

台灣天主教醫院護理人員情緒勞務及 心理健康之關係

李卿雲¹ 謝碧晴² 蘇慧芳^{2,*}

目標：探討台灣天主教醫院護理人員情緒勞務和心理健康之間的關係。**方法：**橫斷式、相關性研究，研究對象為6家天主教醫院。以林尚平之情緒勞務量表與世界衛生組織發展的心理健康自評問卷Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20)，於2010年7月1日到2010年10月30日蒐集資料。**結果：**共有653位護理人員進入研究，其中有效問卷624份(95.56%)。以SPSS 18.0之描述性、變異數分析、相關及迴歸等統計檢測後發現：(1)護理人員情緒勞務負擔程度偏高($M \pm SD = 5.41 \pm 1.19$)；心理健康狀況不理想($M \pm SD = 2.81 \pm 1.05$)，SRQ-20 50.4分；(2)情緒勞務的基本情緒表達、表層情緒控制及心理健康會因教育程度、職務與科別之不同而呈現統計上顯著差異；(3)年齡、年資與基本情緒表達、表層情緒控制及心理健康呈顯著高度正相關；年齡與深層情緒偽裝呈顯著低度正相關；(4)基本情緒表達、表層情緒控制、互動程度、深層情緒偽裝與心理健康呈顯著高度正相關；(5)情緒勞務可解釋心理健康狀況21%變異量。**結論：**護理人員情緒勞務負擔程度偏高、心理健康狀況不理想。所以，醫療產業對此應加以重視。(台灣衛誌 2013；32(2)：140-154)

關鍵詞：天主教醫院、護理人員、情緒勞務、心理健康

前 言

行政院主計總處2011年「國民經濟動向統計季報」資料顯示，2010年服務業已為各產業之冠(67.05%)[1]；由此得知服務業已成為經濟社會的主流，且從業人數逐年增加。服務業是勞力密集的產業，所強調的是「無形」的服務品質，而在服務業中最重視顧客的感受；提供優質的服務給顧客，能增加顧客滿意度，為組織建立良好形象，同時也能促進組織效率[2]。所以，第一線服

務人員被要求要提供良好的服務品質給顧客，且常須要協調-控制，甚至壓抑自己的情緒，此過程即為「情緒勞務」工作特性；因此，員工在長期執行情緒勞務工作時，容易形成內在情感與組織情緒規則兩者間之衝突，而無法順利自我調適，以致產生「情緒勞務負荷」的情形。長期而言對於個人身心將會產生負面效果，甚至會降低個人工作績效[3]。最近十年來，心理健康議題，已是全世界所關注的焦點，WHO 2001年世界健康報告(World Mental Report)中明定主題為「Mental Health: New Understanding, New Hope」，並以「心理衛生」為四月世界健康日(World Health Day, WHD)的主題[4]。

在健康照護專業中，護理人員也是一種典型且高情緒勞務負擔者，其服務對象以病人為主，在繁重服務過程中，必須掩飾或壓抑其真實感受，常被要求保持良好態

¹ 天主教靈醫會羅東聖母醫院護理部

² 國立台北護理健康大學健康事業管理系(所)

* 通訊作者：蘇慧芳

聯絡地址：台北市萬華區內江街89號

E-mail: suhf@ntunhs.edu.tw

投稿日期：101年7月10日

接受日期：102年1月18日

度和情緒，以提供專業服務，其工作上所感受的任何情境(包括情緒)，常直接或間接地影響其言行和心理狀態[3]。然而，依據行政院衛生署2008年研究顯示護理人員實際離職原因，包括薪資低、人員關懷及專業成長發展；中華民國護理師護士公會全國聯合會(以下簡稱全聯會)2010年8月進行現職護理人員工作滿意度調查結果，護理人員對目前工作滿意度平均61.2分，三年內留任的可能性17.9%，最不滿意的前三項是「薪資福利與獎勵不足」(57.46%)、「工作量大」(55.78%)和「責任重壓力大」(31.34%)[5]。

另依據行政院衛生署2010年底醫療機構服務量專案調查結果顯示，有6成以上醫院有招募困難，醫療執業環境日趨惡劣，護理人力發展失衡與護病比爭議不斷；另外，全聯會於2011年3月針對90家醫療機構調查招募護理人員之困難與缺額情形，發現88.9%之醫院表示護理人員招募困難，其中27.78%之醫院表示非常困難，平均缺額6.42-9.30%，依據文獻顯示醫院空缺率若超過5%，則表示醫院有護理人員短缺的情形[5]。甚而，造成護理人員工作負荷重、工作壓力高；再加上健保制度實施後，「住院天數按照病情嚴重性來計算，只要超過健保規定的住院天數，醫院就得自行吸收成本，於是醫院會將術後照顧濃縮在短時間內要求護理人員完成。」這都對護理人員的心理造成很大影響。同時，勞委會在2011年公佈醫療產業名列高壓產業，超時工作違規率由去年5.6%上升至8%，讓救人的熱血醫院淪為血汗工廠[6]；如此看來，員工的心理健康岌岌可危。

依上述，護理人員不僅提供專業性技術也給予醫護服務和照顧，更是需要表現出關懷、安定的情緒以安撫病人，在這樣情緒下，本身的情緒勞務負擔相當吃重，加上在此不利的勞動工作環境之下，長期而言，除了對個人的身心產生影響，也可能對工作表現有所影響。因而引發本研究探討護理人員情緒勞務和心理健康之間的關係，希望管理階層能重視及協助護理人員調節情緒，進而提升心理健康，甚而助益於醫療服務品質，

促進良好之護病關係，並對醫院經營帶來正面影響。

回顧國內外相關文獻，仍有一些缺失：第一，探討情緒勞務之結果變項多集中在組織或個人的工作相關變項，例如：工作滿意、工作績效、情緒耗竭、工作倦怠、組織承諾及衝突等，欠缺個人心理健康的變項。第二，情緒勞務相關研究大多僅以單一機構或少數樣本為對象，使研究外推性降低；以一般產業為例，國內學者王明元等人於2008年以劍湖山王子飯店及嘉義王子飯店的全體員工為研究對象，探討情緒勞務負擔與職業倦怠之相關性[7]；若能增加調查機構與樣本數，將可改善此缺憾。第三，情緒勞務之探討多以一般服務業為主，醫療產業作為研究對象之探討極少，曾有劉雅惠和劉偉文在2009年以中部某醫學中心之護理人員為對象，以問卷調查情緒勞務及工作壓力概況[8]。由於醫院產業與一般產業仍有其異質性，因為醫院服務對象幾乎是身體病痛、無助的病人，除需具備專業性，更需高度愛心與耐心，若將一般產業之研究結果推論到醫療產業，其適當性可能遭受質疑。第四，情緒勞務研究大多以單一構面，欠缺多層構面的實證分析；早期研究者Hochschild多以提出之高、低情緒勞務構面作為相關議題探討，但是僅以單一層面來探討情緒勞務，恐無法完整的探討勞務工作者對於情緒勞務負擔程度以及構成因素[3]；近年，國內學者林尚平[9]參考國外學者Hochschild、Adelmann以及Morris與Feldman的理論架構後[3,10,11]，發展出一套適合國人的「情緒勞務負擔量表」，以此作為量測工具，可望提升測量效度。最後，雖然有些研究地點是以一般醫院進行調查，也不乏比較營利與非營利、公營、私立或評鑑等級等醫療組織之間的若干異同；然而在諸多研究中針對宗教醫院組織相關的討論，除了其與台灣早期醫療環境發展的關聯[12]，以及若干比較教會醫院與其他屬性醫療院所的生產效率[13]之外，似乎並不多見。宗教與醫療之間有著古老傳統的關係，醫療的宗教起源及其社會本質，對於醫療文明發達史的建構，

一直具有一定的影響力[14]。非營利宗教醫院組織中，天主教醫院具有特有特質，有別於其他醫院，本著全犧牲、愛人愛主、尊重生命、常喜樂的服務精神，強調身、心、靈的全人照顧，致力於弱勢團體的醫療照護服務，效法耶穌醫療傳道：醫治病人，傳揚福音“*Heal the sick, preach the gospel.*”(路加10：9)，發揚嘉民精神服務病人，如同服務耶穌基督(瑪25：40)；基本上，天主教醫院有高度的服從特質及組織架構相似，都是為了顯揚基督愛人如己，博愛濟世的精神為宗旨，並依耶穌為門徒洗腳的謙卑服務胸懷為榜樣；透過醫療行為來為病人服務，因此天主教醫院有共同的宗旨及使命。研究者多年來一直服務於天主教醫院，故擬藉此研究開始探討在此教義文化深植影響下，護理人員情緒勞務和心理健康之間的關係，是否受醫院宗教屬性的影響而與其他研究結果有所不同？

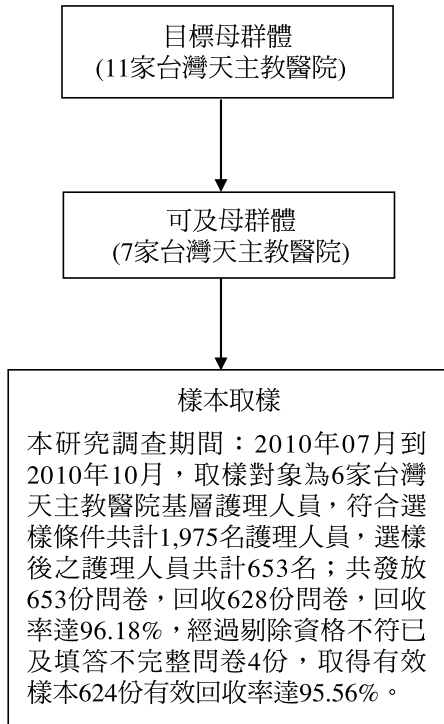
近十年來，國內外直接探討有關情緒勞務與心理健康之實證研究幾乎乏善可陳，類似或相關的文獻，諸如：情緒勞動、情緒耗竭、情緒智力、工作倦怠或疲潰等；依據Grandey、Hochschild、Ashforth和Humphrey以及學者們在情緒勞務的研究結果中，認為情緒勞務會造成情緒耗竭，無法產生正向情緒並且容易造成工作倦怠，亦即情緒勞務與工作倦怠或情緒耗竭存在正向關係[2,3,15]；同時，亦有劉雅惠和劉偉文、Morris和Feldman及吳宗祐指出高情緒勞務工作者容易產生壓力和倦怠，一旦個人承受工作壓力，則會產生心理的問題，如：情緒不穩、無力感、倦怠感等[8,11,16]；同樣的，何慧菁等人研究結果也指出醫療產業中之護理人員若處於高壓力狀態下則會有較差的心理狀況[17]；因此僅從研究中間接推敲情緒勞務與心理健康之關係。由於缺乏直接的實證文獻支持，本文參考Hobfoll提出之資源保存理論，說明個體的情緒勞務與心理健康之關係；資源保存理論主張：「人們具有保存、保護及建立其重視之資源的基本動機」。當工作的要求越多時，個體為達成組織目標所需付出之心力也越多，將使得情緒

能量不斷耗損，此時若未能適當獲得內在資源(例如情緒智力)，或外在資源(例如社會支持)，就會讓個體內在資源枯竭，繼而造成個體心理不適等不良後果[18]。綜合上述，可以得知護理人員的情緒勞務負荷越高時，心理健康狀態越不佳。

材料與方法

本研究採用橫斷性相關研究，旨在探討護理人員情緒勞務與心理健康的關係。研究對象是根據2007-2009年度行政院衛生署醫院評鑑及教學醫院評鑑合格名單之統計資料，台灣天主教醫院共計11家(其中包括區域醫院7家、地區醫院4家)。考量研究單位屬性的同質性將地區醫院去除後，可及母群體有7家天主教醫院，經研究醫院同意後，提供研究地點之窗口負責人、聯絡電話、醫院等級床數、單位總數、符合收樣條件之單位數、所有基層護理人員數(包含正、副護理長，但不含護佐)及符合收樣之人數；進而研究者與各醫院護理部的負責人員聯繫研究調查事項，並請研究醫院提供護理人員名冊，但基於人員資料的機密性，請各研究醫院將護理人員編列號碼成冊，再傳送給研究者，因考量研究所需花費的時間、人力、經費，擬自各研究醫院護理人員名冊中隨機選取三分之一，預定大約選取600多名護理人員作為問卷施測的對象，於執業場所進行問卷填具，本研究中排除對象為：單位內符合收案人數 ≤ 2 人、委外、長假、兼任、未滿三個月、醫師助理及專科護理師。函文徵求研究醫院同意並通過該院人體試驗委員會暨醫學倫理委員會審查，如圖一所示。

研究自變項為「情緒勞務」，依變項則為「心理健康」，控制變項為基本人口學屬性變項，包括教育程度[19]、年齡[19, 20]、工作年資[20]、目前職務[7]及科別[7]等。以結構性問卷取得相關資料，問卷分為兩個部份共四頁，第一部份情緒勞務量表及心理健康自評問卷；第二部分為基本資料，如性別、教育程度、出生年月、工作年資、目前職務及科別。本研究採用林尚平



取樣準則：

1. 徵求研究醫院同意並通過該院人體試驗委員會暨醫學倫理委員會審查。最後，同意參與研究之醫院共計6家天主教醫院。
2. 本研究中排除對象：單位內符合收案人數 ≤ 2 名、委外、長假、兼任、未滿三個月、醫師助理及專科護理師。
3. 擬自各研究醫院護理人員名冊中隨機選取三分之一。

圖一 研究對象與取樣圖示

參考國外學者[3,10,11]對情緒勞務的定義及理論架構發展而成之情緒勞務量表，主要在於了解護理人員與病人互動的過程中，如何呈現適當的情緒表達所需要的努力、規劃與控制；其定義：「遵照組織規範，在顧客面前展現合宜的情緒狀態。」[9]。情緒勞務量表共24題，含五個構面，包括基本情緒表達(7題)、表層情緒控制(3題)、互動程度(3題)、情緒多樣性程度(4題)、深層情緒偽裝(7題)；(1)基本情緒表達：是情緒勞務工作者所具備之基本特徵，即員工在顧客面前展現組織所期望的情緒狀態，因此必須表達的社交性情緒可能會越頻繁，故情緒勞務的負荷也就越大；(2)表層情緒控制：工作者必須模擬非真實感受到的情緒，且不會對內在真實情感產生衝擊，因此常顯現出偽裝、冷笑、裝模作樣的聳肩以及嘆息等肢體語言；工作者表層情緒需要去模擬或控制的程度越高，其情緒勞務負荷就越高；(3)互動程度：工作者與顧客接觸的頻率多寡、互動

存續時間的長短及表現能與顧客相對應的情緒狀態；工作者若需要與顧客有較多的互動或較長時間的表達，通常會需要較多的注意力與情緒持續力，以致所負擔的情緒勞務程度也較高；(4)情緒多樣性程度：工作者必須依不同的場合、不同的顧客群及不同階層的人表現不同的情緒狀態，或者是在工作中必須表現出一種以上的情緒狀態；工作者當其工作需求在特定期間內必須變換情緒狀態的次數越頻繁，就必須投入更多的心力來因應、計劃各種可能會發生的狀況以及適當的情緒應對方式，因此對情緒勞務的負荷程度也就越大；(5)深層情緒偽裝：工作者必須試著實際去感受被要求的情緒表現，並致力於改變自己原有情感，例如必須試著做出發自內心的親切招呼及笑容，耐心接受顧客的討價還價或詢問等行為，這些雖都是依照組織的要求去表現，但可能與自己內心是極度衝擊或與自己的真實情感相違背，因此這樣的員工需要投入更多的努力來控制自己的情

緒，因此須要負荷的情緒勞務程度就更大。以上各構面的得分愈高表示所承受情緒勞務的負擔越高。雖國內已有學者引用此量表進行情緒勞務相關的研究，但為了尊重著作權，特函文並於2010年6月1日獲得林尚平博士同意情緒勞務量表作為本研究工具。

本量表採Likert七點量尺計分，所有題目均為正向計分題。1分「非常不同意」、2分「不同意」、3分「有點不同意」、4分「無意見」、5分「有點同意」、6分「同意」、7分「非常同意」；該量表所有題項的分數加總，其得分愈高表示所承受情緒勞務的負擔越高，由於研究對象相同，本文擬參考劉雅惠和劉偉文研究判斷依據[8]，將臨床指標訂為低度(0-2.33分)、中度(2.34-4.66分)、高度(4.67-7分)。Hochschild研究的情緒勞務負擔程度量表，對高低情緒勞務工作者具有相當高的預測能力，Cronbach's alpha值均大於.80[3]，因此該量表可視為具有良好信效度的研究工具，可作為各工作職務所負擔之情緒勞務程度的測量工具。

心理健康自評問卷“Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20)”，WHO發展設計，應用在心理健康狀況方面的評估，其定義：「個體除了沒有心理與精神疾病的症狀外，在情緒與精神等各方面均能夠保持穩定與和諧狀況」；然而，心理健康自評問卷雖已在國外廣泛被使用，但此份量表為英文版，雖然中國研究者江新會等人及馬寧等人曾翻譯為簡體字，但因國家文化及字體辨認之考量，且未曾使用於國內，故經國內專家中文翻譯加以修訂編製而成，並請精通中英文學者協助反翻譯及校正修定，本研究擬以Cronbach's alpha呈現此量表之信度。SRQ共20題，每一題項的原計分為0到1分；本量表是依據受試者最近一個月所經歷的情況，圈選出較符合現狀的答案，圈選「否」為0分，表示最近一個月沒有發生過所敘述之症狀，圈選「是」為1分，表示最近一個月曾經發生過所敘述之症狀；該量表所有題項的分數加總，最高得分為20分，得分愈高表示受試者的心理越不健康。同時，參考江新

會等人研究將臨床指標訂定於8分，8分以上則表示心理不健康須特別關注處理[21]。本研究贊同Keyes於2005年對於以「有」、「無」絕對的二分法來判斷個體的心理健康狀態，認為忽略了心理健康是個體一個完整的健康狀態，而且健康和疾病並非單一連續尺度或向度的兩個相反極端[22]。所以，為了使測試時能取得較豐富之訊息，擬將本量表計分改為Likert五點量尺計分，1分「完全不同意」、2分「不同意」、3分「普通」、4分「同意」、5分「完全同意」。但因江新會等人研究[21]的8分切點是指基於0分和1分的計分方式，與本研究擬採行Likert五點量尺計分不同，所以本研究擬平行調整切分點為40分(8×5)，以作為心理健康狀況的判斷指標。

SRQ被翻譯為十多種語言並於全球使用，WHO發表的“A users guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)”[23]，回顧1978-1993年的文獻，SRQ-20 Cronbach's alpha>.70，敏感度(sensitivity)63%-90%、特異度(specificity)44%-95.2%；阿拉伯[24]、越南[25,26]、阿富汗[27]等研究，亦皆呈現內部一致性高，且具有良好預測能力。另有江新會等人在中國四川汶川地震發生3週後，以SRQ-20對675名都江堰市高三學生進行問卷調查，並採用Cronbach's alpha及Kuder-Richardson評定SRQ-20信度，以及應用探索性因素分析來檢定其建構效度；SRQ-20 Cronbach's alpha .83、KR-20 0.79，探索性因素分析得到4個因子，解釋變異量為43.96%、KMO值為.87[21]。再則，亦有馬寧等人採用SRQ-20深入探討地震後災民、學生、教師等之心理健康狀況，SRQ-20 Cronbach's alpha .79，敏感度83%、特異度80%[28]；依上述，SRQ-20具有良好的信效度，可以作為本研究中護理人員心理健康狀況的評估工具。

SPSS18.0進行資料建檔與描述性統計、皮爾森積差相關、單因子變異數分析及複迴歸分析，以了解受試者在情緒勞務及心理健康變項各構面之間的平均表現、差異及相關程度等，並檢測研究工具信效度；同時，以

SPSS AMOS 18.0進行研究工具模式檢測。由於研究對象分別來自6家天主教醫院，有可能因暴露在相似的工作環境、相同的管理或政策下，透過社會學習、模仿、文化感染，進而產生群聚效應(clustering effect)，因此本研究利用HLM 6.02 (Hierarchical Linear Model, SSI, Inc. Lincolnwood, Ill)檢視本研究對象在依變項(心理健康)是否會因為來自的醫院不同而有不同。結果顯示醫院因素所佔的變異量為1% ($p = .06$)，此數據看來並不需要擔心醫院這個因素對研究對象造成之影響，故支持本文可將相同醫院的樣本一起進行分析。

為維護參與研究之醫療機構權益及隱私，函文徵求選樣單位之同意，並告知單位有權拒絕參與研究；且醫院名稱事先編碼。同時，問卷不記名填具，受試者同意書上說明研究計畫名稱、目的、執行期限、參與過程、研究可能產生的危險與利益、機密性、權利、損害賠償及有關計畫的聯絡方式等，依上述說明確保研究對象充分了解相關訊息後，簽署書面同意書才進行問卷施測，且問卷裝入信封，所提供的資料均會以數字處理，資料以密碼管制妥善保密。

結 果

根據研究假設進行回收之有效樣本資料檢驗。首先描述樣本特性及內部信效度檢定結果，再進行各變項的敘述性統計分析，以了解變項在樣本的一般表現程度及以差異分析、相關分析了解各變項之間的關聯性，進而以迴歸之推論性統計分析探討情緒勞務與心理健康的影響性。

1. 描述研究對象基本特性分佈

6家天主教醫院參與研究，所有基層護理人員2,264名，扣除委外、長假、兼任、醫師助理及專科護理師、確定二個月內離職人員、未滿三個月全職護理人員、收案人數 ≤ 2 名之護理人員共289名，符合選樣條件1,975名，選樣後人數共計653名；調查期間為2010年7月1日到2010年10月30日。共發放653份問卷，回收628份，回收率達

96.18%，經過剔除資格不符以及填答不完整問卷4份，取得有效問卷624份，有效回收率95.56%。以女性(623, 99.84%)及大學(253, 40.55%)居多、平均年齡32.52歲、平均年資7.74年、護理人員(555, 88.94%)居多，其次為正副護理長(55, 8.81%)；多數為內科系(197, 31.57%)。

2. 研究工具信度、效度分析

因林尚平發展之情緒勞務量表已在國內廣泛被使用，故本研究以驗證性因素分析(confirmatory factor analysis, CFA)檢定量表建構效度，Cronbach's α 檢測信度；然而，心理健康自評問卷SRQ-20雖已在國外廣泛被使用，且信效度良好，但此份量表為英文版，未曾使用於本國，故經國內專家中文翻譯加以修訂編製而成，並請國外精通中英文學者協助反翻譯及校正修定。

首先以SPSS AMOS 18.0進行情緒勞務量表CFA，依據邱皓政、Hu與Bentler建議以模式契合度指標的結果顯著與否作為適配度判斷的標準，如：卡方自由度比(normed chi-square index, NCI) (< 3 可接受)： χ^2/df 、契合度指標(goodness-of-fit index, GFI) (> 0.90 為佳)、調整後適配度指數(adjusted goodness-of-fit index, AGFI) (> 0.90 為佳)、平均概似平方誤根係數(root mean square error of approximation, RMSEA) (≤ 0.05 為佳)與標準化均方根殘差指標(standardized root mean square residual, SRMR) (< 0.08 為佳) [29,30]。

情緒勞務量表卡方閾值為1987.80 ($p < .000$)、NCI值為7.89，GFI值為0.92、AGFI值為0.90、RMSEA值為0.20、SRMR值為0.07；整體而言，情緒勞務量表之NCI值超過適配閾值，可能與樣本數較大有關，致使累積卡方值也較大，故一般以絕對適配度之GFI、SRMR、RMSEA估計，除RMSEA > 0.10 表示理論模型與飽和模式有差距，其他適配指標顯示本模式達可接受標準。

依據上述之適配度檢定雖可判斷為可接受的適配模式，但為了謹慎起見，增加一個競爭模式，亦即進行情緒勞務單因子適配度檢定，結果此模式之卡方閾值為4431.98 (p

<.000)、NCI為17.59、GFI為0.50、AGFI為0.41、RMSEA為0.16；以上適配指標判斷均未符合適配標準。由情緒勞務的多因子與單因子的驗證性因素分析模式得知，雖多因子適配檢定之NCI及RMSEA，未符合適配標準；但與單因子適配檢定相較之下，仍可判斷為可接受的適配模式[31]；如表一所示。

在因素相關參數估計值中， ψ 係數越高表示兩個變項的關聯性越強[30]；因素關聯性最強者為表層的情緒控制-互動程度(.52)；其次依序為深層情緒偽裝-表層的情緒控制(.50)；再則為基本情緒表達-互動程度(.47)及情緒多樣程度-互動程度(.45)。

另外，情緒勞務量表與心理健康自評問卷之信度檢定結果顯示，整體情緒勞務量表Cronbach's alpha .89，各構面Cronbach's alpha均大於.80，唯獨互動程度構面Cronbach's alpha .61，不盡理想外，整體情緒勞務Cronbach's alpha尚

符合內部一致性的條件；心理健康自評問卷Cronbach's alpha .94。顯示本研究使用之研究工具有良好的信度；如表二所示。

3. 變項之描述性統計

護理人員情緒勞務負擔程度偏高(5.41 ± 1.19)，如表二所示。護理人員心理不健康，SRQ-20 50.4分，若以40分作為劃分點，發現40分以上(610, 97.8%)、40分以下(14, 2.2%)，表示護理人員的心理健康狀況極需關切。

4. 不同教育程度、職務、科別之護理人員情緒勞務及心理健康之差異情形

由表三顯示，在情緒勞務各構面中護理人員在互動程度與深層情緒偽裝，未因教育程度之不同而有顯著差異。但基本情緒表達、表層情緒控制、情緒多樣性程度三個構面以F檢定分析結果時發現，其平均數差異

表一 情緒勞務量表之適配度檢定

適配指標	適配標準	多因子	單因子
NCI	<3	7.89	17.59
GFI	介於0-1之間，大於0.90為理想的適配模式	0.92	0.50
AGFI	介於0-1之間，大於0.90為理想的適配模式	0.90	0.41
RMSEA	$\leq 0.05 \rightarrow$ 「良好適配」 $0.05-0.08 \rightarrow$ 「接近良好適配」 $0.08-0.10 \rightarrow$ 「中度適配」 $> 0.10 \rightarrow$ 「不良適配」	0.20	0.16
SRMR	<0.08	0.07	--

表二 情緒勞務各構面、心理健康描述性統計及信度(N=624)

變項	個數	最小值	最大值	平均數	標準差	內部一致性 (Cronbach's alpha)
情緒勞務量表	624	1	7	5.41	1.19	.89
基本情緒表達	624	1	7	5.88	1.02	.84
表層情緒控制	624	1	7	5.38	1.22	.80
互動程度	624	1	7	5.64	1.22	.61
情緒多樣性程度	624	1	7	5.08	1.49	.85
深層情緒偽裝	624	1	7	5.45	1.16	.85
心理健康自評問卷	624	1	5	2.81	1.05	.94

表三 不同教育程度、職務、科別的護理人員在情緒勞務及心理健康之變異數分析及事後分析

構面	檢定方法	基本情緒表達	表層情緒控制	互動程度	情緒多樣性程度	深層情緒偽裝	心理健康
教育程度	ANOVA	5.04**	2.89*	0.76	2.93*	0.84	3.91*
	Scheffe	1, 3 > 2	無顯著差異		1, 3, 4 > 5		1 > 2
職務	ANOVA	7.32**	3.71*	3.14*	0.00	3.34*	9.93**
	Scheffe	1 > 2	1 > 2	無顯著差異		1 > 2	1 > 2
科別	ANOVA	4.64**	3.35*	0.75	0.89	1.93	2.91*
	Scheffe	1, 5, 6 > 2	3 > 2, 6				5 > 2

註1：*p<.05；**p<.001。

註2：教育程度：1=職校、2=五專、3=二專、4=大學、5=研究所(含以上)。

註3：職務：1=正、副護理長、2=護理人員、3=其他。

註4：科別：1=內科、2=外科、3=婦產科、4=兒科、5=其他、6=加護。

達顯著水準；再經Scheffe事後比較在基本情緒表達的構面，職校及二專的畢業的護理人員情緒勞務負荷高於五專；而在情緒多樣性程度的構面，職校、二專及大學畢業的護理人員情緒勞務負荷高於研究所(含)以上，教育程度與表層情緒控制則無顯著差異。意即教育程度越低者，如職校畢業的工作者須表達的社交性情緒展示及變換情緒狀態的次數越頻繁，對情緒勞務的需求也就越大。

護理人員在情緒勞務之情緒多樣性程度，未因職務之不同而有顯著差異。但基本情緒表達、表層情緒控制、互動程度、深層情緒偽裝四個構面以F檢定分析結果時發現，其平均數差異達顯著水準；再經Scheffe事後比較在基本情緒表達、表層情緒控制、深層情緒偽裝的構面，正副護理長的情緒勞務負荷高於護理人員，職務與互動程度則無顯著差異。意即正副護理長在社交性情緒、肢體語言的表現及努力控制自己情緒(如發自內心的親切招呼)的頻次越多，相對的所擔負的情緒勞務也較多。

科別不同的護理人員在情緒勞務之互動程度、情緒多樣性程度、深層情緒偽裝，未因科別的不同而有顯著差異。但基本情緒表達、表層情緒控制二個構面以F檢定分析結果時發現，其平均數差異達顯著水準；Scheffe事後比較在基本情緒表達的構面，內科、其他及加護單位的護理人員情緒勞務負荷高於外科；在表層情緒控制構面，婦產科的護理人員情緒勞務負荷高於外科、加護。

意即不同科別之工作人員，各自在社交情緒展現、肢體語言的表現情緒勞務負擔程度亦不盡相同。

在心理健康方面，五專畢業的護理人員其心理健康狀況優於職校畢業者，且護理人員的心理健康狀況比正副護理長理想，尤以外科護理人員的狀況心理健康為佳。

5. 不同年齡及年資之護理人員與情緒勞務和心理健康的關係

以皮爾森相關(pearson correlation)雙尾檢定分析，了解研究變項相關性；如表四所示。雖然護理人員的年齡與年資相關係數高達 .77，呈高度相關，但此二變項容忍值均在 .40，變異數膨脹因子數值則介於 2.51-2.53之間，顯示並無顯著共線性存在。護理人員年齡與情緒勞務之基本情緒表達、表層情緒控制及心理健康呈顯著高度正相關，但與情緒勞務之深層情緒偽裝則呈顯著低度正相關，與情緒勞務之互動程度、情緒多樣性程度無顯著相關；護理人員年資與情緒勞務之基本情緒表達、表層情緒控制及心理健康呈顯著高度正相關，與情緒勞務之互動程度、情緒多樣性程度、深層情緒偽裝無顯著相關；依上述得知年齡越大、年資越深，在基本社交情緒表達以及肢體語言情緒表現越頻繁，情緒勞務就越高，而且心理越不健康。

6. 護理人員的情緒勞務程度與個體心理健康的關係

表四 人口學屬性變項與情緒勞務、心理健康變項之間的相關性(N=624)

變項	1	2	3	4	5	6	7	8
1.年齡								
2.年資	.77**							
3.基本情緒表達	.20**	.22**						
4.表層情緒控制	.18**	.17**	.60**					
5.互動程度	.06	.05	.37**	.35**				
6.情緒多樣性程度	-.06	-.06	.16**	.38**	.38**			
7.深層情緒偽裝	.09*	.08	.31**	.36**	.42**	.38**		
8.心理健康	.18**	.20**	.42**	.21**	.21**	-.03	.23**	

註：相關係數* $p < .05$ ；** $p < .001$ ，雙尾檢定。

情緒勞務程度各構面之間呈顯著高度正相關，但此五變項容忍值均在 .74- .79，變異數膨脹因子數值則介於1.29-1.36之間，顯示並無顯著共線性存在。且各構面中除情緒多樣性程度外，其他如基本情緒表達、表層情緒控制、互動程度、深層情緒偽裝均與心理健康呈顯著高度正相關；意即基本社交情緒展現、肢體語言表現、互動程度及內心深層情緒表現越頻繁，情緒勞務相對就越高，而心理健康狀況越不理想。

7. 迴歸假設檢定結果

情緒勞務與心理健康資料呈鐘形分佈，觀察與預期累積常態機率圖形呈現常態分佈；殘差圖分佈狀況近似45度直線，顯示出誤差項的變異數相等；情緒勞務各構面Durbin-Watson值介於1.91至1.98之間，符合學者建議Durbin-Watson值越接近2越理想[30]，因此均符合常態性假設、誤差等分散性假設與誤差獨立性假設三項迴歸假設；根據研究假說進行迴歸分析，以了解護理人員情緒勞務各構面與心理健康的關係是否受到其他因素的干擾；蒐集之資料，自變項來自台灣天主教醫院護理人員情緒勞務程度的分數，而依變項來自其心理健康狀況的分數，人口學屬性變項為教育程度、職務、科別、年齡及年資等因素。

8. 護理人員人口學屬性變項、情緒勞務各構面對心理健康因子預測分析

由表五得知，人口學屬性變項對心理健康狀況在模式中之解釋變異量達顯著水準

($F=6.59$, $p < .001$)，而 $R^2 = .05$ 與Adjusted $R^2 = .04$ 。年資、教育程度(五專)、職務(護理人員)、科別(加護病房)與心理健康的迴歸係數檢定達顯著水準。人口學屬性變項、情緒勞務對心理健康狀況在模式中之解釋變異量達統計上顯著水準($F=17.42$, $p < .001$)，而 $R^2 = .22$ 與Adjusted $R^2 = .21$ 。其中基本情緒表達、情緒多樣性程度、深層情緒偽裝與心理健康的迴歸係數檢定達顯著水準。

討 論

本研究乃針對台灣6家天主教醫院的624位護理人員，以問卷調查蒐集資料並進行分析，探討護理人員情緒勞務及心理健康的預測相關性研究；以下就研究假設進行討論。

1. 護理人員的情緒勞務程度為何？

本研究護理人員情緒勞務負擔程度(5.41 ± 1.19)(七分法)，相較於王明元等人(2008)以及劉雅惠和劉偉文(2009)分別針對飯店員工、護理人員的研究，情緒勞務程度平均數均為3.89(五分法)，若以百分比換算，本研究與上述研究結果皆在77%左右，如該文獻作者所說具高度的情緒勞務[7,8]。

2. 護理人員的心理健康狀況為何？

本文發現護理人員的心理健康狀況具中等程度(2.81 ± 1.05)，SRQ-20 50.4分，以40分作為劃分點，40分以上有(610, 97.8%)，表示心理健康問題普遍不理想。這與劉雅惠、劉偉文和林尚平研究結果一致[8,9]，劉

表五 護理人員情緒勞務各構面對心理健康因子預測分析

自變項	β	SE	t	p
Step1. 控制變項				
教育程度 ^a				
職校	-0.44	2.27	-0.20	.85
五專	-4.28	1.91	-2.24*	.03
二專	-3.51	1.90	-1.84	.07
大學	-2.75	1.89	-1.46	.15
年齡	0.58	0.42	1.39	.16
年資	0.59	0.25	2.31*	.02
目前職務 ^b				
正、副護理長	-0.19	1.66	-0.12	.91
護理人員	-3.31	1.50	-2.20*	.03
科別 ^c				
內科	0.75	0.67	1.12	.27
外科	-0.64	0.84	-0.76	.45
婦產科	0.74	0.99	0.75	.45
兒科	-0.03	0.95	-0.03	.97
加護	1.97	0.71	2.78**	.01
R ²	.05			
Adjusted R ²	.04			
F	6.59***			
Step2. 情緒勞務				
基本情緒表達	0.40	0.05	7.92***	.00
表層情緒控制	-0.10	0.09	-1.09	.28
互動程度	0.15	0.09	1.76	.08
情緒多樣性程度	-0.16	0.05	-3.27***	.00
深層情緒偽裝	0.13	0.04	3.37***	.00
Overall R ²	.22			
Overall Adjusted R ²	.21			
Overall F	17.42***			
ΔR^2	.17			
ΔF	10.83			

註：*p<.05; **p<.01; ***p<.001。

^a參考組為研究所(含以上)；^b參考組為其他職務；^c參考組為其他科別。

雅惠和劉偉文提及護理人員情緒勞務對心理健康的影響係因其面對醫療體系快速轉變，先進儀器設備及資訊發達，使得護病關係日趨複雜，而且護理工作內容不但廣泛複雜、工作時間不定，還須時時面對各種情境扮演及發揮不同的功能及角色，除此之外，還要滿足個人發展，因此承受了長期、多量且嚴重的工作壓力，遠超過本身的負荷能力，以致影響其心理健康[8]；因此，醫院管理者

應積極維護護理人員的心理健康狀況，才能夠落實提高病人照護品質的目標。

3. 不同教育程度、職務、科別之護理人員對情緒勞務和心理健康的差異情形

本研究顯現情緒勞務的基本情緒表達、表層情緒控制及心理健康會因教育程度、科別與職務之不同而呈現統計上顯著差異；本結果與吳淑禎等人的發現一致，都認為教育程度與情緒勞務有關，且專科以上員工的

情緒勞務負荷低於高中職員工[19]；所以，教育程度越高，情緒勞務越低，心理健康狀況較好。而職務方面：劉雅惠和劉偉文則發現高職務者有豐富的工作經驗及處理事情的能力，較容易面對工作的困難，會有較佳的情緒控制，所以其承擔的情緒勞務程度較低[8]，相對地他們在心理健康方面會較佳，這與本文結果為職務越高者其情緒勞務越高並不一致。在科別方面：本文發現科別不同其情緒勞務負擔程度亦不同，其最主要的原因為每天面對的病人病情和護理內容不盡相同，而造成每個科別護理人員所承擔的情緒勞務程度不等，其心理健康狀況亦不同。

4. 不同年齡、年資之護理人員對情緒勞務和心理健康的關係

護理人員年齡與基本情緒表達、表層情緒控制、深層情緒偽裝及心理健康呈正向關聯性，意即年齡越大，基本情緒表達、表層情緒控制及深層情緒偽裝頻次越高，情緒勞務就越高，心理就越不健康；與互動程度、情緒多樣性程度無關聯性。本結果與王明元等人、劉雅惠和劉偉文[7,8]及吳淑禎等人的研究發現相反[19]，其研究都發現個案年齡越大，情緒勞務負荷越低，其可能原因是本身自我控制及情緒處理能力佳，因此情緒勞務的負荷較低。而在護理人員年資方面，與基本情緒表達、表層情緒控制及心理健康呈正向關聯性，意即年資越深，基本情緒表達、表層情緒控制的頻次越高，情緒勞務就越高，心理就越不健康；與互動程度、情緒多樣性程度、深層情緒偽裝無關聯性。林木泉等學者則發現年資與情緒勞務有負向關係，年資越高，情緒勞務越低[20]。何慧菁等人在工作壓力與心理健康的研究中也指出年齡越小、年資越淺，較易產生壓力而影響心理健康[17]。

5. 護理人員的情緒勞務程度與個體心理健康的關係

護理人員的情緒勞務程度越高，個體的心理越不健康，以情緒勞務、工作壓力及心理健康間接推論，則與Morris、Ashforth與Humphrey、何慧菁等人研究結果一致，指

出高情緒勞務工作者容易產生壓力和倦怠，甚而影響心理健康[11,15,17]。進一步發現情緒勞務各構面與心理健康間的關係，護理人員基本情緒表達、表層情緒控制、互動程度、深層情緒偽裝與心理健康呈顯著高度正相關，意即基本情緒表達、表層情緒控制、互動程度、深層情緒偽裝頻次越高，情緒勞務就越高，心理就越不健康。Broheridge與Grandey表示員工使用表層情緒控制時，必須運用心力去修正與控制他們的情緒表達，其內心的情緒感受與外在的情緒表達有所差距，以致情緒失調、衍生情緒勞務而影響心理健康；而互動程度方面，與人接觸次數越多，其所需要花費的心力就越多，長期資源耗用衍生心理問題[32]。本文發現護理人員情緒多樣性程度與個體的心理無關聯性；此與林尚平的研究相左，他認為工作者情緒多樣性程度越高，其情緒勞務越高[9]，情緒勞務越高者其心理越不健康。可能的原因是近十年來強調「以病人為中心」的服務精神，形成特有的組織文化，針對不同的對象，提供不同層次的服務品質及產生不同或多樣的情緒，以滿足顧客的要求；再則，推行各項「標準作業流程」行之有年，且為例行規範；上述即可說明情緒多樣程度與情緒勞務程度無顯著相關的原因。

6. 人口學變項、情緒勞務各構面與心理健康的關係

依上述人口學變項、情緒勞務各構面與心理健康的研究結果得知，護理人員年齡越大、年資越深其情緒勞務就越高，而心理就越不健康；似乎與其他研究結果相左，依據資源保存理論觀點來看，員工長期執行情緒勞務工作，情緒資源不斷流失，且無資源注入時，容易形成情緒勞務負荷，以致於產生情緒失調、情緒耗竭，甚至嚴重危及心理健康。再則，近年來由於消費者意識抬頭、媒體及網路資訊的便捷、醫護專業特質與社會價值觀的變遷、職場暴力或霸凌事件的頻傳等因素，衍生治療環境、病人安全、醫護病關係、多元文化下之治療模式、生命延續等議題日趨複雜，使得護理人員與病患/家屬的互動過程中可能有更多直接衝突或溝通的

困境，已非昔日醫療情境單純提供醫療服務所能相比[33]，反而令得年長護士或資深護士面臨前所未遇的情境，因此而備感壓力、無所適從或情緒失調。

依上文所述，陳敏郎於2005年論及各種正式或非正式的相互制約，各個行動主體之間的行動特質，除了可能受到制度規範，也會因為組織原則而產生影響；以教會醫療組織而言，本著「收容、普及、服務」三大原則，持續在體現宗教意念與教育使命的傳承服務，因此教會醫院的醫護人員理應深受教義潛移默化，以闡揚「貧弱照護」與「精神寬慰」為服務的主要任務，並在工作中付諸行動[14]，能顯現出與非教會醫院之間的差異。然而，本研究結果仍顯現出護理人員的情緒勞務偏高，且心理健康狀況不理想。從管理的角度來看，機構是否有充裕的人力配置、心理或靈性的溝通與支持等配套措施，以支援員工去落實宗教醫院的理念及使命？因為工作負荷可能加重人員的情緒勞務及工作壓力，繼而影響心理健康。

另外，從認知評價理論的觀點來看[34]，本研究的工作人員若非本身是具有相同或相似的虔誠信仰或對照護服務有興趣，醫院的教義等規範對宗教信徒或修行者會比較具有自我或內在的約束力，否則也不容易從工作本身獲得激勵，從而自發地表現出適當的情緒。最後，本研究對象平均年齡為32.52歲、平均年資約7.74年，這些人員有一段不算短的時間受組織文化之薰陶，若還未能表現出宗教醫院的服務與人本精神，可能是組織中的相關文化儀式或標語強化力量不足，也可能是這些人員不完全信奉相同的宗教與教義，內化的程度仍不足；並且年資越深者，其基本情緒表達及表層的情緒控制的頻次越高，也就是說情緒勞務負荷程度越高，這也可能是宗教的部分教義有時不完全符合人性或人類的基本需求，當在醫院工作越久，這樣的不一致若未能獲得解套，所造成的內在衝突就越深，相對地對情緒勞務及心理健康之影響也越大。未來研究可以加入一些變項，例如人力配置、人員的宗教信仰等加以驗證。

限制與建議

本研究是國內首次以天主教醫院護理人員為研究樣本進行情緒勞務與心理健康的實證研究，樣本數大，可作為未來相關研究之參考依據。但因(1)是以天主教醫院為研究對象，研究結果僅能推論到相同宗教的醫院，無法推至所有醫院；因此建議未來可進一步研究不同宗教信仰的醫院，並進行比較以了解情緒勞務與心理健康的真正關係。(2)未加入個人個性及組織支持程度，無法完全了解情緒勞務與心理健康間是否存在中介與調節變項；未來研究可進一步加入這些變項以確認兩者之間的關係。(3)可能會產生共同方法變異(common method variance)的偏誤，結果可能低估情緒勞務與心理健康的關係。(4)研究對象為在職護理人員，問卷調查範圍無法含括離職護理人員，故僅可了解現職護理人員情緒勞務及心理健康的狀況，無法避及健康工人效應(healthy worker)，整體結果有低估之可能。

本研究結果提供人力資源部門提供相關教育訓練，如團隊活力共識、生活營、潛能開發、心靈成長團體、健康促進和旅遊活動等或增加員工心理諮商服務，得以壓力紓緩、情緒管理，及早預防心理健康的問題，進而提升工作績效及醫護照護品質。此外，本研究變項及取樣在過去情緒勞務相關的研究均罕見，相對地研究結果亦與其他行業可能有所差異；因此，此研究經驗可提供未來相關研究的參考，亦可延伸研究對象，針對其他職務進行研究，以廣泛了解在醫療產業當中情緒勞務與心理健康的相關影響。

致 謝

研究期間非常感恩研究醫院的教研部、護理部及窗口負責人等鼎力相助，在此致上無限的謝忱。

參考文獻

1. 行政院主計總處：國民經濟動向統計季報。http://www.dgbas.gov.tw/ct.asp?xItem=17003&ctNode=35

72. 引用2010/07/12。
Directorate-General of Budget, Accounting and Statistics, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan). Quarterly national economic trends. Available at: <http://www.dgbas.gov.tw/ct.asp?xItem=17003&ctNode=3572>. Accessed July 12, 2010. [In Chinese]
2. Grandey AA. Emotion regulation in the workplace: a new way to conceptualize emotional labor. *J Occup Health Psychol* 2000;**5**:95-110.
3. Hochschild AR. *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press, 2003.
4. WHO. *The World Health Report 2001--Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO, 2001.
5. 林秋芬、張文英、陳玉枝、高靖秋、盧美秀：97年度護理人員留任措施輔導計畫。行政院衛生署委託研究計畫，計畫編號97M8179。台北：行政院衛生署，2008。
Lin CF, Chang WY, Chen YC, Kao CC, Lu MS. 2008 Program for Retention of Nursing Staff. The Commission Research Plan from Department of Health, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan). Project Number 97M8179. Taipei: Department of Health, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan), 2008. [In Chinese]
6. 行政院勞工委員會：改善護理人員勞動條件，勞委會呼籲醫療院所應重視並改善其勞動條件。http://www.cla.gov.tw/cgi-bin/Message/MM_msg_control?mode=viewnews&ts=4dc90f21:5771&theme=。引用2011/05/10。
Council of Labor Affairs, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan). On nurses' working conditions: the Council of Labor Affairs appeals to healthcare institutions to examine and improve working conditions for the nursing staff. Available at: http://www.cla.gov.tw/cgi-bin/Message/MM_msg_control?mode=viewnews&ts=4dc90f21:5771&theme=. Accessed May 10, 2011. [In Chinese]
7. 王明元、甘唐沖、劉文玲：劍湖山王子飯店及耐斯王子飯店員工情緒勞務負擔與職業倦怠之相關研究。運動與遊憩研究 2008；**3**：252-73。
Wang MY, Kan TC, Liu WL. A study on the emotional loading and job burnout of Janfusun Prince Hotel and Nice Prince Hotel service employees. *J Sport Recreation Research* 2008;**3**:252-73. [In Chinese: English abstract]
8. 劉雅惠、劉偉文：護理人員情緒勞務、工作壓力與因應行為之相關性研究。醫護科技期刊 2009；**11**：98-115。
Liu YH, Liu WW. Exploring relationships among emotional labor, job stress, and coping behaviors in nurses. *J Health Sci* 2009;**11**:98-115. [In Chinese: English abstract]
9. 林尚平：組織情緒勞務負擔量表之發展。中山管理評論 2000；**8**：427-47。
Lin SP. A Study of the development of emotional labor loading scale. *Sun Yat-Sen Manag Rev* 2000;**8**:427-47. [In Chinese: English abstract]
10. Adelman PK. *Emotional labour and employee well-being* [Dissertation]. Ann Arbor: University of Michigan, 1989.
11. Morris JA, Feldman DC. The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Acad Manag Rev* 1996;**21**:986-1010.
12. 花亦芬：聖徒與醫治－從St·Anthony與St·Sebastian崇拜談西洋藝術史裡的“宗教與醫療”。古今論衡 2006；**(14)**：3-26。
Hua YF. Saints and healing - from the worship of St. Anthony and St. Sebastian to “Religion and Medicine” in western art history. *Disquisitions on the Past & Present* 2006;**(14)**:3-26. [In Chinese]
13. 陳仁惠、黃月桂：不同權屬與評鑑等級醫院之效率評估－DEA法之應用。醫護科技學刊 2005；**7**：346-62。
Chen JH, Huang YG. Ownership, accreditation and hospital performance: a comparison of production efficiency across hospital types in Taiwan. *J Health Sci* 2005;**7**:346-62. [In Chinese: English abstract]
14. 陳敏郎：醫療體制與醫院組織的“相互再生產”－以基督宗教醫院組織行動特質的變與不變為例。人文及社會科學集刊 2005；**17**：521-64。
Chen ML. The processes of “Reciprocal Reproduction” between medical institutions and activities of hospital in the case of active characteristics of Christian medical organizations. *J Soc Sci Philosophy* 2005;**17**:521-64. [In Chinese: English abstract]
15. Ashforth BE, Humphrey RH. Emotional labour in service roles: the influence of identity. *Acad Manage Rev* 1993;**18**:88-115.
16. 吳宗祐：由不當督導到情緒耗竭：部屬正義知覺與情緒勞動的中介效果。中華心理學刊 2008；**50**：201-21。
Wu TY. Abusive supervision and emotional exhaustion: the mediating effects of subordinate justice perception and emotional labor. *Chinese J Psychol* 2008;**50**:201-21. [In Chinese: English abstract]
17. 何慧菁、張淑惠、曹瑞雲、張梅芳、陳永煌、楊燦：醫院員工工作壓力與身心健康之相關研究。中

- 華職業醫學雜誌 2010 ; 17 : 239-52。
- Ho HC, Chang SH, Tsao JY, Chang MF, Chen YH, Yang T. The relationship between job stress and physical-mental health among hospital staff. *Chinese J Occup Med* 2010;17:239-52. [In Chinese: English abstract]
18. Hobfoll SE. Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *Am Psychol* 1989;44:513-24.
 19. 吳淑禎、周璿薇、謝辰昕、劉俊億：餐飲外場從業人員的社會支持、情緒勞務與工作表現之研究。人類發展與家庭學報 2010 ; (12) : 1-30。
Wu SC, Chou TW, Hsieh CH, Liu CY. The relationships among social support, emotional labor and job performance of the hospitality front-line employees. *J Hum Dev Fam Stud* 2010;(12):1-30. [In Chinese: English abstract]
 20. 林木泉、張柱彬、梁淑娟、張嘉齡、彭渝珍：情緒勞務對顧客導向行為之影響。醫務管理期刊 2008 ; 9 : 98-113。
Lin MC, Chang KP, Liang SC, Chang CL, Peng YJ. The influence of emotional labor on customer-oriented behaviors. *J Healthc Manag* 2008;9:98-113. [In Chinese: English abstract]
 21. 江新會、王楨、王筱璐、時勤：心理健康自評問卷在地震災區學生中使用的信效度。中國心理衛生雜誌 2010 ; 24 : 313-7。
Jiang XH, Wang Z, Wang XL, Shi K. Reliability and validity of self-reporting questionnaire (SRQ-20) in high school students in Wenchuan earthquake area. *Chinese Mental Health J* 2010;24:313-7. [In Chinese: English abstract]
 22. Keyes CL. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol* 2005;73:539-48.
 23. Beusenberg M, Orley J. A users guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ). Available at: https://WHO/MNH/PSF/94.8.http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf. Accessed July 12, 2010.
 24. Ghubash R, Daradkeh T, El-Rufaie OF, Abou-Saleh MT. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires: the Arabic General Health Questionnaire (AGHQ) and Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in UAE, using Receiver Operating Characteristic (ROC) analysis. *Eur Psychiatry* 2001;16:122-6.
 25. Giang KB, Allebeck P, Kullgren G, Tuan NV. The Vietnamese version of the Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20) in detecting mental disorders in rural Vietnam: a validation study. *Int J Soc Psychiatry* 2006;52:175-84.
 26. Richardson LK, Amstadter AB, Kilpatrick DG, et al. Estimating mental distress in Vietnam: the use of the SRQ-20. *Int J Soc Psychiatry* 2010;56:133-42.
 27. Ventevogel P, De Vries G, Scholte WF, et al. Properties of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSC-25) and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) as screening instruments used in primary care in Afghanistan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:328-35.
 28. 馬寧、何鳴、梁光明、向虎、王榮科、吳霞民：震後9個月部分受災群眾精神痛苦現況調查。中國心理衛生雜誌 2010 ; 24 : 509-14。
Ma N, He M, Liang GM, Xiang H, Wang RK, Wu XM. Mental distress situation of people who suffered earthquake 9 months later. *Chinese Mental Health J* 2010;24:509-14. [In Chinese:English abstract]
 29. Hu LT, Bentler PM, Kano Y. Can test statistics in covariance structure analysis be trusted? *Psychol Bull* 1992;112:351-62.
 30. 邱皓政：量化研究與統計分析－SPSS中文視窗版資料分析範例解析。台北：五南，2009。
Chiou HJ. Quantitative Research and Statistical Analysis - An Example of Data Analysis Using the Chinese Windows Version of SPSS. Taipei: Wu-Nan Culture Enterprise, 2009. [In Chinese]
 31. 李茂能：結構方程模式軟體Amos之簡介及其在測驗編製上之應用。台北：心理，2006。
Li MN. Introduction to Amos, the Structural Equation Modeling Software, and Its Application in Test Construction. Taipei: Psychological Publishing, 2006. [In Chinese]
 32. Broheridge CM, Grandey AA. Emotional labour and burnout: comparing two perspectives of “people-work”. *J Vocat Behav* 2002;60:17-39.
 33. 李選、張婷：以病人安全為服務導向之護理倫理議題。澄清醫護管理雜誌 2011 ; 7 : 4-11。
Lee S, Chang T. Nursing ethics issues for patient safety-oriented services. *Cheng Ching Med J* 2011;7:4-11. [In Chinese:English abstract]
 34. DeCharms R. Personal Causation: The Internal Affective Determinants of Behavior. New York: Academic Press, 1968.

The relationship between emotional labor and mental health among nurses in Catholic hospitals in Taiwan

CHING-YOUN LEE¹, PI-CHING HSIEH², HUI-FANG SU^{2,*}

Objectives: The present study evaluated the relationship between emotional labor and mental health among nurses in Catholic hospitals in Taiwan. **Methods:** Based on a cross-sectional and correctional study design, the researcher invited nurses from six Catholic hospitals to participate between July 1 and October 30, 2010. Instruments were the Emotional Labor Scale developed by Shang Ping Lin and the Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20) developed by the World Health Organization. **Results:** A total of 653 subjects were invited to participate, and 624 completed questionnaires were returned for an effective response rate of 95.56%. By using descriptive statistics, ANOVA, correlation, and regression analysis in SPSS 18.0, we found that: (1) Subjects had a relative higher degree of emotional labor ($M \pm SD = 5.41 \pm 1.19$) and poorer mental health status ($M \pm SD = 2.81 \pm 1.05$) as measured by the SRQ-20; of 50.4; (2) There were significant differences in rules for emotional display, superficial acting, and mental health among different groups based on educational level, position, and working department; (3) Age and service seniority had a highly positive correlation with rules for emotional display, superficial acting, and mental health, whereas age was positively associated with deep acting; (4) Rules for emotional display rule, superficial acting, frequency and duration of interaction, and deep acting were highly correlated with mental health; (5) Emotional labor accounted for 21% of the variance in mental health. **Conclusions:** Nursing staff bear a high level of emotional labor with unsatisfactory mental health status. Administrators should pay close attention to these issues. (*Taiwan J Public Health. 2013;32(2):140-154*)

Key Words: Catholic hospitals, nursing staff, emotional labor, mental health

¹ Department of Nursing, Saint Mary's Hospital Luodong, I-Lan, Taiwan, R.O.C.

² Department of Health Care Management, National Taipei University of Nursing and Health Sciences, No.89, Nei-Chiang St., Wanhua Dist., Taipei, Taiwan, R.O.C.

* Correspondence author. E-mail: suhf@ntunhs.edu.tw

Received: Jul 10, 2012

Accepted: Jan 18, 2013