

新冠疫情下護理師靈性、正念與自我悲憫之相關性研究

李香君 蔣宜倩 林秋子 朱宗藍 蕭雅竹

研究目的：COVID-19疫情衝擊醫療系統，擔任第一線照護工作的護理師身心狀態值得被關注。因此，本研究目的為探討在COVID-19疫情下護理師靈性(靈性健康、宗教信仰、宗教活動)、正念與自我悲憫之相關性。**研究方法：**採橫斷式相關性研究設計，邀請北部某醫學中心級210名護理師以自填式問卷方式收集資料。**研究結果：**護理師的自我悲憫屬中等程度，負面經驗過度認同是得分最低的自我悲憫次量表。家庭功能、靈性健康、宗教信念、正念與自我悲憫有關，經回歸分析結果發現，靈性健康與正念為影響護理師自我悲憫得分的重要預測因子。**研究結論：**靈性健康提供生命的意義性與價值感以及專注於當下的正念，可以提高護理師的自我悲憫。建議未來研究可融合靈性概念與正念，規劃護理師自我悲憫提升方案並驗證其實施成效。

關鍵詞：自我悲憫、靈性、宗教、正念、護理師、新冠肺炎

李香君：長庚科技大學護理系副教授/林口長庚紀念醫院副理部副研究員；英國利物浦大學護理研究所碩士；專長領域與研究興趣為護理教育相關議題。

蔣宜倩：長庚科技大學護理系副教授/林口長庚紀念醫院副理部副研究員；長庚大學臨床醫學研究所博士；專長領域與研究興趣為兒童護理與護理教育相關議題。

林秋子：長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院護理部副主任；長庚大學護理研究所碩士；專長領域與研究興趣為護理教育與護理行政相關議題。

朱宗藍：長庚醫療財團法人行政中心品管處組長/長庚科技大學護理系兼任助理教授；長庚大學護理研究所碩士；專長領域與研究興趣為護理教育與護理行政相關議題。

蕭雅竹：長庚科技大學護理系教授/林口長庚紀念醫院副理部研究員；國立臺灣師範大學衛生教育學系博士；專長領域與研究興趣為靈性護理與護理教育相關議題。

收稿：2022年8月30日；接受：2022年12月07日

一、緒 論

2019 年底新冠肺炎 (Coronavirus disease- 2019, COVID-19) 疫情爆發，依據世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 2022 年 6 月 29 日統計，全球蔓延 200 多個國家，已有 572,239,451 人染疫、造成 6,390,401 人死亡。傳染性疾病對公共衛生與醫療照護體系造成衝擊，尤其是第一線的醫護人員面臨極大的挑戰與工作壓力。Chigwedere 等人 (2021) 以系統性文獻整理方式，探討 COVID-19 等傳染性疾病對健康照護人員所造成的衝擊，結果發現健康照護人員在照顧傳染性疾病病人時容易發生急性壓力反應、憂鬱、焦慮、失眠、職業疲潰、創傷後壓力症候群等心理問題，其中對女性工作人員、護理師的影響更為顯著。

台灣面對 COVID-19 比起其他國家相對控制得宜，大多數案例出現在 2022 年 3~4 月，統計至 2022 年 8 月 2 日全台 COVID-19 確診人數為 4,604,761、死亡人數達 8,963 (衛生福利部疾病管制署，2022)。但 2003 年 SARS 慘痛經驗仍然讓第一線的醫護人員面對照顧高度傳染性病人時備感壓力，壓力來自實際照顧病人的負擔、擔心親友被自己傳染以及染疫後與家人及社會隔離、防護裝備引起呼吸困難與如廁等身體不適與不方便、害怕自己被傳染等感染控制的焦慮與困難；也因此容易產生緊張不安、容易煩惱或生氣、甚至感到沮喪憂鬱等 (馮明珠等，2020)。因此，在疫情與後疫情時代，如何減輕醫護人員的工作壓力、提高復原力與韌性，特別是人數最多、站在第一線的護理師，成為重要的議題。

自我悲憫是坦誠且不帶評價地面對自己的痛苦、挫折與不夠好，給予自己最大的理解與包容，以仁慈來減輕苦痛與自我療癒 (Neff, 2003)，以往護理或是整個醫療照顧專業人員的訓練，都強調以病人為中心，對病人與家屬需同理、尊重、利他，加上華人「嚴以律己、寬以待人」思想，對自己慈悲、接納自己的不夠好似乎是一種自私自利、威脅病人安全的表現。然而，自我悲憫不是自我放縱、自我為中心或是怨天尤人的自憐自艾 (self-pity)，而是全然的接受與理解，了解自己跟所有人一樣，會犯錯、會有身為人的限制。因此，自我悲憫是能接納自己的不夠好，也帶有鼓勵自己採取行動讓自己可以更好的意涵；如同我們對他人慈悲，除了理解與接納，也

會採取實際的行動達到真正利他的效果。這種透過自我悲憫的情緒調節以及弱化生活負向事件導致的自我傷害，有益心理健康 (Inwood & Ferrari, 2018)。一份收集 79 項研究涵蓋 16,416 名個案的統合分析報告，顯示自我悲憫與個人安適（包含認知安適、正負向情感安適、整體安適狀態）呈高度相關性，顯示遇到挫敗能給自己正向與關懷的態度，有助於個人身心安適 (Zessin et al., 2015)。自我悲憫也是給予他人同理重要的影響因素，如以社區護理師為對象的研究，發現越能自我悲憫的人也較能對他人慈悲 (Durkin et al., 2016)。從上述的文獻可知，自我悲憫不但有益個人的健康也較能同理他人給予他人關懷，這對提供專業照護的護理師實具有自利利他的效益。但，台灣對護理師自我悲憫相關的探討相當有限。

靈性 (spirituality) 源自拉丁字 “spiritus”，意義是 “breath, make alive”，表示活著或是生命的必要組成，靈性是個人價值系統與世界觀，可被延伸為個人透過與人已天連結而產生力量，得以在苦樂交織的人生中活出自己獨特的生命意義與價值 (林素瑛等，2015；蕭雅竹、黃松元，2005)。靈性被視為人們遭遇困境、重大壓力事件重要的因應資源，因為，靈性信念與活動可以協助人們對壓力事件的調適、給予人們意義與希望，加上宗教組織提供支持性的協助，都有利於減輕心理困擾，例如；憂鬱的減緩 (Bonelli et al., 2012)，並帶來生活的滿意度與幸福感 (Johnson et al., 2017)。

全世界近 90% 的人有宗教信仰並參與不同類型的宗教活動 (Grim et al., 2015)，宗教是重要的文化特質，潛移默化地影響人們思想、行為與生活方式；宗教也是個人表達靈性的重要途徑 (Burkhart & Solari-Twadell, 2001; Edwards et al., 2010)。因此，靈性與宗教兩者常被相提並論，但兩者定義與涵蓋範圍卻略有差異；靈性較為主觀、強調人活著的生命意義與價值，宗教則較專注於透過特定宗教組織的教義或信念讓人們身心靈得到安頓 (Barber, 2012; Hsiao et al., 2013)。然而，兩者與健康的關係在許多系統性文獻回顧都支持其對健康的重要性，例如：Koenig (2012) 彙整 1872 年到 2010 年近 3,300 篇有關靈性與身心健康的文獻，發現靈性與正向心理健康，如安適、幸福、希望、樂觀和感恩等呈現正相關，與負向的心理健康如憂鬱、自殺、焦慮、精神病、物質濫用、犯罪行為等呈現負相關；可見靈性能增進正向心理健康，並協助情緒調節緩解負向心理健康之結果。

現有文獻關於靈性與自我悲憫的研究較為罕見，但在少量的研究中，支持靈性與自我悲憫有關。例如：一份以大學生為對象的研究指出，靈性經驗與自我悲憫具顯著相關性，靈性讓研究對象對自我仁慈，比較不會自我批判 (Akin & Akin, 2017)。Homan(2014) 的研究探討宗教、自我悲憫與焦慮、憂鬱以及生活滿意度，發現與神締結的焦慮感受較低者，自我悲憫得分較高，也比較不會感到焦慮與憂鬱，生活滿意度也較高。Ghorbani 等 (2017) 探討靈性類型與自我悲憫感受的差異，四種靈性類型分別是：自評自己有宗教信仰與靈性 (religious and spiritual)、是宗教人但無靈性 (religious but not spiritual)、有靈性但無宗教信仰 (spiritual but not religious)、既無宗教也無靈性 (neither religious nor spiritual)，結果顯示自評宗教信仰與靈性兩者兼具者、僅有宗教或僅有靈性者，他們的自我悲憫評分顯著高於既無宗教也無靈性組別。由此可知，靈性可以涵蓋靈性健康狀態，如存在主義、生命意義與價值；以及宗教面向，如宗教信仰類別、宗教信念與宗教活動等。台灣的多元宗教信仰與基督信仰為主的西方國家或伊斯蘭教為主的中東國家不同，有關靈性與自我悲憫兩者關係的研究亦較為罕見，透過涵蓋宗教層面等不同靈性面向與自我悲憫關係的探討，有助於日後運用靈性力量規劃自我悲憫提升計畫之參考。

“Mindfulness”可譯為「正念、內觀或止觀」，以「正念」一詞較為採用。正念源自巴利文 (pali) 的 *sati*，Kabat-Zinn(2016) 將正念定義為：有意識、活在當下、不作評價的一種特定覺察。Brown 與 Ryan(2003) 發展止觀覺察注意量表 (Mindful attention awareness scale; MAAS)，用以評估人們對此時此刻的覺知與專注狀態，作為測量正念特質個別差異的工具，進而解釋正念影響心理安適之作用機制。

正念是對此時此刻內外環境發生的種種給予覺知專注與接納，自我悲憫則著重於自己遭逢挫敗時給自己慈悲、接納與寬容；兩者都與身心健康狀態有關。例如：Garcia 等 (2021) 探討接受化療病人之正念、自我悲憫與生活品質的相關性，結果顯示正念與自我悲憫都是生活品質的重要預測因子。國內也有類似的發現，例如賴志超與蘇倫慧 (2015)、賴志超等人 (2018) 的研究發現大學生或是不同工作類型的職場員工，其自我悲憫與正念特質可以預測幸福感、憂鬱、焦慮等心理適應。簡言之，現有文獻支持正念與自我悲憫分別與某些心理狀態，例如生活品質、幸福感、憂鬱

等有關，但較少探討一個人此時此刻的專注與覺察狀態，是否比較能自我關愛、對自己比較慈悲。

目前有關台灣在 COVID-19 疫情期間對護理或護理師所做的研究，多集中於護理專業因應疫情的護理經驗與改變，如照顧確診病人的照護經驗（曹心怡等，2021）以及護理角色功能與人力的調配（賴美玉、蔡富卿，2021）；另一部分則探討護理師自身的壓力感受與身心狀態，如：面對全球新冠肺炎爆發台灣護理人員之壓力、心理困擾與緩解方式探討（馮明珠等，2020）。較少從正向心理學角度探討護理師面對疫情的身心靈狀態，例如靈性健康、自我關愛、活在當下等面對壓力調適的正向因素或支持資源。自我悲憫與正向心理健康呈正相關、與負向心理健康呈負相關，同時也影響專業職場表現，國外已有文獻支持自我悲憫介入方案的成效，如：Kılıç 等（2021）的統合分析顯示自我悲憫介入可以改善血糖、提升睡眠品質，以及減輕焦慮、壓力、憂鬱等成效。在 COVID-19 疫情持續延燒之際，探討第一線護理師如自我悲憫等能滋養身心健康與減輕壓力的研究，可作為後續降低職業倦怠，營造友善護理職場的重要參考。因此，本研究目的為台灣受到 COVID-19 疫情持續延燒之際，探討護理師靈性、正念與自我悲憫之相關性研究。

二、研究方法

本研究以橫斷式相關性研究設計（cross-sectional correlational study design），於 2022 年 2 月至 4 月採自填問卷方式收集資料。依據前述文獻探討，本研究假設人口學變項、靈性、正念與護理師自我悲憫具相關性，並探討其對自我悲憫影響的可能性。

（一）研究對象

本研究以方便取樣（convenience sampling），選取某醫學中心級醫療機構從事護理師工作者，納入條件：（1）全職執行護理工作之臨床護理師、（2）工作年資 3 個月（含）以上、（3）同意並簽署問卷填答同意書。排除條件：（1）精神科疾病診斷或正服

用精神科藥物，如抗鬱劑或思覺失調症藥物者。所需之樣本數以 G*Power 3.1.9.2 軟體計算，選擇 F 檢定之 Linear multiple regression: fix model, R^2 deviation from zero，設定解釋力為中等效果值 .15、顯著度為 .05、統計檢定力為 .80、16 個自變項求得研究樣本數至少需 143 人。依據台灣地區護理人員統計顯示護理人員男女性別比率為 3.7% 與 96.3%(中華民國護理師護士公會全國聯合會，2021)，為使參與對象性別比例接近母群體，依此比例收案。共發出 237 份問卷，回收之有效問卷為 210 份，回收率為 88.6%。

(二) 測量工具

研究工具包含五部分，分別如下：

1. 自我慈憫量表

本研究引用陳昱潔與陳淑惠 (2019) 的自我慈憫量表台灣中文版做為自我悲憫的測量工具，該原始量表為美國學者 Neff 在 2003 年所發展，量表由兩個高階因素構成：(1) 自我慈憫增進因素（包含自我關愛、正念覺察及普同人性等 3 個分量表），其題目如：「我試著將自己的失敗視作人生必經之路的一部分」、「經歷很大的困難時，我給予自己所需要的關懷和溫暖」、「有事情讓我心情不好時，我會試著讓情緒維持平衡」；(2) 自我慈憫遞減因素（包含自我批判、自我隔絕及負面經驗過度認同等 3 個分量表），題目如：「我不接納且會批判自己的缺失與不足」、「感到低落時，我容易執著於一切錯誤的事情」、「在重要的事情上失敗時，我容易在失敗中覺得孤單」。量表總題數 26 題，以 Likert scale 5 分量表計分，從不 (1 分) 到總是 (5 分)，遞減因素採反向計分，整體得分範圍介於 26~130 分，得分越高表示自我悲憫特質越強。

該中文版量表，透過探索性與驗證性因素分析，所得結果與原始量表結構一致，內在一致性計算 Cronbach's alpha 為 .89，自我悲憫得分與心理安適呈正相關 ($r = .63, p < .01$)、與憂鬱呈負相關 ($r = -.48, p < .01$)、與焦慮呈負相關 ($r = -.23, p < .01$)、與壓力呈負相關 ($r = -.45, p < .01$) (陳昱潔、陳淑惠，2019)，顯示該中文版量表具有良好的信效度。總量表在本研究之 Cronbach's alpha 為 .92，自我慈憫增進與遞減兩個高階因素之 Cronbach's alpha 分別為 .90 與 .94。

2. 止觀覺察注意量表

本研究以「止觀覺察注意量表」中文版 (Chinese Translation of Mindful Attention Awareness Scale; CMAAS) 測量正念，該量表由美國學者 Brown 與 Ryan(2003) 發展，共 15 題，用於了解人們「對此時此刻的覺察與專注狀態」，例如：「有些情緒可能早已發生，但我卻過了一段時間後才覺察到它們」、「我會不自覺地做著事，而沒有注意自己正在做什麼」、「我做事情常像反射動作一樣，而沒有意識到自己到正在做什麼」。所有題目均為反向題，採 Likert scale 6 分量表計分，1 分表示「幾乎沒有」，6 分表示「幾乎總是」。經反向計分後表示個體覺察與專注力的程度，總量表得分範圍為 15~90 分，分數愈高代表覺察與專注力愈高。該量表經專家意見討論、探索性與驗證性因素分析，聚斂出單一因素結構的 15 題量表、4 週再測信度達顯著相關 ($r = .81, p < .000$)，該量表得分與正向安適指標（如生活滿意度、正向情緒、自尊、樂觀）呈現正相關，與負向安適指標（如：憂鬱、焦慮、神經質）呈現負相關。在 Lamothe 等 (2016) 整理 39 篇以健康照護提供者為對象的正念相關研究論文，發現止觀覺察注意量表是評估正念工具使用頻率最高的量表，佔 59%。中文版信效度由張仁和等 (2011) 所建構，經探索性因素分析後與原量表一致得到單一因素結構，再進行驗證性因素分析也符合模型適配指標，與相關的心理適應指標達顯著相關，2 個月再測信度達顯著 ($r = .75, p < .001$)。顯此該量表具有不錯的信效度，該量表在本研究之 Cronbach's alpha 為 .90。

3. 靈性健康量表-短版

本研究引用 Hsiao 等 (2013) 發展之靈性健康量表 - 短版測量靈性健康，總題數 24 題，包含 5 個次量表：與人締結、活出意義、超越困境、宗教寄託及明己心性。該量表以 Likert scale 5 分量表方式計分，從「非常同意」(5 分) 到「非常不同意」(1 分)，總分介於 24-120 分，得分越高表示靈性健康狀態越佳。該量表最早由蕭雅竹與黃松元 (2005) 所建構，經探索性因素分析萃取出 5 個次量表共 47 題，可解釋 58.64% 的總變異量。與世界衛生組織之生活品質量表之靈性 / 宗教 / 信念層面作同時效度檢定，兩者相關係數達 .65、內在一致性計算 Cronbach's alpha 為 .93；三週再測信度之相關係數為 .77。因題數多施測費時，Hsiao 等 (2013) 收集 1026 份研究資

料以確認性因素分析與不同群體效度檢定 (Known-group validity)，修減成 24 題的靈性健康量表一簡版，與原始量表具有相同的 5 個因素結構。在本研究之 Cronbach's alpha 為 .94。

4. 宗教

包含宗教活動量表與宗教信念量表。

(1) 宗教活動量表

本研究採用 Chiang 等 (2020) 發展的宗教活動量表測量宗教活動參與情形，用以評估過去 6 個月參與宗教活動的頻率，例如：「到宗教場所參加宗教相關活動」、「觀賞聆聽宗教節目或閱讀宗教經典」、「禱告或求神」等。題目採 Likert Scale 4 分法計分，依「從未」至「經常」分別給予 1 至 4 分，總量表得分範圍為 5~20 分，分數越高表示參與宗教活動頻率愈高。該量表以文獻探討、訪談、專家效度發展量表初稿，經探索性因素分析與驗證性因素分析，聚斂出單一因子共 5 題，可解釋 48.0% 變異量，顯示該量表具有可接受的信效度，適用於評估研究對象宗教活動參與度。該量表在本研究之 Cronbach's alpha 為 .85。

(2) 宗教信念量表

採用 Chiang 等 (2017) 發展的宗教信念量表作為評量宗教信念的工具，該量表從深度訪談、文獻探討與專家建議後形成問卷初稿，經由探索性因素分析萃取出 4 個分量表共可解釋 64.1% 變異量，驗證性因素分析後具有可接受之聚合效度 (convergent validity) 與區辨效度 (discriminate validity)，與靈性健康進行同時效度檢定達顯著相關；另依據宗教信仰類別，驗證該量表具備已知族群效度 (known-group validity)。該量表整體的 Cronbach's alpha 為 .89，各次量表的 Cronbach's alpha 均大於 .71。該量表分為正向信念（宗教影響、命運）以及負向信念（宗教質疑與宗教壓力）兩部分共 4 個次量表，總題數 17 題，採 Likert Scale 5 分法計分，依「非常不同意」至「非常同意」分別給予 1 至 5 分，負向信念題項採反向計分。總分範圍是 17~85 分，得分愈高表示對宗教信仰愈強，反之則愈弱。在本研究總量表之 Cronbach's alpha 為 .90，正向與負向信念次量表之 Cronbach's alpha 分為 .94 與 .72。

5. 人口學資料

本研究蒐集人口資料，包括：年齡、性別、教育程度、婚姻狀態、子女、家庭功能、宗教信仰、工作年資、職稱、工作單位科別、禪修經驗、重大壓力事件等。其中家庭功能以 Smilkstein 等 (1982) 發展的家庭功能量表 (Family APGAR) 評估，評估家人對家庭功能關於適應度、合作度、成長度、情感度、親密度共 5 題的滿意程度，幾乎很少 (0 分)、有時 (1 分)、經常 (2 分)，得分範圍介於 0~10 分，依總分分為嚴重家庭功能障礙 (0~3 分)、中等程度障礙 (4~6 分)、無家庭功能障礙 (7~10 分)。該量表於本研究之 Cronbach's alpha 為 .88。

(三) 統計分析

本研究使用 SPSS 22.0 版進行資料建檔與研究目的之統計分析，統計方法包括：次數、百分比、平均值、標準差、t-考驗、單因子變異數分析 (Analysis of Variance)、事後檢定、皮爾森積差相關 (Pearson product-moment correlation coefficient)、多元回歸分析 (multiple regression)，設統計考驗顯著水準 α 值為 .05。

(四) 研究倫理

本研究在取得研究倫理委員會審核後進行收案 (IRB 編號：202002412B0)，由研究團隊成員利用病房會議時間向護理師說明研究的重要性、目的、進行方式、受訪者的權益，取得受訪者口頭同意與簽署研究參與同意書後給予結構式自填式問卷。完成匿名問卷填寫後，放入密封信封再投入病房問卷回收箱，由研究團隊取回研究資料。收回之問卷以研究代碼編號，並置於主持人研究室可上鎖之書櫃加以保存，以維護資料之保密與受試者隱私。

三、研究結果

(一) 研究對象之人口學特性

本研究共收案 210 位護理師，年齡介於 23 ~ 58 歲間，平均為 32.3 歲 ($SD = 8.0$)。性別以女性居多 (94.3%)，教育程度以大學 (含) 以上者居多 (91.9%)，婚姻狀況以單身者佔多數 (76.7%)，無子女者較多 (77.1%)，家庭功能以正常者居多 (63.6%)；多數有宗教信仰 (85.7%)。護理工作年資平均為 9.25 年 ($SD = 7.5$)，職稱以護理師居多 (87.6%)，工作單位科別以內科病房居多 (38.9%)。研究對象多數沒有禪修經驗 (93.3%)、60% 曾有親人 (父母、手足、配偶、兒女) 死亡、家人或自己重病、離婚、經濟變故等重大壓力事件 (如表 1)。

(二) 主要研究變項描述性統計結果

如表 2 所示，研究對象自我悲憫總分介於 43-126 分、總分平均為 86.58 ($SD = 14.63$)，單題平均分數為 3.33 分 ($SD = 0.56$)，6 個次量表中以「自我批判」平均得分最高 ($M = 3.46$, $SD = 0.85$)，而「負面經驗過度認同」平均得分最低 ($M = 3.05$, $SD = 0.96$)。靈性健康總分平均為 90.86 ($SD = 13.86$)，單題平均分數為 3.79 分 ($SD = 0.58$)；宗教活動參與的平均得分 7.72 ($SD = 2.64$)、單題平均分數為 1.54 ($SD = 0.53$)。宗教信念總分平均為 54.68 ($SD = 8.66$)、單題平均得分 3.32 ($SD = 0.51$)，正念總分平均為 64.95 ($SD = 10.54$)、單題平均為 4.33 ($SD = 0.70$)。

(三) 相關/差異性分析

1. 人口學特性與自我悲憫得分差異分析

12 項人口學特性中僅 1 項 (家庭功能) 在自我悲憫得分有顯著差異 ($F = 6.806$, $p < .001$)，事後檢定發現家庭功能屬正常者，自我悲憫得分顯著高於家庭功能重度障礙者。其餘 11 項人口學特性在自我悲憫得分無顯著差異 (表 1)。

表 1 人口學屬性描述性統計與自我悲憫之相關性分析 ($N = 210$)

變項	$n(\%)$	自我悲憫相關性分析		
		平均值(SD)	$F/t/r$ 值	<i>Scheffe</i> <i>Post Hoc.</i>
年齡($M \pm SD$, $Min \sim Max$)	32.3 \pm 8.0, 23~58		.11	
性別			-.160	
①男	12 (5.7)	85.92 (13.12)	.	
②女	198 (94.3)	86.62 (14.74)		
教育程度			.712	
①專科或職校	17 (8.1)	89.00 (16.05)		
②大學(含)以上	193 (91.9)	86.36 (14.52)		
婚姻狀況			-1.417	
①單身	161 (76.7)	85.79 (14.28)		
②已婚	49 (23.3)	89.16 (15.60)		
子女			-.846	
①無	162 (77.1)	86.11 (14.38)		
②有	48 (22.9)	88.15 (15.48)		
家庭功能			6.806*	③ > ①
①重度障礙(0-3分)	17 (8.1)	78.18 (17.94)		
②中度障礙(4-6分)	59 (28.2)	84.42 (13.29)		
③正常(7-10分)	133 (63.6)	88.80 (14.17)		
宗教信仰			.475	
①有	180 (85.7)	86.77 (14.40)		
②無	30 (14.3)	85.40 (16.17)		
工作年資($M \pm SD$, $Min \sim Max$)	9.25 \pm 7.5, 0.33~34.42		.12	
職稱			-1.306	
①護理師	184 (87.6)	86.08 (14.77)		
②正/副護理長	26 (12.4)	90.08 (13.31)		
科別			.408	
①內科病房	79 (38.9)	85.15 (14.88)		
②外科病房	71 (35.0)	86.87 (15.26)		
③急診/重症單位	11 (5.4)	88.18 (11.69)		
④婦兒科(產科/產房/兒科)	42 (20.7)	87.90 (14.41)		
禪修經驗			.308	
①否	195 (93.3)	86.68 (14.62)		
②是	14 (6.7)	85.43 (15.74)		
重大壓力事件 [§]			1.444	
①無	84 (40)	88.36 (14.74)		
②有	126 (60)	85.39 (14.49)		

* $p < .001$, [§] 指親人(父母、手足、配偶、兒女)死亡、家人或自己重病、離婚、經濟變故等。

表 2 自我悲憫、靈性健康、宗教活動、宗教信念、正念之描述性統計分析 ($N = 210$)

變項	題數	總分		單題平均分數*
		$M \pm SD$	Min-Max	$M \pm SD$
自我悲憫(總分)	26	86.58 \pm 14.63	43 ~ 126	3.33 \pm 0.56
自我悲憫增進因素	13	43.47 \pm 8.16	25 ~ 65	3.34 \pm 0.63
普同人性	4	13.01 \pm 3.09	4 ~ 20	3.25 \pm 0.77
自我關愛	5	16.69 \pm 3.74	9 ~ 25	3.34 \pm 0.78
正念覺察	4	13.77 \pm 3.11	4 ~ 20	3.44 \pm 0.81
自我悲憫遞減因素	13	43.11 \pm 10.55	13 ~ 65	3.32 \pm 0.81
自我批判	5	17.29 \pm 4.25	5 ~ 25	3.46 \pm 0.85
負面經驗過度認同	4	12.21 \pm 3.85	4 ~ 20	3.05 \pm 0.96
自我隔絕	4	13.62 \pm 3.64	4 ~ 20	3.40 \pm 0.91
靈性健康	24	90.86 \pm 13.86	48 ~ 120	3.79 \pm 0.58
宗教活動	5	7.72 \pm 2.64	5 ~ 18	1.54 \pm 0.53
宗教信念	17	54.68 \pm 8.66	32 ~ 83	3.22 \pm 0.51
正念	15	64.95 \pm 10.54	23 ~ 87	4.33 \pm 0.70

*總(次)量表總分除以題數

2. 靈性健康、宗教活動、宗教信念、正念、家庭功能與自我悲憫相關性分析

如表 3 所示，靈性健康得分與自我悲憫呈正相關 ($r = .63$, $p < .001$)，宗教信念與自我悲憫呈正相關 ($r = .21$, $p < .01$)；宗教活動得分與自我悲憫相關性未達顯著 ($r = -.002$, $p > .05$)、正念得分與自我悲憫呈正相關 ($r = .40$, $p < .001$)、家庭功能與自我悲憫呈正相關 ($r = .28$, $p < .001$)。

3. 自我悲憫預測因子分析

本研究將人口學變項(家庭功能)、靈性健康、宗教信念、正念等 4 項與自我悲憫得分有顯著差異或相關的變項，以回歸強制進入法(enter)分析護理師自我悲憫之預測因子。從表 4 可知整體變項對自我悲憫的解釋力達 44.5% ($F = 34.403$, $p < .001$)，其中靈性健康與正念為影響護理師自我悲憫得分的重要預測因子，即靈性健康得分及正念得分較高者，整體自我悲憫得分有較高的趨勢。

表 3 靈性健康、宗教信念、宗教活動、正念、家庭功能與自我悲憫之相關係數表
($N = 210$)

研究量表	1	2	3	4	5	6
1.靈性健康	-					
2.宗教信念	.38***	-				
3.宗教活動	.15*	.63***	-			
4.正念	.30***	.11	-.05	-		
5.家庭功能	.51***	.12	.07	.25***	-	
6.自我悲憫	.63***	.21**	-.002	.40***	.28***	-

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表 4 自我悲憫之迴歸係數摘要表 ($N = 210$)

自變項	B	SE	β	t	p	95% CI	VIF
家庭狀況							
中度障礙 vs 重度障礙	2.099	3.046	.065	.689	.491	-3.906~ 8.105	3.299
正常 vs 重度障礙	-1.717	3.054	-.056	-.562	.575	-7.739~ 4.306	3.790
靈性健康	.656	.068	.622	9.612	.000	.521~ .790	1.569
宗教信念	-.066	.095	-.039	-.693	.489	-.252~ .121	1.179
正念	4.798	1.130	.231	4.245	.000	2.570~ 7.027	1.106
R^2 (Adj. R^2)	.459 (.445)						
F	34.403***						
p	< .001						

B 為未標準化迴歸係數， SE 為標準誤， β 為標準化迴歸係數

四、討論與結論

(一) 護理師自我悲憫得分

研究對象自我悲憫總分平均為 86.58 ($SD = 14.63$)，顯示護理師自我悲憫得分屬中等程度，與以 854 名台灣 20-64 歲平均年齡為 35.32 歲成人的自我悲憫平均得分 3.25 差不多(陳昱潔、陳淑惠，2019)，高於 Duarte 等(2016)葡萄牙護理師的研究結果(自

我悲憫總分平均為 83.74)，且本研究單題平均分數 3.33 分，亦高於日本護理師自我悲憫單題得分平均 3.01 (Kurebayashi, 2021)。推論造成上述差異原因可能來自於研究對象背景因素，如工作科別或文化背景的因素所導致，例如：該日本的研究以精神科護理師為對象。此外，Montero-Marin 等 (2018) 邀集 11 個國家共 4,124 名參與者進行自我悲憫的跨文化研究，研究也確實發現不同國家的受試者透過社會文化群體價值觀的社會化過程會影響自我悲憫得分，例如重視長遠利益導向的文化背景者，其自我悲憫的得分較高。上述有關自我悲憫得分之文化差異現況與推論，顯示未來研究議題，應可朝向在不同文化或不同人口學背景下護理師自我悲憫的差異。

自我悲憫 6 項次量表，以「負面經驗過度認同」次量表得分最低 ($M = 3.05$, $SD = 0.96$)，例如：「感到低落時，我容易執著於一切錯誤的事情」、「在重要的事上經歷挫敗時，我會沉溺在自己不夠好的感受中」、「有事情讓我心情不好時，我會被自己的感覺牽著走」、「令人痛苦的事情發生時，我容易對事情過度反應，誇大它的影響力」。由上可見當臨床工作遭遇到壓力事件、工作不順或是人際衝突時，護理師似乎比較容易對這些負向的經驗作過度的認同，進而沉溺其中無法自拔。在 Muris 與 Petrocchi (2017) 探討自我悲憫增進與遞減因子與病態心理的統合分析，彙整 18 篇相關的研究後發現遞減的自我悲憫因子比增進自我悲憫對病態心理問題（如憂鬱、焦慮、壓力、精神疾病症狀等）有更強的相關性。因此，在護理臨床實務中，當護理異常之負向事件發生之際，除了解決問題外，應給予同理關懷等適當支持資源給當事護理師，以避免護理師落入負面經驗過度認同，影響其身心靈健康。也應注意精神疾病與精神症狀存在的可能性，適時給予護理師醫療專業治療與轉介，以利有效緩和其負向症狀帶來的嚴重影響。

本研究護理師的自我悲憫得分雖然與台灣一般成人類似（陳昱潔、陳淑惠，2019），在護理族群與葡萄牙得分差不多 (Duarte 等，2016)、高於日本 (Kurebayashi, 2021)。但在 1-5 分量表得分 3.33 分，仍有進步空間。因為，文獻支持自我悲憫對健康結果的重要性，包含與護理人員的職業倦怠有顯著負相關 (Jang et al., 2022)。國外已有文獻探討自我悲憫介入方案的成效 (Kılıç et al., 2021; Neff & Germer, 2013)，例如：Kılıç 等 (2021) 收集 15 篇發表於 2004 至 2019 年以探討自我悲憫介入方案對身

心健康改善成效為題之文獻進行統合分析，結果顯示自我悲憫介入對改善身體健康（血糖、睡眠品質）達中等到大的成效，對心理健康（如焦慮、壓力、憂鬱等）也有相同的成效。Delaney(2018) 探討護理師參加自我悲憫訓練計畫的成效，發現經過自我悲憫訓練的護理師可以降低疲潰、提升復原力與慈悲滿意度。未來研究可以考量台灣國情文化背景與醫療體系的特性，建構與評價台灣護理師本土化的自我悲憫提升方案的成效。

(二) 人口學變項與自我悲憫

整體而言，本研究設定的 12 項人口學相關的變項僅家庭功能 1 項在自我悲憫得分有顯著差異，家庭功能得分與自我悲憫得分亦呈正相關（表 3），顯示家庭功能正常者得分高於家庭功能屬重度障礙者。從家庭功能評估項目，如：遭遇困難可以向家人求助、個人想從事新活動或發展，家人可以給予支持、家人可以接受我情感表達的方式等，顯見家庭提供的實質協助、情感支持與家人間的親密度，有助於個人自我悲憫特質的滋養。

有關人口學基本資料與自我悲憫相關性的文獻較為罕見，僅少數提及年齡或性別的影響，例如：年齡與自我悲憫呈負相關，越年輕者較容易自我批判或陷入負向情緒經驗（陳昱潔、陳淑惠，2019）、女性的自我悲憫得分較男性低（Daltry et al., 2018），但在本研究並沒有類似的發現。且在本研究結果也顯示教育程度、婚姻狀態、是否育有子女、宗教信仰、工作年資、職稱、工作單位科別、禪修經驗、重大壓力事件等，其自我悲憫得分並無差異。可能是本研究對象同質性（homogeneity）較高所致，例如：均就職於同一家醫院、女性占多數（94.3%）、多數單身（76.7%）以及護理師職稱者居多（87.6%）等。未來可以擴大收案醫院，增加參與者多元性（diversity），以進一步釐清基本人口學或是工作特質與自我悲憫的關係。

(三) 靈性與自我悲憫

本研究靈性變項涵蓋靈性健康、宗教信念與宗教活動，相關性分析結果顯示靈性健康、宗教信念分別與自我悲憫呈正相關，但宗教活動與自我悲憫相關未達顯著；

進一步回歸分析後發現僅有靈性健康是自我悲憫重要的預測因子 ($\beta = .622$, $95\%CI = .521 \sim .790$, $p < .001$)。

宗教信念與自我悲憫呈現正相關，從宗教信念題目例如：認同參與宗教相關活動可以消災解厄、可以從宗教團體得到支持與幫助、生命的遭遇常是神的安排、幸福平安是神給的恩賜。比較不認同負向宗教信念，例如：宗教與迷信有關、宗教容易讓人覺得較為消極被動與逃避現實的印象等，顯示宗教信念越強，如同多數宗教教義強調「愛」、「慈悲」、「利他」，當研究對象感受到宗教帶來的善意、希望與支持，可以讓自己以寬大、包容、仁慈的態度接納自己與自我鼓勵，因此，自我悲憫得分較高。

宗教活動參與得分與自我悲憫相關不顯著，本研究護理師的宗教活動參與頻率介於「從未」到「很少」($M = 1.54$)，低於 Chiang 等 (2019) 對台灣 619 名臨床護理師所做的結果 ($M = 2.07$, $SD = 0.66$)。是否因疫情傳染控制影響參與宗教活動的意願與頻率，未來可以進一步探討。

本研究結果指出靈性健康狀態越佳者越能自我悲憫，與 Akin 與 Akin(2017) 以大學生為對象所做研究結果相似。靈性是一種自己與人已天的連結，透過這種穩定的連結，可以協助人們活出獨特的生命意義與價值 (林素瑛等，2015；蕭雅竹、黃松元，2005)。當一個人主觀感到生活有目的並與更大的意義相關，例如：這是人生的任務、老天的旨意，這樣的意義系統如同相機的鏡頭或濾鏡，影響人們對自身經歷和遭遇的解釋、評估和回應，進而影響身心健康 (Park, 2007; Park, 2010)。如同賴志超等 (2018) 對 683 名勞工所做的研究，發現靈性讓勞工了解工作的意義、洞察自己內在的生命價值，因此，在面對苦難時可以對自己仁慈、接納自己，進而影響其幸福感與心理健康。故，當護理師靈性健康得分較高，表示當護理師可以從人際關係中得到支持、感受到自己生命的意義性與價值感、比較能以包容接納的態度看待工作與生活中的不如意、能夠接納自己的缺點，給自己比較大的寬容與自我接納，因此，靈性健康得分越高其自我悲憫得分也較高。

(四) 正念與自我悲憫

本研究的正念變項以止觀覺察注意量表測量護理師「對此時此刻的覺察與專注狀態」，總分平均為 64.95 ($SD = 10.54$)、單題平均為 4.33 ($SD = 0.70$)，與 Pérez-Fuentes 等 (2020) 對 1,268 名西班牙護理師得分相似，高於國內以大學生及碩士學生為對象的調查結果 (賴志超、蘇倫慧，2015)，是否因為年齡較長或是護理專業工作的要求，護理師的正念得分高於大學生，未來可進一步探討。

整體而言，研究對象的覺察與專注狀態，屬於中等程度。細究量表內容，其中得分最低為「我會邊聽別人說話，同時邊做其他事」($M = 3.66$ ， $SD = 1.16$)，最高則為「我會不自覺地前往某處，然後才去想自己為何前來」($M = 4.73$ ， $SD = 1.16$)，這結果與大學生的研究結果一致 (張仁和等，2011)。顯示，在臨床照顧病人的情境中，護理師一邊照顧病人一邊聽著別人說話是常見的樣態，但似乎比較不會到了某處，才想起自己為何前來。如同張凱雁 (2016) 調查 1,671 位護理師，有近半數在工作時刻同步想著另一件或多件待處理事項，但對於自我當下要完成的工作目的是清楚的。

本研究結果發現護理師的正念得分與自我悲憫得分呈現正相關，與以青少年為對象所做的結果一致 (Bluth & Blanton, 2014)，顯示越能專注當下、自我悲憫得分越高。如同護理學者 White (2014) 從護理文獻將正念作概念分析，認為正念是種轉化的過程，透過練習可以發展護理人員融合接納、專注、覺察的當下能力，這個能力影響身心靈安適。護理為一種助人專業工作，在經常面對生死交關工作中，為了提升護理人員的接納、專注與覺察自我的正念能力來處理工作中的各項挑戰，目前已有正念訓練課程在醫療單位推展 (張凱雁，2016)，在疫後時代，應繼續推廣，改變面對壓力模式，進而提升自我悲憫能力。

(五) 自我悲憫的預測因子

本研究假設護理師人口學與工作特質變項、靈性 (靈性健康、宗教信念、宗教活動)、正念與護理師自我悲憫得分有關。然而，回歸分析結果僅靈性健康與正念為影響護理師自我悲憫得分的重要預測因子，換句話說護理師的人口學與工作特質等背景因素，以及宗教信念與參加宗教活動頻率對自我悲憫的影響較為有限，自我悲

憫主要影響因素是護理師本身靈性健康狀態以及專注當下的正念特質。因此，在高壓的臨床工作以及 COVID-19 疫情延燒之際，要提升護理師的自我悲憫，可先提升護理人員靈性健康做起，根據黃沛榆等 (2022) 的研究指出，護理人員的靈性健康與接受過靈性教育有關。故，在醫療團隊管理者可以將靈性課程列為在職訓練的項目之一，並在日常的護理工作中適時表揚與讚美護理師的貢獻，讓護理專業的價值與意義被看見與肯定，這種對工作賦予意義的建構 (Park, 2007; Park, 2010)，可以協助護理師接納自己、不自我苛責，得以因應臨床工作壓力與困境。其次，可從制度面建構具支持力的工作環境，如團隊同儕關係、導師支持 (李歡芳等，2019)，以及同儕支持團體 (胡曉玲等，2022) 等機制，提供護理師們透過同儕互動，正向肯定彼此照顧確診病人過程中，看到護理對台灣防疫的重要性，這種從護理工作對國人健康的貢獻，體驗到自己生命的意義與價值，進而對自己仁慈、好好照顧自己。

專注在當下的正念特質與能力，已有以正念為基礎的介入 (mindfulness-based intervention, MBI) 支持正念可以被訓練，並有益身心安適的改善。例如：Guillaumie 等 (2017) 收集 1980 到 2014 年探討正念介入對護理師 (含護生) 成效的 38 篇文獻，統合分析結果支持正念可以有效降低焦慮、憂鬱，增加安適 (內心平靜、覺察、熱忱) 及提升工作表現 (同儕有效溝通、同理病人、工作滿意度、工作自我效能)；質性分析的結果則顯示護理師自陳正念的練習幫助自己自我覺察、保持情緒平衡，減少工作中的挫折與不滿，進而可以提高對患者和同事的同理心，願意花較多的時間與同事及病人對話，即使面對複雜護理情況可以感覺腳踏實地、平靜地解決問題，整體而言較能勝任護理工作。近年來國內正念介入的研究逐漸受到重視，也已看到對身心健康改善的成效 (陳秀蓉等，2019)。但以護理人員或醫事人員為對象的探討較為罕見，未來樂見融合靈性概念 (賦予意義) 與正念 (專注當下與覺察) 為基礎設計的護理師自我悲憫提升方案與實施成效的探討。

(六) 研究限制

本研究雖然是國內第一份於 COVID-19 疫情流行期間探討護理師自我悲憫與其相關因素的研究，但仍有以下兩項研究限制：1. 本研究以方便取樣收集研究資料，

研究結果難以推論至所有的護理師群體、2. 以護理師為研究對象的自我悲憫相關文獻，國內外均較為缺稀，限制本研究結果的比較與討論。

致 謝

向所有參與本研究計畫的護理師們致上誠摯的謝意，並感謝長庚醫學研究計畫的經費支持（計畫編號：CDRPF3L0021）。

參考文獻

- 中華民國護理師護士公會全國聯合會 (2021, 9 月 1 日)。台閩地區護理人員統計表。
<https://www.nurse.org.tw/publicUI/H/H10201.aspx?arg=8D96D3FEC12F135081>
- 李歡芳、許晏寧、江惠英 (2019)。提升護理人員職場復原力之策略。源遠護理，**13**(2)，30-35。https://doi.org/10.6530/YYN.201907_13(2).0005
- 林素瑛、李香君、蕭雅竹 (2015)。靈性照護概念融入產科護理實習之教學經驗。助產雜誌，**57**，7-19。https://doi.org/10.6518/TJOM.2015.57.2
- 胡曉玲、張寶琪、陳淑貞、陳姚向 (2022)。新進護理人員參與同儕支持團體經驗之探討。中華職業醫學雜誌，**29**(4)，289-297。https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=10233660-202210-202210250010-202210250010-289-297
- 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，**58**，235-260。https://doi.org/10.7108/PT.201104.0090
- 張凱雁 (2016)。正念減壓談護理工作者的專注程度與正念減壓訓練。志為護理—慈濟護理雜誌，**15**(6)，14-21。https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=16831624-201612-201612290010-201612290010-14-21
- 曹心怡、莊寶玉、龔淑櫻 (2021)。一位 COVID-19 病人合併急性呼吸衰竭之加護經驗。台大護理雜誌，**17**(2)，28-40。https://doi.org/10.6224/JN.202012_67(6).14

- 陳秀蓉、彭大維、吳仔玄 (2019)。回顧台灣正念效果研究與臨床應用：實證與實務的反思。《應用心理研究》，**70**，77-121。https://doi.org/10.3966/156092512019060070004
- 陳昱潔、陳淑惠 (2019)。台灣版自我慈憫量表：心理計量特性、心理健康意涵及跨世代的自我慈憫差異。《中華心理學刊》，**61**(1)，51-71。https://doi.org/10.6129/CJP.201903_61(1).0003
- 馮明珠、武香君、林慧姿、雷蕾、趙嘉玲、陸椿梅、楊婉萍 (2020)。面對全球新冠肺炎爆發台灣護理人員之壓力、心理困擾與緩解方式探討。《護理雜誌》，**67**(3)，64-74。https://doi.org/10.6224/JN.202006_67(3).09
- 黃沛榆、謝嘉琪、沈郁惠、黃心樹 (2022)。內科病房護理人員的靈性健康狀態與靈性照顧行為。《秀傳醫學雜誌》，**21**(1)，1-8。https://doi.org/10.53106/156104972022062101001
- 衛生福利部疾病管制署 (2022)。COVID-19 統計。https://www.cdc.gov.tw/
- 蕭雅竹、黃松元 (2005)。靈性健康量表之建構及信、效度考驗－以護理學生為題。《實證護理》，**1**(3)，218-227。https://doi.org/10.6225/JEBN.1.3.218
- 賴志超、蘇倫慧 (2015)。正念、自我療癒力與心理適應：自我悲愍與自我貶抑的中介效果。《中華輔導與諮商學報》，**42**，93-124。https://www.airitilibrary.com/Publication/Index?DocID=17285186-201504-201505200015-201505200015-93-124
- 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。https://www.airitilibrary.com/Publication/Index?DocID=19948107-201803-201805090011-201805090011-31-60
- 賴美玉、蔡富卿 (2021)。因應武漢肺炎護理人員分艙分流照護模式實務作法經驗分享。《高雄護理雜誌》，**38**(3)，12-21。https://doi.org/10.6692/KJN.202112_38(3).0002
- Akin, A., & Akin, U. (2017). Does self-compassion predict spiritual experiences of Turkish University students?. *Journal of Religion and Health*, *56*(1), 109-117. https://doi.org/10.1007/s10943-015-0138-y
- Barber, C. (2012). Spirituality and religion: A brief definition. *British Journal of Healthcare Assistants*, *6*(8), 378-381. https://doi.org/10.12968/bjha.2012.6.8.378

- Bluth, K., & Blanton, P. W. (2014). Mindfulness and self-compassion: Exploring pathways to adolescent emotional well-being. *Journal of Child and Family Studies*, 23(7), 1298-1309. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9830-2>
- Bonelli, R., Dew, R. E., Koenig, H. G., Rosmarin, D. H., & Vasegh, S. (2012). Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. *Depression Research and Treatment*, 2012, 962860. <https://doi.org/10.1155/2012/962860>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Burkhart, L. and Solari-Twadell, A. (2001), Spirituality and religiousness: Differentiating the diagnoses through a review of the nursing literature. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 12(2), 45-54. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2001.tb00118.x>
- Chiang, Y. C., Lee, H. C., Chu, T. L., Han, C. Y., & Hsiao, Y. C. (2020). Exploration of the association between religious affiliation and attitude toward spiritual care in clinical nurses. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 28(2), e77. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000352>
- Chiang, Y. C., Lee, H. C., Chu, T. L., Han, C. Y., & Hsiao, Y. C. (2017). Psychometric testing of a religious belief scale. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 25(6), 419-428. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000197>
- Chigwedere, O. C., Sadath, A., Kabir, Z., & Arensman, E. (2021). The impact of epidemics and pandemics on the mental health of healthcare workers: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6695. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136695>
- Daltry, R. M., Mehr, K. E., Sauers, L., & Silbert, J. (2018). Examining the relationship between empathy for others and self-compassion in college students. *Educational Research and Reviews*, 13(17), 617-621. <https://doi.org/10.5897/ERR2018.3481>

- Delaney M. C. (2018). Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PloS one*, 13(11), e0207261. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207261>
- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.015>
- Durkin, M., Beaumont, E., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2016). A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. *Nurse Education Today*, 46, 109-114. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.030>
- Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine*, 24(8), 753-770. <https://doi.org/10.1177/0269216310375860>
- Garcia, A. C., Camargos Junior, J. B., Sarto, K. K., Silva Marcelo, C. A., Paiva, E. M., Nogueira, D. A., & Mills, J. (2021). Quality of life, self-compassion and mindfulness in cancer patients undergoing chemotherapy: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 51, 101924. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101924>
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Kashanaki, H., & Chen, Z. J. (2017). Diversity and complexity of religion and spirituality in Iran: Relationships with self-compassion and self-forgiveness. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 27(4), 157-171. <https://doi.org/10.1080/10508619.2017.1340100>
- Grim, B. J., Johnson, T. M., Skirbekk, V., & Zurlo, G. A. (2015). *Yearbook of International Religious Demography 2015*. Brill.

- Guillaumie, L., Boiral, O., & Champagne, J. (2017). A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1017-1034. <https://doi.org/10.1111/jan.13176>
- Homan, K. J. (2014). A mediation model linking attachment to god, self-compassion, and mental health. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(10), 977-989. <https://doi.org/10.1080/13674676.2014.984163>
- Hsiao, Y. C., Chiang, Y. C., Lee, H. C., & Han, C. Y. (2013). Psychometric testing of the properties of the spiritual health scale short form. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21-22), 2981-2990. <https://doi.org/10.1111/jocn.12410>
- Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 10(2), 215-235. <https://doi.org/10.1111/aphw.12127>
- Jang, M. H., Jeong, Y. M., & Park, G. (2022). Influence of the subfactors of self-compassion on burnout among hospital nurses: A cross-sectional study in South Korea. *Journal of Nursing Management*, 30(4), 993-1001. <https://doi.org/10.1111/jonm.13572>
- Johnson, E. T., Kaseroff, A., Flowers, S., Sung, C., Iwanaga, K., Chan, F., Mainella, A. K., Morrison, B., & Catalano, D. (2017). Psychosocial mechanisms explaining the association between spirituality and happiness in individuals with spinal cord injuries. *The Journal of Rehabilitation*, 83(4), 34-42. <https://link.gale.com/apps/doc/A523137095/AONE?u=anon~c06df953&sid=googleScholar&xid=b8fea8dc>
- Kabat-Zinn, J. (2016). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation for Everyday Life*. Piatkus.
- Kılıç, A., Hudson, J., McCracken, L. M., Ruparelia, R., Fawson, S., & Hughes, L. D. (2021). A systematic review of the effectiveness of self-compassion-related interventions for individuals with chronic physical health conditions. *Behavior Therapy*, 52(3), 607-625. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.001>

- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and Health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 1-33. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Kurebayashi Y. (2021). Self-compassion and nursing competency among Japanese psychiatric nurses. *Perspectives in Psychiatric care*, 57(3), 1009-1018. <https://doi.org/10.1111/ppc.12649>
- Lamothe, M., Rondeau, É., Malboeuf-Hurtubise, C., Duval, 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. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.11.001>
- Montero-Marin, J., Kuyken, W., Crane, C., Gu, J., Baer, R., Al-Awamleh, A. A., Akutsu, S., Araya-Véliz, C., Ghorbani, N., Chen, Z. J., Kim, M. S., Mantzios, M., Rolim Dos Santos, D. N., Serramo López, L. C., Teleb, A. A., Watson, P. J., Yamaguchi, A., Yang, E., & García-Campayo, J. (2018). Self-compassion and cultural values: A cross-cultural study of self-compassion using a multitrait-multimethod (MTMM) analytical procedure. *Frontiers in Psychology*, 9, 2638. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02638>
- Muris, P., & Petrocchi, N. (2017). Protection or vulnerability? A meta-analysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 373-383. <https://doi.org/10.1002/cpp.2005>
- Neff, K. D. (2003). Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- 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. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>

- Pérez-Fuentes, M., Gázquez Linares, J. J., Molero Jurado, M., Simón Márquez, M., & Martos Martínez, Á. (2020). The mediating role of cognitive and affective empathy in the relationship of mindfulness with engagement in nursing. *BMC Public Health*, 20(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8129-7>
- Park C. L. (2007). Religiousness/spirituality and health: a meaning systems perspective. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 319-328. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9111-x>
- Park C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257-301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *The Journal of Family Practice*, 15(2), 303-311.
- White L. (2014). Mindfulness in nursing: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 282-294. <https://doi.org/10.1111/jan.12182>
- World Health Organization (2022). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between s-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology. Health and Well-Being*, 7(3), 340-364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>

A Study of the Relationships among Spirituality, Mindfulness, and Self-Compassion in Nurses during the Coronavirus Epidemic

HSIANG-CHUN LEE, YI-CHIEN CHIANG, CHIU-TZU LIN,
TSUNG-LAN CHU, YA-CHU HSIAO

Purpose: The COVID-19 epidemic impacted Taiwan's medical system. Nurses are front-line care workers so their physical and mental state is of particular importance. The purpose of this study was to explore the relationships between the 3 aspects of spirituality (spiritual health, religious beliefs, and religious activities) and mindfulness and self-compassion in nurses during the COVID-19 pandemic. **Methods:** We adopted a cross-sectional correlation study design. A total of 210 nurses (mean age 32.3, 94% female) from a medical center in northern Taiwan completed self-administered questionnaires. **Results:** The nurses' scored moderately in self-compassion, with the lowest score going to the subscale measuring over-identification with negative experiences. Spiritual health, religious beliefs, mindfulness, and self-compassion were all related significantly. The regression analysis showed that spiritual health and mindfulness were significant predictors of the nurses' self-compassion. **Conclusions:** Spiritual health (which provides a sense of meaning and worth in life) and mindfulness (focus on the present moment) corresponded to enhanced self-compassion in nurses during the pandemic. We propose that in the future it would be beneficial to integrate spiritual concepts and mindfulness into the design and assessment of self-compassion enhancement programs for nurses.

Key words: self-compassion, spirituality, religion, mindfulness, nurse, COVID-19

Hsiang-Chun Lee: Associate Professor, Chang Gung University of Science And Technology, Department of Nursing
Yi-Chien Chiang: Associate Professor, Chang Gung University of Science And Technology, Department of Nursing
Chiu-Tzu Lin: Associate Director, Chang Gung Memorial Hospital, Linkou, Department of Nursing
Tsun-Lan Chu: Supervisor of Quality Control Department, Chang Gung Medical Foundation Administrative Center
Ya-Chu Hsiao: Professor, Chang Gung University of Science And Technology, Department of Nursing