

## چکیده

نیروی کار احساسی به عنوان مفهوم مدیریت احساسات به منظور ابراز احساسات مورد انتظار سازمان، جنبه حیاتی حرفه پرستاری است که پرستاران ملزم به رعایت آن می‌باشند، اما علی‌رغم اهمیت، این بحث چندان مورد توجه پژوهشگران داخل کشور نبوده است و لذا شناخت دقیقی از این پدیده وجود ندارد. پژوهش حاضر، با توجه به شکاف دانشی موجود و اهمیت کاربردی آن با توجه به حوزه مورد مطالعه خود، به دنبال کشف محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران است و از آنجا که برای ایجاد و حفظ احساسات مناسب سازمانی، بایستی هدف خاصی از اقدامات مدیریت منابع انسانی توسعه داده شود، هدف دوم پژوهش، بررسی تاثیر اقدامات مدیریت منابع انسانی بر محتوای این ابعاد می‌باشد. بر این اساس، در بخش کیفی، کلیه پرستاران برگزیده کشوری بیمارستان‌های دولتی مشهد با نمونه‌گیری هدفمند مورد مصاحبه قرار گرفتند و تجزیه و تحلیل آن با رویکرد کلایزی انجام شد و در بخش کمی نیز، پرسشنامه‌ای بین 130 نفر از پرستاران با سابقه توزیع شد که تجزیه و تحلیل آن با تحلیل عاملی تاییدی و نرم‌افزار آموس صورت گرفت. بر مبنای نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، در بعد بازیگری ظاهری، 5 زیرمولفه در 2 مولفه «نقاب احساسی، مقابله احساسی» و در بعد بازیگری عمیق، 15 زیرمولفه در 5 مولفه «عقب‌نشینی احساسی، همدلی احساسی، برانگیختگی احساسی، اشتراک‌گذاری احساسی، انعکاس احساسی» پدیدار شدند و نتایج تحلیل عاملی تاییدی تمامی این مولفه‌ها و زیرمولفه‌های احصا شده نیروی کار احساسی پرستاران را تایید نمود و همچنین مشخص شد، اقدامات مدیریت منابع انسانی بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی تاثیر دارد.

کلید واژه:

نیروی کار احساسی، بازیگری ظاهری، بازیگری عمیق، اقدامات مدیریت منابع انسانی

## مقدمه

با توسعه کلی اقتصاد خدمات و رقابت فزاینده میان ارائه دهندگان خدمات، مفهوم احساسات 1 در محیط کار اهمیت زیادی پیدا کرده است. براساس مطالعات مختلف، ابراز احساسات به صورت دو بعد بازیگری ظاهری 2 و بازیگری عمیق 3 نشان داده می‌شود که با چهره و حالت مشتری، رغبت مشتری نسبت به مراجعه دوباره، تبلیغ به دوستان با تعابیر مثبت درباره سازمان و رضایت هر چه بیشتر مشتریان از سازمان مرتبط است (Pugh, 2001). از این رو، نیروی کار احساسی 4 به عنوان مفهوم مدیریت احساسات به منظور ابراز احساسات مورد انتظار سازمان، جنبه حیاتی بسیاری از مشاغل است که کارکنان ملزم به رعایت آن با مشتریان می‌باشند. در این میان، مربوط ترین 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. در این حرفه با توجه به ارتباط مستقیم آن با سلامت مردم، از پرستاران انتظار می‌رود که نسبت به نحوه برخورد با دیگران توجه بیشتری داشته باشند و خوشرویی و آرامش خود را تحت هرگونه شرایط استرس زا حفظ کنند و سعی کنند استرس را حتی زمانی که بیمار یا

## کشف محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران و بررسی تاثیر اقدامات مدیریت منابع انسانی بر آن

در بیمارستان‌های دولتی مشهد

سیده منصوره حسینی رباط

دانشجوی دکتری دانشگاه فردوسی مشهد  
se\_ho484@stu.um.ac.ir

فریبرز رحیم نیا (نویسنده مسئول)

استاد دانشگاه فردوسی مشهد

r-nia@um.ac.ir

مصطفی کاظمی

استاد دانشگاه فردوسی مشهد

kazemi@um.ac.ir

سعید مرتضوی

استاد دانشگاه فردوسی مشهد

mortazavi@um.ac.ir

همراهان او ممکن است تندخو و بی‌اعتنا باشد، کنترل و آرام کنند. منتهی مساله اینجاست که علی‌رغم تاکید بسیاری از مدیران بر اهمیت



منابع انسانی بخش سلامت، غالباً از سیستم مدیریتی، راهکارها و فرایندهای لازم در این رابطه حمایت کافی صورت نمی‌گیرد و پرستاران بیمارستان به لحاظ ارزیابی ممتد عملکردشان توسط همکاران، پزشکان و حتی بیماران، برخورد مکرر و مستقیم با مرگ، رنج‌ها و جراحات‌ها، 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 روبرو هستند که این موضوع کنترل احساسات آنان را دشوار می‌کند و حتی بر آن تاثیر منفی می‌گذارد. همچنین، عدم وجود معیارهای مربوط به توجه به ابراز احساسات و مدیریت آن در فرایند انتخاب و گزینش پرستاران، آموزش، پاداش و ارزیابی عملکرد آنان نشان می‌دهد که این موضوع در اقدامات اساسی مدیریت منابع انسانی شبکه خدمات درمانی و بهداشتی کشور به ویژه بیمارستان‌ها مورد توجه قرار نگرفته است. در گفتگو با یکی از مدیران حوزه پرستاری در خصوص بحث مقوله احساسات و توجه به آن در حوزه اقدامات مدیریت منابع انسانی بیمارستان‌ها نشان داده شد که چنین موضوعاتی گرچه مهم است اما الویت اجرایی ندارند و اغلب مدیران بر این باورند که در بافت سازمانی کنونی، امور بسیار مهم‌تری وجود دارد که توجه به مباحث مربوط به مدیریت احساسات را در این حوزه به حاشیه می‌راند. این در حالی است که از نظر علمی و دانشگاهی، این موضوع به عنوان یک دغدغه برای نظام سلامت کشور بسیار مورد تاکید قرار گرفته است. در کنگره برگزار شده اخلاق پرستاری، یکی از آسیب‌های بزرگ، فراموش شدن عاطفه بین بیمار و درمانگر مطرح شد. در گزارشی دیگر از آسیب شناسی ضعف ارتباط و فقدان مهارت‌های ارتباطی ارائه دهندگان خدمات سلامت، با اشاره به عدم توجه کافی به جنبه‌های عاطفی و نگرشی در آموزش‌های دانشکده و بازآموزی‌ها، بیان شد که مجموعه شکایات بیماران و همراهان در مراکز قانونی نشان می‌دهند که مردم از آسیب دیدن شکایت نمی‌کنند بلکه از آزردن شدن شکایت دارند. بنابراین، از آنجا که تلاش در جهت به کارگیری مدیریت احساسات 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 صرفاً بر مبنای راهنمایی‌های اخلاقی (نظیر منشور اخلاق پرستاری، طرح تکریم ارباب رجوع) هستند و نتوانسته‌اند ابعاد مربوط به ابراز احساسات مطلوب پرستاران را مورد توجه قرار دهند، این پژوهش درصدد است براساس دو بعد بازیگری ظاهری و بازیگری عمیق به عنوان ابعاد نیروی کار احساسی، محتوای این ابعاد یعنی مولفه‌ها و زیرمولفه‌های آن را کشف نماید و از آنجا که برای ایجاد و حفظ احساسات مناسب و مطلوب سازمانی، بایستی هدف خاصی از اقدامات مدیریت منابع انسانی توسعه داده شود که بتواند به ابراز احساسات مطلوب در طی تعاملات بین فردی کمک کند، تاثیر اقدامات مدیریت منابع انسانی بر محتوای احصا شده از دیدگاه پرستاران مورد بررسی قرار می‌گیرد تا از این طریق زمینه بهبود جایگاه این موضوع در حوزه اقدامات مدیریت منابع انسانی برای سازمان‌های مربوط به سلامت فراهم گردد.

## 1. ادبیات پژوهش

### 1.1. نیروی کار احساسی

علی رغم شروع آهسته، از اواخر دهه 1980 توجه به احساسات در زمینه محیط کار رو به افزایش بوده است (Ashkanasy, Hartel & Zerbe, 2000). موضوع عمده‌ای که توسط اکثر محققان تاکید می‌شود این است که احساسات، بخش ضروری زندگی سازمانی است و نمی‌توان آن را نادیده گرفت (Rafaeli & Sutton, 1987; Weiss & Cropanzano, 1996). 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). هوکشیلد (1983) علی‌رغم مارکس (1976) که بیان می‌کند کارکنان ارزش را از کارشان به دست می‌آورند (در مازاد دستمزدشان)، معتقد است کارکنان ارزش را نه تنها از کار فیزیکی بلکه همچنین از کار احساسی کسب می‌کنند. وی، 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 کرد 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. حال وقتی فرد در حال تجربه احساساتی است که با شرایط منطبق نیست، دو گزینه برای نزدیک شدن به موقعیت دارد. وی می‌تواند احساساتی را برانگیزد که واقعا درک نمی‌کند و احساسات سطحی را ابراز نماید (بازیگری ظاهری)، یا همزمان با نحوه ابراز احساسات، احساسات خود را از درون تعدیل و تنظیم کند (بازیگری عمیق) (Santo, 2012). هر دو طبقه بندی بازیگری، مستلزم داشتن تلاش زیاد بوده و از نظر درونی ساختگی می‌باشند اما متجلی اهداف گوناگون هستند (Ashforth & Mael, 1989).

## 2.1. اقدامات مدیریت منابع انسانی

اقدامات مدیریت منابع انسانی همانند ستون فقرات یک سازمان بوده که دستیابی به موفقیت سازمان در ازای بهره‌گیری از آن در جهت اداره کارکنان است (Schuler & Jackson, 1987). نیشی و رایت (2008) در مطالعه خود بین اقدامات مدیریت منابع انسانی در نظر گرفته شده، واقعی و درک شده تفاوت قائل شده‌اند. اقدامات در نظر گرفته شده اغلب در اسناد و مدارک اداری و کتابچه‌های منابع انسانی یافت می‌شوند، اقدامات واقعی به اقداماتی اطلاق می‌شوند که واقعا به عمل درمی‌آیند و اقدامات درک شده نیز به درک کارکنان نسبت به اقدامات واقعی اشاره می‌کنند (Van De Voorde, Paauwe & Van Veldhoven, 2010). در پژوهش حاضر منظور از اقدامات مدیریت منابع انسانی، اقدامات مدیریت منابع انسانی درک شده توسط پرستاران است که روی واکنش آنها و در نهایت از آن طریق بر عملکرد بیمارستان‌ها تاثیرگذار خواهد بود. از طرفی، با وجود پارادایم‌های اقتضایی، ترکیبی و زمینه‌ای در خصوص اقدامات مدیریت منابع انسانی و اثربخشی پیامدهای آن، همچنان پارادایم جهان شمول مبنی بر این که برخی از اقدامات چون جذب و گزینش، آموزش، ارزیابی عملکرد و جبران خدمات پیامدهای مثبتی دارند، از اعتبار بالایی میان صاحب نظران برخوردار است (Phillips & Stone, 1965; Brewster, 2002). لذا، با توجه به اعتبار بالای پارادایم جهان شمول در پژوهش حاضر جذب و گزینش، آموزش، ارزیابی عملکرد و جبران خدمات به عنوان اقدامات مدیریت منابع انسانی در نظر گرفته شده است. در مطالعات مختلف در ارتباط با اقدامات مدیریت منابع انسانی و احساسات نشان داده شده است که احساسات در پاسخ به انتظاراتی که سازمان یا شغل از کارکنان دارد، مدیریت می‌شوند. لذا ارزیابی‌های کارکنان از اقدامات مدیریت منابع انسانی با احساسات پیوند دارد (Slatten, 2009). گلن و همکاران (2003) بحث کردند که مدیریت احساسات در قلب اقدامات مدیریت منابع انسانی اثربخش است. این اقدامات، پاسخ‌های احساسی را در کارکنان خدماتی ایجاد می‌کنند که به طور مستقیم بر کیفیت خدمات ارائه شده از سوی آنان تاثیر می‌گذارد. طبق مطالعات صورت گرفته، پاسخ‌های احساسی رابطه بین ارزیابی (درک اقدامات مدیریت منابع انسانی) و رفتار (کیفیت ارائه خدمات) را میانجی می‌کنند. بنابراین، برای ایجاد و حفظ این احساسات مناسب، سازمان‌ها اهداف خاصی از اقدامات مدیریت منابع انسانی را توسعه می‌دهند که می‌تواند به ابراز احساس مطلوب عاملان خدمت در طی تعاملات بین فردی کمک کند (Chen & Lin, 2009).

## 3.1. پیشینه پژوهش

با توجه به اهداف پژوهش که کشف محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران و بررسی تاثیر اقدامات مدیریت منابع انسانی بر آن است، پیشینه پژوهش به شرح زیر می‌باشد:

ویلیامز (2013) تحقیقی را با عنوان «مطالعه کار احساسی در کار دانشجویان پیراپزشکی»، به روش کیفی با طراحی اکتشافی و مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با 8 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 (Williams, 2013).

استایت (2009) 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 12 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 محتوای این بخش را از دیدگاه پرستاران شکل می‌دهد (Stayt, 2009).

استادن (1998) 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 3 پرستار با تجربه انجام شد که نتایج حاصل از رویکرد پدیدارشناسی این بود که مفهوم نیروی کار احساسی در شش بعد تفکیک حوزه خصوصی از عمومی، ابراز مراقبت، خودابرازی، ارزش و قابلیت رویت و مدارا مطرح می‌شود (Staden, 1998).

فابینوسکا و هالنون (2014) تحقیقی را با عنوان «نیروی کار احساسی در اقدامات کاهش آسیب در ایرلند: مطالعه‌ای اکتشافی»، انجام دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند با 10 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، فاصله احساسی از تجربیات آسیب‌زا و ایجاد جو مراقبت بود (Fabianowska & Halnon, 2014).

چن و لین (2009) در تحقیق خود با عنوان «کاهش نیروی کار احساسی عاملان خدمت از طریق اقدامات مدیریت منابع انسانی مبتنی بر احساس» با استفاده از روش معادلات ساختاری در بین کارکنان خدماتی نشان داد که همه اقدامات مدیریت منابع انسانی (کارمندیابی، انتخاب، جامعه‌پذیری و آموزش، ارزیابی عملکرد و پاداش) می‌توانند فرسودگی احساسی عاملان خدمت را کاهش و میزان موفقیت شخصی‌شان را افزایش دهند (Rafaeli & Sutton, 1989).

## 2. روش‌شناسی پژوهش

با توجه به استفاده از هر دو جنبه کیفی و کمی در این پژوهش، بنیان فلسفی پژوهش از نوع پراگماتیسم است. استراتژی پژوهش در بخش کیفی برای شناسایی محتوای ابعاد نیروی کار احساسی، پدیدارشناسی و استراتژی بخش کمی پژوهش برای بررسی تاثیر اقدامات مدیریت منابع انسانی بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران، پیمایشی است. جامعه مورد مطالعه پژوهش در بخش کیفی، پرستاران برگزیده کشوری بیمارستان‌های تحت نظارت دانشکده علوم پزشکی مشهد بودند که هر ساله شناسایی و معرفی می‌گردند و نمونه‌های مورد نظر با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند براساس اشباع داده‌ها و تنوع نمونه‌ها انتخاب شدند که داده‌های پانزده شرکت‌کننده مبنای کدگذاری واقع شدند. جامعه در بخش کمی، کلیه پرستاران پیمانی شاغل در بیمارستان‌های دولتی تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی مشهد با حداقل پنج سال سابقه کار بودند که تعداد این پرستاران، 892 نفر می‌باشد و نمونه‌گیری به روش تصادفی و فرمول حجم نمونه میانگین انجام شد که حجم نمونه 121 نفر به دست آمد که برای اطمینان بیشتر نمونه 130 تایی از پرستاران گرفته شد.

ابزار پژوهش در بخش کیفی، سوالاتی بود که در جریان مصاحبه مطرح شد. قبل از مصاحبه، ملاحظات اخلاقی از جمله کسب مجوز جهت انجام پژوهش، توضیح اهداف پژوهش و روش‌های مورد استفاده رعایت شد. اولین سوالات مصاحبه و مشترک بین مشارکت‌کنندگان 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 موردانتظار شغلتان متفاوت بوده است و شما احساسات واقعی خود را سرکوب کردید و احساسات موردانتظار 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 موردانتظار شغلتان متفاوت بوده است و شما احساسات واقعی خود را مدیریت کردید تا با احساسات موردانتظار نمایش داده شده سازگار باشد». 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 سوالات گنجانده نشده است، عنوان نماید زیرا هدف دستیابی به عمق تجربیات آنان بود. داده‌ها در این بخش طبق رویکرد پدیدارشناسی توصیفی-کلایزی با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA 10 تجزیه و تحلیل شدند. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها براساس مدل کلایزی در هفت مرحله انجام شد. در گام اول (مروری بر تمام داده‌ها): جهت درک محتوای کلی داده‌های ثبت شده، داده‌ها چندین مرتبه خوانده شد.



در گام دوم (استخراج جملات مهم): عبارات، جملات یا پاراگراف‌هایی که مربوط به سوالات پرسیده شده بودند، برجسته و در فایل‌های جداگانه نگهداری شدند. در گام سوم (ایجاد معانی صورت‌بندی شده): برای هر جمله برجسته شده، یک توصیف کوتاه از معنی پنهان در آن نوشته شد که زیرمولفه‌ها را تشکیل دادند. در گام چهارم (قراردادن معانی صورت‌بندی شده در داخل دسته‌ها و شکل دادن مضامین): زیرمولفه‌های به دست آمده در مرحله قبل، در درون دسته‌های مختلف به صورت مولفه قرار گرفتند. در گام پنجم (ایجاد یک توصیف روایتی مختصر): مفاهیم کلیدی داده‌ها به صورت خلاصه‌ای توصیف شدند. در گام ششم (بازگشت به منظور تعیین اعتبار): نتایج برای برخی مشارکت‌کنندگان شرح داده شد و نظرات و واکنش‌های آنها اخذ گردید و در گام هفتم (تعیین قابلیت پیگیری): فعالیت‌های روزانه فرایند تحقیق به صورت گزارشی کتبی نوشته و تجربه محقق در برخورد با مصاحبه‌شوندگان ثبت شد. روند بررسی روایی و پایایی داده‌های مربوطه براساس نظر گوبا و لینکن (1994)، چهار معیار اعتبار، انتقال پذیری، اطمینان پذیری و تأییدپذیری بود (Guba & Lincoln, 1994). 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.

ابزار پژوهش در بخش کمی، پرسشنامه بود که از دو بخش پرسشنامه اقدامات مدیریت منابع انسانی بون، دین هارتوگ، بوسیلی و پائو (2011) و بخش پرسشنامه محقق ساخته براساس مولفه‌ها و زیرمولفه‌های استخراج شده از بخش کیفی پژوهش تشکیل می‌شد که تجزیه و تحلیل داده‌های این بخش با استفاده از نرم افزار SPSS و AMOS انجام شد. برای کسب اطمینان بیشتر از روایی پرسشنامه، از دو شیوه روایی صوری و روایی سازه استفاده شد. برای بررسی روایی صوری، سوالات به سمع و نظر اساتید راهنما و مشاور و چند تن دیگر از اساتید رسید و نکات و بازخوردهای مطرح شده اعمال شد. سپس با سه نفر از پرستاران مورد مطالعه به صورت چهره به چهره مصاحبه شد و موارد سطح دشواری درک عبارت و واژه‌ها، میزان تناسب و ارتباط مطلوب عبارات با ابعاد پرسشنامه و احتمال وجود برداشت‌های نادرست از عبارات و یا وجود نارسایی در معانی واژه‌ها به جهت رفع ابهام‌های احتمالی مورد بررسی قرار گرفت. همچنین، به منظور بررسی تعیین روایی سازه از نرم‌افزار آموس استفاده شد که نتایج بیانگر تایید روایی سازه پرسشنامه محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران و اقدامات مدیریت منابع انسانی بود. همچنین، برای ارزیابی وضعیت پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد. میزان آلفای کرونباخ برای پرسشنامه محتوای ابعاد نیروی کار احساسی 0,954 و برای پرسشنامه اقدامات مدیریت منابع انسانی 0,901 محاسبه گردید.

### 3. یافته‌های پژوهش

#### 3.1. یافته‌های بخش کیفی پژوهش

در بخش کیفی پژوهش 15 نفر از پرستاران برگزیده کشوری بیمارستان‌های دولتی مشهد که از نظر محل خدمت هریک در یکی از بخش‌های تخصصی این بیمارستان‌ها مشغول بودند، مشارکت داشتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها براساس مدل کلایزی در هفت مرحله شامل مروری بر تمام داده‌ها، استخراج جملات مهم، ایجاد معانی صورت‌بندی شده، قراردادن معانی صورت‌بندی شده در داخل دسته‌ها و شکل دادن مضامین، ایجاد یک توصیف روایتی مختصر، بازگشت به منظور تعیین اعتبار و تعیین قابلیت پیگیری انجام شد. (Husserl1963). نمونه‌ای از روند استقرایی احصا مولفه‌ها از واحدهای معنایی در جدول (1) نشان داده شده است.

جدول (1). یک نمونه از روند استقرایی احصا مولفه‌ها از واحدهای معنایی (مولفه نقاب احساسی)			
بعد بازیگری ظاهری			
مولفه	زیر مولفه	واحدهای معنایی فشرده	واحد معنایی
نقاب احساسی	ابراز چهره حرفه‌ای	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ خونسرد نشان دادن</li> <li>▪ سکوت کردن</li> <li>▪ مقتدر نشان دادن</li> </ul>	"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..." "همه موقعیت‌ها مثل همه، فکر میکنم حتی اگه موجب ناراحتی بشه به خاطر انتظاری که از تو به عنوان یک پرستار دارن نباید چیزی بگی..." "... نمی‌خوام که بیماران اعتمادشونو به من از دست بدن بخصوص زمانی که می‌ترسم، بیماری بود که تصادف بدی کرده بود و هر لحظه خطر بیشتر می‌شد. واقعا یک لحظه ترسیده بودم ولی سعی میکردم تو برخوردن نشون ندی جوری که بیمار مطمئن باشه به کار من..."
	ابراز چهره بشاش	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ لبخند زدن</li> <li>▪ شوخی طبیعی داشتن</li> </ul>	"... تجربه نشون داده که لبخند داشتن در چهره و نشان دادن به بیمار حتی وقتی از درون آشفته باشی، قوت قلبی میشه برای بیمار..." "... معمولاً حین احیاء بعضی بیماران پیش آمده فضا سنگین بوده، با همکاران شوخی کردم، خندیدیم و در عین حال کار بیمار رو انجام دادیم..."

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

1. محتوای بعد بازیگری ظاهری: پرستاران در روابط خود با بیماران در موقعیت‌هایی قرار می‌گیرند که براساس انتظارات سازمانی نمی‌توانند احساسات واقعی خود را نشان دهند، در نتیجه، تجربه ناهمسانی احساسی را درک می‌کنند که به صورت بازیگری ظاهری نمود پیدا می‌کند. در بعد بازیگری ظاهری، 2 مولفه «نقاب احساسی و مقابله احساسی» پدیدار شد.

### 1.1. نقاب احساسی

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

الف: ابراز چهره حرفه‌ای: حرفه‌ای‌گرایی، عضوی کامل شدن از یک حرفه توأم با انتظاراتی نسبت به کار کیفی بالا و رعایت کامل استاندارد اخلاقی است. در مصاحبه با پرستاران برگزیده بیان شد زمانی که پرستاران در موقعیت‌های مختلف با ناهمسانی‌های احساسی مواجه می‌شوند، احساسات واقعی خود را در جهت ابراز چهره حرفه‌ای سرکوب می‌کنند.

خونسرد نشان دادن به عنوان عاملی برای ابراز چهره حرفه‌ای بیان شد که یکی از پرستاران 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..." یا پرستار دیگری سکوت کردن را به خاطر موقعیت شغلی اینگونه مطرح نمود: "...همه موقعیت‌ها مثل همه، فکر میکنم حتی اگه موجب ناراحتی 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: "... نمی‌خوام که بیماران اعتمادشونو به من از دست بدن بخصوص زمانی که می‌ترسم. بیماری بود که تصادف بدی کرده بود و هر لحظه خطر بیشتر می‌شد، واقعا یک لحظه ترسیده بودم ولی سعی میکردم تو برخوردن نشون ندی جوری که بیمار مطمئن باشه به کار من..."

ب: 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. یکی از پرستاران بیان کرد: "...تجربه نشون داده که لبخند داشتن در چهره و نشان دادن به بیمار حتی وقتی از درون آشفته باشی، قوت قلبی میشه برای بیمار..." یا پرستار دیگری در مورد شوخی طبیعی داشتن اذعان داشت: "...معمولاً حین احیاء بعضی بیماران پیش آمده فضا سنگین بوده، با همکاران شوخی کردم، خندیدیم و در عین حال کار بیمار رو انجام دادیم..."



## 1.2. مقابله احساسی

مقابله احساسی، مقاومت به منظور عدم ابراز احساسات واقعی است که به منظور بی‌اعتنایی به این احساسات به کار می‌رود. این مولفه به صورت زیرمولفه‌های "عدم ابراز تألمات روحی و رفتاری" و "عدم بیان واقعیت به بیمار" احصا شد.

الف: عدم ابراز تألمات روحی و رفتاری: برخی از مشارکت‌کنندگان به مواردی اشاره داشتند که نمی‌توانستند به منظور رعایت انتظارات سازمانی تأثرات روحی و روانی خود را بروز دهند. یکی از پرستاران 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 دچار ایست قلبی شد، برای چند دقیقه افسرده شدم، باید جلو خودمو میگرفتم چون میدونستم اگر جلو خودمو نگیرم گریه‌ام می‌گیره..." پرستار دیگری خوب نشان دادن را به عنوان عاملی در عدم ابراز تألمات روحی و رفتاری اینگونه بیان کرد: "...یادمه چهارشنبه سوری بود. شب بسیار شلوغی داشتیم. سراغ بیماران سوختگی که میرفتم انگار جهنی رو میدیدم. به جورایی نفسم تو سینم حبس شده بود ولی نشون میدادم خوبم..." یا پرستار دیگری قوی نشان دادن را اذعان داشت: "...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..."

ب: عدم بیان واقعیت به بیمار: نگفتن واقعیت به بیمار براساس 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 یکی از پرستاران اذعان داشت: "... بیماری داشتیم فوق العاده استرسی که همراهی‌های حساسی هم داشت. می‌خواستیم یک جوری عمق بیماریشو بهش بگم اما نمیتونستیم. خیلی مهمه شما بفهمید که این بیمار یا همراهی الان گنجایششو داره، نداره، چه جوریه. پزشکان اکثراً اعتقاد دارند که رک و راست باید به بیمار بگی، 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، به مطمئن نبودن از چیزی که باید گفت، اشاره کرد 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 واقعا موندم چی بگم..."

2. محتوای بعد بازیگری عمیق: در این پژوهش، در بعد بازیگری عمیق، 5 مولفه «عقب‌نشینی احساسی، همدلی احساسی، برانگیختگی احساسی، اشتراک‌گذاری احساسی، انعکاس احساسی» با 15 زیرمولفه پدیدار شد.

## 1.2. عقب‌نشینی احساسی

این مولفه بیانگر نوعی فاصله گرفتن و کناره‌گیری از موقعیتی است که موجب بروز احساس ناخوشایند در فرد شده است 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" احصا شد.

الف: تمرکز بر شغل: تمرکز موجب می‌شود در موقعیت‌هایی احساسات درونی فرصت ظهور پیدا نکنند. یکی از پرستاران درباره خنثی سازی احساسات بیان کرد: "...در هنگام برخورد با بیماران اگر بخوام احساساتی بشم دیگه اون تمرکزی که باید داشته باشم رو ندارم برای همین تا جایی که بتونم نمیذارم احساسات بر من غلبه کنه و اون لحظات فقط و فقط به کاری که باید و همیشه انجام داد، فکر میکنم. مخصوصاً در جراحی قلب که اولین اشتباه، آخرین اشتباه است..." پرستار دیگری کاملاً درگیر بودن در وظیفه را عاملی جهت تمرکز شغلی نشان داد: "...زمانی که داشتم احیایی رو انجام میدادم باید با تمام نیرو به قفسه سینه بیمار فشار می‌آوردم. ناگهان به خودم اومدم که ای وای چقدر این بیمار 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 پرستاران کنار آمدن با شغل را به عنوان راهی برای پذیرش احساسات درونی خود مطرح نمودند. برای نمونه پرستاری بیان کرد: "...این شغلمه که دارم انجام میدم و یه چیزایی شبیه این، حسابی درگیرم کرده ولی خوب نذاشتم دیده بشه چون بهرحال ممکنه روی بیمار تاثیر بذاره و این درست نیست..." پرستار دیگری اذعان داشت: "...بخشی که ما داریم بخش داخلی هست که معمولا بیماران سن بالا هستند و با آی سی یو جراحی خیلی فرق میکنه. آی سی یوی جراحی نسبت به این بخش، بیماران خوش حال تری هستند. یعنی یک قسمت زیادی از کار ما درگیری با فوت این بیماران است. تاثر اتفاق می افته ولی این کار ماست..." یا پرستار دیگری 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 موفقیت آمیز نبود و به خاطر تشنجش مرگ مغزی شد. واقعا حس بدی داشتم حسی که انگار زحمتمون به باد رفته چون حالش خوب شده بود. مرخص شده بود. اما چه میشه کرد..."

ج: تغییر فضای احساسی: برخی پرستاران مطرح نمودند 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 کردند. اجتناب از موقعیت، یکی از واکنش‌های پرستاران در کناره‌گیری از موقعیت احساسی ایجاد شده می‌باشد، یکی از پرستاران بیان کرد: "...بیمارانی داشتیم که وقتی بدحال میشن چون انقدر 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..." یا پرستار دیگری اذعان داشت: "...بیمار داشتم که همراهی‌اش به شدت مشکلاتی رو برای ما ایجاد کرده بود و کانتکتی داشتیم. از اون روز تا یکی دو روز بعدش، اون بیمار رو برنداشتم و از یکی از همکاران خواستم گفتم نمیخوام فعلا با این بیمار کار کنم. چون میدونستم ممکنه به خاطر اون کانتکتی که داشتم، اون جووری که باید و لازمه نتونم براش کار کنم، چون ازش ناراحت بودم یه چیزی تو دلم بود آخه..."

## 2.2. همدلی احساسی

تلاش جهت درک و فهم دنیای احساسی بیمار و قرار دادن خود به جای بیمار و نگرستن از دریچه چشم بیمار را همدلی احساسی می‌گویند. این مولفه به صورت "درک وضعیت احساسی بیمار"، "خود را جای بیمار گذاشتن" و "بیمار را جای نزدیکان خود دیدن" شناسایی شد.

الف: درک وضعیت احساسی بیمار: این زیرمولفه به نوعی همراهی بیمار از نظر احساسی است که منجر به مدیریت احساسات در پرستار می‌شود. حق دادن به بیمار، زمینه‌ساز درک وضعیت احساسی بیمار است که یکی از پرستاران اذعان داشت: "...چون که اینجا سوانحه بیماران مثل بیماران معمولی نیستن. این‌ها معمولا 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 هر چی هم بگن و هرکاری هم بکنن باید بهشون حق داد..." پرستار دیگری موضوع همراهی کردن بیمار را تاکید کرد و بیان کرد: "...ما معمولا موظفیم که درمورد یک سری رفتار درمانی‌ها به بیمارمون کمک کنیم یاد بگیرن و این معمولا چند وقتی زمان می‌بره. خوب بعضی بیماران نمی‌خوان همکاری کنن و بارها برنامه‌شونو عقب انداختن. خوب من خودم درک میکنم، حالشونو میفهمم، برای چندین و چندین بار شده براشون توضیح دادم و رهاشون نکردم..." پرستار دیگری 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..." یا پرستار دیگری 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 بهرحال یک انسانه که داره درد میکشه نذارم..."

ب: خود را جای بیمار گذاشتن: این زیرمولفه، بیانگر نگرستن به موقعیت از دریچه چشم بیمار است. در این باره یکی از پرستاران، 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 بیماران چه میکشن.. "پرستار دیگری با تاکید بر همزاد پنداری بیان کرد: "...بیمارانی که قراره عمل بشند معمولاً نگرانند، مخصوصاً وقتی همیشه دیگه همراهیشون تو اتاق بیاد. من سعی میکنم اول از همه خودمو جای اونها بزارم. بعضی از همکاران ناراحت میشن که بیمار مدام سراغ همراهی رو میگیره ولی من میگم که ما هم تو عمرمون یکی دوبار توی چنین موقعیتی قرار گرفتیم. پس بهتره بیشتر رعایت حالشونو بکنم. بخصوص اون هایی که از جلوی در از بغل عزیزانشون میگیریشون و می بری تو اتاق عمل..."

ج: بیمار را جای نزدیکان خود دیدن: نوعی ارتباط شخصی برقرار کردن با بیمار از نظر دیدن بیمار جای وابستگان خود است. یکی از پرستاران بیان کرد: "...خیلی وقتا بیماران خودم رو جای عزیزانم دیدم که اگر مثلاً مادرم بود، دوست داشتم باهاش چکار کنم..." یا پرستار دیگری اذعان داشت: "...یه جوری احساس میکنی خواهر خودته. یا بعضی زنا که سنشون بالاست یا بعضی مردها انگار پدر مادر خودتو تو این قالب میبینی..."

### 2.3. برانگیختگی احساسی

این مولفه تلاش برای برانگیخته شدن احساسات درونی در جهت ابراز مناسب احساسات است که به صورت "انگیزه‌های مهرورزی"، "مثبت اندیشی" و "تغییر شناختی" شناسایی شد.

الف: انگیزه‌های مهرورزی: مهرورزی، نوعی ارادت و تمایل قلبی نسبت به دیگران است که مبتنی بر نوعی انگیزه نهفته، موجب برانگیختن احساسات در فرد می‌شود. یکی از پرستاران با تاکید بر دلسوزی در این باره بیان کرد: "...شخصیت یک پرستار در هر موقعیتی که باهاش برخورد میکنه در درجه اول باید دلسوزی و مهربونی‌اش الویت داشته باشه تا دانش شغلی‌اش"

پرستار دیگری وجدان آگاه را زمینه ساز مهرورزی بیان کرد و گفت: "...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 بیمارام با همه فشارهایی که بوده خودمو کنترل کنم و آرام شدم..." همچنین احترام قائل بودن برای بیمار و خواستار شادی وی بودن به عنوان زمینه‌های مهرورزی مطرح شد: "...به نظر من احترام قائل بودن برای بیماران خیلی مهمه. چون خود من که گاهی اوقات فشار زیادی وجود داشته یا مشکلی داشتم، تو برخوردم با بیمار تونستم با همین موضوع خودمو کنترل کنم و خود به خود حالم خودم بهتر شده..." و همچنین پرستار دیگری بیان کرد: "...یک پرستار در هر حالی باید به فکر شاد کردن بیمارش باشه. وقتی به فکر شادی دیگران باشی، استرس‌ها و نگرانی‌های خودت هم کمتر میشه..."

ب: مثبت اندیشی: مثبت اندیشی به معنای تفکر درباره بخش‌های لذت بخش یک رویداد است که احساساتی را بر می‌انگیزد که یک نفر نیاز دارد با مشتریان در موقعیت موردنظر تعامل کند. یکی از پرستاران با تاکید بر نگاه به جنبه‌های مثبت یک رویداد اذعان داشت: "...بعضی وقتا که حالم خوش 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 بیمارانه که نصیبم میشه، حالم بهتر شده و همون حس رو هم به بیمارم نشون دادم..." پرستار دیگری بیان کرد: "...بیماران رو خیلی دوست دارم، یک چیزهایی که تو زندگی‌ام دارم از بیمارامه، بیمار من ممکنه نبینه من چکار میکنم ولی مطمئنم میفهمه..." یا پرستار دیگری اذعان داشت: "...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 پدر و مادرش، سخت‌ترین اما در عین حال راضی‌کننده‌ترین کمک به اوناست..."

ج: تغییر شناختی: به دریافت و درک یک موقعیت به روش‌های مختلف طوری که اثر احساسات منفی کاهش یابد، تغییر شناختی گفته می‌شود. یکی از پرستاران در این زمینه بیان کرد: "...موقعی هست که به خودم میگم. شرایط این نوزاد واقعاً بد و ناراحت کننده 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 این طور نمی‌بینن چون بخشی از وجودشونه و این کار ارزشمندیه که میشه در حق اونا کرد. تو همین حس و حال که بچه رو آماده میکنم و می برم براش..." یا پرستار دیگری اذعان داشت: "...زمانی یادمه که به خاطر یک سری مشکلات کلافه و عصبانی بودم و این دقیقاً قبل از این بود که بیمارامو سر بزنم. سعی میکنم مشکلات رو به فراموشی بسپارم یعنی الان خیلی چیز مهمی برای من نیست. زیاد بهش فکر نکردم آخه من مسئولیت این بیماران رو قبول کردم و باید کارم رو درست انجام بدم..."

#### 2.4. اشتراک‌گذاری احساسی

به در میان گذاشتن احساسات با دیگران، اشتراک‌گذاری احساسی گفته می‌شود. این مولفه به صورت "صحبت با بیمار"، "صحبت با همکاران" و "صحبت با وابستگان" پدیدار شد.

الف: صحبت با بیمار: اولین زیرمولفه اشتراک‌گذاری احساسی، صحبت کردن با بیمار است. یکی از پرستاران بخش هماتولوژی، اینطور بیان کرد: "...بچه ای بود که تیزهوشان درس میخوند. حدود سه سال پیش قطع درمان شده بود. مجدداً علائم بیماری‌اش شروع میشه و مراجعه میکنه اینجا. خیلی نگران درسااش بود. مدام میخواست از بخش ببرنش. دلم خیلی میسوخت نگرانش بودم. برای همین باهش حرف میزدم بهش میگفتم که الان سلامتیت مهمه درستو میتونی برسی، ما خودمون از معلمت خواهش میکنیم باهات کار کنه یا اینجا برات معلم میگیریم..." پرستار دیگری در مورد بیماران خود در بخش آی سی یو بیان کرد: "...جالبه که اونا اصلاً هوشیاری ندارن ولی وقتی باهاشون حرف میزنم گویا بهم دلداری می‌دن..."

ب: صحبت با همکاران: درد دل کردن و ابراز احساسات در نزد همکاران و دوستان در محیط کار موجب آرامش درونی برای فرد است که به تعدیل احساسات وی کمک می‌کند. یکی از پرستاران در این باره بیان کرد: "...چند وقت پیش بیماری داشتیم که خیلی جوان بود و خیلی زنده نمیوند، وقتی میرفتم بهش سر میزدم و چشمم به او می افتاد خیلی غمگین میشدم ولی در مقابلش هیچ واکنشی نشون نمیدادم و بیشتر با همکاران درد دل میکردم..." همچنین پرستار دیگری بیان کرد: "...یک وقتی که شیفت بدی داشتم یا اتفاق بدی افتاده بود، کار خوب نبوده و یا کاری خواستم انجام بدم نشده. تنها با همکاران صحبت کردم و آنها هم همین کار رو میکنند. فکر میکنم این روش خوبیه برای آرام شدن..."

ج: صحبت با وابستگان: صحبت با اعضای خانواده و نزدیکان، راهی دیگر برای اشتراک‌گذاری احساسات شناخته شد. یکی از پرستاران بیان کرد: "...میدونم نباید مسائل کار رو خونه ببری. اما فکر میکنم وقتی میرم خونه نیازه دغدغه‌ها و احساساتمو با اعضای خونوادم درمیان بزارم. هیچکس بهتر از پدر و مادرم منو نمی‌شناسه..." پرستار دیگری گفت: "...گاهی که واقعا بی حوصله‌ام و دل و دماغ ندارم، صبر میکنم برم خونه با همسر حرف بزنم..."

#### 2.5. انعکاس احساسی

انعکاس احساسی، توانایی پذیرش و بازتاب احساسات دیگران است که به صورت "واکنش متقابل"، "ارتباط عمیق عاطفی" و "همدردی" شناسایی شد.

الف: واکنش متقابل: عکس‌العملی مطابق با موقعیت درک شده به لحاظ احساسی است که موجب پالایش احساسی فرد می‌شود. پرستاری این چنین بیان کرد که: "...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 بیان کرد: "...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 هرکدام جور متفاوتی باشی این برای خودت هم بهتره..."

ب: ارتباط عمیق عاطفی: این زیرمولفه به مفهوم برقراری نوعی حس تفاهم در ارتباط با دیگران است. یکی از پرستاران بیان کرد: "...غیرممکنه که درگیر غم، اندوه، عصبانیت، خشم و نگرانی بیماران در مورد مسائلی که اتفاق می‌افته و چرایی علت رخدادشون نشم. غیر ممکنه بتونم خارج از گود بمونم. خود به خود درگیرش میشم. فکر میکنم اگر بخوام به لحاظ احساسی خارج از گود بمونم این دیگه حرفه پرستاری نیست..." یا پرستار دیگری مطرح



کرد: "...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 دیگری وابستگی پیدا کردن را در ایجاد حس تفاهم با بیماران مطرح کرد: "...من در بخش آی سی یو 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 مطرح کرد: "...این جا 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 به 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، هر چند وقتی به من زنگ می‌زنن و حتی برای جشن ازدواجشون دعوت هم کردن..."

ج: همدردی: همدردی نوعی عکس‌العمل بیولوژیکی نسبت به پذیرش احساسات درونی است. یکی از پرستاران، گریه کردن را روش ابراز پذیرش احساسات درونی نشان داد. در این باره یکی از پرستاران تجربه خود را اینطور بیان کرد: "...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 روی سرش بودم که فوت کرد. یک بار هم دختر چهارده ساله ای که سی پی آرش کردم ولی دیگه برنگشت..." پرستار دیگری 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 واقعا در اون لحظات فقط شوکه شده بودم..."

### 3.2. یافته‌های بخش کمی پژوهش

#### 3.2.1. برآزش مدل محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران

جهت سنجش برآزش مدل محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران، با توجه به مولفه‌ها و زیرمولفه‌های احصا شده ابعاد بازیگری ظاهری و بازیگری عمیق به عنوان محتوای این ابعاد، پرسشنامه‌ای شامل 64 گویه طراحی شد. پایایی پرسشنامه استخراج شده با نرم افزار SPSS و آلفای کرونباخ 0,954 محاسبه گردید که نشان از پایایی مناسب آن داشت. جهت سنجش روایی پرسشنامه، پرسشنامه‌ها با بهره‌گیری از نظر اساتید راهنما و مشاور و چند تن دیگر از اساتید و اعمال نظرات اصلاحی از نظر روایی صوری مورد تایید قرار گرفت و روایی سازه پرسشنامه نیز با بهره‌گیری از مدل‌سازی معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. جدول زیر نتیجه اعتبار همگرایی تحلیلی عاملی محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران را نشان می‌دهد.

ابعاد	سازه	گویه‌ها	کشیدگی ی	کجی	بارهای عاملی	سطح معناداری	نتیجه
بازیگری ظاهری	نقاب احساسی	AU	6,43	-1,98	0,82	0,000	معنادار
		AV	0,88	-0,6	0,76	0,000	معنادار
	مقابله احساسی	AW	3,45	-1,5	0,89	0,000	معنادار
		AX	-0,01	-1,9	0,7	0,000	معنادار
		CU	6,4	-1,9	0,76	0,000	معنادار
بازیگری عمیق	عقب نشینی احساسی	CV	3,2	-1,5	0,7	0,000	معنادار
		CW	2,25	-1,4	0,67	0,000	معنادار
	همدلی احساسی	CX	4,3	-1,75	0,92	0,000	معنادار
		CY	3,3	-1,67	0,92	0,000	معنادار
		CZ	3,5	-1,62	0,94	0,000	معنادار
	برونگینگی احساسی	DA	6,1	-1,81	0,91	0,000	معنادار
		DB	4,8	-1,81	0,98	0,000	معنادار
		DC	2,5	-1,28	0,83	0,000	معنادار
		DD	0,9	-0,66	0,89	0,000	معنادار
		DE	1,01	-0,76	0,87	0,000	معنادار
اشتراک گذاری احساسی	DF	0,7	-0,66	0,80	0,000	معنادار	
	DG	0,4	-0,59	0,89	0,000	معنادار	
	DH	-0,30	-0,58	0,83	0,000	معنادار	
	DI	0,10	-0,68	0,6	0,000	معنادار	



جدول (3). نتیجه اعتبار افتراقی تحلیل عاملی نیروی کار احساسی پرستاران

شاخص اول	شاخص دوم	بارگیری	شاخص اول	شاخص دوم	بارگیری		
ابراز چهره جوشانی	ابراز چهره بشاش	0.71	کنار آمدن با تنهایی	درک وضعیت احساسی بیمار	0.49		
	عدم بروز تألمات روحی و رفتاری	0.67		خود را جای بیمار گذاشتن	0.51		
	عدم بیان واقعیت به بیمار	0.54		بیمار را جای نزدیکان دین	0.46		
	تمرکز بر شغل	0.69		انگیزه‌های مهوروزی	0.43		
	کنار آمدن با شغل	0.62		مثبت اندیشی	0.42		
	تغییر فضای احساسی	0.50		تغییر شناختی	0.47		
	درک وضعیت احساسی بیمار	0.64		صحبت با بیمار	0.41		
	خود را جای بیمار گذاشتن	0.62		صحبت با همکاران	0.39		
	بیمار را جای نزدیکان دین	0.61		صحبت با وابستگان	0.36		
	انگیزه‌های مهوروزی	0.60		واکنش متقابل	0.38		
	مثبت اندیشی	0.56		ارتباط عمیق عاطفی	0.18		
	تغییر شناختی	0.37		همدردی	0.34		
	ابراز چهره جوشانی	صحبت با بیمار		0.43	تغییر فضای احساسی	تمرکز بر شغل	0.50
		صحبت با همکاران		0.35		کنار آمدن با شغل	0.57
صحبت با وابستگان		0.42	تغییر فضای احساسی	0.41			
واکنش متقابل		0.36	درک وضعیت احساسی بیمار	0.44			
ارتباط عمیق عاطفی		0.25	خود را جای بیمار گذاشتن	0.46			
همدردی		0.33	بیمار را جای نزدیکان دین	0.44			
عدم بروز تألمات روحی و رفتاری		0.78	انگیزه‌های مهوروزی	0.37			
عدم بیان واقعیت به بیمار		0.59	مثبت اندیشی	0.34			
تمرکز بر شغل		0.61	تغییر شناختی	0.36			
کنار آمدن با شغل		0.64	صحبت با بیمار	0.26			
تغییر فضای احساسی		0.51	صحبت با همکاران	0.29			
درک وضعیت احساسی بیمار		0.55	صحبت با وابستگان	0.25			
خود را جای بیمار گذاشتن		0.51	واکنش متقابل	0.29			
بیمار را جای نزدیکان دین		0.55	ارتباط عمیق عاطفی	0.30			
انگیزه‌های مهوروزی	0.48	همدردی	0.37				
ابراز چهره جوشانی	مثبت اندیشی	0.48	درک وضعیت احساسی بیمار	کنار آمدن با شغل	0.59		
	تغییر شناختی	0.44		تغییر فضای احساسی	0.40		
	صحبت با بیمار	0.41		درک وضعیت احساسی بیمار	0.59		
	صحبت با همکاران	0.42		خود را جای بیمار گذاشتن	0.59		
	صحبت با وابستگان	0.45		بیمار را جای نزدیکان دین	0.67		
	واکنش متقابل	0.36		انگیزه‌های مهوروزی	0.59		
	ارتباط عمیق عاطفی	0.24		مثبت اندیشی	0.50		
	همدردی	0.38		تغییر شناختی	0.31		
	عدم بیان واقعیت به بیمار	0.64		صحبت با بیمار	0.40		
	تمرکز بر شغل	0.66		صحبت با همکاران	0.29		
	کنار آمدن با شغل	0.71		صحبت با وابستگان	0.36		
	تغییر فضای احساسی	0.51		واکنش متقابل	0.38		
	شاخص اول	شاخص دوم		بارگیری	شاخص اول	شاخص دوم	بارگیری
همدردی			0.26				
تغییر فضای احساسی			0.51				
درک وضعیت احساسی بیمار			0.49				
خود را جای بیمار گذاشتن			0.45				
بیمار را جای نزدیکان خود دین			0.49				
انگیزه‌های مهوروزی			0.47				
مثبت اندیشی			0.42				
تغییر شناختی			0.44				
صحبت با بیمار			0.40				
صحبت با همکاران			0.46				
صحبت با وابستگان			0.40				
واکنش متقابل			0.54				
ارتباط عمیق عاطفی	0.41						
همدردی	0.37						
درک وضعیت احساسی بیمار	0.65						
خود را جای بیمار گذاشتن	0.61						
بیمار را جای نزدیکان خود دین	0.61						
انگیزه‌های مهوروزی	0.50						
مثبت اندیشی	0.51						
تغییر شناختی	0.60						
صحبت با بیمار	0.24						
صحبت با همکاران	0.21						
صحبت با وابستگان	0.17						
واکنش متقابل	0.37						
ارتباط عمیق عاطفی	0.24						
همدردی	0.25						
خود را جای بیمار گذاشتن	0.83						
بیمار را جای نزدیکان دین	0.85						
انگیزه‌های مهوروزی	0.82						
مثبت اندیشی	0.82						
تغییر شناختی	0.68						
صحبت با بیمار	0.43						
صحبت با همکاران	0.39						
صحبت با وابستگان	0.34						
واکنش متقابل	0.39						
ارتباط عمیق عاطفی	0.28						
همدردی	0.35						



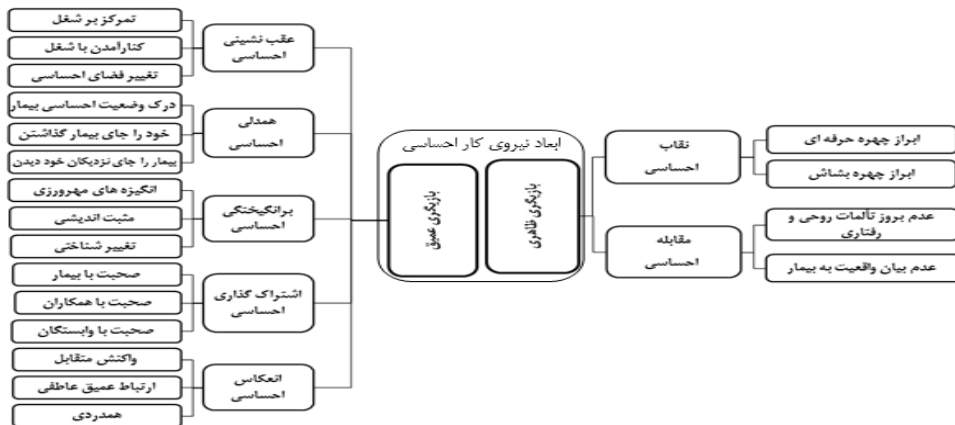
ادامه جدول (3). نتیجه اعتبار افتراقی تحلیل عاملی نیروی کار احساسی پرستاران

شاخص اول	شاخص دوم	همبستگی	شاخص اول	شاخص دوم	همبستگی	شاخص اول	شاخص دوم	همبستگی
خود را جای بیمار نگذاشتن	بیمار را جای نزدیکان دیدن	0.87	صحت با بیمار	مثبت اندیشی	0.88	تغییر های مہرورزی	تغییر شناختی	0.70
	انگیزه‌های مہرورزی	0.81		صحت با بیمار	0.48		صحت با بیمار	0.80
	مثبت اندیشی	0.80		صحت با همکاران	0.46		تغییر شناختی	0.66
	تغییر شناختی	0.66		صحت با همکاران	0.46		صحت با بیمار	0.34
	صحت با بیمار	0.34		واکنش متقابل	0.48		صحت با همکاران	0.39
	صحت با همکاران	0.39		ارتباط عمیق عاطفی	0.24		صحت با همکاران	0.30
	صحت با همکاران	0.30		همدردی	0.36		صحت با همکاران	0.33
	واکنش متقابل	0.33		صحت با وایستگان	0.82		ارتباط عمیق عاطفی	0.18
	ارتباط عمیق عاطفی	0.18		ارتباط عمیق عاطفی	0.51		همدردی	0.24
	همدردی	0.24		صحت با همکاران	0.48		تغییر شناختی	0.78
بیمار را جای نزدیکان خود ندان	انگیزه‌های مہرورزی	0.78	صحت با وایستگان	صحت با همکاران	0.43	مثبت اندیشی	صحت با وایستگان	0.74
	مثبت اندیشی	0.74		صحت با وایستگان	0.43		تغییر شناختی	0.58
	تغییر شناختی	0.58		ارتباط عمیق عاطفی	0.24		صحت با بیمار	0.33
	صحت با بیمار	0.33		همدردی	0.38		صحت با همکاران	0.34
	صحت با همکاران	0.34		صحت با بیمار	0.52		صحت با وایستگان	0.31
	صحت با وایستگان	0.31		ارتباط عمیق عاطفی	0.54		واکنش متقابل	0.37
	واکنش متقابل	0.37		صحت با همکاران	0.47		ارتباط عمیق عاطفی	0.24
	ارتباط عمیق عاطفی	0.24		صحت با وایستگان	0.56		همدردی	0.27
	همدردی	0.27		واکنش متقابل				

شاخص‌های مدل به شرح زیر می‌باشند:

جدول (4). شاخص‌های برازش مدل محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران							
با بهره‌گیری از تحلیل عاملی تاییدی							
شاخص برازش افزایشی	شاخص برازش هنجار شده	شاخص برازش تطبیقی	شاخص نیکویی برازش	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	کای اسکوتر پیچدار شده	درجه آزادی	کای اسکوتر - خی دو
0.91	0.8	0.93	0.84	0.076	1.396	73	101.916

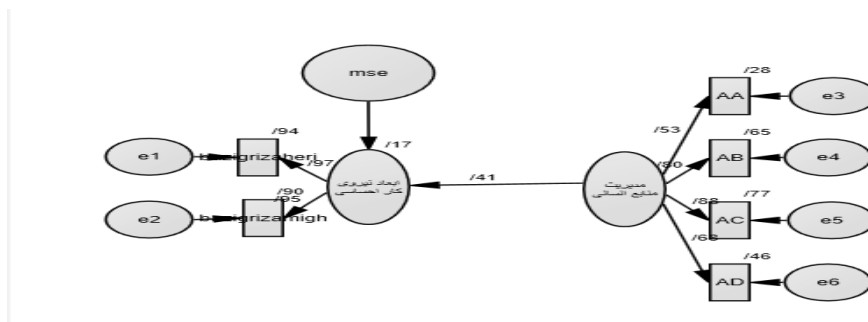
باتوجه به جدول (2)، میزان کشیدگی همه‌ی گویه‌ها بین 7-+ و 3-+ است، بنابراین داده‌های جمع‌آوری شده نرمال می‌باشند و همچنین با توجه به مقدار بالای بارهای عاملی بیشتر از 0,5 و برقراری حد قابل قبول روایی، اعتبار همگرایی ابزار سنجش تایید می‌شود. جدول (3) نشان می‌دهد همبستگی بین متغیرهای مدل تحقیق کمتر از عدد 0,9 است، بنابراین عدم هم‌پوشانی در قالب اعتبار افتراقی تایید می‌شود و در نتیجه‌ی آن اعتبار سازه مدل مورد تایید است. از طرفی شاخص‌های برازش مدل نیز در محدوده‌ی مطلوب قرار دارند (طبق جدول 4)، لذا مدل اندازه‌گیری پژوهش در خصوص محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران از برازش قابل قبولی برخوردار است و مورد تایید قرار می‌گیرد. با توجه به نتایج حاصل از تحلیل داده‌های کمی، مدل محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران را می‌توان به صورت زیر متصور بود:



نگاره (1). مدل برازش شده‌ی محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران

### 3.2.2. بررسی فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اصلی پژوهش این است که اقدامات مدیریت منابع انسانی بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران تأثیر دارد. به منظور آزمون این فرضیه، از مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. شکل زیر نتیجه حاصل از مدل‌سازی معادلات ساختاری را نشان می‌دهد.



نگاره (2). مدل معادلات ساختاری پژوهش

در بررسی اثر اقدامات مدیریت منابع انسانی بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی، همان‌طور که در جدول (5) مشاهده می‌شود، ضریب مسیر 0,41 برآورد شده است. با توجه به مقدار شاخص جزئی که برابر 0,000 و از سطح معناداری 0,05 کمتر است، می‌توان نتیجه گرفت که این ضریب در سطح خطای 0,05 معنی‌دار می‌باشد و بدین معناست که اقدامات مدیریت منابع انسانی بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران با احتمال 95 درصد با توجه به مثبت بودن ضریب، تأثیر مثبت دارد.

جدول (5). ضریب رگرسیونی و معناداری بین اقدامات مدیریت منابع انسانی و محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران

نام شاخص	ضریب	انحراف استاندارد	مقدار بحرانی	نتیجه
اقدامات مدیریت منابع انسانی → محتوای ابعاد نیروی کار احساسی	0,41	0,11	0,000	تایید



بر اساس فرضیه اصلی پژوهش یعنی تاثیر اقدامات مدیریت منابع انسانی بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی، فرضیه‌های فرعی پژوهش بر مبنای بررسی هریک از اقدامات جذب و گزینش، آموزش، ارزیابی عملکرد، جبران خدمات بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی ایجاد شدند. به این منظور از رگرسیون خطی سلسله مراتبی استفاده شد. چرا که این روش می‌تواند بیان کند که آیا با ورود متغیر مستقل میزان تغییرات متغیر وابسته معنادار است یا خیر و همچنین بیان می‌نماید که کدام یک از اقدامات مدیریت منابع انسانی مورد نظر، بیشترین تاثیر را بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران داشته است. بدین صورت در مرحله‌ی اول تنها متغیر جذب و گزینش (AA)، در مرحله دوم آموزش (AB)، در مرحله سوم ارزیابی عملکرد (AC) و نهایتاً در مرحله چهارم جبران خدمات (AD) وارد مدل شده که نتایج آن در جداول زیر نشان داده شده است.

جدول (6). ضرایب همبستگی و ضرایب تعیین مدل رگرسیونی

مراحل مدل	ضرایب همبستگی	ضرایب تعیین	ضرایب تعیین تعدیل شده	تغییرات ضریب تعیین	معناداری تغییرات	نتیجه
اول	0,114	0,013	0,005	0,82	0,195	غیر معنادار
دوم	0,477	0,227	0,215	0,73	0,000	معنادار
سوم	0,496	0,246	0,228	0,72	0,031	معنادار
چهارم	0,523	0,274	0,250	0,71	0,072	غیر معنادار

جدول (7). نتیجه آزمون تحلیل واریانس مدل رگرسیونی

مراحل مدل	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	معناداری
اول	رگرسیون	1,152	1	1,152	1,7	0,005
	خطا	86,69	128	0,677		
	کل	87,84	129			
دوم	رگرسیون	19,94	2	9,97	18,65	0,000
	خطا	67,9	127	0,533		
	کل	87,84	129			
سوم	رگرسیون	21,62	3	7,20	13,71	0,000
	خطا	66,22	126	0,526		
	کل	87,84	129			
چهارم	رگرسیون	24,02	4	6,007	11,76	0,000
	خطا	63,82	125	0,511		
	کل	87,84	129			

همان‌طور که جدول (7) نشان می‌دهد، نتیجه آزمون تحلیل واریانس جهت بررسی خطی بودن مدل‌های رگرسیون در سطح تشخیص 0,05 معنادار است، بنابراین با احتمال 95 درصد چهار مدل رگرسیون خطی به درستی برازش شده است.

جدول (8). نتیجه آزمون مدل رگرسیونی

مراحل مدل	متغیرهای ورودی	ضرایب استاندارد نشده		T	معناداری	آماره همبستگی بودن	
		B	B			UF	Tolerance
اول	مقدار ثابت	3,47		16,7	0,000		
	AA	0,094	0,114	1,3	0,195	1	1,00
دوم	مقدار ثابت	2,13		7,3	0,000		
	AA	-0,004	-0,53	-0,644	0,521	1,13	0,844
	AB	0,540	0,492	5,29	0,000	1,13	0,844
سوم	مقدار ثابت	2,14		7,38	0,000		
	AA	-0,083	-0,101	-1,17	0,244	1,25	0,798
	AB	0,390	0,355	3,15	0,002	2,11	0,473
	AC	0,191	0,211	1,78	0,037	2,33	0,428
چهارم	مقدار ثابت	2,046		7,08	0,000		
	AA	-0,008	-0,009	-0,1	0,921	1,56	0,641
	AB	0,447	0,408	3,59	0,000	2,21	0,451
	AC	0,237	0,262	2,2	0,029	2,43	0,411
	AD	-0,184	-0,299	-2,17	0,072	1,92	0,521

در معادله‌ی رگرسیونی‌های بدست آمده، نتایج حاکی از آن است که ضریب متغیر مستقل جذب و گزینش (AA) در سطح تشخیص 0,05 در مرحله‌ی اول معنادار نیست ( $P-Valu=0,195$ ). بنابراین فرضیه‌ی اول پژوهش مبنی بر اثر جذب و گزینش بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران مورد تایید قرار نگرفت. متغیر آموزش (AB) در مرحله دوم معنادار بوده و در مراحل بعد با توجه به ورود متغیرهای مستقل دیگر همچنان نیز معنادار است ( $P-Valu=0,000$ ). بنابراین فرضیه‌ی دوم پژوهش مبنی بر اثر آموزش بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران تایید شد. متغیر ارزیابی عملکرد (AC) در مرحله سوم و مرحله چهارم با ورود متغیر مستقل دیگر معنادار است ( $P-Valu=0,029$ ). لذا فرضیه‌ی سوم پژوهش یعنی تاثیر ارزیابی عملکرد بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران، مورد تایید قرار گرفت. نتایج همچنین نشان داد که ضریب متغیر جبران خدمات (AD) در سطح تشخیص 0,05 معنادار نیست ( $P-Valu=0,072$ ). بنابراین فرضیه چهارم پژوهش مبنی بر تاثیر جبران خدمات بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران مورد تایید قرار نگرفت. از طرفی با توجه به بیشترین ضریب رگرسیونی، آموزش بیشترین تاثیر را بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران داشته و ارزیابی عملکرد در مرتبه دوم قرار دارد.

### نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر اقدامات مدیریت منابع انسانی بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران با رویکرد آمیخته انجام شد. در جهت کشف محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران با این دیدگاه 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 دانش و بصیرت جدیدی فراهم سازد، از رویکرد کیفی بهره گرفت و سپس به برآزش مدل احصا شده پرداخت و در نهایت تاثیر اقدامات مدیریت منابع انسانی بر آن را با رویکرد کمی مورد توجه قرار داد.

هدف اول پژوهش، کشف محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران برگزیده کشوری بیمارستان‌های دولتی مشهد بود که در نهایت مدلی در بعد بازیگری ظاهری 2 مولفه با چهار زیرمولفه و در بازیگری عمیق 5 مولفه با پانزده زیرمولفه پدیدار شد.

بازیگری ظاهری، نوعی تنظیم احساس مبتنی بر پاسخ است که مطابق با احساسات واقعی فرد نیست و به کنترل احساس با نمایش احساسی ارجاع دارد (Bolton, 2000). هوکشیلد (2003) بازیگری ظاهری را عامل کلیدی برای کار بخش دولتی و حفظ رفتار مناسب نشان می‌دهد و تاکید می‌کند که احساسات درونی از نمای بیرونی پنهان نگه داشته می‌شود و کار با حفظ نمایی مناسب از بیرون صورت می‌گیرد. در بعد بازیگری ظاهری، یکی از مولفه‌های احصا شده حوزه پرستاری، «نقاب احساسی» است که زمانی ایجاد می‌شود که افراد به طور متقاعدکننده‌ای 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 (Hochschild, 2003). این انتظارات توسط بیماران، سازمان‌ها و تصاویر متعارف از پرستاری شکل می‌گیرد. نهادهای ساختن این انتظار در برخی موقعیت‌ها فشار زیادی را بر پرستاران وارد می‌کند. در این حالت، پرستاران مجبورند احساسات خود را زمانی که با ناهمسانی‌های نقشی روبرو می‌شوند، با پوششی از چهره حرفه‌ای به نمایش بگذارند. بولی (2005) و استین، نائیس و استین (1997) دریافته‌اند که حرفه پرستاری با خودکنترلی و تحمل درد و سختی بدون ابراز شکایت عجین شده است که همین بروز احساسات واقعی را در آن محدود می‌سازد (Boyle, 2005; Steen, Naess, Steen, 1997). گاریل، اتینی، بلوندل و دامرجز (2007) 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 (Garel, Etienne, Blondel, & Dommergues, 2007). همچنین، پرستاران استفاده از ابراز چهره بشاش را به عنوان روشی برای به پیش رفتن و عبور کردن از موقعیت مطرح می‌کنند 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 می‌کنند که در جهت ایجاد





احساسات موردانتظار، علی رغم احساس واقعی خود ارائه می‌کنند. لاک و لاتام (1996) با مشاهده پرستاران کودکان، نشان دادند 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 (Locke & Latham, 1991).

مولفه دیگر بعد بازیگری ظاهری «مقابله احساسی» به معنای مقاومت به منظور عدم ابراز احساسات واقعی شناسایی شد. عدم ابراز تألمات روحی و رفتاری یکی از زیرمولفه‌های مقابله احساسی مطرح شد که حرفه پرستاری را درگیر ارتباط با احساسات خود و دیگران در موقعیت‌های پرسترس نشان می‌دهد. این موضوع پرستاران را هدایت به این احساس 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 کنند و آنها احساس راحتی داشته باشند. عدم بیان واقعیت به بیمار نیز به عنوان زیرمولفه دیگر، موقعیت‌هایی را توصیف می‌کند که نیاز به پاسخ به احساس ترس و اضطراب بیماران را در موقعیت‌های پرسترس الزام می‌داشت. این دربرگیرنده ارتباط، تعامل و پاسخ به سوالاتی بود که آنها آن را سخت و مشکل توصیف می‌کردند.

بعد دیگر نیروی کار احساسی، بازیگری عمیق است. این بعد، گرایش‌های فیزیولوژیکی، تجربی یا رفتاری را موجب می‌شود و هدف آن این است که احساسات برانگیخته شده در موقعیت موردنظر یا ادراک از آن را تغییر دهد. «عقب نشینی احساسی» یکی از مولفه‌های بعد بازیگری عمیق به معنای فاصله گرفتن و کناره‌گیری از موقعیتی است که موجب بروز احساس ناخوشایند در فرد شده است تا فرد بتواند احساسات درونی خود را اصلاح و تعدیل کند. یکی از زیرمولفه‌های عقب نشینی احساسی، تمرکز بر شغل بود. مشارکت‌کنندگان، تاثیر مفید تمرکز بر شغل را اینگونه بیان کردند که حواس آنها را جمع می‌کند و بهتر می‌توانند با مکانیزم و فرایند کنار بیایند. مینزیس (1960) در تحقیق اولیه خود نیز، تمرکز بر شغل را به عنوان رویکرد وظیفه‌ای برای مراقبت در پرستاری پررنگ ساخت که برای حمایت از پرستاران از هزینه‌های احساسی مراقبت مورد توجه بود (Menzies, 1960). در 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 هوکشیلد (2003) تمرکز بر شغل، بازیگری عمیق را می‌طلبد که به دنبال تلاش به تغییر احساسات درونی با جایگزینی مفهوم تغییر موقعیت است. دغدغه کنار آمدن با شغل نیز به عنوان زیرمولفه دیگری از عقب‌نشینی احساسی پرستاران یک الزام کاربردی مطرح شد که به واسطه نوعی جدایی احساسی، مدیریت احساسات را در ارتباط با بیماران به صورت موفقیت‌آمیز ارائه می‌کند. ویلیامز (2013) کنار آمدن با شغل را عاملی تاثیرگذار در جهت ابراز احساسات موردانتظار شغل در مشاغل خدماتی مطرح می‌کند. زیرمولفه پدیدار شده‌ی دیگر عقب نشینی احساسی، تغییر فضای احساسی است. 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 مسئولیت آنها را به عهده می‌گیرند. مولفه دیگر بعد بازیگری عمیق «همدلی احساسی» است. منظور از همدلی احساسی آن است که احساس ما به حد احساس دیگری برسد، یعنی به درک آن چیزی برسیم که دیگری آن را دریافت کرده و یا عملاً 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)، همدلی احساسی تحقق پیدا می‌کند. بر مبنای نظر سانتو (2012) برای مدیریت احساسات بیماران، درک دقیق احساسات آنان یک پیش‌نیاز مهم است که این عامل با روانشناسی ارتباطات و ادبیات همدلی سازگار است (Kruml & Geddes, 2000; Hojat, 2007). همچنین، حمایت‌های تجربی وجود دارد که نگرش‌های همدلانه پرستاران برای کیفیت خوب مراقبت و پذیرش و رضایت بیماران اهمیت دارد (Olson & Hanchett, 1997). همچنین در مطالعه ای تاکید شد که همدلی احساسی، تجربه احساسی پرستار بوده و بیانگر نگرشی مثبت است (Cunico, Sartori, Marognolli & Meneghini, 2012). مولفه دیگر بعد بازیگری عمیق، «برانگیختگی احساسی» به معنای تلاش برای تغییر احساسات درونی در جهت ابراز مناسب آن است که از طریق انگیزه‌های مهرورزی، مثبت اندیشی و تغییر شناختی انتزاع گردید. انگیزه‌های مهرورزی، برانگیختن

احساسات مثبتی بر یک انگیزه نهفته نظیر دلسوزی، سهمی در خوشحال کردن بیماران و مهربان بودن به خاطر انسانیت و وجدان آگاه است. این رویکرد با فلسفه اخلاق پرستاری کاملاً منطبق است (Salmela & Meyer, 2009). مثبت اندیشی، نوعی تفکر درباره بخش‌های لذت بخش یک رویداد است که احساساتی را بر می‌انگیزد که یک نفر نیاز دارد با مشتریان در یک موقعیت ویژه تعامل کند. از منظر جامعه‌شناسی، مثبت اندیشی نوعی سرمایه عاطفی است که هزینه‌های کنترل و نظارت رسمی را کاهش می‌دهد و افراد را متقاعد به ابراز احساس مطابق با ارزش‌ها و هنجارهای حرفه‌ای خود می‌نماید (Turner, Barling & Zacharatos, 2001). تغییر شناختی نیز به دریافت و درک یک موقعیت به روش‌های مختلف گفته می‌شود طوری که اثر احساسات منفی کاهش یابد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که پرستاران با استفاده از تکنیک‌هایی چون فراموشی آگاهانه، تغییر دید و خلوت کردن با خود، تفکرات ناسازگار خود را در ارتباط احساسی با بیماران تغییر داده تا احساساتی را ابراز کنند که از آنها انتظار می‌رود. مولفه دیگر بعد بازیگری عمیق، «اشتراک‌گذاری احساسی» شناسایی شد. اکثر پاسخ‌دهندگان در مورد اهمیت صحبت درباره احساسات مربوط به تجارب بالینی با دیگران (صحبت با بیمار، همکاران و وابستگان) تاکید کردند. صحبت درباره احساسات، بیانگر رویه کار احساسی با اهمیتی در اقدامات پرستاری است که پرستاران را قادر می‌سازد از لحاظ روانشناختی و احساسی به جلو پیش روند (Davidson & Williams, 2011). صحبت کردن با بیمار، نوعی حمایت عاطفی به شمار می‌آید که به معنی فراهم آوردن مهر، عطوفت و توجه و قوت قلب دادن است که منجر به تعدیل احساسات درونی و بروز احساسات مطلوب و موردانتظار می‌شود. 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. فیلیستاد (2010) نیز از اهمیت صحبت با همکاران درباره تجارب چالش برانگیز احساسی حمایت می‌کند (Filstad, 2010). به نظر بویلی (2005) نیز، سیستم‌های حمایتی غیررسمی به جای رسمی بیانگر سطح همکاری و ارزش‌دهی بر تجربه فردی و نگاه به موقعیت است. برخی پرستاران حمایت و صحبت با خانواده و وابستگان خود را به عنوان عاملی زمینه‌ساز در تعدیل احساسات خود مطرح نمودند. این نوع حمایت پشت صحنه، نشان می‌دهد که نیروی کار احساسی می‌تواند ادامه یابد و تا محیط خانه نیز گسترده شود. در مطالعات مختلف به اهمیت منابع حمایتی در دسترس تاکید می‌شود که برای سلامت احساسی پرستاران و در نهایت کیفیت خدمات فراهم شده مهم و حیاتی است (Ozturk, Bahcecik, Ozcelik & Kemer, 2015) «انعکاس احساسی» به عنوان مولفه 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 است که موجب پالایش احساسی فرد می‌شود. ارتباط عمیق عاطفی بیانگر نوعی حس تفاهم با بیماران است 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 (Rolfe, Jasper & Freshwater, 2011).

هدف دوم پژوهش که بررسی تاثیر اقدامات مدیریت منابع انسانی بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران بود، از دو دیدگاه مورد توجه قرار گرفت. از یک دیدگاه، کلیه اقدامات مدیریت منابع انسانی به عنوان یک سیستم پیوسته به هم که از ارتباطات داخلی متقابل بهره می‌گیرند، مورد بررسی قرار گرفت و از دیدگاهی دیگر، هر یک از اقدامات مدیریت منابع انسانی به عنوان یک فعالیت مستقل مورد بررسی قرار گرفتند. براساس یافته‌های به دست آمده، اقدامات مدیریت منابع انسانی بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران تاثیر مثبتی داشت. لذا با توجه به آنکه عوامل موثر بر نیروی کار احساسی پرستاران را می‌توان در سطوح اجتماعی، شغلی، سازمانی و شخصیتی طبقه‌بندی نمود که اقدامات مدیریت منابع انسانی در سطح سازمانی می‌گیرد، وجود ضریب تاثیر 40 درصد، بیانگر جایگاه اثربخش این واحد در تبیین محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران است.

یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که جذب و گزینش بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران تاثیرگذار نیست. به اعتقاد آروی، رینز و واتسن (1998)، مدیران نمی‌توانند انتظار نیروی کار احساسی از کارکنان خود داشته باشند، در حالیکه خود در اعمال و



رفتار و ارتباطات با دیگران به قوانین و قواعد احساسی سازمان پایبند نباشند (Arvey, Renz & Watson, 1998). به عبارتی، نحوه ادراک کارکنان از تقاضاهای احساسی یک حرفه در فرایند جذب و گزینش می‌تواند انتظارات فرد را در مورد توانمندی‌های احساسی خود در سازمان تحت تاثیر قرار دهد. اگر افراد درک کنند که تقاضاهای احساسی در سازمان مورد توجه قرار نمی‌گیرد و در فرایند استخدام با آنها مبتنی بر ویژگی‌های موردنیاز رفتار نمی‌کنند، ممکن است فرض کنند که مدیریت احساسات در این سازمان مهم نیست و در صورت جذب، اهمیت کمی برای آن قائل باشند. لذا، متخصصان مدیریت منابع انسانی می‌توانند نقش مهمی را در ارتباط با شایستگی‌های احساسی فرایند انتخاب ایفا کنند که عدم رعایت این معیار، پیامی ناخواسته اما تاثیرگذار را به کارکنان جدید منتقل خواهد کرد (Hulsheger & Schewe, 2011). با توجه به احصا این نتیجه با برخی پرستاران در خصوص فرایند جذب و گزینش و علت عدم تاثیرگذاری آن بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران مصاحبه‌ای صورت گرفت که نتایج بیانگر این بود که در بیمارستان‌های دولتی مشهد هیچ معیاری جهت شناسایی افراد واجد شرایط شایستگی‌های احساسی برای ورود به حرفه پرستاری وجود ندارد، به عبارتی در فرایند جذب و گزینش، ابزاری مناسب برای غربال احساسی داوطلبان حرفه پرستاری وجود ندارد و سازمان نیز هیچ تلاشی جهت بکارگیری نیروی انسانی برخوردار از شایستگی‌های احساسی نمی‌کند که این امر توسط اکثر پرستاران به عنوان یکی از مسائل جذب و گزینش بیمارستان مطرح شد. به اعتقاد پرستاران، لازمه مدیریت احساسات در حرفه پرستاری، تمایل قلبی داشتن نسبت به این حرفه است، در صورتی که بسیاری از پرستاران تازه وارد هیچ علاقه و انگیزه‌ای برای پذیرفتن حرفه پرستاری نداشته و تنها به دلیل کسب معیشت و برخورداری از شرایط ویژه استخدام در یک ارگان دولتی داوطلب استخدام شده‌اند و فاقد معیارهای دانش و مهارت مدیریت احساسات جهت پذیرفتن این حرفه هستند. این در حالی است که هریک از پرستاران مورد مصاحبه می‌توانستند افرادی را نام ببرند که بدون برخورداری از شایستگی‌های احساسی وارد بیمارستان شده و به راحتی استخدام شده‌اند. این امر نمود منفی از فرایند جذب و گزینش در این خصوص در ذهن پرستاران ایجاد کرده که بر احصا نتیجه حاصل بی‌تاثیر نبوده است.

نتایج حاصل از بررسی تاثیر آموزش بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی نشان داد که آموزش بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران تاثیرگذار است. مطالعات بیانگر این هستند که بسیاری از رفتارهای مشتری‌محور، مستلزم آموزش می‌باشند و می‌توانند به بهترین شکل خود از طریق فعالیت‌هایی چون ایفای نقش و مدل‌سازی رفتاری فرا گرفته شوند (Taylor, 2010). به عبارتی مدیران می‌توانند با ارائه برنامه‌های آموزش ضمن خدمت به توسعه و تقویت مهارت‌های موردنیاز کارکنان خود بپردازند. با انجام بررسی‌هایی در خصوص وضعیت آموزش در بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد مشخص شد که از دیدگاه پرستاران برگزاری دوره‌های آموزشی برای پرستاران در جهت ارائه بهتر خدمات، به عنوان یک الویت مهم در بیمارستان‌ها مطرح است و در این ارتباط، سیستم سازمان‌یافته‌ای طراحی شده است که این فرصت را در اختیار پرستاران قرار می‌دهد که بتوانند از آموزش‌های تخصصی و غیرتخصصی مرتبط به شغل خود به اندازه کافی بهره‌مند شوند که برای مثال می‌توان به پرتال آموزش سازمان نظام پرستاری کشور اشاره کرد که امکان فراگیری دوره‌های آموزشی را به صورت الکترونیکی نیز فراهم کرده است. پرستاران مورد مطالعه اذعان داشتند که در حوزه برقراری ارتباط با بیماران، واحد مدیریت منابع انسانی برنامه‌هایی چه به صورت مستقیم (مانند برگزاری کلاس‌های مهارت‌های مدیریت هیجان) و چه به صورت غیرمستقیم (مانند برگزاری کلاس‌های تشویق به تکریم ارباب‌رجوع، مهارت‌های ارتباطی و مدیریت استرس) در نظر گرفته که در حال اجرا می‌باشد. گراباریک (2011) بر این عقیده است که آموزش در برخورد با مشکلات ارتباطی و عاطفی بیماران در محیط کار، می‌تواند زمینه‌ساز بروز مدیریت مناسب احساسات پرستاران باشد. به عبارتی بسیاری از معضلات فرسودگی احساسی در حیطه پرستاری به این علت واقع می‌شود که میان آنچه پرستاران فکر می‌کنند باید انجام دهند و آنچه می‌بایست انجام می‌دادند، تفاوت وجود دارد و این وظیفه آموزش است که خلاء حاصل را برطرف کرده و انتظارات عاطفی سازمان را برای پرستاران تبیین نماید (Grabarek, 2011). شواهد نیز نشان می‌دهد پرستاران با برخورداری از مهارت‌های مدیریت احساسات به سبب آگاهی از عواطف و احساسات، مدیریت توانمند و سالم، خودتنظیمی عواطف و خودانگیزی، همدلی و مهارت‌های اجتماعی می‌توانند

در برابر منابع مختلف استرس اعم از شغلی، خانوادگی و یا ارتباطی-اجتماعی مقاومت بهتری نموده و ارتباط خوبی را با بیماران، همراهان بیمار و همکاران خود در محیط کار برقرار کنند (بیرامی، هاشمی، قهرمانزاده، علائی، 1390).

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که ارزیابی عملکرد بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی پرستاران تاثیرگذار است که این نتیجه بیانگر وضعیت مناسب ارزیابی عملکرد در بیمارستان‌های دولتی مشهد از دیدگاه پرستاران بود. بر مبنای مصاحبه‌های صورت گرفته از پرستاران مورد مطالعه، مشخص شد که اولاً بسیاری از پرستاران از معیارهای عملکردی خود و شیوه اجرای ارزشیابی آگاه بودند. نتایج مطالعه‌ای نشان داد، کارکنانی که از دانش و تجربه بیشتری درباره نظام ارزیابی عملکرد برخوردار باشند، در مقایسه با کارکنان دیگر، ادراک بهتری از این نظام خواهند داشت (Ikramullah, Shah, Sajjadul Hassan, Zaman, Ali Shah, 2011). همچنین به اعتقاد والش (2003) در صورتی که اهداف کارکردی در فرایند ارزیابی عملکرد به درستی تبیین شود و کارکنان از آن اطلاع یابند، ارزیابی عملکرد می‌تواند تسهیل‌کننده رفتارهای مثبت مبتنی بر عواطف در ارتباط با مشتریان شود (Walsh, 2003). دوماً اکثر پرستاران اعتقاد داشتند که فرایند ارزیابی عملکرد در جهت ارتقاء عملکرد آنان صورت می‌گیرد. به اعتقاد شانتر و دیگران (2016) درک کارکنان از ارزیابی‌های عملکرد از دو دیدگاه ارزیابی مبتنی بر ارتقاء عملکرد و ارزیابی مبتنی بر کاهش هزینه مورد توجه قرار می‌گیرد (Shantz, Arevshatian, Alfes & Bailey, 2016). در صورتی که کارکنان ارزیابی‌های عملکرد را مبتنی بر حمایت از عملکرد شغلی درک کنند، آن را به عنوان حقیقت پیشرفت خود احساس می‌کنند و موجب می‌شود احساسات مثبت در آنان افزایش یابد و برای تلاش بیشتر و عملکرد بهتر برانگیخته شوند. در مقابل، اگر کارکنان ارزیابی‌های عملکرد را با هدف کاهش هزینه‌های سازمانی درک کنند، احساس می‌کنند آزادی عمل آنان در کار محدود شده است و این را به عنوان نوعی تهدید فردی می‌بینند که سطح استرس در کار را افزایش می‌دهد. در این زمینه پرستاران کسب عنوان پرستار نمونه را به عنوان یکی از مزیت‌های نظام ارزیابی عملکرد مطرح نمودند که با وجود این که تاثیری در میزان حقوق و دستمزد و یا جایگاه سازمانی آنان ندارد، نشانه ارتقاء عملکرد و اطمینان از این جهت می‌دانستند که فعالیت‌ها و خدمات مثبت آنان مورد توجه قرار می‌گیرد و آن را عامل انگیزشی جهت ارائه بهتر خدمات تلقی می‌کردند.

ویژگی دیگر نظام ارزیابی عملکرد در بیمارستان‌های دولتی مشهد، توجه کافی به اعمال نظر ارباب رجوع در خصوص عملکرد پرستاران در روابط با بیماران است. بیماران یا همراهی‌های بیمار می‌توانند از طریق صندوق پیشنهادات و انتقادات یا صندوق تکریم ارباب رجوع و یا مراجعه به سرپرست مستقیم، نظر خود را در خصوص یک پرستار و نحوه خدمت‌رسانی او اعلام کنند که نتایج حاصل از آن به طور مستقیم در ارزیابی عملکرد پرستاران تاثیر دارد و در اختیار پرستاران قرار می‌گیرد. طبق مطالعات، ارائه بازخورد به کارکنان و نحوه ارائه آن، می‌تواند زمینه‌ساز انجام فعالیت‌های فرانشی توسط آنان شود (Belschak & Den Hartog, 2009). سلامی (2007) در مطالعه خود نیروی کار احساسی را نوعی رفتار فرانشی مطرح نمود (Salami, 2007). همچنین در مطالعه دیگری نشان داده شد که کارکنان خدماتی که به طور مستمر با مشتریان در ارتباط هستند، می‌توانند رفتارهای غیروظیفه‌ای مثبت یا رفتارهای غیروظیفه‌ای منفی را انتخاب کنند که در طول فرایند بازخورد عملکرد شغلی، احساسات مثبت می‌تواند باعث شود که کارکنان رفتارهای غیروظیفه‌ای مثبت مانند رفتارهای شهروندی سازمانی را انتخاب کنند (Miles, Borman, Spector & Fox, 2002). بنابراین، اگر کارکنانی که نیروی کار احساسی را انجام می‌دهند، مشتریان و دریافت‌کنندگان خدمات را درک کنند و بازیگری ظاهری و بازیگری عمیق را بکار گیرند که به آنها در زمان انجام تعاملاتشان کمک کنند، آنها برای خاطر مشتریان، سازمان‌ها، کیفیت عملکرد و مدیریت کارراهه شغلی خود تلاشی را انجام دادند و در حقیقت به دنبال رفتارهای شهروندی سازمانی هستند (Choi & Kim, 2015).

مطالعات پیشین نشان دادند که جبران خدمات حداقل به دو دلیل مهم است. اول، جبران خدمات تاثیر بر انگیزاننده‌ای روی کارکنان دارد تا آنچه را که مدیران از آنها انتظار دارند را انجام دهند. دوم، جبران خدمات می‌تواند کارکنان را در ارائه خدمات با کیفیت بالا تشویق کند. اکثر مطالعات صورت گرفته در حوزه نیروی کار احساسی و مشوق‌های آن، نظام جبران خدمات را به عنوان یکی از عوامل تاثیرگذار بر نیروی کار احساسی در سطح سازمانی مطرح نموده‌اند [3]، [13]. در مطالعه گلاسو و اینارسن (2006) در زمینه توجه به عواطف تجربه



شده در روابط کارمند-کارفرما، نشان داده شد، درک کارکنان از جبران خدمات با رضایت احساسی مثبت یا منفی آنان در ارتباط است و برای ایجاد رضایت احساسی مثبت لازم است کارکنان خود جبران خدمات را منصفانه درک کنند (Glaso & Einarsen, 2006). به نظر اسلاتن (2009)، افزایش احساسات مثبت، موجب می‌شود کارکنان برای انجام بهترین تعاملاتشان با مشتریان برانگیخته شوند و تاثیر مثبتی روی مدیریت احساسات آنان داشته باشد. باون و جانستون (1999) نیز اهمیت درک کارکنان را از نظر انصاف در جبران خدمات این گونه نشان می‌دهند که اگر کارکنان احساس کنند که سازمان واقعا با آنها منصفانه رفتار کرده است، نیروی کار احساسی تاثیر مثبتی بر اطمینان کارکنان گذاشته و کارکنان را از تاثیرات منفی ابراز احساسات ظاهری دور می‌کند (Bowen, & Johnston, 1999).

با این وجود، نتایج حاصل از پژوهش حاضر فرضیه تاثیر جبران خدمات بر محتوای ابعاد نیروی کار احساسی را در مورد پرستاران بیمارستان‌های دولتی مشهد تایید نکرد و بیانگر این بود که نظام جبران خدمات از دیدگاه پرستاران، نظامی ناعادلانه تلقی می‌شد. ضمن گفتگو با برخی پرستاران مورد مطالعه، مهمترین علت این نتیجه در عدم پیوند نظام ارزیابی عملکرد و جبران خدمات شناسایی شد. در واقع با وجود این که نظام ارزیابی عملکرد از دیدگاه پرستاران نظامی مبتنی بر ارتقاء عملکرد شناخته می‌شد که پرستاران فعال و پرتلاش را معرفی و شناسایی می‌کرد، اما نتایج آن در خصوص نظام جبران خدمات و میزان پاداش اختصاص یافته به آنان تاثیر نداشت. البته یکی از پیامدهای طرح تحول نظام سلامت در طی دو سال اخیر، اجرای طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد بود که تحت این دستورالعمل قرار داشت که پرداخت‌های کارکنان بر مبنای عملکرد آنها انجام شود و این به خودی خود کاری منطقی به نظر می‌رسید اما در واقعیت پرداخت مبتنی بر عملکرد صورت نمی‌گیرد و نحوه اجرای این طرح با نارضایتی گسترده پرستاران همراه شد. در متن دستورالعمل نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد به صراحت آمده است که قرار است بر مبنای درآمدهای بخش محل فعالیت این پرداخت انجام شود و آن چه بر آن تاکید شده است این است که رکن اساسی پرداخت، درآمد است. بدیهی است که عملکرد نمی‌تواند مساوی درآمد در نظر گرفته شود، چرا که چه بسا کارهای سختی که درآمد پائینی دارند و برعکس. در این خصوص یکی از پرستاران بیان کرد: "طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد ظاهرا عملکرد محور است اما اصلا این طور نیست بلکه دریافتی، بیشتر به حضور فیزیکی، زمان حضور و درآمد زایی بخشی که در آن کار می‌کنند بستگی دارد. یعنی اگر بخش ما درآمد کمتری داشت کارانه ما هم کم می‌شود. مثل پرستاری که در بخش جراحی کار می‌کند، به دلیل تعداد زیاد بیمارانی که به بخش وارد و از آن خارج می‌شوند و به دلیل درآمد زایی بیشتر بخش جراحی، دریافتی به مراتب بیشتری از بخش‌های داخلی دارند و همین اختلاف دریافتی‌ها و تبعیض‌ها به ویژه برای همکاران با سابقه موجب شده است این نظام پرداخت، عادلانه نباشد". همچنین عضو شورای عالی سازمان نظام پرستاری کشور نیز اظهار داشت: "...طرح قاصدک (پرداخت مبتنی بر عملکرد) اصلا مبتنی بر عملکرد نیست، بلکه رقابتی ناسالم میان همکاران برای تصاحب منابع است و هیچ ارتباط یک به یکی میان میزان تلاش و میزان دریافتی وجود ندارد...". در همین زمینه، معیار قرار گرفتن درآمد بیمارستان‌ها به عنوان پرداختی به پرستاران یکی دیگر از موارد اذعان شده در خصوص ناعادلانه بودن نظام جبران خدمات از دیدگاه پرستاران، بیان شد که بدون در نظر گرفتن تفاوت شرایط کاری پرستاران در بیمارستان‌های مختلف از نظر ارتباط با بیماران مختلف، درآمد بیمارستان، ملاک پرداخت قرار می‌گیرد. همچنین، تفاوت فاحش میان دستمزد پرستاران و پزشکان عامل تاثیرگذار دیگری در وجود ناعادلتی نظام جبران خدمات از دیدگاه پرستاران مطرح شد. این اختلاف، منجر به تمایل به فرودگرایی در میان پرستاران و پزشکان شده و توان اجتماعی پرستاران را به خصوص در حوزه ارتباط احساسی با بیماران به شدت تحت تاثیر قرار داده است. به نظر پاچ و همکارانش (2011) اگر درک کارمند این باشد که وظایف یا پاداش‌ها به طور غیرمنصفانه توزیع شده است یا فرایند پاداش موجب تبعیض شده است، توانایی یا میل او به انجام نیروی کار احساسی کاهش پیدا می‌کند و فرسودگی عاطفی در بلندمدت صورت می‌گیرد (Pugh, Groth & Hennig, 2011). اما نکته مهم بحث برانگیز در خصوص عدم رعایت عدالت در نظام جبران خدمات از دیدگاه پرستاران، اجرایی نشدن طرح تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری پس از حدود 10 سال از تصویب آن در مجلس شورای اسلامی است. در طی این سال‌ها جامعه پرستاری چشم انتظار بوده تا با اجرایی شدن این قانون تغییری در وضعیت درآمدشان ایجاد و کمی از شرایط سخت کاریشان جبران شود، اما هنوز اجرای این قانون در کشور پس از طی این مدت طولانی به دلایلی همچون نبود اعتبار، نبود آیین نامه اجرایی و... متوقف مانده است، این مساله در حالی است که پرستاران انتظار داشتند در طرح تحول نظام سلامت که از دو سال گذشته آغاز شد، راه‌حلی

برای این مساله دیده شده باشد، اما برخلاف انتظار، جایگاهی برای اجرای این تعرفه در طرح تحول نظام سلامت دیده نشد و این فرصت نیز از دست رفت. قائم مقام سازمان نظام پرستاری مهم‌ترین بحث پرستاران را عدم رعایت عدالت در پرداخت‌ها دانست و بیان کرد: "از جمله مشکلات، قانون تعرفه‌گذاری است که حدود 10 سال بر زمین مانده و با توجه به اینکه اعضای جامعه پرستاری، سازمان نظام پرستاری و خانه پرستار به شدت پیگیر آن هستند ولی مسئولان کشور عزمی برای اجرای آن از خود نشان نمی‌دهند" (پایگاه اطلاع رسانی سازمان نظام پرستاری، 1395). بنابراین، این امر نمود منفی از فرایند نظام جبران خدمات در اذهان پرستاران ایجاد کرده است که بر احصا نتیجه حاصل بی‌تاثیر نمی‌باشد.

در پایان پیشنهاد می‌شود، با توجه به این که محتوای ابعاد نیروی کار احساسی احصا 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. در این زمینه می‌توان از سیاست‌های متنوعی بهره گرفت که به عنوان مثال پیشنهاد می‌شود، روش مراقبت کنونی که به صورت کارکردی و بیماری محور است، به روش مراقبت مودی و بیمار محور تغییر کند که در این صورت بیمار و ارتباط با بیمار به عنوان یک انسان، محور و کانون توجه پرستاران قرار می‌گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود حوزه مدیریت منابع انسانی بیمارستان با بهره‌گیری از محتوای 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.

#### منابع

بیرامی، م؛ هاشمی، ت؛ قهرمان‌زاده، ع؛ علائی، پ. (1390). بررسی رابطه سلامت روان شناختی و هوش هیجانی با فرسودگی شغلی در پرستاران بیمارستان‌های دولتی تبریز. تحقیقات علوم رفتاری، 9(2)، 141-147.

پایگاه اطلاع رسانی سازمان نظام پرستاری. (1395). 6 مهر 1395). بازبایی شده 29 مهر 1395. از <http://www.ino.ir>

Ashkanasy, C. E., Hartel, J., & Zerbe, W. J. (2000). *Emotions in the workplace: research, theory, and practice*. Westport, CT: Quorum books.

Ashforth, B. E., & Mael, F. (1989). *Social identity theory and the organization*. *Academy of Management Review*, 14, 20-39.

Arvey, R. D., Renz, G. L., & Watson, T. W. (1998). *Emotionality and job performance: Implications for personnel selection*. In G. R. Ferris (Ed.), *Research in personnel and human resources management* (pp.103-147). Greenwich, CT: JAI Press Inc.

Brewster, C. (1995). *Towards a European Model of Human Resource Management*. *Journal of International Business Studies*, 1(4), 1-21.

Bowen, D. and Johnston, R. (1999), *Internal service recovery: developing a new construct*, *International Journal of Service Industry Management*, 10(5), 5-31.

Boyle, M. V. (2005). *You wait until you get home. Emotional regions, emotional process work, and the role of onstage and offstage support*. In: C. E. J. Hartel, W. J. Zerbe, N. M. Ashkanasy (Eds.), *Emotions in Organizational Behavior* (pp. 45-65). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Boon, C., Den Hartog, D. N., Boselie, P., & Paauwe, J. (2011). *The relationship between perceptions of HR practices and employee outcomes: examining the role of person-organization and person-job fit*. *The International Journal of Human Resource Management*, 22(1), 138-162.



- Bolton, S. C. (2000a). *Who cares? Offering emotion work as a 'gift' in the nursing labour process. Journal of Advanced Nursing, 32* (3), 580-586.
- Belschak, F. D., & Den Hartog, D. N. (2009). *Consequences of positive and negative feedback: The impact on emotions and extra-role behaviors. Applied Psychology, 58*(2), 274-303.
- Choi, Y-G, & Kim, K-S. (2015). *A Literature Review of Emotional Labor and Non-Task Behavior, Universal Journal of Management, 3*(4), 143-147.
- Chen, L-H., Lin, S-P. (2009). *Reducing service agent's emotional labor by emotion-focused human resource management practice. Social Behavior and Personality an International Journal, 37*(3), 335-341.
- 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.
- Davidson, N., & Williams, K. (2011). *A Danish approach to mentorship and education of nursing students. Nursing Standard, 25*(23), 43-45.
- Filstad, C. (2010). *Learning to be a competent paramedic: emotional management in emotional work. International Journal of Work Organization and Emotion, 3*(4), 368-383.
- Fabianowska, J., & Halnon, N. (2014). *Emotional Labor in Harm-Reduction Practice in Ireland: An exploratory study, Irish Journal of Applied Social Studies, 13*(1), 53-65.
- 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.
- Glaser, L. and Einarsen, S. (2006), *Experienced affects in leader-subordinate relationships, Scandinavian Journal of Management, 22*, 49-73.
- Guba, E. G, Lincoln, Y. S. (1994). *Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln(Eds), Handbook of qualitative research (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.*
- Grabarek, P. E. (2011). *Understanding "smile school": Emotional labor training occurrence and consequences. Unpublished master's thesis; Pennsylvania State University.*
- Husserl, E. (1963). *Ideas: A General Introduction to Pure Phenomenology. Trans. W. R. Boyce Gibson. New York: Collier Books. From the German original of 1913, originally titled Ideas pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy, First Book. Dordrecht and Boston: Kluwer Academic Publishers.*
- Hochschild, A. R. (2003). *The Managed Heart. London: University of California Press.*
- Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement and outcomes. New York: Springer.*
- Hulsheger, U. R., Schewe, A. F. (2011). *On the costs and benefits of emotional labor: A meta-analysis of three decades of research. Journal of Occupational Health Psychology, 16*(3), 361-399.
- Ikramullah M, Shah B, Sajjadul Hassan F, Zaman T, Ali Shah I. (2011). *Performance appraisal fairness perceptions in supervisory and non – supervisory employees a case of civil servants in district Dera Ismail Khan, Pakistan. Business and Management Review. 1*(7), 37-45.
- Kruml, S. M. & Geddes, D. (2000). *Exploring the dimensions of emotional labor. Management Communication Quarterly, 1*(14), 8-49.
- Locke, E. A., Latham, G. P. (1991). *Self – Regulation through Goal Setting. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*, 212 – 247.



- Menzies, I. E. P. (1960). A case study in the functioning of social systems as a defense against anxiety. *Human Relations*, 13, 95-121.
- Mann, S. (1997). Emotional labour in organizations. *Leadership & Organization Development Journal*, 18, 4-13.
- Miles, D.E., Borman, W.E., Spector, P.E. & Fox, S. (2002). Building an integrated model of extra role work behaviour: A comparison of counterproductive work behaviour with organisational citizenship behaviour. *International Journal of Selection and Assessment*, 10, 51-57.
- Olson, J., & Hanchett, E. (1997). Nurse-expressed empathy, patient outcomes, and development of a middle-range theory. *The Journal of Nursing Scholarship*, 29, 71-76.
- Ozturk, H., Bahcecik, N., Ozcelik, S. K., & Kemer, A. S. (2015). Emotional Labor Levels of Nurse Academicians. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 190, 32-38.
- Pugh, S. D., Groth, M., & Hennig-Thurau, T. (2011). Willing and able to fake emotions: a closer examination of the link between emotional dissonance and employee well-being. *Journal of Applied Psychology*, 96(2), 377-390.
- Pugh, S. D. (2001). Service with a smile: Emotional contagion in the service encounter. *Academy of Management Journal*, 44(5), 1018-1027.
- Phillips, J. J., & Stone, R. D. (2002). *How to measure training results: a practical guide to tracking the six key indicators*. Hill: McGraw.
- Rolfe, G., Jasper, M., & Freshwater, D. (2011). *Critical Reflection in Practice. Generating Knowledge for Practice (2nd ed.)*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Rafaeli, A., & Sutton, R. I. (1987). Expression of emotion as part of the work role. *Academy of Management Review*, 12(1), 23-37.
- Rafaeli, A. & Sutton, R. I. (1989). When clerks meet customers: A test of variables related to emotional expressions on the job. *Journal of Applied Psychology*, 74, 385-393.
- Santo L. D. (2012). *The Nurse – Patient Emotional Interaction in Quality of Work Life: The Role of Empathy and Emotional Dissonance*. Published Ph.D., The Libre de Bruxelles University, United States.
- Stayt, S. C. (2009). Death, empathy and self-preservation: the emotional labor of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1267-1275.
- Shantz, A., Arevshatian, L., Alfes, K., & Bailey, C. (2016). The effect of HRM attributions on emotional exhaustion and the mediating roles of job involvement and work overload. *Human Resource Management Journal*, 26(2), 172-191.
- Schuler, R. S., & Jackson, S. E. (1987). Linking competitive strategies with human resource management practices. *The Academy of Management Executive*, 1(3), 207-219.
- Staden, H. (1998). Alertness to the needs of others: a study of the emotional labor of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 147-156.
- Salami, S.O. (2007). Moderating effect of trait EI on the relationship between emotional labour and organisational citizenship behaviour. *European Journal of Social Sciences*, 5(2), 142-150.
- Steen, E., Naess, A.C., Steen, P.A., 1997. Paramedics organizational culture and their care for relatives of cardiac arrest victims. *Resuscitation* 34, 57-63.
- Salmela, M., & Meyer, S. (2009). *Emotions, Ethics and Authenticity*. Philadelphia: Benjamin Publishing.





- Slatten T. (2009). *The effect of managerial practice on employee-perceived service quality, the role of emotional satisfaction*, *Managing Service Quality*, 19(4), 431-455.
- Turner, N., Barling, J., & Zacharatos, A. (2001). *Positive psychology at work*. In C. R. Snyder, S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 345-357). Oxford: Oxford University Press; 2001.
- Taylor, N. (2010). *Animal shelter emotion management: A case of in situ hegemonic resistance?* *Sociology*, 44(1), 85-101.
- Van De Voorde, K., Paauwe, J., & Van Veldhoven, M. (2010). *Predicting business unit performance using employee surveys: monitoring HRM-related changes*. *Human Resource Management Journal*, 20(1), 44-63.
- Williams, A. (2013). *A study of emotion work in student paramedic practice*. *Nurse Education Today*, 33(4), 512-517.
- Weiss, H.M, & Cropanzano, R. (1996). *Affective events theory: a theoretical discussion of the structure, causes and consequences of affective experiences at work*. *Research in Organizational Behavior* 8, 1-74.
- Walsh M. B. (2003). *Perceived of and satisfaction with employee performance appraisal (PhD thesis)*. USA Louisiana State University The school of Human Resource Education and Workforce Development.

پی نوشت

<sup>1</sup> در ادبیات داخلی، *Emotion* به معانی مختلف هیجان، عاطفه و احساس آورده شده است. در ادبیات خارجی، هوکشیلد (1979) *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.

<sup>2</sup> *Surface Acting*

<sup>3</sup> *Deep Acting*

<sup>4</sup> *Emotional labor*