

本稿は、2009年6月30日に開催されました本学国際交流委員会主催講演会「感情労働としての看護—その現状とこれから—」の講演内容です。講演会の後に、Dr. Pam Smith (パム・スミス博士) に加筆・修正していただきました。翻訳は伊藤いつ子氏、監訳は本学国際交流委員の武井麻子教授にお願いしました。

国際交流委員会委員長 小原真理子

国際交流委員会特別講演

感情労働としての看護 —現状とこれから—

本稿は、2009年6月30日に開催された、日本赤十字看護大学での講演を基に書き下ろしたものである。

パム・スミス

Pam Smith RN, PhD

英国サリー大学 保健医療科学部

看護学助産学教育研究センター

GNCT*看護教育学教授

抄 録

本稿では、Menzies (1960) の看護学生の精神的疲労に関する精神分析的研究、Hochschild (1983) の客室乗務員の感情労働に関する研究と Smith (1992) の看護への応用など、感情、看護、医療に関する文献をレビューする。最近、英国の看護と医療で注目されている思いやり (compassion) と微笑み (smiles) の問題を取り上げ、さらに感情労働の新しい概念についても、事例と解釈を示しながら概説する。最後に、国内および国際的な多職種研究、教育、実践ネットワークにおいて、感情を新たな検討課題とするよう呼びかける。

I. 現 状

英国では、思いやり (compassion) と微笑み (smiles) は、NHS (国民保健サービス) の行動指針として大きく掲げられてきた。2008年6月の全国紙には「看護師はどれだけ思いやりがあ

り、にこやかであるかによって評価される」という見出しが載った。続く記事には、患者の回復をもたらす質の高いケアを保証するには看護師の思いやりと微笑みが重要であると強調されていた (Carvel, 2008)。その言葉はニュースとして伝えられたが、同じような傾向は、1960

* General Nursing Council Trust の略。英国での看護学教育および研究などを統括する最高協議機関

年代以来、研究されてきている。

Revans (1964) の研究では、病院のモラル (士気・やる気) のレベルの高さが看護師と患者に良い影響を与えることが示された。階級を問わない全スタッフ間のコミュニケーションの良さが重要だとわかった。研究で明らかになった良いコミュニケーションの指標のひとつは、師長が看護学生と接触する頻度だった。モラルの高い病院では、看護学生の減少、病欠率、欠勤率は低く、応募率も定着率も高かった。患者の在院日数も短かった。Revansはスタッフのwell-beingは患者のwell-beingと深く関係していると結論付けている。

その後の研究や1980年代の私の研究でもこの関係性が確認され、師長は「学生の学び、感じ方、モラル」に影響するため、重要視されている。病棟に緊張感が漂っていると、それは患者にも伝わり、「不満を感じるが、そうではない病棟はもっとリラックスしている」と報告された。「スタッフが師長と良好な関係を保ちながら仕事をしていれば、病棟の雰囲気も良い」と述べている患者もいた (Smith, 1992; pp. 79-80)。

さらにBorrillとWest (2003) の研究では、スタッフのモラルの重要性和患者へのプラス効果が報告されている。BorrillとWest (2003) によって見出された重要な知見のひとつは、効果的なチームでの仕事とすべての職種グループ間の良好な仕事関係の重要性だった。効果的なスタッフマネジメントを行い、スタッフがチームで仕事をするを高く評価し、実際にチームで仕事をしている率も高い病院では、有意に患者の死亡率が低かった。

看護ケアを全体システムとして見ることの重要性は過小評価すべきではなく、この点では、Isabel Menzies (1960) の古典的な業績が重要である。Menzies (1960) は、重症患者をケアする看護師が不安への対処の一環として、患者の感情に直接関与することから自分たちを守るために、ルーチン業務と組織的な手順に集中しようとするやり方を記述した。「看護サービスでは、患者との接触を切れ切れに分割することで、患者との関係で生じる不安から看護師を保護しよ

うとしている」と彼女は述べている。

Kellyは、Menziesの分析を子供のケアに適用し、慢性疾患の子供はルーチンの決まり事に慣れるようになり、看護師がもはや隠しおおせなくなった結果をどう解釈すればいいのか学習するようになること示唆している (Kelly, 2007)。がんの子供に関する研究では、きわめて幼い子供でさえも、自分たちの状況について非言語的サインをどう読むかを効果的に学びとる可能性が示されている。たとえば、Bluebond-Langner (1978) はがん病棟の子供が、特別な手技 (腰痛穿刺など) を疾患の進行や治療の失敗、その病気による死亡傾向の上昇などと結び付けることを学んでいくやり方を紹介している。

よって、Menziesが示した方法で自らを保護しているのは、特定の状況で働いている看護師というわけではない。不安を管理するシステムが効果的に働いていたとしても、思いやりと微笑みを看護師に要求することは、事実上、保護システムの放棄を求めることになるだろう。しかし、看護学生を対象とした私の研究で示したように、不安を管理する代替システムを創り上げる方法がある。看護師が微笑み、思いやりを示すことへの期待は感情労働のひとつの形態であり、感情労働が看護師自身の情緒的なwell-beingに与える影響に関する議論や、看護師が安心して患者をケアできるよう保証する師長の重要性に関する議論などを活発に生み出してきた。たとえば、看護師に思いやりと微笑みを求めることは、通常の勤務を超えたさらなる感情労働を要求することになるのだろうか。

II. 感情労働

感情労働とは何か。それは、主に女性によることの多い、サービス部門の「人にかかわる」仕事の、あまり報告されることのない、目に見えない構成要素である。感情労働は、多くの場合、骨の折れる困難な状況下で関係性を維持するために必要な組織内の感情ルールについて探究する際にも用いることができる。Hochschild (1983, p.7) は、客室業務員に関する画期的な研究の中で、感情労働を「なごやかな安心できる

場所でケアされているという感覚を他者に感じさせるように、自分の外見を保つために、感情を出したり、抑えたりすること」と述べた。

感情労働の特徴には次のようなものが含まれる。対面しての、あるいは声(およびインターネット)を介した一般大衆との接触。働き手が他者に感謝や恐怖といった感情を持たせるよう求められる。雇用主は、訓練やスーパービジョンを通して、働き手の情緒的な活動のある程度コントロールできる可能性がある。Hochschildの考えは、社会学的な想像力をかき立て、さまざまな学問分野や職業が彼女の中間理論を取り込み、研究の正当な領域として感情に光を当てるようになった。

感情労働は、さまざまな感情ルールが適用される状況によって異なり、必ずしも内面の感情とは一致しない外面的な行動を生み出すために、表層演技や深層演技が求められる。感情労働はケアというものに言葉や意味を与え、さまざまな働き手による感情ワークを理解し、いかに異なるタイプのワークが価値あるものとされたり、認められたりするかといった違いを示すための手立てを提供する。文献レビューによると、看護師のほかにも銀行員、ソーシャルワーカー、コールセンターのオペレーター、医師、介護士、助産師など幅広い専門分野および職種にこの概念が適用されてきた。また、感情知性(エモーショナル・インテリジェンス)や組織内の感情といった領域など幅広い分野で、リーダーシップ、管理、実践にとって重要かつ差し迫った意味を持つものとして適用されている。

Graham (1983) は情緒、感情、ケアを結びつけ、彼女が「愛の労働」と呼ぶ女性による有償・無償の仕事を説明している。彼女は、「ケアすることについての日々の会話は、感情についての会話である。誰かのケアについて話すとき、自分たちの感情について話しているのである。」と述べている。

看護についての私の研究では、ともすれば見過ごしがちな複雑で微妙な「ちょっとしたこと」を言葉にする際に、Hochschildの感情労働の定義がとりわけ重要であることがわかった。学

生は、高齢者の生活の質を変える「ちょっとしたこと」について語った。たとえば爪にマニキュアをする、補聴器が聞こえているか、メガネが曇っていないを確かめるといったちょっとしたことである。

しかし、慌ただしい病棟生活の中で、このような「ちょっとしたこと」もしくは「気遣いの仕草」に気づくことは容易ではなく、見過ごされがちである(Smith, 1992; p. 1)。それなら、なぜ彼女たちは人々の感じ方を気にかけるのだろうか。そして、なぜそれを「ちょっとした」という傾向にあるのか。ひとつには、ケアは女性たちが自然に行う仕事であるという性差に基づくステレオタイプの考え方がある。これにより、ケアは目に見えず過小評価されるものとなり、ハイテク医学により定義される治療／ケアの中では、辺縁に押しやられてしまうのである(Smith, 1992; p. 2)。だからこそ、英国政府が看護師の仕事に必要なのは思いやりであるということは、このような「ちょっとしたこと」をケアの中心にもってくるために、非常に重要なのである。また「思いやりのある病棟はケアを学ぶ場」というひとりの看護学生の言葉によっても、私はケアと情緒と感情を結び付けることができた。その学生は最後に「師長がケアしているとわかった、少しほっとする。そうでなければ、病棟全体のケアの態度を、私が一手に引き受けて示さなければと感じてしまう」と言っていた。

Ⅲ. 追跡調査—2000年代の学びのためのリーダーシップ

2007年に私は病棟で現在は誰が学びとケアリングのリーダーとなっているのか追跡調査を行った(Allan et al., 2008)。英国の看護学生は、もはや私が最初の調査を行ったときのように、労働力としてあてにされてはいない。学生は50%の時間を実習で、50%を大学で費やしている。病棟師長の役割は変わり管理責任が増えたために、患者や看護師からは距離ができてしまっている。学生の指導は、患者のケアも行っている臨床指導者(メンター)が行っている。

看護学生が「ちょっとしたこと」をまだ大事にしていることもわかった。3年生はすべての看護師が開発すべき質として「ちょっとしたこと」を挙げた。「ちょっとしたことってあるでしょう。でも誰もがそれに気づくわけではないの」と学生は言った。そして、病棟での最近の出来事を思い出しながら、「昨日、42年目の結婚記念日を迎えた患者さんがいたんです。奥さんが来たときに“結婚記念日、おめでとうございます”といったら、私が覚えていたことを喜んでくれて、それってとても大事なことで奥さんからいわれたんです」と学生は語った。

もうひとりの学生は、患者にとって重要なことは「たくさんの方のちょっとしたことで、私は患者とおしゃべりしたり、よく眠れましたかとか、何か心配事はありませんかなどと聞いたりするのが好き」と語っていた。

ある教員も、優れたメンターの要素として、また学生と建設的な関係を築く上で必要なこととして「ちょっとしたこと」を挙げた。そして「学生にとっては自分が歓迎されているということが大事だと思う。どこで休みをとればいいのか、コートはどこに置けばいいのかを教えてもらおうといった、そうした親切がちょっとしたことです、ええ。そういうことが学生にはとてもうれしいのです。」と言った。

また、今回の研究で、私が研究を行った1980年代から医療の組織や管理の方法が変化したことも明らかになった。病棟管理者は、自分たちの役割が効率性や有効性、エビデンスなどを重んじる現代医療の目標主導型体質の影響を受けてきたことを報告している。このことは、かつて病棟師長だった看護管理者が過去20年間でその役割がどのように変わったかを説明した次の言葉でも明らかである。彼女は、「明らかにNHSの風土は2001年以降、変わりました。目標重視の文化となりましたし、それは避けられないと思います。それは経済的な……」と語った。

優先順位の変化が「恐ろしい」結果を招いたことを彼女は述べた。

「優先事項のひとつは退院を増やすことで、それ

にはミスは許されません。院内の処理能力を高めることによって、確実に退院させるようにしなければならないのです。何とっていいかわかりませんが、自分がロボットにでもなったような気がします。ときどき病棟に来て、ボードを見ていると、患者のリストを単に数として見ていることに気が付くことがあります。そして、自分は患者が人間だということを忘れていて、気を引き締めなければと、怖くなるのです。」

このように、病棟管理者は、Bolton (2000) という「予め決められた」感情管理の結果、自分が「ロボット」のようになっていて感じていた。それは(この場合)患者の処理能力を高めて、退院を増やすという、組織によって押しつけられた感情労働の1形態である。フィールドワークで観察したことだが、目標主導型の保健医療サービスは、商業化や「スピードアップ」を伴い、病棟のケア提供方法に影響を与えていた。1980年代に私が研究を行ったときは顕著だった全人的ケアのアプローチからは明らかに遠ざかり、目標達成のために業務分担するようになっていたのである(Allan et al., 2008)。これは、こうした目標に叶うように、一連の仕事(たとえば退院)をいくつかに分ける必要からであった。その恐ろしい結果が、「数として患者」を見る病棟管理者のような例である。

IV. ケアの欠如：ケアがなくても生きていくことを学ぶのか

Archie Hochschildは、グローバル化された医療経済の中でケアの仕事を商業化し、「スピードアップ」することは、結果として「ケアの欠如」をもたらすと示唆している(Hochschild, 2003)。Hochschild (2003) は、「社会政策についての大衆の議論の中にあり、その議論をコード化するツールとなる」ケアの特徴的モデルとして4つのタイプのケアを挙げている(p. 218)。そのモデルは、究極的にはケアなしで生活していくことを学ばざるを得なくなるような、ケアの欠如に対する「伝統的」解決策、「ポストモダンの」解決策、「コールド(冷たい)モダンの」解

決策,「ウォーム(温かい)モダンの」解決策というもので、文化的な連続性に沿って現れる。

伝統的な解決策は、女性が労働力になろうとする方向への変化を逆行させ、女性を強引に家に引き戻し、男性からいかなるケアの責任をも免除しようとする。ポストモダンのな解決策は、ケアする母親像という中心的なイメージを取り除き、男性も女性も労働力として残したまま、社会のあらゆる部門にケアがなくても生活できるように要求する。コールドモダンのなモデルでは、あらゆる形態のヒューマン・ケアを制度化し、ウォームモダンのなモデルでは、個人、家族、社会のレベルでケアに価値を置く。

Bone (2009) は、看護を「治療的」な感情労働として、客室乗務員の「道具的」な感情労働とは区別している。しかし彼女はまた、アメリカの医療制度が変わり、「医療費の抑制、ケアマネジメントによる医療のコントロール、そして利潤の追求」が「人間関係や心理社会的なケアを大事にするタイプの仕事」を侵食し、看護師の感情労働にネガティブな影響を与えたと指摘している (Bone, 2009: p.57)。そのため、看護師は提供するケアを変え、患者はケアを受けなくてもやっていけるすべを身につけなければならないことがよくあると Bone は述べている。多くの医療やヒューマン・サービスを商品化することによって、有償・無償両方のケアの提供者の減少を招き、極端な「ケアの欠如」が起こった (Hochschild, 2003)。この状況は、Bone のアメリカでの研究の中で明らかにされたが、英国や他の国でも徐々に同じような傾向になってきている。

Billie Hunter と私は、感情についての言葉を教育者や政治家が使うようになったかもしれないが、「看護や助産の教育および実践での日常にはほとんど影響がないし、とくにますます標準化されつつある成果中心の医療サービスには影響がなかったのではないかと議論した。言い換えれば、私たちが目にしていることは、医療の中での構造、プロセス、成果の現実的な変化というより、意味の変化なのである (Hunter & Smith, 2007)。また、看護の中では、感情労働は、つらい状況の中で仕事をする際にとりわ

け必要になることがわかった。たとえば、終末期の患者 (James, 1992)、痛みや喪失を経験している患者 (Smith, 1992)、あるいは骨髄移植という華やかなハイテク医療から緩和ケアへ移行しなければならない患者 (Kelly, et al., 2000) をケアするときである。そこで、看護師や他の医療従事者のストレスを管理したり燃え尽きを予防したりする方法を明らかにすることが重要となる。

V. 看護師やその他の医療従事者のストレス管理

看護師に対する患者の不満が増しているというマスコミの報道 (Magnet, 2003) の一方で、看護師のストレスの本質に関するエビデンスも見出される (Dreary et.al., 2003; McVicar, 2003)。話を聞いてもらえない、尊重してくれない、サポートしてくれないなど、患者もスタッフも、医療や福祉の環境面について同じような不満を訴えていることは興味深い (Edwards & Burnard, 2003)。さらに、Gazoni ら (2008) は、医師(あるいは専門看護師)が患者の死というような悲慘な事態の情緒的な衝撃と向き合わなければならない麻酔科のように、特別ストレスフルな専門領域のスタッフをサポートするシステムが必要であることを示すエビデンスを提供している。これらの研究者たちは、トレーニング・プログラムや、悲嘆や罪悪感のような深い感情に関する同僚、患者、家族の間のオープン・コミュニケーションなど、エビデンスに基づいた戦略を挙げている。

私は、熟練した指導教員が率いる一部の臨床領域における個別指導やセミナーは、学生が自分の感情について学び、管理する上で重要な役割を果たすことができることを明らかにした (Smith 1992: p.105)。

たとえば、「昨日、ソーシャルワーカーと教員と一緒に病棟でセッションをしました。とても若いのがんで亡くなろうとしている患者がいて、とてもストレスだったんです。それは大変有意義でした。ただ言いたいことを言うことができて、自分だけがストレスを感じているん

ではなく、たぶんみんなも同じように感じているとわかって。」

助産では、Hunterによって、感情労働の主要な源は、矛盾する実践のイデオロギーと共存することによって生じる不協和を管理していくことであり(Hunter, 2004, 2005)、さらには学生の指導教員がこうした状況を助長することも、抑止することもあることが明らかにされている。

VI. これから

1. 感情労働の新たな概念化

この10年間のBoltonの感情労働の理論的發展(Bolton 2000)についてはすでに述べたが、彼女はとりわけ保健医療一般や看護における感情の複雑さを解明するのに重要な貢献をしてきた。Boltonは、個人と組織のレベルで職場における感情とさまざまな動因の類型化を提案している。Bolton(2000)は、感情管理には4つのタイプがあるという。私の解釈では、動機因子、表象的(一般社会の「ルール」に従った感情管理)、博愛主義的(贈り物としての感情管理のような)、規範的(上の例で示したような、組織的/専門的行動ルールによって規定された感情管理)、金銭的(利益のための感情管理のパフォーマンス)の4つである。

とくにBoltonの分析で注目すべきは、「博愛主義的」理由で婦人科の看護師が与える贈り物としての感情労働という考え方である。看護師たちは「女性の世界」である「心あふれる場」で笑う機会を患者に与え、治療的なやり方でユーモアを用いると述べている。

Boltonの分析ではまた、感情管理は臨床状況によって決定されるという私の説も確認されている。ある病棟師長は「看護の本質的な基盤はケアリングです。配慮がないなら、看護師ではありえません」と認めている(Bolton, 2000, p.583)。Boltonはさらに、役に立つ見方としてさまざまなレベルの感情管理がどのように作用しあっているかを示している。たとえば、看護師は、個人としては必要に応じて患者に余分の時間を割く用意ができていますが、同時にケアの専門家というイメージを示すために、専門職と

しての感情規則を守る努力もしなければならないのである。

Theodosius(2006, 2008)は、感情管理はその時代としては革新的な概念ではあるが、とりわけ感情の関係的な側面である患者—看護師間の相互作用の中で生じる無意識のプロセスを潜在的に制限してきたと主張している。彼女はまた、感情とともに働くことは看護師が自分自身の個人的アイデンティティを築いていく上で不可欠であること、それが看護師が何よりも「無意識の愛」としての看護を選ぶ決定的理由であり、外的要因を超えるものであることを明らかにした(Theodosius 2006. p.899)。

そこで、Theodosius(2006)は、無意識の感情を再発見する方法論を応用することにした。それは、患者、看護師、その他の医療専門職者を対象とする研究の中で、隠され目に見えない感情プロセスを把握するために日誌、インタビュー、参加観察を用いる相互作用的かつ無意識的アプローチの方法である。

Theodosiusは、初期の感情労働研究(Smith 1992, James 1992, 1993)は感情ワークに光を当てて可視化するというよりも、それを脇に追いや、地下に埋め込んでしまうことになってしまっているのではと懸念していた。これらの研究が行われた当時は、研究により看護のこれまで隠されていた世界と看護師になるための学びが明らかになったといわれていた。その結果、感情労働はまさに「標準化」され、看護や介護の日常用語の一部となり、それ以来、思いやりと尊厳の問題に組み込まれてきている。McClureとMurphy(2007)も、同様な点について、感情労働が看護の議論の中心となったために、自分が何者であるかとか何をして賃金を得るかということについての「自由な」議論を損なっていると、指摘している。

Theodosius(2008)は、この批判に取り組み、看護師が感じる感情の本質と、いかに自分の社会的なアイデンティティの一部を形作るかを検討する感情労働分析を行った。それは、Hochschild(1983)が最初に提示した感情管理の枠組みによって表現される表象的象徴的な形式を超えるものである。彼女はまた、看護師が複雑で

混乱した感情をパーソナルな自己と専門職としての自己の両方において自分の一部として組み込み、管理することを学ぶための支援方法を提案している。そして、これらの理論的な展望を示すために、リフレクティブな「内なる対話」を介してパーソナルなアイデンティティと社会的なアイデンティティとに折り合いをつけることに関するAcherの研究(Archer 2000)を紹介している。

2. 感情労働と感情知性

Hochschildの1983年の原著が出版されて以後、感情に関する文献に入ってきたもうひとつの考え方に、Goleman(1995)によって初めて詳述された感情知性(EI)の概念がある。Huy(1999a)は感情労働と感情知性を理論的に結び付け、とくに変革のときにあっては、感情にじっくりと注意を向けることで変化のプロセスを促進することができると示唆している(Huy, 1999b)。そして、感情は適応と変化が統合されたものであり、感情知性のある人は問題解決のために自身と他者の感情状態を認識し、利用することができると結論づけている。

Huyは「希望は感情知性の属性の一つであり、人間は目標を達成する意志と手段の両方をもっているとの信念を含んでいる。それは、人々の無関心や抑うつ状態を和らげ、挫折や逆境に耐える能力を高める」としている。

看護文献では、FreshwaterとStickley(2004)が、感情知性とケアの能力は看護行動およびケアの提供に影響すると示唆している。感情知性は、学生が看護とは何であるかを理解し、看護師として何をするのかを学ぶことにも関係すると述べられている。彼らは感情を看護カリキュラムに組み入れようという意見に賛成しているが、その議論は現在エビデンスに基づく実践、臨床的なアウトカム、全国的なスタンダードが強調される中で過小評価されてしまっている(Freshwater & Stickley, 2004, p. 94)。ここに挙げた研究者たちは、感情をカリキュラムの中で明示することは、感情知性をもった実践者の教育に必須であるとしている。

崎山(印刷中)は、Fineman(2000, 2001, 2006)

にならない、感情知性は感情ではなく、他者とやっていく能力を判断するものであり、人々との相互作用の中で感情よりも認知を変えることによってこれを達成する「積極的な」姿勢を持ちさえすればいいことを意味していると述べている。組織では、困難な状況に対処するために、そのような知性が求められている。

3. 感情を測る

英国では、どのように微笑みや思いやりを明らかに測定できるかということに関する調査研究は、NHSに申請しても、把握するのが難しすぎるという理由で過去には採択されなかった。心強いことに、現在では信頼すべきまとまったエビデンスの存在が認められている。この特別な時期は、思いやりと微笑みは看護師が持ち続けるものだけでなく、医師やその他の医療従事者の微笑みやコミュニケーションといった対人関係スキルと能力もまた患者の回復に影響を与えるということを思い出させる機会ともなる。事実、Revansの研究や、最近ではBorrillとWest(2003)がこのことを明確に示している。

目標やスピードアップに対抗するかのように、最近の医療の傾向は思いやりと尊厳を推進するようになってきている。この傾向はイングランドとスコットランドでは異なる様相を見せている。イングランドでは、Darzi卿のNHS評論「High Quality Care for All」に提案された方針の最初に、思いやり指標があげられている(保健省, 2008)。それは看護師がどれだけ患者に対して思いやりがあるかを点数化するものである。思いやりの構成要素には、微笑みの指標や共感的なケアに必要な、「他者を安心させ、気遣われていると感じさせる感情の表出や抑制」というHochschild(1983)の感情労働の定義に沿った指標が含まれている(Smith, 2008)。思いやり指標にはまた、尊厳、栄養、手洗い、安全性なども医療の質を測る重要な指標として含まれている(Griffiths et al., 2008)。

スコットランドでは、「思いやりのある看護実践を促進することによる患者ケア」の向上を目指すプロジェクトが立ち上がり、地元の女性企業家、自治体の健康保健局、地元大学が支

援している。そのプロジェクトの主眼点のひとつは、さまざまなケアの場で、思いやりのあるケアを提供するためのリーダーシップ・スキル開発を支援することである。思いやりのあるケアのナラティブを記述するために、「感情のタッチポイント(接点)」と呼ばれるテクニックが用いられている(Bate & Robert, 2007)。感情が患者、介護者、専門家にとって思いやりを高めたり、妨げたり、いい意味でも悪い意味でも大きな意味をもつことを示すために、このような物語を聞きだしていくことが重要である(<http://www.napier.ac.uk/fhlss/nmsc/compassionatecare/Pages/Home.aspx>)。

4. 安全性と感情

リーダーの聴く能力と学習する能力は、感情の認知や効果的な管理能力を促進し、ケアリングの文化の発展と密接に結びついている。環境における患者の安全性の研究(Smith et al., 2009)では、文献でも事例研究でも患者やサービス利用者は複雑なレベルのケアを必要していると指摘されている。Taylor (2006)が指摘しているように、患者や家族と接する仕事ではストレスを避けることはできないにもかかわらず、病める人々や死にゆく人々をケアする情緒的な苦労が対策の中で取り上げられることはめったにない。しかし、看護師たちは、ケアの質と安全性を結び付けるものとして、患者とケアリングの関係にあるケアリングナースについてこう語った。

「ケアリングナースは患者の安全性を高めればいいとだけ思っているわけではありません、

「患者が看護師を信頼するのは…患者との協働関係なのです」。

もし英国の保健省が質的な枠組みを実現しようとするなら、ケアの質を現実のものとするためのもう一つの機会があるだろう。しかし、エビデンスが示唆しているように、第一線で思いやりと微笑みを維持しつづけるには、ケアする人をケアするために、思いやりのある献身的で情緒的な感受性をもつリーダーシップが必要である。

VII. 結 論

今後の感情労働研究を考えると、現在日本の研究者が取り組んでいる感情についての研究を考慮することが重要である。武井教授が、私の研究を日本語に翻訳され、ご自身も本を出され、看護の感情労働の重要性を明らかにしている(Takei, 2001)。慶應義塾大学の戈木クレイグヒル滋子教授は、特に末期がんの子供たちのケアの重要性について研究されている。私は、日本と英国の経験に関する意見交換ができた大和助成プロジェクトへの彼女の協力と支援に感謝している。その他、英国と日本のホスピスの場を用いて終末期ケアとスピリチュアリティ、さらには感情の関係について事例研究をされている崎山治男先生のサリー大学でのサバティカル休暇中に意見交換の機会がもたらされた。

最後に、崎山治男先生らが立命館大学で2008年7月に開催し、私もサリー大学と広島大学のヘレン・カウィー Helen Cowie 教授と共に参加したシンポジウムについて触れて終わりにしたい(Ars Vivendi, 2009)。シンポジウムの目的は、感情労働の概念について、理論的な展望とケアや看護における感情の役割を検討するための概念的手段としての両面からレビューすることであった。ミーティングでは、さまざまな感情労働の概念について探究した。それにより、どこまで感情が許容され奨励されるか、あるいは医療の場で表現するのに適切であるとみなされるかに影響を与えているさまざまな側面が明らかになった。参加者は、感情労働に関する文献と、とくにスタッフやサービス利用者の感情面での健康やwell-being、提供されるケアの質につながる職場のいじめについての文献との理論的なつながりについても注目した。効果的なリーダーシップの役割やチームワーク、効果的な感情管理を促進し、同時にケアの質の基準を高めるような職場文化を創りあげる際の変化をどのようにマネジメントするかについても話し合われた(Ars Vivendi, 2009; Smith & Cowie [in press])。

ケアの本質に関するシンポジウムでの討論や今も続いている議論の中で、数々の重要な概念

的な問いが残された。たとえば、ケアは権利であり、専門化できるのか。感情をコントロールしたり、管理したりすることは道徳的に正しいことなのか。何が適切であり、何が許容されると誰が決めるのか。感情は組織のニーズによってコントロールされるのか。「印象操作」とは、感情が社会によってコントロールされることを意味するのか。どのように理性と感情のバランスをとるのか。感情労働の実践はアイデンティティの混乱を招くのか。それは労働なのか、愛なのか。自然におきるものか、スキルなのか。気持ちについてなのか、任務についてなのか。心から生じるものなのか、それとも頭や手から生じるものなのか。心と身体のどちらによって導かれるのか。あるいは、ケアリングは統合された全体とみなすのが適切なのか。そして最後に、最も重要な問いは「どのようにすれば、ケアと尊厳、そして思いやりに基づく文化を創り上げることができるのか」である。以上のような問いや議論は、今後にかかっている。われわれは、こうした問題に取り組むべく、今後素晴らしい研究、教育、実践のプログラムを提起するために国内外の連携や参加を進め、これからも感情労働の複雑性の発展や理解に向けての探求は続くのである。

文 献

- Allan, H., Smith, P., O' Driscoll, M., & Lorentzon, M. (2008). *Leadership for Learning: End of Project Report*. General Nursing Council Trust and University of Surrey.
- Ars Vivendi (2009). *Symposium Report: Logic and Ethics of Care: Nursing Care, Emotion and Labour*, Global Centre of Excellence (COE) Programme Ars Vivendi. Ritsumeikan University, Research Center for Ars Vivendi, Ritsumeikan University, Kyoto.
- Archer, M. (2000). *Being Human: The problem of agency*. Cambridge: Cambridge University Press
- Bate, P. & Robert, G. (2007). Toward more user centric OD: Lessons from the field of experience based design and a case study. *Journal of Applied Behavioural Science*, 43, 41-66.
- Bluebond-Lagner, M. (1978). *Private Worlds of Dying Children*. Princeton: Princeton University Press.
- Bolton, S.C. (2000). Who cares? Offering emotion work as a 'gift in the nursing labour process. *Journal of Advanced Nursing*. 32, 580-586.
- Bone, D. (2009). Displacements of Emotional Labour in Childbirth: Changing Practices of Care. In B. Hunter & R. Deery. (Eds.) *Emotions in Midwifery and Reproduction*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Borrill, C. & West, M. (2003). *Effective Human Resource Management & Lower Patient Morality*. Birmingham: Aston Business School.
- Carvel, J. (2008, June 18). 'Nurses to be rated on how compassionate and smiley they are'. *Guardian Newspaper*.
- Deary, I., Watson, R., & Hogston, R. (2003). A Longitudinal Study of Burnout and Attrition in Nursing Students. *Journal of Advanced Nursing*. 43(1), 71-78.
- Department of Health (2008). *High Quality Care for All*. London: The Stationery Office.
- Edwards, D. & Burnard, P. (2003). A Systematic Review of Stress and Stress Management Interventions for Mental Health Nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 42(2), 169-200.
- Fineman, S. (2000). Commodifying the Emotionally Intelligent . In: S. Fineman (Ed.), *Emotion in Organization* (pp.101-114). London: Sage.
- Fineman, S. (2001). Emotions and Organisational Control. In: R.L. Payne & G.L. Cooper (Eds.), *Emotion at work: Theory, Research and Applications in Management*. London: Wiley and Sons.
- Fineman, S. (2006). On Being Positive; Concerns and Counterpoints. *Academy of Management Review*. 31(2), 270-290.
- Freshwater, D. & Stickley, T. (2004). The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry*. 11, 91-98.

- Gazoni, F.M., Durieux, M.E., & Wells, L. (2008). Life after Death: The Aftermath of Perioperative Catastrophes. *Anesthesia & Analgesia*. 107(2), 591-600.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Graham, H. (1983). Caring: a labour of love. In: J. Finch & D. Groves (Eds.), *A Labour of Love: Women Work and Caring*. London: Routledge and Kegan Paul
- Griffiths, P., Jones, S., Maben, J., & Murrells, T. (2008). *State of the art metrics for nursing: a rapid appraisal*. London: National Nursing Research Unit, King's College, London.
- Hochschild, A.R. (1983). *The Managed Heart: the commercialisation of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hochschild, A.R. (2003). *The Commercialisation of Intimate Life*. Berkeley: University of California Press.
- Hunter, B. (2004). Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*. 20, 261-272.
- Hunter, B. (2005). Emotion work and boundary maintenance in hospital-based midwifery. *Midwifery*, 21, 253-266.
- Hunter, B. & Smith, P. (2007). Guest Editorial: Emotional Labour: Just another buzz word? *International Journal of Nursing Studies*. 44, 859-61.
- Huy, Q.N. (1999a). Emotional Capability and Corporate Change. *Mastering Strategy*.
- Huy, Q.N. (1999b). Emotional Capability, Emotional Intelligence and Radical Change, *Academy of Management Review*, 24, 325-46.
- James, N. (1992). Care = organisation + physical labour + emotional labour. *Sociology of Health and Illness*. 14 (4), 489-509.
- James, N. (1993). Divisions of emotional labour. In: S. Fineman (Ed.), *Emotion in Organisations* (pp.94-117). London: Sage.
- Kelly, D. (2007). The impact of bereavement on children and young people's welfare and development. In: M. Bannon & Y. Carter (Eds.), *Paediatric Problems in Primary Care Practice* (555-565). Oxford: Blackwell.
- Kelly, D., Ross, S., Smith, P. & Gray, B. (2000). Palliative Care, Bone Marrow Transplant and Emotional Labour. *Journal of Advanced Nursing*. 32(4), 952-960.
- McClure, R. & Murphy, C. (2007). Contesting the dominance of emotional labour in professional nursing. *Journal of Health Organisation and Management*, 21 (2), 101-120.
- Mcvicar, A. (2003). Workplace Stress in Nursing: A Literature Review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642.
- Magnet, J. (2003, December). What's Wrong with Nursing? *Prospect*.
- Menzies, I.E.P (1960). A case study of the functioning of social systems as a defence against anxiety. A report on the study of a nursing service of a general hospital. *Social Relations*, 13, 95-121.
- Revans, R.W. (1964). *Standards for Morale: Cause and Effect in Hospitals*. Nuffield Hospitals Trust, Oxford: Oxford University Press.
- Sakiyama, H (in press). When emotional labour becomes 'good': the use of Emotional Intelligence. *International Journal of Work, Organisation and Emotion*.
- Smith, P. (1992). *The Emotional Labour of Nursing: how nurses care*. Basingstoke: Macmillan.
- Smith, P. (2008). Compassion and smiles: what's the evidence? *Journal of Research in Nursing*, 13(5), 367-370.
- Smith, P., & Cowie, H. (In press). Perspectives on emotional labour and bullying: Reviewing the role of emotions in nursing and healthcare. *International Journal of Work, Organisation and Emotion*.
- Smith, P., Pearson, P.H., Ross, F. (2009). Emotions at Work: What is the link to patient and staff safety? Implications for nurse managers in the NHS. *Journal of Nursing Man-*

agement. 17, 230-237.

Takei, A. (2001). *Emotion and Nursing: Meaning of Caring for People as a Profession*. Japan: Iagaku-Shoin.

Taylor, D. (2006). 'What immortal hand or eye has framed their fearful symmetry?' Paper presented at *Governed State of Minds: Thinking Psychoanalytically*, St. Hugh's College Oxford, UK, 24-25 March 2006.

Theodosius, C. (2006). Recovering emotion from emotion management. *Sociology*, 40(5), 893-910.

Theodosius, C. (2008). *Emotional Labour in Health Care: The Unmanaged Heart of Nursing*. London: Routledge.

Reference Web Site

WORKING WITH EMOTIONS NETWORK (EMNET)

<http://www2.surrey.ac.uk/fhms/research/centres/crnme/expertise/#emotions>

JOURNALS

The International Journal of Work Organisation and Emotion

<https://www.inderscience.com>

Emotion Space and Society

<http://www.elsevier.com/wps/locate/emospa>

The Emotional Labour of Nursing: The current situation and hereafter

This Article is based on a Paper presented at the Japanese Red Cross College of Nursing Tokyo, June 30th 2009

Pam Smith

General Nursing Council Trust Professor of Nurse Education

The Centre for Research in Nursing and Midwifery Education

Faculty of Health and Medical Sciences

University of Surrey

Guildford

Surrey GU2 7TE

UK

Abstract

This paper reviews the literature on emotions, nursing and health care covering Menzies' (1960) psychoanalytic study of student nurse attrition, Hochschild's (1983) original emotional labour study of flight attendants and Smith's (1992) application to nursing. The recent compassion and smiles agenda within UK nursing and healthcare and new conceptualizations of emotional labour are also discussed with illustrative case studies and commentaries. The paper concludes with an invitation to set the new emotions agenda within the context of interdisciplinary research, education and practice networks both nationally and internationally.

I. The Current Situation

In the UK, compassion and smiles have been placed very firmly on the National Health Service Agenda. A national newspaper headline in June 2008 read: 'Nurses to be rated on how compassionate and smiley they are'. The ensuing article stressed the importance of nurses' compassion and smiles to ensure patients receive good care, which in turn may aid their recovery (Carvel, 2008). Although such statements are portrayed as news, research since the 1960s has shown similar tendencies.

Revans' (1964) research reported how high standards of morale in hospitals had a positive impact on nurses and patients. Good communication between all grades of staff was a key finding. One indicator of good communication identified in the research was the frequency with which the ward sister had contact with student nurses. In those hospitals with high morale, recruitment and retention were good while student nurse attrition, sickness rates and absenteeism were low. Patient stays were also shorter. Revans concluded that staff well-being was closely associated with that of patients.

This association has been confirmed in subsequent studies and in my own research in the 1980s sisters were described as critical because of the influence they were seen to have on 'how the students work and on the way they feel, their morale'. Patients were reported to be aware if there was a tense atmosphere on a ward, which filtered down to them and made them feel 'unhappy whereas on other wards they're much more relaxed'. As one patient observed 'if staff work well with sister then the atmosphere of the ward is well' (Smith, 1992, pp. 79-80).

Research by Borrill and West (2003) continues to report the importance of good morale among staff and the positive effects it has on patients. One of the key findings for Borrill and West (2003) was effective team working and

the importance of good working relationships between all professional groupings. Significantly those hospitals with effective staff management, including appraisals and a higher percentage of staff working in teams showed lower patient mortality.

The importance of looking at total systems of nursing care is not to be underestimated and Isabel Menzies' (1960) classic work is critical here. Menzies (1960) described ways that nurses caring for seriously ill patients would focus on routines and organizational procedures to protect them from engaging directly with patients' emotions as a way of managing their anxiety. She wrote: 'The nursing service attempts to protect the nurse from the anxiety of her relation with the patient by splitting up her contacts with them'.

Kelly in applying Menzies' analysis to the care of children suggested that children with chronic conditions became very familiar with the routines and learnt to read their meaning with the result that nurses could no longer easily hide behind them (Kelly, 2007). Researchers who have worked with children with cancer have shown that even from a very young age they may learn how to read non-verbal cues about their situation very effectively. For example Bluebond-Langner (1978), described the way that children on a cancer unit gradually learned to associate particular procedures (such as lumbar punctures) with advancing disease, treatment failure, and an increased likelihood of dying from their disease.

Therefore nurses protecting themselves in the way Menzies described may not work in certain settings. Even when systems for managing anxiety are effective, asking nurses to be compassionate and smile may actually require them to dismantle them. However, there are ways to create alternative systems to manage that anxiety as my research with student nurses showed. The expectation that nurses smile and are com-

passionate is a form of emotional labour, which has generated a lively debate about the impact of emotional labour on nurses' own emotional well-being and the importance of ward sisters to ensure nurses feel safe and cared for so they in turn can care for patients. Is for example asking them to be compassionate and smile demanding even more emotional labour over and above their normal workload?

II. Emotional labour

What is emotional labour? It is an under-reported, invisible component of service sector 'people' work largely undertaken by women. Emotional labour can also be used to explore the feeling rules within an organisation required to sustain relationships in situations that are often demanding and difficult. In a ground-breaking study of the work of flight attendants, Hochschild (1983, p. 7) describes emotional labour as 'The induction or suppression of feeling in order to sustain an outward appearance that produces in others a sense of being cared for in a convivial, safe place'.

Characteristics of emotional labour jobs include: Face to face or voice to voice (and internet) contact with the public. Requirement by the worker to produce an emotional state in another e.g. gratitude or fear. The employer may exercise a degree of control over the emotional activities of their employees through training and supervision.

Hochschild's ideas have captured the sociological imagination, and diverse disciplines and occupations have embraced her middle range theory, highlighting emotions as a legitimate area of study.

Emotional labour varies with context in which different feeling rules apply and deep and surface acting are required to produce different external behaviours which do not always match internal feelings. Emotional labour gives a lan-

guage and meaning to care and offers a device to understand the emotional work undertaken by a range of workers and describe the variations in how different types of work are valued and recognised. A literature review shows that the concept has been applied to a wide range of disciplines and occupations such as bankers, social workers, call centre operators, doctors, care assistants and midwives as well as nurses. There are also indications of a widening field in terms of emotional intelligence, and emotions in organisations, with important and urgent implications for leadership, management and practice.

Graham (1983) links emotions, feeling and caring in her accounts of women's paid and unpaid work as 'a labour of love'. She says:

'Everyday conversations about caring are conversations about feelings. When we talk about caring for someone we are talking about our emotions'.

In my study of nursing, Hochschild's definition of emotional labour proved particularly important to describe complex and nuanced situations, 'the little things' that would otherwise go unnoticed. Students referred to 'the little things' that made a qualitative difference to older patients' lives; little things such as manicuring their nails, making sure their hearing aids worked and their spectacles were clean.

However, these 'little things' or 'gestures of caring' are difficult to capture and slip by unnoticed in the hustle and bustle of ward life (Smith, 1992, p. 1). So why then do they make such a difference as to how people feel? And why do we tend to describe them as 'little'? One explanation lies in the gender stereotyping of care as women's natural work, which keeps it invisible and undervalued and on the margins of high-tech medically defined cure/care (Smith, 1992, p. 2). This is why the UK government's endorsement of the compassionate work required of nurses is so important to bring those 'little things' to

the centre of care. I was also able to make the link between caring, emotions and feelings as expressed by one student nurse who described the caring ward as a place to learn to care. She concluded: 'When I know the ward sister cares then I feel a bit more at ease. Otherwise I feel I have to take the whole caring attitude of the whole ward on my shoulders'.

III. A follow up study—Leadership for learning in the 2000s

In 2007 I undertook a follow up study to find out who currently leads learning and caring in the wards (Allan et al 2008). UK student nurses are no longer counted in the workforce as they were when I undertook my original study and they spend 50% of their time in practice and 50% in the university. Ward sisters' roles have changed and their work includes increased management responsibilities which take them away from patients and nurses. Students are supervised by clinical mentors who also care for patients.

We also found that for student nurses 'the little things' still matter. A third year student described noticing 'the little things' as a quality that every nurse needed to develop. She said: 'you notice the little things and not everybody does'. Recalling an incident from her current ward experience she said: 'one of the patients had his wedding anniversary yesterday, after being married 42 years. When his wife came in I wished her "happy anniversary". She was pleased I remembered and she said it made a difference'.

Another student described that making a difference to patients meant 'a lot of the little things and I like chatting to patients and asking them if they're alright, if they slept okay, have they got any worries?'

'The little things' were also described by an educator as part of being a good mentor and necessary for developing positive relationships with

students. She said: 'I think the students value just being made welcome and little things like being shown where the off duty is and where they can put their coat and it's the friendly side of it, yeah. They do appreciate that'.

The study also showed that the way in which health care is organized and managed has changed since I undertook my study in the 1980s. Ward managers reported that their role had been affected by the target driven nature of modern health care committed to efficiency and effectiveness and evidence based health care. This view is apparent in the following quote from a nurse manager who had previously worked as a ward sister (head nurse) and explained how her role had changed over the past 20 years. She said:

'Obviously the NHS climate has changed since 2001. I think the target culture is here and is unavoidable. It's financial'

She described how the priorities had changed with 'frightening' consequences:

'One of the priorities is to increase discharges and there's no mistake made about that to make sure discharges were going through to increase the throughput in the hospital and you become a sort of, I don't know—what would you call it? ... You're just like an automaton, I sometimes come into the ward and I'm looking at the board with the list of patients as numbers and I get quite frightened sometimes because I'm forgetting that they're people and I have to pull back'.

In this instance the ward manager felt she was being turned into an 'automaton' as a result of what Bolton (2000) terms 'prescriptive' emotion management a form of emotional labour dictated (in this case) by organisations to increase patient throughput and discharge. During fieldwork we observed that the target driven health service was associated with commercialization

and ‘speed up’ and had had an impact on the current mode of care delivery in the wards indicated by a move away from a holistic approach to care that had been apparent when I had undertaken my study in the 1980s, to a modified form of task allocation in order to meet targets (Allan et al., 2008). This form was linked to a need to carve the work up into a series of tasks (such as discharges) to ensure that these targets were met. The example above illustrates the frightening effects this may have for one ward manager who began to see ‘patients as numbers’.

IV. The care deficit: or learning to live without care

Arlie Hochschild has suggested that the commercialisation of care work and ‘speed up’ in a globalized health economy has resulted in a ‘care deficit’ (Hochschild, 2003). Hochschild (2003) has identified four different types of care characterised as distinct models which she suggests ‘appear in public discourse on social policy and so provide a tool for decoding that discourse’ (p. 218). The models appear along a cultural continuum from ‘traditional’, ‘post modern’, ‘cold modern’ and ‘warm modern’ solutions to the care deficit which at its extreme is to learn to live without care.

The traditional solution reverses the changes that have taken place in women’s entry into the workforce and places them very firmly back in the home, absolving men from any of the responsibility to care. The post modern solution demands the removal of the central image of the caring mother figure, leaving men and women in the workforce and the need for all sectors of society to learn to live without care. Cold modern institutionalises all forms of human care while the warm modern model values care at the individual, family and public level.

Bone (2009) differentiates between the emotional labour of nurses as ‘therapeutic’

and that of flight attendants which she sees as ‘instrumental’. However she also notes that changes in the US health care system have had a negative impact on the emotional labour of nurses where ‘cost containment, medical control and profit making’ have eclipsed ‘those types of work that prioritize interpersonal and psychosocial care’ (Bone, 2009. p. 57). Bone concludes that nurses therefore alter the care they give and patients must often learn how to do without’. This situation she attributes to the conversion of many health and human services into commodities which in turn reduces the availability of both paid and unpaid carers resulting in an extreme ‘care deficit’ (Hochschild, 2003). This state of affairs is very obvious to Bone in the context of her US studies but is becoming increasingly obvious in the UK and elsewhere.

Billie Hunter and I argued that although the language of emotions may have been adopted by educationalists and policy makers, it may have ‘had less impact on the day to day realities of nursing and midwifery education and practice, especially within increasingly standardised and outcome driven health services’. In other words, what we may be seeing is a semantic change, rather than an actual change of structures, processes and outcomes within health care (Hunter & Smith, 2007). We also noted that within nursing, emotional labour is particularly needed when working in distressing situations. Such situations arise when caring for terminally ill patients (James, 1992), patients in pain and experiencing loss (Smith, 1992) or patients in transition from the high-tech heroics of bone marrow transplant to palliative care (Kelly, et al., 2000). It is important therefore to identify ways of managing stress and preventing burnout in nurses and other health workers.

V. Managing stress in nurses and others

Evidence can be found concerning the

nature of stress in nurses (Dreary et.al., 2003; McVicar, 2003) as well as media reports about growing patient dissatisfaction with care from nurses (Magnet, 2003). It is interesting to note that patients and staff report dissatisfaction with similar aspects of the health and social care environment such as not being listened to, respected or supported (Edwards & Burnard, 2003). There is further evidence provided by Gazoni and colleagues (2008) that demonstrates the need for systems to support staff in particularly stressful specialties such as anaesthesiology where the physician (and by inference nurse specialists) have to deal with the emotional impact of catastrophic events resulting in patient death. These authors identified evidence-based strategies including training programmes and open communication among colleagues, patients and their families to address profound emotions such as grief and guilt.

I found that tutorials and seminars in some clinical areas led by skilled mentors could play an important part in helping students learn about and manage their emotions (Smith 1992:105). For example: 'Yesterday we had a session on the ward with one of the social workers and our teacher. It is very stressful on there because the patients are very young and are dying of cancer. It was very useful. We could just say what we like and you realise it is not just you that feels stressed but probably everyone is feeling the same'.

Within midwifery, Hunter found that it was managing the dissonance generated by the co-existence of conflicting ideologies of practice that was the key source of emotional labour (Hunter, 2004, 2005) and that the students' mentors could either enhance or hinder this situation.

VI. The Hereafter

1. New conceptualisations of emotional labour

Bolton's theoretical developments of emotional labour over the last decade (Bolton, 2000) have already been referred to and she has made important contributions to unravelling the complexity of emotions in health care in general and nursing in particular. Bolton proposes a typology of workplace emotions and a range of motivational factors at individual and organisational level. Bolton (2000) suggests there are four types of emotion management which I interpret as motivational factors: presentational (emotion management according to general social 'rules'); philanthropic (as in emotion management given as a gift); prescriptive (emotion management as prescribed by organisations/professional rules of conduct—as the above example shows) and pecuniary (the performance of emotion management for gain).

What is particularly appealing in Bolton's analysis was the idea of emotional labour as a gift given for 'philanthropic' reasons by the gynaecology nurses in her study. The nurses described the use of humour in a therapeutic way giving the patients the opportunity to have a laugh in an 'emotionful place' that was a 'woman's world'.

Bolton's analysis also confirms my own view that emotion management is shaped by clinical context. A ward sister confirmed: 'The essential basis of nursing is caring. You can't be a nurse if you don't care' (Bolton, 2000, p. 583). Bolton adds a helpful dimension by demonstrating how there may be an interaction between the different levels of emotion management: as individuals, the nurses were prepared to give patients extra time if they required it but at the same time worked hard to enact professional feeling rules to present the image of a professional carer.

Theodosius (2006, 2008) claims that emotion management although conceptually innovative in its time has potentially limited the

relational aspects of emotion in particular the unconscious processes taking place during patient-nurse interaction. She also reveals that working with emotions is integral to the way in which nurses construct their personal identity which goes beyond external factors to the very reasons why they choose to do nursing in the first place such as ‘unconscious love’ (Theodosius, 2006, p.899).

Theodosius (2006) decided therefore to apply a methodology that recovered the unconscious emotions by applying an interactive and unconscious approach in the field working with patients, nurses and other health care professionals to capture hidden and invisible emotion processes using diaries, interviews and participant observation. Theodosius was concerned that the earlier emotional labour research (Smith, 1992; James, 1992, 1993) had rather than exposing emotion work and making it visible it had succeeded in marginalising it and driving it underground. At the time of these early studies it could be argued that they revealed a hitherto hidden world of nursing and learning to be a nurse. Subsequently emotional labour may indeed have become ‘normalised’ and part of the everyday language of nursing and care work that has since been incorporated into the compassion and dignity agenda. McClure and Murphy (2007) make a similar point suggesting that emotional labour has dominated the nursing discourse and detracts from what is given ‘freely’ as part of who one is and what one is paid to do.

Theodosius (2008) has addressed this critique to extend the emotional labour analysis to examine the nature of emotions that nurses feel and how they form a part of their social identity which goes beyond the presentational symbolic forms expressed through the emotion management framework first inspired by Hochschild (1983). She also suggests ways that nurses can be supported to learn to incorporate and manage complex, messy emotions as part of who

they are in terms of both their personal and professional self and draws on Acher’s work on personal and social identity mediated through reflexive ‘inner dialogue’ to develop these theoretical perspectives (Archer 2000).

2. Emotional labour and emotional intelligence

Another aspect that has entered the emotions literature since the publication of Hochschild’s original 1983 study is the concept of emotional intelligence first described at length by Goleman (1995). Huy (1999a) has connected emotional labour and emotional intelligence theoretically and suggests that particularly at times of change the process of change can be facilitated by judicious attention to emotions (Huy, 1999b). He concludes that emotions are an integral part of adaptation and change and emotionally intelligent individuals are able to recognise and use their own and others’ emotional states to solve problems.

Huy identifies ‘hope as an attribute of emotional intelligence and implies a belief that one has both the will and the means to accomplish one’s goals. It buffers people against apathy and depression and strengthens their capacity to withstand defeat and persist in adversity’.

In the nursing literature, Freshwater and Stickley (2004) suggest that emotional intelligence and the capacity to care influences nursing behaviours and the delivery of care. Emotional intelligence is, they suggest, also linked to what students understand nursing to be and what student nurses learn to do as nurses. They argue for the incorporation of emotions into the nursing curriculum, which have been marginalised by the current emphasis on evidence-based practice, clinical outcomes and national standards (Freshwater & Stickley 2004, p. 94). These authors conclude that making emotions explicit in the curriculum is essential to educate the emotionally intelligent practitioner.

Sakiyama (in press) following Fineman

(2000, 2001, 2006) argues that emotional intelligence is not about emotions but about judging people's ability to deal with others implying they must only have a 'positive' attitude in their interactions achieving this by changing their cognition rather than their emotions. Such intelligence is desired by organisations in order to deal with difficult situations.

3. Measuring emotions

Research applications within the UK National Health Service to investigate how smiling and compassion may be sensitively measured have been rejected in the past as too difficult to capture. It is encouraging to recognise that a substantial body of evidence now exists to be drawn on. This unique moment in time also offers an opportunity to remember that compassion and smiles are not only the preserves of nurses but the interpersonal skills and ability to smile and communicate among medical and other colleagues also have an impact on patient recovery. Indeed, the work of Revans and more recently Borrill and West (2003) give clear indications of this.

As if to counteract targets and subsequent speed up, a recent trend within the health service has been to promote compassion and dignity. This trend has taken on different perspectives in England and Scotland. In England a compassion index, the first of several initiatives proposed in Lord Darzi's NHS Review High Quality Care for All (Department of Health, 2008), scores how compassionate nurses are towards patients. Components of compassion include indicator smiles and by inference the emotional labour defined by Hochschild (1983) as 'the induction or suppression of emotions to make others feel safe and cared for' required to give empathetic care (Smith 2008). The compassion index also includes measures of dignity, good nutrition, hand washing and safety as key indicators of quality care (Griffiths et al., 2008).

In Scotland a project to enhance 'patient care by promoting compassionate nursing practice' has been set up and supported by a local business woman, the local Health Board and a local University. One of the key strands of the project is to support the development of leadership skills to provide compassionate care in a range of care settings. A technique called 'emotional touch points' is being used to identify and describe narratives of compassionate care (Bate & Robert, 2007). It is important to elicit these stories to show the difference emotions make to patients, carers and professionals in both positive and negative ways to enhance or hinder compassion. (<http://www.napier.ac.uk/fhlss/nmsc/compassionatecare/Pages/Home.aspx>)

4. Safety and emotions

The capacity of leaders to listen and learn facilitates the recognition and effective management of emotions and is germane to the development of a caring culture. In a study of patient safety (Smith et al., 2009) in the environments described in both literature and case studies, patients and service users require complex levels of care and as Taylor (2006) argues the emotional toil of caring for people in sickness and as they die is rarely referred to in policy even though stress is inevitable when working with sick patients and their relatives. However nurses described the caring nurse who engaged in caring relationships with patients as the link between quality and safety: 'A caring nurse is more than willing to promote patient safety' and 'It's a joint relationship with the patients—they trust you'.

Given the commitment by the UK Department of Health to make the quality framework happen there is another chance to make quality a reality. However, as the evidence suggests, compassionate, committed and emotionally sensitive leadership is required to ensue compassion and smiles at the frontline so as to care for

those who care.

VII. Conclusion

In looking to the hereafter of the emotional labour research, it is important to consider the work on emotions currently being undertaken by scholars in Japan. Professor Takei identified the importance of emotional labour of nursing when she translated my study into Japanese and then published her own book (Takei, 2001). Professor Shigeko Saiki-Craighill at Keio University is researching the importance of care for children with cancer particularly at the end of their lives. I am grateful for her collaboration and support in a Daiwa funded project which permitted us to exchange experiences in Japan and England. Other opportunities for exchange and dialogue came during Dr Haruo Sakiyama's sabbatical at the University of Surrey where he studied the relationship between end of life care, spirituality and emotions, using the hospice setting in both UK and Japan as case studies.

I would like to conclude by referring to a symposium organized in July 2008 by Dr Haruo Sakiyama and colleagues from Ritsumeikan University in which I participated together with Professor Helen Cowie from the Universities of Surrey and Hiroshima (Ars Vivendi, 2009). The purpose of the symposium was to review the concept of emotional labour both from a theoretical perspective and as a conceptual device for examining the role of emotions in care and nursing. The meeting explored a range of perspectives on the concept of emotional labour, each of which identified different aspects that influence the extent to which emotions are permitted, encouraged or deemed appropriate to be expressed in healthcare settings. Participants looked at the theoretical links between the emotional labour literature and the workplace bullying literature with specific reference to the emotional health and wellbeing of staff and service users, and to

the quality of the care being provided. The role of effective leadership, team working and the management of change in creating a workplace culture which facilitates effective management of emotions and at the same time promotes high standards of quality care was also discussed (Ars Vivendi, 2009; Smith & Cowie [in press]).

We were left with a number of important questions raised by the symposium panel and ongoing debates about the nature of care such as: is care a right so can it be professionalised? Is it morally right to control or manage emotions? Who decides what is appropriate and what is permissible? Are emotions controlled by the needs of the organization? Does 'impression management' mean that emotions are controlled by society? How do we keep the balance between rationality and emotion? Can the practice of emotional labour lead to a confusion of identity? Is it labour or is it love? Is it natural or is it a skill? Is it about feelings or tasks? Does it come from the heart, the head or the hand? Is it guided by mind or body? Or is it more appropriate to view caring as an integrated whole? Finally and most importantly the question was asked as to how a culture founded on care, respect and compassion could be created? These questions and debates are our hereafter as we continue our quest to develop and understand the complexity of emotional labour by setting a new agenda to support ongoing national and international collaboration and participation to address these issues to inform a future programme of inspired research, education and practice.

REFERENCES

- Allan, H., Smith, P., O' Driscoll, M., & Lorentzon, M. (2008). *Leadership for Learning: End of Project Report*. General Nursing Council Trust and University of Surrey.
- Ars Vivendi (2009). *Symposium Report: Logic and Ethics of Care: Nursing Care, Emotion and Labour*, Global Centre of Excellence

- (COE) Programme Ars Vivendi. Ritsumeikan University, Research Center for Ars Vivendi, Ritsumeikan University, Kyoto.
- Archer, M. (2000). *Being Human: The problem of agency*. Cambridge: Cambridge University Press
- Bate, P, & Robert, G. (2007). Toward more user centric OD: Lessons from the field of experience based design and a case study. *Journal of Applied Behavioural Science*, 43, 41-66.
- Bluebond-Lagner, M. (1978). *Private Worlds of Dying Children*. Princeton: Princeton University Press.
- Bolton, S.C. (2000). Who cares? Offering emotion work as a 'gift in the nursing labour process. *Journal of Advanced Nursing*. 32, 580-586.
- Bone, D. (2009). Displacements of Emotional Labour in Childbirth: Changing Practices of Care. In B. Hunter & R. Deery. (Eds.) *Emotions in Midwifery and Reproduction*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Borrill, C. & West, M. (2003). *Effective Human Resource Management & Lower Patient Morality*. Birmingham: Aston Business School.
- Carvel, J. (2008, June 18). 'Nurses to be rated on how compassionate and smiley they are'. *Guardian Newspaper*.
- Deary, I., Watson, R., & Hogston, R. (2003). A Longitudinal Study of Burnout and Attrition in Nursing Students. *Journal of Advanced Nursing*. 43(1), 71-78.
- Department of Health (2008). *High Quality Care for All*. London: The Stationery Office.
- Edwards, D. & Burnard, P. (2003). A Systematic Review of Stress and Stress Management Interventions for Mental Health Nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 42(2), 169-200.
- Fineman, S. (2000). Commodifying the Emotionally Intelligent . In: S. Fineman (Ed.), *Emotion in Organization*, pp. 101-114. London: Sage.
- Fineman, S. (2001). Emotions and Organisational Control. In: R. L. Payne & G. L. Cooper (Eds.), *Emotion at work: Theory, Research and Applications in Management*. London: Wiley and Sons.
- Fineman, S. (2006). On Being Positive; Concerns and Counterpoints. *Academy of Management Review*. 31(2), 270-290.
- Freshwater, D. & Stickley, T. (2004). The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry*. 11, 91-98.
- Gazoni, F.M., Durieux, M.E., & Wells, L. (2008). Life after Death: The Aftermath of Perioperative Catastrophes. *Anesthesia & Analgesia*. 107(2), 591-600.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Graham, H. (1983). Caring: a labour of love. In: J. Finch & D. Groves (Eds.), *A Labour of Love: Women Work and Caring*. London: Routledge and Kegan Paul
- Griffiths, P., Jones, S., Maben, J., & Murrells, T. (2008). State of the art metrics for nursing: a rapid appraisal. London: National Nursing Research Unit, King's College, London.
- Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart: the commercialisation of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hochschild, A. R. (2003). *The Commercialisation of Intimate Life*. Berkeley: University of California Press.
- Hunter, B. (2004). Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*. 20, 261-272.
- Hunter, B. (2005). Emotion work and boundary maintenance in hospital-based midwifery. *Midwifery*, 21, 253-266.
- Hunter, B. & Smith, P. (2007). Guest Editorial: Emotional Labour: Just another buzz word? *International Journal of Nursing Studies*. 44, 859-61.
- Huy, Q. N. (1999a). Emotional Capability and

- Corporate Change. Mastering Strategy.
- Huy, Q. N. (1999b). Emotional Capability, Emotional Intelligence and Radical Change, *Academy of Management Review*, 24, 325-46.
- James, N. (1992). Care = organisation + physical labour + emotional labour. *Sociology of Health and Illness*. 14 (4), 489-509.
- James, N. (1993). Divisions of emotional labour. In: S. Fineman (Ed.), *Emotion in Organisations*, pp. 94-117. London: Sage.
- Kelly, D. (2007). The impact of bereavement on children and young people's welfare and development. In: M. Bannon & Y. Carter (Eds.), *Paediatric Problems in Primary Care Practice*, 555-565. Oxford: Blackwell.
- Kelly, D., Ross, S., Smith, P. & Gray, B. (2000). Palliative Care, Bone Marrow Transplant and Emotional Labour. *Journal of Advanced Nursing*. 32(4), 952-960.
- McClure, R. & Murphy, C. (2007). Contesting the dominance of emotional labour in professional nursing. *Journal of Health Organisation and Management*, 21 (2), 101-120.
- Mcvicar, A. (2003). Workplace Stress in Nursing: A Literature Review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642.
- Magnet, J. (2003, December). What's Wrong with Nursing? Prospect.
- Menzies, I.E.P (1960). A case study of the functioning of social systems as a defence against anxiety. A report on the study of a nursing service of a general hospital. *Social Relations*, 13, 95-121.
- Revans, R. W. (1964). *Standards for Morale: Cause and Effect in Hospitals*. Nuffield Hospitals Trust, Oxford: Oxford University Press.
- Sakiyama, H (in press). When emotional labour becomes 'good': the use of Emotional Intelligence. *International Journal of Work, Organisation and Emotion*.
- Smith, P. (1992). *The Emotional Labour of Nursing: how nurses care*. Basingstoke: Macmillan.
- Smith, P. (2008). Compassion and smiles: what's the evidence? *Journal of Research in Nursing*, 13(5), 367-370.
- Smith, P., & Cowie, H. (In press). Perspectives on emotional labour and bullying: Reviewing the role of emotions in nursing and healthcare. *International Journal of Work, Organisation and Emotion*.
- Smith, P., Pearson, P.H., Ross, F. (2009). Emotions at Work: What is the link to patient and staff safety? Implications for nurse managers in the NHS. *Journal of Nursing Management*. 17, 230-237.
- Takei, A. (2001). *Emotion and Nursing: Meaning of Caring for People as a Profession*. Japan: Iagaku-Shoin.
- Taylor, D. (2006). 'What immortal hand or eye has framed their fearful symmetry?' Paper presented at *Governed State of Minds: Thinking Psychoanalytically*, St. Hugh's College Oxford, UK, 24-25 March 2006.
- Theodosius, C. (2006). Recovering emotion from emotion management. *Sociology*, 40(5), 893-910.
- Theodosius, C. (2008). *Emotional Labour in Health Care: The Unmanaged Heart of Nursing*. London: Routledge.

Reference Web Site

WORKING WITH EMOTIONS NETWORK (EMNET)

<http://www2.surrey.ac.uk/fhms/research/centres/crnme/expertise/#emotions>

JOURNALS

The International Journal of Work Organisation and Emotion

<https://www.inderscience.com>

Emotion Space and Society

<http://www.elsevier.com/wps/locate/emospa>