

衛理神學研究院

理性情緒行為治療法
在教牧關顧中的應用

教牧博士科

教牧博士學位論文

指導教授：王春安博士

研究生：詹益信

日期：2010年6月

衛理神學研究院
教牧學博士 學位論文

理性情緒行為治療在教牧關顧中的應用

經考試合格特此證明

口試委員(簽名): 王春安

口試委員(簽名): 吳景仁

口試委員(簽名): 周慧芳

口試委員(簽名): Jewely Moon

口試委員(簽名): 何紀雲

二〇一〇年六月

目 錄

論文摘要

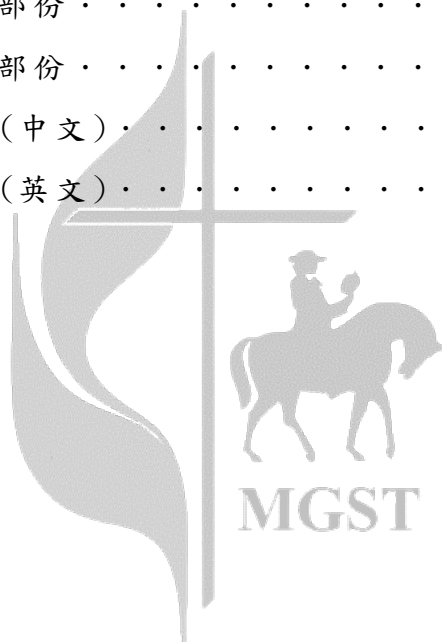
致謝詞

縮寫一覽表

第一章 緒論	1
第一節 問題陳述	1
第二節 研究動機與目地	2
一 研究動機	2
二 研究目地	3
第三節 研究方法	5
第二章 理性情緒行為治療法	6
第一節 理性情緒行為治療法的發展史	6
一 非理性的信念	9
二 哲學概論	13
三 人性觀	14
第二節 理性情緒行為治療法的理念	16
一 理性情緒行為治療法的理論與基礎	16
二 理性情緒行為治療法的目的	19
三 理性情緒行為治療法的治療過程	20
四 理性情緒行為治療法的治療模式	21
1. 認知方法	22
2. 行為治療法	26
3. 情緒方法	27
第三節 基督教對理性情緒行為治療法的評論	29
一 上帝成「不合理的信念」	31
二 以人為中心的價值觀	32
三 引誘基督徒進到一個無神的系統	34
四 艾里斯的反駁	36
五 小結	39
第三章 理性情緒行為治療法與聖經之關聯	42

第一節 約伯記呈現的問題	4 2
第二節 約伯的情緒反應	4 5
第三節 從約伯的經歷談輔導	4 8
第四節 小結	5 0
第四章 理性情緒行為治療法在教牧關顧之應用	5 2
第一節 新竹馬偕醫院的「馬偕美德計劃」	5 3
一 員工滿意度調查	5 3
1. 員工工作滿意度與組織承諾之異數分析	5 3
2. 皮爾森相關分析	5 5
3. 迴歸分析	5 6
4. 心理健康檢測	5 7
5. 對醫院的開放性的問卷調查	5 8
二 馬偕美德	6 1
1. 推動「馬偕美德計劃」緣由	6 3
2. 馬偕美德十二項內容	6 4
3. 推動「馬偕美德計劃」的效益	6 4
三 「馬偕美德計劃」的成效	6 6
1. 工作滿意度	6 6
2. 組織承諾	6 6
四 小結	6 7
第二節 個案案例之應用	6 8
一 治療目標與歷程	7 0
1. 治療目標	7 0
2. 治療歷程	7 1
3. 治療策略與技術	7 1
二 輔導技巧—個案分析	7 2
1. 代表性個案介紹	7 3
2. 治療目標—這治療法為何適合案主	7 4
3. 個案分析	7 4
4. 輔導技巧技巧運用—駁斥非理性信念	7 5

三	小結	77
第五章	結論	79
一	理性情緒行為治療法在教牧關顧應用之可行性	79
二	理性情行為治療法在教牧關顧運用上的一些建議	80
附錄		82
附錄 1	· 2007 年新竹馬偕醫院員工滿意度調查表	82
附錄 2	· 2007 年新竹馬偕員工滿意度調查結果報告表	87
附錄 3	· 2007 年馬偕美德認同度問卷調查	106
附錄 4	· 2007 年馬偕美德認同度調查報告	108
參考書目		134
一	· 中文部份	134
二	· 英文部份	136
期刊(中文)		137
期刊(英文)		138



論 文 摘 要

「教牧關顧」是一項助人的工作，「關顧（輔導）」是一種助人的歷程。任何人在他的生命過程裡，無論是求學、工作、家庭親子關係、人際關係…等經常會遭逢一些困難、挫折、意外，造成身體、心靈的創傷、信念受扭曲，或情緒上的困擾。如果有人能適時給予協助、支持、輔導，將可幫助他療傷止痛、紓解其心靈的傷痛，協助他身心、信念，人格的正常成長與發展；不致造成行為偏差，進而損及家庭、團體、社會。可見「教牧關顧」的重要性。因為「教牧輔導」本身就是一個關懷人的行動，它將上帝的愛，傳播給世間需要愛、需要關懷、需要安慰、需要幫助的人（無論他是信徒、慕道友或非信徒）。所以，教會或是機構「教牧關顧」的此項助人事工不但是非常必要的，也有其價值。

「理性情緒行為治療法」(Rational Emotive Behavior Therapy, 簡稱REBT)可說是目前九大「諮商與心理治療方法」中，最常為諮商協助員所採用的治療方法之一。本論文旨在：探討與應用艾里斯的「理性情緒行為治療法」的理論，了解「理性情緒行為治療法」使用於一般諮商與心理治療實務時，它的治療對象、治療目的、治療模式、以及它的應用和治療效果。當然在這篇論文中並不是以「治療」為目的，乃是藉著嘗試將「理性情緒行為治療法」的理論與聖經、神學相結合，將它的治療中強調信念改變的技巧應用於「教牧關顧」中，並探討它的適用性。期望「理情行為治療法」能有助於提昇牧者在「教牧關顧」的事工，達成事半功倍的效果。

本論文全部共分五章，茲將各章的重點摘錄如下。

第一章，緒論：首先界定研究目的、方法、範圍與論文組織。

第二章，詳細研討並整理艾里斯(Albert Ellis)的「理性情緒行為治療法」(Rational Emotive Behavior Therapy 簡稱 REBT)的理論。並探討基督教對「理性情緒行為治療法」的看法與評價。

第三章，及了解約伯與三位朋友的「辯論」，來看到「信念」的改變，人對信仰，哲學觀也有所改變。

第四章，現實案例與理性情緒行為治療法之關聯性。以新竹馬偕醫院

的滿意度調查表的分析報告，來探討理情行為治療法應用於教牧關顧中的適用性與應用。理性情行為治療法的現實個案之應用，藉員工的對醫院環境，主管，價值觀等的調查，了解員工的在職去留意願，看能否改善員工的非理性信念。

第五章，是本論文的結論，以及筆者對要使用這方法時，所提出的建議，期望在提昇教牧關顧事工的功能上，有所助益。



致謝詞

首先要感謝上帝，在這十年的進修研究的學習過程中，用祂那數算不盡的恩典，一步一步的引領與扶持，論文至今才得以完成。

感謝衛理神學研究院的教授群，讓我在教牧學博士班的課程中，接受每位師長的諄諄教誨，獲得許多寶貴的知識及信仰典範，增廣教會工作視野及實力，才能再次完成上帝的僕人的終身學習深造教育的機會。這篇論文能順利達成，皆要感謝恩師及指導教授王春安院長全程的辛苦引導、指正修補、理念的基礎、應用的重點，具體的閱讀、適時給予督促與鼓勵。因著師長的鼓勵，才不致半途而廢；只因自己是朽木不可雕也！若不是有上帝的恩典，那有化腐朽為神奇的神蹟奇事。

感謝筆者曾經牧養過的苗栗長老教會的長執信徒，讓我於牧養期間（14年），得以有機會在衛理神學研究院教牧學博士班就讀。感謝香山長老教會林錫和牧師、吳慧如師母甚是關心筆者進修情形，與代禱。再感謝我現職的馬偕醫院新竹分院郭許達院長、各室主任、與院牧室同仁等，在繁忙的醫院事工與進修中，給予我事工上的關心、與支持；特別在論文所需的問卷調查工作上，新竹分院的企劃組、總院院牧部主任潘美惠牧師帶領的院牧團隊，對馬偕美德文化的編製與推動，在資料上給予相當的協助。讓我在學術的養成和臨床的經驗上提供論文寫作的豐富內容。

感謝關懷我的親人好友，一直給予我無限關心，與代禱。特別感謝父親詹德福牧師，母親張瓏招每日為我的牧養服事，論文的完成，付出的代禱，常勉勵我在職份要忠心服事，盡力傳揚福音，時時裝備為主使用。

感謝東海大學社會工作學系專任副教授林仁和牧師，自行的協助我蒐集論文資料、相關議題上研究互動。台灣基督長老總會教社部服事的好友黃哲彥牧師，在論文文字資料修正與整理之相關協助。因著眾親友的關心與支持，使我感受到來自主內真摯情感與愛的環境、鼓勵及代禱的力量，來助我完成論文。

最後，再感謝上帝賜我奇妙的家庭，我們知道博士學位（PH.D）

很難取得，幸好『太太後面推著，讓丈夫得以取得學位』(Push husband to get Degree)，只不過我是教牧學學位 (Doctor of Ministry; D.Min.)。所以，要感謝我的愛妻林素琦，在我忙於進修博士班課程及撰寫論文期間，身兼父職與母職 (D.M)，為我因無暇陪伴之際，與分擔家庭之責的獻上一切的辛苦。感謝太太與惠愛、惠琳、惠心一直配合營造有支持、安慰、體諒、禱告、愛的環境來助我完成論文。

終身感謝上帝豐富的恩典，安排那麼多的良師益友、及親人助我完成進修的心願。在此，願榮耀歸聖父、聖子、聖靈，也與曾經參與並關心我的人分享喜樂成果，也願上帝記念賜福您們的愛心直到永遠。



縮寫一覽表

ABCD theory

A	Activating Experience (event)
B	Belief
C	Emotional Consequences (emotional and behavioral consequence)
D	Disputing (disputing intervention)
E	Effect
F	new Feeling
iB	irrational Beliefs
rB	rational Beliefs
deC	desirable emotional Consequence
dbC	desirable behavior Consequence
ueC	undesirable emotional Consequence
ubC	undesirable behavior Consequence
cE	cognitive Effect
eE	emotional Effect
bD	behavior Effect
REBT	Rational Emotive Behavior Therapy



第一節 問題陳述

在我們的生命中，總會遇到因難與挫折。當遇到因難與挫折的時候，我們的態度往往影響往後處理的結果。如果我們只是將這些都歸咎於「命運」、「風水」、「緣份」的時候，我們就會發現當因難來到時，大多數的處理態度就會比較消極，會逆來順受。然而，我們也得回來問這種逆來順受、默默承受就是人生經歷中最好的解決方法嗎？

筆者過去在教會牧會 14 年期間，關心會友生命成長過程經歷的種種問題時，常聽到會友會提出他們的疑惑「我為什麼會碰這種試探？」、「我是在什地方得罪上帝？」、「我已經向上帝禱告了，神怎麼還沒有回應我？」…。信徒對信仰信念的認知中，總是存有「為什麼義人會受苦難」的信仰疑惑？當信徒面對苦難時，在信仰理解下常會出現「一定有上帝的祝福或賞賜臨到」、「我只要等待，遲早會是好結果的」、「我只要交給神就好」這類的期待。當時間久了，他們的因難還無法如他們的期待時，就會向牧者提問「為什麼神還沒有回應我呢？」諸如此類扭曲人信念的不良觀念想法，是我在牧會以來一直感受得到的。現在我在醫院擔任院牧的工作，每天面對員工、病房的病人、與家屬，我發現所遇到的諸如此類的問題，也如在教會牧養時一樣，甚至更嚴重與急迫。

英文有句俗語說“Seeing is believing”，亦即「眼見為信」或說「眼見為憑」，意思就是說「拿出證據來」！我們都知道，人對真理的「認知」有不同的模式，從孩童時期對周遭事物的接觸 (touching)，或是到長大後對抽象觀念的體認，甚至是心靈世界的意會，都需要認知境界的深化與提昇。然而，在信仰學習的過程裡，「看見」(see)和「相信」(believe)往往又以不同的方式呈現著¹。因為，當我們談到信仰經歷時，我們必須學習看到我們的內心，並學習用心來觀看。我們必須學習看見關於自己的真相，才學習看見關於「上帝」的真理。我們好像以為我們知道自己所求的是什麼，所要的是什麼，其實我們不知道！

¹ 參閱約翰福音書廿一章 25 節「多馬對他們說：『除非我親眼看見他手上的釘痕，並用我的指頭摸那釘痕，用我的手摸他的肋旁，我絕不信』」中多馬的「看見」，「摸」到，才會「相信」耶穌的復活。

人有很多扭曲的認知觀念，以及不良的思想，進而影響人的心境。人的行為又受到情緒影響，直接、間接影響到人際的關係，也影響了自己的成長。

亞伯·艾里斯 (Albert Ellis)²認為人的確受到生物性及過去成長經驗的影響，而在想法及行為模式上有特定的傾向。人之所以會如此，是依循過去經驗所建立的信念及解釋習慣，而有這種行為反應模式。人的行為或情感都是認知經歷的產品，認知經歷可經學習而強化，本論文的研究即是要討論如何在教牧諮商(Pastoral counseling)³的功能上來改變人的不良觀念。

第二節 研究動機與目的

一、研究動機

在會友因生活困難與苦難，因而產生扭曲信仰的知識理解與不正確觀念時，牧者的職責是什麼？在會友的當中，有生病的信徒，有人意氣消沉，有人已經到自殺的邊緣，人有染上酒癮，也有人自覺活著沒有意義、沒有希望……。他們不是快樂的一群人。我相信他們面臨的這些問題是無法與靈命分開的，他們是被哀傷和罪牽絆的人，甚至不能靠意志力來戰勝這一切。耶穌說過：「健康的人用不著醫生，有病的人才用得」(馬太九：12)，我們如何幫助這些會友呢？

如何改變人在困境的想法、信仰意念？特別是對宗教信仰的體驗與理解？當信徒如同約伯一樣，面臨生活重大事故，自己本身卻無法靠一己之力解決時，牧者如何與他一同走過死蔭幽谷？如何協助信徒了解他在特定事件中的想法，且要更進一步引導他去發掘他內在核心的信仰信念和宗教人生哲學的思考。以宗教性的語言來說就是讓信徒在苦難中經歷神、遇見神。這種的協助是教會牧者關顧(Pastoral care)⁴

²亞伯·艾里斯 (Albert Ellis 1913) 是理性情緒行為治療(Rational Emotive Behavior Therapy 簡稱 REBT)的創始者。

³一般人，稱「牧師」從事教會的各項牧會工作為「教牧」，也就是說，牧師善盡職份，負責講道、教導、牧養和醫治----等事工，稱之為「教牧」。至於「諮商」則是指：在「教牧」事工的項目範圍內，一種「關顧和輔導」的方法與技巧。因此，簡單的說，「教牧諮商」就是指：教牧人員牧會事工中，從事「諮商」的活動而言。侯活·祈連堡著，《牧養與輔導》(香港：基督教文藝，1988)，15。

⁴「教牧關顧」則涵蓋了，教會中所有的教導、牧養、支援和醫治----等的事工。

的責任。

當然牧師也有可能進入職場，如學校、醫院、軍隊、機構……等地方服事。這時牧者面對的不再單純是信徒，而是面對更多、更複雜的人群；此時牧者不能停留在教牧關顧的角色，而必須以更廣擴的態度來協助他所面對的人。他必須成為職場協助者⁵。不論是教牧關顧或是職場協助者，我們都得面對「如何(how to)」的基本問題。

二、研究目的

從教會牧養，到醫院院牧的工作，在諮商實務體驗與接觸個案探究心得中，發現到求助者（案主）常感到困擾的主要原因是受文化傳統或家庭、社會的影響，形成一些不合理的觀念或自我束縛的想法。當求助者本身又缺乏因應挫折或困境的能力、自信心低落時，求助者常會籠罩在情緒紛擾的困境中。當然我們協助者通常是幫助求助者釐清扭曲的觀念，重建自信，及讓求助者有自行面對及解決問題的能力。

耶穌說：「我來了是要叫人得生命……並且得的更豐盛（完全）」（約翰十：10）。耶穌是在談論豐盛的生命，而教會的使命是要教會成為一個豐盛生命的中心——人可以得到釋放，滋養和能力，使生命有更整全的發展。所以教會的任務，就是牧養，關懷和輔導。信徒生命得救的形象，一方面是人可以得到滋養，在整个人生的過程裡，處處得到關懷。另一方面，是信徒可以在教會有足夠可以學習與裝備力量的，由其中得到幫助成為完全的人，也可以成為幫助人的人，更可以使教會，甚至社會得以完全。

本論文想探討的是亞伯·艾里斯的理性情緒行為治療法在教牧關顧上的應用。期盼通過本論文的探討來找出一個在教牧關顧（協談）的模式，以幫助求助者成長，甚至讓求助者遇見神，重回信仰信心。

哥林多後書一章4節如此記載：「我們在一切患難中，祂就安慰我們，叫我們能用上帝所賜的安慰，去安慰那遭各樣患難的人」。侯活·祈連堡著，《牧養與輔導》（香港：基督教文藝，1988），16。

⁵ 參閱 Clara E. Hill 著，林美珠，田秀蘭譯。《助人技巧—探索，洞察與行動的催化》第二版。（台北：學富文化事業有限公司，2006），5。是人較廣泛普遍的用語，包括形形色色的個體，像醫生，護士，諮商師，心理治療師，從事服務性工作者，和牧師，界定為幫助案主探索其情感、使之獲得洞察，以利其在生命中做出積極正向的改變。

因此，藉以理性情緒行為治療法的理論架構分析，醫院滿意度的問卷調查，及醫院個案訪談的方式來探討自我情境所帶來對個案的影響。因此理性情緒行為治療法的目的，在改變案主不良認知的手段，進而帶給案主從困擾情緒與不適應行為中得以改變。

在理性情緒行為治療法的過程中，強調特定具體的認知，情緒，及行為的改變。艾里斯要改變求助者的哲學觀念。他認為人的確受到生物及過去成長經驗的影響，而在想法及行為模式上有特定的傾向。依據他的觀點，人之所以仍舊保持一定的反應模式是在於我們仍舊依循過去經驗所建立的信念及解釋習慣。

透過理性情緒行為的治療法歷程，讓求助者學習一些技能去找出並駁斥那些經由自我教條化而深植的「非理性信念」(irrational Beliefs, 簡稱 iB)⁶。求助者可以學習如何以有效而理性的認知來取代無效的思考模式，使情境所造成的情緒反應隨著改變。在治療歷程使求助者將理性情緒行為治療法的原理運用在特別的問題上，也用在生活中或未來可能遭遇的問題上。例如：重視處理「想法」與「行為」，而非重視感覺的表達；視治療為一種「教育」過程；牧者特別在指派家庭作業及教導直接思考的策略上；所扮演的角色為「教師」，而求助者為「學生」；應可把治療中所學的技能在日常生活中演練。

依理性情緒行為治療法的文獻分析，艾里斯(1983f)說過，許多不同類型情緒失調的產生，顯然與宗教信仰過於狂熱有關，包括倚賴心理、缺乏忍耐力、缺少自尊和憂鬱等。但是他綜合許多宗教書籍作者的意見，認定宗教對人類的影響絕對是正面的。「它可以是人類適應社會生活的中間媒介，是病理的抑制者，也是難民避難所……透過信仰的表達與活動，確實可以達到自我治療的效果。」即使有一些評論家(例如，麥克明(McMinn)、李伯德意志(Leboid, 1989)表示，艾里斯主張的「若想擁有健康的心理，則必須改變過於狂熱的宗教信仰」這項理

⁶參閱廖鳳池，《認知治療理論與技術》(台北：天馬，1996)，5。人的思考因受到或多或少的某種差勁，無效或頑固的方式進行，與受到父母，師長，同儕的教導，大眾傳播的影響，和他人的互動及自我觀察和自我評定等等影響，因而產生了不合理，不合邏輯，或和事實不符的信念，稱之為非理性信念(irrational Beliefs, 簡稱 iB)。

論顯然與基督徒所認定的治療法大相逕庭，但理性情緒行為治療法所提出的理論與技巧對建立健康信仰還有助益的。本論文也希望可以提出一些幫助求助者重建對上帝信心的方法。

第三節 研究方法

本論文第二章將以「文獻探討」的方式，研討並整理艾里斯(Albert Ellis)的「理性情緒行為治療法」(Rational Emotive Behavior Therapy 簡稱 REBT)的理論與實務，並探討基督教對「理性情緒行為治療法」的評價。然後在第三章中嘗試以「理性情緒行為治療法」的方法來理解聖經中約伯的遭遇及其情緒變化，用以說明理性情緒行為治療法的理論與技巧對基督教之適用性。而在第四章則透過新竹馬偕醫院的「馬偕美德計劃」之推行及個案輔導中理性情緒行為治療法中對於改變信念之技巧運用來說明此方法在教牧關顧上的有效性。

本論文不管是從問卷調查，文獻探討，或個案關懷的應用，讓我們在職場（教會，在醫院）上，我們幫助個案，使案主自己能進行理性情緒自我分析，我們先讓案主了解案主自己的「非理性信念」是什麼？藉著「辯論、對質、反駁」的方式，使案主修正或放棄非理性信念，與找出自己最受困擾的情緒是什麼？藉著釐清個案的「信念」，以致協助案主為此改變與重建案主的行為模式，使得案主能走向全人的成長。因此，我們也必須了解本論文不是在處理「治療」的問題，乃藉「理性情緒行為治療法」強調信念改變的理論及技巧作一個教牧關顧的應用上的正當性之探討。

第二章 探討理性情緒行為治療法理論

在我們生命中有太多的痛苦經驗，每一次的經驗都造成我們情緒的起伏不定。但專家告訴我們，「情緒的困擾常來自於太過嚴肅，缺乏幽默感」，導致我們在困難中，失去了歡笑，同時也失去對抗困境的力量。海倫凱勒曾說：「面對光明時，陰影永遠在我們身後。」艾倫克萊恩(Allen Klein, 2001)在《天空不藍，仍然可以笑：練習幽默》一書中提到，悲傷的眼淚使我們往內看，我們哭泣，自艾自憐。而另一方面，歡笑卻讓我們把焦距往外移。歡笑擴大了我們的視野，讓我們用新的方式看待自身的處境。他引用作家海爾默普萊斯納(Helmuth Plessner)的話說：「歡笑的人面向整個世界。」另一方面，哭泣的人只看到自己的世界，自己的痛苦⁷。

在諮商方法中，「理性情緒行為治療法」(REBT)是由臨床心理學家艾里斯(Albert Ellis)所創立的，主要強調認知的重建，幫助個人建立新的人生哲學。因為，影響我們情緒的不是發生事情的本身，而是我們對此事件的看法和解釋；我們怎麼想，就怎麼感覺。所以，只要我們可以改變想法，就可以改變情緒。藉著對自己想法的檢視，發覺自己非理性的想法，來解決我們的情緒困擾，重建生活的能力。

在這個章節中，將審視艾里斯常用在求助者身上的一些認知、行為和情緒治療法。此外，也將特別提出一些他在臨床應用上所創立（或改進）的治療法；這些治療方法足以代表他在心理治療和諮商領域中的偉大貢獻。我們承認把介入程序區分為認知、行為和情緒三種類別，多少是有一些人為的設計。因為，一個特定技術所採用的各種模式之間，均有相當的重疊性。基本上，大部分艾里斯所使用能認同的治療技術，都是想要對當事人在認知和人生觀的功能上產生有利的影響⁸。在此所使用的分類設計是要強調艾里斯在理性情緒行為治療中所使用的介入程序的多模式的特質。

第一節 理性情緒行為治療法的發展史

⁷ 艾倫克萊著，45.

⁸ Joseph Yankura 陳逸群譯《艾里斯-理情治療學派創始人》，126。

理性情緒行為治療法的代表人物為艾里斯(Albert Ellis)。他在 1913 年出生於匹茲堡，四歲時搬到紐約郊外，以後便定居紐約。他童年時期曾九度住院，主要是因腎臟炎引起；在十九歲時又併發腎臟性糖尿病；四十歲時罹患糖尿病。但他拚命地照顧自己的健康，堅決地不使自己因疾病而悲慘過生活。他以強韌的生命力和精力，充滿地度過他的一生。

艾里斯的家庭經驗並非愉快。他形容他的父母對他是「仁慈的忽視」，他七歲時已學會獨立，十二歲時父母離婚。後來他下定決心要成為一個作家，便仔細規劃自己的教育生涯。他進商業高中，然後在紐約市立大學主修商業管理，以便在生意上賺到足夠的錢去寫任何他想寫的東西。

1930 年美國經濟大蕭條，影響了艾里斯的計劃，他只得放棄成為富商的美夢，不過仍繼續從事小說的創作。後來他決定轉攻心理學，他於 1943 年自紐約哥倫比亞大學獲得碩士學位，再於 1947 年獲得臨床心理學博士學位。

完成博士學位後，他曾開業當精神分析的心理治療師。但他卻發現精神分析有它的缺陷，使他對精神分析的效果深表懷疑。他認為精神分析過於抽象，難以操作，而且效果又難以驗證。因此他立志要自立門戶，希望能創造一較主動與指導性取向的治療理論。

1955 年他開始自創理性情緒行為治療法，在 1959 年創立了理性生活研究所(Institute for Rational Living)，是一個科學與文教基金單位，以推展他的理念。1962 年出版了第一本論「心理治療的緣由與情緒」(Reason and Emotion in Psychotherapy)。1968 年再創設理性情緒治療研究所(Institute for Rational-Emotive Therapy)，作為專業訓練與臨床服務機構。從 1960 年代開始，理性情緒行為治療法就開始在輔導與心理治療領域，成為一個新興的理論模式。

當艾里斯發現精神分析學派的方法對個案並不適宜之後，即致力發展理性情緒行為治療法。艾里斯認為精神分析下沒有效果，而人們治療後有時會變得更糟。基於這種信念，他開始說服並強迫案主去做他們最敢做的事。艾里斯首度發現「主動直接」的心理治療，要比標

準的心理分析更見效果和效率。從 1950 年代中期起，他發表了兩篇有別於正統精神分析法的實驗結果「心理治療法新技術」(艾里斯,1955a)和「精神病的心理治療技術」(艾里斯,1955b)，開始規劃他所稱之「理性治療」(rational therapy)的理論與技術，開始向他的「心理治療師」之路邁進。為有別於其他的精神分析師之治療方式及與個案中心的治療師和經驗治療師，艾里斯於 1950 年代後期，推出了理性思考與心理調適之間的關連性的「理性治療」。他的理論怕會被人誤解成像十八世紀的理性主義，所強調的理性和智力的重要性高於人類其他經驗，所以艾里斯決定改換名稱為「理性情緒行為療法」，並藉此在強調情緒在人類功能作用，心理問題，及在療程中行為技巧的使用和安排家庭作業的重要性。

於是理性情緒行為治療法使成為一門心理治療法的學派，目標是提供工具，使求助者能重建其人生哲學與行為風格⁹。雖然理性情緒行為治療法常被認為是現在的認知—行為治療法之父，但是它也受到前人思想的指導。在認知、情緒、和行為之間的交互關係，可以追溯到幾位古代東西方哲學家的影響 (Ellis, 1984b)。艾里斯將之歸功於古希臘哲學家，特別是斯多噶學派 (Stoic) 的哲學家艾皮科蒂塔斯 (Epicurus)，艾里斯引用他在西元一世紀所說的話「人不是被事情困擾著，而是被對該事情的看法困擾著」(Ellis, 1995)，在「理性情緒行為治療法」REBT (Rational Emotive Behavior Therapy) 的概念架構中。另外，他也將此歸功於阿德勒，認為他是影響理性情緒行為治療法的現代先驅。阿德勒曾提到我們的情緒反應與生活方式和我們的基本信念息息相關，因此是認知造成的；如同阿德勒學派，理性情緒行為治療法強調社會興趣對心理健康的重要。理性情緒行為治療法函括：目標、意圖、價值觀及生存意義的重要性；強調主動與指導性的教誨；運用認知性的說服方法；在大眾面前生動地示範。

我們知道艾里斯開始幫助人解決婚姻家庭問題時，是提供一些信息與建議。經過心理分析訓練後，採用這種療法，卻不滿意這種消極等待個案的頓悟，即使達到頓悟也不一定在行為上有所改善，而且有

⁹ Joseph Yankura 陳逸群譯《艾里斯-理情治療學派創始人》，123。

些人還會出現新的症狀。後來，他應用古典的條件制約理論來反制約（deconditioning）個案於他的臨床工作上，經不斷的改進，他發現協助者越是採用主動的、直接的指導方式，其療效越快也越好，可是他對此仍然不滿意。

艾里斯自己曾提到¹⁰：在這期間，發生了一件對艾里斯來說是很重要的事情。早年他是一個羞怯的人，與異性接觸時感到很焦慮。他自己發現焦慮的產生是源於他有這樣的信念：「我絕對不能在這樣的社交中失敗，如果失敗了，我就是一個命中注定在這方面永遠會失敗的人」等等。他向自己的這些信念挑戰，使自己相信在這方面經歷一次失敗並不能證明自己永遠會失敗，也不能說明自己一無是處，他並主動多接觸異性。在這樣的改變自己的信念及行為的過程中，他發現已不再為此而焦慮。

艾里斯在臨床工作與前述的自我經驗中，發現「信念」是影響「情緒與行為」的重要變項後，自1954年起，就逐漸地致力於改變案主的非理性信念的心理治療法。從那時起到1962年，在他所著《心理治療中的理性與情緒》一書發表後，就稱其治療法為理性情緒行為治療法。

一、非理性的信念

艾里斯認為¹¹：情緒是人類思考的產物。情緒困擾基本上包含著錯誤的、非邏輯的、與無功效的句子或意義，這些獨斷與不能挑剔的信念困擾著我們，也因而使我們會表現出自我失敗的情緒困擾與行為。所以，艾里斯才一再強調來自外界事物之意識或無意識感覺，並不真能影響你的高興與悲傷。能讓你有快樂或痛苦之感覺的，是經過知覺、態度以及自我言語（self verbalizations）後所產生的東西。在第一世紀中，斯多亞學派的艾皮科蒂塔（Stoic Epictetus）的《The Enchiridion》中便曾提到：「人的困擾，並非由於外在事物所引起，

¹⁰陳仲庚主編，《心理治療與諮商》，（台北：五南圖書出版公司，1990），111。

¹¹ Gerald Corey, G., 著，黃德祥編譯《諮商與心理治療的理論與實施（Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy）。（台北：心理出版社，1985），251-252。

而是他對事物所持的觀點。」¹²後來，英國的沙翁（Willian Shakespear）在哈姆雷特（Hamlet）中也強調：「沒有好或壞，而是思想造成這些內容。」由此可知，非理性信念是帶給人們情緒與行為困擾的主因。艾氏所謂的理性與非理性，是一種相對的觀念。對某些人也許是「理性」，對另一些人可能是「非理性」（irrational）；有些「信念」（Beliefs）可能帶給這些人「快樂」，對這些人來講就是「理性信念」；同樣的「信念」可能帶給那些人「不快樂」，對那些人來講就是「非理性信念」。不過艾里斯早期（1962年）還是列舉十一項對多數人來說是會造成情緒與行為困擾的非理性信念，簡要地討論於下¹³：

（1）、每個人絕對需要生活環境中的其他人的喜愛與稱讚。

人世間本來就沒有絕對的事，更何況「絕對需要」週遭的人的喜愛與稱讚。如果說，人「需要」別人的喜愛與稱讚，這是合乎人性的想法。可是別人不喜愛我或我做了某些事別人不稱讚，因為我知道每個人都有各自的喜好、厭惡，所以我不會在意。但是，有了「絕對需要」的想法，而沒能獲得別人的喜愛與稱讚時，就會難過。也許會花費更多的心力去討別人的喜歡，結果仍不能如願以償，就會更加的難過。

（2）、一個人只有在他有充分能力、完美適應與良好成就時，才有價值。

人的價值不在於他有充分的能力、完美適應與良好成就。事實上，一個充滿人性弱點與限制的人，如果妄求完美，就像緣木求魚，幾乎不可能，反而帶來更多的困擾與挫敗感而已。

（3）、有些人是敗壞、邪惡的，所以應該受到苛責與懲罰。

這種信念事實上是隱藏著二分法思想，就是我對你就錯、我好你就壞；錯了就該苛責，邪惡就該懲罰。懷有這種二分法思想的人，常常是把自己的信念絕對化，自以為是，而否定了別人不同的想法。事

¹² Joseph Yankura 陳逸群譯《艾里斯-理情治療學派創始人》，42。

¹³ Stanton L, Jones & Richard E. Butman, 《Modern Psychotherapies》，(Illinois: 1991), 178。

實上人間沒有絕對的是與非，因為彼此立場的不同，若要討論對與錯，就得先澄清立場，以同一種立場或標準來看，才能說對與錯。還有，人性不是完善的，難免會犯錯，用苛責與懲罰來糾正犯錯的人並不能完全改進其行為，可能帶來更壞的情緒反應。更壞的是，懷有這種信念的人，看到社會中那些「作惡作毒騎馬落碇」（閩南語）的人，就會更打抱不平，而使自己情緒更加困擾，更會憤世嫉俗。

（4）、事情不如意是很糟糕的。

常言道：「人生不如意十有八九」，就是告訴我們生活中遭遇不如意是人生的常態，受到挫折是正常的事情，因為生命是充滿挫折的。因此若認為事情不如意是很糟糕的話，心情就無法平靜地去面對和接納，如此必然無法適應而造成情緒困擾。

（5）、不幸肇因於外在環境，個人無法克服。

塵世的生死、禍福、貴賤與窮達是天命或人為？雖然對人類來說一直都是個謎。但是「禍福無間，唯人自召」、「行者常至，為者常成」、「一分耕耘，一分收穫」等古老的格言，也告訴我們最大的決定因素在於「自己」。我們不否認不幸可能導因於外在環境，但也不儘然是這樣。雖然「天命靡常」，但是凡事可以「盡人事、盡其心、盡其在我」，讓個人的才智獲得最大的發揮，以維持個人心靈的自由。

（6）、對於不一定與或許會發生的危險或糟糕的事，應該不斷的給予密切的注意。

這是典型的「杞人憂天」的心態，就是不必要的憂慮。相傳古代杞國有人憂慮天墜地崩，身無所寄，竟至廢寢忘食。一個人若把大部分的心力放在注意那發生的機率很少的事情上，必然是沒有剩餘的心理能量去從事那些該做的事情。整天想著那些可能發生，但實際發生的機率不大的事，哪有信心去面對已經發生的事，所以當然壓力增強，情緒越是困擾是可以想像的。這樣，就像「水能載舟，亦能覆舟」一般，信念可以讓人成功快樂，也可以倒霉痛苦。就好像「信就得救」，但也許「信就得死」。是好是壞，那就要看你信的是什麼而定。

（7）、逃避困難與責任比面對困難與責任要容易。

逃避就像上面的憂慮一樣，是人的常有心理防衛之一。偶而使用，

適可而止，是無傷大雅的。可是一旦一個人認為用逃避的方式來面對困難與責任，又相信這樣做比較容易的話，他當然就會一再重複地使用。雖然可以暫時逃避而看似緩和了所面對的壓力，事實上並沒有解除壓力，反而增加。所以是典型的「鴛鴦心態」，就是退縮苟安的心態，因為俗傳鴛鴦遇到強敵，往往把頭插入沙漠中避難。這樣不但不能脫離困境，反易造成更大的傷痛。

(8)、人應該依賴他人，並應找一個更強的人去依賴。

人需要依賴、相互依賴和獨立。成長是一種連續的過程，身心尚未成熟時需要依賴他人，也需要一位比你強的人（如父母、師長）來幫助你成長。但是到了青春期漸趨成熟，就要從依賴走向獨立，才是健全的成長過程應有的行為表現。如果還一直認為應該依賴他人，尤其是一位更強的人，那將會喪失獨立性與個別性。因為在大樹下長不出大樹。更何況人世間很難找到一個人能長期依賴的強人。萬一找不到怎麼辦？即使找到了，過一段時間又失去了怎麼辦？當然會產生困擾。

(9)、過去的經驗與事件是現在行為的決定因素，過去的影響是無法消除的。

我們不否認過去的經驗與事件會影響現在的行為，但不是絕對的決定因素，也不是無法消除。雖然人的行為是習慣和學習增強所形成的，但是也可以透過消弱的負增強來加以調整。所以行為是可以改變，更可以運用過去的經驗和事件來調整改善現在的行為。如果認為過去的影響無法消除，那就只有任憑過去惡劣痛苦的經驗擺佈，而無法自拔。

(1 0)、人應該為別人的難題與困擾而緊張或煩惱。

人需要愛與被愛。所以希望獲得別人的關懷，也應該去關心別人，必要時給予適當的支持與協助。可是若為了別人的難題與困擾造成自己經常緊張兮兮、就是自尋煩惱。事實上，人各有命，即使親密的家人，如父母與子女，「兒孫自有兒孫福」，父母也不必終日擔心兒女所遭遇的困境而緊張煩惱。

(1 1)、每一個問題都有正確而完美的解決方法，如找不到這種

方法將是非常糟糕的事。

「條條大路通羅馬」，每一個問題都有多種的解決之道，沒有絕對的正確或完美的解決方法，只有比較好（正確）或比較不好（不正確）的解決方法。理性與科學的方法是從這些相對的解決方法中，找一個比較正確的解決之道，而無法找到一個完美的解決方法。

「理性情緒行為治療法」的病理學相當簡單，它認為人類天生具備了所謂「非理性的人格傾向」(irrational personality)，使我們每一個人的思考都或多或少以某種差勁、無效或頑固的方式進行；再加上受到父母、師長、同儕的教導，大眾傳播的影響，和他人的互動及自我觀察和自我評定等等影響，因而產生許多不合理、不合邏輯、或和事實不符的非理性信念(irrational belief)。由於這些非理性信念具有扭曲事實的特性，它會使個體的思想產生扭曲，使得原本對個體不致造成太大傷害的事件，產生了不必要的負向情緒感受及不合理的行為反應。¹⁴

在 1985 年間，艾里斯 (Ellis & Bernard) 又進一步將它們歸納成三項人類主要的非理性信念：

- 1、我必須努力做好並且贏得讚賞，否則我就是一個笨蛋。
- 2、別人應該要以我所需要的和善、體貼的方式來對待我；如果他們不這樣做，他們就要受到社會的譴責或遭受天譴。
- 3、我的生活條件必須安排得宜，使我能夠簡便、迅速、舒適地運用；而且我所不需要的，幾乎都不會發生。

二、哲學概念

我們曾說過理性情緒治療法頗受希臘哲學思想的影響，尤其是斯多亞學派。如，艾皮科蒂塔在第一世紀所著《The Enchiridion》中所記¹⁵：「人並非受事物影響而困擾，而是他們對事物所採取的態度使然。」許多哲學家也強調斯多亞學派的觀點：認為人類的情緒基本上源於他們的想法，若要改變他們的情感，必須先改變他們的想法。這種認知、情緒、行為間的交互關係在東方及西方哲學家早已注意到了，也影響

¹⁴ 廖鳳池，5-6。

¹⁵ 呂勝瑛編著，《諮商理論與技巧》(台北：五南圖書出版公司, 1991), 88。Joseph Yankura 陳逸群譯《艾里斯-理情治療學派創始人》, 42。

到後來的心理學家。例如，佛洛伊德在其早期的著作中也曾有這種說法；阿德勒（Alfred Adler）也相信我們的情緒反應與生活方式是和我們的基本信念有關聯的，因此是由認知所造成的。事實上，艾里斯的理論中——人觀是頗受哲學概念的影響。類似下列哲學性的人觀可能是影響艾里斯的人性觀發展¹⁶：

（1）人就是人，他們既不是超人（Super Human）也不是次等人（Subhuman）。因此，他們所犯的錯誤及限制是可以克服的，但他們不可能超越這宇宙的範疇。這樣，人應了解及接受做為人的限制，死亡便是其中的一環。

（2）人要假定今生是他們唯一生命，當還有生命氣息時，我們便要珍惜，好好盡量利用它！（不要虛度，更不要枉費此生。）

（3）生活的主要目標為追求快樂而生存，當然，人可以選擇結束生命或活得不開心，但人的本性是追求生存的快樂！

（4）快樂既是人理性的生活選擇目標，如我們假設大部分人的壽命大約有七十五年，追求快樂是長期，而非短期的目標。

（5）人的價值觀並非絕對，在某程度上人是可以做出選擇。在某種程度上，我們的行為是受我們生理或社會所影響，但在某程度上，我們也可以自主，做出選擇，運用我們的自由意志。

三、人性觀

基本上，艾里斯的人性觀是一種人性矛盾論。他認為人是追求快樂卻常不快樂、追求完美卻常自責、自我保護（成長）也自我毀滅、可能犯錯也容許犯錯、對事件容易過度類化（overgeneralization）也採用二分思考（either or thinking）的理性與非理性的動物。理性情緒行為治療法的人性觀探討如下：

（1）人是理性及非理性的存在。

艾里斯假定人有理性、正直思考與非理性、扭曲思考兩種。一個人在生活中難免遭遇困擾問題，可是在思考時犯了推理的錯誤而形成

¹⁶ Gerald Corey, G.著，黃德祥編譯《諮商與心理治療的理論與實施（Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy）》，251-252。

非理性思考。「過度類化」(一種常見的思考謬誤，就是將單一事件的結果，類化到全體)就是形成非理性思考的推理謬誤之一。例如，一個人只根據一次痛苦的挫敗經驗，而自認為是個失敗者。另一個推理謬誤是「二分思考」，就是將人間事，用是非、對錯、真假把它截然二分。一個人如果認為人生應該是完美的、快樂的，否則就沒有價值，那麼當他遇到人生的不如意或感到不完美時，就可能產生活著沒有價值的非理性信念。

(2) 人是會犯錯，也要容許犯錯。

常言道：「人非聖賢」就是說人是會犯錯的，也要容許犯錯。這句話聽起來合乎常理，事實上許多人卻不容許自己和別人做錯事。一旦人的行為齷齪不正時，就應該受到批評、責備與輕視。這種看起來很正確的想法，其實已觸及了做錯事就是「壞人」的誤謬觀念。結果就會譴責自己、他人及周遭事物，而形成憤世嫉俗、自怨自艾的非理性信念。所以理情行為治療法認為應接納人性是會犯錯，也要容許犯錯的事實。

(3) 人不完全受制於生物本能的驅使，也不必聽任早年經驗的影響。

雖然心理分析學派認為人有求生和求死的本能，並受制於本能與早期經驗；但艾里斯認為人有莫大的潛能，可以追求快樂、自我保護、愛、思考、成長與自我實現，並可以改變個人與社會的命運。

(4) 人的思想、情緒、行為是同時存在及互相影響的。

人很少只有情緒而沒有思想與行為的情況出現。因為人的情緒取決於人的想法；人的想法又會影響人的行為；人的行為也會影響人的情緒和思想。無論是改變三者中的情緒、思想或行為，都會引致其他兩者相應地作出改變。不過，艾里斯還是認為思想是最重的，也相信人有選擇改變自己思想、情緒及行為的能力。

(5) 人是容易受到別人影響，並習慣於以別人對自己的期望為生活準則。

這是一個人社會化過程中，被重要他人所形成的一種傾向。簡而言之，人都是非常在意別人對自己的看法與評價。可是當他們太介意

別人對自己的評價，尤其是負向的評價，或不能贏取別人的接納與認同的時候，情緒問題便會出現。

(6) 人會自我言語 (self talk)，因而導致情緒的正反兩面反應。

一個人面對事情發生後，對該事件所作的定義或解釋，經常是引發人們情緒反應的主要原因。例如一位年輕人向自己心儀的女孩子約會被婉拒，他可能對自己說：「我被消毒了」、「我比不上別人」、「沒有人喜歡我」等，經由自我言語而激起一些非常不愉快的情緒。所以人們經驗到何種情緒，取決於當時的想法和自我訴說的話。人們常常無法意識到這種內在的自我語言。所以未能解釋的情緒反應，常常導因於這些未被察覺的內在語句 (語言)¹⁷。

(7) 人的「自我」是建立在自己的肯定價值。

人可以自己幫助自己，接受自己存在而為人的價值 (因為自己是個活人，所以就有價值)。人不需依賴別人對自己的評價來肯定自我價值。不要批評自己，也不要批評別人，只要能夠盡己之力去做好所能做的，但卻不是要求最好和最完美，這才是誠實的自我主宰¹⁸。

第二節 理性情緒行為治療法的理念

一、理性情緒行為治療法的理論與基礎

理性情緒行為治療法的人 ABC 理論是從上段我們所談的人性觀發展出來的。艾里斯假定：人既是理性，又是非理性的矛盾存有 (being)。當人依著理性去思考時，就會產生理性的行為，帶給人們快樂、積極、進取與有成就感；否則，因為非理性思考造成非理性行為，帶來痛苦、消極、退縮與挫敗感。所以艾里斯一再強調正確 (理性) 的思考是一種控制我們情緒的有效方法。也因為這樣，理情行為治療法把帶給人們情緒痛苦的精神官能症 (neurosis) 定義為「非理性的思考與行為」。

理性情緒行為治療法的基本主張是，情緒的困擾 (悲傷、懊悔、挫敗、焦慮等) 主要是非理性思考的產物。非理性的本質，是要求 (de-

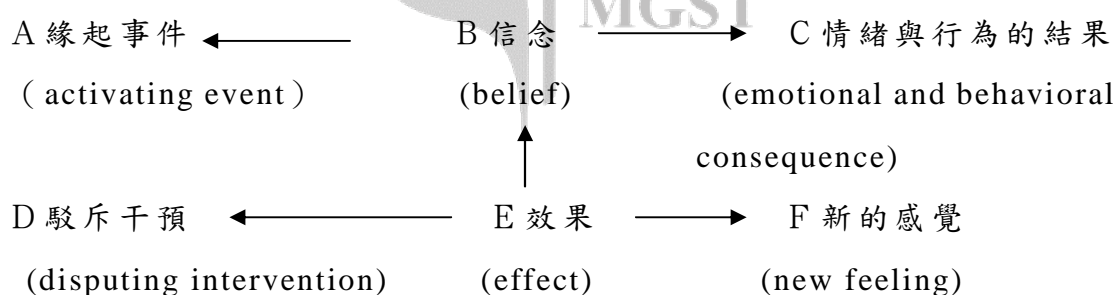
¹⁷ Nicholas S. Dicaprio, N. S., 著，莊耀嘉編譯·《健康的性格 (The Good Life)》(台北：桂冠圖書公司，1981)，231-232。

¹⁸ Ellis, A & Harper R. A., 著，何長珠，何真譯著·《你不快樂－合理情緒治療法》(台北：大洋出版社，1984)，110-111;116-117。

manding) 萬事都「應該」(should; ought to)、「必須」(must) 的完美主義。事實上人是不完美的。所以不完美的人，若透過思考一再地自我言語「應該」、「必須」的完美，而實際上無法達到完美時，就會否定自己的價值而產生情緒困擾。艾里斯因此指出：人的情緒取決於人的想法，而人的想法卻常以對事實所作的解釋，不是以真正的事實為根據。非理性的性質來自於「要求」這個世界「應該」、「最好」，以及「必須」要如何。

所以從理性情緒行為治療法的觀點看，許多協助者只注重過去的歷史和事件，彷彿只要改變個案的童年，任何問題就能解決。另有一些治療者過度強求個案去認清、表達和抒發其感覺；有些協助者則要求個案在此時此刻重新再去體驗早期的事件和感覺。艾里斯認為，這些作法都不太有效，因為情緒的結果不會僅僅因為感覺被強化突顯及表達出來後而消失；而是個案與協助者應一起駁斥那些引發負面情緒結果的非理性信念，並努力將不實際、不成熟、命令式和絕對式的思考方式轉成實際、成熟、合乎邏輯和講求證據的方法去思考和行動，才能導致對生活的情境有較適當的情緒反應。我們從下列探討理性情緒行為治療法的人格 ABC 理論，好瞭解艾里斯的人性觀。

下圖將澄清上述各種因素之間的互動關係¹⁹：



艾里斯對於不良認知 (dysfunctional cognitions) 內容的看法，主要是以其情緒困擾的 ABC 理論來加以闡明。A 是指引發情緒困擾的事件或經驗，B 是指個體對於 A 所持有的信念(belief) 或想法(idea)或對評量(evaluation)而言，C 則指個體對於 A 所反應出來的情緒及行為後

¹⁹Gerald Corey。李茂興譯，《諮商與心理治療的理論與實務》(台北：揚智 1999),415。

果。通常人們都單純地以為個體的情緒、行為反應或結果，是受到引發事件的刺激所產生的反應，而認為引發事件是「因」，情緒、行為反應或結果是「果」。但是艾里斯卻持不同的觀點，認為是個體的信念系統對引發事件所產生的看法與想法才是導致情緒、行為反應或結果的真正的直接原因。所以個體的信念系統與情緒、行為反應或結果之間才有因果關係。如何直接地將產生情緒反應與行為結果的非理性信念加以改變，是理情行為治療法的重心所在。

A、B 與 C 之後接著是 D，也就是“駁斥”。基本上，駁斥是一種科學方法的應用，可協助個案向他們的非理性信念挑戰。因為個案可以學會理性的原則，而這些原則，可用來摧毀任何不實際而無效的假設。雖然理情行為治療法使用許多認知的、情緒的與行為的方法協助案主克服他們的非理性信念，但是它非常強調這種駁斥歷程在治療中與在生活中的使用。最後，進入 E (Effect)，就是「效果」，是較實際的部分。一個新的有效的理性哲學是以合宜的思考取代不恰當的思考。如果我們很成功的達成此項，我們便創造了新的 F (Feeling)，是一種新的情緒型態，不再感到受嚴重焦慮或抑鬱，我們能配合情境而有合宜的感覺。所以，要想有較好的情感狀態，最好的方法就是開始去發展一個有效的、理性的人生哲學。

我們可以看到除了排斥非理性信念的這個治療方法外，理情治療法也應用在認知，情緒及行為的方法，以協助個案改變他的非理性信念和困擾的情緒及行為後果。這些方法有²⁰：

(A)認知的方面：(1)理性及因應的自我敘述、(2)問題解決技術、(3)示範、(4)指出得失、(5)心像法、(6)語意的修正、(7)心理教育的方法(指閱讀理情治療的書籍或參加相關的研討會)。

(B)情緒方面：(1)理性情緒心像法、(2)無條件的接納、(3)強有力的自我敘述、(4)角色扮演。

(C)行為方面：(1)指定實際生活中的家庭作業、(2)增強和懲罰。

艾里斯的理情治療法可以讓個案產生(1)對自己感到興趣、(2)對社會感到興趣、(3)自我指導、(4)挫折容忍力增加、(5)思考更具彈性、(6)

²⁰廖鳳池，26。Ellis & Whiteley,1979,101-173。

接納不確定性、(7)參與外界的人，事，物，並獻身投入、(8)具有科學的思考方法、(9)接納自我、(10)敢於冒險、及(11)成為非烏托邦式的理想主義者等等的改變。

二、理性情緒行為治療法的目的

艾里斯(1977b, 1992)認為，理性情緒治療法的主要目標，是使個案在治療過程結束後，將焦慮、罪惡感、沮喪、憤怒、和挫折容忍度降到最低；更重要的是，學得自我觀察和自我評估的方法，在現實生活中繼續改變不適當的情緒。

艾里斯認為，理性情緒治療法可以使個案達到下列幾個目標²¹：

- 1、減低對失敗的恐懼，而感覺有成就感。
- 2、較寬容，並且能忍受較高的挫折感。
- 3、要得到無條件的自我接納、尊重，及自我最大的決定能力。
- 4、較能克服焦慮和不安全感，不受於過去。

在理性情緒行為治療法裡採用的許多方法，都是為了達到一個主要目標：「培養更實際的生活哲學，減少個案的情緒困擾與自我挫敗的行為。」其他重要的治療目標還包括：減低因生活中的錯誤而責備自己或別人的傾向(消極目標)，以及教導個案如何有效處理未來的困難(積極目標)。

理性情緒行為治療法，致力於徹底地重新評估一些錯誤觀念。因此，理性情緒行為治療法基本上不以消除症狀為目標，而主要在於引導人們去檢視及改變一些最基本的價值觀，尤其是那些使他們困擾的觀念。

艾里斯(1979e)提倡多模式的心理治療，因為他相信如果從各個不同的方位以及若干不同的方法，攻擊個案的不良觀念與態度，他們有效地改變認知的成功機會就較大。在臨床工作中，他所應用的技術全都針對在個案心理功能的認知、行為和情緒的範圍上。艾里斯(1979e:66)建議，協助者在選擇所要使用的治療技術時，應該要有彈性和創意，也要有附帶條件：「這些方法都是建立在理性情緒行為治療的哲學

²¹吳麗娟，《讓我們更快樂—理性情緒教育課程》(台北：心理，1991)，5。

架構上的，不能因為協助者的觀念模糊，以為所面對的都是某種特定的個案，而使這些使用的方法有時有效，有時無效。」

許多人的非理性信念是經長期對事情的自我言語而未被察覺的內在語言。所以要改變這種個體的非理性信念，就需要運用諮商的方法，幫助個體挑戰其非理性信念並與之駁斥 D (Disputing)。雖然艾里斯認為情緒困擾可以直接地由對感情（沮喪、焦慮、敵意、恐懼等等）的處理，而加以消除與修正。但他更提到：幫助他人改變不良的情緒反應，最迅速、最根深蒂固、最高雅、最持久的技術是促使他們清楚的發現引發事件的刺激後，告訴了自己什麼——亦即他們的信念，並教導他們如何主動與有活力的駁斥他們的非理性信念。

艾里斯指出駁斥歷程中包含三成分²²：偵測 (detecting)、辯論 (debating) 與分辨 (discriminating)。首先案主要學會如何「偵測」出他們不合理的信念，特別是那些絕對性的語句：應該、必須，以及自我威脅 (awfulizing)、自我貶抑 (self-downing)、自我摧毀 (selfdefeating) 的信念，然後學習與這些功能障礙的信念「辯論」，藉著學習對這些信念進行合理而驗證性的質疑，使自己與這些信念激烈地辯論之。最後，當案主要學習去「分辨」非理性的信念與理性的信念。所以，駁斥是摒除讓人沮喪的想法，認出個人不合實際的期望，並對這些非理性的想法加以質疑。簡而言之，駁斥就是改變信念的一種邏輯實證過程。

三、理性情緒行為治療法的治療過程

「理性情緒行為治療法」治療的一開始，協助者與案主要去找出非理性的信念。以 ABC 人格理論而言，治療的核心就是 D，即駁斥非理性信念。有許多可以用來駁斥非理性信念的方法，艾里斯個人，常對案主使用大量的「蘇格拉底式」的問題與挑戰，藉此引導出非理性的信念，或測出這些信念對於情緒上的衝擊。所有「理性情緒行為治療法」的使用者，都努力於幫助案主產生對非理性信念的自我駁斥，

²² Gerald Corey。李茂興譯，415。

使案主的信念，能夠轉向健康而完整的方面。

艾里斯在其著作中很少有系統地談及治療過程與步驟。但是可以從理性情緒行為治療法的基本理論與方法中，可以找到其治療過程的軌跡。整體而言，理性情緒行為治療法是以改變非理性思考或信念，建立理性思考或信念，以達到調整情緒和行為為目的之過程。也可以說這個治療過程是個教導與學習的過程，而整個治療過程就是貫穿在這種理論架構中。

在整個治療過程中，協助者應該避免：不要花費太多的時間去聆聽案主描述他的情緒困擾事件是怎樣發生的，因為不做心理分析；應特別注重此時此地案主感受的背後之主要非理性信念，而給予認知、情緒或行為療法的幫助。

四、理性情緒行為治療法的治療模式

一個從事諮商工作的人，常在臨床工作上發現，老子所說的：「自知比知人更難」或希臘哲人所強調「知己是件很難的事」的道理。有些人被長年累積下來的固著想法導致痛苦而不自知。如果予以點破而「想開」（頓悟），解開心結後也許就能做適度的改變帶給自己快樂，就是所謂的「知難行易」，但是要「點破」就是不容易。還有在治療過程中，也常聽到案主感嘆：「這個我知道，就是改不過來。」這就是所謂的「知易行難」，所以要「力行」更不容易。正如保羅說的：「我也知道，在我裏面，就是我肉體之中，沒有良善。因為立志為善由得我，只是行出來由不得我。」（羅馬書七：18）理性情緒行為治療者在治療過程中就會常常碰到這二個難題。理性情緒行為治療法的理論看似簡單易懂，除非你能掌握並恰當地運用其中的治療技術，否則要促使案主「能知、能行」，也不是一件容易的事。

在很多的認知治療理論或技術中，是有所不同，但他們強調的為²³：(1)它們認知經驗的層面不同(信念，期望，因應的內言，心像，解決問題的認知歷程等)；(2)它們所認定的最佳治療處理位置，位於

²³ 廖鳳池，21。

「認知－情感－行為－後果」這個行為綜合體會 (complex) 中的不同位置；(3)不同處理策略所用的治療技術，從強調的駁斥非理性信念，蘇格拉底式對話 (Socratic dialogues) 設計，到培育因應技術，各有不同。而艾里斯的理性情緒行為治療法是最廣為人知的認知治療理論之一 (A B C 理論)。除了駁斥非理性信仰的這個治療方法外，艾里斯也廣泛應用了認知，情緒，及行為的方法，艾里斯 (1983) 認為理性情緒行為治療法為一高度知性及哲學性心理治療學派，其理論及實際治療步驟是易於瞭解與採用多重模式的 (multi - model)²⁴。其治療過程，大致可分為四個階段：

- (1) 第一階段(解說階段): 對個案說明其問題是因非理性觀念所致。
- (2) 第二階段(證明階段): 對個案證明，情緒困擾一直存在，乃因其繼續存有不合邏輯的思考所致，並找出此一不合理的想法。
- (3) 第三階段(放棄階段): 以駁斥的方式，使個案修正或放棄非理性的想法。
- (4) 第四階段(重建階段): 鼓勵並教導個案建立更合理的生活哲學及行為。

我們可以看到治療方式為認知、情緒和行為三種類別，要強調艾里斯在理性情緒行為治療法中所使用的介入個案的程序與多模式的特質²⁵。

1、認知療法

認知療法，簡單地說，就是協助者與個案辯論或駁斥 (disputing) 他的非理性信念。也就是協助者向案主所持有，並困擾他的非理性信念 (包括對自己、別人或週遭的環境) 提出挑戰、質疑並予以動搖。換言之，就是將非理性予以理性化的方法。

(1)、與非理性信念辯論和駁斥的方法

辯論或駁斥的過程是在治療過程中的頓悟階段就已開始。主要的方法是協助者向案主解釋引發事件 (A)、信念系統 (B)、情緒以及行

²⁴ Joseph Yankura & Windy Dryden 著，陳逸群譯，81。

²⁵ Ibid. p.123。

為反應的結果(C)三者間的關係。開始階段案主可能會有抗拒或無法接納這種解釋，協助者需要依據案主的實際情況和事實進行辯論和駁斥，直到案主接受ABC理論。

這樣看來，解釋(interpretation)是認知療法的特殊技巧之一。但是理性情緒行為治療法中認知療法的解釋技巧與一般諮商理論的解釋技巧略有不同²⁶。因為(a)理性情緒行為治療法是一種哲學性勝於心理性的觀點：它認為人是可變的，以及人的改變必從「認知」下手。協助者煞費苦心向案主進行解釋的主題之一應是：不論自己或別人對自我的評價如何，存在本身就是有價值的。因為尋求心理協助的人，常是比較不信任自己的價值與能力，有自卑、自貶、自毀等否定的情緒和行為者。所以如果能給他們一個新的價值觀，影響和功效真是很大的。(b)人有生物性和社會性的非理性思考及傾向：人的情緒即使沒有外在刺激，也會因內在生理週期的影響而有起伏變動。心理學家也強調人有求生與求死本能(佛洛伊德)或有創造與毀滅本能(弗洛姆)，所以人性本來就有非理性傾向。至於社會價值與文化所造成的非理性信念，那就用不用再說了。

協助者做解釋時應不耐煩地重複解釋——不管直說、橫說、正說、反說，苦口婆心地只盼望案主能洞察那一點膠著在他內心深處而不自知的觀念。如果能夠「開竅」，就有可能一通百通。

還有，理性情緒行為治療者因為具有教導者與專家的角色，所以在與案主辯論非理性信念時，不太採取委婉、迂迴的方式；而是專心傾聽、思考、假設、判斷後，明快的、直截的駁斥或對質。「駁斥」是運用思考的歷程，使案主擴張、覺察、接收一些與原先不同的觀點(可能是個人原先所不知的，也有可能是先前所排斥的)；而「對質」則在運用思考的邏輯性，使案主面對其原先不想、不願面對或先前所排斥的部份。因此，理性情緒行為治療法被歸類為指導性、教導性的諮商學派。

對質(confrontation)對初學者而言，會比較擔心運用不當會影響治療關係。可是在與非理性信念辯論和駁斥中是一種有效的技術。

²⁶ 何長珠著，《合理情緒治療法進階》(台北：大洋出版社，1985)，90-91。

因為人的非理性部份，往往是潛伏在個人有意識或無意識的防衛本能之下，必須要運用對質作為針鍼，才能原形畢露。為讓學習者能靈巧地運用這種技巧，下面列出幾點對質時的考慮因素²⁷：(a) 對質不等於攻擊。(b) 對質不能使用於工作關係的初期。一方面因彼時之關係尚未鞏固，另一方面也由於彼時對問題之瞭解還不夠深刻的緣故。(c) 對質主要在啟發個案之未明或其所逃避之問題，因此對方之防衛（閃躲、否認或攻擊），均屬意料之中。(d) 對質之材料應根據事實。最好引用案主自己說過的話，因此筆記或錄音之協助是有益的。(e) 對質之技巧需要用到週詳的思考和推理邏輯的能力。

駁斥的一般策略是協助案主²⁸：(a) 詢問自己對有關某種想法的證據、邏輯上之一致性，或語意上的清晰性（如：證據在那裏？真的嗎？為什麼？你怎麼知道？為什麼那樣就不好？）。(b) 重新評估自己對某種想法的客觀程度（如：就算是真的，又有那麼糟嗎？即使發生了，又如何？每件事都有兩面，一方面說來很不愉快的，但從另一方面來說，難道就沒有好的部份嗎？難道會糟到不可救藥嗎？）。(c) 用公平、計算的觀點，來看待自己對某問題的感受（如：值得嗎？這麼生氣？痛苦得要死就能使這件事轉危為安嗎？）。換句話說，「駁斥」所要扭轉的，是從悲觀到客觀，甚至樂觀的處世態度。

辯論和駁斥的運用，不只限於協助者對案主，也包括指導案主學習自我辯論與駁斥。教導其採用積極正向的自我言語（灌輸）的方式，作理性的自我陳述並建立假設，就是當案主發現自己受制於絕對的觀念而困擾時，能以相對的想法予以制衡。

通常在治療的一開始時，艾里斯都會格外強調並教導案主如何辨識和駁斥他們的非理性信念。他曾經這樣提到：理性情緒行為治療法中最優雅也最普遍的認知方法，就是協助者對案主的「非理性信念」做主動直接的反駁。

藉由在協談中對案主的「非理性信念」提出主動直接的駁斥，艾里斯規畫出反駁的程序。他教導案主在 ABC 的架構中分析自己的情緒

²⁷ Ellis, A & Harper R. A., 著，何長珠，何真譯著·《你不快樂——合理情緒治療法》（台北：大洋出版社·1984），232-233。

²⁸ 何長珠著，103-105。

和行為問題，並極力鼓勵案主，無論在協談中或協談之外，都要獨立操練反駁的程序。艾里斯更常使用的另一種治療方式，就是告訴案主如何在情緒低潮使用各種不同的反駁問題，並且辨識自己的非理性信念²⁹。

回顧艾里斯的治療協談過程(錄音帶)，可以看出他對案主至少使用了四種類型的反駁辯論³⁰：

(1)邏輯的反駁 (logical disputing):這種類型的反駁辯論，可以幫助個案了解他們非理性信念的邏輯性質。邏輯的辯論是要讓人看清，只因為他們相信某些他們所喜歡或渴望的生活條件，並不表示這些條件就非要存在不可。因此，邏輯反駁辯論的作用就是，要強調一個事實:當一個人將自己的喜好(理性信念)升高到變成絕對要求(非理性信念)時，代表一種不合邏輯的不合理推斷。例子:是艾里斯用在案主身上的一個邏輯反駁問題:「沒錯，如果老闆能夠對你比其他職員更公平一些，當然很好，不過他有絕對的必要，非得這麼做不可嗎?」

(2)經驗的反駁 (empirical disputing.):這種反駁的目的，是要向案主顯示，他們的絕對要求(連同他們「可怕」信念所產生的衍生想法:「我受不了」，以及負面的自我評價)幾乎都與事實不符。例如，艾里斯會問案主:「有什麼證據說你必須非成功不可?」基本上，這是要要求案主提供支持其非理性信念的證據。利用經驗辯論，案主能被點明根本沒有實質證據足以支持他的必須。畢竟，就算案主必須成功是一個事實，那麼不論在什麼條件下，不論他究竟相信什麼。他總是必須要成功的。

(3)實際的反駁 (pragmatic disputing):這種類型的反駁辯論焦點，在向案主顯明抱持非理性信念的實際後果(包括情緒和行為後果)。其目的乃在告知案主，只要他們認同於他們的絕對性要求(包括所有相關的產物)，他們就會繼續停留在情緒失調中。藉著進行實際的反駁，艾里斯會對案主提出這一類問題:「如果你繼續相信你一定非考好不可，那麼你會怎麼樣?」(暫停，等待當事人的回答)「是的，正是

²⁹ Joseph Yankura & Windy Dryden 著:陳逸群譯，124。

³⁰ Ibid.Pp.125-126.

焦慮！」

在挑戰和撤換非理性信念過程中，艾里斯也採用下列的認知方法協助案主。

(4)結構性反駁 (structured disputing)

艾里斯會讓個案填寫一份按照 ABC 架構製成的表格，他首先要求案主簡要地描述，有關他們情緒困擾及自毀性行為的相關引發事件，以及情緒與行為後果。其次，要求案主當辨識在他們心中運作的非理性信念(從表格中所列之一般非理性信念中圈選)，然後以結構性反駁問題來逐一挑戰每一個非理性信念。他們在標明「E」(E代表有效的理性信念)的欄位內，填寫案主對這些結構性反駁問題的回答。最後，寫下達到他們的有效理性信念之後所經歷到的感覺和行為(也可能已經大幅減少自毀性)。

值得注意的是，這是以鼓勵案主努力、持續地實踐新的理性人生觀的一項聲明作為結尾：「我曾往各種場合中，盡全力地反覆實踐我的有效理性信念，因此，現在我可以減少自己的心理困擾，也能減少未來的自毀性行為。」(艾里斯，1977d.)。

2、行為治療法

理性情緒行為治療法在發展的初期，便強調「認知—情緒—行為」相互關聯的系統，就是人面對某一事件發生後，產生對該事件的看法(信念)後，情緒與行為就跟著發生變化。所以，理性情緒行為治療法與行為治療學派早就有淵源。它在治療過程中，所採用認知療法、理性的情緒想像、角色扮演、自我管理、減敏感法、放鬆法以及技能訓練等等方法，說服案主去克服其恐懼；練習新的思考方式；故意停留在某些不愉快的情境中，來增強其對該事件忍受能力的信心，都常藉著家庭作業去完成。理性情緒行為治療者在案主完成其家庭作業或透過學習制約——正增強或負增強，而形成快樂情緒和理性行為反應時，也給予獎懲。類似這些治療方法它都應用了行為治療法的技術。

艾里斯在臨床執業中納入很多主動的行為治療法，這些方法的使用，要回溯到他早期從事婚姻與性的治療師的經歷。當時他就發覺：「就

有關個案在兩次協談之間：對自己或他人應該怎麼做，如果能夠補充明確的指示，會有很大的幫助。」（艾里斯，1979e:91）他喜歡在他的理性情緒行為治療臨床執業中採用行為方法，因為他認為行為改變能夠加速認知改變。可以看出艾里斯所採用的行為療法中，有很多都鼓勵案主暴露於（或冒險地暴露於），造成困難的A（引發經歷）中。艾里斯特別鼓勵他的案主做爆發式的暴露，這與一些行為治療師所推崇的漸進式暴露法正好相反，根據先前的討論，這是因為艾里斯認為，爆發式揭露對案主更具效果，同時在艾里斯看來，利用爆發式方法比較會在不知不覺中反而強化了使案主產生「不適失調」（discomfort disturbance）的非理性信念³¹。

3、情緒方法

人是理性與非理性所混合的奇怪動物。苦樂是人生所會面對的常情，而趨樂避苦則是人性之常態表現，可是苦多於樂是多數人的共同經驗。因此，生而為人，就不得不要揹負某些負面的（痛苦）的感受。許多人因而要問：為什麼會這樣？答案可能林林總總，讓人無所適從。也許是人在苦與樂之間沒能取得平衡。理性情緒行為治療法認為可能的最大禍首是由於人的非理性信念在作怪。可是話講回來，有理性就會快樂嗎？答案可能也不是肯定的。理性實在是個難得適中的情境。要在理性與非理性之間，取得一個平衡和準據，也相當不易。更何況，極度理性的結果反成為一種非理性，也可能帶來情緒的困擾。事實上，喜、怒、哀、樂、善與惡是人難以完全脫離的人性困境，原因是³²：（1）適度的負向情緒表現對人的生活是必要的；（2）人的偏好或嗜癖，雖常常是非理性或甚至無根無據的，卻也是生命歡樂的要素；（3）推理，當應用到極端時，可能反而會減低生活的功能而對個人的生活變成是一種妨礙；（4）完全由理性來支配的生命，往往會導致一種機械性的存在——冷酷、無感和機械似的生活。這樣，反對過份理性的生活是有其根據的。因為人們雖然知道不理性的狀態會引致不愉快，但即使

³¹ Joseph Yankura & Windy Dryden著；陳逸群譯，134。

³² Ellis, A & Harper R. A.著，何長珠，何真譯著，76-79。

思考正確，也未必見得就只有好處，沒有壞處。所以真正的理性總有一個先決條件，就是結果總是能增進真快樂的才算是理性，這是理性情緒行為治療法所談的「理性」。

這樣問題又來了，所謂「增進真正快樂的理性」是獨樂？他樂？或眾樂？或是我爽你不爽？你爽我不爽？或你我都爽？帶來那一種快樂的理性才是「理性」？從理性情緒行為治療法的觀點，發生一件事，不管你快不快樂，而我對那件事的思考（想法）帶給我不快樂時，對我來講那是「非理性信念」。可是我快樂而你不快樂時，我是否會有真快樂呢？如果我不管你的不快樂，只顧我自己的快樂，這又是怎樣的快樂呢？這種快樂「理性」嗎？是否「必須」兼顧你我都能夠快樂才算是「增進真正快樂的理性」呢？如果是，「凡人」能做到嗎？如果做不到，什麼是「理性」？從這麼多疑問看，理性情緒行為治療法的理性真義是以個人來衡量的相對觀念。換言之，對我來講是理性的，對別人可能是非理性的；反過來，對我是非理性的，對別人可能是理性的。

情緒喚起治療是要幫助案主拒絕感受極不快樂的情緒；指導他進行理性的情緒想像（rational-emotive imagery）；運用角色扮演、示範、幽默、無條件的接納和忠告（exhortation）等技術協助案主改變其非理性信念。

我們談過，不快樂是人之常情，在某種程度是常人所能承受接納，而不會太大的情緒痛苦。例如，失落必然帶來某種程度的不快樂——悲哀、憤怒；也可能帶來極度的不快樂——憂鬱、怨恨。依照理性情緒治療法的觀點，這種極度不快樂是案主持有非理性信念所導致，可是他自已不知道，所以應予以拒絕駁斥。或案主一時很難發現，可以採用理性的情緒想像，讓案主想像處於他最不能忍受的某一情境中，使其產生最壞的負向情緒反應，要求他在想像中改變這種極端的負向情緒反應為適度的情緒反應；案主在這種想像中體驗到了情緒的變化之後，可進一步讓他報告他後來是怎樣想的，使他認清正是不同的信

念產生了不同的情緒反應，進而洞察到信念系統與情緒反應的結果³³。

事實上，在諮商學派中關於認知、情緒與行為間的相互關係的討論非常的多。這三者到底從改變那一個開始比較容易達到案主解決其困擾問題，也是時常發生的爭議。不過，理性情緒行為治療認為改變案主的信念來減少他的情緒障礙並修正其行為表現。如果能夠幫助案主學會更多的生活、社會適應和解決問題的技能訓練，不但情緒困擾會減少，也有助於那些非理性信念的改變。這些技能訓練（skill training）包括：自我肯定訓練、解決問題的訓練和社會技能訓練等。這些訓練可以個別進行，也可以在團體中進行。

第三節 基督教對理性情緒行為治療法的評論

理性情緒行為治療法於眾多的理論中，因宗教因素而特別廣受矚目與批評的要屬它的哲學觀點。艾里斯(1983f-1986b)一向主張，狂熱的宗教信仰與產生情緒困擾之間真正相關。可以想見，這項理論不為許多神學家和神職諮商人員所認可。艾里斯在這個議題上的看法，受到許多質疑，有若干重要的研究都無法支持宗教與精神病理學之間有關連的說法(如，伯金【Bergin】，1983；金【King】，1978；沙奇和馬隆尼【Sharkey & Maloney】，1986；史達克【Stark】，1971；全部被強生【Johnson】引述，1992)此外，理性情緒行為治療的哲學基礎，也常被批評與宗教理念無法相容(換言之，理性情緒治療法並不適用於一位有虔誠信仰的個案)。

艾里斯(1983f)說過，許多不同類型情緒失調的產生，顯然與宗教信仰過於狂熱有關，包括倚賴心理、缺乏忍耐力、缺少自尊和憂鬱等。然而，在強生(1992:25)所發表有關理性情緒行為治療法與宗教信仰的評論中，卻有著截然不同的看法。他綜合許多宗教書籍作者的意見，認定宗教對人類的影響絕對是正面的。「它可以是人類適應社會生活的中間媒介，是病理的抑制者，也是難民避難所……透過信仰的表達與

³³陳仲庚主編。《心理治療與諮商》(台北：五南圖書出版公司。1990), 131-134。
Joseph Yankura & Windy Dryden 著；陳逸群譯，139-142。

活動，確實可以達到自我治療的效果。」另有一些評論家(例如，麥克明[McMinn]李伯德意志【Leboid】，1989)表示，艾里斯所主張的「若想擁有健康的心理，則必須改變過於狂熱的宗教信仰」，這項理論顯然與基督徒所認定的治療法大相逕庭。

強生(1992:30-1)在他的著作中曾寫道：「當理性情緒心理學提倡無神論、講求合乎邏輯的實證認識論、情境倫理學和負責的快樂主義時，屬於猶太教和基督教的神學所提倡的卻是有神論，講求的也是有神的認識論、普世的（以經文為基礎）倫理學和負責任的自我控制。」儘管兩者之間的差異如此大，強生(1992)表面上雖然認為，理性情緒行為治療法的哲學觀點無法與信奉神的宗教理念兼容並蓄，但他也和其他許多的評論家一樣，內心依然相信理性情緒行為治療對有宗教信仰的個案，仍不失為一種頗具功效的治療方法。

從認知行為（Cognitive-behavioral）治療的目標是要藉著改變案主的思想和信念，幫助他改變他們的感覺和行為。艾里斯的論理性情緒行為治療法（REBT），是最著名的認知——行為治療法之一。艾里斯爭論說，人的「心理問題來自他們的錯誤察覺和錯誤的認知」，又因對這些錯誤察覺和認知產生感情的反應，結果「他們習慣有不健全的行為模式。」所以，這個治療法強調「深度人生哲理上的改變」³⁴。

因為艾里斯的治療強調「深度人生哲理上的改變」，它需要反抗個案「不合理性的信念」，那麼，我們需要知道艾里斯的理論有什麼基本信念。無神論是艾里斯背後的主要哲學，也是他的理論所強調的「深度人生哲理改變」的基礎。回憶艾里斯的 A B C 理論：

- (A) 「引發經歷」（Activating Experience）。
- (B) 「個人的信念系統」。包括「不合理性的信念」和「合理性的信念」。
- (C) 「情緒後果」（Emotional Consequences）。

³⁴Albert Ellis, "The Essence of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT): A Comprehensive Approach to Treatment," Institute for Rational Emotive Behavior Therapy brochure, 1994, p. 3.

(D) 「反抗不合理性的信念」。

(E) 「效果」 (Effects) 。

艾里斯爭論說，環境 (A) 的本身不會引起「不健全效果」 (C)，但是人的「不合理性信念」 (B) 引起自己的痛苦情緒。所以，他需要把他的思想較正，「反抗」 (D) 他的「不合理性的信念」 (B)，代以「合理性的信念」 (B)。這樣的過程是為了帶來「認知效果」和「行為效果」 (E) 。

由此可看之，我們會以為這和基督教一樣，大家都強調信念可以影響行為。在理性情緒行為治療法發明之前多個世紀，我們已經知道信念可以影響我們的感覺和行動，大概就是這一點相同點，並也是基督徒受吸引之處。可是在這個系統，我們可以看見，雖然理性情緒行為治療法和聖經似乎在這點上相同，它們是背道而馳的。光因為心理輔導系統和聖經有相似之處，不等於他們是相容的。

一、上帝變成「不合理性的信念」

艾里斯是一個公開的無神論者，他屢次在寫作中堅持說：相信神是「不合理性的信念」。艾里斯宣稱：「大部分有組織的宗教的精華是自虐狂和消除內疚的手續，虔誠的人藉此允許自己去享受人生。」他繼續說，「大致上，宗教基本上是自虐狂，二者都是精神病。」請看下面的語錄³⁵：

如果健康的情緒在乎明白有些事情是不可能肯定的，那麼，宗教顯然是最不健康的東西：因為祂存在的最主要作用是要讓虔誠的人去確信一些神秘的事物³⁶。

理性情緒行為治療法同意宗教、上帝、神秘主義、極端樂觀、和

³⁵ Albert Ellis, 《The Case Against Religion: A Psychotherapist's View》 and “The Case Against Religiosity》 (New York: The Institute for Rational Emotive Behavior Therapy), 6。

³⁶ Ibid, 8。

不合理性的信念，有時可以幫助人，但是它也指出這樣的信念害多益少，而且妨礙一個充實的人生³⁷。

相信依賴上帝、超自然的靈體和力量、狂熱的邪教，大有可能成為強迫性的困擾，使人著迷。對自己，對別人，都會引起極大的傷害³⁸。

理性情緒行為治療法使用很多喚起情緒（evocative-emotive）和行為發動（behavioral-motorial）方法去幫助受困擾的人，改變他們不合理性的價值和哲理，幫助他們得到更合理的思想，可以帶來歡樂和減輕痛苦……它特別意志堅強、有說服力、有教育性、積極指導人，它又直接攻擊很多在人間非常流行的神聖的神話、迷信、和宗教³⁹。

雖然他在這裡沒有指明基督教，他的「神聖的神話、迷信、和宗教」當然包括基督教。他尤其關心宗教的「應當、應該、和必須」，他又聲稱，「所有人類的困擾都是魔術思想（相信應當、應該、和必須）的結果，如果一個人努力堅信他經驗中的現實，他可以直接消除困擾。⁴⁰」

二、以人為中心的價值觀

艾里斯的信念系統沒有神，把人放在中心，肯定人是有價值的和善良的。艾里斯堅持說，他的辦法是科學方法，不是宗教方法，但是它卻實在是一個價值觀⁴¹。他說：認知治療法盡量利用一個人本的科學方法，是以人為準的和尋求享受的，它也近似科學經驗主義、客觀主義、和比較實驗法。理性情緒行為治療法坦白地以一個人的價值觀開始——假設享樂、愉快、創意、和自由，都是好的，或者有利於生活，而痛苦、無樂、無創意、和束縛，都是壞的或者沒有用的。它也假設我們所說的情緒困擾，大部分都是自己製造的，所以也可以自己

³⁷ Albert Ellis, 《Reason and Emotion》(New York: Lyle Stuart, 1962), 387。

³⁸ Albert Ellis, 《Reason and Emotion》, 137。

³⁹ Ellis, 《Humanistic Psychotherapy》, 9。

⁴⁰ Ibid. p. 11。

⁴¹ Ibid. p. 2。

去驅散⁴²。

艾里斯沒有留意，他想要叫自己的理論系統科學化，又想它帶有一個價值觀，但是二者是互相矛盾的。他爭論說，這是一個「以人為準的和尋求享受的科學方法」，似乎是基於一些有益的事，但這只不過是人的價值觀點。是以人為準嗎？是的，因為艾里斯不會忍受外在的標準。是尋求享受嗎？是的！是經驗主義嗎？只有從一個非常主觀角度看過去才是。是科學嗎？不是！

艾里斯說，「歸根究底，所有心理治療都是一個價值系統」⁴³，但是，價值是不能量度的，是超越科學的。價值應該歸於宗教領域。艾里斯的治療法是一個基於世俗人本主義和享樂主義的宗教系統。艾里斯自誇說：「理性情緒行為治療法是哲學的，它不極端，強調眼前的歡樂，又藉著現今的訓練，帶來長期的好處。它認為人可以是一個現在和將來的享樂主義者⁴⁴」。

理性情緒行為治療法的目標是說服個案，他是有價值的，於是減低憂慮和仇恨。他所講的自我接納是定義上的，不是評價的結果。所以，每個人為「自我接納」下定義⁴⁵。當人遇到逆境，他學到怎樣找出「不合理性的信念」，這些信念引起憂慮、無價值、抑鬱、等類的感覺，應該有的卻是「失望、傷心、後悔、挫折、和煩惱的正常感覺」⁴⁶。

艾里斯有一個例子：有一個從來未和女孩子約會過的三十歲男性來見我，我堅持要他每星期約會兩次，不管他喜歡不喜歡，我要他如此做，而且回來和我報告情形。他馬上開始約會，兩個星期內他就失貞了，而且很快開始克服他一些深深的不如人的感覺。如果用標準的心理分析和心理分析類的治療法，就需要好幾個月，也許好幾年，才

⁴² Ibid. p. 12。

⁴³ Ellis, 《*Humanistic Psychotherapy*》, 28。

⁴⁴ Ibid. p.13。

⁴⁵ Ibid. p. 11。

⁴⁶ Ibid. p.5。

能達到幾個星期的論理治療法所能幫助他的。理性情緒行為治療法的目標就是叫一個人犯罪不覺得困擾，仍然對自己有好感⁴⁷。

將人和他的行為分開，艾里斯有一句話和這樣的觀點相似，「接納“罪人”，不一定就是接納“罪”，但是最好不要把人叫做“罪人”。」⁴⁸艾里斯為什麼反對把人叫做‘罪人’？他的原因是：如果你相信自己是一個罪人，你可能「使自己繼續有不道德的和錯誤的行為。⁴⁹」不幸，有很多基督徒也是一樣想。

所以，艾里斯鼓勵無條件的自我接納為主要的『合理性信念』。讓人們認為：「艾里斯的系統是一個沒有最後審判的信仰系統。這是一個世俗人本主義、實用主義、和享樂主義的宗教……艾里斯反對任何「從神來的道德標準或道德觀」的信念。就是因為這樣，艾里斯不喜歡用罪和罪人這樣的字⁵⁰。

可惜很多基督徒以為他們可以把艾里斯的理論基督教化，「所以艾里斯定下特準，協助者的神必須是一個大好人，只能使人暢快……不能是那位叫人向他交帳，罰惡賞善的神，神的話不能是權威和絕對。」

三、引誘基督徒進到一個無神的系統

如果有人嘗試將這套理論基督教化，即使他不用艾里斯的「上帝並不存在」教義，他仍然不能免除艾里斯對人的教義，這個教義是一個異端，它不承認上帝的創造，也不承認人的墮落。艾里斯的合理性之處是不合理性的，因為人的墮落會影響人的心智。當他說人是一個自治的個體，他是反理性的，因為他的話是一個循環推理。他只看見人的慾望和舒適。他對神的憎恨非常強烈，他嘗試抹掉上帝。他好像一個孩子，用手遮蓋自己的眼睛，以為這樣可以使其他人消失。艾里斯想要幫助人從不合理性的信念進到合理性的信念，但是他對神和祂

⁴⁷ Ibid. p.154。

⁴⁸ Ibid. p.113。

⁴⁹ Ellis, 《*Humanistic Psychotherapy*》, 182。

⁵⁰ 鮑謹博士夫婦合著，陳張逸萍譯，《*心理學不合聖經*》，268。

的話封閉，所以他的嘗試是徒勞無功的。他實在是一個瞎子領路的好例子。

所以艾里斯定下一個特別標準，協助者的神必須是一個大好人，只能使人暢快。因艾里斯的理論系統不能容納一個管制人的神，不能是那位創造宇宙的神，也不能是那位叫人向他交帳，罰惡賞善的神，神的話不能是權威和絕對。當然艾里斯也不能想像人類將來會受審判。

艾里斯非常明白有基督徒心理學家願意把聖經歸納於理性情緒行為治療法中，至少他們願意保存上帝的性情和聖經的絕對性。艾里斯談及「證明理性情緒行為治療法能有效地和一個基督教的觀點結合。」⁵¹如果一個心理學理論否認上帝的存在，即使你可以相信有上帝，你也不能讓這些：譬如原罪和地獄等絕對觀念來騷擾你的思想。什麼樣的基督教觀點可以容納這樣的一個心理學理論？

艾里斯論及到十誡，說：「這樣的絕對規則是行不通的和不實際的。」他說：大部分的人誤以為宗教創造道德規則。實際上，宗教只不過取自不同文化的道德律，然後將它變成教義。十誡就是一個好例子。摩西顯然沒有到山上去和神談話，他怎樣創造十誡？他把他當時的道德觀點重寫，採取一些他認為是最好的法律和風俗，把它們變為十誡⁵²。

那麼，艾里斯用他的「合理性」思想否定了神的話，也否定了先知。艾里斯也相信「宗教就好像不良的心理治療。」⁵³他說：宗教可以幫助你有一點快意，因為據說，耶穌、上帝、阿拉、或者其他的神靈愛你。所以，你覺得（a）有一位神——而事實上沒有，還有（b）神站在你的一邊，他會照顧你、愛你、給你正確的生活規章，等等⁵⁴。

⁵¹ Ellis, 《Can Rational Counseling Be Christian?》, 13。

⁵² Ellis, 《Can Rational Counseling Be Christian?》. 13.。

⁵³ Ibid. p.36。

⁵⁴ Ibid. p.36。

基督徒好像應該丟棄人的信念系統的治療，如理性情緒行為治療法和其他種類的認知-行為治療。基督徒必須研讀聖經，好去處理自己的信念，藉以應付生活問題，不應該使用屬於人本主義心理學的方法⁵⁵。

四、艾里斯的反駁

在最近幾年，宗教和宗教價值已成為一個經常被協助者拿出來討論的議題，大多數輔導員想到了很多關於他們的案主在面對選擇一個好的心理醫生的困惑。但是，當在輔導辦公室中提及到宗教價值，我們的案主反正並不孤單。

對於反對宗教有十足的信心，但卻無法找出證據來支持這種看法。極端的無神論者，如亞伯·艾里斯已經爭論宗教引發疾病有好幾年。但由於她們的申論已經和研究證據相互砥觸，他們變得更加謹慎，在反對宗教上。艾里斯，例如，現在改說是狂熱和僵化的宗教信仰造成問題，而不是宗教本身，在1993年，艾里斯甚至贊同聖經作為一個心靈叢書。我認為可以這樣說，猶太教和基督教合一的聖經是一本心靈叢書，使更多的人去建立有更加廣泛和深入的個性以及各個專業治療結合上的行為變化，藉以改善案主的「非理性信念」之信仰。⁵⁶

艾里斯有關宗教信仰的各種假設理論，其確實性頗受爭議。艾里斯認為我們無法得知上帝存在與否，而且，它大有可能並不存在。然而，他認為自己「比較像個無神論者，多于不可知論者。」不可知論者承認自己的無知，但他更進一步，雖然不能證實有神，也不能反證，但他願意相信神並不存在。正如他不能證實有沒有聖誕老人，但是他知道沒有。假若真有上帝，要把他送到地獄去烤，那也沒有辦法。他在一本叫做《反對宗教》(The Case Against Religion)的書中表示：那些有虔誠信仰的人，在凡事上，不能有自己的意見，都必須聽從他

⁵⁵ 鮑謹博士夫婦合著，陳張逸萍譯，《心理學不合聖經》，268-269。

⁵⁶ Albert Ellis, "The advantages and disadvantages of self-help therapy materials". Professional Psychology: Research and Practice. Vol 24(3), Aug 1993, 336。

的上帝的吩咐。所以，他反對那些虔誠的人⁵⁷。

但有一些研究報告顯示，在情緒失調與宗教信仰之間似乎找不到任何關連。強生在他的論文中曾扼要地提及這項見解，並獲得一個結論；「有關宗教信仰與心理健康之間的關係，根據實驗研究報告，有宗教信仰的人，不比一般人有較多的精神病理問題。」(Johnson, 1992:26)

在宗教信仰的各項假設性理論受到的批評，艾里斯(1983f)曾就自己的見解加以澄清。艾里斯指出，他已不再相信宗教本身會製造情緒困擾；他目前的看法是宗教狂熱（按照艾里斯的定義，是指對任何神學或世俗教條的狂熱和武斷式的信念）才可能導致精神官能症（艾里斯，1983f、1992）⁵⁸。因此艾里斯並不批評宗教信仰或對宗教的委身，除非它們嚴格、絕對地固守於一個信念系統。很顯然的，某些信仰宗教的批評家就未能認同於艾里斯(1983f, 1992)這個十分重要的觀點。

在理性情緒行為療法的哲學觀點無法與神學宗教理念相容的批評，艾里斯做出了下面的回應。他指稱雖然他本人可能是個無神論者（這意味著他相信有神存在的可能性非常低），但是他一手創立的理性情緒行為治療法卻從來沒有倡導過無神論。他在著作中曾經寫道：「理性情緒行為治療一向不否認宗教信仰的價值，它真正反對的是一個人對這種價值的太過武斷與浮濫，以及他們把這種價值當做是一件不計一切代價，都必須擁有和遵循（不論是自己或別人）的觀念。」⁵⁹（艾里斯，1992:38-9）由此可見，認為艾里斯相其他理情治療協助者有意誘導個案成為無神論者的批評，顯然與事實不符。

艾里斯反對別人把他當成邏輯實證主義者，他指出，自從讀了麥克·馬亨尼(1976)的《科學家就是試驗者》(Scientist as Subject)之後，他不再認同於這種看法（也就是認為惟有能夠通過實驗程序檢證，才是有意義的），而且現在他是批判實在論者(Critical realism)。這種立

⁵⁷ Albert Ellis, "The Case Against Religion: A Psychotherapist's View and The Case Against Religiosity" (Austin, TX: American Atheist Press), back cover.

⁵⁸ Joseph Yankura & Windy Dryden, 陳逸群譯，186。

⁵⁹ Joseph Yankura & Windy Dryden, 陳逸群譯，187。

場認定，被認識的物體是獨立於認識的心智而存在的，知識是間接的，是由心智上的覺知資料(sense data)和理念而發生的，艾里斯(1992)說：目前他認為邏輯的實證論多少是有些武斷和不科學的。

對於理性情緒行為治療法所採信的情境倫理 (situational ethics)，及有責任的快樂論 (responsible hedonism)與有神論宗教哲理不符的批評，艾里斯並未做出明確的回應。然而，如果一個人用「宇宙(以聖經為根據)倫理」來反駁情境倫理 (強生 1992 時就是如此)，如果後者包含人類行為之絕對性標準觀念，那麼假設艾里斯會持反對意見也是有道理的。如果這種行為的絕對性標準被認為是有神論宗教哲理的一部分，那麼事實上這正好代表了它與理性情緒行為治療法理論不能妥協的差異⁶⁰。至於理性情緒行為治療法對負責任的快樂主義的重視，則多少有些不同。

雖然強生以「負責任的自我控制」來反駁負責任的快樂主義，可能是這兩種行為原則往往導致認同於這兩者的個人做出相近的選擇與行為，當然，除非「負責任的自我控制」代表了逃避所有屬世快樂的意思。因此，負責任的快樂主義就是理性情緒治療法有價值之處，可以教導有宗教信仰的個案，並且受到他們的欣賞，尤其是，如果能譯成其他的名稱，也就是可以避免被誤以為是不顧一切地追求肉慾享樂的名稱。

強生(1992)所回顧的那些實證文獻；顯然不支持他的宗教假說，艾里斯(1992)認為有一些引用的研究，可以說是部分證實了他的觀點。在此，他所指的是運用艾爾波特 (Allport)與羅斯 (Ross)(1967)宗教取向量表中的內向性與外向性評量表 (intrinsic/extrinsic scale)所做的研究。

是描述內向性與外向性個人之間的差異時，強生說：「內向性的個人把宗教關連到所有的生活，他們是寬容的、成熟的。外向性的人則趨向於區隔宗教，是有偏見的、不成熟的，也是比較自私的。」(1992:25)強生(1992)所引用的研究指出，外向性與負面心理特質有明確的關連

⁶⁰ Ibid. p. 188。

(且和宗教性不相關)，而內向性則與心理特質不相關(但與其他的宗教性的評量有正相關)。在回應強生對此的看法時，艾里斯寫道：「強生在他的論文中所引用的證據，部分與我的觀點相同，也就是我認為艾爾波特和羅斯(1967)所謂的外向性宗教觀與心理困擾有關連。但任何宗教的狂熱信徒只有部分與艾爾波特和羅斯的外向性宗教觀相符，而我所強調的是他們的狂熱，不是『外向性』。(1992:38)」

有關探討宗教與心理治療之間關係的研究，艾里斯(1992)認為：實驗者的偏見也參與其中，人類傾向於對與宗教有關的事務抱持強烈的信念，且「持有一種觀點的實驗者很可能去『找尋』支持這種觀點的研究結果，同時持相反觀點的則很可能去『找尋』可茲佐證的資料。」(艾里斯，1992:39)。艾里斯同意強生的看法，即理性情緒行為治療法對有宗教信仰的個案具有療效的看法，特別是理性情緒行為治療法已經做了調整，以便配合具有宗教信仰的個人。理性情緒行為治療法的其他協助者，例如楊 (Youngs)(1989)、迪吉奧斯比、羅賓 (Robin)和德萊登(1990)，也紛紛表達理性情緒行為治療法能夠幫助有宗教信仰的案主，且不會抵觸他們的猶太教與基督教信念及價值觀⁶¹。

五、小結

根據艾里斯的解釋，是由非理性信念產生心理上的問題。我們確實可以看到艾里斯對非理性信念困擾人性的瞭解，是和基督教觀點並立的。艾里斯的見解絕對化人類錯誤的以基督教的觀點來看這有如是一種罪惡的本質、高傲、自我強化的思想方式。基督徒同意，自我的神明化會將自己的生活喜好，看得超過上帝的旨意。例如：我們會產生不正常的心態，在生活上我們會有欠缺或應得的事物。他們辯稱這種心態與聖經上所說的信心正好相反⁶²。

Lawrence 與 Huber 聲稱艾里斯的十一個非理性信念與聖經上的啟示並立，基督教的治療者可以使用「理性情緒行為治療法」做為教牧

⁶¹ Joseph Yankura & Windy Dryden, 陳逸群譯，189。

⁶² Stanton L, Jones & Richard E. Butman, *Modern Psychotherapies*, (Illinois: 1991), 188-192.

關顧（協談）之用，以參考經文來駁斥基督教的案主。他們主張將聖經使用在這些個案的駁斥過程中，其治療效果將遠勝於根基在世俗的推論上。艾里斯甚至贊同聖經作為一個自助的心靈叢書。我認為可以這樣說，基督教的聖經是一本心靈叢書與家庭作業的工具、教材，使更多的人去建立有更加廣泛和深入的個性以及各個專業治療結合上的行為變化。他們也經常有幾個堅實的優勢，幫助一些人進行深刻的人格改變，而且可能有效地影響之⁶³。

雖然「理性情緒行為治療法」對於非理性在表面上有一些一致的地方，但是仍然有許多矛盾的地方。例如在非理性信念宣稱：倚賴他人是非理性的，這是錯誤的描述。人性的依賴基礎難道不是建立在對上帝的信心嗎？基督教的信心在說明人類必須完全地倚賴上帝而生活，並且健全的倚靠靈性的指導者（牧師、長老），這是造成心靈成熟不可或缺的一部份。

以一個較寬廣的角度來看，「理性情緒行為治療法」拒絕絕對性的思想，這就是他本身的絕對。根據艾里斯所言，沒有完全絕對的事物，因為沒有至高無上的權柄，可以宣稱其一致性。艾里斯拒絕使用任何“必須”或“應該”的字眼。我們同意我們經常隱藏在“必須”之下所做出的選擇，因此隱藏了我們對選擇所產生的責任。有許多基督徒仍然在作“必須”的奴隸；這不是上帝的旨意，而是來自社會的輿論或壓力，這完全是來自於他們本身或其他人的非理性思想。但是理性情緒行為治療法否定“必須”的存在，不認為我們有責任去遵循，這是錯誤的看法。Sterner 曾經正確地談到，一個理性的基督教治療法，是讓案主產生勇氣去放棄人的“必須”，進一步去接受上帝的“必須”。將上帝重要的旨意，實行在我們的日常生活中。

「理性情緒行為治療法」高度理性和教導性的本質，是一種適合於許多保守的基督徒天性的諮商輔導方法。他們傾向於舒適地以理性來探討信念，並且準備去相信一個會對行為及生活品質構成衝擊的信

⁶³ Albert Ellis, "The advantages and disadvantages of self-help therapy materials". Professional Psychology: Research and Practice. Vol 24(3), Aug 1993, 336。

念。他們將「理性情緒行為治療法」基督教化，然而卻暴露出其弱點，因為許多保守的基督徒已經耗盡他們對認知改變的方法，這些方法都失敗了。雖然沒有證據指出「理性情緒行為治療法」對宗教信仰是無效的，但是艾里斯誇張的風格，會影響基督教對「理性情緒行為治療法」執行過程的瞭解，這會影響對「理性情緒行為治療法」學習的興趣。但是，在領域裡廣泛的閱讀(讀經)，展現許多作理性治療的風格，這是一種溫和的、謙恭的方法，可以去幫助改變認知的過程⁶⁴。



⁶⁴ Stanton L, Jones & Richard E. Butman, *Modern Psychotherapies*, (Illinois: 1991), 192-193.

第三章 理性情緒行為治療法與聖經的關聯

艾里斯的理性情緒行為治療法要運用在教牧關顧的時候，我們也必須問一個很基本的問題。那就是理性情緒治療法和聖經有沒有什麼關聯？說的更精確一點就是我們能不能用理性情緒治療法的治療方法來理解聖經中的人物面臨苦難或困難的時候，如何改變他們的非理性的想法、信念，使得他們可以跨越苦難，走在神所喜悅的路途上。如果沒有，筆者認為艾里斯的理性情緒治療法要運用在教牧關顧的時候，我們就得承認並注意那是二十世紀的心理治療法，可以幫助案主解決困難，但不一定可以幫助案主在信仰上的成長；特別是在教牧關顧中重要的一環—靈修輔導⁶⁵。如果可以以理性情緒治療法的治療方法來理解聖經，至少我們可以知道這治療法可以在某種程度上幫助聖經中的人物在信仰上的成長。我們也就可以比較放心將這個治療法運用在教牧關顧上。

在聖經之中，有許多面對苦難、困難的記事。例如出埃及記中，以色列人在曠野所遇到的困難、約拿在大魚的肚子裡…。其中最具戲劇張力的就是約伯記。約伯在極其富裕中，突然失去財產、生病，並和前來安慰的三個朋友爭論。本章就是嚐試從理性情緒治療法的治療方法來解釋約伯經歷過的這些苦難及其結果，來證明此治療法運用在教牧關顧上的妥當性。

第一節 約伯記呈現的問題

對約伯記的理解，大都從神學和其結構著手來解釋著者的目的就是要從苦難中遇見神。但除了這種觀點之外，約伯記仍有一些值得探討的問題是從約伯本身的角度，來探討他個人受苦的歷程。在那之中，他的信心、靈命、心理、身體、人際關係等互動變化，藉以證明適時的以理性情緒行為治療法介入，輔導個案是教牧關顧可行之方法。

當約伯他在數小時之內、幾個旋風，與掠奪中失去一切的家財。

⁶⁵靈修輔導是指「一位基督徒給予另一位基督徒的幫助，藉著這種幫助，他(她)能注意上帝與他(她)的溝通，回應這位與他(她)溝通的上帝，與上帝建立親密的關係，並在生活中體現出這種關係。」；參閱貝瑞(William A. Barry)與康諾利(William J. Connolly)，閒道人譯，《靈修輔導》，台北：光啟文化，1992，頁8。

他就從富甲一方的財主，變為不名一文的窮光蛋。接著是他的兒女——七個兒子，三個女兒在一陣烈風過後，全死於非命。最後就連他的健康也出現問題。他滿身長毒瘡，皮肉無全，以致連近親也厭惡他。他不但身受疾苦，心也厭煩自己，覺得自己的生存是一個重擔。苦難接踵而至，連他最親的妻子也不想與他交談。看見約伯的樣子，她叫道：「你棄掉神，死了吧！」他與妻子之間同一信仰的連繫也斷了，他變得異常的孤獨。之後就是他頑梗的朋友，至終連他們的友誼也不保，同情變成重傷害，輔導變作定罪，直到約伯含忍不住，高喊：「可憐我，噢，我的朋友！」。

除了這些外在的損失外，他裏面也在經歷層層的剝奪。這些都是在他靈魂的深處的。他極端的痛苦，使他連自我價值也近乎破落了。在這之前，他能說：「我赤身出於母胎，也必赤身歸回」。他以這句話表明他還看到內在的價值比外面的財寶來得重要；但在接連而至的災難之後，他只盼望自己能被除去，不再世上。甚至他覺得神對他的愛心關係也不存在了，他不再能說：「賞賜的是耶和華，收取的也是耶和華，耶和華的名是應當稱頌的」（一 21）。這句話顯出他屬靈的觀點，即神的恩典和主權是並行不悖的；但後來他只能從悲苦的靈魂呼喊出來：「為何你以我為箭靶？」最後，他看來連神的管治是善的這個觀念也不保。之前他能說：「我們從神手裏得福，不也受禍麼？」但在他與三友人辯論的時候，連這個信念也崩潰了；實際上這時的約伯可以說是什麼也沒有了。

不要說身外物，就連一個人靈魂內在所擁有的任何信念約伯也被一一剝落。在這裏，我們看見一個人赤裸裸的靈魂。約伯所剩餘的自我與信念是破碎的。神是個問題，因為約伯即不能明白祂為何讓自己遭遇這些災難，也在他感到需要祂的時候找不到祂。自我也是個問題，因為約伯不能脫離「自我」的跟隨，自我成了他的重擔。這兩樣都是實存的，但它們沒有交點。在苦難中，神與約伯的自我都好像游離四方。

從神學的角度來看約伯記的話，約伯記開宗明義就以「完全」和「正直」（伯一 1），來說明他信仰上與道德上的高貴情操。約伯信仰的

本質，可從神對他有把握的斷言（伯一 8;二 3），和他自己宣告信靠上帝（伯一 20-21;二 10）表達出來。此種信仰純正，正與撒但惡意的懷疑成對比，撒但認為約伯的信仰是建立在他的財富之上（伯一 9-11;二 5）。認為若是除去後者，前者信仰隨之崩潰。然而，神願意用祂僕人的名譽去冒險，以證明撒但理論的誤謬。最後，當祂證明了約伯的名譽，祂也維護了自己的名譽。讓約伯自己清楚認識到一個人的信仰純正，亦也關係到神的純正，只是他的朋友們不明白。

由此可以看到約伯記不在證明神為義（theodicy），也不在求得今世物質財富的幸福，亦不在別人受苦難時給予實用的指導，乃是他自己純正的良心被朋友誤解，在苦難的日子遭眾人鄙視。所以，他本著虔敬的心，懇切的尋求上帝，甚至向上帝發出情感衝動的抗辯，為要從上帝證實他的無辜和正直。文中可以看到他所渴望的與上帝相遇的目的達到了，在旋風中顯現的上帝遠超過人想像中的神。神的智慧，奇妙的造化和知識難測，神的崇高與偉大，使人自覺渺小而不能為自己的命運與抗爭。約伯緘默了，謙卑俯伏在威嚴的上帝之前，放棄自己的權利，承認自己逞強和無理詆毀上帝的罪過，順服地將自己擺在上帝的審判下⁶⁶。

上帝顯現了，但約伯的受苦之意義仍然向他隱藏著，因為這是創造主的神聖統治之權之一。當約伯承認上帝和其判斷崇高不可測度時，約伯意識到自己的無辜和正直已經得到上帝的承認，他內心的刺像被拔除一樣，痛苦得平息，良心平靜安穩。這是作者所要表達的心路歷程，並藉此歷程獲得使命，作上主的「僕人」，使曾與約伯爭辯的三位友人，也重新與上帝和好（約伯四十二 7-9）。

在苦難的當下該怎麼辦呢？約伯一定得找回神；文中約伯在前面發自心坎底處的辯詞，其實不是在回答以利法，比勒達，或瑣法的責難，那只是一個悲苦的靈魂哀切的在尋找那位無處尋覓的神，他要逃脫自我的牢籠，卻不成功；他要訴說自己的苦情，卻沒有適當的言語。約伯記最特別的是一「對話」，對話具有一種驅策力，把我們帶出論題的

⁶⁶ 丘恩處，472。

中心，帶離了約伯的爭辯與長篇大論，也帶離了朋友們為神的辯護。對話讓我們所看到像是一個人對他的非理性信念，產生了反駁，唯獨這個對話過程，就如這個人的理性情緒行為治療的歷程一樣。所以要體會約伯陷於這種絕境的心情，可從他的心路歷程看之。⁶⁷

第二節 約伯的情緒反應

心理學家榮格(C.G.Jung)著有「無意識心理學」(The psychology)，他對人格與宗教的研究，在約伯記的分析，他著重人與神的關係，對聖經真理有新的見解，是「深層心理學」(Depth Psychology)。榮格認為：「病人所帶來的宗教問題．．．和他的精神病有關，而且往往是病因」⁶⁸。他引用約伯記十六:19-21以及十九:25，認為約伯內心的衝突，無法對神的公義與良善的那種信念，又發生極大的懷疑。他不願接受這種矛盾的觀念，認為神既恩慈又凶暴，甚至說神既不恩慈也不凶暴。人在困惑中想得到答案卻無法找到答案，這種矛盾的理，足以使意識分裂，莫衷一是。人既不能明白神的道路，他必須承人心的有限。

在約伯記有數處描述約伯求死的慾望，如在三:3-26;六:8-10;十:18-19.他在極端的痛苦中，失去了生存的意思。但是他並未自殺。有關自殺的意向，並非只是一種意願，而且他是一種決意。有人儘管厭世，決沒有力量來摧殘自己。約伯求死，並不想殺他自己，卻想神叫他死，這似乎是向神挑戰，因為他自己還很有把握(十二:3;十三:2)。認為自己無罪，不應受苦(六:29;九:20;十二:4;廿一:16;廿六:5-6)。他在神面前不肯示弱，他深知神是罰惡的，但他沒有惡，不該受罰，所以他雖然求死，卻無意自殺。

在三:25 約伯說：「因我所恐懼的臨到我身，我所懼怕的迎我而來」。這無疑是約伯在無識中所感受的。也許在他成功興盛時，有一種懼怕心理，不安全的感覺是使他焦慮的原因，之後他的焦慮果然成為

⁶⁷ 約伯記九:2, 3, 32, 33;十四 4:7-10, 14, 15;十六:18-21;十九:23-27;廿三:3, 4;三十一:35-37等。

⁶⁸ 祈連堡著，伍步鑾譯，95。

事實。

約伯的病狀是皮膚長瘡，是在他失去財富與兒女之後。照約伯記第二章，他的疾病是撒旦加害於他的。但是照現代醫學的研究，他的疾病可能是心理影響身(所謂 Psychosomatic)。(筆者認為這也可以說撒旦藉此來影響他的身體)

由此可看到約伯的心理反應有如，在患病之前有憂鬱、焦慮、懼怕，與過分的神經質。這些似乎都說中了約伯的情況，在第一、二章，在患病當時的情況，有失望、氣憤、消極等，都是憂鬱的特徵。在表現上有食慾難振，失眠、四肢乏力、動作呆滯、罪疚或自責、思想也遲鈍，這些情況都在第三章敘述，如悲哀(三 24)，心神不寧(三 26)等..憂鬱是對自信逐漸失去，並有嚴重的自責心理。

從約伯的情緒反應是可討論的，我們可發現約伯有五個階段情緒反應，否認、發怒、妥協、憂鬱及接受。茲依次分析：

1. 否認----約伯受苦初期，他似乎接受神的降災(一 13-19, 21; 二 10)，但他沒有真正接受(因為他傳統的信仰不能應用在他受苦的經驗之中);事實上他仍不能十足接受，是一種否認的態度。他的言語卻是傳統的信念。他希望得知為何在他出生之時沒有死去。不然，也就可以尋著唯有已死且沉寂了的人才提會到的寧靜、酣睡與安息。約伯視死亡為一切惆悵苦痛的解脫。他的痛苦至少暫時弄瞎了他的眼睛，看不到人生積極的一面。因此，他深信在出生時便死去是最好的。他轉向另一方面，要探求在不久的將來死亡的可能性。既然生命滿是愁煩，他埋怨為何仍賜生命給他。他引頸以待死亡，他用世人尋求珍寶的努力態度來搜求它。這些反應中，我們看到約伯對苦難的生命之不得不接受的否認情緒。

2. 發怒----否認之後他經受孤寂、矛盾、消極，朋友的到來，非但沒有安慰他，反而一味責備他，使他十分生氣。他充滿憤慨，甚至咒詛他的生日，他就有許多「為何?」(三 11, 12, 20, 23)。他的言語是懷疑的，這也引起朋友們的不滿與指責。例如約伯的朋友以利法他不知道約伯受苦的真正原因，他卻提供了一個他所依循的普通原則。他相信約伯的困境「必定」是因為他犯了某些大罪。面對以利法的指責，

約伯說：「你們以為我在撒謊，以為我不曉得分辨是非」（六 30）。約伯相信自己知道自己有沒有說過不公之語或行過不正之事。他不需要別人的幫忙來探察自己生活的錯失。他自己能夠敏銳地反省。藉著這些言詞，約伯不但宣稱自己的無辜，更是對以利法的論點提出抗辯。這種抗辯的言詞充滿了不滿的怒氣。不但對以利法是如此，在三次和他的朋友的對話中，我們都可以看約伯這種怒氣的情緒。他甚至以願與上帝理論而不願再與他的朋友多費唇舌（十三：1-11）來表達他的憤怒。

3. 妥協----他在怒氣中曾怪責朋友，其次怪責神，之後他不得不妥協，知道人到底拗不過神。在上帝在自然界的能力，約伯敘述人與上帝爭鬥絕無勝望。接下來約伯將他的論調延伸至人生的範圍。約伯表示人不能看見上帝，亦無法探測祂的行蹤，只能見到祂遺下的陳跡。約伯表示可以向上帝的公義挑釁嗎？祂會回應他的呼籲嗎，約伯不相信祂會側耳聽他的控訴。若論力量，上帝的力量是無可抗拒的；若論審判，約伯不能把祂召傳。約伯毫無能力，無法向上帝挑戰，甚至縱然他可以，他也會被上帝的顯現壓倒，雖自知無辜，亦要自稱有罪（九 2-3）。此時的約伯對神並非順服或降服而是無奈的妥協。他想考慮施恩以待，例如他求朋友轉意不要不公（六 28）；他求神顧念，「我的生命不過是一口氣」（七 7），神總不能拒絕他。他又極力表明自己無辜，且有善行（三十 24-25；三十一 1 起）。他向神討價還價，盼神憐憫他。在約伯開始妥協的時候，他的言語不再是怒氣的，而是開始轉成祈禱的。

4. 憂鬱----約伯一切的祈求似乎都已無效，神沒有聽他的呼求。約伯發現他的妥協並沒有為他帶來安慰。一股絕望的憂鬱佔據他的內心（廿三 13-17）。這個憂鬱使約伯深信那吞噬他的黑暗是來自他所不能尋見的上帝，恐懼便頓然籠罩著約伯的心，使他又落在失望之中。維護過他自己的正直之後，約伯轉換話題，問一些他認為上帝對世上的惡人漠不關心、毫不理會的問題。約伯問何以上帝不命定一個審判

惡人的時刻，藉使義人清楚明白惡人必然受報應⁶⁹。黑暗的憂鬱使他不願再用言語辯論下去（三十一 40），約伯徹底地關閉他的心，不願再接受他的朋友這種責備式的安慰。朋友們也不想對他再說（三十二 1）。

就此的約伯真正被孤立。在極端孤寂之境況之中，只有以利戶還對他說話。這言語似乎是先知的，因為以利戶的言詞似在預備約伯的心，使他準備接受耶和華的話。

5. 接受----以利戶最後說了這樣的話：「人敬畏祂，也自以為心中有智慧的人，祂都不顧念」（三十七 24）那時旋風已起，神二次親自和約伯對話。在這二次的與神的對話中，約伯面對神接二連三的問題，他毫無能力回答，不過他仍想糾正耶和華。他用一個強烈消極的回答作為反應。他卑賤的承認不能挑戰上帝。約伯開始看到他在挑戰耶和華這行動上的錯誤（四十 3-5）。隨後，約伯更深的意識到祂的偉大。他相信耶和華可隨意成就萬事，亦承認祂所定旨的必要實現，無人能抗拒。在這個的發現中，約伯承認在爭論中所了解的神是基於他從前所領受的教導。他現在看到耶和華的偉大實在難以被局限在人類有限的思維之內。因此，他放棄他以前所持守對耶和華所有的論說。他在耶和華面前的謙卑，悲痛不已，他的懊悔是真誠的，他的哀慟不止息，他不會再重蹈覆轍。以後他對耶和華的認識會基於這次親眼看見祂的經驗之上，而且亦不再敢謬言傳祂來問話了。他看到祂的偉大，人不能在其面前稍有放肆之態。人在祂面前只有順服和緘默！神的言語是神秘的，使約伯不得不陌棄己見，在神面前完全順服：「我從前風聞有你，現親眼看見你。因此我厭惡自己.....」（四十二 5-6）。

第三節 從約伯的經歷談輔導

從以上的心理情緒的分析，可實際應用在理性情緒行為治療法的協助，輔導事工上。教牧在關懷方面，需對信徒在受苦時的需要有所了解，如果像醫生一般診斷正確，才可施以治療。一般憂鬱的兩種反

⁶⁹ 參嘉大衛著，54-56。

應，一種是對患難的反應強烈，但始終不失自信，對神懷疑也許是有的，但基本的信心仍不動搖。另一種是反應是，憂鬱中毀己，有罪愆的感覺，虐待自己也虐待別人，要與別人同歸於盡，是有病態的，而且十分危險。看來約伯的反應是正常的，以後終能恢復，也是約伯記作者的用意。

當約伯的友人談話，想化解他的問題，他們顯然不能達到治療的目的。他們以為對症下藥，但約伯卻認為無補於事。他們不知同情與安慰，彼此關係不能建立，怎可可談治療呢？這是他們基本的錯誤。

約伯自身也無法治療，因為他不知道問題真正的關鍵，是在第一、二章天上的一幕。他堅持無辜，否定了因果報應式的公義。在追尋神的智慧中，他已走治療的正道上。但他仍未看見自己的危險；他很可能從無辜至自義，從自尊至自憐。他需要治療，只有神才可醫治他。耶和華向他顯現，是要他從自義中轉離，他所關注的只有自己，就忽略了神更大的智慧和能力。神學辯論現在成為無關緊要了，因為問題不是神學的，而是屬靈的，是約伯與屬神的關係。耶和華向他顯現，是為與他建立關係，使他體會神的同在。他必須捨棄自己，神的同在才會成為實際，因此最後終於得著醫治。

心理治療與身體治療相同，現由專業人員處理，但在古時原由祭司擔任。今日的教會仍有醫治的功能，尤其是以教牧關顧的方法，中心是人與神的關係，與他人的關係，以及對己的關係，因此在治療的過程是關係的建立與調整。注重靈恩的人常常著重醫病的禮儀(Liturgical)，如按手抹油。但真正的途徑不是禮儀的，是以個別的關係為動力。約伯記中，朋友與他始終無法建立關係，最後他與神的關係完好了，他與朋友的關係完好了，因為他曾為朋友代禱，神使他從苦境轉回(四十二 10)。

教牧關顧(輔導)的典範，在以利戶的言詞中，他設法預備約伯的心，為使他面對全能者。約伯有許多問題，希冀神來答覆他，但結果神不是來答覆，而是來發問。這是以利戶的方法，他要約伯思想，並沒有為約伯解，他要約伯承認，許多事只是奧秘，人無法明白，更不能解釋。人的無知才可顯明神的智慧，人的有限，才可了解神的能力。

第四節 小結

整篇約伯記來看，悲劇接二連三臨到約伯（一 13-19），不待前一個凶訊說完，後一個又接踵而來。由於撒但誣蔑約伯的信仰是建立在他的財富之上，悲劇首先臨到約伯的產業（一 13-17），包括牛、羊、駱駝、與僕婢。約伯第一個階段的悲劇的高峰是他的兒女的死亡（一 18-19），這使他墜入情感痛苦的深淵，於是他悲哀⁷⁰降卑俯伏在神面前（一 20）。接著，第二階段悲劇臨到，是撒但獲准以膿瘡攻擊全身（二 1-8）。理由是因為撒但相信，若是一個人的價值不能用他的財富或兒女來計算，必能用他自己的命來衡量，「人以皮代皮，情願捨棄一切所有的來保全性命」（二 4）。

藉此約伯錐心刺骨的困境，其中有痛苦、苦難、以及罪惡世界的關係錯綜複雜。使得約伯並不選擇只去處理肉體的痛苦，或只去處理情感的苦難，而是將二者結合，以展示所能想像到的最惡劣的處境，來表達對這複雜問題的見解。約伯對生命完全迷惑了。他在第一、二章中對神理智堅定的信靠完全翻轉過來，我們看見他信仰的另一面。由於苦難遭遇所帶來的極度痛苦，迫使約伯思考在這扭曲的世界中，信仰究竟為何物？我們也看到約伯的人性對話中，他表露出懼怕這種災禍（伯三 25），及這篇言論的情緒化。但是以後就未再像此次這樣全然失去理性。約伯先重新肯定他的信仰，然後才述說他苦澀的生命。跌入失望的深淵之後，只能緩慢艱難地回復。

約伯的苦難經歷後，文中並沒有提供苦難的答案，卻使約伯找回了迷失的自己，也得著了幾乎失去的朋友，重要的經歷了未曾真正體會過的神。

在約伯的心中，一直盤旋著道德的問題，以為朋友所著重的報應，是否真表明神的公義，但在耶和華的言詞中，神表明的不是公義，而是能力。神要使約伯折服，真正謙卑下來，神無意以理性與約伯解說，祂卻要約伯明白創造的作為，不要問為什麼，而是要表明是誰才是創造者。約伯若真正認識耶和華，其他一切問題就迎刃而解。他以前只

⁷⁰ 撕裂衣服是表示哀慟（創三十七 34；撒下一 11），剃頭也是一樣（賽二十二 12；耶七 29 等）。

是風聞認識神是太膚淺了，現在親眼看見神，才是真正的經歷神。這是他實際的改變，是教牧關顧（輔導）真實的目的。怎樣幫助人經治療的過程，他逐漸認識神，與神建立完美的關係，使他明白，不是怎樣信靠神，而是體會神的心意，知道神信任他，只有當他謙卑下來了，讓神在他身上作成祂的工，他就完全他就完全正常，十足健康，成為神完全的僕人。



第四章理性情緒行為治療法在教牧關顧之應用

理性情緒行為治療法是基於一個假設，人天生兼有理性與非理性思考與行為，而非理性的思考，很多是根據早期不合邏輯的學習，或曾受父母和環境的影響而來。理性思考是能珍惜生命可貴，可以快樂，可以思想，可以學習，可以用言詞表達自己，與他人溝通，與他人建立親密的關係，在愛中成長，並且邁向自我實現的目標。但另一方面也有非理性或不合邏輯的思考，會令人選擇自我毀滅，逃避思想，不斷重覆錯誤，迷信固執，自怨自艾，要求自己十全十美，好勝衝動，缺乏忍耐與逃避長大等。艾里斯認為當一個人選擇以非理性思想時，就會生出很多情緒困擾，因此也就無法快樂滿足地生活。

艾里斯不同意佛洛伊德(Freud, 1856-1939)對人早期經驗的說法，他指出佛氏的人性觀是錯誤的，因艾里斯否定人乃完全受自己生物性因素的支配；同時他也不同意人是受本能所驅策，因為艾里斯相信存在主義對與人本主義的人性觀部分是正確的，故此他認為人絕對不應放棄自己，不應該讓自己成為早期經歷的受害者。艾里斯相信人類擁有鉅大的、未經採用的資源，可以用來發展本身的潛質，以致進一步改變個人與社會的命運。

但理性情緒行為治療法強調由於人有非理性的傾向，結果導致人發展出傷害自己的習慣和不良的行為。艾里斯認為人的思想、情緒及行為三者是同時發生的，因此艾里斯強調為要了解人的自我毀滅行為，就要先了解人如何感受、思想、領悟和行動。同時他認為人是具有能力去了解自己的限制，去改變基本觀念與基本價值，並且有能力向自我毀滅行為作出挑戰。由於人有能力對自己的價值系統作出評價，所以就有機會以新的觀念、意見和價值來作出取代，結果就因此導致了新的行為出現。

我們知道人在情緒激動時，一方面往往認知範圍狹窄、判斷能力下降、思維僵化、動作笨拙，不利於工作、學習及解決問題；另一方面，激動的情緒還可導致身體各器官和生理上的一系列變化，如心跳加快、血壓上升、消化腺活動受阻等，對人的身心健康造成嚴重的影響，甚至引起疾病。因此，人們必須學會控制自己的情緒，沉著地面

對一切。如何調整個人的情緒反應，就成為一個重要的學習課題。

本章期盼透過運用理性情緒行為治療法對個案的協助過程來說明理性情緒行為治療法在教牧關顧上的有效性。第一節將透過「馬偕美德計劃」的推動及成果來說明理性情緒行為治療法對機構(教會)的幫助。第二節則透過個案工作說明理性情緒行為治療法如何對案主產生幫助。

第一節 新竹馬偕醫院的「馬偕美德計劃」

馬偕醫院為了，(1)了解醫院員工之想法、需求、情緒反應以及心理健康之情況，以增進院方與員工之溝通與互動，提升工作效能及，(2)了解醫院員工工作滿意度及組織承諾之現況，做為醫院行政管理之參考而施實「員工滿意度」的問卷調查⁷¹。近年在做「員工滿意度調查」的同時，新竹馬偕醫院也從2006年開始推動「馬偕美德計劃」做為階段性回應員工滿意度調查結果之改善策略。在這裡首先將以2007年問卷調查的分析結果為例說明找出存在員工之間的非理性情緒是什麼。接下來透過「馬偕美德計劃」的施行過程來說明理性情緒行為治療法如何運用在群體(機構、教會)之間。

一、「員工滿意度」調查

2007年度之調查表總共發出問卷為800份，回收492份，問卷回收率為61.5%⁷²。從〈調查結果報告表〉中，我們可以做以下的分析：

1. 員工工作滿意度與組織承諾之變異數分析。

A. 人口特性之不同與工作滿意度之差異。

檢定人口特性與因素一：工作內容滿意度分數之間是否存在差異性。結果發現：年齡、職稱、年資、是否有主管津貼在工作內容因素之滿意度分數上，具有顯著差異。進一步利用 Scheffe⁷³與 Tukey⁷⁴事

⁷¹ 「員工滿意度」問卷調查之問卷請參閱附錄1。

⁷² 2007年度「員工滿意度」問卷調查之結果請參閱附錄2。

⁷³ Scheffe法通常用於研究程序的初始階段，當研究者因欠缺完整的資訊，以致無法做出正確的預測或建立一個考驗的模式時採用之。Scheffe法可控制整體 α

後比較分析發現，在年齡方面 41-50 歲對於工作內容之滿意度高於 21-30 歲；在職稱方面主治醫師的工作內容滿意分數高於住院醫師；在年資方面 20 年以上的工作內容滿意度高於 2 年以下以及 2-5 年以下。在是否有主管津貼方面，有領主管津貼為(含)副課長、護理長以上的工作內容滿意度大於未領主管津貼者含(小)組長⁷⁵。

B.人口特性之不同與醫院環境制度滿意度之差異。

檢定人口特性與因素二：醫院環境制度滿意度分數之間是否存在差異性。結果發現：只有是否有專業執照在醫院環境制度因素之滿意度分數上，具有顯著差異。進一步利用 Tukey 事後比較分析發現，有專業執照在三張以上對於醫院環境制度的滿意度低於其他組別⁷⁶。

C.人口特性之不同與主管同事滿意度之差異。

檢定人口特性與因素三：主管同事滿意度分數之間是否存在差異性。結果發現：年齡、學歷、職稱在主管同事因素之滿意度分數上，具有顯著差異。年齡方面 41 歲-50 歲以及 50 歲以上對於主管同事的滿意度高於年齡 40 歲以下的組別；在學歷方面學歷越高的員工對於主管同事滿意度也相對較高；在職稱方面，醫護人員對於主管同事之滿意度高於醫技人員與行政人員⁷⁷。

D.人口特性之不同與工作狀態滿意度之差異。

檢定人口特性與因素四：工作狀態滿意度分數之間是否存在差異性。結果發現：年齡、婚姻狀況、學歷在工作狀態因素之滿意度分數上，具有顯著差異。進一步利用事後比較發現，在年齡方面 21-30 歲

值等於 0.05，考驗每一對平均數線性組合，而非只是考驗一對平均數間的差異情形，因此有時變異數分析之 F 值達到顯著，但事後比較時，卻沒有發現任何二組的平均數達到顯著差異，Scheffe 法顯得較為保守。由於可轉換特別股之相關資料收集不易，採用此法，才得以檢測出個別月份月報酬率之間的差異。

⁷⁴Tukey 是使用單因子變異數分析各區隔內消費集群，對於評估準則重視程度是
否有顯著差異，以雪費(Scheffe)事後檢定法，比較各區隔之顯著性差異。

⁷⁵參附錄 2，表 2-1.

⁷⁶ Ibid. 表 2-1.

⁷⁷ Ibid. 表 2-1

的工作狀態滿意度顯著低於其他各組；婚姻狀態方面已婚的工作狀態滿意度略高於未婚者；學歷方面高中職與大專的工作狀態滿意度略低其他組⁷⁸。

E. 人口特性之不同與努力價值承諾之差異。

檢定人口特性與努力與價值承諾滿意度分數之間是否存在差異性。結果發現：年齡、學歷、宗教、年資、是否有主管津貼在努力與價值承諾因素上之滿意度分數，具有顯著差異。進一步利用 Scheffe 與 Tukey 事後比較分析發現，在年齡方面 21-30 歲對於努力與價值承諾之滿意度低於其他各組；在學歷方面研究所以上的努力與價值承諾滿意分數高於其他各組；在宗教信仰方面基督教的努力與價值承諾滿意度高於其他各組。在是否有主管津貼方面，有領主管津貼的努力與價值承諾滿意度大於未領主管津貼者⁷⁹。

F. 人口特性之不同與留職承諾之差異。

檢定人口特性與努力與留職承諾滿意度分數之間是否存在差異性。結果發現：年齡、家庭狀況、學歷、宗教、年資、是否有主管津貼與留職承諾因素滿意度分數，具有顯著差異。進一步利用 Scheffe 事後比較分析發現，在年齡方面 21-30 歲對於留職承諾之滿意度低於其他各組；在家庭狀況方面有小孩數目越多者其留職承諾分數越高。學歷方面大學及專科的留職承諾滿意分數低於其他各組；在宗教信仰方面以基督教的留職承諾滿意度高於其他各組。在是否有主管津貼方面，有領主管津貼的留職承諾滿意度大於未領主管津貼者⁸⁰。

2. 皮爾森相關分析⁸¹

A. 工作滿意度與努力價值承諾之相關分析

⁷⁸ Ibid, 表 2-1

⁷⁹ 參附錄 2, 表 2-2.

⁸⁰ Ibid, 表 2-2.

⁸¹ 皮爾森相關係數 (ρ) 的檢定：1、虛無假設 H_0 ：兩變數 X 和 Y 不相關 (即相關係數為零, $\rho = 0$)。2、對立假設 H_1 ：兩變數相關 (即相關係數不為零, $\rho \neq 0$)。皮爾森相關係數的意義；相關係數 (r) : 0.8 以上, 相關程度：極高；(r) : 0.6 - 0.8, 相關程度：高；(r) : 0.4 - 0.6, 相關程度：普通；(r) : 0.2 - 0.4, 相關程度：低。

檢測本院員工對努力價值承諾滿意度與工作滿意度量表四大因素及各題項間的相關性。發現工作滿意度量表四大因素及各題項皆與努力價值承諾滿意度呈有意義的正相關($P < 0.05$)，努力價值承諾滿意度分數與工作滿意四個因素之相關係數依序為「工作內容」為 0.735，「環境制度」為 0.649，「主管同事」為 0.594，「工作狀態」為 0.591，其中以「工作內容」的相關係數最大，顯示「工作內容」影響努力價值承諾之滿意度觀感最大，其餘依序為「環境制度」、「主管同事」、「工作狀態」⁸²。

B. 工作滿意度與留職承諾之相關分析

檢測本院員工留職承諾滿意度與工作滿意度量表四大因素及各題項間的相關性。發現工作滿意度量表四大因素及各題項皆與留職承諾滿意度呈有意義的正相關($P < 0.05$)，留職承諾滿意度分數與工作滿意四個因素之相關係數依序為「工作內容」為 0.475，「工作狀態」為 0.413，「環境制度」為 0.363，「主管同事」為 0.339，其中以「工作內容」的相關係數最大，顯示「工作內容」影響留職承諾之滿意度觀感最大，其餘依序為「工作狀態」、「環境制度」、「主管同事」⁸³。

3. 迴歸分析⁸⁴

採強迫進入法多元迴歸分析中⁸⁵可以發現工作內容、環境制度、同事主管、工作狀態四個因素對於努力價值承諾滿意度的聯合解釋量有 59.2%，且四個預測變數皆有顯著的預測力。其以「工作內容」解釋量為四因素中最大，表示「工作內容」對於努力價值承諾滿意度分數是最具影響力。由表 2-6 發現，四因素的預測能力依序為「工作內

⁸²參附錄 2, 表 2-3.

⁸³參附錄 2, 表 2-4.

⁸⁴迴歸分析是建立多個應變數 Y (或稱依變數、原文為：response variables, dependent variables)，與自變數 X (或稱獨變數，原文為 predictors, independent variables) 之間關係的模型。複迴歸(Multiple)指的是超過一個自變數。迴歸分析原理：目的在於找出一條最能夠代表所有觀測資料的函數(迴歸估計式)。用此函數代表應變數和自變數之間的關係。

⁸⁵參附錄 2, 表 2-5.

容」、「環境制度」、「同事主管」、「工作狀態」⁸⁶。

依變數：努力承諾表⁸⁷，此模型對於留職承諾滿意度之解釋能力有24%，其中達到顯著之因素為「工作內容」、「工作狀態」，可解釋為員工之工作內容與工作狀態滿意度愈高，其留職承諾之強度愈強⁸⁸。

4. 心理健康檢測

問卷的心理健康檢測，請受訪者回想最近一星期中對於下列5個題項所指情況的困擾程度，再將5個題目的評分相加後，總分為0分到20分之間，依總分將心理困擾程度分為4個等級，0~5分為一般正常範圍、6~9分為輕度、10~14分為中度、15分以上表示身心健康可能需要醫療專業的協助。表2-9呈現出樣本心理檢測之結果，發現全體員工檢測的平均分數為5.47分⁸⁹，表示正常偏輕微之範圍，然而將每個人總分依據困擾程度區分之後，61%的員工心理困擾程度為正常，21%為輕度困擾，17%為中度困擾，2%則需要醫療專業協助。進一步利用ANOVA⁹⁰分析發現年齡、任用別、職稱之不同與心理困擾程度有顯著差異，年齡愈小的員工心理困擾程度愈大，任用別為兼任\

⁸⁶參附錄2,表2-6

⁸⁷參附錄2,表2-7

⁸⁸參附錄2,表2-8

⁸⁹參附錄2,表2-9

⁹⁰ ANOVA之原理，ANOVA之測定是建立在比較各類別（或樣本）間之變異量及各類別內之變異量。與類別內之變異量相比較下，當類別間之變異量愈大時，拒絕H₀之可能性愈大，反之，則愈小。ANOVA之公式，即在比較兩種對母群體之變異量（ σ^2 ）之估計值。其一估計值即是建立在各樣本內之變化，而另一則為樣本間之變化。這即是ANOVA（ANalysis Of Variance）之名稱的由來。文中用ANOVA做假設測定後，最常看到的事後分析法是 the Scheffé test。此法在計算F比值時，分子的部份是用研究者想要比較的任何兩組間的SSB，但是相對應的dfb，則是原來做整個ANOVA的dfb，也就是k-1，而不是2-1=1。其分母也是用原來做ANOVA的分母，也就是SSW/dfw。得到Scheffé test的F比值後，也還是用原來做ANOVA測定時所用的F(critical)。由此可見，此事後分析法是以更嚴格的方式，來測定任何兩組間的差異是否達到顯著。

約聘\短期的員工心理困擾程度比專任還要大，職稱為醫護人員的困擾程度大於醫技人員及行政人員。再依職稱別來區分，心理困擾程度中等的員工，主治醫師有 15% 中等以上，護理人員有 24%，醫技人員有 14%，行政人員有 15%，以護理人員所佔比例最大。

5. 對醫院的開放性的問卷調查

問卷之第五部份為開放性問卷，由院內員工自由填寫對醫院提出建議，所提出之建議共有 130 項，經由歸納分類後，根據百分比依序為停車問題佔有 18%，薪資及升遷問題佔有 17%，工作負荷量過重佔有 13%，醫院環境設備佔有 11%，員工福利佔有 9%，建議週休二日佔有 6%，餐廳及伙食問題佔有 5%，員工宿舍佔有 2%，促銷活動佔有 2%，另外其他建議佔有 10%，其他類 7%⁹¹。

停車問題是本次調查中最多員工提出的問題，因停車問題所帶來之困擾甚多，迫切期望院方能夠提出改善對策，協助員工不會因為停車問題影響上班情緒。其次是薪資及升遷問題，提出此建議之員工認為付出不等於收穫，期望薪資結構能做調整並與總院有相同薪資制度。再者有 13% 提出建議之員工認為工作負荷量過重不堪負荷、單位人力不足以及壓力過大等問題，期望能夠增加人力編制，以減緩工作壓力。醫院環境設備方面建議院方能多位置設立打卡機、廁所及環境衛生等問題、餐廳衛生、院內方向指引指示牌字型過小、大門兩側嚴禁抽菸或另設抽菸區以避免其他病患吸入二手菸，急診抽血單位空間過小……等問題，期望院方能加以解決。員工福利方面所提出的有增設員工福利社、特約廠商太少需增加、希望院方能建立員工活動區(運動)、舉辦英語課程、員工運動會、以及期望院方至少每兩年進行一次員工身體健康檢查，重視員工福利及健康。有 6% 提出建議之員工期望院方能跟進政府政策施行週休二日、或漸進式採隔週休二日之制度，增進員工家庭生活與親子活動時間。另外，5% 提出建議之員工希望員工餐廳能多進駐廠商以提供多元化餐點，解決員工伙食問題。員工宿舍方面，有員工希望宿舍能增設加強健身、運動、娛樂等設施，以及

⁹¹參附錄 2, 表 2-12

護理人須輪三班制而宿舍採雙人房同住會互相干擾之問題，期望院方體恤員工，改善此問題。期望建立宿舍與醫院溝通的管道設立投訴信箱等。其餘，還有其他建議詳見附錄 2：表 2-12。

想要界定情緒事件的方法，通常是要案主說明事件發生的情境（人、事、時、地、物）、當時案主的外顯行為反應、內心的想法（或是思考歷程、自我教導內容）、及情緒感受。我們藉由員工滿意度調查報告中，從以二個信效度高的方面：工作滿意構面與組織承諾構面，可以找出員工的 *ib*⁹² 影響因素及可行之因應方法。

1. 我們發現員工滿意度較高的前五項依序是「我滿意這份工作中能有為他人服務的機會」、「我滿意這份工作不會違背我的道德原則」、「我滿意這份工作的穩定度」、「我滿意和同事相處的情形」、「我滿意這份工作中可以符合自己的能力與專業技能」，滿意程度近七至八左右。然而，滿意度較低的前五項依序是「就所承擔的工作量和醫院相對支付的薪資感到滿意」、「我滿意這份工作的負荷量」、「我滿意這份工作的晉升機會」、「我滿意醫院執行政策的方式」、「我滿意這份工作的工作環境」，滿意程度只有四至五成左右。再依據職稱別來分，發現在薪資滿意方面以行政人員滿意程度較低，而負荷量方面以護理人員滿意度較低，晉升機會以行政人員滿意度較低。關於滿意度較低之三項於開放性問卷另有員工提出相關建議（詳如附錄 2, 表 2-12）。

2. 努力與價值承諾層面之滿意度得分較高的前三項分別為「我會很驕傲的告訴別人，我是本院的一份子」、「我十分關心本院未來的發展」、「我非常高興當初選擇這家醫院服務」，顯示本院員工認為在新竹馬偕服務是正確的選擇且深感到驕傲，也對未來發展有所期待。在宗教信仰方面基督教的努力與價值承諾滿意度高於其他各組，這可由理性情緒行為治療法藉入改變之點。

3. 利用皮爾森相關分析發現努力價值承諾滿意度與工作滿意度量表四大因素及各題項皆呈有意義的正相關($P < 0.05$)，而影響努力價值滿意度觀感的因素依序為「工作內容」、「環境制度」、「主管同事」、「工

⁹² *iB*: Irrational Beliefs; 非理性信念。

作狀態」，也就是說員工對於自己工作內容愈滿意者其對工作努力程度愈大，對醫院的認同感越高，影響力其次是因為醫院的環境制度。

4.留職承諾滿意度與工作滿意度量表四大因素及各題項間皆成的正相關($P < 0.05$)。影響留職承諾滿意度之觀感影響力由大到小依序為「工作內容」、「工作狀態」、「環境制度」、「主管同事」。而且在宗教信仰方面以基督教的留職承諾滿意度高於其他各組。

5.利用迴歸分析發現四個因素對努力價值承諾滿意度皆有顯著的預測能力，預測力依序為「工作內容」、「環境制度」、「同事主管」、「工作狀態」。然而，對於留職承諾滿意度有達顯著之因素只有「工作內容」、「工作狀態」，可解釋為員工之工作內容與工作狀態滿意度愈高，其留職承諾之強度愈強。

6.心理檢測之結果，發現全體員工檢測的平均分數為 5.47 分，表示正常偏輕微之範圍，然而將每個人總分依據困擾程度區分之後，61%的員工心理困擾程度為正常，21%為輕度困擾，17%為中度困擾，2%則需要醫療專業協助。

7.利用 ANOVA 分析發現年齡、任用別、職稱之不同與心理困擾程度有顯著差異，年齡愈小的員工心理困擾程度愈大，任用別為兼任\約聘\短期的員工心理困擾程度比專任還要大，職稱為醫護人員的困擾程度大於醫技人員及行政人員。

8.開放性問卷方面經歸納分類後，所提出之建議依序為停車問題佔有 18%，薪資及升遷問題佔有 17%，工作負荷量過重佔有 13%，醫院環境設備佔有 11%，員工福利佔有 9%，建議週休二日佔有 6%，餐廳及伙食問題佔有 5%，員工宿舍佔有 2%，促銷活動佔有 2%，另外其他建議佔有 10%，其他類 7%。提供給院方作為擬定改善方案之建議，藉以提高員工福祉，增進員工滿意度之參考。

正如我們已在第二章第一節的「非理性信念」所提到，在艾里斯於早期(1962年)對「非理性信念」所提的十一項對多數人來說的是會造成日常生活情緒與行為困擾的非理性信念那樣，在我們的分析中可以看到。當一個人要對自己進行主要的理性情緒自我分析之前，必須先行瞭解什麼是非理性信念，找出自己最感困擾的情緒或行為項目，

並進行那些情緒或行為的自我觀察，以獲致一些具體的原始資料。分析的第 3、4、5 項陳現出員工的不滿意因素在：「工作內容」、「環境制度」、「主管同事」、「工作狀態」為員工工作情緒困擾 iB 的原始資料。

我們可以簡略歸納艾里斯的「非理性信念」為三個方面：

1. 個人方面（「工作內容」；「工作狀態」）：個人必須具備充分的能力及成就，並獲得生活中所有重要人物的讚許。若非如此，個人不僅無法忍受，且將覺得自己是一個沒有價值的人。
2. 他人方面（「主管同事」）：他人必須如我們預期般的和善、公平地對待我們。若非如此，那將是天大的災難，個人不但無法忍受，且覺得他人應受懲罰。
3. 環境方面（「環境制度」）：個人必須得到想要的東西，且個人生活周遭世界應如同個期待地有秩序、美好與明確。若非如此，個人不但無法忍受這種不舒服、挫折之環境，且覺得這個世界可怕，不值得再生活下去。

這些的非理性思考的範圍，被認為應包括完美、絕對、幼稚（不負責）、過濾、悲觀等，個人的 iB，可依這些範圍，加以印證核對⁹³。我們為回應與改善員工的工作情緒，我們採取主動的態度來改變員工的種種的不適。

二、馬偕美德計劃

綜觀上述分析後，我們可以經由醫院的調查⁹⁴分析看出，對非理性思考的印證核對之後，案主大致了解自己經常出現的非理性信念內容（「工作內容」、「環境制度」、「主管同事」、「工作狀態」）、範圍及類型後，我們就將注意力集中於案主在日常生活中經常感到困擾，不滿意的情緒或行為項目上，好讓案主想想如何反駁，或如何增進積極的信念。在員工工作滿意度與組織承諾之變異分析中：第 E 項人口特性之不同與努力價值承諾之差異、及第 F 項人口特性之不同與留職承

⁹³ 廖鳳池著，p.105.

⁹⁴ 參附錄 2,表 2-3 ;表 2-4 ;表 2-6 ;表 2-8。

諾之差異分析中；有宗教信仰的員工滿意程度，都高過其他人，其中以基督教的員工對醫院的滿意度較高，可見有宗教信仰與信念的員工對工作態度較滿意，工作的情緒也較為穩定，可見「信仰信念」的正面影響是很大的。

在我們的社會中充滿宗教信仰，其中有不少是可能減低我們對自己的評價，增加我們的恐懼和犯罪，使我們失去完全的。以認識自己為主的心理精神治療方法中，理性情緒行為治療法幫助個案，放棄嚴厲和破壞性的信仰，發展一些比較符合人道，和使人成長的信仰。由於大部份的心理治療家，都沒有足夠地強調觀念及信仰的效能，與它們可以令人感情上不穩定和有不安的行為。所以正如艾里斯主張之，我們所見的、感覺的波動，及衝動的行為，是由我們毫無理智的思想，及不適當的信仰造成的⁹⁵，那種自我不斷重複那些消極的、自貶的訊息的根源；是需要改善與改變的。

就理性情緒行為治療法而言，是以改變非理性思考或信念，建立理性思考或信念，以達到調整情緒和行為為目的之過程。這個治療過程是個教導與學習的過程，且整個治療過程就是貫穿這整個理論架構。為了增進醫院的員工的正向積極的信念，我們院方決定採取宗教信仰信念著手來建立。透過我們是基督教醫院的特色，藉由院內的院牧室來關心員工。院牧室的員工關懷工作，是再再幫助我們介入與關心情緒不好員工的途徑。

為了要改變「信念」認知的部分，新竹馬偕院牧室決定採取以馬偕博士之精神—馬偕美德做為員工教育訓練。這個教育訓練的目的是在建造馬偕醫院的共同文化的信念。這個文化信念是以馬偕博士的「寧願燒燼，不願鏽壞」精神為文化層面，內容實質是以耶穌基督之信仰建立的。當員工認識與了解馬偕博士如此的關愛台灣人民的時候，同時就能看見與感受到上帝對世人的愛。

因此，在醫院滿意度調查的同時，院牧室就跟著推動做馬偕美德的教育，看看員工對馬偕美德的「信念」接受度是如何（並有製作馬偕美德的認同度調查表【附錄3】）？有否改變員工同仁的價值觀念與

⁹⁵ 祈連堡著，伍步鑾譯，p 111。

行為，有否幫助員工在工作情緒的穩定、對醫院環境、政策的滿意與對醫院的認同。

1. 推動「馬偕美德計劃」的緣由

榮格 (Carl G. Jung) 認為所的宗教問題不是僅僅是內心深處的心理問題。他認為：「病人所帶來的宗教問題... 和他的精神病有關，而且往往是病因。」⁹⁶ 宗教信仰是否削弱一個人，或加強他的自我評價呢？神學思想及個人信仰系統，如果可加給人不當的犯罪感、焦慮，及削弱其個人的自我評價的依賴性，則是不好的。反過來說，如果那些神學思想和宗教信仰，可以使我們感受到已被充滿愛心的上帝所接納，會給我們一種強而有力的神學基礎，使我們可以有好的評價及自立感，則是好的。

「馬偕人」一直是醫院最寶貴的資產。卡內基曾說：「如果將我的工廠、設備、市場、資金全部奪去，只要保留我的組織人員，再四年的時間，我仍然還是一位鋼鐵大王」。可見，人員素質對組織、企業的重要性。

記得2003年SARS期間，馬偕醫院淡水院區護理部同仁將負責隔離病房清潔人員的子女，接到家裡，承擔其吃、住、上學等問題，其互助、友愛的團隊表現，讓人為之動容。

SARS過後，一位洪姓住院醫師在文章中寫道：「抗煞期間，馬偕醫院看不到激情的抗議；看不到崩潰的情緒；沒有大批落跑的醫護人員，有的只是深植人心的核心價值，驅動我們默默的、穩健的做該做的事。」

馬偕醫院一百多年來，歷經諸多困境，能平安渡過，並獲致好評的原因，在於每一個「關鍵時刻」，馬偕人能做「對」的抉擇，並積極完成「對」的事情。

醫院同仁在本院服務，潛移默化當中其實是受到基督教精神影響，聖經宣揚之普世價值，如：「信心」、「愛人如己」、「服務」、「感恩」、... 等美德，普遍為員工所認同，也自然反映在工作的表現。

『有了想法才會付諸行動；有了行動，就養成習慣；有了習慣，就

⁹⁶ 祈連堡著，伍步鑿譯，p 95。

成了美德；你的美德，決定了你的歸宿。」馬偕優良傳統重要又寶貴，在既有基礎上繼續深化，對員工個人成長、家庭生活、人際關係及工作態度上皆有極大的助益。

2. 馬偕美德十二項內容

「馬偕美德」包含 12 項好的品德，它們被稱做「馬偕美德」，顧名思義就是與馬偕的歷史、馬偕的文化或馬偕的人物，有特別密切關係的品德。

感恩：在自己的處境與成就上看到他人的貢獻。

謙卑：不誇耀自己的成就，肯定別人的努力與價值。

真愛：體貼別人的需要並無私的付出。

寬容：接納別人的不完美，包容別人的過失。

專注：做事態度細心、認真。

熱誠：工作積極、樂於助人。

創新：在工作與生命中，不斷追求突破與更新。

堅毅：能冷靜面對困境，並耐心完成受託付的責任。

信心：有自信，信任人，倚靠神。

喜樂：正向思考，樂觀幽默，常面帶微笑。

真誠：真實的面對自己，誠懇的對待別人。

分享：樂意與人分享專業知識、心得、愛心、物質。

3. 推動「馬偕美德計劃」的效益

醫院推動美德計劃的行動方案，是每一季推動一種「美德」，如：2006年「創新、堅毅、寬容、分享」；2007年「感恩、專注、熱誠、謙卑」；2008年「信心、真愛、喜樂、真誠」。

院牧室設計「馬偕美德成長」教案，並在每週前往各單位帶領相關內容。院長室負責將馬偕美德教材編入每年醫院週曆手冊，供員工隨時參考閱讀，並配合每季製作相關文宣，鼓勵員工積極實踐。人力資源室則將馬偕美德納入升等評核中以強化馬偕美德之落實，並透過學習成長構面會議定期檢討執行狀況。全院主管能全力協助推動，本院員工參加

單位禮拜，接受馬偕美德成長教育的人數年年增加⁹⁷。

院牧室及企劃室每年的問卷⁹⁸調查，對相關議題的反應做調查與分析⁹⁹。以作為改善之參考。所以「馬偕美德成長」在我們預期所要達到的效益；如下：

(1) 效益一：個人品格成長¹⁰⁰

性格是天生的，品格卻可培養。一般人都渴慕更認識自我，提昇生命品質，按最良善的方式去生活。美德是一種「抉擇」。所有態度與行為後面，都有主體意識在裡面。推展美德計畫，可以幫助員工個人品格的成長。

具備「有價值」的心質就是心理健康，馬偕美德各項內容就是「有價值」的心質，能提昇員工肯定自我價值之心理狀態，促進員工心理健康。

(2) 效益二：增進人際關係¹⁰¹

負面的態度(例如：易怒、無理、不忠、不誠實、缺乏主動……)容易造成緊張破壞人際關係。品格成熟者不需借助「他律」規範行為，卻能因「自主」地為人設想、主動關懷，營造溫馨的氣氛。馬偕美德之「真愛、熱誠、真誠、分享、謙卑、寬容」等內容，皆能在人際關係中，增進和諧、友善的情誼。

(3) 效益三：豐富家庭生活¹⁰²

十九世紀教育哲學家史賓賽：「我們一生，也許沒有太多的財產或名望，但我們可以累積一些好的經驗和品性，把這一點點留給孩子他會用新的生命去放大，放出光芒！」馬偕美德十二項內容，可以作為家庭教育的內容，也可成為家人相處、互動的標竿學習項目，豐富家庭生活的品質。

(4) 效益四：提昇服務品質¹⁰³

⁹⁷ 參閱新竹馬偕醫院評鑑資料：2006年8855人次；2007年9913人次；2008年10010人次。

⁹⁸ 見附錄3，「馬偕美德認同度調查表」。

⁹⁹ 見附錄4，「馬偕美德調查認同度調查表」之報告。

¹⁰⁰ 見附錄4.表2、表3。

¹⁰¹ 見附錄4.表4、表8。

¹⁰² 見附錄4.表1、表6。

¹⁰³ 見附錄4.表5、表7、表9。

馬偕美德之「真愛、熱誠、真誠、分享、謙卑、寬容、專注」等內容，鼓勵員工於服務病人時，能以病人為中心，用真愛的精神、謙卑的心懷、真誠的關懷、專注的態度來面對病人，採用對病人最好的治療與照顧方式，增進醫病關係，減少醫療糾紛。

三、「馬偕美德計劃」的成效

在「馬偕美德計劃」推行的第二年(2007年)，我們將前年2006年「員工滿意度」調查之結果拿來與2007年之調查結果比較時，我們可以看到運用理性情緒行為治療法之原理推動「馬偕美德計劃」一年之後，產生以下的成效與結果：

1. 工作滿意度

由附錄2之表2-13可知，2007年員工工作滿意度的分數為3.61分，比2006年工作滿意度分數3.50高，表示整體員工滿意度有所提高。以滿意度得分排序，發現得分最高的前五項中有四項相同，為「我滿意這份工作中能有為他人服務的機會」、「我滿意這份工作不會違背我的道德原則」、「我滿意這份工作的穩定度」、「我滿意和同事相處的情形」，而第五項排名有所差異。滿意度得分最低的前五項2007年與2006年完全相同，分別為「就所承擔的工作量和醫院相對支付的薪資感到滿意」、「我滿意這份工作的負荷量」、「我滿意這份工作的晉升機會」、「我滿意醫院執行政策的方式」、「我滿意這份工作的工作環境」。

2. 組織承諾

由附錄2之表2-14可知，2007年組織承諾滿意度之分數為3.70分，相較於2006年3.57分高出許多，顯示員工對於新竹馬偕醫院的認同感提升了。2006年前三項依序為「個人而言，我覺得為本院服務是一件錯誤的事」、「我十分關心本院未來的發展」、「我對本院沒有任何忠誠度可言」，而2007年組織承諾滿意度分數最高的前三項分別是「個人而言，我覺得為本院服務是一件錯誤的事」、「我會很驕傲的告訴別人，我是本院的一份子」、「我對本院沒有任何忠誠度可言」，其中「我會很驕傲的告訴別人，我是本院的一份子」的排序明顯進步，可見本院員工對於身為新竹馬偕一份子而感到光榮，對本院具有高度認

同感。

四、小結

艾里斯的基本理念中，教導個案（員工）學得 A B C 的人格建構及情緒產生的機制。所以，它向人們顯示：員工們的情緒後果（emotional Consequences, 即 C）並非直接由他們生活中的一些引發事件（Activating events, 即 A）所造成的，而是來自於他們的信念系統（Belief systems, 即 B）對這些引發事件的看法。也就是當他們受到干擾時，他們的信念系統首先產生一組具有實癥基礎的理性信念（rational Beliefs, 即 rB' s），例如像員工在工作環境不滿，或遭拒絕，表示我是一個不完全的沒價值的人等。員工們會感到焦慮、抑鬱、或自己很差勁等不好的、神經質的感受。在治療的過程中，就是向員工示範如何對他們的非理性信念進行強烈的質疑、盤問及駁斥（Dispute, 即 D）。

這個治療過程是個教導與學習的過程，而整個治療過程就是貫穿在這種理論架構中。並藉積極正面的宗教信念（文化）方面為主動教導的主軸，直接的關懷與幫助，使個人成長得更有深度，也使得個案在靈性上，也可以加力量給他一生中的各方面成長。當人學會如何和上帝建立關係時，成長就發生了。人（上帝的兒女），大自然（上帝的世界），及人的內在生命，都和上帝有關係，並且發展起來，並能滿足下的方面的需要¹⁰⁴：（1）發展一套可行的人生哲學；一個信仰系統，及一個使他們活得更有意義的生活象徵。（2）發展有創造力的形象，及價值觀，去引導他們的生活方式，使之更有建設性。（3）與充滿愛心的上帝建立一種不斷成長的關係，而且真正的信靠上帝，信祂可以使我們的生活和諧而又充滿力量。（4）建立更高的自我（Assagioli），或作為他們生命的中心。（5）不停的而有規律地重申他們的基本的信仰。使他們可以在人生的悲劇和損失中，仍然抱持希望。（6）發現一些方法，使可以從與人與上帝隔絕的犯罪感到寬容。（7）發展方法，使人約束自己的自我評價，使他減少自戀狂（驕傲），但卻深深體會到，

¹⁰⁴ 祈連堡著，伍步鑾譯，p 100-101.

他是上帝所珍惜的。(8)有正常的自我超越，奧妙的”巔峰經驗”(馬斯勞的說法)，在有限的時間中體會永恆。(9)屬於一個關心他們的羣體(醫院，教會)，可以在他們的靈性旅程中，培育及支持他們。這些需要，並非”教會化”(宗教化)的需要，而是每個人的基本需要。

馬偕美德計劃是藉宗教信仰(信念)，加強一個人的自我評價。我們都知道神學思想和個人信仰系統，可以給人不當的犯罪感、焦慮，及削弱自我評價的倚賴性；也可以給人感受到愛心的上帝所接納，及增加了好的自我評價及自立感。雖然大部份的心理學家，都沒有足夠地強烈觀念及信仰在這方面的效能，及可以令人感情上不穩定和有不安的行為，這正是艾里斯的理性情緒行為治療法所可以幫助我們的，亦可以改變病態的信仰信念外，並使人可以得到靈性上的自我釋放，不會在權力為中心的信仰上過著虛幻的安全感；反而是在生活上實踐一個開放的，成長的，自由的，且是自己能掌握的能力；這個能力與過程，是用自己的態度和行為去示範有能力的、使人成長的信仰信念。

第二節 個案案例之應用

由於院內的滿意度調查看到員工的情緒反映，院內的因應改變不滿意員工的信念，所推動馬偕美德的深化。這正與艾里斯的治療方法相近，因理性情緒行為治療法所獨創的A-B-C-D-E-F理論，這治療法不同於傳統上刺激導致反應(S-R)說法，認為在兩者中間存在一個有機體(O)干擾著兩者的關係。他們以ABCDE來作代表¹⁰⁵。

A-促動、觸發事件或經驗。

B-信念、想法或看法。

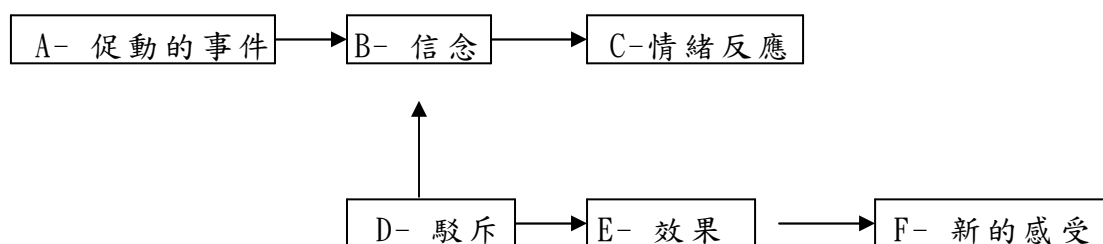
C-情緒反應、情緒結果或行為效果。

D-駁斥、檢查、處理、辨別或改變。

E-效果。

F-新的情感

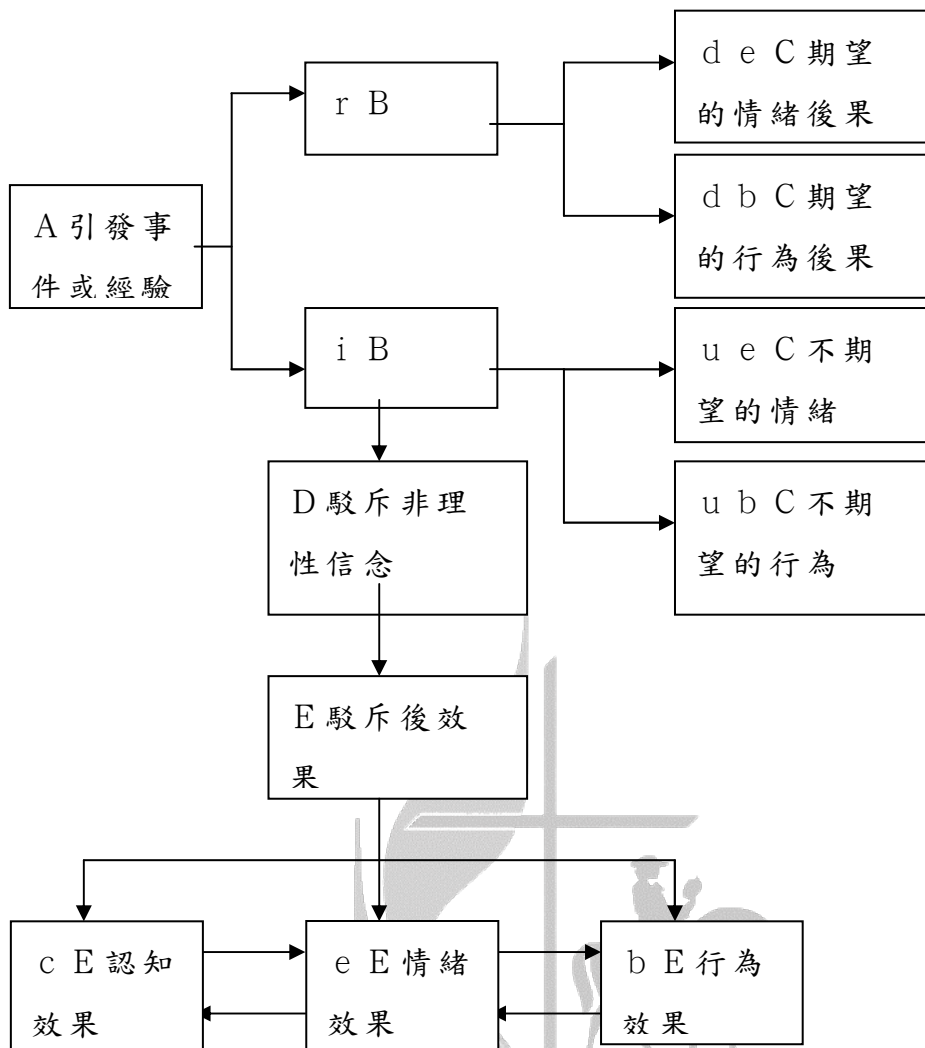
¹⁰⁵ 廖鳳池，23。



這理論表示促動事件或個人的生活經驗，或人生中的事件 A，在透過思考歷程、個人信念作用於 B，才導致情緒或行為反應。情緒困擾與情緒障礙，關鍵在於 B 點的運作，所以 A 與 C 並非直接關聯，B 才是一個中介的力量，更由於人有理性與非理性思考的可能，B 是常常導致 C 的主要原因。因此要減輕 C 的不良情緒結果，必須對 B 加以駁斥、改變，導致 B 發揮輔導與治療之果效 E，有了效果即表示當事人有新的情、情緒或感受 F。

案主在信念系統對其情緒及行為後果的影響作用，就是使案主了解人的理性信念起 (rational Beliefs, 簡稱 rB) 造成期望的情緒 (desirable emotional Consequence 簡稱 deC) 及期望的行為後果 (desirable behavior Consequence 簡稱 dbC)，而非理性信念 (irrational Beliefs 簡稱 iB) 造成不期望的情緒後果 (undesirable emotional Consequence 簡稱 ueC) 及不期望的行為後果 (undesirable behavior Consequence 簡稱 ubC)。協助案主辨認出他自己的非理性信念，並會有猛烈的駁斥 (Disputing 簡稱 D)，以期使案主的思考由原有的「應該」，「必須」，「要求命令」等形式的非理性思考，轉變成朝向自己真正希望或期望的理性思考。艾里斯認為經過這治療之後，案主可以獲致近似理性的認知效果 (cognitive Effect, 簡稱 cE)、情緒效果 (emotional Effect, 簡稱 eE)、及行為效果 (behavior Effect, 簡稱 bE) (艾里斯, 1979)。理情治療的理論架構如下圖¹⁰⁶：

¹⁰⁶ 廖鳳池，22-23。



應用此一理論架構不只可作理性情緒行為治療法輔導與協助者之指引，同時也可用來教導當案主了解本身問題的重要項及其因果關係，而能在治療員協助之下，改變信念系統，重新過正常或適應的生活。

一、治療目標與歷程

1. 治療目標

再次回顧理性情緒行為治療學派的治療目標是改變案主的價值觀。艾里斯認為要儘量減低案主自我毀滅的潛伏傾向，進而協助他擁有一個較寬大和合理的人生哲學。引導受教學習接納現實，組織和節制自己的思想，對己對人較寬容和忍耐，減少對自己和對他人種種不合理的要求。他們也鼓勵案主以批判的態度來檢討個人最基本的價值觀，正視一切問題，學習理智地思考，以致最終能夠快樂地生活。

治療的過程中，協助者與案主之關係，主要是教導、矯正與學習的過程，協助者具有主動性與指導性的功能，整個助人關係；而案主像是一位學生，透過一個重新教育的過程，學習如何應用邏輯思維來解決問題。

2. 治療歷程

艾里斯指出治療歷程若要幫助人達到基本性格上的改變，最有效的方法就是直接針對案主的人生哲學進行改造，向他們解釋他們個人的看法和信念，其實就是導致自己情緒不安的主因，同時對他們非理性信念也在邏輯基礎上進行攻擊和挑戰；最後還教他們如何進行邏輯思維，目的是協助他們改變和消除個人的非理性信念。主要歷程包括：

- (1) 起始階段 - 協助者要使案主有信賴的感覺。
- (2) 建構階段 - 協助者與案主建構輔導與治療的歷程。
- (3) 認知改變與行動階段 - 用 A-B-C-D-E-F 模式評量案主的問題所在，協助案主發展新的思考與行為模式。
- (4) 終結階段 - 若案主有新的感受與認知能力和改變，輔導可以結束。

3. 治療策略與技術

a. 認知方法

認知的重建是核心技術，包括三方面：

- (1) 辯駁非理性信念：協助者主動駁斥案主的非理性信念，並教導當事人自己向自己挑戰的方法。
- (2) 認知的家庭作業：給予家庭作業，要求他們將問題表列出來，尋找出他們絕對性的信念，追蹤案主內化的自我訊息中蘊含的「絕對」、「應該」和「一定」的方式。
- (3) 改變一個人的語言：不明確的語意是扭曲思考的原因之一，語言會塑造思考。
- (4) 幽默的使用：情緒困擾常是由於自己過度嚴肅，以致對生活中的事件失去了前瞻性與幽默感，協助案主駁斥「必

須」的哲學。

b. 情緒技術

情緒技術是使用各種不同的方法，教導案主無條件接納的價值。

- (1) 理性情緒想像：加強心理的練習以建立的情緒組合。案主被教導如何去想像發生在他們身上的最糟糕事情，如何去將不安的情緒改變為合宜的情感。
- (2) 角色扮演。
- (3) 克制害羞的練習：認為我們能堅決拒絕害羞，就算別人不贊成自己，也不感到害羞。
- (4) 力量與活力的使用：用力量與活力協助案主進行理智上的情緒上的洞察，然後駁斥自己非理性的信念。

c. 行為技術

- (1) 操作制約。
- (2) 自我管理原則。
- (3) 系統減低敏感法。
- (4) 鬆弛技術。
- (5) 示範。



二、 輔導技巧－個案分析

那麼，理性情緒行為治療法是否適用於現今的職場呢？在華人的文化中，我們常聽到「得理不饒人」、「各家自掃門前雪」、「逆來順受」、「船到橋頭自然直」等一些職場人際的心態；我們的工作情緒常受到這些觀念的影響，以致職場工作者工作效率不好，留職意願不高。情緒可說是我們內心的信號。它將我們心底的問題顯露出，許多時我們將人和事的問題拖延掩蓋，心裡的委屈、冤屈、怒氣、忍氣、到最後的洩氣，我們都鎮壓下來。雖然我們否認內心的問題，結果是我們的內心更波濤洶湧，更使我們失落更容易陷入情緒低潮。從院內員工對工作的滿意度，來了解員工的想法，情緒反應，以便我們可以改善員

工自己能醒覺自己和別人的情緒，並勇於面對自己內心的不安、沮喪、恐懼和憤怒，不讓這些情緒再支配我們。

1. 代表性個案介紹

a. 個案資料簡介：

性 別：女性。

年 齡：24 歲。

學 歷：大學畢業。

職 業：醫院批價掛號的事務員。

b. 困擾她的問題：

案主來找院牧¹⁰⁷簽離職單。院牧發現這一段時間內，事務員離職的人數比率偏高。是什麼原因造成的？常院牧詢問員工離職原因為何時，案主最先是說自己不能適應。但院牧想了解真正的原因，所以再深入尋問不能適應什麼事？案主始終都不開口。所以院牧只好到現場（批價櫃台）觀察事務員的工作有什麼異狀？在櫃台旁觀察一陣子，就了解員工要離職的原因了。

當民眾或病人排隊到櫃台前，隨手把健保卡向員工那麼一丟，說道：「你娘的！這是什麼醫院？我們要來看病，錢要給你們賺，還要在這裡排個一個、半多小時，這是什麼醫院？」

案主臉色發白，不敢講話，只趕快撿起健保卡，幫民眾掛號或是批價的動作。當完成批價的動作時，馬上將健保卡與藥單給的病人，還說道：「對不起，讓你久等了」。

院牧以為這個事情就這樣過，沒想到在短短一、二個小時後求，這種情況又發生了幾次。如果一天碰到 2、3 個這種的人，很容易就會影響一天的工作情緒。一個星期工作五天半，天天都碰上的話，上班時的心情怎麼會開朗呢？難怪案主會受不了。案主不是草莓族，但是所領的薪資不高，又在職場工作受委屈。這樣要案主怎麼辦？案主會有什麼感受？案主說因這些經驗令她感到：

a. 到自己受委屈

¹⁰⁷院牧為醫院牧師之簡稱。

- b. 無力感。
- c. 沒有人會體諒她。
- d. 眾目睽睽之下，沒有能力回應；出糗。
- e. 沒有人會喜歡她，因為她自己也不喜歡自己。
- f. 這是生命中一個永不磨滅的污點。

2. 治療目標 — 這治療法為何適合她？

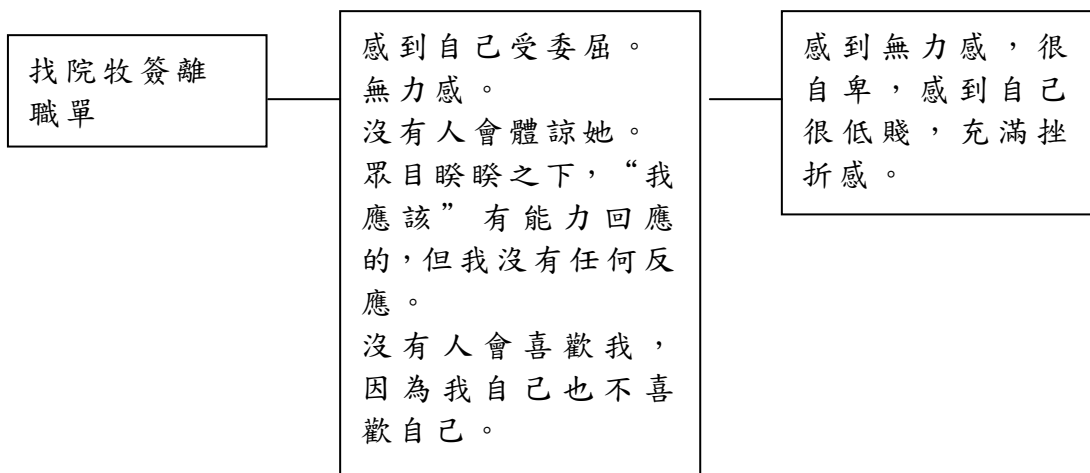
理性情緒行為治療法之基本觀念就是認為人具有改變觀念和價值的能力，人沒有義務受早期經驗之束縛，更無須成為過去經驗的犧牲者。這個案中，案主正因她工作的經驗，而令她困擾及痛苦，產生很多非理性的觀念，不能接納自己及人際關係。相對地，也影響她的工作心情，更讓她自覺滿腹委屈沒出口。

所以嘗試採用理性情緒行為治療法，幫助案主改變影響她對這經驗之非理性信念，減少案主的自我挫折感、委屈感，從而可重組她的認知及理性思考，並建立理性看法及觀念，以致產生適當感情的情緒及行為之效果。

如上所述理性情緒行為治療有四個治療階段，筆者使用第(3)階段之認知改變與行動中，嘗試教導及運用理情治療法之A-B-C-D-E-F理論，評量案主的問題，協助案主發展新的思考與行為模式。

3. 個案分析

A 促動的經驗 (或事件) iB 當事人的 非理性信念 ueC 不期望的情緒 後果



ubC 不期望的
行為後果

我不敢與人交談，
深怕別人再次這樣
對的我；便不會原
諒及喜歡我。因此，
我要與人保持距
離。

4. 輔導技巧運用－駁斥非理性信念

教導這治療法之基本 ABC 人格結構理論，並透過圖表分析困擾案主之問題根源，是來自案主對這工作經驗與價值觀之非理性信念，而產生出不適當之情緒及行為。用下列圖表分析如何教導案主駁斥非理性信念。

(1) 駁斥非理性信念

A 促動的經驗
(或事件)

找院牧簽離職
單。

iB 對促動經驗之
非理性信念

感到自己受委屈。
無力感。
沒有人會體諒她。
眾目睽睽之下，“我
應該”有能力回應
的，但我沒有任何反
應。
沒有人會喜歡我，
因為我自己也不喜
歡自己。

ueC 不期望的情緒
後果

感到無力感，很
自卑，感到自己
很低賤，充滿挫
折感。
感到無力感，很
自卑，感到自己
很低賤，充滿挫
折感。

ubC 不期望的
行為後果

我不敢與人交談，
深怕別人再次這樣
對的我；便不會原
諒及喜歡我。因
此，我要與人保持
距離。

rB 理性之信念

這是一個可怕之經驗，但我要堅強的面對了！
我是一個受害者，不是醫院的主管！不應由我一人肩負。
我試著去接受這是我生命歷程中的一個經歷。

deC 期望的情緒

後果

悲傷與失望。
但不是只有我一個
人生命中有遺憾。
挫折及苦惱。

dbC 期望的行為

後果

試著去接受我工作中所發生的事件。
但這只是我人生中其中一個經驗。
學習重新欣賞自己的堅強。
接納自己並不完美，正如其他所有人一樣，嘗試與其他人相處。



D 駁斥個案的非理性信念

是誰告訴你，你的應對與處置不好？
是誰說你的能力與包容力比那人差？
你為何自己不能原諒自己？這錯是你造成的嗎？
你為何自己作了這件事的審判官，原告人及被告呢？
你有大學的學歷與健康的身體，誰在乎你怎樣面對這人生中其中的一個經驗？
你從未試過寬容，你怎知真愛是如何呢？

盼望透過以上的駁斥案主的非理性信念，而協助案主產生 E—駁斥非理性信念的果效，從而達致 F—新的適當的，理性的信念、情感與行為。

(2) 認知的家庭作業：給予案主認知的家庭作業。將醫院的馬偕美德的每週主題，應用在醫院以外的家庭生活中。協助案主在日常生活中找出自己非理性的信念，並加以駁斥及改變。

(3) 作業：觀察檢視自己，每天寫下自己五句非理性信念的句子，並常將之改寫，成為理性信念之句子。

(4) 改變一個人的言語：不明確的語意是扭曲思考的原因之一，而語言會塑造思考，所以運用這技巧協助案主改變自己的言語。

(5) 作業：每天發掘自己一個優點，學習欣賞自己，並將之寫下。

三、小結

1、理性情緒行為治療法的貢獻與應用

(1) 理性情緒行為治療法透過對人非理性信念的駁斥，能有效的幫助案主較具彈性的面對人生種種的挫折與困擾，而不致作出毀滅性及消極的行為。

(2) 能澄清人類思想與情緒的關係。

(3) 注重理念與思維的重要性，並從而協助案主去評估自己決定和價值的理性化程度。

(4) 案主可以透過理性情緒行為治療法去明白自己問題的本質。

(5) 不注重和強調過往不幸的遭遇，我們對事物詮釋反為最致命的要點，為曾遭不幸經驗的人提供了新的出路。

(6) 理性情緒行為治療法本質為教育性，預防性，甚至有其民主性地朝向治療目標，案主之改變過程並不倚賴協助者。

2、理性情緒行為治療法的限制

(1) 不注重案主之過往歷史，可能會抹煞或忽略了困擾案主問題之一些核心及背景。

(2) 不太注重輔導關係，包括可以有助治療的氣氛，例如同

理心，協助者與案主之關係比較隔漠與冰冷。

- (3) 案主可能很容易接受協助者的立場和意見，沒有真正將意見內化及個人化。
- (4) 會有過早診斷問題的傾向，以致真正的問題未能得到處理，或過早對案主駁斥其非理性信念，致令案主未能接受及反感。
- (5) 全然將個人情緒的問題建基於個人的思想是否合理化，將問題簡單化，生命出現很多問題，包括環境、背景、人際與情感等等。
- (6) 協助者有高度的權力及指導性，若協助者本身訓練不足，容易對案主心理造成更大的傷害。
- (7) 理性與非理性信念之介定十分個人化，與基督教認為需要神及聖經真理去判斷是非不同。理性情緒行為治療法認為不應存在「應當」；但基督教信仰，則應存在「應當」。這方面對作教牧關顧時必須留心當中的界限。

第五章 結論

一、理性情緒行為治療法在教牧關顧的可能性

理性情緒行為治療法是一種認知導向的行為治療法，強調思考、判斷、決定，以及行為。至今，理性情緒行為治療法仍保有艾里斯的高度教導和指導的特徵，同時重視認知與感覺領域中的要素。為了防範因自我告知而強化自我挫敗信念，理性情緒行為治療法使用主動和直接的技術，例如：教導、建議、說服、和家庭作業，鼓勵案主以理性信念替代非理性信念。他們會不斷要求案主去驗證他們的觀察和想法是否為真，並且教導案主如何駁斥自己的非理性信念。那麼，理性情緒行為治療法是否適用於教牧關顧呢？

在第三章中，我們看到可以以理性情緒行為治療法的方法來理解約伯記中約伯的情緒變化。從約伯的經歷來看，顯然理性情緒行為治療法對存在於我們之間非理性因素的省察是有效的。這對教牧關顧中，案主本身的「病識感」的察覺是有正面作用。如果說案主是個基督徒(或是慕道友)，又是在教會尋求協談輔導，我們絕對相信，教牧關顧中諮商的效果會更是顯著的。理由是，教牧關顧比一般諮商，有著更多的特別資源可以利用。例如：聖經、禱告、聖靈…等，皆是融合於一般諮商(協談)理論中的利器。

我們可從第四章新竹馬偕醫院的「馬偕美德計劃」之成效與「員工滿意度調查」的結果得知，只要主動改變那些「非理性信念」，情緒與認知都會改善。雖然有時候需要長時間，無法有立即顯著的效果。從諮商過程紀錄及協助者的關懷，可看出理性情緒行為治療法之預防性和發展性的功能。雖然短時間內沒有呈現顯著的成效，但這些過程中，案主已經學習到不少協助者所要教導他們的一些理性的信念，可以在以後的人生歷程中發揮預防和治療作用。同樣道理，如果把理性情緒行為治療法的理論與實際，應用於教牧關顧的團體對象中(例如：主日學、少年團契、青年團契、婦女團契、松年團契等)之諮商與輔導，相信一樣會讓團體的成員與案主得著發展性、預防性或治療性，不同程度的功效。

因此，我們可以肯定的這樣說：理性情緒行為治療法在教牧關顧

中的適用性，是一個具有正面效果，教會牧者可以嘗試使用的方法。

另外，理性情緒行為治療法應用於基督教教牧關顧上，有如下的優點：

1. 理性情緒行為治療法可以廣泛用於處理焦慮、敵意、性格異常、精神異常，以及沮喪、性、愛和婚姻問題、兒童教養和青少年問題，以及社交技能訓練和自我管理…等(Ellis,1979b)¹⁰⁸的多面向上。

2. 理性情緒行為治療法應用的主要領域甚廣包括：個別治療、團體治療、短期治療、婚姻治療、家庭治療(Ellis,1995)¹⁰⁹。

3. 理性情緒行為治療法在進行諮商治療中，對於協助人們改變適應不良的認知，能不斷地發展治療策略。這一點是相當具有特色的。

4. 理性情緒行為治療法非常適用於基督教的教牧關顧。因為基督教是一個強調「信念」的宗教。我們看到在聖經的記載中，人們經常被催促去改變他們的信念（賽 1：18 你們來，我們彼此辯論。），去明白聖經（提後 3：15），去思念一些事情（腓 4：8），去「有基督的心」（林前 2：16），及投入宣教（提前 4：1~6）。基督徒最常引用來贊同「理性情緒行為治療法」的經文是箴言 23：7：「因為他心怎樣思量，他為人就是怎樣」¹¹⁰。

二、理性情緒行為治療在教牧關顧運用上的一些建議

雖然我們看到理性情緒行為治療可以運用在教牧關顧上，而且可預期其成效會不錯。但我們也得知道，理性情緒行為治療並非萬靈丹。如果我們認為它是教牧關顧唯一的方法時，可能會適得其反。因此，我們必須知道這個治療法的限制是什麼。

理性情緒行為治療法有以下幾個限制：

1. 在理情行為治療法中，協助者通常對於案主在同一治療時間內，會混用認知、行為及情緒的技術；如某種技術無效，協助者會換

¹⁰⁸ Gerald Corey, 李茂興譯,《諮商與心理治療的理論與實務》(台北:揚智,1999), 428。

¹⁰⁹ Ibid. p. 429。

¹¹⁰ Stanton L, Jones & Richard E. Butman, “Modern Psychotherapies”, (Illinois: 1991), 181。

另一種方式。這種技術折衷取向與治療的彈性，使得研究很難在控制下進行(Wessler, 1986)。¹¹¹

2. 理性情緒行為治療法並不傾聽案主的歷史，不鼓勵他們詳述「長而悲傷的故事」；也不運用潛意識動力、自由聯想、夢的解析，和移情關係等方法。其實，如果能注意案主的過去而不迷失於過去，對幼年時的創傷經驗不持宿命論立場，是會有治療價值的。¹¹²

3. 理性情緒行為治療法較少顧及案主的潛意識因素和自我防衛機轉。它認為不必探索受到壓抑的潛意識素材，就能解決大多數的問題。其實，我們倒認為一些痛苦的幼年經驗必須確認、充分地感受、再度體驗，及加以突破。之後，案主才能擺脫那些因素的影響。¹¹³

4. 理性情緒行為治療法是面質的治療法。許多案主很容易受到如此快速面質的威脅。案主可能會認為協助者未能傾聽他們的心聲，或並不真正關心他們；往往就會提早中止治療。¹¹⁴

5. 理性情緒行為治療法的案主很容易因勉強屈服於協助者的力量和權威，而接納協助者的觀點，而有並未真正經歷探索過程，或者未能將新的觀念加以內化之風險。¹¹⁵

理性情緒行為治療法應用於教牧關顧中，可以使用異於艾里斯的風格去實施。由於艾里斯的方法有許多不同的形式，因此值得去辨別理性情緒行為治療法的原理和技術。如果教牧關顧者的專業素養不足，恐怕治療效果會大打折扣。當有弱勢族群的案主時，可能會變得相當依賴協助去檢查其思考的內容，及決定解決問題的方法。如果教牧關顧的協助者專業水準不夠，則往往會採取高度的指導性策略，而使當事人處於依賴的地位。¹¹⁶

因此，當我們在做教牧關顧的時候，不要忘記理性情緒行為治療法是一個不錯的工具。但我們也不要視其為唯一的工具。如此才能夠達到助人的目的。

¹¹¹ Gerald Corey, 李茂興譯, 431-432。

¹¹² Ibid. p. 461。

¹¹³ Ibid. p.462。

¹¹⁴ Ibid. p.462。

¹¹⁵ Ibid. p.462。

¹¹⁶ Ibid. p. 465。

附錄1.

2007 年度 新竹馬偕紀念醫院員工滿意度調查

親愛的馬偕同仁：平安！

非常感謝您填答此份問卷，此問卷的目的在瞭解 醫院員工工作滿意度、及組織承諾之現況，作為醫院行政管理及提昇員工滿意度之參考。

感謝神的恩典，讓我們同是馬偕人，有機會共同面對未來的挑戰；透過調查可以瞭解員工所期待的與組織所期待的是否達到一致性，讓管理者明瞭與思考如何凝聚共識。本問卷填答對象為全院普查，問卷採不記名方式填答，且無所謂「對」或「錯」，絕不會個別對外公開，此外，分析以團體資料為主，敬請安心做答，敬請儘可能全部填答。

請於 2007 年 8 月 21 日(星期二)以前以 (1)自行擲交企劃組信箱(福音樓 B2) (2)傳送袋傳送至職員福利促進會信箱(福音樓 B2) (3)投入一樓服務台問卷回收箱。再次感謝您的協助與參與，並祝

身體健康，平安喜樂！



院長 郭許達 謹啟

2007 年 8 月

=====
=====
心情溫度計計分方式說明 (請於完成第四部份心理健康檢測後進行對照)

5 個題目的評分相加後，總分為 0 分到 20 分之間，依總分將心理困擾程度分為四個等級，計分結果與解釋分別說明如下：

(1) 0-5 分：一般正常範圍—OK！您的身心健康狀況不錯，繼續

維持，並多與他人分享您處理壓力的經驗與心得！

(2) 6-9分：輕度—請注意！您可能要注意自己的情緒狀況，請注意要放鬆心情。

(3) 10-14分：中度—您目前狀況可能有情緒困擾，建議您找心理衛生專業人員談一談。

(4) 15分以上：您的身心健康狀況可能需要醫療專業的協助，請找專業醫師協助處理。

2007 年度 新竹馬偕紀念醫院員工滿意度調查

第一部份：個人基本資料

1. 您的性別：	<input type="checkbox"/> 1. 男	<input type="checkbox"/> 2. 女	
2. 您的任用別：	<input type="checkbox"/> 1. 專任全職	<input type="checkbox"/> 2. 專任半職	<input type="checkbox"/> 3. 兼任/約聘/短期
3. 您的年齡：	<input type="checkbox"/> 1. 20歲以下	<input type="checkbox"/> 2. 21~30歲	<input type="checkbox"/> 3. 31~40歲 <input type="checkbox"/> 4. 41~50歲 <input type="checkbox"/> 5. 51歲以上
4. 您的婚姻狀況：	<input type="checkbox"/> 1. 未婚	<input type="checkbox"/> 2. 已婚	<input type="checkbox"/> 3. 其他
5. 您的家庭狀況：	<input type="checkbox"/> 1. 無小孩	<input type="checkbox"/> 2. 1個小孩	<input type="checkbox"/> 3. 2個小孩 <input type="checkbox"/> 4. 3個小孩 <input type="checkbox"/> 5. 超過3個小孩
6. 您的學歷：	<input type="checkbox"/> 1. 國中及以下	<input type="checkbox"/> 2. 高中(職)	<input type="checkbox"/> 3. 專科 <input type="checkbox"/> 4. 大學 <input type="checkbox"/> 5. 研究所以上
7. 您的職稱：	<input type="checkbox"/> 1. 主治醫師	<input type="checkbox"/> 2. 住院醫師	<input type="checkbox"/> 3. 護理人員 <input type="checkbox"/> 4. 醫技人員 <input type="checkbox"/> 5. 行政人員
8. 您的宗教信仰：	<input type="checkbox"/> 1. 基督教	<input type="checkbox"/> 2. 天主教	<input type="checkbox"/> 3. 佛教 <input type="checkbox"/> 4. 道教 <input type="checkbox"/> 5. 回教 <input type="checkbox"/> 6. 無或其他
9. 您在本院年資：	<input type="checkbox"/> 1. 2年以下	<input type="checkbox"/> 2. 2~5年	<input type="checkbox"/> 3. 5~10年 <input type="checkbox"/> 4. 10~15年 <input type="checkbox"/> 5. 15~20年 <input type="checkbox"/> 6. 20年以上
10. 是否領有專業證照：	<input type="checkbox"/> 1. 否	2. 是 (<input type="checkbox"/> 2. 一張 <input type="checkbox"/> 3. 兩張 <input type="checkbox"/> 4. 三張 <input type="checkbox"/> 5. 三張以上)	
11. 是否領有主管津貼：	<input type="checkbox"/> 1. 否	2. 是 (<input type="checkbox"/> 2. (小)組長 <input type="checkbox"/> 4. 課長、督導、技術主任 <input type="checkbox"/> 5. (室、科、部)副主任 <input type="checkbox"/> 6. (室、科、部)主任 <input type="checkbox"/> 7. 病房主任、醫務專員 <input type="checkbox"/> 8. 院長、副院長 <input type="checkbox"/> 9. 其他)	<input type="checkbox"/> 3. 副課長、護理長

第二部份：以下是有關工作滿意度的描述，請在適當的”□”內打勾。

	普 通	不 同 意	意	非 常 不 同
1. 滿意 份工作的 度。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 滿意 份工作 以有 的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 滿意 份工作 有 的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 滿意 份工作 在 的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 滿意 部 的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 滿意 的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 滿意 份工作 的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 滿意 份工作的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 滿意 份工作 有 的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 滿意 份工作 有 的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 滿意 份工作 以 的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 滿意 的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 的工作 的 滿 意。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 滿意 份工作的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 滿意在工作 有 的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 滿意在工作 有 的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. 我滿意這份工作的工作環境（空間、設備、儀器）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 我滿意和同事間相處的情形。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 我滿意工作中表現良好時所得的讚許。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 我滿意在工作中所得到的成就感。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第三部份：以下是有關組織承諾的描述，請就您認同程度在適當的”□”內打勾。

	普 通	不 同 意	非 常 不 同	
1. 我 意 的 以 得成 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 是 得我 的好 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 我 有 度 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. , 我 意 的 工作 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 我 現 的 的 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 我 , 我是 的 份 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 相 , 到 所 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 在 我 的 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 內 有 許的 , 我 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 我 當 這 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 我 得 在 我 有 的 意 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. 我覺得自己常常無法同意醫院中與員工有關的決策。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 我十分關心本院未來的發展。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 我覺得本院是我服務過的機構中最好的一個。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 個人而言，我覺得為本院服務是一件錯誤的事。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第四部份：心理健康檢測——心情溫度計

請您仔細回想在最近一星期中（包括今天），下列問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。 <檢測後可自行對照計分方式說明>

	中等程度(2)	厲害(3分)	分)	非常厲害(4)
1. 感覺.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 覺得 苦惱或.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 感覺 心情.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 覺得 人.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 困 ， 或.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第 部份：對醫院 (本 ， 請
本表)

問 到 ， 請 檢 一 下 有 無 答 方
請 2007 8 21 (星期) 院

附錄 2.

二〇〇七年新竹馬偕員工滿意度 調查結果報告表

表 1-1、工作滿意構面因素信度檢定表

因素名稱	Cronbach's
工作內容滿意	0.9102
2.我滿意這份工作可以有獨自發揮能力的機會	
3.我滿意這份工作能常讓我有經歷不同事物的機會	
4.我滿意這份工作能讓我在親友間獲的好的評價與認	
9.我滿意這份工作中能有為他人服務的機會	
10.我滿意這份工作中能有指導他人做事的機會	
11.我滿意這份工作中可以符合自己的能力與專業技能	
15.我滿意這份工作中能有自主判斷的機會來處理事情	
16.我滿意這份工作中能有機會嘗試用自己的方式處理	
20.我滿意在工作中所得到的成就感	0.8184
醫院環境制度滿意	
12.我滿意醫院執行政策的方式	
13.就所承擔的工作量和醫院相對支付的薪資感到滿意	
14.我滿意這份工作的晉升機會	
17.我滿意這份工作的工作環境	0.7940
主管同事滿意	
5.我滿意主管對待部屬的方式	
6.我滿意主管做決策的能力	
18.我滿意和同事相處的情形	0.687
19.我滿意工作中表現良好時所得到的讚許	
工作狀態滿意	
1.我滿意這份工作的負荷量	
7.我滿意這份工作不會違背我的道德原則	
8.我滿意這份工作的穩定度	

表 1-2、組織承諾構面因素信度檢定表

因素名稱	Cronbach' s α
努力與價值承諾	0.908
2.本院是一個值得我效勞的好機構	
6.我會很驕傲的告訴別人，我是本院的一份子	
1.我願意付出更多的努力以協助獲得成功	
5.我發現個人的價值觀與本院的價值觀非常接近	
8.在本院服務能使我充分發揮自己的能力	
10.我非常高興當初選擇這家醫院服務	

14. 我覺得本院是我服務過的機構中最好的一個	0.809
13. 我十分關心本院未來的發展	
留職承諾	
9. 醫院內只要有些許的改變，我會選擇離開本院	
11. 我覺得繼續留在本院服務對我沒有太大意義	
7. 只要醫院性質相似，到別家去服務也無所謂	
15. 個人而言，我覺得為本院服務是一件錯誤的事	
3. 我對本院沒有任何忠誠度可言	
12. 我覺得自己常常無法同意醫院中與員工有關的決	

表 1-3、個人基本資料之描述性統計表

變項	次數	百分比
性別		
男性	49	10.2%
女性	430	89.8%
任用別		
專任全職	446	93.3%
專任半職	7	1.5%
兼任/約聘/短期	25	5.2%
年齡		
20歲以下	0	
21-30歲	254	53.4%
31-40歲	186	39.1%
41-50歲	30	6.3%
51歲以上	6	1.3%
婚姻狀況		
未婚	251	52.7%
已婚	219	46.0%
其他	6	1.3%
家庭狀況		
無小孩	293	63.0%
1個小孩	63	13.5%
2個小孩	84	18.1%
3個小孩	20	4.3%
超過3個	5	1.1%
學歷		
國中及以下	8	1.7%
高中(職)	31	6.5%
專科	158	33.2%

大學	263	55.3%
研究所以上	16	3.4%
職稱		
主治醫師	21	4.5%
住院醫師	3	0.6%
護理人員	238	51.5%
醫技人員	94	20.3%
行政人員	105	22.7%
宗教信仰		
基督教	69	15.0%
天主教	4	0.9%
佛教	56	12.1%
道教	52	11.5%
回教	0	0%
無或其他	272	60.0%
年資		
2年以下	99	20.8%
2-5年	251	52.8%
5-10年	77	16.2%
10-15年	30	6.3%
15-20年	11	2.3%
20年以上	7	1.5%
是否有領專業執照		
否	105	22.3%
是，一張	142	30.2%
是，兩張	137	29.1%
是，三張	36	7.7%
是，三張以上	50	10.6%
是否有領主管津貼		
否	415	90.2%
是，(小)組長	22	4.8%
是，副課長、護理長	13	2.8%
是，課長、督導、技術主任	5	1.1%
是，(室、科、部)副主任	0	0%
是，(室、科、部)主任	3	0.7%
病房主任、醫務專員	0	0%
院長、副院長	0	0%
其他	2	0.4%

表 1-4、工作滿意度部份之描述性統計

因 素 名 稱-工作滿意度										
工作內容滿意 (平均 3.72 分)										
題項	個數	平均數	標準差	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	滿意度	排序
2. 我滿意這份工作可以有獨自發揮能力的機會	477	3.63	0.73	8 %	54 %	32%	5%	1 %	62%	11
3. 我滿意這份工作能常讓我有經歷不同事物的機會	479	3.79	0.69	12%	58 %	27 %	3 %	0 %	70%	6
4. 我滿意的這份工作能讓我與親友間獲得好的評價與認同	478	3.69	0.67	8 %	57 %	32%	3 %	0 %	65%	7
9. 我滿意這份工作中能有為他人服務的機	479	4.04	0.64	23%	58 %	19 %	0 %	0 %	81%	1
10. 我滿意這份工作中能有指導他人做事的機	477	3.65	0.69	8 %	53 %	35%	3 %	0 %	61%	12
11. 我滿意這份工作中可以符合自己的能力與專業技能	479	3.77	0.63	9 %	63 %	26 %	3 %	0 %	72%	5
15. 我滿意這份工作中能有自主判斷的機會來處理事情	478	3.67	0.64	6 %	56 %	35%	2 %	0 %	63%	8
16. 我滿意這份工作中能有機會嘗試用自己的方式處理	478	3.62	0.67	5 %	57 %	33 %	4 %	0 %	62%	10
20. 我滿意在工作中所得到的成就感	478	3.65	0.70	7 %	55%	33%	3 %	1%	63%	9
醫院環境制度滿意(平均 3.30 分)										
題項	個數	平均數	標準差	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	滿意度	排序
12. 我滿意醫院執行政策的方式	478	3.40	0.74	3 %	44%	43 %	8%	1 %	47%	17
13. 就所承擔的工作量和醫院相對支付的薪資感到滿意	479	3.08	0.90	4 %	29%	43 %	20%	4 %	33%	20
14. 我滿意這份工作的晉升機會	478	3.29	0.80	4 %	37%	46 %	11%	2 %	41%	18
17. 我滿意這份工作的工作環境	478	3.42	0.79	5 %	46%	38%	10 %	1 %	50%	16
主管同事滿意(平均 3.62 分)										
題項	個數	平均數	標準差	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	滿意度	排序
5. 我滿意主管對待部屬的方式	478	3.54	0.87	12%	42%	37%	7 %	2 %	54%	15
6. 我滿意主管做決策的能力	478	3.51	0.85	9 %	44%	36%	8%	2 %	54%	14
18. 我滿意和同事相處的情形	478	3.85	0.68	14%	58%	26%	2%	0 %	73%	4
19. 我滿意工作中表現良好時所得到的讚許	478	3.60	0.70	5 %	55%	34%	4%	1 %	61%	13
工作狀態滿意(平均 3.67 分)										
題項	個數	平均數	標準差	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	滿意度	排序
1. 我滿意這份工作的負荷量	478	3.17	0.98	6 %	35%	37%	16%	6 %	40%	19

7. 我滿意這份工作不會違背我的道德原則	479	3.95	0.68	19%	59%	20%	1%	0%	78%	2
8. 我滿意這份工作的穩定度	479	3.88	0.76	17%	59%	20%	4%	1%	76%	3

表 1-5、工作滿意度與職稱之交叉表

就所承擔的工作量和醫院相對支付的薪資感到滿意						
職稱	非常不同	不同意	普通	同意	非常同	滿意度
主治醫師		29%	33%	38%		38%
住院醫師		67%	33%			0%
護理人員	3%	21%	42%	32%	3%	34%
醫技人員	6%	20%	41%	28%	4%	32%
行政人員	9%	15%	49%	23%	5%	28%
我滿意這份工作的負荷量						
職稱	非常不同	不同意	普通	同意	非常同	滿意度
主治醫師	10%	19%	33%	38%		38%
住院醫師		33%		67%		67%
護理人員	8%	17%	39%	31%	5%	36%
醫技人員	9%	14%	32%	40%	5%	45%
行政人員	3%	14%	36%	37%	10%	47%
我滿意這份工作的晉升機會						
職稱	非常不同	不同意	普通	同意	非常同	滿意度
主治醫師		10%	33%	52%	5%	57%
住院醫師			100%			0%
護理人員	2%	7%	47%	42%	3%	44%
醫技人員	2%	14%	47%	32%	4%	37%
行政人員	4%	16%	48%	27%	6%	32%
我滿意醫院執行政策的方式						
職稱	非常不同	不同意	普通	同意	非常同	滿意度
主治醫師	4.8%	9.5%	19.0%	61.9%	4.8%	66.7%
住院醫師			100.0%			
護理人員	1.7%	6.7%	45.8%	43.7%	2.1%	45.8%
醫技人員	1.1%	9.7%	34.4%	50.5%	4.3%	54.8%
行政人員	1.0%	10.6%	48.1%	36.5%	3.8%	40.3%
我滿意這份工作的工作環境						
職稱	非常不同	不同意	普通	同意	非常同	滿意度
主治醫師	9.5%	9.5%	23.8%	52.4%	4.8%	57.2%
住院醫師			33.3%	66.7%		66.7%

護理人員	0.8%	8.4%	37.8%	50.4%	2.5%	52.9%
醫技人員		12.0%	37.0%	44.6%	6.5%	51.1%
行政人員	1.9%	13.3%	43.8%	34.3%	6.7%	41.0%

表 1-6、組織承諾部份之描述性統計

因素名稱-組織承諾									
努力與價值承諾(平均 3.74 分)									
題項	個數	平均數	標準差	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	滿意度
2.本院是一個值得我效勞的好機構	479	3.85	0.67	14%	58%	26%	1%	0%	72%
6.我會很驕傲的告訴別人，我是本院的一份子	480	4.00	1.96	18%	57%	23%	1%	0%	75%
1.我願意付出更多的努力以協助獲得成功	480	3.86	0.66	14%	61%	24%	2%	0%	75%
5.我發現個人的價值觀與本院的價值觀非常接近	478	3.49	0.64	4%	45%	47%	4%	0%	49%
8.在本院服務能使我充分發揮自己的能力	478	3.58	0.62	4%	53%	41%	2%	0%	57%
10.我非常高興當初選擇這家醫院服務	480	3.89	0.71	19%	54%	26%	1%	0%	72%
4.為配合本院發展，我願意接受各種性質的服務工作	477	3.50	0.69	5%	45%	44%	5%	0%	51%
14.我覺得本院是我服務過的機構中最好的一個	477	3.59	0.77	11%	43%	40%	5%	0%	54%
13.我十分關心本院未來的發展	480	3.96	0.68	20%	56%	24%	0%	0%	76%

留職承諾(平均 3.64 分)									
題項	個數	平均數	標準差	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	滿意度
9. 醫院內只要有些許的改變，我會選擇離開本院	478	3.47	0.77	0%	9%	41%	43%	7%	50%
11. 我覺得繼續留在本院服務對我沒有太大意義	478	3.71	0.78	0%	5%	32%	49%	14%	63%
7. 只要醫院性質相似，到別家去服務也無所謂	478	3.30	0.82	1%	15%	45%	33%	6%	39%
15. 個人而言，我覺得為本院服務是一件錯誤的事	479	4.09	0.78	0%	3%	19%	47%	32%	79%
3. 我對本院沒有任何忠誠度可言	478	3.96	1.56	1%	7%	18%	48%	25%	74%
12. 我覺得自己常常無法同意醫院中與員工有關的決策	477	3.31	0.83	2%	12%	45%	35%	6%	41%

表 2-1、人口特性與各因素之滿意度差異

變項	工作內容		環境制度		主管同事		工作狀態	
	平均數	顯著性	平均數	顯著性	平均數	顯著性	平均數	顯著性
性別								
男性	3.785	0.397	3.286	0.907	3.704	0.357	3.782	0.176
女性	3.719		3.297		3.616		3.653	
任用別								
專任全職	3.724	0.736	3.291	0.807	3.611	0.082	3.670	0.168
專任半職	3.873		3.429		4.107		4.000	
兼任/約聘/	3.707		3.337		3.730		3.507	
年齡								
21-30 歲	3.665	0.013**	3.247	0.063	3.598	0.038**	3.553	0.000**
31-40 歲	3.763		3.304		3.595		3.751	
41-50 歲	3.962		3.533		3.892		4.023	
51 歲以上	3.796		3.625		4.000		4.056	
婚姻狀況								
未婚	3.692	0.279	3.287	0.925	3.597	0.509	3.604	0.029**
已婚	3.766		3.309		3.665		3.732	

其他	3.815		3.333		3.625		4.056	
家庭狀況								
無小孩	3.715	0.362	3.309	0.649	3.629	0.096	3.629	0.092
1個小孩	3.663		3.262		3.496		3.656	
2個小孩	3.785		3.253		3.661		3.750	
3個小孩	3.889		3.488		3.925		4.000	
超過3個	3.844		3.250		3.800		3.733	
學歷								
國中及以	3.861	0.052	3.719	0.155	3.938	0.008**	3.857	0.008**
高中(職)	3.726		3.417		3.734		3.989	
專科	3.752		3.303		3.682		3.631	
大學	3.683		3.252		3.541		3.628	
研究所	4.056		3.438		3.969		3.958	
職稱								
主治醫師	3.926	0.006**	3.369	0.368	3.702	0.013**	3.730	0.112
住院醫師	3.370		3.000		3.833		3.667	
護理人員	3.757		3.325		3.662		3.606	
醫技人員	3.708		3.296		3.440		3.699	
行政人員	3.619		3.192		3.649		3.752	
宗教信仰								
基督教	3.870	0.059	3.393	0.391	3.681	0.503	3.740	0.691
天主教	3.667		3.188		3.688		3.750	
佛教	3.812		3.384		3.750		3.738	
道教	3.694		3.340		3.602		3.608	
無或其他	3.682		3.254		3.597		3.652	
年資								
2年以下	3.664	0.016**	3.289	0.208	3.629	0.596	3.606	0.228
2-5年	3.701		3.289		3.591		3.660	
5-10年	3.765		3.227		3.683		3.676	
10-15年	3.866		3.425		3.650		3.767	
15-20年	3.869		3.386		3.864		3.788	
20年以上	4.286		3.821		3.821		4.190	
是否有專業執								
否	3.646	0.382	3.226	0.029**	3.700	0.558	3.721	0.336
一張	3.743		3.350		3.603		3.643	
兩張	3.776		3.371		3.619		3.672	
三張	3.768		3.347		3.674		3.778	
三張以上	3.721		3.070		3.530		3.527	
是否有主管津								
否	3.695	0.008**	3.265	0.107	3.598	0.151	3.638	0.185
(小)組長	3.944		3.523		3.807		3.833	
副課長、護理	4.060		3.500		3.519		3.846	
課長、督導、	4.133		3.500		4.050		4.200	

(室、科、部)	4.037	3.667	4.167	3.889
其他	4.000	4.000	4.000	3.833

表 2-2、人口特性之不同與組織承諾

變項	努力與價值承諾		留職承諾	
	平均數	顯著性	平均數	顯著性
性別				
男性	3.806	0.295	3.622	0.914
女性	3.722		3.632	
任用別				
專任全職	3.728	0.973	3.633	0.777
專任半職	3.762		3.444	
兼任/約聘/短期	3.747		3.640	
年齡				
21-30 歲	3.646	0.000**	3.493	0.000**
31-40 歲	3.783		3.734	
41-50 歲	4.073		4.133	
51 歲以上	4.083		4.300	
婚姻狀況				
未婚	3.689	0.134	3.578	0.081
已婚	3.776		3.689	
其他	3.926		3.972	
家庭狀況				
無小孩	3.720	0.142	3.569	0.021**
1 個小孩	3.638		3.636	
2 個小孩	3.792		3.788	
3 個小孩	3.877		3.935	
超過 3 個	4.111		3.708	
學歷				
國中及以下	3.984	0.005**	4.139	0.015**
高中(職)	3.865		3.851	
專科	3.738		3.643	
大學	3.680		3.570	
研究所以上	4.118		3.917	
職稱				
主治醫師	3.751	0.536	3.579	0.527
住院醫師	3.444		3.417	
護理人員	3.722		3.616	
醫技人員	3.755		3.639	

行政人員	3.719		3.665	
宗教信仰				
基督教	3.930	0.028**	3.924	0.002**
天主教	3.528		3.333	
佛教	3.711		3.670	
道教	3.725		3.633	
無或其他	3.703		3.562	
年資				
2年以下	3.719	0.032**	3.565	0.000**
2-5年	3.707		3.620	
5-10年	3.715		3.568	
10-15年	3.885		3.782	
15-20年	3.753		4.033	
20年以上	4.317		4.571	
是否有專業執照				
否	3.742	0.212	3.698	0.455
一張	3.759		3.640	
兩張	3.759		3.633	
三張	3.707		3.671	
三張以上	3.563		3.486	
是否有主管津貼				
否	3.700	0.009**	3.589	0.000**
(小)組長	3.937		3.803	
副課長、護理長	4.043		4.179	
課長、督導、技術	4.089		4.267	
(室、科、部)主任	4.259		4.222	
其他	4.000		5.000	

表 2-3、努力價值承諾及留職承諾與工作滿意度因素之相關分析

工作滿意度 之因素	努力價值承諾			留職承諾		
	Pearson 相關係	顯著性	排序	Pearson 相關係	顯著性	排序
工作內容	0.735**	0.000	1	0.475**	0.000	1
環境制度	0.649**	0.000	2	0.363**	0.000	3
主管同事	0.594**	0.000	3	0.339**	0.000	4
工作狀態	0.591**	0.000	4	0.413**	0.000	2

表 2-4、努力價值承諾及留職承諾與工作滿意度各項之相關性分析

工作滿意度之題項	努力價值承		留職承諾	
	Pearson	排序	Pearson	排
1. 我滿意這份工作的負荷量	0.362**	20	0.266**	17
2. 我滿意這份工作可以有獨自發揮能力的	0.570**	7	0.368**	6
3. 我滿意這份工作能常讓我有經歷不同同事	0.534**	10	0.384**	3
4. 我滿意這份工作能讓我在親友間獲的好	0.557**	8	0.307**	12
5. 我滿意主管對待部屬的方式	0.472**	18	0.284**	15
6. 我滿意主管做決策的能力	0.480**	16	0.298**	14
7. 我滿意這份工作不會違背我的道德原則	0.550**	9	0.334**	10
8. 我滿意這份工作的穩定度	0.515**	12	0.390**	2
9. 我滿意這份工作中能有為他人服務的機	0.594**	3	0.457**	1
10. 我滿意這份工作中能有指導他人做事的	0.494**	13	0.313**	11
11. 我滿意這份工作中可以符合自己的能力	0.581**	4	0.372**	5
12. 我滿意醫院執行政策的方式	0.604**	1	0.352**	7
13. 就所承擔的工作量和醫院相對支付的薪 資感到	0.450**	19	0.226**	20
14. 我滿意這份工作的晉升機會	0.519**	11	0.306**	13
15. 我滿意這份工作中能有自主判斷的機會	0.601**	2	0.383**	4
16. 我滿意這份工作中能有機會嘗試用自己	0.575**	6	0.338**	8
17. 我滿意這份工作的工作環境	0.483**	15	0.252**	18
18. 我滿意和同事相處的情形	0.479**	17	0.272**	16
19. 我滿意工作中表現良好時所得到的讚許	0.488**	14	0.241**	19
20. 我滿意在工作中所得到的成就感	0.580**	5	0.335**	9

表 2-5、多元迴歸分析之模式摘要(1)

模式摘要									
模式	R	R 平方	調過後的 R 平方	估計的標準誤	變更統計量				
					R 平方改變量	F 改變	分子自由度	分母自由度	顯著性 F 改變
1	.770 ^a	.592	.589	.335	.592	162.003	4	446	.000

a. 預測變數：(常數), 工作狀態, 主管同事, 環境制度, 工作內容

表 2-6、四大因素迴歸分析之係數(1)

模式	未標準化係數		標準化係 Beta	t	顯著性
	B 之估計	標準			
常數	0.84	0.12		7.16	0.000**
工作內容	0.46	0.05	0.46	9.41	0.000**
環境制度	0.18	0.04	0.21	4.96	0.000**
同事主管	0.09	0.04	0.11	2.51	0.012**
工作狀態	0.08	0.03	0.09	2.21	0.027**

表 2-7、多元迴歸分析之模式摘要(2)

模式摘要

模式	R	R 平方	調過後的 R 平方	估計的標準誤	變更統計量				
					R 平方改變量	F 改變	分子自由度	分母自由度	顯著性 F 改變
1	.497 ^a	.247	.240	.565	.247	36.697	4	447	.000

a. 預測變數：(常數), 工作狀態, 主管同事, 環境制度, 工作內容

表 2-8、四大因素迴歸分析之係數(2)

模式	未標準化係數		標準化係	t	顯著性
	B 之估計	標準誤	Beta 分		
常數	1.29	0.20		6.48	0.000**
工作內容	0.45	0.08	0.36	5.47	0.000**
環境制度	0.03	0.06	0.03	0.55	0.585
同事主管	-0.03	0.06	-0.03	-0.43	0.665
工作狀態	0.18	0.06	0.18	3.05	0.002**

表 2-9、心理健康檢測之描述性統計

檢測項目	個數	平均	標準	完全沒	輕	中等程	厲害	非常厲
1. 感覺緊張不安	471	1.10	0.93	28%	43%	23%	5%	2%
2. 覺得容易苦惱或動怒	472	1.26	0.93	21%	44%	26%	7%	2%
3. 感覺憂鬱、心情低落	471	1.12	0.94	28%	42%	22%	6%	2%
4. 覺得比不上別人	472	0.92	0.90	37%	41%	17%	4%	1%
5. 睡眠困難，譬如如意難以入睡、易醒或早醒	473	1.09	1.13	37%	34%	17%	7%	5%
總分	470	5.47	3.79					

表 2-10、心理困擾程度之次數分配表

困擾程度	次數	百分比	累計百分
正常	286	61%	61%
輕度	97	21%	81%
中度	78	17%	98%

需要協助	9	2%	100%
總和	470	100%	

表2-11、心理困擾程度與職稱之交叉表

職稱	正常	輕度	中度	需要協助
主治醫師	71%	14%	10%	5%
住院醫師		100%		
護理人員	54%	22%	21%	3%
醫技人員	72%	15%	14%	
行政人員	65%	21%	14%	1%

表2-12、開放問卷部分（對醫院之建議）

分類	序號	建議	百分
停車問題	27	請儘快興建停車場	18%
	43	本院沒提供員工停車位，每日上班尋求車位不易，會造成心情浮躁、	
	44	停車位啦！	
	45	醫院停車位規劃不足，造成員工一早上班就心情不佳。	
	46	機車停車規劃不完善。	
	47	無停車位，員工無法停車→失敗	
	49	機車停車問題已有一段時間，未見高層有任何行動來解決，對於以機車上下班的同仁而言，實在是令人感到失望和憤怒！	
	51	醫院能對員工在停車(機車、機車)中有優待，並能補貼一點交通費。	
	65	期望讓員工能有方便的停車定點，已掌握上班時間及放心上班(害怕被	
	66	上班常須騎車或開車，可否增設停車場方便上下班。	
	67	員工停車處(免費的)，這樣才能安心上班。	
	72	可設立員工停車場，不只提供醫師還要提供給其他員工，不然很不便	
	73	是否在蓋新大樓時能同時考慮一下員工停車場的設置，尤其是停車場使用應包含護理人員在內。針對大夜上班，小夜下班是否能更加考慮女性員工的安全問題，因為醫院四周，除急診處外其餘地方均昏暗，而且通常停車都是停在這些昏暗的地方，都還蠻危險的！	
	217	是否可考量員工停車位之問題，醫院要走長久的，但員工卻苦於停車位，並把醫院四周都停滿，病患及家屬來看病反而沒有停車之處。	
	249	我覺得本院要快點解決院內停車場的問題，停車位都不夠，有時上班又會擔心車會被拖走根本沒辦法專心上班，如果車被拖走了，當天所上的班事做白工了，請願內儘早解決。	
256	設置員工停車場(機車+汽車)		
257	可否增設員工機車和汽車停車位。		
290	沒有員工停車位，對於上夜班或下雨天時非常不便。		
324	希望可增加員工停車場。		

	325	可否興建員工停車場(專屬)，每次來上班都要跟家屬搶停車位。	
	368	珍惜青年的醫師，小心的對政治敬而遠之，對於病人無理的要求予以拒絕，多些停車位(宿舍)。	
	383	停車場	
	414	是否可在開始有接駁車，醫院動工，車子太多，環境(空氣)污染、違規停車...問題應該會改善。	
	481	無員工停車場。	
員工福利	26	增設自己醫院的福利社。	
	26	舉辦員工運動會，促進科與科之間的情感交流。	
	64	不知未來新大樓建好時，可否有一空間設計員工休閒區(如：運動)或開立一些有關英語方面之課程，增加員工下班後的一些活動。	
	159	院內所舉辦的活動，如模範勞工、親善大使、歌唱比賽...等，採員工投票方式，有欠公平性。	
	177	本院位於科技之城，適當提升外語服務品質能力。	
	248	就員工福利而言，本院相當不錯，但期許未來會更好，尤其是針對非醫護人員之外的員工，福利和照顧似乎嫌不足。建議醫院在執行任何政策或福利時，也多家考慮非醫護人員之辛苦，給予適時之鼓勵。	9%
	251	增加員工福利。	
	276	對員工福利應在加強。	
	402	建議第期開院務會議，能讓主管直接與基層員工接觸了解員工心聲，促進員工福利。	
	444	來到本院服務5年了，這期間本院只給員工安排一次“體檢”，覺得非常..不滿意，醫院太忽視員工的身體健康，建議至少二年需聽其一次	
	26	特約廠商店家須增加。	
	481	特約商太少。	
餐廳伙食問題	1	員工餐廳可多找一些廠商進駐	
	45	只有7-11與便當，食物餐點選擇極少。	
	47	院內餐廳貴又難吃，無評價飲食→失敗	
	65	二期規劃餐廳，以免病患斷炊。	5%
	66	上班時常為了伙食而傷腦筋可否增設餐廳。	
	67	員工餐廳，方便三餐，又有優惠。	
員工宿舍	113	很多人都是由外地來到新竹工作，對於下班後回到宿舍，可加強健身、運動、娛樂等設施嗎？請問一下，做此份問卷，但卻無法得知提出的建議有否受到院方的注意？會對於此問卷做出統計報表嗎？	
	201	護理人員須輪三班制，但宿舍雙人房兩人一起住多多少少會彼此干擾睡眠，且錢與別家醫院比不低，希望醫院能體恤員工，是否能以改善此問題？還有可能提供投訴宿舍與醫院溝通的管道，訴訴宿舍的問題。	2%
	202	宿舍部份因醫院有提供200元津貼給室長，但是室長不管車、不管環境髒亂、也不院把錢拿出來，買電池或塑膠袋，是否處理，有溝通過，但是依舊如此，希望方面多增加特約商店。	
工作負荷過重	81	人力缺乏不足，工作繁重導致病房懷孕人員近日宮縮頻繁，不穩定。	13%
	83	上班的班別可否固定一點，可不可以不要只一天二天的那種班，一個月內一直不斷的調整，不同的生理時間真的很累！	
	84	工作壓力大、人員不足、休假少，希望能快點找人，且能留得住人。	
	120	人力太少。	
	173	工作量增加。	
	192	單位編制太少。	
	205	護理人員人數不足，工作量大。	

279 不要只在腦海中演練忙碌程度，說不如做，如果親身體驗我們工作的
 負荷後仍覺得我們能力的問題，那表示我們不是你們要找的人，否則
 依醫院規定有員工離職，必須職位出缺後才能補新人。由於有些工作
 336 須交接一段時間，才能使新人順利上手，這樣的制度，造成新人摸索
 的時間增加，對醫院而言，成本的增加可能更多，請醫院評估，是否
 可考量離職人員與新人有面對面交接的時間，以減少新人摸索期，以
 342 減少因工作接續問題而增加的成本與困擾。
 增加人力
 362 病人量與醫院能提供的(包括人力、硬體、床位)都不能成比例，醫療
 品質只重量不重質，失敗！
 392 為何白班上班只能上 7 小時被醫院扣時數？是否醫院給主管時數控制
 之壓力過大。
 本院(新竹)工作量太大，員工們都非常辛苦地在工作，甚至病房護理
 447 人員生產完回來上班，因為工作忙碌無法讓員工去擠母乳而放棄對
 baby 最好的選擇，門診護理人員無獨立休息室，要擠母乳也沒地方，
 醫院上忽忽護理，員工需卡了！
 453 工作壓力太大，尤其是面對病患及家屬的態度，加上醫院也非常重視
 病患及家屬的反應。
 481 人力不足、太忙。
 488 醫護人員所承擔面對親屬，使工作忙碌之壓力過大，常心情緊張，事
 情工作量大，每天過著忙碌忙碌趕時間，讓人負荷不起，人力希望能
 若有孕婦之單位，人力需求可彈性給予，例如：徵短期兼職。

27 請提高升等名額，並簡化流程。
 45 薪資真的不足！超級不足！
 141 加薪加薪！
 143 加薪！
 144 薪資結構差異性過大，第一線人員的努力與薪資不成正比，希望能調
 164 不應該同一家醫院有 2 種薪資制度。
 173 薪資少
 大家有志一同地認為，「馬偕的名聲很好，但薪資少，工作量太大」，
 每天都是帶著一身的疲倦回家。一天當中清醒的時間都奉獻給工作，
 178 我常覺得對自己，對家人感到抱歉！人生的目的，怎會只是超量的工
 作超量的工作？回家只有睡覺呢！？每個用薪水扣掉油資、房租只剩
 下三萬出，我也想多充實自己，也想寫 paper，也享有多餘的時間翻閱
 書籍，但永遠都只能利用下班後，做行政的工作，每天腦子都是空空
 196 加薪！
 225 民生物資漲，希望微薄的薪水也可以有調整，尤其是員工福利政策方
 230 員工程度之提升。
 252 簡化升等流程，增加升等名額。
 276 新進人員應與台北總院同職等。
 276 薪資結構應再提高與調整。
 319 醫院要更加進步加油，朝醫學中心邁入，員工的薪水才可以加薪。
 337 新進人員薪資太低工作意願不佳，提高薪資也許可增加留任意願。
 352 在本院辛苦的工作及服務病人，但覺得付出不等於收穫，就如薪水而
 言，真的覺得底薪少，福利差，為升薪水，不能比照總院的底薪。
 362 員工工作苦苦叫，應該加薪，加薪是唯一出路。
 374 加薪
 379 夜班費應該要調漲。
 426 對於半職半薪的升等條件略為嚴苛與不公，而以後若轉正職時，原有
 的津貼不會回覆，其餘都好，為此點令人感到遺憾！
 481 薪資太少，與工作付出不平衡。

薪資及 升遷

17%

週休二日	3	建議可於因於週間延長工時，(W六)可採取輪值方式，對住較遠的同	6%
	123	關於上班時間是否能夠有彈性調整的空間，例如：若八時上班則五時	
	276	下班，若八時三十分就順延三十分鐘下班，依此類推，最晚的底限是	
	289	到9點，不知道這樣的建議是否可行？	
	292	後線人員應實施週休二日制。	
	293	政府施行週休二日已多年，為何院方遲遲無法跟進，若因人事各方面	
	294	考量無法實行，是否可漸進式的採隔週休假，增進員工家庭生活與親	
392	目前各家醫院大多已改為週休二日，遇紅就休，本院是否能跟進呢！		
醫院環境設備	1	本院的周休假日(週休二日)為何遲遲未實行？	
	1	醫院可否改成週休二日制，因為現在很多工作單位都是採用週休二日	
	47	90年即實施週休二日，而我們何時才能週休二日呢？調移假等於是變	
	72	部份廁所未放置衛生紙	
	95	1 打卡機可多位置設置	
	116	47 冷氣完全不涼，造成員工與病患不適→失敗中的失敗	
	379	72 外院目前再使用痰液(廢液)收集瓶已是拋棄式的了，但院內仍用傳統的，不知是否考量成本或是其他因素可否都換成拋棄式痰液收集瓶，	
	414	95 希望院方可以推行說好話運動，以營造和樂工作環境。	
	414	116 急診抽血之單位，讓病人抱怨多次，自下午13點以後，門診抽血之病患，及急診、住院病患抽血均至急診抽血，而急診抽血單位，地方小又連接急診出入口，人一但排場長龍，急診入院推車不方便又擁擠，	
	414	379 一樓廁所太臭了。	
	414	414 本院5樓餐廳衛生是否可改善一點。	
414	414 廁所的環境需加強，衛生紙常常沒有。	11%	
414	414 2樓皮膚科的電動門常常開啟冷氣外洩，使ENT皮膚科後診取悶熱，浪費空調費用及電動們的費用，是否用推門。		
421	414 醫院大門2側是否禁止抽煙或規劃“特定區域為吸煙區”，否則一路走過大們都覺得煙霧瀰漫空氣不好，也常看到花盆旁有菸蒂及檳榔汁		
442	421 在門診：會幫助病患方向指引，可是只是牌字太小、太簡潔，造成病患方向不清楚，有義工在還可以幫忙，但義工下班就沒辦法協助方向指引；常碰到中午時段(12:30~14:00)會讓門診病患對我們二樓一直轉，還找不到神內(在B1)OPD等狀況→亦碰到病患對我們工作同仁發飆，了解原因是因為他反應多次指示牌字要大一點，看不清楚，可是		
442	442 門診區之洗手間，廁所門一直無法修，有人→紅色，無人→綠色，但遲遲皆是放反的。		
442	442 指標太小。		
促銷活動	192	調理包促銷太少(沒像台北院區常促銷)。	2%
	193	本院調理包促銷活動太少，是否可比照其他院區之做法。	
建議	26	希望全院的行政人員的服裝可以統一，要只是一件紅背心，如：銀行，	10%
	26	增加醫院的形象。	
	142	增加人文教育的課程。常覺得批價櫃檯的小姐面對病人的詢問都很冷漠，一點都不親切。	
	152	加強各部門單位的協調性及溝通性。	
	167	多聽員工的心聲	
	185	醫療服務品質不應只是以業績來衡量。	
	191	可增加國際間的發展。	
	191	不一定是價格低廉的商品就是好，希望能兼顧商品品質。	
	230	PHS使用多年，大半已故障，造成聯絡困擾，請院方行行好更換，以	
	373	新進人員應受完整的訓練，才得以上限工作。	
	373	同事難相處	

386	收據明細的部份，希望夠清楚列出“支付的項目”，如“自費部份”，可寫出“雷射費用”、手術費用...等細項，希望不要將所有費用分別拆在「診療費、材料費...」上，謝謝！或是其他方式，目的是希望病人或客人看到收據時，能夠清楚明瞭自己今日的花費，總共的花費及可否問卷調查能夠減少，近日覺得量大，若沒辦法減少次數，可否減少項目呢？覺得有些負擔！	
435	制服太少，供不應求，常常要自己買。	
481	再加油吧！比上不足，比下有餘。	
91	能成為馬偕人事件榮幸的事，期盼大家一起為馬偕努力，加油加油加	
132	不敢	
153	醫院之宗旨、使命、核心價值已讓我們佩服，而循序漸進的走出來，創造信服美滿的大家庭。	
156	有一余姓外科 NSP，私德缺佳，恐損同儕關係。	
265	我曾經也是本病患，他對我的傷口並不很輕柔，大探之下獲知他本來就是金玉其外敗絮其中，恐有損工作團隊的品質。	7%
265	希望醫院所做的任何決策都是能站在護理人員的角度去設想，秉持“病人好，員工好”。	
310	婦產科張醫師會離職嗎？他好可怕喔。我以後結婚生小孩絕對不會找	
478	我的學長老師 Gyn Dr.張不像基督徒，真擔心我們(個人+醫院)還會到	
479		
總和		100%

表 2-13、95年、96年工作滿意度比較表

題項	96年			95年		
	個數	平均	排序	個數	平均	排序
9.我滿意這份工作中能有為他人服務的機會	479	4.04	1	444	3.81	2
7.我滿意這份工作不會違背我的道德原則	479	3.95	2	444	3.84	1
8.我滿意這份工作的穩定度	479	3.88	3	444	3.71	4
18.我滿意和同事相處的情形	478	3.85	4	442	3.74	3
3.我滿意這份工作能常讓我有經歷不同事物	479	3.79	5	442	3.55	10
11.我滿意這份工作中可以符合自己的能力與專業技能	479	3.77	6	442	3.56	8
4.我滿意這份工作能讓我在親友間獲的好的評價與認同	478	3.69	7	443	3.61	5
15.我滿意這份工作中能有自主判斷的機會來處理事情	478	3.67	8	439	3.56	9
10.我滿意這份工作中能有指導他人做事的機	477	3.65	9	442	3.53	12
20.我滿意在工作中所得到的成就感	478	3.65	10	442	3.57	7
2.我滿意這份工作可以有獨自發揮能力的機	477	3.63	11	443	3.58	6
16.我滿意這份工作中能有機會嘗試用自己的方式處理事情	478	3.62	12	441	3.49	14
19.我滿意工作中表現良好時所得到的讚許	478	3.60	13	441	3.51	13
5.我滿意主管對待部屬的方式	478	3.54	14	442	3.54	11

6.我滿意主管做決策的能力	478	3.51	15	443	3.47	15
17.我滿意這份工作的工作環境	478	3.42	16	441	3.32	16
12.我滿意醫院執行政策的方式	478	3.40	17	443	3.21	17
14.我滿意這份工作的晉升機會	478	3.29	18	440	3.17	19
1.我滿意這份工作的負荷量	478	3.17	19	442	3.20	18
13.就所承擔的工作量和醫院相對支付的薪資感到滿意	479	3.08	20	442	3.06	20
總平均		3.61			3.50	

表2-14、95年、96年組織承諾滿意度比較表

題項	96年			95年		
	個數	平均數	排序	個數	平均數	排序
15.個人而言，我覺得為本院服務是一件錯誤的事	479	4.09	1	440	3.92	1
6.我會很驕傲的告訴別人，我是本院的一份子	480	4.00	2	444	3.73	6
3.我對本院沒有任何忠誠度可言	478	3.96	3	443	3.79	3
13.我十分關心本院未來的發展	480	3.96	4	442	3.86	2
10.我非常高興當初選擇這家醫院服務	480	3.89	5	443	3.74	5
1.我願意付出更多的努力以協助獲得成功	480	3.86	6	444	3.75	4
2.本院是一個值得我效勞的好機構	479	3.85	7	444	3.73	7
11.我覺得繼續留在本院服務對我沒有太大意義	478	3.71	8	441	3.59	8
14.我覺得本院是我服務過的機構中最好的一個	477	3.59	9	440	3.56	9
8.在本院服務能使我充分發揮自己的能力	478	3.58	10	443	3.47	10
4.為配合本院發展，我願意接受各種性質的服務工作	477	3.50	11	439	3.32	12
5.我發現個人的價值觀與本院的價值觀非常接近	478	3.49	12	440	3.36	11
9.醫院內只要有些許的改變，我會選擇離開本院	478	3.47	13	444	3.31	13
12.我覺得自己常常無法同意醫院中與員工有關的決策	477	3.31	14	442	3.08	15
7.只要醫院性質相似，到別家去服務也無所謂	478	3.30	15	444	3.27	14

總平均分數

3.70

3.57

※備註：組織承諾滿意度的反向題已經過分數轉換。

表2-15、歷年開放性問卷內容之比較(取建議數目多的前三項)

第一名	第二名	第三名
96年 停車問題(24份)	薪資及升遷問題(22份)	工作負荷量過重(17份)
95年 人員薪資太低(5份) 人力太緊(4份)		主管應給予員工支持及成就感(3份)
94年 員工福利不佳(16份)	加強員工教育訓練及態度	加強員工教育訓練及態度(11份)
92年 薪資太低(9份)	工作量大(8份)	請重視員工福利(放電影、有社團、增加特約商店)(6



附錄 3 ·

馬偕美德認同度調查表

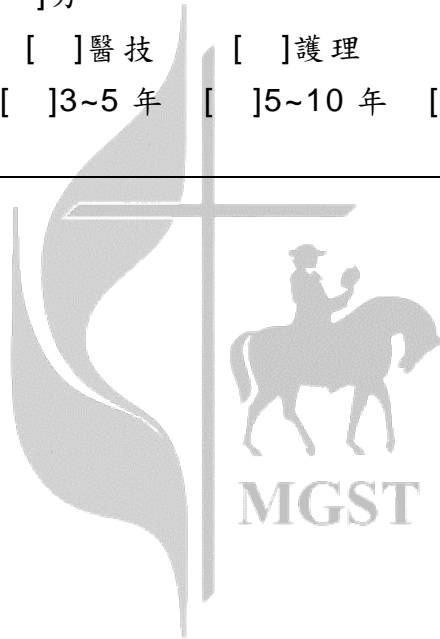
親愛的馬偕同仁：平安！

感謝您平時為醫院辛勤的付出，為了解您對於醫院推動馬偕美德的認同度，請您花費一點時間填答此問卷，並請交各單位彙整收齊，於 12 月 15 日前以傳送袋送至院牧部，謝謝您的配合。

院牧部 敬上

馬偕美德認同度	
[]	1. 我會想將馬偕美德運用在我的生活或工作中。 ①非常同意 ②同意 ③普通 ④不太同意 ⑤非常不同意
[]	2. 我會想將聽到的馬偕美德內容和別人分享。 ①非常同意 ②同意 ③普通 ④不太同意 ⑤非常不同意
[]	3. 我覺得透過單位禮拜分享、傳遞馬偕美德，常有很好的提醒或省思。 ①非常同意 ②同意 ③普通 ④不太同意 ⑤非常不同意
[]	4. 我覺得馬偕美德對員工的心靈健康有幫助。 ①非常同意 ②同意 ③普通 ④不太同意 ⑤非常不同意
[]	5. 我覺得推動馬偕美德對醫院的影響是正向的。 ①非常同意 ②同意 ③普通 ④不太同意 ⑤非常不同意
[]	6. 我覺得馬偕美德對我在家庭生活上有的提醒。 ①非常同意 ②同意 ③普通 ④不太同意 ⑤非常不同意
[]	7. 我覺得馬偕美德對我在工作的態度、想法上有幫助。 ①非常同意 ②同意 ③普通 ④不太同意 ⑤非常不同意
[]	8. 我覺得馬偕美德對我的人際關係有幫助。 ①非常同意 ②同意 ③普通 ④不太同意 ⑤非常不同意
[]	9. 我覺得馬偕美德對提昇員工的服務品質有幫助。 ①非常同意 ②同意 ③普通 ④不太同意 ⑤非常不同意
[]	10. 我知道醫院的使命、願景及核心價值。 ①非常同意 ②同意 ③普通 ④不太同意 ⑤非常不同意
[]	11. 我認為醫院的政策符合醫院的核心價值。 ①非常同意 ②同意 ③普通 ④不太同意 ⑤非常不同意
→ 11 題若選④或⑤，請舉例說明：	

<input type="checkbox"/> 12. 我認為主管的決策及行為符合馬偕美德的訴求。 ①非常同意 ②同意 ③普通 ④不太同意 ⑤非常不同意
<input type="checkbox"/> 13. 我認為推動馬偕美德對於強化我們醫院的核心價值有幫助。 ①非常同意 ②同意 ③普通 ④不太同意 ⑤非常不同意
<input type="checkbox"/> 14. 若是從 1-10 分打分數，馬偕美德我會給自己幾分？ 分
<input type="checkbox"/> 15. 若是從 1-10 分打分數，馬偕美德我會給自己的單位幾分？ 分
基本資料
院區： <input type="checkbox"/> 台北 <input type="checkbox"/> 淡水 <input type="checkbox"/> 台東 <input type="checkbox"/> 新竹 性別： <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 單位別： <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 醫技 <input type="checkbox"/> 護理 <input type="checkbox"/> 醫師 年資： <input type="checkbox"/> 3 年以下 <input type="checkbox"/> 3~5 年 <input type="checkbox"/> 5~10 年 <input type="checkbox"/> 10~20 年 <input type="checkbox"/> 20 年以上



附錄 4.

2007年馬偕美德認同度調查報告

- 一、 總共發出問卷為 4831 份，回收 2771 份，問卷回收率為 57.4%。
- 二、 基本資料部份
 性別：女 2439、男 314。
 單位別：行政 564、醫技 596、護理 1415、醫師 173。
 年資：3 年以下～607 人、3－5 年～342 人、5－10 年～576 人
 10－20 年 799 人、20 年以上～423 人。
- 三、 認為馬偕美德對個人及醫院有所助益平均值為 82.4。
- 四、 認為馬偕美德對個人的助益平均值為 81.8。
- 五、 認為馬偕美德對醫院有所助益之平均值為 83.2。
- 六、 有 31.7%的受訪員工認為自己非常清楚醫院的使命、願景及核心價值；55.9%的員工認為自己知道，二者合計佔 87.7%。次數分配表如下：

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 非常同意	877	31.6	31.7	31.7
同意	1550	55.9	56.0	87.7
普通	319	11.5	11.5	99.2
不同意	17	.6	.6	99.8
非常不同意	5	.2	.2	100.0
總和	2768	99.9	100.0	
遺漏值	3	.1		
總和	2771	100.0		

- 七、 有 24.7%的受訪員工認為醫院的政策非常符合醫院的核心價值；55.8%的受訪員工認為符合，二者合計佔 80.5%。
 次數分配表如下：

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 非常同意	684	24.7	24.7	24.7
同意	1542	55.6	55.8	80.5
普通	497	17.9	18.0	98.5
不同意	33	1.2	1.2	99.7
非常不同意	9	.3	.3	100.0
總和	2765	99.8	100.0	
遺漏值	6	.2		
總和	2771	100.0		

八、 有 18.1%的受訪員工認為主管的決策及行為非常符合馬偕美德的訴求；52.7%的受訪員工認為符合，二者合計佔 70.8%。次數分配表如下：

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 非常同意	498	18.0	18.1	18.1
同意	1451	52.4	52.7	70.8
普通	646	23.3	23.5	94.3
不同意	126	4.5	4.6	98.8
非常不同意	32	1.2	1.2	100.0
總和	2753	99.4	100.0	
遺漏值	18	.6		
總和	2771	100.0		

九、 第 14 題：「若是從 1-10 分打分數，馬偕美德我會給自己幾分？」受訪者回答的平均值為 73.6。

十、 第 15 題：「若是從 1-10 分打分數，馬偕美德我會給自己的單位幾分？」受訪者回答的平均值為 74.2。

十一、各職系和各題回答情形之交叉表如下：

1. 單位別 * 我會想將馬偕美德運用在我的生活或工作中 交叉表

		我會想將馬偕美德運用在我的生活或工作中					總和
		非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	
單位別	行政 個數	259	262	32	7	4	564
	單位別內的 %	45.9%	46.5%	5.7%	1.2%	.7%	100.0%
	我會想將馬偕美德運用在我的生活或工作中內的 %	30.4%	16.9%	10.2%	28.0%	66.7%	20.5%
單位別	醫技 個數	155	359	75	6	0	595
	單位別內的 %	26.1%	60.3%	12.6%	1.0%	.0%	100.0%
	我會想將馬偕美德運用在我的生活或工作中內的 %	18.2%	23.2%	24.0%	24.0%	.0%	21.7%
單位別	護理 個數	373	842	186	11	2	1414
	單位別內的 %	26.4%	59.5%	13.2%	.8%	.1%	100.0%
	我會想將馬偕美德運用在我的生活或工作中內的 %	43.8%	54.3%	59.4%	44.0%	33.3%	51.5%
單位別	醫師 個數	65	87	20	1	0	173
	單位別內的 %	37.6%	50.3%	11.6%	.6%	.0%	100.0%
	我會想將馬偕美德運用在我的生活或工作中內的 %	7.6%	5.6%	6.4%	4.0%	.0%	6.3%
總和	個數	852	1550	313	25	6	2746
	單位別內的 %	31.0%	56.4%	11.4%	.9%	.2%	100.0%
	我會想將馬偕美德運用在	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

我的生活或工作中內的 %

0%

2. 單位別 * 我會想將聽到的馬偕美德內容和別人分享 交叉表

		我會想將聽到的馬偕美德內容和別人分享					總和
		非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	
單位別	行政 個數	217	267	68	9	3	564
	單位別內的 %	38.5%	47.3%	12.1%	1.6%	.5%	100.0%
	我會想將聽到的馬偕美德內容和別人分享內的 %	30.2%	18.7%	12.4%	20.0%	75.0%	20.5%
	醫技 個數	139	316	133	8	0	596
	單位別內的 %	23.3%	53.0%	22.3%	1.3%	.0%	100.0%
	我會想將聽到的馬偕美德內容和別人分享內的 %	19.3%	22.1%	24.3%	17.8%	.0%	21.7%
	護理 個數	317	774	299	23	1	1414
	單位別內的 %	22.4%	54.7%	21.1%	1.6%	.1%	100.0%
	我會想將聽到的馬偕美德內容和別人分享內的 %	44.1%	54.1%	54.6%	51.1%	25.0%	51.5%
	醫師 個數	46	74	48	5	0	173
	單位別內的 %	26.6%	42.8%	27.7%	2.9%	.0%	100.0%

我會想將聽到的馬偕美德內容和別人分享內的 %	6.4%	5.2%	8.8%	11.1%	.0%	6.3%
總和 個數	719	1431	548	45	4	2747
單位別內的 %	26.2%	52.1%	19.9%	1.6%	.1%	100.0%
我會想將聽到的馬偕美德內容和別人分享內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

3. 單位別 * 我覺得透過單位禮拜分享、傳遞馬偕美德，常有很好的提醒或省思 交叉表

		我覺得透過單位禮拜分享、傳遞馬偕美德，常有很好的提醒或省思					總和
		非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	
單位別	行政 個數	265	249	44	2	4	564
	單位別內的 %	47.0%	44.1%	7.8%	.4%	.7%	100.0%
	我覺得透過單位禮拜分享、傳遞馬偕美德，常有很好的提醒或省思內的 %	30.2%	17.5%	10.7%	6.9%	57.1%	20.5%
	醫技 個數	155	317	113	10	1	596
	單位別內的 %	26.0%	53.2%	19.0%	1.7%	.2%	100.0%

	我覺得透過單位禮拜分 享、傳遞馬偕美德，常有很 好的提醒或省思內的 %	17.7%	22.3%	27.4%	34.5%	14.3%	21.7%
護理	個數	405	774	223	12	1	1415
	單位別內的 %	28.6%	54.7%	15.8%	.8%	.1%	100.0%
	我覺得透過單位禮拜分 享、傳遞馬偕美德，常有很 好的提醒或省思內的 %	46.2%	54.4%	54.1%	41.4%	14.3%	51.5%
醫師	個數	52	83	32	5	1	173
	單位別內的 %	30.1%	48.0%	18.5%	2.9%	.6%	100.0%
	我覺得透過單位禮拜分 享、傳遞馬偕美德，常有很 好的提醒或省思內的 %	5.9%	5.8%	7.8%	17.2%	14.3%	6.3%
總和	個數	877	1423	412	29	7	2748
	單位別內的 %	31.9%	51.8%	15.0%	1.1%	.3%	100.0%
	我覺得透過單位禮拜分 享、傳遞馬偕美德，常有很 好的提醒或省思內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

4. 單位別 * 我覺得馬偕美德對員工的心靈健康有幫助 交叉表

		我覺得馬偕美德對員工的心靈健康有幫助					總和
		非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	
單位別	行政 個數	243	273	39	7	2	564

單位別內的 %	43.1%	48.4%	6.9%	1.2%	.4%	100.0%
我覺得馬偕美德對員工的心靈健康有幫助內的 %	28.2%	18.4%	10.6%	21.2%	66.7%	20.5%
醫技 個數	160	318	113	4	0	595
單位別內的 %	26.9%	53.4%	19.0%	.7%	.0%	100.0%
我覺得馬偕美德對員工的心靈健康有幫助內的 %	18.6%	21.5%	30.6%	12.1%	.0%	21.7%
護理 個數	394	809	191	20	1	1415
單位別內的 %	27.8%	57.2%	13.5%	1.4%	.1%	100.0%
我覺得馬偕美德對員工的心靈健康有幫助內的 %	45.8%	54.6%	51.8%	60.6%	33.3%	51.5%
醫師 個數	64	81	26	2	0	173
單位別內的 %	37.0%	46.8%	15.0%	1.2%	.0%	100.0%
我覺得馬偕美德對員工的心靈健康有幫助內的 %	7.4%	5.5%	7.0%	6.1%	.0%	6.3%
總和 個數	861	1481	369	33	3	2747
單位別內的 %	31.3%	53.9%	13.4%	1.2%	.1%	100.0%
我覺得馬偕美德對員工的心靈健康有幫助內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

5. 單位別 * 我覺得推動馬偕美德對醫院的影響是正向的 交叉表

		我覺得推動馬偕美德對醫院的影響是正向的					總和
		非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	
單位別	行政 個數	292	243	24	3	2	564
	單位別內的 %	51.8%	43.1%	4.3%	.5%	.4%	100.0%
	我覺得推動馬偕美德對醫院的影響是正向的內的 %	27.1%	16.7%	11.7%	30.0%	100.0%	20.5%
	醫技 個數	208	333	52	3	0	596
	單位別內的 %	34.9%	55.9%	8.7%	.5%	.0%	100.0%
	我覺得推動馬偕美德對醫院的影響是正向的內的 %	19.3%	22.9%	25.4%	30.0%	.0%	21.7%
	護理 個數	488	808	116	3	0	1415
	單位別內的 %	34.5%	57.1%	8.2%	.2%	.0%	100.0%
	我覺得推動馬偕美德對醫院的影響是正向的內的 %	45.3%	55.6%	56.6%	30.0%	.0%	51.5%
	醫師 個數	89	70	13	1	0	173
	單位別內的 %	51.4%	40.5%	7.5%	.6%	.0%	100.0%
	我覺得推動馬偕美德對醫院的影響是正向的內的 %	8.3%	4.8%	6.3%	10.0%	.0%	6.3%

總和	個數	1077	1454	205	10	2	2748
	單位別內的 %	39.2%	52.9%	7.5%	.4%	.1%	100.0%
	我覺得推動馬偕美德對醫院的影響是正向的內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

6. 單位別 * 我覺得馬偕美德對我在家庭生活上有的提醒 交叉表

		我覺得馬偕美德對我在家庭生活上有的提醒					總和
		非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	
單位別	行政 個數	206	276	73	6	3	564
	單位別內的 %	36.5%	48.9%	12.9%	1.1%	.5%	100.0%
	我覺得馬偕美德對我在家庭生活上有的提醒內的 %	29.7%	18.9%	13.2%	20.0%	50.0%	20.5%
	醫技 個數	123	317	149	6	1	596
	單位別內的 %	20.6%	53.2%	25.0%	1.0%	.2%	100.0%
	我覺得馬偕美德對我在家庭生活上有的提醒內的 %	17.7%	21.7%	26.9%	20.0%	16.7%	21.7%
	護理 個數	317	797	285	13	2	1414

單位別內的 %	22.4%	56.4%	20.2%	.9%	.1%	100.0%
我覺得馬偕美德對我在家庭生活上有的提醒內的 %	45.7%	54.4%	51.5%	43.3%	33.3%	51.5%
醫師 個數	48	74	46	5	0	173
單位別內的 %	27.7%	42.8%	26.6%	2.9%	.0%	100.0%
我覺得馬偕美德對我在家庭生活上有的提醒內的 %	6.9%	5.1%	8.3%	16.7%	.0%	6.3%
總和 個數	694	1464	553	30	6	2747
單位別內的 %	25.3%	53.3%	20.1%	1.1%	.2%	100.0%
我覺得馬偕美德對我在家庭生活上有的提醒內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

MGST

7. 單位別 * 我覺得馬偕美德對我在工作的態度、想法上有幫助 交叉表

		我覺得馬偕美德對我在工作的態度、想法上有幫助					總和
		非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	
單位別	行政 個數	227	281	49	2	5	564
	單位別內的 %	40.2%	49.8%	8.7%	.4%	.9%	100.0%

我覺得馬偕美德對我在工作的態度、想法上有幫助內的 %	27.8%	18.5 %	12.4 %	12.5%	71.4%	20.5%
醫技 個數	148	333	111	4	0	596
單位別內的 %	24.8%	55.9 %	18.6 %	.7%	.0%	100.0%
我覺得馬偕美德對我在工作的態度、想法上有幫助內的 %	18.1%	22.0 %	28.2 %	25.0%	.0%	21.7%
護理 個數	383	822	199	9	2	1415
單位別內的 %	27.1%	58.1 %	14.1 %	.6%	.1%	100.0%
我覺得馬偕美德對我在工作的態度、想法上有幫助內的 %	46.9%	54.3 %	50.5 %	56.3%	28.6%	51.5%
醫師 個數	58	79	35	1	0	173
單位別內的 %	33.5%	45.7 %	20.2 %	.6%	.0%	100.0%
我覺得馬偕美德對我在工作的態度、想法上有幫助內的 %	7.1%	5.2%	8.9%	6.3%	.0%	6.3%
總和 個數	816	1515	394	16	7	2748
單位別內的 %	29.7%	55.1 %	14.3 %	.6%	.3%	100.0%
我覺得馬偕美德對我在工作的態度、想法上有幫助內的 %	100.0%	100.0 %	100.0 %	100.0%	100.0%	100.0%

8. 單位別 * 我覺得馬偕美德對我的人際關係有幫助 交叉表

		我覺得馬偕美德對我的人際關係有幫助					總和
		非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	
單位別	行政 個數	200	294	57	9	4	564
	單位別內的 %	35.5%	52.1%	10.1%	1.6%	.7%	100.0%
	我覺得馬偕美德對我的人際關係有幫助內的 %	27.3%	20.0%	11.2%	32.1%	80.0%	20.5%
單位別	醫技 個數	140	314	137	4	0	595
	單位別內的 %	23.5%	52.8%	23.0%	.7%	.0%	100.0%
	我覺得馬偕美德對我的人際關係有幫助內的 %	19.1%	21.3%	27.0%	14.3%	.0%	21.7%
單位別	護理 個數	344	790	269	11	1	1415
	單位別內的 %	24.3%	55.8%	19.0%	.8%	.1%	100.0%
	我覺得馬偕美德對我的人際關係有幫助內的 %	46.9%	53.6%	53.0%	39.3%	20.0%	51.5%
單位別	醫師 個數	49	75	45	4	0	173
	單位別內的 %	28.3%	43.4%	26.0%	2.3%	.0%	100.0%
	我覺得馬偕美德對我的人際關係有幫助內的 %	6.7%	5.1%	8.9%	14.3%	.0%	6.3%

的 %						
總和 個數	733	1473	508	28	5	2747
單位別內的 %	26.7%	53.6%	18.5%	1.0%	.2%	100.0%
我覺得馬偕美德對我的人際關係有幫助內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

9. 單位別 * 我覺得馬偕美德對提昇員工的服務品質有幫助 交叉表

		我覺得馬偕美德對提昇員工的服務品質有幫助					總和
		非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	
單位別	行政 個數	225	251	77	4	7	564
	單位別內的 %	39.9%	44.5%	13.7%	.7%	1.2%	100.0%
	我覺得馬偕美德對提昇員工的服務品質有幫助內的 %	27.4%	17.3%	17.9%	11.4%	58.3%	20.5%
	醫技 個數	158	319	110	8	0	595
	單位別內的 %	26.6%	53.6%	18.5%	1.3%	.0%	100.0%
	我覺得馬偕美德對提昇員工的服務品質有幫助內的 %	19.2%	22.0%	25.5%	22.9%	.0%	21.7%

護理	個數	380	803	206	21	4	1414
	單位別內的 %	26.9%	56.8%	14.6%	1.5%	.3%	100.0%
	我覺得馬偕美德對提昇 員工的服務品質有幫助 內的 %	46.3%	55.5%	47.8%	60.0%	33.3%	51.5%
醫師	個數	58	74	38	2	1	173
	單位別內的 %	33.5%	42.8%	22.0%	1.2%	.6%	100.0%
	我覺得馬偕美德對提昇 員工的服務品質有幫助 內的 %	7.1%	5.1%	8.8%	5.7%	8.3%	6.3%
總和	個數	821	1447	431	35	12	2746
	單位別內的 %	29.9%	52.7%	15.7%	1.3%	.4%	100.0%
	我覺得馬偕美德對提昇 員工的服務品質有幫助 內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

10. 單位別 * 我知道醫院的使命、願景及核心價值 交叉表

		我知道醫院的使命、願景及核心價值					總和
		非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	
單	行政						
位	個數	243	279	37	2	3	564
別							
	單位別內的 %	43.1%	49.5%	6.6%	.4%	.5%	100.0%

		%				
我知道醫院的使命、願景及 核心價值內的 %	27.9%	18.2 %	11.7 %	11.8%	60.0%	20.5%
醫技 個數	156	348	87	4	0	595
單位別內的 %	26.2%	58.5 %	14.6 %	.7%	.0%	100.0%
我知道醫院的使命、願景及 核心價值內的 %	17.9%	22.7 %	27.4 %	23.5%	.0%	21.7%
護理 個數	426	820	159	7	1	1413
單位別內的 %	30.1%	58.0 %	11.3 %	.5%	.1%	100.0%
我知道醫院的使命、願景及 核心價值內的 %	48.9%	53.5 %	50.2 %	41.2%	20.0%	51.5%
醫師 個數	47	87	34	4	1	173
單位別內的 %	27.2%	50.3 %	19.7 %	2.3%	.6%	100.0%
我知道醫院的使命、願景及 核心價值內的 %	5.4%	5.7%	10.7 %	23.5%	20.0%	6.3%
總和 個數	872	1534	317	17	5	2745
單位別內的 %	31.8%	55.9 %	11.5 %	.6%	.2%	100.0%
我知道醫院的使命、願景及 核心價值內的 %	100.0%	100. 0%	100. 0%	100.0%	100.0%	100.0%

11. 單位別 * 我認為醫院的政策符合醫院的核心價值 交叉表

		我認為醫院的政策符合醫院的核心價值					總和
		非常同意	同意	普通	不同意	非常不	

					同意		
單位別	行政 個數	188	275	83	11	7	564
	單位別內的 %	33.3%	48.8%	14.7%	2.0%	1.2%	100.0%
	我認為醫院的政策符合醫院的核心價值內的 %	27.6%	18.0%	16.9%	33.3%	77.8%	20.6%
單位別	醫技 個數	121	329	133	10	0	593
	單位別內的 %	20.4%	55.5%	22.4%	1.7%	.0%	100.0%
	我認為醫院的政策符合醫院的核心價值內的 %	17.8%	21.5%	27.1%	30.3%	.0%	21.6%
單位別	護理 個數	325	846	230	10	1	1412
	單位別內的 %	23.0%	59.9%	16.3%	.7%	.1%	100.0%
	我認為醫院的政策符合醫院的核心價值內的 %	47.7%	55.4%	46.8%	30.3%	11.1%	51.5%
單位別	醫師 個數	47	78	45	2	1	173
	單位別內的 %	27.2%	45.1%	26.0%	1.2%	.6%	100.0%
	我認為醫院的政策符合醫院的核心價值內的 %	6.9%	5.1%	9.2%	6.1%	11.1%	6.3%
總和	個數	681	1528	491	33	9	2742
	單位別內的 %	24.8%	55.7%	17.9%	1.2%	.3%	100.0%
	我認為醫院的政策符合醫院的核心價值內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

12. 單位別 * 我認為主管的決策及行為符合馬偕美德的訴求 交叉表

		我認為主管的決策及行為符合馬偕美德的訴求					總和
		非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	
單位別	行政 個數	136	264	117	29	17	563
	單位別內的 %	24.2%	46.9%	20.8%	5.2%	3.0%	100.0%
	我認為主管的決策及行為符合馬偕美德的訴求內的 %	27.5%	18.3%	18.2%	24.0%	54.8%	20.6%
	醫技 個數	85	288	174	41	6	594
	單位別內的 %	14.3%	48.5%	29.3%	6.9%	1.0%	100.0%
	我認為主管的決策及行為符合馬偕美德的訴求內的 %	17.2%	20.0%	27.1%	33.9%	19.4%	21.7%
	護理 個數	239	812	308	39	5	1403
	單位別內的 %	17.0%	57.9%	22.0%	2.8%	.4%	100.0%
	我認為主管的決策及行為符合馬偕美德的訴求內的 %	48.3%	56.3%	48.0%	32.2%	16.1%	51.4%
	醫師 個數	35	79	43	12	3	172
	單位別內的 %	20.3%	45.9%	25.0%	7.0%	1.7%	100.0%

我認為主管的決策及行為符合馬偕美德的訴求內的 %	7.1%	5.5%	6.7%	9.9%	9.7%	6.3%
總和 個數	495	1443	642	121	31	2732
單位別內的 %	18.1%	52.8%	23.5%	4.4%	1.1%	100.0%
我認為主管的決策及行為符合馬偕美德的訴求內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

13. 單位別 * 我認為推動馬偕美德對於強化我們醫院的核心價值有幫助 交叉表

		我認為推動馬偕美德對於強化我們醫院的核心價值有幫助					總和
		非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	
單位別	行政 個數	211	284	59	4	4	562
	單位別內的 %	37.5%	50.5%	10.5%	.7%	.7%	100.0%
	我認為推動馬偕美德對於強化我們醫院的核心價值有幫助內的 %	29.4%	17.8%	15.0%	23.5%	57.1%	20.6%
	醫技 個數	119	369	101	4	0	593
	單位別內的 %	20.1%	62.2%	17.0%	.7%	.0%	100.0%

				%			
	我認為推動馬偕美德 對於強化我們醫院的 核心價值有幫助內的 %	16.6%	23.2%	25.6%	23.5%	.0%	21.7%
護理	個數	333	855	202	7	3	1400
	單位別內的 %	23.8%	61.1%	14.4%	.5%	.2%	100.0%
	我認為推動馬偕美德 對於強化我們醫院的 核心價值有幫助內的 %	46.4%	53.7%	51.3%	41.2%	42.9%	51.3%
醫師	個數	55	84	32	2	0	173
	單位別內的 %	31.8%	48.6%	18.5%	1.2%	.0%	100.0%
	我認為推動馬偕美德 對於強化我們醫院的 核心價值有幫助內的 %	7.7%	5.3%	8.1%	11.8%	.0%	6.3%
總和	個數	718	1592	394	17	7	2728
	單位別內的 %	26.3%	58.4%	14.4%	.6%	.3%	100.0%
	我認為推動馬偕美德 對於強化我們醫院的 核心價值有幫助內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

十二、各題次數分配表分述如下：

第一題：我會想將馬偕美德運用在我的生活或工作中

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常同意	860	31.0	31.1	31.1
	同意	1560	56.3	56.3	87.4
	普通	317	11.4	11.4	98.8
	不同意	26	.9	.9	99.8
	非常不同意	6	.2	.2	100.0
	總和	2769	99.9	100.0	
遺漏值		2	.1		
總和		2771	100.0		

第二題：我會想將聽到的馬偕美德內容和別人分享

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常同意	727	26.2	26.2	26.2
	同意	1443	52.1	52.1	78.3
	普通	550	19.8	19.9	98.2
	不同意	46	1.7	1.7	99.9
	非常不同意	4	.1	.1	100.0
	總和	2770	100.0	100.0	
遺漏值		1	.0		
總和		2771	100.0		

第三題：我覺得透過單位禮拜分享、傳遞馬偕美德，常有很好的提醒或省思

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 非常同意	880	31.8	31.8	31.8
同意	1437	51.9	51.9	83.6
普通	417	15.0	15.0	98.7
不同意	30	1.1	1.1	99.7
非常不同意	7	.3	.3	100.0
總和	2771	100.0	100.0	

第四題：我覺得馬偕美德對員工的心靈健康有幫助

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 非常同意	866	31.3	31.3	31.3
同意	1496	54.0	54.0	85.3
普通	372	13.4	13.4	98.7
不同意	33	1.2	1.2	99.9
非常不同意	3	.1	.1	100.0
總和	2770	100.0	100.0	
遺漏值	1	.0		
總和	2771	100.0		

第五題：我覺得推動馬偕美德對醫院的影響是正向的

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 非常同意	1084	39.1	39.1	39.1
同意	1468	53.0	53.0	92.1
普通	207	7.5	7.5	99.6
不同意	10	.4	.4	99.9
非常不同意	2	.1	.1	100.0
總和	2771	100.0	100.0	

第六題：我覺得馬偕美德對我在家庭生活上有很好的提醒

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 非常同意	697	25.2	25.2	25.2
同意	1480	53.4	53.4	78.6
普通	557	20.1	20.1	98.7
不同意	30	1.1	1.1	99.8
非常不同意	6	.2	.2	100.0
總和	2770	100.0	100.0	
遺漏值	1	.0		
總和	2771	100.0		

第七題：我覺得馬偕美德對我在工作的態度、想法上有幫助

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 非常同意	822	29.7	29.7	29.7
同意	1528	55.1	55.1	84.8
普通	398	14.4	14.4	99.2
不同意	16	.6	.6	99.7
非常不同意	7	.3	.3	100.0
總和	2771	100.0	100.0	



第八題：我覺得馬偕美德對我的人際關係有幫助

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 非常同意	740	26.7	26.7	26.7
同意	1486	53.6	53.6	80.4
普通	511	18.4	18.4	98.8
不同意	28	1.0	1.0	99.8
非常不同意	5	.2	.2	100.0
總和	2770	100.0	100.0	
遺漏值	1	.0		
總和	2771	100.0		

第九題：我覺得馬偕美德對提昇員工的服務品質有幫助

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常同意	826	29.8	29.8	29.8
	同意	1462	52.8	52.8	82.6
	普通	434	15.7	15.7	98.3
	不同意	35	1.3	1.3	99.6
	非常不同意	12	.4	.4	100.0
	總和	2769	99.9	100.0	
遺漏值		2	.1		
總和		2771	100.0		

第十題：我知道醫院的使命、願景及核心價值

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常同意	877	31.6	31.7	31.7
	同意	1550	55.9	56.0	87.7
	普通	319	11.5	11.5	99.2
	不同意	17	.6	.6	99.8
	非常不同意	5	.2	.2	100.0
	總和	2768	99.9	100.0	
遺漏值	系統界定的遺漏	3	.1		
總和		2771	100.0		

第十一題：我認為醫院的政策符合醫院的核心價值

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常同意	684	24.7	24.7	24.7
	同意	1542	55.6	55.8	80.5
	普通	497	17.9	18.0	98.5
	不同意	33	1.2	1.2	99.7
	非常不同意	9	.3	.3	100.0
	總和	2765	99.8	100.0	
	遺漏值	系統界定的遺漏	6	.2	
總和		2771	100.0		

第十二題：我認為主管的決策及行為符合馬偕美德的訴求

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常同意	498	18.0	18.1	18.1
	同意	1451	52.4	52.7	70.8
	普通	646	23.3	23.5	94.3
	不同意	126	4.5	4.6	98.8
	非常不同意	32	1.2	1.2	100.0
	總和	2753	99.4	100.0	
	遺漏值	系統界定的遺漏	18	.6	
總和		2771	100.0		

第十三題：我認為推動馬偕美德對於強化我們醫院的核心價值有幫助

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
				比	比
有效的	非常同意	720	26.0	26.2	26.2
	同意	1602	57.8	58.3	84.5
	普通	401	14.5	14.6	99.1
	不同意	19	.7	.7	99.7
	非常不同意	7	.3	.3	100.0
	總和	2749	99.2	100.0	
遺漏值		22	.8		
總和		2771	100.0		



參考書目：

一．中文書籍：

Albert Ellis 著；盧靜芬譯。《理性情緒行為治療抗拒的處理》。台北：心理出版社，2005。

Clara E. Hill 著；林美珠、田秀蘭譯。《助人技巧—探索，洞察與行動的催化》第二版。台北：學富文化事業有限公司，2006。

Charles M. Shelton, S.J. 著；唐鴻譯。《青少年牧靈諮商》。台北：光啟，1998。

Ellis, A & Harper R. A., 著；何長珠，何真譯。《你不快樂——合理情緒治療法》。台北：大洋出版社，1984。

Gerald Corey, G., 著；黃德祥編譯。《諮商與心理治療的理論與實施 (Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy)》。台北：心理出版社，1985。

Gerald Corey; 李茂興譯。《諮商與心理治療的理論與實務》(Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy)。台北：揚智，1999。

Garry Martin & Joseph Pear 原著；黃瑞煥、楊景堯、歐用生譯。《行為改變技術》。高雄：復文，1988。

Garry Smally 原著；趙燦華譯。《關係DNA》，台北：美國麥種傳道會，2005。

Joseph Yankura & Windy Dryden 著；陳逸群譯。《艾里斯—理情治療學派創始人》。台北：生命潛能出版社，2001。

Nicholas S. Dicaprio, N. S., 著；莊耀嘉編譯。《健康的性格》(The Good Life)。台北：桂冠圖書公司，1981。

貝瑞(William A. Barry)與康諾利(William J. Connolly)著；閒道人譯。《靈修輔導》。台北：光啟文化，1992。

尤金·畢德生著；以琳編輯小組譯。《全備關懷的牧養之道》。台北：以琳，2002。

卡洛克著；賴建國、陳興蘭譯。《舊約詩歌智慧書導論》。台北：中華福音神學院出版社，2004。

呂勝瑛編著。《諮商理論與技巧》。台北：五南圖書出版公司，1991。

吳麗娟。《讓我們更快樂—理性情緒教育課程》。台北：心理，1991。

- 吳秀碧。《團體諮商實務》。高雄：復文，1985。
- 柯蓋瑞博士。《心理輔導面面觀—情緒問題》。張鈞、吳際平譯。台北：大光，1990。
- 侯活·祈連堡；伍步鑾譯。《牧養與輔導》香港：基督教文藝出版社，1988。
- 亞伯·艾里斯、凱瑟琳·麥克賴瑞著；劉小菁譯。《理情行為治療》。台北：張老師文化事業股份有限公司，2002。
- 高集樂。《教牧協談概論》。台北：華神，2002。
- 高劉寶慈等著。《個案工作——理論與案例》。台北：集賢社出版，1988。
- 倫佩芳等著。《個案工作—理論及案例》。香港：香港社工人員協會，1988。
- 何長珠著。《合理情緒治療法進階》。台北：大洋出版社，1985。
- 林顯茂編。《個案諮商工作的人際關係》，高雄：眾成出版社，1977。
- 陳仲庚主編。《心理治療與諮商》。台北：五南圖書出版公司，1990。
- 陳榮華。《行為改變技術》。台北：五南圖書出版公司，1986。
- 陳校慈著。《人際衝突與靈命塑造》。香港：基道出版社，2002。
- 黃惠惠。《助人歷程與技巧》。台北：張老師，1983。
- 曹敏敬。《教牧心理輔導》。香港：基督教文藝出版社，1987。
- 華奧偉。《心靈醫學》。台北：華神，1980。
- 華魯士。《家庭溝通》。鄭慧玲譯。台北：桂冠，1985。
- 馮觀富。《輔導原理與實務》。台北：心理，1996。
- 彭懷冰。《你也能參與輔導工作》。台北：校園，1991。
- 喜爾得納。《牧範學導言》。馬鴻述譯。香港：基文，1989。
- 楊東川。《教牧心理學》。台北：大光，1995。
- 廖鳳池。《認知治療理論與技術》。台北：天馬文化事業有限公司，1996。
- 賴諾曼。《危機與協談》。黃淑惠譯。台北：學園，1988。
- 劉焜輝。《諮商理論與技術》。台北：天馬，1988。
- 劉焜輝。《諮商情境練習》。台北：天馬，1984。
- 霍華·克蘭伯爾。《牧會協談的基本類型》。台南：教會公報社，1974。
- 鍾思嘉。《諮商與心理治療—理論與運用》。台北：大洋，1990。

安德生著；潘秋松譯。《丁道爾舊約聖經註解—約伯記》。台北：校園書房出版社，1994。

嘉大衛著；李保羅譯。《約伯記—天道研經導讀》。香港：天道，1980。

麥格納著；林約翰譯。《醫治》。台北：以琳書房，1985。

陳金定。《諮商技術》，台北：心理出版社，2001。

羅吉斯著；劉焜輝譯。《諮商與心理治療》，台北：漢文書店，1977。

鮑謹博士夫婦合著；陳張逸萍譯。《心理學不合聖經》，生命出版社，2003。

二·英文書籍

Backus, W.. Telling the truth to troubled people. Minneapolis: Bethany. 1985.

Berkhof, L.. Systematic theology. Grand Rapids. MI: Eerdmans. 1939.

Bonhoeffer, D. The cost of discipleship. (R. H. Fuller, Trans.). New York: Macmillan. 1959. (Originally Published, 1937.)

Crabb, L. Basic Principles of biblical Counseling. Grand Rapids, MI: Zondervan. 1975.

David J.A. Clines, Word Biblical Commentary—Job 1-20; USA: 1989.

Ellis, A. Reason and Emotion in Psychotherapy. New York: Lyle Stuart. 1962.

Ellis, A.. The Rational-Emotive Facilitation of Psychotherapeutic Goals. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), Handbook of Rational-Emotive Therapy. New York: Springer. 1977b.

Ellis, A. Psychotherapy and Atheistic values. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 1980. p.635-639.

Ellis, A. & Bernard, M. What is Rational-Emotive Therapy? In A. Ellis & M. Bernard. (Eds.), Clinical Applications of Rational-Emotive Therapy (pp.1-30). New York: Plenum. 1985.

Ellis, A. & Bernard, M. E. What is rational-emotive therapy (RET)? In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), Handbook of Rational-Emotive Therapy: Vol.

- 2 (pp.3-30). New York:Springer. 1986.
- Ellis, A. & Harper, R. A new guide to rational living. Hollywood: Wilshire. 1975.
- Ellis,A. Group Rational-Emotive Facilitation and Cognitive-Behavioral Therapy. International Journal of Group Psychotherapy,42(1), 1992.p.63-80.
- Ellis, A. Rational Emotive Behavior Therapy. In R.J. Corsini & D. Wedding(Eds.),Current Psychotherpies(5th ed.)(pp.162-196.). Itasca, IL: F. E. Peacock. 1995.
- Ellis, A. & Dryden, W. The Practice of Rational-Emotive Therapy. New York:Springer. 1987.
- Frank, B. Minirth, and Walter Byrd, Christian Psychiatry. MI.U.S.A : 1994.
- Hauck, P. Religion and RET: Friends or foes? In A. Ellis & M. Bernard. (Eds.), Clinical Applications of Rational-Emotive Therapy (pp.237-256), New York: Plenum. 1985.
- Kreeft, P. Making Sense out of Suffering. Ann Arbor, MI: Servant. 1986.
- Lawrence,C.and Huber, C. Strange bedfellows? Rational-Emotive Therapy and Pastoral Counseling. The Personnel and Guidance Journal, 61, 210-212. 1982.
- Norman C. Habel,The Book of Job-A Commentary;USA:The Westminster Press, 1985.
- Pope Marvin H.. JOB-THE ANCHOR BIBLE. New York:Doubleday & Company, Inc.:1965.
- Stanton L, Jones & Richard E. Butman, Modern Psychotherapies, Illinois:1991.

三·期刊

中文:

1·陳金燕，《輔導季刊》；台北：中國輔導學會，1996

英文：

1. Ellis, Albert “The advantages and disadvantages of self-help therapy materials”.. Professional Psychology: Research and Practice. Vol 24(3), Aug ,1993.

2 · Ellis, Albert . “The Essence of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT): A Comprehensive Approach to Treatment,” Institute for Rational Emotive Behavior Therapy brochure, 1994.

