其共情疲劳的表现也存在一定差异。例如,重症医学科、急诊科、肿瘤科等科室的医护人员,长期面对重症患者、临终患者,接触的痛苦与创伤场景更多,其共情疲劳的表现更为明显,尤其是情感耗竭与二次创伤反应更为突出;而门诊、医技科室的医护人员,虽然接触的创伤场景相对较少,但长期的工作负荷、患者的负面情绪传递,也会导致共情疲劳,其表现更多集中在认知功能下降与工作积极性降低上。这种差异的存在,与医护人员的工作环境、工作内容、接触的患者群体密切相关,也是后续探讨影响共情疲劳与心理韧性关系的重要切入点。

(二) 心理韧性

心理韧性作为个体应对逆境、压力与创伤的核心心理资源,近年来成为心理学、社会学、医学等多个领域的研究热点。对于长期处于高压、高风险职业环境中的医护人员而言,心理韧性是其抵御共情疲劳、维持身心健康与职业效能的关键因素。明确心理韧性的定义、结构及医护人员群体的作用特征,是深入分析其与共情疲劳关系的重要前提。

1.心理韧性的定义与结构.心理韧性(Psychological Resilience),又称心理弹性、抗逆力,其概念的起源可追溯至20世纪60年代的儿童发展心理学研究,最初用于描述部分儿童在不利的成长环境中(如贫困、家庭破碎、虐待等),依然

能够健康成长、正常发展的现象。随着研究的不断拓展,心理韧性的概念逐渐延伸至各个年龄段与各类群体,其定义也逐渐丰富和完善。

目前,学界对心理韧性的定义尚未形成完全统一的表述,但核心内涵基本一致,主要可分为“特质论”“过程论”“结果论”三种主流观点。

特质论观点认为,心理韧性是个体与生俱来的一种稳定的人格特质,是个体固有的、能够抵御压力与逆境的心理品质。这种观点将心理韧性视为一种“静态特质”,认为个体的心理韧性水平是固定不变的,高心理韧性的个体天生具有更强的抗压能力、情绪调节能力与适应能力,能够在逆境中保持心理平衡;而低心理韧性的个体则更容易受到压力与逆境的影响,出现心理失衡与负性心理状态。例如,有学者认为,心理韧性是个体的一种“心理免疫力”,是与生俱来的、能够帮助个体抵御心理创伤的特质,其水平主要由遗传因素决定。这种观点强调了心理韧性的先天性与稳定性,但忽视了环境因素与个体主观能动性对心理韧性的影响,存在一定的局限性。

过程论观点认为,心理韧性并非固定的人格特质,而是个体在面对逆境、压力与创伤时,与环境相互作用的一种动态过程。这种观点强调,心理韧性是个体在压力情境中,通过自身的认知、情感、行为调节,以及环境的支持与反馈,不断适应、调整,最终实现心理平衡与积极发展的过程。心理韧性的水平并非固定不变,而是可以通过个体的主观努力与环境的干预得到提升。例如,有学者提出,心理韧性是“个体在逆境中,通过调动自身资源与环境资源,应对压力、克服困难,实现自身成长与发展的动态过程”,其核心在于个体与环境的相互作用,而非个体的固有特质。这种观点更符合实际情况,也得到了学界的广泛认可,成为目前心理韧性研究的主流观点。

结果论观点则从个体应对逆境后的结果出发,将心理韧性定义为个体在面对逆境、压力与创伤时,能够保持身心健康、正常发挥功能,甚至实现个人成长的一种能力。这种观点强调的是心理韧性的“结果导向”,认为只要个体在逆境中能够避免出现负性心理状态(如焦虑、抑郁、创伤后应激障碍),并能够维持正常的生活、工作与社交功能,就说明其具有较高的心理韧性。例如,有学者认为,心理韧性是“个体在经历重大创伤或长期压力后,依然能够保持心理稳定、正常生活,并能够从创伤中获得成长的能力”。这种观点注重心理韧性的实际效果,但忽视了心理韧性的动态发展过程,也难以准确衡量个体的心理韧性水平。

结合本研究的研究对象与研究目的,本文采用过程论的观点,将心理韧性定义为:个体在面对逆境、压力、创伤等负性情境时,通过调动自身的认知、情感、行为等心理资源,以及利用环境中的支持资源,进行积极调节、主动适应,从而缓冲负性情绪冲击、维持心理平衡,甚至实现个人成长与发展的动态心理过程。这一定义包含三个核心要素:一是情境要素,即心理韧性是在负性情境(如压力、逆境、创伤)中体现的,没有负性情境的刺激,心理韧性就无从谈起;二是过程要素,即心理韧性是一个动态的调节过程,而非静态的特质,个体通过不断调整自身的心理状态与行为方式,适应环境的变化;三是结果要素,即心理韧性的最终目的是缓冲负性情绪、维持心理平衡,甚至实现个人成长,而非单纯的“抵御压力”。

关于心理韧性的结构,学界存在多种不同的划分方式,由于研究视角、研究对象的不同,结构划分也存在一定差异,其中最具代表性的是“三维结构”“四维结构”与“多维度结构”三种观点。

三维结构观点是目前学界应用最广泛的一种结构划分方式,由美国心理学家Connor与Davidson提出,认为心理韧性主要由“坚韧”“乐观”“力量”三个核心维度构成。坚韧维度主要表现为个体面对压力与逆境时的坚持性与毅力,能够在困难面前不退缩、不放弃,主动寻找解决问题的方法;乐观维度主要表现为个体对未来的积极预期,能够在逆境中保持积极的心态,相信自己能够克服困难,对未来充满希望;力量维度主要表现为个体在经历逆境与创伤后,能够从中获得成长,增强自身的心理力量,提升应对压力的能力。这三个维度相互关联、相互促进,共同构成了心理韧性的核心结构,Connor与Davidson基于这一结构编制的心理韧性量表(CD-RISC),成为目前全球应用最广泛的心理韧性评估工具之一。

四维结构观点则在三维结构的基础上,增加了“情绪调节”这一维度,认为心理韧性由坚韧、乐观、力量、情绪调节四个维度构成。情绪调节维度主要表现为个体能够有效调节自身的负性情绪,在面对压力与逆境时,能够及时平复自己的情绪,避免情绪过度波动,保持心理稳定。这种观点认为,情绪调节能力是心理韧性的重要组成部分,个体只有能够有效调节自身的负性情绪,才能更好地应对压力、适应逆境,进而体现出较高的心理韧性。

多维度结构观点则从更全面的角度,将心理韧性划分为多个维度,涵盖认知、情感、行为、社会支持等多个层面。例如,有学者将心理韧性划分为认知韧性、情感韧性、行为

韧性、社会韧性四个维度:认知韧性主要表现为个体的积极认知能力、思维灵活性与问题解决能力;情感韧性主要表现为个体的情绪调节能力、情感稳定性与抗压能力;行为韧性主要表现为个体的积极应对行为、坚持性与行动力;社会韧性主要表现为个体的社会支持利用能力、人际沟通能力与团队协作能力。这种结构划分更全面地反映了心理韧性的多层面特征,也更符合不同群体的心理韧性表现。

结合医护人员的职业特点,本研究认为,心理韧性的核心结构是“认知韧性、情感韧性、行为韧性”三个维度,这三个维度能够最准确地反映医护人员面对职业压力、共情疲劳等负性情境时的心理调节过程。认知韧性是心理韧性的基础,体现为医护人员的积极认知能力与思维灵活性,能够在面对工作压力、患者痛苦等负性情境时,保持理性的认知,避免认知偏差,主动寻找解决问题的方法;情感韧性是心理韧性的核心,体现为医护人员的情绪调节能力与情感稳定性,能够在面对共情疲劳、创伤场景等负性刺激时,有效调节自身的负性情绪,避免情感耗竭,保持心理平衡;行为韧性是心理韧性的外在体现,体现为医护人员的积极应对行为与坚持性,能够在面对困难与挑战时,主动采取积极的应对措施,坚持履行自身的职业职责,不轻易放弃。

从理论基础来看,心理韧性的形成与发展主要基于资源保存理论、社会支持理论与积极心理学理论。资源保存理论认为,个体的心理韧性水平,取决于其自身资源(认知资源、情感资源、行为资源等)与环境资源(社会支持、组织支持等)的储备与利用能力,当个体能够有效保存自身资源、充分利用环境资源时,其心理韧性水平就会较高,能够更好地应对压力与逆境;反之,当个体资源耗竭、环境资源缺乏时,其心理韧性水平就会较低,容易出现负性心理状态。社会支持理论认为,社会支持是心理韧性的重要支撑,个体获得的社会支持越多(包括家庭支持、朋友支持、同事支持、组织支持等),其心理韧性水平就越高,能够更好地抵御压力与逆境的冲击,因为社会支持能够为个体提供情感慰藉、实际帮助与心理支持,帮助个体补充心理资源,增强应对压力的能力。积极心理学理论则强调,心理韧性的核心是个体的积极心理品质(如乐观、坚韧、感恩、自我效能感等),这些积极心理品质能够帮助个体在面对负性情境时,保持积极的心态,主动调节心理状态,实现心理平衡与个人成长。

2.医护人员心理韧性的作用特征.医护人员的心理韧性,作为其应对职业压力、共情疲劳、创伤场景等负性情境的核心心理资源,由于其职业环境的特殊性(高负荷、高风险、高情感需求),呈现出与其他群体不同的作用特征,主要体

现在职业导向性、动态适应性、情境特异性、资源整合性四个方面,这些特征共同决定了心理韧性对医护人员共情疲劳的干预效果。

第一,职业导向性。医护人员的心理韧性,其核心作用是服务于自身的职业实践,帮助医护人员应对职业环境中的各种负性情境,维持职业效能与职业身心健康。与普通群体的心理韧性不同,医护人员的心理韧性不仅需要帮助个体应对个人生活中的逆境与压力,更需要帮助个体应对职业工作中的特殊压力,如患者的痛苦与需求、生老病死的场景、工作负荷过大、医患矛盾等。其作用的核心目标是“维持职业功能”,即帮助医护人员在高压力的职业环境中,依然能够正常履行自身的职业职责,提供高质量的医疗服务,同时保护自身的身心健康,避免出现共情疲劳、职业倦怠等负性心理状态。例如,医护人员的心理韧性能够帮助其在面对重症患者的痛苦时,保持理性的认知与稳定的情绪,既能够给予患者足够的共情关怀,又能够避免自身情感资源的过度消耗,实现“共情”与“自我保护”的平衡;在面对医患矛盾时,能够保持冷静的心态,理性应对,避免情绪冲动,减少职业压力带来的负性影响。这种职业导向性,是医护人员心理韧性最显著的特征之一。

第二,动态适应性。医护人员的心理韧性并非固定不变的,而是随着职业环境的变化、自身经历的积累、心理资源的补充而不断发展变化的,具有显著的动态适应性。医护人员的职业环境是复杂多变的,不同的工作阶段、不同的工作岗位、不同的患者群体,都会带来不同的压力与挑战,这就要求医护人员的心理韧性能够根据环境的变化,不断调整自身的心理调节策略,适应新的情境需求。例如,刚入职的医护人员,由于缺乏职业经验,面对工作压力与患者需求时,心理韧性水平相对较低,容易出现紧张、焦虑等情绪;但随着职业经验的积累,不断学习情绪调节技巧、应对策略,其心理韧性水平会逐渐提升,能够更从容地应对各种职业挑战。此外,当医护人员经历重大创伤事件(如目睹患者死亡、遭遇医疗纠纷)时,其心理韧性可能会受到一定的冲击,出现短暂的下降,但通过自身的调节与外界的支持,心理韧性水平会逐渐恢复,甚至得到提升,变得更加坚韧。这种动态适应性,使得医护人员能够在复杂多变的职业环境中,持续抵御共情疲劳等负性心理状态的影响。

第三,情境特异性。医护人员的心理韧性,其作用效果具有明显的情境特异性,即心理韧性在不同的职业情境中,所发挥的作用强度与表现形式存在差异。医护人员的职业情境复杂多样,不同的情境所带来的压力类型、压力强度不同,

对心理韧性的要求也不同,因此心理韧性的作用效果也会有所不同。例如,在日常的常规工作中,心理韧性主要发挥“维持心理平衡”的作用,帮助医护人员应对工作负荷、患者的常规需求等压力,避免出现轻微的情感疲惫;在面对重症患者、临终患者等创伤性情境时,心理韧性主要发挥“缓冲创伤冲击”的作用,帮助医护人员调节负性情绪,避免出现二次创伤反应与严重的情感耗竭;在面对医患矛盾、医疗纠纷等冲突性情境时,心理韧性主要发挥“情绪调节与理性应对”的作用,帮助医护人员保持冷静,避免情绪爆发,理性处理冲突,减少职业压力带来的负性影响。此外,不同岗位的医护人员,其心理韧性的作用表现也存在差异:重症医学科、急诊科的医护人员,其心理韧性主要体现在对创伤性情境的缓冲与应对上;门诊医护人员的心理韧性主要体现在对工作负荷与患者负面情绪的调节上;医技科室的医护人员,其心理韧性主要体现在对工作压力与专业挑战的应对上。这种情境特异性,要求在探讨心理韧性与共情疲劳的关系时,需要结合医护人员的具体职业情境进行分析。

第四,资源整合性。医护人员的心理韧性,并非单一的心理品质,而是一种能够整合自身心理资源与环境资源的综合能力,具有显著的资源整合性。心理韧性的发挥,不仅依赖于医护人员自身的心理资源(如积极认知、情绪调节能力、坚韧品质等),还依赖于环境中的支持资源(如家庭支持、同事支持、组织支持、社会支持等)。医护人员在面对职业压力与共情疲劳时,会主动调动自身的心理资源,进行情绪调节与认知调整,同时积极利用环境中的支持资源,获得情感慰藉、实际帮助与心理支持,通过整合两种资源,共同提升自身的抗压能力,缓解共情疲劳。例如,当医护人员出现情感耗竭时,一方面会通过自身的情绪调节技巧(如深呼吸、冥想)平复情绪,调整认知,减少负性情绪的影响;另一方面会主动向同事、家人倾诉,获得他们的理解与支持,补充自身的情感资源,进而提升心理韧性,缓解共情疲劳。这种资源整合性,使得医护人员的心理韧性能够在不同的情境中,充分发挥作用,有效抵御负性心理状态的影响。

第五,医护人员的心理韧性还具有“保护性”与“成长性”两个重要的附加特征。保护性特征主要表现为心理韧性能够帮助医护人员缓冲职业压力、共情疲劳等负性刺激的冲击,保护自身的身心健康与职业效能,避免出现严重的负性心理状态(如重度焦虑、抑郁、职业倦怠);成长性特征主要表现为医护人员在通过心理韧性应对职业挑战与负性情境的过程中,能够不断积累应对经验,提升自身的心理调节能力、认知能力与应对能力,实现个人心理成长与职业发展,

使得心理韧性水平在不断的应对过程中得到进一步提升。例如，医护人员在经历共情疲劳的挑战后，通过自身的调节与外界的支持，不仅能够缓解共情疲劳，还能够提升自身的情绪调节能力与共情边界设定能力，使得未来面对类似的情境时，能够更好地应对，心理韧性水平也会随之提升。

总之，医护人员的心理韧性是一种以职业需求为导向、具有动态适应性、情境特异性与资源整合性的动态心理过程，其核心作用是帮助医护人员应对职业压力、共情疲劳等负性情境，保护自身身心健康与职业效能，同时实现个人心理成长与职业发展。这种心理韧性的作用特征，决定了其能够成为缓解医护人员共情疲劳的核心心理资源，也是后续探讨二者关系与干预对策的重要基础。

二、共情疲劳与心理韧性的关系分析

在明确共情疲劳与心理韧性核心概念的基础上，深入分析二者之间的关系，是本研究的核心内容。大量研究表明，共情疲劳与心理韧性之间存在密切的关联，心理韧性作为个体的核心心理资源，能够对共情疲劳产生显著的影响。本章将从二者的相关性入手，分析心理韧性与共情疲劳的整体关联及各维度之间的差异化影响，进而深入探讨心理韧性作用于共情疲劳的内在机制，为后续的因素探讨与对策提出提供理论支撑。

（一）二者的相关性

共情疲劳与心理韧性的相关性，是二者关系的基础体现。通过梳理国内外相关研究成果发现，医护人员的共情疲劳与心理韧性之间存在显著的负相关关系，这种负相关关系不仅体现在整体层面，还体现在各维度层面，同时不同群体、不同情境下，这种相关性的强度也存在一定差异。

1. 心理韧性与共情疲劳呈显著负相关。从整体层面来看，医护人员的心理韧性水平与共情疲劳水平呈显著负相关，即心理韧性水平越高的医护人员，其共情疲劳水平越低；反之，心理韧性水平越低的医护人员，其共情疲劳水平越高。这种负相关关系的本质，是心理韧性作为个体的核心心理资源，能够有效缓冲职业压力、共情消耗等负性刺激的冲击，减少情感耗竭与共情衰退的发生，进而降低共情疲劳的水平。

从理论层面来看，这种负相关关系可以通过资源保存理论与应激应对理论得到解释。根据资源保存理论，个体的核心动机是保存自身的资源（包括情感资源、认知资源、社会资源等），当个体长期处于资源消耗大于资源补充的状态时，就会出现心理失衡，进而产生共情疲劳等负性心理状态。而心理韧性水平较高的医护人员，具有更强的资源保存能力与

资源补充能力：一方面，他们能够通过积极的认知调整与情绪调节，减少自身情感资源与认知资源的消耗，避免出现过度共情带来的情感耗竭；另一方面，他们能够主动利用环境中的支持资源（如同事支持、组织支持），补充自身的心理资源，缓解资源耗竭的速度，进而减少共情疲劳的发生。相反，心理韧性水平较低的医护人员，资源保存能力与资源补充能力较弱，面对长期的共情消耗与职业压力时，无法有效调节自身的心理状态，情感资源与认知资源快速耗竭，进而导致共情能力衰退，共情疲劳水平升高。

根据应激应对理论，个体面对压力与负性情境时，会采取不同的应对方式，而心理韧性水平直接影响个体的应对方式选择。心理韧性水平较高的医护人员，在面对共情消耗、职业压力等负性情境时，会采取积极的应对方式（如问题导向应对、情绪导向应对），主动调整自身的认知与行为，缓解负性情绪的影响，减少共情疲劳的发生；而心理韧性水平较低的医护人员，在面对负性情境时，往往会采取消极的应对方式（如回避应对、否认应对），无法有效调节自身的负性情绪，导致负性情绪累积，情感资源耗竭，进而加剧共情疲劳。

从研究实践来看，国内外大量实证研究均证实了这种负相关关系。例如，国内有研究对三甲医院医护人员进行调查发现，心理韧性总分与共情疲劳总分呈显著负相关（ $r=-0.523$ ， $P<0.01$ ），即心理韧性水平越高，医护人员的情感耗竭、共情衰退等表现越轻微，共情疲劳水平越低；国外有研究对急诊科医护人员的研究发现，心理韧性水平与共情疲劳的情感耗竭维度、二次创伤反应维度均呈显著负相关，心理韧性水平较高的急诊科医护人员，能够更好地应对创伤性情境带来的负性影响，减少情感耗竭与二次创伤反应，进而降低共情疲劳水平。

需要强调的是，这种负相关关系并非绝对的线性关系，而是存在一定的调节因素（如职业压力、社会支持、应对方式等），这些因素会影响二者相关性的强度。例如，当医护人员面临极高的职业压力时，即使其心理韧性水平较高，也可能出现一定程度的共情疲劳，此时二者的负相关关系会有所减弱；而当医护人员获得充足的社会支持时，心理韧性对共情疲劳的抑制作用会增强，二者的负相关关系会更加显著。此外，不同群体的医护人员，二者的负相关强度也存在差异：例如，重症医学科、急诊科的医护人员，由于面对的创伤性情境更多，职业压力更大，其心理韧性与共情疲劳的负相关强度，要高于门诊、医技科室的医护人员；工作年限较短的医护人员，由于职业经验不足，心理韧性水平相对较

低,其心理韧性与共情疲劳的负相关强度,要高于工作年限较长的医护人员。

此外,心理韧性与共情疲劳的负相关关系,还具有一定的时效性。心理韧性对共情疲劳的抑制作用,并非一蹴而就,而是一个长期的过程。心理韧性水平较高的医护人员,能够在长期的职业实践中,持续发挥心理调节作用,减少共情疲劳的发生;但如果长期处于高负荷、高压力的职业环境中,即使是高心理韧性的医护人员,其心理资源也会逐渐耗竭,共情疲劳水平也可能出现上升趋势。反之,心理韧性水平较低的医护人员,通过后天的培训、干预与自我调节,心理韧性水平得到提升后,其共情疲劳水平也会随之下降。这也说明,心理韧性与共情疲劳的关系是动态变化的,并非固定不变的。

2.心理韧性各维度对共情疲劳的差异化影响。心理韧性是一个多维度的心理结构,其各维度对共情疲劳的影响并非完全一致,而是存在显著的差异化特征。结合本研究对心理韧性的维度划分(认知韧性、情感韧性、行为韧性),以及共情疲劳的核心维度(情感耗竭、共情衰退),下面将详细分析心理韧性各维度对共情疲劳整体及各维度的差异化影响。

首先,认知韧性对共情疲劳的影响,主要体现在对共情疲劳的预防与认知调节上,其对共情衰退维度的影响更为显著。认知韧性作为心理韧性的基础维度,主要表现为个体的积极认知能力、思维灵活性与问题解决能力。对于医护人员而言,认知韧性水平较高的个体,能够在面对职业压力、患者痛苦等负性情境时,保持理性的认知,避免出现认知偏差,能够正确看待共情行为的意义与自身的职业价值,进而减少共情疲劳的发生。

具体而言,认知韧性对共情疲劳的影响主要体现在两个方面:一方面,认知韧性能够帮助医护人员建立积极的职业认知,正确看待工作中的压力与挑战,认识到共情是自身职业职责的重要组成部分,但同时也能够明确自身的能力边界,避免出现“过度共情”——即不盲目代入患者的痛苦,而是以理性的方式给予患者共情关怀,减少情感资源的过度消耗,进而预防情感耗竭的发生。例如,认知韧性较高的医护人员,能够正确认识到“自己无法治愈所有患者”,不会因患者的病情恶化而过度自责,而是将精力放在做好自身的本职工作上,减少负性情绪的累积;另一方面,认知韧性能够帮助医护人员在面对共情疲劳的早期表现时,及时调整自身的认知,主动采取应对措施,避免共情疲劳的进一步加剧。例如,当医护人员出现轻微的情感疲惫、注意力不集中时,认知韧性较高的个体能够及时意识到这是共情疲劳的早期

信号,通过调整认知、改变工作节奏等方式,缓解负性情绪,避免情感耗竭与共情衰退的进一步发展。

需要强调的是,认知韧性对共情衰退维度的影响更为显著。共情衰退的核心是共情能力的下降与共情动机的降低,而这一过程与个体的认知认知密切相关。认知韧性较高的医护人员,由于具有积极的职业认知与理性的思维方式,能够持续保持对职业的热爱与对患者的关怀,共情动机不会轻易降低;同时,他们能够通过理性的认知调整,避免因情感耗竭而出现共情能力下降,能够在保持自身心理平衡的前提下,持续为患者提供共情关怀。相反,认知韧性较低的医护人员,容易出现认知偏差,如将“患者的痛苦”等同于“自己的责任”,将“工作中的困难”等同于“自己的能力不足”,进而产生自我否定、自责等负性情绪,导致共情动机降低、共情能力下降,加剧共情衰退的程度。

其次,情感韧性对共情疲劳的影响,主要体现在对情感耗竭维度的缓冲与调节上,是缓解共情疲劳的核心维度。情感韧性作为心理韧性的核心维度,主要表现为个体的情绪调节能力与情感稳定性,能够帮助医护人员在面对负性刺激时,有效调节自身的负性情绪,避免情感资源的过度消耗,进而缓解情感耗竭的程度。

医护人员在工作中,需要持续面对患者的痛苦、生老病死的场景,这些负性刺激会持续引发其负性情绪(如悲伤、焦虑、无助等),如果不能及时调节,就会导致情感资源耗竭,进而引发共情疲劳。而情感韧性较高的医护人员,具有较强的情绪调节能力,能够及时识别自身的负性情绪,采取有效的调节方式(如深呼吸、冥想、情绪宣泄等),平复自身的情绪,减少负性情绪的累积,进而避免情感耗竭的发生。例如,当医护人员目睹患者的痛苦场景而产生悲伤情绪时,情感韧性较高的个体能够及时通过与同事倾诉、进行放松训练等方式,宣泄负面情绪,平复心态,避免悲伤情绪持续累积而导致情感耗竭;而情感韧性较低的医护人员,无法有效调节自身的负性情绪,负面情绪会持续累积,导致情感资源快速耗竭,进而出现共情能力下降、冷漠等共情疲劳表现。

此外,情感韧性还能够帮助医护人员建立“情感边界”,避免出现“过度共情”。过度共情是导致医护人员情感耗竭的重要原因之一,而情感韧性较高的医护人员,能够明确自身的情感边界,在给予患者共情关怀的同时,避免将患者的痛苦过度内化为自身的情绪,能够在工作与个人情感之间建立清晰的界限,减少情感资源的过度消耗。例如,情感韧性较高的医护人员,能够在工作中专注于为患者提供医疗服务,给予患者必要的情感支持,但在工作结束后,能够及时

将自己从工作角色中抽离,避免持续沉浸在患者的痛苦情绪中,进而保护自身的情感资源,缓解情感耗竭。

与认知韧性不同,情感韧性对共情疲劳的情感耗竭维度影响更为显著,而对共情衰退维度的影响相对较弱。这是因为,情感韧性的核心作用是调节情绪、保护情感资源,主要针对的是情感耗竭这一共情疲劳的基础维度;而共情衰退更多与个体的认知、动机相关,受认知韧性的影响更为明显。但需要注意的是,情感韧性与认知韧性并非相互独立,而是相互促进的:情感韧性的提升,能够帮助医护人员保持情绪稳定,进而更好地进行认知调整;认知韧性的提升,也能够帮助医护人员建立积极的认知,进而促进情绪调节能力的提升,二者共同作用,共同缓解共情疲劳。

最后,行为韧性对共情疲劳的影响,主要体现在对共情疲劳的干预与缓解上,其对共情疲劳整体水平的影响更为均衡。行为韧性作为心理韧性的外在体现,主要表现为个体的积极应对行为、坚持性与行动力,能够帮助医护人员在面对共情疲劳的相关表现时,主动采取积极的应对措施,缓解共情疲劳的程度,同时避免共情疲劳的进一步发展。

具体而言,行为韧性对共情疲劳的影响主要体现在三个方面:一是积极的工作行为,能够帮助医护人员提升工作效率,减少工作压力,进而缓解情感耗竭。行为韧性较高的医护人员,在面对工作负荷较大、工作任务较繁重的情况时,能够保持积极的工作态度,主动制定工作计划,合理安排工作时间,提高工作效率,避免因工作压力过大而导致情感耗竭;二是积极的自我关怀行为,能够帮助医护人员补充自身的心理资源,缓解情感耗竭。行为韧性较高的医护人员,能够意识到自身心理资源的重要性,主动采取自我关怀行为,如保证充足的睡眠、进行适当的运动、培养兴趣爱好等,补充自身的精力与情感资源,缓解身心疲惫的状态,进而减少共情疲劳的发生;三是积极的求助行为,能够帮助医护人员获得外界的支持与帮助,缓解共情疲劳。行为韧性较高的医护人员,在面对自身无法解决的心理压力与共情疲劳表现时,能够主动向同事、家人、心理医生等求助,获得情感慰藉、实际帮助与心理支持,补充自身的心理资源,进而缓解共情疲劳。

与认知韧性、情感韧性不同,行为韧性对共情疲劳的两个核心维度(情感耗竭、共情衰退)都具有显著的影响,且影响较为均衡。这是因为,行为韧性的核心是“积极行动”,无论是情感耗竭的缓解,还是共情衰退的改善,都需要个体采取积极的行为措施:通过积极的工作行为与自我关怀行为,能够缓解情感耗竭;通过积极的认知调整行为与职业实

践行为,能够改善共情衰退的状态。例如,行为韧性较高的医护人员,通过主动学习共情技巧、参与心理培训等行为,能够提升自身的共情能力,改善共情衰退的表现;通过主动调整工作节奏、进行放松训练等行为,能够缓解情感耗竭的程度。

需要强调的是,心理韧性的三个维度并非相互独立,而是相互关联、相互促进,共同对共情疲劳产生影响。认知韧性为情感韧性与行为韧性的发挥提供基础,情感韧性为认知韧性与行为韧性的发挥提供情绪支持,行为韧性则是认知韧性与情感韧性的外在体现,三者协同作用,共同抑制共情疲劳的发生与发展。例如,认知韧性较高的医护人员,能够建立积极的职业认知,进而促进情绪调节能力的提升(情感韧性),并主动采取积极的应对行为(行为韧性);情感韧性较高的医护人员,能够保持情绪稳定,进而更好地进行认知调整(认知韧性),并坚持积极的工作与自我关怀行为(行为韧性);行为韧性较高的医护人员,通过积极的行动,能够进一步提升自身的认知能力与情绪调节能力,进而增强认知韧性与情感韧性。三者的协同作用,使得心理韧性对共情疲劳的抑制作用更加显著。

(二) 心理韧性的作用机制

心理韧性对医护人员共情疲劳的干预并非单一作用路径,而是通过缓冲保护与情绪调节两大核心机制形成协同作用,同时依托资源整合与认知重构的辅助路径,共同实现对共情疲劳的缓解与预防,两大核心机制相互渗透、互为支撑,构成心理韧性作用于共情疲劳的核心逻辑。

1.缓冲保护机制。缓冲保护是心理韧性最基础的作用机制,指心理韧性作为医护人员的核心心理资源,能够在职业压力、共情消耗、创伤刺激等负性因素与共情疲劳之间建立一道“心理屏障”,减少负性因素对个体心理状态的直接冲击,降低情感耗竭与共情衰退的发生概率。高心理韧性的医护人员,其自身储备的认知、情感、行为资源更为丰富,能够有效抵消部分共情过程中的资源消耗,避免资源耗竭的快速发生;同时,心理韧性的资源整合性特征,能让医护人员充分利用家庭、同事、组织等外部支持资源,进一步强化这道“心理屏障”,分散职业压力带来的心理冲击。例如,面对患者的创伤场景时,高心理韧性的医护人员能借助同事的情感支持与组织的心理疏导,减少创伤体验的内化,避免二次创伤反应引发的情感耗竭,从而缓冲共情疲劳的形成。

2.情绪调节机制。情绪调节是心理韧性作用于共情疲劳的核心机制,也是缓解情感耗竭的关键路径,该机制通过

心理韧性的情感韧性维度发挥核心作用,实现对负性情绪的识别、疏导与平复,避免负性情绪的累积性爆发。高心理韧性的医护人员具备更强的情绪觉察与调节能力,能够在面对患者痛苦、医患矛盾等负性情境时,及时识别自身的焦虑、悲伤、无助等负性情绪,并采取深呼吸、冥想、情绪宣泄等积极方式进行调节,防止负性情绪持续消耗情感资源;同时,心理韧性能帮助医护人员建立合理的情感边界,在给予患者共情关怀的同时,避免过度代入患者的痛苦,实现“共情”与“自我保护”的平衡,从源头上减少情感耗竭的发生,进而阻止共情疲劳的进一步发展。

此外,心理韧性还会通过认知重构与资源激活的辅助机制强化干预效果:认知重构依托认知韧性维度,帮助医护人员纠正“过度自责”“职业无价值”等认知偏差,建立积极的职业认知,从认知层面减少共情衰退的动机;资源激活则通过行为韧性维度,推动医护人员主动采取自我关怀、技能学习等行为,激活自身心理资源与外部支持资源,实现资源的补充与再生,从根本上改变“资源消耗大于补充”的失衡状态,持续缓解共情疲劳。

三、影响二者关系的主要因素

医护人员共情疲劳与心理韧性的负相关关系,并非固定不变的线性关系,其关系强度与作用效果会受到多方面因素的调节与影响,主要可分为人口学与职业因素、个体与环境因素两大类,各类因素相互交织,共同构成二者关系的影响体系。

(一) 人口学与职业因素

1.年龄、护龄与工作科室。年龄与护龄的增长对二者关系呈正向调节作用,随着年龄与护龄的增加,医护人员的职业经验、情绪调节技巧不断积累,心理韧性水平逐步提升,对共情疲劳的抑制作用也随之增强;而低龄、低护龄的医护人员因职业经验不足,心理韧性尚未充分发展,心理韧性对共情疲劳的缓冲作用较弱。工作科室则是情境性调节因素,重症医学科、急诊科、肿瘤科等创伤性情境密集的科室,医护人员面临的共情消耗与职业压力更大,会削弱心理韧性对共情疲劳的抑制作用,二者的负相关强度虽仍显著,但心理韧性的干预效果有所降低;门诊、医技科室等创伤性接触较少的科室,职业压力相对温和,心理韧性对共情疲劳的调节作用更易发挥。

2.职称、夜班频率与职业压力。职称与二者关系呈正相关,高职称医护人员往往具备更高的职业能力与资源获取能力,心理韧性水平更高,且工作内容更偏向管理与指导,

共情消耗相对较少,心理韧性对共情疲劳的干预效果更显著;低职称医护人员以一线临床工作为主,共情消耗大、职业发展压力高,心理韧性的作用效果受限。夜班频率与职业压力则呈负向调节作用,夜班频率越高,医护人员的身心疲惫感越强,情感资源与认知资源消耗加速,会降低心理韧性的资源保存能力,削弱其对共情疲劳的缓冲作用;而过高的职业压力会突破心理韧性的“缓冲阈值”,即使是高心理韧性的医护人员,也难以完全抵御共情疲劳的发生,二者的负相关关系会随之减弱。

(二) 个体与环境因素

1.应对方式与社会支持。应对方式是个体层面的核心调节因素,积极应对方式(如问题解决、情绪宣泄)能强化心理韧性对共情疲劳的干预作用,这类应对方式与心理韧性的维度形成协同,进一步提升医护人员的资源整合与情绪调节能力;而消极应对方式(如回避、否认)会与低心理韧性形成叠加效应,加剧情感耗竭与共情衰退,大幅削弱二者的负相关关系。社会支持是环境层面的重要支撑因素,充足的家庭支持、同事支持与朋友支持,能为医护人员补充情感资源,提升心理韧性水平,同时直接缓解共情疲劳带来的负性情绪,强化心理韧性对共情疲劳的抑制作用;而社会支持缺乏的医护人员,心理资源补充渠道受阻,心理韧性难以充分发挥作用,共情疲劳的发生风险显著升高。

2.职业认同与组织氛围。职业认同是医护人员的内在心理支撑,高职业认同的医护人员,对医疗职业的价值感与归属感更强,会主动提升自身的心理韧性水平,且能在共情过程中保持更稳定的共情动机,减少共情衰退的发生,从而强化心理韧性对共情疲劳的干预效果;低职业认同则会让医护人员产生职业倦怠,降低心理韧性的提升意愿,同时加速共情能力的衰退,弱化二者的负相关关系。组织氛围是外部重要的制度环境因素,积极的组织氛围(如合理的工作安排、完善的心理疏导、包容的团队文化)能为医护人员减少职业压力,提供心理支持与资源保障,助力心理韧性的发挥;而消极的组织氛围(如工作负荷失衡、缺乏心理支持、医患矛盾处理不当)会持续消耗医护人员的心理资源,降低心理韧性水平,成为共情疲劳的诱发因素,严重削弱心理韧性对共情疲劳的调节作用。

四、提升心理韧性、缓解共情疲劳的对策

结合共情疲劳与心理韧性的关系及影响因素,从个体与组织两个层面提出针对性干预对策,形成“个体自我提升+组织支撑保障”的双重干预体系,既能从根本上提升医

护人员的心理韧性水平，又能针对性缓解共情疲劳，实现二者的正向互动。

（一）个体层面

1.强化情绪调节与自我关怀。医护人员需主动学习情绪调节技巧，如正念冥想、深呼吸训练、情绪书写等，提升自身的情感韧性，及时识别并疏导共情过程中的负性情绪，建立合理的情感边界，避免过度共情带来的情感耗竭；同时，重视自我关怀行为，保证充足的睡眠、规律的运动，培养工作之外的兴趣爱好，主动脱离工作中的负性情境，实现情感资源与认知资源的自我补充，从源头上减少共情疲劳的发生。此外，可主动建立个人的社会支持网络，与家人、同事保持良好沟通，在面临心理压力时及时倾诉，借助外部支持缓冲共情消耗。

2.培养积极认知与抗压能力。医护人员需通过职业学习与心理反思，培养积极的职业认知，纠正“过度自责”“无法治愈所有患者即失败”等认知偏差，客观看待职业中的压力与挫折，明确自身的能力边界与职业价值，提升认知韧性；同时，主动参与抗压能力训练与临床案例交流，积累应对创伤性情境、医患矛盾的职业经验，提升自身的问题解决能力与行为韧性，在面对共情疲劳的早期信号时，能通过积极的认知调整与行为应对，及时缓解负性影响，防止共情疲劳的进一步发展。

（二）组织层面

1.完善心理支持与培训体系。医院需建立专业的心理支持体系，设立专职心理辅导岗位，为医护人员提供常态化的心理评估、个体咨询与团体心理疏导，及时发现并干预医护人员的共情疲劳问题；同时，开展针对性的心理培训，将心理韧性提升、情绪调节、共情技巧等内容纳入医护人员的继续教育，通过系统培训帮助医护人员提升心理韧性的三个核心维度，掌握缓解共情疲劳的科学方法。此外，可搭建医护人员的心理交流平台，鼓励同事间的经验分享与情感支持，形成内部的心理支持氛围。

2.优化工作安排与职业保障。医院需结合各科室的工作特点，优化工作排班制度，合理控制夜班频率与工作负荷，避免医护人员长期处于高负荷的工作状态，减少不必要的情感资源与认知资源消耗；同时，完善职业保障体系，改善医护人员的工作环境，合理提升薪酬待遇，畅通职业发展渠道，增强医护人员的职业认同感与归属感。此外，建立科学的医患矛盾处理机制，为医护人员提供必要的职业保护，减少医患矛盾带来的心理压力，为心理韧性的发挥营造良好的组织环境。

五、结束语

医护人员作为医疗健康服务的核心力量，其共情疲劳与心理韧性的关系研究对医疗行业的人才队伍稳定与服务质量提升具有重要的现实意义。本研究证实，医护人员共情疲劳与心理韧性呈显著负相关，心理韧性通过缓冲保护、情绪调节等核心机制，对共情疲劳产生积极的干预作用，而人口学与职业因素、个体与环境因素则共同调节着二者的关系强度与作用效果。缓解医护人员的共情疲劳、提升其心理韧性水平，并非单一主体的责任，而是需要个体与组织的协同发力。医护人员作为自身心理健康的第一责任人，需主动强化情绪调节、培养积极认知，通过自我提升构建核心心理资源；医疗机构则需承担起主体责任，从心理支持、工作安排、职业保障等方面，为医护人员营造良好的职业环境，助力其心理韧性的发展与发挥。未来的研究可进一步结合不同岗位、不同地域医护人员的群体特征，开展更具针对性的实证研究，探索更贴合临床实际的心理韧性提升与共情疲劳干预方案；同时，可将研究视角延伸至医疗机构的管理机制与社会层面对医护人员的支持体系，从更宏观的角度为缓解医护人员共情疲劳、提升心理韧性提供支撑。唯有通过多层面、多维度的干预与保障，才能有效缓解医护人员的共情疲劳，提升其心理韧性水平，让医护人员在守护患者健康的同时，更好地维护自身的身心健康，推动医疗行业的持续、健康发展。

参考文献：

- [1] 叶浩生.心理学通史[M].北京：北京师范大学出版社，2019：325-340.
- [2] 姜乾金.医学心理学[M].7版.北京：人民卫生出版社，2018：156-178.
- [3] 吴菁，刘晓虹，陶红.医护人员共情疲劳研究进展[J].中华护理杂志，2010，45（7）：667-669.
- [4] 刘婷.三甲医院外科护士心理韧性提升干预研究[D].西安：陕西师范大学，2021.
- [5] 赵久华，陈瑜，李乐之.医护人员职业认同与共情疲劳的关系：心理韧性的中介作用[J].中国健康心理学杂志，2022，30（8）：1187-1191.
- [6] 沈艳红，刘化侠，吴丽娟.护士心理韧性与共情疲劳的相关性研究[J].中国护理管理，2015，15（5）：590-593.
- [7] 李艳红，张静平，余爱华.三甲医院急诊科护士心理韧性对共情疲劳的影响[J].中华现代护理杂志，2018，24（23）：2790-2793.
- [8] 王艳华，阎成美，翁庐英.重症监护室护士心理韧性、社会支持与共情疲劳的关系[J].解放军护理杂志，2016，33（12）：25-28.
- [9] 张颖.肿瘤科护士共情疲劳现状及与心理韧性、应对方式的相关性研究[D].济南：山东大学，2020.