

# 靈氣和音樂介入對助人工作者負向情緒調節與專業枯竭之成效\*

劉庭瑜

劉奕蘭

國立陽明交通大學  
健康心理中心

國立陽明交通大學  
教育研究所

專業枯竭是普遍存在的社會現象，其影響深遠和廣泛。研究方向從探討原因朝向因應策略發展，並指出個體主動採取因應策略將可預防和改善枯竭情形。雖然國外普遍認為靈氣可作為因應策略，且能改善個體健康，但國內相關的研究卻寥寥無幾。有鑑於此，本研究旨在探討遠距離靈氣介入對助人者專業枯竭與負向情緒調節的成效。本研究的實驗設計採單盲和隨機分組，共招募 30 名新竹市大專校院的助人者為研究對象，分為實驗組和控制組，實驗組的介入策略為遠距離靈氣和音樂，控制組為音樂，每次 30 分鐘，每週一次，共八週，並在每次介入前後填寫專業枯竭量表與負向情緒調節預期量表。經介入後採 24 名有效樣本進行資料分析，每組 12 名。本研究發現如下：

（1）實驗組接受八週介入後，其整體專業枯竭、整體負向情緒調節預期及相關分向度均獲得顯著改善；控制組則無；（2）實驗組相較控制組在整體專業枯竭與負向情緒調節預期的兩個分向度之成效為佳，且達顯著差異。但專業枯竭的三個分向度與整體負向情緒調節預期則無，而實驗組在每週的改善幅度均較控制組佳。本研究結論為遠距離靈氣為降低助人者專業枯竭風險的有效策略，並能提升調適負向情緒的自信程度。根據研究結果提出靈氣的應用價值與對未來研究的建議。

**關鍵詞：**專業枯竭、遠距離靈氣、負向情緒調節預期、助人工作者

---

\* 通訊作者：劉奕蘭，ylliu@mail.nctu.edu.tw。

近年來，專業枯竭現象持續受到研究人員與大眾的重視，並成為全球普遍存在的社會議題（Schaufeli & Buunk, 2003）。枯竭的研究從探討定義、發生原因、影響層面等，朝向因應策略和預防措施發展（Schaufeli et al., 2009）。Shirom（2003）指出組織層面的介入實施起來複雜，需要更高成本。若個體採主動的因應壓力策略可降低枯竭現象（Maslach et al., 2001）。而臺灣研究專業枯竭的文獻數量穩定增加，但僅有一篇個人層面的介入策略（洪瑞斌，2013）。

專業枯竭是壓力症狀並影響心理健康與專業能力，尤其在需要高度情緒要求及人際互動的環境，情緒耗竭將導致低效能的團隊合作與工作表現（Volpe et al., 2014）。而專業枯竭與過低的情緒調節效能有關（Maslach & Jackson, 1981）。其中，負向情緒調節預期（generalized expectancies for negative mood regulation, NMR）可預測個體是否會因工作壓力與適應不良而產生專業枯竭（Mearns & Cain, 2003）。有鑑於預防勝於治療的觀點，探討改善助人工作者專業枯竭與負向情緒調節預期的介入策略是重要的，亦是臺灣現況較缺少的研究面向。

改善枯竭的介入策略，主要分為專業治療與組導導向，雖然研究顯示這兩類的介入策略有效，但改善幅度卻偏小（Panagioti et al., 2017）。隨著社會經濟改善，Thomas 與 Coleman（2004）指出，個體使用輔助與另類醫學（complementary and alternative medicine, CAM）的意願提高，而靈氣（Reiki）便是其中的一種。靈氣是能量療癒治療（energy healing therapies）中的生物場療法（energy healing therapies），是影響環繞身體能量場的治療方式（Miles & True, 2003）。國外研究靈氣的文獻截至 2008 年共發表 485 篇，但多數為單一個案的描述性研究，缺乏控制組和嚴謹實驗控制的量化研究，仍難以推論靈氣是否具顯著成效的真實性（vanderVaart et al., 2009）。因此，採嚴謹實驗設計來探討靈氣對助人者專業枯竭和負向情緒調節預期之成效值得深入探討。本研究所關注的「助人者」涵括第一二級助人者，並以研究者較熟悉的職業為主，包含了諮商心理師、社會工作師、輔導人員、全職諮商實習生、全職臨床實習生、教師與行政助理等。

### （一）助人者的專業枯竭

專業枯竭是二十世紀的一個重要概念，隨工業社會轉型服務經濟後，成為人與人之間的普遍性經驗（Schaufeli et al., 2009）。專業枯竭是多個症狀組合成的症候群，其涵義為失敗感、疲累，在能量、體力和資源的需求上感到精疲力竭，並伴隨生理、心理與行為的改變，如失眠、頭痛、易怒、哭泣、離職等（Freudenberger, 1974）。洪瑞斌（2013）指出，專業枯竭的理論可分三大類。其中，資源保存論指個體有努力保留、保護與建立資源的傾向；當感到這些具價值的資源發生潛在或真實損失的威脅時，因失去平衡而引發壓力（Hobfoll, 1989）。該理論的「資源」指人們重視或可幫助他們實現心中渴望的東西，共分四大類，能量資源為其中之一。靈氣為改變身心狀態的能量療癒治療，本研究將之定義為能量資源，欲探究個體接收靈氣獲得能量資源後，對專業枯竭的改善成效。

助人者因耗費許多心思與時間協助服務對象處理心理、生理或社交方面等問題，是專業枯竭的高危險群（Brotheridge & Grandey, 2002）。專業枯竭對專業表現有負面影響（羅寶鳳、陳麒，2020）。當需要高度情緒要求及人際互動的環境時，其情緒耗竭與低工作成就感變得明顯（Volpe et al., 2014）。若未即時發現或採取因應措施，將不堪負荷離職或造成身體損傷。因此，探討改善助人者專業枯竭的因應策略深具價值與意義。

### （二）情緒調節

情緒調節是改變情緒的一種機制，有助於個體在不同情境時調整情緒以符合個人需求，進而適應環境與作出改變（Gross, 1998）。Zapf 等人（2001）發現情緒性工作使個體產生工作壓力與情緒不協調的情況，造成情緒耗竭與去人性化的現象。當個體為了符合期許以達到工作目標時，需耗費大量的情緒能量，進而產生專業枯竭現象（Jackson et al., 1986）。

吳宗祐與鄭伯壘（2006）將情緒勞動形式區分為正向情緒表達和負向情緒克制兩種調節策略，個體使用負向情緒克制調節策略需兼顧外在情緒表達與內在情緒調整，相較正向情緒表達來說，更為耗費心力。個體調節情緒時，以資源保存論來說是消耗能量的過程，若調節效果不如預期，將產生耗竭感，尤其是調節負向情緒會更為困難（Sutton & Harper, 2009）。情緒調節預期由 Franko 等

人（1985）提出，指個體藉由行為或想法來緩解負向情緒狀態或促使正向情緒狀態的發生。負向情緒調節預期（generalized expectancies for negative mood regulation, NMR），指個體評估自己能否減緩負向情緒狀態之能力的信念，包含對情境與行為的預期，是個體對解決問題與行為效益的自我期待（Catanzaro & Mearns, 1990）。負向情緒調節預期可預測個體是否因工作壓力適應不良而產生專業枯竭，負向情緒調節預期較高者發生專業枯竭的機率較低（Mearns & Cain, 2003）。當個體對因應壓力所造成的負向情緒之能力越有自信時，越能主動採取主動因應，越不易產生專業枯竭（Kim et al., 2009）。

### （三）靈氣

隨著社會進步，人們希望能自主維護身體健康的想法，使得輔助與另類醫學（complementary and alternative medicine, CAM）蓬勃發展，有別於以治療疾病為導向的醫療方式，輔助與另類醫學以照顧身心靈的全人健康（whole person wellness）為理念，協助人們在身體、心理與精神各層面更為健康，進而提升生活品質（張懷陸、張曉雲，2008）。人們使用輔助療法來維護健康的現象在2007年達到巔峰，雖然2012年有所減緩，但降幅相當微小，顯示其仍受到社會大眾的青睞並被持續使用（Clarke et al., 2015）。靈氣（Reiki）是輔助與另類醫學療法中的其中一種，屬於能量療癒治療（energy healing therapies）的生物場療法（biofield therapies）。生物場療法指能夠影響環繞身體能量場的療法，如氣功和靈氣（Miles & True, 2003）。

靈氣的概念由臼井甕男（Dr. Mikao Usui）先生提出，以Rei和ki兩個字組成，Rei指宇宙的，Ki指生命力或能量，被定義為宇宙天地間的能量，透過靈氣執行者（Reiki practitioner）或靈氣師父（Reiki teacher）成為宇宙能量的傳送管道，將之提供給其他個體或自己，使接收者補充能量與促進身體的自癒力（Anderson & Wolk-Weiss, 2008）。靈氣是以能量為基礎的接觸治療（healing touch therapy），能帶來生命力能量或稱為氣（Chi），可在人體的能量場上充電、再調整、與重新平衡，創造出身體自然療癒系統所需的最好狀態（Vitale, 2007）。靈氣是一種生命能量，當能量在身體裡流動，將使細胞和組織運轉，但隨著生活壓力與時間的流逝容易產生阻塞，導致能量減弱，而補充生命能量將能重新平衡身心狀態並提高身體的自我修復功能（王琮賢、黃孔良，2015）。靈氣的研究對象相當廣泛，以癌症患者居多，同時擴展到一般社會大眾，且應用在不同年齡層，包含了老年人、中年、青少年、孩童、幼兒與新生兒等（Erdogan & Cinar, 2016; Radziewicz et al., 2018; Thrane et al., 2017; Zucchetti et al., 2019）。整體而言，靈氣的功能包含了恢復人體自然的能量平衡，維持人體自癒力，促進深層放鬆，產生祥和幸福感，強化免疫系統，減輕疼痛與壓力，改善慢性小病痛，疏通身體堵塞的能量，重新建立心靈平衡和精神安樂，廣泛應用於不同層面及年齡（Honervogt, 2006）。

靈氣的施行相當簡易，任何時間、地點，無論行、住、坐、臥、等車、或談話時，只要將手放在身體任何部位，放鬆並保持覺知，隨即能與宇宙能量有所連結。靈氣是治療的藝術，且不需加入任何組織，涉入任何膜拜儀式，或信奉特定的宗教（荷田，2006）。靈氣也是能量醫學，能安定心神，提升生命力，改變舊有模式，提升覺知及感受能力，並帶來輕鬆感（Anderson & Wolk-Weiss, 2008）。點化儀式是靈氣師父以古老的藏傳技巧，將能量傳給被點化者，並使用秘傳的靈氣符號和詞語以啟動被點化者體內的療癒管道，使宇宙生命能量經由頭頂進入被點化者身體裡的脈輪能量中心，再從雙手出來（Honervogt, 2006）。McManus（2017）指出透過靈氣師父級者以點化儀式（attunement）幫助靈氣學習者開啟身體的能量通過，來達到不同級別的靈氣施作能力，雖然此觀點受到懷疑並有靈氣治療是安慰效應（placebo effect）的說法，但1998年至2016年已發表的靈氣和安慰效應的英文文獻中，共13篇文獻符合以下條件：（1）手輕觸的靈氣形式；（2）以偽靈氣做為對照控制；（3）發表於具同儕審查制的期刊和排除碩士和博士論文；（4）超過20位以上的參與者以提高統計解釋力，其中有八篇研究指出靈氣成效優於安慰效應，有四篇顯示沒有差異，但其統計解釋力是可疑的，只有一篇顯示靈氣沒有優於安慰效應。整體而言，個體的靈氣施作能力經點化儀式後被開啟，而靈氣具有其成效，並非僅是安慰效應而已。

靈氣的研究成果在臺灣僅查詢到兩篇實驗研究、一篇陳述性文獻。國外研究靈氣的文獻雖為數不少，但僅有12篇文獻具備嚴謹的實驗控制之量化研究，其中的三篇探討靈氣對心跳、中風等身



體症狀的成效，剩下的九篇則探討對焦慮、憂鬱等心理症狀的改善成效；然而，使用品質評量表（Jaded Quality Score）評估後認為靈氣能否產生顯著的治療效果尚未獲得足夠的驗證（vanderVaart et al., 2009）。Baldwin 等人（2010）指出多數靈氣學習者將靈氣運用在自我照顧上，缺少和機構合作或是跨領域間的研究機會，導致缺乏相關主題的研究與具意義的統計解釋文獻。上述現象隨著靈氣更廣泛的運用在醫療和護理照顧上而獲得改善，但缺少資金支付參與者將影響研究數量的增加速度。相較國外研究靈氣的盛行風氣，國內的靈氣研究文獻則是寥寥無幾，除了上述原因外，推測原因可能是現今尚無可直接測量到靈氣存在的儀器，證實靈氣成效的實驗過程較為耗時與困難。除此之外，國內健保制度使民眾僅需繳納微薄的健保費即可獲得醫療照護，相較國外需支付較為高額的醫療費用，民眾更有意願選擇價格平實的輔助療法。

靈氣的實行方式有以手輕觸個案身體或無須觸碰個體的遠距離靈氣（Anderson & Wolk-Weiss, 2008）。多數的靈氣文獻以觸碰式為主，而遠距靈氣文獻相當缺少（McManus, 2017）。由於 Gutheil 與 Gabbard（1993）提出治療時的觸碰可能造成治療者與患者產生移情和反移情效應，使雙方自我界線產生混淆。因此，本研究認為使用遠距靈氣形式進行介入較為適切，可減少觸碰導致對成效評估的影響。Pignotti 與 Thyer（2015）建議研究設計應以適當的對照方式作為控制組，較不傾向以假觀點（placebo condition with sham points）的安慰組，以避免因缺乏人道考量與研究倫理而損害研究對象權益。有鑑於國內研究量及國內外文獻標準實驗設計文獻偏少的現象，研究者認為宜著重實驗設計嚴謹度，採標準化流程進行，使用量表測量個體接受靈氣前後的成效以提高研究結果的正確性，如此對靈氣研究領域深具重要意義。除此之外，根據過去文獻發現，靈氣介入的受試者數量通常落在 15 至 40 位之間，樣本數在 30 位以上較可達到顯著水準與檢定力（鍾燕宜等人，2014；Bremner et al., 2016; vanderVaart et al., 2009）。故本研究認為至少招募 30 位受試者，每組人數 15 人較為適切。

受試者每次接受介入均需完成前後測，若完成單次介入實行時間較長，容易降低參與意願和招募不易。研究指出靈氣每次施行 25 ~ 45 分鐘，每週一次，持續八週到十二週便可獲得成效（Thrane & Cohen, 2014）。故本研究採每次 30 分鐘，每週一次，共八週的實施頻率進行介入。因受試者為中低程度以上專業枯竭者，且交通往返需花費時間與心力，若無接受介入恐有影響其權益的疑慮，故靈氣安慰組並不適用本研究。若要達到具有嚴謹度之實驗設計的目的，需採實驗組和控制組的不同介入探討成效差異，故控制組採音樂介入，其特性為取得容易且獲研究指出具有改善身心的成效。

#### （四）靈氣、情緒調節與專業枯竭

個體持續處於專業枯竭時，將導致生理變化與發生心血管或其他疾病等不良影響，而自主神經系統為受影響的生理系統之一（May et al., 2015）。已有專業枯竭症狀的醫院健康照護助人者接受靈氣療程後，其體溫與正常心跳期間的標準偏差（standard deviation of the normal-to-normal interval, SDNN）皆顯著上升，而心率變異分析（heart rate variability, HRV）中的低頻參數（low frequency component, LF）則顯著下降，顯示個體在接受靈氣介入後有較佳的健康指標（Díaz-Rodríguez et al., 2011）。另一項研究指出個體在接收靈氣後，心跳與舒張壓皆有顯著的下降，此兩項生理症狀受自主神經系統（autonomic nervous system, ANS）影響，表示靈氣可影響生理上的自主神經系統（Mackay et al., 2004）。鍾燕宜等人（2014）指出服務業公司的員工在接受八週的靈氣介入後，其職業疲勞及自覺健康感皆有明顯改善。個體接收靈氣後可感到深度放鬆和擁有平靜和幸福感（Honervogt, 2006）。當處於放鬆和平靜狀態時，會產生正向情緒的神經網絡，若被持續增強時，會弱化原有的負向情緒神經網絡（Davidson & Begley, 2012）。故個體在接受靈氣後可改善因專業枯竭造成生理、心理和情緒上的不良影響。

個體可透過一些方式使情緒平穩，恢復身心平衡以擁有更佳的工作效能，如冥想、祈禱與靈氣等（Boyle & Healy, 2003）。而靈氣運用在心理治療上時，原本對夫妻關係感到憤怒、挫折和情緒化的個案變得平靜且感到更多自信，減少自責和恐懼，增進表達與溝通的順暢，進而改善夫妻關係（LaTorre, 2005）。上述與 Natale（2010）提出靈氣可使生物場重新恢復平衡，並將負向能量轉為正向能量，減少壓力或負向情緒影響的觀點相符合。不少研究已指出靈氣可改善術後疼痛、壓力、憂鬱和焦慮情形（Alarcão & Fonseca, 2016; Baldwin et al., 2017; Birocco et al., 2012; Chirico et al., 2017; Cueno et al., 2011; Erdogan & Cinar, 2016; Kurebayashi et al., 2016; Orsak et al., 2015; Shore, 2004;

vanderVaart et al., 2011; Vasudev & Shastri, 2016)。而靈氣也可提升癌症患者的幸福感，降低因患病造成的痛苦感（Rosenbaum & Van de Velde, 2016）。靈氣、專業枯竭與負向情緒間的關聯可從資源保存論思考。因個體具有保護或建立資源的傾向，資源不足時將導致生理和心理層面的失衡，產生專業枯竭。而負向情緒調節預期為個人資源，當負向情緒調節預期較低時表示資源不足，使專業枯竭更容易發生。當個體接收靈氣帶來的能量資源後將調整心理和心理層面的失衡，降低專業枯竭的發生，減少負向情緒。

## （五）研究目的與假設

本研究旨在探討靈氣能否顯著改善助人工作者的專業枯竭與負向情緒調節預期，為了達到此目的，本研究提出四項假設：

1. 助人者接受八週的靈氣和音樂介入後之專業枯竭顯著減少。
2. 助人者接受八週的靈氣和音樂介入後之負向情緒調節預期顯著提升。
3. 靈氣和音樂介入與音樂介入兩組之間對助人者專業枯竭的改善成效具有顯著差異。
4. 靈氣和音樂介入與音樂介入兩組之間對助人者負向情緒調節預期的提高成效具有顯著差異。

## 方法

### （一）研究對象

本研究以助人者為研究對象，範疇涵蓋了諮商心理師、社會工作師、輔導人員、諮商或臨床實習生、教師與行政助理等。本研究於 107 年 11 月起在新竹市大專校院公開招募有意願的助人工作者，透過其填寫的基本資料和問卷篩選符合條件者。研究對象的納入條件、排除條件與中途退出條件說明如下。

#### 1. 納入條件

第一、專業枯竭量表得分為 1.99—3.24 之間，此標準參考研究常模，為中低至高程度的耗竭狀態；第二、需意識清楚，自願參與研究並簽署知情同意書。

#### 2. 排除條件

第一、患有重大疾病且正接受醫療療程；第二、患有精神官能症且一年內曾急性發作兩次以上與病症明顯者；第三、懷孕期婦女；第四、對本研究成效的期待不在合理範圍內。

#### 3. 中途退出條件

受試者可隨時撤回同意或退出研究，研究者亦會向受試者了解與討論撤回或退出原因，若討論後受試者仍決定撤回時，研究者會尊重其決定，並銷毀該位受試者之研究資料，但需請受試者在研究進行期間對研究內容保密。

## （二）研究工具

### 1. 助人工作者專業枯竭量表

本研究採用國內學者蘇守謙翻譯自 Maslach 等人發展的助人工作者專業枯竭量表（蘇守謙，2000）。該量表共 22 題，分為三個分向度，分別為情緒耗竭、去人性化、個人成就感的降低。然而，該量表的枯竭常模較為久遠，且以國外助人者為對象，與國內大眾特性和工作環境有所差異，故參考謝忠勳的研究，採李克特氏五點量表，以該研究對象的整體倦怠得分平均值減去二分之一標準差與加上兩個標準差後的得分為 1.99 至 3.24 間，屬中低至高程度的枯竭狀態，以此篩選報名者（謝忠勳，2012）。此外，原量表各題項的感受頻率為時間和次數，如：每年幾次，並不適合探討受試

者在介入前後枯竭狀態的改變情形，故調整為「非常不符合、不符合、普通、符合、非常符合」，分別為 1～5。本量表以報名者前測資料進行信度分析，結果顯示量表整體和三個分向度——情緒耗竭、去人性化、個人成就感降低題項中的內部一致性信度（Cronbach's Alpha）分別為 .89、.86、.81、.76，具有相當高的內部一致性。

## 2. 負向情緒調節預期量表

本研究採用國內學者葉在庭翻譯 Catanzaro 與 Mearns 於 1990 年所編製的負向情緒調節預期量表（Generalized Expectancies for Negative Mood Regulation Scale, NMRS）（葉在庭，2001；Catanzaro & Mearns, 1990）。同時參考學者 Catanzaro 等人修訂之中文化的負向情緒調節預期量表（Wang et al., 2019）。本量表運用李克特式六點量表，共 30 題，分為兩個分向度，為情緒反應與認知行為。受試者根據題意，圈選最符合實際情況的選項，1～6 分別代表「完全不符合；相當不符合；有點不符合；有點符合；相當符合；完全符合」，總分越高，表示對調適負向情緒的能力越有信心。研究過程中，受試者回饋有少數題項語意不易判讀，及無相關生活習慣導致以猜測方式填答；考量上述情形將影響效度，故以因素分析法進行項目分析，刪除因素負荷量絕對值較低的題項，在刪除 4 個題項後，總量表和兩個分向度——情緒反應調適取向和認知行為調適取向題項中的內部一致性均有提升，分別為 .93、.89、.87，具有相當高的內部一致性。

### （三）實驗設計

本研究採前後測等組設計，其研究架構以分層隨機方式進行分組，分別為實驗組和控制組。實驗組的介入策略為遠距離靈氣和音樂；控制組的介入策略為音樂，無論是實驗組或控制組皆在執行介入過程播放音樂，以達到控制對照效果。若受試者在研究期間對其分配的組別提出疑問時，研究者皆統一回答下述內容：為避免事先知道組別導致心理因素影響成效，於研究期間無法告知，且兩組進程序相同，皆會播放音樂，差別在有無接受遠距離靈氣，當全部受試者完成介入後一個月會個別通知被分配的組別。

每位受試者在接受介入前均須填寫「專業枯竭量表」與「負向情緒調節預期量表」，以完成前測程序，作答所需時間約 10 分鐘。當進入介入策略的階段時，每位受試者每週接受一次介入策略，每次 30 分鐘，連續八週，而每一次接受介入策略前與後均須填寫「專業枯竭量表」與「負向情緒調節預期量表」，共計八次的前後測程序，其實驗設計如表 1 所示。

表 1  
實驗設計

組別	第一週	第二週到第九週	
	前測	前測	後測
R1	O1、O2	O1、O2	O1、O2
R2	O1、O2	O1、O2	O1、O2

註：R1 為實驗組，第二週到第九週接受「遠距離靈氣和音樂」介入策略。R2 為控制組，第二週到第九週接受「音樂」介入策略。O1 為專業枯竭量表。O2 為負向情緒調節預期量表。

### （四）實施程序

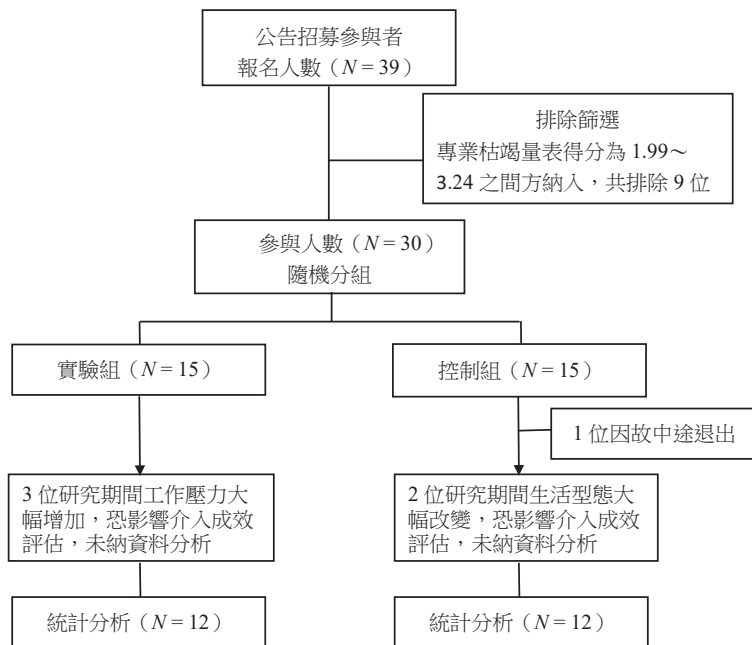
本研究在通過研究倫理審查後以公開招募和滾雪球方式，以網路公告尋求有意願參與之助人者；報名需填寫「個人基本背景資料」、「專業枯竭量表」與「負向情緒調節預期量表」。報名者專業枯竭量表的測驗結果為中低程度（含）以上者（得分為 1.99 至 3.24 間），即符合本研究正式受試參與資格。無論符合受試資格與否，均會聯繫報名者告知篩選結果。隨後，研究者邀請符合條件者於大專校院內一處安靜場地，以一對一的方式說明研究目的、進行方式與研究程序，同時了解受試者對參與此研究的期待，並確認其未符合排除條件後，方進行正式的研究邀請及取得受試者的知情同意書。實施程序說明如圖 1。

執行介入程序如下，在安靜可躺下的地板教室進行，開始前以噪音 APP 測量一分鐘平均分貝數，確認環境音量符合研究條件。受試者抵達現場後，先確認其無身體不適後再填寫量表，接著引導受試者採躺姿在鋪設軟墊的地板上。兩組的介入策略皆進行 30 分鐘，介入程序包含了先播放音

樂，然後以引導語協助放鬆，引導放鬆約進行 5 分鐘，無論哪一組，研究者在說完引導語後，皆會到受試者後方距離約 3 公尺處採坐姿閉眼方式執行介入，使受試者無法看到研究者動作而推測所屬組別，音樂長度為 30 分鐘，並在介入一開始持續播放到介入完成，即介入從放鬆開始到完成共 30 分鐘。在每次介入完成後再填一次量表，每週一次重複上述過程，共八週，最後一週的後測需另外填寫四題開放式題項以了解受試者的感受和建議，透過描述性文字的質性內容使研究資料更為豐富。研究期間，有兩名受試者因故無法繼續而退出，另五名受試者因生活型態大幅改變將影響介入成效的評估，最後採 24 名受試者資料進行後續分析。全部受試者完成介入後一個月，研究者以電子郵件個別說明其被分配的組別，以維護研究倫理權益。

研究過程採用的兩種介入策略皆由第一作者執行，第一作者已完成天使靈氣訓練並取得最高階師父級證書，而該靈氣學派的理論基礎之一為坊間蔚為主流的臼井靈氣；雖然坊間有不同靈氣派別而執行步驟略有不同，但主要施行步驟仍以臼井靈氣的內涵為基礎（Usui, 1999）。本研究實行靈氣介入包含下述三大步驟。首先，在閉上眼睛後，連接上靈氣能量，通常在幾秒鐘後會感到能量的流動，能量可能從頂輪或從手等不同部位進入，無論從哪個部位感受到能量都沒有關係；也可使用遠距離療癒符號連結能量；第二，接著透過觀想方式將靈氣以遠距離形式傳送給接收者，祈禱接收者因靈氣變得健康與恢復活力，並邀請靈氣能量指引接收者身體的那些部位需要能量，然後想像靈氣傳送至該部位；第三，當音樂停止時，表示進入結束階段並停止傳送靈氣，接著想像和接收者間的連結斷開，並感謝來自宇宙的支持和愛，在完成上述過程後輕輕喚醒受試者。

圖 1  
實施程序



### (五) 資料處理

本研究運用 SPSS 統計套裝進行資料處理和分析，將問卷的原始資料編碼登錄，因本研究受試者樣本數偏少，且兩組研究對象的常態性假設和變異數同質性假設未獲得支持，故以不受分配影響的無母數統計進行分析，包括：卡方檢定、曼－惠特尼  $U$  考驗（Mann-Whitney  $U$  test）和費雪精確檢定（Fisher's Exact Test）來分析受試者人口基本資料；以魏克遜符號等級考驗（Wilcoxon signed rank test）檢定接受介入前後的差異；以廣義估計方程式分析不同介入策略的成效差異。



結果

本研究假設助人者接受八週的靈氣介入後，其專業枯竭顯著減少與負向情緒調節預期顯著提升；且實驗組與控制組兩組之間的改善成效具有顯著差異，為使閱讀時易懂，下文起以靈氣組一詞代表實驗組，以音樂組一詞代表控制組，結果說明如下：

（一）研究參與者特性

本研究共分析 24 名受試者資料，包括 5 名男性（20.8%），19 位女性（75.2%）；年齡以 41—45 歲最多，共 8 名（33.3%）；教育程度以大學學歷最多，有 11 名（45.8%），其次為博士學歷，有 9 位（37.5%）；未婚或單身者有 13 名（54.2%）；職業以教師最多，有 14 名（58.3%）；助人年資最多的是 5 年以下，有 7 名（29.2%）（表 2）。本研究運用卡方檢定、曼－惠特尼 *U* 考驗和費雪精確檢定分析兩組受試者基本資料（表 3）。結果顯示靈氣組有 7 名博士學歷（58.3%），音樂組則有 7 名大學學歷（58.3%），而靈氣組 20 年以上助人年資者有 4 名（33.3%），高於音樂組 1 名（8.3%），為兩組基本資料有明顯差異處，整體而言，兩組經檢定後具同質性。

表 2  
受試者基本資料描述性統計摘要表

人口學變項	類別	人數 (N)	百分比 (%)
性別	男	5	20.8
	女	19	79.2
年齡	25 歲以下	4	16.7
	26—30 歲	3	12.5
	31—35 歲	0	0.0
	36—40 歲	2	8.3
	41—45 歲	8	33.3
	46—50 歲	3	12.5
	50 歲以上	4	16.7
教育程度	大學	11	45.8
	碩士	4	16.7
	博士	9	37.5
婚姻狀態	未婚／單身	13	54.2
	已婚	11	45.8
職業	教師	14	58.3
	輔導教師	3	12.5
	諮商師	2	8.3
	行政人員／助理／其他	5	20.8
助人年資	5 年以下	7	29.2
	5—9 年	6	25.0
	10—19 年	6	25.0
	20 年以上	5	20.8



**表 3**  
不同組別基本資料的人口學描述性統計摘要表與差異

人口學變項	類別	音樂組 (N = 12)		靈氣組 (N = 12)		檢定方式 <i>p</i>
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
年齡		38.75 ± 8.29		40.25 ± 10.56		0.347 <sup>1</sup>
性別	男	2	16.7	3	25.0	1.000 <sup>3</sup>
	女	10	83.3	9	75.0	
教育程度	大學	7	58.3	4	33.3	0.100 <sup>2</sup>
	碩士	3	25.0	1	8.3	
	博士	2	16.7	7	58.3	
婚姻狀態	未婚／單身	7	58.3	6	50.0	0.682 <sup>2</sup>
	已婚	5	41.7	6	50.0	
職業	教師	6	50.0	8	66.7	0.845 <sup>2</sup>
	輔導教師	2	16.7	1	8.3	
	諮商師	1	8.3	1	8.3	
	行政人員／助理／其他	3	25.0	2	16.7	
助人年資	5 年以下	3	25.0	4	33.3	.671 <sup>1</sup>
	5—9 年	4	33.3	2	16.7	
	10—19 年	4	33.3	2	16.7	
	20 年以上	1	8.3	4	33.3	

註：年齡為平均數 ± 標準差。

<sup>1</sup> 為 M-W *U* 檢定。

<sup>2</sup> 為卡方檢定。

<sup>3</sup> 為 Fisher's Exact Test。

## (二) 專業枯竭之改善成效

本研究以魏克遜符號等級考驗檢定兩組接受介入前後的成效差異。音樂組接受介入前後的專業枯竭與分向度「情緒耗竭」、「去人性化」與「個人成就感」的分數變化轉換成 *Z* 值為 -1.80、-1.43、-1.25、-.89，未達顯著 ( $p > .05$ )，顯示音樂組在八週介入後的整體專業枯竭及分向度無顯著差異。靈氣組接受介入前後的整體專業枯竭和分向度「情緒耗竭」的分數變化轉換成 *Z* 值為 -2.94、-2.81，達顯著 ( $p < .01$ )，另兩個分向度「去人性化」與「個人成就感降低」的分數變化轉換成 *Z* 值為 -2.55、-2.13，亦達顯著 ( $p < .05$ )，顯示靈氣組在八週介入後的整體專業枯竭及分向度均獲得顯著改善 (表 4)，故研究假設一成立。

**表 4**  
不同組別在「專業枯竭量表」前後測分數之 Wilcoxon 符號檢定分析表

測量變項		音樂組 (N = 12)			靈氣組 (N = 12)		
		<i>N</i>	等級平均數	等級總和	<i>N</i>	等級平均數	等級總和
專業枯竭	負等級	9	6.89	62.00	11	6.00	66.00
	正等級	3	5.33	16.00	0	.00	.00
	等值結	0			1		
	總和	12			12		
	<i>Z</i>		-1.80			-2.94	
	<i>p</i>		.07			.003**	

(續下頁)

表 4

不同組別在「專業枯竭量表」前後測分數之 Wilcoxon 符號檢定分析表（續）

測量變項		音樂組 ( $N = 12$ )			靈氣組 ( $N = 12$ )		
		$N$	等級平均數	等級總和	$N$	等級平均數	等級總和
情緒耗竭	負等級	6	6.92	41.50	10	5.50	55.00
	正等級	4	3.38	13.50	0	.00	.00
	等值結	2			2		
	總和	12			12		
	$Z$		-1.43			-2.81	
	$p$		.15			.005**	
去人性化	負等級	9	5.22	47.00	8	5.50	44.00
	正等級	2	9.50	19.00	1	1.00	1.00
	等值結	1			3		
	總和	12			12		
	$Z$		-1.25			-2.55	
	$p$		.21			.011*	
個人成就感下降	負等級	5	6.00	30.00	11	6.00	66.00
	正等級	4	3.75	15.00	1	12.00	12.00
	等值結	3			0		
	總和	12			12		
	$Z$		-.89			-2.13	
	$p$		.37			.033*	

註：負等級為介入後 &lt; 介入前，正等級為介入後 &gt; 介入前，等值結為介入前 = 介入後。

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

### （三）負向情緒調節預期之提升成效

音樂組接受介入前後的負向情緒調節預期與兩個分向度「情緒反應調適取向」與「認知行為調適取向」的分數變化轉換成  $Z$  值為 -1.49、-.63、-1.73，未達顯著（ $p > .05$ ），顯示音樂組在八週介入後的整體負向情緒調節預期及分向度無顯著提升。靈氣組接受介入前後的負向情緒調節預期與分向度「認知行為調適取向」的分數變化轉換成  $Z$  值為 -2.70、-2.91，達顯著（ $p < .01$ ），分向度「情緒反應調適取向」的分數變化轉換成  $Z$  值為 -2.40，亦達顯著（ $p < .05$ ），顯示靈氣組接受八週介入後在整體負向情緒調節預期及分向度均獲得顯著提升（表 5），故研究假設二成立。

表 5

不同組別在「負向情緒調節預期」前後測分數之 Wilcoxon 符號檢定分析表

測量變項		音樂組 ( $N = 12$ )			靈氣組 ( $N = 12$ )		
		$N$	等級平均數	等級總和	$N$	等級平均數	等級總和
負向情緒調節預期	負等級	4	5.00	20.00	2	2.25	4.50
	正等級	8	7.25	58.00	10	7.35	73.50
	等值結	0			0		
	總和	12			12		
	$Z$		-1.49			-2.70	
	$p$		.13			.007**	

（續下頁）

表 5

不同組別在「負向情緒調節預期」前後測分數之 Wilcoxon 符號檢定分析表（續）

測量變項		音樂組 (N = 12)			靈氣組 (N = 12)		
		N	等級平均數	等級總和	N	等級平均數	等級總和
情緒反應	負等級	5	6.20	31.00	2	4.25	8.50
	正等級	7	6.71	47.00	10	6.95	69.50
	等值結	0			0		
調適取向	總和	12			12		
	Z		-.63			-2.40	
	p		.52			.016*	
認知行為	負等級	3	4.50	13.50	1	2.00	2.00
	正等級	8	6.56	52.50	11	6.91	76.00
	等值結	1			0		
調適取向	總和	12			12		
	Z		-1.73			-2.91	
	p		.08			.004**	

註：負等級為介入後 &lt; 介入前，正等級為介入後 &gt; 介入前，等值結為介入前 = 介入後。

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

#### （四）靈氣組與音樂組介入的成效差異比較

##### 1. 專業枯竭

本研究以廣義估計方程式（Generalized estimating equation, GEE）探討不同介入對助人工作者專業枯竭和負向情緒調節預期的成效差異。本研究共介入八次，考量介入後需時間累積以產生成效，用間隔兩週的資料進行分析，比較兩組在前測、第一次後測、第三次後測、第六次後測與第八次後測的專業枯竭的成效差異（如表 6、表 7）。結果顯示，兩組之間整體專業枯竭和分向度「情緒耗竭」、「去人性化」、「個人成就感降低」的前測分數差異未達顯著（ $p = .87, .35, .48, .89$ ），顯示兩組間前測分數無顯著差異。音樂組的整體專業枯竭改善成效，在第八次後測達顯著差異（ $p < .05$ ）；但靈氣組每次的整體專業枯竭改善程度均高於音樂組，並在第八次的改善幅度顯著高於音樂組（ $p < .05$ ），表示隨時間變化，靈氣組的整體專業枯竭的改變幅度較音樂組佳，並在第八次達顯著差異。兩組在專業枯竭的分數趨勢如圖 2。而靈氣組在專業枯竭三個分向度的改善幅度均高於音樂組，但未達顯著差異，故假設三獲得部分成立。

表 6

不同組別在介入前後，專業枯竭的差異之廣義估計方程式分析表

參數	專業枯竭		
	$\beta$	SE	p
截距	63.33	2.67	< .001
組別	.58	3.57	.870
時間效果			
後測一	-2.33	1.86	.210
後測三	-2.33	1.92	.225
後測六	-3.91	2.29	.088
後測八	-4.33	2.13	.043*

（續下頁）

表 6

不同組別在介入前後，專業枯竭的差異之廣義估計方程式分析表（續）

參數	專業枯竭		
	$\beta$	SE	p
時間 x 組別			
後測三	-5.25	2.79	.060
後測六	-3.75	2.79	.179
後測八	-5.41	2.68	.044*

註：組別以音樂組為參照；時間效果以前測為參照。

\*  $p < .05$ .

表 7

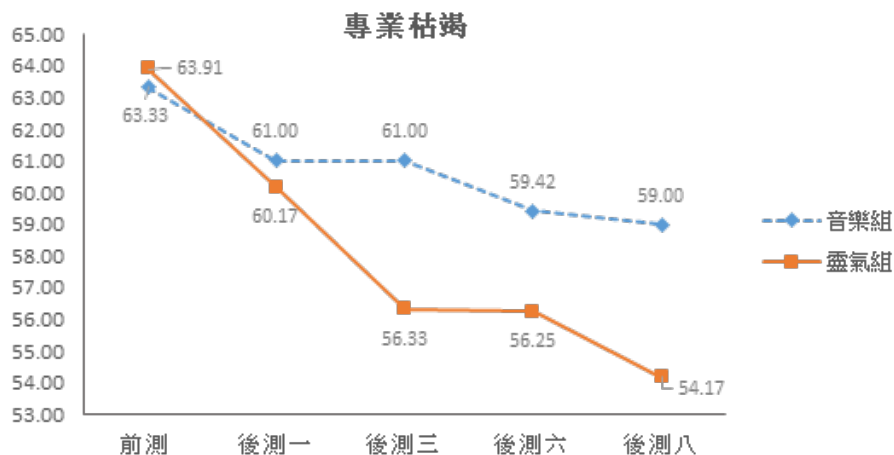
不同組別在介入前後，專業枯竭分向度的差異之廣義估計方程式分析表

參數	情緒耗竭			去人性化			個人成就感降低		
	$\beta$	SE	p	$\beta$	SE	p	$\beta$	SE	p
截距	28.25	.93	< .01	14.16	1.11	< .01	20.91	1.10	< .01
組別	1.83	1.80	.35	-1.08	1.54	.48	-.16	1.27	.89
時間效果									
後測一	-1.41	1.18	.23	-.58	.51	.26	-.33	.53	.53
後測三	-.83	1.24	.50	-1.00	.65	.12	-.50	.73	.49
後測六	-1.83	1.56	.24	-1.00	.73	.17	-1.08	1.07	.31
後測八	-2.41	1.36	.07	-.91	.71	.19	-1.00	.88	.26
時間 x 組別									
後測一	-.41	1.47	.77	-.66	.73	.36	-.33	.80	.67
後測三	-3.41	1.87	.06	-1.16	.91	.20	-.66	1.10	.54
後測六	-2.33	1.89	.21	-1.00	1.03	.33	-.41	1.35	.75
後測八	-3.08	1.72	.07	-1.66	1.00	.09	-.66	1.13	.55

註：組別以音樂組為參照；時間效果以前測為參照。

圖 2

靈氣組與音樂組在專業枯竭的分數趨勢圖





## 2. 負向情緒調節預期

兩組在前測、第一次後測、第三次後測、第六次後測與第八次後測的負向情緒調節預期的成效差異（如表 8、表 9）。結果顯示，兩組之間整體負向情緒調節預期和兩個分向度「情緒反應調適取向」、「認知行為調適取向」的前測分數差異未達顯著（ $p = .89, .68, .88$ ），顯示兩組前測分數無顯著差異。音樂組之整體負向情緒調節預期的提升在第一次後測達顯著（ $p < .05$ ）；而靈氣組每一次的提升程度均高於音樂組，但未達顯著差異。音樂組之情緒反應調適取向的每次後測無顯著差異，而靈氣組每次後測的提升程度均高於音樂組，且在第一次後測達顯著差異（ $p < .05$ ）。最後，音樂組之認知行為調適取向的提升在第一次後測達顯著（ $p < .05$ ）；而靈氣組每一次的提升程度均高於音樂組，並在第三次達顯著差異（ $p < .05$ ），故假設四獲得部分成立。兩組在情緒反應調適取向和認知行為調適取向的分數趨勢如圖 3、圖 4。整體而言，遠距離靈氣介入相較音樂介入在助人工作者的整體專業枯竭和負向情緒調節預期及分向度均有較佳的改善成效，且在部分後測達顯著差異。

**表 8**  
不同組別在介入前後，負向情緒調節預期的差異之廣義估計方程式分析表

參數	負向情緒調節預期		
	$\beta$	$SE$	$p$
截距	94.75	3.81	< .001
組別	-.66	4.87	.891
時間效果			
後測一	3.75	1.55	.016*
後測三	5.08	3.21	.351
後測六	2.75	2.17	.178
後測八	2.25	2.44	.114
時間 x 組別			
後測一	4.08	3.48	.241
後測三	6.91	3.57	.053
後測六	4.08	3.66	.265
後測八	4.08	3.75	.276

註：組別以音樂組為參照；時間效果以前測為參照。

\* $p < .05$ .

**表 9**  
不同組別在介入前後，負向情緒調節預期分向度之廣義估計方程式分析表

參數	情緒反應調適取向			認知行為調適取向		
	$\beta$	$SE$	$p$	$\beta$	$SE$	$p$
截距	46.50	2.08	< .001	48.25	2.30	< .001
組別	-1.08	2.67	.685	.41	2.90	.886
時間效果						
後測一	.50	.85	.558	3.25	1.14	.005**
後測三	1.16	1.71	.496	1.16	1.14	.309
後測六	1.83	2.07	.376	2.16	1.51	.153
後測八	1.83	1.95	.348	3.25	1.71	.058
時間 x 組別						
後測一	3.75	1.84	.042*	.33	1.99	.867
後測三	2.75	2.35	.243	4.16	1.65	.012*
後測六	1.33	2.36	.572	2.75	2.03	.177
後測八	1.91	2.27	.400	2.16	2.07	.295

註：組別以音樂組為參照；時間效果以前測為參照。

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

圖 3  
靈氣組與音樂組在情緒反應調適取向的分數趨勢圖

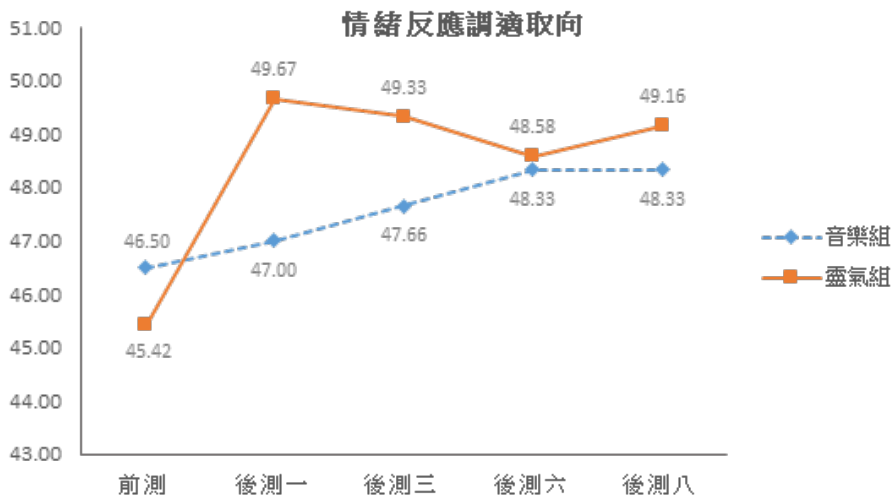
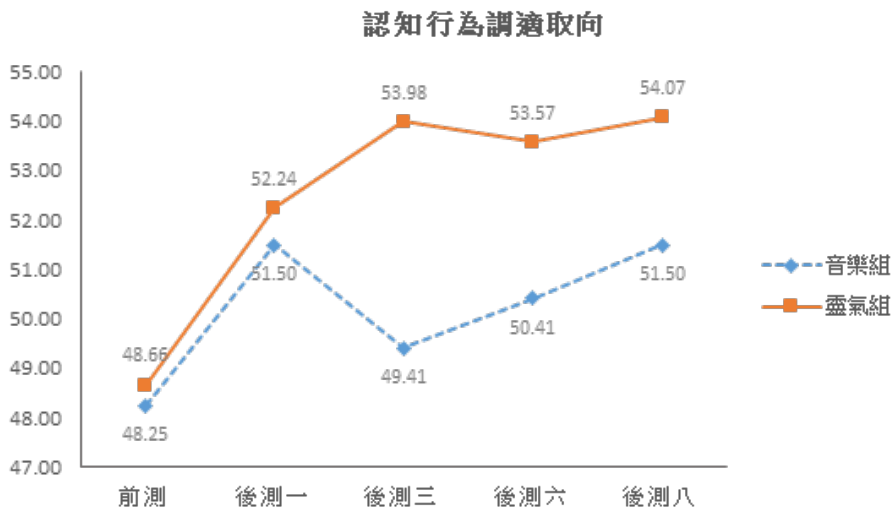


圖 4  
靈氣組與音樂組在認知行為調適取向的分數趨勢圖



### (五) 介入方案活動回饋分析

從上述資料分析結果發現，靈氣介入對專業枯竭與負向情緒調節預期確實存有顯著的效果，相較之下，音樂介入雖也有改善與提升效果，但效果相較不明顯。在第八次介入後，受試者需填寫每次介入前後的問卷外，也填寫了參與本研究後的心得與回饋，共有四題開放性題目，其描述與綜合分析如下：

#### 1. 透過八次的紓壓活動，個人知覺自己最大的改變

靈氣組受試者表示參與研究後的改變包含了「情緒更為穩定」、「更能同理他人與感同身受」、

「精神與體能上都有正面的影響」、「更主動觀察身體與情緒的變化」、「獨處時也能放鬆」、「睡眠品質與情緒都得到相當大的改善」，顯示在靈氣介入後，對於改善緊繃、情緒、壓力等有明顯助益，也符合資料分析結果一顯著改善專業枯竭與分析結果二顯著提升負向情緒調節預期。音樂組受試者的回饋包含了「能越來越放鬆」、「會試著看見自己做得好的一面」、「心情比較平靜」，顯示在音樂介入後，能使受試者達到放鬆情緒，感到更為正向的效果。

## 2. 透過八次的紓壓活動，個人最感到印象深刻的事

靈氣組受試者表示參與活動期間印象最深刻的是「感覺有一股力量在身體流動」、「深刻感受到輕鬆和滋養」、「感到半夢半醒與飄掉的感覺，但又可以清楚聽到周遭的聲響」、「原本工作中難解的題目在放鬆後有了靈感」。而音樂組受試者的回饋包含了「結束後，音樂還會環繞腦海」、「總是覺得很放鬆」。

## 3. 透過八次的紓壓活動，個人最大的收穫

靈氣組受試者表示參與活動最大的收穫是「心情變得更穩定與滿足」、「工作有壓力時比較容易想開一點和釋懷」、「會主動找方法來幫助自己改善煩躁的情緒」、「發掘頭腦思緒的放空有助於身體和心理的放鬆與充電」、「比較容易入睡」、「工作效率變佳」、「與他人相處更感到愉快」。而音樂組受試者的回饋包含「了解到放鬆與休息對自己的重要性」、「很需要好好紓壓和照顧自己」。

## 4. 其他感想

靈氣組受試者表示想補充表達的有「好奇是什麼讓自己的生活情緒有轉化」、「紓壓真的很重要，能幫助自己面對工作」、「有興趣進一步學習紓壓活動的方式與內涵」、「很享受過程，每次都覺得神清氣爽」。而音樂組受試者的回饋包含了「想要在工作場域推動這類活動」、「填寫問卷時，有些題目是雙重否定，可能有誤填與誤解的情形」。

# 討論與建議

## （一）研究結果討論

### 1. 助人工作者的基本人口學資料

研究結果顯示專業枯竭中低程度以上的受試者年齡 41 歲以上共有 15 位，佔全體的 64.5%，超過半數。此結果符合 Ahola 等人（2006）以 3424 位社會大眾所進行的專業枯竭調查，顯示專業枯竭會隨著年齡增加有上升的趨勢，尤其在 41 歲過後，以每 10 年為間隔時，有專業枯竭較為明顯上升的情形。個體的健康狀態隨年齡增加，其生理機能老化且有下降趨勢，若再發生專業枯竭將對其產生更不佳的影響，若個體主動採取有效與適當因應壓力策略，更有利維護身心健康。

### 2. 靈氣和音樂介入對助人者專業枯竭的影響

本研究假設一「助人者接受八週的靈氣和音樂介入後之專業枯竭顯著減少」獲得支持。參考過去文獻與本研究的實驗設計對照後，可發現下述促使假設成立的因素。首先，以資源保存論來看，個體因工作壓力可能導致資源失衡，發生專業枯竭，而靈氣是生命能量，一種能量資源，當個體接收靈氣後獲得資源，改善資源失衡所產生的專業枯竭。其次，靈氣是輔助與另類醫學療法中的生物場療法，其產生效果的機制為透過手以輕觸或遠距離形式將能量引導至個體的身體，使生物場重新平衡，進而增強個體自愈力與對壓力的抵抗力；藉由靈氣帶來的放鬆效果，可促進身體自我修復與調整自律神經功能，並增強免疫系統功能和產生腦內啡（Herron-Marx et al., 2008; Miles & True, 2003）。簡言之，個體接收靈氣獲得能量後，改變生物場與達到重新平衡的機制，使專業枯竭獲得改善。

最後，在介入策略的實行時間和週次方面，過去文獻，如 Shore (2004) 的研究，讓患有憂鬱與壓力的自願者參加每週 30—60 分鐘，共六週的靈氣放鬆可改善憂鬱和壓力情形；而 Richeson 等人 (2010) 發現 55 歲以上老年人接受每週 45 分鐘且實行八週的靈氣介入後，可明顯改善焦慮和身體疼痛感。另外，Rosada 等人 (2015) 亦指出社區心理衛生臨床醫生接受每週 30 分鐘的靈氣後相較靈氣安慰組在改善專業枯竭達到顯著差別。本研究參考過去文獻，採每次 30 分鐘，每週一次，持續八週的最基本實行時間進行介入策略，結果顯示個體在接收靈氣八週後可顯著改善專業枯竭。

### 3. 靈氣和音樂介入對助人者負向情緒調節預期的影響

本研究假設二「助人者接受八週的靈氣和音樂介入後之負向情緒調節預期顯著提升」獲得支持。研究者認為促使假設成立的因素包含以下幾點。首先，以資源保存論來看，負向情緒調節預期含有自我效能意涵，為一種個人資源，當個體企圖調節情緒但效果不如預期時，將使負向情緒調節預期降低，而接收靈氣可增加能量資源外，因負向情緒的改善，可減少個體因調節負向情緒導致的耗竭感，提高負向情緒調節預期。其次，研究指出靈氣可促進個體處於放鬆和平靜狀態，改善憂鬱和焦慮情緒 (Joyce & Herbison, 2015; Richeson et al., 2010; Shore, 2004; Yu, 2013)。以 Bowden 等人 (2011) 的研究為例，採隨機單盲控制組的實驗設計，以憂鬱或焦慮症狀的大學生為對象，實行每週 30 分鐘，共六次的靈氣後，靈氣組較控制組在改善情緒與自我健康感有更明顯的效果。故個體接收靈氣後改善負向情緒，其負向情緒調節預期則隨之提高。

最後，靈氣可降低壓力，當使用遠距靈氣在軟體專業人員身上時，可降低其感受到的壓力情形 (Vasudev & Shastri, 2016)。相似的結果也在另一個研究被證實 (Cueno et al., 2011)。而負向情緒調節預期是個體評估在壓力情境時，調整負向情緒的信心程度 (Catanzaro & Mearns, 1990)。換言之，壓力越大時，信心程度可能會因此下降，而壓力減緩時，信心程度可能隨之提升 (Finlay et al., 2015)。故個體接收靈氣後產生降低壓力的效果，進而提高負向情緒調節預期。

### 4. 靈氣和音樂介入與音樂介入兩組之間對助人者專業枯竭的影響

本研究假設三「靈氣和音樂介入與音樂介入兩組之間對助人者專業枯竭的改善成效具有顯著差異」獲得部分支持，即靈氣和音樂介入組在部份週次與音樂介入組有顯著差異。研究者認為假設無法獲得完全支持的可能原因為介入策略的實行時間不足所致。本研究採遠距離靈氣介入，但相關文獻相當缺少，故參考較多實證的觸碰式靈氣文獻，以可獲成效的最基本時間與週次進行實驗設計。然而目前尚未有遠距靈氣與觸碰式靈氣兩者差異的文獻，故無法推論遠距離靈氣與觸碰式靈氣可產生成效的實行時間是否一致。而觸碰式靈氣可產生成效之實行時間為每週至少 30 分鐘至 90 分鐘，至少持續 6 週或長達半年 (Vitale, 2007)。Lasagna 等人 (1954) 指出，隨時間變化靈氣的累積效應與殘留效應有所不同，此將影響介入策略的成效。雖然本研究結果顯示助人者接收遠距離靈氣和音樂介入每次 30 分鐘，每週一次，共八週可顯著改善專業枯竭和負向情緒調節預期，然而 Cheek 等人 (2003) 也發現同時使用音樂和認知行為法時，會比單獨使用認知行為法時在改善教師的專業枯竭上有更好的效果。由此可知，音樂介入具部分改善成效。

### 5. 靈氣和音樂介入與音樂介入兩組之間對助人者負向情緒調節預期的影響

本研究假設四「靈氣介入與音樂介入兩組之間對助人者負向情緒調節預期的提高成效具有顯著差異」獲得部分支持。研究者認為假設無法獲得完全支持的可能原因同假設三。從過去研究可知，音樂介入具改善負向情緒功效。憂鬱症受試者接受音樂介入後的憂鬱情緒改善效果優於接受標準照護組 (Erkkilä et al., 2011)；聆聽音樂可增進大腦血流量，並與愉快情緒有所關聯 (Blood & Zatorre, 2001)。而本研究的音樂介入組並未顯著的改善專業枯竭和負向情緒調節預期，但靈氣和音樂介入組則有，研究者推測若增加介入實行時間時，將增加遠距離靈氣的累積和殘留效應，使兩組之間達到顯著的成效差異。



## （二）研究限制與建議

本研究為國內首篇探討遠距離靈氣之文獻；且採嚴謹設計和標準化流程以提升研究品質，未來可供研究者進行相關主題的參考，也進一步提升大眾對專業枯竭之因應策略的重視，增加自我照護方案選項，亦可作為主管機關在工作場域推行預防與改善枯竭介入方案的參考資訊。本研究的特色是以助人者為研究對象，結果顯示靈氣有利於預防專業枯竭和改善負向情緒；助人者可在工作實務上運用靈氣，如傳送靈氣給情緒低落或焦慮的學生或個案，協助其改善情緒和倦怠感。回顧靈氣相關研究，具謹嚴實驗設計和詳實描述實施程序的文獻相當缺少，有鑑於此，本研究整體實驗設計包含招募程序、篩選標準、實施程序和組別通知等相關流程，以建立標準流程和控制可能的影響因素，讓成果更為精確，供未來對此主題感興趣的研究者參考。

專業枯竭為個體面對工作壓力時的挑戰，從研究熱度持續多年不減可見其重要性（洪瑞斌，2013；趙燕等人，2019）。但探討如何改善與介入成效的主題則相當缺乏。而國外選擇輔助療法增進健康照護已成為趨勢，靈氣便是其中一種。靈氣帶來深度放鬆和平靜感，藉由補充生命能量，促進身心健康，具有學習簡易且實行便利的特性，使得國外的使用人數持續成長（Baldwin et al., 2010）。以國外而言，靈氣的學習培訓課程在一般醫療、愛滋病、癌症、手術、社區、老年人照護、安寧照護等皆有開設，課程的運用可歸納為三個面向，第一、個人，指運用在自己、家人或朋友身上；第二、有執登或沒有執登的健康照顧專業人士；第三、醫院附屬和社區計劃提供靈氣治療或培訓（Miles & True, 2003）。在國內則可參加靈氣師父級證照者所開設的工作坊。而對此研究感興趣之讀者若想重複性檢驗研究程序時，除了熟悉內文所列出的實驗程序外，需另行參加靈氣工作坊。在工作坊中，透過靈氣師父級者以點化儀式開啟學習者的身體能量通道，達到不同級別的靈氣施作能力（McManus, 2017）。工作坊的教學內容包含靈氣施行步驟、相關注意事項和提供課程手冊等，通常需付費參加。因考量著作權法，故本研究引用已發表之靈氣文獻，並根據本研究施行情形做小幅修改後，列出靈氣介入的重要三大步驟以供讀者參酌。

有鑒於國內對此主題的研究較為缺少的現況，建議未來可透過國內靈氣相關組織，如臺灣靈氣文化研究協會、臺灣靈氣推廣協會，進行跨領域合作以促進與產生具科學實證的研究。而點化儀式為靈氣體系的特色，雖已有文獻證實個體經點化儀式後可產生靈氣施作力，但點化儀式如何開啟能量管道和靈氣施作能力的機制仍未有相關的科學儀器驗證和探討文獻，若能有更多實證資料將可減少對靈氣不了解導致的望而止步情形，故建議可將此列為未來的研究方向之一。本研究旨在擴展國人對靈氣的認識與增加自我照護方案的選項。人們可依照個人興趣、取得便利性、實行難易度等因素進行考量和選擇適合的自我照護方式。如運動、飲食、正念、瑜珈、冥想或催眠等介入方式皆具有其特色，亦適合作為自我照護的方案或相互搭配使用。研究者以較為普及的正念為例，簡述其和靈氣的差異供參考。正念是對當下經驗的覺察和接受，能促進心理上的幸福感與改善生理（Brown & Ryan, 2003）。正念的師資培訓第一階段需參加八週課程以建立正念習慣（洪敬倫，2018）。透過對呼吸、身體感覺、思想、情緒等不同面向以好奇和開放的態度來改善負向情緒，而個人能否持續的練習與實踐則更為重要，初學正念者可能因難以建立習慣或因心煩意亂等而降低成效。而靈氣初階工作坊通常為兩整天，在點化儀後即可開啟治癒能力以接收與傳送靈氣，相較之下，需投入的時間較少而不同介入間的改變機制、執行方式、成效差異等文獻較為缺少，建議可做為未來研究方向以增進國人對不同自我照護方案的了解和提高使用意願。

本研究雖已採嚴謹研究設計，但仍有其限制。首先，本研究採單盲分層隨機分組，為避免報名者填問卷與接受介入時間間隔過久導致前測分數失去參考價值，故招募同時，已有部分簽署知情同意書的受試者開始接受介入。因此，難以對所有受試者的基本資料進行配對分組，故導致兩組受試者基本特質仍有差異。第二，本研究對象為助人者，且碩士和博士學歷者佔了一半以上，相較社會大眾，學歷較偏高，故研究結果無法推論至其他類型的助人者。最後，因考量研究倫理，實驗設計未採用無任何介入的靈氣安慰組，改以音樂為控制條件，雖結果顯示遠距離靈氣和音樂介入的實驗組前後測達到顯著，而僅有音樂介入的控制組則無顯著，但僅可知遠距離靈氣和音樂同時介入可顯著改善專業枯竭和提升負向情緒調節預期，尚無法推論單獨施行遠距離靈氣時能否同樣達顯著效果，此為本研究的另一個限制，建議未來可新增僅接受靈氣介入組別作為另一對照組別，或採用所羅門四組設計，使研究更臻完善。

## 參考文獻

- 王琮賢、黃孔良（2015）：〈養生與生命能量進展之初探〉。《發展與前瞻學報》，10，57–72。  
[Wang, T.-H., & Huang, K.-L. (2015). Exploration of advances in health and life energy. *Journal of Development and Prospect*, 10, 57–72.] [https://doi.org/10.6737/JDP.201512\\_\(10\).03](https://doi.org/10.6737/JDP.201512_(10).03)
- 吳宗祐、鄭伯壠（2006）：〈工作投入，調節他人情緒能力與情緒勞動之交互作用對情緒耗竭的預測效果〉。《中華心理學刊》，48，69–87。[Wu, T.-Y., & Cheng, B.-S. (2006). The effect of interactions among job involvement, ability of regulating other's emotion, and emotional labor on emotional exhaustion. *Chinese Journal of Psychology*, 48, 69–87.] <https://doi.org/10.6129/CJP.2006.4801.05>
- 洪敬倫（2018）：〈憂鬱症的正念認知治療：背景，實務與師資培訓〉。《中華團體心理治療》，24（2），31–43。[Hung, G. C.-L. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Background, pragmatic aspects and training for teachers. *Chinese Group Psychotherapy*, 24(2), 31–43.]
- 洪瑞斌（2013）：〈職業倦怠研究在臺灣之回顧與前瞻〉。《人力資源管理學報》，13（3），107–140。[Hung, J.-P. (2013). Studies on burnout in Taiwan: A critical review. *Journal of Human Resource Management*, 13(3), 107–140.] <https://doi.org/10.6147/JHRM.2013.1303.04>
- 荷田（2006）：《靈氣轉化了我的生命》。大康出版社。[Ho, T. (2006). *Lingqi zhuanhua le wo de shengming*. Dacombook Publisher.]
- 張懷陸、張曉雲（2008）：〈輔助及另類醫學之全球流行趨勢〉。《臺灣醫界》，51（2），26–30。[Chang, H.-L., & Chang, H.-Y. (2008). Fuzhu ji linglei yixue zhi quanqiu liuhang qushi. *Taiwan Medical Journal*, 51(2), 26–30.] <https://doi.org/10.30044/TMJ.200802.0007>
- 葉在庭（2001）：〈青少年情緒調適、焦慮、社會支持及生活事件與自殺意念的關係〉。《中華輔導學報》，10，151–178。[Yeh, Z.-T. (2001). Negative mood regulation, anxiety, social support, life events and suicide ideations in adolescence. *Chinese Annual Report of Guidance and Counseling*, 10, 151–178.] <https://doi.org/10.7082/CARGC.200109.0151>
- 趙燕、王郁琮、王智弘（2019）：〈臨床護理師職業倦怠雙元三因子效度研究〉。《教育心理學報》，51，207–230。[Zhao, Y., Wang, Y.-L., & Wang, C.-H. (2019). A validation study of bi-factor structure of Chinese nurses burnout with ESEM. *Bulletin of Educational Psychology*, 51, 207–230.] [https://doi.org/10.6251/BEP.201912\\_51\(2\).0002](https://doi.org/10.6251/BEP.201912_51(2).0002)
- 謝忠勳（2012）：《保險理財業務員情緒勞務負荷、工作倦怠與顧客導向行為之研究－以工作生活品質滿足程度為調節變項》（未出版碩士論文），國立中正大學。[Hsieh, C.-H. (2012). *The study of insurance salesperson's emotional labor, burnout, and customer orientation behavior-using quality of work life as a moderator* (Unpublished master's thesis). National Chung Cheng University.]
- 鍾燕宜、梁冀陶、許郁卿（2014）：〈靈氣介入對睡眠品質、職場疲勞與自覺健康改善之成效〉。《健康與照顧科學學刊》，2（2），55–70。[Chung, Y.-Y., Liang, C.-T., & Hsu, Y.-C. (2014).

- Practicing Reiki and music for improve workplace staffs burnout, sleep quality and perceived health status. *Journal of Health and Care Science*, 2(2), 55–70.]
- 羅寶鳳、陳麒（2020）：〈初任教師工作困擾、教學效能與專業表現之研究〉。《教育科學研究期刊》，65（2），37–71。[Lo, P.-F., & Chen, Q. (2020). Beginning teachers' job problems, teaching effectiveness, and professional performance. *Journal of Research in Education Sciences*, 65(2), 37–71.] [https://doi.org/10.6209/JORIES.202006\\_65\(2\).0002](https://doi.org/10.6209/JORIES.202006_65(2).0002)
- 蘇守謙（2000）：《資訊人員職業焦崩與離職決策研究》（未出版博士論文），國立中央大學。[Hso, C.-T. (2000). *IS personnels' professional burnout and turnover decision* (Unpublished doctoral dissertation). National Central University.]
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Koskinen, S., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2006). Burnout in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 11–17. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0011-5>
- Alarcão, Z., & Fonseca, J. R. (2016). The effect of Reiki therapy on quality of life of patients with blood cancer: Results from a randomized controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine*, 8, 239–249. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2015.12.003>
- Anderson, E. Z., & Wolk-Weiss, C. (2008). Reiki. In J. E. Deutsch & E. Z. Anderson (Eds.), *Complementary therapies for physical therapy: A clinical decision-making approach* (pp. 239–248). W.B. Saunders.
- Baldwin, A. L., Vitale, A., Brownell, E., Kryak, E., & Rand, W. (2017). Effects of Reiki on pain, anxiety, and blood pressure in patients undergoing knee replacement: A pilot study. *Holistic Nursing Practice*, 31, 80–89. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000195>
- Baldwin, A. L., Vitale, A., Brownell, E., Scicinski, J., Kearns, M., & Rand, W. (2010). The touchstone process: An ongoing critical evaluation of reiki in the scientific literature. *Holistic Nursing Practice*, 24, 260–276. <https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e3181f1adef>
- Birocco, N., Guillame, C., Storto, S., Ritorto, G., Catino, C., Gir, N., Balestra, L., Tealdi, G., Orecchia, C., Vito, G. D., Giarretto, L., Donadio, M., Bertetto, O., Schena, M., & Ciuffreda, L. (2012). The effects of Reiki therapy on pain and anxiety in patients attending a day oncology and infusion services unit. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 29, 290–294. <https://doi.org/10.1177/1049909111420859>
- Blood, A. J., & Zatorre, R. J. (2001). Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98, 11818–11823. <https://doi.org/10.1073/pnas.191355898>
- Bowden, D., Goddard, L., & Gruzeli, J. (2011). A randomised controlled single-blind trial of the efficacy of Reiki at benefitting mood and well-being. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2011, Article 381862. <https://doi.org/10.1155/2011/381862>
- Boyle, M. V., & Healy, J. (2003). Balancing mysterium and onus: Doing spiritual work within an emotion-laden organizational context. *Organization*, 10, 351–373. <https://doi.org/10.1177/1350508403010002010>

- Bremner, M. N., Blake, B. J., Wagner, V. D., & Pearcey, S. M. (2016). Effects of Reiki with music compared to music only among people living with HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 27, 635–647. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2016.04.004>
- Brotheridge, C. M., & Grandey, A. A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of “people work”. *Journal of Vocational Behavior*, 60, 17–39. <https://doi.org/10.1006/jvbe.2001.1815>
- 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, 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Catanzaro, S. J., & Mearns, J. (1990). Measuring generalized expectancies for negative mood regulation: Initial scale development and implications. *Journal of Personality Assessment*, 54, 546–563. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674019>
- Cheek, J. R., Bradley, L. J., Parr, G., & Lan, W. (2003). Using music therapy techniques to treat teacher burnout. *Journal of Mental Health Counseling*, 25, 204–217. <https://doi.org/10.17744/mehc.25.3.ghneva55qw5xa3wm>
- Chirico, A., D’Aiuto, G., Penon, A., Mallia, L., Laurentiis, M. D., Lucidi, F., Botti, G., & Giordano, A. (2017). Self-efficacy for coping with cancer enhances the effect of Reiki treatments during the pre-surgery phase of breast cancer patients. *Anticancer Research*, 37, 3657–3665. <https://doi.org/10.21873/anticancerS.11736>
- Clarke, T. C., Black, L. I., Stussman, B. J., Barnes, P. M., & Nahin, R. L. (2015). Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002–2012. *National Health Statistics Reports*, 79, 1–16.
- Cuneo, C. L., Cooper, M. R. C., Drew, C. S., Naoum-Heffernan, C., Sherman, T., Walz, K., & Weinberg, J. (2011). The effect of Reiki on work-related stress of the registered nurse. *Journal of Holistic Nursing*, 29, 33–43. <https://doi.org/10.1177/0898010110377294>
- Davidson, R. J., & Begley, S. (2012). *The emotional life of your brain: How its unique patterns affect the way you think, feel, and live--and how you can change them*. Hudson Street Press.
- Díaz-Rodríguez, L., Arroyo-Morales, M., Fernández-de-las-Peñas, C., García-Lafuente, F., García-Royo, C., & Tomás-Rojas, I. (2011). Immediate effects of Reiki on heart rate variability, cortisol levels, and body temperature in health care professionals with burnout. *Biological Research for Nursing*, 13, 376–382. <https://doi.org/10.1177/1099800410389166>
- Erdogan, Z., & Cinar, S. (2016). The effect of Reiki on depression in elderly people living in nursing home. *Indian Journal of Traditional Knowledge*, 15, 35–40.
- Erkkilä, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pönttiö, I., Tervaniemi, M., Vanhala, M., & Gold, C. (2011). Individual music therapy for depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 132–139. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085431>
- Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotion regulation model of self-compassion using



- structural equation modeling. *PLOS ONE*, 10(7), Article e0133481. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133481>
- Franko, D. L., Powers, T. A., Zuroff, D. C., & Moskowitz, D. S. (1985). Children and affect: Strategies for self-regulation and sex differences in sadness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 210–219. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb03435.x>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gutheil, T. G., & Gabbard, G. O. (1993). The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and risk-management dimensions. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 188–196. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.2.188>
- Herron-Marx, S., Price-Knol, F., Burden, B., & Hicks, C. (2008). A systematic review of the use of Reiki in health care. *Alternative & Complementary Therapies*, 14, 37–42. <https://doi.org/10.1089/act.2008.14108>
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513–524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Honervogt, T. (2006). *Reiki for emotional healing*. Octopus Publishing Group.
- Jackson, S. E., Schwab, R. L., & Schuler, R. S. (1986). Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71, 630–640. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.4.630>
- Joyce, J., & Herbison, G. P. (2015). Reiki for depression and anxiety. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, Article CD006833. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006833.pub2>
- Kim, M. Y., Lee, J. Y., & Kim, J. (2009). Relationships among burnout, social support, and negative mood regulation expectancies of elementary school teachers in Korea. *Asia Pacific Education Review*, 10, 475–482. <https://doi.org/10.1007/s12564-009-9045-9>
- Kurebayashi, L. F. S., Turrini, R. N. T., de Souza, T. P. B., TaKiguchi, R. S., Kuba, G., & Nagumo, M. T. (2016). Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: Randomized clinical trial. *Latino-Americana de Enfermagem*, 24, Article e2834. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1614.2834>
- Lasagna, L., Mosteller, F., von Felsinger, J. M., & Beecher, H. K. (1954). A study of the placebo response. *The American Journal of Medicine*, 16, 770–779. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(54\)90441-6](https://doi.org/10.1016/0002-9343(54)90441-6)
- LaTorre, M. A. (2005). Integrative Perspectives: The use of Reiki in psychotherapy. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41, 184–187. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2005.00035.x>
- Mackay, N., Hansen, S., & McFarlane, O. (2004). Autonomic nervous system changes during Reiki treatment: A preliminary study. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 10, 1077–1081. <https://doi.org/10.1089/acm.2004.10.1077>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational*

- Behavior*, 2, 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- May, R. W., Sanchez-Gonzalez, M. A., & Fincham, F. D. (2015). School burnout: Increased sympathetic vasomotor tone and attenuated ambulatory diurnal blood pressure variability in young adult women. *Stress*, 18, 11–19. <https://doi.org/10.3109/10253890.2014.969703>
- McManus, D. E. (2017). Reiki is better than placebo and has broad potential as a complementary health therapy. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 22, 1051–1057. <https://doi.org/10.1177/2156587217728644>
- Mearns, J., & Cain, J. E. (2003). Relationships between teachers' occupational stress and their burnout and distress: Roles of coping and negative mood regulation expectancies. *Anxiety, Stress & Coping*, 16, 71–82. <https://doi.org/10.1080/1061580021000057040>
- Miles, P., & True, G. (2003). Reiki-review of a biofield therapy history, theory, practice, and research. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 9(2), 62–72.
- Natale, G. W. (2010). Reconnecting to nursing through Reiki. *Creative Nursing*, 16, 171–176. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.16.4.171>
- Orsak, G., Stevens, A. M., Brufsky, A., Kajumba, M., & Dougall, A. L. (2015). The effects of Reiki therapy and companionship on quality of life, mood, and symptom distress during chemotherapy. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 20(1), 20–27. <https://doi.org/10.1177/2156587214556313>
- Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., Dawson, S., van Marwijk, H., Geraghty, K., & Esmail, A. (2017). Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. *Jama Internal Medicine*, 177, 195–205. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674>
- Radziewicz, R. M., Wright-Esber, S., Zupancic, J., Gargiulo, D., & Woodall, P. (2018). Safety of Reiki therapy for newborns at risk for neonatal abstinence syndrome. *Holistic Nursing Practice*, 32, 63–70. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000251>
- Richeson, N. E., Spross, J. A., Lutz, K., & Peng, C. (2010). Effects of Reiki on anxiety, depression, pain, and physiological factors in community-dwelling older adults. *Research in Gerontological Nursing*, 3, 187–199. <https://doi.org/10.3928/19404921-20100601-01>
- Rosada, R. M., Rubik, B., Mainguy, B., Plummer, J., & Mehl-Madrona, L. (2015). Reiki reduces burnout among community mental health clinicians. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21, 489–495. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.0403>
- Rosenbaum, M. S., & Van de Velde, J. (2016). The effects of yoga, massage, and Reiki on patient well-being at a cancer resource center. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(3), E77–E81. <https://doi.org/10.1188/16.CJON.E77-E81>
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In

- M. J. Schabracq, J. A. M. Winnabst, & C. L. Cooper (Eds.), *The Handbook of Work and Health Psychology* (pp. 383–425). John Wiley & Sons.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14, 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Shirom, A. (2003). Job-related burnout: A review. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 245–264). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10474-012>
- Shore, A. G. (2004). Long-term effects of energetic healing on symptoms of psychological depression and self-perceived stress. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 10(3), 42–48.
- Sutton, R. E., & Harper, E. (2009). Teachers' emotion regulation. In L. J. Saha & A. G. Dworkin (Eds.), *International handbook of research on teachers and teaching* (Vol.21, pp. 389–401). Springer Publishing Company.
- Thomas, K., & Coleman, P. (2004). Use of complementary or alternative medicine in a general population in Great Britain. Results from the National Omnibus survey. *Journal of Public Health*, 26, 152–157. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdh139>
- Thrane, S. E., & Cohen, S. M. (2014). Effect of Reiki therapy on pain and anxiety in adults: An in-depth literature review of randomized trials with effect size calculations. *Pain Management Nursing*, 15, 897–908. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.07.008>
- Thrane, S. E., Maurer, S. H., Ren, D., Danford, C. A., & Cohen, S. M. (2017). Reiki therapy for symptom management in children receiving palliative care: A pilot study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34, 373–379. <http://doi.org/10.1177/1049909116630973>
- Thyer, B. A., & Pignotti, M. G. (2015). *Science and pseudoscience in social work practice*. Springer Publishing Company.
- Usui, M., & Petter, F. A. (1999). *The original Reiki handbook of Dr. Mikao Usui*. Lotus Press.
- vanderVaart, S., Berger, H., Tam, C., Goh, Y. I., Gijssen, V. M. G. J., de Wildt, S. N., Taddio, A., & Koren, G. (2011). The effect of distant Reiki on pain in women after elective Caesarean section: A double-blinded randomised controlled trial. *BMJ Open*, 1(1), Article e000021. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2010-000021>
- vanderVaart, S., Gijssen, V. M. G. J., de Wildt, S. N., & Koren, G. (2009). A systematic review of the therapeutic effects of Reiki. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15, 1157–1169. <https://doi.org/10.1089/acm.2009.0036>
- Vasudev, S. S., & Shastri, S. (2016). Effect of distance Reiki on perceived stress among software professionals in Bangalore. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(4), 136–142. <https://doi.org/10.18769/ijasos.280373>
- Vitale, A. (2007). An integrative review of Reiki touch therapy research. *Holistic Nursing Practice*, 21, 167–179. <https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000280927.83506.f6>
- Volpe, U., Luciano, M., Palumbo, C., Sampogna, G., Del Vecchio, V., & Fiorillo, A. (2014). Risk of burnout

- among early career mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 774–781. <https://doi.org/10.1111/jpm.12137>
- Wang, G., Mearns, J., Yang, X., Han, P., & Catanzaro, S. J. (2019). Measuring generalised expectancies for negative mood regulation in China: The Chinese language Negative Mood Regulation scale. *International Journal of Psychology*, 54, 223–231. <https://doi.org/10.1002/ijop.12443>
- Yu, W. M. (2013). Application of Reiki on depression in nursing: A literature review. *European Psychiatry*, 28 (Supplement 1), 1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)75936-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)75936-4)
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & Health*, 16, 527–545. <https://doi.org/10.1080/08870440108405525>
- Zucchetti, G., Candela, F., Bottigelli, C., Campione, G., Parrinello, A., Piu, P., Vassallo, E., & Fagioli, F. (2019). The power of Reiki: Feasibility and efficacy of reducing pain in children with cancer undergoing hematopoietic stem cell transplantation. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing*, 36, 361–368. <https://doi.org/10.1177/1043454219845879>

收稿日期：2020 年 09 月 10 日

一稿修訂日期：2020 年 09 月 11 日

二稿修訂日期：2020 年 11 月 12 日

三稿修訂日期：2020 年 12 月 31 日

四稿修訂日期：2021 年 01 月 18 日

五稿修訂日期：2021 年 03 月 16 日

接受刊登日期：2021 年 03 月 19 日



Bulletin of Educational Psychology, 2022, 53(3), 517–542  
National Taiwan Normal University, Taipei, Taiwan, R. O. C.

# The Effect of Reiki and Music on the Negative Mood Regulation Expectancies and Burnout of the Helpers

Ting-Yu Liu

Mental Health and Counseling Center,  
National Yang Ming Chiao Tung University

Yih-Lan Liu

Institute of Education,  
National Yang Ming Chiao Tung University

Burnout is a universal social phenomenon and has been paid attention to by researchers, office workers, and the general public. Its influence is far-reaching and extensive. A survey shows that up to 90% of office workers have experienced burnout in Taiwan, and the helpers are one of the high-risk groups. Research in burnout has developed from exploring the causes of burnout to individuals' coping strategies. When individuals can cope with stress, burnout will be reduced. Although the research of burnout has been widely discussed abroad, there are only a few studies of intervention strategies. One of the critical symptoms of burnout is emotional exhaustion. Previous studies found that negative mood regulation expectancies can predict individuals' experience of burnout due to work stress and maladaptation. The theory of resource conservation suggests that when individuals lost resources at work and out of balance, the stress will cause burnout. Negative mood regulation expectancies are one kind of resource that has a connection with burnout. However, studies concerning the relationship between burnout and negative mood regulation expectancies are few, and therefore this relationship cannot be confirmed.

With the improvement of the social economy, individuals were willing to use complementary and alternative medicine (CAM). Reiki is one kind of the CAM that belongs to the biofield therapies in energy healing therapies, which can affect the surrounding body energy field. Reiki charges, adjusts, and rebalances the body energy field to create the best state for the body's natural healing system. Previous studies found that Reiki decreases depression and anxiety, reduces burnout, and improves the quality of cancer patients' lives. Although the efficacy of Reiki has been widely discussed abroad, there are only a few studies in Taiwan, not even mentioning distance Reiki, which is another form of Reiki. To reduce the counter-transference of touching from Reiki, distance Reiki is a better choice. On the other hand, negative mood regulation expectancies are one of the factors that predict the incidence of burnout. This study aimed to investigate the effects of distance Reiki on the burnout and negative mood regulation expectancies of the helpers.

This study recruited 30 helping workers at university in the northern cities between 2018 and 2019 and conducted distance Reiki and musical interventions by adopting a single-blind, randomized experimental design. Participants were divided into experimental groups and control groups. The experimental group accepted distance Reiki and musical interventions, and the control group accepted musical interventions. Participants accepted thirty minutes intervention each time, once a week, over eight weeks. Before and after the intervention, participants filled in the NMRS (Negative Mood Regulation Scale) and MBI scale (Maslach Burnout Inventory). Only twenty-four participants' data (12 in each intervention group) were included in the analysis. The MBI scale was developed to assess burnout and includes three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment. The high scores indicate a more severe burnout. NMRS was a commonly used scale to measure individual beliefs regarding what they can do to make themselves feel better when they are in a bad mood. IT includes two different dimensions: emotional response adjustment and cognitive-behavioral adjustment.

Before conducting interventions, the Researcher explained the research purpose, conditions, intervention process, intervention strategies, potential risks, privacy, and right of participants. Participants' informed consent forms were obtained

after confirming that they understood all of the content. All of the research data were processed to ensure the privacy of the participants. The intervention procedure was as follows: (1) measured one-minute average decibels with the noise APP to confirm the environment was suitable for the research before the intervention; (2) confirmed that participants did not have physical discomfort before filled the scale; (3) after filling out the scales, guide them to lie down on the floor with a soft mattress; (4) played music and guided relaxing steps, then research stayed away three meters and behind the participants to make sure participants cannot see research; (5) after finishing the intervention, waked up participants gently with sound; and filled out the scale again. After the participants had finished the interventions, researchers emailed and informed participants in which intervention group they were.

The main findings of the study were as follows: (1) after receiving distance Reiki and musical intervention, the experimental group displayed significant differences between pre-test and post-test in helpers' burnout and its sub-dimensions, but the control group did not show these significance; (2) after receiving distance Reiki and musical intervention, the experimental group showed significant differences between pre-test and post-test in helpers' negative mood expectancies and its sub-dimensions, but the control group did not show these significance; (3) the experimental group was better than the control group in reducing burnout and its subdimensions scores weekly and achieved significant differences between pre-and post-tests, but this significance of pre- and post-tests did not appear in its' sub-dimensions; (4) the experimental group' was better than the control group in improving negative mood regulation expectancies and achieved significant differences between pre-and post-tests, but the improving effect did not appear in overall negative mood regulation expectancies; (5) the experimental group was better than the control group in improving negative mood regulation expectancies and its sub-dimensions weekly. The conclusions of this study are that distance Reiki could improve individuals' confidence to adjust to negative emotions, and distance Reiki is also one of the effective strategies to reduce helpers' burnout risk.

This study is the first article about distance Reiki intervention in Taiwan and designs standardized processes to improve the research quality. Based on the findings of this study, we provide the application value of distance Reiki and propose suggestions for future research. The research limitations and suggestions of the study are as follows: (1) more than half of the participants have master's and doctor's degrees, and their education level is higher than the general public. Then, the results cannot be generalized to other helpers; (2) as the participants agreed to participate in the study, they accepted pretest and were immediately and randomly assigned to the experimental group or the control group. Therefore, some participants were receiving the intervention while the recruiting was ongoing. It was difficult to match the basic characteristics of the participants between the experimental group and the control group; (3) the experimental group accepted distance Reiki and musical interventions, and the improving effect of burnout and negative mood regulation expectancies cannot be inferred to the group when accepting distance Reiki only. It is recommended to include a distance group as a control group in the future; (4) if readers are interested in taking Reiki intervention or participate in Reiki workshop, they need to be familiar with this procedure addressed in the current study. Moreover, they need to be aware that the capability to channel Reiki has to be enlightened through Reiki attunement by Reiki Master; (5) Reiki workshop provides Reiki implementation steps, Reiki attunement, related precautions, and course manuals. However, these workshops are not free for participation; (6) the study showed that distance Reiki reduces burnout and improves negative mood regulation expectancies. Helpers can use distance Reiki at work, such as sending Reiki to depressed or anxious students or cases to improve their physical health and emotion; (7) it is suggested that research should be encouraged to cooperate with Reiki-related organizations, such as Taiwan Reiki Culture Association and Taiwan Reiki Promotion Association, to promote scientific research.

*Keywords:* burnout, distance reiki, negative mood regulation expectancies, the helpers