

國立臺灣大學醫學院護理學研究所



博士論文

Department of Nursing

College of Medicine

National Taiwan University

Doctoral dissertation

正念介入措施對護理師情緒、專業生活品質、

自我慈悲、和睡眠品質成效之研究

Effects of mindfulness interventions on the emotions,  
professional quality of life, self-compassion, and sleep quality  
of nurses

王淑貞

Shu-Chen Wang

指導教授：胡文郁博士

Professor: Wen-Yu Hu

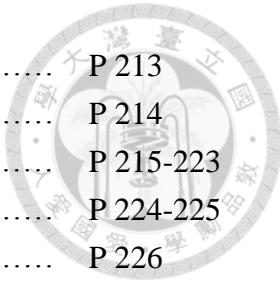
中華民國 108 年 6 月

June, 2019

# 目錄



口試委員會審定書	i
序言	ii
中文摘要	iii-iv
英文摘要	v-vii
<b>第一章 緒論</b>	
第一節 研究動機與重要性 .....	P 1-6
第二節 研究目的 .....	P 7
第三節 名詞界定 .....	P 8-12
第四節 研究假設 .....	P 13
<b>第二章 文獻查證</b>	
第一節 護理人員工作壓力 .....	P 14-16
第二節 護理人員的情緒 .....	P 17-18
第三節 護理人員的專業生活品質	P 19-24
第四節 護理人員自我慈悲.....	P 25-26
第五節 正念介入措施 .....	P 27-43
第六節 研究問題之思考與方向 .....	P 44-45
<b>第三章 研究方法學</b>	
第一節 第一階段前驅測試.....	P 46-53
第二節 混合研究 .....	P 54-56
第三節 量性研究設計.....	P 57-64
第四節 質性研究設計.....	P 65-71
第五節 研究倫理 .....	P 72
<b>第四章 研究結果</b>	
第一節 第一階段前驅研究結果 .....	P 73
第二節 量性研究結果.....	P 74-113
第三節 質性研究結果.....	P 114-157
<b>第五章 討論</b>	
第一節 人口學特性與各指標間的關係.....	P 158-160
第二節 不同正念介入措施對護理人員的成效.....	P 161-169
第三節 正念介入措施的經驗.....	P 170-172
第四節 研究限制.....	P 173-174
<b>第六章 結論 .....</b>	P 175-178
參考文獻.....	P 179-212



附件一 人體試驗委員會審查通過證明.....	P 213
附件二 質性訪談大綱.....	P 214
附件三 研究問卷.....	P 215-223
附件四 五週課程引導式正念呼吸.....	P 224-225
附件五 五週課程 正念介入課程 .....	P 226
附件六 五週正念介入課程主要內容 .....	P 227-231

# 國立臺灣大學博士學位論文

## 口試委員會審定書

· 正念介入措施對護理師情緒、專業生活品質、  
自我慈悲、和睡眠品質成效之研究

Effects of mindfulness interventions on the emotions, professional  
quality of life, self-compassion, and sleep quality of nurses

本論文係王淑貞君（學號 D01426008）在國立臺灣大學護理學系、所完成之博士學位論文，於民國 108 年 05 月 28 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

口試委員：

胡文郁 教授

（指導教授）

胡文郁

蔡劭瑜 教授

蔡劭瑜

章淑娟 副教授

章淑娟

張榮珍 副教授

張榮珍

溫宗堃 助理教授

溫宗堃

# 序言



Nothing in the world can bother you as much as your own mind. In fact others seem to be bothering you, but it is not others.

It is your own mind.

**Dalai Lama**

世上沒有什麼能比自己的頭腦那樣煩擾你。

看似其他人或事使你煩惱，但事實上並非他人，而是自己的想法。

**達賴喇嘛**

Practice mindfulness in your daily life.

A mind free of wandering thoughts develops inner strength.

**Dharma Master Cheng Yen**

把正念變成一種習慣，心不散亂就有定力。

**證嚴法師**

Mindfulness is a source of happiness.

**Zen Master Thich Nhat Hanh**

覺知是喜悅的泉源之一

**一行禪師**

Let your mind function freely, without abiding anywhere or in anything – this is entering the gate of kindness and compassion.

**Dharma Master Sheng Yen**

應無所住而生其心，是入慈悲門

**聖嚴法師**

## 中文摘要



### 研究背景

第一線護理人員兼具在照顧病人的痛苦，自己也須面對工作的壓力情境，如果沒有調適好自己的身心，有可能會陷入負向的情緒中。

### 主要研究目的

1. 測試以正念介入措施不同方案對護理人員正念程度、情緒、專業生活品質、自我慈悲和睡眠品質成效。
2. 探索護理人員在正念介入措施歷程中的感受。
3. 探索接受正念介入措施後對護理人員的主觀改變與對課程的建議。

### 研究方法

本研究分為二階段，第一階段為前驅測試，調查某醫學中心護理人員情緒分佈。第二階段為混合性研究，採量性和質性研究同步程序。以臺灣某醫學中心 62 位護理人員為研究對象，量性研究方法採類實驗研究，共分二組實驗介入組及一組無介入對照組。二組正念介入措施分別為五週正念介入組及五週引導式正念呼吸組，三組在介入前測、介入後每週測量 1 次、及介入三個月後測，共 7 次測試。研究工具包括人口學基本資料、止觀覺察注意量表、專業生活品質量表、自我慈悲、及匹茲堡睡眠品質量表。統計方法採用無母數分析 Kruskal-Wallis test 和 Wilcoxon Signed-rank test 檢定及廣義估計方程式。質性研究採深入訪談，質性資料採主題分析方法，共六個步驟，以歸納法分析主題。

### 研究結果

結果顯示，女性護理人員慈悲滿足和次發創傷壓力高於男性 ( $p < .05$ )，睡眠也較男性差 ( $p < .05$ )；已婚者正念程度高，自我關愛、共同人性、自我批判、隔離程度、和過度認同都較單身者高 ( $p < .05$ )；有輪班者的自我關愛、共同人性都較無輪班者高 ( $p < .05$ )；碩士畢業者的正念程度較專科畢業者低，



大學畢業者的睡眠品質較專科畢業者差 ( $p < .05$ )；年紀越輕者和年資越長者越不會過度認同和隔離 ( $p < .05$ )，睡眠也較好 ( $p < .05$ )。介入前後改變的差異，在正念程度以引導式正念呼吸組進步最多，正念介入組次之。專業枯竭和焦慮以正念介入組改善最多。

三組在介入措施後，從 T0 至 T5 的改變及 T0 至 T6 的改變，在正念介入組除了自我慈悲的共同人性和正念沒有變化之外，其他 MAAS, ProQOL, DASS, PSQI 皆有成效，但自我關愛在 T5 有下降的現象。在引導式正念呼吸組在正念、專業枯竭、壓力、自我慈悲及睡眠品質有顯著效果。

質性和量性混合分析，二組正念介入後在正念、自我慈悲和睡眠都有改變，從質性資料也顯示護理人員在覺察力、自我慈悲、及慈悲同理實務和睡眠改變的經驗。

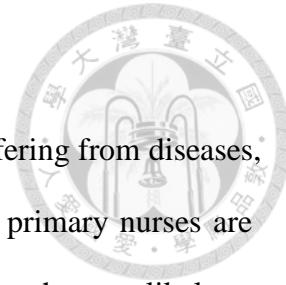
## 結論

護理人員對於壓力情境有自我調適的方式，但短時間正念訓練除了對護理人員有調整情緒的作用，而且對於壓力事件的轉念，讓護理人員更能提供慈悲照護及對護理的覺知與認同產生正向觀點。研究也發現護理人員面對當下的壓力，最常運用深呼吸，讓自己暫停在當下，沈澱自己的情緒，然後做出回應。不過因為三班排班及身體疲累，影響到護理人員的參與意願及練習的動力，未來研究建議，可以運用短時間，且方便護理人員參與的線數位上課程或是智慧手機的運用，以方便護理人員參與及練習。

**關鍵詞：** 正念介入措施、引導式正念呼吸、慈悲、專業生活品質、睡眠品質

## Abstract

In addition to being subjected to the toil of caring for patients suffering from diseases, primary nurses are often faced with stressful situations at work. If primary nurses are unable adapt to the stressful situations physically and psychologically, they are likely to become trapped in negative emotions, which may in turn lead to compassion fatigue and burnout.



## Main purpose

1. To examine the effects of different mindfulness interventions on the mindfulness level, emotions, professional quality of life, self-compassion, and sleep quality of nurses.
2. To explore the feelings experienced by nurses during the mindfulness interventions
3. To explore the subjective changes perceived by the nurses after receiving the mindfulness interventions, and their suggestions for the intervention program.

## Study method

This study was divided into two stages. The first stage was a pilot study that focused on examining the level of the depression, anxiety, stress (DASS) in nurses. The second stage was a mixed-mode study in which both quantitative and qualitative research data were collected simultaneously. The sample for this mixed-mode study consisted of 62 nurses from a Taiwanese medical center. A quasi-experimental study design was adopted for the quantitative research. This study had two experimental intervention groups and one nonintervention control group. The mindfulness-based interventions administered to each of the experimental intervention groups were 5-week mindfulness-based intervention (MBI) and 5-week guided respiration mindfulness therapy (GRMT). The measurement tools used in this study were a demographic questionnaire, the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), the Professional Quality of Life Scale (ProQOL), the Self-compassion Scale, and

the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). For the quantitative data analysis, nonparametric analysis methods such as the Kruskal-Wallis test, the Wilcoxon Signed-rank test, and the Generalized Estimating Equation test were used. For the qualitative study, data were collected through in-depth interviews. In terms of the qualitative data analysis, a six-step thematic analysis approach was adopted, in which the induction method was used to identify the themes of the interview data.

### **Study results**

The results indicated that compared to male nurses, female have higher levels of compassion satisfaction and secondary traumatic stress ( $p < .05$ ), and poorer sleep quality ( $p < .05$ ). Nurses who are married have higher levels of mindfulness, self-kindness, common humanity, self-criticism, isolation, and over-identification than those who are not married ( $p < .05$ ). Nurses who work in shifts have higher levels of self-kindness and common humanity than nurses who do not work in shifts ( $p < .05$ ). Nurses who hold a master degree have a lower level of mindfulness than do those with a junior college diploma, whereas those who hold a bachelor degree have a lower level of sleep quality than do those with a junior college diploma ( $p < .05$ ). The younger the nurse is, or the longer he/she has worked in nursing, the lower the levels of over-identification and isolation ( $p < .05$ ) are and the lower the level of PSQI is ( $p < .05$ ). As for the changes from pre- to post-intervention, the GRMT group demonstrated the highest level of improvement in MAAS, followed by the MBI group. The MBI group demonstrated the highest level of improvement in terms of burnout and anxiety.

After receiving the interventions, all three groups have shown some changes from T0 to T5 and from T0 to T6. The MBI group demonstrated improvement with the majority of the measuring instruments, including MAAS, ProQOL, DASS, self-compassion, and PSQI. Nevertheless, in addition to an evident decrease in self-kindness at T5, the group did not

show any improvement in self-compassion, common humanity, and mindfulness through the study period. The GRMT group demonstrated some improvement in terms of MAAS, burnout, stress, self-compassion isolation, over-identification, and PSQI.

In terms of the mixed quantitative and qualitative analysis of the data, the quantitative data analysis results indicated that the two intervention groups have shown changes in MAAS, overall self-compassion, and sleep quality; the qualitative data analysis results also revealed that the nurses have experienced changes in awareness, self-compassion, compassionate empathy, and sleep quality after receiving the interventions.

## Conclusions

When faced with stressful situations, nursing personnel have their own methods of self-regulation. However, short-term mindfulness-based training does more than just providing emotion regulation for the nursing personnel: mindfulness programs also teach nursing personnel to reconsider stressful events and see them from other perspectives and in turn to provide better compassionate care to the patients. The study results revealed that when faced with stressful situations, the strategy most commonly adopted by nurses is the deep breathing strategy: by taking a deep breath, the participants can be in the moment and let their emotions settle before making a response. However, the physical and mental fatigue associated with working in a three-shift system may affect the nursing personnel's willingness and motivation to participate in short-term mindfulness-based training, as well as affect their willingness to practice the skills they acquired from the training. To ease nurses' participation and practice processes, future training program designers can look into delivering mindfulness-based training in short modules on online learning platforms or through smart phone apps.

**Key Words:** Mindfulness intervention (MBI), Guided respiration mindfulness therapy (GRMT), Compassion, Professional quality of life (ProQOL), sleep quality

# 第一章 緒論

## 第一節 研究動機及重要性

護理短缺是全球的重要議題，要如何留任護理人員，應是當前的課題。身為第一線照護者，在臨床照護不只需面對病人與家屬的痛苦，提供病人身、心、靈的照護，還需要擔任直接照護者、傾聽者、代言人、協調者等各種複雜的角色(Ferrell & Coyle, 2008; Meyer, Salovey, & Caruso, 2008)。此外，護理人員除了有多重角色之外，護理工作也隨著與日俱增的醫學發展，護理人員在工作之餘，還不斷的精進自己的專業，以兼具臨床、教學、與研究的發展。所以，護理專業不只是勞心也是勞力的工作，護理人員工作壓力、專業枯竭(burnout)、工作不滿意都比其他人專業人員高(Clendon & Walker, 2012; Chiou, Chiang, Huang, Wu, & Chien, 2013; Kemper, Bulla, Krueger, Ott, McCool, & Gardiner, 2011 ; Khamisa, Peltzer, & Oldenburg, 2013 )。壓力越大越不願意留任職場，離職意願就越高 (Lim, Bogossian, & Ahern, 2010; Yeh & Yu, 2009)。

要解決護理人員短缺的問題，除了改善外在工作環境及薪資福利之外，護理人員本身的身心安適也需要兼顧。近年來，照護者的慈悲倦怠受到學者的關注。慈悲倦怠(compassion fatigue)是指醫療照護人員因為過度投入照護情境，同理病人的苦境，但對自己的身心沒有獲得調適，讓自己無法再付出同理心照顧病人，最後影響照護者的身心健康及照護品質(Raab, 2014; Sinclair, Raffin-Bouchal, Venturato, Mijovic-Kondejewski, & Smith-MacDonald, 2018)。因此，慈悲倦怠也被稱為關懷的代價(cost of caring)，是照護者在生理、情感、和精神上的耗竭(Pfifferling & Gilley, 2000; Raab, 2014)。學者Stamm(2010)將慈悲倦怠(compassion fatigue)分為專業枯竭(burnout)和次級創傷(Secondary traumatic stress)。長期處在工作壓力情境，如果沒有被支持或調適，就可能會造成專業枯竭，專業枯竭是引起護理人員





憂鬱的重要因素，同樣的憂鬱也會引發專業枯竭 (Letvak, Ruhm, & McCoy, 2012)。

如果護理人員的壓力沒有被適當的處理，會產生慈悲倦怠、專業枯竭、憂鬱等負向情緒。研究調查，有超過半數 (8-51%) 的醫療專業人員有專業枯竭 (Alkema, Linton, & Davies, 2008) 。

慈悲倦怠可以透過自我照護、友善職場、在職訓練、提升個人自我覺察、培育個人復原力等策略因應(Wu, Singh-Carlson, Odell, Reynolds, & Su, 2016; Yoder, 2010)。雖然照護病人有壓力，會造成慈悲倦怠，但壓力對護理人員的身、心、靈也不全然有不好的結果。慈悲心(compassion)是藉由不批判自己和他人不完美的自然經驗，探索自己及他人痛苦的過程(Neff, 2003)。慈悲也是護理的基本特質，臨床照護是透過仁慈(kindness)和慈悲(compassion)及照護能力三方面的整合，可以緩解病人的痛苦(Straughair, 2012; Wu, Singh-Carlson, Odell, Reynolds, & Su, 2016)。慈悲滿足 (compassion satisfaction) 是照護人員對抗慈悲倦怠及專業枯竭的保護因子(Collins & Long, 2003)。護理人員可以從照護病人的成就感和病人的回饋中獲得慈悲滿足(Stamm, 2010)。護理人員透過個人反思照護經驗，從病人的照護經驗中，看到病人和自己的照護歷程(Meyer, Salovey, & Caruso, 2008)。了解病人及護理人員自身的受苦經驗，就是慈悲心的培養。當照護者越能夠自在做自己(being me)，越不會讓自己陷入困境中，就會提升慈悲滿足(compassion satisfaction)，降低慈悲倦怠及專業枯竭程度(Yoder, 2010)。所以，培養自我慈悲(self- compassion)，也能提升慈悲滿足(Neff, 2003)。

從佛教的觀點，禪修(meditation)有助於慈悲的培養(Davidson & Harrington, 2002)。禪修是正念(mindfulness)的基本要素。正念是刻意的、當下的、及不批判的關注 (Kabat-Zinn, 1994)。從心理學和醫學觀點，正念介入措施(mindfulness-based interventions, MBIs)有助於正念覺知和慈悲覺察(Hofmann, Grossman, & Hinton,

2011; Jazaieri, McGnigal, Jinpa, Doty, Gross, & Goldin, 2013; Roeser & Eccles, 2015)。因此，正念介入措施有助於同理心(empathy)及自我慈悲 (self-compassion) 的提升(Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005; Shapiro, Brown, & Biegel, 2007)。

從西方的觀點，正念減壓(mindfulness-based stress reduction, MBSR)是由 Kabat-Zinn 發展出來的八週課程 (Irving Dobbkin, & Park, 2009; Kabat-Zinn, 1982)。原始MBSR訓練主要在緩解憂鬱和慢性疼痛(Kabat-Zinn, 1982)。以正念為基礎課程的內容和方法是可以調整的，但必須要有禪修為主軸，目前發展出來的課程有以認知為基礎的正念認知療法(mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) 和以認知行為治療為基礎的辯證行為治療(dialectical behavioral therapy, DBT)等 (Kabat-Zinn, 2003)。還有以禪修為基礎的超覺靜坐(transcendental meditation, TM) 改善焦慮症狀 (Orme-Johnsa & Barnes, 2014)。隨著正念介入措施實證逐漸受大家重視，正念介入措施相關的訓練方法也變得多樣。

正念和慈悲心不是壓抑自己的情緒或沒有負向想法。正念介入措施有助於對身體的感覺、想法、情緒等覺察，提升對壓力因應和降低慈悲倦怠(Cohen-Katz Wiley, Capuano, Baker, & Shapior, 2004; Potter et al., 2010; Segal, Williams, & Teasdale, 2013)。以正念介入措施對訓練對於健康照護者的成效，可以改善專業枯竭、壓力、焦慮、和憂鬱，促進同理心、集中注意力和情緒調整(Dharmawardene, Givens, Wacholtz, Makowski, & Tjia, 2016 ; Lamothe, Rondeau, Malboeuf-Hurtubise, Puval, & Sultan, 2016; Smith, 2014; van der Riet, Levett-Jones, & Aquino-Russell, 2018)。護理人員可以藉由正念禪修(mindfulness meditation)，讓自己身心放鬆(Smith, 2014)；藉由專注(concentrative)及正念(mindfulness)對自我的想法的調節(regulation of self-thought)(Ott, 2004; Smith, 2014)。正念介入措施可以促進護理人員自我照護能

力和護病關係(Cohen-Katz et al., 2005; White, 2013)，不但可以緩解心理困擾，還可以預防醫療錯誤(Ludwig & Jabat-Zinne, 2008)。

正念介入措施以不同的課程設計，廣範的運用在醫護人員(van der Riet, Levett-Jones, & Aquino-Russell, 2018)。臺灣醫策會於2014年邀請正念減壓法(Mindfulness-based stress reduction, MBSR)創始人巴金博士(Jon Kabat-Zinn)到臺灣，提供醫護人員對正念介入的認識及練習，各醫療院所也開始舉辦醫護人員正念介入課程，期望能夠將低醫護人員的工作壓力和提升復原力(醫策會，2014)。學者溫(2015)指出醫療工作的內容及時間有增無減時，培養正念為核心的自我照顧，對於醫護專業人員是極重要的策略。

綜合文獻，當護理人員的壓力若沒有獲得適當的調節，在付出同理心時，反而被病人苦痛所困擾，就容易造成慈悲倦怠。而正念訓練是一項調節護理人員身心壓力的自我照顧方式。在臨床上，看到許多護理人員一開始懷著滿腔的熱血，盡己所能的照顧病人，關懷病人家屬，但隨著時間增長，有些護理人員對工作不再有熱忱，對病人也無法付出關懷，久而久之，開始有離職的念頭。曾經有一位安寧護理師提到，自己將病人當作是自己家人一樣照顧，甚至比家人還親，但當病人往生後，自己的悲傷需要很久調適，但每天又必須要再面對類似的病人，心中懷著我對病人到底要投入多深？才不會讓自己也陷入痛苦？對自己也不會受到傷害呢？另外，在一次臨床教學，一位護理師在報告病人的疼痛無法被適當緩解，而掉下眼淚，因為每天要面對病人的痛苦，但自己又無能為力說服醫師做出更好的處理，感到自己的無能與無助。

相信這二個案例，在臨床上只是冰山一角，有更多的護理人員還沒有機會說出他們的感受時，就已經離開職場了。在過去，看到護理人員冷漠不關心病人，每天只做例行工作，就會質疑護理教育和醫院的在職教育，怎會培育出沒有關懷

心的護理師？也會對這樣冷漠的護理師感到生氣，為什麼要這樣對待病人？但是，當我知道付出同理心的可能代價，就是慈悲倦怠時，開始對這群護理人員感到不捨。身為護理主管，有必要為這些曾經努力付出真心照顧病人的護理人員，做一些事情，讓他們有機會或有能力，也能好好照顧自己的身心，也願意留任工作。

在2016年，我針對剛畢業護理師進行八週的課程，很多新進護理師因為對人事物不熟悉，一方面需要學習陌生的技能，另一方面又要承擔工作責任，不同於過去學生角色，處於現實休克(reality shock)的氛圍裡，不斷的陷入焦慮的惡性循環(anxiety vicious cycle)。這群新進護理人員在課程中分享工作處境，他們感受到每天處於不斷的擔心害怕情緒中，身體感受到肌肉緊縮僵硬、心跳加速，心裡會開始懷疑自己不適任護理工作，或感到對不起帶他們的學姊，當心中猜疑的想法越多，就更無法表現出自己的工作能力，對工作就更沒有信心，想逃避工作。在經過八週的課程後，新進護理人員仍然面對不同困境，但慢慢的會找到自我調適壓力的方法和回應壓力刺激的策略。在MBSR介入前後，發現新進護理人員的壓力程度降低，而正念程度(five facet mindfulness questionnaire, FFMQ)也提升(Wang, 2017)。

自從新進護理人員研究結束後，有參加課程的學員曾經提到，單位的學姊對他說：「你不是學過正念嗎？怎麼還這麼負向？」可見還是有人認為正念訓練是一種改變心理思想的方法，要讓負向情緒，轉變成正向的態度。事實上，正念介入措施並非好與壞的二分法，也不會刻意改變自己的心態。正念介入措施是處於當下不批判的態度，在當下覺察，而不落入慣性的反應(reaction)，才能有新的回應(response)。

臨床的意外事件，都是因為執行技術時太習以為常，直覺性的給藥，沒有發現醫囑已更改，所以給錯藥。事後再尋求根本原因分析，發現護理人員並非不知



道要三讀五對，也知道如何計算藥物劑量，但就是一時不注意，而釀成錯誤。護理工作必須隨時專注在當下的工作，但有時專注力會受環境的干擾，在發藥的同時，可能碰到醫師查房，病人突發狀況必須馬上處理，而讓自己必須馬上判斷工作的優先順序。對於較資深護理人員，雖然面對的工作壓力與新進人員不同，但隨時需要保持注意力與覺察力。而注意力和覺察力，正是正念訓練的核心目標，因此引發研究動機。

正念介入的方法很多，但在日常生活中，能馬上運用得到，方法又簡單的方法就是呼吸，因此本研究設計運用二種介入方式，一種是以正念為基礎的介入課程，另一種則是完全以呼吸為引導的正念課程。針對研究介入時間的長短，在過去研究也發現對於輪班護理人員參與正念課程，參與八週的課程，有參與和練習的時間壓力，因此有設計4週正念課程，結果對護理人員的壓力也有成效(Hallman, O'Connor, Hasenau, & Brady, 2014; Mackenzie, Poulin, Seidman-Carlson, 2006)。

因此，本研究介入時間設定為五週的課程，但每週評值參與者的情緒變化。此外，本研究也想要瞭解護理人員如何看待護理工作和慈悲心，進而瞭解其所處的壓力的情境與感受，及透過研究介入後，瞭解正念介入措施對個人感受的機轉，及對於介入課程的回饋與建議。



## 第二節研究目的

依據研究背景及問題重要性, 本研究目的如下:

### 一、量性研究

1. 瞭解護理人員情緒包含憂鬱、焦慮和壓力的現況。
2. 瞭解護理人員人口學特性與正念程度、情緒、專業生活品質、自我慈悲和睡眠品質的關聯性。
3. 測試以正念介入措施不同方案對護理人員正念程度、情緒、專業生活品質、自我慈悲和睡眠品質成效。

### 二、質性研究

1. 瞭解護理人員對於壓力情境的情緒和行為反應。
2. 探索護理人員在正念介入措施歷程中的感受。
3. 探索接受正念介入措施後對護理人員的主觀改變與對課程的建議。

### 第三節名詞界定

一、護理人員：具有護理師或護士執照，且為醫院正職工作護理師，年齡在 20 歲以上。

二、正念介入措施(mindfulness-based interventions, MBIs)

本研究運用二種正念介入措施，各別描述如下：

(一)五週正念為基礎課程(mindfulness-based intervention, MBI)改良自英國 Teasdale 等學者研擬的正念認知課程(mindfulness-based cognitive therapy, MBCT)，內容根據八週正念練習：走出憂鬱與情緒風暴（原文出自 the mindful way workbook : An 8-week program to free yourself from depression and emotional distress）中文版(石譯，2016)的內容調整。MBCT 課程的核心是正念覺察，而正念練習是透過正念培養，學習將專注力放在當下，以不評價的方式，如實看待事物(石譯，2016)。正念課程包含(石譯，2016)：

1. 從自動導航的生活，轉變到覺察和帶有意識選擇的生活。
2. 透過思考來看待經驗，轉變到直接感受到經驗。
3. 從活在過去和未來，轉變到全然活在當下。
4. 從閃躲、逃避或去除不愉快的經驗，轉變到帶著興趣接近這樣的經驗。
5. 從需要將事情變得不同，轉變到容讓事情就只是它們既有的樣子。
6. 將念頭是為事實，轉變到將其視為可能不會與真實相對應的心理事件。
7. 從嚴厲對待自己，轉變到帶著仁慈與悲憫照顧自己。
8. 壁畫正念的未來。

(二)五週引導式正念呼吸(GRMT)改良自 Lalande 博士在 2016 年發展的一種單純以正念呼吸為訓練的課程(guided respiration mindfulness therapy, GRMT)(Lalande, King, Bambling, & Schweitzer, 2016)。



課程內容包含三個主元素：

1. 調節呼吸：自我調節呼吸的效能，在一個未受干擾的呼吸型態，以消除呼吸抑制和增加與身體接觸的經驗。
2. 正念練習：運用正念，讓身體聚焦在身體當下的感受。
3. 放鬆身體：提升敏銳的層次，放鬆身體的緊張。

### 三、正念程度

正念程度是測驗護理人員是否能接受和覺察當下所有經驗。測量正念程度的工具有很多，本研究以止觀覺察注意量表(mindful attention awareness scale, MAAS)作為測量正念程度的工具。MAAS 是由 Brown & Ryan (2003)最先建構，主要測量行為覺知，以覺察和注意力為單一向度量表。本研究採用張、林、黃 (2011) 翻譯中文量表 (Chinese translation of mindful attention awareness, CMAAS)，15 題單向量表(unidimension)，題目皆為反向題，李克特氏六點量表，了解注意力和覺察不集中的頻率，1 分表示幾乎沒有，6 分表示幾乎總是，經反向計分後，分數越高，表示正念程度越好。

### 四、情緒程度

本研究使用情緒自評量表，由 Lovibond & Lovibond (1995) 的 DASS-21(depression anxiety stress scale-21)，共分三個情緒主題，包含憂鬱、焦慮、和壓力，以下個別說明：

(一) 憂鬱 (depression) :是指情緒低落，無法集中注意力。DASS-21 憂鬱佔 7 題，採 4 分點計算(0-3 分)分數越高，表示焦慮越大，分界點>4 分(Lovibond & Lovibond, 1995)。

(二) 焦慮(anxiety)：是一種主觀的內在不舒服的感受，預期某種危險或威脅，而產生害怕、不安的心理狀態。DASS-21 焦慮佔 7 題，採 4 分點計算(0-3 分)分數越高，表示焦慮越大，分界點>3 分(Lovibond & Lovibond, 1995)。

(三) 壓力(stress)：個人對環境有威脅或額外要求，而自覺沒有足夠能力因應環境需求時，就會產生壓力。DASS-21 壓力佔 7 題，採 4 分點計算(0-3 分)分數越高，表示壓力越大，分界點>7 分(Lovibond & Lovibond, 1995)。

## 五、專業生活品質 (professional quality of life scale, ProQOL)

專業生活品質是指醫療照顧者情緒的感受，採Figley(1995)修改的內容，包含三個構面，每個構面10題，採Likert 5分計。專業生活品質包含慈悲倦怠(compassion fatigue) 和慈悲滿足 (compassion satisfaction)。其中慈悲倦怠又包含專業枯竭和次級創傷壓力。慈悲(compassion)是能感受到他人痛苦，且想要解除對方的痛苦(Radley & Figley, 2007)。所以慈悲有如鏡面反射的過程(mirroring process)，回應照護脆弱或痛苦者的心(van Lieshout, Titch, McCormack, & McCance, 2015)。學者(賴、蘇、侯，2018)將”compassion” 翻譯為悲憫或悲愍，主要是翻譯自佛教的四聖諦慈悲喜捨中的”悲”，巴利文karuna。但從佛教的教義，除了體會痛苦的本質(dukkha)之外，也要傳授正念當下的喜樂(sukkah)，才能夠開放的洞察力(Kraus & Sears, 2009)。慈悲是佛教的根本，雖然慈與悲在作用上有所差別，但兩者相輔相乘，才能拔苦(悲)予樂(慈)，兩者缺一不可(釋，1999)。慈悲是一種智慧的仁((intelligent kindness) (Papadopoulos et al., 2017))。慈悲心和同理心(empathy)的差別，在於同理心是將自身設想於他人的處境上，相反的，慈悲需要有智慧回應和緩解他人的痛苦付

出行動(Nijboer, van der Gingel, 2019)。本文將“compassion”翻譯成慈悲。以下各別說明專業生活品質的三個構面(Stamm, 2010)。

### (一) 負向構面為慈悲倦怠(compassion fatigue)

慈悲倦怠包含及專業枯竭(burnout)及次級創傷壓力(secondary traumatic stress, STS)二個構面。專業枯竭是一種無望的感受，對處理工作有困難，會對工作有負向感受，努力得不到收獲或工作量大，或在一個沒有受支持的工作環境，分數高表示處於專業枯竭的高危險中。次級創傷壓力是指一再的感受到這些創傷的經驗，或壓力事件，或工作是面臨在危險的情境。次級創傷壓力分數越高表示，情緒越差，可能會影響到睡眠或在腦中浮現悲傷情緒，或逃避事情(Stamm, 2010)。

### (二) 正向構面為慈悲滿足(compassion satisfaction)

對於自己的專業滿足感。採 Likert 5 分計，分數越高表示越能滿足自己身為照顧者的專業(Stamm, 2010)。

## 六、自我慈悲 (self-compassion)

自我慈悲是個人在面對到不如意、挫折、痛苦的生活情境時，能夠用關愛、寬容的態度對待自己。本研究採 Raes, Pommier, Neff, & Van Gucht (2011)。分為 6 個構面，採 Likert 5 分計：

(一) 正向構面：自我關愛 (self-kindness)、共同人性 (common humanity)、正念(mindfulness)。分數越高表示越能關愛自己(Raes, Pommier, Neff, & Van Gucht, 2011)。

(二) 負向構面：自我批判 (self-judgment)、隔離 (isolation)、過度認同 (over-identified)。採 Likert 5 分計，原始分數越高表示越批判自己，本



研究為了要與正面構面合併，呈現自我慈悲的整體表現，故將反向題改正，故本研究在負向構面結果的呈現，分數越高，表示越不會自我批判、隔離、和過度認同(Raes, Pommier, Neff, & Van Gucht, 2011)。

## 七、睡眠品質(sleep quality)

本研究是採用 Buysse, Reynolds III, Monk, Berman, & Kupfer (1989)匹茲堡睡眠品質量表(Pittsburgh sleep quality ondex, PSQI)，PSQI 主要測量睡眠品質、入睡時間、睡眠時間、睡眠效率、睡眠障礙、安眠藥使用、和日間功能障礙。分數越高，表示睡眠品質越差。PSQI>5 分表示睡眠品質差。



#### 第四節 研究假設

- 一、 護理人員人口學變項與正念程度、情緒、專業生活品質、自我慈悲和睡眠品質有關聯。
- 二、 正念訓練和引導式正念呼吸能增強正念程度、慈悲滿足、和自我慈悲。
- 三、 正念訓練和導引式正念呼吸能降低情緒、慈悲倦怠和睡眠困擾。

## 第二章文獻分析



本章依照研究主題，搜尋相關文獻，分別以第一節護理人員工作壓力；第二節護理人員情緒；第三節護理人員專業生活品質；第四節護理人員自我慈悲；第五節正念介入措施；第六節研究問題之思考方向。

### 第一節 護理人員工作壓力

護理人員每天必須要面對繁雜的工作流程及不同的角色與人際溝通，在面對這些工作情境，產生的壓力，會影響護理人員自我的身心健康，身為一個醫療照護者，必須要先了解壓力源及自我調適的方法，本節將分述壓力與壓力源及工作壓力對護理人員的影響。

#### 一、壓力與壓力源

壓力 (stress) 是環境刺激和心理反應間的關係，個人面對環境所產生的壓力反應，是依據個人心理、認知、和情感的資源而不同 (Bystritsky & Kronemyer, 2014)。美國學者Cannon Walter在1929年發現，當身體受到威脅時，為了取得內在平衡狀態 (homeostasis)，會激發體內交感-腎臟線系統反應 (sympathico-adrenal system)，這種“戰或逃反應” (fight-or-flight response) 是面對壓力時，所產生的生理反應，壓力並非完全對身體有傷害，因為“戰或逃”是身體防禦機轉，可以保護身體，對抗外來的刺激或壓力源(Goldstein & Kopin, 2007)。

壓力是身體對任何需求下的非特定性反應 (non-specific response)，相同的壓力源，對不同人有可能引發不同的情緒(Selye, 1977)。壓力的產生不在於事件本身，而在於個人對於事件的看法，壓力源的啟動及面對壓力源的因應，與認知、情緒、及個人特質有很大的關係(Huges, 2008)。壓力源的驅動，受到個人對於環境的內在和外在刺激的認知的影響，學者將之稱為ABC模式 (alarm-beliefs-coping

model），壓力情境引發身體的警訊（alarm），個人的信念（belief）會來評判這個警訊，然後作出決策及行為反應的調適策略（coping）（Bystritsky, Nierenberg, Feusner, & Rabinovich, 2012）。個人的信念，受到認知和情緒的影響，所以壓力循環的概念起始於對壓力源產生害怕，啟動對於壓力源的詮釋後，產生焦慮，造成新的壓力源（Bystritsky & Kronemyer, 2014）。

當焦慮的情緒不斷的在心中出現，就會陷入於焦慮的惡性循環（vicious circle in anxious preoccupation），當焦慮惡性循環出現，焦慮和懷疑產生，就是憂鬱症狀的開始，此時若能終止對於壓力源的詮釋，就能避免壓力產生焦慮及新的壓力源的惡性循環反應(Moorey & Greer, 2002)。在臨床多變且複雜的環境中，無法完全避免壓力，因此要降低壓力、減輕焦慮和憂鬱，除了改善工作環境所產生的壓力之外，學習如何自己照顧，覺察到自己感受和對壓力的認知，也相當重要。每個人選擇壓力調適的方法不同，同樣的問題有人選擇面對問題，也有人選擇逃避壓力源(Allen & Leary, 2010)。

## 二、工作壓力對護理人員的影響

工作壓力（job stress）是個人和工作環境的互動歷程（transactional model），當個人對於需求的感受和其對於調適壓力的能力之信念（belief）無法相契合時，所產生的心理狀態（Chirico, 2016; Cox, Griffiths, & Rial-Gonzalez, 2000）。隨著時代的變遷，護理工作模式與病人病情的複雜度，護理人員須面對的壓力也隨之改變。在1960年代Menzies (1960)就提出護理工作的四種壓力源，包含病人照護（patient care）、做決策(decision making)、承擔責任（taking responsibility）、變化(change)。Gray-Toft & Anders(1981)將護理人員壓力分為生理、心理、社會等因素，生理因素是指護理工作的負荷；心理因素包含面對死亡與瀕死問題，未做好面



對病人或家屬情緒的準備，缺乏支持，對醫療處置的不確定感；社會因素包含與醫療人員的衝突，與其他護理人員的衝突等因素。當護理工作感受到威脅時，就會影響個體平衡狀態，而產生壓力(Gray-Toft & Anders, 1981)。工作壓力會降低醫護人員得專注力、臨床決策技巧、及有效溝通，也會影響身體健康，如倦怠、失眠等問題 (Raab, 2014)。長期壓力及對壓力的不良反應，則會造成身、心衝擊，體內cortisol升高、免疫下降、心血管疾病等身體症狀，與焦慮、憂鬱和睡眠障礙等身心疾病 (Bazarko, Cate, Azocar, & Kreitzer, 2013; Edenfield & Saeed, 2012; Wong, Leung, So, & Lam, 2001)。

綜合文獻，護理人員的工作壓力源來自於其所面對的人、照護的能力、及工作環境本身，如人力短缺與工作負荷增加等，若長期處在工作壓力，就容易造成身心不健康。除了工作環境、工作負荷等外在因素外，面對病人和家屬的人際互動，也是一種無形的壓力，內心會承受人際衝突和失落的悲傷情緒，也會擔心自己的工作能力和不確定感。如果心中無法對擺脫壓力情境的認知感受，就會造成焦慮惡性循環，而影響身體健康。



## 第二節 護理人員的情緒

護理工作除了要勞心及勞力付出，為了維持專業形象，護理人員往往會將自己的需求擺在最後，來滿足病人的需求。但如果護理人員的生理、心理、靈性需求沒有被滿足或是沒有受到支持，可能會有負向的工作情緒。

個人對壓力的感受，會因年齡、性別、社經地位、學習經驗、和社會經驗的影響。當個人感受到壓力無法被釋放，心理就會產生焦慮不安，長時間不斷處於焦慮，就出現憂鬱症狀。臨床護理人員會因為不同年資、性別、婚姻狀況、科別、輪班等因素，而有不同的壓力程度，三班不固定工作者感受工作壓力較大(Lambert, Lambert, & Ito, 2004; Lu, Sun, Hong, Fan, Kong, & Li, 2015)。不同科別護理人員面對不同病人病情變化，產生的情緒反應和壓力也不同。面對臨終照顧的處境，容易引發複雜的知覺經驗與情緒感受，初到安寧病房的護理人員會感受到正向經驗，如像家的感覺，平靜和輕鬆的感覺，但工作一段時間後，負向經驗如恐懼、悲傷、無力、憂鬱等情緒開始出現（蔡、蔡、楊, 2007）。在手術室/產房的護理人員比在一般病房和急診/加護病房的健康狀況較好，憂鬱情緒也較少(Chiou et al., 2013)。

情緒自評量表（DASS-21）可以測量對工作的情緒程度，此量表經常運用於臨床病人或一般民眾，且可以將憂鬱、焦慮、壓力的嚴重程度做分類（Lovibond & Lovibond, 1995）。從其他國家護理人員情緒的研究發現，在香港護理學生，有35.8%有憂鬱，37.3%有焦慮症狀，有41.1%有壓力症狀，年齡越小憂鬱、焦慮、壓力程度越嚴重，睡眠問題也和憂鬱、焦慮、壓力有相關（Cheung & Yip, 2015）。在澳洲調查護理人員的憂鬱、焦慮、壓力各別為32.4%, 41.2%, 41.2% (Maharaj, Lees, & Lai, 2019)。而越南護理人員的憂鬱、焦慮、壓力各別為13.2%, 39.8%, 18.5% (Tran et al., 2019)。



壓力程度與性別、年齡、和教育程度有很大的關係 (Drozd et al., 2013)。工作壓力越大，憂鬱程度越嚴重。學者Khodadadi et al. (2016) 調查伊朗242位的護理人員的憂鬱、焦慮、壓力程度，發現三種情緒都在中等 (moderate) 程度，其中教育程度和婚姻狀況與憂鬱程度呈現正相關。

DASS-21 量表的憂鬱和焦慮次量表與Beck depression inventory (BDI)和Beck anxiety inventory (BAI)有好的收斂效度 (convergent validity) 和區別效度 (discriminant validity) (Lovibond & Lovibond, 1995)。以BDI調查美國護理人員憂鬱的比率約有18%，是一般成人 (9.4%) 的一倍 (Letvak, Ruhm, & McCoy, 2012)。臺灣護理人員有輕度憂鬱佔12.8%，中度憂鬱佔7.8%，重度憂鬱佔7.1% (Lin, Probst, & Hsu, 2010)。在中國大陸護理人員有輕微憂鬱者佔61.7% (Gao, Pan, Sun, Wu, Wang, & Wang, 2012)，在南韓則有38%護理人員有憂鬱傾向 (Yoon & Kim, 2013)。



### 第三節 護理人員的專業生活品質

專業生活品質（Professional quality of life scale, ProQOL）最先由學者Figley在1980年代後期將探討工作中壓力事件稱為慈悲倦怠（compassion fatigues），而後於1988年Figley和Stamm合作，到1993年Stamm將慈悲滿足加入，並重新命名為專業生活品質，分為慈悲倦怠（compassion fatigue）和慈悲滿足（compassion satisfaction）(Stamm, 2010)。照顧者運用慈悲心，同理病人的苦痛，從照顧過程中，獲得成就，產生慈悲滿足，相對的如果處在病人痛苦中，沒有調適，就可能造成慈悲倦怠。以下將分別描述慈悲倦怠和慈悲滿足：

#### 一、慈悲倦怠（compassion fatigue）

慈悲倦怠定義為「助人者因為身處在他人痛苦情境，造成身體、心理、和精神上的倦怠」（Alkema, Linton, & Davies, 2008; Radley & Figley, 2007）。慈悲倦怠最先由學者Joinson提出，說明醫療專業人員再面對病人痛苦時的一種無形壓力（Harris & Quinn, 2015 ; Joinson, 1992）。Joinson (1992) 描述臨床照護中，護理人員經常期望能為病人多做一些事，但在現實環境，又需要兼顧繁重的文書工作，縮短護理人員可以照顧病人的時間，有時還要面對同儕或體系上的衝突，耗損許多護理人員的能量。除了能量的耗損外，護理人員每天承受病人的痛苦，提供深入且貼心的服務，但對於自己的受苦經驗往往無法覺察（Ferrell & Coyle, 2008）。

為什麼對病人真心照顧，反而讓照顧者受到傷害？護理人員往往本著自我犧牲的行為(self-sacrificing behaviors)，照顧病人比照顧自己還要好（Abendroth & Flannery, 2006; Sabo, 2011）。有學者認為慈悲倦怠是同理心的瓦解，或是照護者和病人之間產生同理張力(empathetic strain)，讓助人者和被助者身陷其中(Vachon, Huggard, & Huggard, 2015)。有學者認為，從心理動力的角度，慈悲倦怠其實不是

慈悲本身，而是一種逃避焦慮的心理 (Gerard, 2017)。學者Nolte et al. (2017) 以統合9篇質性研究，詮釋護理人員慈悲倦怠的感受，發現護理人員因無法放下肩頭的重擔，造成身體的精疲力盡 (just plain worn out) 和情緒上戰戰兢兢(walking on a tight rope)，而誘發慈悲倦怠，若要預防或避免慈悲倦怠，就需要培育護理人員自我照顧能力和專業支持。學者Sheppard (2015) 指出慈悲倦怠往往是因為缺乏主管的支持，但缺乏主管支持的原因，不一定是沒有提供支持，而是護理人員排斥接受主管的關懷，因為他們不願意“被問太多問題” (ask too many questions)，所以即使有支持的資源，護理人員也不一定會願意使用。

不同科別護理人員承受的工作壓力不同，慈悲倦怠程度也不同，例如重症單位、精神科、小兒科、及腫瘤科等單位醫護人員，較易產生慈悲倦怠(Sabo, 2011)。約有82%急診護理人員有中至高程度專業枯竭，有86%有中至高程度慈悲倦怠，其中又以在急診腫瘤科、腎臟科和重症科別為最高(Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel, & Reimels, 2010)。面對末期病人時，護理人員感受到他們認為有需要做，但自己又沒能力做到時，或長期曝露在複雜或嚴重創傷疾病、依賴維生設備或延長生命、強調治癒(cure)而非照護(care) 等與自己照護的能力或信念產生衝突、或沒有時間照護，又缺乏自我調適能力，也容易引起慈悲倦怠(Austin, Goble, Leier, & Byrne, 2009; Collins & Long, 2003; McCloskey & Taggart, 2010; Sabo, 2011)。研究顯示，有78%安寧緩和護理人員曾經有慈悲倦怠的經驗(Abendroth & Flannery, 2006)。

慈悲倦怠產生負向情緒，護理人員形容自己就是很疲累，睡不好，對於照護的情境產生無望感 (Nolte et al., 2017; Sheppard, 2015)。慈悲倦怠不是疾病診斷，但當出現創傷症候群或是精神症狀時，也需要同時考量慈悲倦怠，很重要的是要提升復原力 (resiliency) 和由負向轉為正向的情緒轉換 (transformation of negative to positive aspects) (Stamm, Figley, & Figley, 2010)。

長期面對工作上的壓力及面對病人及家屬的痛苦，導致身心的專業枯竭及次級創傷壓力 (Alkema, Linton, & Davies, 2008; Chirico, 2016; Figley, 1995)。學者 Stamm (2010) 將慈悲倦怠(compassion fatigue)又分為次級創傷壓力(secondary traumatic stress)和專業枯竭 (burnout) ，以下將分別描述：

### (一) 次級創傷壓力(secondary traumatic stress, STS)

助人者在照顧有創傷的病人時，想付出多一點力量，幫助有苦難的人，但也讓助人者本身產生負向情緒反應，此負向情緒稱為次級創傷壓力 (Figley, 1995)。學者Figley 也提出他的見解，認為慈悲倦怠是一種次級創傷壓力症候群 (secondary traumatic stress disorder , STSD) ，也就是說，照護者在照護病人的同時，也承受到創傷者的壓力，造成對工作感到無力，認為再怎麼努力都沒有用 (Harris & Quinn, 2015)。次級創傷壓力也稱為替代性創傷 (vicarious traumatization) 是一個過程，是照護者受到事件的影響，所產生的反應與防禦機制，若沒有察覺或調適，就會出現悲傷、憂鬱、睡眠困擾、焦慮和其他如創傷造成的症狀 (Figley, 1995)。

研究顯示，較資淺的腫瘤護理人員其次級創傷壓力程度比資深者高，專業枯竭則較資深者低，慈悲滿足也較低，教育程度越高，慈悲滿足越高 (Wu, Singh-Carlson, Odell, Reynolds, & Su, 2016)。有次級創傷壓力者的特徵有時會出現遺忘重要的事、沒有能力分割私人生活和助人者的角色，甚至會逃避與創傷有關的活動 (Stamm, 2010)。

### (二) 專業枯竭(burnout)

面對工作壓力，若無法獲得調適，就會陷入專業枯竭，進而影響到照護品質，護理人員的工作壓力和專業枯竭都比其他專業人員高 (Clendon & Walker, 2012; Khamisa, Peltzer, & Oldenburg, 2013)。學者Freudenberger 於



1974年首次將工作上所造成的慢性壓力稱為專業枯竭，專業枯竭會出現缺乏能量 (progressive loss of energy) 、喪失動力(demotivation)、缺乏工作興趣(lack of all interest in work)等特徵，包含情緒耗竭(emotional exhaustion)、人格解體 (depersonalization) 、及成就感低落 (personal accomplishment) 的症狀 (Cohen-katz et al, 2005 ; Maslach & Jackson, 1982) 。1975年學者 Maslach訪談各式專業人員(human services workers)有關他們在工作上的情緒壓力及調適的方法，發現專業枯竭是個人在工作場所的關係轉化 (relational transactions)，最常見的症狀就是工作感到精疲力竭(exhaustion) (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001)。護理人員感到專業枯竭，會降低病人滿意度及工作滿意度、增加病人死亡率與增加離職率(Lim, Bogossian, & Ahern, 2010; Garrosa, Moreno-Jimenez, Liang, & Gonzalez, 2008; Smith, 2014)。

專業枯竭與年齡、性別、教育程度、心理狀況、及工作型態有很大的關係，會廣泛的影響到個人及社會的心理症候群 (Chirico, 2016; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Piko, 2006)。在瑞士調查1251位護理人員專業枯竭，發現約有1/3護理人員有專業枯竭(Peterson, 2008)。謝、張、周、張(2008)調查臺灣253位護理人員，結果顯示半數以上護理人員有中、重度情緒耗竭和缺乏人性化的感受，且38.1%者為低度的個人成就感。護理人員的憂鬱、焦慮、壓力程度也和專業枯竭呈現正相關，專業枯竭預測憂鬱、焦慮、壓力變異，分別為42%, 25%, 32% (Mousavi, Ramezani, Salehi, Khanzadth, & Sheikholeslami, 2017)。



## 二、護理人員慈悲滿足

隨著病人的疾病複雜度增加，護理人員的需求量也增加，不只要關心護理人員的專業枯竭和慈悲倦怠，更需要瞭解如何預防負面情緒(Frey, Robinson, Wong, & Gott, 2018)。助人者的角色並非只有承受壓力造成負向情緒反應，有些助人者也能夠在照顧病人的同時，從病人的回饋，感受到成就，學者Stamm(2010)將這種感受稱為慈悲滿足(compassion satisfaction)。慈悲滿足是一種正向的能量，用來平衡因照顧創傷或受苦的人所帶來的負面感受或情緒，助人者會因為有助人滿足的保護機制，讓自己可免於遭受到慈悲倦怠(Stamm, 1999)。

學者 Stamm(2010) 詮釋專業生活品質三項指標分數：(1)慈悲滿足分數高，專業枯竭及次級創傷壓力分數在中等或低分時，代表正向結果，表示在工作上有好的正增強，工作上不會停滯 (bogged down)，對同事或組織有好的影響，也樂於幫忙病人。(2)高專業枯竭，中度至低程度慈悲滿足和次級創傷壓力，表示沒有工作動力，對病人比較沒有心，可能需要休息。(3)高次級創傷壓力，中度至低度專業枯竭和慈悲滿足，表示因為負面經驗導致害怕工作，不堪工作。研究發現慈悲倦怠與護理人員的專業枯竭有很強的正相關，反之慈悲滿足高者 (compassion satisfaction) 其慈悲疲倦及專業枯竭則越低，因而越能夠歡喜做自己 (being me)，越不會感到自己受到困綁，而陷入困境中 (Yoder, 2010)。學者 Meyer, Li, Klarisenfeld, & Gold (2015) 調查新進護理人員，發現現存的壓力並無法預測慈悲滿足，但當護理人員慈悲倦怠高時，壓力相對的高，而慈悲滿足低，顯示慈悲倦怠是慈悲滿足和壓力的中介變項(mediator)。學者 Hooper et al. (2010)調查，急診室護理人員的慈悲滿足較一般護理人員低，但專業枯竭和慈悲倦怠高於其他科別。

綜合以上文獻，護理人員無法不照顧苦痛的病人，身為照護者在面對病人/家屬情緒或團隊成員間的衝突，情緒很難不受到影響，也不可能“船過水無痕”，完



全遺忘當下互動的情感交流與心理反應，能在離開病房就可以馬上轉換自己的心情。在面對有壓力的處境，有人開始會逃避面對，出現眼不見為淨的防禦機轉，或是以高張的反應，發洩自己的情緒。因此，助人者有需要培育慈悲滿足的能力，來克服因為付出同理心，所帶來的倦怠與枯竭。

#### 第四節 護理人員自我慈悲 (self-compassion)

護理人員經常疏於自己身、心、靈安是需求，因此培育自我慈悲 (self-compassion) 是護理人員自我照顧的根本(Bazarko, 2013; Malloy, Thrane, Winston, Virani, & Kelly, 2013)。自我慈悲是能夠自省(intrapersonal)，用仁慈和關愛的態度，接受自己的苦痛(Barnard & Curry, 2011; Hofmann, Grossman, & Hinton, 2011; Neff, 2003)。學者Neff (2003) 將自我慈悲分為自我關愛 (self-kindness) 、共同人性(common humanity)、及正念 (mindfulness) 三個正向構面；另有三個相對應的負向構面，分別是自我批判 (self-judgment) 、隔離 (isolation) 、過度認同 (over-identified)。

自我關愛能降低對自我批判及譴責，是平衡負向想法的覺察，及涉入個人苦痛的感受，能夠膚慰自己 (soothing) 和自我照顧 (self-care)；共同人性能夠瞭解每個人都會犯錯，沒有人是完美的，也能感受到自己並不孤單，感到安適；正念是當下的覺察，對各種正向或負向想法經驗接受和泰然處之的專注，減少對負向固著想法( Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007; Neff & Germer, 2013; Raab, 2014)。

佛教強調同體大悲，主張自己與他人是互依(inter-being)，不以「自我」為優先，就不會有排他，人與人之間是平等無分別心(賴、蘇，2015)。所以，自我慈悲並不是自我放縱 (self-indulgent) 或自私(selfish)，而是當我們能夠更用開放的心對待我們自己時，我們就更有能力，給予別人更多 (Neff & Germer, 2013)。慈悲滿足和自我慈悲有正相關，慈悲滿足高者，自我滿足越高，越能關愛自己(Neff, 2003)。Upton(2018)研究顯示自我慈悲對慈悲倦怠有調節作用 (moderating effect)，而且可以預測慈悲倦怠。所以，自我慈悲可以避免慈悲倦怠和提供慈悲照顧。自我慈悲程度高的人越不會譴責自己，越能從失敗中學習，願意再重新去

嘗試 (Upton, 2018)。自我慈悲高的護理人員在照顧末期病人時，較不會去迴避病人/家屬的痛苦，較能同理和利他 (Upton, 2018)。

賴、蘇、侯 (2018) 正念介入有助於降低負向的自我慈悲 (自我嚴苛)，減少自我批判，增進心理調適。自我慈悲程度低的人，憂鬱、焦慮、和壓力程度相對的比較高(MacBeth & Gumley, 2012; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007; Sinclair, Kondejewski, Raffin-Bounchal, King-Shier, & Singh, 2017)。Mary Koloroutis 是一位健康管理中心的副主任，也是一位工作 40 年的護理師，深感護理人員總是嚴格的對待自己，試圖要讓自己做到可能無法達成的完美標準，認為完美主義 (self-criticism) 是一種激勵，如果過於善待自己，就會安於現狀，沒有動力 (Koloroutis, 2014)。護理人員的自我要求，反而讓自己身陷在不好的情緒中，讓自己沒有慈悲心(Yilmaz & Ü stün, 2018)。因此要能夠自我慈悲，才能夠付出關懷和照顧。

護理是面對人的照護工作，需要很嚴謹的處理臨床的事物，無形中也養成“待人以寬、待己以嚴”的工作態度，甚至有些護理人員都嚴格待己，也嚴以對待他人，無法放過自己和放過別人，心理也就無法解脫，產生自我慈悲的三個負向態度，困擾自己。但如果能夠培養自我關愛，體悟人非聖賢，誰能無過，能活在當下，心靈就能夠得到解脫，不被束縛所苦。



## 第五節正念介入措施

### 一、正念的根源

正念（mindfulness）源自於佛教八正道之一，透過苦集滅道的體悟，修習正念達到苦的止息（賴、蘇，2015）。西方社會自 1960 年代開始，興起對東方哲學與禪修的興趣，美國麻省理工學院分子生物學博士 Jon Kabat-Zinn 教授，透過西方科學和東方禪修，發展正念減壓(Mindfulness-based stress reduction, MBSR)，協助痛苦的人，離苦得樂（李，2014）。正念減壓是運用正念的技巧，設計八週的課程，結合靜坐（sitting meditation）、行禪（walking meditation）、身體掃描（body scan）和瑜伽（yoga），改善病人的疼痛(Kabat-Zinn, 1990)。透過身體掃瞄，練習者可以覺察身體的疼痛和壓力，清楚身體隨時在改變的過程(Kabat-Zinn, 1990)。

正念相關研究自 2000 年開始如雨後春筍般的發展，美國“正念社會醫療健康中心”(Center for mindfulness in medicine, Health Care, and Society)創立於 1995 年，將 MBSR 推廣至各個不同領域，也建立 MBSR 教師培訓（李，2014）。美國心理學會提出正念可以培養專注力和不迴避情緒的想法，是可以整合到任何一種治療的方法（釋和金，2010; Kostanski & Hassed, 2018）。英國國會 2015 年由“議會跨黨派正念小組”（mindfulness all-party parliamentary group, MAPPG）發表正念國家（Mindfulness Nation UK），將正念訓練納入國家政策，將正念推廣至各不同領域（Mindfulness initiative, 2015）。英國國家健康與照顧卓越研究院（National Institute for Health and care Excellence, NICE）的照護指引，將正念介入實證運用於心理健康的治療與預防（National Health Service, 2015）。



## 二、正念介入措施的機轉

生活中或工作的壓力很自然的存在環境中，壓力會依個人對事件的看法而不  
同，而正念(mindfulness)和心流(flow)，有助於個人面對壓力(Snyder & Lopez,  
2009)。一個人每天約有 17,000 至 24,000 次呼吸，約有 50,000 個念頭會出現在  
我們的腦海裡(Ott, 2004)。當人的念頭和想法持續不斷出現，有時可能會察覺  
到念頭，但大部分的時間，這些念頭和想法是不自覺的。當念頭和想法持續出現  
時，思緒會不斷的在腦海中盤旋著，因而陷入於焦慮的惡性循環中(Moorey & Greer,  
2002)。而正念介入最主要的目的就是減少反芻(rumination)降低負面的想法，  
提升健康(Martin-Asueo & Garcia-Banda, 2010)。以下針對不同觀點，提出正  
念對於情緒的作用機轉：

### (一) 佛教心理學觀點

雖然「正念」不以宗教的論述為理論，但 Kabat-Zinn(1990)提到正念的訓  
練受佛教影響。「正念」一詞來自於佛教的大念處經，也就是四念處，佛經上  
記載：

「諸比丘！為眾生之清淨，為度憂悲，為滅苦惱，為得真理，為證涅槃，  
唯一趣向道，即四念處。如何為四念處，諸比丘！比丘於此，於身觀身而  
住，精勤，正知正念，捨離世間之欲貪、苦惱，一一於受觀受而住，精勤，  
正知正念，捨離世間之欲貪、苦惱，一一於心觀心而住，精勤，正知正念，  
捨離世間之欲貪、苦惱，一一於法觀法而住，精勤，正知正念，捨離世間  
之欲貪、苦惱(CBETA 電子佛典集成，2016)。

聖嚴法師強調沒有“智慧”只有禪定是無法得解脫，要得智慧必需要修四  
念處，四念處是一種觀的方法，四念處在小乘佛教是修觀慧，次第觀身、受、  
心、法，大乘佛教是修空慧，凡是有心都有煩惱，如果能夠當下觀心，知道真

正的心是無心，那就是智慧，就不會有煩惱而得解脫了（釋聖嚴，2001）。聖嚴法師也提到，不論用什麼方法禪修，都有相同的原則，就是『心不能攀外緣，心不要受外緣所動，到最後無緣可攀，無心可動，便達成禪修的目的』（邱，1992）。證嚴法師在三十七道品四念處也提出，四念處的內容就是身體與心理，是對自己顧念自己身心的行為與觀點，也就是對自我有一份認識與瞭解，如無法認識自己，又如何能認識萬物的道理呢？而所謂“認識”即是“了解”，要“了解”就是集中精神，專一心思來“觀察”分析自我及認識自我（釋證嚴，2009）。

阿毘達磨（Abhidharma）是佛教心理學，主要探討生命的身心世界（溫，2013）。所謂意識流是剖析因為分離和迅速消失的“心”（巴利語，citta）的認知事件的過程，心是覺察事物，而“心所”（巴利語，cetasika）是對心的見解（菩提比丘、雷瓦達達摩比丘，1999）。當“心”覺察到一個人，“心所”可能產生喜歡或厭惡的可能，但不論是好或壞，當下的念頭只能升起一個。“心路過程”的理論，提出心識如流水不斷流動，在霎那間，“善”和“不善”二種心態不會同時升起，當“善”的心所越強，正念就越強，升起的就是善的心所（溫，2013）。

溫（2013）以佛教的角度探討 MBSR 創始人 Jon Kabat-Zinn 對正念的發展歷程，指出其訓練受到禪宗（Zen/ Chan）和內觀（vipassana）的影響，而其中又以內觀為構成要素。內觀禪（vipassana meditation）或正念禪（mindfulness meditation）是觀察身心生滅的過程，當以正念觀察自己的意念時，我們無須選擇觀察的目標，而是要觀察心所選擇的境源，也就是無選擇的覺知（choiceless awareness），透過正念我們了解身心生滅的特質：無常、苦、和無我，當我們視生滅是自然法則時，就不會產生執著（恰，2009; Tyson & Pongruengphant, 2007）。禪修內觀的目的是正確了解身心生滅現象的本質，使痛苦止息（恰，

2009）。 “苦”從佛教的四聖諦（Buddha's Four Noble Truths）的解釋就是西方心理學的壓力，正念禪修有助於護理人員調適面對死亡的壓力（Tyson & Pongruengphant, 2007）。正念的培養不是靜坐或是禪坐，正念是在日常生活中，每一刻的覺知，覺知所有的活動及經驗，能緩解苦難和提升慈悲心（賴、蘇，2015；Williams & Kabat-Zinn, 2011；Schmidt, 2004）。

## （二）腦部及神經迴路的觀點

正念介入措施會影響大腦正向認知網絡（Dobie, Tucker, Ferrari, & Roogers, 2016）。研究證實正念介入有助於刺激腦部的情緒調節、自我覺知、內在感受覺察（身體對於感覺的刺激）、和專注力的調節（Hölzel, Lazar, Gard, Schuman-Olivier, Vago & Ott, 2011；Lutz et al., 2014；Modinos, Ormel, & Aleman, 2010）。健康的大學生在正念身心整合訓練（integrative body-mind training, IBMT）後4週，以擴散張量影像（diffusion tensor imaging）測量非等向性指標（fractional anisotropy, FA），發現前扣帶迴皮質（anterior cingulate cortex, ACC）的非等向性指標（fractional anisotropy, FA）比單純放鬆訓練者高，而且改善情緒，這個結果顯示正念練習有助於大腦白質的作用（Tang, Fan, Yang, & Posner, 2012）。Hölzel et al. (2011) 以隨機控制實驗，比較”壓力管理課程”(stress management education, SME)和 MBSR 課程二組介入的成效，結果顯示二種課程都能夠降低焦慮，但正念介入對於腦部主導情緒的腹外側前額葉(ventrolateral prefrontal regions, VLPFC)和杏仁核（amygdala）都有增加作用，而壓力管理課程則沒有變化。這表示壓力管理課程，只能作用於訓練時情緒的緩解，但無法有長期的改善。

### (三) 呼吸生理學的觀點

一個人來到世上，開始於出生的第一口氣，也在最後一口氣，離開人世。在驚嚇的狀態下，我們可能會暫停呼吸，在緊張的情境中，我們可能會用深呼吸，來緩解自己的情緒。所以呼吸和我們的生命和生活中，扮演著很重要的角色。呼吸是人體獲取氧氣，供應全身器官，是最基本的生存要素，而且也有排除廢物及毒素的功能。人體可以數天不進食，但不能幾分鐘不呼吸，可見呼吸對人體的重要。深呼吸可以增加肺臟、消化器官、和神經系統的氧量增加，促進器官的功能，瑜伽呼吸也能夠讓腺體復甦，提升幸福感，促進橫膈膜運動，增加腹腔器官血液循環，降低心臟的負荷，增進身心放鬆 (Vas, 2004)。自主性的呼吸不只是受到代謝 (metabolic) 需求的影響，也同時受到情緒改變的影響，像是悲傷、喜悅、焦慮和害怕，呼吸不只是維持身體的恆定，也同時維持情緒的平衡 (Homma & Masaoka, 2008)。

正念是因，也是果，呼吸是修習正念的工具，讓我們的心不散亂 (何譯, 2004)。正念訓練包含瑜伽及靜坐，此二項活動與調息有很大的關係。瑜伽之祖帕坦伽利 (Patanjali) 定義調息 (pranayama) 是調節呼吸，控制呼氣和吸氣。藉由瑜伽的調息，可以調節氣 (prana) 和心 (citta) (Vas, 2004)。抑制呼吸模式會影響腦部代謝和神經傳導物質血清素 (serotonergic) 的作用，及產生認知、心理、和神經的迴路，因而增加憂鬱的風險 (Rosa-Neto et al., 2004)。呼吸、放鬆、和靜坐都有助於心理情緒的覺察 (Smith, 1988)。

以呼吸為主的引導式正念呼吸 (guided respiration mindfulness therapy, GRMT) 是由 Lalande 等學者發展，其結合呼吸放鬆相關理論 (Bolton, Chen, Wijdicks, & Zifko, 2004; Bradley, 2002) 和佛教正念呼吸 (Nanamoli, 2000) ，以有情緒困擾民眾及健康照護專業人員為研究對象，設計 GRMT 介入方法

(Lalande, King, Bambling, & Schweitzer, 2016)。GRMT 是刻意的連結深呼吸，不中斷呼吸的頻率，不自覺的在吸氣和吐氣沒有停頓，藉著胸腔的擴張，讓空氣自然吸入體內，用正念覺察當下身體當下的感受，覺知身體的細微覺知，接受和放鬆 (Bolton et al., 2004; Lalande et al., 2016; Minett, 2004)。

引導式正念呼吸(GRMT 藉著呼吸訓練，提升自我覺察力，達到放鬆的目的，其包含三個主元素：(1)調節呼吸、(2)正念練習、(3)放鬆身體。GRMT 訓練的過程中，治療者和被治療者沒有任何對話，只有呼吸的引導，專注在當下呼吸的感受，這與 MBSR 或 MBCT 有所不同(Lalande et al., 2016)。MBSR 的課程是一種自覺的呼吸，覺察呼吸，藉由不同的正念練習，將心安住在呼吸 (李，2014)。然而，MBSR 較少直接提及到改變慣性呼吸型態，但 GRMT 是完全以呼吸作為正念覺察的工具，透過呼吸過程中，打破慣性呼吸，接受和覺察身體的變化，及觸動深藏在身體的經驗 (Lalande et al., 2016)。

#### （四）認知行為治療的觀點

正念介入措施有別於行為治療或認知行為治療。認知行為治療 (cognitive behavior therapy, CBT) 又稱認知治療(cognitive therapy, CT)是辨別和改造想法，而正念是當下覺察(Beck, 2005)。認知行為治療主要在辨認和改變負面的想法和信念，治療重點在於與治療師的互動，設定每一個階段的目標，認識認知、情緒、和行為的關係，讓自己不再陷入負向思考，學習分辨分辨哪些是自己的想法，哪些是真實發生的事件(Beck, 2005; Corey, 2013)。

2002 年英國認知行為治療師 Teasdale 和 Williams 及加拿大 Segal 教授為了研究憂鬱症，也將正念練習的方法教導病人，發展出正念認知療法 (mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) (李，2014)。正念認知療法

(mindfulness-based cognitive therapy, MBCT)是將認知治療融入正念訓練，透過不斷的練習，用以預防憂鬱症復發(Segal, Williams, & Teasdale, 2002)。MBCT 不包含認知治療的改變思考的練習，而是增進與自己的感覺、情緒、想法間的關係，用存在模式 (being with) 來取代試圖解決問題的行動模式(doing with) (林， 2013)。同在模式是將自己從過度反覆思量和擔憂的心當中，釋放出來，能夠接受自己和經驗，而不是將焦點放在自己的不足和需要改進的地方，讓自己全然的與此時此刻的經驗同在，用全新的方法，活出自己的生命(石譯，2016)。因此，正念的訓練在於培養自我覺察，跳脫原本慣性的思考，不馬上對情緒反應或逃避。而認知行為治療是在開發個人對問題的反應，改變認知行為。

## （五）情緒調節的觀點

逃和戰(fight or flight response)是身體對抗壓力的防禦機制，也是讓我們逃避威脅的自然反應，但如果過度的害怕和焦慮，將會花費過多的時間和精力去避免它，讓我們的視野變狹隘，限縮我們經驗的深度和廣度，使得我們被自我保護本能和我們自己的反應所囚禁，要從焦慮束縛中擺脫，就必須要培育一個富有慈悲、溫和且直覺的覺知，來處理我們的回應和阻止觸發逃避危險的處境，這個覺知就稱為正念(Orsillo & Roemer, 2011)。正念可以利用專注、靜坐、無常觀 (impermanent nature of thoughts) 和喜悅覺察 (awareness of pleasure) ，或身體掃描來放鬆繃緊的身體，維持當下的覺察(Walker, Obolensky, Dini, & Thompson, 2010)。

正念不是改變負面想法。哲學家胡賽爾 (Husserl) 描述正念的基本假說，是對當下經驗的專注，不帶任何的詮釋，也就是沒有過去及未來的雜念

(Grecucci, Pappaiani, Siugzdaite, Theuninck, & Job, 2015)。正念介入直接影響認知和情感，透過專注當下(present-centered)培養積極傾聽(active listening)和同理心(empathy)的能力(Jones, Bodie, & Hughes, 2016)。

正念的機轉就是透過認知評價，和親密分離過程的情緒調節的檢定(Grecucci, Pappaiani, Siugzdaite, Theuninck, & Job, 2015)。正念強調集中注意在當下的覺察，接納想法，是學習回應壓力，而不是反應壓力(Kabat-Zinn, 1990)。反芻(rumination)是一種啟動行動模式(doing mode)來處理負面的情緒，讓負面情緒不斷的被喚起，若透過正念練習則能夠用開放不逃避的態度面對情緒，因而不陷入反芻的過去記憶中(林, 2013)。正念練習用不批判的態度，覺察念頭的消失，回到當下的呼吸，這就是善待自己的行為(溫, 2013)。

Baer, Carmody, & Hunsinger(2012)非隨機控制研究(non-randomized controlled trials)假設推論正念訓練可能扮演中介物(mediator of treatment effects)，也就是正念的程度與壓力有直接的影響，而經過正念訓練及練習，對於正念程度和壓力感受會有間接的影響。護理人員透過正念介入措施，可以降低經驗迴避(experiential avoidance)、專業枯竭和慈悲倦怠及提升正念程度及生活滿意度(Duarte & Pinto-Gouveia, 2016; van der Riet, Levett-Jones, & Aquino-Russell, 2108)。因此，正念介入措施可以降低心理困擾(Tang, Tang, Tang, & Lewis-Peacock, 2017)，並提升復原力(Foureur et al., 2013)。正念介入措施有助於護理人員對於自我的接受(self-acceptance)、自我覺察(self-awareness)、自我照護(self-care)、更完全的處在當下的工作及家庭關係中(being more fully present in relationships)(Cohen-Katz, Wiley, Capuano, Baker, & Shapiro, 2005)。



### 三、正念介入措施的設計

#### (一) 課程訓練的方法

正念介入的課程核心是溫和且有系統的正念訓練（石譯，2016）。常規的正念介入MBSR和MBCT都是以8週課程，2.5小時/ 次，每週一次。但近年來的研究會因為介入對象的考量，將介入方法和時間做作調整。上課時間有調整6週，每週每次約1.5-2.5小時(Li, Yuan, & Zhan, 2016)，也有分4週課程，每週1小時(Hoppe, Bryce, Hellman, & Finlay, 2012)。課程進行方式除了傳統團體課程之外，有用DVD教學(Haines, Spadaro, Choi, Hoflman, & Balazeck, 2014)、錄音帶練習(Lengacher et al., 2012)、或線上正念課程(Monshat, Vella-Brodrick, Burns, & Herrman, 2012; Cavanagh et al., 2013)。Bazarko, Cate, Azocar, & Kreitzer (2013) 將傳統8週每週2.5小時課程，改為1.5小時電話視訊指導(telephonic MBSR, tMBSR)，同時提供指引光碟和手冊。也有只提供影音光碟的課程訓練。提供視訊課程，可以增加課程參與率及減少交通的往返(Reilly-Spong, Reibel, Pearson, Koppa, & Gross, 2015)。

過去研究顯示，正念課程是自我練習的結果(Carmody, Baer, & Olendzki, 2009)，但學者 Baer, Carmody, & Hunsinger (2012)在每週測驗正念程度與壓力程度，發現正念的程度在訓練第二週就有顯著的提升，而壓力程度的改變要到第四週才開始，表示經過正念訓練後，會開始熟悉正念的技巧，因此短時間正念程度會開始提升，但壓力程度需要經過一段較長時間，才會跟著下降。護理人員正念介入措施的研究，以團體課程的放鬆(relaxation)、禪修(meditation)、正念為基礎介入 (mindfulness-based interventions, MBIs) 的方法最常使用(Guillaumei, Boiral, & Champagne, 2016)。

## （二）課程訓練的頻率、時間和持續追蹤時間

正念的練習就如同肌力訓練，肌肉練習是伸展和緊鬆的練習，正需要反覆來回的練習，而正念的練習則是覺察念頭出現與消失，用不評判的態度回到當下的感受。因此，傳統正念訓練設計 8 週的課程，但是正念介入的時間會隨著研究對象和方法而不同，調整介入時間。尤其是輪值三班的護理人員，要參與課程，往往礙於排班的關係，而無法參加，因此有部份正念成效研究都都會依學員不同而做課程調整。Smith (2014) 以系統性文獻探討護理人員及護理學生正念介入成效，發現介入措施有 4-8 週不等，每次介入的時間從 30 分鐘到 2.5 小時不等，而介入的成效與其介入時間的差異無關。也就是即使只有 4 週的介入，仍可以達到其預期的效果。正念介入也有以每次短時間，但長時期介入的方式，護理學生安排每天 30 分鐘正念靜坐課程，共 7 天，結果顯示降低學生焦慮 (Chen, Yang, Wang, & Zhang, 2013)。也有一週的正念介入，就能改善護理主管的身心症狀 (Pip, Bortz, & Dueck, 2009)。Gilmartin et al. (2017) 探討短時間正念訓練對醫院健康照護者的成效，發現共有 14 篇研究，正念訓練小於 4 小時，有 8 篇研究是針對護理人員，上課的時間有每天 5-20 分鐘或每週 30 分鐘，連續四週時間約 89% 在四週的訓練中，可以參與每週 2 次 5 分鐘的課程，有 42% 可以參加 8 次課程。

Baer, Carmody, & Hunsinger (2012) 研究在訓練第 2 週後，提升了“觀察”、“保持覺察”、及“對內在經驗不反應”等構面，第 3 週提升“對經驗不加評斷”，而“以文字描述及標示”在第 7 週才提升，這可能是正念指導老師與學員討論的課程中，會將想法和感受表示讓學員知道，學員從中內化到自己的經驗中。Guillaumei, Boiral, & Champagne (2016) 以系統性回顧 32 篇正念為基礎的介入對護理人員及學生的成效，發現其中有 5 篇研究，介入課程少於 5 次，13 篇

研究進行 6-10 次課程，課程結束後有追蹤研究的有 5 篇。Wang et al. (2017) 在八週正念課程後，持續追蹤半年正念程度仍維持提高，但壓力程度在課程結束後並沒有下降反升高，不過到了第六個月介入後追蹤，壓力程度則下降，而對照組壓力在六個月後則有增高現象。正念課程除了課程之外，自我練習也很重要。有持續練習正念的人，比沒有練習的人，對情緒的效果較好 (Bazarko, Cate, Azocar, & Kreitzer, 2013) 。

#### 四、正念介入措施的成效

個人無法改變外在壓力，但可以透過訓練，調適自我的壓力。正念介入課程最原始的設計，是在覺察對壓力的感受，進而降低壓力所帶來的負面情緒。以系統性文獻分析正念介入對於護理人員的成效的相關文獻，詳見表一。正念介入措施的成效，可以從幾方面探討，詳述如下：

##### （一）正念介入對負面情緒的效果

正念介入可以改善護理師和護理學生的壓力、焦慮、憂鬱、及專業枯竭 (Chen, Yang, Wang, & Zhang, 2013; Kang, Choi, & Ryu, 2009; Khoury et al., 2013; Moody et al., 2013; van der Riet, Levett-Jones, & Aquino-Russell, 2008) 。

英國 NICE(National institute for health and clinical excellence)將 MBCT 列為推薦治療憂鬱症復發，是具有經濟效益，且是優先選擇的方法 (NICE, 2009) 。以呼吸為主的正念介入，透過 10 週的引導式正念呼吸 (GRMT) 可以改善憂鬱和焦慮 (Lalande et al., 2016) 。

Daya & Hearn (2017) 以系統性文獻分析醫學生正念成效，共有 12 篇納入分析，其中有 7 篇測量壓力，有 4 篇顯示改善壓力：9 篇檢測憂鬱程度，有 5 篇改善憂鬱：3 篇測量專業枯竭，有 2 篇有顯著的改善。在 12 篇醫療照護人

員及護理人員正念介入系統文獻分析，有 5 篇測量壓力程度，皆有改善參與者的壓力，且達統計顯著意義，有 2 篇測量焦慮，但只有 1 篇有改善且達顯著差異 (Dharmawardene, Givens, Wachholtz, Makowski, & Tjia, 2016)。McConville, McAleer, & Hahne (2017) 的統合分析研究，發現正念介入可以改善學生的壓力、焦慮、憂鬱，正念介入的時間，不管長短都一樣有成效。Luken & Sammons (2016) 分析 8 篇正念介入對健康專業人員的成效，發現有 4 篇研究顯示介入後改善專業人員的專業枯竭。針對醫院醫療照護人員短時間正念介入研究，在 14 篇研究中，並非所有的研究都有成效，有 5 篇研究對壓力有改善，4 篇改善焦慮，其中 3 篇研究同時改善壓力和焦慮 (Gilmartin et al., 2017)。以短時間正念介入研究，雖然在量性結果未達顯著統計意義，但質性訪查參與者訓練後的感受，顯示正念可以緩解壓力和焦慮，增加內在的平和、平靜、和愉悅，而且改善專業枯竭 (Luken & Sammons, 2016)。Chiappetetta, D'Egidio, Sestili, Cocchiara, & Torre (2018) 以系統性文獻分析 58 篇健康照護者的正念成效，發現正念介入可以改善壓力(stress)和心理耗竭 (mental exhaustion)。

## (二) 正念介入措施對正面情緒的效果

研究顯示正念介入有助於提升照護者的自我慈悲 (self-compassion)，降低壓力感受及提升臨床照護的效益 (Raab, 2014)。正念和自我慈悲都與睡眠和復原力正相關，對於心理健康和壓力都有調節作用 (Kemper, Mo, & Khayat, 2015; Moll, Frolic, & Key, 2015)。正念介入有助於正向安適感(well-being)提升，和負向身體症狀的改善 (Carmody, Baer, Lykins, & Olendzki, 2009; Cohen-Katz et al., 2005)，提升幸福感和同理心 (Gilmartin, Goyal, Hamati, Mann, Saint, & Chopra, 2017; van der Riet, Levett-Jones, & Aquino-Russell, 2018)、增

進睡眠 (Hulsheger, Feinholdt, & Nubold, 2015)。Kemper (2017) 研究發現以呼吸為主的網路正念訓練(brief mindfulness training)可以提升正念程度。

止觀覺察注意量表 (mindful attention awareness scale, MAAS) 是最常用來檢驗正念程度的工具，也能夠檢測安適 (well-being) 的量表 (Brown & Ryan, 2003)。Gilmartin et al., (2017) 系統文獻分析，14 篇研究中有 6 篇研究檢驗 MAAS 程度，有 3 篇成效達統計意義。自我慈悲是專業人員自我照顧的重要元素，研究顯示正念介入可以提升專業照顧者和護理人員自我慈悲 (Newsome, Waldo, & Gruszke, 2012; Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005; Shapiro, Brown, & Biegel, 2007)。

以系統文獻整理正念介入措施對護理人員情緒成效相關文獻，共整理出 14 篇文獻，有二篇 RCT 研究，但流失率在 44-27% (Shapior et al., 2005; Pipe et al., 2009)，個案數有 10-15 人，主要成效有壓力、生活滿意度、自我慈悲、心理症狀自評量表、及照護能力量表。混合研究有四篇，有二篇提到個案流失約三成，介入時間最短一天，最長有 10 週，且每週介入的時間也不同，個案數 12-46 人，主要成效有壓力、止觀覺察注意、生命凝聚感、憂鬱、焦慮和壓力 (DASS)、一般健康自評等等 (Cohen-katz et al., 2005; Foureuret et al., 2013; Horner et al., 2014)。相關研究詳見表 1。

表1 正念介入措施對護理人員情緒成效相關研究

Author (year)	Method	Group	course	Follow	intervention	No of case	Effect (p<.005)	Dropout rate
Shapiro (2005)	RCT	Control	8-wk	3-m	MBSR	10	PSS, SWLS, SC	44%
Pipe (2009)	RCT	Control	4-week	1-y	MBSR	15	SCL-90-R, CES	27%
Cohen-katz (2005)	Mixed <sup>a</sup>	Control	8-week	3-m	MBSR	12	BSI, MAAS	No mention
Foureuret (2013)	Mixed <sup>a</sup>	Single	One day	Non	MBSR	40	SOC, DASS-stress GHQ-12	30%
Horner (2014)	Mixed <sup>a</sup>	Single	10-week 30-m/wk	Non	MBI	46	No-different	32%
Santos (2016)	Mixed <sup>a</sup>	Single	6-week 1-h/wk	6-w	MBI	13	BDI, MBI, PSS, STAIT, QOL	No mention
Ando (2011)	Quasi <sup>b</sup>	Control	2-week 30-60m/d	Non	MBSR	13	GHQ-12, SOC	No mention
Mackenzie (2006)	Quasi <sup>b</sup>	Control	4-week	1-m	MBSR	16	Burnout	No mention
Brady (2012)	Pre-post	Single	4-week 1h/week	non	MBSR	23	Sense of self scale, TMS	43%
Bazarko (2013)	Pre-post	Single	8-week 1.5-h/wk	Non	t-MBSR	41	Self-kindfulness, common humanity, overall self-compassion	12%
Lan (2014)	Pre-post	Single	5 week 2-h/wk	Non	Mindful-Gyn	41	PSS, DASS, MAAS, happiness	10%
Gauthier (2015)	Pre-post	Single	1-month 5-m/ day	1-m	MBI	38	NSS, MBI, SC, MAAS	58%
Hevezzi	Pre-post	Single	4-week	6-m	MBI	15	CS, Burnout,	No mention

(2016)			5 d/ wk				STS	
Motaghedi (2016)	Pre-post	Single	4-week 2-h / wk	Non	MBCT	30	Distress-tolerance, employment, nursing, regulation	No mention

<sup>a</sup> Mixed method; <sup>b</sup> Quasi-experimental

SWLS(Satisfaction with life scale); PSS (Perceived stress scale); SC(Self compassion) ; SCL-90-R (Symptom checklist 90-Revised subscale); CES (Caring Efficacy scale); BSI (Brief symptom inventory); DASS(Depression, anxiety, and stress scale); GHQ-12(General health questionnaire); IJS(Intrinsicsic job satisfaction); JSS (job satisfaction scale); MAAS(Mindfulness attention awareness scale); MBI(Masiach burnout inventory); NSS(Nurse stress scale); ProQOL(Professional quality of life scale); SOC(Sense of Coherence); SRDI(Smith relaxation disposition inventory); UWES(Utrecht work engagement scale); SD(self-development); CS(compassion satisfaction), TMS(Toronto mindfulness scale)

### (三) 正念介入措施的經驗

正念訓練已廣泛的受到醫療領域的重視，然而一般人將正念團體誤解為治療或諮商團體，事實上團體諮商或治療著重在團體介入後，改變對情境或事件的觀點，都具有目標且需要行動 (doing)；正念團體則在於覺察，強調與當下所呈現的一切同在 (being)，透過訓練學習，讓自己更能夠活在當下，所以覺察是過程也是目標 (胡和吳，2013)。

Hunter (2016)系統性文獻分析發現，護理人員透過正念訓練後，更能夠控制自己的想法及壓力，對自己及他人更了解及接受，能引發感恩心，進而提升以病人為中心的照護能力。學習正念者，能夠藉由發現自己內在平靜的來源，從害怕學習，到發現新的方法適應學習，因而在遇到困難處境時，更能夠接受自己 (Hjeltens, Binder, Moltu, & Dundas, 2015)。大學生參與每週 5 分鐘正念呼吸訓練 (mindful breathing practice) 和慈心禪(lovingkindness meditation)訓練



8 週後，可以感受到更放鬆與平靜，有安適感，但學生感到疲累作回家作業 (Schwind et al., 2017)。護理人員透過正念訓練後，認知到雖然有壓力的現況無法改善，但可以改變自我的感受，會讓自己多花一點時間感受當下的情緒 (Foureur et al., 2013)。兒科護理人員透過正念課程後，感到自己的壓力減輕了，而且提升內在的平和，感到慈悲喜樂，更能夠專注和覺察，比較少有身體的症狀出現 (Moody et al., 2013)。

釋和金 (2010) 以焦點訪談實習諮商心理師在正念訓練對自我關注的想法，發現正念修習後，感受到：(1)體察覺受：從吵雜到聽見身、息、心；(2)打開身心世界：從迴避到接納負向經驗；(3)安住當下：從原地躊躇到照見立足之地；(4)品味生活、體會生命：從順服既定框架到歷緣對境。

正念的學習可以覺察自己及他人，進而更同理他人的處境。黃等 (2015) 訪談佛教學系學生，且長期修習佛法和靜坐的經驗，收集這些學生對於慈悲的看法，分析慈悲的四個意涵為同理心、利他、恩澤力（平等心）和自我覺察，受訪者表達“我覺得我修習正念後，當我越瞭解我自己的時候，....我（越）能夠用我的立場去同理別人的立場，這或許就是一種慈悲的增長方式”。

正念介入相關的量性研究只能測量成效，無法獲得學習正念的經驗，和對自我壓力的感受及調適。學習正念可能也會因為個人喜好而異。Niessen & Jacobs(2014)將正念訓練課程安排在護理系大學一年的四週課程中，學生在學習正念後，發現更能夠觀察自己及接受自己，也有學生感受到要照顧好自己，並感受到身為一位護理人員需要學習關注周邊的事物，而正念學習是有幫助的。但也有對正念的負向想法，學生認為正念課程很無聊，為什麼身為護理人員還要學習正念呢？(Niessen & Jacobs, 2014)。同樣是護理系一年級學生七週正念課程，焦點訪談 10 位學生，得到正念課程有助於睡眠、提升專注力、清



楚的頭腦、和減少負向認知等正向回饋，對於他們個人生活、課業、和專業能力都有幫助，但對於課程時段的安排、課程內容、和場地表示影響到他們上課，10位學生中只有一位上完七週課程，有五位有上一半課程 (van der Riet et al., 2015)。要挪時間出來上課本身就是一種壓力 (Segal, William, & Tseasdale, 2015)。

學者 Guillaumei, Boiral, & Champagne (2016) 以系統性文獻，共分析四篇護理人員參與正念課程的經驗，結果顯現透過正念，護理人員感受到護理是一個高壓力的工作，因為這些工作的負荷引起很多情緒的不悅，甚至是生氣，但正念練習，讓他們慢慢感到內在的平靜，增強照護能力，有助於病人安全；但學習正念也是一個挑戰，因為沒有時間學習，無法每天練習，因而感到挫折。不過也有研究顯示，在課程即將結束時，大家仍期待課程可以繼續，建議可以安排中午 20 分鐘的時間，有人繼續跟著書或是錄音檔供他們學習 (Cohen-Katz et al., 2005)。Resnicoff & Julliard (2018) 針對大夜班護理人員和護理佐理員，每週三次，每次 2-5 分鐘正念靜坐，持續 8 個月時間後，以質性訪談研究對象，發現正念靜坐改善自己與家人的關係、專注的能力、團隊合作、減少壓力、改善態度、增加慈悲心。



## 第六節 研究問題之思考與方向

從上述的文獻回顧及以護理人員為研究對象的正念相關研究（詳見表一），顯示大部分的研究，個案數最多的研究一篇有 61 位，有三篇研究對象超過 40 人，其餘的都少於 40 人。大部分的研究進行單組前後測比較，缺少控制組的比較。正念成效相關研究，所使用測量成效工具差異很大，本研究使用 MAAS 檢驗正念程度，是因為 MAAS 是最常使用的量表，Brown & Ryan (2003) 指出止觀覺察注意量表(MAAS-15) 較能預測心理適應指標，不需要透過靜坐或正念訓練，才能區分正念程度，重點在測驗專注力 (attention) 與覺察力(awareness)。此內容符合本研究正念介入的主要目標。情緒和專業生活品質也是參考相關文獻，期望能夠獲得護理人員在介入成效的改變，使用正向與負向的情緒量表，以做為多面向的比較。

在參與課程的次數 (dose of class) 、時間及頻率是目前正念訓練研究需要再進一步探討 (Chan & Larson, 2015)。從研究者針對新進護理人員正念介入的先探研究 (pilot study) (Wang et al., 2017) 及其他國外的研究 (Baer et al., 2012; Bazarko, 2013) 都發現，對於八週的課程，流失率是一個需要考量的問題。Baer et al. (2012) 的研究，發現有 17% 未完成 8 次課程，流失的原因有可能是離職。Wang et al. (2017) 新進護理人員研究，提供每週 4 小時的公假，訓練第一個月參與率 87%，第八週課程結束，參與率降至 78%。以數位課程(tele-MBSR)研究，約有 88% 參與率 (Bazark, Cate, Azocar, & Kreitzer, 2013)。Foureur, Besley, Burton, Yu, & Crisp (2013) 安排一天的正念介入課程，然後提供光碟片給護理人員 (n= 28) 練習八週，結果顯示有 70% 有繼續練習，有 50% 有記錄練習的時間。因此，若能縮短課程的介入時間，又能達到課程的目的，就可以提升護理人員參與意願。數位學習課程雖可以提高參與率，但因為本研究除了正念介入組介入外，也與引導式正念呼吸組作比較，

而引導式正念呼吸剛開始的課程需有老師引導，無法用網路學習課程，為了不影響研究場域的干擾，故本研究二組介入，還是以實體面對面課程為主。

正念訓練除了在開始階段需要經過指導之外，其他的時間可以藉由自我的練習，而且隨時隨地可以練習，培養自己的正念，緩解焦慮及壓力。因此很適合輪替三班的護理人員，作為自我減壓的方法。正念訓練有助於對身體的感覺、想法、情緒等覺察，這種覺察有助於身心功能的調節，正念程度增加，可以增加壓力源的因應（楊，2012）。透過身體掃瞄，練習者可以覺察身體的疼痛和壓力，清楚身體隨時在改變的過程(Kabat-Zinn, 1990)。正念訓練可以改善壓力及焦慮(Chen, Yang, Wang, & Zhang, 2013; Kang, Choi, & Ryu, 2009)。而引導式正念呼吸療法可以透過呼吸的練習，也能產生減輕焦慮和憂鬱的症狀，是一種簡單而且易於學習的方法(Lalande et al., 2016)。若能比較二者之間的成效，未來或許能夠發展一套更適合護理人員的正念課程。現行有關正念研究，大部分都是進行前後側的比較，也有進行追蹤研究，探討正念練習後幾週或幾個月後的效果，但較少研究在正念練習中，每一週課程後，參與者改變的狀況。因此有必要在每週課程後，進行量性問卷調查，了解各項量表在每週課程改變之程度。

此外，在正念課程的目的是在身體覺察，而不加以進一步的想像、詮釋或思考，學員親近真實且具體的自己（胡和吳，2013）。為了瞭解護理人員在學習正念的歷程及其經驗，瞭解正念對於護理人員照顧病人的慈悲感受，因此在研究介入前後個進行質性訪談，以補足量性研究對於課程的回饋和對正念感受的解釋的不足。

### 第三章 研究方法學



本研究分成二階段執行，第一階段前驅測試護理人員憂鬱、焦慮、和壓力程度，第二階段混合研究，探討正念介入措施對護理人員的成效，以下就二階段研究步驟說明。

#### 第一節第一階段前驅測試

本階段的研究目的是調查護理人員憂鬱、焦慮、和壓力程度的現狀。本研究以某醫學中心，年齡滿二十歲的正職護理人員為對象，排除血液透析、開刀房、社區、和其他醫技單位護理人員。採結構式問卷，問卷共分二部分，第一部分為基本資料，第二部分為止觀覺察注意量表，第三部分為專業生活品質量表，第四部分為情緒自評量表，第五部分為自我慈悲量表，第六部分為匹茲堡睡眠品質量表。

#### 一、研究工具

本研究參考國內外相關文獻擬定問卷，問卷內容包含護理人員基本資料、止觀覺察注意量表（15 題）、專業生活品質量表（30 題）、情緒自評量表（21 題）、及自我慈悲（12 題）、睡眠品質（9 題）。

##### （一）基本資料

問卷包含性別、教育程度、年齡、婚姻狀況、工作職稱、工作科別、工作年資、經濟狀況、是否在職進修中、是否輪三班工作。

##### （二）止觀覺察注意量表(Mindful Attention Awareness Scale, MAAS-15)

正念程度測量的工具有很多，MAAS 是較穩定的正念量表，是目前最常使用的正念量表(張、林、黃，2011)。止觀覺察注意量表共 15 題，採 Likert 6 分

計，1分表示幾乎沒有；6分表示幾乎總是。臺灣中文版止觀覺察注意量表整體量表之 Cronbach's 係數為 .88 (張、林、黃，2011)。效標關聯效度包含「中文滿意度量表」 (satisfaction with life scale) Cronbach's 係數為 .89、「正負向情緒量表」 (positive and negative affect scales) Cronbach's 係數各為 .89 和 .87、「中國人幸福感量表」 (Chinese happiness inventory) Cronbach's 係數為 .86、「心理憂鬱量表」 (Center for epidemiological studies depression scale) Cronbach's 係數為 .81、「臺灣社會讚許量表」 (Taiwanese social desirability scale) Cronbach's 係數為 .78、以及「自尊量表」 (self-esteem scale) Cronbach's 係數為 .82，以判斷 CMAAS 在這些心理適應指標量表上的預測效度 (張、林、黃，2011)。MAAS 經反向計分後，表示止觀特質程度，MAAS 分數越高，表示正念程度越好 (張、林、黃，2011)。MAAS 分數和正向情緒呈現正相關，與憂鬱和焦慮呈現負相關 (Brown & Ryan, 2003)。

### (三)專業生活品質量表 (Professional Quality of Life Scale, ProQOL-30)

Professional Quality of life (ProQOL) 是測量慈悲倦怠 (compassion fatigue) 常用的量表，包含次級創傷壓力 (secondary traumatic stress) 、專業枯竭 (burnout) 、及慈悲滿足 (compassion satisfaction) (Yang & Kim, 2012)。此量表是由 Figley 於 1995 年修訂原始慈悲倦怠自我測量 (compassion fatigue self test)，將原量表用較正向的問題，以反應照護者所提供的服務 (Stamm, 2005)。本研究是以 Stamm(2010)修訂的第五版，量表包含慈悲滿足、專業枯竭、及次級創傷壓力。三個次量表各 10 題，共 30 題，採 Likert 5 分計，從未有過 (1 分)、很少 (2 分)、有些時候 (3 分)、經常如此 (4 分)、總是如此 (5 分)。專業枯竭、次級創傷壓力、和慈悲滿足的界標見表 4，情緒的高、中、低程度分

別為大於 42 分、23-41 分、小於 22 分。專業生活品質的界標詳見表 2，以下將分別說明：

1.慈悲滿足：題號 3,6,12,16,18,20,22,24,27,30, Cronbach's alpha 0.88, 約有 25% 的人>57 分, 25% 的人<43 分，分數越高表示對於自己的專業越滿足，若<40 分表示工作有遇到障礙(Stamm, 2010)。

2.專業枯竭：題號 1,4,8,10,15,17,19,21,26,29, 是一種無望的感受，對處理工作有困難，會對工作有負向感受,努力得不到收獲或工作量大，或在一個沒有受支持的工作環境，分數越高，表示專業枯竭程度越高。 Cronbach's alpha 0.75，約有 25% 的人>57 分，25% 的人>43 分，若分數<18 分表示在工作上有正向的感受，若>57 分表示工作產生壞的情緒，需要適當的休息，如果分數持續增高，表示在擔心事情(Stamm, 2010)。

3.次級創傷壓力：題號 2,5,7,9,11,13,14,23,25,28, 一再的聽到這些創傷的經驗，又稱替代性創傷(vicarious traumatization) ，或照顧曾有恐怖經驗 (horrible events) ，若工作是直接在危險的情境，就屬於直接創傷壓力(Stamm, 2010)。但若照顧的病人經歷創傷，而身為護理人員必須去處理這些因為創傷而引起的心理情緒，通常是快速且突發的，常引起失眠、難過、或避免再度提起，就屬於次級創傷壓力(Stamm, 2010)。分數越高，表示次級創傷壓力越強，壓力越大(Stamm, 2010)。Cronbach's alpha 0.81，約有 25% 的人.>57 分，表示對工作有某些恐懼，但不見得是個人的問題，而是要去考量個人對工作或工作環境的想法，個人可能需要找主管或同事諮詢(Stamm, 2010)。

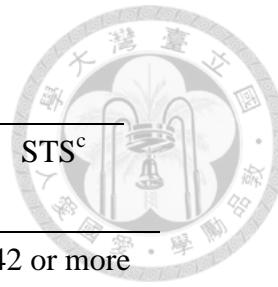


表 2 專業生活品質量表的界標

Level of ProQOL	CS <sup>a</sup>	BO <sup>b</sup>	STS <sup>c</sup>
High	42 or more	42 or more	42 or more
Average	23-41	23-41	23-41
Low	22 or less	22 or less	22 or less

Ref: Stamm, B.H. (2010). The Concise ProQOL Manual. Pocatello, ID: ProQOL.org.

<sup>a</sup> CS: Compassion Satisfaction; <sup>b</sup>BO: Burnout; <sup>c</sup>STS: Secondary Traumatic stress

#### (四)情緒自評量表 (Depression, Anxiety, Stress Scale, DASS - 21)

情緒自評量表由 Lovibond & Lovibond (1995) 將 42 題修改成 21 題，且廣為使用。測量個人過去一週內憂鬱、焦慮、壓力狀態，分數越高表示憂鬱、焦慮、壓力指數越高，中英文量表具有良好信效度及內在一致性，英文憂鬱、焦慮、壓力次量表 Cronbach's  $\alpha$  值各為 .94, .87, .91 (Antony et al., 1998) 中文量表量表 Cronbach's  $\alpha$  值依次各為 .83, .80, .82，總量表達 .92 (Wong et al., 2016)。此量表採用 4 點計分 (0-3 分)，0 分表示從不這樣，1 分表示有時這樣，2 分表示經常這樣，3 分表示常常這樣，分數越高，表示該情緒越強，憂鬱、焦慮、壓力程度越高 (Lovibond & Lovibond, 1995)。依照 Lovibond & Lovibond (1995) 將 DASS-21 嚴重度分成五級，其分界點 (cut-off)：憂鬱 >4 分、焦慮 >3 分、壓力 >7 分，其分類如表 3。



表 3 DASS 嚴重度分類

Severity	Depression	Anxiety	Stress
Normal	0-4	0-3	0-7
Mild	5-6	4-5	8-9
Moderate	7-10	6-7	10-12
Severe	11-13	8-9	13-16
Extremely severe	14+	10+	17+

Ref:<http://www.gppaustralia.org.au/sites/default/files/services/mh/DASS%2021%20with%20Scoring%20Sheet.pdf>

#### (五)自我慈悲量表 (self-compassion, SC-12)

此量表由Neff (2003) 所編制，採五分法，1分表示「從來沒有」，5 分表示「常常是」，原量表包含了自我關愛 (self-kindness) 、共同人性 (common humanity) 、正念(mindfulness)共26題。Raes et al. (2011) 建構6個次量表，每一個次表有2題，除原來的三個項目之外，還有自我批判self-Judgment) 、隔離 (isolation) 、過度認同 (over-identified) 等三項反向題。每題五分計分最低1分（從來沒有），最高5分（常常如此），每一個次量表有2題。分數越高表示越能自我慈悲。本研究採用12題自我慈悲量表。『自我關愛』是指在受苦時能夠對自己仁慈，『共同人性』是了解苦難的經驗是人類共同的經驗，『正念』是覺察自己受苦的經驗，『自我批判』是指嚴格的自我批評，『隔離』是指受苦是個人在受的苦難，『過度認同』是沈浸在自我的痛苦中 (Neff, 2003) 。

#### (六)匹茲堡睡眠品質量表 (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI-9)

此量表由 Buysse et al. (1989)所編制，共 9 題，總分 21 分，分數越高代表睡眠品質越差，分界點 $\geq 5$  分，表示睡眠品質差。共包含 7 個概念：主觀睡眠品質 (sleep quality)、睡眠潛伏期(sleep latency)、睡眠持續時間(sleep duration)、習慣性睡眠效率(habitual sleep efficiency)、睡眠困擾(sleep disturbance)、安眠藥

使用(use of sleeping medication)、日間功能失調(daytime dysfunction)。中文版

匹茲堡睡眠品質量表 Cronbach's  $\alpha$  值為.82-.83(Tsai, 2005)。

綜合上述研究工具敘述，統整詳見表4。



表4 研究工具統整

研究工具	問卷內容	計分方式	總題數
1.止觀覺察注意量表	1.1專注力/覺察	每題6分計分最低1分（幾乎沒有），最高6分（幾乎總是）。	15題
2.專業生活品質量表	2.1慈悲滿足 2.2專業枯竭 2.3次級創傷壓力	每個次量表有10題，每題五分計分最低1分（從來沒有），最高5分（常常如此）。	30題
3.情緒自我評估量表	3.1憂鬱 3.2焦慮 3.3壓力	每個次量表有7題，每題4分計分最低0分（從來沒有），最高3分（常常如此）。	21題
4.自我慈悲量表	4.1自我關愛 4.2共同人性 4.3正念 4.4自我批判 4.5隔離 4.6過度認同	每個次量表有2題，每題五分計分最低1分（從來沒有），最高5分（常常如此）。	12題
5.匹茲堡睡眠品質量表	5.1主觀睡眠品質 5.2睡眠潛伏期 5.3睡眠持續時間 5.4習慣性睡眠效率 5.5睡眠困擾 5.6安眠藥使用 5.7日間功能失調	總分21分，分界點 $\geq 5$ 分。	9題



## 二、研究工具效度和信度

### (一) 專家內容效度檢定

採內容效度 (content validity index, CVI) ,由與主題相關的 5 位專家，對研究工具進行內容效度檢定。專家依照問卷的內容，依文字的表達清晰性、正確性及合適性等評分，採 Likert 4 點計分，4 分代表非常適當，不需要修改; 3 分代表適當，但需要做小部分的修改; 2 分代表此項不適當，考慮修改或大幅度修改; 1 分代表非常不適當，應予以刪除，每一題目提供建議欄位，由專家填寫意見。針對專家的評分進行問卷題目檢定，每題評分 3 分 (含) 以上的專家人數，除以所有專家人數，算出每題 CVI 值。共邀五位專家，包含醫師、心理師、社工師、專科護理師、及資深護理師等各一位，一位男性及四位女性，五位臨床年資皆超過十年。本研究 CVI 值為 1.00 。

### (二) 內在信度一致檢定

採內在信度測試內在一致性 (internal consistency) , 以 Cronbach Alpha ( $\alpha$ ) 值 .50 為指標。本研究結果顯示所有量表 Cronbach Alpha 皆在以上.70，其中自我慈悲量表和匹茲堡睡眠品質量表較低，但 Cronbach Alpha 值也各別達.722 和.728，詳見表 5 。



表 5 量表 Cronbach Alpha 值

量表名稱	題數	$\alpha$
(1) 止觀覺察注意量表 MAAS-15	15	.948
(2) 專業生活品質量表 ProQOL-30	30	.816
2.1 發創傷壓力 Secondary traumatic stress	10	.866
2.2 專業枯竭 Burnout	10	.768
2.3 慈悲滿足 Compassion satisfaction	10	.932
(3)情緒自評量表 DASS – 21	21	.947
3.1 憂鬱 Depression	7	.941
3.2 焦慮 Anxiety	7	.904
3.3 壓力 Stress	7	.915
(4) 自我慈悲量表 SC-12	12	.722
(5)匹茲堡睡眠品質量表 PSQI-9	9	.728

### 三、調查研究

前驅測驗先由某醫學中心護理人員為母群體，以電子問卷調查共發出 506 份問卷（排除護理主管、護理佐理員、兼職護理師、血液透析護理師、社區護理師和醫技護理師），回收 307 份問卷，回收率 60.7%。本研究運用電子問卷遺漏設計，若有遺漏填答者，電腦會顯示提示，讓填答者填寫所有的問卷內容，因此 307 份問卷皆為完整有效問卷。測試者填答之問卷資料直接由電腦系統轉檔為 Microsoft Excel 2010 中文版。以 SPSS(Statistical products and services splutions) for Windows 22.0 版套裝軟體進行統計分析。以描述性統計方法分析各辨項的比例，以了解護理人員情緒反應的分佈情形。



## 第二節 第二階段混合研究

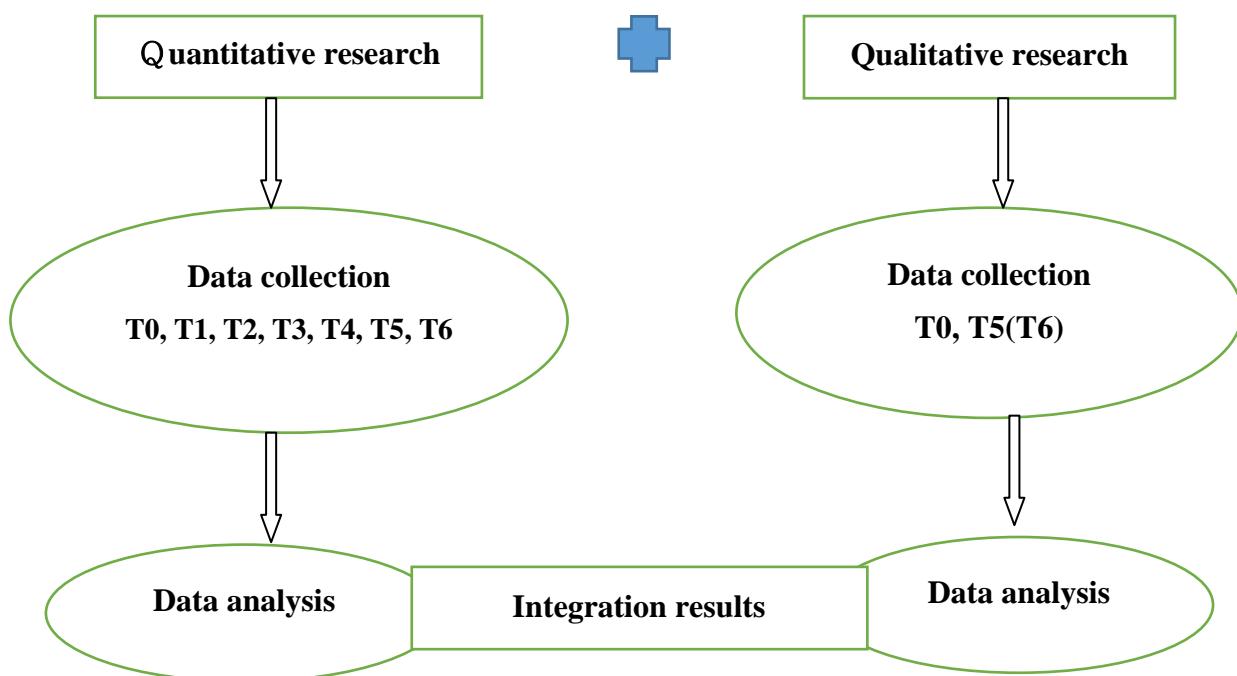
護理研究的目的是在增廣護理的知識，及提升研究的品質。護理研究的目的是在增廣護理的知識，及提升研究的品質。傳統上，量性和質性研究方法屬於不同的派典 (paradigms) 或世界觀 (worldviews) (Guba & Lincoln, 1992)，而且學者 Tashakkori & Teddlie(1998) 將質性研究和量性研究的歷史發展有如 “戰場” (battlefields of wars)，水火不容。當代主要研究派典 “實用主義”的知識論，主張真理是變動性的，強調實用才是根本，因此在方法論的選擇，不一定要用單一量性或質性研究方法，只要能夠回答研究問題，質性和量性研究同樣可以並存 (宋、潘，2010；Johnson & Onwuegbuzie, 2004)。

當代護理學從認識論的多重、複雜、且多樣的特性為基礎，發展出三角驗證方法 (triangulation)，將原本在方法學和哲學不相同的質性研究和量性研究結合在同一個研究，收集一個現象的資料，以得到精確且更接近事實的方法，是混合研究 (mixed-methods research) 的一種 (Foss & Elllefsen, 2002; Polit & Hungler, 1999)。混合質性和量性的護理研究，可以讓知識更廣且更深的洞察，可以從個人和社會在微觀和宏觀的交互作用，可以從個人的行動意圖和意義尋求知識 (Foss & Elllefsen, 2002)。質性和量性研究的取向與目的不同，二者資料間可以形成互補 (complementarity)，可對同一研究現象的重疊或不同的面向 (facets) 得到不同的理解，進而豐富、精緻了對現象的探究結果 (宋、潘，2010)。

混和研究的設計類型包含：多重檢核設計 (triangulation design)、鑲嵌式設計 (embedded design)、解釋式設計 (explanatory design)、和探索式設計 (exploratory) 等四類 (Creswell & Plano, 2007)。相關鑲嵌式設計是以一個量性或質性為主要研究方法，然後加入另一個不同的方法補充資料。本研究設計是採用相關鑲嵌式設計，

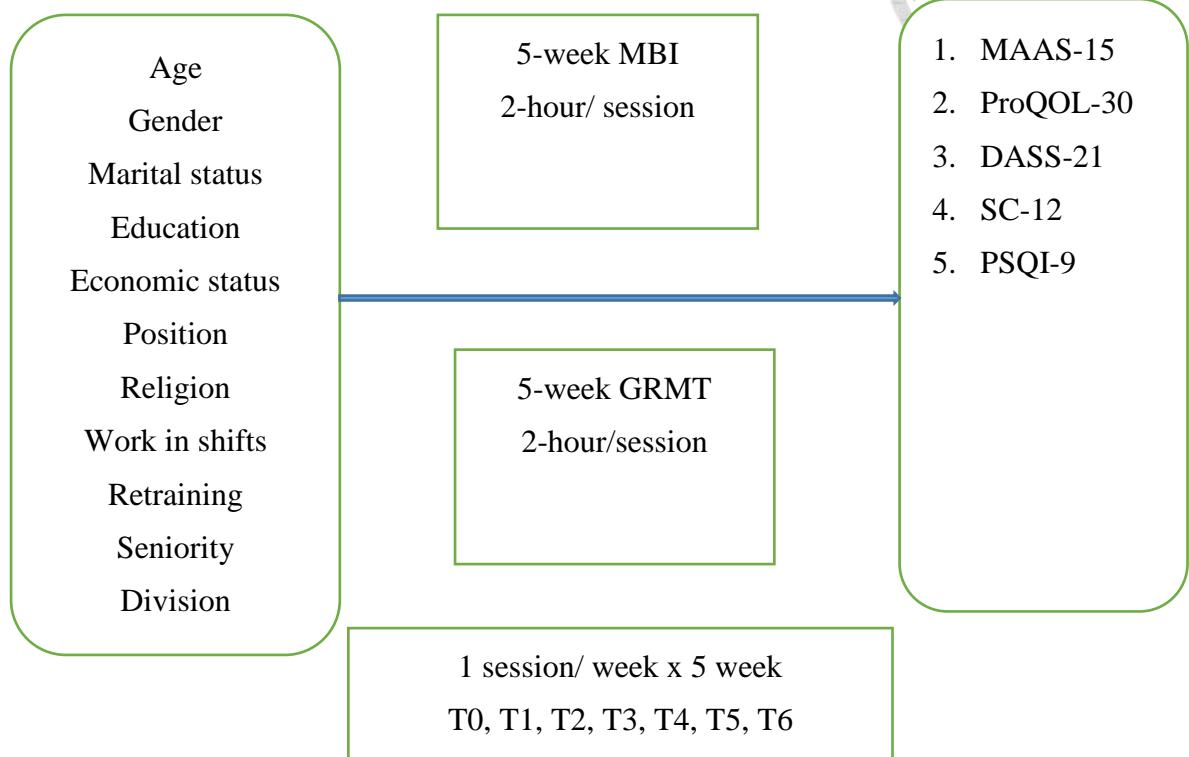
以量性研究為主要設計，再加入質性資料分析，以了解研究數據背後的現象和意義(Creswell & Plano, 2007)。

依照研究執行順序的不同，混合研究也可以分成三類，包含序列程序(sequential procedures)、同步程序( concurrent procedures )、變化程序( transformative procedures )等三類 (Grove, Burns, & Gray, 2013)。本研究採同步程序是同一時間收集質性和量性資料，本研究在正念介入前，先進行前測 (T0)，並以立意取樣，進行前測訪談，在介入五週期間，每週介入後三至六天進行問卷測量一次 (T1-T5)，然後正念介入措施後三個月，再進行一次追蹤調查 (T6)。介入後一個月至三個月內，進行後測質性訪談。量性研究部分會收集7次問卷資料，質性資料在研究前及研究後各訪談一次，收案過程詳見圖一。



圖一同步混和研究

研究概念架構分成四個部分：護理人員基本屬性、正念介入措施方案、介入的時間、介入成效，研究概念架構詳見圖二。



圖二 研究概念架構



### 第三節 量性研究設計

量性研究採類實驗研究設計（quasi-experimental research design），採結構式問卷進行資料收集，以某醫學中心護理人員為研究對象。

#### 一、研究對象

本研究對象以簡單隨機抽樣（simple random sampling）：從參與研究護理人員作為研究母群體，先進行前驅調查 307 位護理人員，以憂鬱、焦慮、和壓力嚴重程度分層。以情緒症狀有輕度以上人數最多的焦慮（anxiety）為抽樣對象，在輕度焦慮以上的 141 人中，依照輕、中、重、和嚴重，以隨機編碼，選取 120 人，再將 120 人編碼，以電腦隨機亂碼從中選取三組人員。二組為實驗組，各別為 MBI 及 GRMT，另一組是控制組，為無介入組。隨機分派至 MBI 組、GRMT 組和無介入組各 40 人。20 歲以上至 55 歲以下、同意參與研究，且同意接受 7 次測試(含前測)。

隨機分派後，通知參與人員課程的日期與時間，但在開班前，有超過一半的人表示班表的時間無法配合，或已經有預排休假，也有人表示已經有參加其他的社團活動，或表示下班後還要帶小孩或在職進修，也有人表示因為還在適應工作，不希望分心再學其他的技能。因為上述原因，本計劃無法依隨機分派的人數開班。

第二階段採立意取樣（purposive sampling），徵求有意願參加的護理人員，進行第二個班級介入課程。MBI 和 GRMT 課程各開二班課，分成晚上及白天課程，讓上大夜班或白班者，可以方便上課。最後三組人數分別為 MBI 組有 24 人、GRMT 組有 14 人和無介入組有 24 人。

## 二、資料收集

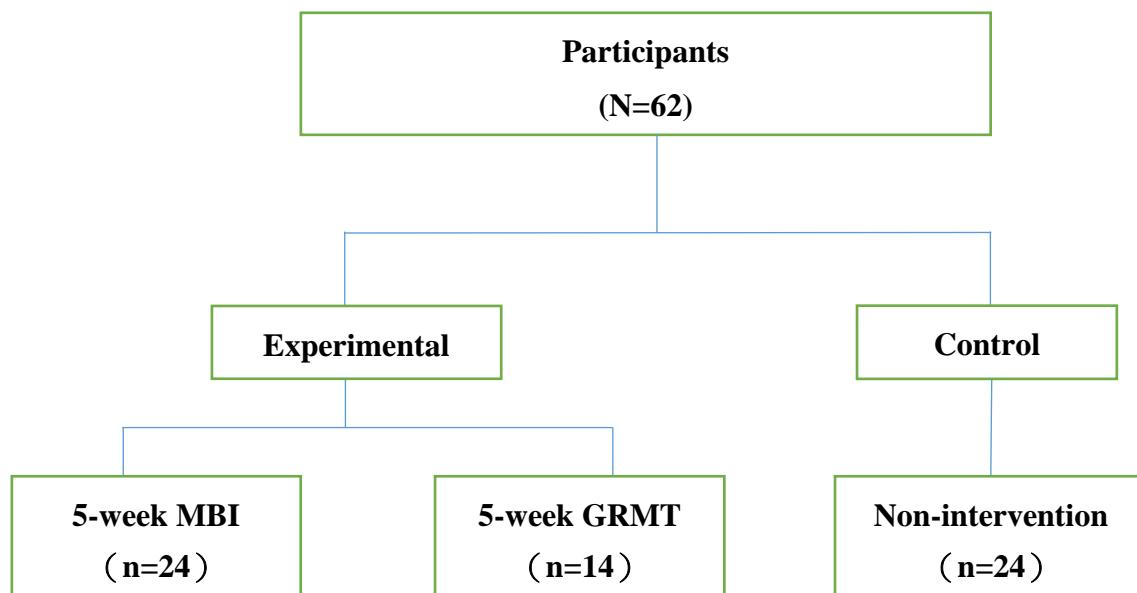


課程開始前 (baseline) 課程中 (每一週) 、及結束後(第五週和結束後三個月)共 7 次測量時間，填寫問卷時間為當週課程結束後 3-6 天內填寫，問卷在課程結束後第二天，由研究助理發送至單位，在課程結束後隔天會以 e-mail 提醒，若第 3 天未填，繼續以 Line 簡訊及 e-mail 提醒，在下一週課程上課前停止收取問卷。

本研究共分 7 次測量 (詳見表 6)。三組於正念介入前一週先進行前測，每一組接受測量的時間是對等的，7 次測量個別為：T0(前測)、T1(第 1 週)、T2(第 2 週)、T3(第 3 週)、T4(第 4 週)、T5 (第 5 週課程結束後測)、及 T6 課程 (課程結束後 3 個月)。在 MBI 組和 GRMT 組每週課程結束後。研究步驟詳見圖三。

表 6 類實驗研究設計

Group	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6					
MBI	O1	X1	O2	X2	O3	X3	O4	X4	O5	X5	O6	O7
GRMT	O1	X1	O2	X2	O3	X3	O4	X4	O5	X5	O6	O7
Non-intervention	O1		O2		O3		O4		O5		O6	O7



圖三 研究步驟



### 三、研究介入

正念介入措施的課程是一種以正念為核心的有效壓力因應，學員從正念練習中，面對自己的身心變化，學習回應壓力，而不是對壓力的反應(Kabat-Zinn, 1990)。實驗組 MBI 和 GRMT 課程是以原始 8 週課程調整成 5 週，每週 1.5 小時(第一週 3 小時含課程介紹)，總計 9 小時訓練。課程由各由 5-week MBI 和 5-week GRMT 指導教師執行，課程訓練計劃書由指導教師擬訂後，與計劃主持人討論課程的可行性及維持介入措施的完整性。進行模擬測試 (analogue situations)，探討課程可能面臨的問題，介入時間的控制及場地安排。二種介入方法都在同一個教室，一個安靜可容納 20 人使用的教室，學員可以自行帶瑜珈墊及個人枕頭和小被子。課程說明書詳見附件四和附件五。

課程進行中，徵求學員同意錄影，指導教師在每次課程結束後，再回顧學員上課錄影，找出會談需要修正或改進之部分。由於每一位學員對於正念課程的吸收與反應可能不同，可能影響介入的一致性 (Segal, Williams, & Teasdale, 2013)。所以，每堂 MBI 課後請學員做家庭作業，記錄每天練習的狀況，於下次上課前與講師一起討論，不管學員有沒有做家庭作業，在下一次課程都會與學員分享上次課程內容，以期學員都能達到學習目標。針對 GRMT 學員則沒有家庭作業，而錄影可以了解學員呼吸的行為和其他身體的反應，並了解學員學習的狀況。以下就二個介入方式做說明：



## （一）五週正念介入課程

### 1. 五週正念介入課程設計（MBI）

本研究改良 MBI 課程從八週調整為五週，每週 2.5 小時調整為每週 2 小時。依照八週正念練習（the mindful way workbook）中文版的內容調整見表 7，活動的主要內容及練習目的詳見附件六。

表 7 五週 MBI 課程

時間	課程主題	內容活動
第 1 週	正念簡介與體驗	相見歡、團體公約說明、打破自動化導航、正念葡萄乾
第 2 週	身體的覺照	正念呼吸、觀呼吸與身體、身體掃描、三分鐘呼吸空間
第 3 週	正念動作與伸展	正念伸展與正念漫步
第 4 週	正念聆聽與溝通	艱辛事件的正念、正念傾聽與溝通
第 5 週	正念生活	生活中的正念、圓緣

### 2. 五週正念介入指導教師

指導教師除了必須參加過合格的訓練之外，最重要的是必須要親自體驗正念練習經驗，如此才能夠回答學員在練習時所遇到的困難，才能夠培養及適應訓練，所以最好要有一年的練習經驗（Segal, Williams, & Teasdale, 2013）。本研究指導教師是訓練合格的 MBCT 和 MBSR 的正念教師，也受過英國牛津大學正念中心正念教師專訓，也是資深的印度 Ananda Marga 瑜伽老師。目前工作是慈濟基金會社工專員。曾任執於花蓮縣特殊教育評鑑委員、發展遲緩兒童早期療育協會主任、臺北市東、西區特殊教育資源中心探索教

育講師、圓桌教育學苑協談中心老師、家扶中心講師、花蓮縣婦女關懷據點督導、樸門永續(Permaculture) 設計師。



## (二)五週引導式正念呼吸課程 (GRMT)

### 1.五週引導式正念呼吸課程設計

改良自 10 週 GRMT (Lalande, 2008) 個別治療操作手冊 (GRMT treatment manual for individual therapy) , GRMT 是一種以呼吸調節和正念靜坐為基礎的方法，強調自然、不刻意控制呼吸節律，來減輕焦慮和憂鬱 (Lalande et al., 2016)。原始課程設計是 90 分鐘，每週一次，共十週課程。調整後的團體課程為每週 2 小時/次，共進行五週課程，每次課程有 1-1.5 小時直接練習引導式正念呼吸，練習結束後，有 30 分鐘的團體討論，討論呼吸的方法和個人的感受。課程說明書由研究者將英文版 GRMT 翻譯成中文，然後再與原創始人討論內容的正確性，以下針對 GRMT 的內容做說明：

(1)建立一個治療性的關係，學員能確保自己處在一個安全的環境中。

(2)給予引導式正念呼吸介入

A.呼吸調節的方式：吸氣及呼氣方法。

B.運用正念：感受各種感覺的覺知，接受每一個覺知。

C.放鬆：全身放輕鬆。

### 2.五週引導式正念呼吸指導教師

指導教師 Lalande 博士是 GRMT 創始人，五週引導式正念呼吸介入依照 GRMT 個人治療手冊 (treatment manual for individual therapy) 的指引 (guide for in-section instruction) 進行團體課程 (Lalande, 2017) ，由 Lalande 觀察每位學員的呼吸狀況，並在課程後與指導教師及研究者共同討論。

## 四、量性資料分析

為了避免遺漏數值，電子問卷設計需要完成每一個題目，才能上傳問卷，並由研究助理統整資料時，再確認問卷填寫完整。以 SPSS for Windows 22.0 版套裝軟體分析，資料輸入後進行重複檢視，避免輸入錯誤。



### (一) 描述性統計

1. 護理人員基本屬性如性別、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、工作科別、職稱、職級、經濟狀況、在職進修、輪夜班等之分佈，類別變項使用個數(百分比)表示，連續變項使用中位數(四分位距)表示。
2. 類別變項(nominal variable)以卡方(Chi-square test)，連續變項(continuous variable)以 Kruskal-Wallis test 和 Wilcoxon signed-rank test 檢測實驗組和控制組之背景資料是否有顯著差異。

### (二) 推論性統計

1. 研究假設以 Spearman's correlation 相關，單因子多變量分析，檢驗護理人員基本資料和 MAAS, ProQOL, DASS, Self-compassion, PSQI 之各次量表間的關係。斯皮爾曼等級相關係數(Spearman rho)為一種計算相關強度的選項，適用於等級尺度資料(ranked data)或有離群值的資料(郭、陳，2004)。依研究假設以 Spearman correlation coefficient 檢驗 MAAS 和 ProQOL, DASS, Self-compassion, PSQI 之各次量表間的關係。相關分析是在檢驗相關的強度與線性關係的方向，對於(outlier) Spearman correlation coefficient 會比 Pearson's correlation coefficient 更具穩健(robust)，是一個介於-1 和 +1 之間的  $r$  值， $r$  值代表二個變項間線性關係的程度， $\pm 0.00 - \pm 0.30$  為非常弱線性關係。

係， $\pm 0.30 - \pm 0.50$  為弱的線性關係， $\pm 0.50 - \pm 0.70$  是中度線性關係， $\pm 0.70 - \pm 0.90$  為強烈的線性關係， $\pm 0.90 - \pm 1.00$  為非常強的線性關係， $r$  值越強表示變異越大(Mukaka, 2012)。



## 2. 廣義估計方程式 (generalized estimating equation, GEE)

GEE model 是用在處理叢集資料 (clustered data) 或是多階層資料 (multilevel data) 的一種估計模式(Hanley, Negassa, Edwardes, & Forrester, 2003)。因為傳統的 Repeated measure ANOVA 無法處理 missing data, 會造成遺漏資料的浪費, 以本研究高遺漏率且追蹤時間長達三個月。「廣義估計方程式 (generalized estimating equation, GEE)」是針對重複測量的統計方法，可以測量在不同時間點，組內變項 (within-group variance) 的平均數的變化，主要在評估治療效果，評估連續性 outcome 指標，其優點有(Ballinger, 2004)：

(1) 迴歸分析的假設是依變項 (dependent variables) 的資料是獨立的，彼此互不相關，但在五週介入試驗之「成效評估」，其中介入組隨著課程訓練的時間會影響依變項 (dependent) 包含「止觀覺察注意、憂鬱、焦慮、壓力、慈悲倦怠、及睡眠」的變化。同一個測試者在不同的時間點上所測量的數據 (同一個人多筆觀察)，可以透過GEE將同一對象在不同時間點所搜集的資料一起分析 (陳、楊，2015)。GEE 是一個穩健(robust)的統計方法，因為 GEE 會使用最初參數的估計量及殘差，重新設定共變異數矩陣 (covariance matrix)，即使起初對受試者7 次測量資料相關性的工 作相關矩陣(working correlation matrix)類型設定錯誤，所得到的結果也不會有太大的偏差。

(2)長期追蹤資料分析，易發生測試者失去追蹤 (loss of follow up) ，

造成missing data, 若為完全隨機 (missing completely at random)

下可以用GEE 來處理，不會因為一個人的某一次資料有遺漏而必

須刪除整筆資料，對資料可以做有效運用。

(3) GEE 可以測量組別和時間對依變項之交互作用，評估介入對依變

項的效果是否隨時間變化而有不同。

(4) 工作相關矩陣類型多，研究者可依個人的知識設定，若設定錯

誤，將影響迴歸係數變異數-共變異數矩陣之估計，因而影響統計

效率(efficiency)。

### 3. 無母數檢定(nonparametric test)

無母數檢定用於類別及序位變數資料的分析，無需假設母群體的分佈型式(郭、陳, 2004)。Wilcoxon 符號等級檢定(Wilcoxon signed rank test)是比較二個非獨立樣本資料中，母群體之中位數是否相等；而Kruskal-Wallis test 是檢定多組母群體的中位數是否相等(郭、陳, 2004)。由於平均數較易受不尋常值(unusual value)的影響，故本文描述資料集中趨勢的測度(central tendency)以中位數(median)呈現，變異性的測度 (measures of variability) 以內四分位全距(interquartile range)，是描述位於中間50%的觀測值分散的情形，為第75百分位數和第25百分位數的差 (郭、陳, 2004)。



## 第四節 質性研究

### 一、質性研究對象

以立意取樣（purposive sample），從參與二組實驗組的護理人員，選不同職級、不同性別、不同組別、參與不同課程次數（介入後）的護理人員，願意接受訪談，且同意訪談錄音者，以面對面深度訪談(face to face indepth interview)。當質性訪談資料達到飽和(data saturation)，沒有新的資料和研究提供了最大訊息資料，就可停止取樣（Moser & Korstjens, 2018）。選樣的過程，為了確保資料的豐富性，在訪談後，就開始謄寫錄音檔，並不斷的評估訪談者和受訪者的對話，了解受訪者對於問題的回應，反覆的收集資料，直到飽和的過程，稱為反覆過程（iterative process）(Hennink, Hutter, & Bailey, 2011)。由研究者訪談受試者，在介入前訪談一次，介入後訪談參與正念介入措施訓練者，訪談時間約 30-45 分鐘。介入後訪談對象，除了選擇參與不同課程的護理人員外，選擇參與不同次（1-5 次）及只參加一次，並願意接受訪談。

### 二、質性資料分析

將錄音檔打成逐字稿後，由參與課程的工讀生打成逐字稿，由講師確認內容，研究主持人以抽樣的方式，抽取每位工讀生的逐字稿各一份，以錄音檔與逐字稿核對。參與者每週的作業，由工讀生打成逐字稿，做為課堂分享分析時，之補充資料與核對，作為研究參與者的驗證。

資料分析採用 Nowell et al.(2017)的主題分析，主題分析法(thematic analysis)是運用歸納法，共分 6 個階段。

Phase 1: Familiarizing yourself with your data：逐字稿謄寫及訪談資料反覆聆

聽與整體閱讀，寫下自己對於文稿的理解與反思。先初步閱讀逐字訪談稿，了解參與者對於護理角色和慈悲的看法，對於參與課程的回饋及自我慈悲的作為，將錄音檔描述的內容劃線後，並寫下摘要，不斷的閱讀和畫線，註記。

Phase 2: Generating initial codes: 整體閱讀後，將逐字稿輸入 NVIVO-12 檔案，將有意義的資料以不同顏色標記。共分 15 大類，107 個節點。

Phase 3: Searching for themes：一開始思考的分類，從問卷的情緒、專業生活品質的定義為方向分類，但透過不斷的閱讀文本，反思護理人員對護理工作的意涵和感到對工作產生倦怠的原因，先理解資料呈現的面向，護理師對於何種事、人或是何種情境之下會產生情緒或是行為反應？那何以如此？經過不斷的修正主題，打破原本用問卷來推理訪談的內容，再回到原始點，重新命題，經由與訪談者討論後，從新再思考詮釋主題的內容，將意義相似的主題再做合併整理。

Phase 4: Reviewing themes: 每個主題建立個別檔案，再次閱讀，經由團隊驗證，詮釋所分析的主題，並佐以訪談內容，達到解釋的有效性。因為有 10 人各別在前測和後測都有接受訪談，雖然訪談後只增加對於正念介入措施訓練的回饋和建議外，在前測訪談的問題，仍然再問一次，因此在這個部分也做的區分，並分析前後二者對於壓力事件和情緒的反應。有 11 位學員沒有接受前測的訪談，但也接受到同樣的問題。此部分會特別注意逐字稿特別標記的事件，分清楚事件是在訓練課程介入前的案例或是訓練後遇到的情境。經由與指導教授討論研究主題，再次重新命題，回到護理人員壓力源與前後測差異比較。

Phase 5: Defining and naming themes：透過不斷的修改主題分類，最後分成：  
(1)介入前護理人員的主要壓力源及其感受、介入前對壓力的正面回應、壓力自我調適方法、慈悲同理照護等。(2)在介入後，歸納出護理人員的主要壓力源及其感受、介入前對壓力的正面回應、壓力自我調適方法、慈悲同理照護的變化。(3)護

理人員在身體覺察、環境覺察、壓力覺察、情緒和壓力變化、工作效率、人際關係與睡眠品質的變化，(4)對於課程的運用與建議。

Phase 6: Producing the report：形成最後的主題與報告。



### 三、質性研究嚴謹度

(一) 可信賴性(trustworthiness)：可信性(credibility)和可轉移性(transferringability)

質性研究的可信性在於研究者本身，可以透過研究者反思，提高研究的公平性（阮，2014）。研究者的觀察、詮釋和結論，能夠呈現研究當中一切複雜的通盤考量，也就是研究者能夠準確的描述受訪者所思、所感、和所為（王、王，2010）。為了確保可信性，可以採用：延長在研究場所參與的時間、進行持續的觀察、同儕探詢（peer debriefing）、再度檢查研究問題，與同事發問問題、成員查核（member checks）、實施三角交叉、自我反思(self reflexivity)、分析負向個案（negative case analysis）、外部查核機制（external audit trail）等等（王、王，2010）。

在研究的真確性（authenticity）呈現學員間與研究者和正念指導教師間之欣賞與尊重，因研究者與受訪者間有上對下的關係，故本研究由有經驗之安寧病房心理師，且有參與正念課程擔任訪談員，訪談時訪談員不批判受訪者的談話，讓受訪者可以自在的表達自己的想法。本研究以護理人員為研究對象，所以招募的對象是正職有執照臨床護理人員，雖然研究主持人是護理人員的主管，但並未參與課程，而且每位參與者在上課之前簽訂了共同團體守則，接納不批判及守密等原則。訪談的場地選擇在單獨的房間，讓受訪者能夠比較自在的表達其感受，時間的安排由受訪者決定其可以訪談的時間。

為了增加研究的可轉移性(transferability)，在個案的篩選，除了區分不同組別，不同年資外，也篩選參與次數較多和較少者，或是對於訓練有特別的反應，如在訓練過程中感到頭暈噁心，因而中斷訓練的個案，也列入受訪談名單中。

## （二）質性研究效度(validity)

研究報告中的解說具有正確的呈現事實，沒有個人的組裝或歪曲，可以藉著核對錄音檔，查核引用的內容是否正確，可以運用成員查核，達成詮釋效度，也可以使用負向個案，以支持證據及預測理論準確性（王、王，2010）。本文在資料整理後，將結果與謄寫逐字稿人員及訪談者，共同討論，不斷的確認內容及主題。在前三位訪談結束後，開始謄寫逐字稿，由本文作者比對錄音檔與逐字稿的內容，其中發現護理人員對於臨床的情境述說的內容較少，因此請訪談員將訪談大綱增加護理人員說明印象較深刻的事件或情境。

## （三）質性研究可確認性（confirmability）

資料具有中立且客觀，可使用受測者提供的資料，成員查核，讓讀者充分見到自己的資料，尋求回饋，使用參與者的評述，尋求負向個案等方法（王、王，2010）。在逐字稿形成主題後，將主題與符合該主題的逐字稿結合，在主題確認後，將內容以 Line 傳送給受訪者，由受訪者閱讀內容，確認正確性，受訪者皆回覆資料正確。

## （四）質性研究可靠性（dependability）

是指資料一致的程度，研究者資料收集、詮釋的程序和過程，可用外界審查，複製邏輯，資料或方法三角交叉，編碼和再編碼等方法（王、王，2010）。在每位訪談之後，將訪談錄音帶謄寫成逐字稿後，由本研究作者閱讀文本，並聽取錄音檔，從文本中不斷的分析與反思，從受訪者的練習



經驗文字稿中，與訪談者討論修改訪談大綱，並選擇不同的研究對象，透過不斷的稽核修改，研究過程能詳實說明，經多元者的鑑定及驗證。

### （五）質性資料分析自我反思

因為以正念介入措施的訓練在於覺察和感受，及對情境的回應和反應。

本文作者在開始閱讀文本時，不斷的在護理人員感到枯竭和疲憊的情境中來回閱讀，連作者也受困在護理人員負面的情緒，第一次命名的主題發現都可以互通性，無法有互斥。例如護理人員談到沒有自信和不敢問問題，會與病人病情或人際互動有關，在分類上可能分類到個人因素，也可以歸類為人際互動或病人/家屬因素，造成分類上的困難，而且即使整理出這麼多護理人員的壓力，好像也無法和本研究主要的目的連結在一起，只能呈現護人人員共通的壓力源，對於研究結果的幫助不大。

最後作者與贊寫文字稿者和訪談者討論，如何真實的呈現護理人員對於事件的回應，從已經整理好的壓力源，以箭頭符號不斷的分析情緒、想法、行為、和反應，最後再將介入前和介入後的內容分開，進行壓力比較。

在介入後的訪談分析，將每位受訪者的訪談內容分為前測內容和後測內容，或受訪者自述有前後差異的感受分開。有護理人員在還未介入前，就有其自我調適的方法，也分開分類成一個主題。介入後的感受和回應形成另一個類別，然後分析主題，先從每一位受訪者分析，分析每個受訪者對其練習的想法和在工作或生活中的想法，最後再從每個受訪者的內容找到分類，並整併成一個整體的架構。在受訪者資料整理過程會著重在護理人員如何思考受到壓力的過程，因此會用箭頭註解護理人員思考的過程，例如護理人員感受到病人很兇→深呼吸→讓自己平靜下來。然後再從不同的壓力反應過程，進行分類和詮釋內容並形成主題。



#### 四、質性訪談受訪者基本資料

本研究以立意取樣，共訪談 26 位護理人員，研究介入前訪談 15 位(MBI 組 9 人，GRMT 組 4 人，無介入組 2 人)，介入訓練結束後一個月訪談 21 位(MBI 組 10 人，GRMT 組 11 人)，其中有 10 位(MBI 組 7 人，GRMT 組 3 人)在介入前後都有接受訪談，有二位護理人員原本在 GRMT 組，但在前測訪談後，因為單位排班的問題，臨時取消參加 GRMT 訓練。受訪者基本資料詳見表 8。

表 8 質性訪談受訪者基本資料

編號	病房	年齡	性別	課程班級	參加次數	前測 <sup>a</sup>	後測 <sup>b</sup>
case 1	神經內外科	35	女	GRMT (A) <sup>c</sup>	2	yes	no
case 2	耳鼻喉科	26	女	NONE <sup>g</sup>	0	yes	no
case 3	TB 個管	38	女	GRMT (A)	5	yes	yes
case 4	精神科	31	女	MBI (A) <sup>d</sup>	1	yes	no
case 5	泌尿科	24	女	GRMT (A)	2	yes	yes
case 6	小兒科	26	女	MBI (A)	3	yes	yes
case 7	高齡個管	34	女	MBI (A)	5	yes	yes
case 8	精神科	24	男	MBI (A)	4	yes	yes
case 9	精神科	40	女	MBI (A)	4	yes	yes
case 10	骨科	27	女	MBI (A)	4	yes	yes
case 11	胸腔內科	25	女	MBI (A)	3	yes	no
case 12	神經內外科	35	女	NONE	1	yes	no
case 13	胸腔內科	23	男	MBI (B) <sup>e</sup>	5	yes	yes
case 14	心臟內科	35	男	MBI (B)	5	yes	yes
case 15	值班護理長	43	女	GRMT (B) <sup>f</sup>	5	yes	yes
case 16	護兒中心	43	女	GRMT (B)	5	no	yes
case 17	泌尿科	32	女	MBI (B)	3	no	yes
case 18	心臟內科	21	女	MBI (B)	4	no	yes
case 19	外科加護	23	女	GRMT (B)	3	no	yes
case 20	腸胃內科	26	女	GRMT (B)	2	no	yes
case 21	骨科	32	女	GRMT (A)	5	no	yes
case 22	整形外科	28	女	GRMT (B)	1	no	yes
case 23	呼吸加護	43	女	GRMT (A)	4	no	yes
case 24	整形外科	30	女	GRMT (B)	1	no	yes
case 25	小兒科	37	女	GRMT (B)	1	no	yes
case 26	一般內科	26	女	MBI (B)	3	no	yes

<sup>a</sup> 前測 (T0)：表示在研究介入前訪談；<sup>b</sup> 後測 (T1)：表示在研究介入結束後一個月至二個月內

<sup>c</sup> GRMT (A): GRMT 夜間班；<sup>d</sup> MBI (A): MBI 白天班

<sup>e</sup> MBI (B): MBI 夜間班；<sup>f</sup> GRMT (B): GRMT 白天班

<sup>g</sup> NONE: 受訪時分派至 GRMT 組，但在上課前，單位臨時改班別，而無法參加課程。



## 第五節 研究倫理

經由花蓮慈濟醫院研究倫理委員會審查通過 (IRB106-138-B)。由研究者向參與者說明研究目的，簽署同意書後，進行問卷調查。研究資料只供研究者使用，研究結果以呈現整體狀況，個人之陳述，不呈現個人資料，並去連結。研究對象有權利中止活動。每一位參與研究者，每次填寫問卷，給予台幣 100 元，7 次測試共計 700 元，於 3, 5, 7 次測試結束後，才發予獎金。受試者可以隨時終止研究，不會受到行政的懲處。質性訪談過程中，若受訪者有心理情緒的表現，研究者採中立且不批判的態度，若有需要心理輔導者，經同意轉介其他心理師，並同時中止研究，每位受訪者予以 300 元等值禮品。因為選擇參加研究者，都是有意願要上課的，故在研究資料收集結束後，將為未介入組提供正念課程，研究對象可以自由選擇參加或不參加，但只單純進行課程，不收集資料，也不列入此研究之分析。IRB106-138-B 證書詳見附件一。

## 第四章研究結果



本研究採用同步平行資料分析(parallel data analysis)，因此研究結果共分為量性和質性資料二個部份呈現，以下將依研究假設、研究目的，說明研究結果。

### 第一節第一階段前驅研究結果

調查某醫學中心護理人員情緒程度分佈狀況，分析 307 份有效問卷，結果顯示護理人員憂鬱 ( $4.5 \pm 5.1$ ) 和焦慮( $4.6 \pm 4.8$ )程度都高於憂鬱和焦慮的分界點，壓力程度  $6.4 (\pm 5.4)$  則接近分界點 7;憂鬱和焦慮的平均數都高於其分界點，有焦慮程度的比率較高，有 141 人有輕微至嚴重的焦慮，佔 45.9%，其中有輕微焦慮者佔 11.4% ( $n= 35$ )；中度焦慮佔 13.0% ( $n= 40$ )；嚴重焦慮者佔 4.9% ( $n=15$ )；非常嚴重焦慮的佔 16.6% ( $n=51$ )。有 118 人有輕微至嚴重的憂鬱，佔 38.4%，其中有輕微憂鬱者佔 7.8% ( $n=24$ )；中度憂鬱佔 16.6% ( $n=51$ )；嚴重焦慮者佔 4.9% ( $n=15$ )；非常嚴重憂鬱的佔 9.1% ( $n=28$ )。有 97 人有輕微至嚴重的壓力，佔 34.9%，其中有輕微壓力者佔 9.4% ( $n=29$ )；中度焦慮佔 9.1% ( $n=28$ )；嚴重焦慮者佔 11.1% ( $n=34$ )；非常嚴重壓力的佔 5.2% ( $n=16$ )（詳見表 9）。

表 9 護理人員憂鬱、焦慮、壓力程度分佈 (N=307)

	normal	mild	moderate	severe	extremely	
	Mean(SD)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
<b>Depression</b>	4.5(5.1)	189(61.6%)	24(7.8%)	51(16.6%)	15(4.9%)	28(9.1%)
<b>Anxiety</b>	4.6(4.8)	166(54.1%)	35(11.4%)	40(13.0%)	15(4.9%)	51(16.6%)
<b>Stress</b>	6.4(5.4)	200(65.2%)	29(9.4%)	28(9.1%)	34(11.1%)	16(5.2%)

註：各項指標 mean 的分界點為 depression>4 分、anxiety>3 分、stress>7 分



## 第二節量性研究結果

### 一、研究對象基本資料分析

以無母數分析檢定組別間差異，類別變項(nominal variable)以卡方(Chi-square test)，連續變項(continuous variable)以 Kruskal-Wallis test 和檢測實驗組和控制組之背景資料，以發現可能存在之干擾變項，用來判斷組別是否有顯著差異。護理人員基本屬性如性別、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、工作科別、職稱、職級、經濟狀況、在職進修、輪夜班等之分佈，類別變項使用個數(百分比)表示，連續變項使用中位數(內四分位距)表示。

本研究共收案 62 位護理人員，共分三組：無介入( $n=24$ )、MBI 組( $n=24$ )、及 GRMT 組( $n=14$ )。以 Chi-Squared test、Kruskal-Wallis test 和 Wilcoxon signed-rank test 三組之背景資料，發現 GRMT 組的護理人員年齡較高( $p= .014$ )，年資較長( $p= .014$ )，無介入組年齡和年資都較輕 ( $p< .005$ )。另外三組服務科別( $p= .035$ )也有顯著差異，無介入組以外科較多，其次是內科和急重症，無門診和個管；MBI 組則以內科居多，門診和個管次之；GRMT 組人數較少以外科較多，門診和個管次之( $p= .035$ )。其餘性別、婚姻狀態、教育程度、經濟狀況、職級、宗教信仰、及工作輪班與否都無顯著差異，表示組別間不受這些因素影響，基本資料描述性統計方法詳見表 10。

小結：三組年齡、年資、和工作科別有顯著差異，其他基本資料則無統計意義。

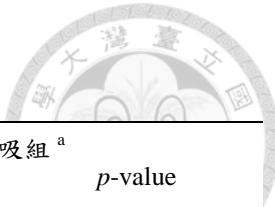


表 10 三組護理人員個人基本資料 (N=62)

	無介入組 <sup>a</sup> (n=24)	正念介入組 <sup>a</sup> (n=24)	引導式正念呼吸組 <sup>a</sup> (n=14)	p-value
年齡	25.0(6)	31.5(15)	34.5(10)	0.014*
性別				0.262
男性	4(16.7%)	4(16.7%)	0(0%)	
女性	20(83.3%)	20(83.3%)	14(100%)	
婚姻狀態				0.944
單身	19(79.2%)	17(70.8%)	10(71.4%)	
已婚	3(12.5%)	5(20.8%)	3(21.4%)	
其他	2(8.3%)	2(8.3%)	1(7.1%)	
教育程度				0.234
專科	7(29.2%)	8(33.3%)	1(7.1%)	
大學(包括二技, 四技)	16(66.7%)	12(50.0%)	11(78.6%)	
碩士	1(4.2%)	4(16.7%)	2(14.3%)	
經濟狀況				0.171
入不敷出	2(8.3%)	0(0%)	1(7.1%)	
收支平衡	10(41.7%)	8(33.3%)	9(64.3%)	
尚有結餘	12(50.0%)	16(66.7%)	4(28.6%)	
職級				0.236
N	10(41.7%)	7(29.2%)	2(14.3%)	
N1	2(8.3%)	1(4.2%)	0(0.0%)	
N2	11(45.8%)	12(50.0%)	7(50.0%)	
N3	1(4.2%)	2(8.3%)	4(28.6%)	
N4	0(0%)	2(8.3%)	1(7.1%)	
宗教信仰				0.085
無	13(54.2%)	4(16.7%)	2(14.3%)	
道教	4(16.7%)	8(33.3%)	4(28.6%)	
佛教	4(16.7%)	9(37.5%)	5(35.7%)	
天主教	3(12.5%)	3(12.5%)	3(21.4%)	
工作輪班	17(70.8%)	13(54.2%)	7(50.0%)	0.352
進修中	5(20.8%)	5(20.8%)	4(28.6%)	0.831

年資	3(5)	8(14.5)	11(15.8)	0.014*
科別				0.035*
急診+加護+護兒中心	7(29.2%)	3(12.5%)	3(21.4%)	
內科	7(29.2%)	8(33.3%)	1(7.1%)	
外科	9(37.5%)	4(16.7%)	6(42.9%)	
安寧+精神	2(4.2%)	4(16.7%)	0(0.0%)	
門診+個管	0(0%)	5(20.8%)	4(28.6%)	

<sup>a</sup>:類別變項使用個數(百分比)表示，連續變項使用中位數(四分位距)表示。

\* :  $p < .05$

護理人員基本資料統計分析：類別變項(nominal variable)以卡方(Chi-square test)，連續變項(continuous variable)以 Kruskal-Wallis test 和 Wilcoxon signed-rank test 檢測實驗組和控制組之背景資料是否有顯著差異。

## 二、瞭解護理人員正念程度、情緒、專業生活品質、自我慈悲和睡眠品質的分佈

分析 62 位研究對象於各項量表的平均數(標準差)，結果顯示正念程度(MAAS)為 53.3(11.3)。專業生活品質(ProQOL)中，三個次量表皆介於原始量表所界定的中間界標(average) 23-41 分之間(Stamm, 2010)。慈悲滿足(cpmpassion satisfaction)為 34.7(6.5)，專業枯竭(burnout)為 27.5(4.9)，次級創傷壓力(secondary traumatic stress)為 27.2(4.8)。自評工作情緒結果與 307 位護理人員前驅研究的程度相類似，憂鬱(depression)程度為 4.2(3.7) (分界點>4 分)；焦慮(anxiety)為 5.0(4.0) (分界點>3 分)；壓力(stress)為 6.7(4.6) (分界點>7)。自我慈悲(self compassion)量表共 6 個次量表，每個次量表有 2 題，每個次量表總分為 10 分，分數越高表示自我慈悲程度越好，以自我關愛(self-kindness)為 7 (1.1) 最高，過度認同(over-identity)為 4.8 (1.6) 最低，其餘的指標各為：共同人性(common humanity)為 6.2 (1.3)，正念(mindfulness)為 6.8 (1.4)，自我批判(self-judgment)為 5.9 (1.6)，和隔離(isolation)為 5.2 (1.5)；匹茲堡睡眠品質(PSQI)平均數 (標準

差)為6.9(3.0),PSQI高於5分時,表示本研究對象的睡眠品質普遍較差。各項結果詳見表11。

小結：本研究護理人員的焦慮程度高於分界點3分。在自我慈悲程度，護理人員的自我關愛，共同人性和正念程度個別為7.0(11),6.2(1.3),6.8(1.4)，自我批判和隔離分別為5.9(1.6)和5.2(1.5)，都高於每個次量表總分數(10分)的一半。但過度認同則在5分以下。睡眠品質平均數為6.9(3.0)，高於PSQI界定分數5分以上，表示研究對象的睡眠品質差。

表11 護理人員 MAAS, ProQOL, DASS, SC, PSQI 分佈情形 (N=62)

	Mean(SD)	Median (IQR)
Mindful attention awareness scale(MAAS)	53.3 ( 11.3 )	54.0 ( 20.0 )
Professional quality of life scale(ProQoL)		
Compassion Satisfaction(CS)	34.7 ( 6.5 )	35.0 ( 9.0 )
Burnout (BO)	27.5 ( 4.9 )	27.0 ( 7.0 )
Secondary Traumatic Stress(STS)	27.2 ( 4.8 )	27.0 ( 6.0 )
DASS		
Depression	4.2 ( 3.7 )	3.0 ( 4.0 )
Anxiety	5.0 ( 4.0 )	4.0 ( 5.0 )
Stress	6.7 ( 4.6 )	6.0 ( 7.0 )
Self-compassion(SC)		
Self-kindness (SK)	7.0 ( 1.1 )	7.0 ( 2.0 )
Common humanity (CH)	6.2 ( 1.3 )	6.0 ( 2.0 )
Mindfulness(SC-mindfulness)	6.8 ( 1.4 )	7.0 ( 2.0 )
Self-judgment (SJ) <sup>a</sup>	5.9 ( 1.6 )	6.0 ( 2.0 )
Isolation <sup>a</sup>	5.2 ( 1.5 )	5.0 ( 2.0 )
Over-identified (OI) <sup>a</sup>	4.8 ( 1.6 )	5.0 ( 2.0 )
PSQI	6.9 ( 3.0 )	7.0 ( 5.0 )

<sup>a</sup>原為反向題，分數越高表示越有該特性，但本研究已將反向題轉正，分數越高表示越不會有該特性，也就是分數高越不會自我批判、越不會隔離、也越不會過度認同。

註:IQR(interquartile range):是描述位於中間50%的觀測值分散的情形，為第75百分位數(Q3)和第25百分位數(Q1)的差(Q3- Q1=IQR)

### 三、 瞭解三組護理人員人口學變項與正念、憂鬱、焦慮、壓力、慈悲倦怠、和自我慈悲的關聯。

以廣義估計方程式 (generalized estimating equation, GEE) ，驗證研究假設護理人員基本資料和MAAS, ProQOL, DASS, Self-compassion, PSQI的關係。GEE Model檢驗，校正可能干擾因子後，分析各變項關係。三組 (MBI, GRMT, Non-intervention) 與量表之間的關係，以Non-intervention組當參考值， $\beta$ 數代表MBI與Non-intervention及GRMT與Non-intervention的差異。年齡 $\beta$ 數代表研究對象每增加一歲在該量表之變化程度。性別以男性為參考值， $\beta$ 數代表女性與男性在該量表的差異。婚姻狀態以單身為參考值， $\beta$ 數代表已婚者和單身者，及其他（離婚或同居）和單身者在該量表之變化程度。經濟狀況以入不敷出為參考值， $\beta$ 數代表收支平衡與入不敷出，和尚有結餘與入不敷出在該量表之變化程度。工作輪班以無輪班為參考值， $\beta$ 數代表有輪班和無輪班在該量表的比較。以無進修者為參考值， $\beta$ 數代表進修中和無進修者在該量表的比較。年資 $\beta$ 數代表研究對象每增加一年工作年資在該量表之變化程度。服務科別以急重單位為參考值， $\beta$ 數代表其他科別（內科、外科、安寧+精神科、門診和個管）相對於急重科對量表之變化程度。結果顯示於表12至表17中，以下將依每個量表的結果，各別說明。

#### (一)正念程度 (MAAS)

本研究結果顯示正念程度程度與婚姻狀況有相關，已婚者的MAAS較單身者高，詳細分析見表12。已婚者正念程度較單身者高 ( $\beta=12.77; 95\% CI = 4.08-21.45; p<.05$ )，有達顯著意義。其他三組有無介入和護理人員的人口學特性皆與MAAS無相關。引導式正念呼吸組和正念介入組的MAAS較無介入組高，但未達統計顯著意義。性別、年齡、教育程度、經濟狀況、工作輪班、進修、年資和工作科別與MAAS程度也無相關。

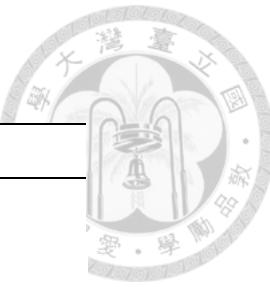


表12 正念(MAAS)程度與人口變項關係

	$\beta$	95% CI
組別		
無介入	ref	
正念介入組 (MBI)	2.10	(-4.58~8.77)
引導式正念呼吸組(GRMT)	7.25	(-0.47~14.97)
年齡	-0.65	(-1.99~0.69)
性別		
男性	ref	-
女性	-0.65	(-9.30~8.01)
婚姻狀態		
單身	ref	-
已婚	12.77*	(4.08~21.45)
其他	6.07	(-4.32~16.46)
教育程度		
專科	ref	-
大學 <sup>a</sup>	-0.82	(-7.73~6.09)
碩士	3.35	(-7.49~14.19)
經濟狀況		
入不敷出	ref	-
收支平衡	2.29	(-11.56~16.14)
尚有結餘	8.22	(-5.50~21.93)
工作輪班	-1.35	(-7.52~4.82)
進修中	1.81	(-4.52~8.13)
年資	0.21	(-1.16~1.59)
科別		
急重 <sup>b</sup>	ref	-
內科	-0.60	(-9.21~8.01)
外科	0.31	(-7.61~8.23)
安寧+精神科	-10.22	(-22.54~2.10)
門診個管	8.35	(-3.47~20.17)

<sup>a</sup>大學：包含普通大學+二技+四技；<sup>b</sup>急重症：包含急診+加護+護兒中心；\*p< .05

註：以 GEE Model 檢驗，校正干擾因子後，分析 MAAS 和基本資料關係



## （二）情緒自評程度（DASS）

情緒自評程度共分為憂鬱、焦慮、壓力三個次量表，詳細分析見表14，  
以下詳述各次量表的相關因子：憂鬱、焦慮、壓力程度與人口學特性皆無相關。  
但引導是正念呼吸組焦慮程度較無介入組低 ( $p < .05$ ) 。

表 13 情緒自評與人口變項關係



	憂鬱		焦慮		壓力	
	$\beta$	95% CI	$\beta$	95% CI	$\beta$	95% CI
<b>組別</b>						
無介入	ref	-	ref	-	ref	-
正念介入	-1.17	(-3.06~0.71)	-0.98	(-2.84~0.89)	-1.39	(-3.62~-0.85)
引導式正念呼吸	-1.40	(-3.58~0.78)	-4.03*	(-3.85~0.47)	-2.44	(-5.03~-0.15)
年齡	0.32	(-0.06~0.70)	0.22	(-0.16~0.59)	0.41	(-0.04~0.87)
<b>性別</b>						
男性	ref	-	ref	-	ref	-
女性	1.09	(-1.36~3.53)	1.48	(-0.94~3.90)	0.95	(-1.95~3.85)
<b>婚姻狀態</b>						
單身	ref	-	ref	-	ref	-
已婚	-1.33	(-3.78~1.12)	-1.02	(-3.44~1.41)	-0.84	(-3.75~2.07)
其他	1.09	(-1.85~4.03)	0.82	(-2.10~3.74)	1.54	(-1.95~5.03)
<b>教育程度</b>						
專科	ref	-	ref	-	ref	-
大學 <sup>a</sup>	-0.21	(-2.17~1.74)	0.34	(-1.60~2.27)	0.59	(-1.73~2.90)
碩士	-0.07	(-3.13~2.98)	-0.67	(-3.70~2.36)	0.47	(-3.16~4.11)
<b>經濟狀況</b>						
入不敷出	ref	-	ref	-	ref	-
收支平衡	0.15	(-3.76~4.05)	-0.14	(-4.01~3.74)	-0.87	(-5.51~3.77)
尚有結餘	-0.59	(-4.46~3.27)	-0.76	(-4.59~3.07)	-0.66	(-5.25~3.94)
工作輪班	0.23	(-1.51~1.98)	0.03	(-1.69~1.76)	0.64	(-1.43~2.71)
進修中	-0.55	(-2.34~1.24)	0.29	(-1.48~2.06)	-0.10	(-2.22~2.02)
年資	-0.28	(-0.67~0.11)	-0.14	(-0.53~0.24)	-0.34	(-0.80~0.12)
<b>科別</b>						
急重症 <sup>b</sup>	ref	-	ref	-	ref	-
內科	0.16	(-2.27~2.59)	1.10	(-1.31~3.51)	-0.07	(-2.96~2.81)
外科	0.95	(-1.29~3.18)	1.43	(-0.78~3.65)	1.40	(-1.25~4.06)
安精 <sup>c</sup>	-2.43	(-5.90~1.05)	-0.65	(-4.10~2.79)	-1.28	(-5.41~2.85)
門個 <sup>d</sup>	-2.39	(-5.72~0.94)	-1.78	(-5.08~1.52)	-2.92	(-6.88~1.04)

<sup>a</sup> 大學：包含普通大學+二技+四技；<sup>b</sup> 急重症：包含急診+加護+護兒中心<sup>c</sup> 安精：安寧病房+精神科病房；<sup>d</sup> 門個：門診+個管；\*p<.05

註：以 GEE Model 檢驗，校正干擾因子後，分析憂鬱、焦慮、壓力和基本資料關係。



### (三) 專業生活品質 (ProQOL)

專業生活品質(ProQOL)共分慈悲滿足、專業枯竭、次級創傷壓力三項次量表，詳細分析見表14，以下詳述各次量表的相關因子：(1) 慈悲滿足程度與正念介入措施、性別、婚姻狀況有關，但與年齡、教育程度、經濟狀況、工作輪班、在職進修、工作年資和科別等無關。在二組正念介入措施中，引導式正念呼吸組(GRMT)，慈悲滿足較無介入組高 ( $\beta= 6.53; 95\%CI = 3.63\sim 9.42; p < .05$ )；正念介入組(MBI)也較無介入組高 ( $\beta= 4.30; 95\%CI = 1.80\sim 6.79; p < .05$ )；女性的慈悲滿足較男性高( $\beta= 4.72; 95\%CI = 1.49\sim 7.96; p < .05$ )；婚姻狀況以離婚或同居（其他）者的慈悲滿足較高 ( $\beta= 5.60; 95\%CI = 1.71\sim 9.49; p < .05$ )。(2) 專業枯竭與GRMT介入措施有關，但與年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、經濟狀況、工作輪班、在職進修、工作年資和科別等無關。GRMT組專業枯竭較無介入組低 ( $\beta= 4.03 95\%CI = -6.87\sim -1.19; p < .05$ )。(3) 次級創傷壓力程度與介入措施和性別有關，但與年齡、婚姻狀況、教育程度、經濟狀況、工作輪班、在職進修、工作年資和科別等無關。MBI組的次級創傷壓力程度較無介入組低 ( $\beta= -2.41; 95\%CI = -4.81\sim -0.02$ )；GRMT組的次級創傷壓力也較無介入組低 ( $\beta= -3.29; 95\%CI = -6.07\sim -0.51; p < .05$ )。



表14專業生活品質與人口變項關係

	慈悲滿足		專業枯竭		次級創傷壓力	
	$\beta$	95% CI	$\beta$	95% CI	$\beta$	95% CI
<b>組別</b>						
無介入	ref	-	ref	-	ref	-
正念介入	4.30*	(1.80~6.79)	-2.06	(-4.51~0.40)	-2.41*	(-4.81~-0.02)
引導式正念呼吸	6.53*	(3.65~9.42)	-4.03*	(-6.87~-1.19)	-3.29*	(-6.07~-0.51)
年齡	-0.27	(-0.77~0.23)	0.24	(-0.26~0.73)	0.47	(-0.02~0.95)
<b>性別</b>						
男性	ref	-	ref	-	ref	-
女性	4.72*	(1.49~7.96)	-1.43	(-4.62~1.75)	3.62*	(0.51~6.73)
<b>婚姻狀態</b>						
單身	ref	-	ref	-	ref	-
已婚	0.22	(-3.02~3.46)	-2.69	(-5.89~0.51)	-0.58	(-3.70~2.54)
其他 <sup>a</sup>	5.60*	(1.71~9.49)	-1.07	(-4.89~2.76)	-0.05	(-3.80~3.71)
<b>教育程度</b>						
專科	ref	-	ref	-	ref	-
大學 <sup>b</sup>	1.19	(-1.39~3.78)	0.09	(-2.46~2.63)	1.20	(-1.29~3.68)
碩士	-1.89	(-5.93~2.16)	1.27	(-2.72~5.26)	0.76	(-3.12~4.65)
<b>經濟狀況</b>						
入不敷出	ref	-	ref	-	ref	-
收支平衡	-5.04	(-10.21~0.13)	1.43	(-3.67~6.54)	-1.70	(-6.66~3.26)
尚有結餘	-3.25	(-8.37~1.87)	-0.19	(-5.24~4.87)	-2.42	(-7.33~2.50)
工作輪班	-0.56	(-2.87~1.74)	0.17	(-2.11~2.44)	-0.14	(-2.36~2.08)
進修中	0.99	(-1.37~3.36)	-1.64	(-3.96~0.70)	-1.39	(-3.67~0.88)
年資	0.44	(-0.08~0.95)	-0.23	(-0.73~0.28)	-0.47	(-0.96~0.03)
<b>科別</b>						
急重症 <sup>c</sup>	ref	-	ref	-	ref	-
內科	-0.62	(-3.84~2.59)	0.95	(-2.22~4.12)	-0.11	(-3.19~2.98)
外科	-2.42	(-5.38~0.54)	1.79	(-1.13~4.71)	-1.48	(-4.33~1.36)
安寧+精神	-0.39	(-4.99~4.22)	-0.47	(-5.01~4.07)	-0.49	(-4.91~3.93)
門診個管	-0.95	(-5.36~3.46)	-2.54	(-6.90~1.81)	-3.59	(-7.82~0.65)

<sup>a</sup>其他：包含離婚和同居 <sup>b</sup>大學：包含普通大學十二技十四技 <sup>c</sup>急重症：包含急診+加護+護兒中心

註：以 GEE model 檢驗，校正干擾因子後，分析慈悲滿足、專業枯竭和次發創傷壓力與基本資料關係



#### (四) 自我慈悲

自我慈悲共分6個次量表，3個次量表為正向指標(自我關愛、共同人性、正念)，另3個次量表為負向指標(自我批判、隔離、過度認同)，以下分別說明：

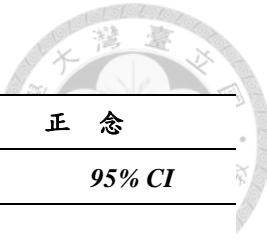
##### 1. 正向指標：

正向指標分數越高，代表越具有該特質，各項分析詳見表15。本研究自我關愛 (self-kindness) 與GRMT介入措施、婚姻狀態、工作輪班和在職進修有關，但與年齡、性別、教育程度、經濟狀況、年資、及工作科別無關。GRMT組的自我關愛程度較無介入組高( $\beta=0.97$ ;  $95\%CI =0.55\sim1.38$ ;  $p< .05$ )；已婚者較單身者會自我關愛( $\beta=0.79$ ;  $95\%CI = 0.34\sim1.25$ ;  $p< .05$ )；有工作輪班( $\beta=0.68$ ;  $95\%CI = 0.35\sim1.00$ ;  $p< .05$ )和在職進修( $\beta=0.47$ ;  $95\%CI = 0.13\sim0.82$ ;  $p< .05$ )的自我關愛程度也較高。B. 共同人性 (common humanity) 與GRMT介入措施、婚姻狀態、工作輪班有關，但與年齡、性別、教育程度、經濟狀況、在職進修、年資、及工作科別無關。GRMT組的共同人性較無介入組高 ( $\beta=1.22$  ;  $95\%CI =0.57\sim1.87$ ;  $p< .05$ )；已婚者共同人性( $\beta=0.79$ ;  $95\%CI = 0.34\sim1.25$ ;  $p< .05$ )較單身者高；工作輪班者共同人性比沒有輪班者較高( $\beta=0.56$ ;  $95\%CI =0.05\sim1.08$ ;  $p< .05$ )。C.正念(mindfulness)與GRMT介入措施、教育程度有關，但與年齡、性別、婚姻狀態、經濟狀況、工作輪班、在職進修、年資、及工作科別無關。GRMT組自我慈悲正念程度高( $\beta=1.26$ ;  $95\%CI = 0.67\sim1.85$ ;  $p< .05$ )；碩士畢業者在自我慈悲的正念程度較專科畢業者低( $\beta=-0.84$ ;  $95\%CI = -1.66\sim-0.02$ ;  $p< .05$ )。



小結：自我慈悲三項正向次量表中，自我關愛程度與引導式正念呼吸組、婚姻狀況、工作輪班、在職進修中有關。共同人性與引導式正念呼吸組、婚姻狀況、工作輪班高有關。正念程度與引導式正念呼吸組和教育程度有關。

表 15 自我慈悲與人口變項關係



	自我關愛		共同人性		正念	
	$\beta$	95% CI	$\beta$	95% CI	$\beta$	95% CI
<b>組別</b>						
無介入	ref	-	ref	-	ref	-
正念介入	0.34	(-0.02~0.69)	0.15	(-0.41~0.71)	0.22	(-0.29~0.72)
引導式正念呼吸	0.97*	(0.55~1.38)	1.22*	(0.57~1.87)	1.26*	(0.67~1.85)
年齡	-0.01	(-0.08~0.07)	0.02	(-0.10~0.13)	0.08	(-0.03~0.18)
<b>性別</b>						
男性	ref	-	ref	-	ref	-
女性	0.16	(-0.31~0.62)	0.06	(-0.66~0.79)	0.18	(-0.48~0.84)
<b>婚姻狀態</b>						
單身	ref	-	ref	-	ref	-
已婚	0.79*	(0.34~1.25)	0.79*	(0.07~1.52)	0.57	(-0.09~1.22)
其他	0.45	(-0.12~1.03)	0.64	(-0.25~1.53)	-0.01	(-0.80~0.81)
<b>教育程度</b>						
專科	ref	-	ref	-	ref	-
大學 <sup>a</sup>	0.03	(-0.34~0.40)	-0.17	(-0.75~0.41)	0.21	(-0.32~0.73)
碩士	-0.09	(-0.65~0.47)	-0.33	(-1.23~0.57)	-0.84*	(-1.66~0.02)
<b>經濟狀況</b>						
入不敷出	ref	-	ref	-	ref	-
收支平衡	-0.36	(-1.07~0.36)	-0.42	(-1.57~0.73)	-0.87	(-1.90~0.17)
尚有結餘	-0.27	(-0.98~0.44)	-0.63	(-1.76~0.51)	-0.62	(-1.64~0.41)
工作輪班	0.68*	(0.35~1.00)	0.56*	(0.05~1.08)	0.45	(-0.02~0.91)
進修中	0.47*	(0.13~0.80)	0.42	(-0.12~0.95)	0.17	(-0.31~0.65)
年資	0.01	(-0.07~0.08)	-0.01	(-0.13~0.11)	-0.04	(-0.14~0.07)
<b>科別</b>						
急重 <sup>b</sup>	ref	-	ref	-	ref	-
內科	0.23	(-0.23~0.68)	0.63	(-0.09~1.35)	0.65	(0.01~1.30)
外科	0.03	(-0.39~0.45)	-0.05	(-0.72~0.61)	0.33	(-0.27~0.93)
安寧+精神	-0.45	(-1.09~0.20)	0.19	(-0.84~1.22)	0.47	(-0.46~1.40)
門診個管	0.59	(-0.03~1.20)	0.82	(-0.16~1.80)	0.59	(-0.29~1.48)

<sup>a</sup>大學：包含普通大學+二技+四技；<sup>b</sup>急重症：包含急診+加護+護兒中心；\*p<.05

註：以 GEE model 檢驗，校正干擾因子後，分析自我關愛、共同人性和正念與基本資料關係

2. 負向指標分數越高，代表越不具有該特質，越不會自我批判、隔離、過度認同。各項分析詳見表16。本研究自我批判與引導式正念呼吸組、婚姻狀況、進修中有關，但與年齡、性別、教育程度、經濟狀況、工作輪班、年資、及工作科別無關。GRMT組的自我批判較無介入組高 ( $\beta = 0.77; 95\%CI = 0.02 \sim 1.52; p < .05$ )；已婚者較單身者不會自我批判 ( $\beta = 0.94; 95\%CI = 0.10 \sim 1.78; p < .05$ )；在職進修者較不會自我批判 ( $\beta = 0.81; 95\%CI = 0.20 \sim 1.42; p < .05$ )。

B. 隔離與引導式正念呼吸組、年齡、婚姻狀態、年資有關，但與性別、教育程度、經濟狀況、工作輪班、在職進修、及工作科別無關。GRMT組較無介入組的隔離程度好 ( $\beta = 1.02; 95\%CI = 0.33 \sim 1.71; p < .05$ )；年齡越大隔離程度越低，表示越容易有隔離 ( $\beta = -0.15; 95\%CI = -0.27 \sim -0.03; p < .05$ )；但工作年資越資深則越不會隔離 ( $\beta = 0.13; 95\%CI = 0.01 \sim 0.26; p < .05$ )

C. 過度認同與引導式正念呼吸組、年齡、婚姻狀態、在職進修、年資有關，但與性別、教育程度、經濟狀況、工作輪班、及工作科別無關。GRMT組的過度認同較高 ( $\beta = 1.18; 95\%CI = 0.40 \sim 1.96; p < .05$ )；但年齡越大，過度認同越低 ( $\beta = -0.20; 95\%CI = -0.34 \sim -0.06; p < .05$ )；已婚者較單身者越不會過度認同 ( $\beta = 0.91; 95\%CI = 0.04 \sim 1.77; p < .05$ )；有在職進修者 ( $\beta = 0.66; 95\%CI = 0.02 \sim 1.29; p < .05$ ) 和年資越長者 ( $\beta = 0.18; 95\%CI = 0.04 \sim 0.32; p < .05$ ) 也較不會過度認同。自我慈悲負向指標與人口學變項詳見表15。



表16 自我慈悲（負向指標）與人口變項關係

	自我批判		隔離		過度認同	
	$\beta$	95% CI	$\beta$	95% CI	$\beta$	95% CI
<b>組別</b>						
無介入	ref	-	ref	-	ref	-
正念介入	0.31	(-0.34~0.95)	0.54	(-0.05~1.13)	0.23	(-0.43~0.90)
引導式正念呼吸	0.77*	(0.02~1.52)	1.02*	(0.33~1.71)	1.18*	(0.40~1.96)
年齡	-0.10	(-0.23~0.03)	-0.15*	(-0.27~-0.03)	-0.20*	(-0.34~-0.06)
<b>性別</b>						
男性	ref	-	ref	-	ref	-
女性	-0.26	(-1.10~0.58)	0.04	(-0.73~0.80)	0.31	(-0.56~1.18)
<b>婚姻狀態</b>						
單身	ref	-	ref	-	ref	-
已婚	0.94*	(0.10~1.78)	1.07*	(0.30~1.84)	0.91*	(0.04~1.77)
其他	-0.29	(-1.31~0.74)	-0.73	(-1.67~0.21)	-0.41	(-1.47~0.65)
<b>教育程度</b>						
專科	ref	-	ref	-	ref	-
大學 <sup>a</sup>	0.09	(-0.58~0.77)	-0.09	(-0.71~0.52)	-0.59	(-1.28~0.11)
碩士	0.02	(-1.02~1.06)	-0.21	(-1.16~0.74)	-0.33	(-1.41~0.75)
<b>經濟狀況</b>						
入不敷出	ref	-	ref	-	ref	-
收支平衡	-0.08	(-1.41~1.25)	0.68	(-0.54~1.89)	0.26	(-1.11~1.64)
尚有結餘	-0.17	(-1.48~1.15)	0.91	(-0.29~2.11)	0.46	(-0.90~1.81)
工作輪班	0.22	(-0.37~0.82)	0.18	(-0.37~0.72)	0.03	(-0.59~0.64)
進修中	0.81*	(0.20~1.42)	0.54	(-0.02~1.10)	0.66*	(0.02~1.29)
年資	0.11	(-0.03~0.24)	0.13*	(0.01~0.26)	0.18*	(0.04~0.32)
<b>科別</b>						
急重 <sup>b</sup>	ref	-	ref	-	ref	-
內科	0.26	(-0.57~1.09)	-0.33	(-1.09~0.43)	-0.23	(-1.09~0.63)
外科	0.35	(-0.42~1.11)	0.17	(-0.54~0.87)	-0.31	(-1.10~0.49)
安寧+精神	0.44	(-0.75~1.63)	0.57	(-0.52~1.66)	0.40	(-0.83~1.63)
門診個管	0.63	(-0.50~1.77)	0.61	(-0.42~1.65)	-0.16	(-1.33~1.01)

<sup>a</sup>大學：包含普通大學+二技+四技；<sup>b</sup>急重症：包含急診+加護+護兒中心；\*p<.05

註：以 GEE model 檢驗，校正干擾因子後，分析自我批判、隔離和過度認同與基本資料關係



## 5. 匹茲堡睡眠品質 (PSQI)

匹茲堡睡眠品質分數越高，表示睡眠品質越差。睡眠品質與引導式正念呼吸組、教育程度、年資、工作科別有關；但睡眠品質和婚姻狀態、輪班工作、經濟狀況無關。GRMT組的睡眠品質比無介入組好 ( $\beta = -2.22; 95\% CI = -3.71 \sim -0.73$ ;  $p < .05$ )；大學畢業者睡眠較專科畢業者差 ( $\beta = 1.47; 95\% CI = 0.14 \sim 2.80$ ;  $p < .05$ )；越資深者睡眠品質較好 ( $\beta = -0.44; 95\% CI = -0.71 \sim -0.18$ ;  $p < .05$ )；門診護理人員及個管師的睡眠品質較急診重症的護理人員好 ( $\beta = -2.7795\% CI = -5.03 \sim -0.52$ ;  $p < .05$ )。睡眠品質和人口變相關係詳見表17。



表17 睡眠品質與人口變項關係

	$\beta$	95% CI
組別		
無介入	ref	-
正念介入	-0.61	(-1.89~0.67)
引導式呼吸	-2.22*	(-3.71~-0.73)
年齡	0.47*	(0.21~0.73)
性別		
男性	ref	-
女性	1.72*	(0.06~3.39)
婚姻狀態		
單身	ref	-
已婚	0.08	(-1.58~1.74)
其他	0.84	(-1.18~2.86)
教育程度		
專科	ref	-
大學 <sup>a</sup>	1.47*	(0.14~2.80)
碩士	0.70	(-1.37~2.76)
經濟狀況		
入不敷出	ref	-
收支平衡	-2.22	(-4.86~0.42)
尚有結餘	-2.33	(-4.94~0.28)
工作輪班	-0.20	(-1.38~0.99)
進修中	1.14	(-0.08~2.36)
年資	-0.44*	(-0.71~-0.18)
科別		
急重 <sup>b</sup>	ref	-
內科	-0.22	(-1.87~1.44)
外科	-1.17	(-2.69~0.35)
安寧+精神	0.73	(-1.64~3.09)
門診個管	-2.77*	(-5.03~-0.52)

<sup>a</sup> 大學：包含普通大學+二技+四技；<sup>b</sup> 急重症：包含急診+加護+護兒中心；\*p<.05

註：以 GEE model 檢驗，校正干擾因子後，分析睡眠品質與基本資料關係

#### 四、檢驗MAAS和 ProQOL, DASS, Self-compassion, PSQI之各次量表間的關係

依研究假設以 Spearman correlation coefficient 檢驗MAAS和 ProQOL, DASS, Self-compassion, PSQI之各次量表間的關係。斯皮爾曼等級相關係數(Spearman rho)為一種計算相關強度的選項，適用於等級尺度資料(ranked data)或有離群值(outlier)的資料。相關分析是在檢驗相關的強度與線性關係的方向，對於離群值 Spearman correlation coefficient 會比 Pearson's correlation coefficient 更具穩健 (robust)，是一個介於-1和+1之間的r值，r值代表二個變項間線性關係的程度， $\pm 0.00 - \pm 0.30$ 為非常弱線性關係， $\pm 0.30 - \pm 0.50$ 為弱的線性關係， $\pm 0.50 - \pm 0.70$ 是中度線性關係， $\pm 0.70 - \pm 0.90$ 為強烈的線性關係， $\pm 0.90 - \pm 1.00$ 為非常強的線性關係，r值越強表示變異越大(Mukaka, 2012)。檢驗正念程度(MAAS)和ProQoL,DASS, self-compassion及PSQI量表的關聯程度，統計結果發現，正念程度(MAAS)與憂鬱(rho= -0.537,  $p < .001$ )、焦慮(rho= -0.523,  $p < .001$ )、壓力(rho= -0.593,  $p < .001$ )、慈悲倦怠(burnout rho=, -0.548,  $p < .001$ ; secondary traumatic stress rho= -0.563,  $p < .001$ )、及睡眠程度(rho= -0.494,  $p < .001$ )呈現負相關，與慈悲滿足(rho= 0.215,  $p < .001$ )及自我慈悲(self-kindness rho=0.199; common humanity rho=0.166; mindfulness rho=0.241; self-judgment rho=0.512; isolation rho=0.463; over-identified rho=0.506)呈現正相關。正念與專業枯竭、工作情緒 (DASS) 呈中度負相關，表示正念程度越高者，負向情緒越高，詳見表18。

小結：止觀覺察注意(MAAS)和慈悲滿足(compassion satisfaction)、自我慈悲(self-compassion)呈現正相關；和專業枯竭(burnout)、次級創傷壓力(secondary traumatic stress)、憂鬱(depression)、焦慮(anxiety)、壓力(stress)、睡眠品質(PSQI)呈現負相關。

表 18 Correlation between MAAS and ProQOL, DASS, Self-compassion, PSQI

		spearman's rho	p
ProQoL	Compassion Satisfaction	0.215	<0.001
	Burnout	-0.548	<0.001
	Secondary Traumatic Stress	-0.563	<0.001
DASS	Depression	-0.537	<0.001
	Anxiety	-0.523	<0.001
	Stress	-0.593	<0.001
self-compassion	Self-kindness	0.199	<0.001
	Common humanity	0.166	<0.001
	Mindfulness	0.241	<0.001
PSQI	Self-judgment	0.512	<0.001
	Isolation	0.463	<0.001
	Over-identified	0.506	<0.001
PSQI		-0.494	<0.001

註：以Spearman correlation coefficient檢驗MAAS和 ProQOL, DASS, Self-compassion, PSQI之各次量表間的關係

## 五、驗證三組護理人員在相同時間點組別間的差異和同組在不同時間點的差異

三組在相同時間點(組間)及同組不同時間點(組內)的差異，詳見表 19，以下各別說明如下：

(一)三組組間以 Kruskal-Wallis test 檢定在同一個時間點三組的分數差異。

### 1. 在 T0 時三組的差異

在前測(T0)三組比較，慈悲滿足(compassion satisfaction)以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組，無介入組分數最低，四分位數(四分位數間距)分別為 39.0(7), 35.0(8), 31.0(8) ( $p= .026$ )。自我慈悲(self-compassion)(total)在 T0 時，以 GRMT 最高，其次為 MBI 組和無介入組相同，四分位數(四分位數間距)分別為 39.0(8.0), 35.5(6.8), 35.5(5.8) ( $p= .016$ )。在自我慈悲的次量表正念程度(mindfulness) 以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組，無介入組分數最低，四分位數(四分位數間距)分別為 8.0(1), 7.0(2), 6.0(3) ( $p= .003$ )。

### 2. 在 T1 時三組的差異

在第一次介入後(T1)，慈悲滿足以 GRMT 最高，其次為 MBI 組，無介入組分數最低，四分位數(四分位數間距)分別為 39.08(8), 36.0(6), 31.5(9) ( $p< .001$ )。在自我慈悲(total) 以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組，無介入組分數最低，四分位數(四分位數間距)分別為 40.5(11.3), 36.0(5.0), 35.0(6.5) ( $p= .007$ )。在共同人性(common humanity) 以 GRMT 組最高，其次為 MBSR 組和無介入組分數相當，四分位數(四分位數間距)分別為 7.5(2), 6.0(2), 6.0(3) ( $p= .002$ )。在自我慈悲的次量表正念程度(mindfulness)，以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組和無介入組分數相當，四分位數(四分位數間距)分別為 8.0(2), 6.0(1), 6.0(1) ( $p= .003$ )。在自我批判(self-judgment) 以 GRMT 最高，其次為 MBI 組和無介入組分數相當，四分位數(四分位數間距)分別為 9.0(2), 6.0(1), 6.0(1) ( $p= .003$ )。



距) 分別為 7.0(2), 6.0(3), 6.0(1) ( $p=.048$ )。在睡眠品質以 GRMT 最好(分數最低)，其次為 MBI 組，無介入組睡眠最差，四分位數(四分位數間距)分別為 4.0(3), 6.0(5), 7.0(4) ( $p=.024$ )。

### 3. 在 T2 時三組的差異

第二次介入後測量(T2) 慈悲滿足以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組，無介入組分數最低，四分位數(四分位數間距)分別為 39.0(12), 36.5(10), 31.0(9) ( $p=.008$ )。專業枯竭(burnout) 以 GRMT 最低，其次為 MBI 組，無介入組分數最高，四分位數(四分位數間距)分別為 23.0(7), 25.5(6), 28.5(7) ( $p=.012$ )。在自我慈悲(total) 以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組，無介入組分數最低，四分位數(四分位數間距)分別為 44.0(9.5), 37.0(4.0), 35.0(6.3) ( $p=.001$ )。在自我關愛 (self-kindness) 以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組和無介入組分數相當，四分位數(四分位數間距)分別為 7.0(2), 6.0(1), 6.0(2) ( $p=.031$ )。在自我批判以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組和無介入組分數相當，四分位數(四分位數間距)分別為 7.5(2), 6.0(3), 6.0(2) ( $p=.027$ )。在隔離程度(isolation)以 GRMT 最高，其次為 MBI 組和無介入組分數相當，四分位數(四分位數間距)分別為 7.0(1), 6.0(3), 6.0(2) ( $p=.004$ )。在過度認同(over-identified)以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組，無介入組最低，四分位數(四分位數間距)分別為 7.0(2), 6.0(2), 5.0(2) ( $p=.027$ )。

### 4. 在 T3 時三組的差異

第三次介入後測量(T3) 慈悲滿足以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組，無介入組分數最低，四分位數(四分位數間距)分別為 38.0(7), 36.0(7), 31.0(7) ( $p=.001$ )。專業枯竭(burnout) 以 GRMT 組最低，其次為 MBI 組，無介入組分數最高，四分位數(四分位數間距)分別為 24.0(4), 26.0(6), 28.5(9)

( $p=.017$ )。在次級創傷壓力(secondary traumatic stress) 以 GRMT 組最低，其次為 MBI 組，無介入組分數最高，四分位數(四分位數間距)分別為 24.0(7), 26.0(3), 30.0(6) ( $p=.018$ )。在自我慈悲(total) 以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組，無介入組分數最低，四分位數(四分位數間距)分別為 42.0(12.0), 39.0(5.3), 36.0(7.3) ( $p=.030$ )。在共同人性(common humanity) 以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組和無介入組分數相當，四分位數(四分位數間距)分別為 7.0(2), 6.0(3), 6.0(3) ( $p=.045$ )。

##### 5. 在 T4 時三組的差異

第四次介入後測量(T4) 慈悲滿足以 GRMT 最高，其次為 MBI 組，無介入組分數最低，四分位數(四分位數間距)分別為 40.0(2), 37.0(8), 30.0(10) ( $p<.001$ )。專業枯竭(burnout) 以 GRMT 組最低，其次為 MBI 組，無介入組分數最高，四分位數(四分位數間距)分別為 21.0(3), 26.0(6), 29.0(8) ( $p=.002$ )。在次級創傷壓力(secondary traumatic stress) 以 GRMT 組及 MBI 組較低，無介入組分數最高，四分位數(四分位數間距)分別為 23.0(5), 23.0(9), 27.5(8) ( $p=.020$ )。在自我慈悲(total) 以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組，無介入組分數最低，四分位數(四分位數間距)分別為 46.0(12.0), 37.0(6.0), 36.0(5.5) ( $p=.002$ )。在自我關愛 (self-kindness) 以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組和無介入組分數相當，四分位數(四分位數間距)分別為 8.0(1), 6.0(1), 6.0(1) ( $p=.013$ )。在共同人性(common humanity) 以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組，無介入組分數最低，四分位數(四分位數間距)分別為 8.0(4), 6.0(2), 5.0(2) ( $p=.013$ )。在自我慈悲的次量表正念程度(mindfulness)，以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組和無介入組分數相當，四分位數(四分位數間距)分別為 8.0(0), 6.0(2), 6.0(2) ( $p=.006$ )。在自我批判(self-judgment) 以

組最低，其次為 MBI 組，無介入組分數最高，四分位數（四分位數間距）分別為 7.0(1), 6.0(2), 6.0(2)( $p=.037$ )。在隔離程度(isolation)以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組和無介入組分數相當，四分位數（四分位數間距）分別為 8.0(3), 6.0(1), 6.0(3) ( $p=.021$ )。在睡眠品質以 GRMT 組最好(分數最低)，其次為 MBI 組，無介入組睡眠最差，四分位數(四分位數間距)分別為 2.0(2), 4.0(5), 7.0(4) ( $p=.001$ )。

## 6. 在 T5 時三組的差異

第五次介入後測量(T5) 慈悲滿足以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組，無介入組分數最低，四分位數（四分位數間距）分別為 40.5(5), 36.0(8), 30.0(8) ( $p=.005$ )。專業枯竭(burnout) 以 GRMT 組最低，其次為 MBI 組，無介入組分數最高，四分位數（四分位數間距）分別為 21.5(5), 25.0(7), 27.0(8) ( $p=.004$ )。在次級創傷壓力(secondary traumatic stress) 以 MBI 組較低，其次為 GRMT 組，無介入組分數最高，四分位數(四分位數間距)分別為 20.0(7), 23.5(7), 29.0(11) ( $p=.002$ )。在焦慮(anxiety)以 GRMT 組最低，其次為 MBI 組，無介入組分數最高，四分位數（四分位數間距）分別為 0.0(1), 2.0(4), 4.0(5) ( $p=.025$ )。在自我慈悲(total) 以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組，無介入組分數最低，四分位數（四分位數間距）分別為 47.0(11.5), 38.0(5.0), 36.0(7.0) ( $p=.001$ )。在自我關愛 (self-kindness) 以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組和無介入組分數相當，四分位數(四分位數間距)分別為 8.0(2), 6.0(1), 6.0(1) ( $p=.001$ )。在共同人性(common humanity) 以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組和無介入組相當，四分位數（四分位數間距）分別為 8.0(2), 6.0(2), 6.0(2) ( $p=.004$ )。在自我慈悲的次量表正念程度(mindfulness)，以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組和無介入組分數相當，四分位數（四分位數間距）分

別為 8.0(2), 6.0(2), 6.0(2) ( $p = .017$ )。在自我批判(self-judgment) 以 GRMT 組最低，其次為 MBI 組和無介入組相當，四分位數 (四分位數間距) 分別為 8.0(1), 6.0(2), 6.0(2) ( $p = .011$ )。在隔離程度(isolation)以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組和無介入組分數相當，四分位數 (四分位數間距) 分別為 7.5(3), 7.0(2), 6.0(2) ( $p = .015$ )。在睡眠品質以 GRMT 組最好(分數最低)，其次為 MBI 組，無介入組睡眠最差，四分位數 (四分位數間距) 分別為 2.5(4), 4.0(4), 6.0(4) ( $p = .003$ )。

## 7. 在 T6 時三組的差異

第五次介入後的三個月測量(T6)，止觀覺察注意程度以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組，無介入組分數最低，四分位數 (四分位數間距) 分別為 66.0(26), 55.5(19), 47.0(26) ( $p = .042$ )。慈悲滿足以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組，無介入組分數最低，四分位數 (四分位數間距) 分別為 39.0(11), 36.0(6), 30.0(8) ( $p = .001$ )。專業枯竭(burnout) 以 GRMT 最低，其次為 MBI 組，無介入組分數最高，四分位數 (四分位數間距) 分別為 23.0(12), 24.0(8), 28.0(6) ( $p = .016$ )。在自我慈悲(total) 以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組，無介入組分數最低，四分位數 (四分位數間距) 分別為 40.0(16.0), 39.0(6.0), 36.0(7.0) ( $p = .008$ )。在自我關愛 (self-kindness) 以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組和無介入組分數相當，四分位數 (四分位數間距) 分別為 8.0(2), 7.0(2), 6.0(1) ( $p = .007$ )。在自我慈悲的次量表正念程度(mindfulness)，以 GRMT 組最高，其次為 MBI 組和無介入組分數相當，四分位數 (四分位數間距) 分別為 7.0(3), 7.0(2), 6.0(1) ( $p = .003$ )。在睡眠品質以 GRMT 組最好(分數最低)，其次為 MBI 組，無介入組睡眠最差，四分位數 (四分位數間距) 分別為 4.0(3), 5.0(2), 7.5(5) ( $p = .012$ )。



(二) 以 Wilcoxon signed-rank test 在同一組前後比較差異

### 1. 無介入組

無介入組在 T1 至 T2 的次級創傷壓力程度下降，從 29.0(8)降至 27.0(6) ( $p < .005$ )。但從 T2 至 T3 次級創傷壓力程度反而有提升情形，從 27.0(6) 提升為 30.0(6) ( $p < .005$ )。從 T4 至 T5 無介入組的共同人性從 5.0(2)提高至 6.0(2) ( $p < .005$ )。自我慈悲的正念程度在 T5 至 T6 維持在 6.0(1) ( $p < .005$ )。隔離程度在 T0 至 T1 從 5.0(3)提高至 6.0(3) ( $p < .005$ )。過度認同在 T4 時維持與 T3 一樣 6.0(2) ( $p < .005$ )。睡眠品質在 T2 至 T3，從 7.0(5)降為 6.0(3) ( $p < .005$ )，但在 T4 又再提升回 7.0(4) ( $p < .005$ )。

### 2. 正念介入組(MBI)

正念介入組的止觀覺察注意在 T0 至 T1，從 47.0(21)，提升為 50.5(14) ( $p < .005$ )。在 T0 至 T1 的專業枯竭從 27.0(8)，降低為 26.0(8) ( $p < .005$ )。在 T1 至 T2 焦慮程度，從 4.5(6)下降為 3.0(4)，在 T3 降至 2.0(4)(無統計意義)，但到 T4 焦慮程度仍維持在 2.0(4) ( $p < .005$ )。自我慈悲(total)在 T3 有顯著提升，從 T2 的 37.0(4.0)，提升至 39.0(5.3) ( $p < .005$ )。共同人性則在 T4 維持前幾週的 6.0(2) ( $p < .005$ )。過度認同在 T0 至 T1，從 4.0(3)提高為 5.0(3) ( $p < .005$ )。 ( $p < .005$ )。 ( $p < .005$ )。

### 3. 引導式正念呼吸組(GRMT)

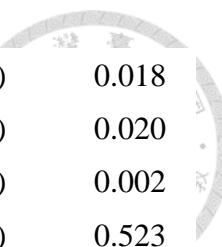
在 T1 至 T2 的止觀覺察注意從 55.0(14)提升為 64.0(32) ( $p < .005$ )。慈悲滿足在 T0 至 T1 和 T1 至 T2 都維持在 39.0 ( $p < .005$ )。在 T2 至 T3 自我批判 從 7.5(2)降至 7.0(2) ( $p < .005$ )。

小結：(1)組間差異：三組 MAAS 在 T6 時以 GRMT 組較高，MBI 次之，無介入組最低 ( $p = .042$ )。在 ProQOL 的慈悲滿足程度從 T0 到 T6 在三組都有

顯著差異，以 GRMT 組較高，MBI 次之，無介入組最低( $p < .05$ )。專業枯竭從，T2 至 T6 都有顯著差異，無介入組最高，GRMT 組最低( $p < .05$ )。次級創傷壓力在 T1, T3, T4, T5 達顯著差異，也是以無介入組最高( $p < .05$ )。情緒自評量表在 T5 焦慮程度和在 T4 壓力程度以無介入組較高，GRMT 組最低( $p < .05$ )。自我慈悲 (total) 從 T0 至 T6 都有顯著差異( $p < .05$ )。自我慈悲中的自我關愛 (self-kindness) 在 T2, T4, T5, T6: 共同人性 (common humanity) 在 T1, T3, T4, T5; 自我慈悲的正念(mindfulness)在 T0, T1, T4, T5, T6; 自我批判(self-judgment)在 T1, T2, T4, T5; 隔離(isolation) 在 T2, T4, T5; 過度認同(over-identified)在 T2 都有顯著差異( $p < .05$ )。睡眠品質(PSQI)在 T1, T4, T5, T6 達顯著差異，其中以 GRMT 組較低，睡民品質較好( $p < .05$ )。(2)組內分析：無介入組在 T1 的隔離程度，在 T2 的次級創傷壓力程度，和在 T3 的次級創傷壓力和睡眠品質，在 T4 的過度認同和睡眠品質，在 T5 的共同人性，及在 T6 的正念程度，與前一週比較，都有顯著變化( $p < .05$ )。正念介入組在 T1 的正念程度、專業枯竭、過度認同，T2 的次級創傷壓力和焦慮，T3 的自我慈悲 (total) ，T4 的焦慮和共同人性，與前一週比較都有顯著變化。引導式正念呼吸組 在 T1 和 T2 的慈悲滿足，在 T3 的自我批判，與前一週比較，都有顯著變化。

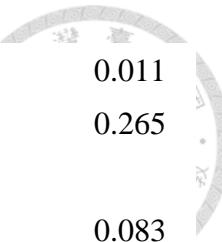
表 19 三組在正念介入措施後每週變化與三組間之差異

	Non-intervention	MBI	GRMT	
	n=24	n=24	n=14	
	median (IQR) <sup>h</sup>	median (IQR) <sup>h</sup>	median (IQR) <sup>h</sup>	p-value <sup>i</sup>
<b>MAAS</b>				
T0 <sup>a</sup>	56.0(16)	47.0(21)	60.0(21)	0.166
T1 <sup>b</sup>	48.5(13)	50.5(14)*	55.0(14)	0.520
T2 <sup>c</sup>	52.5(10)	55.5(17)	64.0(32)*	0.360
T3 <sup>d</sup>	53.0(12)	59.5(15)	61.0(34)	0.414
T4 <sup>e</sup>	52.5(18)	63.0(24)	75.0(32)	0.061
T5 <sup>f</sup>	53.5(28)	60.0(20)	76.0(22)	0.070
T6 <sup>g</sup>	47.0(26)	55.5(19)	66.0(26)	0.042
<i>ProQoL</i>				
Compassion Satisfaction				
T0	31.0(8)	35.0(8)	39.0(7)	0.026
T1	31.5(9)	36.0(6)	39.0(8)*	<0.001
T2	31.0(9)	36.5(10)	39.0(12)*	0.008
T3	31.0(7)	36.0(7)	38.0(7)	0.001
T4	30.0(10)	37.0(8)	40.0(2)	<0.001
T5	30.0(8)	36.0(8)	40.5(5)	0.005
T6	30.0(8)	36.0(6)	39.0(11)	0.001
Burnout				
T0	28.5(6)	27.0(8)	24.0(6)	0.074
T1	29.0(7)	26.0(8)*	24.5(7)	0.054
T2	28.5(7)	25.5(6)	23.0(7)	0.012
T3	28.5(9)	26.0(6)	24.0(4)	0.017
T4	29.0(8)	26.0(6)	21.0(3)	0.002
T5	27.0(8)	25.0(7)	21.5(5)	0.004
T6	28.0(6)	24.0(8)	23.0(12)	0.016
Secondary Traumatic Stress				
T0	27.5(6)	27.0(5)	26.0(6)	0.172
T1	29.0(8)	26.5(6)	25.6(7)	0.022
T2	27.0(6)*	25.0(6)*	25.5(8)	0.154



T3	30.0(6)*	26.0(3)	24.0(7)	0.018
T4	27.5(8)	23.0(9)	23.0(5)	0.020
T5	29.0(11)	20.0(7)	23.5(7)	0.002
T6	27.0(11)	25.0(8)	26.0(8)	0.523
<i>DASS</i>				
Depression				
T0	3.0(5)	4.0(6)	3.0(4)	0.925
T1	3.0(8)	2.5(3)	2.5(3)	0.618
T2	4.0(8)	1.0(2)	1.0(5)	0.269
T3	3.0(6)	1.0(3)	1.0(4)	0.144
T4	3.0(6)	1.0(4)	0.0(3)	0.191
T5	4.0(5)	1.0(5)	0.0(2)	0.167
T6	3.0(7)	1.0(4)	2.0(4)	0.410
Anxiety				
T0	3.0(7)	5.0(6)	4.0(4)	0.471
T1	4.0(7)	4.5(6)	4.0(6)	0.633
T2	4.0(6)	3.0(4)*	2.0(5)	0.374
T3	4.0(7)	2.0(4)	2.0(3)	0.410
T4	4.0(5)	2.0(4)*	1.0(3)	0.066
T5	3.0(7)	2.0(4)	0.0(1)	0.025
T6	3.0(6)	3.0(3)	2.0(2)	0.325
Stress				
T0	6.5(8)	6.0(7)	4.5(6)	0.633
T1	7.0(11)	5.0(3)	2.5(6)	0.076
T2	6.5(11)	5.0(4)	3.0(7)	0.169
T3	6.0(10)	4.5(5)	4.0(5)	0.381
T4	7.0(10)	3.0(5)	1.0(5)	0.011
T5	6.0(11)	4.0(5)	0.5(3)	0.104
T6	6.0(11)	4.5(6)	4.0(7)	0.266
<i>Self-compassion</i>				
Total				
T0	35.5(5.8)	35.5(6.8)	39.0(8.0)	0.016
T1	35.0(6.5)	36.0(5.0)	40.5(11.3)	0.007
T2	35.0(6.3)	37.0(4.0)	44.0(9.5)	0.001

T3	36.0(7.3)	39.0(5.3)*	42.0(12.0)	0.030
T4	36.0(5.5)	37.0(6.0)	46.0(12.0)	0.002
T5	36.0(7.0)	38.0(5.0)	47.0(11.5)	0.001
T6	35.0(7.0)	39.0(6.0)	40.0(16.0)	0.008
Self-kindness				
T0	7.0(2)	7.0(2)	7.0(2)	0.239
T1	6.0(1)	7.0(1)	7.0(2)	0.090
T2	6.0(2)	6.0(1)	7.0(2)	0.031
T3	6.0(2)	7.0(2)	7.0(1)	0.065
T4	6.0(1)	6.0(1)	8.0(1)	0.013
T5	6.0(1)	6.0(1)	8.0(2)	0.001
T6	6.0(1)	7.0(2)	8.0(2)	0.007
Common humanity				
T0	6.0(2)	6.0(2)	7.0(3)	0.464
T1	6.0(3)	6.0(2)	7.5(2)	0.002
T2	6.0(2)	6.0(2)	8.0(2)	0.086
T3	6.0(3)	6.0(3)	7.0(2)	0.045
T4	5.0(2)	6.0(2)*	8.0(4)	0.013
T5	6.0(2)*	6.0(2)	8.0(2)	0.004
T6	6.0(1)	6.0(2)	7.0(2)	0.083
Mindfulness				
T0	6.0(3)	7.0(2)	8.0(1)	0.003
T1	6.0(1)	6.0(1)	8.0(2)	0.003
T2	6.0(3)	7.0(2)	8.0(1)	0.110
T3	6.0(1)	7.0(2)	8.0(2)	0.097
T4	6.0(2)	6.0(2)	8.0(0)	0.006
T5	6.0(2)	6.0(2)	8.0(2)	0.017
T6	6.0(1)*	7.0(2)	7.0(3)	0.003
Self-judgment				
T0	6.0(2)	6.0(3)	7.0(2)	0.309
T1	6.0(1)	6.0(3)	7.0(2)	0.048
T2	6.0(2)	6.0(3)	7.5(2)	0.027
T3	6.0(2)	6.5(2)*	7.0(2)*	0.602
T4	6.0(2)	6.0(2)	7.0(1)	0.037



T5	6.0(2)	6.0(2)	8.0(1)	0.011
T6	6.0(2)	6.5(2)	7.0(2)	0.265
Isolation				
T0	5.0(3)	5.5(3)	6.0(1)	0.083
T1	6.0(3)*	6.0(2)	6.0(3)	0.267
T2	6.0(2)	6.0(3)	7.0(1)	0.004
T3	6.0(2)	7.0(3)	7.0(3)	0.071
T4	6.0(3)	6.0(1)	8.0(3)	0.021
T5	6.0(2)	7.0(2)	7.5(3)	0.015
T6	6.0(2)	6.0(1)	6.0(2)	0.107
Over-identified				
T0	5.0(2)	4.0(3)	5.5(2)	0.091
T1	4.5(2)	5.0(3)*	6.0(3)	0.141
T2	5.0(2)	6.0(2)	7.0(2)	0.005
T3	6.0(2)	6.0(2)	7.0(3)	0.293
T4	6.0(2)*	6.0(1)	7.0(3)	0.135
T5	6.0(2)	6.0(3)	7.5(2)	0.074
T6	6.0(3)	6.0(1)	8.0(2)	0.130
PSQI				
T0	8.0(5)	7.0(5)	4.5(3)	0.051
T1	7.0(4)	6.0(5)	4.0(3)	0.024
T2	7.0(5)	6.0(5)	4.0(5)	0.088
T3	6.0(3)*	5.0(4)	4.0(1)	0.171
T4	7.0(4)*	4.0(5)	2.0(2)	0.001
T5	6.0(4)	4.0(4)	2.5(4)	0.003
T6	7.5(5)	5.0(2)	4.0(3)	0.012

<sup>a</sup>T0: Baseline; <sup>b</sup>T1: 第一週課程結束後; <sup>c</sup>T2: 第二週課程結束後; <sup>d</sup>T3: 第三週課程結束後; <sup>e</sup>T4: 第四週

課程結束後; <sup>f</sup>T5: 第五週課程結束後(後測); <sup>g</sup>T6: 課程結束後三個月

<sup>h</sup>IQR: interquartile range; \*  $p < .05$  表示組內當次時間與前一次時間比較所呈現之統計意義

<sup>i</sup>p-value: 表示三組組間比較所呈現之  $p$  值

註:統計方法以 Wilcoxon 符號等級檢定(Wilcoxon signed rank test)是比較二個非獨立樣本資料中,母群體之中位數是否相等,檢定同組間,介入前一週和後一週的比較:T1 v.s. T0; T2 v.s. T1; T3 v.s. T2; T4 v.s. T3; T5 v.s. T4; T6 v.s. T5

Kruskal-Wallis test 是檢定多組母群體的中位數是否相等，檢定三組間，在同一週各組間的中位數比較。



## 六、分析五週正念介入課程和正念介入組每週測量量表差異

每週止觀覺察注意、情緒、專業生活品質、自我慈悲、和睡眠品質的改變與五週正念介入課程 (MBI) 的關係，詳見表 20。第一週課程主題是正念簡介與體驗，主要體驗正念吃葡萄乾，在第一次課程後，止觀覺察注意程度從 47.0(21)提高至 50.5(14)達顯著差異( $p < .05$ )；專業枯竭從 27.0 (8)降低至 26.0 (8) 達顯著差異( $p < .05$ )。第二週課程主題為身體的覺照，主要體驗為正念呼吸，在課程後，次級創傷壓力從第一次課程後的 26.5(6)降至 25.0(6)；焦慮程度從 4.5(6) 降為 3.0(4) ，達顯著差異( $p < .05$ )。第三週課程主題為正念動作與伸展，主要體驗正念伸展與正念漫步，在課程後，自我慈悲從第二次課程後的 37.0(4.0)提升至 39.0(5.3)達顯著差異( $p < .05$ )。第四週主題是正念聆聽與溝通，主要體驗艱辛事件的正念、正念傾聽與溝通，在課程後，焦慮程度達顯著差異，但焦慮程度無明顯變化。第五週主題正念生活，主要分享生活中的正念練習，在本次課程後，與第四週課程後，無明顯的成效。

小結：正念介入組在五週的課程，以前三週的課程後較有成效，第一週的止觀覺察注意及專業枯竭有成效，第二週對次級創傷壓力和焦慮有成效，第三週則對自我慈悲有成效。



表 20 正念介入組每週成效與課程內容比較

週	課程主題	內容活動	量表前後測比較		
			量表名稱	介入前	→ 介入後
				median (IQR)	median (IQR)
第 1 週	正念簡介與體驗	相見歡、團體公約說明、打破自動化導航、正念葡萄乾	止觀覺察注意	47.0 (21)	→ 50.5 (14)*
			慈悲滿足	35.0 (8)	→ 36.0 (6)
			專業枯竭	27.0 (8)	→ 26.0 (8)*
			次級創傷壓力	27.0 (5)	→ 26.5 (6)
			憂鬱	4.0(6)	→ 2.5(3)
			焦慮	5.0(6)	→ 4.5(6)
			壓力	6.0(7)	→ 5.0(3)
			自我慈悲	35.5(6.8)	→ 36.0(5.0)
			匹茲堡睡眠品質	7.0(5)	→ 6.0(5)
			止觀覺察注意	50.5 (14)	→ 55.5(17)
第 2 週	身體的覺照	正念呼吸、觀呼吸與身體、身體掃描、三分鐘呼吸空間	慈悲滿足	36.0 (6)	→ 36.5(10)
			專業枯竭	26.0 (8)	→ 25.5(6)
			次級創傷壓力	26.5 (6)	→ 25.0(6)*
			憂鬱	2.5(3)	→ 1.0(2)
			焦慮	4.5(6)	→ 3.0(4)*
			壓力	5.0(3)	→ 5.0(4)
			自我慈悲	36.0 (5.0)	→ 37.0(4.0)
			匹茲堡睡眠品質	6.0(5)	→ 6.0(5)
			止觀覺察注意	55.5(17)	→ 59.5(15)
			慈悲滿足	36.5(10)	→ 36.0(7)
第 3 週	正念動作與伸展	正念伸展與正念漫步	專業枯竭	25.5(6)	→ 26.0(3)
			次級創傷壓力	25.0(6)	→ 26.0(3)
			憂鬱	1.0(2)	→ 1.0(3)
			焦慮	3.0(4)	→ 2.0(4)
			壓力	5.0(4)	→ 4.5(5)
			自我慈悲	37.0(4.0)	→ 39.0(5.3)*
			匹茲堡睡眠品質	6.0(5)	→ 5.0(4)
			止觀覺察注意	59.5(15)	→ 63.0(24)
第 4 週	正念聆聽	艱辛事件的			



與溝通 第 5 週 正念生活	正念、正念傾 聽與溝通	慈悲滿足	36.0(7)	→ 37.0(8)
		專業枯竭	26.0(6)	→ 26.0(6)
		次級創傷壓力	26.0(3)	→ 23.0(9)
		憂鬱	1.0(3)	→ 1.0(4)
		焦慮	2.0(4)	→ 2.0(4)*
		壓力	4.5(5)	→ 3.0(5)
		自我慈悲	39.0(5.3)	→ 37.0(6.0)
		匹茲堡睡眠品質	5.0(4)	→ 4.0(5)
		止觀覺察注意	63.0(24)	→ 60.0(20)
		慈悲滿足	37.0(8)	→ 36.0(8)

生活中的正 念、圓緣	正念生活	專業枯竭	26.0(6)	→ 25.0(7)
		次級創傷壓力	23.0(9)	→ 20.0(7)
		憂鬱	1.0(4)	→ 1.0(5)
		焦慮	2.0(4)	→ 2.0(4)
		壓力	3.0(5)	→ 4.0(5)
		自我慈悲	37.0(6.0)	→ 38.0(5)
		匹茲堡睡眠品質	4.0(5)	→ 4.0(4)

\*  $p < .05$

註：介入前→介入後的分數：介入前是該週上課前的中位數（四分位數），介入後表示當週上完課後，三天後的後測中位數（四分位數）



## 七、三組在介入前和 5 週介入後改變的差異

以 Kruskal-Wallis test 檢驗三組在介入前後(T5-T0)的變化（組間）。結果顯示在 MAAS, Burnout, Anxiety, 及 Over-identified 達顯著差異。三組介入前後改變的差異，詳見表 21。分三組前後的差異 (T5-T0)，在止觀覺察注意程度(MAAS)以 GRMT 組的中位數（四分位數間距）進步最多 17(21.8)，其次是 MBI 組 10.0(27.0)，無介入組變化最小 0.5(14.0) ( $p= .035$ )。專業生活品質的專業枯竭 (burnout) 以 MBI 組中位數（四分位數間距）降低最多 4.0(7.5) ，其次 GRMT 組 2.5(4.3) ，無介入組則無變化( $p= .043$ )。焦慮程度，以 MBSR 組降低最多 3.0(4.5) ，其次 GRMT 組 2.5(2.0)，無介入組 0.5(4.0)( $p= .010$ )。過度認同在介入前後的變化，以 GRMT 組 2.0(2.5)和 MBI 組 2.0(2.0)，比無介入組 1.0(1.8) 較好 ( $p= 0.017$ ) 比較不會過度認同。

小結：介入前後改變的差異，在 MAAS 以引導式正念呼吸組進步最多，正念介入組次之，無介入組最少。專業枯竭和焦慮以正念介入組改善最多。引導式正念呼吸組和正念介入組的過度認同同樣進步 2.0 分。

表 21 三組介入前後(T5-T0)改變差異

	Non-intervention	MBI	GRMT	p-value
	n=24	n=24	n=14	
	median (IQR <sup>a</sup> )	median (IQR <sup>a</sup> )	median (IQR <sup>a</sup> )	
MAAS	0.5(14.0)	10.0(27.0)	17.0(21.8)	0.035*
ProQOL				
Compassion Satisfaction	-1.0(4.0)	1.0(5.5)	2.5(4.3)	0.059
burnout	0.0(3.0)	-4.0(7.5)	-2.5(4.3)	0.043*
Secondary Traumatic Stress	0.5(10.0)	-3.0(9.5)	-0.5(5.3)	0.214
DASS				
Depression	0.0(2.0)	-1.0(3.0)	-1.0(4.3)	0.091
Anxiety	-0.5(4.0)	-3.0(4.5)	-2.5(2.0)	0.010*
Stress	-1.5(4.8)	-2.0(4.5)	-1.5(2.3)	0.551
Self-compassion				
Self-kindness	0.0(1.0)	-1.0(2.0)	0.0(1.5)	0.244
Common humanity	0.0(2.0)	0.0(1.5)	1.5(2.5)	0.149
Mindfulness	0.0(1.8)	0.0(2.0)	0.0(1.3)	0.683
Self-Judgment	0.0(2.0)	1.0(3.0)	1.0(2.3)	0.115
Isolation	1.0(2.0)	1.0(2.0)	1.0(2.3)	0.690
Over-identified	1.0(1.8)	2.0(2.0)	2.0(2.5)	0.017*
PSQI	-1.0(4.0)	-2.0(3.5)	-2.0(2.3)	0.440

<sup>a</sup> : IQR: interquartile range; \* p< .05

註：以 Kruskal-Wallis test 檢驗三組在介入前後(T5-T0)的變化（組間）。



## 八、三組從前測 (T0) 到課程結束後 (T5) 及三個月追蹤 (T6) 的變化

以 Wilcoxon Rank Signed test 三組在介入措施後和三個月追蹤成效，三組前後的變化詳見表 22。以下將各別描述。

### (一) 無介入組

無介入組在 T5 時(課程結束後測)隔離程度有較 T0 提升，從 5.0(3)升至 6.0(3) ( $p=.015$ )。過度認同在 T5 時，也較前測 5.0(2)，提升為 6.0(2) ( $p=.008$ )。慈悲滿足在三個月追縱 (T6) 後較介入前(T0)，從 31.0(8)降至 30.0(8) ( $p=.002$ )。自我關愛在 T6 也從 T0 的 7.0(2)降為 6.0(1) ( $p=.036$ )。自我慈悲的正念程度在 T6 則維持和前測一樣 6.0(1) ( $p=.011$ )。隔離程度在 T6 較前測 5.0(3)提升為 6.0(2) ( $p=.005$ )。過度認同在 T6 時，也較前測 5.0 (2)，提升為 6.0(3) ( $p=.015$ )。

### (二) MBI 組

在課程結束後(T5)，MBI 組在正念程度(MAAS)從介入前(T0)的 47.0(21)進步至介入後的 60.0(20) ( $p=.026$ )。專業枯竭從 T0 的 27.0(8)，在介入後降至 25.0(7) ( $p=.021$ )。和 T0 比較次級創傷壓力，也從 27.0(5)降至 20.0 ( $p=.034$ )。和 T0 比較憂鬱程度，從 4.0(6)降為 1.0(5) ( $p=.048$ )。焦慮從 5.0(6)降至 2.0(4) ( $p=.004$ )。壓力程度也從 6.0(7)降為 4.0(5) ( $p=.004$ )。自我慈悲(total)從 T0 的 35.5(6.8)，在 T5 提升至 38.0(5.0) ( $p=0.019$ )。自我關愛從 T0 的 7.0(2)降為 6.0(1) ( $p=.045$ )。自我批判和 T0 一樣維持在 6.0(2) ( $p=.015$ )。隔離程度從 T0 的 5.5(3)，增加為 7.0(2) ( $p=.028$ )。過度認同從 T0 的 4.0(3)，增加為 6.0(3) ( $p=.002$ )。睡眠品質從 T0 的 7.0(5)，降為 4.0(4) ( $p=.021$ )。



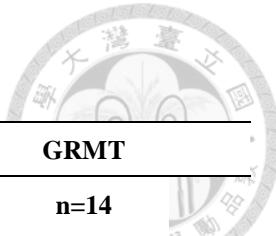
在介入後三個月(T6)追蹤成效，正念程度(MAAS)從介入前(T0)的 47.0(21)也維持在 55.5(19)( $p= 0.035$ )。慈悲滿足從介入前(T0)的 35.0(8)，提升至 36.0(6)( $p= .046$ )。專業枯竭從介入前(T0)的 27.0(8)，降至 24.0(8)( $p=.002$ )。次級創傷壓力(secondary Traumatic Stress)和 T0 比較，也從 27.0(5)降至 25.0(8)( $p= 0.007$ )。和 T0 比較憂鬱程度，從 4.0(6)到 T6 降為 1.0(4) ( $p= .010$ )。焦慮從 5.0(6)降至 3.0(4)( $p= .005$ )。壓力程度也從 6.0(7)降為 4.5(6)( $p= .017$ )。自我慈悲 (total)從 T0 的 35.5(6.8)，在 T5 提升至 39.0(6.0) ( $p<.001$ )。自我批判從 T0 的 6.0(3)，在 T6 提升至 6.5(2) ( $p= .007$ )。隔離程度從 T0 的 5.5(3)，在 T6 提升至 6.0(1)( $p= .048$ )。過度認同 T0 的 4.0(3)，增加為 6.0(1)( $p= .001$ )。睡眠品質從 T0 的 7.0(5)，降為 5.0(2)( $p= .002$ )。

### (三) GRMT 組

在課程結束後(T5)，GRMT 組在正念程度(MAAS)從介入前(T0)的 60.0(21)進步至介入後(T5)76.0(22)( $p= .028$ )。專業枯竭從 T0 的 24.0(6)，在介入後降至 21.5(5) ( $p=.041$ )。壓力程度從 4.5(6)降為 0.5(3)( $p= .026$ )。自我慈悲 (total)從 T0 的 39.0(8.0)，在 T5 提升至 47.0(11.5) ( $p=0.027$ )。隔離程度從 T0 的 6.0(1)，增加為 7.5(3)( $p= .038$ )。過度認同從 T0 的 5.5(2)，增加為 7.5(2)( $p= .027$ )。睡眠品質從 T0 的 4.5(3)，降為 2.5(4)( $p= .041$ )。

三個月後(T6)和前測(T0)相比較，正念程度從 60.0(21)提升至 76.0 (22) ( $p= .028$ )。隔離程度從 T0 的 6.0(1)，在 T6 維持在 6.0(2) ( $p=0.026$ )。過度認同從 T0 的 5.5(2)，在 T6 提升至 8.0(2) ( $p=0.045$ )。

表 22 三組後測及三個月後追蹤變化



	Non-intervention		MBI		GRMT	
	n=24		n=24		n=14	
	median (IQR <sup>a</sup> )	p	median (IQR <sup>a</sup> )	p	median (IQR <sup>a</sup> )	p
<b>MAAS</b>						
T0 <sup>a</sup>	56.0(16)		47.0(21)		60.0(21)	
T5 <sup>b</sup>	53.5(28)	0.887	60.0(20)	0.026*	76.0(22)	0.028*
T6 <sup>c</sup>	47.0(26)	0.868	55.5(19)	0.035*	66.0(26)	0.008*
<b>ProQOL</b>						
Compassion Satisfaction						
T0	31.0(8)		35.0(8)		39.0(7)	
T5	30.0(8)	0.054	36.0(8)	0.842	40.5(5)	0.137
T6	30.0(8)	0.002*	36.0(6)	0.046*	39.0(11)	0.153
Burnout						
T0	28.5(6)		27.0(8)		24.0(6)	
T5	27.0(8)	0.755	25.0(7)	0.021*	21.5(5)	0.041*
T6	28.0(6)	0.584	24.0(8)	0.002*	23.0(12)	0.082
Secondary Traumatic Stress						
T0	27.5(6)		27.0(5)		26.0(6)	
T5	29.0(11)	0.395	20.0(7)	0.034*	23.5(7)	0.197
T6	27.0(11)	0.083	25.0(8)	0.007*	26.0(8)	0.420
<b>DASS</b>						
Depression						
T0	3.0(5)		4.0(6)		3.0(4)	
T5	4.0(5)	0.580	1.0(5)	0.048*	0.0(2)	0.168
T6	3.0(7)	0.206	1.0(4)	0.010*	2.0(4)	0.384
Anxiety						
T0	3.0(7)		5.0(6)		4.0(4)	
T5	3.0(7)	0.943	2.0(4)	0.004*	0.0(1)	0.027*
T6	3.0(6)	0.650	3.0(3)	0.005*	2.0(2)	0.141
Stress						
T0	6.5(8)		6.0(7)		4.5(6)	
T5	6.0(11)	0.406	4.0(5)	0.017*	0.5(3)	0.026*

T6	6.0(11)	0.776	4.5(6)	0.017*	4.0(7)	0.722
Self-compassion						
Total						
T0	35.5(5.8)		35.5(6.8)		39.0(8.0)	
T5	36.0(7.0)	0.130	38.0(5.0)	0.019*	47.0(11.5)	0.027*
T6	35.0(7.0)	0.552	39.0(6.0)	<0.001	40.0(16.0)	0.130
Self-kindness						
T0	7.0(2)		7.0(2)		7.0(2)	
T5	6.0(1)	0.222	6.0(1)	0.045*	8.0(2)	0.414
T6	6.0(1)	0.036*	7.0(2)	0.948	8.0(2)	0.915
Common humanity						
T0	6.0(2)		6.0(2)		7.0(3)	
T5	6.0(2)	0.699	6.0(2)	0.710	8.0(2)	0.066
T6	6.0(1)	0.930	6.0(2)	0.196	7.0(2)	0.250
Mindfulness						
T0	6.0(3)		7.0(2)		8.0(1)	
T5	6.0(2)	0.371	6.0(2)	0.428	8.0(2)	0.564
T6	6.0(1)	0.011*	7.0(2)	0.929	7.0(3)	0.327
Self-judgment						
T0	6.0(2)		6.0(3)		7.0(2)	
T5	6.0(2)	0.904	6.0(2)	0.015*	8.0(1)	0.129
T6	6.0(2)	0.886	6.5(2)	0.007*	7.0(2)	0.234
Isolation						
T0	5.0(3)		5.5(3)		6.0(1)	
T5	6.0(2)	0.015*	7.0(2)	0.028*	7.5(3)	0.038*
T6	6.0(2)	0.005*	6.0(1)	0.048*	6.0(2)	0.026*
Over-identified						
T0	5.0(2)		4.0(3)		5.5(2)	
T5	6.0(2)	0.008*	6.0(3)	0.002*	7.5(2)	0.027*
T6	6.0(3)	0.015*	6.0(1)	0.001*	8.0(2)	0.045*
PSQI						
T0	8.0(5)		7.0(5)		4.5(3)	
T5	6.0(4)	0.391	4.0(4)	0.021*	2.5(4)	0.041*
T6	7.5(5)	0.900	5.0(2)	0.002*	4.0(3)	0.237

<sup>a</sup>T0: Baseline; <sup>b</sup>T5: 第五週課程結束後(後測)；<sup>c</sup>T6: 課程結束後三個月；\*p<.05  
註 1：以 Wilcoxon Rank Signed test 三組在介入措施前後 (T5-T0) 和三個月追蹤 (T6-T0) 成效  
註 2：T5 的 p 值為 (T5-T0) 在統計上顯著的差異；T6 的 p 值為 (T6-T0) 在統計上顯著的差異

小結：三組在介入措施後，從 T0 至 T5 的改變及 T0 至 T6 的改變，在正念介入組除了自我慈悲 (self-compassion) 的共同人性(common humanity)和正念 (mindfulness)沒有變化之外，其他 MAAS, ProQoL (compassion satisfaction, burnout, secondary traumatic stress) , DASS(depression, anxiety, stress), self-compassion(total), PSQI 皆有成效，但自我關愛 (self-kindness) 在 T5 有下降的現象。在引導式正念呼吸組在 MAAS, burnout, stress, self-compassion (total), isolation, over-identified, PSQI 有成效。但無介入組在 T5 和 T6 的慈悲滿足，沒有提升反而下降；在第三個月自我慈悲的正念 (mindfulness) 維持和前測一樣；isolation 在 T5 和 T6 有進步。



### 第三節 質性資料結果

分析在介入措施前後護理人員對於壓力源與情緒感受的反應，從質性資料歸納出介入前及介入後二大類，從這二大類分成四個面向做前後介入的比較，四個面向包含(1)介入前後主要壓力源及其感受、(2)介入前後對壓力的正面回應、(3)介入前後壓力自我調適方法、(4)介入前後慈悲同理照護等。介入後的面向，除了有介入前的四個面向之外，另外，有二個面向，包含:(1)護理人員對於正念介入後感受，包含:護理人員在身體覺察、環境覺察、壓力覺察、情緒和壓力變化、工作效率、人際關係與睡眠品質的變化。(2)對於課程的運用與建議。以下將個別說明：

#### 一、 介入前後主要壓力源及其感受

##### (一) 介入前壓力源及其感受

在介入前共分析 8 個壓力源共有 42 人次，各別為：輪班與休假的壓力 (n=6) 、工作無法分身(n=4) 、 做不喜歡的工作(n=2) 、病人/家屬負向的態度(n=12) 、病人病情變化或死亡 (n=9) 、醫師和同儕的態度 (n=4) 、發生異常事件 (n=3) 、自己私人事務 (n=2) 。

###### 1. 輪班與休假的壓力 (n=6) (case 1, 2, 4, 5, 6, 11)

護理人員對於輪班感到壓力很大，因為輪班會影響到睡眠品質，睡眠不好，工作的精神差，專注力就不好，工作就有壓力。除了輪班之外，連續上班天數長，在連續上班五天或六天後，才能有一天的休假，想回家又有點累，就覺得很辛苦，覺得不管是心境或是體力都很累。有時放假一天還要再來醫院上課，根本就沒有辦法休息。護理人員描述：『就是連五休 1，連 6 休 1，就是沒有辦法好好休假的時候啦。因為現在比較常上夜班，所以就會比如說，我可能小夜下班放一天，然後隔天接小夜，雖然我家住在宜蘭，但是因為車程，我



還是覺得有點累，也沒有辦法好好休息，所以我就覺得很辛苦，因為家離我那麼近，為什麼休一天也回不了家的感覺。對，就覺得好累喔！(MBI-case 11)』。

護理人員在輪班又睡不好的情況之下，就會引發對病人的不耐煩，即使自己有心想要對病人/家屬好的態度，也很難表現得出來。護理人員表示：『我覺得在很疲憊的時候，比如睡不好就會（感到專業枯竭）。睡不好或是已經很亂的輪班狀態下，然後繼續上個可能倒數一兩天的那種，很容易會有這種狀態。就是好煩好累，然後如果(病人)家屬真的是沒有辦法每天都做到很善良這一塊。家屬來的時候，叫小姐怎麼樣，或是臨床上一直有alarm的時候，就很容易這樣。可能那天睡得好就不會，但是如果睡不好就會誘發出很不耐煩的那種感覺。（MBI-case 6）』。

## 2. 工作無法分身(n=4)(case 2, 5, 8, 10)

在人力吃緊的情況下，或是病人的狀況很多，可能沒有辦法面面俱到，護理人員會先處理比較緊急的狀況，對其他病人的問題就無法及時處理，就覺得工作枯竭。護理人員描述：『有的時候就是人力不足的時候，可能就是每個病人跟你反應他一些疼痛，可是我當下可能還有另一個可能更緊急的狀況，我一定要先去處理那個，可能就他忽略掉，可能變成是他痛的狀況會延長，然後我們沒辦法及時去做處理。（Non-case 2）』。

當護理人員在手邊在執行工作時，家屬如果又不斷的來問問題，也容易讓護理人員感到不耐煩，對家屬的語氣也會表現出不滿。護理人員說：『當家屬眾多，每個都來問你，有時候可能他們還沒時間跟對方分享（轉達給其他家屬），然後可能第二位又來問一樣問題，可是我跟她說剛剛有跟誰說過病人情形，可能我又要講第二遍，我就會覺得不耐煩，會覺得一家人怎麼不起討論

要個別來。就當你在很忙狀況下，他一直直應要問你一些問題，比如我在講電話，對方又硬要一直跟你問問題，我就會講說：妳都沒看到我在忙嗎？旁邊可能還有人空閒狀態，可是就會覺得怎麼還要來問我。（GRMT-case 5）』。

而在忙亂中，就會讓自己不知道怎麼處理，護理人員提到：『我覺得會有壓力是比較忙亂的時候，因為可能你會有很多的order要你去執行。或者是你當下要處理很多事情的時候，然後又一堆訊息在一直給你加進來的時候，會讓你不知道該怎麼樣去整理了。（MBI-Case 8）』。

### 3. 做不喜歡的工作(n=2)(case 2, 8)

有護理人員一開始就不想作護理工作，但因為是公費生，不得以來醫院工作，對於護理覺得是一個吃力不討好的工作：『其實一直以來都有想要離開的想法，這種想法是我覺得應該算是揮之不去的，對，應該就是一直都會在，只是強度的強弱。會讓我一直撐著，一方面是因為我是公費生，這是我必須留下來的原因。然後我覺得如果說離開之後過去，狀況也不會比較好。因為護理工作就是這樣啊，講難聽一點，我覺得是個吃力不討好的工作，不太可能因為我離開這邊之後就會有所好轉。我覺得差不了太多。（MBI-case8）』

護理工作除了要照顧病人之外，依照個人的能力或職務，還必須要肩負教學，或品質監測，有些可能還要有學術論文發表或是書寫個案報告及專案報告的學術能力，有護理人員對於這些視為壓力源。護理人員表示：『就是其實護理工作，光很單純照顧病人上面我是很開心的，對會覺得就是很熱愛自己的工作，就是在很多時候就是要做很多非護理的事情，比方說有些團衛阿，稽核的，我就會覺得很煩（Non-case 2）』。

#### 4. 病人家屬負向的態度(n=12)(case 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14)

在醫院護理人員是與病人/家屬最頻繁的人，因此病人有任何的要求，對會尋求護理人員的協助，而護理人員也是最直接承接到病人/家屬情緒反應的人。有護理人員會認為照顧病人應該要一視同仁，不分貧富貴賤，但當有 VIP 住院時，又必需要優先解決他們的問題，護理人員提到：『因為 VIP 要求很多，那你手上你可能要顧 8 個病人，但是他一講話，你就要去、你就要先去把他事情，要第一個完成，我覺得會讓我很有壓力，即使他的要求只是一件很小很小的事情，無關緊要，你都要第一時間去完成。對。而且我覺得，你只要遇到 VIP，上面的主管，大部份都會順著 VIP，我覺得這是對臨床基層護理人員來講，比較不能夠接受的。（MBI-case 14）』。

有護理人員對於病人可能沒有住院需求，卻住在醫院領保險金，吃好穿好的，感到與自己的價值觀相衝突，不能認同但又必需照顧這群人，在照顧的過程中，就產生負面的情緒，感到很生氣，認為：『應該說不認同他的住院目標的時候，會有耗竭的時候，會覺得很疲憊，可是因為還是得要 care，所以會負面的情緒會比較多一點。（MBI-case 9）』。

有些護理人員也感受到家屬將病人病情變化，怪罪到護理人員，覺得很無奈。護理人員說：『今天病人會這樣，不是我們造成的，你把所有的怒氣都加在我們身上，其實對我們來說是不公平的。當下會覺得我還要很鎮定一跟你講這些事情，然後還要安撫你的情緒，到底誰來安撫我們的情緒。（Non-case 12）』。

在面對病人/家屬不好的口氣時，護理人員會以冷漠對待，不會想提供更多的服務。護理人員說：『你會覺得你做了那麼多，你真的都是為他（病人）好的，可是他們就是可能口氣或是言語上面的，也不能說是霸凌，可是就是傷

害，然後或者是不相信你的專業等等，你就會覺得心很累。那時候就會覺得沒有辦法發揮你的慈悲心，甚至就會覺得，你既然都這樣待我了，那我就帶過就好，我就不會想跟你接觸更多，不會想跟你交更多東西給你。對。在那個時候可能就會。可是你知道你這樣子不好，可是你就沒有辦法發揮更多的耐心給他，對。（MBI-case 7）』。

甚至有護理人員已經將戴口罩視為一種掩飾他們不滿，甚至還將它視為是一種技能，護理人員提到：『alarm 時候我們會很溫柔的接起來，但是我們做事情一定會把口罩戴起來，因為我很不爽。但是我做事還是會很輕柔。已經養成這種能力了，我覺得這也是一個技能吧！（MBI-case 6）』。

## 5. 病人病情變化或死亡 (n=9) (case 1, 2, 4, 5, 9, 8, 11, 12, 13)

病人病情變化對於護理人員是一種壓力，尤其是非預料的變化，往往會受到驚嚇或不知所措。像非預期大出血的病人，可能在抽痰的那一刻，腫瘤破裂，血流不止，護理人員描述當時腦中一片空白，沒辦法立即處理，愣住不知道該怎麼做。護理人員表示：『壓力最大部分還是來自於病情變化，我覺得這個對很多護理人員來講，還是一個很大的壓力源，因為你沒有辦法掌控，病人下一步會走到哪裡，其實是會很惶恐。（Non-case12）』。

病人突然病情變化，也會讓護理人員帶來衝擊。護理人員說：『其實我是覺得病人變化很快，事情很突然發生這樣子吧，就很像當初.. 好好的一個人突然到臨終的樣子。算是恐懼的，就是一個特別經驗，我不知道怎麼說。（GRMT-case5）』。除了恐懼之外，對於接下來要處理的流程，可能腦中呈現空白，會不知所措，護理人員提到：『病人就突然要 CPR，有人就問說他（病人）是怎麼診斷？我就在發呆（愣住）。那個VS(主治醫師)就說，連診斷

都不知道，你怎麼可以有病人！然後就不知道該做什麼事情，最後就在默默寫記錄，連記錄還看不清楚(MBI-case-11)』。



#### 6. 醫師和同儕的態度 (n=4) (case 3, 6, 5, 10)

醫院是以主治醫師制度，醫師需要背負病人的醫療責任，也因此有很多的問題都要尋求醫師解決。但在醫療的場域裡，有些醫師與護理人員的專業會有不對等的狀況，造成護理人員沒有自信與醫師溝通。當醫師的情緒管理不是很好的時候，更會讓護理人員不敢問問題。護理人員提到：『醫師有點高高在上，我去找他，他有點不太想要回應我，有可能是我專業度還不夠，所以讓他們不太信任，我不太知道，曾經在那個診間等了快一個小時，真的見到主治醫生的時候，他也不太想要理我。 (GRMT-case3)』。

醫院裡護理人員的人數占最多，同一個病房的護理人員每天在一起工作，會培養出工作默契，會培養出團隊合作及互相支持的情感。但也有可能理念不一樣，在工作上或是照護病人的方法上，會有差異，而產生摩擦。當同事間意見不同時，有人可以善解，但也有人會因此想要離開那個單位，不在與其共事。護理人員互動最密切的時間是在交接班的時間，因為前一班必須整理出上班八小時的工作重點，接班的人必須要承接上一班的交辦事項，因此雙方都會有壓力。護理人員提到：『交接班的時候，態度可能會很直接，有時會聽到一些責罵，…可能同事的口氣不是很好，也包括自己口氣沒有很好，心裡有壓力，眼色也會不太好，自己也不太會發現。 (GRMT-case5)』。



## 7. 發生異常事件 (n=3) (case 8, 9, 14)

當自己發生異常事件時，心理的壓力更大，會很內疚，自己的疏忽或是不小心。有時會自責自己的能力，不應該會發生這樣的疏忽。護理人員表示：『可能突發狀況不知道怎麼處理，或是處理錯了，就會有異常要呈報，一堆很瑣碎的事情。這種會困擾我比較久，會比較自責。我覺得自己應該達到某些程度的水準，當做不好時，會覺得有點內疚，會覺得自己應該不是只有這樣 (MBI-case 8) 』。

為了防止醫療意外事件的發生，護理人員在照護的過程中，總是會戰戰兢兢，深怕自己做錯或是遺漏工作，而發生錯誤，可能會被病人投訴或是提告，因此倍感壓力。而有些的錯誤是系統性的錯誤或其他人員的疏忽，卻要由護理人員來面對，因為護理人員是最直接面對病人，也是接觸病人時間最久的醫療人員。護理人員也會感到照護的時間都先想到要小心被告，而真正病人的心理與情緒的照顧則擺在第二，會感到無奈，護理照護的目標也以「保護自己」為優先考量。一位護理人員提到：『我覺得現在的醫療糾紛很多，我通常第一個想法都會想，自己有沒有做錯什麼？少做什麼？自己在法律上面是不是站得住腳？我覺得會很可惜，都先想到這個，然後才會去想到病人情緒的部分，或者是其他的部分，就是現在的趨勢，會讓我們很容易進入這樣的狀態。

(MBI-case9) 』。

## 8. 自己私人事務影響 (n=2) (case 7, 9)

護理人員除了工作之外，還須要兼顧到家庭，當家中狀況時，心中可能放不下，但仍然要工作，就很容易引起焦慮。護理人員提到：『家人的狀況也會讓我有時候會比較緊繃。爸爸生病就會擔心照護、後續的狀況啊，然後他



們的情緒層面怎麼樣，我會很想掌握，可是通常是沒辦法掌握，所以焦慮就會跑出來。(MBI-case 9)』。有護理人員提到：『自己的狀況不好的時候。可能家裡或者是同事之間出了一些問題，自己的能量不足的時候，或者是負能量接收太多的時候，你就會想要帶過就好。(MBI-case 7)』。

## (二) 介入後主要壓力源及其感受

在介入前共分析壓力源共有 18 人次，各別為：輪班與休假的壓力 (n=2) 、人力不足和工作無法分身(n=3) 、不喜歡的工作(n=2) 、病人/家屬負向的態度(n=3) 、病人病情變化或死亡 (n=3) 、醫師和同儕的態度 (n=3) 、異常事件 (n=1) 、自己私人事務 (n=1) 。以下將各別說明：

### 1. 輪班與休假的壓力 (n=2) (case 5, 15)

在後測的訪談，有 1 人提到休假的疲累感，但理由是放二天的假並沒有休息，而是在處理家裡的事情，接著就上班，所以根本沒有休息到。也有一位護理人員提到，希望以後能夠正常上下班。護理人員：『不會說不想要做。只是說會希望，因為現在上夜班會覺得累，但還是會希望在臨床上。只是說會希望之後有機會可以換成正常班的工作。但是還是希望能夠服務人。

(GRMT-case 15)』。

### 2. 工作無法分身(n=3)(case 16, 17, 21)

在後測訪談一位護理人員提到，當小孩子(護兒中心)不停的哭鬧的時候，就會莫名其妙的心情感到煩躁。但是現在會去對應這樣的壓力。她說明：『以前小朋友(PICU)哭，生病不舒服、哭，有些時候會無端讓我煩躁起來，現在會覺得，你怎麼啦，就去看看他，然後拍拍他，跟他講說，你就生病啊，阿

姨也不想這樣把你包起來啊。可是我覺得小朋友都很厲害，都會感受到我們的情緒，我們情緒如果比較穩定、不煩躁，小朋友是很好玩的。（GRMT-case 16）』。



也有護理人員表示，現在雖然忙碌，但比較不會緊張，會有程度上的減輕。不過，護理人員除了臨床工作之外，還要身兼小組長的角色，所以照顧的不只是只有自己的病人，還須要協助其他護理人員處理危及或困難的事務。有護理人員表示：『因為現在常擔任像 *leader* 的角色，我可能不能只有看到我的病人之外，我可能還要看到整個病房。加上病房是個大的病房，都是五十幾床，有時候，我可能還會有一點自責吧。有時候會覺得說好像沒有把病房顧好。可是這些東西又是不做不行。我也不是做不好，是做了，可是問題是可能我會覺得其他東西沒有顧到。（MBI-case 17）』。

雖然 MBSR-case 17 的工作負擔沒有減少，但是在心態上有改變。護理人員也感到如果不要吹毛求疵，就比較能夠體諒，也更能包容。認為：『因為有的時候是自己急，然後可能擔心事情做不完，有時候一被那種情緒影響的時候，會看什麼都不順眼，就算只是一個聲音，一個表情，就很像你好像很有病，就整個抓狂起來。現在會比較能夠去，算是體諒嗎？！或是比較能夠不要斤斤計較或吹毛求疵，就一直看著那個人的動作是怎麼樣。就算（學妹）抽藥慢了一點，我會覺得好像包容度有稍微比較高。（MBI-case 17）』。

### 3. 做不喜歡的工作(n=2) (case 3, 19)

後測也有護理人員對於被分派到的單位並不是很喜歡，但勉強自己努力學習，但一直在適應與反抗中工作，感到很累。護理人員描述：『當初是被分的，不是自己選的，所以，其實打從之前我就沒有想過會來這樣的單位，可是

被分到了還是去。可是一開始還是會很，有點反抗。但後來還是學嘛，學然後做，每天這樣過就過了一年。可是最近，因為覺得很累。( GRMT-case 19 )』。

面對自己不熟悉的事物，也會感到有壓力。護理人員說：『醫院喜歡叫我們去投稿、發表之類的，那可能這個東西是我不熟悉的，我就會有壓力 (GRMT-case 3)』。

#### 4. 病人家屬負向的態度(n=3)(case 9, 21, 24)

護理人員對於太頻繁的事件一直出現或是病人家屬會突然發脾氣，無法理解護理人員的工作時，就會覺得很累，護理人員會認為：『會覺得說我們憑什麼要一直受氣的感覺。( GRMT-case 21 )』。雖然生氣，GRMT-case 21 也會反思：『其實有時候就講一講就好了，然後可能過了一陣子，想到說像家屬這樣子，會站在他的想法裡面，其實他也是擔心自己的家人或怎麼樣，傾聽完對方有表述什麼事情，可能就會去想一下他是不是怎麼樣怎麼樣、所以才這樣。( GRMT-case 21 )』。

Case 9 提到他對於病人的要求，開始有不同的想法，過去會認為病人為何要這些要求，但上完課後，感覺看到病人的擔心。護理人員提到：『病人覺得新的醫師好像不太理解他的身體對藥物的反應，他藉由很多身體反應的表達來展現他的焦慮，我看到的是他對醫師的擔心，關係還不夠，因為醫師不是每天來查房，他會把很多身體不舒服展現出來，我覺得一方面也希望醫師是不是可以每天來看他那種感覺。以前會覺得，怎麼會這樣？我覺得上了課之後，好像可以看到多一點內在的部分，那個焦慮，其實不是只在藥物，對於他吃了之後的影響，而是他其實是對治療的擔心。以前可能就會去跟他衛教藥物的副作用是什麼，它可能這樣子，你這到底是不是藥物導致？或者是不是你的症狀？好

像會有一點不一樣。（MBI-case 9）』。



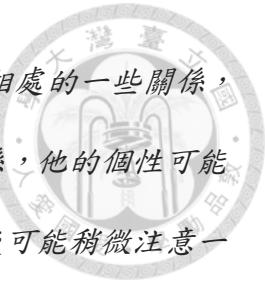
#### 5. 病人病情變化或死亡 (n=3) (case 5, 13, 16)

護理人員在後測的訪談中，會提到病人病情變化或是死亡，會感受到很疲憊：『預後不好，還要救他，硬要做一些治療 … 十幾歲的小朋友 (PICU 病人) 告訴你他不想吃。（GRMT-case 16）』。

但也有護理人員感到哀傷：『從三月份住院，住到臨終。其實會有一種哀傷，就是面對你照顧這樣的病人，然後他生前有大體捐贈的意願，……他本身是他女兒要結婚，他就是要等他狀況穩定後再結，參加婚禮，可是最後還是等不到。我心理替他感覺就是有一種哀傷在。以前是可能不太會，因為沒有遇過，可能只是想像，沒有實際感受過。（GRMT-case 5）』。或是看到病人的病情持續惡化，感到悲傷。護理人員提到：『有一個病人，他明明是好的進來，應該說不只一個。這一兩個月，有兩三個病人，清醒的進來，可是到最後，病情就是惡他，就在我們病房走掉。家屬每次盼著希望來看病的人，到最後是絕望的看著他走。看到這一幕還滿悲傷的。之前沒有特別的感覺。（MBI-case 13）』。

#### 6. 醫師和同儕的態度 (n=3) (case 3, 21, 22)

護理人員表示：『同仁可能對病人或家屬態度不是很OK，對病人比較沒有那個心的時候，就覺得我不想跟這樣子的人一起工作，在這樣的工作單位。就覺得我弄得好好，為什麼每次到你手頭上可能就是亂七八糟。（GRMT-case22）』。護理人員表示：『倦怠是因為同儕，倒不是因為工作本身。是因為同儕關係，所以就是轉念，然後去讀二技。（GRMT-case-21）』。



也有護理人員會轉念，對方的個性就是這樣：『同事間相處的一些關係，我可能當下會覺得，有點悶，但是另一個轉向就是，沒關係，他的個性可能是這樣。或者是，他就是忙。我可能去打擾到他了，那之後可能稍微注意一下或什麼的。（GRMT-case 3）』。

#### 7.發生異常事件（n=1）(case 22)

有護理人員還是對於異常事件的發生感到壓力。護理人員表示：『如果有什麼事沒弄到，就會很糾結。昨天發生一些問題，還滿難過的。還好沒有讓病人發生什麼大事情。我如果當下發現的話，就不會發生那種問題，覺得很愧疚。護理長在幫看要怎麼解決。… 會很自責… 一整天很糾結… 會影響到睡眠.. 會一直去想，我以後要小心，自己感覺壓力更大。（GRMT-case 22）』。

#### 8.自己私人事務影響（n=1）(case 5)

護理人員面對家人的壓力，全家都有精神疾患，自己是主要決策者，阿嬤是失智症，父是躁鬱症，哥是精神分裂症，媽是憂鬱症，對於整個家庭都是有很大的壓力。護理人員提到：『因為媽媽也是屯積狂的個性，導致整個家裡很凌亂，所以最近六月一日就請慈濟幫我們家做清掃。全面的清掃。運了五六台的貨車。還滿恐怖的。所以我最近都在忙，因為五月有預假，六月有預假，後面的話就有一段時間沒有預到假，所以要等到六月中回家裡做。

（GRMT-case5）』。



## 二、介入前後對壓力的正面回應

### (一) 介入前對壓力的正面回應 (n=7) (case 1, 4, 7, 8, 11, 12, 14)

雖然照護病人有壓力，但是有護理人員會感受病人/家屬正向回饋，付出是有回報的，或是看到病人能夠出院，也會讓護理人員感到欣慰，甚至病人在出院後，還會寫信或在路上遇到，也能夠叫出護理人員的名字，就會覺得很有成就感。護理人員：『我覺得很多時候在臨床，並不是你在照顧病人，有時候病人也會給你回饋很多。 (MBI-case7) 』。

護理人員認為，如果 10 個病人中，有 8 個是對你好的，而且都會跟你說謝謝，像在這些病人身上，就會獲得一種成就感。護理人員提到：『尤其是有些病人會因為你的照顧然後你的教導，他真的會去執行，然後他真的病情有變好，你就會覺得很有成就感。我覺得當護理師最大的、會一直持續這個工作，就是因為你有成就感，你就會一直堅持下去。(MBI-case 7) 』。

其實病人也會觀察護理人員，讓護理人員也感到照顧病人，反而受到病人的關心，有護理人員提到：『當你遇到有一些事情難過的時候，就是我印象中有一個病人就會關心你，他說你怎麼了，就是還蠻印象深刻這個病人的，他就覺得，就是他蠻貼心的，就是雖然他生病了，可是他其實也會去觀察到，他就是心思比較細膩的。 (MBI-case4) 』。

### (二) 介入後對壓力的正面回應 (n=8) (case 3, 7, 15, 17, 20, 21, 23, 24)

護理人員看到病人在自己的照顧之下出院，其實是很大的成就感，護理人員提到：『他們（病人）愈來愈好。就會想到自己的家人，在生命中慢慢的康復的話，其實是很開心、很喜悅的。(GRMT-case 21) 』。一位原住民的護理人員提到自己和家鄉同樣背景的人幸福，因為護理工作，在大地震的時候，自己



能付出。護理人員提到：『能幫助別人是很幸福的事。還有就是，蠻多部落的小妹妹會給我一些正面的話，比如說，我們以後要跟你一樣，之類的，到後面長大看到你，包括我自己的妹妹，雖然差九歲，她也是後來跟我走一樣的路的時候，我就覺得，很驕傲。(GRMT-case 24)』。GRMT-case20 也提到自己很喜歡老人，從與老人的互動中，可以找到快樂。他說：『我比較喜歡跟老人相處，所以對我來說其實會很快樂，我跟老人家互動的過程其實還蠻快樂的。(GRMT-case 20)』。MBI-case7 也同樣有感受，他說：『看那些阿公阿嬤(病人)能夠活蹦亂跳的做自己想做的事，開開心心的，甚至我看到他們會給他們一個擁抱，我覺得我很滿足。就是他們記得我，然後知道我在關心他，然後也按照我所說的去做，改變他們自己，我覺得就很好。(MBI-case 7)』。



### 三、介入前後壓力自我調適方法

#### (一) 介入前壓力自我調適方法(n= 24)

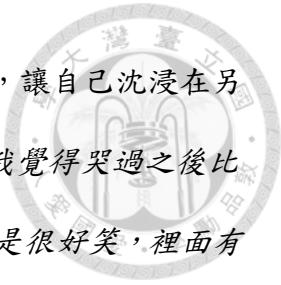
雖然工作有壓力，但護理人員也有其調適的方法，包含：說出來或寫下來(n=7)、參與娛樂活動(n=10)、提升專業能力(n=2)、宗教的慰藉(n=1)、自我慈悲(n= 4)等，以下將各別說明：

##### 1. 說出來或寫下來 (n=7) (case 1, 4, 5, 7, 9, 10, 11)

在前測訪談資料分析中，護理人員最常用的調適方法就是壓力事件後，將壓力講出來，有人可能在護理站就會直接將不滿或是感受到的情緒講出來，有護理人員覺得只要講出來，就想說算了，這各家屬就是這樣。但也有人會找知心的朋友聊一聊。或是在網路上砲轟。護理人員提到：『跟我的朋友。因為我朋友也是護理的，所以他們也知道很那個的想法，所以就一起在網路上面、在LINE 上面、互相的...，一起砲轟，然後就覺的心情會比較好。(MBI-case 9) 』。也有人會去找資深人員釐清問題，護理人員提到：『其實我會跟我比較信任的學姊講這件事情，我想釐清這件事情的爭結點到底在我身上，還是下一班可能太苛刻一些 (GRMT-case-5) 』。

##### 2. 參與娛樂活動(n=10)(1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12)

大部分的護理人員認為休閒娛樂是最常見紓解壓力的方法，像去唱歌、看電影、滑手機、去按摩、看韓劇、大吃大喝、種種植物或出去玩。有人會選擇讓自己好好休息，但也有人選擇不要睡覺，盡量讓珍貴的假期過得不一樣。一位護理人員提到：『我覺得很多自己的時間就上班時間都泡在醫院，23 天、24 天都在醫院，甚至是放假都要來醫院上課什麼的，所以我覺得假期真的很珍貴。所以就會盡量不睡覺，不至於到真的沒睡，會撐，就是說先不要睡先



不要睡，再撐一下這樣 (MBI-case-8) 』。或是看戲劇節目，讓自己沈浸在另一個世界裡。護理人員提到：『躺在床上，要廢看個韓劇。我覺得哭過之後比較舒服一點，所以就會去找一些比較悲情的韓劇，要不然就是很好笑，裡面有再加一點悲情，就跟著它的情緒走，然後走完之後就舒服一點。就看劇或看電影這樣。發呆、聽音樂。(MBI-case 11) 』。

### 3. 提升專業能力(n=3)(case 7, 14, 15)

護理人員認為當自己的專業領域越來越拿手，自己就比較開朗的，慢慢的展現出自信來，然後獲得病人的信任感那些等等，就是上班的動力。護理人員提到：『會覺得說既然要幫助他，可是我會得那麼少，我可以幫他的東西有限，我可以態度很好，我可以也很認真的做，可是…你給他東西還是有限制，…就覺得說還是要唸書，每天上班就覺得累，回來之後就就不想學習，所以就強迫學習。(GRMT-case-15) 』。

### 4. 宗教的慰藉(n=1)( case 10)

除了找人談心中的壓力之外，有護理人員也會尋求宗教力量，護理人員說：『我只要放假，我每個禮拜都會去教會。就是天主教，跟我媽一起去。但是，有時候還是會偷懶。宗教，就是有一種求神問卜的感覺。我記得我剛回來的時候，我每天都問他們說，如果今天運氣會很好的話，就會、就會出現什麼、什麼東西，這是說…什麼…，我忘記是什麼事情了。反正，就會一直祈禱自己今天會一直相信今天會很平安的度過，然後就會相信今天會很平安。(MBI-case-10) 』。



## 5. 自我慈悲(n= 4)( case 1, 7, 14, 15 )

有護理人員也學會用不同的角度看待壓力，認為不要計較就是對自己慈悲，有些時候就是事情要看開一點，放過自己，不要對自己要求過高。護理人員說：『對我來講啦我對從小算是功課就是我會對自己要求還滿高，我會要求我自己做到，其實我有下班氣。因為沒有(病)人進來住院會是開心的，當然病人痊癒的出院他當然會開心，但那是占我們生活當中的少部分，一定是低於50%，我覺得我這幾年開始在思考我的人生不應該只有工作學校（碩士進修），那我到底要怎樣尋找我自己，開始去種種小植物這些的，所以說放過自己不要把自己綁得那麼緊（GRMT-case1）』。

也有護理人員會“見苦知福”，看到比他更苦的人，就覺得自己是幸福的。護理人員說：『有時候其實同年齡啊，你不見得能夠看到那麼多的苦，你很容易因為自己或者是家裡面一些不愉快，或者是事件，就會覺得自己很命。可是你在工作、在臨床，其實你可以看到更多更可憐的人，更多更苦的人，他們甚至沒有任何的資源，或甚至有家屬沒有要來，又沒有人來照顧他們，你就會覺得自己是幸福的。（MBI-case7）』。

有護理人員用“善解”來看待事情，而不去計較，認為大家都在為醫院做事，不計較事情多寡。護理人員說：『有時你開始會覺得怎麼都我在做？但是你慢慢慢慢之後，會發現說，我會的比較多，就會比較能夠接受，那我就多做一點這樣。反正你做的事情是為了醫院嘛，所以就覺得到後來就會比較能夠接受這樣的事。（GRMT-case15）』。

另外也有人會認為自己沒有特別的抒解壓力事情過了就過去了，不會再想它。護理人員說：『告訴自己說，就不是每個人都這樣啦，這是自己的一種修鍊，讓你自己能夠好好再去控制自己的情緒，你就比較不會覺得說為什麼倒

楣事情、都會發生在我身上。就是讓我在面對任何不合理的事情的時候，就是可以學會用平常心去面對它。因為他們有些人可能因為生病的關係，人可能會一直躁動啊，都會無理取鬧，那個都是疾病的進展，那有些人可能、比較之前的同仁就會說，你怎麼這麼煩啊、一直拔那個管路啦、什麼的，有時候就會生氣，就會變成用情緒去照顧病人。當我們遇到了我們也會，如果他今天一直很頑固的話，當然也會有情緒。（MBI-case 14）』。

## (二)介入後壓力自我調適方法(n= 15)

自我調適共分為：說出來或寫下來 (n=5) 、參與娛樂活動(n=6) 、提升專業能力(n=0) 、宗教的慰藉(n=0) 、自我慈悲(n= 4)

### 1. 說出來，寫下來 (n=5) (case 5, 3, 17, 22, 26)

在介入後，護理人員再遇到問題或是不如意時，也會去講出來抒發自己的情緒。護理人員說：『願意去跟別人講，就是我的好朋友，可是未必能帶來什麼改變，只是它是一種陪伴的過程。(GRMT-case 5) 』。也有護理人員說：『跟知心朋友說說話，或者是說，假日的時候就是出門去散散心。對。可是比如說要做的，一些發表這些東西，就是，這個東西可能散散心只是當下覺得舒服，但是你回來還是得去把它完成，你不完成它這個問題就會一直在(GRMT-case3) 』。還有護理人員會去澄清，護理人員提到：『我當下沒有立刻跟上一班的人說，因為我怕我自己情緒會控制不了。就是說出來給當事人知道之後，就覺得比較舒服一點(GRMT-case 22) 』。

對於說出壓力或不滿的態度也有改變，護理人員表示：『之前喔？我就沿路一直噼哩啪啦一直罵，我就個性很急，講話也很快，我是那種過去就過去了那種人，就是我喜歡用講出來的，我就要一直唸一直唸，我唸到最後是整個護

理站的人都知道我今天發生什麼事情。目前的話，我就覺得用這種方式(呼吸)，然後我自己會去評估說，我哪些情緒應該要發洩出來，哪些情緒其實是可能自己在裡做個消化。 (MBI-case 26)』。

但也有護理人員再介入前，不容易將自己的壓力找人談，或講出來，但在介入後有了改變，護理人員說：『好像對我周遭的人，也比較容易講得出來。當心情不好時是最煩躁的時候，那時我不想講，什麼都不想講，而且你也不要問我。最好通通不要注意到我，也不要跟我講話。我現在是會覺得，就算生氣或是不高興，或者是很難過，或是覺得哪裡心情不好，我好像比較願意找，雖然是特定幾個人，我會比較願意跟他們講。我自己是有發現這是比較不一樣的。其實我發現，有講出來有差啦。真的。人家就說把人家當垃圾桶這樣倒一倒，雖然人家也不一定是願意。可是就會覺得有這樣倒一倒有差。 (MBI-case 17)』。

## 2. 參與娛樂活動 (n= 6) (case 3, 5, 6, 10, 18, 19)

護理人員同樣會參與休閒娛樂，像出門散心、唱歌、看電影、聽音樂、滑手機、吃東西等。但護理人員表示，在吃東西的時候，不會直接吞入肚子，而是會：『吃東西這方面，我還蠻，蠻大的。以前是什麼東西，肚子餓就放嘴巴裡面咬，反正就吞下去吞下去，現在就是會放在嘴巴裡面稍微感覺一下什麼味道，就這樣。可是也不會真的嚼得六十到一百下，可能就是放一下，覺得今天的香蕉比較不甜啊，就去感受一下。不然平常都是直接往嘴巴吞。(MBI-case 10)』。

## 3. 提升專業能力 (n=0)



無

#### 4. 宗教的慰藉 (n=0)

無

#### 5. 自我慈悲 (n=10) (case 7, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 20, 23, 24)

在介入後，護理人員發現要對自己好，但是有些事是放不下的，例如家裡的狀況，護理人員提到：『以前我覺得我有自虐自己。現在不要去想那些不開心的事情，對自己就是好的。如果一直想的，就是有點一直在逞罰自己。我最沒有辦法慈悲就是媽媽那一塊（有躁鬱症），其他的部分對自己就是都是好的。（MBI-case 7）』。Case 8 也提到沒有將自己逼得這麼緊：『就沒有像之前逼得很緊，我今天一定要去啊，時間幾點幾分一定要趕快去這樣。（MBI-case 8）』。也有單位小組長提出：以前不管我嘴巴怎麼講，「我要培育leader」，但我又什麼事都要插手。現在突然覺得好像也沒有必要性。從什麼時候開始？這一兩個月吧。（GRMT-case 23）』。

也有護理人員感到沒有像以前一樣，有什麼事是非做不可的。也有人感到，有時候放空就是對自己最慈悲的對待。護理人員說：『因為要做的事情好多，有時候被逼得很緊，當什麼都不想、都不要做的時候，就覺得是很慈悲的事。（GRMT-case 15）』。

護理人員變得比較不在意別人的話，對於得失心也比較不會看的那麼重。護理人員說：『以前可能會因為別人的話，或對你的一些小舉動，他是指導你，可是我會覺得你幹嘛要這麼麻煩？就讓自己不會在聽到那些批評的時候，就會盡量想他是為了要我進步，不是往負面那邊，去想說她是討厭我？還是什麼的。對就是不要想太多。善待自己。（GRMT-case 20）』。



對於要承擔的業務，護理人員也有不同的想法：『以前比較一味的付出，心裡也會很累，也不知道在累什麼，去了一次旅行後，跟自己對話，聽到更多自己的聲音。就覺得，如果我做不到的，就不要硬要去承擔這樣的東西。 (GRMT-case 24)』。

介入後，護理人員感到比較不會鑽牛角尖，case 16 說：『自己鑽牛角尖搞得兒子也不高興，老公也覺得有必要這麼生氣嗎。(GRMT-case 16)』。有護理人員發現自己在課程結束後，好像比較沒有把人家的缺點放大，比較不太會吹毛求疵。他說：『因為最剛開始的時候，不是說自己多完美，但好像想要求事情，或是別人都做的完美，那就很容易會把人分好的跟不好的，黑的跟白的，我覺得你好就是好，我覺得你不好就是不好，就很容易會看什麼事情都不順眼，有時候別人會覺得我很難親近。那你在單位又很久了，人家對你是敢怒不敢言。其實自己不是不知道，但是就沒有辦法讓自己柔軟一點，或是笑笑的一笑置之就好了，越來越沒有辦法。現在的話，好像比較能夠稍微輕鬆一點看待這些事情，有時候別人也是會有脾氣的。就算是學弟學妹也是會有脾氣的，我好像比較能夠去感受到他的脾氣，可是也不會因為那個脾氣讓我引爆。不是全部都做得這麼好，不是。是會發覺到有不一樣。 (MBI-case 17)』。

護理人員在介入後覺得更能夠看到自己當下的狀態，不管是好或者是不好。護理人員說：『很多時候還是會要求自己一定要做到一些想達到的目標。對。那我覺得慈悲就是能夠接納自己現在就是這個樣子。接納現在的情緒、現在的行為，對。然後要多給自己時間吧。 (MBI-case 9)』。

另一位護理人員過去一直被病人家屬投訴說態度不好，上完課後，就不再那麼在意地看待被投訴這件事。她表示：『這件事情就很特別是，在上正念課之前，我差點要被病人投訴，因為態度不好。等我上完正念課，其實也

是前一陣子，也是要被人家投訴，也是態度不好。可是我都覺得，前面在正念課之前被投訴的時候，那時候真的是心情很差，因為我覺得我沒有態度不好，可是病人就覺得你就是態度不好。那時候我還滿難過的，我日記本全部都一直在寫這些事，就是讓我很不開心。可是我上完正念課之後，護理長跟我說「他（病人）說你態度不好」，我說「是喔。」我就直接帶過，就直接算了。到後面我就比較不會去想說，像之前那天我是怎麼了？我真的態度不好嗎？一直去想我跟他的對話，可是到後面我已經不管了。就這件事情讓我豁然開朗。不像以前我就真的很生氣，我就一直傳LINE，開始跟我的那個單位的那個同事說，你不覺得那個誰誰誰真的很過份嗎？正念課之後，我就覺得好像也沒什麼特別的。就這樣過。(MBI-case 10)。護理人員也感到自己要認命，她提到：『要知道自己的限制在哪裡，然後，了解自己的優缺點，就跟上人講的一樣，要認命，認命不是一切隨它去，是要認識自己。因為我很知道自己有幾斤幾兩重，知道自己能夠做到哪裡。(GRMT-case 16)』。

## 6. 用深呼吸回應壓力 (n= 12) (case 3, 5, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 26)

除了前面提到的五種調適方法之外，在介入後，大部分的護理人員都能夠運用呼吸的方式，調適身處在有壓力的當下。遇到壓力的時候，就會多做個幾次深呼吸。GRMT-case-22 很常有「呼、吸，然後，啊，算了」。所以幾位護理人員都有感到，做幾次深呼吸，講出來的話就比較婉轉，比較不會跟人有衝突。GRMT-case 5 說：『如果沒有經過這個方法（深呼吸），可能對別人來講太直接了一些。（GRMT-case 5）』。

當遇到事情時，腦中一片空白，也會試著用深呼吸，來讓自己心情沉澱，雜念沉澱，頭腦也會比較清醒。有很多事全部擠在一起的時候，會不曉得自己



該要做什么，就會深呼吸，靜下來好好把每一樣寫下來，然後再一樣一樣的看哪個優先順序，然後再去做。護理人員表示如此，有助於自己工作：『其實現在的話，覺得對自己有幫忙，做事會比較果決，也會比較有效率。只要簡單可以處理的，就會趕快把它處理好。（GRMT-case 15）』。

也有護理人員感到調整自己的呼吸，可以穩定情緒。護理人員說：『我前一陣子MC 來，比較暴躁、易怒的時候，我就會讓自己調整呼吸、專注，那之後就會覺得，我剛幹麼那麼生氣？！對。我剛生氣的點在哪裡？然後想一想，哎，好像不應該那麼生氣。（GRMT-case 16）』。護理人員表示以前遇到事情是忍耐，現在會用深呼吸來處理，他舉例說明：『家屬一直問何時要做大腸鏡，但因為還沒排好時間，然後家屬又一直問，我怎麼會知道呢？而且他的聲音很尖銳，我就會覺得很吵，所以我要跟他講話的時候，我就會先深呼吸，深呼吸平靜之後再跟他講話，不然我覺得會跟他吵起來。（GRMT-case 18）』。

在MBI 介入的課程內容有不很多方法，但為何大部分的人會選擇呼吸法？MBI-case17 表示：『剛開始時會覺得，老師在講的一些，走路、呼吸、吃飯、那種，我會覺那些步驟怎麼可能做得到？好繁瑣。到後來，在工作的時候當我已經開始忍不住會覺得急躁，其他我可能不會記得，比如說咬、我吃飯、走路，可能會忘記，可是我覺得呼吸我會記得，所以我會注意到，多深呼吸幾口，這樣子。當下那種可能本來已經要暴走的感覺，好像會平穩下來。不會說完全說馬上就情緒變很好，可是我會覺得有從好像要暴走到還可以再舒緩一下。對。（MBI-case 17）』。

大部分護理人員都能藉由深呼吸，也可以讓自己的心平靜下來，有位護理人員說：『以前不知道呼吸其實可以讓身體的，當下你會覺得很繁雜那種雜念，比如說同時會有很多病人阿，很多家屬拉，或是你有很多事情手邊必須要處理



的時候，我以前就是用嘆氣，然後就去做，可是其實心裡是很雜亂的，然後腦袋也很沒有條理，可是我覺得像透過那樣的練習的方式之後，比較從深呼吸的過程當中去知道你要慢慢的、慢條斯理地去解決每一條事情，那個過程當中其實也是去思考，也是去放鬆，可能大概只有幾秒鐘的時間，但我覺得可以讓我釐清楚，就是必須要放下心來、或是說要靜下心，靜下自己不要那麼急，的那種感覺。(GRMT-case 20) 』。



#### 四、介入前後慈悲同理照護

##### (一) 介入前慈悲同理照護 (n=5) (case 2, 5, 6, 11, 14)

當護理人員看到病人的年齡與自己的父母或爺爺奶奶相訪時，也會將他們當作是家人一樣的對待，希望病人會更好。護理人員提到：『就是當一個人很無助的時候，他可能沒家人、沒有錢別人照顧，你卻願意去幫助他。我們之間沒有任何利益關係，看到她恢復健康或是看到他變好的時候，我會替他感到開心。 (GRMT-case5) 』。

護理人員會依照病人的需求，看到與自己年紀相仿的病人，也會想到這麼年輕就癱瘓在床上，會想用一些刺激取悅病人，護理人員說：『單人房，除了我們進去以外，沒有人會再進去，他家屬也沒有過來的意願，那我就是大夜班，電視可以開的時間，我就把它打開讓，給他聽聲音，然後做任何事情就跟他多講一些話，覺得他大概有聽到，我覺得應該會好一些，或是開玩笑。 (MBI-case11) 』。

照顧癌症病人久了，與病人和家人彼此都很熟悉，看到家屬的辛苦，也會想去抱抱家屬，甚至一起哭泣，護理人員：『到後面其實會覺得，他已經這樣很辛苦，然後就去抱抱阿姨，我們兩個就大哭，就說真的很謝謝你，就用很像家人的感覺，回饋給我，我就覺得很棒。把有當成他們的家人，而不是一個 nurse。 (MBI-case11) 』。

護理人員由提到：『一般來講比較深刻都是比較不好的事情，感覺比較好的，我都會跟他們說、這是我應該做的啦，就這樣子。 (MBI-case14) 』。其實護理人員覺得做他該做的事，但內心也會很高興，病人把她當孫子，當家人看待。

## (二)介入後慈悲同理照護 (n= 7) (case 5, 7, 8, 9, 13, 17, 19, 20, 24)

慈悲同理照護是護理人員照護的根本，因此在介入前或介入後，都有護理人員提出他們在照護病人的具體做法。有護理人員會感到更包容，情緒比較穩就能夠就事論事。當護理人員評估到病人換藥焦慮時，就會和他開玩笑，轉移病人的注意力。護理人員說：『我都會換藥的時候跟他開個玩笑，他就會頓時覺得壓力不會那麼大，也不會那麼焦慮在本身的事情上。 (GRMT-case 5) 』。

有幾位護理人員發現上完課後，變得比較會安慰病人/家屬。有一位護理人員遇到一位老病人在他面前掉眼淚，她提到以前看到病人哭的話，會不知道該怎麼辦，可能很慌。現在護理人員會更深入的關懷：『就上禮拜吧。在評估病房一個個案，上課之前我會不知道該怎麼辦！因為我會怕老人家在我面前哭。但是我會在旁邊陪陪他。可是上禮拜我就是會想要知道為什麼，會想要去幫忙他。就是問出個原因，然後去跟他家裡的人溝通，看怎麼去幫助他。以前遇到的話，就是會不知道該怎麼辦，可能會很慌，最多就是在旁邊給他秀秀而已。 (MBI-case 7) 』。 Case-8 也覺得自己比以前更能同理：『有一個比較印象深刻，應該是，因為我們要接案。之前會比較覺得似乎是流於形式那種感覺，上完課之後，有比較融入當下那種感覺，就是可能跟他會談的情境，那個感覺，會比較讓自己好像，比較難形容，就是有點 *focus* 在當下他跟我講的那種感覺，然後我可以把它、可以更同理嘛，那種感覺。就是不知道怎麼描述。自從上完課，好像更能 *empathy* 一點吧。 (MBI-case 8) 』。

護理人員認為這幾年可能因為工作累，覺得越來越沒有感情，很冷漠，但在介入後，發現以前對病人的關懷又再回來了。她提到：『我之前發現耐心會變少，我很想要做，可是會做得很不甘願。最近（介入後），發現我可以跟很多年前的我一樣，我可以坐下來好好聽一個阿姨講他很辛苦的生命歷程，我可以很有



耐心的坐在那裡聽他講。我能夠感同身受。可是在前幾年的時候，我是慢慢的越來越不能夠感受到。我就發現有點嚴重，因為我就覺得這個就好像是已經沒有辦法再做護理了。就很像沒有感情，我只覺得只是工作累就會沒有感情了嘛，就有點害怕。其實就是沒血沒淚，這樣就是不能夠再做護理了。應該要離開這個工作了。這幾年不太想做了，也不知道為什麼不想做。我是有發覺這個是比較大的改變。（MBI-case 17）』。

在介入後也有護理人員感受到變得較有耐心，護理人員提到：『以前的話，面對到比較躁動的病人，我會覺得就把他綁起來好了，因為我們叫約束，我們是保護性約束，會怕他爬下來或怕他會去拉管子什麼的，那我覺得現在的我，因為我們之前都上大夜班，我們會把病人推出來跟我們一起上班，就是推到護理站，讓他講他的，然後我們在旁邊聽他講，我們會跟他聊天，重點是還可以聊得起來，就是可以跟他互動，聽他講，以前我會希望把他手綁起來腳綁起來，吃個安眠藥就讓他睡覺。（GRMT-case 20）』。



## 五、護理人員對於正念介入後感受

介入後，護理人員在身體覺察( $n=5$ )、環境覺察( $n=5$ )、壓力覺察( $n=5$ )、情緒和壓力變化( $n=4$ )、工作效率( $n=8$ )、人際關係( $n=9$ )、睡眠品質的變化( $n=5$ )和沒有變化( $n=8$ )，分述如下：

### (一)身體覺察( $n=9$ )(case 5, 7, 13, 17, 18, 19, 20, 23, 26)

透過正念的介入，護理人員開始注意到身體的感受，在跑步時會留意身體的循環，感到開心與舒服，也感覺比較不會累。爬山的時候，會放慢步調，爬山的那個當下，有一點放鬆的感覺。也有人在上完課後，開始注意到身體不適的地方，護理人員說：『我覺得是上那個課的時候，會注意身體哪裡不舒服的感覺，我覺得是因為那個原因，所以才讓你專注力比較好。(GRMT-case 19)』。

GRMT-case 20 提到第一次上課的時候，手腳會發麻，到第二次上課，可以感覺到氣體流入肺內，然後到全身，當下身體小小的變化都會覺察到，他說：『其實我身體可能經過一個晚上(大夜班下班)，其實我的腰很酸，但我並沒有去發現到，可是你趟在那個空間當中你就會發現阿，其實我的腰真的蠻酸的，或是說其實我肩膀很痛，就是你的感受都會瞬間放大。(GRMT-case 20)』。

GRMT-case 5 也發現：『平常呼吸沒有特別去察覺自己的呼吸的速率。其實在緊繃的情況下，呼吸就變得很急促。自己都不知覺。(GRMT-case 5)』。

因為引導式正念呼吸的課程，護理人員開始覺察自己過去好像忘記呼吸的感覺，也沒有留意要執行打針的時候，會屏住呼吸，就會比較專注當下在做的事情。也有人發現原來自己在氣在吸飽的時候，沒有辦法維持很久，但會想到：『平常一直在想做手頭上的事情，然後（沒注意）身體好像需要一些，好像需要做這些事，跟自己對話那種感覺。GRMT-case 22』。

有護理人員也提到，自己變得比較不累，他說：『也不是說身體變好，還

是精神體力變好，還是吃了什麼特效藥，也沒有。就是自己覺得有變。旁邊的人也這樣講。旁邊的人這樣講，自己就更覺得好像是這樣。（MBI-case 17）』。

也比較能說出疼痛的部位，有位護理人員提到：『因為我們不是常常扛病人嗎？我們就覺得背痛，我每次去按摩的時候都講不出一個點，或是去看病都講不出一個點，可是我現在可以很明確的講說，我好像是腰的哪一個部位。對啊，就可以感受到那個部位，對。（MBI-case 26）』。

MBSR 組的學員會反應在飲食上，發現左右邊吃東西的味道不一樣，快和慢吃東西，味道也不一樣。：『因為正念吃東西，因為你左邊右邊吃東西，味道是不一樣的。同一個食物，你左邊吃跟你右邊吃，味道是不一樣的。然後很快很快吞下去跟吃很慢很慢吞下去，味道也是不一樣的。（MBI-case 7）』。

## （二）環境覺察(n= 5)( case 8, 9, 15, 17, 18)

藉由正念的練習，護理人員開始注意到周遭的環境，不管是上班途中，會看看沿路的風景，注意植物的變化，行人在做什麼事，有二個人也回饋，原來問卷的問題就是在問這些，護理人員說到：『我記得一開始很有趣的是那個問卷。它就會說，有時候開車突然間，會不會注意到旁邊的風景？我在一開始寫問卷的時候，都覺得怎麼可能。寫得很篤定。結果我在上課上到一半，我覺得我好像一直 miss 掉很多東西，我現在才知道原來我根本連 miss 我都不自覺。以前，我渾然不知我錯失很多周圍當下的狀態。後來發現，慢慢對，在騎車的時候，就會去感受一下，比如說，在加速時候手指的感覺，騎的時候看到山看到雲的時候，那種心情的變化，會不自覺微笑，那個是後來才發現說，我平常都那麼沒有感覺。（MBI-case 9）』。

也有人提到以為過去在記憶裡的東西，已經不見很久了，學習正念以後才發現東西並沒有不見，只是被自己忽略了，他說：『走路真的感受到腳在踩的那種感覺，突然有發現，我頭比較不會盯在地上，以前頭會一直看地上，一直衝過去，現在開始比較會看到旁邊的樹、動物、看到月亮，看到雲，會看得到旁邊的東西。我發覺看到這些東西之後.....因為在鄉下長大，這些東西很正常看到，可是突然發現，我好像很久沒有看到這些。其實這些東西每天都在旁邊。就是很小的東西。發覺我不耐煩的時候，慢慢的會自己發現記得深呼吸。（MBI-case 17）』。

在課程後，也發現自己的腳步放慢了，更能欣賞周邊風景。護理人員提到：『有一次爬山的時候，我前面有幾個是那些老人家，然後他們就走比較慢，然後我那時候就會很急，就是很想要趕快超越他們，然後可能旁邊有一個你，就是說你要體諒他們一下，因為他們是老人家，自己開始把步調放慢，然後你放慢的時候，就會發現其實慢慢走的風景也不錯。（MBI-case 18）』。

透過正念介入，也會改變舊有的慣性模式，有護理人員說：『以前大概就是下班你可能就直直的騎著車子，就走原來的路就到家裡了。其實有時候想去辦事情也突然忘記，就是這樣走了就又回到家裡。可是現在有時候在騎車時，就有時候不會那麼專心的騎車，就會去感受一下周圍的事，或是出門、搭車什麼，就會多看看周圍的事，多去感受一下，外面的人到底發生了什麼事，有什麼不一樣。（GRMT-case15）』。

### (三)壓力覺察(n= 4)(case 10, 13, 17, 21)



經過五周的介入後，有人發現對於自動化的情緒反應還是存在，但會很快的察覺到，護理人員提到：『當下情緒來，你已經忘記這件事情，就是你要做練習這件事。你就直接已經先什麼話都講出來了。沒辦法收住。你可能會在事後會想說，我那個時候應該怎樣，可是沒辦法。都已經直接就過了。（MBI-case 10）』。有護理人員也有相同體會，他說：『有時候光是有發現，好像就已經很了不起了。有時候是沒有發現，像以前我自己急的時候，想要把事情趕快結束，就不想要等，那時我自己是沒有發覺的。我只覺得我來不及了來不及了，可是我沒有發覺我很不耐煩。（MBI-case 17）』。也有人提到過去一有壓力，情緒會停留，會沈悶一整天。MBI-case 13 說：『現在的話，就看開了，就變得很開朗，就算有壓力也笑笑的處理，不會沈悶的處理。』。也有人感受到比較不會緊張：『上課那段時間變得比較不會那麼容易緊張起來。（GRMT-case 21）』。

#### (四)情緒覺察 (n= 8) (case 6, 9, 10, 16, 20, 21, 23, 24)

在介入後，護理人員感到比較能夠改感受到自己的情緒，護理人員說：『以前可能會說「我好生氣，這個事情怎麼樣怎麼樣」，但現在會往內去看，「你怎麼了？」「為什麼這麼氣？」，然後會去探討它，去感覺那個情緒為什麼會是這樣？是發生了什麼事，或者是怎麼樣。也會告訴自己，其實去接納自己那個時候的情緒。我覺得這樣好像強度就會稍微下降一點。情緒就不會這麼多。然後，抱怨就會減少。

（MBI-case-9）。

對於負面的情緒比較不會停留在心中太久，覺得會比以前容易中斷負面的情緒，而且認為終止負面情緒，可以讓自己去思考其他事情，不會膠著在

情緒中，煩躁情緒會比較快被化解。護理人員：『因為很多就是你當下情緒過了，根本就不會再去把它放在心裡面。（GRMT-case 20）』。

但對於情緒的效果，也有時效性，有護理人員：『有上課的時候覺得情緒上或是耐心上好像會比較好。像現在已經過了一段時間，忘記了那種感覺的時候，可能偶爾還是會想起來，就是會有點不一樣，就是像耐心的程度上就是會變得跟之前比較的話，那時候比較有耐心，情緒上比較容易調整。可是過很久之後，就沒有做這樣的練習，或是刻意想到這方式，就會有點急躁。（GRMT-Case 21）』。MBI 組的學員也有感受到，平靜的情緒，大概當周上完課的二三天就沒有了。

有好幾位護理人員在介入後訪談時，都有提到心情變愉快了，有能感到事情變得不困難，有的人覺得照顧病人變得很開心，也有人是心境的愉悅。護理人員說：『就發現上班騎車，看到，心情其實還蠻好的。因為經過某一段路會看到山看到清澈的天空，會覺得心情滿好的。發現當下蠻開心，就會忍不住微笑，我覺得還蠻妙的。（MBI-case 9）』。

#### (五)工作效率變化 (n= 9) (case 6, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 17, 25)

有護理人員感受到工作專注力有增強，護理人員：『往常我在接班的時候，不是都半夜嘛，剛睡醒，就會忽略掉一些人家交給我的時候，會有一些漏的東西。現在對方在交的過程中，我就可以清楚的發現說，耶，你這個部分漏了喔，那之後要注意。（GRMT-case16）』。也有人在介入後，比較不會拖班。護理人員：『我也不知道是不是跟正念課有關係，我們很常 1 點以後才下班，然後最近比較常就是 1 點前就好了。（MBI-case 6）』。

護理人員也趕到現在遇到困難、任務，就會比較勇敢的去面對。也有護

護理人員認為：『以前情緒煩躁，很容易會分心，就會有點坐不住，就會沒辦法好好打病歷。如果轉換一下，有個窗戶可以看到靜思堂，我覺得就會起來走一走，然後看看窗外，情緒就不會一直在一個高點。（MBI-case 9）』。

護理人員因為更有耐心跟病人/家屬衛教或溝通，效率也在無形中提升了，護理人員說：『我不敢說(效率)變快。可是跟之前比較起來，會比較、雜事不會變那麼多。因為你就是跟病人家屬講話，然後他們都能聽得懂。不懂的就教個一兩遍。其實，就是你，我那段的鈴不會一直響，因為他們都知道我就會過去。（MBI-case 10）』。而且還感覺到：『最近之後又開始，書比較能夠讀完，然後比較讀得下去。我不知道為什麼。是正念課的關係嗎？我也不知道。還是我最近大概心情很好還是什麼的。不知道。（GRMT-case 10）』。

對於事情的優先順序也有改變，護理人員：『之前要是有五件事要做，我會不知道怎麼排序，亂做，導致沒有按照時效性，delay，或是原本可以很順，變得很不順。現在懂得分析，就算臨時有事插進來，也可以馬上排到適合的時間點做（MBI-case 13）』。MBI-case14 認為因為腦中的雜念比較少，不會煩心，就知道要怎麼做，不會軟成一團。

#### （六）睡眠品質變化（n=5）(case 6, 8, 20, 21, 25)

護理人員在介入後，因為專注，沒有雜念，所以睡眠的品質有變得比較好，MBI-case 6 認為：『因為事情有時候會不自主的冒出很多念頭，所以就會藉由呼吸，專注在呼吸，然後就忘記了。沒有去想那些事情就比較睡得著。（MBI-case 6）』。但如果睡眠原本就沒問題的，就沒有感受到睡眠的差異。護理人員說：『我平常就沒有睡眠的問題，所以沒有感覺有沒有影響，但有聽其他人說，睡得蠻穩定的，我可能感受比較沒那麼深。（GRMT-case 3）』。

MBI-case 8 因為上了大夜班，必須調整原本正常的生活作息，會從下午開始睡覺，睡到晚上去上班這段時間，就會透過呼吸然後去感覺在睡覺那個當下，他表示：『自己身上的一些身體的一些感覺這樣，把一些會去思考的一些雜訊、想的事情排除掉，比較專注在身上的感覺。會比較比較好睡一點。這也是唯一有做的。』

有護理人員感受到，在上完晚上的 GRMT 課以後，回去比較好睡，而且隔一天精神也比較好，所以你在做事情的當下其實專注力也都很夠。其表示：『其實睡眠時間很少，可是我回家是直接放鬆地睡著，起來精神很好的那種，就是有睡飽的感覺。』（GRMT-case 20）。有人感到，可以很快就會入睡。而且：『我發現有練習呼吸的時候，好像比較容易會記住自己夢到什麼。就是，好像會比較容易夢到…平常可能一覺到天亮，可是中間可能會有很累或者是什么樣狀態是不知道的，可是在呼吸、練習呼吸那段期間，好像比較後面的課程的時候，好像在睡覺的時候，睡著之後起來，就覺得好像昨天有夢到什麼，是可以稍微記住的。就好像是有休息到的感覺。』（GRMT-case 21）。也會比較熟睡。護理人員：『就是你做完（正念呼吸）之後，然後睡著的，那 8 個小時是完全熟睡的狀態，起來就覺得精神很好。』（GRMT-case 25）。

#### (七)沒有改變(n= 8)(case 3, 5, 8, 14, 15, 16, 19, 22)

當問到護理人員對於自己在生活或是臨床是否有變化時，GRMT-case 3 認為：『因為一直以來，工作好像都差不多，所以沒什麼特別感覺。』。但有時候事情比較多的時候，來上課會覺得沒有辦法專注在呼吸，但如果當天有專注，會感覺到痠痛，要釋放掉，又有困難，感覺應該還要多學。

有護理人員因為家裡太多事情了，根本沒有時間再去調適壓力，所以對

正念介入沒有特別感受，她說：『我覺得因為生活的事件或家庭的因素，壓力有變增加，可是我沒有特別用呼吸這一塊去處理。對壓力調適沒有特別的差別。沒有時間去特別去抒發自己的壓力。（GRMT-case 5）』。也有人認為只有透過活在當下，對一些小事情的觀察，可以比較關注。但對於工作認為效率並沒有比較好：『老實說還是很難去處理。就是品質的部分。可是礙於現況，單位人力有缺，工作時數來得長，而且又有很多課程，難免覺得壓力很大，沒有自己的生活品質。醫護人員就成天都在醫院裡這樣。（MBI-case 8）』。

對於 MBI-case14 原本就是用平常心在看待事情，所以沒有發現介入前後的差異。他說：『我本來做一件事就一直很專心，我覺得還好。對身體的敏銳度，我覺得是差不多。我覺得比較有改變的，可能在情緒處理、一些雜念、雜事的處理，就剛剛分享那個正面瓶，是對我印象比較深的。（MBI-case 14）』。

有幾位護理人員也都沒有感覺沒改變，GRMT-case 15 說她原本覺察力就比較弱，所以沒有什麼感受，也有人說她現在還是想很多，但也有人說：『其實沒有很明顯的變化，只是會覺得說，可能會比較主動嗎？比如說，我現在想要去投稿一篇文章，以前都是想想而已，想到後來我就忘記了，就沒有再去，沒有真的做。可是我這一次，就是，我在這當中有寫一篇文章，然後我要去投稿。（GRMT-case 16）』。

#### 四、對課程的回饋與建議

##### (一)五週引導式正念呼吸組 (5-week GRMT)



GRMT 組在課程中會引導學員呼吸，每一次的練習都有相同的引導，學員躺在瑜珈墊上，透過鼻子或是嘴巴，以胸式呼吸的方法，讓氣吸飽入肺臟，然後以自然的方式，讓氣自動吐出，專注在呼吸。老師或是助教會走動，觀察大家呼吸的狀況，當學員睡著或是呼吸沒有跟上時，老師會即會輕拍學員的肩膀或在耳邊提醒要呼吸。

### 1. 上課環境：

因為上課地點在一般約可容納 40 人的教室，上課前會先將桌椅移開，地上鋪地墊。每位學員反應不一，各有正反的看法：

(1) 場地佈置：有學員表示，沒有帶自己的枕頭，頸部有長骨刺，躺著很不舒服。建議可以打造成像居家環境，有溫度的感覺。但也有學員表示，環境很舒服，很容易睡著。

(2) 課程中老師或是助教會走動，觀察大家呼吸的狀況，雖然老師是光著腳，腳步很輕，但因為學員是躺著，會感受到腳步聲，及提示呼吸的聲音，會有一些干擾，影響練習的專注力。

(3) 空調太強，呼吸的時候鼻子和嘴巴很乾，很不舒服，太冷也沒辦法放鬆。建議上課前要喝水，或調整空調，才不會口乾舌燥。

### 2. 上課時間：

上課的時間供分二個時段，早上 9:30-11:30 提供夜班同仁上課，夜間 18:00-20:00 提供白班同仁上課。

(1) 上課時間的安排：有學員覺得上完大夜班來上課，身體太累，就會完全睡著，不適合來上課。但也有學員表示，下大夜班還在醫院，不用出來比較有可能上課，如果在其他時間，已經回家了，萬一睡過頭，就可能不會來參加。另也有學員表示如果小夜班，就不可能來參加課程。輪

三班上課真的很難，有學員表示不管什麼時間上課，對輪值三班的人，真的會有困難來上課。

(2)上課時間的長度：學員表示二個小時有點長，因為要一直吸吐吸吐，就想，我什麼時候可以鬆一口氣。時間建議調整為 40 分鐘，20 分鐘呼吸，20 分鐘討論。如果時間縮短，也會推薦其他人來上課。如果有同事一起來上課，上課的意願就會比較高，比較有動機。

(3) 上課內容：有學員表示，剛開始來上課的時候比較陌生，會覺得怕怕的。個人都不是很熟的時候，就還是會有點顧忌。對於呼吸的方法，即使到了課程結束，仍然無法抓到呼吸的訣竅，會質疑自己的方法對不對，有學員提到：『有時候老師說呼得很好，可是覺得我就沒有呼得這麼好，他卻說我呼得很好。我們自己還沒有辦法了解，到底怎麼樣呼吸才是比較好的呼吸，比較正確的呼吸』(GRMT -case15)』。

### 3. 課程副作用：

有幾個學員第一堂課就感到四肢發麻，頭暈，噁心，想吐，感到非常的不舒服，有一個學員只做一次，終止參與課程，雖然其表示，剛開始專注在呼吸的前三十分鐘很舒服，但接著頭暈和噁心感太強烈了，而拒絕再參加。護理人員提到：『前面還沒什麼感覺。是到後面覺得手麻麻的。然後，更不舒服就是頭暈、想吐。因為大夜班吧，不知道是不是這樣，精神不是很好，中途都會睡著。又一直被叫醒，感覺又更不舒服了。(GRMT -case22)』。

### 4. 課程的運用與改變

雖然不是每一個人都能接受這樣的呼吸方式，但是大部分的受訪者，都表示會推薦其他人來上課，學員表示，有呼吸的體驗和概念後，在生活跟工作上等於有情緒狀態時候，會比較想要使用。



## (二)五週正念介入訓練組（5-week MBI）

MBI 上課的場地和 GRMT 在同一個教室。時間安排也是分成上午班和下午班，每次上課時間也是 2 個小時。

### 1. 上課環境

MBI 組的上課教室有桌椅，場地佈置依照當天上課的內容，正念伸展或身體掃描課程會使用瑜珈墊。有學員表示場地太小，不適合正念走路，建議可以到戶外。

### 2. 上課時間

雖然課程安排上午和晚上時段，但早上班的學員表示下大夜去上課，注意力很難集中，無法專心上課。上午班的學員感到時間對輪值三班的護理人員很困難，也有學員表示大夜班下班上正念課程，下午上病房在職教育，就沒時間睡覺了。晚上班的學員表示白班如果比較晚下班，就會趕不上上課，而且下班來上課，很累。學員建議課程安排在休假的時間，會比較有收穫。護理人員提到：『有時你又不只是那一天有這堂課。如果我上完十點多，下午又有課，那晚上我不就不用睡了。…下大夜再去，比較難能夠更專心或是真的能夠學到東西什麼的。（MBI-case-8）』。

### 3 課程內容

正念溝通是三人一組，二人進行溝通對話，一人當觀察員。有學員表示很難在短時間內說出心裡的話。因為溝通的課程練習比較短，有學員建議未來正念溝通的課程可以回家練習，然後下次再去檢討。也有學員表示因為



隨機配對分組，講話比較難連結，大家也無法放開來講。學員對於分組討論的議題比較難很快敞開心胸，會有防備，不會投入分享。也有學員表示上課的時候很累，身體掃描的課程，一開始就睡著了，根本不知道那一堂課上了什麼。有人說：『正念溝通比較不行。因為我不是一個所有心裡面的事情能講，就會馬上講出來。我可能會是憋很久。(MBI-case-7)』。比較有防備心的護理人員，一開始也不願意跟一群不認識的人說話，她提到：『. 剛開始我會覺得為什麼要跟不認識的人講這些，自己會斟酌。後來跟我一起講話的那個人，她講話柔柔的，她講她的壓力，發現大家的壓力都很大。我這樣子已經是很小的 case，因為對方讓我感覺比較安全吧。(MBI-case-17)』。

#### 4 . MBI 課程的運用與改變

大部分的學員參與 MBI 課程都有收穫，感受到對自己有幫助，因此也是會推薦其他的護理人員來參與課程。每個學員對於課程的內容有不同的感受，因此也會選擇自己喜歡或是感興趣的課程做練習。正念的課程包含：(1)正念介紹、(2) 正念飲食、(3) 正念伸展、(4) 正念走路、(5) 正念呼吸/身體掃描、(6)正念溝通、(7) 慈心禪、(8)正念生活、(9)正念瓶。

##### (1)正念介紹

『第一次上課對正念的認識，幫助比較大。本來以為正念是單純的正向思考，後來了解正念是活在當下…。往後的一些實作也不錯，可是下班過來也比較疲勞，當下練習就不是這麼能抓到訣竅，回去做的話，有時體力方面或是要忙其他事，比較沒有心思在那上面。老實說。像是身

體掃描、瑜珈、漫步，比較沒有有興趣。我比較喜歡他講一些認知方面的東西。理論啊，人生價值觀的，我會比較有興趣。我都是下大夜去上課，所以在做的過程我沒有辦法讓自己進入到情境，然後我覺得做起來沒有太大的感覺。(MBI-case-8)』。



## (2)正念飲食

『比較沒有在覺得自己是要吃東西而吃東西。… 比較能感受那個食物的味道。(MBI-case-6)』。『我吃東西一直很快，可能放慢的過程，會讓我好像真的比較放鬆下來。(MBI-case-8)』。

『因為平常吃不會特別感覺它(牛肉麵)是什麼味道，牛肉就是牛肉的味道，麵就是麵的味道，你嚼了很多次之後，發現牛肉好像不再是我平常吃的，味道不太像…。嚼到後面，就變得不好吃，…就是吃的量會變少。… 就會不會再額外多吃什麼東西，一份就吃飽了。(MBI-case10)』。

『正念飲食，我覺得最困難的。我沒有很大的耐心去這樣子做。(MBI-case9)』。

## (3) 正念伸展

『正念伸展之後，…我後來就跑去游泳。我就想說，手的感覺、腳的感覺、碰到水的感覺，就有再去感覺看看。我覺得不錯。(MBI-case10)』。

## (4)正念走路

『自從上完課之後，我會去注意周遭發生的事情。走在馬路上，會去看說他們怎麼騎的，騎的人是誰，甚至走在路上有磁磚，就想那石頭

怎麼來的、這葉子怎麼會這樣子。可能這個過程會比較讓我摒除一些上班的雜念。(MBI-case8)』。『正念散步我沒辦法，我大概走了幾步之後就受不了了，覺得好累，然後整個身體變得很疲憊。(MBI-case10)』。『走路真的感受到腳在踩的感覺，突然發現我頭比較不會盯在地上，以前頭會一直看地上，現在開始比較會看到旁邊的樹、動物、看到月亮，看到雲，會看得到旁邊的東西。我發覺看到這些東西之後，因為在鄉下長大，這些東西很常看到，可是突然發現我好像很久沒有看到這些。(MBI-case17)』。『正念漫步的話他會讓你的腳步變慢，然後你的心情、你的想法就比較不會那麼的急躁，你就會覺得就是慢慢的走，你會很放鬆然後心靈就會得到那種舒壓的感覺，就是整個就是很舒壓。(MBI-case18)』。『現在會給自己一個目標，就是，當你有一些情緒的時候，我覺得我就會允許自己在這個這一個距離內，哪怕是只可能一公尺、兩公尺的距離，我就能允許自己在這一兩公尺內，就是讓自己的這個情緒做個了結、做個終結。(MBI-case26)』。

## (5)正念呼吸/身體掃描

『我都在睡覺前做練習。其實應該在清醒的狀態下練習比較好，呼吸到最後都會想睡，雖然有點不太好啦，不過我想把正念呼吸當我的類似有點改善失眠的一種方法。(MBI-case6)』。『上了大夜班之後，透過呼吸然後去感覺在睡覺那個當下，自己身上的一些身體的一些感覺這樣，把一些會去思考的一些雜訊、想的事情排除掉，比較專注在身上的感覺。會比較比較好睡一點。(MBI-case8)』。



## (6)正念溝通

『冷靜之後再去檢討彼此為什麼那麼，生氣的點在哪裡？然後理解之後就覺得可以改善我們原本討論的那個話題，原本生氣的那個點。』  
(MBI-case6)。『像溝通的部分，比較能看到對方的情緒狀態是怎麼樣，然後他核心想要表達的是什麼。....在溝通上面也比較不會這麼沖。』  
(MBI-case9)。

『很難用老師教的正念溝通的方式去跟他說，因為你心裡面對他已經有隔閡了。有隔閡，你其實連講話都不想講。....我最討厭我的個性，我會先把對方可能怎麼想、先想起來，也許對方根本沒有這樣想。可是你就会害怕對方怎麼想，或者是心裡面講什麼，對你講什麼之類的。』  
(MBI-case7)。

## (7)慈心禪

『祝福自己不喜歡的人，祝福自己，每天都讓自己一個新的開始。工作上遇到不好相處的人，可是工作上還是要跟他們相處，就用這個方法，讓自己轉念。』  
(MBI-case14)。

## (8) 正念生活:跑步/爬山/騎車

『之前慢跑的時候，剛開始跑很快，就很快累。現在跑得很舒服....。一開始什麼都不要想。感受一下當下所有的東西、感覺，在過程中可能會突然斷線，就馬上找回來那種感覺。』  
(MBI-case13)。『爬山，....我就會放慢步調，注意到自己的腳步，....就是在那個爬山的當下，是有一點放鬆的感覺，一點點。』  
(MBI-case18)。『在騎車的時候，感受一下，在加速



時手指的感覺，騎車的時候看到山看到雲的時候，那種心情的變化，會不自覺微笑，那個是後來才發現說，我平常都那麼沒有感覺。(MBI-case9)』。

### (9)正念瓶

『正念瓶，…就像我們的心境有很多雜念，沒辦法馬上去除，可是可以把它沈澱在底部，那就會有更多的空間。我覺得這對我滿有用的。當我有很多雜念時，我會去想想正念瓶，這些雜念也許我不能解決，可是就把它沉澱，留給自己有更多的空間。(MBI -case14)』。



## 五、正念介入前後對壓力和調適的經驗出現頻率比較

在介入前與後，壓力源仍然存在，但介入後，護理人員對於的壓力源的描述較為減少，調適的方法在自我慈悲項目有增加，且增加以呼吸來回應壓力，對於慈悲同理的照護也更具體，二者的差異詳見表 23。

表 23 正念介入前後對壓力和調適的經驗出現頻率比較

	介入前 (n=15)			介入後(n= 21)		
	n	%	Case	n	%	Case
<b>一、壓力源</b>						
1.輪班與休假的壓力	6	40	1, 2, 4, 5, 6, 11	2	10	5, 15
2.人力不足和無法分身	4	27	2, 5, 8, 10	3	14	16, 17, 21
3.不喜歡的工作	2	13	2, 8	2	10	3, 19
4.病人/家屬負向的態度	12	80	1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14	3	14	9, 21, 24
5.病人病情變化或死亡	9	60	1, 2, 4, 5, 9, 8, 11, 12, 13	3	14	5, 13, 16
6.醫師和同儕的態度	4	27	3, 6, 5, 10	3	14	3, 21, 22
7.異常事件	3	20	8, 9, 14	1	5	22
8.私人事務	2	13	7, 9	1	5	5
<b>二、調適的方法</b>						
1.說出來或寫下來	7	47	1, 4, 5, 7, 9, 10, 11	5	24	5, 3, 17, 22, 26
2.參與娛樂活動	10	67	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12	6	29	3, 5, 6, 10, 18, 19
3.提升專業能力	2	13	7, 15	0	0	
4.宗教的慰藉	1	7	10	0	0	
5.自我慈悲	4	27	1, 7, 14, 15	10	48	7, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 20, 23, 24
6.深呼吸回應壓力	0	0		7	33	3, 5, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 26
三、對壓力的正面回應	7	47	1, 4, 7, 8, 11, 12, 14	8	38	3, 7, 15, 17, 20, 21, 23, 24
四、慈悲同理照護	5	33	2, 5, 6, 11, 14	7	33	5, 7, 8, 9, 17, 19, 20, 24

## 第五章 討論

本章節針對研究目的及研究假設進行討論，本章依研究人口學特性與各量表間的關係、正念介入措施對護理人員的成效、及正念介入措施的經驗，進行個別討論。

### 第一節 人口學特性與各指標間的關係

本研究以某醫學中心護理人員為對象，以單身女性居多，有一半以上皆需要三班輪班，大學以上畢業較多，經濟狀況大部分收支平衡或尚有結餘。本研究假設一：護理人員人口學變項與正念程度、情緒、專業生活品質、自我慈悲、睡眠品質有關。三組人口學特性，以 GRMT 組的年齡較大，MBI 組次之，無介入組最年輕。年資也以 GRMT 組的年資較久，MBI 組次之，無介入組最短。無介入組以外科護理人員最多，其次是急重、加護、護兒中心和內科次之；MBI 組以內科護理師最多；但 GRMT 則以外科護理師佔最多。其餘的人口學特性無顯著差異，表示三組在性別、婚姻狀況、教育程度、經濟狀況、職級、宗教信仰、工作輪班、及進修中無關。

從 62 位研究對象與量表間之關係，MAAS 與婚姻狀況有關，已婚者 MAAS 較單身者高。正念的維持在於四念處的身、心、受、法，也就是在觀身體、感受、心念、和現象生滅變異（釋、金，2010）。研究發現正念程度(MAAS)與憂鬱、焦慮、壓力、慈悲倦怠、及睡眠困擾呈現負相關，與慈悲滿足及自我慈悲呈現正相關。正念和壓力焦慮有負相關和安適有正相關 (Weinstein et al., 2009)。Jermann et al. (2009)也發現 MAAS 和憂鬱症狀呈現負相關。 MAAS 和護理人員的睡眠品質呈現負相關，MAAS 越高，睡眠品質越好(Fang, Kang, Feng, Zhao, Song, & Li, 2019)。

雖然過去研究顯示護理人員壓力會因年齡、性別和教育程度有關(Drozd et al., 2013)，但本研究發現 DASS 和護理人員的人口學變項無關。此結果推翻本研究

的假設一：護理人員人口學變項與其情緒反應有關聯。此結果可能與 DASS 量表有依情緒的嚴重程度區分成不同的等級，但本研究是以憂鬱、焦慮、壓力次量表的總分和人口學變項進行比較，因為個案數少，未將情緒的嚴重程度進行分類比較，因此無法證明 DASS 與人口學變項有關。

在專業生活品質(ProQOL)的慈悲滿足、專業枯竭、和次級創傷壓力等三項指標都平均數介於 ProQOL 的平均分數 23-41 分。專業生活品質從人口學特性發現女性的慈悲滿足較男性高，但女性的次級創傷壓力也較男性高。此結果與 Sinclair et al. (2017)的統合研究結果不同，其研究發現慈悲倦怠與人口學變項無關。但也有研究發現女性精神科護理人員，慈悲倦怠高於男性 (Mangoulia et al., 2015)。在重症單位女性護理人員專業枯竭也高於男性，且女性慈悲滿足低於男性 (Mooney, Fetter, Cross, Rinehart, Lynch, & Rogers, 2017)。

Upton(2018)在英國的研究，發現年齡在 31-35 歲的 STS 最低，但 35 歲以上開始，年齡越長，STS 越高，年資在 10 年 STS 最低，小於 10 年和大於 10 年者則偏高，尤其是新進一年和 12 年以上者高於平均分數 41 分以上。年資較淺者，較易產生慈悲倦怠 (Circenis & Millere, 2011; Hegney et al., 2014; Mangoulia et al., 2015)。但本研究在年齡和年資與專業生活品質無關，此可能因本研究未將年齡或年資分層比較，因此無法分析不同年齡層與慈悲滿足及慈悲倦怠的關係。且本研究質性資料分析護理人員壓力源，發現護理人員對不熟悉的工作，容易有倦怠和專業枯竭的經驗，因此年資越久，較不會產生慈悲倦怠。

此外，本研究的專業生活品質與護理師的服務科別無關。過去研究發現重症單位護理人員慈悲滿足比腫瘤護理人員低，專業枯竭比腫瘤護理人員高 (Mooney et al., 2017)。此可能是本研究個案數較少，無法做單一科別分類有關。Hegney et al. (2014)研究發現護理人員的慈悲倦怠和專業枯竭高，焦慮和憂鬱也較高。慈悲滿足和慈

悲倦怠及專業枯竭呈現負相關，對於安寧緩和療護的專業人員即使慈悲倦怠和專業枯竭程度低，但仍有較高的慈悲滿足 (Alkema, Linton, & Davies, 2008)。

本研究對象的睡眠品質 (PSQI) 的平均數在  $6.9(\pm 3.0)$ ，高於 5，表示 62 位研究對象有較高的睡眠困擾，研究發現 PSQI 分數越高，睡眠品質越差者，且正念程度 (MAAS) 也越低，二者呈負相關。Fang et al.(2019)調查中國大陸 172 位腫瘤護理師，正念程度 (MAAS) 比本研究對象高( $66.77 \pm 10.41$ )，而 MAAS 也與 PSQI 呈負相關 ( $r = -0.281, p < .01$ )，PSQI 平均數 (標準差) 為  $5.48(\pm 3.19)$ ，此結果較本研究的睡眠品質好，已婚者睡眠品質較差，年資越久，睡眠品質也越差。本研究睡眠品質年齡越大，睡眠品質越差，但年資越久者睡眠品質越好，此結果可能是因為大學畢業者的睡眠品質較專科畢業者差，而專科畢業者的年齡比較輕，但年資比較久。不同的科別，睡眠品質也不同，個案管理師和門診的護理師睡眠品質比急重症護理師好，有達顯著效果。內科和外科護理師的睡眠品質比急重症護理師好，但在安寧病房或精神科病房的護理師睡眠品質比急重症護理師差，但此未達統計顯著差異。本研究睡眠品質女性比男性差，大學畢業者比專科差，年資深者睡眠品質較好，門診和個案管理師睡眠品質較急重症護理人員好，學者 Dong et al., (2017)針對大陸 5012 護理人員調查發現睡眠品質和女性，在急重症單位服務，年資深，常輪值夜班者有關。本研究睡眠品質與是否輪班雖無顯著差異，但門診和個案管理師都不需要輪值夜班，因此可以推論與輪值夜班的頻率有關係，未來的研究可以更進一步分析，護理人員的夜班輪值頻率。學者 Fang et al. (2019) 表示睡眠品質和個人的特質有關，可能是正念介入措施的調節因子。



## 第二節 不同正念介入措施對護理人員的成效

本研究發現（1）組間差異：三組正念程度在 T6 時以 GRMT 組最高。在專業生活量表中，慈悲滿足程度從 T0 到 T6 以 GRMT 組最高。專業枯竭從 T2 至 T6 以無介入組最高。次級創傷壓力在 T1, T3, T4, T5 也是以無介入組最高。情緒自評量表在 T5 焦慮程度和在 T4 壓力程度以無介入組較高。自我慈悲 (total) 從 T0 至 T6 以 GRMT 組最高。睡眠品質(PSQI)在 T1, T4, T5, T6 以 GRMT 組分數最低，睡眠品質較好。（2）三組在介入前和介入後的差異(T5-T0)，在 MAAS 程度 GRMT 組提升最多，專業枯竭以 MBI 組下降最多，過度認同在 MBI 組和 GRMT 組增加一樣多。綜合各項成效測量，發現 MBI 組在後測的效果較為顯著，在三個月後追蹤，有部分成效有改善，但改變的效果較小，以下將分別描述。

### 一、對正念程度(MAAS)的效果

本研究發現 MBI 組和 GRMT 組的正念程度(MAAS)在介入後都有提升，尤其是 GRMT 組，增加最多。根據 Lalande et al. (2016)針對臨床心理師進行二天的引導式正念呼吸訓練，發現正念程度有顯著提升。本研究發現 MBI 護理師在介入第一週後，MAAS 程度就已經有顯著差異 ( $p < .05$ )，但 GRMT 組在第二週後 MAAS 程度才提升。此結果與 Baer et al. (2006)正念研究，測量正念量表 FFMQ (Five facet mindfulness questionnaire)的五個構面，其中觀察( observing )和保持覺察(acting with awareness)在正念介入第二週後有提升，此與 MAAS 量表主要在測量注意力和覺察的向度相同。本研究在質性訪談的資料中也發現二組介入組都有學員感受到問卷中 MAAS 的內容，在上課後，慢慢的會去注意問卷的內容，例如：『我通常一路直奔到目的地，而沒有注意到一路上的種種景物』。此結果也可能影響在訪談時，受訪者提到對環境的注意與覺察，過去對於當下或周邊的事物並不在意，也沒有



覺察，但在上課後填寫問卷時，對於正念的題目越來越有感覺。MAAS 主要在測量當下的注意力(attentive)和覺察(aware)，是單一面向的量表(Brown & Ryan, 2003)，問卷的內容很單純(pure)，全部都是正念單一面向(Jermann et al., 2009)。從質性資料分析，發現 GRMT 組對身體最有感受的是呼吸的覺察，而 MBI 組對身體的覺察在於身體的部位與其他五官的覺察，這可能與二組課程的內容有關，GRMT 組每週課程都是平躺呼吸，著重在氣體吸入身體的感受，MBI 組則在身體掃描、肢體伸展和正念飲食，以身體和五官的感受為主。

組內分析前後測 (T5-T0) 及三個月後追蹤(T6-T0)，以 MBI 組進步最多，三個月後追蹤雖正念程度有下降，但仍比前測 MAAS 分數高。GRMT 組的 MAAS 程度在後測和三個月後追蹤也都有成效。此結果顯示，不管是 MBI 或 GRMT 的五週介入，對於覺察與注意的程度都可以提升，而且還能維持到三個月後。

## 二、對慈悲滿足(compassion satisfaction)、專業枯竭(burnout)和次級創傷壓力(secondary traumatic stress)的效果

本研究 MBI 組在研究介入後 (T5-T0) 慈悲滿足並無顯著增加，但在第三個月追蹤，則有提升，而無介入組不僅沒有提升，反而有下降的現象。此結果與 Mackenzie (2006)曾經針對護理人員進行四週正念介入後之研究，也發現慈悲滿足無顯著效果。依照 Stamm(2010)說明慈悲滿足來自於照護者對於自己專業的滿足及成就。對自己專業成就的滿足可以來自於自己復原力的啟發，需要有時間，另一方面是來自於與病人的互動，從病人或家屬獲得成就感，也需要時間。本研究指介入 5 週，或許還未達到介入效果，因此從三個月追蹤，對 MBI 組的慈悲滿足才開始有提升，且達顯著效果。學者 Simon(2005)指出，慈悲滿足是一種從照顧中獲得喜悅(gratification)的能力。本研究的質性資料，發現有些護理人員對於自己護理



工作在面對壓力時的正面回應，來自於在自己照顧的病人，病情變好後出院，感到喜悅，或來自於病人給予的感謝，這些都有可能是提升護理人員專業滿足的因素。護理師表示如果能從病人/家屬的回饋獲得成就感，是支持他們繼續在臨床工作的動力。不管是有無介入，護理人員原本就有慈悲滿足的特質，要如何培育護理人員的慈悲滿足，或慈悲滿足需要多少時間的正念訓練，才能夠達到成效，值得未來研究的探討。

Papadopoulos et al. (2017)以網路問卷調查 15 個國家護理人員，詢問受訪者有關護理的意義及慈悲的經驗，其中最常被定義慈悲為一種很深的覺察到他人的痛苦，而且很渴望要去緩解這個痛苦，而護理人員對於慈悲的認知，可能與社會政策有關，像該國家對護病比，人力的運用與品質政策等都會有影響。本研究在訪談護理人員何謂慈悲和慈悲的作為時，其內容和 15 個國家護理人員的想法相似，以平等對待、同理和陪伴，但也有人表示無法提供慈悲心。當護理人員在照顧病人，無法有多餘時間在處理別的事情時，或自己的心靈已經處在困頓中，又如何能處理他人的苦痛？這可證明專業枯竭會影響護理人員提供慈悲照護。Najjar, Davis, Beck-Coon, Carney, & Doebbeling (2009)認為癌症照護者時常走在生與死的邊緣，因此調查 57 篇癌症照護者的慈悲倦怠，發現慈悲倦怠不只是影響提供照護的人，也同時影響到工作場所，當照護者產生慈悲倦怠時，就容易請假或是離職，造成人力短缺等問題。

本研究在 MBI 組的專業枯竭程度下降程度最多，其次是 GRMT 組，無介入組則完全沒有改變。MBI 組在介入後(T5)及三個月後(T6)，在專業枯竭和次級創傷壓力仍維持下降。GRMT 組的專業枯竭則在介入後有下降，但在三個月後未達顯著效果，GRMT 組對次級創傷壓力則無效果。此結果和 Mackenzie(2006)以護理人員和護理佐理員為對象，進行四週 MBI 訓練，結果顯示降低專業枯竭和提升放鬆



及生活滿意度，但工作滿意度則未達顯著效果。Hevezi (2016)針對腫瘤科護理人員執行每日 5 分鐘正念介入（包含正念呼吸和慈悲禪），連續 4 週後，結果顯示慈悲滿足提升，專業枯竭和次級創傷壓力下降。但 Duarte & Pinto-Gouveia (2016) 同樣以腫瘤科護理人員為研究對象，進行 6 週正念訓練，結果顯示實驗組和對照組對專業枯竭無效果，但實驗組次級創傷壓力則有下降。

Moody(2013)針對 23 位腫瘤小兒科護理人員，提供 8 週 15 小時的正念訓練，結果護理人員專業枯竭有降低，但未達顯著，但是分析 20 篇護理人員練習日誌，護理人員都描述正面經驗，包含：(1)增加內在的和平、平靜和喜悅；降低壓力和焦慮，提升處理壓力的能力和覺察身體疼痛的感受。(2)增加正念、自我覺察和專注的能力，能設定計畫目標和行動。(3)更能夠同理病人，在工作和家庭，更能感受到感恩和慈悲。此結果和本研究質性訪談結果類似，護理人員在正念介入措施後，感到自我覺察能力增加，因此在認知、情緒、行為、和生理上作了調整，學習到可以緩和自己的情緒和做出回應壓力情境的選擇，對於自己工作的行動力和對家庭溝通都有改變。

本研究在護理人員對於專業枯竭的感受，在正念在介入後，有明顯得減少，尤其在面對病人/家屬負向的態度的經驗比較少被提起，也較少護理人員提到輪班和沒有休假而感到疲累。事實上，在研究介入期間，護理人員同樣必須要面對各式各樣的病人/家屬，但在訪談過程中，被問到專業枯竭時，護理人員大都用善解及接納病人/家屬的態度來面對臨床處境。護理人員也發現，在上課的那段期間，比較不容易心煩或是疲累。這可能是多用了正念方法的調適，例如用深呼吸來使自己平靜或緩解當下的情緒，另外在介入後，也更能夠疼惜自己或不苛責要求自己或他人。

本研究調查護理人員對於工作枯竭的感受與英國學者 Upton(2018)在英國調查護理人員的慈悲倦怠不磨而合，可見對於照顧“人”的工作，慈悲倦怠是一個共通的問題。Upton(2018)訪談急性醫院護理人員，發現護理人員慈悲倦怠來自於個人因素 (self-factors)，如期待所有病人都能夠被照顧得很好，但事實上並沒有足夠時間去完成，感到沒有提供“真正的照護 (genuine and authentic care) ”；來自於病室管理因素 (ward management factors)，護理人員對於花太多時間照顧一個病人，但又焦慮下一個病人時，會有無力感；在醫院組織因素 (hospital organizational factors) 則包含病人的情況複雜，護理人員短缺，護病比低，混合照護模式和留任議題等；病人因素 (patient factors) 包含病人對於疾病的負向態度和行為，或對於醫護人員無禮的態度；環境因素 (environmental factors) 來自於醫院建築或設計，造成的工作不便或是受到其他人員的工作干擾；外在因素 (external factors) 包含受到抱怨、被調查或媒體負面報導等影響。

造成慈悲倦怠的主要原因包含病人因素：病人嚴重度高或面對病人往生，病人/家屬過度要求，或是無效照護；在醫療組織因素：有工作負荷重或是增加額外的工作量；個人因素包含個人缺乏經驗，或個人過於自我要求或過度投入等（楊等，2012; Keidel, 2002; Potter et al., 2010）。小兒腫瘤的護理人員感到被工作的負荷淹沒，影響到生活，或無力改變病人的病情，當無法專注於當下，心中出現負向想法及有睡眠障礙，就會感到專業枯竭(Moody et al., 2013)。從本研究發現的護理人員感到專業枯竭的壓力源，除了上述文顯得內容之外，還包含醫師和同儕間的壓力及對於異常事件感到愧疚或自責的壓力。

從 MBI 的課程內容分析，MBI 組在第二週身體覺照的課程，包含正念呼吸、觀呼吸與身體、身體掃描、三分鐘呼吸空間等練習，在課程結束後，發現次級創傷壓力比前一週下降。根據學者 Figley(1995)指出次級創傷壓力是助人者對於事件

影響後的防禦機制，如沒有覺察，就會產生生理或心理的困擾。質性訪談發現，護理人員在照顧病人時會用深呼吸或是正念的方法於生活中，來對應工作的枯竭。透過對身體的覺察課程，可以調適對事件的衝擊。



### 三、對情緒的效果- 憂鬱、焦慮、和壓力

本研究以 DASS 分析三組憂鬱、焦慮、和壓力改善的程度，結果焦慮程度的緩解以 MBI 組最多，其次是 GRMT 組。MBI 組在後測(T5-T0)和三個月後追蹤(T6-T0)都有顯著的效果，但 GRMT 組只有焦慮和壓力在(T5-T0)有改善，但憂鬱則無顯著差異，在三個月後追蹤，在 GRMT 組則無成效。學者 Lan(2014)同樣於重症單位護理人員，進行五週正念訓練，每週 2 小時課程的結果一樣，該研究焦慮和憂鬱程度也有下降。Foureur et al. (2013) 進行一天正念訓練，後續 8 週由學員自我練習，結果顯示憂鬱、焦慮、和壓力都有降低，但只有壓力達顯著意義。但在 Duarte & Pinto-Gouveia (2016) 的正念介入研究，則發現 DASS 有下降，但未達顯著效果。Lalande(2017)針對社區有憂鬱和焦慮的民眾，進行 10 週 GRMT 介入措施，結果顯示憂鬱、焦慮、和壓力都有下降，但在一開始的前三週下降最快，在第 6 週和第 9 週下降的程度變少。此結果與本研究每週測量護理人員對 DASS 的成效相似，只有 MBI 組在第二週課程後，焦慮有顯著的效果，在第四週雖和第三週比較，有顯著差異，但焦慮程度並無改變。針對於每週測量介入措施的效果，有可能當情緒的變化達到相當的程度時，其變化就無法看得出效果，因為可能達到天花板或是地板效應。

### 四、對自我慈悲的效果

本研究對自我慈悲的成效，顯示 MBI 組和 GRMT 組在介入後，護理師的整體自我慈悲 (total) 都有明顯提升，而且 MBI 組自我慈悲的效果可以持續到第三個月。自我慈悲的量表共有三個正向特性和三個負向特性，本研究對自我慈悲的次量表的成效，在 MBI 組在五週的介入後，對於自我關愛(self-kindness)、自我批判(self-judgment)、隔離(isolation)、過度認同(over-identified)，但三個月後追蹤成效，只剩下三個負向特性有效果。GRMT 組在介入五週後及三個月後追蹤，對隔離和過度認同有效。此結果與 Penque et al. (2019)針對護理人員 8 週 MBI 介入後，再進行三個月追蹤，結果顯示自我慈悲有顯著提升，而且在自我慈悲中的 6 個次量表皆有成效。自我慈悲量表的負向特質過度認同的相對應正向特質是正念 (mindfulness)，而隔離(isolation)特質的相對應指標是共同人性(common humanity)。學者 Lalande (2017) 以引導式正念呼吸介入方式，發現社區民眾在 10 週的介入後，發現更能夠接受自己，也能夠調適和接受身體的覺察及降低過度認同。

在 MBI 第三週正念動作與伸展課程結束後，MBI 組的自我慈悲程度較前一週提升。根據 MBI 課程設計的目的，是要愛護自己的身體，或許正念動作和伸展的練習後，護理師能夠發現要對自己的身體珍惜。從質性訪談中，發現護理人員在介入後，能感受到過去自己過於吹毛求疵，認為要好好善待自己，能夠放過自己，就能過放過別人。

對無介入組在隔離和過度認同也都有效果，這可能是因為時間的改變，個人經驗的影響，因此有顯著的差異。

## 五、對睡眠的效果



本研究在 MBI 組和 GRMT 組的 PSQI 在後測都有顯著下降。但 GRMT 組在三個月追蹤就無顯著差異。MBI 組在第三個月追蹤仍比前測低。根據 Goyal et al. (2014)的統合分析發現一樣，正念介入沒有改善睡眠品質的效果。但本研究在 MBI 組在第五週正念課程結束後，與前測睡眠品質相比較，有明顯的效果，在三個月後追蹤，雖然比第五週的睡眠品質高 1 分，但與前測相比較仍有下降。學者 Ong, Ulmer, & Manber (2012)指出正念介入可以提升個人心理彈性和情緒的穩定，也因此可以改善睡眠。本研究的質性資料顯示，在上課當天的睡眠都有明顯的改善，會睡得比較沉，睡眠的時間也比較長，且起床後，精神也比較好，有學員也反應，可能是腦中的念頭沒這麼多，就比較容易入睡。Fang et al. (2019) 提出睡眠品質可能和個人的特質有關，可能是正念介入措施的調節因子 (moderating factors)。

## 六、正念介入課程內容與每週成效之比較

因為正念介入課程的內容每週都不同，故分析本研究 MBI 組在每週課程的反應，發現在第一週正念簡介與體驗課程後，學員在 MAAS 的程度有顯著效果。第二週身體的覺察，對於焦慮程度有顯著差異。第三週正念動作伸展，則在自我慈悲達顯著差異。第四週課程為正念聆聽與溝通，在課程後顯示對焦慮程度與第三週的分數一樣，第四週到第五週則皆無顯著差異。此分析結果，除了第一堂課對正念的了解後，增加覺察力的可能，其他的課程可能會有與前一次課程的累計經驗，且每個人選擇在家裡練習的項目並不一定相同，故很難判斷是哪一個課程產生的作用。而且對於各項測量指標，是否可以在一週就有顯著差異，或是需要持續的作用，才能產生效果，需要更多的資料收集。不過本研究的質性資料也發現。每個人對於正念內容的喜好不同，未來在研究設計上，需要考量介入設計的方法。



此外，對於每一週測量正念的成效，是否能夠真正比較出其與前一週的差異是值得探討的，因為每一週的變化可能都是微小的變化，需要有多少的個案數及多大的差異數，才能夠看得出成效，在本研究是無法分析出來，未來的研究設計需要有更多的介入劑量與介入時間和練習時間的差異比較，以期能夠分析正念介入的成效變化。



### 第三節 正念介入措施的經驗

Segal, Williams, & Twasdale (2013) 提出正念課程的學習是一種探索，學習的歷程。正念的學習如 Kolb(1984)所提出來的成人學習模式，經由正念經驗的開始學習後，會反思正念的覺知（思考、感受、感官、行動），從個人和團體觀察領悟的經驗，再應用新的觀念，於新的正念練習中，形成一個學習的循環。藉由訓練課程開始後，訪談者開始學習體認到狀況是不會被處理的，但是自己的情緒可以控制，然後會進入清明的心及反思和自我瞭解，從一開始的惡性循環，最後形成一個良性循環 (Monshat et al., 2013)。

本研究發現護理人員在訓練後，能夠增加身體的覺察，對情緒的覺察和對周圍環境的覺察，然後就能夠在認知、情緒、行為、和生理上做調整，經過調整後的回應，就不會如同過去的慣性回應一樣，處於情緒困擾的反芻中，影響到自己的身體狀況或是睡眠。雖然有些護理人員在介入前，就有本能自我調適壓力，但以正念介入措施的訓練，讓護理人員更能集中注意力，也能有勇氣去面對困難。焦點團體質性訪談第一年護理學生，表示正念課程有助於自我覺察，幫助睡眠和集中注意力，也有助於減輕壓力和減少負向想法，也能全心的照顧病人(van der Riet et al.,2018)。

學習正念是自我照顧的一種方式，但必須花時間上課和練習，對於忙碌的護理人員是一項挑戰。大部分的學員都表示時間的安排太長，還有三班輪班工作，很難能保證可以持續參加課程，本研究的流失率為 31%。無法參加研究的原因，包含忘記、班別無法配合、放假不想出來、與其他課程有衝突、家裡有事、延遲下班等問題。學者 Hevezsi(2016)了解到護理人員參與課程的困難，因此設計光碟課程取代傳統的課室課程，讓護理人員在家就可以學習，每天 10 分鐘，一週五天，

連續四週，即使如此，有護理人員參與四週後，就不再練習，也有人報名參加後，確定到最後時間到了，才開始上課。

近年來，智慧手機的普遍，有學者運用智慧型手機以 10-12 分鐘/次，共有五種不同課程選擇，針對安寧病房照護人員，每週以 e-mail 發送二次，共計 6 週，學員每天可以練習一種課程，在 6 週的時間，每位學員練習 17.18 次，練習的時間是傳統 MBI 課程的 4% 結果顯示慈悲疲倦和專業枯竭都有下降(Heeter, Lehto, Allbritton, Day, & Wiseman, 2017)。不過，接受此研究介入者，在訓練後，也接受質性訪談，有大部分的受訪者表示，雖然有 5 種正念課程，但因為引導語的聲音相同，希望能有不同的聲音 (Lehto, Heeter, Allbritton, & Wiseman, 2018)。此結果在本研究也有發現，在 MBI 組的學員，每個人喜好練習的正念方法不同，有人喜歡正念飲食，但也有人覺得自己沒有辦法接受吃東西這麼慢，寧可正念走路或身體掃描，可見課程內容的接受度因人而異，但引導式正念呼吸就只有一種方法，是否課程內容會影響到學習者的學習，需要未來研究進一步探討。

學者以健康信念模式分析健康照護者參與正念課程的障礙，訪談 19 位參與課程的學員，結果發現參與課程的(1)行動線索(cues to action)來自於課程開始前感受到壓力，希望能提升生活品質; (2)自覺行動利益(perceived benefits)則是參與後感受到身體心理人際間和專業上獲得利益; (3)行動障礙(perceived barriers)的因素包含很多，有持續的動力不足，有討論和作業壓力，有時間壓力，和日常生活的自我照顧需求的優先順序不同，正念課程的需求不一定是在最優先，有人提到我不需要時時都在反省或一直在專注; (4)在自我效能(self-efficacy)，發現課程結束後，更有信心運用正念中的方法(Valley & Stallones, 2018)。

在上課的環境安排，本研究場地是在醫院內的教室，雖然不會受到干擾，但有 MBI 學員反應，場地過小，不適合正念走路時。GRMT 組學員因為需要持續躺

在地板的地墊上，學員反應場地不夠溫暖，空調太冷，導致鼻腔或口腔乾燥，影響呼吸練習。Hevez(2016)對於正念訓練的場地，建議可以在隱蔽、安靜、和療癒的地方。

本研究 GRMT 組學員在訓練開始，大部分的學員都感到四肢麻、噁心感、和頭暈等等不適的感覺。此現象在 Foureur et al. (2013)一天的正念訓練課程也有出現，學員感受練習時間太長，讓他感到眩暈，彷彿房子在轉，也有噁心感，感到焦慮不安。本研究發現 GRMT 組是藉由呼吸練習正念的方法，是否呼吸的技巧不正確引起的頭暈和噁心感？並無法確認。但研究發現有噁心和頭暈感的學員都集中在白天課程班級，而參與白天課程的學員，大部分是大夜班下班，有可能經過一整個晚上沒有睡眠，又來上課所引起的生理反應。此副作用反應，在未來的研究需要特別小心，或許在課程開始前，必要時先測量生命徵象。但在 Lalande(2017)的研究，則強調引導式正念呼吸是一種安全的方法，在其研究中發現第一週會有手麻，，但當接受這些症狀時，往後的課程症狀就會消失。有參與 GRMT 的學員也有同樣的反應，表示過了第一週或第二週手麻的現象就不見了。



#### 第四節研究限制

本研究共有幾點研究限制，分別描述如下：

##### 一、樣本數少，非隨機：其他以正念介入措施的研究一樣，面臨到護理人員三班

輪班的困難，因此參與研究的個案人數較少，而且完成課程的人數也較少。雖然本研究一開始的設計是採用隨機分派，但最後礙於人數不足，最後開放有意願的人參與研究，即使開了上午與夜間班的課程，但護理人員仍表示時間上很難配合，或因為碰到連續假期等因素，而無法參加，導致研究結果在推論上(generalization)的限制。

##### 二、缺乏練習時間的紀錄：以正念介入措施時間與其成效有相關，但本研究在一開始有試著以 Google 問卷調查學員練習的情況，但學員表示沒有時間紀錄或是忘記，或也有人沒有練習，因此無法回收到練習時間的結果。

##### 三、本研究二組介入不同，MBI 組會在課室中心得分享，但 GRMT 組則分享的時間較短，MBI 組受到介入方法或是課程分享的心理支持效果，需要再進一步探討。

##### 四、本研究正念程度採用 MAAS 量表，此量表雖然適合測量非禪修者的正念程度，主要測量專注力和覺察力。本研究也發現此量表和其他負向情緒呈現負相關，和正向情緒呈現正相關，顯示此問卷適合測量一般人的正念程度。但研究也發現學員開始透過正念訓練，開始覺察周邊的事物，比較容易有感受和覺察，但也有護理人員是從問卷的問題中，發現過去被疏忽的周遭環境或事物，故量表本身也可能是一種介入。

##### 五、難以預期的外在因素：本研究於 2018 年 3 月開始進行研究，但本研究的城市，於 2018 年 2 月 6 日發生嚴重地震，因為地震對於護理人員的身心是否有影響？是否有影響到第一階段調查護理人員的憂鬱、焦慮、和壓力程度的分不？在本研究中並未探討，但在質性訪談的個案中，有一位受訪者表示，當初會參加此

課程，是因為地震的陰影，讓自己心理恐懼及睡眠困擾，所以來參加課程。是否還有其他護理人員身心有受到地震的影響或影響到量性資料的數據？在本文也無深入討論。





## 第六章 結論

本研究以五週調整正念課程 (MBI) 和引導式呼吸正念(GRMT)為主要的介入方式，雖然二者介入方法不同，但都是以培養專注與覺察為主要的目的。從研究結果發現二組介入在正念程度，不管在前後測比較，或是介入後三個月追蹤都有達到目的，而且再介入一開始就有顯著的正念提升，而且正念的覺察在短時間內就可以有效提升。但其他的專業品質、情緒、自我慈悲、睡眠品質則以 BMI 組有達到顯著的成效。BMI 組介入是以 MBCT 的課程內容最為基礎課程調整，是正念為認知行為為輔，且強調在生活中的運用，因此，護理師除了課室的學習，在生活中或工作中都可以運用，因此當遇到負面情境時，可以很快地運用，適時緩解當下的情緒。而 GRMT 組，是以引導式呼吸正念，需要平躺專注在自己的呼吸，雖然在課室中，強調專注於呼吸，以不批判的方式，專注身體的感覺，最後放鬆身體，此過程護理師不容易在每次課程都有三個感受，而且在生活中或工作中，除了深呼吸之外，較長的呼吸練習，很難在隨時隨地做練習，因此 GRMT 的方式雖然簡單，但或許需要有更長時間的練習，讓護理師熟悉方法，辨別身體的感受，然後調適情緒的反應。

本研究是以質量性研究方法，以量性研究為主，質性研究為輔。從量性結果能透解釋介入的成效，雖然每週測量護理師的量表變化，但無法了解每位護理師當下對於壓力的回應。因此，從深度訪談，了解護理師在透過正念練習後，可以在焦躁的情緒中，調整對於壓力的反應，因此對壓力的反應做出不同的行動。但是這種對壓力的回應，並無法時時保持，所以焦慮的惡性循環仍然會再度出現。所以從質性的資料也能夠說明，正念的訓練，學習正念方法可以縮短，但是練習

需要培養，增加練習的時間，才能培育自我情緒調適，回應情緒或壓力事件，同時在這個過程中，也培育慈悲心與自我慈悲的能力，改變護理覺知與認同。



護理人員談論到護理經驗，經歷了不同時期的蛻變。工作壓力雖然會產生專業枯竭，但也有人視壓力為一種激勵，將護理工作視為是一種使命，支持他/她持續留在職場。護理人員從工作中產生成就感與價值感，讓壓力轉念，並從工作中獲得喜悅與滿足。護理人員從病人/家屬的回饋中，獲得病人/家屬的讚許，可能只是一句感謝，被要求收下一顆蘋果，或是在路上碰到病人/家屬，喊出護理人員的名字，都能感受到快樂與滿足。護理人員感受到經由自己的照顧後，病人能夠順利出院，或透過自己的衛教，病人能獲得健康，感到很有成就和滿足。

本研究提供幾點建議作為未來課程及研究建議：

## 一、對課程的建議

### (一) 課程設計

因為護理人員三班輪班，在上課時間上的安排，不管是在上班前或下班後也不容易參加課程，上班前會有準備上班的壓力，下班後可能也會有其他安排或是趕著回家，如果安排在護理人員休假時間上課，也可能壓縮到護理人員休息的時間，因此課程的設計必須要簡便，易於隨時或隨地可以參與的課程。以下建議未來可行的方法：

#### ■ 課程建議

- 課程方法：運用科技產品
- 課程內容：可以自選單一單元，課程時間短，介入期間長
- 自我練習：生理監測

#### ■ 研究建議



- 隨機分派
- 介入方法如課程建議
- 研究工具：
  - 自評量表
  - 生理監測
  - 病人的回饋
  - 工作參與相關量表

1. 課程方法：課室課程合併智慧手機軟體輔佐紀錄自我練習時間，以病房為單位，在護理人員工作的休息室和會議室張貼正念呼吸海報。護理人員可以在工作中即可練習，不需要額外安排時間，但可以在交接班時間可以團體練習 3-5 鐘。
2. 課程內容：智慧手機內設計 5 分鐘葡萄乾練習、正念呼吸、正念伸展、身體掃描、正念走路、正念在工作和生活、慈心禪。結合 30-60 分鐘的練習引導，包含葡萄乾練習、正念呼吸、身體掃描、正念伸展、慈心禪。護理人員可以依照自己的喜好，選擇課程。
3. 課程頻率：護理人員可以選擇自己喜歡的課程，每日在家練習。

## 二、 對未來研究建議

### (一) 研究方法

建議以隨機分派研究，可以病房單位為分層抽樣，擴大樣本數。

### (二) 研究介入：選擇正念練習的一個方法當介入，以少時間高頻率(少量多次)的方式，方便參與者有時間參與。可以運用網路或是穿戴式智慧型應用程式，導入課程及測量工具。

### (三) 研究工具的選擇

1. 除了護理人員情緒和睡眠量表檢測，可以增加生理指標及專注力測驗，可以運用智慧手機監測練習的時數。
2. 護理人員的成效可以再增加病人滿意度的調查，了解護理人員照護品質的成效。



## 參考資料

CBETA 電子佛典集成(2016) · 大念處經 · 漢譯南傳大藏經 · 7(4) 摘自網路

[http://tripitaka.cbeta.org/N07n0004\\_022](http://tripitaka.cbeta.org/N07n0004_022)



何定照譯 (2004) · 正念的奇蹟:每日的禪修手冊, 源自 Thich Nhat Hanh. The miracle of mindfulness: a manual on meditation · 台北 : 橡樹林。 (原出版年 1999 )

王文科、王智弘 (2010) · 質的研究的信度和效度 · 彰化師大教育學報, 17, 29-50。

石世明譯 (2016) · 八週正念練習:走出憂鬱與情緒風暴 · 源自 Mark Williams, John Teasdale, Zindel Segal. The Mindful Way Workbook: An 8-Week Program to Free Yourself from Depression and Emotional Distress · 台北 : 天下。 (原出版年 2014 )

宋曜廷、潘佩妤 (2010) · 混合研究在教育研究的應用 · 教育科學研究期刊, 55(4), 97-130。

李燕蕙 (2014) · 正念療法掠影 · 慧炬雜誌, 590, 14-19。

林鈺傑 (2013) · 初探正念取向心理治療歷程之整合架構 · 中華心理衛生學刊, 26(3), 395-442。

邱松英整理 (1992) · 動靜皆自在:妄念、雜念與正念 · 1992 年 7 月 30 日農禪寺禪坐會開示 · 摘自七葉佛教書舍網頁。

恰宓 (2009) · 叱婆舍那禪-開悟之道 · 台北 : 慈善精舍。

胡君梅、吳毓瑩 (2013) · 正念減壓 (MBSR) 團體性質之探究- 對照於團體治療 / 團體諮商 · 應用心理研究, 58, 233-250。

黃舒鈴、胡文郁、溫宗堃、徐鳴謙、釋慧敏、杜正民 (2015) · 「慈悲」意涵之初探 - 某佛教學系學生之觀點 · 安寧療護雜誌, 20(3), 231-243 ·

Doi:10.6537/TJHPC.2015.20(3).2

張仁和、林以正、黃金蘭（2011）・中文版止觀覺察注意量表之信效度分析・測

驗學刊：專刊，58（2011年4月），235-260。Doi:10.7108/PT.201104.0090.

菩提比丘、雷瓦達達摩比丘（1999）・阿毘達摩的特色與起源・香光莊嚴雜誌，

59，摘自<http://www.gayamagazine.org/article/detail/1753>.

溫宗堃（2013）・正念減壓的根源與作用機轉：一個佛教學的觀點・新世紀宗教研究，12(2)，27-48。

溫宗堃（2015）・醫療的正念：機會與挑戰・福嚴佛學研究，10，106-126。

雷叔雲譯（2014）・減壓,從一粒葡萄乾開始－正念減壓療法練習手冊・（原作者 B. Stahl & E. Goldstein）・台北：心靈工坊。(原著出版年2010)

郭寶靜、陳玉敏（2004）・生物統計學・台北：五南。

楊彥芬（2012）・應用正念（mindfulness）的方法紓解身心壓力・諮商與輔導，317, 2-6。

楊琳琪、林采蓉、余月里、楊禮謙、蔡素華、洪志秀（2012）・醫院護理人員的慈悲倦怠及因應策略・護理雜誌，53(3)，93-99。Doi: 10.6244/JN.59.3.93

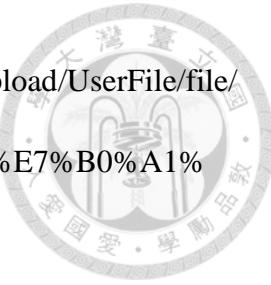
蔡淑玲、蔡昌雄、楊麗靜（2007）・安寧護理人員對臨終照顧情境的知覺感受・安寧療護雜誌，12(1)，1-12。[http://dx.doi.org/10.6537/TJPHC.2007.12\(1\).1](http://dx.doi.org/10.6537/TJPHC.2007.12(1).1)

賴志超、蘇倫慧（2015）・正念、自我療癒力與心理適應：自我慈悲與自我貶抑的中介效果・中華輔導與諮商學報，42，93-124。

賴志超、蘇倫慧、侯佩宜（2018）・職場靈性、正念與心理調適：自我悲愍、自我嚴苛的雙重中介模式・商管科技季刊，19(1)，31-60。

謝佳容、張希文、周怡汝、張玆（2008）・探討護理人員情緒智力與職業倦怠的關連性・新臺北護理期刊，10(2)，11-24。DOI：10.6540/NTJN.2008.2.002

醫策會（2014）．正念減壓．<http://www.tjcha.org.tw/admin/Upload/UserFile/file/2015/0709/MBSR8%E9%80%B1%E8%AA%B2%E7%A8%8B%E7%B0%A1%E4%BB%8B.pdf>



釋大律（1999）．菩薩慈悲利他之探討．福嚴佛學院第八屆初級部學生論文集：

新竹，福嚴佛學院。 <http://www.fuyan.org.tw/8l/17.htm>.

釋宗白、金樹人（2010）．止觀、無住-「禪修正念團體」對實習諮商心理師自我關注與諮商實務影響之初探研究．*教育心理學報*，42(1)，163-184。

釋聖嚴（2001）．四正勤講錄（一）先觀四念處修習智慧．*法鼓雜誌*，136(6)摘自網路 <https://www.ddm.org.tw/maze/136/6-1.htm>

釋證嚴（2009）．四念處-學佛網．摘自 [www.xuefo.net](http://www.xuefo.net).

Abendroth, M., & Flannery, J. (2006). "Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses". *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 18(6), 346-356.

Alkema, K., Linton, J. M., & Davies, R. (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 4(2), 101-119. <https://doi-org.ezproxy.lib.monash.edu.au/10.1080/15524250802353934>.

Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-compassion, stress and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107-118. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x>

Ando, M., Natsune, T., Kukihara, H., Shibata, H., & Ito, S. (2011). Efficacy of mindfulness-based meditation therapy on the sense of coherence and mental health of nurses. *Health*, 3(2). 108-122. doi:10.4236/health.2011.32022

Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., & Enns, M. W. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the depression anxiety stress scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2):176-181. doi:10.1037/1040-3590.10.2.176.

Austin, W., Goble, E., Leier, B., & Byrne P. (2009). Compassion Fatigue: The Experience of Nurses. *Ethics and Social Welfare*, 3(2), 195-214.  
<https://doi-org.ezproxy.lib.monash.edu.au/10.1080/17496530902951988>

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(27), 27-45. Doi:10.1177/1073191105283504.

Baer, R. A., Carmody, J., & Hunsinger, M. (2012). Weekly change in mindfulness and perceived stress in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, 68(7). doi: 10.1002/jclp.21865.

Ballinger, G. A. (2004). Using generalized estimating equations for longitudinal data analysis. *Organizational Research Methods*, 7(2), 127-150. Doi: 10.1177/1094428104263672.

Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289–303. DOI: 10.1037/a0025754

Bazarko, D., Cate, R. A., Azocar, F., & Kreitzer, M. J. (2013). The impact of an innovative mindfulness-based reduction program on the health and well-being of

nurses employed in a corporate setting. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 28(2), 107-133. Doi:10.1080/15555240.2013.779518.



Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.

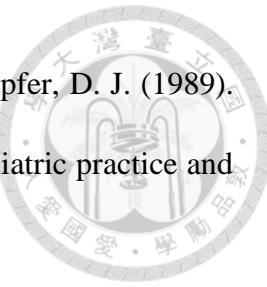
Bolton, C. F., Chen, R., Wijdicks, E.F. M., & Zifko, U. A. (2004). *Neurology of breathing*. Philadelphia: Butterworth Heinemann.

Bradley, D. (2002). Patterns of breathing dysfuntion in hyperventilation syndrome and breathing pattern disorders. In L., Chaitow, D. Bradley & C. Gilbert (Eds.). *Multidisciplinary approaches to breathing pattern disorders*. London: Churchill Livingstone.

Brady, S., O'Connor, N., Burgermeister, D., & Hanson, P. (2012). The impact of mindfulness meditation in promoting a culture of safety on an acute psychiatric unit. *Perspectives In Psychiatric Care*, 48(3), 129–137. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2011.00315.x>

Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.

Bruin, E. I., Topper, M., Muskens, J., Bogeles, S. M., & Kamphuls, J. H. (2008). Psychometric properties of the five facets mindfulness questionnaire (FFMQ) in meditating and a non-meditating sample. *Assessment*, 19(2), 187-197. Doi:10.1177/ 1073191112446654.



- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.
- Bystritsky, A., & Kronemyer, D. (2014). Stress and anxiety: Counterpart elements of stress/anxiety complex. *Psychiatric Clinics North America*, 37(4), 489-581.
- Bystritsky, A., Nierenberg, A. A., Feusner, J. D., & Rabinovich, M. (2012). Computational non-linear dynamical psychiatry: A new methodological paradigm for diagnosis and course of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 46(4), 428-435.
- Carmody, J., Baer, R. A., & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanism of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 613-626. doi: 10.1002/jclp.20579.
- Cavanagh, K., Strauss, C., Cicconi, F., Griffiths, N., Wyper, A., & Jones, F. (2013). A randomized controlled trial of a brief online mindfulness-based intervention. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 573-578.
- Chan, R. R., & Larson, J. L. (2015). Meditation interventions for chronic disease populations- A systematic review. *Journal of Holistic Nursing*, 33(4), 351-365. Doi:10.1177/0898010115570363
- Chen, Y., Yang, X., Wang, L., & Zhang, X. (2013). A randomized controlled trial of the effects of brief mindfulness meditation on anxiety symptoms and systolic blood pressure in Chinese nursing students. *Nurse Education Today*, 33(10), 1166-1172. Doi.org/10.1016/j.nedt.2012.11.014

Cheung, T., & Yip, P. S. F. (2015). Depression, anxiety, and symptoms of stress among Hong Kong nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 1072-1100. Doi: 10.3390/ijerph120911072.

Chiappetta, M., D'Egidio, V., Sestili, C., Cocchiara, R. A., & Torre, G. L. (2018). Stress management interventions among healthcare workers using mindfulness: a systematic review. *Senses and Science*, 5(2), 517-549. Doi:10.14616/sands-2018-5-517549.

Chiou, S. T., Chiang, J. H., Huang, N., Wu, C. H., & Chien, L. Y. (2013). Health issues among nurses in Taiwanese hospitals: National survey. *International Journal of Nursing Study*, 50(10), 1377-1384. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.01.012.

Chirico, F. (2016). Job stress models for predicting burnout syndrome: A Review. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 52(3), 443-456. doi:10.4415/ANN\_16\_03\_17.

Circenis, K., & Millere, I. (2011). Compassion fatigue, burnout and contributory factors among nurses in Latvia. *Procedia. Social Behavior Science*, 30, 2042-2046.

Clendon, J. & Walker, L. (2012). "Being young": A qualitative study of younger nurses' experiences in the workplace. *International Nursing Review*, 59(4), 555-561. Doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.01005.x.

Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., & Shapior, S. (2004). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: A qualitative and quantitative study. *Holistic Nursing Practice*, 18(6), 302-308.

Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., & Shapior, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: A qualitative and quantitative study part III. *Holistic Nursing Practice*, 19(2), 78-86.

Collins, S. & Long, A. (2003). 'Too tired to care? The psychological effects of working with trauma'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 17-27.

Corey, G. (2013). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (9<sup>th</sup> ed). Stamford, CT: Cole Cengage learning.

Cox, T., Griffiths, A., & Rial-Gonzalez, E. (2000). *Research on work-related stress*. Luxembourg: office for official publications of the European communities: European Agency for Safety & Health at Work.

Creswell, J. W., & Plano, C. V. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Daya, Z., & Hearn, J. H. (2017). Mindfulness interventions in medical education: A systematic review of their impact on medical student stress, depression, fatigue and burnout. *Medical Teacher*, 40(2), 146-153. <http://doi.org/10.1080/0142159x.2017.1394999>.

Davidson, R. J., & Harrington, A. (2002). *Visions of compassion: Western scientists and Tibetan Buddhist examine human nature*. New York, NY: Oxford University Press.

Dharmawardene, M., Givens, J., Wachholtz, A., Makowski, S., & Tjia, J. (2016). A systematic review and meta-analysis of meditative interventions for informal caregivers and health professionals. *BMJ Support Palliative Care*, 6(2):160-9. doi: 10.1136/bmjspcare-2014-000819.

Dobie, A., Tucker, A., Ferrari, M., & Rogers, J. M. (2016). Preliminary evaluation of a brief mindfulness-based stress reduction intervention for mental health professionals. *Australas Psychiatry*, 24(1):42-45. DOI: 10.1177/1039856215618524

Dong, H., Zhang, Q., Sun, Z., Sang, F., & Xu, Y. (2017). Sleep disturbances among Chinese clinical nurses in general hospitals and its influencing factors. *BMC Psychiatry*, 17, 241. 10.1186/s12888-017-1402-3

Drozd, F., Raeder, S., Kraft, P., & Bjørkli, C. A. (2013). Multilevel growth curve analyses of treatment effects of a web-based Intervention for stress reduction: randomized controlled trial, *Journal of Medical Internet Research*, 15(4), e84. doi:10.2196/jmir.2570

Duarte, J., & Pinto-Goureia J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 98-107. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002

Edenfield, T. M., & Saeed, S. A. (2012). An update on mindfulness meditation as a self-help treatment for anxiety and depression. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 131-141. Doi: 10.2147/PRBM.S34937.

Fang, Y., Kang, X., Feng, X., Zhao, D., Song, D., & Li, P. (2019). Conditional effects of mindfulness on sleep quality among clinical nurses: The moderating roles of extraversion and neuroticism. *Psychology Health and Medicine*, 24(4), 481-492. Doi: 10.1080/13548506.2018.1492731.

Ferrell, B. R. & Coyle, N. (2008). *The nature of suffering and the goals of nursing* (p98).

NY: Oxford.

Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In: Figley, C. R. editor. *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner-Routledge; 1995. pp. 1–20.

Foss, C., & Ellefsen, B. (2002). The value of combining qualitative and quantitative approaches in nursing research by means of method triangulation. *Journal of Advance Nursing*, 40(2), 242-248.

Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N. & Krisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulness based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*, 45(1), 114–125. DOI: 10.5172/conu.2013.45.1.114

Frey, R., Robinson, J., Wong, C., & Gott, M. (2018). Burnout, compassion fatigue and psychological capital: Findings from a survey of nurses devering palliative care. *Applied Nursing Research*, 43, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.06.003>.

Gao Y., Pan B., Sun W., Wu H., Wang J., & Wang L. (2012). Depressive symptoms among Chinese nurses: Prevalence and the associated factors. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 1166–1175. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05832.x.

Garrosa, E., Moreno-Jimenez, B., Liang, Y., & Gonzalez, J. L. (2008). The relationship between social-demographic variables, job, stressor, burnout and hardy personality in nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 418-427.

Gerard, N. (2017). Rethink compassion fatigue. *Journal of Health Organization and Management*, 31(3), 363-368. Doi:10.1108/JHOM-02-2017-0037.

Gilmartin, H., Goyal, A., Hamati, M. C., Mann, J., Saint, S., & Chopra, V. (2017). Brief

mindfulness practices for healthcare providers: A systematic literature review.

*American Journal of Medicine*, 130(10), 1219.e1-1219.e17. doi:10.1016/j.amjmed.

2017.05.041

Goldstein, D. S., & Kopin, I. J. (2007). Evolution of concepts of stress. *Stress*, 10(2), 109-120. Doi:10.1080/10253890701288935.

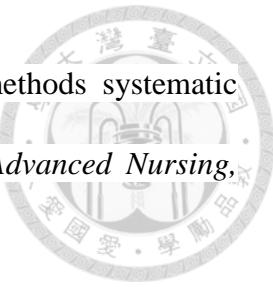
Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., & Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 357-368.

Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. (1981). The nursing stress scale: Development of an instrument. *Journal of Behavioural Assessment*, 3(1), 11-23.

Grecucci, A., Pappaiani, E., Siugzdaite, R., Theuninck, A., & Job, R. (2015). *Mindful emotion regulation: Exploring the neurocognitive mechanisms behind mindfulness*. BioMed Research International, Article ID 670724, 9 pages. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/670724>

Grove, S., Burns, N., & Gray, J. (2013). *Practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7 Edit). Missouri: Elsevier.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1992). *Competing paradigms in qualitative research*. In Denzin N. K. & Lincoln Y. S. (eds.) *Handbook of Qualitative Research* (p105-117). Sage : London.



Guillaume, L., Boilal, O., & Champagne, J. (2016) . A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1017-1034. Doi: 10.1111/jan.13176

Haines, J., Spadaro, K. C., Choi, J., Hofflman, L. A., & Balazeck, A. M. (2014). Reducing Stress and Anxiety in Caregivers of Lung Transplant Patients: Benefits of Mindfulness Meditation. *International Journal of Organ Transplantation Medicine*, 5(2), 50-56.

Hallman, I., O'Connor, N., Hasenau, S., & Brady, S. (2014). Improving the culture of safety on a high acuity inpatient child/ adolescent psychiatric unit by mindfulness-based stress reduction training of stff. *Journal of Child Adolesc Psychiatric Nursing*, 27, 183-189.

Hanley, J. A., Negassa, A., Edwardes, M. D., & Forrester, J. E. (2003). Statistical analysis of correlated data using generalized estimating equations: An orientation. *American Journal of Epidemiology*, 157, 364 –375. <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwf215>

Harris, C., & Quinn, G. M. (2015). Nursing on Empty: Compassion Fatigue Signs, Symptoms, and System Interventions. *Journal of Christian Nursing*. 32(2):80-87.

Heeter, C., Lehto, R., Allbritton, M., Day, T., & Wiseman, M. (2017). Effect of a technology-assisted meditation program on healthcare providers' interoceptive awareness, compassion fatigue, and burnout. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 19(4), 314-322. Doi: 10.1097/NJH.0000000000000349

Hennink, M., Hutter, I. & Bailey, A. (2011). *Qualitative Research Methods*. London: Sage.

Hegney, D. G., Craigie, M., Hemsworth, D. Osseiran-Moissen, R., Aoun, S., Francis, K.

& Drury, V. (2014). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: Study 1 results. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 506-518.

Hevezzi, J. A. (2016). Evaluation of meditation intervention to reduce the effects of stressors associated with compassion fatigue among nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 34(4), 343-350. <http://dx.doi.org/10.1177/0898010115615981>.

Hjeltens, A., Binder, P., Moltu, C., & Dundas, I. (2015). Facing the fear of failure: An explorative qualitative study of client experiences in a mindfulness-based stress reduction program for university students with academic evaluation anxiety. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10, 27990 - <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.27990>.

Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31, 1126 –1132. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.003>

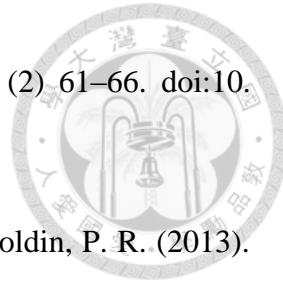
Homma, I., & Masaoka, Y. (2008). Breathing rhythms and emotions. *Experimental Physiology*, 93(1), 1011-1021.

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 537–559. <http://dx.doi.org/10.1177/1745691611419671>

Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared

- with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36, (5), 420-427. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027>.
- Hopps, S., Bryce, H., Hellman, C., & Finlay, E. (2012). The effects of brief mindfulness training on caregivers' well-being. *Activities, Adaptation & Aging*, 36(2), 147-166. Doi: 10.1080/01924788.2012.673154
- Horner, J. K., Piercy, B. S., Eure, L., & Woodard E. K. (2014). A pilot study to evaluate mindfulness as a strategy to improve inpatient nurse and patient experiences. *Applied Nursing Research*, 27(3), 198-201. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.01.003>
- Hughes, R. G. (2008). *Work stress and burnout among nurses: Role of the work environment and working conditions*. In Agenoy for health care research and quality 2008. Publication No: 08-0043 AHRQ.
- Hulsheger, U. R., Feinholdt, A., & Nubold, A. (2015). A low-dose mindfulness intervention and recovery from work: effects on psychological detachment, sleep quality, and sleep duration. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88(3):464-489. DOI:10.1111/joop.12115
- Hunter, L. (2016). Making time and space: the impact of mindfulness training on nursing and midwifery practice. A critical interpretative synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 25(1), 928-929. Doi: 10.1111/jocn.13164.
- Irving, J. A., Dobbkin, P. L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction

(MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15, (2) 61–66. doi:10.1016/j.ctcp.2009.01.002



Jazaieri, H., McGonigal, K., Jinpa, T., Doty, J. R., Gross, J. J., & Goldin, P. R. (2013).

A randomized controlled trial of compassion cultivation training: Effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 38, 23-35. doi:10.1007/s11031-013-9368-z

Jermann, F., Billieux, J., Larøi, F., Argembeau, A., Bondolfi, G., & Zematten, A. (2009).

Mindful attention awareness scale (MAAS): Psychometric properties of the French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies. *Psychological Assessment*, 21(4), 506-514. Doi: 10.1037/a0017032

Johnson, B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Education Researcher*, 33(7), 14-26.  
<https://doi.org/10.3102/0013189X033007014>

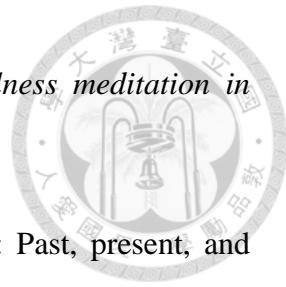
Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4):116, 118-9, 120.

Jones, S. M., Bodie, G. D., & Hughes, S. D. (2016). The impact of mindfulness on empathy, active listening, and perceived provisions of emotional support. *Communication Research*, 1-28. Doi:10.1177/0093650215626983.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY: Dell.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life.* (p4) New York, NY: Hyperion Books.



Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/bpg016>

Kang, Y. S., Choi, S. Y., & Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*, 29, 538-543. Doi: 10.1016/j.nedt.2008.12.003.

Keidel, G. C. (2002). Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 19(3), 200-205. Doi:10.1177/104990910201900312.

Kemper, K. (2017). Brief online mindfulness training: immediate impact. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine.*, 22(1), 75-80. DOI: 10.1177/2156587216639199

Kemper, K., Bulla, S., Krueger, D., Ott, M. J., McCool, J. A., & Gardiner, P. (2011). Nurses' experiences, expectations, and preferences for mind-body practices to reduce stress. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11(26), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-11-26>

Kemper, K., Mo, X., & Khayat, R. (2015). Are mindfulness and self-compassion associated with sleep and resilience in health professionals? *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(8), 496-503. Doi: 10.1089/acm.2014.0281.

Khamisa, N., Peltzer, K., & Oldenburg, B. (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 10*(6), 2214-2240. Doi:10.3390/ijerph1006 2214.

Khodadadi, E., Hosseinzadeh, R., & Fooladi, M. (2016). International Journal of Medical Research & Health Sciences, 5(5),140-148.

Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ...Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 33*(6):763-771. doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005

Koloroutis, M. (2014). The therapeutic use of self: developing three capacities for a more mindful practice. *Creative Nursing, 20*(2), 77-85. <http://dx.doi.org/10.1891/1078-4535.20.2.77>

Kostanski, M., & Hassed, C. (2008). Mindfulness as a concept and process and a process. *Australian Psychologist, 43*(1), 15-21.

Kraus, S., & Sears, S. (2009). Measuring the immeasurable: Development and initial validation of the self-other four immeasurables (SOFI) scale based on Buddhist teaching on loving kindness, compassion, joy, and equanimity. *Social Indicators Research, 92*, 169-181. Doi: 10.1007/21205-008-9300-1.

Lalande, L. (2017). *Development of guided respiration mindfulness therapy: Manualization and evaluation of therapist training and clinical outcomes in the treatment of depression and anxiety*. Unpublished Doctoral dissertation. Queensland University of Technology, Queensland.

Lalande, L., King, R., Bambling, M., & Schweitzer, R. (2016). Guided respiration mindfulness therapy: Development and evaluation of a brief therapist training program. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46, 107-16. Doi: 10.1007/s10879-015-9320-5

Lambert, V. A., Lambert, C. E., & Ito, M. (2004). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 41 (2004), 85–97. doi:10.1016/S0020-7489(03)00080-4

Lamothe, M., Rondeau, E., Malboeuf-Hurtubise, C., Puval, M., & Sultan, S. (2016). Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary therapies in Medicine*, 24, 19–28. Doi:10.1016/j.ctim.2015.11.001.

Lan, H. K., Rahmat, N., Subramanian, P., & Kar, P. (2014). The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting well-being among nurses in critical care units. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 22-31.

Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887–904. DOI: 10.1037/0022-3514.92.5.887

Lengacher, C. A., Kip, K. E., Barta, M., Post-White, J., Jacobsen, P. B., Groer, M., Lehman, B.,....Shelton, M. M. (2012). A pilot study evaluating the effect of mindfulness-based stress reduction on psychological status, physical status, salivary

cortisol, and interleukin-6 among advanced-stage cancer patients and their caregivers. *Journal of Holistic Nursing*, 30(3), 170-185. DOI:10.1177/089801011435949

Lehto, R. H., Heeter, C., Allbritton, M., & Wiseman, M. (2018). Hospice and palliative care provider experiences with meditation using mobile applications. *Oncology Nursing Forum*, 45(3), 380-388. Doi: 10.1188/18.ONF.380-388.

Letvak, S., Ruhm, C. J., & McCoy, T. (2012). Depression in hospital-employed nurses. *Clinical Nurse Specialist*, 26(3), 177-182. Doi:10.1097/NUR.0b013e3182503ef 0.

Li, G., Yuan, H., & Zhan, W. (2016). The effects of mindfulness-based stress reduction for family caregivers: Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 292-299. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2015.08.014>.

Lim, J., Bogossian, F., & Ahern, K. (2010). Stress and coping in Singaporean nurses: A literature review. *Nursing and Health Sciences*, 12(2), 251-258. Doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00514.x.

Lin, H. S., Probst, J. C., & Hsu, Y. C. (2010). Depression among female psychiatric nurses in southern Taiwan: Main and moderating effects of job stress coping behavior and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2342-2354. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03216.x.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.

Lu, D. M., Sun, M., Hong, S., Fan, Y. Y., Kong, F. Y., & Li, Q. J. (2015). Occupational stress and coping strategies among emergency department nurses of China. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29 (2015), 208–212. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2014.11.006>

Ludwig, D. S., & Jabat-Zinne, J. (2008). Mindfulness in medicine. *Journal of the American Medicine Association*, 300(11):1350-2. Doi: 10.1001/jama.300.11.1350.

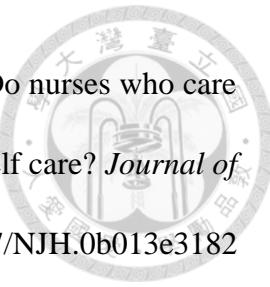
Luken, M., & Sammons, A. (2016). Systematic review of mindfulness practice reducing job burnout. *American Journal of Occupationl Therapy*, 70(2), 1-10.

Lutz, I., Herwig, U., Opialla, S., Hittmeyer, A., Jancke, L., Rufer, M., Holtforth, M. G., & Bruhl, A. B. (2014). Mindfulness and emotion regulation- An fMRI study. *Social Cognitive Affective Neuroscience*, 9,776-785. DOI:10.1093 /scan/nst043

MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545–552. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.003.

Mackenzie, C. S., Poulin, P. A., & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness based stress reduction intervention for nurses and nurse aids. *Applied Nursing Research*, 19(2), 105-109. Doi: 10. 1016/j.apnr. 2005.08.002.

Maharaj, S., Lees, T., & Lai, S. (2019). Prevalance and risk factors of depression, anxiety and stress in a cohort of Australian, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1), 61. Doi:1a3390/ijerph 16010061



Malloy, P., Thrane, S., Winston, T., Virani, R., & Kelly, K. (2013). Do nurses who care for patients in palliative and end of life settings perform good self care? *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 15, 99-106. Doi:10.1097/NJH.0b013e31826bef72

Mangoulia, P., Koukia, E., Flidisis, G., Katostaras, T., & Alevizopoulos, G. (2015). Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in Greece. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 333-338.

Martin-Asueo, A., & Garcia-Banda, G. (2010). The mindfulness-based stress reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 897-905.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. Doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397

Maslach, C., Jackson, S. (1982). *Burnout in health professions: A social psychological analysis*. In G. Sanders & J. Suls (eds.). Social psychology of health and illness.

McCloskey, S. & Taggart, L. (2010). How much compassion have I left? An exploration of occupational stress among children's palliative care nurses. *International Journal of Palliative Care*, 16(5), 233-240.

McConville, J., McAleer, R., & Hahne, A. (2017). Mindfulness training for health profession students - The effect of mindfulness training on psychological well-being, learning and clinical performance of health of randomized and non-randomized controlled trials. *Explore*, 13(1), 26-45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2016.10.002>.

Menzies, I. E. P. (1960). Nurses under stress. *International Nursing Review*, 7, 9-16.

Meyer, R. M. L., Li, A., Klarisenfeld, J., & Gold, J. I. (2015). Pediatric novice nurses: Examining compassion fatigue as a mediator between stress exposure and compassion satisfaction, burnout, and job satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, 174–183. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2013.12.008>

Meyer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: New ability or eclectic traits. *American Psychologist* 63(6), 503-517. Doi:10.1037/0003-055x.63.6.503

Mindfulness Initiative (2015). Mindful Nation UK. [https://themindfulnessinitiative.org.uk/images/reports/Mindfulness-APPG-Report\\_Mindful-Nation-UK\\_Oct2015.pdf](https://themindfulnessinitiative.org.uk/images/reports/Mindfulness-APPG-Report_Mindful-Nation-UK_Oct2015.pdf)

Minett, G. (2004). *Exhale: An overview of breathwork*. Edinburgh: Floris BOOKS.

Modinos, G., Ormel, J., & Aleman, A. (2010). Individual differences in dispositional mindfulness and brain activity involved in reappraisal of emotion. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5(4), 369–377. Doi:10.1093/scan/nsq006.

Moll, S., Frolic, A., & Key, B. (2015). Investing in compassion: Exploring mindfulness as a strategy to enhance interpersonal relationship in health practice. *Journal of Hospital Administration*, 4(6), 36-45. Doi:10.5430/jha.v4n6p36.

Monshat, K., Khong, B., Hassed, C., Vella-Brodrick, D., Norrish, J., & Burns, J. (2013). “A conscious control over life and my emotions”: Mindfulness practice and healthy young people. A qualitative study. *Journal of adolescent health*, 52, 572-577. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.09.008.

Monshat, K., Vella-Brodrick, D., Burns, J., & Herrman, H. (2012). Mental health promotion in the internet age: a consultation with Australian young people to

inform the design of an online mindfulness training programme. *Health Promotion International*, 27(2):177-86. Doi: 10.1093/heapro/dar017.

Moody, K., Kramer, D., Santizo, R.O., Magro, L., Wyshogrod, D., Ambrosio,

J.,....Stein, J. (2013). Helping the helpers: Mindfulness training for burnout in pediatric oncology- A pilot program. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 30, 275-284. <http://doi.dx.org/10.1177/1043454213504497>.

Mooney, C., Fetter, K., Cross, B., Rinehart, C., Lynch, C., & Rogers, F. (2017). A preliminary analysis of compassion satisfaction and compassion fatigue with considerations for nursing unit specialization and demographic factors. *Journal of Trauma Nursing*, 24(3), 158-163. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000000 284.

Moorey, S., & Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. Michigan: Oxford University Press.

Moser. A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3 sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*, 24(1), 9-18. <http://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>.

Mousavi, S. V., Ramezani, M., Salehi, I., Khanzadth, A. A. H., & Sheikholeslami, F. (2017). The relationship between burnout dimensions and psychological symptoms (depression, anxiety and stress) among nurses. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 27(2), 37-43.

Mukaka, M. M. (2012). A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Journal of Medical Association Malawi*, 24(3), 69-71.



Najjar, N., Davis, I. W., Beck-Coon, K., Carney, & Doebbeling, C. (2009). Compassion fatigue: a review of the research to date and relevance to cancer-care providers.

*Journal of Health Psychology, 14*(2), 267-277.

Nanamoli, B. (2000). *Mindfulness of breathing: Buddhist texts from the Pali canon and commentaries (6 ed.)*. Sri Lanka: Buddhist Publication Society.

National Health Service (2015). Mindfulness as good as drugs for preventing depression relapse. NHS website-21 April 2015. [www.evidence.nhs.uk](http://www.evidence.nhs.uk).

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2009). *Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care*. London: NICE.

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*, 223-250. Doi: 10.1080/1529886030209 035.

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology, 69*(1), 28-44. Doi:10.1002/jclp.21923.

Neff, K.D., Rude, S.S., & Kirkpatrick, K.L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality, 41*, 908–916. doi:10.1016/j.jrp.2006.08.002.

Newsome, S., Waldo, M., & Gruszka, C. (2012). Mindfulness group work: Preventing stress and increasing self-compassion among helping professions in training. *Journal for Specialists in Group Work, 37*(4), 297-311.

Niessen, T., & Jacobs, G. (2014). Curriculum design for person-centredness: mindfulness training within a bachelor course in nursing. *International Practice Development Journal, 5* (Suppl). <http://www.fons.org/library/journal.asp>

Nijboer, A., & van der Gingel, M. (2019). Compassion: use it or lose it? A study into perceptions of novice nurses on compassion: A qualitative approach. *Nurse Education Today*, 72, 84-89. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.11.006>.

Nolte, A. G., Downing, C., Temane, A., & Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nursing: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 4364-4378. Doi: 10.1111/jocn.13766.

Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Modes, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal Qualitative Methods*, 16, 1-13. Doi:10.1177/1609406917733847.

Ong, J. C., Ulmer, C. S., & Manber, R. (2012). Improving sleep with mindfulness and acceptance: a metacognitive model of insomnia. *Behavior Research and Therapy*, 50(11):651-60. doi: 10.1016/j.brat.2012.08.001.

Orme-Johnsa,D. W. & Barnes, V. A. (2014). Effects of the transcendental meditation technique on trait anxiety: A metaAnalysis of randomized controlled trials. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(0), 1-12. DOI: 10.1089/acm.2013.0204

Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2011). *The mindful way through anxiety: Break free from chronic worry and reclaim your life*. New York: The Guilford Press.

Ott, M. J. (2004). Mindfulness meditation: A path of transformation and healing. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42 (7), 22-29.

Papadopoulos, I., Taylor, G., Ali, S., Agard, M., Akman, O., Alpers, I....Garcia, A. M. (2017). Exploring nurses' meaning and experiences of compassion: an

- international online survey involving 15 countries. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(3), 286-295. DOI: 10.1177/1043659615624740
- Penque, S. (2019). Mindfulness to promote nurses' well-being. *Nursing Management (Springhouse)*, 50(5), 38–44. doi: 10.1097/01.NUMA.0000557621.42684.c4.
- Peterson, U. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish health workers. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), 84-95. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04580.x.
- Pfifferling, J., & Gilley, K. (2000). Overcoming compassion fatigue. *Family Practice Management*, 7(4), 1–6.
- Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 311-318.
- Pip, T. B., Bortz, J. J., & Dueck, A. (2009). Nurse leader mindfulness meditation program for stress management- A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Administration*, 39(3), 130-137. Doi:10.1097/NNA.0b013e31819894a0
- Polit, D. F. & Hungler, B. D. (1999). *Nursing Research* (6<sup>th</sup> ed.). New York: Lippicott.
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger J, Cipriano D, Norris L, & Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and bounout: Prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Forum*, 14(5) E56-E62. doi: 10.1188/10.CJON. E56-E62.
- Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: A review of the literature. *Journal Health Care Chaplaincy*, 20(3), 95-108. Doi: 10.1080/08854726.2014.913876

Radley, M., & Figley, C. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35, 207–214.

Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 250-255. DOI: 10.1002/cpp.702

Resnicoff, M., & Julliard, K. (2018). Brief mindfulness meditation with night nursing unit staff: A qualitative study. *Holistic Nursing Practice*, 32(6), 307-315. Doi:10.1097/HNP.0000000000000293.

Rilly-Spong, M., Reibel, D., Pearson, T., Koppa, P., & Gross, C. R. (2015). Telephone-adapted mindfulness-based stress reduction (tMBSR) for patients awaiting kidney transplantation: Trial design, rationale and feasibility. *Contemporary Clinical Trials*, 42,169-84. Doi: 10.1016/j.cct.2015.03.013.

Roeser, R. W., & Eccles, J. S. (2015). Mindfulness and compassion in human development: Introduction to the special section. *Developmental Psychology*, 51(1), 1-6. Doi: 10.1037/a0038453.

Rosa-Neto, P., Diksic, M., Okazawa, H., Layton, M., Ghadirian, N., Mzengeza, S....Benkelfat, C. (2004). Measurement of brain regional alpha-[11-C]methyl-L-tryptophane trapping as a measure of serotonin synthesis in medication-free patients with major depression. *Archives of General Psychiatry*, 61(6), 556-563. DOI:10.1001/archpsyc.61.6.556

Sabo, B. (2011). Reflecting on the Concept of Compassion Fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16, 1. Manuscript 1. Doi: 10.3912/OJIN.Vol16 No01Man01

Santos, T. M., Kozasa, E. H., Carmagnani, I. S., Tanaka, L. H., Lacerda, S. S.,

Nogueira-Martins, L. A. (2016). Positive effects of a stress reduction program based on mindfulness meditation in Brazilian nursing professionals: Qualitative and quantitative evaluation. *Explore*, 12(2), 90-99. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.12.005>

Schmidt, S. (2004). Mindfulness and healing intention: Concepts, practice, and research evaluation. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10 (Supplement 1), s7-s14.

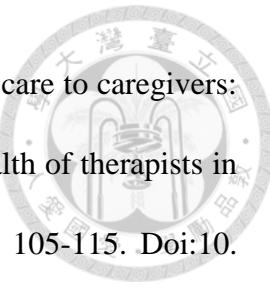
Schwind, J. K., McCay, E., Beanlands, H., Martin, L. S., Martin, J., & Binder, M. (2017). Mindfulness practice as a teaching-learning strategy in higher education: A qualitative exploratory pilot study. *Nurse Education Today*, 50, 92-96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.12.017>.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Segal, Z. V., William, J. M., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression second edition*. New York: Guiford Press.

Selye, H. (1977). A code for coping with stress. *Journal of Association of periOperative Registered Nurses*, 25(1), 35-42.

Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176. Doi:10.1037/1072-1245.12.2.164



Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training Education in Professional Psychology, 1*(2), 105-115. Doi:10.1037/1931-3918.1.2.105

Sheppard, K. (2015). Compassion fatigue among register nurses: Connecting theory and research. *Applied Nursing Research, 28*, 57-59.

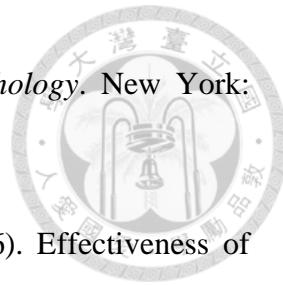
Simon, C. E., Pryce, J. G., Roff, L. L., & Klemmack, D. (2005). Secondary traumatic stress and oncology social work: protecting compassion from fatigue and compromising the worker's worldview. *Jounal of Psychosocial oncology, 23*(4), 1-14.

Sinclair, S., Kondejewski, J., Raffin-Bouchal, S., King-Shier, K. M., & Singh, P. (2017). Can self-compassion promote health care provider well-being and compassionate care to others? Results of a systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 9*(2), 168-260. Doi: 10111/aphw.12086.

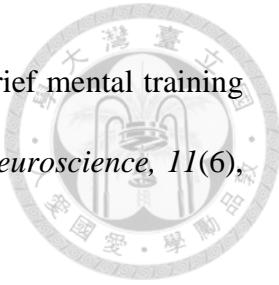
Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2018). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies, 69*, 9-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>.

Smith, J. C. (1988). Steps toward a cognitive-behavioral model of relaxation. *Biofeedback and Self-Regulation, 13*, 307-329.

Smith, S. A. (2014). Mindfulness-based stress reduction: an intervention to enhance the effectiveness of nurses' coping with work-related stress. *International Journal of Nurses Knowledge, 25*(2), 119-130. Doi:10.1111/2047-3095.12025.



- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Spijker, M. P. J., Pots, W. T. M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 45, 102-114. Doi:10.1016/j.cpr.2016.03.009.
- Stamm, B. H. (2005). *The ProQOL*. [www.isu.edu/~bhstamm](http://www.isu.edu/~bhstamm).
- Stamm, B. H. (2010). The concise ProQOL manual 2010. Available from: <http://proqol.org>.
- Stamm, B. H. (1999). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. 2nd ed. Baltimore, MD: Sidran Press.
- Stamm, B. H., Figley, C. R. & Figley, K. R. (2010, November). *Provider resiliency: A train-the-trainer mini course on compassion satisfaction and compassion fatigue*. *international society for traumatic stress studies*. Montreal, Quebec, Canada.
- Straughair, C. (2012). Exploring compassion: Implications for contemporary nursing. Part 2. *British Journal of Nursing*, 21(4), 239-244. Doi:10.12968/bjon.2012.21.4.239.
- Tang, Y. Y., Fan, Lu, Q., Yang, Y., & Posner, M. I. (2012). Mechanisms of white matter changes induced by meditation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(26), 10570-10574. Doi:10.1073/pnas.1207817109



Tang, Y. Y., Tang, Y., Tang, R., & Lewis-Peacock, J. A. (2017). Brief mental training reorganizes large-scale brain networks. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 11(6), 1-8. doi.org/10.3389/fnsys.2017.00006

Tashakkori, A., & Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.

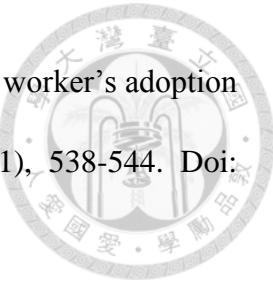
Tran, T. T., Nguyen, N. B., Luong, M. A., Bui, T. H., Phano, T. D., Tran, V. O., ... Nguyen, T. Q. (2019). *International Journal of Mental Health System*, 13(3). <http://doi.org/10.1186/s13033-018-0257-4>

Tsai, P. S., Wang, S. Y., Wang, M. Y., Su, C. T., Yang, T. T., Huang, C. J., & Fang, S. C. (2005). Psychometric evaluation of the Chinese version of the Pittsburgh sleep quality index (CPSQI) in primary insomnia and control subjects. *Quality of Life Research*, 14, 1943-1952. DOI 10.1007/s11136-005-4346-x

Tyson P. D., & Pongruengphant, R. (2007). Buddhist and Western perspectives on suffering, stress, and coping. *Journal of Religion Health*, 46, 351-357. Doi:10.1007/s10943 -006-9104-z.

Upton, K. V. (2018). An investigation into compassion fatigue and self-compassion in acute medical care hospital nurses: a mixed methods study. *Journal of Compassionate Health Care*, 5(7). <https://doi.org/10.1186/s40639-018-0050-x>

Vachon, M. L. S., Huggard, P. K., & Huggard, J. (2015). *Reflections on occupational stress in palliative care nursing: is it changing*. In: Ferrell, B. R., Coyle, N., & Paice, Cj. (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. Oxford University Press.



Valley, M., & Stallones, L. (2018). A thematic analysis of health care worker's adoption of mindfulness practices. *Workplace Health & Safety*. 66(11), 538-544. Doi: 10.1177/2165079918771991.

van Straten, A., Cuijpers, P., & Smits, N. (2008). Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety, and stress: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10(1), e7. Doi:10.2196/jmir.954

van Lieshout, F., Titchen, A., McCormack, B., & McCance, T. (2015). Compassion in facilitating the development of person-centred health care practice. *Journal of Compassionate Health Care*, 2, 5.

van der Riet, P., Rossiter, R., Kirby, D., Dluzewska, T., & Harmon, C. (2015). Piloting a stress management and mindfulness program for undergraduate nursing students: student feedback and lessons learned. *Nurse Education Today*, 35(2015), 44-49. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.05.003>

van der Riet, P., Levett-Jones, T., & Aquino-Russell, C. (2018). The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: An integrated literature review. *Nurse Education Today*, 68(2018), 201-211. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.03.018>

Vas, L. S. R. (2004). *The healing breath: Breathing techniques for better health. Meditation*. India: New Age Books.

Wang, S. C., Wang, L. Y., Shih, S. M., Chang, S. C., Fan, S. Y., Hu, W. Y., 2017. The effects of mindfulness-based stress reduction on hospital nursing staff. *Applied Nursing Research*, 38, 124-128. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.09.014>

Walker, E. R., Obolensky, N., Dini, S., & Thompson, N. J. (2010). Formative and process evaluations of a cognitive-behavioral therapy and mindfulness intervention for people with epilepsy and depression. *Epilepsy & Behavior*, 19(3):239-46. Doi: 10.1016/j.yebeh.2010.07.032.

Weinstein, N., Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2009). A multi-mehod examination of the effects of mindfulness stress attribution, coping and emotional well-being. *Journal of research in personality*, 43, 374-385.

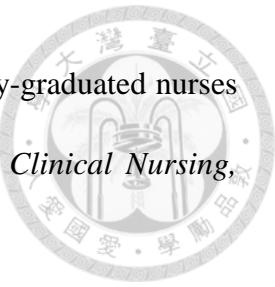
White, L. (2013). Mindfulness in nursing: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 282-294. DOI: 10.1111/jan.12182

Williams J. M. G., & Kabat-Zinn, J. (2011). Mindfulness: Diverse perspectives ob its meaning, origins, and multiple applications at the interseactions at the intersection at the intersection of science and dharma. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 1-18. DOI: 10.1080/14639947.2011.564811

Wong, D., Leung, S., So, C., & Lam, D. (2001). Mental health of Chinese nurses in Hong Kong: The roles of nursing stress and coping strategies. *Online Journal of Issues in Nursing*, 6(2), 168-192.

Wu, S., Singh-Carlson, S., Odell, A., Reynolds, G., & Su, Y. (2016). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among oncology nurses in the United States and Canada. *Oncology Nursing Forum*, 43(4), E161-E169. Doi:10.1188/16.ONF.E161-E169.

Yang, Y. H., & Kim, J. K. (2012). A literature review of compassion fatigue in nursing. *Korean Journal of Adult Nursing*, 24(1), 38-51.



Yeh, M. C. & Yu, S. (2009). Job stress and intention to quit in newly-graduated nurses during the first three months of work in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 18(24), 3450-3460. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02941.x.

Yilmaz, G., & Üstün, B. (2018). Professional quality of life in nurses: Compassion satisfaction and compassion fatigue. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(3), 205-211. Doi: 10.14744/phd.2018.86648.

Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23(4), 191-197. Doi:10.1016/j.apnr.2008.09.003.

Yoon S. L., & Kim J. (2013). Job-related stress, emotional labor, and depressive symptoms among Korean nurses. *Journal of Nursing Scholarsh*, 45, 169–176. Doi: 10.1111/jnu. 12018.

## 附件一 人體試驗委員會審查通過證明



### 佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院研究倫理委員會

Research Ethics Committee

Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation

707, Sec. 3, Chung-Yang Rd., Hualien, 97002, Taiwan, R.O.C.  
Tel: 886-3-8561825 Ext. 12124 Fax: 886-3-8561825 Ext. 13272

### 研究計畫變更許可書

本會編號：IRB106-138-B

計畫名稱：正念訓練對護理人員壓力、憂鬱、和悲惱疲倦成效

計畫主持人：佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院 護理部 王淑貞副主任

計畫預計執行期間：自 November/01/2017 至 December/30/2018

本許可書有效期間：自 July/31/2018 至 October/30/2018

變更文件版本日期：

- 計畫書(Protocol) : Version 5, 06/25/2018
- 計畫書中文摘要(Chinese Synopsis) : Version 3, 06/25/2018
- 受試者同意書(ICF) : Version 3, 06/25/2018
- 計畫執行期限展延至 2018 年 12 月 30 日

上述計畫變更案經本院研究倫理委員會於 2018 年 07 月 31 日審查同意，本委員會的運作符合優良臨床試驗準則及政府相關法律規章。

計畫主持人須依國內相關法令及本會規定通報嚴重不良反應事件及非預期問題，並應於到期日至少 6 週前提出期中追蹤審查申請，經本會審核通過，方可繼續執行。

### Certificate of Approval of Amendments

REC No. : IRB106-138-B

Title of Protocol : The effect of mindfulness-based intervention on stress, depression, and compassion fatigue in nursing staff

Principal Investigator: Shu-Chen Wang / Department of Nursing, Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation

Proposed Study Period : November/01/2017 to December/30/2018

Approval Effective Period : July/31/2018 to October/30/2018

The protocol is approved by the Research Ethics Committee of Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation on July/31/2018. The committee is organized under, and operates in accordance with, the Good Clinical Practice guidelines and governmental laws and regulations.

The investigator is required to report Serious Adverse Events and Unanticipated Problems in accordance with the governmental laws and regulations and REC of Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation requirements and apply for a continuing review not less than six weeks prior to the approval expiration date.



Chien-Hsing Wang, M.D.

Chairman, Research Ethics Committee



## 附件二 質性訪談大綱

訪談大綱先了解受訪者的工作經歷及在護理過程中印象深刻的經驗、工作壓力及護理的意義和價值、對於慈悲心的看法及自己調適壓力的方法等。研究後訪談增加對課程的回饋，訪談大綱如下：

### 1. 對訪談對象的基本認識

- ◆ 詢問受訪者工作單位、年資等經驗
- ◆ 請分享在護理工作中印象深刻的經驗(照顧歷程、與病人/家屬間互動的故事)
- ◆ 工作壓力源為何？
- ◆ 平時工作舒壓方式為何？
- ◆ 護理工作和家庭/生活如何兼顧？

### 2. 對護理工作的想法

- ◆ 對你而言，護理是什麼？
- ◆ 護理工作對你的意義與價值為何？
- ◆ 護理工作生涯有帶來哪些啟發？
- ◆ 在護理工作中有沒有曾經覺得自己應該做但沒有做到的事情？
- ◆ 在什麼樣狀況/時刻會覺得無力疲乏，甚至萌生離職不做護理工作的想法
- ◆ 什麼樣的動力讓自己能繼續護理工作？

### 3. 對慈悲的看法

- ◆ 對你而言，慈悲心是什麼？
- ◆ 如何對病人慈悲？
- ◆ 如何對自己慈悲？
- ◆ 曾經有慈悲心倦怠或麻木過嗎？

### 4. 對介入課程的回饋(只有後測訪談)

- ◆ 參與課程上課後生活和工作有什麼改變？
- ◆ 上課過程與課後對自己身體的覺知與感受有何差異？
- ◆ 上課後在護理工作上的病人照顧有不同的看法/行為嗎？
- ◆ 課後對壓力的調適有不同嗎？
- ◆ 正念課程中的哪些內容覺得對自己有幫助？原因是什麼？
- ◆ 哪些內容覺得沒幫助？原因是什麼？
- ◆ 哪些課程內容在課後有持續練習？為什麼？
- ◆ 如何克服自己每週都前來上課？對課程有沒有什麼建議？
- ◆ 上課的困難是什麼？
- ◆ 課後專注力有沒有改變？
- ◆ 對護理工作的態度有什麼影響跟改變？

### 附件三

## 研究問卷



親愛的護理同仁，您好

為了解您目前所面臨的處境，作為未來我們辦理正念相關課程之參考。期望您能夠提供您寶貴的經驗，幫助護理人員工作之調適。本計畫分五個部份，第一至第五部份是了解你個人目前處境的狀況，第六部份是問卷調查及個人基本資料，問卷採不記名的方式，您所提供的資料僅供學術研究使用，不會對外公開，且對您個人的權益不會有任何影響，請您安心填答。

研究主持人 花蓮慈濟醫院護理部 王淑貞 敬上

### 第一部份問卷

#### 一、正念量表

下列敘述與您的日常生活經驗有關。請依據右方一至六分的量尺作答，表示在各項經驗裡，經常發生的程度，或是不常發生的程度（請您注意：1分代表幾乎沒有在發生，6分代表幾乎總是發生過。）填寫時，請依照您真實的經驗回答，而非您認為應該發生的經驗。

		幾乎 沒有	常常 沒有	比較 沒有	偶而 發生	常常 發生	幾乎 總是
1	有些情緒可能早已存在，但我卻過了一段時間後才覺察到它。	1	2	3	4	5	6
2	我會因為粗心大意、不專心、或心不在焉而打破或打翻東西。	1	2	3	4	5	6
3	我覺得持續專注於正在發生的事情是很困難的。	1	2	3	4	5	6
4	我通常一路直奔到目的地，而沒有注意一路上的種種景物。	1	2	3	4	5	6
5	我不容易注意到身體上的緊繃或不舒適的感覺，除非這種感覺嚴重影響到我。	1	2	3	4	5	6
6	別人才告訴我某人的名字，我馬上就把它忘記了。	1	2	3	4	5	6
7	我做事情常像反射動作一樣，而沒有意識到自己正在做什麼。	1	2	3	4	5	6
8	我倉促完成許多活動，但卻沒有真正留意它們。	1	2	3	4	5	6
9	我太專注於想要達到的目標，因而沒完整考慮自己正用什麼作法來達成目標。	1	2	3	4	5	6

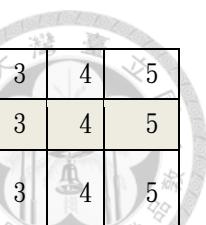
		幾乎 沒有	常常 沒有	比較 沒有	偶而 發生	常常 發生	幾乎 總是
10	我會不自覺地做著事，而沒有注意自己正在做什麼。	1	2	3	4	5	6
11	我會邊聽別人說話，同時邊做其他事。	1	2	3	4	5	6
12	我會不自覺地走路/騎車或開車前往某處，然後才去想自己為何前來。	1	2	3	4	5	6
13	我常會因思考過去跟未來而佔據心思。	1	2	3	4	5	6
14	我發覺自己會做事心不在焉。	1	2	3	4	5	6
15	我會不自覺地吃著零食。	1	2	3	4	5	6

## 二、專業生活品質量表（慈心滿意與慈心疲倦）

以下題目請根據以下的等級評分，將最符合您的實際情況，圈選符合的數字。

當您〔幫助〕別人時，會直接接觸到他人的生活。您可能因此曾經經驗過正面及負面的影響。下列問題是有關您身為〔助人者〕時所經歷過的正面及負面經驗。請依據您自己及目前的工作狀況，來回答下列的問題。請誠實地填選出最符合您在過去一週中所經歷過的情況。

編號	題 目	從 未 有 過	很 少	有 些	經 常	總 是 如 此
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	我是快樂的。	1	2	3	4	5
2	我總是想起一個以上我所〔幫助〕過的人。	1	2	3	4	5
3	〔幫助〕人讓我得到滿足感。	1	2	3	4	5
4	我覺得和其他人有所連結。	1	2	3	4	5
5	突如其來的聲響會讓我感到驚嚇。	1	2	3	4	5
6	當去〔幫助〕人後，讓我感到神采奕奕。	1	2	3	4	5
7	我發現要將我的個人生活與〔助人〕工作分開來是困難的。	1	2	3	4	5
8	因為在〔幫助〕有生理/心理創傷經驗的人時會睡得不好，所以我的工作效率會較差。	1	2	3	4	5
9	我想我已經被這些我所〔幫助〕的生理/心理創傷者所影響。	1	2	3	4	5
10	從事〔助人〕的工作讓我感到陷入困境。	1	2	3	4	5
11	因為我的〔助人工作〕，讓我對很多事情感到緊張。	1	2	3	4	5
12	我喜歡從事〔助人〕的工作。	1	2	3	4	5
13	因為〔幫助〕生理/心理創傷經驗者，而讓我感到沮喪。	1	2	3	4	5
14	我覺得我彷彿經歷了那些我曾經〔幫助〕的生理/心理創傷者有過的創傷經驗。	1	2	3	4	5
15	我有信念/信仰支持著我。	1	2	3	4	5
16	我對於自己如何能夠把〔助人〕的工作技巧與計畫跟得上進度感到滿意。	1	2	3	4	5
17	我已經成為自己想要成為的人。	1	2	3	4	5
18	我的工作使我感到滿意。	1	2	3	4	5
19	我覺得精疲力竭，因為我的工作是一個〔助人者〕。	1	2	3	4	5
20	對於那些受我〔幫助〕和我能夠幫助的人，讓我感到開心	1	2	3	4	5



21	我覺得很受不了，因為我的〔工作〕負擔似乎沒有止盡。	1	2	3	4	5
22	我相信透過我所做的，可以讓事情變得不同。	1	2	3	4	5
23	我避免某些活動或情況，因為它們讓我想起了我〔幫助〕的人的可怕經歷。	1	2	3	4	5
24	我很自豪我能做些什麼來〔助人〕。	1	2	3	4	5
25	由於我〔助人〕的結果，我有被侵擾和令人恐懼的想法。	1	2	3	4	5
26	我覺得被制度限制住，而停滯不前。	1	2	3	4	5
27	我認為我是一個“成功”的〔助人工作者〕。	1	2	3	4	5
28	我不記得我的工作當中那些是跟創傷受害者有關的重要部分。	1	2	3	4	5
29	我是一個非常有愛心的人。	1	2	3	4	5
30	我很高興我選擇了做這份工作。	1	2	3	4	5



### 三、自我慈悲指數測試

你對自己有多寬容？請仔細閱讀問題，然後選出最符合您的情況的選項。

編號	題目	完全不是 (1)	很少 (2)	偶爾 (3)	經常 (4)	幾乎總是 (5)
1	每當把重要的事搞砸的時候，會沉溺在什麼事都做不好的沮喪感中。					
2	不喜歡自己個性上的某些特質，但會嘗試用理解跟有耐性的態度對待。					
3	令人難過的事情發生的時候，會試著以平常心應對。					
4	情緒低落的時候，容易覺得其他人好像比較快樂。					
5	會試圖把失敗視為一種正常的情況(每個人都會遇到)。					
6	熬過巨大難關時，會給予自己關懷跟包容。					
7	遇到不開心的事情時，試著保持心平氣和。					
8	在重大事件上失敗的時候，會覺得陷在挫敗的漩窩裡，孤立無援。					
9	低潮的時候，對犯過的錯會更執著且放不下。					
10	覺得自己有所不足時，會試圖提醒自己這種感覺是很多人都有過的。					
11	對自身的缺點感到失望，對不足之處會加以批判。					
12	討厭自己個性的某些特質，會對此非常沒有耐性而且態度不甚寬容。					



#### 四、情緒自評量表

以下題目請根據以下的等級評分，將最符合您的實際情況，圈選符合的數字。

請閱讀以下每一個句子，表示「過往一個星期」如何適用於你。答案並無對錯之分。請不要花太多時間在某一句子上。

編號	題 目	不適用 (0)	頗適用 (1)	很適用 (2)	最適用 (3)
1	我覺得很難讓自己安靜下來	0	1	2	3
2	我感到口乾	0	1	2	3
3	我好像不能再有任何愉快、舒暢的感覺	0	1	2	3
4	我感到呼吸困難（例如不是做運動時也感到氣促或透不過氣來）	0	1	2	3
5	我感到很難激發自己去開始工作	0	1	2	3
6	我對事情往往作出過度反應	0	1	2	3
7	我感到顫抖（例如手震）	0	1	2	3
8	我覺得自己消耗很多精神	0	1	2	3
9	我憂慮一些令自己恐慌或出糗的場合	0	1	2	3
10	我覺得自己對將來沒有甚麼可盼望	0	1	2	3
11	我感到忐忑不安	0	1	2	3
12	我感到很難放鬆自己	0	1	2	3
13	我感到憂鬱沮喪	0	1	2	3
14	我無法容忍任何阻礙我繼續工作的事情	0	1	2	3
15	我感到快要恐慌了	0	1	2	3
16	我對任何事再也不能熱衷	0	1	2	3
17	我覺得自己不值得做為一個人	0	1	2	3
18	我發覺自己很容易被觸怒	0	1	2	3
19	我察覺自己在沒有明顯的體力勞動時，也感到心律不正常	0	1	2	3
20	我無緣無故地感到害怕	0	1	2	3
21	我感到生命毫無意義	0	1	2	3



## 五、睡眠品質

以下問題僅針對您上星期的一般睡眠習慣，您的答案應該最能正確地顯示上星期白天和晚上您最常出現的睡眠型態。請回答所有的問題。

編號	題目	時間
1	上星期，您通常幾點上床睡覺？	通常上床時間_____時 _____分
2	上星期，您上床後，通常需要多少時間才能入睡？	_____分鐘
3	上星期，您通常幾點起床？	通常起床時間_____時 _____分
4	上星期，您實際睡眠幾小時（這個時間和您實際躺在床上的時間可能是不同的）	每晚睡眠時數_____小時

\*針對以下問題，請選出一個最佳的答案。請回答所有的問題。

5. 上星期，您多常有因下列的原因而有睡眠方面的困擾？

編號	題目	(0) 上星期沒發生	(1) 一週少於一次	(2) 一週壹到二次	(3) 一週三次或三次以上
a	無法在 30 分鐘內入睡	0	1	2	3
b	在半夜或清晨醒來	0	1	2	3
c	必須起床上廁所	0	1	2	3
d	無法順暢呼吸	0	1	2	3
e	咳嗽或大聲打鼾	0	1	2	3
f	感覺太冷	0	1	2	3
g	感覺太熱	0	1	2	3
h	作惡夢	0	1	2	3
i	感到疼痛	0	1	2	3
j	除上述原因外，若有其它因素導致您上星期睡眠困擾， 請描述_____	0	1	2	3



6. 上星期，您對您整體的睡眠品質評價如何？

(1) 非常好 (2) 還算好 (3) 有點差 (4) 非常不好

7. 上星期，您多常服用藥物（醫師處方或自購成藥）來幫助睡眠？

(0) 上星期沒發生 (1) 一週少於一次 (2) 一週壹到二次 (3) 一週三次或三次以上

8. 上星期，您多常在開車、用餐或從事社交活動時，難以保持清醒的狀態？

(0) 上星期沒發生 (1) 一週少於一次 (2) 一週壹到二次 (3) 一週三次或三次以上

9. 上星期，對您來說，要保持足夠的活力去完成事情會有多困難？

(0) 一點也不困難 (1) 只有一點點困難 (2) 有點困難 (3) 有很大困難



## 六、個人基本資料

1. 出生年月：民國 \_\_\_\_\_ 年， \_\_\_\_\_ 月
2. 性別：1. 男 2. 女
3. 婚姻狀況：1. 單身 2. 已婚 3. 離婚 4. 喪偶 5. 同居
4. 宗教信仰：1. 無 2. 道教 3. 佛教 4. 基督教 5. 天主教 6. 回教 6. 其他 \_\_\_\_\_
5. 最高學歷：1. 專科 2. 二技 3. 四技 4. 大學 5. 碩士
6. 工作科別：1. 外科 2. 內科 3. 兒科 4. 婦產科 5. 泌尿科 6. 骨科 7. 耳鼻喉科 8. 加護病房 9. 急診 10. 門診 11. 安寧 12. 其他 \_\_\_\_\_
7. 工作年資：\_\_\_\_\_ 年
8. 工作職稱：1. 護理師 2. 小組長 3. 個管師 4. 共照護理師 5. 居家護理師 6. 副護理長 7. 護理長 8. 專科護理師 9. 其他 \_\_\_\_\_
9. 護理職級：1. N 2. N1 3. N2 4. N3 5. N4
10. 經濟狀況：1. 入不敷出 2. 收支平衡 3. 尚有結餘 4. 其他 \_\_\_\_\_
11. 有參與正念或靜坐相關訓練：1. 是， 有上過 \_\_\_\_\_ 課程，從民國 \_\_\_\_\_ 年開始  
2. 否
12. 平時，有打坐或靜坐：1. 是，每週 \_\_\_\_\_ 分鐘；2. 否
13. 平時，有練習瑜珈：1. 是，每週 \_\_\_\_\_ 分鐘；2. 否
14. 工作必需輪三班：1. 是，最近一週上大夜班天數 \_\_\_\_\_ 天，小夜班 \_\_\_\_\_ 天  
2. 否
15. 有在職進修中：1. 是，二技 碩士 博士  
2. 否
16. 平時最常的休閒活動：(可複選)  
走路 跑步 健身房 游泳 聽音樂 瑜珈 太極拳 看書 看電影 打坐  
靜坐 冥想 插花 彈琴 其他 \_\_\_\_\_
17. 擁有社群網絡帳號：Facebook LINE YouTube PTT Instagram 微信 推特 (Twitter) Dcard 其他
18. 平均每日使用社群網絡的時間約：\_\_\_\_\_ 小時

## 附件四

### 五週課程引導式正念呼吸 Guided Respiration Mindfulness Therapy (GRMT)

指導老師：Lalande Loloyd

上課地點：花蓮慈濟醫院協力一樓互愛會議室



課程表 每週二 09:30-11:30 協力樓互愛會議室

第一週 1 (2.5 Hours)	Session 2 to 5 (2 hours each)
<p>5/1</p> <p>課程內容</p> <ul style="list-style-type: none"><li>•引導式正念介紹呼吸</li><li>•開放問問題(課前)</li><li>•1 小時引導式正念呼吸</li><li>•課後問問題</li></ul>	<p>5/8, 5/15,5/22,5/29</p> <p>課程內容</p> <ul style="list-style-type: none"><li>•簡短討論前一週課程</li><li>•復習引導式正念呼吸</li><li>•1 小時引導式正念呼吸</li></ul>

#### 課前準備

- 課程需要在地板一小時，你可以穿著寬鬆的衣服。
- 帶瑜珈墊及保暖的被服、毯子及枕頭。

#### 關於引導式正念呼吸(GRMT)

##### 什麼是 GRMT?

- GRMT 包含：呼吸、正念、放鬆
- 研究顯示 GRMT 可以緩解壓力、焦慮、及憂鬱
- 藉由 GRMT 你可以學習調節呼吸，呼吸調節是 GRMT 的基本方法，教導你一個自然呼吸，不抑制呼吸頻率，是有實證的呼吸調節方法.

##### GRMT 練習?

- 每一週 GRMT 課程都是一樣的：躺在瑜珈墊上，練習呼吸、正念、放鬆一小時
- 在課程中會引導你的呼吸，已幫助你練習 GRMT。每一次的練習都有相同的引導，透過每次的練習，你會越來越了解你自己，然後會越做越好
- 在第一次的課程，會讓你感覺到呼吸練習有一點困難，但不用擔心，隨著課程的進行，你很快就會感到這個方法很簡單。



- 每一個人經驗 GRMT 都不同，有時候你會有很強烈的感受、想法、和不愉快的記憶，但這些感受時間相當短暫。同樣的，在課程中，你也可能會感到放鬆和平安及正向的感受。
- 要記住，攜帶讓你可以躺得舒服的用品。

### GRMT 理論在精神心理的理論的關係？

- 當我們經驗到壓力、困境、及創傷時，我們會將心理不愉快的感受和身體的感覺，與這些不好的經驗意識相連結。
- 隨著時間，我們開始習慣於抑制我們的呼吸來控制或壓抑我們的不舒服的感覺、感受和情緒。
- 壓抑或避免身體的影響(例如：心理感受和身體感覺)，會不利於我們心理健康和安適，特別會讓認知、情緒、和行為的彈性降低，造成憂鬱和焦慮的症狀。

### How does healing happen with GRMT?

GRMT 的療癒包含：involves two important components: 激活和整合 Activation and Integration

- 激活(Activation)
  - 激活涉及到將我們的身體的感受和感覺帶到我們的意識覺知中，使我們接觸到我們的感覺和感受的內在經驗。而我們最感興趣的感覺通常是接觸到我們生活中所遇到的困難，而想要去逃避或壓抑
  - 在 GRMT 練習完全的呼吸，不以抑制的方法去激發我的感覺和感受，GRMT 呼吸幫助你變得更能覺知你身體的感覺和情緒。
- 整合
  - 整合是當你經驗到你正念接受狀態和放鬆的身體的感覺和感受時，GRMT 正念特別作用在身體的經驗
- 當你練習 GRMT，你將感受到激活和整合的過程。你將能了解這二者是如何發生的，激活的過程有時會不太舒服，而整合的過程，會讓你感受到接受、清晰、自由及平和。

感恩您參與本研究

## 附件五

### 以正念為基礎的自我照顧 五週課程



#### 團體目的與特色：

正念(Mindfulness) 並不是指正向積極思考、端正的念頭或正直的念頭，而是指對當下以非評價的態度，保持專注與清清楚楚的覺知，從中涵養出面對與處理事物的品質與深度。

透過正念團體可以學習到如何放鬆身心，處理壓力，培養覺察力。以呼吸為生活定錨，以及重新建構和身體的關係，學習照顧自己，讓自己能於真實生活中看清事物真實的狀況後做出合宜的選擇與反應。團體特色包括：正念覺察練習、正念伸展、團體分享討論、回家作業練習等。

#### 團體介紹：

團體共有五週，每週一次，除第一週為 3 小時，其他週每次 2 小時。課程中，學員學習培養覺察力的方法，並討論如何以正念面對、處理生活中的壓力、變化起伏與困境。課後需學員落實家庭作業。

團體進行方式：採用上課、練習、分享討論。

#### 課程內容：

上課時間:每周二下午 18:00-20:00 在靜心閱讀空間

時間	課程主題	內容活動
第 1 週 (3/27)	正念簡介與體驗	相見歡、團體公約說明、打破自動化導航、正念葡萄乾
第 2 週 (4/3)	身體的覺照	正念呼吸、觀呼吸與身體、身體掃描、三分鐘呼吸空間
第 3 週 (4/10)	正念動作與伸展	正念伸展與正念漫步
第 4 週 (4/17)	正念聆聽與溝通	艱辛事件的正念、正念傾聽與溝通
第 5 週 (4/24)	正念生活	生活中的正念、圓緣

附件六

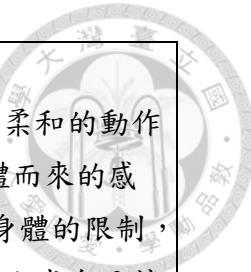
五週正念介入 (MBI) 主要課程內容



課程 名稱	課程 時間	目的	指導語步驟
正念 吃一 顆葡 萄乾 a	10-20 分	從自 動導 航中 清醒	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 準備好時，拿一顆葡萄乾，將它放在手掌，將注意力帶到注視手上的葡萄乾....，用眼睛探索這顆葡萄乾，就像從未看過這個東西一樣....，帶著全心全意，仔細認真地觀看....。</li> <li>2. 留意光線如何照這顆葡萄乾....，有任何陰影，表面上的隆起和凹陷，有些部分晦暗，或是有光澤....讓自己透過眼睛，全然探索這顆葡萄乾....也許用拇指和食指將它拿起，翻轉一下，從不同面向探索。</li> <li>3. 此時，有任何念頭跑進來你的腦海，像是：『我正在做一件怪怪的事』或『這樣做意義何在？』之後就只注意到這個念頭，並盡你所能的，將覺察帶回看著葡萄乾的經驗本身。</li> <li>4. 當你握著葡萄乾時，將全部注意力放到觸覺，感覺它....</li> <li>5. 當你準備好時，將葡萄乾送到你的鼻子前方，握著它，吸氣，覺察你所留意到的一切....</li> <li>6. 慢慢的拿起這顆葡萄乾，準備將它放進你的嘴裡，覺察當你的手臂移動時，手臂的感受....注意你的手和手臂如何精確地知道，如何將這顆葡萄乾放入嘴巴，如果你願意，或許這個時候閉上眼睛。</li> <li>7. 將葡萄乾放入嘴巴，留意舌頭是否觸碰到它....將它放到你的舌頭，讓他在嘴裡，但先不咀嚼，留意在嘴裡的任何改變....任何感受。</li> <li>8. 準備要吞嚥時，看看是否能夠發現自己開始要吞下的意圖，因而能夠實際上準備要吞嚥時，帶著覺察體驗此刻的一切。</li> <li>9. 最後，跟著任何吞嚥的感受，感覺葡萄乾進入胃，留意在吞下去之後，嘴巴是否有葡萄乾的感覺。</li> <li>10. 如果你是閉著眼睛，請打開眼睛，注意力再回到這個房間。</li> </ol>

身體 掃描 a	45 分	引導 注意 力， 維持 注意 力， 轉移 注意 力	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 躺下，找到舒適的姿勢，背躺在地板的墊子或毯子上，在這個地方，你感到暖和，不被打擾，輕柔閉上眼睛。</li> <li>2. 花一點時間，感覺你的呼吸律動和身體感受。當你準備好時，將覺察帶到身體的感受，特別是身體與地板接觸或受壓的感受。每次吐氣，讓自己將重量放下，好像有一點點沉入墊子或床裡。</li> <li>3. 提醒自己這個練習的動機，它的目標並非要去產生任何特別的放鬆或安靜的感受，而是當你將注意力依序放在身體的每一個部位時，盡可能地去覺察任何出現的感受。</li> <li>4. 現在請將覺察放到下腹部的感受，在你吸氣和吐氣的過程中，覺察腹部表面的變化，花幾分鐘的時間，感覺你吸氣和吐氣時所產生的感受。</li> <li>5. 覺察腹部後，將注意力往下移動到左腳，左腳趾。依序專注在左腳趾頭，感受它……接著腳底腳背腳跟小腿小腿外側右腳骨盆背部胸腔手指手掌手臂肩膀脖子頭臉</li> <li>6. 在每個部位，盡你所能的將同樣細緻的覺察和溫柔的好奇，帶到該處所出現的感受。</li> <li>7. 覺察到張力或是身體特定部位的強烈感受，你就將空氣『吸進』這個部位，運用吸氣，溫柔的將覺察直接帶入這個感受，之後在呼氣時，盡你所能，放下或釋放這個感受。</li> <li>8. 無可避免的，我們的心會一次又一次從呼吸和身體游移開來。這是完全正確的。這就是心會做的事情。……留意到心跑到什麼地方，再溫柔的將注意力帶回到你試著要聚焦的身體部位。</li> <li>9. 用這個方式掃過整個身體之後，花幾分鐘覺察身體的整體感受，覺察呼吸自由地在身體流進流出。</li> <li>10. 如果你會睡著，或許可以嘗試用枕頭將頭部支撐住，並且張開眼睛來練習，或用坐直的方式練習。也可以試試看，在一天的不同時間練習。</li> <li>11. 寫下身體上的感受，經驗到什麼樣的情緒或感覺。</li> </ol>
正念	10 分	覺察	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 找一個舒適的坐姿，讓背保持直立，有尊嚴和舒適的</li> </ol>

呼吸 a		<p>姿勢，不要太過僵硬，但這樣的姿勢能夠具體展現你此刻存在與覺醒的意圖。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. 將覺察帶到身體的感受，將注意力聚焦在地板，墊子椅子接觸或產生壓力的感覺，用一二分鐘來探索一下這樣的身體感受，就如同身體掃描中所做的。</li> <li>3. 將覺察力放到腹部，感受到呼吸進出身體時，這個部位身體感受的變化。</li> <li>4. 當你的肚皮隨著每次吸器而上升時，把覺察放在微微伸展的感受上，....吸氣時，隨著空氣進入身體整個過程中，盡可能的覺察下腹部身體感受的變化。呼氣時，覺察空氣離開身體的整個過程中腹部的變化。你或許注意到吸氣之後和下一次呼吸之間有個短暫停頓，同樣的，留意呼出空氣和下一個吸入之間的微微停頓。</li> <li>5. 沒有必要用任何方式控制呼吸，就只是讓呼吸自然進行，盡你所能，將這樣的態度帶到往後的經驗。讓你的經驗成為經驗，不必將它變成其他樣子。</li> <li>6. 遲早你的心就會從下腹部呼吸，游移到各種念頭計畫白日夢到處漂流，不知道會跑到哪裡。這完全沒問題，這就是心會做的事，這並非錯誤，也不是失敗。當你注意的覺察已經不在呼吸上，溫柔的恭喜自己，你的注意力已經回來了，並且一次覺察到你的經驗。</li> <li>7. 雖然你經常注意到，你的心又跑掉了，每一次當你重新連結到當下的經驗時，恭喜你自己，溫柔的把注意力帶回到呼吸，只要重新開始，隨著每一次的呼氣和吸氣，覺察身體感受的變化就可以了。</li> <li>8. 當你所能，將仁慈的品質帶入覺察，或許可以將每一份心，當作一次機會，能夠將耐心和溫柔的好奇心，帶入你的經驗。</li> <li>9. 把呼吸當作一個定錨，每一次只要發現心已經跑掉了，沒有跟隨著腹部的起伏，你就溫柔的讓自己回到此時此刻，跟隨著呼吸。</li> </ol>	
正念 伸展	10 分	愛護 你的	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 找到一個地方，能夠赤腳或穿襪子，雙腳站立，張開約與臀部同寬，雙膝放鬆，讓腿可以輕微彎曲。兩腳</li> </ol>



a		身體	<p>掌平行。</p> <p>2. 提醒自己這項練習的用意：在你做一系列柔和的動作時，盡可能的覺察身體的感受和透過身體而來的感覺，每一時刻，盡你所能尊重並探索自己身體的限制，放下任何想超越自己的限制，以及想跟他人或自己競爭的意圖。</p> <p>3. 接著，隨著呼吸伸展身體每一個部位。</p>
三分鐘呼吸空間 <sup>a</sup>	3分	將散亂的心集中，離開自動導航	<p>1. 預備：無論是坐著或站著，開始時刻意的採取端正有尊嚴的姿勢。可以的話，閉上眼睛。接著，各用一分鐘的時間，引導自己進行以下個步驟：</p> <p>2. 步驟一：覺察：將覺察帶到的的內在經驗，問自己：我此刻的經驗是什麼？</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 哪的內心出現了什麼念頭？</li> <li>◆ 現在有什麼樣的感覺？</li> <li>◆ 現在有什麼樣的身體感受？</li> </ul> <p>3. 步驟二：集中：把注意力重新對焦到呼吸本身帶來的身體感受。</p> <p>4. 步驟三：擴展：將覺察範圍從呼吸向周圍擴展，讓覺察延伸到整個身體的感受，你的姿勢和面部表情。如果覺察到任何不舒服，緊張或抵抗的感受，透過吸氣，將你的覺察帶往那裡，然後柔軟而開放的把空氣從這些感受的部位拉出來。</p>
正念走路 <sup>a</sup>	10-15分	覺察力	<p>1. 找一個你可以來回走動的地方，可以步行的距離約 5-10 步之間。</p> <p>2. 站在路徑一端。雙腳平放，大約相距 10-15 公分，放鬆膝蓋，手臂在身體二側自然下垂，也可以二手輕握，放在身體前方，視線柔和向前平視。</p> <p>3. 覺察焦點放在雙腳的底部，覺察雙腳和地板接觸時身體的直接感受，覺察身體的重量透過大腿，雙腳傳遞到地板的感覺。</p> <p>4. 開始的時候，用比平常還要慢的速度走路，讓自己有更多機會全然的覺察步行的感受。</p>
慈心禪 <sup>b</sup>	30 分	自我慈悲	<p>1. 將注意力移至呼吸，正常而自然的呼吸，吸氣時，知道吸氣，呼氣時，知道呼氣。只是覺知呼吸。</p>



			<ol style="list-style-type: none"> <li>2. 把慈心送給自己，花時間對每個句子打開心門： 『願我安全，願我健康，願我身心自在，願我安詳』</li> <li>3. 把慈心送給他人（恩人，老師，鼓舞過你的人）</li> <li>4. 把慈心送給家人或朋友</li> <li>5. 把慈心送給陌生的人</li> <li>6. 把慈心送給難纏或有仇敵的人</li> <li>7. 把慈心送給天災或戰爭中的人</li> <li>8. 把慈心送給一切眾生</li> </ol>
正念溝通 <sup>b</sup>	30 分	增進人我關係	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 三人一組，二人面對面，一人說話，另一人傾聽，第三位觀察兩人的對話，閉上眼睛，觀想，注視並和人互動。</li> <li>2. 運用六種人我關係特質，與他人連結： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 開放：打開心門，迎接對方的觀點</li> <li>◆ 同理心：認識對方的感受</li> <li>◆ 悲心：理解他人，想要減輕對方的痛苦</li> <li>◆ 慈心：觀想對方是自己的親人</li> <li>◆ 隨喜：為別人的幸福感到高興，喜樂</li> <li>◆ 平等心：了解一切生命的相互依存性。</li> </ul> </li> <li>3. 正念聆聽：注意自己是否有等對方的話說完，都不插嘴，自己的心是否開始渙散，想著你待會兒要做什麼事，或升起宿願，一旦如此，只要知道即可，刻意的重新注意聆聽。</li> </ol>

<sup>a</sup> 出自石世明譯（2016）走出憂鬱與情緒風暴-八週正念練習。台北：張老師文化。

<sup>b</sup> 出自雷叔雲譯（2012）減壓從一粒葡萄乾開始-正念減壓療法練習手冊。台北：心靈工坊。