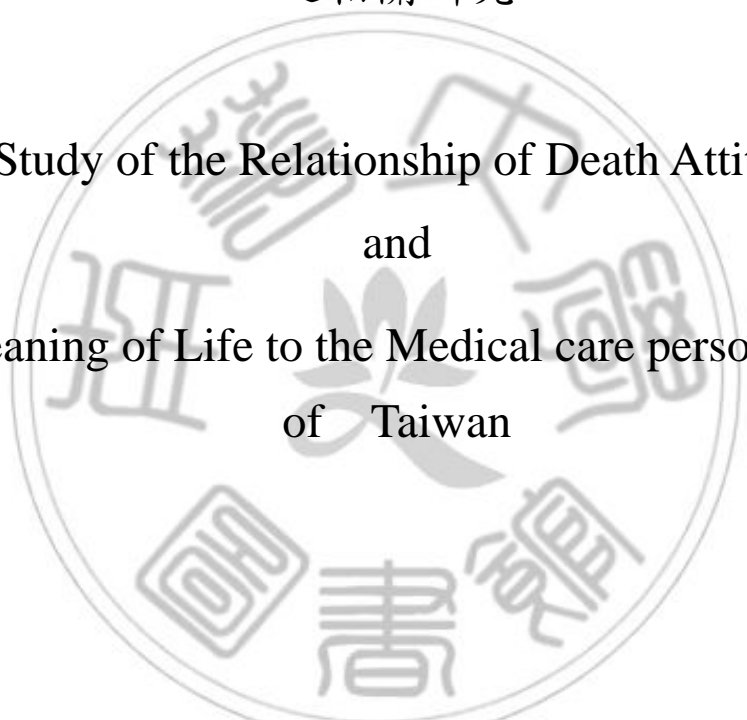


南 華 大 學

生死學研究所碩士論文

台灣醫護人員死亡態度與生命意義
之相關研究

A Study of the Relationship of Death Attitudes
and
Meaning of Life to the Medical care personnel
of Taiwan



研究生：吳文淑

指導教授：何長珠 博士

中華民國九十九年六月九日

南 華 大 學
生 死 學 系
碩 士 學 位 論 文

台灣醫護人員死亡態度與生命意義
之相關研究

A Study of the Relationship of Death Attitudes
And Meaning of Life to the Medical care personnel
of Taiwan
(論文題目)

研究生：吳文淑

經考試合格特此證明

口試委員：熊同鑫
何長珠
蔡明昌

指導教授：何長珠

所 長：蔡明昌

口試日期：中華民國九十九年六月九日

謝 誌

「天空任鳥飛，海闊縱魚游」而「學習是一件令人賞心悅目的事情」，這是我離開學校進入陽明醫院退休後重拾書本之斬獲。然而，論文寫作是「從生活中攫取，由錯誤中學習」吾有所感，深感刻骨銘心，言不猶衷。吾訴之何教授，她回答：Good。當下所有能量有如泉般傾瀉湧而至，彷彿注入了甘霖，讓我再接再勵，勇往直前。這期間只求菩薩一件事：讓我做對的事，那怕辛苦輸入的資料，是七天、十四天還是三個禮拜，全面改寫也無悔。

昭光荏苒，隨著論文的付梓，本論文能順利完成，在恩師何長珠教授的耐心指導下，生平第一次感受到何謂「嚴謹治學的態度」，一開始便話說前頭：「寫些多人點讀，具有價值、有貢獻的東西，切勿只為了得到一個學位而寫論文。」她提拔我從原先一個小小視框（預計研究範圍；台北市護理人員 600 名），擴展到全台灣北到南五大行政區（研究對象：醫師與護理人員 1,457 名），這是一項不可能的艱鉅任務，尤其對我這樣一個退休人員，沒有行政資源，但在何媽媽老師諄諄誘惑下，終究達成這項創舉，真是慧眼識英雄（哈哈）。本論文從取樣至統計分析承蒙蔡明昌所長的細心指導、觀念的啟迪，遇到瓶頸您不時地給我鼓勵與打氣，有您的同在，穿梭醫院與學校之間覺得不再那麼孤寂、落寞，跟您說聲：謝謝。

感謝未曾謀面的口試委員熊同鑫教授的鼓勵與疏漏處之指正，使得本論文更臻完備，在此謹深致謝忱。

從接洽到行文、各家醫院 IRB 的通過、預試發放及回收正式問卷，這期間要感謝的貴人太多了，尤其感恩台北市立聯合醫院陽明院區胸腔內科陳富鈞主任，沒有您的鼎力相助是無法達成醫師的部分，與宋茂林院長、游顯妹副院長、沈希哲院長、曹世民主任、朱戈靖醫師、張靜瑛主任、舒曼妹主任、

王祖琪主任、邱豔芬主任、黃素珍主任、吳孟嬪主任、王維芳督導、雅美姐、英英、韋伶姐、怡真、連群專員、朱鈺峰先生與李俊鴻經理。更要感恩參與這次研究的 1,457 名醫師與護理人員，有了您們不嫌棄鼎力相助，方能完成此艱鉅任務，論文也因而誕生。

在研究所修業期間，感謝慧開副校長、蔡昌雄、永有法師、魏書娥、游金潁等老師在課業知識的傳授，尤其游老師啟蒙看清自己的特性，論文從質轉量化的大翻轉過程，感恩這位領航的導師。感謝玉枝姐在行政事務的協助；IRB 申請與醫院公文繁文雜節來返等；對南華的第一印象即從電話的那一端（台北）聽到您不厭其詳的解說，親切的關懷和解說，化解了不少我心中的忐忑不安，一般行政人員經歲月的歷練常會出現晚娘面孔，在您身上看不到一絲的傲慢，讓人感受到一股勃勃不倦助人的氣息。同窗伙伴曉惠、美玲、弘盡師、慶毅、俐伶、玉嬌兩年來的切磋討論與鼓勵，曾應鐘大哥的關懷，永難忘懷。

論文寫作期間，更要感謝莊榮輝老師隨時擔任我的心理輔導師、姨丈英文翻譯的指導、阿姨的鼓勵、關懷與支持；摯友蓮恩師、大正、秀美、賓鈞、秀惠、月珠姐的鼓勵；品仔、玉婷、事娥、立凡、盈瑩的協助。

最後，特將本文獻給我最敬愛的父親與母親及家人們鉅細靡遺，無微不至的關懷照顧與協助，其中小姪女們更是我的開心果，排解了我學習中不少的壓力。

促成我與南華研究所因緣的幕後功臣非我最親愛的老公莫屬，因他的鼓勵；推波助瀾，我因而報考，經他的諄諄教誨，殷殷期盼，我深受感動，全力以赴專注於課業研究中，他常告訴我：「現在唸書是為下輩子而讀的，你雖然離開陽明醫院護理長之職務，以期將來學成之後，將一己之力，發揮博愛之精神，幫助更多的人，進而造福社會人群，因此你所肩負之使命更宏偉

博大。」不經一番寒徹傲骨，焉得梅花撲香鼻，如今在各校紛紛吹起驪歌之際，我亦感染了一份收穫的喜悅。生命如一股急奔之狂流，若無攔淺之暗礁，激不起美麗之浪花；在這求學過程中，縱然有訴不完的艱辛，道不盡的辛酸，但一切將成追憶，別了親愛的母校及師長們，在此致上最深的敬意。

文淑 謹誌於 南華
中華民國九十九年六月

摘要

本研究旨在探討台灣醫護人員死亡態度與生命意義之現況。採問卷調查法，有效樣本 1,457 份 (78.5%)，以描述性統計、*t* 檢定、單因子變異數分析、Scheffe 事後比較、皮爾森積差相關與典型相關等方法進行資料分析。

結論如下：

- 一、死亡態度方面：「趨近死亡」最高，依次序為、「逃離接受」、「死亡恐懼」和「死亡逃避」。(一)男性醫師較女性醫護人員的死亡態度趨向於「死亡逃避」。(二)年齡層 20 至 40 歲者，其死亡恐懼與死亡逃避高於 41 至 50 歲者。(三)不同的宗教信仰在死亡態度中之「趨近接受」層面，基督教高於佛教、民間信仰與沒有宗教信仰。(四)逃避死亡層面，已婚高於未婚者。(五)不同資歷醫護人員之死亡恐懼與死亡逃避層面，5 至 9 年以下高於 10 年以上。(六)「有照顧臨終病患死亡經驗」的醫護人員，死亡恐懼與死亡逃避較低。(七)不同「最近何時經歷病患死亡經驗」的醫護人員在死亡態度四個分層面，皆達到顯著差異。
- 二、生命意義方面：「靈性層面」最高；依次為「宗教」、「社會」、「倫理」、「生活熱誠層面」、「社會」、「哲學」與「心理」。(一)男性醫師具有較高的生命意義，且顯著高於女性。(二)「在家排行」為獨生子、女之醫護人員，其整體生命意義，顯著高於老大、中間與老么。(三)「無親身經歷親友死亡」之醫護人員具有較高的生命意義。(四)參加生死教育相關課程之醫護人員，具有較高的生命意義。(五)服務於安寧單位的醫護人員，在整體生命意義上，顯著高於洗腎、手術室與護理之家。(六)醫護人員在「有無照顧臨終病患經驗」上，「死亡態度」未達顯著差異。
- 三、典型相關結果，死亡態度與生命意義存有顯著相關，其分別命名為「正向死亡態度與高生命意義」、「負向死亡態度與高生命意義靈性需求」與「趨向死亡逃避需高社會與心理支持」三組典型因素。

根據上述的研究結果，研究者提出具體建議，以作為推動後續研究者之參考。

關鍵字：醫護人員，趨近死亡，逃避死亡，民間宗教，無宗教信仰者，
臨終病患，精神層面，安寧中心

A Study of the Relationship of Death Attitudes and Meaning of Life to the Medical care personnel of Taiwan

Author : Wu Wen-shwu

University : Nan hua Universsity, Life & Death Department (postgraduate courses)

Date: June 9, 2010

Abstract

This research is aimed at exploring the attitudes of Taiwan's medical personnel toward death and their sense of the meaning of life which is closely related to the perspectives of life & death. I have conducted this research on the basis of questionnaire survey, involving valid samples 1,475 copies (78.5%). To this study, I have applied descriptive statistics, t-verification, single-factor variables analysis, Scheffe's After-comparison approach, Pearson's relation & Type relation methods to analyze the data and have reached the following conclusions, which are as follows:

I. The attitudes of Taiwan's medical personnel toward death

Their attitudes can be divided into four categories:

- (1) progressively approaching / accepting death (taking up the highest percentage)
- (2) evading the acceptance of death (the second highest)
- (3) fear of death (the third)
- (4) evading death (the fourth)

This sequence of the percentage order in their attitudes toward death suggests that the medical personnel can, roughly speaking, accept death as a natural course of life.

The following are the detailed depictions of this research:

1. Male doctors tend to “evade death” (the fourth category) more than female medical personnel in their attitude toward death.
2. Medical personnel aged from 20 to 40 have a higher percentage in “**fear of death**”(the third category) than those aged from 41 to 50.
3. In “**progressively approaching / accepting death**”, different religion believers have different attitudes or level of accepting death: Christians are higher than Buddhists and folk religionites or Taoists, as well as non-religionites.
4. Married medical personnel have a higher percentage than the unmarried ones in their attitude toward “**evading death**”.
5. The medical personnel with different service seniority have different attitudes toward “**fear of death**” and “**evading death**”; those with 5-year to 9-year seniority have a higher percentage or level than those with 10-year plus seniority.
6. The medical personnel with experiences of taking care of the terminally ill patients show a lower percentage or level of “**fear of death**” and “**evading death**”.
7. The time-distance of witnessing the patient’s death makes a big difference among the medical personnel in their attitudes toward death in the above four categories.

II. The sense of the meaning of life among Taiwan’s medical personnel

The spiritual level is ranked as the highest; the subsequent level orders are: religion, society, ethics (/ morality), passion for life, philosophy and psychology.

The following are the detailed depictions of this research:

1. The male doctors feel a higher level of life meaning than females.
2. The medical personnel of the only son/daughter in the family feel a higher level of life meaning than the oldest, the middle, or the youngest son / daughter.
3. The medical personnel without the experience of witnessing the deaths of their relatives feel a higher level of life meaning than those otherwise.

4. The medical personnel who have engaged in the education of life & death courses feel a higher level of life meaning than those otherwise.
5. The medical personnel who serve in the hospices feel a remarkably higher level of life meaning than those serving in dialysis centers / units, surgery rooms, as well as nursing homes.
6. The medical personnel with or without the experiences of taking care of the terminally ill patients make no big difference in their attitudes toward death.

III. Stereotype-relation Results

The attitude toward death is closely related to the sense of the meaning of life among Taiwan's medical personnel. The survey is concluded in the following three points:

1. The medical personnel with a positive attitude toward death feel or have a higher level of life meaning.
2. The medical personnel with a negative attitude toward death feel a spiritual need to enhance or heighten their sense of life meaning.
3. The medical personnel with a tendency toward the thought of evading death need badly a high support from social workers or the counseling from the psychiatrist or psychologist.

In conclusion, according to the above survey and research, I put forth some specific suggestions as reference and assistance for those who will undertake the study related to the similar theme.

Key words: medical personnel, progressively approach death, evade death, folk religion, non-religionite, terminally ill patient, spiritual level, hospice center

目 錄

第一章	緒論	01
第一節	研究背景與動機.....	01
第二節	研究目的.....	04
第三節	待答問題.....	05
第四節	名詞界定.....	06
第五節	研究範圍與限制.....	08
第二章	文獻探討	10
第一節	死亡態度及其相關研究.....	10
第二節	生命意義及其相關研究.....	26
第三章	研究方法	39
第一節	研究架構.....	39
第二節	研究假設.....	40
第三節	研究對象與方法.....	41
第四節	人體試驗委員會與倫理.....	44
第五節	研究工具.....	46
第六節	研究流程.....	59
第七節	資料處理.....	60
第四章	研究結果與討論	62
第一節	樣本特質之描述與分析	62
第二節	醫護人員死亡態度與生命意義之現況分析	70
第三節	不同背景變項的醫護人員在死亡態度與生命意義上差異之 探討	74
第四節	醫護人員死亡態度與生命意義之相關分析	116
第五節	討論	122
第五章	結論與建議	137
第一節	結論	137
第二節	建議	142

參考文獻

壹、中文	文獻	148
貳、英文	文獻	151
參、翻譯	文獻	154

附錄

附錄一	死亡量表使用同意書	155
附錄二	醫師生命意義及死亡態度之研究問卷（預試）	156
附錄三	護理人員生命意義及死亡態度之研究問卷（預試）	159
附錄四	醫師生命意義及死亡態度之研究問卷（正式）	162
附錄五	護理人員生命意義及死亡態度之研究問卷（正式）	165
附錄六	醫護人員的死亡態度單題作答分佈情形	168
附錄七	醫護人員的生命意義單題作答分佈情形	171

表 目 錄

表 2-1-1	國內外測量死亡態度的自陳量表	11
表 2-1-2	DAP-R（死亡態度量表）的題目因素結構	16
表 2-2-1	國內外測量生命意義與生命態度的自陳量表	30
表 2-2-2	全人生命意義量表的題目因素結構	35
表 3-3-1	施測樣本醫院人數統計表	43
表 3-4-1	死亡態度量表之項目分析結果	50
表 3-4-2	全人生命意義量表之項目分析結果	52
表 3-4-3	正式問卷死亡態度量表信度分析表	55
表 3-4-4	正式問卷全人生命意義量表信度分析表	56
表 3-4-5	正式問卷死亡態度量表之因素結構表	57
表 3-4-6	正式問卷全人生命意義量表之因素結構表	58
表 4-1-1	醫護人員樣本資料描述分析	67
表 4-2-1	醫護人員死亡態度整體得分分析摘要表	70
表 4-2-2	醫護人員死亡態度各層面分析摘要表	71
表 4-2-3	醫護人員生命意義整體得分分析摘要表	72
表 4-2-4	醫護人員全人生命意義各層面分析摘要表	73
表 4-3-1	不同背景變項的醫護人員在死亡態度量表獨立樣本 t 考驗摘要表	75
表 4-3-2	不同性別之醫護人員在「死亡逃避」分量表的獨立樣本 t 考驗摘要表	75
表 4-3-3	不同年齡的醫護人員在死亡態度上的單因子變異數分析摘要表	77
表 4-3-4	不同年齡之醫護人員在「死亡恐懼」與「死亡逃避」的單因子變異數	77
表 4-3-5	不同教育程度醫護人員在死亡態度上的單因子變異數分析摘要	

	表.....	78
表 4-3-6	不同宗教信仰醫護人員在死亡態度上的單因子變異數分析摘要表.....	79
表 4-3-7	不同宗教信仰之醫護人員在「趨近接受」的單因子變異數分析摘要表.....	79
表 4-3-8	不同婚姻的醫護人員在死亡態度上的單因子變異數分析摘要表.....	80
表 4-3-9	不同婚姻狀況之醫護人員在「死亡逃避」的單因子變異數分析摘要表.....	80
表 4-3-10	不同排行的醫護人員在死亡態度上的單因子變異數分析摘要表.....	81
表 4-3-11	不同資歷的醫護人員在死亡態度上的單因子變異數分析摘要表.....	81
表 4-3-12	不同資歷之醫護人員在「死亡恐懼」與「死亡逃避」的單因子變異數分析摘要表.....	82
表 4-3-13	有無經歷親友死亡之醫護人員在「死亡逃避」分量表的獨立樣本 <i>t</i> 考驗摘要表.....	82
表 4-3-14	不同服務科別醫護人員死亡態度的單因子變異數分析摘要表.....	83
表 4-3-15	不同於目前單位年資醫護人員在死亡態度上的單因子變異數分析摘要.....	84
表 4-3-16	有無照顧臨終病患經驗之醫護人員在「死亡恐懼」與「死亡逃避」分量表的獨立樣本 <i>t</i> 考驗摘要表.....	85
表 4-3-17	不同於照顧病患死亡經驗的醫護人員在死亡態度上的單因子變異數分析摘要表.....	86
表 4-3-18	不同照顧病患死亡經驗之醫護人員在「死亡恐懼」與「死亡逃避」的單因子變異數分析摘要表.....	86
表 4-3-19	不同於最近何時經歷病患死亡時間的醫護人員在死亡態度上的單因子變異數分析摘要表.....	87
表 4-3-20	不同最近何時經歷病患死亡經驗之醫護人員在「死亡逃避」的單因子變異數分析摘要表.....	87
表 4-3-21	不同背景變項的醫護人員在生命意義量表獨立樣本 <i>t</i> 考驗摘要表.....	88
表 4-3-22	不同性別之醫護人員在「生命意義」分量表的獨立樣本 <i>t</i> 考驗摘要表.....	90
表 4-3-23	不同年齡的醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要表.....	91
表 4-3-24	不同年齡之醫護人員在「生命意義」分量表的單因子變異數分析摘要.....	92
表 4-3-25	不同教育程度醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要表.....	94
表 4-3-26	不同教育程度之醫護人員在「生命意義」分量表的單因子變異數分析摘要表.....	95
表 4-3-27	不同宗教信仰醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要表.....	96
表 4-3-28	不同宗教信仰之醫護人員在「生命意義」分量表的單因子變異數分析摘要表.....	98

表 4-3-29	不同婚姻的醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要表	99
表 4-3-30	不同婚姻之醫護人員在「生命意義」分量表的單因子變異數分析摘要.....	100
表 4-3-31	不同排行的醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要表	101
表 4-3-32	不同排行之醫護人員在「生命意義」分量表的單因子變異數分析摘要.....	102
表 4-3-33	不同資歷的醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要表	104
表 4-3-34	不同資歷之醫護人員在「生命意義」分量表的單因子變異數分析摘要.....	105
表 4-3-35	有無經歷親友死亡之醫護人員在「生命意義」分量表的獨立樣本 <i>t</i> 考驗摘要表.....	106
表 4-3-36	有無參加生死學相關教育之醫護人員在「生命意義」分量表的獨立樣本 <i>t</i> 考驗摘要表.....	107
表 4-3-37	不同服務科別醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要表.....	108
表 4-3-38	不同服務科別之醫護人員在「生命意義」分量表的單因子變異數分析摘要表.....	110
表 4-3-39	不同於目前單位年資醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要.....	111
表 4-3-40	不同於目前科別年資之醫護人員在「生命意義」分量表的單因子變異數分析摘要表.....	112
表 4-3-41	不同於照顧病患死亡經驗的醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要表.....	113
表 4-3-42	不同照顧病患死亡經驗之醫護人員在「生命意義」分量表的單因子變異數分析摘要表.....	114
表 4-3-43	不同於「最近何時經歷病患死亡」之醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要表.....	115
表 4-4-1	醫護人員生命意義與死亡態度積差相關摘要表.....	117
表 4-4-2	醫護人員死亡態度與生命意義之相關研究.....	120
表 4-5-1	醫護人員背景變項對死亡態度與生命意義之差異分析彙整表.....	130
表 4-5-2	不同背景變項的醫護人員在生命意義上差異情形彙整總表.....	131
表 4-5-3	不同背景變項的醫護人員在死亡態度上差異情形彙整總表.....	132

圖 目 次

圖 3-1-1	研究架構圖.....	39
圖 4-4-1	醫護人員死亡態度與生命意義構面之典型相關分析路徑圖.....	121

第一章 緒論

本章共分為五節，包括研究背景與動機、研究目的、待答問題、名詞界定以及研究範圍與限制。

第一節 研究背景與動機

生命無常，死亡必然，是人生無法避免的事實。「生」與「死」是人生旅程中最重要兩個點，從「開始」至「結束」，在「生」與「死」之間存活著「生命的意義」，以哲學的觀點述說，看不到的可能有著另一個層級的意義。

隨著社會型態的改變，由農業社會、工業社會進入科技文明的社會，開發中國家進入至已開發，社會文化的變遷、時代巨輪的轉動，國家邁向整體經濟之繁榮。醫療的普及和平民化，使人類的死亡型態由急性死亡轉為慢性病，因而延長了人類的壽命。根據國內衛生署統計資料顯示，國人有八成死亡發生在醫療機構內，而西方國家也有近七成的死亡發生在醫院(Johnson, 1986)，這意味著醫護人員有較高的機會照顧瀕死病患或是面對已死亡病患，因此在實際參與病患死亡的過程中，醫護人員對生命意義、生命的價值、人性觀及死亡意義和價值觀，會不斷的影響對照護病患的品質及態度，更進一步影響醫護品質。

早在 1969 年 Kubler-Ross 就認為護理人員必須正視自己面對死亡時的情緒與態度，才能有效的照護瀕死病人(Kubler-Ross, 1969)。此外 Elise (1986)也指出護理人員對「死亡」害怕的心理，是造成對瀕死患者「非人性」護理態度的因素。從前至今大多數護理人員不僅不願在高死亡率的單位工作，也不願見到病患在自己值班時死亡(杜異珍, 1997)，因此在照顧瀕死病患時常會出現逃避的行為，而社會、文化、傳統、倫理、教育等對護理人員的角色高度期盼壓力下，多數醫師逃避照應瀕死病患的社會心理層面照應是最被詬病，常被主觀地批評為沒有顧及私人 and 人性部份，但這也許是醫師在實習

階段時照顧瀕死病患的環境和心理情境所致，也許是醫師自己對死亡的感受有因應上的困難，而反應在對終末期病患照料上的不足和處置不當(Barton, 1972；黃琪璘，1991)。

根據 Danger (1988)、藍育慧 (1995)、顧豔秋 (1997)之研究顯示，部份護士認為她們的護理專業養成教育，不足以幫助他們處理現實問題。護生在實習、經驗中面對瀕死患者多數學生身心會受影響，希望獲得情緒支持並增加對患者心理照顧之技能，因此對過去學校課程所學及在照顧瀕死患者所獲之幫助皆不滿意 (藍育慧，1995；顧豔秋，1999)。護理專業學校養成教育不盡符合臨床護理人員所需，護理人員及護生皆未能得到善盡的生死諮商與輔導，這顯示生死教育必然落實於臨床醫護人員是有其重要性的。曾有研究指出護理人員若無法接受個人的死亡，或對死亡的恐懼及負向態度往往會使其在護理瀕死病患時，產生個人及專業角色的衝突，因為瀕死病患會是其個人死亡的象徵而產生威脅，同時因內心的焦慮，以致無法滿足病患身心靈需求，不僅影響對瀕死病患的照護品質，也進而影響護理人員照顧瀕死病患之因應行為是否得宜。所以，護理人員必須在照護瀕死病患前就有心理準備，亦即接受生死教育，了解死亡的本質與意義，並且重視自己的死亡態度與反應，才能展現較正面的照顧行為傾向(杜異珍，1997；林綺雲，2000)。

在 2003 年曾爆發嚴重急性呼吸道症候群 (SARS) 的疫情，對社會、法律及倫理的衝擊很大，不僅一般民眾深感恐慌，醫護人員也面臨到空前的嚴重威脅。醫護人員歷經被隔離及封院，多人因此罹患創傷後壓力症候群，且多位醫護人員因染 SARS 而失去寶貴生命所引發的震撼；接著爆發醫療院所院內感染，導致部分醫護人員的離職風潮等。其中部分醫護人員或許因家人的壓力而選擇遠離這高風險的工作環境，但相對地為數不少醫護人員反而更積極勇敢地投入抗煞第一線，如百位醫護人員響應擔任志工，這些既是生命意義與死亡態度多樣面之展現。因此遭逢重大變故的人如何面對人生困境、走出生命的幽谷，其生死教育對醫護人員的生命態度是很重要的。

多數研究指出生死教育有助於人們面對自己的死亡，以較健康、正常的觀點來從死論死。協助專業或非專業 (包括家屬)的照護者，坦然地給臨終病患提供合宜的情緒支援，對喪親者適當的悲傷輔導及後續關懷。研究者發現國內在探討有關「生命意義與死

亡態度」的文獻論文，其對象大多是一般社會大眾如老人、青少年、青年及大學生，而對「醫院護理人員生命態度」方面，在近十年來僅有一篇黎筱圓 (2007) 針對高雄市醫院護理人員生命態度、幸福感與生命教育需求之調查研究。此外檢視目前國內的論文期刊，針對護理人員及護理學生以「死亡態度」研究為多 (林惠賢、黃惠莉，1999；吳麗玉、陳錫琦、曾煥棠，2000；莊淑茹，2001；顏淑慧，2002；顧豔秋，2001)，而且在台灣近十年的文獻只有針對「死亡態度」相關之探討，分別為黃琪璘 (1991)「台北市立綜合醫院醫師對死亡及瀕死態度之研究」，及李彬 (2005)研究「生死教育對醫學系學生生命態度教學成效之探討以某大學一年級學生為例」，之後陳瑞娥、吳讚美 (2008) 所著一篇「護理人員死亡恐懼與臨終照護之探討」與王瓊英 (2009)著「某醫學中心護理人員死亡態度、靈性自我覺察及瀕死病患照護行為相關因素研究」。因此，探討醫護人員的死亡態度與生命意義及其相關因素之研究，目前仍付諸闕如，顯然有必要再深入瞭解及探討。因此，在醫護界一個重要且值得注意的事實是，20年來台灣至今未有同時探究醫師及護理人員之相關文獻，他們對於死亡態度及生命意義所持的看法是值得深入研究及比較。本研究希望藉由瞭解醫護人員的死亡態度及生命意義之現況，來發現其在生死議題上可能之需求，以作為未來進一步養成教育中課程修訂與在職訓練中輔導教育之依據(生死輔導智能)，如此方能助於台灣醫護界對病患照護品質的提升。

第二節 研究目的

本研究的主要目的如下：

- 一、瞭解醫護人員死亡態度及生命意義的現況。
- 二、探討醫護人員不同背景因素在死亡態度上之差異。
- 三、探討醫護人員不同背景因素在生命意義上之差異。
- 四、探討醫護人員的死亡態度與生命意義之相關。
- 五、綜合研究結果提出具體建議，提供教育工作者及相關單位制定增進醫護人員對養成教育或在職訓練中，生死輔導智能及後續研究的參考。

第三節 待答問題

茲就研究目的，提出待答問題如下：

- 一、瞭解醫護人員死亡態度及生命意義的現況為何？
- 二、探討醫護人員不同背景因素在死亡態度上之差異為何？
- 三、探討醫護人員不同背景因素在生命意義上之差異為何？
- 四、探討醫護人員的死亡態度與生命意義之相關為何？

第四節 名詞界定

一、護理人員

指醫療機構及醫事機構中經護理師(士)/考試及格或檢覈及格，領有護理師(士)證書，並向地方衛生主管機關辦理執業登記者。(臺北市衛生局重要統計指標名詞定義，2009)

二、醫師

考試及格，領有醫師證書，並向地方衛生主管機關辦理執業登記者。

三、死亡態度

本研究採用羅素如(2000)修訂的「死亡態度量表」(DAP-R)之死亡恐懼、死亡逃避、死亡的中性接受、趨近接受、和逃離接受為死亡態度的內涵，若受試者得分越高則代表其在該分量中呈現高傾向之態度。此量表為一多面向之死亡態度量表其五個面向，茲說明如下：

1. 死亡恐懼 (Fear of Death) – 指一個人面對死亡情境時所引起的害怕、恐懼等負向想法及情感。
2. 死亡逃避 (Death Avoidance) – 指一個人逃避思考或討論與死亡有關的課題，因為這樣可以使自己暫時免於對死亡的恐懼。
3. 中性接受 (Neutral Acceptance)– 指死亡是生命的整合，個體能接受它是生命中自然

的一部份，既不歡迎死亡，亦不會感到害怕，只視為一項事實。

4.趨近接受 (Approach Acceptance) – 指將死亡視為通向快樂來生的道路，相信有幸福來生的死後世界。

5.逃離接受 (Escape Acceptance) – 指將死亡視為解脫痛苦的途徑，代表著生命空虛或不癒疾病者，死亡是生命受折磨的一種解脫。

四、生命意義

當個人能意識到自己存在的理由時，會感到有力量，並覺得自己存在是有價值的 (Hedlund et al., 1977)。本研究之生命意義係與英文之 Meaning of Life相同，是指個人對自己生命之意義與目的之知覺與感受的程度。

第五節 研究範圍與限制

壹、研究範圍

本研究範圍分別依「研究區域」、「研究對象」等兩方面說明如下：

一、研究區域

本研究以全國分佈行政區域北部、中部、南部、高屏及東部評鑑醫院為研究範圍(合計15家)，不包括未參加評鑑醫院與一般診所(約為10-15%)。

二、研究對象

本研究只以同意合作的15家評鑑醫院中，10-15%左右的臨床醫護人員為研究範圍。

貳、研究限制

本研究之研究限制包括「研究方法」、「施測限制」兩部分，茲說明如下：

一、研究方法：

本研究採取量化之相關研究法，因此對於生命意義及死亡態度的因果關係，不予探討；又由於採用研究問卷調查，因此無法深入探討個別的特殊狀況。

二、施測限制：

(一)由於人力、時間、財力之限制，且為顧及研究目的和變項控制，取樣時因醫院為維護醫療安全有管理階層的把關限制，研究時會採取嚴密的審查過程，故隨機抽樣時遇到種種執行層面上的困難。又依醫院屬性不同，相關研究申請程序亦不相同。根據研究者親自拜訪申請醫院(15家)行政程序將之歸納為五類：醫學中心、市立聯合醫院、縣立醫院，財團法人醫院及其他。研究對象以醫學中心為例，針對院外之研究，申請程序包括：1.學校行文(附上研究計畫書及問卷表)；2.院方行政會議通過；3.送研究審查之申請程序表；4.進入護理部審查階段(研究者必須曾受人體臨床試驗倫理、科學、法規與DCP相關課程)；5.通過醫院人體試驗委員會或醫療倫理委員會審(相關申請表至少六至十項)；6.進入醫院研究。倘非院內員工則窒礙於行政程序之冗長，以致無法執行發放問卷表。鑑此，僅能採取立意取樣方式。

(二)本研究係依文獻探討結果，擬定研究架構中之變項，故研究範圍僅限於研究架構中之變項。

第二章 文獻探討

本章共分二節，第一、二節分別探討死亡態度、生命意義及其相關研究。在此參考國內外論文期刊以做為爾後本論文研究結果之比較和分析。

第一節 死亡態度及其相關研究

Irvin D. Yalom《存在主義》中提到：「我們對死亡的態度會影響生活和成長的方式」(易之新譯，2006)，因此在探討死亡態度之前，必須先了解「態度」。態度與信念、思維的習慣、感覺以及性情朝向行為相關 (Corr & Nabe, 1997)，而社會態度是關於某一社會對象的正向或負向評價、情緒上感覺贊成或反對的行動傾向之持久性系統，實則包括感情、認知及行為三個主要成份(Rosenberg and Hovland, 1960; Krech, 1962; 張淑美，1996)。

因此研究者認為態度是指個體對人、事、物所持的看法與評價，包括理性(思考→邏輯判斷；感受→價值觀、意義所在)，感性(感覺→經由實際感知處理事物；直覺→以個人的無意識經驗作為行為基礎)兩範疇。

壹、死亡態度的定義與內涵

死亡態度是指個體對死亡此一現象所抱持的信念和感受，其在個人內及個人間死亡態度是多層面和多變化 (蔡明昌，1995)，並且不僅是對死亡較負面的「恐懼」或「焦慮」，應同時包含其他正向的態度如「接受」等 (Ray and Najman, 1974; 張淑美，1996)。

死亡態度的界定常因研究者的研究內容不同而有所不同，國內外學者最常以「死亡恐懼」及「死亡焦慮」的內涵來加以研究，其中又以「死亡焦慮」來代表個人的死亡態

度者居多；也有學者以死亡焦慮包含死亡恐懼為研究內涵(陳瑞珠，1994)。死亡態度之內涵應包括了個體對死亡與瀕死(dying)的各種情緒傾向與評價，和包括對自己的死亡與瀕死的態度反應，例如死亡恐懼、死亡逃避、對死亡的中性接受、趨近接受和逃離接受，以及對他人的死亡與瀕死的態度反應 (Wong et al., 1994; 張淑美，1996)。

許永政(2004)曾將死亡態度的內涵界定如下：第一、對死亡的看法以死亡觀、死亡禁忌、有關死亡的知識、生命意義表示；第二、對死亡威脅以失去自我、親友、失去財富、責任、悲傷與哀悼表示；第三、對死亡的恐懼以恐懼自己、他人死亡；恐懼自己、他人瀕死表示；第四、對死亡焦慮以對疾病的焦慮、死後生命、對時間飛逝、意外事件、世界大戰的態度表示；第五、對死亡的關切可由好奇、對死亡的希望、安寧療護、安樂死、墮胎、生命禮儀表示；最後，死亡的接受與逃避以對死亡的評價、逃避或接受死亡、談論死亡、生前遺囑表示。

貳、研究死亡態度之工具與應用

1967年Lester的死亡恐懼量表問世後，其他如Templer、Gesser、Wong、Reker等學者也陸續的編製與修訂死亡態度量表。早期學者多以死亡恐懼做為個體死亡態度的象徵，後來才在Gesser等人(1987)的死亡態度量表(Death Attitude Profile, DAP) 問世後，轉而對個人在死亡態度上有較多面向的考量。茲就國內外使用率頻繁的死亡態度之量表彙整如表2-1-1，藉以對死亡態度的內涵有概略性的了解：

表

2-1-1 國內外測量死亡態度的自陳量表

量表名稱	內涵
The Lester Attitude Toward Death Scale (1967)	1. 只針對死亡恐懼做單一向度的測量。 2. 作答方式為「是」與「否」共21項題目，內部一致性係數為.65。

	<p>3. 後經Larrabee (1978)修訂死亡恐懼量表之信度時，以研究生為對象的結果發現其重測信度提高為.81。</p>
<p>The Collett Lester Fear of Death Scale, FODS (1969, 1990, 2003)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 此死亡恐懼量表(FODS)為六點量表，用於測量單一向度的死亡恐懼。 2. 共36題，包括了四個層面：恐懼自己死亡、恐懼他人死亡、恐懼自己瀕死及恐懼他人瀕死。 3. 國內最早引用此量表的研究者為李復惠(1987)，研究對象為大學生。 4. 而近十年來持續被國內所引用的研究有顧艷秋(1997, 1999)調查91位護生及100位護理人員的死亡態度，發現死亡恐懼不受宗教信仰影響，且宗教與瀕死照護態度無關。 5. Lester於1990年修訂成Fear of Death Scale五點量表，共32題，曾被國內研究者修訂引用的有鄭淑里(1994)、林錦良(2005)等。 6. 於2003年，Lester and Abdel-Khalek 把量表題數刪減至28題而提高了其量表的信度，隔年開發了阿拉伯版的RFODS (Revised FODS)。
<p>The Templer Death Anxiety Scale, DAS (1970)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 由Templer 編製的死亡焦慮量表，為單一向度之量表。 2. 作答方式為「是」與「否」，共15項題目，內部一致性係數為.76。由於此量表的簡單易答，因此在問世後的10年之中被使用作為研究工具的大致佔了60%。 3. 國外的研究近年來常以此量表做為他們研究的工具，研究對象則是以大學生為主(Neimeyer & Brunt, 1995)。國內研究經修訂後使用的有林志龍(1999)測量醫學系與護理系學生的死亡焦慮，所有題目均以第一人稱敘述，其範圍包括面對絕症、時光飛逝、死後生命等向度，研究結果證明有正相關。
<p>The Dickstein Death Concern Scale, DCS (1972)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 由學者Dickstein所編製，以死亡關切為死亡態度之主軸，為一30 項題目之四點量表。 2. 主要測量兩個概念屬性：在意識上的思考死亡以及對死亡的負面評價，以整個量表為總分，分數愈高表示對死亡愈多思考、

	<p>較關切、較焦慮，內部一致性係數為.85。</p> <p>3. 曾被國內研究者修訂後使用的有蔡明昌(1995)用於老人死亡態度的測量、張淑美(1996)以國中學生做為其研究對象、曾廣志(2001b)用於研究商職生的死亡態度、以及丘愛玲(1989)用於研究國中教師的死亡態度等。</p>
Acceptance of Death (1977)	<p>1. 此死亡接受問卷為四點量表，旨在了解對死亡的接受程度而做為對死亡態度的測量，由Klug和Boss所編製，共8項題目。</p> <p>2. 曾被國內研究者修訂後使用之有丘愛玲(1989)、張淑美(1996)、黃琪璘(1991)、以及曾廣志(2001b)等。</p>
Coping with Death Scale, CDS (1980-1981)	<p>1. 由Bugen 編製之因應死亡量表，為六點量表。</p> <p>2. 主要用於測量瀕死態度、生命意義、處理失落、死亡思考表達等。</p> <p>3. 國內學者曾煥棠(1997)曾引用此量表翻譯修訂於護理學院學生死亡態度之研究(陳桂珠，2006)。</p> <p>4. 爾後陳桂珠(2006)引用了曾煥棠翻譯修訂後的量表於國中生的家長之調查研究。</p>
Death Attitude Profile, DAP (1987)	<p>1. 此死亡態度量表包含認知與情感層面，共21題之五點量表，由Gesseret等人所編製。</p> <p>2. 此量表分成四個向度：害怕死亡與瀕死、趨近的死亡接受、中性的死亡接受和逃離的死亡接受。</p> <p>3. 內部一致性介於.60~.89 之間。</p> <p>4. 國內研究者修訂後使用者有陳錫琦、吳麗玉與曾煥棠(2000)用於護校生；吳麗玉、林旭龍與呂昌明(1999)用於護理院生；藍育慧(1995)用於護專學生；陳瑞珠(1994)用於高中生以及巫珍宜(1991)用之於青少年的研究；翟文棋與連廷嘉等人(2001)則用此量表探討生死教育對高中生的死亡態度之影響的研究。</p>
Death Attitude Profile-Revised, DAP-R (1994)	<p>1. 此死亡態度描繪修訂量表由DAP (1987)修訂而來，由 Wong 等人(1994)所編製。</p> <p>2. DAP-R多了一個面向「死亡逃避」，而死亡逃避是一種可以讓</p>

	<p>人的意識遠離死亡的防衛機制(Wong et al., 1994)。</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Wong等人(1994)在DAP測量研究中發現，有些受試者有逃避死亡議題的現象：一個負向的死亡態度包含著死亡恐懼及死亡逃避，但是兩者的區分是必要的。 4. 死亡恐懼，個人遭遇死亡並感覺到它所喚起的恐懼；死亡逃避，個人避免思考或談論死亡以減輕死亡焦慮(廖芳娟，2000)，因此，Wong等人(1994)於DAP-R增加了死亡逃避層面的死亡態度，而由於此量表偏重於死亡態度的測量，故刪除了關於瀕死恐懼的層面。 5. 共分成五個面向：「死亡恐懼」、「死亡逃避」、「對於死亡的「趨近接受」、「中性接受」和「逃離接受」，總量表共有32題。 6. 此量表沒有總分，以各分量表之平均數愈高者，愈有該方面的傾向。 7. 優點在於它呈現了死亡態度廣泛的幅度，即從死亡逃避到中性接受至趨近接受。
--	---

表2-2-1中，研究者欲想瞭解醫護人員的死亡態度為何，是否與學者專家研究結果相同，因而決定採用DAP-R做為本論文測量醫護人員死亡態度的主要研究工具；再則，國內文獻根據研究者的調查結果，從1995至2000年間DAP此量表使用於護校、護專、護理院生研究當中，到目前為止尚無同時針對醫師及護理人員生命意義、死亡態度相關探討之死亡態度量表，這也是研究者採用DAP-R為本研究測量工具的另一考慮因素；接下來將針對DAP-R量表在第參點作較詳細的論述與探討。

參、死亡態度量表(Death Attitude Profile-Revised, DAP-R)

此量表由Wong等人在1994年以存在為觀點(existential view)之死亡態度而發展出

來，證明死亡接受(death acceptance)和死亡恐懼(fear of death)與追求生命意義是有相關性。除了同時探討個人面對必死性時的幾種不同方法，並根據概念化分析(conceptual analysis)的死亡態度建立三種獨特的死亡接受：「趨近接受」、「中性接受」和「逃離接受」。爾後他們根據一個多面向測量「死亡接受」、「死亡逃避」和「死亡恐懼」的工具發展了DAP-R的理論 (Wong et al., 1994)。以下將對DAP-R量表的構成因素、信效度分析及相關研究文獻作詳細介紹。

一、 構成因素

構成DAP-R量表的主要五個因素為：(一)死亡恐懼(Fear of death)指個人面臨死亡而引起的恐懼之感受；(二)死亡逃避(Death avoidance)指個人逃避思考或討論死亡以降低死亡焦慮，它是一個防衛機制以讓死亡遠離個人的意識；(三)中性接受(Neutral acceptance)視死亡為生命的整合；(四)趨近接受(Approach acceptance)包含有相信幸福來生的死後世界；(五)逃離接受(Escape acceptance)當生命充滿痛苦的時候，死亡將是受歡迎的選擇 (Wong et al., 1994)。上述的第三、四、五為死亡接受(Death acceptance)的三個要素，就廣義而言，死亡接受為內心存在著對最終出口(final exit)的準備。根據Klug和Sinha (1987)的定義，死亡接受包含了認知上的面對死亡，以及情感上對死亡的整合(Wong et al., 1994)。本研究採用五點Likert量表，以5、4、3、2、1 各代表「非常同意」、「同意」、「中立意見」、「不同意」、「非常不同意」。若受試者得分越高則代表其在該分量中呈現高傾向之態度。下表2-1-2為DAP-R(死亡態度量表)的題目因素結構：

表

2-1-2 DAP-R(死亡態度量表)的題目因素結構

因素/面向	題數 / 題目敘述
死亡恐懼 (Fear of death)	1. 死亡無疑的是一種陰森恐怖的經驗。 2. 想到我自己的死亡，就會引起我的焦慮不安。 7. 人終將會死，這個定局讓我感到困擾。 18. 我對死亡有強烈的恐懼感。 20. 死後是不是有生命，這個問題讓我感到非常困擾。 21. 死亡意味著一切的結束，這個事實令我害怕。 32. 死後將發生什麼事的不確定性讓我擔心。
死亡逃避 (Death avoidance)	3. 我盡可能避免去想到自己的死亡。 10. 每當死亡的想法進入我的腦海中，我都試著將它趕走。 12. 我經常總是試著不要想到死亡。 19. 我完全避免去想到死亡。 26. 我儘量避開與死亡相關的事物。
中性接受 (Neutral acceptance)	6. 死亡應被視為是自然的、無可否認而且是不可避免的事件。 14. 我認為死亡是生命過程中自然的一部份。 17. 我既不害怕死亡也不歡迎它到臨。 24. 死亡只是生命過程的一部份而已。 30. 我覺得死亡既不是好事也不是件壞事。
趨近接受 (Approach acceptance)	4. 我相信我死後定會進入天堂或極樂世界。 8. 我覺得死亡是通往極樂世界的入口。 13. 我相信死後將是一個比現世更好的地方。 15. 我覺得死亡是與上帝(神、佛...)及永恆至樂的結合。 16. 我認為死亡肯定會帶來嶄新輝煌的生命願景。 22. 我期盼死後能和我所愛的人團聚。 25. 我視死亡為一個通往永恆幸福之地的通道。 27. 我覺得死亡為靈魂提供了美好的解脫。 28. 在面對死亡時能讓我感到寬慰的是因為我相信死後仍有生命。 31. 對死後的生命懷有期待。
逃離接受 (Escape acceptance)	5. 死亡將結束我所有的煩惱。 9. 死亡可讓我從這個可怕的世界逃脫。 11. 我覺得死亡是悲痛與苦難的解脫。 23. 我視死亡為現世痛苦的解脫。 29. 我將死亡視為今生重擔的解脫。

資料來源：引自房麗媚(2007)

二、信效度分析

DAP-R的效度分析方面，Wong等人(1994)對300位受試者(青年人平均年齡 = 23.3、中年人平均年齡 = 41.8、老年人平均年齡 = 72.9，各100人)進行測試後，經由因素分

析得出32項題目。這些受試題目再由最大變異數(varimax)轉軸後完成建構效度的因素分析,所得到的總變異量為66.2 %,為有效的效度建構。而在信度方面,各面向的Cronbach α 值為「死亡恐懼」=.86、「死亡逃避」=.88、「中性接受」=.65、「趨近接受」=.97 以及「逃離接受」=.84。五個分量表的 α 值介於.65至.97之間,顯示此量表有穩定的信度。

在與其他量表做相關分析時,Wong等人(1994)發現互相呈顯著正相關的為DAP-R之「死亡恐懼」與死亡焦慮量表DAS (Death Anxiety Scale);「中性接受」與死亡觀點量表DPS (Death Perspective Scale)的死亡冷漠、意義差異SD (Semantic Differential)的生命評價(rating of life);「趨近接受」與DPS的死亡為死後生命的回饋、SD之生命和死亡評價;還有「逃離接受」與SD的死亡評價也呈現顯著正相關。而「死亡逃避」則與SD的死亡評價(rating of death)是呈現顯著負相關。

三、以DAP-R為研究工具的相關研究文獻

DAP-R的應用範圍廣泛,受試對象多以護理人員、學生、老師為主,而死亡態度與生死教育之關係是大部份研究者比較熱衷探討和研究的議題,在國內外皆有研究案例,茲就研究者找到以此為研究工具的國內外文獻作概要性論述。

以學生及老師為例,在國外Knight等人(2000)針對平均年齡為19.6歲,但第一次接觸死亡經驗的平均年齡在9.55歲,共297位修過心理學的公私立大學生做研究,受試者的背景資料包括「年齡」、「性別」和「附屬宗教」,結果顯示受試者第一次接觸死亡經驗的年齡愈小,其死亡恐懼則愈高;趨近接受度愈高者,死亡逃避和死亡恐懼也會升高;死亡逃避愈高的受試者,其死亡恐懼和中性接受度也愈高。而Schiappa等人(2004)研究一群大學生,在觀看第一部有關死亡與瀕死主題的10集電視連續劇後,發現他們的死亡態度有了顯著的改變;此外Tome和Eliaison (2005)曾對美國一所大學選修心理學的大學生進行研究,受訪者的背景變項有「年齡」、「性別」、「教育」、「附屬宗教」(religious affiliation)以及「宗教的禮拜儀式」(religious worship),他們的研究發現學生的

死亡接受會直接被原有的「宗教動機」(intrinsic religious motivation)所影響，以及間接的受背景變項所影響，此研究所測得之內部一致性F值介於.64~.93。

在國內的研究中，陳彥良(2002)針對33名國一喪親學生作調查，結果顯示在受過死亡教育課程後，其課程確實是有幫助的，在「死亡逃避」與「死亡恐懼」都有下降的趨勢，而「中性接受」則有上升的現象，但「趨近接受」受到「宗教」的影響居高不下，而「逃離接受」則產生下降的傾向。劉欣懿(2003)研究261名高中二年級的學生，結果顯示生死取向之生命教育對學生之生命意義與死亡態度有顯著之影響。蔡振傑(2003)研究64名國小五年級的學生，則發現生死教育課程方案僅對「死亡逃避」的死亡態度具立即性影響，而對「趨近接受」與「死亡逃避」具延宕性影響效果。莊麗珍(2004)以彰化縣市公立高中職教師為母群體，研究對象包括兼任行政職務的教師、導師、專任教師、教官、護理教師、輔導教師等406位人員，研究結果發現教師的死亡態度以「中性接受」得分最高；其死亡態度會因個人大部分背景資料與部分環境經驗變項的不同而有顯著差異；「死亡逃避」與死亡教育態度有顯著負相關存在，而「中性接受」、「趨近接受」與死亡教育態度有顯著正相關存在；死亡態度分量表中的「中性接受」與「趨近接受」與生死教育需求有顯著相關存在。近期則以房麗媚(2007)研究馬來西亞12所學校的高二學生1,014人，結果發現高二學生的死亡態度以「中性接受」得分最高。

在醫護及其他人員方面，Payne等人(1998)針對23位安寧療護和20位緊急部門的護理人員，比較他們之間的死亡焦慮程度，結果顯示安寧療護的護士有較低的死亡焦慮；而Rooda等人(1999)發現平均年齡41.8歲的403位護士，他們的死亡態度與其性別、附屬宗教、以及跟臨終病患的互動有關，而臨終病患的互動和死亡接受是呈現顯著正相關，但是卻與死亡恐懼和死亡逃避呈現顯著負相關；Weiler (2001)研究136位60歲以上的年長者，結果顯示死亡恐懼、趨近接受與幸福有顯著相關，生命意義與幸福的關聯部份為死亡態度所促成，而自我接受與死亡恐懼有極大相關，此外宗教與趨近接受也呈現極大的相關性。

國內的研究案例，羅素如(2000)研究從事殯葬相關服務的360個工作人員，其殯葬人員對死亡的態度，以「中性接受」態度為最高，而「死亡恐懼」的傾向最低，而死亡

態度會因教育程度、婚姻狀況、居住地區、宗教信仰、工作環境滿意度、接觸臨終經驗、深刻死亡事件、小時候談論死亡的情形、長輩態度、參加研習訓練、以及是否選修生死學課程之不同而有顯著差異。廖芳娟(2000)所研究的受試者為1,616名警察，主要針對台灣警察死亡態度的研究，結果顯示警察的死亡態度因其「性別」、「年齡」、「學歷」、「宗教信仰」等基本背景變項的不同而有顯著差異，有接觸死亡經驗者其「中性接受」較高、「死亡恐懼」、「趨近接受」與「逃離接受」較低；然而若接觸死亡經驗中是由自己造成他人的死亡，則其「中性接受」反而較低，警察的生死教育需求與死亡態度有顯著相關，生死教育需求變項與「死亡恐懼」、「中性接受」、「逃離接受」及「趨近接受」之間有顯著的正相關。因此可見許多因素皆會影響對死亡的態度，以下將提出各個因素作細部討論。

肆、影響死亡態度相關因素之探討

一、性別

性別常是被研究的變項之一，由李復惠(1987)、巫珍宜(1991)、王素貞(1994)、陳瑞珠(1994)、蔡明昌(1995)及張淑美(1996)的研究結果皆顯示女性的死亡恐懼與死亡焦慮都較高於男性，由死亡焦慮量表DAS (Death Anxiety Scale)所做的測量研究結果便支持此項的說法。但有部份的研究在引用DAS時卻發現對鄉鎮的高中生(Young and Daniels, 1980)和老人(Sanders et al., 1980)之情況剛好相反，Neimeyer等人及Thorson和Powell學者在死亡恐懼量表(Lester Fear of Death Scale)時印證了此研究(Neimeyer and Brunt, 1995)；廖芳娟(2000)、Wong等人(1994)的研究也發現男性的死亡逃避高於女性。即便如此，心理學家Erik Erikson 堅稱婦女仍將是關懷、撫育的要員，不管工作責任是否轉移，而且此種角色將影響工作環境。然而，相對地直接影響到與病患的溝通、病情告知技巧與照護。誠如Dickinson Pearson (1979)的研究也發現男性及女性醫師對待瀕死病患

顯的不同，女性醫師能更有效地對待末期病患及其家屬互動，雖然他們也表示，因為經常思及死亡而且比男性更易因病患的死亡而沮喪。

二、年齡

人生在每一個發展階段，對死亡的概念和看法會隨年齡、成熟及經驗而有所改變，意義亦不同。Synder (1973), Yeaworth (1974)及Wheler (1980)研究顯示低年級護生較高年級者常想到自己的死亡與瀕死情形，而藍育慧(1992)也發現護生愈年長者其死亡恐懼較低，且對他人瀕死能做開放性溝通。護理人員方面，其年齡在該單位工作的時間愈短，面臨病患死亡的衝擊愈大，且在該單位工作間愈短者哀傷反應愈大(Óhara,1996; 施素真，1999)。蔡明昌(1995)以中老年人為研究對象，發現65至69歲的老年人死亡焦慮，高於75歲上及65歲以下的老人。死亡的焦慮以年輕者的樣本為高，特別是那些高度參與宗教者(Beg and Zilli, 1982)，儘管年長者較常沈思於其本身的死亡，但因此死亡對他們反而較不具恐懼性 (Kalish and Reynolds, 1977)，且可能老年人一生中的主發展任務多被接受或完成，死亡真實性亦愈逼近，因此較能接受死亡 (Wong, 1994)。但廖芳娟(2000)以警察為對象則發現年齡越高者死亡逃避越高，其結果與上述相反，在曾會(2003)、徐美慧(2006) 及林素貞等人(2006) 的研究認為年齡與死亡態度無顯著相關，這之間的差異沒有一定的定論，是否還有其他因素之影響？需要未來做更進一步之研究。

三、教育程度

大部分研究顯示教育程度與死亡態度有相關性，蔡明昌(1995) 發現國內老人關切度以不識字者最高，羅素如(2000)則發現殯葬人員教育程度低者，在中性死亡接受方面較低，而警察之學歷愈低也愈恐懼死亡及逃避思考死亡(廖芳娟，2000)，另外，護理人員教育程度越高愈不會逃避死亡(李素貞，2006)。這些結果大多對教育程度低者有較負

面死亡態度，僅少部分研究顯示教育程度與死亡態度無顯著相關(徐美慧，2006)。

四、宗教信仰

早在1959年，學者Feifel就對探討宗教與死亡態度關係的研究(預試對象82人)認為「有宗教信仰的人，當與沒宗教信仰的人比較時，是更加害怕死亡的」。另外其它的研究同樣發現有宗教信仰者，趨近死亡的接受度越高(吳麗玉，1997；陳錫琦、吳麗玉、曾煥棠，2000；曾會，2003)，且信仰虔誠度越高對死亡恐懼則會越低(李復惠，1987；黃琪璘，1991)。但曾廣志(2001)對有宗教信仰高職生與李素貞等人(2006)對有信仰的護理人員之研究發現，他們雖然較不逃避死亡，卻在死亡接受上無顯著差異，而信仰虔誠度強烈之醫師對「死後生命說」及「永生說」持非常相信肯定看法者，在恐懼自己死亡及恐懼自己瀕死上，均有較低的恐懼(黃琪璘，1991)。在不同的宗教信仰會對生死教育需求造成顯著的影響(陳瑞珠，1994)，廖芳娟 (2000)的研究發現警察人員中信仰西方宗教者，在死亡恐懼、死亡逃避態度上明顯大於無宗教信仰者，且在趨近接受態度上，西方宗教大於東方宗教及無信仰。但也有研究發現宗教信仰與死亡態度無關 (丘愛玲，1989；顧豔秋，1990；王，1994；蔡明昌，1995；張，1996；林，1999；洪翔隆，2001)。

五、婚姻狀況

婚姻與死亡態度的相關性並無一致性結論。在配偶死亡者會傾向於逃避死亡(Swenson, 1961)，已婚有孩子之女性死亡焦慮也較高(Cole, 1978)，且核心家庭比未婚者有較高死亡焦慮(黃琪璘，1991)，已婚者在面對他人瀕死其恐懼度是較高而且具逃避傾向，但未婚者則是逃避接受死亡態度(藍育慧，1995；廖芳娟，2000)；此外，夫妻相處在「良好」的比相處「冷漠」、「尚可」、「無交集」的夫妻則更傾向逃離接受(曾會，2003)。但 Rhudick和Dibner (1961)以及Dixon (1980)卻發現死亡態度不受婚姻狀況影

響，黃琪璘 (1991)、顏淑慧 (2002)和徐美慧 (2006)的研究也有類似的結果。

六、在家排行

在國外兄弟姊妹數較多者有比較高的死亡焦慮度，而且長子女的死亡焦慮度比較高陳瑞珠(1994)；但國內的結果卻是無顯著相關(李復惠，1987；蔡明昌，曾廣志(2001)。

七、最深刻人物死亡與死亡事件

陳瑞珠(1994)的研究發現，高中生「有無接觸深刻的死亡經驗」與其死亡態度有顯著差異，推測有深刻的死亡經驗者已經知道死亡是如何，所以能夠比較正向、積極的來看待死亡。但巫珍宜(1991)的研究結果發現有接觸死亡的經驗者反而比較害怕死亡、瀕死；在其他研究者的研究結果同樣顯示接觸死亡的經驗對個人的死亡態度會造成影響，然而也有研究者認為死亡經驗與死亡態度無關 (陳瑞珠，1994)。

八、親身經歷親友死亡

個人接觸死亡經驗與個人死亡態度的相關性並無一致性結論。以正向結果來看，黃琪璘(1991)發現曾得過嚴重疾病之醫師有較高死亡接受度，且有接觸意外死亡、重病、自殺之國小老師其死亡焦慮較低，而接觸死亡經驗者其中性接受較高，死亡恐懼、趨近接受與逃離接受較低(廖芳娟，1999)；陳錫琦、吳麗玉、曾煥棠(2000)則發現家中曾有患重病或瀕死病患經驗者，其「中性死亡接受」比無經驗者高，此外有參加葬禮的護專學生，其死亡逃避也是較低的(顏淑慧，2001)；但反向的結果，巫珍宜(1991)發現曾經接觸家人死亡者，是傾向於害怕死亡與瀕死。不論正反向結果，其家人或重要他人死亡的經驗，是影響吾人死亡態度很重要的因素 (Franke and Dunak, 1990)。另外有部份研究

顯示接觸死亡經驗並不會影響其死亡態度(丘愛玲, 1989; 曾會, 2003; 李素貞, 2006; 徐美慧, 2006)。

九、生死教育影響

死亡教育會影響醫護人員對死亡的態度，並進而影響面對臨終病患照護的態度(黃琪璘, 1991; 藍育慧, 1995; 曾煥棠等人, 1998)。根據Dickinso和Pearson (1981)調查1,540位在1972至1975年畢業的醫師，發現未修完「死亡和瀕死課程」或只修部份的醫師受試者，對「告訴臨終病人病況」及「治療臨終病患」會越感到不自在，然而修過死亡教育課程的醫學生，較易與病人建立「醫療者與病患」診療關係，並對其處理瀕死病患的態度較為正向。

十、服務的科別

一般的推論是個人極度受死亡焦慮影響者通常選擇非臨床的科別，像精神科(Krakowski, 1982)，其他科別常需持續地與瀕死病患接觸，特別是腫瘤科、神經科和外科，這種頻繁的接觸中減輕了醫師的害怕及精進醫療處置的熟悉度，其對死亡威脅量表的分數都顯著性地極低(Krieger, 1977)，但Jones (1984)則發現婦產科、腫瘤科、精神科對死亡、瀕死的恐懼平均數 (Mean score) 較其他科別醫師來的高。而工作於安寧病房常照護瀕死及死亡病患的護士，比不常照護瀕死及死亡病患的護士，對死亡有較正向的態度，並且對自己的死亡、他人的死亡及他人的瀕死不恐懼(Bailey, 1980; Gribbins, 1982; Norbeck, 1985; Brockopp et al., 1991)。

十一、服務年資

工作年資與瀕死病患照護行為之相關性，研究結果不一。Benica等人發現護理總年資及加護年資愈久者，病患死亡之壓力愈小，但工作經驗多護士有較高死亡焦慮(Denton and Wisenbaker, 1977; Stoller, 1980)，這可能表示護理人員工作經驗多，更了解他們對重病患者的無力感，而有較高的死亡焦慮。但李素貞等人(2006)和徐美慧(2006)的結果顯示工作經驗年限之多寡沒有使護理人員對瀕死病人之態度具有差異性。

十二、照顧臨終經驗

照顧瀕死病患經驗與死亡態度之間研究並不多，且無一致性結論。藍育慧(1995)研究發現曾具臨床資歷的護生在死亡態度上較傾向害怕死亡與瀕死。然而李復惠(1987)發現曾有接觸重病患者經驗者其死亡恐懼會降低，且接觸死亡經驗越多的護理人員較不逃避死亡，但死亡接受上則無顯著差異(李素貞等人，2006)；但顧豔秋，1990(1997)及徐美慧(2006)則發現護生之死亡態度與接觸死亡經驗無關。

伍、醫護人員的死亡態度

死亡的話題對於國人一向是禁忌，少有人願意主動坦然去觸碰，即便是醫護人員。因此雖然他們無可避免的會面對病患的死亡，但卻普遍缺乏處理臨終問題的訓練。等事情發生時，醫護人員生澀的表現往往引起病患家屬的誤解與不滿，甚至造成彼此間難以彌補的傷害。根據Kastenbam和Aisenberg的研究指出醫師往往比一般人更難以面對死亡的恐懼，對死亡的恐懼高於普通人的平均水準，在接觸死亡最前線的醫師，實際上比一般人還容易受到死亡的恐嚇(黃琪璘，1988)。

從醫學院學生談起，他們雖然知道死亡是不可避免的，卻仍然認為自己有能力掌握

生死，所以會以專業及客觀的「醫學專業術語」來描述死亡，並且認為對死亡的自由選擇度很高(洪翔隆等人，2002)。直到自己在醫院經歷所照料的病人死亡時，才會感受生物醫學的有限性，也開始體會到死亡是這麼樣地真實與貼近，這時又想成為具有專業能力的護理人員，就會因為高的社會期許，而壓抑了自己面對死亡的焦慮 (Chang and Lin, 2000)。因此Kubler-Ross (1969) 就認為，護理人員必須能夠有效處理自己面對死亡的態度與情緒，才能積極地護理瀕死病人及其家屬。因為瀕死病人是自己死亡的徵象，在心態上不能接受自己死亡的護理人員，在照護瀕死病人或與瀕死病人家屬互動時，就容易產生個人及專業角色上的衝突(Keck and alther, 1977)。瞭解醫護人員的死亡態度，予以適時適切的輔導與教育，才有助於醫療照護品質的提升。

陸、生死輔導智能

鈕則誠、趙可式、胡文郁(2007)對「生死輔導」的看法，「生死輔導」涉及「生」與「死」兩方面，可以處理的議題至少包括「生」的生育問題，以及「死或不死」的自殺問題，不同文化系統對此實有不同的解答。再則「智能」依據丁淑媛等人(2009)編製之學典定義是：「個體能完成較高層次認知活動的能力」。因此以研究者整合觀點，「生死輔導智能」即遭逢人生課題，結婚、生子、老化、疾病，包括生死教育、悲傷輔導、臨終關懷、殯葬禮儀與後續關懷，對於問題處理解決的能力。

從瞭解醫護人員的死亡態度與生命意義之關係，其可以直接影響到對病患照顧的品質。因此醫護人員若能預先培育生死輔導智能的生活修養與職能，相對地在臨床上能對自己與病患、家屬達到平安及安心。

第二節 生命意義及其相關研究

何謂意義？Hedlund (1977) 將意義區分為 1. 界定性的意義(definitional meaning)：即對某概念的界定，藉此我們可以了解對方說話的意思，並給予適當的回應；2. 個人的意義(personal meaning)：即指個人存在的基礎或理由，個人如果能意識到自己存在的理由，則會感到有活力，覺得自己的生命是有價值，且知道自己生命的方向，會有動機認真地作事。而生命的意義是靈性的重要部份，也是個人獨一無二的特性，人生如果缺乏會導致心靈困擾、空虛與絕望 (Dyson et al., 1997)。Frankl 也曾提到人活著不只為了追求歡樂與避免苦痛，而是尋找個人生命的意義 (Frankl, 1967; 2003)。因此，生命意義是人一生終極關切(ultimate concerns)的議題，了解個體生存的意義將影響個人主觀的幸福感受 (Emmons & Aleutian, 2003)。

壹、生命意義的定義與內涵

「我是誰？生從何來？死何從去？我為什麼存在？」在遭逢生命邊際之間的課題時(如愛、恨、情仇、受苦別離的經驗、壓力、危機、死亡等)，平常隱藏寓居於潛意識裡「生命的意義為何？」，此時是否顯現於世，賦予我們個體存在有一方向感與價值感的目標，指引朝著方向不斷的尋找生命意義的解答。所以，探索人生的意義，多半是屬於經驗的領域，而非只是知識的範疇：面對種種深刻的人生問題，例如；生老病死、恩怨情仇、宦海浮沉、悲歡離合、窮通禍福、安身立命...等等，都是生命深層經驗的探索，絕非僅靠知識的獲得就能徹底解決(釋慧開，2001)。

因此生命的意義為一種能給予個體存在有方向感與價值感的目標，藉由實現此目標的過程，個體可以獲得「成為一個有價值的人」的認同感(Crumbaugh, 1973)，換句話說，當個人能意識到自己存在的理由時，會感到有力量，並覺得自己存在是有價值的(Hedlund et al., 1977)。故Crumbaugh (1973)將「生命意義」界定為：「一種能賦予我

們個體存在有一方向感與價值感的目標，並藉此目標我們可獲得一種身為有價值人物的「認同感」。

生命意義的內涵在Fabry (1980)將其分為二個層次：1.終極意義 (ultimate meaning)：係指宇宙中有一超越人類、且無法被驗證的律則，有人稱之為「神」，有人稱之為「自然」，或其他名稱 (例如：「道」)，對於此一律則，我們較著重追求的過程，而不是能否達成；2.此刻的意義(meaning of the moment)：係指在生命的每一瞬間皆有一個有待實現的使命，個人只能以負責的態度來回應。Yalom (1980)對於生命意義的二個層次則是：1.宇宙生命的意義(cosmic meaning)：系指宇宙中有一不變的規律，這規律是超越於個人之上或之外，非人類所能理解；2.世俗生命的意義(terrestrial meanin)：即個人有個有待實現的目標，在這過程中，個人可體驗到自己的生命是有價值的。

生命是否有意義係基於個人的統整感及關連感(feeling of integration and relatedness)，是種充實且重要的感覺，當個人感到疏離、虛無時，即為無意義，因此Battista及Almond將生命意義界定為：個人肯定並信仰某事的價值，且積極投入其中，而對個人的生命有所了解，知道自己是在往某一目標前進(引自Battista和Almond, 1964)，換句話說，認為一個目標只要有清楚的行動規則及讓人集中心力去參與的方法，它就能使個人的生命有意義(Csikszentmihalyi, 1991)。

貳、意義治療法 (Logo therapy)

意義治療法乃由Frankl (Frankl,Viktor E., 1905-1977) 所創，「Logos」是希臘字，表示「意義」(Meaning)。它是一種較少回顧(retrospective) 和內省(introspective)的方法，把焦點放在未來，即未來將要完成的工作與意義(趙可式、沈錦惠，1998)，是一種從生活環境當中的文化及社會型態選擇與個人生命意義相符合之價值，再從這些價值裡找到個人意義的表達方式(游恆山，1991)。其目的在教導人們去尋求個人的生命意義，一種能賦予個體存在方向感或價值感的目標。綜合言之，Frankl的意義治療學代表著一種生

活哲學、一項人格理論以及一種情緒問題的治療技術。對於意義治療法的基本概念，Frankl提出了三個理論假設，它是三個互相連鎖的基本信念：意志的自由(the freedom of will)、求意義的意志(the will to meaning)與生命的意義(meaning of life) (Frankl,1967)。

「意志的自由」指的是能夠感受意志的自由，即便是身體被囚禁了，其思想仍是自由的；生命不息，自由便不止，人有能力在各種境遇中選擇一種最有利於生存的方式，把自己的生命延續下去。「求意義的意志」即假定人們有追求意義的基本需要和傾向，可說是人類的最普遍現象，也是最基本的需求；在Frankl的觀點，人的本性是追求人生的意義，一個人能夠從最為不利的環境中生還，必然是因為它懷有一份生存的意義，而這份意具有特殊性及個別性，能為他個人所認定與實現。最後，「生命的意義」因人而異、因時而異，最重要的是明白個人生命在具體時間的具體意義；人類最基本的生存動力在於「求意義的意志」，便是發現讓一個個體可以忍受任何逆境而活下的理由，藉這個意志來提供個人是有意義與有價值的認同，而維持心理之健康，成為強韌的生存要件(游恆山，1991)。

在生命意義的獲得上，Frankl由人類行為經驗的現象分析指出生命的意義是會改變，但永遠不失其意義，並歸納出發現生命意義的三種途徑以展現對生命的肯定：創造的價值(creative values)、經驗的價值(experiential values)以及態度的價值(atitudinal values) (游恆山，1991; 趙可式、沈錦惠，1998; 郭靜晃等，2002)。「創造的價值」指透過某種類型的活動以實現個人的價值，即功績或成就之路，亦即工作的意義，例如經由個人工作、嗜好、運動、服務、自我的付出或貢獻、與他人所建的關係等來發現生命的意義；「經驗的價值」是藉由對世界的接納與感受中實現的，即經由體驗某種事物或經由體驗某個人(愛情)來發現生命的意義，例如欣賞藝術作品、投入大自然懷抱、與人交談、體覺等；而「態度的價值」則是當個人面對無法改變之命運(罪惡感、死亡或痛苦的逼迫)時所決定採取的態度屬之，此受苦難的意義，是人類存在的最高價值所在，例如個人所持的生活信念或價值觀。

在意義治療法的另一概念為存在的挫折(existential frustration)與存在的空虛(existential vacuum)。Frankl認為人類最原始的動機力量是「求意義的意志」，有很多病

患抱怨對自己的生命感到全部無意義，他們無法體認到為了它就值得活下去的某種意義，他們被內在的空虛所縈繞糾纏，一種虛幻的寂寞存在他們體內，此種境遇稱之為「存在的空虛」；存在的空虛是二十世紀的一種普遍現象，其所表現最主要的現象是無聊厭煩(趙可式、沈錦惠，1998)。一個人求意義的意志受挫折即意義治療學所稱的「存在的挫折」，亦即「存在的空虛」會進一步引發「存在的挫折」，遭遇存在挫折的人，往往藉著酗酒、賭博、吸毒、犯罪、性氾濫等來填補其空虛的心靈(何奇英，1987)。「存在的挫折」很嚴重的狀況下會導致「心靈性精神官能症」(noogeruc neurosis)，當人有此種狀況出現時，Frankl認為若能參透「為何」才能迎接「任何」(He who has a why to live for can bear with almost any how)，因為他認為這世界上並沒有什麼東西能幫助人在最壞的情況中還能活下去，除非體認到他的生命有意義。

參、生命意義的評量方法及相關內涵

在質化的個案研究之外，傳統的生命意義感之評量工具係以自陳量表為主，在西方文本中常見的生命意義感之評量工具包含 Crumbaugh 和 Maholick (1964)的生命目的測驗 (Purpose in Life Test)、Battista 和 Almond (1973)的生命指數量表(The Life Rrgard Index)。而在國內研究部份則有何奇英(1990) 編製的生命態度剖面圖、宋秋容(1992)發展的生命意義量表、吳秀碧、賀孝銘、羅崇(2002) 所發表之生命意義觀量表及謝曼盈(2003) 發展的生命態度量表等。生命意義感的測量工具頗多，各學者論述所包含的面向也有差異，茲將國內外相關文獻中經常所見的評量工具彙整如表 2-2-1。

表

2-2-1 國內外測量生命意義與生命態度的自陳量表

量表名稱	內涵
生命目的測驗 (Purpose in Life Test; PIL)	<ol style="list-style-type: none">1. 本測驗為 Crum Baugh 和 Maholick (1964) 依據 Frankl 於 1955 年發表之意義治療學(logotherap)理論編製而成，用以測量個體對生活所感受到生命意義與目的之程度。2. 當個體覺得生命無意義時，會感受到「存在空虛」，從而引發「存在挫折」。3. 本測驗共有 20 個題目，採 Likert 式七點量表以全量表加總計分。4. 測驗樣本包括 805 個正常人和 335 個精神病人，研究結果與 MMPI 中的憂鬱量表、Srole 的無序感量表有顯著相關(楊宜音、張智學、彭泗清等譯校，1997；曾郁榆，2005)，何英奇(1990)、宋秋蓉(1992)、何紀瑩(1994)、劉德威(1997) 等國內學者均求得 PIL 具有良好信度，此測驗是國內外最被廣泛引用的量表，具有良好的信、效度。
生命指數量表 (The Life Rrgard Index)	<ol style="list-style-type: none">1. Battista 和 Almond 於 1973 所編製，旨在測量個人發現其生命目標的能力及其生命目標的程度。2. 該量表有兩個分量表，分別為生命架構與生命實現分量表。3. 本測驗共有 28 個問題，研究樣本為史丹佛大學醫學院學生 229 人。4. 該研究選取平均值 1.5 個標準差以外的高生命意義樣本 14 人，與低生命意義樣本 16 人，進行第二次的訪談，以作為該量表的測驗信度，比較測驗結果與訪談結果大致相符，重測信度為.94，且兩個分量表的相關為.76。
生命態度剖面圖	<ol style="list-style-type: none">1. 本量表係何奇英 (1990)根據 Frankl 的意義治療理論之主要概念編製而成。2. 旨在使國內進行有關意義治療理論之研究與應用時，能提供一個有效的多面向生命態度評量工具。3. 本測驗共有 39 個題目，包括六個分量表：求意義的意志、存在盈實(無挫折)、生命目的、生命控制、苦難接納、死亡接納，已涵蓋 Frankl 的主要概念。4. 研究對象為 615 位大專院校學生，信、效度皆佳，Cronbach α 係數介於.65~.87 間，重測信度為.85($p < .01$)，量表採用 Likert 式五點量尺，有正向題與反向題，各分數相加即為生命意義感之總分，總分愈高，代表其生命意義感愈高。
生命意義量表	<ol style="list-style-type: none">1. 宋秋蓉(1992)依據 Crumbaugh 和 Maholick (1964)編製 PIL 而修訂形成「生命意義量表」。2. 「生命意義內容」則提出 12 項架構做為青少年生命意義內容分類的依據，包括：求知、學業、活動、關係、服務、成長、逸樂、獲取、健康、工作、外表、信念。3. 研究對象以中部四縣市的國中生、高中(職)學生共 484 位。

	4. 本測驗 20 個題目共分成「對生命的熱誠」、「生活目標」、「自主感」、「逃避」、「對未來期待」等五個分量表，量表採用 Likert 式七點量尺方式作答，各題得分予以相加，分數愈高代表有愈清楚的目標，其生命意義感愈高，Cronbach α 係數為.847，為評量生命意義之有效工具。
生命意義觀量表	<ol style="list-style-type: none"> 1. 吳秀碧、賀孝銘、羅崇誠(2002)採用焦點團體研究法進行結構式訪談收集大學生之生命義觀的資料。 2. 旨在評量大學生生命意義感的高低；歸納出四種生命意義的向度，亦即生存層面、生活層面、存在層面、以及死亡層面。 3. 量表共有二十九個題項，由四個分量表所組成。 4. 此量表經第一次抽樣形成因素與項目分析後確定其四個因素結構，並經第二次抽樣驗證後顯示因素結構仍保持高度的穩定不變，因此，此研究所發展出之量表為一具有信、效度的量表。
生命態度量表	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本量表係謝曼盈(2003)根據 Sartre、Frankl、May、及 Rogers 四人的理論基礎編製而成。 2. 旨在發展一個有效的量表，測量學生「生命態度傾向」，以作為教學的參考與回饋之用。 3. 本測驗共有 70 個題目，包括六個層面：理想、生命自主、愛與關懷、存在感、死亡態度、生命經驗，研究對象為 1006 位大學生。 4. 信、效度皆佳，Cronbach α 係數介於.67~.90 間，重測信度為.91($p < .01$)，量表採用 Likert 式七點量尺，有正向題與反向題。

資料來源：引自戴玉婷(2009，未發表)

肆、全人生命意義量表

一、量表之構成

此量表由何長珠研究團隊(2009)所編製。本研究理論基礎係以 Carl Ransom Rogers(1902–1987), Erikson(1902–1994), Viktor E.Frankl(1905–1997), Rollo May (1909–1994)及 Irvin D.Yalom(1931–)五位學者的理論作為量表發展的理論基礎，並參考宋秋蓉(1992)–青少年生命意義量表、何英奇(1990)–生命態度剖面圖及近年各學者所發表與生命意義相關之研究成果，探討出生命目標(理想、未盡事務)、生命價值(愛、助人、

生命長短、受苦、孤獨)、自我概念(調適、自我價值)、生命品質(幸福感、憂鬱)、生命自由(自主性、選擇、超越)、宗教(輪迴)及死亡(恐懼、焦慮)七個向度做為量表發展內涵。

首先就生命目標(理想、未盡事務)而言,依據 Frankl (1963) 引述尼采的話說:「懂得為何而活的人,幾乎任何痛苦都可以忍受」。反之,人若無法發掘死亡所代表的正面意義,那他們的傷痛將會是一輩子的 (Parks, Laungani & Young, 1997)。接著生命價值(愛、助人、生命長短、受苦、孤獨),根據意義治療法的說法,失去意義會引發沮喪,導致 Frankl 所謂的「存在的空虛」(趙可式、沈錦惠譯, 1995)。認為生命意義的探尋是「投入」後的產物,投入乃是我們願意過著充滿創意、愛、工作和建設性的生活之一種承諾 (Frankl, 1978)。一個人若能接受命運及其附加的一切痛苦,並且肩負起自己的十字架,即使處在最惡劣的環境中,照樣有充分的機會去加深他生命的意義,使生命保有堅忍、尊貴與無私的特質 (Viktor E. Frankl)。Frankl 認為苦難賦予的意義,是生命的另一種動力,是生命新的契機。就生命價值(愛、助人、生命長短、受苦、孤獨)而論,傅偉勳 (1993) 則認為,生命的存在與肯定就是充分的意義,生活本身就是意義,我們只有通過積極正面的人生態度與行為表現,才能體認我們對於生命真實的自我肯定,並真正完成人生的自我責任。余德慧、徐臨嘉 (1993) 以敘說方式看離婚婦女,結果發現苦難透過敘說,原先的脈絡意義會產生轉變,對事件的解釋和原來的也不一樣,此即為世界觀的轉變。李遠哲等學者 (1999) 合著之「享受生命—生命教育」一書中亦揭示:每個人都須了解生命的意義與存在的價值,肯定自己能接受痛苦與困難,在工作中完成生命 (林思伶, 2000)。

其次,在自我概念(調適、自我價值)部分,Erikson (1963) 曾提出心理社會發展理論,將人生分為八個階段,每一個階段都有特定的發展及有待完成的任務,這些任務可視為一種挑戰或危機,危機解決的成功與否,對個體將來及其生活的適應有著極大的影響 (蔡明昌, 1995)。因此,人必須藉著「對生命負責任」,來答覆生命意義的內涵,所以生命意義乃在於一個人如何發揮自己最大的能力,盡自己的本份 (Frankl, 1963)。Rando 亦 (1995) 指出,悲傷調適歷程可視為是自我調適的歷程。換言之,就是在悲傷的過程中同時出現調適行為以維護身體、精神之平衡。因此,悲傷的調適歷程也可說是

在重新定位與死者之關係，或許是心靈上將實質關係提升為精神層次上的互動，或是轉化為其他形式的關係（李佩怡，2000）。

在生命品質（幸福感、憂鬱）方面，Andrews and Withey（1976）為幸福感所下的定義，認為幸福感是指個體正向情緒的增多及負向情緒的減少，以及對整體生活的滿意度。以生命自由（自主性、選擇、超越）而言，人終極來說是自己決定要成為什麼樣的人。自由不是對任何事物的自由，而是朝向責任的自由。自由與責任是一體的兩面，因為人有選擇的自由，所以必然蘊涵承擔選擇後果的責任。人有力量去決定他生命每一刻要變成什麼（Frankl,1967）。心理學家 May 為了探索和解決現代人所面臨的心理問題，一開始就把眼光集中在對人生意義的探索上。在他看來，人是一個自由的個體，具有自由選擇的意願與能力，有一種朝向整體存在的傾向性，現代人正是依據這種存在的傾向性才體驗到人生的意義（引自楊韶剛，2001）。Yalom（1980）提到澳洲一項研究顯示，高生命意義之分數與正向世界觀、目標導向與自我超越有正相關；正向的生命意義感跟個人之信念、自我超越、生活目標都有關連，且會隨著人生的改變而有所不同（易之新譯，2003）。

至於，宗教（輪迴）方面，Frankl 強調心理治療與宗教信仰間存有一定的關連。有宗教信仰的人，會進入一個更廣泛的存在向度，心理治療師所處理的議題會在其間進行，向更高向度突破，指的不是知識領域，而是出現在信仰當中（劉翔平，2001）。而 Yalom（1980）的研究結果則指出，具宗教信仰者有較低的死亡焦慮，對死亡抱持正向的情緒，能以宗教上的豐富教理降低死亡焦慮。Burbank（1992）認為在參與宗教活動的過程中，可以提昇個人在靈性層面的價值與生命的意義。（引自林柳吟，2002）。

此外在死亡議題（恐懼、焦慮）方面，死亡態度係個體對「死亡」此一現象所抱持的信念與感受（蔡明昌，1995）。Erikson（1963）人格發展理論中卻發現，老年人對自己這一生若覺得是有意義的，則對自己的一生感到滿足，將導致超越感，能接受死亡為人生不可避免的終點；反之則陷入無望，對生命態度是負面的，包括覺得心靈是空虛、缺乏求生意志、缺乏人生目的，產生死亡焦慮。Erikson（1950）對危機所下的定義是：危機是生命中一個重要的轉捩點，及發展階段面臨二選一時的決定時刻。它匯集了成

長、復原與更進一步分化時所需的資源（黃惠美、李巧雙譯，2001）。林綺雲（2001）認為生死教育是透過死亡教育課程的設計，引發個體省思自身生命的有限性及其意義、觸發其對死亡害怕或接受的真正感受、面對死亡帶來的悲傷、學習如何緬懷死者、如何與生者共處等所設計的課程。

最後探討靈性層面，依據丁淑媛等人（2009）編製之學典定義是：「天賦聰明機敏的本性」。存在主義詮釋「靈性」，指出每一個人都有自由與責任去追求、創造屬於他的生命意義、實踐人生的使命。將靈性視為是一種普世現象，而不專屬於宗教信仰者所獨有（Narayanasam, 1993）。Martsof (1997) 舉出靈性包含五個屬性：1. 意義(meaning): 對生命及存在目的的探尋；2. 價值(value): 個人生命中最有價值的事物、信念及標準；3. 超越(transcendence): 超脫個人經驗的層面；4. 連結(connecting): 與自己他人及神的關係；5. 方向(becoming): 生命之自我實現。

人類可藉由靈性修習提供自己一些工具來改善自己的人生經驗，或者使自己、活得更自在、稱心，並藉由工具（表達性藝術治療、靜心、專注、斷食、舞蹈、唱頌、音樂、服務），在情感領域可使自己學會使情緒開放；智性方面可瞭解在生活中什麼是真實，最後學會正確行動的藝術。最重要的是：人生遊戲的目的在於使自己慢慢記起回歸之道（何長珠，2009）

二、構成因素

全人生命意義量表的主要八個因素為：(一)哲學指人生觀、價值、目標、意義及終極關懷；(二)宗教指死亡、輪迴、向善及因果；(三)心理指自我概念、依附關係、滿意度、逆境反應、成長、自我實現及安全感；(四)社會指家庭、學校、社會、工作、角色、責任、利他性及合群；(五)教育指平等觀、個別性、愛生護生；(六)倫理指墮胎、安樂死、外遇、悲傷、失落；(七)生活熱誠指滿意-自主、健康滿意度、平衡飲食、規律運動、休閒；(八)靈性指與真我的關聯；善、真、公正、觀照冥想、靜坐、愛、合一、自由與

其深度締結。

表

2-2-2 全人生命意義量表的題目因素結構

因素 / 面向	題項 / 題項敘述
哲學	1. 我常心懷感恩過每一天。 2. 我覺得苦難讓自己更了解生命的意義與價值。 3. 我覺得有意義的人生，比幸福的人生更重要。 4. 如果今天我就要死了，我會覺得不虛此生。 5. 在生活中追求心靈成長是理想的人生。 6. 生命的意義取決於個人自我實現的程度。
宗教	7. 我相信凡事有因必有果。 8. 我相信人的本性是良善的。 9. 我認為宗教信仰，有助於心靈之成長。 10. 我認為人生無常所以要積極向上。 11. 我認為自己能夠正向看待死亡。
心理	12. 我認為從事有益於心靈平靜之活動，有助於快樂及幸福感之獲得。 13. 我認為自己是有價值的人。 14. 我不明白自己為什麼要活著。(反向題) 15. 在達成個人目標上，我能設定清楚的計畫和步驟 16. 我很清楚我人生的目標。 17. 生命最終極的意義，就是生而無悔、死而無憾。 18. 我容易有負面情緒。(反向題)
社會	19. 我習慣以逃避來解決問題。(反向題) 20. 只要我肯努力就可以發揮我的潛能。 21. 我認為能達到社會或家人的標準才算成功。(反向題) 22. 我肯定社會中默默行善的小人物。 23. 我常隨緣行善，幫助別人。 24. 我能接納他人的缺點或限制。 25. 我是個負責的人。
教育	26. 我相信人生大部分是公平的。 27. 我肯定每個人的存在，都有其獨特的意義與價值。 28. 我知道如何接納自己。 29. 我認為每個人都可以從錯誤中學習成長。
倫理	30. 我願意擔任志工參與社會服務，幫助弱勢。 31. 我認為做壞事的人，一定不會有好下場。 32. 我有清楚的家庭觀念與負責任。 33. 會用較高之道德標準要求自己。 34. 我會把困難當成是挑戰的機會。
生活熱誠	35. 我覺得自己算是個幸運的人。 36. 我能夠讓自己的生活過得多采多姿。 37. 回顧過往，我深深地感受到自己的生命有意義。 38. 不論命運好壞，我認為人都還有選擇的自由。
靈性	39. 我不會用自殺來解決問題。 40. 在大自然中，我更能體會宇宙萬物合一之感。

伍、影響生命意義相關因素之探討

影響生命意義相關之因素可分為「性別」、「年齡」、「宗教信仰」、「社會支持」、「婚姻狀況」、「教育程度」以及「工作年資」七個層面做探討。

在「性別」方面，依據過去的研究結果，生命意義對性別不同的差異並沒有一致的結果。何英奇 (1987) 對大專生之研究結果顯示，女性的心靈空虛感比男性嚴重，即女性生命意義感低於男性，可能原因是女性在職業與婚姻上的抉擇面臨統整危機 (identify crisis) 比男性更為迫切；何郁玲 (1999) 以中小學教師為對象的研究顯示不同性別與生命意義感的知覺有顯著差異。但也有研究顯示青少年生命意義感與性別無關(Meier and Edward, 1974；Reker and Cousins, 1979；宋秋蓉，1992；江慧鈺，2001)。

而「年齡」方面，Reker 等人 (1984) 的研究發現，16-29 歲的青年較具強烈目標追尋的傾向，有較強的動機使未來的生活更有意義，但其生存的空虛較為強烈；75 歲以上老人對死亡接納較高，存在的空虛減少；30-64 歲的中年人，相對之下有較低的生命意義與目標，此發現後來被 Weiler (2001) 之研究所確認 (對象為 136 位 60 歲以上的年長者)，結果顯示死亡態度 (恐懼-趨近接受) 與幸福感有顯著相關，而自我接受與死亡恐懼有極大正相關。

至於「宗教信仰」，多數研究者 (Crumbaugh, 1973；尹美琪，1988；何英奇，1990；陳珍德，1995；何郁玲，1999) 的研究都發現有無宗教信仰和生命意義有顯著的關係存在，且信仰愈虔誠生命意義愈高，高齡者參與宗教活動可以提升生命意義感 (邱美琪，2008)。但也有部分研究顯示兩者之間並無相關(Meier & EdwEdwards, 1974; 宋秋蓉，1992；江慧鈺，2001)。

「社會支持」在高齡者的生命意義與教育程度、婚姻狀況、健康狀況有關(邱俐婷，2008)。董文香(2003)的研究中發現，職校護生最重要的生命意義來源類別是「關係」，人際關係越佳的高中職學生其生命意義感越高 (廖靜婕，2006)。生命意義感越好越能表現利社會行為，因此，生命意義感能預測社會行為(黃文玲，2007)。

在「婚姻狀況」方面，研究顯示已婚者相較於未婚者有較高的生命意義感，但在生

命意義層面上隨受試族群的不同而分歧(邱秀娥, 2001; 趙安娜, 2002; 黃國城, 2003; 侯冬芬, 2004)。

「教育程度」對生命意義的影響, 研究結果皆支持教育程度與生命意義成正相關。即教育程度愈高者, 生命意義愈高, 反之教育程度愈低者, 生命意義愈低。不同教育程度之醫院志工, 在「生命意義感整體」層面並無顯著差異, 但資深榮民則有顯著差異(黃國城, 2003; 侯冬芬, 2004)。

而「工作年資」方面, 何郁玲(1999)的研究發現, 不同個人背景變項任教年資的小學教師, 對生命意義感的知覺有顯著差異。邱秀娥(2001)研究亦發現不同工作年資之國小教師在生命意義感中呈現顯著差異。研究顯示不同工作年資對生命意義會有不同的看法。由此可見七個層面之背景資料在「性別」方面, 生命意義對性別不同的差異並沒有一致的結果。

陸、死亡態度與生命意義之關係

總結前述之各項研究可知: 人們對待死亡態度與生命意義之研究顯示死亡態度與生命意義之關係, 主要受到性別、年齡、教育程度、宗教信仰、婚姻、排行、資歷〈護理/醫師〉、有無經歷親友死亡、有無參加過生死教育相關課程、服務科別、目前單位年資、照顧臨終病患經驗, 照顧病患死亡經驗、最近何時經歷病患死亡的影響。

雖然生與死表面是截然不同的兩件事, 但是在本質上, 彼此之間卻是互相牽扯難分的。每個現代人都應該由「生」之道來彰顯「死」之道; 又由「死」之道來構建「生」之道, 終則使生與死最後匯成為永生生命之洪流, 既能安於「生」, 也能順於「死」, 才能達到生死兩無憾, 生死都幸福的終極存在價值觀。

根據學者研究結果, 生命意義與死亡焦慮屬於正相關有Durlak(1972)的研究顯示在生活中具有目標及對生命感到有意義的人, 他們對死亡較不感到恐懼, 並且能以較積極、正向地的態度面對死亡; 而 Quinn and Reznikoff(1985)發現在生命中缺乏目標及方

向的人有較高的死亡焦慮(引自wong et al., 1994)，林柳吟 (2002) 的研究中更發現，生命意義感愈高的老人，較不會將死亡視為逃難現世痛苦的方法或認為死亡後是美好的結果一樣；黃國城 (2003) 研究發現「生命意義感整體」與「死亡恐懼」、「死亡逃避」、「逃離接受」呈顯著負相關，而「生命意義感整體」與「趨近接受」、「中性接受」呈顯著正相關。蔡坤良(2004)研究發現小琉球漁村老人之生命意義感各層面(自我評價、自我統整、自我實現)與死亡態度各層面(死亡反應、死亡情感、死亡認知)，有顯著典型相關，死亡態度對生命意義感的解群力較高。

然而，研究結果顯示生命意義與死亡焦慮呈現負相關者如：Rappaport, Fossler and Gilden (1993) 對58位退休老人做生命意義與死亡焦慮研究，以生命意義量表(PIL)與死亡焦慮量表 (DAS) 為工具，結果發現生命意義與死亡焦慮呈負相關。鍾思嘉與黃國彥 (1986) 對600位65歲以上的老人做生命意義與死亡焦慮的關係，以生命意義量表 (PIL) 與死亡焦慮量表 (DAS) 為工具，結果發現老人的生命意義與死亡焦慮呈負相關。另外，林柳吟 (2002) 以不同的研究工具 (DAP) 研究結果顯示，生命意義與趨近導向的死亡接受、逃離導向的死亡接受呈顯著負相關。

綜觀上述，支持存在哲學之觀點，即一個人對死亡是感到恐懼或是坦然地接受，端視其是否已發現生命的意義並達到自我整合。雖然各研究學者所使用的生命意義量表與死亡態度量表各竟不同，但是，總歸可以發現生命意義感愈高者，對死亡的焦慮與恐懼愈低，即個體愈能地接受死亡。然而醫護人員是否亦抱持著相同的態度，是研究者欲進一步探究的主要原因。因此，本研究欲瞭解醫護人員死亡態度及生命意義的現況；探討醫護人員不同背景因素與死亡態度、生命意義之間的關係；醫護人員死亡態度及生命意義之關係；並將依據研究結果提出具體建議，供教育工作者及相關單位制定增進醫護人員對養成教育或在職訓練中，生死輔導智能及後續研究的參考。

第三章 研究方法

第一節 研究架構

本研究旨在探討醫護人員死亡態度和生命意義的現況及其相關性，根據國內外相關文獻資料，擬定研究架構，共分為背景變項(人口學特性、工作特性)、死亡態度(自變項)、生命意義感(依變項)，其間之關係如下圖：

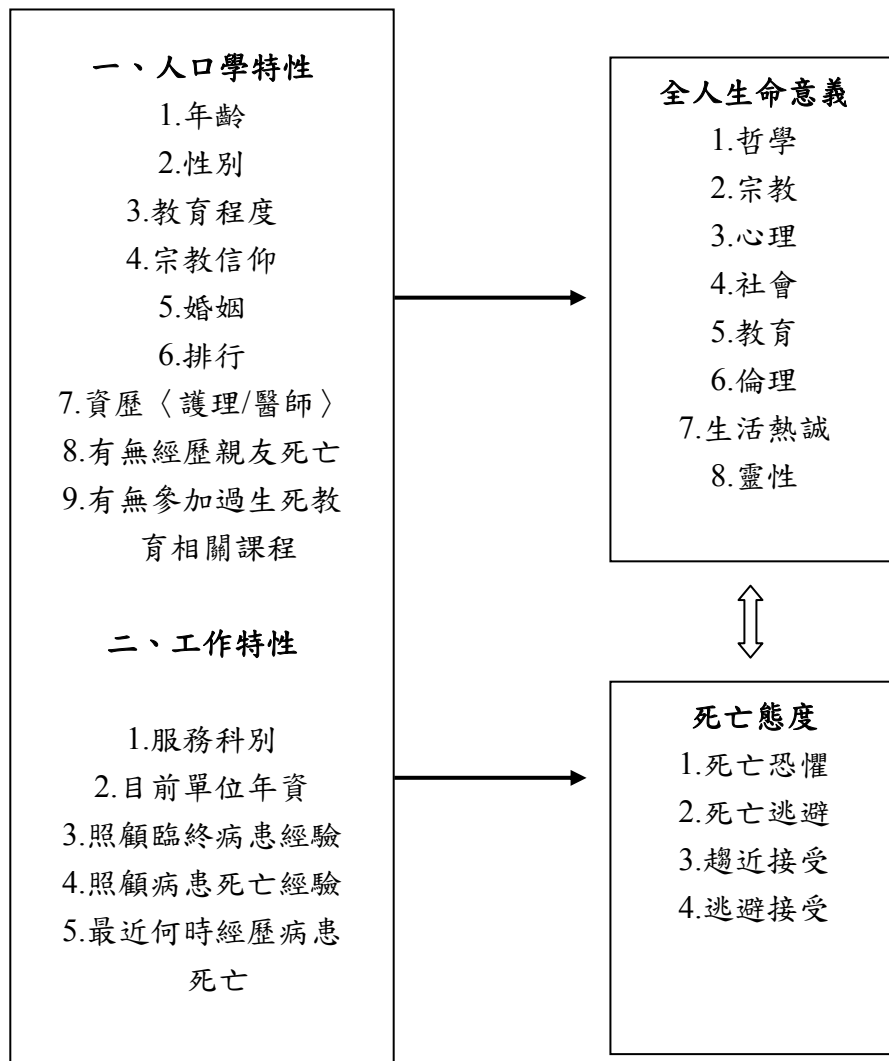


圖 3-1 研究架構圖

第二節 研究假設

根據以上之研究架構，擬出本研究之研究假設如下：

- 一、假設一：不同背景變項之醫護人員在死亡態度上有顯著差異。
- 二、假設二：不同背景變項之醫護人員在生命意義上有顯著差異。
- 三、假設三：醫護人員之死亡態度及生命意義之間有顯著相關。



第三節 研究對象與方法

一、研究對象

根據行政院衛生署統計室之衛生統計系列〈二〉醫療機構及醫療服務量的資料顯示：醫療院所執業醫事人員數持續增加，較上年度(2007)增加4.1%其中醫師人數增加3.7%。據統計截至2008年底，醫療院所執業醫事人員數共190,102人，其中醫師(含西、中、牙醫)共53,291人，佔所有執業醫事人數的28.0%；護產人員共102,932人，佔54.2%；藥事人員共13,960人，佔7.3%；醫事放射及醫事檢驗人員共10,848人，佔5.7%。各類執業醫事人員除類別擴增外，人員數亦較10年前增加近5成6(更新日期2009/07/27)。由此可知醫護人員所佔的比率為8成2，佔執業醫事人員的絕大多數，研究對象按此比率增減選取。

邱皓政(2005)指出為了有效降低抽樣誤差、提高推估母體的正確性，調查法所需要的樣本數目通常不會少於1,000人。從統計原理來分析，1,000人所獲得的意見調查，抽樣誤差約為3%。同時Ghiselli, Cambell, & Zedeck (1981) 建議牽涉量表的使用時，樣本不宜少於300。以因素分析為例，樣本數約為題數的十倍，如此才能獲致較為穩定的統計分析數據。因此研究者與指導教授討論後擬訂之樣本為1,000名〈護理人員 $N=600$ ；醫師 $N=400$ 〉。研究範圍以台灣地區北部、中部、南部、高屏、東部五行政區之在職醫護人員為範圍來抽取，但不包括非評鑑醫院及一般診所之醫護人員。

二、抽樣方法

本研究採問卷調查法，抽樣方式為立意取樣，以自願參與者為本研究問卷對象。

抽樣方式可分為預試研究對象與正式研究對象兩階段。第一階段以曾經是研究者服務的單位--台北市立聯合醫院陽明院區為預試對象。於2009年8月14日發給陽明院區預

試問卷210份(護理人員 $N=120$ ；醫師 $N=90$)。

抽樣方式一、醫師部分：(一)委託胸腔內科陳主任幫忙，巡視病房時詢問自願參與研究問卷調查的醫師；(二)請手術室同仁協助外科系自願參與研究問卷調查的醫師；抽樣方式二、護理人員部分：將樣本分為兩大族群，內科系及外科系病房，請護理科教學督導依據單位編制人數比率分配。

第二階段正式問卷抽樣方式，事先取得同意參與問卷調查之醫院共有15家，分為兩部分：其一為醫學中心有三家，樣本數採取其編制人數之10-15%，正試問卷數量為250份(醫師抽樣人數為 $N=100$ 人，護理人員抽樣人數為 $N=150$ 人)。抽樣對象醫師及護理人員均採相同方式：即將樣本分為兩大族群，內科系(六個科別)及外科系(五個科別)；其中只有台北市立聯合醫院七個院區合計總樣本數為 $N=630$ 人，各院區樣本數為 $N=90$ 人(醫師 $N=40$ 人；護理人員 $N=50$ 人)；其他醫院抽樣人數則仍依據原則編制人數之10-15%選取 (表3-3-1)。

表 3-3-1 施測樣本醫院人數統計表

No	醫院名稱	醫師		護理人員		人體試驗委員會
		發出問卷	有效問卷	發出問卷	有效問卷	申請與否 √
一	台北市立聯合醫院	235	188	275	263	√
	1. 仁愛院區	40	40	50	49	√
	2. 中興院區	40	33	50	50	√
	3. 忠孝院區	40	29	50	50	√
	4. 和平院區	40	27	50	47	√
	5. 婦幼院區	30	17	30	30	√
	6. 松德院區	30	27	30	22	√
	7. 林森中醫院區	15	15	15	15	√
二	台北縣立醫院	80	22	150	101	√
三	台北市西園醫院	20	19	100	100	—
四	中山醫學大學附設醫院及其復健醫院	100	56	150	139	√
五	國立台灣大學醫學院附設醫院雲林分院	20	18	60	60	—
六	嘉義聖馬爾定醫院	20	20	20	41	—
七	國立成功大學醫學院附設醫院	100	53	150	125	√
八	行政院國軍退除役官兵輔導委員會高雄榮民總醫院	100	39	141	111	√
九	財團法人花蓮門諾會醫院	35	25	100	76	√
	共計：15	710	440	1,146	1,017	12

註解：『√』指必須申請通過「醫院人體試驗委員會」(IRB)，方可進入研究場域進行問卷調查。即是本研究對象為醫師及護理人員，視如病患一般相同行政程序。

第四節 人體試驗委員會與倫理

人體試驗委員會 (Institutional Review Board, IRB) 又稱倫理委員會 (Ethics Committee, EC), 始於 1964 Declaration of Helsinki 【赫爾辛基宣言】由世界醫學會(World Medical Association; WMA)提出之人體研究倫理原則, 歷經五次修訂(1975, 1983, 1989, 1996, 2000)、二次說明(2002, 2004), 其訴求大部分醫療機構皆設立人體試驗委員會用以審查臨床試驗之進行, 就以保護受試者安全、權益、福祉為宗旨。

台灣亦順應國際潮流配合國際規範, 從 1987 年醫療法施行細則、1996 年藥品優良臨床試驗規範、1997 年新醫療技術人體試驗計畫作業規範、2002 年 9 月 20 日修定(採用 ICH E6 GCP) 2003 年醫療機構人體試驗委員會組織及作業基準, 直到近年 2005 年藥品優良臨床試驗準則之法規中皆明確規定設置人體試驗委員會(IRB)之必要性, 且在 2006 年衛生署開始辦理 IRB 成員與人體試驗工作人員之教育訓練, 研究者依按照規定在 2009 年取得 IRB 六個小時的課程認證教育訓練證書, 方能繼續進行做研究。

目前台灣通過亞太論壇 FERCAP 訪查, 從 2005 年至 2009 年共計 18 家機構 IRB 通過, 其中包含參與本研究的醫院: 中山醫學大學附設醫院及其復健醫院、國立成功大學醫學院附設醫院、行政院國軍退除役官兵輔導委員會高雄榮民總醫院、國立台灣大學醫學院附設醫院雲林分院。

本研究計畫審核過程符合各醫院簡易審查與免簽同意書的條件: 一、研究對於受試者幾乎沒有風險, 此處之風險包括生理、心理、社會、經濟上的風險; 二、免除同意書後對受試者的隱私與權益沒有不良影響; 三、不免除同意書則無法進行研究; 四、免除同意書後仍會適時提供受試者試驗相關訊息。然而本研究雖非侵入性、無需做人體試驗且對象亦非病患, 仍通過 IRB 審查以確保受試者之權利。參與填寫問卷與否, 由於採自主性、自由、不記名方式, 且完全尊重個人意願, 亦無勉強與強迫, 因此總共發出問卷 1,856 份中, 回收了 1,457 份, 無效問卷有 399 份, 其中不乏以空白卷居多 (95%), 這亦是人權自主性的展現。

本次研究對象特殊為醫護界之人員，是一群自主性非常高且非弱勢團體，且研究工具以問卷調查法，在從台灣北部、南部、高屏、東部、五行政區各醫療機構 IRB 的審查過程中，以中山醫院 IRB 的方式其行政程序與文件送審既嚴謹又簡化，因此研究上得以更快速順利進行，為了鼓勵後進在醫護領域上作研究，建議各醫院是否參照，才不會令研究者望之「IRB」興嘆，怯步。

第五節 研究工具

本研究所使用的方法為問卷調查法，研究工具包含了兩份量表及背景資料組合而成的問卷。綜合各相關文獻後，問卷涵蓋了人口學特性、工作特性、及已取得良好信效度考驗之死亡態度量表(DAP-R, Wong et al., 1994; 羅素如，2000)與全人生命意義量表(何長珠等人，2009)

一、擬定問卷

研究者依據擬訂之研究架構及參考國內、外的有關文獻，而設計並彙整成問卷之初稿，在取得原作者的同意下(請參閱附錄三)，本研究之調查問卷分三部份：

(一)人口學特性及工作特性

基本背景資料如人口學特性有九題：包括年齡(藍育慧，1992；蔡明昌，1995；施素真，1999；林耿麟，2006；Óhara, 1996)、性別(李復惠，1987；巫宜珍，1991；王素真，1997；陳瑞珠，1994；蔡明昌，1995；張淑美，1996；廖芳娟，2000；曾會，2003；徐美慧，2006；Young and Daniels, 1980；Sanadrs et al., 1980；Wong et al., 1994；Neimeyer and Brunt, 1995)、教育程度(蔡明昌，1995；羅素如，2000；廖芳娟，2000；曾會，2003；李素貞等，2006)、宗教信仰(黃琪璘，1991；巫珍宜，1991；陳瑞珠，1994；吳麗玉，1997；陳錫琦，2000；曾會，2003；曾廣志，2001；李素貞等，2006)、婚姻(Swenson, 1961；Cole, 1978；黃琪璘，1991；藍育慧，1995；廖芳娟，2000；曾會，2003；Rhudick, ibner, 961；Dixon, 980；邱愛玲，1989；黃琪璘，1991；顏淑慧，2002；徐美慧，2006)、排行(Iammarino, 1975；Eckstein & Tobochk, 1979；Mc. Donale & Carroll, 981；陳瑞珠，1994；李復惠，1987；曾廣志，2001；蔡秀錦，1991 歷(醫師/護士)(Denton & Wisenbaker, 1977；Stoller, 1980；陳玉黛、林佩芬，2004；李素貞等，2006；徐美慧，2006)、有無經歷親友死亡事件(巫珍宜，1991；廖芳娟，1999；陳錫琦等，2000；丘愛鈴，1989；曾會，

2003；黃琪璘，1991；徐美慧，2006；李素貞等，2006)、有無參加生死教育相關課程(鍾春櫻，1991；曾煥棠，1999；黃琪璘，1991)、工作特性有 5 題，包括了服務科別 (Saunders,1994；Spencer, 1994)、照顧臨終病患經驗(巫珍宜，1991；陳瑞珠，1994；Graham-Lipptt,1981；Knott,1982；Mangino，1988；Frank & Durlak,1990；李復惠 1987；蔡秀錦，1991；顧豔秋，1997；李素貞等，2006)，總共 14 題。

(二)「死亡態度量表」

本研究採用羅素如(2000)自原著DAP-R 翻譯而成的李克特氏五點量表。此量表分成「死亡恐懼」、「死亡逃避」、「中性接受」、「趨近接受」和「逃離接受」五個分量表。

在量表信度方面，原著Wong等人(1994)的五個面向「死亡恐懼」、「死亡逃避」、「中性接受」、「趨近接受」和「逃離接受」之 α 值各為.86, .88, .65, .97和.84；羅素如(2000)使用中譯版所施測的重測信度為.88, .86, .67, .81和.81，與原量表信度相近。至於效度方面，Wong等人(1994)和羅素如(200)所得到之解釋總變異量各為66.2 %和57.38 %，顯示死亡態度表現具有建構效度，且總量表與分量表皆屬有效之建構效度。

原著Wong等人(1994)的DAP-R 原為Likert 7點量表，因為考量到欲與羅素如(2000)之中文版量表之合成使用，而且其量表於國內使用時信、效度皆佳，所以研究者決定採用羅素如(2000) 李克特氏五點量表作為本論文之研究工具。原量表討論的面向及意義如下：

1. 死亡恐懼：本面向共七題 (題號1、2、7、18、20、21、32)，指人在面對死亡時，所產生的種種與害怕、恐懼有關之負面情緒反應及想法。
2. 死亡逃避：共五題(題號3、10、12、19、26)，指人逃避思考及討論與死亡相關的話題、事情等。
3. 中性死亡接受：共五題(題號6、14、17、24、30)，指將死亡看成是生命中自然的一部份。
4. 趨近導向死亡接受：共十題 (題號4、8、13、15、16、22、25、27、28、31)，指

將死亡視為通往快樂來生之道。

5. 逃離導向死亡接受：共五題 (題號5、9、11、23、29)，指將死亡視為痛苦的解脫之道。

「死亡態度量表」之計分方式為5、4、3、2、1 各代表「非常同意」、「同意」、「中立意見」、「不同意」、「非常不同意」。全部題數為正向計分，若受試者得分越高，顯示受試者的死亡態度愈正向。

(三)「全人生命意義量表」

本量表由何長珠研究團隊(2009)所編製，共40題，採李克特氏五點量表。此量表包含八大向度「哲學」、「宗教」、「心理」、「社會」、「教育」、「倫理」、「生活熱誠」和「靈性」八個面向，其內容共包括的八個面向所討論的面向及意義如下：

1. 哲學方面：本面向共六題 (題號1、2、3、4、5、6)，指個人的人生觀、價值、目標、意義及終極關懷。
2. 宗教方面：本面向共五題 (題號7、8、9、10、11)，指個人對死亡、輪迴、向善、及因果的觀點。
3. 心理方面：本面向共七題 (題號 12、13、14、15、16、17、18)，指個人對自我概念。
4. 社會方面：本面向共七題 (題號 19、20、21、22、23、24、25)，指個人對家庭、學校、社會、工作、角色、責任、利他性及合群的觀點。
5. 教育方面：本面向共四題 (題號26、27、28、29)，指個人對平等觀、個別性、愛生護生的觀點。
6. 倫理方面：本面向共五題 (題號30、31、32、33、34)，指個人對墮胎、安樂死、外遇、悲傷及失落的觀點。
7. 生活熱誠-滿意-自主方面：本面向共四題 (題號35、36、37、38)，指個人對健康滿意度、平衡飲食、規律運動、休閒的觀點。

8. 靈性方面：本面向共二題 (題號39、40)，指與真我的關聯；善、真、公正、觀照冥想、靜坐、愛、合一、自由與其深度締結。

「全人生命意義量表」採李克特氏五點計分，勾選「非常同意」計五分、「同意」計四分、「普通」計三分、「不同意」計二分、「非常不同意」計一分；其中第14、18、19、21題為反向題，採反向計分。

本研究即使用此二量表，進行量表預試，預試後擬進行項目分析，建構適合本研究之量表，以進行正式研究。

二、預試研究對象

台北市立聯合醫院陽明院區為本研究所選取的問卷預試對象。於2009年8月14日發給陽明院區預試問卷210份(護理人員 $N=120$ ；醫師 $N=90$)。並於8月21日將已填妥的預試問卷。研究者進行問卷資料分析之工作，總共回收183份問卷(護理人員 $N=115$ ，回收率95.83%；醫師 $N=68$ ，回收率75.56%)，合計有效問卷為181份(護理人員 $N=113$ ，有效回收率94.17%；醫師 $N=68$ ，有效回收率100%)。

三、量表之信、效度考驗

由於本研究主要之研究對象為醫護人員，與「死亡態度量表」及「全人生命意義量表」原使用對象不同，因此須重新修定量表並將修訂之量表進行正式測試。

(一) 專家效度考驗

本研究使用二份量表，分別為「死亡態度量表」及「全人生命意義量表」。在「死亡態度量表」部分因該量表在國內已有多位研究者做過專家效度檢定，如廖芳娟(2000)、羅素如(2000)、嚴(2001)及房麗媚(2007)等，因此可直接引用。而「全人生命意

義量表」部分，則係何研究團隊等人於2009年所發展之新量表(以大學生為對象)，因本研究之對象為醫護人員，亦需重作信、效度考驗。

(二) 項目分析

預試後，透過項目分析決定刪除之題目，刪題之標準有三，分別為：

1. 極端值檢定：依量表總分分成高分組和低分組兩組，進行極端值檢定，求出每一個題項的「決斷值」(Critical Ratio；簡稱CR值)，如果題項之CR值未達顯著水準($\alpha < .05$)，表示此題項不能測試出不同受試者的反應程度，可考慮予以刪除。
2. 因素負荷量：題項之因素負荷量小於.3之題項，考慮予以刪除。
3. Pearson 相關：量表題項與量表總分相關未達.3之題目，考慮予以刪除。

根據以上標準，決定「死亡態度量表」及「全人生命意義量表」所欲刪除之題項，各量表詳細之項目分析內容(各題項之CR值、因素負荷量、相關值)詳述如後。

(1) 死亡態度量表

「死亡態度量表」共32題，根據本研究所訂立之極端值檢定、因素負荷量及相關值標準進行刪題，其統計及刪題結果如表3-4-1所示。

表

3-4-1 死亡態度量表之項目分析結果

題號	CR值	因素負荷量	相關	刪題與否
1	-4.740	.319	.333	否
2	-6.169	.427	.437	否
3	-8.240	.534	.532	否
4	-6.253	.423	.429	否
5	-6.564	.484	.484	否
6	-.760	-.135	-.017	是
7	-7.639	.644	.567	否
8	-6.192	.512	.473	否
9	-6.309	.531	.503	否
10	-7.639	.546	.528	否
11	-5.830	.557	.529	否
12	-7.505	.629	.601	否
13	-9.972	.714	.647	否

14	-.342	-.158	-.049	是
15	-8.990	.563	.550	否
16	-9.464	.605	.562	否
17	-1.740	.118	.139	是
18	-9.838	.697	.640	否
19	-8.886	.672	.591	否
20	-7.557	.609	.555	否
21	-9.054	.663	.612	否
22	-4.457	.307	.306	否
23	-1.661	.278	.301	是
24	.795	-.165	-.059	是
25	-10.423	.623	.596	否
26	-7.498	.662	.591	否
27	-10.128	.680	.649	否
28	-5.521	.470	.440	否
29	-8.119	.620	.586	否
30	-1.062	.017	.106	是
31	-6.113	.570	.538	否
32	-9.069	.609	.578	否

由表3-4-1 之結果，第6、14、17、24、30題皆在項目分析中的三項標準均未通過，確定刪除，第23題在極端值檢定及因素負荷量的檢核並未通過標準，因此確定刪除。「死亡態度量表」共刪除六題，餘26題為正式量表之題目內容。其中第6、14、17、24、30題均屬於「死亡態度量表」五個面向中的「中性接受死亡」之題項，其原因可在研究對象之答題情形中發現。在此五題中，研究對象以勾選「4(同意)」、「5(非常同意)」為多，介於五成~八成五之間，佔有較高的比例，據此，研究者審視題目並結合個人在醫院的實務工作經驗及過去接受醫護人員養成教育的歷程，在養成教育中，便不斷提及與「中性接受死亡」相關的概念，耳濡目染下也能保有這個觀念；另外，在工作職場中，醫護人員比一般的社會大眾有更高的機會直接面對死亡，若沒有「中性接受死亡」的相關概念，在面對病人的往生事件上，容易有無法接受或是情緒不適應的狀況，使醫護人員無法持續面對職場的工作。而統計的結果也可能因為這些原因，使得醫護人員在「中性接受死亡」面向各題的答題上並未呈現顯著的差異，而成為本問卷的不適當題項，決定予以刪除。

依據上述理由決定刪除此面向，剩餘四個面向分別為「死亡恐懼」(第1、2、7、18、

20、21、32題)、「死亡逃避」(第3、10、12、19、26題)、「趨近接受」(第4、8、13、15、16、22、25、27、28、31題)和「逃離接受」(第5、9、11、29題)作為正式研究量表之內容。

(2) 全人生命意義量表

「全人生命意義量表」共40題，根據本研究所訂立之極端值檢定、因素負荷量及相關值標準進行刪題，其統計及刪題結果如表3-4-2所示。

表
3-4-2 全人生命意義量表之項目分析結果

題號	CR值	因素負荷量	相關	刪題與否
1	-7.927	.592	.582	否
2	-6.862	.466	.468	否
3	-4.706	.338	.326	否
4	-6.854	.406	.384	否
5	-5.840	.487	.444	否
6	-5.485	.431	.390	否
7	-6.177	.446	.429	否
8	-5.773	.372	.351	否
9	-6.154	.499	.464	否
10	-9.981	.671	.630	否
11	-8.199	.549	.528	否
12	-7.590	.587	.548	否
13	-8.487	.647	.627	否
14	-7.003	.341	.358	否
15	-6.078	.507	.476	否
16	-7.555	.534	.512	否
17	-7.100	.541	.494	否
18	-6.485	.326	.347	否
19	-5.553	.307	.318	否
20	-6.821	.487	.443	否
21	-2.455	.140	.166	是
22	-3.506	.401	.355	否
23	-2.117	-.186	-.177	是
24	-3.840	.469	.429	否
25	-4.560	.469	.431	否
26	-5.635	.405	.401	否
27	-6.983	.536	.496	否
28	-6.770	.566	.557	否
29	-7.446	.557	.549	否

30	-6.499	.541	.508	否
31	-4.501	.301	.273	否
32	-5.718	.428	.396	否
33	-4.397	.380	.342	否
34	-6.282	.460	.433	否
35	-6.075	.473	.456	否
36	-8.252	.586	.565	否
37	-7.784	.565	.549	否
38	-6.294	.537	.521	否
39	-4.349	.444	.435	否
40	-8.173	.574	.533	否

根據表3-4-2，在「全人生命意義量表」中，第21題及第23題在決斷值(CR值)、因素負荷量、相關三個部分均未達標準，因此決定刪除第21題及23題，餘38題為正式研究所使用之研究工具。

(三) 信度考驗

本研究共使用「死亡態度量表」及「全人生命意義量表」兩份量表，以下分別就量表之信度考驗結果做說明。

1. 死亡態度量表

羅素如(2000)所編之「死亡態度量表」原始量表內容包括「死亡恐懼」、「死亡逃避」、「中性接受」、「趨近接受」和「逃離接受」五個分量表，各分量表之重測信度係數分別為 .88, .86, .67, .81和.81。在總量表信度係數部分，原作者表示可能因樣本數或是題數過少，信度係數便沒有呈現在文章之中。

而本研究針對醫護人員進行量表預試，以內部一致性係數考驗「死亡態度量表」運用在醫護人員上之信度為 .923，「死亡恐懼」、「死亡逃避」、「趨近接受」和「逃離接受」各分量表之內部一致性信度係數分別為 .853, .836, .868, .822，均與原量表之重測信度係數差距很小，表示此量表具有良好之信度，可運用於後續針對醫護人員之研究中。

2. 全人生命意義量表

何團隊等人(2009)所編製之「全人生命意義量表」運用於醫護人員之預試結果顯示，其內部一致性係數Cronbach's α 值為 .912，其「哲學」、「宗教」、「心理」、「社會」、「教育」、「倫理」、「生活熱誠」和「靈性」八個面向之內部一致性係數則分別為 .706, .735, .732, .467, .699, .657, .764和 .291。由以上數據來看，「全人生命意義量表」應用於醫護人員上仍具有可接受之信度，可進行接下來之正式研究。

(四) 效度考驗

本研究之效度考驗採建構效度考驗，以因素分析之統計方法，了解本量表中各分量表之建構，以下分別就「死亡態度量表」及「全人生命意義量表」兩部分，分別呈現因素分析之結果。

1. 死亡態度量表

在「死亡態度量表」部分，經KMO及Bartlett's 檢驗後發現，預試KMO值 .895，Bartlett's 球形檢驗值達顯著水準($P < .001$)，可進行下一步的因素分析。本研究以主成分方法進行因素萃取，依據原量表之編製基礎，共萃取4個因素，並以直接斜交法進行因素轉軸，此量表之因素結構如表3-4-3。

2. 全人生命意義量表

預試樣本填答資料經KMO及Bartlett's檢驗後發現，預試KMO值.796。Bartlett's球形檢驗值達顯著水準($P < .001$)，可進行下一步的因素分析。

四、正式量表的形成與施測進行過程

〈一〉正式量表的形成

將預試結果與指導教授討論後，進行信度、效度確立，形成正式研究量表「全人生命意義量表」原40題修訂之後為38題；「死亡態度量表」原32題修訂之後為26題。

〈二〉施測進行過程：正式問卷信、效度考驗

在與願意接受施測的醫院取得連繫後，正式問卷於99年3月2日完成。研究者進行資料處理的工作，發出問卷共1,856份(醫師為710份；護理人員為1,146份)，回收問卷排除作答不完整的 399 份後，得出有效回收問卷共1,457份，有效回收率78.5%。問卷回收後隨即進行正式問卷的信、效度分析，以下分成正式問卷之信度分析與正式問卷之效度分析做詳述。

1. 正式問卷之信度分析

在進行正式問卷的資料信度分析時，發現所測得的「死亡態度量表」和「全人生命意義量表」，以標準化項目為準的Cronbach's Alpha值，茲列出如下表3-4-2、表3-4-3。

根據表3-4-3可知，死亡態度量表共分成「死亡恐懼」、「死亡逃避」、「趨近接受」、「逃離接受」四個分量表，其Cronbach α 值分別為 .828、.866、.877、.814，死亡態度量表之內部一致性係數值為 .927，由此可知「死亡態度量表」擁有良好之信度。

表

3-4-3正式問卷死亡態度量表信度分析表 (N=1,457)

分量表	題數	Cronbach α 值
死亡恐懼	7	.828
死亡逃避	5	.866
趨近接受	10	.877
逃離接受	5	.814
死亡態度量表	26	.927

根據表 3-4-4 可知，「全人生命意義量表」共分成「哲學」、「宗教」、「心理」、「社會」、「教育」、「倫理」、「生活熱誠」、「靈性」八個分量表，其Cronbach α 值分別為.786、.771、.787、.721、.712、.744、.817、.529，「全人生命意義量表」之內部一致性係數值為 .947，由此可知「生命意義量表」擁有良好之信度。

表

3-4-4 正式問卷全人生命意義量表信度分析表

分量表	題數	Cronbach's α 值
哲學方面	6	.786
宗教方面	5	.771
心理方面	7	.787
社會方面	5	.721
教育方面	4	.712
倫理方面	5	.744
生活熱誠	4	.817
靈性方面	2	.529
全人生命意義	38	.947

2. 正式問卷之效度考驗

正式問卷回收後，以因素分析分別考驗其建構效度，主成分方法進行因素萃取，依據量表編製基礎，共萃取八個因素，並以直接斜交法進行因素轉軸，量表之因素結構如表3-4-4，分述如後。

(1) 死亡態度量表之效度考驗

經 KMO 及 Bartlett's 檢驗後發現，KMO 值.941，Bartlett's 球形檢驗值達顯著水準 ($P < .001$)，可進行下一步的因素分析。本研究以主成分方法進行因素萃取，依據正式量表項目分析後之結果，共萃取四個因素，並以正式問卷直接斜交法進行因素轉軸，由表 3-4-5 之結果可知此量表之分量表特徵值分別為 9.313、3.323、1.573、1.141，累積解釋變異量為 59.036%，顯示本量表具有不錯之建構效度，可進行後續之研究。

(2) 全人生命意義量表之效度考驗

經 KMO 及 Bartlett's 檢驗後發現，KMO 值.963，Bartlett's 球形檢驗值達顯著水準 ($P < .001$)，可進行下一步的因素分析。本研究以主成分方法進行因素萃取，依據正式量表項目分析後之結果，共萃取八個因素，並以正式問卷直接斜交法進行因素轉軸，由表 3-4-6 之結果可知此量表之分量表特徵值分別為 13.672、1.943、1.759、1.319、1.241、1.066、.920、.853，累積解釋變異量為 59.929%，顯示本量表具有不錯之建構效度，可

進行後續之研究。

根據以上信、效度分析之結果，可知本研究所使用之「死亡態度量表」及「全生命意義量表」之擁有良好之信、效度，可供後續研究或相關領域人員編修或使用。

表
3-4-5 正式問卷死亡態度量表之因素結構表

題項	死亡恐懼	死亡逃避	趨近接受	逃避接受	共同性
01	.626				.411
02	.740				.585
06	.697				.570
15	.796				.680
17	.745				.574
18	.794				.700
26	.796				.647
03		.731			.583
09		.759			.601
11		.819			.705
16		.798			.698
21		.684			.583
04			.670		.514
07			.644		.479
12			.617		.558
13			.789		.635
14			.720		.575
19			.492		.384
20			.492		.634
22			.672		.594
23			.755		.580
25			.667		.533
05				.733	.543
08				.792	.643
10				.824	.690
24				.781	.650
特徵值	9.313	3.323	1.573	1.141	
解釋變異量(%)	35.819	12.781	6.049	4.387	
累積解釋變異量(%)	35.819	48.601	54.650	59.036	

表

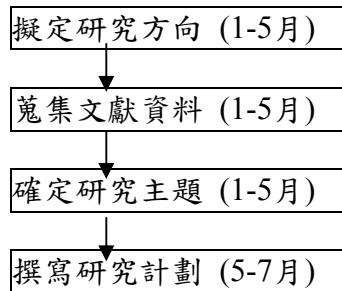
3-4-6 全人生命意義量表之因素結構表

題項	哲學	宗教	心理	社會	教育	倫理	生活 熱誠	靈性	共同 性
01	.710								.591
02	.797								.644
03	.719								.575
04	.767								.651
05	.641								.589
06	.518								.513
07		.635							.592
08		.614							.625
09		.643							.537
10		.534							.573
11		.719							.659
12			.584						.615
13			.571						.573
14			.787						.663
15			.818						.710
16			.800						.709
17			.635						.505
18			.820						.723
19				.832					.714
20				.574					.534
21				.615					.587
22				.527					.497
23				.683					.599
24					.666				.602
25					.605				.549
26					.601				.605
27					.581				.487
28						.483			.460
29						.778			.662
30						.736			.609
31						.641			.602
32						.596			.617
33							.826		.703
34							.799		.692
35							.778		.709
36							.644		.497
37								.624	.518
38								.478	.484
特徵值	13.672	1.943	1.759	1.319	1.241	1.066	0.920	0.853	
解釋變異量(%)	35.979	5.113	4.628	3.472	3.265	2.805	2.421	2.245	
累積解釋變異量(%)	35.797	41.092	45.720	49.192	52.457	55.262	57.684	59.929	

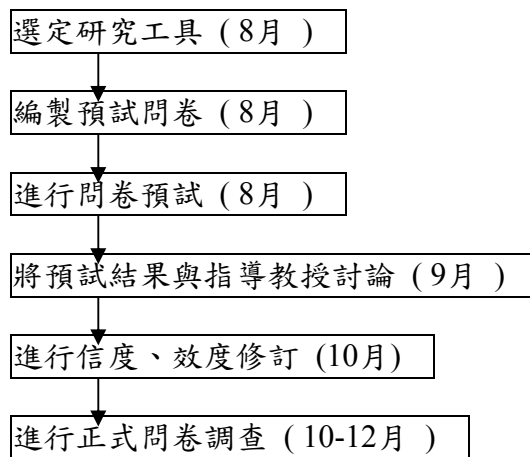
第六節 研究流程

本研究分為四個階段進行：

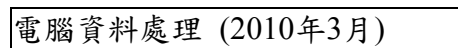
一、準備階段 (始 2009 年 1 月 ~ 迄 7 月)



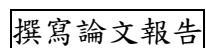
二、發展階段 (始 2009 年 8 月 ~ 迄 11月)



三、研究階段 (始 2009 年 11 月 ~ 迄 2010 年 4 月)



四、完成階段 (始 2010 年 3 月 ~ 迄 6月)



第七節 資料處理

本研究在調查問卷回收後，把所有有效問卷資料編碼輸入電腦，以統計套裝軟體 SPSS for Window 17.0 進行統計之分析。

一、描述性統計：

- (一) 以次數百分比來描述受試者之個人基本資料，包括人口學特性與工作特性等內容。
- (二) 以平均數、標準差等來描述死亡態度、全人生命意義等變項中之等距變項。

二、推論性統計：

- (一) t 檢定(t -test)：以 t 檢定(t -test)來考驗死亡態度和全人生命意義是否因背景變項「性別」、「婚姻」、「有無經歷親友死亡」、「有無參加過生死教育相關課程」之不同而有所差異。
- (二) 單因子變異數分析(One-way ANOVA)：以單因子變異數分析(One-way ANOVA)來考驗個人之不同背景資料：年齡、教育程度、宗教信仰、在家排行、資歷(護理／醫師)，在工作特性中包括了服務科別、目前單位年資、照顧臨終病患經驗、照顧病患死亡經驗、最近何時經歷病患死亡等背景變項，是否在死亡態度和全人生命意義上之表現有顯著差異。若有差異，首先以「變異數同質性檢定」依據結果判斷為「變異數同質性」或「變異數不同質的」，若屬於「變異數同質性」宜採用 Sheffe 法($p > .05$)，若「變異數不同質的」則採 Games-Howell 法($p < .05$)；進一步進行「ANOVA」考驗，判讀達顯著性的；再進行事後比較。

(三) 皮爾森積差相關 (Pearson Product-moment correlation)：以皮爾森積差相與典型相關來探討死亡態度與全人生命意義之間的關係。

第四章 研究結果與討論

本研究旨在探討台灣醫護人員的死亡態度與生命意義的現況及其相關性，並分析不同背景變項、醫護人員死亡態度與其生命意義的關係及內涵。本章主要目的乃根據研究對象在「台灣醫護人員死亡態度與其生命意義之探討」問卷上填答之統計結果進行資料分析及討論；全章共分為六節，第一節為樣本特質之描述與分析；第二節醫護人員生命意義與死亡態度之現況；第三節為不同背景變項之醫護人員在死亡態度與其生命意義上差異之探討；第四節則分析醫護人員生命意義及其死亡態度之相關性；第五節為討論。

第一節 樣本特質之描述與分析

本研究以台灣地區北部、中部、南部、高屏、東部五行政區之在職醫護人員為研究範圍，不包括非評鑑醫院及一般診所之醫護人員。事先取得同意參與問卷調查之醫院共有15家，其中12家必須申請通過「醫院人體試驗委員會」(IRB)，方可進入研究場域進行調查，包括中部、南部、高屏共三家醫學中心，北部市立聯合醫院及東部教學醫院一家。樣本數採取其編制人數至少10-15%，合計發出問卷數為1,856份，去除無效問卷399份(包含實習醫師、實習護生、不完整問卷及空白卷)，計得有效問卷為1,457份(醫師440份；護理人員1,017份)，有效問卷回收率為78.5%，所得結果見表表4-1-1。由於問卷調查所研究之對象分別為醫師及護理人員，因此問卷基本資料內容亦有所差別，共計三題，如：第一(年齡)、三(教育程度)、十(服務科別)題。茲就問卷所得之研究對象的資料特性及分佈情形說明如下：

一、人口學特性

在人口學特性部份，共分成「年齡(醫師/護理)」、「性別」、「教育程度(醫師/護

理)」、「宗教信仰」、「婚姻狀態」、「排行」、「資歷」、「有無親身經歷親友死亡」、「有無參加過生死教育相關課程」，以下分別說明。

(一) 年齡(醫師/護理)：醫護人員合計1,457名，就年齡層方面醫師及護理人員皆以「20-30歲」族群最多，共715名(49.1%)；其次為「31-40歲」421名(28.9%)，其他依次為，「41-50歲」183名(12.6%)，「51-60歲」34名(2.3%)。包括醫師，其餘依序為「小於30歲」94名(21.4%)；「41-50歲」39名(8.9%)；「51-60歲以上」10名(2.3%)。護理人員方面，其他依序為「41-50歲」144名(14.2%)；「51-60歲以上」24名(2.4%)。

(二) 性別：醫護人員合計男性共330名(22.6%)；純粹為男性醫師，女性共1,127名(占76.4%)；包括女性醫師110名、女性護理人員1,017名，本研究未包含男性護理人員。

(三) 教育程度(醫師/護理)：醫師方面以「醫學系」349名(79.3%)最多；其次為「研究所以上」計64名(14.5%)；「學士後醫學系」27名(6.1%)。護理人員方面以「大學」584名(57.4%)最多，依序為「五專」188名(18.5%)、「二專」179名(17.6%)、「研究所以上」40名(3.9%)、「護校」18名(1.8%)、「三專」8名(.8%)。近年來為因應社會需求，護理學校相繼增設，相對地普遍性提高了護理的教育水準。

(四) 宗教信仰：醫護人員之宗教信仰以「民間信仰」居多，合計659名(45.2%)，而「無任何宗教信仰」者亦有296名(20.34%)，其次依序為「佛教」285名(19.6%)、「基督教」137名(9.4%)、「天主教」及「一貫道」各27名(1.9%)、「其他」24名(1.6%)、「回教」2名(.1%)。醫師及護理人員排行第一者以「民間信仰」分別為199名(45.2%)、459名(45.1%)。醫師方面其次依序「無任何宗教信仰」者有99名(22.5%)、「佛教」76名(17.3%)、「基督教」47名(10.7%)、「天主教」11名(2.5%)、「其他」6名(1.4%)「一貫道」2名(.5%)。護理人員方面其次依序

「佛教」209名(20.6%)、「無任何宗教信仰」者有198名(19.5%)、「基督教」90名(8.8%)、「一貫道」25名(2.5%)、「其他」18名(1.8%)、「天主教」16名(1.6%)、「回教」2名(.2%)。顯示「有」宗教信仰1,161名，占樣本總數八成(79.68%)並且以「民俗信仰」最多。

(五) 婚姻狀態：醫護人員合計「未婚」者有783人(53.7%)，「已婚」者則有651名(44.7%)，「離婚」14名(1%)、「鰥寡」6名(.4%)、「分居」2名(.1%)、「再婚」1名(.1%)。包括醫師「已婚」者共有274名(62.3%)；「未婚」者則有157名(35.7%)；「鰥寡」、「離婚」、「分居」、「再婚」共9名(2.1%)。護理人員方面以「未婚」者626名(61.6%)居多；「已婚」者則有377名(37.1%)；「離婚」12名(1.2%)、「鰥寡」2名(.2%)。顯示醫師「已婚」者為多占六成二(62.3%)，而護理人員則以「未婚」者居多占六成二(61.6%)。

(六) 排行：醫護人員在家庭排行有其共通性即「排序」皆為相似以「老大」最多，共563名(38.6%)，依次序為「中間」510名(35.0%)，「老么」334名(22.9%)，「獨生子、女」50名(3.4%)。包括醫師以「老大」165名(37.5%)、「中間」149名(33.9%)，「老么」100名(22.7%)「獨生子、女」26名(5.9%)；護理人員方面以「老大」395名(39.15%)、「中間」361名(35.5%)，「老么」234名(23%)、「獨生子、女」24名(2.4%)。研究者認為可能是從事臨床工作者具有其相同的屬性。如同本研究結果，醫師與護理人員在「家庭」排序以「老大」為數最多，占樣本總數三成九(38.6%)，具備「老大」特質。

(七) 資歷：醫護人員之資歷皆趨近於「1年至9年以下」合計768名(52.7%)最多。「10年以上」者亦有576名(39.5%)；「1年以下」113名(7.8%)。醫師方面「1年至9年以下」合計215名(48.8%)；「10年以上」者亦有183名(41.6%)；「1年以下」42名(9.5%)，護理人員方面「1年至9年以下」合計554名(54.48%)；「10年以上」

者亦有393名(38.6%)；「1年以下」70名(6.5%)。

(八) 有無親身經歷親友死亡：醫護人員「有」者共計1,020名(70%)，而「無」者則有437名(30%)。包括醫師「無」者共計92名(20.9%)；而「有」者則有348名(79.1%)，護理人員「無」者共計91名(8.9%)，而「有」者則有926名(91.1%)，顯示醫護人員有親身經歷親友死亡者平均高達七成，尤其護理人員更高達九成而醫師亦有八成。

(九) 有無參加過生死教育相關課：醫護人員「有參加」者共計924名(63.4%)，而「無參加」者共533名(36.6%)。包括醫師「有參加」者共計144名(32.7%)；而「無參加」者共296名(67.3%)，護理人員「無參加」者共計390名(38.3%)，而「有參加」者共627名(61.7%)。顯示目前臨床醫護人員只有六成(63.4%)參加過生死教育相關課，尚有近四成(36.6%)未曾參加者。

二、工作特性

在工作特性部份，共分成「服務科別(醫師/護理)」、「目前單位年資」、「照顧臨終病患經驗」、「照顧病患死亡經驗」、「最近何時經歷死亡經驗」共五項，以下分別說明。

(十) 服務科別(醫師/護理)：醫護人員之服務科別以「內科系」最多，共583名(40.1%)，而「外科系」者有299名(20.5%)，其次依序為「婦兒」137名(9.4%)、「急診」105名(7.2%)、「其他」88名(6.0%)、「安寧病房」83名(5.7%)、「加護」64名(4.4%)、「洗腎、手術室、護理之家」57名(3.9%)、「腫瘤科」41名(2.8%)。醫師方面亦以「內科系」最多，共241名(54.8%)，而「外科系」者有101名(23.0%)、

「其他」46名(10.5%)、「婦兒」32名(7.3%)、「急診」、「加護」、「腫瘤科」、「安寧病房」合計20名(4.5%)。護理人員方面相同地以「內科系」最多，共343名(33.7%)，而「外科系」者有198名(19.5%)、「婦兒」及「急診」列為相同各104名(10.2%)、「其他」87名(8.6%)、「加護」38名(3.7%)、「洗腎、手術室、護理之家」42名(4.1%)。

(十一) 目前單位年資：醫護人員以「6年以上」最多，共517名(35.5%)，依次序「大於2-4年」272名(18.7%)、「大於4-6年」245名(16.8%)、「1-2年」232名(15.9%)、「小於1年」191名(13.1%)。醫師方面亦以「6年以上」最多，共209名(47.5%)；「大於4-6年」81名(18.4%)、「大於2-4年」61名(13.9%)、「小於1年」54名(12.3%)、「1-2年」35名(8.0%)。護理人員方面相同地以「6年以上」最多，共308名(30.3%)；「大於2-4年」211名(20.7%)、「1-2年」198名(19.5%)、「大於2-6年」163名(16.0%)、「小於1年」137名(13.5%)。

(十二) 照顧臨終病患經驗：醫護人員「有」者共計1,141名(78.3%)，而「無」者則316名(21.7%)。其中，醫師「無」者共計106名(24.1%)；而「有」者則334名(75.9%)。護理人員「無」者共計210名(20.6%)，而「有」者則807名(79.4%)，顯示目前臨床醫護人員占樣本總數七成八(78.3%)皆有照顧臨終病患經驗，而「無」者則有二成二(21.7%)。

(十三) 曾經照顧病患死亡經驗：醫護人員曾經照顧病患死亡經驗以「大於20」最多，共466名(占32.1%)，依次序為「1-5」439名(占30.17%)，「無」者亦有227名(占15.6%)，「6-10」194名(占13.3%)，「11-20」130名(占8.9%)。醫師方面排序與護理人員合計相同，如以「大於20」最多，153名(占34.8%)；依次序為「1-5」103名(占23.4%)；「無」者亦有75名(占17%)；「6-10」58名(占13.2%)；「11-20」51名(占11.6%)。護理人員方面以「1-5」最多339名(占33.3%)；依次序為「大於

20」313名(占30.8%)；「無」者亦有151名(占14.8%)；。「6-10」137名(占13.5%)；「11-20」77名(占7.6%)。顯示醫護人員曾經照顧病患死亡經驗「有」者1,230名，占總樣本數八成四(84.42%)，「無」者有一成六(15.6%)。

(十四) 最近何時經歷死亡經驗：醫護人員最近何時經歷死亡經驗以「無」者最多，共348名(占23.9%)；依次序為「小等於1月」327名(占22.4%)；「大於六月」者有297名(20.4%)；「小等於六月」265名(18.2%)；「小等於七天」者有220名(15.1%)。醫師方面以「小等於1月」者有114名(25.9%)最多；「小等於六月」96名(21.8%)；「無」者98名(22.3%)；「大於六月」者有96名(21.8%)；「小等於七天」者有59名(13.4%)。護理人員方面以「無」者最多，共250名(24.6%)；「大於六月」者有224名(22.0%)；「小等於1月」213名(20.9%)；「小等於六月」169名(16.6%)；「小等於七天」者有161名(15.8%)。顯示醫護人員最近「何時經歷死亡經驗以「有」者最多，共1,073名，占總樣本數七成四(73.64%)。

表
4-1-1 醫護人員樣本資料描述分析 (N=1,457)

基本資料	類別	次數						百分比(%)		
		研究對象								
一、人口學特性		合計	醫師	護理人員	合計	醫師	護理人員			
1.年齡	<20	104	94	10	7.1	21.4	1			
	20-30	715	175	541	49.1	39.8	53.2			
	31-40	421	122	298	28.9	27.7	29.3			
	41-50	183	39	144	12.6	8.9	14.2			
	51-60	34	10	24	2.3	2.3	2.4			
2.性別										
	男	330	330		22.6	74.8				
	女	1,127	110	1,017	77.4	25.2	100			
3.教育程度										
	學士後醫學系/護校	45	27	18	3.2	6.1	1.8			

醫學系/二專	528	349	179	36.2	79.3	17.6
研究所以上/三專	72	64	8	4.9	14.5	0.8
五專(護理)	188		188	12.8		18.5
大學(護理)	584		584	40.2		57.4
研究所以上(護理)	40		40	2.7		3.9
其他						

4. 宗教信仰

佛教	285	76	209	19.6	17.3	20.6
民俗信仰	659	199	459	45.2	45.2	45.1
天主教	27	11	16	1.9	2.5	1.6
基督教	137	47	90	9.4	10.7	8.8
回教(護理)	2		2	0.1		0.2
一貫教	27	2	25	1.9	0.5	2.5
沒有	296	99	198	20.3	22.5	19.5
其他	24	6	18	1.6	1.4	1.8

5. 婚姻狀況

未婚	783	157	626	53.7	35.7	61.6
已婚	651	274	377	44.7	62.3	37.1
鰥寡	6	4	2	0.4	0.9	0.2
離婚	14	2	12	1	0.5	1.2
再婚	1	1		0.1	0.2	
分居	2	2		0.1	0.5	

6. 排行

老大	563	165	398	38.6	37.5	39.1
中間	510	149	361	35	33.9	35.5
老么	334	100	234	22.9	22.7	23
獨生子、女	50	26	24	3.4	5.9	2.4

7. 資歷

<1年	363	42	70	24.9	9.5	6.9
1-4年以下	405	86	278	27.8	19.5	27.3
5-9年以下	576	129	276	39.5	29.3	27.1
10年以上		183	393		41.6	38.6

8. 有無經歷親友死亡

有	1,020	92	926	70	20.9	91.1
---	-------	----	-----	----	------	------

無	437	348	91	30	79.1	8.9
9.有無參加死亡學相關教育						
有	924	296	627	63.4	67.3	61.7
無	533	144	390	36.6	32.7	38.3

二、工作特性

10.服務科別

內科系	584	241	343	40.0	54.8	33.7
外科系	299	101	198	20.5	23	19.5
婦兒	136	32	104	9.4	7.3	10.2
急診/洗腎手術室護理之家	57	15	42	3.9	3.4	4.1
加護/急診	105	1	104	7.2	0.2	10.2
腫瘤/加護	64	3	61	4.4	0.7	6
安寧/腫瘤(護理)	41	1	40	2.8	0.2	3.9
其他/安寧	84	46	38	5.7	10.5	3.7
其他(護理)	87		87	6.0		8.6

11.目前科別年資

<1	191	54	137	13.1	12.3	13.5
<1-2	232	35	198	15.9	8.0	19.5
>2-4	272	61	211	18.7	13.9	20.7
>4-6	245	81	163	16.8	18.4	16.0
>6	517	209	308	35.5	47.5	30.3

12.照顧臨終病患經驗

有	1141	334	807	78.3	75.9	79.4
無	316	106	210	21.7	24.1	20.6

13.曾經歷照顧病患死亡經驗

1-5	439	103	339	30.1	23.4	33.3
6-10	195	58	137	13.4	13.2	13.5
11-20	131	51	77	9	11.6	7.6
>20	466	153	313	32	34.8	30.8
無	226	75	151	15.5	17	14.8

14.最近何時經歷病患死亡經驗

≤7天	220	59	161	15.1	13.4	15.8
≤1月	327	114	213	22.4	25.9	20.9
≤6月	265	96	169	18.2	21.8	16.6
>6月	297	73	224	20.4	16.6	22
無	348	98	250	23.9	22.3	24.6

第二節 醫護人員死亡態度與生命意義之現況

為瞭解護理人員死亡態度與生命意義之現況，本節茲分為「醫護人員的死亡態度之現況分析」及「醫護人員的生命意義之現況分析」兩部分做說明。

壹、 醫護人員的死亡態度之現況分析

本量表經修定後共26題；分為四個層面：1.死亡恐懼 (7題)；2.死亡逃避 (5題)；3.趨近接受死亡 (10題)；4.逃離接受死亡 (4題)。研究者將從二方面來進行討論，首先就醫護人員在死亡態度量表上整體得分進行分析；其次對醫護人員在死亡態度量表上各層面進行分析比較。

一、 整體分析

由表4-2-1研究結果得知，每題平均得分為2.92，接近於量表每題的平均值3分。

表

4-2-1 醫護人員死亡態度整體得分分析摘要表 (N=1,457)

層面名稱	題號	人數	最小值	最大值	平均數	標準差
死亡恐懼層面	1	1,457	1	5	3.15	.901
	2	1,457	1	5	3.06	.906
	5	1,457	1	5	2.93	1.007
	6	1,457	1	5	2.62	.905
	17	1,457	1	5	2.72	.897
	18	1,457	1	5	2.67	.888
	26	1,457	1	5	2.89	.891
死亡逃避層面	3	1,457	1	5	2.94	.882
	9	1,457	1	5	2.84	.866
	11	1,457	1	5	2.84	.869
	16	1,457	1	5	2.61	.860
	21	1,457	1	5	2.72	.828
趨近接受死亡層面	4	1,457	1	5	3.25	.804
	7	1,457	1	5	2.95	.809
	12	1,457	1	5	2.80	.827
	13	1,457	1	5	3.10	.853
	14	1,457	1	5	2.87	.819
	19	1,457	1	5	3.41	.961
	20	1,457	1	5	3.01	.808
	22	1,457	1	5	2.97	.838
	23	1,457	1	5	3.13	.840
	25	1,457	1	5	2.91	.846
逃離接受死亡層面	5	1,457	1	5	2.93	1.007
	8	1,457	1	5	2.68	.878
	10	1,457	1	5	2.90	.899
	24	1,457	1	5	2.92	.869

二、分層分析

本研究之「死亡態度量表」(DAP-R)原量表「32題」，經試測項目分析及刪題「6題」之後總共26題，每題最高分5分，最低1分。本量表共有四個層面：「死亡恐懼」、「死亡逃避」、「趨近接受」及「逃離接受」。由表4-2-2 得知，醫護人員對死亡的「趨近死亡」最高($M=3.04$)，其依次序為、「逃離接受」($M=2.86$)、「死亡恐懼」($M=2.83$)和「死亡逃避」($M=2.79$)。顯示醫護人員可能將死亡視為通向快樂來生世界的道路，相信有幸福來生的死後世界。

表 4-2-2 醫護人員死亡態度各層面分析摘要表 ($N=1,457$)

層面名稱	題數	層面平均數	層面標準差	單題平均數	單題標準差
死亡恐懼	7	19.79	4.80	2.83	.69
死亡逃避	5	13.96	3.47	2.79	.69
趨近死亡	10	30.40	5.77	3.04	.58
逃離接受死亡	4	11.43	2.93	2.86	.73
合計	26				

貳、醫護人員的生命意義之現況分析

本量表分為八個層面：1.哲學(6題)；2.宗教(5題)；3.心理(7題)；4.社會(5題)；5.教育(4題)；6.倫理(5題)；7.生活熱誠(4題)；8.靈性(2題)。研究者將從二方面來進行討論，首先就醫護人員在生命意義量表上整體得分進行分析；其次針對醫護人員在生命意義量表上各層面進行分析比較。

一、整體分析

由表4-2-3研究結果得知「整體生命意義」總得分最高為190分，最低為91分，平均

為143.58分。每題平均得分為3.78，高於量表每題的平均值3分，顯示醫護人員的生命意義為中上程度。

表
4-2-3 醫護人員生命意義整體得分分析摘要表 (N=1,457)

層面名稱	題號	人數	最小值	最大值	平均數	標準差
哲學層面	1	1,457	1	5	3.91	.742
	2	1,457	1	5	3.78	.849
	3	1,457	1	5	3.63	.899
	4	1,457	1	5	3.09	1.024
	5	1,457	1	5	3.82	.732
	6	1,457	1	5	3.89	.714
宗教層面	7	1,457	1	5	4.07	.789
	8	1,457	1	5	3.69	.902
	9	1,457	1	5	3.95	.727
	10	1,457	1	5	3.86	.748
	11	1,457	1	5	3.76	.807
心理層面	12	1,457	1	5	3.95	.711
	13	1,457	1	5	3.82	.718
	14	1,457	1	5	3.79	.946
	15	1,457	1	5	3.52	.734
	16	1,457	1	5	3.57	.782
	17	1,457	1	5	3.78	.788
	18	1,457	1	5	3.2	1.025
	社會層面	19	1,457	1	5	3.55	.924
20		1,457	1	5	3.83	.696
21		1,457	1	5	4.13	.682
22		1,457	1	5	3.77	.658
23		1,457	1	5	3.97	.659
教育層面		24	1,457	1	5	3.29	.985
	25	1,457	1	5	3.96	.652
	26	1,457	2	5	3.81	.643
	27	1,457	1	5	3.78	.803
倫理層面	28	1,457	1	5	3.83	.721
	29	1,457	1	5	3.7	.962
	30	1,457	2	5	4.04	.670
	31	1,457	1	5	3.83	.687
	32	1,457	1	5	3.73	.713
生活熱誠層面	33	1,457	1	5	3.89	.705
	34	1,457	1	5	3.76	.696
	35	1,457	1	5	3.75	.722
	36	1,457	1	5	3.93	.691
靈性層面	37	1,457	1	5	4.21	.780
	38	1,457	1	5	3.71	.793
整體生命意義		1,457	91	190	143.58	17.427

二、分層分析

醫護人員在生命意義量表中的「哲學」、「宗教」、「心理」、「社會」、「教育」、「倫理」、「生活熱誠層面」及「靈性層面」各層面的單題平均得分分別為3.69、3.87、3.66、3.85、3.71、3.83、3.83及3.96，皆高於每題的中間值3分。

由表4-2-2研究結果顯示，醫護人員在生命意義量表上的各分層面的得分表現頗佳，單題平均得分達3.8以上的有五個層面：單題平均得分最高的是「靈性層面」($M=3.96$)，顯示醫護人員重視靈性層面的生活；其他依序為「宗教」($M=3.87$)、「社會」($M=3.85$)、「倫理」($M=3.83$)與「生活熱誠層面」($M=3.83$)同分；並且此五個層面的單題平均皆高於整體生命意義的單題平均3.71。

表

4-2-4 醫護人員全人生命意義各層面分析摘要表 ($N=1,457$)

層面名稱	人數	題數	最小值	最大值	層面平均數	層面標準差	單題平均數	單題標準差
哲學	1,457	6	12	30	22.12	3.48	3.69	.58
宗教	1,457	5	7	25	19.34	2.88	3.87	.58
心理	1,457	7	13	35	25.65	3.82	3.66	.55
社會	1,457	5	9	25	19.25	2.51	3.85	.50
教育	1,457	4	8	20	14.84	2.29	3.71	.57
倫理	1,457	5	12	25	19.13	2.66	3.83	.53
生活熱誠	1,457	4	8	20	15.33	2.26	3.83	.57
靈性	1,457	2	3	10	7.92	1.30	3.96	.65
整體生命意義	1,457	38	91	190	14.84	2.29	3.71	.57

第三節 不同背景變項的醫護人員在死亡態度與生命意義上之差異分析

為考驗假設一與假設二，以獨立樣本 t 檢定及單因子變異數分析進行死亡態度與生命意義之差異考驗，以「人口學特性」(性別、年齡、教育程度、宗教信仰、婚姻、排行、資歷、有無經歷親友死亡經驗、有無參加過生死教育相關課程)及「工作特性」(服務科別、目前單位年資、照顧病患死亡經驗、有無照顧臨終病患經驗、最近何時經歷病患死亡)為自變項，醫護人員死亡態度為依變項，進行差異考驗，以下分別敘述之。

壹、醫護人員背景變項在死亡態度上的差異分析

一、人口學特性

人口學特性的內容包括性別、年齡、教育程度、宗教信仰、婚姻、排行、資歷、有無經歷親友死亡經驗、有無參加過生死教育相關課程，其在死亡態度上的差異詳述如後。

(一)不同性別之醫護人員在死亡態度上的差異分析

本分析主要是瞭解「不同性別」之醫護人員在死亡態度上的差異。研究者使用獨立樣本 t 檢定考驗後，結果如表4-3-1所示，醫護人員在性別變項之死亡態度唯獨在死亡逃避層面， $t(1,455)=3.82, p<.001, \text{Cohen's } d=0.24, 95\% \text{ CI} [.40, 1.25]$ ；達到.001的顯著水準，發現醫護人員的死亡態度在死亡逃避層面於不同性別上有顯著的差異；男性平均數得分為14.60分($SD=3.41$)，明顯高於女性得分為13.77分($SD=3.47$)，表示男性較女性趨向於死亡逃避的死亡態度。其餘在死亡態度性別變項上皆未達顯著差異。

表

4-3-1 不同背景變項的醫護人員在死亡態度量表獨立樣本 *t* 考驗摘要表 (N=1,457)

自變項	依變項	組別	人數	平均數	標準差	標準誤	<i>t</i> 值
性別	死亡恐懼	1	330	19.95	4.741	.261	.690
		2	1127	19.75	4.817	.143	
	死亡逃避	1	330	14.60	3.412	.188	3.819***
		2	1127	13.77	3.472	.103	
	趨近接受	1	330	29.94	6.302	.347	-1.521
		2	1127	30.53	5.594	.167	
	逃離接受	1	330	11.51	2.724	.150	.541
		2	1127	11.41	2.982	.089	
經歷親友死亡	死亡恐懼	1	1020	19.68	4.792	.150	-1.394
		2	437	20.06	4.809	.230	
	死亡逃避	1	1020	13.76	3.416	.107	-3.379***
		2	437	14.43	3.569	.171	
	趨近接受	1	1020	30.56	5.456	.171	1.607
		2	437	30.00	6.419	.307	
	逃離接受	1	1020	11.47	2.938	.092	.689
		2	437	11.35	2.896	.139	
整體層面	1	1020	75.47	12.803	.401	-.458	
	2	437	75.84	14.737	.705		
生死教育	死亡恐懼	1	924	19.61	4.766	.157	-1.926
		2	533	20.11	4.843	.210	
	死亡逃避	1	924	13.83	3.453	.114	-1.859
		2	533	14.18	3.504	.152	
	趨近接受	1	924	30.50	5.752	.189	.941
		2	533	30.21	5.789	.251	
	逃離接受	1	924	11.39	2.880	.095	-.747
		2	533	11.51	3.003	.130	
照顧臨終病患經驗	死亡恐懼	1	1141	19.59	4.753	.141	-3.123**
		2	316	20.54	4.899	.276	
	死亡逃避	1	1141	13.79	3.457	.102	-3.553***
		2	316	14.57	3.473	.195	
	趨近接受	1	1141	30.27	5.617	.166	-1.527
		2	316	30.86	6.257	.352	
	逃離接受	1	1141	11.36	2.876	.085	-1.743
		2	316	11.69	3.086	.174	

註：1.** $p < .01$ *** $p < .001$

2.有=1 無=2 ; 男=1 女=2

表

4-3-2 不同性別之醫護人員在「死亡逃避」分量表的獨立樣本 *t* 考驗摘要表 (N=1,457)

變項	男生 (n=330)		女生 (n=1,127)		<i>t</i> 值	ρ 值	95% CI		Cohen's d	1- β
	M	SD	M	SD			LL	UL		
死亡逃避	14.60	3.41	13.77	3.47	3.82	$P < .001$	.40	1.25	0.24	.968

註： $df=1,455$

(二)不同年齡的醫護人員在死亡態度上的差異情形

為考驗不同年齡之醫護人員在死亡態度上的差異，以年齡為自變項，醫護人員死亡態度為依變項，進行單因子變異數分析(One- Way ANOVA)檢定。使用「描述性統計」、「變異數同質性檢定」、「均等平均數的檢定」、「ANOVA」與「多重比較」等統計彙製成表說明，分析不同年齡的醫護人員在死亡態度上的差異情形，若達顯著則再進行事後比較。

首先以「變異數同質性檢定」依據結果判斷為「變異數同質性」或「變異數不同質的」，若屬於「變異數同質性」宜採用Sheffe法($p > .05$)，若「變異數不同質的」則採 Games-Howell法($p < .05$)；進一步進行「ANOVA」考驗，判讀達顯著性的；再進行事後比較。

由變異數的同質性檢定結果可知，各組變異數屬於同質的有趨近接受死亡、逃離接受死亡與整體死亡態度，宜採用 Scheffe 法。變異數不同質的有死亡恐懼與死亡逃避，則採用 Games-Howell 考驗。

表 4-3-3 可知，醫護人員不同的年齡在死亡態度的死亡恐懼層面 $F(4,1452)=4.504$, $p=.001$, $\omega^2 = .001$ ，與死亡逃避層面 $F(4,1452)=3.043$, $p= .016$, $\omega^2 = .001$ ，皆達到顯著差異，進一步作事後比較。研究者發現，年齡層在 20 至 40 歲高於 41 至 50 歲，在死亡恐懼與死亡逃避層面具差異。

表

4-3-3 不同年齡的醫護人員在「死亡態度」的單因子變異數分析摘要表 (N=1,457)

死亡態度	背景變項 年齡	人數	平均數	標準差	變異 來源	離均差 平方和	自由度	平均 平方和	F 值	事後 比較
死亡 恐懼	1.<20	104	19.92	4.798	組間	410.953	4	102.738	4.504**	2,3>4
	2.20-30	715	20.13	4.662	組內	33121.276	1452	22.811		
	3.31-40	421	19.77	4.714						
	4.41-50	183	18.45	5.095						
	5.51-60	34	19.85	5.965						
死亡 逃避	1.<20	104	14.12	3.543	組間	146.111	4	36.528	3.043*	2,3>4
	2.20-30	715	14.08	3.500	組內	17431.251	1452	12.005		
	3.31-40	421	14.05	3.236						
	4.41-50	183	13.13	3.657						
	5.51-60	34	14.24	4.112						
趨近 接受 死亡	1.<20	104	29.99	7.200	組間	98.952	4	24.738	.744	
	2.20-30	715	30.41	5.494	組內	48295.336	1452	33.261		
	3.31-40	421	30.23	5.521						
	4.41-50	183	30.70	6.271						
	5.51-60	34	31.65	6.614						
逃離 接受 死亡	1.<20	104	11.53	2.893	組間	48.281	4	12.070	1.412	
	2.20-30	715	11.45	2.875	組內	12409.444	1452	8.546		
	3.31-40	421	11.59	2.957						
	4.41-50	183	11.00	3.024						
	5.51-60	34	11.15	3.066						

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

表

4-3-4 不同年齡之醫護人員在「死亡恐懼」與「死亡逃避」的單因子變異數分析摘要表 (N=1,457)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	1- β
死亡恐懼	組間	410.95	4	102.74	4.50	.001	2,3>4	.0096	.943
	組內	33121.28	1452	22.81					
	總和	33532.229	1456						
死亡逃避	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	1- β
	組間	146.11	4	36.53	146.11	.016	2,3>4	.0056	.807
	組內	17431.25	1452	12.01	17431.25				
	總和								

註：1.<20 2.20-30 3.31-40 4.41-50 5.51-60

(三) 不同教育程度醫護人員在死亡態度上的差異情形

變異數的同質性檢定結果可知，各組變異數屬於同質的有死亡恐懼、死亡逃避與逃離接受死亡，宜採用 Scheffe 法。變異數不同質的有趨近接受死亡與整體死亡態度，則採用 Games-Howell 考驗。

由表 4-3-4 可知，不同教育程的醫護人員的死亡態度，只有死亡逃避皆達到顯著差異。但進一步作事後比較。發現未與各組別達到顯著差異。

表

4-3-5 不同教育程度醫護人員在死亡態度的單因子變異數分析摘要表 (N=1,457)

死亡態度	背景變項	人數	平均數	標準差	變異來源	離均差平方和	自由度	平均平方和	F 值	事後比較
死亡 恐懼	1.學士後醫學系	46	20.13	4.086	組間	64.277	5	12.855	.557	
	2.醫學系	527	19.76	4.805	組內	33467.952	1451	23.065		
	3.研究所以上	72	20.22	4.928						
	4.五專	187	19.64	4.520						
	5.大學	585	19.86	4.866						
	6.研究所以上	40	18.83	5.593						
死亡 逃避	1.學士後醫學系	46	14.52	3.089	組間	190.250	5	38.050	3.175*	—
	2.醫學系	527	14.23	3.513	組內	17387.112	1451	11.983		
	3.研究所以上	72	14.50	3.541						
	4.五專	187	14.10	3.250						
	5.大學	585	13.63	3.478						
	6.研究所以上	40	12.85	3.739						
趨近 接受 死亡	1.學士後醫學系	46	31.76	5.376	組間	181.623	5	36.325	1.093	
	2.醫學系	527	30.04	6.179	組內	48212.665	1451	33.227		
	3.研究所以上	72	30.64	6.354						
	4.五專	187	30.62	5.714						
	5.大學	585	30.53	5.291						
	6.研究所以上	40	30.10	6.291						
逃離 接受 死亡	1.學士後醫學系	46	12.20	2.083	組間	58.747	5	11.749	1.375	
	2.醫學系	527	11.34	2.940	組內	12398.978	1451	8.545		
	3.研究所以上	72	11.63	3.106						
	4.五專	187	11.59	2.822						
	5.大學	585	11.43	2.952						
	6.研究所以上	40	10.73	3.210						

註：1. * $p < .05$

2.3.研究所以上(醫師) 6.研究所以上(護理)

(四)不同宗教信仰的醫護人員在死亡態度上的差異情形

變異數的同質性檢定結果可知，各組變異數屬於同質的有死亡恐懼、死亡逃避與逃離接受，宜採用 Scheffe 法。變異數不同質的有趨近接受死亡，則採用 Games-Howell 考驗。

由表 4-3-5 可知，醫護人員不同的宗教信仰在死亡態度的趨近接受死亡層面 $F(7,1449)=5.225, p < .001, \omega^2 = .029$ ，達到非常顯著差異，進一步作事後比較。研究者發現，基督教高於佛教、民間信仰與沒有宗教信仰，在趨近接受死亡層面具差異。

表

4-3-6 不同宗教信仰醫護人員在死亡態度的單因子變異數分析摘要表 (N=1,457)

死亡態度	背景變項	人數	平均數	標準差	變異來源	離均差平方和	自由度	平均平方和	F 值	事後比較
死亡恐懼	1.佛教	285	19.63	4.908	組間	174.037	7	24.862	1.080	
	2.民間信仰	659	19.93	4.609	組內	33358.192	1449	23.022		
	3.天主教	27	19.74	5.439						
	4.基督教	137	19.31	5.431						
	5.回教	2	14.00	4.243						
	6.一貫教	27	19.22	5.308						
	7.沒有	296	20.05	4.701						
	8.其他	24	18.75	4.627						
死亡逃避	1.佛教	285	13.78	3.413	組間	114.870	7	16.410	1.362	
	2.民俗宗教	659	14.02	3.308	組內	17462.492	1449	12.051		
	3.天主教	27	14.48	3.652						
	4.基督教	137	13.85	4.053						
	5.回教	2	8.50	3.536						
	6.一貫教	27	13.93	3.761						
	7.沒有	296	14.13	3.585						
	8.其他	24	12.92	2.962						
趨近接受死亡	1.佛教	285	30.50	5.857	組間	1191.449	7	170.207	5.225***	4>1,2,7
	2.民俗宗教	659	30.00	5.354	組內	47202.839	1449	32.576		
	3.天主教	27	33.30	6.420						
	4.基督教	137	32.69	6.369						
	5.回教	2	27.00	9.899						
	6.一貫教	27	31.11	6.327						
	7.沒有	296	29.83	5.943						
	8.其他	24	30.04	4.418						
逃離接受死亡	1.佛教	285	11.54	2.944	組間	45.354	7	6.479	.756	
	2.民俗宗教	659	11.46	2.801	組內	12412.372	1449	8.566		
	3.天主教	27	11.78	2.722						
	4.基督教	137	11.33	3.202						
	5.回教	2	8.50	2.121						
	6.一貫教	27	10.63	3.103						
	7.沒有	296	11.36	3.099						
	8.其他	24	11.63	2.223						

*** $p < .001$

表

4-3-7 不同宗教信仰之醫護人員在「趨近接受」的單因子變異數分析摘要表 (N=1,457)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	1- β
趨近接受	組間	1191.449	7	102.74	5.225	< .001	4>1,2,7	.029	.998
	組內	47202.839	1449	22.81					
	總和	48394.288	1456						

(五)不同婚姻的醫護人員在死亡態度上的差異情形

變異數的同質性檢定結果可知，各組變異數皆屬於同質，宜採用 Scheffe 法。

由表 4-3-8 可知，醫護人員不同的婚姻在死亡態度的死亡恐懼層面 $F(4,1452)=2.566$

$p=.037$ ，達到顯著差異。另外，在死亡逃避層面 $F(4,1452)=3.452, p=.008, \omega^2=.007$ ，達到顯著差異。進一步作事後比較。顯示已婚高於未婚，在逃避死亡層面具差異。

表

4-3-8 不同婚姻的醫護人員在死亡態度上的單因子變異數分析摘要表 ($N=1,457$)

死亡態度	背景變項 婚姻	人數	平均數	標準差	變異來源	離均差平方和	自由度	平均平方和	F 值	事後比較
死亡 恐懼	1.未婚	783	19.63	4.734	組間	235.351	4	58.838	2.566*	—
	2.已婚	652	20.08	4.875	組內	33296.878	1452	22.932		
	3.鰥寡	6	17.00	3.225						
	4.離婚	14	17.00	4.315						
	5.分居	2	18.50	2.121						
死亡 逃避	1.未婚	783	13.66	3.470	組間	165.570	4	41.393	3.452**	2>1
	2.已婚	652	14.33	3.478	組內	17411.791	1452	11.992		
	3.鰥寡	6	14.00	2.828						
	4.離婚	14	13.14	2.413						
	5.分居	2	14.00	1.414						
趨近 接受	1.未婚	783	30.21	5.815	組間	92.552	4	23.138	.696	
	2.已婚	652	30.65	5.719	組內	48301.737	1452	33.266		
	3.鰥寡	6	28.50	7.969						
	4.離婚	14	30.07	3.970						
	5.分居	2	29.50	6.364						
逃離 接受	1.未婚	783	11.36	2.949	組間	23.785	4	5.946	.694	
	2.已婚	652	11.54	2.905	組內	12433.941	1452	8.563		
	3.鰥寡	6	10.17	2.483						
	4.離婚	14	11.00	2.855						
	5.分居	2	12.00	1.414						

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

表4-3-9

不同婚姻狀況之醫護人員在「死亡逃避」的單因子變異數分析摘要表 ($N=1,457$)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	1- β
死亡逃避	組間	165.570	4	41.393	5.225	< .001	4>1,2,7	.029	.998
	組內	17411.791	1452	11.992					
	總和	17577.362	1456						

(六)不同排行的醫護人員在死亡態度上的差異情形

變異數的同質性檢定結果可知，各組變異數皆屬於同質，宜採用 Scheffe 法。

由表 4-3-10 可知，顯示醫護人員不同的排行在死亡態度上，未達到顯著差異。

表

4-3-10 不同排行的醫護人員在死亡態度上的單因子變異數分析摘要表 (N=1,457)

生命意義	背景變項 排行	人數	平均數	標準差	變異 來源	離均差 平方和	自由度	平均 平方和	F 值	事後 比較
死亡 恐懼	1.老大	563	19.74	4.805	組間	30.614	3	10.205	.443	
	2.中間	510	19.97	4.746	組內	33501.615	1453	23.057		
	3.老公	334	19.60	4.901						
	4.獨生子、女	50	19.86	4.664						
死亡 逃避	1.老大	563	14.01	3.308	組間	11.675	3	3.892	.322	
	2.中間	510	14.01	3.586	組內	17565.687	1453	12.089		
	3.老公	334	13.85	3.589						
	4.獨生子、女	50	13.64	3.445						
趨近 接受	1.老大	563	30.28	5.625	組間	145.538	3	48.513	1.461	
	2.中間	510	30.33	5.661	組內	48248.751	1453	33.206		
	3.老公	334	30.44	6.146						
	4.獨生子、女	50	32.04	5.671						
逃離 接受	1.老大	563	11.29	2.873	組間	31.677	3	10.559	1.235	
	2.中間	510	11.47	2.912	組內	12426.049	1453	8.552		
	3.老公	334	11.54	3.017						
	4.獨生子、女	50	11.98	3.000						

(七)不同資歷的醫護人員在死亡態度上的差異情形

變異數的同質性檢定結果可知，各組變異數屬於同質的有死亡恐懼、與趨近接受，宜採用 Scheffe 法。變異數不同質的有死亡逃避與逃離接受，則採用 Games-Howell 考驗。

由表 4-3-8 可知，醫護人員不同的資歷在死亡態度的死亡恐懼層面 $F(3,1453)=3.707$, $p=.011$, $\omega^2=.006$ ，達到顯著差異。另外，在死亡逃避層面 $F(4,1452)=3.413$, $p=.017$, $\omega^2=.005$ ，達到顯著差異。進一步作事後比較。顯示 5 至 9 年以下高於 10 年以上，在死亡恐懼與死亡逃避層面均具差異。

表

4-3-11 不同資歷的醫護人員在死亡態度上的單因子變異數分析摘要表 (N=1,457)

死亡 態度	背景變項 資歷	人數	平均數	標準差	變異 來源	離均差 平方和	自由度	平均 平方和	F 值	事後比較
死亡 恐懼	1.<1年	113	19.62	4.283	組間	254.728	3	84.909	3.707*	3>4
	2.1-4年以下	363	20.10	4.555	組內	33277.501	1453	22.903		
	3.5-9年以下	405	20.25	4.636						
	4.10年以上	576	19.31	5.112						
死亡 逃避	1.<1年	113	13.72	3.384	組間	122.988	3	40.996	3.413*	3>4
	2.1-4年以下	363	13.91	3.509	組內	17454.374	1453	12.013		
	3.5-9年以下	405	14.41	3.227						
	4.10年以上	576	13.72	3.613						
趨近 接受	1.<1年	113	30.53	6.191	組間	32.716	3	10.905	.328	
	2.1-4年以下	363	30.62	5.605	組內	48361.572	1453	33.284		
	3.5-9年以下	405	30.23	5.266						
	4.10年以上	576	30.35	6.114						
逃離 接受	1.<1年	113	11.73	2.979	組間	51.664	3	17.221	2.017	
	2.1-4年以下	363	11.52	2.771	組內	12406.061	1453	8.538		
	3.5-9年以下	405	11.59	2.892						
	4.10年以上	576	11.21	3.023						

* $p < .05$

表

4-3-12 不同資歷之醫護人員在「死亡恐懼」與「死亡逃避」的單因子變異數分析摘要表 (N=1,457)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	1- β	
死亡恐懼	組間	254.728	3	84.909	3.707	.011	2,3>4	.006	.807	
	組內	33277.501	1453	12.013						
	總和	33532.229								
		變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	1- β
死亡逃避	組間	122.988	3	40.996	3.413	.017	3>4	.005	.771	
	組內	17454.374	1453	12.013						
	總和	17577.362								

(八)有無親身經歷親友死亡之醫護人員在死亡態度上的差異分析

本分析主要是瞭解「有無親身經歷親友死亡」之醫護人員在死亡態度上的差異。研究者使用獨立樣本 *t* 檢定考驗後，結果如表4-3-1所示，醫護人員在有無親身經歷親友死亡變項之死亡態度，在死亡逃避層面達顯著水準 $t(1,455)=-3.379, p=.001, \text{Cohen's } d=0.19, 95\% \text{ CI} [= -1.057, -.280]$ ；「有親身經歷親友死亡」的死亡逃避平均數得分為13.76 ($SD=3.416$)，低於「無親身經歷親友死亡」的死亡逃避得分為14.43 ($SD=3.569$)，表示「有親身經歷親友死亡」的醫護人員有較低的死亡逃避，並且具有較正向的死亡態度。

表

4-3-13 有無經歷親友死亡之醫護人員在「死亡逃避」分量表的獨立樣本 *t* 考驗摘要表 (N=1,457)

變項	有 (n=1,020)		無 (n=437)		t 值	p 值	95% CI		Cohen's d	1- β
	M	SD	M	SD			LL	UL		
	死亡逃避	13.76	3.42	14.43			3.67	3.38			.001	-1.057	-.280	0.19	.922

註：df=1,455

(九)有無參加過生死教育相關課程之醫護人員在死亡態度上的差異分析

本分析主要是瞭解「有無參加過生死教育相關課程」之醫護人員在死亡態度上的差異。研究者應用獨立樣本 *t* 檢定考驗後，結果如表4-3-1所示，醫護人員在「有無參加過生死教育相關課程」之死亡態度上皆未達顯著差異。

二、工作特質

(十) 不同服務科別的醫護人員在死亡態度上的差異情形

變異數的同質性檢定結果可知，各組變異數屬於同質的有死亡恐懼、趨近接受死亡與逃離接受死亡，宜採用 Scheffe 法。變異數不同質的有死亡逃避，則採用 Games-Howell 考驗。

由表 4-3-14 可知，醫護人員不同的服務科別在死亡態度上，未達到顯著差異。

表

4-3-14 不同服務科別醫護人員死亡態度的單因子變異數分析摘要表 (N=1,457)

死亡態度	背景變項 服務科別	人數	平均數	標準差	變異 來源	離均差 平方和	自由度	平均 平方和	F 值	事後 比較
死亡 恐懼	1.內科系	583	19.87	4.753	組間	176.621	8	22.078	.958	
	2.外科系	299	19.90	4.524	組內	33355.608	1448	23.036		
	3.婦兒	137	20.26	4.979						
	4.洗腎手術室 護理之家	57	19.89	4.795						
	5.急診	105	19.75	4.918						
	6.加護	64	19.13	4.344						
	7.腫瘤	41	18.27	5.244						
	8.安寧	83	19.78	5.243						
	9.其他	88	19.38	5.242						
死亡 逃避	1.內科系	583	14.09	3.510	組間	211.087	8	26.386	2.200	
	2.外科系	299	14.30	3.237	組內	17366.275	1448	11.993		
	3.婦兒	137	14.16	3.308						
	4.洗腎手術室 護理之家	57	13.79	3.668						
	5.急診	105	13.87	3.525						
	6.加護	64	13.09	3.027						
	7.腫瘤	41	12.61	3.774						
	8.安寧	83	13.49	3.974						
	9.其他	88	13.51	3.549						
趨近 接受	1.內科系	583	30.33	5.661	組間	211.087	8	26.386	2.200	
	2.外科系	299	29.97	5.670	組內	17366.275	1448	11.993		
	3.婦兒	137	30.80	6.108						
	4.洗腎手術室 護理之家	57	30.91	4.882						
	5.急診	105	31.01	5.407						
	6.加護	64	30.00	4.612						
	7.腫瘤	41	29.15	7.080						
	8.安寧	83	32.04	6.774						
	9.其他	88	29.90	6.023						
逃離 接受	1.內科系	583	11.39	2.832	組間	101.901	8	12.738	1.493	
	2.外科系	299	11.47	2.924	組內	12355.825	1448	8.533		
	3.婦兒	137	11.50	3.047						
	4.洗腎手術室 護理之家	57	12.00	3.065						
	5.急診	105	11.77	2.920						
	6.加護	64	11.69	2.487						
	7.腫瘤	41	10.37	3.389						

8.安寧	83	11.48	3.373
9.其他	88	10.98	2.804

(十一) 不同於目前單位年資的醫護人員在死亡態度上的差異情形

變異數的同質性檢定結果可知，各組變異數皆屬於同質性，宜採用 Scheffe 法。

由表 4-3-11 可知，醫護人員不同的目前單位年資在死亡態度，未達到顯著差異。

表

4-3-15 不同於目前單位年資醫護人員在死亡態度上的單因子變異數分析摘要表 (N=1,457)

死亡態度	背景變項 目前單位	人數	平均數	標準差	變異 來源	離均差 平方和	自由度	平均 平方和	F 值	事後比較
死亡 恐懼	1.<1	191	19.50	4.548	組間	41.754	4	10.438	.453	
	2.1-2	232	19.83	4.621	組內	33490.475	1452	23.065		
	3.>2-4	272	19.63	4.517						
	4.>4-6	245	19.80	4.642						
	5.>6	517	19.97	5.179						
死亡 逃避	1.<1	191	13.57	3.483	組間	70.207	4	17.552	1.456	
	2.1-2	232	13.97	3.528	組內	17507.155	1452	12.057		
	3.>2-4	272	13.79	3.264						
	4.>4-6	245	13.89	3.368						
	5.>6	517	14.21	3.596						
趨近 接受	1.<1	191	30.52	5.951	組間	71.039	4	17.760	.534	
	2.1-2	232	30.56	5.825	組內	48323.249	1452	33.280		
	3.>2-4	272	30.33	5.455						
	4.>4-6	245	29.93	5.130						
	5.>6	517	30.53	6.111						
逃離 接受	1.<1	191	11.62	2.846	組間	19.469	4	4.867	.568	
	2.1-2	232	11.48	2.926	組內	12438.256	1452	8.566		
	3.>2-4	272	11.44	2.813						
	4.>4-6	245	11.21	2.756						
	5.>6	517	11.44	3.089						

(十二) 有無照顧臨終病患經驗之醫護人員在死亡態度上的差異分析

本分析主要是瞭解「有無照顧臨終病患死亡經驗」之醫護人員在死亡態度上的差異。研究者應用獨立樣本 t 檢定考驗後，研究結果如表4-3-1所示，醫護人員在「有無照顧臨終病患死亡經驗」之死亡態度在死亡恐懼層面已達顯著水準 $t(1,455)=-3.123$, $p=.002$, Cohen's $d=0.20$, 95% CI [= -1.547, -.353]，發現醫護人員的死亡恐懼與死亡逃避在「有無照顧臨終病患經驗」上有顯著的差異；「有照顧臨終病患死亡經驗」的死亡恐懼平均數得分為19.59分($SD=4.753$)，低於「無照顧臨終病患死亡經驗」的死亡恐懼得分為20.54($SD=3.569$)，表示「有照顧臨終病患死亡經驗」醫護人員的死亡恐懼較低，具有較正向的死亡態度。另外，醫護人員之死亡態度在死亡逃避層面已達顯著水準

$t(1,455)=-3.553, p<.001$), 發現醫護人員死亡態度在死亡逃避變項的「有無照顧臨終病患經驗」上有顯著的差異; 「有照顧臨終病患死亡經驗」的死亡逃避平均數得分為13.79分($SD=3.457$), 低於「無照顧臨終病患死亡經驗」者得分為14.57 ($SD=3.473$), 表示「有照顧臨終病患死亡經驗」醫護人員的死亡逃避較低, 具有較正向的死亡態度。其他未達顯著差異。

表
4-3-16有無照顧臨終病患經驗之醫護人員在「死亡恐懼」與「死亡逃避」分量表的獨立樣本 t 考驗摘要表

變項	有 ($n=1,141$)		無 ($n=316$)		t 值	p 值	95% CI		Cohen's d	$1-\beta$
	M	SD	M	SD			LL	UL		
死亡逃避	13.76	3.42	14.43	3.67	3.38	$P<.001$	-1.21	-.35	0.23	.944

註： $df=1,455$

(十三) 不同於照顧病患死亡經驗的醫護人員在死亡態度上的差異情形

變異數的同質性檢定結果可知, 各組變異數屬於同質的有死亡恐懼, 宜採用 Scheffe 法。變異數不同質的有死亡逃避、趨近接受死亡、逃離接受死亡與整體死亡態度, 則採用 Games-Howell 考驗。

由表 4-3-13 可知, 不同於照顧病患死亡經驗的醫護人員在四個分層面死亡恐懼 $F(4,1452)=3.813, p=.004, \omega^2=.008$, 死亡逃避層面 $F(4,1452)=3.150, p=.014, \omega^2=.006$, 趨近接受死亡層面 $F(4,1452)=2.633, p=.033$, 在逃離接受死亡層面 $F(4,1452)=2.911, p=.021$, 皆達到顯著差異。進一步作事後比較。研究者發現「無照顧病患死亡經驗」高於曾經照顧病患死亡 1 至 10 名及 20 名以上的醫護人員, 在「死亡恐懼」層面具差異。另外, 「無照顧病患死亡經驗」高於曾經照顧病患死亡 20 名以上的醫護人員, 在「死亡逃避」層面具差異。

表

4-3-17 不同於照顧病患死亡經驗的醫護人員在死亡態度上的單因子變異數分析摘要表 (N=1,457)

死亡態度	背景變項 病患	人數	平均數	標準差	變異來源	離均差平方和	自由度	平均平方和	F 值	事後比較
死亡恐懼	1.1-5	439	19.70	4.403	組間	348.564	4	87.141	3.813**	5 > 1,2,4
	2.6-10	195	19.51	4.422	組內	33183.665	1452	22.854		
	3.11-20	131	20.17	4.993						
	4.>20	466	19.40	5.152						
	5.無	226	20.82	4.861						
死亡逃避	1.1-5	439	13.93	3.284	組間	151.230	4	37.808	3.150*	5 > 4
	2.6-10	195	13.81	3.397	組內	17426.132	1452	12.001		
	3.11-20	131	14.15	3.640						
	4.>20	466	13.67	3.610						
	5.無	226	14.63	3.453						
趨近接受	1.1-5	439	30.28	5.399	組間	348.525	4	87.131	2.633*	—
	2.6-10	195	30.21	5.577	組內	48045.763	1452	33.089		
	3.11-20	131	31.03	5.995						
	4.>20	466	29.95	5.871						
	5.無	226	31.32	6.163						
逃離接受	1.1-5	439	11.36	2.977	組間	99.122	4	24.781	2.911*	—
	2.6-10	195	11.38	2.581	組內	12358.603	1452	8.511		
	3.11-20	131	11.92	2.841						
	4.>20	466	11.19	2.958						
	5.無	226	11.84	3.030						

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

表

4-3-18 不同照顧病患死亡經驗之醫護人員在「死亡恐懼」與「死亡逃避」的單因子變異數分析摘要表 (N=1,457)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	1- β
死亡恐懼	組間	348.564	4	87.141	3.813	.004	5 > 1,2,4	.008	.896
	組內	33183.665	1452	22.854					
	總和	33532.229	1456						
死亡逃避	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	1- β
	組間	151.230	4	37.808	3.150	.014	5 > 4	.006	.822
	組內	17426.132	1452	12.001					
	總和	17577.362	1456						

註：1.1-5 2.6-10 3.11-20 4.>20 5.無

(十四)不同於最近何時經歷病患死亡的醫護人員在死亡態度上的差異情形

變異數的同質性檢定結果，各組變異數均屬於同質性，宜採用 Scheffe 法。

由表 4-3-14 可知，不同於最近何時經歷的醫護人員在四個分層面死亡恐懼 $F(4,1452) = 4.815, p = .001$ ，死亡逃避層面 $F(4,1452) = 5.946, p < .001$ ， $\omega^2 = .01$ ，趨近接受死亡層

面 $F(4,1452)=4.218, p=.002$ ，在逃離接受死亡層面 $F(4,1452)=2.526, p=.039$ ，皆達到顯著差異。進一步作事後比較。研究者發現最近「無經歷病患死亡」的醫護人員高於「最近曾經照顧病患死亡者小於等於7天內」、「小於等於1個月內」和「大於六個月」，在「死亡逃避」層面具差異。

表 4-3-19 不同於最近何時經歷病患死亡時間的醫護人員在死亡態度上的單因子變異數分析摘要表 ($N=1,457$)

死亡態度	背景變項 年齡	人數	平均數	標準差	變異來源	離均差平方和	自由度	平均平方和	F 值	事後比較
死亡恐懼	1. ≤7天	220	19.76	4.977	組間	438.947	4	109.737	4.815***	—
	2. ≤1月	327	19.13	4.851	組內	33093.282	1452	22.792		
	3. ≤6月	265	19.95	4.389						
	4. >6月	297	19.42	5.028						
	5. 無	348	20.64	4.627						
死亡逃避	1. ≤7天	220	13.68	3.498	組間	283.289	4	70.822	5.946***	5>1,2,4
	2. ≤1月	327	13.51	3.405	組內	17294.073	1452	11.911		
	3. ≤6月	265	14.20	3.374						
	4. >6月	297	13.65	3.690						
	5. 無	348	14.63	3.309						
趨近接受	1. ≤7天	220	30.58	5.773	組間	555.837	4	138.959	4.218**	—
	2. ≤1月	327	29.69	5.784	組內	47838.452	1452	32.947		
	3. ≤6月	265	30.25	5.266						
	4. >6月	297	30.01	6.010						
	5. 無	348	31.38	5.787						
逃離接受	1. ≤7天	220	11.57	2.921	組間	86.081	4	21.520	2.526*	—
	2. ≤1月	327	11.14	2.892	組內	12371.645	1452	8.520		
	3. ≤6月	265	11.57	2.789						
	4. >6月	297	11.18	2.990						
	5. 無	348	11.73	2.978						

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

表 4-3-20 不同最近何時經歷病患死亡經驗之醫護人員在「死亡逃避」的單因子變異數分析摘要表 ($N=1,457$)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	$1-\beta$
死亡逃避	組間	283.289	4	70.822	5.946	$P < .001$	5>1,2,4	.013	.985
	組內	17294.073	1452	11.911					
	總和	17577.362	1456						

貳、醫護人員背景變項對生命意義的差異分析

一、人口學特性

人口學特性的內容包括性別、年齡、教育程度、宗教信仰、婚姻、排行、資歷、有無經歷親友死亡經驗、有無參加過生死教育相關課程，其在生命意義上的差異詳述如後。

(一)不同性別之醫護人員在生命意義上的差異分析

本分析主要是瞭解「不同性別」之醫護人員在生命意義上的差異。研究者使用獨立樣本 t 檢定考驗後，結果如表4-3-21所示，醫護人員在性別變項之生命意義整體層面上，有顯著的差異 $t(1,455)=5.66, p<.001, \text{Cohen's } d = 0.24, 95\% \text{ CI } [3.95, 8.14]$ ；男性平均數得分為148.25分($SD=17.928$)，明顯高於女性得分為142.21分($SD=16.806$)，表示男性醫師具有較高的生命意義。另外在生命意義分層面上有達到顯著差異者如：「哲學」 $t(1,455)=6.136, p<.001, \text{Cohen's } d = .021, 95\% \text{ CI } [.90, 1.74]$ 、「心理」 $t(1,455)=8.572, p<.001, \text{Cohen's } d = .047, 95\% \text{ CI } [1.54, 2.46]$ 、「社會」 $t(1,455)=6.302, p<.001, \text{Cohen's } d = .026, 95\% \text{ CI } [.67, 1.28]$ 、「教育」 $t(1,455)=2.304, p=.021, \text{Cohen's } d = .003, 95\% \text{ CI } [.049, .612]$ 、「倫理」 $t(1,455)=3.125, p=.001, \text{Cohen's } d = .007, 95\% \text{ CI } [.206, .899]$ 、「生活熱誠」 $t(1,455)=2.900, p=.004, \text{Cohen's } d = .005, 95\% \text{ CI } [.133, .686]$ ；男性平均數得分皆高於女性。唯獨「宗教」與「靈性」兩項分層面未達顯著差異。

表

4-3-21 不同背景變項的醫護人員在生命意義量表獨立樣本 t 考驗摘要表 ($N=1,457$)

自變項	依變項	組別	人數	平均數	標準差	標準誤	t 值
性別	哲學	1	330	23.15	3.543	.195	6.136***
		2	1127	21.83	3.403	.101	
	宗教	1	330	19.52	3.179	.175	1.239
		2	1127	19.28	2.786	.083	
	心理	1	330	27.19	3.897	.215	8.572***
		2	1127	25.20	3.674	.109	
	社會	1	330	20.01	2.499	.138	6.302***
		2	1127	19.03	2.473	.074	
	教育	1	330	15.10	2.362	.130	2.304*
		2	1127	14.77	2.269	.068	
	倫理	1	330	19.56	2.885	.159	3.125*

		2	1127	19.01	2.585	.077		
	生活熱誠	1	330	15.65	2.167	.119	2.900*	
		2	1127	15.24	2.280	.068		
	靈性	1	330	8.09	1.298	.071	2.694	
		2	1127	7.87	1.293	.039		
	整體層面	1	330	148.25	17.928	.987	5.660***	
		2	1127	142.21	16.806	.501		
經歷親友死亡	哲學	1	1020	21.82	3.339	.105	-5.011***	
		2	437	22.84	3.688	.176		
	宗教	1	1020	19.31	2.720	.085	-.415	
		2	437	19.39	3.226	.154		
	心理	1	1020	25.23	3.587	.112	-6.150***	
		2	437	26.63	4.146	.198		
	社會	1	1020	19.03	2.428	.076	-5.233***	
		2	437	19.77	2.626	.126		
	教育	1	1020	14.82	2.183	.068	-.429	
		2	437	14.88	2.536	.121		
	倫理	1	1020	19.02	2.515	.079	-2.493	
		2	437	19.40	2.972	.142		
	生活熱誠	1	1020	15.22	2.251	.070	-2.873*	
		2	437	15.59	2.267	.108		
	靈性	1	1020	7.85	1.266	.040	-3.157*	
		2	437	8.09	1.355	.065		
	整體層面	1	1020	142.29	16.228	.508	-4.116***	
		2	437	146.59	19.102	.914		
	生死教育	哲學	1	924	22.30	3.553	.117	2.528
			2	533	21.83	3.327	.144	
宗教		1	924	19.40	2.928	.096	1.074	
		2	533	19.23	2.794	.121		
心理		1	924	25.88	3.944	.130	3.209***	
		2	533	25.24	3.553	.154		
社會		1	924	19.41	2.506	.082	3.175*	
		2	533	18.98	2.499	.108		
教育		1	924	14.97	2.289	.075	2.840*	
		2	533	14.62	2.287	.099		
倫理		1	924	19.32	2.686	.088	3.756***	
		2	533	18.80	2.597	.112		
生活熱誠		1	924	15.44	2.257	.074	2.512	
		2	533	15.13	2.257	.098		
靈性		1	924	7.97	1.286	.042	1.839	
		2	533	7.84	1.314	.057		
整體層面		1	924	144.68	17.563	.578	3.234***	
		2	533	141.66	16.525	.716		
照顧臨終病患 經驗		哲學	1	1141	22.16	3.421	.101	.794
			2	316	21.99	3.681	.207	
	宗教	1	1141	19.34	2.843	.084	.023	
		2	316	19.33	3.013	.170		
	心理	1	1141	25.71	3.729	.110	1.114	
		2	316	25.42	4.117	.232		
	社會	1	1141	19.29	2.435	.072	.964	
		2	316	19.12	2.770	.156		
	教育	1	1141	14.84	2.239	.066	.102	
		2	316	14.83	2.486	.140		
	倫理	1	1141	19.13	2.559	.076	.070	
		2	316	19.12	3.020	.170		
	生活熱誠	1	1141	15.39	2.222	.066	1.826	
		2	316	15.12	2.389	.134		
	靈性	1	1141	7.92	1.258	.037	.201	
		2	316	7.91	1.431	.081		
	整體層面	1	1141	143.78	16.690	.494	.857	
		2	316	142.84	19.134	1.076		

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

表

4-3-22 不同性別之醫護人員在「生命意義」分量表的獨立樣本 *t* 考驗摘要表 (N=1,457)

變項	男生 (n=330)		女生 (n=1,127)		<i>t</i> 值	<i>p</i> 值	95% CI		Cohen's <i>d</i>	1-β
	M	SD	M	SD			LL	UL		
	整體生命意義	148.25	17.928	142.21			16.806	5.660			P < .001	3.951	8.141	.021	1.000
哲學	23.15	3.543	21.83	3.403	6.136	<i>P</i> < .001	.898	1.741	.025	1.000
心理	27.19	3.897	25.20	3.674	8.572	<i>P</i> < .001	1.541	2.456	.047	1.000
社會	20.01	2.499	19.03	2.473	6.302	<i>P</i> < .001	.673	1.282	.026	1.000
教育	15.10	2.362	14.77	2.269	2.304	.021	.049	.612	.003	.634
倫理	19.56	2.885	19.01	2.585	3.125	.001	.206	.899	.007	.913
生活熱誠	15.65	2.167	15.24	2.280	2.900	.004	.133	.686	.005	.826

註：*df*=1,455

(二)不同年齡的醫護人員在生命意義上的差異情形

變異數同質性檢定可知，各組變異數屬於同質的有哲學、心理、社會、生活熱誠與靈性，宜採用Scheffe法($p > .05$)。而變異數不同質的有宗教、教育、倫理與整體生命意，則採Games-Howell考驗($p < .05$)。

由表4-3-23與表4-3-24 可知，不同年齡的醫護人員在生命意義整體層面 $F(4,1452) = 15.36, p < .001, \omega^2 = .038$ ，與其他八個分層面皆達非常顯著差異。如哲學 $F(4,1452) = 13.20, p < .001, \omega^2 = .032$ 、宗教 $(4,1452)=6.89, p < .001, \omega^2 = .016$ 、心理 $(4,1452)=14.279, p < .001, \omega^2 = .035$ 、社會 $(4,1452)=13.994, p < .001, \omega^2 = .034$ 、教育 $(4,1452)=6.79, p < .001, \omega^2 = .016$ 、倫理 $(4,1452)=10.66, p < .001, \omega^2 = .026$ 、生活熱誠 $(4,1452) = 7.44, p < .001, \omega^2 = .017$ 及靈性 $(4,1452)=11.53, p < .001, \omega^2 = .038$ ，進一步作事後比較，發現整體生命意義層面31-40歲的醫護人員的得分($M = 144.26$)高於20-30歲($M = 140.93$)，而41-50歲($M = 150.5$)與51-60歲($M = 153.88$)的醫護人員的得分，顯著高於31-40歲($M = 144.26$)、20-30歲($M = 140.93$)與小於30歲以下($M = 143.44$)。

得知在生命意義分層面：研究者發現醫護人員的生命意義在不同的年齡層皆達到顯著差異，進一步作事後比較。結果顯示，年齡層在31至40歲高於20至30歲，在整體生命意義與哲學層面具差異。年齡層在41至60歲以上高於30歲以下，在哲學與宗教層面具差

異。年齡層在41至50歲高於20至40歲，在心理、社會與靈性層面具差異。年齡層在51至60歲以上高於20至30歲，在社會具差異。年齡層在41至50歲高於20至30歲，唯一在教育層面具差異。年齡層在41至60歲以上高於20至40歲，在倫理、生活熱誠與整體生命意義層面具差異。年齡層在41至50歲高於30歲以下，在整體生命意義層面具差異。

表

4-3-23 不同年齡的醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要表

生命意義	背景變項 年齡	人數	平均數	標準差	變異 來源	離均差 平方和	自由度	平均 平方和	F 值	事後 比較
哲學	1.<20	104	21.55	3.633	組間	617.870	4	154.467	13.195***	3>2 4,5>1,2
	2.20-30	715	21.63	3.212	組內	16997.396	1452	11.706		
	3.31-40	421	22.45	3.582						
	4.41-50	183	23.28	3.658						
	5.51-60	34	24.00	3.676						
宗教	1.<20	104	18.88	3.267	組間	224.807	4	56.202	6.885***	4,5>1,2
	2.20-30	715	19.08	2.652	組內	11852.074	1452	8.163		
	3.31-40	421	19.47	2.889						
	4.41-50	183	20.05	3.252						
	5.51-60	34	20.62	3.025						
心理	1.<20	104	25.89	4.238	組間	802.767	4	200.692	14.279***	4>2,3
	2.20-30	715	25.06	3.645	組內	20407.609	1452	14.055		
	3.31-40	421	25.77	3.774						
	4.41-50	183	27.26	3.844						
	5.51-60	34	27.06	3.481						
社會	1.<20	104	19.65	2.550	組間	340.871	4	85.218	13.994***	4>2,3 5>2
	2.20-30	715	18.86	2.437	組內	8842.191	1452	6.090		
	3.31-40	421	19.31	2.520						
	4.41-50	183	20.15	2.426						
	5.51-60	34	20.65	2.423						
教育	1.<20	104	14.82	2.712	組間	140.697	4	35.174	6.792***	4>2
	2.20-30	715	14.59	2.120	組內	7519.679	1452	5.179		
	3.31-40	421	14.94	2.405						
	4.41-50	183	15.42	2.209						
	5.51-60	34	15.82	2.668						
倫理	1.<20	104	19.14	3.254	組間	294.918	4	73.730	10.658***	4,5>2,3
	2.20-30	715	18.82	2.507	組內	10044.305	1452	6.918		
	3.31-40	421	19.15	2.676						
	4.41-50	183	19.98	2.529						
	5.51-60	34	20.79	2.983						
生活 熱誠	1.<20	104	15.52	2.413	組間	149.573	4	37.393	7.444***	4,5>2,3
	2.20-30	715	15.13	2.117	組內	7293.952	1452	5.023		
	3.31-40	421	15.26	2.333						
	4.41-50	183	15.94	2.340						
	5.51-60	34	16.50	2.526						
靈性	1.<20	104	7.99	1.383	組間	75.427	4	18.857	11.528***	4>2,3
	2.20-30	715	7.76	1.260	組內	2375.016	1452	1.636		
	3.31-40	421	7.91	1.313						
	4.41-50	183	8.43	1.202						
	5.51-60	34	8.44	1.330						
整體 生命 意義	1.<20	104	143.44	20.032	組間	17579.787	4	4394.947	15.358***	4,5>2,3 4>1
	2.20-30	715	140.93	15.590	組內	415507.621	1452	286.162		
	3.31-40	421	144.26	17.900						
	4.41-50	183	150.50	17.269						
	5.51-60	34	153.88	18.904						

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

表

4-3-24 不同年齡之醫護人員在「生命意義」分量表的單因子變異數分析摘要表 (N=1,457)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	1- β
整體生命 意義	組間	17579.787	4	4394.947	15.358	P<.001	4,5>2,3	.038	1.000
	組內	415507.621	1452	286.162			4>1		
	總和	433087.408	1456						
哲學	組間	617.870	4	154.467	13.195	P<.001	3>2	.032	1.000
	組內	16997.396	1452	11.706			4,5>1,2		
	總和	17615.266	1456						
宗教	組間	224.807	4	56.202	6.885	P<.001	4,5>1,2	.016	.994
	組內	11852.074	1452	8.163					
	總和	12076.881	1456						
心理	組間	802.767	4	200.692	14.279	P<.001	4>2,3	.035	1.000
	組內	20407.609	1452	14.055					
	總和	21210.376	1456						
社會	組間	340.871	4	85.218	13.994	P<.001	4>2,3	.034	1.000
	組內	8842.191	1452	6.090			5>2		
	總和	9183.062	1456						
教育	組間	140.697	4	35.174	6.792	P<.001	4>2	.016	.994
	組內	7519.679	1452	5.179					
	總和	7660.376	1456						
倫理	組間	294.918	4	73.730	10.658	P<.001	4,5>2,3	.026	1.000
	組內	10044.305	1452	6.918					
	總和	10339.223	1456						
生活熱誠	組間	149.573	4	37.393	7.444	P<.001	4,5>2,3	.017	.997
	組內	7293.952	1452	5.023					
	總和	7443.525	1456						
靈性	組間	75.427	4	18.857	11.528	P<.001	4>2,3	.028	1.000
	組內	2375.016	1452	1.636					
	總和	2450.443	1456						

(三)不同教育程度的醫護人員在生命意義上的差異情形

變異數同質性檢定可知，各組變異數屬於同質的有哲學、宗教、心理、社會、倫理、靈性與整體生命意義，宜採用Scheffe法。變異數不同質的有教育、生活熱誠採Games-Howell考驗。

由表4-3-25與表4-3-26可知，「不同教育程度」的醫護人員在生命意義整體層面 $F(5,1451)=8.50, p<.001, \omega^2=.025$ ，與其他七個分層面皆達非常顯著差異，宗教除外。如：哲學 $F(5,1452)=6.75, p<.001, \omega^2=.019$ 、心理 $(5,1451)=13.70, p<.001, \omega^2=.042$ 、社會 $(5,1451)=9.82, p<.001, \omega^2=.029$ 、教育 $(5,1451)=2.60, p=.024$ 、倫理 $(5,1451)=5.04, p<.001, \omega^2=.014$ 、生活熱誠 $(4,1452)=6.09, p<.001$ 及靈性 $(4,1452)=4.329, p<.001$ ，進一步作事後比較，發現整體生命意義層面教育程度醫學系的得分 ($M=144.99$) 高於五專 ($M=139.71$)，而醫師研究所以上 ($M=150.43$) 高於五專與大學 ($M=141.83$) 的護理人員的得分，另外護理人員研究所以上 ($M=151.53$) 顯著高於五專與大學畢業者。

在生命意義分層面：研究者發現醫護人員的生命意義在「不同教育程度」到顯著差異，進一步作事後比較。結果發現，「醫學系與醫師研究所以上」畢業高於五專與大學畢業，在「哲學層面」具差異。而「醫學系」、「醫師研究所以上」與「護理人員研究所以上」高於五專與大學畢業，在「整體生命意義」、「心理」層面具差異。學士後醫學系、醫學系、醫師研究所以上、大學與護理人員研究所以上高於五專，在社會層面具差異。護理人員研究所以上高於大學畢業者，在社會層面具差異。醫師研究所以上高於五專，在倫理層面具差異。護理人員研究所以上高於五專與大學畢業者，在生活熱誠層面具差異。

表

4-3-25 不同教育程度醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要表

生命意義	背景變項 教育程度	人數	平均數	標準差	變異 來源	離均差 平方和	自由度	平均 平方和	F 值	事後 比較
哲學	1.學士後醫學系	46	22.59	3.612	組間	400.106	5	80.021	745***	2,3>4,5
	2.醫學系	527	22.46	3.630	組內	17215.160	1451	11.864		
	3.研究所以上	72	23.58	3.830						
	4.五專	187	21.48	3.325						
	5.大學	585	21.76	3.193						
	6.研究所以上	40	22.88	4.058						
宗教	1.學士後醫學系	46	19.41	3.331	組間	44.770	5	8.954	1.080	
	2.醫學系	527	19.42	2.984	組內	12032.111	1451	8.292		
	3.研究所以上	72	19.64	3.429						
	4.五專	187	19.25	2.741						
	5.大學	585	19.20	2.718						
	6.研究所以上	40	20.08	2.786						
心理	1.學士後醫學系	46	26.33	4.512	組間	954.128	5	190.826	13.669***	,3,6>4,5
	2.醫學系	527	26.13	3.916	組內	20256.248	1451	13.960		
	3.研究所以上	72	27.57	4.114						
	4.五專	187	24.66	3.536						
	5.大學	585	25.09	3.506						
	6.研究所以上	40	27.80	3.811						
社會	1.學士後醫學系	46	19.89	2.718	組間	300.616	5	60.123	9.821***	1,2,3,>4 5,6>4 6>5
	2.醫學系	527	19.45	2.570	組內	8882.447	1451	6.122		
	3.研究所以上	72	20.08	2.901						
	4.五專	187	18.44	2.484						
	5.大學	585	19.08	2.298						
	6.研究所以上	40	20.58	2.510						
教育	1.學士後醫學系	46	15.43	2.344	組間	68.102	5	13.620	2.603*	ns
	2.醫學系	527	14.88	2.408	組內	7592.274	1451	5.232		
	3.研究所以上	72	15.28	2.387						
	4.五專	187	14.51	2.294						
	5.大學	585	14.77	2.145						
	6.研究所以上	40	15.43	2.395						
倫理	1.學士後醫學系	46	19.93	2.847	組間	176.652	5	35.330	5.044***	3>4
	2.醫學系	527	19.26	2.808	組內	10162.571	1451	7.004		
	3.研究所以上	72	19.97	2.848						
	4.五專	187	18.61	2.756						
	5.大學	585	18.97	2.395						
	6.研究所以上	40	19.85	2.833						
生活 熱誠	1.學士後醫學系	46	15.85	2.260	組間	153.065	5	30.613	6.093***	6>4,5
	2.醫學系	527	15.42	2.239	組內	7290.460	1451	5.024		
	3.研究所以上	72	16.00	2.307						
	4.五專	187	15.01	2.311						
	5.大學	585	15.14	2.192						
	6.研究所以上	40	16.60	2.520						
靈性	1.學士後醫學系	46	8.26	1.144	組間	36.005	5	7.201	4.328***	ns
	2.醫學系	527	7.98	1.307	組內	2414.439	1451	1.664		
	3.研究所以上	72	8.31	1.401						
	4.五專	187	7.75	1.369						
	5.大學	585	7.82	1.232						
	6.研究所以上	40	8.32	1.457						
整體 生命 意義	1.學士後醫學系	46	147.70	19.019	組間	12326.759	5	2465.352	8.502***	,3,6>4,5
	2.醫學系	527	144.99	17.805	組內	420760.649	1451	289.980		
	3.研究所以上	72	150.43	20.165						
	4.五專	187	139.71	17.015						
	5.大學	585	141.83	15.564						
	6.研究所以上	40	151.53	18.629						

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

表

4-3-26 不同教育程度之醫護人員在「生命意義」分量表的單因子變異數分析摘要表 ($N=1,457$)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	1- β
整體生命 意義	組間	12326.759	5	2465.352	8.502	$P < .001$	2,3,6>4,5	.025	1.000
	組內	420760.649	1451	289.980					
	總和	433087.408	1456						
哲學	組間	400.106	5	80.021	8.502	$P < .001$	2,3>4,5	.019	1.000
	組內	17215.160	1451	11.864					
	總和	17615.266	1456						
心理	組間	954.128	5	190.826	13.669	$P < .001$	3,6>4,5	.042	1.000
	組內	20256.248	1451	13.960					
	總和	21210.376	1456						
社會	組間	300.616	5	60.123	9.821	$P < .001$	1,2,3,5,6>4	.029	1.000
	組內	8882.447	1451	6.122					
	總和	9183.062	1456						
倫理	組間	176.652	5	35.330	5.044	$P < .001$	3>4	.014	.985
	組內	10162.571	1451	7.004					
	總和	10339.223	1456						
生活熱誠	組間	153.065	5	30.613	6.093	$P < .001$	6>4,5	.017	.996
	組內	7290.460	1451	5.024					
	總和	7443.525	1456						

註：1.學士後醫學系 2.醫學系 3.研究所以上(醫師) 4.五專 5.大學 6.研究所以上(護理人員)

(四)不同宗教信仰的醫護人員在生命意義上的差異情形

首先，經由變異數同質性檢定之後，發現整體生命意義與其他八個分層面皆為變異數同質性。則以 ANOVA 的 F 考驗結果，除靈性層面以外，其他包括整體生命意義與七個分層面皆達顯著性水準。再進一步作事後比較，宜採用 Scheffe 法。

由表 4-3-27 與表 4-3-28 可知，不同宗教信仰的醫護人員在生命意義整體層面 $F(7,1449) = 6.34, p < .001, \omega^2 = .025$ ，與其他七個分層面皆達到顯著差異。只有靈性層面未達到顯著差異。如：哲學 $F(7,1449) = 6.66, p < .001, \omega^2 = .026$ 、宗教 $F(7,1449) = 7.06, p < .001, \omega^2 = .028$ 、心理 $F(7,1449) = 4.96, p < .001, \omega^2 = .019$ 、社會 $F(7,1449) = 2.29, p < .001$ 、教育 $F(7,1449) = 5.38, p < .001$ 、倫理 $F(7,1449) = 4.99, p < .001, \omega^2 = .019$ 、生活熱誠 $F(7,1449) = 3.23, p = .002$ ，作事後比較，發現整體生命意義層面信仰佛教的醫護人

員的得分($M=145.51$)、天主教($M=150.41$)、基督教($M=147.09$)、一貫道($M=154.26$)高於沒有宗教信仰($M=139.97$)，表示信仰佛教、天主教、基督教、一貫道的醫護人員在整體生命意義，顯著高於沒有宗教信仰。

在生命意義分層面：研究者發現不同宗教信仰的醫護人員在生命意義皆達到顯著差異，進一步作事後比較。顯示基督教與一貫道高於民間信仰與沒有宗教信仰，在哲學層面具差異。一貫道高於其他，在哲學與整體生命意義層面具差異。而佛教與一貫道高於沒有宗教信仰，在宗教層面具差異。一貫道高於民間信仰，在宗教層面具差異。基督教高於沒有宗教信仰，在心理層面具差異。佛教高於沒有宗教信仰，在倫理層面具差異。佛教、基督教與一貫道高於沒有宗教信仰，在整體生命意義層面具差異。

表

4-3-27 不同宗教信仰醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要表

生命意義	背景變項 宗教信仰	人數	平均數	標準差	變異來源	離均差平方和	自由度	平均平方和	F 值	事後比較
哲學	1.佛教	285	22.58	3.489	組間	548.953	7	78.422	6.658***	4,6>2,7 6>8
	2.民間信仰	659	21.86	3.276	組內	17066.313	1449	11.778		
	3.天主教	27	22.89	3.286						
	4.基督教	137	23.09	3.621						
	5.回教	2	23.50	4.950						
	6.一貫道	27	24.56	3.786						
	7.沒有	296	21.68	3.604						
	8.其他	24	20.29	3.329						
宗教	1.佛教	285	19.75	2.920	組間	398.505	7	56.929	7.064***	1,6>7 6>2
	2.民間信仰	659	19.32	2.715	組內	11678.377	1449	8.060		
	3.天主教	27	20.56	2.679						
	4.基督教	137	19.53	3.029						
	5.回教	2	18.50	6.364						
	6.一貫道	27	21.59	2.591						
	7.沒有	296	18.60	2.950						
	8.其他	24	18.79	2.889						
心理	1.佛教	285	25.79	3.831	組間	495.874	7	70.839	4.955***	4>7
	2.民間信仰	659	25.62	3.731	組內	20714.503	1449	14.296		
	3.天主教	27	27.48	2.992						
	4.基督教	137	26.51	3.638						
	5.回教	2	28.50	6.364						
	6.一貫道	27	27.41	3.343						
	7.沒有	296	24.94	3.972						
	8.其他	24	24.21	4.000						
社會	1.佛教	285	19.40	2.617	組間	100.282	7	14.326	2.285*	—
	2.民間信仰	659	19.24	2.442	組內	9082.781	1449	6.268		
	3.天主教	27	20.15	2.125						
	4.基督教	137	19.43	2.496						
	5.回教	2	20.50	.707						
	6.一貫道	27	20.07	2.319						
	7.沒有	296	18.96	2.565						

	8.其他	24	18.33	2.713						
教育	1.佛教	285	15.08	2.366	組間	193.884	7	27.698	5.375 ^{***}	—
	2.民間信仰	659	14.83	2.228	組內	7466.493	1449	5.153		
	3.天主教	27	15.81	2.058						
	4.基督教	137	15.19	2.290						
	5.回教	2	16.50	3.536						
	6.一貫道	27	15.89	2.063						
	7.沒有	296	14.39	2.246						
	8.其他	24	13.58	2.765						
倫理	1.佛教	285	19.46	2.763	組間	243.114	7	34.731	4.985 ^{***}	1 > 7
	2.民間信仰	659	19.14	2.564	組內	10096.109	1449	6.968		
	3.天主教	27	20.00	2.842						
	4.基督教	137	19.42	2.767						
	5.回教	2	17.00	1.414						
	6.一貫道	27	20.37	1.964						
	7.沒有	296	18.57	2.689						
	8.其他	24	17.88	2.252						
生活熱誠	1.佛教	285	15.44	2.393	組間	114.249	7	16.321	3.227 ^{**}	—
	2.民間信仰	659	15.29	2.125	組內	7329.276	1449	5.058		
	3.天主教	27	15.52	2.082						
	4.基督教	137	15.90	2.330						
	5.回教	2	17.00	2.828						
	6.一貫道	27	15.96	2.295						
	7.沒有	296	15.03	2.329						
	8.其他	24	14.38	2.410						
靈性	1.佛教	285	8.00	1.378	組間	18.511	7	2.644	1.576	
	2.民間信仰	659	7.90	1.242	組內	2431.932	1449	1.678		
	3.天主教	27	8.00	1.301						
	4.基督教	137	8.02	1.401						
	5.回教	2	8.50	.707						
	6.一貫道	27	8.41	1.185						
	7.沒有	296	7.80	1.280						
	8.其他	24	7.54	1.414						
整體生命意義	1.佛教	285	145.51	18.148	組間	12870.628	7	1838.661	6.340 ^{***}	1, 4, 6 > 7
	2.民間信仰	659	143.21	16.213	組內	420216.780	1449	290.005		6 > 8
	3.天主教	27	150.41	14.455						
	4.基督教	137	147.09	17.127						
	5.回教	2	150.00	26.870						
	6.一貫道	27	154.26	15.580						
	7.沒有	296	139.97	17.878						
	8.其他	24	135.00	17.540						

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

表

4-3-28 不同宗教信仰之醫護人員在「生命意義」分量表的單因子變異數分析摘要表 (N=1,457)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	1- β
整體生命 意義	組間	12870.628	7	1838.661	6.340	P<.001	1,2,4,6>7	.025	1.000
	組內	420216.780	1449	290.005			6>8		
	總和	433087.408	1456						
哲學	組間	548.953	7	78.422	6.658	P<.001	4,6>2,7	.026	1.000
	組內	17066.313	1449	11.778			6>8		
	總和	17615.266	1456						
宗教	組間	398.505	7	56.929	7.064	P<.001	1,6>7	.028	1.000
	組內	11678.377	1449	8.060			6>2		
	總和	12076.881	1456						
心理	組間	495.874	7	70.839	4.955	P<.001	4>7	.019	.997
	組內	20714.503	1449	14.296					
	總和	21210.376	1456						
倫理	組間	243.114	7	34.731	4.985	P<.001	1>7	.019	.997
	組內	10096.109	1449	6.968					
	總和	10339.223	1456						

註：1.佛教 2.民間信仰 3.天主教 4.基督教 5.回教 6.一貫道 7.沒有 8.其他

(五)不同婚姻的醫護人員在生命意義上的差異情形

變異數同質性檢定可知，各組變異數屬於同質的有宗教、心理、社會、教育、倫理、生活熱誠、靈性與整體生命意義教育，宜採用Scheffe法($p >.05$)。變異數不同質的只有哲學層面，則採Games-Howell考驗($p <.05$)。

由表4-3-29與表4-3-30可知，不同婚姻的醫護人員在生命意義整體層面 $F(4,1452)=15.61, p <.001, \omega^2 = .039$ ，與其他八個分層面哲學 $F(4,1452)=13.06, p <.001, \omega^2 = .032$ 、宗教 $F(4,1452)=9.92, p <.001, \omega^2 = .024$ 、心理 $F(4,1452)=19.95, p <.001, \omega^2 = .049$ 、社會 $F(4,1452)=10.26, p <.001, \omega^2 = .025$ 、教育 $F(4,1452)=6.55, p <.001, \omega^2 = .015$ 、倫理 $F(4,1452)=9.08, p <.001, \omega^2 = .022$ 、生活熱誠 $F(4,1452)=5.96, p <.001, \omega^2 = .013$ 和靈性層面 $F(4,1452)=6.44, p <.001, \omega^2 = .015$ ，皆達到非常顯著差異。作事後比較，發現整體生命意義已婚的醫護人員的得分($M=147.12$)明顯高於未婚($M=140.42$)，表示已婚的醫護人員在整體生命意義，顯著高於未婚者。其他各組比較未發現

有差異性存在。

在生命意義分層面：發現不同婚姻的醫護人員在生命意義達到顯著差異，進一步作事後比較。顯示已婚高於未婚者，在整體生命意義、哲學、宗教、心理、社會、教育、倫理、生活熱誠和靈性層面是有差異。離婚高於未婚者，在教育層面是有差異。離婚高於分居者，在哲學層面是有差異。

表

4-3-29 不同婚姻的醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要表

生命意義	背景變項 婚姻	人數	平均數	標準差	變異來源	離均差平方和	自由度	平均平方和	F 值	事後比較	
哲學	1.未婚	783	21.55	3.257	組間	611.895	4	152.974	13.063***	2>1	
	2.已婚	652	22.79	3.589	組內	17003.371	1452	11.710			4>5
	3.鰥寡	6	23.83	5.193							
	4.離婚	14	23.21	3.806							
	5.分居	2	18.50	.707							
宗教	1.未婚	783	18.93	2.778	組間	321.112	4	80.278	9.915***	2>1	
	2.已婚	652	19.77	2.928	組內	11755.769	1452	8.096			
	3. 鰥寡	6	21.50	3.082							
	4.離婚	14	21.07	2.433							
	5.分居	2	18.50	3.536							
心理	1.未婚	783	24.87	3.643	組間	1105.077	4	276.269	19.952***	2>1	
	2.已婚	652	26.58	3.805	組內	20105.299	1452	13.847			
	3. 鰥寡	6	25.50	3.146							
	4.離婚	14	26.86	4.365							
	5.分居	2	21.00	.000							
社會	1.未婚	783	18.88	2.387	組間	252.522	4	63.131	10.264***	2>1	
	2.已婚	652	19.65	2.583	組內	8930.540	1452	6.151			
	3. 鰥寡	6	19.33	3.670							
	4.離婚	14	20.93	2.235							
	5.分居	2	18.50	.707							
教育	1.未婚	783	14.60	2.236	組間	135.811	4	33.953	6.552***	2,4>1	
	2.已婚	652	15.08	2.324	組內	7524.565	1452	5.182			
	3. 鰥寡	6	16.00	2.000							
	4.離婚	14	16.57	2.243							
	5.分居	2	15.50	3.536							
倫理	1.未婚	783	18.75	2.554	組間	252.406	4	63.102	9.083***	2>1	
	2.已婚	652	19.55	2.727	組內	10086.817	1452	6.947			
	3. 鰥寡	6	20.00	2.191							
	4.離婚	14	20.29	2.730							
	5.分居	2	20.50	4.950							
生活熱誠	1.未婚	783	15.07	2.203	組間	120.220	4	30.055	5.959***	2>1	
	2.已婚	652	15.62	2.300	組內	7323.305	1452	5.044			
	3. 鰥寡	6	16.17	1.169							
	4.離婚	14	16.07	2.369							
	5.分居	2	14.50	2.121							
靈性	1.未婚	783	7.78	1.264	組間	42.723	4	10.681	6.441***	2>1	
	2.已婚	652	8.08	1.320	組內	2407.721	1452	1.658			
	3. 鰥寡	6	8.50	.548							
	4.離婚	14	8.43	1.222							
	5.分居	2	6.50	2.121							
整體	1.未婚	783	140.42	16.109	組間	17850.902	4	4462.726	15.605***	2>1	

生命	2.已婚	652	147.12	17.836	組內	415236.506	1452	285.976
意義	3.鰥寡	6	150.83	12.024				
	4.離婚	14	153.43	17.965				
	5.分居	2	133.50	17.678				

*** $p < .001$

表4-3-30

不同婚姻之醫護人員在「生命意義」分量表的單因子變異數分析摘要表 ($N=1,457$)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	$1-\beta$
整體生命 意義	組間	5660.747	3	1886.916	6.414	$P < .001$	4 > 1,2,3	.011	.969
	組內	427426.662	1453	294.168					
	總和	433087.408	1456						
哲學	組間	119.906	3	39.969	3.319	$P = .019$	2 > 1	.005	.758
	組內	17495.360	1453	12.041					
	總和	17615.266	1456						
宗教	組間	105.880	3	35.293	4.284	$P = .005$	2 > 1	.007	.866
	組內	11971.001	1453	8.239					
	總和	12076.881	1456						
心理	組間	263.815	3	87.938	6.100	$P < .001$	2 > 1	.010	.962
	組內	20946.562	1453	14.416					
	總和	21210.376	1456						
社會	組間	114.909	3	38.303	6.137	$P < .001$	2 > 1	.010	.963
	組內	9068.154	1453	6.241					
	總和	9183.062	1456						
教育	組間	94.475	3	31.492	6.048	$P < .001$	2,4 > 1	.010	.960
	組內	7565.901	1453	5.207					
	總和	7660.376	1456						
倫理	組間	171.966	3	57.322	8.192	$P < .001$	2 > 1	.015	.992
	組內	10167.257	1453	6.997					
	總和	10339.223	1456						

註：1.未婚 2.已婚 3.鰥寡 4.離婚 5.分居

(六)不同排行的醫護人員在生命意義上的差異情形

進行變異數同質性檢定之後，發現整體生命意義與其他八個分層面皆為變異數同質性。再以 ANOVA 的 F 考驗結果，除靈性與生活熱誠層面以外，其他包括整體生命意義與六個分層面皆達顯著性差異。再進一步作事後比較，宜採用 Scheffe 法。

由表4-3-31與表4-3-32可知，不同排行的醫護人員在生命意義整體層面 $F(3,1453)=6.41, p<.001, \omega^2=.011$ ，與其他六個分層面皆達到顯著差異。如：哲學 $F(3,1453)=3.32, p=.019, \omega^2=.005$ 、宗教 $F(3,1453)=4.28, p=.005, \omega^2=.007$ 、心理 $F(3,1453)=6.10, p<.001, \omega^2=.010$ 、社會 $F(3,1453)=6.14, p<.001, \omega^2=.010$ 、教育 $F(3,1453)=6.05, p<.001, \omega^2=.010$ 與倫理 $F(3,1453)=8.19, p<.001, \omega^2=.015$ ，而生活熱誠和靈性兩項未達到顯著差異。其他作事後比較，發現整體生命意義排行的獨生子、女之醫護人員的得分($M=153.12$)明顯高於老大($M=144.05$)、中間($M=143.20$)與老公($M=141.93$)，表示獨生子、女之醫護人員在整體生命意義排行，顯著高於老大老大、中間與老公。其他各組比較未發現有差異性存在。

在生命意義分層面：研究者發現不同排行的醫護人員在生命意義達到顯著差異，進一步作事後比較。顯示獨生子、女高於老公，在哲學層面具差異。獨生子、女高於排行中間與老公，在宗教層面具差異。獨生子、女高於排行老大、中間與老公在整體生命意義、宗教、心理、社會、教育和倫理層面具差異。

表 4-3-31
不同排行的醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要表

生命意義	背景變項 排行	人數	平均數	標準差	變異 來源	離均差 平方和	自由度	平均 平方和	F 值	事後 比較
哲學	1.老大	563	22.17	3.504	組間	119.906	3	39.969	3.319*	4>3
	2.中間	510	22.20	3.503	組內	17495.360	1453	12.041		
	3.老公	334	21.75	3.388						
	4.獨生子、女	50	23.30	3.278						
宗教	1.老大	563	19.42	2.887	組間	105.880	3	35.293	4.284**	4>1,2,3
	2.中間	510	19.31	2.866	組內	11971.001	1453	8.239		
	3.老公	334	19.05	2.911						
	4.獨生子、女	50	20.56	2.400						
心理	1.老大	563	25.68	3.782	組間	263.815	3	87.938	6.100***	4>1,2,3
	2.中間	510	25.60	3.960	組內	20946.562	1453	14.416		
	3.老公	334	25.34	3.487						
	4.獨生子、女	50	27.80	4.238						
社會	1.老大	563	19.36	2.407	組間	114.909	3	38.303	6.137***	4>1,2,3
	2.中間	510	19.12	2.575	組內	9068.154	1453	6.241		
	3.老公	334	19.07	2.519						
	4.獨生子、女	50	20.58	2.580						
教育	1.老大	563	14.90	2.315	組間	94.475	3	31.492	6.048***	4>1,2,3
	2.中間	510	14.74	2.270	組內	7565.901	1453	5.207		
	3.老公	334	14.71	2.264						
	4.獨生子、女	50	16.12	2.135						
倫理	1.老大	563	19.20	2.688	組間	171.966	3	57.322	8.192***	4>1,2,3
	2.中間	510	19.10	2.688	組內	10167.257	1453	6.997		

	3.老么	334	18.82	2.516						
	4.獨生子、女	50	20.78	2.558						
生活熱誠	1.老大	563	15.39	2.249	組間	13.334	3	4.445	.869	ns
	2.中間	510	15.26	2.272	組內	7430.191	1453	5.114		
	3.老么	334	15.26	2.309						
	4.獨生子、女	50	15.72	1.949						
靈性	1.老大	563	7.94	1.325	組間	7.946	3	2.649	1.576	ns
	2.中間	510	7.86	1.294	組內	2442.497	1453	1.681		
	3.老么	334	7.92	1.259						
	4.獨生子、女	50	8.26	1.242						
整體生命意義	1.老大	563	144.05	16.987	組間	5660.747	3	1886.916	6.414***	4>1,2,3
	2.中間	510	143.20	17.628	組內	427426.662	1453	294.168		
	3.老么	334	141.93	16.556						
	4.獨生子、女	50	153.12	17.968						

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

表4-3-32

不同排行之醫護人員在「生命意義」分量表的單因子變異數分析摘要表 (N=1,457)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	1- β
整體生命意義	組間	5660.747	3	1886.916	6.414	$P < .001$	4>1,2,3	.011	.969
	組內	427426.662	1453	294.168					
	總和	433087.408	1456						
哲學	組間	119.906	3	39.969	3.319	$P = .019$	2>1	.005	.758
	組內	17495.360	1453	12.041					
	總和	17615.266	1456						
宗教	組間	105.880	3	35.293	4.284	$P = .005$	2>1	.007	.866
	組內	11971.001	1453	8.239					
	總和	12076.881	1456						
心理	組間	263.815	3	87.938	6.100	$P < .001$	2>1	.010	.962
	組內	20946.562	1453	14.416					
	總和	21210.376	1456						
社會	組間	114.909	3	38.303	6.137	$P < .001$	2>1	.010	.963
	組內	9068.154	1453	6.241					
	總和	9183.062	1456						
教育	組間	94.475	3	31.492	6.048	$P < .001$	2,4>1	.010	.960
	組內	7565.901	1453	5.207					
	總和	7660.376	1456						
倫理	組間	171.966	3	57.322	8.192	$P < .001$	2>1	.015	.992
	組內	10167.257	1453	6.997					
	總和	10339.223	1456						

註：1.老大 2.中間 3.老么 4.獨生子、女

(七)不同資歷的醫護人員在生命意義上的差異情形

變異數同質性檢定可知，各組的變異數屬於同質的有哲學與宗教層面，宜採Scheffe法。其他皆為變異數不同質的如心理、社會、教育、倫理、生活熱誠、靈性與整體生命意義教育，採Games-Howell考驗。

由表4-3-33與4-3-34可知，「不同資歷」的醫護人員在生命意義整體層面 $F(3,1453) = 23.75, p < .001, \omega^2 = .045$ ，與其他八個分層面皆達到非常顯著差異。如：哲學 $F(3,1453) = 23.93, p < .001, \omega^2 = .045$ 、宗教 $F(3,1453) = 13.30, p < .001, \omega^2 = .025$ 、心理 $F(3,1453) = 21.99, p < .001, \omega^2 = .041$ 、社會 $F(3,1453) = 18.13, p < .001, \omega^2 = .034$ 、教育 $F(3,1453) = 10.19, p < .001, \omega^2 = .019$ 、倫理 $F(3,1453) = 13.84, p < .001, \omega^2 = .026$ 、生活熱誠 $F(3,1453) = 8.54, p < .001, \omega^2 = .015$ 和靈性 $F(3,1453) = 12.03, p < .001, \omega^2 = .022$ ，進一步作事後比較，發現整體生命意義在資歷層面10年以上的醫護人員的得分($M = 148.18$)明顯高於5-9年以下($M = 140.89$)、1-4年以($M = 140.37$)與小於1年($M = 140.09$)，表示資歷10年以上的醫護人員在整體生命意義，顯著高於5-9年以下、1-4年以與小於1年。

在生命意義分層面：發現不同資歷的醫護人員在生命意義皆達到顯著差異，進一步作事後比較。顯示10年以上高於9年以下，在整體生命意義、哲學、宗教、心理、社會、教育與倫理層面具差別。10年以上高於1至9年以下，在生活熱誠與靈性層面具差別。

表 4-3-33

不同資歷的醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要表

生命意義	背景變項 資歷	人數	平均數	標準差	變異 來源	離均差 平方和	自由度	平均 平方和	F 值	事後 比較
哲學	1.<1年	113	21.28	3.086	組間	9.294	3	276.431	23.928***	4>1,2,3
	2.1-4年以下	363	21.53	3.220	組內	785.972	1453	11.553		
	3.5-9年以下	405	21.57	3.228						
	4.10年以上	576	23.05	3.673						
宗教	1.<1年	113	18.52	2.660	組間	2.677	3	107.559	13.296***	4>1,2,3
	2.1-4年以下	363	19.08	2.860	組內	754.204	1453	8.090		
	3.5-9年以下	405	19.00	2.523						
	4.10年以上	576	19.89	3.073						
心理	1.<1年	113	24.85	3.665	組間	1.321	3	307.107	21.993***	4>1,2,3
	2.1-4年以下	363	24.84	3.676	組內	289.055	1453	13.964		
	3.5-9年以下	405	25.22	3.627						
	4.10年以上	576	26.61	3.863						
社會	1.<1年	113	18.96	2.195	組間	1.339	3	110.446	18.130***	4>1,2,3
	2.1-4年以下	363	18.75	2.581	組內	51.723	1453	6.092		
	3.5-9年以下	405	18.95	2.390						
	4.10年以上	576	19.83	2.500						
教育	1.<1年	113	14.59	2.153	組間	7.769	3	52.590	10.185***	4>1,2,3
	2.1-4年以下	363	14.56	2.361	組內	02.607	1453	5.164		
	3.5-9年以下	405	14.58	2.115						
	4.10年以上	576	15.25	2.344						
倫理	1.<1年	113	18.89	2.630	組間	87.118	3	95.706	13.834***	4>1,2,3
	2.1-4年以下	363	18.73	2.578	組內	1052.105	1453	6.918		
	3.5-9年以下	405	18.78	2.550						
	4.10年以上	576	19.68	2.717						
生活 熱誠	1.<1年	113	15.14	2.195	組間	9.035	3	43.012	8.544***	4>2,3
	2.1-4年以下	363	15.09	2.215	組內	14.490	1453	5.034		
	3.5-9年以下	405	15.07	2.114						
	4.10年以上	576	15.70	2.357						
靈性	1.<1年	113	7.84	1.207	組間	.397	3	19.799	12.031***	4>2,3
	2.1-4年以下	363	7.78	1.298	組內	91.047	1453	1.646		
	3.5-9年以下	405	7.71	1.263						
	4.10年以上	576	8.16	1.301						
整體 生命	1.<1年	113	140.09	15.686	組間	246.666	3	6748.889	23.753***	4>1,2,3
	2.1-4年以下	363	140.37	16.595	組內	2840.74	1453	284.130		
	3.5-9年以下	405	140.89	15.765						
	4.10年以下	576	148.18	17.946						

*** $p < .001$

表4-3-34

不同資歷之醫護人員在「生命意義」分量表的單因子變異數分析摘要表 (N=1,457)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	1- β
整體生命 意義	組間	20246.666	3	6748.889	23.753	P<.001	4>1,2,3	.045	1.000
	組內	412840.742	1453	284.130					
	總和	433087.408	1456						
哲學	組間	829.294	3	276.431	23.928	P<.001	4>1,2,3	.045	1.000
	組內	16785.972	1453	11.553					
	總和	17615.266	1456						
宗教	組間	322.677	3	107.559	13.296	P<.001	4>1,2,3	.025	1.000
	組內	11754.204	1453	8.090					
	總和	12076.881	1456						
心理	組間	921.321	3	307.107	21.993	P<.001	4>1,2,3	.041	1.000
	組內	20289.055	1453	13.964					
	總和	21210.376	1456						
社會	組間	331.339	3	110.446	18.130	P<.001	4>1,2,3	.034	1.000
	組內	8851.723	1453	6.092					
	總和	9183.062	1456						
教育	組間	157.769	3	52.590	10.185	P<.001	4>1,2,3	.019	.999
	組內	7502.607	1453	5.164					
	總和	7660.376	1456						
倫理	組間	287.118	3	95.706	13.834	P<.001	4>1,2,3	.026	1.000
	組內	10052.105	1453	6.918					
	總和	10339.223	1456						
生活熱誠	組間	129.035	3	43.012	8.544	P<.001	4>2,3	.015	.994
	組內	7314.490	1453	5.034					
	總和	7443.525	1456						
靈性	組間	59.397	3	19.799	12.031	P<.001	4>2,3	.022	1.000
	組內	2391.047	1453	1.646					
	總和	2450.443	1456						

註： 1.<1年 2.1-4年以下 3.5-9年以下 4.10年以上

(八)有無親身經歷親友死亡之醫護人員在生命意義上的差異分析

本分析主要是瞭解「有無親身經歷親友死亡」之醫護人員在生命意義上的差異。研究者使用獨立樣本t檢定考驗後，結果如表4-3-21與表4-3-35所示，醫護人員在「有無親身經

「歷親友死亡」變項之生命意義整體層面上，有非常顯著的差異 $t(1,455)=-4.12, p<.001$, Cohen's $d = .012$, 95% CI [-6.36, -2.25]；「有親身經歷親友死亡」者平均數得分為 142.29(SD=16.23)，明顯低於無親身經歷親友死亡者得分為 146.59(SD=19.10)，表示「無親身經歷親友死亡」之醫護人員具有較高的生命意義。然而在生命意義分層面上有五項達到顯著差異者如：「哲學」 $t(1,455)=-5.01, p<.001$ ，Cohen's $d = .018$, 95% CI [-1.430, -.625]、「心理」 $t(1,455)=-6.15, p<.001$ ，Cohen's $d = .028$, 95% CI [-1.849, -.954]、「社會」 $t(1,455)=-5.23, p<.001$ ，Cohen's $d = .018$, 95% CI [-1.024, -.466]、「生活熱誠」 $t(1,455)=-2.87, p=.004$ ，Cohen's $d = .005$, 95% CI [-.623, -.118]、「靈性」 $t(1,455)=-3.16, p=.002$ ，Cohen's $d = .007$, 95% CI [-.389, -.091]；無親身經歷親友死亡者平均數得分皆高於有親身經歷親友死亡者。另外有三項「教育」、「宗教」及「倫理」分層面未達顯著差異。

表 4-3-35 有無經歷親友死亡之醫護人員在「生命意義」分量表的獨立樣本 t 考驗摘要表 ($N=1,457$)

變項	有 ($n=1,020$)		無 ($n=437$)		t 值	p 值	95% CI		Cohen's d	$1-\beta$
	M	SD	M	SD			LL	UL		
	整體生命意義	142.29	16.228	146.59			19.102	19.102			$P < .001$	-6.356	-2.250	.012	.992
哲學	21.82	3.339	22.84	3.688	-5.011	$P < .001$	-1.430	-.625	.018	.999
心理	25.23	3.587	26.63	4.146	-6.150	$P < .001$	-1.849	-.954	.028	1.000
社會	19.03	2.428	19.77	2.626	-5.233	$P < .001$	-1.024	-.466	.018	.999
生活熱誠	15.22	2.251	15.59	2.267	-2.873	.004	-.623	-.118	.005	.819
靈性	142.29	16.228	146.59	19.102	-3.157	.002	-.389	-.091	.007	.900

註： $df=1,455$

(九)有無參加過生死教育相關課程之醫護人員在生命意義上的差異分析

本分析主要是瞭解「有無參加過生死教育相關課程」之醫護人員在生命意義上的差異。研究者應用獨立樣本 t 檢定考驗後，結果如表4-3-21與表4-3-3所示，醫護人員在「有無參加過生死教育相關課程」變項之生命意義整體層面上，有顯著的差異 $t(1,455)=3.234, P=.001$, Cohen's $d = .006$, 95% CI [1.189, 4.858]；「有無參加過生死教育相關課

程」者平均數得分為144.68分($SD=17.563$)，高於無參加過生死教育相關課程者得分為141.66($SD=16.525$)，表示有參加過生死教育相關課程之醫護人員具有較高的生命意義。另外在生命意義分層面上有四項達到顯著差異如：「心理」 $t=3.209, P=.001, \text{Cohen's } d=.006, 95\% \text{ CI} [.251, 1.041]$ 、「社會」 $t=3.175, P=.002, \text{Cohen's } d=.006, 95\% \text{ CI} [.165, .700]$ 、「教育」 $t=2.840, P=.05, \text{Cohen's } d=.005, 95\% \text{ CI} [.109, .598]$ 、「倫理」 $t=3.756, p<.001, \text{Cohen's } d=.008, 95\% \text{ CI} [.233, .799]$ ；表示有參加過生死教育相關課程在「心理」、「社會」、「教育」、「倫理」之醫護人員平均數得分皆高於無參加過生死教育相關課程。其他未達顯著差異。

表
4-3-36 有無參加生死學相關教育之醫護人員在「生命意義」分量表的獨立樣本 t 考驗摘要表

變項	有 ($n=924$)		無 ($n=533$)		t 值	p 值	95% CI		Cohen's d	$1-\beta$
	M	SD	M	SD			LL	UL		
整體生命意義	144.68	17.563	141.66	16.525	3.234	$P=.001$	1.189	4.858	.006	.898
心理	25.88	3.944	25.24	3.553	3.209	$P=.001$	.251	1.041	.006	.877
社會	19.41	2.506	18.98	2.499	3.175	$P=.002$	.165	.700	.006	.887
教育	14.97	2.289	14.62	2.287	2.840	$P=.005$	.109	.598	.005	.810
倫理	19.32	2.686	18.80	2.597	3.576	$P<.001$	.233	.799	.008	.947

註： $df=1,455$

二、工作特性

, $p<.001, \omega^2=、$

(十) 不同服務科別的醫護人員在生命意義上的差異情形

運用變異數同質性檢定之後，研究者發現整體生命意義與其他八個分層面皆為變異數同質性。再以 ANOVA 的 F 考驗結果，則有三個變項未達顯著差異(教育、倫理、生活熱誠)，其他包括整體生命意義與哲學、宗教、心理、社會、靈性皆達顯著性差異。再進一步作事後比較，宜採 Scheffe 法。

由表4-3-37可知，「不同服務科別」的醫護人員在生命意義整體層面 $F(8,1448)=3.02, p=.002, \omega^2=.011$ ，與其他五個分層面，皆達到顯著差異。如：哲學 $F(8,1448)=3.86, p$

= <.001, $\omega^2 = .015$ 、宗教 $F(8,1448)=2.76, p=.005, \omega^2 =.010$ 、心理 $F(8,1448)=2.56, p=.009 <.01$ 、社會 $F(8,1448)=2.17, p=.027$ 和靈性 $F(8,1448)=1.20, p=.043$ 。進一步作事後比較，發現整體生命意義在服務科別層面安寧單位的醫護人員的得分($M=151.63$)明顯高於內科系($M=143.05$)與洗腎手術室護理之家($M=139.23$)，表示服務於安寧單位的醫護人員在整體生命意義，顯著高於洗腎、手術室與護理之家。其他各組比較未發現有差異性存在。

生命意義分層面：發現不同服務科別的醫護人員在五個分層面(哲學、宗教、心理、社會和靈性)達到顯著差異，進一步作事後比較。顯示安寧單位高於內、外科系、婦兒、洗腎手術室護理之家和其他，在哲學層面具差異。安寧單位高於洗腎手術室護理之家，在宗教層面具差異。

表

4-3-37 不同服務科別醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要表

生命意義	背景變項 服務科別	人數	平均數	標準 標準差	變異 來源	離均差 平方和	自由度	平均 平方和	F 值	事後 比較
哲學	1.內科系	583	21.98	3.506	組間	367.735	8	45.967	3.859***	8>1,2 8>4,9
	2.外科系	299	22.23	3.473	組內	17247.531	1448	11.911		
	3.婦兒	137	22.27	3.282						
	4.洗腎手術室 護理之家	57	21.39	3.010						
	5.急診	105	22.13	3.211						
	6.加護	64	22.20	3.830						
	7.腫瘤	41	21.61	3.542						
	8.安寧	83	23.93	3.695						
	9.其他	88	21.48	3.231						
宗教	1.內科系	583	19.28	2.821	組間	181.082	8	22.635	2.755*	8>4
	2.外科系	299	19.40	2.941	組內	11895.799	1448	8.215		
	3.婦兒	137	19.11	2.877						
	4.洗腎手術室 護理之家	57	18.35	3.050						
	5.急診	105	19.38	2.719						
	6.加護	64	19.70	3.074						
	7.腫瘤	41	19.20	3.018						
	8.安寧	83	20.45	3.073						
	9.其他	88	19.13	2.481						
心理	1.內科系	583	25.70	3.864	組間	296.052	8	37.007	2.562**	—
	2.外科系	299	25.80	3.960	組內	20914.324	1448	14.444		
	3.婦兒	137	25.39	3.577						
	4.洗腎手術室 護理之家	57	24.72	3.110						
	5.急診	105	25.02	3.171						
	6.加護	64	25.52	4.086						
	7.腫瘤	41	25.00	3.950						
	8.安寧	83	27.07	4.143						
	9.其他	88	25.57	3.619						
社會	1.內科系	583	19.13	2.518	組間	108.744	8	13.593	2.169*	—
	2.外科系	299	19.43	2.615	組內	9074.318	1448	6.267		

	3.婦兒	137	19.09	2.401						
	4.洗腎手術室 護理之家	57	18.79	2.185						
	5.急診	105	19.10	2.096						
	6.加護	64	19.22	2.908						
	7.腫瘤	41	18.98	2.920						
	8.安寧	83	20.14	2.495						
	9.其他	88	19.45	2.284						
教育	1.內科系	583	14.86	2.237	組間	74.342	8	9.293	1.774	
	2.外科系	299	14.78	2.351	組內	7586.034	1448	5.239		
	3.婦兒	137	14.74	2.259						
	4.洗腎手術室 護理之家	57	14.40	2.259						
	5.急診	105	14.71	2.256						
	6.加護	64	14.39	2.809						
	7.腫瘤	41	14.93	2.229						
	8.安寧	83	15.52	2.365						
	9.其他	88	15.14	2.041						
倫理	1.內科系	583	19.01	2.577	組間	97.098	8	12.137	1.716	
	2.外科系	299	19.27	2.801	組內	10242.125	1448	7.073		
	3.婦兒	137	19.13	2.505						
	4.洗腎手術室 護理之家	57	18.81	2.774						
	5.急診	105	18.93	2.628						
	6.加護	64	19.00	2.783						
	7.腫瘤	41	18.76	2.700						
	8.安寧	83	20.00	2.967						
	9.其他	88	19.32	2.480						
生活 熱誠	1.內科系	583	15.23	2.211	組間	71.440	8	8.930	1.754	
	2.外科系	299	15.44	2.320	組內	7372.085	1448	5.091		
	3.婦兒	137	15.26	2.126						
	4.洗腎手術室 護理之家	57	14.98	2.601						
	5.急診	105	15.40	2.200						
	6.加護	64	15.13	2.394						
	7.腫瘤	41	15.29	2.432						
	8.安寧	83	16.11	2.130						
	9.其他	88	15.28	2.289						
靈性	1.內科系	583	7.85	1.255	組間	26.750	8	3.344	1.998*	—
	2.外科系	299	7.92	1.384	組內	2423.693	1448	1.674		
	3.婦兒	137	8.01	1.207						
	4.洗腎手術室 護理之家	57	7.79	1.333						
	5.急診	105	7.85	1.385						
	6.加護	64	7.88	1.374						
	7.腫瘤	41	7.90	1.179						
	8.安寧	83	8.41	1.179						
	9.其他	88	8.01	1.317						
整體 生命 意義	1.內科系	583	143.05	17.196	組間	7097.841	8	887.230	3.016*	8 > 1, 4
	2.外科系	299	144.27	17.655	組內	425989.567	1448	294.192		
	3.婦兒	137	143.01	16.463						
	4.洗腎手術室 護理之家	57	139.23	15.582						
	5.急診	105	142.52	15.746						
	6.加護	64	143.03	19.843						
	7.腫瘤	41	141.66	18.621						
	8.安寧	83	151.63	18.020						
	9.其他	88	143.38	14.956						

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

表4-3-38

不同服務科別之醫護人員在「生命意義」分量表的單因子變異數分析摘要表 ($N=1,457$)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	1- β
整體生命 意義	組間	7097.841	8	887.230	3.016	$P=.002$	8>1,4	.011	.961
	組內	425989.567	1448	294.192					
	總和	433087.408	1456						
哲學	組間	367.735	8	45.967	3.859	$P<.001$	8>1,2,4,9	.015	.991
	組內	17247.531	1448	11.911					
	總和	17615.266	1456						
宗教	組間	181.082	8	22.635	2.755	$P=.005$	8>4	.010	.941
	組內	11895.799	1448	8.215					
	總和	12076.881	1456						

註：1.內科系 2.外科系 3.婦兒 4.洗腎手術室護理之家 5.急診 6.加護 7.腫瘤 8.安寧 9.其他

(十一) 不同於目前單位年資醫護人員在生命意義上的差異情形

變異數的同質性檢定結果可知，各組變異數屬於同質的有心理、社會、教育、倫理、生活熱誠、靈性與整體生命意義教育，宜採Scheffe法。變異數不同質有哲學與宗教層面，採用Games-Howell考驗。

由表 4-3-39 與表 4-3-40 可知，不同於目前單位年資的醫護人員在生命意義整體層面 $F(4,1452)=7.15, p<.001, \omega^2 = .017$ ，與其他七個分層面皆達到顯著差異。如：哲學 $F(4,1452)=9.74, p<.001, \omega^2 = .023$ 、宗教 $F(4,1452)=2.52, p=.040$ 、心理 $F(4,1452)=8.92, p<.001, \omega^2 = .021$ 、社會 $F(4,1452)=6.52, p<.001, \omega^2 = .015$ 、教育 $F(4,1452)=3.787, p=.005, \omega^2 = .008$ 、倫理 $F(4,1452)=3.37, p=.009, \omega^2 = .006$ 和靈性 $F(4,1452)=3.20, p=0.013, \omega^2 = .006$ ，進一步作事後比較，發現整體生命意義在目前單位年資大於 6 年的醫護人員的得分 ($M=146.75$)，明顯高於年資小於 1 年 ($M=142.01$)、1-2 年 ($M=141.67$)、大於 2-4 年 ($M=141.12$)、大於 4-6 年 ($M=142.66$) 與大於 6 年以上 ($M=146.75$)，表示目前單位年資大於 6 年以上的醫護人員在整體生命意義，顯著高於年資小於 6 年以下。

在生命意義分層面：發現不同於目前單位年資的醫護人員在七個分層面(哲學、宗

教、心理、社會、教育、倫理和靈性)達到顯著差異，進一步作事後比較。顯示年資6年以上高於6年以下，在哲學與心理層面具差異。年資6年以上的醫護人員高於1至6年以下，在社會層面具差異。年資6年以上高於2至6年以下，在教育層面具差異。年資6年以上高於2至4年，在倫理和靈性層面具差異。

表

4-3-39 不同於目前單位年資醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要表

生命意義	背景變項 目前單位	人數	平均數	標準差 標準差	變異 來源	離均差 平方和	自由度	平均 平方和	F 值	事後 比較
哲學	1.<1	191	21.63	3.298	組間	460.060	4	115.015	9.735**	5>1,2 5>3,4
	2.1-2	232	21.71	3.028	組內	17155.205	1452	11.815		
	3.>2-4	272	21.54	3.416						
	4.>4-6	245	22.01	3.164						
	5.>6	517	22.86	3.779						
宗教	1.<1	191	19.04	2.708	組間	83.196	4	20.799	2.518*	—
	2.1-2	232	19.21	2.705	組內	11993.685	1452	8.260		
	3.>2-4	272	19.16	2.907						
	4.>4-6	245	19.22	2.559						
	5.>6	517	19.65	3.120						
心理	1.<1	191	25.21	3.629	組間	508.908	4	127.227	8.924***	5>1,2 5>3,4
	2.1-2	232	25.09	3.655	組內	20701.468	1452	14.257		
	3.>2-4	272	25.09	3.903						
	4.>4-6	245	25.49	3.530						
	5.>6	517	26.42	3.924						
社會	1.<1	191	25.21	3.629	組間	162.128	4	40.532	6.524***	5>2,3,4
	2.1-2	232	25.09	3.655	組內	9020.934	1452	6.213		
	3.>2-4	272	25.09	3.903						
	4.>4-6	245	25.49	3.530						
	5.>6	517	26.42	3.924						
教育	1.<1	191	14.74	2.251	組間	79.092	4	19.773	3.787**	5>3,4
	2.1-2	232	14.84	2.314	組內	7581.284	1452	5.221		
	3.>2-4	272	14.55	2.313						
	4.>4-6	245	14.63	2.147						
	5.>6	517	15.13	2.332						
倫理	1.<1	191	19.03	2.621	組間	95.041	4	23.760	3.368**	5>3
	2.1-2	232	18.92	2.703	組內	10244.182	1452	7.055		
	3.>2-4	272	18.78	2.615						
	4.>4-6	245	19.16	2.479						
	5.>6	517	19.44	2.749						
生活 熱誠	1.<1	191	15.29	2.190	組間	23.777	4	5.944	1.163	
	2.1-2	232	15.15	2.235	組內	7419.748	1452	5.110		
	3.>2-4	272	15.29	2.387						
	4.>4-6	245	15.23	2.056						
	5.>6	517	15.49	2.321						
靈性	1.<1	191	7.91	1.261	組間	21.409	4	5.352	3.199*	5>3
	2.1-2	232	7.81	1.320	組內	2429.034	1452	1.673		
	3.>2-4	272	7.76	1.310						
	4.>4-6	245	7.89	1.235						
	5.>6	517	8.07	1.311						
整體 生命 意義	1.<1	191	142.01	15.969	組間	8363.728	4	2090.932	7.148***	5>1,2 5>3,4
	2.1-2	232	141.67	16.526	組內	424723.681	1452	292.509		
	3.>2-4	272	141.12	17.458						
	4.>4-6	245	142.66	15.551						
	5.>6	517	146.75	18.235						

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

表4-3-40
不同於目前科別年資之醫護人員在「生命意義」分量表的單因子變異數分析摘要表 (N=1,457)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	1- β
整體生命 意義	組間	8363.728	4	2090.932	7.148	$P < .001$	5 > 1,2,3,4	.017	.996
	組內	424723.681	1452	292.509					
	總和	433087.408	1456						
哲學	組間	460.060	4	115.015	9.735	$P < .001$	5 > 1,2,3,4	.023	1.000
	組內	17155.205	1452	11.815					
	總和	17615.266	1456						
心理	組間	508.908	4	127.227	8.924	$P < .001$	5 > 1,2,3,4	.021	.999
	組內	20701.468	1452	14.257					
	總和	21210.376	1456						
社會	組間	162.128	4	40.532	6.524	$P < .001$	5 > 2,3,4	.015	.992
	組內	9020.934	1452	6.213					
	總和	9183.062	1456						
教育	組間	79.092	4	19.773	3.787	$P = .005$	5 > 3,4	.008	.893
	組內	7581.284	1452	5.221					
	總和	7660.376	1456						
倫理	組間	95.041	4	23.760	3.368	$P = .009$	5 > 3	.006	.850
	組內	10244.182	1452	7.055					
	總和	10339.223	1456						
靈性	組間	21.409	4	5.352	3.199	$P = .013$	5 > 3	.006	.829
	組內	2429.034	1452	1.673					
	總和	2450.443	1456						

註：1.<1 2.1-2 3.>2-4 4.>4-6 5.>6

(十二)有無照顧臨終病患經驗之醫護人員在生命意義上的差異分析

本分析主要是瞭解「有無照顧臨終病患經驗」之醫護人員在生命意義上的差異。研究者應用獨立樣本t檢定考驗後，研究結果如表4-3-12。所示，醫護人員在「有無照顧臨終病患經驗」皆未達顯著差異。

(十三)不同於照顧病患死亡經驗的醫護人員在生命意義上的差異情形

變異數同質性檢定可知，各組的變異數屬於同質的有宗教，宜採Scheffe法。變異數屬於不同質的有哲學、心理、社會、教育、倫理、生活熱誠、靈性與整體生命意義，宜採Games-Howell考驗。

$$p = < .001, \omega^2 = \text{、}$$

由表 4-3-41 與表 4-3-42 可知，照顧病患死亡經驗的醫護人員在生命意義整體 $F(4,1452) = 2.78, p = .026$ ，與四個分層面，皆達顯著差異。如：哲學層面 $F(4,1452) = 3.28, p = .011, \omega^2 = .006$ 、宗教層面 $F(4,1452) = 3.01, p = .017$ 、社會面 $F(4,1452) = 3.81, p = .004, \omega^2 = .008$ 、倫理 $F(4,1452) = 2.76, p = .027, \omega^2 = .005$ ，進一步作事後比較各組未發現有差異性存在。

在生命意義分層面：發現「照顧病患死亡經驗」的醫護人員在(哲學、宗教、社會和倫理)達到顯著差異，進一步作事後比較。顯示曾經照顧病患死亡經驗大於20名者高於1至5名，在哲學層面具差異。沒有照顧病患死亡經驗的醫護人員高於曾經照顧病患死亡經驗1至5名者在倫理層面具差異。曾經照顧病患死亡經驗11至20名以上高於1至5名，在社會層面具差異。

表

4-3-41

不同於照顧病患死亡經驗的醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要表

生命意義	背景變項 照顧病患	人數	平均數	標準差	變異來源	離均差平方和	自由度	平均平方和	F 值	事後比較
哲學	1.1-5	439	21.65	3.086	組間	157.639	4	39.410	3.278*	4 > 1
	2.6-10	195	22.10	3.253	組內	17457.627	1452	12.023		
	3.11-20	131	22.45	3.705						
	4.>20	466	22.39	3.651						
	5.無	226	22.35	3.800						
宗教	1.1-5	439	439	19.03	組間	99.242	4	24.811	3.008*	—
	2.6-10	195	195	19.21	組內	11977.639	1452	8.249		
	3.11-20	131	131	19.66						
	4.>20	466	466	19.38						
	5.無	226	226	19.75						
心理	1.1-5	439	25.27	3.439	組間	102.302	4	25.575	1.759	
	2.6-10	195	25.61	3.478	組內	21108.074	1452	14.537		
	3.11-20	131	25.74	3.784						
	4.>20	466	25.91	3.957						
	5.無	226	25.82	4.442						
社會	1.1-5	439	18.90	2.427	組間	95.345	4	23.836	3.808**	3,4 > 1
	2.6-10	195	19.19	2.373	組內	9087.717	1452	6.259		
	3.11-20	131	19.64	2.490						
	4.>20	466	19.38	2.447						
	5.無	226	19.49	2.849						
教育	1.1-5	439	14.67	2.097	組間	34.374	4	8.594	1.636	

	2.6-10	195	14.96	2.208	組內	7626.002	1452	5.252		
	3.11-20	131	15.07	2.383						
	4.>20	466	14.79	2.305						
	5.無	226	15.05	2.621						
倫理	1.1-5	439	18.91	2.578	組間	77.907	4	19.477	2.756*	5>1
	2.6-10	195	19.04	2.467	組內	10261.316	1452	7.067		
	3.11-20	131	19.30	2.604						
	4.>20	466	19.11	2.607						
	5.無	226	19.60	3.075						
生活	1.1-5	439	15.24	2.172	組間	15.098	4	3.775	.738	
熱誠	2.6-10	195	15.45	2.018	組內	7428.427	1452	5.116		
	3.11-20	131	15.58	2.324						
	4.>20	466	15.29	2.298						
	5.無	226	15.32	2.506						
靈性	1.1-5	439	7.86	1.280	組間	12.254	4	3.064	1.824	
	2.6-10	195	7.88	1.167	組內	2438.189	1452	1.679		
	3.11-20	131	8.13	1.243						
	4.>20	466	7.87	1.308						
	5.無	226	8.04	1.429						
整體	1.1-5	439	141.52	15.737	組間	3285.560	4	821.390	2.775*	—
生命	2.6-10	195	143.44	15.807	組內	429801.848	1452	296.007		
意義	3.11-20	131	145.57	17.227						
	4.>20	466	144.11	17.287						
	5.無	226	145.43	20.581						

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

表

4-3-42

不同照顧病患死亡經驗之醫護人員在「生命意義」分量表的單因子變異數分析摘要表 ($N=1,457$)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	$1-\beta$
哲學	組間	157.639	4	39.410	3.278	$P = .011$	4>1	.006	.839
	組內	17457.627	1452	12.023					
	總和	17615.266	1456						
社會	組間	95.345	4	23.836	3.808	$P = .004$	3,4>1	.008	.895
	組內	9087.717	1452	6.259					
	總和	9183.062	1456						
倫理	組間	77.907	4	19.477	7.067	$P = .027$	5>1	.005	.762
	組內	10261.316	1452	7.067					
	總和	10339.223	1456						

註：1.1-5 2.6-10 3.11-20 4.>20 5.無

(十四)不同於「最近何時經歷病患死亡」之醫護人員在生命意義上的差異情形

同質性檢定結果可知，各組變異數屬於同質的有教育與生活熱誠，宜採用Scheffe法。變異數不同質如整體生命意義與哲學、宗教、心理、社會、倫理和靈性層面，採用Games-Howell考驗。

由表 4-3-43 可知，不同於「最近何時經歷病患死亡」皆未達到顯著差異。

表

4-3-43 不同於「最近何時經歷病患死亡」之醫護人員在生命意義上的單因子變異數分析摘要表

生命意義	背景變項 年齡	人數	平均數	標準差	變異來源	離均差平方和	自由度	平均平方和	F 值	事後比較
哲學	1. ≤7天	220	21.73	3.393	組間	94.541	4	23.635	1.959	
	2. ≤1月	327	22.36	3.151	組內	17520.725	1452	12.067		
	3. ≤6月	265	22.40	3.491						
	4. >6月	297	22.20	3.506						
	5. 無	348	21.88	3.760						
宗教	1. ≤7天	220	18.94	3.015	組間	48.668	4	12.167	1.469	
	2. ≤1月	327	19.38	2.589	組內	12028.213	1452	8.284		
	3. ≤6月	265	19.54	2.786						
	4. >6月	297	19.42	2.967						
	5. 無	348	19.32	3.035						
心理	1. ≤7天	220	18.94	3.015	組間	94.332	4	23.583	1.622	
	2. ≤1月	327	19.38	2.589	組內	21116.044	1452	14.543		
	3. ≤6月	265	19.54	2.786						
	4. >6月	297	19.42	2.967						
	5. 無	348	18.94	3.015						
社會	1. ≤7天	220	18.96	2.441	組間	28.178	4	7.045	1.117	
	2. ≤1月	327	19.30	2.304	組內	9154.884	1452	6.305		
	3. ≤6月	265	19.31	2.411						
	4. >6月	297	19.40	2.583						
	5. 無	348	19.21	2.742						
教育	1. ≤7天	220	14.52	2.224	組間	41.410	4	10.352	1.973	
	2. ≤1月	327	14.83	2.227	組內	7618.966	1452	5.247		
	3. ≤6月	265	14.87	2.229						
	4. >6月	297	15.09	2.239						
	5. 無	348	14.82	2.474						
倫理	1. ≤7天	220	18.66	2.581	組間	68.024	4	17.006	2.404	
	2. ≤1月	327	19.08	2.418	組內	10271.199	1452	7.074		
	3. ≤6月	265	19.20	2.646						
	4. >6月	297	19.24	2.672						
	5. 無	348	19.33	2.913						
生活熱誠	1. ≤7天	220	15.10	2.353	組間	68.024	4	17.006	2.404	
	2. ≤1月	327	15.36	2.123	組內	10271.199	1452	7.074		
	3. ≤6月	265	15.32	2.190						
	4. >6月	297	15.55	2.261						
	5. 無	348	15.26	2.373						
靈性	1. ≤7天	220	7.82	1.312	組間	5.123	4	1.281	.760	
	2. ≤1月	327	7.93	1.219	組內	2445.320	1452	1.684		
	3. ≤6月	265	7.90	1.196						
	4. >6月	297	8.01	1.346						
	5. 無	348	7.90	1.390						
整體生命意義	1. ≤7天	220	140.89	16.650	組間	2293.453	4	573.363	1.933	
	2. ≤1月	327	143.89	15.595	組內	430793.955	1452	296.690		
	3. ≤6月	265	144.55	16.525						
	4. >6月	297	144.72	17.141						
	5. 無	348	143.28	19.485						

第四節 醫護人員死亡態度與生命意義之相關分析

本節旨在分析探討醫護人員生命意義與死亡態度的相關性，資料以皮爾森積差相關與典型相關進行統計分析，詳述如下：

壹、醫護人員死亡態度與生命意義的積差相關分析

由表 4-4-1 可知，「死亡態度」與「生命意義」的積差相關，結果呈現正相關的部分有：一、「趨近接受」與「生命意義」的八個分量表的積差相關，如哲學 $r(1,455) = .269, p < .01$ ；宗教 $r(1,455) = .269, p < .01$ ；心理 $r(1,455) = .172, p < .01$ ；社會 $r(1,455) = .110, p < .01$ ；教育 $r(1,455) = .267, p < .01$ ；倫理 $r(1,455) = .280, p < .01$ ；生活熱誠 $r(1,455) = .197, p < .01$ ；靈性 $r(1,455) = .184, p < .01$ 。二、「死亡逃避」與「教育」 $r(1,455) = .057, p < .01$ 。三、「逃離接受」與「宗教」 $r(1,455) = .057, p < .01$ 。

「死亡態度」與「生命意義」的積差相關，結果持負相關的部分有：一、「死亡恐懼」與「心理」 $r(1,455) = -.086, p < .01$ ；社會 $r(1,455) = -.105, p < .01$ ；生活熱誠 $r(1,455) = -.064, p < .05$ ；靈性 $r(1,455) = -.064, p < .05$ 。二、「死亡逃避」與「社會」 $r(1,455) = -.105, p < .01$ 。三、「逃離接受」與「心理」 $r(1,455) = -.091, p < .01$ ；社會 $r(1,455) = -.064, p < .05$ ；靈性 $r(1,455) = -.099, p < .01$ 。

表

4-4-1 醫護人員生命意義與死亡態度積差相關摘要表(N = 1,457)

	死亡恐懼	死亡逃避	趨近接受	逃離接受
1.哲學	.000	.044	.269**	.045
2.宗教	-.024	.020	.279**	.068**
3.心理	-.086**	-.031	.172**	-.091**
4.社會	-.105**	-.079**	.110**	-.064*
5.教育	-.008	.057*	.267**	.020
6.倫理	.014	.041	.280**	.041
7.生活熱誠	-.064*	-.023	.197**	-.045
8.靈性	-.064*	-.035	.184**	-.099**
平均數	19.79	13.96	30.4	11.43
標準差	4.80	3.48	5.77	2.93

註： * $p < .05$ ** $p < .01$

貳、典型相關

典型相關結構圖可以發現死亡態度(X 變項)與生命意義(Y 變項)之間確實存在相關，而且有二組典型因素之正相關達到 $<.001$ 之顯著水準，分別為： $(\rho=.411)$ 、 $(\rho=.252)$ ，有一組相關係數 $(\rho=.134)$ 達到 $<.01$ 之顯著水準。

茲將三組達顯著性典型結構相關詳細說明如下：

(一) 典型因素 χ_1 與 η_1 的典型相關係數 $\rho=.411$ ($p<.001$)，決定係數 $\rho^2=.169$ 表示 X 變項(死亡態度)的第一個典型因素(χ_1)可有效解釋 Y 變項(生命意義)第一個典型因素(η_1)總變異量的 16.9 %。而 X 變項的第一個典型因素(χ_1)可解釋 X 變項總變異量的 17.5 %，此外，四個構面的 X 變項與 Y 變項的第一個典型因素(η_1)重疊變異百分比為.030，表示 Y 變項的第一個典型因素(η_1)可以解釋 X 變項之總變異量的 3.0 %，換言之，八個構面之生命意義變項經由其第一個典型因素(η_1)，可解釋死亡態度之總變異量的 3.0 %。而在 Y 變項的第一個典型因素(η_1)可解釋 Y 變項總變異量的 52.6 %，八個構面的 Y 變項與 X 變項的第一個典型因素(χ_1)其重疊部分為.089，表示 X 變項的第一個典型因素(χ_1)可以解釋 Y 變項之總變異的 8.9 %，換言之，四個構面之死亡態度變項經由其第一個典型因素(χ_1)，可解釋之生命意義總變異量的 8.9 %。

因此第一個典型相關是由死亡態度(X 變項)的第一個典型因素(χ_1)與生命意義(Y 變項)的第一個典型因素(η_1)產生關聯。再從典型負荷量(cononical loading)來看，考慮典型負荷量大於.30 的變項，發現死亡態度變項的「趨近接受」($r=-.819$)透過 χ_1 依序與教育($r=-.798$)、倫理($r=-.787$)、宗教($r=-.773$)、哲學($r=-.761$)、心理($r=-.706$)、生活($r=-.703$)、靈性($r=-.738$)及社會($r=-.488$)產生相關。意即對死亡態度越能接受，其生命意義部份之教育、倫理、宗教、哲學、心理、生活、靈性及生活部分之相關相對越高。

(二) 典型因素 χ_2 與 η_2 的典型相關係數 $\rho=.252$ ($p<.001$)，決定係數 $\rho^2=.064$ ，表示 X

變項的第二個典型因素(χ_2)可有效解釋 Y 變項第二個典型因素(η_2)總變異量的 6.4 %。而 X 變項的第二個典型因素(χ_2)可解釋 X 變項總變異量的 48.3 %，此外，四個構面的 X 變項與 Y 變項的第二個典型因素(η_2)重疊變異百分比為.031，表示 Y 變項的第二個典型因素(η_2)可以解釋 X 變項之總變異量的 3.1 %，換言之，八個構面之生命意義變項經由其第二個典型因素(η_2)，可解釋死亡態度之總變異量的 3.1 %。而在 Y 變項的第二個典型因素(η_2)可解釋 Y 變項總變異量的 8.5 %，八個構面的 Y 變項與 X 變項的第二個典型因素(χ_2)其重疊部分為.005，表示 X 變項的第二個典型因素(χ_2)可以解釋 Y 變項之總變異的.5 %，換言之，四個構面之死亡態度變項經由其第二個典型因素(χ_2)，可解釋之生命意義總變異量的.5 %。

因此第二個典型相關是由死亡態度(X 變項)的第二個典型因素(χ_2)與生命意義(Y 變項)的第二個典型因素(η_2)產生關聯。再從典型負荷量(cononical loading)來看，考慮典型負荷量大於.30 的變項，發現死亡態度變項的「逃離接受」($r=.974$)透過 χ_2 依序與靈性($r=-.471$)、心理($r=-.455$)及社會($r=-.370$)產生相關。意即對死亡態度越能接受，其靈性、心理與社會相對越高。

(三) 典型因素 χ_3 與 η_3 的典型相關係數 $\rho=.134(p<.01)$ ，決定係數 $\rho^2=.018$ ，表示 X 變項的第三個典型因素(χ_3)可有效解釋 Y 變項第三個典型因素(η_3)總變異量的 1.8 %。而 X 變項的第三個典型因素(χ_3)可解釋 X 變項總變異量的 26.7 %，此外，四個構面的 X 變項與 Y 變項的第三個典型因素(η_3)重疊變異百分比為.02，表示 Y 變項的第三個典型因素(η_3)可以解釋 X 變項之總變異量的 2 %，換言之，八個構面之生命意義變項經由其第三個典型因素(η_3)，可解釋死亡態度之總變異量的 2 %。而在 Y 變項的第三個典型因素(η_3)可解釋 Y 變項總變異量的 10.2 %個構面的 Y 變項與 X 變項的第三個典型因素(χ_3)其重疊部分為.002，表示 X 變項的第三個典型因素(χ_3)可以解釋 Y 變項之總變異的 2 %，換言之，四個構面之死亡態度變項經由其第三個典型因素(χ_3)，可解釋之生命意義總變異量的 2 %。

因此第三個典型相關是由死亡態度(X 變項)的第三個典型因素(χ_3)與生命意義(Y

變項)的第三個典型因素(η_3)產生關聯。再從典型負荷量(cononical loading)來看，考慮典型負荷量大於.30的變項，發現死亡態度變項的「死亡逃避」($r=.772$)透過 χ_3 與社會($r= -.583$)及宗教($r= -.528$)及產生相關。意即對死亡態度越無法接受，則其社會及宗教層面需求越高。

表

4-4-2 醫護人員死亡態度與生命意義之相關研究 ($N=1,457$)

X 變項	典型因素			Y 變項	典型因素		
	χ_1	χ_2	χ_3		η_1	η_2	η_3
死亡態度				生命意義			
死亡恐懼	-.017	.594	.654	哲學	-.761	.096	-.200
死亡逃避	-.016	.557	.772	宗教	-.773	.147	-.528
趨近接受	-.819	.565	.012	心理	-.706	-.455	-.171
逃離接受	-.050	.974	.205	社會	-.488	-.370	-.583
				教育	-.798	.004	-.028
				倫理	-.787	.089	-.168
				生活	-.703	-.278	-.296
				靈性	-.738	-.471	-.109
抽出百分比	.175	.483	.267		.526	.085	.102
重疊量數	.030	.031	.005		.089	.005	.002
ρ^2	.169	.064	.018				
ρ	.411 ^{***}	.252 ^{***}	.134 ^{**}				

** $p < .01$ *** $p < .001$

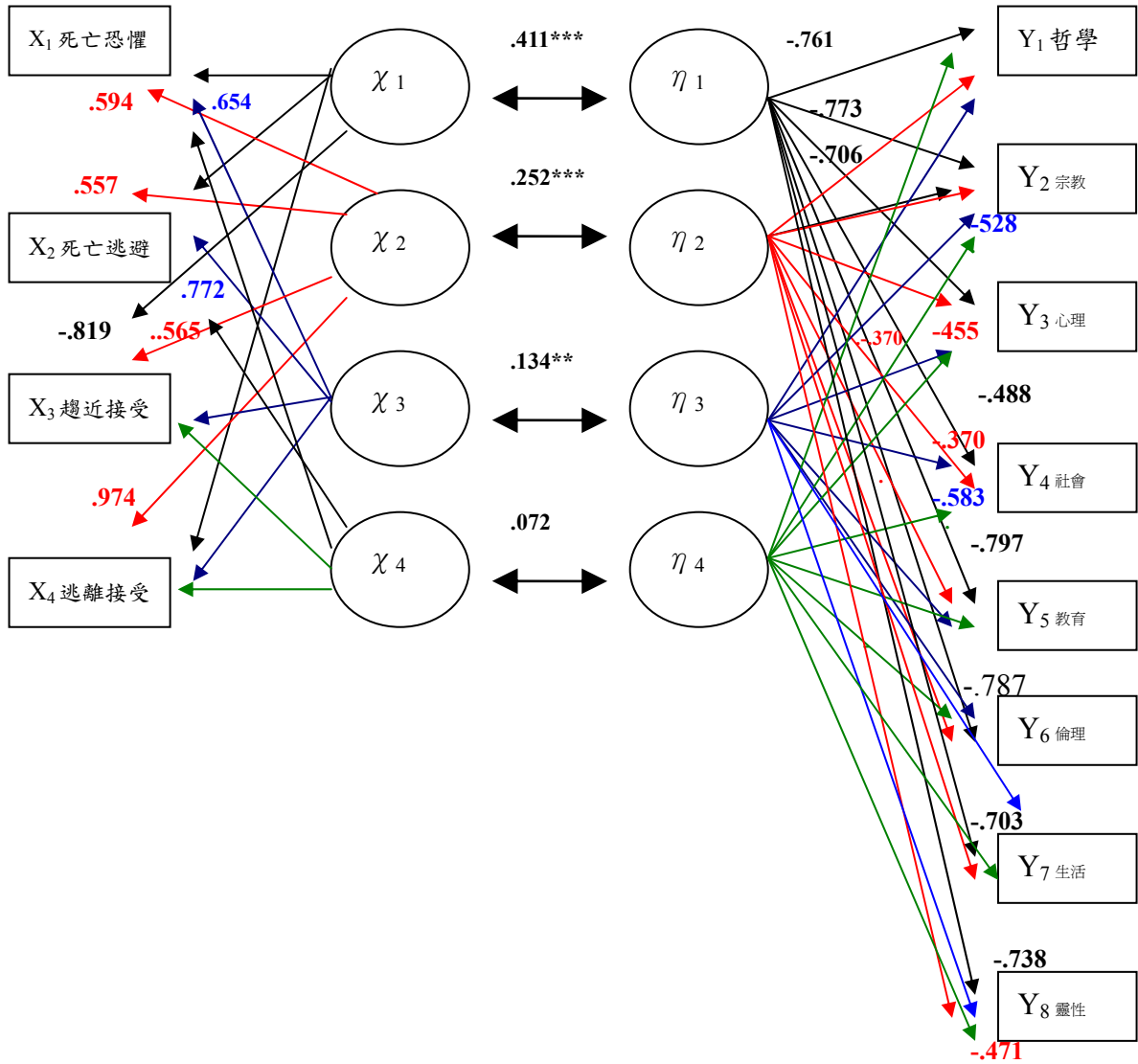


圖 4-4-1 醫護人員死亡態度與生命意義構面之典型相關分析路徑圖

第五節 討論

本節就上述研究分析結果，彙整相關文獻進行討論。研究者修編何長珠等人(2009)共同討論之「全人生命意義量表」而得成「醫護人員全人生命意義量表」及 Wong 等人(1994)所編制「死亡態度描繪修訂量表」羅素如(2000)修訂，進行資料收集。然後以描述性統計分析醫護人員的生命意義與死亡態度的現況。以皮爾森積差相關與典型相關來探討生命意義與死亡態度之間的關係。

壹、樣本特質討論

一、人口學特性

從表4-1-1 可以發現本研究之受試醫護人員有以下特色，在人口學特性部分，以年齡「20-30歲」、女性(占76.4%)為多，醫師大多是「醫學系」畢業(79.3%)、護理人員多有「大學」(57.4%)學歷，在宗教信仰方面以「民俗宗教」(45.2%)居多、醫護人員未婚(53.7%)較已婚(44.7%)多、出生序以「老大」(38.6%)較多，本研究之醫護人員資歷大多介於「1年至9年以下」(52.7%)，有70%親身經歷親友死亡的經驗，63.4%參與過生死教育相關課程。

二、工作特性

就工作特性而言，本研究之受試醫護人員服務科別以「內科」(40.1%)最多，在目前單位服務年資以「6年以上」(35.5%)居多，有78.3%有照顧臨終病患的經驗，84.4%有曾經照顧病患死亡經驗。

研究者便以此研究樣本進行接下來之統計分析，瞭解醫護人員生命意義及其死亡態

度的關係及內涵。研究結果發現，「整體生命意義」總得分最高為190分，最低為91分，平均為143.58分。每題平均得分為3.78，高於量表每題的平均值3分，顯示醫護人員的生命意義為中上程度。醫護人員在生命意義量表中的「哲學」、「宗教」、「心理」、「社會」、「教育」、「倫理」、「生活熱誠層面」及「靈性層面」各層面的單題平均得分分別為3.69、3.87、3.66、3.85、3.71、3.83、3.83及3.96，皆高於每題的中間值3分。最高的是「靈性層面」($M=3.96$)，顯示醫護人員重視靈性層面的生活。

至於「整體死亡態度」每題平均得分為2.92，接近於量表每題的平均值3分，顯示醫護人員的死亡態度接近中等程度。醫護人員對死亡的「趨近死亡」最高($M=3.04$)，其依次序為、「逃離接受死亡」($M=2.86$)、「死亡恐懼」($M=2.83$)和「死亡逃避」($M=2.79$)。發現醫護人員可能將死亡視為通向快樂來生世界的道路，因為長期處在病患生命終點的場域，也許認為脫離受苦的肉體、色身是一種解脫，通往另一世界的起點，寧可相信有幸福來生的死後世界。

貳、背景變項與死亡態度及生命意義顯著差異討論

不同背景變項(14項)之台灣北、中、南、高屏及東部五行政區醫護人員在死亡態度與生命意義顯著差異討論，彙整如表 4-5-1 所示，在死亡態度呈現顯著差異變項有10項(71.43%)如：年齡、性別、教育程度、宗教信仰、親友死亡、婚姻、資歷、照顧臨終經驗及最近何時經歷病患死亡。

其次，在生命意義呈現顯著差異變項有12項(85.71%)如：年齡、性別、教育程度、宗教信仰、親友死亡、生死教育、婚姻、排行、資歷、服務科別、單位年資及照顧病患死亡經驗。以下分別就顯著差異部分整合相關文獻結果討論

一、性別與生命意義及死亡態度

如表 4-5-1、4-5-2 與表4-5-3 彙整可知本研究結果，不同背景變項的醫護人員在生

命意義與死亡態度上有差異，顯示醫護人員在性別變項之生命意義整體層面上，有顯著差異，男性明顯較女性有較高的生命意義，而男性醫師較女性醫護人員在死亡逃避層面有較正向的死亡態度。這與何英奇(1987)研究結果一致，其指出女性生命意義感低於男性。研究者另外一特殊的發現，男性醫師的死亡逃避低於女性醫護人員。這與廖芳娟(2000)、Wong等人(1994)的研究發現男性的死亡逃避高於女性，持相反結果。

推論可能原因，也許是因為職業屬性的不同，男性醫師天天與病患為伍，因此長久以來較一般男性及女性醫護人員對死亡抱持較為不逃避的態度。

二、「有無親身經歷親友死亡」與生命意義及死亡態度

研究結果，「有無親身經歷親友死亡」之醫護人員在生命意義與死亡態度上有顯著差異，「無親身經歷親友死亡」之醫護人員具有較高的生命意義，而「無親身經歷親友死亡」之醫護人員在死亡逃避上具有較正向的死亡態度，表示「無親身經歷親友死亡」之醫護人員不論是在生命意義整體層面或死亡態度上都較「有親身經歷親友死亡」之醫護人員正向。此研究結果與巫珍宜(1991)研究結果一致，其發現曾經接觸家人死亡者，是傾向於害怕死亡與瀕死。

推論其原因，「有親身經歷親友死亡」之醫護人員具有較低的生命意義，研究者認為可能是早期經驗有關，曾經接觸家人死亡者傾向於害怕、逃避死亡，產生不良經驗，因而影響往後生命態度。相對地「無親身經歷親友死亡」之醫護人員具有較高的生命意義，因其未存留不良死亡經驗。

三、生死教育與生命意義及死亡態度

在「有無參加過生死教育相關課程」之醫護人員在生命意義與死亡態度上的差異考驗中，醫護人員在生命意義整體層面上有顯著差異，顯示「有參加過生死教育相關課程」

之醫護人員具有較高的生命意義，然而醫護人員在「有無參加過生死教育相關課程」變項之死亡態度皆未達顯著差異。這研究結果與黃琪璘(1991)、曾煥棠等人(1998)、藍育慧(1995)研究結果不一致，其指出死亡教育會影響醫護人員對死亡的態度。

研究者認為也許是現行的生死教育相關課程未能符合臨床醫護人員的實務需求，因為病患是獨一無二的個體，如何滿足病患需求，是今日醫護人員存在的價值所在，有必要進一步深入探討。

四、照顧臨終病患經驗與生命意義及死亡態度

在「有無照顧臨終病患經驗」之醫護人員在生命意義與死亡態度上的差異考驗中，生命意義皆未達顯著差異，發現醫護人員的死亡態度在死亡恐懼與死亡逃避有顯著差異；表示「無照顧臨終病患死亡經驗」醫護人員的死亡逃避較低具有較正向的死亡態度。此研究結果與李復惠 (1987)與李素貞等人(2006)研究結果一致，其發現曾有接觸重病患者經驗者其死亡恐懼會降低，且接觸死亡經驗越多的護理人較不逃避死亡，但死亡接受上則無顯著差異。

研究者認為可能與早期經驗有關，也許經歷不好的、失落、悲傷、無奈、痛苦與創傷的死亡事件，需進一步探究。

五、年齡與生命意義及死亡態度

研究者發現不同年齡的醫護人員在生命意義整體層面與其他八個分層面(哲學、宗教、心理、社會、教育、倫理、生活熱誠、與靈性)，皆達顯著差異。而整體生命意義在年齡層在 51-60 歲以上的醫護人員的得分高於 40 歲以下的醫護人員，此研究結果與 Reker 等人 (1984) 研究結果一致，其發現 Reker 等人 (1984) 的研究發現，16-29 歲的年較具強烈目標追尋的傾向，有較強的動機使未來的生活更有意義，但其生存的空虛較

為強烈；75歲以上老人對死亡接納較高，存在的空虛減少。而年齡層在20至40歲高於41至50歲，在死亡恐懼與死亡逃避層面具差異，此研究結果與Weiler (2001)之研究發現一致，研究對象為136位60歲以上的年長者，結果顯示死亡態度(恐懼-趨近接受)與幸福感有顯著相關，而自我接受與死亡恐懼有極大正相關。

六、教育程度與生命意義及死亡態度

本研究發現，不同教育程度的醫護人員在生命意義整體層面與其他七個分層面(哲學、心理、社會、教育、倫理、生活熱誠與靈性)，皆達顯著差異，。此研究結果與侯冬芬 (2004) 之研究發現一致。本研究結果皆支持教育程度與生命意義成正相關。即教育程度愈高者，生命意義愈高，反之教育程度愈低者，生命意義愈低。只有在宗教達未顯著差異。另外，發現醫師畢業於研究所以上的生命意義高於五專與大學的護理人員的得分，而護理人員研究所以上顯著高於五專與大學畢業者。

則不同教育程度醫護人員的死亡態度，只有死亡逃避達到顯著差異，進一步作事後比較，發現未與各組別達到顯著差異，此研究結果與徐美慧 (2006)之研究發現一致，其認為教育程度與死亡態度無顯著相關。

推論其原因，可能教育程度高者，接觸死亡相關資訊較為寬廣、正確，相對地不會避免刻意不去思考死亡議題，因瞭解而不會害怕。教育程度低者，因不知而害怕。

七、宗教信仰與生命意義及死亡態度

不同宗教信仰的醫護人員在生命意義與死亡態度的差異考驗中，除靈性層面以外，其他包括整體生命意義與七個分層面(哲學、宗教、心理、社會、教育、倫理生活熱誠與靈性)，皆達顯著差異。研究者發現信仰佛教、天主教、基督教、一貫道的醫護人員在整體生命意義，顯著高於沒有宗教信仰，此研究結果與吳麗玉(1997)；陳錫琦、吳麗

玉、曾煥棠(2000)、曾會(2003)研究一致，其研究同樣發現有宗教信仰者，趨近死亡的接受度越高。

推論其原因，可能有宗教信仰者，進入一個更廣泛的向度，有一股能量支持，對死亡抱持著趨近接受的態度，也許對死後世界懷有期待。

八、婚姻與生命意義及死亡態度

本研究結果，不同婚姻的醫護人員在生命意義與死亡態度上的差異考驗中，發現在生命意義整體層面與其他八個分層面(哲學、宗教、心理、社會、教育、倫理、生活熱誠、與靈性)，皆達顯著差異，此研究結果與侯冬芬 (2004)、趙安娜 (2002)與邱秀娥 (2001)研究結果一致。顯示已婚的醫護人員在整體生命意義，顯著高於未婚者，其他各組比較未發現有差異性存在。此研究結果與廖芳娟(2000)、藍育慧(2000)的研究結果類似，其研究發現已婚者在面對他人瀕死其恐懼度是較高而且具逃避傾向。

推論其原因，可能已婚者有小孩責任加重，生活以家庭小孩為重心，家庭成員均是成為已婚者在面對他人死亡對象的威脅，因此若能避免不去思考死亡議題，也許是一種自我防衛機制。

九、排行與生命意義及死亡態度

本研究結果，不同排行的醫護人員在生命意義與死亡態度上的差異考驗中發現，不同排行的醫護人員在生命意義整體層面與其他六個分層面(哲學、宗教、心理、社會、教育與倫理)皆達到顯著差異，顯示獨生子、女高於排行老大、中間與老么在整體生命意義、宗教、心理、社會、教育和倫理層面具。而醫護人員的不同排行在死亡態度上，未達到顯著差異。此研究結果與李復惠(1987)、曾廣志與蔡明昌 (2001)研究結果一致。

推論其原因，或許可能獨生子、女因無手足分擔照顧父母的責任，清楚自身的家庭

觀念與應負的責任，肯定存在的價值及意義，會用較高的道德要求自己。而死亡態度不因排行的不同而有所差別，可能面對死亡大家都是公平的無一能倖免，因此不受影響。

十、資歷與生命意義及死亡態度

研究結果，不同資歷的醫護人員在生命意義與死亡態度上的差異考驗中發現，在生命意義整體層面與其他八個分層面皆達顯著差異，此結果與(何郁玲，1999；邱秀娥，2001；趙安娜，2002)發現一致。顯示資歷 10 年以上的醫護人員在整體生命意義，顯著高於 9 年以下。在死亡態度只有死亡恐懼層面，達到顯著差異，進一步作事後比較，顯示工作資歷在 5 至 9 年以下高於 10 年以上，在死亡恐懼與死亡逃避層面是有差異。

推論其原因，可能對病患死亡之壓力愈小，但工作經驗多的醫護人員更瞭解醫療的極限、生命的有限性與無常，更瞭解自己對重病者的無力感，而有較高的死亡焦慮。資歷愈高者其對生命意義各方面的體驗更趨盡成熟，能帶給後進安全感，免於受傷害。

十一、服務科別與生命意義及死亡態度

另外「工作特性」部分，不同服務科別的醫護人員在生命意義與死亡態度上的差異考驗中，研究者發現，在整體生命意義層面與其他五個分層面(哲學、宗教、心理、社會和靈性)，皆達到顯著差異，顯示服務於安寧單位的醫護人員在整體生命意義，顯著高於洗腎、手術室與護理之家。醫護人員不同的服務科別的在死亡態度上，未達到顯著差異。

研究者認為可能因為安寧單位的醫護人員較一般單位的醫護人員多觸角地貼近病患，看到病患的瀕死，即想到自己或家人的瀕死；看到病患的死亡，即想到自己或家人的死亡。因此，更能深切地體驗生命的轉換多變，而自己對生命意義的知能、感情、價值、目標與行為，能即時珍惜與掌握。

十二、照顧病患死亡經驗與生命意義及死亡態度

研究結果，照顧病患死亡經驗的醫護人員在生命意義整體與哲學、宗教、社會與倫理層面達顯著差異，進一步作事後比較各組未發現有差異性存在。然而在分層面，顯示曾經照顧病患死亡經驗大於 20 名者高於 1 至 5 名，在哲學層面具差異；沒有照顧病患死亡經驗的醫護人員高於曾經照顧病患死亡經驗 1 至 5 名者，在宗教與倫理層面具差異；曾經照顧病患死亡經驗 11 至 20 名以上高於 1 至 5 名，在社會層面具差異；在死亡態度四個分層面(死亡恐懼、死亡逃避、趨近接受死亡與逃離接受死亡)，皆達到顯著差異。研究者發現無照顧病患死亡經驗高於曾經照顧病患死亡 1 至 10 名及 20 名以上的醫護人員，在死亡恐懼層面是有差異。另外，無照顧病患死亡經驗高於曾經照顧病患死亡 20 名以上的醫護人員，在死亡逃避與整體死亡態度層面具差異。

此外，發現曾經照顧病患死亡經驗大於 20 名者其生命意義愈高，而無照顧病患死亡經驗者其死亡恐懼、死亡逃避與整體死亡態度具差異。

推論其原因，可能是接觸愈多死亡病患，讓醫護人員更能把握當下，掌握自己的命運珍惜生命之有限性及價值。然而無照顧病患死亡經驗者也許因其對「死亡的無明」因而產生死亡恐懼、死亡逃避與整體死亡態度具差異。

十三、單位年資與生命意義及死亡態度

研究發現，不同於目前單位年資的醫護人員在生命意義與死亡態度上的差異。在生命意義整體層面與其他六個分層面(哲學、宗教、心理、社會、教育和倫理)，皆達到顯著差異，發現目前單位年資大於 6 年以上的醫護人員在整體生命意義，顯著高於年資小於 6 年以下。然而醫護人員不同於目前單位年資在死亡態度上，未達到顯著差異。

十四、最近何時經歷病患死亡與生命意義及死亡態度

研究者發現，不同於「最近何時經歷病患死亡」醫護人員在生命意義均未達到顯著差異。而在死亡態度方面均達到顯著性差異。研究者發現最近「無經歷病患死亡」的醫護人員高於「最近曾經照顧病患死亡者小於等於7天內」、「小於等於1個月內」和「大於六個月」，在「死亡逃避」層面具差異。

表
4-5-1 醫護人員背景變項對死亡態度與生命意義之差異分析彙整表(N=1,457)

背景變項	死亡態度				生命意義								
	1	2	3	4	0	1	2	3	4	5	6	7	8
年齡	**	*	ns	ns	***	***	***	***	***	***	***	***	***
性別	ns	***	ns	ns	***	***	ns	***	***	*	*	*	ns
教育程度	ns	*	ns	ns	***	***	ns	***	***	*	***	***	***
宗教信仰	ns	ns	***	ns	***	***	***	***	*	***	***	**	ns
婚姻	*	**	ns	ns	***	***	***	***	***	***	***	***	***
排行	ns	ns	ns	ns	***	*	**	***	***	***	***	ns	ns
資歷	*	*	ns	ns	***	***	***	***	***	***	***	***	***
親友死亡	ns	***	ns	ns	***	***	ns	***	***	ns	ns	*	*
生死教育	ns	ns	ns	ns	***	ns	ns	***	*	*	***	ns	ns
服務科別	ns	ns	ns	ns	*	***	*	**	*	*	ns	ns	ns
單位年資	ns	ns	ns	ns	***	***	*	***	***	**	**	ns	ns
照顧臨終	**	***	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
照顧死亡	**	*	*	*	*	*	*	ns	**	ns	*	ns	ns
最近何時	**	***	**	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

註：1.* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$ ns 無差異

2.死亡態度：1.死亡恐懼 2.死亡逃避 3.趨近接受 4.逃離接受

3.生命意義：0.整體生命意義 1.哲學 2.宗教 3.心理 4.社會 5.教育 6.倫理 7.生活熱誠 8.靈性

表

4-5-2 不同背景變項的醫護人員在生命意義上差異情形彙整總表(N = 1, 457)

背景變項	組別	生命意義								
		整體層面	哲學	宗教	心理	社會	教育	倫理	生活熱誠	靈性
一、人口學特性										
年齡	1.<30 2.20-30 3.31-40 4.41-50 5.51-60	4,5>2,3 4>1	4,5>1,2	4,5>1,2	4>2,3	4>2,3 5>2	4>2	4,5>2,3	4,5>2,3	4>2,3
性別	1.男 2.女	1>2	1>2	—	1>2	1>2	1>2	1>2	1>2	—
教育程度	1.學士後醫學系 2.醫學系 3.研究所以上(醫師) 4.五專 5.大學 6.研究所以上(護理)	2,3>4,5 6>4,5	2,3>4,5	—	2,3>4,5 6>4,5	1,2,3>4 5,6>4 6>5	—	3>4	6>4,5	—
宗教信仰	1.佛教 2.民俗宗教 3.天主教 4.基督教 5.回教 6.一貫教 7.沒有 8.其他	1,4,6>7 6>8	4,6>2,7 6>8	1,6>7 6>2	4>7	—	—	1>7	—	—
親友死亡	1.有 2.無	2>1	2>1	—	2>1	2>1	—	—	2>1	2>1
生死教育	1.有 2.無	1>2	—	—	1>2	1>2	1>2	1>2	—	—
婚姻	1.未婚 2.已婚 3.鰥寡 4.離婚 5.分居	2>1	2>1 4>5	2>1	2>1	2>1	2,4>1	2>1	2>1	2>1
排行	1.老大 2.中間 3.老么 4.獨生子、女	4>1,2,3	4>3	4>1,2,3	4>1,2,3	4>1,2,3	4>1,2,3	4>1,2,3	—	—
資歷	1.<1年 2.1-4年以下 3.5-9年以下 4.10年以上	4>1,2,3	4>1,2,3	4>1,2,3	4>1,2,3	4>1,2,3	4>1,2,3	4>1,2,3	4>2,3	4>2,3
二、工作特性										
服務科別	1.內科系 2.外科系 3.婦兒 4.洗腎手術室護理之家 5.急診 6.加護 7.腫瘤 8.安寧 9.其他	8>1,4	8>1,2 8>4,9	8>4	—	—	—	—	—	—
目前單位年資	1.<1 2.1-2 3.>2-4 4.>4-6	5>1,2 5>3,4	5>1,2 5>3,4	—	5>1,2 5>3,4	5>2,3,4	5>3,4	5>3	—	5>3

	5.>6									
照顧 臨終 經驗	1.有 2.無	1>2	1>2	1>2	1>2	1>2	1>2	1>2	1>2	1>2
照顧 死亡 經驗	1.1-5 2.6-10 3.11-20 4.>20 5.無	—	4>1	—	—	3,4>1	—	5>1	—	—
最近 何時 經歷 病患 死亡 經驗	1.≤7天 2.≤1月 3.≤6月 4.>6月 5.無	—	—	—	—	—	—	—	—	—

表

4-5-3 不同背景變項的醫護人員在死亡態度上差異情形彙整總表(N=1,457)

背景變項	組別	死亡態度				
		整體層面	死亡恐懼	死亡逃避	趨近接受	逃離接受
一、人口學特性						
年齡	1.<30	—	2,3>4	2,3>4	—	—
	2.20-30					
	3.31-40					
	4.41-50					
	5.51-60					
性別	1.男	1>2	1>2	1>2	2>1	1>2
	2.女					
教育程度	1.學士後醫學系	2,3,6>4,5	2,3>4,5	—	2,3,6>4,5	1,2,3,5,6>4
	2.醫學系					6>5
	3.研究所以上(醫師)					
	4.五專					
	5.大學					
	6.研究所以上(護理)					
宗教信仰	1.佛教	1,4,6>7	4,6>2,7	1,6>7	4>7	—
	2.民俗宗教	6>8	6>8	6>2		
	3.天主教					
	4.基督教					
	5.回教					
	6.一貫教					
	7.沒有					
	8.其他					
親友死亡	1.有	2>1	2>1	2>1	1>2	1>2
	2.無					
生死教育	1.有	2>1	2>1	2>1	1>2	2>1
	2.無					
婚姻	1.未婚	2>1	2>1	2>1	2>1	2>1
	2.已婚		4>5			
	3.鰥寡					
	4.離婚					
	5.分居					
排行	1.老大	4>1,2,3	4>3	4>1,2,3	4>1,2,3	4>1,2,3
	2.中間					
	3.老么					
	4.獨生子、女					
資歷	1.<1年	4>1,2,3	4>1,2,3	4>1,2,3	4>1,2,3	4>1,2,3
	2.1-4年以下					
	3.5-9年以下					

		4.10年以上				
二、工作特性						
服務 科別	1.內科系	8>1,4	8>1,2	8>4	—	—
	2.外科系		8>4,9			
	3.婦兒					
	4.洗腎手術室護理之家		8>7,9			
	5.急診					
	6.加護					
	7.腫瘤					
	8.安寧					
	9.其他					
目前單位 年資	1.<1	5>1,2	5>1,2	—	5>1,2	5>2,3,4
	2.1-2	5>3,4	5>3,4		5>3,4	
	3.>2-4					
	4.>4-6					
	5.>6					
照顧臨終 經驗	1.有	2>1	2>1	2>1	2>1	2>1
	2.無					
照顧死亡 經驗	1.1-5	5>4	5>1,2,4	5>4	—	—
	2.6-10					
	3.11-20					
	4.>20					
	5.無					
最近何時 經歷病患 死亡經驗	1.≤7天	—	—	5>1,2,3,4	—	—
	2.≤1月					
	3.≤6月					
	4.>6月					
	5.無					

參、死亡態度與生命意義之相關

一、台灣醫護人員之死亡態度與生命意義之積差相關

依據醫護人員的死亡態度與生命意義之積差相關分析結果得知。本研究發現，醫護人員的死亡態度與生命意義是有影響的，且成為正相關。以分層面成為正相關的部分有：(一)醫護人員的死亡態度(死亡逃避)與生命意義(教育)是有影響的，且成為正相關，即生命意義愈高者其死亡態度(死亡逃避)愈正向；(二)死亡態度(趨近接受)與生命意義八個層面(哲學、宗教、心理、社會、教育、倫理、生活熱誠與靈性)是有影響的，且成為正相關，即生命意義愈高者其死亡態度(趨近接受)愈正向；(三)死亡態度(逃離接受)與生命意義(宗教、倫理與生活熱誠)是有影響的，且成為正相關，即生命意義愈高者其死亡態度(逃離接受)愈正向；整體死亡態度與生命意義(宗教、教育與倫理)是有影響的，且

成為正相關。

另外在負相關的部分有：(一)死亡態度(死亡恐懼)與生命意義(心理、社會、生活熱誠與靈性)是有影響的，且成為負相關，即生命意義愈低者其死亡態度(死亡恐懼)愈負向；(二)死亡態度(死亡逃避)與生命意義(社會)是有影響的，且成為負相關，即生命意義愈低者其死亡態度(死亡逃避)愈負向；(三)死亡態度(逃離接受)與(心理、社會、教育與靈性)是有影響的，且成為負相關，即生命意義愈低者其死亡態度(逃離接受)愈負向。

綜合上述，醫護人員的死亡態度與生命意義成為正相關。愈能接受死亡態度則其生命意義愈高，相對能掌握自己的生命、方向、目標及正向的世界觀；清楚的自我概念、適應社會認清自我價值；增進生命品質，擁有幸福感、負向情緒得以抒解以及對整體生活滿意度提昇；以生命自由而言，能擁有自主性、選擇、超越自己，為其選擇承擔責任；有宗教信仰的人，會進入一個更廣泛的存在向度，在參與宗教活動的過程中，可以提昇個人在靈性層面的價值與生命的意義。

二、台灣醫護人員之死亡態度與生命意義之典型相關

再從醫護人員的死亡態度與生命意義之典型相關分析結果。醫護人員的死亡態度(趨近接受)與生命意義八個層面(哲學、宗教、心理、社會、教育、倫理、生活熱誠與靈性)有非常顯著之正相關。研究結果與 Wong 等人(1994)雷同。即生命意義感高的對死亡的接受程度較高，較不會懼怕死亡而能坦然的接受。個體若對他們的生活感到充實及有意義則會有較低的死亡焦慮及更高的死亡接受，而在生活中具有目標及對生命感到有意義的人，他們對死亡較不怕感到恐懼，並且能以較積極、正向地的態度面對死亡，若發現在生命中缺乏目標及方向的人有較高的死亡焦慮。

換言之，若死亡態度愈負向，則其生命意義亦將趨低，但只能推論二者間具有相關性，無法推論兩者間的因果關係。

在國內外醫護界現有的研究中，尚未有醫護人員死亡態度與生命意義相關的研

究，所以本研究僅提供初步的探討。進一步從典型負荷量來看，死亡態度與生命意義透過四個典型因素而相互影響。本研究的第一個典型相關，主要由「趨近接受」透過第一個典型因素而影響「教育」、「倫理」、「宗教」、「哲學」、「心理」、「生活熱誠」、「靈性」與「社會」，由正負值加以分析，四項死亡態度(趨近接受)與八項生命意義之間有正向相關，即台灣醫護人員死亡態度(趨近接受)愈趨正向，其生命意義也愈高，亦顯示受教育愈高者其生命意義也愈高。此與本研究以積差相關分析結果完全相符。故將第一組典型因素命名為「正向死亡態度與高生命意義」，當醫護人員對自我生命意義愈高，愈能掌握自己的生命目標及正向的世界觀；接受自我、肯定自我價值；體驗生命的自由、自主性、超越自己，為其選擇勇於承擔責任，藉由宗教的支持而能趨近接受死亡，因此，當面對死亡，就能坦然接受。

第二個典型相關，主要由死亡態度的「逃離接受」、「死亡恐懼」、「趨近接受」與「死亡逃避」四層面透過第二個典型因素而影響生命意義的「靈性」、「心理」與「社會」層面，且「逃離接受」、「死亡恐懼」、「死亡逃避」與「靈性」、「心理」與「社會」有負相關，意即對死亡態度接受度愈低其生命意義愈低，尤其在「靈性」層面愈低。當醫護人員對死亡態度(逃離接受、死亡恐懼、死亡逃避)愈正向，生命意義愈高，較不會懼怕死亡而能坦然的接受，則靈性需求愈高。符合文獻中 Wong 等人(1994)之研究發現。因此若醫護人員重視本身的靈性需求，相對地其亦能去關照、滿足病患靈性層面的需求。據此，將第二組典型因素命名為「正向死亡態度與高靈性需求」。

第三個典型相關，主要由死亡態度的「死亡逃避」層面透過第三個典型因素而影響生命意義的「社會」與「宗教」層面，且「死亡逃避」與「社會」及「宗教」有負相關，意即對死亡態度愈無法接受，則其生命意義愈低，尤其愈需要「社會」及「宗教」的支持。當醫護人員對死亡態度(死亡逃避)愈負向，則其生命意義愈低，避免去思考死亡議題，愈無法坦然的接受死亡。因此醫護人員可能避免接觸、逃避照護臨終病患。符合文獻中 Barton(1972)。因此將第三個典型因素命名為「趨向死亡逃避需高社會與心理支持」。

綜合上述研究結果得知，台灣醫護人員的死亡態度與生命意義存有顯著相關，本研究之假設三獲得驗證。亦即，透過「正向死亡態度與高生命意義」、「負向死亡態度與高

生命意義靈性需求」與「趨向死亡逃避需高社會與心理支持」三組典型因素，死亡態度與生命意義之間具有相關性，且大部分呈現正相關，在目前國內外的文獻或研究中，尚未有醫護人員死亡態度與生命意義相關的研究，故本研究或能提供初步的探討。

第五章 結論與建議

本章主要針對研究結果歸納做成結論及具體建議。下述分為兩節：第一節歸納出研究之結論；第二節提出具體建議，提供相關單位、人員及後續研究的參考。

第一節 結論

本節根據研究結果，提出研究結論並彙整說明之。

壹、醫護人員之死亡態度接近中等程度；醫護人員之生命意義為中上程度。

由本研究結果得知，「整體死亡態度」每題平均得分為2.92，接近於量表每題的平均值3分，顯示醫護人員的死亡態度接近中等程度。醫護人員對死亡的「趨近死亡」最高($M=3.04$)，其他依次序為「逃離接受」、「死亡恐懼」和「死亡逃避」。分析其原因醫護人員可能長期處在病患生命終點的場域，也許認為脫離受苦的肉體、色身是一種解脫，將死亡視為通向快樂來生世界的道路，通往另一世界的起點，寧可相信有幸福來生的死後世界。

其次，在生命意義，每題平均得分為3.78，高於量表每題的平均值3分，顯示醫護人員的生命意義為中上程度。首要得分最高為「靈性層面」($M=3.96$)，說明醫護人員普遍重視靈性的生活，其他依次序為「宗教」、「社會」、「倫理」、「生活熱誠」、「教育」、「哲學」與「心理」。

貳、醫護人員之死亡態度與生命意義在背景變項(人口學及工作特性)，部分達顯著差異。

一、不同年齡的醫護人員在生命意義整體層面與其他八個分層面(哲學、宗教、心理、社會、教育、倫理、生活熱誠、與靈性)，皆達顯著差異。整體生命意義之年齡層在51-60歲以上的醫護人員的得分高於40歲以下的醫護人員。

二、不同性別的醫護人員在性別變項之生命意義整體層面上，有顯著差異，男性明顯較女性有較高的生命意義，男性醫師的死亡逃避高於女性醫護人員。

三、不同教育程度的醫護人員在生命意義整體層面與其他七個分層面(哲學、心理、社會、教育、倫理、生活熱誠與靈性)，皆達顯著差異。即教育程度愈高者，生命意義愈高，反之教育程度愈低者，生命意義愈低。此外，發現醫師畢業於研究所以上的生命意義高於五專與大學的護理人員的得分，而護理人員研究所以上顯著高於五專與大學畢業者。其次，在死亡態度部分，只有死亡逃避達到顯著差異；也就是說：醫護人員的教育程度與生命意義成顯著正相關但與死亡相關無顯著相關。

四、不同宗教信仰的醫護人員在生命意義與死亡態度的差異考驗中，除靈性層面以外，其他包括整體生命意義與七個分層面(哲學、宗教、心理、社會、教育、倫理生活熱誠與靈性)，皆達顯著差異。研究者並發現信仰佛教、天主教、基督教、一貫道的醫護人員在整體生命意義，顯著高於沒有宗教信仰。在死亡態度方面，研究者發現有宗教信仰者，其趨近死亡的接受度越高。

五、不同婚姻狀況的醫護人員在生命意義與死亡態度上的差異考驗中，發現其在生命

意義整體層面與其他八個分層面(哲學、宗教、心理、社會、教育、倫理、生活熱誠、與靈性)，皆達顯著差異。另外，本研究發現已婚的醫護人員在整體生命意義，顯著高於未婚者。然而在死亡態度方面，發現已婚者則具有較高的死亡恐懼與死亡逃避。

六、不同排行的醫護人員在生命意義整體層面與其他六個分層面(哲學、宗教、心理、社會、教育與倫理)相比較，皆達到顯著差異。顯示獨生子、女高於排行老大、中間與老么在整體生命意義、宗教、心理、社會、教育和倫理層面是有差異。但在死亡態度上，未達到顯著差異。

七、不同資歷的醫護人員在生命意義整體層面與其他八個分層面皆達顯著差異。另外發現，資歷 10 年以上的醫護人員在整體生命意義，顯著高於 9 年以下。在死亡態度只有死亡恐懼層面，達到顯著差異，顯示工作資歷在 5 至 9 年以下高於 10 年以上，在死亡恐懼與死亡逃避層面是有差異；顯示生命意義與工作年資成正相關。

八、「無親身經歷親友死亡」之醫護人員不論是在生命意義整體層面或死亡態度上都較「有親身經歷親友死亡」之醫護人員正向；而且「有親身經歷親友死亡」之醫護人員，更具有較高的「死亡逃避」現象。本研究認為可能是與先前經驗及未盡事務有關，影響其往後生命態度。

九、「有參加過生死教育相關課程」之醫護人員具有較高的生命意義，然而在死亡態度卻未達顯著差異。根據藍育慧(1995)研究中得知：護生在照顧瀕死患者過程中，臨床指導老師與醫護人員是最大的支持來源。由此可知醫護人員身為醫療照顧中最主要之「施予者」，其死亡態度當然影響自身的因應行為，亦將影響其協助、引導與支持他人的過程，並且影響對病患的照顧品質。但「施予者」若無法得到有效的能量補充、也有匱乏的一天。因此如何增進醫護人員正向的死亡態度，是值

得相關單位重視的課題。

本研究結果亦顯示「有參加過生死教育相關課程」之醫護人員其死亡態度並未受影響。這或許是因為現行的生死教育相關課程未盡符合臨床醫護人員的實務需求。如何設計更能滿足醫護人員與病患的有效課程，將值得相關單位省思，有必要更進一步深入探討。

十、不同服務科別的醫護人員在生命意義與死亡態度上的差異考驗中，在整體生命意義層面與其他五個分層面(哲學、宗教、心理、社會和靈性)，皆達到顯著差異。顯示服務於安寧單位的醫護人員在整體生命意義，雖顯著高於洗腎、手術室與護理之家。但在死亡態度上，未達到顯著差異。可能的原因是長期接觸臨終病患，似乎可以激發醫護人員對生命體驗更多之真實感與珍視；但囿於缺乏親身經驗，因此對死亡態度、仍可能抱有美化之現象(認為死亡並不可怕)。

十一、不同目前單位年資在生命意義整體層面與其他六個分層面(哲學、宗教、心理、社會、教育和倫理)，皆達到顯著差異。發現目前單位年資大於6年以上的醫護人員在整體生命意義，顯著高於年資小於6年以下。然而醫護人員在死亡態度上，均未達到顯著差。

十二、「有無照顧臨終病患經驗」之醫護人員在生命意義與死亡態度上的差異考驗中，生命意義皆未達顯著差異。發現醫護人員的死亡態度在死亡恐懼與死亡逃避有顯著差異；表示「無照顧臨終病患死亡經驗」醫護人員的死亡恐懼與死亡逃避較低、具有較正向的死亡態度。此研究結果與李復惠 (1987)與李素貞等人(2006)研究結果一致，其發現曾有接觸重病者經驗者其死亡恐懼會降低，且接觸死亡經驗越多的護理人較不逃避死亡，但死亡接受上則無顯著差異。研究者認為可能與當事人的先前負面經驗有關，也許經歷不好的、失落、悲傷、無奈、痛苦與創傷的死

亡事件會留下負面之影響，這個議題值得進一步探究。

十三、照顧病患死亡經驗的醫護人員在生命意義整體與哲學、宗教、社會與倫理層面達顯著差異。在死亡態度四個層面(死亡恐懼、死亡逃避、趨近接受死亡與逃離接受死亡)，皆達到顯著差異。顯示有無照顧病患死亡經驗，對其生命意義與死亡態度均有影響。

十四、不同「最近何時經歷病患死亡」醫護人員在生命意義上，未達到顯著差異。但在死亡態度方面則達到顯著性差異。研究者發現「最近無經歷病患死亡」的醫護人員高於「最近曾經照顧病患死亡者小於等於7天內」、「小於等於1個月內」和「大於六個月」，在層面具差異；可見「死亡逃避」仍是一般醫護人員的行為與心態模式(與常人相同)。

肆、台灣醫護人員之死亡態度與生命態度之相關性

依據醫護人員的死亡態度與生命意義之積差相關分析結果來看。本研究發現，醫護人員的死亡態度與生命意義的各項變項之間具有正相關。

再從醫護人員的死亡態度與生命意義之典型相關分析結果來看。醫護人員的死亡態度(死亡恐懼、死亡逃避、趨近接受、逃離接受)與生命意義八個層面(哲學、宗教、心理、社會、教育、倫理、生活熱誠與靈性)，亦有顯著的典型相關性。

其中，「死亡恐懼」、「死亡逃避」、「趨近接受」及「逃離接受」四個死亡態度層面，經由第一個典型因素可說明「哲學」、「宗教」、「心理」、「社會」、「教育」、「倫理」、「生活熱誠」與「靈性」八個生命意義層面總變異量3.0%。

「哲學」、「宗教」、「心理」、「社會」、「教育」、「倫理」、「生活熱誠」與「靈性」八

個生命意義感層面經由第一個典型因素共可說明「趨近接受」、「死亡恐懼」、「逃離接受」及「死亡逃避」四個死亡態度層面總變異量8.9%。

從典型相關中二者相互影響的解釋力來看，生命意義對死亡態度的解釋力較高。意即對死亡態度接受度愈低、其生命意義愈低，尤其在「靈性」層面愈低。

本研究之發現確認：台灣醫護人員的死亡態度與生命意義存有顯著相關。亦即，透過「正向死亡態度與高生命意義」、「負向死亡態度與高生命意義靈性需求」與「趨向死亡逃避需高社會與心理支持」三組典型因素，死亡態度與生命意義之間具有相關性，且大部分呈現正相關。

由於在目前國內外的文獻或研究中，尚未有醫護人員死亡態度與生命意義相關的研究，故本研究所提供的初步探討，極有意義。

第二節 建議

研究者針對研究結果及臨床護理的體認，提出以下建議為推動醫護人員生死教育未來研究之參考。

壹、實施與生死教育有關的在職教育活動

研究結果發現，醫護人員的死亡態度與生命意義是正相關。但目前臨床醫護人員只有六成(63.4%)參加過生死教育相關課，尚有近四成(36.6%)未曾參加者(醫師 67.3%；護理人員 38.3%)。另一項研究結果發現，「有參加過生死教育相關課程」之醫護人員具有較高的生命意義。由此可見「生死教育」之課程有助於提升「生命意義」。

一、生死教育有關內容

(一)生死輔導有關智能

面對人生課題：結婚、生子、老化、疾病，包括生死教育、死亡諮商、悲傷輔導、殯葬禮儀與後續關懷、壓力調適，溝通技巧及相關的課程之開設，將可提升醫護人員對問題處理解決的能力。

(二)生死教育的需求

如趙可式(2007)所建議的：死亡與臨終照顧、病人/家屬的溝通與應對、安寧療護能高品質提供病患與家屬趨近「全人照護」優質的生活品質。

建議從例行性「死亡病例」討論會中，導入「生死學與臨終照顧」的課題，不再只限於「生理與病理學」為討論範疇。課程設計可包括生死學的(生物、哲學、心理、社會文化、人文科學、倫理及靈性)與臨終照顧等層面。

強化「安寧療護品質」可作為一般醫護人員，尋求協助共同照顧病患諮詢的「支援系統」。

提升「病人/家屬的溝通與應對」的智能，納入「悲傷輔導」課題。在面對「人生幽徑的死亡旅途」上，病患以他的「色身」、「心理」與「靈性」成為我們(醫護人員)「死亡示範的導師」。面對親人即將死別，自己即將變成孤兒、鰥寡，或白髮人送黑髮人，真是情何以堪？這種種乘載著罪惡感、憤怒、思念、愛恨情仇的悲傷歷程，使得家屬也成為另一種形式的「病患」。因此醫護人員若能以同感心、支持、瞭解、評估與照顧，方能達到生死兩相安的良好醫-病關係。

二、滿足靈性需求

建議行政院衛生署醫療機構將「靈性自我覺察相關課程」編列經費納入年度正式在職教育實施，作為醫護人員的福利。內容可包括：存在與死亡意義之探討、表達性藝術治療、音樂治療、舞蹈、專注、研究、斷食、服務、生命回顧、靈性治療(禪坐)等範圍。

根據本研究結果發現，醫護人員之生命意義內容，以「靈性」需求最高。由此可知，醫護人員重視精神生活及追求個體，個體與其他生命關係的信念，個體對於自然與神關係的信念。再則，研究者在研究所修課「表達性藝術治療」心得體驗，能柔化護病關係、達到情緒宣洩與情感支持、重新發現生命意義的真諦、透過生命回顧達到自我角色檢視、對於過去生命事件(故事)賦予重新解釋、藝術創作提升自我覺察、自我瞭解與自我肯定、重新排序未竟事務及整體生命充實感。

貳、開設醫護支持團體 (生死輔導與諮商導向)

綜合研究結果得知，「有親身經歷親友死亡」者，從過程中普遍經歷不好的相關死亡經驗；其次「無照顧臨終病患死亡經驗」較能接受死亡態度；而「生命意義」與「死

亡態度」對「照顧病患死亡經驗」具影響；「最近何時經歷病患死亡」在生命意義均未達到顯著差異。而在死亡態度方面均達到顯著性差異。

由此可知，醫護人員經歷的「死亡事件」在身心靈往往留下不可抹滅的創傷，因此如何協助醫護人員置身在處理病患死亡過程中產生的負向情緒得到宣洩及支援系統，使醫護人員得到自我療癒的正向能量。都將是人性醫療未來走向不可忽略之趨勢。

參、對政府機構相關單位的建議

一、教育行政機關將生死教育列入必修課程

根據本研究結果顯示，臨床醫護人員尚有四成從未接受生死教育相關課程，及另一研究發現「有參加過生死教育相關課程」之醫護人員在死亡態度均未受影響。因此建議教育行政機關除有必要檢討目前實施的「生死教育相關課程」(正面的-認知取向)，更有必要發展出一套符合醫護人員臨床實際需求「生死教育相關課程」(包含負面及情感宣洩取向的)。

二、定期辦理生死教育研討會及工作坊

建議由行政院衛生署主導，編列年度預算，學校與醫院機構協辦生死教育研討及工作坊，定期邀集專家學者，透過學術交流，匯聚各方推動生死教育之實務經驗與理論的探討，將有助於生死教育的普及與落實，提升照護品質。

三、實施培育「生死教育」師資種子五年計畫

建議行政院衛生署專案培訓「生死教育」師資種子五年計畫。與學校合作，委託「生死教育」相關學校系所教授，設計適切符合臨床醫護人員的「醫護人員的生死教育課程」，將有助於生死教育的普及與落實，提升醫療照護品質。

四、實施培育「生死輔導智能」師資種子五年計畫

建議行政院衛生署專案培訓「生死輔導智能」師資種子五年計畫。從點到面，普及臨床醫護人員的需求，若遭遇「人生課題」困境，方時能適時獲得支援及有一個悲傷的出口。

五、主動架設「醫護人員生死教育與生死輔導智能」網站

資源共享，居於便利性及就近性，讓臨床忙碌的醫護人員透過網路連結，得到最快、最有效的支援及協助。匯集並整合生死教育相關教學及研究成果上傳，透過便捷、開放、共通的教育平台，使網路教學資源得以共創、共享，將有助於活化教師教學資源的交流與分享。提供從事臨床生死教育教學者多元豐富的教學資源與協助。

肆、未來研究的建議

一、研究方法

使用深入訪談的方式，進行質的分析，以便更清楚了解醫護人員個人生命意義與死亡態度的內在脈絡。

二、研究對象

雖然本次研究之範圍涵蓋全台灣北、中、南、高屏、東部地區，有效樣本1,457名，礙於執行面的困難，只能採用立意取向研究調查法，未來若能由中央(行政院衛生署)主導採取隨機抽樣法，對象擴及社區診所的醫護人員，結論將更具有推論性。

三、在研究工具方面

本研究結果顯示，「全人生命意義量表」中之「靈性」層面為首要需求，今後在這方面可繼續增加題目，另外也有少數對象反應題目太多，未來可繼續修改；以便發展出更符合醫護人員死亡態度及生命意義之量表。

參考文獻

壹、中文文獻

- 丁淑媛 (2002)。學典。台北：三民。
- 王瓊英 (2009)。某醫學中心護理人員死亡態度、靈性自我覺察及瀕死病患照護行為相關因素研究。國立台北護理學院生死教育與輔導研究所碩士論文，未出版，台灣台北。
- 丘愛玲 (1989)。台北市國中教師對死亡及死亡教育態度之研究。台灣師範大學教育研究所碩士論文，未出版，台灣台北。
- 李復惠 (1987)。某大學學生對死亡及瀕死態度之研究。台灣師範大學教育研究所碩士論文，未出版，台灣台北。
- 李復惠 (1999)。國內死亡教育相關學位論文之回顧。安寧療護雜誌，14，74-97。
- 杜異珍 (1997)。台灣中部地區護理人員對照顧瀕死病患之知識、態度及其影響因素之探討。榮總護理雜誌，14 (1)，1-20。
- 巫珍宜 (1991)。青少年死亡態度之研究。彰化師範大學輔導研究所碩士論文，未出版，台灣彰化。
- 吳秀碧 (2000)。師範校院應有的生死學課程。八十九年元月全國大專校院生死課程教學研討會論文集:國立彰化師範大學通識教育中心、共同學科。
- 吳慧敏 (2001)。死亡態度研究及其在生死教育上的運用。九十年五月台灣地區國中生生死教育教學研討會論文集:國立彰化師範大學通識教育中心、共同學科。
- 吳麗玉 (1997)。護理學校學生死亡態度、安樂死態度之研究—以耕莘護理學校學生為例。台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文，未出版，台灣台北。
- 吳明隆、涂金堂 (2005)。SPSS 與統計應用分析。台北：五南。
- 吳明隆 (2009)。SPSS 操作應用任卷統計分析實務。台北：五南。
- 何長珠、姜秀惠、戴玉婷 (2009)。全人生命意義量表(HMLS)。私立南華大學生死學研

究所，未出版，嘉義縣。

林清山 (2005)。心理與教育統計學。台北：東華書局。

邱皓政 (2002)。量化研究與統計分析。台北：五南。

涂金堂 (2010)。SPSS 與量化研究。台北：五南。

洪翔隆 (2007)。臨床護理人員死亡威脅指標發展研究。國立台灣師範大學衛生教育學系博士論文，未出版，台灣台北。

施素真 (1999)。護理人員對病患死亡的衝擊及其影響因素之探討。榮總護理，16 (4)，381-392。

高淑芬、洪麗玲、邱珮怡 (1998)。某大學生對死亡態度之探討。長庚護理，9 (4)，20-30。

陳瑞娥、吳讚美 (2008)。護理人員死亡恐懼與臨終照護之探討。安寧療護雜誌，13 (1)，14-29。

陳若慧 (1992)。死亡教育對護理人員死亡及瀕死態衰影響之研究。博士論文，未出版，台灣台北。

陳錫琦、吳麗玉、曾煥棠 (2000) 護理學校學生死亡態度之研究，醫護科技學刊，2(3)226-248。

陳瑞珠 (1994) 台北市高中生的死亡態度、死亡教育態度與死亡教育需求之研究。台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文，未出版，台灣台北。

莊易達 (2008) 佛光大學生幸福感、死亡態度、生命意義趕集其相關因素之研究。台灣師範大學衛生教研究所碩士論文，未出版，台灣台北。

黃琪璘 (1991)。台北市立綜合醫院醫師對死亡及瀕死態度之研究。台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文，未出版，台灣台北。

楊琪 (2006)。癌症門診化學治療病患之調查研究-使用另類療法之調查研究。國立台北護理學院長期照護研究所碩士論文，未出版，台灣台北。

莊淑茹 (2001)。死亡教育護理對護校學生死亡態度之影響。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，台灣嘉義。

- 曾慧嘉 (2007)。癌末家屬預期性哀痛與喪慟介入需求之研究-以高雄市安寧病房家屬為例。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，台灣嘉義。
- 許永政(2004)。成人學習死亡態度之轉換學習歷程研究—以桃園縣社區大學為例。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，台灣嘉義。
- 許鳳珠 (2003)。台灣中部地區某醫學中心醫護人員對靈性護理教育需求之探討。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，台灣嘉義。
- 廖芳娟 (2000)。台灣警察之死亡態度研究。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，台灣嘉義。
- 趙可式(1998)。生死教育。學生輔導，54，44-51。
- 趙可式(2007)。醫師與生死。台北：寶瓶。
- 藍育慧(1995)。護專學生死亡恐懼，死亡態度及照顧瀕死患者時個人需求與因應行為之探討。護理雜誌，42 (1)，75-90。
- 鄭貞枝 (2001)。護理學校臨床指導教師對死亡教育需求之探討。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，台灣嘉義。
- 顏淑慧 (2002)。台灣地區護專學生死亡態度與生死教育需求之探討。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，台灣嘉義。
- 顧艷秋 (1997)。北部某護專學生對死亡持態度之探討。榮總護理，14(2)，154-163。
- 顧艷秋 (2001)。護理人員的死亡態度。安寧療護雜誌，6 (2)，32-41。
- 顧艷秋 (2000)。護理人員照顧瀕死病患行為及其相關因素之研究。台灣師範大學衛生教育研究所博士論文，未出版，台灣台北。
- 行政院衛生署統計室衛生統計系列〈二〉(2009)。醫療機構現況及醫療服務量統計。2009年7月27日 取自 <http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM>。

貳、英文文獻

- Clark, V. (1998). Death education in the United Kingdom. *Journal of Moral Education*, 27, 393-400.
- Corr, C. A., Nabe, C. M., & Corr, D. M. (1997). *Death & dying, Life & living* (2nd ed.). United States: Brooks/Cole Publishing Co.
- Durlak, J. A. (1994). Changing death attitudes through death education. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death Anxiety Handbook: Research, instrumentation, and application* pp. 243-260.
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York. : Norton.
- Gesser, G., Wong, P. T., & Reker, G. T. (1987). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega*, 18, 109-124.
- Iammarino, N. K. (1975). Relationship between death anxiety and demographic variables. *Psychological Reports*, 37, 262.
- Kastenbaum, R. (1992). *The psychology of death* (2nd ed.). Springer Publishing Co., Inc, United States.
- Kastenbaum, R. (2003). *Macmillan encyclopedia of death & dying*. Macmillan reference USA, United States.
- Kastenbaum, R. & Kastenbaum, B. (Eds.) (1989). *Encyclopedia of death*. A Z: Oryx Press.
- Knight, K. H., Elfenbein, M. H. & Capozzi, L. (2000). Relationship of recollections of first death experience to current death attitudes. *Death Studies*, 24, 201-221.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Larrabee, M. J. (1978). Measuring fear of death: A reliability study. *The Journal of psychology*, 100, 33-37.

- Lester, D. & Abdel-Khalek, A. (2003). The Collett-Lester fear of death scale: A correction. *Death Studies, 27*, 81-85.
- Leviton, D. (1969). The need for education on death and suicide. *The Journal of School Health, 39*, 270-275.
- Maglio, C. J. & Robinson, S. E. (1994). The effects of death education on death anxiety: A meta-analysis. *Omega, 29*, 319-355.
- Morgan, J. D. (1997). *Reading in Thanatology*. New York: Baywood Publishing Company Inc.
- Martsof, D. S. (1997) Culture aspects of spirituality in cancer care. *Seminars in Oncology Nursing, 13*, 36-41 .
- Neimeyer, R. A. (1994). *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. Washington D.C.: Taylor & Francis.
- Neimeyer, R. A. & Brunt, D. V. (1995). Death anxiety. In H. Wass & R. A. Neimeyer (Eds.), *Dying: Facing the Facts* (3rd ed.) pp. 49-58.
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J. & Moser, P. R. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies, 28*, 309-340.
- Payne, S. A., Dean, S. J. & Kalus, C. (1998). A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing, 28*, 700-706.
- Ray, J. J. & Najman, J. (1974). Death anxiety and death acceptance: A preliminary approach. *Omega, 5*, 311-315.
- Reid, J. K. & Dixon, W. A. (1999). Teacher Attitudes on Coping with grief in the public school classroom. *Psychology in the Schools, 36*, 219-229.
- Rooda, L. A., Clements, R. & Jordan, M. L. (1999). Nurses' attitude toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum, 26*, 1683-1687.
- Rosenthal, N. R. (1986). Death education: Developing a course study for adolescents. In C.A. Corr, & J. N. McNeil (Eds), *Adolescence and death* (p. 203, 211, 387-390). New York:

Springer.

- Ruble, D. A., & Yarber, W. L. (1983). Instructional units of death education: The impact of amount of classroom time on changed in death attitudes. *Journal of School Health*, 53, 412-415.
- Schiappa, E., Gregg, P. B. & Hewes, D. E. (2004). Can a television series change attitudes about death? A study of college students and "Six Feet Under". *Death Studies*, 28, 459-474.
- Stillion, J. M. (1983). Where Thanatos meets Eros: Parallels between death education and group psychotherapy. *Death Education*, 7, 53-67.
- Tomer, A. & Eliason, G. (2000). Beliefs about self, life, and death: Testing aspects of a comprehensive model of death anxiety and death attitudes. *Death Attitudes and the Older Adult* pp. 137-153.
- Tomer, A. & Eliason, G. (2005). Life regrets and death attitudes in college students. *Omega*, 51, 173-195.
- Was, H. (1995). Death in the Lives of Children and Adolescents. In H. Was & R. A. Niemyer (Eds.), *Dying: Facing the Facts* (3rd Ed.) pp. 269-301. Washington D.C.: Taylor & Francis.
- Was, H. (2004) A perspective on the current state of death education. *Death Studies*, 28, 289-308.
- Was, H. & Niemyer, R. A. (1995). *Dying: Facing the Facts*, (3rd ed.). Washington D.C.: Taylor & Francis.
- Wailer, P. D. (2001). *Aging with success: Theory of personal meaning as a model of understanding death attitudes*. Unpublished master thesis, Trinity Western University, Canada.
- Wong, T. P., Racer, G. T. & Gasser, G. (1994). Death Attitude Profile – Revised: A Multidimensional measure of attitudes toward death. In R. A. Niemyer (Ed.), *Death*

Anxiety Handbook: Research, instrumentation, and application (pp.121-148).
Washington D.C., Taylor & Francis.

Yang, S. C. & Chen, S. F. (2006). Content analysis of free-response narratives to personal meanings of death among Chinese children and adolescents. *Death Studies*, 30, 217-241.

參、翻譯文獻

Deepen, A.(2005)。**生與死的教育**。(王珍妮譯)。台北：心理出版社。(原著出版年於2001)。

Kirshenbaum, R.(2000)。**死亡心理學**。The psychology of death (2nd ed.)。(劉震鐘、鄧博仁譯)。台北：五南。(原著出版年於1992)。

Morgan, J. D.(2001)。**死亡教育**。Death Education。(鄭培蒂、林瑞雯譯)。台灣地區高中職學校生死教育教學研討會。台灣彰化師範大學。

Yale, I. D.(2006)。**存在心理治療(上) - 死亡**。Existential Psychotherapy Death。(易之新譯)。台北：張老師文化。(原著出版年於1980)。

荷西·史帝文斯著、陳麗昭譯 (1999)。**心靈修鍊—地球修道院**。台北:世茂。

附錄一 死亡量表使用同意書

量表使用同意書

茲同意私立南華大學生死學研究所碩士班研究生吳文淑，引用本人（2000）所編製之「死亡態度描繪修訂版量表」，作為其論文「全國醫護人員生命意義、死亡態度及其相關因素之研究」蒐集資料之用。

同意人：

中華民國 98年 11月 9日

附錄二 醫師死亡態度及生命意義之研究問卷（預試）

親愛的醫師您好：

非常感謝您抽空填答這份問卷，這份問卷主要是想了解您個人的生命意義是什麼，及您個人對於死亡的看法與態度。本問卷採不記名方式實施，答案無所謂「對或錯」，且您所作答的資料完全僅供學術研究之用，絕對不會對外公開，敬請您依照當下之感覺或想法作答。謝謝您的協助！

南華大學生死學研究所

指導教授:何長珠 博士

研究生:吳文淑敬上

前臺北市立聯合醫院陽明院區護理長退休

中華民國九十八年八月

第一部份：基本資料

下列題目是因應研究需要，想了解您的一些基本資料，請在□處打「✓」及橫線上填入適當的答案，謝謝您。

1. 年齡： (1) < 30 (2) 31-35 (3) 36-40 (4) 41-45 (5) > 45。(請註明)_____。
2. 性別： (1) 男 (2) 女。
3. 從事醫師最高學歷： (1) 學士後醫學院 (2) 醫學院 (3) 研究所以上
 (4) 其他(請註明)_____。
4. 宗教信仰： (1) 佛教 (2) 民俗宗教(一般民間信仰如拜神明、祖先)
 (3) 天主教 (4) 基督教 (5) 回教 (6) 一貫教
 (7) 沒有 (8) 其他(請註明)_____。
5. 婚姻狀況： (1) 未婚 (2) 已婚 (3) 鰥寡 (4) 離婚 (5) 再婚 (6) 分居。
6. 排行： (1) 老大 (2) 中間 (3) 老么 (4) 獨生子、女。
7. 醫師資歷： (1) < 1 年 (2) 1-4 年 (3) 5-9 年 (4) 10 年以上。(請註明)_____。
8. 有無親身經歷親友死亡： (1) 無 (2) 有。請說明對象_____死亡至今之年數_____。
9. 有無參加生死教育相關課程： (1) 無 (2) 有。(請說明)_____。
10. 服務科別： (1) 內科系 (2) 外科系 (3) 婦兒 (4) 急診
 (5) 加護 (6) 腫瘤科 (7) 安寧 (8) 其他(請註明)_____。
11. 目前科別年資： (1) < 1 年 (2) 1-2 年 (3) > 2-4 年 (4) > 4-6 年 (5) > 6 年。
12. 照顧臨終病患經驗： (1) 有 (2) 無。
13. 曾經歷照顧病患死亡經驗： (1) 1-5 人 (2) 6-10 人 (3) 11-20 人 (4) > 20 人。
14. 最近何時經歷病患死亡經驗： (1) ≤ 7 天 (2) ≤ 1 月 (3) ≤ 6 月 (4) > 6 月。

第二部份：全人生命意義量表

這是一份探討生命意義之問卷，題目取材自靈性-社會-心理-教育-社會-倫理等範疇，請以個人當下之立即感受為依據，勾選答案，感謝您的協助!(若你覺得非常同意，則請圈選數字5，以此類推)。

	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
1.我常心懷感恩過每一天。	1	2	3	4	5
2.我覺得苦難能讓我更了解生命的意義與價值。		2	3	4	5
3.我覺得有意義的人生，比幸福的人生更重要。	1	2	3	4	5
4.如果今天我就要死了，我會覺得不虛此生。	1	2	3	4	5
5.在生活中追求心靈成長是理想的人生。	1	2	3	4	5
6.生命的意義取決於個人自我實現的程度。	1	2	3	4	5
7.我相信凡事有因必有果。	1	2	3	4	5
8.我相信人的本性是良善的。		2	3	4	5
9.我認為宗教信仰，有助於心靈之成長。	1	2	3	4	5
10.我認為人生無常所以要積極向上。	1	2	3	4	5
11.我認為自己能夠正向看待死亡。	1	2	3	4	5
12.我認為從事有益於心靈平靜之活動，有助於快樂及幸福感之獲得。	1	2	3	4	5
13.我認為自己是個有價值的人。	1	2	3	4	5
14.我不明白自己為什麼要活著。(反向題)	1	2	3	4	5
15.在達成個人目標上，我能設定清楚的計畫和步驟	1	2	3	4	5
16.我很清楚我人生的目標。	1	2	3	4	5
17.生命最終極的意義，就是生而無悔、死而無憾。	1	2	3	4	5
18.我容易有負面情緒。(反向題)	1	2	3	4	5
19.我習慣以逃避來解決問題。(反向題)	1	2	3	4	5
20.只要我肯努力就可以發揮我的潛能。	1	2	3	4	5
21.我認為能達到社會或家人的標準才算成功。(反向題)	1	2	3	4	5
22.我肯定社會中默默行善的小人物。	1	2	3	4	5
24.我常隨緣行善，幫助別人。	1	2	3	4	5
25.我能接納他人的缺點或限制。	1	2	3	4	5
26.我相信人生大部分是公平的。	1	2	3	4	5
27.我肯定每個人的存在，都有其獨特的意義與價值。	1	2	3	4	5
28.我知道如何接納自己。	1	2	3	4	5
29.我認為每個人都可以從錯誤中學習成長。	1	2	3	4	5
30.我願意擔任志工參與社會服務，幫助弱勢。	1	2	3	4	5
31.我認為做壞事的人，一定不會有好下場。	1	2	3	4	5
32.我有清楚的家庭觀念與負責任。	1	2	3	4	5
33.會用較高之道德標準要求自己。	1	2	3	4	5
34.我會把困難當成是挑戰的機會。	1	2	3	4	5
35.我覺得自己算是個幸運的人。	1	2	3	4	5
36.我能夠讓自己的生活過得多采多姿。	1	2	3	4	5
37.回顧過往，我深深地感受到自己的生命有意義。	1	2	3	4	5
38.不論命運好壞，我認為人都還有選擇的自由。	1	2	3	4	5
39.我不會用自殺來解決問題。	1	2	3	4	5
40.在大自然中，我更能體會宇宙萬物合一之感。	1	2	3	4	5

第三部份：死亡態度量表（預試量表）

下列題目每題右邊都有五個表示贊同或不贊同程度的答案，請您依自己的感覺或

想法，選出一個最適合自己的答案並在□處打「✓」。

	非常 不同意	不同 意	普 通	同 意	非常 同意
1. 無疑的死亡是一種陰森可怕的經驗。	1	2	3	4	5
2. 想到我自己的死去，就會引起我的焦慮不安。	1	2	3	4	5
3. 我盡可能避免去想到死亡。	1	2	3	4	5
4. 我相信我死後會進入天堂或到極樂世界。	1	2	3	4	5
5. 死亡將結束我所有的煩惱。	1	2	3	4	5
6. 死亡應被視為是自然的、無可否認而且是不可避免的 事件。	1	2	3	4	5
7. 人終將會死，這個的定局讓我感到困擾。	1	2	3	4	5
8. 我覺得死亡是通往極樂世界的入口。	1	2	3	4	5
9. 死亡可讓我從這個可怕的世界逃脫。	1	2	3	4	5
10. 每當死亡的想法進入我的腦海中，我都試著 將它趕走。	1	2	3	4	5
11. 我覺得死亡是悲痛與苦難的解脫。	1	2	3	4	5
12. 我經常總是試著不要想到死亡。	1	2	3	4	5
13. 我相信死後將是一個比現世更好的地方。	1	2	3	4	5
14. 我認為死亡是生命過程中自然的一部份。	1	2	3	4	5
15. 我覺得死亡是與上帝（神、佛．．．）及永恆 至樂的結合。	1	2	3	4	5
16. 我認為死亡肯定會帶來嶄新輝煌的生命願景。	1	2	3	4	5
17. 我既不害怕死亡也不歡迎它。	1	2	3	4	5
18. 我對死亡有強烈的恐懼感。	1	2	3	4	5
19. 我完全避免去想到死亡。	1	2	3	4	5
20. 死後是不是有生命，這個問題讓我感到非常困擾	1	2	3	4	5
21. 死亡意味著一切的結束，這個事實令我害怕。	1	2	3	4	5
22. 我盼望死後能與我相愛的人相聚。	1	2	3	4	5
24. 死亡只是生命過程的一部分而已。	1	2	3	4	5
25. 我視死亡為一個通往永恆幸福之地的通道。	1	2	3	4	5
26. 我盡量避開與死亡相關的事物。	1	2	3	4	5
27. 我覺得死亡為靈魂提供了美好的解脫。	1	2	3	4	5
28. 在面對死亡時能讓我感到寬慰的是因為我相信死後仍有 生命。	1	2	3	4	5
29. 我將視死亡為今生重擔的解脫。	1	2	3	4	5
30. 死亡既不是好事也不是壞事。	1	2	3	4	5
31. 我對死後的世界懷有期待。	1	2	3	4	5
32. 死後將發生什麼事的不確定性讓我擔心。	1	2	3	4	5

附錄三 護理人員死亡態度及生命意義之研究問卷（預試）

親愛的護理同仁您好：

非常感謝您抽空填答這份問卷，這份問卷主要是想了解您個人的生命意義是什麼，及您個人對於死亡的看法與態度。本問卷採不記名方式實施，答案無所謂「對或錯」，且您所作答的資料完全僅供學術研究之用，絕對不會對外公開，敬請您依照當下之感覺或想法作答。謝謝您的協助！

南華大學生死學研究所

指導教授:何長珠 博士

研究生:吳文淑敬上

前臺北市立聯合醫院陽明院區護理長退休

中華民國九十八年八月

第一部份：基本資料

下列題目是因應研究需要，想了解您的一些基本資料，請在□處打「✓」及橫線上填入適當的答案，謝謝您。

1. 年齡： (1) < 20 (2) 21-30 (3) 31-40 (4) 41-50 (5) 51-60 (6) 60 以上（請註明）_____。
2. 性別： (1) 男 (2) 女。
3. 教育程度： (1) 護校 (2) 專科 2 專 3 專 5 專 (3) 大學 (4) 研究所以上。
4. 宗教信仰： (1) 佛教 (2) 民俗宗教(一般民間信仰如拜神明、祖先)
 (3) 天主教 (4) 基督教 (5) 回教 (6) 一貫教
 (7) 沒有 (8) 其他(請註明)_____。
5. 婚姻狀況： (1) 未婚 (2) 已婚 (3) 鰥寡 (4) 離婚 (5) 再婚 (6) 分居。
6. 排行： (1) 老大 (2) 中間 (3) 老么 (4) 獨生女、子。
7. 護理資歷： (1) < 1 年 (2) 1-4 年以下 (3) 5-9 年以下 (4) 10 年以上(請註明)_____。
8. 有無親身經歷親友死亡： (1) 無 (2) 有。請說明對象____死亡至今之年數____。
9. 有無參加生死教育相關課程： (1) 無 (2) 有。(請說明)_____。
10. 服務科別： (1) 內科系 (2) 外科系 (3) 婦兒 (4) 急診
 (5) 加護 (6) 腫瘤科 (7) 安寧 (8) 其他(請註明)_____。
11. 目前單位年資： (1) < 1 年 (2) 1-2 年 (3) > 2-4 年 (4) > 4-6 年 (5) > 6 年。
12. 照顧臨終病患經驗： (1) 有 (2) 無。
13. 曾經歷照顧病患死亡經驗： (1) 1-5 人 (2) 6-10 人 (3) 11-20 人 (4) > 20 人。
14. 最近何時經歷病患死亡經驗： (1) ≤ 7 天 (2) ≤ 1 月 (3) ≤ 6 月 (4) > 6 月。

第二部份：全人生命意義量表

這是一份探討生命意義之問卷，題目取材自靈性-社會-心理-教育-社會-倫理等範疇，請以個人當下之立即感受為依據，勾選答案，感謝您的協助!(若你覺得非常同意，則請圈選數字5，以此類推)。

	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
1.我常心懷感恩過每一天。	1	2	3	4	5
2.我覺得苦難能讓我更了解生命的意義與價值。	1	2	3	4	5
3.我覺得有意義的人生，比幸福的人生更重要。	1	2	3	4	5
4.如果今天我就要死了，我會覺得不虛此生。	1	2	3	4	5
5.在生活中追求心靈成長是理想的人生。	1	2	3	4	5
6.生命的意義取決於個人自我實現的程度。	1	2	3	4	5
7.我相信凡事有因必有果。	1	2	3	4	5
8.我相信人的本性是良善的。	1	2	3	4	5
9.我認為宗教信仰，有助於心靈之成長。	1	2	3	4	5
10.我認為人生無常所以要積極向上。	1	2	3	4	5
11.我認為自己能夠正向看待死亡。	1	2	3	4	5
12.我認為從事有益於心靈平靜之活動，有助於快樂及幸福感之獲得。	1	2	3	4	5
13.我認為自己是個有價值的人。	1	2	3	4	5
14.我不明白自己為什麼要活著。(反向題)	1	2	3	4	5
15.在達成個人目標上，我能設定清楚的計畫和步驟	1	2	3	4	5
16.我很清楚我人生的目標。	1	2	3	4	5
17.生命最終極的意義，就是生而無悔、死而無憾。	1	2	3	4	5
18.我容易有負面情緒。(反向題)	1	2	3	4	5
19.我習慣以逃避來解決問題。(反向題)	1	2	3	4	5
20.只要我肯努力就可以發揮我的潛能。	1	2	3	4	5
21.我認為能達到社會或家人的標準才算成功。(反向題)	1	2	3	4	5
22.我肯定社會中默默行善的小人物。	1	2	3	4	5
24.我常隨緣行善，幫助別人。	1	2	3	4	5
25.我能接納他人的缺點或限制。	1	2	3	4	5
26.我相信人生大部分是公平的。	1	2	3	4	5
27.我肯定每個人的存在，都有其獨特的意義與價值。	1	2	3	4	5
28.我知道如何接納自己。	1	2	3	4	5
29.我認為每個人都可以從錯誤中學習成長。	1	2	3	4	5
30.我願意擔任志工參與社會服務，幫助弱勢。	1	2	3	4	5
31.我認為做壞事的人，一定不會有好下場。	1	2	3	4	5
32.我有清楚的家庭觀念與負責任。	1	2	3	4	5
33.會用較高之道德標準要求自己。	1	2	3	4	5
34.我會把困難當成是挑戰的機會。	1	2	3	4	5
35.我覺得自己算是個幸運的人。	1	2	3	4	5
36.我能夠讓自己的生活過得多采多姿。	1	2	3	4	5
37.回顧過往，我深深地感受到自己的生命有意義。	1	2	3	4	5
38.不論命運好壞，我認為人都還有選擇的自由。	1	2	3	4	5
39.我不會用自殺來解決問題。	1	2	3	4	5
40.在大自然中，我更能體會宇宙萬物合一之感。	1	2	3	4	5

第三部份：死亡態度量表（預試量表）

下列題目每題右邊都有五個表示贊同或不贊同程度的答案，請您依自己的感覺或想法，選出一個最適合自己的答案並在□處打「✓」。

	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
1. 無疑的死亡是一種陰森可怕的經驗。	1	2	3	4	5
2. 想到我自己的死去，就會引起我的焦慮不安。	1	2	3	4	5
3. 我盡可能避免去想到死亡。	1	2	3	4	5
4. 我相信我死後會進入天堂或到極樂世界。	1	2	3	4	5
5. 死亡將結束我所有的煩惱。	1	2	3	4	5
6. 死亡應被視為是自然的、無可否認而且是不可避免的的事件。	1	2	3	4	5
7. 人終將會死，這個的定局讓我感到困擾。	1	2	3	4	5
8. 我覺得死亡是通往極樂世界的入口。	1	2	3	4	5
9. 死亡可讓我從這個可怕的世界逃脫。	1	2	3	4	5
10. 每當死亡的想法進入我的腦海中，我都試著將它趕走。	1	2	3	4	5
11. 我覺得死亡是悲痛與苦難的解脫。	1	2	3	4	5
12. 我經常總是試著不要想到死亡。	1	2	3	4	5
13. 我相信死後將是一個比現世更好的地方。	1	2	3	4	5
14. 我認為死亡是生命過程中自然的一部份。	1	2	3	4	5
15. 我覺得死亡是與上帝（神、佛...）及永恆至樂的結合	1	2	3	4	5
16. 我認為死亡肯定會帶來嶄新輝煌的生命願景。	1	2	3	4	5
17. 我既不害怕死亡也不歡迎它。	1	2	3	4	5
18. 我對死亡有強烈的恐懼感。	1	2	3	4	5
19. 我完全避免去想到死亡。	1	2	3	4	5
20. 死後是不是有生命，這個問題讓我感到非常困擾	1	2	3	4	5
21. 死亡意味著一切的結束，這個事實令我害怕。	1	2	3	4	5
22. 我盼望死後能與我相愛的人相聚。	1	2	3	4	5
24. 死亡只是生命過程的一部分而已。	1	2	3	4	5
25. 我視死亡為一個通往永恆幸福之地的通道。	1	2	3	4	5
26. 我盡量避開與死亡相關的事物。	1	2	3	4	5
27. 我覺得死亡為靈魂提供了美好的解脫。	1	2	3	4	5
28. 在面對死亡時能讓我感到寬慰的是因為我相信死後仍有生命。	1	2	3	4	5
29. 我將視死亡為今生重擔的解脫。	1	2	3	4	5
30. 死亡既不是好事也不是壞事。	1	2	3	4	5
31. 我對死後的世界懷有期待。	1	2	3	4	5
32. 死後將發生什麼事的不確定性讓我擔心。	1	2	3	4	5

附錄四 醫師生命意義及死亡態度之研究問卷（正式）

親愛的醫師您好：

非常感謝您抽空填答這份問卷，這份問卷主要是想了解您個人的生命意義是什麼，及您個人對於死亡的看法與態度。本問卷採不記名方式實施，答案無所謂「對或錯」，且您所作答的資料完全僅供學術研究之用，絕對不會對外公開，敬請您依照當下之感覺或想法作答。謝謝您的協助！

南華大學生死學研究所

指導教授:何長珠 教授

研究生:吳文淑敬上

前臺北市立聯合醫院陽明院區護理長退休

中華民國九十八年十二月

第一部份：基本資料

下列題目是因應研究需要，想了解您的一些基本資料，請在□處打「✓」及橫線上填入適當的答案，謝謝您。

1. 年齡： (1) < 30 (2) 31-40 (3) 41-50 (4) 51-60 (5) 60 以上 (請註明)_____。
2. 性別： (1) 男 (2) 女。
3. 從事醫師最高學歷： (1) 學士後醫學院 (2) 醫學院 (3) 研究所以上。
4. 宗教信仰： (1) 佛教 (2) 民俗宗教(一般民間信仰如拜神明、祖先)
 (3) 天主教 (4) 基督教 (5) 回教 (6) 一貫教 (7) 沒有
 (8) 其他(請註明)_____。
5. 婚姻狀況： (1) 未婚 (2) 已婚 (3) 鰥寡 (4) 離婚 (5) 再婚 (6) 分居。
6. 排行： (1) 老大 (2) 中間 (3) 老么 (4) 獨生子、女。
7. 醫師資歷： (1) < 1 年 (2) 1-4 年以下 (3) 5-9 年以下 (4) 10 年以上。(請註明)_____。
8. 有無親身經歷親友死亡： (1) 無 (2) 有。請說明對象_____死亡至今之年數_____。
9. 有無參加過生死教育相關課程： (1) 無 (2) 有。(請說明)_____。
10. 服務科別： (1) 內科系 (2) 外科系 (3) 婦兒 (4) 急診 (5) 加護
 (6) 腫瘤科 (7) 安寧 (8) 其他(請註明)_____。
11. 目前科別年資〈年〉： (1) < 1 (2) 1-2 (3) > 2-4 (4) > 4-6 (5) > 6。
12. 照顧臨終病患經驗： (1) 有 (2) 無。
13. 曾經歷照顧病患死亡經驗〈人〉： (1) 1-5 (2) 6-10 (3) 11-20 (4) > 20 (5) 無。
14. 最近何時經歷病患死亡經驗： (1) ≤ 7 天 (2) ≤ 1 月 (3) ≤ 6 月 (4) > 6 月 (5) 無。

第二部份：全人生命意義量表

這是一份探討生命意義之問卷，題目取材自靈性-社會-心理-教育-社會-倫理等範疇，請以個人當下之立即感受為依據，勾選答案，感謝您的協助!(若你覺得非常同意，則請圈選數字 5，以此類推)。

	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
1.我常心懷感恩過每一天。	1	2	3	4	5
2.我覺得苦難能讓我更了解生命的意義與價值。	1	2	3	4	5
3.我覺得有意義的人生，比幸福的人生更重要。	1	2	3	4	5
4.如果今天我就要死了，我會覺得不虛此生。	1	2	3	4	5
5.在生活中追求心靈成長是理想的人生。	1	2	3	4	5
6.生命的意義取決於個人自我實現的程度。	1	2	3	4	5
7.我相信凡事有因必有果。	1	2	3	4	5
8.我相信人的本性是良善的。	1	2	3	4	5
9.我認為宗教信仰，有助於心靈之成長。	1	2	3	4	5
10.我認為人生無常所以要積極向上。	1	2	3	4	5
11.我認為自己能夠正向看待死亡。	1	2	3	4	5
12.我認為從事有益於心靈平靜之活動，有助於快樂及幸福感之獲得。	1	2	3	4	5
13.我認為自己是個有價值的人。	1	2	3	4	5
14.我不明白自己為什麼要活著。(反向題)	1	2	3	4	5
15.在達成個人目標上，我能設定清楚的計畫和步驟	1	2	3	4	5
16.我很清楚我人生的目標。	1	2	3	4	5
17.生命最終極的意義，就是生而無悔、死而無憾。	1	2	3	4	5
18.我容易有負面情緒。(反向題)	1	2	3	4	5
19.我習慣以逃避來解決問題。(反向題)	1	2	3	4	5
20.只要我肯努力就可以發揮我的潛能。	1	2	3	4	5
21.我肯定社會中默默行善的小人物。	1	2	3	4	5
22.我能接納他人的缺點或限制	1	2	3	4	5
23.我是個負責任的人。	1	2	3	4	5
24.我相信人生大部分是公平的。	1	2	3	4	5
25.我肯定每個人的存在，都有其獨特的意義與價值。	1	2	3	4	5
26.我知道如何接納自己。	1	2	3	4	5
27.我認為每個人都可以從錯誤中學習成長。	1	2	3	4	5
28.我願意擔任志工參與社會服務，幫助弱勢。	1	2	3	4	5
29.我認為做壞事的人，一定不會有好下場。	1	2	3	4	5
30.我有清楚的家庭觀念與負責任。	1	2	3	4	5
31.會用較高之道德標準要求自己。	1	2	3	4	5
32.我會把困難當成是挑戰的機會。	1	2	3	4	5
33.我覺得自己算是個幸運的人。	1	2	3	4	5
34.我能夠讓自己的生活過得多采多姿。	1	2	3	4	5
35.回顧過往，我深深地感受到自己的生命有意義。	1	2	3	4	5
36.不論命運好壞，我認為人都還有選擇的自由。	1	2	3	4	5
37.我不會用自殺來解決問題。	1	2	3	4	5
38.在大自然中，我更能體會宇宙萬物合一之感。	1	2	3	4	5

第三部份：死亡態度量表

下列題目每題右邊都有五個表示贊同或不贊同程度的答案，請您依自己的感覺或想法，選出一個最適合自己的答案並在□處打「✓」。

	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
1.無疑的死亡是一種陰森可怕的經驗。	1	2	3	4	5
2.想到我自己的死去，就會引起我的焦慮不安。	1	2	3	4	5
3.我盡可能避免去想到死亡。	1	2	3	4	5
4.我相信我死後會進入天堂或到極樂世界。	1	2	3	4	5
5.死亡將結束我所有的煩惱。	1	2	3	4	5
6.人終將會死，這個的定局讓我感到困擾。	1	2	3	4	5
7.我覺得死亡是通往極樂世界的入口。	1	2	3	4	5
8.死亡可讓我從這個可怕的世界逃脫。	1	2	3	4	5
9.每當死亡的想法進入我的腦海中，我都試著將它趕走。	1	2	3	4	5
10.我覺得死亡是悲痛與苦難的解脫。	1	2	3	4	5
11.我經常總是試著不要想到死亡。	1	2	3	4	5
12.我相信死後將是一個比現世更好的地方。	1	2	3	4	5
13.我覺得死亡是與上帝（神、佛...）及永恆至樂的結合。	1	2	3	4	5
14.我認為死亡肯定會帶來嶄新輝煌的生命願景。	1	2	3	4	5
15.我對死亡有強烈的恐懼感。	1	2	3	4	5
16.我完全避免去想到死亡。	1	2	3	4	5
17.死後是不是有生命，這個問題讓我感到非常困擾	1	2	3	4	5
18.死亡意味著一切的結束，這個事實令我害怕。	1	2	3	4	5
19.我盼望死後能與我相愛的人相聚。	1	2	3	4	5
20.我視死亡為一個通往永恆幸福之地的通道。	1	2	3	4	5
21.我盡量避開與死亡相關的事物。	1	2	3	4	5
22.我覺得死亡為靈魂提供了美好的解脫。	1	2	3	4	5
23.在面對死亡時能讓我感到寬慰的是因為我相信死後仍有生命。	1	2	3	4	5
24.我將視死亡為今生重擔的解脫。	1	2	3	4	5
25.我對死後的世界懷有期待。	1	2	3	4	5
26.死後將發生什麼事的不確定性讓我擔心。	1	2	3	4	5

附錄五 護理人員死亡態度及生命意義之研究問卷（正式）

親愛的護理同仁您好：

非常感謝您抽空填答這份問卷，這份問卷主要是想了解您個人的生命意義是什麼，及您個人對於死亡的看法與態度。本問卷採不記名方式實施，答案無所謂「對或錯」，且您所作答的資料完全僅供學術研究之用，絕對不會對外公開，敬請您依照您的感覺或想法安心作答。謝謝您的協助！

南華大學生死學研究所

指導教授:何長珠 教授

研究生:吳文淑敬上

前臺北市立聯合醫院陽明院區護理長退休

中華民國九十八年十二月

第一部份：基本資料

下列題目是因應研究需要，想了解您的一些基本資料，請在□處打「✓」及橫線上填入適當的答案，謝謝您。

1. 年齡： (1) < 20 (2) 21-30 (3) 31-40 (4) 41-50 (5) 51-60
 (6) 60 以上 (請註明)_____。
2. 性別： (1) 男 (2) 女。
3. 教育程度： (1) 護校 (2) 二專 (3) 三專 (4) 五專 (5) 大學 (6) 研究所以上 (7) 其他 (請註明)_____。
4. 宗教信仰： (1) 佛教 (2) 民俗宗教(一般民間信仰如拜神明、祖先)
 (3) 天主教 (4) 基督教 (5) 回教 (6) 一貫教 (7) 沒有
 (8) 其他(請註明)_____。
5. 婚姻狀況： (1) 未婚 (2) 已婚 (3) 鰥寡 (4) 離婚 (5) 再婚 (6) 分居。
6. 排行： (1) 老大 (2) 中間 (3) 老么 (4) 獨生女、子。
7. 護理資歷： (1) < 1 年 (2) 1-4 年以下 (3) 5-9 年以下 (4) 10 年以上(請註明)_____。
8. 有無經歷親友死亡： (1) 有 (2) 無。
9. 有無參加死亡學相關教育： (1) 有 (2) 無。
10. 服務科別： (1) 內科系 (2) 外科系 (3) 婦兒 (4) 洗腎室、手術室、護理之家 (5) 急診 (6) 加護 (7) 腫瘤 (8) 安寧 (9) 其他(請註明_____)。
11. 目前單位年資〈年〉： (1) < 1 (2) 1-2 (3) > 2-4 (4) > 4-6 (5) > 6。
12. 照顧臨終病患經驗： (1) 有 (2) 無。
13. 曾經歷照顧病患死亡經驗〈人〉： (1) 1-5 (2) 6-10 (3) 11-20 (4) > 20 (5) 無。
14. 最近何時經歷病患死亡經驗： (1) ≤ 7 天 (2) ≤ 1 月 (3) ≤ 6 月 (4) > 6 月 (5) 無。

第二部份：全人生命意義量表

這是一份探討生命意義之問卷，題目取材自靈性-社會-心理-教育-社會-倫理等範疇，請以個人當下之立即感受為依據，勾選答案，感謝您的協助!(若你覺得非常同意，則請圈選數字 5，以此類推)。

	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
1.我常心懷感恩過每一天。	1	2	3	4	5
2.我覺得苦難能讓我更了解生命的意義與價值。		2	3	4	5
3.我覺得有意義的人生，比幸福的人生更重要。	1	2	3	4	5
4.如果今天我就要死了，我會覺得不虛此生。	1	2	3	4	5
5.在生活中追求心靈成長是理想的人生。	1	2	3	4	5
6.生命的意義取決於個人自我實現的程度。	1	2	3	4	5
7.我相信凡事有因必有果。	1	2	3	4	5
8.我相信人的本性是良善的。		2	3	4	5
9.我認為宗教信仰，有助於心靈之成長。	1	2	3	4	5
10.我認為人生無常所以要積極向上。	1	2	3	4	5
11.我認為自己能夠正向看待死亡。	1	2	3	4	5
12.我認為從事有益於心靈平靜之活動，有助於快樂及幸福感之獲得。	1	2	3	4	5
13.我認為自己是個有價值的人。	1	2	3	4	5
14.我不明白自己為什麼要活著。(反向題)	1	2	3	4	5
15.在達成個人目標上，我能設定清楚的計畫和步驟	1	2	3	4	5
16.我很清楚我人生的目標。	1	2	3	4	5
17.生命最終極的意義，就是生而無悔、死而無憾。	1	2	3	4	5
18.我容易有負面情緒。(反向題)	1	2	3	4	5
19.我習慣以逃避來解決問題。(反向題)	1	2	3	4	5
20.只要我肯努力就可以發揮我的潛能。	1	2	3	4	5
21.我肯定社會中默默行善的小人物。	1	2	3	4	5
22.我能接納他人的缺點或限制	1	2	3	4	5
23.我是個負責任的人。	1	2	3	4	5
24.我相信人生大部分是公平的。	1	2	3	4	5
25.我肯定每個人的存在，都有其獨特的意義與價值。	1	2	3	4	5
26.我知道如何接納自己。	1	2	3	4	5
27.我認為每個人都可以從錯誤中學習成長。	1	2	3	4	5
28.我願意擔任志工參與社會服務，幫助弱勢。	1	2	3	4	5
29.我認為做壞事的人，一定不會有好下場。	1	2	3	4	5
30.我有清楚的家庭觀念與負責任。	1	2	3	4	5
31.會用較高之道德標準要求自己。	1	2	3	4	5
32.我會把困難當成是挑戰的機會。	1	2	3	4	5
33.我覺得自己算是個幸運的人。	1	2	3	4	5
34.我能夠讓自己的生活過得多采多姿。	1	2	3	4	5
35.回顧過往，我深深地感受到自己的生命有意義。	1	2	3	4	5
36.不論命運好壞，我認為人都還有選擇的自由。	1	2	3	4	5
37.我不會用自殺來解決問題。	1	2	3	4	5
38.在大自然中，我更能體會宇宙萬物合一之感。	1	2	3	4	5

第三部份：死亡態度量表

下列題目每題右邊都有五個表示贊同或不贊同程度的答案，請您依自己的感覺或想法，選出一個最適合自己的答案並在□處打「✓」。

	非常 不同 意	不 同 意	普 通	同 意	非常 同 意
1.無疑的死亡是一種陰森可怕的經驗。	1	2	3	4	5
2.想到我自己的死去，就會引起我的焦慮不安。	1	2	3	4	5
3.我盡可能避免去想到死亡。	1	2	3	4	5
4.我相信我死後會進入天堂或到極樂世界。	1	2	3	4	5
5.死亡將結束我所有的煩惱。	1	2	3	4	5
6.人終將會死，這個的定局讓我感到困擾。	1	2	3	4	5
7.我覺得死亡是通往極樂世界的入口。	1	2	3	4	5
8.死亡可讓我從這個可怕的世界逃脫。	1	2	3	4	5
9.每當死亡的想法進入我的腦海中，我都試著將它趕走。	1	2	3	4	5
10.我覺得死亡是悲痛與苦難的解脫。	1	2	3	4	5
11.我經常總是試著不要想到死亡。	1	2	3	4	5
12.我相信死後將是一個比現世更好的地方。	1	2	3	4	5
13.我覺得死亡是與上帝（神、佛...）及永恆至樂的結合。	1	2	3	4	5
14.我認為死亡肯定會帶來嶄新輝煌的生命願景。	1	2	3	4	5
15.我對死亡有強烈的恐懼感。	1	2	3	4	5
16.我完全避免去想到死亡。	1	2	3	4	5
17.死後是不是有生命，這個問題讓我感到非常困擾	1	2	3	4	5
18.死亡意味著一切的結束，這個事實令我害怕。	1	2	3	4	5
19.我盼望死後能與我相愛的人相聚。	1	2	3	4	5
20.我視死亡為一個通往永恆幸福之地的通道。	1	2	3	4	5
21.我盡量避開與死亡相關的事物。	1	2	3	4	5
22.我覺得死亡為靈魂提供了美好的解脫。	1	2	3	4	5
23.在面對死亡時能讓我感到寬慰的是因為我相信死後仍有生命。	1	2	3	4	5
24.我將視死亡為今生重擔的解脫。	1	2	3	4	5
25.我對死後的世界懷有期待。	1	2	3	4	5
26.死後將發生什麼事的不確定性讓我擔心。	1	2	3	4	5

附錄六 醫護人員的死亡態度單題作答分佈情形

因素	題 項	類別	人數	百分率	平均數 標準差
死 亡 恐 懼	1.無疑的死亡是一種陰森可怕的經驗。	1 非常不同意	48	3.3	3.15
		2 不同意	287	19.7	.901
		3 普通	581	39.9	
		4 同意	476	32.7	
		5 非常同意	65	4.5	
	2.想到我自己的死去，就會引起我的焦慮不安。	1 非常不同意	70	4.8	3.06
		2 不同意	295	20.2	.906
		3 普通	619	42.5	
		4 同意	422	29.0	
		5 非常同意	51	3.5	
5.死亡將結束我所有的煩惱。	1 非常不同意	111	7.6	2.93	
	2 不同意	376	25.8	1.007	
	3 普通	560	38.4		
	4 同意	325	22.3		
	5 非常同意	85	5.8		
6.人終將會死，這個的定局讓我感到困擾。	1 非常不同意	143	9.8	2.62	
	2 不同意	527	36.2	.905	
	3 普通	553	38.0		
	4 同意	210	14.4		
	5 非常同意	24	1.6		
17.死後是不是有生命，這個問題讓我感到非常困擾。	1 非常不同意	120	8.2	2.72	
	2 不同意	439	30.1	.897	
	3 普通	663	45.5		
	4 同意	192	13.2		
	5 非常同意	43	3.0		
18.死亡意味著一切的結束，這個事實令我害怕。	1 非常不同意	121	8.3	2.67	
	2 不同意	495	34.0	.888	
	3 普通	623	42.8		
	4 同意	181	12.4		
	5 非常同意	37	2.5		
26.死後將發生什麼事的不確定性讓我擔心。	1 非常不同意	95	6.5	2.89	
	2 不同意	332	22.8	.891	
	3 普通	715	49.1		
	4 同意	266	18.3		
	5 非常同意	49	3.4		
逃 避	3.我盡可能避免去想到死亡。	1 非常不同意	77	5.3	2.94
		2 不同意	339	23.3	.882
		3 普通	680	46.7	
		4 同意	318	21.8	
		5 非常同意	43	3.0	
死 亡	9.每當死亡的想法進入我的腦海中，我都試著將它趕走。	1 非常不同意	82	5.6	2.84
		2 不同意	402	27.6	.866
		3 普通	683	46.9	
		4 同意	253	17.4	
		5 非常同意	37	2.5	

	11.我經常總是試著不要想到死亡。	1 非常不同意	84	5.8	2.84
		2 不同意	392	26.9	.869
		3 普通	686	47.1	
		4 同意	258	17.7	
		5 非常同意	37	2.5	
	16.我完全避免去想到死亡。	1 非常不同意	135	9.3	2.61
		2 不同意	500	34.3	.860
		3 普通	637	43.7	
		4 同意	162	11.1	
		5 非常同意	23	1.6	
	21.我盡量避開與死亡相關的事物。	1 非常不同意	92	6.3	2.72
		2 不同意	457	31.4	.828
		3 普通	690	47.4	
		4 同意	196	13.5	
		5 非常同意	22	1.5	
趨 近 死 亡	4.我相信我死後會進入天堂或到極樂世界。	1 非常不同意	37	2.5	3.25
		2 不同意	134	9.2	.804
		3 普通	798	54.8	
		4 同意	400	27.5	
		5 非常同意	88	6.0	
	7.我覺得死亡是通往極樂世界的入口。	1 非常不同意	72	4.9	2.95
		2 不同意	262	18.0	.809
		3 普通	825	56.6	
		4 同意	262	18.0	
		5 非常同意	36	2.5	
	12.我相信死後將是一個比現世更好的地方。	1 非常不同意	80	5.5	2.80
		2 不同意	400	27.5	.827
		3 普通	746	51.2	
		4 同意	196	13.5	
		5 非常同意	35	2.4	
	13.我覺得死亡是與上帝（神、佛...）及永恆 至樂的結合。	1 非常不同意	59	4.0	3.10
		2 不同意	212	14.6	.853
		3 普通	792	54.4	
		4 同意	317	21.8	
		5 非常同意	77	5.3	
	14.我認為死亡肯定會帶來嶄新輝煌的生命願 景。	1 非常不同意	71	4.9	2.87
		2 不同意	342	23.5	.819
		3 普通	789	54.2	
		4 同意	215	14.8	
		5 非常同意	40	2.7	
	19.我盼望死後能與我相愛的人相聚。	1 非常不同意	49	3.4	3.41
		2 不同意	167	11.5	.961
		3 普通	555	38.1	
		4 同意	505	34.7	
		5 非常同意	181	12.4	
	20.我是死亡為一個通往永恆幸福之地的通道	1 非常不同意	48	3.3	3.01
		2 不同意	268	18.4	.808
		3 普通	825	56.6	
		4 同意	258	17.7	
		5 非常同意	58	4.0	
	22.我覺得死亡為靈魂提供了美好的解脫。	1 非常不同意	65	4.5	2.97

		2 不同意	297	20.4	.838
		3 普通	760	52.2	
		4 同意	291	20.0	
		5 非常同意	44	3.0	
	23.在面對死亡時能讓我感到寬慰的是因為我相信死後仍有生命。	1 非常不同意	44	3.0	3.13
		2 不同意	233	16.0	.840
		3 普通	743	51.0	
		4 同意	369	25.3	
		5 非常同意	68	4.7	
	25.我對死後的世界懷有期待。	1 非常不同意	73	5.0	2.91
		2 不同意	333	22.9	.846
		3 普通	735	50.4	
		4 同意	279	19.1	
		5 非常同意	37	2.5	
	5.死亡將結束我所有的煩惱。	1 非常不同意	111	7.6	2.93
逃		2 不同意	376	25.8	1.007
離		3 普通	560	38.4	
		4 同意	325	22.3	
		5 非常同意	85	5.8	
接	8.死亡可讓我從這個可怕的世界逃脫。	1 非常不同意	120	8.2	2.68
受		2 不同意	474	32.5	.878
		3 普通	639	43.9	
		4 同意	194	13.3	
		5 非常同意	30	2.1	
死	10.我覺得死亡是悲痛與苦難的解脫。	1 非常不同意	82	5.6	2.90
亡		2 不同意	375	25.7	.899
		3 普通	645	44.3	
		4 同意	311	21.3	
		5 非常同意	44	3.0	
	24.我將視死亡為今生重擔的解脫。	1 非常不同意	77	5.3	2.92
		2 不同意	340	23.3	.869
		3 普通	714	49.0	
		4 同意	281	19.3	
		5 非常同意	45	3.1	

附錄 七 醫護人員生命意義層面單題作答分佈情形

因素	題項	類別	人數	百分率	平均數 標準差
哲 學	1.我常心懷感恩過每一天。	1非常不同意	3	.2	3.91 .742
		2 不同意	22	1.5	
		3 普通	388	26.6	
		4 同意	733	50.3	
		5 非常同意	311	21.3	
	2.我覺得苦難能讓我更了解生命的意義與價值。	1 非常不同意	10	.7%	3.78 8.49
		2 不同意	94	6.5	
		3 普通	382	26.2	
		4 同意	696	47.8	
		5 非常同意	275	18.9	
	3.我覺得有意義的人生，比幸福的人生更重要。	1 非常不同意	14	1.0	3.68 .899
		2 不同意	140	9.6	
		3 普通	447	30.7	
		4 同意	619	42.5	
		5 非常同意	237	16.3	
4.如果今天我就要死了，我會覺得不虛此生。	1 非常不同意	83	5.7	3.09 1.024	
	2 不同意	340	23.3		
	3 普通	515	35.3		
	4 同意	403	27.7		
	5 非常同意	116	8.0		
5.在生活中追求心靈成長是理想的人生。	1 非常不同意	4	.3	3.82 .732	
	2 不同意	27	1.9		
	3 普通	436	29.9		
	4 同意	744	51.1		
	5 非常同意	246	16.9		
6.生命的意義取決於個人自我實現的程度。	1 非常不同意	2	.1	3.89 .714	
	2 不同意	36	2.5		
	3 普通	341	23.4		
	4 同意	820	56.3		
	5 非常同意	258	17.7		
宗 教	7.我相信凡事有因必有果。	1 非常不同意	10	.7	4.07 .789
		2 不同意	32	2.2	
		3 普通	249	17.1	
		4 同意	718	49.3	
		5 非常同意	448	30.7	
	8 我相信人的本性是良善的。	1 非常不同意	32	2.2	3.69 .902
		2 不同意	96	6.6	
		3 普通	403	27.7	
		4 同意	680	46.7	
		5 非常同意	246	16.9	
	9.我認為宗教信仰，有助於心靈之成長。	1 非常不同意	3	.2	3.95 .777
		2 不同意	25	1.7	
		3 普通	333	22.9	
		4 同意	783	53.7	
		5 非常同意	313	21.5	
10.我認為人生無常所以要積極向上。	1 非常不同意	4	.3	3.86 .748	
	2 不同意	34	2.3		
	3 普通	399	27.4		

		4 同意	747	51.3	
		5 非常同意	273	18.7	
	11.我認為自己能夠正向看待死亡。	1 非常不同意	10	.7	3.76
		2 不同意	64	4.4	.807
		3 普通	434	29.8	
		4 同意	700	48.0	
		5 非常同意	249	17.1	
	12.我認為從事有益於心靈平靜之活動，有助於快樂	1 非常不同意	4	.3	3.95
心	及幸福感之獲得。	2 不同意	17	1.2	.711
理		3 普通	328	22.5	
		4 同意	801	55.0	
		5 非常同意	307	21.1	
	13.我認為自己是個有價值的人。	1 非常不同意	6	.4	3.82
		2 不同意	24	1.6	.718
		3 普通	421	28.9	
		4 同意	779	53.5	
		5 非常同意	227	15.6	
	14.我不明白自己為什麼要活著（反向題）。	1 非常不同意	21	1.4	3.79
		2 不同意	115	7.9	.946
		3 普通	362	24.8	
		4 同意	605	41.5	
		5 非常同意	354	24.3	
	15.在達成個人目標上，我能設定清楚的計畫和	1 非常不同意	6	.4	3.52
	步驟。	2 不同意	74	5.1	.734
		3 普通	645	44.3	
		4 同意	614	42.1	
		5 非常同意	118	8.1	
	16.我很清楚我人生的目標。	1 非常不同意	10	.7	3.57
		2 不同意	82	5.6	.782
		3 普通	591	40.6	
		4 同意	620	42.6	
		5 非常同意	154	10.6	
	17.生命最終極的意義，就是生而無悔、死而無憾。	1 非常不同意	9	.6	3.78
		2 不同意	53	3.6	.788
		3 普通	431	29.6	
		4 同意	715	49.1	
		5 非常同意	249	17.1	
	18.我容易有負面情緒（反向題）。	1 非常不同意	63	4.3	3.20
		2 不同意	297	20.4	1.025
		3 普通	538	36.9	
		4 同意	398	27.3	
		5 非常同意	161	11.1	
	19.我習慣以逃避來解決問題（反向題）。	1 非常不同意	17	1.2	3.55
社		2 不同意	172	11.8	.924
會		3 普通	477	32.7	
		4 同意	573	39.3	
		5 非常同意	218	15.0	
	20.只要我肯努力就可以發揮我的潛能。	1 非常不同意	9	.6	3.83
		2 不同意	28	1.9	.696
		3 普通	356	24.4	
		4 同意	867	59.5	

	21.我肯定社會中默默行善的小人物。	5 非常同意	197	13.5	
		1 非常不同意	2	.1	4.13
		2 不同意	10	.7	.682
		3 普通	215	14.8	
		4 同意	803	55.1	
		5 非常同意	427	29.3	
	22.我能接納他人的缺點或限制。	1 非常不同意	2	.1	3.77
		2 不同意	23	1.6	.658
		3 普通	444	30.5	
		4 同意	832	57.1	
		5 非常同意	156	10.7	
	23.我是個負責任的人。	1 非常不同意	3	.2	3.97
		2 不同意	15	1.0	.659
		3 普通	275	18.9	
		4 同意	893	61.3	
		5 非常同意	271	18.6	
教育	24.我相信人生大部分是公平的。	1 非常不同意	64	4.4	3.29
		2 不同意	248	17.0	.985
		3 普通	468	32.1	
		4 同意	560	38.4	
		5 非常同意	117	8.0	
	25.我肯定每個人的存在，都有其獨特的意義與價值	1 非常不同意	3	.2	3.96
		2 不同意	10	.7	.652
		3 普通	290	19.9	
		4 同意	890	61.1	
		5 非常同意	264	18.1	
倫理	26.我知道如何接納自己。	1 非常不同意	—	—	3.81
		2 不同意	23	1.6	.643
		3 普通	397	27.2	
		4 同意	871	59.8	
		5 非常同意	166	11.4	
	27.我認為每個人都可以從錯誤中學習成長。	1 非常不同意	15	1.0	3.78
		2 不同意	80	5.5	.803
		3 普通	332	22.8	
		4 同意	810	55.6	
		5 非常同意	220	15.1	
倫理	28.我願意擔任志工參與社會服務，幫助弱勢。	1 非常不同意	4	.3	3.83
		2 不同意	24	1.6	.721
		3 普通	429	29.4	
		4 同意	761	52.2	
		5 非常同意	239	16.4	
	29.我認為做壞事的人，一定不會有好下場。	1 非常不同意	30	2.1	3.70
		2 不同意	122	8.4	.962
		3 普通	413	28.3	
		4 同意	584	40.1	
		5 非常同意	308	21.1	
倫理	30.我有清楚的家庭觀念與負責任。	1 非常不同意	—	—	4.04
		2 不同意	9	.6	.670
		3 普通	270	18.5	
		4 同意	828	56.8	
		5 非常同意	350	24.0	

	31.會用較高之道德標準要求自己。	1 非常不同意	1	.1	3.83
		2 不同意	21	1.4	.687
		3 普通	418	28.7	
		4 同意	800	54.9	
		5 非常同意	217	14.9	
	32.我會把困難當成是挑戰的機會。	1 非常不同意	2	.1	3.73
		2 不同意	49	3.4	.713
		3 普通	461	31.6	
		4 同意	774	53.1	
		5 非常同意	171	11.7	
生活熱誠	33.我覺得自己算是個幸運的人。	1 非常不同意	4	.3	3.89
		2 不同意	30	2.1	.705
		3 普通	340	23.3	
		4 同意	836	57.4	
		5 非常同意	247	17.0	
	34.我能夠讓自己的生活過得多采多姿。	1 非常不同意	1	.1	3.76
		2 不同意	23	1.6	.696
		3 普通	490	33.6	
		4 同意	747	51.3	
		5 非常同意	196	13.5	
	35.回顧過往，我深深地感受到自己的生命有意義。	1 非常不同意	1	.1	3.75
		2 不同意	40	2.7	.722
		3 普通	484	33.2	
		4 同意	733	50.3	
		5 非常同意	199	13.7	
	36.不論命運好壞，我認為人都還有選擇的自由。	1 非常不同意	5	.3	3.93
		2 不同意	21	1.4	.691
		3 普通	309	21.2	
		4 同意	858	58.9	
		5 非常同意	264	18.1	
靈性	37.我不會用自殺來解決問題。	1 非常不同意	5	.3	4.21
		2 不同意	16	1.1	.780
		3 普通	241	16.5	
		4 同意	601	41.2	
		5 非常同意	593	40.7	
	38.在大自然中，我更能體會宇宙萬物合一之感。	1 非常不同意	11	.8	3.71
		2 不同意	51	3.5	.793
		3 普通	514	35.3	
		4 同意	658	45.2	
		5 非常同意	223	15.3	