

南 華 大 學

非營利事業管理學系

碩士論文

安寧志工生命意義感、死亡態度與幸福感之相關研究

A Study of Relationship Among the Meaningfulness of Life, Death

Attitude and Well-being of Hospice Volunteers

研 究 生：陸 金 竹

指 導 教 授：周 玲 玲 博 士

鄭 文 輝 博 士

中華民國一〇三年六月十八日

南 華 大 學  
非營利事業管理學系  
碩 士 學 位 論 文

安寧志工生命意義感、死亡態度與幸福感之相關研究

研究生：陸金叮

經考試合格特此證明

口試委員：黃德偉

涂瑞德

鄭文輝

周玲玲

指導教授：周玲玲

鄭文輝

系主任(所長)：洪嘉麟

口試日期：中華民國 103 年 06 月 18 日

## 誌謝

又一次的考驗，一路走來不可謂不辛苦，但如人飲水，冷暖自知，卻也點滴在心頭，如果說學到老、活到老大概就是這個樣子吧！

首先要感謝我的指導教授周玲玲主任、鄭文輝老師，在撰寫論文期間給予我許多指導與磨練，才使得論文得以順利完成。另外要感謝二位辛苦的口試委員黃德舜教授、涂瑞德教授，口試當天在論文撰寫上提供許多寶貴的建議，讓論文得以更臻完善與充實。

謝謝南華大學非營利事業管理學系的全體老師在這兩年的教誨。我常想，在我從事安寧志業近廿年中，我自己的收穫是最多，真正體驗到「教學相長」，這兩年不虛此行，是我收穫最多的一段日子。

生命是有意義的，不論年紀多寡，或是處在任何的逆境中，只要好好地把握每一天，真正的學會愛與被愛，才能找到生存的價值，與生命的意義。這一路走來，感謝同學玲玉、雅美、淑寧、映蓉、金靜、富妙、美虹、承元、瑞祥、明瑟的一路相伴。好友美花、葆泓、招蓓、美緣、淑貞、秋香、瓊霞、瑩霞、麗娟、雪霞、立麗等給我的鼓勵與協助，尤其是玲玉您陪我走過的辛苦，願我的成果能與您分享。從接洽到行文，醫院 IRB 與 JIRB 的通過，才使得本論文得以順利完成，這期間要感謝的貴人實在太多了，尤其要感謝的是台大醫學院附設醫院吳家鳳組長、臺北市立關渡醫院吳學美社工師、振興醫院蘇敘文課長、三軍總醫院蔡惠芳社工師、台北榮民總醫院蔡美惠社工師、台北市立聯合醫院(忠孝院區)王美凡社工師、台北市立聯合醫院(仁愛院區)吳芊慧社工師、台北市立萬芳醫院邱韻寧社工師；台北醫學大學附設醫院施湘婷社工師；天主教耕莘醫院李秀惠主任、張慧明社工師；佛教慈濟綜合醫院台北分院吳芳茜主任；行政院衛生署雙和醫院李國隆主任、張菡容社工師；財團法人汐止國泰綜合醫院施盈助社工師；財團法人基隆長庚紀念醫院黃齡萱社工師；國立陽明大學附設醫院吳芬芳主任；天主教羅東聖母醫院汪宗玫社工師；羅東博愛醫院高國書課長；桃園榮民醫院杜俊毅主任、陳香雲組長；衛生福利部桃園醫院余珮瑜主任；財團法人桃園長庚紀念醫院徐文宏課長；中國醫藥大學附設醫院蔡教仁主任；中山醫學大學附設醫院(大慶院區)黃惠玲組長、陳詩欣社工師；光田醫療社團法人光田綜合醫院陳淑惠社工師；彰化基督教醫院柯智慧主任；嘉義基督教醫院陳淑貞督導；天主教聖馬爾定醫院曹孟如社工師；新樓醫院吳春慎組

長、高雄榮民總醫院呂興軍社工師；天主教聖功醫院劉玉柔社工師；高雄醫學大學附設中和紀念醫院劉佩均主任、王靜瑜社工師；財團法人高雄長庚紀念醫院葉雅蕙課長、李昶曠社工師；屏東基督教醫院林慈惠主任、黃全賢社工師；屏東民眾醫院趙榮連課長；佛教慈濟綜合醫院潘國揚主任；基督教門諾會醫院鄭英傑課長；財團法人台東聖母醫院等、因為有您們熱心的協助，問卷的收集才得以完成，僅藉此一角向您們表示我誠摯由衷的感謝。

更要感謝的是各醫院熱心投入的安寧志工夥伴們，因為有您們為醫療團隊的付出，才能提昇病人及家屬的生活品質，以及您們細心的幫忙我填寫問卷，還有在天上的生命老師們的助力，使得這本論文得以完成，期望能夠對實務工作者有所貢獻。

最後，我要向早逝的父、母親說：您們未能親睹我論文的完成，是女兒最大的遺憾；因為有您們對我的愛與支持，是我繼續走下去的最大動力，還有我最好的弟弟與弟媳景高、景華以及姪子瑞治、瑞傑，您們是我求學過程中的最大支柱，我要對您們說聲謝謝！

要感謝的人實在太多，我想，除了謝謝之外還是謝謝！願能傳遞我銘感五內的心意。謝謝！

陸金竹 謹誌

2014/06/20

## 摘要

本研究旨在探討安寧志工的生命意義、死亡態度與幸福感的之現況及其關係。採問卷調查法，共計發出問卷 450 份，有效問卷為 375 份，回收率為 83.33%。以描述性統計、t 考驗，單因子變異數分析、單因子多變項變異數分析、皮爾遜積差相關、多元迴歸分析等方法進行資料分析。本研究所獲致的結果如下：

### 一、樣本特性及服務現況方面

研究樣本以「女性」居多；「年齡」以 50-59 歲的居多，平均年齡為 57 歲；「婚姻」狀況以已婚者居多；「教育程度」以高中（職）以上者為多數；「職業」以家庭管理者佔多數；近九成的安寧志工有「宗教信仰」；自覺健康狀況最多為「良好」；「遭逢過親人或親友的死亡」印象最深刻的是「父母的死亡」為多數；在與家庭談論死亡的氛圍時「很自然地討論」佔多數；「家人健康方面」回應曾罹病者佔近六成。「服務年資」以二年以內者佔多數，平均年資 7.6 年；「服務內容」以直接服務中的「情緒支持」佔多數；安寧志工最需要的在職訓練為：「溝通技巧」、「悲傷輔導」；加入安寧志工的動機依序為：幫助別人也幫助自己為最多。

### 二、安寧志工之生命意義感為中上程度以：「求意義的意志」最高；依次為「生命目的」、「苦難接納」、「生命控制」與「死亡接納」。

（一）不同性別、婚姻狀況、教育程度、目前職業、家人罹病在「生命意義感」上無顯著差異。

（二）不同年齡、宗教信仰、經濟狀況、健康狀況、經歷親人死亡印象深刻、家人反應在「生命意義感」上有顯著差異。

### 三、死亡態度方面：「中性接受」最高；依次為「趨近接受」、「逃離接受」、「死亡恐懼」與「死亡逃避」。

（一）不同性別、婚姻狀況、目前職業、經濟狀況在「死亡態度」上無顯著差異。

（二）不同年齡、教育程度、宗教信仰、健康狀況、曾經歷親人死亡、家人反應、家人罹病在「死亡態度」上有顯著差異

### 四、幸福感方面：「人際關係」最高；依次為「生活滿意」、「自我肯定」與「身心健康」。

（一）不同性別、教育程度、目前職業、宗教信仰、經濟狀況、曾經歷親人死亡、家人罹病在「幸福感」上無顯著差異

（二）不同年齡、婚姻狀況、健康狀況、家人反應在「幸福感」上有顯著差異。

### 五、安寧志工在「生命意義感」與「死亡態度」方面

(一)「整體生命意義感」與「死亡恐懼」、「死亡逃避」呈現負相關。

(二)「整體生命意義感」與「中性接受」、「趨近死亡接受」呈現正相關。

#### 六、安寧志工在「死亡態度」與「幸福感」方面

(一)「死亡恐懼」、「死亡逃避」與「整體幸福感」呈現負相關。

(二)「中性接受」、「趨近死亡接受」與「整體幸福感」呈現正相關。

#### 七、安寧志工在「幸福感」與「生命意義感」方面

(一)「整體生命意義感」及其分層面之「求意義的意志」、「生命目的」、「生命控制」、「苦難接納」與「幸福感整體」及其分層面之「生活滿意」、「人際關係」、「自我肯定」、「身心健康」呈現正相關。

(二)「整體生命意義感」之分層面「死亡接納」與「整體幸福感」呈現負相關。

八、在安寧志工的 生命意義感與死亡態度對幸福感的回歸預測分析方面以「生命意義感」中之「生命目的」、「生命控制」及「苦難接納」與「死亡態度」中之「死亡恐懼」為幸福感的主要預測因子。

根據上述的研究結果，研究者提出具體建議，以作為未來後續研究者之參考。

關鍵字：安寧志工、生命意義感、死亡態度、幸福感

# Relationships Among the Meaningfulness of Life, Attitudes toward Death and Well-being of Hospice Volunteers in Taiwan

## Abstract

This study aims to explore the status and relationships among the meaningfulness of life, attitudes toward death and well-being of hospice volunteers in Taiwan.

A survey of total 450 questionnaires was made, among which 375 were valid with 83.33% return rate. Then, statistical analyses such as descriptive statistics, t-test, one-way ANOVA, one-way multivariate of variance, Pearson correlation, and stepwise multiple regression were employed. Eight major findings of the study are as following:

### 1. On the sample characteristics and the status of services

Majority of hospice volunteers are female; aged between 50-59 averaged 57 years old; getting married; educated in senior high schools and colleges; keeping household management; having religious faith; perceiving good health status; experiencing the death of close relatives, especially, parents; discussing death issues naturally in the family, while 60% of family members with major diseases.

Though the majority of volunteers serve two years or less, the average seniority are 7.6 years. Most provide direct services in emotional support; while most needed job trainings are communication skills and sadness counseling. Most volunteers are motivated by the belief of helping others to the benefit to themselves too.

### 2. On the meaningfulness of life

Overall, volunteers appreciate substantial meaningfulness of life, mostly willings to pursue the meaning of life, followed by pursuing purpose of life, acceptance of suffering, life control and acceptance of death.

(1) There are no significant differences in meaningfulness of life among volunteers with different gender, marital status, education level, current occupation and morbidity of family members.

(2) There are significant differences in meaningfulness of life among volunteers with different age, religious faith, economic status, health status, experiencing death of close relatives and recognition of family members.

### 3. On the attitudes toward death

Overall, volunteers take the attitude of neutral acceptance mostly, followed by progressive acceptance, evading acceptance; rather than fearing and escaping death.

(1) There are no significant differences in attitudes toward death among volunteers with different gender, marital status, current occupation and economic status.

- (2) There are significant differences in attitudes toward death among volunteers with different age, education, religious faith, health status, experiencing death of close relatives and recognition of family members and morbidity of family members.

#### 4 · On well-being

Overall, volunteers value interpersonal relation mostly, followed by life satisfaction, self-affirmation and health status.

- (1) There are no significant differences in valuing well-being among volunteers with different gender, education level, current occupation, religious faith, economic status, experiencing death of close relatives and morbidity of family members.
- (2) There are significant differences in valuing well-being among volunteers with different age, marital status, health status, recognition of family members.

#### 5 · On relationship between meaningfulness of life and attitudes toward death

- (1) There are negative correlations among overall meaningfulness of life and fearing and escaping death.
- (2) There are positive correlations among overall meaningfulness of life and neutral acceptance and progressive acceptance of death.

#### 6 · On relationship between attitudes toward death and well-being

- (1) There are negative correlations among fearing and escaping death and overall well-being.
- (2) There are positive correlations among neutral acceptance and progressive acceptance of death and overall well-being.

#### 7 · On relationship between well-being and meaningfulness of life

- (1) There are positive correlations among overall meaningfulness of life, its sub-components of willings to pursue meaning of life, purpose of life, life control, acceptance of suffering and overall well-being and its sub-components of life satisfaction, interpersonal relationship, self-affirmation, health status.
- (2) There are negative correlation between acceptance of death and overall well-being.

#### 8 · On predicting well-being of volunteers

Main predictors of well-being of volunteers are pursuing purpose of life, life control and acceptance of suffering on the aspect of meaningfulness of life; and fearing death on the aspect of attitudes toward death.

Based on the above results, concrete proposals for future follow-up researches are suggested..

Key words : Hospice Volunteers · Meaningfulness of life · Attitudes toward death · Well-being



# 目 錄

## 第一章 緒論

第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究目的	5
第三節 名詞界定	6
第四節 研究範圍與限制	8

## 第二章 文獻探討

第一節 安寧療護與志願服務	9
第二節 生命意義及其相關研究	20
第三節 死亡態度及其相關研究	24
第四節 幸福感及其相關研究	31
第五節 生命意義感、死亡態度與幸福感之關係	37

## 第三章 研究方法

第一節 研究架構	40
第二節 研究假設	42
第三節 研究樣本與方式	43
第四節 人體試驗倫理委員會與倫理	45
第五節 研究工具	46
第六節 資料處理	49

## 第四章 研究結果與討論

第一節 樣本特質之描述與分析	50
第二節 安寧志工生命意義、死亡態度與幸福感之現況	61
第三節 不同背景變項之安寧志工在生命意義、死亡態度與幸福感之差異探討	63
第四節 安寧志工的生命意義、死亡態度與幸福感之相關情形分析	98
第五節 安寧志工之生命意義、死亡態度對幸福感之迴歸預測分析	105

## 第五章 結論與建議

第一節 結論	111
第二節 建議	115

參考文獻	120
------	-----

## 附錄

附錄一、量表使用同意書 .....	127
附錄二、正式問卷.....	130
附錄三、在陪伴服務過程中，讓您印象最深刻值得分享的感受.....	136
附錄四、2008 年赫爾辛基宣言（Declaration of Helsinki）中文版 .....	140
附錄五、人體研究倫理政策指引.....	144
附錄六、全國安寧療護資源分布統計.....	145

## 圖目錄

圖 2-1-1 團隊特色—安寧志工.....	17
圖 2-1-2 需求理論於志工實務運用.....	18
圖 3.1.1 研究架構.....	40

## 表目錄

表 2.1 以運用單位所屬的主管單位分類 .....	15
表 2-4-1 幸福感的定義及相關名詞 .....	33
表 3.2.1 問卷回收狀況表.....	44
表 3.3.1 生命意義感各分層及整體之 Cronbach $\alpha$ 值.....	46
表 3.3.2 死亡態度各分層及整體之 Cronbach $\alpha$ 值.....	47
表 3.3.3 幸福感各分層及及整體之 Cronbach $\alpha$ 值.....	48
表 4-1-1 醫院及樣本數之次數分配與百分比統計表 .....	51
表 4.1.2 安寧志工基本特質之次數分配與百分比統計表.....	54
表 4.1.3 安寧志工服務情形之次數分配與百分比統計表.....	59
表 4.2.1.安寧志工「生命意義感」層面分析統計表.....	61
表 4.2.2.安寧志工「死亡態度」層面分析統計表.....	62
表 4.2.3.安寧志工「幸福感」層面分析統計表.....	62
表 4.3.1 不同性別安寧志工在生命意義感整體層面上之差異分析.....	63
表 4.3.2 不同性別安寧志工在生命意義感分層面上之差異分析.....	63
表 4.3.3 不同年齡之安寧志工在生命意義感整體層面上之差異分析.....	64
表 4.3.4 不同年齡之安寧志工在生命意義感分層面上之差異分析.....	64
表 4.3.5 不同宗教信仰之安寧志工在生命意義感整體層面差異分析.....	65
表 4.3.6 不同宗教信仰之安寧志工在生命意義感分層面上之差異分析.....	66
表 4.3.7 不同經濟狀況之安寧志工在生命意義感整體層面差異分析.....	67
表 4.3.8 不同經濟狀況之安寧志工在生命意義感分層面上之差異分析.....	68
表 4.3.9 不同健康狀況之安寧志工在生命意義感整體層面差異分析.....	69
表 4.3.10 不同健康狀況之安寧志工在生命意義感分層面上之差異分析 .....	69
表 4.3.11 經歷印象深刻的親人死亡之安寧志工在生命意義感整體層面差異分析	70
表 4.3.12 經歷親人死亡印象深刻之安寧志工在生命意義感分層面上差異分析 ...	71
表 4.3.13 家人談論事件或話題時家人反應之安寧志工在生命意義感整體層面差異分析	73
表 4.3.14 家人談論有關死亡話題時家人的反應之安寧志工在生命意義感分層面上之差異分析	73
表 4.3.15 不同背景變項之安寧志工在生命意義感上之之差異分析結果統計表...75	75
表 4.3.16 不同性別安寧志工在死亡態度分層面上之差異分析.....	76
表 4.3.17 不同年齡之安寧志工在死亡態度分層面上之差異分析.....	76

表 4.3.18 不同教育程度安寧志工在死亡態度分層面上之差異分析.....	78
表 4.3.19 不同宗教信仰之安寧志工在死亡態度分層面上之差異分析.....	80
表 4.3.20 不同健康狀況之安寧志工在死亡態度分層面上之差異分析.....	82
表 4.3.21 經歷過親人死亡之安寧志工在死亡態度分層面上之差異分析.....	84
表 4.3.22 家人談論有關死亡話題時家人的反應之安寧志工在死亡態度分層面上之差異分析...	85
表 4.3.23 自己或家人是否曾有身體健康不佳者安寧志工在死亡態度分層面上之差異分析.....	87
表 4.3.24 不同背景變項之安寧志工在死亡態度上之差異分析結果統計表.....	88
表 4.3.25 不同性別安寧志工在幸福感整體層面上之差異分析.....	89
表 4.3.26 不同性別安寧志工在幸福感分層面上之差異分析.....	89
表 4.3.27 不同年齡之安寧志工在幸福感整體層面上之差異分析.....	89
表 4.3.28 不同年齡之安寧志工在幸福感分層面上之差異分析.....	90
表 4.3.29 不同婚姻狀況之安寧志工在幸福感整體層面上之差異分析.....	91
表 4.3.30 不同婚姻狀況之安寧志工在幸福感分層面上之差異分析.....	91
表 4.3.31 不同健康狀況之安寧志工在幸福感整體層面差異分析.....	93
表 4.3.32 不同健康狀況之安寧志工在幸福感分層面上之差異分析.....	93
表 4.3.33 家人談論有關死亡話題時家人的反應之安寧志工在幸福感整體層面差異分析.....	95
表 4.3.34 家人談論有關死亡話題時家人的反應之安寧志工在幸福感分層面上之差異分析...	96
表 4.3.35 不同背景變項之安寧志工在幸福感上之差異分析結果統計表.....	97
表 4.4.1 安寧志工生命意義感與死亡態度之積差相關分析摘要表.....	98
表 4.4.2 安寧志工死亡態度與幸福感之積差相關分析分析摘要表.....	99
表 4.4.3 安寧志工生命意義感與幸福感之積差相關分析摘要表.....	100
表 4.5.1 安寧志工幸福感整體層面之迴歸預測分析摘要.....	105
表 4.5.2 安寧志工生活滿意層面之迴歸預測分析摘要表.....	106
表 4.5.3 安寧志工人際關係層面之迴歸預測分析摘要表.....	107
表 4.5.4 安寧志工自我肯定層面之迴歸預測分析摘要表.....	108
表 4.5.5 安寧志工身心健康層面之迴歸預測分析摘要表.....	108
表 4.5.6 安寧志工幸福感之逐步多元迴歸分析結果摘要表.....	109

# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景與動機

自1982年起，癌症已連續31年高居台灣地區十大死因之首位，且呈逐年增加的趨勢，根據醫學上的估計，有1/3的癌症是可以預防的，1/3的癌症透過早期篩檢亦可有效治療，另外1/3的癌症瀕死病人，往往因疾病無法治癒而難以獲得理想與周全的照顧，致使病人與家屬在身、心、靈等各方面都承受極大的痛苦。是以，採用一種先進、積極、人性化的醫療照顧模式--安寧療護（hospice & palliative care），乃是台灣醫界急需重視的一項課題。

現代安寧療護運動的興起，主要是基於對醫療照顧不夠人性化的一種反思，期望能提升末期病人及家屬的生活及照護品質，故而興起了對高科技醫療體制缺乏人性化照顧的一種反制。安寧療護強調團隊合作的精神，藉由醫護人員、社工師、心理師以及受過訓練的志工等人士的團隊照顧，以最積極的態度從醫療、心理和靈性出發，給予全方位的照護及痛苦症狀的緩解，共同為末期重症病人及其家屬做好情緒調適，克服死亡的恐懼和尋找生命的意義，協助心願完成以減少遺憾，幫助家屬克服在病人生病期間及死亡前後所遭逢的失落、困境及壓力，使病人及其家屬均能在平安而又有尊嚴地安然度過死亡的全部歷程，完善地為臨終者的人生譜上完美的休止符。

依據台灣安寧照顧協會截至2014年5月20日止，台灣設有安寧病房的醫院有50家。台灣地區自1990年2月創立第一家「馬偕安寧療護」以來，安寧志工的養成與需求亦應運而生，廿多年來志工的身影也逐漸成長，並穿梭於各安寧病房。安寧志工與其他醫療團隊工作人員的目的之一致，皆是為提供末期病人及其家屬更好的生活品質。但因志工並非專職醫療專業人員，所以安寧志工是以輔助專業人員的角色，來共同積極推展安寧療護的工作（Ajemian, 1993）。

安寧療護團隊需要相當多的人力和持續性對人生命關注之力量才能做得好，因為醫療資源有限，醫護人員人力不足，因有安寧志工的加入使醫療體系更加完整和確實，故維持志工的服務品質和持續關懷的力量是相當重要課題。做好自我覺察與調適，了解自己對生命和死亡的信念與價值觀，並不斷在陪伴照護末期病人的過程中反思與學習成長，才能夠在服務臨終病人與

家屬之際，成為一位傑出而又實用的志工，幫助醫療團隊一起協助末期病人和家屬達到善終。

近年來隨著社會型態的改變，工商業急速發展，失業率攀升、貧富差距擴大，台灣逐漸走向M型社會，使得社會大眾普遍存在著投機與功利的取向，科技雖然帶給人類物質生活的提升，表面上看起來似乎幸福美滿，實際上內心卻顯得莫名的空虛，讓很多人對自己的存在覺得毫無目標，生活上顯得麻木，在逐漸地喪失生命意義之際，人們逐漸地反思、探索心靈層面的問題，諸如生命的意義與價值何在？幸福是什麼？什麼才是幸福的人生？

擁有生命意義及生命目標是定義人類特徵，探究人生命意義最具代表性的學者是 Frank, Viktor. E 的生命哲學。Frank 的傳奇一生，深刻體會到生命短暫與人生的無常，正巧就是生命的潛能所在，達成這項任務的關鍵就在於能否找到自己存在的價值與人生的意義(洪翎隆、黃松元, 2012)。Frank(1984)認為生命的意義 (the meaning of life) 具有主觀性與獨特性，因人、因時、因地而隨時改變。人可以透過實現三種價值而發現生命的意義，這三種價值分別為創造性價值 (如工作)、經驗性價值 (如真、善、美、愛) 及態度性價值 (面對不可改變之命運所持有的態度 — 如不治之症、苦難、罪疚與死亡)。生命的旅程中，人人都有他特殊的天職或使命需要具體的去實現。

死亡造成人生的有限性，唯有透徹了解死亡的意義，擁有良知、堅持自我彰顯的決斷，積極參與自己的死亡，才能有計劃地安排自己的生命，也才知道如何使病人及家屬得到好的照顧，讓其有尊嚴地走完人生旅程。海德格的代表作《存在與時間》(Being and Time) 一書中指出，人的存在是一種「人生是邁向死亡的存有」，人一生下來就逐漸步向死亡。因此站在生命永續性的角度來看，生是死的起點，死是生的終點，且人類終其一生，都知道自己必死的命運，充分彰顯出人生努力的重要性，人必須在死亡的陰影下展開人生的規劃與過程，如何看待死亡的態度也影響了人們對生命意義的看法，關心生死問題，積極的尋覓生命的意義與價值。如能坦然面對生死大事，珍惜生命，把握時間，在具體現實人生的過程中，尊重大自然、尊重他人的生命，從而獲得許多人生中必須面對遵循的準則，使我們的人生更為順暢與幸福 (鄭曉江, 2001)。

幸福是什麼？這既是幸福感（well-being）的本源性問題，也是進一步探究的起點，採用什麼樣的方法來研究幸福感，幸福感是每個人都知道其含意，但卻無人能夠精確其定義（高良、鄭雪，2009）。幸福感包含個人生活品質感受與情緒體驗兩個主要成分，它也是正向心理學所探討的積極正向體驗中，最重要的研究之一（李新民，2012）。幫助人們發現並利用自己的內在資源，進而提昇個人的素質及生活的品質。Christopher（1999）也認為幸福感的了解是人類存在的需要，亦即人類需要探討這個世界上什麼才是較好和較有價值的生活模式。

幸福是一種濃濃香醇滿足的感覺，它是人類共同追尋的目標，幸福感可以是一種主觀的認定，每一個人對於幸福的感受有所不同（魏美惠，2011）。但每個人都渴望獲得幸福。陳蜜桃、陳玲婉（2006）認為幸福感是一種整體的心理感受，涵蓋個人情緒及認知層面對生活是否感到滿意，同時也會受到個人人格特質與環境因素產生交互作用的影響。因此，體察生命存在的價值並坦然接受死亡，達到生與死的理想境界，精神與心靈因此獲得安適，使自己的人生哲學在建構過程中，獲得心靈的提升，過得更幸福。

研究者曾有數次因病住院的經歷，對人生有了更深一層的感觸與體會；同時研究者擔任安寧病房志工近廿年，總是滿心期待每週一次與病人及家屬的臨終相聚；也看到很多社會人士利用工作之餘選擇加入醫院志工的行列，而生死議題對於國人而言仍屬禁忌話題，一般人更是將「醫院」與「死亡」畫上等號，非不得已不上醫院，且有唯恐避之不及，何以會有如此異類的一群志工不怕沖煞或遭到厄運，卻樂於將安寧病房視為是生命成長的學習場域，默默地在其中付出，長期投入在安寧療護的領域，配合著安寧醫療團隊持續性地服務重症末期的病人與家屬，且因為有他們的參與，提供了服務品質的改善與服務方式的多樣化，間接的也滿足了病人與家屬。這些志工參與的動機為何，值得探討，此為本文研究動機之一。

安寧志工有更多的機會去感受發生在病房中之老、病、死等不可避免的人生課題，在第一線服務生命末期病人與家屬時，是如此近距離地貼近死亡與感受瀕死前痛苦狀態，目睹病痛的安寧志工，需以其服務的熱忱、關懷、陪伴、同理、傾聽患者與家屬的心靈層面，而其本身的心靈層面必需去作適

當的調適及轉化。安寧志工們投入心力，在安寧病房服務的過程是否成為生活中重要的一部分？在這樣的服務場域及服務經驗中，安寧志工如何看待自己的生命意義及死亡與價值？對生死的詮釋能否對心靈安適幸福而有所影響？這些都是值得深思的課題。

然台灣地區現有相關「生命意義感、死亡態度與幸福感」的文獻論文，其對象大多是以青少年、青年、大學生、老年人以及社會人士，以醫院為對象與此議題相關論文僅有「翁育慈（2014）從安寧療護家屬成為安寧志工的歷程及其生命意義感之研究」、「吳佳蓁（2013）醫療志工靈性健康與死亡態度之探討—以嘉義地區為例」、「張振發（2011）醫院志工死亡焦慮之研究—以台中榮總志工為例」、「吳文淑（2010）台灣醫護人員死亡態度與生命意義之相關研究」、「靳琇婷（2010）醫院志工涉入、死亡態度、生命意義感與幸福感之相關研究」、「林家甄（2006）從家暴婦女到安寧志工：一個生命意義感之階層分析研究」、「馮日安（2004）安寧療護中的靈性照顧—安寧志工的觀點」、「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」、「蘇秋雲（2001）安寧照顧志工照護經驗及其生命意義之探討」。因此，探討安寧志工的生命意義感、死亡態度與幸福感之相關研究，目前仍付諸闕如，顯然有必要探討，此為本文研究動機之二。

本研究希望以服務台灣地區安寧病房兩年以上的志工為研究對象，期望藉由現行安寧志工的廣泛調查，瞭解安寧志工在助人的服務過程中，對生命的意義、死亡態度的感受與幸福感之間的看法進行深入研究與比較，以作為未來安寧療護發展與社區服務之參考，同時也協助安寧志工建構更有意義、更幸福的人生，進而達到社會教育之目的。當志工回歸到自己家庭和社區時能正確推廣安寧療護之理念和生死教育之意義，此為本文研究動機之三。



## 第二節 研究目的

依據上述研究背景與動機，本研究旨在探討國內安寧病房志工的生命意義感、死亡態度與幸福感的現況及其相關情形，以做為日後安寧志工相關研究及教育訓練計劃推廣之實用參考。

本研究主要目的陳述如下：

- 一、了解安寧志工生命意義感、死亡態度與幸福感之現況。
- 二、探討不同背景變項之安寧志工生命意義感之差異情形。
- 三、探討不同背景變項之安寧志工死亡態度之差異情形。
- 四、探討不同背景變項之安寧志工幸福感之差異情形。
- 五、探討安寧志工生命意義感與死亡態度之相關情形。
- 六、探討安寧志工死亡態度與幸福感之相關情形。
- 七、探討安寧志工幸福感與生命意義感之相關情形。
- 八、了解安寧志工生命意義感、死亡態度對幸福感之預測力。
- 九、綜合研究成果，提出具體建議，以作為未來安寧志工招募時之選擇、人力培訓及其相關研究、後續政策推廣以及未來安寧療護發展與社區服務之參考。

### 第三節 名詞界定

#### 一、安寧志工

所謂志工，乃是公民非出於道德或法定義務，而是出於自由意志，願意以追求公眾利益為前提，安排自己的公務與私生活。在履行了自己的公民與私人義務之後，將自己的時間精力無私地奉獻給群體，對社區中新產生的需求積極回應，致力於照顧窮苦無依的弱勢邊緣族群。

「安寧療護」是以尋求病友身、心、靈安適為目標的醫療理念，並以「安寧病房」為醫院中實踐此精神的場域；而服務其中的「安寧志工」，除了致力於提升病人的生活品質之外，且具備高度的敏感性以及適當引導病人與家屬表達情感。能在醫療專業之外，以接納、愛與關懷，陪伴末期病友走向生命的終點，並從中開發自己的內在資糧，以無懼、篤定的態度，從容體驗人生，更是安寧志工有別於一般志工的顯著特質（蓮花基金會）。

#### 二、生命意義感

本研究之生命意義感是指個人對自己生命的意義與目的之知覺與感受的程度。本研究所使用生命意義感之量表為研究者引用自何英奇（1990）之「生命態度剖面圖」，分為五個層面，包括：（一）求意義的意志；（二）生命目的；（三）生命控制；（四）苦難接納；（五）死亡接納。該量表所測量之分數，總分愈高表示個人覺得生命具有意義與目的，反之分數愈低表示個人覺得生命愈缺乏意義與目的，而感受到空虛。

#### 三、死亡態度

死亡態度簡單的來說，指個人對於終將死亡的覺知所引發的，與死亡、瀕死及生命有關之看法的種種情緒反應等。量表為廖芳娟（2000年）修訂 Wong et al.,於 1994 年重新修訂之「死亡態度描繪修訂量表」（Death Attitude Profile-Revised, DAP-R），作為死亡態度的測量工具，量表分為五個層面（一）死亡恐懼；（二）死亡逃避；（三）中性的死亡接受；（四）趨近導向的死亡接受；（五）逃離導向的死亡接受。

#### 四、幸福感

Andrews 和 Withey (1976) 對幸福感 (well-being) 所下的定義為：「幸福感是指以認知及情感兩向度對整體生活進行評估後的綜合結果。」幸福感是一種主觀的個人經驗，由每個人對生活的滿意程度所感受到的正負向情緒強度所做的整體評估。本研究所使用之量表以林子雯(1996)所修訂之「幸福感量表」為研究工具，以了解研究對象的幸福感高低情形。分為四個層面：(一) 自我肯定；(二) 人際關係；(三) 生活滿意；(四) 身心健康。若得分愈高，表示其幸福感愈高，得分愈低則表示其幸福感有待提昇。



## 第四節 研究範圍與限制

### 一、研究範圍

本研究範圍依「研究區域」與「研究對象」兩方面說明：

(一) 就研究區域而言：

本研究以全國各醫學中心、區域醫院、地區醫院成立之安寧病房為研究範圍。

(二) 就研究對象而言：

本研究之研究對象係以成立兩年以上之安寧病房的志願服務人員為施測對象，依據台灣安寧照顧協會截至2014年5月20日，目前台灣設有安寧病房的醫院有50家。分為：台北區（含北北基宜）20家、北區（含桃竹苗）5家、中區（含中彰投）6家、南區（含雲嘉南）9家、高屏區（高屏澎）7家、東區（含花東）3家，總病床數717床（附錄六）。

經研究者聯繫安寧病房的社工人員，取得同意施測的安寧病房共36家。本研究是以立意取樣的方式，被選取的安寧病房志願工作者列為全部施測對象，共計有安寧志工450位。

### 二、研究限制

本研究之研究限制包括「研究方法」、「施測限制」兩部分，茲說明下：

(一) 就研究方法而言：

本研究採取量化之相關研究方法，因受限於隨機抽樣在執行上有所困難。因此，採取立意取樣的方式依醫院安寧病房志工的意願發放問卷，而非隨機抽樣方式，因而可能有些許之誤差產生，又由於採用研究問卷調查，因此無法深入探討個別的特殊狀況。

(二) 就施測限制而言：

由於受限於人力、時間、物力之限制，取樣時因醫院為維護醫療安全有管理階層把關的限制，又醫院屬性不同，相關研究申請程序亦不同。

## 第二章 文獻探討

### 第一節 安寧療護與志願服務

自 1982 年起癌症躍居台灣地區十大死因的首位，死亡比率與人數仍逐年呈直線上升，迄至 101 年國人因癌症死亡人數為 43,665 人，占有所有死因死亡人數的 28.4%（衛生福利部）。亦即每十萬人口 131.3 人死於癌症，平均每十個家庭中約有三個家庭會面臨癌症患者，其中又約有三分之二患者無法治癒。據大醫院統計，每四床中就有一人是因癌症住院，醫學界雖然對癌症的預防與治療不遺餘力的努力改善，但癌症的治癒力約佔一半，也就是說有一半的癌症患者在一段時間以後就逐漸走向生命臨終之路（鍾昌宏，2006）。

現代安寧療護運動的興起，主要原因是基於對醫療照顧的不周全，期望能提升末期病人及家屬的照護品質，故而興起了對高科技醫療體制缺乏人性化照顧的一種反制。安寧病房的成立，是為提供症狀緩解、靈性與社會心理方面的支持、家庭與社會的關懷、靈性的撫慰及引導，醫療的重點由「治療（cure）」轉變為「照顧（care）」，讓罹患末期疾病而面臨死亡威脅的病人以及其家人得以改善生活品質，從疾病診斷之初一直到生命終期以及家人的後續關懷。由於其運用社會的各種善心資源，共同面對病人的痛苦與家屬的悲傷，協助情緒的調適（周玲玲，1997）。更重要的是喚起大眾對生命尊嚴的重視，提醒大家接受死亡的觀念，面對死亡的事實（陸金竹，2003）。因此，安寧療護強調的是以「病人」為中心圍繞著家人、工作夥伴、朋友和隨之而起的情緒反應，如：喜悅、焦慮、希望、擔心、失落、害怕、孤寂感等所構成的景象，提供了臨終病人最大的尊重。

#### 一、安寧療護的內涵

世界衛生組織（World Health Organization, WHO, 2002）對安寧療護之定義為「當患有威脅生命之疾病，協助病人及家屬增進其生活品質，藉由早期偵測預防及緩解痛苦，並透過完善的評估，減輕其身心靈之相關問題，以達到病人及家屬提升生活品質的目標」。此定義中強調，「安寧療護是以團隊照顧的方式為滿足病人及家屬的需求，提供病人疼痛及其他身、心、靈與痛苦症狀的緩解，並協助家屬在病人的臨終期及病人死亡後的哀傷期的調適（王英偉，2010）。」。

世界衛生組織（WHO，2011）並對其所下的安寧療護定義又作了更進一步的解釋：「安寧療護肯定生命的意義，但同時也承認死亡為自然過程。人不可加速死亡，也不需無所不用其極或英雄式拖延死亡過程。醫療團隊協助病人緩解身體上痛苦的症狀，同時提供病人及家人心理及靈性上的支持照顧，使病人達到最佳生活品質，並使家人順利渡過哀傷期」。

台灣的安寧療護觀念始於1980年，馬偕紀念醫院於1990年首先創立了安寧病房，1995年衛生福利部大力推展並訂名為「安寧療護」，截至2014年5月20日止，有50家醫院通過衛生福利部立案成立安寧住院病房，經核定之安寧共同照護服務86家，以及71家安寧居家照護服務（資料來源：台灣安寧照顧協會；2014.05.20）。馬偕紀念醫院成立第一個安寧病房開始，照護對象從癌症病人逐漸擴展至末期運動神經元病人，於2009年9月1日起更將心臟衰竭、慢性肝病及腎病末期等八類疾病納入安寧服務範圍，使更多的末期病人得以受惠（中央健康保險署，2011），同時台灣安寧療護，經世界公正機構「經濟學人」的調查，是全亞洲提供最佳安寧療護的國家。

安寧療護是以提升照護品質的人性關懷為理念，強調以全人、全家、全程、全隊與全社區的「五全照顧」，來幫助病人身心靈平安直至生命的終點，因此為達到末期病人及其家屬在身、心、靈上的平安，安寧志工即是安寧療護團隊重要成員之一，必須接受專業的教育訓練，以提供適宜之照護服務。

所謂安寧照顧的理念從四個面向分析：

- （一）以照顧為主的理念，滿足臨終重症病人身、心、靈之需求。
- （二）尊重生命尊嚴、尊重瀕死病人的權利。
- （三）重視生命品質，使重症患者平安走完人生最後一程。
- （四）重視臨終病人與家屬之情感連結與感受，使生死兩相安。

因此安寧療護工作人員的基本信念（鐘昌宏，2006）：

- （一）肯定安寧療護之意義與精神，幫助重症等末期臨終病人解除疾病痛苦及心靈撫慰，工作人員所做是有崇高之意義。
- （二）肯定安寧療護的專業精神，必須不斷訓練、學習及改善工作方法與內容。

- (三) 除了自我肯定工作價值，應體認安寧療護是以團隊合作，應尊重其他專業。
- (四) 尊重病人及家屬的決定，維持生命的尊嚴與品質，但絕不幫助臨終者自殺或安樂死，而是協助患者安樂活。
- (五) 以愛心、同感心、熱心、恆心與信心來幫助病人與家屬。
- (六) 安寧療護是一種理念與運動，必須本土化，且必須了解正確的臨終與死亡觀念，推動正確的生死教育。

## 二、安寧志工的涵意與特質

台灣「志願服務工作手冊」對志願服務的定義：「志願服務是出自於己願，本著互助的美德，不求報償，利用餘時、餘力、餘財、餘知來表達對社會的愛意，對同胞的關懷，提供精神與物質兼有的服務（曾騰光、曾華源，2001）」。

自2001年1月20日頒布「志願服務法」，台灣地區的志願服務工作邁入新紀元，從以往的慈善工作轉型為更具組織性、教育性的人我服務工作。依劉秀珠(2003)的整理，志願服務的內涵區分為：

- (一) 志願服務是助人的美德及福利活動、
- (二) 志願服務是組織性的利他行為、
- (三) 基於社會公益責任的參與行為。

台灣地區志願服務法(第三條第一項)對志願服務所做的定義是「民眾出於自由意志，非基於個人義務或法律責任，秉持誠心以知識、體能、勞力、經驗、技術、時間貢獻社會，不以獲取報酬為目的，以提高公共事務效能及增進社會公益所為之各項輔助性服務。」此一定義並沒有強調是組織或集體性的社會公益行為，且將志願服務劃為輔助性服務。(曾騰光、曾華源，2001)。

因此志工服務的心態須保持：

- (一) 以「喜悅」心情服務大眾。
- (二) 以「利他」的理念排除私見。
- (三) 以「慈悲」的胸懷憐憫眾生。
- (四) 以「濟世」的熱誠幫助他人。
- (五) 以「積極」的態度參與公共事務。

由於安寧志工的概念是自有安寧療護以來所引生，雖然台灣地區也行之有年，但是要培養、訓練優秀的安寧志工的確非一件容易的事，且台灣地區少有相關文獻可資參考。根據英國桑德絲醫師建議，當招募安寧療護的志工時，最好是選用那些曾經經歷過人生挫折而能戰勝命運的人，尤其是曾經面臨過親人的死亡、特別能提供確切的幫助，他們可以用親身經歷來協助病人及家屬，增加對生命的信心（黃天中，2000）。故知擔任安寧療護的志工，必須能夠對安寧療護有足夠的認同，能夠充分利用自我內在資源以及提供病人身心與情感雙方面協助的專業人才。

Kavanagh（1983）則認為在安寧療護成功的成為志工的人，似乎都具有某些常見的特質，這些特質包括：

- （一）他們肯定生命，並享受其中；
- （二）他們不但不認為幫助他人或奉獻自己是很特別的事情，反而常常覺得這是一種榮幸是病家給的機會；
- （三）他們能夠忍受生命當中的悲歡離合及所有的壓力，尤其是在臨終之際的時刻。

Field D & Johnson（1993）中提到，英國安寧運動的成員以「情感的勞工」來形容安寧機構所具有某些家庭特色，乃至認為志工可能是維持安寧身、心、靈照顧的重要代理人。

台灣安寧療護之母趙可式則認為安寧成功的條件在於用對人，根據她的經驗，安寧療護志工必然有著以下的人格特質：

- （一）對「人」有興趣，關心整個的人，著眼整體的人，而非只是「器官」或「疾病」。
- （二）個性成熟、情緒穩定。
- （三）有幽默感、照顧臨終病人不僅需要極大的敏感度與耐心，還需要幽默感，如：別人的好與能力不會威脅到我，別人的批評也不能減損我的自尊。成不驕、錯不餒。
- （四）有自我覺察的能力：能分辨是我自己還是他人的需求、感受、價值、問題、困擾等。
- （五）彈性的態度：能包容不同的看法、意見、行為、接納異己。
- （六）敏銳的觀察力。
- （七）溝通的能力：善於協調折衝化解誤會。



傾聽的能力：用心去聽及觀察對方語言及非語言的訊息。

反應的能力：將自己的意見反映給對方作參考。

(八) 真誠的態度：雞婆個性。

(九) 豐富的知識：不斷的自我充實。

(十) 合作的能力 (趙可式, 1996)。

作為一位稱職的安寧志工，除了充實自己的知識、技能與了解服務對象的需求外，這是一份讓人成長的工作，更是體驗生命的地方，最重要的是精神上的滿足，應以成熟、真誠的態度等特性，來改善對重症末期病人的醫療服務與生活品質。

### 三、安寧志工的服務理念

傳統的醫療體制是運用高科技的醫療來延長臨終病人的瀕死期，而安寧療護則是強調以病人及家庭為中心的人性化照護理念，積極性的提昇生活品質與生命品質，讓重症末期病人在瀕死、悲傷的過程中，重燃信心與勇氣。因而安寧療護受到大眾的支持，也唯有了解安寧療護的服務理念，才能進一步的接受及推動。

茲將安寧療護的服務理念歸納出以下十點：

(一) 服務對象：安寧療護是以所有的重症末期病人及其重要關係人為基本單位，同時中央健康保險署於 2009.9 新增八大非癌末期疾病包括：

1、老年期及初老期器質性精神病態；

2、其他大腦變質；

3、心臟衰竭；

4、慢性氣道阻塞，他處未歸類者；

5、肺部其他疾病；

6、慢性肝病及肝硬化；

7、急性腎衰竭，未明示者；

8、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者。(可以幫助他們去分辨，機構能提供什麼樣的協助)。

(二) 全人照顧：關懷臨終病人身、心、靈的需求，並尊重患者的自主權、期望與尊嚴。

- (三) 必須具備跨專業組成的醫療團隊：提供足夠的人力，服務患者與家屬整合性的安寧療護。
- (四) 志願服務人員：社會資源的妥善運作。
- (五) 醫療團隊的持續接受再教育，並教育其他與安寧療護有關的專業人員：重視專業知識及倫理道德的訓練，接納所有的病人而給予病人最適切的醫療，也了解其服務在安寧療護中所具有的意義與價值之處。
- (六) 明確的品質保證制度：對所有的重症末期病人做善終服務評估。
- (七) 重視臨床研究的精進：進軍國際性醫療學術期刊。
- (八) 提供遺族的傷慟支持或輔導：悲傷的情感支持從病人入院之後就應開始，直到其能獨立面對一切，或有其他資源的協助。例如臺大醫院緩和醫療病房這十多年來，分別舉辦有《老年喪親悲傷輔導團體》、《中年喪偶悲傷輔導團體》、《中年喪偶親職教育團體》、《喪失父母青少年悲傷輔導團體》以及一年一度的《遺族大會》、高雄榮總崇德病房一年一度《遺族追思會》、台北榮總大德病房則是持續性的《遺族關懷小組》服務。
- (九) 提供適合社會需求的服務範圍、內容與程序：適應社會的發展，安寧療護的觀念不應只在安寧病房，應擴展至整個社會的普及性。
- (十) 公平正義的原則：對待所有服務對象，不分種族、宗教、性別、年齡、社經地位、在公平正義原則下提供安寧療護服務(邱泰源，2002)。

安寧療護的工作裡沒有生命的喜悅，當然也沒有陽光再現的奇蹟，我們身邊的朋友不論是老弱殘兵也好、生命垂危也罷，但他們是重要的，在他們的身上您會發現有太多關於生命的故事，同時您也會對生命有更深層的體認，這些是不在這個場域服務，是無法領會到的人生經驗。只要用「心」去體會這個世界，用「心」去照顧病人的心靈，做一個幽谷伴行天使，讓他們生死兩相安，無形中您心中會有一股超乎自然的快樂。

綜上所述，安寧療護不是以病人及其家屬去配合醫療系統與制度，而是以「病人」為中心，病人是主角、家屬是配角、醫療團隊是跑龍套的，跑龍套的要順主角的心意，有彈性的調整其提供的照護，以團隊專業的服務來落實人本醫學，滿足病人個別性的需求，協助配角共同去完成主角的人生的最後一場戲。

#### 四、以服務工作內容分類

依照志願服務所屬的運用主管機關各有不同,志願服務的範疇分述如下:

表 2.1 以運用單位所屬的主管單位分類

服務範疇	所屬的主管機關	服務內容
社會服務	內政部或各縣市社會局(處)	兒童福利、婦女福利、青少年福利、老人福利、身心障礙者福利
教育	教育部或各縣市教育局(處)	各級學校的志工、社會教育、家庭教育、圖書館等
輔導	內政部或各縣市社會局處、教育部或各縣市教育局處、衛生署或各縣市衛生局	以輔導、心理諮詢為主要的服務內容、如義務張老師、生命線志工、觀音線協談志工等。
文化	行政院文化建設委員會或各縣市文化局(處)	各地文化中心、文化事業單位、藝術推廣或導覽等單位志工
科學	教育或科學領域的政府主管部門、如教育部、國家科學委員會等	自然科學博物館等各類型博物館、或推廣科學之議題等
體育	行政院體育委員會或各縣市教育局(處)	服務議題為體育推廣等,如運動志工
消防救難	消防署或各縣市消防局	協助消防、救災等服務內容。如義消、山難協會等
交通安全	警政署或各縣市警察局	協助警察進行交通指揮或交通安全相關工作。如義消
環境保護	環保署或各縣市環保局	協助環境保護議題的宣導、倡導與維護等。如環保志工
衛生保健	衛生福利部或各縣市衛生局	衛生教育宣導、衛生保健諮詢與健康促進等。如醫院志工
司法	司法院、法務部或各縣市地檢署	輔導受刑人、陪伴受害人家屬、法律諮詢或訴訟協助等
其他	各實例所屬的主管機關或領域	權益促進與保障、宗教、戶政、財稅、營建、政治等議題之志願服務領域、或合作發展、經濟、研究、志工人力之開發、聯合活動之發展及志願服務之提升等公眾利益

資料來源：引自何慧卿(2010)

#### 五、志工在安寧團隊中的角色功能

「安寧志工」不同於一般志工,最大的差異在於協助照顧、靈性照顧及全人照顧。其服務的對象是一群歷經與病魔抗爭,進入末期病程,正面臨死亡威脅與失落的病人與家屬(蔡美惠,1999)。安寧志工是一種「人我」之間最直接行善為重症末期病人服務,且是一種持續性的服務,並能夠認同安寧療護的理念,所激發出的使命感,且在其自由意志

情況下奉獻個人心力，協助醫療團隊滿足病人及其家屬的多樣化需求，以及更好的醫療照護品質（Craig，1994）。

「安寧療護」是以尋求病友身、心、靈安適為目標的醫療理念，並以「安寧病房」為醫院中實踐此精神的場域；服務其中的「安寧志工」，在安寧療護團隊中除了專業人員之外是既特殊且必要的一份子，雖然他們無法取代醫療專職人員，但卻可提供更多元化的服務，因此，許多安寧療護服務仍以志工為主。正因為志工角色所具備的多樣化功能，使志工與病人家屬間形成一種特殊的關係，甚至成為病家與團隊間的橋樑（Craig，1994），不僅提供病人舒適高品質的服務；並協助及陪伴家屬得以獲得身心的紓解，讓家屬因應親人面對疾病，且由於專業醫護人員因時間與例行工作的限制，而能投入更多的時間陪伴病人走完生命的最後旅程（Scott and Karen，1996）。

安寧志工是安寧療護團隊中重要的生力軍，更是豐富醫療團隊中潛藏的人力資源，由於志工以其超然的角色、熱心參與為醫療團隊注入了一股充滿人性化的活潑氣氛，擴大重症末期病人的服務層面與地域限制，如提供病人與家屬的直接服務、行政的支持、靈性照顧、遺族關懷小組等。「安寧志工」除了致力於提升病人的生活品質之外，且具備高度的敏感性以及適當的引導病人與家屬表達情感。能在醫療專業之外，以接納、愛與關懷，陪伴末期病友走向生命的終點，並從中開發自己的內在資糧，以無懼、篤定的態度，從容體驗人生，更是安寧志工有別於一般志工的顯著特質（蓮花基金會）。從醫院的安寧病房到社區的安寧居家療護、安寧共同照顧以及安寧療護推廣員，透過安寧療護理念，為需要的社區民眾均可獲得生理、心理及社會支持，做妥適持續性且接力性的照顧，使當事者享受安寧與關懷。

在臨床服務中，安寧志工除須具備安寧療護的知識，在重症末期病人與家屬面臨人生的重要關卡時盡一己棉薄之力協助完成最後的心願。因此，志工之工作方向具有承諾、熱誠和關懷三項特質；志工可以是支持者、傾聽者、陪伴者、關懷者、供給者、自我肯定與遵守倫理者。志工的服務品質是不能取代專業服務品質，不過，志願服務中所蘊含之人性互動情感，卻不一定能完全從專業服務中所獲得（曾華源，1996）。因而由上述志工在團隊中角色功能，可知安寧志工於服務的過程中，須

重視個別性的差異需求與決定，給予病人及其家屬最適當的照顧。

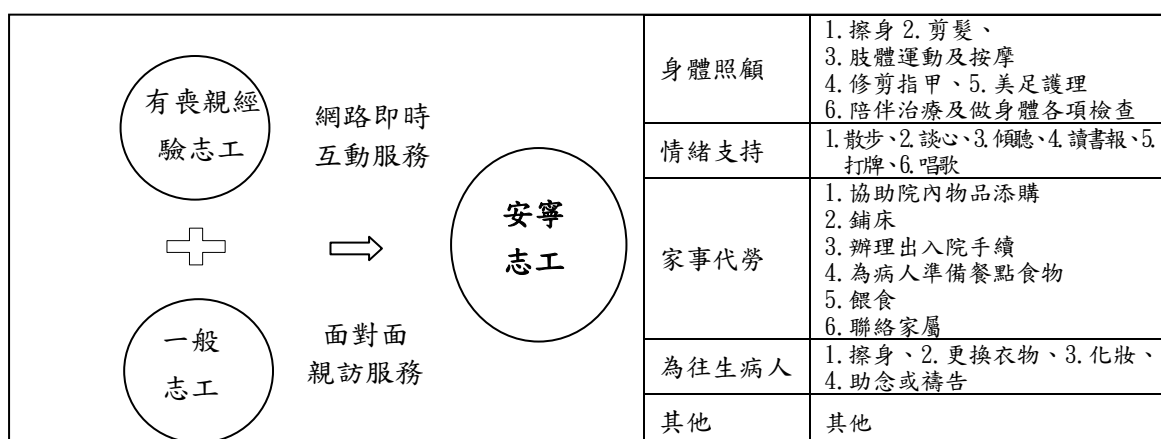


圖 2-1-1 團隊特色—安寧志工

(資料來源：王英偉，2014，頁 28)

## 六、安寧志工的服務動機

動機 (motive) 是人類行為的內在驅力，志工參與服務的行為，往往是由數種內外動的動力交互作用而成的，其參與的動機也非常不同 (曾華源、曾騰光，2009)

依據 Fischer and Schaffer 於 1993 年彙整志願服務動機的相關文獻，發現動機類型是多元性的 (內政部，2000)，包括利他、意識形態、或價值理念取向、利己、身分地位或獎賞、社會人際關係、休閒時間的運用，個人學習成長等等。新興的動機則包括幫助他人、利用工作餘暇、自我實現和個人的成長，學習更多有關生死相關議題，個人的體驗、利他主義和公民責任。每一位志工可能具有多種不同的動機，只是在不同的動機之間可能有各種不同的組合。

根據 Maslow 的需求理論，當低層次的需求受到滿足後，會繼續邁向更上一層次的需求。

- (一) 生理的需求 (physiological needs)：是滿足人類生理上的需求，相較於其他的需求而言，較易於達成。例如志工於進行服務時，設計適度休息時間，以及提供飲水機。
- (二) 安全的需求 (safety needs)：即免於服務時受到傷害，是再進一層次的目標。例如：設置志工置物櫃、服務時的佩戴識別證、背心等，因應其安全的需求。

- (三) 愛與歸屬的需求 (social needs)：愛與歸屬感更是許多志工重要的需求，歸屬感能讓安寧志工在團隊中，感覺自己也是其中的一份子，並且有被認同與關愛的感受，也是維繫志工與機構間，所必須要營造的氣氛。例如與志工一起討論服務目標與價值觀，與志工共同設定合理的工作標的，提供全方位的照顧，成功完成具有挑戰性的任務（例如心願的完成）。
- (四) 自尊的需求 (esteem needs)：要滿足自尊的需求，依照志工的個人專長，並為其設定個人的服務工作和任務，使其受到肯定。
- (五) 自我實現需求 (self-actualization needs)：由於是最高層次，自然也較難達成，可鼓勵志工在服務中，體會個人成就感的滿足與感動，而願意將服務視為終身的志業與承諾（何慧卿，2010）。

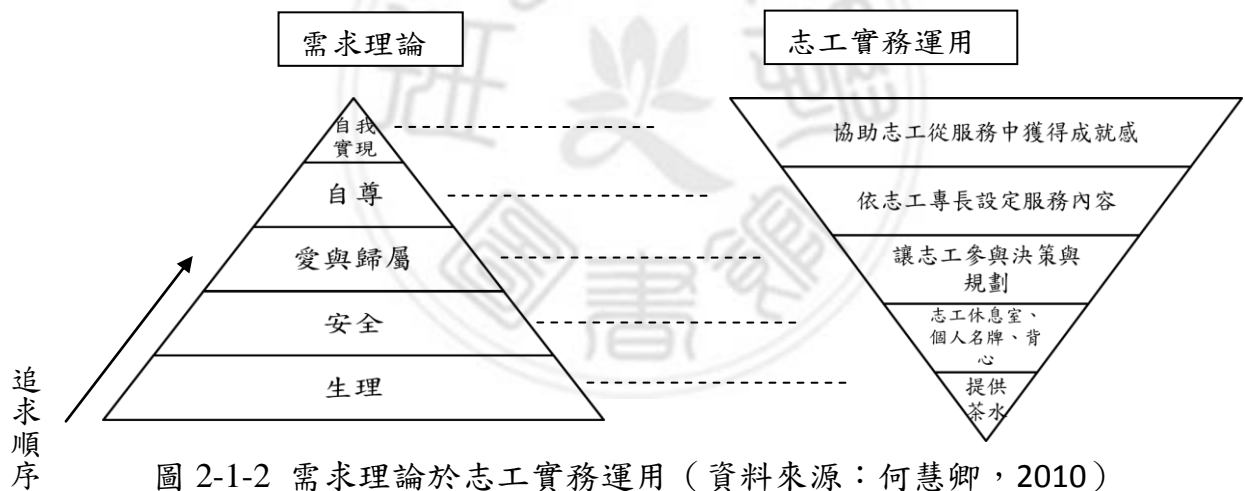


圖 2-1-2 需求理論於志工實務運用（資料來源：何慧卿，2010）

另一方面 McClelland (1985) 將激勵因素分成三種：

- (一) 成就的需要 (Need for Achievement)：指個人因完成某些工作，而覺得有成就感，並受到激勵鼓舞的作用，而願意參與志願服務工作。
- (二) 權利的需要 (Need for power)：指某些人認為參與志願服務能有施展領導才能的機會，並受此激勵而參與志願服務工作。
- (三) 社會的需要 (Need for Affiliation)：指有些人參與志願服務，得以擴展他的人際關係，覺得能與他人合作同心協力、並受此激勵而參與志願服務工作（陳馨馨，1998）。

從諸多有關志願服務工作的研究顯示，以上這三種需要確實存在，但這些需要，因不同情況的志工而異。

Maslow 與 McClelland 二種動機理論均是從心理學的需要理論來探

討。然而擔任志工的主要原因有(李淑珺譯, 2000; Steve McCurley & Rick Lynch):

- (一) 利他因素: 例如希望幫助別人、覺得應該有所回饋, 想盡一點社會責任、宗教信仰、希望讓世界變好、認同這個機構使命。
- (二) 利己因素: 例如獲得工作經驗, 學習新技術、喜歡認識新朋友、有機會表現領導才能、覺得被需要、體驗新的生活方式與文化、工作很無聊, 而當志工很好玩。
- (三) 與家人有關的因素: 例如與家人相聚的最佳活動、做孩子的好榜樣、孩子可以得到優惠、家人曾得到別人幫助, 因此想有所回報。

陸金竹(2003)在其「安寧療護志願服務人員服務動機及其服務現況之探討」中以其在安寧病房多年的實務經驗, 歸納出安寧志工的服務動機類型如下:

- (一) 增加社會參與: 指個人主動積極志願性的參與, 吸取相關知識, 結交更多志同道合的朋友, 增加與他人互動的機會, 使自己人生的歷練更為豐富。
- (二) 自我實現: 指個人天生潛在的能力, 能夠獲得充分發揮與實現, 並認為志願服務是具有前瞻性的工作, 豐富經驗、將學得的經驗轉成自己生活中的一部分, 從自我奉獻中獲得自我成長與滿足。
- (三) 利他性: 藉由對親人、朋友的關懷擴大到對他人, 透過力量的結合, 搭起人與人之間的溫馨橋樑, 關心比自己更需要幫助的人, 希望給他們一些協助, 亦即個人從提高他人的滿足中同時也滿足了自己。
- (四) 社會責任: 真正能為社會奉獻, 關注社會、關心他人, 較接近「取之於社會、用之於社會」, 進而以行動實現助人的理念, 完成人生有意義的服務。

從以上的這些理論可以發現, 安寧志工是發自內心, 甘願做、歡喜受, 為末期病人及其家屬適時、適當、持續的服務, 將安寧病房視為是生命成長的學習場域默默地付出, 長期投入安寧療護的領域, 配合著安寧醫療團隊為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦, 施予緩解性、支持性之照護, 增進其生活品質, 持續性地服務重症末期的病人與家屬, 安寧志工必然是有某種動力支持, 促使他們熱心的參與及實際的付出。

## 第二節 生命意義及其相關研究

### 一、生命意義的界定

生命意義感是弗蘭克存在分析理論的核心概念，他認為人類的基本動機就在於追求生命的意義與目標，生命意義感影響著工作、創造和承受苦難的能力。Hedlund (1977) 認為生命意義及指個人存在的理由，從「價值」、「目標」來解釋生命意義，認為生命意義是一種能賦予個體存在有方向感與價值感的目標，藉由實現此目標的過程，個體可以獲得「成為一個有價值的人」的認同感。(引自陳珍德、程小蘋、2002)。Fabre (1980) 將生命意義分為二個層面：「終極意義」與「此刻的意義」。終極意義指的是一個超越於人類存在之層面的次序或法則。此刻的意義則是指每一時刻都有一獨特使命，這個使命有待以負責的態度去面對、發現與達成。Ciskszentmiglyi (1991) 則提出生命的意義是人生最終極的重要性，個人若能自生活事件中發現其終極目的，即能覺察自己可投身的目標，就能對每一個經驗賦予意義。Yalom (1980) 將生命的意義分為「世俗的意義」與「宇宙的意義」。世俗的意義指個人的生命意義，包括了目的、擁有意義的人，會覺得對生命具有某種價值的體驗，可以藉由利他主義、快樂主義、自我實現與在自我超越中實現。宇宙的意義則是指個人的生命意義是由神來決定，個人今生的任務就是查明神的意志，並加以達成，個人的生命要盡全力模仿神的目標，因為神是完美的，所以個人的生命意義就是要盡量做到完美。因此，發現神的意旨即是個人的生命意義 (引自陳珍德、程小蘋、2002)。

### 二、意義治療學 (Logotherapy) 釋義

意義治療原文為 Logotherapy, Logo 是希臘文，表示意義 (meaning) 和精神 (spiritual)，是由存在主義維也納大學的精神醫學暨神經學教授弗蘭克 (Viktor E. Frankl) 所創始，焦點放在「人存在的意義」以及「人對此存在意義的追尋」上 (趙可式、沈錦惠，2012)。也是存在心理學應用於治療疾病上所發展出一套最重要的諮商理論。就基礎而言，這種追尋生命意義的企圖是一個人最基本的動力 (趙可式、沈錦惠，2012)。因此 Frank 所提出的「求意義的意志 (the will to meaning)」與佛洛伊德心理分析學派所強調的「快樂原則 (pleasure principle)」，以及阿德勒個



體心理學派所強調的「求權力的意志 (the will to power)」大不相同。他是繼佛洛伊德精神分析與阿德勒個體心理學之後的第三種治療學派，被稱為第三維也納精神治療學派。

意義問題是人的本質問題，追求生命的意義是人類存在的一種基本需要。Frank, V. E. (1984) 認為生命意義具有雙重性，既包括客觀性也包括主觀性。一方面意義是可以發現的，而不是給予的，意義本身就具有現實性，它是我們無法改變的，另一方面，每個人的生命意義又具有獨特性。每個人不論性別、年齡、種族，他們都具有與生俱來的生命意義。不同的人有不同的生命意義，即便是同一個人在不同的條件下其生命意義也不盡相同。生命意義是獨特的，但是在人生發展的過程中人們經歷有一些相同之處，因此生活在不同文化背景下的人以及生活在不同歷史階段的人，也可能具有共同的生命意義。意義療法沒有對生命意義作出抽象的規定，在治療過程中也不能攬統的替來訪者回答什麼是生命意義，而是要由來訪者自己去發現生命的意義與價值。

意義治療學的重心不是心理層面或社會層面，而是存在的意義層面，只有個人存在的意義問題得到真正的解決，人才能夠有更好的發展。弗蘭克認為，探索生活的意義和目的是人類的一個特殊的本能，也是心理健康的重要指標，意義療法的目的就是為了讓人們認識到生命的意義，將意義重新定位。Frank 曾說過：「意義治療學是建立在一種詳盡的生活哲學基礎上，即意志的自由、追求意義的意志以及生命的意義 (Frank, V. E, 1984)。意義治療學也包括這些，但是更進一步還要使病人再獲得受苦的能力，因此需要去發掘痛苦中的意義「苦難的意義」。

當一個人遭遇到一種無可避免又無法逃脫的情境時，或者當他必須面對一個無法改變的命運時，比如說罹患了不治的絕症，或失去摯愛的親人…等等；他就等於得到一個最後的機會，去實現人生最高的價值與最深的意義，亦即受苦難的意義。最重要的問題是：「他對苦難抱持了何種態度？他會用怎樣的態度來承擔他所遭受的痛苦？(洪桐隆、黃松元，2012)」

意義治療學的基本信條之一即是：「人類生命中最主要的關心並不在於獲得快樂或避免痛苦，而是要了解生命中的意義。這就是為什麼人在某些情況下，寧願受苦，只要他確定自己的苦難具有意義。」

如果醫師既不能治癒某種疾病，也無法減輕病人的痛苦，就應該激發他的潛能去實現痛苦的意義。人只有在他失去了目標與使命感，無法從生命中發現獲得肯定任何意義時，才會回歸自我，關心自己(黃宗仁，1977)。傳統的心理治療，其目的在於恢復病人的能力，使他能再工作及享受生命。

根據 Frank 意義治療理論的核心概念，何英奇將生命意義感的內涵界定為個人對自己生命意義與目的的知覺與感受程度，共分為五個層面(何英奇，1990)：

- (一) 求意義的意志：指個人企求尋找自我存在的意義與目的之動機的程度。
- (二) 生命目的：指個人是否具有明確的、渴望的、有意義的人生目的，並對其生命目的感到滿意的程度。
- (三) 生命控制：指個人能自由做生命抉擇與生命負責的態度。
- (四) 苦難接納：指個人了解苦難的意義，及接納苦難考驗之程度。
- (五) 死亡接納：指個人面對死亡與瀕死的各種情緒傾向與評價，能因樂觀而發揮生命潛能，具有正向態度的人，對死亡不會恐懼且能坦然接納。

### 三、生命意義感相關因素之研究

影響生命意義相關之因素可分為：性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰以及工作年資等六個層面。

#### (一) 性別

在生命意義與性別的關係上，有些研究者認為生命意義會因為性別不同而有所差異，何英奇(1987)針對台灣 873 名大學生為對象，研究結果顯示大學男生的生命意義感較女性為高，這有可能是因為女生在婚姻與事業的抉擇，較男生更為迫切。因此，女生較易感受到職業認證的危機。何郁玲(1999)以中小學教師為對象的研究發現，不同性別與生命意義感的知覺有顯著差異。Zika and Chamberlian.(1987)結果顯示則指出性別在生命意義感上並無顯著差異。

#### (二) 年齡

Reker 等人 (1984) 研究發現，十六至十九歲的青少年較具強烈目標追尋的傾向，有較強烈的動機使未來的生活更有意義，但其生存的空虛感較為強烈；七十五歲以上老人對死亡接納較高，存在的空虛減少；卅歲至六十歲的中年人，相對之下有較低的生命意義與目標，此發現後來被 Weiler (2001) 之研究所確認 (對象為 136 位六十歲以上的年長者)，結果顯示死亡態度 (恐懼—趨近接受) 與幸福感有顯著相關，而自我接受與死亡恐懼有極大正相關 (引自吳文淑，2010)。

### (三) 婚姻狀況

研究顯示已婚者相較於未婚者有較高的生命意義感，但在生命意義層面上隨受試者族群的不同而分歧 (黃國城，2003、侯冬芬，2004)。

### (四) 教育程度

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

### (五) 宗教信仰

多數研究者 (Crumbaugh, 1973; 何英奇, 1990; 何郁玲, 1999) 的研究都發現有無宗教信仰與生命意義有顯著的關係存在，且信仰愈虔誠生命意義感愈高，高齡者參與宗教活動可以提升生命意義感 (邱美英, 2008)，但也有研究顯示兩者之間並無相關 (Mwuwe & Edwedwards, 1974)。黃國城 (2003) 以醫院志工為對象研究發現，宗教對生命意義及目的具有正面的影響，顯示有宗教信仰者普遍顯著高於無宗教信仰者。

### (六) 工作年資

何郁玲 (1999) 的研究發現。不同個人背景變項任教年資中小學教師，對生命意義感的知覺有顯著的差異。研究顯示不同工作年資對生命意義會有不同的看法。

### 第三節 死亡態度及其相關研究

態度 (attitude) 是指個人對特定對象 (人、事、物、地、理念等) 以一種方式做出反應時所持有較穩定的心理傾向。一般認為，態度包括情感、行為與認知三種因素 (葉肅科, 2012)。死亡態度的重要在於死亡定義了個人生命的意義，並決定個人該如何生活 (張淑美, 1996)。由於死亡態度的特定對象是「死亡」，使得死亡態度的內涵異常複雜，此外不同的研究者的研究角度不同，且使用的研究工具也不盡相同，以上的這些原因導致眾多研究者目前對死亡態度的內涵尚無一致的標準。

死亡是人類面對的最大威脅與挑戰，死亡態度是指人們對死亡現象所抱持多層面和多變化的信念和感受，包含正向與負向的態度。更由於文化的不同對「死亡」的認知也有很大的差異。柯隆 (Jacques Choron) 分辨三種死亡恐懼為死後的情形、垂死的事件經過及生命的終結，而後才是最核心的死亡恐懼 (易之新, 2003)。Lester (1969) 與 Backer 等人 (1982) 認為死亡態度的內涵包括人們對死亡 (death) 與瀕死 (dying) 的各種情緒傾向與評價，包括對自己的死亡與瀕死的態度反應以及對他人的死亡與瀕死的態度反應 (張淑美, 1996)。

現代社會對死亡的態度較少是否認死亡，較常是因為死亡使人們願意去追尋每個可能延長個人健康和具有行動力的生命的資源，只有當個人感覺到死亡為不可逆時，才會接受死亡。

#### 一、死亡態度的內涵

由於死亡在生物學、心理學、宗教學以及社會學等各有其含義與價值，所以人們對死亡的態度偏重於主觀性、多樣性與複雜性等觀點。查閱文獻中，初期的學者對死亡態度內涵的理解較為狹義，只注視到人們對死亡的負面評價，隨著研究的進展，死亡態度的內涵得以擴展，由單向的對死亡焦慮、恐懼，深入到對死亡的正面接受，使死亡態度涵蓋面更為廣泛，主要涵蓋死亡恐懼、死亡逃避、死亡接受 (包括中性的死亡接受、趨近導向的死亡接受與逃離導向的死亡接受三個層面)。這三種主要死亡態度的內涵如下 (Wong, Reker & Gesser, 1994)：

##### (一) 死亡恐懼

在研究文獻中死亡恐懼（fear of death）與死亡焦慮（death anxiety）經常互換使用，然而二者是有所差異的，「恐懼」和「焦慮」本身即有區別，死亡恐懼是較明確的、可知覺到的，其恐懼的對象是現實的、具體的；而死亡焦慮則是較為模糊的，不易覺察到的，其對象是不確定、不具體的（Wong et al., 1994）。

古希臘哲學家伊壁鳩魯曾說過：「死是一切惡中最可怕的。」人為什麼會有死亡恐懼或焦慮死亡？是因為人們不知道死後的世界是什麼？人們對死亡事件本身感到害怕、人們不知道死後的世界是否一切都停止了。因此死亡意味著生命的毀滅與存在的毀滅，死亡是所有焦慮恐懼的來源。

為什麼人會害怕死亡？死亡是一件很自然的事，但若降臨到自己身上，會不由自主的恐懼死亡，正如趙可式教授根據其1993年所做的研究指出，人們害怕死亡的原因有下列五項：

- 1、未知的恐懼：媒體的誤導、怪力亂神，家人的漠視，正信宗教不普及，不知自己死後會到哪裡去以及恐懼來生比此生更糟，恐懼所有的未知。
- 2、失落與分離的恐懼：缺乏失落與悲傷的教育，捨不得、放不下，害怕生命中所擁有的一切將消失。
- 3、對死亡的樣貌及死亡過程的恐懼：面容的扭曲、死亡發生在隔離的環境。
- 4、未了心願的遺憾及恐懼：對生命充滿憧憬，未認真的過好每一天，未預立遺囑，一旦死亡來臨，才措手不及，心生恐懼。
- 5、對人生過程的悔恨、來不及補救的恐懼：帶著遺憾與悔恨，常造成極大的死亡恐懼。（趙可式，2007）。

## （二）死亡逃避

死亡逃避是指人們盡可能迴避與死亡相關的、會引發死亡恐懼的象徵物，盡量不去討論甚至是想到死亡或討論死亡，如死人、曾發生死亡的場所、醫院、殯儀館、墓地等，對「死亡」字眼感到不自在或忌諱，因此盡可能的以其他用語來代替，如走

了、駕鶴西歸、升天、往生、過往等等。Wong et al., (1994) 認為死亡態度的一個重要議題就是死亡逃避，為了減少死亡帶來的恐懼與焦慮，人們避免談論甚至想到死亡。所以，死亡逃避實質上是一種自我防衛的機制。

### (三) 死亡接受

對一般人而言，死亡接受指的是為我們的最後結束(final exit) 做好心理準備，坦然接受，願意面對自己必死的結局且對此認知有正面的情緒反應。Wong et al., (1994) 將死亡接受分為三個層面：

#### 1、中性的死亡接受 (neutral acceptance)

死亡是生命中不可缺少的部份，生與死相互是並存的。持中性死亡接受的人認為死亡是很自然的事，以理性的態度來看待死亡的不可避免性，對於死亡，他們既不害怕也不歡迎，並嘗試將有限的生命做最佳的運用。因此，在日常生活中，能夠充分的進行生涯規劃，將每一個今天，都當作生命中最後一天，努力讓自己度過一個有意義的人生，可以去除掉對死亡的恐懼，並增進幸福感。

#### 2、趨近導向的死亡接受 (approach acceptance)

趨近導向的接受死亡是指接受死亡是通往更好的來生之路，相信死後會有一個美好的來生，因此不害怕死亡，甚至認為死亡是通往來生之門。與中性接受一樣，做好心理準備，坦然接受死亡，對自己必死的結局持正面的情緒反應。大部分的宗教相信有死後世界，因此有宗教信仰者在趨近導向死亡上的接受度愈高，且有較低的死亡焦慮。也就是說，確定死後有生命的人，以及肯定死後完全不存在的人，比那些不確定死後到底有沒有來生的人，較不害怕死亡。但也有研究發現，宗教信仰和趨近導向的死亡接受之間，並沒有一致的相關性，甚至是負相關，一方面是受信仰虔誠度的影響，另一方面是受死後審判、輪迴觀念的影響而產生的抗拒。

Wong et al., (1994) 根據宗教信仰與相信死後生命的研究發現，做出一個結論：有堅定信仰者，會有較少的死亡焦慮，而更能享受較高層級的生命意義與幸福感。

### 3、逃離導向的死亡接受 (escape acceptance)

當個體覺得生命充滿了痛苦、悲傷與不幸時，接受死亡是解脫痛苦的好方法。(Ernest Becker,1973)認為人類的特性是由兩種重大的恐懼所型塑：第一種是對死亡的恐懼，第二種是對生活的恐懼(引自洪栩隆,2012)。Vernon (1972)認為對生活的恐懼，在某些特殊情況，可能會比對死亡的恐懼更強烈。特別是當人們無法擺脫這一切痛苦時，死亡似乎提供了唯一解決的途徑。此時，人們對生活的恐懼會超越對死亡的恐懼，死亡因而成為受歡迎的選擇，他們視死亡為解脫今生痛苦的途徑。因此，逃離接受中對死亡的接受並不是因為「死亡的美好 (goodness of death)」，而是「活著的痛苦 (badness of living)」，人們呈現逃離導向的死亡接受，是因為再也無法有效地處理痛苦與存在的問題，而將死亡視為今生痛苦的解脫之道。

因此，當人們對死亡恐懼持否認的態度時，也可以同時接受死亡，甚至於因為關切死亡與接受死亡的並存，能夠激勵個體更加珍惜人際關係與創造生命的意義與價值，當人承認和理解自己的死亡，同時也是提高生活品質的社會保證。

## 二、影響死亡態度相關因素之影響

死亡態度與個體變數死亡態度同個體變數如性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、經濟狀況、健康狀況、家中談論死亡情形等均有不同程度的影響。

### (一) 性別

性別常是被研究的變相之一，同男性相比，女性傾向有較多的死亡關切、死亡焦慮或恐懼；蔡明昌(1995)、張淑美(1996)的研究結果顯示女性的死亡恐懼與死亡焦慮都較高於男性。黃國城(2003)、(Wass & Myers,1982)的研究發現女性較男性有較

高的死亡恐懼；Neimeyer (1994) 的研究也顯示女性的死亡恐懼比男性為高。但也有一些研究顯示死亡態度在性別上並沒有差異性 (Viney, 1984) 廖芳娟 (2000)、Wong et al (1994) 的研究則發現男性的死亡逃避高於女性。

## (二) 年齡

一般情況下，年齡與死亡態度並無一致的關係；但Bengtsom, Cuellar & Ragan (1977) 的研究發現年紀較大的老年人比年紀較輕的中年人有較小的死亡恐懼。蔡明昌 (1995) 以中老年人為研究對象，發現65至69歲的老年人死亡焦慮高於75歲以上及65歲以下的老人。Russac (2007) 對304例18-87歲的人進行了調查，發現男性和女性的死亡焦慮在20多歲均達到最高，此後顯著下降，女性在50歲後會再次升高而男性卻無此改變。死亡焦慮以年輕者的樣本為高，特別是那些高度參與宗教者 (Beg and Zilli, 1982)。

隨著生活型態轉變、平均餘命的增加，醫學進步等影響，全民健保的實施讓國人就醫可近性提升，國人死因已轉趨以慢性非傳染性疾病為主，現今死亡大多是由於慢性疾病所引起，如癌症、心臟病、高血壓等，且可能老年人一生中的主要發展任務多被接受或完成，死亡真實性亦愈逼近，因此較能接受死亡。但廖芳娟 (2000) 以警察為對象則發現年齡越高者死亡逃避越高，其結果與上述相反。

## (三) 婚姻狀況

黃國城 (2003) 引自Wass & Sisler (1979) 研究指出離婚或分居者及獨居之女性比已婚之女性有較大的死亡恐懼，而Viney (1984) 的研究則發現婚姻狀況在死亡關切上並沒有顯著差異。黃國城 (2003) 以醫院志工為對象也發現在死亡態度上並無顯著差異。究其原因，可能與研究對象有關，醫院志工大部分年齡在五十歲以上，以家管及退休人士居多，在此年齡大多兒女長大成人，家庭亦已善盡職責，在家庭角色之外，尋找其他行有餘力的個人生涯上的發展，例如：從事志願服務的工作。因此，在其人生發展階段而言，正如Jung覺得老年人應該貢獻時



間於瞭解他們的生活經驗，並從中擷取意義有關。

#### (四) 教育程度

大部分的研究顯示，教育程度與死亡態度有相關性。教育程度高者有更好的理解和判斷能力，他們能更能認同死亡，接受生老病死是不可抗拒的自然過程。Nelson (2001) 的研究深入分析了教育程度與死亡態度的關係，得出教育程度低者易逃避與死亡相關的話題，高教育程度者更傾向於中性接受。黃國城 (2003) 發現教育程度較低者在死亡恐懼上高於教育程度較高者，但在中性接受上教育程度高者顯著高於教育程度較低者。廖芳娟 (2000) 以警察為研究對象，結果顯示學歷較低者，在死亡恐懼與死亡逃避上高於學歷較高者。蔡明昌 (1995) 的研究發現不識字及自修識字的老人死亡關切明顯的高於其他教育程度的老人。但黃國彥 (1986) 研究發現教育程度與死亡焦慮並無顯著差異。

#### (五) 宗教信仰

Wong et al., (1994) 認為有堅定宗教信仰者，會有較少的死亡恐懼，坦然接受死亡，對自己必死的結局持正面的情緒反應，而更能享受較高層級的生命意義與幸福感。「死亡」在生命歷程中的角色與定位並不是「終點」，而是邁向下一階段新生命的轉捩點，因此在生命的永續歷程中，具有非常關鍵的意義。

廖芳娟 (2000) 發現信仰西方宗教者，在死亡恐懼、死亡逃避上明顯高於無宗教信仰者，且在趨近接受態度上，西方宗教高於東方宗教及無信仰者。黃國城 (2003) 發現有基督教信仰者高於無宗教信仰者，顯示對死後世界存有更美好的想法。

#### (六) 經濟狀況

Nelson於1979年對Virginia居民調查結果發現社會經濟地位和死亡恐懼呈現顯著的負相關 (黃國城, 2003; 李復惠, 1987)

#### (七) 健康狀況

身心健康問題是最能喚起人們思考死亡和生命價值的重要因素之一。死亡逃避是因為個人不敢面對必死命運的事實，想要迴避個人面對死亡的感覺與想法，所以必須將死亡所引起的焦慮

加以抑制，或者漠視死亡的存在，才能逃避死亡所引起的負面情緒（洪棚隆，2012）。汪和美等（2005）研究結果顯示，自覺身心狀況良好的患者中有75%能接受死亡；相較之下，自覺身心狀況差的患者能接受死亡的只有38.46%。蔡明昌（1995）的研究顯示健康與死亡焦慮之關係呈現負相關，即表示自覺健康情形越佳者，對死亡焦慮的感受越低。

#### （八）家中談論死亡情形

家庭是人們的重要場所，不同的家庭型態和教育方式對人們的死亡態度都會有不同程度的影響。張淑美（1996）以國中生為研究顯示家中公開談論死亡情形者較消極不談者的死亡接受度較高。陳增穎（1998）以青少年為研究對象，結果發現盡量避免談論者在「害怕死亡/瀕死上」顯著高於公開談論者。黃國城（2003）以醫院志工為研究對象結果顯示「家庭盡量避免談論」及「很少談論」者在「死亡恐懼」上顯著高於「很自然的討論」，可見愈不去談論死亡，對死亡的恐懼、死亡的逃避愈高。所以家庭環境經驗會影響到孩子的死亡焦慮，尤其是父母親對孩子的影響，父母親避免談及死亡，可能使兒童在成長後有較高的死亡焦慮。越是避談死亡，越可能造成負面的影響，家庭中能公開談論死亡話題越多，兒童對死亡恐懼越低，日後應對死亡的方式有較為正面的影響。

## 第四節 幸福感及其相關研究

### 一、幸福感的定義

過去心理學只關心心理與精神疾病，忽略找出生命快樂與意義，所以馬汀·賽利格曼（Martin E. P. Seligman, Ph.D）要修正這種不平衡，利用累積心理疾病與痛苦的知識，帶出更多關於正向情緒，還有個人長處和美德的知識，幫助我們追求真正的美好人生（洪蘭，2013）。幸福感的相關研究大約起源於廿世紀五六十年代，意指個體根據自訂的標準對其生活質量的整體性評估，是衡量個人生活質料量的重要綜合性指標。

幸福感(Well-being)是每個人不可忽視的心理健康指標。學者柯永河（1993）在其研究中曾提到，心理健康是指無心理症狀、但又具有著積極良好的心理特質。心理健康者具有成熟完整的人格呈現，在幸福感之中，能讓個體清楚的知道真正自己是誰，能瞭解本人欲往何處去，亦知道自己存在的意義。

評估幸福感可從不同之關鍵指標來看，陸洛（2005）指出，文化差異除了形塑幸福感，還會經由建構不同的自我觀來決定人們追求幸福感的想法、感受和行為，進而影響幸福感的歷程。「自我肯定」是個體對自己心情、人際關係、處理事務的態度或品質的肯定，是一種積極的情感連結（畢重增、黃希庭，2006）。因此，自我肯定的人在與他人互動時，能持平常心的態度且可獲取利益，幸福感相對也較高。「人際關係」在幸福感中亦扮演著舉足輕重之角色。動態的人際關係是指彼此的交互作用，是一種實體關係，包括：家人的親情、夥伴關係、人與人之間的情感交流，所以良好的人際關係是參與互動的雙方都感到滿意。

林子雯（1996）、Argyle（1987）「生活滿意」指個人對自己理想中的生活與實際生活是否有一致的認知與評價，生活滿意包括內在的心理感受，如：提升心靈上的滿足或良好的生活適應等，生活滿意與幸福感有直接的關係。相關研究亦指出擁有健康的身心是幸福感的要素之一，健康必須涵蓋「真實幸福」與「身心健康」，「真實幸福」指個人享有美好生活的過程，舉凡擁有朋友、具有自主性、發揮自我、對生活有控制感等，而「身心健康」係指健康的身體，身心健康欠佳相對幸福

感較低（林子雯，1996；施建彬，1995；Argyle, 1987）。

幸福感取決於個體正、負向情感的比例。一個人即使感到強烈生氣或沮喪，只要有相當的快樂時光相抵消，還是會有幸福感。關於幸福感各家學者有著不同的觀點與定義。幸福感的定義，可從以下幾個層面論述：

#### （一）「身心健康」的幸福感

由前述概念來看，支持此論點的學者認為，幸福感是一種近似於身心健康的狀態，並以心理健康的測量來代表個體的幸福感（林子雯，1994）。然而，心理健康是否等同於幸福感？在心理健康測量上得分高者，其情緒仍難以避免受生活偶發事件的影響，其個體特質仍會左右對幸福感的判斷，因此，只從心理健康層面探討幸福感，實存有極大爭議（顏映馨，1999）。

#### （二）「認知層面」的幸福感

Campbell (1976)認為幸福感是物質面的擁有，人際關係的歸屬以及成就自我的自我實現。也就是說，幸福感是一種對生活評估後的結果，而生活滿意度可代表個體對生活整體層面的評價，即反應出個體幸福感的程度。然而，若只針對個體的認知來對幸福感評估，將忽視短期情緒對幸福感受的影響力，則無法對幸福感作出較完整的解釋，使得幸福感研究有所偏頗（顏映馨，1999；孫碧津，2004）。

#### （三）「情緒層面」的幸福感

Veenhoven(1994)認為幸福是一種正向的情緒反應，反映個人對其生活喜歡的高低程度來說明幸福感。透過分析正、負情緒消長的情形來瞭解幸福感高低，然而個體情緒經驗易受生活中偶發事件的影響，產生短期波動，呈現出不穩定的現象，無法反應出幸福感長期穩定的特質。因此，可否從情緒面上之探討來從事幸福感研究，頗值得商榷（顏映馨，1999）。

Bryant & Veroff (1982)認為幸福感是由個人正向情感、負向情感的主觀感受，以及對生活的滿意程度三個向度所構成。Diener (1984)亦認為幸福感是主觀情緒狀態，包含正向情感、低度的負向情感，以及一般的生活滿意。正向情感包含快樂、愉悅、享受、高興、樂趣等感覺；而負向情感包含不快樂、沮喪、

生氣、挫折、焦慮等感覺；生活滿意則屬於一種認知判斷，相信自己能夠控制發生事件的信念。

近代對於幸福感的看法，多由社會科學家的觀點出發，目前對幸福感的瞭解因研究目的與需求不同，在名稱及操作型定義上亦有所差異，在名詞上常出現大致包含：快樂（happiness）、幸福感（well-being）、主觀幸福感（subjective well-being）、心理幸福感（psychological well-being）、生活滿意（life satisfaction）等，林子雯（1996）綜合各派學者的觀點及定義如表 2-4-1。

表 2-4-1 幸福感的定義及相關名詞

幸福感相關名詞	定義	著重點
快樂 (happiness)	1、正負向情緒及生活滿意的整體評估結果 2、負向情緒的相對狀態 3、生活滿意、情緒與心理健康的評估	認知、情緒 情緒 認知、情緒、心理健康
幸福感 (well-being)	1、正負向情緒及生活滿意的整體評估結果 2、正負向情緒的研究 3、心理健康的測量	情緒、滿意 情緒 心理健康
主觀幸福感 (subjective well-being)	1、正負向情緒及生活滿意的整體評估結果 2、包含生活滿意、情緒與心理健康的測量	情緒、滿意 認知、情緒、心理健康
心理幸福感 (psychological well-being)	1、正負向情緒及特殊領域的滿意程度總加結果 2、心理健康的測量	認知、情緒 情緒
生活滿意 (life satisfaction)	從認知的角度對生活整體層面進行評估	認知

資料來源：林子雯（1996）p37

從上述文獻中可發現，學者對幸福感此議題大致上有著下列四種不同的定義：

- （一）著重情緒：幸福感是一種單純的情緒性反應，尤其著重於正向情緒上的反應。
- （二）著重認知：對生活進行一種整體性的認知評估後所得的結果。
- （三）著重認知與情緒：首先 Andrews & Withey (1976)所提出，其對幸福感的定義包含了正、負向情緒及生活滿意等三部分，此觀點兼具了認知及情感兩面向，即涵蓋了上述二者的優點，並避免了其中的不足之處，因而在後續研究上多半採此看法。
- （四）著重身心健康：幸福感是一種近似於身心健康的狀態，並以心理

健康的測量來代表個體的幸福感。

綜合上述分析，幸福感是一種個人的主觀經驗，包括生活滿意、正向情感及負向情感、兼具認知與情感的觀點。要達到幸福感，自我肯定、人際關係、生活滿意與身心健康這四個內涵更是不可或缺，故本研究之幸福感即以此四個層面來加以探討。。

## 二、幸福感相關因素之研究

影響幸福感的相關因素可分為：性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、目前職業、宗教信仰、經濟狀況、健康狀況、人格特質等層面。

### (一) 性別

Argyle (1987) 認為女性的幸福感應高於男性。中國人的社會支持大多來自家庭，隨著社會環境變遷以及女性教育程度的提升，讓女性有更多的發展機會，男、女性大多投注於職場，結果發現男女在幸福感並無顯著性差異性 (陸洛，1988；施建彬，1995；林子雯，1996；黃國城，2003)。

### (二) 年齡

Argyle (1987) 認為幸福感並不會隨著年齡的改變而改變。陸洛 (1998) 指出年齡越大，快樂的程度越大，因為年齡較大者懂得紓解壓力，所以負向情感會隨著年齡增長而明顯下降。且愉悅等正向情緒也與年齡增長呈正相關 (陳慧姿，2006)。黃國城 (2003) 也發現不同年齡層在幸福感上有顯著的差異。亦有研究指出年齡在幸福感並無顯著差異 (施建彬，1995；陳蜜桃、陳婉玲，2007)。顯示年齡在幸福感的研究結果上並不一致。陸洛 (1998) 同時發現健康對所有的年齡都很重要，但對老人而言更是特別的重要。

### (三) 婚姻狀況

婚姻狀況分別對已婚與未婚單身分別做探討。相關研究發現，婚姻、家庭生活及友誼是幸福感的主要來源，且眾多研究均指出已婚者比未婚、離婚者或寡居的人擁有較高的幸福感 (黃郁婷，2011)。婚姻有益於幸福感的提升，原因不外乎經濟安全感、健康的生活習慣、情緒與社會支持，且婚姻可以相互陪伴及共享

生活樂趣（陸洛，1998）。林子雯（1996）的研究發現，已婚的成人學生的整體幸福感較未婚成人的學生為高。

#### （四）教育程度

教育程度越高，意味著生存條件較佳、發展機會較多，相對可能體驗較多的（黃郁婷，2011）。黃國城（2003）研究發現，教育程度與幸福感呈正相關。然而，亦有研究發現低學歷者的幸福感反而高於高學歷者（陳毓茹，2005）。施建彬（1995）也發現高學歷並不代表有較高的幸福感。顯示教育程度高低與幸福感尚無定論。

#### （五）目前職業

Argyle（1987）的研究發現職業的不同與幸福感並無明顯的相關，但有一主要例外，在於當一個人想工作但卻失業是不幸福的重要來源，而個人對工作的滿意度是一個重要的預測因子。工作可以為人們帶來正向的情緒感受，相信工作是他生命中重要的事，相信人需要努力工作的價值觀，工作就會成為內在滿意的來源。

#### （六）宗教信仰

宗教與幸福之間存在著一個重要的連結，有宗教信仰的比較幸福，健康狀況也較佳（陸洛，1997）。宗教讓人認識生命的價值，幫助人找到生活的意義，並引領人在生命的旅程中面對不如意事物有所調適應變之道，所以宗教信仰和宗教方式可以促進人的心理健康。意義治療的創始人Viktor E. Frankl曾經就宗教信仰和意義治療做過深入的探討，改變人的人格有時需要藉助宗教信仰的力量，他認為宗教信仰是人的精神現象，是人類對意義的渴求和實質上的追求意義（楊彥芬，2012）。

#### （七）經濟狀況

經濟狀況對於幸福感有顯著程度之影響，高收入者的幸福感高於低收入者。（陳蜜桃、陳婉玲，2007）也研究發現家庭收入越高的國小學童母親，其幸福感越佳。此結果獲得大多數研究的證實，收入對於幸福感具有正向的影響（黃國城，2003）。

#### （八）健康狀況

「要健康，就得先幸福」，這是一句名言。WHO對於健康所下的定義是「不只是沒有疾病或虛弱，而是身心、社會完全良好的狀態。」1998年修訂定義時甚至檢討要增加「心靈因素」。可見今日健康是涉及人存在整體的廣泛概念（劉焜輝，2011）。許多研究也指出，人在疾病時仍然會發現若干正向的層面，改善生活品質或人際關係，改變自己的價值觀。例如有癌症患者，雖然因為突如其來的疾病而動搖，但是透過疾病體會到人的親切，得到思考死亡的機會，心存感謝，體會到正向的意義，這種成長的經驗在許多疾病都被發現。

人際關係與健康的關係，研究結果也證明正向的人際關係和良好的健康狀態有關聯，正確的自我認知、有效的情緒管理及良好的人際關係，不僅能促進個體身心獲得健康與安適，有益於身體健康的維持。

#### （九）人格特質

施建彬（1995）研究發現外向性人格越高時，其幸福感也就越高；但是當一個人神經性人格越高時，其幸福感就越低。Erikson認為人們的生活是統整與一致的，必須接受自己的生活，從中發覺意義，相信自己已做得很好，如此人們將發展成自我統整。人們接受生命是有期而終的，也接受以致短而未段的生命。其發展包括找尋一普遍的且個人的對生命與死亡的意義。



## 第五節 生命意義感、死亡態度與幸福感之關係

本節主要在探討生命意義感、死亡態度與幸福感之關係，茲就生命意義感與死亡態度、生命意義感與幸福感及幸福感與死亡態度等項，分別探討關文獻如下：

### (一) 生命意義感與死亡態度相關之研究

Frankl 的意義治療 (logotherapy) 理論，根據存在主義的哲學觀點，重視「人存在的意義」以及「人對此存在意義的追尋」，包含意志的自由 (The Freedom of Will)、求意義的意志 (The Will to Meaning) 與生命意義 (The Meaning of Life) 三個基本信念。其中生命意義是指人藉由對生命的付出與奉獻、對世界的感受以及對逆境的意志等三種方式來肯定生命的意義 (Frankl, 1959, 1967; 趙可式、沈錦惠譯, 2012; 何英奇, 1990; 游恆山譯, 1991; 黃宗仁譯, 1996)。也就是說人透過外在世界的人事物接觸感受自己的存在的意義並且從實踐與創作中肯定自己生命的意義，而透過對死亡的認識能夠對比出存在與生命的意義。

Durlak (1972) 的研究指出，一個愈有生命目的和生命意義的個體，其死亡恐懼感也愈低，且其對死亡接受的態度也愈正面。黃國城 (2003) 引自 (Anmenta 於 1984) 的研究發現生命意義與死亡態度成正相關，亦即生命意義感高的對死亡的接受度較高，較不懼怕死亡，而能坦然的接受。也即是說，一個人對死亡感到恐懼或是能坦然接受，端視其是否發現生命的意義並達到自我統整。

綜上所述，人們對待死亡態度強烈的受到人生觀的影響。因此，本研究將假設安寧志工在生命意義感整體層面及其分層面與死亡態度分層面上呈現顯著相關。

### (二) 死亡態度與幸福感相關之研究

蘇秋雲 (2001) 採質性研究訪談 8 位在安寧病房的志工經過整理與分析，發現參與臨終服務的志工原本在信念、價值觀以及人生觀等各方面有所不同，對生死的認知皆有正向與肯定的理解，死亡不再是

神祕不可說，相反的，志工視「死」為回歸的「生命之母」過程，原先運用宗教信仰或由個人自我建構系統所理解的死亡，進一步從人生價值的角度將道德置於比生死更高的位置，在思想觀念上認識到生不足惜、死不足畏；進而具體的在現世人生過程中，更幫助我們尊重大自然、尊重他人的生命，從而獲得許多人生中必須遵循的準則，使人生更為順暢與幸福。

人們對死亡的恐懼與悲傷讓我們在人生的過程中造成痛苦，因為每個人從出生就逐漸邁向死亡終點，而同事、朋友的死亡及親人相繼過世，死亡事件伴隨著我們終其一生，讓人深切的領悟自己的必死命運，無法獲得真正的快樂。

Wong et al., (1994) 的研究針對下列五點探討死亡態度與幸福感的關係：

- 1、死亡恐懼與心理幸福感呈現負相關。死亡恐懼與心理的痛苦及沮喪相關。也就是說，自認為越幸福的人越不害怕死亡，死亡焦慮也會越低。
- 2、死亡逃避與心理的痛苦相關，與幸福感呈負相關。但在中年以及較年長者具有明顯的相關，死亡逃避可以使個體免於面臨到存在意識中死亡的念頭及情感，若無法處理這些念頭或情感，則會造成不舒服，造成不幸福感覺。
- 3、中性的死亡接受以及心理和生理幸福感呈現正相關。尤其是對年輕人及中年人，接受死亡是生命中無可避免的事實，人似乎喜愛及享受身心的健康，持這種態度的人可能會被激勵盡可能地讓生活充實及有意義。
- 4、趨近導向的死亡接受與主觀幸福感具有正相關，但這只有在較年長的成年人上發現。亦即較年長者若能接受有來生的觀念，則其會經驗到較大的心理幸福感。
- 5、逃離導向的死亡接受與生理幸福感呈負相關。生命中充滿痛苦、疾病與苦難的人可能很渴望的逃離這個世界，即想要藉由死亡來逃避這些痛苦。

黃國城(2003)則是以醫院志工為研究對象，發現幸福感整體與死亡態度分層面「中性導向的死亡接受」、「趨近導向的死亡接受」的

層面呈現正相關，與「死亡恐懼」、「逃離導向的死亡接受」的層面呈現顯著負相關。

綜上所述，關於死亡態度與幸福感的研究大多有顯著的相關產生。因此，本研究將假設安寧志工的死亡態度分層面與幸福感整體層面及其分層面上呈現顯著相關。

### (三) 幸福感與生命意義感相關之研究

生命意義與幸福感相關之研究以國外較多，黃國城（2003）在其論文中將國外相關研究整理說明如下：

許多研究顯示幸福感與生命意義呈正相關，Reker, Peacock & Wong 於 1987 的研究顯示生命意義感缺乏的人，其幸福感亦較低。Shek 於 1992 的研究以 Frank I 觀點來探討生命意義感與幸福感的關係，結果顯示二者之間有正相關關係存在（引自 Moomal, 1999）。

Paloutzian & Ellison 於 1982 發展一項研究，結果發現生命意義感與幸福感與自尊（self-esteem）內在實質的宗教信仰（intrinsic religious orientation）具有正相關的關係，Chamberlain & Zika 認為宗教信仰可能是意義形成的重要來源；Zika & Chamberlain（1987）的研究報告亦指出生命意義對幸福感而言，是一個強烈的且具有一致的預測因子（引自 Zika et al., 1992）。

Zika 等人於 1992 針對 194 個女性的研究，結果是生命意義感與幸福感呈現明顯且一致的相關性。

而蔡坤良（2004）也以小琉球漁村老人為研究對象，發現小琉球漁村老人生命意義對幸福感有一定程度的影響力，幸福感是可藉由提高老年的生命意義而予以改變，生命意義感在獲得及維持強烈的幸福感上，可能是一個重要因素。

黃國城（2003）則是以醫院志工為研究對象，發現幸福感愈高，則愈覺得生命有意義、有目的對自己的生命控制愈高。

綜上所述，安寧志工的幸福感與生命意義具有互相影響，生命意義感愈高則幸福感也愈高，本研究將假設安寧志工的幸福感整體層面及其分層面上與生命意義感整體層面及其分層面上呈現顯著正相關。

### 第三章 研究方法

本研究旨在探討安寧志工生命意義感、死亡態度與幸福感之現況及其相關性，經由前述的相關理論與文獻探討後，本研究採用問卷調查的方法，蒐集統計資料，藉此探討安寧志工之生命意義感、死亡態度與幸福感之現況及關係為何，並就個人的背景因素及環境因素作分析與了解，茲將研究架構、研究路徑敘述如后。

#### 第一節 研究架構

(3)

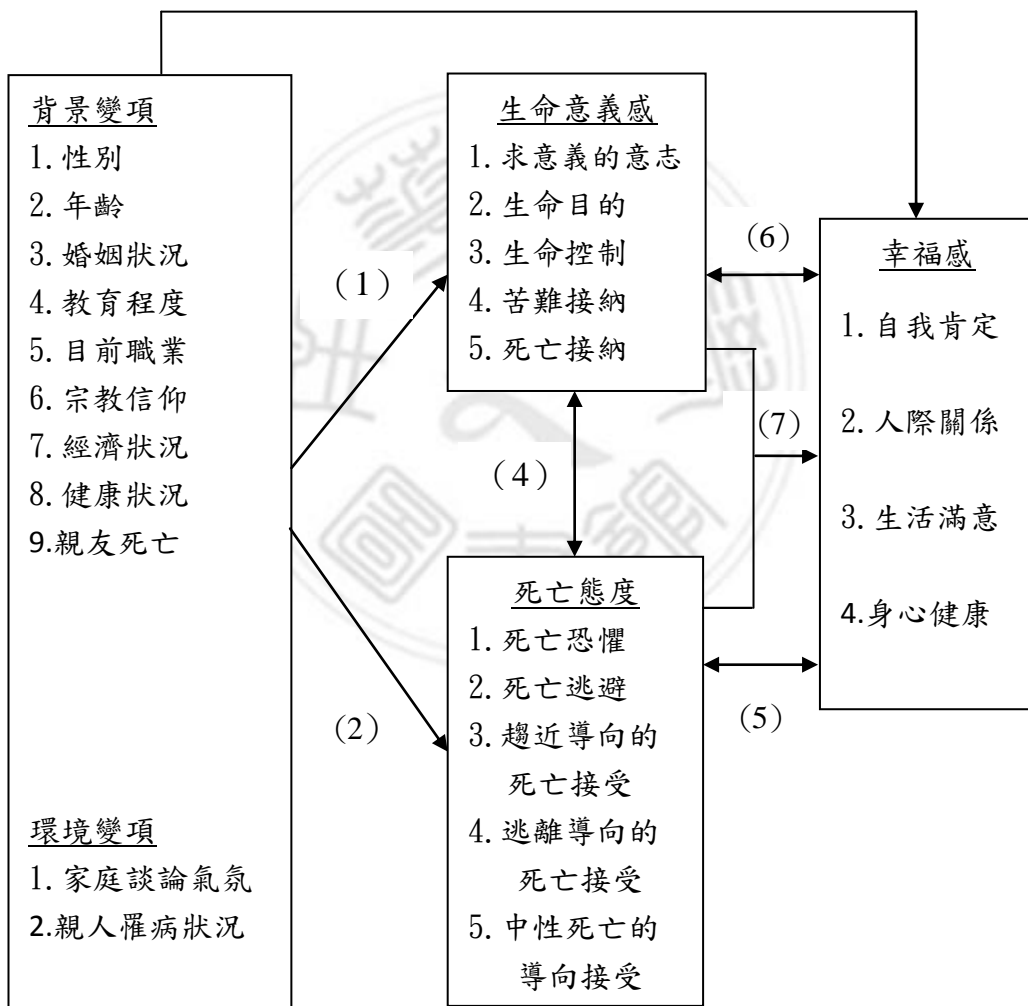


圖 3.1.1 研究架構

本研究架構如圖 3-1-1，茲說明如下：

- (1) 以 t 考驗、單因子變異數分析及單因子多變項分析探討不同背景變項的安寧志工在生命意義感的差異情形。
- (2) 以 t 考驗、單因子變異數分析及單因子多變項分析探討不同背景變項的安寧志工在死亡態度的差異情形。
- (3) 以 t 考驗、單因子變異數分析及單因子多變項分析探討不同背景變項的安寧志工在幸福感的差異情形。
- (4) 以皮爾遜積差相關分析生命意義感與死亡態度之關係。
- (5) 以皮爾遜積差相關分析死亡態度與幸福感之關係。
- (6) 以皮爾遜積差相關分析幸福感與生命意義感之關係。
- (7) 以多元回歸預測安寧志工的生命意義感及死亡態度對幸福感的預測情形。

## 第二節 研究假設

根據本研究之研究目的與上述之研究架構，本研究假設如下：

- 一、不同背景變項之安寧志工在生命意義感整體層面及其分層面上有顯著差異。
- 二、不同背景變項之安寧志工在死亡態度分層面上有顯著性差異。
- 三、不同背景變相之安寧志工在幸福感整體層面及其分層面上有顯著差異。
- 四、安寧志工在生命意義感整體層面及其分層面與死亡態度分層面上有顯著相關。
- 五、安寧志工在死亡態度分層面與幸福感整體層面及其分層面上有顯著相關。
- 六、安寧志工在幸福感整體層面及其分層面上與生命意義感整體層面及其分層面上有顯著相關。
- 七、安寧志工生命意義感與死亡態度能預測幸福感高低。

### 第三節 研究樣本與方式

本研究係以成立兩年以上之安寧病房的志願服務人員為對象，其樣本的條件必須是接受過安寧療護志工訓練並經正式的認可，從事安寧療護的志願服務者，依據台灣安寧照顧協會 2014 年 5 月 20 日止，目前台灣設有安寧病房的醫院有 50 家；分別為：台北區（含北北基宜）20 家、北區（含桃竹苗）5 家、中區（含中彰投）6 家、南區（含雲嘉南）9 家、高屏區（高屏澎）7 家、東區（含花東）3 家，總病床數 717 床（附錄六）。經研究者聯繫負責安寧病房的社工師，取得同意施測的安寧病房共 36 家。本研究是以立意取樣的方式，被選取的安寧志工列為全部施測對象，共計安寧志工 450 位。

#### 一、資料收集方式：

本研究是以台北區（含北北基宜）、北區（含桃竹苗）、中區（含中彰投）、南區（含雲嘉南）、高屏區（高屏澎）、東區（含花東），所選取之安寧病房志工為對象蒐集資料樣本，研究者是先與負責安寧病房的社工師取得聯繫，確定各安寧病房的志工人數。台大醫學院附設醫院、台北榮民總醫院、臺北市立關渡醫院、振興醫院、三軍總醫院、台北市立聯合醫院(忠孝院區)、台北市立聯合醫院(仁愛院區)、台北市立萬芳醫院、台北醫學大學附設醫院、天主教耕莘醫院、佛教慈濟綜合醫院台北分院、行政院衛生署雙和醫院、財團法人汐止國泰綜合醫院、財團法人基隆長庚紀念醫院、國立陽明大學附設醫院、天主教羅東聖母醫院、羅東博愛醫院、台北榮民總醫院桃園分院、衛生福利部桃園醫院、財團法人桃園長庚紀念醫院、中國醫藥大學附設醫院、中山醫學大學附設醫院(大慶院區)、光田醫療社團法人光田綜合醫院、彰化基督教醫院、嘉義基督教醫院、天主教聖馬爾定醫院、新樓醫院、高雄榮民總醫院、天主教聖功醫院、高雄醫學大學附設中和紀念醫院、財團法人高雄長庚紀念醫院、屏東基督教醫院、屏東民眾醫院、佛教慈濟綜合醫院、基督教門諾會醫院、財團法人台東聖母醫院，讓負責安寧病房的社工師了解研究的目的與性質，再郵寄問卷請社工師代為發放問卷填寫後再寄回。

#### 二、問卷回收狀況

本研究資料蒐集的正式施測時間為 102 年 12 月 16 日至 103 年 1 月 25 日止，共發出問卷 450 份，回收問卷 383 份，扣除填答不完全之無

效問卷，有效問卷為 375 份，回收率為 83.33%。根據各醫院之回收狀況如表 3.2.1。

表 3.2.1 問卷回收狀況表

醫院名稱	發出份數	有效份數	有效回收率%	人體試驗委員會申請與否
台大醫院	30	27	90%	
台北市立聯合醫院(忠孝院區)	10	1	10%	◎
台北市立聯合醫院(仁愛院區)	8	7	88%	◎
三軍總醫院	25	15	60%	◎
台北榮民總醫院	30	30	100%	
臺北市立關渡醫院	5	5	100%	◎
台北市立萬芳醫院	4	3	75%	
台北醫學大學附設醫院	5	5	100%	
天主教耕莘醫院	45	40	89%	◎
佛教慈濟綜合醫院台北分院	15	8	53%	◎
衛生福利部雙和醫院	5	5	100%	◎
財團法人汐止國泰綜合醫院	14	8	57%	◎
財團法人基隆長庚紀念醫院	10	10	100%	◎
振興醫療財團法人振興醫院	5	5	100%	
國立陽明大學附設醫院	1	1	100%	◎
天主教羅東聖母醫院	6	6	100%	◎
羅東博愛醫院	2	2	100%	◎
台北榮民總醫院桃園分院	20	20	100%	◎
衛生福利部桃園醫院	5	5	100%	◎
財團法人桃園長庚紀念醫院	6	6	100%	◎
中山醫學大學附設醫院(大慶院區)	20	20	100%	
中國醫藥大學附設醫院	15	13	87%	
光田醫療社團法人光田綜合醫院	2	2	100%	◎
彰化基督教醫院	10	9	90%	◎
嘉義基督教醫院	10	10	100%	◎
天主教聖馬爾定醫院	5	4	80%	◎
新樓醫院	5	3	60%	◎
高雄榮民總醫院	35	25	71%	◎
天主教聖功醫院	5	5	100%	◎
高醫附設中和紀念醫院	30	29	97%	◎
財團法人高雄長庚紀念醫院	10	8	80%	◎
屏東基督教醫院	5	5	100%	◎
屏東民眾醫院	20	14	70%	◎
佛教慈濟綜合醫院	20	12	60%	◎
基督教門諾會醫院	2	2	100%	◎
天主教台東聖母醫院	5	5	100%	◎
合計	450	375	83.3%	



#### 第四節 人體試驗倫理委員會與倫理

人體試驗委員會 (Institutional Review Board, IRB) 又稱倫理委員會 (Ethics Committee, EC)，為保障人體試驗受試者之權益與福祉，參照 2008 年【赫爾辛基宣言】第六、九、十一條以及國際醫學組織理事會 (Council for International Organizations of Medical Sciences) 之「關於人體受試者生醫研究倫理指引」(附錄四)，明訂人體試驗之施行應尊重受試驗者自主權，並確保其健康與隱私不至因參與試驗而受侵害 (吳秀玲，2013)。

台灣亦順應國際潮流配合國際規範，從 1987 年醫療法施行細則，1996 年藥品優良臨床試驗規範、1997 年新醫療技術人體試驗計畫作業規範、2002 年 9 月 20 日修訂 (採用 ICH E6 GCP) 2003 年醫療機構人體試驗委員會組織作業基準，直到近年 2005 年藥品優良臨床試驗準則之法規中皆明確規定設置人體試驗委員會 (簡稱 IRB) 之必要性，且在 2006 年衛生署開始辦理 IRB 成員與人體試驗工作人員之教育訓練 (吳文淑，2010)。研究者依照規定於 2013 年取得 IRB 四十五小時的課程認證教育訓練證書，方能繼續進行研究。

教育部於 2012 年出版「人體研究倫理的理念與實踐」附錄「人體研究倫理政策指引」(附錄五) 亦指出人體研究應以增進人群之福祉為目的，本著尊重受試者之自主意願，保障其隱私與健康權之原則為之。人體研究除法令規定外，凡以研究為目的，取得、分析、調查人體之組織或個人之行為、理念、生理、心理、社會、遺傳，以及醫學有關資訊之過程均屬之。

本研究過程完全符合各醫院簡易審查之免簽同意書的條件：

- (一) 研究對於受試者風險幾乎不超過最低風險。
- (二) 免除「受試者同意書」後對受試者的隱私與權益沒有不好的影響，包括人身的隱私、資料的隱密、安全及最大利益。
- (三) 不免除「受試者同意書」則不能進行。
- (四) 免除「受試者同意書」後仍會適時提供受試者試驗相關訊息。

本研究案雖屬問卷調查，非侵入性或醫療處理，受訪對象亦非易受傷害族群。仍通過 IRB 及 JIRB 審查以確保受試者權益。所有研究仍以行善、不傷害、公正、尊重自主等四規則，秉持誠實、守密、知情同意、尊重隱私權，以保護「受試者」。因此共發出問卷 450 份，回收問卷 383 份，無效問卷 8 份，有效問卷 375 份，其中不乏空白問卷，這也是尊重受試者自主權的權益。

## 第五節 研究工具

本研究所使用之研究工具為問卷調查，量表包括生命意義感量表、死亡態度量表與幸福感三種量表。茲分述如下：

### 一、生命意義感量表

本研究所採用之生命意義量表乃研究者引用自何英奇(1990)之「生命態度剖面圖(The Life Attitude Profile, LAP)」，分為五個層面，包含：「求意義的意志」、「生命目的」、「生命控制」、「苦難接納」及「死亡接納」。本量表採用 Likert Scale 的五點量表計分方式，選項分為「非常不同意」、「不同意」、「不能確定」、「同意」、「非常同意」，依序可得 1、2、3、4、5 分。全量表共計 29 題，其中 26、27、28、29 題為反向計分題，該量表所測得之分數，總分愈高代表生命意義感愈高。

#### (一) 信度

該量表採 Cronbach  $\alpha$  值考驗「生命態度剖面圖」量表中各分量表的內部一致性，各分量表的 Cronbach  $\alpha$  值分別為：「求意義的意志」 $\alpha$  值為 0.78、「生命目的」 $\alpha$  值為 0.77、「生命控制」 $\alpha$  值為 0.70、「苦難接納」 $\alpha$  值為 0.73、「死亡接納」 $\alpha$  值為 0.65，全量表  $\alpha$  值為 0.85。整體而言，信度大致良好。

表 3.3.1 生命意義感各分層及整體之 Cronbach  $\alpha$  值

求意義的意志	生命目的	生命控制	苦難接納	死亡接納	總量表
0.78	0.77	0.70	0.73	0.65	0.85

資料來源：何英奇(1990)，P81~83

#### (二) 效度

該量表因素分析之結果，各個陳述之內容皆能切合各因素之名稱，並且涵蓋了 Frankl 之意義治療理論的概念，可見其具有良好之內容效度。且因素分析結果約可解釋全量表總變異量為 48.9%，顯示本量表之「建構效度」大致良好。

### 二、死亡態度量表

本研究之死亡態度量表為廖芳娟(2000年)修訂 Wong et al.,於 1994 年將 DAP (Death Attitude Profile) 重新修訂之 DAP-R (Death Attitude

Profile-Revised) , DAP-R 共分為五個層面：「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」；「中性的死亡接受」。本量表採用 Likert Scale 的五點量表計分方式，選項分為「非常不同意」、「不同意」、「不能確定」、「同意」、「非常同意」，依序可得 1、2、3、4、5 分。全量表共計 29 題，皆為正向題。量表並不加計總分，而是視各分量表的得分為何，依各分量表得分高低來解釋。

#### (一) 信度

該量表採用 Cronbach  $\alpha$  值考驗「死亡態度」量表中各分量表的內部一致性，由各分量表的 Cronbach  $\alpha$  值分別為：「死亡恐懼」 $\alpha$  值為 0.834、「死亡逃避」 $\alpha$  值為 0.814、「中性接受」 $\alpha$  值為 0.762、「趨近接受」 $\alpha$  值為 0.828、「逃離接受」 $\alpha$  值為 0.849，全量表  $\alpha$  值為 0.852，整體而言，信度大致良好。

表 3.3.2 死亡態度各分層及整體之 Cronbach  $\alpha$  值

死亡恐懼	死亡逃避	中性接受	趨近接受	逃離接受	總量表
0.834	0.814	0.762	0.828	0.849	0.852

资料来源：廖芳娟（2000）,P53

#### (二) 效度

量表經因素分析共取得五個因素，其解釋變異量分別為 22.8%、12.0%、8.6%、7.5%、5.0%，而總變異量為 57.8%，表示本量表之「建構效度」良好。

### 三、幸福感量表

本量表係採用林子雯（1996）翻譯 Argyle（1987）所發展的牛津幸福感量表（Oxford Happiness Inventory, OHI），再加上其他相關之幸福感題目編寫而成。採用 Likert Scale 的方式設計，每題最高 5 分，最低 1 分，分為四個層面：「自我肯定」；「人際關係」；「生活滿意」；「身心健康」。由受試者依照個人的實際感受作答，選項為：「非常不符合」、「不符合」、「不能確定」、「符合」、「非常符合」。並依序可得 1、2、3、4、5 分。全量表共計 24 題，皆為正向題，得分愈高表示幸福感愈高，得分愈低者表示幸福感愈低。

#### (一) 信度

該量表採 Cronbach  $\alpha$  值考驗「幸福感」量表中各分量表的內部一致性，各分量表的 Cronbach  $\alpha$  值分別為：「生活滿意」 $\alpha$  值為 0.872、「人際關係」 $\alpha$  值為 0.844、「自我肯定」 $\alpha$  值為 0.82、「身心健康」 $\alpha$  值為 0.791。全量表  $\alpha$  值為 0.933。信度堪稱良好。

表 3.3.3 幸福感各分層及及整體之 Cronbach  $\alpha$  值

生活滿意	人際關係	自我肯定	身心健康	總量表
0.872	0.844	0.820	0.791	0.933

資料來源：林子雯（1996），P75

## （二）效度

量表經因素分析後共取得四個因素，其解釋變異量分別為 40.97%、6.38%、4.5%、4.31%，而總解釋變異量為 56.17%，顯示量表之在「建構效度」可接受之範圍。

## 第六節 資料處理

問卷回收後，先經過檢查確定資料的完整性，再確定為有效樣本資料，將樣本資料依各安寧病房給予編號，進行過錄整理，運用電腦統計軟體 SPSS For Windows 20.0 版的社會科學統計套裝軟體來進行統計分析。所採用的分析方法將以研究架構的假設、變項的性質為依據，主要統計分析如下：

- 一、描述性統計，分析安寧志工個人基本資料及各變項之平均數與標準差，了解安寧志工之「生命意義感」、「死亡態度」與「幸福感」之情形。
- 二、以 t 考驗，單因子變異數分析 (one-way ANOVA) 及單因子多變項變異數分析 (one-way multivariate of variance) 分析不同變項之安寧志工在「生命意義感」、「死亡態度」與「幸福感」之差異情形。
- 三、以皮爾遜積差相關分析安寧志工的「生命意義感」、「死亡態度」與「幸福感」兩兩變相間之相關情形。
- 四、以多元迴歸分析預測安寧志工的生命意義感及死亡態度對幸福感的預測情形。

## 第四章 研究結果與討論

本研究旨在探討安寧志工的生命意義、死亡態度與幸福感的相關情形，並分析不同背景變項之差異性。根據受試者在「安寧志工生命意義感、死亡態度與幸福感之探討」問卷上填答之統計結果進行分析與討論。全章共分為五節。第一節樣本特質之描述與分析；第二節安寧志工生命意義、死亡態度與幸福感之現況；第三節不同背景變項之安寧志工在生命意義、死亡態度與幸福感之差異探討；第四節安寧志工的生命意義、死亡態度與幸福感之相關性；第五節安寧志工之生命意義感、死亡態度對幸福感之回歸預測分析。

### 第一節 樣本特質之描述與分析

本研究依據台灣安寧照顧協會截至 2014 年 5 月 20 日，目前台灣地區設有安寧病房的醫院共有 50 家，分為：台北區（含北北基宜）20 家、北區（含桃竹苗）5 家、中區（含中彰投）6 家、南區（含雲嘉南）9 家、高屏區（高屏澎）7 家、東區（含花東）3 家，研究者經事先與負責安寧病房的社工師取得聯繫同意施測後，確定各醫院安寧病房的志工人數，台北區（含北北基宜）17 家、北區（含桃竹苗）3 家、中區（含中彰投）4 家、南區（含雲嘉南）3 家、高屏區（高屏澎）6 家、東區（含花東）3 家，六區共有 36 家之安寧病房志工為施測對象。

其中有些醫院必須申請通過「醫院人體試驗委員會（IRB）」及「聯合人體試驗委員會（JIRB）」的審查方可進入場域進行調查。研究者為尊重隱私權以保護受試者，仍通過（IRB）及（JIRB），其中 28 家醫院為受託（JIRB）審查。合計發出問卷 450 份，去除無效問卷（空白卷及不完整問卷），回收有效問卷 375 份，回收率 83.33%，所得結果如表 4.1.1。

#### 一、醫院

在所有回收的安寧志工樣本中，以天主教耕莘醫院聖若瑟之家的志工樣本數佔最多有 40 人、佔 10.67%；其次是台北榮民總醫院大德病房有 30 人、佔 8%；高醫附設中和紀念醫院心圓病房 29 人、佔 7.73%；台大醫院緩和醫療病房 27 人、佔 7.2%；高雄榮民總醫院崇德病房 25 人、佔 6.67%。由於各醫院的規模與成立的時間先後不同，對安寧志工的招募也各有異同、組織對安寧志工的重視、在職訓練、志工制度、志

工相互間的凝聚力等是影響安寧志工持續服務的動力，顯見醫院成立安寧病房的時間越久，安寧志工的服務人數佔多數。

4-1-1 醫院及樣本數之次數分配與百分比統計表 (N=375)

醫院名稱	病房名稱	人數	百分比(%)
台大醫院	緩和醫療病房	27	7.20
台北市立聯合醫院(忠孝院區)	祥禾病房	1	0.27
台北市立聯合醫院(仁愛院區)	詠愛病房	7	1.87
三軍總醫院	寧境病房	15	4.00
台北榮民總醫院	大德病房	30	8.00
臺北市立關渡醫院	安寧病房	5	1.33
台北市立萬芳醫院	芳寧之家	3	0.80
台北醫學大學附設醫院	緩和醫療病房	5	1.33
天主教耕莘醫院	聖若瑟之家(5C病房)	40	10.67
佛教慈濟綜合醫院台北分院	心蓮病房(6C病房)	8	2.13
衛生福利部雙和醫院	緩和醫療病房	5	1.33
財團法人汐止國泰綜合醫院	緩和醫療病房	8	2.13
財團法人基隆長庚紀念醫院	安寧病房(情人湖院區)	10	2.67
振興醫療財團法人振興醫院	安寧 85 病房	5	1.33
國立陽明大學附設醫院	安寧病房	1	0.27
天主教羅東聖母醫院	聖嘉民安寧病房	6	1.60
羅東博愛醫院	博愛病房	2	0.53
台北榮民總醫院桃園分院	安寧病房	20	5.33
衛生福利部桃園醫院	安寧病房	5	1.33
財團法人桃園長庚紀念醫院	緩和醫療病房(3B病房)	6	1.60
中山醫學大學附設醫院(大慶院區)	安寧病房	20	5.33
中國醫藥大學附設醫院	美德病房	13	3.47
光田醫療社團法人光田綜合醫院	福田病房	2	0.53
彰化基督教醫院	高仁愛紀念病房	9	2.40
嘉義基督教醫院	戴德森紀念病房	10	2.67
天主教聖馬爾定醫院	懷正紀念病房	4	1.07
新樓醫院	馬雅各紀念病房	3	0.80
高雄榮民總醫院	崇德病房	25	6.67
天主教聖功醫院	聖方濟之家	5	1.33
高醫附設中和紀念醫院	心圓病房	29	7.73
財團法人高雄長庚紀念醫院	10A 安寧病房	8	2.13
屏東基督教醫院	傳愛之家	5	1.33
屏東民眾醫院	一如病房	14	3.73
佛教慈濟綜合醫院	心蓮病房	12	3.20
基督教門諾會醫院	迦南病房	2	0.53
財團法人台東聖母醫院	恩典家園	5	1.33

## 二、安寧志工之基本特質

本研究受試安寧志工之基本特質，根據表 4.1.2 所列，茲說明如下：

### (一) 性別

本研究樣本中安寧志工在性別分佈上，以女性居多 302 人佔 80.5%，男性 73 人 (19.5%)，男性與女性的比例約為 1：4.12，顯示女性參與志願服務的比例較男性為高。

### (二) 年齡

年齡分佈從年紀最輕者 25 歲到年紀最長者 87 歲，以 50-59 歲居最多數有 153 人佔 (40.8%)；其次 60-69 歲有 135 人佔 (36%)；70 歲以上者 27 人佔 (7.2%)；39 歲以下有 13 人佔 (3.5%)。從上述資料顯示安寧志工主要分佈在 50-59 歲，樣本的年齡平均為 57 歲，可能在此年齡階段已完成家庭的責任或退休，行有餘力能夠從事社會服務的志業，不但對社會產生貢獻，其本身透過參與服務的過程亦有收穫。

### (三) 婚姻狀況

安寧志工婚姻狀況已婚者佔最多數有 254 人佔 67.7%；其次是喪偶者有 46 人佔 12.3%；未婚者 40 人佔 10.7%。此與安寧志工較為年長者有密切的關係，同時與黃天中 (1992) 引述桑德絲的建議，在招募志工時，運用那些曾經歷過人生挫折而能戰勝命運的人，尤其是曾經面臨過親人死亡，特別能以其親身經歷接近病人與家屬對生命的體認不謀而合。

### (四) 教育程度

安寧志工的招募教育程度是國中以上，在回收問卷樣本中以高中 (職) 140 人佔 37.3% 為最多；其次以大學教育程度 102 人佔 27.2%；專科有 62 人佔 16.5%。與從事安寧志工時，須具備基本知識有關。

### (五) 目前職業

在回收的樣本中明顯的以家庭管理者佔最多數 127 人 (33.9%)；退休人士有 112 人佔 29.9% 居次；服務業 50 人佔 13.3%；工、商業有 33 人佔 8.8%。推估參與安寧志工的職業屬



性，必定會導致生涯的規畫與志業，家庭管理者與退休人士對於時間管理的運用較為充裕。

#### (六) 宗教信仰

在回收的安寧志工樣本中 (89.1%) 有宗教信仰，佛教佔所有宗教信仰中最多數有 214 人佔 57.1%；基督教居次有 46 人佔 12.3%；民間信仰有 38 人佔 10.1%，不難發現安寧志工大多數均有宗教信仰且以佛教信仰者超過 50%。顯示具有宗教信仰較有慈悲之心。

#### (七) 家庭經濟狀況

家庭經濟狀況以 (個人每月總收入) 為主，在回收的樣本中以 0~4 萬元為最多數，共有 259 人佔 69.1%；其次為 4~8 萬元有 77 人佔樣本 20.5%；8~12 萬有 26 人佔 6.9%。顯見安寧志工以小康者居多。

#### (八) 自覺健康狀況

在自覺健康狀況方面以良好者佔最多數有 190 人佔 50.7%；自覺健康尚可者有 159 人佔 42.4%居次；自覺健康狀況極佳者有 20 人佔 5.3%。此與擔任安寧志工需有健康的身體才能服務病人有關。

#### (九) 在遭逢親人的死亡印象最深刻

在經歷親人的死亡及印象最深刻的方面，以父母親為最多數有 172 人 (45.9%)；祖父母居次有 65 人佔 (17.3%)；兄弟姊妹有 45 人佔 (12.7%)；配偶有 36 人佔 (9.6%)；其他部分樣本有 25 人 (6.7%) 填答，包括有公婆、病友、同學、同事、親戚、寵物等。

#### (十) 家庭談論死亡事件的反應

在與家人談論死亡話題時，安寧志工的回應是很自然的討論者有 227 人佔所有安寧志工人數的 (55.2%)；家庭中很少討論者有 122 人佔 (32.5%) 居次，在家中盡量避免談到死亡話題者有 39 人佔 (10.4%)；在家中從未討論者有 7 人佔 (1.9%)。

#### (十一) 家人健康方面

在家人曾否罹病方面，以回應「是」者較多，佔 58.9%；「否」

者佔 41.1%。

表 4.1.2 安寧志工基本特質之次數分配與百分比統計表 (N=375)

變項名稱	樣本數	百分比	變項名稱	樣本數	百分比
<b>性別</b>			<b>經濟狀況</b>		
女	302	80.5	0~4 萬	259	69.1
男	73	19.5	4~8 萬	77	20.5
			8~12 萬	26	6.9
<b>年齡</b>			12 萬以上	13	3.5
39 歲以下	12	3.2			
40-49 歲	46	12.3	<b>健康狀況</b>		
50-59 歲	154	41.1	極佳	20	5.3
60-69 歲	136	36.3	良好	190	50.7
70 歲以上	27	7.2	尚可	159	42.4
平均年齡	57		差	6	1.6
<b>婚姻狀況</b>			<b>親友死亡</b>		
未婚	40	10.7	是 印象最深刻的是	367	97.9
已婚	254	67.7	否	8	2.1
離婚	21	5.6	<b>遭遇親人死亡</b>		
喪偶	46	12.3	曾祖父母	3	.8
再婚	2	0.5	祖父母	65	17.3
已婚但分居	12	3.2	父母親	172	45.9
<b>教育程度</b>			兄弟姊妹	45	12.0
國小	14	3.7	子女	7	1.9
國(初中)	33	8.8	配偶	36	9.6
高中(職)	140	37.3	鄰居	8	2.1
專科	62	16.5	公共人物	6	1.6
大學	102	27.2	其他	25	6.7
研究所含以上	24	6.4	否	8	2.1
<b>目前職業</b>			<b>家人反應</b>		
軍公教	15	4.0	很自然的與您討論	207	55.2
工、商業	33	8.8	很少討論	122	32.5
家庭管理	127	33.9	盡量避免談到	39	10.4
學生	7	1.9	從未討論	7	1.9
服務業	50	13.3	<b>家人罹病</b>		
退休人士	112	29.9	是	221	58.9
其他	31	8.3	否	154	41.1
<b>宗教信仰</b>					
民間信仰	38	10.1			
佛教	214	57.1			
道教	12	3.2			
天主教	19	5.1			
基督教	46	12.3			
一貫道	5	1.3			
無	33	8.8			
其他	8	2.1			

### 三、安寧志工的服務情形

本研究受試安寧志工之的服務現況，茲說明如后：

#### (一) 服務年資

在本研究樣本中，安寧志工的服務年資以 2 年以內為最多 59 人佔 15.7%、2~4 年者有 57 人佔 15.2% 居次、4~6 年內 49 人 (13.1%)、服務 10~12 年以及 6~8 年內各為 47 人佔 12.5%、服務 16 年以上的安寧志工有 32 人 (8.5%)。安寧志工的服務年資為 7.6 年；參與安寧志工服務年資最淺者為 3 個月，資深安寧志工的服務年資為 20 年又 2 個月，有 129 位安寧志工是超過服務十年以上佔 34.4%，台灣自 1990 年 2 月馬偕醫院成立第一家安寧病房迄今已有 24 年，顯示安寧志工認同安寧療護的理念，所激發出的使命感且在自由意志下奉獻個人的心力，能夠持續性的為末期患者與家屬提供服務。

#### (二) 服務次數

安寧志工平均每月服務或參與次數為 4 次佔 64% 為最多有 240 人、其次是 3 次及以下為 43 人 (11.5%)、每月服務 5 次的安寧志工有 38 人 (10.1%)、亦有 37 位安寧志工是服務 8 次 (9.9%)，平均安寧志工服務的次數每月為 4.2 次。醫院招募時規定正式聘用後，每周至少服務三小時並持續一年者為對象。

#### (三) 服務時間

安寧志工每次平均服務或參與的時間以 3 至 4 小時以內者佔最多為 287 人 (76.5%)、4 至 5 小時 34 人 (9.1%) 居次、安寧志工的服務時間為 3.62 小時，顯示各醫院在招募安寧志工時即已註明於受訓期滿後，每週至少服務 3 小時並持續一年以上，大部分的安寧志工每次服務的時間均超過 3 小時。

#### (四) 服務內容

安寧志工的服務內容包括直接服務以及間接服務，直接服務分為 (以台北榮總為例)：

- 1、身體照顧方面：包含洗頭、擦身、洗澡、剪髮、翻身、修指甲刮鬍鬚、換尿布、陪伴治療或做各項檢查、上下床、肢體

- 運動或按摩、美足、口腔護理、為家屬按摩。
- 2、情緒支持（包括家屬）：散步、談心、讀書報、寫信、打牌、唱歌、美勞、陪伴。
  - 3、家事代勞：購物、鋪床、辦理入出院手續、為病人準備餐點食物、餵食、聯絡家人、為幼兒唸繪本、輔導課業。
  - 4、居家服務：代送門診藥物、門診就醫、翻身及身體清潔、整理居家環境、收、送居家醫療儀器。
  - 5、為往生者服務：擦身、更換衣物、陪伴家屬、化妝、助念或禱告。
  - 6、其他：支援護理站庶務工作如（領藥、領血）、其他未列事項。

安寧志工的服務以情緒支持 352 人（93.9%）為最多、其次身體照顧為 226 人（60.3%）、為往生者服務有 149 人佔 39.7%。顯示安寧志工與醫療隊團共同為臨終病人及家屬提供「善終」服務。

#### （五）參與其他醫院

樣本中未參與其他醫院服務的安寧志工為最多計有 296 人（78.9），參與其他醫院服務的為 79 人（21.1%），顯示大部分的安寧志工僅在一家醫院的安寧病房擔任志願服務的工作。

#### （六）參與其他組別的服務內容

在參與其他組別的安寧志工從院內的急診室、門診組、輪椅組、病探訪視、服務台、洗腎中心、癌病中心、日間照顧、安寧共同照顧、母嬰親善、產科安胎示範病房、宗教志工(長者關懷)...等。

院外則有生命線、自殺防治中心、社區老人關懷據點、創世基金會、人醫會、公所希望小站、安寧療護推廣員、環保署教育志工、更保入監輔導為更生人通信、自閉症生活獨立訓練員、肝病防治中心、里內巡守隊、犯罪被害人法律諮詢、社區大學隨堂志工、導覽解說員、獨居老人探訪、紅十字會急救教練、美術館導覽志工、六堆客家文化園區志工、音樂演奏志工、馬偕醫院協談中心「平安線」、教養院、國稅局、天文館、監獄教誨志工、癌症希望基金會、警察局志工、導護媽媽志工、社區環保志工、戶政事務所、台北市殯葬處...等。

顯示志工除了在安寧病房服務外，其服務的觸角是多元

化，志工來自各行各業，專長背景皆不容忽視，若機構能充分運用發揮志工的專長，肯定志工的價值，激勵安寧志工協助醫療團隊專業人員，提升病人及家屬良好的服務品質，但志工並非取代專業人員，只是提供另外的服務來協助病人與家屬提升醫療團隊的工作。

#### **(七) 參與院內每年安排的志工在職訓練**

樣本中參與院內每年安排的在職訓練有323人佔86.1%。參與次數在3次及以下者為最多數有147人(39.2%)，其次為4次計有56人(14.9%)，顯示安寧志工對於在院內的在職訓練極為重視。

#### **(八) 參與院內每年安排的安寧志工在職訓練**

研究樣本中對於院內安排的安寧課程在職訓練為312人(83.2%)，參與的次數以3次及以下佔大多數161人(42.9%)，較一般院內的在職訓練人數為多，其次為4次有35人(9.3%)，顯示安寧志工對於安寧的專業課程非常重視。

#### **(九) 參與安寧志工之職前及在職訓練，對於擔任安寧志工工作的幫助**

施測樣本中有304人認為幫助很大佔全體施測者81.1%，其次認為有點幫助的有61人(17.3%)，但也有志工認為是沒有幫助的佔1.6%，顯示安寧志工對於職前與在職的教育訓練非常重要，機構需要一套有系統有計畫的過程，提供志工的學習經驗。

#### **(十) 參加過院外的研習或研討會**

安寧志工參與院外的研習及研討會者以參與蓮花基金會的系列安寧療護課程、康泰醫療教育基金會每年舉辦的「安寧療護傳愛種子初階、進階培訓」、張啟華文教基金會安寧關懷課程、史懷哲宣道會靈性關懷課程、以及安寧志工會因為個人的需求參加如：中醫、同理心訓練、情緒管理、病房探視技巧、生命回顧、芳香療法、經絡舒緩按摩、生命教育、悲傷輔導、看圖說故事、影片賞析、美足護理等相關課程，顯示安寧志工會因服務的需求而會不斷的充實自己，以因應臨床的需求。

#### **(十一) 安寧志工最需要的在職訓練課程**

在安寧志工在職訓練課程的最需要的部分，依序為溝通技巧305人佔81.3%、其次依序是悲傷輔導295人(78.7%)、生死

教育 259 人 (69.1%)、靈性照顧 252 人 (67.2%)、情緒管理 246 人 (65.6%)、生命意義 217 人 (57.9%)、全人照顧 184 人 (49.1%)、疾病認識 160 人 (42.7%)、護理技巧 143 人 (38.1%)、人際關係 120 人 (32%)、宗教概念 110 人 (29.3%)、輔助療法 86 人 (22.9%)、遺體護理 79 人 (21.1%)、3C 運用 37 人 (9.9%)、其他 10 人 (2.7%)。

與陸金竹 (2003) 安寧志工需要增加的在職訓練課程排序溝通技巧、生死教育、悲傷輔導、生命意義等相似。顯示出安寧志工在互動中溝通是一門藝術，也是一門學問，更是人人都需要學習的。我們每一個人，在一生中都會遭受許多無法避免的失落，悲傷輔導是協助與生者處理與逝者之間因失落而引發的各種情緒困擾並完成未竟事務。安寧志工透過學習有助於協助喪親者家屬的後續陪伴關懷，也是極為重要的課題。生死在現今科技及醫藥發達的社會，人類平均壽命較昔日提高許多，這也意味著人們在今日社會中，面臨死亡事件所帶來衝擊問題的機率大增，生死教育愈形重要與迫切。靈性為人類追求生命意義與價值的內在動力，它可以影響病人疾病調適的過程，並面對生命末期的希望。全人照顧則是要學習身、心、靈的整體照顧。可以發現安寧志工在服務的過程是極為需要增加學習的課程，才能夠增加服務的動力。

## (十二) 參與安寧志工服務的服務動機

樣本中參與安寧志工的服務動機與原因方面，以幫助別人、也幫助自己成長 325 人佔 86.7% 為最多；其次以社會責任、回饋社會 203 人 (54.1%)；肯定自己存在的價值 163 人 (43.5%)；宗教信仰或價值理念有 152 人 (40.5%)；增加社會參與 144 人 (38.4%)；對自己與家人有實質利益 114 (30.4%)；成就感、獲得認同與支持 70 人 (18.7%)；人際關係與擴展 53 人 (14.1%)；打發或運用閒暇時間 27 人 (7.2%)。與陸金竹 (2003) 安寧志工之服務動機中利他性，藉由對他人的關懷同時也滿足了自己；社會責任的動機，以行動實現助人的理念；肯定自己存在價值而能夠自我實現；增加社會參與的動機，主動積極參與志願服務性的工作，增加與他人互動的機會相符合。

表 4.1.3 安寧志工服務情形之次數分配與百分比統計表 (N=375)

變項名稱	次數 (%)	變項名稱	次數 (%)
<b>服務年資</b>		<b>服務內容 (複選題)</b>	
2 年以內	59 (15.7)	身體照顧	226 (60.3)
2~4 年	57 (15.2)	情緒支持	352 (93.9)
4~6 年	49 (13.1)	家事代勞	56 (14.9)
6~8 年	47 (12.5)	居家服務	60 (16.0)
8~10 年	34 ( 9.1)	往生服務	149 (39.7)
10~12 年	47 (12.5)	行政庶務	133 (35.5)
12~14 年	28 ( 7.5)	其他	23 ( 6.1)
14~16 年	22 ( 3.9)		
16 年以上	32 ( 8.5)	<b>參與院內安寧在職訓練次數</b>	
平均年資	7.6	3 次及以下	161 (42.9)
		4 次	35 ( 9.3)
<b>每月服務次數</b>		5 次	7 ( 1.9)
3 次及以下	43 (11.5)	6 次	12 ( 3.2)
4 次	242 (64.5)	視院內要求	3 ( 0.8)
5 次	38 (10.1)	未填選	93 (24.8)
6 次	9 ( 2.4)	否	64 (17.1)
7 次	6 ( 1.6)		
8 次及以上	37 ( 9.9)	<b>受訓幫助</b>	
平均服務次數	4.2	幫助很大	304 (81.1)
		有點幫助	65 (17.3)
		沒什麼幫助	6 ( 1.6)
<b>每週服務時間</b>		<b>在職訓練需求 (複選題)</b>	
3 小時及以內	13 ( 3.5)	悲傷輔導	295 (78.7)
3~4 小時	287 (76.5)	生死教育	259 (69.1)
4~5 小時	34 ( 9.1)	溝通技巧	305 (81.3)
5~6 小時	7 ( 1.9)	護理技巧	143 (38.1)
6~7 小時	6 ( 1.6)	生命意義	217 (57.9)
7 小時以上	28 ( 7.5)	靈性照顧	252 (67.2)
平均時間	3.62	全人照顧	184 (49.1)
		人際關係	120 (32.0)
<b>其他醫院</b>		情緒管理	246 (65.6)
是	79 (21.1)	疾病認識	160 (42.7)
否	296 (78.9)	遺體護理	79 (21.1)
		3C 運用	37 ( 9.9)
<b>院內訓練</b>		輔助療法	86 (22.9)
是	323 (86.1)	其他	10 ( 2.7)
否	52 (13.9)		
		<b>參與動機 (複選題)</b>	
<b>參與院內在職訓練次數</b>		社會參與	144 (38.4)
3 次及以下	147 (39.2)	回饋社會	203 (54.1)
4 次	56 (14.9)	肯定自己	163 (43.5)
5 次	19 ( 5.1)	幫助自己	325 (86.7)
6 次	7 ( 1.9)	成就感	70 (18.7)
7 次及以上	11 ( 2.9)	實質意義	114 (30.4)
視院內要求	4 ( 1.1)	人際擴展	53 (14.1)
未填選	79 (21.1)	運用閒暇	27 ( 7.2)
否	52 (13.9)	宗教信仰	152 (40.5)
		其他	22 ( 5.9)
<b>參與院內安寧在職訓練</b>			
是	312 (83.2)		
否	63 (16.8)		

(十三)在陪伴服務過程中，病人的死亡讓您印象最深刻值得分享的是：

在陪伴服務的過程中令志工印象最深刻的事，就是生命總有失落，卻能以一種祝福的心情來面對，也更深體驗生死自然現象；對人生仍有期望，似乎不知道生命將到終點，在家人間的道別、道謝、生死兩相安，學習面對死亡；也有因心願已了，因此對死亡比較從容豁達，也比較願意接受生命的安排，人都是兩手空空的走，就如兩手空空的來，重要的是來去之間做些什麼事。可見在家屬陪伴，臨終道別，以及心願完成，是安寧志工願意為臨終者與家屬付出的不歸路。

在服務的過程中，感受到對自己的未來有目標和方向，很平安的接受死亡的到來，實現病人的願望，共同分享擁有的幸福，也同時在照顧先生的一位家屬，想到父母生病過程，沒有全程照顧，現在想起很傷心難過，更要珍惜活著時要彼此相惜、相愛、待人處事心要善、要寬，也要感謝生命老師的示現讓我們上一堂學習生死的課程（彙總如附件三）。



## 第二節 安寧志工生命意義、死亡態度與幸福感之現況

為了解安寧志工生命意義感、死亡態度與幸福感之現況，本節分為「安寧志工的生命意義感之現況分析」、「安寧志工的死亡態度之現況分析」及「安寧志工的幸福感之現況分析」三部分做說明。

### 一、安寧志工的生命意義感之現況分析

本研究之「生命意義感量表」共分五個層面，「求意義的意志」、「生命目的」、「生命控制」、「苦難接納」及「死亡接納」，每題平均得分在 3.84~4.19 之間，就整體生命意義感層面而言，單題平均得分為 4.09，則安寧志工在生命意義感五個層面上皆高於每題的中間值 3 分。

由表 4.2.1 研究結果顯示，安寧志工在生命意義感上的各層面得分頗高。單題平均得分最高的是「求意義的意志」(M=4.19)、其次是「生命目的」(M=4.11)及「苦難接納」(M=4.11)居次，「生命控制」(M=4.07)及「死亡接納」(M=3.84)的得分最低。顯示安寧志工生命意義感較高。

表 4.2.1.安寧志工「生命意義感」層面分析統計表 (N=375)

層面名稱	題數	層面平均數	層面標準差	單題平均數	單題標準差
求意義的意志	9	37.69	4.844	4.19	0.54
生命目的	4	16.44	2.302	4.11	0.58
生命控制	7	28.50	3.242	4.07	0.46
苦難接納	5	20.56	2.953	4.11	0.59
死亡接納	4	15.34	3.995	3.84	1.00
生命意義感整體	29			4.09	0.43

### 二、安寧志工的死亡態度之現況分析

本研究之「死亡態度量表」共分五個層面，「死亡恐懼」、「死亡逃避」、「中性接受」、「趨近接受」及「逃離接受」，每題平均得分在 2.10~4.13 之間，若就每題中間值 3 分而言，則安寧志工在死亡態度的五個層面上，其中「死亡恐懼」、「死亡逃避」及「逃離接受」低於中間值 3 分，「中性接受」及「趨近接受」則高於中間值 3 分。

由表 4.2.2 得知安寧志工對死亡的「中性接受」每題平均得分 (M=4.13) 最高、其次依序是「趨近接受」(M=3.44)、「逃離接受」(M=2.71)、「死亡恐懼」(M=2.19)、「死亡逃避」(M=2.10)。顯示安寧

志工在死亡態度上對死亡的逃避較低，也比較不恐懼死亡，對死亡視為是生命過程中的一部分，不論是好是壞對死亡都會坦然接受，將死亡視為是自然的，且是不可避免的事。

表 4.2.2.安寧志工「死亡態度」層面分析統計表 (N=375)

層面名稱	題數	層面平均數	層面標準差	單題平均數	單題標準差
死亡恐懼	7	15.30	4.427	2.19	0.63
死亡逃避	5	10.49	3.451	2.10	0.69
中性接受	5	20.63	2.312	4.13	0.46
趨近接受	7	24.09	4.530	3.44	0.65
逃離接受	5	13.53	3.939	2.71	0.79
合計	29				

### 三、安寧志工的幸福感之現況分析

本研究之「幸福感量表」由表 4.2.3 得知安寧志工對幸福感的分量表共分四個層面，「生活滿意」、「人際關係」、「自我肯定」及「身心健康」，每個層面平均得分在 3.83~4.07 之間，就安寧志工在整體「幸福感」的四個層面，每題平均得分 3.95 分，就每題中間值為 3 分而言，則本研究之安寧志工在幸福感的四個層面上，每題平均得分均高於中間值 3 分。顯示安寧志工的幸福感為中上程度。以「人際關係」最高 (M=4.07)、「生活滿意」居次 (M=3.98)、「自我肯定」(M=3.92)、「身心健康」層面的得分最低 (M=3.83)。

表 4.2.3.安寧志工「幸福感」層面分析統計表 (N=375)

層面分析	題數	層面平均數	層面標準差	每題平均數	每題標準差
生活滿意	7	27.87	3.136	3.98	0.45
人際關係	6	24.42	2.459	4.07	0.41
自我肯定	6	23.50	2.803	3.92	0.47
身心健康	5	19.17	2.610	3.83	0.52
整體幸福感				3.95	0.46

### 第三節 不同背景變項之安寧志工在生命意義、死亡態度與幸福感之差異探討

本節主要在探討不同背景變項下之安寧志工在生命意義感、死亡態度與幸福感之整體層面與各層面之差異情形，個人背景變項包括性別、年齡、婚姻、教育程度、職業、宗教信仰、家庭經濟狀況、健康狀況等變項，進行 t 考驗、單因子變異數分析、單因子多變項變異數分析考驗差異情形。

#### 一、不同背景變項之安寧志工在生命意義感上之差異分析結果

(一) 本分析主要在了解「不同性別」之安寧志工在生命意義感上沒有顯著上差異

1、不同性別之安寧志工在生命意義感整體層面上的差異分析，

研究者使用獨立樣本 t 檢定考驗分析，結果如表 4.3.1 所示：

表 4.3.1 不同性別安寧志工在生命意義感整體層面上之差異分析 (N=375)

性別	人數	平均數	標準差	t 值	事後比較
女	302	3.84	0.36	1.24	
男	73	3.78	0.37		
F 檢定 P		0.984 T 檢定		0.216	

由表 4.3.1 可知，不同性別安寧志工在生命意義感整體層面上，未達顯著水準 ( $P > .05$ )，表示不同性別安寧志工在生命意義感整體層面上無顯著差異。

2、不同性別的安寧志工在生命意義分層面上之差異分析研究者使用單因子多變項變異數分析結果，如表 4.3.2 所示：

表 4.3.2 不同性別安寧志工在生命意義感分層面上之差異分析 (N=375)

生命意義感各層面	性別	人數	平均數	標準差	wilk'sλ	F 值	事後比較
求意義的意志	女(1)	302	4.21	0.53	0.99	2.91	
	男(2)	73	4.09	0.57			
生命目的	女(1)	302	4.13	0.57	0.99	1.17	
	男(2)	73	4.04	0.59			
生命控制	女(1)	302	4.08	0.46	0.99	0.62	
	男(2)	73	4.03	0.46			
苦難接受	女(1)	302	4.12	0.59	0.99	0.07	
	男(2)	73	4.10	0.58			
死亡接納	女(1)	302	1.96	0.68	0.99	0.15	
	男(2)	73	1.99	0.80			

由表 4.3.2 可知，不同性別之安寧志工在生命意義感分層面上，未達顯著水準 ( $P > 0.05$ )，表示不同性別之安寧志工在生命意義感分層面上，無顯著差異。

本研究顯示，不同性別之安寧志工在「生命意義感整體」與分層面並無顯著差異。此與黃國城（2003）的研究指出，性別與生命意義感間並無顯著差異存在之結果一致。何郁玲（1999）的研究結果顯示不同性別在整體生命意義感上並無顯著差異存在，亦與本研究之結果類似。但與何英奇（1987）針對台灣地區 873 名大學生為對象，研究結果顯示女性的生命意義感較男生為低，則與本研究結果不相符合。

(二) 不同年齡的安寧志工在生命意義感上，部分層面有顯著性差異

1、不同年齡之安寧志工在生命意義感整體層面上的差異分析研究者使用單因子變異數分析，結果如表 4.3.3 所示：

表 4.3.3 不同年齡之安寧志工在生命意義感整體層面上之差異分析 (N=375)

年齡	個數	平均數	標準差	F 值	事後比較
39 歲以下	12	3.84	0.30	0.46	
40-49 歲	46	3.82	0.40		
50-59 歲	154	3.82	0.36		
60-69 歲	136	3.85	0.35		
70 歲以上	27	3.76	0.39		

由表 4.3.3 可知，不同年齡之安寧志工在生命意義感整體層面上，未達顯著水準( $P>.05$ )，表示不同年齡之安寧志工在生命意義感整體層面上，無顯著差異。

2、不同年齡之安寧志工生命意義分層面上之差異分析研究者使用單因子多變項變異數分析，結果如表 4.3.4 所示：

表 4.3.4 不同年齡之安寧志工在生命意義感分層面上之差異分析 (N=375)

生命意義感各層面	年齡	人數	平均數	標準差	wilk's $\lambda$	F 值	事後比較
求意義的意志	39 歲以下	12	4.38	0.52	0.89**	1.31	
	40-49 歲	46	4.19	0.57			
	50-59 歲	154	4.20	0.58			
	60-69 歲	136	4.20	0.49			
	70 歲以上	27	3.99	0.47			
生命目的	39 歲以下	12	3.83	0.73	0.89**	1.35	
	40-49 歲	46	4.04	0.62			
	50-59 歲	154	4.15	0.54			
	60-69 歲	136	4.13	0.58			
	70 歲以上	27	4.00	0.58			
生命控制	39 歲以下	12	4.10	0.37		0.56	
	40-49 歲	46	4.04	0.48			
	50-59 歲	154	4.10	0.46			
	60-69 歲	136	4.07	0.47			
	70 歲以上	27	3.97	0.47			
苦難接納	39 歲以下	12	4.17	0.71		0.21	接下頁
	40-49 歲	46	4.17	0.71			

	50-59 歲	154	4.09	0.60		
	60-69 歲	136	4.12	0.55		續表 434
	70 歲以上	27	4.10	0.51		
死亡接納	39 歲以下(1)	12	1.79	0.66		
	40-49 歲(2)	46	1.94	0.65		
	50-59 歲(3)	154	1.82	0.61	3.96**	4 > 3
	60-69 歲(4)	136	2.11	0.78		
	70 歲以上(5)	27	2.18	0.81		

\*\*P < 0.01

由表 4.3.4 可知，不同年齡之安寧志工在生命意義感部份層面有顯著差異 ( $\lambda=0.89$ ,  $P<0.01$ )。亦即表示不同年齡之安寧志工在生命意義感上有顯著不同。茲就單變量 F 值達到顯著差異之層面敘述如下：

在「死亡接納」層面，不同年齡之安寧志工在本層面上有顯著差異 ( $F=3.96$ ,  $P<0.01$ )，經事後比較發現：「60-69 歲」安寧志工顯著高於「50-59 歲」之安寧志工。

本研究顯示，不同年齡之安寧志工，在「生命意義感整體」與分層面並無顯著差異，但與分層面之「死亡接納」比較，則有顯著差異。研究結果發現年齡在「60-69 歲」的安寧志工在「死亡接納」分層面高於「50-59 歲」的安寧志工。年齡在 60-69 歲者，仍屬充滿活力，擔負許多責任，以及能獨立自主的階段，透過自我統整、回顧過去，發現人生的價值，而感到滿足，在沒有經濟壓力下，得以從事退休前無法嘗試的興趣與志願，依照自己喜歡的方式生活，因此高齡者擔任安寧志工認為是有意義，同時更能對生活充滿信心，正如 Jung 覺得老年人應該貢獻時間於瞭解他們的生活經驗，並從中擷取意義有關。

(三) 不同宗教信仰之安寧志工在生命意義感上，部分層面有顯著性差異

1、不同宗教信仰之安寧志工在生命意義感整體層面上之差異分析，研究者使用單因子變異數分析，結果如表 4.3.5 所示

表 4.3.5 不同宗教信仰之安寧志工在生命意義感整體層面差異分析 (N=375)

宗教信仰	人數	平均數	標準差	F 值	事後比較
民間信仰	38	3.74	0.36		
佛教	214	3.87	0.36		
道教	12	3.71	0.34		
天主教	19	3.78	0.42		
基督教	46	3.80	0.34	1.41	
一貫道	5	3.63	0.51		
無	33	3.78	0.36		
其他	8	3.91	0.32		

由表 4.3.5 可知，不同宗教信仰之安寧志工在生命意義感整體層面上，未達顯著水準( $P>.05$ )，表示不同宗教信仰之安寧志工在生命意義感整體層面上，並沒有顯著差異。

2、不同宗教信仰之安寧志工在生命意義感分層面上的差異分析  
研究者使用單因子多變項變異數分析，結果如表 4.3.6 所示：

表 4.3.6 不同宗教信仰之安寧志工在生命意義感分層面上之差異分析 (N=375)

生命意義感各層面	宗教信仰	人數	平均數	標準差	wilk'sλ	F 值	事後比較
求意義的意志	民間信仰	38	4.14	0.57	0.83	1.20	
	佛教	214	4.22	0.53			
	道教	12	4.13	0.53			
	天主教	19	4.22	0.53			
	基督教	46	4.19	0.50			
	一貫道	5	3.60	1.28			
	無	33	4.10	0.46			
	其他	8	4.28	0.49			
生命目的	民間信仰 (1)	38	3.89	0.60	0.83	2.71**	2>5
	佛教 (2)	214	4.19	0.55			
	道教 (3)	12	3.88	0.52			
	天主教 (4)	19	4.09	0.68			
	基督教 (5)	46	4.16	0.51			
	一貫道 (6)	5	4.30	0.65			
	無 (7)	33	3.87	0.60			
	其他 (8)	8	4.03	0.70			
生命控制	民間信仰	38	3.96	0.43	0.83	1.24	
	佛教	214	4.12	0.48			
	道教	12	3.93	0.47			
	天主教	19	4.05	0.48			
	基督教	46	3.97	0.41			
	一貫道	5	4.14	0.59			
	無	33	4.07	0.43			
	其他	8	4.00	0.32			
苦難接納	民間信仰 (1)	38	4.00	0.61	0.83	2.07*	2>5
	佛教 (2)	214	4.18	0.54			
	道教 (3)	12	3.70	0.57			
	天主教 (4)	19	3.86	0.80			
	基督教 (5)	46	4.10	0.60			
	一貫道 (6)	5	4.20	0.51			
	無 (7)	33	4.07	0.68			
	其他 (8)	8	4.20	0.43			
死亡接納	民間信仰	38	1.95	0.71	0.83	1.50	
	佛教	214	1.94	0.68			
	道教	12	2.21	0.68			
	天主教	19	1.92	0.82			
	基督教	46	1.91	0.77			
	一貫道	5	1.40	0.42			
	無	33	2.14	0.79			
	其他	8	2.41	0.30			

\* $P < 0.05$ ，\*\* $P < 0.01$

由表 4.3.6 可知，不同宗教信仰之安寧志工在生命意義感部份層面有顯著差異 ( $\lambda=0.83$ ,  $P<0.01$ )。亦即表示不同宗教信仰之安寧志工在生命意義感上有顯著不同。茲就單變量 F 值達到顯著差異之層面敘述如下：

- (1) 在「生命目的」層面，不同宗教信仰之安寧志工在本層面上有顯著差異( $F=2.71$ ,  $P<0.01$ )。經事後比較：信仰「佛教」之安寧志工顯著高於信仰「基督教」之安寧志工。
- (2) 在「苦難接納」層面，不同宗教信仰之安寧志工在本層面上有顯著差異( $F=2.07$ ,  $P<0.05$ )。經事後比較：信仰「佛教」之安寧志工顯著高於信仰「基督教」之安寧志工。

本研究顯示，不同宗教信仰之安寧志工在「生命意義感整體」層面並無顯著差異。但與分層面之「生命目的」及「苦難接納」比較，則有顯著差異。研究結果發現「佛教」信仰的安寧志工在「生命目的」分層面上高於「基督教」信仰的安寧志工。而「佛教」信仰的安寧志工在「苦難接納」分層面上高於「基督教」信仰的安寧志工。

從宗教活動的參與中，可以更明白自我價值與生存的意義，不再為許多外在、世俗的眼光所苦，活得更輕鬆自在。

#### (四) 不同經濟狀況之安寧志工在生命意義感上，部分層面有顯著性差異

- 1、不同經濟狀況之安寧志工在生命意義感整體層面上之差異分析，研究者使用單因子變異數分析結果，如表 4.3.7 所示

表 4.3.7 不同經濟狀況之安寧志工在生命意義感整體層面差異分析 (N=375)

經濟狀況	個數	平均數	標準差	F 值	事後比較
0~4 萬	259	3.82	0.37	0.45	
4~8 萬	77	3.84	0.34		
8~12 萬	26	3.90	0.35		
12 萬以上	13	3.79	0.34		

由表 4.3.7 可知，不同經濟狀況之安寧志工在生命意義感整體層面上，未達顯著水準( $P>.05$ )，表示不同經濟狀況之安寧志工在生命意義感整體層面上，並沒有顯著差異。

2、不同經濟狀況之安寧志工在生命意義感分層上的差異分析，

研究者使用單因子多變項變異數分析，結果如表 4.3.8 所示：

表 4.3.8 不同經濟狀況之安寧志工在生命意義感分層面上之差異分析 (N=375)

生命意義感各層面	經濟狀況	人數	平均數	標準差	wilk'sλ	F 值	事後比較
求意義的意志	0~4 萬	259	4.18	0.54		0.17	
	4~8 萬	77	4.19	0.56			
	8~12 萬	26	4.26	0.47			
	12 萬以上	13	4.21	0.49			
生命目的	0~4 萬	259	4.09	0.59		0.59	
	4~8 萬	77	4.13	0.52			
	8~12 萬	26	4.17	0.58			
	12 萬以上	13	4.27	0.59			
生命控制	0~4 萬	259	4.05	0.47	0.96*	0.90	
	4~8 萬	77	4.14	0.44			
	8~12 萬	26	4.10	0.47			
	12 萬以上	13	4.08	0.42			
苦難接納	0~4 萬	259	4.11	0.60		0.07	
	4~8 萬	77	4.10	0.59			
	8~12 萬	26	4.16	0.53			
	12 萬以上	13	4.11	0.59			
死亡接納	0~4 萬 (1)	259	1.99	0.70		3.20*	3>4
	4~8 萬 (2)	77	1.88	0.71			
	8~12 萬 (3)	26	2.15	0.77			
	12 萬以上 (4)	13	1.48	0.33			

\*P<0.05

由表 4.3.8 可知，不同經濟狀況之安寧志工在生命意義感部份層面有顯著差異 ( $\lambda=0.96$ ,  $P<0.05$ )。亦即表示不同經濟狀況之安寧志工在生命意義感分層面上有顯著不同。茲就單變量 F 值達到顯著差異之層面敘述如下：

在「死亡接納」層面，不同薪資之安寧志工在本層面上有顯著差異 ( $F=3.20$ ,  $P<0.05$ )。經事後比較：「8~12 萬」薪資的安寧志工顯著高於薪資「12 萬以上」之安寧志工。

本研究顯示，不同經濟狀況之安寧志工在「生命意義感整體」層面並無顯著差異。但與分層面之「死亡接納」比較，則有顯著差異。研究結果發現經濟狀況「8-12 萬」的安寧志工在「死亡接納」分層面高於的「12 萬以上」的安寧志工。黃國城 (2003) 亦以醫院志工為研究對象，結果顯示社經地位較高者，生命意義感較高之研究相符。當一個人過了一個有意義的人生之後，死亡可



能失去它大部分的恐懼性，最害怕的不是死亡，而是覺得無意義和荒謬的人生（黃雅文，2006）。

(五) 不同健康狀況之安寧志工在生命意義感上，部分層面有顯著性差異

1、不同健康狀況安寧志工在生命意義感整體層面上差異分析，研究者使用單因子變異數分析結果，如表 4.3.9 所示

表 4.3.9 不同健康狀況之安寧志工在生命意義感整體層面差異分析 (N=375)

自覺健康狀況	個數	平均數	標準差	F 值	事後比較
極佳	20	3.83	0.44	2.08	
良好	190	3.87	0.35		
尚可	159	3.78	0.36		
差	6	3.80	0.32		

由表 4.3.9 可知，不同自覺健康狀況之安寧志工在生命意義感整體層面上，未達顯著水準 ( $P>.05$ )，表示不同自覺健康狀況之安寧志工在生命意義感整體層面上，並沒有顯著差異。

2、不同自覺健康狀況安寧志工在生命意義感面分層上的差異分析，研究者使用單因子多變項變異數分析結果，如表 4.3.10 所示：

表 4.3.10 不同健康狀況之安寧志工在生命意義感分層面上之差異分析 (N=375)

生命意義感各層面	自覺健康狀況	人數	平均數	標準差	wilk's $\lambda$	F 值	事後比較
求意義的意志	極佳	20	4.17	0.60	0.94*	3.00*	2>3
	良好	190	4.23	0.53			
	尚可	159	4.14	0.54			
	差	6	4.00	0.28			
生命目的	極佳	20	4.23	0.69	1.63		
	良好	190	4.16	0.56			
	尚可	159	4.04	0.58			
	差	6	4.04	0.64			
生命控制	極佳 (1)	20	4.05	0.60	0.94*	3.00*	2>3
	良好 (2)	190	4.14	0.43			
	尚可 (3)	159	3.99	0.47			
	差 (4)	6	4.17	0.54			
苦難接納	極佳	20	4.34	0.61	2.51		
	良好	190	4.16	0.59			
	尚可	159	4.03	0.58			
	差	6	4.13	0.47			
死亡接納	極佳	20	1.64	0.51	1.67		
	良好	190	1.96	0.71			
	尚可	159	2.00	0.72			
	差	6	2.08	0.65			

\* $P<0.05$

由表 4.3.10 可知，不同自覺健康狀況之安寧志工在生命意義感部份層面有顯著差異 ( $\lambda=0.94$ ,  $P<0.05$ )。亦即表示

不同自覺健康狀況之安寧志工在生命意義感分層面上有顯著不同。茲就單變量 F 值達到顯著差異之層面敘述如下：

在「生命控制」層面，自覺健康狀況之安寧志工在本層面上有顯著差異(F=3.00，P<0.05)。經事後比較：

健康狀況「良好」之安寧志工顯著高於健康狀況「尚可」之安寧志工。

本研究顯示，不同健康狀況的安寧志工，在「生命意義感整體」層面並無顯著差異。但在分層面之「生命控制」上則有顯著的差異。健康狀況「良好」的安寧志工在「生命控制」上高於「尚可」的安寧志工。心理健康者不但衷心樂意地接受社會規範，更準備隨時對社會提供各種貢獻。顯示健康是一切的基礎，擁有良好健康的身體，覺得生命才有意義，對未來充滿希望與信心，也才能做一位稱職的安寧志工。

#### (六) 經歷親人死亡印象深刻的之安寧志工在生命意義感上，部分層面有顯著性差異

1、經歷親人死亡印象深刻的安寧志工在生命意義感整體層面上差異分析，研究者使用單因子變異數分析，結果如表4.3.11所示：

表 4.3.11 經歷印象深刻的親人死亡之安寧志工在生命意義感整體層面差異分析 (N=375)

印象深刻的親人死亡	個數	平均數	標準差	F 值	事後比較
曾祖父母	3	3.89	0.31	1.27	
祖父母	65	3.89	0.32		
父母親	172	3.81	0.35		
兄弟姊妹	45	3.88	0.37		
子女	7	3.58	0.33		
配偶	36	3.82	0.44		
鄰居	8	3.91	0.22		
公共人物	6	4.07	0.37		
其他	25	3.76	0.38		
否	8	3.75	0.40		

由表 4.3.11 可知，經歷親人死亡印象深刻的之安寧志工在生命意義感整體層面上，未達顯著水準(P>.05)，表示經歷親人死亡印象深刻的之安寧志工在生命意義感整體層面上，並沒有顯著差異。

2、經歷親人死亡印象深刻的之安寧志工在生命意義感分層面上的差異分析，研究者使用單因子多變項變異數分析結果，如

表 4.3.12 所示：

表 4.3.12 經歷親人死亡印象深刻之安寧志工在生命意義感分層面上差異分析 (N=375)

生命意義感各層面	經歷親人死亡	人數	平均數	標準差	wilk'sλ	F 值	事後比較
求意義的意志	曾祖父母	3	4.41	0.39	1.62		
	祖父母	65	4.33	0.50			
	父母親	172	4.16	0.50			
	兄弟姊妹	45	4.25	0.55			
	子女	7	3.79	0.55			
	配偶	36	4.11	0.70			
	鄰居	8	4.17	0.27			
	公共人物	6	4.52	0.46			
	其他	25	4.13	0.64			
否	8	3.97	0.56				
生命目的	曾祖父母	3	4.00	0.75	1.58		
	祖父母	65	4.17	0.58			
	父母親	172	4.08	0.55			
	兄弟姊妹	45	4.24	0.60			
	子女	7	3.68	0.35			
	配偶	36	4.10	0.63			
	鄰居	8	4.31	0.44			
	公共人物	6	4.54	0.51			
	其他	25	4.00	0.61			
否	8	3.88	0.64				
生命控制	曾祖父母	3	4.14	0.52	0.87*	1.78	
	祖父母	65	4.15	0.44			
	父母親	172	4.01	0.46			
	兄弟姊妹	45	4.12	0.43			
	子女	7	3.61	0.44			
	配偶	36	4.16	0.51			
	鄰居	8	4.23	0.39			
	公共人物	6	4.29	0.67			
	其他	25	4.07	0.39			
否	8	4.00	0.55				
苦難接納	曾祖父母	3	4.07	0.50	0.99		
	祖父母	65	4.20	0.62			
	父母親	172	4.10	0.55			
	兄弟姊妹	45	4.13	0.59			
	子女	7	3.71	0.90			
	配偶	36	4.11	0.67			
	鄰居	8	4.25	0.51			
	公共人物	6	4.47	0.59			
	其他	25	3.99	0.58			
否	8	3.98	0.60				
死亡接納	曾祖父母 (1)	3	1.92	0.63	2.20*		5 > 3* 3 > 6*
	祖父母 (2)	65	1.77	0.65			
	父母親 (3)	172	2.01	0.76			
	兄弟姊妹 (4)	45	1.96	0.53			
	子女 (5)	7	2.79	0.74			
	配偶 (6)	36	1.97	0.79			
	鄰居 (7)	8	1.94	0.78			
	公共人物 (8)	6	1.75	0.69			
	其他 (9)	25	1.83	0.50			
	否 (10)	8	2.38	0.33			

\*P < 0.05

由表 4.3.12 可知，經歷親人死亡印象深刻的之安寧志工在生命意義感部份層面有顯著差異 ( $\lambda=0.87, P<0.05$ )。亦即表示經歷親人死亡印象深刻之安寧志工在生命意義感分層面上有顯著不同。茲就單變量 F 值達到顯著差異之層面敘述如下：

在「死亡接納」層面，經歷親人死亡印象深刻之安寧志工在本層面上有顯著差異 ( $F=2.20, P<0.05$ )。經事後比較發現：

- (1) 因「子女」死亡的安寧志工高於「父母親」死亡的安寧志工。
- (2) 因「父母親」死亡的的安寧志工高於「配偶」死亡的安寧志工。

研究顯示，不同經歷親人死亡印象深刻的安寧志工，在「生命意義感整體」層面並無顯著差異。但在分層面之「死亡接納」上有顯著的差異。研究結果發現經歷親人「子女」死亡印象深刻的安寧志工在「死亡接納」上高於經歷「父母親」死亡印象深刻的安寧志工；經歷親人「父母親」死亡印象深刻的安寧志工在「死亡接納」上高於經歷「配偶」死亡印象深刻的安寧志工。

喪子(女)是生命中最大失落，也是最沉重打擊，沒有了子女代表著人生沒有了意義也沒有了希望，子女的死亡象徵著來不及長大是未來永久的損失，期待孩子比他或她的父母活得更長，如今白髮人送黑髮人，擔心百年時由誰來送終而焦慮。而在老年期的死亡可能被視為是合理的，但是子女的死亡強調了沒有人可以免於死亡。

父母親的死亡是人生最難熬的事，即使父母重病一段時間，但當父母過世時，仍有多重因失落而產生的傷慟，子欲養而親不在，父母的死亡改變他們對生命的觀點，刺激他們更認真的檢視他們的生活，使他們不再認為自己是個孩子，而以比較成熟的態度面對人生。

配偶的死亡使人需要適應從身為夫婦到單身(鰥寡)的過程，當生存者也是一位父母時，這種情況尤其艱難，因為還有孩子需要照顧，加重了單親父母的負擔，一個人適應喪偶角色的方式，與許多社會文化、個人和環境因素有關(黃

雅文，2006)。經歷子女的死亡，配偶能重新以正面方式看待彼此的傷慟行為，將有助於彼此的和解，因此無論是喪子女或是父母、配偶的死亡，都是最大的傷慟。

(七) 不同家人在談論到有關死亡事件或死亡話題時，家人的反應之安寧志工在生命意義感上，有顯著性差異

1、不同家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應之安寧志工在生命意義感整體層面上差異分析，研究者使用單因子變異數分析，結果如表 4.3.13 所示

表 4.3.13 不同家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應之安寧志工在生命意義感整體層面差異分析 (N=375)

家人談論死亡話題	個數	平均數	標準差	F 值	事後比較
很自然的與您討論 (1)	207	3.87	0.37	2.64*	1>2>3
很少討論 (2)	122	3.78	0.33		
盡量避免談到 (3)	39	3.78	0.36		
從未討論 (4)	7	3.64	0.47		

\*P<0.05

由表 4.3.13 可知，不同家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應之安寧志工在生命意義感整體層面上，達到顯著差異 (F=2.64, P<0.05)，表示不同家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應之安寧志工在「生命意義感」整體層面上，有顯著差異。進行事後比較之後，家人「很自然的討論死亡話題」的安寧志工顯著高於「很少討論」及「避免討論」的安寧志工。

2、不同家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應在生命意義感上的差異分析，研究者使用單因子多變項變異數分析，結果如表 4.3.14 所示：

表 4.3.14 家人談論有關死亡話題時家人的反應之安寧志工在生命意義感分層面上之差異分析 (N=375)

生命意義感各層面	談論死亡話題	人數	平均數	標準差	wilk'sλ	F 值	事後比較
求意義的意志	很自然的與您討論 (1)	207	4.26	0.51	0.96*	3.16*	1>3
	很少討論 (2)	122	4.10	0.57			3>2
	盡量避免談到 (3)	39	4.14	0.56			
	從未討論 (4)	7	3.87	0.45			
生命目的	很自然的與您討論 (1)	207	4.18	0.57	2.77*		1>2>3
	很少討論 (2)	122	4.05	0.53			
	盡量避免談到 (3)	39	3.96	0.62			
	從未討論 (4)	7	3.86	1.00			

接下頁

生命控制	很自然的與您討論	207	4.11	0.49	1.37	續表 4.3.14
	很少討論	122	4.03	0.39		
	盡量避免談到	39	3.99	0.47		
	從未討論	7	4.00	0.59		
苦難接納	很自然的與您討論	207	4.16	0.60	1.12	
	很少討論	122	4.06	0.56		
	盡量避免談到	39	4.09	0.61		
	從未討論	7	3.86	0.71		
死亡接納	很自然的與您討論	207	1.93	0.70	0.51	
	很少討論	122	2.00	0.72		
	盡量避免談到	39	2.06	0.74		
	從未討論	7	2.00	0.52		

\* $P < 0.05$

由表 4.3.14 可知，不同家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應之安寧志工在生命意義感部份層面有顯著差異 ( $\lambda=0.96, P < 0.05$ )。亦即表示家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應之安寧志工在生命意義感分層面上有顯著不同。茲就單變量 F 值達到顯著差異之層面敘述如下：

(1) 在「求意義的意志」層面，不同家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應之安寧志工在本層面上有顯著的差異 ( $F=3.16, P < 0.05$ )。經事後比較發現：

- ① 「很自然的與家人討論的」安寧志工顯著高於「盡量避免討論」的安寧志工。
- ② 「盡量避免討論」的安寧志工顯著高於「很少討論」的安寧志工。

(2) 在「生命目的」層面，不同家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應之安寧志工在本層面上有顯著的差異 ( $F=2.77, P < 0.05$ )。經事後比較發現：「家人很自然的討論」死亡話題的安寧志工顯著高於「很少討論」及「盡量避免談到」的安寧志工。

本研究顯示，家中談論氛圍的安寧志工，在「生命意義感整體」層面有顯著差異。在分層面之「求意義的意志」與「生命目的」有顯著的差異。研究結果發現：

家中談論氛圍「很自然的討論」的安寧志工在「生命意義感整體」層面上高於「很少討論」與「盡量避免討論」的安寧志工。

於分層面上「很自然的討論」的安寧志工在「求意義的意志」分層面高於「很少討論」的安寧志工；「盡量避免討論」的安寧志工在「求意義的意志」分層面高於「很少討論」。此外於分層面上「很自然的討論」的安寧志工在「生命目的」分層面高於「很少討論」與「盡量避免討論」的安寧志工。

大部分人遇到死亡的事，都會認為避開這些話題會讓心情變好些，死亡必須觸動生命意義的重新追尋，所以大家迴避談論死亡，以迴避面對生之意義的追尋，或迴避根本就不知曉生，竟已度過許多歲月的尷尬事實，但這麼做只會讓一切無法溝通。李復惠(1987)發現家中越能公開談論死亡的大學生，其死亡恐懼較低。巫珍宜(1991)研究青少年的死亡態度，發現家人迴避談論死亡主題者，有趨向於害怕死亡、瀕死的情況。張淑美(1996)以青少年為研究對象顯示家中「很公開」談論死亡情形者比「消極不談」的死亡接受度較高。因此家中能公開談論死亡，不僅可以預立遺囑交代身後事，簽署「安寧緩和意願書」與「醫療委任代理人」於健保卡加註，讓逝者平安，生者無憾。

#### (八) 小結

根據上述不同背景變項之安寧志工在生命意義感上之統計分析結果，歸納如下表 4.3.15：

表 4.3.15 不同背景變項之安寧志工在生命意義感上之之差異分析結果統計表 (N=375)

生命意義感層面背景變項	求意義的意志	生命目的	生命控制	苦難接納	死亡接納	生命意義感整體
性別						
年齡					60-69 歲 > 50-59 歲	
宗教		佛教 > 基督教		佛教 > 基督教		
經濟狀況					8-12 萬 > 12 萬以上	
健康狀況			良好 > 尚可			
經歷親人死亡印象深刻					子女 > 父母親 父母親 > 配偶	
家人反應	很自然的討論 > 很少討論 盡量避免討論 > 很少討論	很自然的討論 > 很少討論 盡量避免討論 免討論				很自然的討論 > 很少討論 盡量避免討論 免討論

綜合上述資料顯示，性別、婚姻狀況、教育程度、目前職業、家人罹病生命意義感上未呈現顯著性差異。年齡、宗教信仰、經

濟狀況、健康狀況、經歷親人死亡印象深刻的是、家人反應在生命意義感有顯著性差異。根據研究假設一「不同背景變項之安寧志工在生命意義感整體層面及其分層面上有顯著差異」大部分獲得支持。

## 二、不同背景變項之安寧志工在死亡態度上之差異分析結果

### (一) 不同性別之安寧志工在死亡態度上的無顯著性差異

不同性別的安寧志工在死亡態度分層面上之差異分析，研究者使用單因子多變項變異數分析，結果如表 4.3.16 所示：

表 4.3.16 不同性別安寧志工在死亡態度分層面上之差異分析 (N=375)

死亡態度各層面	性別	人數	平均數	標準差	wilk'sλ	F 值	事後比較
死亡恐懼	女	302	2.19	0.63	0.98	0.003	
	男	73	2.18	0.65			
死亡逃避	女	302	2.08	0.68	0.98	0.793	
	男	73	2.16	0.74			
中性接受	女	302	4.13	0.47	0.98	0.003	
	男	73	4.12	0.43			
趨近接受	女	302	3.47	0.65	0.98	3.042	
	男	73	3.32	0.63			
逃離接受	女	302	2.69	0.76	0.98	1.363	
	男	73	2.81	0.81			

由表 4.3.16 可知，不同性別之安寧志工在死亡態度分層面上，未達顯著水準( $P>.05$ )，表示不同性別之安寧志工在死亡態度分層面上，無顯著差異。

### (二) 不同年齡之安寧志工在死亡態度上部分層面有顯著性差異

不同年齡之安寧志工在死亡態度分層面上的差異分析，研究者使用單因子多變項變異數分析，結果如表 4.3.17 所示：

表 4.3.17 不同年齡之安寧志工在死亡態度分層面上之差異分析 (N=375)

死亡態度各層面	年齡	人數	平均數	標準差	wilk'sλ	F 值	事後比較
死亡恐懼	39 歲以下	12	2.18	0.49	0.89**	0.64	
	40-49 歲	46	2.25	0.63			
	50-59 歲	154	2.13	0.64			
	60-69 歲	136	2.22	0.64			
	70 歲以上	27	2.25	0.61			
死亡逃避	39 歲以下	12	1.87	0.51	0.89**	2.38	
	40-49 歲	46	1.98	0.59			
	50-59 歲	154	2.04	0.69			
	60-69 歲	136	2.16	0.71			
	70 歲以上	27	2.39	0.76			

接下頁



	39 歲以下	12	4.28	0.44		續表 4.3.17
	40-49 歲	46	4.10	0.46		
中性接受	50-59 歲	154	4.18	0.49	1.48	
	60-69 歲	136	4.08	0.42		
	70 歲以上	27	4.02	0.51		
	39 歲以下	12	3.17	0.43		
	40-49 歲	46	3.43	0.75		
趨近接受	50-59 歲	154	3.45	0.65	0.74	
	60-69 歲	136	3.48	0.62		
	70 歲以上	27	3.37	0.69		
	39 歲以下 (1)	12	3.12	0.76		2>4
	40-49 歲 (2)	46	2.77	0.63		4>3
逃離接受	50-59 歲 (3)	154	2.57	0.79	3.44**	
	60-69 歲 (4)	136	2.76	0.77		
	70 歲以上 (5)	27	2.99	0.69		

\*\*P<0.01

由表 4.3.17 可知，不同年齡之安寧志工在死亡態度部份層面有顯著差異 ( $\lambda=0.89$ ,  $P<0.01$ )。亦即表示不同年齡之安寧志工在死亡態度上有顯著不同。茲就單變量 F 值達到顯著差異之層面敘述如下：

在「逃離接受」層面，不同年齡之安寧志工在本層面上有顯著差異 ( $F=3.44$ ,  $P<0.05$ )，經事後比較發現：

- (1) 「40-49 歲」之安寧志工顯著高於及「60-69 歲」之安寧志工。
- (2) 「60-69 歲」安寧志工顯著高於「50-69 歲」及之安寧志工。

本研究顯示，不同年齡的安寧志工在「死亡態度」分層之「逃離接受」有顯著差異，年齡在「40-49 歲」的安寧志工高於年齡在「60-69 歲」的安寧志工、年齡在「60-69」的安寧志工高於「50-59 歲」的安寧志工。洪栩隆 (2012) 將死亡看成是逃離痛苦存在的方法，當生命充滿了痛苦與悲傷時，死亡可能是一項受歡迎的選擇。Wong et al (1994) 的研究發現，老人 (60-69 歲) 對死亡逃離接受高於年輕人 (18-29 歲) 與中年人 (30-59 歲)。與廖芳娟 (2000) 針對警察為研究對象，結果顯示在逃離接受上，年齡最高的組別高於其他組別相類似。黃國城 (2003) 引自 (Wass & Myers, 1982) 的研究發現年紀較大的老年人比年紀較輕及中年人有較小的死亡恐懼結果不一致。但文獻常探討死亡恐懼與年齡之關係，在本研究中，未發現有顯著差異。

從本研究中發現不論是年齡在「40-49 歲」或是年齡在

「60-69」的安寧志工，因為在安寧病房服務，有較多的機會面對病人死亡，也了解每個人都知道自己會死，如果生命除了苦難就是痛苦，而且不可能有解除的機會，死亡似乎提供了唯一一條可供脫逃的途徑，賴活不如好死。

### (三) 不同教育程度之安寧志工在死亡態度上部分層面有顯著性差異

不同教育程度之安寧志工在死亡態度分層面上之差異分析，研究者使用單因子多變項變異數分析，結果如表 4.3.18 所示：

表 4.3.18 不同教育程度安寧志工在死亡態度分層面上之差異分析 (N=375)

死亡態度各層面	教育程度	人數	平均數	標準差	wilk's $\lambda$	F 值	事後比較
死亡恐懼	國小	14	2.00	0.63	0.89**	1.45	
	國(初中)	33	2.17	0.56			
	高中(職)	140	2.28	0.68			
	專科	62	2.20	0.61			
	大學	102	2.10	0.60			
	研究所含以上	24	2.06	0.57			
死亡逃避	國小(1)	14	2.20	0.50	0.89**	3.11**	3>5
	國(初)中(2)	33	2.12	0.63			
	高中(職)(3)	140	2.25	0.77			
	專科(4)	62	2.08	0.67			
	大學(5)	102	1.93	0.59			
	研究所含以上(6)	24	1.90	0.64			
中性接受	國小(1)	14	4.01	0.40	0.89**	3.23**	5>3
	國(初)中(2)	33	4.14	0.46			
	高中(職)(3)	140	4.04	0.48			
	專科(4)	62	4.10	0.41			
	大學(5)	102	4.27	0.44			
	研究所含以上(6)	24	4.11	0.52			
趨近接受	國小	14	3.52	0.64	0.89**	0.16	
	國(初中)	33	3.42	0.67			
	高中(職)	140	3.44	0.63			
	專科	62	3.46	0.59			
	大學	102	3.45	0.67			
	研究所含以上	24	3.35	0.80			
逃離接受	國小	14	3.00	0.67	0.89**	1.05	
	國(初中)	33	2.67	0.87			
	高中(職)	140	2.74	0.77			
	專科	62	2.59	0.72			
	大學	102	2.75	0.77			
	研究所含以上	24	2.54	0.74			

\*\*P<0.01

由表 4.3.18 可知，不同教育程度之安寧志工在死亡態度部份層面有顯著差異 ( $\lambda=0.89$ ,  $P<0.01$ )。亦即表示不同教育程度之安寧志工在死亡態度部分層面上有顯著不同。茲就單變量 F 值達到顯著差異之層面敘述如下：

(1) 在「死亡逃避」層面，不同教育程度之安寧志工在本層面上有顯著差異 ( $F=3.11, P<0.01$ )。經事後比較發現教育程度為「高中」之安寧志工死亡逃避顯著高於教育程度為「大學」之安寧志工。

(2) 在「中性接受」層面，不同教育程度之安寧志工在本層面上有顯著差異 ( $F=3.23, P<0.01$ )。經事後比較發現教育程度為「大學」之安寧志工死亡逃避顯著高於教育程度為「高中」之安寧志工。

本研究顯示，不同教育程度的安寧志工，在死亡態度的分層面之「死亡逃避」及「中性接受」上有顯著的差異。「高中」教育程度的安寧志工在「死亡逃避」顯著高於「大學」教育程度的安寧志工；而「大學」教育程度的安寧志工在「中性接受」上顯著高於「高中」教育程度的安寧志工。

黃國彥 (1986) 研究發現教育程度與死亡焦慮並無顯著差異，與本研究的結果不相符合。廖芳娟 (2000) 以警察為研究對象，結果顯示學歷較低者，在「死亡逃避」上高於學歷較高者，與本研究結果相似。Nelson (2001) 深入研究分析結果顯示，教育程度高者更傾向於中性接受。與本研究結果相似。黃國城 (2003) 亦以醫院志工為研究對象，結果顯示「大學院校」教育程度的醫院志工在「中性接受」上顯著高於「國小」教育程度的醫院志工，與本研究的結果相類似。究其原因，教育程度低者對死亡多持排斥和持模糊的態度，教育程度較高者對學習死亡的知識機會較教育程度較低者為多，對死亡能夠有較正面的認知，死亡的接受程度也高，將死亡視為是生命的一部分，因而能正向的面對死亡的恐懼。

#### (四) 不同宗教信仰之安寧志工在死亡態度上有顯著性差異

不同宗教信仰之安寧志工在死亡態度分層上的差異分析，研究者使用單因子多變項變異數分析，結果如表 4.3.19 所示：

表 4.3.19 不同宗教信仰之安寧志工在死亡態度分層面上之差異分析 (N=375)

死亡態度各層面	宗教信仰	人數	平均數	標準差	wilk'sλ	F 值	事後比較
死亡恐懼	民間信仰	38	2.38	0.69	0.74***	2.64	
	佛教	214	2.12	0.59			
	道教	12	2.51	0.86			
	天主教	19	2.24	0.48			
	基督教	46	2.11	0.67			
	一貫道	5	1.71	0.36			
	無	33	2.33	0.68			
	其他	8	2.61	0.56			
死亡逃避	民間信仰	38	2.16	0.76	0.74***	2.14	
	佛教	214	2.00	0.65			
	道教	12	2.67	0.99			
	天主教	19	2.22	0.74			
	基督教	46	2.17	0.61			
	一貫道	5	2.28	1.08			
	無	33	2.21	0.70			
	其他	8	2.15	0.49			
中性接受	民間信仰	38	4.14	0.40	0.74***	0.24	
	佛教	214	4.12	0.47			
	道教	12	4.13	0.38			
	天主教	19	4.15	0.51			
	基督教	46	4.09	0.41			
	一貫道	5	3.96	0.71			
	無	33	4.19	0.52			
	其他	8	4.10	0.48			
趨近接受	民間信仰 (1)	38	3.13	0.48	7.96***	7.96***	4>5>1
	佛教 (2)	214	3.52	0.61			2>7
	道教 (3)	12	3.32	0.73			4>1>7
	天主教 (4)	19	3.85	0.74			5>1>7
	基督教 (5)	46	3.66	0.64			4>5>2>
	一貫道 (6)	5	3.46	0.41			7
	無 (7)	33	2.90	0.62			
	其他 (8)	8	3.11	0.42			
逃離接受	民間信仰	38	2.85	0.80	2.00	2.00	
	佛教	214	2.61	0.75			
	道教	12	2.82	0.99			
	天主教	19	2.89	0.65			
	基督教	46	2.94	0.82			
	一貫道	5	2.20	0.77			
	無	33	2.83	0.72			
	其他	8	2.73	0.58			

\*\*\*P<0.001

由表 4.3.19 可知，不同宗教信仰之安寧志工在死亡態度部份層面有顯著差異 ( $\lambda=0.74$ ,  $P<0.001$ )。亦即表示不同宗教信仰之安寧志工在死亡態度上有顯著不同。茲就單變量 F 值達到顯著差異之層面敘述如下：

在「趨近接受」層面，不同宗教信仰之安寧志工在本層面上有顯著差異 ( $F=7.96$ ,  $P<0.001$ )，經事後比較發現：

(1) 信仰「天主教」之安寧志工顯著高於信仰「基督教」及「民

間信仰」之安寧志工。

- (2) 信仰「佛教」之安寧志工顯著高於「無」宗教信仰的安寧志工。
- (3) 信仰「天主教」之安寧志工顯著高於「民間信仰」及「無」宗教信仰之安寧志工。
- (4) 信仰「基督教」之安寧志工顯著高於「民間信仰」及「無」宗教信仰之安寧志工。
- (5) 信仰「天主教」之安寧志工顯著高於信仰「基督教」、「佛教」及「無」宗教信仰的安寧志工。

本研究顯示，不同宗教信仰之安寧志工，在「死亡態度」分層之「趨近接受」上有顯著差異，「有」宗教信仰比「沒有」宗教信仰在「趨近接受」性較高，「趨近接受」死亡意味著相信死後會有個快樂的生命，將死亡看成是通往極樂之地的入口。究其原因，天主教是基督教三大宗派之一，正式名稱為公教或公教會。天主教認為，死亡是人由現世轉入永生的分界，認為死亡或是可以回到天主懷抱，使得人們不畏死亡，接納死亡，從而在死亡中實現永生（孟憲武，2006）。因此信仰「天主教」與「基督教」的安寧志工相較於「民間信仰」的安寧志工，更認為個人不能主觀地隨意解釋。認為聖經有其客觀的正確真意，就應有遵守的客觀標準，以防聖經原意變質。

「佛教」信仰之安寧志工在「趨近接受」上顯著高於「無信仰」之安寧志工，顯示佛教認為任何事物都是因緣和合的關係，因緣具足就生，緣消失就滅。所以世界萬物、一切現象，都處於不斷的轉變當中，沒有恆常的定性（洪翎隆，2012）。宗教信仰會帶來人生意義、目標，死亡並非毀滅，而是另一個新生命的開始，相較於無宗教信仰的安寧志工，協助病人平安順利度過臨終階段，往另一個地方去生活，並能夠獲得高品質的生活照護，非常符合有佛教信仰的安寧志工。

「天主教」信仰之安寧志工在「趨近接受」上顯著高於「民間信仰」與「無信仰」的安寧志工；天主教認為死亡是人在塵世的結束，也是天主對人施恩寵和仁慈的結束，相較於「民間信仰」與「無信仰」者，對死後的世界有更美好的想法。

「基督教」信仰之安寧志工在「趨近接受」上顯著高於「民間信仰」與「無信仰」之安寧志工；可能是相信一切生死都聽從上帝的安排，導致其有較高的「趨近接受」相較於「民間信仰」與「無信仰」者，可能是對死後的未知或是對死後的否認而有較低的「趨近接受」。

「天主教」信仰之安寧志工在「趨近接受」上顯著高於「基督教」、「佛教」與「無信仰」的安寧志工。天主教認為死亡並非生命的毀滅，而是生命的改變，即由現世的生活轉入了永生的生活。與佛教以「因緣」來說明生命的本質，「因」就是生命的起源；「緣」就是生命可以存續的條件。佛教認為生命不會突然出現，也不可能單獨存在，必需由許多存在著「因」與「果」關係的條件相互依存才能產生的結果相類似。相較於「無宗教信仰」的安寧志工，對死後的世界有更美好的想法。另由「趨近接受」的平均數發現有「天主教」及「基督教」信仰的安寧志工高於「佛教」信仰的安寧志工，究其原因，可能是本研究工具為西方學者所編制，因此在用字遣詞方面與西方宗教思想較為接近的原故。

廖芳娟(2000)、黃國城(2003)皆發現有宗教信仰者在「趨近導向的死亡接受」較高，與本研究的發現相符。Wong et al., (1994) 研究發現，有堅定宗教信仰者，會有較少的死亡焦慮，而更能享受較高層級的生命意義與幸福感。

#### (五) 不同健康狀況之安寧志工在死亡態度上部分層面有顯著性差異

自覺不同健康狀況之安寧志工在死亡態度分層面上之單因子多變項變異數分析結果，如表 4.3.20 所示：

表 4.3.20 不同健康狀況之安寧志工在死亡態度分層面上之差異分析 (N=375)

死亡態度各層面	自覺健康狀況	人數	平均數	標準差	wilk'sλ	F 值	事後比較
死亡恐懼	極佳 (1)	20	2.18	0.40	0.95**	3.94**	3 > 2
	良好 (2)	190	2.08	0.59			
	尚可 (3)	159	2.31	0.68			
	差 (4)	6	2.29	0.87			
死亡逃避	極佳 (1)	20	2.06	0.66	4.02**	2.12	接下頁
	良好 (2)	190	1.98	0.64			
	尚可 (3)	159	2.23	0.73			
	差 (4)	6	2.40	0.81			
中性接受	極佳	20	4.22	0.38			

	良好	190	4.17	0.45	接表 4.3.20
	尚可	159	4.06	0.48	
	差	6	3.97	0.41	
趨近接受	極佳	20	3.46	0.56	0.30
	良好	190	3.47	0.65	
	尚可	159	3.41	0.66	
	差	6	3.36	0.58	
逃離接受	極佳	20	2.79	0.74	1.30
	良好	190	2.64	0.75	
	尚可	159	2.79	0.79	
	差	6	2.63	0.79	

\*\*P<0.01

由表 4.3.20 可知，自覺健康狀況之安寧志工在死亡態度部份層面有顯著差異 ( $\lambda=0.95, P<0.01$ )。亦即表示不同自覺健康狀況之安寧志工在死亡態度分層面上有顯著不同。茲就單變量 F 值達到顯著差異之層面敘述如下：

- (1) 在「死亡恐懼」的不同健康狀況之安寧志工在本層面上有顯著差異 ( $F=3.94, P<0.01$ )，經事後比較發現：健康狀況「尚可」的安寧志工顯著高於：健康狀況「良好」的安寧志工。
- (2) 在「死亡逃避」的不同健康狀況之安寧志工在本層面上有顯著差異 ( $F=4.02, P<0.01$ )，經事後比較發現：健康狀況「尚可」的安寧志工顯著高於：健康狀況「良好」的安寧志工。

本研究顯示，不同健康狀況的安寧志工，在「死亡態度」分層之「死亡恐懼」與「死亡逃避」上有顯著差異，健康狀況為「尚可」之安寧志工在「死亡恐懼」上顯著高於健康狀況「良好」之安寧志工。而健康狀況為「尚可」之安寧志工在「死亡逃避」上顯著高於健康狀況「良好」之安寧志工。

死亡逃避是因為個人不敢面對必死命運的事實，想要迴避個人面對死亡的感覺與想法，所以必須將死亡所引起的焦慮加以抑制，或者漠視死亡的存在（洪翔隆，2012）。才能逃避因死亡所引起的負面情緒。蔡明昌（1995）的研究顯示健康與死亡焦慮之關係呈現負相關，即表示自覺健康情形越佳者，對死亡焦慮的感受越低。

本研究發現，服務在安寧病房的志工，體會到生命的無常，一場大病讓人體驗到生命的脆弱，人生至此都必須面對死亡，但是很少人會認真的看待這件事，認為自己是助人者，不可能

自己會死，唯有認真面對死亡的可能性，才能認真的活在每個當下，將每一天當做是最後的一天，珍惜活著的時刻，因此對自己的健康具有較高的重視。

(六) 經歷過親友死亡之安寧志工在死亡態度上部分層面有顯著性差異  
 經歷親人死亡之安寧志工在死亡態度分層面上的差異分析，研究者使用單因子多變項變異數分析，結果如表 4.3.21 所示：

表 4.3.21 經歷過親人死亡之安寧志工在死亡態度分層面上之差異分析 (N=375)

死亡態度各層面	經歷過親人死亡	人數	平均數	標準差	wilk's $\lambda$	F 值	事後比較
死亡恐懼	是	367	2.18	0.64	0.98*	0.28	
	否	8	2.30	0.44			
死亡逃避	是	367	2.09	0.69	0.18	0.18	
	否	8	2.20	0.43			
中性接受	是	367	4.13	0.47	0.98*	0.00	
	否	8	4.13	0.24			
趨近接受	是 (1)	367	3.45	0.64	4.83*	3.31	1 > 2
	否 (2)	8	2.95	0.68			
逃離接受	是	367	2.72	0.77	3.31		
	否	8	2.23	0.46			

\* $P < 0.05$

由表 4.3.21 可知，不同經歷過親人死亡之安寧志工在死亡態度部份層面有顯著差異 ( $\lambda=0.98, P < 0.05$ )。亦即表示經歷過親人死亡之安寧志工在死亡態度部分層面上有顯著不同。茲就 F 值達到顯著差異之層面敘述如下：

在「趨近接受」層面，不同經歷過親人死亡之安寧志工在本層面上有顯著差異 ( $F=4.83, P < 0.05$ )，經事後比較發現「經歷過親人死亡」的安寧志工顯著高於「未經歷過親人死亡」的安寧志工。

本研究顯示，是否曾經歷過親友死亡之安寧志工在「死亡態度」分層之「趨近接受」上有顯著差異，「經歷過親友死亡」之安寧志工在「趨近接受」上顯著高於「未經歷過親友死亡」之安寧志工。此與吳文淑 (2010) 針對醫護人員為研究對象，在「無親身經歷親人死亡」之醫護人員在死亡態度上較「有親身經歷親友死亡」醫護人員正向。巫珍宜 (1991) 針對青少年研究對象，「曾經經驗家人死亡者，傾向害怕死亡、瀕死。自己曾經



差一點死亡者，傾向逃離導向的死亡接受」。與本研究不相符合。

探討其原因，招募安寧療護的志工，最好是選用那些曾經經歷過人生挫折而能戰勝命運的人，尤其是曾經面臨過親人死亡，特別能提供確切的幫助，他們可以用親身經歷貼近病人與家屬，特別能提供確切的幫助（黃天中，2000）有關。

(七) 不同家人在談論到有關死亡事件或死亡話題時，家人的反應之安寧志工在死亡態度上部分層面有顯著性差異

不同家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應在死亡態度分層面上的差異分析，研究者使用單因子多變項變異數分析結果，如表 4.3.22 所示：

表 4.3.22 不同家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應之安寧志工在死亡態度分層面上之差異分析 (N=375)

死亡態度各層面	談論死亡話題	人數	平均數	標準差	wilk's $\lambda$	F 值	事後比較
死亡恐懼	很自然的與您討論 (1)	207	2.07	0.57	0.90*	6.89*	3>2>1
	很少討論 (2)	122	2.28	0.59			
	盡量避免談到 (3)	39	2.51	0.88			
	從未討論 (4)	7	2.20	0.74			
死亡逃避	很自然的與您討論 (1)	207	1.96	0.62	0.90*	8.18*	3>2>1
	很少討論 (2)	122	2.19	0.65			
	盡量避免談到 (3)	39	2.46	0.93			
	從未討論 (4)	7	2.49	0.73			
中性接受	很自然的與您討論	207	4.12	0.49	0.90*	0.53	
	很少討論	122	4.10	0.41			
	盡量避免談到	39	4.21	0.50			
	從未討論	7	4.17	0.27			
趨近接受	很自然的與您討論	207	3.43	0.65	0.90*	0.42	
	很少討論	122	3.43	0.66			
	盡量避免談到	39	3.51	0.60			
	從未討論	7	3.65	0.61			
逃離接受	很自然的與您討論	207	2.66	0.76	0.90*	0.72	
	很少討論	122	2.77	0.71			
	盡量避免談到	39	2.78	0.98			
	從未討論	7	2.89	0.76			

\*\*\*P<0.001

由表 4.3.22 可知，不同家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應之安寧志工在死亡態度部份層面有顯著差異 ( $\lambda=0.90$ ,  $P<0.001$ )。亦即表示家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應之安寧志工在死亡態度分層面上有顯著不同。茲就單變量 F 值達到顯著差異之層面敘述如下：

(1) 在「死亡恐懼」的家人談論有關死亡事件之安寧志工在本層面上有顯著差異( $F=6.89, P<0.001$ ), 經事後比較發現:

- ①「盡量避免談到死亡議題」的安寧志工顯著高於「很少討論」及「很自然地討論」死亡議題的安寧志工。
- ②「很少討論」死亡議題的安寧志工顯著高於「很自然地討論」死亡議題的安寧志工。
- ③「盡量避免談到死亡議題」的安寧志工顯著高於「很自然地討論」死亡議題的安寧志工。

(2) 在「死亡逃避」的家人談論有關死亡事件之安寧志工在本層面上有顯著差異( $F=8.18, P<0.001$ ), 經事後比較發現:

- ①「盡量避免談到死亡議題」的安寧志工顯著高於「很少討論」及「很自然地討論」死亡議題的安寧志工。
- ②「很少討論」死亡議題的安寧志工顯著高於「很自然地討論」死亡議題的安寧志工。
- ③「盡量避免談到死亡議題」的安寧志工顯著高於「很自然地討論」死亡議題的安寧志工。

本研究顯示, 不同家庭談論到有關死亡話題時的安寧志工, 在死亡態度分層面之「死亡恐懼」與「死亡逃避」有顯著差異。家庭談論到有關死亡話題時「盡量避免」及「很少討論」之安寧志工在「死亡恐懼」上顯著高於「很自然討論」之安寧志工; 「很少討論」之安寧志工在「死亡恐懼」上顯著高於「很自然討論」; 「盡量避免」之安寧志工在「死亡恐懼」上顯著高於「很自然討論」之安寧志工。

而家庭談論到有關死亡話題時「盡量避免」及「很少討論」之安寧志工在「死亡逃避」上顯著高於「很自然討論」之安寧志工; 「很少討論」之安寧志工在「死亡恐懼」上顯著高於「很自然討論」; 「盡量避免」之安寧志工在「死亡恐懼」上顯著高於「很自然討論」之安寧志工。上述的結果與黃國城(2003)、陳增穎(1998)、張淑美(1996)的研究發現, 家庭中能公開談論死情形者, 其對死亡恐懼會較低之結果相符。

(八) 自己或家人是否曾有身體健康不佳時安寧志工在死亡態度上部分層面有顯著性差異

自己或家人是否曾有身體健康不佳者之安寧志工在死亡態度分層面上差異分析，研究者使用單因子多變項變異數分析，結果如表 4.3.23 所示：

表 4.3.23 自己或家人是否曾有身體健康不佳者安寧志工在死亡態度分層面上之差異分析 (N=375)

死亡態度各層面	自己或家人罹病	人數	平均數	標準差	wilk's $\lambda$	F 值	事後比較
死亡恐懼	是	221	2.18	0.64		0.07	
	否	154	2.20	0.63			
死亡逃避	是	221	2.10	0.70		0.04	
	否	154	2.09	0.68			
中性接受	是	221	4.17	0.47	<b>0.98*</b>	5.41*	1 > 2
	否	154	4.06	0.44			
趨近接受	是	221	3.45	0.65		0.07	
	否	154	3.43	0.65			
逃離接受	是	221	2.71	0.78		0.01	
	否	154	2.71	0.76			

\*P < 0.05

由表 4.3.23 可知，不同家人罹病之安寧志工在死亡態度部份層面有顯著差異 ( $\lambda=0.98$ ,  $P<0.05$ )。亦即表示自己或家人是否曾有身體健康不佳者之安寧志工在死亡態度部分層面上有顯著不同。茲就 F 值達到顯著差異之層面敘述如下：

在「中性接受」層面，自己或家人是否曾有身體健康不佳者之安寧志工在本層面上有顯著差異 ( $F=5.41$ ,  $P<0.05$ )，經事後比較發現「自己或家人罹病」的安寧志工顯著高於「未自己或家人罹病」的安寧志工。

本研究顯示，不同家人罹病狀況之安寧志工在死亡態度分層面之「中性接受」上有顯著差異。「曾有家人罹患重病者」的安寧志工在「中性接受」上顯著高於「家人未罹患重病者」的安寧志工。此與黃國城 (2003) 以醫院志工及李復惠 (1987) 以大學生為研究對象，結果發現，有接觸重症患者，其死亡恐懼較低於無經驗者之結果相似。可見安寧志工服務於安寧病房，他們肯定生命，並且享受其中，提供臨終病人一個生命尊嚴與提高生活品

質的善終環境，在此場域中我們都只是學生，病人才是我們的導師，學習死亡是生命的一部分，生活就是要與死亡與瀕死共存，珍惜機構給我們的服務機會。

### (九) 小結

根據上述不同背景變項之安寧志工在死亡態度上之統計分析結果，歸納如下表 4.3.24：

表 4.3.24 不同背景變項之安寧志工在死亡態度上之差異分析結果統計表 (N=375)

死亡態度層面 背景變項	死亡恐懼	死亡逃避	中性接受	趨近接受	逃離接受
年齡					40-49 歲 > 60-69 歲 60-69 歲 > 50-59 歲
教育程度		高中 > 大學	大學 > 高中		
宗教信仰				天主教 > 基督教 > 民間信仰 佛教 > 無信仰 天主教 > 民間信仰 > 無信仰 基督教 > 民間信仰 > 無信仰 天主教 > 基督教 > 佛教 > 無信仰	
健康狀況	尚可 > 良好	尚可 > 良好			
經歷親友死亡				經歷過 > 未經歷過	
家人的反應	盡量避免 > 很少討論 > 很少自然討論 > 盡量避免 > 自然討論	盡量避免 > 很少討論 > 很少自然討論 > 盡量避免 > 自然討論			
家人罹病			家人罹病 > 未罹病		

綜合上述資料顯示，性別、婚姻狀況、目前職業、經濟狀況死亡態度上未呈現顯著性差異。年齡、教育程度、宗教信仰、健康狀況、經歷親人死亡印象深刻的是、家人反應、家人罹病在死亡態度有顯著性差異。根據研究假設二「不同背景變項之安寧志工在死亡態度分層面上有顯著性差異。」大部分獲得支持。

### 三、不同背景變項之安寧志工在「幸福感」上之差異分析結果

#### (一) 不同性別之安寧志工在「幸福感」上的無顯著差異

- 1、不同性別之安寧志工在「幸福感整體」層面上的差異分析，研究者使用獨立樣本 t 檢驗分析，結果如表 4.3.25 所示：

表 4.3.25 不同性別安寧志工在幸福感整體層面上之差異分析 (N=375)

性別	人數	平均數	標準差	t 值	事後比較
女	302	3.96	0.41	0.37	
男	73	3.94	0.38		
F 檢定 P		0.60 T 檢定			0.708

由表 4.3.25 可知，不同性別安寧志工在「幸福感整體」層面上，未達顯著水準 ( $P > .05$ )，表示不同性別安寧志工在「幸福感整體」層面上無顯著差異

1、不同性別的安寧志工在「幸福感」分層面上之差異分析，研究者使用單因子多變項變異數分析，結果如表 4.3.26 所示：

表 4.3.26 不同性別安寧志工在幸福感分層面上之差異分析 (N=375)

幸福感各層面	性別	人數	平均數	標準差	wilk's $\lambda$	F 值	事後比較
生活滿意	女	302	3.99	0.45	0.99	0.68	
	男	73	3.94	0.43			
人際關係	女	302	4.07	0.41	0.99	0.00	
	男	73	4.07	0.40			
自我肯定	女	302	3.93	0.47	0.99	0.68	
	男	73	3.88	0.46			
身心健康	女	302	3.83	0.53	0.99	0.22	
	男	73	3.86	0.50			

由表 4.3.38 可知，不同性別之安寧志工在「幸福感」分層面上，未達顯著水準 ( $P > .05$ )，表示不同性別之安寧志工在「幸福感」分層面上，無顯著差異。

(二) 不同年齡之安寧志工在「幸福感」上部分層面有顯著性差異

1、不同年齡之安寧志工在「幸福感整體」層面上的差異分析，研究者使用單因子變異數分析，結果如表 4.3.27 所示：

表 4.3.27 不同年齡之安寧志工在幸福感整體層面上之差異分析 (N=375)

年齡	人數	平均數	標準差	F 值	事後比較
39 歲以下	12	3.80	0.51	0.73	
40-49 歲	46	3.93	0.36		
50-59 歲	154	3.95	0.40		
60-69 歲	136	3.97	0.40		
70 歲以上	27	4.01	0.44		

由表 4.3.27 可知，不同年齡之安寧志工在「幸福感整體」層面上，未達顯著水準 ( $P > .05$ )，表示不同年齡之安寧志工在「幸福感整體」層面上，無顯著差異。

2、不同年齡之安寧志工在「幸福感」分層面上的差異分析，研

究者使用單因子多變項變異數分析，結果如表 4.3.28 所示：

表 4.3.28 不同年齡之安寧志工在幸福感分層面上之差異分析 (N=375)

幸福感各層面	年齡	人數	平均數	標準差	wilk's $\lambda$	F 值	事後比較
生活滿意	39 歲以下	12	3.77	0.66	0.90*	1.03	
	40-49 歲	46	3.96	0.39			
	50-59 歲	154	3.98	0.44			
	60-69 歲	136	3.99	0.44			
	70 歲以上	27	4.08	0.49			
人際關係	39 歲以下	12	4.15	0.43	0.90*	0.28	
	40-49 歲	46	4.09	0.33			
	50-59 歲	154	4.06	0.42			
	60-69 歲	136	4.06	0.40			
	70 歲以上	27	4.11	0.51			
自我肯定	39 歲以下	12	3.71	0.72	0.90*	0.82	
	40-49 歲	46	3.95	0.43			
	50-59 歲	154	3.90	0.47			
	60-69 歲	136	3.94	0.45			
	70 歲以上	27	3.91	0.50			
身心健康	39 歲以下 (1)	12	3.52	0.63	0.90*	3.15*	4 > 3
	40-49 歲 (2)	46	3.66	0.59			
	50-59 歲 (3)	154	3.85	0.53			
	60-69 歲 (4)	136	3.89	0.47			
	70 歲以上 (5)	27	3.93	0.48			

\*\*P < 0.05

由表 4.3.28 可知，不同年齡之安寧志工在「幸福感」部份層面有顯著差異 ( $\lambda=0.90$ ,  $P<0.05$ )。表示不同年齡之安寧志工在幸福感上有顯著不同。茲就單變量 F 值達到顯著差異之層面敘述如下：在「身心健康」層面，不同年齡之安寧志工在本層面有顯著差異 ( $F=3.15$ ,  $P<0.05$ )，經事後比較發現：「60-69 歲」之安寧志工顯著高於「50-59 歲」之安寧志工。

本研究顯示，不同年齡的安寧志工在「幸福感」整體層面並沒有顯著差異，但在「幸福感」分層面之「身心健康」有顯著差異，年齡在「60-69 歲」的安寧志工顯著高於「50-59 歲」的安寧志工。年齡代表著個人的生命階段和生活型態，無疑的對個人生活環境中可能發生的事件而有所影響。隨著年齡的增長以及社會閱歷的增加，較之年輕者，年齡較長者對人生的定位比較切合事實，對事物的看法及對人生的態度更可能保持一種身心健康、平和的心態，他們對自身的體驗有著更多理性成分的參與。因此，與其說年齡較長者有著比較高的幸福感，不如說他們更容易知足，更容易坦然面對生活中的各種困難，從

而更能夠積極主動地去體會較高的幸福感。同時，社會支持也在一定程度上減弱了年齡對幸福感的正向影響。隨著年齡的增長，個體所獲得的社會支持逐漸下降，這不可避免地會影響到他們的幸福感。

### (三) 不同婚姻狀況之安寧志工在「幸福感」上有顯著性差異

1、不同婚姻狀況之安寧志工在「幸福感整體」層面上之差異分析，研究者使用單因子變異數分析，結果如表 4.3.29 所示

表 4.3.29 不同婚姻狀況之安寧志工在幸福感整體層面上之差異分析 (N=375)

婚姻狀況	人數	平均數	標準差	F	事後比較
未婚 (1)	40	3.74	0.38	2.82*	2 > 1
已婚 (2)	254	3.99	0.40		
離婚 (3)	21	3.94	0.34		
喪偶 (4)	46	3.96	0.40		
再婚 (5)	2	4.15	0.32		
已婚但分居 (6)	12	3.92	0.42		

\*P < 0.05

由表 4.3.29 可知，不同婚姻狀況之安寧志工在「幸福感整體」層面上，達到顯著差異 (F=2.82, P < 0.05)，表示不同婚姻狀況之安寧志工在「幸福感整體」層面上有顯著差異。經事後比較發現其結果發現：

就「幸福感整體」層面而言，「已婚」的安寧志工高於「未婚」的安寧志工。

2、不同婚姻狀況之安寧志工在幸福感分層面上的差異分析，研究者使用單因子多變項變異數分析，結果如表 4.3.30 所示：

表 4.3.30 不同婚姻狀況之安寧志工在幸福感分層面上之差異分析 (N=375)

幸福感各層面	婚姻狀況	人數	平均數	標準差	wilk'sλ	F 值	事後比較
生活滿意	未婚 (1)	40	3.73	0.49	0.93*	2.92*	2 > 1
	已婚 (2)	254	4.01	0.45			
	離婚 (3)	21	3.97	0.31			
	喪偶 (4)	46	4.02	0.39			
	再婚 (5)	2	4.07	0.10			
	已婚但分居 (6)	12	4.01	0.49			
人際關係	未婚	40	3.91	0.34	1.81		
	已婚	254	4.10	0.41			
	離婚	21	4.06	0.41			
	喪偶	46	4.04	0.40			
	再婚	2	4.33	0.47			
	已婚但分居	12	4.01	0.51			

接下頁

自我肯定	未婚 (1)	40	3.66	0.51	接表 4.3.30 2 > 1 2.83*
	已婚 (2)	254	3.95	0.45	
	離婚 (3)	21	3.94	0.42	
	喪偶 (4)	46	3.92	0.49	
	再婚 (5)	2	4.08	0.35	
	已婚但分居 (6)	12	3.90	0.45	
身心健康	未婚	40	3.67	0.47	1.60
	已婚	254	3.88	0.52	
	離婚	21	3.76	0.66	
	喪偶	46	3.81	0.51	
	再婚	2	4.10	0.42	
	已婚但分居	12	3.68	0.40	

\* $P < 0.05$

由表 4.3.30 可知，不同婚姻狀況之安寧志工在幸福感部份層面有顯著差異 ( $\lambda=0.93$ ,  $P < 0.05$ )。亦即表示不同婚姻狀況之安寧志工在「幸福感」各層面上有顯著不同。就單變量 F 直達顯著水準之層面敘述如下：

- (1) 在「生活滿意」層面，不同婚姻狀況之安寧志工在本層面顯著差異 ( $F=2.92$ ,  $P > .05$ )，經事後比較發現，「已婚」之安寧志工顯著高於「未婚」之安寧志工。
- (2) 在「自我肯定」層面，不同婚姻狀況之安寧志工在本層面顯著差異 ( $F=2.83$ ,  $P > .05$ )，經事後比較發現，「已婚」之安寧志工顯著高於「未婚」之安寧志工。

本研究顯示，不同「婚姻狀況」的安寧志工在「幸福感整體」層面及分層面「生活滿意」、「自我肯定」層面上均達到顯著差異。其中「已婚」的安寧志工在「幸福感整體」層面及「生活滿意」與「自我肯定」分層面上均顯著高於「未婚」的安寧志工。此與 Myers (2000) 全國性的調查研究發現，在受訪的 35000 名美國人當中，已婚人士圈選非常快樂的比例 (40%) 幾乎高出從未結婚者 (26%) 的一倍相似。顯示出婚姻是生活滿意度、快樂與整體幸福安適之間有顯著的相關。魏美惠 (2011) 針對幼教師的研究發現已婚的幼兒教師之整體幸福感高於未婚的教師之結果類似。同時針對幼兒教師子女數進行比較發現，有「二位子女數」的幼兒教師之幸福感皆高於「無子女」的幼教師。亦與林子雯 (1996) 針對成人學生的研究發現已婚的成人學生整體幸福感高於未婚的成人學生之結果相似。黃國城



(2003) 針對醫院志工為研究對象，結果顯示在「幸福感整體」層面及分層面「生活滿意」、「自我肯定」層面上有顯著的差異相似。可見「家」的意涵與形式似乎在變，但家庭生活在此人的心目中的重要性並未改變(陸洛，1996)，婚姻和家庭是與每個個體的心理健康密切相關的社會因素之一，特別是擁有幸福婚姻的人，都擁有比較高的生活滿意度，這證明了婚姻具有引發生活滿意的引響力，似乎呼應了中國的一句諺語「家和萬事興」

#### (四) 不同健康狀況之安寧志工在幸福感上有顯著性差異

1、不同健康狀況安寧志工在「幸福感整體」層面上差異分析，研究者使用單因子變異數分析，結果如表 4.3.31 所示

表 4.3.31 不同健康狀況之安寧志工在幸福感整體層面差異分析 (N=375)

自覺健康狀況	個數	平均數	標準差	F 值	事後比較
極佳 (1)	20	4.08	0.44	6.09***	2>3
良好 (2)	190	4.03	0.37		
尚可 (3)	159	3.86	0.41		
差 (4)	6	3.98	0.47		

\*\*\*P<0.001

由表 4.3.31 可知，不同健康狀況之安寧志工在「幸福感整體」層面上，達顯著差異(F=6.09，P>0.001)，表示不同健康狀況之安寧志工在「幸福感整體」層面有顯著差異。經事後比較，其結果發現，就「幸福感整體」層面而言：健康狀況「良好」之安寧志工顯著高於及「尚可」的安寧志工。

2、不同自覺健康狀況安寧志工在「幸福感」分層上的差異分析

不同自覺健康狀況之安寧志工在「幸福感」分層面上之單因子多變項變異數分析結果，如表 4.3.32 所示：

表 4.3.32 不同健康狀況之安寧志工在幸福感分層面上之差異分析 (N=375)

幸福感各層面	健康狀況	人數	平均數	標準差	wilk'sλ	F 值	事後比較
生活滿意	極佳 (1)	20	4.11	0.50	0.88**	3.32*	2>3
	良好 (2)	190	4.04	0.41			
	尚可 (3)	159	3.90	0.47			
	差 (4)	6	3.95	0.58			
人際關係	極佳 (1)	20	4.19	0.45	3.89**	3.89**	2>3
	良好 (2)	190	4.11	0.40			
	尚可 (3)	159	3.99	0.40			
	差 (4)	6	4.28	0.51			

接下頁

自我肯定	極佳 (1)	20	3.94	0.54	3.09*	接表 4.3.32 2>3
	良好 (2)	190	3.98	0.43		
	尚可 (3)	159	3.83	0.49		
	差 (4)	6	4.03	0.50		
身心健康	極佳 (1)	20	4.05	0.48	12.28***	1>3 2>3
	良好 (2)	190	3.96	0.46		
	尚可 (3)	159	3.66	0.55		
	差 (4)	6	3.60	0.40		

\* $P < 0.05$ ，\*\* $P < 0.01$ ，\*\*\* $P < 0.001$

由表 4.3.32 可知，不同健康狀況之安寧志工在「幸福感」部份層面有顯著差異 ( $\lambda=0.88$ ,  $P < 0.01$ )。亦即表示不同健康狀況之安寧志工在「幸福感」各層面上有顯著不同。茲就單因子變異量 F 值達到顯著差異之層面敘述如下：

- (1) 在「生活滿意」層面，不同健康狀況之安寧志工在本層面上有顯著差異 ( $F=3.32$ ,  $P < 0.05$ )。經事後比較發現：健康狀況「良好」之安寧志工顯著高於「尚可」之安寧志工。
- (2) 在「人際關係」層面，不同健康狀況之安寧志工在本層面上有顯著差異 ( $F=3.89$ ,  $P < 0.01$ )。經事後比較發現：健康狀況「良好」之安寧志工顯著高於「尚可」之安寧志工。
- (3) 在「自我肯定」層面，不同健康狀況之安寧志工在本層面上有顯著差異 ( $F=3.09$ ,  $P < 0.05$ )。經事後比較發現：「良好」之安寧志工顯著高於「尚可」之安寧志工。
- (4) 在「身心健康」層面，不同健康狀況之安寧志工在本層面上有顯著差異 ( $F=12.28$ ,  $P < 0.001$ )。經事後比較發現：
  - ①「極佳」之安寧志工顯著高於「尚可」之安寧志工。
  - ②「良好」之安寧志工顯著高於「尚可」之安寧志工。

本研究顯示，不同「健康狀況」的安寧志工在「幸福感整體」層面及分層面「生活滿意」、「人際關係」、「自我肯定」及「身心健康」層面上均達到顯著差異。其中「健康狀況良好」的安寧志工在「幸福感整體」層面及「生活滿意」、「人際關係」、「自我肯定」及「身心健康」分層面上均顯著高於「健康狀況尚可」的安寧志工。同時「健康狀況良好」的安寧志工在「身心健康」分層面上均顯著高於「健康狀況尚可」的安寧志工。

健康是整體幸福感的一個重要來源，也是幸福感的客觀層面之一，不僅幸福感與生活滿意會受到健康的影響，這種連結在老年人更為明顯（陸洛，1997）。Diener（1984）認為健康的評估是幸福感的預測因子。此與黃國城（2003）針對醫院志工的研究結果顯示，健康狀況「極佳」在「幸福感整體」層面及「生活滿意」、「人際關係」、「自我肯定」及「身心健康」上顯著高於健康狀況「尚可」者相符合。

擁有健康良好的人際關係可以使個體感受到人際之間彌足珍貴的真誠和美好，體驗生活的融洽與和諧，心胸開闊，在面對生活中的困難和疾病時能夠坦然面對，不僅能夠增進個體的身心健康，提高對社會的信心，樹立自己的人生目標，從而實現人生價值、促進自我肯定，必然會對個體產生有益的影響。整體而言，人們對自己的健康感到滿意比對自己健康感到不滿意的人擁有較多的幸福感。

（五）不同家人在談論到有關死亡事件或死亡話題時，家人的反應之安寧志工在「幸福感」上有顯著性差異

1、不同家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應之安寧志工在「幸福感整體」層面上差異分析，研究者使用單因子變異數分析，結果如表 4.3.33 所示

表 4.3.33 不同家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應之安寧志工在幸福感整體層面差異分析（N=375）

家人談論死亡話題	個數	平均數	標準差	F 值	事後比較
很自然的與您討論 (1)	207	4.01	0.41	2.69*	1>2
很少討論 (2)	122	3.90	0.37		
盡量避免談到 (3)	39	3.89	0.46		
從未討論 (4)	7	3.80	0.35		

\* $P < 0.05$

由表 4.3.33 可知，在家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應之安寧志工在「幸福感整體」層面有顯著差異（ $F=2.69$ ， $P < 0.05$ ）。亦即表示家人談論有關死亡事件或話題時家人反應之安寧志工在「幸福感整體」層面上有顯著不同，經事後比較發現，就「幸福感整體」層面而言，「很自

然的討論」之安寧志工顯著高於「很少討論」的安寧志工。

2、不同家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應在「幸福感」分層面上的差異分析，研究者使用單因子多變項變異數分析結果，如表 4.3.34 所示：

表 4.3.34 不同家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應之安寧志工在幸福感分層面上之差異分析 (N=375)

幸福感各層面	談論死亡話題	人數	平均數	標準差	wilk's $\lambda$	F 值	事後比較
生活滿意	很自然的與您討論(1)	207	4.04	0.46	0.95*	2.98*	1>3
	很少討論(2)	122	3.90	0.39			
	盡量避免談到(3)	39	3.92	0.51			
	從未討論(4)	7	3.86	0.47			
人際關係	很自然的與您討論(1)	207	4.10	0.42	0.95*	0.83	
	很少討論(2)	122	4.04	0.38			
	盡量避免談到(3)	39	4.01	0.43			
	從未討論(4)	7	4.02	0.45			
自我肯定	很自然的與您討論(1)	207	3.96	0.45	0.95*	1.52	
	很少討論(2)	122	3.88	0.46			
	盡量避免談到(3)	39	3.84	0.54			
	從未討論(4)	7	3.76	0.37			
身心健康	很自然的與您討論(1)	207	3.91	0.52	0.95*	3.73*	1>3
	很少討論(2)	122	3.74	0.50			
	盡量避免談到(3)	39	3.78	0.52			
	從未討論(4)	7	3.51	0.49			

\* $P < 0.05$

由表 4.3.34 可知，不同家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應之安寧志工在「幸福感」部份層面有顯著差異 ( $\lambda=0.95$ ,  $P < 0.05$ )。亦即表示家人談論有關死亡事件或話題時家人的反應之安寧志工在「幸福感」分層面上有顯著不同。茲就單變量 F 值達到顯著差異之層面敘述如下：

- (1) 在「生活滿意」層面，不同家人談論有關死亡話題之安寧志工在本層面上有顯著差異 ( $F=2.98$ ,  $P < 0.05$ )。經事後比較發現：「很自然的談論死亡話題」之安寧志工顯著高於「盡量避免談到」死亡話題之安寧志工。
- (2) 在「身心健康」層面，不同家人談論有關死亡話題之安寧志工在本層面上有顯著差異 ( $F=3.73$ ,  $P < 0.05$ )。經事後比較發現：「很自然的談論死亡話題」之安寧志工顯著高

於「盡量避免談到」死亡話題之安寧志工。

本研究顯示，不同家人談論到有關死亡話題時與幸福感的安寧志工，在「幸福感整體」層面及分層面「生活滿意」及「身心健康」層面上均達到顯著差異。其中「很自然地討論死亡」的安寧志工在「幸福感整體」層面顯著高於「很少討論死亡」的安寧志工。而「很自然地討論死亡」在「生活滿意」及「身心健康」分層面上均顯著高於「盡量避免談到死亡」的安寧志工。認為自己越幸福，意味著能夠很自然的與家人談論死亡話題，越能夠正向的接受死亡的話題，也能夠積極的創造自己在世時的幸福，也不易產生死亡焦慮。(蘇秋雲，2002)也發現服務於安寧病房的志工對死亡都有正向的認知，以超越自我的心態，尊重別人的生命，也使得自己的人生更為順暢與幸福。

#### (六) 小結

依據上述不同背景變項之安寧志工在「幸福感」上之統計分析結果，歸納如下表 4.3.35

表 4.3.35 不同背景變項之安寧志工在幸福感上之差異分析結果統計表 (N=375)

幸福感層面 背景變項	生活滿意	人際關係	自我肯定	身心健康	整體幸福感
年齡				60-69 歲 > 50-59 歲	
婚姻狀況	已婚 > 未婚		已婚 > 未婚		已婚 > 未婚
健康狀況	良好 > 尚可	良好 > 尚可	良好 > 尚可	極佳 > 尚可 良好 > 尚可	良好 > 尚可
家人反應	很自然地討論 > 盡量避免談到			很自然地討論 > 盡量避免談到	很自然地討論 > 很少討論

綜合上述資料顯示，性別、教育程度、目前職業、宗教信仰、經濟狀況、經歷親人死亡印象深刻的是、幸福感上未呈現顯著性差異。年齡、婚姻狀況、健康狀況、家人反應、家人罹病在有顯著性差異。根據研究假設三「不同背景變相之安寧志工在幸福感整體層面及其分層面上有顯著差異。」部分獲得支持。

## 第四節 安寧志工的生命意義、死亡態度與幸福感之相關情形分析

本節主要目的在探討安寧志工在生命意義整體層面及各分層面、死亡態度分層面與幸福感整體層面及其分層面之相關，並以皮爾遜積差相關法進行分析。以下將針對安寧志工的生命意義感與死亡態度、死亡態度與幸福感、幸福感與生命意義感之相關情形。分別敘述如下：

### 一、安寧志工「生命意義感」與「死亡態度」相關情形之分析

安寧志工生命意義感與死亡態度之積差相關分析結果，如表 4.4.1

表 4.4.1 安寧志工生命意義感與死亡態度之積差相關分析摘要表 (N=375)

生命意義感 死亡態度	求意義的意志					
	生命目的	生命控制	苦難接納	死亡接納	整體生命意義感	
死亡恐懼	-.241**	-.371**	-.288**	-.239**	.512**	-.211**
死亡逃避	-.165**	-.238**	-.187**	-.156**	.469**	-.104*
中性接受	.273**	.238**	.288**	.321**	-.290**	0.280**
趨近接受	.338**	.368**	.295**	.350**	-.283**	0.351**
逃離接受	-0.02	-.102*	-0.094	0.03	.232**	0.010

\*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

由表 4.4.1 的統計結果可知：

- (一) 安寧志工之「死亡恐懼」層面與「求意義的意志」層面、「生命目的」層面、「生命控制」層面及「苦難接納」層面呈顯著負相關 (P<0.01)；但與「死亡接納」層面成顯著正相關(P<0.01)。與「整體生命意義感」呈顯著負相關 (P<0.01)，亦即表示死亡恐懼感愈低，則生命意義感愈高。
- (二) 安寧志工之「死亡逃避」層面與「求意義的意志」層面、「生命目的」的層面、「生命控制」層面及「苦難接納」層面呈顯著負相關 (P<0.01)；但與「死亡接納」層面成顯著正相關(P<0.01)。與「整體生命意義感」呈顯著負相關 (P<0.01)。
- (三) 安寧志工之「中性接受」層面與「求意義的意志」層面、「生命目的」層面、「生命控制」層面及「苦難接納」層面呈顯著正相關 (P<0.01)；但與「死亡接納」層面成顯著負相關(P<0.01)。

與「整體生命意義感」呈顯著正相關 ( $P < 0.01$ )。

(四) 安寧志工之「趨近死亡」層面與「求意義的意志」層面、「生命目的」層面、「生命控制」層面、「苦難接納」層面及「整體生命意義感」呈顯著正相關 ( $P < 0.01$ )。但與「死亡接納」層面呈顯著負相關 ( $P < 0.01$ )。

(五) 安寧志工之「逃離接受」層面與「生命目的」層面呈現負相關 ( $P < 0.05$ )；但與「死亡接納」層面呈顯著正相關 ( $P < 0.01$ )，但與「整體生命意義」層面不具相關。

## 二、安寧志工「死亡態度」與「幸福感」相關情形之分析

安寧志工死亡態度與幸福感之積差相關分析結果，如表 4.4.2

表 4.4.2 安寧志工死亡態度與幸福感之積差相關分析摘要表 (N=375)

死亡態度 幸福感	死亡恐懼	死亡逃避	中性接受	趨近接受	逃離接受
生活滿意	-0.280**	-0.171**	0.221**	0.279**	-0.110*
人際關係	-0.265**	-0.170**	0.282**	0.257**	-0.007
自我肯定	-0.272**	-0.152**	0.232**	0.250**	-0.077
身心健康	-0.234**	-0.105*	0.123*	0.155**	-0.088
整體幸福感	-0.302**	-0.172**	0.245**	0.271**	-0.084

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$  \*\*\* $P < 0.001$

由表 4.4.2 的統計結果可知：

(一) 安寧志工之「生活滿意」層面與「死亡恐懼」、「死亡逃避」、「逃離接受」呈現顯著負相關 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )，與「中性接受」、「趨近接受」呈現正相關 ( $P < 0.01$ )。即表示死亡恐懼感愈低，幸福感愈高。

(二) 安寧志工之「人際關係」層面與「死亡恐懼」、「死亡逃避」呈現顯著負相關 ( $P < 0.01$ )。與「中性接受」、「趨近接受」呈現正相關 ( $P < 0.01$ )。但與「逃離接受」不具顯著相關。

(三) 安寧志工之「自我肯定」層面與「死亡恐懼」、「死亡逃避」呈現顯著負相關 ( $P < 0.01$ )，與「中性接受」、「趨近接受」呈現正相關 ( $P < 0.01$ )；但與「逃離接受」不具顯著相關。

(四) 安寧志工之「身心健康」層面與「死亡恐懼」、「死亡逃避」

呈現顯著負相關 ( $P < 0.01$ )，與「中性接受」、「趨近接受」呈現正相關 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )；但與「逃離接受」不具顯著相關。

(五) 安寧志工之「整體幸福感」層面與「死亡恐懼」、「死亡逃避」呈現顯著負相關 ( $P < 0.01$ )，與「中性接受」、「趨近接受」呈現正相關 ( $P < 0.01$ )；但與「逃離接受」不具顯著相關。

### 三、安寧志工「幸福感」與「生命意義感」相關情形之分析

安寧志工「幸福感」與「生命意義感」之積差相關分析結果，如表

#### 4.4.3

表 4.4.3 安寧志工幸福感與生命意義感之積差相關分析摘要表 (N=375)

幸福感 生命意義感	生活滿意	人際關係	自我肯定	身心健康	整體幸福感
求意義的意志	.422**	.373**	.363**	.216**	.397**
生命目的	.549**	.469**	.476**	.309**	.521**
生命控制	.536**	.517**	.524**	.297**	.540**
苦難接納	.429**	.430**	.353**	.239**	.417**
死亡接納	-.240**	-.232**	-.218**	-.103*	-.229**
整體生命意義感	.538**	.494**	.475**	.299**	.521**

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$  \*\*\* $P < 0.001$

由表 4.4.3 的統計結果可知：

- (一) 安寧志工之「求意義的意志」層面與「生活滿意」層面、「人際關係」層面、「自我肯定」層面及「身心健康」層面呈顯著正相關 ( $P < 0.01$ )。與「整體幸福感」呈顯著正相關 ( $P < 0.01$ )。
- (二) 安寧志工之「生命目的」層面與「生活滿意」層面、「人際關係」層面、「自我肯定」層面及「身心健康」層面呈顯著正相關 ( $P < 0.01$ )。與「整體幸福感」呈顯著正相關 ( $P < 0.01$ )。
- (三) 安寧志工之「生命控制」層面與「生活滿意」層面、「人際關係」層面、「自我肯定」層面及「身心健康」層面呈顯著正相關 ( $P < 0.01$ )。與「整體幸福感」呈顯著正相關 ( $P < 0.01$ )。
- (四) 安寧志工之「苦難接納」層面與「生活滿意」層面、「人際關係」



層面、「自我肯定」層面及「身心健康」層面呈顯著正相關 (P<0.01)。與「整體幸福感」呈顯著正相關 (P<0.01)。

(五) 安寧志工之「死亡接納」層面與「生活滿意」層面、「人際關係」層面、「自我肯定」層面及「身心健康」層面呈顯著負相關 (P<0.01)。與「整體幸福感」呈顯著負相關 (P<0.01)。

(六) 安寧志工之「整體生命意義感」層面與「生活滿意」層面、「人際關係」層面、「自我肯定」層面及「身心健康」層面呈顯著正相關 (P<0.01)。與「整體幸福感」呈顯著正相關 (P<0.01)。

#### 四、綜合討論

就上述統計分析結果，分述如下：

(一) 「生命意義感」與「死亡態度」之關係：

- 1、安寧志工的「死亡恐懼」與「生命意義感整體」層面達顯著負相關。此與 Wong et al., (1994) 研究結果發現死亡恐懼與生命目的之間呈現負相關相似。亦對死亡態度接受度愈低其生命意義感愈低。
- 2、安寧志工的「死亡逃避」與「生命意義感整體」層面達顯著負相關。此與 Wong et al., (1994) 研究結果發現死亡逃避與生命意義感之間呈現負相關相似。
- 3、安寧志工的「中性接受」與「生命意義感整體」層面呈現正相關。此與 Wong 等人 (1994) 研究結果發現中性的死亡接受將死亡看成是現實狀態，並試著讓有限的生命過得美好，此與生命意義感呈現正相關的結果相似。
- 4、安寧志工的「趨近接受」與「生命意義感整體」層面呈現正相關。此與 Wong et al., (1994) 研究結果發現趨近導向的死亡接受，意味著將死亡看成是通往相信死後會有個快樂的生命，此與生命意義感呈現正相關的結果相似。

綜合上述結果得知，此與 Wong et al., 等人 (1994) 的研究結果相似，即生命意義感較高的人對死亡接受的程度愈高，較不會懼怕死亡而能坦然接受。安寧志工對他們的生活感到充實及當志工是有意義的服務時，則會有較低的死亡焦慮與更高的

死亡接受，以積極正向的態度面對死亡，若發現生命中缺乏目標與方向的人則有較高的死亡焦慮。(Frank, 1975) 也相信找到生命意義的人可以去除掉對死亡的恐懼，並增進幸福感。

依據上述分析，對照本研究假設四：「安寧志工在生命意義感整體層面及其分層面與死亡態度分層面上有顯著相關。」，得到大部份支持，亦即表示安寧志工在其生活中有目標及對生命感到有意義的人，他們對死亡較不怕感到恐懼，並且能以積極的態度面對死亡。

## (二) 「死亡態度」與「幸福感」之關係

- 1、安寧志工的「死亡恐懼」與「整體幸福感」層面達顯著負相關，即幸福感愈高，則死亡恐懼愈低，此與 Wong et al., (1994) 的研究發現幸福感與死亡恐懼的心理呈現負相關的結果類似。
- 2、安寧志工的「死亡逃避」與「整體幸福感」層面呈顯著負相關。此與 Wong et al., (1994) 的研究發現幸福感與死亡恐懼的心理呈現負相關的結果類似。幸福感越高者，代表他的身心都是健康狀態，身心健康對於生活、人際、自我都有正向且積極的態度，因此死亡也能正確地面對並接受它，自然不會對死亡產生逃避。
- 3、安寧志工的「中性接受」與「整體幸福感」層面均呈現顯著正相關。此與 Wong et al., (1994) 的研究發現幸福感與中性接受的心理及生理呈正相關的結果相似。幸福感代表對生命的各層面有正向的認知，了解生命的循環與意義，對於生命的價值有深入的體認，因此能接受死亡的來臨，把它視為生命循環的一部分。
- 4、安寧志工的「趨近接受」與「整體幸福感」層面呈顯著正相關。此與 Wong et al., (1994) 的研究發現趨近接受的幸福感與死亡導向有呈現正相關的結果相似。亦即自認為自己越幸福，意謂著越能接受死後仍有生命的存在，愈不害怕死亡，而死亡接受程度越高。

綜合上述結果，對照本研究假設五：「安寧志工在死亡態度分層面與幸福感整體層面及其分層面上有顯著相關」，得到大部分支持，亦即表示安寧志工認為現在的服務是積極的為自己與群體創造存在的意義與價值，正向的認知死亡，以超越自我的心態，尊重他人的生命，使自己的人生更能享受較高層級的生命意義感與幸福感。

### (三)「幸福感」與「生命意義感」之關係

- 1、安寧志工之「求意義的意志」與「整體幸福感」呈顯著正相關。根據 Frank l 認為，人有追求生命意義的意志，而生命意義的肯定與實現必需透過自我超越性目標來達成，一個具有生命意義感的人，對未來持續積極的態度，對過去持樂觀的態度，對現在也抱持的正面積極的態度，其幸福感較高。
- 2、安寧志工之「生命目的」層面與「整體幸福感」呈顯著正相關。人生的意義在於不斷的、深入的探索人生的意義，表示安寧志工的生活感受越積極，生活目標明確，生活滿意度越高，則幸福感越高。
- 3、安寧志工之「生命控制」層面與「整體幸福感」呈顯著正相關。表示安寧志工能對自己的生命負責，探索生命的意義，高生命意義感個體具有更高的幸福感。
- 4、安寧志工之「苦難接納」層面與「整體幸福感」呈顯著正相關。Frank l 認為意義與價值界定在個人的自我感受過程中有著重要作用，生命意義感愈高，則幸福感愈高。安寧志工在服務的過程中體會到病人的受苦經驗，發現人生最高的價值與最深的意義。
- 5、安寧志工之「死亡接納」層面與「整體幸福感」呈顯著負相關。Wong 於 1987 的研究顯示生命意義感缺乏的人，其幸福感亦較低。張淑美（1996）以青少年為研究對象顯示，個人應先具備正確的的生死態度與健康積極的人生價值觀（生命意義）。不恐懼死亡，願意坦然面對自己必死的結局且對此認知有正面的情緒反應。

6、安寧志工之「整體生命意義感」層面與「整體幸福感」呈顯著正相關。Shek 於 1992 的研究以 Frank I 觀點來探討生命意義感與幸福感的關係，結果顯示二者之間有正相關關係存在。由此可見，安寧志工生命意義感愈高可以提升個體的幸福感從而有助於安寧志工健康人格的發展。

綜合上述結果，安寧志工的生命意義感愈高，則幸福感愈高，此與黃國城引自(Zika et al,1992；Moomal,1999)等人的研究，結果是生命意義感與幸福感呈現明顯的一致相關性，研究發現隱含了生命意義在獲得及維持強力的幸福感上，可能是一個重要的因素，Zika & Chamberlain 於 1987 年的研究也指出，生命意義感對幸福感而言，是一個強烈且具有一致性的預測因子。

依據上述分析，對照本研究假設六：「安寧志工在幸福感整體層面及其分層面上與生命意義感整體層面及其分層面上有顯著相關」獲得支持，具有較高的幸福感的安寧志工覺得生命是圓滿的、有意義的則亦有較高生命意義感，反之，幸福感較低的安寧志工，生命意義感亦較低。

綜合本節分析，生命意義感與死亡恐懼呈現負相關、生命意義感與死亡接受呈現正相關，亦即生命意義感愈高，則死亡恐懼愈低，生命意義感愈高對死亡接受度愈高，也較不恐懼死亡。死亡恐懼、死亡逃避與幸福感呈現負相關，死亡接受與幸福感呈現正相關，即表示幸福感高對死亡接受度也較高，幸福感高也較不恐懼死亡。生命意義感與幸福感具有密切的關聯性，生命意義感高幸福感亦高，由此可以推論，自覺生命有意義的安寧志工，擁有較佳的生命質量，無論是在痛苦或困境中，也能肯定自我價值，以積極的態度面對死亡，肯定生命的意義對於他們來說，是超越困境的力量。這種力量能幫助他們認同過去，肯定現在，積極地面對未來，可以去除掉對死亡的恐懼，並能增進幸福感。因此，未來在安寧志工的教育訓練課程裡加強生死教育，可有效促進安寧志工的人格發展和身心健康。

## 第五節 安寧志工之生命意義、死亡態度對幸福感之迴歸預測分析

本節主要目的在探討安寧志工生命意義感五個分層面（包含求意義的意志、生命目的、生命控制、苦難接納、死亡接納）、死亡態度五個分層面（包含死亡恐懼、死亡逃避、中性接受、趨近接受、逃離接受）對幸福感整體層面及其四個分層面（生活滿意、人際關係、自我肯定、身心健康）之預測作用。因此，將以生命意義感整體層面及各分層面、死亡態度五個分層面作為預測變項，而以幸福感各層面及整體層面為效標變項進行逐步多元迴歸分析，茲將詳細結果分述如下：

### 一、安寧志工的生命意義感、死亡態度對「幸福感」整體層面之迴歸預測分析

茲將安寧志工的「生命意義感」五個分層面及「死亡態度」五個分層面對「幸福感整體」層面進行迴歸預測之後，將其預測力的變項之預測分析結果分析如表 4.5.1：

表 4.5.1 安寧志工幸福感整體層面之迴歸預測分析表 (N=375)

預測變項	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> 加量	F 值	原始 B	標準化 β
生命控制	.540	0.291	0.291	153.345***	0.254	0.293
生命目的	.580	0.337	0.046	94.483***	0.159	0.228
死亡恐懼	.589	0.347	0.011	65.835***	-0.067	-0.106
苦難接納	.596	0.356	0.008	51.025***	0.076	0.111

\*\*\*P<0.001

由表 4.5.1 的統計結果可知：

- (一) 安寧志工的「生命意義感」各分層面與「死亡態度」各分層面中，對「幸福感整體」層面具有預測力之變項共有四個達到顯著水準 (\*P<0.001)，依次為「生命控制」、「生命目的」、「死亡恐懼」、「苦難接納」；多元相關為 0.596，能聯合預測幸福感層面共 35.6%。
- (二) 就個別變項而言，其中「生命控制」層面可以解釋 29.1% 「幸福感整體」層面的變異量；「生命目的」層面可以解釋 4.6% 「幸福感整體」層面的變異量；「死亡恐懼」層面可以解釋 1.1% 「幸福感整體」層面的變異量；「苦難接納」層面可以解釋 0.8% 「幸福感整體」層面的變異量。

(三) 據上述推論，由安寧志工的「生命控制」、「生命目的」、「死亡恐懼」與「苦難接納」可以預測安寧志工的「幸福感」整體層面。此外，在「生命控制」、「生命目的」、「苦難接納」之 $\beta$ 值皆為正，即表示高「生命控制」、高「生命目的」、高「苦難接受」之安寧志工，較有較高「幸福感」，而「死亡恐懼」之 $\beta$ 值為負，即表示低「死亡恐懼」較有高「幸福感」。

## 二、安寧志工的生命意義感、死亡態度對「生活滿意」層面之迴歸預測分析

茲將安寧志工的「生命意義感」五個分層面及「死亡態度」五個分層面對「生活滿意」層面進行迴歸預測之後，將其預測力之變項的預測分析結果如下表 4.5.2：

表 4.5.2 安寧志工生活滿意層面之迴歸預測分析表 (N=375)

預測變項	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> 加量	F 值	原始 B	標準化 $\beta$
生命控制	.549	0.302	0.302	161.245***	0.245	0.315
生命目的	.593	0.352	0.05	101.074***	0.243	0.251
苦難接納	.602	0.363	0.011	70.425***	0.097	0.128

\*\*\*P<0.001

由表 4.5.2 的統計結果可知：

- (一) 安寧志工的「生命意義感」各分層面與「死亡態度」各分層面中，對「生活滿意」層面具有預測力之變項共有三個，依次為「生命控制」、「生命目的」、「苦難接納」：多元相關為 0.602，能聯合預測「生活滿意」層面共 36.3%。
- (二) 就個別變項而言，其中「生命控制」層面可以解釋 30.2%「生活滿意」層面的變異量；「生命目的」層面可以解釋 5%「生活滿意」層面的變異量；「苦難接納」層面可以解釋 1.1%「生活滿意」層面的變異量。
- (三) 根據上述推論，由安寧志工的「生命控制」、「生命目的」與「苦難接納」可以預測安寧志工的「生活滿意」層面。此外，在「生命控制」、「生命目的」、「苦難接納」之 $\beta$ 值皆為正，即表示高「生命控制」、高「生命目的」、高「苦難接納」之安寧志工，較有高「生活滿意」。

### 三、安寧志工的生命意義感、死亡態度對「人際關係」層面之迴歸預測分析

茲將安寧志工的「生命意義感」五個分層面及「死亡態度」五個分層面對「人際關係」層面進行迴歸預測之後，將其具預測力的變項之預測分析結果如表 4.5.3：

表 4.5.3 安寧志工人際關係層面之迴歸預測分析表 (N=375)

預測變項	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> 加量	F 值	原始 B	標準化 β
生命控制	.517	0.267	0.267	136.139***	0.252	0.284
苦難接納	.544	0.296	0.028	78.074***	0.1	0.144
生命目的	.559	0.313	0.017	56.267***	0.126	0.178
中性接受	.569	0.324	0.011	44.249***	0.099	0.111

\*\*\*P<0.001

由表 4.5.3 的統計結果可知：

- (一) 安寧志工的「生命意義感」各分層面與「死亡態度」各分層面中，對「人際關係」層面具有預測力之變項共有四個，依次為「生命控制」、「苦難接納」、「生命目的」、「中性接受」：多元相關為 0.569，能聯合預測「人際關係」層面共 32.4%。
- (二) 就個別變項而言，其中「生命控制」層面可以解釋 26.7%「人際關係」層面的變異量；「苦難接納」層面可以解釋 2.8%「人際關係」層面的變異量；「生命目的」層面可以解釋 1.7%「人際關係」層面的變異量；「中性接受」層面可以解釋 1.1%「人際關係」層面的變異量。
- (三) 據上述推論，由安寧志工的「生命控制」、「苦難接納」、「生命目的」與「中性接受」可以預測安寧志工的「人際關係」層面。此外，在「生命控制」、「苦難接納」、「生命目的」與「中性接受」之β值皆為正，即表示高「生命控制」、高「苦難接納」、高「生命目的」、高「中性接受」之安寧志工，較有「人際關係」。

### 四、安寧志工的生命意義感、死亡態度對「自我肯定」層面之迴歸預測分析

茲將安寧志工的「生命意義感」五個分層面及「死亡態度」五個分層面對「自我肯定」層面進行迴歸預測之後，將其預測力的變項之預測

分析結果如表 4.5.4：

表 4.5.4 安寧志工自我肯定層面之迴歸預測分析表 (N=375)

預測變項	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> 加量	F 值	原始 B	標準化 β
生命控制	.524	0.275	0.275	141.266 ***	0.368	0.365
生命目的	.550	0.303	0.028	80.705 ***	0.159	0.195
死亡恐懼	.557	0.31	0.008	55.626 ***	-0.07	-0.094

\*\*\*P<0.001

由表 4.5.4 的統計結果可知：

- (一) 安寧志工的「生命意義感」各分層面與「死亡態度」各分層面中，對「自我肯定」層面具有預測力之變項共有三個，依次為「生命控制」、「生命目的」、「死亡恐懼」：多元相關為 0.557，能聯合預測「自我肯定」層面共 31%。
- (二) 就個別變項而言，其中「生命控制」層面可以解釋 27.5%「自我肯定」層面的變異量；「生命目的」層面可以解釋 2.8%「自我肯定」層面的變異量；「死亡恐懼」層面可以解釋 0.8%「自我肯定」層面的變異量。
- (三) 根據上述推論，由安寧志工的「生命控制」、「生命目的」與「死亡恐懼」可以預測安寧志工的「自我肯定」層面。此外，在「生命控制」與「生命目的」之β值皆為正，即表示高「生命控制」、高「生命目的」之安寧志工，較有「自我肯定」，而「死亡恐懼」之β值為負，即表示低「死亡恐懼」較有高「自我肯定」。

## 五、安寧志工的生命意義感、死亡態度對「身心健康」層面之迴歸預測分析

茲將安寧志工的「生命意義感」五個分層面及「死亡態度」五個分層面對「身心健康」層面進行迴歸預測之後，將其預測力的變項之預測分析結果如表 4.5.5：

表 4.5.5 安寧志工身心健康層面之迴歸預測分析表 (N=375)

預測變項	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> 加量	F 值	原始 B	標準化 β
生命目的	.309	0.096	0.096	39.495 ***	0.142	0.157
死亡恐懼	.335	0.112	0.017	23.525 ***	-0.109	-0.132
生命控制	.354	0.125	0.013	17.695***	0.173	0.154

\*\*\*P<0.001



由表 4.5.5 的統計結果可知：

- (一) 安寧志工的「生命意義感」各分層面與死亡態度各分層面中，對「身心健康」層面具有預測力之變項共有三個，依次為「生命目的」、「死亡恐懼」、「生命控制」：多元相關係數為 0.354，能聯合預測自我肯定層面共 12.5%。
- (二) 就個別變項的預測力來看，其中「生命目的」層面可以解釋 9.6%「身心健康」層面的變異量；「死亡恐懼」層面可以解釋 1.7%「身心健康」層面的變異量；「生命控制」層面可以解釋 1.3%「身心健康」層面的變異量。
- (三) 具上述推論，由安寧志工的「生命目的」、「死亡恐懼」與「生命控制」可以預測安寧志工的「身心健康」層面。此外，在「生命目的」與「生命控制」之  $\beta$  值皆為正，即表示高「生命目的」、高「生命控制」之安寧志工，較有「身心健康」，而「死亡恐懼」之  $\beta$  值為負，即表示低「死亡恐懼」較有高「身心健康」。

## 六、綜合討論

茲根據以上安寧志工的「生命意義感」五個分層面及「死亡態度」各層面對「幸福感整體」層面及其分層面之迴歸預測分析，將結果歸納成下列表 4.5.6；

表 4.5.6 安寧志工幸福感之逐步多元迴歸分析結果摘要表 (N=375)

效標變項 預測變項	生活滿意	人際關係	自我肯定	身心健康	幸福感整體層面
求意義的意志					
生命目的	(2) ***	(3) ***	(2) ***	(1) ***	(2) ***
生命控制	(1) ***	(1) ***	(1) ***	(3) ***	(1) ***
苦難接納	(3) ***	(2) ***			(4) ***
死亡接納					
死亡恐懼			(3) ***	(2) ***	(3) ***
死亡逃避					
中性接受		(4) ***			
趨近接受					
逃離接受					
解釋變異量	36.3%	32.4%	31%	12.5%	35.6%

(1) 表示預測量最大、(2) 表示預測量次之、(3) 表示預測量再次之，依此類推。

\*\*\* $P < 0.001$

對照研究結果與研究假設七：「安寧志工生命意義感與死亡態度能預測幸福感高低」獲得部分支持。

- (一) 安寧志工的「生命意義感」層面之「生命目的」、「生命控制」、「苦難接納」共可預測幸福感分層面「生活滿意」36.3%的變異量。
- (二) 安寧志工的「生命意義感」層面之「生命目的」、「生命控制」、「苦難接納」與死亡態度分層面之「中性接受」共可預測幸福感分層面「人際關係」32.4%的變異量。
- (三) 安寧志工的「生命意義感」層面之「生命目的」、「生命控制」與死亡態度分層面之「死亡恐懼」共可預測幸福感分層面「自我肯定」31%的變異量。
- (四) 安寧志工的「生命意義感」層面之「生命目的」、「生命控制」與死亡態度分層面之「死亡恐懼」共可預測幸福感分層面「身心健康」12.5%的變異量。
- (五) 安寧志工的「生命意義感」層面之「生命目的」、「生命控制」、「苦難接納」與死亡態度分層面之「死亡恐懼」共可預測「幸福感整體層面」35.6%的變異量。

綜合本節之研究結果分析顯示，「生命意義感」中之「生命目的」層面、「生命控制」層面及「苦難接納」層面與死亡態度中之「死亡恐懼」層面為幸福感的重要因子。生命的意義不在乎長短，而在於是否能活出意義與價值，時間就是生命，我們應該珍惜時間，活在當下。因此，在日常生活中，生命的存在和發展是充滿無比的連結，交融和互動的能量及因果關係，將死亡看作是生命中自然存在的一部分，是任何人都無法改變的事實，明白死亡是不可避免，充分的進行生涯規劃肯定自我，追求生命意義與存在價值，體驗生命中的意義自我實現，將每一個今天，都當作生命中最後一天，努力讓自己度過一個有意義的人生，既不害怕死亡也不歡迎它，只是單純地以生命無法改變的事實來接受它，進而能坦然的面對與接納死亡，追求活的有意義，與死得有尊嚴的生命歷程，並試著讓有限的生命過得美好，如此找到生命意義的人，必能以正向的態度面對死亡，並增進幸福感。

## 第五章結論與建議

本研究旨在探討安寧志工在生命意義感、死亡態度與幸福感的現況、差異與相關的情形，並以生命意義感與死亡態度對幸福感進行預測。共有來自全省卅六家安寧病房 375 位安寧志工為研究對象。本章共分為二節，第一節歸納出研究結論，第二節提出具體建議，提供相關單位人員及後續研究的參考。

### 第一節 結論

針對本研究結果與發現，提出研究結論並彙整說明如下：

#### 一、樣本特性

在全體安寧志工的樣本資料中以「女性」居多；「年齡」以 50-59 歲的居多，平均年齡為 57 歲，年紀最輕者 25 歲、最長者 87 歲；「婚姻」狀況以已婚者居多；「教育程度」以高中（職）以上者為多數；「職業」以家庭管理者佔多數；近九成的安寧志工有「宗教信仰」；自覺健康狀況最多為「良好」；「遭逢過親人或親友的死亡」印象最深刻的是「父母的死亡」佔最多數；在與家庭談論死亡的氛圍時「很自然地討論」佔最多數；「家人健康方面」回應曾罹病者佔近六成。

#### 二、服務現況

「服務年資」以二年以內者占多數，「服務次數」每月以 4 次居多，「服務時間」每周以 3-4 小時居多；「服務內容」以直接服務中的「情緒支持」占多數；近八成的安寧志工未參與其他醫院的安寧病房志工服務；八成五以上的安寧志工有參與院內在職訓練，參與次數以 3 次以下居多；有八成的志工參與安寧病房安排的在職訓練，參與次數以 3 及以下者居最多數；八成以上的安寧志工認為參加安寧志工的職前及在職訓練幫助很大；安寧志工最需要的在職訓練依次前五門課程為：溝通技巧、悲傷輔導、生死教育、靈性照顧、情緒管理等；加入安寧志工的動機依序為：幫助別人也幫助自己、社會責任回饋社會、肯定自己存在的價值、宗教信仰或價值理念、增加社會參與…等。

#### 三、安寧志工生命意義感、死亡態度與幸福感之現況

（一）安寧志工在「生命意義感」上以「求意義的意志」層面及「生命

目的」與「苦難接納」層面為主。

顯示安寧志工了解自己的使命感是需要自己的去實現，經由自己的付出幫助他人，找到生命意義。同時多數的志工為年長者，人生閱歷豐富，經歷過苦難的人生，更能體會生命的意義。

(二) 安寧志工在「死亡態度」上以「中性導向的死亡接受」層面及「趨近導向的死亡接受」層面為主。

顯示安寧志工對死亡恐懼較低，也不會逃離死亡，在服務過程中經由他人的死亡體察生命存在價值，珍惜生命，把握當下，坦然接受死亡，達到生與死的理想境界。

(三) 安寧志工在「幸福感」上以「人際關係」層面及「生活滿意」與「自我肯定」層面為主。

就其原因，安寧志工熱心助人、個性成熟、情緒穩定，對人有興趣，肯定生命，認為這種榮幸是病家給的機會，是一份讓人生命成長的學習場域，對人生有了更深一層的感觸與體會，更重要的是一種精神上滿足，在人際上有較多的機會與他人互動，顯示安寧志工幸福感頗高。

#### 四、不同背景變項之安寧志工在「生命意義感」上之差異分析結果

(一) 不同「性別」、「婚姻狀況」、「教育程度」、「目前職業」、「家人罹病」之安寧志工在「生命意義感整體」層面及分層面上無顯著差異。

(二) 不同「年齡」、「宗教信仰」、「經濟狀況」、「健康狀況」以及「經歷親人死亡印象深刻」之安寧志工在「生命意義感整體」層面無顯著差異，但「家人反應」在「生命意義感整體」層面有顯著差異。不同「年齡」、「宗教信仰」、「經濟狀況」、「健康狀況」以及「經歷親人死亡印象深刻」之安寧志工在「生命意義感」部分層面上有顯著差異。根據研究假設一「不同背景變項之安寧志工在生命意義感整體層面及其分層面上有顯著差異」大部分獲得支持。

#### 五、不同背景變項之安寧志工在「死亡態度」上之差異分析結果

(一) 不同「性別」、「婚姻狀況」、「目前職業」、「經濟狀況」、「家人罹病」之安寧志工在「幸福感」分層面上無顯著差異。

- (二) 不同「年齡」、「教育程度」、「宗教信仰」、「健康狀況」以及「經歷親人死亡」、「家人反應」以及「家人罹病」之安寧志工在「死亡態度」分層面上有顯著差異。根據研究假設二「不同背景變項之安寧志工在死亡態度分層面上有顯著性差異。」大部分獲得支持。

## 六、不同背景變項之安寧志工在「幸福感」上之差異分析結果

- (一) 不同「性別」、「教育程度」、「目前職業」、「經濟狀況」、「家人罹病」之安寧志工在「整體幸福感」層面及分層面上無顯著差異。
- (二) 不同「婚姻狀況」、「健康狀況」、「家人反應」在「整體幸福感」有顯著性差異。「年齡」、「婚姻狀況」、「健康狀況」、「家人反應」在「幸福感」分層面上有顯著性差異。根據研究假設三「不同背景變相之安寧志工在幸福感整體層面及其分層面上有顯著差異。」部分獲得支持。

## 七、安寧志工生命意義感、死亡態度與幸福感相關分析結果

- (一) 在安寧志工「生命意義感」與其對「死亡態度」有顯著相關
- 生命意義感愈高，對死亡接受的程度愈高，越不恐懼死亡而能坦然接受。安寧志工對他們的生活感到充實及當志工是有意義的服務時，則會有較低的死亡焦慮與更高的死亡接受，以積極正向的態度面對死亡。對照本研究假設四：「安寧志工在生命意義感整體層面及其分層面與死亡態度分層面上有顯著相關。」得到大部分支持。
- (二) 安寧志工「死亡態度」分層面與其感受「幸福感」有顯著相關
- 即表示死亡恐懼感低，則幸福感高，中性導向及趨近導向的死亡接受度愈高，則幸福的感受愈高。顯示安寧志工將死亡看成是現實狀態，找到生命意義，可以去除掉死亡恐懼，並增進幸福感。對照本研究假設五：「安寧志工在死亡態度分層面與幸福感整體層面及其分層面上有顯著相關」得到大部分支持。
- (三) 安寧志工「幸福感」與其「生命意義感」有顯著正相關
- 安寧志工生命意義感愈高則幸福感愈高。愈覺得生命有意義，生命具有目的，能夠享受較高層級的生命意義與幸福感。對照本研究假設六：「安寧志工在幸福感整體層面及其分層面上

與生命意義感整體層面及其分層面上有顯著相關」獲得支持。

#### 八、安寧志工的生命意義感與死亡態度對其「幸福感」具有預測力

就預測安寧志工「幸福感整體」而言，「生命意義感」中之「生命目的」、「生命控制」及「苦難接納」與死亡態度中之「死亡恐懼」為幸福感的主要預測因子。即「死亡恐懼」低，則「幸福感」高，安寧志工若明白死亡是不可避免，充分的進行生涯規劃肯定自我，追求生命意義與存在價值，體驗生命中的意義自我實現，並試著讓有限的生命過得美好，如此找到生命意義的人，必能以正向的態度面對死亡，並能增進心靈安適的幸福感。對照本研究假設七：「安寧志工生命意義感與死亡態度能預測幸福感高低」獲得部分支持。



## 第二節 建議

研究者針對研究果，提出以下建議作為未來安寧志工招募、教育訓練、政策推廣研究之參考。

### 一、對安寧志工的建議

#### (一) 參與相關的在職訓練，提升志工服務知能

根據問卷調查顯示，參與院內一般在職訓練以及為安寧志工舉辦的特殊的在職訓練，志工參與的比例，在三次及三次以下，並非是已在服務場域服務，即不再需要充實自己，所謂是學到老、活到老，建議志工應多參與院內安排的相關訓練課程，增加服務知能，並鼓勵參與院外的相關研習課程，基於使用者付費原則，即使需要研習費用，為了充實相關知識也是值得，不僅增加本身的學習知能改善工作方法與內容，同時激發更多具創意的自我學習模式，或將知識轉化為自己的生命智慧，亦可與不同醫院的志工夥伴促進交流，經驗分享，利己利他，增加人際互動，並將所學習的知識與技能運用到自己服務的場域，在未來的挑戰中不斷超越自己，增進幸福感。

#### (二) 莫忘初心

安寧志工招募之初需經過社工師的面談，詢問加入安寧志工的動機，作為一位稱職的志工，應注重夥伴關係，不論是在哪一組服務，都是出於自由意志，應心存感激，是機構給我們的服務場域，不宜自我膨脹，安寧是一份讓人成長的工作，更是體驗生命的地方，更重要的是精神上的滿足，應以成熟、真誠的態度服務病人與家屬，在服務過程中應量力而為，不宜以自我為中心，不論在安寧服務的年資多少年，隨時要提醒自己，莫忘初心。

#### (三) 設定人生目標、肯定自我

研究發現，安寧志工的生命意義感與幸福感之間有顯著的正相關，因此建議安寧志工培養終身學習的理念，做為終身學習的實踐者，學習自己有興趣的領域，從做中學的過程中培養興趣，可參與生死議題的相關活動與課程，如生死教育、生命倫理、後

續關懷與實踐、生涯規劃與終身學習、正念療法、人格統整與靈性發展…等，設定與自己能力相符的人生目標，充實自我、建立對自己的認知，在學習中獲得成就感，肯定自我存在的意義與價值，在生命的旅程中，人人都有他特殊的天職或使命需要具體的去實現，整備好自己，用從容自在的心，力行終身學習的觀念，活出生命中的每一刻。

## 二、對醫院的建議

### (一) 醫院應鼓勵安寧志工盡量參與在職及相關訓練課程，提升安寧志工的服務知能

研究得知，安寧志工認為參與職前及在職訓練的「幫助很大佔(81.8%)」及「有點幫助(17.3%)」二者共佔98.4%，顯示安寧志工對於職前及在職訓練持肯定的態度，但其受訓的次數卻都在三次及三次以下佔大多數(院內39.2%、安寧在職訓練42.9%)。教育訓練是機構協助志工在人際關係及自我成長的有效方式，當需求獲得滿足，將可提供志工參與的動機。因此建議醫院方面有效的評估、規劃與實施教育訓練，當志工感受到機構的用心，吸引安寧志工積極的參與學習的歷程，有助於提升安寧志工的知能與服務能力。

### (二) 醫院所舉辦的訓練課程應兼顧安寧志工的學習需求

依據「志願服務法第十四條之規定：志工具有接受足以擔任從事工作之教育訓練」之權利，教育訓練是激勵維持志工服務的穩定性與持續性的方法，醫院所舉辦的在職訓練課程需考量志工的需求，非為了因應志願服務法的規定，政策性的舉辦志工教育訓練課程，是否為安寧志工所需要的，應予以調查安寧志工的需求以免浪費公帑。

根據本研究結果，安寧志工最感需求的課程中，需求最高的前五項依序為溝通技巧 305 人(81.3%)、悲傷輔導 295 人(78.7%)、生死教育 259 人(69.1%)、靈性照顧 252 人(67.2%)、情緒管理 246 人(65.6%)等課程。因此，醫院方面可規劃、設計此方面課程，以滿足安寧志工的學習需求，提高志工們的學習



慾望與實務應用的機會，有助於有效的提升安寧志工工作能力，為病人及家屬提供更完善的服務。

### （三）醫院應提升志工的向心力

從本研究中發現當志工是有意義對生活感到充實的同時，醫院方面應凝聚志工的向心力，讓志工成為團體中的一分子，而非僅是由志工督導將大權交予某幾位自認是信任的志工，對其他志工未經過溝通即產生刻板印象。志工要的不多，最重要是要尊重，不是不需要時即忽視志工的存在，而應設置支持小組，分享志工夥伴的喜樂、哀傷、沮喪、挫折等情緒，尤其是安寧志工在此特殊的場域服務，其情緒、壓力的紓解宜有一釋放管道。

從經驗交流、或採用個案討論（每個人在服務過程中所看到的點均不同，採用拚圖的方式），自強活動接近大自然或者生命共融營，增進志工的互動、溝通、交流對於病人與家屬的服務觀點與理念、經由安寧志工間的人際互動，以增強安寧志工持續服務的動力與信心，進而提升安寧志工的幸福感受。

### （四）志工招募宜吸取年輕志工

根據本研究發現安寧志工以女性居多、男性志工普遍偏低，平均年齡 57 歲，與研究者 10 年前以「安寧志工服務動機及其服務現況」中平均年齡 47 歲比較、發現 60 歲以上志工佔（43.5%）增加 132 位，顯示資深志工流動率低，與團隊之間愈能散發出具有運作的默契，維持醫療團隊的服務品質。

持續增進社會大眾對安寧療護理念的認知推廣與宣傳，以現有的資源為基礎，推廣相關的生死教育、安寧療護、臨終關懷等議題將安寧療護照顧理念在地化，不僅是全人、全家、全隊照顧，也是全社區的照顧，結合更多有志之士，加入志工行列，共同為安寧療護盡一份心力。

## 三、對主管機關的建議

### （一）落實推動安寧療護社區化

從本研究中發現安寧志工服務的內涵，居家服務僅佔所有服務中的16%，宜推廣安寧居家社區化，社區安寧的目的是希望末期病人能在家裡接受安寧療護，和自己至親、好友在一起、在自己習慣的空間生活，走完人生最後一程。

台灣安寧療護已邁入第廿四年，安寧療護的對象也從癌症病人拓展到八大非癌慢性末期病人，加上人口高齡化失能人口增加，各種慢性疾患末期病人越來越多，推動社區安寧網絡，將長期照護延伸到安寧照護，提供末期病人完整之身、心、靈的人性化照顧，提升其生活品質，使病人及家屬重獲生命的尊嚴與光輝，由醫療機構照顧結合社區資源回到居家照顧，落實在地老化、在地善終，進而讓民眾得以經驗安寧，瞭解安寧，接受安寧，讓生命末期的病人返家，人生更沒有遺憾。

## (二) 整合安寧志工服務網

目前各醫療機構相繼成立安寧病房，根據台灣安寧照顧協會2014年5月20日資料統計，全國安寧資源分布共計有50家醫院設有安寧病房，如能協助建立安寧志工支持網絡，讓安寧志工得以配合醫療團隊給予末期病人及家屬適時、適當的服務。同時建立安寧志工資料庫（人力資源的運用），由安寧照顧協會或蓮花基金會整合全省安寧志工組織設立「社團法人安寧志工後續關懷協會」。

由於安寧療護講求「五全照顧」，其中全程照顧，應包括悲傷關懷與陪伴，期待出現有能力進行「深度陪伴」的志工，真正落實全程照顧的理念，由醫院照顧到出院後的安寧居家以及在地善終。安寧志工平常即與家屬建立關係，未來將是對家屬進行悲傷與陪伴的最佳人選。因此，如何充分運用人力資源，定期舉辦生死學、生死教育、安寧療護、臨終關懷、悲傷輔導等相關研習課程，以及透過多元教育訓練課程，結合社區資源，推動社區安寧照護政策，落實將人生最後階段的安寧療護延伸到家裡。

## (三) 研究倫理的概念

本研究雖屬問卷調查，非侵入性或醫療處置，受訪對象亦非易受傷害族群，仍通過人體試驗委員會（IRB）及聯合人體試驗委員會（JIRB）之審查，以確保受試者之權益，透過各醫院社服部門，始進行安寧志工問卷發放。但機構已受託聯合人體試驗委員會審查（JIRB），各機構仍要追認審查，那麼JIRB的公信力何在，同時各機構IRB對醫院的組織並非全盤了解，例如研究者已知該醫院安寧病房並無志工，IRB來電追認送審，顯示各醫院之IRB需要對醫院的組織再教育，以免只知要研究者送審，而不了解醫院的組織現況。

#### 四、未來研究之建議

##### （一）研究方法

本研究採用問卷調查法，無法深入探討個別的特殊狀況，建議使用質性深入訪談的方式，進行質性分析，以便更清楚理解安寧志工個人生命意義感、死亡態度與幸福感的內在脈絡，或者採質性與量化並重的研究方法，以彌補採用單一方法的缺失與不足。

##### （二）研究工具的修訂

研究者採用的問卷，為引自國外修訂的量表，雖有信效度的基礎，但發現在安寧志工填答時有模稜兩可的困擾，造成有些志工填答的困惑而未填答，同時問卷題目過多，需要填答時間較長，建議在未來透過借鑒與努力，逐步形成具有國人特色的研究工具，文詞力求簡潔，問卷題數減少，讓受試者易於填答。

##### （三）研究對象

本研究僅是以安寧病房的志工為研究對象，樣本來源有限，建議未來可以以醫院之急診志工與安寧志工做研究對象，或者擴及非醫療機構的志工為研究對象。

## 參考文獻

### 一、中文部分

- 內政部 (2000)。志願服務專業教材I：認知訓練。
- 王英偉 (2010)。安寧緩和醫療—臨床工作指引，新北市：台灣安寧照顧基金會
- 王英偉 (2014)。安寧居家的現況與發展。103 年度會員大會暨聯合學術研討會：台灣安寧照顧協會。頁 18-29
- 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,頁 87-106
- 何英奇 (1990)。生命態度剖面圖之編制：信度與效度之研究。師大學報，35, 頁 71-79
- 何郁玲(1999)。小學教師職業倦怠、教師效能感與生命意義感關係之研究。國立彰化師範大學教育研究所碩士論文，未出版，彰化。
- 何慧卿 (2010)。志願服務與管理。台北：華都文化
- 吳文淑 (2010)。台灣醫護人員死亡態度與生命意義之相關研究。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，嘉義。
- 吳秀玲 (2013)。人體試驗的相關法規。台北榮總人體試驗委員會。頁1-31
- 吳明隆 (2013)。SPSS 統計應用學習實務—問卷分析與應用統計。新北市：易習
- 巫珍宜 (1991)。青少年死亡態度之研究。彰化師範大學輔導研究所碩士論文。未出版，彰化
- 李佩怡、陳雅伶、蔡麗雲 (2012)。正向看待從事安寧療護對護理人員之意義與價值。源遠護理 6 卷 2 期：頁 5-9
- 李淑珺譯 (2000) 志工實務手冊 Steve Mc Curley / Rick Lynch 原著。張老師文化
- 李復惠 (1986)。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，未出版，台北
- 李新民 (2012)。正向心理學教學活動設計。高雄：麗文
- 汪和美，劉麗華 (2005)。84例晚期肺癌病人死亡態度的調查分析。中華護理雜誌，40 (7)：頁552-554

- 周玲玲 (1997)。安寧療護社會工作發展模式之探討—以臺大醫院緩和醫療團隊為例。東海大學社會工作研究所社會工作專題討論。
- 孟憲武 (2006)。人類死亡學。台北：洪葉
- 林子雯(1996)。成人學生多重角色與幸福感之相關研究。國立高雄師範大學成人教育研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 易之新譯 (2003)。存在心理學。台北：張老師
- 林家甄 (2006)。從家暴婦女到安寧志工：一個生命意義感之階層分析研究。嘉義：南華大學生死學研究所，未出版，嘉義。
- 林勝義 (2001) 國內志願服務教育訓練之評鑑。社區發展季刊，93：頁 211-215。
- 邱泰源 (2002) 紅塵心蓮話安寧。屏東：一如淨舍臨終關懷協會，頁 77-86
- 侯冬芬 (2004)。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。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，嘉義。
- 侯南隆 (2000)。我不是壞小孩。南華大學生死學研究所碩士論文。未出版，嘉義。
- 施建彬 (1995) 幸福感來源與相關因素之探討。高雄醫學院行為科學研究所碩士論文，未出版。
- 柯永河(1993)。心理治療與衛生。台北：張老師出版社。
- 洪栩隆、黃松元編著 (2012)。生死心理學。新北市：國立空中大學
- 洪蘭 (2013)。真實的快樂。台北：遠流
- 高良、鄭雪 (2009)。當代西方幸福感研究的問題與方向。自然辯證法通訊，2009 第 1 期，第 31 卷總 179 期。
- 張淑美 (1996)。死亡學與死亡教育。高雄：復文
- 畢重增、黃希庭 (2006)。清晰度對自言預測效應的影響。心理科學，29(2)，頁 271-273。
- 陳怡如、李宗潔 (2010)。初探安寧志工的教育訓練對關係品質提升之影響。社區發展季刊，132，頁 448-462
- 陸金竹 (2003)。安寧療護志願服務人員服務動機及其服務現況之探討。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，嘉義。
- 陸洛 (1998)。中國人幸福感之內涵、測量及相關因素探討。國家科學委員會研究彙刊：人文及社會科學八卷一期。頁 115-137

- 陸洛 (2005)。追求幸福—主觀幸福感的文化心理學研究。中華心理學刊，47 卷 2 期。頁 99~112
- 陸洛、施建彬 (1997)。幸福心理學。台北：巨流
- 陳珍德、程小蘋 (2002)。癌症病人生命意義之研究。彰師大輔導學報。頁 23,1-48
- 陳蜜桃、陳玲婉(2006)。國小學童母親的人格特質與親職壓力、幸福感之相關研究。高雄師大學報，20，頁1-20。
- 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。國立高雄師範大學生命教育碩士班碩士論文，未出版，高雄市
- 陳馨馨 (1998)。推動志願服務於公共部門與農業推廣體系之分析。社區發展季刊第 81 期。頁 270-280
- 曾華源 (1996) 如何落實政策推展、研訂志願服務法規 迎向二十一世紀志願服務會議實錄 中華民國志願服務協會。
- 曾華源、曾騰光著 (2009)。志願服務概論。新北市：楊智
- 曾騰光、曾華源 (2001)。我國志願服務潛在問題與應有的走向--兼論新通過之志願服務法。內政部社會司：國際志工年專刊：頁 6-18
- 黃天中 (2000)。死亡教育概論 I—死亡態度及臨終關懷研究。台北：業強
- 黃宗仁譯 (1977)。從存在主義到精神分析。台北：杏文
- 黃郁婷、李嘉惠、郭妙雪 (2011)。幸福嗎？臺灣地區成年人幸福感及其相關因素初探。教育與家庭學刊 2, 頁 27-57
- 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。國立高雄師範大學成人教育研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 黃國彥、鍾思嘉 (1986)。老人的責任行使與其生活滿意、死亡焦慮之關係。教育與心理研究 9期：頁73-82
- 黃雅文等譯 (2006)。死亡教育。台北：五南
- 楊彥芬 (2012)。探討宗教和心理治療之間的關係。諮商與輔導，第 319 期。頁 8-10
- 葉肅科 (2012)。社會心理學。台北：洪葉文化
- 廖宛如譯 (2011)。凝視太陽：面對死亡恐懼。台北：心靈工坊
- 廖芳娟 (2000)。台灣警察之死亡態度研究。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，嘉義。

- 趙可式 (1996) *康泰安寧療護—護理師資培訓班 (第二階段講義)* 台北：天主教康泰醫療教育基金會。
- 趙可式 (2007)。 *安寧伴行*。台北：天下文化
- 趙可式、沈錦惠合譯 (2012)。 *活出意義來*。台北：光啟文化
- 劉秀珠 (2003) *我國特殊教育學校志工管理之研究：以國立桃園啟智學校為例*。世新大學行政管理學術碩士論文，未出版，台北。
- 劉焜輝 (2011) *Well-being—正向心理學與健康*。諮商與輔導，第 318 期，1
- 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*。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，嘉義。
- 蔡明昌 (1995)。 *老人對死亡及死亡教育態度之研究*。國立高雄師範大學成人教育研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 蔡美惠 (1999)。 *安寧志工招募、訓練與服務—以台北榮總運作模式為例*。 *安寧療護雜誌*，12，頁 21-25
- 鄭雪 (2001)。 *人格心理學*。廣州：暨南大學出版社
- 鄭曉江 (2001)。 *生命終點的學問*。台北：正中書局
- 顏映馨 (1999)。 *大學生的生活風格、人際親密和幸福感關係之研究*。國立高雄師範大學教育研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 魏美惠 (2011)。 *幼兒教師幸福感研究*。 *教育科學期刊* 10(2)
- 蘇秋雲 (2002)。 *安寧照顧志工照護經驗及其生命意義之探討*。慈濟大學社會工作研究所碩士論文，未出版，花蓮
- 鐘昌宏 (2006)。 *安寧療護暨緩和醫學—簡要理論與實踐*。安寧照顧基金會
- 天主教 維基百科 (2014. 05. 7) <http://zh.wikipedia.org/wiki/>
- 宗教維基百科 (2014. 05. 7) <http://zh.wikipedia.org/wiki/>

## 二、英文部分

- Ajemain, I (1993) *The interdisciplinary team*. Edited by doyle, D., Hanks, G.W.C. & MacDonald, N. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. New York Oxford University press Inc.,
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being*. New York ; Plenum.
- Argyle. W. (1987) *The psychology of happiness*. London and New York :

Routledge

- Bryant, F. B. & Veroff (1982). The structure of well-being. *Journal of personality and Social psychology*, 43, 653-673
- Campbell, A., Converse, S. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Christopher, J. C. (1999). Situating Psychological well-being: Exploring the cultural roots of its theory and research. *Journal of Counseling & Development*, 77, 141-152
- Csikszentmihalyi, M. (1991). *Flow: The Psychology of optimal experience*. NY: Harper Perennial
- Craig M. (1994). Volunteer service. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 10(2), 33-35
- Craig, M. (1994, March/April). Volunteer services. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 33-35.
- Dinner, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575
- Durlak, J. A. (1972). Relationship between individual attitudes toward life and death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 463
- Fabre, J. (1980). *Use of the transpersonal in logotherapy*. In S. Boorstein (Ed.), *Transpersonal Psychology*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Field, D., & Johnson, I. (1993). Volunteers in the British hospice movement. In D. Clark (Ed.), *The Sociology of death: theory, culture, practice* (pp. 198-217). UK: Oxford.
- Frank, V. E. (1975). *The Unconscious God: Psychotherapy and Theology*. New York: Simon and Schuster. (Originally published in 1948 as *Der unbewusste Gott*. Republished in 1997 as *Man's Search for Ultimate Meaning*.)-
- Frank, V. E. (1984). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. New York: Simon & Schuster, inc.
- Hedlund (1977). Person meaning: The problem of education for wisdom. *Personal and Guidance Journal*, 55(10), 602-604



- Kastenbaum, R. & Aisenberg, R. (1972), *The Psychology of death*, N.Y. Springer.
- Kavanagh, E. (1983). Volunteers in hospice. In C. A. Corr & D. M. Corr (Eds.), *Hospice care: Principles and practice* (pp. 209-222). New York: Springer.
- Mayers D. G. (2000) . The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*.55.56-67
- Moomal, Z. (1999) .The relationship between meaning in life and mental well-being. *South African Journal Psychology*, V29 (1) ,42-47.
- Neimeyer, R.A. & Moore, M.A. (1994) .Validity and reliability of the multidimensional fear of death scale. In Neimeyer, R.A (Ed) , *Death anxiety handbook : Research , instrumentation , and application* (103-119) Washington : Taylor and Francis.
- Nelson LD. (2001) .Structural conductivness, personality characteristics and death anxiety. *Omega ( Westport )* ,43 ( 4 ) ,331-347.
- Russac RJ , Gatliff C , Reece M , et al. (2007). Death anxiety across the adult years : an ecamination of age and gender effects [ J ] *Death Stud* , 31 (6) :549-561.
- Scott, E. & Marshall, K (1996) Hospice Techniques: Enhancing volunteer effectiveness. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, ( May/June ) ,22-25
- Tomer, A. In R.A. Neimeyer (ed) (1994) , *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and application*. Washington: Taylor & Francis,.
- Veenhoven, R. (1994). Is happiness a trait? Test of the theory that a better society does not make people any happier. *Social Indicators Research*, 32, 101-160.
- Vernon, G. (1972) ◦ Death Control. *Omega*, 3, 131-138
- Wass, H. & Myers, E. (1982) Psychosocial aspects of death among the elderly : A. View of the literature. *The personnel & Guidance Journal*, VG, 131-137
- Wong, P.T.P. Reker, G.T. & Gesser, G (1994) Death attitude profile-revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R.A. Neimeyer (Ed.)

- Death anxiety handbook*.( 121-148). Washington, DC: Taylor & France
- World Health Organization (2009) 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases.
- World Health Organization (2011) Programs and projects: Palliative Care.  
Retrieved from
- Yalom,I.D. ( 1980 ) *Existential Psychotherapy*. New Yark. Basic books.
- Zika,S.,& Chamberlian,K.(1987). Relation of hassles and personality to subjective well-being *.Journal of Personality and Social Psychology*.53(1),155-162.
- Zika,Sheryl,Chamberlain & Kerry(1992 ).On the relation between meaning in life and psychological well-being.*British Journal of Psychology*,V83 (1),133-145.



## 附錄一、量表授權書

### 量表使用同意書

茲同意私立南華大學非營利事業管理學系碩士  
班研究生陸金竹，使用本人所編製之「生命態度剖面  
圖」，做為其碩士論文「安寧志工生命意義感、死亡  
態度與幸福感之相關研究」蒐集資料之用。

(研究完成，請惠寄成果給本人，  
email: hgy84@faculty.pccu.edu.tw)

同意人：何吳奇

中華民國一〇二年六月

## 量表使用同意書

茲同意私立南華大學非營利事業管理學系碩士班研究生陸金竹，使用本人所編製之「死亡態度量表」，做為其碩士論文「安寧志工生命意義感、死亡態度與幸福感之相關研究」蒐集資料之用。

同意人：

廖芳娟

中 華 民 國 一 〇 二 年 六 月

## 量表使用同意書

茲同意私立南華大學非營利事業管理學系碩士班研究生陸金竹，使用本人所編製之「幸福感量表」，做為其碩士論文「安寧志工生命意義感、死亡態度與幸福感之相關研究」蒐集資料之用。

同意人： 

中 華 民 國 一 〇 二 年 六 月

## 附錄二、正式問卷

親愛的志工夥伴:您好!

首先對您能撥出個人的時間，熱心的投入安寧志工行列，深感由衷的敬意與佩服。此份問卷主要目的在於探討安寧志工對生命意義感、死亡態度與幸福感的認知情形，希望未來藉由本研究結果能提供給安寧病房的各相關單位，使其能讓參與安寧療護的志工夥伴們均能發揮所長，並從安寧療護的志願服務工作中獲得學習與成長。所以您的意見非常寶貴，將是本研究最為重要的資料來源，在此，懇請 您惠允協助，撥冗填答。

本問卷採不記名方式，答案無所謂的「對」或「錯」，並且您所作答的資料僅作學術研究之用，絕對不會對外公開，敬請您依照當下之感覺或想法作答。您的協助是我們最大的榮幸，祝福您

身體健康、闔家平安!

南華大學非營利事業管理學系碩士班

指導教授：周玲玲 博士

指導教授：鄭文輝 博士

研究生：陸金竹 敬上

**壹：個人背景資料：**

下列是因應實際需要，想了解您的一些基本資料，請在□內打「V」；及橫線上填入適當的答案。謝謝您！

一、性別： (1) 女  (2) 男

二、年齡：民國\_\_\_\_\_年（出生年）

三、婚姻狀況： (1) 未婚  (2) 已婚  (3) 離婚  (4) 喪偶  
 (5) 再婚  (6) 同居  (7) 已婚但分居  (8) 其他\_\_\_\_\_

四、教育程度： (1) 國小  (2) 國(初)中  (3) 高中(職)  
 (4) 專科  (5) 大學  (6) 研究所含以上

五、目前職業： (1) 軍公教  (2) 工、商業  (3) 家庭管理  
 (4) 學生  (5) 服務業  (6) 退休人士  
 (7) 其他\_\_\_\_\_

六、目前宗教信仰： (1) 民間信仰  (2) 佛教  (3) 道教  
 (4) 天主教  (5) 基督教  (6) 一貫道  
 (7) 回教  (8) 無  (9) 其他\_\_\_\_\_

七、家庭經濟狀況（個人每月總收入）： (1) 0~4 萬  (2) 4~8 萬  
 (3) 8~12 萬  (4) 12 萬以上

八、自覺健康狀況： (1) 極佳  (2) 良好  (3) 尚可  
 (4) 差  (5) 很差

九、是否曾經歷過親人或朋友的死亡？

(1) 是 讓您**印象最深刻**的是：

- (A) 曾祖父母  (B) 祖父母  (C) 父母親  
 (D) 兄弟姊妹  (E) 子女  (F) 配偶  
 (G) 鄰居  (H) 公共人物  (I) 其他\_\_\_\_\_

(2) 否。

十、過去家人談論到有關死亡事件或死亡話題時，家人的反應是：

- (1) 很自然的與您討論  (2) 很少討論  (3) 盡量避免談到  
 (4) 從未討論

十一、自己或家人是否曾有身體健康不佳者（如長期臥病在床或患有重病者）：

(1) 是  (2) 否

貳、此部分是有關您從事安寧志工服務的情形，請依照您的志願服務情況在適當的□打「V」及橫線上填入適當的答案。

一、請問您正式（受訓期滿正式服務）擔任安寧志工至今已\_\_\_\_年\_\_\_\_月

二、在本院安寧病房您一個月平均服務或參與的次數有\_\_\_\_次

三、在本院安寧病房您每次平均服務或參與的時間有\_\_\_\_小時

四、您在安寧病房擔任志工的服務內容是：（複選題）

(1) 身體照顧  (2) 情緒支持  (3) 家事代勞  (4) 居家服務

(5) 為往生者服務  (6) 行政庶務  (7) 其它\_\_\_\_\_

五、在您陪伴過程中病人死亡，讓您印象最深刻值得分享的是\_\_\_\_\_

六、您是否曾有參與其他醫院的安寧志工？ (1) 是  (2) 否

七、除了擔任安寧志工外，您目前是否還有參與其他組別的志願服務工作：

服務的內容是：\_\_\_\_\_

八、您是否參與院內每年安排的志工在職訓練？ (1) 是\_\_\_\_次數  (2) 否

九、您是否參與院內每年安排的安寧志工在職訓練？ (1) 是\_\_\_\_次數  (2) 否

十、您認為參與安寧志工之職前及在職訓練，對擔任安寧志工工作的幫助是：

(1) 幫助很大  (2) 有點幫助  (3) 沒什麼幫助

十一、您曾參加過院外的研習或研討會嗎？對您在安寧志工服務上有幫助的是：

請盡可能寫出課程名稱。若無法寫出全名也沒關係。參加研習名稱為\_\_\_\_\_

十二、您覺得擔任安寧志工最需要的在職訓練課程為何？（複選題）

(1) 悲傷輔導  (2) 生死教育  (3) 溝通技巧  (4) 護理技巧

(5) 生命意義  (6) 靈性照顧  (7) 全人照顧  (8) 人際關係

(9) 情緒管理  (10) 疾病的認識  (11) 遺體護理  (12) 3C 運用

（如：網路視訊…）  (13) 各宗教基本概念  (14) 各類輔助療法

(15) 其它\_\_\_\_\_

十三、請教您是基於什麼原因或動機，加入醫院安寧志工服務的行列：（複選題）

(1) 增加社會參與  (2) 社會責任，回饋社會

(3) 肯定自己存在的價值  (4) 幫助別人，也幫助自己

(5) 成就感，獲得認同與支持  (6) 對自己與家人有實質利益

(7) 人際關係之擴展  (8) 打發或運用閒暇時間

(9) 宗教信仰或價值理念  (10) 其它\_\_\_\_\_



叁、生命意義感調查問卷：以下的題目是有關您對生命意義的看法，請您在適當的□打「V」，選出一個最符合您內心感受的答案。

	非 常 不 同 意	不 同 意	不 能 確 定 意	同 意	非 常 同 意
一、我決心使我的未來有意義·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
二、我很關心如何才能過一個有意義的生活·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
三、我覺得有需要為我的生命訂定清楚的目標·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
四、我以極大的期待心盼望著未來·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
五、我預期我的未來會比過去更有希望·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
六、對於死亡的自覺，使我覺得生命一刻比一刻重要·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
七、我正在追求生活中有意義的事物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
八、在我一生中，有一強大的驅力，促使我去尋找自我··	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
九、我覺得目前的生活是與我未來的希望緊密相連·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十、對於生活，我已經有很明確的目標與計劃·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十一、我個人的存在是非常有意義、有目的·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十二、我已找到了一個滿意的生命目的·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十三、我發覺有一個強有力的目標在指引著我·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十四、生命的意義存在於我們周遭的世界·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十五、為尋找生命的意義、目標與使命，我很有這種能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十六、我生命中所發生的事，我能做決定·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十七、我能依照我想過的方式生活·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十八、每個人都應為他自己的生命負責·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十九、我生命的成就，大部分決定在我努力的程度·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿、我是一個非常有責任感的人·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿一、只有經歷苦難的人，才會變成完整的人·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿二、苦難是對我性格力量的考驗·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿三、經歷苦難的人必有後福·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿四、苦難有助於瞭解真正的人生意義·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿五、在經歷苦難之後，我變得更能體諒別人·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿六、關於死亡我毫無準備，並且感到害怕·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿七、將來有一天會死的事實，使我整个人生變得無意義··	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿八、假如我今天就過世，我會覺得我的生命毫無價值可言	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿九、死亡是生命的結束，再也沒有其他意義·····	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**肆：死亡態度調查問卷：**以下的題目是有關您對死亡的態度，請您在適當的  
打「V」，選出一個最符合您內心感受的答案。

	非 常 不 同 意	不 同 意	不 能 確 定	同 意	非 常 同 意
一、死亡應該是一種可怕的經驗.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
二、想到我自身的死亡，就會引起我的焦慮不安.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
三、我盡可能避免去思考死亡.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
四、我相信我死後會上天堂或到西方極樂世界.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
五、死亡將結束我所有的煩惱.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
六、死亡應是自然的、而且是不可避免的事件.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
七、人終將會死的終結性，讓我感到困擾.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
八、死亡是通往極樂之地的入口.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
九、死亡可讓你從這個可怕的世界逃脫.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十、每當死亡的想法進入我的腦海中，我都試著將它趕走.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十一、死亡是悲痛與苦難的解脫.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十二、我總是試著不要去想到死亡.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十三、死亡是生命過程中自然的一部份.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十四、死亡是與上帝（神、佛...）及永恆至樂的結合.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十五、死亡肯定會帶來一個嶄新輝煌的生命.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十六、對於死亡，我既不害怕也不歡迎.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十七、我對死亡有有強烈的恐懼感.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十八、我完全避免去想到死亡.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十九、死後是否有生命，這個議題讓我感到非常困擾.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿、死亡意味著一切的結束，這個事實令我害怕.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿一、我視死亡為現世痛苦的解脫.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿二、死亡僅僅是生命過程的一部份.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿三、我視死亡為一個通往永生幸福之地的通道.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿四、我盡量避開與死亡相關的事物.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿五、我相信死後仍有生命.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿六、我將死亡視為今生重擔的解除.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿七、不論死亡是好是壞，我都會坦然接受.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿八、我對死後的生命懷有期待.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿九、不知道死後會發生什麼事的不確定性令我擔.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

伍、幸福感調查問卷：以下的題目是想了解您對幸福的感受情形，請您在適當的□打「V」，選出一個最符合您內心感受的答案。

	非常 不符 合	不 符 合	不 能 確 定	符 合	非 常 符 合
一、我可以控制我的生活.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
二、我的健康狀況良好.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
三、我的理想可以獲得實現.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
四、我認為世界上的事情是美好的.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
五、我有良好的飲食習慣.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
六、我的參與使事情變好.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
七、我認為這個世界是一個好地方.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
八、我常保持輕鬆自在的心情.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
九、我有能力解決生活中的問題.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十、我有興趣關心其他人的事.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十一、我可以帶給別人幸福.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十二、我喜歡我的生活.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十三、我的生活有目標、意義.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十四、我認為生活是有回饋的.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十五、我對別人有愛心.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十六、我對現在生活中的事感到滿意.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十七、我經常定時從事運動.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十八、我對自己很有信心.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十九、我覺得和朋友在一起很有趣.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿、我喜歡我自己.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿一、我認為我有吸引力.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿二、我覺得生活有保障及安全感.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿三、我喜歡幫助別人.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廿四、我的睡眠充足.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

辛苦了！本問卷至此全部結束，非常謝謝您的協助！

最後仍希望您再檢查一遍是否已填答完畢，謝謝！

對於本研究，如果您願意接受我的訪談，請留下您的芳名及聯絡方式

姓名：

電話：

行動電話：

E-mail：

### 附錄三

#### 在陪伴服務過程中，讓您印象最深刻值得分享的感受

<p>一、 面 對 志 工 的 感 觸</p>	<p>『學習面對死亡』；『總有失落，卻能以一種祝福的心情來面對，也更 深體驗生死自然現象。』</p> <p>『他們對人生仍有期望，似乎不知道生命將到終點。』</p> <p>『不要有太多自己、貼近病人的心靈中，感動會更多。』</p> <p>『看過案主死亡像睡著，好美，原來死亡並不是一定很可怕。』</p> <p>『無論在世時的成就或地位，當死亡後同樣是軀殼一副。』</p> <p>『人要往生還是無法完全放下。』</p> <p>『人生無常，應把握健康時即時行善。』</p> <p>『在面對死亡的時候，內心可以平靜、放下、珍惜剩下的日子，快樂 過每一天』；『一切隨緣，生死不由人。』</p> <p>『有不捨，卻無法堅持，無奈中看見人的有限，學習「放下」是生命 的功課』</p> <p>『人的一生應無所求，若真的要求，那就求善終，能夠無罣礙，笑著 說 bye bye…』</p> <p>『什麼原因讓他們的生命衰敗到如此情形，該如何好好的活。』</p> <p>『生命是如此強韌又是如此脆弱，活著真的就是那一口氣，祂讓每個 人均不同。』</p> <p>『活著時要彼此相惜、相愛、待人處事心要善、要寬。』</p> <p>『轉變、對生命的體認(慈悲)、對死亡的詮釋(被遺棄)。』</p>
<p>二、 臨 終 陪 伴</p>	<p>『曾手握著患者而在你眼前往生。』</p> <p>『圍在病床前哭泣傷心的家屬，給予正面的引導。』</p> <p>『握著病人唱歌給她聽，直到儀表成一直線很安詳睡去，家人很得安慰。』</p> <p>『先生往生，我雖陪伴在側，但心是與往生者一同死亡了。』</p> <p>『病人安詳往生，家人予以祝福，雖有不捨，但已盡心陪伴，了無遺憾！。』</p> <p>『病人在家屬陪伴中得到安慰及盼望，病人走後家屬知道病人所去之 處。』</p> <p>『陪伴中看著他往生，稍後為他做淨身中溫柔與他說話的感覺。』</p> <p>『由靜默陪伴中，病人主動跟你訴說他的生命故事。』</p>

	<p>『有一次家屬不在病人身旁，在陪伴時奶奶過世，我單獨在旁，但卻一點也不覺得害怕。』</p> <p>『陪伴助念念佛，讓病人家屬在哀傷中轉念祈求生死兩相安的信念中平靜。』</p> <p>『陪伴家屬的過程，突然來告知病人已往生，當時很傷心錯亂。』</p> <p>『陪伴家屬，協助家屬向病人道別。』</p> <p>『替忙亂中的家屬整理物品及聯絡家人讓家屬稍感安心。』</p> <p>『一位廿幾歲的女孩，開始不願與人談，多次與她談心，後來相處交談都很愉快。』</p> <p>『自己認識的朋友，能在她最後的日子陪伴她、照顧她，雖然不捨，但是很感恩有這樣的恩典。』</p> <p>『錢真的是萬能的嗎？無常一到，子女皆在國外，身邊陪伴的只有一位外傭！』</p>
<p>三、協助病人心願完成</p>	<p>『因心願已了，因此對死亡比較從容豁達，也比較願意接受生命的安排。』</p> <p>『為病人圓夢，找到失聯已久的母親，並做生命回顧紀錄片。』</p> <p>『有一位空軍中士自幼父亡故、母離家由祖母撫養，病人的願望是與母親團聚，經社工奔走終於得重享天倫。』</p> <p>『盡力完成病人的願望，到高雄漢神巨蛋鼎泰豐買小籠包，看到病人期待和欣慰的眼神。』</p> <p>『與同居人同居 50 年後，透過本院社工師之協助完成終身大事，身著婚紗禮服在前妻子女及攝影記者、婚紗公司、安寧醫療團隊之祝福下，圓滿達成心願。』</p> <p>『一位男眾是社服輔導個案，在互動中得知與女兒失聯五年，轉知社工師，經聯繫至某科技大學，聯絡到失聯的女兒及離婚已廿幾年的妻子，滿足病人的心願。』</p> <p>『看到病人經團隊的努力能在臨終前向我們說：「他以了無遺憾了！」』</p> <p>『病人知道生命末期並坦然接受，也與家屬道別，並安排往生事宜。』</p> <p>『病人往生家屬請我和病人道別，當下家屬感動落淚。』</p>
<p>四、家</p>	<p>『一位年少離家的中年女性病人，經由安寧團隊的協助與家人和好。』</p> <p>『有位 36 歲年輕人，因喜好喝酒造成肝癌，在本院安寧病房往生，常</p>

<p><b>人的互動</b></p>	<p>抱怨為什麼早死。』</p> <p>『病人知道死亡時間和志工分享、家屬主動邀請志工為亡者助念。』</p> <p>『看到夫妻情深直到最後一刻，妻子對先生的無微不至、不離不棄，學習到夫妻相處之道。』</p> <p>『跟家屬互動，讓家屬無恐懼跟病人能快樂分享感恩養育之恩。』</p> <p>『病人知道生命末期並坦然接受，也與家屬道別，並安排往生事宜。』</p> <p>『有一位案主告訴志工其母對一切已無反應，但志工請案子在其母耳邊輕喚，其母仍可聽見案子後來體驗到，其母睜眼的回應，而淚流滿面。』</p> <p>『配偶急切的帶幼童來見父親最後一面。』</p> <p>『病人完全無反應，本人跟家屬談話中病人是微笑。』</p> <p>『舅舅的死亡，很自然回到家，和親友道別坐在沙發上往生。』</p> <p>『一位約 45 歲男士往生，留下配偶、3 位小男孩，分別是小六、小五、小二無助地陪伴過程。』</p> <p>『一個勇敢且滿足家人互愛的女病人面對死亡。』</p> <p>『父親對未成年兒子的安慰諄諄教導。』</p> <p>『病人平安寧靜的離開，家屬也無遺憾。』</p> <p>『有的病人會視死如歸抱著平靜心往生，有的家屬不告知病情使病人不知是如何死去。』</p>
<p><b>五、家人的情緒</b></p>	<p>『小腦萎縮症的媽媽失去最後一個孩子時，既是解脫、也是失去所有的擁有。』</p> <p>『四、五十歲的父親死亡，留下妻子及孩子，讓人覺得不捨，要懂得珍惜相處時的機會。』</p> <p>『全家人愛別離，難分難捨、不捨放下的那副痛苦真讓人心痛。』</p> <p>『孩子往生媽媽的不捨跟心疼。』</p> <p>『在失去至親的傷痛的同時，可選擇正向思考，轉悲傷為對至親的祝福。』</p> <p>『案主枯瘦的身軀，氣若游絲地躺在那走不掉牽掛著遠方的子女，直到接通電話才放下。』</p> <p>『家屬的哀傷不捨及敘述病人的種種過往，以及護理師平靜的處理過程。』</p> <p>『病人安詳往生，家人予以祝福，雖有不捨，但已盡心陪伴，了無遺憾！』</p>

	<p>『18歲小女孩下顎癌，嘆人生無常，像是地藏經中的地獄苦呀！真不幸也。』</p> <p>『讓他無後顧之憂，知道所擔心的親人會在往後的日子可以安穩的生活。』</p> <p>『在浴缸往生，有點擔心，阿長說：洗的舒服、圓滿往生，就寬心了。』</p> <p>『當病人生命漸漸地結束時，病人緊握著媽媽的手微笑著。』</p> <p>『病者之子抱著即將往生的老父良久，安撫他不壓抑自己，將心中之事快快告知父親，未久即見其哭泣不止。』</p>
<p>六、 宗 教 信 仰 的 支 持</p>	<p>『病人有虔誠的宗教信仰，藉由宗教力量引導病人、家屬道謝、道愛、道別，往生時面容安詳，家人以祝福取代不捨，讓生死兩相安善終。』</p> <p>『有信仰的人瀕臨死亡的態度多是從容，能接納自己。』</p> <p>『凡有宗教信仰的人，比較能看破生死，坦然面對死亡，故對病人應加強靈性修養及情緒疏導為主。』</p> <p>『有位病人堅持在彌留室等待阿彌佛陀來接引，因緣俱足終於如願在彌留室往生。』</p> <p>『有些大德能平靜安詳往生，且末期階段亦顯自在(有堅定的信念，且做到的大德。)]</p> <p>『有的急躁、有的平靜、有有些坦然面對，顯然與其信仰有關。』</p> <p>『宗教師對臨終病人的諄諄叮嚀，家屬輪流與他告別的情境。』</p> <p>『認同不同宗教，陪同家屬誦天主教的玫瑰經，家屬事後扶在志工肩膀痛哭。』</p>
<p>七、 為 往 生 者 服 務</p>	<p>『往生者無法闔眼，用心鼓勵其生命意義及價值，且不斷按摩至雙眼閉上為止。』</p> <p>『病人安詳的離去，所有的病痛都好了，遠離所有的煩惱。』</p> <p>『幫忙手足按摩後，病人雙手舉讚、很欣慰，但不久後就往生，很喜樂有為他服務。』</p> <p>『幫病人洗澡後，他很舒適，然後就安然辭世。』</p> <p>『幫往生者擦洗大體、並幫忙化妝。』</p> <p>『像拍電影一般，頭往一邊側，就往生很是安詳。』</p> <p>『為往生者服務，他的聽覺是最後消失，他都知道，尤其是家屬當下很無助，會很感念你。』</p>

## 附錄四

### 2008 年赫爾辛基宣言 (Declaration of Helsinki) 中文版

#### 人體研究倫理原則

郭英調翻譯 JIRB 審定版

#### 甲.引言

- 1、世界醫學會制定赫爾辛基宣言，做為進行人體研究時之倫理指導原則。人體研究包括可辨識人體組織或資料的研究。  
本宣言應以整體來看，本宣言的每一段在應用時應同時考量其他有關段落的內容。
- 2、雖然本宣言主要對象是醫師，世界醫學會也鼓勵其他研究人員，在進行人體研究時遵循本宣言。
- 3、醫師之職責在促進及維護人類(包括參與研究者)之健康，其專業知識及良知應奉獻於此一使命。
- 4、世界醫學會日內瓦宣言 (Declaration of Geneva) 中，規範醫師必須以“病人之福祉為首要之考量”，而國際醫療倫理規章 (International Code of Medical Ethics) 亦宣示“提供醫療照護時，醫師應保障病人之最大利益。”
- 5、醫學之進步奠基於科學研究，而此研究終究必須仰賴以人為受試者。未能參與人體研究之族群應給予適當的機會參與研究。
- 6、**在進行有關人體之醫學研究時，應將受試者之利益置於任何其他利益之上。**
- 7、進行人體研究之首要目的，在於了解疾病之成因、及其發展過程和影響；並改善各種預防、診斷及治療之方法。即便對目前已知之最佳治療，也應不斷地經由研究來評估其安全性、有效性、有用性，可近性及其品質。
- 8、在醫療行為及人體研究中，大多數的治療程序都涉及一定的危險與身體之負擔。
- 9、**人體研究之倫理標準，應以尊重生命，維護人類之健康及利益為依歸。對於特別之弱勢受試族群必須有特別之保護。如無法自行同意或拒絕研究者、或可能在受脅迫下同意的人。**
- 10、醫師應考量該國及國際上與人體研究有關之倫理、法律、相關法規及作業標準。任何國家之倫理、法律、相關法規及作業標準，皆不應



減損或忽視本宣言對受試者所宣示之保障。

## 乙、醫學研究之基本原則

- 11、**醫學研究中，醫師之職責是在於保障受試者之生命、健康、尊嚴、品格、自決、隱私及個人資料之保密。**
- 12、涉及人體之醫學研究，必須依循普遍接受之科學原則，並奠基於對科學文獻之徹底瞭解，相關資訊之掌握，及適當的研究數據及動物實驗之結果。實驗動物之福祉也應予以尊重。
- 13、對於可能影響環境之研究都必須謹慎進行。
- 14、在研究計畫書中，有關人體研究的每一個步驟，皆應清楚陳述其研究設計與執行內容。試驗計畫書需檢附相關倫理考量的聲明，並應符合本宣言所揭櫫之原則。此研究計畫書中必須說明經費來源、贊助者、相關機構、其他潛在利益衝突、對受試者的誘因，及發生研究傷害時，受試者可獲得的治療及/或補償。計畫書中應說明研究結束後，若結果顯示新治療方法有效時，受試者如何繼續接受此新治療方法或其他的治療方式。
- 15、研究計畫書必須先由研究倫理委員會考量、評論、指導及核准後，方可進行研究。此委員會，必須獨立於研究者、贊助者、或任何其他不當影響力之外。此委員會應考慮該國及國際上與人體研究有關之倫理、法律、相關法規及作業標準。任何國家之倫理、法律、相關法規及作業標準，皆不應減損或忽視本宣言對受試者所宣示之保障。委員會應有權監測進行中的試驗。研究人員有責任向委員會提供監測資訊，特別是任何嚴重不良事件。計畫書之任何變更應經此委員會考量及核准後，方可進行變更。
- 16、人體研究須由受過適當科學訓練及認證的人員執行。在病人及健康自願者身上進行之研究，需在合格醫師或醫療人員的監督下進行。對於人體試驗所產生的責任歸屬，皆由參與研究之醫師或醫療人員負責；即使事前已徵得該受試者之同意，該受試者亦不需負任何責任。
- 17、在弱勢受試者或族群進行之人體研究，僅有當此研究符合其首要健康需求，並可合理預測這些人員或族群可由研究結果中獲益時，方屬適當。
- 18、任何人體研究，事前須審慎評估對受試者或其族群可能的風險與負擔，相對於其可能帶來之預期益處。

- 19、所有臨床試驗需在納入第一位受試者前，須登記在可供大眾取得的資料庫中。
- 20、除非醫師已充份評估並有自信能充分掌控研究可能產生的風險，否則不應從事人體研究。一旦發現研究的風險高過其潛在利益，或已可得到正面或有益之結論時，醫師應立即停止此研究。
- 21、唯有在研究目的之重要性超過受試者可能遭受的風險時，人體研究才可進行。
- 22、一般人參與人體研究必須是志願參加。雖然有時需要諮詢家人或社區領袖的意見，一般人須是在自由意志下同意方可參與人體研究。
- 23、應採取一切之預防措施，以保護受試者之隱私，維護其個人資料的機密性，並將此研究對其身心及社會地位之影響降到最低。
- 24、在一般人的身體研究中，每一個可能的受試者，必須被告知該研究的目的、方法、經費來源、任何可能的利益衝突、研究人員所屬機構、該研究可預見的益處，及可能伴隨的危險與不適。受試者也應被告知其擁有的權利，包括可拒絕參與研究，或可隨時撤回同意而不受報復。需特別注意需滿足受試者對特定資訊的需求，及告知的方法。在確知受試者已充分瞭解以上資訊後，醫師或適當合格之人員應取得受試者於自由意志下簽署之受試者同意書，此受試者同意書以書面行之為佳。若受試者同意書無法以書面方式行之，則非書面之同意必須經過正式地紀錄與見證。
- 25、當使用可辨識之人體組織或資料進行研究時，通常醫師必須取得同意後，方可收集、分析、儲存和/或再利用。在不可能或無法取得同意之情況，或取得同意後將造成研究無效時，此種研究需經研究倫理委員會審議和批准後，方可在免除同意書之情況下進行。
- 26、醫師在取得受試者同意書時，應特別注意受試者是否對醫師有依賴關係，或受試者是否在脅迫下同意。在此情況下，此受試者同意書應由一位充分瞭解此研究，但獨立於此醫病關係外之合格人員取得。
- 27、若潛在受試者無行為能力時，研究人員必須取得法定代理人之同意。但唯有在研究本身有其促進上述族群健康之必要性，而研究又無法於具行為能力之受試者身上施行，且將研究本身之風險和負擔極低時，方可進行研究。
- 28、若潛在受試者被視為無行為能力，但能表達同意參加研究之決定時，醫師除了應取得該受試者法定代理人之同意外，亦必須取得其

贊同。應該尊重潛在受試者不贊同的意見。

- 29、在身心狀況無法表達同意之受試者(如神智不清者)進行的研究，只有當此無法表達同意之身心狀況是參與研究必須有之的條件時才可進行。此時醫師應取得該受試者法定代理人之同意。若無法定代理人而研究無法延遲時，可在未取得同意下進行。但對於此種在無法簽署受試同意書之受試者的研究，研究人員應於計畫書中，陳述其研究之具體理由，且須先經研究倫理委員會核准。但仍並應儘速從受試者本人，或其法定代理人處，取得繼續參與此研究之同意書。
- 30、作者、主編及出版者對於研究成果之發表皆負道德責任。作者有責任公開人體研究之結果並保證資料的完整和正確性。應遵守公認之報告倫理之準則。正面與負面及無結論的研究結果都應發表，或可公開取得。經費來源、所屬組織或研究中任何可能之利益衝突皆應公布於出版資料中。不該發表不合乎此宣言之研究報告。

#### 丙.兼顧醫療照護的醫學研究之附加原則

- 31、醫師可以結合醫學研究與醫療照護，但此情況僅止於此研究有潛在的預防、診斷或治療的價值。且醫師有充足的理由相信參與研究不會對其病人的健康有不良的影響。
- 32、一個新醫療方法的好處、風險、負擔、及效果，應與目前已知最佳的治療方法比較，除非符合以下狀況：
  - 對於尚無證實有效治療方式的狀況，可使用安慰劑或不予治療。
  - 因為說服力及科學方法的因素，必需使用安慰劑以確認治療之有效及安全性時，必須確認接受安慰劑或不予治療的病人不會有嚴重或不可逆傷害的危險。使用此原則時要特別小心避免濫用。
- 33、研究結束後，每一個參與研究的病人，都應被告知研究結果，且得以分享研究成果，例如可接受經此研究證實為有效或其他合宜的治療方法或好處。
- 34、醫師應全盤告知病人，那些醫療照護與研究有關。病人的拒絕參與研究或中途退出，絕對不應影響醫病關係。
- 35、在治療病人的過程中，若無有效的治療方法，醫師在諮詢過專家，且取得病人或其法定代理人之同意書後，倘若醫師判斷有希望挽救生命，重建健康或減輕痛苦，得採用未經證實之治療方法。這些治療方法，在可能的情況下，應被當作研究目標，來評估其安全性及有效性。應將所有新的資訊紀錄下來，並適時公布。

## 附錄五

### 人體研究倫理政策指引

中華民國 96 年 7 月 17 日  
衛署醫字第 0960223088 號公告

- 一、人體研究應以增進人群之福祉為目的，本尊重受研究者之自主意願，保障其隱私與健康權之原則為之。
- 二、人體研究除法令規定外，凡以研究為目的，取得、分析、調查人體之組織或個人之行為、理念、生理、心理、社會、遺傳，以及醫學有關資訊之過程均屬之。
- 三、人體研究應就最大之可能，以明確度可理解之方式，告知受研究者有關事項，並取得其書面之同意後為之。  
前項告知內容至少必須包括研究之目的與期程、研究主持人之姓名、研究機構之名稱、研究經費之來源、研究內容之大要、受研究者之權益與研究人員之義務、保障受試者個人隱私之機制、合理範圍內可預見之風險及造成損害時得申請之補救措施、相關問題之聯絡人姓名及其聯絡之方式等。
- 四、人體研究應本最佳之科學實證與假設規劃，在資料取得、分析處理與成果運用之過程中，非經受研究者同意，均不得揭露其個人隱私資料；並應盡最大之可能管控風險發生；對於研究過程中可能導致之損害，應有包括損害補救措施在內之妥善因應計畫。
- 五、研究取得之材料，不得作為原始告知及書面同意以外之用途，其有作為其他研究用途之必要者，應另行依第三點之規定，取得受研究者同意。
- 六、人體研究不得以未成年人或弱勢者作為對象。但顯有助益於其集體或個別權益，經告知其法定代理人或最適關係人，並取得其書面同意者，不在此限。
- 七、研究機構應設倫理委員會或委託其他機構之倫理委員會，負責人體研究倫理事項審查。  
委員會之成員，至少應有三分之一以上為法律專家及其他社會公正人士，並應有二人以上為機構外人士。  
委員會對審查通過之人體研究，計畫執行過程與研究成果備查負有監督責任。
- 八、人體研究所可能衍生之商業利益，應告知受研究者，並以書面為必要之約定。

## 附錄六

### 全國安寧療護資源分佈統計

#### 【安寧病房服務】

全國安寧病房服務機構：共計 50 家，總床數共 717 床

區域	醫院名稱	病床數
<b>台北區</b> (含北北基宜) 共20家機構 總床數:計 279 床	1 台大醫學院附設醫院(台北市中正區)	17
	2 台北榮民總醫院(台北市北投區)	16
	3 台北市立關渡醫院(台北市北投區)	12
	4 振興醫院(台北市北投區)	8
	5 三軍總醫院(台北市內湖區)	15
	6 台北市立聯合醫院忠孝院區(台北市南港區)	11
	7 台北市立聯合醫院仁愛院區(台北市大安區)	9
	8 臺北市立萬芳醫院(台北市文山區)	10
	9 台北醫學大學附設醫院(台北市信義區)	20
	10 馬偕紀念醫院(新北市淡水區)	38
	11 天主教耕莘醫院(新北市新店區)	17
	12 台北慈濟醫院(新北市新店區)	18
	13 衛生福利部台北醫院(新北市新莊區)	8
	14 衛生福利部雙和醫院(新北市中和區)	10
	15 汐止國泰綜合醫院(新北市汐止區)	13
	16 台大醫院金山分院(新北市金山區)	6
	17 基隆長庚紀念醫院(基隆市安樂區)	12
	18 國立陽明大學附設醫院(宜蘭市)	12
	19 羅東聖母醫院(宜蘭羅東鎮)	15
	20 羅東博愛醫院(宜蘭羅東鎮)	12
<b>北區(含桃竹苗)</b>	1 台北榮民總醫院桃園分院(桃園市)	17
	2 衛生福利部桃園醫院(桃園市)	30

共5家機構 總床數:計 77 床	3桃園長庚紀念醫院(桃園縣龜山鄉)	12
	4台大醫學院附設醫院新竹分院(新竹市)	6
	5為恭紀念醫院(苗栗縣頭份鎮)	12
中區 (含中彰投) 共 6 家機構 總床數:計 90 床	1中國醫藥大學附設醫院(北區)	18
	2台中榮民總醫院(台中市西屯區)	18
	3中山醫學大學附設醫院(台中市南區)	10
	4光田醫院(台中市沙鹿區)	10
	5台中慈濟醫院(台中潭子區)	18
	6彰化基督教醫院(彰化市)	16
南區 (含雲嘉南) 共 9 家機構 總床數:計 153 床	1台大醫學院附設醫院雲林分院虎尾院區(雲林縣虎尾鎮)	8
	2嘉義基督教醫院(嘉義市東區)	15
	3天主教聖馬爾定醫院(嘉義市東區)	9
	4大林慈濟醫院(嘉義縣大林鎮)	23
	5成功大學醫學院附設醫院(台南市北區)	34
	6新樓醫院(台南市東區)	15
	7衛生福利部台南醫院(台南市東區)	12
	8奇美醫院(台南市永康區)	15
	9柳營奇美醫院(台南市柳營區)	22
高屏區 (含高屏澎) 共 7 家機構 總床數:計 83 床	1高雄榮民總醫院(高雄市左營區)	20
	2天主教聖功醫院(高雄市三民區)	11
	3高雄醫學大學附設中和紀念醫院(高雄市三民區)	18
	4高雄長庚紀念醫院(高雄市鳥松區)	10
	5屏東基督教醫院(屏東市)	12
	6民眾醫院(屏東市)	7
	7三軍總醫院澎湖分院(澎湖縣)	5
東區(含花東) 共 3 家機構 總床數:計 35 床	1花蓮慈濟醫院(花蓮市)	15
	2基督教門諾會醫院(花蓮市)	12
	3天主教台東聖母醫院(台東市)	8

## 【安寧共同照護服務】

**全國安寧共同照護服務機構：共計 86 家**

區域	醫院名稱
<b>台北區</b> <b>(含北北基宜)</b> <b>共 25 家機構</b>	1 台大醫學院附設醫院(台北市中正區) 2 台北榮民總醫院(台北市北投區) 3 和信治癌中心醫院(台北市北投區) 4 振興醫院(台北市北投區) 5 三軍總醫院(台北市內湖區) 6 台北市立聯合醫院仁愛院區(台北市大安區) 7 國泰綜合醫院(台北市大安區) 8 新光醫院(台北市士林區) 9 台北醫學大學附設醫院(台北市信義區) 10 萬芳醫院(台北市文山區) 11 台北市立聯合醫院中興院區(台北市大同區) 12 台安醫院(台北市松山區) 13 台北市立聯合醫院忠孝院區(台北市南港區) 14 馬偕紀念醫院(新北市淡水區) 15 天主教耕莘醫院(新北市新店區) 16 台北慈濟醫院(新北市新店區) 17 亞東紀念醫院(新北市板橋區) 18 汐止國泰綜合醫院(新北市汐止區) 19 衛生福利部雙和醫院(新北市中和區) 20 衛生福利部台北醫院(新北市新莊區) 21 基隆長庚紀念醫院(基隆市安樂區) 22 陽明大學附設醫院(宜蘭市) 23 羅東博愛醫院(宜蘭縣羅東鎮) 24 羅東聖母醫院(宜蘭縣羅東鎮) 25 永和耕莘醫院(新北市永和區)
<b>北區</b> <b>(含桃竹苗)</b> <b>共10機構</b>	1 敏盛醫院(桃園市) 2 衛生福利部桃園醫院(桃園市) 3 台北榮民總醫院桃園分院(桃園市) 4 林口長庚紀念醫院(桃園縣龜山鄉) 5 壠新醫院(桃園縣平鎮市) 6 台大醫學院附設醫院新竹分院(新竹市) 7 馬偕紀念醫院新竹分院(新竹市)

	<p>8東元綜合醫院(新竹縣竹北市)</p> <p>9為恭紀念醫院(苗栗)</p> <p>10衛生福利部苗栗醫院(苗栗)</p> <p>1敏盛醫院(桃園市)</p>
<p><b>中區</b> (含中彰投) 共 17 家機構</p>	<p>1中國醫藥大學附設醫院(台中市南區)</p> <p>2中山醫學大學附設醫院(台中市南區)</p> <p>3台中榮民總醫院(台中市西屯區)</p> <p>4澄清醫院-中港院區(台中市西屯區)</p> <p>5林新醫院(台中市南屯區)</p> <p>6澄清醫院-平等院區(台中市中區)</p> <p>7衛生福利部台中醫院(台中市西區)</p> <p>8光田綜合醫院(台中市沙鹿區)</p> <p>9童綜合醫院(台中市梧棲區)</p> <p>10大里仁愛醫院(台中市大里區)</p> <p>11衛生福利部豐原醫院(台中市豐原區)</p> <p>12慈濟綜合醫院台中分院(台中市潭子區)</p> <p>13彰化基督教醫院(彰化市)</p> <p>14秀傳醫院(彰化市)</p> <p>15衛生福利部彰化醫院(彰化縣埔心鄉)</p> <p>16彰化基督教醫院二林分院</p> <p>17衛生福利部南投醫院(南投市)</p>
<p><b>南區</b> (含雲嘉南) 共 14 家機構</p>	<p>1台大醫學院附設醫院雲林分院-斗六院區(雲林縣斗六市)</p> <p>2嘉義基督教醫院(嘉義市東區)</p> <p>3天主教聖馬爾定醫院(嘉義市東區)</p> <p>4嘉義長庚紀念醫院(嘉義縣朴子市)</p> <p>5大林慈濟醫院(嘉義縣大林鎮)</p> <p>6台中榮民總醫院嘉義分院(嘉義市)</p> <p>7成功大學醫學院附設醫院(台南市北區)</p> <p>8新樓醫院(台南市東區)</p> <p>9麻豆新樓醫院(台南市麻豆區)</p> <p>10台南市立醫院(台南市東區)</p> <p>11衛生福利部台南醫院(台南市東區)</p> <p>12郭綜合醫院(台南市中西區)</p> <p>13奇美醫院(台南市永康區)</p> <p>14柳營奇美醫院(台南市柳營區)</p>
<p><b>高屏區</b></p>	<p>1高雄榮民總醫院(高雄市左營區)</p> <p>2高雄醫學大學附設中和紀念醫院(高雄市三民區)</p>



<p>(含高屏澎金) 共 17 家機構</p>	<p>3 高雄市立大同醫院(高雄市) 4 國軍左營總醫院(高雄市左營區) 5 阮綜合醫院(高雄市苓雅區) 6 國軍高雄總醫院(高雄市苓雅區) 7 高雄長庚紀念醫院(高雄市烏松區) 8 義大醫院(高雄市燕巢區) 9 高雄市立小港醫院(高雄市小港區) 10 高雄市立聯合醫院(高雄市鼓山區) 11 安泰醫院(屏東縣東港鎮) 12 屏東基督教醫院(屏東市) 13 民眾醫院(屏東市) 14 衛生福利部屏東醫院(屏東市) 15 三軍總醫院澎湖分院(澎湖縣) 16 寶建醫院(屏東市) 17 衛生福利部金門醫院(金門縣)</p>
<p>東區(含花東) 共 3 家機構</p>	<p>1 花蓮慈濟醫院(花蓮市) 2 台灣基督教門諾會醫院(花蓮市) 3 馬偕紀念醫院台東分院(台東市)</p>

## 【安寧居家照護服務】

### 全國安寧居家照護服務機構：共計71家

區域	醫院名稱
<p>含：北、新北、 基宜 共 20 家機構</p>	<p>1 台大醫學院附設醫院(台北市中正區) 2 台北榮民總醫院(台北市北投區) 3 和信治癌中心醫院(台北市北投區) 4 台北市立聯合醫院忠孝院區(台北市南港區) 5 三軍總醫院(台北市內湖區) 6 國泰綜合醫院(台北市大安區) 7 萬芳醫院(台北市文山區) 8 台安醫院(台北市松山區) 9 新光醫院(台北市士林區) 10 台北醫學大學附設醫院(台北市信義區) 11 馬偕紀念醫院(新北市淡水區) 12 恩主公醫院(新北市三峽區) 13 亞東醫院(新北市板橋區) 14 天主教耕莘醫院(新北市新店區)</p>

	<p>15 台北慈濟醫院(新北市新店區)</p> <p>16 汐止國泰綜合醫院(新北市汐止區)</p> <p>17 基隆長庚紀念醫院(基隆市)</p> <p>18 陽明大學附設醫院(宜蘭市)</p> <p>19 羅東聖母醫院(宜蘭縣羅東鎮)</p> <p>20 羅東博愛醫院(宜蘭縣羅東鎮)</p> <p>21 永和耕莘醫院(新北市永和區)</p> <p>22 衛生福利部雙和醫院(新北市中和區)</p> <p>23 新北市立聯合醫院(新北市三重區)</p>
<p>含：桃、竹、苗 共7家機構</p>	<p>1 台北榮民總醫院桃園分院(桃園市)</p> <p>2 敏盛醫院(桃園縣龍潭鄉)</p> <p>3 林口長庚紀念醫院(桃園縣龜山鄉)</p> <p>4 壠新醫院(桃園縣平鎮市)</p> <p>5 台大醫學院附設醫院新竹分院(新竹市)</p> <p>6 馬偕紀念醫院新竹分院(新竹市)</p> <p>7 為恭紀念醫院(苗栗縣頭份鎮)</p>
<p>含：中、彰、投 共 14 家機構</p>	<p>1 中國醫藥大學附設醫院(台中市北區)</p> <p>2 台中榮民總醫院(台中市西屯區)</p> <p>3 中山醫學大學附設醫院(台中市南區)</p> <p>4 衛生福利部台中醫院(台中市西區)</p> <p>5 台中慈濟醫院(台中市潭子區)</p> <p>6 光田綜合醫院(台中市沙鹿區)</p> <p>7 童綜合醫院(台中市梧棲區)</p> <p>8 衛生福利部豐原醫院(台中市豐原區)</p> <p>9 彰化基督教醫院(彰化市)</p> <p>10 秀傳醫院(彰化市)</p> <p>11 衛生福利部彰化醫院(彰化縣埔心鄉)</p> <p>12 彰化基督教醫院二林分院(彰化縣二林鄉)</p> <p>13 埔里基督教醫院(南投縣埔里鎮)</p> <p>14 衛生福利部南投醫院(南投)</p>
<p>含：雲、嘉、南 共 13 家機構</p>	<p>1 天主教若瑟醫院(雲林縣虎尾鎮)</p> <p>2 台大醫學院附設醫院雲林分院虎尾院區(雲林縣虎尾鎮)</p> <p>3 嘉義基督教醫院(嘉義市東區)</p> <p>4 天主教聖馬爾定醫院(嘉義市東區)</p> <p>5 大林慈濟醫院(嘉義縣大林鎮)</p> <p>6 成功大學醫學院附設醫院(台南市北區)</p> <p>7 新樓醫院(台南市東區)</p>

	8行政院衛生署台南醫院(台南市東區) 9台南市立醫院(台南市東區) 10郭綜合醫院(台南市中西區) 11奇美醫院(台南市永康區) 12柳營奇美醫院(台南市柳營區) 13衛生福利部新營醫院(台南市新營區)
<b>含：高、屏、澎 共 13 家機構</b>	1高雄榮民總醫院(高雄市左營區) 2國軍左營總醫院(高雄市左營區) 3天主教聖功醫院(高雄市三民區) 4高雄醫學大學附設中和紀念醫院(高雄市三民區) 5阮綜合醫院(高雄市苓雅區) 6國軍高雄總醫院(高雄市苓雅區) 7高雄市立小港醫院(高雄市小港區) 8高雄長庚紀念醫院(高雄市鳥松區) 9義大醫院(高雄市燕巢區) 10屏東基督教醫院(屏東市) 11民眾醫院(屏東市) 12安泰醫院(屏東縣東港鎮) 13三軍總醫院澎湖分院(澎湖縣)
<b>含花、東 共 4 家機構</b>	1花蓮佛教慈濟醫院(花蓮市) 2基督教門諾會醫院(花蓮市) 3馬偕紀念醫院台東分院(台東市) 4台東天主教聖母醫院(台東市)

資料來源：台灣安寧照顧協會整理, 更新日期：2014. 5. 20

<http://www.tho.org.tw/xms/>