

**Maciej Załuski, Marta Makara-Studzińska**Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński, *Collegium Medicum*, Kraków

# Kompetencje emocjonalne w pracy pielęgniacyjno-leczniczej

## Emotional competence in nursing and healing work

**STRESZCZENIE**

Z roku na rok rośnie liczba badań eksplorujących zagadnienia kompetencji emocjonalnych pracowników medycznych w związku z profesjonalizacją kontaktu z pacjentem oraz emocjonalnymi kosztami wykonywanego zawodu. Działania podejmowane przez pielęgniarkę, angażujące w sposób zamierzony jej procesy emocjonalne, nazwano pracą emocjonalną (EL, *emotional labour*). Artykuł przybliża pojęcie EL, jej źródła, funkcje, jakie pełni, postaci oraz pozytywne i negatywne następstwa. Przedstawiono również kierunki badań nad EL oraz stosowane narzędzia badawcze.

**Problemy Pielęgniarstwa 2018; 26 (1): 58–63****Słowa kluczowe:** inteligencja emocjonalna; empatia; opieka; wypalenie zawodowe**ABSTRACT**

The number of scientific researches exploring issues of emotional competence of health care professionals in the context of professionalization of contact with the patient and emotional costs of the profession is growing yearly. The activities undertaken by the nurse, engaging in the intended manner of her emotional processes, have been called emotional labour (EL). The article introduces the concept of EL, its sources, functions it performs, its characters and positive and negative consequences. The article also presents the directions of contemporary research on EL, and applied research tools.

**Problemy Pielęgniarstwa 2018; 26 (1): 58–63****Key words:** emotional intelligence; empathy; care; burnout professional**Historia terminu**

Wśród wielu umiejętności zawodowych pielęgniarki niepodważalne znaczenie posiadają kompetencje emocjonalne. Są to nabyte zdolności do rozpoznawania emocji, ich modulacji oraz użycia w trakcie komunikowania się z pacjentem, jego rodziną i pozostałymi członkami zespołu leczącego. W literaturze przedmiotu wspomniane kompetencje wiążą się z wykonywaniem tak zwanej pracy emocjonalnej (EL, *emotional labour*). Termin powstał celem uwydatnienia działań zawodowych związanych z zamierzonym użyciem emocji.

Osoby zatrudnione w zawodach usługowych „sprzedają” swoje emocje na twarzy oraz wyrażone postawą ciała. Realizują oczekiwania klientów, odgrywając role przypisane do konkretnego zawodu,

na przykład „pełna powołania pielęgniarka” lub „pochylający się nad chorym lekarz”. Emocje przestały być wyłączną własnością pracownika, stając się „towarem” oferowanym usługobiorcom. Okazywanie emocji jest przedmiotem kontroli przez pracownika, klienta i pracodawcę, wymaga nauki i doskonalenia.

„Praca emocjonalna” jest terminem o szerokim znaczeniu. Służy do opisu kompetencji pielęgniarki (ekspresja emocji, wzbudzanie autentycznych uczuć i budowanie relacji terapeutycznej), strategii regulowania emocji (praca powierzchowna lub głęboka), stanu dysonansu emocjonalnego oraz negatywnych i pozytywnych konsekwencji zarządzania emocjami w trakcie pracy zawodowej [1–3].

Autorem terminu EL jest socjolog Arlie Hochschild, a jego źródłem wyniki pogłębionych obserwacji

**Adres do korespondencji:** dr. n. hum. Maciej Załuski, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, UJ CM, ul. Kopernika 25, 31–501 Kraków, tel.: 609 845 542, e-mail: mزالuski@cm-uj.krakow.pl

Praca nie była finansowana z grantów oraz innych źródeł.

DOI: 10.5603/PP.2018.0009

pracy i szkoleń załóg linii lotniczych [4]. Hochschild, poznając pracę stewardes, zaobserwowała wielość oczekiwań formułowanych w ich stronę zarówno przez pasażerów, jak i pracodawcę. Powinny wyrażać na twarzy uśmiech i pogodę ducha, spokój i opanowanie. Skrywać oznaki zmęczenia oraz poirytowania, wyrażając je w niewidzialny sposób lub całkowicie tłumiąc. Wykonując rutynowe czynności, stewardesy są zobowiązane dostrajać się do indywidualnych oczekiwań pasażerów, stając się ich opiekunkami. Wskazane jest utrzymywanie kontaktu wzrokowego i postawy ciała wyrażających bycie do dyspozycji. Oczekiwane jest, aby stewardesa potrafiła wzbudzać u pasażera spokój i opanowanie.

Łatwo zauważyć, że przedstawione oczekiwania występują we wszystkich zawodach związanych ze świadczeniem usług, w których osiągnięcie zamierzonych celów w dużej mierze zależy od jakości relacji osobowej zachodzącej pomiędzy usługodawcą a biorcą.

### **Praca emocjonalna – trzy grupy definicji**

W literaturze przedmiotu spotkać można trzy sposoby definiowania terminu [5]. Każdy z nich akcentuje odmienne aspekty i następstwa wykonywania EL. Zgodnie z pierwszą, EL to zbiór działań o charakterze psychologicznym prowadzących do ujawniania oznak emocji i ich wzbudzania u drugiego człowieka. Chodzi o upublicznienie uczuć na twarzy, za pomocą głosu oraz w postawie ciała [4]. Celem jest również wywołanie u drugiego człowieka „właściwego stanu psychicznego (...), poczucia otrzymania troski w przyjaznym i bezpiecznym miejscu” [4]. Jest to praca wykonywana zgodnie z oczekiwaniami pacjentów i pracodawcy, który ma możliwość kontrolowania sposobów ujawniania emocji przez pracowników i ich doskonalenia.

Praca emocjonalna należy do czynności zawodowych, pracownik przewiduje swoje reakcje oraz je kontroluje. O tym, jakie emocje wyrazić, a jakie ukryć, decydują zasady okazywania uczuć obowiązujące w danej sytuacji. To sformalizowane reguły nakazujące stosowane zachowanie, jak również kulturowe wzorce okazywania sympatii, współczucia lub żalu o różnym nasileniu. Te same emocje mogą być oczekiwane lub też nie. W zależności od postępów i etapu leczenia wzbudzanie nadziei u pacjenta może być działaniem oczekiwanym lub niepożądanym ze względu na jego psychologiczną wartość. Występowanie zasad służyć ma ochronie przeżywanych uczuć własnych oraz innych ludzi. Ten sposób rozumienia EL koncentruje się na pracowniku, stosowanych przezeń strategiach psychologicznych, służących wyrażeniu lub ukrywaniu emocji oraz ich następstwach [5].

### **Praca emocjonalna sposobem regulacji emocji występujących u pielęgniarki i pacjenta**

W literaturze wyróżnia się dwie grupy strategii EL: powierzchniowe i głębokie. Praca powierzchniowa zachodzi wówczas, gdy pracownik kontroluje i zmienia swoje reakcje emocjonalne, tak, aby obserwator nie był w stanie rozpoznać, co autentycznie odczuwa. Jednocześnie wyraża na twarzy emocje oczekiwane przez obserwatora. Celem jest modyfikowanie ekspresji emocjonalnej, tłumiąc, ukrywając lub udając przeżywane uczucia. Powierzchniowo moduluje się emocje już obecne, za pomocą takich strategii, jak: tłumienie lub maskowanie oraz udawanie emocji oczekiwanych [6]. Tym sposobem kontroluje się ekspresję emocji nieakceptowanych w danej sytuacji, a także wyraża emocje oczekiwane, choć nieodczuwane (np. można udawać zainteresowanie lub troskę, ukrywając zniecierpliwienie lub niechęć). To także uwydatnianie ledwo odczuwanych uczuć, zwiększając ich wpływ na drugiego człowieka.

Praca emocjonalna na poziomie głębokim ma zwykle charakter antycypacyjny, poprzedza doświadczenie emocji, służąc ich wzbudzeniu lub modulowaniu. Jej celem jest ujednolicenie emocji okazywanych i autentycznie przeżywanych, aby w efekcie ujawnić je w sposób naturalny, a zarazem zgodny z wymaganiami sytuacji zawodowej. Hochschild wyróżniła dwa typy pracy głębokiej: aktywny i pasywny [4]. Pracując aktywnie, pielęgniarka stara się wzbudzić w sobie emocje, których nie byłoby, gdyby nie jej wysiłek. Stając na miejscu pacjenta, odczuwa dyskomfort towarzyszący zabiegowi. W ten sposób dopasowuje swoje uczucia do okazywanych pacjentowi. Praca bierna to ekspresja emocji aktualnie odczuwanych w miejsce ich skrywania, co może wymagać pokonania osobistych barier, uprzedzeń lub obaw.

Theodosius [7] uzupełniła koncepcję Hochschild o aspekty interakcyjne i relacyjne kontaktu pielęgniarki z pacjentem i współpracownikami. Autorka wyróżniła trzy wymiary pracy pielęgniarskiej, które nazwała: terapeutycznym, instrumentalnym i kolegialnym. Ponieważ każdy z wymienionych realizuje się w obrębie relacji interpersonalnych, w równym stopniu angażują stosowanie powierzchniowej i głębokiej EL. Praca emocjonalna stosowana w celach terapeutycznych służy przywracaniu zdrowia i jego promocji za pomocą relacji interpersonalnej nawiązanej z pacjentem i jego rodziną. Ten wymiar najsilniej tworzy tożsamość zawodową pielęgniarki. Jest tradycyjnie utożsamiany z pracą kobiet i rolą matki w rodzinie, jej prototypem jest Florence Nightingale. Odpowiednikiem w relacji lekarz–pacjent jest kliniczne empatyzowanie i tak zwane „praktyczne współczucie” [m.in. 8].

Instrumentalny wymiar EL wiąże się z użyciem wiedzy medycznej i klinicznej, praktyki zawodowej oraz umiejętności klinicznych w celu minimalizowania bólu i dyskomfortu towarzyszących pacjentom podczas wykonywanych procedur klinicznych, zwiększania udziału pacjenta w wykonywanych procedurach oraz ułatwiania rozwoju kompetencji zawodowych pielęgniarek. Wymiar kolegialny EL dotyczy relacji i interakcji zachodzących ze współpracownikami, służących wymianie informacji dotyczących opieki nad pacjentem celem jej doskonalenia.

Strategie EL nie pozostają bez wpływu na kondycję psychiczną pracownika. Stosowanie pracy powierzchniowej naraża na dysonans emocjonalny pomiędzy emocjami okazywanymi lub tłumionymi a rzeczywiście odczuwanymi. Jest to o tyle istotne, że powtarzający się stan niedopasowania może być przyczyną wielu problemów zdrowotnych [2].

### **Drugi sposób rozumienia pracy emocjonalnej – ekspresja emocji w zachowaniu pielęgniarki**

Uproszczony sposób rozumienia EL zaproponowały Ashforth i Humprey [9]. Autorki skoncentrowały się na perspektywie pracodawcy i jego oczekiwaniach dotyczących określonych zachowań pracowników. Chodzi przede wszystkim o ujawnianie w zachowaniu wobec klienta wyłącznie pozytywnych emocji i ukrywanie emocji negatywnych. Praca emocjonalna to „okazywanie odpowiednich emocji podczas spotkania służbowego” [9]. Badania podkreślają rolę, jaką w podejmowaniu wspomnianych zachowań odgrywają kulturowe i indywidualne zasady budowania i podtrzymywania autoportretu. Od kobiet oczekuje się ekspresji pozytywnych uczuć oraz tłumienia uczuć negatywnych, podczas gdy w przypadku mężczyzn oczekiwania są przeciwne. Zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn zewnętrzny nacisk na „kobięcy” wzorzec ekspresji emocjonalnej (okazywanie wyłącznie pozytywnych emocji) rodzi u pracownika poczucie utraty autentyczności [10].

Ludzie różnią się między sobą pod względem znaczenia, jakie w tworzeniu własnego wizerunku odgrywa otwartość w ujawnianiu uczuć. Pielęgniarki, dla których wylewność emocjonalna nie narusza poczucia autentyczności, łatwiej będą ujawniać emocje oczekiwane przez pacjenta. Dla tych, które ujawniają swoją tożsamość w sposób spontaniczny i nieskrępowany, wyrażanie niejako „na życzenie” emocji oczekiwanych wymagać może większego wysiłku. Perspektywa Ashforth i Humprey pozwala zwrócić uwagę na związki występujące pomiędzy zaangażowaniem i identyfikacją z pracą a występowaniem negatywnych objawów fizycznych. Czynnikiem moderującym jest okazywanie emocji pozytywnych, sprzecznych z rzeczywiście odczuwanymi [9].

### **Praca emocjonalna, jako jeden z warunków występujących w pracy zawodowej**

Trzeci sposób rozumienia EL dotyczy warunków narzucanych przez sytuację, w jakiej znajduje się człowiek. Akcentuje się rolę wymagań stawianych pracownikowi w sytuacji zawodowej oraz wysiłek, aby im sprostać. Środowisko zawodowe można scharakteryzować ze względu na częstotliwość podejmowania kontaktów z drugim człowiekiem oraz liczbę nawiązywanych interakcji i ich siłę [11]. Podczas pracy pielęgniarka powinna ujawniać oczekiwane emocje różnego rodzaju, zgodnie z zasadami warunkującymi ich czas trwania i intensywność. Spełnianie wymienionych warunków może narażać na występowanie dysonansu emocjonalnego o różnym nasileniu. Wraz ze wzrostem wymagań dotyczących adekwatności, różnorodności i intensywności ujawnianych emocji oraz poziomu dysonansu wzrasta ryzyko pojawienia się negatywnych konsekwencji EL [11].

### **Kompetencje emocjonalne w pielęgniarstwie**

W latach 90. XX wieku omawiany termin trafił w obszar opieki zdrowotnej, a EL potraktowano jako nieodłączną część rutynowych działań pielęgnacyjnych [12]. Uważa się, że będąc jedną z najważniejszych umiejętności w zawodzie pielęgniarstwie, EL jest kompetencją niedostatecznie dostrzeganą i kształconą. To między innymi efekt utożsamiania EL wyłącznie z przestrzeganiem przepisów i norm zawodowych. Tymczasem cele EL wykraczają poza wyuczone gesty sympatii i zrozumienia.

Pomimo postępów idących w kierunku akcentowania psychologicznych i społecznych aspektów opieki nad pacjentem, zasadnicza rola i wartość terapeutyczna EL nadal nie jest w wystarczającym stopniu dostrzegana [8, 13, 14]. Terapeutyczny aspekt pracy pielęgniarstwie, realizowany z użyciem EL, jest w krajach anglosaskich utożsamiany z ideą tak zwanego nowego pielęgniarstwa. Z racji na to, że zaangażowanie emocjonalne w kontakcie z osobą chorą jest niezwykle obciążające, istnieje potrzeba zwracania uwagi na sposoby, w jakie pracownicy medyczni radzą sobie z emocjami pacjenta, własnymi emocjami oraz emocjami współpracowników, jednocześnie wykonując zamierzoną EL w kontakcie terapeutycznym [12].

Okazywanie lub ukrywanie emocji w zawodach medycznych, w większym stopniu niż innych zawodach, opisują reguły etosu pracy. Obok podtrzymywania postawy profesjonalnej (powierzchniowa EL), pracownik medyczny powinien zwiększać w sobie umiejętności współodczuwania emocji pacjenta, efektywnie odpowiadać na potrzeby emocjonalne i promować dobrostan pacjenta, jego bliskich i własny. Regulowanie emocji wyłącznie na poziomie płytkim sprzyja wchodzeniu w stan emocjonalnej nieświadomości, który objawia się pod postacią napięcia i dyskomfortu.

Udawanie emocji nie sprzyja wspólnemu podejmowaniu decyzji i osiągnięciu porozumienia z pacjentem [14]. Obrona pielęgniarki przed doświadczaniem stresu w kontakcie z emocjami pacjenta powodować może emocjonalne oddalenie się od niego [8].

W wielu sytuacjach leczniczych pielęgniarka pracuje z emocjami pacjentów i ich rodzin. Ma to miejsce między innymi w opiece i leczeniu psychiatrycznym, onkologicznym, hospicyjnym, paliatywnej opiece środowiskowej i innych [13, 15–17]. Praca z emocjami realizuje się poprzez towarzyszenie pacjentowi, pomaganie mu oraz regulowanie ujawnianych przezeń emocji. Towarzyszenie to wzmacnianie pozytywnych emocji pacjenta pojawiających się w trakcie postępów leczenia oraz integrowanie i podtrzymywanie kontaktów osoby chorej z innymi ludźmi. Pomocą jest wspieranie w radzeniu sobie z negatywnymi emocjami poprzez uważne słuchanie, uspokajanie oraz odciążanie w chwili przejściowych przeciążeń emocjonalnych. Regulowanie polega na wzmacnianiu u pacjenta umiejętności kontroli emocjonalnej, zachęcaniu do działań służących poprawie samopoczucia i porzuceniu zachowań ryzykownych [18].

Przeglądy literatury empirycznej dotyczącej zjawiska EL w służbie zdrowia ukazują zasadnicze grupy tematyczne prowadzonych badań [1, 3, 19]. Eksplorowane są czynniki uzasadniające stosowanie EL w związku z profesjonalizacją kontaktu z pacjentem i współpracownikami, pozytywne i negatywne następstwa EL oraz sposoby doskonalenia EL i czynniki zabezpieczające pracowników przed jej negatywnymi konsekwencjami, których jest wiele.

### **Negatywne i pozytywne następstwa pracy emocjonalnej**

Wyniki badań ujawniają związki łączące niekontrolowaną PE z wypaleniem się zawodowym i objawami depresji [1, 2, 6, 8, 20], występowaniem zaburzeń psychicznych [21], nasilaniem się oznak stresu zawodowego, płynnością kadr, absentowaniem, niższą satysfakcją z pracy oraz mniejszym zaangażowaniem w pracę, a także samoograniczeniem kariery zawodowej [1, 16, 19, 22]. Negatywne następstwa dotyczą również występowania niekorzystnych zjawisk w relacji z pacjentami i ich rodzinami, na przykład przekraczanie granic wyznaczonych rolą zawodową [17], błędy komunikacyjne, instrumentalizowanie kontaktu z pacjentem, konsekwencje ekonomiczne i etyczne.

Zarazem zauważa się występowanie pozytywnych następstw EL, w szczególności związanych z pracą na poziomie głębokim [23]. Obok przytłoczenia smutkiem i cierpieniem w kontakcie z pacjentem onkologicznym, pielęgniarki zaobserwowały u siebie występowanie pozytywnych zmian osobowych (akceptacja śmierci, uduchowienie) w rezultacie wykony-

wanej EL. Wśród pozytywnych następstw wymienia się również wyższy poziom dobrostanu, zadowolenia z pracy i poczucia samoskuteczności [19].

### **Sposoby ograniczania negatywnych konsekwencji pracy emocjonalnej**

Istnieje wiele udokumentowanych danych wskazujących na konieczność zmian organizacyjnych w pracy służby zdrowia, których celem jest minimalizowanie negatywnych skutków EL. Idą one w stronę stworzenia personelowi możliwości swobodnego wyrażania emocji i myśli oraz pozyskiwania informacji zwrotnych od współpracowników. Mowa o zwiększaniu klimatu bezpieczeństwa (autentyczności), który tworzy przyzwolenie na otwartość w omawianiu przeżywanych emocji, w takim samym stopniu, jaka występuje w omawianiu czynności medycznych. Chroniąc się przed wyczerpywaniem emocjonalnym, pielęgniarka poszukuje możliwości „emocjonalnego wytchnienia” [6], poprzez swobodne wyrażanie negatywnych emocji powstałych w pracy. Współpracujące ze sobą osoby różnią się otwartością. Są pielęgniarki „wynoszące” emocje poza pracę, na przykład do środowiska rodzinnego. Osoby oczekujące od współpracowników wyrażania uczuć w jedynie właściwy sposób (np. skryty). Ujawnianie negatywnych emocji może być ograniczane, gdyż obniża nastrój w grupie, a reagowanie w sposób emocjonalny w stosunku do pacjenta odbierane, jako nieprofesjonalne [6]. Tymczasem otwartość w relacjach pomiędzy współpracownikami rodzi korzystne efekty [6, 24]. Badania 359 pracowników medycznych stykających się z przejawami złego traktowania przez pacjentów unikało pojawiania się oznak wypalenia zawodowego, pomimo podejmowania powierzchniowej EL w kontakcie z pacjentem [24]. Badania pokazują, że organizacja pracy z zachowaniem warunków psychologicznego klimatu obniża poziom wyczerpania emocjonalnego, stresu zawodowego oraz rotacji zawodowej w zawodach wykonujących EL [24].

Obok zmian organizacyjnych postuluje się pogłębienie samoświadomości własnych emocji (rozwój inteligencji emocjonalnej). Niedocenienie ekspresji emocjonalnej przez lekarzy, rodzi negatywne następstwa w relacjach z pacjentem i w obszarze własnego zdrowia psychicznego. Stąd postulat zmian w sposobach szkolenia przyszłych medyków idących w stronę autorefleksji doświadczanych uczuć [8]. W grupie pielęgniarek postulowane są szkolenia służące doskonaleniu umiejętności interpersonalnych, wzmacniających prężność osobową [2]. Umiejętności składające się na inteligencję emocjonalną powinno być traktowane, jako kluczowe kompetencje lekarzy [22], pielęgniarek psychiatrycznych [15], pielęgniarek paliatywnej opieki środowiskowej [17] i pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach ratunkowych [25].

## Narzędzia służące do pomiaru pracy emocjonalnej

Do najczęściej stosowanych narzędzi pomiaru EL w ilościowych projektach badawczych należy Skala Pracy Emocjonalnej (ELS, *Emotional Labour Scale*) [5]. Samoopisowy kwestionariusz powstał w nawiązaniu do 4-wymiernego modelu Morrisa i Feldmana [11]. Składa się z 12 stwierdzeń sprawdzających: czas trwania typowej interakcji z pacjentem, intensywność ujawnianych wówczas emocji, ich różnorodność i zgodność z oczekiwaniami, oraz pracę na poziomie powierzchniowym i głębokim. Jego 9-elementowa wersja, bada 3 zmienne: pracę głęboką, ukrywanie uczuć i ich udawanie. Istnieje polska wersja skali nazwana Skalą Płytkiej i Głębokiej Pracy Emocjonalnej (SPGPE) [26]. Narzędzie tworzy 9 stwierdzeń do pomiaru oryginalnych zmiennych. W Polsce występuje również Skala Pracy Emocjonalnej (SPE) [27], związana z modelem regulacji emocji Grossa. Narzędzie zawiera 12 stwierdzeń do pomiaru EL na poziomie powierzchniowym i głębokim.

Typowe ograniczenia stosowania kwestionariuszy samoopisowych są związane z ryzykiem zniekształceń wypowiedzi w sytuacji, gdy osoba badana ocenia samą siebie („błąd aprobat społecznej” oraz „skłonność do zgadzania się”). Uzyskane wyniki zależą także od różnic w postawach przyjmowanych wobec siebie (poziom otwartości, autokrytycyzm) oraz samego pomiaru. Chcąc osłabić wspomniane przeszkody, w wielu badaniach jest stosowany projekt jakościowy z zastosowaniem metody współstrukturyzowanych lub pogłębionych wywiadów oraz obserwacji uczestniczących. Najwięcej rzetelnych danych dostarczają badania longitudinalne, dzięki którym można osłabić błąd odwróconej przyczynowości (dotyczy trudności z ustaleniem kierunku zależności pomiędzy zmiennymi), a także lepiej kontrolować wpływ zmiennych trzecich.

## Podsumowanie

Jak zauważa Grandey i wsp. [6] personel medyczny znajduje się pod wpływem specyficznych czynników o charakterze interpersonalnym, które mogą być predyktorami wyczerpywania się emocjonalnego. Pacjenci i ich rodziny nierzadko ujawniają złość, rozczarowanie lub smutek w związku z brakiem efektów leczenia, celowo lub mimowolnie wymagając na pracowniku medycznym określonych zachowań [6]. Zarazem oczekują wyrazów wsparcia emocjonalnego, syntonii, uspokojenia oraz oznak maksymalnego zaangażowania. Przeciwnie oczekiwania, zmuszają pielęgniarkę do kumulowania w sobie odbieranych emocji, tłumienia emocji odczuwanych i udawania lub wzbudzania w sobie emocji oczekiwanych. Praca pielęgniarska wymaga zindywidualizowanych, ale wyszkolonych reakcji, która pomaga w zarządzaniu

emocjami pacjentów. Ekspresja własnych emocji oraz rozumienie emocji pochodzących od drugiego człowieka są składowymi komunikacji interpersonalnej. Ich rola jest szczególnie istotna w przypadku komunikacji terapeutycznej wspomagającej zasadnicze procesy leczenia i pielęgnacji.

## Piśmiennictwo

- Riley R, Weiss MC. A qualitative thematic review: emotional labour in healthcare settings. *J Adv Nurs*. 2016; 72(1): 6–17, doi: [10.1111/jan.12738](https://doi.org/10.1111/jan.12738), indexed in Pubmed: [26212890](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26212890/).
- Delgado C, Upton D, Ransie K, et al. Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *Int J Nurs Stud*. 2017; 70: 71–88, doi: [10.1016/j.ijnurstu.2017.02.008](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.008), indexed in Pubmed: [28235694](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28235694/).
- Edward KL, Hercelinskyj G, Giandinoto JA. Emotional labour in mental health nursing: An integrative systematic review. *Int J Ment Health Nurs*. 2017; 26(3): 215–225, doi: [10.1111/inm.12330](https://doi.org/10.1111/inm.12330), indexed in Pubmed: [28374961](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28374961/).
- Hochschild A. *The Managed Heart. Commercialization of human feeling*. Updated with a new preface. University of California Press, Berkeley 2012: 7.
- Brotheridge C, Grandey A. Emotional Labor and Burnout: Comparing Two Perspectives of “People Work”. *Journal of Vocational Behavior*. 2002; 60(1): 17–39, doi: [10.1006/jvbe.2001.1815](https://doi.org/10.1006/jvbe.2001.1815).
- Grandey A, Foo SuC, Groth M, et al. Free to be you and me: a climate of authenticity alleviates burnout from emotional labor. *J Occup Health Psychol*. 2012; 17(1): 1–14, doi: [10.1037/a0025102](https://doi.org/10.1037/a0025102), indexed in Pubmed: [21875210](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21875210/).
- Theodosius C. *Emotional Labour in Healthcare: The Unmanaged Heart of Nursing*. Routledge, New York 2008.
- Kerasidou A, Horn R. Making space for empathy: supporting doctors in the emotional labour of clinical care. *BMC Med Ethics*. 2016; 17: 8, doi: [10.1186/s12910-016-0091-7](https://doi.org/10.1186/s12910-016-0091-7), indexed in Pubmed: [26818248](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26818248/).
- Ashforth BE, Humphrey RH. Emotional labor in service roles: the influence of identity. *Academy of Management Review*. 1993; 18(1): 88–115, doi: [10.5465/amr.1993.3997508](https://doi.org/10.5465/amr.1993.3997508).
- Simpson PA, Stroh LK. Gender differences: emotional expression and feelings of personal inauthenticity. *J Appl Psychol*. 2004; 89(4): 715–721, doi: [10.1037/0021-9010.89.4.715](https://doi.org/10.1037/0021-9010.89.4.715), indexed in Pubmed: [15327356](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15327356/).
- Morris JA, Feldman DC. The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of Management Review*. 1996; 21(4): 986–1010, doi: [10.5465/amr.1996.9704071861](https://doi.org/10.5465/amr.1996.9704071861).
- Smith P. *The emotional labour of nursing: can nurses still care?* Wydanie II. Palgrave, Macmillan, London 2012.
- Williams A. Emotion work in paramedic practice: the implications for nurse educators. *Nurse Educ Today*. 2012; 32(4): 368–372, doi: [10.1016/j.nedt.2011.05.008](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.05.008), indexed in Pubmed: [21640449](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21640449/).
- Lee R, Lovell B, Brotheridge C. Relating physician emotional expression to shared understanding and shared decision-making with patients. *International Journal of Work Organisation and Emotion*. 2010; 3(4): 336–350, doi: [10.1504/ijwoe.2010.035323](https://doi.org/10.1504/ijwoe.2010.035323).
- Brown B, Crawford P, Gilbert P, et al. Practical compassion: repertoires of practice and compassion talk in acute mental healthcare. *Social Health Illn*. 2014;

- 36(3): 383–399, doi: [10.1111/1467-9566.12065](https://doi.org/10.1111/1467-9566.12065), indexed in Pubmed: [24117523](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24117523/).
16. Broom A, Wong WK, Kirby E, et al. A Qualitative Study of Medical Oncologists' Experiences of Their Profession and Workforce Sustainability. *PLoS One*. 2016; 11(11): e0166302, doi: [10.1371/journal.pone.0166302](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166302), indexed in Pubmed: [27902706](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27902706/).
  17. Lovatt M, Nanton V, Roberts J, et al. The provision of emotional labour by health care assistants caring for dying cancer patients in the community: a qualitative study into the experiences of health care assistants and bereaved family carers. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52(1): 271–279, doi: [10.1016/j.ijnurstu.2014.10.013](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.10.013), indexed in Pubmed: [25468132](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25468132/).
  18. Pisaniello S, Winefield H, Delfabbro P. The influence of emotional labour and emotional work on the occupational health and wellbeing of South Australian hospital nurses. *Journal of Vocational Behavior*. 2012; 80(3): 579–591, doi: [10.1016/j.jvb.2012.01.015](https://doi.org/10.1016/j.jvb.2012.01.015).
  19. Badolamenti S, Sili A, Caruso R, et al. What do we know about emotional labour in nursing? A narrative review. *Br J Nurs*. 2017; 26(1): 48–55, doi: [10.12968/bjon.2017.26.1.48](https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.1.48), indexed in Pubmed: [28079419](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28079419/).
  20. Codier E, Codier D. Do emergency nurses have enough emotional intelligence? *Emerg Nurse*. 2015; 23(3): 26–29, doi: [10.7748/en.23.3.26.e1388](https://doi.org/10.7748/en.23.3.26.e1388), indexed in Pubmed: [26050781](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26050781/).
  21. Schmidt KH, Diestel S. Are emotional labour strategies by nurses associated with psychological costs? A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2014; 51(11): 1450–1461, doi: [10.1016/j.ijnurstu.2014.03.003](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.03.003), indexed in Pubmed: [24685111](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24685111/).
  22. Psilopanagioti A, Anagnostopoulos F, Mourtou E, et al. Emotional intelligence, emotional labor, and job satisfaction among physicians in Greece. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12: 463, doi: [10.1186/1472-6963-12-463](https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-463), indexed in Pubmed: [23244390](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23244390/).
  23. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Sayadi L, et al. Emotional labour of caring for hematopoietic stem cell transplantation patients: Iranian nurses' experiences. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2013; 7(2): 91–97, doi: [10.1016/j.anr.2013.04.004](https://doi.org/10.1016/j.anr.2013.04.004), indexed in Pubmed: [25029927](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25029927/).
  24. Liang HY, Tang FI, Wang TF, et al. Nurse characteristics, leadership, safety climate, emotional labour and intention to stay for nurses: a structural equation modelling approach. *J Adv Nurs*. 2016; 72(12): 3068–3080, doi: [10.1111/jan.13072](https://doi.org/10.1111/jan.13072), indexed in Pubmed: [27400365](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27400365/).
  25. Codier E, Codier D. Do emergency nurses have enough emotional intelligence? *Emerg Nurse*. 2015; 23(3): 26–29, doi: [10.7748/en.23.3.26.e1388](https://doi.org/10.7748/en.23.3.26.e1388), indexed in Pubmed: [26050781](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26050781/).
  26. Finogenow M, Wróbel M, Mróz J. Skala płytkiej i głębokiej pracy emocjonalnej (SPGPE) – adaptacja narzędzia i analiza własności psychometrycznych. *Medycyna Pracy*. 2015; 66: 359–371.
  27. Bazińska R, Kadzikowska-Wrzosek R, Retowski S. Konstrukcja i trafność Skali Pracy Emocjonalnej - strategie pracy emocjonalnej w zawodach usługowych. In: Zawadzka A. ed. *Psychologia zarządzania w organizacji*. PWN, Warszawa 2010: 170–195.