

南 華 大 學

生 死 學 系

碩 士 學 位 論 文

醫院志工死亡焦慮之研究

—以台中榮總志工為例

A Study on the Death Anxiety of Hospital Volunteers

—Take the Taichung Veterans General Hospital Volunteers as an example

研 究 生：張 振 發

指 導 教 授：蔡 明 昌 博 士

中 華 民 國 九 十 九 年 十 二 月 二 十 三 日

南 華 大 學

生 死 學 系

碩 士 學 位 論 文

醫院志工死亡焦慮之研究--以台中榮總志工為例

A Study on the Death Anxiety of Hospital Volunteers
-- Take the Taichung Veterans General Hospital Volunteers as an example

研究生：張振發

經考試合格特此證明

口試委員：高仕凌

謝青龍

蔡明昌

指導教授：蔡明昌

所 長：魏素娥

口試日期：中華民國 99 年 12 月 23 日

誌謝

「恭喜，你通過論文考試」，當教授們宣布我通過論文學位考試的那一刻，克制自己那股想雀躍而起的衝動，我無法形容心中的喜悅，但感受到肩上的重擔頓時輕鬆許多。

首先要感謝我的指導教授-蔡明昌老師，要讓我這個統計的門外漢踏進門檻，真是不容易的事，老師不僅提供「SPSS與量化研究」專書給我研讀外，在論文寫作的過程，或是在跑統計分析的過程，總是給予悉心的指導及鼓勵，協助解決遭遇的難題，才使這篇論文得以成型到付印。另外，要感謝的是高迪理教授及謝青龍教授，兩位口試委員在論文結構及統計方法上給予具體建議，讓我獲益匪淺。對於曾經授業、指導過我的老師，學生在此表達最誠摯的謝意與感恩。

感謝台中榮總讓我有機會從事醫院志工領域的研究，尤其是志工夥伴們的熱情與鼓勵更是感恩在心，若以我個人之力是難以完成這項浩大的工程，許多熟識的夥伴們主動、熱心的幫忙，使得問卷調查過程平順許多，在寫作的過程中還不時的關心我何時完成論文？何時畢業？或給我打氣加油，大家共同為這本論文的催生注入了更多生命力，志工夥伴們，謝謝，有你們真好！

還有要感謝慧開師父，在因緣際會下，邀請師父為安寧志工訓練授課，師父引經據典談生死，豐富的內涵，引起我對生、死的好奇，使我下定決心報考生死所進一步了解生命與死亡之奧秘。另外，要感謝的是季芳學姊，也是我服務的醫院同事，提供我考試經驗談之外，還借我兩本生死學經典著作給我研讀讓我能順利考進生死所就讀。

珍惜緣份，班上的同學都是有工作的社會人士，每個人都是在自己的專業領域擁有一片天的社會菁英，大家很珍惜這份聚首南華大學學習的緣分，彼此砥礪，共同成長，雖然有歡笑、有悲傷卻是你我共同的記憶，同學們，感謝你們在我的人生旅程中烙印下難以忘懷的美好回憶。有太多太多需要感謝的人我無法一一列出姓名，請容許我一將你們記在心中。

其次，要感謝的是我的父母，雖然他們已仙遊於天地之間，但因為有他們的存在，也才会有我的存在，更讓我在天地之間佔有一席之地，也才有今天的我存在，將此榮耀歸於我的父母。

最後，要感激的是我的太太，謝謝妳的體諒與支持，二年多來，每逢週六、日少了心靈上的另一半外，並讓妳提早過空巢期適應前期，同時還擔心我並提醒我開車注意安全，開車不要打瞌睡……，今天，我要大聲告訴妳：我終於畢業了。這份榮耀與妳分享，因為妳是我生命中的貴人。

張振發 於大度山
民國100年1月19日

摘要

本研究主要目的在了解醫院志工的死亡焦慮情形，意欲探討了解志工死亡焦慮差異情形，及志工有無安寧療護經驗與死亡焦慮關係，及志工背景變項、有無安寧療護經驗與死亡焦慮交互作用的關係，了解醫院志工的死亡焦慮實際情形，以提供志工運用單位作為未來醫院志工生命教育訓練的參考。

本研究對象為台中榮民總醫院志願服務工作人員，以研究者與指導教授自行翻譯之 Revised Death Anxiety Scale (RDAS) 死亡焦慮修正量表中文版本為研究工具，採問卷調查方式進行，共計發放383份問卷，回收347份問卷，回收率為90.6%，有效問卷回收率為100%。將所得資料以SPSS.12進行統計分析(包括描述性統計、*t*-test、單因子變異數分析、二因子變異數分析)，得到研究結果如下：

- 一、醫院志工之死亡焦慮為中等偏低程度。
- 二、女性醫院志工在死亡焦慮之「害怕痛苦的過程」的層面顯著高於男性醫院志工。
- 三、無宗教信仰的醫院志工在死亡焦慮之「害怕痛苦的過程」的層面顯著高於佛教宗教信仰的醫院志工。
- 四、「跨其他組或不曾跨組」的醫院志工在死亡焦慮之「害怕痛苦的過程」的層面顯著高於「跨病房組、急診組」的醫院志工。
- 五、沒有安寧療護經驗的醫院志工在死亡焦慮之「死後生命與無助感」的層面顯著高於有安寧療護經驗的醫院志工。
- 六、「軍公教」且沒有安寧療護經驗之醫院志工在死亡焦慮之「害怕痛苦的過程」的層面顯著高於「軍公教」且有安寧療護經驗之醫院志工。
- 七、國中以下、沒有安寧療護經驗的醫院志工在死亡焦慮之「死後生命與無助感」的層面顯著高於國中以下程度、有安寧療護經驗之醫院志工。
- 八、大(專)學、沒有安寧療護經驗的醫院志工在死亡焦慮之「死後生命與無助感」的層面顯著高於大(專)學、有安寧療護經驗之醫院志工。

關鍵字：醫院志工、死亡焦慮、RDAS 量表。

Abstract

The purpose of this study is to appreciate the scenario of death anxiety among hospital volunteers to look into different situations of death anxiety of volunteer, if volunteer has or has not hospice care experience and its correlation to death anxiety, variables of volunteer background and the correlation of cross-effect if there is hospice care experience to death anxiety. As such, it can help understand the actual scenario of death anxiety among hospital volunteer so that it can be used as reference by volunteer organization units for life education training of hospital volunteer for the future.

The subjects of this study are of volunteer personnel at Taichung Veterans General Hospital, while the Chinese version of Revised Death Anxiety Scale (RDAS) translated by the researcher and supervisor themselves is used as the research tool. The study is conducted with questionnaire survey, and a total of 383 copies of questionnaires are sent out, with 347 copies being retrieved and the retrieval rate is 90.6%. The retrieval rate of valid questionnaire is 100%. Information obtained is carried out of statistic analysis with SPSS.12 (including descriptive statistics, *t*-test, ANOVA, and two-way ANOVA). Results of research are obtained as found in the following:

- 一、 Death anxiety of hospital volunteer is of medium to low level.
- 二、 For female hospital volunteer, their aspect of “fear of pain process” in death anxiety is relatively higher than that of male hospital volunteer.
- 三、 For hospital volunteer without religious belief, their aspect of “fear of pain process” in death anxiety is relatively higher than hospital volunteer with Buddhist belief.
- 四、 For hospital volunteer of “crossing or not crossing other group”, their aspect of “fear of pain process” in death anxiety is evidently higher than hospital volunteer “crossing ward-group and emergency-ward group.”

- 五、For hospital volunteer without hospice care experience, their aspect of “life after death and helplessness” in death anxiety is evidently higher than that of hospital volunteer with hospice care experience.
- 六、For hospital volunteer with career in “military, civil service, and teaching” and without hospice care experience, their aspect of “fear of pain process” in death anxiety is evidently higher than hospital volunteer with career in “military, civil service, and teaching” and with hospice care
- 七、For hospital volunteer with academic background lower than junior high school and without hospice experience, their aspect of “life after death and helplessness” in death anxiety is evidently higher than hospital volunteer who has junior high school background and with hospice care experience.
- 八、For hospital volunteer with tertiary education background and without hospice care experience, their aspect of “life after death and helplessness” in death anxiety is evidently higher than hospital volunteer who has tertiary education background and with hospice care experience.

Keywords: hospital volunteer, death anxiety, RDAS scale

目 錄

第一章 緒 論	01
第一節 研究動機.....	01
第二節 研究目的.....	04
第三節 研究問題.....	05
第四節 名詞解釋.....	06
第二章 文獻探討	08
第一節 志願服務.....	08
第二節 死亡焦慮.....	14
第三節 相關研究.....	18
第三章 研究方法	22
第一節 研究架構.....	22
第二節 研究對象.....	25
第三節 研究工具.....	26
第四節 研究程序.....	33
第五節 資料處理.....	36
第四章 研究結果與討論	38
第一節 描述統計分析.....	38
第二節 醫院志工的背景變項與死亡焦慮的關係.....	44
第三節 安寧療護經驗與死亡焦慮的關係.....	55
第四節 背景變項、安寧療護經驗與死亡焦慮的關係.....	56
第五節 綜合討論.....	63

第五章 結論與建議	71
第一節 結論.....	71
第二節 建議.....	74
參考文獻	77
中文部份.....	77
英文部份.....	80
附錄	84
附錄一、RDAS 中文版量表問卷.....	84
附錄二、背景變項、安寧療護經驗與死亡焦慮交互作用未達顯著摘要表...	87

表目次

表 2-1-1 一般醫院志工與安寧療護志工之差異.....	13
表 2-3-1 醫院志願服務相關研究(1986 至 2007).....	18
表 2-3-2 國內博碩士論文(1997-2009)有關「死亡焦慮」關鍵字研究彙整表...	19
表 2-3-2 國內博碩士論文(1997-2009)有關「死亡焦慮」關鍵字研究彙整表續...	20
表 2-3-3 國內期刊(1986-2010)有關「死亡焦慮」議題論文研究彙整表...	20
表 3-2-1 正式問卷施測、回收統計表.....	25
表 3-3-1 參與量表題項與總分相關.....	29
表 3-3-2 <i>t</i> -test 項目分析.....	30
表 3-3-3 RDAS 因素分析.....	31
表 3-3-4 解釋總變異量.....	32
表 3-3-5 信度統計量.....	32
表 4-1-1 研究對象背景變項次數分配表.....	41
表 4-1-2 醫院志工死亡焦慮各分量表的平均數、標準差描述統計表.....	43
表 4-2-1 性別變項與死亡焦慮之 <i>t</i> 考驗.....	44
表 4-2-2 年齡變項與死亡焦慮之 ANOVA 考驗.....	45
表 4-2-3 年齡與死亡焦慮之差異分析摘要表.....	45
表 4-2-4 教育程度與死亡焦慮之 ANOVA 考驗.....	46
表 4-2-5 教育程度與死亡焦慮之差異分析摘要表.....	46
表 4-2-6 婚姻狀況與死亡焦慮之 ANOVA 考驗.....	47
表 4-2-7 婚姻狀況與死亡焦慮之差異分析摘要表.....	47
表 4-2-8 不同職業類別與死亡焦慮之 ANOVA 考驗.....	48
表 4-2-8 不同職業類別與死亡焦慮之 ANOVA 考驗續.....	48
表 4-2-9 不同職業類別與死亡焦慮之差異分析摘要表.....	48

表 4-2-10 宗教信仰與死亡焦慮之 ANOVA 考驗	49
表 4-2-10 宗教信仰與死亡焦慮之 ANOVA 考驗續	49
表 4-2-11 宗教信仰與死亡焦慮之差異分析摘要表	50
表 4-2-12 志工服務年資與死亡焦慮之 ANOVA 考驗	50
表 4-2-13 志工服務年資與死亡焦慮之差異分析摘要表	51
表 4-2-14 志工服務組別與死亡焦慮之 ANOVA 考驗	51
表 4-2-15 志工服務組別與死亡焦慮之差異分析摘要表	52
表 4-2-16 跨組服務志工與死亡焦慮之 ANOVA 考驗	53
表 4-2-17 跨組服務志工與死亡焦慮之差異分析摘要表	53
表 4-2-18 志工接觸他人死亡或瀕臨死亡與死亡焦慮之 ANOVA 考驗	54
表 4-2-19 志工接觸他人死亡或瀕臨死亡與死亡焦慮之差異分析摘要表	54
表 4-3-1 有無安寧療護經驗與死亡焦慮之 t 考驗	55
表 4-4-1 安寧療護經驗 \times 職業類別之雙因子變異數分析摘要表	57
表 4-4-2 安寧療護經驗與職業類別單純主要效果考驗摘要表	57
表 4-4-3 安寧療護經驗 \times 職業類別之雙因子變異數分析	58
表 4-4-4 安寧療護經驗 \times 職業類別之雙因子變異數分析摘要表	58
表 4-4-5 安寧療護經驗 \times 職業類別之雙因子變異數分析	59
表 4-4-6 安寧療護經驗 \times 職業類別之雙因子變異數分析摘要表	59
表 4-4-7 安寧療護經驗 \times 教育程度之雙因子變異數分析摘要表	60
表 4-4-8 安寧療護經驗 \times 教育程度單純主要效果摘要表	61
表 4-4-9 安寧療護經驗 \times 教育程度之雙因子變異數分析	61
表 4-4-10 安寧療護經驗 \times 教育程度之雙因子變異數分析摘要表	62
表 4-4-11 安寧療護經驗 \times 教育程度之雙因子變異數分析	62

表 4-4-12 安寧療護經驗x教育程度之雙因子變異數分析摘要表.....	62
表 4-5-1 不同背景變項之醫院志工在死亡焦慮之差異考驗分析結果綜合摘要表.....	63
表 4-5-2 背景變項、安寧療護經驗與死亡焦慮的關係結果綜合摘要表.....	63

圖目次

圖 3-1-1 研究架構.....	22
圖 3-4-1 研究實施程序圖.....	33

第一章 緒論

第一節 研究動機

志願服務是一種愛與關懷、利他為出發點的行為表現，透過助人服務，不僅可以對受助者（服務對象）提出及時且適切的幫忙，同時可以藉由參與服務機構（運用單位）的運作，提高服務的品質。更重要的是，讓志工個人經由服務中學習、學習中成長，更加肯定自己，達到自我實現和社會參與的目的。

志工是屬於非專職專業人員，需經過一套有系統的訓練計劃，為提昇志願服務工作品質，保障受服務者之權益，志願服務運用單位應對志工辦理下列教育訓練：一、基礎訓練，二、特殊訓練。（志願服務法第九條）但是，研究者實際管理志工隊事務六年多的時間裡，研究者一項重要工作是處理志工在服務的過程中所面臨的挫折，這些挫折有直接來至服務對象的拒絕、懷疑，甚至直接受到誤解、否定及傷害，產生服務認同上的危機，價值觀的嚴重衝突而產生退縮的行為等。國內對醫院志願服務人員相關研究多傾向志工的參與動機、工作滿足、工作滿意度、志工管理、生活品質，例如，醫院志願服務管理內在動態系統之研究（葉良琪，2000），不同性質機構志願服務人員影響離職意願因素之研究（方祥明，1995），醫院志願服務人員人格特質和工作滿意度之研究（嚴幸文，1993），志願服務組織運作之研究（蘇信如，1985）。近十年來，則以安寧緩和志工相關研究為主，例如，影響資深安寧療護志工持續服務之因素探討（薛淑珍，2007），安寧療護中的靈性照顧—安寧志工的觀點（馮日安，2004），安寧療護志願服務人員服務動機及其服務現況之探討（陸金竹，2002），安寧療護志願服務人員參與動機和工作滿足之研究（蔡佳螢，2001）。對於志工的研究，忽略非專業養成的志願工作者在服務的過程裡所遭遇的困難、壓力及焦慮，面對服務的病人的死亡，心理情緒的起伏，與團隊合作的情形，這些都較少去探討，醫院志願服務人員真的在服務過程中沒有遭遇困難、壓力及面對自己及服務的病人的死亡焦慮？因此，如何讓志工面對死亡焦慮，得以持續提供良好適切的服務，是

需要去關心瞭解的一項重要研究議題。

志願服務的類型有學校、文教單位、社區服務、社會福利機構、醫院...等，面對不同性質的志願服務，一般社會大眾若非工作需要、健康需求或者探病的理由，不會輕易進入醫院的，志工選擇到醫院服務，除了依據個人的興趣和居住地的考量外，重要的有參與動機，動機引發內在的作用，引起行為產生的原因。然而，對國人而言，「死」是不吉利的字，一般人都很忌諱去碰觸死亡相關事，醫院也有很多禁忌及迷信，例如，醫院不能有四樓或四號病房（床）、農曆七月份不開刀...等禁忌，而安寧療護志工所接觸服務的對象以臨終病人為主，更是碰觸死亡的事情，是一般社會大眾最不想去碰觸的事情（蔡美惠，1999；黃源協，1999；蔡佳螢，2001；陸金竹，2003）。不同於安寧療護的一般醫院志工在面對死亡焦慮時如何因應？而能夠持續性服務的動機為何？是否會因服務項目、年齡、性別、宗教信仰、志工年資、職業別、婚姻狀況的不同，在面對死亡焦慮時有差異？這是值得研究的議題。

在醫院志願服務當中，有一群以臨終病人為服務對象的安寧療護志工，根據財團法人中華民國安寧照顧基金會資料：至 2010 年 1 月底止，有 64 家與安寧照顧基金會簽約，共同為推動安寧療護及提供安寧服務而努力，提供安寧住院、共同照護、居家服務，其中有安寧病房設置的醫院有 40 家：北部地區有 16 家、中部地區有 4 家、南部地區有 15 家、東部地區有 5 家。安寧療護碰觸禁忌—死亡的事情，也是一般社會大眾最不想去碰觸的事情，因此，會想要從事安寧療護的志願工作者背後一定會有強大的參與動機，以引導他們去照顧臨終病人，安寧志工面對臨終病患或病患死亡時，如何處理面對死亡所產生的焦慮與不安？研究者希望藉由研究了解安寧志工面對死亡焦慮議題時的各種因應方式，提出相對的處遇策略，提供非安寧志工在服務的過程裡可以繼續維持高度的服務熱誠。

研究者從事志工隊事務管理六年多的時間裡，發現志工可以面對病患生、老、病所帶來的病痛、沮喪、痛苦、害怕，但面對臨終病患卻也有其不能適應或無法調適的不安、恐懼與害怕面對死亡的心理狀態。志工從事社會服務時，在什麼動機之

下選擇醫院從事志工服務？安寧志工面對臨終病患或病患死亡時，如何處理面對死亡所產生的焦慮與不安？研究者希望藉由研究了解不同服務項目、年齡、性別、宗教、志工年資...等變項的志工，面對死亡焦慮議題時的各種因應方式，提出相對的處遇策略，透過生死教育訓練，藉由個別會談、諮商或團體動力方式，關懷並提供志工適應與面對服務過程中所面對的病人死亡焦慮、心理情緒起伏，及所遭遇的困難、壓力，這些都是研究者需要關心、瞭解與解決的問題，協助志工在服務過程中維持高度的服務熱誠。

第二節 研究目的

本研究是以在台中榮民總醫院從事志願服務之志工為對象，深入探討分析志工面對死亡焦慮之現況，藉由不同服務項目、年齡、性別、宗教、志工年資...等變項，了解志工在死亡焦慮的差異，志工有無安寧療護經驗與死亡焦慮關係，及有無安寧療護經驗與不同背景變項醫院志工在死亡焦慮上的關係，透過研究結果提出因應死亡焦慮之對策。因此，本研究所要達到的目的有：

- 一、了解醫院志工面對死亡焦慮之現況。
- 二、了解不同背景變項的醫院志工在死亡焦慮上的差異。
- 三、了解有無安寧療護經驗的醫院志工在死亡焦慮上的差異。
- 四、了解醫院志工背景變項、有無安寧療護經驗與死亡焦慮上的關係。
- 五、根據研究結果提出因應死亡焦慮之相關對策。

第三節 研究問題

在上述的論述基礎上，本研究所設定的問題，將包括下列四個層面：

一、醫院志工之死亡焦慮現況為何？

二、不同背景變項的醫院志工在死亡焦慮上的差異為何？

三、有無安寧療護經驗的醫院志工在死亡焦慮上的差異為何？

四、醫院志工背景變項、安寧療護經驗與死亡焦慮上的關係為何？

以上這四個問題的研究結果，即構成本研究主題的內涵。

第四節 名詞解釋

一、志願服務

志願服務法第一條：志願服務法的制定是為整合社會人力資源，使願意投入志願服務工作之國民力量做最有效之運用，以發揚志願服務美德，促進社會各項建設及提昇國民生活素質。

依志願服務法第三條，志願服務：民眾出於自由意志，非基於個人義務或法律責任，秉誠心以知識、體能、勞力、經驗、技術、時間等貢獻社會，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。志願服務者（以下簡稱志工）：對社會提出志願服務者。

二、醫院志工

在本研究中，所謂醫院志工是指在醫院從事志願服務者。志願服務法第四條所定事項，涉及各目的事業主管機關職掌者，由各目的事業主管機關辦理。目的事業主管機關：凡主管相關社會服務、教育、輔導、文化...、衛生保健、.....以及志願服務之提昇等公眾利益工作之機關。

依據衛生署衛生保健志願服務獎勵辦法第二條：本辦法獎勵之志工為從事醫藥衛生、疫病防治、預防保健、食品衛生、社區健康、醫院服務、全民健保或其他有關衛生保健業務之志願服務工作者。衛生保健志願服務涵蓋範圍廣泛，醫院服務為衛生保健志願服務中的一項服務領域，所以本研究中所稱之醫院志工，專指在醫院從事志願服務者。

三、死亡焦慮

死亡焦慮含括死亡恐懼、死亡威脅等情緒，因而造成的心理負擔。張利中、林志龍及洪祥隆（2001）提及死亡焦慮是因著死亡及死亡狀態的預期所產生的緊張、害怕的狀態，同時也是對於人生中有許多未完成的事業所帶來的遺憾狀態。楊小薇（2009）提及，死亡焦慮意指一個人在沒有特定對象下對於死亡及其相關訊息所產生情緒上的影響。

本研究中死亡焦慮操作型定義是指受試者在死亡焦慮修正量表（Revised Death Anxiety Scale, RDAS）的得分情況而言，得分越高者表示死亡焦慮越高，得分越低者表示死亡焦慮越低。

第二章 文獻探討

本研究主要在探討醫院志工死亡焦慮現況及使用之研究工具死亡焦慮修正量表 (RDAS)，因此，本章節安排上主要是：第一節為志願服務，依序為志願服務內涵、志願服務特質、志願服務的角色和功能、衛生保健志工現況；第二節為死亡焦慮，依序為死亡焦慮內涵、死亡焦慮修正量表 (RDAS) 研究；第三節為相關研究，彙整志願服務、死亡焦慮相關研究。

第一節 志願服務

一、志願服務的內涵

志願服務是自發性的社會活動，透過社會性的參與，志願服務者在組織中與其他成員互動、共同行動，不但可以增進人際關係、降低社會疏離感 (曾華源，1996)，並且是一股社會改革的重要動員力量。

志願服務是個人本濟世的胸懷對社會提供精神或物質的力量，致力於改造或促進的服務，它的含意有：一、是內心意願的自發，而非外力的促迫，二、組織是自由結合，意義是深邃久遠，三、特色是部分時間貢獻，而非專業的服務，四、推展是綜合的運用勝於個別的努力，五、貢獻不以物質為限，並擴及精神的滿足。(社會工作辭典，1999)

公民參與是民主社會發展之動力。民主社會中的志願服務期望藉由民眾參與服務之過程，一方面表達民眾關心社會需求之意向，另一方面協助政府龐大的科層體制，快速有效地反應社會問題。(曾華源，2001)

根據美國社工協會看法：「一群人追求公共利益，不計酬勞，本著自我意願與選擇而結合，稱之為志願團體，參與這類團體者稱之為志願工作人員」，所以志工的範圍很廣。重要的是志願服務的理念與實踐是要為助人利他與需要扶持者搭起橋、闢出路。(蔡漢賢，2000)

二、志願服務的特質

自古以來社會福利領域運用志工提供服務已經有很長的一段歷史，各種不同型態的志願服務往往扮演為他人解決問題，以維繫社會功能，所以，志願服務的特質是：1.非謀求個人利益的利己行為；2.非外力強迫性的利他行為；3.非具有階級性和歧視態度的行為；4.非個人義務性行為；5.可以滿足個人心理需求。(曾騰光、曾華源，2001)。

「在國人參與志願服務之決定性因素」(陳泰元，2000)研究發現：1.參與志願服務之國人當中，其人口特質為：女性較男性有較高參與率，且參與時間較長，但參與頻率較不固定。40-64歲此族群參與率最高。而教育程度高者參與率較高，且能投入較多時間、家庭型態則以核心家庭為主。未婚之單身人士參與率較高，只是參與時間不固定。已婚人士且有子女者比已婚而無子女者有較高參與率。家庭管理、學生、退休或高齡等之無工作者比有支薪工作者有較高參與率，每週能投入較多時間。高收入者的參與時間則較不固定。有宗教信仰者有較高參與率。2.會從事志願服務的國人當中，其概括的生活狀況，在個人福祉的追求上，無論對於心理層次或實質層次的滿意與否，均能對其參與志願服務產生正面影響；在人際網絡的追求上，對自己的人際關係滿意者，無論是自主性或是較不具自主性的人際關係的追求，均能對其參與志願服務產生正面影響；在社會福利的追求上，無論是捐血或是捐款，均能對其參與志願服務產生正面影響。

三、志願服務的角色和功能

社會快速變遷，社會問題與日俱增，單獨仰賴政府的力量是不夠的，需要民間力量的投入，以彌補不足之處。因此，志願服務有下列之功能：(一)彌補公部門經費和人力不足的限制，(二)匯集與整合社會資源，(三)社會福利網絡之一環，(四)自我成長。(朱美珍、劉香君，2001)

Lewis 等人(1991)指出志工的角色功能逐漸轉變由政策的形成者到直接服務的

提供者。Johnson (1995) 就志願工作者在不同組織中所扮演的角色，歸納為直接服務角色、間接服務角色、行政管理角色、政策制訂角色和倡導角色(曾華源, 2001)。國內志願服務的轉變趨勢，依據陳武宗觀察國內志願服務人員的工作角色及內涵，發現有下列轉變趨勢：(志願服務發展趨勢，陳建松) 第一、觀念心態：志工在觀念或心態上已經由慈善施捨憐憫的高姿態，轉變為與案主或服務個案可以平等對待的立場；第二、服務品質：志願服務品質由於志工專業知識技能逐漸提昇，不在僅止於慰問或訪視性質，可以進一步提供關懷和輔導；第三、服務內涵：志願服務的工作內涵已經由金錢實物的濟助，擴展為多元性服務包括關懷、輔導和支持；第四、服務領域：志願服務工作領域已經由慈善救濟，擴大到教育文化、公共衛生、及其他社會事務如治安、環保等；第五、志工來源：志工的來源由過去以學生和公務員居多之情形，有逐漸擴大至一般工廠員工及社區民眾的廣泛參與。

由此看來，近代民主國家的志願服務已經比傳統社會慈善性的志願服務還豐富，使志願服務部門的角色和功能擴大。歸納其功能和角色如下 (Kramer, 1981；黃蒂, 1988)：開拓創新的角色功能；改革倡導的角色功能或是對社會發展的預警角色 (prophetic role)；價值維護的角色功能或社會服務反應民主參與的模範角色 (modeling role)；服務提供的角色功能或政府功能的補充角色 (supplemental role)。由此而論，志工不再只是提供補充性、勞力性、同情性、消極性服務。

綜觀所述，民主社會志願服務功能的發揮，必須讓志願服務者有充分參與和自主。透過社會性參與，志願服務者在組織中與其他成員互動、共同行動，不但可以增進人際關係、降低社會疏離感(曾華源, 2001)，並且是一股社會改革的重要動員力量。

四、醫院志工運作現況

醫院志工運作現況，國內醫院設立志願服務團體，首推長庚及馬偕醫院於民國七十年設立，台中榮總於七十一年十二月成立志工隊。自七十三年開始平均每年 5.5 家醫院成立志願服務團體。根據各醫院提供八十九年資料，服務項目可概分為 (1)

門診服務組（包含服務台、櫃檯服務）、(2) 病房探訪服務（包含一般病房、兒科病房、燒燙傷病房等）、(3) 急診服務、(4) 行政支援工作（包含健保換卡、病歷室服務等）、(5) 特殊服務（如安寧志工、專線諮詢、心電圖組等）、(6) 社區服務（含衛教服務）、(7) 圖書推車服務及(8) 其他服務（如洗縫服務、護理支援、宗教服務、課輔服務等）八類，組別由三組至十九組之多。(秦燕，2004)

在臺灣，就某些醫院來說，要招募安寧志工實屬不易，乃至至少到個位數。這與社會長久以來普遍認為探病及接觸死亡相關的人事物會帶來霉運、對於癌症不但了解更將之污名化，以及與對於部分末期病人的形變感到恐懼有關（安寧照顧基金會，2004；薛淑珍，2007）。

安寧療護強調全人、全家、全程、全隊四全照顧，對病患身、心、靈照顧是安寧療護的特殊性。因此，安寧療護志工從招募到職前訓練與一般醫院志工的訓練不同，除了志願服務法規定的基礎訓練、特殊訓練十六小時外，另需接受安寧療護志工課程訓練及見實習考核至少需五十六小時，教育訓練內容著重在對病人的照顧，尤其是社會心理與靈性層面的同理支持，見實習考核以確認志工在安寧病房的適當性。在正式加入志工服務之後，並需接受一系列在職教育訓練，除了院內的安寧志工教育訓練外，常主動參與院外基金會的相關訓練課程，例如：中華民國安寧照顧基金會、康泰基金會、佛教蓮花臨終關懷基金會等。

就服務的內涵而言，安寧志工服務不同於一般志工服務，因其服務對象是一群疾病末期病程，正面臨死亡威脅及失落的病患與家屬，他們需提供臨終病患身體的照顧、情感的支持，並真實面對一般人所避之唯恐不及的死亡議題（薛淑珍，2007）。以台中榮總安寧療護志工服務方式有病房訪視、家庭訪視、電話關懷、寄慰問卡等，以服務內容與項目分類：一、直間服務角色：(一) 身體照顧：洗澡、肢體運動、按摩、修剪指甲、口腔護理、換尿布、足部護理、陪伴做治療、陪伴做檢查。(二) 情緒支持：散步、陪伴、談心、傾聽、讀書報、寫信、打牌、歌唱、美勞、說故事。(三) 家事代勞：購物、鋪床、辦理出入院手續、為病人準備餐點食物、餵食、聯絡家屬、

輔導課業。(四) 居家服務：替病家打掃房屋、整理環境。(五) 往生服務：助念、禱告。(六) 喜願服務：協助病人完成願望。(七) 其他：代為尋求資源或人力協助。

二、間接(或行政)服務角色：(一) 整理環境：志工室、治療室、往生室、休息區、配餐區、庫房區、污衣室、準備室、花木保養、書刊、玩具、浴室。(二) 文書處理：影印、傳送資料。(三) 一般庶務：接聽電話、播放音樂、繕寫資料，寫卡片、導引參觀。(四) 勸募活動：協助募款、募捐物品、義賣活動。

安寧志工仍是屬於被特殊化的志工角色，這種特殊化可以從篩選的考量與長期培訓過程感受得出來。也就是說，沒有歷經特殊的篩選與養成過程，一般志工是無法隨意到安寧病房提供服務(林姿妙，2006)。一般醫院志工與安寧療護志工服務的內涵有很大的差異性，研究者參考蘇秋雲(2002)、薛淑珍(2007)的研究後整理如表2-1-1。

整體而言，醫院志工所需具備的條件包含：(1) 強烈的服務意願(2) 參與服務的能力與知識(3) 足夠的參與服務時間(4) 身體健康(5) 有不從服務中獲取任何經濟報酬的意願(趙守博，1986；蘇秋雲，2002)。醫學中心志工隊均建立良好制度，有一定的招募辦法、程序，重視職前訓練及在職教育訓練，有固定的志工大會、幹部會議、各組檢討會(秦燕，2004)，重視志工的督導與激勵措施，並有階段性的評估及改進，不斷提升志願服務品質。

表2-1-1：一般醫院志工與安寧療護志工之差異

性 質 類 別 角 色		一般醫院志工	安寧療護志工
		非特定志工	特定志工（人格特質或特殊專長）
直接 服務 角色	物理照顧	病房探訪服務、圖書推車、急診服務、門診診區服務、服務台諮詢服務、門廳接待	病房訪視：協助家屬幫助病人，如：餵食、洗澡、翻身、口腔清潔...等。 情緒支持：散步、陪伴、談心、傾聽、打牌、歌唱...等。 居家服務：環境整理。 喜願服務：協助病人完成願望。
	靈性照顧	無	悲傷輔導、禱告、助唸、支持陪伴
間接(行政) 服務角色		慈善公益活動方案執行 經費籌募 電話諮詢與聯絡 撰寫工作記錄 檔案資料整理 社區服務（衛教）	慈善公益活動方案執行 經費籌募 電話諮詢與聯絡 撰寫服務記錄 檔案資料整理 環境佈置、整理 寫慰問卡 導引參觀

資料來源：蘇秋雲，2002；薛淑珍；2007。

第二節 死亡焦慮

一、死亡焦慮的內涵

Yalom (2003) 根據佛洛伊德(Freud)推測，人類的基本團體、社會生活的元素，是出於對死亡的恐懼而形成的。死亡恐懼是焦慮的根本來源。死亡焦慮是人類經驗與行為的重要決定因素。對死亡的恐懼是普世皆然的，而死亡的超越是人類經驗的重大主題，從最深層的個人內在現象：防衛、動機、夢與夢魘，到最公然的宏觀社會結構：歷史遺址、宗教理論、意識型態、長眠的墓地、防腐塗料、太空研究，甚至整個生活方式—時間的打發、沉迷於娛樂、堅信進步的迷失、「向前衝」的驅力、流芳百世的渴望。

死亡焦慮與死亡恐懼經常混為一談，Yalom (2003) 引用柯隆(Jacques Choron)說法，分辨出三種死亡恐懼：一、死後的情形；二、垂死的「事件經過」；三、生命的終結。凱森邦 (Robert Kastenbaum) 指出前兩種是與死亡有關的恐懼，只有「生命的終結」(結束、消滅、毀滅) 才是最核心的死亡恐懼。所有這些恐懼，不論是單獨存在或合併發生，都會使個人在想到或面對死亡時引起相當程度的焦慮(藍育慧，1997；藍育慧等人，2007；楊小薇，2009)。齊克果是第一位釐清恐懼(fear)和焦慮(anxiety)兩種差別的人：恐懼是害怕某種東西，焦慮是害怕什麼東西都沒有。

Yalom (2003) 表示，死亡焦慮還有一個特性，恐懼死亡的經驗會以許多不同的層次來表現，常常在精神衛生方面造成混淆。精神病理是焦慮與對抗焦慮的防衛所造成出來的結果，分為一、意識的死亡焦慮：顯示死亡焦慮和精神官能特徵(艾森克[Eysenck]的精神官能特徵量表)之間有正相關(P. Thauberger,1974)，精神官能症候群的人明顯表現出較高的死亡焦慮。二、潛意識的死亡焦慮：菲弗(Feifel)和同事界定出三種層面的擔心，1.意識的，2.幻想，3.沒有覺察到的擔心。根據研究發現，在意識層面中，超過百分之七十的人都否認有對死亡的恐懼，年長的人和有宗教信仰的人較常以「相當正向的心境，卻屈服於心底的焦慮」來看待死亡；在幻想的層面中，百分之二十七否認有死亡恐懼；在沒有覺察到的層面中，大部分人都顯示出對

死亡有相當大的反感。(Feifel & Branscomb, 1973)

死亡焦慮在臨床上很難直接見到根本的死亡焦慮，因死亡焦慮藏在層層防衛機轉中，雖然原始死亡焦慮偶爾會浮現在意識中，但是潛意識的「自我」很快會將之隱藏。死亡焦慮的實證研究方面，關於死亡的參考文獻很多，但實證研究不到其中的百分之二。大部分研究只測量意識對死亡的態度，或意識表現出的焦慮，大部分的量表，沒有建立可靠的信度和效度。Yalom (2003) 表示，這些研究不論是意識或潛意識的死亡焦慮，都是企圖調查死亡焦慮發生率；死亡焦慮的程度與各種變數的相關性研究，這些變數包括年齡、性別、婚姻狀態、職業、宗教信仰、教育程度等等。

個人焦慮的部分包括內在困惑、疏離、心理混亂，以及價值和行為標準的不確定。Yalom 在其書《凝視太陽》中，介紹了一個治療死亡焦慮的概念，那就是“漣漪效應”。有些人意識到死亡，可能從中覺悟到，自己昔日的生活是多麼的沒有意義，而開始活出真正的自己，創造自己的生命與人生。有些人意識到自己的死亡後，卻感到生命的無常，人總要一死，為什麼要活著呢？死亡本身沒有“好壞”之分，也沒有“有意義”和“無意義”之分。所以同一件事，死亡，不同的人也有著不同的看法，對死亡有不同的態度。其實，是自己的認知限定了死亡本身，死亡是怎樣，在乎自己的看法和認知。死亡恐懼和焦慮，除了生理本身的反應之外，就是來自信念與認知。

張利中、林志龍及洪祥隆 (2001) 提及，死亡焦慮是因著死亡及死亡狀態的預期所產生的緊張、害怕的狀態，同時也是對於人生中有許多未完成的事業所帶來的遺憾狀態。Tomer 和 Eliason 於 1996 年提出死亡焦慮模型。當個人越接近死亡情境時，越容易引發死亡焦慮，這樣的死亡焦慮由下列三個因素所決定：

(一) 對過去的悔恨 (Past-related regret)：個人對過去應可獲得的成就卻未達成，而升起的不滿足感。

(二) 對未來的悔恨 (Future-related regret)：死亡的到來使得許多人生的目標及任務無法完成。

(三) 死亡的意義 (Meaningful of death)：包括個人對死亡的概念，對死亡有所感受後，死亡對個人代表的意義。(吳美如，2005；楊小薇，2009)

個人在面對自我或他人死亡時，在身心靈方面所產生的預期或非預期性的害怕、孤單，所表現出來主觀的情緒反應會因人而異，所以主觀性的認知和情緒表現需要透過多重的面向加以解釋的(楊小薇，2009)。

二、死亡焦慮修正量表

死亡焦慮源自對死亡恐懼的研究，死亡恐懼的研究最遠回溯到Hall (1896)，概念的建立則由Becker (1973) 完成。許多專家如Bengtson ,Cuellar ,和Ragan (1977) 及Kalish (1986) 用單一Likert項目對死亡恐懼自評的研究，已為死亡焦慮立意建構了每一個單一項度。Marshall (1982) 已發表死亡焦慮評量文章中，提及多數不同的研究者評論死亡焦慮評量的立意 (Conte ,Weiner, & Plutchik, 1982；Epting & Neimeyer, 1984；Lonetto & Templer, 1986；Neimeyer, 1988；Thorson & Powell, 1988)。

死亡焦慮評估的量表有容易實施的優點，使大團體的對照更方便。原始的死亡焦慮量表 (Death Anxiety Scale,DAS) 為Templer在1970年發展出來的，是Temple (1970) 修編自Lester (1967) 所編製的死亡恐懼量表。Nehrke整合Templer的死亡焦慮量表和Boyar (1964) 死亡恐懼量表，並在1977年使用修正量表，當時量表有34道測驗題目，分數愈高，表示死亡焦慮愈高。

本研究使用的死亡焦慮量表 (Death Anxiety Scale，DAS)，是指Thorson和Perkins在1977年改編的死亡焦慮修正量表 (Revised Death Anxiety Scale，RDAS)，有25道測驗題目，在對599位學生和成人對死亡焦慮的研究 (Thorson & Powell,1984)，Cronbach Alpha (內部一致性信度) 係數為 .804；另對醫學院3個大一新生班級277位學生對死亡焦慮的研究 (Powell, Thorson, Kara, & Uhl,1990；Thorson & Powell,1991a；Thorson, Powell, Kara, & Uhl,1988)，Cronbach Alpha 係數為 .83。因

此，依據上述研究結果，本研究使用的死亡焦慮修正量表（Revised Death Anxiety Scale，RDAS），經過專家學者的驗證，信度達到一定的水準以上。

在對RDAS平均分數高於49分的141位受測者，呈現四項因素解釋：（一）不存在（not being）的概念，（二）對疼痛和無助的害怕（fears of pain and helplessness），（三）死後生命和腐壞（life after death and decomposition），（四）對掌控、疼痛和來生的擔心（control, pain, and afterlife concerns）。

另外在136位RDAS平均分數低於39分的受測者，對死亡的觀點與前述死亡焦慮高分者不同，呈現四項因素分析：（一）不確定性（uncertainty），（二）對來生的擔心（afterlife concerns），（三）無助和身體的完整性（helplessness and bodily integrity），（四）對疼痛的害怕（fears of pain）。

在其他人之間資料群聚的不同的因素結構說明了對理解死亡不同的方式（Conte, Weiner, & Plutchik, 1982）。上述產生不同的因素結構，在於人們在高和低的宗教信仰中如何看待死亡，將說明對死亡理解的不同方式。在對599位學生和成人對死亡焦慮的研究發表提出七個因素結構（Thorson & Powell, 1988）：（一）不確定性與失去的恐懼，（二）與死亡有關的痛苦恐懼，（三）對軀體處置的擔憂，（四）對無助的和失去掌控的恐懼，（五）對來生的擔憂，（六）對腐壞的擔憂，（七）擔心死後留下的遺言如何完成。

Neimeyer(1994) 在 *Death anxiety handbook : Research, instrumentation and application* 提到：「同意研究人員和專業人士使用書中提供的工具（與記分的秘訣）的複製本，包括在有關章節作為附錄的每項工具。」因此，死亡焦慮修正量表中文版由研究者與指導教授自行翻譯作為施測工具，並沒有量表同意使用權的爭議。

第三節 相關研究

在國內對志願服務人員相關研究自1984年迄今逾60篇，其中以醫院志工為對象的研究論文約有16篇，多數傾向志工的參與動機、工作滿足、工作滿意度、志工管理、生活品質等，自從2000年6月安寧緩和醫療條例公布後，近十年來，醫院志願服務相關研究則以安寧緩和志工為主。與醫院志願服務相關研究如表2-3-1。

表 2-3-1：醫院志願服務相關研究（1986 至 2007）

作者	年代	研究題目
郝溪明	1986	醫院志願工作者自我實現之研究
何淑華	1993	佛教慈濟綜合醫院志工服務隊之組織文化及其表達形式
嚴幸文	1993	醫院志願服務人員人格特質和工作滿意度之研究
郭芳汝	1998	志工選擇服務醫院之關鍵因素及其決策行為之探討
簡瑜慧	1998	馬偕醫院義工參與行為、工作滿意與市場區隔之研究
葉良琪	2000	醫院志願服務管理內在動態系統之研究--以國立成功大學附設醫院為例
王宗媛	2001	醫院志工訓練成效評估之研究--以嘉義基督教醫院志工隊為例
蔡佳螢	2001	安寧療護志願服務人員參與動機和工作滿足之研究
蔡依倫	2001	宗教醫院志工組織認同與組織承諾之研究--與非宗教醫院志工作比較
鍾蕙朱	2001	新光醫院志工督導領導型態與志工疏離感之研究
李奇仁	2002	醫院志願性人力資源管理措施對志工工作滿意度與組織承諾之影響
蘇秋雲	2002	安寧照顧志工照護經驗及其生命意義之探討
陸金竹	2002	安寧療護志願服務人員服務動機及其服務現況之探討
馮日安	2004	安寧療護中的靈性照顧—安寧志工的觀點
呂重生	2006	基督徒安寧病房志工覺察他人"受苦"之個人建構研究
薛淑珍	2007	影響資深安寧療護志工持續服務之因素探討

資料來源：楊勝任，2003；研究者整理

關於死亡焦慮的研究，研究者查詢「國家圖書館—全國博碩士論文資訊網」（http://etds.ncl.edu.tw/theabs/service/detail_result.jsp，查詢時間為2010/03/15），鍵入關鍵字詞「死亡焦慮」，從1997年到2009年計有二十四筆學位論文，相關研究彙整

如表2-3-2；查詢「國家圖書館期刊文獻資訊網－台灣期刊論文索引系統」（<http://readopac.ncl.edu.tw/nclJournal/index.htm>，查詢時間為2010/03/16），鍵入關鍵字「死亡焦慮」，從1986年到2010年計有十篇文章發表，如彙整表2-3-3，說明了死亡焦慮的議題近年在國內已有逐漸受到重視的趨勢，但是，以志工作為研究對象探討死亡焦慮，截至目前尚無論文發表。

表2-3-2：國內博碩士論文（1997-2009）有關「死亡焦慮」關鍵字研究彙整表

編號	作者	年代	研究題目
1	楊小薇	2009	大學生死亡焦慮之研究－情緒性叫色作業（Stroop color-naming Task）取向
2	姚佳伶	2008	從海德格與亞隆思想探討《挪威的森林》中死亡焦慮之現象
3	林佳宜	2008	遙遠的敵人或親密的朋友？長期照護機構住民死亡焦慮之研究
4	廖芳綿	2007	一位酒精性肝硬化患者生命經驗之敘事研究
5	紀盈如	2007	異性關係與親子關係對未婚青年的重要性：死亡焦慮緩解作用之比較
6	吳宜倫	2007	安寧病房中靈性照顧者之靈性開展－以一位宗教師為例
7	徐森益	2006	社會認同與文化觀維護：懼死因應論的檢驗
8	莊欣怡	2006	親子關係的維繫與死亡恐懼緩解－對孝到倫理之意涵
9	唐佩玲	2006	癌症病患死亡焦慮程度及其相關因素之探討
10	邱怡貞	2006	孝道與死亡焦慮緩解之探討
11	林宗毅	2006	死亡焦慮對飲食情緒性消費及焦慮因應方式影響之探討－以禽流感為例
12	劉慧娟	2005	罹癌醫療專業人員的生病經驗與專業省思
13	錡佩如	2005	主要照顧者面對親人死亡之焦慮
14	羅文珮	2004	突發急重症病患重要他人的死亡焦慮～鋼索上的表演～
15	蔡淑玲	2004	關懷的功課－安寧護理人員的自我照顧
16	江蘭貞	2004	從照顧到陪伴－安寧護理人員回應臨終病患死亡焦慮之研究
17	吳美如	2004	生死教育課程對高職學生生命價值觀及死亡焦慮影響之研究
18	林千琪	2003	生死教育輔導方案對國小五年級學童死亡概念、死亡焦慮、生命價值觀之影響

表 2-3-2：國內博碩士論文（1997-2009）有關「死亡焦慮」關鍵字研究彙整表續

19	許淳惠	2002	不同依附型態之醫學院學生與非醫學院學生在死亡焦慮及害怕個人死亡歸因上之差異
20	林怡亞	2001	血液透析患者如何在死亡焦慮中與疾病共存
21	王彩鳳	1998	大學生自殺意念的多層面預測模式
22	陳信宏	1997	實習醫師的死亡焦慮及其因應策略
23	黃宇達	1997	死亡焦慮：性別、年齡與死亡焦慮歸因之角色的探討
24	劉德威	1997	青少年生死態度與自殺危險程度關係之研究

表2-3-3：國內期刊（1986-2010）有關「死亡焦慮」議題論文研究彙整表

編號	作者	年代	研究題目
1	蔡淑玲、蔡昌雄、周傳姜	2009/07	安寧護理人員自我照顧模式的探討
2	許文玲、顧雅利	2008/12	一位癌末惡性葷狀傷口個案面臨死亡焦慮之護理經驗
3	羅湘云	2008/07	探討一位肺癌末期患者初次接受化學治療之護理經驗
4	錡佩如、唐婉如、徐亞瑛、高振益	2006/11	主要照顧者面對親人死亡之焦慮
5	蔡昌雄、蔡淑玲、劉鎮嘉	2006/01	死亡焦慮下的自我照顧—以安寧護理人員為例
6	郭雅慧	2001/11	以意義治療法陪伴一位末期病患面對死亡焦慮之護理經驗
7	張利中、林志龍、洪翎隆	2001/03	醫學系與護理系學生自我概念落差與死亡焦慮之關係
8	張利中、林志龍	2000/12	醫學系與護理系學生之壓抑性格與死亡焦慮
9	鄭曉江	2000/03	免於死亡焦慮與恐懼之方法—中國傳統死亡智慧與「生死互滲」觀
10	鍾思嘉、黃國彥	1986/08	老人的責任行使與其生活滿意、死亡焦慮之關係

由於以志工作為研究對象探討「死亡焦慮」，截至目前尚無論文發表，因此，研究者根據文獻探討志工的屬性及其特質，並參考台中榮總志工隊服務內涵，針對性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、職業、服務年資、宗教信仰、服務組別、跨組服

務、接觸死亡經驗等背景變項來探討；為了解醫院志工有無安寧療護經驗在死亡焦慮上的差異，增加有無安寧療護經驗作為研究自變項，本研究結果未來將作為相關研究結果之驗證。

死亡焦慮文獻探討有助於未來本研究結果與死亡焦慮相關研究的結果作驗證。Pollak (1979) 與Maurer (1975) 文獻分析與研究結果，認為女性對於死亡的擔心高過男性；Ahmed M. Abdel-Khalek (1986) 對埃及人的研究結果指出，女性死亡焦慮較高於男性。國內學者研究指出，女性有較高的死亡焦慮、恐懼或關切 (黃國彥，1986；鍾思嘉，1986；李復惠，1987；丘愛玲，1989；巫珍宜，1991；王素貞，1994；蔡明昌，1995；吳美如，2005)。楊小薇 (2009) 有不同的研究發現，死亡焦慮與性別、死亡焦慮與宗教信仰沒有相關。

陳錫琦等人在2000年指出宗教信仰越強烈者在心靈上穩定有信心，也更容易從宗教的角度來解釋死亡，因此對死亡較不感到焦慮和害怕 (許永政，2004；楊小薇，2009)，Templer (1972) 認為宗教信仰會降低死亡焦慮，但這和信仰虔誠度與參與程度有很大的相關 (吳美如，2005)。Templer與Dotson (1970) 發現在大學生的樣本中各種宗教變數和死亡焦慮並無關聯 (劉震鐘、鄧博仁譯，1996)。Fortner跟Neimeyer (2000) 利用49篇文獻分析，卻發現宗教信仰與老人死亡焦慮無關。(林佳宜，2008)。林佳宜 (2008) 引用Steven等人 (1980) 研究195位16-83歲的成人，發現60歲以上的老年人死亡焦慮分數顯著低於年輕人，而有更多的研究發現年齡越大的成人期死亡恐懼或焦慮更低 (引自Tomer, Eliason, & Smith, 2000)。蔡明昌 (1995) 以中老年人55歲以上為研究對象，發現中老年人的死亡焦慮自60-64歲階段漸升高，至65-69歲時升至最高點，而後逐漸下降，至75歲以後降至最低 (林佳宜，2008)。紀盈如 (2007) 研究「異性關係與親子關係對未婚青年的重要性:死亡焦慮緩解作用之比較」，樣本皆為20至28歲的未婚青年，結果顯示對未婚青年而言，異性關係的維繫具有穩定的死亡焦慮緩解作用。Swenson發現教育程度低的老人較會逃避與死亡有關的話題，Berman & Hays發現教育程度較高者死亡焦慮顯著地較低 (潘素卿，1994)。

第三章 研究方法

第一節 研究架構

一、研究概念架構

本研究旨在探討在醫院從事志願服務之醫院志工為對象，深入探討並分析志工在面對死亡恐懼、害怕、無助的情境時焦慮行為之研究，藉由此研究提供醫院作為志工招募與管理、志工教育訓練、志工個人的參考依據，研究架構及研究假設是依據研究目的、研究問題以及相關文獻探討等所做的初步整理及探討，提出本研究整體之架構，圖 3-1-1 為本研究之架構基礎：

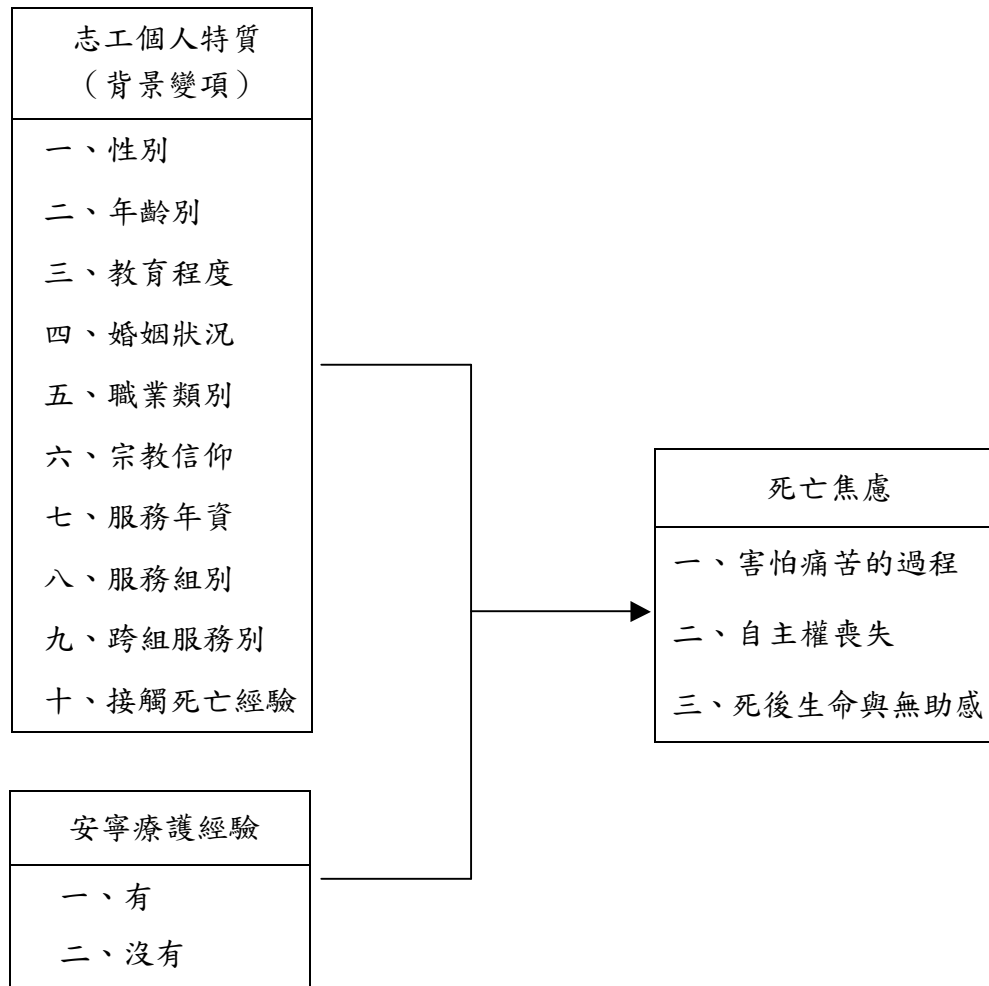


圖 3-1-1 研究架構

二、研究假設：

根據上述之研究架構，本研究之基本假設說明如下：

- 1.醫院志工的死亡焦慮會因不同背景變項而有顯著差異。
 - 1-1 醫院志工的死亡焦慮會因性別不同而有顯著差異。
 - 1-2 醫院志工的死亡焦慮會因年齡不同而有顯著差異。
 - 1-3 醫院志工的死亡焦慮會因教育程度不同而有顯著差異。
 - 1-4 醫院志工的死亡焦慮會因婚姻狀況不同而有顯著差異。
 - 1-5 醫院志工的死亡焦慮會因職業不同而有顯著差異。
 - 1-6 醫院志工的死亡焦慮會因宗教信仰不同而有顯著差異。
 - 1-7 醫院志工的死亡焦慮會因服務年資不同而有顯著差異。
 - 1-8 醫院志工的死亡焦慮會因服務組別不同而有顯著差異。
 - 1-9 醫院志工的死亡焦慮會因跨組服務組別不同而有顯著差異。
 - 1-10 醫院志工的死亡焦慮會因有無接觸死亡經驗而有顯著差異。
- 2.醫院志工的死亡焦慮會因有無安寧療護經驗而有顯著差異。
- 3.以二因子分析（ANOVA）檢驗不同背景變項醫院志工與有無安寧療護經驗之志工對死亡焦慮是否有顯著差異。

三、變項的操作性定義

本研究就個人特質來探討志工對死亡焦慮之看法。下面詳述各變項的操作性定義：

（一）志工個人特質：

指志工之人口基本特質，此變項包括：

- 1.性別：指志工為男性或女性。
- 2.年齡：指志工受測時之實歲年齡。
- 3.教育程度：指志工受測時之最高教育程度，類別包括有：國(初)中、高中(職)、專科、大學、研究所以上。

- 4.婚姻狀況：指志工受測時之婚姻狀況，類別包括有：未婚、已婚、離婚、喪偶。
 - 5.職業別：指志工受測時之就業職別，類別包括有：軍、公、教、工商界人士、專業人士、家務管理、學生、服務業、退休公務人員、一般退休人員。
 - 6.宗教信仰：指志工受測時之宗教信仰，類別包括有：無、佛教、基督教、天主教、民間信仰、一貫道、回教。
 - 7.服務年資：指志工目前參與醫院志工之服務年資。
 - 8.服務組別：指志工受測時之服務組別，類別包括有：支援組、門廳接待組、急診組、病房組、圖書推車組、門診組、服務台組、緩和療護組、臨床護理組。
 - 9.跨組別服務：指志工受測時所屬之服務組別外，曾經或現在在其他組別服務。
 - 10.接觸死亡經驗：指參與志工服務期間，曾接觸病人瀕死或死亡經驗。
- (二) 安寧療護經驗：曾接受安寧療護訓練，並有安寧療護照顧經驗之志工。
- (三) 死亡焦慮之變項包括：
- 1.害怕痛苦的過程
 - 2.自主權喪失
 - 3.死後生命與無助感

第二節 研究對象

一、母群體

本研究之母群體為行政院國軍退除役官兵輔導委員會所屬台中榮民總醫院 2010 年 1 至 12 月全體志願服務工作人員。

二、正式樣本

本研究之樣本條件必須是接受過志工訓練並經正式認可的志工，母群體截至 2010 年 6 月底止，有志工 383 人。本研究是採問卷調查方式進行，以提昇研究之效度，全部志工皆是正式樣本，列為施測對象。正式問卷施測期間自 99 年 7 月 1 日至 99 年 8 月 30 日，問卷施測共發放 383 份，回收 347 份，有效樣本 347 份，回收率達到 90.6%，有效問卷回收率 100%，回收統計表如表 3-2-1。

表 3-2-1 正式問卷施測、回收統計表

施測份數	回收份數	無效份數	有效份數	問卷回收率%	有效問卷回收率%
383	347	0	347	90.6	100

第三節 研究工具

本研究採取問卷調查法，以研究者與指導教授自行翻譯之 Revised Death Anxiety Scale (RDAS) 死亡焦慮修正量表為研究工具，利用SPSS 12.0套裝軟體進行資料整理、分析與統計。死亡焦慮修正量表經過專家學者的驗證：對599位學生和成人對死亡焦慮的研究 (Thorson & Powell, 1984)，Cronbach Alpha (內部一致性信度) 係數為 .804；對醫學院3個大一新生班級277位學生對死亡焦慮的研究 (Powell, Thorson, Kara, & Uhl, 1990; Thorson & Powell, 1991a; Thorson, Powell, Kara, & Uhl, 1988)，Cronbach Alpha 係數為 .83，信度達到一定的水準以上，所以本研究直接採用死亡焦慮修正量表 (RDAS)，作為本研究之測量工具。

死亡焦慮修正量表 (Revised Death Anxiety Scale, RDAS) 的來源、內涵及記分方式說明如下：

一、量表來源

死亡恐懼的研究最遠回溯到Hall (1896)，概念的建立則由Becker (1973) 完成。許多專家如Bengtson, Cuellar, 和Ragan (1977) 及Kalish (1986) 用單一Likert項目對死亡恐懼自評的研究，已為死亡焦慮立意建構了每一個單一項度。Marshall (1982) 已發表死亡焦慮評量文章中，提及多數不同的研究者評論死亡焦慮評量的立意 (Conte, Weiner, & Plutchik, 1982; Epting & Neimeyer, 1984; Lonetto & Templer, 1986; Neimeyer, 1988; Thorson & Powell, 1988)。

原始的死亡焦慮量表 (Death Anxiety Scale, DAS) 為Templer在1970年發展出來的，是Temple (1970) 修編自Lester (1967) 所編製的死亡恐懼量表。

Nehrke整合Templer的死亡焦慮量表和Boyar (1964) 死亡恐懼量表，Nehrke並在1977年使用修正量表，當時量表有34道測驗題目。死亡焦慮修正量表 (Revised Death Anxiety Scale, RDAS)，是Thorson和Perkins在1977年改編的死亡焦慮量表，有25道測驗題目。

在死亡焦慮修正量表 (RDAS) 的發展與分析中，25個項目的設計都包含真-假

選項和 Likert 五點量表型式。本研究針對台中榮總志工死亡焦慮做探討，因此，選擇題項較少的25題死亡焦慮修正量表（RDAS）較為合適，且為了提高死亡焦慮量表在研究中的靈敏性，以 Likert 的四量表方式作答。

二、量表內涵

本研究以研究者與指導教授自行翻譯之 Revised Death Anxiety Scale (RDAS) 死亡焦慮修正量表中文版本為研究工具，死亡焦慮修正量表（RDAS）為 25 道測驗題目，以 Likert 式的四點量表方式，及「害怕痛苦的過程」、「自主權喪失」、「死後生命與無助感」等 3 個分量表，利用積極以及消極面的題目來測量死亡焦慮。

三、量表計分方式

本研究針對台中榮總志工死亡焦慮做探討，採用選擇題項較少的25題死亡焦慮修正量表（RDAS），且為了提高死亡焦慮量表在研究中的靈敏性，以 Likert 式的四量表方式作答，「4」代表最高，「1」代表最低的死亡焦慮，受試者依個人的實際感受加以圈選。其中第1、2、3、5、6、7、8、9、12、14、15、16、18、19、20、22、24等17題為正向計分題，第4、10、11、13、17、21、23、25等8題為反向計分題，計分方式為將各題得分予以相加，分數在25至100之間。藉由量表題項中所得到的死亡焦慮分數，作為死亡焦慮評量，分數越高表示死亡焦慮越高，分數越低表示死亡焦慮越低。

本研究採用採用四項標準檢驗題項：壹、次數分配表檢誤；貳、項目分析：高低分組 t 考驗；參、因素分析；肆、信度分析。利用反向記分題檢誤後，有效樣本為347份，累計結果將第2、10、12、16、24 等五題項目刪除，說明如下：

- (一) 在次數分配檢誤中，所有題項均無須刪除。
- (二) 在 t 考驗部份，將未達 .001 顯著及決斷值 <3 的第24、16題及反向題第10題刪除，如表3-3-1、表3-3-2。
- (三) 主成分因素分析題向關係不密切而無法歸因的第2、12題刪除。
- (四) 主成分因素分析負荷量達到 0.3 以上之標準。

四、項目分析

研究者對本量表用「同質性考驗」進行項目分析，如果個別題項與總分的相關愈高，表示題項與整體量表的同質性愈高。在顯著水準為 $p < .001$ 時，量表題項與總分相關之分析結果皆達顯著相關，唯有第24 題之相關係數為 $r = -.048$ ，呈現偏低的情形，並且未達到顯著水準 $p < .01$ ，故考量整體量表之一致性，該題項予以刪除，如表3-3-1。

表3-3-1 參與量表題項與總分相關

題號	Pearson 相關	顯著性 (雙尾)	取捨
A1	.448**	.000	保留
A2	.647**	.000	保留
A3	.612**	.000	保留
A4	.223**	.000	保留
A5	.654**	.000	保留
A6	.366**	.000	保留
A7	.591**	.000	保留
A8	.530**	.000	保留
A9	.654**	.000	保留
A10	.176**	.001	保留
A11	.369**	.000	保留
A12	.232**	.000	保留
A13	.251**	.000	保留
A14	.441**	.000	保留
A15	.517**	.000	保留
A16	.160**	.003	保留
A17	.407**	.000	保留
A18	.583**	.000	保留
A19	.670**	.000	保留
A20	.676**	.000	保留
A21	.379**	.000	保留
A22	.718**	.000	保留
A23	.379**	.000	保留
A24	-.048	.374	刪除
A25	.431**	.000	保留

** 在顯著水準為0.01時 (雙尾)，相關顯著。

* 在顯著水準為0.05 時 (雙尾)，相關顯著。

研究者對本量表測驗結果進行項目分析，用 t 考驗高分組(前27%) 與低分組(後27%) 在題項上之差異。保留決斷值大於3，且顯著性 $p < .01$ 的題項，最後將第10題、第16題及第24題予以刪除，如表3-3-2。

表3-3-2 t-test 項目分析

題號	決斷值	顯著性 (雙尾)	取捨
A1	8.197	.000	保留
A2	12.613	.000	保留
A3	11.553	.000	保留
A4	3.234	.001	保留
A5	12.955	.000	保留
A6	5.845	.000	保留
A7	11.958	.000	保留
A8	9.600	.000	保留
A9	11.838	.000	保留
A10	2.451	.015	刪除
A11	5.652	.000	保留
A12	3.555	.000	保留
A13	4.155	.000	保留
A14	6.230	.000	保留
A15	8.139	.000	保留
A16	2.686	.008	刪除
A17	5.445	.000	保留
A18	10.444	.000	保留
A19	14.388	.000	保留
A20	11.972	.000	保留
A21	5.626	.000	保留
A22	14.324	.000	保留
A23	5.444	.000	保留
A24	-.636	.526	刪除
A25	8.020	.000	保留

五、因素分析

研究者依據項目分析結果，在刪除第10題、第16題及第24題後進行因素分析。在因素分析上採用主成分分析，主成分因素分析題向關係不密切而無法歸因的第2題及第12題刪除，以特徵值為1為因素抽取標準，在轉軸方法上使用直接斜交轉軸中的最大變異法 (Varimax)，萃取了三個因素，如表3-3-3。研究者根據量表題意

即與指導教授討論後，將其歸類為因素一—「害怕痛苦的過程」、因素二—「自主權喪失」、因素三—「死後生命與無助感」，結果所得三個分量與原量表不同，可歸因於受到受試者背景變項及樣本影響，轉軸後三個因素之累積解釋總變異量為 51.494 %，如表 3-3-4。

表 3-3-3 RDAS 因素分析

RDAS 項 目	因 素		
	一	二	三
15.涉及痛苦的瀕死使我駭怕。	.784		
8.我想到開刀就害怕。	.733		.355
23.我不特別害怕罹患癌症。	.661		
1.我害怕瀕死是痛苦的死亡。	.654		
13.我一點也不擔心是否有來生。		.729	
25.我死後身體會發生什麼事並不會困擾著我。		.727	
21.我一點也不擔心掌控生命這件事。		.679	
11.我不在意當我死時被放進封閉的棺材中。		.675	
17.我並不擔心徬徨無助。		.668	
4.我一點也不焦慮關於身體在埋葬後會發生什麼事情。		.630	
19.我死後將會失去一切的感覺令我不安。			.787
20.我們死後會發生什麼事情令我擔心。	.392		.741
9.關於死後生命的問題非常的令我煩惱。			.713
3.我死後再也無法思考，這想法令我駭怕。			.704
7.死後完全不能動彈困擾著我。			.696
5.棺材令我焦慮。	.463		.679
18.我被身體將在墳墓裡腐爛的這種想法所困擾。	.361		.661
22.死亡的完全孤寂使我駭怕。	.592		.634
6.我討厭去想到在我死後對事物失去掌控。			.567
14.我死後再也感覺不到任何事物，使我心煩意亂。			.506

表3-3-4 解釋總變異量

成份	初始特徵值			平方和負荷量萃取			轉軸平方和負荷量(a)
	總和	變異數的%	累積%	總和	變異數的%	累積%	總和
1	5.848	29.238	29.238	5.848	29.238	29.238	4.992
2	2.764	13.818	43.056	2.764	13.818	43.056	3.249
3	1.688	8.438	51.494	1.688	8.438	51.494	3.355
4	.956	4.778	56.271				

萃取法：主成份分析。

a 當成份產生相關時，無法加入平方和負荷量 以取得總變異數。

六、信度分析

由於本量表屬於 Likert Scale 四點量表形式，因此採用 Cronbach's Alpha 係數來考驗量表之信度，考驗結果其 α 係數為 .840，顯示本量表有很好的內部一致性，如表 3-3-5。

表3-3-5 信度統計量

Cronbach's Alpha 值	以標準化項目為準的 Cronbach's Alpha 值	項目的個數
.840	.854	20

第四節 研究程序

一、實施程序

本研究之進程序分為四個階段：(一) 準備階段，(二) 發展階段，(三) 研究階段，(四) 完成階段。各階段依下列步驟實施：1、研讀文獻資料。2、確定研究主題。3、撰擬研究計畫。4、編製研究工具。5、編製正式問卷。6、進行調查研究。7、電腦資料處理與分析。8、撰寫論文報告。如圖 3-4-1 所示：

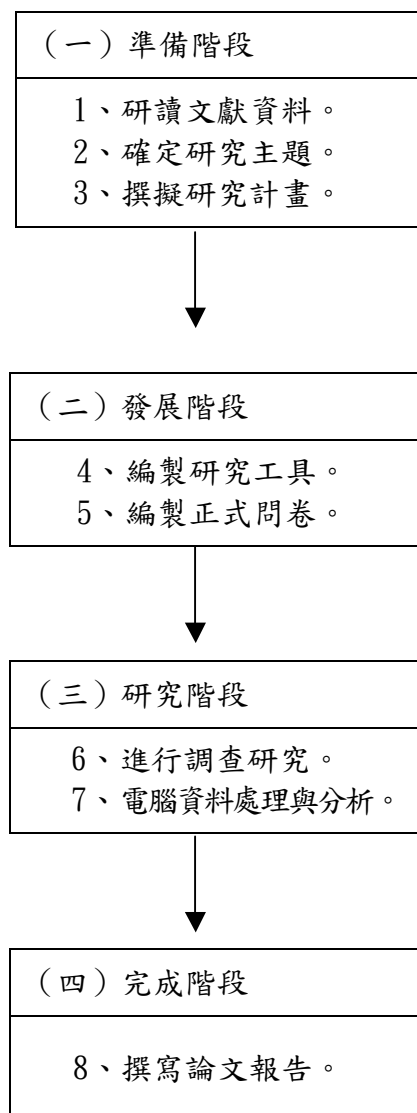


圖 3-4-1 研究實施程序圖

二、實施進度

(一) 研讀文獻資料 (98 年 9 月至 99 年 1 月)

蒐集並閱讀有關衛生保健志願服務及死亡焦慮之相關書籍、中英文期刊、雜誌、學報、論文等相關文獻，做為研究的理論基礎。

(二) 確定研究主題 (99 年 1 月至 99 年 3 月)

經研讀相關文獻後，確定研究主題與架構，並訂定各變項的範圍與性質。

(三) 撰擬研究計畫 (99 年 3 月至 99 年 4 月)

依據研究動機、目的、文獻探討的內容及研究方法與設計，撰寫研究計畫。

(四) 編製研究工具 (99 年 4 月至 99 年 5 月)

依據相關文獻理論及研究對象，準備並選擇適當的測驗工具。

(五) 選定編譯正式問卷 (99 年 6 月)

死亡焦慮修正量表 (Revised Death Anxiety Scale, RDAS)，是Thorson和Perkins在1977年改編的死亡焦慮量表，有25道測驗題目，研究者與指導教授自行翻譯之死亡焦慮修正量表中文版本為研究工具，為了提高死亡焦慮量表在研究中的靈敏性，以Likert的四量表方式作答。

(六) 進行調查研究 (99 年 7 月至 99 年 8 月)

施測前研究者取得全體志工名冊，以作為問卷發放依據。研究者利用志工到院值班簽到時，由研究者或行政值班志工親自發放問卷請志工填答，在志工值班結束簽退時回收問卷；對於請假之志工，則採取郵寄問卷，請志工填答後寄回給研究者。本研究共計發放 383 份問卷，回收 347 份問卷，回收率為 90.6%，有效問卷回收率為 100%。

(七) 電腦資料處理與結果分析 (99 年 9 月)

研究者先將回收的問卷檢核無誤後，再將有效問卷之資料編碼整理、資料輸入電腦，運用 SPSS 12.0 版本統計套裝軟體進行資料處理、統計與分析。

(八) 撰寫研究論文(99 年 10 月至 99 年 12 月)

根據統計資料的分析結果歸納、統整後加以說明，與文獻探討相互比較，討論與其異同之處，進行撰寫研究論文，並提出結論與建議，最後請指導教授審閱，完成此論文。

第五節 資料處理

一、資料蒐集

本研究是以台中榮民總醫院志願服務工作人員為資料蒐集的對象樣本，研究者施測前與負責志願服務工作隊的社工人員聯繫、協調並提供志工名冊給研究者，以作為問卷發放依據。研究者利用志工到院值班簽到時，由研究者或行政值班志工親自發放問卷請志工填答，在志工值班結束簽退時回收問卷；對於請假之志工，則採取郵寄問卷，內附回郵信封，請志工填答後寄回給研究者。

每一份問卷在回收後會逐一標記編號，以確認回收的份數。研究者採取兩階段的編碼方式：第一階段是直接問卷紙上先編碼，並且逐一檢查，了解是否有疏漏或編碼錯誤的狀況。第二階段則將問卷上的編碼資料輸入電腦並建立資料檔案。在這過程中會篩選出明顯胡亂填答、漏答太多或過多題目皆填答同一選項，以計算有效問卷數。本研究共計發放 383 份問卷，回收 347 份問卷，回收率為 90.6%，有效問卷回收率為 100%。

二、資料分析

本研究之問卷回收所蒐集到的資料，會先經過檢查以確定資料的完整性，才確定是有效樣本資料，把樣本資料整理建檔，進行編碼（coding）後，以 SPSS 12.0 中文統計套裝軟體進行統計分析與假設考驗，包括描述性統計、推論統計等。茲分別敘述如下：

（一）描述性統計：

以次數分配（frequency）、百分比（percent，%）、平均數（arithmetic mean，M）、與標準差（standard deviation，SD）等描述性統計，針對醫院志工個人的基本資料及研究的因素進行基本的統計分析，分析醫院志工的背景變項、有無安寧療護經驗及死亡焦慮現況。樣本使用的是次數分配表的方式，用來說明各變數的平均數、標準差、百分比及次數分配表，藉以了解樣本分布的情形，最重要的是可以做到檢誤的動作。

(二) 推論性統計：

利用獨立樣本 t 考驗與二因子變異數分析 (two way ANOVA) 來進行分析，以個人背景變項 (性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、職業類別、宗教信仰、志工隊年資、服務組別、跨組別服務、接觸死亡經驗) 及有無安寧療護經驗為自變項，依變項為害怕痛苦的過程、自主權喪失及死後生命與無助感等三因素，進行差異性考驗與分析，藉此瞭解自變項與依變項之間是否具有顯著差異，及檢驗不同背景變項的醫院志工、有無安寧療護經驗與死亡焦慮是否具有顯著差異。

第四章 研究結果與討論

本研究的研究目的是了解醫院志工面對死亡焦慮之現況，志工在死亡焦慮的差異，志工有無安寧療護經驗與死亡焦慮關係，及有無安寧療護經驗與不同背景變項醫院志工在死亡焦慮上的關係。本章依據研究問題，將蒐集得資料進行分析。

第一節 描述統計分析

一、背景變項資料分析：

透過各個類別的次數與有效百分比來瞭解樣本的特性，背景變項之描述性分析整理如表 4-1-1 所示。

(一) 性別：

本研究對象總人數為 347 人，男性有 75 人，佔百分之 21.6%；女性有 272 人，佔百分之 78.4%，顯示參與志願服務之女性人數明顯多於男性，二者比例，女性約為男性的 3.6 倍。

(二) 年齡別：

本研究對象年齡在 18-29 歲有 8 人，佔 2.4%；30-49 歲有 66 人，佔 19.5%，50-64 歲有 201 人，佔 59.5%；65 歲以上有 63 人，佔 18.6%。顯示參與醫院志願服務以 50-64 歲為最多，以 30 歲以下人數最少。

(三) 教育程度：

本研究對象教育程度分為國(初)中以下有 69 人，佔 20.0%；高中(職) 有 109 人，佔 31.6%，大(專)學有 146 人，佔 42.3%；研究所以上有 21 人，佔 6.1%。顯示參與醫院志願服務以大(專)學學歷人數比例居多。

(四) 婚姻狀況：

本研究對象已婚者有 273 人，佔 79.6%；未婚者有 28 人，佔 8.2%，離婚及喪偶者有 42 人，佔 12.2%。顯示已婚者參與醫院志願服務人數最多，未婚者參與最少。

(五) 職業類別：

本研究對象職業狀況分為軍公教、工商界人士、家務管理、退休人員、學生、其他等六類。軍公教者有 25 人，佔 7.3%；工商界人士有 52 人，佔 15.1%；家務管理者有 149 人，佔 43.3%；退休人員有 97 人，佔 28.2%；學生有 7 人，佔 2.0%；其他職業類別有 14 人，佔 4.1%。顯示參與醫院志願服務以家務管理者居多。

(六) 宗教信仰：

本研究對象之宗教信仰以信仰佛教者最多，有 197 人，佔 57.6%；無宗教信仰者次多，有 48 人，佔 14.0%；信仰耶穌基督之基督教 30 人/天主教 13 人/回教者 0 人，共計有 43 人，佔 12.6%；民間信仰者(含一貫道者 6 人)有 46 人，佔 13.5%；其他宗教信仰者 8 人，佔 2.3%。

(七) 參與志工隊年資：

本研究對象參與本院志工隊之年資分 1-3 年、4-6 年、7-10 年、10 年以上四類。參與年資 1-3 年者有 95 人，佔 31.7%；參與年資 4-6 年者有 57 人，佔 19.0%；參與年資 7-10 年者有 95 人，佔 31.7%；參與年資 10 年以上者有 53 人，佔 17.7%。

(八) 服務組別：

本研究對象分布在九個組別，研究者以志工所接觸的服務對象可能面臨死亡者，將其歸類為「緩和療護組」，「急診組及病房組」，非緩和療護組、急診組及病房組之「其他服務組別」等三種類型。「其他服務組別」的比例最高，志工 246 人，佔 70.9%；「急診組及病房組」志工 71 人，佔 20.5%；「緩和療護組」志工 30 人，佔 8.6%。

(九) 曾經跨組服務的組別：

研究者以志工所接觸的服務對象可能面臨死亡者，將研究對象歸類為有跨組服務，但沒有跨緩和療護組、病房組、急診組經驗的「跨其他組或不曾跨組」志工有 295 人，佔 85.0%；曾經跨緩和療護組服務經驗有 10 人，佔 2.9%；曾經跨病房組、急診組服務經驗有 42 人，佔 12.1%。

(十) 接觸他人死亡經驗：

在志願服務過程中，研究對象不曾接觸過死亡或瀕臨死亡的人，有 184 人，佔 55.8% ；研究對象在志願服務過程中曾接觸過死亡或瀕臨死亡的人，有 146 人，佔 44.2% 。

(十一) 有無安寧療護經驗：

如表 4-1-1 所示，研究對象沒有安寧療護經驗有 307 人，佔 88.5% ；有安寧療護經驗有 40 人，佔 11.5% 。



表 4-1-1 研究對象背景變項次數分配表(N=347)

背景變項	類別	人數	有效百分比(%)
性別	男	75	21.6
	女	272	78.4
年齡別	18-29 歲	8	2.4
	30-49 歲	66	19.5
	50-64 歲	201	59.5
	65 歲以上	63	18.6
教育程度	國(初)中以下	69	20.0
	高中(職)	109	31.6
	大(專)學	146	42.3
	研究所以上	21	6.1
婚姻狀況	未婚	28	8.2
	已婚	273	79.6
	離婚及喪偶	42	12.2
職業類別	軍公教	25	7.3
	工商界人士	52	15.1
	家務管理	149	43.3
	退休人員	97	28.2
	學生	7	2.0
	其他	14	4.1
宗教信仰	佛教	197	57.6
	基督教/天主教/回教	43	12.6
	民間信仰(含一貫道)	46	13.5
	無	48	14.0
	其他	8	2.3
志工隊年資	1-3 年	95	31.7
	4-6 年	57	19.0
	7-10 年	95	31.7
	10 年以上	53	17.7
服務組別	其他服務組別	246	70.9
	急診組、病房組	71	20.5
	緩和療護組	30	8.6
跨組服務別	跨其他組或不曾跨組	295	85.0
	跨緩和療護組	10	2.9
	曾跨病房組、急診組	42	12.1
接觸死亡經驗	否	184	55.8
	是	146	44.2
安寧療護經驗	沒有	307	88.5
	有	40	11.5

二、死亡焦慮量表資料分析：

本研究所探討的醫院志工死亡焦慮以自陳式量表針對347名志工施測，以Likert式的四量表方式作答，「4」代表非常符合(4分)，「3」代表符合(3分)，「2」代表不符合(2分)，「1」代表非常不符合(1分)。正向題目依序給四到一分，反向題目依序給一到四分，三個分量表有「害怕痛苦的過程」、「自主權喪失」、「死後生命與無助感」等，由表4-1-2各量表單題平均數得到的結果，高過總合單題平均數2.06分的分量表，依序為「害怕痛苦的過程」($M=2.50$)、「自主權的喪失」($M=2.11$)，低於總合單題平均數2.06分的分量表為「死後生命與無助感」($M=1.88$)，各分量表題項敘述如下：

(一) 害怕痛苦的過程

害怕痛苦的過程由四個項目所測量的活動指標，其最小值為4，最大值為16，平均數為10.01，單題平均數為2.50。此四個項目分別為：1.我害怕瀕死是痛苦的死亡；8.我想到開刀就害怕；15.涉及痛苦的瀕死使我駭怕。23.我不特別害怕罹患癌症。

(二) 自主權的喪失

自主權的喪失由六個項目所測量的活動指標，其最小值為6，最大值為24，平均數為12.63，單題平均數為2.11。此六個項目分別為：4.我一點也不焦慮關於身體在埋葬後會發生什麼事情。11.我不在意當我死時被放進封閉的棺材中。13.我一點也不擔心是否有來生。17.我並不擔心徬徨無助。21.我一點也不擔心掌控生命這件事。25.我死後身體會發生什麼事並不會困擾著我。

(三) 死後生命與無助感

死後生命與無助感由十個項目所測量的活動指標，其最小值為10，最大值為40，平均數為18.80，單題平均數為1.88。此十個項目分別為：3.我死後再也無法思考，這想法令我駭怕。5.棺材令我焦慮。6.我討厭去想到在我死後對事物失去掌控。7.死後完全不能動彈困擾著我。9.關於死後生命的問題非常的令我煩惱。14.我死後再也

感覺不到任何事物，使我心煩意亂。18.我被身體將在墳墓裡腐爛的這種想法所困擾。
 19.我死後將會失去一切的感覺令我不安。20.我們死後會發生什麼事情令我擔心。
 22.死亡的完全孤寂使我駭怕。

表 4-1-2 醫院志工死亡焦慮各分量表的平均數、標準差描述統計表 (N=347)

分量表	題數	個數	最小值	最大值	平均數	標準差	單題平均數(M)
害怕痛苦的過程	4	331	4	16	10.01	2.50	2.50
自主權喪失	6	327	6	24	12.63	3.34	2.11
死後生命與無助感	10	312	10	40	18.80	5.08	1.88
總 和	20				41.19	7.88	2.06

第二節 醫院志工的背景變項與死亡焦慮的關係

本節將對醫院志工死亡焦慮之現況分析。

一、不同性別在死亡焦慮上的差異

本分析主要是瞭解不同性別的志工在死亡焦慮上之差異。研究者使用Levene檢定後發現 F 檢定皆未達顯著水準，因此視死亡焦慮變項的男、女性變異數為假設相等之組別，然後將 t 值整理如表4-2-1，事後比較顯示志工的死亡焦慮，在害怕痛苦的過程之層面有達到 $p < .01$ 的顯著水準。效果值 $\eta^2 = .03$ ，根據Cohen(1988)提出的效果值強度分為低效果值(.010)、中效果值(.059)、高效果值(.138)，統計考驗力「 $1-\beta$ 」=.889>.80以上，具有相當佳的統計考驗力，可知男女性「在害怕痛苦的過程」層面上具有中低強度差距效果。女性於害怕痛苦的過程的平均得分為10.24 分($SD = 2.50$)，高於男性的平均得分9.19 分($SD = 2.34$)，表示女性志工在害怕痛苦的過程之層面顯著高於男性志工。自主權喪失($t = .90, p = .367 > .05$)、死後生命與無助感($t = .16, p = .438 > .05$)在性別變項上皆未達顯著差異。

表4-2-1 性別變項與死亡焦慮之 t 考驗 ($N=347$)

變項	男性 (n=75)		女性 (n=272)		t 值	p 值	95% CI		η^2	$1-\beta$
	M	SD	M	SD			LL	UL		
	害怕痛苦的過程	9.19	2.34	10.24			2.50	-3.19		
自主權喪失	12.95	3.25	12.54	3.37	.90	.367	-.47	1.28		
死後生命與無助感	18.89	4.72	18.77	5.19	.16	.870	-1.25	1.47		
總量	40.54	6.56	41.39	8.24	-.78	.438	-3.01	1.31		

** $p < .01$

二、不同年齡在死亡焦慮上的差異

本分析主要是瞭解不同年齡層在死亡焦慮上之差異由表 4-2-2、4-2-3 分析可知，不同年齡層的志工其死亡焦慮在整體及各層面均未達顯著差異。

表 4-2-2 年齡變項與死亡焦慮之 ANOVA 考驗 (N=347)

變項	49 歲(含)以下				50~64 歲				65 歲(含)以上			
	n	M(SD)	95%信賴區間		n	M(SD)	95%信賴區間		n	M(SD)	95%信賴區間	
			下界	上界			下界	上界			下界	上界
害怕痛苦的過程	74	10.08(2.61)	9.48	10.69	190	10.09(2.47)	9.74	10.44	58	9.64(2.40)	9.01	10.27
自主權喪失	72	12.64(3.48)	11.82	13.46	188	12.53(3.24)	12.07	13.00	58	12.84(3.46)	11.93	13.76
死後生命與無助感	72	18.51(5.11)	11.93	13.76	180	18.56(4.79)	17.85	19.26	52	20.08(5.94)	18.42	21.73

表4-2-3 年齡與死亡焦慮之差異分析摘要表 (N=347)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較
害怕痛苦的過程	組間	9.60	2	4.80	.78	.46	
	組內	1974.39	319	6.19			
	總和	1983.99	321				
自主權喪失	組間	4.40	2	2.20	.20	.82	
	組內	3503.02	315	11.12			
	總和	3507.43	317				
死後生命與無助感	組間	101.43	2	50.71	1.97	.14	
	組內	7766.12	301	25.80			
	總和	7867.55	303				
總量	組間	47.81	2	23.91	.38	.69	
	組內	17681.36	279	63.37			
	總和	17729.17	281				

三、教育程度在死亡焦慮上的差異

本分析主要是瞭解不同教育程度在死亡焦慮上之差異。由表4-2-4、4-2-5分析可知，不同教育程度的志工其死亡焦慮在整體及各層面均未達顯著差異。

表4-2-4 教育程度與死亡焦慮之ANOVA考驗 (N=347)

變項	國中以下				高中(職)				大(專)學				研究所			
	n	M(SD)	95%信賴區間		n	M(SD)	95%信賴區間		n	M(SD)	95%信賴區間		n	M(SD)	95%信賴區間	
			下界	上界			下界	上界			下界	上界			下界	上界
害怕痛苦的過程	60	9.63(2.45)	9.00	10.27	106	10.10(2.62)	9.60	10.61	143	10.05(2.48)	9.64	10.46	20	10.30(2.30)	9.23	11.37
自主權喪失	61	13.13(3.73)	12.18	14.09	104	12.69(3.29)	12.05	13.33	139	12.31(3.21)	11.77	12.85	21	13.14(3.44)	11.58	14.71
死後生命與無助感	59	19.98(5.41)	18.57	21.39	96	18.72(4.95)	17.72	19.72	135	18.51(5.08)	17.65	19.38	21	17.52(4.56)	15.45	19.60

表4-2-5 教育程度與死亡焦慮之差異分析摘要表 (N=347)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較
害怕痛苦的過程	組間	11.34	3	3.78	.60	.62	
	組內	2046.65	325	6.30			
	總和	2057.99	328				
自主權喪失	組間	35.51	3	11.84	1.05	.37	
	組內	3607.37	321	11.24			
	總和	3642.88	324				
死後生命與無助感	組間	128.63	3	42.88	1.67	.17	
	組內	7893.36	307	25.71			
	總和	8021.99	310				
總量	組間	78.94	3	26.31	.42	.74	
	組內	17824.41	285	62.54			
	總和	17903.35	288				

四、婚姻狀況在死亡焦慮上的差異

本分析主要是瞭解婚姻狀況在死亡焦慮上之差異。由表 4-2-6、4-2-7 分析可知，志工的婚姻狀況在死亡焦慮整體及各層面均未達顯著差異。

表 4-2-6 婚姻狀況與死亡焦慮之 ANOVA 考驗 (N=347)

變項	未婚				已婚				離婚及喪偶			
	n	M(SD)	95%信賴區間		n	M(SD)	95%信賴區間		n	M(SD)	95%信賴區間	
			下界	上界			下界	上界			下界	上界
害怕痛苦的過程	28	9.64(2.59)	8.64	10.65	259	10.12(2.54)	9.81	10.43	42	9.55(2.22)	8.86	10.24
自主權喪失	27	13.19(3.61)	11.76	14.61	260	12.67(3.42)	12.25	13.09	36	11.83(2.61)	10.95	12.72
死後生命與無助感	26	18.85(6.04)	16.41	21.28	247	18.90(5.06)	18.26	19.53	35	17.86(4.54)	16.30	19.42

表4-2-7 婚姻狀況與死亡焦慮之差異分析摘要表 (N=347)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較
害怕痛苦的過程	組間	15.64	2	7.82	1.25	.29	
	組內	2045.36	326	6.27			
	總和	2061.00	328				
自主權喪失	組間	31.53	2	15.77	1.40	.25	
	組內	3610.63	320	11.28			
	總和	3642.16	322				
死後生命與無助感	組間	33.40	2	16.70	.64	.53	
	組內	7922.14	305	25.97			
	總和	7955.54	307				
總量	組間	263.36	2	131.68	2.14	.12	
	組內	17569.22	285	61.65			
	總和	17832.58	287				

五、不同職業類別在死亡焦慮上的差異

本分析主要是瞭解不同職業類別在死亡焦慮上之差異。由表 4-2-8、4-2-9 分析可知，不同職業的志工其死亡焦慮在整體及各層面均未達顯著差異。

表 4-2-8 不同職業類別與死亡焦慮之 ANOVA 考驗 (N=347)

變項	軍公教				工商界人士				家務管理			
	n	M(SD)	95%信賴區間		n	M(SD)	95%信賴區間		n	M(SD)	95%信賴區間	
			下界	上界			下界	上界			下界	上界
害怕痛苦的過程	25	10.00(2.55)	8.95	11.05	51	9.39(2.68)	8.64	10.14	137	10.29(2.52)	9.87	10.72
自主權喪失	23	12.13(2.56)	11.02	13.24	48	12.79(3.46)	11.79	13.80	140	12.61(3.54)	12.02	13.21
死後生命與無助感	20	17.70(4.05)	15.80	19.60	50	18.56(5.08)	17.12	20.00	129	18.78(5.35)	17.85	19.72

表 4-2-8 不同職業類別與死亡焦慮之 ANOVA 考驗 (N=347) 續

變項	退休人員				學生				其他			
	n	M(SD)	95%信賴區間		n	M(SD)	95%信賴區間		n	M(SD)	95%信賴區間	
			下界	上界			下界	上界			下界	上界
害怕痛苦的過程	94	9.98(2.44)	9.48	10.48	7	10.00(2.58)	7.61	12.39	14	9.57(2.14)	8.34	10.81
自主權喪失	92	12.64(3.31)	11.96	13.33	7	14.29(3.55)	11.01	17.56	14	12.00(2.60)	10.50	13.50
死後生命與無助感	90	18.91(5.06)	17.85	19.97	6	19.83(6.68)	12.83	26.84	14	19.86(4.15)	17.46	22.25

表 4-2-9 不同職業類別與死亡焦慮之差異分析摘要表 (N=347)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較
害怕痛苦的過程	組間	33.13	5	6.63	1.05	.39	
	組內	2027.86	322	6.30			
	總和	2061.00	327				
自主權喪失	組間	31.77	5	6.36	.56	.73	
	組內	3610.29	318	11.35			
	總和	3642.06	323				
死後生命與無助感	組間	50.19	5	10.04	.38	.86	
	組內	7970.28	303	26.31			
	總和	8020.47	308				
總量	組間	117.41	5	23.48	.37	.87	
	組內	17785.22	281	63.29			
	總和	17902.63	286				

六、宗教信仰在死亡焦慮上的差異

本分析主要是瞭解宗教信仰在死亡焦慮上之差異。由表4-2-10、4-2-11分析，研究者發現信仰佛教的醫院志工在害怕痛苦的過程上有達到 $p < .05$ 的顯著水準，其差異情形採取 Scheffe 法進行事後比較，結果發現佛教與無宗教信仰在「害怕痛苦的過程」層面上具有中低強度($\omega^2 = .037$)差距效果。在「害怕痛苦的過程」分量表的 ANOVA 考驗， $F(4,321)=3.08$ ， $P=.02 < .05$ ，無宗教信仰的平均得分10.98分($SD = 2.42$)，信仰佛教的平均得分為9.68分($SD = 2.46$)，表示無宗教信仰者在「害怕痛苦的過程」層面上明顯高於信仰佛教者。自主權喪失， $F(4, 317)=1.86$ ， $P=.12 > .05$ ；死後生命與無助感， $F(4, 302)=.90$ ， $P=.46 > .05$ ，在宗教信仰變項上皆未達顯著差異。

表 4-2-10 宗教信仰與死亡焦慮之 ANOVA 考驗 (N=347)

變項	佛教				基督教 / 天主教				民間信仰(含一貫道)			
	n	M(SD)	95%信賴區間		n	M(SD)	95%信賴區間		n	M(SD)	95%信賴區間	
			下界	上界			下界	上界			下界	上界
害怕痛苦的過程	189	9.68(2.46)	9.32	10.03	39	9.79(3.01)	8.82	10.77	44	10.32(2.18)	9.66	10.98
自主權喪失	185	12.50(3.16)	12.04	12.96	43	12.65(4.27)	11.34	13.97	44	12.86(3.12)	11.91	13.81
死後生命與無助感	177	18.89(4.90)	18.16	19.61	39	17.87(4.90)	15.71	20.04	42	19.57(4.52)	18.16	20.98

表4-2-10 宗教信仰與死亡焦慮之 ANOVA 考驗 (N=347) 續

變項	無宗教信仰				其他宗教信仰			
	n	M(SD)	95%信賴區間		n	M(SD)	95%信賴區間	
			下界	上界			下界	上界
害怕痛苦的過程	46	10.98(2.42)	10.26	11.70	8	10.88(2.10)	9.12	12.63
自主權喪失	43	12.30(2.87)	11.42	13.19	7	15.86(5.27)	10.98	20.73
死後生命與無助感	41	18.90(4.61)	17.45	20.36	8	16.75(6.27)	11.51	21.99

表4-2-11 宗教信仰與死亡焦慮之差異分析摘要表 (N=347)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	1- β
害怕痛苦的過程	組間	75.90	4	18.98	3.08	.02*	4>1	.037	.81
	組內	1979.07	321	6.17					
	總和	2054.97	325						
自主權喪失	組間	83.12	4	20.78	1.86	.18			
	組內	3541.13	317	11.17					
	總和	3624.25	321						
死後生命與無助感	組間	93.98	4	23.50	.90	.46			
	組內	7887.50	302	26.12					
	總和	7981.48	306						
總量	組間	128.92	4	32.23	.51	.73			
	組內	17739.59	280	63.36					
	總和	17868.51	284						

* $p < .05$

註：4=無宗教信仰；1=佛教

七、志工隊年資與死亡焦慮上的差異

本分析主要是瞭解加入台中榮總志工隊的年資與在死亡焦慮上之差異。由表4-2-12、4-2-13分析可知，志工服務年資的長短其死亡焦慮在整體及各層面均未達顯著差異。

表4-2-12 志工服務年資與死亡焦慮之ANOVA考驗 (N=347)

變項	1~3年				4~6年				7~9年				10年以上			
	95%信賴區間				95%信賴區間				95%信賴區間				95%信賴區間			
	n	M(SD)	下界	上界	n	M(SD)	下界	上界	n	M(SD)	下界	上界	n	M(SD)	下界	上界
害怕痛苦的過程	92	9.97(2.50)	9.45	10.49	53	10.38(2.55)	9.67	11.08	89	10.33(2.64)	9.77	10.88	51	9.90(2.35)	9.24	10.56
自主權喪失	91	12.26(3.16)	11.61	12.92	56	12.96(3.09)	12.14	13.79	90	12.41(3.25)	11.73	13.09	47	13.36(3.47)	12.34	14.38
死後生命與無助感	90	18.22(4.59)	17.26	19.18	52	19.38(5.86)	17.75	21.02	81	19.63(4.56)	17.62	19.64	46	19.00(5.71)	17.30	20.70

表4-2-13 志工服務年資與死亡焦慮之差異分析摘要表 (N=347)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較
害怕痛苦的過程	組間	11.69	3	3.90	.61	.61	
	組內	1795.42	281	6.39			
	總和	1807.10	284				
自主權喪失	組間	47.94	3	15.98	1.53	.21	
	組內	2918.24	280	10.42			
	總和	2966.18	283				
死後生命與無助感	組間	49.46	3	16.49	.65	.59	
	組內	6754.75	265	25.49			
	總和	6804.21	268				
總量	組間	165.22	3	55.07	.86	.46	
	組內	15882.10	248	64.04			
	總和	16047.32	251				

八、服務組別與死亡焦慮上的差異

(一) 依志工原服務組別分析

將志工所屬的服務組別分為緩和療護組、急診組及病房組和其他組別（不屬於緩和療護組、急診組及病房組的志工）三類。本分析主要是瞭解不同的服務組別在死亡焦慮上之差異，由表 4-2-14、4-2-15 分析可知，志工服務組別與死亡焦慮在整體及各層面均未達顯著差異。

表 4-2-14 志工服務組別與死亡焦慮之 ANOVA 考驗 (N=347)

變項	其他服務組別				急診組及病房組				緩和療護組			
	n	M(SD)	95%信賴區間		n	M(SD)	95%信賴區間		n	M(SD)	95%信賴區間	
			下界	上界			下界	上界			下界	上界
害怕痛苦的過程	234	10.20(2.46)	9.88	10.51	67	9.55(2.45)	8.96	10.15	30	9.53(2.84)	8.47	10.59
自主權喪失	230	12.72(3.38)	12.28	13.16	68	12.41(2.91)	11.71	13.12	29	12.48(4.07)	10.94	14.03
死後生命與無助感	218	18.86(4.97)	18.19	19.52	66	19.38(5.26)	18.08	20.67	28	16.96(5.27)	14.92	19.01

表 4-2-15 志工服務組別與死亡焦慮之差異分析摘要表 (N=347)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較
害怕痛苦的過程	組間	29.00	2	14.50	2.34	.10	
	組內	2036.99	328	6.21			
	總和	2065.99	330				
自主權喪失	組間	5.62	2	2.81	.25	.78	
	組內	3644.34	324	11.25			
	總和	3649.96	326				
死後生命與無助感	組間	117.19	2	58.60	2.29	.10	
	組內	7915.09	309	25.62			
	總和	8032.28	311				
總量	組間	185.05	2	92.52	1.50	.23	
	組內	17752.14	287	61.85			
	總和	17937.19	289				

(二) 依跨組服務的志工分析

將志工區分為跨緩和療護組、跨急診組及病房組和跨其他組或不曾跨組三類。本分析主要是瞭解跨組服務的志工在死亡焦慮上之差異，由表4-2-16、4-2-17分析可知，研究者發現跨組服務的志工在害怕痛苦的過程的上有達到 $p < .05$ 的顯著性，其差異情形採取Scheffe 法進行事後比較，結果發現在「跨其他組或不曾跨組」志工比「跨病房組或急診組」志工有顯著差異。在「害怕痛苦的過程」分量表的ANOVA考驗， $F(2,328)=3.97$ ， $P=.02 < .05$ ，「跨其他組或不曾跨組」的平均得分10.17分($SD = 2.50$)，跨病房組或急診組的平均得分為9.15分($SD = 2.20$)，表示「跨其他組或不曾跨組」志工在「害怕痛苦的過程」層面顯著高於「跨病房組或急診組」志工。

表4-2-16 跨組服務志工與死亡焦慮之ANOVA考驗 (N=347)

變項	跨其他組或不曾跨組				跨緩和療護組				跨病房組或急診組			
	n	M(SD)	95%信賴區間		n	M(SD)	95%信賴區間		n	M(SD)	95%信賴區間	
			下界	上界			下界	上界			下界	上界
害怕痛苦的過程	281	10.17(2.50)	9.87	10.46	10	8.90(2.88)	7.36	10.44	40	9.15(2.20)	8.38	9.92
自主權喪失	279	12.70(3.26)	12.31	13.10	10	11.20(4.02)	9.12	13.28	38	12.50(3.76)	11.43	13.57
死後生命與無助感	263	18.97(5.21)	18.35	19.59	10	16.50(3.69)	13.34	19.66	39	18.23(4.34)	16.63	19.83

表4-2-17 跨組服務志工與死亡焦慮之差異分析摘要表 (N=347)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較	ω^2	1- β
害怕痛苦的過程	組間	48.85	2	24.43	3.97	.02*	0>2	.024	.71
	組內	2017.14	328	6.15					
	總和	2065.99	330						
自主權喪失	組間	22.56	2	11.28	1.01	.37			
	組內	3627.41	324	11.20					
	總和	3649.96	326						
死後生命與無助感	組間	73.10	2	36.55	1.42	.24			
	組內	7959.18	309	25.76					
	總和	8032.28	311						
總量	組間	304.22	2	152.11	2.48	.09			
	組內	17632.97	287	61.44					
	總和	17937.19	289						

* $p < .05$

註：0=跨其他組或不曾跨組；2=跨病房組或急診組

九、志工接觸他人死亡或瀕臨死亡與死亡焦慮上的差異

本分析主要是瞭解志工接觸他人死亡或瀕臨死亡在死亡焦慮上之差異，由表4-3-18、4-3-19分析可知，志工接觸他人死亡或瀕臨死亡與死亡焦慮在整體及各層面均未達顯著差異。

表 4-2-18 志工接觸他人死亡或瀕臨死亡與死亡焦慮之 ANOVA 考驗 (N=347)

變項	沒有				有			
	n	M(SD)	95%信賴區間		n	M(SD)	95%信賴區間	
			下界	上界			下界	上界
害怕痛苦的過程	175	10.30(2.40)	9.95	10.66	140	9.77(2.61)	9.33	10.21
自主權喪失	171	12.61(3.30)	12.11	13.11	142	12.54(3.39)	11.97	13.10
死後生命與無助感	160	18.95(5.08)	18.16	19.74	138	18.43(5.17)	17.56	19.30

表 4-2-19 志工接觸他人死亡或瀕臨死亡與死亡焦慮之差異分析摘要表 (N=347)

變項	變異來源	SS	df	MS	F	P	事後比較
害怕痛苦的過程	組間	21.97	1	21.97	3.53	.06	
	組內	1949.63	313	6.23			
	總和	1971.60	314				
自主權喪失	組間	.41	1	.41	.04	.85	
	組內	3464.07	311	11.14			
	總和	3464.49	312				
死後生命與無助感	組間	20.23	1	20.23	.77	.38	
	組內	7765.38	296	26.23			
	總和	7785.60	297				
總量	組間	85.92	1	85.92	1.37	.24	
	組內	17420.02	277	62.89			
	總和	17505.94	278				

第三節 安寧療護經驗與死亡焦慮的關係

本節將分析志工有無安寧療護經驗對死亡焦慮之影響。本分析主要是瞭解有無安寧療護經驗的志工在死亡焦慮上之差異。研究者使用Levene檢定後發現「害怕痛苦的過程」、「自主權喪失」 F 檢定皆未達顯著水準，因此視死亡焦慮變項的有無安寧療護經驗變異數為假設相等之組別，及「死後生命與無助感」 F 檢定達顯著水準，因此視死亡焦慮變項的有無安寧療護經驗變異數為假設不相等之組別，然後將 t 值整理如表4-3-1，事後比較顯示志工的死亡焦慮，在「死後生命與無助感」之層面有達到 $p < .05$ 的顯著水準，效果值 $\eta^2 = .021$ ， $1-\beta = .72$ ，具有相當高的統計考驗力。

由上述可知，有無安寧療護經驗在「死後生命與無助感」層面上具有中低強度差距效果。沒有安寧療護經驗在「死後生命與無助感」的平均得分為19.07分($SD = 5.06$)，高於有安寧療護經驗的平均得分16.84分($SD = 4.86$)，表示沒有安寧療護經驗的志工在「死後生命與無助感」之層面上顯著高於有安寧療護經驗的志工。害怕痛苦的過程、自主權喪失皆未達顯著差異。

表4-3-1 有無安寧療護經驗與死亡焦慮之 t 考驗 ($N=347$)

變項	沒有經驗			有經驗			t 值	p 值	95% CI		η^2	$1-\beta$
	n	M	SD	n	M	SD			LL	UL		
害怕痛苦的過程	291	10.09	2.45	40	9.38	2.83	1.71	.09	-1.11	1.55		
自主權喪失	288	12.70	3.24	39	12.15	4.04	.81	.42	-.82	1.90		
死後生命與無助感	274	19.07	5.06	38	16.84	4.86	2.55	.01*	.51	3.94	.021	.72

* $p < .05$

害怕痛苦的過程 $df=329$ ；自主權喪失 $df=45$ ；死後生命與無助感 $df=310$

第四節 背景變項、安寧療護經驗與死亡焦慮的關係

本節將以二因子變異數分析醫院志工的背景變項與安寧療護經驗對死亡焦慮之影響。研究者將醫院志工的背景變項：性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、職業、服務年資、宗教信仰及接觸死亡或瀕死經驗，與是否有安寧療護經驗交互作用，探討對死亡焦慮三因素：害怕痛苦的過程、自主權喪失、死後生命與無助感是否具有顯著關係。

研究者經過交叉分析發現，性別、年齡、婚姻狀況、服務年資、宗教信仰及接觸死亡或瀕死經驗，分別與安寧療護經驗交互作用，分別探討對死亡焦慮三因素「害怕痛苦的過程」、「自主權的喪失」、「死後生命與無助感」之雙因子變異數分析交互作用結果未達顯著關係，參見附錄二。

但是，在職業類別、安寧療護經驗，對「害怕痛苦的過程」的層面交互作用具有顯著關係；在教育程度、安寧療護經驗，對「死後生命與無助感」的層面交互作用具有顯著關係。下列僅就交互作用結果具有顯著關係部分分別敘述如下：

一、害怕痛苦的過程

職業類別、安寧療護經驗與「害怕痛苦的過程」的層面交互作用具有顯著關係， $df = 5$ ， $F(5,316) = 2.90$ ， $p = .01 < .05$ ，如表4-4-1；職業類別與安寧療護經驗主要效果，如表4-4-2，軍公教達顯著水準， $df = 1$ ， $F(1,316) = 8.97$ ， $p = .00 < .01$ ，研究者採取Scheffe法進行事後比較，結果發現顯著差異性。就軍公教而言，沒有安寧療護經驗者($M = 10.55$ ， $SD = 2.11$)對害怕痛苦的過程顯著高於有安寧療護經驗者($M = 6.00$ ， $SD = 2.00$)。

在「自主權的喪失」層面如表4-4-3、表4-4-4，「死後生命與無助感」層面如表4-4-5、表4-4-6，交互作用未達顯著關係。

表4-4-1 安寧療護經驗 × 職業類別之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

害怕痛苦的過程

來源	SS	df	MS	F	p	ω^2	1- $\beta^{(a)}$
安寧療護經驗	10.36	1	10.36	1.70	.19	.005	.255
職業類別	37.37	5	7.47	1.23	.30	.019	.435
安寧療護經驗 * 職業類別	88.20	5	17.64	2.90	.014	.044	.846
誤差	1922.68	316	6.08				
總和	34881.00	328					

a 使用 alpha = .05 計算

表 4-4-2 安寧療護經驗與職業類別單純主要效果考驗摘要表 (N=347)

害怕痛苦的過程

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗						
軍公教	54.55	1	54.55	8.97	.00	沒有 > 有
工商界人士	11.28	1	11.28	1.86	.17	
家務管理	11.36	1	11.36	1.87	.17	
退休人員	6.79	1	6.79	1.12	.29	
學生	11.20	1	11.20	1.84	.18	
其他	10.01	1	10.01	1.65	.20	
職業類別						
有安寧療護經驗	54.79	5	10.96	1.80	.11	
沒有安寧療護經驗	65.56	5	13.11	2.16	.06	
誤差	1922.68	316	6.08			

表 4-4-3 安寧療護經驗 × 職業類別之雙因子變異數分析 (N=347)

自主權喪失

		職業類別						列總和	
		軍公教	工商界人士	家務管理	退休人員	學生	其他		
安寧療護經驗	沒有	個數	21	41	124	82	5	12	285
		平均數	12.43	12.73	12.69	12.68	14.00	12.42	12.69
		標準差	2.48	3.45	3.37	3.29	4.06	2.35	3.26
安寧療護經驗	有	個數	2	7	16	10	2	2	39
		平均數	9.00	13.14	12.00	12.30	15.00	9.50	12.15
		標準差	.00	3.80	4.75	3.62	2.83	3.54	4.04
行總和		個數	23	48	140	92	7	14	324
		平均數	12.13	12.79	12.61	12.64	14.29	12.00	12.62
		標準差	2.56	3.46	3.54	3.31	3.55	2.60	3.36

表 4-4-4 安寧療護經驗 × 職業類別之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

自主權喪失

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	16.57	1	16.57	1.45	.23	
職業類別	67.51	5	13.50	1.18	.32	
安寧療護經驗 × 職業類別	34.12	5	6.82	.60	.70	
誤差	3563.68	312	11.42			
總和	55272.00	324				

表 4-4-5 安寧療護經驗 × 職業類別之雙因子變異數分析 (N=347)
死後生命與無助感

		職業類別						列總和	
		軍公教	工商界人士	家務管理	退休人員	學生	其他		
安寧療護經驗	沒有	個數	18	43	113	80	5	12	271
		平均數	18.56	18.33	19.19	19.18	19.80	19.92	19.06
		標準差	3.26	4.91	5.37	5.12	7.46	4.50	5.09
安寧療護經驗	有	個數	2	7	16	10	1	2	38
		平均數	10.00	20.00	15.88	16.70	20.00	19.50	16.84
		標準差	.00	6.25	4.38	4.08	—	.71	4.86
行總和		個數	20	50	129	90	6	14	309
		平均數	17.70	18.56	18.78	18.91	19.83	19.86	18.78
		標準差	4.05	5.08	5.35	5.06	6.68	4.15	5.10

表 4-4-6 安寧療護經驗 × 職業類別之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)
死後生命與無助感

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	61.94	1	61.94	2.42	.12	
職業類別	176.02	5	35.20	1.37	.23	
安寧療護經驗 × 職業類別	191.58	5	38.32	1.50	.19	
誤差	7611.86	297	25.63			
總和	117038.00	309				

二、死後生命與無助感

教育程度、安寧療護經驗與「死後生命與無助感」層面交互作用具有顯著關係， $df = 3$ ， $F(3,303) = 3.02$ ， $p = .03 < .05$ 如表4-4-7；教育程度與安寧療護經驗主要效果，如表4-4-8，國中以下程度達顯著水準， $df = 1$ ， $F(1,303) = 7.35$ ， $p = .01$ ，研究者採取Scheffe法進行事後比較，結果發現具有顯著差異，就國中以下程度而言，沒有安寧療護經驗者($M = 20.52$ ， $SD = 5.28$) 對死後生命與無助感顯著高於有安寧療護經驗者($M = 14.20$ ， $SD = 3.11$)。

大(專)學程度達顯著水準， $df = 1$ ， $F(1,303) = 5.74$ ， $p = .02 < .05$ ，研究者採取Scheffe法進行事後比較，結果發現具有顯著差異，就大(專)學程度而言，沒有安寧療護經驗者($M = 18.91$ ， $SD = 4.95$) 對死後生命與無助感顯著高於有安寧療護經驗者($M = 15.89$ ， $SD = 5.29$)。

有安寧療護經驗的變項達顯著水準， $df = 3$ ， $F(3,303) = 2.79$ ， $p = .04 < .05$ ，研究者採取Scheffe法進行事後比較，結果發現沒有顯著差異。

在「害怕痛苦的過程」層面如表4-4-9、表4-4-10，「自主權的喪失」層面如表4-4-11、表4-4-12，交互作用未達顯著關係。

表4-4-7 安寧療護經驗 × 教育程度之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)
死後生命與無助感

來源	SS	df	MS	F	p	ω^2	$1 - \beta^{(a)}$
安寧療護經驗	76.05	1	76.05	3.06	.08	.010	.414
教育程度	33.39	3	11.13	.45	.72	.004	.140
安寧療護經驗 * 教育程度	225.06	3	75.02	3.02	.03	.029	.708
誤差	7534.84	303	24.87				
總和	117799.00	311					

a 使用 $\alpha = .05$ 計算

表 4-4-8 安寧療護經驗 × 教育程度單純主要效果摘要表 (N=347)

死後生命與無助感

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗						
國中以下	182.70	1	182.70	7.35	.01	沒有 > 有
高中(職)	.42	1	.42	.02	.89	
大(專)學	142.81	1	142.81	5.74	.02	沒有 > 有
研究所	32.60	1	32.60	1.31	.25	
教育程度						
有安寧療護經驗	208.23	3	69.41	2.79	.04	
沒有安寧療護經驗	115.05	3	38.35	1.54	.20	
誤差	7534.84	303	24.87			

表 4-4-9 安寧療護經驗 × 教育程度之雙因子變異數分析 (N=347)

害怕痛苦的過程

		教育程度				列總和	
		國中以下	高中(職)	大(專)學	研究所		
安寧療護經驗	沒有	個數	55	98	123	13	289
		平均數	9.78	10.07	10.22	10.38	10.09
		標準差	2.44	2.62	2.33	2.47	2.45
	有	個數	5	8	20	7	40
		平均數	8.00	10.50	9.00	10.14	9.38
		標準差	2.12	2.83	3.11	2.12	2.83
行總和		個數	60	106	143	20	329
		平均數	9.63	10.10	10.05	10.30	10.01
		標準差	2.45	2.62	2.48	2.30	2.50

表 4-4-10 安寧療護經驗 × 教育程度之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)
害怕痛苦的過程

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	12.55	1	12.55	2.01	.16	
教育程度	28.18	3	9.39	1.50	.21	
安寧療護經驗 × 教育程度	20.03	3	6.68	1.07	.36	
誤差	2004.89	321	6.25			
總和	34998.00	329				

表 4-4-11 安寧療護經驗 × 教育程度之雙因子變異數分析 (N=347)
自主權喪失

		教育程度				列總和	
		國中以下	高中(職)	大(專)學	研究所		
安寧療護經驗	沒有	個數	56	96	120	14	286
		平均數	13.13	12.71	12.48	12.93	12.71
		標準差	3.35	3.30	3.07	4.12	3.25
安寧療護經驗	有	個數	5	8	19	7	39
		平均數	13.20	12.50	11.21	13.57	12.15
		標準差	7.33	3.34	3.92	1.51	4.04
行總和		個數	61	104	139	21	325
		平均數	13.13	12.69	12.31	13.14	12.64
		標準差	3.73	3.29	3.21	3.44	3.35

表 4-4-12 安寧療護經驗 × 教育程度之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)
自主權喪失

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	.93	1	.93	.08	.78	
教育程度	45.46	3	15.15	1.34	.26	
安寧療護經驗 × 教育程度	17.84	3	5.95	.53	.66	
誤差	3578.53	317	11.29			
總和	55568.00	325				

第五節 綜合討論

本研究旨在探討醫院志工的死亡焦慮，藉由志工背景變項了解志工死亡焦慮情形，及有無安寧療護經驗變項，了解志工死亡焦慮差異情形，根據以上不同背景變項之醫院志工在死亡焦慮之統計分析結果，歸納為表4-5-1；透過背景變項及安寧療護經驗交互作用探討當前醫院志工死亡焦慮情形之分析結果，歸納為表4-5-2。

表 4-5-1 不同背景變項之醫院志工在死亡焦慮之差異考驗分析結果綜合摘要表

背景變項	害怕痛苦的過程	自主權喪失	死後生命與無助感
性 別	女 > 男		
年齡別			
教育程度			
婚姻狀況			
職業類別			
宗教信仰	4 > 1		
志工隊年資			
服務組別			
跨組服務別	0 > 2		
接觸死亡經驗			
安寧療護經驗			沒有 > 有

註：4＝無宗教信仰；1＝佛教

0＝跨其他組或不曾跨組；2＝跨病房組或急診組

表 4-5-2 背景變項、安寧療護經驗與死亡焦慮的關係結果綜合摘要表

背景變項	安寧療護經驗	害怕痛苦的過程	自主權喪失	死後生命與無助感
職業類別				
軍公教	沒有 > 有	○		
教育程度				
國中以下	沒有 > 有			○
大(專)學	沒有 > 有			○

綜合本研究結果，以下就研究發現進行討論：

討論一：醫院志工死亡焦慮的情形

就死亡焦慮量表(RDAS)施測結果：「死亡焦慮」總量表與三個分量表「害怕痛苦的過程」、「自主權喪失」、「死後生命與無助感」達顯著水準。「害怕痛苦的過程」單題平均分數與四點量表的中間值二點五分相等外，「自主權喪失」、「死後生命與無助感」及總合單題平均分數得到的結果均小於二點五分，死亡焦慮分數較低，顯示整體醫院志工的死亡焦慮屬中等偏低程度之死亡焦慮傾向。

雖然，整體醫院志工的死亡焦慮屬中等偏低程度，但在低死亡焦慮傾向中，高過總合單題平均數的分量表，依序為「害怕痛苦的過程」、「自主權喪失」。首先從「害怕痛苦的過程」層面的結果來看，表示醫院志工並不特別害怕罹患癌症，但對於瀕死過程中身體所受到的疼痛和開刀，以及痛苦的瀕死過程及死亡會產生明顯的死亡焦慮傾向。吳慧敏(1999)引用Kubler 的論述指出，人之所以畏懼死亡，是對死亡過程的恐懼，人對死亡的害怕其實是害怕過程的痛苦與掙扎，病痛使人逐漸失去機能性與獨立性，死亡過程與失去自我比死亡本身更可怕。(蘇秋雲，2002)

其次從「自主權喪失」層面結果來看，醫院志工對於來生、掌控生命、徬徨無助，以及人死後身體會發生的事情感到焦慮。本研究結果與石世明(2000)與Naylor(2002)指出面臨到自己死亡時，會焦慮著不可確知的未來、害怕死亡、無望感、憂鬱等情緒(引自許文玲、顧雅利，2008；楊小薇，2009)相互呼應。

在死亡焦慮之「死後生命與無助感」層面平均數偏低，研究結果與楊勝任(2003)研究結果認為醫院的服務經驗確實使得志工對於死亡的畏懼降到最低相呼應，所以，志工對死亡以後身體放進棺材被埋葬、腐爛不會感到困擾與焦慮。蔡明昌(2007)針對我國大學生來生信念之研究中佐證了Jeffers、Nichols、和Eisdorfer(1961)以及Rasmussen 和Johnson(1994)發現死亡焦慮與來生信念之間成負向的關係存在。蔡明昌研究結果顯示越相信來生存在，其死亡焦慮就越低(楊小薇，2009)。「死後生命與無助感」平均數在死亡焦慮量表得分是偏低，研究顯示醫院志工對於人既已死亡就

無須去擔心掌控生命、對事物失去掌控這件事。因此，志工認為不用煩惱死後生命，或駭怕死後無法思考及完全的孤寂感這些事，所以也就沒有徬徨無助的困擾。研究者認為醫院是一個特殊的環境刺激—尤其是置身面對生死交關的場域時，人不禁對生命價值重新思索，而且是跳脫理性對生物性生命、社會性生命的思考，轉而為更高層次靈性的探索，這是醫院志願服務志工獨特的機會(楊勝任，2003)。

討論二：不同背景變項的醫院志工在死亡焦慮之差異。

(一) 性別：

本研究結果顯示，不同性別之醫院志工在死亡焦慮之「害怕痛苦的過程」的層面上有顯著差異性。研究結果發現女性之醫院志工在「害怕痛苦的過程」的層面上顯著高於男性之醫院志工。根據黃宇達(1997)研究指出，女性的死亡焦慮顯著高於男性的死亡焦慮；黃國城(2003)研究指出，其它學者的研究(McMordie，1978；Wass & Myers，1982；Neimeyer， Bagley and Moore，1986)亦顯示女性的死亡焦慮較男性為高(Wong et al. 1994)；Pollak(1979)與 Maurer(1975)文獻分析與研究結果，認為女性對於死亡的擔心高過男性；女性有較高的死亡焦慮、恐懼或關切(黃國彥，1986；鍾思嘉，1986；李復惠，1987；丘愛玲，1989；巫珍宜，1991；王素貞，1994；蔡明昌，1995；吳美如，2005)等皆與本研究結果相符合。Neimeyer(1986)提出女性較易受感情上的困擾，也常被認為控制生活事件的能力較小(林佳宜，2008)，研究者認為男女性別差異會受到傳統社會文化因素影響，雖然，現代社會變遷重視男女平等、男女平權，但是，對於女性的社會地位、女性意識與生活實質產生多少的影響，是一個不容易回答的問題。一般而言，男性被要求要勇敢、有擔當、要壓抑情緒、不可隨便哭泣、男子漢氣概、要負起保家衛國的責任有關，女性則被允許可以表現柔弱、撒嬌、害怕、情緒，因此，男性在死亡焦慮的表現上不若女性直接(羅文珮，2004)，這可能是死亡焦慮性別差異的原因之一。

(二) 宗教信仰：

本研究結果顯示，醫院志工之宗教信仰在死亡焦慮之「害怕痛苦的過程」的層

面上有顯著差異性。研究結果發現「無宗教信仰」之醫院志工在「害怕痛苦的過程」的層面上顯著高於信仰「佛教」之醫院志工。黃國城(2003)研究指出，「佛教」教義常提及苦、空、無常、死亡等，因此，其在苦難的接納上頗高。由本研究結果可知「佛教」信仰之醫院志工在「苦難接納」上顯著高於「道教」信仰之醫院志工。Williams and Cole (1968)說明較高宗教參與的成年人，對死亡的焦慮較低。亦即較積極之宗教信仰者比對宗教不熱衷者，較容易適應死亡的事實(引自黃天中，1988)。

(三) 曾經跨組服務的組別：

因急診室常會碰到一些緊急狀況，如外傷嚴重的形象、生命垂危的生命景況(楊勝任，2003)，研究者以志工所接觸的服務對象可能面臨死亡者，將研究對象歸類為有跨組服務，但沒有跨緩和療護組、病房組、急診組經驗的「跨其他組或不曾跨組」、曾經「跨緩和療護組」、曾經「跨病房組、急診組」等三組，依據本研究結果顯示，「跨其他組或不曾跨組」志工的工作性質較少直接面對生老病死，在「害怕痛苦的過程」之層面上顯著高於「跨病房組、急診組」志工。病痛使人逐漸失去機能性與獨立性，死亡過程與失去自我比死亡本身更可怕(蘇秋雲，2002)。又當生命是充滿著痛苦與悲慘、不幸時，死亡可能是一個受歡迎的選擇，在某些情境下，活著時的恐懼，可能比死亡的恐懼更為強烈(黃國城，2003)。蔡明昌(1995)的研究亦顯示健康與死亡焦慮之關係呈現負相關，亦即自覺健康情形越佳者，對於死亡之焦慮之感受越低。蔡秋敏(2001)指出，多數的研究支持避談死亡者，越有可能造成負面影響，如果能公開談論死亡，死亡恐懼會較低。大部份學者支持接觸死亡經驗對死亡態度有所影響(林佳宜，2008)。研究者認為，跨組服務的志工，尤其是跨緩和療護組、病房組、急診組志工所接觸的對象多數是急重症或瀕死病患，志工必須面對病患痛苦或死亡的歷程，在長期接觸死亡經驗下，較能公開談論死亡，死亡恐懼會較低，會比跨其他組或不曾跨組志工對死亡的恐懼與焦慮較低。

討論三：醫院志工有無安寧療護經驗在死亡焦慮之差異。

本研究結果顯示，醫院志工有無安寧療護經驗對死亡焦慮之「死後生命與無助

感」層面上具有中低強度差距效果，顯示沒有安寧療護經驗的醫院志工在死亡焦慮之「死後生命與無助感」層面顯著高於有安寧療護經驗的醫院志工。

吳慧敏(1999)引用Kubler 的論述指出，人之所以畏懼死亡，主要的原因之一是對死亡的未知與不確定性的恐懼(蘇秋雲，2002)。鄭曉江(2000)認為，「死」的狀態是人們無法感知，無法用語言精確的描述。所以，死後有無來生？未知與不確定性使人不知所措、焦慮不安，死亡，我們最習以為常的，卻也是我們瞭解最少的(蘇秋雲，2002)。

醫院對於不同服務需求的志工人力需要有不同的招募及訓練方式，安寧療護志工相對於一般醫院志工，最大的差異在於需要透過不同階段的訓練工作，協助病患身體、心理、靈性的照顧，這也是安寧療護理念中所強調的「全人」照顧，因此，安寧療護志工從篩選到職前訓練與一般性志工的訓練不同，從招募、面試、訓練到見實習、正式服務，並繼續給予不斷的教育訓練及討論學習機會，較多的訓練內容著重在對病患的照顧，尤其是心理與靈性層面的同理支持。蘇秋雲(2002)研究指出，人無法用理性的態度來思考生命的價值，靈性的角度卻能提供人一個探索生命價值的動力，志工參與安寧照顧服務之動機多元，宗教信仰更為不可或缺之因素，宗教觀念緩解志工對死亡的焦慮。宗教經驗是宗教人在靈性上的神祕經驗中的一種形式，宗教經驗可以成就宗教人的超越，亦可以提供非宗教人藉著神話隱喻而自我超越(馮日安，2004)。研究者認為，安寧療護強調「全人」身、心、靈照顧，在接受安寧療護照顧的訓練課程後，安寧志工因自身的宗教信仰而較能了解死後生命、來生信念，對自我內心生命價值的探索，有宗教信仰者也許較相信有來生、輪迴，對來世有希望，較無宗教信仰者不焦慮(引自廖芳娟，2000；林佳宜，2008)，蔡明昌(2007)研究結果顯示越相信來生存在，其死亡焦慮就越低(楊小薇，2009)。安寧療護照顧訓練甚至是安寧療護志工平常教育訓練的一部份，這也是一般醫院志工在常態性服務時無法接觸的經驗，所以，沒有安寧療護經驗的醫院志工在死亡焦慮之「死後生命與無助感」層面顯著高於有安寧療護經驗的醫院志工。

討論四：不同背景變項的醫院志工、有無安寧療護經驗志工與死亡焦慮之關係。

本研究結果顯示，就安寧療護經驗而言，醫院志工的職業類別與死亡焦慮之「害怕痛苦的過程」的層面交互作用具有顯著關係；醫院志工的教育程度與死亡焦慮之「死後生命與無助感」的層面交互作用具有顯著關係。下列僅就交互作用結果具有顯著關係部分分別敘述如下：

一、職業類別、安寧療護經驗，與「害怕痛苦的過程」交互作用具有顯著關係

本研究結果顯示，就安寧療護經驗而言，不同職業類別的志工在死亡焦慮之「害怕痛苦的過程」的層面具有顯著關係；職業類別與安寧療護經驗主要效果在「軍公教」身分達顯著水準，研究者採取Scheffe法進行事後比較，結果發現有顯著性差異，沒有安寧療護經驗之「軍公教」醫院志工在死亡焦慮之「害怕痛苦的過程」的層面上顯著高於有安寧療護經驗之「軍公教」醫院志工。

根據黃國城(2003)的研究指出，「軍公教」之醫院志工在「苦難接納」層面，顯著高於「服務業」、「自由業」、「家管」及「目前暫無工作」之醫院志工。「軍公教」之醫院志工生命意義感高，較能「自我肯定」，對生活能有效地掌控、能解決生活中所面臨的問題、欣賞自己的優點及對自己較有信心。醫院志工並不特別害怕罹患癌症，但對於瀕死過程中身體所受到的疼痛和開刀，以及痛苦的瀕死過程及死亡會產生明顯的死亡焦慮傾向。人之所以畏懼死亡，是對死亡過程的恐懼，人對死亡的害怕其實是害怕過程的痛苦與掙扎，病痛使人逐漸失去機能性與獨立性，死亡過程與失去自我比死亡本身更可怕(蘇秋雲，2002)，因此，身體舒適，將痛苦的身體症狀減至最低是安寧療護癌症末期病人最基本的生理需求。

二、教育程度、安寧療護經驗，與「死後生命與無助感」交互作用具有顯著關係

本研究結果顯示，就安寧療護經驗而言，教育程度、安寧療護經驗，與「死後生命與無助感」層面交互作用具有顯著關係，教育程度與安寧療護經驗主要效果在國中以下、大(專)學程度達顯著水準，研究者採取Scheffe法進行事後比較，結果發現

具有顯著性差異：

(一)國中以下程度，沒有安寧療護經驗的醫院志工對死亡焦慮之「死後生命與無助感」層面顯著高於有安寧療護經驗之醫院志工。廖芳娟(2000)以警察為研究對象，結果顯示學歷較低者，在死亡恐懼及死亡逃避上大於學歷較高者。蔡明昌(1995)的研究發現不識字及自修識字的老人死亡關切為最高，明顯地高於其他教育程度的老人。Wass and Sisler(1979)的研究顯示受正規教育程度較低者有負向的死亡態度及高度的死亡恐懼(引自Wass & Myers, 1982；黃國城，2003)。

(二)大(專)學程度，沒有安寧療護經驗的醫院志工對死亡焦慮之「死後生命與無助感」層面顯著高於有安寧療護經驗之醫院志工。黃國城(2003)研究結果顯示，不同教育程度之醫院志工，其中「大學院校」的醫院志工在生命意義感分層面之「生命控制」上顯著高於「國中」之醫院志工。通常，具有較高之學歷具有較佳之知識與技能，故較能掌控生活。

研究者分別以教育程度、有無安寧療護經驗探討與死亡焦慮差異，教育程度與醫院志工死亡焦慮變異數分析無顯著差異與本研究結果符合。本研究結果與黃國彥於1986年的研究發現教育程度與死亡焦慮並沒有顯著差異存在(引自羅素如，2000；黃國城，2003)相符合；醫院志工有無安寧療護經驗在死亡焦慮之變異數分析，顯示沒有安寧療護經驗的醫院志工在「死後生命與無助感」的焦慮明顯高於有安寧療護經驗的醫院志工，與本研究結果相符合，並不因加入教育程度變項而有不同結果。

研究者認為，專業人員經常得面對案主與家屬對於生命的失落，而對於輔助專業人員的安寧療護志工而言，也常經歷面對病患與家屬的痛苦卻不能協助什麼的無力感，面對自己找尋生命答案的茫然無措，以及滿懷熱忱想付出卻不一定有結果的掙扎，最常面臨的壓力更是病患逝世，隨之而來的是關係的切割，對於分離的焦慮、哀傷，有時卻也是刻骨銘心！因此，志工或其他專業服務人員都必須透過訓練與經驗去體會，去處理自己對於死亡的無助與心理不安(引自黃國城，2003)。

本研究顯示「死後生命與無助感」平均數在死亡焦慮量表得分是偏低，醫院志

工對於人既已死亡就無須去擔心掌控生命、對事物失去掌控這件事。因此，志工認為不用煩惱死後生命，或駭怕死後無法思考及完全的孤寂感這些事，所以也就沒有徬徨無助的困擾。黃國城(2003)研究指出，軍公教人員及學歷較高者，較能「自我肯定」，覺得自己對生活能有效地掌控、能解決生活中所面臨的問題、欣賞自己的優點及對自己較有信心。在社會中，學歷仍是社會評價的標準之一，具有較高之學歷，通常具有較佳之知識與技能，故較能掌控生活。而在這學習社會的時代中，終生學習的理念推行之際，每個人皆應培養終生學習的觀念與習慣，做終生學習的實踐者。



第五章 結論與建議

本研究主要在探討醫院志工的死亡焦慮，使用「死亡焦慮修正量表」(RDAS) 研究測量工具，藉由醫院志工的背景變項了解志工死亡焦慮情形，及有無安寧療護經驗變項，了解志工死亡焦慮差異情形，並藉由背景變項及安寧療護經驗交互作用探討與醫院志工死亡焦慮關係，根據 347 位醫院志工填答 RDAS 量表分析討論後，歸納結論如下：

第一節 結 論

一、醫院志工之死亡焦慮為中等偏低程度。

整體而言，醫院志工的死亡焦慮的確存在，只是死亡焦慮分數較低，屬中等偏低程度之死亡焦慮傾向。醫院志工死亡焦慮來源主要是「害怕痛苦的過程」、「自主權喪失」、「死後生命與無助感」三個向度。「害怕痛苦的過程」單題平均分數與四點量表的中間值二點五分相等外，「自主權喪失」、「死後生命與無助感」及總合單題平均分數得到的結果均小於二點五分，死亡焦慮分數較低。

二、醫院志工之死亡焦慮在性別、宗教信仰、跨組別服務具顯著差異

(一)醫院志工之性別在死亡焦慮具顯著差異

本研究結果發現女性之醫院志工在死亡焦慮之「害怕痛苦的過程」的層面顯著高於男性之醫院志工。

(二)醫院志工之宗教信仰在死亡焦慮具顯著異差

本研究結果發現無宗教信仰之醫院志工在死亡焦慮之「害怕痛苦的過程」的層面顯著高於佛教宗教信仰之醫院志工。「佛教」常提及苦、空、無常、死亡等，因此佛教徒在苦難的接納上頗高。對於有宗教信仰的人而言，其生命意義感會較高，宗教信仰態度較積極者，較容易適應死亡的事實。

(三)醫院志工之跨組別服務在死亡焦慮具顯著差異

本研究結果發現，「跨其他組或不曾跨組」醫院志工在死亡焦慮之「害怕痛苦的過程」層面顯著高於「跨病房組、急診組」醫院志工。「跨其他組或不曾跨組」醫院志工接觸的病患沒有立即性性命垂危，而病房組、急診組志工所面對的景象可能是外傷嚴重的狀況，生命垂危的現象，接觸的對象多數是急重症或瀕死病患，志工必須面對病患痛苦或死亡的歷程，在長期接觸死亡經驗下，彼此較能公開談論死亡，死亡恐懼會較低，會比跨其他組或不曾跨組志工對死亡的恐懼與焦慮較低，顯示「跨其他組或不曾跨組」醫院志工在「害怕痛苦的過程」之層面顯著高於「跨病房組、急診組」醫院志工。

三、醫院志工有無安寧療護經驗在死亡焦慮具顯著差異

本研究結果發現，醫院志工有無安寧療護經驗在死亡焦慮具有顯著差異，在「死後生命與無助感」層面上具有中低強度差距效果，沒有安寧療護經驗的醫院志工在「死後生命與無助感」的死亡焦慮顯著高於有安寧療護經驗的醫院志工。安寧療護強調身、心、靈的「全人」照顧，志工接受安寧療護照顧的訓練課程，且因自身的宗教信仰而較能了解死後生命、來生信念，對自我內心生命價值的探索，有宗教信仰者也許較相信有來生、輪迴，對來世有希望，也比無宗教信仰者較無死亡焦慮。

四、醫院志工之不同背景變項、有無安寧療護經驗與死亡焦慮具交互作用顯著關係

(一) 職業類別、安寧療護經驗，對「害怕痛苦的過程」具顯著交互作用

「軍公教」之醫院志工且沒有安寧療護經驗在死亡焦慮之「害怕痛苦的過程」層面上顯著高於有安寧療護經驗之醫院志工。

醫院志工並不特別害怕罹患癌症，但對於瀕死過程中身體所受到的疼痛和開刀，以及痛苦的瀕死過程及死亡會產生明顯的死亡焦慮傾向。癌症末期通常治癒無望，更多治療無助於延長生命，反而導致病人痛苦死亡，維持癌症末期病人最基本

的生理需求—讓身體舒適，減輕身體痛苦症狀至最低，是安寧療護人性化「四全照顧」的理念，緩減病人及家屬痛苦，且有尊嚴地向生命道再見。因為，「軍公教」之醫院志工在「苦難接納」層面，顯著高於「服務業」、「自由業」、「家管」及「目前暫無工作」之醫院志工，且「軍公教」之醫院志工對生活能有效地掌控、能解決生活中所面臨的問題，對自己較有信心，能有效地、有信心的接納、解決苦難問題。研究結果顯示，「軍公教」沒有安寧療護經驗之醫院志工在死亡焦慮之「害怕痛苦的過程」層面顯著高於「軍公教」有安寧療護經驗之醫院志工。

(二) 教育程度、安寧療護經驗，對「死後生命與無助感」具顯著交互作用

1.國中以下程度、沒有安寧療護經驗的醫院志工在死亡焦慮之「死後生命與無助感」層面顯著高於有安寧療護經驗之醫院志工。2.大(專)學程度、沒有安寧療護經驗的醫院志工在死亡焦慮之「死後生命與無助感」層面顯著高於有安寧療護經驗之醫院志工。

以教育程度、有無安寧療護經驗分別與死亡焦慮探討差異性，教育程度與醫院志工死亡焦慮變異數分析無顯著差異與本研究結果符合。醫院志工有無安寧療護經驗在死亡焦慮之變異數分析，顯示沒有安寧療護經驗的醫院志工在「死後生命與無助感」的死亡焦慮顯著高於有安寧療護經驗的醫院志工，與本研究結果相符合，所以，並不因加入教育程度變項而有不同結果。在教育程度變項下，有安寧療護經驗達到顯著水準但無顯著性差異，可能是分組之間引起的效果。在社會中，學歷仍是社會評價的標準之一，具有較高之學歷，較能「自我肯定」，通常具有較佳之知識與技能，故較能掌控生活。

第二節 建議

根據本研究結論，研究者提出幾項建議：

一、對醫院志工的建議：

(一)充實生死學知識，為自我生命點亮一盞燈

有文獻指出醫院是未來主要的死亡場域，表示志工在醫院遭逢死亡事件之經驗將更為頻繁，本研究中發現志工沒有接觸他人死亡或瀕臨死亡經驗者達五成六，沒有安寧療護經驗達八成九，倘若在醫院服務的志工們無法為自己做好心理建設，學習有效的死亡因應，只怕會危害到志工們的身心健康，為避免死亡事件而使心中留下陰影，造成心中恐懼、焦慮，醫院志工應充實自己生死學方面知識，閱讀生命與死亡相關書籍，參加生命教育課程或訓練，增加生死相關知識，培養自己接納死亡與正面思考之態度，逐漸開放自己對死亡的經驗，最後從接觸死亡的經驗中獲得學習與成長。

(二)以利己為出發點，以利他為目標，勇於接受苦難的挑戰

志願服務的工作內涵已經由金錢實物的濟助，擴展為多元性服務包括關懷、輔導和支持，而志工利己的需求是求取經驗、增進知識、自我滿足和自我實現。病房組、急診組志工所接觸的是外傷嚴重、生命垂危、臨終瀕死的病人，但是死亡焦慮比其他或不曾跨組志工低，研究顯示「跨其他組或不曾跨組」的醫院志工在死亡焦慮之「害怕痛苦的過程」的層面顯著高於「跨病房組、急診組」的醫院志工。醫院場域的病房、急診、安寧病房的志工求取經驗、增進知識、接受專業技巧專長訓練，經由服務的歷程，彰顯志工利他服務精神，而達成自我滿足、自我實現的目標。所以，要激勵志工勇於接受挑戰苦難的精神，參與跨組別服務尤其是病房組、急診組及安寧病房的志工服務。

二、對志工運用單位的建議：

(一)在醫院志工的訓練課程中，增加生命教育訓練課程

醫院志工有中低程度的死亡焦慮，志工沒有接觸他人死亡或瀕臨死亡經驗者達五成六，醫院志工若無法為自己做好心理建設，學習有效的死亡因應，只怕會危害到志工們的身心健康，為避免死亡事件而使心中留下陰影，造成心中恐懼、焦慮，確實需要運用單位多加重視醫院志工的死亡因應及焦慮。「人人生而平等」，但「人人終必死亡」，德國哲學家海德格(Martin Heidegger)在《存在與時間》(*Being and Time*)說：「人是向死的存在 (being-towards-death)」表示死亡是人存在的一部份，為了讓在醫院領域服務的志工，能多了解多接觸瀕死處理、談論死亡、死亡接受、失落處理、增進生命意義，對此本研究建議志工運用單位多提供生死學相關教育訓練課程，或將生死學列為特殊訓練或成長課程，透過死亡相關教育來提昇志工的死亡因應能力，若對「死亡」有忌諱，則可以從生命教育的立場去闡述生與死，讓志工對生死有正面思考，運用單位並可選擇適合之醫院志工從事特殊訓練，例如安寧療護訓練，強化專業知能，祈使志工的實質效益發揮到最大。

(二)安寧療護理念融入醫院志工場域之必要性

本研究顯示醫院志工沒有安寧療護經驗達八成九，醫院志工沒有安寧療護經驗在死亡焦慮之「死後生命與無助感」的層面顯著高於有安寧療護經驗的醫院志工，「軍公教」且沒有安寧療護經驗之醫院志工在死亡焦慮之「害怕痛苦的過程」的層面顯著高於「軍公教」且有安寧療護經驗之醫院志工，國中以下、大(專)學沒有安寧療護經驗的醫院志工在死亡焦慮之「死後生命與無助感」的層面顯著高於國中以下、大(專)學有安寧療護經驗之醫院志工。研究顯示醫院志工背景變項分析、交互作用關係呈現沒有安寧療護經驗的死亡焦慮顯著高於有安寧療護經驗。在志工服務的醫院場域，有安寧療護理念之重要性，安寧療護人性化「四全照顧」的理念，強調身、心、靈的「全人」照顧，志工接受安寧療護照顧的訓練課程，增加對自我內心生命價值的探索，提升生活照護品質，緩減病人及家屬痛苦，且有尊嚴地向生命道再見。因此，安寧療護理念融入醫院志工場域有其必要性。

三、對未來研究的建議

(一)擴充研究場域及樣本數

研究者選擇中部地區單一的醫學中心做研究主體，而且樣本人數偏低，可能影響本研究外在效度，所以，研究結果無法推論到與台中榮總在性質上差異較大之醫療院所志工。因此，建議未來研究範圍可擴及全省或不同級別的醫院進行研究，以增加研究結果的推論性。

另外，欲在醫療體系進行研究，須經過各醫院內的人體試驗委員會審查通過方可進行研究調查，耗費的審查時間、費用不貲。因此，建議未來研究者須將經費預算及審查時程納入考量因素之一，在申請通過人體試驗委員會之審查後進行研究，以增加研究結果的推論性。

(二)在研究方法上能夠質量並行

因為本研究工具—RDAS是自行翻譯國外量表，雖然死亡焦慮修正量表已被檢視其效度，但是無法排除語意及文化差異所造成的誤差。

另外，本研究設計為問卷調查法，利用志工到院值班簽到時，由研究者或行政值班志工親自發放問卷請志工填答，在志工值班結束簽退時回收問卷，無法得知是否受到時間限制及值班過程的感受影響在填答時造成的誤差。

因此，建議未來研究者可在問卷上增加開放性填答或隨機抽樣深度訪談，使研究結果更能符合本土性，更具代表性。

(三)在研究工具上能夠編製本土化量表

本研究工具—RDAS是自行翻譯國外量表，雖然死亡焦慮修正量表已被檢視其效度，但是無法排除語意及文化差異所造成的誤差，且與個人本身對死亡焦慮的感受、因應方式的都有關係。因此，建議將RDAS翻譯、編製符合本土化之量表，使研究結果更具代表性外，更能符合本土性研究。

參考文獻

中文部分

- 吳美如 (2005)。生死教育課程對高職學生生命價值觀及死亡焦慮影響之研究。碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 許淳惠 (2002)。不同依附型態之醫學院學生與非醫學院學生在死亡焦慮及害怕個人死亡歸因上之差異。碩士論文，國立成功大學行為醫學研究所，台南市。
- 林千琪 (2003)。生死教育輔導方案對國小五年級學童死亡概念、死亡焦慮、生命價值觀之影響。碩士論文，台南師範學院輔導教學碩士班。
- 馮日安 (2004)。安寧療護中的靈性照顧-安寧志工的觀點。碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 林怡亞 (2000)。血液透析者如何在死亡焦慮中與疾病共舞。碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 羅文珮 (2004)。突發急重症病患重要他人的死亡焦慮~鋼索上的表演~。碩士論文，長庚大學護理學研究所，台北縣。
- 張利中、林志龍及洪栩隆 (2001)。醫學系與護理系學生自我概念落差與死亡焦慮之關係，醫學教育，5，40-50。
- 江蘭貞 (2005)。從照顧到陪伴—安寧護理人員回應臨終病患死亡焦慮之研究。碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 林佳宜 (2008)。遙遠的敵人或親密的朋友？長期照護機構住民死亡焦慮之研究。碩士論文，台北教育大學生命教育與健康促進研究所，台北市。
- 楊勝任 (2003)。醫院志願服務對志工生命價值觀的影響研究。碩士論文，國立高雄師範大學成人教育研究所。
- 吳慧敏。(1999) 死亡焦慮初探。生死學研究通訊第四期，p3-8。
- 姚佳伶 (2009)。從海德格與亞隆思想探討《挪威的森林》中死亡焦慮之現象。碩士論文，南華大學哲學研究所。

- 傅偉勳(1993)。死亡的尊嚴與生命的尊嚴--從臨終精神醫學到現代生死學。台北市：正中。
- 林麗惠(2006)。高齡者參與志願服務與成功老化之研究。生死學研究第四期，1-36。
- 鄭曉江(2000)。免於死亡焦慮與恐懼之方法—中國傳統死亡智慧與「生死互滲」觀。哲學與文化，27(3)，257-269
- 蔡昌雄、蔡淑玲、劉鎮嘉(2006)。死亡焦慮下的自我照顧-以安寧護理人員為例。生死學研究第三期，133-164。
- 何賢文、許鶯珠(2006)。生命意義的再建構-以喪子女父母為例。生死學研究第六期，125-189。
- 黃宇達(1997)。死亡焦慮：性別、年齡與死亡焦慮歸因之角色的探討。碩士論文，中原大學心理學研究所。
- 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。
- 蔡佳螢(2001)。安寧療護志願服務人員參與動機和工作滿足之研究。東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 楊小薇(2008)。大學生死亡焦慮之研究—情緒性叫色作業(Stroop color-naming Task)取向。碩士論文，南華大學生死學研究所。
- 秦燕(2001)。醫院中的志願服務工作。社區發展季刊，93，171-181。
- 曾騰光、曾華源(2001)。我國志願服務潛在問題與應有的走向。社區發展季刊，93，6-18。
- 曾華源(2001)。對我國擴大參與志願服務途徑與設置志工中心的建議。社區發展季刊，93，59-75。
- 朱美珍、劉香君(2001)。國軍志願服務組織之運作。社區發展季刊，93，144-154。

- 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。碩士論文，南華大學生死學研究所。
- 薛淑珍 (2007)。影響資深安寧療護志工持續服務之因素探討。碩士論文，輔仁大學社會工作研究所。
- 佛教蓮花臨終關懷基金會(2006)。安寧緩和醫療關懷手冊。
- 歐文·亞隆 著，易之新 譯 (2003)。存在心理治療 (Existential Psychotherapy)【上】—死亡。台北：張老師。
- 羅洛·梅 (2004)。焦慮的意義 (The Meaning of Anxiety) (朱侃如譯)。台北市：立緒。
- 吳明隆、涂金堂 (2008)。SPSS 與統計應用分析。台北市：五南圖書出版股份有限公司。
- 涂金堂 (2010)。SPSS 與量化研究。台北市：五南圖書出版股份有限公司。
- 宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍 (2002)。社會工作理論：處遇模式與案例分析。台北市：洪葉文化事業有限公司。
- Robert Kastenbaum (1996)。死亡心理學 (劉震鐘、鄧博仁譯)。台北市：五南圖書出版股份有限公司。(原著出版年：1992)
- Gerald Cprey (2007)。諮商與心理治療：理論與實務 (鄭玄藏等合譯)。台北市：雙葉書廊有限公司。(原著出版年：1977)

英文部分

- Adam B. Cohen, John D. Pierce Jr., Jacqueline Chambers, Rachel Meade, Benjamin J. Gorvine, Harold G. Koenig(2005). Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *Journal of Research in Personality*,39(3),307-324.
- Ahmed M. Abdel-Khalek(1986). Death anxiety in Egyptian samples. *Personality and Individual Differences*,7(4),479-483.
- Alan L. Berman, James E. Hays(1973). Relation between death anxiety, belief in afterlife, and locus of control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,41(2), 318.
- Becker, E.(1973).The Denial of death. New York : Free Press.
- Bengtson, V.L., Cuellar, J., & Ragan, P. (1979).Stratum contrasts and similarities in attitudes toward death. *Journal of erontology*, 32, 76-88.
- Boyar, J.I.(1964).*The construction and partial validation of a scale for the measurement of the fear of death*. Unpublished doctoral dissertation, University of Rochester.
- Conte, H.R., Weiner, M.B.,& Plutchik, R.(1982).Measuring death anxiety : Conceptual psychometric and factor analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*,43, 775-785.
- Derek Arnold Pyne (2010). A model of religion and death. *Journal of Socio-Economics*, 39(1), 46-54.
- Donald I. Templer, Carol F. Ruff, Cyril M. Franks (1971). Death anxiety: Age, sex, and parental resemblance in diverse populations. *Developmental Psychology*, 4(1), Part 1,108.
- Epting, F. R., & Neimeyer, R. A.(Eds.). (1984).*Personal meanings of death :Applications of personal construct theory to clinical practice*. Washington, DC : Hemisphere.

- Hall, G. S. (1896). Study of fears. *American Journal of Psychology*, 8, 147-249.
- Harriett W. Gibbs, Jeanne Achterberg-Lawlis (1978). Spiritual values and death anxiety: Implications for counseling with terminal cancer patients. *Journal of Counseling Psychology*, 25(6), 563-569.
- Joaquín Tomás-Sábado, Juana Gómez-Benito (2005). Construction and Validation of the Death Anxiety Inventory (DAI). *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 108-114.
- Kalish, R. (1986). Cemetery visits. *Death Studies*, 10, 55-58.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York : Macmillan.
- Lester, D. (1967). *The Lester Attitude Toward Death Scale*. Pomona, NJ: Richard Stockton State College.
- Lester, D. (1967). Experimental and correlational studies of the fear of death. *Psychology Bulletin*, 67, 27-36.
- Lonetto, R., & Templer, D.I. (1986). *Death Anxiety*. Washington, DC : Hemisphere Publishing Corp.
- Marshall, V.W. (1982). Death and dying. In D. Mangen & W. Peterson (Eds.), *Research instruments in social gerontology, Volume 1 : Clinical and social psychology* (pp.303-381). Minneapolis : University of Minnesota Press.
- Maurer, A. (1975). Death, women, and history. *Omega-Journal of Death and Dying*, 6, 20-23.
- McMordie, W.R. (1978). *Measurement of death anxiety*. Unpublished doctoral dissertation, University of Ottawa.
- McMordie, W.R. (1979). Improving measurement of death anxiety. *Psychological Reports*, 44, 975-980.

- Neimeyer, R. A.(1988).Death anxiety. In H. Wass, F. M.Berardo, & R. A. Neimeyer (Eds.), *Dying : Facing the facts*. Washington, DC : Hemisphere.
- Neimeyer, R. A., Bagley, K., Moore, & M. K.(1986). Cognitive structure and death anxiety, *Death Studies, 10*, 273-288.
- Neimeyer, R. A. & Moore, M. K. (1994). Validity and reliability of the multidimensional Fear of Death Scale. In R. A. Neimeyer (Ed.). *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*. pp.103-119. Washington, DC: Taylor and Francis.
- Pollak, J. M. (1980). Correlates of death anxiety : A review of empirical studies. *Omega-Journal of Death and Dying, 10*, 97-121.
- Powell, F.C. Thorson, J. A., Kara, G., & Uhl, H. S. M. (1990). Stability of medical students' attitudes toward aging and death. *Journal of psychology, 124*, 339-342.
- R. Kastenbaum(2007).Death Anxiety.*Encyclopedia of Stress*,717-722.
- Robbins, R. A. (1994). Death Competency: Bugen's Coping with Death Scale and Death Self-Efficacy. In R. A. Neimeyer (Ed.). *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*. pp.149-168. Washington, DC: Taylor and Francis.
- Templer, D. (1970). The construction and validation of the Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*,82, 165-177.
- Templer, D. (1972). Death anxiety in religiously very involved persons. *Psychological Report, 31*, 361-362.
- Thorson, J. A., & Perkins, M.(1977). *A factor-analytic study of a scale designed to measure death anxiety*. Paper presented at the 30th annual scientific meeting of the Gerontological Society, San Francisco.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1984). *Revision and factor analysis of a death anxiety scale*. Paper presented at the 37th annual scientific meeting of the Gerontological Society, San Antonio.

- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1988). Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal of Clinical psychology*, 44, 691-701.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1991a). A cross-sequential study of medical students' attitudes towards ageing and death. *Medical Education*, 25, 32-37.
- Thorson, J. A. & Powell, F. C. (1994). Revised Death Anxiety Scale. In R. A. Neimeyer (Ed.). *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*. pp.31-43. Washington, DC: Taylor and Francis.
- Thorson, J. A., Powell, F. C., Kara, G., & Uhl, H.S.M.(1988). *Personality correlates and changes in medical students' attitudes towards old people and death*. Paper presented at the 45th annual scientific meeting of the American Geriatrics Society, Anaheim, CA.
- Tomer, A., & Eliason, G. (1996). Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death Studies*, 20, 343-365.
- Wass, H., & Myers, J. E.(1982). Psychosocial aspects of death among the elderly: A review of the literature. *Personnel and Guidance Journal*, 61, 131-137.
- Williams, R. L., & Cole, S. (1968). Religiosity, generalized anxiety and apprehension concerning death. *Journal of Social Psychology*, 75, 111-117.
- 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: Research, Instrumentation, and Application*. pp.121-148. Washington, DC: Taylor and Francis.

附 錄

附錄一、RDAS 中文版量表

親愛的志工朋友，您好：

首先對您們熱心、無私的奉獻於醫院志願服務工作感到由衷的敬佩。我是南華大學生死學研究生張振發，目前正在從事有關醫院志工死亡焦慮之研究，藉由此研究將提供給醫院志願服務工作改進與增益之參考，希望您在百忙中撥出時間填寫這份問卷，我們非常期待您寶貴的意見。

本問卷採不寄名方式，所有資料僅於此研究分析中，不做它用，資料分析僅針對整體性進行分析，不會針對個人資料進行探討，請放心並詳細填寫，並請就您最真實的感受，在適當位置選答。

有您的協助是我們最大的榮幸

誠摯的感謝您！

南華大學 生死學研究所

指導教授 蔡明昌

研究生 張振發 敬上

2010 年 6 月

【第一部分】請依您的實際狀況，在答案號碼前的“□”內打「√」，或在空白欄位中填寫正確資料。

基本資料：

1.您的性別： (1) 男性 (2) 女性

2.您的生日是民國_____年_____月_____日

3.您的教育程度：

(1) 小學 (2) 國(初)中 (3) 高中(職)

(4) 專科 (5) 大學 (6) 研究所以上

(7) 其他：_____ (請填寫)

4.您目前的婚姻狀況為：

(1) 未婚 (2) 已婚 (3) 離婚 (4) 喪偶

(5) 其他：_____ (請填寫)

5.您目前的職業：

(1) 軍 (2) 公 (3) 教 (4) 工商界人士

(5) 專業人士 (6) 家務管理 (7) 學生

(8) 服務業 (9) 退休公務人員 (10) 一般退休人員

(11) 其他：_____ (請填寫)

6.您的宗教信仰：

(1) 佛教 (2) 基督教 (3) 天主教

(4) 民間信仰 (5) 一貫道 (6) 回教

(7) 無 (8) 其他：_____ (請填寫)

7.您加入本院志工隊至今已_____年

8.您目前所屬的服務組別：

(1) 支援組 (2) 門廳接待組 (3) 急診組

(4) 病房組 (5) 圖書推車組 (6) 門診組

(7) 服務台組 (8) 緩和療護組 (9) 臨床護理組

(10) 其他：_____組

9.您曾經或跨組服務的組別：(可複選)

(1) 支援組 (2) 門廳接待組 (3) 急診組

(4) 病房組 (5) 圖書推車組 (6) 門診組

(7) 服務台組 (8) 緩和療護組 (9) 臨床護理組

(10) 其他：_____組

10.您在志願服務過程中曾經接觸過死亡或瀕臨死亡的人：是 否

【第二部分】 請閱讀以下各題的敘述，選填非常符合、符合、不符合或非常不符合。根據您的感受迅速回答，不要花太多時間思考你的答案，我們希望了解您當下的第一印象的想法，謝謝您的填答。

	非常符合	符合	不符合	非常不符合
1.我害怕瀕死是痛苦的死亡。	4	3	2	1
2.不知道未來世界是什麼樣子令我煩惱。	4	3	2	1
3.我死後再也無法思考，這想法令我駭怕。	4	3	2	1
4.我一點也不焦慮關於身體在埋葬後會發生什麼事情。	4	3	2	1
5.棺材令我焦慮。	4	3	2	1
6.我討厭去想到在我死後對事物失去掌控。	4	3	2	1
7.死後完全不能動彈困擾著我。	4	3	2	1
8.我想到開刀就害怕。	4	3	2	1
9.關於死後生命的問題非常的令我煩惱。	4	3	2	1
10.我不害怕漫長、緩慢的瀕死。	4	3	2	1
11.我不在意當我死時被放進封閉的棺材中。	4	3	2	1
12.我討厭我死後將徬徨無助的想法。	4	3	2	1
13.我一點也不擔心是否有來生。	4	3	2	1
14.我死後再也感覺不到任何事物，使我心煩意亂。	4	3	2	1
15.涉及痛苦的瀕死使我駭怕。	4	3	2	1
16.我期待著新生命，在我死後。	4	3	2	1
17.我並不擔心徬徨無助。	4	3	2	1
18.我被身體將在墳墓裡腐爛的這種想法所困擾。	4	3	2	1
19.我死後將會失去一切的感覺令我不安。	4	3	2	1
20.我們死後會發生什麼事情令我擔心。	4	3	2	1
21.我一點也不擔心掌控生命這件事。	4	3	2	1
22.死亡的完全孤寂使我駭怕。	4	3	2	1
23.我不特別害怕罹患癌症。	4	3	2	1
24.我將留下詳細處理後事的遺囑。	4	3	2	1
25.我死後身體會發生什麼事並不會困擾著我。	4	3	2	1

附錄二 背景變項、安寧療護經驗與死亡焦慮交互作用未達顯著摘要表

一、性別

害怕痛苦的過程：安寧療護經驗 × 性別之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	5.53	1	5.53	.91	.34	
性別	12.14	1	12.14	2.01	.16	
安寧療護經驗 × 性別	3.98	1	3.98	.66	.42	
誤差	1980.54	327	6.06			
總和	35206.00	331				

自主權喪失：安寧療護經驗 × 性別之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	10.68	1	10.68	.95	.33	
性別	2.25	1	2.25	.20	.66	
安寧療護經驗 × 性別	3.21	1	3.21	.29	.59	
誤差	3627.73	323	11.23			
總和	55837.00	327				

死後生命與無助感：安寧療護經驗 × 性別之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	1.47	1	1.47	.06	.81	
性別	86.18	1	86.18	3.38	.07	
安寧療護經驗 × 性別	1.55	1	1.55	.06	.81	
誤差	7865.04	308	25.54			
總和	118283.00	312				

二、年齡別

害怕痛苦的過程：安寧療護經驗 × 年齡之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	17.30	1	17.30	2.84	.09	
年齡	35.30	2	17.65	2.89	.06	
安寧療護經驗 × 年齡	31.67	2	15.84	2.60	.08	
誤差	1928.16	316	6.10			
總和	34224.00	322				

自主權喪失：安寧療護經驗 × 年齡之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	1.66	1	1.66	.15	.70	
年齡	20.38	2	10.19	.92	.40	
安寧療護經驗 × 年齡	27.50	2	13.75	1.24	.29	
誤差	3465.36	312	11.11			
總和	54099.00	318				

死後生命與無助感：安寧療護經驗 × 年齡之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	156.13	1	156.13	6.14	.01	
年齡	.68	2	.34	.01	.99	
安寧療護經驗 × 年齡	43.55	2	21.78	.86	.43	
誤差	7579.77	298	25.44			
總和	115381.00	304				

三、婚姻狀況

害怕痛苦的過程：安寧療護經驗 × 婚姻狀況之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	5.38	2	2.69	.43	.65	
婚姻狀況	4.70	1	4.70	.75	.39	
安寧療護經驗 × 婚姻狀況	7.20	2	3.60	.58	.56	
誤差	2018.98	323	6.25			
總和	34981.00	329				

自主權喪失：安寧療護經驗 × 婚姻狀況之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	21.00	1	21.00	1.86	.17	
婚姻狀況	41.38	2	20.69	1.83	.16	
安寧療護經驗 × 婚姻狀況	18.64	2	9.32	.83	.44	
誤差	3582.21	317	11.30			
總和	55078.00	323				

死後生命與無助感：安寧療護經驗 × 婚姻狀況之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	91.15	1	91.15	3.55	.06	
婚姻狀況	33.12	2	16.56	.65	.53	
安寧療護經驗 × 婚姻狀況	8.55	2	4.28	.17	.85	
誤差	7749.39	302	25.66			
總和	116537.00	308				

四、宗教信仰

害怕痛苦的過程：安寧療護經驗 × 宗教信仰之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	1.77	1	1.77	.29	.59	
宗教信仰	58.47	4	14.62	2.37	.05	
安寧療護經驗 × 宗教信仰	10.64	3	3.55	.58	.63	
誤差	1954.21	317	6.17			
總和	34595.00	326				

自主權喪失：安寧療護經驗 × 宗教信仰之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	.87	1	.87	.08	.78	
宗教信仰	81.77	4	20.44	1.82	.13	
安寧療護經驗 × 宗教信仰	15.88	3	5.29	.47	.70	
誤差	3515.07	313	11.23			
總和	54866.00	321				

死後生命與無助感：安寧療護經驗×宗教信仰之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	95.11	1	95.11	3.69	.06	
宗教信仰	118.33	4	29.58	1.15	.33	
安寧療護經驗 × 宗教信仰	35.64	3	11.88	.46	.71	
誤差	7682.55	298	25.78			
總和	116465.00	307				

五、志工隊年資

害怕痛苦的過程：安寧療護經驗×志工隊年資之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	11.61	1	11.61	1.84	.18	
志工隊年資	18.52	3	6.17	.98	.40	
安寧療護經驗 × 志工隊年資	28.04	3	9.35	1.48	.22	
誤差	1751.14	277	6.32			
總和	31133.00	285				

自主權喪失：安寧療護經驗 × 志工隊年資之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	10.81	1	10.81	1.04	.31	
志工隊年資	11.07	3	3.69	.35	.79	
安寧療護經驗 × 志工隊年資	26.03	3	8.68	.83	.48	
誤差	2877.16	276	10.43			
總和	48271.00	284				

死後生命與無助感：安寧療護經驗×志工隊年資之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	128.51	1	128.51	5.13	.02	
志工隊年資	41.03	3	13.68	.55	.65	
安寧療護經驗 × 志工隊年資	52.59	3	17.53	.70	.55	
誤差	6533.28	261	25.03			
總和	100897.00	269				

六、服務組別

害怕痛苦的過程：安寧療護經驗 × 服務組別之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	14.86	1	14.86	2.40	.12	
服務組別	10.31	2	5.16	.83	.44	
安寧療護經驗 × 服務組別	2.00	1	2.00	.32	.57	
誤差	2020.89	326	6.20			
總和	35206.00	331				

自主權喪失：安寧療護經驗 × 服務組別之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	26.48	1	26.48	2.36	.13	
服務組別	19.86	2	9.93	.88	.41	
安寧療護經驗 × 服務組別	5.41	1	5.41	.48	.49	
誤差	3616.98	322	11.23			
總和	55837.00	327				

死後生命與無助感：安寧療護經驗×服務組別之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	14.90	1	14.90	.58	.45	
服務組別	28.83	2	14.41	.57	.57	
安寧療護經驗 × 服務組別	17.40	1	17.40	.68	.41	
誤差	7834.85	307	25.52			
總和	118283.00	312				

七、跨組服務別

害怕痛苦的過程：安寧療護經驗 × 跨組別之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	.31	1	.31	.05	.82	
跨組別	12.06	2	6.03	.98	.38	
安寧療護經驗 × 跨組別	4.97	1	4.97	.81	.37	
誤差	2006.00	326	6.15			
總和	35206.00	331				

自主權喪失：安寧療護經驗 × 跨組別之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	19.75	1	19.75	1.77	.18	
跨組別	33.98	2	16.99	1.52	.22	
安寧療護經驗 × 跨組別	35.35	1	35.35	3.17	.08	
誤差	3591.05	322	11.15			
總和	55837.00	327				

死後生命與無助感：安寧療護經驗 × 跨組別之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	112.83	1	112.83	4.42	.04	
跨組別	29.03	2	14.53	.57	.57	
安寧療護經驗 × 跨組別	15.71	1	15.71	.62	.43	
誤差	7837.50	307	25.46			
總和	118283.00	312				

八、接觸死亡經驗

害怕痛苦的過程：安寧療護經驗×接觸死亡經驗之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	7.62	1	7.62	1.22	.27	
接觸死亡經驗	.97	1	.97	.156	.69	
安寧療護經驗 ×接觸死亡經驗	3.17	1	3.17	.51	.48	
誤差	1937.25	311	6.23			
總和	33893.00	315				

自主權喪失：安寧療護經驗 × 接觸死亡經驗之雙因子變異數分析摘要表 (N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	7.82	1	7.82	.70	.40	
職業類別	.33	1	.33	.03	.86	
安寧療護經驗 ×接觸死亡經驗	.00	0	.	.	.	
誤差	3456.25	310	11.15			
總和	52960.00	313				

死後生命與無助感：安寧療護經驗×接觸死亡經驗之雙因子變異數分析摘要表(N=347)

變異來源	SS	df	MS	F	p	事後比較
安寧療護經驗	131.81	1	131.81	5.09	.03	
接觸死亡經驗	.39	1	.39	.02	.91	
安寧療護經驗 ×接觸死亡經驗	.00	0	.	.	.	
誤差	7633.56	295	25.88			
總和	112083.00	298				