

# Wybrane aspekty pracy emocjonalnej i regulacji uczuć w zawodach medycznych

## The selected aspects of emotional labour and emotion regulation in medical jobs

Maciej Żaluski

Zakład Psychologii Zdrowia Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Marta Makara-Studzińska

Zakład Psychologii Zdrowia Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Maciej Żaluski

Department of Health Psychology the Institute of Nursing and Midwifery Faculty of Health Sciences Jagiellonian University Medical College

Marta Makara-Studzińska

Department of Health Psychology the Institute of Nursing and Midwifery Faculty of Health Sciences Jagiellonian University Medical College

### Abstrakt

**Wprowadzenie:** pojęcie pracy emocjonalnej opisuje procesy zachodzące u personelu medycznego podczas wypełniania oczekiwań emocjonalnych pacjentów. Istnieją związki pomiędzy pracą emocjonalną, obciążeniem psychicznym i wyczerpaniem fizycznym i emocjonalnym.

**Cel pracy:** omówienie wybranych zagadnień związanych ze zjawiskiem pracy emocjonalnej i procesami regulacji emocji zachodzącymi u personelu medycznego w trakcie kontaktu z pacjentem.

**Posumowanie i wnioski:** wiele prac badawczych potwierdza występowanie negatywnych następstw zdrowotnych niektórych rodzajów pracy emocjonalnej. Omawiana problematyka rzadko pojawia się w polskich czasopismach medycznych pomimo rosnącej liczby publikacji zagranicznych.

**Słowa kluczowe:** inteligencja emocjonalna, interakcje społeczne, personel medyczny

## Summary

**Background:** the term of emotional labour describes the processes which occur at the medical staff while carrying out emotional expectations of patients. There are links between emotional labour, work strain and the exhaustion of physical and emotional strenght.

**Goal of dissertatation:** to discuss certain problems connected with the phenomenon of the emotional labour and the emotion regulation processes which occur to the medical staff during the contact with patients.

**Summary and conclusion:** there are a lot of research which confirm the negative health effects of some kinds of emotional labour and emotion regulation. Discussed issues rarely appear in Polish medical magazines in spite of the increasing number of foreign publications.

**Key words:** emotional intelligence, interpersonal relations, health personnel

## Wprowadzenie.

Istnieje udokumentowana wiedza na temat uciążliwości towarzyszących wykonywaniu zawodów medycznych oraz negatywnych następstw w postaci wyczerpywania się sił psychofizycznych w trakcie opieki nad pacjentem i jego leczenia. W skrajnych przypadkach przewlekły ubytek sił prowadzić może do negatywnych zjawisk określanych jako wypalenie zawodowe lub zmęczenie współczuciem [1,2]. Wśród szeregu czynników oddziałujących na pracownika sektora medycznego podczas opieki nad pacjentem, istotne miejsce odgrywają związane z obciążeniem psychicznym towarzyszącym pracy [3]. Pochodzący z języka angielskiego termin work strain (obciążenie pracą) wyraża subiektywną ocenę pracy jako zagrażającej lub szkodliwej dla pracownika, jak i wszelkie negatywne reakcje wywołane bezpośrednim wpływem stresorów w sytuacjach zawodowych [4,5, s. 294].

Szkodliwe następstwa długotrwałego obciążenia psychicznego człowieka spowodowane są powszechnym występowaniem wysiłku umysłowego, psychonerwowego oraz monotonii. Wykonywane podczas pracy czynności wymagają od pracownika medycznego uważności, dokładności i zaangażowania. Ponadto, proces diagnostyczny, leczenie i pielęgnacja chorego zachodzą w obszarze relacji z pacjentem, jego rodziną, jak i osobami współtworzącymi zespół leczący. Oczekiwania pacjentów i ich rodzin w stosunku do pracowników medycznych w pierwszej kolejności dotyczą skutecznego leczenia. Pracownicy sektora zdrowia spostrzegani są jako osoby działające sprawnie, efektywnie i bezbłędnie. Zarazem jednak, pacjenci spodziewają się spotkać człowieka okazującego empatię, zachowującego się troskliwie i wzbudzającego nadzieję powrotu do zdrowia. Osobę świadomą przeżywanych emocji i ich ekspresji. Konieczność odpowiadania na potrzeby wsparcia emocjonalnego pacjenta i jego rodziny wskazuje się za jedno z głównych źródeł stresu występującego w środowisku pracy personelu medycznego [6]. Osobnym źródłem obciążenia emocjonalnego jest potrzeba koncentrowania się wyłącznie na technicznych aspektach interwencji medycznych (procedural care), co wymaga od pracownika medycznego tłumienia doświadczanych uczuć [7].

## Cel pracy.

Celem artykułu jest omówienie wybranych zagadnień dotyczących pracy emocjonalnej i regulacji emocji w zawodach sektora medycznego. Bezpośrednia relacja z osobą chorą jest istotnym źródłem obciążenia psychicznego, podobnie, jak odpowiedzialność za podejmowane działania, sprawne funkcjonowanie pod presją czasu, wyczerpanie na bodźce sygnalizujące stany zagrożenia zdrowia lub życia oraz kontakt z kalectwem, bólem lub śmiercią [3 s. 182-215]. Wspomniana problematyka jest stosunkowo małocześnie reprezentowana w Polsce zarówno w pracach badawczych, jak i w postaci postulatów praktycznych rozwiązań i programów profilaktycznych. W artykule omówione zostaną

pojęcia: pracy emocjonalnej i regulacji emocji oraz związku z dobrostanem, oznakami stresu zawodowego, wypalenia zawodowego i zadowolenia z wykonywanej pracy.

### **Praca emocjonalna-terminologia**

Praca emocjonalna jest pojęciem wielorako rozumianym. Oznacza wysiłek psychiczny związany z regulowaniem emocji w sytuacjach zawodowych, jak również stan dysonansu pomiędzy rzeczywiście doświadczanymi emocjami a ujawnianymi w kontakcie z drugą osobą, zachowanie człowieka wyrażające emocje lub, w znaczeniu szerokim, każde zachowanie pracownika zgodne z zasadami obowiązującymi określonym miejscu pracy [11].

Zawody medyczne należą do grupy profesji wymagających od personelu umiejętności zamierzonego kierowania przeżywanymi emocjami. Wysiłek psychiczny podejmowany przez człowieka w celu utrzymywania doświadczanych i okazywanych uczuć w określonych ramach i dostosowania ich do oczekiwań sytuacji występujących w pracy zawodowej wyraża pojęcie pracy emocjonalnej (emotional labour). (W języku angielskim odróżnia się termin emotional labour od emotional work. Ten drugi oznacza regulację emocji w życiu pozazawodowym) [8]. Autorka pojęcia emotional labour Hochschild [9] zdefiniowała pracę emocjonalną jako działania pracownika podejmowane w celu radzenia sobie z przeżywanymi emocjami w sposób zgodny ze społecznie akceptowanym i oczekiwanym wizerunkiem zawodowym. Wzorce okazywania emocji zawarte w tzw. regułach ujawniania (display rules), stanowią o tym, które z emocji należy ukrywać przed wzrokiem drugiego człowieka, a które manifestować. Efektem pracy emocjonalnej jest okazywanie zaangażowania emocjonalnego w sposób społecznie oczekiwany, a zarazem autentyczny. Wynika to z faktu, iż regulacja emocji może zachodzić na poziomie powierzchniowym (ekspresja emocjonalna), jak i głębokim (doświadczane emocje) [10]. Powierzchniowa praca emocjonalna polega na okazywaniu emocji w zachowaniu (mimika, głos, postawa ciała) bez związku z aktualnie odczuwanymi uczuciami. Służy temu szereg strategii: pozorowanie emocji, tłumienie i ukrywanie uczuć odczuwanych lub celowe nasilanie ich ekspresji.

Lekarz skrywa negatywne emocje wywołane posiadanymi informacjami na temat złego rokowania okazując pacjentowi zaangażowanie wzbudzające w nim nadzieję, ale także animuje w sobie smutek, chcąc wyrazić autentyczną sympatię wobec uczuć pacjenta, podczas rozmowy o nieuleczalnej chorobie. Pomimo niechęci i obaw wywołanych rozszczeniowym zachowaniem pacjenta okazuje neutralny szacunek, ignorując rzeczywiście doświadczane negatywne uczucia. Może również, będąc w innej sytuacji, powstrzymać się przed ekspresją odczuwanego współczucia wobec pacjenta, aby uchronić go przed doświadczeniem słabości i bezradności, emocji, które rodzą się w każdej osobie otrzymującej pomoc.

Głęboka praca emocjonalna to modyfikowanie emocji, bezpośrednio po zetknięciu się z sytuacją je wywołującą, jak i później, w trakcie kolejnych minut, godzin i dni. Sytuacją może być zarówno aktualnie zachodzące zdarzenie, jak i wyobrażenie czegoś co ma dopiero nastąpić. Człowiek może zmieniać uczucia wybierając działania, ludzi i miejsca, lub też przeciwnie ich unikając ze względu na emocje, które rodzą. Zmianie służy problemowe podejście do źródeł doświadczanych emocji, korzystanie ze wsparcia społecznego, selekcjonowanie informacji lub ocena sytuacji w bardziej pozytywny sposób. Kształtowanie emocji na poziomie głębokim pozwala na wspólne odczuwanie i wyrażanie smutku, radości lub strachu, wpływa na jakość kontaktu z pacjentem oraz zadowolenie z wykonywanej pracy. Pracownik sektora medycznego przystępując do wykonywania zabiegów z pacjentem może zwiększyć poziom własnego zaangażowania wzbudzając w sobie zaciekawienie. Jest w stanie modulować zapał do pracy wykorzystując w tym celu wiedzę zdobytą z obserwacji zachowania pacjenta oraz własnego doświadczenia zawodowego. Pacjenci ze skłonnością do skrajnego współzawodniczenia i zaangażowania w pracę, z poczuciem presji czasu, nadmiernie odpowiedzialni, są silnie zmotywowani do leczenia, co nie służy ich zdrowiu. Ich zachowanie w placówkach leczniczych jest zgodne ze stylem życia, opisywanym w literaturze

jako wzór zachowania WZA. Jego obecność, u niektórych osób, może być czynnikiem prognostycznym wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego. Regulacja emocji na poziomie głębokim umożliwia zrozumienie zachowań pacjenta poprzez poszerzenie zakresu myślenia o przyczynach jego reakcji emocjonalnych, dostrzeżenie strachu lub zagubienia kryjących się w pełnym irytacji zachowaniu pacjenta.

### **Praca emocjonalna w zawodach medycznych.**

Termin praca emocjonalna wprowadzono w socjologii w celu unaocznienia wymagań emocjonalnych formułowanych wobec pracowników przez pracodawców oraz usługobiorców. Stąd pierwotnym obszarem zastosowania pojęcia był sektor usług rynkowych, a w drugiej kolejności wszelkich usług społecznych (lecniczych, edukacyjno-szkoleniowych) [12]. Okazywanie lub ukrywanie emocji w zawodach medycznych w większym stopniu niż w zawodach usług rynkowych regulowane jest przez uwewnętrznione wzory zachowań składające się na etos pracy, etos zawodu. U ich podstaw stoją odmienne motywy wyboru zawodu a zarazem leżące u ich podstaw wartości (bezinteresowne angażowanie się w pomoc drugiemu człowiekowi). W przypadku zawodów medycznych praca emocjonalna oznacza zatem szereg dodatkowych działań. Obok podtrzymywania postawy profesjonalnej w terapii pacjenta i opiece nad nim (czemu służy kontrola emocji na poziomie płytkim), pracownik medyczny chcąc być autentyczny, wyzbyty rozbieżności pomiędzy emocjami odczuwanymi a okazywanymi, musi zwiększać w sobie umiejętności współodczuwania emocji pacjenta, efektywnie odpowiadać na potrzeby emocjonalne jego i jego bliskich, dbać o dobre relacje interpersonalne w obrębie współpracowników oraz promować dobrostan u pacjenta, jego rodziny i członków zespołu medycznego. Regulowanie emocji wyłącznie na poziomie płytkim wprowadzać może personel medyczny w stan emocjonalnej nieświadomości, będąc dodatkowym źródłem stresu i dyskomfortu. Zwracał na to uwagę Kępiński przestrzegając lekarzy psychiatrów przed popełnianiem błędów w kontakcie z pacjentem [13]. Udawanie emocji może być pomocne w niektórych momentach procesu leczenia (aby wzbudzić nadzieję na wyleczenie), ale również przeszkadzające. Nie sprzyja wspólnemu podejmowaniu decyzji i osiągnięciu porozumienia, w przeciwieństwie do okazywania rzeczywiście odczuwanych emocji [14].

W zawodach medycznych wysiłek emocjonalny związany jest z obecnością innych procesów pojawiających się w relacji z drugim człowiekiem, jak: empatyzowanie, identyfikowanie się, zarażanie emocjami. Efektem ubocznym każdego z nich jest silny wydatek energetyczny. Wyczerpująca jest ekspresja negatywnych emocji w sposób społecznie akceptowany, zazwyczaj po przez ich tłumienie lub przemieszczanie, mając na względzie dobrostan osoby otrzymującej pomoc [15, s.199]. Zdaniem Hochschild emocje doświadczane przez pracownika przestały już być wyłącznie jego sprawą prywatną, nastąpiło zjawisko określane jako komercjalizacja uczuć. Okazywane w kontakcie z pacjentem uczucia stały się istotnym elementem jego zachowań związanych z przygotowaniem i wykonywaniem procedur leczniczych. Pacjenci oczekują, stosownie do sytuacji, oznak skupienia na twarzy, uśmiechu wyrażającego sympatię, opanowania w chwilach wątpliwości lub zagrożenia, cierpliwości i akceptacji, stwierdzeń dodających otuchę lub mobilizujących do działania [16, 17]. Jak zauważa Grandey [18] personel medyczny znajduje się pod wpływem specyficznych czynników o charakterze interpersonalnym, które mogą być predyktorami wypalenia zawodowego. Pacjenci i ich rodziny nierzadko ujawniają złość, rozczarowanie lub smutek w związku z brakiem efektów rozpoczętego leczenia, celowo lub mimowolnie wymagając na pracowniku szpitala lub przychodni zdrowia określonych zachowań. Zarazem oczekują wyrazów wsparcia emocjonalnego, syntonii, uspokojenia oraz oznak maksymalnego zaangażowania. Wspomniane, przeciwstawne sytuacje zmuszają lekarza lub pielęgniarkę do kumulowania w sobie odbieranych emocji, tłumienia emocji odczuwanych i udawania lub wzbudzania w sobie emocji oczekiwanych.

W zawodach medycznych niejednokrotnie obecne są sytuacja wymagające od pracownika opanowania; kontrolowania własnych zachowań i emocji w krytycznych sytuacjach. Działanie w sposób zdecydowany, śmiały, w sytuacjach niejednoznacznych. Aby sprostać wspomnianym oczekiwaniom pracownik nie może ograniczać się do sztywnych i automatycznych zachowań, a raczej być elastycznym, kontrolując swoje automatyczne zachowanie, myśli i uczucia (nawyki, stereotypy). Samokontrola powoduje wzrost obciążenia emocjonalnego w pracy i spadek poczucia dobrostanu z powodu wyczerpywania się zasobów psychicznych człowieka. Uważa się, że zarówno wymóg samokontroli, narażenie na dysonansu emocjonalny, jak i wyłączne tłumienie negatywnych uczuć zgubnie wpływają na zasoby psychiczne człowieka. Ich wyczerpywanie się może prowadzić do objawów wypalenia zawodowego, zwiększonej absencji w pracy i braku zadowolenia [19].

### **Negatywne następstwa pracy emocjonalnej w zawodach medycznych.**

Początkowe badania nad pracą emocjonalną dotyczyły jej związków z jakością i wydajnością pracy, aby następnie przenieść uwagę na negatywne następstwa, w postaci obciążenia psychicznego, wypalenia zawodowego, zmęczenia współczuciem [11]. Zdaniem Hochschild oraz Morris i Feldman [9] stosowanie strategii regulacji emocji jest działaniem angażującym i zużywającym siły psychiczne człowieka. Częstotliwość interakcji społecznych, ich waga, długość i intensywność, zróżnicowanie okazywanych emocji oraz obecność dysonansu traktuje się jako wyzwania dla pracy emocjonalnej, a zarazem źródła wyczerpania emocjonalnego [12]. 27% pielęgniarek pracujących w Irlandii Północnej, zatrudnionych zarówno w szpitalach, jak i pracujących środowiskowo, uważa, że oczekiwania emocjonalne pacjenta kierowane wobec nich są źródłem stresu na średnim lub wysokim poziomie [20]. Zdaniem naukowców natężenie procesów związanych z pracą emocjonalną podczas kontaktu z pacjentem silnie koreluje z odczuwanym poziomem stresu [21]. Stosowanie wyłącznie powierzchniowych sposobów regulacji emocji (tłumienie, udawanie) wywołuje wzrost poziomu wypalenia zawodowego u personelu medycznego stykającego się podczas pracy z różnymi przejawami agresji w zachowaniach pacjenta. Przetwarzanie emocji na poziomie głębokim zabezpiecza przed pojawianiem się oznak depersonalizacji, czyli przyjmowaniem postaw cynicznych i przedmiotowego traktowania osoby chorej, we wspomnianej grupie badanych [22]. Badania longitudinalne potwierdzają kierunek zależności: powierzchniowe strategie regulacji emocji zwiększają obciążenie emocjonalne, natomiast głębokie podnoszą jakość wykonywanej pracy. Udawanie nieodczuwanych emocji może być predykatorem obciążenia emocjonalnego i braku zadowolenia pracą, a także problemów psychosomatycznych. Także wyczerpywanie się emocjonalne zależy może od częstości tłumienia emocji negatywnych i udawania pozytywnych [23, 24,25]. (Wyniki meta-analizy badań poświęconych roli stosowania odmiennych strategii regulacji emocji przedstawione zostały m.in. w artykule Hülshegera [24] oraz Delgado [7]).

Uważa się, że stosowanie powierzchniowych strategii pracy emocjonalnej współwystępuje z wyczerpywaniem się emocjonalnym, obecnością objawów depresyjnych, zwiększonym absentowaniem i spadkiem satysfakcji z wykonywanej pracy [26,27]. Pracownik medyczny chcąc skierować swoją „profesjonalną twarz” w stronę pacjenta aby dostrzec jego potrzeby musi regulować własne uczucia. Pojawia się potencjalne źródło rozbieżności pomiędzy własnymi uczuciami i uczuciami odbieranymi od pacjenta lub uczuciami odczuwanymi i imitowanymi. Przesadne tłumienie (nadmierna kontrola) rodzi wzrost napięcia wewnętrznego. Człowiek czuje się zestresowany, rozdrażniony, nadmiernie pobudzony. Wydatek energii psychicznej związany z tłumieniem emocji spowodować może u personelu medycznego spadek sprawności procesów koncentracji uwagi, zapamiętywania lub podejmowania decyzji prowadząc do niezawinionych pomyłek [28]. Występowanie dużej rozbieżności pomiędzy przeżywanymi pozytywnymi uczuciami a okazywanymi przez lekarza

lub pielęgniarkę podczas kontaktu z pacjentem, przyczynia się do spadku dobrostanu oraz wypalenia zawodowego [29]. Wyczerpany emocjonalnie pracownik medyczny pracujący pod presją czasu, w sposób niezamierzony, stwarzają więcej niebezpiecznych dla pacjenta sytuacji [11].

### **Praca emocjonalna jako składowa inteligencji emocjonalnej**

Praca emocjonalna jest związana z regulowaniem emocji przez człowieka. Mówiąc inaczej jest formą reagowania człowieka na bezpośrednio odczuwane emocje w sposób pozwalający na działanie w oczekiwany przez siebie sposób niezależnie od natężenia napięcia emocjonalnego, a zarazem nie będący źródłem wtórnych problemów przystosowawczych [30]. Za reakcjami stoją umiejętności pozwalające człowiekowi produktywnie funkcjonować społecznie i postępować w sposób zgodny z przyjętymi celami i zamierzeniami. Reakcje emocjonalne pełnią ważne funkcje adaptacyjne: ułatwiają szybko oszacować niebezpieczeństwa, wpływają na rozpoczęcie i podtrzymywanie celowego działania, uczestniczą w komunikowaniu się z innymi ludźmi. Wbrew potocznemu przekonaniu podkreślającemu rolę myślenia racjonalnego w procesach podejmowania decyzji, emocje nierzadko w istotny sposób pomagają człowiekowi dokonać wyboru, a także uczestniczą w wydawaniu sądów moralnych i etycznych. Zdolność do odczytywania ludzkich reakcji w powiązaniu z kryjącymi się za nimi procesami emocjonalnymi zwiększa elastyczność zachowania, gdyż pozwala dostrzec wielorakie przyczyny ludzkich zachowań. Brak umiejętności regulacji (dysregulacja) ujawnia się pod postacią zbyt wysokiego nasilenia lub przesadnego tłumienia emocji. Do nieadaptacyjnych strategii regulacji emocji należy: objadanie się lub nadmierne spożywanie alkoholu, nadużywanie środków o działaniu uspokajającym, unikanie emocji lub uporczywe ich doświadczanie, wyrażanie emocji wyłącznie pod postacią kłótni, narzekań i obrazy.

Zdolność regulacji emocji jest jedną z umiejętności składających się na tzw. inteligencję emocjonalną, obok: rozpoznawania oznak reakcji emocjonalnych i ich różnicowania u siebie i drugiego człowieka, wykorzystywania emocji celem doskonalenia procesów myślenia (ułatwianie podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów lub zapamiętywania), rozumienia emocji wraz z dostrzeganiem różnic pomiędzy nimi i konsekwencji ich ujawniania [31,32]. Inteligencję tworzą predyspozycje i wiedza stanowiące podstawę dla praktycznych umiejętności pozwalających człowiekowi skutecznie radzić sobie w konkretnych sytuacjach społecznych.

Regulacji nie należy utożsamiać wyłącznie z kontrolowaniem poziomu pobudzenia emocjonalnego. Obniżanie napięcia poprzez rozmowy w gronie zespołu leczniczego, płacz lub aktywność sportową, to niewątpliwie istotne lecz nie wystarczające w pracy emocjonalnej sposoby modulowania emocji. Ze względu na relacyjny charakter pracy ważna jest również świadomość emocji doświadczanych w kontakcie z osobą chorą, rozumienie ich źródeł, które pochodzą zarówno z wyobrażeń i doświadczeń osobistych pacjenta, jak z przeżyć i wyobrażeń pracownika medycznego, a także ich akceptacja. Stwierdzenie, iż lekarz lub pielęgniarka kształtują własne uczucia oznacza, że w dużym stopniu są świadomi tego, co w danej chwili czują, potrafią zróżnicować odczucia po przez przypisanie im określonych treści, a zatem znają słowa służące do opisu emocji o różnym nasileniu. Ich stosunek do przeżywanych uczuć wyraża akceptację, co szczególnie istotne w przypadku, gdy doświadczają uczuć negatywnych, wywołanych działaniem stresorów występujących w pracy. Potrafią ochronić realizowane cele przed zakłócającym wpływem napięcia emocjonalnego i stresu. Są zdolni kontrolować własne zachowania, nawet wówczas, gdy odczuwają silne negatywne emocje, powstrzymać się przed reakcjami impulsywnymi.

Badania wskazują, że pielęgniarki posiadające wyższy poziom inteligencji emocjonalnej, pracujące z pacjentami z poważnymi zaburzeniami zachowania ujawniają niższy poziom wypalenia zawodowego, rzadziej absentują oraz zmieniają pracę [33]. Za

wzrostem wyczerpania emocjonalnego pracowników medycznych w większym stopniu odpowiada ujawnianie rzeczywiście doświadczanych negatywnych emocji niż ich tłumienie lub udawanie. Podczas, gdy ujawnianie rzeczywistych pozytywnych emocji obniża poziom depersonalizacji i utraty poczucia osiągnięć zawodowych.

Regulowanie emocji może poprzedzać moment ich pojawienia się, zachodzi podczas ich odczuwania oraz kształtuje ich postać okazywaną innym ludziom. [34]. Zamierzone zmiany dotyczyć mogą momentu pojawiania się emocji u człowieka, szybkości narastania procesu emocjonalnego, stopnia jego nasilenia i czasu trwania. Regulacja emocji pozwala osiągnąć umiejętność władania negatywnymi emocjami w sposób społecznie akceptowany, wszelkimi emocjami pojawiającymi się w niewłaściwym momencie, przyjmującymi nieodpowiednio wysoki poziom. To także zdolność do opóźniania momentu pojawiania się emocji oraz ich ekspresji.

Chcąc korzystać z informacyjnej funkcji przeżywanych uczuć, człowiek musi wiedzieć, jakie emocje i kiedy odczuwane pełnią adaptacyjną rolę w kontekście konkretnej sytuacji. Celem regulacji emocji jest przede wszystkim płynne modulowanie uczuć na wymiarze pomiędzy ich wyparciem lub zaprzeczaniem (nadmierna kontrola) a niekontrolowaną ekspresją (niedostateczna kontrola) [30]. Nadmierna kontrola okazywania emocji lub tłumienie ich odczuwania sprawia, że kumulują się w człowieku w postaci napięcia psychicznego. Kontrola niedostateczna powoduje, iż emocje ujawniane są natychmiast, w sposób bezpośredni, bez uwzględnienia następstw, a ich nasilenie dekoncentruje człowieka czyniąc go podatnym na wpływ nieistotnych informacji. A zatem, istotą regulacji emocji jest umiejętność obchodzenia się z napięciem emocjonalnym w zrównoważony sposób, wykorzystując w tym celu szereg strategii poprzedzających moment pojawienia się emocji oraz modulujących ich natężenie, gdy są już odczuwane. Strategie działają na czterech poziomach regulacji, z których trzy pierwsze poprzedzają moment pojawienia się uczucia, a ostatni dotyczy regulowania emocji już odczuwanych [35].

Ludzie różnią się pod względem preferowanych strategii regulacji emocji, a wspomniane różnice nie pozostają bez wpływu na ich dobrostan i relacje społeczne. Stosowanie strategii poprzedzających moment wzbudzenia emocji np. po przez zmianę sposobu rozumienia sytuacji, powoduje, iż człowiek częściej ujawnia emocje pozytywne a rzadziej negatywne. Przesadnie częste stosowanie strategii tłumienia uczuć, zwłaszcza tych negatywnych, zwiększa częstość ujawniania emocji negatywnych, a zmniejsza pozytywnych (człowiek rzadziej ujawnia radość). Prowadzi także do objawów psychosomatycznych i narastania problemów interpersonalnych [35]. Warto w tym miejscu zauważyć, że w badaniach polskich pielęgniarek zaobserwowano częste stosowanie kontroli negatywnych emocji właśnie za pomocą strategii tłumienia [6].

Strategie działania stosowane na głębokim poziomie pracy emocjonalnej zazwyczaj poprzedzają moment wzbudzenia i ekspresji emocji. Służą ich dopasowaniu do wyobrażeń dotyczących konkretnej sytuacji. Polegają m.in. na zmianie sposobu rozumienia sytuacji, tak aby nowy wywoływał mniejsze napięcie emocjonalne, poszerzał świadomość i zwiększał akceptację uczuć. Strategie podejmowane w chwili, gdy emocje już wystąpiły, utożsamiane z pracą na poziomie powierzchniowym pełnią wyłącznie funkcję korygującą i polegają bądź na zaprzeczaniu doświadczanym emocjom, tłumieniu ekspresji emocji nieoczekiwanych w określonej sytuacji, ich ukrywaniu, okazywaniu emocji nie odczuwanych (np. udawanie zainteresowania lub troski) lub przesadnym wzmacnianiu nasilenia ledwie odczuwanych uczuć. Zwykle ukrywane są emocje niepożądane w określonej sytuacji, natomiast udawane emocje oczekiwane (zarówno pozytywne, np. sympatia, akceptacja, jak i negatywne np. smutek, złość).

## Podsumowanie.

Osobom wykonującym zawody medyczne proponuje się doskonalenie umiejętności wzbudzania w sobie emocji adekwatnych do sytuacji, tzn. rozpoznawania emocji wyłącznie pozornie powiązanych z sytuacją, a także stopniowego przechodzenia pomiędzy emocjami w miejsce gwałtownej zmienności, która rodzić może dodatkowo złość, wstyd, zazdrość lub upokorzenie [36]. Adekwatność emocji oznacza również elastyczność w ich ujawnianiu, tzn. brak silnej odpowiedzi emocjonalnej na zaskakujące zdarzenia, dostosowanie intensywności i czasu trwania emocji do wymagań bieżącej sytuacji.

Zasadniczo chodzi o odkrywanie wszelkich przejawów pracy emocjonalnej w kontakcie z pacjentem, które często zachodzą mimowolnie, w sposób ukryty, są nierozpoznawalne gołym okiem. Pozwala to przeciwdziałać ignorowaniu i wykorzystywaniu potrzeb emocjonalnych występujących u personelu medycznego, jak i pacjentów [37].

Istotny jest także rozwój pozostałych elementów inteligencji emocjonalnej: przewidywanie i uprzedzanie trudności związanymi z rolą zawodową (wzrost emocjonalnego przygotowania), do której aspiruje student oraz jego umiejętności interpersonalnych. Interesującą propozycją działań zapobiegających negatywnym następstwom pracy emocjonalnej zgłosiła Grandey – od wielu lat działająca w obszarze omawianej problematyki [18]. Korzystając z założeń teorii zachowania zasobów Hobfolla i wyczerpywania się siły psychicznej Muravena i Baumeistera podkreśliła wartość ekspresji emocji w grupie współpracowników zespołu leczniczego celem zabezpieczenia się przed oznakami wyczerpania emocjonalnego. Aby wspomniana możliwość zaistniała spełniony musi zostać warunek, nazwany klimatem autentyczności. To obecność u współpracowników widocznych oznak akceptacji, poszanowania i zachęty do wzajemnego ujawniania odczuwanych emocji, w szczególności negatywnych. Jest efektem szeregu działań podejmowanych na poziomie osobowym (np. nauka po przez obserwację innych i autorefleksję) i organizacji (profesjonalne treningi i konsultacje). Zdaniem Grandey [18] spełnienie warunków autentyczności pozwala pracownikom uwolnić się czasowo od konieczności nieustannej regulacji emocji stwarzając możliwość do odbudowy zasobów psychicznych. Jest to szczególnie ważne wówczas, gdy zostały one wyczerpane na skutek stosowania powierzchniowych strategii regulacji emocji w kontakcie z pacjentami zachowującymi się agresywnie. (Więcej informacji na temat strategii zwiększania odporności u personelu medycznego obciążonego pracą emocjonalną zawiera przeglądowy artykuł Delgado [7]).

Wyniki badań [38] pokazują, iż wysoki poziom obciążenia emocjonalnego z racji wykonywanego zawodu może wywoływać również pozytywne efekty. Sprzyja wzrostowi zaangażowania lekarza i pielęgniarki w kontakt z pacjentem, zwiększa ich kreatywność i żywotność, pozwala na zachowanie wysokiego poczucia dobrostanu psychicznego, spełnienia i zadowolenia w pracy. Aby tak się stało posiadane przez pracownika medycznego zasoby osobowe, w tym: związane z doświadczanymi emocjami powinny uzupełniać ubytki siły psychicznej. Zwraca się uwagę na konieczność potrójnego dopasowania zasobów osobowych, stresorów zawodowych i obciążenia psychicznego (zasada potrójnego dopasowania TMP De Jonge, Dormann oraz Model Wymagań Zawodowych i Zasobów, JD-R, Demerouti [39,40]). Posiadane zasoby osobowe pozytywnie kształtują relacje występujące pomiędzy stresorami występującymi w zawodach związanych z ochroną zdrowia i obciążeniem psychicznym, pod warunkiem wzajemnego dopasowania trzech wymienionych czynników. Jeśli pracownik medyczny wykonuje swoją pracę emocjonalną wyłącznie na poziomie płytkim, nie otrzymuje realnego wsparcia emocjonalnego od współpracowników lub ma osobiste problemy emocjonalne, prawdopodobnie nie będzie spostrzegał stresorów zawodowych w kategoriach wyzwań. Tym samym jego zaangażowanie w pracę, twórcza postawa oraz poczucie dobrostanu będą słabły wraz z kolejnymi latami pracy. Pracownicy medyczny powodowani

wpływem emocjonalnych obciążeń występujących w pracy zawodowej są w stanie wykonywać swoją pracę z należytą energią oraz zachować poczucie dobrostanu jeśli dysponują odpowiednimi umiejętnościami regulacji doświadczanych emocji [41]. Powyższe prawdy potwierdzają wyniki szeregu badań, których liczba rośnie z roku na rok [33, 41].

#### **Wnioski.**

1. Praca w służbie zdrowia jest źródłem obciążenia psychicznego o wielu przyczynach. Jedną z nich są oczekiwania pacjentów dotyczące określonych reakcji emocjonalnych pracowników w trakcie wykonywania procedur medycznych.

2. Spełnianie oczekiwań emocjonalnych pacjentów oraz współpracowników z zespołu leczącego wymaga od pracownika medycznego wysiłku psychicznego, który może rodzić negatywne następstwa. Badania przeprowadzone w innych krajach wskazują na związki pracy emocjonalnej z wypalaniem się zawodowym, narastającym zmęczeniem współczuciem, występowaniem problemów psychosomatycznych, absentowaniem i utratą satysfakcji z wykonywanej pracy.

3. Problematyka pracy emocjonalnej w zawodach medycznych jest zbyt mało obecna w polskich czasopismach branżowych oraz badaniach naukowych w porównaniu do rosnącej liczby publikacji zagranicznych.

#### **References.**

1. Dębska G, Pasek M, Wilczek-Rużyczka E. Obciążenie psychiczne i wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w różnych specjalnościach zawodowych. *Hygeia Public Health*. 2014;49:113-119.
2. Jainson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing*. 1992;22:116-121.
3. Beisert M. Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalania się pielęgniarek. W: Sęk H, (red.). Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Warszawa: PWN; 2007:182-215.
4. Łuczak A. Prace normalizacyjne dotyczące obciążenia psychicznego pracą. W: Juliszewski T, Ogińska H, Złowodzki M, (red.), Obciążenie psychiczne pracą – nowe wyzwania dla ergonomii. Kraków: Komitet Ergonomii, Polska Akademia Nauk; 2011:105-115.
5. Darr W, Johns G, Work Strain, Health, and Absenteeism: A Meta-Analysis. *J Occup Health Psychol*. 2008; 13:293-318.
6. Kalandyk H, Krajewska-Kułak E, Guty E. Umiejętność kontroli emocji przez pielęgniarki w zależności od ich miejsca pracy. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(3):86-96. doi: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.265676> (dostęp: 26 VI 2017)
7. Delgado C, Upton D, Ransie K, Furness T. Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *Int J Nurs Stud*. 2017; 70:71-88.
8. Huynh, Alderson, Thompson, Emotional labor underlying caring: an evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs*. 2008; 64:195-208. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04780.x.(dostęp: 26 VI 2017).
9. Hochschild A. Zarządzanie emocjami. Komercjalizacja ludzkich uczuć. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN;2009.
10. Grandey A. Emotional regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *J Occup. Health Psychol*. 2000;5:95-110.
11. Packell K, Narayan A. Exploring the role of valence and regulation type on the emotional antecedents of burnout. *J P O C*. 2013;4:6-28.
12. Szczygieł D, Bazińska R, Kadzikowska-Wrzosek R, Retowski S. Praca emocjonalna w zawodach usługowych – pojęcie, przegląd teorii i badań. *Psychologia Społeczna*. 2009;4:155-166.
13. Kępiński A. Poznanie chorego. Warszawa: PZWL:1989:46-49.

14. Lee R, Lovell B, Brotheridge C. Relating physician emotional expression to shared understanding and shared decision-making with patients. *I J W O E*. 2010;3(4): 336-350.
15. Huynh T, Alderson M, Thompson M. Emotional labour underlying caring: an evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs*. 2008;64:195-208.
16. Grochans E, i inni. Wizerunek pielęgniarki w opinii pacjentów hospitalizowanych. *J Family Med Prim Care*. 2010;12:659-661.
17. Włodarczyk D, Tobolska B. Wizerunek zawodu pielęgniarki z perspektywy lekarzy, pacjentów i pielęgniarek. *Medycyna Pracy*. 2011;62:269-279.
18. Grandey A, Foo S, Groth M, Goodwin R. Free to be You and Me: A climate of Authenticity alleviates burnout from emotional labor. *J Occup Health Psychol*. 2012;1:1-14.
19. Diestel S, Schmidt K. Interactive effects of emotional dissonance and self-control demands on burnout, anxiety, and absenteeism. *J Vocat Behav*. 2010; 77:412-424.
20. Mc Grath A, Reid A, Boore J. Occupational stress in nursing. *Int J Nurs Stud*. 2003;40:555-565.
21. Mann S, Cowburn J. Emotional labor and stress within mental health nursing. *J psychiatry Ment Health Nurs*. 2005; 12:154-162.
22. Goussinsky R, Livine Y. Coping with interpersonal mistreatment: the role of emotion regulation strategy and survivor support. *J Nurs Manag*. 2016; 24:1108-1118.
23. Hülsheger U, Lang J, Maier G. Emotional labor, strain, and performance: Testing reciprocal relationships in a longitudinal panel study. *J Occup Health Psychol*. 2010;15(4):505-521. doi: . <http://dx.doi.org/10.1037/a0021003> (dostęp: 20 VI 2017).
24. Hülsheger U, Schewe A. On the costs and benefits of emotional labor: A meta-analysis of three decades of research. *J Occup Health Psychol*. 2011;16:361-389.
25. Glomb T, Tews M. Emotional labor: A conceptualization and scale development. *J Vocat Behav*. 2004;64:1-23.
26. Diefendorff J, Erickson R, Grandey A, Dahling J. Emotional display rules as work unit norms: A multilevel analysis of emotional labour among nurses. *J Occup Health Psychol*. 2011;16: 170-186.
27. Finogenow M, Wróbel M, Mróz J. Skala płytkiej i głębokiej pracy emocjonalnej (SPGPE) – adaptacja narzędzia i analiza własności psychometrycznych. *Medycyna Pracy*. 2005;66:359-371.
28. Brotheridge C, Grandey A. Emotion labor and burnout: Comparing two perspective of „people work”. *J.Vocat. Behav*. 2002;60:17-39.
29. Zerbe W. Emotional dissonance and employee well-being. W: Zerbe W, Ashkanasy N (red), Härtel Ch, (red). *Emotions in the workplace: Research, theory, and practice*. Westport: Quorum Books/Greenwood Publishing Group. 2000;189-214.
30. Gratz K, Roamer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2004;26:41-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>. (dostęp: 20 VI 2017).
31. Mayer J, Salovey P, Caruso D. Emotional intelligence: Theory, findings, and implementations. *Psychol Inq*. 2004;15:197-215.
32. Śmieja M, Kobylińska D, Mrozowicz M. Emotional intelligence and emotion regulation strategies. *Studia Psychologiczne*. 2011;49:55-64.
33. Gerits L, Derksen J, Verbruggen A, Katzko M. Emotional intelligence profiles of nurses caring for people with severe behavior problems. *Pers Individ Dif*. 2005;38:33-43.
34. Gross J. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*. 2002;39:281-291.

35. Sarrionandia A, Mikolajczak M, Gross J. Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions: a meta-analysis. *Front Psychol.* 2015;6:1-27. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00160>. (dostęp: 20 VI 2017).
36. Gonnelli C, Raffagnino R, Puddu L. The Emotional regulation in Nursing Work: An Integrative Literature Review and Some Proposals for its Implementation in Educational Programs. *Nurs Health Sci.* 2016; 5: 43-49.
37. Smith P, Gray B. Reassessing the concept of emotional labour in student nurse education: role of link lectures and mentors in a time of change. *Nurse Educ Today.* 2001;21:230-237.
38. Donoso L, Demerouti E, Hernandez E, Moreno-Jimenez B, Cobo I. Positive benefits of caring on nurses' motivation and well-being: A diary study the role of emotional regulation abilities at work. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(4):804-816.
39. De Jonge J, Dormann C. Stressors, resources, and strain at work: a longitudinal test of the triple-match principle. *J Appl Psychol.* 2006;91:1359-1374.
40. Demerouti E, Bakker A, Nachreiner F, Schaufeli W. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol.* 2001;86:499-512.
41. Akerjordet K, Severinsson E. The state of the science of emotional intelligence related to Nursing leadership: an integrative review. *J Nurs Manag.* 2010;18:363-382.