

Identifying Components of Emotional labor Dimensions for Nurses in Relation to Patient Companion

*F. Rahimnia¹, S.M. Hosseini Robot²

1-Professor, Management Department, Faculty of Economic and Administrative Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran .

Email : r-nia@um.ac.ir (Corresponding Author)

2-PhD Candidate in HRM, Faculty of Economic and Administrative Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

Received: 28/06/2016 ; Accepted: 30/01/2017

Extended Abstract

Emotional labor is managing feelings in order to express expected organizational emotion which has two dimensions: surface acting and deep acting. nursing profession is deeply rooted in the concept of emotions. Therefore, the goal of current study is to identify components of emotional labor dimensions for samplar nurses in relation to companions of patients. The current paper was a descriptive research drawing upon the strategy of phenomenology. Semi-structured and deep interviews were used for data collection and Colaizzi approach was used for analysis. All national exemplar nurses of public hospitals of Mashhad made the research population; they were interviewed considering purposeful sampling and its adequacy. Based on the analysis of interviews, 2 sub-categories (emotional silence and emotional visage) for emotional suppression in surface acting dimension and 8 sub-categories (understanding emotional mood of patient companion, considering opinions of patient companion, placing self instead of patient companion, portrayal, justification, suggestion, avoiding emotional conflict, and emotional seclusion) for emotional support, emotional effort, & emotional distance in deep acting dimension were obtained. Findings of the current research has provided valuable insight regarding the emotional labor performed by national exemplar nurses in the research population promoting the quality of patient care and improving life quality as a result.

Introduction

The concept of emotions at workplace have increasingly become more important with overall development of services and competition among

service providers. Created emotions among service agents and customers affect quality evaluations of services, customer retention, and his or her overall view toward the organization. Hence, employees are expected not only to become involved in physical and intellectual labor but also in emotional labor.

Case study

The organization being studied in this research is public hospitals of Mashhad (Imam Reza (PBUH) Hospital, Omolbanin Hospital, Omid Hospital, Dr. Sheikh Hospital, Dr. Ali Shariati Hospital, Taleghani Hospital, Shahid Hasheminezhad Hospital, Kamiab Hospital, Montaserieh Hospital, Ghaem Hospital, Khatemolania (PBUH) Hospital, and Ebnesina Hospital). The sample population is elected country nurses of public hospitals of Mashhad who are annually nominated and introduced.

Materials and Methods

In this research, phenomenology method is applied to identify components of emotional labor dimensions. Research tool is questions discussed within the interview. The first two questions common for interviewees based on surface and deep acting dimensions, as two aspects of emotional labor, were open ended. For surface action dimension, the open ended question was that express the experience in which your true feelings were different from the expected ones in your career; and you suppressed them and showed the expected emotions. For deep acting dimension, the open ended question was that express an experience in which your true feelings were different from expected ones and you could manage your true emotions in a way to become compatible with the expected emotions.

Discussion and Results

Based on the analysis of interviews, 2 sub-categories (emotional silence and emotional visage) for emotional suppression in surface acting dimension and 8 sub-categories (understanding emotional mood of patient companion, considering opinions of patient companion, placing self instead of patient companion, portrayal, justification, suggestion, avoiding emotional conflict, and emotional seclusion) for emotional support, emotional effort, & emotional distance in deep acting dimension were obtained.

Conclusion

Health domain, as an emotional area, is a potential field for surveying emotions in workplace. Emotional labor can be placed as the main part of nursing ability, leading nurses as emotional wizards to be strong enough in communication with patients companions and to support patients in that they feel comfortable.

Keywords: Emotions, Emotional labor, Surface acting, Deep acting

شناسایی مولفه‌های ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران در تعامل با همراهان بیمار

دکتر فریبرز رحیم نیا* - سیده منصوره حسینی رباط**

چکیده

نیروی کار احساسی، مدیریت احساسات به منظور ابراز احساسات مورد انتظار سازمانی است که دارای دو بعد بازیگری ظاهری و بازیگری عمیق می‌باشد. حرفه پرستاری به شدت با مفهوم احساسات عجین شده است. از این رو، هدف اصلی این پژوهش، شناسایی مولفه‌های ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران نمونه کشوری در تعامل با همراهان بیمار است. این مطالعه به صورت کیفی و بر مبنای استراتژی پدیدارشناسی انجام شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته و عمیق و جهت تجزیه و تحلیل آن از رویکرد کلایزی استفاده گردید. جامعه مورد مطالعه پژوهش را کلیه پرستاران نمونه کشوری بیمارستان‌های دولتی مشهد تشکیل دادند که با توجه به نمونه‌گیری هدفمند و کفایت آن مورد مصاحبه قرار گرفتند. از یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، در بعد بازیگری ظاهری، ۲ زیرمولفه «خاموشی احساسی» و «نمای احساسی» برای مولفه «سرکوب احساسی» و در بعد بازیگری عمیق، ۸ زیرمولفه «درک وضعیت احساسی همراهان بیمار»، «توجه به نظرات همراهان بیمار»، «خود را جای همراهان بیمار گذاشتن»، «تصویرسازی»، «توجیه سازی»، «تلقین سازی»، «اجتناب از برخورد احساسی» و «خلوت کردن احساسی» برای ۳ مولفه «حمایت احساسی، تلاش احساسی، فاصله احساسی» پدیدار گردید. یافته‌های این پژوهش بینش ارزشمندی را در مورد نیروی کار احساسی انجام شده توسط پرستاران نمونه کشوری فراهم می‌کند که به ارتقاء کیفیت ارائه خدمات و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک می‌کند.

واژه‌های کلیدی: احساسات، نیروی کار احساسی، بازیگری ظاهری، بازیگری عمیق

* نویسنده مسئول - استاد گروه مدیریت، دانشکده علوم اداری و اقتصادی، دانشگاه فردوسی مشهد r-nia@um.ac.ir

** دانشجوی دکتری مدیریت منابع انسانی، دانشکده علوم اداری و اقتصادی، دانشگاه فردوسی مشهد.

مقدمه

با توسعه کلی اقتصاد خدمات و رقابت فزاینده میان ارائه دهندگان خدمات، مفهوم احساسات^۱ در محل کار اهمیت زیادی پیدا کرده است. احساسات ایجاد شده بین عاملان خدمت و مشتری، روی ارزیابی‌های کیفیت خدمات، حفظ مشتری و نظر کلی وی نسبت به سازمان تأثیر می‌گذارد. لذا از کارکنان انتظار می‌رود، نه تنها در نیروی کار فیزیکی و فکری بلکه همچنین در نیروی کار احساسی^۲ درگیر شوند (Schaubroeck, & Jones, 2000: 171). در این میان، مربوط‌ترین مشاغل مربوط به نیروی کار احساسی آنهاپی هستند که تقاضا برای ابراز یا تجربه احساسی در آنها بیشترین است که از این نظر حرفه پرستاری به دلیل ماهیت تعاملی احساسی خود به شدت با این مفهوم عجین شده است (Finemann, 2008: 95). پرستاران به دلیل ارتباط مستقیم و بیست و چهار ساعته خود با بیماران و همراهان بیمار نسبت به پزشکان و سایر عوامل خدماتی بیشتر درگیر ارتباطات بین فردی با بیمار و همراهان وی می‌باشند، لذا، مدیریت و کنترل احساسات اهمیت زیادی پیدا می‌کند. بولتون^۳ (۲۰۰۱) پرستاران را شعبده بازان احساسی^۴ توصیف می‌کند که نیاز دارند براساس آنچه بیماران و همراهان‌شان از آنها انتظار دارند، احساسات خود را ابراز یا فرونشانند (Bolton, 2001: 89). ابراز احساسات به صورت دو بعد بازیگری ظاهری^۵ و بازیگری عمیق^۶ نشان داده می‌شود (Hochschild, 1993: 442). در حرفه پرستاری با توجه به ارتباط مستقیم آن با سلامت مردم، از پرستاران انتظار می‌رود که نسبت به نحوه برخورد با مردم توجه بیشتری داشته باشند و خوشرویی و آرامش خود را تحت هرگونه شرایط استرس‌زا حفظ کنند و سعی کنند استرس را حتی زمانی که بیمار یا همراهان او ممکن است تندخو و بی‌اعتنا باشد، کنترل و آرام کنند. اهمیت این موضوع در برخی سیاست‌های کلان نظام سلامت کشور نیز مورد توجه قرار گرفته است، بند ۱۳ اهداف

۱- در ادبیات داخلی، Emotion به معانی مختلف هیجان، عاطفه و احساس آورده شده است. در ادبیات خارجی، هوکشیلد (۱۹۷۹) Emotion را هماهنگی بدنی با یک تصویر ذهنی، تفکر و خاطره تعریف می‌کند که افراد از آن آگاه هستند. سپس بیان می‌کند که اصطلاحات Emotion و Feeling را می‌توان به جای یکدیگر به کار برد. بنابراین، در این پژوهش نیز Emotion و Feeling یکسان و به معنای احساس در نظر گرفته شده است.

2- Emotional Labour

3- Bolton

4- Emotional Jugglers

5- Surface Acting

6- Deep Acting

نقشه تحول نظام سلامت کشور به «ارتقاء پاسخگویی نظام ارائه خدمات به نیازهای غیرطبی گیرندگان خدمت» اشاره می‌کند و جنبه‌های مختلف پاسخگویی ارائه دهندگان خدمات سلامت را براساس احترام به شأن افراد، ارتباط شفاف، توجه سریع و کیفیت محیط ارائه خدمات قرار می‌دهد. این هدف از دو جنبه به مفهوم نیروی کار احساسی ارائه دهندگان خدمات سلامت ارتباط پیدا می‌کند. اول این که توجه به نیازهای عاطفی، بعد مهمی از نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت را تشکیل می‌دهد و دوم، نیروی کار احساسی مکانیسم مهمی در جهت تأمین جنبه‌های مختلف پاسخگویی در این هدف یعنی برقراری ارتباطات مؤثر و بهبود کیفیت خدمات در تعامل با بیماران، همراهان، همکاران و سایر عوامل خدماتی است و زمانی پرستاران می‌توانند در راستای این هدف گام بردارند و به ارتقاء پاسخگویی نظام ارائه خدمات سلامت کمک کنند که نحوه ارائه خدماتشان با توجه به نیازهای عاطفی گیرندگان خدمت، در راستای انتظارات سازمانی باشد. بنابراین، از آنجا که تلاش در جهت به کارگیری مدیریت احساس در پرستاران، بدون ایجاد شناخت از اینگونه رفتارها، کاری عبث و بیهوده است و شناخت دقیقی از پدیده نیروی کار احساسی در حوزه‌ی مورد مطالعه وجود ندارد و قوانین مختلف موجود در بیمارستان‌ها تنها بر مبنای راهنمایی‌های اخلاقی (نظیر منشور اخلاق پرستاری، طرح تکریم ارباب رجوع) هستند و نتوانسته‌اند ابعاد مربوط به ابراز احساس مطلوب پرستاران را مورد توجه قرار دهند، پژوهش حاضر درصدد است براساس دو بعد بازیگری ظاهری و بازیگری عمیق به عنوان ابعاد نیروی کار احساسی، مولفه‌های بازیگری ظاهری و بازیگری عمیق پرستاران را شناسایی نماید. همچنین با توجه به جایگاه همراهان بیمار به عنوان مراجعینی که از ابتدای ورود بیمار به بیمارستان با سیستم درمانی در ارتباط هستند و نگرش و ادراکات آنان از کیفیت خدمات دریافتی بر روحیه و فرآیند بهبود بیماران تاثیرگذار است، این هدف در ارتباط با همراهان بیمار مورد شناسایی قرار می‌گیرد. بنابراین، سوال اساسی پژوهش حاضر این است که مولفه‌های ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران کدامند؟

مبانی نظری پژوهش

مفهوم احساسات، همانند خود زندگی احساسی گسترده و متفاوت است. احساس، یک موضوع جدید نیست و در اصل از حدود دو میلیون سال قبل که انسان‌ها بر کره زمین قدم گذاشتند، وجود داشته است (Santo, 2012: 35). با این وجود، گرچه توجه و علاقه به

واژه احساسات یک مشخصه دیرینه است، در طی سال‌های اخیر، مطالعه منظم بر روی احساسات با استفاده از منابع استاندارد و فرآیندهایی برای آشکارسازی آن کمک کرده است که این حوزه به عنوان یک حوزه فعال تحقیقاتی ادامه یابد (Cacioppo, 1999: 194). دیدگاه اجتماعی، بیان می‌کند که احساسات اجتماعی هستند و زمینه‌های فرهنگی را در بر می‌گیرند که در آنجا ابراز یا فرا گرفته می‌شوند (Gabriel, 2000: 345). براساس این دیدگاه، ارتباط میان احساسات و معانی اجتماعی در زندگی روزمره پررنگ است و تمام این فرایندها وارد محیط کار می‌شوند (Finemann, 2008: 101). کاری که با اداره احساسات در محیط کار و نمایش احساسات مناسب یا سرکوب احساسات نامناسب درگیر می‌شود، نیروی کار احساسی نامیده می‌شود (Mann, 1997: 5). هوشکشیلد^۱ (۱۹۸۳) اولین کسی بود که از عبارت نیروی کار احساسی برای رساندن این مفهوم استفاده کرد که احساسات انسان برای تبادل ارزش در یک محیط تجاری به کار گرفته می‌شود. وی بیان می‌کند در سطح سازمانی نیازهایی وجود دارد که سازمان از کارکنان می‌خواهد با نمایش احساسات خاص در هر موقعیت آن‌ها را تأمین کنند. آنگاه کارکنان با بروز این احساسات به عنوان بخشی از خدماتی که به مشتریان ارائه می‌دهند، موجب رضایت مشتری و ایجاد ارزش برای سازمان و در نهایت ایجاد سرمایه و ثروت می‌شوند. زمانی که فرد احساساتی را درک می‌کند که متناسب با احساسات مورد انتظار در موقعیت مورد نظر نیست، می‌تواند به دو صورت عکس العمل نشان دهد. وی می‌تواند احساساتی را ابراز کند که واقعا درک نمی‌کند و احساسات سطحی را نشان دهد (بازیگری ظاهری)، یا همزمان با نحوه ابراز احساسات، احساسات خود را از درون تعدیل و تنظیم کند (بازیگری عمیق). این بازیگری مستلزم این است که فرد فعالانه در حال تغییر وضعیت احساسی خود برای دستیابی به بیان احساس مورد نظر است و روی تغییر برانگیزاننده‌های احساسی کار می‌کند که از طریق تکنیک‌های گوناگون آمیخته شده است (Liu, Prati, Perrewe, & Ferris, 2008, Gross, 1998).

در جمع‌بندی این بخش می‌توان گفت که هوشکشیلد (۱۹۸۳) روشی از درک و دیدن احساسات را به افراد نشان می‌دهد که به عنوان بخشی از ارائه خودشان است. بر این اساس، احساسات تنها واکنش‌های عاطفی نیستند که به صورت خصوصی توسط افراد تجربه شود، بلکه اظهارات اجتماعی از وضعیت احساسی آنان است. افراد براساس موقعیت‌های مختلف

احساسی در محیط کار خود، احساسات خود را در راستای انتظارات سازمانی مدیریت می‌کنند که این انتظارات توسط بازیگری ظاهری یا بازیگری عمیق نشان داده می‌شود. با توجه به جامعه مورد مطالعه این پژوهش که پرستاران است، نیروی کار احساسی براساس تحقیق پیسانیلو، واین فیلد و دلفابرو^۱ (۲۰۱۲) به نقل از استرادینز^۲ (۲۰۰۰) به صورت پاسخ احساسی رفتارهایی برای بهبود در روابط با دیگران تعریف می‌شود (Pisaniello, Winefield & Delfabbro, 2012:582).

پیشینه پژوهش

با توجه به هدف پژوهش حاضر که شناسایی مولفه‌های ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران در تعامل با همراهان بیمار است، پیشینه پژوهش به شرح زیر می‌باشد: ویلیامز (۲۰۱۳) تحقیقی را با عنوان «مطالعه کار احساسی در کار دانشجویان پیراپزشکی»، به روش کیفی با طرحی اکتشافی و مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۸ دانشجوی پیراپزشکی در حال فارغ‌التحصیلی انجام داد. نتایج حاصل از تحلیل محتوای کیفی، سه مولفه را شامل ارتباط برقرار کردن با شغل، مبارزه با احساسات و صحبت کردن درباره آن آشکار ساخت.

استایت (۲۰۰۹) تحقیقی را با عنوان «فوت، همدلی و صیانت نفس: نیروی کار احساسی مراقبت برای خانواده‌های به شدت بیمار در بخش مراقبت ویژه بزرگسالان» با هدف کشف نیروی کار احساسی پرستاران بخش مربوطه انجام داد. این مطالعه با رویکرد پدیدارشناسی و به کمک نمونه‌گیری هدفمند با ۱۲ نفر از پرستاران در حال کار در بخش مراقبت ویژه بزرگسالان، نشان داد که اهمیت فوت، ایجاد اعتماد، دریافت اطلاعات، همدلی، یکدلی و صیانت نفس مولفه‌های نیروی کار احساسی را از دیدگاه پرستاران شکل می‌دهد. استادن (۱۹۹۸) تحقیقی را با عنوان «هوشیاری نسبت به نیازهای دیگران: مطالعه نیروی کار احساسی مراقبت»، انجام داد. در این مطالعه با تلاش برای شناسایی نیروی کار احساسی، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و عمیقی با ۳ پرستار با تجربه انجام شد که نتایج حاصل از رویکرد پدیدارشناسی این بود که مفهوم نیروی کار احساسی در شش بعد تفکیک

1- Pisaniello, Winefield, & Delfabbro

2- Esterandiz

3- Williams

4- Stayt

5- Staden

حوزه خصوصی از عمومی، ابراز مراقبت، خود ابرازی، ارزش و قابلیت رؤیت و مدارا مطرح می‌شود.

فابینوسکا و هالنون (۲۰۱۴) تحقیقی را با عنوان «نیروی کار احساسی در اقدامات کاهش آسیب در ایرلند: مطالعه‌ای اکتشافی»، انجام دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند با ۱۰ نفر از مددکاران اجتماعی مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته‌ای صورت گرفت. نتایج با روش پدیدارشناسی نشان داد که نیروی کار احساسی مددکاران شامل فرایند تجسم حرفه‌گرایی، چابکی همدلانه، عقب نشینی از تجربیات آسیب‌زا و ایجاد جو مراقبت بود.

روش‌شناسی پژوهش

در این پژوهش برای شناسایی مولفه‌های ابعاد نیروی کار احساسی از روش پدیدارشناسی^۲ استفاده شد. هدف پژوهشگر در این راهبرد، درک معنی تجربه به همان صورتی است که فرد تجربه کرده است. از این رو به روشن کردن ساختار یا جوهره تجربه زنده یک پدیده، به منظور پیدا کردن یکپارچگی معنی و توصیف صریح آن می‌پردازد (Tony, 2012: 239). جامعه مورد مطالعه پژوهش را پرستاران نمونه کشوری بیمارستان‌های دولتی مشهد (بیمارستان امام رضا(ع)، بیمارستان ام البنین(س)، بیمارستان امید، بیمارستان دکتر شیخ، بیمارستان دکتر علی شریعتی، بیمارستان سوانح طالقانی، بیمارستان شهید هاشمی نژاد، بیمارستان شهید کامیاب، بیمارستان منتصریه، بیمارستان قائم(عج)، بیمارستان خاتم الانبیاء(ص) و بیمارستان ابن سینا) تشکیل دادند که هر ساله شناسایی و معرفی می‌گردند. نمونه‌های مورد نظر با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. منطق نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب موارد غنی از اطلاعات، یعنی انتخاب مواردی است که امکان مطالعه عمیق را فراهم می‌سازند (Creswell and Clark, 2011). در این روش، محقق در پی افرادی بود که تجربه غنی از موضوع مورد نظر(حداقل ده سال سابقه کار) و همچنین توان بیان و تمایل مشارکت در پژوهش را داشتند. حجم نمونه در مطالعات کیفی قابل پیش‌بینی نیست، در این پژوهش با توجه به اشباع داده‌ها و تنوع نمونه‌ها، داده‌های پانزده شرکت‌کننده مبنای کدگذاری واقع شد. ابزار پژوهش،

1 -Fabianowska & Hanlon

2 -Phenomenology

سوالاتی بود که در جریان مصاحبه مطرح شد. مصاحبه‌ها از نوع نیمه‌ساختاریافته عمیق بودند. ملاحظات اخلاقی از جمله کسب مجوز جهت انجام پژوهش، توضیح اهداف پژوهش و روش‌های مورد استفاده رعایت شد. قبل از مصاحبه، رضایت کامل از مصاحبه‌شوندگان اخذ گردید و به آنان اطمینان لازم جهت محرمانه ماندن اطلاعات و مشخصات اخذ شده از آنان ارائه گردید. اولین سوالات مصاحبه و مشترک بین مصاحبه‌شوندگان با توجه به بعد بازیگری ظاهری و بعد بازیگری عمیق به عنوان ابعاد نیروی کار احساسی، دو سوال باز بود. برای بعد بازیگری ظاهری، سوال باز این بود که "تجربه‌ای را بیان کنید که در آن احساسات واقعی شما با احساسات مورد انتظار شغلتان متفاوت بوده است و شما احساسات واقعی خود را سرکوب کردید و احساسات مورد انتظار را نمایش داده‌اید" و برای بعد بازیگری عمیق سوال باز این بود که "تجربه‌ای را بیان کنید که در آن احساسات واقعی شما با احساسات مورد انتظار شغلتان متفاوت بوده است و شما احساسات واقعی خود را مدیریت کردید تا با احساسات مورد انتظار نمایش داده شده سازگار باشد". پاسخ مصاحبه‌شونده راهنمای سوالات بعدی بود. به مصاحبه‌شونده گفته شد که می‌تواند هر موقعیتی را در ارتباط با کنترل و مدیریت احساسات خود با همراهان بیماران که به ذهنش می‌رسد و در چارچوب سوالات گنجانده نشده است، عنوان نماید زیرا هدف دستیابی به عمق تجربیات آنان بود. همچنین در ادامه از آنان خواسته می‌شد عکس‌العمل خود را در موقعیت موردنظر بیان کنند. جمع‌آوری اطلاعات تا اشیاع داده‌ها ادامه یافت، بدین معنی که مطلب جدیدی به داده‌های جمع‌آوری شده اضافه نشد. تمام مصاحبه‌ها یادداشت و کلمه به کلمه پیاده شد. داده‌ها با رویکرد کلایزی^۱ تجزیه و تحلیل شدند. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها براساس این مدل در هفت مرحله انجام شد. در گام اول: جهت درک محتوای کلی داده‌های ثبت شده، داده‌ها چندین مرتبه خوانده شد (مروری بر تمام داده‌ها). در گام دوم: عبارات، جملات یا پاراگراف‌هایی که مربوط به سوالات پرسیده شده بودند، برجسته و در فایل‌های جداگانه نگهداری شدند (استخراج جملات مهم). در گام سوم: برای هر جمله برجسته شده، یک توصیف کوتاه از معنی پنهان در آن نوشته شد که زیرمولفه‌ها را تشکیل دادند (ایجاد معانی صورت‌بندی شده). در گام چهارم: زیرمولفه‌های به دست آمده در مرحله قبل، در درون دسته‌های مختلف به صورت مولفه قرار گرفتند. تکرار مضامین یکی از شاخص‌های اعتبار است (قراردادن معانی صورت‌بندی شده در داخل دسته‌ها و شکل دادن مضامین). در گام

پنجم: مفاهیم کلیدی داده‌ها به صورت خلاصه‌ای توصیف شدند (ایجاد یک توصیف روایتی مختصر). در گام ششم: نتایج برای برخی مصاحبه‌شوندگان شرح داده شد و نظرات و واکنش‌های آنها اخذ گردید (بازگشت به منظور تعیین اعتبار) و در گام هفتم: فعالیت‌های روزانه فرایند پژوهش به صورت گزارشی کتبی نوشته و تجربه محقق در برخورد با مصاحبه‌شوندگان ثبت شد (تعیین قابلیت پیگیری) (Shosha, 2012: 1902).

براساس نظر گوبا و لینکلن^۱ (۱۹۹۴)، چهار معیار اعتبار، انتقال پذیری، اطمینان پذیری و تأیید پذیری جهت قضاوت درباره دقت علمی پژوهش به کار گرفته شد. برای قابلیت اعتبار، درگیری طولانی مدت محقق با موضوع تحقیق و همچنین تأیید یافته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان صورت گرفت که یافته‌ها بیانگر تجارب حقیقی و درست آنها باشد. در انتقال‌پذیری سعی شد تا گزارشی کامل و دقیق از جزئیات شرایط پژوهش و ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان بیان شود. برای قابلیت اعتماد، گزیده‌هایی از متن مصاحبه به همراه کدها و طبقات پدیدار شده در اختیار سه نفر از اساتید مطلع و آگاه به تحقیقات کیفی قرار گرفت که مراحل پژوهش را بازنگری و نتایج را تأیید نمودند. برای قابلیت تأیید نیز محقق سعی کرد که پیش‌فرض‌های مدنظر خود را در روند گردآوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها دخالت ندهد و همه جزئیات را در تمامی مراحل به دقت یادداشت و ثبت کند. لذا با توجه به مرور و بازبینی دقیق و چندین باره داده‌ها، تفسیرها و یافته‌های پژوهش مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش، ۱۵ نفر از پرستاران نمونه کشوری بیمارستان‌های دولتی مشهد که از نظر محل خدمت هریک در یکی از بخش‌های تخصصی این بیمارستان‌ها مشغول بودند، مشارکت داشتند. از نظر جنسیتی، ۱۰ نفر زن و ۵ نفر مرد بودند که در محدوده سنی ۴۰ تا ۵۰ سال قرار داشتند و میانگین سابقه کاری آنان ۲۰ سال بود. یافته‌های نهایی پژوهش در بعد بازیگری ظاهری، مولفه «سرکوب احساسی» با ۲ زیرمولفه و در بعد بازیگری عمیق، مولفه‌های «حمایت احساسی، تلاش احساسی، فاصله احساسی» با ۸ زیرمولفه پدیدار شدند. بر مبنای روش تجزیه و تحلیل داده‌ها (Colaizzi)، یک نمونه از روند استقرایی احصاء مولفه‌ها از واحدهای معنایی در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: یک نمونه از روند استقرایی احصاء مولفه‌ها از واحدهای معنایی
(مولفه سرکوب احساسی)

بعد بازیگری ظاهری			
مولفه	زیرمولفه	واحد معنایی فشرده	واحد معنایی
سرکوب احساسی	خاموشی احساسی	• سکوت کردن • بی توجه نشان دادن	<p>"...همه موقعیت‌ها مثل همه من فکر میکنم حتی آگه موجب ناراحتیت بشه به خاطر انتظاری که از تو به عنوان یک پرستار دارن نباید چیزی بگی..."</p> <p>"...تو این سی سال سابقه در مورد همراهان بیمار موارد داد و بیداد و توهین خیلی داشتم، گاهی که به شدت از رفتارشون هم ناراحت بودم ولی جووری نشون دادم انگار این طرز برخورد اهمیت نداره برام..."</p>
	نمای احساسی	• حفظ روحیه • خوشرویی • وانمود کردن	<p>"...به چیزی که فکر میکنم در ارتباط با همه همراهای مهمه، حفظ کردن روحیمونه. پرستار باید بتونه تحت هر شرایطی که شده روحیشو حفظ کنه حتی اگر فشار زیادی باشه..."</p> <p>"...پرستاری که نمونه میشه باید تمام رفتارهاش برای دیگران الگو باشه، بارها در موقعیت‌های زیادی پیش آمده شرایط سخت بوده ولی تونستم با لبی خندون و چهره‌ای گشاده کنترل کنم..."</p> <p>"...ما هر روزه اینجا موارد زیادی از بیمارانی رو داریم که درسته برای ما طبیعی شده و در واقعیت خیلی متاثرکننده نبوده ولی مجبور بودم حداقل جلوی همراهی بیمار جور دیگه‌ای باشم..."</p>

گام‌های مطرح شده فوق، به طریقی مشابه برای احصاء سایر مولفه‌ها، به کار گرفته شد. نتایج حاصل در ادامه آورده شده است.

۱. محتوای بعد بازیگری ظاهری

بازیگری ظاهری، کنترل احساس با نمایش احساسی و حالات قابل مشاهده فرد است (Peart, Roan & Ashkanasy, 2012: 283). پرستاران در روابط با همراهان بیمار در موقعیت‌هایی قرار می‌گیرند که براساس انتظارات سازمانی نمی‌توانند احساسات واقعی خود را نشان دهند، لذا، تجربه ناهمسانی احساسی را درک می‌کنند که به صورت بازیگری

ظاهری نمود پیدا می‌کند. در بعد بازیگری ظاهری، مولفه‌ی «سرکوب احساسی» پدیدار شد.

۱-۱. سرکوب احساسی

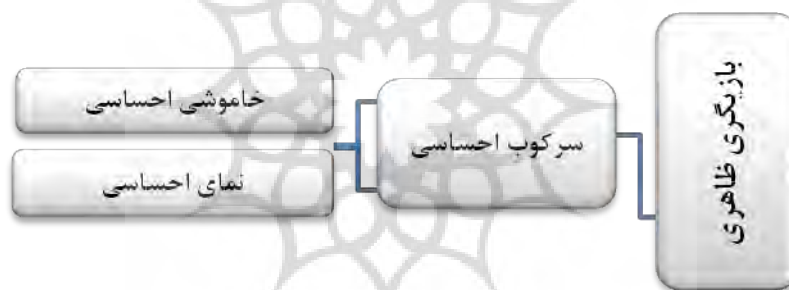
سرکوب احساسی، کوشش برای کاهش یا جلوگیری از ابراز احساس یا تجربه ذهنی احساس است. برخی پرستاران مورد مصاحبه بیان کردند که در موقعیت‌های مختلف به منظور ابراز احساسات مورد انتظار، با نوعی بی‌اعتنایی به احساسات درونی خود، عکس‌العمل نشان دادند. زیرمولفه‌های سرکوب احساسی به صورت «خاموشی احساسی» و «نمای احساسی» شناسایی شد.

الف: خاموشی احساسی: خاموشی احساسی، عدم نمایش احساسات درونی به منظور ابراز احساسات مورد انتظار سازمانی است. سکوت کردن به عنوان عاملی برای خاموشی احساسی بیان شد که برخی پرستاران به آن اذعان داشتند. یکی از پرستاران اینگونه بیان کرد: «... بارها شده مادر بچه‌ای که فوت کرده با داد و بیداد محیط بخش رو به هم ریخته، اون لحظه فقط سکوت کردم و چیزی نگفتم...» یا پرستار دیگری سکوت کردن را به خاطر مؤقتیت شغلی اینگونه مطرح می‌کند: «...همه مؤقتیت‌ها مثل همه. من فکر میکنم حتی اگه موجب ناراحتیت بشه به خاطر انتظاری که از تو به عنوان یک پرستار دارن نباید چیزی بگی...» بی‌توجه نشان دادن نیز زمینه خاموشی احساسی مطرح شد: «...با اینجور همراهی‌های بیمار که هیچ جوری همیشه باهاشون راه اومد تنها کاری که تونستم انجام بدم اینه که حساسیت نشون ندم...» یا پرستار دیگری بیان کرد: «...تو این سی سال سابقه، در مورد همراهان بیمار موارد داد و بیداد و توهین خیلی داشتم، گاهی که به شدت از رفتارشون هم ناراحت بودم ولی جوری نشون دادم انگار این طرز برخورد اهمیت نداره برام...»

ب: نمای احساسی: این مولفه توانایی بروز احساسی است که فرد در واقعیت آن را احساس نمی‌کند. برخی از پرستاران اذعان نمودند که در موقعیت‌های مختلف ارتباط با همراهان بیمار که در مواجهه با شرایط استرس‌زا بوده است، از نمای دیگری در جهت پنهان نمودن احساسات درونی خود استفاده کردند. حفظ روحیه یکی از عوامل نمای احساسی مطرح شد که برخی پرستاران به آن اشاره داشتند. یکی از پرستاران بیان کرد: «...بعد مدتی کم کم به این وضعیت می‌رسید که نباید به لحاظ احساسی خیلی خودتونو درگیر نشون بدید. نباید جلوی همراهی بیمار طوری جلوه کنی که ضعیف هستی یا استرس داری یا شبیه این. چون همراهی‌ها از ما انتظار دیدن اینجور رفتار رو ندارن...» یا پرستار دیگری

مطرح کرد: "...یه چیزی که فکر میکنم در ارتباط با همه همراهی‌ها مهمه، حفظ کردن روحیمونه. پرستار باید بتونه تحت هر شرایطی که شده روحیشو حفظ کنه حتی اگر فشار زیادی روش باشه..."

پرستار دیگری درباره نمای خوشرویی در ارتباط با همراهان بیمار بیان کرد: "...پرستاری که نمونه میشه باید تمام رفتارهاش برای دیگران الگو باشه، بارها در موقعیت‌های زیادی پیش آمده که شرایط سخت بوده ولی تونستم با لبی خندون و چهره‌ای گشاده کنترل کنم..." در ارتباط با نمای وانمود کردن، یکی از مشارکت‌کنندگان اذعان داشت: "...ما هر روزه اینجا موارد زیادی از بیمارانی رو داریم که درسته برای ما طبیعی شده و در واقعیت خیلی متأثرکننده نبوده ولی مجبور بودم حداقل جلوی همراهی بیمار جور دیگه ای باشم..." نمودار ۱، مولفه بعد بازیگری ظاهری پرستاران را در تعامل با همراهان بیمار نشان می‌دهد.



نمودار ۱: مولفه بعد بازیگری ظاهری پرستاران در تعامل با همراهان بیمار

۲. محتوای بعد بازیگری عمیق

بازیگری عمیق، پیشرفت کنترل تفکرات درونی و احساسات برای وفادار ماندن به قوانین حکم‌کننده سازمانی است که بازیگر تلاش می‌کند تا احساسات درونی خود را در جهت ارائه نمایش‌های ضروری تغییر دهد (Santo, 2012:47). در این پژوهش، در بعد بازیگری عمیق، مولفه‌های «حمایت احساسی، تلاش احساسی، فاصله احساسی» با ۸ زیرمولفه پدیدار شدند.

۲-۱. حمایت احساسی

حمایت احساسی، به معنای همراهی کردن است که از نظر احساسی در ارتباط با همراهان بیمار صورت می‌گیرد. این مولفه به صورت "درک وضعیت احساسی همراهان بیمار"، "توجه به نظرات همراهان بیمار" و "خود را جای همراهان بیمار گذاشتن" احصاء شد.

الف: درک وضعیت احساسی همراهان بیمار: این زیرمولفه به نوعی فهم همراهان بیمار از نظر احساسی است که منجر به مدیریت احساسات در پرستار می‌شود. یکی از عوامل زمینه‌ساز درک وضعیت احساسی همراهان بیمار، حق دادن به وی است که یکی از پرستاران اذعان داشت: "...گاهی بعضی همراهی‌ها که بخصوص تازه میان اینجا شروع می‌کنن به سروصدا و به هم زدن آرامش بخش و گاهی بی حرمتی به ما و همکاران. خوب معمولاً تو اینجور موقعیت‌ها حق رو همیشه دادم به همراه بیمار و سرزنشش نکردم..."

ب: توجه به نظرات همراهان بیمار: این زیرمولفه بیانگر گوش دادن به انتقادات و پیشنهادهایی است که همراهان بیمار نسبت به وضعیت مورد نظر دارند. آرام کردن یکی از راهبردهایی است که برخی پرستاران اذعان داشتند که در این موقعیت‌ها به کار می‌برند. یکی از پرستاران بیان کرد: "...بیماری داشتم که به دلیل عفونت شدید باید در اتاق ایزوله بستری می‌شد. همراهی بیمار شروع کرد به سرو صدا که چرا اتاق جدا، چرا اینجوری و... این جور مواقع سعی می‌کنم هر چی می‌گه گوش کنم و آرامش کنم..." یا پرستار دیگری مطرح کرد: "... مادرهایی هستند که به دلایل مختلف وقتی تحت فشارن یا هر چیز دیگه‌ای به شدت درگیر میشن، سعی می‌کنم همیشه به جای جبهه گرفتن در مقابلشون، ببینم چی شده و چرا اینطوری رفتار میکنه. باهاش حرف می‌زنم تا آرام بشه..."

ج: خود را جای همراهان بیمار گذاشتن: این زیرمولفه، بیانگر نگرستن به موقعیت از دریچه چشم همراهی بیمار است. یکی از پرستاران در این باره بیان کرد: "...سعی میکنم که خودمو به جای طرف مقابلم قرار بدم شاید تو شرایطی هست که با همه استرس و نگرانی نمیتونه غیر از عصبانیت چیز دیگه‌ای رو بروز بده، مثلاً تصادفی برای عزیزش پیش اومده واقعا اون شرایط طبیعی که اون برخورد رو داشته باشه، میگم منم اگر به جای اون بودم ممکن بود همینجور رفتار میکردم چون سردرگمه نمی‌دونه بیمارش چی میشه..."

یکی دیگر از پرستاران، با تاکید بر تجربه مشترک قبلی داشتن در موقعیت همراهی بیمار بیان کرد: "... من خودم یکی از بستگان نزدیکم بیمار شد و مجبور بودم چند روزی در کنارش باشم. تو اون شرایط، سختی نشستن در کنار بیمار، استرس و بیدار خوابی‌ها،

سروصدهای بخش و درگیری بین بیماران و همراهی‌های دیگه و خیلی چیزای دیگه به من فهموند واقعا این همراهی‌ها چه می‌کشن...“ یا پرستار دیگری در بخش اطفال بیان کرد: ”...در مورد رگ گیری بچه‌ها بارها شده به مادر بچه گفتم که ببین خودم بچه کوچیک دارم دلم نمی‌خواد ولی مجبورم برای درمانش از این سرنگ استفاده کنم، مطمئن باش من پرستار مثل تو مادر ناراحت میشم...“

۲-۲. تلاش احساسی

این مولفه به معنای کوشش برای تغییر برانگیزاننده‌های احساسی در حین کار است که از این طریق احساسات درونی در جهت ابراز احساسات مورد انتظار قرار می‌گیرد. زیرمولفه‌های این مولفه به صورت ” تصویرسازی“، ” توجیه سازی“ و ” تلقین سازی“ شناسایی شد.

الف: تصویرسازی: این مولفه به تصور ذهنی فرد در کنترل یک موقعیت چالش برانگیز احساسی ارجاع دارد. برخی پرستاران به داشتن تصور ذهنی مثبت و دیدن جنبه‌های مثبت یک رویداد اشاره کردند. برای مثال یکی از پرستاران بخش زنان اینطور بیان کرد: ”...من فکر میکنم که این کار استرس آورده اما بیشتر که فکر میکنی افتخارآمیزه. همراهی با مادری که می‌خواد بچه مردشو ببینه، عکس گرفتن از اون بچه و یادآوری خاطرات بچه به مادرش سخت ترین اما در عین حال راضی‌کننده‌ترین کمک به اوناست...“

ب: توجیه سازی: این زیرمولفه بیانگر برانگیختن احساسات با یک دلیل قابل درک است که چرا افراد اینطور رفتار می‌کنند. یکی از پرستاران در بیان تجربه خود در این باره بیان کرد: ”... اینجا زیاد پیش اومده که همراهی بیماری که از شهرستان اومده یا به هر دلیلی اطلاع لازم رو نداشته، شروع کرده به شکایت که شما اینجا چکار میکنید، یک سری از بیمار ما نمیزنید و سروصدا کرده. خوب تو اینجور وقتا به خودم میگم این بنده خدا اطلاع نداره که ما از طریق مانیتور داریم اوضاع بیماران رو کنترل میکنیم و دست خودش نیست. برای همین خیلی آروم سعی کردم کنترلش کنم و بهش گفتم که این مانیتور به مانیتور اتاق بیمار شما وصله و ما همزمان داریم وضعیت بیمار رو کنترل میکنیم. اگر بازهم متوجه نمیشده، دو سه باری حضوری رفتیم از بیمارش سر زدیم...“

ج: تلقین سازی: تکرار صداهایی از درون خود فرد که به ایجاد احساسات ضروری در یک موقعیت ویژه کمک می‌کند. برخی مشارکت‌کنندگان به این موضوع در ارتباط با همراهان بیمار اشاره داشتند. به عنوان نمونه یکی از پرستاران در بخش اورژانس اذعان داشت: ”...تو بخش ما شرایط بیماران واقعا متفاوت، بیمار در شرایط خاصی قرار داره که باید خیلی سریع

و بدون از دست دادن زمان درمانش شروع بشه. همراهی هم به شدت عصبی و نگرانانه. خوب واقعا یه لحظاتی ترسیدم موندم چی میشه ولی همیشه به خودم میگم من آروم...”

۲-۳. فاصله احساسی

این مولفه بیانگر کناره‌گیری از موقعیتی است که موجب بروز احساسات ناخوشایند در فرد شده است تا فرد بتواند احساسات درونی خود را اصلاح و تعدیل کند. در این پژوهش این مفهوم به صورت “اجتناب از برخورد احساسی” و “خلوت کردن احساسی” احصاء شد.

الف: اجتناب از برخورد احساسی: این زیرمولفه به مفهوم پیش‌بینی وضعیت احساسی آینده و دوری از قرار گرفتن در موقعیت مورد نظر است. یکی از پرستاران بیان کرد: “...بیماری داشتیم در بخش اورژانس با همراهی‌های فوق‌العاده استرسی. بیمار هنوز روی تخت سی تی اسکن جابه جا نشده بود، متوجه شدیم فوت کرده، می‌دونستم که با این حجم همراهی و شرایطی که هست مطمئنا درگیری ایجاد میشه، این بود که از پزشک مربوطه خواستم که همراهی‌ها رو در جریان بگذاره...” یا پرستار دیگری مطرح کرد: “...بارها شده تو موقعیتی که از رفتار همراهی بیمار ناراحت شدم به یک بهونه‌ای اون لحظه از اتاق اومدم بیرون تا این ناراحتی از برخورد همراهی، روی انجام وظایفم نسبت به بیمار تأثیر منفی نذاره...”

ب: خلوت کردن احساسی: این زیرمولفه بیانگر نوعی گفتگوی درونی فرد با خود است که از نظر احساسی، احساسات درونی خود را کنترل و بهتر بتواند احساسات مورد انتظار را ابراز نماید. آماده‌سازی یکی از عوامل زمینه‌ساز خلوت کردن احساسی است که کلید اطمینان از درگیری پرستاران در فضای احساسی مناسب است. یکی از پرستاران، راز و نیاز کردن را یکی از عوامل زمینه‌ساز خلوت کردن احساسی شمرد و بیان کرد: “...من بیشتر اوقات فقط با خلوت کردن و راز و نیاز با خدا تونستم روابطمو بخصوص در ارتباط با همراهمان بیمار مدیریت کنم...” یا پرستار دیگری اذعان داشت: “... بهرحال همراهی بیمار به اندازه همان بیمار درد و رنج میکشه. آرامش داشتن در تمام مراحل لازمه کاره. من خودم این آرامش رو از خلوت کردن با خودم به دست میارم...”

نمودار ۲، مولفه‌های بعد بازیگری عمیق پرستاران را در تعامل با همراهان بیمار نشان می‌دهد.



نمودار ۲: مولفه‌های بعد بازیگری عمیق پرستاران در تعامل با همراهان بیمار

بحث و نتیجه‌گیری

بیمارستان‌های دولتی با افزایش بحران پرستاری روبرو هستند. این شرایط، محققان را بر می‌انگیزد تا ابعاد مختلف حرفه پرستاری و ویژگی‌های سازمانی ساختارهای حرفه سلامت را بیشتر مورد توجه قرار دهند. پژوهش حاضر به مدیریت احساسات پرستاران در ارتباط با همراهان بیماران با در نظر گرفتن آن به عنوان یک مولفه ضروری حرفه‌ای پرداخت. نیروی کار احساسی به عنوان مولفه قابل توجه حرفه پرستاری، مدیریت احساسات به منظور ابزار نمایش احساسی مورد انتظار سازمان شناخته می‌شود. نقش پرستار، حمایت مردم در زمانی است که پریشان و رنج دیده و در حال فوت هستند (*Hawkins Howard and Oybode, 2007:570*) پرستاران تماس‌های نزدیک خود با بیماران و خانواده‌هایشان را در بیمارستان‌ها بخصوص در بخش‌های بستری حفظ می‌کنند. آنها در کنار کارهای روزمره مراقبت، نقش کلیدی در مدیریت روابط خوب، حفظ تصویر حرفه‌ای خدمات پزشکی و نظارت بر خواسته‌های روحی بیماران و همراهان بیمار ایفا می‌کنند (*Li*

(Gao, Shen & Liu, 2014: 698). مکینتاش^۱ (۲۰۰۷) ادعا می‌کند توانایی ورود به نقش مراقب، مستلزم شناخت احساسات فردی و احساسات دیگران است که مکانیزم محافظتی برای پرستار می‌باشد (Mackintosh, 2007: 988). هرچند که برخی از محققان (de Raeve, 2002; Mann, 2005)، پیاده‌سازی جریان اصلی تئوری نیروی کار احساسی را برای پرستاری مورد نقد قرار دادند و پیشنهاد کردند که بخش مشخصی از تعاملات کارکنان مراقبت سلامت مستلزم مدل جداگانه‌ای از نیروی کار احساسی است، با این وجود، کاربرد گسترده پیشین و ارتباط تئوری نیروی کار احساسی به تعداد زیادی از مؤلفیتهای کاری مثل مراقبت از سلامت نشان داده شد که این مباحث هنوز باید مورد بررسی قرار گیرند (Theodosius, 2008). پژوهش حاضر با این دیدگاه انجام شد که اگر پدیده‌ای در بستر وقوع و با نگاه کسانی که آن را تجربه می‌کنند، مورد تفحص و واکاوی قرار گیرد، می‌تواند بسیاری از زوایای پنهان آن را آشکار و ضمن تسهیل شرایط برای پژوهش‌های آتی، دانش و بصیرت جدیدی را فراهم سازد. هدف این پژوهش شناسایی مولفه‌های ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران نمونه کشوری در تعامل با همراهان بیمار بود که نتایج این پژوهش دربرگیرنده مضامینی است که مولفه‌ها و زیرمولفه‌های ابعاد بازیگری ظاهری و بازیگری عمیق پرستاران برگزیده کشوری را در بیمارستان‌های دولتی مشهد در تعامل با همراهان بیمار نشان می‌دهد. براساس تجربه و تحلیل مصاحبه‌ها، در بعد بازیگری ظاهری، مولفه «سرکوب احساسی» با ۲ زیرمولفه و در بعد بازیگری عمیق، مولفه‌های «حمایت احساسی، تلاش احساسی، فاصله احساسی» با ۸ زیرمولفه پدیدار شدند. نمودار ۳، مولفه‌های ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران را در تعامل با همراهان بیمار نشان می‌دهد.



نمودار ۳: مولفه‌های ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران در تعامل با همراهان بیمار

تحلیل نمایشی گافمن (۱۹۵۹) به عنوان روش بازیگری (اصطلاحی که توسط کارگردان تئاتر به نام استانیسلاوسکی^۱ در ۱۹۶۵ مطرح شد) توسعه یافت. در این مفهوم، نقش توسط بازیگر با تغییر حقیقی آنچه او احساس می‌کند که بخشی از آن است، ایفا می‌شود (Hochschild, 1983). سپس این مفهوم در محیط کار ترجمه شد. کارکنان دستورالعمل یا تجربه گذشته را به کار می‌گیرند تا احساسات مورد نیاز را در زمانی که با موقعیت سازگار نیست، به تصویر بکشند (Kruml & Geddes, 2000, 27). در این حالت، نیروی کار احساسی به دو صورت دیده می‌شود. بعد اول، بازیگری ظاهری است. بازیگری ظاهری نوعی تنظیم احساس مبتنی بر پاسخ است که مطابق با احساسات واقعی فرد نیست، بلکه به کنترل احساس با نمایش احساسی ارجاع دارد. هدف کارکنان از

1 -Stanislavski

بازیگری ظاهری، قرار گرفتن در مسیر قوانین نمایش سازمانی است، در حالی که احساسات درونی غیرقابل تغییر باقی می‌مانند (Kruml & Geddes, 2000:10). هوکشیلد (۲۰۰۳) بازیگری ظاهری را عامل کلیدی برای کار بخش دولتی و حفظ رفتار مناسب نشان می‌دهد. در بعد بازیگری ظاهری، مولفه احصاء شده حوزه پرستاری «سرکوب احساسی» است که زمانی ایجاد می‌شود که افراد احساسات واقعی خود را نشان نمی‌دهند. این سرکوب در بین پرستاران به صورت خاموشی احساسی و نمای احساسی پدیدار شد. در خاموشی احساسی، فرد احساساتی را بروز نمی‌دهد و در نمای احساسی، فرد احساساتی را بروز می‌دهد که در درون فرد واقعیت ندارد. بر مبنای گفتگو با پرستاران، این مولفه یکی از مهمترین ابزارهای برقراری ارتباط پرستاران در روابط خود با همراهان بیماران شناسایی شد. پرستاران اذعان داشتند که در برخی اوقات شرایط به گونه‌ای است که لازم است آنها در ارتباطات خود با همراهان بیماران از نظر احساسی مقاومت کنند و احساس درونی خود را نشان ندهند. بویلی^۱ (۲۰۰۵) و استین و همکاران^۲ (۱۹۹۷) دریافتند که حرفه پرستاری با خودکنترلی و تحمل درد و سختی بدون ابراز شکایت عجین شده است که همین بروز احساسات واقعی را در آنان محدود می‌سازد (Williams, 2013:514). بولتون (۲۰۰۰) و گارل، اتینی، بلوندل و دومرگو^۳ (۲۰۰۷) نیز شواهد روشنی بر بازیگری ظاهری در توصیفات خود از این که چگونه پرستاران احساس ناراحتی را در زمان مواجهه با ناهنجاری‌ها و مرگ جنینی پوشش می‌دادند، ارائه نمودند.

بعد دوم نیروی کار احساسی، بازیگری عمیق است. بازیگری عمیق وقتی انجام می‌شود که افراد احساسات واقعی‌شان را تنظیم می‌کنند یا ارزیابی‌شان را از موقعیت تغییر می‌دهند. این بازیگری مستلزم این است که فرد فعالانه در حال تغییر وضعیت احساسی خود برای دستیابی به بیان احساس مورد نظر است (Yanchus, Eby, Lance, & Drollinger, 2010). بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، «حمایت احساسی» یکی از مولفه‌های بعد بازیگری عمیق مطرح شد که با درک وضعیت احساسی همراهان بیمار، توجه به نظرات همراهان بیمار و خود را جای همراهان بیمار گذاشتن، مفهوم‌سازی شد. درک احساسات دیگران به عنوان نوعی مکانیسم در ساخت منابع احیاء شده تأثیر دارد که نقش یک چرخه

1- Boyle

2- Steen et al

3- Gareil, Etienne, Blondel & Dommergues

با فضیلت را که با بازیگری عمیق ایجاد و حفظ شده است، ایفا می‌کند (Dent, Burke, & Green, 1991). هنگامی که یک پرستار احساسات و انتظارات همراهان بیمار را درک کند، احساساتی را بر می‌انگیزد که در واقعیت درک شده‌اند و بدین ترتیب، تعاملات اجتماعی را تسهیل می‌بخشد و عملکرد را بهتر می‌کند (Zyphur, 2007:108). بر مبنای مطالعات مختلف، برای مدیریت احساسات دیگران، درک دقیق احساسات آنان یک پیش‌نیاز مهم است که این عامل به طور مستقیم با روانشناسی ارتباطات و ادبیات همدلی سازگار است (Kramer & Hess, 2002; Hojat, 2007). بولتون (۱۹۷۹) در مطالعه خود، همدلی را به عنوان داشتن درک دقیق احساسات و افکار شخصی دیگران ضمن حفظ جدایی از وی ذکر کرده است. به اعتقاد کانیکو، سارتوری، ماروگنولی و مینیگینی^۱ (۲۰۱۲)، همدلی در واقع نوعی تجربه احساسی توسط پرستار بوده که بیانگر نگرشی مثبت نسبت به آن است و برای کیفیت خوب مراقبت، پذیرش و رضایت بیماران اهمیت دارد.

«تلاش احساسی» به عنوان مولفه دیگر احصاء شده در بازیگری عمیق پرستاران، دربرگیرنده کوشش برای تغییر تفکرات درونی در جهت اصلاح و تعدیل احساسات درونی و ابراز احساسات مورد انتظار سازمانی است. این تلاش به صورت تصویرسازی، توجیه‌سازی و تلقین‌سازی شناسایی شد. تصویرسازی، تصور ذهنی فرد در کنترل یک موقعیت چالش برانگیز احساسی را نشان می‌دهد. توجیه‌سازی، برانگیختن احساسات با یک دلیل قابل درک است که چرا افراد اینطور رفتار می‌کنند و تلقین‌سازی، تکرار صداهایی از درون خود فرد است که به ایجاد احساسات ضروری در یک موقعیت ویژه کمک می‌کند. در حقیقت، برای رعایت انتظارات و تصاویر حرفه‌ای پرستاری، پرستاران نمونه مورد مصاحبه اذعان داشتند که از ظرفیت افکار و احساسات خود به منظور ایجاد تصاویر ذهنی مثبت در برقراری روابط سازنده با همراهان بیمار استفاده می‌کنند. در واقع این که پرستاران با قرار گرفتن در جایگاه حرفه‌ای خود، علی‌رغم فشارها و استرس‌های محیط کار انتخاب می‌کنند که موقعیت را طوری درک کنند که احساسات ناخوشایند و منفی را از خود دور کنند، علاوه بر این که نشان دهنده رعایت انتظارات سازمانی است، تجلی‌گر فلسفه اخلاق پرستاری نیز می‌باشد. هوکشیلد (۱۹۸۳) نیز در مطالعه خود با اشاره به مثبت اندیشی بیان می‌کند، یک پرستار ممکن است از تفکر مثبت در رابطه با یک همراهی مشکل‌ساز، همانند کودکی به

1- Cunico, Sartori, Marognolli & Meneghini

وی نگاه کند که احتمالاً ترسیده و در نتیجه مسئول رفتارش نیست (*Hochschild, 1983: 447*).

«فاصله احساسی» به عنوان مولفه نهایی پدیدار شده در بعد بازیگری عمیق، به صورت اجتناب از برخورد احساسی و خلوت کردن احساسی شناسایی شد که بیانگر کناره‌گیری از مؤقعیتی است که موجب بروز احساسات ناخوشایند در فرد شده است تا فرد بتواند احساسات درونی خود را اصلاح کند. پرستاران مورد مطالعه اذعان داشتند که از فاصله احساسی به عنوان یک مهلت برای مقابله با عوامل استرس‌زا در روابط خود با همراهان بیماران استفاده می‌کنند. فرصت‌هایی که از آن بهره می‌برند تا کاری را انجام دهند که احساسات درونی‌شان تعدیل شود، در حالی که دیگران به طور موقت مسئولیت آنها را به عهده می‌گیرند. گراندی (۲۰۰۰) در مطالعه خود بیان می‌کند که کارکنان از جا به جا شدن و تغییر مکان برای مقابله با عوامل استرس‌زا در محیط کار خود استفاده می‌کنند (*Grandey, 2003:88*). طبق نظریه کنش (*Zapf et al, 1999*) وجود استقلال شغلی و حمایت اجتماعی در محیط کار از طریق فراهم ساختن فرصت‌های استراحت، باعث می‌شود ناهمسانی احساسی به شدت کاهش پیدا کند و از کیفیت خدمات ارائه شده کاسته نشود.

در جمع‌بندی می‌توان گفت، حوزه سلامت به عنوان قلمرو احساسی زمینه مستعدی برای بررسی احساسات در محیط کار است. نیروی کار احساسی می‌تواند به عنوان بخش اصلی توانمندی پرستاری قرار گیرد که پرستاران را به عنوان شعبده‌بازان احساسی هدایت می‌کند که به اندازه کافی در ارتباط با همراهان بیماران قوی باشند تا از آنها حمایت کنند و آنها احساس راحتی داشته باشند. این انتظارات توسط سازمان و تصاویر متعارف از پرستاری شکل می‌گیرد. لذا، اگر پرستاران بتوانند از قضاوت خود برای کنترل تعاملات با همراهان بیماران و از آنچه به سبک هدفمند و کنترل شده‌ای که احساس می‌کنند، استفاده کنند، مشخص است که همراهان بیمار نیز از طریق احساس مثبت خود از امکانات و خدمات درمانی دریافتی و رضایتمندی بیمار از مراقبت صورت پذیرفته توسط پرستاران، به عنوان مبلغ سازمان عمل می‌کنند و منجر به حفظ و ارتقاء تصویر سازمان در جامعه می‌گردند. در پایان پیشنهاد می‌شود با توجه به این که مولفه‌های ابعاد نیروی کار احساسی احصاء شده در این پژوهش در رفتار پرستاران برگزیده کشوری بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد نمود یافته است، لذا سایر پرستاران نیز می‌توانند با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر از رفتار

همکاران برگزیده خود در زمینه مدیریت احساسات پیروی کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود حوزه مدیریت منابع انسانی بیمارستان با بهره‌گیری از مولفه‌های ابعاد نیروی کار احساسی پژوهش حاضر، به تدوین شاخص‌هایی در خصوص غربال نیروی کار احساسی پرستاران بپردازد و از نتایج آن در جهت ارتقاء پرستاران در سلسله مراتب پرستاری سازمان استفاده نماید.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

References

- 1-Ashforth, B. E., & Humphrey, R. H. (1995). Emotion in the workplace: A reappraisal. *Human Relations*, 48, 97-124.
- 2-Bolton S. C. (2001). Changing Faces: Nurses as Emotional Jugglers. *Sociology of Health and Illness*, 23(1), 85° 100.
- 3-Bolton, S. C. (2000a). Emotion here, emotion there, emotional organisations everywhere. *Critical Perspectives on Accounting*, 11, 155-171.
- 4-Benozzo, A., Colley, H. (2012). Emotion and learning in the workplace: critical perspectives. *Journal of Workplace Learning*, 24(5), 304-316.
- 5-Creswell J. W, Plano Clark V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- 6-Cacioppo, J. T. (1999) Emotion. *Annual Review of Psychology*, 50, 191-214.
- 7-Cunico, L., Sartori, R., Marognolli, O., & Meneghini, A. M. (2012). Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. *Journal of clinical nursing*, 21(13-14), 2016-2025.
- 8-Dent, M., Burke, W., & Green, R. (1991). Emotional labour and renal dialysis: Nursing and the labour process. Paper presented to The 9th Annual International Labour Process Conference, University of Manchester, April.
- 9-De Raeve, L. (2002). The modification of emotional responses: A problem for trust in nurse patient relationships? *Nursing Ethics*, 9, 465-471.
- 10-Fabianowska, J., Halnon, N. (2014). Emotional Labour in Harm-Reduction Practice in Ireland: An exploratory study. *Irish Journal of Applied Social Studies*, 13(1). 53-65.
- 11-Fineman, S. (2008). *Understanding emotions at work*. London: Sage.
- 12-Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- 13-Gabriel, R.M. (2000.) Methodological challenges in evaluating community partnerships & coalitions: Still crazy after all these years. *Journal of Community Psychology*, 28, 3, 339° 352, May 2000.
- 14-Garel, M., Etienne, E., Blondel, B., & Dommergues, M. (2007). French midwives' practice of termination of pregnancy for fetal abnormality. At what psychological and ethical cost? *Prenatal Diagnosis*, 27, 622-628.

- 15-Grandey, A. A. (2003). When "the show must go on": Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of Management Journal*, 46, 86-96.
- 16-Guba E. G, Lincoln Y. S. Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln(Eds), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.
- 17-Grandey, A. A. (2003). When the show must go on: Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of Management Journal*, 46, 86-96.
- 18-Hochschild A. R. (2003). *The Managed Heart*. London: University of California Press Ltd.
- 19-Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.
- 20-Hawkins, A. C., Howard, R. A., & Oyebode, J. R. (2007). Stress and coping in hospice nursing staff. *Psycho-Oncology*, 16, 563-572.
- 21-Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement and outcomes*. New York: Springer.
- 22-Kruml, S. M. & Geddes, D. (2000). Exploring the dimensions of emotional labor. *Management Communication Quarterly*, 1(14), 8-49.
- 23-Kramer, M. W., & Hess, J. A. (2002). Communication rules for the display of emotions in organizational settings. *Management Communication Quarterly*, 16(1), 66-80.
- 24-Li, J. H., Gao, P., Shen, X. Y., Liu, X. (2014). A Process Model of Emotional Labor of Nursing: Case Study of Two Chinese Public Hospitals. *International Journal of Public Administration*, 37, 695-707.
- 25-Liu, Y., Prati, L. M., Perrewe, P. L., & Ferris, G. R. (2008). The relationship between emotional resources and emotional labour: An exploratory study. *Journal of Applied Psychology*, 28(10), 2410-2439.
- 26-Mann, S. (1997). Emotional labour in organizations. *Leadership & Organization Development Journal*, 18(1), 4° 12.
- 27-Mackintosh, C. (2007). Protecting the self: A descriptive qualitative exploration of how registered nurses cope with working in surgical areas. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 982-990.
- 28-Peart, F. M., Roan, A. M., Ashkanasy, N. M. (2012). Trading in Emotions: A Closer Examination Of Emotional Labor. *Experiencing and Managing Emotions in the Workplace Research on Emotion in Organizations*, 8, 279-303.
- 29-Pisaniello, S. L., Winefield, H. R., Delfabbro, P. H. (2012). The influence of emotional labour and emotional work on the occupational

- health and wellbeing of South Australian hospital nurses. *Journal of Vocational Behavior*, 80, 579-591
- 30-Shosha G. A. (2012). Employment of Colaizzi's Strategy in Descriptive Phenomenology: A Reflection of a Researcher. *European Scientific Journal*, 8(27), 1857-7431.
- 31-Santo L. D. (2012). The Nurse's Patient Emotional Interaction in Quality of Work Life: The Role of Empathy and Emotional Dissonance. [Thesis]. Libre de Bruxelles University.
- 32-Stayt, S. C. (2009). Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care, *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1267-1275.
- 33-Stanislawski, C. (1965). *An actor prepares* (E. R. Hapgood, Trans.). London: Methuen.
- 34-Staden, H. (1998). Alertness to the needs of others: a study of the emotional labour of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 147-156.
- 35-Schaubroeck, J. & Jones, J. R. (2000). Antecedents of workplace emotional labor dimensions and moderators of their effects on physical symptoms. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 163-183.
- 36-Tony W. (2012). What can phenomenology offer the consumer? Marketing research as philosophical, method conceptual. *Qualitative Market Research*, 15(3), 230-241.
- 37-Theodosius, C. (2008). *Emotional labour in health care: The unmanaged heart of nursing*. Hoboken: Taylor & Francis.
- 38-Williams A. (2013). A study of emotion work in student paramedic practice. *Nurse Education Today*, 33, 512-517.
- 39-Yanchus, N. J., Eby, L. T., Lance, C. E., Drollinger, S. (2010). The impact of emotional labor on work-family outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 76, 105-117.
- 40-Zyphur, M. J., Warren, C. R., Landis, R. S., & Thoresen, C. J. (2007). Self regulation and performance in high-fidelity simulations: An extension of ego-depletion research. *Human Performance*, 20, 103-118.