

## تجارب مدیریت احساسات در نظام مراقبت‌های پزشکی (مطالعه موردی شهر تورنتو)

مسعود کیانپور، استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه اصفهان\*

### چکیده

این مقاله حاصل یک پژوهش بین‌شاخه‌ای در حوزه‌های جامعه‌شناسی احساسات و جامعه‌شناسی پزشکی است که مفهوم «مدیریت احساسات» را در گروه ناشناخته‌ای از پرسنل پزشکی - روحانی‌های شاغل در بیمارستان<sup>۱</sup> با رویکردی کیفی بررسی می‌کند. در نظام مراقبت‌های پزشکی آمریکای شمالی نقش روحانی مقیم به عنوان یکی از اعضای تیم پزشکی نهادینه شده که به ارائه مراقبت‌های معنوی - مذهبی برای افراد متقاضی می‌پردازد. در این مطالعه کیفی که از نوع توصیفی با تأکید بر تحلیل پدیده شناختی است، با استفاده از رویکردهای کنش متقابل نمادین، پدیده‌شناسی و روش‌شناسی مردمی، ۲۱ نفر از روحانی‌های شاغل در بیمارستان‌های مختلف شهر تورنتو مورد مصاحبه عمیق نیمه ساختارمند قرار گرفتند تا درباره تجارب احساسی خود و چگونگی تعامل با مراجعان خود صحبت کنند. نمونه شامل روحانیونی از مذاهب مسیحیت، اسلام، یهودیت، بوداییسم و بت‌پرستی مدرن است. محقق با مراجعه مستقیم به بیمارستان‌های مذکور، خواهان مشارکت داوطلبانه روحانی‌ها در مطالعه شد. بررسی به طور خاص روی تشریح فرآیند کنش متقابل بین روحانی‌ها و مراجعان آنها متمرکز است و نشان می‌دهد روحانی‌ها چگونه به ارائه حمایت احساسی و ایجاد نوعی معنویت مبتنی بر متن در مراجعان خود می‌پردازند. روحانی‌ها نه تنها باید عمیقاً با احساسات مردم درگیر شوند، بلکه باید در یک فرآیند تبادل احساسات، کنش متقابل را به عنوان دستاوردی در جریان تثبیت نمایند. علاوه بر این، نتایج مطالعه شامل دامنه‌ای از مداخلات استراتژیک است که می‌توان آنها را در قالب تکنیک‌های «مدیریت احساسات بین شخصی» معرفی نمود و در توصیف فرآیند کنش متقابل بین روحانی‌ها و مراجعان مورد تأکید قرار داد.

واژه‌های کلیدی: مدیریت احساسات، روحانیت مقیم، معنویت.

## مقدمه

جامعه‌شناسی احساسات از حوزه‌های نسبتاً ناآشنا در کشور ماست که تحقیقات زیادی با استفاده از مفاهیم نظری آن صورت نگرفته [۱]، در حالی که هدف آن، مطالعه و فهم عوامل اجتماعی مؤثر بر تجربه و نمایش احساس است (استس و ترنر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). با شدت گرفتن فرآیند تخصصی شدن حوزه‌های مختلف، جامعه‌شناسی احساسات از دهه ۱۹۷۰ و عمدتاً با کار جامعه‌شناسان آمریکایی معرفی شد. برای مثال، آرلی هوقشیلد<sup>۲</sup> (۱۹۸۳)، مهمانداران هواپیما را مطالعه کرد و به این نتیجه رسید که مشاغل خدماتی در اقتصاد آمریکا از کارکنان خود «نیروی کار احساسی»<sup>۳</sup> طلب می‌کنند و «قواعد احساسی»<sup>۴</sup> خاصی را در خصوص چگونگی انجام کار به آنها دیکته می‌نمایند. این مطالعه به نظریه «تعاملی»<sup>۵</sup> معروف شد و در مقابل نظریه‌های اصلی رویکرد «اثبات‌گرایی»، مهم‌ترین نماینده رویکرد «ساختمندی اجتماعی»<sup>۶</sup> را در جامعه‌شناسی احساسات تشکیل داد.

بین جامعه‌شناسان حوزه احساسات، هیچ توافق یکپارچه‌ای بر سر تعریف یا چگونگی توجه به ابعاد مختلف احساسات وجود ندارد. به عبارت دیگر، براساس رویکرد نظری خود، هر محقق بر ویژگی‌های خاصی تأکید می‌کند و ویژگی‌های دیگر را نادیده می‌گیرد. برای مثال، جامعه‌شناسان مکتب کنش متقابل نمادین (شات، ۱۹۷۹؛ گوردون، ۱۹۸۱) بر اهمیت روابط بین شخصی، خود، هویت و تعریف موقعیت در ذهن کنشگر تأکید می‌کنند، در حالی که برای مدافعان نظریه تضاد (کالینز، ۱۹۸۱؛ کوزر، ۱۹۶۷)، این کشمکش بین افراد برای

دستیابی به منابع کمیاب است که نوع و شدت احساسات را تعیین می‌کند. به همین شکل، در نظریه مبادله (هومنز، ۱۹۷۴) احساس در قالب رابطه محرک و پاسخ بررسی قرار می‌شود، در حالی که در رویکرد پدیدارشناختی (دنزن، ۱۹۸۵، ۱۹۸۴) احساس یک «تجربه زیسته»<sup>۷</sup> است که در فرآیندی موسوم به «احساسی شدن»<sup>۸</sup> تجربه می‌شود.

اگر یک طیف نظری برای رویکردهای مختلف در جامعه‌شناسی احساسات تصور کنیم، نسخه‌های افراطی ساختمانندی اجتماعی و اثبات‌گرایی دو سر این طیف را تشکیل می‌دهند و چندین نظریه مختلف حد وسط را پر می‌کنند. نظریه‌هایی که بر بعد اجتماعی احساس و ماهیت ذهنی آن تأکید دارند (برای مثال، نظریه تعاملی، کنش متقابل نمادین، روش‌شناسی مردمی، پدیدارشناسی، نظریه نمایشی) به طرف ساختمانندی اجتماعی نزدیک هستند و نظریه‌هایی که بر ابعاد زیستی، جهان شمول و ماهیت عینی احساس تأکید می‌کنند (نظریه ساختاری، تضاد، مبادله) به طرف اثبات‌گرایی گرایش دارند. نظریه‌های مورد استفاده در این پژوهش از گروه اول هستند؛ جایی که تأکید بر هنجارهای فرهنگی در مدیریت احساسات، تجربه زیسته، و ظهور متنی<sup>۹</sup>، بازاندیشانه و خلاقانه احساسات در کنش متقابل است. محقق با استفاده از پیش‌های مهم نظریه تعاملی هوقشیلد و تکمیل آنها با تفاسیر پدیدارشناختی و روش‌شناسی مردمی، یک چارچوب نظری برای مطالعه تجارب احساسی روحانی‌های شاغل در بیمارستان‌های شهر تورنتوی کانادا طراحی کرد تا دریابد روحانی‌های شاغل در بیمارستان‌های تورنتو چگونه احساسات خود و دیگران

<sup>1</sup> Stets and Turner

<sup>2</sup> Arlie Hochschild

<sup>3</sup> emotional labour

<sup>4</sup> feeling rules

<sup>5</sup> interactional

<sup>6</sup> social constructionism

<sup>7</sup> lived experience

<sup>8</sup> emotionality

<sup>9</sup> contextual emergence

را مدیریت می‌کنند.

با توجه به اینکه در نظام مراقبت‌های پزشکی آمریکای شمالی، نقش «روحانی مقیم»<sup>۱</sup> در قالب یکی از تخصص‌های پیراپزشکی تعریف شده، و به منظور ارائه مراقبت‌های معنوی و مذهبی تقریباً در بیشتر بیمارستان‌های این قاره بخشی به نام «مراقبت معنوی»<sup>۲</sup> وجود دارد، بررسی تجارب احساسی شاغلان حرفه‌ای در این بخش‌ها نه تنها ما را با بینش‌های ارزشمندی در خصوص مدیریت احساسات از منظری جامعه‌شناختی آشنا می‌سازد، بلکه همچنین باعث می‌شود چگونگی پرداختن به مذهب و بازتولید معنویت در نهادهای مدرن سکولار جامعه غربی را هم بهتر درک کنیم. جذابیت مطالعه روحانی‌های مقیم در این حقیقت ریشه دارد که در کشور ما هنوز چنین نقشی در نظام مراقبت‌های پزشکی نهادینه نشده و موارد انگشت شمار موجود بیشتر روحانی در معنای متداول کلمه هستند، نه عضوی از تیم پزشکی [۲].

### چارچوب نظری

جامعه‌شناسی احساسات با نام آرلی هوشیلد و مطالعه معروف وی درباره مدیریت احساسات عجین شده است. برای هوشیلد احساس یک نیروی کنترل‌پذیر و قابل مدیریت است که ماهیتی تعاملی دارد و بر اساس «مناسب» بودن یا نبودنش با موقعیت اجتماعی شکل می‌گیرد. انسان مناسب بودن یک احساس را نه به شکل انتزاعی، بلکه با مقایسه احساس و موقعیت ارزیابی می‌کند. منظور از مناسب بودن یک احساس با موقعیت، همخوانی آن با هنجارها و قواعد فرهنگی تعریف شده برای آن موقعیت است. وقتی این همخوانی مخدوش

باشد یا از ابتدا وجود نداشته باشد، کنشگر از نزدیک و به شکلی فعالانه به ارزیابی، نظارت، تحریک، سرکوب و شکل دادن احساسات خود می‌پردازد. به عبارت دیگر، او روی احساساتش «کار» می‌کند تا آن احساسی را که مناسب است، تحریک کند و نمایش دهد و یا برعکس، آن احساسی را که نامناسب است، سرکوب کرده، از بین ببرد؛ پس کار احساسی؛ یعنی تلاش برای ایجاد تغییر در شدت یا کیفیت یک احساس خاص تا آن احساس با موقعیت اجتماعی هماهنگ شود (هوشیلد، ۱۹۷۹: ۵۶۲).

طبق نظر هوشیلد، کاری که هدفش در تناسب قرار دادن احساس و موقعیت باشد، کاری است که همه انسان‌ها پیوسته و حتی در تنهایی انجام می‌دهند. ما کار احساسی را نه به شکلی دلخواه، بلکه در یک محدوده مشخص و تحت تبعیت از «قواعد احساسات»<sup>۳</sup> (هوشیلد، ۱۹۷۹: ۵۶۳) انجام می‌دهیم؛ قواعدی که در ارزش‌های فرهنگی جامعه ریشه دارند و در بخش‌های مختلف، اشکال متفاوتی به خود می‌گیرند. برای مثال، وقتی ما می‌گوییم «فلانی حق دارد در چنین موقعیتی عصبانی شود...»، «اگر من جای تو بودم، او را می‌بخشیدم...»، «تو باید قدر فلانی را بیشتر بدانی...» در واقع، به هنجارهایی اشاره می‌کنیم که تجارب احساسی ما را متأثر می‌سازند.

هوشیلد با انتشار کتاب *قلب‌های کوچک شده*<sup>۴</sup> در سال ۱۹۸۳ نتایج مطالعات خود را با استفاده از مفاهیم مذکور شرح کرد و از «شیء شدگی» احساسات و عواطف انسانی در جامعه معاصر آمریکا سخن گفت. او نشان داد که وقتی کار احساسی در راستای انجام شغل قرار گیرد- اتفاقی که به نظر هوشیلد در بیشتر مشاغل خدماتی رخ می‌دهد، زیرا حالت «مناسب» احساسی

<sup>3</sup> feeling rules

<sup>4</sup> The Managed Heart

<sup>1</sup> chaplain

<sup>2</sup> department of spiritual care

بخشی از فرآیند ارائه خدمت در این مشاغل است - آنگاه کار احساسی از حالت طبیعی خارج و به «نیروی کار احساسی» تبدیل می‌شود، نیرویی که در کنار سایر نیروها باید در راستای انجام وظیفه استفاده شود. بنابراین، اگر کارگر صنعتی مارکس تنها مجبور بود نیروی فیزیکی و روانی خود را در خدمت سرمایه‌دار قرار دهد، کارگر خدماتی هوشیلا نیروی احساسی خود را هم باید به دو گونه قبلی اضافه کند.

با بررسی مشاغل خدماتی، هوشیلا ادعا کرد که این مشاغل اغلب توسط زنان متعلق به طبقه متوسط انجام می‌شوند، و «لبخندها، ژست‌ها، احساسات و روابط آنها به محصولات تبدیل شده‌اند که بیش از آنکه به صاحبانشان تعلق داشته باشند، متعلق به کارفرمایان هستند» (۱۹۸۳: ۱۹۸). مهمانداران هواپیمایی که هوشیلا مطالعه کرد، از طریق آموزش‌های حرفه‌ای و بازخورد دریافتی از جانب کارفرمایان، یاد می‌گیرند چگونه از قواعد احساسات مربوطه به این حرفه پیروی کنند. یکی از این قواعد می‌گوید اگر آنها با مسافران بی‌ادب و گستاخ مواجه شدند، نباید ناراحت شوند، بلکه باید به صف طولانی انتظار، مسافت زیاد پرواز، و خستگی مفرط مسافران فکر کنند تا احساس خشم و ناراحتی خود را به همدردی و دلسوزی تغییر دهند. مسأله این است که تحت هیچ شرایطی نباید «لبخند» آنها محو شود.

به نظر هوشیلا، کار احساسی در مشاغل خدماتی افراد را به تدریج از خود واقعی آنها بیگانه می‌کند و توانایی استفاده صحیح مدیریت احساسات را از آنها می‌گیرد، که این نیز به نوبه خود باعث ایجاد استرس، خستگی، بی‌تفاوتی احساسی، سطحی شدن احساس، گم کردن هویت شخصی و غیره می‌شود.

مفاهیم مدیریت احساسات و کار احساسی پس از

مطالعه هوشیلا مورد توجه محققان زیادی قرار گرفت و به دفعات برای مطالعه گروه‌های مختلف استفاده شد. برای مثال، ادر و پارکر<sup>۱</sup> (۱۹۸۷) مدیریت و نمایش احساسات را بین رقاصان آمریکایی، و اسنایدر و آمونز<sup>۲</sup> (۱۹۹۳) شیوه‌های مورد استفاده بازیکنان بیسبال برای تحریک احساسی را مطالعه نمودند. سیری<sup>۳</sup> (۱۹۹۷) در حوزه زندگی خانوادگی و روابط صمیمانه، نقش مادری و مدیریت احساسات مرتبط با آن را بررسی کرد. در مطالعه دیگری، پالز<sup>۴</sup> (۱۹۹۱ در پترسون، ۲۰۰۶) مدیریت احساسات را بین گارسون‌ها مطالعه و مفهوم «نیروی کار احساسی گمنام»<sup>۵</sup> را ابداع نمود. کهیل<sup>۶</sup> (۱۹۹۹ در پترسون، ۲۰۰۶) کارآموزان حرفه کفن و دفن را بررسی کرد و نشان داد آنها باید نوعی بیطرفی احساسی در خود ایجاد کنند و به یک «سرمایه احساسی»<sup>۷</sup> برسند. در مطالعه دیگری، شواین گروبر و برنز<sup>۸</sup> (۲۰۰۵) یک شرکت دست فروشی خانه به خانه را بررسی و چگونگی آموزش فروشندگان در مدیریت احساسات را تحلیل کردند. مدیران این شرکت فرآیندی را روی فروشندگان خود اجرا می‌کنند که شواین گروبر و برنز آن را «حفاری احساسی»<sup>۹</sup> می‌نامند؛ یعنی جستجو در تجارب گذشته کارکنان برای سرمایه احساسی بالقوه‌ای که تاکنون به عنوان امری مرتبط با شغل تلقی نمی‌شد (۲۰۰۵: ۶۸۱). طبق نظر شواین گروبر و برنز، اگر حفاری احساس به خوبی انجام شود، خود عادی فروشنده و خودی که قرار است برای شغل آماده شود، از طریق یک «پل

<sup>1</sup> Eder and Parker

<sup>2</sup> Snyder and Aamons

<sup>3</sup> Seery

<sup>4</sup> Paules

<sup>5</sup> autonomous emotional labour

<sup>6</sup> Cahill

<sup>7</sup> emotional capital

<sup>8</sup> Schweingruber and Berns

<sup>9</sup> emotion mining

به همین شکل، رویکرد روش‌شناسی مردمی (گارفینکل، ۱۹۷۶) برای بررسی مدیریت احساسات کاربرد دارد، به ویژه وقتی که مفروضات مسلم پنداشته شده مردم برای معنا بخشیدن به زندگی روزمره از کارکرد باز ایستند، یا وقتی از شیوه‌های خلاقانه و مبتنی بر موقعیت برای مدیریت احساسات استفاده شود. گارفینکل (۱۹۶۷) به عنوان مبدع روش‌شناسی مردمی استدلال می‌کند که چون ظرفیت شناختی انسان محدود است، باید برای معنا بخشیدن به زندگی و ایفای نقش‌های اجتماعی، به برخی مفروضات اولیه تکیه کرد. برای مثال، یک شوهر از زن خود انتظار دارد نه تنها او را به عنوان شوهر خود بشناسد بلکه بر مبنای این شناخت با وی کنش کند، نه مثلاً به گونه‌ای که انگار آنها دو غریبه کامل هستند. تا زمانی که این مفروضات مختل نشوند، زندگی روزانه بدون مشکل ادامه می‌یابد، اما اگر اختلال ایجاد شود، زندگی سرشار از هرج و مرج می‌شود، جامعه نظم خود را از دست می‌دهد، و تعامل غیرممکن می‌شود. آزمایش‌های تجربی گارفینکل برای اثبات این قضیه معروف است. او دامنه متنوعی از مفاهیم را برای تأکید بر ماهیت در حال ظهور، مبتنی بر متن، و بازاندیشانه ساختار اجتماعی ابداع کرد، و کنش متقابل معنادار را یک «دست‌آورد در جریان»<sup>۳</sup> نامید؛ دست‌آوردی که که نه تنها به زندگی اجتماعی معنا می‌بخشد، بلکه نهادهای پهن دامنه جامعه را هم بازتولید می‌کند.

مطالعه‌ای درباره به مدل‌های زیبایی (میرز و فین لی،<sup>۴</sup> لی، ۲۰۰۵) رویکرد روش‌شناسی مردمی را بهتر توضیح می‌دهد. محققان به دنبال این بودند که آیا مدل‌های زیبایی باید کار احساسی انجام دهند، یا صرفاً به سرمایه جسمانی (جذابیت) خود اکتفا کنند؟ مطالعه آنها نشان

احساسی<sup>۱</sup> پیوند می‌خورند تا فروشندگان بتوانند احساسات خود را طوری مدیریت کنند که موفقیت شغلی‌شان افزایش یابد. برای مثال، آنها می‌آموزند چگونه در مواجهه با عدم پذیرش و بی‌اعتنایی مشتریان بالقوه، دلسرد نشوند.

اما فراتر از نظریه تعاملی هوقشیلد، مدیریت احساسات در رویکردهای پدیده‌شناسی و روش‌شناسی مردمی هم اخیراً مورد توجه قرار گرفته است. در رویکرد پدیده‌شناسی، احساس اساساً نوعی تجربه درونی است که از طریق بدن به مثابه امری زیسته تجربه می‌شود (دنزن، ۱۹۸۴، ۱۹۸۵). مطالعات پدیده‌شناختی در جامعه‌شناسی احساسات غالباً بر معانی ذهنی احساسات، و شیوه‌های مختلفی که احساسات از طریق ادراکات، عقاید و «شیوه‌های جسمانی بودن»<sup>۲</sup> تجربه می‌شوند، تأکید دارند. بر این اساس، «احساسی شدن» فرآیندی است که نه در خود یا در بدن، بلکه در ارتباط فرد با خود خویش و بدن زیسته‌اش، تجربه می‌شود. در عین حال، احساس گرفتار دامنه‌ای از حواس فیزیولوژیک نیست، بلکه در معانی‌ای ریشه دارد که فرد از شبکه‌های تعاملی خود دریافت می‌کند. دنزن (۱۹۸۴) معتقد است احساسات زیسته، تعریفی احساسی از موقعیت ارائه می‌دهند که کنشگران دیگر وارد آن شده، بدین وسیله احساسی شدن خود را از دنیای خصوصی و درونی حواس محض، به قلمرو عمومی کنش متقابل و بین ذهنیت احساسی، تغییر می‌دهند. او برای توضیح بیشتر این فرآیند به مطالعات فرهنگی رو می‌آورد و فیلم‌های سینمایی را تحلیل می‌کند تا نشان دهد چگونه الگوهای احساسی شدن از طریق تصاویر ایده آل جسمانی و الگوهای جنسیتی به جامعه تسری می‌یابند.

<sup>3</sup> ongoing accomplishment

<sup>4</sup> Mears and Finlay

<sup>1</sup> emotional bridge

<sup>2</sup> bodily ways of being

معنادار با دیگران قادر می‌سازد. بنابراین، مسأله عمده در تحلیل گفتگو برای روش‌شناسان مردمی عبارت است از مطالعه وابستگی لازم مردم به منطق عملگرایانه یا روزانه برای برقراری ارتباط معنادار. این محققان گفتگو را به عنوان چیزی مطالعه می‌کنند که در نمودهای متنی دنیای روزمره، تولید و فهم می‌شود. در این رابطه، سیکورل اصطلاح «رویه‌های تفسیری»<sup>۳</sup> را برای توضیح چگونگی تولید زبان و معنا در کنش متقابل ابداع کرد. طبق نظر سیکورل (۱۹۷۳: ۹۹)، ساختار زبان به نوعی منطق عمل‌گرایانه، به عنوان یک منبع ضمنی و مسلم پنداشته شده، متکی است تا یک الگوی خلاقانه، اما قاعده‌مند (صلاحیت) در گفتگو ایجاد کند؛ الگویی که از نمود واقعی زبان فراتر می‌رود. او این مفهوم را «صلاحیت تعاملی»<sup>۴</sup> (سیکورل، ۱۹۷۳: ۱۶۴) نامید و آن را در اشاره به فرآیندهای شناختی، ظهور متنی زبان، و کلماتی که برای ایجاد ارتباط معنادار استفاده می‌شوند، به کار برد.

#### مدیریت احساسات در حوزه پزشکی

از دهه ۱۹۹۰، شماری از مطالعات کوشیدند جامعه‌شناسی احساسات را با جامعه‌شناسی پزشکی پیوند دهند. بررسی اجمالی ادبیات تحقیق در این حوزه حاکی از آن است که تأثیر مدیریت احساسات بر سلامت کارکنان پزشکی مورد توجه بوده، اما بیشتر مطالعات این حوزه الگوهای سازمانی حاکم بر تجربه احساسات را بررسی کرده و کمتر به افراد شاغل در این سازمان‌ها پرداخته‌اند (کدج<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). در عین حال، وقتی از سلامت کارکنان سخن به میان می‌آید، این پرستارها و پزشکان هستند که غالباً در مرکز توجه تحقیقات میدانی بوده‌اند.

می‌دهد در حالی که مدل‌ها اساساً به جذابیت جسمانی خود برای ورود به این حرفه نیاز دارند، اما باید در عین حال یاد بگیرند چگونه احساسات خود را بدون این که آشکارا به آنها دیکته شود، مدیریت کنند. برای مثال، مدل‌ها ممکن است از «صمیمیت استراتژیک» (میرز و فین لی، ۲۰۰۵: ۳۱۹) به عنوان شکلی از دستکاری احساسی دیگران برای رسیدن به اهداف خود استفاده کنند. به عبارت دیگر، آنها با صرف وقت و گپ زدن با کسانی که دسترسی به فرصت‌های شغلی را کنترل می‌کنند (کارگزاران، عکاسان، دلالان، و غیره)، توجه، احترام و علاقه به این افراد نشان می‌دهند، نه به این خاطر که واقعاً آنها را دوست دارند، بلکه برای تضمین فرصت و موقعیت‌های شغلی خود. این نوع کار احساسی برخلاف نظر هوقشیلد، از جانب مدیران و ناظران حرفه‌ای دیکته نمی‌شود و ماهیتی خودجوش، مبتنی بر متن و خلاقانه دارد. به همین شکل، در مطالعه بولتون و بوید<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) در مورد مدیریت احساسات خدمه پرواز سه شرکت هواپیمایی انگلیس، چهار شکل متفاوت مدیریت احساسات تفکیک شدند، که از جمله آنها می‌توان به انواع تجویزی و انسان دوستانه اشاره کرد. مهماندارانی که به وسیله این محققان مطالعه شدند قادر بودند قواعد احساسی سازمان خود را تفسیر و دستکاری کرده، تغییر دهند و از روش‌های خلاقانه برای مدیریت احساسات استفاده کنند.

با پیروی از گارفینکل، روش‌شناسان مردمی (برای مثال، ساکس و سیکورل)، به تحلیل گفتگو و کاربرد زبان در تعاملات روزمره علاقه‌مند شدند، زیرا این گفتگوها از یک منطق عمل‌گرایانه<sup>۲</sup> برخوردار است که انسان را به توصیف تجارب و فعالیت‌های خود و ایجاد یک ارتباط

<sup>3</sup> interpretive procedures

<sup>4</sup> interactional competence

<sup>5</sup> Cadge

<sup>1</sup> Bolton and Boyd

<sup>2</sup> practical reasoning

شناخته می‌شود، به طور خاص برای کسانی که در سازمان‌های پزشکی و مراقبتی کار می‌کنند، اهمیت دارد، زیرا در این سازمان‌ها پرسنل باید بدون هیچ چشمداشت متقابلی، به مراجعان خود در مدیریت احساسات کمک کنند، و این در تباین است با گونه دیگری از مدیریت احساسات بین شخصی؛ یعنی مدیریت احساسات دوطرفه<sup>۱۰</sup> (لایولی، ۲۰۰۰) که در آن مدیریت احساسات با این انتظار انجام می‌شود که در طول زمان، طرف مقابل هم همین کار را برای فرد انجام دهند. چنین انتظاری در سازمان‌های پزشکی متعارف نیست.

با کاربرد مفهوم مدیریت احساسات بین شخصی در تعاملات پزشک-بیمار، دکوستر<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۷) مفهوم «برخورد احساسی»<sup>۱۲</sup> را برای توضیح چگونگی مدیریت احساسات بیمار توسط پزشک، به عنوان بخشی از نقش حرفه‌ای پزشک، معرفی کرد. او چندین راهکار را که به وسیله پزشکان به کار می‌روند، ذکر نمود، اما جالب اینجاست که شمار درخور توجهی از این استراتژی‌ها مستلزم نادیده انگاشتن احساسات نمود یافته بیمار است. ضمن تأکید بر پیچیدگی‌های فزاینده نهادهای پزشکی معاصر، بولتون<sup>۱۳</sup> (۲۰۰۰) بحث می‌کند که فراتر از وظیفه تکنیکی مدیریت احساسات، متخصصان پزشکی باید توانایی ایجاد یک «حال و هوای احساسی صحیح»<sup>۱۴</sup> را در خود پرورانند. به عبارت دیگر، آنها نه تنها باید روی احساسات خود کار کنند تا بتوانند چهره بیطرف یک مراقبت دهنده حرفه‌ای را نمایش دهند، بلکه باید همزمان خدمتی صادقانه را که مورد پسند افراد تحت مراقبت باشد نیز عرضه کنند. بولتون و بوید (۲۰۰۳) متعاقباً روی

برای مثال، فرانسیس<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۹) نقش شوخی را به عنوان یک استراتژی مدیریت احساسات برای مقابله با احساسات نامطلوب که از موقعیت‌های استرس‌زا منتج می‌شوند، بین پرستارها بررسی کردند. به همین شکل، میرابو و پیچ<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) به نقل از فرانسیس، (۲۰۰۶) روش‌های مدیریت احساساتی را که پرستاران برای فاصله گرفتن از مرگ و بیماران در حال احتضار به کار می‌برند، بررسی کردند. طبق نظر این محققان، برنامه آموزشی پرستاری با واقعیات کاری و «کثیفی»<sup>۳</sup> این حرفه منطبق نیست: پرستارها گاهی اوقات خود را در موقعیت‌هایی می‌یابند که به خاطر آنچه مجبورند به عنوان بخشی از شغل خود انجام دهند، دچار احساس نامناسب بودن، ناکارآمدی و پوچی می‌شوند.

به عنوان یک جامعه‌شناس احساسات، تویتس<sup>۴</sup> (۱۹۹۰، ۱۹۹۶) در سطحی گسترده مدیریت احساسات را در زمینه‌های مختلف، از جمله سازمان‌های پزشکی، بررسی و مفهوم «انحراف احساسی»<sup>۵</sup> را برای اشاره به شرایطی که فرد از قواعد احساسی موقعیت سرپیچی می‌کند، ابداع نمود. این مفهوم در ارتباط احساس و سلامت مورد توجه محققان دیگر قرار گرفته است (کپ، ۱۹۹۸).

بر خلاف هوقشیلد که اساساً با مقوله مدیریت احساسات خود سر و کار داشت، تویتس توجه ویژه‌ای به مدیریت احساسات دیگران مبذول می‌کند. این نوع مدیریت که با نام «مدیریت احساسات بین شخصی»<sup>۶</sup> یا «معطوف به دیگری»<sup>۷</sup> (اریکسون و گروو، ۲۰۰۸)

<sup>1</sup> Francis

<sup>2</sup> Meerabeau and Page

<sup>3</sup> messiness

<sup>4</sup> Thoits

<sup>5</sup> emotional deviance

<sup>6</sup> Copp

<sup>7</sup> interpersonal emotion management

<sup>8</sup> other-focused

<sup>9</sup> Erickson and Grove

<sup>10</sup> reciprocal

<sup>11</sup> DeCoster

<sup>12</sup> emotional treatment

<sup>13</sup> Bolton

<sup>14</sup> correct emotional climate

پزشکان احساسات را جزء لاینفکی از حرفه پزشکی می‌دانستند. اما با گذشت زمان و توسعه هر چه بیشتر حرفه پزشکی، از پزشکان خواسته شد هنگام کار احساسات خود را کنار گذاشته و به شکلی بیطرفانه به مداوای بیمار پردازند. در نتیجه، پزشکی در چیزی ریشه دواند که هالپرن (۱۳۱: ۲۰۰۱) آن را یک «فرهنگ مردسالار مبتنی بر عینیت علمی و بیطرفی احساسی» می‌نامد. این رویکرد باعث شده است در بسیاری موارد حرفه پزشکی بیماران، به ویژه بیماران لاعلاج را به حاشیه رانده، ارائه مراقبت‌های علمی و عملی را برای آنها «منطقی» یا «به صرفه» نداند. همچنین، پزشکان زیادی هنگام مواجهه با بیمار صرفاً به دنبال بررسی علایم بیماری هستند، یعنی خود بیماری، نه بیمار، در کانون توجه آنها قرار می‌گیرد. مطالعات زیادی وجود دارد (برای مثال، نک. دی‌لالا<sup>۴</sup> و دیگران، ۲۰۰۴) که نشان می‌دهند توانایی دانشجویان پزشکی در همدلی با بیمار به موازات پیشرفت در برنامه آموزشی کاهش می‌یابد.

در واکنش به رویکرد مذکور، انتقادهای زیادی به پزشکی مدرن سرازیر شد و زمینه توجه به ابعاد معنوی، روانی، و اجتماعی بیماری فراهم گردید. در سال‌های اخیر با اتخاذ یک دیدگاه «کل نگر»،<sup>۵</sup> منشأ بیماری، چگونگی برخورد با آن، و ابعاد فرا جسمانی بیمار همزمان مورد توجه قرار می‌گیرند. برای مثال، توجه به بیماران صعب‌العلاج و چگونگی عملکرد متخصصان بالینی مرتبط با آنها، انگیزه تأسیس و تکوین طبی را در کشورهای صنعتی فراهم کرد که «طب تسکینی»<sup>۶</sup> نامیده می‌شود؛ طبی که هدفش نه درمان یا مداوای بیماری- زیرا درمانی برای بیماری وجود ندارد- بلکه کاستن از

این مفهوم کار کردند و مدیریت احساسات را بر حسب قواعد احساسی‌ای که بر رفتار پرستاران اعمال می‌شود و انگیزه‌های شخصی پرستاران برای اجرای آن قواعد تفکیک کردند. به عبارت دیگر، در سطح جامعه مردم معمولاً انتظار دارند پزشکان و پرستاران با نوعی نگرانی همدلانه کار خود را انجام دهند، اما در دانشکده‌های پزشکی، این انتظارات توسط معیارهای حرفه‌ای رفتار با بیمار رد می‌شوند. برای مثال، در دانشکده پزشکان چگونگی حفظ بیطرفی احساسی را می‌آموزند، اما کنار تخت بیمارستان از آنها انتظار می‌رود به لحاظ احساسی درگیر شوند. این تنش، که از تضاد بین دو مجموعه قواعد احساسی مختلف ایجاد می‌شود، یکی از اصلی‌ترین عوامل مؤثر بر کار احساسی در نهادهای پزشکی است. کارکنانی که با این تنش مواجه می‌شوند، ممکن است چیزی را تجربه کنند که رافائلی و ساتون<sup>۱</sup> (۱۹۸۷) «ناهمخوانی احساسی»<sup>۲</sup> نامیده‌اند؛ یعنی شرایطی که قواعد احساسی در تضاد هستند و فرد را دچار تناقضات احساسی می‌کنند [۳].

### روحانی مقیم در حوزه پزشکی

میشل فوکو چگونگی پیشرفت حرفه پزشکی را مطالعه کرد و بر تسلط روز افزون آن در جنبه‌های مختلف زندگی مدرن تأکید کرد. در همین چارچوب، هالپرن<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) توضیح می‌دهد که در پزشکی مدرن از نوعی توجه بیطرفانه به بیمار، در مقابل درگیری احساسی، دفاع می‌شود. توجه بیطرفانه؛ یعنی همدلی با بیمار تا جایی که یک فاصله احساسی حفظ شود و بیطرفی حرفه‌ای به وجود آید. طبق نظر هالپرن، تا قبل از سال ۱۹۱۰،

<sup>4</sup> DiLalla

<sup>5</sup> holistic

<sup>6</sup> palliative medicine

<sup>1</sup> Rafaeli and Sutton

<sup>2</sup> emotional dissonance

<sup>3</sup> Jodi Halpern



چیزی است که تحت عنوان «مراقبت معنوی» از آن یاد می‌شود.

نخستین آموزش‌های بالینی روحانی‌های مقیم در سال ۱۹۲۵ و با چهار دانشجوی رشته الهیات در بیمارستانی به نام ورسستر استیت<sup>۳</sup> در ماساچوست آمریکا شروع شد (استوکس<sup>۴</sup>، ۱۹۸۵). این افراد آموزش‌های تخصصی دیدند تا با بیماران روانی نیازمند حمایت معنوی کار کنند. کمی بعد، آموزش‌های معنوی در سایر بیمارستان‌های عمومی، زندان‌ها، و برخی نهادهای حمایتی هم اجرا شد. امروزه روحانی‌های مقیم، به عنوان بخش لاینفکی از نهادهای درمانی - مراقبتی، به شکلی تخصصی حرفه‌ای شده‌اند (کدج، ۲۰۰۹)؛ به این معنا که آنها می‌توانند در بیمارستان‌ها آموزش دیده، به صورت تمام وقت برای ارائه مراقبت معنوی استخدام شوند. براساس مطالعه کدج و همکاران (۲۰۰۸)، از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۳، بین ۵۴ تا ۶۴ درصد از بیمارستان‌های آمریکا مراقبت‌های معنوی ارائه داده‌اند. آنها تخمین می‌زنند بیش از ده هزار روحانی مقیم در نظام درمانی آمریکا شاغل باشند.

روحانی‌های مقیم با دامنه وسیعی از مسائل، از جمله ارزش‌های معنوی و مذهبی بیماران، گزینه‌های غذایی، نگرانی‌های مربوط به تجربه درد، مسائل مربوط به پایان حیات، چگونگی برخورد تیم پزشکی، مسئولیت‌های پرسنل و غیره سر و کار دارد. کار روزانه آنها ممکن است شامل فراهم کردن مداخلات احساسی، عملی، مذهبی و بحرانی برای بیماران، خانواده‌ها، و دیگر پرسنل پزشکی باشد (کری<sup>۵</sup>، ۱۹۷۳؛ باست<sup>۶</sup>، ۱۹۷۶؛ بارو<sup>۷</sup>،

درد و رنج بیمار و جلوگیری از تنزل کیفیت زندگی وی در مراحل پایانی زندگی است [۴].

در همین راستا، کمیته مشترک اعطای اعتبار به نهادهای مراقبت از سلامت<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) در کشور آمریکا به عنوان یک سازمان مرجع، حق برخورداری از یک مراقبت متناسب را برای بیماران تعریف کرده و در آن «شان و کرامت شخصی بیمار» و توجه به ارزش‌های «معنوی، روانی - اجتماعی و فرهنگی» را حایز اهمیت ویژه می‌داند. در کشور کانادا نیز «مجمع اعطای اعتبار به خدمات سلامتی»<sup>۲</sup> (۱۹۹۹) تصریح می‌کند که وقتی یک طرح خدماتی طراحی می‌شود، گروه طراح باید نیازهای فیزیکی، روانی، معنوی و احساسی مراجعان را در نظر بگیرد. عقاید مذهبی و فرهنگی آنها باید مورد احترام واقع شود و به افراد اجازه داده شود اعمال معمول فرهنگی و مذهبی خود را به شکلی مناسب به جا آورند. در تلاش برای برآورده ساختن اهداف مذکور، نهادهای پزشکی در این کشورها منشور حقوق بیمار خود را بازنگری کرده و توجه ویژه‌ای به ابعاد فرهنگی، اعتقادی، و معنوی بیماران مبذول داشته‌اند. روحانی‌های مقیم نیز در همین راستا وارد نهادهای پزشکی شدند، زیرا هنگام بروز بیماری اعتقادات مذهبی بسیاری از افراد محک اساسی می‌خورد و سؤال‌های مهمی از قبیل دلیل وجود انسان در عالم، منشأ درد و رنج، عدل الهی، مرگ، تجربه پس از مرگ و غیره برای آنها به صورت جدی مطرح می‌شود. بنابراین، هنگام بیماری، به ویژه بیماری‌های سخت یا صعب‌العلاج، افراد زیادی - اعم از مذهبی و غیر مذهبی - برای معنا بخشیدن به زندگی و حفظ امید تلاش می‌کنند. حمایت از این تلاش‌ها به شیوه‌ای مناسب، همان

<sup>3</sup> Worcester State Hospital

<sup>4</sup> Stokes

<sup>5</sup> Carey

<sup>6</sup> Bassett

<sup>7</sup> Barrow

<sup>1</sup> Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)

<sup>2</sup> The Canadian Council on Health Services Accreditation

مورد مطالعه روابط بین شخصی، کنش متقابل و معانی پیچیده را بررسی کند (مکس ول<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶)، (۳) و بتوان فهم تازه و جدیدی از پدیده‌ای که به راحتی با روش‌های کمی قابل فهم نیست، به دست آورد (استروس و کوربین<sup>۶</sup>، ۱۹۹۰).

با بررسی‌های اولیه محقق، مشخص شد که تورنتو با بیش از ۳۰ بیمارستان بزرگ، نیمه بزرگ، و کوچک یکی از متراکم‌ترین مناطق درمانی در کشور کانادا است. همچنین، مشخص شد که شمار درخور توجهی از بیمارستان‌های تورنتو بخش مراقبت‌های معنوی دارند و به ارائه خدمات مربوطه می‌پردازند. با توجه به محدود بودن تعداد روحانی‌های هر بیمارستان [۵]، برآورد اولیه مشخص نمود که بین ۴۰ تا ۵۰ روحانی متخصص مراقبت‌های معنوی در مجموع این مراکز درمانی شاغل هستند. با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند، یک روش غیر تصادفی که در آن محقق موارد غنی یا آگاه از موضوع تحقیق را برای مصاحبه انتخاب می‌کند (پتون، ۲۰۰۱)، محقق به اکثر بیمارستان‌های مذکور مراجعه نمود و خواهان مصاحبه با روحانی‌های شاغل شد [۵]. حتی الامکان از تمام بیمارستان‌های دارای بخش مراقبت‌های معنوی، مواردی در نمونه وارد شدند. در دو مورد نیز یکی از تنوعات نمونه‌گیری هدفمند؛ یعنی نمونه‌گیری «گلوله برفی» (لوفلاند و لوفلاند<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵: ۳۸)، از طریق ارجاعات افرادی که موارد دارای ویژگی‌های مدنظر تحقیق را می‌شناختند، شکل گرفت. تمام مصاحبه‌ها به زبان انگلیسی، با توافق مشترک، و پس از اخذ مجوز (در صورت نیاز) از کمیته‌های اخلاق پژوهشی بیمارستان‌های مربوطه انجام شد. به جز یک مورد، تمام مصاحبه‌ها در

۱۹۹۳؛ رودریگز<sup>۱</sup> و دیگران، ۲۰۰۰؛ فلانلی و دیگران، ۲۰۰۵؛ ساکورای<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵؛ به نقل از کدج، ۲۰۰۹: ۸۴۳).

روحانی‌های مقیم به افراد کمک می‌کنند مشکلات معنوی، تناقضات مذهبی، یا بحران‌های اعتقادی خود را شناسایی و به گونه‌ای کارآمد مدیریت نمایند. این کار با کنکاش در اعتقادات و تجارب احساسی مرتبط با آنها میسر می‌شود. بنابراین، روحانی‌های مقیم در استخراج داستان‌هایی تبحر می‌یابند که به فهم بهتر خود منجر می‌شود. برای کسب آموزش به عنوان یک روحانی مقیم در کشورهای آمریکا و کانادا، افراد متقاضی باید شرایط لازم را احراز کنند که عبارت است از: (۱) داشتن مدرک دانشگاهی حداقل در سطح فوق لیسانس در رشته الهیات یا مرتبط با آن؛ (۲) مدرکی که نشان دهد متقاضی در یکی از سنت‌های مذهبی آموزش دیده است و سابقه همکاری دارد، و (۳) گذراندن چهار واحد آموزش عملی در مراقبت معنوی که معمولاً یک سال طول می‌کشد و در بیمارستان است (کدج، ۲۰۰۹).

### روش‌شناسی

این مطالعه براساس داده‌های اولیه از ۲۱ مصاحبه عمیق نیمه ساختارمند با روحانی‌های مقیم شاغل در بیمارستان‌های مختلف شهر تورنتو کانادا انجام شد. روش تحقیق از نوع کیفی و توصیفی (سندلوفسکی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰) است، با تأکید بر رویکرد پدیده‌شناختی؛ یعنی موضوع مورد مطالعه از دیدگاه افراد تحت مطالعه و تجارب زیسته آنها بررسی می‌شود. روش‌های تحقیق کیفی وقتی مفیدند که: ۱- مطالب زیادی درباره موضوع تحقیق ندانیم (گلایزر و استروس<sup>۴</sup>، ۱۹۶۷)؛ ۲- موضوع

<sup>1</sup> Rodrigues

<sup>2</sup> Sakurai

<sup>3</sup> Sandelowski

<sup>4</sup> Glaser and Strauss

<sup>5</sup> Maxwell

<sup>6</sup> Strauss and Corbin

<sup>7</sup> Lofland and Lofland

آخرین باری را که هنگام انجام کار به گریه افتادید، به خاطر می‌آورید؟ دلیلش چه بود؟ آیا خاطره‌ای در ذهن دارید که سختی موقعیت اجازه ندهد کارتان را درست انجام ندهید؟

هدف از طرح سؤال‌های فوق رسیدن به توصیفی جامع از مدیریت احساسات بر حسب تجربه زیسته بود. باید توجه داشت که کار میدانی کیفی، ماهیتی سیال و اکتشافی دارد. محقق معمولاً با اهداف خاص و یک نقشه عمومی شروع می‌کند، اما در خلال فرآیند تحقیق ممکن است این نقشه به دفعات تغییر کند تا اطلاعات متناسب با زمینه و موقعیت پژوهش حاصل شود (لینکون و گوبا، ۱۹۸۵). همان طور که لوفلاندر و لوفلاندر (۱۹۸۴) بحث می‌کنند، جمع‌آوری، پیاده‌سازی، کدگذاری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، مراحل پیچیده، همپوشان و درهم آمیخته‌ای در فرآیند تحقیق هستند. به همین شکل، جستجو برای یافتن نظم در داده‌ها و ایجاد یک نظام طبقه‌بندی منسجم، زمان بر و انرژی بر است. حاصل مصاحبه‌های پیاده شده در این تحقیق بیش از ۴۰۰ صفحه متن بود که مورد تحلیل محتوا قرار گرفت. به موازات بررسی نقادانه مصاحبه‌های اولیه، محقق مضامین اصلی تحقیق را از طریق کدگذاری آزاد شناسایی و در مصاحبه‌های بعدی دنبال کرد. همچنین، بینش‌هایی که از طریق تحلیل اولیه داده‌ها صورت گرفت، نقاط تمرکز و مراحل متعاقب تحلیل داده‌ها را شکل داد. همان طور که لینکن و گوبا (۱۹۸۵: ۲۰۹) می‌گویند: «هر حرکت جدید در فرآیند تحلیل با توجه به آنچه تا به حال فراگرفته شده، صورت می‌گیرد تا عناصر مهم شروع کنند به نشان دادن خودشان، و سپس ایده‌هایی برای توصیف داده‌ها ظهور کنند». از این طریق، نظریه در داده‌های انباشتی مبنای پیدا می‌کند (گلنزر و استروس، ۱۹۶۷). در این فرآیند،

دفتر کار پاسخگویان انجام شد، که فضایی آرام و بدون سر و صدا برای گفتگو فراهم کرد. مصاحبه‌ها ضبط و روی کاغذ پیاده شدند تا مراحل بعدی تجزیه و تحلیل میسر شود.

همان طور که لینکون و گوبا<sup>۱</sup> (۱۹۸۵: ۲۰۲) توضیح می‌دهند، اگر هدف تحقیق به حداکثر رساندن اطلاعات باشد، نمونه‌گیری باید تا زمانی ادامه یابد که هیچ اطلاعات جدیدی به دست نیاید. طبق نظر دوگلاس (۱۹۸۵: ۵۰-۵۴)، در تحقیقات کیفی این اتفاق معمولاً با ۲۵ مورد رخ می‌دهد. نمونه‌گیری باید تا اشباع نظری ادامه یابد؛ یعنی تا جایی که موارد بیشتر، اطلاعات جدیدی به تحقیق اضافه نکنند. در این تحقیق، فرآیند نمونه‌گیری پس از ۲۱ مورد متوقف شد. با توجه به اینکه مصاحبه‌ها به زبانی غیر از زبان مادری محقق صورت گرفت، برقراری ارتباط کارآمد می‌توانست به لحاظ بالقوه چالش برانگیز باشد. لحن شمرده پاسخگویان و بررسی‌های مکرر مکالمات ضبط شده، مشکلات ادراکی در این زمینه را تا حد زیادی برطرف نمودند. سؤال‌های پژوهش غالباً پیرامون تجارب شغلی پاسخگویان و احساسات آنها هستند: توصیف یک روز کاری، چگونگی کمک به مراجعان برای غلبه بر مشکلات احساسی، برقراری تماس فیزیکی یا گریه کردن همراه بیماران، و غیره. برای مثال، برخی از مهمترین سؤال‌های طرح شده به شرح زیر است:

لطفاً یک روز کاری خود را توصیف کنید؟  
نحوه برخورد شما با بیماران یا همراهانی که به لحاظ احساسی برآشفته‌اند، چگونه است؟  
سخت‌ترین یا به لحاظ احساسی چالش برانگیزترین بخش کار شما چیست؟

<sup>۱</sup> Lincoln and Guba

### یافته‌ها

نمونه شامل ۲۱ روحانی تمام وقت و پاره وقت شاغل در بیمارستان‌های تورنتو است. به لحاظ سنی، جوانترین عضو نمونه ۳۳ سال و مسن‌ترین عضو ۶۵ سال دارد و متوسط سن ۵۲ سال است. از نظر تجربه و حجم کار، کم سابقه‌ترین پاسخگو ۲/۵ سال سابقه کار داشت، در حالی که یکی از پاسخگویان بیشتر از ۲۶ سال بود که به این حرفه می‌پرداخت. متوسط سابقه کار ۹/۶ سال بود. همچنین، ۸ نفر از پاسخگویان بیش از ۱۰ سال سابقه کار داشتند و ۱۳ نفر باقیمانده کمتر از ۱۰ سال. نکته قابل توجه این که بیش از نیمی از پاسخگویان (۱۱ نفر) پاره‌وقت کار می‌کردند و ۱۰ نفر به صورت تمام وقت. از نظر جنسیت، اکثر قریب به اتفاق نمونه را پاسخگویان زن تشکیل می‌دهند (۱۸ نفر) در مقابل تنها ۳ پاسخگوی مرد. بر حسب نژاد، نمونه غالباً شامل پاسخگویان سفید با پیشینه‌های اروپایی و آنگلوساکسون بود (۱۸ نفر). با وجود این، دو پاسخگوی آسیایی (از کشورهای هند و چین) و یک پاسخگو از مجموعه جزایر کارائیب در آمریکای مرکزی هم در نمونه وارد شدند. در خصوص وضعیت تأهل ۱۰ پاسخگو متأهل بودند که در سه مورد، ازدواج دوم تجربه می‌شد. از بین افراد باقیمانده ۳ نفر هرگز ازدواج نکرده بودند و ۳ نفر به خاطر طلاق مجرد بودند. ۳ پاسخگو هم ازدواج نکرده بودند، اما با شریکی همجنس یا غیرهمجنس زندگی می‌کردند. در کل، ۱۴ نفر از افراد نمونه فرزند داشتند یا با مراقبت از فرزندان ناتنی، نقش والدینی را تجربه می‌کردند.

از نظر نوع مذهب، بیشتر پاسخگویان مسیحی بودند (۱۶ نفر)، به این ترتیب که ۵ نفر به کلیسای انگلیس، یعنی کلیسای انگلیکان تعلق داشتند، ۳ نفر به کلیسای رومن کاتولیک، ۲ نفر به کلیسای یونایتد کانادا، و ۱ نفر

محقق از «استقرای تحلیلی» (دزن و لینکون، ۲۰۰۰؛ کتز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳) استفاده می‌کند؛ یعنی با بررسی الگوها، مضامین و مقوله‌های عام، فرآیند نظریه‌سازی را آغاز نموده، سپس با مقایسه نقاط افتراق و اشتراک موارد متناقض حذف یا اصلاح می‌شوند تا در نهایت، توصیف جامعی از موضوع تحقیق حاصل گردد.

برای احراز روایی و پایایی در تحقیقات کیفی، محققان ملاک‌های مختلفی را مطرح نموده‌اند که از مهمترین آنها می‌توان به شفافیت<sup>۲</sup>، انسجام<sup>۳</sup>، درستی<sup>۴</sup> و قابلیت برقراری ارتباط<sup>۵</sup> اشاره کرد. تحقیقات کیفی باید روش‌شناسی خود را شفاف کنند (رابین و رابین، ۱۹۹۵: ۸۵). در این مطالعه از مصاحبه عمیق نیمه ساختارمند با رویکردی پدیده‌شناختی استفاده شد تا موضوع تحقیق از دیدگاه پاسخگویان بررسی شود. افزون بر این، محقق موارد تحقیقی را به شکلی جامع بررسی و با یکدیگر مقایسه نمود تا گزارش تحقیق از انسجام لازم برخوردار باشد. ملاک سوم درستی است؛ یعنی اطمینان دادن به خواننده که موارد مورد ادعا دقیق و حقیقی هستند (لوفلاند و لوفلاند، ۱۹۸۴: ۱۵۰). در این راستا، محقق نقل قول‌های متنوعی برای حمایت از ادعاهای مطروحه آورده است. در نهایت، قابلیت برقراری ارتباط؛ یعنی داستان برای خواننده طنین‌انداز و آشنا به نظر برسد (استروس و کوربین، ۱۹۹۰: ۲۳)، که در این خصوص نیز محقق تلاش نمود با انتخاب نقل قول‌های جالب و گویا، ارتباطی نزدیک بین خوانندگان و موضوع تحقیق برقرار کند.

<sup>1</sup> Katz

<sup>2</sup> transparency

<sup>3</sup> consistency

<sup>4</sup> trueness

<sup>5</sup> communicability

بلکه بر حسب سنت‌های مذهبی متفاوت صورت می‌گیرد. به صورت کلی، می‌توان گفت مراجعان کاتولیک و یهودی بیش از دیگران ترجیح می‌دهند از خدمات روحانی‌های مذهب خود بهره‌مند شوند.

هرچند که تجربه بستری شدن در بیمارستان یا دست و پنجه نرم کردن با بیماری تجربه ناخوشایندی است و مستلزم حمایت‌های چندگانه، اما مراقبت معنوی به طور خاص برای افرادی ارائه می‌شود که درگیر بیماری‌های سخت، مزمن، و صعب‌العلاج بوده یا با شرایط بحرانی و حوادث غیرمترقبه تهدید کننده زندگی دست و پنجه نرم می‌کنند. بر این اساس، در اکثر بیمارستان‌های تحت مطالعه، اولویت مراقبت‌های معنوی با بخش‌های تسکینی، اورژانس، و مراقبت‌های ویژه (آی سی یو و سی سی یو) بود.

روحانی‌ها با افراد مختلف در موقعیت‌های متفاوت رو به رو می‌شوند، زیرا مراقبت‌های معنوی مثل خدمات پزشکی ماهیتی استاندارد ندارند تا تمام مراجعان به گونه‌ای یکسان از آنها بهره‌مند شوند. افزون بر این، با توجه به موقعیت و شرایط خاص، روحانی‌ها ممکن است وظایف خود را به اشکال متفاوتی انجام دهند. تجارب احساسی آنها هم تنوع زیادی دارد. برای مثال، در یک روز کاری سنگین، ممکن است یک روحانی چندین مرگ را شاهد باشد و در موقعیت‌هایی قرار گیرد که انرژی وی کاملاً تحلیل رود، اما در روزهای عادی شرایط آرام‌تر است و فرد فرصت می‌یابد در مورد تعداد ملاقات‌ها یا چگونگی انجام وظایفش به الگوی تثبیت شده‌ای برسد. در عین حال، همیشه امکان به صدا درآمدن پیجر و به هم ریختن الگوی از پیش تعیین شده وجود دارد.

بیشتر پاسخگویان روز کاری خود را با بررسی گزارش‌ها یا پیغام‌های تلفنی روحانی‌های نوبت شب، که

به کلیسای باب تیست که یک کلیسای پروتستانی است، تعلق داشتند. ۵ نفر باقیمانده کلیسا یا فرقه خود را مشخص نکردند. در مراتب بعدی، نمونه شامل دو روحانی بودایی، یک روحانی مسلمان (که در واقع نخستین روحانی مقیم مسلمان در کانادا است)، یک روحانی یهودی و همچنین، یک روحانی پیرو آیین «بت پرستی»<sup>۱</sup> است، که ظاهراً یکی از دو روحانی مقیم کانادا و معتقد به این آیین است؛ به جای یک خدای واحد، پیروان این آیین خدایان چندگانه‌ای را پرستش می‌کنند که منشأ آنها به یونان باستان باز می‌گردد. از نظر سطح تحصیلات، به جز یک نفر، تمام پاسخگویان دارای مدرک فوق لیسانس یا بالاتر بودند.

در بسیاری از بیمارستان‌های تورنتو مراقبت معنوی به وسیله افرادی ارائه می‌شود که در کارت شناسایی خود با عنوان «مراقبت دهنده معنوی»<sup>۲</sup> شناخته می‌شوند و از عنوان روحانی برای معرفی خود استفاده نمی‌کنند. همان طور که یک پاسخگو می‌گوید: «من هرگز نمی‌رم بگم به روحانی‌ام، چون این کلمه بار ارزشی دارد. معمولاً می‌گم عضو بخش مراقبت‌های معنوی هستم» (مصاحبه شماره ۵). بنابراین با حفظ فاصله نقش (گافمن، ۱۹۶۱) از نقش روحانی مقیم و معرفی خود به عنوان مراقبت دهنده معنوی، نه تنها برخی پاسخگویان تلاش می‌کنند نقش خود را به عنوان عضوی از تیم پزشکی تثبیت کنند، بلکه با ایجاد تفکیک بین مراقبت مذهبی و معنوی، سعی می‌کنند دامنه خدمات خود را گسترش داده، افرادی را که لزوماً مذهبی نیستند، اما خواهان مراقبت معنوی هستند، هم تحت پوشش قرار دهند. در عین حال، در بیمارستان‌هایی که روحانی‌ها بر حسب مذهب تفکیک می‌شوند، تقسیم کار نه بر حسب بخش‌های مختلف،

<sup>1</sup> paganism

<sup>2</sup> spiritual care provider

با گروه اول است، اما در بخش‌های خاصی، مثل بخش جراحی مغز یا بخش مراقبت‌های ویژه (بخش‌هایی که بیمار غالباً هوشیاری ندارد)، یا در بیمارستان کودکان، اعضای خانواده در ردیف اول قرار می‌گیرند. پرسنل پزشکی همیشه در مرتبه سوم هستند. آنها به صورت انفرادی یا دسته جمعی (با شرکت در جلسات بحث و بررسی) از خدمات معنوی بهره‌مند می‌شوند.

چه مراجعان مذکور بیمار باشند، چه همراه، و چه موقعیت آنها بحرانی باشد، چه پایدار، همه آنها یک نقطه اشتراک دارند: از نظر احساسی متلاطم و نیازمند حمایت روانی هستند. بنابراین، روحانی‌ها اغلب مجبور به تعامل با افرادی هستند که احساسات شدیدی را تجربه می‌کنند و این می‌تواند با سکوت و به آرامی، یا در تنوعی از شیوه‌های نمایشی و فعالانه صورت گیرد. این که یک تجربه احساسی تا چه اندازه بارز یا نهفته است، به عوامل مختلفی بستگی دارد. وقتی از پاسخگویان سؤال شد به طور متوسط چقدر با بیماران یا همراهانی مواجه می‌شوند که تحت تأثیر احساسات شدید هستند و به شیوه‌های بارز آنها را نمایش می‌دهند، بیشتر روحانی‌ها گفتند اگر هر روز نباشد، دست کم چند بار در هفته. آنها هر روز با کسانی که حق‌گریه می‌کنند مواجه نمی‌شوند، اما تعامل با افراد بغض کرده یا کسانی که چشمانشان مرطوب است، به طور روزانه اتفاق می‌افتد. پس این افراد را می‌توان «مراجعان احساسی»<sup>۲</sup> نامید و فرآیند تعامل بین آنها و روحانی‌ها را توصیف کرد. یک نمونه افراطی از مراجعان احساسی در مثال زیر بارز است:

یادم هست چند سال پیش یک مورد برق‌گرفتگی داشتیم که مرد جوان بیست و چند ساله‌ای بود. او سرکار دچار برق‌گرفتگی شده بود و برای همین اون رو به اورژانس

معمولاً قراردادی یا از دانشجویان تحت آموزش هستند، شروع می‌کنند تا دریابند چه تغییراتی (مثبت یا منفی) در وضعیت مراجعان تحت حمایتشان رخ داده است. در برخی بیمارستان‌ها، تمام اعضای تیم مراقبت معنوی، روز خود را با خواندن دعای مشترک در دفتر بخش شروع می‌کنند و سپس به بخش‌های مربوطه خود می‌روند تا در کنار سایر اعضای تیم پزشکی از بیماران دیدن کنند. در مواجهه‌های جدید، روحانی‌ها معمولاً خود را معرفی می‌کنند و درباره چگونگی ارائه مراقبت معنوی توضیحات مختصری می‌دهند. در موارد آشنا، خوش و بش کوتاهی صورت می‌گیرد و حال بیمار جویا می‌شود. در هر حالت، فهرست بیماران هر بخش موجود است که هر روحانی نسخه‌ای از آن را چاپ کرده، با خود به بخش می‌برد. این بازدیدهای تیمی معمولاً ۸:۳۰ یا ۹ صبح آغاز می‌شوند و از نیم ساعت تا ۴۵ دقیقه یا یک ساعت ادامه می‌یابند. از طریق همین بازدیدهاست که روحانی‌ها بیماران و خانواده‌های آنها را برانداز و با انجام یک ارزیابی معنوی اولیه مشخص می‌کنند که چه افرادی (اعم از بیمار یا همراه بیمار) بیشتر نیازمند مراقبت معنوی هستند و باید به عنوان مراجع بالقوه به آنها نگاه کرد. همان طور که یک پاسخگو می‌گوید: «با بازدید<sup>۱</sup> نبض بخش دست آدم می‌آید» (مصاحبه شماره ۱۶). از این طریق، بیماران «پرچم‌گذاری» می‌شوند (مصاحبه شماره ۸).

### گونه‌شناسی مراجعان

افرادی که واجد دریافت مراقبت معنوی هستند، به سه گروه قابل تقسیم‌اند: ۱- بیماران؛ ۲- اعضای خانواده و همراهان و ۳- پرسنل پزشکی. در بیشتر مواقع اولویت

<sup>2</sup> emotional clients

<sup>1</sup> round

دشوار، آسیب‌پذیر نیستند، بلکه روش بروز احساساتشان متفاوت است؛ برای مثال، با گفتن جملاتی مثل «من فکر نمی‌کنم بتوانم بایستم» یا «من سرگیجه دارم» و نه لزوماً با شیون و زاری.

چگونگی بروز و نمایش احساسات بر اساس نوع بیماری هم تفاوت دارد. برای مثال، بیماری‌های مزمن و یا کشنده، مثل سرطان، باعث ایجاد احساسات ناخوشایند، اما پایداری می‌شوند که شاید نمود بسیار بارزی نداشته باشند. افسردگی و اضطراب کیفیت زندگی بیمار را تا حد زیادی تنزل داده، در دراز مدت باعث کاهش احساس رضایت از زندگی می‌شوند. همان طور که یک روحانی درگیر با بیماران سرطانی می‌گوید:

«افراد مبتلا به سرطان معمولاً نگران آینده خانواده‌هاشون، ترس از این که بعد از اونا چه اتفاقی برای خانواده می‌افته؛ آیا بیماری شون قابل علاج یا جانسون رو خواهد گرفت؟ (مصاحبه شماره ۱۳).

با ایجاد ترس، اضطراب و عدم قطعیت نسبت به آینده، چنین شرایطی می‌تواند ناراحتی، ناکامی و خشم از وضعیت موجود را نیز تشدید کند و بیمار را در یک افسردگی مزمن فرو برد، که فرآیند درمان موفقیت‌آمیز را با مشکل مواجه می‌سازد. در بسیاری موارد، اگر بیماری به رشد خود ادامه دهد و امیدی به بهبودی نباشد، بیمار به بخش تسکینی منتقل می‌شود، جایی که به او نه بر حسب درمان، بلکه برای کاهش درد و رنج، رسیدگی می‌کنند. همزمان، اعضای خانواده و خود بیمار آمادگی بهتری برای مرحله نهایی، که در اکثر موارد مرگ است، کسب می‌کنند.

شرایط مواجهه با بیماران روانی هم تا حدی مشابه است. تنها روحانی مسلمان نمونه که مدیر بخش مراقبت‌های معنوی در یک مرکز سلامت روان و اعتیاد به مواد مخدر بود، اعتقاد داشت بستری شدن در بیمارستان

بیمارستان ما آورده بودن. البته، هنگام پذیرش مرده بود، اما بودن با خانواده‌اش برای ۴ ساعت..... آنها جیغ و شیون می‌کردن، اونو می‌جنابانن، بهش می‌گفتن بلند شو، بیدار شو.... اصلاً نمی‌تونستن باور کنن، نامزدش هم اونجا بود و برای عصرشون کلی برنامه داشتن و پدر و مادرش.... و مسأله این بود که اعضای خانواده‌اش و اقوامش همین جور داشتن می‌آمدن، خانواده بزرگی داشت. من برای ۴ تا ۶ ساعت با اونا بودم و کاری نمی‌تونستم بکنم مگه این که دوستشون داشته باشم، به حرف‌هاشون گوش کنم و براشون دعا بخونم (مصاحبه شماره ۱۷).

احتمال برخورد با مراجعان احساسی به سه عامل بستگی دارد: ۱- نوع بیمارستان؛ ۲- پس زمینه نژادی و مذهبی مراجع، و ۳- نوع بیماری. به طور کلی، بیمارستان‌هایی که مرکز تراما هستند و بیماران ناشی از تصادفات، خشونت‌های تهدید کننده زندگی و حوادث ناگوار در آنها پذیرش می‌شوند، از شانس بیشتری برای مشاهده نمودهای شدید احساسات برخوردارند. در تورنتو حداقل دو مرکز تراما وجود دارد که بخش مراقبت‌های معنوی در آنها به شدت فعال است. نمودپذیری احساسات با پس زمینه مذهبی ارتباط دارد. برای مثال، در بیمارستانی که مراقبت معنوی بر حسب نوع مذهب ارائه می‌شد، روحانی کاتولیک که اساساً بیماران کاتولیک را ملاقات می‌کرد و روحانی انگلیکان، که اساساً بیماران پروتستان را می‌دید، دو پاسخ کاملاً متضاد به سؤالی دادند که می‌پرسید: احتمال مواجهه با بیمارانی که احساسات خود را فعالانه بروز می‌دهند، در روز چقدر است؟ همچنین، در مقایسه با سایر نژادها، کانادایی‌های آنگلو ساکسون کمتر تجارب احساسی خود را با سر و صدا نشان می‌دهند، اما این بدین معنا نیست که آنها احساسی نمی‌شوند یا در مواجهه با موقعیت‌های

اما از طرف دیگه می‌دونستم که در اتاق بغل شوهرش دراز به دراز روی تخت خوابیده و به خاطر یک تصادف کشنده دیگه هرگز از خواب بیدار نمی‌شه. این شرایط واقعاً وحشتناکه....

پرسشگر: شما چیکار کردین؟

پاسخگو: چیکار کردم! اوم م م، اول زبونمو کنترل کردم، که خب کار راحتی نبود (خنده). چیزی بهش نگفتم. عصبانیتمو به روش نیوردم و به لحاظ فیزیکی هم خودمو نگه داشتم. بهش گفتم هر کاری می‌خوای بکن. اگر راحت می‌شی منو بز. چون قصدم این بود که کنارش بشینم و کمک کنم آروم بشه. تلاش کردم به ناراحتی‌ها و دردهای خودم متوسل بشم تا اونو درک کنم.... که خوشبختانه جواب داد و اون زن آروم شد.... (مصاحبه شماره ۳).

«کنترل کردن زبان» یکی از تکنیک‌های جسمانی مدیریت احساسات است (هوقشیلد، ۱۹۷۹) که توسط پاسخگوی بالا برای سرکوب احساس خشم استفاده شد. همان طور که چند سطر جلوتر توضیح می‌دهد، این پاسخگو خشم خود را به لحاظ فیزیکی کنترل و سعی می‌کند احساساتش را از طریق یک فرآیند نقش‌پذیری بازاندیشانه که در آن به «ناراحتی‌ها و دردهای خودش متوسل می‌شود» مدیریت کند. او سپس برای اجرای مدیریت احساسات بین شخصی، درگیر پدیده‌ای می‌شود که می‌توان آن را «تسلیم استراتژیک» نامید؛ یعنی با نزدیک شدن به زن و گفتن: «هر کاری می‌خوای بکن، اگه راحت می‌شی منو بز»، نه تنها این روحانی شرایط احساسی زن داغدار را به رسمیت می‌شناسد، بلکه اراده و جدیت خود برای کمک به وی را هم نشان می‌دهد، حتی اگر برای وی تهدیدآمیز باشد. این چنین است که اعتماد بیمار جلب و در برابر روحانی نرم می‌شود. البته، مواردی

روانی، فی‌نفسه یک حالت احساسی مشوش و سنگین است. به عبارت دیگر، تجربه بیمارستان برای هیچ کس تجربه نرمالی نیست، اما بستری شدن به خاطر بیماری روانی، «فرد را با یک داغ ننگ مضاعف مواجه می‌کند» (مصاحبه شماره ۱۰).

### فرآیند تعامل با مراجعان احساسی

بنابراین، روحانی‌ها به طور روزانه با مراجعان احساسی مواجه شده، مدیریت احساسات بین شخصی در مرکز توجه آنها قرار می‌گیرد. در مواقع بحرانی؛ وقتی غلبه احساسات بیش از حد شدید است، مهمترین مسأله برای یک روحانی تأمین امنیت مراجع، دیگر افراد حاضر و حتی خودش است. در یک فرآیند کنترل آسیب، ممکن است او مراقب باشد که اعضای خانواده یا همراهان «سرخشان را به دیوار نزنند» (مصاحبه شماره ۲) یا با زمین خوردن (مصاحبه شماره ۱۰)، به خودشان آسیب نرسانند. در این راستا، حتی ممکن است امنیت خود روحانی هم به خطر بیفتد. اگر چه مواردی از این دست کمیاب است، اما یکی از پاسخگویان به یاد می‌آورد:

یه بار همراه یه بیمار آنقدر از مرگ شوهرش ناراحت بود که داشت به شکل فیزیکی زد و خورد راه می‌انداخت و شیون می‌کرد. پرسنل انتظامات مایل نبودند به او نزدیک بشن. به همین خاطر فکر کردن اگر یه روحانی را خبر کنن شاید بهتر بشه این زن رو آروم کرد.... فکر می‌کنم بهتر بود زودتر؛ قبل از این که زن عصبانی بشه، تماس می‌گرفتن.... در هر صورت، من که رفتم، اون واقعاً برآشفته بود و عملاً می‌خواست منو هم بزنه.... در چنین مواقعی احساسات دوگانه پیش می‌یان که واقعاً یکی از سخت‌ترین مسائل‌اند. من از یک طرف می‌خواستم از خودم محافظت کنم و به اون زن بگم: «این کارو نکن»،



عملکرد بیمارستان و نحوه برخورد پرسنل پزشکی ناراضی باشند، یا اعتقادات مذهبی خود را در مواجهه با شرایط سخت بر باد رفته ببینند. چگونگی برخورد با این شرایط، اساس آموزش‌های بالینی در دوره‌های تربیت روحانی مقیم است. روحانی‌ها به لحاظ حرفه‌ای آموزش می‌بینند که چگونه به دیگران در شناخت احساسات خود کمک کنند. از طریق یک فرآیند فشرده مدیریت احساسات بین شخصی، یک روحانی ممکن است سابقه‌ای از تجارب احساسی خود در گذشته را به خاطر آورد و بین تجارب خود و آنچه در دنیای احساسی مراجع می‌گذرد، در رفت و برگشت باشد تا بتواند شرایط فعلی مراجع را درک کند. این فرآیند را می‌توان با تعدیل مفهوم شوین گروبر و برنز (۲۰۰۵)، با عنوان ایجاد یک «پل احساسی بین شخصی» توصیف کرد؛ یعنی با ارجاع به سوابق احساسی خود در گذشته، روحانی می‌کوشد شرایط فعلی مراجع را درک و احساسات وی را شناسایی نماید. از این طریق، روحانی یک فضای امن اجتماعی ایجاد می‌کند تا بروز آزادانه احساسات میسر شود، سپس با تجهیز به صلاحیت تعاملی، او مراجع را نسبت به گفتگو و صحبت در مورد خودش ترغیب می‌کند. صلاحیت تعاملی در اینجا به معنای توانایی درگیر کردن مراجع در گفتگوست، به ویژه در شرایطی که شاید هیچ تمایلی به این کار نباشد. بدیهی است که این فرآیند نه با پرسیدن سؤال‌های پشت سر هم، بلکه با گوش کردن به شیوه‌ای که مراجع احساس امنیت کند، میسر می‌شود. در موارد زیادی، مراجعان با غم و اندوه، خشم و ناکامی، بهت و حیرت، ناامیدی و ناتوانی و ترس و اضطراب، دست و پنجه نرم می‌کنند و به حمایت احساسی نیاز دارند. اگر اعتماد مراجع جلب و مجال بروز احساسات به وی داده شود، نه تنها می‌توان احساسات را شناسایی و نامگذاری کرد، بلکه می‌توان

از این دست به یک ارزیابی سریع از موقعیت و تصمیم‌گیری نیاز دارند. از آنجا که امنیت و بهزیستی دیگر بیماران حاضر در اتاق هم مهم است، معمولاً افرادی که سر و صدای زیاد به راه می‌اندازند یا به شیوه‌های تهدیدآمیز رفتار می‌کنند، به شکلی مؤدبانه اما با قاطعیت، به یک اتاق خصوصی راهنمایی می‌شوند، تا بتوانند احساسات خود را آزادانه بروز دهند. یک پاسخگو به یاد می‌آورد:

یه بار یه عضو خانواده داشتیم که کنار تخت بیمار مرده‌اش سر و صدا می‌کرد و هیستریک شده بود. چون بیمارای دیگه‌ای هم در اتاق بودن، من مجبور شدم بازوی اون خانومو بگیرم، بهش نزدیک بشم و به آهستگی در گوشش بگم: «گوش کن، تو باید با من بیایی بیرون بریم به یه اتاق دیگه، چون بیمارای دیگه‌ای هم اینجا هستن که مریضن و من نیاز دارم تو بتونی کاری رو بکنی که باید بکنی...» (مصاحبه شماره ۱۵).

همان طور که مثال بالا نشان می‌دهند، گاهی اوقات روحانی‌ها در موقعیت‌هایی قرار می‌گیرند که می‌توانند با اقتدار از بیماران یا همراهان بخواهند موقتاً احساسات خود را کنترل کنند تا فضای لازم برای نمایش آزادانه آنها ایجاد شود. در چنین مواردی، نخستین قدم ایجاد امنیت، و سپس فراهم کردن شرایطی است که افراد بتوانند احساسات خود را بروز دهند. رفتار هیستریک که فروکش کرد و اوضاع کمی آرام شد، تازه کار اصلی روحانی آغاز می‌شود. در این مرحله، مهارت‌های ارتباطی و صلاحیت تعاملی (سیکورل، ۱۹۷۳) در ایجاد یک ارتباط کارآمد اهمیت دارد. باید تأکید کرد که در بیشتر موارد، روحانی‌های شاغل در بیمارستان‌های تورنتو با بیماران هیستریک مواجه نمی‌شوند، بلکه بیشتر مراجعانی دارند که در یک فرآیند پیچیده روانی، احساسات متناقضی را تجربه می‌کنند. مراجعان ممکن است از

تعریف موقعیت را هم در ذهن کنشگر تغییر داد. مثال زیر توضیح می‌دهد چگونه یک روحانی مجهز به صلاحیت تعاملی، ضمن تسلط بر موقعیت، با یک بیمار عصبی ارتباط برقرار کرده، تعریف موقعیت را از یک موقعیت ناراحت کننده به یک موقعیت خنده‌دار تبدیل می‌نماید:

یه بار بیمار مردی داشتم که دچار پارانوئید بود و وقتی مرا خبر کردند، بسیار برآشفته، داشت سر پرستاران داد می‌کشید. مرا پیچ کردند و خواستن با او بشینم و حرف بزنم، بلکه کمی آروم بشه. چند دقیقه که گذشت، گفتم: «خب، بگو ببینم شما دین یا معنویتی هم داری؟» جواب داد «پس چی، من مسیحی ام». نگاهی بهش انداختم و گفتم: «واقعاً، می‌دوننی من می‌خواستم خدا را بشناسم و با یه ماشین تصادف کردم...» و ادامه دادم «وقتی اون پایین بودم، خدا خودش به دادم رسید». این را که گفتم شروع کرد به خندیدن، طوری که صدایش کاملاً بلند شده بود. گفتم: «آره، من درست مثل پلِ قدیسم...». همین طور که داشتم راجع به انجیل و حواریون حرف می‌زدم حرفمو قطع کرد و گفت: «اوه، آره، من تموم این آقا یونو می‌شناسم...». خلاصه، پس از مدتی طوری داشتیم می‌خندیدیم که خودش برگشت گفت: «فکر نمی‌کنی صدای خنده ما مریضای دیگه رو اذیت کنه؟» گفتم: «نه، به نظر من اونام به کمی خنده نیاز دارن». (خنده) این طوری واقعاً حالش عوض شد و خندید (مصاحبه شماره ۱۷).

در خلال گفتگو، روحانی تلاش می‌کند مراجع را نسبت به وجود منابعی آگاه سازد که در دسترس است یا در گذشته برای غلبه بر یک شرایط دشوار استفاده شده است. مثال خوبی از این تلاش‌ها در گفته‌های روحانی یهودی به چشم می‌خورد که اغلب با قربانیان هولوکاست

سر و کار دارد:

چیزی که در مورد اونا [بازماندگان هولوکاست] فهمیدم اینه که.... از اونا می‌پرسم: «زمان جنگ کجا بودین؟» و اونا شروع می‌کنن به گفتن داستان‌هایی که کمک می‌کنه، نه به یادآوری وحشت اون زمان، بلکه به تمرکز بر قدرتی که اونا برای بقا در اون شرایط وحشتناک داشتن. گاهی اوقات اون نقاط قوت کمک می‌کنه اونا دوباره رو چیزایی تمرکز کنن که تحمل شرایط فعلی رو راحت‌تر می‌کنه (مصاحبه شماره ۲۱).

در مورد افراد مذهبی، منابع مورد اتکا می‌توانند ایمان فرد و ارتباط وی با خدا یا نیروی مقدسی باشند که به وی امید می‌دهند. در مورد افرادی که به مذهب اعتقاد ندارند، تأکید روی معنویت، به عنوان یک حس درونی و ارتباط با عالم است. در این معنا، معنویت می‌تواند نیرویی تعریف شود که به زندگی فرد هدف داده تجربه احساسات معنوی را موجب می‌شود. یک روحانی به یاد می‌آورد چگونه با بیماری برخورد کرد که به خدا اعتقاد نداشت، اما متقاضی مراقبت معنوی بود:

دو سال پیش بیماری داشتم که ملحد آشکار بود، اما می‌خواست من هر روز بروم و بینمش... وقتی مرد، مجلس ترحیمش را در باشگاه ورزشی‌ای برگزار کردن که هر روز در اون ورزش می‌کرد. شش روز هفته رو اونجا بود و دوستانش، کسانی که بهش حمایت می‌دادن، همه اونجا شکل گرفته بودن. بنابراین، بیوه‌اش گفت خودش وصیت کرده اونجا براش مراسم بگیرن. اونا اتاقی تو باشگاه داشتن که می‌تونست برای مجلس ترحیم استفاده بشه. خب، مراسم اونجا برگزار شد که اتفاقاً خیلی صادقانه‌تر تا کلیسا، وقتی اون به خدای مسیح اعتقاد نداشت، می‌دوننی؟ و نمی‌خواست تو کلیسا باشه (مصاحبه شماره ۲).

روحانی می‌خواهد بداند مهمترین دغدغه مراجع چیست. بنابراین، مکالمات کاملاً زمینه محور هستند و بین افراد مختلف فرق می‌کنند. با کاربرد یک دیدگاه روش‌شناسی مردمی، باید گفت روحانی‌ها تلاش می‌کنند نوعی «معنویت مبتنی بر متن»<sup>۱</sup> ایجاد کنند که کاملاً به جهت‌گیری معنوی مراجع و زمینه‌ای که مکالمات در آن رخ می‌دهد، بستگی دارد. پاسخگویی در توصیف جنبه معنوی شغل خود، می‌گوید:

این حرفه کارش گرفتن معنویت از یک فضای انتزاعی توی کله، و گذاشتن اون روی زمین ملموس و قابل حس است... چون مجموعه کاملی از ایده‌های قشنگ، خب اوناً فقط یه سری ایده‌های قشنگن... (مصاحبه شماره ۸).

در جوامع صنعتی غربی مذهب تا حد زیادی در عرصه عمومی کم رنگ و با انواع و اقسام معنویت‌های جدید جایگزین شده است. بنابراین، به هیچ وجه نمی‌توان تعریف مشخصی از احساسات معنوی برای افراد مختلف ارائه داد. برای افراد زیادی صحبت درباره طبیعت، خانواده، زیبایی، هنر، موسیقی، و غیره می‌تواند همراه با تجربه احساسات معنوی باشد. در عین حال، مکالمات حتی می‌توانند پیرامون چیزهایی به کوچکی یک پرنده خانگی شکل بگیرند. مثال زیر آنچه را به وسیله پاسخگویی قبلی گفته شد، بهتر توضیح می‌دهد:

دوروتی یک پیر زن ۹۲ ساله در بخش دیالیز بود که سه بار در هفته به بیمارستان می‌یومد و ما با هم حرف می‌زدیم... برام می‌گفت که تنها زندگی می‌کرد و یه پرنده کوچک خونگی داشت. این پرنده تموم زندگیش بود. چه داستانی تعریف می‌کرد از این پرنده و این که زمان جوانیش چطور بیسبال بازی می‌کرد، خیلی ورزش دوست بود، می‌دونم، من عاشق دوروتی بودم....

(مصاحبه شماره ۱۷).

روحانی‌ای که با بیماران سرطانی کار می‌کرد، گفت: من اساساً دنبال این هستم که بدونم اوناً [بیماران] کجا هستن، می‌دونم، چه احساساتی نشون می‌دن و برای اوناً فرصتی فراهم کنم، یه حمایت مبتنی بر حضور... به نظرم این طوری می‌شه توصیفش کرد: من به اوناً گوش می‌دم و یک نوع حضور حمایتی مبتنی بر شنیدن برای بیمارا و خانواده‌هاشون فراهم می‌کنم... و بررسی می‌کنم اوناً چه منابعی دارن و در گذشته برای غلبه بر موقعیت‌های چالش برانگیز داشتن. می‌دونم، حمایت خانواده، دوستان، ایمان و اعتقاداتشون. برای اونایی که پس زمینه مذهبی دارن، ایمان اغلب خیلی مهمه به عنوان یه منبع قدرت برای معنا دادن به این شرایط. کسانی هم که ایمان ندارن، کسانی که به مذهب خاصی اعتقاد ندارن، من جستجو می‌کنم بینم چه منابعی قبلاً داشتن تا در زندگی با مشکلات کنار بیان و در این سفر همراهشون باشه... (مصاحبه شماره ۱۳).

حضور حمایتی مبتنی بر شنیدن که پاسخگوی فوق به آن اشاره می‌کند، در واقع نوعی حمایت احساسی است در راستای برقراری پل احساسی و ایجاد یک فضای امن. روحانی‌ها باید از سرمایه احساسی خود به عنوان ابزاری برای ایجاد این ارتباط استفاده کنند. نه تنها آنها باید از نظر احساسی حاضر و پذیرا باشند، بلکه باید واقعاً نسبت به مراجعان خود توجه نشان دهند و با آنها همدردی کنند. یک روحانی مفید و مختصر می‌گوید: «برخلاف دیگر افراد شاغل در بیمارستان که مشاغل تکنیکی دارن، حضور احساسی چیزی یه که ما می‌تونیم عرضه کنیم» (مصاحبه شماره ۸).

برای فهم شرایط مراجعان، یک پاسخگو اعتقاد داشت روحانی‌ها باید روی هوش احساسی خودشان تکیه کنند (مصاحبه شماره ۱۹). در فرآیندی که توسط محققان

<sup>1</sup> contextual spirituality

دیگر با عنوان شنیدن فعالانه<sup>۱</sup> (رایت، ۲۰۰۰) توصیف شده است، روحانی‌ها می‌توانند با استفاده از لغات خاصی، زبان جسمانی، گاهی اوقات تماس فیزیکی، و حتی ریختن چند قطره اشک، مراجعان را برای درگیر کردن در گفتگو و برقراری ارتباط ترغیب کنند. چندین تکنیک مدیریت احساسات بین شخصی در این راستا استفاده می‌شود. یک روحانی در توصیف تلاش‌های خود برای ایجاد صمیمیت، می‌گوید:

من با استفاده از فضای فیزیکی این کارو می‌کنم، مثلاً نزدیک کردن صندلیم به تخت بیمار، یا با پایین آوردن سرم تا چشمم با چشمای بیمار همسطح بشن، با ریز کردن صدام، گرفتن دست بیمار، نوازش کردن، یا حتی فقط اجازه بدم بیمار گریه کنه، بدون این که بخوام متوقفش کنم یا سعی کنم اوضاع رو درست کنم..... (مصاحبه شماره ۱۵).

به همین شکل، روحانی دیگری می‌گوید:

معمولاً از طریق شیوه‌ای که خودمو نگه می‌دارم، مثلاً نحوه نشستن روی صندلی، شیوه خم شدنم به جلو، نحوه ایجاد تماس چشمی، افراط نکردن در تماس چشمی، تو نمی‌خوای به مردم زل بزنی، درسته؟ کارمو انجام می‌دم. آدم باید یه ظرف ایجاد کنه که مردم احساس امنیت کنن و بتونن قصه هاشونو تو اون بریزن (مصاحبه شماره ۸).

پاسخگوی دیگری از یک تکنیک کلامی برای جلب اعتماد بیماران صحبت می‌کند که به نظر وی نقش مهمی در انتقال این تصویر دارد که او برای بیمار نگران و حساس است:

وقتی صحبت می‌کنیم، هرچی اونا [بیماران] می‌گن رو کنار هم جمع می‌کنم تا با تکرار و برگردوندن اونا به

خودشون، بهشون بفهمونم که من حواسم بوده و وقتی اونا حرف می‌زدن، کاملاً گوش می‌کردم و در دعاهام به یادشون هستم..... (مصاحبه شماره ۹).

یک روحانی به طور خاص درباره اهمیت گرفتن و نگه داشتن دست، به عنوان ابزاری برای برقراری ارتباط صمیمانه با مراجعان صحبت کرد. با این وصف، در این نمونه، تنها دو نفر از تماس فیزیکی به طور مداوم استفاده می‌کردند، که یکی از آنها گفت:

ممکنه یه صندلی بیارم و بشینم کنار اونا. من یک لمس‌کنندم. دست بیمارو تو دستم نگه می‌دارم. فکر نمی‌کنم نامناسب باشه، اما به شکلی خودکار انجامش می‌دم. اگه حس کنم کسی دوست نداره، این کارو نمی‌کنم، اما باورت بشه یا نه، تقریباً تمام افرادی که باهاشون کار کرده‌ام راحتن؛ یه ارتباط شکل می‌گیره و این معنانش اینه که اونا می‌تونن راحت باشن و اگه خواستن گریه کنن.....

پرسشگر: این کمک می‌کنه اونا بتونن احساساتشونو راحت خالی کنن.....؟

پاسخگو: دقیقاً، و این که من با اونا بشینم..... به نظرم این پیامو می‌ده که طوری نیست و اونا در فضای امنی هستن و هرچیزی که حس می‌کنن واقعیه..... (مصاحبه شماره ۳).

ریختن چند قطره اشک همراه مراجع نیز یک تکنیک مدیریت احساسات است، اما گریه با صدای بلند به هیچ وجه پذیرفتنی نیست و در مخالفت آشکار با قواعد هنجاری نقش روحانی قرار دارد. گریه را می‌توان در پشت صحنه و جلوی صحنه (گافمن، ۱۹۵۹) بررسی نمود. برخی از پاسخگویان اعتقاد داشتند هرگونه نمودی از گریه، صرف نظر از شدت آن، با نمای شخصی<sup>۲</sup> ای

<sup>2</sup> personal front

<sup>1</sup> active listening

(گافمن، ۱۹۵۹: ۳۴) که باید قبل از اجرای نقش روحانی تثبیت شود، در مغایرت است. طبق نظر یکی از پاسخگویان:

من وقتی وارد یه اتاق می‌شم، احساس می‌کنم آدم قویه منم، می‌دونی.... چون من روحانی‌هایی دیدم که این کارو می‌کنن [گریه] و من اغلب فکر می‌کنم: «اوه خدای من لطفاً هرگز این کار رو نکن وقتی منو می‌بینن» (مصاحبه شماره ۳).

تصویر دیگر، تصویر حاکی از «آرامش» و «راضی بودن به تقدیر الهی» است (مصاحبه شماره ۱۸) که گریه کردن در مقابل دیگران آن را ضایع می‌کند و نه تنها با قیافه، بلکه با «منش» (گافمن، ۱۹۵۹) همراه با نقش روحانی هم تضاد دارد، اما گریه در پشت صحنه مجاز و اغلب کارکرد تخلیه‌ای دارد. وقتی موقعیت به شکلی رقت بار ناراحت کننده باشد، روحانی‌ها از طریق گریه خود را تخلیه می‌کنند: «من همیشه بعد یه دل سیر گریه، حالم خیلی بهتر می‌شه» (مصاحبه شماره ۲).

در نقطه مقابل اما، مرطوب شدن چشم‌ها در جلوی صحنه و ریختن چند قطره اشک همراه با مراجع می‌تواند نشان دهنده توجه، حساسیت و تعهد روحانی به کارش باشد. همان طور که پاسخگویی می‌گوید: آگه زخمتو به کسی نشون بدی و بگی من می‌دونم چی می‌کشی، تأثیر بیشتری داره تا فقط زبونی بگی (مصاحبه شماره ۱۵).

بنابراین، می‌توان از چشم‌های مرطوب به عنوان یک نشانه/استراتژیک<sup>۱</sup> نام برد که مراجعان را متأثر و اجرای مدیریت احساسات بین شخصی توسط روحانی‌ها را تسهیل می‌کند. در نظریه نمایشی گافمن، این نشانه‌های استراتژیک به عنوان ابزاری برای دستکاری برداشت‌های شکل گرفته از شخصیت کنشگر در مقابل حضار بررسی

می‌شوند.

روحانی‌ها از تکنیک‌های مختلفی برای تأثیرگذاری بر مراجعان خود و ایجاد پل احساسی بین شخصی استفاده می‌کنند. این تکنیک‌ها را می‌توان در قالب فرستنده‌های احساسی<sup>۲</sup> توصیف کرد که وظیفه انتقال معانی مشخصی را بر عهده دارند. یکی از مهمترین کارکردهای آنها مشروعیت بخشیدن و به رسمیت شناختن احساسات مراجع است. در این خصوص، یک روحانی از فرآیندی موسوم به استفرغ احساسی<sup>۳</sup> سخن می‌گوید:

اگر معده آدم ناراحت باشه و آدم استفرغ کنه، تجربه خوبی نیست، اما بعد از اون حال آدم بهتر می‌شه. به همین شکل، آگه احساسات آدم متلاطم باشه و بتونه اونارو از طریق اشک یا هرگونه نمودی بیرون بریزه، معمولاً حس بهتری داره بعدش.... تصور کن معدهات ناراحت باشه و تلاش می‌کنی بالا بیاری و کسی مدام بگه نه و سعی کنه دهانتو ببند و بخواد همه رو نگه داره، این مضره. پس.... من باید از این فضا محافظت کنم، چون اعضای دیگه تیم اغلب بی‌مقدمه وارد می‌شن... آگه من با بیماری‌ام که ناراحته، داره گریه می‌کنه و در یه موضع به لحاظ احساسی بسیار آسیب‌پذیره، می‌دونی، من مواقعی بوده که تیمی شامل شش دکتر اومدن و خواستن پرده رو کنار بزندن و وارد بشن و من گفتم: ببخشین، من دو دقیقه لازم دارم شما باید صبر کنین». چون این همون قدر آسیب‌پذیره که انگار پرستار لباس‌های یه بیمار رو دربیاره و اونا مشغول یه تعویض لباس باشن (مصاحبه شماره ۱۵).

این مثال مجدداً بر اهمیت ایجاد یک فضای امن در تسهیل مدیریت احساسات تأکید دارد. وقتی یک روحانی

<sup>2</sup> emotional transmitter

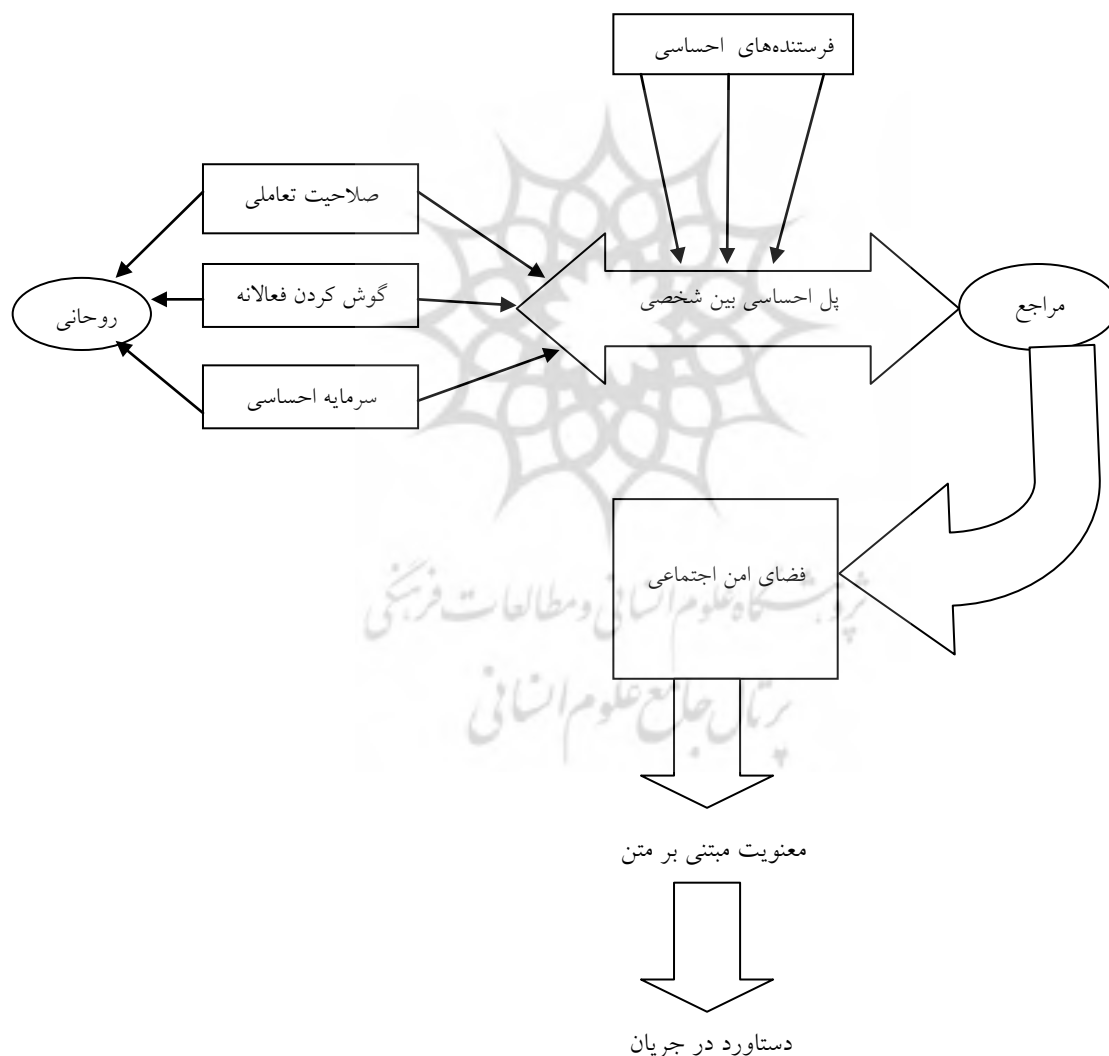
<sup>3</sup> emotional puke

<sup>1</sup> strategic signal

اندازه کافی احساس امنیت کردن که اشکاشونو با من سهیم بشن؛ چون آگه جلوی من احساس امنیت نکنن، منو که از اتاق بیرون کردن، می‌رن تو دستشویی گریه می‌کنن.... پس وقتی مردم با من گریه می‌کنن، من تصور می‌کنم اونا قلبشونو به من می‌دن که در اون شرایط درد و سختی براشون نگه دارم (مصاحبه شماره ۱۲).

می‌بیند چشم‌های مراجع مرطوب شده یا اشکی جاری می‌شود، این نشانه موفقیت وی در جلب اعتماد و فراهم کردن یک فضای امن است که مراجع را به بیان آنچه آزارش می‌دهد، ترغیب می‌نماید. نباید احساس ترس، ناراحتی یا خجالت مانع از بیان احساسات شود:

وقتی مردم با من گریه می‌کنن- و من معمولاً اینو بهشون می‌گم- من احساس افتخار می‌کنم از این که اونا به



نمودار ۱- فرآیند تعامل بین روحانی‌های مقیم و مراجعان

## بحث و نتیجه گیری

از زمانی که هوشیلا مطالعه خود در زمینه مدیریت احساسات کارکنان خدماتی را انتشار داد، کمتر مطالعه‌ای را می‌توان در مورد احساس در سازمان‌های خدماتی یافت که به مفاهیم او اشاره نکرده باشد (بولتون و بوید، ۲۰۰۳: ۲۱۹). در یک طبقه‌بندی کلی، وارتون<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) این تحقیقات را به دو دسته تقسیم می‌کند: (۱) تحقیقاتی که مدیریت احساسات را به عنوان وسیله‌ای برای فهم سازمان، ساختار و ارتباطات اجتماعی انواع خاصی از مشاغل خدماتی در نظر می‌گیرند، و (۲) تحقیقاتی که مستقیماً به احساسات و مدیریت آنها هنگام کار توجه می‌کنند. نخستین گروه از دیدگاه شغلی به مدیریت احساسات نگاه می‌کنند و کار احساسی را لازمه مشاغلی می‌دانند که ماهیتی تعاملی دارند. این مطالعات معمولاً کیفی و مردم‌نگارانه‌اند. گروه دوم کمتر بر مشاغل خاص تمرکز می‌کنند و بیشتر به خود احساسات و تلاش کارکنان برای مدیریت آنها می‌پردازند. به عبارت دیگر، در این گروه مدیریت احساسات از بعد شخصی بررسی می‌شوند، اما رویکرد آنها غالباً کمی است و پیرامون تنوعات مختلفی از مفهوم فرسایش شغلی<sup>۲</sup> شامل سه بخش اصلی (خستگی/احساسی<sup>۳</sup>، شخصیت زدایی، و معنای تقلیل یافته‌ای از دستاورد شخصی) طراحی و اجرا می‌شوند (وارتون، ۲۰۰۹: ۱۵۹).

مطالعه حاضر در گروه دوم از طبقه‌بندی فوق قرار می‌گیرد، اما برخلاف رویکرد غالب در این گروه، مدیریت احساسات را با روش کیفی بررسی کرد. همچنین، برخلاف جهت‌گیری اصلی، که پیامدهای مخرب مدیریت احساسات بر سلامت روان کارکنان را

بررسی می‌کند، این مقاله بیشتر به چگونگی فرآیند تعامل کارکنان با مراجعان خود معطوف بود و تکنیک‌های مورد استفاده در مدیریت احساسات بین شخصی را واکاوی کرد. بدون شک، درگیر شدن در مدیریت احساسات می‌تواند تبعاتی جدی برای سلامت روحانی‌ها به دنبال داشته باشد که در جای دیگری به آن پرداخته شده است. اما به لحاظ نظری، این مطالعه شاید برای مخاطبان کشورمان در خور توجه باشد، زیرا از یک سو گروهی از پرسنل پزشکی را معرفی می‌کند که کمتر در ایران شناخته شده‌اند، و از سوی دیگر، چگونگی پرداختن به مذهب و مراقبت معنوی در نظام پزشکی یک کشور غربی را توضیح می‌دهد. بیمارستان‌های شهر تورنتو نه تنها مکان مناسبی برای بررسی الگوهای متفاوت بروز و نمایش احساسات هستند، بلکه همچنین تنوعی از شیوه‌های مختلف دینداری و تجارب معنوی را هم می‌توان در این نهادها مشاهده کرد. به عنوان یکی از چند فرهنگی‌ترین شهرهای جهان، تورنتو جمعیت مهاجر متنوعی را از سایر کشورهای دنیا در خود جای داده که نمود آن در اماکن عمومی و پر ازدحام (مثل ایستگاه‌های مترو) کاملاً مشخص است. به علت تکرر آرا و چندگانگی فرهنگی، اکثر روحانی‌های شاغل در بیمارستان‌های این شهر در عقاید مذهبی خود لیبرال هستند و به نوعی تساهل مذهبی در مواجهه با دیگر ادیان رسیده‌اند. برای مثال، یکی از پاسخگویان معتقد بود: «این که بیمار من چه تعلقات مذهبی‌ای دارد، یا به چه خدایی معتقد، ربطی به کار من ندارد، چون کار من اصلاح دیدگاه مذهبی اونا نیست، بلکه باید در فهم تجارب احساسی به اونا کمک کنم» (مصاحبه شماره ۱). هرچند برخی از این روحانی‌ها شعایر مذهبی خود را با دقت و جدیت رعایت می‌کنند، اما نوعی «بردباری احساسی» در برخورد با دیگران بین آنها دیده می‌شود که به نظر می‌رسد برای انجام وظیفه به

<sup>1</sup> Wharton

<sup>2</sup> occupational burnout

<sup>3</sup> emotional exhaustion

عنوان روحانی مقیم در یک محیط چند فرهنگی سکولار لازم است. بنابراین، می‌توان به تفکیک مذهب و معنویت در نهادهای درمانی شهر تورنتو به عنوان یکی از یافته‌های این پژوهش اشاره کرد. با افول جایگاه مذهب سازمان یافته در جوامع غربی، جامعه‌شناسان شاهد شکل‌گیری تنوع گسترده‌ای از روش‌های جایگزین برای معنا بخشیدن به زندگی و مواجهه با پرسش‌های هستی‌شناختی بوده‌اند. شاید توجه به معنویت و استفاده از روش‌های متنوع برای تحریک احساسات معنوی که در این مطالعه مشاهده شد، شاهدی بر این مدعا باشد که نهادهای سکولار غربی با نوعی بحران معنا در مواجهه با مقولاتی همچون مرگ و زندگی اخروی دست به گریبان هستند که نمود خود را در به کارگیری روحانی‌های مقیم به عنوان عضوی از پرسنل تیم پزشکی نشان می‌دهد. هرچند که تکنیک‌های مدیریت احساسات متنوع هستند و روحانی‌ها از روش‌های متفاوتی برای انجام کارشان استفاده می‌کنند، اما محور اصلی در کار آنها رسیدن به نوعی شناخت از احساسات افراد آسیب‌پذیر است. در این مطالعه، دامنه‌ای از مداخلات استراتژیک (کنی، ۲۰۱۰: ۱۹۴) که می‌توان در قالب تکنیک‌های مدیریت احساسات بین شخصی از آنها نام برد، بررسی شدند و در توصیف فرآیند کنش متقابل بین روحانی‌ها و مراجعان مورد تأکید قرار گرفتند. این فرآیند را می‌توان به طور خلاصه توضیح داد: با تجهیز به صلاحیت تعاملی و سرمایه احساسی، روحانی‌ها وارد موقعیت‌های کاری شده، مکالماتی را آغاز می‌کنند. آنها فعالانه به مراجعان خود گوش می‌دهند و با استفاده از فرستنده‌های احساسی، پل احساسی بین خودشان و مراجعان برقرار کرده تا یک فضای امن اجتماعی ایجاد کنند. وقتی مراجعان به امنیت روانی برسند و احساسات خود را

آزادانه بروز دهند، روحانی‌ها شروع می‌کنند به کارکردن روی ایجاد نوعی حس معنویت مبتنی بر متن؛ یعنی کنکاش در هرگونه نیروی معنوی، مذهبی یا درونی که در دسترس مراجع است و می‌توان برای غلبه بر موقعیت یا کنار آمدن با شرایط از آن استفاده کرد. اگر این فرآیند با موفقیت انجام شود، نتیجه چیزی است که کارفینگل (۱۹۶۷) یک دستاورد در جریان می‌نامد. در این مطالعه چگونگی برقراری کنش متقابل معنادار و روابط بین شخصی با استفاده از نظریه روش‌شناسی مردمی تشریح شد، زیرا فعالیت روحانی‌های مقیم بر ارائه مراقبت معنوی استوار است، و کنش متقابل کلامی و مواجهات چهره به چهره در کار آنها اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد. چون رویکرد روش‌شناسی مردمی روی گفتگوهای متنی به عنوان عاملی برای ایجاد معنا در کنش متقابل تأکید می‌کند، برای بررسی تعاملات روحانی‌ها و مراجعان از آن استفاده شد.

#### محدودیت‌های تحقیق

در اینجا باید اعتراف کرد که مثل هر پژوهشی، این مطالعه هم با محدودیت‌ها و نواقصی مواجه است. محدودیت‌های ارتباطی و زبانی، تفاوت‌های فرهنگی محقق با موارد مورد مطالعه و همچنین محیط تحقیق، محدودیت‌های ترجمه، به ویژه استفاده از زبان و اصطلاحات عامیانه، همگی می‌توانند به طور بالقوه بر نتایج تحقیق اثرگذار باشند. همچنین، باید توجه داشت که نمونه تا حدی بر حسب عامل جنسیت دارای سوگیری است، زیرا از بین ۲۱ نفر پاسخگو، ۱۸ نفر آنها زن و تنها ۳ نفر مرد بودند. با وجود این، نتایج بررسی نشان می‌دهد که جنسیت عامل تأثیرگذاری در چگونگی اجرای مدیریت احساسات نیست مگر در دو مورد:



### پی‌نوشت‌ها

[۱] برای معرفی اجمالی جامعه‌شناسی احساسات نک: ربانی خوراسگانی، علی و کیانپور، مسعود. (۱۳۸۸). «جامعه‌شناسی احساسات»، جامعه‌شناسی کاربردی، سال بیستم، شماره پیاپی (۳۴)، ش ۲، صص ۳۵-۶۴.

[۲] تا جایی که نویسنده اطلاع دارد، اخیراً در برخی از مراکز درمانی شهرهای بزرگ کشور تلاش‌هایی برای نهادینه کردن جایگاه روحانیت و حضور آنها در بیمارستان صورت گرفته است. از قرار معلوم، این طرح نخستین بار در بیمارستان‌های اصفهان و در قالب دفاتر «نسیم مهر» عملیاتی شد.

[۳] ناهمخوانی احساسی با انحراف احساسی تفاوت دارد، در این معنا که اولی به اجرای استراتژی‌های مدیریت احساسات می‌انجامد تا احساس نمود یافته با قواعد احساسی موقعیت هماهنگ شود، اما دومی وقتی رخ می‌دهد که فرد داوطلبانه درگیر مدیریت احساسات نمی‌شود و احساساتی را تجربه می‌کند و نمایش می‌دهد که با قواعد احساسی موقعیت تطابق ندارند. همچنین، نوع دیگری از انحراف احساسی وقتی رخ می‌دهد که فرد مدیریت احساسات را با شکست انجام دهد. قصور در اجرای موفق مدیریت احساسات، انحراف احساسی شغلی نام دارد (کپ، ۱۹۹۸).

[۴] اخیراً در بیمارستان سید الشهدای اصفهان که مختص پذیرش بیماران سرطانی است، درمانگاهی برای ارائه مراقبت‌های تسکینی فعال شده، اما در سطح جامعه و نظام پزشکی کشور، هنوز طب تسکینی و چگونگی ارائه مراقبت‌های انتهای زندگی<sup>۲</sup> به خوبی معرفی نشده‌اند.

[۵] به طور میانگین بخش مراقبت‌های معنوی در هر یک از بیمارستان‌های مورد مطالعه بین ۲ تا ۵ نفر روحانی شاغل داشت که برخی از آنها پاره وقت کار می‌کردند. محقق در مجموع به ۱۸ بیمارستان مراجعه نمود.

(۱) تماس فیزیکی: پاسخگویان هر یک از جنس‌ها تمایل داشتند با افرادی از جنس خود تماس فیزیکی برقرار کنند، و (۲) کنار آمدن با مرگ نوزاد: برای پاسخگویان زن به مراتب دشوارتر از پاسخگویان مرد است که با مرگ نوزاد کنار آیند.

در نهایت، باید به این محدودیت اشاره کرد که نتایج مطالعات کیفی را نمی‌توان به راحتی تعمیم داد. بنابراین، شاید یافته‌های مربوط به روحانی‌های شاغل در بیمارستان‌های تورنتو در مورد سایر بیمارستان‌های کانادا یا دیگر پرسنل پزشکی مصداق نداشته باشد. همان طور که دی<sup>۱</sup> (۱۹۹۳: ۵۲) می‌گوید: مطالعات کیفی به جای آنکه عمارت‌های باشکوهی بسازند، بیشتر به ساخت دیوارهایی منجر می‌گردند که زمینه را برای مطالعات بعدی فراهم می‌کنند.

### پیشنهادها

با توجه به این که حوزه جامعه‌شناسی احساسات در کشور ما نسبتاً ناشناخته است، پیشنهاد می‌شود محققان به مطالعات مرتبط با این حوزه بیشتر توجه کرده از مفاهیم آن برای بررسی‌های جامعه‌شناسی استفاده کنند. این نکته از آن جهت حائز اهمیت است که جامعه ما به عنوان جامعه‌ای شناخته می‌شود که در آن نقش احساسات و عواطف کاملاً برجسته است.

نکته دیگر این که روش‌های کیفی به خاطر ژرف‌نگری و تعمق در مواجهه با مقولات پیچیده‌ای همچون احساسات، می‌توانند هدایتگر محقق در رسیدن به شناختی عمیق و چند بعدی از موضوع مورد مطالعه باشند. بنابراین، شایسته است در این مطالعات از روش‌های کیفی استفاده بهینه شود.

<sup>2</sup> end-of-life care

<sup>1</sup> Dey

## References

- Bolton, S. (2000) *Who Cares? Offering Emotion Work as a Gift in the Nursing Labour Process. Journal of Advanced Nursing*, 32: 580-6.
- Bolton, S.C., Boyd, C. (2003) *Tolley Dolly or Skilled Emotion Manager? Moving on from Hochschild's Managed Heart. Work, Employment and Society*, 17(2): 289-308.
- Cadge, W. (2009) *Religion, Spirituality, and Health: An Institutional Approach. In Clarke, P., B. (Ed.) (2009) The Oxford Handbook of the Sociology of Religion*, Oxford: Oxford University Press: 836-856.
- Cadge, W., et al. (2008) *Hospital Chaplaincy in the United States: A National Overview. Southern Medical Journal*, 101(6):626-630.
- Cicourel, A. (1973) *Cognitive Sociology: Language and Meaning in Social Interaction*. Penguin Books Ltd. Middlesex: UK.
- Collins, R. (1981), *On the Micro Foundations of Macrosociology. American Journal of Sociology*, 86 (5): 984-1014.
- Copp, M. (1998), *When Emotion Work is Doomed to Fail: Ideological and Structural Constraints on Emotion Management. Symbolic Interaction*, 21 (3): 299-328.
- DeCoster, V. A. (1997) *Physician Treatment of Patient Emotions: An Application of the Sociology of Emotion. In Erickson R. J., and Cuthbertson-Johnson, B. (Eds.) Social Perspectives on Emotion (Vol. 4)*, NY: JAI Press. 151° 78.
- Denzin, N. (1984) *On Understanding Emotion*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Denzin, N. (1985) *Emotion as Lived Experience, Symbolic Interaction*, 8 (2): 223° 240.
- Denzin, N. and Lincoln Y. (Eds.) (2000) *The Handbook of Qualitative Research*. Second Edition. Newbury Park, CA, Sage.
- Dey, I. (1993) *Qualitative Data Analysis: A User Friendly Guide for Social Scientists*. NY: Routledge.
- DiLalla, L. F., et al. (2004) *Empathy, Acceptance of Spirituality, and Wellness in Medicine: A Cross-Sectional Study. Teaching and Learning in Medicine*, 16: 165° 70.
- Douglas, J. D., (1985) *Creative Interviewing*, Beverly Hills, CA: Sage.
- Eder, D. and Parker, S. (1987) *The Cultural Production and Reproduction of Gender: The Effect of Extracurricular Activities on Peer Group Culture. Sociology of Education*, 60(3): 200-213.
- Erickson R. J. and Grove J. C. (2008) *Emotional Labor and Health Care. Sociology Compass* 2 (2): 704-733.
- Francis E., L. (2006) *Emotions and Health. In Turner, J. and Stets, J. (Eds.) (2006) Handbook of the Sociology of Emotions*. NY: Springer. 591-610.
- Francis, L., Kathleen M, and Berger, C., (1999). *Laughing Matter? The Uses of Humor in Medical Interactions. Motivation and Emotion*, 23: 155-174.
- Glaser, B. and Strauss, A. (1967) *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- Goffman, E. (1959) *The Presentation of Self in Everyday Life*. NY: DoubledayAnchor.
- Goffman, E. (1961) *Encounters: Two Studies in the Sociology of Interaction*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Gordon, S., L. (1981) *The Sociology of Sentiments and Emotions. In Rosenberg M. and Turner R.,*

- H (1981) (Eds.) *Social Psychology: Sociological Perspectives*. New York. Basic Books. 261-278.
- Halpern, J. (2001) *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. Oxford, NY: Oxford University Press
- Hochschild, A. (1979) Emotion Work, Feeling Rules and Social Structure. *American Journal of Sociology*, 85 (3): 551-75.
- Hochschild, A. (1983) *The Managed Heart: Commercialization of Human Feelings*. Berkeley: University of California Press.
- Homans, C. G. (1961) *Social Behavior: Its Elementary Forms*. NY: Harcourt, Brace and World.
- James, V. and Gabe, J. (2003) *Health and the Sociology of Emotions*, Oxford: Blackwell.
- Kenney, J. S. (2010) *Canadian Victims of Crime: Critical Insights*. Toronto. Canadian Scholars Press.
- Lincoln, Y. S. and Guba, E. G. (1985) *Naturalistic Inquiry*, Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Lively, K. J. (2006) Emotions in the Workplace. In Turner, J. and Stets, J. (Eds.) (2006) *Handbook of the Sociology of Emotions*. NY: Springer. 569-590.
- Lively, K. J. (2000) Reciprocal Emotion Management: Working together to Maintain Stratification in Private Law Firms. *Work and Occupations*, 21: 32° 63.
- Lofland, J. and Lofland, L. (1995) *Analysing Social Settings: A Guide to Qualitative Observation and Analysis*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Maxwell, J. A. (1996) *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. Applied Social Research Methods Series, Vol. 41. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mears A., and Finlay, W. (2005) Not Just a Paper Doll: How Models Manage Bodily Capital and Why They Perform Emotional Labor. *Journal of Contemporary Ethnography*, 34(3): 317-343.
- Miles, M. B. and Huberman, M. A. (1994) *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Thousand Oaks: Sage.
- Patton, M. (2001) *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Peterson, G. (2006) Cultural Theory and Emotions. In Turner, J. and Stets, J. (Eds.) (2006) *Handbook of the Sociology of Emotions*. NY: Springer. 114-134.
- Rafaeli, A. and Sutton, R. (1987) Expression of Emotion as Part of the Work Role. *Academy of Management Review*, 12: 23° 37.
- Rubin, H J. and Rubin I., S. (2005) *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sandelowski, M. (2000) Focus on Research Methods: Whatever Happened to Qualitative Description? *Research in Nursing & Health*, 23:334-340.
- Schweingruber D., and Berns N. (2005) Shaping the Selves of Young Salespeople through Emotion Management. *Journal of Contemporary Ethnography*, 34 (6): 679-706.
- Seery, B. L. (1997) *Four Types of Mothering Emotion Work: Distress Management, Ego Work, Relationship Management, and Pleasure/Enjoyment Work*. Dissertation Abstracts International, The Humanities and Social Sciences, 57(8): 3699.
- Snyder, E. E. and Aamons (1993) Baseball s Emotion Work: Getting Psyched to Play. *Qualitative Sociology*, 16(2): 111-132.

- Stokes, A. (1985) *Ministry After Freud*, NY: The Pilgrim Press.
- Strauss, A. and Corbin, J. (1990) *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*, Newbury Park, CA: Sage.
- Thoits, A. P. (1990) Emotional Deviance: Research Agendas, In Kemper, T (Ed.) (1990) *Research Agenda in the Sociology of Emotions*. Albany, NY: SUNY Press. 180-206.
- Thoits, A. P. (1996) Managing the Emotions of Others. *Symbolic Interaction*. 19 (2): 85° 109.
- Turner, J and Stets, J. (2006) *Handbook of the Sociology of Emotions*, NY: Springer.
- Weiss, R. S., (1994) *Learning from Strangers: The Art and Method of Qualitative Interview Studies*. NY: The Free Press.
- Wharton, A., S. (2009) The Sociology of Emotional Labor. *Annual Review of Sociology*, 35: 147-65.
- Wright, M. C. (2000) Chaplaincy in Hospice and Hospital: Findings from a Survey in England and Wales. *Palliative Medicine*, 15: 229-242.



## **Experiences of Emotion Management in Medical Care (Case Study: Toronto)**

**Masoud Kinpour \***

*Assistant Professor, Department of Social Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran*

*\*Corresponding author, e-mail: masoudkianpour@gmail.com*

### **Introduction**

This study lies at the intersection of the sociology of emotions and medical sociology, investigating emotion management among a rather unknown category of medical personnel °Hospital Chaplains. Sociologists of emotions seek to understand how emotions can be socially influenced in terms of both experience and expression. They believe emotions can be influenced by such institutions as culture and religion. As a result, not only do societies and subcultures have different patterns of expressing emotions according to their own norms and characteristics, but there are also different ways of managing emotions in social institutions. For example, in North American healthcare system, hospital chaplaincy is institutionalized, like other members of the medical team, to provide spiritual and religious care, which is often accompanied with emotional support, requiring therefore emotion management. In order to explore emotional experiences that chaplains undergo as a result of working in hospital and dealing with people who are emotionally overwhelmed, the author utilized insights from interactional and symbolic interactionist, phenomenological, and ethnomethodological approaches within the sociology of emotions and spoke with different chaplains from five faith traditions. The aim was to understand how chaplains perform interpersonal emotion management, what techniques, strategies and skills are involved in dealing with people s emotions, and how performing emotion management in healthcare institutions brings religion and spirituality at the forefront of a secular society.

### **Material and Methods**

This is a qualitative study based on in-depth interviewing with hospital chaplains working in different hospitals in the Toronto area. Toronto has a large number of hospitals and medical/healthcare institutions, most of which have a spiritual care department in which a number of full-time and part-time chaplains work to provide pastoral and spiritual care for

patients, their relatives, and other medical personnel. Approximately 50 chaplains work in different Toronto hospitals, of whom 21 individuals were selected using *purposeful sampling*: a non-random method of sampling in which the researcher selects information-rich cases for in-depth interview. The author tried to collect data as records of action-in-process from a variety of people. Because the in-depth

responses obtained by qualitative studies cannot be easily categorized, analysis must rely less on counting and correlating and more on interpretation, summary and integration. Therefore, more than anything else, the findings of this study are supported by quotations and case descriptions. The method of data analysis is qualitative description, with a phenomenological inclination: that is, the goal is to describe emotion management experiences as they are lived and felt by chaplains.

### Discussion of Results & Conclusions

Chaplains who participated in this study are between the ages of 33 and 65. The average age is approximately 52. Also, 11 chaplains work part-time and 10 chaplains work full-time. 18 of the 21 chaplains in the sample are women. Recruiting more than 3 male chaplains was not possible due to the fact that hospital chaplaincy is a job predominantly occupied by women. In terms of ethnicity, the majority of the respondents are white, with European and Anglo-Saxon backgrounds. However, the sample also includes two Asian chaplains (with Chinese and Indian backgrounds) and one from the Caribbean Islands. Moreover, the sample includes chaplains from five different religions and faith traditions. The majority of the chaplains are Christian, including five chaplains belonging to the Anglican Church, three to the Roman Catholic Church, two to the United Church of Canada, and one to the Baptist Church. The remaining four Christian chaplains did not specify their Church. Several of the chaplains are church ministers. Also, two chaplains from Buddhism, one from Islam, and one from Judaism are interviewed. Finally, a pagan chaplain, who is a believer in the modern paganism movement and is apparently one of only two such chaplains in Canada, is interviewed.

Modern chaplaincy is not about performing

religious ritual as much as it is about providing emotional support. The chaplains role is to be a compassionate care provider who listens patiently and tries to identify the matrix of emotions in which people are caught. As such, chaplains are supposed to be emotionally present, available and attend to people's spiritual needs. Like sponges, chaplains soak up people's emotions, name them and process them so that a healthy release of stress and tension can occur. Therefore, creating effective communication is vital in the work of hospital chaplains. By displaying role distance to their title as chaplain and defining themselves as spiritual care providers, some chaplains manage to provide a safe social space in which clients feel free to open up and talk. But more importantly, chaplains are equipped with interactional competence, that is, the ability to initiate interaction and direct conversation in ways that patients become motivated to cooperate and talk about their problems. By making a kind of interpersonal emotional bridge, chaplains try to cultivate contextual spirituality. Clues that people give are essential to help chaplains obtain an indexical and contextual understanding of the situation. In other words, the type of spirituality chaplains seek to promote is very much dependent on the context and situation of their clients. As soon as a safe social space is provided, where people feel comfortable to open up and talk, working on contextual spirituality starts, and chaplains begin to explore whatever spiritual, religious or other inner force that is available to patients and can give them power and strength to cope with the situation or come to terms with it. The most important component of this mechanism is identifying and releasing emotions, a process that includes multiple techniques of self, as well as interpersonal, emotion management.

**Keywords:** Hospital Chaplaincy, Emotion Management, Spirituality,

## References

- Bolton, S. (2000) Who Cares? Offering Emotion Work as a Gift in the Nursing Labour Process. *Journal of Advanced Nursing*, 32: 580-6.
- Bolton, S.C., Boyd, C. (2003) Tolley Dolly or Skilled Emotion Manager? Moving on from Hochschild's Managed Heart. *Work, Employment and Society*, 17(2): 289-308.
- Cadge, W. (2009) Religion, Spirituality, and Health: An Institutional Approach. In Clarke, P., B. (Ed.) (2009) *The Oxford Handbook of the Sociology of Religion*, Oxford: Oxford University Press: 836-856.
- Cadge, W., et al. (2008) Hospital Chaplaincy in the United States: A National Overview. *Southern Medical Journal*, 101(6):626-630.
- Cicourel, A. (1973) *Cognitive Sociology: Language and Meaning in Social Interaction*. Penguin Books Ltd. Middlesex: UK.
- Collins, R. (1981), On the Micro Foundations of Macrosociology. *American Journal of Sociology*, 86 (5): 984-1014.
- Copp, M. (1998), When Emotion Work is Doomed to Fail: Ideological and Structural Constraints on Emotion Management. *Symbolic Interaction*, 21 (3): 299-328.
- DeCoster, V. A. (1997) Physician Treatment of Patient Emotions: An Application of the Sociology of Emotion. In Erickson R. J., and Cuthbertson-Johnson, B. (Eds.) *Social Perspectives on Emotion* (Vol. 4), NY: JAI Press. 151° 78.
- Denzin, N. (1984) *On Understanding Emotion*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Denzin, N. (1985) Emotion as Lived Experience, *Symbolic Interaction*, 8 (2): 223° 240.
- Denzin, N. and Lincoln Y. (Eds.) (2000) *The Handbook of Qualitative Research*. Second Edition. Newbury Park, CA, Sage.
- Dey, I. (1993) *Qualitative Data Analysis: A User Friendly Guide for Social Scientists*. NY: Routledge.
- DiLalla, L. F., et al. (2004) Empathy, Acceptance of Spirituality, and Wellness in Medicine: A Cross-Sectional Study. *Teaching and Learning in Medicine*, 16: 165° 70.
- Douglas, J. D., (1985) *Creative Interviewing*, Beverly Hills, CA: Sage.
- Eder, D. and Parker, S. (1987) The Cultural Production and Reproduction of Gender: The Effect of Extracurricular Activities on Peer Group Culture. *Sociology of Education*, 60(3): 200-213.
- Erickson R. J. and Grove J. C. (2008) Emotional Labor and Health Care. *Sociology Compass* 2 (2): 704-733.
- Francis E., L. (2006) Emotions and Health. In Turner, J. and Stets, J. (Eds.) (2006) *Handbook of the Sociology of Emotions*. NY: Springer. 591-610.
- Francis, L, Kathleen M, and Berger, C., (1999). A Laughing Matter? The Uses of Humor in Medical Interactions. *Motivation and Emotion*, 23: 155-174.
- Glaser, B. and Strauss, A. (1967) *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- Goffman, E. (1959) *The Presentation of Self in Everyday Life*. NY: Doubleday Anchor.
- Goffman, E. (1961) *Encounters: Two Studies in the Sociology of Interaction*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Gordon, S., L. (1981) The Sociology of Sentiments and Emotions. In Rosenberg M. and Turner R., H (1981) (Eds.) *Social Psychology: Sociological Perspectives*. New York. Basic Books. 261-278.
- Halpern, J. (2001) *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. Oxford, NY: Oxford University Press
- Hochschild, A. (1979) Emotion Work, Feeling Rules and Social Structure. *American Journal of Sociology*, 85 (3): 551-75.
- Hochschild, A. (1983) *The Managed Heart: Commercialization of Human Feelings*. Berkeley: University of California Press.

- Homans, C. G. (1961) *Social Behavior: Its Elementary Forms*. NY: Harcourt, Brace and World.
- James, V. and Gabe, J. (2003) *Health and the Sociology of Emotions*, Oxford: Blackwell.
- Kenney, J. S. (2010) *Canadian Victims of Crime: Critical Insights*. Toronto. Canadian Scholars Press.
- Lincoln, Y. S. and Guba, E. G. (1985) *Naturalistic Inquiry*, Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Lively, K. J. (2006) Emotions in the Workplace. In Turner, J. and Stets, J. (Eds.) (2006) *Handbook of the Sociology of Emotions*. NY: Springer. 569-590.
- Lively, K. J. (2000) Reciprocal Emotion Management: Working together to Maintain Stratification in Private Law Firms. *Work and Occupations*, 21: 32° 63.
- Lofland, J. and Lofland, L. (1995) *Analysing Social Settings: A Guide to Qualitative Observation and Analysis*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Maxwell, J. A. (1996) *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. Applied Social Research Methods Series, Vol. 41. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mears A., and Finlay, W. (2005) Not Just a Paper Doll: How Models Manage Bodily Capital and Why They Perform Emotional Labor. *Journal of Contemporary Ethnography*, 34(3): 317-343.
- Miles, M. B. and Huberman, M. A. (1994) *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Thousand Oaks: Sage.
- Patton, M. (2001) *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Peterson, G. (2006) Cultural Theory and Emotions. In Turner, J. and Stets, J. (Eds.) (2006) *Handbook of the Sociology of Emotions*. NY: Springer. 114-134.
- Rafaeli, A. and Sutton, R. (1987) Expression of Emotion as Part of the Work Role. *Academy of Management Review*, 12: 23° 37.
- Rubin, H J. and Rubin L., S. (2005) *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sandelowski, M. (2000) Focus on Research Methods: Whatever Happened to Qualitative Description? *Research in Nursing & Health*, 23:334-340.
- Schweingruber D., and Berns N. (2005) Shaping the Selves of Young Salespeople through Emotion Management. *Journal of Contemporary Ethnography*, 34 (6): 679-706.
- Seery, B. L. (1997) *Four Types of Mothering Emotion Work: Distress Management, Ego Work, Relationship Management, and Pleasure/Enjoyment Work*. Dissertation Abstracts International, The Humanities and Social Sciences, 57(8): 3699.
- Snyder, E. E. and Aamons (1993) Basketball Emotion Work: Getting Psyched to Play. *Qualitative Sociology*, 16(2): 111-132.
- Stokes, A. (1985) *Ministry After Freud*, NY: The Pilgrim Press.
- Strauss, A. and Corbin, J. (1990) *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*, Newbury Park, CA: Sage.
- Thoits, A. P. (1990) Emotional Deviance: Research Agendas, In Kemper, T (Ed.) (1990) *Research Agenda in the Sociology of Emotions*. Albany, NY: SUNY Press. 180-206.
- Thoits, A. P. (1996) Managing the Emotions of Others. *Symbolic Interaction*. 19 (2): 85° 109.
- Turner, J and Stets, J. (2006) *Handbook of the Sociology of Emotions*, NY: Springer.
- Weiss, R. S., (1994) *Learning from Strangers: The Art and Method of Qualitative Interview Studies*. NY: The Free Press.
- Wharton, A., S. (2009) The Sociology of Emotional Labor. *Annual Review of Sociology*, 35: 147-65.
- Wright, M. C. (2000) Chaplaincy in Hospice and Hospital: Findings from a Survey in England and Wales. *Palliative Medicine*, 15: 229-242.