

第一章 緒論

第一節 研究動機

生，是喜悅歡愉的，是受祝福的。生命的開端充滿希望，生命的每一步成長和進步，都將走向絢爛，但亦終將趨於沈寂。生和死看似對立，然而卻是生命體必經之過程。生與死是自然現象，生，接續上一代之形體與精神文化，死，給下一代子孫更寬廣之生命舞台。因為死亡，方能顯出當下生命之可貴。雖然如此，在多數人們的心裡，「死亡」仍是可怕且忌諱談論的話題。這種態度的形成，主要來自我們對死亡的無知與誤解，只要明白了死亡是人生既定且無法避免的，我們就會學習以建設性的積極態度來面對（黃天中，1991）一個認識、了解死亡的人，才能更有計劃地安排自己的生命，亦能知道如何幫助瀕死者有尊嚴地走完人生。

在現代化工業社會，隨著生活品質的提高與醫療設備的充實與改善，不斷延長人們的平均壽命，逐漸形成了整個社會的高齡化趨勢，這種醫療化與高齡化的趨勢，讓人無法像傳統一樣在家中死亡，今天的死亡約有 80% 發生在醫院，且其中有 1/4 是死於癌症（李復惠，1987），根據行政院衛生署於 2000 年 12 月公布最新年度台灣癌症登記報告，報告顯示，一年當中新增四萬六千六百一十二名癌症病人，平均每 11 分 15 秒增 1 名癌症患者。而台灣地區 1990 年死亡案例的調查發現有 83% 的是由西醫開具死亡證明（杜異珍，1997）。可見在醫院中死亡，似乎成了現代人的宿命。

在死亡與醫院發生如此密不可分的情況之下，醫護人員自然成了面對瀕死及死亡的第一線。但是，根據醫療體制之設計，當醫院中有死亡事件發生時，需由醫療團隊負責處置。而其中，醫生負責的是診斷、醫療行為與死亡證明書之開具。真正面對病患死亡前情緒起伏，與死亡後遺體處理的主角，卻是護理人員。所以，病患的死亡引發護理人員深刻的自覺，比一般人更常思考死亡問題並認知到個人生命的有限衝擊（施素真，1997）。

護理專家 Handerson (1981) 在他最著名且常被引用的護理定義中指出，護士的獨特功能是協助個體，生病的或健康的，去執行那些促進健康、恢復健康或安靜地死亡的活動，這些活動是當他有足夠的精力、毅力或知識時，他可以獨立自行完成的。所以護理最主要的是協助個體應付日常生活中的各項活動，以促進他有適當的功能；對於無可治療的病人，給予末期病人的護理。因此護理人員必須有能力去了解瀕死病人面臨死亡的心理反應過程，才能有效的協助瀕死病人安靜地步向死亡。

但是根據 Pearson (1969) 的研究指出，醫護人員在應付垂死病人的典型行為，就是避免接近病人。Glaser 和 Quint (1966) 也指出數種典型應付垂死病人的行為 (1) 減少接觸病人的時間；(2) 避免和病患談論將來；(3) 保持忙碌氣氛；(4) 利用選擇性聽覺，只聽進去他想聽的；(5) 不讓自己和病患有進一步的人際關係；(6) 不和病人討論他的疾病等，所以病患病情愈重，且瀕臨死亡時，護理人員接觸病患的時間愈短，可以說是除了打針，發藥外，照顧病患的責任，全落在家屬或護佐身上。Quint (1966) 也發現到，許多護士都避免選可能死亡的病人來護理，一旦面對垂死病人時，他們就顯得極度不安及煩燥。甚至為了保護自己，為了不使自己失去面子，因而產生了逃避的行為，因此護士個人須正視自己對死亡及瀕死的態度，才能在協助病人時，不會感到焦慮與不適，且能領會、處理個人對死亡的感覺，不致阻礙協助瀕死患者的過程 (Kubler Ross, 1971)。

在杜異珍 (1997) 有關台灣中部地區護理人員照顧瀕死患者之知識、態度及其影響因素之探討中，發現 (1) 護理人員對瀕死病患之照顧總知識得分率僅有 56.2%，可見護理人員對於瀕死病患整體照護之知識普遍缺乏。(2) 在生理照顧方面，以對慢性疼痛之認識及處理得分率較高為 62.5%；據世界衛生組織 1984 年之報告，癌症病患的主訴 70% 皆為疼痛，所以這個結果是符合臨床上實際的需要。(3) 在心理照顧方面，以對瀕死病患情緒處理之得分率較高，為 59.5%。可見評估瀕死病患之心理變化，對護理人員而言

，深具困難性。(4) 在社會及家屬照顧方面，對病患家屬之照顧主要著重在喪親者之悲慟反應及處理，而護理人員在這方面所受到的教導較少，所以得分率僅有 47.8%。從上述之研究得知，護理人員本身對於死亡處理能力上的不足，同時意味著護理人員的養成教育中，必有一個重要的環節未能緊緊扣上。

而依據教育部(1998)頒定高職護理學校課程標準中，僅有基本護理、內外科護理、老人護理、人類生長發育的課程中，安排了簡短的「瀕死病人的護理」之外，並未針對處理生死大事而規劃、設計的專門課程。再則，因此一議題的課程安排不足，唯有仰賴臨床指導教師授與經驗之傳承。依據行政院衛生署學生實習合約第七條之規定：實習期間，學生每十名以內，在學校指派具有護理師資格並有一年以上教學醫學之臨床經驗之老師一名，學生每增加八名應增派老師一名，在實習醫院負責學生生活管理及擔任教學有關事宜，並遵從實習醫院一切規則及有關人員之指導。

依據 Kolb (1984) 的理論，護理對象主要是以人為主的服務業，所以護生的學習型態多為具體學習者，即為具體觀察或具體操作。臨床教學採用分組教學方式，須注意學生個別差異，採用不同的教學內容及教學方法，且教師與每位學生接觸時間較長。臨床教學是護理教育中很重要的一環，不只幫助護生運用學理於實際照顧中，更能幫助其體認護理的本質，進而對護理產生興趣，選擇護理為其終生職業。因此，臨床指導教師之言行自然成為護生學習之楷模。教師在養成教育及在職教育中，若老師缺乏相關事業的訓練，又如何瞭解學生對死亡概念及情緒反應的發展階段？若老師沒有先檢視自己面對失落及悲傷的感受，又如何能坦然和學生討論生死問題？雖然有些老師認同死亡教育的意義及重要性，但若缺乏適當的死亡教育訓練，他們仍然無法有效引導學生表達內心的感受及幫助他們經過生命的幽谷。因此，護理人員專業之養成，臨床指導教師扮演了決定性的角色。

而蕭宏恩(2000)也認為，護理人員在醫療系統內是隨侍於病人身邊，

與病人最為親近，最了解病人情況的醫療保健人員，護理人員所直接面對的就是一個「人」，直接感觸到一個人生命的悸動。所以，護生的整個陶冶歷程，即在於教育者親身行動與督導的帶領下，去感應到護理照護的柔性，這包含身、心、靈三方面福祉的增進。實習的環境，臨床工作人員的互動，個人的自我準備程度，老師的教學方式，單位的實習方式皆會影響學生的臨床實習經驗感受（劉長安，1997）。因此，護生的校外實習需由資深護理員擔任實習指導，以輔導及增強學生的實務經驗與運用學理能力（廖張京隸、劉雪娥，1994）。由資深臨床護理人員的支持、引導與經驗分享，將有助於解決新進人員在成長階段中所面對的問題，而在工作中所面對的阻力與挫折（Hickman & Silva，1984）。除了上述條件之外，優秀的臨床指導教師必須主動體察病房死亡的需求，瞭解實習護生對於照顧與處理死亡能力的需求，同時臨床指導教師本身亦需具備處理與照顧死亡的能力，且能輔導實習護生面對與處理死亡事件，產生教與學相長之連動。

劉長安（1997）「調查某醫學中心五專護理應屆畢業生臨床實習主觀經驗初探」中指出，護生實習時感到困難的，以「怕照顧臨終患者，病人的死亡對心理造成很大的震憾」學生提出最多這一類問題（佔 53.8%）。顧艷秋（1997）的研究也發現，91.2%的護生護理瀕死病人時的情緒會受到影響，此時希望能獲得情緒的支持（佔 54.9%）及知識的提供（佔 31.98%）。因為，高職護生雖然對死亡已有不少的體會，但對死亡並無太多真切的認知，因此，高職護生雖然已經知道死亡之「不可逆性」（irreversibility）、「普遍性」（universality）、「原因性」（Causality）（張淑美，1996），但是對於死亡所產生的悲傷反應卻不知如何化解。根據巫珍宜（1991）在「青少年對死亡態度的研究」中指出，在國內則有 90.5%的青少年曾經經驗過家人、朋友、寵物的死亡，自己也曾差一點死亡，可見青少年並不乏喪失親友的哀傷經驗，這些與死亡接觸的相關經驗，會影響其對死亡了解及態度。研究顯示，接觸死亡事件的經驗，若未得到適時的疏導，其創傷將潛伏於身心之中，引發對死

亡的恐懼與焦慮，日久鬱積成心理疾病，形成嚴重的健康問題(陳增穎，1998)，此問題值得教育當局重視。護生在國中畢業後，以青少年尚不成熟的階段便要踏入專門護理病人的事業中來學習，這中間的角色衝突是可想而知的 (Kathleen et al, 1988 ; Lesley , 1997 ; Rita et al , 1997)。我們可由上述學者的研究中可以發現，目前擔任臨床指導之護理教師，似乎面臨需要消解護生對於病房中死亡事件疑慮與恐懼之重要挑戰。因此為補足上述條件的不足，其關鍵在於臨床指導教師的死亡教育需求，除非正視臨床指導教師的死亡教育需求，徹底改變教師面對死亡事件處理的心態，否則即使是「安寧緩和醫療條例」的通過，仍難以維護病患的死亡尊嚴。

身為教師是多麼令人慶幸的一件事，因為我們竟如此幸運能夠參與一個個小生命的成長過程，教師不僅能引領學生去獲取知識技能，最重要的，教師可以啟發學生去思考生命的意義與價值，這樣的生命機緣彌足珍貴，幫助學生思考生死大義，不但使學生在人格上獲得成長，其實也幫助我們拓展視野，讓老師在實施死亡教育之前檢視自己的態度是非常重要的。目前國內外學

針對死亡此究相關的論文有以兒童、國小、國中生、高中生、青少年、大學生、老人、國中小教師、護生、醫護人員、癌症病人及家屬、警察、殯葬人員為研究對象(請詳見附錄一、二)。而以臨床指導教師為對象，針對其死亡態度、死亡教育，作實徵性的探討尚未見到此類研究。基於以上認識，乃決定進行本研究，並希望發展出一套符合本土化的死亡教育，使珍惜自己、尊重生命的本質與意義，落實於臨床教學。

第二節 研究目的

基於上述研究動機，提出本研究的目的是如下：

- 一、 瞭解臨床指導教師的背景。
- 二、 探討臨床指導教師因個人背景與環境經驗的不同，在死亡態度上的差異情形。

- 三、 探討臨床指導教師因個人背景與環境經驗的不同，在死亡教育需求的差異情形。
- 四、 探討臨床指導教師的死亡態度和死亡教育需求之間的關係。
- 五、 根據以上之研究，提出臨床指導教師之死亡教育課程規劃及實施建議，作為臨床指導教師養成、職前、或在職教育參考。

第三節 研究方法與假設

一、研究方法：

為達到研究目的，本研究採用文獻分析法及問卷調查法。以下分別就研究主題、研究對象、研究範圍以及研究結果，說明本研究所採行研究之方法的原因。

（一）就研究主題而言

「死亡」為人們經常避而不談的敏感性話題，而且在談論此一主題時，可能涉及個人悲傷或不愉快的經驗，若是直接單獨的詢問，可能會由於不敢說、或不想說，而無法獲得真實的資料。且臨床指導教師是正處於成年期，依據 Erikson 說法，成年期區分為二個階段：成年早期（21-45 歲）及成年中期（45-60 歲）。成年早期的重要發展任務，趨向於親密關係的成就或對抗孤獨。而成年中期則趨向生產成就對抗停滯。死亡對正值壯年的人而言。最大的困擾是死亡使他們喪失了生命中的實現，如婚姻、事業、子女等。這使他們想到有關生命的意義與生活的目的等問題。由於了解到死亡是不可避免的，所以他們通常期望自己的死亡能發生在生命歷程完成後（Eddy&Alles' 1983）。因此本研究決定採用問卷調查法，以探討臨床指導教師對死亡態度及死亡教育的實際情況，以作為日後死亡教育實施策略之參考。

（二）就研究對象而言

有關死亡態度及死亡教育等相關研究中，曾以「兒童」、「國小學

童」、「國中生」、「高中生」、「高職生」、「青少年」、「大學生」、「國中教師」、「護生」、「醫護人員」及「癌症病患家屬」等為研究對象，而以臨床指導教師為對象之研究尚嫌不足。臨床指導師在其養成教育中，雖已具有專業技能，亦積極參與死亡教育相關議題之研習。因此，採用問卷調查法其抽取的樣本具有代表性。

（三）就研究範圍而言

本研究係以台灣省、台北市及高雄市之高級護理職業學校為範圍，共 12 所護理學校臨床指導教師為研究對象，作為探討臨床指導教師個人在其所屬的社會團體中，所獲得的各種特徵、個人的態度、行為以及與其他人、事、物、之關係，因此採用問卷調查法。

（四）就研究結果而言：

問卷調查有下列三個基本特徵：1、調查研究主要以母群體中抽取出來的樣本為對象，而加以研究。抽取的樣本具代表性，始可推論到母群體。2、調查研究的變項，主要為社會學變項與心理學變項。3、調查研究為探討社會學變項或心理學變項中，發生或分配以及兩者之間的相互關係，因此不將結果推論至研究對象以外的其他群體。

二、研究假設：

（一）死亡態度的影響因素

1. 臨床指導教師對死亡的態度，會因個人基本背景變項的不同，而有顯著差異。
2. 臨床指導教師對死亡的態度，會因個人環境經歷變項的不同，而有顯著差異。

（二）影響死亡教育需求之因素

1. 臨床指導教師對死亡教育之需求，會因個人基本背景變項的不同，而有顯著差異。

2.臨床指導教師對死亡教育之需求，會因個人環境經歷變項的不同，而有顯著差異。

(三) 死亡態度與死亡教育需求之間的關係

- 1.臨床指導教師之死亡態度與死亡教育需求認知之間有顯著相關。
- 2.臨床指導教師之死亡態度與死亡教育需求技能之間有顯著相關。
- 3.臨床指導教師之死亡態度與死亡教育需求情意之間有顯著相關。

第四節 名詞界定

一、護理學校：

指臺灣省、臺北市、及高雄市所屬國立、私立高級護理職業學校、醫事職業學校、或改制為護理專科學校之高職部等，設有護理科之學校。

二、臨床指導教師：

指護校教師登記為「護理教師」、「技術教師」、「實習指導員」等職稱之教師，且已參加考選部醫事人員檢覈筆試及格具有護理師資格者，目前在各護校除擔任課室教學外，且派駐實習場所擔任臨床指導工作之教師。

三、護生：

指護理職業學校實習的學生。

四、死亡態度：

態度是一種思考、感覺及行為的持續傾向，去贊成或反對某些具體或抽象的人、事、物及觀念。

本量表係依據羅素如(2000)翻譯 Wong, Reker 和 Gesser 在 1994 年修定編製之死亡態度描繪修定量表 (Death Attitude Profile-Revised, DAP-R) 之得分表示之，其量表包括死亡恐懼、死亡逃避、中性接受、趨近接受、逃離接受等五個層面，由受試者勾選「非常同意」、「同意」

、「中立意見」、「不同意」、「很不同意」者各給 5、4、3、2、1 分，向度的得分，即受試者對此一面向的同意度。

五、死亡教育：

根據死亡教育專家陳芳玲（2000）的觀點，指出生死教育目標包括知識、信念與態度、技巧三個層面為架構，並綜合 Leviton（1969），Hardt（1975），Eddy 和 Alles（1983），黃松元（1988），藍育慧（1994），曾煥堂（2000）的觀點，將其歸納為認知、技能、情意等三方面的死亡教育內容，並參酌本國文化與臨床指導教師族群現況加以歸納其內容為死亡的本質及意義、對死亡及瀕死的態度、死亡及瀕死的處理及調適及特殊問題的探討。

六、認知：

認知的需求，強調知性的、學習的、及問題解決的工作。認知的領域，包括知識、理解、應用、綜合、分析、評鑑。

七、技能：

技能的需求，強調其動作表現的先後順序。技能的領域，包括知覺、準備、在指導下練習反應、複雜的明顯反應、適應、創作。

八、情意：

情意的需求，強調喜厭、態度、價值、信念。情意的領域，包括接受或注意、反應、價值的評定、價值的組織。

第二章 文獻探討

本章共分五節進行相關文獻之研究分析。第一節為探討護理相關之死亡研究，其中包含護理理論的探討及應用 - Rogers' 理論，護校學生與死亡相關議題的文獻分析，護校學生、護理人員對於病患死亡之相關研究。藉由上述之文獻，探究死亡議題對於護生及護理人員之迫切性。第二節探討臺灣本土死亡教育相關之研究，探討之面向由小學、高中、國小教師及國中教師等之相關死亡教育，以耙理出各教育層級對於死亡教育之需求程度。第三節分析護校學生與死亡教育之相關研究。第四節死亡教育的內涵。基於上述之文獻探討方針，以釐清過往之研究成果，對本論文主題構思所奠定之基礎，以及其觀點與研究者異同之處。

第一節 護理相關之死亡研究

一、護理理論的探討及應用 - Rogers' 理論

Rogers 致力於護理科學的發展，她認為護理科學是個獨特的科學，有別於傳統科學，是關於人類的科學，其理論是綜合許多不同來源的知識，而不是來自於獨特的科學，1980 年並發表「護理：一個獨特單一人類的科學」。

她強調「人」和「環境」兩者本身就是「能量場」，人場和環境場是不可縮減的且兩者之開放性無不一致，是持續互相作用的。人與環境都是不可逆的且非線性的過程，並經由能量場漸趨複雜之型態來表現特性。護理的核心是整體人，整體人以外均屬於環境，每一個人的人場存在著獨特的環境場。環境的範圍是無限的，環境場與人場是朝向持續的、單一的方向改變。強調護理是將護理人員本身當作一個環境因素與護理技術及當代科技三體系結合起來，造福他人（引自張簡淑玲，2000）

。

現將 Rogers 的三個同等動力原則應用於本研究如下：

(一) 共振原則(Principle of resonance)

指人和環境能量場持續性改變，由長波型短頻率的型式改變到短波型長頻率的型式。說明人場和環境場的改變是持續進行並由簡單朝向複雜。人場在本研究指的是臨床指導教師和護生，環境場指的是實習場所 醫院。當護生在此環境場實習時，與另一人場 臨床指導教師，因互動產生的波是持續進行的，並由剛認識的低頻率簡單波，漸進至高頻率的複雜波。

(二) 螺旋原則(Principle of helical)：

指人和環境能量場互動時，產生各類不同方向的型式改變，也因此產生複雜的節律，而這些節律永遠都不同。在本研究中，可應用來說明臨床指導教師和護生在臨床之互動是可能產生任何結果而且日趨複雜的。

(三) 完整原則(Principle of integrality)

敘述人場和環境場間持續且相互的過程，強調人場與環境場間關係的本質，二個能量場間存在一定的相互作用及改變，也在同時會發生互相嵌合的情形，亦即本原則敘述的是一種持續將人場和環境場混合為完全的整體過程。就如同本研究中的臨床指導教師、護生、醫院、病患、家屬這環境場合為完全的整體實習過程般。

簡而言之，本研究使臨床指導教師和護生這兩個人場與環境場互相嵌合的複雜過程中，加入人為的「介入」方法，讓雙方的互動能依據 Rogers 的再塑型態(repatterning)的方式進行兩個能量場的良好嵌合，使雙方的改變是以一種較良性的高頻率波形和組織的加速波前進，由於人場是相對的，目前是因人而異的，亦即每個人都有自己要實行的波，而每一個人的波也或多或少的有所不同，既沒有完全相同的兩個波，也就沒

有任何一方是要被否定或責難的，「再塑」僅是為了使雙方在實習過程中均能獲益非淺。

二、護校學生與死亡相關之議題文獻分析

依據一九九五年，藍育慧在護理雜誌發表之《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》中，如 Keck 及 Walther(1977)所提出，護士如果無法接受死亡，則在護理瀕死病人時，會產生個人及專業角色的衝突，並因內心的焦慮影響護理工作的質與量，而不能滿足病人的生理和心理之需求。故針對具有臨床經驗之護生，探討其面對死亡時之恐懼與態度極其影響因素，以做為未來護生死亡教育課程內容之參考。

其研究結果有三方面，(一)在死亡恐懼方面：雖表示並不畏懼個人的死亡，但面對個人瀕死恐懼度卻最高，主要受到瀕死過程身體功能退化及痛苦所影響，再則面對親密者死亡的恐懼，是因失去關係所帶來的失落感；(二)在死亡態度方面：以接受死亡自然性的態度傾向最高，接受凡是人都會死及死亡是生命過程的一部份；(三)在面對瀕死患者方面：多數學生表示，在當時情境下；身心會受到衝擊，希望獲得情緒支持並增加對患者心理照護的技巧，對過去專業課程的學習，及曾在照顧瀕死患者時所獲得的幫助並不滿意。

最後，研究者提出六項建議：1.Golub Reznikoff (1971) 提到對瀕死病患態度的形成，源自於從事護理生涯早期，特別是在學生時期，故建議在護理課程中加強死亡教育、死亡諮商、壓力調適、溝通技巧及相關課程，以滿足護生之需求；2.針對外控人格特質之護生，加強「自我主見」之課程與訓練，以減低焦慮、害怕；3.此研究對象為護校畢業之二專護理科學生，為徹底研究護生與死亡之相關議題，宜擴大研究對象，取更多學制及不同年級護生為樣本，以增加研究推論之正確性；4.由研究中得知，護生在照顧瀕死患者的過程中，臨床指導老師及醫護人員是

最大的支持來源，故建議未來之研究對象應擴及臨床指導老師、醫師及護士；5.建議臨床成立支持團體，以具有專業及經驗者負責提供所需支持、諮商及負向情緒處理之教導；6.護理在職教育可藉臨終關懷及相關研討會之參與，使護生在面對瀕死病人時，能有適當的模式可供依循。本研究如同此篇論文所言，臨床指導教師是護生在面臨瀕死病患不知所措時，最大的支持來源，要更加明確地指出護生對於死亡教育需求的方向，就需由教學經驗豐富，時時照護護生之臨床指導老師為研究對象。

顧豔秋在一九九七年之《北部某護專學生對死亡所持態度之探討》中，指出護生在面對瀕死病人時，由於本身對於死亡的恐懼與負向態度，影響對瀕死病人的照顧，同時因恐懼、焦慮與害怕，而產生逃避的現象，甚而拒絕將來從事護理行業。對有經驗的護士，在面對瀕死病人都有許多的困難和壓力，更何況是實習階段的護生。如果護生在步入正式護士工作行列前的實習階段，對瀕死病人的態度及觀念，將深刻的影響以後的行為模式。所以在學習階段中，瞭解護生的死亡恐懼、死亡態度，將可協助護生知道自已的感覺和態度，從護理的經驗過程中成長，進而改善護理之品質。同時瞭解實習護生在照顧瀕死病人時之態度與需求，有助於臨床指導老師及護理人員適時地協助護生，並做為學校死亡教育的課程參考，以增強照顧瀕死病人的能力。

其結論可分為三部分：1.死亡恐懼方面，護生接觸關係密切者的死亡，感受到瀕死過程的痛苦，因而個人瀕死的面對恐懼度較高。在死亡態度方面，傾向接受死亡的自然性，視死亡為生命過程的一部份。2.個人變項方面，宗教信仰及家中是否談論死亡等變項並不對死亡恐懼及死亡態度造成影響；接觸死亡經驗、關係密切者的死亡經驗、照顧瀕死病人與否的經驗、照顧瀕死病人人數的多寡，對死亡恐懼及死亡態度沒有顯著影響。3.護生對需要急救病人的反應是手足無措，且研究對象指出患者逝世一段時間後，會有夜裡難眠的現象，其最大的支持來源是臨床

護士及臨床指導老師。

針對以上研究提出以下之建議：1. 護理專業課程應加強死亡教育、死亡諮商、宗教與靈性護理等相關課程。2. 定期調查護生之死亡態度，以瞭解護生死亡態度之現況，作為課程修訂之參考。3. 臨床在職教育中加強死亡教育課程，並加強護理人員及臨床指導老師協助護生之能力。4. 擴大未來研究樣本人數，並以隨機取樣方式，針對所有學制之護生，探討其死亡態度並加以比較。根據上述之研究發現，護生在面對瀕死病人時之恐懼與無措時，臨床實習老師是最大的支持來源之一。所以，調查臨床實習老師依其經驗，是得知護生所需死亡教育面向的有效方法之一，故以此作為本研究之目標。

一九九八年何雪珍的《護理科應屆畢業生憂鬱傾向及其與生活壓力、社會支持、自殺傾向之相關性探討》中，以護理科應屆畢業生為研究對象，探討其憂鬱傾向及個人屬性、生活壓力、社會支持與自殺傾向間之相互關係。結果顯示：1. 護理科應屆畢業生之生活壓力，來源於實際護理病人時自己感覺對病情判斷與處理能力及經驗的不足，以及不知如何處理病人的心理社會問題；在專業知識分面，對病例內容及醫學用詞的不熟悉；及課堂教學與臨床之差距，作業太多等實習工作壓力。2. 護生在面對壓力時，認為最主要的幫助來源依序為：父母、同學及朋友、兄弟姊妹，而師長佔第四順位，認為最不會求助的對象是生命線或張老師、神職人員、宗教信仰等。3. 護生憂鬱傾向平均得分偏高，以悲觀情緒為最常呈現，以 16 分為切割點，55% 護生屬高憂鬱傾向。4. 高職與五專在量表得分比較，五專實習壓力比高職大，而高職的一般生活壓力高於五專。5. 有經期情緒反應、健康狀況越差、實習壓力越大、一般生活壓力越大，則憂鬱傾向越高；社會支持越少，憂鬱傾向越高。6. 高憂鬱傾向之危險因子包括實習壓力、一般生活壓力、低社會支持、經期情緒反應、健康狀況、家人有精神科就診紀錄、年齡及年級，而高度社會支

持是憂鬱傾向之緩衝因子。7.護生之一般生活壓力、社會支持及憂鬱傾向是自殺的預測因子，一般生活壓力越大，社會支持越少，憂鬱傾向越高，則自殺傾向越高；以上之預測自殺傾向因子中，以憂鬱傾向是自殺傾向的最佳預測指標。

其建議可分為三部分：(一) 在心理衛生護理實務上，1.實習老師或醫院護理人員應負起角色楷模的責任，多給予臨床情境判斷討論，思考病人問題的處理方法，包容護生護理經驗的不足，多提供學習機會。2.臨床個案討論中，加入心理社會層面評估及處理的指導，以學理配合臨床。3.讓護生對護理個案或實習壓力提供發紓獲討論的機會，讓護生實際體驗關懷，進而累積對專業的認同。4.師長對於身體健康狀況差、有經前症候群、感覺實習或生活壓力大的護生，多予以關注。(二) 在護理教育方面：1.課堂增加醫護專有名詞的介紹，於實習期間提供對病例內容及專有名詞多看、多聽、多講的機會。2.協助學生在入學時做好生涯規劃，讓護生儘早認清護理之使命，才不致於畢業前夕徬徨於升學與就業之間。3.於心理衛生或精神科課程加入處理壓力、時間管理的單元或活動。4.實習作業以適量為原則，注重批閱或討論的回饋活動，以達教學效果。5.實習老師或校內老師應多傾聽護生訴說，鼓勵情緒的表達，多與家長聯繫，以給予學生適切的輔導。(三) 在護理研究上：1.以“一般生活壓力量表”、“社會支持”、“自殺傾向”等量表作為將來相關研究之參考工具。2.研究結果作為護生憂鬱傾向初步篩選的參考，給予追蹤性輔導，作為介入性研究的基石。3.加入普通中學或其他類科的高職及五專生憂鬱傾向之研究，作為比較之用。4.加入因應方式或認知型態之探討，增加預測因子探討。5.護生憂鬱傾向的研究，可擴及男護生、二專生、大學生甚至研究生。根據此研究之結果，發現護生過半數有高度憂鬱傾向，護生除需面臨同年紀學生就業或升學之選擇壓力外，還有照顧病患生死的壓力。而綜合護生之學業、護理技術及生活等壓力

，實習教師處於護生各種壓力之交叉點。實習教師直接面對護生之壓力與困難點，所以最能直接反應出護生課程上所需之方向。故本研究以臨床指導教師為研究之對象，反映出護生在學習及臨床上之盲點及需求。

高淑芬、洪麗玲及邱佩怡於一九九八年在長庚護理中所發表之《某大學護生對死亡態度之探討》中指出，如 Elise (1986) 所說護理人員對「死亡」害怕的心裡，是造成對瀕死患者「非人性化」護理態度的因素。針對護生對死亡的恐懼與照顧瀕死病人經驗態度的探討，在護理養成教育中有很大的幫助。其研究結果發現，護生對他人的死亡恐懼程度高於自己的死亡恐懼；在照顧瀕死病人上，以「接觸瀕死病人」及「專業性挑戰」之分量表比較正向；在「談論死亡」及「個人滿足感」比較負向；在職班三年級學生的死亡照顧經驗態度，顯著地正向於大學四年級護生。

Smith (1977) 提出「健康死」(A Health Death) 的概念，以積極、正向的態度去面對瀕死病患及其家屬，使其獲得幫助及支持，使在有形的生命的最後階段，能活出生命的光彩。並且在護理教育課程規劃之中，給予安寧照護或死亡教育的課程，俾有助於護生以積極、正向的態度面對死亡。根據上述之研究，護生護理教育養成過程中，對於死亡態度及觀念的形成非常重要，不僅影響個人對死亡的恐懼程度、對瀕死病人照護的品質，更可能影響瀕死病人及其家屬面對死亡的態度。但是，無論是安寧照護或是死亡教育課程的規劃，除了針對護生反應出的需求之外，對於初接觸瀕死病人或尚無經驗之護生，則無法清楚指出所需之課程內容及方向，此時則必須依賴經驗豐富的臨床指導老師，於其平時累積之經驗，參與課程規劃、編排之行列，方可達到落實之效，此亦為本研究之中心主旨。

三、護校學生及護理人員對護理瀕死病人之相關文獻分析與探討

許淑蓮在一九七七年於護理雜誌所發表之《護生對護理瀕死病人的

態度與行為之調查》一文，旨在探討在醫院工作之護理人員，每天在病人的生死之間工作，常接觸瀕死病人，因此護理人員在協助瀕死病人渡過死亡過程中，可說是最直接且負了相當大責任的重要角色。但根據國外許多研究顯示，許多護理人員都盡可能的避免護理可能會死亡的病人，一旦無法避免時，即顯得極度的不安及煩躁。護理人員本身的矛盾將阻斷幫助病人的熱忱和潛能，無法給予病人適時地協助，使病人更易因感覺害怕和退縮。故護生在即將進入如此艱鉅工作前的學習階段，及早認識及瞭解護生面對瀕死病人的反應、問題與困難，將有莫大的助益。

研究結果提出七點結論與建議：(一) 大體而言，具有護理瀕死病人經驗的護生，在護理過程的態度與行為是正確的，但仍有在觀念上或技巧上需要教師協助之學生。(二) 身為教導者之教師對護生護理瀕死病人的態度與行為有極大的影響，其影響之因素有 1.大學生年齡較大較為成熟。2.在知識與觀念上，大學生較正確。3.大學制學生在臨床實習方面體系較為完整。(三) 護生有無經歷關係密切者之死亡，影響其行為及態度。(四) 護理瀕死病人之知識與觀念，影響護理時之態度與行為。(五) 護理瀕死病人之經驗多寡影響本身情緒受到干擾的程度。(六) 在研究中宗教並無臨床上之意義，原因可能有 1.社會對宗教的觀念改變。2.宗教信仰承襲自家庭，本身對宗教之熱忱不高。(七) 為提升護生護理瀕死病人之品質，建議：1.加強臨床教學，臨床指導老師必須對護生有充分的瞭解，才能早期發現困擾而給予必要的協助與輔導。2.臨床教學需加強臨床討論。3.瀕死病人之護理應著重身體與精神兩方面，讓護生更充分瞭解瀕死病人之心理機轉。4.鼓勵護生面對死亡的勇氣。5.培養護生積極正確的人生觀。6.培養護生面對工作，時時仔細檢視自己的反應，認清自己內心對死亡的看法。7.讓護生體會護理瀕死病人的工作是種成長互動的經驗，而非痛苦。8.協助護生渡過與瀕死病人相似的心理機轉(1) 應護生之要求適時給予協助。(2) 定時與護生討

論病人的情況及內心感受。(3) 不斷給予有力的支持。此篇研究指出，護生在面對死亡議題時，最直接能給予專業、有效的協助者為臨床指導老師，而臨床指導老師在面對困擾的護生時，應該加強自己哪些方面的能力與知識，才能確切地協助護生，亦是本研究之重點。

杜異珍於一九九二年所撰之《台灣中部地區護理人員對照顧瀕死病患之知識、態度、行為極其影響因素》研究報告中指出，當病患病情加劇且瀕臨死亡時，因護理人員本身所產生逃避班內病患的死亡，所以除了打針、發藥之外，盡其可能的逃離病患及病患家屬。故護理人員對於死亡的正確認知，可幫助其以健康的心態面對瀕死病患，提昇工作效能。此研究目的在於瞭解護理人員對瀕死病人之照顧知識、態度、行為，及其影響因素與三者間之相互關係，並瞭解護理人員對死亡及有關問題的態度。其研究結果發現，造成護理人員對己身之死亡態度及照顧瀕死病患之知識、行為及態度之影響因素很多，對於諸多的因素提出六點解決問題之建議：

(一) 護理人員對於瀕死病人之照護有很高的意願及熱忱，但在照顧知識的得分卻偏低，顯示醫院或學校對於教育的不足。(二) 護理人員對病患的瀕死與死亡之接受程度不一，擷取不同之宗教信仰，來促進護理人員對瀕死或死亡有其正向態度，是一個可努力的課題。(三)、參與宗教活動可以使護理人員對瀕死病患之心理照顧態度及心理照顧行為有正向加強。(四) 護理人員愈能和同仁分享照顧瀕死病患之心得，對實際之照顧行為有愈顯著的增加。(五) 依桑德絲之建議，聘用曾遭受人生挫折的護理人員至善終機構服務，比較容易產生同理心，並依其人生經驗協助瀕死病患。(六) 參與瀕死病患照顧課程，可改變護理人員對瀕死病患的照顧態度，可見此類課程對護理人員之重要性。依照此研究，可窺見教育對於特殊專業的工作者是極其重要，一般的職業忌談死亡，但是護理人員天天處理人的生與死，如果未能抱持對死亡的正

確態度與觀感，對工作確實將造成重大影響。而臨床的指導老師則肩負觀察、輔導與教育即將處理他人生死的護生，職前給予充分的教育是相當重要的。

一九九九年，簡淑慧所撰寫的《癌症病人死亡對護理人員之衝擊及護理人員之應對策略》，以護理人員本身、行政者及教育者三方面，探討病人死亡對護理人員的影響、護理人員常見的情緒反應、護理人員常見的因應行為及影響護理人員面對瀕死病人態度之相關因素。在教育方面，建議開設死亡學的課程，讓護理人員先能檢視自我對死亡之知覺、態度及價值，或正視面對病人死亡之哀傷情緒及因應行為，進而防止因病人死亡而產生罪惡感及自我的懷疑，甚至引發工作疲潰、換工作或離職的情況發生。故護理人員應學習有效的調適病人死亡所帶來的衝擊，而行政者與教育者也應適時提供面對瀕死病人的諮商及教育，以期減少護理人員面對病人死亡時的壓力及恐懼，進一步提昇對瀕死病人及家屬的照護品質。在上述護理人員與死亡相關之研究文獻中，發現研究者不斷地強調授與護理人員死亡相關教育之重要性，及護生在面對瀕死病人時所需臨床指導老師之協助與支持，故研究者以此為依歸，從護生知識及態度養成最直接之臨床指導老師為研究對象，以期發現護生最根本需要死亡教育之面向為何。

第二節 死亡教育相關之文獻分析

在蔡秀錦於一九九一年撰寫之《城鄉學童死亡之概念、焦慮及教育需求之研究》中，以台北市 462 名學童及雲林縣 175 名學童為研究對象，採用自編「國小學童的死亡態度調查問卷」為研究工具，進行問卷調查。試圖從中探究城、鄉學童的死亡概念、死亡焦慮度、死亡教育需求性極其相關之影響因素，以作為日後編定及實施兒童死亡教育之參考。

其研究結果，得到下列之結論：1.五分之三以上的學童表示，死亡知識

及死亡恐懼皆來自電視或電影；66%以上的學童認為車禍、災難、謀殺等外力，是人類主要的死亡原因。2.台北市學童受到電視死亡事件的影響高於雲林縣之學童；而社教節目的死亡概念最為成熟，卡通節目最不成熟。3.台北市學童的死亡概念較雲林縣學童成熟，而死亡焦慮度、死亡教育需求性並無明顯差異。4.兩地學童的死亡概念、死亡焦慮、死亡教育需求相關性低。5.女生的死亡焦慮高於男生。6.地方分別、動植物死亡經驗、母親教育程度、母親宗教信仰，對學童死亡概念產生交互影響的作用。7.地區與家庭型態對學童死亡焦慮度有交互影響作用。8.有動植物死亡經驗者對死亡教育需求度高於沒有經驗者。9.父母的宗教信仰在雲林縣對學童的死亡概念、死亡教育需求性有顯著影響。10.就台北市而言，以國語、客家話混合使用者，有較成熟的死亡概念，使用客家話者有偏高的死亡焦慮。11.就台北市，父親的教育程度愈高，則學童的死亡概念愈成熟，死亡教育需求性也高。12.家中談論死亡，對雲林縣學童的死亡概念有顯著影響；對台北市學童則在死亡焦慮與死亡教育需求方面有顯著影響。此篇論文顯示，女性死亡焦慮顯現的時間相當的早，而護理人員幾乎都是女性，偏高的死亡焦慮，是否會形成對死亡教育高度的需求，可作為本研究之參考。

根據陳瑞珠於一九九四年在《台北市高中生的死亡態度、死亡教育態度及死亡教育需求之研究》中，以台北市之高中生為研究對象，試圖從其中因性別、學校別、個人宗教信仰、信仰的虔誠度、父親宗教信仰、母親宗教信仰、父母健在與否、父母健康狀況、個人有無重大傷病、有無與重病患者接觸之經驗、有無深刻死亡經驗、家中是否談論死亡、有無自殺意圖，及是否有過與自殺者接觸之經驗等變項，探討對研究對象死亡態度的影響。從資料中得知，研究者在探討死亡態度、死亡教育態度及死亡教育需求時，必須對研究對象的個人背景變項有充分瞭解，而且在實施死亡教育前，應先瞭解施教對象的死亡態度與死亡教育態度，如此才能收到良好的成效。

最後提出兩大方面的建議，(一) 死亡教育方面：1.改變國人對死亡教

育的認識。2.死亡教育應從兒童時期開始實施。3.國、高中及大專以上各級學校應開設死亡教育相關之課程。4.加強培訓死亡教育師資。5.死亡教育課程的制訂。6.需要社會環境的大力配合。(二) 在未來的研究方面：1.質與量的研究應並重。2.進行教育介入的研究。3.發展本土化研究工具。4.擴大研究對象。此文獻強調在未來的研究中，建議進行死亡教育的介入。而本研究即是死亡教育介入後的再研究，依據護生實習所遭遇的狀況，以臨床實習老師的教學經驗，提供教學難題、專業判斷，作為日後護校死亡教育的編定參考。

再則，以一九九四年王素貞撰寫的《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》中，研究者以台北市國小教師為母群體，使用比率機率抽樣法抽取樣本，採自填問卷的方式蒐集資料，以探討國小教師的死亡態度、死亡教育態度和死亡教育需求，及與其他變項之間的關係。

研究結果得到以下十點結論：1.國小教師的死亡焦慮為中等程度。2.國小教師之死亡態度因個人基本資料、環境經驗之差異，而有顯著的不同。3.國小教師的死亡教育態度為正向積極。4.國小教師對死亡教育的態度亦因個人基本資料與環境的差異，而產生顯著的不同。5.國小教師顯現高度的死亡教育需求。6.國小教師對死亡教育的需求，不因個人資料的差異而有不同；但因部分環境經驗的不同而有顯著差異。7.國小教師的死亡態度與死亡教育態度並無顯著相關。8.國小教師的死亡焦慮越高，死亡教育需求相對越高。9.國小教師的死亡態度越正向，對死亡教育的需求也越高。10.國小教師的死亡態度與死亡教育態度，可顯著預測死亡教育需要，其中以死亡教育態度的預測力較高。

依據結論提出兩大方向的建議，(一) 應用上的建議：1.國小教師可利用此研究之態度量表或其他相關之量表，澄清對死亡態度的看法。2.在家庭中、教學中公開談論死亡，培養正向的死亡態度，減低死亡焦慮，可達到教學相長的目的。3.國小教師平日應注意身心健康，妥善面對生活上的各種壓

力，以減低死亡焦慮。4.面臨絕症病患，應視個別情況予以處理，做適當的抉擇。5.將死亡的正确概念納入現行國小課程之中，利用機會教育培養學生正确的死亡觀。6.師範院校應開設死亡教育課程，使未來的教師具備專業素養。7.教育行政機關宜擬定教師死亡教育進修計畫。(二)、未來研究的建議：1.未來研究應著重於理論支持。2.應擴大研究對象，橫向包括全國國小教師，縱向可擴展對各級公私立學校教師；另外可比較不同性質職業，如教師、醫師、護理人員、殯葬業者，或其他社會人士。3.在研究工具及施測過程，(1)未來研究可嘗試使用多向度的態度量表。(2)正式研究前，利用開放式引導問卷較能得知研究對象真正的需求。(3)未來研究可採用面對面訪視或團體施測方式，較能掌握研究情境。(4)死亡涉及面向廣泛，建議採質性研究。(5)未來研究可嘗試教育介入方式，以評估死亡教育成效。此篇論文之建議，如教育介入、多面向職業研究、研究前開放性問卷調查、死亡態度量表施測等，皆是本研究之研究方法及工具，依上述之方法及工具，可使本研究更具精確、客觀及學術上之價值。

最後，依丘愛鈴於一九八九年所研究《台北市國中教師對死亡及死亡教育態度之研究》中，研究者以教師個人背景及教師環境經驗為變項，分析教師之死亡態度、死亡關切度及死亡接受度，進而研究教師對死亡教育的態度、死亡教育的關切度及死亡教育的接受度。

研究結果顯示：

- (一) 在教師個人背景變項、環境經驗變項在死亡態度達到顯著差異者：1. 女教師比男教師對死亡的關切有較高的趨勢。2. 年齡在 21—30 歲的教師比 41—65 歲教師，對死亡的關切度有較高趨勢。3. 影響死亡態度因素上，整體而言有顯著差異存在，但各份量表上卻無顯著差異。4. 心理狀況普通的教師比心理狀況良好的教師，對死亡關切度較高。5. 教師之父親健康狀況普通者，比父親健康狀況良好者顯現更高的死亡關切。6. 教師的母親健康狀況，整體言有顯著差異，在各份量表上無顯

著差異。7.教師的配偶健康情況普通者，比配偶健康情況良好者對死亡關切度較高。

(二) 教師個人背景變項、環境經驗變項在死亡教育態度達到顯著差異者：

- 1.不同學院別之教師，整體上有顯著差異，在各量表上無顯著差異。
- 2.說客家話的教師比說廣東話或福州話的教師，對死亡教育的接受度有較高趨勢。

(三) 教師死亡態度與死亡教育態度的關係：1.教師「死亡關切度」、「死亡接受度」等兩項死亡態度與「死亡教育關切度」、「死亡教育接受度」等兩項死亡教育態度有顯著相關。2.教師對死亡接受度越高，對死亡的關切度與接受度也越高。

根據文獻探討、研究結果提出以下建議，供日後研究參考；(一) 對國民中學教師的建議：1.男教師因受到家庭中性別角色及社會化的影響，避免甚至不願表達出真正感受，談及死亡。故應學習公開談論死亡話題，並培養正向積極的死亡態度。2.建議日後由年輕教師率先推動，舉辦有關死亡問題方面的教學研討會，或教學示範，以增進教師對死亡知識的認識，及熟悉相關的教學技巧。3.在教學工作之外，盡量參與休閒活動，增進人際關係，以肯定生命，也將降低死亡焦慮與恐懼。4.問卷中發現，許多教師認為死亡教育足使學生感到害怕，是既殘酷又恐怖的課題，這種誤解有待澄清。(二) 對教育行政機關的建議；1.國中階段因升學壓力之故，焦點全投注在國中生身上。而國中教師的生活狀況也應是教育行政機關關心的對象之一。2.師資養成機構宜開設死亡教育課程，訓練專業人員。3.舉辦有關死亡問題為主的教師研習會或教師在職進修課程。4.建立「死亡教育資料中心」。(三) 研究檢討及未來研究上的建議；1.研究架構：探討教師個人背景、環境經驗等對教師死亡及死亡教育態度的影響，缺乏理論指引，是未來研究上值得努力的方向。2.研究工具：建議今後研究可適用，非常同意、同意、無意見、不同意及非常不同意等五種選項。3.研究樣本：擴大橫向、縱向及職業別的樣

本取樣。4.未來研究可輔以訪問法，民俗誌的參與觀察或個案研究，可獲得更真實與可貴的資料。5.鼓勵有關死亡及死亡教育方面的繼續研究。如同此篇論文所描述，教學第一線的教師，如果本身的死亡知識欠缺，死亡概念不正確，如此對於知識的傳承恐怕有負面的影響。所以，本研究及針對指導護生的臨床指導教師為研究對象，除了可瞭解護生的死亡教育需求外，更可進一步探討教師本身對死亡教育所持的態度為何，進而做為日後護理課程安排時之參考。

第三節 護理與死亡教育相關的研究分析

因國內護理方面與死亡教育相關之研究文獻為數不多，故本研究在此部分之探討，相對稍嫌不足。這也透露出，未來研究可積極朝此方向努力，以彌補在護生對死亡教育的高度需求之下，藉由學術研究之努力，協助護生獲得死亡教育相關之知識與觀念。在藍育慧的《死亡教育對改善護專學生死亡恐懼、死亡態度成效之研究》中，研究者依學生背景與需要及學校課程時數，及經兩次試驗性教學的修正與調整，共編得十一個單元。目的在設計一門適合護專學生的死亡教育課程，並探討對護專學生死亡恐懼與死亡態度的影響，及不同的教學方法對結果是否產生影響。

其研究結果發現：1.體驗組較控制組能顯著降低死亡恐懼及增加正向之死亡態度；認知組與控制組並無差異。2.課程結束三個月後的影響效果，體驗組之成效仍在；而認知組亦獲得成效上的改善。3.兩種不同的教學方法在立即效果，體驗組皆較認知組顯著。4.兩種不同教學方法在追蹤後測成效，體驗組亦顯著於認知組。5.護理科二專制學生，課程內容較能引發舊經驗及需要，而更專注於課程的進行，學習意願較高。6.以演講方式授課，可能增加學生對死亡或瀕死的認知，卻不能減低其焦慮與恐懼。7.體驗組學生透過角色扮演後，認為有助於處理哀傷經驗及增強溝通技巧。8.根據研究顯示，部分社會大眾，仍對死亡採規避與負向的態度。9.體驗組的學生反應，透過

個人對死亡態度與價值觀的審視，很能增進對臨終關懷的意義，並因此進一步深思自己人生的意義。

依研究結論及發現，提出幾點建議：1.課程中引發個人面對死亡的情緒，需協助學生藉此機會完成哀傷歷程，方不致有反面效果產生。2.高度死亡恐懼及高度焦慮的學生，在課程後應予以個別輔導。3.未來死亡教育之教學方法，除採多元化教學方法外，應再配合減敏感技巧與肌肉鬆弛法，其成效更加具體。4.接受學生面對照顧瀕死病人或病人過世後的情緒反應，並給予支持。5.以原設計重複在不同背景的護生，進一步研究對死亡相關態度與其影響。6.本研究的探討能推廣至其他學科學生。7.積極培養死亡教育課程師資。8.以死亡教育改善護校畢業的二專護生的死亡恐懼與焦慮，建議未來也能針對十八歲左右的護校學生，加入一套多元化有系統的死亡教育課程。9.針對臨床護士無法調適自己哀傷情緒經驗，及對瀕死有高度焦慮，負向因應者，給予加強有關死亡教育課程的在職教育，是有其必要性的。依據上述之研究，死亡教育確實有助於護生學習處理哀傷情緒，降低死亡焦慮與死亡恐懼。但是，對死亡的看法因人而異，且各個護生間存在著個別差異，而臨床實習老師是最能夠直接觀察到護生對死亡教育需求面向的。所以，死亡教育如何能在實施過程中，將協助護生的成效發揮到最大，則臨床實習老師平日的教學心得，是改進死亡教育課程及需求方向不可獲缺的部分。

最後，紀惠馨於二〇〇〇年在《護理校院生死學課程內容的需求差異探討---以一個學校為例》中，主要探討的問題有：1.研究對象是否因護理學制、有無照顧臨終病人經驗、面臨近親死亡經驗、參加死亡相關課程或研習經驗，而對生死學課程需求產生差異性。2.課程內容需求、教師教學內容是否滿足學生需求、學習動機、協同教學及上述的因素，是否影響課程內容需求差異的決定因素。3.教師的教學是否能滿足研究對象對生死學課程的需求。依上述之問題，得到以下研究結果，(一) 在課程內容需求方面：學習動機若出於求知興趣、服務社會、追尋生命意義、滋養心靈、為了職業或工作需

要等原因，則對課程內容的需求度也越高；若是為了社會競爭、考試或利用時間，對課程內容的需求則是越低。而護士及護生對生死學課程內容最迫切需要的主題，分別為：1.面對瀕死病人及其家屬之因應技巧。2.個人面對生死問題的覺察、調適與規劃。3.預立遺囑。4.與瀕死病童的溝通技巧。5.死亡教育對護生的重要性。6.安寧療護。(二) 在課程內容需求差異方面：研究對象因學制的不同，而有明顯差異，就業中的研究對象普遍認為教師教得不夠，歸結可能原因為，1.就業之研究對象在學時所學，與本學年課程內容差異大。2.就業之研究對象在臨床工作上面臨難題，因而產生需求更多。3.就業之研究對象因本身年齡的成熟及面臨更多近親的死亡，而產生更多的需求。研究顯示，就業中之研究對象對生死學課程需求普遍低於在職班，但卻比在職班、普通班之研究對象不滿意教師的教學。在課程需求、教師教學滿足學生需求度及需求差異，三者間有顯著相關，尤其顯示出較大因素在於教師滿足學生的需求度，其次才是個人的需求。總結研究結果，護理校院學生明確有生死學課程的需求，且需求因不同學制、照顧瀕死病人經驗及學習動機而有不同。需求差異則與教師教學內容及教學方式而有差異。

最後提出兩大方向之建議：(一) 對生死學教育工作者之建議。1.「護生及護士對課程內容需求的優先順序排定表」可做為學生生死學課程需求之指標。2.因對生死學課程需求不同，故未來在職班與普通班的課程內容應有差異。3.建議各校在科與科之間、課程名稱上做一整合。4.建議生死學最好採用協同教學方式，以達到有效之教學目標。(二) 對於未來研究之建議。1.面臨近親死亡經驗之問題，可將近親角色細分，使問題更加明確。2.擴大研究對象至所有醫護校院、臨床工作者，甚至國內大學院校，並比較有無生死學上課經驗之差異。以此方式，探討各級學校間之差異，並參考各階段教師意見，做為未來各階段生死學課程的藍圖。3.採質性研究的方法，做為課程改進參考。4.課程名稱與單元整合之後，可繼續探討其適切性。5.需求差異模式可嘗試不同對象，以建立不同層級的生死學課程。而整合護校臨床指

導教師對死亡教育的需求度，亦是本研究之重點。此研究在教師教學滿足學生需求方面之研究，可做為本研究在教學需求上，做為參考。而此研究欠缺針單獨對教師之死亡教育需求之研究，可作為深入之研究。

第四節 死亡教育的內涵

一、死亡教育的發展史

國內的死亡教育已逐漸萌芽，受到大家的重視，但有關死亡教育的整體性課程設計或模式仍待發展。因此在實行或推展時常常引用國外的死亡教育目標、內容及課程設計。然而死亡問題在不同的民族傳統、歷史文化、宗教哲學、風俗習慣、社會意識下是極具個別性和獨特性的。所以如何依據國情並考慮臨床護理教師的能力、性向、需要、興趣、經驗，研擬適合在國內推行的死亡教育課程，實在是國內發展死亡教育的當務之急。而針對國內有關死亡教育的研究結果加以探討，便有助於深入瞭解本土背景並發展國內適用的死亡教育之重要依據。

美國大學生對於自己及親人的死亡與瀕死情況比我國的大學生更為積極、關注，且恐懼程度較低。這應可歸功於美國大學生有較長時間接觸死亡教育所造成的效果，希望我們也能經由死亡教育的實施而降低國人對死亡與瀕死的恐懼，使人們能坦然的談論死亡、面對死亡，並因而更加重視生命，更積極的面對人生，使生活更充實、更有意義（黃天中，1988）。

在 1973 年，死亡研究的先驅(Kubler-Ross)的<On Death and Dying>乙書被譯成<論死與瀕死>（引自黃天中，1992）；而後在健康教育界的黃松元教授於 1979 年撰文介紹死亡教育，1976 年起也陸續有死亡與死亡教育方面的碩士論文，以及其他專書問世。

我國在 1989 年，「中華民國安寧照顧基金會」正式成立，馬偕醫院於 1990 年設立「安寧病房」。另外，中興大學曾開設「死亡問題」、輔

仁大學開設「死亡社會學」、黃天中於 1988 年在陽明醫學院開設「死亡心理學」等課程（黃天中，1992）。但國內死亡教育真正被大眾所重視，是 1993 年 7 月美國天普大學傅偉勳教授所著〈死亡的尊嚴與生命的尊嚴——從臨終精神醫學到現代生命學〉一書在台灣出版，將美國死亡教育課程引進台灣後，才掀起國人打破死亡禁忌話題與開始關注探索生死議題之風氣，而國內第一所死亡教育相關研究所 - 南華大學生死學研究所於 1997 年成立，與死亡教育相關學位論文之台灣師大衛生教育系，在博碩士課程中設有「死亡教育專題研究」，其他如彰化師大、高雄師大、台北護理學院等，都積極從事國內死亡教育的研究及培養師資人才。因此，死亡教育在國內逐漸受重視，希望將來能納入正式教育課程。

二、死亡教育的目標

死亡教育的學者認為死亡教育的三大目標是：

- (一) 資訊的分享，知識的獲得：只要是探討死亡的本質。
- (二) 自我意識、價值態度的澄清。
- (三) 哀傷調適。

死亡對教育護理學生有幾項意義：(一) 死亡教育在教學過程中有助於護生早期確認及面對自己的死亡反應，發展對死亡的認知，從而在畢業後能夠協助他們了解瀕死的有效方法；(二) 醫護人員的死亡教育是除了讓他們了解病人死亡與瀕臨死亡是有限生命的必經過程之外，還要讓他們了解病人個人的價值和意識是受到社會、文化、歷史、環境的影響，而且會影響個人職業的選擇與人生方向；(三) 死亡教育是一種協助她們了解臨終病人的有效方法(曾煥棠，2000)。

三、死亡教育的內容

(一) Leviton 於 1969 年提出死亡教育的內容是由三大要素組成：

1. 死亡的本質

- (1) 哲學上對於死亡和瀕死的觀點。

(2) 主要的宗教對於死亡的觀點。

(3) 死亡的理論觀點。

(4) 死亡的醫學和法律上的觀點。

2.有關死亡和瀕死的態度及情緒

(1) 兒童及青少年對死亡和瀕死的態度。

(2) 成人對於死亡和瀕死的態度。

(3) 抗拒死亡的運動員、軍人和飽受戰爭摧殘者對死亡的態度

。

3.對死亡和瀕死的調適

(1) 和末期疾病的親人溝通。

(2) 所愛的人死亡對生者的影響。

(3) 生活型態和死亡型態的關係。

(4) 對兒童解釋死亡這個主題。

(5) 葬禮的儀式。

(6) 個人死亡的不可避免性。(引自 Eddy & Alles,1983)

(二) Yarber(1976)認為死亡教育的內容最好包括下列範圍：

1. 死亡的定義、原因和階段。

2. 社會上死亡的意義。

3. 有關死亡的泛文化觀點。

4. 生命週期。

5. 葬禮的儀式和選擇。

6. 居喪、哀傷和哀悼。

7. 屍體下葬的方式，如火葬。

8. 屍體處理的方式，如冷凍。

9. 器官捐贈和移植。

10. 自殺和自我傷害行為。

11. 對親人或朋友的弔唁。
12. 死亡的宗教觀點。
13. 死亡的法律和經濟觀點。
14. 音樂和文學中表現的死亡。
15. 瞭解瀕臨死亡的親友。
16. 死亡的準備。
17. 安樂死。

(三) Corr(1978)建議高中、大學的死亡教育課程包括下列內容：

1. 自我審視和價值澄清。
2. 分析有關死亡與瀕死的描寫。
3. 社會與文化上的態度。
4. 歷史和人口統計學背景。
5. 死亡的定義和判定。
6. 安樂死。
7. 自殺。
8. 社會所認可的死亡。
9. 瀕死的處理。
10. 生者與哀傷。
11. 屍體的處理、喪葬的儀式和其他相關事務。
12. 兒童與死亡。
13. 生命、死亡和人類尊嚴。

(四)Eddy 等人 (1980) 提出適用於教師的死亡教育課程內容，依其重要性分成四個部份(Hwang,1990):

- 1.最重要的基本概念
 - (1)瞭解瀕死親友的需要
 - (2)瞭解死亡的意義

- (3)死別和哀悼
- (4)向兒童解釋死亡
- (5)為死亡預作準備

2.次要主題

- (1)死亡教育的教學方法和教材
- (2)死亡的定義和原因
- (3)死亡的泛文化觀點
- (4)死亡教育的課程發展
- (5)死亡的宗教觀
- (6)安樂死
- (7)生命週期
- (8)自殺（心理社會方面）
- (9)老化（心理社會方面）
- (10)喪家的角色
- (11)老化（生理方面）
- (12)對親友表達哀悼之意
- (13)自殺（當事人方面）
- (14)喪葬費用

3.如果還有足夠時間可以包括下列的課程

- (1)器官捐贈和移植
- (2)死亡及瀕死的歷程
- (3)傳統喪葬的變遷
- (4)追悼儀式
- (5)兒童文學中對死亡的描述
- (6)火葬
- (7)屍體防腐法

4.較不重要的課程

- (1)音樂和文學中所描繪的死亡
- (2)冷凍處理
- (3)屍體嗜好症

(五)趙可式 (1998) 認為針對

1 醫護人員的死亡教育為：

- (1)領悟醫學的極限，死亡非醫學的失敗。
- (2)從自身的參考架構領悟死亡，反省生命。
- (3)認知如何照顧臨終病人與家屬，藉著同理心，使臨終病人不至感孤獨無依。
- (4)學習面對遺體的態度，尊重生命。
- (5)藉著認識死亡，更重視以人為本位的醫學。

2.臨終病人的死亡教育為：

- (1)協助臨終病人靈性成長，準備死亡。
- (2)使臨終病人發現和體驗生命的意義，坦然迎接死亡。
- (3)讓臨終病人認知生命的終極意義和出路，獲致心靈的平安。

3.死者家屬的死亡教育為：

- (1)鬆弛與轉換家屬對死者的愛結與依戀。
- (2)使家屬領悟生命，而將生命做更好的利用。
- (3)藉著死亡的啟示淨化生命中重要事件的價值觀。

(六)David, F. & Chalotte, k. (1986) 於 U.K Nursing School 針對三所護校所提供的 RGN 死亡教育課程與 Wheeler (1980) 對社區護士學習經驗探討，結果發現很多護士在辨識及照顧瀕死病人之情緒上感到困難，對瀕死病人與家屬互動溝通之需求與身體治療之需求較高，建議護士需要不同的學習經驗。故綜合上述各家各派的觀點，護理人員的死亡教育內容應包括認知、情感、及行為三個層面：

1. 認知層面：死亡的本質；由不同觀點透視死亡；不同年齡層的人之死亡概念；失落與哀傷歷程；瀕死病人與家屬溝通與需求等之正式課程。
2. 情感層面：個人面對瀕死及死亡恐懼、態度的覺察；探索生與死關係之意義及價值觀的分享；照顧末期病患之經驗與個人感受、因應行為之討論、分享。
3. 行為層面：面對瀕死病人與家屬之溝通、調適行為演練，臨床照顧瀕死病人之護理實習(藍育慧，1994)。

(七)Briggs-Hooker 在 1981 年所做的訪問調查發現：「教師的觀察技巧和自我覺知能力是教師知覺學生死亡基礎，而學生的死亡經驗會影響他的行為及教室氣氛。所以他建議要注意照顧教師的身心健康」。Briggs-Hooker 的研究告訴我們，能否覺知到學生的經驗，並適時澄清學生的死亡觀念以及給予學生情緒上的支持，教師本身的覺知能力有多麼重要。但是，不管描述性或經驗性的研究報告都有類似的提醒：對孩子影響最大的人（父母和老師）通常也是最不能覺察到孩子的悲傷或不能幫助他們去表達出來的（吳諄肅、侯南隆，1999）。

當我們的社會正如火如荼地探討死亡的真相與死亡教育的時候，臨床護理教師應對死亡與瀕死抱持正確的、健康的、坦然的態度，同時自己對死亡在各個層面各領域的知識，對死亡教育的內容、實施的方法有基本的了解，有關死亡教育的內容，以便能適時適地的符合學生的需要與學生做廣泛的溝通死亡教育，引導學生自然而正確地認識死亡（李伯恩，1998）。

綜合以上文獻中有關死亡教育之內容，對臨床護理教師調查以作為擬定死亡教育之參考。

四、死亡教育的教學方法：

曾煥棠等（1999）對護理學院學生的研究發現，生死學課程具有增強學生正向人生意義及降低對死亡採逃避態度的效果，該研究也顯示生死學課程是促使護生死亡態度改變的主因，且生死學教學的成效會因授課方式不同而有所差異。

在美國有關死亡教育的教學方法相當地多樣化，包括：演講、討論、實地參觀、角色扮演、生前預寫遺囑、訪問喪家，在教具的使用上也應用了如影片、錄影帶和錄音帶等視聽媒體(Tandy & Sexton,1985)。

(一)綜合國內外學者的看法，死亡教育的實施方式除了一般的課堂講述外，尚可歸納成以下幾種：

1.隨機教學法

掌握時機以身旁有關死亡的事件與問題做為死亡教育的教材。

2.欣賞討論法

欣賞有關死亡的影片、幻燈片、音樂、文學作品、報章雜誌，並加以討論，促使學生思考、了解或投射本身的情緒以產生具體的經驗。

。

3.親身體驗法

讓學生實地參觀與死亡相關的場所或專業機構的展覽以獲得直接的經驗。

4.專家演講法

邀請與死亡相關的專業人員如醫護人員、神職人員、殯葬人員等談論死亡相關主題。

5.行動技術法

指定學生繪圖、拍照、錄音、寫遺囑等以引發情緒、經驗的表達。

。

6. 互動分享法

鼓勵學生公開討論、分享心得、當眾表達，以產生同儕互動。

7. 模擬想像法

以角色扮演、模擬遊戲、價值澄清等方式實施。(Durlak 1991; 李復惠, 1996; 張淑美, 1996; 傅偉勳, 1993; 蘇完女, 1991)。

(二) 教育人員可以利用各種方式來實施死亡教育：

1. 利用影片書籍等傳播資訊，擬造一想像故事空間，讓學生在特定空間中嘗試體驗自身情緒的轉移。
2. 帶領學生參觀參與死亡過程的機構。例如：醫院、殯儀館等；使學生試著由全程參與的階段中明白死亡的歷程及世間所給予的各項協助。
3. 加強學生在醫學方面的知識。遠古時代的人們因不瞭解雷聲而恐懼雷電，以為是上天的懲罰。現代人們因死亡的隨時出現而畏懼不已、瞭解疾病及死因，至少會對死亡的不可預期及不可逆性而較感安慰（李伯恩，1998）。

(三) 為使學習者對有關死亡相關議題的想法、情感、態度及價值之檢視與澄清。主要的內容如下：

1. 教育學習者能以適當的態度表達對死亡的觀點和想法，進而幫助學習者建立適宜而健康的死亡態度。
2. 經由教育的介入，澄清社會文化中有關死亡的錯誤說法，促使社會上對死亡的一些基本觀念的改變，並去除對死亡的非理性禁忌觀念。
3. 幫助學習者以適當的觀念及態度面對自己和重要親人死亡。
4. 能以舒適理解的態度與瀕死者溝通。
5. 幫助個人澄清與死亡議題相關之社會和倫理課題。

6. 從省思死亡中，幫助個人了解生命和死亡的關係，並經由仔細思考個人生命價值，以促進生活品質的提昇（陳芳玲，1992）。

(四)在實務上應注意：

1. 教材與教法宜生動、活潑：生命本質上就是生動、活潑與有趣的，所以在教材與教法上就必須儘可能的生動活潑，不能使學生覺得生命是沉重的負擔與乏味的。
2. 注重生活體驗：盧梭與杜威等教育大師甚早就重視教育與經驗結合的重要性，因此參觀、訪問，由做中學極為必要。拜訪孤兒院，參觀法院、監獄、親自到市場賣菜就是可行的生命教育方式。
3. 營造溫馨、有人性的教育環境：人本主義教育者認為，唯有建立良好師生關係，創造接納、尊重、溫暖與關懷的環境，使學生能感受到溫馨與人性，學生才有生長與成長的可能。也因此，生命教育有必要成為學校教育的核心，全體師生應共同參與，相互分享與共同體驗（黃德祥，1998）。

第五章 結論與建議

本章主要在對研究發現做出結論、檢討，並提出具體建議。

本研究的主要目的，在探討臨床指導教師對死亡態度、死亡教育需求影響因素以及與其他變項之間關係。以台灣省、台北市及高雄市護理學校臨床指導教師為母體群，採立意取樣方式抽取 249 份做為研究對象，以死亡態度量表為研究工具，使用問卷調查法為研究方法，並以次數分佈、百分比、平均數、標準差、t 考驗及單因子變異數分析等統計方法，進行資料分析，以下分三節說明之。第一節摘述本研究發現；第二節歸納研究之結論；第三節檢討並提出具體建議。

第一節 研究發現

本節綜合第四章之研究結果與討論，依臨床指導教師之個人背景資料與環境經驗之相關，統計臨床指導教師在個人背景與環境經驗之分佈情形；分析臨床指導教師之死亡態度、及影響其死亡態度之相關因素；以及臨床指導教師死亡教育需求情形，和影響死亡教育需求之因素，並將重要發現摘要說明如下：

一、個人背景資料與環境經驗：

(一) 由研究對象的個人基本背景資料中發現，臨床指導教師之年齡層以 30 39 歲佔多數，且 72.6% 已婚，家庭型態為核心家庭佔 60.2%。

(二) 在死亡經驗方面：

沒有瀕死經驗佔 82.7%，有親人死亡之經驗佔 86.2%，親人死亡以祖父死亡佔多數 60.2%。

(三) 在宗教信仰方面：

研究對象中以一般民間信仰 48.2% 佔多數，其次為佛教、基督教。對信仰虔誠度 74.3% 的受試者為普通，多數以上的臨床指導教師認為宗教對所從事的臨床指導工作有幫助。

(四) 談論死亡的情形：

本研究發現，研究者在成長過程、或家中、與朋友都能很公開討論死亡問題，由以高達半數以上 (67.5%) 的研究者能很公開與朋友討論死亡。

(五) 影響死亡態度：

臨床指導教師受親密人物死亡影響其死亡態度最多。

(六) 受試者的學生曾經自殺之比例較高約 16.9%。且有 33.3% 受試者曾經有自殺的企圖。

(七) 臨床指導教師之學經歷資料：

1. 受試者教育程度高達半數以上為大學，其次為二專。
2. 目前擔任臨床指導教師之職稱，以技術教師、實習指導員佔多數。
3. 臨床指導教師臨床工作年數
護理教學總年資：平均 9 年。
本科教學總月數：平均 7 年，最小值 1 個月，最大值 32 年。
4. 臨床指導教師任教科別以內外護理佔最多。指導科別以內外科，產兒科佔最多。指導的時數每週大多為 5~ 6 日。對臨床指導高達半數達滿意程度。
5. 高達半數以上的受試者曾照顧瀕死、死亡病患，且最深刻的死亡事件為癌症、慢性病。

(八) 臨床教學特性：

護生實習醫院等級以區域醫院為主：非宗教醫院佔多數，各醫院平均分佈北部、南部、中部醫院。

(九) 就研習訓練部份：

有半數以上 (75.4%) 的臨床指導教師，曾參加過與生死議題相關的研習或訓練，大多數受試者認為參加研習會有幫助，以態度的學習獲益良多。

二、臨床指導教師對死亡態度及其影響因素：

(一) 從死亡態度三個分量表的平均數與標準差發現，臨床指導教師趨近接受分量表平均數最高，個別差異最低，其次為逃離接受，而以死亡恐懼、逃避傾向最低。

(二) 影響臨床指導教師的死亡態度，在個人基本背景資料中可發現，死亡態度因家人自殺、宗教信仰的虔誠度、宗教信仰對工作的幫助、談論死亡的情形（包括成長過程中、家中討論或與朋友同事談論）等之不同，而有顯著差異。

1. 家人自殺：受試者家人有或沒有自殺，在死亡恐懼、逃避層面有顯著差異。家人有自殺的受試者，在死亡恐懼、逃避層面高於無家人自殺的受試者。

2. 宗教信仰方面：

在死亡恐懼、逃避上，信仰虔誠度普通者高於虔誠度弱者。在趨近接受上，信仰虔誠度強者高於普通者，普通者高於弱者。在逃離接受上，信仰虔誠度普通者高於弱者，而弱者高於強者。

3. 信仰對工作的幫助（包括非常有幫助、有幫助、沒有幫助、非常沒有幫助）在死亡恐懼、逃避態度量表均達顯著，且認為沒有幫助者的受試者其死亡恐懼、逃避態度上高於有幫助者。

4. 談論死亡的情形：受試者在成長過程中、家中談論死亡或與朋友討論死亡時，在死亡恐懼、逃避態度上均達顯著。公開談論者其死亡恐懼、逃避最低，而避免提及者最高。

(三) 研究對象的死亡態度，在環境經驗變項中，會因課程有沒有幫助、臨床指導醫院等級、臨床指導滿意度、護理教學年資、印象最深刻的死亡事件等不同變項，而有顯著差異。

1. 臨床指導教師因研習課程沒有幫助，其死亡恐懼逃避高於有幫助者。
2. 臨床指導教師會因臨床指導醫院等級為醫學中心、區域醫院、地區醫院及其他如診所或示範病室之不同，在死亡恐懼、逃避態度均達顯著。而醫學中心高於地區醫院，地區醫院高於區域醫院。
3. 臨床指導滿意度，會因非常滿意、滿意、不滿意、非常不滿意之不同，在趨近接受態度上均達顯著差異，且非常滿意者高於滿意者。
4. 受試者印象最深刻的死亡事件，會因意外事故、猝死、癌症、慢性病之不同，在趨近接受態度上均達顯著差異，且意外事故高於猝死者。

三、臨床指導教師死亡教育需求及其影響因素：

(一) 臨床指導教師對認知、技能、情意內容需求度頗高，最高為情意需求，其次為技能需求，較低為認知需求。

(二) 臨床指導教師認為死亡教育非常需要的前五名依序分別為：

1. 認知內容：

(1) 安寧照顧 (2) 悲傷輔導 (3) 瞭解如何照顧瀕死的親友 (4) 死亡教育對護理專業的重要性 (5) 瀕死的過程與心理反應、死別與哀傷。

2. 技能內容：

(1) 護生照顧病人後哭泣、沮喪、害怕、不安、恐懼，處理其悲傷之情緒 (2) 利用小組討論或個別輔導法與護生共同

分享照顧瀕死及死亡病患之經驗(3)指導護生對未來有限人生之生涯規劃(4)評估瀕死的歷程並給予適切的護理(5)指導護生書寫照顧瀕死、死亡病人之心得，體驗生命的可貴。

3.情意內容：

(1)引導護生表達照顧瀕死或死亡病患後之心理感受(2)培養護生傾聽、陪伴瀕死病人之能力(3)使護生能主動學習促進瀕死病人之舒適(4)使護生有信心照顧瀕死或死亡病人(5)主動指導護生如何和醫療團隊工作人員，為臨終病人並肩祈禱的需要性。

(三)臨床指導教師死亡教育需求：

- 1.個人背景資料方面：年齡、婚姻狀況、家庭型態、瀕臨死亡的經驗、親人死亡的經驗、死亡的親人是誰、宗教信仰、談論死亡的情形、影響死亡態度最深的因素、誰曾經自殺、自殺的企圖、自殺的經驗之不同，而無顯著差別。
- 2.環境經驗方面：服務學校性質、職稱、教育程度、醫院評鑑等級、醫院性質、地區、臨床工作經驗、任教科目、指導科別、時數、滿意度、照顧過瀕死、死亡病患、印象最深刻的死亡事件、死亡問題的困擾、參加研習課程等之不同，而無顯著差別。
- 3.臨床指導教師在死亡教育需求中，其認知、技能、情意、內容需求之影響因素：

(1)在個人背景資料方面：

臨床指導教師死亡教育需求，會因避免與朋友討論死亡，或成長過程中避免提及、或核心家庭、離婚、喪偶、曾有自殺經驗、家中長者及特別書報雜誌等因素不同，顯現較高的死亡教育需求。

(2) 在環境經驗方面：

臨床指導教師死亡教育需求，會因臨床工作與護理教學年資之差異，臨床指導醫院為醫學中心、臨床指導科別為急診、外科、教育背景為研究所，或指導教師兼主任者等環境經驗變項，顯現較高的死亡教育需求。

第二節 結論

綜合上述的研究結果，統計個人背景變項與死亡態度，環境經驗變項與死亡態度以及個人背景變項與死亡教育需求等之顯著差異表，以歸納出本研究之結論。

- 一、研究對象對死亡的態度以趨近接受為最高，其次為逃離接受，而以死亡恐懼、逃避傾向最低。
- 二、研究對象的死亡態度，在個人背景變項、環境經驗變項之差異達顯著者如表 5-2-1、5-2-2 所示：

表 5-2-1 個人背景變項與死亡態度之顯著差異表

自變項/依變項	死亡恐懼逃避	趨近接受	逃離接受
曾有家人的自殺	有自殺組 > 沒有自殺組 p<.01		
宗教信仰虔誠度	普通組 > 弱組 p<.05	有顯著差異 p<.05	普通組 > 弱組 弱組 > 強組 p<.05
信仰的幫助	沒有幫助組 > 有幫助組 p<.05		
成長過程談論死亡	避免提及 > 公開談論者 p<.05		
家中談論死亡	避免提及 > 公開談論者 p<.01		
與朋友談論死亡	有點不舒服 > 儘量避免提及者 p<.001		

表 5-2-2 環境經驗變項與死亡態度之顯著差異表

自變項/依變項	死亡恐懼逃避	趨近接受	逃離接受
課程有沒有幫助	認為沒有幫助者死亡恐懼逃避>有幫助者。p<.05		
臨床指導醫院等級	醫學中心的死亡恐懼、逃避>地區、區域醫院。P<.05		
護理教學年資			各組有顯著差異，1-5 年組逃離接受最高，p<.05
臨床指導滿意度		非常滿意組>滿意組 p<.05	
印象最深刻的死亡		意外事故組>猝死組 p<.05	

研究對象的死亡態度因曾有家人自殺，宗教信仰虔誠度,信仰對工作的情形（包括成長過程、在家中討論、與朋友討論）參加研習課程有沒有幫助,臨床指導醫院等級，護理教學年資，臨床指導滿意度，印象最深刻的死亡事件等之不同，而有顯著差異。

三、研究對象的死亡教育在認知、技能、情意內容需求，以情意需求最高，其次為技能需求，較低為認知需求。三大需求每一題得分都超過中間值 3 分，而達 4.22 分以上，顯示臨床指導教師對死亡教育的需求性頗高。

四、研究對象之死亡教育需求在個人背景變項上達顯著差異者如表5-2-3所示：

表 5-2-3 個人背景變項與死亡教育需求之顯著差異表

自變項/依變項	認知	技能	情意
親戚自殺		有自殺組>沒有自殺組 p<.05	

*P<.05 **P<.01 ***P<.001

研究對象的死亡教育需求因有、無親戚自殺，而有顯著差異。

自殺組技能的需求高於沒有自殺組。

- 五、臨床指導教師之死亡教育需求，會因與朋友討論死亡時，儘量避免提及、或成長過程中避免提及、或核心家庭、離婚、喪偶、曾有自殺經驗、家中長者、特別書報雜誌等因素不同，而顯示對死亡教育的需求較高。
- 六、臨床指導教師死亡教育需求，會因臨床工作年資 21-25 年、護理教學年資 16-20 年、臨床指導醫院為醫學中心、臨床指導科別為急診、外科、教育背景為研究所、或指導教師兼主任者等環境經驗變項，顯示對死亡教育需求較高。
- 七、臨床指導教師對死亡教育在認知、技能、情意內容需求，由高而低排序分別為：
- (一) 護生照顧病人後，產生哭泣、沮喪、害怕、不安、恐懼等悲傷情緒之處理
 - (二) 安寧照顧
 - (三) 悲傷輔導
 - (四) 引導護生表達照顧瀕死或死亡病患後之心理感受
 - (五) 利用小組討論或個別輔導法，與護生共同分享照顧瀕死及死亡病患之經驗。
- 八、死亡態度與死亡教育之間的關係
- 臨床指導教師對死亡教育在認知、技能、情意內容需求，與趨近接受的死亡態度呈正相關，而死亡恐懼、逃避無顯著相關。

第三節 檢討

依據本研究進行的過程，做一統整性之檢討，包括問卷的內容，臨床指導教師之死亡事件經驗、臨床工作經驗、工作環境、宗教信仰及困擾因應之道等等面向，進行檢討。

一、初擬問卷前，調查臨床指導教師，當指導護生照顧瀕死的病患時，面對下列的角色，有那些困難？

(一) 教師個人之困難：

1. 對照顧瀕死或死亡的病患經驗欠缺，且未受過專業指導。
2. 指導護生時會產生，避免照顧瀕死或死亡病患的逃避心理。
3. 在心理上仍害怕死亡。

(二) 輔導護生之困難：

1. 護生害怕照顧瀕死或死亡的病患。
2. 未接受死亡學之訓練。
3. 照顧瀕死或死亡的病患的相關知識不足。

(三) 面對家屬：不知如何去安撫家屬的悲傷情緒。

為克服臨床指導的困難，死亡教育的內容宜包括：

1. 宗教學
2. 死亡的過程及評估
3. 悲傷輔導
4. 分組討論
5. 影片教學。

由上述死亡教育的內容與受試者對於死亡教育需求，不謀而合。

二、臨床指導教師，教育程度大都為大學畢業，且能積極參與死亡相關議題的研習會，並高達 67.5% 的研究者能與朋友很公開討論死亡，死亡態度以趨近接受佔多數，但卻高達三分之一的受試曾有自殺的企圖，且有 16.9% 臨床指導教師的護生，曾經自殺，針對此自殺的問題值得深入探討，尋求解決之道。

三、臨床指導教師臨床工作年資，平均七年，最小值 1 個月，最大 32 年，顯示個別差異性大，為減少其探索期，宜加強職前訓練。

- 四、當臨床指導醫院為醫學中心，或臨床指導科別為急診、外科病房，對臨床指導教師而言，具挑戰性，本身除具有豐富的專業知識與能力外，最重要仍需考量其個性、人際關係及適應能力。
- 五、有 88.4% 的臨床指導教師具有宗教信仰，且認為宗教對工作有幫助。但目前臨床指導醫院高達 72.7% 為非宗教醫院，因此，各醫院是否可營造宗教的氣氛，使臨床指導教師對死亡、瀕死能以較正向的態度來面對。
- 六、當臨床指導教師處理死亡問題有困擾時，會求助同事。可見同仁是工作職場最佳伙伴及支援系統，如何規劃疏解教師之壓力是一項非常重要的工作。

第四節 建議

依據文獻探討、研究結論與檢討，研究者針對學校死亡教育的推展、臨床指導教師、臨床指導醫院、師資培訓及未來研究等五大方向，提出建議，供臨床指導教學相關人員與單位做為參考之用。

一、學校死亡教育的推展

（一）設科教學

目前護理學校對於死亡教育課程的授課，僅有在基本護理、內外科護理、人類發展概論、老人學安排簡短的「成長的過程」、「瀕死病人的護理」課程，宜增設「死亡教育」、「安寧療護」、「臨終關懷」、「悲傷輔導」等課程以建立正確的死亡態度，並培養照顧死亡或瀕死病人之能力。

（二）融入各科教學活動

死亡教育課程除由專業科目授課外，應融入學校各項教學活動中，成為學校重要活動的一部分，以養成護生重視倫理道德，珍惜生命的正確觀念，方能應用於未來之護理工作上。

(三) 辦理「死亡教育」教學研討會

以臨床指導教師為基礎，並擴大鼓勵全校教師參與「死亡教育」研討會，研究教材、教法，配合情意教學，體驗示範教學，共同參與教學觀摩，達成「死亡教育」目標。

(四) 成立支持團體

本研究發現，33.3%的臨床指導教師有自殺企圖，且對死亡教育「態度」的需求最高，當處理死亡問題困擾時，大都求助同事。因此，成立如死亡教育、兩性教育、自我成長、心靈環保、春暉社等團體，利用同儕，定期聚會及分享經驗等方式，調適心情，使其妥善面對臨床指導上的壓力與挫折，方能以更健康的心態，面對死亡的問題。

(五) 充實死亡教育教學資源

各護理學校圖書館，宜多充實有關死亡教育之書籍、童繪本、幻燈片、錄影帶、錄音帶、光碟、設立死亡教育網站等教學資源，以利師生共同使用研究。

二、對臨床指導教師的建議

(一) 臨床指導教師建立正確的死亡態度

1. 臨床指導教師隨時檢視自己對死亡的感受，坦誠地敘述與表達出來，才能真切、自然地與護生討論。
2. 瞭解護生對死亡的概念與情緒反應的發展階段，進而配合護生的認知、情緒，給予適當的指導。
3. 善於運用「同理心」，傾聽護生所言、所思、所感，以其所瞭解的用語和護生溝通。

(二) 護生臨床教學活動之設計，應注重護生個別差異，並配合護生性向、興趣、能力安排合宜的個案。

目前護理學校對於死亡教育課程偏向知識的傳授，使用講述法或錄影帶教學，並注重生理層面的護理。因此護生對於整體死亡概念的探討非常欠缺，也忽略心靈照顧，這是臨床指導教師在指導時需特別注意的。

(三) 瞭解護生的死亡態度並加以輔導。

本研究顯示，有 16% 的臨床指導教師曾遇過學生自殺。吳麗玉 (1997) 研究中發現，護生曾有自殺念頭者的比率高達 66%，是否顯示護生面對壓力或情緒困擾，導致其具有自殺的意圖，此乃值得學校推動輔導工作之參考。

三、對臨床指導醫院的建議

(一) 營造人文與安全的臨床指導環境

成立「諮商室」，建立隱蔽、安全的環境，尊重護生個別差異，提供「愛與關懷」，透過同儕經驗分享與關懷，使護生能坦然面對死亡、瀕死的個案，落實將課室教學的理論，應用在於臨床，以體驗其價值，並建立正確的人生觀。

(二) 結合臨床指導醫院的力量，一起推動死亡教育，以助於護生的學習，以及臨床指導教師教學活動之推展。護生在實習中遇到困難，最重要的是臨床指導教師的指導，其次是醫護人員。因此，與臨床指導醫院共同策劃死亡教育的在職教育，除可建立醫護人員正確的死亡態度，並有利於指導護生面對死亡、瀕死照顧問題，提升護生信心，並增進挫折的復原力。

(三) 本研究發現有 88.4% 的臨床指導教師，具有宗教信仰，且認為宗教信仰對工作有幫助。但目前臨床指導醫院高達 72.7% 為非宗教醫院，因此，各醫院是否可提供宗教的資源，使臨床指導教師、護生、對死亡、瀕死能以較正向的態度面對，並使家屬得到心靈的寄託。

四、師資培訓

(一) 養成教育

死亡教育仍較少被普遍討論，但近幾年來已有部分學校以選修、專題或研討會的方式，讓學生有機會接觸到這個領域，因此，必須加強教授死亡教育師資的能力，以利護生之教導與死亡觀之強化，如出國進修或校內進修。

(二) 職前訓練

本研究發現臨床指導教師之教育背景，大多為大學畢業，且曾參與生死相關議題的研討會，其護理工作年資為 1 - 5 年，但因指導護生經驗仍嫌不足，故在死亡逃離接受度高。因此加強職前訓練，使新手很快適應環境並能指導護生更顯重要。

(三) 在職教育

為能達成死亡教育的最終目標，教師的培訓將是最關鍵的工作，教育部為因應全國生命教育教師的培訓，擬建立完整與多元的培訓。研究發現，臨床指導教師對於死亡教育認知、技能、情意內容需求興趣課題前五位為「當護生照顧病人後哭泣、沮喪、害怕、不安、恐懼處理其悲傷的情緒」、「安寧照顧」、「悲傷輔導」、「引導護生表達照顧瀕死或死亡病患後之心理感受」、「利用小組討論或個別輔導法與護生共同分享照顧瀕死及死亡病患之經驗」。顯示臨床指導教師，最關心的是引導護生降低對死亡的害怕、逃避，而能以坦然積極的態度面對死亡，並指導護生調適其失落及哀傷。因此，臨床指導教師除具有護理專業知能外，宜兼具悲傷輔導、臨終關懷、安寧療護、靈性照護的理論與實務經驗。尤須重視體驗教學、價質澄清和實踐活動等之教學活動。這些方面能力的強化，可舉辦工作坊或利用短期進修的方式予以強化。

五、對於未來研究的建議

(一) 死亡態度量表的修訂

本研究所採用之「死亡態度量表」乃引自國外 Wong, Reker&Gesser (1994) 所編制修訂的 DAP-R 死亡態度描繪修訂量表，經由預試及專家效度考驗等程序，修訂後定稿。因為國家或民族之間，具有民族差異，且翻譯是否有語言的隔閡，無法表達原作者的題意，不同的文化、生活背景、教育背景、宗教信仰、倘若國內研究不斷引用國外量表，其測試結果是否會因此產生些輕微的誤差。如果能夠將各相關研究結果統整，進一步發展屬於本國之死亡態度量表，可減低因風俗民情所產生之差異性。

(二) 採質量並重的研究:死亡態度是一種複雜的心理反應，其影響因素甚廣，採用結構式的問卷，無法給予作答者思考的空間，而忽略個別性的表達機會。採用質性研究的方法，以了解臨床指導教師擔任臨床指導的心得及死亡態度，以獲得較有價值資料。

(三) 擴大研究對象至五專、二技、四技之臨床指導教師，了解相關對死亡教育需求，以作為醫護院校護理系或護理研究所規劃死亡教育課程之參考。

(四) 護理教師因擔任「臨床指導」、「課室指導」之不同，在死亡態度及死亡教育需求間之差異性：擔任課室指導之教師因為遠離醫院臨床工作較久，對指導護生面對死亡事件的處理，較不具真實性。兩者之間是否因工作地點、任教的不同，在死亡態度的表現上及對死亡教育之需求性，是否因此而不同，是值得深入研究的課題。

中文參考文獻

- 王桂芸、馬桐齡 (1989)。護理人員對瀕死病人態度之探討。護理雜誌，36 (3)，77-88。
- 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。台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
- 丘愛鈴 (1989)。台北市國中教師對死亡及死亡教育態度之研究。台灣師範大學教育研究所碩士論文。
- 行政院衛生署 (1999)。行政院衛生署所屬醫療機構，接受公私立護理助產學校學生實習要點。行政院衛生署。
- 李復惠 (1986)。某大學學生對死亡及瀕死態度之研究。台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
- 李復惠 (1999)。國內死亡教育相關學位論文之回顧。安寧療護雜誌，14，74-97。
- 李復惠 (1999)。死亡教育的過去、現在與未來。學校衛生，34。
- 巫珍宜 (1991)。青少年死亡態度之研究。彰化師範大學輔導研究所碩士論文。
- 杜異珍 (1996)。台灣中部地區護理人員對照顧死亡病患之知識、態度及其影響因素之探討。榮總護理，41 (1)，1-10。
- 吳麗玉 (1997)。護理學校學生死亡態度、安樂死態度之研究 - 以耕莘護理學校學生為例。台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
- 吳麗玉、林旭龍、呂昌明 (1999)。護理學院學生死亡態度之研究。康寧學報，3。
- 李伯恩 (1998)。淺談死亡教育。輔導通訊，56。
- 何雪珍 (1998)。護理科應屆畢業生憂慮傾向及其與生活壓力、社會支持、自殺傾向之相關性探討。高雄醫學院護理系碩士論文。
- 吳淳肅 (1999)。從學生死亡事件看教師所面臨的角色與心理情境。安寧療護雜誌，14。
- 吳慧敏(2001)。死亡態度研究及其在生死教育上的應用。臺灣地區國中生生死教育教學研討會：國立彰化師範大學通識教育中心、共同學科。
- 沈宴姿、陳敏麗 (2000)。護理學導論。臺北：永大書局。
- 何福田 (2001)。生命教育論叢。臺北：心理出版社。

林志隆 (1998)。 臺北市某醫學院學生死亡焦慮及其相關因素。臺北醫學院醫學研究所碩士論文。

施素貞 (1997)。 護理人員對病患死亡的反應及其影響因素之探討。台中榮民總醫院研究成果報告。

紀惠馨、曾煥棠 (1999)。 生死學在某護理學院教學的概況檢討。 安寧療護雜誌 , 14。

紀潔芳 (2000)。 生死學課程於生師範教育及成人教育教學之探討。八十九年元月全國大專院校生死課程教學研討會論文集：國立彰化師範大學通識教育中心、共同學科。

徐大偉 (1995)。 死亡教育的認識及其在輔導上的應用。 諮商與輔導 , 114 , 16-18。

徐士虹 (1996)。 國中生死態度之研究 - 以宜蘭縣礁溪國中為例。文化大學家政學研究所碩士論文。

高淑芬、酒小蕙、趙明玲、洪麗玲、李惠蘭 (1997)。 老人死亡態度之先驅性研究。 長庚護理 , 8 (3)。

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

孫肇玠、高毓秀、黃奕清(1998)。 教學原理與方法。臺北：偉華書局。

許淑蓮(1977)。 護生對瀕死病人的態度與行為之調查。 護理雜誌 , 24(4) , 74-90。

黃松元 (1979)。 死亡教育一學校衛生教育中一項爭論的課題。 中等教育 , 3 (6) , 12-13。

黃和美 (1985)。 癌症末期病人對死亡心理反應之探討。 護理雜誌 , 32(4) , 57-59。

黃天中 (1991)。 死亡教育概論 II,台灣地區大學院校開設「死亡教育概論」研究。台北：業強出版社。

黃天中 (1991)。 死亡教育概論 I：死亡態度及臨終關懷研究。台北：業強出版社。

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

黃琪璘 (2000)。 死亡教育課程介入對台東師院學生死亡態度影響之研究。台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。

- 黃富順(1995)。 成人心理與學習。臺北：師大書局。
- 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之研究。台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
- 郭生玉（1996）。 心理與教育研究法。臺北：精華書局。
- 許町子、杜異珍（1997）。癌症病患和家屬對安寧照顧需求之探討。 榮總護理，14（1）。
- 陳若慧（1992）。 死亡教育對護理人員死亡及瀕死態度影響之研究。博士論文。
- 陳若慧、張玠、（2000）。 臺灣地區高職學生死亡態度之研究—以臺中市高職學生為例—國立臺中護理專科學校。
- 教育部（1998）。 職業學校各類科課程標準總綱。臺北：教育部技術暨職業教育司編印。
- 黃德祥（1998）。生命教育的本質與實施。 輔導通訊，55，6-10。
- 陳芳玲（1998）。生命教育課程之探究。 輔導通訊，55，15-16。
- 陳芳玲（1998）。死亡教育。尉遲淦編著， 生死學概論。臺北：五南圖書出版公司。
- 陳增穎（1998）。同儕死亡對青少年死亡態度、哀傷反應、因應行為之研究。 學生輔導，54。
- 陳信宏(1998)。 實習醫師的死亡焦慮及其因應策略。高雄醫學院行為科學研究所碩士論文。
- 陳錫琦、曾煥棠（1999）。不同的生死學教學方法對護生生命最後規劃的影響之前實驗研究。 The Journal of Health Science, 1(1),93-105。
- 尉遲淦主編（2000）。 生死學概論。臺北：五南圖書出版公司。
- 黃慧莉、林惠賢（2000）。護生的死亡態度與對老人之態度以及兩者之關係和影響因素。 護理研究，8（2）。
- 張簡淑玲（2000）。 介入方案對護生臨床實習之關係探討。私立中山醫學院醫學研究所碩士論文。
- 傅偉勳（1993）。 生命的尊嚴與死亡的尊嚴。台北：正中書局。
- 張淑美（1995）。 國中生之死亡概念、死亡態度、死亡教育態度及其相關因素之研究。高雄師範大學教育研究所碩士論文。
- 張淑美（1998）。從美國死亡教育的發展兼論我國實施死亡教育的準備方向。 高雄師範大學教育學系教育學刊，14，275-294。

張淑美 (1999)。誰來教孩子死亡真相 - 教師教導學生死亡課題的準備與原則。輔導通訊, 58, 39-45。

曾煥棠、林綺雲、林慧珍、傅網妹 (1998) 生死學教學對護理學生生死態度的影響。中華心理衛生學刊, 11 (3)。

曾煥棠 (1999)。生死學對護理學院畢業生的死亡處理態度與臨終照行為之效探討。中華心理衛生學刊, 12 (2)。

曾煥棠 (1999)。影響護生生死態度之制約信念探討。醫護科技學刊, 1 (2)。

曾煥棠 (2000)。生死學探索入門。臺北：華騰文化股份有限公司。

趙可式 (1998)。生死教育。學生輔導, 54, 44-51。

葉寶玲 (1999)。死亡教育課程對高中生死亡態度、憂鬱感及自我傷害行為影響效果之研究。彰化師範大學輔導研究所碩士論文。

曾秋萍 (2000)。九二一災區學童於讀書治療中之心理歷程及其對死亡態度之詮釋。國立彰化師範大學研究所碩士論文。

曾廣志 (2001)。臺灣地區商職學生死亡態度與生死教育。臺灣地區國中生生死教育教學研討會：國立彰化師範大學通識教育中心、共同學科。

蔡秀錦 (1991)。城鄉學童死亡之概念、焦慮度及教育需求之研究。台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。

蔡明昌(1995)。老人對死亡及死亡教育態度之研究。高雄師範大學教育研究所博士論文。

廖張京隸、劉雪娥 (1994)。學校教師對校外實習制度看法之探討。長庚護理。

廖芳娟 (2000)。台灣警察之死亡態度研究。南華大學生死學研究所碩士論文。

鄭淑里 (1994)。死亡教育課程對師院生死亡態度的影響。台灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文

劉長安(1995)。安寧照顧 護理人員應有的認知。護理雜誌, 42(4)。

劉長安、許秀月、呂素珍 (1997)。某醫學中心五專護理應屆畢業生臨床實習主觀經驗初探。榮總護理, 14 (3)。

劉明松 (1997)。死亡教育對國中生死亡概念、死亡態度影響之研究。高雄師範大學教育研究所碩士論文。

賴怡妙 (1998)。死亡教育團體對台灣師大學生死亡態度及生命意義感之影響。台灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文。

蕭燕萍(2000) Contents Analysis on Life Education Curriculum for Vocational high school students.淡江大學教育科技學系碩士論文。

蕭宏恩(2000)。專業內的倫理導師 以護理教育為例。哲學與文化，27 (4)，372-381。

鍾春櫻 (1992)。死亡教育對護專學生死亡態度之影響。彰化師範大學輔導研究所碩士論文。

藍育慧 (1994)。死亡教育對改善護專學生死亡恐懼、死亡態度成效之探討。弘光醫專學報，161-172。

藍育慧 (1995)。護專學生死亡恐懼、死亡態度及照顧瀕死病患者時個人需求與因應行為之探討。護理雜誌，42 (1)，75-89。

藍育慧、李選 (1997)。死亡教育對改善護專學生死亡恐懼成效之探討。長庚護理，8 (1)，42-52。

簡淑慧 (1999)。癌症病人死亡對護理人員之衝擊及護理人員之應對策略。長庚護理，10 (2)。

鍾昌宏 (1999)。生死教育的重要性。安寧療護雜誌，14。

蘇完女 (1991)。死亡教育對國小中年級兒童死亡態度的影響。彰化師範大學教育輔導研究所碩士論文。

羅素如 (2000)。殯葬人員對死亡的態度與生死學課程需求之初探。南華大學生死學研究所碩士論文。

顧艷秋 (1997)。北部某護專學生對死亡所持態度之探討。榮總護理，14 (2)，154-164。

顧艷秋 (2000)。護理人員照顧瀕死病患行為及其相關因素之研究。臺灣師範大學衛生教育研究所博士論文。

英文參考文獻

Briggs-Hooker, I. J.(1981). Death and youth: An exploratory study of teacher awareness. Doctoral Dissertation. University Microfilms International.

Curl, K.L.(1984). Attitudes of vocational home economics teachers toward death with implications for inservice education. DAI-A.46(5),1244.

Coolican, M. B., Stark, I., Doka, K.J., & Corr, C. A.(1994). Education About Death Dying and Bereavement in Nursing Programs.Nursing Educator. 19(6),35-40.

Corr, C A., Clyde, M.N & Donna, M.C.(1997). Death and Dying Life and Living. U.S.A.

Durlak, J.A.(1978-79). Comparison between experimental and didactic methods of death education. Omega, 9(1),57-66.

Dickinson, G.E. and Pearson, A.A.(1980-81). Death Education and physicians Attitudes toward Dying patients. Omega, 11,167-174.

David, F. & Charlotte, K.(1986). Coping with death: the practical reality. Nursing Time, March, 19.

Eddy, J. M., & Alles, W. F.(1983). Death education. St. Louis: The C. V. Mosby company.

Elise, L. Lev. (1986). Teaching human care for dying patients. Nursing Outlook, (34) September/ October, 241-243.

Franke, K. J., & Durlak, J. A. (1990). Impact of life factors upon attitudes toward death. Omega, 21(1), 41-49.

Golub, S., & Renznikoff, M. (1971). Attitude toward death: A comparison of nursing students and graduated nurse. Nursing Research, 20(6), 503-508.

Green, J. S., Shew, R.J. & Pulsipher, V.L.(1978). Understanding the Problems of Death and Dying: A Health Professional Survey. Journal of Allied Health. 7,294-301.

Graham-Lippitt, J.E.(1981). The Attitudes and Life Experiences of University Death Education Students, Death Education, 4,355-367.

Hardt, D. V. (1975). Development of an investigatory instrument to measure attitudes toward death, The Journal of School health, 45(2),96-99.

Hickman, C. R., Silva, M. A. (1984). Creating Excellence. New York: New Americal Library.

Hurting, W. A., & Stewin, L. (1990). The effect of death education and

experience on nursing students' attitudes toward death. Journal of advanced Nursing, 15, 29-34.

Jones, L.F.(1983). Specialist physicians Attitudes toward Death and Dying. Unpublished doctoral dissertation, Kansas state University.

Kubler-Ross, E. (1969). On death and dying. NY: Macmillan Pub. Com.

Keck, V.E & Walther, L.S.(1977). Nurse encounters with dying and nondying patients. Nursing Research, 26(6), 465-469.

Kockrow, E. & Christensen, B. (1995). Loss, grief, dying, and death. In B. Christensen & Kockrow, E. (2nd ed.) Foundation of nursing.

Leviton, D. (1969). The need for education on death and suicide. The journal of School Health, 39(1), 270-275.

Miles, M. S.(1980). The Effect of a Course on Death and Grief on Nurse Attitudes Toward Dying Patient and Death Education. 4, 245-4260.

McMordie, W. R., L Kumar, A. (1984). Cross-cultural research on the Templer/McMordie Anxiety Scale. Psychological Reports, 54, 959-967.

Peck, D. L.(1983). The last moment of life: Learning to cope. Denial Behavior, 4(3-4), 312-313.

Quint, J. C. (1996). Obstacles to helping the dying. American Journal of Nursing, 66(10), 1568-1571.

Swenson, W.M.(1961). Attitudes toward death in an aged population. Journal of Gerontology, 16, pp.49-52.

Stambrook, hi. & Parker, K.C.H.(1987). The development of the concept of death in childhood: A review of the literature. Merrill-palmer Quarterly, 32(2), 133-157.

Templer, D.I. (1972). Death Anxiety in Religiously very involved persons. Psychological Report, 31, 361-362.

Tandy, R.E. & Sexton, J.(1985). A death education course survey. Health Education, 16(5), 35-36.

Wheeler, P.R.(1980). Nursing the dying: Suggested teaching strategies. Nursing Outlook, 28, 434-437.

Wrightsman, L.S.(1988). Personality development in adulthood. CA: SAGE Pub Inc.

Wong, P.T., Reker, G. T., & Gesser, G.(1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional Measure of Attitudes toward death, In Death Anxiety Handbook, Edited by Neimeyer, R.A. Washington DC: Taylor & Francis.

Yarber, W. L. (1976). Death education: A living issue. The Science Teacher, 10, 21-23.

附錄一：在國內，針對死亡此一主題研究相關的論文主要有：

一、以兒童為研究對象：

- (一) 兒童死亡概念之研究 (劉惠美, 1988)。
- (二) 兒童死亡概念發展之研究及其應用 (張淑美, 1989)。
- (三) 城鄉學童死亡之概念、焦慮度及教育需求之研究 (蔡秀錦, 1991)。
- (四) 談兒童的死亡態度及教育 (蘇完女, 1991)。
- (五) 死亡教育對國小中年級兒童死亡態度的影響 (蘇完女, 1991)。

二、以國中生為研究對象：

- (一) 國中生死亡概念與死亡態度之研究 (張淑美, 1993)。
- (二) 國中生死亡態度之研究 以宜蘭礁溪國中為例 (徐士虹, 1996)。
- (三) 死亡教育對國中生死亡概念、死亡態度影響之研究 (劉明松, 1997)。

三、以高中生為研究對象：

- (一) 台北市高中生的死亡態度、死亡教育態度及死亡教育需求 (陳瑞珠, 1994)。
- (二) 死亡教育課程對高中生死亡態度、憂鬱感及自我傷害行為影響效果之研究 (葉寶玲, 1999)。
- (三) 台灣地區高職學生死亡態度之研究 - 以台中市高職學生為例 (陳若慧等人, 2000)。
- (四) 台灣地區高職學生死亡態度與生死教育 (曾廣智, 2001)。

四、以輕少年為研究對象：

- (一) 青少年死亡態度之研究 (巫珍宜, 1991)。
- (二) 同儕死亡對青少年死亡態度、哀傷反應、因應行為影響之研究 (陳增穎, 1998)。

五、以大學生為研究對象：

- (一) 某大學學生對死亡及瀕死態度之研究 (李復惠, 1987)。

- (二) 中美大學生死亡態度之異同對臨終關懷照護的態度之研究 (黃中天, 1988)。
- (三) 死亡教育團體對台灣師大學生死亡態度及生死意義感之影響 (賴怡妙, 1997)。
- (四) 死亡教育課程對師院生死亡態度之影響 (鄭淑里, 1994)。
- (五) 死亡教育課程介入, 對台東師院學生死亡態度影響之研究 (黃琪璘, 2000)。

六、以老年人為研究對象：

- (一) 老人健康自評生活改變及生命意義與其生活滿意和死亡焦慮之關係 (黃國彥, 1986)。
- (二) 老人死亡態度之調查研究 (鍾思嘉, 1986)。
- (三) 老人死亡態度之初探 (潘素卿, 1984)。
- (四) 老人對死亡及死亡教育態度之研究 (蔡明昌, 1995)。
- (五) 老人死亡態度之先驅性研究 (高淑芬、酒小蕙、趙明玲、洪麗玲、李惠蘭, 1997)。

七、以教師為研究對象：

- (一) 台北市國中教師對死亡及死亡教育態度之研究 (丘愛鈴, 1989)。
- (二) 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 (王素貞, 1994)。
- (三) 從學生死亡事件, 看教師所面臨的角色與心理情境 (吳淳肅, 1999)。

八、以護校、護專、護理系學生為研究對象：

- (一) 死亡教育對護專學生死亡態度之影響 (鍾春櫻, 1992)。
- (二) 護專學生死亡恐懼、死亡態度及照顧瀕死亡患者時個人需求與因應行為之探討 (藍育慧, 1995)。
- (三) 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 (吳麗玉, 1997)。

(四) 死亡教育對改善護專學生死亡恐懼成效之探討 (藍育慧、李選, 1997)。

(五) 北部某護專學生對死亡所持態度之探討 (顧豔秋, 1997)。

(六) 某大學護生對死亡態度之探討 (高淑芬、洪麗玲、邱佩怡, 1998)。

(七) 護理學校學生死亡態度之研究 (吳麗玉、林旭龍、呂昌明, 1999)。

(八) 護生的死亡態度與對老人之態度, 以及兩者之關係和影響因素 (黃慧莉、林惠賢, 2000)。

九、以醫護人員為研究對象：

(一) 台灣中部地區護理人員照顧瀕死患者之知識、態度及其影響因素之探討 (杜異珍, 1997)。

(二) 護理人員對病患死亡的衝擊及其影響因素探討 (施素真, 1999)。

(三) 台北市綜合醫院醫師對死亡及瀕死態度之研究 (黃琪璘, 1991)。

(四) 實習醫師的死亡態度及其因應策略 (陳信宏, 1998)。

十、以癌症病患及家屬為研究對象：

(一) 癌症末期病人對死亡心理反應之探討 (黃和美, 1985)。

(二) 對臨終病人及家屬提供專業善終服務之探討 (吳庶深, 1988)。

(三) 護理人員對瀕死病人之探討 (王桂芸, 馬桐齡, 1989)。

(四) 癌症末期病人安寧照顧之需求推估 (黃鳳英, 1994)。

(五) 癌症病人生命意義之研究 (陳珍德, 1995)。

(六) 癌症病患與家屬對安寧照顧需求之探討 (許叮子, 杜異珍, 1997)。

十一、其他：

(一) 台灣警察之死亡態度研究 (廖芳娟, 2000)。

(二) 殯葬人員對死亡的態度與生死學課程需求之初探 (羅素如, 2000)。

附錄二

1973~1992 年國外有關死亡教育之研究

研究者	研究對象與研究方法	研究結果與發現
1. Snyder 等人(1973)	針對護校學生探討三年的護理課程是否改變學生對死亡及瀕死的態度。採用問卷法進行調查研究。	發現：一年級護生較常想到自己死亡與瀕死的情形，三年級護生則較少想到自己及親友的死亡。結果支持死亡教育課程可降低死亡關切及死亡焦慮的說法。
2. Murray (1974)	針對 500 床醫院中 330 位護士隨機採 30 位，做前後測實驗設計、探討死亡教育課程是否會降低護士的死亡焦慮。 以演講、討論、視聽媒體、團體動力、角色扮演、減敏感練習為實驗處理，每週 1 1/2 小時，共六週，課程結束四星期後進行追蹤測。	結果：前、後測間的死亡焦慮並無顯著改變，但在前測與追蹤測及後測與追蹤測間，則有顯著差異。發現：死亡焦慮並非持續不變的本質，可受環境條件，包括治療性處理後的影響。
3.Redick (1974)	探討行為改變技術是否能降低護校學生的死亡焦慮。針對 30 位護校學生隨機分成三組。二組實驗組分別採系統減敏感法和演講法，控制組則不予任何實驗處理。	結果：採系統減敏感法之實驗組的學生死亡焦慮分數顯著降低。
4.Yeaworth. R.C.等人 (1974)	針對 69 位護理系大四學生，109 位大一新生，經提供瀕死病人照顧的死亡教育納入四年的護理課程中，並探討對死亡、瀕死的態度。	結果：大四學生較能做感情之接納、開放性之溝通，且與瀕死病人及家屬的關係更具彈性。並自陳係死亡教育課程影響他們的態度。

5. Bell, B. D (1975)	將大學護理系學生，以隨機分成實驗組 24 人，控制組 50 人，以 18 週的時間，探討由各層面不同觀點了解死亡與瀕死，請各專家予以上課，並指定資料讓學生收集、報告。於課前、後進行前、後測。	結果：實驗組在認知內容上較控制組有顯著差異。
6. Callas (1976)	針對參加 10 小時的死亡心理學工作坊的成人，實驗組 50 人、控制組 52 人，以前後測實驗控制組設計探討死亡教育之成效。	結果：死亡教育能降低死亡焦慮並改變死亡態度。
7. Hardt (1976)	針對 86 位大學生(18-27 歲)接受 45 小時的死亡教育課程後，探討死亡態度是否獲改善。本研究採前後測實驗設計。	結果：發現死亡教育課程對學生死亡態度的改變有正面影響。並建議要注意教師資格、教學方式及課程目標的考量。
8. Hopping (1977)	針對 40 位護理系四年級學生，實驗組與控制組各半。實驗組為選修『惡性腫瘤成人病患之護理』的課程，比較與控制組的差異。	結果：實驗組的態度較控制組為正向，但其差異未達顯著差異。
9. Jerri Laube (1977)	針對參加二天死亡與瀕死工作坊的 44 位護士探討死亡焦慮。以演講、影片、小組討論、經驗分享的方式進行，並於實驗前、後及三個月後進行追蹤測比較。	結果：前、後、追蹤測三者間並無差異，但前測與後測間則有顯著差異。
10. Combs (1978)	探討大學生和護校學生接受死亡教育課程後對死亡焦慮和死亡接受的影響。採獨立樣本二因子實驗設計進行研究。	結果：死亡教育課程能有效的降低死亡焦慮，體驗法較適用於護校學生，教導法較適用於大學生。建議：應鼓勵學生面對死亡恐懼及焦慮，而非否認死亡。
11. Male (1978)	針對高中生，給予六週的死亡教育課程後，採實驗法，探討其對死亡與瀕死的恐懼態度是否改變。	發現：實驗組與控制組在死亡態度上無明顯差異。但研究者認為六週課程對學生而言很有價值。

12.Durlak (1978-1979)	針對 51 位醫院工作人員(其中 38%為護士),分為實驗組與控制組,而實驗組又分演說組:另一組為體驗組:以角色扮演、死亡意識或哀傷的練習。利用二個星期日上午各四小時的在職教育。	結果: 體驗組的死亡恐懼降低,死亡焦慮輕微升高:演說組的死亡恐懼與死亡焦慮皆升高:控制組皆升高。 發現: 演說組和控制組結果一樣,隨時間有負面的改變:同時支持以情感,個人取向的方式是死亡教育有效的重要因素。
13.Pearson (1979)	探討 2 1/2 小時的死亡教育討論會,是否會改變實習護士的死亡態度,採實驗組、控制組的實驗設計。	發現: 實驗組和控制組的死亡態度無明顯差異。
14.Glass & Knott(1980)	針對青少年對老人的態度及其死亡焦慮,予以二週十次,每次 50 分鐘的死亡教育課程,分實驗組、控制組的前後測實驗。	結果: 兩組並未呈顯著差異,而且死亡焦慮與青少年對老人的態度呈負相關。
15.Wheeler (1980)	探討社區護士(居家及瀕死門診)之學習經驗,包括:哀傷及失落歷程;瀕死病人居家護理經驗;瀕死及哀傷行為;瀕死病人之全人照顧。	結果: (1)47%很少或從未在與瀕死病人工作之經驗中感到滿足與實現。10%在處理瀕死病人之心理需求上有信心。(2)年長之護士,因有較多處理自己及他人對死亡之感覺及態度之經驗;在情感介入方面有較多準備。
16.Mc. Donald (1981)	探討死亡教育課程對大學生的死亡態度(包括資訊分享、價值澄清、和行為調適三方面)是否會造成影響。採實驗組(88 人)、控制組(80 人)的實驗設計。以一學期,共十五週,一週二次,一次 75 分鐘。	結果: 死亡教育課程顯著改變學生的死亡態度。尤其在增加對瀕死患者之選擇權,舒適及哀傷者之處理方面,有顯著改變。
17.Mollins & Marriam (1983)	以二天的死亡教育課程,對護理之家的護士,探討對『瀕死病人的態度與反應』的影響,分為實驗組、控制組比較。	結果: 實驗組在認知,對老年人的態度,與死亡焦慮上與控制組並無顯著差異。

18.Ruble & Yarber (1983)	<p>針對大學生，探討死亡教育教學時間的長短，是否會影響學生死亡態度的改變。以隨機將學生分為三組。實驗時間分別為一週三節課；二週六節課；三週九節，每節 50 分鐘。</p> <p>採演講、小組討論與影片觀賞的方式。</p>	<p>發現：只有上九節課的學生，死亡態度獲得顯著改善。</p> <p>建議：短期的死亡教育課程，至少要九節課以上，才能有效的改變學生部份的死亡態度。</p>
19.White 等人 (1983-1984)	<p>針對 24 位大二護理系學生，進行系統減敏感訓練及肌肉放鬆訓練，以比較其死亡焦慮。</p>	<p>發現：實驗組的死亡焦慮較控制組為低，且其差異達顯著差異。</p>
20.Chodil & Dulaney (1984)	<p>以八位護士進行一天 5 小時的再教育工作坊。</p>	<p>發現：死亡焦慮升高。</p>
21.Johnson (1986)	<p>針對 30 位護理系大一學生，隨機分派為實驗組與控制組。實驗組予以五小時的死亡教育課程。</p>	<p>結果：實驗組與控制組在前測、後測及追蹤上均無顯著差異。</p>
22.Murphy (1986)	<p>針對參加二天十六小時死亡覺知工作坊的 150 位註冊護士為實驗組，另未參加的 147 位護士為控制組，比較此兩組之前、後及追蹤測在死亡焦慮上之差異。</p>	<p>結果：實驗組與控制組的前後測，及實驗組本身之前一追蹤測的死亡焦慮皆有顯著差異，顯示死亡教育能降低死亡焦慮，且具有持續效果。</p>
23.Degner & Gow (1988)	<p>針對大學三年級學生以準實驗法評估二種不同死亡課程教學法之效果。實驗組為大三護理系學生，控制一組為 94 位護理系學生、控制二組為 73 位大三家庭經濟系學生。</p> <p>分別於大三時實驗組上必修課程，控制一組上整合式課程，於課前前測，三年級結束後測及畢業後一年追蹤，比較其差異。</p>	<p>結果：實驗組與控制一組在降低死亡焦慮及在照顧瀕死病人時之正向態度皆與控制二組有顯著的差異。</p> <p>發現：死亡教育不管是必須課程或整合式課程皆對護生能產生正向結果。</p>

24. Paul (1988)	<p>針對修死亡教育課程的大學生分為二個實驗組，探討死亡教育對死亡焦慮和生命意義的意識效果。採準實驗非隨機控制組前後測及追蹤測的設計。</p> <p>實驗一組觀看影片後一起討論；實驗二組看完後寫一份自我報告；控制組未接受處理。</p>	<p>結果：兩組實驗組在後測分數的死亡焦慮沒有顯著差異，且四週後的追蹤也沒有差異。但在前後測的分數，則實驗一組有顯著差異而實驗二組則無顯著差異。</p>
25. Lockard (1989)	<p>針對 74 位護校學生經二星期上七小時的死亡教育課程，並予前、後、追蹤測比較其差異。</p>	<p>結果：實驗組學生的死亡焦慮顯著低於控制組的學生，一年後仍能維持效果。</p>
26. Hurting & Stewin (1990)	<p>針對 76 位專科一年級護生隨機分為實驗組 23 人及 27 人兩組，控制組 26 人。提供一天七小時的死亡教育課程，實驗組課程內容一樣，但採不同實施方式。分為體驗組和演講組，比較三組的差異。</p>	<p>結果：兩實驗組中有面對死亡經驗者，教育對死亡態度產生負向的影響；無死亡經驗者則產生正向影響。</p>
27. Johansson & Larry (1990-1991)	<p>針對 32 位護理系四年級和 22 位三級學生各分一半為實驗組和控制組，而實驗組予六小時的死亡教育課程，比較其前、後、追蹤測的差異。</p>	<p>結果：實驗組的前一後測，前一追蹤測與控制組組之比較，其死亡焦慮之降低達顯著水準。</p>
28. 陳若慧 (1992 年)	<p>針對 157 位護生及 148 位護理人員各分為實驗組與控制組，實驗組參加二天的死亡教育研習會後比較其前、後、追蹤測的差異。</p>	<p>結果：實驗組之死亡與瀕死態度於課程後有顯著差異，且能持續至一個月後的追蹤測。但此差異並未存在護生與護士間或實驗組與控制組間。</p>

(引自鍾春櫻，1994)

附錄三

問卷初擬之參考內容：(教師部份)茲節錄部份內容(更正錯別字外，文字一律照原文登載)

一、 您從事臨床指導教學工作，指導學生照顧瀕死或死亡的病患時，面對下列角色有那些困難？(包括個人、學生、護理人員、家屬)。

教師 01

- 在個人方面：當面對死亡的病人時，教師是第一線工作者，她必須帶領著學生去了解並且去照顧瀕死的病患，在面對家屬及護生的過程，深怕有些閃失，如護理過程或急救中家屬的為難，又護生對死亡病人的恐懼等。
- 面對護生時：因為護生皆是較年幼對於死亡是充滿恐懼且排斥的，故要安排與護生談話，給予心理支持。
- 面對護理人員，較無困難，畢竟大家都有默契了。
- 面對家屬，只顯得較施不上力，只有安慰。

教師 02

- 護生自責對 case 的照顧不週引致 case expired
- 急救過程讓護生覺得慘忍不仁道。
- 家屬不諒解指責醫護人員未盡觀察評估之責,未能及時挽救 case 生命。
- 醫護人員對往生者態度不夠莊重。
- 醫護人員本身即害怕面對急救死亡。

教師 03

- 個人：對照顧瀕死或死亡的病患經驗不太多。
- 護生：(1)護生很害怕去照顧瀕死或死亡的病患。
(2)護生對瀕死或死亡的相關知識不足。

(3) 護生不會護理瀕死或死亡的病患。

- 家屬：不知如何去安撫家屬的悲傷情緒？

教師 04

- 猝死患者的親友照護。
- 護生對死亡的準備度不足，常有自責心態。
- 癌症 case 的生理無法獲得滿足或疼痛處理與需求。

教師 05

- 由於過去在校時並沒有受過死亡或瀕死的病患照顧的指導，當面對這樣病患時；因一般習俗對“死亡”均有所禁忌，在路上遇到喪家，常故意繞道而行害怕面對它，就如孔子所說：“敬鬼神而遠之”；所以不知如何去照顧他，往往採用迴避的方式去照顧他。

教師 06

- 在臨床上指導護生時，對於瀕死或死亡病患，也都害怕護生怕死亡病人，基於保護心理及覺得護生無法在這些病患學得有意義的護理技術，故常略過不選擇這類的病患，也積非成是的認為，不用去研習瀕死或死亡病患照顧技巧。
- 因此照顧到這樣的病患我不知如何協助病患或指導護生如何關懷他們，常以躲避的方式去處理，能不照顧就不去，如無法閃躲就用隔離的態度去照顧，其實自己在心理上就是害怕死亡，而這個陰影也影響我去照顧病人的意願，不願深入的探討病患的問題及需要，所以對這類病患的照顧經驗非常的缺乏，常有無力感的情形產生。

二、為克服臨床指導之困難，您覺得死亡教育的內容宜包括那些？

教師 01

- 破除死亡的迷思及禁忌。
- 認清死亡是生命中的自然現象是生活中的一部份。
- 尊重生命。

- 生涯規畫，除了生，也包含了死的規畫。

教師 02

- 加強 CPR 急救之能力，使能鎮靜，從容不迫做最好的處置。
- 加強對死亡之認知，使不懼怕面對及處理死亡。
- 分享彼此有關死亡之經驗，增加個人之能力。
- 宗教教育。
- 死亡過程(生理、心理)。

教師 03

- 要提升個人生死教育之相關知識。
- 加強護生生死教育之學理。
- 加強護生照顧瀕死及死亡病人的能力。
- 加強悲傷輔導的專業能力。

教師 04

- 死亡評估的技巧
- 如何照顧瀕死的親友

教師 05

- 目前經濟不景氣，報章雜誌每日報導今日又有多少人自殺，學者專家紛紛發表言論呼籲：大家珍惜生命強調人生美好的一面；其實我們在小時候即要接受死亡教育，透過死亡教育去了解生命的意義，進而預防人們在不如意時，步向自絕之途；而死亡教育應包括有：
 - 何謂生命：在乎於大自然及宇宙之間。
 - 生命過程：出生到死亡。
 - 生命的意義：自我的存在。
 - 何謂死亡：包含原因、過程。
 - 如何面對死亡：接受、預作準備。
 - 如何協助自己及家人渡過死亡的悲傷：兒童、病重親友。

附錄四

問卷初擬之參考內容(學生部份) 茲節錄部份內容(更正錯別字外，文字一律照原文登載)

一、實習時照顧瀕死病人，在學理、技術或態度方面，可能遭遇困難？

護生 01：記得曾在護理之家實習過，當時對護理之家的功用不是很了解，只是知道照顧自己的病人。記得那時有一位瀕死的人，那時她突然發作起來，把我們嚇得慌張，那時就只看到老師、學姊快速的衝進那間病房急救，當時我們這些護生只能在外安靜觀看急救過程，絲毫幫不上忙，但是想想就算我幫得上忙，我也會因害怕學理、技術的不充分而推托掉。最後病人也安全的救過來，但是在之後的實習日子裡，我們都會盡量避免經過她的病房，因為我會害怕還會有這種事發生。

我也曾在××醫院實習時護理到了一位瀕死的病人，當時老師排這病患給我的時候，我非常的害怕和擔心。可是我又不敢反抗老師，所以只好默默地接受了。這位瀕死的人我護理她的時候她已經一個多禮拜沒睡覺了，害我挫折感很重、因為她已神智不清了，所以我跟她說什麼，她都不理我，害我每次只能進去量 vital sign 都不敢跟她聊天，所以受挫折大。

護生 02：或許會感到很害怕吧！可能亦會因此而慌了手腳，不知如何是好，因為在求學過程中，原本學理、技術不豐富、做得不好、更別說是瀕死的病人，在那種心理支持方面的更不是我們一般求學中的護生可以去解決的。

護生 03：因多為重症病人，所以除了該有的謹慎和肯定的態度，就是如何以專業的角色去陪伴及協助病人，適時的發揮該有的同理

心，會害怕的，應該就是因為病人的情緒較不穩定，若自己的行為或任何言論會讓病人感到難受，該如何妥善應對每次和病人的相處，而不會因害怕而顯得很不自在，我想是較困難的部份。

護生 04：不知道要如何去面對瀕死病人，雖然知道只要以平常心去面對即可，但心裡不免會有些許的恐懼。

護生 05：我覺得當我遇到此情形時，在學理技術方面可能會有一些瓶頸，因為是瀕死的病人，在整個技術上，我會擔心給予他的照顧會不夠完善，又會怕因自己的一些護理活動，而使他更痛苦，所以我會因此而不敢去接近他，而且，在內外科也談到了，瀕死病人會有五種過程，自己會擔心自己會隨病人的感覺走，自己會替他難過，為什麼是他。而病人如果處於接受期的話，自己也會覺得，他快死亡了，還有勇氣接受這情形，我就會更感難過，因為他就要死了，真是可惜，故會害怕遇到這種病人。

護生 06：在學理上，並不了解該如何照顧瀕死病人，因為幾乎沒有這方面的資料可循，所以在學理略不足，當然更不用說，技術和態度上有方法。在 11Am 曾碰過一位自殺及另一位急救來不及而放棄急救的病人，技術上，我們只能默默看著 Dr.和學姐替 pt 急救，至於家屬，覺自己是位護生不能說什麼，只能默默握著家屬的手，給他一點安慰，而感到最困難的是，真的都沒這方面的經驗，學校也沒詳細告訴我們，使得不知該如何跟家屬安慰。

護生 07：可能會有點害怕，但我並非怕病是瀕死的，而是害怕不知如何幫助病人安慰病人，像去年我外婆、外公前後相繼逝世，我很難過，卻說不出什麼能慰藉他們老人家心靈的話．．．如

果可以的話，希望能有心理學老師或師長教導我們如何幫助瀕死病人的心態調整，或安祥地離開人世，這是我目前最需要學習的。

護生 08：對於瀕死的病人，在照顧恐怕不是很能清楚的注意到 pt 的需求，做什麼種的技術 or 擺擺什麼姿勢是病人最舒服的，畢竟我們並非 pt 本身，因此在這方面可能無法做到很好，心理會稍有遺憾，在心理上比較能釋懷或許死亡對他們而言是一種解脫，因此心理上比較能接受，但是在 pt 去逝後仍有一段時間在心理上或有一點衝擊，因為平時在 care 病人，突然消失在這世上，這樣是很令人感到震驚的。

護生 09：最大的困難可能是態度，以及自我內心的調適，因為自己的人生歷練還很短淺，或許會無法了解病人內心的那種絕望時，沒辦法達到同理心。

護生 10：因為護生，所以不曾或很少見過瀕死的病人，但最常見的反應一定是害怕及不知所措，因為從未處理過，而且很容易感染上家屬哀傷的氣氛，分不清同理心及同情心。但其實最需要的是要克服恐懼，只要不害怕，就踏出了成功的一步，再下來也都很容易了。

護生 11：可能是在態度方面，有時同理心，會少於同情心，也無法給病人家屬支持，年紀輕輕，也較無經驗，也害怕自己做技術或病人隨時都會急救，發生無法預測的情況。

護生 12：與病人家屬的溝通：醫院中的護理人員在實施特殊護理時，無法參與當病人家屬要求給予幫助的應對措施。

護生 13：學理：可能不深入了解瀕死的過程與心理反應。對瀕死病人的悲傷不知如何輔導，如何介紹有關死亡的業務及法律問題的輔助。

技術：急救技術之操作不熟練，如何評估瀕死的歷程及適切的護理。

態度：通常實習較沒接觸病人的死亡過程。因此，遇見時，會有害怕，不知如何協助醫師，還有一些悲傷情緒等出現。

護生 14：學理：所接觸的相關學理並不多，但知道對瀕死病人照顧最重要的是讓病人感到舒適，但也不是很明白如何才能讓病人有舒適感。

技術：以病人為主，常要急救，所學並不多，技術不熟練，很怕做了什麼害了病人的生命安全。

態度：要莊嚴、溫柔，但師長常以為我們不懂，不希望我們介入。

護生 15：通常在照顧瀕死的病人時，在學理上可能需要多多加強，因為瀕死的病人，身體是非常脆弱的，可能因為你的學識不足而對病人造成傷害，還有在技術上更是要格外小心，因為病人在身心面臨極大的痛苦，所以他可能會拒絕你所要對他做的一些技術，而且有些病人還因此對你大發脾氣，使人產生不少挫折感。

護生 16：因為我還沒有護理過瀕死病人，所以，我想在第一次護理瀕死病人的時候，學理技術方面可能會有點不熟練，尤其這不會常常遇到的情形，加上緊張的、難過、害怕的心情，可能還要再自我調適，才能對瀕死 pt 做到最好的護理。我想遭遇最大的困難除去學理的因素外，最後就是情緒的調適吧，我並不會逃避去面對瀕死 pt。

護生 17：因之前實習從未 care 過瀕死病人，但是我想萬一我真的 care 到瀕死病人的話，在學理方面我會不知道該怎麼去應用到現實情況。在技術方面我怕會萬一——不小心技術做到一半病人

就去世了，這樣我會愧疚一輩子的，像之前我就聽過有同學替病人量血壓，量到一半就覺得病人血壓怎麼怪怪的，後來老師來幫忙，結果發現病人去世了。在態度方面，我會很害怕進去病房，因為那氣氛會很凝重，家屬會重頭到尾死盯著妳，如果需要動到病人的話怕家屬會說：「人都那麼不舒服了還要再．．．」而且有的家屬會不讓妳 care 因為是護生，還有就是不知道該如何安慰家屬。

護生 18：在技術方面因在學習過程欠缺，所以當面臨時可能不知如何進行，而在態度上感覺，還因為死亡是人生道路必經過的，也許看到病人瀕死痛苦掙扎或家屬呼天搶地時刻，不知怎麼辦。

護生 19：在目前的實習當中，尚未碰過瀕死的病人，所以也沒這方面的概念，但就我們的認知而言，我覺得去接觸這類的 pt，心中很恐懼，但護理人員本身又要鎮定而且要顧慮到家屬的感受，這是一項很大的壓力。在學校所學的，只是學理的一部分，在技術或態度方面沒有親身經驗，但我認為那是一個心理上很大的打擊，當自己接下這個 case，卻意外地，面臨到這種變故，此時，我想實習老師將是協助我們最重要的人，也是幫忙我們心理上的調適，因為，這並不像一般的技術。

護生 20：pt 可能產生恐懼病情也許更加重，有意識混亂，可能使我焦慮著不知如何處置，心情也跟起伏不停，眼淚不知覺流了下來，產生歇斯底理現象，非常徬徨無助，急需別人幫助，可能不敢碰觸屍體，不敢單獨與屍體相處及生前的衣物用具。

護生 21：1.不知如何照顧瀕死的親友。2.對於急救技術操作感到陌生。
3.害怕執行屍體護理。4.不知如何照護瀕死的病人。

護生 22：在面對死亡時，理性告訴我，這也許對癌症末期患者是一種解脫，但感性的卻還是忍不住悲傷，而情緒失控。而在技術護

理方面應該是需要有一個人協助來一起完成。

護生 23：沒有心能照顧瀕死或死亡病人，可能由於這方面的知識不足，對死亡的觀點，並不太能接受，很容易失去同理心，而加入個人的同情心，促使個人扮演之角色混淆，在這整個哀傷的過程，我十分無法坦然面對。

護生 24：由於瀕死病人在生命徵象方面很不穩定，我覺得在操作技術上如量 vital sign 會較難測得。病人及家屬的情緒也不穩定，可能會哭泣或忿怒，讓我不知該如何處理。

護生 25：無法評估瀕死的徵象，不知道如何面對家屬，家屬可能會覺得我們照顧不週，自己的心理無法調適，覺得自己對人生充滿了懷疑，不知道可以為病人做什麼，溝通上也產生困難，不了解死亡的意義自己也會害怕，覺得自己沒有可以幫上忙的感覺，會很失望難過。

護生 26：有時候瀕死 pt 在各系統上情況很嚴重，至少會有插管，有時候在技術上的幫助還是有限，態度上剛開始會很 shock 畢竟一個生命就在眼前流失掉、而學姊卻習以為常、老師也說目前能幫助家屬的就盡量幫。有一次早上才接 case (8am)10 點鐘 pt 就逝世了，會覺得沒有什麼收穫。

護生 27：我曾在護理之家實習過，當時我照顧他一個禮拜，他便不幸送入加護病房，最後不告而死亡了，那時我很傷心，覺得變化無常，之前還好好的，到最後是學姐安慰我說：人各有命不要把他的死，一直認為是自己照顧不佳。因我從未做瀕死病人的護理，及在技術上及學理上並不是很了解，但我覺在照顧瀕死病人，最困難的是“心理的感受”，因為我們年紀都還算小，故在這方面什麼都不懂，所以這是我認為困難的，也最不易克服。

護生 28：難以面對一個瀕死的生命，不知道該用什麼態度去接下這個 pt，在 pt 旁一定會 feel 手足無措，無論 pt 或家屬，都不知道自己能給什麼而感到心慌，不論學理 or 技術都是具體且可以再加強，即使不熟練請教老師 or 學姐，但面對一個瀕死 pt 的心態，我想是每個人都必須有正確的態度，且有足夠的心理調適才能勝任。

護生 29：技術上可能因為不純熟，因而導致內心恐懼，且一開始照顧瀕死病人，不知要用何種態度去面對他們，很害怕傷害了他們的心靈，且一開始面對技術的操作，可能會因病人的不合作，因而內心受到傷害當病人跟妳講述以前的事情時，我們可能過度的投入因而導致自己的情緒不穩定，有的家屬可能也無法接受，也不知要從何安慰家屬。且第一次對瀕死的病人，可能過度害怕，而不敢去。

護生 30：對於有關瀕死病人的疾病，須了解及熟悉技術上及護理上該讓病人減少痛苦，提升醫療品質，可能會因為病人情緒的不穩定，不合作，而造成醫護人員對於 pt care 上的困難，以及在態度上可能更該為 pt 著想，或許 pt 在面臨死亡時的態度很沮喪，不願接受任何治療而無法去接近，並給予協助，在實習 care 到瀕死病人時的心理壓力很大，因為擔心自己技術上若不夠仔細而對 pt 造成二次傷害。

護生 31：不知如何應對，可能會手足無措，不知要跟他說什麼，什麼該說，什麼又不說，如投予太多 feeling，但到頭來還是無進展，反而走完人生舞台，這會很難接受，維生之技術固然重要，但都已快走了，就讓他走的了無罣礙 or 家人親情、尊重。

護生 32：對於照顧瀕死 pt 時，我在態度心態方面可能會有很多的不一樣，心中對 pt 也會多些關心，憐惜的感覺。也會用較多的 time

來多陪伴 pt 給予心理支持在做技術時,也都會小心翼翼地先把學理複習過一遍,再去做技術。大體上,我覺得 care 瀕死 pt 最大的困難,大概就是在”心態”上了,因為每個人都不願見到 pt 瀕死,尤其是你 care 的,所以,最好在 school 時,能多看些老人預防保健方面的帶子,及多參觀一些護理之家,家扶中心、安養中心,心中會較舒坦,適應些,在技術及學理上是沒有很大問題,只要在每一次執行技術時,小心謹慎即 ok。

二、妳覺得實習照顧瀕死病人遭遇困難時,最需要那些人的協助?以及那方面的協助?

護生 01 : 學習照顧到這位病人的時候,我只能找老師的協助,而老師也會提供我一些相關的資訊,告知我該如何協助病人,幫助病人,同時我也會找尋,同學的幫忙,因為要有她們,我才敢進去病房,所以很感謝她們,同時也很謝謝學姐的幫助,雖然幫得不是很多,但也幫助協助我安心的照顧這位病人。

護生 02 : 1.老師 2.因為他們見多了,而且又最接近我們,再加上他們學理豐富,所以,是不二人選,最好是心理方面的支持吧!因為雖然說要運用同理心,但是,對於見歷少的我們而言,大多會用同情心自己又再加上信仰文化方面問題,心中總會充滿 fear。

護生 03 : 臨床的實習老師及學姐,可以從他們的經驗中實際學到應注意的部份。

護生 04 : 1.老師、同學。2.照顧病人時所需注意的事項,面對病人時的態度。想加強瞭解瀕死病人在疾病上的變化和學理資料。我想是老師的協助才是我最需要的,尤其是心理上的層次上,因為我是很害怕受到瀕死病人的影響,而變得情緒不定,憂鬱,所以我會很需要老師在心理層次上的幫助,再來就是同學及學姐們的鼓勵,

我想那是我很需要的幫助,也希望老師能在旁陪著我去面對瀕死病人,讓我不再那麼被情感動。

護生 06 : 我學得最需要的是老師的照顧,畢竟老師應該會比我們有經驗,至少在接 pt 時,能告訴我們,該用何種態度去面對家屬,及我們去的時候,能做麼事情,而不是傻呼呼的呆在 pt 單位,看著 Dr. 學姐忙進忙出的,而自己卻像個廢人一樣,呆呆的。

護生 07 : 1.同學 2.師長 3.親人協助。

護生 08 : 實習場所的指導老師,在心理上做些輔導,以及和同學間談論有關這方面的話題,說出心理的感受,當做是上了一堂課,這樣對死亡的體認,才會更加深切。

護生 09 : 有困難時,當然是需要老師 or 學姐的幫助,因為恐懼感及沒有經驗,都需要到人的陪伴、支持及教導,而經過幾一次的磨練後,才可獨當一面。

護生 10 : 實習時,老師的陪伴,與同學的協助,或是較有經驗的學姐給予經驗分享。及正面的思考來面對瀕死的病人,死亡或許並不可怕,只是認識未清楚罷了。不知如何去 care 病人的心理,及面對死亡,情緒也較無法克制。

護生 11 : 最困難的是平時並不常接觸此種病人,剛接觸難免會手忙腳亂,而且課本中並沒有特別介紹,當病人瀕死時,是要跟平常的病人一樣的依照症狀護理,還是尚有其它,所以難免會不知道該從那下手。至於需要的協助,其實原本應該找實習老師的,但感到一些新的實習老師很不可靠,在兩者都無的情況下,感到很恐懼。

護生 12 : 老師,醫師等

患 情 緒 安 撫 、 疼 痛 問 題

護生 13 : 臨床老師和單位學姐、心理輔導、生命教育。

護生 14：老師-同學-護士-家屬

希望老師 or 同學能夠陪同我到病房,觀察病人的情形,並跟病人溝通安撫他情緒,還有希望老師能夠教導我如何去照顧瀕死的病人,使他得到最完善的照顧。

護生 15：老師 學姐 同學,我覺得老師和學姐是給予學理技術上的協助和一些正確的認知,而同學則是幫助情緒上的調適,所以我認為都是很重要的,但在護理方面,是以病人為中心,所以對於老師或學姐的協助是很必需的。

護生 16：1.同學 2.老師

我會先找同學商量,協助,萬一真的不行的話我才會去找老師幫忙,至於那方面的協助則同上。

護生 17：最需要的人是可以指導我進行此項護理且有經驗就可以,協助方面也許是給我支持及勇氣吧!

護生 18：在目前的實習當中,尚未碰過瀕死的病人,所以也沒這方面的概念,但就我們的認知而言,我覺得去接觸這類的 pt 心理恐懼,但護理人員平身又要鎮定而且要顧慮到家屬的感受,這是一項很大的壓力,在學校所學的,只是學理的一部分,在技術或態度方面沒有親身體驗,但我認為那是一個心理上很大的打擊,當自己接下這個 case,卻意外地面臨到這種變化,此時,我想實習老師將是協助我們最重要的人,也是幫忙我們心理上的調適,因為,這並不像一般的技術。

護生 19：老師心理的支持觀念的認知,澄清對死亡的看法,用另一種角度去看待。

護生 20：1.老師、同學 2.技術、學理、心理。

護生 21：首要的協助人,當然一定是帶我們實習的老師,因為只要有實習老師在,自然會有一種安全感,當然老師處事的成熟態度,是我們最信服的。

護生 22: 希望臨床指導老師隨時檢視自己面對死亡患者的生活及悲傷的感受,同學也可以陪伴。

護生 23：實習場所老師的幫助,其次為同學,我覺得自己可能對負責護理的個案這麼去世,心境上會有些難以接受,希望能得到如何處理自身情緒的協助。

護生 24：老師、護理長及學姐、宗教方面、家屬的諒解、有關瀕死病人的 care、溝通技巧、心理的調適、參加宗教的活動,去了解生與死是為何?

護生 25：care 瀕死 pt 其實都是學姐自己接過去 care 沒有什麼實際 experience。

護生 26：我會先找同學、學姐、老師協助,我會希望他們陪我一起進去照顧病人,首先做一次給我示範,因第一次總免手忙腳亂,不知所措,所以希望他們給我信心和安全感,讓我能有自信他照顧病人。

護生 27：1.老師的心理,技術上的支持。2.學姐的心理,技術上的支持。

護生 28：當我遇到困難時,可能先求助於同學、老師、學姐及醫護人員,可能是心理的支持,或者在我第一次去做技術時能陪伴我,且教我應該注意那些事情,且第一次跟病人交談應要用什麼樣的態度去面對。

護生 29：最需要實習老師的協助,無論是技術學理上的專業知識。我覺得 care 一個瀕死 pt 心理上的調適也是很重要,應該給予支持及正確觀念的指導。

護生 30：1.老師 2.同學.3.護士

在旁指導或給予支持安心,當有不測還有同伴一起處理,心理及屍體 care

護生 31：我想還是最需要師長協助,在一旁指導,不要只用說的,因為學生在,遇到困難時,會很害怕,且情緒不穩定的,不知如何是好。

附錄五

問卷效度考驗專家名單（按姓氏筆劃排列）

建構效度部分

杜異珍：台中榮民總醫院督導

施素貞：台中榮民總醫院護理長

陳若慧：國立台中護理專科學校校長

陳明莉：曾任中台醫事技術學院副教授

許鳳珠：台中榮民總醫院護理長

曾煥棠：台北護理學院副教授兼生與死推廣中心主任。

簡慶哲：國立台中護理專科學校學輔中心主任

附錄六

預試問卷

護理學校臨床指導教師死亡教育需求調查問卷

問卷編號：

親愛的老師：您好！

辛苦了！您在臨床教學上有沒有遭遇到一些死亡方面問題的困擾？您有沒有遇到一些與死亡有關卻不知該如何處理的學生問題？我們真的能夠深深體會到您在這方面的困擾，因為這也是我們自己的困擾，在一個缺乏死亡教育的地方，我們需要您提供寶貴的意見，讓我們未來的護理教育，可以更有能力地處理死亡方面的相關問題，謝謝！

南華生死學研究所

指導教授：尉遲淦博士

研究生：鄭貞枝敬上

第一部份：個人基本資料

下列題目是有關您個人的基本資料，請您按實際情形，在左邊的括弧內填寫。

1. 年齡（實歲）：_____歲
- () 2. 婚姻狀況：
(1)未婚 (2)已婚 (3)離婚 (4)分居 (5)喪偶
- () 3. 家庭型態：
(1)核心家庭(夫妻、子女)
(2)折衷家庭（以上，並包括父母或岳父母）
(3)大家庭（以上兩種，並包括其它親戚、兄弟姐妹）
(4)其他_____
- () 4. 您自己是否有過瀕臨死亡的經驗？(1)有 (2)沒有
- () 5. 您是否有過親人死亡的經驗？(1)有（請繼續回答第6題）(2)沒有
- () 6. 死亡的親人是（可複選）：
(1)父親 (2)母親 (3)子女 (4)配偶 (5)其他_____
- () 7. 您的宗教信仰：
(1)佛教 (2)道教 (3)基督教 (4)天主教 (5)回教 (6)一般民間信仰（如拜神明、祖先）(7)其他_____ (8)無
- () 8. 您對宗教信仰的虔誠度(1)強 (2)普通 (3)弱
- () 9. 您的宗教信仰對您所從事工作中處理有關的死亡問題有沒有幫助？(1)非常有幫助 (2)有幫助 (3)沒有幫助(4)非常沒有幫助
10. 若有，是那一方面的幫助？_____
- () 11. 您成長過程中家中談論到死亡的情形為：
(1)很公開 (2)有點不舒服的氣氛 (3)只有在必要時才說，而且不在小孩面前說(4)盡量避免談及(5)從未談論過(6)其他_____
- () 12. 目前您自己的家中討論到死亡的情形為：
(1)很公開 (2)有點不舒服的氣氛 (3)只有在必要時才說，而且不在小孩面前說(4)盡量避免談及(5)從未談論過(6)其他_____
- () 13. 您與朋友、同事談論到死亡的情形為：
(1)很公開 (2)有些不舒服 (3)在必要時才說
(4)盡量避免談論 (5)從未談論過 (6)其他_____
- () 14. 下列何者影響您現在對死亡的態度最深？
(1)某一位親密人物的死亡 (2)一些特別的書報雜誌
(3)宗教信仰 (4)自己內心的思考與探索
(5)經歷過的某些儀式（如葬禮、追思禮拜等）
(6)電視、廣播或電影 (7)家庭中的長者 (8)自己的健康或身體的狀況 (9)其他_____

- () 15. 您認識的人中，誰曾經自殺過（可複選）？
 (1)我的家人 (2)我的學生 (3)親戚 (4)朋友 (5)認識的人
 (6)其他_____ (7)沒有
- () 16. 您曾經有過自殺的企圖嗎？(1)有 (2)無
- () 17. 您曾經有過自殺的經驗嗎？(1)有 (2)無

第二部份：環境經驗

- () 1. 服務學校性質：(1)國立 (2)私立
- () 2. 職稱：(1)主任 (2)組長 (3)導師 (4)專任教師
 (5)技術教師 (6)實習指導員 (7)其他_____
- () 3. 您護理教育最高學歷是：(1)五專(2)二專(3)三專(4)大學(5)研究所
- () 4. 臨床指導醫院評鑑等級：
 (1)醫學中心 (2)區域醫院 (3)地區醫院 (4)其他
- () 5. 臨床指導醫院性質：
 (1)宗教醫院 (2)非宗教醫院
- () 6. 臨床指導醫院之地區：(1)北部(新竹以北) (2)中部(苗栗 - 嘉義)
 (3)南部(台南 - 屏東)(4)東部(花東、宜蘭)
- () 7. 您是否有臨床工作經驗：(1)有（_____年） (2)無
8. 您從事護理教學總年資是_____年
 您從事本科教學工作滿_____年_____月
- () 9. 目前最主要任教科目：
 (1)基本護理 (2)內外科 (3)婦產科 (4)兒科
 (5)公共衛生 (6)精神科 (7)其他_____
- () 10. 目前臨床指導科別是：
 (1)內科 (2)外科 (3)小兒科 (4)嬰兒房 (5)護理之家
 (6)門診 (7)急診 (8)加護病房 (9)安寧病房 (10)其他_____
- () 11. 每週臨床指導總時數為：(1)1-2 日 (2)3-4 日 (3)5-6 日
- () 12. 您對臨床指導滿意度為：
 (1)非常滿意 (2)滿意 (3)不滿意 (4)非常不滿意
 若不滿意，請說明原因：_____
- () 13. 在臨床指導中，您是否曾照顧過瀕死病患？(1)是 (2)否
- () 14. 在臨床指導中，您是否曾照顧過死亡病患？(1)是 (2)否
- () 15. 在臨床指導中，印象最深刻的死亡事件是：
 (1)意外事故(2)猝死(心臟病) (3)癌症、慢性病(4)其他_____
- () 16. 你在臨床教學中是否有過不知如何處理有關死亡問題的困擾：
 (1)有（請繼續回答第 17、18 題） (2)沒有（請跳答第 19 題）

17. 在這種處理中，您認為最大的困擾是什麼？

- () 18. 您會如何解決這些死亡問題的困擾（可複選）？
(1)求助同事 (2)求助專家 (3)求助書籍 (4) 其他_____
- () 19. 您是否參加過臨終關懷、死亡教育等相關主題的研習會或課程？
(1)是（請繼續回答第 20、21 題） (2)否
- () 20. 您參與研習會或課程的地點(可複選)：
(1)服務學校在職進修 (2)其它學校所舉辦之研習
(3)實習教學醫院之在職教育 (4)其它，請說明機構名稱_____
- () 21. 您認為這些課程對您有沒有幫助？ (1)有（請繼續回答第 22 題）
(2)沒有
- () 22. 那一方面的幫助(可複選)(1)知識 (2)技能 (3)態度

第三部份：個人對死亡的看法

下列題目是有關您對死亡的看法，並無一定的標準答案，請選出一個最符合您內心看法的答案，在題目右適當方格()內打「✓」。

非	同	中	不	很
常	意	立	同	不
同		意	意	同
意		見		意

- 無疑地死亡是一種陰森恐怖的經驗。
- 想到自己的死亡，就會引起我的焦慮不安。
- 我盡可能避免去想到自己的死亡。
- 我相信自己死後定會進入天堂或極樂世界。
- 死亡將結束我所有的煩惱。
- 死亡應該被視為是自然的、無可否認，而且是不可避免的事件。
- 人終將會死，這個定局讓我感到困擾。
- 我覺得死亡是通往極樂世界的入口。
- 死亡可讓我從這個可怕的世界逃脫。
- 每當死亡的想法進入我的腦海中，我都試著將它趕走。
- 我覺得死亡是悲痛與苦難的解脫。
- 我經常試著不要想到死亡。
- 我相信死後將是一個比現世更好的地方。
- 我認為死亡是生命過程中自然的一部份。
- 我覺得死亡是與上帝(神、佛 ...)及永恆至樂的結合。

16. 我認為死亡肯定會帶來嶄新輝煌的生命願景。
17. 我既不害怕死亡也不歡迎它的到來。
18. 我對死亡有強烈的恐懼感。
19. 我完全避免去想到死亡。
20. 死後是不是有生命，這個問題讓我感到非常困擾。
21. 死亡意味著一切的結束，這個事實令我害怕。
22. 我期盼死後能和我所愛的人團聚。
23. 我視死亡為現世痛苦的解脫。
24. 死亡只是生命過程的一部份而已。
25. 我視死亡為一個通往永恆幸福之地的通道。
26. 我盡量避開與死亡相關的事物。
27. 我覺得死亡為靈魂提供了美好的解脫。
28. 在面對死亡時能讓我感到寬慰的，是因為我相信死後仍有生命。
29. 我將死亡視為今生重擔的解脫。
30. 我覺得死亡既不是好事，也不是件壞事。
31. 我對死後的生命懷有期待。
32. 死後將發生什麼事的不確定性讓我擔心。

第四部份：死亡教育的需求：

死亡教育乃探討與生死相關議題之教育歷程，假若要對臨床指導教師實施死亡教育，下列認知、技能、情意三部份內容，依您的需求針對每個項目請在適當的「」處打「」或在-----上表達意見。

- 您對死亡教育的需求：非 需 無 不 極
常 要 意 需 不
需 見 要 需
要 要 要 要

一、認知

1. 國內外死亡教育的發展。-----
2. 死亡教育對護理專業的重要性。-----
3. 生命的過程及循環 - 老化的過程。-----
4. 死亡的醫學、心理、社會及法律上的定義或意義。
5. 哲學、倫理及宗教對死亡及瀕死的觀點。-----
6. 兒童、青少年、成年人及老人對死亡的態度。
7. 死亡的禁忌。-----
8. 瀕死的過程與心理反應、死別與哀傷。-----
9. 瞭解如何照顧瀕死的親友。-----
10. 安寧照顧之瞭解。-----

11. 悲傷輔導之瞭解。-----
 12. 有關死亡的業務：殯儀館的角色功能、葬禮的儀式和選擇、喪事的費用等。-----
 13. 和死亡有關的法律問題，如遺囑、繼承權、健康保險等。-----
 14. 特殊問題的探討：自殺、安樂死、墮胎、愛滋病、器官捐贈、預立遺囑。-----
- 二、技能
15. 評估病患的死亡態度。-----
 16. 評估、告知病情。-----
 17. 緩和瀕死病患之症狀。-----
 18. 評估瀕死的歷程並給予適切的護理。-----
 19. 急救技術之操作。-----
 20. 執行屍體護理。-----
 21. 與病患家屬共同協助瀕死病患完成心願。-----
 22. 協助病患及家屬為死亡預作準備。-----
 23. 評估家屬之哀傷過程並給予處理。-----
 24. 護生照顧病人後哭泣、沮喪、害怕、不安、恐懼，處理其悲傷之情緒。-----
 25. 利用小組討論或個別輔導法與護生共同分享照顧瀕死及死亡病患之經驗。-----
 26. 指導護生書寫「照顧瀕死、死亡病人」之心得，體驗生命的可貴。-----
 27. 指導護生對未來有限人生之生涯規劃。-----
- 三、情意
28. 體驗醫學之極限性。-----
 29. 瞭解自己的死亡態度，並能坦然接受死亡。---
 30. 能夠接受、照顧瀕死及死亡的病患。-----
 31. 公開討論死亡有關的禁忌和迷信。-----
 32. 臨床指導教師隨時檢視自己面對死亡病患之失落及悲傷的感受。-----
 33. 使護生有信心照顧瀕死或死亡病人。-----
 34. 使護生能主動學習促進瀕死病人之舒適。-----
 35. 培養護生傾聽、陪伴瀕死病人之能力。-----
 36. 主動指導護生如何和醫療團隊工作人員為臨終病人並肩祈禱的需要性。-----
 37. 引導護生表達照顧瀕死或死亡病患後之心理感受。

煩請檢查是否有遺漏未填之題目 謝謝您的填答！！

附錄七

護理學校臨床指導教師對死亡教育需求問卷抽樣表

- 預計抽樣人數：34 人
- 立意抽樣縣市：臺灣省、臺北市、高雄市（北部二所、中部二所、南部四所護校）
- 再按職位分為行政人員、護理教師、技術教師、實習指導員等四個主要階層，依其人數比例抽樣，再依比例設立人數。

詳細抽樣人數表

區域	學校名稱及性質	預試人數
北 部	私立聖母護校	6
	私立新生醫校	6
中 部	私立仁德醫校	3
	國立台中護專	6
南 部	私立崇仁護校	6
	私立育英護專	2
	私立慈惠護專	4
	私立高美護工	1
合 計		34

附錄八

正式問卷

護理學校臨床指導教師死亡教育需求調查問卷

問卷編號：

親愛的老師：您好！

辛苦了！您在臨床教學上有沒有遭遇到一些死亡方面問題的困擾？您有沒有遇到一些與死亡有關卻不知該如何處理的學生問題？我們真的能夠深深體會到您在這方面的困擾，因為這也是我們自己的困擾，在一個缺乏死亡教育的地方，我們需要您提供寶貴的意見，讓我們未來的護理教育，可以更有能力地處理死亡方面的相關問題，謝謝！

南華生死學研究所

指導教授：尉遲淦博士

研究生：鄭貞枝敬上

第一部份：個人基本資料

下列題目是有關您個人的基本資料，請您按實際情形，在左邊的括弧內填寫。

1. 年齡（實歲）：_____歲
- () 2. 婚姻狀況：
(1)未婚 (2)已婚 (3)離婚 (4)分居 (5)喪偶
- () 3. 家庭型態：
(1)核心家庭(夫妻、子女)
(2)折衷家庭（以上，並包括父母或岳父母）
(3)大家庭（以上兩種，並包括其它親戚、兄弟姐妹）
(4)其他_____
- () 4. 您自己是否有過瀕臨死亡的經驗？(1)有 (2)沒有
- () 5. 您是否有過親人死亡的經驗？(1)有（請繼續回答第6題）(2)沒有
- () 6. 死亡的親人是（可複選）：
(1)父親 (2)母親 (3)子女 (4)配偶 (5)其他_____
- () 7. 您的宗教信仰：
(1)佛教 (2)道教 (3)基督教 (4)天主教 (5)回教 (6)一般民間信仰
（如拜神明、祖先）(7)其他_____ (8)無
- () 8. 您對宗教信仰的虔誠度(1)強 (2)普通 (3)弱
- () 9. 您的宗教信仰對您所從事工作中處理有關的死亡問題有沒有幫助？(1)非常有幫助 (2)有幫助 (3)沒有幫助(4)非常沒有幫助
10. 若有，是那一方面的幫助？_____
- () 11. 您成長過程中家中談論到死亡的情形為：
(1)很公開 (2)有點不舒服的氣氛 (3)只有在必要時才說，而且不在小孩面前說(4)盡量避免談及(5)從未談論過(6)其他_____
- () 12. 目前您自己的家中討論到死亡的情形為：
(1)很公開 (2)有點不舒服的氣氛 (3)只有在必要時才說，而且不在小孩面前說(4)盡量避免談及(5)從未談論過(6)其他_____
- () 13. 您與朋友、同事談論到死亡的情形為：
(1)很公開 (2)有些不舒服 (3)在必要時才說
(4)盡量避免談論 (5)從未談論過 (6)其他_____

- () 14. 下列何者影響您現在對死亡的態度最深？
 (1)某一位親密人物的死亡 (2)一些特別的書報雜誌
 (3)宗教信仰 (4)自己內心的思考與探索
 (5)經歷過的某些儀式 (如葬禮、追思禮拜等)
 (6)電視、廣播或電影 (7)家庭中的長者 (8)自己的健康或身體的狀況 (9)其他_____
- () 15. 您認識的人中，誰曾經自殺過 (可複選)？
 (1)我的家人 (2)我的學生 (3)親戚 (4)朋友 (5)認識的人
 (6)其他_____ (7)沒有
- () 16. 您曾經有過自殺的企圖嗎？(1)有 (2)無
- () 17. 您曾經有過自殺的經驗嗎？(1)有 (2)無

第二部份：環境經驗

- () 1. 服務學校性質：(1)國立 (2)私立
- () 2. 職稱：(1)主任 (2)組長 (3)導師 (4)專任教師
 (5)技術教師 (6)實習指導員 (7)其他_____
- () 3. 您護理教育最高學歷是：(1)五專(2)二專(3)三專(4)大學(5)研究所
- () 4. 臨床指導醫院評鑑等級：
 (1)醫學中心 (2)區域醫院 (3)地區醫院 (4)其他
- () 5. 臨床指導醫院性質：
 (1)宗教醫院 (2)非宗教醫院
- () 6. 臨床指導醫院之地區：(1)北部(新竹以北) (2)中部(苗栗 - 嘉義)
 (3)南部(台南 - 屏東)(4)東部(花東、宜蘭)
- () 7. 您是否有臨床工作經驗：(1)有 (_____ 年) (2)無
8. 您從事護理教學總年資是 _____ 年
 您從事本科教學工作滿 _____ 年 _____ 月
- () 9. 目前最主要任教科目：
 (1)基本護理 (2)內外科 (3)婦產科 (4)兒科
 (5)公共衛生 (6)精神科 (7)其他_____
- () 10. 目前臨床指導科別是：
 (1)內科 (2)外科 (3)小兒科 (4)嬰兒房 (5)護理之家
 (6)門診 (7)急診 (8)加護病房 (9)安寧病房 (10)其他_____
- () 11. 每週臨床指導總時數為：(1)1-2 日 (2)3-4 日 (3)5-6 日
- () 12. 您對臨床指導滿意度為：
 (1)非常滿意 (2)滿意 (3)不滿意 (4)非常不滿意
 若不滿意，請說明原因：_____
- () 13. 在臨床指導中，您是否曾照顧過瀕死病患？(1)是 (2)否
- () 14. 在臨床指導中，您是否曾照顧過死亡病患？(1)是 (2)否

- () 15. 在臨床指導中，印象最深刻的死亡事件是：
 (1)意外事故(2)猝死(心臟病) (3)癌症、慢性病(4)其他_____
- () 16. 你在臨床教學中是否有過不知如何處理有關死亡問題的困擾：
 (1)有 (請繼續回答第 17、18 題) (2)沒有 (請跳答第 19 題)
17. 在這種處理中，您認為最大的困擾是什麼？

- () 18. 您會如何解決這些死亡問題的困擾 (可複選)？
 (1)求助同事 (2)求助專家 (3)求助書籍 (4) 其他_____
- () 19. 您是否參加過臨終關懷、死亡教育等相關主題的研習會或課程？
 (1)是 (請繼續回答第 20、21 題) (2)否
- () 20. 您參與研習會或課程的地點(可複選)：
 (1)服務學校在職進修 (2)其它學校所舉辦之研習
 (3)實習教學醫院之在職教育 (4)其它，請說明機構名稱_____
- () 21. 您認為這些課程對您有沒有幫助？ (1)有 (請繼續回答第 22 題)
 (2)沒有
- () 22. 那一方面的幫助(可複選)(1)知識 (2)技能 (3)態度

第三部份：個人對死亡的看法

下列題目是有關您對死亡的看法，並無一定的標準答案，請選出一個最符合您內心看法的答案，在題目右適當方格()內打「✓」。

非	同	中	不	很
常	意	立	同	不
同	意	意	意	同
意	見	見	意	意

1. 我盡可能避免去想到自己的死亡。
2. 人終將會死，這個定局讓我感到困擾。
3. 每當死亡的想法進入我的腦海中，我都試著將它趕走。
4. 我經常試著不要想到死亡。
5. 我對死亡有強烈的恐懼感。
6. 我完全避免去想到死亡。
7. 死後是不是有生命，這個問題讓我感到非常困擾。
8. 死亡意味著一切的結束，這個事實令我害怕。
9. 我盡量避開與死亡相關的事物。
10. 死亡將結束我所有的煩惱。
11. 死亡可讓我從這個可怕的世界逃脫。
12. 我覺得死亡是悲痛與苦難的解脫。
13. 我相信死後將是一個比現世更好的地方。
14. 我視死亡為現世痛苦的解脫。

15. 我覺得死亡為靈魂提供了美好的解脫。
16. 我將死亡視為今生重擔的解脫。
17. 我覺得死亡是通往極樂世界的入口。
18. 我覺得死亡是與上帝(神、佛 ...)及永恆至樂的結合。
19. 我認為死亡肯定會帶來嶄新輝煌的生命願景。
20. 我期盼死後能和我所愛的人團聚。
21. 我視死亡為一個通往永恆幸福之地的通道。
22. 在面對死亡時能讓我感到寬慰的，是因為我相信死後仍有生命。
23. 我對死後的生命懷有期待。

第四部份：死亡教育的需求：

死亡教育乃探討與生死相關議題之教育歷程，假若要對臨床指導教師實施死亡教育，下列認知、技能、情意三部份內容，依您的需求針對每個項目請在適當的「」處打「√」或在-----上表達意見。

- 您對死亡教育的需求：
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 非 | 需 | 無 | 不 | 極 |
| 常 | 要 | 意 | 需 | 不 |
| 需 | | 見 | 要 | 需 |
| 要 | | | | 要 |

一、認知

1. 國內外死亡教育的發展。-----
2. 死亡教育對護理專業的重要性。-----
3. 生命的過程及循環 - 老化的過程。-----
4. 死亡的醫學、心理、社會及法律上的定義或意義。
5. 哲學、倫理及宗教對死亡及瀕死的觀點。-----
6. 兒童、青少年、成年人及老人對死亡的態度。
7. 死亡的禁忌。-----
8. 瀕死的過程與心理反應、死別與哀傷。-----
9. 瞭解如何照顧瀕死的親友。-----
10. 安寧照顧之瞭解。-----
11. 悲傷輔導之瞭解。-----
12. 有關死亡的業務：殯儀館的角色功能、葬禮的儀式和選擇、喪事的費用等。-----
13. 和死亡有關的法律問題，如遺囑、繼承權、健康保險等。-----
14. 特殊問題的探討：自殺、安樂死、墮胎、愛滋病、器官捐贈、預立遺囑。-----

二、技能

15. 評估病患的死亡態度。-----
16. 告知病情。-----
17. 緩和瀕死病患之症狀。-----
18. 評估瀕死的歷程並給予適切的護理。-----
19. 急救技術之操作。-----
20. 執行遺體護理。-----
21. 與病患家屬共同協助瀕死病患完成心願。-----
22. 協助病患及家屬為死亡預作準備。-----
23. 評估家屬之哀傷過程並給予處理。-----
24. 護生照顧病人後哭泣、沮喪、害怕、不安、恐懼，處理其悲傷之情緒。-----
25. 利用小組討論或個別輔導法與護生共同分享照顧瀕死及死亡病患之經驗。-----
26. 指導護生書寫「照顧瀕死、死亡病人」之心得，體驗生命的可貴。-----
27. 指導護生對未來有限人生之生涯規劃。-----

三、情意

28. 體驗醫學之極限性。-----
29. 瞭解自己的死亡態度，並能坦然接受死亡。---
30. 能夠接受、照顧瀕死及死亡的病患。-----
31. 公開討論死亡有關的禁忌和迷信。-----
32. 臨床指導教師隨時檢視自己面對死亡病患之失落及悲傷的感受。-----
33. 使護生有信心照顧瀕死或死亡病人。-----
34. 使護生能主動學習促進瀕死病人之舒適。-----
35. 培養護生傾聽、陪伴瀕死病人之態度。-----
36. 主動指導護生如何和醫療團隊工作人員為臨終病人並肩祈禱的需要性。-----
37. 引導護生表達照顧瀕死或死亡病患後之心理感受。

煩請檢查是否有遺漏未填之題目 謝謝您的填答！！

附錄九

護理學校臨床指導教師對死亡教育需求問卷表

區域	學校名稱及性質	臨床指導 教師人數	發出 問卷數	收回份數	可用份數
北 部	私立聖母護校	20	20	17	15
	私立稻江護家	15	15	15	15
	私立耕莘護校	24	24	24	24
	私立馬偕護專	16	9	9	8
	私立新生醫校	40	34	36	34
中 部	國立台中護專	23	23	23	23
	私立仁德醫校	6	4	4	4
南 部	國立台南護專	25	25	25	25
	私立崇仁護校	20	20	19	19
	私立敏惠護校	37	37	37	37
	私立育英護專	30	30	26	26
	私立慈惠護專	19	19	19	19
合 計		275	260	254	249

附錄十

同 意 書

茲同意南華大學研究生鄭貞枝小姐引用本人所撰
-殯葬人員對死亡的態度與生死學課程需求初探一文
(民八十九附錄四殯葬服務人員對死亡的看法與生死
學課程需求問卷調查表之第三部份對死亡的看法
P192~193)翻譯問卷，做為其碩士論文—護理學校臨床
指導教師對死亡教育需求之探討，收集資料之用。

同意人：羅素如

簽章



中 華 民 國 九 十 年 一 月 三 十 日