

واکاوی محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران برگزیده ایرانی

سیده منصوره حسینی رباط^۱، فریبرز رحیم‌نیا^۲، مصطفی کاظمی^۲، سعید مرتضوی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: از آن‌جا که حرفه پرستاری به شدت با مفهوم احساسات عجین شده و مدیریت احساسات به منظور ابراز نمایش احساسی مورد انتظار، اهمیت دوچندانی پیدا کرده است، انجام تحقیقات کیفی که قادر به استخراج مضامین پنهان این مفهوم در زمینه مورد نظر باشد، ضرورت می‌یابد. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف کشف محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران برگزیده در بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد انجام شد.

روش: این مطالعه از نوع تحقیقات کیفی مبتنی بر استراتژی پدیدارشناسی بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته عمیق و جهت تجزیه و تحلیل نیز از رویکرد Colaizzi استفاده گردید. جامعه پژوهش را کلیه پرستاران برگزیده کشوری بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد تشکیل داد که با توجه به نمونه‌گیری هدفمند و کفایت آن مورد مصاحبه قرار گرفتند.

یافته‌ها: در بعد بازیگری ظاهری، ۵ زیرمؤلفه در قالب ۲ مؤلفه اصلی «نقاب احساسی» و «مقابله احساسی» و در بعد بازیگری عمیق نیز ۱۵ زیرمؤلفه در قالب ۵ مؤلفه اصلی «عقب‌نشینی احساسی»، «همدلی احساسی»، «برانگیختگی احساسی»، «اشتراک‌گذاری احساسی» و «انعکاس احساسی» پدیدار شد.

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده بینش ارزشمندی را در مورد نیروی کار احساسی انجام شده توسط پرستاران برگزیده کشوری در جامعه مورد مطالعه فراهم کرد. بنابراین، درک صحیح این مفهوم به عنوان یک منبع معتبر در ساخت دانش حرفه‌ای پرستاران، می‌تواند بخش اصلی توانمندی پرستاری باشد و از این طریق به ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران و در نتیجه، بهبود کیفیت زندگی آنان کمک کند.

کلید واژه‌ها: احساسات، نیروی کار احساسی، بازیگری ظاهری، بازیگری عمیق

ارجاع: حسینی رباط سیده منصوره، رحیم‌نیا فریبرز، کاظمی مصطفی، مرتضوی سعید. واکاوی محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران برگزیده ایرانی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۳): ۳۲۵-۳۲۸.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۱

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۲۱

Email: r-nia@um.ac.ir

۱- دانشجوی دکتری، گروه مدیریت، دانشکده علوم اداری و اقتصادی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۲- استاد، گروه مدیریت، دانشکده علوم اداری و اقتصادی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

نویسنده مسؤؤل: فریبرز رحیم‌نیا

مقدمه

مطالعات اخیر بر روی احساسات (Emotion)، مانند خود زندگی احساسی گسترده و متفاوت است. احساس، یک موضوع معاصر نیست و در اصل از حدود دو میلیون سال قبل که انسان‌ها بر کره زمین قدم گذاشتند، وجود داشته است (۱). با این وجود، توجه به واژه احساسات مشخصه دیرینه‌ای است و در طی سال‌های اخیر، مطالعه منظم بر روی احساسات با استفاده از منابع استاندارد و فرایندهایی برای آشکارسازی آن، کمک کرده است که این حوزه به عنوان یک حوزه فعال تحقیقاتی ادامه یابد (۲). در ادبیات داخلی، Emotion به معانی مختلف هیجان، عاطفه و احساس تعبیر می‌شود. Hochschild در ادبیات خارجی، Emotion را هماهنگی بدنی با یک تصویر ذهنی، تفکر و خاطره تعریف کرد که افراد از آن آگاه هستند. سپس بیان نمود که اصطلاحات Emotion و Feeling را می‌توان به جای یکدیگر به کار برد (۶). بنابراین، در پژوهش حاضر نیز Emotion و Feeling یکسان و به معنای احساس در نظر گرفته شد. بر اساس دیدگاه اجتماعی، ارتباط میان احساسات و معانی اجتماعی در زندگی روزمره پررنگ است و تمام این فرایندها وارد محیط کار می‌شوند (۴). بدین ترتیب، کاری که با اداره احساسات نمایش احساسات مناسب یا سرکوب احساسات نامناسب درگیر می‌شود، نیروی کار احساسی (Emotional labor) نامیده می‌شود (۵).

مرتبط‌ترین مشاغل مربوط به نیروی کار احساسی، آن‌هایی 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 (۶). نیروی کار احساسی به عنوان مدیریت احساسات به منظور ابراز احساسات مورد انتظار سازمان، جنبه حیاتی حرفه پرستاری می‌باشد که پرستاران ملزم به رعایت آن با مشتریان سازمان خود (بیماران) می‌باشند (۳). Bolton، پرستاران را شعبده‌بازان احساسی توصیف می‌کند که نیاز دارند بر اساس آنچه بیماران از آن‌ها انتظار دارند، احساسات خود را ابراز یا فرونشانند (۷). در این زمینه در گفتگو با برخی از

پرستاران، نیروی کار احساسی به عنوان بخشی از نقش پرستار مطرح گردید که در شناسایی احساس امن و راحت برای بیماران نقش مهمی دارد.

اهمیت این موضوع نیز در اهداف نقشه تحول نظام سلامت کشور نمایان است که به «ارتقای پاسخگویی نظام ارائه خدمات به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت» اشاره می‌کند و جنبه‌های مختلف پاسخگویی ارائه دهندگان خدمات سلامت را بر اساس احترام به شأن افراد، ارتباط شفاف، توجه سریع و کیفیت محیط ارائه خدمات قرار می‌دهد. بنابراین، توجه به ارتباط مستقیم حرفه پرستاری با سلامت مردم، از پرستاران انتظار می‌رود که نسبت به نحوه برخورد خود توجه بیشتری داشته باشند و خوشرویی و آرامش خود را تحت هرگونه شرایط استرس‌زا حفظ نمایند و سعی کنند استرس را حتی زمانی که بیمار یا همراهان او ممکن است تندخو و بی‌اعتنا باشد، کنترل و آرام کنند.

طبق مطالعات صورت گرفته، مدیریت و کنترل احساسات به صورت دو بعد بازیگری ظاهری (Surface acting) و بازیگری عمیق (Deep acting) انجام می‌شود (۸، ۳)، اما مسأله اینجاست که پرستاران به لحاظ ارزیابی ممتد عملکردشان توسط همکاران، پزشکان و حتی بیماران، برخورد مکرر و مستقیم با مرگ، رنج‌ها و جراحی‌ها، ساعات طولانی کار، فعالیت‌های بدنی، تعطیلات اندک، زمان‌های کوتاه برای ارتباطات اجتماعی با دوستان و آشنایان، کمبود و در مواقعی فقدان شبکه حمایت اجتماعی و افزایش انتظارات مردم، با فشارهای روانی و جسمانی زیادی روبه‌رو هستند که این موضوع کنترل احساسات آنان را تا حدی دشوار می‌کند. در پژوهش‌های اخلاق پرستاری مطرح گردیده است که بسیاری از ناکامی‌ها و کم‌اثربخشی‌های خدمات دست‌اندرکاران نظام سلامت، به این مسأله منتهی می‌شود که فقط به یک بعد زیستی و محدود خدمت‌گیرنده نگاه می‌شود؛ در صورتی که شرط قطعی و لازم برای موفقیت هر کسی از جمله پرستار که با سلامتی بیمار سر و کار دارد، این است که بیمار را در جامعیت خود ببیند؛ چرا که استفاده‌هایی که می‌توان از ابعاد عاطفی جهت افزایش اثربخشی درمان داشت، در خیلی از

توان بیان و تمایل مشارکت در تحقیق را داشتند. با توجه به این که حجم نمونه در مطالعات کیفی قابل پیش‌بینی نیست، در بررسی حاضر بر اساس اشباع داده‌ها و تنوع نمونه‌ها، داده‌های ۱۵ شرکت‌کننده مبنای کدگذاری واقع قرار گرفت. ابزار پژوهش، سؤالات مطرح شده در جریان مصاحبه و از نوع نیمه ساختار یافته عمیق بود. قبل از مصاحبه، ملاحظات اخلاقی از جمله کسب مجوز جهت انجام پژوهش، توضیح اهداف پژوهش و روش‌های مورد استفاده رعایت شد. همچنین، کسب رضایت کامل از مشارکت‌کنندگان و اطمینان دادن به آنان جهت محرمانه ماندن اطلاعات و مشخصات اخذ شده از آنان مورد توجه قرار گرفت. اولین سؤالات مصاحبه و مشترک بین مشارکت‌کنندگان با توجه به بعد بازیگری ظاهری و بعد بازیگری عمیق به عنوان ابعاد نیروی کار احساسی، دو سؤال باز بود. سؤال باز در بعد بازیگری ظاهری 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 سؤال باز بعد بازیگری عمیق 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 مشارکت‌کننده سؤالات بعدی را مشخص نمود. به مشارکت‌کننده گفته شد که می‌تواند هر موقعیتی را در ارتباط با کنترل و مدیریت احساسات خود در رابطه با بیماران که به ذهنش می‌رسد و در چارچوب سؤالات گنجانده نشده است، عنوان نماید؛ چرا که هدف، دستیابی به عمق تجربیات آنان بود. همچنین، در ادامه از آنان درخواست گردید عکس‌العمل خود را در موقعیت مورد نظر بیان کنند. جمع‌آوری اطلاعات تا اشباع داده‌ها ادامه یافت؛ بدین معنی که مطلب جدیدی به داده‌های جمع‌آوری شده اضافه نشد. اطلاعات مربوط به سن، جنسیت و سابقه کاری شرکت‌کنندگان نیز ثبت گردید. زمان مصاحبه با هماهنگی مشارکت‌کنندگان تنظیم شد. تمام مصاحبه‌ها یادداشت و کلمه به کلمه پیاده‌سازی گردید.

موارد بیشتر از اقداماتی است که می‌توان در بعد فیزیکی انجام داد (۹). این در حالی است که هنوز شناخت دقیقی از پدیده نیروی کار احساسی در این حوزه وجود ندارد و در کشور ما نیز تاکنون پژوهشی در این حوزه و با این هدف انجام نشده است. بنابراین، تلاش در جهت به کارگیری راهبرد مدیریت احساسات در پرستاران بدون ایجاد شناخت از چنین رفتارهایی، کار عبث و بیهوده‌ای است. به همین دلیل، مطالعه حاضر درصدد بود که بر اساس دو بعد بازیگری ظاهری و بازیگری عمیق به عنوان ابعاد نیروی کار احساسی، محتوای این ابعاد را در این حوزه کشف کند که منظور از محتوای ابعاد نیروی کار احساسی، مؤلفه‌ها و زیرمؤلفه‌های ابعاد نیروی کار احساسی می‌باشد.

با توجه به این که تحقیق حاضر در نظر داشت از طریق بررسی ادراک و تجربیات پرستاران نسبت به وقایع عاطفی محیط کاری خود، محتوای ابعاد نیروی کار احساسی آنان را شناسایی نماید، نظریه وقایع عاطفی در بین نظریه‌های موجود ادبیات نیروی کار احساسی، بنیان نظری این پژوهش را تشکیل داد. طبق این نظریه، عامل اصلی که رویدادهای کاری، ویژگی‌ها و رفتارهای افراد را در محیط کار تحت تأثیر قرار می‌دهد، تجربه احساسات آنان در کار است (۱۰).

روش

جهت شناسایی محتوای ابعاد نیروی کار احساسی در این مطالعه، از روش پدیدارشناسی استفاده شد؛ چرا که در طول زمان، مدیریت احساسات از مجموعه‌ای از باورها به طرحوارهای شناختی یا الگوی ذهنی تبدیل می‌شود که چنین روندی مبتنی بر تجربه واقعی شخص در طول رابطه با یک سازمان است (۱۱).

جامعه مورد نظر را پرستاران برگزیده کشوری بیمارستان‌های تحت نظارت دانشکده علوم پزشکی مشهد تشکیل دادند که هر ساله شناسایی و معرفی می‌گردند. نمونه‌های مورد نظر با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در این روش، محقق به دنبال افرادی بود که تجربه غنی از موضوع مورد نظر (حداقل ده سال سابقه کار) و

فرایند تحقیق به صورت گزارشی کتبی نوشته شد و تجربه محقق در برخورد با مصاحبه شونده‌گان ثبت گردید (۱۲).

بر مبنای روش تجزیه و تحلیل داده‌ها، یک نمونه از روند استقرایی احصای مؤلفه‌ها از واحدهای معنایی در جدول ۱ نشان داده شده است.

گام‌های مطرح شده در جدول ۱، به طریقی مشابه برای احصای سایر مؤلفه‌ها به کار گرفته شد.

روند بررسی روایی و پایایی در مطالعات کیفی نسبت به مطالعات کمی متفاوت می‌باشد. بر اساس نظر Guba و Lincoln، چهار معیار اعتبار، انتقال پذیری، اطمینان‌پذیری و تأییدپذیری جهت قضاوت درباره دقت علمی تحقیقات کیفی وجود دارد (۱۳). قابلیت اعتبار به این معنی است که تا چه حدی ساختار و معنی پدیده مورد نظر به نحو مطلوبی بازنمایی می‌شود. بدین منظور، درگیری طولانی مدت محقق با موضوع تحقیق و همچنین تأیید یافته‌ها توسط مشارکت کنندگان صورت گرفت که یافته‌ها بیانگر تجارب حقیقی و درست آن‌ها باشد. در انتقال‌پذیری منظور این است آیا نتایج تحقیق در شرایط یا گروه‌های دیگر قابل استفاده است یا خیر؟ در پژوهش حاضر سعی شد تا گزارش کامل و دقیقی از جزئیات شرایط پژوهش و ویژگی‌های مشارکت کنندگان بیان شود. قابلیت اعتماد به انسجام فرایندهای درونی و نحوه بررسی شرایط متغیر پدیده به دست پژوهشگر دلالت دارد.

داده‌ها طبق رویکرد پدیدارشناسی توصیفی Colaizzi در نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس این مدل در هفت مرحله انجام شد.

گام اول (مروری بر تمام داده‌ها): جهت درک محتوای کلی داده‌های ثبت شده، داده‌ها چندین بار خوانده شد.

گام دوم (استخراج جملات مهم): عبارات، جملات یا پاراگراف‌هایی که مربوط به سؤالات مطرح شده بود، برجسته و در فایل‌های جداگانه نگهداری گردید.

گام سوم (ایجاد معانی صورت‌بندی شده): برای هر جمله برجسته شده، یک توصیف کوتاه از معنی پنهان در آن نوشته شد که زیرمؤلفه‌ها را تشکیل داد.

گام چهارم (قرار دادن معانی صورت‌بندی شده در داخل دسته‌ها و شکل دادن مضامین): زیرمؤلفه‌های به دست آمده در مرحله قبل، در درون دسته‌های مختلف به صورت مؤلفه قرار گرفتند.

گام پنجم (ایجاد یک توصیف روایتی مختصر): مفاهیم کلیدی داده‌ها به صورت خلاصه‌ای توصیف شد.

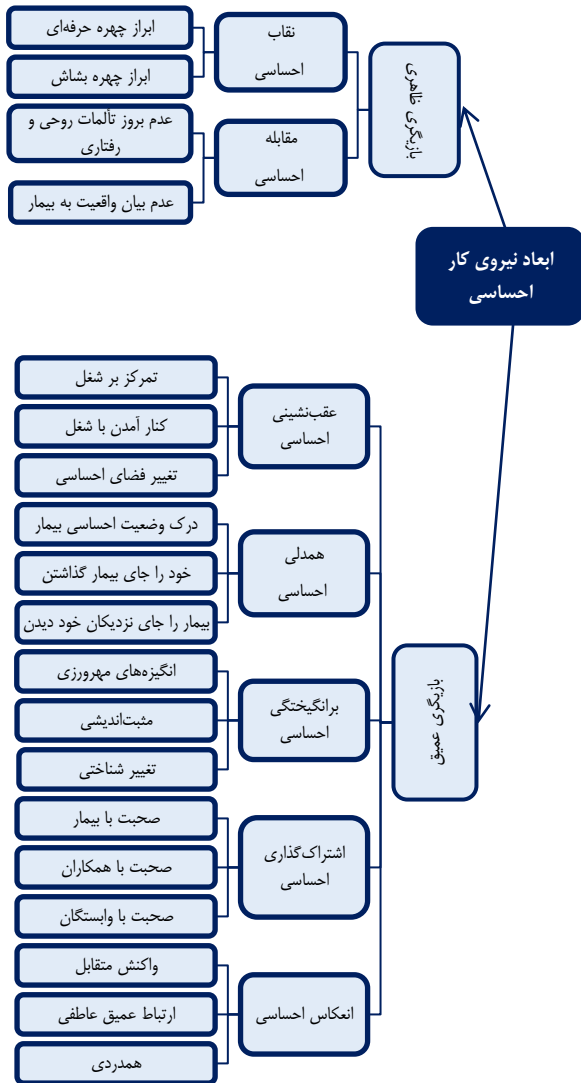
گام ششم (بازگشت به منظور تعیین اعتبار): نتایج برای برخی مشارکت کنندگان شرح داده شد و نظرات و واکنش‌های آن‌ها اخذ گردید.

گام هفتم (تعیین قابلیت پیگیری): فعالیت‌های روزانه

جدول ۱. یک نمونه از روند استقرایی احصای مؤلفه‌ها از واحدهای معنایی (مؤلفه نقاب احساسی)

بعد بازیگری ظاهری		مؤلفه	زیرمؤلفه	واحدهای معنایی فشرده	واحد معنایی
نقاب احساسی	ابراز چهره حرفه‌ای	خونسرد نشان دادن	«یادمه مادر بارداری که دو قلو باردار بود و ناراحتی قلبی هم داشت، نیاز فوری به زایمان زودرس پیدا کرد. اون لحظه که بالای سر مریض بودم از درون کاملاً می‌لرزیدم؛ در صورتی که همکارانم بعدش بهم میگفتن تو خیلی خونسرد بودی...»	سکوت کردن	«همه موقعیت‌ها مثل همه... من فکر می‌کنم حتی اگه موجب ناراحتیت بشه، به خاطر انتظاری که از تو به عنوان یک پرستار دارن، نباید چیزی بگی...»
		لبخند زدن	«من نمی‌خوام که بیماران اعتمادشونو به من از دست بدن؛ به خصوص زمانی که می‌ترسم. بیماری بود که تصادف بدی کرده بود و هر لحظه خطر براش بیشتر می‌شد. من واقعاً یک لحظه ترسیده بودم، ولی سعی می‌کردم تو برخوردن نشون ندم... جوری که بیمارم مطمئن باشه به کار من.»	مقتدر نشان دادن	«تجربه نشون داده که لبخند داشتن در چهره و نشان دادن اون به بیمار حتی وقتی از درون آشفته باشی، قوت قلبی می‌شه برای اون بیمار...»
	ابراز چهره بشاش	شوخی طبیعی داشتن	«معمولاً در حین احیای بعضی بیماران پیش آمده؛ چون فضا خیلی سنگین بوده، شده با همکارا شوخی کردم، خندیدیم و در عین حال کار بیماررو انجام می‌دادیم.»		

اشتراک‌گذاری احساسی و انعکاس احساسی» و ۱۵ زیرمؤلفه در بعد بازیگری عمیق پدیدار گردید. در شکل ۱ مؤلفه‌ها و زیرمؤلفه‌های احصا شده ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران به عنوان محتوای این ابعاد آمده است.



شکل ۱. محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران

محتوای بعد بازیگری ظاهری

بازیگری ظاهری نوعی کنترل احساس با نمایش احساسی و حالات قابل مشاهده فرد است (۱۴). پرستاران در روابط خود با

برای رسیدن به این هدف، گزیده‌هایی از متن مصاحبه به همراه کدها و طبقات پدیدار شده در اختیار سه نفر از استادان مطلع و آگاه به تحقیقات کیفی قرار گرفت که مراحل پژوهش را بازنگری و نتایج را تأیید نمودند. قابلیت تأیید نیز نشان می‌دهد که سایر افرادی که پژوهش یا نتایج آن را بررسی می‌کنند، تا چه حد یافته‌های پژوهشگر را تأیید می‌کنند. در این زمینه محقق سعی کرد که پیش‌فرض‌های مد نظر خود را در روند جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها دخالت ندهد و همه جزئیات را در تمامی مراحل به دقت یادداشت و ثبت کند. بنابراین، با توجه به مرور و بازبینی‌های دقیق و چندین باره داده‌ها، تفسیرها و یافته‌ها، این مهم برآورده شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۵ نفر از پرستاران برگزیده کشوری بیمارستان‌های دولتی مشهد که از نظر محل خدمت هر یک در یکی از بخش‌های تخصصی این بیمارستان‌ها مشغول به فعالیت بودند، مشارکت داشتند. مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

متغیر	تعداد (درصد)
جنسیت	
مرد	۵ (۳۴)
زن	۱۰ (۶۶)
سن (سال)	
۳۰-۴۰	۴ (۲۶/۷)
۴۱-۵۰	۹ (۶۰/۰)
بیشتر از ۵۰	۲ (۱۳/۳)
سابقه کار (سال)	
۱۰-۱۵	۴ (۲۶/۷)
۱۶-۲۰	۸ (۵۳/۳)
بیشتر از ۲۰	۳ (۲۰/۰)

بر اساس یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، ۲ مؤلفه اصلی «تقاب احساسی و مقابله احساسی» و ۴ زیرمؤلفه در بعد بازیگری ظاهری و ۵ مؤلفه اصلی «عقب‌نشینی احساسی، همدلی احساسی، برانگیختگی احساسی،

می‌کنم حتی اگر موجب ناراحتیت بشه، به خاطر انتظاری که از تو به عنوان یک پرستار دارن نباید چیزی بگی».

مقتدر نشان دادن نیز به عنوان زمینه ابراز چهره حرفه‌ای این‌گونه بیان شد: «من نمی‌خوام که بیماران اعتمادشونو به من از دست بدن؛ به خصوص زمانی که می‌ترسم. بیماری بود که تصادف بدی کرده بود و هر لحظه خطر براش بیشتر می‌شد. من واقعاً یک لحظه ترسیده بودم، ولی سعی می‌کردم تو برخوردارم نشون ندم؛ جوری که بیمارم مطمئن باشه به کار من...» (پرستار شماره ۷).

ابراز چهره بشاش: داشتن چهره‌ای گشاده و ظاهری شاد، در عین حال که یکی از الزامات حرفه پرستاری می‌باشد، مکانیسمی برای پنهان نمودن احساسات واقعی است. برخی از پرستاران اذعان نمودند که در موقعیت‌های مختلف ارتباط با بیماران که در مواجهه با شرایط استرس‌زا بوده است، از نقاب خوش‌رویی و شوخی و طنز در جهت پنهان نمودن احساسات درونی خود استفاده کردند. در این زمینه پرستار شماره ۳ بیان کرد: «تجربه نشون داده که لبخند داشتن در چهره و نشان دادن اون به بیمار، حتی وقتی از درون آشفته باشی، قوت قلبی می‌شه برای اون بیمار...».

پرستار شماره ۱۱ در مورد شوخی‌طبعی داشتن اذعان داشت: «معمولاً در حین احیای بعضی بیماران پیش آمده؛ چون فضا خیلی سنگین بوده، با همکارا شوخی کردم، خندیدیم و در عین حال کار بیمار رو انجام می‌دادیم».

مقابله احساسی: مقابله احساسی، مقاومت به منظور عدم ابراز احساسات واقعی است که به منظور بی‌اعتنایی به این احساسات به کار می‌رود. این مؤلفه با زیرمؤلفه‌های «عدم ابراز تألمات روحی و رفتاری و عدم بیان واقعیت به بیمار» مشخص گردید.

عدم ابراز تألمات روحی و رفتاری: برخی از مشارکت‌کنندگان به مواردی اشاره کردند که نمی‌توانستند به منظور رعایت انتظارات سازمانی، تأثرات روحی و روانی خود را بروز دهند. پرستار شماره ۱ درباره موقعیت خودداری از گریه بیان کرد: «یادمه یک بیماری آورده بودن که خیلی جوون بود... دو سه روزی بیشتر نبود که از جشن عروسیش گذشته بود، وقتی

بیماران در موقعیت‌هایی قرار می‌گیرند که بر اساس انتظارات سازمانی نمی‌توانند احساسات واقعی خود را نشان دهند. در نتیجه، تجربه ناهمسانی احساسی (Emotional dissonance) را درک می‌کنند که به صورت بازیگری ظاهری نمود پیدا می‌کند. در بعد بازیگری ظاهری، ۲ مؤلفه «نقاب احساسی و مقابله احساسی» پدیدار شد.

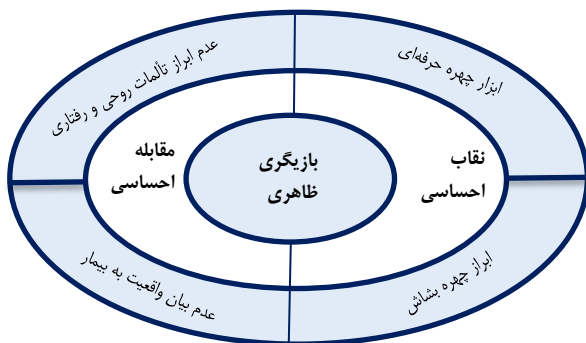
نقاب احساسی: واژه نقاب به عنوان یک پوشش عادی بر چهره، برای حفاظت، پنهان ساختن، نقش‌گیری یا نمایش می‌باشد. نقاب احساسی، زمانی ایجاد می‌شود که افراد به طور متقاعد کننده‌ای احساسات خود را در عمل به گونه‌ای که احساس دیگری دارند یا حتی احساس ندارند، نشان می‌دهند. برخی پرستاران برگزیده و با تجربه بیان کردند که در موقعیت‌های مختلفی به منظور ابراز احساسات مورد انتظار، با استفاده از یک پوشش، احساسات واقعی خود را سرکوب نموده‌اند. این پوشش به عنوان نقابی بر چهره واقعی احساسات پرستاران به صورت زیرمؤلفه‌های «ابراز چهره حرفه‌ای و ابراز چهره بشاش» پدیدار شد.

ابراز چهره حرفه‌ای: حرفه‌ای‌گرایی به معنی عضوی کامل شدن از یک حرفه توأم با انتظاراتی نسبت به کار کیفی بالا و رعایت کامل استاندارد اخلاقی است. شخص حرفه‌ای به دنبال کنترل موقعیت و احساسات خود می‌باشد تا بتواند انتظارات حرفه خود را برآورده سازد. در مصاحبه با پرستاران برگزیده بیان شد، زمانی که پرستاران در موقعیت‌های مختلف کاری خود با ناهمسانی‌های احساسی مواجه می‌شوند، احساسات واقعی خود را در جهت ابراز چهره حرفه‌ای خود سرکوب می‌کنند.

خونسرد نشان دادن به عنوان عامل زمینه‌سازی برای ابراز چهره حرفه‌ای عنوان شد. پرستار شماره ۶ اذعان داشت: «یادمه مادر بارداری که دو قلو باردار بود و ناراحتی قلبی هم داشت، نیاز فوری به زایمان زودرس پیدا کرد. اون لحظه که بالای سر بیمار بودم از درون کاملاً می‌لرزیدم؛ در صورتی که همکارانم بعدش بهم می‌گفتن تو خیلی خونسرد بودی».

پرستار شماره ۱۲ سکوت کردن را به دلیل موقعیت شغلی چنین مطرح کرد: «همه موقعیت‌ها مثل همه... من فکر

تنها رفتار ابراز می‌شود، بلکه احساسات درونی نیز تنظیم می‌شوند. افراد زمان درگیری در بازیگری عمیق سعی می‌کنند احساسات واقعی و مورد انتظار را هم‌راستا کنند (۱۵). در پژوهش حاضر، ۵ مؤلفه اصلی «عقب‌نشینی احساسی، همدلی احساسی، برانگیختگی احساسی، اشتراک‌گذاری احساسی و انعکاس احساسی» و ۱۵ زیرمؤلفه در بعد بازیگری عمیق پدیدار شد.



شکل ۲. محتوای بعد بازیگری ظاهری پرستاران

عقب‌نشینی احساسی: این مؤلفه بیانگر نوعی فاصله گرفتن و کناره‌گیری از موقعیتی است که موجب بروز احساس ناخوشایند در فرد می‌شود تا فرد بتواند احساسات درونی خود را اصلاح و تعدیل کند. این مفهوم به صورت «تمرکز بر شغل، کنار آمدن با شغل و تغییر فضای احساسی» شناسایی گردید. تمرکز بر شغل: تمرکز موجب می‌شود که احساسات درونی در موقعیت‌هایی فرصت ظهور پیدا نکنند. یکی از پرستاران (شماره ۱۰) درباره خنثی‌سازی احساسات در حین کار بیان کرد: «در هنگام برخورد با بیماران اگر بخواهم احساساتی بشم، دیگه اون تمرکزی که باید داشته باشم رو ندارم و برای همین تا جایی که بتونم نمی‌ذارم احساسات بر من غلبه کنه و اون لحظات فقط و فقط به کاری که باید و می‌شه انجام داد، فکر می‌کنم. مخصوصاً در جراحی قلب که اولین اشتباه، آخرین اشتباه است».

پرستار شماره ۱۱ درگیر بودن در وظیفه را عاملی جهت تمرکز شغلی ذکر کرد: «زمانی که داشتم احیایی رو انجام می‌دادم، باید با تمام نیرو به قفسه سینه بیمار فشار می‌آوردم.

دچار ایست قلبی شد، برای چند دقیقه افسرده شدم. باید جلو خودمو می‌گرفتم؛ چون می‌دونستم اگر جلو خودمو نگیرم، گریه‌ام می‌گیره».

پرستار شماره ۹ خوب نشان دادن را به عنوان عاملی در عدم ابراز تألمات روحی و رفتاری چنین بیان کرد: «یادمه چهارشنبه سوری بود. شب بسیار شلوغی داشتیم. سراغ بیماران سوختگی که می‌رفتم انگار جهنمی رو می‌دیدم. یه جورایی نفسم تو سینم حبس شده بود، ولی نشون می‌دادم خوبم...».

پرستار شماره ۱۲ قوی نشان دادن را بیان کرد: «زمانی که می‌ای اینجا و می‌خواهی خدمت کنی، مثل این که لباسی از زره می‌پوشی... فقط باید قوی باشی و خودتو برای هر چیزی آماده کنی».

عدم بیان واقعیت به بیمار: نگفتن واقعیت به بیمار بر اساس موقعیت‌هایی است که پرستار لازم است در برابر بیمار، مانع ابراز احساسات واقعی خود شود و حقیقت بیماری‌اش را به وی نگوید. در این خصوص پرستار شماره ۴ عنوان نمود: «بیماری داشتیم فوق‌العاده استرسی که همراه‌های حساسی هم داشت. می‌خواستیم یک جوری عمق بیماریشو بهش بگم، اما نمی‌تونستم. خیلی مهمه شما بفهمید که این بیمار یا همراه الان گنجایششو داره، نداره، چه جوریه... پزشکان اکثراً اعتقاد دارند که رک و راست باید به بیمار بگی، اما تجربه من می‌گه نه نباید رک بگی؛ چون بعضی‌ها هنوز ممکنه آمادگی پذیرش واقعیت رو نداشته باشن... اینه که نتونستم اون لحظه واقعیت رو بهشون بگم».

پرستار دیگری از بخش اتاق عمل (شماره ۵)، به مطمئن نبودن از چیزی که باید گفت، اشاره داشت و بیان کرد: «بیمارانی که در اتاق عمل باهاشون سر و کار داری، می‌دونی این بیمار مورد جراحی قلبه که احتمال زنده موندنش دو درصده. بیمار مدام پرسیده من خوب می‌شم، خوب می‌شم، من هم واقعاً موندم چی بگم».

محتوای بعد بازیگری ظاهری پرستاران در شکل ۲ نشان داده شده است.

محتوای بعد بازیگری عمیق

بازیگری عمیق، تعدیل احساسات درک شده‌ای است که نه

پرستار دیگری (شماره ۹) اذعان نمود: «بیماری داشتم که همراهش به شدت مشکلاتی رو برای ما ایجاد کرده بود و کانتکتی داشتیم. از اون روز تا یکی دو روز بعدش، اون بیمار رو برداشتم و از یکی از همکاران خواستم، گفتم نمی‌خوام فعلاً با این بیمار کار کنم؛ چون می‌دونستم ممکنه به خاطر اون کانتکتی که داشتم، اون جواری که باید و لازمه نتونم براش کار کنم... چون ارزش ناراحت بودم به چیزی تو دلم بود آخه...».

همدلی احساسی: تلاش جهت درک و فهم دنیای احساسی بیمار و قرار دادن خود به جای بیمار و نگریستن از دریچه چشم او را همدلی احساسی می‌گویند. این مؤلفه به صورت «درک وضعیت احساسی بیمار، خود را جای بیمار گذاشتن و بیمار را جای نزدیکان خود دیدن» شناسایی شد.

درک وضعیت احساسی بیمار: این زیرمؤلفه به نوعی همراهی بیمار از نظر احساسی می‌باشد که منجر به مدیریت احساسات در پرستار می‌شود. حق دادن به بیمار، زمینه‌ساز درک وضعیت احساسی بیمار است. پرستار شماره ۷ اذعان داشت: «چون که اینجا سوانحه، بیماران مثل بیماران معمولی نیستن. این‌ها معمولاً به طور ناگهانی دچار این سانحه شدن. طرف صبح خوب بوده، سالم بوده، از خودش اومده بیرون و یهو تصادف کرده. خوب باید با این‌ها بیشتر راه اومد. هرچی هم بگن و هر کاری هم بکنن، باید بهشون حق داد».

پرستار شماره ۴ موضوع همراهی کردن بیمار را تأکید و بیان کرد: «ما معمولاً موظفیم که در مورد یک سری رفتار درمانی‌ها به بیمارمون کمک کنیم یاد بگیرن و این معمولاً چند وقتی زمان می‌بره. خوب بعضی بیماران نمی‌خوان همکاری کنن و بارها برنامه‌شون عقب انداختن. خوب من خودم درک می‌کنم، حالشونو می‌فهمم... برای چندین و چندین بار شده براشون توضیح دادم و رهاشون نکردم».

پرستار دیگری (شماره ۱) توجه به مشکلات روحی را در این زمینه مورد توجه قرار داد: «اینجا محیط شادی نیست، مردم با هزاران مشکل و درد میان اینجا و چیزی که مهمه حواسمون باشه اینه که مشکلات روحیشون از مشکلات جسمیشون بیشتره...».

ناگهان به خودم اومدم که ای وای چقدر این مریض داره درد می‌کشه. من فقط به این فکر کرده بودم که هر جور هست با هر قدر زور باید این کار رو انجام بدم».

ب: کنار آمدن با شغل: برخی از پرستاران کنار آمدن با شغل را به عنوان راهی برای پذیرش احساسات درونی خود مطرح نمودند. برای نمونه پرستار شماره ۷ عنوان نمود: «این شغلمه که دارم انجام می‌دم و یه چیزایی شبیه این حسابی درگیرم کرده، ولی خوب نداشتیم دیده بشه؛ چون به هر حال ممکنه روی بیمار تأثیر بذاره و این درست نیست».

پرستار دیگری (شماره ۱۵) اذعان داشت: «بخشی که ما داریم، بخش داخلی هست که معمولاً بیماران سن بالا هستند و با ICU جراحی خیلی فرق می‌کنه. ICU جراحی نسبت به این بخش بیماران خوشحال‌تری هستند؛ یعنی یک قسمت زیادی از کار ما درگیری با فوت این بیماران است. تأثیر اتفاق می‌افته، ولی این کار ماست».

پرستار شماره ۱۱ در مورد تحمل فشار احساسی بیان کرد: «بیماری که چهار ماه پیش با تشخیص مننژیت آمده بود اینجا و خوب شده بود و رفت، هفته پیش به دنبال یک واقعه‌ای مراجعه کرد به بیمارستان و احیای قلبی-ریوی شد که احیاش موفقیت‌آمیز نبود و به خاطر تشنجش مرگ مغزی شد. واقعاً حس بدی داشتم، حسی که انگار زحمتمون به باد رفته؛ چون حالش خوب شده بود... مرخص شده بود، اما چه می‌شه کرد؟!».

تغییر فضای احساسی: برخی پرستاران مطرح کردند که در ارتباط با بیماران گاهی از تغییر فضا و جو احساسی موجود برای تعدیل احساسات درونی و و ابراز احساس مناسب برای انجام دادن وظایف حرفه‌ای خود استفاده می‌نمایند.

اجتناب از موقعیت، یکی از واکنش‌های پرستاران در کناره‌گیری از موقعیت احساسی ایجاد شده بود. پرستار شماره ۵ در این زمینه اظهار داشت: «بیمارانی داشتیم که وقتی بدحال می‌شن؛ چون اینقدر ما این‌ها رو از قبل دیدیم و شناختیم، خیلی سخت بوده برامون موقع احیای قلبی-ریوی‌اش بریم. مدام به خودم می‌گم خدا کنه تو بخش ما بدحال نشه؛ یعنی خیلی سخت بوده برام که تو اون لحظه رو سر بیمار باشم، خیلی سخته...».

خودته یا بعضی زنا که سنشون بالاست یا بعضی مردا انگار پدر یا مادر خودتو تو این قالب می‌بینی».

برانگیختگی احساسی: این مؤلفه به معنای تلاش برای تغییر و برانگیخته شدن احساسات درونی در جهت ابراز مناسب احساسات است که به صورت «انگیزه‌های مهرورزی، مثبت‌اندیشی و تغییر شناختی» شناسایی شد.

انگیزه‌های مهرورزی: مهرورزی به معنای نوعی ارادت و تمایل قلبی نسبت به دیگران است که مبتنی بر نوعی انگیزه نهفته، موجب برانگیختن احساسات در فرد می‌شود. دلسوزی، یکی از عوامل زمینه‌ساز مهرورزی است که یکی از پرستاران (شماره ۸) در این باره گفت: «شخصیت یک پرستار در هر موقعیتی که باهش برخورد می‌کنه، در درجه اول باید دلسوزی و مهربونی‌اش اولویت داشته باشه تا دانش شغلی‌اش».

پرستار دیگری (شماره ۳) وجدان آگاه را زمینه‌ساز مهرورزی بیان کرد: «پرستاری حرفه‌ای است که هیچ کس جز خدا نمی‌تونه روی اون نظارت داشته باشه؛ یعنی در هر موقعیتی خداوند ناظر بر اعمال و رفتار ماست. همین خودش تبدیل به انرژی شده که تو مواقع برخورد با بیمارانت با همه فشارهایی که بوده، خودمو کنترل کردم و آرام شدم».

همچنین، احترام قایل بودن برای بیمار و خواستار شادی وی بودن، به عنوان زمینه‌های مهرورزی از سوی برخی پرستاران مطرح شد. «به نظر من احترام قایل بودن برای بیمارانت خیلی مهمه؛ چون خود من که گاهی اوقات فشار زیادی وجود داشته یا مشکلی داشتم، تو برخورد با بیمار تونستم با همین موضوع خودمو کنترل کنم و خود به خود حالم خودمم بهتر شده» (پرستار شماره ۱۴). همچنین، پرستار شماره ۲ بیان کرد: «یک پرستار در هر حالی باید به فکر شاد کردن بیمارانش باشه. وقتی به فکر شادی دیگران باشی، استرس‌ها و نگرانی‌های خودت هم کمتر می‌شه».

مثبت‌اندیشی: مثبت‌اندیشی به معنای تفکر درباره بخش‌های لذت‌بخش یک رویداد است که احساساتی را برمی‌انگیزد که یک نفر نیاز دارد با مشتریان در موقعیت مورد نظر تعامل کند. پرستار شماره ۱۳ با تأکید بر نگاه بر جنبه‌های مثبت یک رویداد اذعان داشت: «بعضی وقتا که حالم خوش

همچنین، پرستار شماره ۱۰ در مورد پذیرفتن شرایط بیمار گفت: «پرستاری که نمونه می‌شه، باید سعی کنه همه اعمال و رفتاراش واسه دیگران الگو بشه. برای همین سعی می‌کنم هیچ وقت رفتار کودکانه یک بیمار رو پای خودش که به هر حال یک انسانه که داره درد می‌کشه، نذارم».

خود را جای بیمار گذاشتن: این زیرمؤلفه بیانگر نگرینستن به موقعیت از دریچه چشم بیمار است. در این زمینه پرستار شماره ۵ تجربه مشترک داشتن با بیمار را مطرح نمود و بیان کرد: «من خودم زیاد تو شرایط بیمارستان بستری بودم. هیچ وقت یادم نمی‌ره روزی رو که خودم برای اولین بار به عنوان بیمار می‌خواستم عمل کنم و منو به اتاق عمل بردند. روی تخت دراز کشیده بودم و حال خاصی داشتم. با این که بیمارستان، بیمارستان خودم بود و بیشتر پرسنل آشنا بودند و حتی از دوستانم بودند، باز هم فضای اتاق عمل و اون همه پرسنل رو که بالای سرم دیدم، قلبم تند تند می‌زد و گاهی اشک‌هایم سرازیر می‌شد. به خودم می‌گفتم وای این بیمارانت چه می‌کنن».

پرستار دیگری (شماره ۴) بر همزاد پنداری تأکید نمود: «بیمارانی که قراره عمل بشند، معمولاً نگرانند، مخصوصاً وقتی نمی‌شه دیگه همراهشون تو اتاق بیاد. من سعی می‌کنم اول از همه خودمو جای اون‌ها بذارم. بعضی از همکاران ناراحت می‌شن که بیمار مدام سراغ همراه رو می‌گیره، ولی من می‌گم که ما هم تو عمرمون یکی دوبار توی چنین موقعیتی قرار گرفتیم، پس بهتره بیشتر رعایت حالشونو بکنم. به خصوص اون‌هایی که از جلوی در از بغل عزیزانشون می‌گیریشون و می‌بری تو اتاق عمل...».

بیمار را جای نزدیکان خود دیدن: منظور از این زیرمؤلفه، نوعی ارتباط شخصی برقرار کردن با بیمار از نظر دیدن بیمار جای وابستگان خود است. بسیاری از مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر به این موضوع اشاره کردند. پرستار شماره ۲ بیان کرد: «خیلی وقتا بیمارانت خودم رو جای عزیزانم دیدم که اگر مثلاً مادرم بود، دوست داشتم باهش چکار کنم».

پرستار شماره ۱۰ درباره بیماری که به وی وابستگی پیدا کرده بود، اذعان داشت: «یه جوری احساس می‌کنی خواهر

نکردم... آخه من مسؤولیت این بیماران رو قبول کردم و باید کار رو درست انجام بدم».

اشتراک‌گذاری احساسی: به در میان گذاشتن احساسات با دیگران، اشتراک‌گذاری احساسی گفته می‌شود. این مؤلفه به صورت «صحبت با بیمار، صحبت با همکاران و صحبت با وابستگان» پدیدار شد.

صحبت با بیمار: اولین زیرمؤلفه، صحبت کردن با بیمار است. یکی از پرستاران (شماره ۸) بخش هماتولوژی چنین گفت: «چه‌ای بود که تیزهوشان درس می‌خوند. حدود سه سال پیش قطع درمان شده بود. مجدداً علایم بیماریش شروع می‌شه و مراجعه می‌کنه اینجا. خیلی نگران درشاش بود. مدار می‌خواست از بخش ببرنش. دلم خیلی می‌سوخت و نگرانش بودم. برای همین باهاش حرف می‌زدم و بهش می‌گفتم که الان سلامتیت مهمه، درستو می‌تونی برسی... ما خودمون از معلمت خواهش می‌کنیم باهات کار کنه یا اینجا برات معلم می‌گیریم».

پرستار شماره ۱۵ در مورد بیماران خود در بخش ICU بیان کرد: «چالبه که اونا اصلاً هوشیاری ندارن، ولی وقتی باهاشون حرف می‌زنم گویا بهم دلداری می‌دن».

صحبت با همکاران: درد و دل کردن و ابراز احساسات در نزد همکاران و دوستان در محیط کار، موجب آرامش درونی فرد می‌شود که به تعدیل احساسات وی کمک می‌کند. یکی از پرستاران (شماره ۱۳) در این باره گفت: «چند وقت پیش بیماری داشتیم که خیلی جوان بود و خیلی زنده نمی‌موند... وقتی می‌رفتم بهش سر می‌زدم و چشمم به او می‌افتاد، خیلی غمگین می‌شدم، ولی در مقابلش هیچ واکنشی نشون نمی‌دادم و بیشتر با همکاران درد و دل می‌کردم».

پرستار شماره ۵ بیان کرد: «یک وقتایی که شیفیت بدی داشتم یا اتفاق بدی اتفاق افتاده بود، کار خوب نبوده و آزارم می‌ده و یا کاری خواستم انجام بدم و نشده، تنها با همکاران صحبت کردم و آن‌ها هم همین کار رو می‌کنند. فکر می‌کنم این روش خوبییه برای آرام شدن...».

صحبت با وابستگان: صحبت با اعضای خانواده و نزدیکان، راه دیگری برای اشتراک‌گذاری احساسات شناخته

نبوده با فکر کردن به این موضوع که چطور برکت این حرفه تو زندگی‌ام موج می‌زنه و هر نعمتی که دارم از سر دعای همین بیماران که نصیب می‌شه، حالم بهتر شده و همون حس رو هم به بیمارم نشون دادم».

پرستار دیگری (شماره ۱۵) از بخش ICU بیان کرد: «بیماران رو خیلی دوست دارم. یک چیزهایی که تو زندگی‌م دارم از بیمارامه... بیمار من ممکنه نبینه من چکار می‌کنم، ولی مطمئنم می‌فهمه».

پرستار دیگری در بخش زنان (شماره ۶) اظهار نمود: «من فکر می‌کنم که این کار استرس‌آور، اما بیشتر که فکر می‌کنی افتخارآمیزه... همراهی با مادری که می‌خواد بچه مردشو ببینه، عکس گرفتن از اون بچه و یادآوری خاطرات بچه به پدر و مادرش، سخت‌ترین، اما در عین حال راضی‌کننده‌ترین کمک به اوناست».

تغییر شناختی: به دریافت و درک یک موقعیت به روش‌های مختلف طوری که اثر احساسات منفی کاهش یابد، تغییر شناختی گفته می‌شود. پرستاران در برخی موقعیت‌ها با ارزیابی مجدد یک رویداد، توانسته‌اند با تعدیل احساسات درونی خود، احساسات مورد انتظار را ابراز نمایند. پرستار شماره ۱۴ در این زمینه بیان کرد: «موقعی هست که به خودم می‌گم شرایط این نوزاد واقعاً بد و ناراحت‌کننده است، چه طوری مادرش می‌تونه این نوزاد رو ببینه، اما می‌بینم که اغلب دیدن چنین نوزادایی، به والدینشون در کنار اومدن با این قضیه کمک می‌کنه. اونا باید تصمیم بزرگی بگیرن و این کار بهشون کمک می‌کنه تا بدونن که تصمیمشون درست بوده یا نه. اونا هم این نوزاد را این‌طور نمی‌بینن؛ چون بخشی از وجودشونه و برای اونا زیباست، همانطور که هر نوزادی زیباست و این کار ارزشمندیه که می‌شه در حق اونا کرد. تو همین حس و حالم که بچه رو آماده می‌کنم و می‌برم براش».

پرستار شماره ۳ اظهار نمود: «زمانی رو یادمه که به خاطر یک سری مشکلات کلافه و عصبانی بودم و این دقیقاً قبل از این بود که برم و بیمارامو سر بزدم. خوب وقتی می‌خوام برم سراغ بیمارام سعی می‌کنم مشکلات رو به فراموشی بسپارم؛ یعنی الان خیلی چیز مهمی برای من نیست. زیاد بهش فکر

شد. یکی از پرستاران در این باره بیان کرد (شماره ۶): «می‌دونم نباید مسایل کار رو خونه ببری، اما فکر می‌کنم وقتی می‌رم خونه نیاز است که دغدغه‌ها و احساساتمو با اعضای خانواده‌م در میان بذارم. هیچ کس بهتر از پدر و مادرم منو نمی‌شناسن...».

پرستار شماره ۹ گفت: «گاهی که واقعاً بی‌حوصله‌ام و دل و دماغ ندارم، صبر می‌کنم برم خونه با همسر حرف بزنم». انعکاس احساسی: انعکاس احساسی، بیانگر توانایی پذیرش و بازتاب احساسات دیگران است که به صورت «واکنش متقابل، ارتباط عمیق عاطفی و همدردی» شناسایی گردید.

واکنش متقابل: عکس‌العملی مطابق با موقعیت درک شده به لحاظ احساسی است که موجب پالایش احساسی فرد می‌شود. پرستار شماره ۸ چنین بیان کرد: «یک وقتی چون خود بیمار با شما صمیمی می‌شه، شما هم با او صمیمی می‌شین مثل صدا زدن با نام کوچک، اما وقتی خود بیمار نخواهد و اجازه ندهد نزدیک شوی، من هم خب نزدیک نشدم».

یا پرستار دیگری (شماره ۳) اظهار نمود: «باید زمان رو بشناسی، فرد رو بشناسی، متناسب با موقعیت رفتار کنی. حال و هوای بیماران گوارش با بیماران غدد فرق می‌کنه. با بیمار غدد یا بیمار گوارش یا بیمار ریه برخوردها فرق می‌کنه. باید با هر کدام جور متفاوتی باشی... این برای خودت هم بهتره».

ارتباط عمیق عاطفی: این زیرمؤلفه به مفهوم برقراری نوعی حس تفاهم در ارتباط با دیگران است. برخی پرستاران در ارتباطات خود با بیماران، حس تفاهم خود را به صورت درگیری ذهنی و وابستگی پیدا کردن ابراز نمودند. یکی از پرستاران عنوان کرد (شماره ۹): «غیر ممکنه که درگیر غم، اندوه، عصبانیت، خشم و نگرانی بیماران در مورد مسایلی که اتفاق می‌افته و چرایی علت رخدادشون نشم. غیر ممکنه بتونم خارج از گود بمونم. خود به خود درگیرش می‌شم. فکر می‌کنم اگر بخوایم به لحاظ احساسی خارج از گود بمونم، این دیگه حرفه پرستاری نیست...».

پرستار شماره ۲ اشتغال ذهنی خود را چنین مطرح نمود:

«خیلی از اوقات از نظر احساسی در خواب هم با بیمارانم درگیری روحی پیدا می‌کنم؛ یعنی گاهی که روز کاری پرفشاری داشتم یا بیماری بوده که بعد از مدتی جنگیدن با بیماری‌اش فوت کرده؛ چون درگیرش شدم تو خواب هم اذیت شدم».

پرستار شماره ۱۵ وابستگی پیدا کردن را در ایجاد حس تفاهم با بیماران بیان کرد و اذعان داشت: «من در بخش ICU هستم، خیلی وابسته شدم به این جور بیماران. در کل یک جورایی قلب من کنده می‌شه؛ چون فکر می‌کنم که چشم و گوش و اصلاً مغز بیمار منم».

پرستار دیگری در بخش دیالیز مطرح کرد (شماره ۱): «این‌جا بخش مزمنی است؛ چون بیمارانمون در هفته دو تا سه بار لازمه بیان که دیالیز بشن. برای همین بعد از یک مدتی مثل یک خانواده می‌شیم. خیلی حس خوبی با همه فشارهایی که وجود داره. بیماران از خودشون از زندگیشون و خاطرات و آرزوهاشون حرف می‌زنن. بعضی از اون‌ها هم حتی بعد از این که پیوند می‌شن، بهبود پیدا می‌کنن و می‌رن، هرچند وقتی به من زنگ می‌زنن و حتی برای جشن ازدواجشون دعوت هم کردن».

همدردی: همدردی نوعی عکس‌العمل بیولوژیکی نسبت به پذیرش احساسات درونی است. یکی از پرستاران، گریه کردن را روش ابراز پذیرش احساسات درونی نشان داد و تجربه خود را چنین بیان کرد (شماره ۱۱): «من آدم احساسی نیستم، ولی دو بار از فوت بیمار اشکم درآمد. یک بار پسر دو ساله که هسته آلبالو خورده بود و من خودم بالای سرش بودم که فوت کرد. یک بار هم دختر چهارده ساله‌ای که CPR کردم، ولی دیگه برنگشت».

پرستار شماره ۸ نیز در بخش کودکان بیان کرد: «در اینجا پسر کوچکی بستری بود که بعد از مدتی که هوشیاری‌اش رو به دست آورده بود و بهتر شده بود، تو بخش راه می‌رفت و گاهی به همکاران کمک می‌کرد. بعد از یک مدت خیلی کوتاهی بیماری‌اش دوباره عود کرد و بعد چند روز فوت شد. من واقعاً در اون لحظات فقط شوکه شده بودم».

در شکل ۳، محتوای بعد بازگیری عمیق پرستاران آرایه شده است.

از نمای بیرونی پنهان نگهداشته می‌شود و کار با حفظ نمایی مناسب از بیرون صورت می‌گیرد (۲۲).

یکی از مؤلفه‌های احصا شده حوزه پرستاری در بعد بازیگری ظاهری، «نقاب احساسی» است و زمانی ایجاد می‌شود که افراد به طور متقاعد کننده‌ای احساسات خود را در عمل به گونه‌ای که احساس دیگری دارند یا حتی احساس ندارند، نشان می‌دهند. نقاب احساسی در بین پرستاران به صورت ابراز چهره حرفه‌ای و ابراز چهره بشاش پدیدار شد. تعدادی از محققان، به مشخصه‌های حرفه‌ای نسبت به بروز احساسی اذعان داشتند که از طریق جامعه‌پذیری حرفه‌ای به دست می‌آید و چیزی یاد گرفته می‌شود که بروز آن قابل قبول است (۲۲). این انتظارات توسط بیماران، سازمان‌ها و تصاویر متعارف از پرستاری شکل می‌گیرد. نهادینه ساختن این انتظار در برخی موقعیت‌ها فشار زیادی را بر پرستاران وارد می‌کند. در این حالت، پرستاران مجبور هستند احساسات خود را زمانی که با ناهمسانی‌های نقشی روبه‌رو می‌شوند، با پوششی از چهره حرفه‌ای به نمایش بگذارند. Williams دریافت که حرفه پرستاری با خودکنترلی و تحمل درد و سختی بدون ابراز شکایت عجین شده است که همین امر، بروز احساسات واقعی را در آنان محدود می‌سازد (۲۳). Garel و همکاران 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 (۱۷). همچنین، پرستاران استفاده از ابراز چهره بشاش را به عنوان روشی برای به پیش رفتن و عبور کردن از موقعیت مطرح کردند و آن را روش آرام کردن تنش و ناراحتی بیماران در فضای کار نشان دادند. در عمل، آن‌ها استفاده از این نقاب را هدیه‌ای مازاد قلمداد نمودند که در جهت ایجاد احساسات مورد انتظار، با وجود احساس واقعی خود ارائه می‌کنند. Latham و Locke با مشاهده پرستاران کودکان، دریافتند که آن‌ها اغلب با بچه‌های ناامید و وابستگان‌شان مواجه می‌شوند که در این موقعیت، از رفتار طنزآمیز استفاده می‌کنند تا به سرعت احساسات منفی بچه‌ها و والدینشان را تغییر دهند (۲۴).

مؤلفه دیگر بعد بازیگری ظاهری، «مقابله احساسی» بود که به معنای مقاومت به منظور عدم ابراز احساسات واقعی می‌باشد. عدم ابراز تألمات روحی و رفتاری، یکی از زیرمؤلفه‌های مقابله احساسی مطرح گردید که حرفه پرستاری را درگیر ارتباط با احساسات خود و دیگران در موقعیت‌های پرسترس نشان می‌دهد. این موضوع پرستاران را به این احساس هدایت می‌کند که به اندازه کافی در ارتباط با بیماران قوی ظاهر شوند، از گریه کردن اجتناب ورزند و خود را خوب نشان دهند تا از آن‌ها حمایت نمایند و آن‌ها احساس راحتی داشته باشند. عدم بیان واقعیت به بیمار نیز به عنوان زیرمؤلفه دیگر، موقعیت‌هایی را توصیف نمود که نیاز به پاسخ به احساس ترس و اضطراب بیماران را در موقعیت‌های پرسترس الزام می‌داشت. این زیرمؤلفه دربرگیرنده ارتباط، تعامل و پاسخ به سؤالاتی بود که آن‌ها را سخت و مشکل توصیف می‌کردند. بعد دوم نیروی کار احساسی، بازیگری عمیق است که با عنوان تنظیم احساس مبتنی بر پیشایند تعریف می‌گردد و بر ادراک و پردازش نشانه‌های احساسی در زمان شروع یک احساس تأثیر می‌گذارد. این بعد، گرایش‌های فیزیولوژیک، تجربی یا رفتاری را موجب می‌شود و هدف این است که احساسات برانگیخته شده در موقعیت مورد نظر یا ادراک از آن را تغییر دهد. در این حالت نه تنها رفتار بیانگر می‌گردد، بلکه احساسات درونی نیز تنظیم می‌شود (۱۵).

بر مبنای یافته‌های پژوهش حاضر، «عقب‌نشینی احساسی» یکی از مؤلفه‌های بعد بازیگری عمیق شناسایی شد که به معنای فاصله گرفتن و کناره‌گیری از موقعیتی است که موجب بروز احساس ناخوشایند در فرد می‌شود تا فرد بتواند احساسات درونی خود را اصلاح و تعدیل کند. یکی از زیرمؤلفه‌های عقب‌نشینی احساسی، به صورت تمرکز بر شغل بود. مشارکت کنندگان، تأثیر مفید تمرکز بر شغل را چنین بیان کردند که حواس آن‌ها را جمع می‌کند و بهتر می‌توانند با مکانیزم و فرایند کنار بیایند. Menzies در تحقیق اولیه خود، تمرکز بر شغل را به عنوان رویکرد وظیفه‌ای برای مراقبت در پرستاری عنوان نمود که از جمله هزینه‌های احساسی مراقبت برای حمایت از پرستاران بود (۲۵). در

در آن اهمیت دارد (۲۸). به اعتقاد Cunico و همکاران، همدلی احساسی، تجربه احساسی توسط پرستار می‌باشد و بیان کننده یک نگرش غیر شخصی و مثبت است (۲۹).

مؤلفه دیگر بعد بازیگری عمیق، «برانگیختگی احساسی» به معنای تلاش برای تغییر احساسات درونی در جهت ابراز مناسب آن است که از طریق انگیزه‌های مهرورزی، مثبت‌اندیشی و تغییر شناختی انتزاع گردید. انگیزه‌های مهرورزی، برانگیختن احساسات مبتنی بر یک انگیزه نهفته همچون دلسوزی، سهمی در خوشحال کردن بیماران و مهربان بودن به دلیل انسانیت و وجدان آگاه است. این رویکرد با فلسفه اخلاق پرستاری کاملاً منطبق می‌باشد (۳۰). مثبت‌اندیشی، نوعی تفکر درباره بخش‌های لذت‌بخش یک رویداد است و احساساتی را برمی‌انگیزد که یک نفر نیاز دارد با مشتریان در یک موقعیت ویژه تعامل کند. از منظر جامعه‌شناسی، مثبت‌اندیشی نوعی سرمایه عاطفی به شمار می‌رود که هزینه‌های کنترل و نظارت رسمی را کاهش می‌دهد و افراد را متقاعد به ابراز احساس مطابق با ارزش‌ها و هنجارهای حرفه‌ای خود می‌نماید (۳۱). تغییر شناختی نیز به دریافت و درک یک موقعیت به روش‌های مختلف گفته می‌شود؛ به طوری که اثر احساسات منفی کاهش یابد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که پرستاران با استفاده از تکنیک‌هایی مانند فراموشی آگاهانه، تغییر دید و خلوت کردن با خود، تفکرات ناسازگار خود را در ارتباطات احساسی با بیماران تغییر می‌دهند تا احساساتی را ابراز کنند که از آن‌ها انتظار می‌رود.

مؤلفه دیگر شناسایی شده بعد بازیگری عمیق، «اشتراک‌گذاری احساسی» بود. بیشتر پاسخ دهندگان در مورد اهمیت صحبت درباره احساسات مربوط به تجارب بالینی با دیگران (صحبت با بیمار، همکاران و وابستگان) تأکید کردند. صحبت درباره احساسات، بیانگر رویه کار احساسی مهمی در اقدامات پرستاری است که پرستاران را قادر می‌سازد از لحاظ روان‌شناختی و احساسی به پیش روند (۳۲). صحبت کردن با بیمار، نوعی حمایت عاطفی محسوب می‌شود و به معنی فراهم آوردن مهر، عطوفت و توجه و قوت قلب دادن است که منجر به تعدیل احساسات درونی و بروز احساسات مطلوب و

حقیقت، تمرکز بر شغل به عنوان وظیفه‌ای که ممکن است عملگرا باشد، به عنوان حمایتی برای واقعیت آنچه که پرستاران باید ببینند و با آن تعامل کنند، می‌باشد. بر مبنای نظر Hochschild، تمرکز بر شغل بازیگری عمیقی را می‌طلبد که به دنبال تلاش به تغییر احساسات درونی با جایگزینی مفهوم تغییر موقعیت می‌باشد (۲۲). دغدغه کنار آمدن با شغل نیز به عنوان زیرمؤلفه دیگری از عقب‌نشینی احساسی پرستاران، یک الزام کاربردی مطرح گردید که به واسطه نوعی جدایی احساسی، مدیریت احساسات را در ارتباط با بیماران به صورت موفقیت‌آمیز ارایه می‌کند. Williams، کنار آمدن با شغل را عامل تأثیرگذاری در جهت ابراز احساسات مورد انتظار شغل در مشاغل خدماتی مطرح می‌کند (۲۳). زیرمؤلفه پدیدار شده دیگر عقب‌نشینی احساسی، تغییر فضای احساسی بود. پرستاران از تغییر فضای احساسی به عنوان یک مهلت برای مقابله با عوامل استرس‌زا در روابط خود با بیماران استفاده می‌کنند. فرصت‌هایی که افراد بهره می‌برند تا کاری را انجام دهند که احساسات درونی‌شان تعدیل شود؛ در حالی که دیگران به طور موقت مسؤولیت آن‌ها را به عهده می‌گیرند.

مؤلفه دیگر بعد بازیگری عمیق، «همدلی احساسی» می‌باشد. منظور از همدلی احساسی آن است که احساس ما به حد احساس دیگری برسد؛ یعنی به درک آن چیزی برسیم که دیگری آن را دریافته و یا در عمل با آن مواجه شده است. هنگامی که پرستار سعی در درک مشکلات و ناراحتی‌های بیماران دارد (درک وضعیت احساسی بیمار) و به واسطه تجربه مشترک داشتن در موقعیت بیمار، خود را در همان وضعیت تصور می‌نماید (خود را جای بیمار گذاشتن) و نوعی ارتباط شخصی برقرار می‌کند (بیمار را جای نزدیکان خود دیدن) و همدلی احساسی تحقق پیدا می‌کند. بر مبنای نظر Santo، برای مدیریت احساسات بیماران، درک دقیق احساسات آنان پیش‌نیاز مهمی است (۱۵) که این عامل با روان‌شناسی ارتباطات و ادبیات همدلی سازگار است (۲۶، ۲۷). همچنین، حمایت‌های تجربی وجود دارد که نگرش‌های همدلانه پرستاران برای کیفیت خوب مراقبت و پذیرش و رضایت بیماران

ابعاد بازیگری ظاهری و بازیگری عمیق پرستاران برگزیده کشوری در جامعه مورد مطالعه را نشان داد. تمام پرستاران مطالعه حاضر بر نیروی کار احساسی به عنوان تلاشی برای ارایه نقش و هدف پرستار در ایجاد حس امنیت، آسایش و راحتی به بیمار خود توجه داشتند و توانایی ورود به نقش مراقبت را مستلزم شناخت احساسات فردی و احساسات بیمار مطرح نمودند. بنابراین، درک صحیح این مفهوم به عنوان یک منبع معتبر در ساخت دانش حرفه‌ای پرستاران، بخش اصلی توانمندی پرستاری می‌باشد که به ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران و در نتیجه، بهبود کیفیت زندگی آنان کمک می‌نماید. همچنین، از آنجایی که بازیگری عمیق تأثیر مثبتی بر رضایت شغلی پرستاران می‌گذارد، برنامه‌های مدیریت منابع انسانی که بر پرورش مهارت‌های بازیگری عمیق تأکید می‌کنند، می‌توانند منجر به حفظ سطح بالایی از رضایت شغلی پرستاران و جلوگیری از خستگی شغلی در آنان شود. مدیران منابع انسانی می‌توانند با به کارگیری آزمون‌های هوش عاطفی در فرایند انتخاب، فراهم آوردن آموزش برای ایجاد شایستگی احساسی، اندازه‌گیری مهارت‌های نیروی کار احساسی پرستاران در ارزیابی‌های عملکرد و در نظر گرفتن پاداش‌های مرتبط به مدیریت احساسات در محیط کار، نقش بسزایی در راستای ارتقای جایگاه مدیریت منابع انسانی در این حوزه ایفا کنند.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از رساله مقطع دکتری رشته مدیریت منابع انسانی می‌باشد. بدین وسیله از مدیریت توسعه سازمان و منابع انسانی سازمان علوم پزشکی مشهد و همه پرستاران برگزیده‌ای که در انجام هرچه بهتر این مطالعه مشارکت نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

مورد انتظار می‌گردد. صحبت کردن با همکاران نیز نه تنها از بار استرس و اضطراب می‌کاهد، بلکه راهی برای تقویت روابط حمایتگرانه میان همکاران و ابراز احساسات مطلوب در کار است. Filstad نیز از اهمیت صحبت با همکاران درباره تجارب چالش برانگیز احساسی حمایت نمود (۳۳). به نظر Boyle نیز سیستم‌های حمایتی غیر رسمی به جای رسمی، بیان‌کننده سطح همکاری و ارزش‌دهی بر تجربه فردی و نگاه به موقعیت است (۳۴). برخی پرستاران حمایت و صحبت با خانواده و وابستگان خود را به عنوان عامل زمینه‌سازی در تعدیل احساسات خود مطرح نمودند. این نوع حمایت پشت‌صحنه نشان می‌دهد که نیروی کار احساسی می‌تواند ادامه یابد و تا محیط خانه نیز گسترده شود. در تحقیقات مختلف، بر اهمیت منابع حمایتی در دسترس تأکید شده است که برای سلامت احساسی پرستاران و در نهایت کیفیت خدمات فراهم شده مهم و حیاتی می‌باشد (۳۵).

«انعکاس احساسی» به عنوان مؤلفه نهایی پدیدار شده در بعد بازیگری عمیق، به معنای توانایی پذیرش و بازتاب احساسات بیماران از طریق واکنش متقابل، ارتباط عمیق عاطفی و همدردی است. واکنش متقابل، عکس‌العملی مطابق با موقعیت درک شده به لحاظ احساسی می‌باشد که موجب پالایش احساسی فرد می‌شود. ارتباط عمیق عاطفی بیانگر نوعی حس تفاهم با بیماران و همدردی، عکس‌العملی بیولوژیک در برابر پذیرش احساسات درونی نسبت به موقعیت ایجاد شده است. در مطالعات متعددی، انعکاس احساسی، استراتژی حرفه‌گرایی در تقویت اقدامات شبکه مراقبت سلامت مطرح شده است که از این اقدامات در محیط بالینی حمایت می‌کند (۳۶، ۳۷).

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر دربرگیرنده مضامینی بود که محتوای

References

1. Benozzo A, Colley H. Emotion and learning in the workplace: Critical perspectives. *J Workplace Learn* 2012; 24(5): 304-16.
2. Cacioppo JT, Gardner WL. Emotion. *Annu Rev Psychol* 1999; 50: 191-214.
3. Hochschild AR. Emotion work, feeling rules, and social structure. *Am J Sociol* 1979; 85(3): 551-75.
4. Fineman S. Understanding emotion at work. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2003.
5. Mann S. Emotional labour in organizations". *Leadership & Organization Development Journal* 1997; 18(1): 4-12.

6. Riley R, Weiss MC. A qualitative thematic review: Emotional labour in healthcare settings. *J Adv Nurs* 2016; 72(1): 6-17.
7. Bolton S. Changing faces: Nurses as emotional jugglers. *Sociology of Health and Illness* 2001; 23(1): 85-100.
8. Grandey AA. Emotion regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *J Occup Health Psychol* 2000; 5(1): 95-110.
9. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs* 2008; 108(9 Suppl): 23-7.
10. Weiss HM, Cropanzano R. Affective events theory: A theoretical discussion of the structure, causes and consequences of affective experiences at work. *Res Organ Behav* 1996; 18: 1.
11. Wilson T. What can phenomenology offer the consumer?: Marketing research as philosophical, method conceptual. *Qual Market Res Int J* 2012; 15(3): 230-41.
12. Abu Shosha G. Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: A reflection of a researcher. *Eur Sci J* 2012; 8(27): 31-43.
13. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, Editors. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994. p. 105-17.
14. Soto JA, Perez CR, Kim YH, Lee EA, Minnick MR. Is expressive suppression always associated with poorer psychological functioning? A cross-cultural comparison between European Americans and Hong Kong Chinese. *Emotion* 2011; 11(6): 1450-5.
15. Santo LD. The nurse-patient emotional interaction in quality of work life: The role of empathy and emotional dissonance [Thesis]. Brussels, Belgium: Libre de Bruxelles University; 2012.
16. de Raeve L. The modification of emotional responses: A problem for trust in nurse-patient relationships? *Nurs Ethics* 2002; 9(5): 465-71.
17. Garel M, Etienne E, Blondel B, Dommergues M. French midwives' practice of termination of pregnancy for fetal abnormality. At what psychological and ethical cost? *Prenat Diagn* 2007; 27(7): 622-8.
18. Mackintosh C. Protecting the self: A descriptive qualitative exploration of how registered nurses cope with working in surgical areas. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(6): 982-90.
19. Diefendorff JM, Richard EM. Antecedents and consequences of emotional display rule perceptions. *J Appl Psychol* 2003; 88(2): 284-94.
20. Lewis P. Suppression or expression: An exploration of emotion management in a special care baby unit. *Work Employ Soc* 2005; 19(3): 565-81.
21. Bolton SC. 'Emotion here, emotion there, emotional organizations everywhere'. *Critical Perspectives on Accounting* 2000; 11(2): 155-71.
22. Hochschild AR. *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley, CA: University of California Press; 2003.
23. Williams A. A study of emotion work in student paramedic practice. *Nurse Educ Today* 2013; 33(5): 512-7.
24. Latham GP, Locke EA. Self-regulation through goal setting. *Organ Behav Hum Decis Process* 1991; 50(2): 212-47.
25. Menzies IE. A case-study in the functioning of social systems as a defence against anxiety: A report on a study of the nursing service of a general hospital. *Hum Relat* 1960; 13(2): 95-121.
26. Kramer MW, Hess JA. Communication rules for the display of emotions in organizational settings. *Manag Commun Q* 2002; 16(1): 66-80.
27. Hojat M. The world declaration of the rights of the child: Anticipated challenges. *Psychol Rep* 1993; 72(3 Pt 1): 1011-22.
28. Olson J, Hanchett E. Nurse-expressed empathy, patient outcomes, and development of a middle-range theory. *Image J Nurs Sch* 1997; 29(1): 71-6.
29. Cunico L, Sartori R, Marognolli O, Meneghini AM. Developing empathy in nursing students: A cohort longitudinal study. *J Clin Nurs* 2012; 21(13-14): 2016-25.
30. Salmela M, Mayer VE. *Emotions, ethics, and authenticity*. Amsterdam, Netherlands: John Benjamins Publishing; 2009.
31. Turner N, Barling J, Zacharatos A. Positive psychology at work. In: Snyder CR, Lopez SJ, Editors. *Handbook of positive psychology*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2001.
32. Davison N, Williams K. A Danish approach to mentorship and education of nursing students. *Nurs Stand* 2011; 25(23): 42-5.

33. Filstad C. Learning to be a competent paramedic: Emotional management in emotional work. *International Journal of Work Organisation and Emotion* 2010; 3(4): 368-83.
34. Boyle MV. You wait until you get home. Emotional regions, emotional process work, and the role of onstage and offstage support. In: Hartel C, Ashkanasy NM, Zerbe W, Editors. *Emotions in organizational behavior*. Hove, UK: Psychology Press; 2005. p. 45-65.
35. Ozturk H, Bahcecik N, Ozcelik SK, Kemer ASo. Emotional labor levels of nurse academicians. *Procedia Soc Behav Sci* 2015; 190(Supplement C): 32-8.
36. Jasper M. *Professional development, reflection and decision-making for nurses*. New York, NY: John Wiley & Sons; 2006.
37. Rolfe G, Freshwater D. *Critical reflection in practice: Generating knowledge for care*. 2nd ed. London, UK: Macmillan Education UK; 2010.

Analyzing Contents of Emotional Labor Dimensions among Exemplar Iranian Nurses

Seyede Mansoureh Hosseini-Robat¹, Fariborz Rahimnia², Mostafa Kazemi², Saeed Mortazavi²

Original Article

Abstract

Introduction: Since nursing profession is deeply rooted in the concept of emotions, and emotions management in order to express the expected emotion demonstration has got high importance, conducting descriptive researches in different fields of exploring latent aspects of the relevant field are deemed essential. Therefore, the main objective of the current research was to explore contents of emotional labor dimensions among exemplary nurses in public hospitals of Mashhad City, Iran.

Method: This was a descriptive research drawing upon the strategy of phenomenology. Semi-structured deep interviews were used to collect the data. In order to analyze collected data, Colaizzi approach was employed. The research population included all national exemplar nurses at public hospitals of Mashhad City. They were interviewed considering purposeful sampling and its adequacy.

Results: For surface acting dimension, 5 sub-categories in 2 main themes of the emotional mask, and emotional deal, and for deep acting dimension, 15 sub-categories in 5 main themes of emotional withdrawal, emotional empathy, emotional arousal, emotional sharing, and emotional reflection were achieved.

Conclusion: Findings of the current research provide valuable insight regarding emotional labor performed by national exemplar nurses in the population. Thus, a correct understanding of this concept as a valid source in constructing professional knowledge of nurses can be placed as the main part of nursing competency; through which the quality of patients' care can be promoted and life quality can be improved as a result.

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

Citation: Hosseini-Robat SM, Rahimnia F, Kazemi M, Mortazavi S. **Analyzing Contents of Emotional Labor Dimensions among Exemplar Iranian Nurses.** J Qual Res Health Sci 2017; 6(3): 325-42.

Received date: 11.03.2016

Accept date: 21.06.2016

1- PhD Student, Department of Management, School of Economic and Administrative Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

2- Professor, Department of Management, School of Economic and Administrative Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

Corresponding Author: Fariborz Rahimnia, Email: r-nia@um.ac.ir