

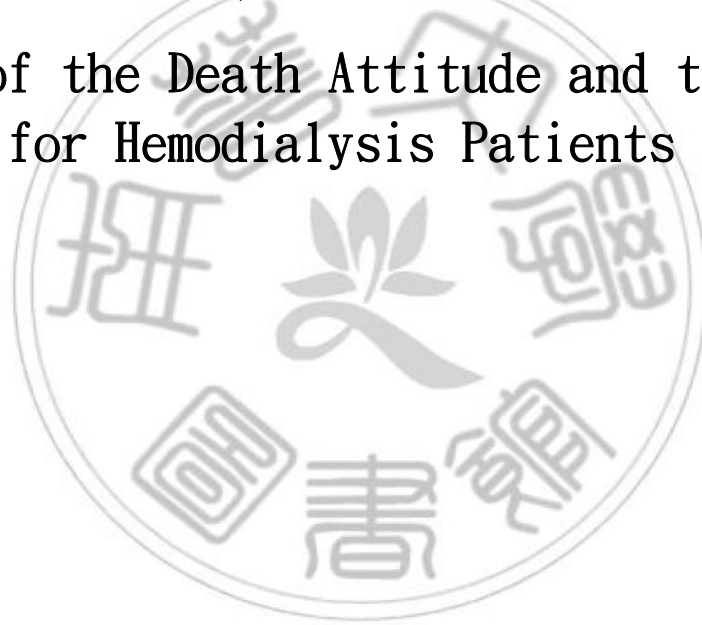
南 華 大 學

生 死 學 系

碩 士 學 位 論 文

臺灣血液透析患者對死亡態度及  
生命意義之探討

A Study of the Death Attitude and the Meaning  
of Life for Hemodialysis Patients in Taiwan



研究生：梁賓鈞

指導教授：何長珠 博士

中華民國九十九年六月二十二日

南 華 大 學

生 死 學 系

碩 士 學 位 論 文

台灣血液透析患者對死亡態度及生命意義之探討

A Study of the Death Attitude and the Meaning of  
Life for Hemodialysis Patients in Taiwan

研究生：梁賓鈞

經考試合格特此證明

口試委員：李

何長珠

歐慧如

指導教授：何長珠

所 長：蔡明昌

口試日期：中華民國 99 年 6 月 22 日

## 誌謝

相信每篇論文的完成皆受惠於社會大眾的幫忙，當然此篇論文也不例外。從預試到正式量表的施測，歷經無數的挫折，曾幾何時也有「放棄」的念頭，但終究亦完成了不可能的任務。因為，就血液透析患者作全國性的調查研究應該是頭一遭吧！施測期間所遭遇到之困境不外乎是回收率差、不然就是被拒絕。分析其原因竟是醫護人員的主觀想法，被拒絕的首要因素是「死亡這個議題不適合血液透析患者」。或許這也正反應透析醫護人員所面臨之挑戰？不過，仍感謝協助施測之醫療院所，讓孕育兩年之論文得以開花結果！

「生死所」這個名稱吸引我來到南華，不禁令人感歎緣份竟是如此的巧妙安排，像我們這一班的向心力與默契更是不容置疑，尤其班長「昀廷」的善盡職守與處事完善，讓大夥兒難以忘懷。至於師長的教導更是令人銘記在心，猶記得在第一學期就讓我巧遇指導教授何長珠老師，從諮商課程與藝術治療課程中學習如何自我成長，並開啟了「全人生命意義量表」的製作。同時，亦學習如何嚴謹的做學術研究，非常感謝她的包容與諄諄教誨，論文題目才能始終如一。

在統計方面，感謝歐慧敏老師，從量表發展的完成解答了心中無數的疑惑，一位亦師亦友的師長是學生的福氣！所長蔡明昌老師，該如何形容他呢？一位談笑風生、耐心解答疑惑，並且引領我進入統計世界的啟蒙老師。魏書娥老師，清晰的社會學家思路，開啟了自己對安寧療護的興趣，衷心期待透析的場域播下安寧的種子。蔡昌雄老師，帶領我進入什麼叫做「現象學」，並且透過榮格的理論，瞭解到意識與潛意識該如何取得平衡。李燕蕙老師，讓我體會到從不斷的自我敘說中了解自我。游金滢老師，開啟個人對質性研究的新觀點，並從心理劇中重整自我。釋永有老師，從催眠課程中帶領我進入前世今生，並解答了對催眠領域的好奇。釋慧開老師，大家心目中的開師父，認真的教學態度讓學生對英文死灰復燃。謝青龍老師與廖俊裕老師，在論文初審的指導常給人意外的收穫。最後，感謝口試委員李選老師，百忙之中撥冗前來指導學生之論文，讓此篇論文更臻至善，不勝感激！

還有，感謝一路走來始終如一的好姊妹，月珠、秀惠、事娥、玉婷和品仔，咱們走過同甘共苦的歷程，讓「全人生命意義量表」得以順利產生，並且一同畢業。更感謝母親的幫忙與包容，讓女兒得以順利完成學業，還有感謝在施測上協助我的朋友以及單位同仁。

言盡於此，只能說這篇論文是屬於每個人的，最後願以此論文獻給大家以及台灣地區的血液透析患者，並告慰在天之靈的父親與大哥，亦為生死所之學習生涯畫下完美句點！願大愛光祝福您～

梁賓鈞 謹誌

民國 99 年 6 月

## 摘要

本論文的研究目的旨在了解目前台灣地區的血液透析患者對死亡的看法與態度，以及對生命意義的想法，並進而了解死亡態度與生命意義之間的關係。本研究以台灣地區就診於大、小型醫療院所之血液透析室的血液透析患者為研究對象，不包含離島之血液透析患者，母群人數共45894人，並透過分層比例抽樣抽取15家醫療院所之血液透析室，共1100人為研究樣本，有效樣本數為605人，有效回收率為55%。為探討台灣血液透析患者對死亡態度及生命意義之現況，並反應研究者關注的焦點，本研究使用自編「血液透析患者死亡態度量表」與「血液透析患者生命意義量表」來進行研究。最後，透過描述性統計、單因子變異數分析、典型相關等統計方法進行分析。

本研究重要的結論與發現包括：

- 一、台灣血液透析患者對死亡態度抱持較高之「中性接受」。
- 二、台灣血液透析患者整體生命意義屬於中上程度，其中以「靈性」層面最高。
- 三、女性血液透析患者在死亡態度之「逃離接受」層面與生命意義之「靈性」層面顯著高於男性血液透析患者。
- 四、高中(職)、專科及大學畢業之血液透析患者，在「中性接受」層面、「生命目標」層面、「生命價值」層面與「靈性」層面及整體生命意義所感受的死亡態度與生命意義，皆顯著高於不識字的血液透析患者。高中(職)畢業的血液透析患者在「自我概念」層面和整體生命意義顯著高於不識字和小學畢業的血液透析患者。
- 五、透析年資達11年以上及6-10年的血液透析患者，在死亡態度之「中性接受」層面與生命意義之「生命目標」層面、「生命價值」層面、「自我概念」層面與「靈性」層面及整體生命意義皆顯著高於透析年資為1年以內及1-5年的血液透析患者。
- 六、透析治療情形不好與很差之血液透析患者，在「死亡恐懼」層面和「死亡逃避」層面所感受的死亡態度，顯著高於透析治療情形良好與尚可的血液

透析患者。透析治療情形良好的血液透析患者在「生命目標」層面、「靈性」層面、「生命價值」層面與「自我概念」層面及整體生命意義皆顯著高於透析治療情形尚可與不好的血液透析患者。

七、已婚的血液透析患者在「生命目標」層面與「自我概念」層面及整體生命意義皆顯著高於鰥寡的血液透析患者。

八、各生命意義層面與死亡態度層面而言，「生命目標」、「生命價值」、「自我概念」及「靈性」四個層面與「中性接受」、「趨近接受」及「逃離接受」三個層面之間皆達顯著的正相關；又「生命目標」與「死亡逃避」之間亦達顯著的正相關；反之，「自我概念」與「中性接受」之間則達顯著的負相關。

九、由典型相關結果得知：四項生命意義與五項死亡態度透過一個典型因素而相互影響。其中以「靈性」層面與「中性接受」層面的正相關最高。

根據本研究的結論與發現，提出幾項建議：

一、血液透析患者方面：提升「靈性」層面，增加對臨終關懷照護之瞭解與接納。

二、血液透析醫護人員與透析醫療機構方面：「安寧療護理念」融入透析場域之必要性；透析醫護人員在職教育課程中，加入安寧緩和療護訓練與教育課程。

三、未來研究方面：研究對象的普及與深入；增加對透析患者長期復元歷程中之變化性的探討；未來繼續進行對預測力之研究。

關鍵詞：血液透析患者、死亡態度、生命意義

## **Abstract**

The purpose of this study was to understand the point of views toward death and the ideas of the meaning of life for the current hemodialysis patients in Taiwan. The subjects were the hemodialysis patients from the large and small medical institutions in Taiwan. A randomly selected sample of a total of 1100 people from 15 hemodialysis rooms of the medical institutions was 605 people. The effective response rate was 55%. This study also revised the “Death Attitude Scale in hemodialysis patients” and “the Meaning of Life Scale in hemodialysis patients” for the use of the comparative study.

The results and findings are as follow:

1. More hemodialysis patients in Taiwan chose “neutral acceptance” toward the attitudes on death.
2. The overall meaning of life among the hemodialysis patients in Taiwan was above average, with the highest rate on the “spiritual” level.
3. The level of “death avoidance” and the “spirituality” of the meaning of life on the attitudes on death for female hemodialysis patients were significantly higher than those of the male hemodialysis patients.
4. Hemodialysis patients with the education level of high school, specialist college and university tended to have a higher level of “neutral acceptance”, “life goal”, “life value” and “spirituality”, and the feelings and attitudes toward death and the meaning of life in the overall meaning of life than the illiterate hemodialysis patients. The level of “self-concept” and the level of the overall meaning of life in the hemodialysis patients of high school level were significantly higher than the hemodialysis patients that were illiterate or were graduated from primary school.
5. For those who has been the hemodialysis patients for 6-10 years and received dialysis treatment for 11 years or more, the "neutral acceptance"

level in the attitude toward death, the level of "life-goal", "life value", "self-concept" and "spirituality", and the level of the overall meaning of life were significantly higher than those with the treatment of dialysis for less than 1 year and the being a hemodialysis patients for 1-5 years.

6. For hemodialysis patients who were in poor conditions or with unfavorable results from dialysis treatment, their attitude toward death in the level of "fear of death" and "death avoidance" were significantly higher than the hemodialysis patients in good and fair conditions. For hemodialysis patients with good conditions in dialysis treatment, the level of "life-goal", "life-value" and "self-concept" and the "spirituality", and the level of the overall meaning of life were significantly higher than those patients whose conditions of dialysis were fair or bad.
7. For hemodialysis patients who were married, their level of "life-goal", "self-concept" and the overall meaning of life were significantly higher than those of the widowed hemodialysis patients.
8. As far as all levels of meaning of life and the attitude toward death are concerned, the level of "life-goal", "life-value", "self-concept" and "spirituality" and the 3 levels of "neutral acceptance", "approach acceptance" and "escape acceptance" had a significant positive correlation; and "life-goal" and "death avoidance" also had a significant positive correlation. On the contrary, "self-concept" and "neutral acceptance" had a significant negative correlation.
9. From the related typical result, the four meanings of life and the five attitudes toward death are mutually influenced through a typical factor. Among them, the level of "spirituality" and "neutral acceptance" had the highest positive correlation.

Suggestions were proposed according to the study results:

1. For hemodialysis patients: To enhance the level of "spirituality"; to increase



the understanding and acceptance of hospice care.

2. For hemodialysis medical staff and dialysis medical institutions: The need of inclusion of the field of dialysis in “hospice philosophy”; the inclusion of hospice palliative care training and education programs in the dialysis staff in-service education curricula.
3. For future research: To increase popularity and possibility of in-depth contact of research subjects; to increase the study of the variability of the long-term recovery process of dialysis patients; to continue the study of predictability in the future.

Keywords : hemodialysis patients, death attitude, meaning of life

# 目 錄

## 第一章 緒論

第一節 研究背景與動機.....	01
第二節 研究目的.....	03
第三節 待答問題.....	04
第四節 名詞釋義.....	04
第五節 研究範圍與限制.....	06

## 第二章 文獻探討

第一節 血液透析患者之特質.....	07
第二節 死亡態度.....	10
第三節 生命意義.....	17
第四節 血液透析患者死亡態度及生命意義之相關研究.....	24

## 第三章 研究方法

第一節 研究架構.....	31
第二節 研究假設.....	32
第三節 研究對象.....	33
第四節 研究工具.....	33
第五節 研究倫理.....	41
第六節 實施程序.....	44
第七節 資料處理.....	46

## 第四章 研究結果與討論

第一節 樣本特性分析.....	47
第二節 台灣血液透析患者死亡態度與生命意義之現況分析.....	50
第三節 不同背景變項的血液透析患者其死亡態度之差異分析.....	58
第四節 不同背景變項的血液透析患者其生命意義之差異分析.....	72
第五節 台灣血液透析患者死亡態度與生命意義之相關分析.....	87

## 第五章 結論與建議

第一節 結論.....	95
第二節 建議.....	100

## 參考文獻

中文文獻.....	104
西文文獻.....	109
中譯部分.....	114

## 附錄

附錄一 訪談大綱.....	115
附錄二 訪談同意書.....	116
附錄三 預試量表單.....	117
附錄四 量表內容效度學者專家審查名.....	122
附錄五 專家效度審查表析.....	123
附錄六 死亡態度量表架構與預試題目分析.....	128
附錄七 生命意義量表架構與預試題目分.....	130
附錄八 各構面題項分析結果.....	132
附錄九 正式量表.....	136
附錄十 南華大學(函).....	139
附錄十一 申請函.....	140

## 表次

表 3-1 血液透析患者死亡態度預試量表信度與因素分析摘要表.....	36
表 3-2 血液透析患者死亡態度量表正式量表信度分析表.....	37
表 3-3 血液透析患者生命意義預試量表信度與因素分析摘要表.....	39
表 3-4 血液透析患者生命意義量表正式量表信度分析表.....	41
表 4-1 樣本各變項分配表.....	49
表 4-2 血液透析患者死亡態度各層面之平均數與標準差.....	50
表 4-3 死亡態度量表之次數分配表.....	51
表 4-4 血液透析患者生命意義各層面之平均數與標準差.....	54
表 4-5 生命意義量表之次數分配表.....	55
表 4-6 不同年齡的血液透析患者死亡態度各層面之平均數與標準差.....	59
表 4-7 不同年齡的血液透析患者死亡態度各層面之變異數分析摘要表.....	60
表 4-8 不同性別的血液透析患者死亡態度各層面之平均數與標準差.....	61
表 4-9 不同性別的血液透析患者死亡態度各層面之變異數分析摘要表.....	61
表 4-10 不同婚姻狀況的血液透析患者死亡態度各層面之平均數與標準差.....	62
表 4-11 不同婚姻狀況的血液透析患者死亡態度各層面之變異數分析摘要表.....	63
表 4-12 不同教育程度的血液透析患者死亡態度各層面之平均數與標準差.....	64
表 4-13 不同教育程度的血液透析患者死亡態度各層面之變異數分析摘要表.....	65
表 4-14 不同透析年資的血液透析患者死亡態度各層面之平均數與標準差.....	67
表 4-15 不同透析年資的血液透析患者死亡態度各層面之變異數分析摘要表.....	67
表 4-16 不同宗教信仰的血液透析患者死亡態度各層面之平均數與標準差.....	69
表 4-17 不同宗教信仰的血液透析患者死亡態度各層面之變異數分析摘要表.....	70
表 4-18 不同透析治療情形的血液透析患者死亡態度各層面之平均數與標準差.....	71
表 4-19 不同透析治療情形的血液透析患者死亡態度各層面之變異數分析摘要表...	72
表 4-20 不同年齡的血液透析患者生命意義各層面之平均數與標準差.....	73
表 4-21 不同年齡的血液透析患者生命意義各層面之變異數分析摘要表.....	74
表 4-22 不同性別的血液透析患者生命意義各層面之平均數與標準差.....	75

表 4-23 不同性別的血液透析患者生命意義各層面之變異數分析摘要表.....	75
表 4-24 不同婚姻狀況的血液透析患者生命意義各層面之平均數與標準差.....	76
表 4-25 不同婚姻狀況的血液透析患者生命意義各層面之變異數分析摘要表.....	77
表 4-26 不同教育程度的血液透析患者生命意義各層面之平均數與標準差.....	79
表 4-27 不同教育程度的血液透析患者生命意義各層面之變異數分析摘要表.....	80
表 4-28 不同透析年資的血液透析患者生命意義各層面之平均數與標準差.....	82
表 4-29 不同透析年資的血液透析患者生命意義各層面之變異數分析摘要表.....	83
表 4-30 不同宗教信仰的血液透析患者生命意義各層面之平均數與標準差.....	84
表 4-31 不同宗教信仰的血液透析患者生命意義各層面之變異數分析摘要表.....	85
表 4-32 不同透析治療情形的血液透析患者生命意義各層面之平均數與標準差.....	86
表 4-33 不同透析治療情形的血液透析患者生命意義各層面之變異數分析摘要表...	87
表 4-34 血液透析患者死亡態度與生命意義之相關係數.....	88
表 4-35 死亡態度與生命意義典型相關分析摘要表.....	91

# 圖次

圖 3-1 研究架構.....	32
圖 4-1 典型相關分析路徑圖.....	91

# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景與動機

隨著時代的變遷與社會的進步，形成國人飲食型態之改變與長期處於壓力之中，加上「有病治病無病強身」的偏差觀念，造成國人藥物濫用之習慣，導致末期腎衰竭人數增多，其治療方式有腎臟移植、血液透析和腹膜透析三種。目前仍以血液透析為治療主流取代原來腎臟的功能，來維持人體生命的延續。

根據行政院衛生署 97 年度台灣地區十大死亡原因統計，慢性腎疾病佔十大死因的第十位，分別男性佔第十位、女性佔第六位，總死亡人數共 4012 人、每十萬人口死亡率佔 17.4%。而根據中華民國腎臟基金會（2007）的統計，台灣地區罹患末期腎臟疾病（end stage renal disease, ESRD）有 50075 人，其中 91.6% 病患選擇接受血液透析治療，男性血液透析人數共 21620 人、女性血液透析人數共 24274 人，平均年齡為 62 歲（楊宗盛，2009），足見女性比率略顯男性高。就地區性而言，洗腎患者分布以雲嘉南地區最高。依據衛生署統計，台灣尿毒症病患發生率前三名是台南市、高雄市和嘉義市；盛行率前三名為台南市、嘉義市和高雄縣（健康照護促進中心，2008），足見藥物濫用在南台灣已日趨嚴重。目前全世界有超過 5 億人口罹患腎臟病，而依據美國腎臟資料系統（USRDS）2007 年報公佈最新的全球尿毒症排行，台灣竟是全世界洗腎病患盛行率和發生率的雙料冠軍。顯示透析人數每年仍持續成長中。由此可見，台灣洗腎人口密度已高居世界第一，尿毒症儼然已成為新國病（醫改會，2009；王志強、蔡明凱、陳逸鴻、趙家聲、項正川，2008；吳明儒，2007）。

末期腎病變是一種慢性、漸進性的隱形殺手，由於病程通常緩慢且不易

察覺，所以大多數病患一有症狀即需面臨接受血液透析治療。當病患被診斷為末期腎病變時，內心即陷入矛盾、衝突與痛苦的情緒中，此時要讓他接受現實並能心平氣和的與醫護人員配合，是非常不容易的事（陳佩英、郭素青、張惠甄、劉亞君、徐子英，2007）。末期腎病患者的治療歷程中，常因身體功能改變而引發情緒反應，甚至因無法自我認同而形成「自我概念」偏低之生命意義感，導致常徘徊於人生的十字路口，卻不見生命的曙光。因此，末期腎病患者該如何與疾病共處，並尋求自身價值之生命意義，實乃當務之急。

血液透析患者雖可藉由血液透析治療模式，維持身體功能之正常化。但在生活起居方面，病患需配合醫療處置，無形之中亦造成生活型態的諸多改變。從臨床實例中發現，血液透析患者認為透析治療常造成之症狀困擾包括：口渴、皮膚搔癢、失眠、體重改變、肌肉痙攣、血壓不穩定、疲倦、少尿等（Wallace, 1998）。心理社會方面之影響除包括生理層面之受限外，亦造成身體心像改變，致憂鬱情緒產生，且週而復始的面對與疾病共處之際的不確定感等，這些因素都會影響病患之透析效果與生活品質而導致無望感與生命意義感低落（Hagren, Pettersen, Severinsson, Lutzen, & Clyne, 2001）。根據本研究十年以上之透析臨床護理實務工作中發現，當末期腎病患者被診斷需接受血液透析治療時，約八成以上之透析患者自覺已無未來可言，且認為自我生命彷彿已被判了死刑，因此，易引發死亡恐懼與焦慮。然而，死亡是人生無法避免的，卻一直是人們避諱且少談論的話題。大多數人對死亡的瞭解都是有限的，在面對時，往往呈現出恐懼、不安的態度（顧艷秋，2001）。透析護理人員也多以避免接觸透析患者的臨終關懷，透析患者生命的意義與價值受到許多生活上的挑戰，其靈性需求的評估與護理常被忽略。透析患者心靈困擾會產生罪惡感、喪失生命意義和目的、缺乏愛與所屬以及失望等問題。

當透析治療模式介入之後，身體症狀改善，透析患者需面臨接受血液透析治療所帶來之改變。此時，透過宗教活動以提升「靈性」層面，方可協助



病患達到心理情緒反應之平衡；亦可介紹成功病患之經驗，以重訂其生命的價值感（江慧珠，1996；蔡玲芳，1997），聖嚴法師即是最佳的典範。在提升透析患者生命意義的同時，若能讓血液透析治療的目的不再只是生命延長，而是讓血液透析患者活得更有尊嚴以及更好的生活品質。此即為本研究探討之重要動機。

目前安寧療護的醫學理念已日趨發展，且在2009年9月1日起，健保局即新增八大非癌症末期安寧療護疾病，血液透析患者即納入其中（中時健康，2009），但在血液透析的醫療場域中，卻仍偏重於急性症狀的治療成效，對於慢性症狀往往僅止於關注其病程變化，因此，常忽略了疾病在病患生活中所帶來的影響與改變。透析患者因生病經驗易產生情緒反應與衝突，致使生命意義感低落；會間接影響對死亡之態度與看法。透過護理的醫療專業，當在了解透析患者生病世界的需求後，可針對靈性照護的臨床應用，提供更為具體建議，以協助患者適應生病後的轉變（田月玄、許敏桃，2007）。因此，透過本研究結果，還希望能提供醫療體系中的專業人員，在處理疾病問題的同時，能夠將視野擴及全人，應將病患視為一獨立個體，傾聽透析患者之心聲，以協助個案在不同階段面對生命的看法與感受，均有其獨特性。並建議將安寧療護理念融入透析醫療場域，以加強彼此之生死教育，讓透析患者能夠坦然的表達個人對生死的看法，如預立遺囑與接受安寧緩和療護之照顧等，並為自己的生命帶來另一個生機與意義。此為本研究探討動機之二。

## 第二節 研究目的

本研究主要目的為探討血液透析患者從生病經驗中對生命意義與死亡態度之影響及其關係。其目的如下：

- 壹、探討台灣血液透析患者對死亡態度之看法。
- 貳、探討台灣血液透析患者對生命意義之看法。
- 參、探討台灣血液透析患者生命意義與死亡態度間之相關。
- 肆、依據研究結果，提出具體適當建議，以供醫院相關單位及護理人員之參考。

### 第三節 待答問題

- 壹、台灣血液透析患者之死亡態度為何？
- 貳、台灣血液透析患者之生命意義為何？
- 參、台灣血液透析患者生命意義與死亡態度是否有相關？

### 第四節 名詞釋義

#### 壹、血液透析患者

血液透析患者即是表示腎臟功能衰竭，經診斷確定為末期腎臟病（end stage renal disease）、亦稱為尿毒症(uremia)，因腎臟功能惡化導致血中尿素氮(blood urea nitrogen, BUN)和肌酐酸(creatinine, Cr)濃度偏高而滯留體內，進而影響其他器官之功能，故終其一生需以血液透析治療來維持生命之病患。

## 貳、死亡態度

死亡是指個體停止呼吸、心臟停止跳動、大腦死亡、新陳代謝停止與生命中斷的現象，而態度則是指個體透過學習產生喜歡或不喜歡的感覺與認知評價。因此，死亡態度是具有複雜的特性，非單一層面所能詮釋，實應包含多面向來探討死亡引發之負面情緒與正向之接受態度。本研究所探討之死亡態度，即是透過死亡恐懼、死亡逃避、中性接受、趨近接受與逃離接受來了解血液透析患者之死亡態度為何？

## 參、生命意義

生命意義即是表示生物個體存在於宇宙間所賦予的意義與價值，且為獨一無二非他人所能取代。因此，生命意義之追尋需透過探索的歷程深化生命之核心，體悟生而為人之使命感；藉由受苦經驗能使人正向面對失落的衝擊。且發展出生命目標、生命價值、自我概念、生命品質、生命自由、宗教、死亡及靈性等八個向度做為「全人生命意義量表」內容建構之範圍。在透過生命目標、生命價值、自我概念和靈性等四個層面，重新發現及建構血液透析患者之生命意義感。

## 第五節 研究範圍與研究限制

### 壹、研究範圍

本研究以台灣北、中、南、東四區之醫療院所為範圍。

### 貳、研究對象

係以台灣北、中、南、東四區之血液透析患者，個案的挑選為意識清楚且可以溝通、表達，並同意接受問卷施測之血液透析患者。

### 參、研究限制

研究者本身參與血液透析的臨床護理工作已有十年以上、經歷不同規模醫療院所之經驗，故對於此研究主題及病患的心理歷程與可能遇到的反應，有相當具體的理解與想法。但礙於研究時間之考量，因此，並未針對病患的相關環境，如社經地位、家庭支持、身體的合併症、醫院類型與醫護人員之專業素養等相關層面進行評量，可能因此影響研究結果推論上的普遍性。

## 第二章 文獻探討

本章共分成四節，第一節血液透析患者之特質；第二節死亡態度；第三節生命意義；第四節血液透析患者死亡態度及生命意義之相關研究。

### 第一節 血液透析患者之特質

#### 壹、血液透析患者之意涵與治療方式

血液透析患者即表示患有末期腎臟疾病亦稱為尿毒症，是一種不可逆性的腎功能損壞。當腎絲球過濾率喪失至少 90%，肌酸酐廓清率（Ccr）小於 5~10 cc/mim，代表腎臟無法從血液清除廢物、水分，以及無法維持體內電解質及代謝的恒定，導致嚴重的體液存留體內、電解質不平衡，造成體內所有系統都受影響，須以腎臟移植、腹膜透析或血液透析來治療才能延長其生命（Kelly, 1996；Laski, Kurtzman, & Sabatini, 2000；Smeltzer & Bare, 2000）。雖然其中最成功的治療方式為腎臟移植（McEwen, 1994），但在台灣，由於腎臟不易獲得，所以血液透析為治療末期腎臟疾病的主要方式。根據台灣腎臟醫學會（2005）資料顯示，至 2004 年底為止，國內尿毒症患者有 92.3% 選擇血液透析；7.7% 選擇腹膜透析（林燕琴、謝炯昭，2007）。血液透析俗稱洗腎，是用人造的半透膜做成封套或微小空心纖維亦即人工腎臟，利用機器讓身體中的血液循環流經其間，空心纖維外面有透析液流過，依擴散、滲透和超過濾等作用液進行分子的交換，以清除尿素氮、肌酸酐、磷等代謝廢物及排除水分、調整電解質和校正血液的酸鹼值，暫時或永久的代替腎臟去工作，以達到「淨化血液」之目的。（林杰樑，1991；黃志強，2002；譚柱光、黃東波，1997）。因此，血液透析患者常介於外觀正常與臨

終者之間擺盪，猶如 Landsman (1975) 所謂「邊緣人」的概念，認為洗腎病人一方面是病人的世界，另一方面是健康的世界。導致在接受透析治療時是極為痛苦的，但又不能不接受透析治療的無奈感 (Anger, 1976)；在心理方面，因生理合併症形成無法預期的醫療狀況，導致獨立及依賴的衝突、「害怕死亡」及「害怕生存」的矛盾心理，在社會方面則會出現自我隔離、社交生活受限、經濟負擔沉重、家庭情況改變的壓力；另外病患每週至少到醫院接受 2-3 次血液透析，人際關係與工作皆會受到影響。因此，致使沮喪、憂鬱、自我形象改變、自殺意念增加、不安全感、焦慮，成為這群人的真實寫照 (吳貴君, 1989; Halper, 1971)。從相關文獻中發現，血液透析患者，在生理、心理、社會及日常生活皆面臨巨大衝擊，尤其初期所表現的病徵多為負向，患者會認為血液透析治療過程是痛苦且擺脫不了的，且當意識到自己必須事事依賴他人時，自我價值感就會瀕臨崩解 (翁嘉英、吳振能、吳英璋, 20003; 黃淑貞、詹惠雅, 2006; Mc Clellan, 2001)。

由此可知，血液透析患者是終其一生需以血液透析治療來維持生命之病患。目前最普遍之治療方式仍以血液透析為主，主要是應用體外循環進行血液淨化，能快速有效地清除廢物和水分以改善其症狀。因此，血液透析的發明為末期腎臟疾病帶來了一線生機，除了改善身體之症狀外，亦可讓血液透析患者達到延續生命之目的。然而，血液透析患者在面臨接受血液透析治療的過程中是倍感辛苦的，一方面需配合醫院一週三次之透析治療；另一方面又需獨自承擔因身體、心理、社會及日常生活所帶來之衝擊，並且常造成負面情緒而影響其生命意義感。

## 貳、社會文化污名下對血液透析患者生病經驗之影響

在每個不同的文化群體下，有著各自所屬的信念系統，不論在生活、死

亡、價值、道德上都各有風格。也可以說，人類對自身機體功能與疾病的認識，是在一定的社會歷史條件下，有意無意間形塑成人對生病歸因、處理方式、生病詮釋，以及治療方式的選擇(Kleinman, 1980, 1988)；因此，生病經驗的形成乃係受到文化影響後之建構而成。例如：西方社會中的身體與心理是分開的實體，而中國文化下的身體和心理則是統合為一的，講求人與宇宙間的平衡(Maris, 1994)；精神疾病在西方社會中是以個人情緒心理障礙看待，而在中國社會下所代表的不僅是病人本身的問題，還包括是家族的羞恥及污名化等負向觀點的烙印(張珣, 1989；Kleinman, 1988)。所以，生病經驗是極富有文化外貌的，而生病的意義也必須被放在形塑個人概念及認知的文化底下來觀看，才能真正了解個人主觀的生病經驗為何(顏芳慧、許敏桃, 2004)。

就此而言，血液透析患者在台灣社會中，可說是承受著社會大眾對此疾病的刻板印象與負面評價，特別是在華人文化社會中，透析患者給人的第一刻板印象便是「腎虧」、「敗腎」，並具有文化印記的社會性象徵（如過度放縱性欲等），一旦加諸於個人身上時，便會破壞其身份，且影響其人際關係的發展。使得對於罹患此疾病的患者來說，這樣的雙重污名卻緊緊跟隨於他們的生病世界中（田月玄、許敏桃, 2007）。Kleinman(1988)亦進一步指出，被冠上污名的過程，往往從社會對此狀況的反應開始。一個被貼上標籤的患者，雖仍會被親人所接納，但卻遭受周遭他人的排斥，不認可和貶抑。甚至使得受標籤的患者開始預期這種反應出現(即使上述的狀況並未發生)。此時，患者已在強烈羞恥感的認同中將污名完全內化，其行為發展也就受到負面自我的影響。如同 Goffman (1963)所言，污名其實也是一種自我指認的道德過程。

在相關研究中可看到，透析患者在獲知自己所得的疾病時，往往會出現悲傷、無助、憤怒、掙扎、憂鬱與絕望等心理情緒，會覺得這是一種難以啟齒的疾病，因此而帶來種種不愉快的經驗。諸如求學歷程、人際關係、就業、

婚姻等社會層面之受到阻礙等。但這些還不足以包含受苦經驗所蓋括的真正意涵（潘美妃、許美治，2009；葉淑琴、林秀娟、謝湘俐，2009）。亦有研究顯示，當大多數患者被告知需要接受血液透析治療時，往往無法接受事實；震驚、否認、憤怒、自怨自哀、害怕、焦慮、無助、無所適從等情緒和心理衝擊接踵而來。並常因身體不堪負荷，導致無法兼顧工作而需面臨離職的危機，因此，易對生命產生無望感（邱淑芳、盧彩屏，2007）。也有質性研究之結果發現適婚女性在面對因尿毒症而需接受長期血液透析治療之際，竟面臨工作喪失、未婚夫離去等打擊，造成病人身心壓力與調適困難（潘美妃、許美治，2009）。

綜觀上述得知，血液透析患者之生病經驗中常受到社會文化之挑戰，因疾病之隱喻易對透析患者造成疾病污名化，導致個人之內化行為，進而影響個人、家庭、工作與人際關係之發展，於是乎血液透析患者需承受透析治療所帶來之負面影響和疾病本身所引發的合併症，因此，常造成病患之心理歷程而產生無望感和生命意義感低落。

## 第二節 死亡態度

### 壹、死亡態度之意涵

有生必有死，是大自然之法則，但死亡為何物，卻是自古以來不斷爭議之話題。因此，《蒙田隨筆全集》有一段話：「在出生時，我們就開始面臨死亡；從起點就開始了終點。」可見生命與死亡是相依相存的（Yalom, 1980／易之新譯，2008）。因此，醫學上為死亡所下的定義是：「不可逆的腦昏迷或腦死才是真正的死亡」；臨床解釋為：「人的身體系統，如心臟、血管、呼吸系統等停止工作」，即「自然的生物性死亡，呼吸、心臟停止跳動，大腦



死亡」(黃天中,1998)。生物學上,死亡是指身體細胞的新陳代謝產生無法逆轉的改變,而使生命中斷的現象(呂應鐘,2001)。對人類社會而言,死亡不僅是生物性功能的停止而已,更是象徵個人意義、社會認同或人際關係網路的終止。吾人對死亡、瀕死(dying)、悲痛(grieving)的態度,或多或少隱含著要過某種獨特生活方式的準備(Morgan,1997)。而海德格也提到:「雖然可以為別人而死,但是替代死亡的經驗,卻無法帶走任何人死亡的經驗」基本上看來,也就是說,死亡是人類最孤獨的獨自經驗(Yalom,1980/易之新譯,2008)。因此Erikson(1950)認為死亡亦可意味著是生命的危機與重要的轉捩點,及發展階段面臨二選一時的決定時刻。且匯集了成長、復原與更進一步分化時所需的資源(Wainrib, & Bloch, 著/黃惠美、李巧雙譯,2001)。

在態度方面,Schiffman和Kanuk(2000)認為態度是指一種經由學習而產生的心理傾向,這種傾向是針對某主體的一種持久性評估。Kotler(2002)則認為,「態度係指個人對某些個體或觀念,一種持久性的喜歡或不喜歡的認知評價,情緒的感覺及行動方向」。由以上兩個定義可得知態度是逐漸形成的,而且也是持久的,並且會有評價的行為產生(林信丞、謝秉陞,2007)。

「死亡態度」一詞,與一般態度一樣具有複雜的特性,不只包括單一層面或成份,因此死亡態度實應包含情感、認知及行為等三個主要成份,亦不只探討對死亡較負面之恐懼或焦慮的層面,也應包含其他的正向的態度如接受等(張淑美,1996)。換言之,死亡意味著生命的毀滅與存在的毀滅

(Schopenhauer, A. 著/金玲譯,1996),因此,生命的本質便是向死的存在,死亡是人類最後而最高的可能性。如果對死亡的態度是閃躲或逃避,便會遠離了生命的本質的真相,無法真實的活著(劉見成,2005)。所以,Gesser, Wong和Reker(1987)認為死亡態度應包含死亡恐懼、死亡逃避、中性接受、趨近接受與逃離接受等五個面向,且是環環相扣、相互影響的。

由此可知,死亡即是指個體停止呼吸、心臟停止跳動、大腦死亡、新陳

代謝停止與生命中斷的現象，而態度則是指個體透過學習產生喜歡或不喜歡的感覺與認知評價。因此，死亡態度是具有複雜的特性，非單一層面所能詮釋，實應包含多面向來探討死亡所引發之負面情緒與正向之接受態度。且透過死亡恐懼、死亡逃避、中性接受、趨近接受與逃離接受來探討死亡態度之相互影響。

## 貳、死亡態度量表

國外從上個世紀五、六十年代即展開對死亡態度的研究，至今已發展的相當成熟（陳四光、王美娟、郭斯萍，2006）。而國內死亡態度之相關文獻探討中所引用之死亡態度量表，亦大多沿用國外學者所發展出來之量表。其測量工具最早源自於1967年Lester首先編製「死亡恐懼」量表（The Lester Fear of Death Scale）問世、以及1970年Templer編製「死亡焦慮」量表（The Templer Death Anxiety Scale; DAS）之後，因工具之問世乃激發行爲科學家的研究興趣，有關死亡態度的研究也大量問世（Pine, 1977）。而早期的量表多為單一向度，且將焦點集中在死亡恐懼和死亡焦慮上，故不易代表個人整體之死亡態度。因此，1970年代以後Lester的「死亡恐懼量表」與Templer的「死亡焦慮量表」廣被採用，但在陸續的研究結果中發現許多相互衝突與矛盾的結果，故有學者紛紛開發多元之測量工具，以求更客觀、正確地探討吾人之死亡態度（引自張淑美，1996）。

有鑑於此，本研究採用之量表為死亡態度描繪修訂量表(DAP-R)，由Wong et al.(1994)修訂Gesser, Wong和Reker(1987)所編製的死亡態度量表(Death Attitude Profile; DAP)而來，是以存在為觀點之死亡態度而發展出來，他們證明了死亡接受和死亡恐懼與追求生命意義是有相關性的。與DAP不同之處，DAP-R多了一個面向「死亡逃避」，旨在讓受試者的意識遠離

死亡的防衛機制 (Wong et al., 1994)。DAP-R 共分成五個面向：死亡恐懼、死亡逃避、中性接受、趨近接受和逃離接受，總量表共有 32 題，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，且 DAP-R 最明顯的優點在於它呈現了死亡態度廣泛的幅度。其信效度分別為，在效度方面其總變異量為 66.2%，代表為有效的效度建構；在信度方面，各面向的 Cronbach's  $\alpha$  值為「死亡恐懼」=0.86、「死亡逃避」=0.88、「中性接受」=0.65、「趨近接受」=0.97 以及「逃離接受」=0.84，五個分量表的  $\alpha$  值介於 0.65 - 0.97 之間，顯示此量表有穩定的信度 (Wong et al., 1994, p. 133-136)。

## 參、死亡態度之相關理論

死亡態度之相關理論中，是以存在主義之觀點為主軸，其中又以 Ken Wilber、Paul Tillich、Victor Frankl 與 Irvin Yalom 之論據為代表，茲將分述如下：

### 一、Ken Wilber

Ken Wilber(1993) 在意識的光譜(spectrum of consciousness)一書中認為，存在焦慮是導致原生物體之間的分離和環境主要的二元論。得出的結果是，出現了分離的死亡恐懼意識連同缺乏接受即將滅絕的可能性。一個有趣的部分，它是時間的分析，其結果是拒絕接受現實的未來，同樣重要的，永恆的現在。絕對是當前已沒有過去，沒有將來，因此結合成一個生死瞬間的永恆。不理解，生命和死亡是，個人試圖拼命地逃離死亡，除其他外，通過建立一個理想化的形象，一個自我。因此，根據 Brown/ Wilber，原初的結合，是被二元性自我所取代。身體，作為凡人的一部分，也是需要一個逃

離，或抑制。

Wilber 的推理在意識的光譜建議有些不同的解決辦法基於，在他的模型之間的區別主要三個層次：自我的層次、存在層次和心靈的層次。第一類包括我們的自我形象（有意識和無意識）和我們分析的權利；第二類包括我們的總生物—無論是頭腦和身體。最後，在心靈的層次，包括心靈，身體，和宇宙，並對應於我們的感情是一個宇宙。在發展的有機體，在生存的層次和自我的層次產生出思想的一個過程，認為二元思考分離的結合，這方面的壓抑，和認為二元思考分離結合的過程，與項目等方面的環境。二次分離的二元論涉及生命與死亡，並連同前的二元論，標明著存在的層次。在這個別的層次是“在逃避逃開死亡”，並承諾在追逐徒勞的未來。更積極，勇敢的存在主義思想，根據 Wilber，使我們能夠面對和接受主要和次要的二元論。首先存在主義並不能完全超越二元性創造的層次。但是，存在主義可以勇敢地面對這個二元性。例如，他(她)可以接受他(她)的焦慮，不可避免的，可以想像，在死亡的事，“完整和真實的我的存在”（Wilber, 1993）。

## 二、Paul Tillich：本體論的三種類型的焦慮

Tillich 在“存在的勇氣”一書中區分了三種類型的焦慮。一是死亡的焦慮、二是無意義的焦慮、第三是譴責的焦慮；而根據三個方向是非存在威脅存在的。目前死亡的威脅是，根據 Tillich “相對地”在我們每一天的生活如同覺察不可預知的存在，沒有任何最終的必要性。我們試圖迴避這種焦慮轉化為明確界定的恐懼，但這種嘗試是無法成功的。絕對的死亡威脅是相對威脅的建立。無意義的焦慮的定義是像威脅精神生活一樣。無意義的經驗像 Tillich 所描述的是類似 Camus 荒謬的想法。它是喚醒失落的必然性，確信存在有一個終極的，深奧的含義；和藉由知覺的可能性有可能是沒有真實性。最後，譴責的焦慮，是與感覺相關對自己負有責任的，責任“理解他

自己什麼是應該成為，履行他的命運”。同樣，在日常生活中，這種焦慮顯示它自己相對的像內疚一樣。Tillich 強調三個類型的焦慮整體中存在著普遍的聯繫：“焦慮的一種類型是內在焦慮的另外的類型”。從例子中發現，害怕死亡的程度上我們感到更內疚，和我們傾向於感到更內疚，當我們經歷死亡的威脅。同樣，失去的意義和自己的喪失（死亡）會加強彼此（Tillich, 1952）。

### 三、Victor Frankl：意義的追尋

Frankl 認為人的存在是由三個層面：身體（somatic）、心理（psychic）與精神（spiritual or noetic）所構成之整體。在許多存在主義者可能認為什麼是無意義的世界，Frankl 則強調，我們追求意義的意志是與我們緊密聯繫在一起的，精神層面亦是我們人類所獨有。身體和心理的生存，當一個人被迫面臨惡劣的環境（例如 Frankl 在納粹集中營的經驗），只有完成了很多次是當一個人的生存被認為具有意義，他意義治療的理論從這裡開始，理性意味著精神或意義。意義治療法的重點存在神經官能症，或存在挫折。這可以追溯到一個恐懼的責任和逃避自由。

即使在死亡，生命能夠具有意義，在這樣一個面臨著他（她）的痛苦和命運。最後 Frankl 說：“人不應尋問生命的意義是什麼，而必須認識到正是生命向人提出了這個問題。”簡言之，人生向每個人提出了問題；而人必須對自己的生命負責，這樣才能對人生做出交代；人只能以盡責來回答人生。因此，我們生活的有限性不會降低生活的意義，恰恰相反，它的辛酸有助於意義。死，限制了我們的可能性，但在這樣做時，毫不猶豫地激勵負責任的行動。然而，時間本身，或生命的長度，並不決定意義的質量或生活（Frankl, 1955/1986）。

#### 四、Irvin Yalom：終極關懷

Yalom (1980)根據他的存在主義心理治療的闡釋在“關懷問題是根植於個人的存在”。這些終極關懷是給予在理解他們是，“一個人類的存在方式不可避免的部分”。Yalom 將存在區分為四個問題：死亡，自由，孤獨和無意義。雖然由於客觀需要，他們是個別地討論，Yalom 強調事實，“體內”這些關注是“錯綜複雜的交織在一起”。特別重要的是我們這裡的死亡和無意義之間的聯繫，是一再重複被提到的。死亡焦慮可能呈現它自己如同一個無意義的感覺，或者，它可能採取一個哲學論點的形式在支持的論文“沒有什麼事情(nothing matters)。”邏輯和治療上兩者，“沒有什麼事情(nothing matters)”是懷疑，兩者如同一個合乎邏輯的結論，作為真正的心理狀態。理論上，就 Nagel 顯示，如果沒有問題便沒有問題，沒有什麼事情，我們繼續我們的生活。心理上，人爭論仍然關心沒有什麼事情。事實上，它是因為沒有什麼事情給我們和我們自己的事情，我們關心我們的死亡。此外，Bach 所建議的無意義感僅僅代表一種類型的經驗。許多另外的經驗是，事實上，經驗的意義。為什麼我們要賦予一個特權地位的無意義的經驗？

更常見的死亡焦慮表現本身不是哲學上的論據，而是否認。Yalom 區別了兩種主要形式的否認。一種形式由一個人的信念在他(她)的“特殊性”，相信這是一個從根本上對英雄主義的驅動器(類似於 Becker 的立場)。第二類的機制由一個信念在“終極救星”，無論是上帝或神聖的數字，或許是羨慕的政治人物或一個無所不能的醫生，或一個父母的關懷皆需要你的照顧。

雖然這兩個類型的防禦機制可能適合的，他們也可以闡明和分解。什麼可以替代呢？Yalom 的建議個人和治療學家兩者，是“間接的”追求的意義，它可以承擔幫助它的部署。Yalom 的解決方案，“躍升為承諾和行動，”正如他自己指出的那樣，是一個經典的解決方案，可追溯至 Hume, Tolstoy、Camus 和 Sartre (Yalom, 1980)。

綜合上述，Wilber 認為存在焦慮是導致原生物體之間的分離和環境主要的二元論，並藉由自我的層次、存在層次和心靈的層次，重新面對死亡與真實的自我；Tillich 亦認為在我們每一天的生活如同覺察不可預知的存在，沒有任何最終的必要性。我們試圖迴避這種焦慮轉化為明確界定的恐懼，但這種嘗試是無法成功的。絕對的死亡威脅是相對威脅的建立；Frankl 的觀點則是從受苦經驗中體驗死亡之真正意涵；Yalom 則認為死亡焦慮是人之防禦機制，透過終極關懷而產生經驗。因此，根據上述之理論基礎而發展出「血液透析患者死亡態度量表」，其向度分別為「死亡恐懼」、「死亡逃避」、「中性接受」、「趨近接受」和「逃離接受」五個面向，作為血液透析患者死亡態度量表之理論架構。

### 第三節、生命意義

#### 壹、生命意義之意涵

生命是什麼，意義又為何，如何從自身價值界定生命意義，將是亙古亙今不斷思索的主題。因此，傅偉勳（1993）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，唯有通過積極正面的人生態度與行為表現，才能體認生命真實的自我肯定，才能完成人生的自我責任。Frankl（1963）就個人生命中某一既定情境下的獨特意義來詮釋生命意義，他認為每一個生命個體皆是獨特的，非他人所能取代，且生命亦無法重覆。因此若能接受命運並肩負起自己的十字架，即使身處惡劣之環境，照樣有充分的機會加深其生命之意義，並保有堅忍、尊貴與無私的特質。

董文香（2003）則將生命意義解釋為個體高層次的心靈需求，且透過思考自身存在的理由或目的，找到現在或未來的生活目標與方向。因此，透過

生命中不可避免之苦難經驗和死亡來展現生命意義。藉由生與死之間，不斷的尋找生命意義的解答。而「存在」本身便是人類對自我的狀態最真實的表達 (Frankl, 1963/游恆山譯, 1992)。因此，不論性別、年齡、宗教，皆有其獨特的使命與意義。若能瞭解個人生命的獨特使命，則可經得起各種情境的挑戰，此即尼采所言之「參透『為何』，才能迎接『任何』」(Frankl, 1963/趙可式、沈錦惠譯, 1995)。

換言之，Yalom(1980)卻將生命意義分為宇宙的意義 (cosmic meaning) 與世俗的意義 (terrestrial meaning)，前者在於個人生命的目的與世界運作的律則皆在神的計劃之中。後者則偏向個人對其生命目的、生命價值的體驗與神無關，主要是藉由利他主義、自我實現及自我超越中得到實現。生命意義是具有主觀、獨特的特性，是個人知覺對其生命意義與目的之感受程度，屬於個人內心靈性的層次，它涵蓋信仰、價值、宗教與哲學，且每一個人的生命意義會隨著年齡、身分及時空的改變而隨之轉變(藍乙琳、周甘逢, 2007)。

由上述得知，生命意義即是表示生物個體存在於宇宙間所賦予的意義與價值，且為獨一無二非他人所能取代的。因此，生命意義感之追尋需透過探索的歷程深化生命之核心，體悟生而為人之使命感。藉由受苦經驗能使人正向面對失落的衝擊，從生命目標、生命價值、自我概念和靈性等層面，重新發現及建構生命意義。

## 貳、生命意義學說之內涵

眾多之理論學者談生命意義已不勝枚舉，但就血液透析患者之生病經驗中，較能貼近其生命世界做詮釋，則以 Carl Ransom Rogers、Erikson、Viktor E. Frankl、Rollo May 及 Irvin D. Yalom 五位學者之理論為主，將分述如下：



## 一、Viktor Frankl

Frankl 認為人的原始促動力是人對人生意義的努力探索。雖經歷過納粹集中營的恐怖經驗。卻仍能運用這些經驗以建設性的方式，繼續發揚他對生命的愛與熱情。從集中營的黑暗歲月中，讓他更加確信：在任何的環境下，人都有選擇的自由，即使在可怕的環境下，人類也能保持精神的自由與心靈的獨立。因此，在集中營的生活體驗使他更肯定存在治療理念的重要性。因此，發展出意義治療學的三个基本原理：(一)意志自由：是一種不斷探尋「意義」及其實現的超越的自由能力；(二)意義意志：人的本性有追求意義的基本需要和傾向；(三)生命意義：回答構成生命的意義是什麼。

上述三個基本原理，構成了 Frankl 意義療法的理論基礎，三者缺一不可。意志自由是意義意志的一個心理學的前提，沒有意志自由，人就不可能對生活進行態度上的選擇，就只能被動地受需要的支配；而意義意志則是生命意義的動力，人們對意義的追求和傾向，使人無論在什麼樣的生活環境下都要探索生命的意義，有時人表面上在追求快樂，實質上是追求快樂後面的意義，而快樂不過是這一追求的副產品或負效應。人類具有意志的自由和對意義的追求，因此人的生命是有意義的；或許看上去最沒有什麼意義的生命和生活，仍然充滿了意義，只不過沒意識到其內涵罷了（劉翔平，2001）。

## 二、Rollo May

Rollo May 是人本取向主要的倡導者之一，也是將歐洲的存在主義觀點介紹到美國的代言人之一，將存在主義運用到心理治療中，他認為應該將治療目標放在幫助人們探索生活的意義，並且應該把焦點放在對存在問題的關注而非單純的問題解決上面。與存在相關的問題包括了學習如何處理「性」與「親密」，逐漸衰老與面對死亡等問題。根據 May 的觀點，人們最真實的挑戰就是得在這個孤獨並且終將面對死亡的世界中生存（Gerald Corey, 1977

／修慧蘭、鄭玄藏譯，2006)。而Rollo May則又認為人必須擁有「能主動自由地選擇」、「能認識並感受到自己存在的價值」、「能自主地決定自己的命運」、「身處絕望時能有再造的力量」、「擁有愛與關懷的能力」的生命態度。在面對人生中「生」與「死」的問題，Rollo May提出了「再造的力量」。Rollo May指出我們對死亡的覺察是來自於熱愛生命的泉源，真實的面對死亡的必然會帶來解放，反之，否認死亡、逃避死亡會導致真正的絕望。當一個人即將離開這個世界時，才思考生命的意義與價值，因此思考生命的意義卻必須從死亡而來，在最強烈的生命經驗中，往往伴隨著的是強烈的死亡經驗（Rollo May, 1981／龔卓軍、石世明譯，2001）。因此依據Rollo May的觀點，死亡在個體的生命中，反而蘊藏巨大的潛在能量與生命力。

### 三、Irvin D. Yalom

歐文·亞隆（Irvin D. Yalom）發展出了一套存在主義取向的治療，治療的焦點在四個個人類的終極關懷：死亡、自由、存在的孤獨，以及無意義感。他所撰寫的一本內容豐富的好書——《存在心理治療》（existential psychotherapy）——被視為開拓性的成就。Yalom在此所指的終極關懷，是指當我們反思個人在世的處境、存在、界限與可能性時，必然會觸及到一切依據的源頭，亦即存在的終極深層結構。這個過程通常會被某些稱為臨界或邊界的急迫經驗所催化，例如死亡、自由、孤獨與無意義等，而形成存在的動力衝突。

### 四、Carl Ransom Rogers

Rogers認為：自我概念是心理學中最核心的概念，因為自我概念讓我們了解一個人的行為（Epstein, 1973）。他指出「自我、自我概念或自我結構」是指「自身特質的知覺」加上「對自身和外界關係的知覺」再加上「對

自身價值感的知覺」，一起合成的有組織、協調一致的概念性完形 (conceptual gestalt)。這一種完形雖不一定在覺察中，卻是可以覺察的，它是流動的、變化的完形；它也是一種過程(process)，在不斷地演變中，但在任何特定的時間上，它是一種特殊的實體，至少透過評量工具等可加以部分地確定(Rogers, 1959)。依照 Rogers 的觀點，自我概念具有下列三項特性：

- (一)自我的內涵是「知覺」(Perception)，包括對自身人格特質的知覺、對自身和外界關係的知覺以及這些特質所生的價值感的知覺。
- (二)自我是一有組織的、協調一致的概念性完形(an organized, consistent, conceptual gestalt)，非僅是知覺的堆積或總和而已，而是一種結構的存在，所以可稱為一種特殊的實體。
- (三)個人在行動中雖不一定時時意識到自我，但是自我是可以認知的，可覺察的，行為中多少總涉及自我，即所謂自我參與(self-involvement)。在理論上雖有主體我與客體我之分，實際上是不易清楚劃分的，因為自我是一種意識的、知覺的、概念化的過程，是一相依不離的心理結構。綜言之，「自我概念」是個體所知覺、所經驗的主體實在，是行動的參照架構，是瞭解個人行為所必須探討的對象(郭為藩，1972)。

## 五、Erikson

Erikson (1963) 提出心理社會發展模式，將生命全期分為八個階段，每一個階段都有其特定的發展任務必須完成，這些任務可被視為一種挑戰或危機，危機解決的成功與否，對個體將來的發展及生活的適應有著極大影響 (蔡明昌，1995)。而血液透析患者目前分布於各年齡層，就比例而言，以成人階段為第六、七時期為主要分布，分別是早成年期與成年期，這時期的人身心已臻至成熟，最具創意與邏輯、愛與責任的表現，而此時的生命不斷

在反覆進行自我統整；生命全期的第八個階段為老年期，其所面臨的危機為統合與失望，此時期的主要任務在於發展自我統整（ego integrity）。老年人必須反省瀕臨的生命終結，並且思索其意義和重要性。這是人生檢驗的階段，若檢驗的結果是成功的，對自己的一生感到滿足，將導致超越感，接受死亡為人生不可避免的終點，然而，若是失敗的檢驗，對自己過去所做的選擇與結果不滿意，則會因生理生命之將盡，以及改變機會業已失去而感到失望。但老人所面對的任務，並非完全以統合來取代失望，「統合」必須接受並調解生命中無可避免的「失望」經驗，進而在統合中達成平衡，產生智慧的力量，而智慧意謂著「在面對死亡時，對生命超然的關懷，雖然肉體及心理功能日益衰老，老者仍能保持其智慧，並學著傳達其完整的經驗」在最後的餘生中，尋找生命的意義與希望。（Erikson, Erikson, & Kivnick, 1986）。

綜而言之，Frankl 強調在任何的環境下，人都有選擇的自由，即使在可怕的環境下，人類也能保持精神的自由與心靈的獨立；Rollo May 提到，人們最真實的挑戰就是得在這個孤獨並且終將面對死亡的世界中生存；Yalom 則認為當我們反思個人在世的處境、存在、界限與可能性時，必然會觸及到一切依據的源頭；Rogers 則認為「自我概念」是個體所知覺、所經驗的主體實在，是行動的參照架構，是瞭解個人行為所必須探討的對象；Erikson 之生命八大階段皆有其發展任務，常因發展過程而影響其自我認同與價值。因此，根據上述之理論基礎而發展出「全人生命意義量表」，後依據血液透析患者之特殊性再度修編符合血液透析患者之生命意義，分別為「生命目標」、「生命價值」、「自我概念」和「靈性」等四個向度，作為血液透析患者生命意義量表之理論架構。

## 參、生命意義量表之研究

近年來，生命意義之探討已日趨普遍，檢視相關文獻與其測量工具之發展，常因發展者對生命意義的定義與訴求不同，致使差異頗大；且國內、外目前尚無針對血液透析患者修編之生命意義量表，因此，難以真正了解血液透析患者對生命意義之看法？有鑑於此，經由與指導教授何長珠共同完成「血液透析患者生命意義量表」，係引用「全人生命意義量表」（何長珠、姜秀惠、戴玉婷，2009）之理論基礎，旨在讓生命意義量表更趨多元化，更能展現血液透析患者對生命意義之訴求。

本研究所採用之生命意義量表係以 Carl Ransom Rogers、Erikson、Viktor E. Frankl、Rollo May 及 Irvin D. Yalom 五位學者之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，發展出生命目標（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）、死亡（恐懼、焦慮）及靈性八個向度做為量表內容建構之範圍。

量表發展過程，經指導教授何長珠召集研究團隊進行 8-10 次題目修正與刪改之研討，並邀請國內現行研究生命意義相關領域之專家學者（東海大學張利中、吳鳳技術學院紀潔芳以及南華大學釋慧開、高雄師範大學張淑美）協助進行專家問卷試題之檢視與修訂，完成本研究所需預試問卷，此量表初試題目共編製 40 題。本研究係根據此量表之理論基礎和六位血液透析患者之半結構式訪談，經修訂後增加題目共 52 題，後經三位臨床實務工作者，進行檢核修訂和刪題，發展出「血液透析患者生命意義量表」共 46 題，後經預試分析刪題形成正式量表共計 26 題，作為血液透析患者生命意義自編

量表之測量工具。

## 第四節、血液透析患者死亡態度及生命意義之相關研究

本節共分成兩部分：第一部分是影響死亡態度及生命意義相關因素之探討、第二部分是血液透析患者死亡態度及生命意義之相關研究。

### 壹、影響死亡態度及生命意義相關因素之探討

#### 一、年齡

Wong, Reker & Gesser(1994)及 Feifel & Nagy (1981) 的研究發現老人(60-90 歲)比年輕人(18-29 歲)有明顯較高的死亡恐懼，且老人對死亡的「中性接受」明顯高於年輕人，死亡「逃離接受」也明顯高於年輕人(18-29 歲)與中年人(30-59 歲)。

李復惠(1987)以某大學學生為對象，研究發現年齡愈小者死亡恐懼程度越高。巫珍宜(1991)發現國中生比高中職學生有更高的死亡「趨近接受」。王素貞(1994)研究 22-64 歲的國小老師之死亡態度(焦慮)，則沒有發現死亡態度的年齡差異。吳麗玉(1997)以護生為對象，發現 16-17 歲比 18-19 歲有較高程度的「害怕死亡、瀕死」。

綜合上述研究可以發現，可能因為研究對象及研究工具的不同，中外研究並無較一致的結論；國外的研究對年輕人的死亡態度仍無定論，但國內的研究大多顯示年輕人有較多的恐懼，但有較少的死亡「逃離接受」。年齡影響死亡態度的差異還未獲得絕對的結論，實有在探討之需要，因此，將年齡

當作探討死亡態度之背景變項。

## 二、性別

性別是常被研究的變項之一，而早期國內外大部分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。在死亡焦慮量表(Death Anxiety Scale)所做的研究結果中，則支持了此項說法。而國內的研究結果也顯示了女性比男性有較高的死亡恐懼與死亡焦慮(張淑美，1996；蔡明昌，1995；王素貞，1994；巫珍宜，1991；李復惠，1987)。另有研究結果顯示女性的趨近死亡接受度顯著高於男性(陳瑞珠，1994)。而另有研究則發現男性的死亡逃避高於女生(房麗媚，2007；廖芳娟，2000；Wong et al., 1994)。

在生命意義方面，何英奇(1987)研究顯示男生比女生具有較清楚的「生命目的」，其原因可能是在性別角色認定上，退休「女性」國小教師面臨事業工作、婚姻與身體狀況等因素的衝突，以致女性在面臨人生轉折上對於自我的統整上，有著較多的迷失。

綜合觀之，性別對於死亡態度與生命意義的影響看法不一，有進一步再研究之需求，所以將性別放入背景變項中。

## 三、婚姻狀況

Swenson(1961)的研究發現配偶死亡者較傾向於逃避，而未婚、離婚、和已婚者較能以正向態度看死亡問題。王素貞(1994)以台北市國小教師為對象，發現有偶組的死亡焦慮高於無偶組(包括未婚、分居、離婚及喪偶)。黃宇達(1997)以大學生及中老年人為對象，研究發現已婚的中老年人的死亡焦慮顯著高於未婚者。但Rhudick與Dibner(1961)的研究卻發現死亡態度不受婚姻狀況的影響。鍾思嘉(1986)以老人為研究對象，發現寡居、已婚、離婚、未婚的老人死亡態度並沒有差異。丘愛鈴(1989)和黃琪璘(1991)

的研究也發現婚姻狀況與死亡態度無關。

在生命意義方面，不同婚姻狀況之退休教師在「生命意義感」整體及「自我統整」分層面上有顯著差異（藍乙琳、周甘逢，2007）。

綜合上述，婚姻狀況對死亡態度的影響並無一致的結論，但在發現有差異的研究中多數支持已婚者的死亡焦慮較高。或許這是因為已婚者比未婚者背負了較多的家庭責任，擔憂自己的死亡可能會帶給家人莫大的影響與傷害，因而有較高的死亡恐懼或死亡焦慮。又對生命意義有所影響，因此，不同婚姻狀況著實有再探究之需，將之列入背景變項中。

#### 四、教育程度

許多文獻支持教育程度較低者，有較高的負面死亡態度(死亡焦慮、死亡逃避、逃離接受)，歸諸於教育程度低者對於死亡的認知程度較低，對於死亡所帶來的痛苦與未知的程度也就更加的害怕與驚慌，因而產生較高的死亡焦慮與死亡逃避。Maurer(1964)分析 172 位青少年的文章，發現學業成就高的學生，對死亡較有正向態度，而且較能接受死亡是不可避免的事實。

Templer & Reimer(1995)發現教育程度與負面死亡態度(死亡焦慮、死亡恐懼、死亡沮喪、死亡苦惱、及死亡不安等)之間有負相關存在。

Rhudick & Dibner(1961)、黃宇達(1997)的研究中卻發現死亡態度並不受教育程度高低的影響。

綜合上述文獻可以發現，教育程度越高者對死亡認知越多，死亡態度普遍呈現正面之態度。

#### 五、透析年資

根據台灣腎臟醫學會理事長黃秋錦指出，血液透析患者洗腎後第一年存



活率為 87.5%、五年存活率為 54.3%、十年存活率為 33.8%（腹膜透析新知，2007）。在林怡亞（2000）探討透析病人死亡焦慮之質性研究中發現，透析年資越久而又調適良好的患者，在與疾病共存的過程中呈現穩定的一致性。因此，透析年資對血液透析患者的死亡態度與生命意義有無影響，著實有進一步研究的需要，因此研究假設，血液透析患者之透析年資對死亡態度及生命意義有顯著差異。

## 六、宗教信仰

Yalom（1980）研究指出，有宗教信仰者對死亡抱持正向的情緒，能以宗教上豐富的教理降低死亡焦慮。在 Florian & Kravetz（1983）的研究發現，宗教信仰虔誠度普通的人對家人與朋友的死亡會更加的難過（Neimeyer, Wittkowski & Moser, 2004）；國內的研究發現宗教信仰虔誠度越高，死亡恐懼則會越低（李復惠，1987；黃琪璘，1991）；再者，有宗教信仰者，趨近死亡的接受度越高（巫珍宜，1991；陳瑞珠，1994）。

也有研究發現宗教信仰和死亡態度無關（Maiden & Walker, 1985; Swenson, 1961；丘愛鈴，1989；王素貞，1994）。Iammarino（1975）亦認為宗教信仰與死亡焦慮無關。

至於宗教信仰對生命意義的影響之相關研究中，不同宗教信仰之退休教師在「生命意義感整體」層面及「自我統整」分層面上有顯著差異（藍乙琳、周甘逢，2007）。

綜合所述，宗教信仰對於死亡態度與生命意義有著不同的定論，因此，將不同的宗教信仰放入背景變項中。

## 七、透析治療情形

此變項是探討血液透析患者除了接受血液透析治療外之健康情形。探討健康狀況與死亡態度的研究發現自覺身體不健康者，死亡恐懼較高(Templer, 1970; Elkins & Fee, 1980; 王素貞, 1994; 藍育慧, 1995; 徐士虹, 1996)。

Elkins & Fee(1980)以大學生為對象，研究發現健康焦慮愈高者，死亡焦慮也愈高。Templer 發現身體健康和死亡焦慮呈負相關，亦即身體健康情形愈差者，死亡焦慮愈高(Templer, 1970; Lester & Templer, 1992 - 1993); Wong et al. (1994)的研究則發現，身體健康與對死亡的「中性接受」有顯著正相關，與「逃離接受」有顯著的負相關，心理健康者與死亡恐懼及死亡逃避有顯著的負相關，與「中性接受」有顯著正相關。

巫珍宜(1991)發現青少年自認身體健康狀況很差者，傾向於死亡「逃離接受」，同樣的，心理健康與中性接受有顯著正相關與死亡恐懼及死亡逃避有顯著的負相關；藍育慧(1995)則發現健康較差的護專學生，其死亡恐懼較高；徐士虹(1996)以訪談法研究發現國中生認為死亡與健康有關者，在健康較差時有較高的死亡焦慮；黃宇達(1997)以大學生及中老年人為對象，研究發現大學生中有慢性病者其死亡焦慮明顯較高。

在生命意義方面，不同身體健康狀況之退休教師在「生命意義感整體」層面及「自我評價」、「自我統整」分層面上有顯著差異(藍乙琳、周甘逢, 2007)。

綜合上述，研究發現，學者多認為身體的健康狀況會影響死亡態度；自覺身體健康情形較差者，有較高的死亡焦慮，只有少數認為兩者無顯著相關。而身體健康狀況對於生命意義有著相對影響力，所以，實在有必要對不同健康狀況作進一步探究之需求。

## 貳、血液透析患者死亡態度及生命意義之相關研究

### 一、血液透析患者死亡態度之相關研究

近年來，探討死亡態度之相關文獻已日趨普遍，就碩博士論文和期刊部份，大多探討護理人員、護生、老人、社工、學生、青少年、臨終者和糖尿病老人等相關研究，鮮少探討血液透析患者之死亡態度。因此，也反應出血液透析患者忌談死亡之處境。而目前與血液透析患者相關之文獻為林怡亞（2000）「血液透析患者如何在死亡焦慮中與疾病共存」，研究結果發現血液透析患者藉由「生死觀及死亡態度」與「生命目標」對抗死亡威脅所帶來的死亡焦慮，加上「社會支持」，藉此三者得以繼續積極生存下去。此篇論文主要採質性研究，樣本數只有九位血液透析患者，而目前透析人數仍持續增加之中，故很難代表透析患者之普遍想法，也是研究者想要採用量化研究之原因。

### 二、血液透析患者生命意義之相關研究

國內探討生命意義之文獻已相當普遍，不外乎探討大學生、老人、乳癌婦女、國小、安寧護理人員、大學生、志工、國中生、老人、癲癇病患、青少年、離婚婦女、女性憂鬱患者等生命意義感。目前與血液透析患者相關之文獻有江慧珠（1996）「尋找末期腎病患者生命的意義」，主要是探討末期腎病患者生命的意義、共歸納為四個主題：尋求對個人生活的控制、尋求希望、尋求愛、尋求受苦對個人的意義作探討。謝伶瑜、林淑英（2009）「老年末期腎病患者生命意義感及影響因素之探討」，結果發現台灣老年末期腎病患者之生命意義感普遍偏低，而教育程度、社會經濟狀態及是否參與休閒活動與其生命意義感有顯著差異及相關。由此可知，透析患者生命意義之文獻仍相當缺乏，故如何提升生命意義感是當前之主要問題。藉由本研究之探討了

解血液透析患者從生病經驗中如何面對自我的生命意義感。

### 三、血液透析患者死亡態度及生命意義之相關研究

近年來國內就死亡態度及生命意義之相關文獻，仍以探討大學生、警察、退休老師、高中生等對象為主，就血液透析患者死亡態度及生命意義之相關文獻仍微乎其微。目前現有鄭如真（2009）「血液透析患者生命意義、死亡態度與生活滿意之相關性探討」，雖為量化研究，但因採用現成量表，致使背景變項皆無顯著差異，但生命意義與死亡態度是息息相關的，常會受到各項因素之影響而變化；因此亦引發研究者自編量表之動機，藉由血液透析患者之特殊性而自編量表，或許更能貼近血液透析患者之生命意義與死亡態度？由於血液透析患者常因疾病引發各類問題，造成生理、心理之變化，致使在面臨死亡態度及生命意義時皆受到挑戰。因此透過本研究之進一步探討，或許能為血液透析患者帶來不同見解之詮釋。

## 第三章 研究方法

本研究的目的是瞭解台灣血液透析患者在死亡態度及生命意義的相關情形，以台灣北、中、南、東四區之血液透析患者為研究對象，自編「血液透析患者死亡態度量表」及「血液透析患者生命意義量表」，分別採用 Wong、Reker 及 Gesser(1994)所編製的「死亡態度描繪修訂版」(DAP-R)，與何長珠、姜秀惠、戴玉婷編製，簡明珠、楊事娥、梁寅鈞、賴品仔共同討論之「全人生命意義量表」，並加上六位血液透析患者之半結構式訪談(附錄一)、及其訪談同意書(附錄二)，來分析台灣地區血液透析患者的死亡態度和生命意義之看法，並探討影響死亡態度與生命意義各項因素。

本章分別就研究架構、研究假設、研究樣本、研究工具、實施程序及資料處理加以說明。

### 第一節 研究架構

本研究的主要架構包括背景變項、死亡態度和生命意義三部分。

在個人背景變項方面，本研究採取受試者的年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、透析年資、宗教信仰和透析治療情形等七個變項。在死亡態度變項方面，分為死亡恐懼、死亡逃避、中性接受、趨近接受和逃離接受五個變項。在生命意義方面，分為生命目標、生命價值、自我概念及靈性四個變項。本研究如圖 3-1 所示。

本研究架構中，首先以不同背景變項為自變項，死亡態度與生命意義為依變項，探討背景變項與死亡態度及生命意義的關係。最後再探討台灣血液透析患者死亡態度與生命意義之間的關係。

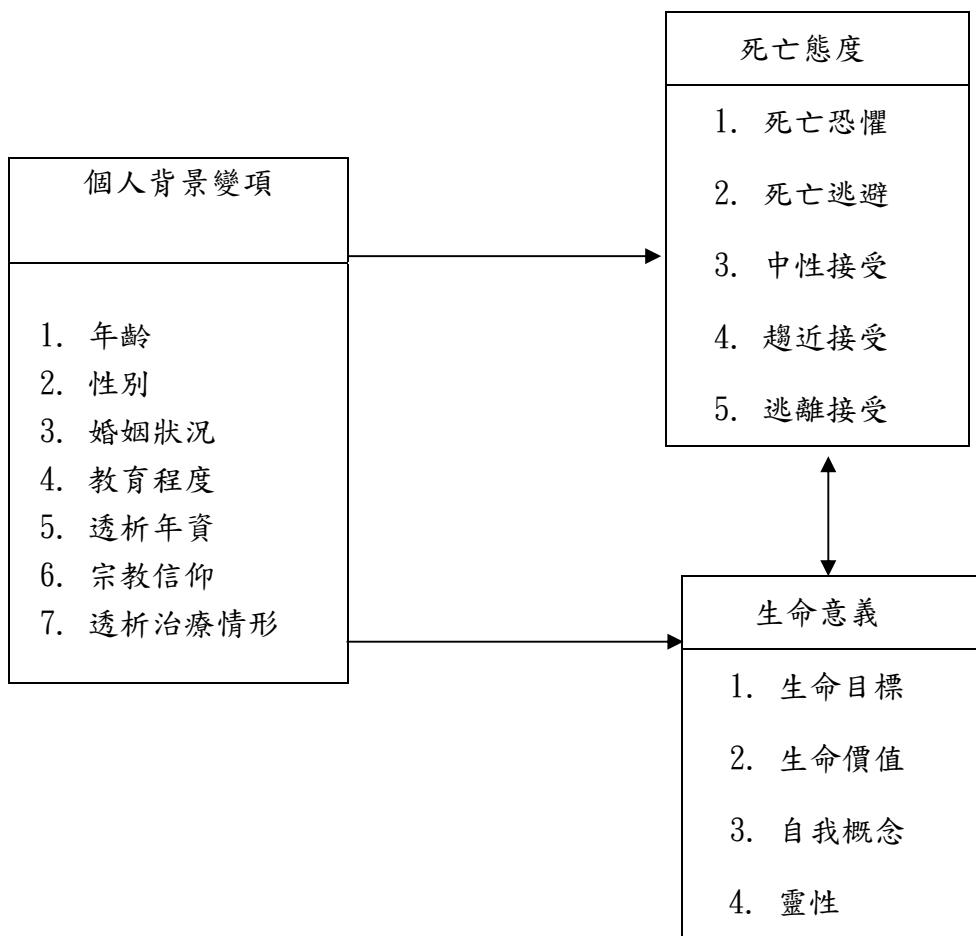


圖 3-1 研究架構

## 第二節 研究假設

根據研究架構，並參考相關理論，本研究提出下列四項研究假設：

假設一：不同背景變項的血液透析患者，其死亡態度具有顯著差異。

假設二：不同背景變項的血液透析患者，其生命意義具有顯著差異。

假設三：台灣血液透析患者死亡態度與生命意義具有顯著的相關。

假設四：台灣血液透析患者死亡態度與生命意義具有典型的相關。

### 第三節 研究樣本

本研究以台灣北、中、南、東四區之血液透析患者為母群體(不含離島)，為顧及母群體樣本結構特徵的分佈狀況，預試施測採分層隨機抽樣，將台灣分成北、中、南、東四區，隨機抽取一家醫院共計 157 名為樣本，經刪除遺漏未填答者，取得有效樣本為 150 名，作為前導性研究。而正式施測則採分層比例抽樣方式，依行政院衛生署統計資料所列血液透析患者在各地區人數比例，並考慮醫院類型、血液透析患者之意識狀況和血液透析患者之接受度等因素，抽取台灣北、中、南、東四區 15 家醫療院所之血液透析患者共計 620 名為樣本，有效樣本數為 605 名，作為正式樣本的研究。

根據中華民國腎臟基金會(2007)的統計，台灣之血液透析患者母群體人數為 45894 人，分別男性血液透析人數共 21620 人、女性血液透析人數共 24274 人，就地區性而言，依據衛生署統計，台灣洗腎患者分布以雲嘉南地區最高。目前台灣地區之大、小型醫療院所之血液透析室共計 474 家，因此，將台灣分成北、中、南、東四區，分別就東部發出 100 份，北部發出 200 份，中部發出 350 份，南部發出 450 份合計共 1100 份問卷。為顧及病人的隱私與權益，故將抽樣之醫療院所，以不公開的方式呈現。

### 第四節 研究工具

本研究旨在探討台灣地區之血液透析患者對死亡態度與生命意義的相關情形，根據文獻探討得知，針對血液透析患者之問卷大部份就「疲倦感」、「生活品質」、「身體症狀困擾」、「社會支持」及「生活滿意度」等量表，鮮

少關於「死亡態度」及「生命意義」方面之問卷，若有亦是採用現成量表；但就血液透析患者而言，在年齡層與教育程度等方面差異懸殊頗大，故很難從現成量表中測得標的，基於種種因素考量，促使研究者自編量表作為本研究之工具。

本研究所採用之研究工具係 Wong、Reker 及 Gesser(1994)所編製的「死亡態度描繪修訂版」(DAP-R)，和「全人生命意義量表」(何長珠、姜秀惠、戴玉婷，2009)之理論基礎，與六位透析患者之半結構式訪談編修符合血液透析患者之量表，來探討血液透析患者之死亡態度及生命意義感。下列茲就「血液透析患者死亡態度量表」和「血液透析患者生命意義量表」修編過程及量表內容分別說明之。

## 壹、血液透析患者死亡態度量表

### 一、量表編製過程

本量表的內涵建構係參酌 Wong、Reker 及 Gesser(1994)所編製的「死亡態度描繪修訂版」(DAP-R)之理論基礎，與六位透析患者之半結構式訪談。擬定量表題項，在初步草擬後，與指導教授進行討論，將有疑義的部分加以修正、合併或刪改，完成量表初稿共 45 題(附錄三)。後經三位臨床實務工作者(附錄四)，就問卷題目之妥適性、辭句用語及內容適當性提供意見與建議，評定內容效度(附錄五)。經預試結果，探討各題目描述統計量、各分量表題目與總分間的統計量、內部一致性分析、各分量表與主成分分析因素負荷量、以及共同性及各題目分別與分量表間的相關後，進行選題共計 24 題作為本研究正式測量工具。本量表透過 DAP-R 之理論基礎將血液透析患者死亡態度量表分為：死亡恐懼、死亡逃避、中性接受、趨近接受與逃離接受等五個層面。並採用 Likert 式五點量表，以 1、2、3、4、5 各代表「很



不同意」、「不同意」、「中立意見」、「同意」、「非常同意」等。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。

## 二、進行預試量表分析

本研究於 2009 年 11 月至 12 月進行量表的預試，預試的樣本係取自台灣北、中、南、東四區之血液透析患者 200 名，回收量表 157 份，扣除無效量表 11 份，可用量表為 146 份。本研究預試量表之實施，回收率為 79%，可用率為 73%。

預試量表(附錄六)係依據「死亡恐懼」、「死亡逃避」、「中性接受」、「趨近接受」和「逃離接受」等五項因素，進行項目分析與因素分析，並進行選題。選題係依據下列原則：(1)刪除題目去除後， $\alpha$ 係數提高的題目。(2)挑選主成分分析因素負荷量較高的題目。(3)刪除題目與所屬分量表相關比其他分量表相關為低的題目。(4)挑選共同性較高的題目。(5)刪除題目時需顧及量表架構和分量表的代表性(邱皓政，2000)。各分構面分析見附錄八，其項目分析過程說明如下：

死亡恐懼層面以刪除此題後的  $\alpha$  係數可高於 .832 與主成分分析之因素負荷量低於 .669 之題目，挑選出第 1、2、17、19、20 題。死亡逃避層面以刪除此題後的  $\alpha$  係數可高於 .709 與主成分分析之因素負荷量低於 .518 之題目，挑選出第 3、9、18、25 題。中性接受層面以刪除此題後的  $\alpha$  係數可高於 .851 與主成分分析之因素負荷量低於 .674 之題目，挑選出第 6、23、38、39、42 題。趨近接受層面以刪除此題後的  $\alpha$  係數可高於 .847 與主成分分析之因素負荷量低於 .667 之題目，挑選出第 4、14、15、27、37 題。逃離接受層面以刪除此題後的  $\alpha$  係數可高於 .682 與主成分分析之因素負荷量低於 .630 之題目，挑選出第 5、8、10、22、28 題。研究者依據刪題原則結果，進行因素分析以求本量表之建構效度。本研究是以主成分因素分析法，配合

最大變異法行正交轉軸後，保留特徵值大於 1，並選取因素負荷量大於.5。共取得五個因素，累積解釋變異量為 59.79%。五個因素的命名與本量表建立因素構面相符，請見表 3-1。

由預試分析表各項分析結果可發現：刪題後（24 題）之死亡態度量表之解釋總變異量為 59.79%，全量表  $\alpha$  係數為.836，五個分量表  $\alpha$  係數分為.816、.775、.830、.790、.749，經評估為減少血液透析患者之體力負荷與作答時間，故採用刪題後之題本為正式量表（附錄九）。

表 3-1 血液透析患者死亡態度預試量表信度與因素分析摘要表 (N=146)

因素名稱	題 號	Cronbach's $\alpha$ 值	特徵值	累積變異量%
死亡恐懼	1、2、17、19、20	.816	5.346	12.982
死亡逃避	3、9、18、25	.775	3.671	25.402
中性接受	6、23、38、39、42	.830	2.224	37.291
趨近接受	4、14、15、27、37	.790	1.871	48.726
逃離接受	5、8、10、22、28	.749	1.236	59.787
全量表	共計 24 題	.836		59.79%

### 三、量表定稿

經由預試分析與刪題結果，再請指導教授審閱，作最後的修正，完成正式量表的定稿。將死亡態度量表分為五個層面：

（一）死亡恐懼（Fear of Death）：旨在協助受試者了解個人面臨死亡而引起的恐懼之感受。包含正式量表第 1~5 題，得分愈高，表示傾向死亡恐懼。

（二）死亡逃避（Death Avoidance）：旨在協助受試者了解個人逃避思考或討論死亡以降低死亡焦慮。包含正式量表第 6~9 題，得分愈高，表示傾向死亡逃避。

（三）中性接受（Neutral Acceptance）：旨在協助受試者了解死亡為生命

的整合。包含正式量表第 10~14 題，得分愈高，表示傾向中性接受。

(四) 趨近接受 (Approach Acceptance): 旨在協助受試者了解有相信幸福來生的死後世界。包含正式量表第 15~19 題，得分愈高，表示傾向趨近接受。

(五) 逃離接受 (Escape Acceptance): 旨在協助受試者了解自己當生命充滿痛苦的時候，死亡將是受歡迎的選擇。包含正式量表第 20~24 題，得分愈高，表示傾向逃離接受。

本研究於 2010 年 3 月至 4 月進行正式量表的施測，正式的樣本係取自台灣北、中、南、東四區之血液透析患者 1100 名，回收量表 620 份，扣除無效量表 15 份，可用量表為 605 份。本研究正式量表之實施，回收率為 56%，可用率為 55%。

血液透析患者死亡態度正式量表經信效度分析後，解釋總變異量為 68.509%，量表 Cronbach's  $\alpha$  係數為 .851，五個分量表 Cronbach's  $\alpha$  係數「死亡恐懼」層面為 .909、「死亡逃避」層面為 .890、「中性接受」層面為 .814、「趨近接受」層面為 .835、「逃離接受」層面為 .874。經過學者專家的修訂與信效度分析後，顯示本量表具有良好的信效度與內部一致性，請見表 3-2。

表 3-2 血液透析患者死亡態度量表正式量表信度分析表 (N=605)

分量表	題數	Cronbach's $\alpha$ 值
死亡恐懼	5	.909
死亡逃避	4	.890
中性接受	5	.814
趨近接受	5	.835
逃離接受	5	.874
死亡態度量表	24	.851

## 貳、血液透析患者生命意義量表

### 一、量表編製過程

本量表的內涵建構係根據「全人生命意義量表」(何長珠、姜秀惠、戴玉婷, 2009)之理論基礎, 與六位透析患者之半結構式訪談(附錄一), 並依據血液透析患者之特殊狀況, 擬定量表題項, 在初步草擬後, 與指導教授進行討論, 將有疑義的部分加以修正、合併或刪改, 完成量表初稿共 46 題(附錄三)。後經三位臨床實務工作者(附錄四), 就問卷題目之妥適性、辭句用語及內容適當性提供意見與建議, 評定內容效度(附錄五), 並進行預試。

經預試結果, 探討各題目描述統計量、各分量表題目與總分間的統計量、內部一致性分析、各分量表與主成分分析因素負荷量、以及共同性及各題目分別與分量表間的相關後, 進行選題共計 26 題作為本研究正式測量工具。本量表透過「全人生命意義量表」之理論基礎將血液透析患者生命意義量表分為: 生命目標、生命價值、自我概念與靈性等四個層面。並採用 Likert 式五點量表, 以 1、2、3、4、5 各代表「很不同意」、「不同意」、「中立意見」、「同意」、「非常同意」等。若受試者得分愈高則代表生命意義感愈高, 反之則相反。

### 二、進行預試量表分析

本研究於 2009 年 11 月至 12 月進行量表的預試, 預試的樣本係取自台灣北、中、南、東四區之血液透析患者 200 名, 回收量表 157 份, 扣除無效量表 7 份, 可用量表為 150 份。本研究預試量表之實施, 回收率為 79% , 可用率為 75% 。

預試量表(附錄七)係依據「生命目標」、「生命價值」、「自我概念」與「靈性」等四項因素, 進行項目分析與因素分析, 以進行選題。選題係依據

下列原則：(1) 刪除題目去除後， $\alpha$  係數提高的題目。(2) 挑選主成分分析因素負荷量較高的題目。(3) 刪除題目與所屬分量表相關比與其他分量表相關為低的題目。(4) 挑選共同性較高的題目。(5) 刪除題目時需顧及量表架構和分量表的代表性 (邱皓政, 2000)。各分構面分析見附錄八，其項目分析過程說明如下：

生命目標層面以刪除此題後的  $\alpha$  係數可高於 .847 與主成分分析之因素負荷量低於 .675 之題目，挑選出第 15、16、34、40、22、31、43 題。生命價值層面以刪除此題後的  $\alpha$  係數可高於 .892 與主成分分析之因素負荷量低於 .692 之題目，挑選出第 1、2、20、21、25、33、45 題。自我概念層面以刪除此題後的  $\alpha$  係數可高於 .805 與主成分分析之因素負荷量低於 .609 之題目，挑選出第 6、23、26、32、38、42 題。靈性層面以刪除此題後的  $\alpha$  係數可高於 .787 與主成分分析之因素負荷量低於 .557 之題目，挑選出第 5、7、8、9、11、36 題。研究者依據刪題原則結果，進行因素分析以求本量表之建構效度。本研究是以主成分因素分析法，配合斜交轉軸後，保留特徵值大於 1，並選取因素負荷量大於 .5。共取得四個因素，累積解釋變異量為 59.693%。四個因素的命名與本量表建立因素構面相符，請見表 3-3。

由預試分析表各項分析結果可發現：刪題後 (26 題) 之生命意義量表解釋總變異量為 59.693%，全量表  $\alpha$  係數為 .948，四個分量表  $\alpha$  係數分別為 .859、.874、.785、.787，經評估為減少血液透析患者之體力負荷與作答時間，故採用刪題後之題本為正式量表 (附錄九)。

表 3-3 血液透析患者生命意義預試量表信度與因素分析摘要表 (N=150)

因素名稱	題 號	Cronbach's $\alpha$ 值	特徵值	累積變異量%
生命目標	15、16、34、40、22、31、43	.859	11.456	44.061
生命價值	1、2、20、21、25、33、45	.874	1.718	50.670
自我概念	6、23、26、32、38、42	.785	1.291	55.635
靈 性	5、7、8、9、11、36	.787	1.055	59.693
全量表	共計 24 題	.948		59.693

### 三、量表定稿

經由預試分析與刪題結果，再請指導教授審閱，作最後的修正，完成正式量表的定稿。將生命意義量表分為四個層面：

(一) 生命目標：旨在協助受試者了解個人對生命的理想與超越，引發生命目標，產生生命意義感。包含正式量表第 1~7 題，得分愈高，表示生命意義感愈高。

(二) 生命價值：旨在協助受試者了解個人透過生命的尊嚴與幸福感的取得，賦予生命價值，產生生命意義感。包含正式量表第 8~14 題，得分愈高，表示生命意義感愈高。

(三) 自我概念：旨在協助受試者了解個人藉由自我價值、形成自我概念，產生生命意義感。包含正式量表第 15~20 題，得分愈高，表示生命意義感愈高。

(四) 靈性：旨在協助受試者了解個人藉由宗教信仰，促使心靈成長與靈性的提升，產生生命意義感。包含正式量表第 21~26 題，得分愈高，表示生命意義感愈高。

本研究於 2010 年 3 月至 4 月進行正式量表的施測，正式的樣本係取自台灣北、中、南、東四區之血液透析患者 1100 名，回收量表 620 份，扣除無效量表 15 份，可用量表為 605 份。本研究正式量表之實施，回收率為 56%，可用率為 55%。

血液透析患者生命意義正式量表經信效度分析後，解釋總變異量為 57.046%，量表 Cronbach's  $\alpha$  係數為.940，四個分量表 Cronbach's  $\alpha$  係數「生命目標」層面為.775、「生命價值」層面為.868、「自我概念」層面為.812、「靈性」層面為.865。經過學者專家的修訂與信效度分析後，顯示本量表具有良好的信效度，請見表 3-4。

表 3-4 血液透析患者生命意義量表正式量表信度分析表 (N=605)

分量表	題數	Cronbach's $\alpha$ 值
生命目標	7	.775
生命價值	7	.868
自我概念	6	.812
靈 性	6	.865
生命意義量表	26	.940

## 第五節 研究倫理

教育研究是一種專業行為，教育研究倫理即是規範從事教育研究時必須具備的涵養以及必須遵守的人際規定。具體來說，教育研究倫理可說是：研究者在以教育場域、教育過程、教育人員、教育內容等為研究主題時，必須遵守的行為規範，目的在確保教育研究的專業地位與權威，具體的內涵包括：研究修養，與贊助者、論文指導者、共同研究者、協助研究者、研究對象之間的關係，以及與教育學術社群、社會大眾之間的關係，還有撰寫與報導研究論文的行為（林天祐，2005）。本研究係根據林天祐（2005）所提出之研究倫理指標，做為本研究學術規範之參考，茲將分述如下：

### 壹、尊重個人的意願

從事以人為對象的研究，對於研究對象的正常作息會造成某種程度的干擾，基於保障個人的基本人權，任何被選為研究對象的個人，都有拒絕接受的權利。換言之，未經徵得當事人的同意，研究者不得逕行對其進行研究，即使徵得同意，當事人亦可隨時終止參與。

本研究進行研究之初，先經過研究參與者之就診醫院的同意，並遵守學術規範與研究倫理，若研究參與之醫院需有人體試驗委員會之審查，即提出申請，但由於研究參與之醫療院所無此項規定，因此，不必提出此項申請，但仍需視其要求而委請學校發送公文（附錄十）、並附上申請函（附錄十一）與研究問卷一份至研究參與之醫療院所的護理部審核，當審核通過後，方可進行研究問卷之施測。之後仍需與研究參與之血液透析室做進一步之溝通，是否需研究者本人親自做問卷，大部分的醫療院所皆表示只要將問卷寄過去即可，只有少數一兩家醫院表示要研究者親自施測，因此，研究者將配合其需求而將問卷寄至研究參與之單位，若需研究者親自施測之處，則先予約定時間與地點而行施測。由於血液透析患者防禦心很強，往往不願接受陌生人之施測，因此，為遵守個人意願，如當事人缺乏參與意願，則不予勉強。原則上發給研究參與者自行填寫，若不識字的血液透析患者則需委請研究參與之單位同仁協助施測，問卷內容事先與研究參與單位之護理長溝通其問卷內容之表達方式，原則上一個單位請一位固定的護理人員就不識字之透析患者而做問卷的施測，以期能如實呈現研究參與者對死亡態度及生命意義之看法。

## 貳、確保個人隱私

為保障同意接受研究者的私人興趣及特質，進行教育研究時要遵守匿名（anonymity）及私密性（confidentiality）原則，前一項原則是指研究者無法從所蒐集到的資料判斷出提供此資料的個人身分，後一項原則是指外界無法探悉某一特定對象所提供的資料。

本研究一切採不記名方式施測，資料的分析方式，以編碼代替每一筆資料的身分，以做到完全之匿名原則，並遵守私密性原則。



## 參、不危害研究對象的身心

不危害研究對象的身心是進行教育研究時最為重要的一項倫理規範。研究者有責任及義務確保每一研究對象在研究進行過程中，不會受到生理或心理上的傷害，包括造成身體受傷、長期心理上的不愉快或恐懼等。除非有充分的理由支持研究的結果對於教育將會有重大的貢獻，任何可能造成這類傷害的研究，是不容許的。另外，在研究設計時，研究者應慎重考慮，如何減低其他可能造成暫時、輕微的生理、心理上的影響。

本研究之問卷屬於自編量表，量表之初稿，先請 2~3 位血液透析患者就內容之用詞與妥適性而做修題，原則上，內容以通順、易懂，並可接受為主。

## 肆、遵守誠信原則

許多教育的研究，尤其採取實驗的方法時，有時必須善意欺騙研究的對象才能進行，例如隱瞞自己的身分、研究的目的、研究的程序等。欺騙基本上是不道德的行為，不僅不符合研究倫理，更違反了社會規範中的誠信原則，也可能對研究對象造成不愉快的後果，不可不慎。

本研究在問卷施測期間，先表明其研究身分、研究動機與目的，完全遵守誠信原則，絕無欺騙與不道德之行為出現。

## 伍、客觀分析及報導

前四項倫理信條目的在規範研究者，確實保障研究對象的基本權益，同時教育研究學者對於如何確保讀者的相關權益，也有一定的規範。這方面的

規範主要包括研究結果的分析與報導兩項。在結果分析方面，研究者應客觀的將所獲得的有關資料，依據研究設計進行客觀分析，不可刻意排除負面的以及非預期的研究資料，使讀者能完整的掌握研究的結果。在結果報導方面，研究者有義務將研究設計的缺失及限制詳細條述，使讀者瞭解研究的可信程度。

本研究依據回收之研究問卷並透過統計數據而進行分析，完全以客觀性分析，絕無捏造之嫌，並根據研究結果之呈現，若研究無法達到或有不足之處，則分述於研究限制與未來研究之建議參考。

## 第六節 實施程序

本研究經參考相關文獻建立研究架構，並編製量表，進行預試，然後再進行正式量表調查，其實施程序如下：

### 壹、確定研究題目

研究者於 2008 年 6 月至 8 月，經參閱相關文獻與本研究者十年以上的臨床護理實務經驗，草擬研究計畫，並經指導教授審核修正後，確定研究主題為「台灣血液透析患者對死亡態度及生命意義之探討」。

### 貳、蒐集文獻資料

確定了研究主題之後，接著自 2008 年 6 月至 2009 年 4 月，多方蒐集資料及文獻，並進行文獻探討，統整歸納國內外相關實證研究，藉以奠定本研究的理論基礎與研究架構。

## 參、編製預試量表

根據文獻探討及研究架構，參酌 Wong、Reker 及 Gesser(1994)編製的「死亡態度描繪修訂版」(DAP-R)與何長珠、姜秀惠、戴玉婷編製，簡月珠、楊事娥、梁賓鈞、賴品仔共同討論之「全人生命意義量表」之理論基礎，和六位血液透析患者之半結構式訪談，經指導教授修正潤飾後，於 2009 年 10 月底，完成「血液透析患者生命意義及死亡態度預試量表」。

## 肆、量表預試階段

預試量表完成之後，先委請四位專家學者和三位臨床實務工作者，進行內容效度之審查（附錄六），之後於 2009 年 12 月至 2010 年 01 月探討各題目描述統計量、各分量表題目與總分間的統計量、內部一致性分析、鑑別度分析、各分量表與主成分分析因素負荷量和共同性、以及各題目分別與分量表間的相關後，進行選題，再編製成正式量表（附錄九）。

## 伍、正式調查與發表

於 2010 年 3 月至 4 月對預定的研究對象實施正式調查與完成量表回收工作，並於同年 5 月開始對呈現資料結果加以解釋、比較，進行論文撰述工作與發表。

## 第七節 資料處理

本研究將有效樣本之量表資料經編碼及登錄，並以 SPSS 12.0 統計軟體繁體中文版套裝軟體進行資料處理與分析，分析資料之統計方法，分別說明如下：

### 壹、平均數與標準差

求平均數與標準差分析血液透析患者死亡態度與生命意義之現況。

### 貳、單因子變異數分析 (one-way ANOVA 分析)

以單因子變異數分析來探討不同背景變項的血液透析患者，死亡態度和生命意義是否有顯著差異，若達到顯著水準，再以 Scheffe 法進行事後比較，藉以驗證假設一及假設二。

### 參、Pearson 積差相關

以 Pearson 積差相關來探討死亡態度與生命意義的相關情形，藉以驗證假設三。

### 肆、典型相關 (Canonical correlation)

以典型相關來分析死亡態度五個分量表與生命意義四個分量表間是否有典型因素存在，以驗證研究假設四。

## 第四章 研究結果與討論

本研究主要為探討台灣地區的血液透析患者對死亡態度及生命意義之影響，以及與其個人背景變項之間的關係和彼此間之差異。本章依據問卷調查方式收集台灣地區的血液透析患者所填答的資料進行分析及討論。全章共分為四節：第一節為樣本特性分析；第二節為台灣血液透析患者死亡態度與生命意義之現況分析；第三節為不同背景變項的血液透析患者其死亡態度之差異分析；第四節為不同背景變項的血液透析患者其生命意義之差異分析；第五節為台灣血液透析患者死亡態度與生命意義之相關分析。茲將研究結果分述如下：

### 第一節 樣本特性分析

本節乃針對台灣北、中、南、東四區 15 家醫療院所之血液透析患者共計 620 名為樣本，有效樣本數為 605 名，有效回收率為 55%，所得結果見表 4-1。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、年齡：有效樣本年齡分布，以 56-65 歲者佔較高比例 29.3% (177 人)，其中 46-55 歲者佔 24.3%(147 人)，36-45 歲者佔 14.7%(89 人)，66-75 歲者佔 14.2%(86 人)。另外年齡為 76-85 歲者佔 7.9%(48 人)，26-35 歲者佔 6.6%(40 人)，16-25 歲者佔 1.8%(11 人)，86 歲以上者卻只佔 1.2%(7 人)。觀察樣本結構，可發現血液透析患者年齡分布廣泛，但主要年齡層仍以 56-65 歲為主。

二、性別：男性樣本 306 人，女性樣本 299 人，結構比各為 50.6%與 49.4%，男性樣本結構比較中華民國腎臟基金會（2007）的統計資料，男性比女性人數略顯偏高，可能在問卷施測上，男性有較高的意願參與。

三、婚姻狀況：有效樣本婚姻狀況，以已婚者最多，佔 68.3%(413 人)；未婚者佔 13.7%(83 人)居次、鰥寡者佔 11.6%(70 人)、離婚者佔 5.0%(30 人)、分居者佔 1.5%(9 人)。觀察樣本結構，以已婚者相較其它婚姻狀況者人數為最多。

四、教育程度：研究參與者教育程度以小學程度者最多，佔 30.1%(182 人)，高中(職)程度者佔 26.3%(159 人)居次，其餘依序為國中 15.5%(94 人)、不識字 10.2%(62 人)、大學 8.8%(53 人)、專科 7.4%(45 人)及研究所以上者佔 1.7%(10 人)。觀察樣本結構，以國中以下之人數佔最多，顯示本調查樣本結構微偏於低學歷者。

五、透析年資：透析年資為 1-5 年者人數最多佔 44.6%(270 人)，6-10 年者居次佔 31.4%(190 人)，其餘依序為 11 年以上者佔 12.9%(78 人)，1 年以內者佔 11.1%(67 人)。

六、宗教信仰：研究參與者之宗教信仰以道教(民間信仰)者最多佔 54.7%(331 人)，信仰佛教者居次佔 27.4%(166 人)，其餘依序為信仰基督教者佔 7.1%(43 人)，其他信仰者佔 5.3%(32 人)，信仰一貫道者佔 2.8%(17 人)，信仰天主教者佔 2.3%(14 人)，信仰回教者佔.3%(2 人)。

七、透析治療情形：研究參與者之透析治療情形為尚可者人數比例最多佔 49.4%(299 人)，透析治療情形為良好者居次佔 46.4%(281 人)，其餘依序為透析治療情形不好者佔 3.1%(19 人)，透析治療情形很差者佔 1.0%(6 人)。

從表 4-1 可以發現本研究之研究參與者，參與年齡普遍集中於 46-65 歲 (53.6%)，以男性居多(50.6%)，且大部分為已婚者(68.3%)，教育程度分布在小學 (30.1%)與高中(職) (26.3%)，透析年資以 1-5 年佔大多數(44.6%)，宗教信仰則以道教(民間信仰)人數為最多(54.7%)，透析治療情形大部分主要為尚可(49.4%)和良好(46.4%)者居多。

表 4-1 樣本各變項分配表

類別	項目	人數	百分比(%)
年齡	16-25	11	1.8
	26-35	40	6.6
	36-45	89	14.7
	46-55	147	24.3
	56-65	177	29.3
	66-75	86	14.2
	76-85	48	7.9
	86歲以上	7	1.2
性別	男	306	50.6
	女	299	49.4
婚姻狀況	未婚	83	13.7
	已婚	413	68.3
	鰥寡	70	11.6
	離婚	30	5.0
	分居	9	1.5
教育程度	不識字	62	10.2
	小學	182	30.1
	國中	94	15.5
	高中(職)	159	26.3
	專科	45	7.4
	大學	53	8.8
	研究所以上	10	1.7
透析年資	1年以內	67	11.1
	1-5年	270	44.6
	6-10年	190	31.4
	11年以上	78	12.9
宗教信仰	佛教	166	27.4
	道教(民間信仰)	331	54.7
	天主教	14	2.3
	基督教	43	7.1
	回教	2	.3
	一貫道	17	2.8
	其他	32	5.3
透析治療情形	良好	281	46.4
	尚可	299	49.4
	不好	19	3.1
	很差	6	1.0
合計		605	100

## 第二節 台灣血液透析患者死亡態度與生命意義之現況分析

本研究死亡態度層面調查分析結果見表 4-2，台灣血液透析患者死亡態度從各單題得分中發現：「中性接受」層面(M=3.90，SD=.60)佔最高，其次依序為「逃離接受」層面(M=3.41，SD=.75)、「趨近接受」層面(M=3.30，SD=.68)、「死亡逃避」層面(M=3.21，SD=.83)，台灣血液透析患者反而對「死亡恐懼」層面(M=2.96，SD=.84)抱持較低之死亡態度。由此可知，本研究與鄭如真(2009)對血液透析患者所做的死亡態度研究和李佳芬、李幸香、黃淑禎、楊珀齡(2006)探討慢性病單身高齡榮民之死亡態度研究相同。

表 4-2 台灣血液透析患者死亡態度各層面之平均數與標準差

死亡態度層面	層面 平均數	層面 標準差	單題(M) 平均數	單題(SD) 標準差
死亡恐懼	14.79	4.21	2.96	.84
死亡逃避	12.85	3.32	3.21	.83
中性接受	19.52	2.99	3.90	.60
趨近接受	16.48	3.39	3.30	.68
逃離接受	17.04	3.75	3.41	.75



表 4-3 死亡態度量表之次數分配表

構面	題目	很不同意 (%)	不同意 (%)	中立意見 (%)	同意 (%)	非常同意 (%)
	1. 死亡是一種可怕的經驗。	4.0	28.6	27.1	34.4	6.0
死亡恐懼	2. 想到我自己的死亡，就會引起我的焦慮不安。	4.0	33.1	27.3	28.9	6.8
	3. 我對死亡有強烈的恐懼感。	4.0	34.9	31.7	24.6	4.8
	4. 死後沒有生命這個想法讓我感到困擾。	4.3	33.1	37.0	21.8	3.8
	5. 死亡意味著一切的結束，這個事實令我害怕。	5.1	34.4	31.9	24.0	4.6
死亡逃避	6. 我盡量不去想到自己的死亡。	1.8	18.8	27.6	45.3	6.4
	7. 我盡量不去想關於死亡的事情。	2.8	20.0	29.3	42.1	5.8
	8. 我完全避免去想到死亡。	3.8	26.9	31.2	33.1	5.0
	9. 我儘量避開與死亡相關的事物。	4.0	26.3	28.3	36.0	5.5
	10. 死亡是一種自然的不可避免的事情。	.5	4.1	17.4	55.0	23.0
	11. 死亡只是生命過程的一部分而已。	.3	3.5	20.3	58.7	17.2
中性接受	12. 我希望自己死得有尊嚴而且不要太痛苦。	.7	3.1	12.9	48.9	34.4
	13. 我覺得生命該結束時，就讓它結束。	.3	3.5	20.5	49.3	26.4
	14. 我能勇於面對死亡。	.5	8.9	36.4	42.1	12.1
	15. 我相信我死後將會上天堂或極樂世界。	2.1	10.1	45.5	33.1	9.3
趨近接受	16. 死亡是一個受上帝（神、佛…）祝福的過程。	3.1	8.8	50.4	29.1	8.6
	17. 死亡帶來一個新的展望和輝煌的生命。	3.6	11.4	48.9	29.1	6.9
	18. 在面對死亡時，讓我感到欣慰的是我相信有來生。	3.0	12.9	50.4	26.1	7.6
	19. 死亡是另一個生命的開始而不是盡頭。	2.1	13.1	43.1	33.1	8.6
逃避接受	20. 死亡將結束我所有的煩惱。	2.1	13.2	32.4	42.0	10.2
	21. 死亡可讓我離開這個可怕的世界。	4.1	20.7	34.7	33.7	6.8
	22. 死亡是放下痛苦和苦難的過程。	2.1	11.2	33.2	44.0	9.4
	23. 死亡是今生痛苦的解脫。	2.3	12.1	30.2	44.8	10.6
	24. 我看待死亡像一個解除生命的負擔。	2.5	10.7	35.9	42.0	8.9

近年來血液透析患者已有逐年增加之趨勢，且大多數患者往往只能接受疾病來改變自己的生活，卻不是自己去安排得知疾病後的生活。因此在血液透析患者之心理歷程中，最大的渴望是能恢復身體正常之功能，但是病情的退化是不可逆的，因此，血液透析患者常介於外觀正常與臨終者之間擺盪，生命也常處於不可預測之中，猶如不定期炸彈般，長期深受煎熬與心靈之無助感。Landsman (1975) 曾提出所謂「邊緣人」的概念，認為洗腎病人一方面是病人的世界，另一方面是健康的世界，導致病人常徘徊於生死邊緣。根據研究者多年的透析臨床護理實務工作中發現，當末期腎病患者被診斷需接受血液透析治療時，約八成以上之透析患者自覺已無未來可言，感覺自我生命彷彿已被判了死刑，進而引發死亡恐懼與焦慮。因此，透過表 4-3 可發現，在死亡恐懼層面透析患者會認為「死亡是一種可怕的經驗(佔 34.4%)」，但卻不同意「想到我自己的死亡，就會引起我的焦慮不安(佔 33.1%)」、「我對死亡有強烈的恐懼感(佔 34.9%)」以及「死亡意味著一切的結束，這個事實令我害怕(佔 34.4%)」；但卻對「死後沒有生命這個想法讓我感到困擾」不表示意見(佔 37.0%)。在死亡逃避層面又認為「我盡量不去想到自己的死亡(佔 45.3%)」、「我盡量不去想關於死亡的事情(佔 42.1%)」、「我完全避免去想到死亡(佔 33.1%)」與「我盡量避開與死亡相關的事物(佔 36.0%)」，可見血液透析患者在死亡恐懼與死亡逃避層面是呈現矛盾衝突的心態。

然而，在華人文化社會中，血液透析患者常承受疾病污名化之影響，認為疾病是難以啟齒的，因此死亡的陰影反而被疾病的合併症所覆蓋，所以，當談論死亡時，總是一言以蔽之，甚至不做回應，當見到鄰床的腎友未來接受透析治療或發生急救時，大夥兒總是開始詢問並且有多方揣測，但就是不願意面對死亡這個事實。因此，在問卷施測期間，絕大多數的血液透析患者表示從未想過死亡這個議題，甚至拒絕回答，彷彿死亡是置身度外之事。所以，藉由調查分析結果發現，在中性接受層面皆同意「死亡是一種自然的不

可避免的事情(佔 55.0%)」、「死亡只是生命過程的一部分而已(佔 58.7%)」、「我希望自己死得有尊嚴而且不要太痛苦(佔 48.9%)」、「我覺得生命該結束時，就讓它結束(佔 49.3%)」與「我能勇於面對死亡(佔 42.1%)」。在趨近接受層面卻以中立意見居多，分別為「我相信我死後將會上天堂或極樂世界(佔 45.5%)」、「死亡是一個受上帝(神、佛…)祝福的過程(佔 50.4%)」、「死亡帶來一個新的展望和輝煌的生命(佔 48.9%)」、「在面對死亡時，讓我感到欣慰的是我相信有來生(佔 50.4%)」與「死亡是另一個生命的開始而不是盡頭(佔 43.1%)」。而在逃離接受層面則認為「死亡將結束我所有的煩惱(佔 42.0%)」、「死亡是放下痛苦和苦難的過程(佔 44.0%)」、「死亡是今生痛苦的解脫(佔 44.8%)」與「我看待死亡像一個解除生命的負擔(佔 42.0%)」；卻對「死亡可讓我離開這個可怕的世界(佔 34.7%)」不表示意見。由此可知，血液透析患者對死亡態度抱持較高之「中性接受」，大致上可接受死亡是一種自然的不可避免的事情，但卻對趨近接受不表示意見，可能對死後的世界不抱以希望；在逃離接受方面，會認為死亡是今生痛苦的解脫，但卻不認為這個世界是可怕的，由此可見其內心之掙扎。綜觀上述，或許也正反應血液透析患者忌談死亡之下所呈現的效應吧！

由表 4-4 得知，血液透析患者生命意義從各單題得分中發現：台灣血液透析患者對「靈性」層面(M=3.81, SD=.64)抱持較高之生命意義，其次依序為「生命價值」層面(M=3.79, SD=.61)、「整體生命意義」層面(M=3.72, SD=.55)、「生命目標」層面(M=3.70, SD=.63)，而血液透析患者反而對「自我概念」層面(M=3.57, SD=.63)抱持較低之生命意義。由此可知，台灣血液透析患者整體生命意義層面屬於中上程度，其中以「靈性」層面最高。與江慧珠(1996)探討末期腎病患者的生命意義研究相同；但卻與鄭如真(2009)探討血液透析患者之生命意義研究和謝伶瑜、林淑英(2009)探討老年末期腎病患者生命意義感之研究結果不同。歸納其原因，可能研究工具、年齡層與抽樣方式之不同，致使調查分析結果呈現不同。

表 4-4 血液透析患者生命意義各層面之平均數與標準差

生命意義層面	層面 平均數	層面 標準差	單題(M) 平均數	單題(SD) 標準差
生命目標	25.93	4.43	3.70	.63
生命價值	26.54	4.24	3.79	.61
自我概念	21.42	3.77	3.57	.63
靈性	22.87	3.83	3.81	.64
整體生命意義	96.77	14.36	3.72	.55

表 4-5 生命意義量表之次數分配表

構面	題目	很不同意 (%)	不同意 (%)	中立 意見 (%)	同意 (%)	非常 同意 (%)
生命目標	1. 生命是一種學習方式。	2.3	6.6	18.5	53.1	19.5
	2. 生命最終的意義，就是生而無悔、死而無憾。	.7	7.9	17.9	54.4	19.2
	3. 回想以前，我深刻地感受到自己的生命有意義。	1.0	11.6	28.8	46.8	11.9
	4. 生命的意義在於知福、惜福、再造福。	.8	5.1	17.0	53.7	23.3
	5. 我能接納他人的缺點。	1.3	9.3	32.1	50.6	6.8
	6. 我把困難當成是挑戰的機會。	1.0	8.1	30.1	50.9	9.9
	7. 我的生命掌握在我自己的手中。	1.7	12.6	23.0	49.3	13.6
	8. 受苦經驗能讓我更瞭解生命的意義與價值。	1.3	7.6	23.0	52.1	16.0
生命價值	9. 我肯定社會中默默行善的小人物。	.3	4.6	14.7	56.9	23.5
	10. 我隨緣行善幫助別人。	.5	4.5	19.2	60.3	15.5
	11. 我肯定每個人的存在，都有其獨特的意義與價值。	1.2	2.6	20.5	56.5	19.2
	12. 我心懷感恩過每一天。	1.3	5.0	23.5	54.0	16.2
	13. 我讓自己過得很快樂。	1.2	8.6	29.4	47.6	13.2
	14. 我尊重自己的生命，接受治療後好像是重生。	1.5	7.9	27.3	51.9	11.4
	15. 生命的意義是代表個人對今生的責任已完成。	.8	8.1	30.1	50.1	10.9
自我概念	16. 我是個負責任的人。	1.3	5.6	25.3	56.0	11.6
	17. 我可以接納自己。	1.0	8.6	25.3	55.4	9.8
	18. 我是個幸運的人。	3.0	16.5	30.1	39.5	10.9
	19. 我凡事盡人事、聽天命，且活在當下。	1.3	7.8	26.1	52.6	12.2
	20. 我是精力充沛、富有活力的。	1.7	16.4	32.1	42.1	7.8
	21. 在生活中追求心靈成長是理想的人生。	1.5	7.6	31.2	48.6	11.1
靈性	22. 我相信人的本性是良善的。	1.2	8.4	21.7	52.2	16.5
	23. 在大自然中，我認為萬物皆有靈性。	.5	4.3	22.1	53.4	19.7
	24. 我相信凡事有因必有果。	.3	4.8	16.9	53.4	24.6
	25. 宗教信仰有助於心靈的成長。	.8	5.5	21.8	52.2	19.7
	26. 宗教信仰可以讓自己心靈平靜。	1.2	5.3	21.8	52.9	18.8

台灣透析人口已高居世界第一，尿毒症已成為台灣 21 世紀之「國病」。因此，血液透析患者該如何與疾病共處，並尋求自身價值之生命意義，將是需深思之問題。由於過去五十年來醫療的突破性進展，大多數人都知道許多疾病是可以控制，但無法治癒的(Arthur, 2007/劉嘉雯、魯宓譯, 2007)，血液透析患者即是其中最明顯的一個範例。Rubin (1968) 指出：人都希望保持身體心像的完整，不要有損壞、改變，不要失去其功能或身體的部分。任何身體外表或形象的失去或改變，任何功能或完整性的破壞都會引起焦慮和害怕。身體功能的失去，不僅是挫折，更是悲劇，可以被視為與失去生命所引起的失落或威脅是相當的。

然而弔詭的是：透析病人的受苦經驗中，卻蘊含著其獨特的意義，因為他們藉著對疾病之苦的因應，也相對有機會去完成人生的特殊使命-靈性成長。正如Frankl所言：「一個人不能去尋找抽象的生命意義，每個人都有自己的特殊天職或使命，而此使命是需要具體去實現的。生命無法重複，也不可取代。所以每一個人都是獨特的，也只有他才有此一特殊的機遇去完成其獨特的使命 (Frankl, 1963/趙可式、沈錦惠譯, 1995)。因此透過表4-5得知，在生命目標層面透析患者皆同意「生命是一種學習方式(佔53.1%)」、「生命最終的意義，就是生而無悔、死而無憾(佔54.4%)」、「回想以前，我深刻地感受到自己的生命有意義(佔46.8%)」、「生命的意義在於知福、惜福、再造福。(佔53.7%)」、「我能接納他人的缺點(佔50.6%)」、「我把困難當成是挑戰的機會(佔50.9%)」以及「我的生命掌握在我自己的手中(佔49.3%)」。在生命價值層面卻認為「受苦經驗能讓我更瞭解生命的意義與價值(佔52.1%)」、「我肯定社會中默默行善的小人物(佔56.9%)」、「我隨緣行善幫助別人(佔60.3%)」、「我肯定每個人的存在，都有其獨特的意義與價值(佔56.5%)」、「我心懷感恩過每一天(佔54.0%)」、「我讓自己過得很快樂(佔47.6%)」與「我尊重自己的生命，接受治療後好像是重生(佔51.9%)」。在自我概念層面又認為「生命的意

義是代表個人對今生的責任已完成(佔50.1%)」、「我是個負責任的人(佔56.0%)」、「我可以接納自己(佔55.4%)」、「我是個幸運的人(佔39.5%)」、「我凡事盡人事、聽天命，且活在當下(佔52.6%)」與「我是精力充沛、富有活力的(佔42.1%)」。而靈性層面則同意「在生活中追求心靈成長是理想的人生(佔48.6%)」、「我相信人的本性是良善的(佔52.2%)」、「在大自然中，我認為萬物皆有靈性(佔53.4%)」、「我相信凡事有因必有果(佔53.4%)」、「宗教信仰有助於心靈的成長(佔52.2%)」與「宗教信仰可以讓自己心靈平靜(佔52.9%)」。可見與江慧珠(1996)在尋找末期腎病患者的生命意義研究中，發現患者會運用各種因應策略對生活取得控制，如藉由宗教觀點面對死亡與對未來抱持希望，透過與其他人事物建立歸屬感、肯定自我存在價值，並在內心深處思索疾病對自身的影響，最後將受苦解讀為贖罪進而體會生命的意義與價值有異曲同工之妙。

Frankl也認為「苦難賦予的意義，是生命的另一種動力，也是生命新的契機。」因為，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，除非人體認到他這樣的生命仍有其意義。這個狀況研究者認為，尼采充滿智慧的名言最足以描述之：「參透『為何』，才能迎接『任何』(Frankl, 1963 / 趙可式、沈錦惠譯，1995)。

由此可知，血液透析患者自身之受苦經驗，會賦予當事人特殊的生命意義，由於身體的功能改變，無法自我認同，而造成「自我概念」偏低之生命意義感，繼而藉由「靈性」層面的宗教信仰，獲得心靈安定之力量，並重定生命的意義與價值，終能完成此生對生病生命特殊意義之追求與圓成。

### 第三節 不同背景變項的血液透析患者死亡態度之 差異分析

本節主要在探討不同年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、透析年資、宗教信仰和透析治療情形之背景變項的血液透析患者，其死亡態度是否有顯著的差異。分別以上述之背景變項為自變項，以血液透析患者之死亡態度及其死亡恐懼、死亡逃避、中性接受、趨近接受、逃離接受五個層面為依變項，進行單因子變異數分析，變異數分析若 F 值達顯著水準，在進行 Scheffe 法事後比較，以了解各組間的差異情形，單因子變異數分析用以驗證假設一，分析結果後輔以文獻資料進行討論。

#### 壹、不同年齡的血液透析患者死亡態度之比較

由表 4-6、表 4-7 分析可知，不同年齡的血液透析患者在死亡態度未達顯著差異，研究假設 1-1 未獲得支持。本研究與鄭如真（2009）探討血液透析患者之研究和李佳芬、李幸香、黃淑禎、楊珀齡（2006）探討慢性病單身高齡榮民之研究相同，皆無年齡差異。

歸納其原因可能，血液透析患者有普遍年輕化之趨勢，但尿毒症賦予透析患者之合併症皆一樣，所承受之身體變化亦同，故無年齡之分。



表 4-6 不同年齡的血液透析患者死亡態度各層面之平均數與標準差

死亡態度層面	年齡	人數	平均數(M)	標準差 (SD)
死亡恐懼	16-25	11	15.18	5.26
	26-35	40	15.37	3.78
	36-45	89	15.46	4.76
	46-55	147	15.13	4.15
	56-65	177	14.42	4.11
	66-75	86	14.44	3.58
	76-85	48	14.02	4.31
	86歲以上	7	13.85	6.38
死亡逃避	16-25	11	13.54	5.41
	26-35	40	12.02	3.52
	36-45	89	12.79	3.39
	46-55	147	12.96	3.26
	56-65	177	13.14	3.17
	66-75	86	12.74	2.81
	76-85	48	12.31	3.73
	86歲以上	7	12.28	4.68
中性接受	16-25	11	19.18	2.99
	26-35	40	19.80	2.59
	36-45	89	19.85	3.41
	46-55	147	19.55	2.77
	56-65	177	19.41	2.70
	66-75	86	19.06	3.27
	76-85	48	19.81	3.49
	86歲以上	7	20.00	3.91
趨近接受	16-25	11	14.81	4.33
	26-35	40	15.67	3.01
	36-45	89	16.01	4.12
	46-55	147	16.42	3.12
	56-65	177	16.86	2.92
	66-75	86	16.80	2.93
	76-85	48	16.20	4.53
	86歲以上	7	19.00	4.32
逃離接受	16-25	11	18.27	5.76
	26-35	40	16.70	4.25
	36-45	89	16.57	4.21
	46-55	147	16.59	3.74
	56-65	177	17.03	3.27
	66-75	86	17.54	3.47
	76-85	48	18.16	3.78
	86歲以上	7	18.42	3.55

表 4-7 不同年齡的血液透析患者死亡態度各層面之變異數分析摘要表

死亡態度層面	變異來源	SS	df	MS	F
死亡恐懼	組間	141.67	7	20.23	1.14
	組內	10558.66	597	17.68	
死亡逃避	組間	66.83	7	9.54	.86
	組內	6582.47	597	11.02	
中性接受	組間	39.72	7	5.67	.63
	組內	5369.18	597	8.99	
趨近接受	組間	159.32	7	22.76	2.00
	組內	6791.70	597	11.37	
逃離接受	組間	165.88	7	23.69	1.70
	組內	8309.16	597	13.91	

\* $p < .05$

## 貳、不同性別的血液透析患者死亡態度之比較

由表 4-8、表 4-9 分析可知，不同性別的血液透析患者在逃離接受層面達顯著差異( $F=4.57$ ,  $p=.03$ )，研究假設 1-2 部分獲得支持。顯示：女性血液透析患者在( $M=17.36$ ,  $SD=3.59$ )逃離接受顯著高於男性血液透析患者( $M=16.71$ ,  $SD=3.86$ )。與 Wong、Reker & Gesser (1994) 的研究發現，女性的逃離接受明顯高於男性相同，但與鄭如真 (2009) 探討血液透析患者之研究結果無性別差異而有所不同。

推測其可能原因，女性血液透析患者常處於多重角色，不但需接受血液透析治療，還需身兼家務與工作。因此，對死亡所抱持之態度會傾向於逃離接受所呈現之死亡是今生痛苦的解脫與放下痛苦和苦難的過程。

表 4-8 不同性別的血液透析患者死亡態度各層面之平均數與標準差

死亡態度層面	性別	人數	平均數(M)	標準差 (SD)
死亡恐懼	男	306	14.60	4.16
	女	299	14.97	4.24
死亡逃避	男	306	12.93	3.28
	女	299	12.76	3.35
中性接受	男	306	19.47	2.86
	女	299	19.57	3.12
趨近接受	男	306	16.28	3.49
	女	299	16.68	3.27
逃離接受	男	306	16.71	3.86
	女	299	17.36	3.59

表 4-9 不同性別的血液透析患者死亡態度各層面之變異數分析摘要表

死亡態度層面	變異來源	SS	df	MS	F
死亡恐懼	組間	20.56	1	20.56	1.16
	組內	10679.78	603	17.71	
死亡逃避	組間	4.48	1	4.48	.41
	組內	6644.83	603	11.02	
中性接受	組間	1.76	1	1.76	.20
	組內	5407.14	603	8.97	
趨近接受	組間	24.75	1	24.75	2.16
	組內	6926.28	603	11.49	
逃離接受	組間	63.69	1	63.69	4.57 *
	組內	8411.36	603	13.95	

\* $p < .05$

### 參、不同婚姻狀況的血液透析患者死亡態度之比較

由表 4-10、表 4-11 分析可知，不同婚姻狀況的血液透析患者在死亡態度未達顯著差異，研究假設 1-3 未獲得支持。與鄭如真（2009）探討血液透析患者之研究相同。Rhudick 與 Dibner（1961）的研究發現死亡態度不受婚姻狀況的影響。鍾思嘉（1986）以老人為研究對象，發現寡居、已婚、離

婚、未婚的老人死亡態度並沒有差異。丘愛鈴（1989）和黃琪璘（1991）的研究也發現婚姻狀況與死亡態度無關與本研究結果相同。

表 4-10 不同婚姻狀況的血液透析患者死亡態度各層面之平均數與標準差

死亡態度層面	婚姻狀況	人數	平均數(M)	標準差 (SD)
死亡恐懼	未婚	83	14.63	3.96
	已婚	413	14.82	4.23
	鰥寡	70	14.47	4.21
	離婚	30	15.23	4.91
	分居	9	15.55	2.74
死亡逃避	未婚	83	12.39	3.60
	已婚	413	12.95	3.23
	鰥寡	70	12.58	3.24
	離婚	30	13.16	3.93
	分居	9	13.11	2.97
中性接受	未婚	83	19.81	2.63
	已婚	413	19.60	2.95
	鰥寡	70	19.01	3.30
	離婚	30	19.46	3.25
	分居	9	17.11	3.62
趨近接受	未婚	83	16.19	3.66
	已婚	413	16.59	3.33
	鰥寡	70	16.25	3.49
	離婚	30	16.56	3.35
	分居	9	15.44	3.00
逃離接受	未婚	83	16.59	4.39
	已婚	413	17.11	3.57
	鰥寡	70	17.12	3.30
	離婚	30	16.83	4.84
	分居	9	17.88	4.28

表 4-11 不同婚姻狀況的血液透析患者死亡態度各層面之變異數分析摘要表

死亡態度層面	變異來源	SS	df	MS	F
死亡恐懼	組間	20.70	4	5.17	.29
	組內	10679.63	600	17.79	
死亡逃避	組間	30.17	4	7.54	.68
	組內	6619.13	600	11.03	
中性接受	組間	80.81	4	20.20	2.27
	組內	5328.08	600	8.88	
趨近接受	組間	25.49	4	6.37	.55
	組內	6925.53	600	11.54	
逃離接受	組間	27.20	4	6.80	.48
	組內	8447.84	600	14.08	

\* $p < .05$

#### 肆、不同教育程度的血液透析患者死亡態度之比較

由表 4-12、表 4-13 分析可知，不同教育程度的血液透析患者在中性接受層面達顯著差異( $F=4.69$ ,  $p < .05$ )，研究假設 1-4 部分獲得支持。經由 Scheffe 法事後比較後結果顯示，高中或高職、專科及大學畢業之血液透析患者，在中性接受層面所感受的死亡態度，均顯著高於不識字的血液透析患者。顯示高中或高職、專科及大學畢業之血液透析患者，較能接受死亡為生命的整合。由於血液透析患者之教育程度差異頗大，高中或高職、專科及大學畢業之血液透析患者，教育程度越高者對死亡認知越多，死亡態度普遍呈現正向之態度。羅素如(2000)以殯葬人員為對象的研究，發現較高教育程度在中性接受明顯高於低教育程度者，顯示教育程度影響對死亡的認知及處理生活負面事件之能力。又與鄭如真(2009)探討血液透析患者之研究和李佳芬、李幸香、黃淑禎、楊珀齡(2006)探討慢性病單身高齡榮民之研究不同。

表 4-12 不同教育程度的血液透析患者死亡態度各層面之平均數與標準差

死亡態度層面	教育程度	人數	平均數(M)	標準差 (SD)
死亡恐懼	不識字	62	14.87	3.97
	小 學	182	14.59	4.06
	國 中	94	14.43	4.08
	高中(職)	159	14.90	4.10
	專 科	45	14.51	4.38
	大 學	53	15.88	5.04
	研究所以上	10	14.80	5.55
死亡逃避	不識字	62	12.61	3.54
	小 學	182	13.12	3.12
	國 中	94	12.73	3.29
	高中(職)	159	12.56	3.34
	專 科	45	12.06	3.07
	大 學	53	13.77	3.51
	研究所以上	10	13.50	4.27
中性接受	不識字	62	17.88	3.82
	小 學	182	19.37	2.73
	國 中	94	19.55	3.21
	高中(職)	159	19.81	2.77
	專 科	45	20.17	2.53
	大 學	53	20.37	2.71
	研究所以上	10	20.00	2.86
趨近接受	不識字	62	16.01	3.96
	小 學	182	17.01	3.16
	國 中	94	16.15	3.54
	高中(職)	159	16.35	3.33
	專 科	45	16.62	2.97
	大 學	53	16.22	3.75
	研究所以上	10	15.50	2.32
逃離接受	不識字	62	17.16	3.74
	小 學	182	17.39	3.27
	國 中	94	16.63	3.95
	高中(職)	159	16.72	4.09
	專 科	45	16.75	3.54
	大 學	53	17.66	4.09
	研究所以上	10	16.70	2.86

表 4-13 不同教育程度的血液透析患者死亡態度各層面之變異數分析摘要表

死亡態度層面	變異來源	SS	df	MS	F	事後比較
死亡恐懼	組間	88.59	6	14.76	.83	
	組內	10611.74	598	17.74		
死亡逃避	組間	108.51	6	18.08	1.65	
	組內	6540.79	598	10.93		
中性接受	組間	243.24	6	40.54	4.69***	1<4,1<5
	組內	5165.65	598	8.63		1<6
趨近接受	組間	90.82	6	15.13	1.32	
	組內	6860.20	598	11.47		
逃離接受	組間	79.53	6	13.25	.94	
	組內	8395.51	598	14.03		

註：\* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$ ， 1：不識字 2：小學 3：國中 4：高中或高職 5：專科 6：大學 7：研究所以上

## 伍、不同透析年資的血液透析患者死亡態度之比較

由表 4-14、表 4-15 分析可知，不同透析年資的血液透析患者在中性接受層面達顯著差異( $F=4.17$ ,  $p < .05$ )，研究假設 1-5 部分獲得支持。經由 Scheffe 法事後比較後結果顯示，透析年資達 11 年以上之血液透析患者，在中性接受層面所感受的死亡態度，均顯著高於 1 年以內的血液透析患者。而趨近接受層面達顯著差異( $F=2.74$ ,  $p < .05$ )，經由 Scheffe 法事後比較後結果顯示，不同接受透析年資的血液透析患者，任兩組間無顯著差異存在。顯示趨近接受與透析年資無關。這與林怡亞(2000)探討透析病人死亡焦慮之質性研究中發現，透析年資越久而又調適良好的患者，在與疾病共存的過程中呈現穩定的一致性。又與鄭如真(2009)探討血液透析患者與透析年資無關之研究不同。

根據台灣腎臟醫學會理事長黃秋錦指出，血液透析患者洗腎後第一年存

活率為 87.5%、五年存活率為 54.3%、十年存活率為 33.8%（腹膜透析新知，2007）。可見其存活率有依患病年資而迅速惡化之趨勢，造成患者不但需要學習與疾病共處，還須學習調適因身體不適所帶來的痛苦與死亡恐懼所產生的生命無望感及絕望之感受（McFarlane, 1999）。因此，從相關文獻中發現，血液透析患者，在生理、心理、社會及日常生活皆面臨巨大衝擊，尤其初期所表現的病徵多為負向，患者會認為血液透析治療過程是痛苦且擺脫不了的，且當意識到自己必須事事依賴他人時，自我價值感就會瀕臨崩解（翁嘉英、吳振能、吳英璋，20003；黃淑貞、詹惠雅，2006；Mc Clellan, 2001）。因此，透析年資達 11 年以上之透析患者反而愈能接受透析治療之事實，相形之下，會比透析年資 1 年以內的透析患者在死亡態度上較傾向於中性接受。亦較能接受死亡只是生命過程的一部分而已與死亡是一種自然的不可避免的事情，會覺得生命該結束時，就讓它結束，並期望自己死得有尊嚴而且不要太痛苦，因此，較能勇於面對自己的死亡。反之，透析年資在 10 年以內之透析患者，可能仍期待腎臟移植而擺脫血液透析治療之困境。



表 4-14 不同透析年資的血液透析患者死亡態度各層面之平均數與標準差

死亡態度層面	透析年資	人數	平均數(M)	標準差 (SD)
死亡恐懼	1 年以內	67	15.13	4.58
	1-5 年	270	14.94	4.06
	6-10 年	190	14.66	4.31
	11 年以上	78	14.24	4.12
死亡逃避	1 年以內	67	13.07	3.90
	1-5 年	270	12.65	3.12
	6-10 年	190	13.26	3.25
	11 年以上	78	12.32	3.52
中性接受	1 年以內	67	18.82	2.58
	1-5 年	270	19.27	3.15
	6-10 年	190	19.83	2.88
	11 年以上	78	20.25	2.80
趨近接受	1 年以內	67	16.14	3.75
	1-5 年	270	16.12	3.05
	6-10 年	190	16.86	3.66
	11 年以上	78	17.05	3.38
逃離接受	1 年以內	67	17.56	3.35
	1-5 年	270	16.80	3.45
	6-10 年	190	17.10	4.18
	11 年以上	78	17.25	3.89

表 4-15 不同透析年資的血液透析患者死亡態度各層面之變異數分析摘要表

死亡態度層面	變異來源	SS	df	MS	F	事後比較
死亡恐懼	組間	40.79	3	13.59	.76	
	組內	10659.54	601	17.73		
死亡逃避	組間	69.11	3	23.03	2.10	
	組內	6580.19	601	10.94		
中性接受	組間	110.30	3	36.76	4.17**	1<4
	組內	5298.59	601	8.81		
趨近接受	組間	93.82	3	31.27	2.74*	n.s.
	組內	6857.20	601	11.41		
逃離接受	組間	38.63	3	12.87	.91	
	組內	8436.41	601	14.03		

註：\*p<.05 \*\*p<.01， 1：1 年以內 2：1-5 年 3：6-10 年 4：11 年以上

## 陸、不同宗教信仰的血液透析患者死亡態度之比較

由表 4-16、表 4-17 分析可知，不同宗教信仰的血液透析患者在死亡態度未達顯著差異，研究假設 1-6 未獲得支持。本研究與鄭如真（2009）探討血液透析患者之研究和李佳芬、李幸香、黃淑禎、楊珀齡（2006）探討慢性病單身高齡榮民之研究相同。Yalom（1980）研究指出，有宗教信仰者對死亡抱持正向的情緒，能以宗教上豐富的教理降低死亡焦慮之研究結果不同。

表 4-16 不同宗教信仰的血液透析患者死亡態度各層面之平均數與標準差

死亡態度層面	宗教信仰	人數	平均數(M)	標準差 (SD)
死亡恐懼	佛 教	166	14.91	4.24
	道教(民間信仰)	331	14.65	4.08
	天主教	14	15.00	4.36
	基督教	43	15.27	5.26
	回 教	2	15.50	.70
	一貫道	17	14.58	4.31
	其 他	32	14.84	4.00
死亡逃避	佛 教	166	13.07	3.36
	道教(民間信仰)	331	12.77	3.24
	天主教	14	14.35	2.43
	基督教	43	12.23	3.82
	回 教	2	12.00	.00
	一貫道	17	12.11	3.65
	其 他	32	13.00	3.29
中性接受	佛 教	166	19.79	2.98
	道教(民間信仰)	331	19.28	2.95
	天主教	14	19.64	3.34
	基督教	43	20.18	3.11
	回 教	2	16.50	2.12
	一貫道	17	19.58	3.67
	其 他	32	19.84	2.68
趨近接受	佛 教	166	16.51	3.67
	道教(民間信仰)	331	16.27	3.10
	天主教	14	17.14	4.58
	基督教	43	17.86	3.72
	回 教	2	15.50	.70
	一貫道	17	17.23	4.27
	其 他	32	15.93	2.96
逃離接受	佛 教	166	16.42	4.09
	道教(民間信仰)	331	17.35	3.40
	天主教	14	17.35	3.95
	基督教	43	17.44	4.44
	回 教	2	17.00	2.82
	一貫道	17	16.88	3.96
	其 他	32	16.37	3.93

表 4-17 不同宗教信仰的血液透析患者死亡態度各層面之變異數分析摘要表

死亡態度層面	變異來源	SS	df	MS	F
死亡恐懼	組間	21.29	6	3.54	.19
	組內	10679.04	598	17.85	
死亡逃避	組間	69.77	6	11.62	1.05
	組內	6579.53	598	11.00	
中性接受	組間	72.43	6	12.07	1.35
	組內	5336.46	598	8.92	
趨近接受	組間	122.81	6	20.46	1.79
	組內	6828.21	598	11.41	
逃離接受	組間	117.68	6	19.61	1.40
	組內	8357.36	598	13.97	

\* $p < .05$

### 柒、不同透析治療情形的血液透析患者死亡態度之比較

由表 4-18、表 4-19 分析可知，不同透析治療情形的血液透析患者在死亡恐懼層面達顯著差異( $F=6.89, p < .05$ )，研究假設 1-7 部分獲得支持。經由 Scheffe 法事後比較後結果顯示，透析治療情形不好之血液透析患者，在死亡恐懼層面所感受的死亡態度，均顯著高於透析治療情形良好的血液透析患者。死亡逃避層面不同透析治療情形的血液透析患者達顯著差異( $F=4.79, p < .05$ )，經由 Scheffe 法事後比較後結果顯示，透析治療情形很差之血液透析患者，在死亡逃避層面所感受的死亡態度，均顯著高於透析治療情形良好與尚可的血液透析患者。而中性接受層面( $F=3.01, p < .05$ )與趨近接受層面( $F=3.51, p < .05$ )達顯著差異，經由 Scheffe 法事後比較後結果顯示，不同接受透析治療情形的血液透析患者，任兩組間無顯著差異存在。顯示中性接受層面、趨近接受層面與透析治療情形無關。在探討健康狀況與死亡態度的研究發現自覺身體不健康者死亡恐懼較高(Templer, 1970; Elkins & Fee, 1980; 王素貞, 1994; 藍育慧, 1995; 徐士虹, 1996)與本研究結果相同。

又與 Wong、Reker & Gesser (1994) 的研究發現，身體健康與對死亡的中性接受有顯著正相關，與逃離接受有顯著的負相關有所不同。

血液透析患者在面臨接受血液透析治療的過程中是倍感辛苦的，一方面需配合醫院一週三次之透析治療；另一方面又需獨自承擔因身體、心理、社會及日常生活所帶來之衝擊，因此，當透析治療無法改善其症狀，反而增加其合併症時，易導致透析情況不好或很差之血液透析患者，會感受到死亡是一種可怕的經驗與強烈的恐懼感，由於認為死亡意味著一切的結束，這個事實令我害怕；因此，會盡量不去想到自己的死亡與死亡相關的事物。相形之下，反而造成更高之死亡恐懼與死亡逃避。

表 4-18 不同透析治療情形的血液透析患者死亡態度各層面之平均數與標準差

死亡態度層面	透析治療情形	人數	平均數(M)	標準差 (SD)
死亡恐懼	良好	281	14.23	4.20
	尚可	299	15.05	4.06
	不好	19	17.73	4.12
	很差	6	18.50	5.78
死亡逃避	良好	281	12.67	3.30
	尚可	299	12.83	3.31
	不好	19	14.21	2.59
	很差	6	17.16	2.78
中性接受	良好	281	19.90	2.99
	尚可	299	19.21	2.98
	不好	19	18.94	3.00
	很差	6	18.66	1.50
趨近接受	良好	281	16.86	3.36
	尚可	299	16.25	3.33
	不好	19	14.84	3.43
	很差	6	15.00	5.09
逃離接受	良好	281	16.92	3.77
	尚可	299	17.08	3.69
	不好	19	17.21	4.37
	很差	6	19.50	2.25

表 4-19 不同透析治療情形的血液透析患者死亡態度各層面之變異數分析摘要表

死亡態度層面	變異來源	SS	df	MS	F	事後比較
死亡恐懼	組間	356.04	3	118.68	6.89 ***	1<3
	組內	10344.29	601	17.21		
死亡逃避	組間	155.49	3	51.83	4.79 **	1<4, 2<4
	組內	6493.81	601	10.80		
中性接受	組間	80.15	3	26.71	3.01*	n.s.
	組內	5328.74	601	8.86		
趨近接受	組間	119.74	3	39.91	3.51*	n.s.
	組內	6831.28	601	11.36		
逃離接受	組間	41.22	3	13.74	.97	
	組內	8433.82	601	14.03		

註：\* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$ ，1：良好 2：尚可 3：不好 4：很差

## 第四節 不同背景變項的血液透析患者生命意義之 差異分析

### 壹、不同年齡的血液透析患者生命意義之比較

由表 4-20、表 4-21 分析可知，不同年齡的血液透析患者其整體生命意義未達顯著差異，研究假設 2-1 未獲得支持。就生命意義各層面而言，生命目標層面( $F=40.71$ ， $p < .05$ )與自我概念層面( $F=31.49$ ， $p < .05$ )達顯著差異，經由 Scheffe 法事後比較後結果顯示，不同年齡的血液透析患者，任兩組間無顯著差異存在。顯示生命目標層面、自我概念層面與年齡無關。

表 4-20 不同年齡的血液透析患者生命意義各層面之平均數與標準差

生命意義層面	年齡	人數	平均數(M)	標準差 (SD)
生命目標	16-25	11	23.09	7.40
	26-35	40	25.75	3.94
	36-45	89	26.20	4.82
	46-55	147	26.61	4.53
	56-65	177	26.06	3.68
	66-75	86	25.03	4.52
	76-85	48	25.06	4.84
	86歲以上	7	27.14	4.67
生命價值	16-25	11	25.36	5.66
	26-35	40	26.70	3.64
	36-45	89	26.60	4.49
	46-55	147	27.09	4.20
	56-65	177	26.59	3.94
	66-75	86	25.91	4.20
	76-85	48	25.54	4.87
	86歲以上	7	28.00	5.29
自我概念	16-25	11	19.90	4.32
	26-35	40	20.77	3.37
	36-45	89	20.98	4.22
	46-55	147	22.06	3.58
	56-65	177	21.64	3.37
	66-75	86	20.81	4.12
	76-85	48	21.02	3.98
	86歲以上	7	24.14	3.71
靈 性	16-25	11	21.90	5.43
	26-35	40	21.92	3.66
	36-45	89	22.56	4.39
	46-55	147	23.51	3.76
	56-65	177	22.99	3.54
	66-75	86	22.32	3.68
	76-85	48	22.81	3.65
	86歲以上	7	23.85	4.74
整體生命意義	16-25	11	90.27	21.08
	26-35	40	95.15	13.25
	36-45	89	96.35	15.74
	46-55	147	99.29	14.10
	56-65	177	97.31	12.68
	66-75	86	94.09	14.58
	76-85	48	94.43	15.70
	86歲以上	7	103.14	17.17

表 4-21 不同年齡的血液透析患者生命意義各層面之變異數分析摘要表

生命意義層面	變異來源	SS	df	MS	F	事後比較
生命目標	組間	285.03	7	40.71	2.09*	n.s.
	組內	11583.18	597	19.40		
生命價值	組間	158.54	7	22.64	1.26	
	組內	10721.71	597	17.95		
自我概念	組間	220.49	7	31.49	2.25*	n.s.
	組內	8351.33	597	13.98		
靈性	組間	151.07	7	21.58	1.47	
	組內	8712.34	597	14.59		
整體生命意義	組間	2738.23	7	391.17	1.91	
	組內	121890.44	597	204.17		

\* $p < .05$

## 貳、不同性別的血液透析患者生命意義之比較

由表 4-22、表 4-23 分析可知，不同性別的血液透析患者其整體生命意義未達顯著差異，而靈性層面達顯著差異( $F=6.17, p < .05$ )，研究假設 2-2 獲得支持。其靈性層面又以女性高於男性。

歸納結果其原因可能，在台灣社會中，女性血液透析患者雖已接受透析治療，但仍面臨子女教養、婆媳等問題，甚至還需身兼家務與工作，因此，易有負面情緒與心理衝擊接踵而來。亦有質性研究之結果發現適婚女性在面對因尿毒症而需接受長期血液透析治療之際，竟面臨工作喪失、未婚夫離去等打擊，造成病人身心壓力與調適困難（潘美妃、許美治，2009）。故女性血液透析患者會認為凡事有因必有果，因此，透過宗教信仰讓自己心靈平靜，並獲得成長。致使常藉由宗教信仰達到心靈之平衡，並轉化疾病所帶來之負面影響，故在靈性層面顯著高於男性血液透析患者。



表 4-22 不同性別的血液透析患者生命意義各層面之平均數與標準差

生命意義層面	性別	人數	平均數(M)	標準差 (SD)
生命目標	男	306	25.89	4.03
	女	299	25.96	4.81
生命價值	男	306	26.52	4.02
	女	299	26.55	4.46
自我概念	男	306	21.42	3.70
	女	299	21.42	3.84
靈 性	男	306	22.48	3.76
	女	299	23.25	3.86
整體生命意義	男	306	96.33	13.70
	女	299	97.20	15.01

表 4-23 不同性別的血液透析患者生命意義各層面之變異數分析摘要表

死亡態度層面	變異來源	SS	df	MS	F
生命目標	組間	.70	1	.70	.04
	組內	11867.53	603	19.68	
生命價值	組間	.19	1	.19	.01
	組內	10880.07	603	18.04	
自我概念	組間	.01	1	.01	.00
	組內	8571.82	603	14.22	
靈 性	組間	89.80	1	89.80	6.17 *
	組內	8773.62	603	14.55	
整體生命意義	組間	113.79	1	113.79	.55
	組內	124514.89	603	206.49	

\* $p < .05$

### 參、不同婚姻狀況的血液透析患者生命意義之比較

由表 4-24、表 4-25 分析可知，不同婚姻狀況的血液透析患者其整體生命意義達顯著差異( $F=4.29, p < .05$ )，研究假設 2-3 獲得支持。經由 Scheffe 法事後比較後結果顯示，已婚的血液透析患者其整體生命意義高於鰥寡的血液透析患者，就生命意義各層面，生命目標層面( $F=3.94, p < .05$ )、自我概

念層面( $F=5.52, p<.05$ )與生命價值( $F=2.91, p<.05$ )皆達顯著差異，經由 Scheffe 法事後比較後結果顯示，已婚的血液透析患者其生命目標與自我概念皆高於鰥寡的血液透析患者。

可能原因，由於已婚的血液透析患者可得到配偶的支持，有歸屬感之覺受，雖面臨疾病之挑戰，但仍能認同與接納自己，並對生命懷抱希望與目標。與劉淑娟（1999）探討慢性病老人研究和藍乙琳、周甘逢（2007）探討退休教師之研究相同。

表 4-24 不同婚姻狀況的血液透析患者生命意義各層面之平均數與標準差

生命意義層面	婚姻狀況	人數	平均數(M)	標準差 (SD)
生命目標	未婚	83	25.34	4.28
	已婚	413	26.38	4.22
	鰥寡	70	24.45	5.00
	離婚	30	25.06	5.29
	分居	9	24.66	4.52
生命價值	未婚	83	26.19	3.83
	已婚	413	26.87	4.03
	鰥寡	70	25.31	5.30
	離婚	30	26.36	4.67
	分居	9	24.33	4.71
自我概念	未婚	83	20.73	3.45
	已婚	413	21.88	3.60
	鰥寡	70	20.20	4.39
	離婚	30	20.46	3.83
	分居	9	19.22	4.52
靈 性	未婚	83	22.14	3.97
	已婚	413	23.15	3.52
	鰥寡	70	22.11	4.52
	離婚	30	22.96	5.01
	分居	9	22.00	4.82
整體生命意義	未婚	83	94.42	13.59
	已婚	413	98.30	13.41
	鰥寡	70	92.08	17.39
	離婚	30	94.86	17.34
	分居	9	90.22	16.85

表 4-25 不同婚姻狀況的血液透析患者生命意義各層面之變異數分析摘要表

生命意義層面	變異來源	SS	df	MS	F	事後比較
生命目標	組間	303.87	4	75.97	3.94 **	2>3
	組內	11564.34	600	19.27		
生命價值	組間	207.34	4	51.83	2.91*	n.s.
	組內	10672.91	600	17.78		
自我概念	組間	304.56	4	76.14	5.52 ***	2>3
	組內	8267.26	600	13.77		
靈 性	組間	123.71	4	30.92	2.12	
	組內	8739.70	600	14.56		
整體生命意義	組間	3467.59	4	866.89	4.29 **	2>3
	組內	121161.07	600	201.93		

註：\* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$ ， 1：未婚 2：已婚 3：鰥寡 4：離婚 5：分居

#### 肆、不同教育程度的血液透析患者生命意義之比較

由表 4-26、表 4-27 分析可知，不同教育程度的血液透析患者其整體生命意義達顯著差異( $F=7.74, p < .05$ )，研究假設 2-4 獲得支持。經由 Scheffe 法事後比較後結果顯示，高中(職)、專科、大學畢業的血液透析患者其整體生命意義高於不識字的血液透析患者，又高中(職)畢業的血液透析患者其整體生命意義高於小學的血液透析患者。就生命意義各層面，生命目標層面( $F=5.94, p < .05$ )、生命價值層面( $F=8.33, p < .05$ ) 與靈性層面( $F=6.82, p < .05$ )皆達顯著差異，經由 Scheffe 法事後比較後結果顯示，高中(職)、專科、大學畢業的血液透析患者其生命目標、生命價值與靈性高於不識字的血液透析患者，自我概念層面( $F=3.92, p < .05$ ) 達顯著差異，經由 Scheffe 法事後比較後結果顯示，高中(職) 畢業的血液透析患者其自我概念高於不識字的血液透析患者。

推論其原因可能，教育水準較高之透析患者擁有較多的文化知識與資訊來源，因而較清楚自己的生命是一種學習方式，亦了解到生命最終的意義，

就是生而無悔、死而無憾，會將困難當成是挑戰的機會；進而體會受苦經驗能讓自己更瞭解生命的意義與價值，由於肯定每個人的存在，都有其獨特的意義與價值，因此，能尊重自己的生命，並從接受透析治療中感受到彷彿是重生，致使能心懷感恩過每一天與隨緣行善幫助別人，使成為一個負責任與接納自己的人。由於相信在大自然中，萬物皆有靈性與凡事有因必有果，因此，會藉由宗教信仰讓自己的心靈平靜與成長。故在生命目標、生命價值、自我概念、靈性與整體生命意義會比教育程度低之血液透析患者普遍偏高。

表 4-26 不同教育程度的血液透析患者生命意義各層面之平均數與標準差

生命意義層面	教育程度	人數	平均數(M)	標準差(SD)
生命目標	不識字	62	23.51	4.97
	小學	182	25.41	4.68
	國中	94	25.92	4.31
	高中(職)	159	26.70	3.57
	專科	45	27.15	3.52
	大學	53	27.26	4.71
	研究所以上	10	25.60	5.42
生命價值	不識字	62	24.03	5.11
	小學	182	25.94	4.06
	國中	94	26.12	4.23
	高中(職)	159	27.52	3.57
	專科	45	27.77	3.83
	大學	53	28.18	4.41
	研究所以上	10	26.80	3.55
自我概念	不識字	62	19.80	4.43
	小學	182	20.90	3.76
	國中	94	21.77	3.72
	高中(職)	159	22.03	3.29
	專科	45	22.08	3.41
	大學	53	22.07	3.87
	研究所以上	10	21.60	4.52
靈 性	不識字	62	21.06	4.56
	小學	182	22.40	3.55
	國中	94	22.14	3.71
	高中(職)	159	23.77	3.35
	專科	45	23.86	3.50
	大學	53	24.24	4.15
	研究所以上	10	23.00	5.12
整體生命意義	不識字	62	88.41	17.50
	小學	182	94.65	13.80
	國中	94	95.97	14.57
	高中(職)	159	100.04	11.73
	專科	45	100.88	12.34
	大學	53	101.77	15.08
	研究所以上	10	97.00	16.38

表 4-27 不同教育程度的血液透析患者生命意義各層面之變異數分析摘要表

生命意義層面	變異來源	SS	df	MS	F	事後比較
生命目標	組間	668.44	6	111.40	5.94***	1<4, 1<5
	組內	11199.77	598	18.72		1<6
生命價值	組間	839.29	6	139.88	8.33***	1<4, 1<5
	組內	10040.96	598	16.79		1<6
自我概念	組間	325.03	6	54.17	3.92**	1<4
	組內	8246.79	598	13.79		
靈 性	組間	567.73	6	94.62	6.82***	1<4, 1<5
	組內	8295.68	598	13.87		1<6
整體生命意義	組間	8988.31	6	1498.05	7.74***	1<4, 1<5
	組內	115640.35	598	193.37		1<6, 2<4

註：\* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$ ，1：不識字 2：小學 3：國中 4：高中或高

職 5：專科 6：大學 7：研究所以上

## 伍、不同透析年資的血液透析患者生命意義之比較

由表 4-28、表 4-29 分析可知，不同透析年資的血液透析患者其整體生命意義達顯著差異( $F = 7.60, p < .05$ )，研究假設 2-5 獲得支持。經由 Scheffe 法事後比較後結果顯示，透析年資為 11 年以上的血液透析患者其整體生命意義高於透析年資為 1 年以內與 1-5 年的血液透析患者，又透析年資 6-10 年的血液透析患者其整體生命意義高於透析年資為 1 年以內的血液透析患者。就生命意義各層面，生命目標層面( $F = 5.55, p < .05$ )與靈性層面( $F = 4.97, p < .05$ )皆達顯著差異，經由 Scheffe 法事後比較後結果顯示，透析年資為 11 年以上的血液透析患者其生命目標與靈性皆高於透析年資為 1 年以內及 1-5 年的血液透析患者。生命價值層面( $F = 7.13, p < .05$ )與自我概念層面( $F = 6.35, p < .05$ )達顯著差異，經由 Scheffe 法事後比較後結果顯示，透析年資為 11 年以上的血液透析患者其生命價值與自我概念皆高於透析年資為 1 年以內與 1-5 年的血液透析患者，又透析年資 6-10 年的血液透

析患者其生命價值與自我概念又高於透析年資為 1 年以內的血液透析患者。

歸納其原因可能，1 年以內之血液透析患者其心境常會經歷否認、憤怒、討價還價、消沉抑鬱至接受（傅偉勳，1993）；但此期之血液透析患者常徘徊在否認與憤怒之間，鮮少能直接進入接受期。在心理方面的壓力；因生理合併症形成無法預期的醫療狀況，而導致獨立及依賴的衝突、「害怕死亡」及「害怕生存」的矛盾心理、沮喪、憂鬱、自我形象改變、自殺意念增加、不安全感、焦慮（吳貴君，1989；Halper, 1971）。Anger（1976）亦指出：病患「接受透析治療極為痛苦，但也無法不接受透析治療」的無奈感。在社會方面也會出現自我隔離、社交生活、經濟負擔沉重、家庭情況改變的壓力；而病患每週至少到醫院接受 2-3 次血液透析，人際關係與工作皆會受到影響。由於初臨「病人角色」之轉換，因此，抗拒心態與換腎的動機最強，故常藉由民俗偏方或民俗療法意圖擺脫「病人角色」。

當病程進入 1-5 年之後，症狀改善，此時病患面臨需長期接受血液透析治療之各類問題，病患需經歷一個過程來適應因疾病與血液透析所造成的改變，此時病患將重訂自身信念與生命的價值（江慧珠，1996；蔡玲芳，1997）。但此期仍期盼腎臟功能好轉，最常詢問的話題不外乎是「還要洗多久病情才會好轉，何時才不需在洗腎」等，換腎意念仍強，但也慢慢適應透析治療所賦予的症狀改善，因此，內心常處於「健康人」與「病人」角色之間擺盪。

當透析年資進入 6-10 年的血液透析患者，已逐漸習慣透析治療模式，並會將透析治療融入日常生活之中，例如，吃飯時需配合降磷片的服用、了解水分控制與飲食控制的重要性，雖然生活型態仍覺諸多不便，但因身體症狀已能藉由透析治療而趨於正常化，致使心理層面會認同透析治療對身體之幫助，此期對於腎臟移植的想法會偏向於隨緣心態，因此，亦較能配合血液透析治療。

隨著治療歷程進入透析年資為 11 年以上的血液透析患者，因已完全習慣透析治療模式，且加上對於個人病情變化有既定的了解，因此，在心理層

面會偏向於宿命之感。但此期對於換腎的念頭已逐漸淡漠，反而能接受透析治療為活命之根源，但卻也需面對透析治療所附加之合併症，如，癌症、心血管疾病與潛在性感染等問題，這些皆會引發透析患者對自我生命的衝擊與無奈感。由於合併症的增加與惡化，易有生不如死之概，故會有自殺念頭產生，求死的意念相對亦會高於如何求活的心態。反之，若病情穩定則生命意義感則會偏高。由此可見，此期安寧療護之介入有其必要性。

綜觀上述發現，透析年資愈久之透析患者或許已經歷過否認、憤怒期，故在整體生命意義會比透析年資5年以內的透析患者有較高之生命意義感。反之，透析年資在5年以內之透析患者，可能正處於疾病之適應期，故在生命目標、靈性、生命價值與自我概念方面，會比透析年資11年以上的血液透析患者有較低的生命意義感。

表 4-28 不同透析年資的血液透析患者生命意義各層面之平均數與標準差

生命意義層面	透析年資	人數	平均數(M)	標準差 (SD)
生命目標	1年以內	67	25.00	4.51
	1-5年	270	25.45	4.37
	6-10年	190	26.33	4.46
	11年以上	78	27.41	4.06
生命價值	1年以內	67	25.13	3.98
	1-5年	270	26.21	4.28
	6-10年	190	26.85	4.31
	11年以上	78	28.11	3.58
自我概念	1年以內	67	20.17	3.54
	1-5年	270	21.09	3.72
	6-10年	190	21.90	3.82
	11年以上	78	22.47	3.57
靈性	1年以內	67	21.91	3.54
	1-5年	270	22.53	3.94
	6-10年	190	23.21	3.64
	11年以上	78	24.00	3.80
整體生命意義	1年以內	67	92.22	13.38
	1-5年	270	95.29	14.57
	6-10年	190	98.31	14.23
	11年以上	78	102.00	12.89



表 4-29 不同透析年資的血液透析患者生命意義各層面之變異數分析摘要表

生命意義層面	變異來源	SS	df	MS	F	事後比較
生命目標	組間	320.27	3	106.75	5.55**	1<4, 2<4
	組內	11547.94	601	19.21		
生命價值	組間	374.37	3	124.79	7.13***	1<3, 1<4 2<4
	組內	10505.88	601	17.48		
自我概念	組間	263.54	3	87.85	6.35***	1<3, 1<4 2<4
	組內	8308.27	601	13.82		
靈性	組間	214.60	3	71.53	4.97**	1<4, 2<4
	組內	8648.81	601	14.39		
整體生命意義	組間	4558.46	3	1519.48	7.60***	1<3, 1<4 2<4
	組內	120070.20	601	199.78		

註：\* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$ ， 1：1年以內 2：1-5年 3：6-10年 4：11年以上

## 陸、不同宗教信仰的血液透析患者生命意義之比較

由表 4-30、表 4-31 分析可知，不同宗教信仰的血液透析患者其生命意義未達顯著差異，研究假設 2-6 未獲得支持。就生命意義各層面而言，靈性層面( $F=2.14, p < .05$ )達顯著差異，經由 Scheffe 法事後比較後結果顯示，不同宗教信仰的血液透析患者，任兩組間無顯著差異存在。顯示靈性層面與宗教信仰無關。

推論可能原因：宗教信仰本是慰藉心靈之媒介，但有宗教信仰的透析患者在面臨透析治療時反而是一種衝擊，或許會失望神、佛未眷顧到他，抑或是認為自己做錯事，故受到懲罰；此時宗教信仰反而形成一種束縛。反觀天性樂觀其成之血液透析患者，卻能隨遇而安，反而較能配合醫療處置，故就血液透析患者而言，宗教信仰不影響生命意義。

表 4-30 不同宗教信仰的血液透析患者生命意義各層面之平均數與標準差

生命意義層面	宗教信仰	人數	平均數(M)	標準差 (SD)
生命目標	佛 教	166	26.15	4.02
	道教(民間信仰)	331	25.68	4.61
	天主教	14	25.85	5.44
	基督教	43	27.16	4.54
	回 教	2	23.50	3.53
	一貫道	17	25.47	4.28
	其 他	32	26.12	4.01
生命價值	佛 教	166	26.57	4.32
	道教(民間信仰)	331	26.32	4.22
	天主教	14	27.00	4.80
	基督教	43	27.81	4.22
	回 教	2	23.00	2.82
	一貫道	17	26.17	3.97
	其 他	32	27.15	3.88
自我概念	佛 教	166	21.46	3.85
	道教(民間信仰)	331	21.39	3.67
	天主教	14	21.71	4.26
	基督教	43	21.51	4.11
	回 教	2	18.50	.70
	一貫道	17	20.00	3.88
	其 他	32	22.15	3.64
靈 性	佛 教	166	23.27	4.10
	道教(民間信仰)	331	22.45	3.50
	天主教	14	24.14	3.59
	基督教	43	24.06	4.65
	回 教	2	20.50	3.53
	一貫道	17	23.47	3.92
	其 他	32	22.71	4.03
整體生命意義	佛 教	166	97.46	14.41
	道教(民間信仰)	331	95.85	14.02
	天主教	14	98.71	16.65
	基督教	43	100.55	16.10
	回 教	2	85.50	10.60
	一貫道	17	95.11	14.71
	其 他	32	98.15	13.84

表 4-31 不同宗教信仰的血液透析患者生命意義各層面之變異數分析摘要表

生命意義層面	變異來源	SS	df	MS	F	事後比較
生命目標	組間	109.85	6	18.30	.93	
	組內	11758.36	598	19.66		
生命價值	組間	128.37	6	21.39	1.19	
	組內	10751.88	598	17.98		
自我概念	組間	70.79	6	11.80	.83	
	組內	8501.02	598	14.21		
靈 性	組間	186.88	6	31.14	2.14*	n.s.
	組內	8676.53	598	14.50		
整體生命意義	組間	1387.11	6	231.18	1.12	
	組內	123241.55	598	206.09		

\* $p < .05$

### 柒、不同透析治療情形的血液透析患者生命意義之比較

由表 4-32、表 4-33 分析可知，不同透析治療情形的血液透析患者其整體生命意義達顯著差異( $F=14.53, p < .05$ )，研究假設 2-7 獲得支持。經由 Scheffe 法事後比較後結果顯示，透析治療情形良好的血液透析患者其整體生命意義高於透析治療情形尚可與不好的血液透析患者。就生命意義各層面，生命目標層面( $F=10.98, p < .05$ ) 與靈性層面( $F=6.18, p < .05$ )皆達顯著差異，經由 Scheffe 法事後比較後結果顯示，透析治療情形良好的血液透析患者其生命目標與靈性皆高於透析治療情形為尚可的血液透析患者。生命價值層面( $F=14.53, p < .05$ )與自我概念層面( $F=14.87, p < .05$ ) 達顯著差異，經由 Scheffe 法事後比較後結果顯示，透析治療情形為良好的血液透析患者其生命價值與自我概念又高於透析治療情形為尚可與不好的血液透析患者。與藍乙琳、周甘逢(2007)探討退休教師之研究和侯冬芬(2003)探討資深榮民之研究相同。

歸納其原因可能，透析治療情形良好的血液透析患者，身體症狀已日趨

改善，致身體健康情形慢慢恢復正常，且有透析患者表示，接受透析治療後，反而讓自己開始正視生活與飲食習慣，並懂得適時調整身心。因此，身體健康之改變，繼而影響心理、靈性之發展，故在整體生命意義方面會顯著高於透析治療情形尚可與不好之透析患者。反之，透析治療情形尚可與不好之透析患者，常面臨透析治療引發之合併症，在心理層面，對於一週三次的透析治療，猶如夢魘般，因此，生理之不適當影響心理之感受，故在生命目標、生命價值、自我概念與靈性方面顯著低於透析治療情形良好的血液透析患者。

表 4-32 不同透析治療情形的血液透析患者生命意義各層面之平均數與標準差

生命意義層面	透析治療情形	人數	平均數(M)	標準差 (SD)
生命目標	良好	281	26.99	4.62
	尚可	299	25.01	4.01
	不好	19	24.42	3.94
	很差	6	26.83	6.17
生命價值	良好	281	27.71	4.02
	尚可	299	25.58	4.12
	不好	19	24.68	4.20
	很差	6	25.00	6.63
自我概念	良好	281	22.46	3.58
	尚可	299	20.59	3.72
	不好	19	19.47	3.35
	很差	6	20.16	2.85
靈 性	良好	281	23.56	3.66
	尚可	299	22.24	3.81
	不好	19	22.10	4.24
	很差	6	23.66	5.85
整體生命意義	良好	281	100.73	14.04
	尚可	299	93.44	13.63
	不好	19	90.68	13.62
	很差	6	95.66	20.86

表 4-33 不同透析治療情形的血液透析患者生命意義各層面之變異數分析摘要表

生命意義層面	變異來源	SS	df	MS	F	事後比較
生命目標	組間	616.82	3	205.60	10.98***	1>2
	組內	11251.39	601	18.72		
生命價值	組間	736.10	3	245.36	14.53***	1>2 1>3
	組內	10144.15	601	16.87		
自我概念	組間	592.29	3	197.43	14.87***	1>2 1>3
	組內	7979.53	601	13.27		
靈 性	組間	265.45	3	88.48	6.18 ***	1>2
	組內	8597.96	601	14.30		
整體生命意義	組間	8430.41	3	2810.13	14.53 ***	1>2 1>3
	組內	116198.26	601	193.34		

註：\* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$ ， 1：良好 2：尚可 3：不好 4：很差

## 第五節 台灣血液透析患者死亡態度與生命意義之 相關分析

本節主要在探討血液透析患者死亡態度與生命意義之間的關係，以 Pearson 積差相關及典型相關的統計方法，分析整體生命意義及生命意義各層面與死亡態度之間的相關情形。

### 壹、血液透析患者死亡態度與生命意義之積差相關

由表 4-34 之調查統計分析資料可知，整體生命意義與「中性接受」、「趨近接受」、「逃離接受」三個死亡態度層面，達到顯著的正相關，研究假設三部分獲得支持。

生命意義各層面與死亡態度各層面之相關，「生命目標」、「生命價值」、

「自我概念」及「靈性」四個層面與「中性接受」、「趨近接受」及「逃離接受」三個層面，呈現顯著的正相關。「生命目標」與「死亡逃避」呈現顯著的正相關。而「自我概念」則與「死亡恐懼」呈現顯著的負相關。

綜合上述，當血液透析患者整體生命意義趨於正向時，對死亡態度則抱持較正向之接受度，故在中性接受、趨近接受與逃離接受之接受度亦會偏高。同時，生命目標、生命價值、自我概念與靈性各層面皆提升時，亦會使中性接受、趨近接受與逃離接受之接受度更趨於正向。然而，當血液透析患者對自我之生命目標過於熱衷時，反而無法接受死亡之事實，故死亡逃避心態油然而生。相形之下，血液透析患者愈能接納自己時，對血液透析治療的模式愈能配合，致使身體功能愈趨於正常，故死亡恐懼心態自然降低；反之，則易有死亡恐懼心態產生。

表 4-34 血液透析患者死亡態度與生命意義之相關係數

	生命目標	生命價值	自我概念	靈性	整體生命意義
死亡恐懼	-.024	-.062	-.083*	-.044	-.059
死亡逃避	.094*	.043	.063	.072	.077
中性接受	.443***	.507***	.414***	.496***	.527***
趨近接受	.367***	.399***	.353***	.428***	.438***
逃離接受	.125**	.153***	.126**	.222***	.176***

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

## 貳、血液透析患者死亡態度與生命意義之典型相關

深入分析死亡態度與生命意義的關係，乃以四項生命意義(生命目標、生命價值、自我概念、靈性)為 X 組變項，與五項死亡態度(死亡恐懼、死亡逃避、中性接受、趨近接受、逃離接受)為 Y 組變項，進行典型相關分析。由於 X 組變項為四項，Y 組變項為五項，故僅能抽出四個典型因素，四個典

型相關係數其中只有第一個典型因素( $\rho_1 = .60$ ,  $\Lambda_1 = .61$ ,  $F_1 = 15.61$ ,  $p < .05$ )能有意義解釋死亡態度的變異情形,而其餘的三個典型因素乃由於機遇所造成,故研究假設四獲得支持。

從表 4-35 死亡態度與生命意義典型相關分析摘要表及圖 4-1 典型相關分析路徑圖來看, X 組變項的第一個典型因素( $\chi_1$ ), 可以解釋 Y 組變項的第一個典型因素( $\eta_1$ )總變異的 36.5%。

四項生命意義層面,  $\chi_1$  可以解釋四項生命意義的總變異量分別為 74.97%。若以典型因素負荷量高於 .50 的變項來加以解釋, 在  $\chi_1$  因素負荷量較高的變項依序為生命目標(-.826)、生命價值(-.924)、自我概念(-.775)、靈性(-.928)。

第一的典型因素( $\chi_1$ )所解釋的變異量中, 四項生命意義與五項死亡態度的重疊指標為 27.34%, 可見五項死亡態度透過一個典型因素可解釋四項生命意義總變異量的 27.34%。

在五項死亡態度層面,  $\eta_1$  可以解釋五項死亡態度的總變異量分別為 29.58%。若以典型因素負荷量高於 .50 的變項來加以解釋, 在  $\eta_1$  因素負荷量較高的變項依序為中性接受(-.894)、趨近接受(-.743)。

第一的典型因素( $\eta_1$ )所解釋的變異量中, 五項死亡態度與四項生命意義的重疊指標為 10.79%, 可見四項生命意義透過一個典型因素可解釋五項死亡態度總變異量的 10.79%。

綜合分析, 生命意義與死亡態度透過一個典型因素而相互影響。本研究的第一个典型相關, 主要由「生命目標」、「生命價值」、「自我概念」、「靈性」與「死亡恐懼」、「死亡逃避」、「中性接受」、「趨近接受」、「逃離接受」, 由分析結果發現彼此間有正向關係, 此與本研究積差相關分析結果相符。且又以生命意義之「靈性」層面與死亡態度之「中性接受」層面相關最高。顯示: 血液透析患者抱持較高之生命意義感受時, 對死亡所採取之態度愈趨於正向; 反之, 則趨於負向。可見生命意義與死亡態度是具有

相關性的。

就血液透析患者死亡態度與生命意義之相關文獻，尚在起步，故本研究之分析結果尚屬進一步探討。就第一個典型相關中得知，「靈性」、「生命價值」、「生命目標」、「自我概念」、「中性接受」與「趨近接受」，彼此間正相關最高。可見血液透析患者藉由靈性之提升，重定自身價值與生命目標，進而接納自己，並視死亡為生命之整合與相信幸福來生的死後世界。故將之命名為「高靈性提升—高生命整合」。

May 認為，人們最真實的挑戰就是得在這個孤獨並且終將面對死亡的世界中生存。換言之，人是一個「在世存有」的世界，因此，Frankl 認為，生命意義必須從個人生命中某一既定情境下的獨特意義來了解，每一個人都是獨特的，每一個人的生命也是獨特的，沒有一個人可以被替代，其生命也無法重覆 (Frankl, 1963)。此即為血液透析患者之最佳寫照。

血液透析患者目前分布於各年齡層，就比例而言，以 46-65 歲 (53.6%) 為主要分布，故就 Erikson (1963) 之人生八個階段中，透析患者主要以第七時期之成年期為主軸，這時期的人身心已臻至成熟，對生命亦不斷在反覆進行自我統整；故此階段之血液透析患者大部分已成家立業，亦完成傳宗接代之任務，甚至有的已進入退休狀態，故對自己的一生感到滿足且在心靈上較踏實，當進入透析治療階段，自然能接受死亡為人生不可避免的終點。反之，若對自己過去所做的選擇與結果不滿意，則會因生理生命之將盡，以及改變機會業已失去而感到失望 (Erikson, Erikson, & Kivnick, 1986)。因此，血液透析患者透過死亡的覺察而熱愛生命，正如 Rollo May 所言，思考生命的意義必須從死亡而來，在最強烈的生命經驗中，往往伴隨著的是強烈的死亡經驗 (Rollo May, 1981/龔卓軍、石世明譯，2001)。因此依據 Rollo May 的觀點，死亡在個體的生命中，反而蘊藏巨大的潛在能量與生命力。Yalom 亦指出當我們反思個人在世的處境、存在、界限與可能性時，必然會觸及到一切依據的源頭，因此，血液透析患者面臨與疾病共處之際，易



形成存在的動力衝突。故自我概念易產生偏頗，進而影響死亡態度。

表 4-35 死亡態度與生命意義典型相關分析摘要表

X 變項	典型因素	Y 變項	典型因素
	$\chi_1$		$\eta_1$
生命目標	-0.826	死亡恐懼	.091
生命價值	-0.924	死亡逃避	-0.119
自我概念	-0.775	中性接受	-0.894
靈 性	-0.928	趨近接受	-0.743
		逃離接受	-0.326
抽出變異量%	74.97	抽出變異量%	29.58
重疊%	27.34	重疊%	10.79
$\rho^2$	.365		
典型相關( $\rho$ )	.604		
顯著性	.000		

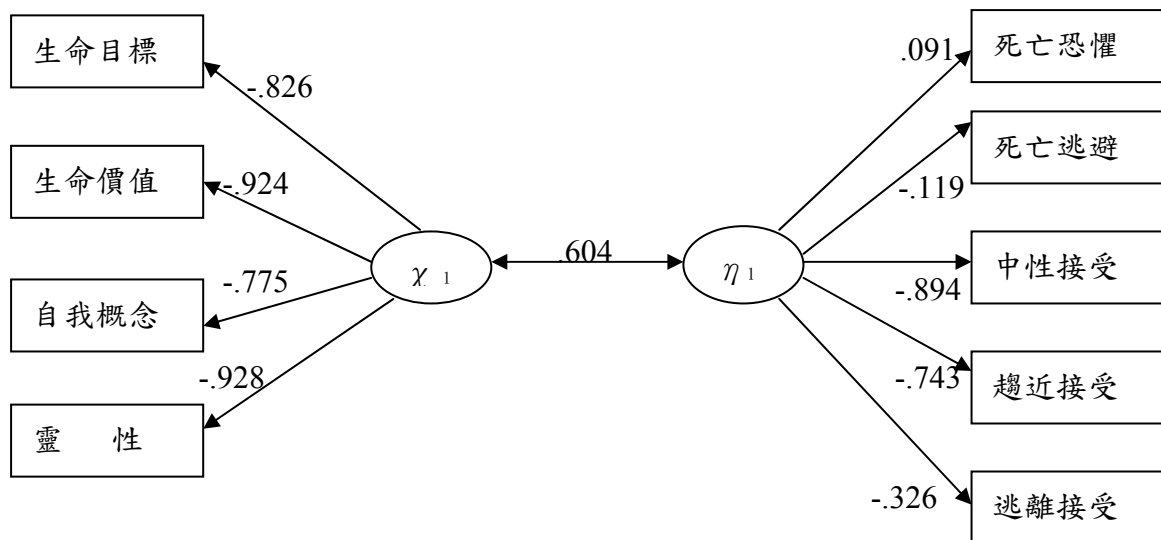


圖 4-1 典型相關分析路徑圖

## 參、小 結

《蒙田隨筆全集》有一段話：「在出生時，我們就開始面臨死亡；從起點就開始了終點。」因此，生命與死亡是相依相存的（Yalom, 1980／易之新譯，2008）。由於醫療科技的進步，亦讓血液透析患者的生命隨之延長。雖然，大多數之血液透析患者在初期易有負向情緒的表現，但在長期透析治療模式中，由於身體症狀日趨改善，亦讓透析患者之心靈重新調適，並尋求讓自己「活下來」的信念價值，因為，人終究是「厭惡死亡」的。研究者在透析臨床實務工作中亦發現，透析年資愈久且透析治療情形良好之已婚女性血液透析患者，其生命意義感最高。從臨床實例中得知：由於配偶的支持，讓在近三十年的血液透析生涯中完成未竟事務，亦從角色轉變學習為人妻、為人母的喜悅，至目前享受含飴弄孫的晚年生活。因此，人必須藉著「對生命負責任」，來答覆生命意義的內涵，此即 Frankl (1963) 所謂：生命意義在於一個人如何發揮自己最大的能力，盡自己的本份。相形之下，由於努力活過，故在面對死亡之態度反而更能坦然接受。

研究者又發現，教育程度較高且透析治療情形良好之血液透析患者其整體生命意義普遍偏高。這可能由於教育程度較高之血液透析患者普遍身居要職，雖然面臨透析治療的衝擊，但仍能發揮所長貢獻一己之力，並享有經濟獨立，故在心靈上較踏實，較能認同自己的情況，並清楚自身價值與目標。使生命仍能保有堅忍、尊貴與無私的特質（Frankl, 1967）。故對死亡所抱持之態度反而更趨於正向。這些皆反映出生命意義對死亡態度的正面貢獻。

反觀透析年資一年以內且透析治療情形不好或很差之鰥寡血液透析患者，由於初臨死亡挑戰之震撼，且在生理上常面臨透析治療之合併症，如血管通路功能不佳、低血壓、噁心、嘔吐，甚至昏迷的情形，使得每次的透析治療彷彿如臨大敵，常有「害怕生存」與「害怕死亡」之矛盾心理，因此相

對無瑕思考或處理生命、死亡之意義。由於，對自己的生命沒有掌握把握，故對死亡的看法也感覺威脅更大。因此反易失去個人之生命目標與自我認同，導致整體生命意義普遍偏低，易對死亡產生恐懼與逃避。

綜合上述，台灣血液透析患者由於求生願望之驅迫，因此，願意配合一週三次之血液透析治療，又由於血液透析患者的生命普遍得以因透析而延長，亦讓其對治療建立信心，使整體生命意義感能趨向於正向，並將死亡視為生命的整合。

## 第五章 結論與建議

本研究目的主要在了解血液透析患者死亡態度與生命意義之相關情形，經由蒐集整理及歸納有關死亡態度與生命意義之相關文獻之後，並編製「血液透析患者生命意義及死亡態度量表」作為研究調查工具，並將回收後之量表資料進行統計分析與討論。本章根據研究結果與討論題出建議以供醫院相關單位、護理人員及後續研究者之參考。

### 第一節 結論

本節旨在綜合量表調查之統計分析結果，針對研究目的與待答問題，歸納本研究的結論，茲分析如下：

#### 壹、台灣血液透析患者對死亡態度抱持較高之「中性接受」

由研究結果發現：台灣血液透析患者對死亡態度抱持較高之「中性接受」，顯示血液透析患者雖面臨初罹疾病的內心衝擊與身體之合併症，但仍能藉由透析治療延長其生命。由於，透析治療模式的介入，讓透析患者經歷過死而復生的生命感受，且常徘徊於生死邊緣，故易受防衛心態趨使，而將恐懼心理深藏於心，且不認同「想到我自己的死亡，就會引起我的焦慮不安(佔 33.1%)」、「我對死亡有強烈的恐懼感(佔 34.9%)」以及「死亡意味著一切的結束，這個事實令我害怕(佔 34.4%)」；並對「死後沒有生命這

個想法讓我感到困擾」不表示意見(佔 37.0%)。因此，相對顯露於外之死亡態度反而是較低之「死亡恐懼」。正因為透析患者對死亡有別於正常人之特殊經驗，雖表面上忌談死亡，但仍能視「死亡是一種自然的不可避免的事情(佔 55.0%)」、「死亡只是生命過程的一部分而已(佔 58.7%)」、「我希望自己死得有尊嚴而且不要太痛苦(佔 48.9%)」、「我覺得生命該結束時，就讓它結束(佔 49.3%)」與「我能勇於面對死亡(佔 42.1%)」。由於了解死亡為生命的整合，致使死亡態度傾向於「中性接受」。

## 貳、台灣血液透析患者整體生命意義屬於中上程度，其中以「靈性」層面最高

台灣血液透析患者整體生命意義屬於中上程度，其中以「靈性」層面最高，顯示台灣血液透析患者透過生病經驗，重新思索疾病對自身的影響。雖面臨醫療之束手無策，亦只能藉由透析治療來取代腎臟之功能；由於此疾病僅能控制，卻無法治癒，致使造成心靈之衝擊與惶恐不安，形成「自我概念」偏低之生命意義感。由於大部分之透析患者皆同意「在生活中追求心靈成長是理想的人生(佔 48.6%)」、「我相信人的本性是良善的(佔 52.2%)」、「在大自然中，我認為萬物皆有靈性(佔 53.4%)」、「我相信凡事有因必有果(佔 53.4%)」、「宗教信仰有助於心靈的成長(佔 52.2%)」與「宗教信仰可以讓自己心靈平靜(佔 52.9%)」。因此，會透過「靈性」層面的宗教信仰撫慰其心靈，體驗受苦經驗賦予特殊的生命意義，重定自我存在價值，並藉由成功病患經驗之分享，亦為疾病治療帶來曙光，致整體生命意義趨於正向。

## 參、不同性別、教育程度、透析年資、透析治療情形等因素影響血液透析患者在死亡態度上，有顯著差異

本研究結果發現：台灣社會文化仍賦予女性血液透析患者以家為重之傳統觀念，除了養兒育女之外，尚需侍奉公婆，照顧家庭，故面臨與疾病共處之際，常有力不從心之慨，因此，相較於男性血液透析患者在面對死亡態度上則較傾向於「逃離接受」。又高中(職)、專科、大學畢業的血液透析患者，透過知識的傳遞了解死亡為生命之整合，故相較於不識字的血液透析患者在死亡態度上傾向於「中性接受」。而透析年資達 11 年以上之血液透析患者，亦因可以預測個人病情之變化，因此，相較於透析年資 1 年以內的血液透析患者對死亡態度之看法、較傾向於「中性接受」。反觀透析治療情形不好與很差之血液透析患者，常需承受透析治療之合併症與心理壓力，故相較於透析治療情形良好與尚可之血液透析患者，在面對死亡態度上則傾向於「死亡恐懼」與「死亡逃避」。

由此可知，透過背景變項可進一步反應出血液透析患者對於死亡之看法與態度為何？因此，就本量表在背景變項所呈現出之顯著差異，相較於其它文獻採用現成量表所呈現出無顯著差異，可推測本研究之自編量表，更能貼近透析患者之生命經驗做分析。因此，透過本研究結果顯示：對血液透析患者，自編量表之重要性。故本研究所發展出來之「血液透析患者死亡態度量表」，應能提供當前瞭解血液透析患者自我死亡態度上，一個最新標準化之測量工具。

## 肆、不同性別、婚姻狀況、教育程度、透析年資、透析治療情形等因素影響血液透析患者在生命意義上，有顯著差異

本研究結果發現：由於台灣女性血液透析患者深受傳統社會文化之影響，無形之中形成任勞任怨之個性，致使心中承受許多的委屈與痛苦，唯有藉由宗教信仰的解套，讓心靈重新調適，並尋求讓自己「活下來」的信念價值，因此，相較於男性血液透析患者，在「靈性」層面的生命意義最高。已婚的血液透析患者，則由於有家庭的支持系統，因此，相較於鰥寡的血液透析患者在整體生命意義，亦趨於正向與「生命目標」和「自我概念」層面偏高之現象。而高中(職)、專科、大學畢業的血液透析患者，因為有較多的資訊來源，較能清楚自身價值，故相較於不識字的血液透析患者在「生命目標」、「生命價值」、「自我概念」與「靈性」偏高及整體生命意義上，均趨於正向。至於年資為 11 年以上的血液透析患者，因為已了解透析治療為活命之根源，自然能配合醫療處置，因此，相較於透析年資為 1 年以內及 1-5 年的血液透析患者在「生命目標」層面、「生命價值」層面、「自我概念」層面與「靈性」層面及整體生命意義顯著偏高。透析治療情形良好的血液透析患者，因藉由透析治療而讓身體之功能趨於正常，並回歸社會，故相較於透析治療情形尚可與不好的血液透析患者在「生命目標」、「生命價值」、「自我概念」與「靈性」層面皆顯著偏高。

透過本研究結果發現血液透析患者之生命意義趨於正向。同時，亦藉由背景變項傳達血液透析患者所具有之生命意義感之特定內涵，因此，可更清楚了解為血液透析患者而設計之量表，相較於其它文獻採用現成量表有其重要價值：1. 四個構面所涵蓋的面向平均且完整（納入哲學、心理、社會、宗教等各構面，是為到目前為止，理論與實務之結合最為完整之生命意義量

表)。2. 新構面之探討，如宗教。3. 構面中同時具備靈性與宗教兩部分之題項，以區分二者間之不同。4. 本研究發展出來之「血液透析患者生命意義量表」，是專為血液透析患者所設計的生命意義量表，提供瞭解血液透析患者自我生命意義一個最新標準化之測量工具。

## 伍、台灣血液透析患者死亡態度與生命意義具顯著相關，且透過一個典型因素相互影響

本研究結果發現：台灣血液透析患者生命意義與死亡態度呈現顯著的正相關。且透過「靈性」層面與「中性接受」層面而相互影響，故將此一典型因素命名為「高靈性提升—高生命整合」。顯示血液透析患者希望藉由靈性提升，重定自身價值與目標，進而接納死亡為生命之整合與相信幸福來生的死後世界。因此，當血液透析患者對靈性層面抱持較高之生命意義感受時，對死亡所採取之態度愈趨於正向；反之，則趨於負向。可見靈性層面對血液透析患者在死亡態度上有正面之影響。



## 第二節 建議

### 壹、血液透析患者方面

#### 一、提升「靈性」層面，為生命打開另一扇窗

透過研究結果發現，台灣血液透析患者整體生命意義屬於中上程度，其中以「靈性」層面最高。顯示血液透析患者藉由透析治療而改善身體症狀並延長其生命，但當面對與疾病共處之際，或許仍無法接納自己外觀的改變，且不認同自己是個幸運的人；因此，易有負面情緒產生。此時，若想安定心靈，宗教信仰之介入有其必要性。或許生病之初，正處於否認、悲傷階段，情緒起伏最大，無法接受生病賦予個人之意義。此時，宗教信仰方可為心靈注入一股暖流，協助走過悲傷歷程，並藉由宗教信仰讓自己心靈平靜與成長，並對靈性層面的提升有其助益。因此，建議透析患者可透過宗教活動，如：禪修、念佛、讀經班、抄經文與彌撒等以增加其支持系統，亦可為個人尋找一個安身立命的方法。

#### 二、接受死亡為生命之整合，增加對臨終關懷照護之瞭解與接納

本研究發現，台灣血液透析患者對死亡態度抱持較高之「中性接受」。由於台灣健保體制下之血液透析患者，易形成「商品化」之醫療行為，透析機構為了符合其需求，反而一味的討好透析患者，滿足其無理之要求，形成透析患者「逛醫院」之心態。加上透析醫療場域中過於著重身體症狀照護，形成病人只知道如何求活，卻無法接受死亡只是生命過程的一部分而已。相形之下，造成透析患者之忌談死亡，並形成生命目標過於熱衷求生，致使死亡逃避心態油然而生。但透析患者之病程變化，常令醫護人員措手不及，因

此，鼓勵病況不穩定之透析患者及其家屬能接受醫護人員所給予之適當衛教、了解臨終關懷照護之正面意義，才能提早準備疾病所帶來之變化，讓生死都各得其安。

## 貳、血液透析醫護人員與透析醫療機構方面

### 一、「安寧療護理念」融入透析場域之必要性

本研究結果發現，透析年資達 11 年以上之血液透析患者，在中性接受層面所感受的死亡態度，均顯著高於 1 年以內的血液透析患者。可見血液透析患者會隨著透析年資的延長而對死亡有逐漸接受之趨勢，因此，健保局自 2009 年 9 月 1 日開始，血液透析患者即納入健保安寧療護之照護。由於血液透析患者會隨著治療年齡之增長，引發合併症的增加，此時，不乏有意識昏迷、多重器官衰竭、癌症末期、使用呼吸器維生等生活品質低、依賴性高之病患。但國內目前就透析醫療機構而言，普遍難以接受安寧療護觀念。因此，安寧療護理念介入血液透析之照護情況，至今仍微乎其微，實有相當的努力空間。如何讓「安寧療護理念」融入透析醫療場域，可透過腎友座談會推廣生死教育，並透過生死教育的普及與深入，才能化解透析患者對安寧療護的疑懼，能正面看待安寧療護對透析治療具有同等重要價值；並為血液透析臨終患者，得到身心靈照護之體驗—幫助病人減輕疼痛不適、降低死亡恐懼及有意義的生命回顧；應是今後透析醫療專業人員不容逃避之任務與挑戰；也是人性化醫療照顧模式，未來努力之方向。

## 二、透析醫護人員在職教育課程中，加入安寧緩和療護訓練與教育課程

透過本研究結果發現，透析治療情形不好與很差之血液透析患者，在「死亡恐懼」和「死亡逃避」層面所感受的死亡態度，顯著高於透析治療情形良好與尚可的血液透析患者。且透析治療情形不好之血液透析患者在「生命目標」、「生命價值」、「自我概念」與「靈性」層面及整體生命意義皆顯著低於透析治療情形良好的血液透析患者。因此，可見透析治療情形亦會影響死亡態度及生命意義。但當透析治療無法改善其症狀，卻面臨健康情形每況愈下時，靈性照護的臨床應用有其必要性，但在透析醫護人員之養成訓練中卻過於強調技術性層面，反而形成「工匠」式的照護訓練，致使臨床實務中，體會不到「人」的存在，這是需深思之問題。由於透析人口之增加與老化，致使透析患者實際上將面臨與癌症末期病人之相同處境。因此，透析醫護人員需具備安寧療護理念之照護模式，實乃當務之急！可融合生死學之相關課程於透析照護訓練，並透過臨終關懷、心理劇、心理諮商、藝術治療與正念減壓等課程，讓透析醫護人員了解生死的真諦，如此方可將全人照護理念運用於臨床實務中，並藉由醫護人員之引導，讓透析患者能夠坦然的表達個人對生死的看法，如預立遺囑與接受安寧緩和療護之照顧等，提供一個身心靈之醫療場域，讓透析患者能正向看對死亡，並提早為死亡做準備，因此，安寧緩和療護訓練教育課程，加入透析醫護人員之職前教育或在職教育均有其必要性。

## 參、未來研究方面

### 一、研究對象與方法

本研究對象的挑選為意識清楚且可以溝通之血液透析患者，插管或昏迷之透析患者，則難以評估其死亡態度與生命意義，致難以涵蓋全部血液透析患者之感受。且因透析醫療機構普遍無法接受死亡議題，致樣本回收率差，此外，礙於時間、精力有限，量表施測無法普及至醫學中心與離島之透析醫療機構，故建議未來研究方向，可增加背景變項、醫院類型與區域性之比較，並深入透析病人之內心做詮釋，將可豐厚此一議題之內涵。

### 二、增加對透析患者長期復元歷程中之變化性的探討

由於本研究採用量化研究，願意接受施測之研究參與者，往往已走過悲傷歷程，亦代表其心境處於相對最穩定之狀況，致使在分析生命意義與死亡態度時，皆趨於正向。但也因此無法概括全部透析患者、及長期復元歷程中之變化的探討，因此，建議後續研究者可增加此部分之探討。

### 三、建議未來繼續進行對預測力之研究

本研究已做到死亡態度與生命意義兩變項間相關之探討，並發現「生命目標」與「死亡逃避」呈現顯著的正相關。而「自我概念」則與「死亡恐懼」呈現顯著的負相關；同時亦發現有一個典型相關之事實。應可視為目前國內此方面相關議題探討之先驅。建議未來之研究，可進一步採用多元迴歸之方式，預測生命意義對死亡態度之影響，以完整本研究之內涵。

# 參考文獻

## 中文文獻

- 中華民國腎臟基金會 (2007)。96 年度台灣地區透析總人數。2009 年 9 月 10 日。取自 [http://tw.myblog.yahoo.com/jw!fAvee10WER1\\_fXaTOOL36tPh8A--/article?mid=59](http://tw.myblog.yahoo.com/jw!fAvee10WER1_fXaTOOL36tPh8A--/article?mid=59)
- 中時健康 (2009)。不作透析也是一種選擇 腎病安寧療護新思維。2010 年 1 月 21 日。取自 [http://n.yam.com/cht\\_health/healthy/200912/20091215968511.html2010/01/21](http://n.yam.com/cht_health/healthy/200912/20091215968511.html2010/01/21)
- 王志強、蔡明凱、陳逸鴻、趙家聲、項正川 (2008)。維護透析病患的生命線：腎臟科醫師應扮演的角色與責任。腎臟與透析，20 (2)。
- 王素貞 (1994)。台北市國小教師死亡態度、死亡教育態度及死亡教育需求之研究。國立台灣師範大學教育研究所碩士論文。
- 田月玄、許敏桃 (2007)。台灣文化脈絡下的女性癲間患者生病經驗。護理雜誌，54 (6)，31-40。
- 丘愛鈴 (1989)。台北市國中教師對死亡及死亡教育態度之研究。國立台灣師範大學教育研究所碩士論文。
- 江慧珠 (1996)。尋找末期腎病患者生命的意義。護理雜誌，43 (4)，92-96。
- 行政院衛生署 (2008)。97 年度台灣地區十大死亡原因統計。2009 年 9 月 10 日。取自 [http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_2.aspx?now\\_fod\\_list\\_no=10238&class\\_no=440&level\\_no=1](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10238&class_no=440&level_no=1)
- 台灣醫療改革基金會 (無日期)。全球洗腎人數比率台灣最高愛腎、護腎從注意用藥做起。2009 年 9 月 3 日，取自 [http://www.thrf.org.tw/Page\\_Show.asp?Page\\_ID=674](http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=674)

- 台灣腎臟醫學會 (2005)。台灣腎臟醫學會 2003 透析年度報告。台北：台灣腎臟醫學會。
- 李佳芬、李幸香、黃淑禎、楊珀齡 (2006)。慢性病單身高齡榮民死亡態度之探討。榮總護理，32 (1)，72-78。
- 李復惠 (1987)。某大學學生對死亡及瀕死態度之研究。國立台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
- 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。
- 何英奇 (1990)。生命態度剖面圖之編製：信度與效度之研究。師大學報，35，71-94。
- 何英奇 (1987)。大專學生之生命意義感及其相關；意義治療法基本概念之實徵性研究。教育心理學報，20，87-106。
- 宋秋蓉 (1992)。青少年生命意義之研究。國立彰化師範大學輔導研究所碩士論文。
- 巫珍宜 (1991)。青少年死亡態度之研究。國立彰化師範大學輔導研究所碩士論文。
- 呂應鐘 (2001)。現代生死學。台北：新文京。
- 房麗媚 (2007)。馬來西亞華文高中學生死亡態度與生死教育需求之研究。嘉義：南華大學生死研究所碩士論文。
- 邱淑芳、盧彩屏 (2007)。照護一位末期腎病病人初次面臨血液透析之護理經驗。臺灣腎臟護理學會雜誌，6 (1)，46-59。
- 邱皓政 (2000)。量化研究與統計分析。台北：五南。
- 林燕琴、謝炯昭 (2007)。慢性腎衰竭病人血管通路的手術前評估及術後照護。腎臟與透析，19 (1)，40-44。
- 林信丞、謝秉陞 (2007)。來源國形象和廣告中的國家情境對消費者品牌態度之影響。傳播與管理研究，6 (2)，35-64。

- 林天佑 (2005)。教育研究倫理準則。教育研究月刊。71-75。
- 林怡亞(2000)。血液透析患者如何在死亡焦慮中與疾病共存。嘉義:南華大學生死研究所碩士論文。
- 林杰樑 (1991)。透析治療學。台北:合記。
- 吳明儒 (2007)。評估腎臟功能的方法。腎臟與透析, 19 (2), 45-49。
- 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。國立台灣師範大學衛生教育學系碩士論文。
- 吳貴君 (1989)。尿毒症患者社會心理問題之初探及社會工作。腎臟與透析, 創刊號 (1), 45-49。
- 侯冬芬 (2003)。雲嘉地區資深榮民生命意義、死亡態度與生活品質之相關性探討。嘉義:南華大學生死研究所碩士論文。
- 翁嘉英、吳振能、吳英璋 (20003)。「病人角色」的抗拒與接受:接受血液透析治療患者的心理條是歷程。中華心理衛生學刊, 16 (4), 49-82。
- 徐士虹 (1996)。國中生死態度之研究~以宜蘭礁溪國中為例。中國文化大學應用科學研究所碩士論文。
- 陳佩英、郭素青、張惠甄、劉亞君、徐子英 (2007)。血液透析病患其控握信念、心理困擾與健康促進行為之初探。臺灣腎臟護理學會雜誌, 6(2), 27-41。
- 陳四光、王美娟、郭斯萍 (2006)。國外死亡態度量表發展述評。通化師範學院學報, 27 (3)。
- 郭為藩 (1972)。自我心理學。台南:開山。
- 健康照護促進中心 (2008)。台灣人的腎臟特別弱。2009年9月8日, 取自 [http://www.chi-tw.org/index.php?m=68&id=274#comment\\_93](http://www.chi-tw.org/index.php?m=68&id=274#comment_93)
- 黃宇達 (1997)。死亡焦慮:性別、年齡與死亡焦慮歸因之角色探討。中原大學心理學系碩士論文。
- 陳瑞珠 (1994)。台北市高中生的死亡態度、死亡教育態度及死亡教育需求。

- 國立台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
- 黃志強 (2002)。血液透析學。台北：合記。
- 黃天中 (1998)。死亡教育概論-II—死亡教育課程設計之研究。台北：業強。
- 黃琪璘 (1991)。台北市綜合醫院醫師對死亡及瀕死態度之研究。國立台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
- 黃淑貞、詹惠雅 (2006)。以歐倫自我照顧理論護理一位血液透析患者之經驗。臺灣腎臟護理學會雜誌，5 (1)，54-65。
- 張淑美 (1996)。死亡學與死亡教育。高雄：復文。
- 張 珣 (1989)。疾病與文化。台北：稻鄉。
- 傅偉勳 (1993)。死亡的尊嚴與生命的尊嚴：從臨終精神醫學到現代生死學。台北：正中。
- 腹膜透析新知 (2007)。黃秋錦：台灣腹膜透析及血液透析存活率相當。2009年9月8日，取自 [http://www.capd.com.tw/main2\\_1\\_071123-2.htm](http://www.capd.com.tw/main2_1_071123-2.htm)
- 董文香 (2003)。生死教育課程對職校護生生命意義影響之研究。嘉義：南華大學生死學系研究所碩士論文。
- 葉淑琴、林秀娟、謝湘俐 (2009)。運用羅氏適應理論照顧一位初次接受血液透析患者之護理經驗。臺灣腎臟護理學會雜誌，8 (1)，1-13。
- 廖芳娟 (2000)。台灣警察之死亡態度之研究。嘉義：南華大學生死學系研究所碩士論文。
- 蔡玲芳 (1997)。一位尿毒症病患接受血液透析治療期間之壓力源社會心理障礙及因應行為。護理新象，7 (2)，602-610。
- 鄭如真 (2009)。血液透析患者生命意義、死亡態度與生活滿意之相關性探討。亞洲大學健康管理研究所碩士論文。
- 蔡明昌 (1995)。老人對死亡及死亡教育態度之研究。高雄師大成教所碩士論文。
- 潘美妃、許美治 (2009)。運用羅氏適應模式於一位適婚女性尿毒症病人首



- 次接受血液透析之護理經驗。臺灣腎臟護理學會雜誌，8(1)，14-27。
- 劉翔平(2001)。尋找生命的意義：弗蘭克的意義治療學說。台北：貓頭鷹。
- 劉見成(2005)。死亡與生命的意義：一個哲學的省思。宗教哲學季刊，32，94-112。
- 劉淑娟(1999)。罹患慢性病老人生命態度及生活滿意度之探討。護理研究，7(4)，294-305。
- 謝伶瑜、林淑英(2009)。老年末期腎病患者生命意義感。護理雜誌，56(5)，57-66。
- 鍾思嘉(1986)。老人死亡態度之調查研究。國科會補助研究論文。
- 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。
- 藍乙琳、周甘逢(2007)。國民小學退休教師生命意義感與死亡態度之相關研究。遠東學報，23(3)，549-564。
- 顏芳慧、許敏桃(2004)。初次罹患急性心肌梗塞婦女病發的生病經驗。護理雜誌，51(2)，57-66。
- 譚柱光、黃東波(1997)。人工腎臟。台北：立大。
- 羅素如(2000)。殯葬人員對死亡的態度與生死學課程需求初探。嘉義：南華大學生死學系研究所碩士論文。
- 顧艷秋(2001)。護理人員的死亡態度。安寧療護雜誌，6(2)，32-41。
- 楊宗盛(2009)。不同透析方式之成本效果分析。中國醫藥大學醫管所碩士論文。

## 西文文獻

- Anger, D., & Anger, D. W. (1976). Dialysis ambivalence : A matter of life and death. *American Journal of Nursing*, 76 (2), 276-277.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M. & Kivnick, H. Q. (1986). *Vital involvement in old age : The experience of old age in our time*. New York : Norton.
- Elkins, G. R., & Fee, A. F. (1980). Relationship of physical anxiety to death anxiety and age. *The Journal of Genetic Psychology*, 137, 147-148.
- Epstein, W. (1973). The process of “taking-into-account” in visual perception. *Perception*, 2, 267-285.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed. ). New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. New York: W. W. Norton and Company.
- Florian, V., & Har Even, D. (1983). Fear of personal death: The effects of sex and religious belief. *Omega*, 14:1, 83-91.
- Feifel, H., & Nagy, V. T. (1981). Another look at fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 278-286.
- Frankl, V. E. (1967). *Psychotherapy and existentialism: Selected paper On logotherapy*. New York : Washington Square Press.
- Frankl, V. E. (1963). *Man' s search for meaning*. New York: Washington Square.
- Frankl, V. E. (1955/1986). *The doctor and the soul: From psychotherapy*

- to to logotherapy*. New York: Vintage Books.
- Gesser, G., Wong, P. T. P., & Reker, G. T. (1987). Death attitude across lifespan: The development and validation of the death attitude profile (DAP), *Omega*, 18 (2), 117.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hagren, B., Pettersen, I. M., Severinsson, E., Lutzen, K., & Clyne, (2001). The hemodialysis machine as a lifeline: experiences of suffering from end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (2), 196-202.
- Halper, I. S. (1971). *Psychiatric observations in a chronic hemodialysis program*. Medical Clinics of North America,
- Iammarino, L. (1975). Relationship between death anxiety and demographic variables. *Psychological Reports*, 37, 362.
- Kotler, P. (2002). Country as brand, product, and beyond: A place marketing and brand management perspective. *Journal of brand management*, 9 (4/5) 249-261.
- Kelly, M. (1996). Chronic renal failure. *American Journal Nursing*, 96 (1), 36-37.
- Kleinman, A. (1980). *Borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *The meaning of symptoms and disorders. The illness narratives: Suffering, healing, and human condition* (pp. 3-30). New York: Basic Book.
- Laski, M. E., Kurtzman, N. A., & Sabatini, S. (2000). *Chronic renal Failure*. In D. W. Selder, & G. Giebisch (Eds.), *The Kidney-*

- pathophysiology (3thed., pp. 2377–2499).
- Lester, D. & Templer, D. I. (1992–1993). Death anxiety scales : A dialogue. *Omega*, 26(4), 239–253.
- Landsman, M. K. (1975) . The patient with Chronic renal Failure: A maringing man. *Annals of Internal Medicine*, 82, 268–270.
- Mc Clellan, M. J. (2001 ). Emotional trauma associated with renal disease and natural disasters. *Nephrology Nursing Journal*, 28 (5) , 529–536 .
- Maris, B. (1994). *Taoism, Confucianism and the Chinese self*. In B. Maris (Ed. ). *Anthropology of the self: The individual in culture perspective* (pp. 96—117). London: Pluto Press.
- McEwen, D. R. (1994). Arteriovenous fistula. *AORN Journal*, 59(1), 225–232.
- McFarlane, A., ( 1999). “Taxes, Fees, and Urban Development,” *Journal of Urban Economics* 46(3), 416–436.
- Maiden, R., & Walker, G. (1985). Attitudes toward death across the life span. (ERIC Document Reproduction Service No. ED. 265–449).
- Maurer, A. (1964). Adolescent’s attitudes toward death. *Journal of Genetic Psychology*, 105, 75–90.
- Morgan, J. D. (1997). *Living our dying and our grieving : Historical and cultural attitudes*. In John D. Morgan, (Ed. ), *Readings in thanatology*(pp. 7–32). Amityvile, N. Y. :Baywood Pub. Com. , Inc.
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies*, 28 , 309–340.
- Pine, V. R. (1977) . A social–historical portrait of death education.

- Death Education, 1, 57-84.*
- Rubin, R. (1968). A theory of clinical nursing. *Nursing Research, 17*(3), 210-212.
- Rhudick, P. J., & Dibner, A. S., (1961). Age, personality, and health correlates of death concerns in normal aged individuals. *Journal of Gerontology, 16, 44-49.*
- Rogers, CR (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed. ), *A study of a science: Study 1. Conceptual and systematic: Vol. 3 Formulations of the person and the social context* (pp.184-256). New York: McGraw Hill.
- Schiffman, L. G. & Kanuk, L. L. (2000). *Consumer Behavior*. (7th ed. ). New Jersey: Prentice Hall.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2000). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (9th ed. ). Philadelphia:Lippincott.
- Swenson, W. M. (1961). Attitudes toward death in an aged population. *Journal of Gerontology, 16, 49-52.*
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology, 82, 165-177.*
- Templer, D. I. & Reimer, Wilbert.(1995). Death Anxiety, Death Depression, Death Distress, and Death Discomfort Differential: Adolescent-Parental Correlations in Filipino and American Populations. *Omega, 32, 4, 319-330.*
- Tillich, P. (1952). *The Courage to Be*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Wallace, M. A. (1998). Renal transplantation. *Association of Perioperative*

*rative Registered Nursing, 68* ( 6 ), 964-1002.

Wilber, K. (1993). *The spectrum of consciousness*(2nd ed. ). Wheaton, IL: Quest Books.

Wong, T.P., Reker, G.T. & Gesser, G. (1994) *Death Attitude Profile-Revised : A multidimensional measure of attitude toward death*. In Nemeyer, R. A. Neimeyer (Ed. ), *Death Anxiety Handbook : Research, instrumentation, and application* (pp121-148). Washington D.C., Taylor & Francis.

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

## 中譯部分

- 易之新譯(2008)。**存在心理治療(上)**。台北：張老師。(Irvin D. Yalom, 1980)
- 金玲編譯(1996)。**愛與生的苦惱**。北京：華齡。(A. Schopenhauer, 著)
- 修慧蘭、鄭玄藏譯(2006)。**諮商與心理治療：理論與實務**。台北：雙葉。  
(Gerald Corey, 1977)
- 黃惠美、李巧雙譯(2001)。**危機介入與創傷反應：理論與實務**。台北：心理。(Barbara Rubin Wainrib & Ellin L. Bloch, 著)
- 游恆山譯(1992)。**生存的理由**。台北：遠流。(Viktor E. Frankl, 1963)
- 趙可式、沈錦惠譯(1995)。**活出意義來：從集中營說到存在主義**。台北：光啟社。(Viktor E. Frankl, 1963)
- 劉嘉雯、魯宓譯(2007)。**道德的重量：不安年代中的希望與救贖**。台北：心靈工坊。(Arthur Kleinman, 2007)
- 龔卓軍、石世明譯(2001)。**自由與命運**。台北：立緒。(R. May, 1981)

## 附錄

### 附錄一 訪談大綱

	研究目的	研究問題	訪談大綱
目的	(一) 探討血液透析患者對死亡態度之看法。	(一) 血液透析患者之死亡態度為何？	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 什麼時候你開始察覺到腎臟出問題了，可否詳細描述當時的心情是怎樣？</li> <li>2. 談談你第一次洗腎當時的想法是如何？</li> <li>4. 當你聽到某個病人往生了，可否詳細描述自己對死亡的看法？</li> </ol>
	(二) 探討血液透析患者對生命意義之看法。	(二) 血液透析患者之生命意義為何？	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 什麼時候你開始察覺到腎臟出問題了，可否詳細描述當時的心情是怎樣？</li> <li>2. 談談你第一次洗腎當時的想法是如何？</li> <li>3. 經過這些年來的洗腎治療後，你能否詳細描述自己對生命意義的看法？</li> </ol>
	(三) 探討血液透析患者生命意義與死亡態度間之相關。	(三) 血液透析患者生命意義與死亡態度是否有顯著相關？	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 什麼時候你開始察覺到腎臟出問題了，可否詳細描述當時的心情是怎樣？</li> <li>2. 談談你第一次洗腎當時的想法是如何？</li> <li>3. 經過這些年來的洗腎治療後，你能否詳細描述自己對生命意義的看法？</li> <li>4. 當你聽到某個病人往生了，可否詳細描述自己對死亡的看法？</li> </ol>
	(四) 依據研究結果，提出具體適當建議，以供醫院相關單位及護理人員之參考。		



## 附錄二

### 訪談同意書

您好！我是南華大學生死學研究所研究生梁寅鈞，論文題目是「臺灣血液透析患者對死亡態度及生命意義之探討」，因為論文之需要，需針對血液透析患者做半結構式之訪談，內容將以訪談大綱為主，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。透過您之寶貴意見，將做為量表編製之用。一切採匿名方式、且不涉及個人隱私，並尊重個人之意願。

經由研究者說明研究的目的與過程後，本人已了解研究的意義與價值，茲同意參與研究訪談，提供個人的經驗與觀點，作為「台灣血液透析患者生命意義及死亡態度」量表編製的資料。

在研究者遵守保密原則，遵守個人隱私的情況，及不公開研究參與者的個人資料下，本人同意錄音記錄資料，作為論文發表之用。

研究參與者：

研究者：

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 附錄三

#### 台灣血液透析患者生命意義及死亡態度之研究問卷（預試問卷）

親愛的先生、小姐您好：

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」，問卷所得資料將嚴守學術倫理規範，僅限於學術研究及發表之用。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 博士  
研究生:梁賓鈞 敬上  
中華民國九十八年十月

#### 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。

1. 年齡：(1) 16-25 (2) 26-35 (3) 36-45 (4) 46-55 (5) 56-65 (6) 66-75  
(7) 76-85 (8) 86 歲以上。
2. 性別：(1) 男 (2) 女。
3. 婚姻狀況：(1) 未婚 (2) 已婚 (3) 鰥寡 (4) 離婚 (5) 分居。
4. 教育程度：(1) 不識字 (2) 小學 (3) 國中 (4) 高中或高職 (5) 專科 (6) 大學 (7) 研究所以上。
5. 透析年資：(1) 1 年以內 (2) 1-5 年 (3) 6-10 年(4) 11 年以上。
6. 宗教信仰：(1) 佛教 (2) 道教(民間信仰) (3) 天主教(4) 基督教  
(5) 回教 (6) 一貫教 (7) 其他(請註明)\_\_\_\_\_。
7. 透析治療情形：(1) 良好 (2) 尚可 (3) 不好 (4) 很差。

## 第二部份：

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數字上畫「○」。

	很 不 同 意	不 同 意	中 立 意 見	同 意	非 常 同 意
1. 我心懷感恩過每一天。 . . . . .	1	2	3	4	5
2. 受苦經驗能讓我更了解生命的意義與價值。 . . . . .	1	2	3	4	5
3. 有意義的人生比幸福的人生更重要。 . . . . .	1	2	3	4	5
4. 如果今天是生命的最後一天，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. 生命的意義是代表個人對今生的責任已完成。 . . . . .	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. 宗教信仰有助於心靈的成長。 . . . . .	1	2	3	4	5
10. 人生無常所以要樂觀過生活。 . . . . .	1	2	3	4	5
11. 宗教信仰可以讓自己心靈平靜。 . . . . .	1	2	3	4	5
12. 我是個有價值的人。 . . . . .	1	2	3	4	5
13. 我不清楚自己為什麼要活著。 . . . . .	1	2	3	4	5
14. 對於未來我能清楚自己活著的意義和價值。 . . . . .	1	2	3	4	5
15. 生命是一種學習方式。 . . . . .	1	2	3	4	5
16. 生命最終的意義，就是生而無悔、死而無憾。 . . . . .	1	2	3	4	5
17. 我容易有負面情緒。 . . . . .	1	2	3	4	5
18. 我習慣以逃避來解決問題。 . . . . .	1	2	3	4	5
19. 只要我肯努力就可以發揮我的能力。 . . . . .	1	2	3	4	5
20. 我肯定社會中默默行善的小人物。 . . . . .	1	2	3	4	5
21. 我隨緣行善幫助別人。 . . . . .	1	2	3	4	5
22. 我能接納他人的缺點。 . . . . .	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. 我可以接納自己。 . . . . .	1	2	3	4	5

	很 不 同 意	不 同 意	中 立 意 見	同 意	非 常 同 意
27. 每個人都可以從錯誤中學習成長。 . . . . .	1	2	3	4	5
28. 若有機會，我願意當志工幫助需要援助的人。 . . . .	1	2	3	4	5
29. 我相信做壞事的人，一定不會有好下場。 . . . . .	1	2	3	4	5
30. 我會活下去是因為對家人有未了的責任。 . . . . .	1	2	3	4	5
31. 我把困難當成是挑戰的機會。 . . . . .	1	2	3	4	5
32. 我是個幸運的人。 . . . . .	1	2	3	4	5
33. 我讓自己過得很快樂。 . . . . .	1	2	3	4	5
34. 回想以前，我深刻地感受到自己的生命有意義。 . . . .	1	2	3	4	5
35. 不論命運好壞，每個人都有選擇的自由。 . . . . .	1	2	3	4	5
36. 在大自然中，我認為萬物皆有靈性。 . . . . .	1	2	3	4	5
37. 我的生命除了快樂之外還要健康。 . . . . .	1	2	3	4	5
38. 我凡事盡人事、聽天命，且活在當下。 . . . . .	1	2	3	4	5
39. 如果能選擇的話，我希望能再過一次像這輩子一樣的生活。 . . . . .	1	2	3	4	5
40. 生命的意義在於知福、惜福、再造福。 . . . . .	1	2	3	4	5
41. 我有能力來改變自己的生活。 . . . . .	1	2	3	4	5
42. 我是精力充沛、富有活力的。 . . . . .	1	2	3	4	5
43. 我的生命掌握在我自己的手中。 . . . . .	1	2	3	4	5
44. 我一點都沒有達成我的生活目標。 . . . . .	1	2	3	4	5
45. 我尊重自己的生命，接受治療後好像是重生。 . . . .	1	2	3	4	5
46. 我覺得凡事不要太計較、得過且過。 . . . . .	1	2	3	4	5

### 第三部份：

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數字上畫「○」。

	很 不 同 意	不 同 意	中 立 意 見	同 意	非 常 同 意
1. 死亡是一種可怕的經驗。 . . . . .	1	2	3	4	5
2. 想到我自己的死亡，就會引起我的焦慮不安。 . . . . .	1	2	3	4	5
3. 我盡量不去想到自己的死亡。 . . . . .	1	2	3	4	5
4. 我相信我死後將會上天堂或極樂世界。 . . . . .	1	2	3	4	5
5. 死亡將結束我所有的煩惱。 . . . . .	1	2	3	4	5
6. 死亡是一種自然的不可避免的事情。 . . . . .	1	2	3	4	5
7. 我不怕死亡，死亡只是一種贖罪的方式。 . . . . .	1	2	3	4	5
8. 死亡可讓我離開這個可怕的世界。 . . . . .	1	2	3	4	5
9. 我盡量不去想關於死亡的事情。 . . . . .	1	2	3	4	5
10. 死亡是放下痛苦和苦難的過程。 . . . . .	1	2	3	4	5
11. 我害怕死亡的來臨。 . . . . .	1	2	3	4	5
12. 我相信死後世界將是一個比今生更好的地方。 . . . . .	1	2	3	4	5
13. 死亡是生命過程中自然的一部分。 . . . . .	1	2	3	4	5
14. 死亡是一個受上帝（神、佛…）祝福的過程。 . . . . .	1	2	3	4	5
15. 死亡帶來一個新的展望和輝煌的生命。 . . . . .	1	2	3	4	5
16. 我既不害怕死亡也不歡迎它。 . . . . .	1	2	3	4	5
17. 我對死亡有強烈的恐懼感。 . . . . .	1	2	3	4	5
18. 我完全避免去想到死亡。 . . . . .	1	2	3	4	5
19. 死後沒有生命這個想法讓我感到困擾。 . . . . .	1	2	3	4	5
20. 死亡意味著一切的結束，這個事實令我害怕。 . . . . .	1	2	3	4	5
21. 我期盼死後能和我所愛的人團聚。 . . . . .	1	2	3	4	5
22. 死亡是今生痛苦的解脫。 . . . . .	1	2	3	4	5
23. 死亡只是生命過程的一部分而已。 . . . . .	1	2	3	4	5
24. 我看待死亡像一個通往永生的神聖地方。 . . . . .	1	2	3	4	5
25. 我儘量避開與死亡相關的事物。 . . . . .	1	2	3	4	5
26. 死亡為靈魂提供了美好的解脫。 . . . . .	1	2	3	4	5
27. 在面對死亡時，讓我感到欣慰的是我相信有來生。 . . . . .	1	2	3	4	5
28. 我看待死亡像一個解除生命的負擔。 . . . . .	1	2	3	4	5
29. 死亡既不是好事也不是壞事。 . . . . .	1	2	3	4	5

	很 不 同 意	不 同 意	中 立 意 見	同 意	非 常 同 意
30. 我對死後的生命懷有期待。 . . . . .	1	2	3	4	5
31. 死後將發生什麼事的不確定性讓我擔心。 . . . . .	1	2	3	4	5
32. 對於死亡，我內心充滿著畏懼並且沒有準備好面對它。 . . . . .	1	2	3	4	5
33. 如果可能，我想要安排自己的後事。 . . . . .	1	2	3	4	5
34. 如果醫生知道我得了絕症且所剩日子不多，我希望他能主動告訴我。 . . . . .	1	2	3	4	5
35. 我非常相信自己到年老時才會死去。 . . . . .	1	2	3	4	5
36. 當晚上夢見死亡或即將死去時，隔天起床這件事仍會困擾我。 . . . . .	1	2	3	4	5
37. 死亡是另一個生命的開始而不是盡頭。 . . . . .	1	2	3	4	5
38. 我希望自己死得有尊嚴而且不要太痛苦。 . . . . .	1	2	3	4	5
39. 我覺得生命該結束時，就讓它結束。 . . . . .	1	2	3	4	5
40. 我願意坦然接受死亡這個事實。 . . . . .	1	2	3	4	5
41. 我覺得死了就沒有感覺。 . . . . .	1	2	3	4	5
42. 我能勇於面對死亡。 . . . . .	1	2	3	4	5
43. 我不會用自殺來解決問題。 . . . . .	1	2	3	4	5
44. 我有「想不開」的想法。 . . . . .	1	2	3	4	5
45. 我很少想到未來，過一天算一天。 . . . . .	1	2	3	4	5

非常感謝您的協助

誠摯祝福您~平安 喜樂!

#### 附錄四

### 量表內容效度學者專家審查名單

#### 量表內容效度學者專家審查名單（依姓氏筆畫排列）

姓 名	服務單位與職稱
王玲雪	康全血液透析室護理師
紀潔芳	吳鳳技術學院國際企業管理系教授
張淑美	高雄師範大學教育學系教授
彭月惠	台新醫院血液透析室護理師
張利中	東海大學宗教所副教授
劉玉琦	新國民醫院血液透析室護理師
釋慧開	南華大學生死學系教授

附錄五

專家效度審查表

	題 目	適合度	學者專家效度修正意見
生命 目 標	在達成個人目標上，我能設定清楚的計畫和步驟。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	生命是一種學習方式。
	我很清楚我人生的目標。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我一點都沒有達成我的生活目標。
	生命最終極的意義，就是生而無憾、死而無悔。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	生命最終的意義，就是生而無悔、死而無憾。
	回顧過往，能完成某些事是我最大的滿足。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	回想以前，我深刻地感受到自己的生命有意義。
	只要我肯努力就可以發揮我的潛能。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	只要我肯努力就可以發揮我的能力。
	我能接納他人的缺點或限制。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我能接納他人的缺點。
	我會活下去是因為對家人有未了的責任。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	生命的意義在於知福、惜福、再造福。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我相信人生大部分是公平的。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我相信人生是公平的。
	不論命運好壞，我認為人都還有選擇的自由。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	不論命運好壞，每個人都有選擇的自由。
	如果能選擇的話，我希望能再過一次像這輩子一樣的生活。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我認為人生無常所以要積極向上。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	人生無常所以要樂觀過生活。
	我認為每個人都可以從錯誤中學習成長。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	每個人都可以從錯誤中學習成長。
	我會把困難當成是挑戰的機會。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我把困難當成是挑戰的機會。
生命的意義取決於個人自我實現的程度。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我的生命掌握在我自己的手中。	
生命 價 值	我常心懷感恩過每一天。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我心懷感恩過每一天。
	我覺得苦難讓自己更了解生命的意義與價值。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	受苦經驗能讓我更了解生命的意義與價值。
	我覺得有意義的人生，比幸福的人生更重要。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	有意義的人生比幸福的人生更重要。
	如果今天我死了，我會覺得不虛此生。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	如果今天是生命的最後一天，我會覺得不虛此生。



	我肯定社會中默默行善的小人物。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我常隨緣行善，幫助別人。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我隨緣行善幫助別人。
	我肯定每個人的存在，都有其獨特的意義與價值。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我願意擔任志工參與社會服務，幫助弱勢。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	若有機會，我願意當志工幫助需要援助的人。
	我尊重自己的生命，接受治療後好像是重生。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我能夠讓自己的生活過得多采多姿。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我讓自己過得很快樂。
生命自由	人生無常，所以要活在當下。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我認為人生無常所以要積極向上。
	我覺得這個時代適合我發展潛能。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	只要我肯努力就可以發揮我的潛能。
	我能接納他人的缺點或限制。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我相信人生是公平的。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我接納孩子有犯錯的權利。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我認為每個人都可以從錯誤中學習成長。
	我認為「危機就是轉機」。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我會把困難當成是挑戰的機會。
	我認為人永遠有選擇的自由。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	不論命運好壞，我認為人都還有選擇的自由。
自我概念	生命的意義取決於個人自我實現的程度。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	生命的意義是代表個人對今生的責任已完成。
	我認為自己是有價值的人。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我認為自己是個有價值的人。
	我不懂自己為什麼要活著。(反)	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我不清楚自己為什麼要活著。
	我容易有負面情緒。(反)	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我習慣用逃避來解決問題。(反)	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我認為能達到社會的標準才算成功。(反)	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我認為能達到社會或家人的標準才算成功。
	我是一個負責的人。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我是個負責任的人。
	我知道如何接納自己。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我可以接納自己。
	一般而言，我的言行符合社會標準。	<input type="checkbox"/> 適合	我會用較高之道德標準來要求自己

		<input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	己。(反)
	我覺得自己是個幸運的人。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我是個幸運的人。
靈 性	我相信凡事有因必有果。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我覺得人的本性是良善的。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我相信人的本性是良善的。
	我認為宗教信仰，有助於心靈之成長。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	宗教信仰有助於心靈的成長。
	我相信做壞事的人，一定不會有好下場。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	宗教信仰協助我認清生命的本質。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	宗教信仰可以讓自己心靈平靜。
	在大自然中，我更能體會宇宙萬物合一之感。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	在大自然中，我認為萬物皆有靈性。
	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。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	在生活中追求心靈成長是理想的人生。
死 亡 恐 懼	我認為死亡是一種可怕的經驗。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	死亡是一種可怕的經驗。
	想到我自己的死亡，就會引起我的焦慮不安。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我對死亡有強烈的恐懼感。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	死後是不是有生命，這個問題讓我感到非常困擾。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	死後沒有生命這個想法讓我感到困擾。
	死亡意味著一切的結束，這個事實令我害怕。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	死後將發生什麼事的不確定性讓我擔心。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	當晚上夢見死亡或即將死去時，隔天起床這件事仍會困擾我。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
死 亡 逃 避	我盡量不去想到自己的死亡。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我盡量避免有死亡的念頭。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我盡量不去想關於死亡的事情。
	我害怕死亡的來臨。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我完全避免去想到死亡。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我盡量避開與死亡相關的事物。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	對於死亡，我內心充滿著畏懼並且沒有準備好面對它。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	

	我非常相信自己到年老時才會死去。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我很少想到未來，過一天算一天。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
中性接受	死亡應該是一種自然的、無可否認而且是不可避免的事件。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	死亡是一種自然的不可避免的事情。
	我認為死亡是讓我贖罪的地方。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我不怕死亡，死亡只是一種贖罪的方式。
	我認為死亡是生命過程中自然的一部分。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	死亡是生命過程中自然的一部分。
	我既不害怕死亡也不歡迎它。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	死亡只是生命過程的一部分而已。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	死亡既不是好事也不是壞事。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我希望自己死得有尊嚴且不要太痛苦。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我認為生命該結束時，就讓它結束。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我覺得生命該結束時，就讓它結束。
	我認為死了就沒有感覺。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我覺得死了就沒有感覺。
	我願意坦然接受死亡這個事實。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我能勇於面對死亡。
趨近接受	我相信我死後將會上天堂或極樂世界。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我相信死後世界將是一個比今生更好的地方。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我認為死亡是一個受上帝（神、佛…）祝福的過程。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	死亡是一個受上帝（神、佛…）祝福的過程。
	死亡帶來一個新的展望和輝煌的生命。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我期盼死後能和我所愛的人團聚。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我視死亡像一個通往永生的神聖地方。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我看待死亡像一個通往永生的神聖地方。
	我覺得死亡為靈魂提供了美好的解脫。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	死亡為靈魂提供了美好的解脫。
	在面對死亡時有一件事能讓我感到欣慰的是我相信有來生。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	在面對死亡時，讓我感到欣慰的是我相信有來生。
	我對死後的生命懷有期待。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	如果可能，我想要安排自己的後事。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合	

		<input type="checkbox"/> 宜修改	
	如果醫生知道我得了絕症且所剩日子不多，我希望他能主動告訴我。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我認為死亡是另一個生命的開始而不是盡頭。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	死亡是另一個生命的開始而不是盡頭。
	我願意坦然接受死亡這個事實。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
逃 離 接 受	死亡將結束我所有的煩惱。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	死亡可讓我離開這個可怕的世界。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我認為死亡是一種解脫。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	死亡是放下痛苦和苦難的過程。
	我認為死亡是今生痛苦的解脫。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	死亡是今生痛苦的解脫。
	我視死亡像一個解除生命的負擔。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我看待死亡像一個解除生命的負擔。
	我不會用自殺來解決問題。	<input checked="" type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 宜修改	
	我總是有「厭世」的想法。	<input type="checkbox"/> 適合 <input checked="" type="checkbox"/> 宜修改	我有「想不開」的想法。(反向題)

附錄六

血液透析患者死亡態度量表架構與預試題目分析

構面	題 目
死亡 恐懼	1. 死亡是一種可怕的經驗。
	2. 想到我自己的死亡，就會引起我的焦慮不安。
	17. 我對死亡有強烈的恐懼感。
	19. 死後沒有生命這個想法讓我感到困擾。
	20. 死亡意味著一切的結束，這個事實令我害怕。
	31. 死後將發生什麼事的不確定性讓我擔心。
	36. 當晚上夢見死亡或即將死去時，隔天起床這件事仍會困擾我。
死亡 逃避	3. 我盡量不去想到自己的死亡。
	9. 我盡量不去想關於死亡的事情。
	11. 我害怕死亡的來臨。
	18. 我完全避免去想到死亡。
	25. 我儘量避開與死亡相關的事物。
	32. 對於死亡，我內心充滿著畏懼並且沒有準備好面對它。
	35. 我非常相信自己到年老時才會死去。
45. 我很少想到未來，過一天算一天。	
中性 接受	6. 死亡是一種自然的不可避免的事情。
	7. 我不怕死亡，死亡只是一種贖罪的方式。
	13. 死亡是生命過程中自然的一部分。
	16. 我既不害怕死亡也不歡迎它。
	23. 死亡只是生命過程的一部分而已。
	29. 死亡既不是好事也不是壞事。
	38. 我希望自己死得有尊嚴而且不要太痛苦。
	39. 我覺得生命該結束時，就讓它結束。
	41. 我覺得死了就沒有感覺。
42. 我能勇於面對死亡。	
趨近 接受	4. 我相信我死後將會上天堂或極樂世界。
	12. 我相信死後世界將是一個比今生更好的地方。
	14. 死亡是一個受上帝（神、佛...）祝福的過程。
	15. 死亡帶來一個新的展望和輝煌的生命。
	21. 我期盼死後能和我所愛的人團聚。
	24. 我看待死亡像一個通往永生的神聖地方。
	26. 死亡為靈魂提供了美好的解脫。

	27. 在面對死亡時，讓我感到欣慰的是我相信有來生。
	30. 我對死後的生命懷有期待。
	33. 如果可能，我想要安排自己的後事。
	34. 如果醫生知道我得了絕症且所剩日子不多，我希望他能主動告訴我。
	37. 死亡是另一個生命的開始而不是盡頭。
	40. 我願意坦然接受死亡這個事實。
逃離 接受	5. 死亡將結束我所有的煩惱。
	8. 死亡可讓我離開這個可怕的世界。
	10. 死亡是放下痛苦和苦難的過程。
	22. 死亡是今生痛苦的解脫。
	28. 我看待死亡像一個解除生命的負擔。
	43. 我不會用自殺來解決問題。
	44. 我有「想不開」的想法。(反向題)

附錄七

血液透析患者生命意義量表架構與預試題目分析

構面	細項	題目		
生命目標	理想	15. 生命是一種學習方式。		
		16. 生命最終的意義，就是生而無悔、死而無憾。		
		34. 回想以前，我深刻地感受到自己的生命有意義。		
		40. 生命的意義在於知福、惜福、再造福。		
	未盡事務	30. 我會活下去是因為對家人有未了的責任。		
		44. 我一點都沒有達成我的生活目標。(反向題)		
	選擇	19. 只要我肯努力就可以發揮我的能力。		
		22. 我能接納他人的缺點。		
		24. 我相信人生是公平的。		
		35. 不論命運好壞，每個人都有選擇的自由。		
		39. 如果能選擇的話，我希望能再過一次像這輩子一樣的生活。		
	超越	10. 人生無常所以要樂觀過生活。		
		27. 每個人都可以從錯誤中學習成長。		
		31. 我把困難當成是挑戰的機會。		
43. 我的生命掌握在我自己的手中。				
生命價值	尊嚴	2. 受苦經驗能讓我更了解生命的意義與價值。		
		3. 有意義的人生比幸福的人生更重要。		
		4. 如果今天是生命的最後一天，我會覺得不虛此生。		
		14. 對於未來我能清楚自己活著的意義和價值。		
		20. 我肯定社會中默默行善的小人物。		
		21. 我隨緣行善幫助別人。		
		25. 我肯定每個人的存在，都有其獨特的意義與價值。		
	幸福感	1. 我心懷感恩過每一天。		
		28. 若有機會，我願意當志工幫助需要援助的人。		
		33. 我讓自己過得很快樂。		
		45. 我尊重自己的生命，接受治療後好像是重生。		
		自我概念	調適	13. 我不清楚自己為什麼要活著。(反向題)
				17. 我容易有負面情緒。(反向題)
18. 我習慣以逃避來解決問題。(反向題)				
自我價	6. 生命的意義是代表個人對今生的責任已完成。			
	12. 我是個有價值的人。			
	23. 我是個負責任的人。			

值		26. 我可以接納自己。
		32. 我是個幸運的人。
		37. 我的生命除了快樂之外還要健康。
		38. 我凡事盡人事、聽天命，且活在當下。
		41. 我有能力來改變自己的生活。
		42. 我是精力充沛、富有活力的。
		46. 我覺得凡事不要太計較、得過且過。
靈性	心靈	5. 在生活中追求心靈成長是理想的人生。
		8. 我相信人的本性是良善的。
		36. 在大自然中，我認為萬物皆有靈性。
	宗教	7. 我相信凡事有因必有果。
		9. 宗教信仰有助於心靈的成長。
		11. 宗教信仰可以讓自己心靈平靜。
		29. 我相信做壞事的人，一定不會有好下場。



## 附錄八

### 「血液透析患者生命意義及死亡態度量表」各構面題項分析結果

題目	遺漏值百分比	平均數	標準差	刪除該題之量表平均數	刪除該題之量表變異數	該題與其他各題總分之相關	多元相關平方	刪除此題後的 $\alpha$ 係數	主成分分析之因素負荷量	備註
L15. 生命是一種學習方式。	1.9%	3.6579	.79822	48.9539	48.362	.602	.457	.845	.709	
L16. 生命最終的意義，就是生而無悔、死而無憾。	1.9%	3.7500	.78268	48.8618	48.570	.596	.484	.846	.680	
L34. 回想以前，我深刻地感受到自己的生命有意義。	2.5%	3.4934	.84569	49.1184	47.549	.636	.437	.843	.678	
L40. 生命的意義在於知福、惜福、再造福。	2.5%	3.8289	.78712	48.7829	47.866	.661	.512	.843	.731	
L30. 我會活下去是因為對家人有未了的責任。	2.5%	3.7566	.85348	48.8553	49.780	.430	.318	.854	.543	刪
L44. 我一點都沒有達成我的生活目標。(反向題)	2.5%	2.9211	.85758	49.6908	55.606	-.051	.147	.878	-.076	刪
L19. 只要我肯努力就可以發揮我的能力。	1.9%	3.5921	.71275	49.0197	50.019	.511	.353	.850	.598	刪
L22. 我能接納他人的缺點。	1.9%	3.5395	.75364	49.0724	48.783	.601	.419	.846	.682	
L24. 我相信人生是公平的。	1.9%	3.1645	1.09450	49.4474	48.130	.418	.250	.857	.486	刪
L35. 不論命運好壞，每個人都有選擇的自由。	2.5%	3.6974	.79767	48.9145	48.609	.579	.448	.847	.660	刪
L39. 如果能選擇的話，我希望能再過一次像這輩子一樣的生活。	2.5%	2.5658	1.14320	50.0461	50.521	.237	.179	.870	.259	刪
L10. 人生無常所以要樂觀過生活。	1.9%	3.8882	.75071	48.7237	49.221	.560	.409	.848	.655	刪
L27. 每個人都可以從錯誤中學習成長。	2.5%	3.6053	.85473	49.0066	48.139	.574	.434	.847	.675	刪
L31. 我把困難當成是挑戰的機會。	2.5%	3.5987	.82398	49.0132	47.139	.695	.594	.840	.791	
L43. 我的生命掌握在我自己的手中。	2.5%	3.5526	.88990	49.0592	46.612	.681	.530	.840	.748	
生命目標：L15~L43	刪題後的 $\alpha$ 值	.859								
L2. 受苦經驗能讓我更了解生命的意義與價值。	1.3%	3.6689	.86965	36.4768	31.638	.655	.510	.889	.716	
L3. 有意義的人生比幸福的人生更重要。	1.3%	3.6424	.86675	36.5033	32.305	.583	.412	.894	.655	刪
L4. 如果今天是生命的最後一天，我會覺得不虛此生。	1.3%	3.3642	.90542	36.7815	32.625	.518	.353	.898	.591	刪
L14. 對於未來我能清楚自己活著的意義和價值。	1.9%	3.6159	.78197	36.5298	32.717	.612	.388	.892	.687	刪
L20. 我肯定社會中默默行善的小人物。	1.9%	3.7616	.77208	36.3841	32.425	.658	.588	.889	.741	
L21. 我隨緣行善幫助別人。	2.5%	3.7616	.73674	36.3841	32.371	.703	.631	.887	.777	
L25. 我肯定每個人的存在，都有其獨特的意義與價值。	1.9%	3.7616	.74573	36.3841	32.345	.696	.547	.887	.769	
L1. 我心懷感恩過每一天。	1.3%	3.7020	.78989	36.4437	32.075	.682	.505	.888	.754	

L28. 若有機會，我願意當志工幫助需要援助的人。	2.5%	3.7020	.78989	36.4437	32.662	.611	.450	.892	.692	刪
L33. 我讓自己過得很快樂。	2.5%	3.5894	.73277	36.5563	32.835	.647	.494	.890	.717	
L45. 我尊重自己的生命，接受治療後好像是重生。	2.5%	3.5762	.81189	36.5695	32.327	.630	.441	.890	.705	
生命價值：L2~L45 刪題後的 $\alpha$ 值			.874							
L13. 我不清楚自己為什麼要活著。(反向題)	1.9%	3.2500	.91529	42.0197	32.337	.219	.220	.802	.222	刪
L17. 我容易有負面情緒。(反向題)	1.9%	2.9737	.89107	42.2961	32.846	.178	.285	.805	.165	刪
L18. 我習慣以逃避來解決問題。(反向題)	1.9%	3.4211	.83409	41.8487	32.222	.268	.252	.796	.264	刪
L6. 生命的意義是代表個人對今生的責任已完成。	1.9%	3.5592	.81162	41.7105	30.379	.494	.365	.777	.631	
L12. 我是個有價值的人。	1.9%	3.3882	.93532	41.8816	30.238	.422	.293	.783	.538	刪
L23. 我是個負責任的人。	1.9%	3.7303	.74559	41.5395	30.462	.539	.397	.774	.663	
L26. 我可以接納自己。	1.9%	3.6447	.79241	41.6250	29.547	.613	.449	.767	.736	
L32. 我是個幸運的人。	2.5%	3.3289	1.01496	41.9408	28.983	.498	.396	.776	.643	
L37. 我的生命除了快樂之外還要健康。	2.5%	3.9342	.81111	41.3355	30.754	.450	.364	.781	.576	刪
L38. 我凡事盡人事、聽天命，且活在當下。	2.5%	3.6711	.82008	41.5987	29.805	.556	.387	.771	.683	
L41. 我有能力來改變自己的生活。	2.5%	3.3487	.86323	41.9211	30.908	.396	.394	.785	.540	刪
L42. 我是精力充沛、富有活力的。	2.5%	3.3092	.79928	41.9605	29.985	.552	.471	.772	.658	
L46. 我覺得凡事不要太計較、得過且過。	2.5%	3.7105	.78590	41.5592	30.963	.443	.355	.781	.609	刪
自我概念：L13~L46 刪題後的 $\alpha$ 值			.785							
L5. 在生活中追求心靈成長是理想的人生。	1.9%	3.6755	.80457	22.5762	11.552	.486	.267	.769	.643	
L8. 我相信人的本性是良善的。	1.9%	3.7881	.82146	22.4636	11.490	.483	.252	.770	.627	
L36. 在大自然中，我認為萬物皆有靈性。	2.5%	3.7748	.75870	22.4768	11.718	.493	.264	.768	.628	
L7. 我相信凡事有因必有果。	1.9%	3.9007	.78956	22.3510	11.403	.531	.341	.761	.684	
L9. 宗教信仰有助於心靈的成長。	1.9%	3.8079	.82232	22.4437	10.875	.609	.451	.745	.757	
L11. 宗教信仰可以讓自己心靈平靜。	1.9%	3.7483	.80182	22.5033	10.878	.631	.492	.742	.780	
L29. 我相信做壞事的人，一定不會有好下場。	2.5%	3.5563	.97731	22.6954	11.160	.420	.215	.787	.557	刪
靈性：L5~L29 刪題後的 $\alpha$ 值			.787							
D1. 死亡是一種可怕的經驗。	1.9%	3.0855	.97617	17.0395	18.025	.587	.474	.698	.754	
D2. 想到我自己的死亡，就會引起我的焦慮不安。	1.9%	2.8882	1.01348	17.2368	17.559	.619	.520	.690	.775	
D17. 我對死亡有強烈的恐懼感。	1.9%	2.7237	.87039	17.4013	18.560	.604	.438	.700	.773	
D19. 死後沒有生命這個想法讓我感到困擾。	2.5%	2.8158	.79252	17.3092	19.553	.523	.377	.718	.682	
D20. 死亡意味著一切的結束，這個事實令我害怕。	1.9%	2.7500	.87079	17.3750	18.726	.579	.451	.705	.749	
D31. 死後將發生什麼事的不確定性讓我擔心。	1.9%	2.9671	1.87142	17.1579	16.280	.269	.081	.832	.371	刪

D36. 當晚上夢見死亡或即將死去時，隔天起床這件事仍會困擾我。	1.9%	2.8947	.92899	17.2303	19.013	.490	.307	.719	.669	刪
死亡恐懼：D1~D36 刪題後的 $\alpha$ 值		.816								
D3. 我盡量不去想到自己的死亡。	1.9%	3.4768	.86282	21.7285	12.106	.496	.327	.618	.709	
D9. 我盡量不去想關於死亡的事情。	1.9%	3.3775	.81439	21.8278	12.437	.475	.476	.625	.733	
D11. 我害怕死亡的來臨。	1.9%	2.8079	.89230	22.3974	13.241	.276	.263	.669	.372	刪
D18. 我完全避免去想到死亡。	1.9%	3.1192	.86354	22.0861	12.053	.506	.348	.615	.731	
D25. 我儘量避開與死亡相關的事物。	1.9%	3.1656	.91964	22.0397	11.692	.524	.422	.608	.765	
D32. 對於死亡，我內心充滿著畏懼並且沒有準備好面對它。	1.9%	2.9470	.93658	22.2583	12.353	.395	.347	.641	.518	刪
D35. 我非常相信自己到年老時才會死去。	3.2%	3.1192	.90131	22.0861	13.559	.220	.087	.682	.320	刪
D45. 我很少想到未來，過一天算一天。	1.9%	3.1921	.97786	22.0132	13.986	.121	.028	.709	.193	刪
死亡逃避：D3~D45 刪題後的 $\alpha$ 值		.775								
D6. 死亡是一種自然的不可避免的事情。	1.9%	3.8618	.74629	32.5987	20.043	.655	.523	.809	.773	
D7. 我不怕死亡，死亡只是一種贖罪的方式。	1.9%	3.0526	.91195	33.4079	21.978	.254	.188	.851	.302	刪
D13. 死亡是生命過程中自然的一部分。	1.9%	3.7566	.68083	32.7039	21.150	.537	.390	.821	.674	刪
D16. 我既不害怕死亡也不歡迎它。	1.9%	3.4868	.78889	32.9737	20.887	.481	.276	.826	.580	刪
D23. 死亡只是生命過程的一部分而已。	2.5%	3.7500	.69292	32.7105	20.578	.624	.504	.813	.736	
D29. 死亡既不是好事也不是壞事。	1.9%	3.5789	.70501	32.8816	20.953	.547	.369	.820	.622	刪
D38. 我希望自己死得有尊嚴而且不要太痛苦。	1.9%	3.9013	.81995	32.5592	20.208	.556	.542	.818	.700	
D39. 我覺得生命該結束時，就讓它結束。	1.9%	3.8750	.74862	32.5855	20.205	.626	.565	.812	.744	
D41. 我覺得死了就沒有感覺。	1.9%	3.5461	.91954	32.9145	20.013	.501	.350	.825	.573	刪
D42. 我能勇於面對死亡。	1.9%	3.6513	.80774	32.8092	19.996	.599	.414	.814	.708	
中性接受：D6~D42 刪題後的 $\alpha$ 值		.830								
D4. 我相信我死後將會上天堂或極樂世界。	1.9%	3.3267	.80682	40.1000	37.097	.586	.448	.828	.689	
D12. 我相信死後世界將是一個比今生更好的地方。	1.9%	3.0600	.86877	40.3667	36.838	.561	.423	.829	.667	刪
D14. 死亡是一個受上帝（神、佛...）祝福的過程。	1.9%	3.2533	.84493	40.1733	36.534	.613	.510	.826	.723	
D15. 死亡帶來一個新的展望和輝煌的生命。	2.5%	3.1200	.94066	40.3067	36.066	.580	.523	.827	.709	
D21. 我期盼死後能和我所愛的人團聚。	1.9%	3.3600	.82965	40.0667	39.002	.368	.235	.842	.433	刪
D24. 我看待死亡像一個通往永生的神聖地方。	1.9%	3.2800	.80368	40.1467	37.347	.561	.371	.829	.669	刪
D26. 死亡為靈魂提供了美好的解脫。	3.2%	3.2533	.83695	40.1733	37.339	.535	.414	.831	.633	刪
D27. 在面對死亡時，讓我感到欣慰的是我相信有來生。	1.9%	3.2067	.86929	40.2200	36.723	.572	.448	.828	.687	
D30. 我對死後的生命懷有期待。	1.9%	3.0867	.91912	40.3400	37.152	.492	.362	.834	.594	刪
D33. 如果可能，我想要安排自己的後事。	1.9%	3.5333	.86441	39.8933	39.304	.319	.237	.845	.362	刪

D34. 如果醫生知道我得了絕症且所剩日子不多,我希望他能主動告訴我。	1.9%	3.8000	.88234	39.6267	39.497	.291	.272	.847	.334	刪
D37. 死亡是另一個生命的開始而不是盡頭。	1.9%	3.3467	.92676	40.0800	36.316	.567	.403	.828	.641	
D40. 我願意坦然接受死亡這個事實。	1.9%	3.8000	.75972	39.6267	38.974	.417	.308	.838	.483	刪
趨近接受：D4~D40 刪題後的 $\alpha$ 值		.790								
D5. 死亡將結束我所有的煩惱。	1.9%	3.4183	.93622	20.2092	7.680	.516	.316	.461	.722	
D8. 死亡可讓我離開這個可怕的世界。	1.9%	2.9869	.94581	20.6405	9.166	.205	.320	.583	.634	
D10. 死亡是放下痛苦和苦難的過程。	1.9%	3.2876	.84817	20.3399	8.278	.458	.288	.491	.714	
D22. 死亡是今生痛苦的解脫。	1.9%	3.4379	.78497	20.1895	8.457	.474	.328	.492	.736	
D28. 我看待死亡像一個解除生命的負擔。	1.9%	3.3333	.78640	20.2941	8.051	.575	.380	.456	.739	
D43. 我不會用自殺來解決問題。	1.9%	3.7255	.95446	19.9020	9.418	.155	.117	.602	.135	刪
D44. 我有「想不開」的想法。(反向題)	1.9%	3.4379	.98562	20.1895	10.734	-.073	.193	.682	-.188	刪
逃離接受：D5~D44 刪題後的 $\alpha$ 值		.749								

## 附錄九

### 台灣血液透析患者生命意義及死亡態度之研究問卷（正式問卷）

親愛的先生、小姐您好：

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」，問卷所得資料將嚴守學術倫理規範，僅限於學術研究及發表之用。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 博士  
研究生:梁賓鈞 敬上  
中華民國九十九年三月

#### 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。

1. 年齡：(1) 16-25 (2) 26-35 (3) 36-45 (4) 46-55 (5) 56-65  
(6) 66-75 (7) 76-85 (8) 86歲以上。
2. 性別：(1) 男 (2) 女。
3. 婚姻狀況：(1) 未婚 (2) 已婚 (3) 鰥寡 (4) 離婚 (5) 分居。
4. 教育程度：(1) 不識字 (2) 小學 (3) 國中 (4) 高中或高職 (5) 專科 (6) 大學 (7) 研究所以上。
5. 透析年資：(1) 1年以內 (2) 1-5年 (3) 6-10年 (4) 11年以上。
6. 宗教信仰：(1) 佛教 (2) 道教(民間信仰) (3) 天主教 (4) 基督教  
(5) 回教 (6) 一貫教 (7) 其他(請註明)\_\_\_\_\_。
7. 透析治療情形：(1) 良好 (2) 尚可 (3) 不好 (4) 很差。

## 第二部份：

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數字上畫「○」。

	很 不 同 意	不 同 意	中 立 意 見	同 意	非 常 同 意
1. 生命是一種學習方式。 . . . . .	1	2	3	4	5
2. 生命最終的意義，就是生而無悔、死而無憾。 . . . . .	1	2	3	4	5
3. 回想以前，我深刻地感受到自己的生命有意義。 . . . . .	1	2	3	4	5
4. 生命的意義在於知福、惜福、再造福。 . . . . .	1	2	3	4	5
5. 我能接納他人的缺點。 . . . . .	1	2	3	4	5
6. 我把困難當成是挑戰的機會。 . . . . .	1	2	3	4	5
7. 我的生命掌握在我自己的手中。 . . . . .	1	2	3	4	5
8. 受苦經驗能讓我更瞭解生命的意義與價值。 . . . . .	1	2	3	4	5
9. 我肯定社會中默默行善的小人物。 . . . . .	1	2	3	4	5
10. 我隨緣行善幫助別人。 . . . . .	1	2	3	4	5
11. 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
12. 我心懷感恩過每一天。 . . . . .	1	2	3	4	5
13. 我讓自己過得很快樂。 . . . . .	1	2	3	4	5
14. 我尊重自己的生命，接受治療後好像是重生。 . . . . .	1	2	3	4	5
15. 生命的意義是代表個人對今生的責任已完成。 . . . . .	1	2	3	4	5
16. 我是個負責任的人。 . . . . .	1	2	3	4	5
17. 我可以接納自己。 . . . . .	1	2	3	4	5
18. 我是個幸運的人。 . . . . .	1	2	3	4	5
19. 我凡事盡人事、聽天命，且活在當下。 . . . . .	1	2	3	4	5
20. 我是精力充沛、富有活力的。 . . . . .	1	2	3	4	5
21. 在生活中追求心靈成長是理想的人生。 . . . . .	1	2	3	4	5
22. 我相信人的本性是良善的。 . . . . .	1	2	3	4	5
23. 在大自然中，我認為萬物皆有靈性。 . . . . .	1	2	3	4	5
24. 我相信凡事有因必有果。 . . . . .	1	2	3	4	5
25. 宗教信仰有助於心靈的成長。 . . . . .	1	2	3	4	5
26. 宗教信仰可以讓自己心靈平靜。 . . . . .	1	2	3	4	5

### 第三部份：

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數字上畫「○」。

	很 不 同 意	不 同 意	中 立 意 見	同 意	非 常 同 意
1. 死亡是一種可怕的經驗。 . . . . .	1	2	3	4	5
2. 想到我自己的死亡，就會引起我的焦慮不安。 . . . . .	1	2	3	4	5
3. 我對死亡有強烈的恐懼感。 . . . . .	1	2	3	4	5
4. 死後沒有生命這個想法讓我感到困擾。 . . . . .	1	2	3	4	5
5. 死亡意味著一切的結束，這個事實令我害怕。 . . . . .	1	2	3	4	5
6. 我盡量不去想到自己的死亡。 . . . . .	1	2	3	4	5
7. 我盡量不去想關於死亡的事情。 . . . . .	1	2	3	4	5
8. 我完全避免去想到死亡。 . . . . .	1	2	3	4	5
9. 我儘量避開與死亡相關的事物。 . . . . .	1	2	3	4	5
10. 死亡是一種自然的不可避免的事情。 . . . . .	1	2	3	4	5
11. 死亡只是生命過程的一部分而已。 . . . . .	1	2	3	4	5
12. 我希望自己死得有尊嚴而且不要太痛苦。 . . . . .	1	2	3	4	5
13. 我覺得生命該結束時，就讓它結束。 . . . . .	1	2	3	4	5
14. 我能勇於面對死亡。 . . . . .	1	2	3	4	5
15. 我相信我死後將會上天堂或極樂世界。 . . . . .	1	2	3	4	5
16. 死亡是一個受上帝（神、佛…）祝福的過程。 . . . . .	1	2	3	4	5
17. 死亡帶來一個新的展望和輝煌的生命。 . . . . .	1	2	3	4	5
18. 在面對死亡時，讓我感到欣慰的是我相信有來生。 . . . . .	1	2	3	4	5
19. 死亡是另一個生命的開始而不是盡頭。 . . . . .	1	2	3	4	5
20. 死亡將結束我所有的煩惱。 . . . . .	1	2	3	4	5
21. 死亡可讓我離開這個可怕的世界。 . . . . .	1	2	3	4	5
22. 死亡是放下痛苦和苦難的過程。 . . . . .	1	2	3	4	5
23. 死亡是今生痛苦的解脫。 . . . . .	1	2	3	4	5
24. 我看待死亡像一個解除生命的負擔。 . . . . .	1	2	3	4	5

非常感謝您的協助

誠摯祝福您~平安、喜樂!

附錄十

## 南華大學 函（稿）

機關地址：62248 嘉義縣大林鎮中坑 32 號

聯絡方式： 承辦人：

電話：

傳真：

受文者：○○醫院

發文日期：中華民國 年 月 日

發文字號：南華○字第○○○號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：

主旨：為進行「台灣血液透析患者對死亡態度及生命意義之探討」之議題，擬請向 貴院血液透析患者進行問卷調查，鑑請 查照。

說明：

- 一、檢附「論文研究同意書申請函」1份、「論文研究計畫書」1份與「台灣血液透析患者對死亡態度及生命意義之研究問卷」1份。

聯絡方法：

電話：

E-mail：

研究生：

正本：○○醫院

副本：南華大學

校長 陳○○



## 申請函

護理部○○○鈞鑒：

本人梁賓鈞目前就讀南華大學生死學研究所在職專班二年級，論文題目為「台灣血液透析患者對死亡態度及生命意義之探討」，因配合論文需要，故需對血液透析患者施行問卷。本問卷一律採不記名方式實施，問卷所得的資料完全僅供學術研究之用，並且完全遵守學術倫理規範，絕對不會對外公開。並附上問卷量表一份，請查收。

內容若經 貴院審查通過，後學將於○月底前完成預試施測，並感謝貴院之大力鼎助，誠摯祝福貴院同仁：平安、喜樂！

南華大學生死學研究所  
指導教授：何長珠 博士  
研究生：梁賓鈞 敬上  
中華民國九十八年○月