



Mask on the Emotions: the Role of Emotional Labor on Mental Health and Resiliency of Nurses

Manijeh Firoozi ^{1,*}, , Hammed Shakouri ²

¹ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education Science, University of Tehran, Iran

² MSc, Department of Management, University of Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Manijeh Firoozi, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education Science, University of Tehran, Iran. E-mail: mfiroozy@ut.ac.ir

Received: 24 Apr 2018

Accepted: 05 Jan 2018

Abstract

Introduction: Emotional labor tend to consider manage and expression feeling at workplace. The main purpose of this study was investigate role of emotional labour and resiliency in mental health of nurses.

Methods: This study used a descriptive design. According to the Morgan table, 312 nurses from Qamar Bani Hashem Hospital and Shaheed Madani Hospital in Khoy were participated in this study. They completed three questionnaires including Zapf Emotional Labor scale, General Health Questionnaire (GHQ) and Connor and Davidson Resilience Scale. Finally, the data were analyzed through stepwise regression analysis.

Results: Surface emotional acting had a positive and significant relationship with physical symptoms, anxiety and insomnia, social dysfunction and depression ($P < 0.001$), while its relationship with resilience and work experience was negatively significant ($P < 0.001$). Meanwhile, Surface emotional acting explain to 24% of mental health in nurses (negatively). Deep emotional acting had a meaningful and positive relationship with the components of mental health, resilience and work experience. In other words, with growth work experience, tend to increase deep emotional acting. In the result, resilience and mental health improve gradually.

Conclusions: Surface emotional acting, often seen in little background nurses, could lead to cognitive dissonance and inconsistency between behavior and beliefs. In the result, it can reduce psychological health. If use consistently defensive mechanisms to control these emotional disruptions, the nurses will be experience burnout in long time.

Keywords: Expressed Emotion, Psychological Resilience, Mental Health, Nurse, Occupational Health



نقابی بر عواطف: نقش بازیگری احساسی بر سلامت روان شناختی و تاب آوری پرستاران

منیژه فیروزی^{۱*}، حامد شکوری^۲

^۱ استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۲ کارشناس ارشد، گروه مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: منیژه فیروزی، استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. ایمیل: mfiroozy@ut.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۲/۰۴

چکیده

مقدمه: بازیگری احساسی به مدیریت و نحوه بیان احساسات و هیجانها در محیط کار اشاره دارد. هدف اصلی این مطالعه نقش بازیگری احساسی و تاب آوری در سلامت روان پرستاران بود.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی بود. بر اساس جدول مورگان، ۳۱۲ نفر از پرستاران بیمارستان قمر بنی هاشم و بیمارستان شهید مدنی در شهرستان خوی به روش در دسترس در این پژوهش شرکت کردند. پرستاران سه پرسشنامه شامل آزمون بازیگری احساسی زاف، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و پرسشنامه مقیاس تاب آوری کونر و دیویدسون را تکمیل نمودند. در نهایت، داده ها از طریق تحلیل رگرسیون گام به گام تحلیل شدند.

یافته ها: بازیگری احساسی سطحی رابطه مثبت و معناداری با نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی داشت ($P < 0/001$)، در حالیکه رابطه آن با تاب آوری و تجربه کاری منفی و معنادار شد ($P < 0/001$). این در حالی است که به طور منفی ۲۴ درصد سلامت روان را در پرستاران را تبیین کرد. بازیگری احساسی عمیق، رابطه معنادار و مثبتی با اجزاء سلامت روان، تاب آوری و تجربه کاری داشت. به عبارتی هر چه تجربه کاری افزایش می یافت، بازیگری احساسی در محیط کار عمیق تر و با افزایش بازیگری عمیق، تاب آوری و سلامت روان هم بیشتر می شد.

نتیجه گیری: بازیگری احساسی سطحی که اغلب در پرستاران با سابقه کم دیده شد، موجب ناهماهنگی شناختی و تناقض بین رفتار و عقاید می شود. در نتیجه می تواند سلامت روان شناختی را کاهش دهد. مکانیسم های دفاعی که این اضطرابها را مهار می کنند، اگر طولانی مدت مورد استفاده قرار گیرند، موجب فرسودگی شغلی خواهند شد.

واژگان کلیدی: بیان هیجانی، تاب آوری روان شناختی، سلامت ذهنی، پرستار، سلامت شغلی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

بازیگری احساسی در محیط های شغلی اجتناب ناپذیر است و افراد در مشاغل که حرفه آنها وابسته به تعاملات اجتماعی بالا است، مجبور هستند تا در پاره ای از موارد احساسات واقعی خود را پنهان کنند و احساسات مورد انتظار در حرفه را آشکار کنند [۱]. کار و بازیگری احساسی برای اولین بار در سال ۱۹۸۳ مطرح شد و پس از آن توجهات بسیاری را به خود جلب نمود. مطابق با تئوری هوشهیلد [۲]، کار احساسی نوعی تنظیم احساسات شخص است تا فرد برخی از احساسات خاص را که از شغل او انتظار می رود، بروز دهد. همچنین او عقیده داشت بازیگری احساسی دارای دو سطح بازیگری سطحی و بازیگری عمیق

است. گوسیرند و دیفندرف [۳] بازیگری احساسی را رفتارهای برگرفته از اهداف سازمان می داند که در جهت ابراز احساسات مناسب در حین کار نشان داده می شود. به عنوان مثال کارمندی را در نظر بگیرید که مسئول رسیدگی به شکایات مشتریان است و هر روز باید به شکایات مشتریان در کمال آرامش و با حفظ احترام مشتری رسیدگی کند. حتی اگر این کارمند با شکایات مشتریان تحت فشار باشد، باز باید با مشتریان با لحن خوب صحبت کند. این مثال چگونگی انجام بازیگری احساسی را نشان می دهد. این کارمند با بازداری از نشان دادن احساس فشار ناشی از شکایات مشتریان به منظور دستیابی به اهداف سازمانی

مورد انتظار، همچنان با آرامی و متانت با مشتریان برخورد می‌کند [۴]. پرستاران نیز برای انجام بهترین مراقبت‌ها می‌بایست احساسات و بیان احساسات خود را کنترل کنند و به همین دلیل آنها مجبور به بازیگری احساسی می‌شوند. بازیگری احساسی مفهومی چند بعدی و پیچیده است و در حین اینکه با آسیب‌هایی همراه است، اما شاخصی برای عملکرد خوب در فرایند فعالیت مراقبت است. پرستارانی که به خوبی از آن بهره می‌گیرند، بهترین خدمت را ارائه می‌کنند [۵]. به خصوص پرستارانی که با بیماران بدحال و بیماران در مرحله پایانی، در تماس هستند، ضرورت به کار گیری از بازیگری احساسی را بیشتر حس می‌کنند.

چون در جوامع کنونی موقعیت‌های های استرس زای زیادی وجود دارد. بالطبع باید ظرفیت روانی افراد نیز افزایش یابد. اگر فرد برای مقابله با این موقعیت‌ها به راهبردهای مناسب مجهز نباشد، بدون تردید سلامت روانی او به خطر می‌افتد [۶]. پرستاران نیز برای حفظ سلامت خود از این قاعده مستثنا نیستند. بنا به نظریه شناختی - اجتماعی، محیط اجتماعی و موقعیت‌های خاص نقش زیادی در سلامت روانی افراد دارند. برخی از محققان معتقدند فردی از نظر روانی سالم است که بتواند از وضعیت و سمت اجتماعی خود استفاده کند و از عهده وظایف محوله به خوبی برآید [۷]. سلامت روانی یک حالت پویا و کاملی از فقدان نشانه‌های بیماری و حضور نشانه‌های سلامت که دارای ابعاد جسمی، روحی، روانی و اجتماعی است. سلامت روانی، یکی از شاخه‌های روان شناسی است و به دلیل اهمیت خاصی که دارد امروزه بسیار مورد توجه است. افرادی که سلامت روانی خوبی ندارند، نسبت به بیماری‌های جسمی نیز آسیب پذیرتر می‌شوند و کارایی شغلی کمتری نشان می‌دهند [۸]. شرایط شغلی جزء اولین تعیین کننده سلامت روانی هستند. بنابراین، شناخت عواملی که آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد ضروری است. در این پژوهش فرض شده بازیگری احساسی عاملی در کاهش سلامت پرستاران است.

امروزه بیمارستان‌ها بایستی در محیطی کاملاً رقابتی و پرالتهاب که همواره با تحولات شگفت انگیز روبروست، اداره شوند. پرستاران بیمارستان، دارای طیف گسترده‌ای از ارتباطات و احساسات کاری آسیب زنده هستند. آن‌ها شاید بیش از هر شغل دیگری مجبور به مخفی سازی احساسات خود باشند [۹]. ساعت‌های طولانی کار کردن در بیمارستان موجب فرسودگی روانی آن‌ها می‌شود؛ سر و کار داشتن با بیماران و خانواده آنها که به دلیل بار و فشار ناشی از بیماری، استرس خود را به پرستاران منتقل می‌کنند، در اغلب موارد فرساینده است؛ آن‌ها به دلیل شیفتی بودن ساعات کاری، درگیر تعارض کار-خانواده هستند [۱۰]، همه این موارد، تنش زیادی به آنها وارد می‌سازد؛ اما در عین حال آنها مجبورند نقش دائم مراقبت کننده و حامی را، حتی در شرایطی که از موقعیت متأثر هستند، بازی کنند. استرس‌های شغلی پرستاران متعدددند [۸] اما کدام عامل کمک می‌کند تا آنها با این استرس‌ها کنار آیند و بر آنها غلبه پیدا کنند. در این بین، تاب آوری به عنوان یکی از سازه‌های اصلی این رویکرد طی یک دهه اخیر جایگاه ویژه‌ای را در حوزه روانشناسی محیط کار به خود اختصاص داده است؛ به طوری که هر روز بر شمار پژوهش‌های مربوط به این سازه افزوده می‌گردد [۱۱]. تاب آوری به افراد کمک می‌کند تا آنها از پس چالش‌های محیط کار برآیند و نه تنها سلامت روانی آنها را در مواجهه با مشکلات

شغلی تضمین می‌کند بلکه کارایی آن‌ها را نیز افزایش می‌دهد [۱۲]. در کل تاب آوری را یک فرایند توانمند شدن یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدیدکننده محیطی تعریف نموده‌اند که نقش مهمی در مقابله با تنیدگی‌ها و تهدیدهای زندگی و آثار نامطلوب آن دارد. البته تاب آوری تنها پایداری در برابر استرس و حالتی انفعالی نیست، بلکه فرد کوشش‌مند، عوامل محیطی تنش زا را در کنترل خود نگه می‌دارد و در برقراری تعادل جسمی و روانی تلاش می‌کند [۱۳]. افزون بر این، پژوهشگران بر این باورند که تاب آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت عاطفی و شناختی است که نقش مهمی در سازگاری و رضایت هرچه بیشتر از زندگی دارد [۱۴].

پر اهمیت‌ترین نیازمندی‌های سیستم بهداشت و درمان هر کشوری، سلامت جسمی و روان شناختی پرستاران است. پرستاران در صورتی با کیفیت‌ترین خدمات را در اختیار بیماران قرار می‌دهند که خودشان از سلامت جسمی و روان شناختی برخوردار باشند [۱۵]. بنابراین، مطالعه عواملی که این سلامت را به مخاطره می‌اندازند، ضروری است. یکی از بزرگترین چالش‌هایی که پرستاران با آن مواجه هستند فشار کاری زیاد در محدوده زمانی اندک است [۱۶]. در حین این که آنها استرس فراوانی را به لحاظ جسمی و روان شناختی تجربه می‌کنند، مجبور هستند عواطف منفی خود را مخفی کنند [۱۷]. تصور قالبی از پرستار، مراقبت و توجه بی قید نسبت به بیماران است و انتظار می‌رود، آن‌ها رفتاری متناسب با این تصور را نشان دهند. آن‌ها علارغم تنشی که تجربه می‌کنند، مجبورند چهره‌ای با لبخند و نگاه آرامش بخش داشته باشند. این امر خود می‌تواند عامل تنش باشد و سلامت روان شناختی بیماران را به مخاطره بیندازد. بازیگری احساسی از مدیریت وارد عرصه سلامت شده است [۱۸]. با پیچیده شدن ساختارهای شغلی، آسیب‌های بازیگری احساسی بیشتر نمودار می‌شود. بازیگری احساسی در حوزه‌های سلامت و به خصوص در حرفه پرستاری کمتر مورد پژوهش قرار گرفته است و این پژوهش حقایقی را در مورد آسیب‌های پنهانی در پرستاری را آشکار می‌سازد. هدف اصلی پژوهش، پاسخ به این سؤال است که آیا سطحی از بازیگری احساسی را که پرستاران در آن درگیر می‌شوند (سطحی یا عمیق) می‌تواند سلامت روان شناختی و تاب آوری آنها پیش بینی کند.

روش کار

این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش همه پرستاران شاغل در بیمارستان قمر بنی هاشم و بیمارستان شهید مدنی در سال ۱۳۹۷ بود. پس از هماهنگی‌های اولیه با مسئولین بیمارستان، ۳۱۲ نفر از پرستاران به روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از سابقه کار بیش از یک سال در بیمارستان و داشتن پستی که مستقیم با ارباب رجوع در ارتباط باشد و معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از داشتن سابقه مشکلات روان پزشکی، درگیر ادامه تحصیل بودن و داشتن مشکلات جسمی که در پاسخ دهی مشکل ایجاد کند. پس از کسب رضایت از طرف پرستاران و تاکید بر محرمانه بودن اطلاعاتی که از آنها گرفته می‌شد پژوهش آغاز شد. پیش از آزمون در مورد اهداف پژوهش برای شرکت کنندگان توضیح مختصری داده شد و به آنها تاکید گردید هر زمان که علاقه مند نبودند می‌توانستند

محمدی و همکاران، برای تعیین روایی در محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل نشان دادند که به جز گویه ۳، ضرایب بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ بودند. در تحقیق حاضر، آلفای کربناخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ محاسبه شد که بیانگر ضریب پایایی مطلوب است.

یافته‌ها

در این پژوهش میانگین سن شرکت کنندگان ۳۵ سال و انحراف معیار آنها ۶/۹ سال بود. میانگین سالیهای استخدام آنها ۱۰/۲ سال با انحراف معیار ۴/۸ سال بود. به منظور ارائه تصویری روشن‌تر از وضعیت متغیرهای بررسی شده در پژوهش حاضر و پیش از پرداختن به یافته‌های مرتبط با سؤال‌های تحقیق، برخی شاخص‌های توصیفی متغیرها در **جدول ۱** ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای بازیگری احساسی، سلامت روان و تاب آوری

متغیرها	میانگین	انحراف از معیار
بازیگری احساسی عمیق	۳۰/۷۶	۱۲/۳۳
بازیگری احساسی سطحی	۴۴/۲۸	۱۰/۴۵
نشانه‌های بدنی	۱۳/۵۴	۵/۵۶
اضطراب و بی خوابی	۱۵/۶۷	۳/۵۷
نارساکنشوری اجتماعی	۱۴/۳۹	۶/۳۶
افسردگی وخیم	۱۷/۳۸	۴/۴۵
سلامت روان (نمره کل)	۲۵/۶۸	۹/۶
تاب آوری	۲۹/۲۴	۷/۲

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین حوزه‌های بازیگری احساسی عمیق و سطحی و ابعاد سلامت روان و تاب آوری همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد که در **جدول ۲** نشان داده شده است. برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای بازیگری احساسی عمیق و سطحی در تبیین واریانس ابعاد سلامت روان و تاب آوری به عنوان متغیرهای پیشبین در معادله رگرسیون تحلیل شدند. بر اساس نتایج **جدول ۲** مشاهده شده معنادار است.

ماتریس همبستگیهای پیرسون بین متغیرهای پژوهش در **جدول ۲** ارائه شده است. بر اساس متغیرهای جدول، قوی‌ترین رابطه متعلق به بازیگری احساسی سطحی ($r = -0.87; P < 0.001$) و عمیق ($r = -0.81; P < 0.001$) با تجربه کاری است و به نظر می‌رسد متغیر مهمی در واکنشهای حرفه‌ای پرستاران باشد. بازیگری سطحی همچنین، با اضطراب و بی خوابی رابطه قوی نشان داد ($r = -0.77; P < 0.001$). در ابتدا، بازیگری احساسی سطحی وارد معادله رگرسیون شد و توانست ۲۴ درصد واریانس سلامت روان را تبیین کند اما وقتی تاب آوری و تجربه کاری وارد رگرسیون شدند نتوانستند به طور معناداری سلامت روان را بهبود بخشند. اما در بازیگری عمیق این روابط معنادار شد. همانطور که در **جدول ۳** نشان داده شده، نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش بینی سلامت روان پرستاران نشان می‌دهد که در گام اول، بازیگری احساسی عمیق، به تنهایی ۴۳ درصد سلامت روان را پیش بینی می‌کند.

در گام دوم، بازیگری احساسی سطحی به همراه تاب آوری ۴۹ درصد سلامت روان را پیش بینی کردند. در گام سوم، بازیگری سطحی، تاب آوری و تجربه کاری همگی دارد معادله شدند و توانستند ۵۲ درصد

پژوهش را ترک کنند. ۶ نفر در نهایت به دلیل عدم علاقه مندی، در آزمون شرکت نکردند. در این پژوهش، پرسشنامه‌های بازیگری احساسی، سلامت روان و تاب آوری توسط شرکت کنندگان در پژوهش تکمیل شد. در این پژوهش، سه پرسشنامه استفاده شده است. این پرسشنامه توسط زاف و همکاران [۱۹] ساخته شده که شامل ۱۳ سؤال است و پاسخ‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار می‌گیرند.

این پرسشنامه بازیگری احساسی سطحی و عمیق را از هم متمایز می‌سازد. زاف و همکاران پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۱ گزارش داده‌اند. پس از ترجمه این پرسشنامه، روایی محتوایی آن به تأیید ۵ تن اساتید و صاحب نظران رسید و پس از اصلاحاتی که آنها برای بهبود پرسشنامه انجام دادند، در دو مرحله زمانی پایایی سنجیده شد. پایایی آن پس از توزیع بین ۴۵ نفر شرکت کننده از طریق ضریب آلفای کربناخ برای بازیگری احساسی ($\alpha = 0.87$)، بازیگری عمیق ($\alpha = 0.91$) و پایایی کل پرسشنامه ($\alpha = 0.89$) گزارش شد.

پرسشنامه سلامت عمومی یک پرسشنامه مبتنی بر خود گزارش دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) توسط منتظری و همکاران [۲۰] تنظیم و به منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف به کار برده شده است. این پرسشنامه ۱۲ آیت دارد. هدف این پرسشنامه دست یابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماریهای روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت روانی است. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس است که عبارتند از: مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی خوابی، نارسا کنش وری اجتماعی و افسردگی وخیم و از مجموع نمرات زیر مقیاس‌ها یک نمره کلی بدست می‌آید. اعتبار همسانی درونی آن با استفاده از روش آلفای کربناخ ۰/۸۷ است. فرم GHQ28 باروش بازآزمایی بافاصله زمانی ۷ تا ۱۰ روز روی ۸۰ نفر بررسی شده که ضریب اعتبار خرده آزمون‌ها را بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است. حساسیت این آزمون ۰/۸۶ و ویژگی آنرا ۰/۸۲ گزارش شده است.

برای سنجش تاب آوری مقیاس تاب آوری کونر و دیویدسون [۲۱] به کار برده شد. کونر و دیویدسون این پرسشنامه را با بازبینی منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در زمینه تاب آوری تهیه نمودند. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. دو سؤال برای نمونه، " وقتی تغییری رخ می‌دهد، می‌توانم خودم را با آن سازگار کنم." و " حداقل یک نفر هست که رابطه نزدیک و صمیمی‌ام با او در زمان استرس به من کمک کند."

بررسی ویژگیهای روان سنجی این مقیاس در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبتهای ویژه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران مبتلا به اضطراب فرا گیر و دو گروه بیماران مبتلا به نشانگان PTSD انجام شده است. این مقیاس در ایران توسط محمدی [۲۱] هنجار یابی شده است برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونر و دیویدسون از روش آلفای کربناخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ بدست آمد.

سطحی، تاب آوری و تجربه کاری پیش بینی کننده سلامت روان پرستاران بودند.

سلامت روان پرستاران را پیش بینی کنند. بر اساس یافته‌ها بازیگری احساسی سطحی رابطه معنادار و منفی با سلامت روان نشان داد ($\beta = -0.0568$; $P = 0.001$). بر اساس تحلیل رگرسیون، بازیگری

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای بازیگری احساسی، سلامت روان و تاب آوری

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱- بازیگری احساسی سطحی	۱							
۲- بازیگری احساسی عمیق	۰/۶۹**	۱						
۳- نشانه‌های بدنی	۰/۶۱**	-۰/۵۸**	۱					
۴- اضطراب و بی خوابی	۰/۷۷**	-۰/۵۹**	۰/۶۴**	۱				
۵- نارسانکشنوری اجتماعی	۰/۶۴**	-۰/۶۱**	۰/۴۱*	۰/۷۱**	۱			
۶- افسردگی	۰/۶۳**	۰/۲۸	۰/۷۶**	۰/۶۹**	۰/۵۴**	۱		
۷- تاب آوری	-۰/۶۲**	۰/۶۷**	-۰/۴۱*	-۰/۴۶**	-۰/۲۸	-۰/۴۵*	۱	
۸- تجربه کاری (به سال)	-۰/۸۷**	۰/۸۱**	۰/۴۳*	۰/۵۱**	-۰/۴۲*	۰/۲۲	۰/۶۸**	۱

جدول ۳: خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون گام به گام بازیگری احساسی عمیق و تاب آوری بر سلامت روان پرستاران

متغیر	B	SEB	β	F	R ²	P
۱ بازیگری عمیق	۰/۳۱۴	۰/۰۲۳	۰/۵۶۸	۱۸۷/۴۶۵	۰/۴۳۲	۰/۰۰۰۱
۲ بازیگری عمیق	۰/۲۳۴	۰/۰۲۶	۰/۴۵۵	۱۱۱/۹۶۷	۰/۴۸۹	۰/۰۰۰۱
تاب آوری	۰/۲۹۹	۰/۰۶۴	۰/۲۷۳	۱۱۱/۹۶۷	۰/۴۸۹	۰/۰۰۰۱
۳ بازیگری عمیق	۰/۲۰۳	۰/۰۳۲	۷۸/۰۳۱	۹۸/۰۴۲	۰/۵۲۱	۰/۰۰۰۱
تاب آوری	۰/۲۱۷	۰/۰۶۶	۷۸/۰۳۱	۹۸/۰۴۲	۰/۵۲۱	۰/۰۰۰۱
تجربه کاری	۰/۱۱۹	۰/۰۴۵	۷۸/۰۳۱	۹۸/۰۴۲	۰/۵۲۱	۰/۰۰۰۱

بحث

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، بازیگری احساسی سطحی رابطه مثبت و معناداری با نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی خوابی، نارسانکشنوری اجتماعی و افسردگی داشت، در حالیکه رابطه آن با تاب آوری و تجربه کاری منفی و معنادار شد. این در حالی است که به طور منفی ۲۴ درصد سلامت روان را در پرستاران را تبیین کرد. بازیگری احساسی عمیق، رابطه معنادار و مثبتی با اجزاء سلامت روان، تاب آوری و تجربه کاری داشت. به عبارتی هر چه تجربه کاری افزایش می‌یافت، بازیگری احساسی در محیط کار عمیق‌تر می‌شد و با افزایش بازیگری عمیق، تاب آوری و سلامت روان هم بیشتر می‌شد. همچنین، با تحلیل رگرسیون گام به گام مشخص شد، بازیگری احساسی عمیق ۴۳ درصد سلامت روان را تبیین کرد و تاب آوری و تجربه کاری نیز این رابطه را بهبود دادند. یافته‌های پژوهش با یافته‌ای چو و همکاران [۲۲] که بازیگری احساسی را در محیط‌های خرده فروشی نشان دادند، با یافته فربورگ و همکاران [۲۳] که نقش تعدیل کنندگی تاب آوری را بین استرس و درد نشان دادند، با یافته‌های گرندی و همکاران [۲۴] در مورد پیامدهای لبخند اجباری هنگام کار، با یافته‌های کیم [۲۵] در مورد پیامد بازیگری احساسی در هتل داری و یافته پیزانیلو [۲۶] در مورد اثر بازیگری و شغل احساسی در سلامت شغلی همخوانی دارد. بزرگ‌ترین حمایت پژوهشی از یافته‌های این مطالعه، مربوط به پژوهش کریمی و همکاران است که نشان دادند بازیگری احساسی و بهزیستی پرستاران استرالیایی رابطه معنادار منفی دارد و این رابطه با هوش

هیجانی تعدیل می‌شود [۲۷] نتایج پژوهش حاضر، بر حسب احتمالات زیر تبیین می‌گردند:

هیجان‌ها در افراد از سه جزء شناختی، احساسی و رفتاری تشکیل شده است. این فرایند به صورت خودکار راه اندازی می‌شود [۲۸]. اگر فرد به صورت ارادی جزء رفتاری را تغییر دهد، بدون این که جزء شناختی و احساسی تغییری کرده باشند، ممکن است دچار سردر گمی شود و این شکاف هیجانی باعث اضافه بار بر سیستم روان شناختی خواهد شد. وقتی جزء احساسی و جزء رفتاری در تناقض با یکدیگر قرار گرفتند فرد در معرض ناهماهنگی شناختی قرار خواهد گرفت. ناهماهنگی شناختی اگر به طور مستمر ادامه پیدا کند چنانچه نتیجه این پژوهش نشان داد، سلامت روان شناختی را به مخاطره می‌اندازد. طبق نتایج، زمانی این تناقض واضح‌تر مشاهده می‌شود که فرد به صورت عمیق در بازیگری خود فرو رفته باشد.

بر اساس رویکرد روان پویایی، فرد به مدت طولانی قادر نیست هیجانهای منفی و اضطراب را تحمل کند. چنانچه اضطراب ادامه پیدا کند، مکانیسم‌های دفاعی برای حفظ سیستم روان شناختی به راه می‌افتند. بازیگری سطحی می‌تواند به دلیل ایجاد تناقض بین احساسات واقعی و احساسات مورد انتظار سازمان، اضطراب شدیدی را راه اندازی کند. در نتیجه فرد برای مهار این اضطراب به ناچار از مکانیسم‌های دفاعی بهره می‌گیرد. سرکوب هیجانها و جداسازی شناخت و احساس دو مکانیسمی هستند که در شرایطی مانند موقعیتهایی که فرد مجبور به پنهان سازی هیجانهای خویش است، به راه می‌افتد. افرادی که از

بازگشت به تعادل اول یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر دارد و از این رو سازگاری مثبت و موفق را در زندگی فراهم می‌کند؛ در عین حال او به این نکته اشاره می‌نماید که سازگاری مثبت با زندگی، هم می‌تواند پیامد تاب آوری به شمار رود و هم به عنوان پیشاینده، سطح بالاتری از تاب آوری را سبب شود.

نتیجه‌گیری

عوامل بسیاری وجود دارد که رابطه بین بازیگری احساسی و سلامت روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این پژوهش، بازیگری احساسی عمیق و سطحی مورد مطالعه قرار گرفت و اهمیت آنها در تاب آوری پرستاران نشان داده شد. برای پژوهشهای آینده پیشنهاد می‌شود تا این متغیرها مانند مهارت‌های حرفه‌ای، حمایت‌های اجتماعی سازمان، حمایت‌های عاطفی از سوی خانواده و عوامل مهم دیگر مورد مطالعه قرار گیرد. شناخت این متغیرها از این جهت مهم است که می‌تواند برای بالا بردن کیفیت زندگی کارکنان به خصوص پرستاران مورد استفاده قرار گیرد. شناخت عوامل و تقویت آن در محیط‌های شغلی از طریق کلاسهای آموزشی ضمن خدمت و برنامه‌های مداخلات روان شناختی میسر می‌گردد. در ضمن، مدیران منابع انسانی هم در مرحله گزینش و هم آموزش کارکنان می‌توانند توانایی پرستار را برای تطابق با انتظارات شغلی مورد توجه قرار دهند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نمونه‌گیری بر اساس در دسترس بودن شرکت‌کننده‌ها اشاره کرد. به همین دلیل باید در تعمیم‌پذیری داده‌ها جانب احتیاط را رعایت کرد.

سپاسگزاری

از کلیه مسئولین بیمارستان قمر بنی هاشم و بیمارستان شهید مدنی خوی که انجام پژوهش را در آن بیمارستان تسهیل کردند و از پرستاران عزیزی که قبول زحمت نمودند و در پژوهش شرکت کردند، صمیمانه تشکر می‌کنیم.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

بازیگری سطحی استفاده می‌کردند (بین رفتار و احساساتشان تناقض وجود داشت و این امر موجب ناهماهنگی شناختی شده بود) بیشتر احتمال داشت از این دو مکانیسم استفاده کنند. استفاده بی‌رویه از مکانیسم‌های دفاعی مانند سرکوب هیجانها وضعیت جسمی و روانی فرد را آشفته می‌کند [۲۹]. در حالیکه بازیگری احساسی عمیق، رفتار و احساسات به هم نزدیک می‌شوند و ناهماهنگی شناختی کاهش می‌یابد. فرد رفتار خودش را با احساسات واقعی یکی می‌داند و کمتر مجبور است از مکانیسم‌های دفاعی برای کاهش تنش استفاده کند؛ به همین دلیل، مطابق نتایج پژوهش، پرستارانی با بازیگری احساسی عمیق مشکلات روان شناختی کمتری تجربه می‌کنند. در این بین، سابقه شغلی به پرستاران کمک می‌کند تا آنها رفتار و احساسات خود را منطبق کنند و از نظر سلامت روان به نسبت افراد کم تجربه، وضعیت بهتری داشته باشند.

نتیجه دیگر پژوهش این بود که در رابطه بین بازیگری احساسی عمیق و سلامت روان، تاب آوری نقش تعدیل‌کننده دارد. چنانچه پیشتر ذکر شد تاب آوری، پایداری کوشش‌مند در مواجهه با فشارهای روانی و ناپایداریهای محیطی است. افراد به دلیل ویژگیهای شخصیتی و شرایط محیطی، پایداری متفاوتی در برابر فشارها و استرس‌ها نشان می‌دهند. طبق نتایج پژوهشی افرادی که ظرفیت بالایی برای تحمل تناقض‌ها به عنوان عامل استرس‌زا دارند، از وضعیت و سلامت روان شناختی بیشتری برخوردارند [۲۸]. تاب آوری به عنوان ضربه گیر عمل کرده است. اگر بخواهیم دقیق به مساله بنگریم، افرادی که سالها در شغل خود دوام می‌آورند و آن را با علاقه دنبال می‌کنند، در حالیکه انتظارات شغلی را نیز به خوبی برآورده می‌سازند، تاب آوری بالاتری داشتند تا افرادی که در قبال شغل خود از پا درآمده‌اند. تاب آوری از طریق بالا بردن احساس کنترل بر شرایط اثر مثبت خود را بر جا می‌گذارد.

رگرسون و همکاران [۳۰] در زمینه تأثیر مثبت تاب آوری بر سلامت روان بر ویژگی‌های افراد تاب آور تاکید کردند که ویژگیهای افراد تاب آور مانند توان اجتماعی، توانایی در حل مسئله، احساس هدفمندی و باور به آینده موجب ارتقاء سلامت آن‌ها می‌شود؛ این پژوهش‌گویان آن است که افراد دارای تاب آوری بالا در شرایط استرس‌زای شغلی قادرند سلامت روانی خویش را حفظ نمایند که این خود موجب ارتقای سطح سلامت روان می‌گردد. گرین [۳۱] معتقد است که تاب آوری نقش مهمی در

References

- Lovatt M, Nanton V, Roberts J, Ingleton C, Noble B, Pitt E, et al. The provision of emotional labour by health care assistants caring for dying cancer patients in the community: a qualitative study into the experiences of health care assistants and bereaved family carers. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):271-9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.10.013 pmid: 25468132
- Mauno S, Ruokolainen M, Kinnunen U, De Bloom J. Emotional labour and work engagement among nurses: examining perceived compassion, leadership and work ethic as stress buffers. *J Adv Nurs*. 2016;72(5):1169-81. doi: 10.1111/jan.12906 pmid: 26841277
- Lumsden K, Black A. Austerity policing, emotional labour and the boundaries of police work: an ethnography of a police force control room in England. *Br J Criminol* 2017;58(3):606-23.
- Maxwell A, Riley P. Emotional demands, emotional labour and occupational outcomes in school principals. *Educ Manage Adm Leadersh* 2016;45(3):484-502. doi: 10.1177/1741143215607878
- Drach-Zahavy A, Yagil D, Cohen I. Social model of emotional labour and client satisfaction: exploring inter- and intrapersonal characteristics of the client-provider encounter. *Work Stress*. 2017;31(2):182-208. doi: 10.1080/02678373.2017.1303550
- Grandey A. Emotion regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *J Occup Health Psychol*. 2005;1:95-110.
- Gosserand RH, Diefendorff JM. Emotional display rules and emotional labor: the moderating role of commitment. *J Appl Psychol*. 2005;90(6):1256-64. doi: 10.1037/0021-9010.90.6.1256 pmid: 16316278

8. Bondarenko Y, du Preez E, Shepherd D. Emotional labour in mental health field workers. *New Zealand J Psychol* 2017;46(1):4.
9. Morris JA, Feldman DC. Managing emotions in the workplace. *J Manag Issues*. 1997;257-74.
10. Kidd S, Kenny A, McKinstry C. The meaning of recovery in a regional mental health service: an action research study. *J Adv Nurs*. 2015;71(1):181-92. doi: [10.1111/jan.12472](#) pmid: [25040239](#)
11. Lereya ST, Copeland WE, Costello EJ, Wolke D. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(6):524-31. doi: [10.1016/S2215-0366\(15\)00165-0](#) pmid: [26360448](#)
12. Graham S. Attribution theory: Applications to achievement, mental health, and interpersonal conflict. Psychol Press. 2014;4:41-2.
13. Sharma P, Davey A, Davey S, Shukla A, Shrivastava K, Bansal R. Occupational stress among staff nurses: Controlling the risk to health. *Indian J Occup Environ Med*. 2014;18(2):52-6. doi: [10.4103/0019-5278.146890](#) pmid: [25568598](#)
14. Johnston D, Bell C, Jones M, Farquharson B, Allan J, Schofield P, et al. Stressors, Appraisal of Stressors, Experienced Stress and Cardiac Response: A Real-Time, Real-Life Investigation of Work Stress in Nurses. *Ann Behav Med*. 2016;50(2):187-97. doi: [10.1007/s12160-015-9746-8](#) pmid: [26608281](#)
15. Robertson IT, Cooper CL, Sarkar M, Curran T. Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. *J Occup Organ Psychol* 2015;88(3):533-62. doi: [10.1111/joop.12120](#)
16. Rees CS, Breen LJ, Cusack L, Hegney D. Understanding individual resilience in the workplace: the international collaboration of workforce resilience model. *Front Psychol*. 2015;6:73. doi: [10.3389/fpsyg.2015.00073](#) pmid: [25698999](#)
17. Son Y-J, Gong H-H, You M-A, Kong S-S. Relationships between workplace violence experience and posttraumatic stress symptoms, resilience in clinical nurses. *J Kor Data Anal Soci* 2015;17(1):515-30.
18. Hsieh HF, Hung YT, Wang HH, Ma SC, Chang SC. Factors of Resilience in Emergency Department Nurses Who Have Experienced Workplace Violence in Taiwan. *J Nurs Scholarsh*. 2016;48(1):23-30. doi: [10.1111/jnu.12177](#) pmid: [26580490](#)
19. Zapf D, Vogt C, Seifert C, Mertini H, Isic A. Emotion Work as a Source of Stress: The Concept and Development of an Instrument. *Eur J Work Organ Psychol* 1999;8(3):371-400. doi: [10.1080/135943299398230](#)
20. Montazeri A, Harirchi AM, Shariati M, Garmaroudi G, Ebadi M, Fateh A. The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:66. doi: [10.1186/1477-7525-1-66](#) pmid: [14614778](#)
21. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82. doi: [10.1002/da.10113](#) pmid: [12964174](#)
22. Mohammadi M. Effective factors on resiliency in individuals at risk for substance abuse. Tehran, Iran: University of Welfare and Rehabilitation; 2006.
23. Cho Y-N, Rutherford BN, Park J. Emotional labor's impact in a retail environment. *J Busin Res* 2013;66(11):2338-45. doi: [10.1016/j.jbusres.2012.04.015](#)
24. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M, Aslaksen PM, Flaten MA. Resilience as a moderator of pain and stress. *J Psychosom Res*. 2006;61(2):213-9. doi: [10.1016/j.jpsychores.2005.12.007](#) pmid: [16880024](#)
25. Grandey AA, Fisk GM, Mattila AS, Jansen KJ, Sideman LA. Is "service with a smile" enough? Authenticity of positive displays during service encounters. *Organ Behav Hum Decision Proc* 2005;96(1):38-55. doi: [10.1016/j.obhdp.2004.08.002](#)
26. Kim HJ. Hotel service providers' emotional labor: The antecedents and effects on burnout. *Int J Hosp Manage* 2008;27(2):151-61. doi: [10.1016/j.ijhm.2007.07.019](#)
27. Pisaniello SL, Winefield HR, Delfabbro PH. The influence of emotional labour and emotional work on the occupational health and wellbeing of South Australian hospital nurses. *J Vocat Behav*. 2012;80(3):579-91. doi: [10.1016/j.jvb.2012.01.015](#)
28. Shichiri K, Shibuya M, Murayama K, Sato C, Kaminushi K, Uenoyama T, et al. Features of Developmental Level of Defense Mechanisms and Adjustment Status of University Students in Japan. *Health*. 2015;07(01):52-7. doi: [10.4236/health.2015.71007](#)
29. Karimi L, Leggat SG, Donohue L, Farrell G, Couper GE. Emotional rescue: the role of emotional intelligence and emotional labour on well-being and job-stress among community nurses. *J Adv Nurs*. 2014;70(1):176-86. doi: [10.1111/jan.12185](#) pmid: [23763612](#)
30. Rogerson S, Meir R, Crowley-McHattan Z, McEwen K, Pastoors R. A Randomized Controlled Pilot Trial Investigating the Impact of a Workplace Resilience Program During a Time of Significant Organizational Change. *J Occup Environ Med*. 2016;58(4):329-34. doi: [10.1097/JOM.0000000000000677](#) pmid: [27058471](#)
31. Green JP, Wallace DM, Hargrove AK. Exploring Workplace Resilience Through a Personality Strength Lens. *Ind Organ Psychol* 2016;9(02):447-52. doi: [10.1017/iop.2016.37](#)