

【研究論文】

醫療志工靈性健康與死亡態度之 相關研究

以嘉義地區為探究對象*

王枝燦¹ · 吳佳蓁²

摘要

本研究主要目的在探討醫療志工靈性健康與死亡態度之相關與影響。研究對象以嘉義地區 9 所區域醫院之醫療院所中實際從事醫療志工為母群體，共完成 350 份有效問卷，並使用研究者自行修訂之靈性健康與死亡態度量表進行資料分析。本研究運用皮爾森相關分析，以及結構方程式分析法進行統計分析。

研究發現，靈性健康與死亡恐懼、死亡焦慮面向有顯著負相關，與中性導向面向有正相關。結構方程式模型則發現，整體靈性健康概念能對死亡態度中的逃離導向與中性導向面向能有預測效果。

關鍵字：醫療志工、靈性健康、死亡態度

* 本研究獲南華大學校內專題研究計畫補助，編號：Y103001052。

¹ 南華大學生死學系助理教授

² 南華大學生死系碩士



【Research Article】

A Study on the Relationship between Spiritual Health and Death Attitude of Medical Volunteers

-Examples from Chiayi area

Wang Chih-Tsan¹·Wu Chia-Chen²

Abstract

The study aims to probe the relationship and the influence between spiritual health and death attitude on medical volunteers. The people who volunteered in nine local hospitals in Chiayi area were the study targets that were the population. 350 questionnaires, which were analyzed by utilizing the scale of Spiritual Health and Death Attitude that was modified by the researcher, were completed. The research conducted statistical analysis by applying Pearson correlation analysis and Structural equation model (SEM) analysis.

The research discovered that spiritual health was significantly negative correlation with fear of death and anxiety of death, but it was significantly positive correlation with neutral acceptance. The overall concept of spiritual health can predict effectively the concept of escaping tendency and neutral acceptance tendency in death attitude by Structural equation model (SEM) .

Keywords: *medical volunteer, spiritual health, death attitude*

¹ Assistant Professor, Department of life and death, Nanhua University

² Master , Department of life and death, Nanhua University



壹、背景與動機

志願服務是公民參與民主社會的具體表現。聯合國大會以2001年為「國際志工年」，我國於同年頒布「志願服務法」，推動大規模的培育更多志願服務者，也更突顯出志願服務重要性（陳金貴，2003）。多數志工是具有正向的人生觀點，也對生命充滿熱情，然而醫療志工參與服務卻是常接觸到人生的無常事件，過程中或許因而較不畏懼談論生死。同時醫療志工也透過此過程不斷的自我調適、改變自我的價值與生命觀。促使研究者探究想了解醫療志工靈性健康與個人死亡態度二者的相關情形。

當前國內在此方面的相關研究仍缺乏，並無發展醫療志工靈性健康及死亡態度等相關之專用測量工具。有鑑於此，本研究採取統整國內外現有文獻及量表內容加以修正並建構出醫療志工的靈性健康與死亡態度量表，並實施對醫療志工靈性健康與死亡態度之調查。歸結本研究之目的如下：

- 一、瞭解當前醫療志工之靈性健康及死亡態度概況。
- 二、建構醫療志工靈性健康對死亡態度影響模型。

根據前述研究動機與目的，本研究提出假設如下：

- 假設一：醫療志工靈性健康與死亡態度具有相關性。
假設二：醫療志工靈性健康對死亡態度具有預測力。

貳、文獻探討

一、志願服務的意涵

(一)志願服務的定義

Levin(1977)指出志願服務是無報酬、自願奉獻的人們，從事各類型的社會福利工作。志願服務起源於宗教的積功德及福報的



觀念，此類觀點深遠地影響國人行為(陳金貴，2003)。近年隨著經濟發展及社會進步，參與自願性服務的民眾也比例越來越高。曾華源、曾騰光(2003)指出志願服務是種本著個人自由意願，奉獻自我時間、精力，而不是對金錢的關心。張月芬(2004)提出志願服務是個人自發意願的參加，並透過具體行動服務回饋社會，利用工作以外的時間參與，不求任何金錢收益，來回饋社會。

綜合前述可知，志願性服務是本於個人自身意願，是本著付出無所求的精神，從事一種互助、互惠且不求回饋與報酬為社會服務，以下本研究將志願服務工作者簡稱為志工。

(二)醫院志願服務工作

醫療志工對醫院而言是重要的人力資源，透過招募、遴選、任用、訓練、督導等過程，目前已建構一套專業管理模式。醫療志工在藉由服務病患等活動，進而使自我獲得新的人生體悟，培養健全且成熟的人格(范美翠，2004)。龍紀萱、李依雲、陳琬茹、林佩瑩、林宜璇與施勝烽(2010)指出醫院志工不僅提供病人或家屬的直接服務，也支援行政工作，甚至服務推廣至社區，醫療志工服務是多元化的。

綜合前述，醫療志工對醫院而言是不可或缺的人力資源，透過管理機制可以提昇醫院的服務品質及彌補醫院人力不足的問題，志工可以提供病患及家屬直接或間接地多元服務，同時醫療志工在參與志願服務中也可使自我獲得成長，並建立成熟的人格。

二、靈性健康的意涵與相關研究

靈性層面為內在、無形資產，促使人與人、人與神、人與環境之相互連結，建立良好的和諧關係進而獲得有意義的人生，同



時靈性可以視為是一種能量的來源，可供提昇個人的成長與生活品質的增進(Naraya-nasamy, 2004；Purdy & Dupey, 2005)。

(一)靈性健康的意涵

靈性(spirituality)源自於拉丁文字根 spiritus，英語的 spirit，有心、靈魂、精神、活力、力氣等意思，最初是精氣之意，堪稱是生命力的核心(王珍妮譯，2003)。靈性需透過不同的角度詮釋，這些角度包含精神心理層面、宗教層面及超越個人心理層面(伍育英，2006)。靈性也說明了個人生活、社會與精神之間的意義。靈性會影響個人處事態度及行為表現，也影響個人生活的調適與人際關係(杜明勳，2008)。故靈性是生命中與生俱來的力量或信仰，也是一個人內在最核心、最深層的部份。更是在人生過程中進行自我超越並體會人生價值與意義。此過程有助於個人去認同生命的意義與目的。張淑美與陳慧姿(2006)認為靈性是人最核心的內涵，也是人生意義及目的的來源，失去靈性，就會失去精神與活力，也失去了生命的方向與健康之寄託。故靈性是一種無形的力量，靈性健康所具備層面為正向信念及超越自我力量，讓個體在大自然與宇宙中保持和諧的關係。本研究中所指的靈性健康為能夠統合個人的身理、心理、社會與情緒的層面，並且藉由宗教信仰的依託，讓個體能夠超越自我、展現自我以實踐生存目的與生命意義的表現。

(二)靈性健康的測量工具

由於靈性健康的重要性已受到各界的肯定與重視。以下將國外與國內常用的靈性量表，簡述如下：McSherry 與 Ross (2002) 將靈性評估工具分為：直接詢問、指標性工具、審核性工具與價值澄清工具等四種評估方式，用來評估病人的靈性狀態或審核工



作人員應用靈性於病患之概況。Daalenman、Frey、Wallace 與 Studenski 於 2002 年建構「老人靈性安適指標量表」，其內涵分為二個分量表：自我效能、生命基模，量表題數共計 40 題。Howden 於 1992 年建構「靈性評估量表」，分為四個分量表構面：生命的目的與意義、內在資源、締結及超越等主要因素，量表題數共計 28 題。Vall-Brodrick 與 Allen 於 1995 年建構「身心靈合一量表」，該表分為三個分量表：身體健康量表、心理健康量表及靈性健康量表。Monod 等人於 2011 年則針對臨床研究所使用的靈性測量工具進行統合分析，其分析資料橫跨 1948-2011，發現臨床目前西方共有 35 種靈性測量工具，相關靈性工具內涵彙整如下，其中 22 種為一般靈性、5 種為靈性健康、4 種為靈性需求，4 種靈性應對。並指出近年來在各領域不論在醫學、護理、社會學、宗教學與心理學都努力在投入發展，而工具間測量多為以個人認知、情感與行為作為測量內容，但不同工具施測對象也呈現多元差異，諸如：病人、一般成人、年長者……。

國內的靈性健康量表的發展狀況：何長珠與林嘉玲(2011)參考國內外靈性健康量表，編製「靈性健康量表」。該量表內容包括「服務與自省」、「寵物陪伴」、「宗教信仰」、「休閒與運動」、「靈性安適」、「人際關係與網路」、「靈性成長」等七個向度。陳怡伶(2010)則參考國內外文獻及修訂陳慧姿(2007)高中教師靈性量表及李昱平(2006)高中生靈性健康量表，編製適用「教保人員靈性健康量表」。該量表內涵包括「超越逆境」、「與人締結」、「宗教寄託」、「活出意義」、「感懷自然」等五個向度。張淑美與陳慧姿(2007)則編製適用「高中教師靈性健康量表」。該量表內涵包括「超越逆境」、「與人締結」、「宗教寄託」、「活出意義」、「感懷自然」等五個向度。黃淑貞(2005)依據 Paloutzian 與 Ellison 於 1982 年發展的靈性安適量表及 Howden 於 1992 年的靈性評估量表，自編「靈性健康量表」。主要適用是針對高中女學生，該量表內涵包括「自我與自我」、「自我與他人」、「自我與環境」、「自



我與神」等四個向度。

綜合以上研究相關彙整，研究者發現，國內靈性健康測量工具雖多，且都是應用於評估個人的靈性狀態。但在量表的編製上，皆未建立建構性效度分析，在構面向與內涵目前也與西方發展方向一致，但仍是未有統一內涵，故建構良善具備良好信、效度之靈性健康量表有其必要性。故本研究彙整相關前述成果重新修編具備良好信度與概念建構效度之量表，並運用於醫療志工上進行測量評估。

本研究考量時代變遷及順應時勢潮流，引用何長珠與林嘉玲（2011）「成人靈性健康量表」及陳怡伶（2010）「教保人員靈性健康量表」加以編製靈性健康量表之項度構面，重新彙整後，將靈性健康量表的構面，共區分為五個向度構面，包括「服務與自省」、「超越逆境」、「與人締結」、「宗教寄託」、「活出意義」等，並在各構面上參考國內外文獻，加以重新編製「靈性健康量表」其五個面向之內涵，茲分述如下：

1. 服務與自省：意指個體自動自發的為他人服務，奉獻自我的時間、精神、財力或是物力並不求任何回報的行為，然而透過這樣無私奉獻的行為讓我們志工們從中學習並在服務他人的過程中得到省思與覺察能力；也透過志願服務更讓人了解自我存在意義，進而提升靈性的成長（邱汝娜、王琇蘭，2003；何長珠、林嘉玲，2011）。
2. 超越逆境：由國內學者指出超越逆境意指個體在面對挫折與困境時，其所產生的能力、態度、行為、處理方式與價值觀，當個體能以面對與轉念的方式，激發個體潛能以獲得自我成長的一種機制（張淑萍，2008；吳依玳，2010；陳怡伶 2010）。當志工在生活中或服務時面臨到低潮或困境，應該重新檢視調整自我心態，用正面且樂觀進取的思考模式，進而超越及跳脫痛苦的心境，以一種新的自我面貌跨越人生關卡。
3. 與人締結：與人締結意指尊重並且認同他人存在的意義與價



值，是一種個體付出與分享的和諧狀況（張淑萍，2008；吳依琮，2010；陳怡伶 2010）。志工服務過程便是尊重認同他人的關係建立歷程。

4. 宗教寄託：宗教寄託意指個體在生活中面對挫折時，對於宗教信仰的認同與仰賴程度，藉以得到心靈的寄託與庇佑的行為（張淑萍，2008；吳依琮，2010；陳怡伶 2010）。
5. 活出意義：活出意義意指個體透過探索產生不同的方式去尋找屬於自己生命存在意義與價值之目的（張淑萍，2008；吳依琮，2010；陳怡伶 2010）。

三、死亡態度內涵與相關研究

(一)死亡態度的定義

死亡態度指的是人對死亡現象時所抱持的信念和感受，個人內及個人間死亡態度是多層面及多變化的(蔡明昌，1995)。黃國城(2003)則指出死亡態度是個體對死亡的情緒、喜惡之傾向，包括害怕、逃避與接受等層面。徐毓均(2008)認為死亡態度是因為死亡所引發的認知、情感、行動之反應，這三種關係互為因果，彼此互相影響。楊麗蓉(2009)認為死亡態度是人對死亡時，經由認知、情感的介入所產生的行為反應。本研究總結死亡態度為人在面對死亡時，所產生的情緒與行為反應，其中包括恐懼、逃避與接受等層面。

(二)死亡態度的內涵與量表編製

Lester（1967）首先編製「死亡態度量表」，及 Templer (1970)編製「死亡焦慮」量表。這兩個量表問世後造成西方學者對死亡態度之大量研究，隨著死亡態度量表態度內涵的增加，測



量工具也不斷發展修編。前述量表及 Dickstein(1972)所編製的「死亡關切」量表，多在關注人對與死亡的負面態度（恐懼、焦慮、逃避等），Klug 與 Boss 於 1976 年編製「死亡接受問卷」，才開始研究人們對死亡的接受程度。1987 年 Gesser, Wong 和 Reker 編製「死亡態度描繪量表」(Death Attitude Profile，簡稱 DAP)，此量表內涵將死亡態度區分為恐懼死亡與瀕死、逃離導向的死亡接受、趨近導向的死亡接受及自然的死亡接受，不僅考量到人們對死亡的負面態度，並也仔細考察人們面對死亡態度的正面接受態度。後續 Gesser 等人（1994）對原量表進行修編，編製了「死亡態度描繪量表修訂版」(Death Attitude Profile；簡稱 DAP-R)，於原先量表中的死亡態度內涵中增加了死亡逃避因素，共測量五個向度，分別為：死亡恐懼、死亡逃避、中性導向的死亡接受、趨近導向的死亡接受及逃離導向的死亡接受。

國內研究者蔡明昌(1995)修訂引用 Dickstein 於 1972 年編製「死亡關切量表」四點量表用於老人、張淑美(1996)用於國中學生、曾廣志(2001)用於商職學生、蔡坤良(2004)用於小琉球漁村老人等研究。許永政(2004)綜合各學者對死亡態度的內涵包含：(1)對死亡的看法、(2)死亡威脅、(3)死亡的恐懼、(4)死亡焦慮、(5)死亡的關切、(6)死亡的接受與逃避。

Lester 於 1990 年修訂為「Fear of Death Scale」五點量表，量表題數共計 32 題，曾被國內研究者修訂，引用者為莊淑茹(2001)用於護校生、林錦良(2005)用於技職院校學生等。又於 2003 年 Lester 與 Abdel-Khalek 將量表的題數刪減到 28 題，進而提高量表信度。

Gesser 等人於 1987 年編製「死亡態度描繪量表」五點量表，此量表包含認知與情感層面，此量表內容為：害怕死亡與瀕死、趨近導向的死亡接受、中性的死亡接受及逃離導向的死亡接受，量表題數為 21 題。其內部一致性係數介於.60~.89 之間。曾被國內研究者修訂引用，林柳吟(2002)將其用於社區老人、蔡坤良(2004)用於小琉球漁村老人、藍育慧、莊照明、林昭卿、趙淑員(2008)用於



社區老人等研究對象。

1994年 Gesser 等三位作者對原量表進行修編，編製了「死亡態度描繪量表修訂版」(DAP-R)，於原先量表中的死亡態度內涵中增加了死亡逃避因素，量表題數共計 32 題，共測量五個層次分別為：死亡恐懼、死亡逃避、中性導向的死亡接受、趨近導向的死亡接受及逃離導向的死亡接受。此量表並無總分，以各分量表之平均分數愈高者，則死亡態度愈傾向該層面。曾被國內研究者修訂引用者為廖芳娟(2000)用於警察人員、羅素如(2000)用於殯葬人員、藍乙琳(2006)用於退休教師、楊麗蓉(2009)用於國小老師、呂佳芬(2010)用於慈濟志工、謝琬婷(2012)用於飛航專業人員等研究。

本研究是以死亡態度描繪量表修訂版(DAP-R)為主及謝琬婷(2012)「飛航專業人員死亡態度量表」為輔，修訂「醫療志工死亡態度量表」，藉以探究志工在死亡態度量表上的表現。故本研究所要探討之死亡態度量表構面包含死亡恐懼、死亡逃避、趨近導向的死亡接受、逃離導向的死亡接受及中性導向的死亡接受等五個層面，以下將五種層面概念定義說明如下：

1. 死亡恐懼：面對死亡所產生的負面情緒和想法。
2. 死亡逃避：逃避有關死亡的議題與人事物。
3. 趨近導向的死亡態度：將死亡視為生命的歷程，並且相信未來會有來生，面對死亡抱持正向積極的態度。
4. 逃離導向的死亡態度：將死亡視為解脫今世的痛苦，認為死亡能夠了結今生所受的痛苦。
5. 中性導向的死亡態度：將死亡視為生命的歷程，並不會感到恐懼與害怕。

四、靈性健康與死亡態度

靈性健康與死亡態度目前學術研究成果，Reed (1987) 指出靈性健康佳可以增加臨終病人福祉感受。李昱平(2006)研究結果發現



靈性健康與生命態度呈顯著正相關，即靈性健康愈好者，其生命態度也越正向。而靈性健康中各層面（即超越逆境、與人締結、親情支持、宗教寄託、活出意義）與生命態度中各層面（即理想追尋、生命自主、愛與關懷、存在感、死亡態度、生命經驗）大部份呈現顯著正相關，惟宗教寄託與死亡態度呈現顯著負相關，活出意義與死亡態度二者相關則未達顯著。陳怡伶(2010)則發現，靈性健康與生命態度，二者呈現有正相關之關連。吳佳蓁（2013）透過相關與多元迴歸分析，發現靈性健康與部份死亡態度呈顯著相關，並能對死亡態度具有預測力。

參、 研究設計

一、 研究範圍

（一）研究區域

本研究基於時間、人力與醫院規模之限制，僅以嘉義地區全部之區域醫院，共計 9 所為研究調查範圍。

（二）研究對象與抽樣

本研究使用問卷調查法進行研究，本研究中所指的醫療志工為志願服務於醫療院所，並經由志工管理單位認定之志願服務者，稱之醫療志工。研究調查的對象為針對嘉義地區 9 所區域醫院之醫療院所中實際從事醫療志工 1,340 位為母群體，母群體分佈如下表 1-1。



表 1-1 嘉義地區醫療志工各院人數統計

醫療院所	人數
財團法人嘉義基督教醫院	280
財團法人天主教聖馬爾定醫院	260
佛教慈濟綜合醫院醫療志工	500
行政院衛生署嘉義醫院	30
政院衛生署朴子醫院	30
臺中榮民總醫院嘉義醫院	40
臺中榮民總醫院灣橋醫院	20
陽明醫院	30
長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院	150
總計	1,340

接續研究者依醫療志工服務單位的宗教型態按比例，採取 PPS 抽樣法，合計抽取 470 人為樣本。依上表 1-1，經計算得知基督教及天主教醫院醫療志工數占全部的 40%，佛教醫院醫療志工數占全部的 37%，非宗教性醫療志工數占全部的 23%，依此比例抽取基督教、天主教醫院醫療志工 216 人、佛教醫院醫療志工 185 人、非宗教性醫療志工 69 人，詳如下表 1-2：



表 1-2 依宗教類型區域醫療院所比例抽取人數一覽表

宗教類型	醫療志工 總數	占全部志工數 比例	依比例抽取 人數
基督宗教	540	40%	216
佛教	500	37%	185
其他與非宗教性	300	23%	69
總計	1,340	100%	470

註：基督宗教包含基督教醫院與天主教醫院

經正式施測問卷回收421份問卷，經剔除填答不完整、填答方式錯誤等無效問卷71份，共得有效問卷350份問卷，有效問卷之回收率為83%。

二、研究變項說明

本研究之自變項為靈性健康。本研究中所指的靈性健康為能夠統合個人的身理、心理、社會、情緒的層面，並且藉由宗教信仰的依託，讓個體能夠超越自我、展現自我以實踐生存目的與生命意義的表現。靈性健康測量方式，採用何長珠與林嘉玲(2011)所編「靈性健康量表」及陳怡伶(2010)「教保人員靈性健康量表」之重新修訂成新量表，面向包含服務與自省、超越逆境、與人締結、宗教寄託、活出意義等五個構面，各構面之得分總分愈高，表示靈性健康愈佳；反之，代表靈性健康較差。

本研究之依變項為死亡態度。本研究中所指的死亡態度包含死亡恐懼、死亡逃避、趨近導向的死亡接受、逃離導向的死亡接受、中性導向的死亡接受等五個構面。死亡態度係指分量表的得分愈高，表示受試者較偏向此一面向的死亡態度，反之，得分愈



低者，表示受試者愈偏離此一面向的死亡態度。但個人的死亡態度應是以整體各面向觀之而非僅僅以單獨面向進行整體詮釋。

三、 量表編製與信、效度

(一) 專家效度

本研究程序在問卷初稿擬定後，邀請相關領域之學者專家進行專家對問卷內容效度之檢驗。最後綜整專家學者意見，接續進行問卷預試。靈性健康量表預試題本共有 36 題，經由預試分析之結果為提升內在一致性信度，將原題目刪除了 2 題，正式量表為 34 題；死亡態度量表預試題本共有 28 題，經由預試分析之結果刪除了 3 題，最終正式量表為 25 題。

(二) 量表內在一致性信度

「靈性健康量表」包含五個構面，分別為「服務與自省」、「超越逆境」、「與人締結」、「宗教寄託」、「活出意義」。量表中「服務與自省」層面 9 題、「超越逆境」層面 7 題、「與人締結」層面 6 題、「宗教寄託」層面 6 題、「活出意義」層面 6 題之填答，共計 34 題。採用 Likert4 點量表計分，答題選項依據受試者個人實際感受作答有「非常不同意」、「不同意」、「同意」、「非常同意」四個選項，依序分別給予 1、2、3、4 分。去計算五個分量表的個別得分，分量表的得分愈高，表示受試者所知覺該因素層面的程度愈高，而總分愈高表示受試者所知覺的靈性健康狀態愈好。

「醫療志工靈性健康量表」總量表 Cronbach α 係數.955，在「服務與自省」層面上， α 係數為.864；在「超越逆境」層面上， α 係數為.848；在「與人締結」層面上， α 係數為.808；



在「宗教寄託」層面上， α 係數為.911；在「活出意義」層面上， α 係數為.908；且總量表整體的 α 係數為.955。

整體靈性健康量表，內在一致性係數 Cronbach α 係數達.955 以上，顯示本量表內部一致性甚高，代表此量表的信度良好；各分量表 Cronbach α 係數介於.808 至.911 之間，皆超過 0.7，顯示信度適當。

本研究之死亡態度量表，內容共計 25 題。包含五個層面，分別為「死亡恐懼」層面 6 題、「死亡逃避」層面 3 題、「趨近導向的死亡接受」層面 6 題、「逃離導向的死亡接受」層面 5 題、「中性導向的死亡接受」層面 5 題，共計 25 題。量表也是採用 Likert4 點量表計分，答題選項依據受試者個人實際感受作答有「非常不同意」、「不同意」、「同意」、「非常同意」四個選項，依序分別給予 1、2、3、4 分。去計算五個分量表的得分，分量表的得分愈高，表示受試者愈偏向此一面向的死亡態度；相反地，得分愈低者表示受試者愈偏離此一面向的死亡態度。

正式問卷之信度考驗分析，在「死亡恐懼」層面上， α 係數為.932；在「死亡逃避」層面上， α 係數為.836；在「趨近導向的死亡接受」層面上， α 係數為.888；在「逃離導向的死亡接受」層面上， α 係數為.940；在「中性導向的死亡接受」層面上， α 係數為.715；且總量表整體的 α 係數為.882。

以上可知，在整體死亡態度信度達.882 以上，顯示本量表內部一致性甚高，代表此量表的信度良好；分量表 Cronbach α 係數介於.715 至.932 之間，皆超過 0.7，顯示信度適當。

(三) 靈性健康量表量與死亡態度量表構面得分概況

本次研究中在志工靈性健康量表上，各構面之各題平均得分介於 3.12~3.30 之間，顯示受調查的志工在靈性健康狀況上普遍不差。以服務自省面向平均得分最高，超越逆境平均得分則較低。服務自省與超越逆境二構面，進行在相依樣本 t 檢定，二者亦達



顯著差異 ($t=59.091$, $p<.001$)，服務自省分數明顯高於超越逆境。

表 1-3 醫療志工靈性健康之平均數分析摘要表(N=350)

變項構面	平均數	標準差	題數	每題平均 得分
服務與自省	29.71	3.25	9	3.30
超越逆境	21.84	2.54	7	3.12
與人締結	19.39	2.21	6	3.23
宗教寄託	19.73	2.68	6	3.29
活出意義	19.74	2.60	6	3.29
整體靈性健康	110.41	11.18	34	3.25

本次研究中醫療志工死亡態度的結果，各構面各題平均得分介於 3.25~2.18，顯示醫療志工多以中性導向的死亡接受為主要的死亡態度。死亡恐懼構面的每題平均分數則最低，表示本次調查醫療志工在死亡態度上死亡恐懼傾向較低。將中性導向的死亡接受得分與死亡恐懼得分進行相依樣本 t 檢定，中性導向死亡接受之得分明顯高於死亡恐懼之得分，達統計顯著差異 ($t=14.59$, $p<.001$)。

表 1-4 醫療志工死亡態度之平均數分析摘要表(N=350)

變項構面	平均數	標準差	題數	每題平均 得分
死亡恐懼	13.05	3.27	6	2.18
死亡逃避	6.81	1.81	3	2.27



趨近導向的 死亡接受	16.19	3.28	6	2.70
逃離導向的 死亡接受	12.93	3.75	5	2.59
中性導向的 死亡接受	16.24	2.06	5	3.25

(四) 量表構面之構念建構效度

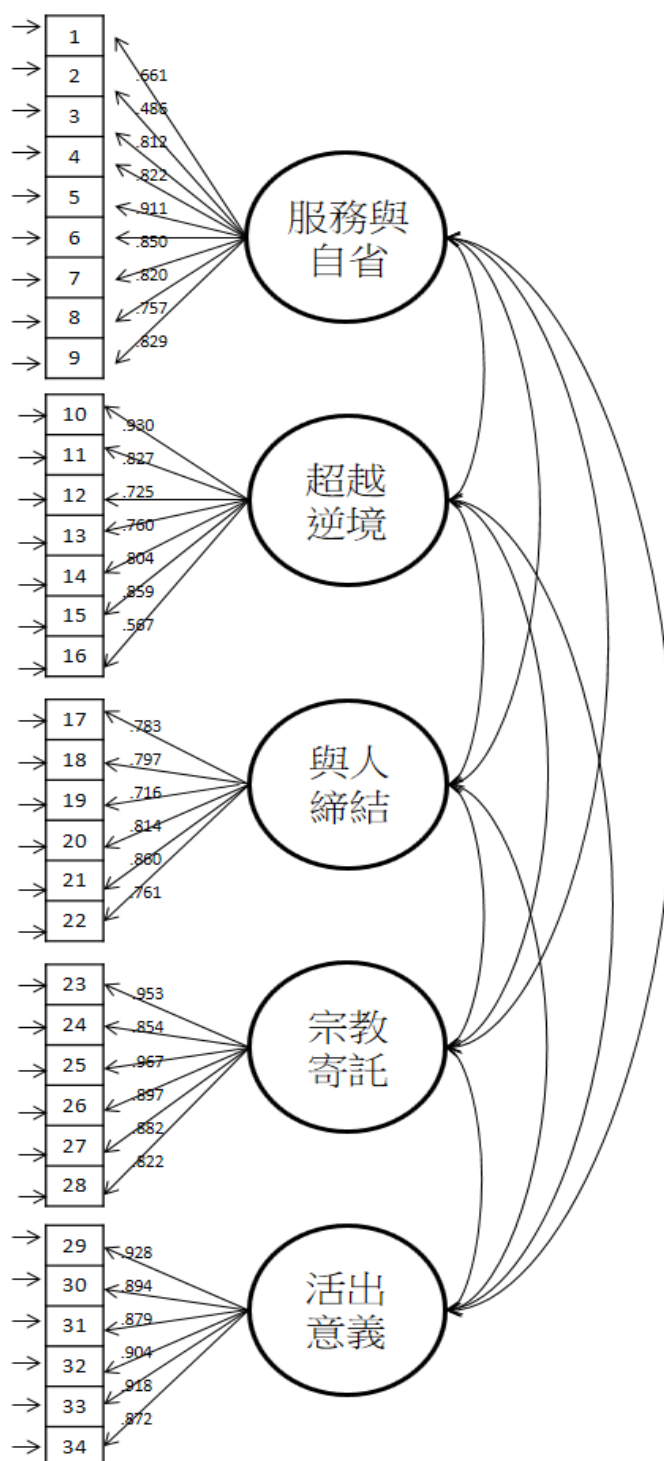
接續本研究運用驗證性因素分析（confirm factor analysis，CFA），來確認所建構之靈性健康與死亡態度量表的量表因素之潛在構念之建構效度。

在透過統計軟體 MPLUS7.0 執行驗證性因素分析，結果發現，靈性健康量表各子構面的構念建構效度模型適配狀況，除卡方值因受樣本數影響無法通過適配，故改採以參考 χ^2/df 指標值，其餘各指標值均通過適配性檢定，表示該量表之理論上之潛在構念在經驗資料上獲得驗證，該量表的構念上，擁有良好建構效度。

表 1-5 靈性健康量表適配度指標查核表

指標名稱	建議數值	檢定結果	是否適配
χ^2	>.05	<.05	否
χ^2/df	2-5 之間	3.07	是
CFI	>.9	.964	是
TLI	>.9	.960	是
RMSEA	<.08	.077	是





$\chi^2 < .05$, $\chi^2/df = 3.07$, CFI = .952, TLI = .948, RMSEA = .077

圖 1-1 靈性健康量表驗證性因素分析

本研究在測量模型中，進一步將靈性健康量表的五個子構面，透過潛在因子二階法，進行整體靈性健康建構，以利後續

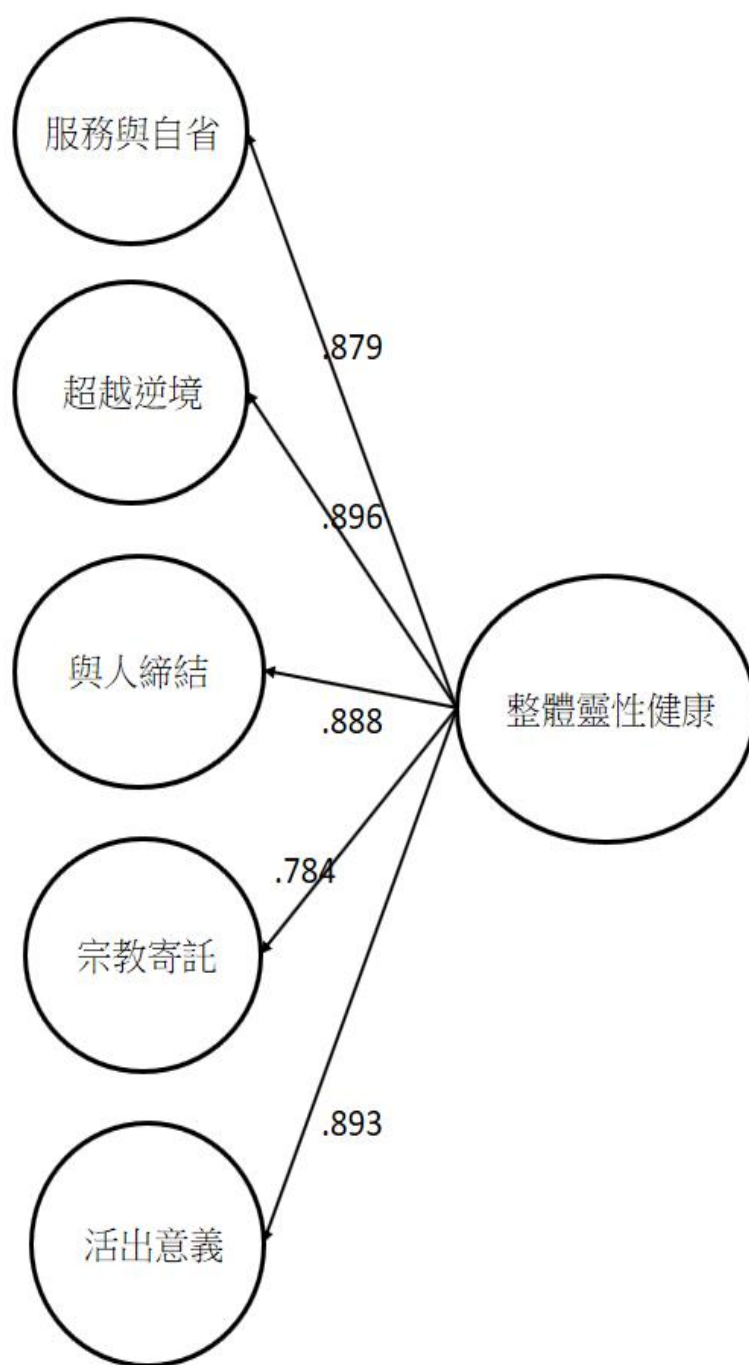


探討靈性健康與死亡態度之關連，在二階整體靈性健康建構模型適配度上，除卡方值因受樣本數影響無法通過適配，因而改採以參考 χ^2/df 指標值，其餘各指標值均通過適配性檢定，表示該理論上之整體靈性健康所建構之潛在構念，在經驗資料上獲得驗證，具備良好建構效度。

表 1-6 二階整體靈性健康量表適配度指標查核表

指標名稱	建議數值	檢定結果	是否適配
χ^2	>.05	<.05	否
χ^2/df	2-5 之間	3.14	是
CFI	>.9	.952	是
TLI	>.9	.948	是
RMSEA	<.08	.078	是





$\chi^2 < .05$, $\chi^2/df = 3.14$, CFI = .952, TLI = .948, RMSEA = .078

圖 1-2 整體靈性健康二階因子驗證性建構

接續本研究在死亡態度量表上，透過統計軟體 MPLUS7.0 執

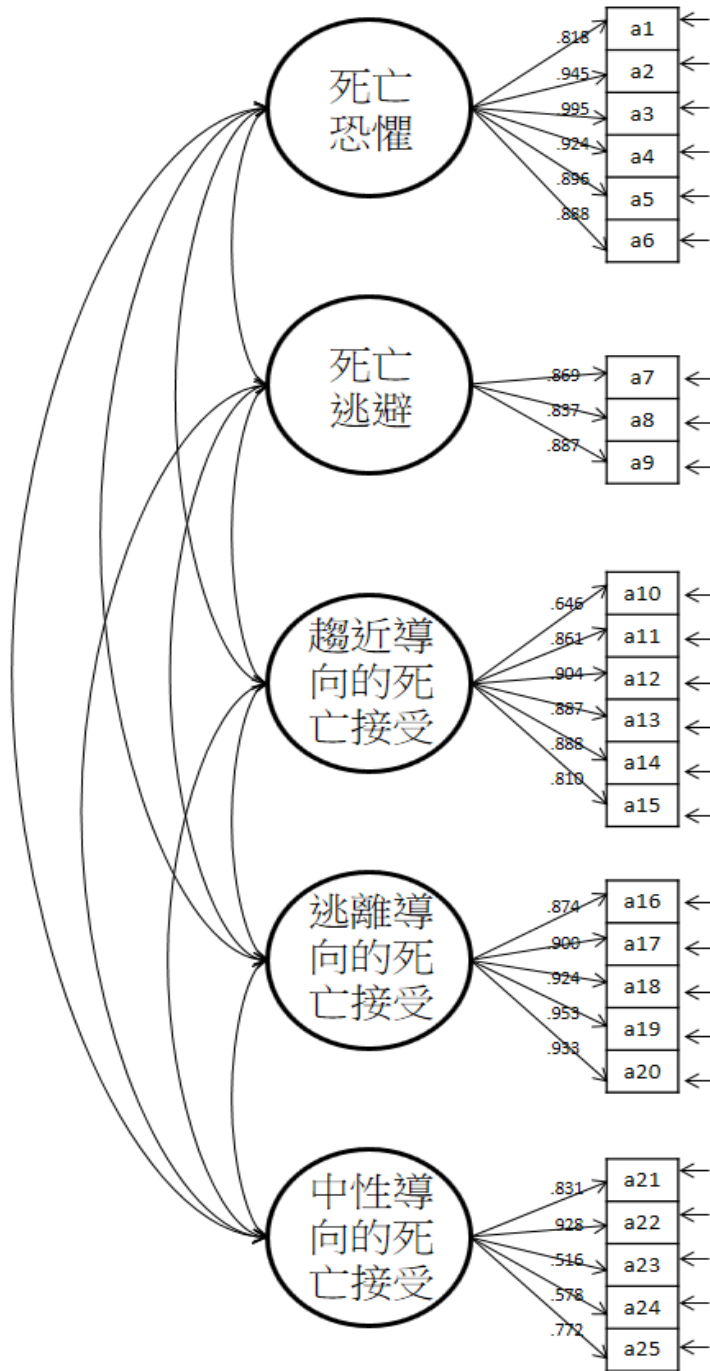


行統計驗證性因素分析，結果發現，死亡態度量表在各子構面的構念建構效度模型適配狀況上，除卡方值因受樣本數影響無法通過適配，故採以參考 χ^2/df 指標值。以及 RMSEA 值亦較高，而 RMSEA 值亦多受樣本數目與模型複雜度影響，近年學術上將其列為參考性指標，其餘各指標值均通過適配性檢定，表示該量表之理論上之潛在構念在經驗資料上獲得驗證，該量表的構念上，擁有良好建構效度。

表 1-7 死亡態度量表適配度指標查核表

指標名稱	建議數值	檢定結果	是否適配
χ^2	>.05	<.05	否
χ^2/df	2-5 之間	4.97	是
CFI	>.9	.960	是
TLI	>.9	.964	是
RMSEA	<.08	.107	否





$\chi^2 < .05$, $\chi^2/df = 4.97$, CFI = .960, TLI = .964, RMSEA = .107

圖 1-3 死亡態度量表驗證性因素分析



肆、 結果分析

一、 整體靈性健康與各死亡態度面向相關分析

本研究先以靈性健康各指標進行總分加總計算平均，獲得靈性健康總分平均，並與死亡態度各子構面之總分加總計算平均獲得死亡態度各子構面總分平均，接續進行靈性健康總分平均與死亡態度各子構面總分平均之皮爾森相關分析。

研究結果發現，整體靈性健康分數與死亡恐懼 ($r=-.240$ ， $p<.001$) 及死亡逃避 ($r=-.242$ ， $p<.001$) 兩面向達顯著負相關。表示當靈性健康分數越高時，醫療志工的死亡恐懼與死亡逃避分數會較低。

整體靈性健康與趨近導向 ($r=.128$ ， $p<.05$) 及中性導向死亡接受 ($r=.343$ ， $p<.001$) 則是成呈現顯著正相關。當靈性健康越佳時，醫療志工在趨近導向與中性導向分數也會越高。假設一獲得部分驗證。

表 1-8 靈性健康總分與死亡態度各分量表之相關性分析

	整體靈性健康	死亡恐懼	死亡逃避	趨近導向	逃離導向	中性導向
死亡恐懼	-.240***	1				
死亡逃避	-.242***	.695***	1			
趨近導向	.128*	.007	.117*	1		
逃離導向	-.007	.026	.074	.643***	1	
中性導向	.343***	-.134*	-.131*	.431***	.305**	1

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



二、靈性健康與死亡態度結構方程式分析

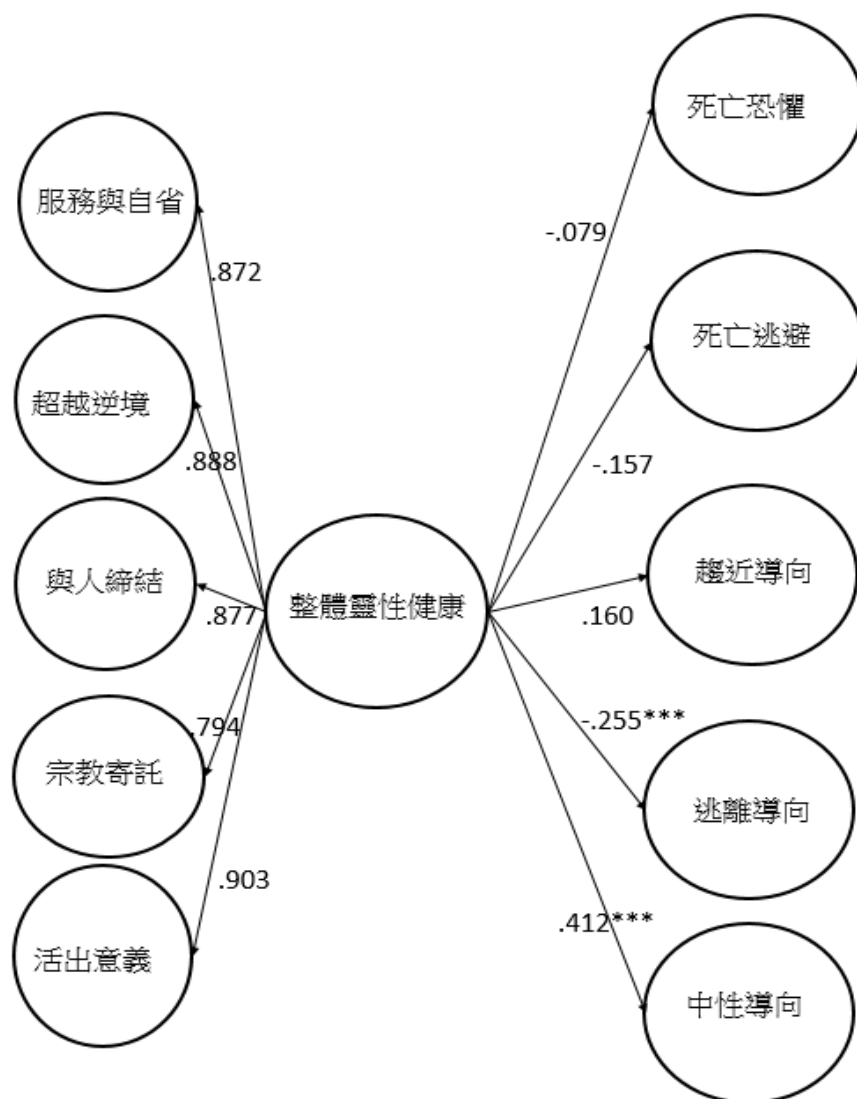
在前述確認靈性健康量表與死亡態度量表，二者皆通過潛在概念測量模型適配度檢定後，本研究接續運用結構方程式之建構模式進行分析，探索靈性健康與死亡態度彼此之間的關連。試圖考驗能否運用醫療志工靈性健康潛在概念來預測死亡態度，比對經驗資料與理論模型之模型適切程度。本研究將靈性健康採取潛在二階因素建構法，建立整體靈性健康，預測醫療志工死亡態度各子構面影響。

研究結果發現，結構方程式模型，除卡方值因受樣本數影響無法通過適配，因而改採以參考 χ^2/df 指標值，其餘各指標值均通過適配性檢定，表示藉由理論所建構之整體靈性健康預測死亡態度之所建構之結構方程式模型，能在經驗資料上獲得驗證，此理論模型擁有良好經驗資料支持獲得驗證。

表 1-9 整體靈性健康對死亡態度量之預測模型適配指標查核表

指標名稱	建議數值	檢定結果	是否適配
χ^2	>.05	<.05	否
χ^2/df	2-5 之間	2.29	是
CFI	>.9	.949	是
TLI	>.9	.947	是
RMSEA	<.08	.061	否





$\chi^2 < .05$, $\chi^2/df = 2.29$, CFI = .949, TLI = .947, RMSEA = .061, $p < .01$ 以***表示
上圖相關具體指標簡化為僅呈現潛在因子關係圖，個別指標省略標示

圖 1-4 志工整體靈性健康對死亡態度影響

而在本研究結果發現，在整體靈性健康潛在概念上，當醫療志工靈性健康越佳時，將能降低個人死亡態度中的逃離導向狀態，標準化路徑係數值為-.255 ($p < .001$)。而靈性健康越好時，同時也能有效提升個人中性導向的死亡態度傾向，標準化路徑係數值為.412 ($p < .001$)。然而整體靈性健康狀態對於死亡恐懼、死亡逃



避以及趨近導向等三面向的死亡態度影響，雖未能達到統計顯著性，但從係數方向來看，亦是符合理論想像，當醫療志工在整體靈性健康上好時，死亡恐懼與死亡逃避態度會下降，趨近導向分數會增加，但未達統計顯著水準。整體靈性健康狀況此次未能有效預測死亡恐懼與死亡逃避，但在指標總分前述之相關分析上是有達顯著相關。若就前述醫療志工在死亡態度各子構面的平均的得分來看，亦可知因醫療志工在死亡態度上的特質，死亡態度中死亡恐懼與死亡逃避，本來就相較其他構面平均得分低，推測應與其服務特質相較社會一般人有較高接觸死亡有關，因而降低自身的死亡恐懼與死亡逃避態度，此一模型無法獲得有效預測死亡恐懼、死亡逃避與趨近導向面向態度。假設二亦獲得部分驗證。

伍、 結論與建議

一、 結論

在本研究中編製了醫療志工專用之靈性健康量表與死亡態度量表。回應研究目的一，本研究結果發現志工在靈性健康狀況上普遍不差。以服務自省面向平均得分最高，超越逆境平均得分則較低。醫療志工的死亡態度顯示多以中性導向的死亡接受為主要的死亡態度，在死亡態度上死亡恐懼傾向較低分。

研究結果亦部分驗證研究目的二，以整體靈性健康預測醫療志工的死亡態度的影響預測。研究發現靈性健康是能夠在死亡態度上，協助醫療志工提升死亡態度的中性導向的接受，在死亡態度上表示不恐懼死亡也不歡迎死亡，是將死亡視為生命無法改變的結果。

此一結果表示當醫療志工在整體靈性健康越佳時，個人對於生命的歷程，也因此較不會感到恐懼與害怕，更能去面對死亡議題，這對於醫療志工更在服務過程中相較一般人更容易接觸死亡



議題時，將能提供醫療志工正向助益。在本研究的研究結果也發現，如果個人的整體靈性健康狀態越佳時，也能夠降低醫療志工在死亡態度上的逃離導向分數，這結果亦表示當個人靈性健康越佳時，比較不會把死亡事件視為是解脫今世的痛苦，也比較不會認為死亡就能達成個人的生命的解脫，另言之，當醫療志工在整體靈性健康越佳時，在面對死亡上的態度，其生命自身會採取一種較為正向積極的觀點去面對。同時本研究在相關分析上也發現當個人的靈性健康總分較高時，對於死亡恐懼與死亡逃避面向上分數有抑制效果，當靈性健康分數高時個人較不恐懼死亡、不逃避死亡。同時也發現提升個人的靈性健康總分較高時，在趨近與中性導向的死亡態度亦是較高，表示靈性健康佳的志工，死亡態度也是能有正面態度接受死亡並視死亡為一種生命過程。

二、 相關建議與限制

本研究因人力、時間、經費上之限制，僅以嘉義地區之區域醫院為調查範圍。因此，在研究結果推論上，無法推論到其他地區。建議未來研究可擴大研究範圍增加研究結果之外在效度。

其次，本研究僅以志願服務於嘉義地區醫療規模為區域醫院，並由志工管理單位認定之志願服務者為調查對象。因此，在研究結果推論上，無法推論到其他規模醫院之醫療志工或其他類型志工。建議未來研究可將醫療志工類型與服務機構之類型在擴大化，增加研究的多元解釋與應用範圍，驗證靈性健康對其他志工死亡態度之影響。

最後，因本研究發現靈性健康對死亡態度有正面效果，建議相關醫療單位可鼓勵醫療志工積極參加生命教育的講座，有助於提升靈性健康。志工管理單位亦可多辦理相關生命議題講座或教育訓練課程，以提升志工人生哲理的素養及思索生命的意義增進自我內在探索。



◆ 參考文獻 ◆

- 王珍妮(譯)(2003)。《生與死的教育》(原作者 Alfons Deeken 著)。
台北市：心理。
- 伍育英(2006)。〈從治療者如何面對生死議題談靈性治療〉，《諮商與輔導》，245：2-5。
- 何長珠、林嘉玲(2011)。《靈性健康量表之建構研究-以大學生網路意見為例》(未出版之專題論文)。私立南華大學，嘉義縣。
- 吳佳蓁(2013)。《醫療志工靈性健康與死亡態度之相關研究-以嘉義地區為例》(未出版之碩士論文)。私立南華大學，嘉義縣。
- 吳依琮(2010)。《高雄市國小藝術才能班學童生命態度與靈性健康關係之研究》(未出版之碩士論文)。國立高雄師範大學，高雄市。
- 呂佳芬(2010)。《高雄區慈濟志工生命意義感與死亡態度之相關研究》(未出版之碩士論文)。國立高雄師範大學，高雄市。
- 李昱平(2006)。《高雄縣高中職學生生活態度與靈性健康的相關研究》(未出版之碩士論文)。國立高雄師範大學，高雄市。
- 杜明勳(2008)。〈靈性照顧之臨床運用〉，《內科學誌》，19，4：318-324。
- 林柳吟(2002)。《社區老人生命意義、死亡態度與生活品質之相關性探討》(未出版之碩士論文)。私立長庚大學，桃園縣。
- 邱汝娜與王琇蘭(2003)。〈從志願服務談社會關懷之實踐〉，《內政部社會司 T&D 飛訊》，12：1-17。
- 范美翠(2004)。《志工管理：以財團法人嘉義基督教醫院為例》(未出版之碩士論文)。私立南華大學，嘉義縣。
- 徐毓均(2008)。《高雄市壽險從業人員死亡態度、生死教育接受度與生死教育課程需求之調查研究》(未出版之碩士論文)。國立高雄師範大學，高雄市。
- 張月芬(2004)。《家庭教育中心志工參與動機、內外控信念與其組



- 織承諾之研究》(未出版之碩士論文)。國立嘉義大學，嘉義市。
- 張淑美、陳慧姿(2006)。〈癌症病人生命意義與靈性關懷之探討〉，《成人及終身教育學刊》，7：1-20。
- 張淑萍(2008)。《屏東縣國小教師角色壓力與靈性健康關係之研究》(未出版之碩士論文)。國立高雄師範大學，高雄市。
- 莊淑茹(2001)。《死亡教育課程對護校學生死亡態度之影響》(未出版之碩士論文)。私立南華大學，嘉義縣。
- 許永政(2004)。《成人學習者死亡態度之轉換學習歷程研究-以桃園縣社區大學為例》(未出版之碩士論文)。私立南華大學，嘉義縣。
- 陳怡伶(2010)。《教保人員靈性健康與生命態度之探討-以台中、彰化、雲嘉及台南縣市為例》(未出版之碩士論文)。私立南華大學，嘉義縣。
- 陳金貴(2003)。〈志願服務的內涵〉，《人事月刊》，36，5：6-14。
- 陳慧姿(2007)。《高中教師靈性健康與幸福感之相關研究-以高雄地區為例》(未出版之碩士論文)。國立高雄師範大學，高雄市。
- 曾華源、曾騰光(2003)。《志願服務概論》。台北：揚智文化事業。
- 曾廣志(2001)。《台灣地區商職學生死亡態度與生死教育需求之探討》(未出版之碩士論文)。私立南華大學，嘉義縣。
- 黃國城(2003)。《高雄市醫院志工幸福感、死亡態度與生命意義感之相關研究》(未出版之碩士論文)。國立高雄師範大學，高雄市。
- 黃淑貞(2005)。《中學生靈性健康與生活壓力相關之研究-以台中地區三所女中為例》(未出版之碩士論文)。私立輔仁大學，台北市。
- 楊麗蓉(2009)。《高雄市國小教師宗教心理知覺與生命意義感、死亡態度之關係研究》(未出版之碩士論文)。國立高雄師範大



- 學，高雄市。
- 廖芳娟(2000)。《台灣警察之死亡態度研究》(未出版之碩士論文)。
私立南華大學，嘉義縣。
- 蔡坤良(2004)。《小琉球漁村老人生命意義感、死亡態度與幸福感
之研究》(未出版之碩士論文)。私立南華大學，嘉義縣。
- 蔡明昌(1995)。《老人對死亡及死亡教育態度之研究》(未出版之
碩士論文)。國立高雄師範大學，高雄市。
- 龍紀萱、李依雲、陳琬茹、林佩瑩、林宜璇、施勝烽(2010)。〈醫
院志工服務動機與志工教育方式適當性之研究〉，《社會發展
研究學刊》，7：79-94。
- 謝琬婷(2012)。《飛航專業人員死亡態度、死亡焦慮與工作效能之
相關研究》(未出版之碩士論文)。國立嘉義大學，嘉義市。
- 藍乙琳(2006)。《屏東縣國民小學退休教師生命意義感與死亡態度
之相關研究》(未出版之碩士論文)。國立高雄師範大學，高雄
市。
- 藍育慧、莊照明、林昭卿、趙淑員(2008)。〈社區老人安適感、
希望感、與死亡態度及其相關之探討〉，《社區發展季刊》，
121：303-319。
- 羅素如(2000)。《殯葬人員對死亡的態度與生死學課程需求初探》
(未出版之碩士論文)。私立南華大學，嘉義縣。
- Daaleman, T. P., Frey, B. B., Wallace, D., & Studenski, S. A.(2002).
*Spirituality Index of Well-Being Scale: development and testing of
a new measure. Journal of Family Practice, 51(11), 952.*
- Dickstein, L.S.(1972). *Death concern: Measurement and correlates.
Psychological Reports, 30 (2), 563-571.*
- Gesser, G., Wong, P.T.P., & Reker, G.T.(1987). Death attitudes across the
lifespan: The development and validation of the Death Attitude
Profile (DAP). *Omega, 18, 109-124.*
- Howden, J.W. (1992). *Development and psychometric characteristics
of the spirituality assessment scale.* Unpublished doctoral



- dissertation, Texas woman's university, Texas.
- Klug,L.,& Boss,M.(1976). Factorial structure of the death concern scale.*Psychophysical Reports*,38,107-112.
- Lester,D.(1967). Experimental and correlational studies of the fear of death.*Psysical Bulletin*,67,1,26-36.
- Lester, D. (1990). The Collett- Lester fear of death Scale the original version and a revision.*Death Studies*, 14, 451-468.
- Lester, D., & Abdel-Khalek, A. (2003). The Collett-Lester fear of death scale: A correction.*Death Studies*, 27, 81-85.
- Levin, H. (1977) *Voluntary Organizations in Social Welfare*, In *Encyclopedia of Social Work (17th.ed.)*.Washington D.C.: National Association of Social Work.
- Monod S., Brennan M., Rochat E., Martin T. E., Rochat S., and Christophe J. B.(2011). Instruments Measuring Spirituality in Clinical Research: A Systematic Review. *J Gen Intern Med*. 26(11): 1345–1357.
- Narayanasamy, A. (2004). *The puzzle of spirituality for nursing: guide to practical assessment*.*British Journal of Nursing*, A13(19), 1140-1144.
- Purdy, M., & Dupey, P.(2005). Holistic flow model of spiritual wellness. *Counseling and Values*, 49(2), 95-106.
- Reed P.(1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing & Health*, 10, 335-344.
- Templer,D.I.(1970).The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- Vella-Brodrick, D.A., & Allen, F.C. (1995). Development and psychometric validation of the Mental, Physical, and Spiritual Well-Being Scale.*Psychological Reports*, 77(2), 659-674.

