

南 華 大 學

生死學研究所 碩士論文

台灣地區安寧病房護理人員宗教信仰與
死亡因應之關聯初探

**The association between religious belief and
coping competency toward death :
A study to hospice nurses in Taiwan**

研 究 生：鄭美莉

指導教授：張利中 博士

中華民國九十二年六月二十日

南 華 大 學

碩 士 學 位 論 文

生死學研究所

論文題目：台灣地區安寧病房護理人員宗教信仰

與死亡因應之關聯初探

研究生：

鄭美莉

經考試合格特此證明

口試委員：

張利中
林本炫

指導教授：

蔡品雄
張利中

所 長：

釋慧開(陳開宇)

口試日期：中華民國九十二年六月二十日

致 謝

兩年前在因緣巧合下，幸運地進入生死所就讀，度過了我人生中如此美好又如此豐盈的時光。這一路走來，除了要感謝台中護專陳若慧校長以其豐富的學識與經驗，對我在學習上的建言與指點，以及在工作上對我的愛護、支持與鼓勵外，也要感謝同事們的關心與家人們的配合，這些都是我雄厚的精神後盾。

更要謝謝指導教授張利中老師，本著最大的耐心一步步的引領我走向研究的道路，這本論文的每個環節與轉折都是在老師細心的指導與帶領下，才得以孕育成形。包括研究計畫的經費支助，安寧社群的資源提供，學術研究上的反覆討論。授張利中老師不僅是我步入學術之路的啟蒙導師，這些日子為了指導我做研究所花費的時間、心力與物力，更是我能順利完成論文的「最重要影響變項」。

也要謝謝林本炫老師，親切的以其豐富的學養與經驗，在研究上幫我釐清與剖析難題與困境，不僅在口試時，也在研究過程中不厭其煩的協助我在宗教問題上的解惑與區辨，他在學術上精確獨到的見解，及對學生的初淺青澀的包容，不僅讓我受益良多，而且深深令我欽佩與感動。

另外還要謝謝蔡昌雄老師，他的心思高遠，言談中範，每次課堂的討論都能帶領我領悟不同層次的學識嫻妙。在口試時，又費心地對我的論文在整體考量與細節檢視上給予啟迪與建議，讓我能從更寬廣的角度來反省研究的深度，使我獲益匪淺。還要謝謝所長慧開師父無論是在課堂上或是在生活上，對我們的苦口婆心與潛移默化，他對生死所每個同學的期許與提攜，讓我深深體會自己在現代生死學建構上的任重而道遠，也希望未來有機會為此獻上綿薄之力。

而在研究調查的期間，承蒙安寧照顧基金會、各大醫院行政單位、各安寧病房護理長及所有安寧病房護理人員們，不辭辛勞的鼎力相助，因為有您們的接納與配合才

能有這個研究成果的呈現，所以也要在這裡致上我最大的謝意。

回想在這段求學的日子裏，好友及同窗們，有人是無怨無悔的對我體貼協助，不求回報；有人是對我竭盡所能的維護支持，毫不遲疑；有人是對我真誠信任，珍惜得來不易的志同道合；有人是慷慨的對我傾囊相授，細心呵護同窗情誼.....。面對這麼多的真情相待，我所要表達的最深刻的感激，是一切無法細述的點點滴滴.....我深深相信我的朋友及同學們，即使我沒有將他們一一點名亮相，也一定能夠了解我的謝忱及心意！

如果論文的完成是一種學習成果的呈現，那我要將這功勞歸於所有關愛我的人，沒有你們就沒有我今天的蛻變與開展，這一切一切都將留在我心裡永誌不忘！

謝謝大家！

美莉 寫于南華生死所
2003年夏天

摘 要

本研究主要目的在於瞭解台灣地區安寧病房護士之死亡因應能力，及宗教認同、信仰成熟度及其他基本屬性與死亡因應的關聯。第一階段預試，以中部某醫院護理人員 32 人為對象，應用半結構問卷訪談獲得質性資料對照問卷填答結果，作為研究工具「宗教認同問卷」之內容效度。並採分層隨機抽樣，以北、中、南、東部各一所，共四所安寧病房全部護理人員 90 人為對象實施問卷及量表之預試，共回收有效問卷 85 份（回收率 94%）。

第二階段正式施測則採普查方式，以台灣地區中華民國安寧療護基金會合約醫院的安寧病房，包括：北部五家、中部五家、南部九家、東部一家等共十九所；已取得執照並實際從事安寧療護臨床工作三個月以上，之所有護理人員 230 人為對象。共回收有效問卷 195 份（回收率 85%）。

本研究之研究工具在死亡因應能力評估方面，使用「死亡因應自我效能量表」，包含「臨終關懷」（12 題）、「哀傷因應」（9 題）、「死亡準備」（8 題）三個分量表。在宗教信仰評估方面，採用「宗教認同問卷」，以區分出「一度稱信教」、「二度稱信教」、「三度稱信教」、「不可知論者」及「無神論者」五種層次的宗教信仰狀況；及使用「信仰成熟度量表」，涵蓋「神人關係」及「群我關係」兩個面向。

研究結果顯示，「死亡因應自我效能量表」、「宗教認同問卷」、「信仰成熟度量表」，具有合宜的效度（CVI>.87）及信度（Cronbach's $\alpha=.69\sim.92$ ）。「宗教信仰再分類」及「信仰成熟度」可以作為死亡因應自我效能之重要說明變項，「宗教認同」也可以有效說明「信仰成熟度」。所以「宗教認同問卷」是有效的工具，建議可以作為未來以宗教信仰為說明變項研究的宗教信仰評估之用。「死亡因應自我效能量表」則是一個評估死亡因應能力的有效工具，建議可以作為安寧病房護士、安寧志工或是護理學生死亡教育訓練成效，及靈性照顧自我效能的評估之用。

預測影響死亡因應的重要因素，所得結果如下：(1) 教育程度和年齡愈高者死亡因應自我效能愈強，佛教與基督宗教的信仰可以增進死亡因應自我效能，而且神人關係愈好的安寧病房護士其死亡因應自我效能越強。(2) 信仰基督宗教可以提高臨終關懷自我效能，而且神人關係愈好的安寧病房護士其臨終關懷的自我效能越強。(3) 安寧病房護士年齡愈高者其哀傷因應自我效能愈強，神人關係愈好的安寧病房護士其哀傷因應的自我效能也越強。(4) 群我關係愈好的安寧病房護士其死亡準備的自我效能越強。所以對於安寧病房護理人員的死亡因應自我效能而言，對所信仰宗教的認同強度如何並不重要，重要的是年齡、教育程度以及信仰的宗教是什麼教，還有神人關係成不成熟。

據此本研究建議：(1) 在護理教育的通識課程，應該更多元的開設有關於宗教教育方面的選修，如宗教與人生，信仰與生活等，而且宗教教育應不只是著重在宗教知識教育層面，也應落實於宗教情操的培養。(2) 台灣的安寧療護專業應更重視與正視宗教與臨終關懷、靈性照顧關係的議題，而且應該肯定護理人員宗教信仰對於臨終關懷、靈性照顧可能造成的正向的影響。(3) 在臨終關懷的研習課程中增加宗教與靈性的議題外，分組討論中也能加入宗教信仰、神人關係影響臨終關懷、靈性照顧的主題。(4) 在安寧護理人員的晉用或是培養上，能多鼓勵年齡較長學歷較高加入安寧照顧的行列，或是對於現職安寧病房護理人員的留任與再進修多予重視及支持。

關鍵詞：安寧病房、護理人員、死亡因應能力、自我效能、宗教信仰分類、宗教認同、
信仰成熟度

ABSTRACT

The objectives of this study include (1) the development and validation of a Coping toward Death Self-Efficacy Scale (CDSS); (2) the assessment of religious identity and maturity; and (3) the exploration of the predictors of hospice nurses' CDSS. Instruments of CDSS, religious identity assessment, and religious maturity scale were modified for the present research. Through mailed questionnaires, the 230 nurses of 18 hospice wards around Taiwan provided their responses.

It was found that the CDSS included three sub-scales, namely (1) the terminal caring, (2) coping with grief, and (3) death-preparation. These three scales were used as the main dependent variables for further analyses. Responses regarding religious identity were coded into five different levels from 1 to 5. Larger number indicates stronger identity with one's religion. Hospice nurses' religious identity ranges from level 1 – not believe in any religion to 5 – strongly identified with one's religion. The two sub-scales of religious maturity were found to be (1) relationship with God, and (2) relationship with the others.

Regression analyses indicated that (1) the Christian religion, the Buddhism religion, age, and education were the significant predictors of one's CDSS, (2) the Christian religion and the relationship with God were significant predictors of one's the terminal caring self-efficacy, (3) relationship with God and age were significant predictors in one's coping with grief self-efficacy, (4) relationship with the others was the significant predictors for one's death-preparation self-efficacy.

The present study provides validation of a Coping toward Death Self-Efficacy Scale (CDSS), and implicates that the results are very important reference to hospice- nursing education and spiritual care.

Key word: hospice, nurses, coping competency toward death , self-efficacy, religious belief, religious identity, faith maturity.

目 錄

第一章	緒論	
第一節	研究動機	1
第二節	研究目的	4
第三節	名詞釋義	5
第二章	文獻探討	
第一節	死亡因應及其相關研究	7
第二節	宗教信仰及其相關研究	16
第三章	研究方法	
第一節	分析架構	27
第二節	研究假設	29
第三節	研究對象	30
第四節	研究倫理	31
第五節	研究工具	32
第六節	資料分析	34
第七節	信度與效度	35
第八節	研究步驟	45
第四章	研究結果與討論	
第一節	安寧病房護理人員之基本屬性	46
第二節	死亡因應能力之分佈情形	48
第三節	宗教信仰類別、宗教認同與信仰成熟度之分佈情形	50
第四節	基本屬性與死亡因應之相關分析	57

第五節 宗教信仰、宗教認同及信仰成熟度與死亡因應之關聯探討·····	62
第六節 預測死亡因應的重要影響變項·····	68

第五章 結論與建議

第一節 結論·····	86
第二節 建議與研究限制·····	91

參考資料

中文部分·····	95
西文部分·····	99
網路資料·····	104

附錄

附錄一 正式施測安寧病房名單·····	105
附錄二 參與研究同意書·····	106
附錄三 研究工具使用同意書·····	108
附錄四 宗教認同訪談大綱·····	114
附錄五 預試問卷·····	115
附錄六 安寧病房死亡因應自我效能量表原文·····	119
附錄七 安寧病房死亡因應自我效能量表中譯本·····	121
附錄八 正式施測問卷·····	123
附錄九 收案單位之公函·····	127
附錄十 宗教認同訪談摘要結果與自填問卷結果之對照·····	128
附錄十一 專家效度名單·····	137

圖目次

圖一	受訪者宗教信仰歸類圖	23
圖二	分析架構圖	28
圖三	研究步驟流程圖	45

表目次

表一	死亡因應方式之分類	14
表二	宗教認同訪談結果與預試問卷結果之比較	36
表三	死亡自我效能之因素分析表	41
表四	預試各量表內在一致性信度檢定	44
表五	正式施測各量表內在一致性信度檢定	44
表六	研究對象年齡、年資之平均數與標準差	46
表七	研究對象個人基本資料次數分配表	47
表八	死亡因應自我效能量表數值	48
表九	研究對象宗教信仰類別分佈情形	51
表十	台灣社會變遷基本調查宗教信仰類別分佈情形	51
表十一	宗教指標與宗教信仰類別交叉分析	53
表十二	研究對象宗教認同分佈情形	54
表十三	宗教信仰初分類別與宗教認同交叉分析	55
表十四	信仰成熟度量表數值	56
表十五	年齡年資變項與死亡因應之積差相關分析	58
表十六	基本屬性變項與死亡因應變異數分析	59
表十七	宗教信仰分類、宗教認同與死亡因應量表之變異數異分析	64

表十八	信仰成熟度與死亡因應自我效能之積差相關分析	65
表十九	宗教認同與信仰成熟度之單因子變異數差異分析	67
表二十	影響死亡因應自我效能總量表的複迴歸分析(控制宗教信仰再分類變項)	72
表二十一	影響死亡因應自我效能總量表的複迴歸分析(控制宗教認同變項)	73
表二十二	影響死亡因應自我效能之臨終關懷面向的複迴歸分析(控制宗教信仰再分類變項)	76
表二十三	影響死亡因應自我效能之臨終關懷面向的複迴歸分析(控制宗教認同變項)	77
表二十四	影響死亡因應自我效能之哀傷因應面向的複迴歸分析(控制宗教信仰再分類變項)	80
表二十五	影響死亡因應自我效能之哀傷因應面向的複迴歸分析(控制宗教認同變項)	81
表二十六	影響死亡因應自我效能之死亡準備面向的複迴歸分析(控制宗教信仰再分類變項)	84
表二十七	影響死亡因應自我效能之死亡準備面向的複迴歸分析(控制宗教認同變項)	85

第一章 緒論

第一節 研究動機

無疑地，「死亡」是生命中重大且無可避免的壓力事件，會對人的生活產生影響與困擾；在十項成人生活最主要的生活壓力源調查中發現，其中的前三名都與死亡有關（白璐、溫信財、陸汝斌、郭敏玲，1987，頁 199）。所以一般人在真正面對它之前，大都已經經由各種途徑，事先去評估分析死亡並建構死亡態度。德國社會學者 Hahn 在 2000 年的研究指出，現代人面對事件的擴大與渲染時，會形成一種傳記式的自我認識與自我建構。所以當前社會中對死亡議題的論述過程，可視為現代人自我認同與死亡建構的途徑之一，但是這些面對死亡的論述大都是負面的（引自魏書娥，2001）。這些建構，自是不足以讓人們以一種成熟的態度來面對自身的死亡，甚至因應死亡所帶來的壓力。

在當代多元文化中，逐漸又嶄露頭角，且於二十一世紀中再度復甦興盛的「宗教」，於其各類宗教文化中卻是展現出對死亡的「達觀」與「正向」的看法。因為任何宗教都必解決「此岸世界」與「彼岸世界」的關係問題，這也正是各類宗教發展對死亡認知與因應行爲的關鍵所在。

若假設面臨死亡是一種因應壓力的歷程，人們以宗教與靈性為其內在資源，以死亡因應能力（coping competency toward death）為其因應行爲的外在表現。以安寧病房護理人員為例，其工作性質與內容始終環繞在，去協助臨終病人於身、心、靈、社會各面向能因應死亡的壓力，然而其本身的死亡因應能力又是如何？會受哪些因素影響？安寧病房護理人員的宗教信仰狀態是何種情形？彼此之間又有何關聯呢？

對於國人死亡因應能力的探討，目前國內外在這方面可供探討的資料很少，宗教信仰、宗教認同、信仰成熟度與死亡因應能力的關係研究更是有限。所以研究者希望能透過對宗教信仰、宗教認同及信仰成熟度的探討，了解安寧病房從事護理工作的宗

教信徒或是非信徒們，在這個強調靈性照顧為重點的工作環境中，不同的個人屬性及不同宗教的狀況，是否有影響到其個人的死亡因應能力？

由於目前除了曾煥棠（1999）所翻譯的「死亡處理態度量表」外，國內並無其他有效的死亡因應能力的評估工具，所以本研究將 Robbins（1992）的「安寧病房死亡因應自我效能量表」（Hospice-Related Death Coping Self-Efficacy Scale）編譯為中文。而且為增加了量表使用對象的普遍性，本研究在發展量表信效度的過程特別刪除具有安寧病房志工特殊性的問項，而編譯出一份一般性「死亡因應自我效能量表」（Death Coping Self-Efficacy Scale），以作為本研究的主要工具。

此外，在說明變項方面，調查研究中的個人屬性資料的收集雖然有既定模式，但是對於宗教信仰的認定，在宗教的主觀意義世界中，其內容卻常常超過了過度簡化的測量工具所能表達，因而時常造成研究者的困擾；這個問題在臺灣社會裡可能特別明顯。會造成這種混淆的原因，則和中國宗教以及臺灣民間信仰的特質有很大關係。所以，勉強的宗教分類結果，造成宗教這個變項在社會學的相關分析裡，幾乎很少出現顯著性；因此除了少數研究者（如瞿海源，1986；宋文里、李亦園，1988）之外，社會學者幾乎大家均已不再用宗教做為一個相關關係研究主要的說明變項（引自張茂桂、林本炫，1993，頁 98）。

回顧在國內先前諸多的死亡相關研究中，對受訪者宗教信仰狀況的評估，則多僅以初步宗教信仰問卷（由受訪者自陳是何種宗教信仰）來認定其信仰的分類；此分類法在西方宗教信仰方面可能較無爭議，但在中國宗教與民間信仰方面則有待更進一步的探討。故本研究先以質性研究了解本研究所採用的「宗教認同問卷」（吳寧遠，1998）之內容效度，接著以「宗教認同問卷」、「信仰成熟度量表」（陳美琴，2001）及一般性「死亡因應自我效能量表」做為宗教信仰及死亡因應行為及態度的評估工具。嘗試以「宗教信仰類別」、「宗教認同」及「信仰成熟度」為說明變相，來探討宗教信仰與死亡因應能力之間的關聯。

本研究除了能獲得台灣地區安寧病房護理人員死亡因應能力的現況資料外，也可瞭解宗教信仰背景及其他基本屬性，對於安寧病房護理人員的死亡因應能力有何影響，研究結果能提供安寧病房教育訓練、臨床實務或是後續研究之參考。

第二節 研究目的

- 一、探討死亡因應自我效能量表之效度與信度，以做為本研究之研究工具。
- 二、以質性方法評估宗教認同問卷之效度，以做為本研究之研究工具。
- 三、了解台灣地區安寧病房護理人員的基本屬性、宗教信仰類別、宗教認同、信仰成熟度與死亡因應能力之現況。
- 四、探討安寧病房護理人員基本屬性、宗教信仰類別、宗教認同、信仰成熟度與死亡因應能力之關係。
- 五、預測安寧病房護理人員死亡因應能力的重要影響因素。

第三節 名詞釋義

- 一、安寧病房 (hospice)：指自 92 年 1 月 21 日調查日期為止，台灣地區中華民國安寧照顧基金會簽訂合約醫院的安寧病房，包括：北部五家、中部五家、南部九家、東部一家等共十九所。
- 二、護理人員 (nurses)：指自 92 年 1 月 21 日調查日期為止已取得執照，實際從事安寧療護臨床工作三個月以上之護士或護理師。
- 三、死亡因應能力 (coping competency toward death)：是指個體在面對死亡壓力情境時所採取的積極適應性行爲，在本研究中以包括「臨終關懷」「哀傷因應」「死亡準備」等三個面向的死亡因應自我效能量表得分數表示之。
- 四、自我效能 (self-efficacy)：是指爲了處理即將或是未來可能出現的情況，個人對於他自己能否成功的執行所要求的行爲表現所做的主觀判斷，而且此判斷也決定了他個人在面對困難時將付出多少的努力，以及將持續多久的時間。
- 六、宗教信仰分類 (religious belief)：指人口學變項中信仰宗教的分類，在本研究中以民間信仰、佛教、道教、天主教、基督教、一貫道、其他宗教及沒有宗教信仰等八種類別，爲受訪者的宗教分類。其中又將問卷初步填答的結果稱之爲「宗教信仰初分類」，將經由宗教認同問項詢問後，認知改變所得的填答結果稱之爲「宗教信仰再分類」。
- 七、宗教認同 (religious identity)：是指信仰者在制度與宗教組織佈道、行動與宗教儀式、理念與宗教信仰經典等四個層次上對其所信仰宗教的接受與內化行爲；在本研究中的架構下，以「信教」、「信神」、「拜神」的評估方式，區分爲「一度稱信教者」、「二度稱信教者」、「三度稱信教者」、「不可知論者」與「無神論者」等五種宗教認同形式。
- 八、信仰成熟度 (faith maturity)：指一個人具體呈現出信仰的重要性，並對其信仰做出承諾，因而使生命有所震撼及轉變的態度。成熟信仰的向度：包括「群我關係」

及「神人關係」兩個分量表，其內容是針對信仰的行為與價值來作為信仰成熟度的內涵，在本研究中以信仰成熟度量表得分表示之。

第二章 文獻探討

第一節 死亡因應及其相關研究

自從行為論者 Bandura 提出「可被覺察的自我效能」(Perceived Self-Efficacy)，認為人類的行為不止經由增強同時也經由模仿，研究證實恐慌症病人看過合宜的行為示範，並經由自己實際實行後，確實可以改善其症狀 (Bandura, 1986)，所以 Robbins (1992) 在後續的研究中也認為死亡能力也許可以被視作一項面對死亡的可覺察的自我效能。而安寧病房工作人員由於護理病人之需要，不斷經歷死亡因應之情境與過程，其死亡因應能力會因為自我效能的作用而提高。本節主要是探討在安寧療護及其他領域中，將自我效能應用到對死亡因應評估的研究情形。

一、死亡因應能力與自我效能之探討

心理學談到的因應模式很多，如 Lazarus 與 Folkman (1984) 認為因應是藉由認知與行為的互動方式，去處理及控制超乎個人內外所能負荷的要求。Weiten (1986) 定義因應是指個人努力去克服、減輕或是忍受，外在加諸於我們的要求。Auerbach 與 Gramling (1998) 則認為因應策略是指我們經常用於處理壓力情境，以減輕我們壓力的一些思考或是行動。

目前被引用最多的還是 Lazarus 與 Folkman (1984) 因應認知與互動二向度理論，在認知評估因應理論方面，兩位學者認為壓力因應是一種認知與評估的動態過程，當外在的要求與個人所擁有的資源產生不平衡時，便會產生壓力，個人因應壓力的方式首先是去評估，評估分為三階段：初評估、二次評估、再評估；評估過程是複雜的並受到個人因素與情境脈絡的影響。

在互動因應理論方面，兩位學者認為壓力的因應行為是個體與環境互動過程中的一種結果，也就是說壓力事件的環境系統因素與個體系統因素都會影響到因應策略。據此 Lazarus 與 Folkman 提出可供參考的八種壓力因應策略：

1. 面對問題：堅持立場，試圖改變對方心意。
2. 疏遠：遠離問題，當作沒發生。
3. 自我控制：將自己的問題隱藏起來，不讓別人知道。
4. 尋求社會資源：尋求他人的幫助，接受他人的同情了解與支持。
5. 接受責任：接受問題，了解問題的起因，採用自省的方法。
6. 逃避：藉由消極的行為，如抽煙、喝酒、藥物來讓自己好過一些。
7. 計劃解決問題：擬定一個行動計劃並確實遵循。

(引自李介至，1999，頁 41)

一般研究者在引用時多半依研究目的與研究問題，再去區分出不同研究對象與壓力情境的詳細因應策略。

此外 Billings 及 Moos (1981) 也曾提出整合式的因應策略，他們認為對於壓力的解決思考與認知應具有全面性，主要包括三個方向：一是「問題導向的因應方式」，二是「情緒焦點的因應方式」，三則是「認知評估取向」。「問題導向的因應方式」常用在可控制型壓力源，「情緒焦點的因應方式」則常用在不可控制型壓力源。使用「認知評估取向」來因應壓力主要則有兩種途徑：一是對壓力事件的重新評估，一是重新分析及建構對壓力的反應。

所以由以上的文獻回顧可知「因應能力」是指個人在和環境及他人互動中，面臨超乎個人所能應付的壓力情境時，為了重新建立心理、生理、社會、靈性的平衡所採取的處理方法。而在本研究中所謂的「死亡因應能力」則是將壓力的因應對象設定為「死亡」，且認為死亡是一個超乎個人所能應付的壓力情境。

而自我效能則是 Bandura 社會認知理論最主要的重點所在，在過去二十年來已逐漸地為教育、社會學及其他相關領域廣泛應用。有很多研究結果明確指出，自我效能對預防性健康行為具有很高的預測力 (Lusk et al, 1995; Otero-Sabogle et al, 1995)；也有研究發現自我效能在許多與健康相關的問題中，是最具有影響力的變項 (Hale & Trumbetta, 1996)。

Bandura 1982 年曾經對自我效能下過明確的定義，他指出自我效能就是為了處理即將或是未來可能出現的情況，個人對於他自己能否成功的執行所要求的行為表現所做的主觀判斷（引自王國川，1997）。之後 Bandura 等人（1991）更進一步闡述說：「人對於自己本身的效能的信念會影響他們所做的選擇、他們的抱負（aspirations）、下多少心力在一特定的任務上，以及面對困難及挫折時能夠堅持多久。」

Bandura 的社會學習理論強調人的主動性，並相信人們是經由以下五種基本的認知能力來使自己的學習產生作用：

- （1）象徵化（symbolization）：我們根據自己的社會經驗，建構了種種社會現實，藉以指導我們對社會行為的思考和決策擬定。
- （2）替代學習（vicarious learning）：藉由觀察別人的做法，我們學會在各種社會情境中的潛在行動及它們的可能結果，再去模仿示範者的行為，成為自己的行動。
- （3）事先思考（forethought）：我們在做出行動前，會利用自己所累積的社會學習經驗去評
行動對於目前情境的適當性，以及預測它們可能的結果。
- （4）自我調整（self-regulation）：為了回應來自重要他人的示範和社會化，我們會依倫理道德或是個人的目標需求，發展出一套可被社會接受的標準。
- （5）自我反省（self-reflection）：我們可以監督自己的思考和行動、反省它們並推論未來。並以這種方式發展出自我效能信念（self-efficacy belief），來判斷自己是否能完成某一特定目標的信心。

（引自 Thomas L. Good & Jere Brophy，李素卿譯，2000）

根據 Bandura（Bandura, 1982）的研究，自我效能具有以下功能：

- （1）決定人們對活動的選擇，以及對該活動的堅持性。自我效能水平高者向於選擇富有挑戰性的任務，在困難面前堅持自己的行為；而自我效能低者則相反。
- （2）影響人們在困難面前的態度。自我效能水平高者敢面對困難，富有自信心，相信通過堅持不懈的努力可以克服困難；而自我效能水平低者在困難面前缺乏自

信，畏首畏尾，不敢嘗試。

(3) 影響新行爲的習得和已習得行爲的表現。

(4) 影響活動時的情緒。自我效能水平高者信心十足，情緒飽滿；而自我效能水平低者充滿著恐懼。

(引自晁瑞明、張嘉琪，2002)

Bandura 並於近年的著作中提出經由自我效能的評價方式可以有效的預測一個人某些特定的「因應能力」，包含慢性疾病、愛滋病、癌症等面臨死亡威脅的因應自我效能 (Bandura, 1997)。Lindstrom (1997) 也在他的研究中指出因應自我效能，在哀傷者的心理生理各方面的關聯。他發現自我效能低的哀傷者，在死亡事件發生後之健康狀況，比自我效能高的哀傷者惡化得嚴重，而且以後改善的情形也較自我效能高的人差。

所以綜合以上論述，不管一個人對於死亡是抱持著何種態度，將「死亡因應」這個也算是上述所謂「健康領域」中最終極的議題，作為是人生的一個無可避免的「任務」，嘗試以自我效能來對一個人死亡因應能力的主觀判斷做評量，乃是本研究之基本立論。

不過關於死亡因應行爲之相關研究，除了 Bugen (1980-81) 所發展的「死亡因應量表」(Coping With Death Scale; CDS)，以及 Robbins (1990-91) (1992) 依據 Bugen 的 CDS 設計了「安寧病房死亡因應自我效能量表」(Hospice-Related Death Coping Self-Efficacy Scale) 外，近期也有 Benight 等人 (2001)，以社會支持、婚姻滿意度、預期性哀傷、近期生活壓力等心理因素測量，對哀慟的因應自我效能做探討，發展出一份「哀慟的因應自我效能量表」(Bereavement Coping Self-Efficacy; BCSE)；並說明了自我效能的覺察在心靈安適、心理安適及身體健康上的重要性。

至於本研究所關切的，關於安寧病房工作人員的死亡因應能力的評估與界定，有 Bugen 1980 年在對安寧病房的志工施以以技術為導向的死亡教育訓練時，設計的一份「死亡因應量表」(Coping With Death Scale, CDS)，可測出志工在訓練後可以展現

的有效展現死亡教育收穫，及可供具體描述的死亡教育成果。十年後 Robbins (1990-91)再以 94 名大學畢業生和大學生對於死亡準備行為的自我報告分析與 Bugen 的死亡因應量表分數的相關性作比較，結果發現 Bugen 的死亡因應量表的分數與四個死亡準備行為（1.預立遺囑 2.計劃財產 3.計劃葬禮 4.簽器官捐贈卡）的前三項有高度相關。

所以 Robbins (1992) 在後來繼續以安寧病房志工為對象的研究中，參考 Bugen 死亡因應量表的內容，設計了「安寧病房死亡因應自我效能量表」(Hospice-Related Death Coping Self-Efficacy Scale)。除了再一次探討 Bugen 死亡因應量表的信度與效度（結果也得到良好的內在一致性 $\alpha = 0.90$, $p < .001$ ），並以 Bugen 的死亡因應量表為效標，證實死亡因應自我效能量表與 Bugen 的死亡因應量表，均能顯著的區分出實驗組與控制組（無安寧療護護理經驗）的死亡因應能力之差異。其中死亡因應自我效能量表以雪費 (Scheffe) 的事後比較分析後，甚至能區分出新進受訓中的志工與控制組的差異，而且此量表具有良好的內在一致性 ($\alpha = 0.94$, $p < .001$) 與信度。

不過 Robbins (1992) 在上述的研究中也發現，年齡可能為安寧病房志工死亡因應的影響因素之一，並假設因為年齡大小與一個人經歷死亡的相關經驗有關，因此進一步將年齡與死亡相關經驗做統計相關分析，結果發現兩者呈顯著相關。所以在本研究中也將受訪護理人員基本資料中的年齡、護理年資與安寧病房年資區分開來，以比較其對於死亡因應行為與其它變項的關係。

雖然曾煥棠 (1999) 也曾將 Bugen 「死亡因應量表」(CDS) 譯成中文，稱之為「死亡處理態度量表」。以 72 位曾經接受過生死學教學的護理系畢業生，與 72 位未曾接受過生死學的相同醫院相同單位工作的護理人員為對照組，比較其死亡處理度的差異。結果接受過生死學教學的護理人員，較沒有接受過生死學教學的護理人員，有較好的死亡處理態度。對於量表的建構效度，則是以因素分析方式，將「死亡處理態度」量表萃取出成八個因素，並命名為「死亡接受態度」、「瀕死處理態度」、「死亡思考表達態度」、「處理葬禮態度」、「生命省察態度」、「處理失落態度」、「談論他人死亡

態度」、「談論自己死亡態度」，量表共三十題佔總變異量 58.1%。信度的檢視採折半信度第一部分十五題 $\alpha = .86$ ，第二部分十五題 $\alpha = .87$ ，所以也是一份具有良好信效度的問卷。

但是相較於 Bugen「死亡因應量表」(CDS)，Robbins (1992) 設計的「安寧病房死亡因應自我效能量表」內容包含 (1) 因應及處理所愛之人死亡與失落 (2) 了解哀傷與支持系統 (3) 死亡準備行為 (4) 願意談論及面對死亡等四部分因應能力。分析此量表發現它包含了 Lazarus 及 Folkman (1984) 之壓力因應策略八點內容中，具正向意義的四種因應策略：面對問題、計劃解決問題、尋求社會資源、接受責任。而且問卷內容與安寧病房護理人員平常的工作內容 (特別是臨終關懷與靈性照顧部分)，較為貼近，也較符合本研究探討死亡因應能力的設計。

因此本研究將 Robbins (1992) 針對安寧病房志工設計的「安寧病房死亡因應自我效能量表」編譯為一般性的「死亡因應自我效能量表」(Death Coping Self-Efficacy Scale)，作為本研究之研究工具，應用死亡因應自我效能做為死亡因應行為之主觀評斷方法，探討此量表是否能有效的用來描述個人因應死亡之能力。

二、安寧療護與死亡因應之探討

安寧療護的觀念是在一八四二年的法國開始萌芽，但由英國女爵士桑德絲籌建，並於一九六七年落成的聖克里斯多福安寧院 (St. Christopher's Hospice)，卻是大多數人開始認識「安寧療護」意義與工作內涵的起點。自此而後，歐洲、加拿大、美國、澳洲、紐西蘭和世界其他國家均漸次加入安寧療護的行列，如今，Hospice 的名稱落在現代醫療機構中，已成為照顧癌症末期病人設施的通稱，並在世界各地如雨後春筍般地發展。

回看台灣，於一九九〇年由淡水馬偕紀念醫院成立了國內首座安寧病房，其後，安寧療護基金會、康泰醫療教育基金會、佛教蓮花臨終關懷基金會、護持大乘法脈基金會等民間團體紛紛成立，使得人們面對臨終病患的處境時，有了全新的、尊重生命

的觀照視野。所謂安寧療護就是對於臨終的病人透過專業的醫療團隊的照護，結合醫師、護理師、宗教人員、社工師、營養師、藥師、物理治療師及義工等人力，提供完整的醫療照顧的技巧，使病人在生命的最後階段能減輕因疾病所產生的身體、心理與心靈的痛苦，使生活品質能夠提升且可以死得有尊嚴。

因此安寧療護是一種從身心靈三方面的全人照護，它不同於一般傳統醫療，它是針對癌症末期臨終病人及其家屬的特別照顧，是一種全程、全家與全隊的照護。由於安寧療護它重視個人與生命的價值，也重視人的權益以及維護病人尊嚴與生命素質的全人照護，協助病人與家屬接納死亡的觀念，並使病人達至安祥的死亡。

安寧療護的護理人員在安寧病房中有著較其他護理人員更多元的護理角色，如王浴（1999）提出的七種專業角色，與蔡麗雲（1999）提出的十一項角色與功能。雖然說目前護理照顧趨勢，原本就已走向整體性全人照護---即身、心、靈的完整性療癒，強調提供照護以維持並促進人之健康，協助人以最好的方法面對日常生活、疾病、傷害、殘廢以及死亡。但是安寧病房護士面對病患死亡的機率還是較其他病房高出很多，發揮各種屬於靈性照護的角色的機會，也是遠較其他病房來的多。

而且安寧療護提供病人及家屬一個「以醫療技術不計成本保存生命」之外的另一個選擇，表面上看來它似乎是個失敗者，但事實上安寧療護反而提昇了病人的死亡因應能力，其中的專業人員提供有效的策略，使得死亡因應更落實。而在我們一般的期望中，一個健康照顧者不僅必須協助病人及家屬因應死亡，而且也必須能在日常生活中因應自己及所愛的人的死亡（Neimeyer, 1994,p149-150）。尤其是與病人相處時間最長、互動最多、關係最密切的護理人員，是否真如一般人所期望的，具備更好的死亡因應能力呢？而且影響其死亡因應能力的相關因素又是哪些呢？這正是本研究想要探討的。

至於國內對於安寧領域死亡因應的研究，只有陳慶餘在（2001）的一項緩和醫療對臨床佛教宗教師的培訓相關研究中，認為死亡因應方式與死亡恐懼程度，及其靈性反應有密不可分的關係。所以他依照安寧病房病人的靈性境界，將死亡因應方式分為

「積極接受死亡」、「消極接受死亡」、「避談死亡」、「害怕死亡四種方式」，如下列表一所示：

表一

死亡因應方式之分類

因應方式	與靈性境界的呼應
1. 積極接受死亡	1. 接受死亡，相信靈性，存在主動追求靈性提昇。 2. 接受死亡，相信靈性，須靠被動引導來提昇靈性。
2. 消極接受死亡	3. 接受死亡，相信靈性。 4. 接受死亡，對靈性持中性態度或另有看法。 5. 接受死亡，對靈性存疑，或只求滿足現狀，沒有死亡準備。
3. 避談死亡	6. 不接受或避談死亡，只求滿足現狀。
4. 害怕死亡	7. 害怕死亡，增加身心痛苦之煎熬。

引自陳慶餘等（2001）。**緩和醫療臨床佛教宗教師培訓計畫報告（二）**。一如淨社臨終關懷協會委託研究計劃，頁 67。

此為國內少數探討到死亡因應相關之文獻，不過其所論及多為態度層面，與因應策略之全面性尚有差距。而且其研究對象的乃是處於生命之末期安寧病房病人，所以對於死亡因應重點之評估，較著重與靈性境界之呼應，所以對於一般人或安寧病房中醫護及相關人員的死亡因應模式，是否也可以如是推論，還有待更多的研究。

至於其他研究除了在說明安寧病房護理人員應有的準備時，建議護理人員要多參與宗教方面的活動與與閱讀相關的書籍外（劉長安，1995），目前多侷限在死亡準備行為之一的「器官捐贈」。於對器官捐贈的觀念態度及認知，雖然研究結果顯示國內加護病房護理人員器官捐贈知意願（30.5%），已較一般民眾（17.1%）高出許多，但

仍然遠低於國外健康照顧人員之比例（80%）（劉雪娥，許玲女，1996；杜素珍等，2001）。所以對於「我會去簽器官捐贈卡」這個問項，由於國內器官捐贈風氣影響，會對本量表變項間的變異性產生影響。

第二節 宗教信仰及其相關研究

提到宗教信仰，不可避免的必須從宗教的意涵談起，簡單的說關於宗教的定義各家說法多元又複雜，從字面上來看，英文「religion」一詞起源於拉丁字「religio」，有「閱讀」、「綑綁」、「聯繫」之意。中文的「宗教」一辭則是由日本人自英文翻譯而來，近代才開始通行使用。至於宗教的描述定義更是中說紛紜，法國社會學家涂爾幹（Emile Durkheim）曾經對宗教現象的定義做了說明，他認為宗教的本質是企求將世界劃分成神聖（sacred）世俗（profane）兩種現象。

Aron（1967）也認為宗教最重要的是「神聖」的區隔。「神聖」在實際生活中是由信仰與儀式來產生的，它能劃分世界的聖與俗，形成為特殊理念與行動，擁有這種特殊的理念與行動的人就成為了信仰者，當眾多的信仰者聯合在一起時，便逐漸形成了宗教的團體組織。因此，宗教包括了人（信仰者）、制度與宗教組織（佈道）、行動與宗教儀式（戒律）、理念與宗教信仰（經典）等四個基本要素（引自徐嘉禧，1991，頁24）。

而 William James（1946）（劉宏信譯，2001）則是從宗教心理學的角度出發，他認為宗教是人的生活過程，屬於一種個人的經驗，所有的宗教必定指向一個超越的世界，信仰者會對於那個世界產生出強烈的情緒或是崇拜的心理。Freud 對宗教的看法也與 James 大異其去，他以精神病理學的眼光來看宗教，認為宗教是一個人或是一群人因為源自孩童時期的壓抑而產生的原始慾望，宗教源於戀母情結的史前歷史事件所轉化的幻想，所以宗教不是一種實體，而是因為慾望沒有得到滿足所產生的一種補償（蔡彥仁，1996）。Sharpe（1983）則認為宗教的真實性只存在於那些有信仰的人，所以應該避免對信仰做出價值判斷，研究宗教唯一可用的標準是信徒本身對於超自然確實存在的信念，及信徒與神聖象徵物所產生的交互作用。

傅偉勳在提到宗教信仰對生命的影響時指出（1995），構成「宗教信仰」的要素至少包括下列十項：（1）開創人格（2）基本聖典（3）終極關懷（4）終極真實（5）

終極目標（6）終極承擔或獻身（7）解脫進路（8）世界觀（9）人生觀（10）精神共同體。其中有六項與死亡是有關的課題，如四項「終極」的課題及「人生觀」中一定包含死亡態度；「解脫進路」中一定有解脫死亡的恐懼及捆綁之方法。因此每一種宗教信仰必須探討死亡的課題，而善終與慎終也是信仰所關懷與嚮往的境界，這個境界不僅與安寧療護所強調的非常契合，也對信徒們的死亡因應能力及死亡態度很有影響。

William James（1946）在《宗教經驗之種種》一書中，曾以宗教研究範圍來宗教領域區分為「制度的宗教」與「個人的宗教」兩部份，其中「個人的宗教」注重的是人內心的傾向，也就是以情感、行為和經驗的角度來理解宗教，稱之為「個人宗教性」（religiosity）。據此宋文里、李亦園（1988）兩位學者也曾經以個人的「宗教性」來研究民間信仰的多重面向，並且試圖從各種多重面向的指標中，分析出「個人信仰」、「術數」、「善惡」、「宗教活動」、「人生」、「死後世界」、「物性」、「生育」等八個因素來研究民間信仰的多重面向，並且試圖從各種多重面向中，重建傳統宗教信仰（民間信仰和佛教）的宗教性指標。

其實宗教性可以用許多方式來界定，Hill 與 Hood 在 1999 年回顧超過 120 種宗教性的心理測量量表，並將這些量表歸納成以下 17 種類型：（1）宗教信仰與實踐（2）宗教的態度（3）宗教的組織（4）宗教承諾與牽連（commitment and involvement）（5）宗教的經驗（6）宗教的發展（7）宗教與道德價值或是個人特質（8）多面向的虔誠度（Multidimensional religiousness）（9）宗教因應與問題解決（10）靈性與神秘性（11）神的概念（12）宗教的基本教義（13）死亡或是來生的觀點（14）神性的實踐或宗教上的歸因（Divine intervention/Religious attribution）（15）寬恕（16）宗教的制度性（17）宗教相關的建構。所以已有許多的研究者想要藉由心理量表來陳述宗教信仰的內涵，而這些類型已經涵蓋了宗教信仰的多元面向。

但是因為信仰的認定，在宗教的主觀意義世界，常常超過了過度簡化的測量工具所能表達的內容，也因文化的關係，及信仰型態的問題使情形變得更複雜，因而造成

研究者的困擾。如前所述，這個問題在臺灣社會裡特別明顯，這和中國宗教以及臺灣民間信仰的特質有很大關係。所以本研究在宗教方面，也必須先處理有關宗教信仰評估，如宗教認同及信仰成熟度等問題。

一、宗教信仰與宗教認同之探討

「認同」(identity)在心理學來說，則是一個心理過程，是個人向另一人或團體的價值，規範與面貌去模仿，內化以形成他的行為模式的過程。當個人與一團體認同時，他會接受此團體的價值與規範以影響自己的行為與態度(Erikson, 1980, p10-17)。Erikson 在認同上建構了比八個發展階段更詳盡的概念。他認為認同是牽扯到心理、社會及歷史的複雜概念，包含了(1)個別性(individuality)(2)相同性與連貫性(sameness and continuity)(3)整體性與綜合性(wholeness and synthesis)(4)社會團結(social solidarity)的概念。

Erikson (1980)認為發展認同是一種「心理社會上的成熟」(Psychosocial Moratorium)，是一個必需花費時間及精力透過閱讀、旅行，提供時間去反思、去發展新的方向、價值及目的。強調認同發展的心理及社會觀點：(1)發展個人一致性與連續性的感覺。(2)它可能是意識與潛意識的歷程，強烈易受傷的感覺可能轉變成對成功的預期。(3)在生理、心理及社會的狀況都配合的情況下才可能發展。(4)認同的發展與自己的過去、現在與未來都有關連。

所以如果綜合宗教現象的定義與心理發展兩方面來說，宗教信仰的認同可以說就是人(信仰者)在制度與宗教組織(佈道)、行動與宗教儀式(戒律)、理念與宗教信仰(經典)中將其宗教信仰內化為觀念、行為與態度，並對一個人過去、現在與未來的行為都有關連。

但是在國內由於中國宗教以及臺灣民間信仰的複雜性，對於宗教信仰的認定，除引用上述的架構外，一般宗教學者對一定比例的無信仰者，究竟有無信仰也一直加以質疑。一篇對於宗教信仰變遷的重要的研究顯示，有將近五分之一的民眾在過去一段

時間內曾經經歷信仰的改變，信仰流入的趨向主要是流向佛教，在全體信仰變遷者當中占有將近一半的比例。信仰流出的最大宗則是「無宗教信仰者」和「民間信仰」，合計為信仰流出者的六成左右他們主要流出到佛教。資料顯示自稱無宗教信仰和民間信仰的人數在逐漸減少，但是這些改變宗教信仰的人們，卻非完全以皈依作為對宗教認同的方式（林本炫，1998）。

徐嘉禧（1991）在研究中也曾以「宗教認同」的角度來試圖釐清民眾對宗教信仰的判斷，及解析關於宗教信仰的認同與身分問題，並且提出足以界定無宗教信仰、佛教、道教及民間信仰之宗教傾向的問題形式。其研究結果發現，初步分類為佛教、道教、民間信仰及無宗教信仰者，在經過宗教認同的判斷後各類純粹信仰的人數都下降許多。

Berger 及 Luckmann（1963）在提到宗教研究議題時也指出，儘管俗民主觀的社會意像可能不符合社會制度的定義，但我們仍然必須去研究俗民常識層面中所蘊含的社會實存（social reality）。因為若僅以制度宗教對於宗教認同的標準來判斷，那台灣依照行政院國家科學委員會所委託由中央研究院社會研究所執行的「台灣社會變遷基本調查計劃」，2000年第三期第五次調查報告的資料顯示，1994年與1999年台灣地區沒有宗教信仰人數百分比為13.0及13.6，民間信仰人數百分比31.0及33.6，合計約近半成的人無制度宗教信仰，但卻並不一定表示他們沒有宗教認同。所以宗教認同的相關研究，也有研究者將宗教認同用來研究基督徒的消費行為，結果發現宗教認同程度愈高的基督徒，其消費行為受到基督教團體的影響愈大（黎容君，1996），因此宗教認同可能可以嘗試作為一種社會行為的說明變項。

總而言之，雖然宗教信仰的認定在國內目前尚無明確定論，但在2000年「台灣社會變遷基本調查計劃」第三期第五次調查報告，宗教組所採取的問卷中，也包含多題的宗教認同評估問項在內，所以「宗教認同」，對宗教信仰認定的評估而言，應該是一個可以努力的方向。因此本研究採用「宗教認同」，作為安寧病房護理人員宗教信仰認定的評估，以探索宗教信仰與死亡因應之關聯。

而本研究在宗教認同方面的主要理論依據之一，是以張茂桂與林本炫兩位學者早在 1993 年對於宗教認同的探討。他們於 1993 年提出以「信教」、「信神」、「拜神」的評估方式，由宗教的社會意象角度，來了解俗民如何判斷自己的宗教信仰。其研究問卷的設計是先問受訪者「有沒有信教？」（有沒有宗教信仰？），對自稱有宗教信仰者再追問「信的是什麼教？」「有沒有信神？」「有沒有拜神？」。對於一開始就承認自己有宗教信仰的人，稱他們為「一度稱信教者」。而對於一開始自稱沒有信教者，也繼續追問其「有沒有信神？」「有沒有拜神？」，然後再問他們「所信之神和所拜之神是什麼教？」，在此種狀況下所回答的宗教信仰稱為「二度稱信教」。最後藉著比較「一度稱信教者」與「二度稱信教者」在「宗教類別」、「信神的內容」、「拜神的內容」及「自認信仰虔誠與否」的差異，來分析台灣高比例佛教徒的問題。

結果發現由「信神」或「拜神」的層面來看，如果勉強將真正佛教徒定義為觀音或是佛祖的信徒，而且除了信或拜這兩位神外，不信也不拜其他的神。那自認為是「佛教徒」者主要是以「眾神皆信」為實際的信仰內容，所以真正的佛教徒只佔很小的比例（2.1%）。所以顯然俗民的宗教意象並不符合制度性宗教的知識性範疇，但是卻是客觀存在的社會實存（張茂桂、林本炫，1993）；所以兩位作者認為俗民的宗教認同是非常微妙而複雜的，超出了一般問卷的宗教信仰類別選項所能建構的層次；因而設計了宗教認同問卷，以提供一般研究作為宗教信仰評估的參考。

而吳寧遠（1998）則是認為，以上的研究是試圖建立在一個基本的假設上：國人基本上是有宗教信仰的，只是認定上有困難。但是有相當的人在受儒家傳統的影響下，對神明所抱持的態度是不否定也不肯定；他們可以是有宗教信仰者也可以是無宗教信仰者。而且因為中國人多半是群體先於個人，為了維持家庭的和諧，通常會從家庭中接受了「宗教」但卻不一定接受到「信仰」；拜不拜神跟一個人是否有宗教信仰，是否相信神的存在，並沒有直接的關係。

因為考慮這些受儒家影響之「不可知論者」，所以吳寧遠建議以宗教信仰的指標、對神存在的態度及拜神的原因，去辨識出不可知論者。而且針對不可知論者的分析，

建議應該設計「三度稱信者」。此「三度稱信者」指的是一個人既不是自稱有宗教信仰的有神論者（一度），也不是自稱無宗教信仰的有神論者（二度）；而是自己非常不清楚自己的宗教信仰，對神的存在也不肯定亦不否定，但其拜神的原因卻是因為「相信神」，所以基本上還是一個「有神論者」。不過此有神論者是透過三道分析之後才發現的，因此稱他為「三度稱信者」。並以其設計的「宗教認同問卷」，將受訪者宗教信仰歸類為五類（見圖一），但是吳寧遠這份問卷未能有後續的研究支持。

二、宗教信仰與信仰成熟度探討

Fowler (1981) 認為成熟的宗教信仰不只是隸屬於某一教會或宗派，信仰是人最核心的價值與能力。Benson, Dornahue 和 Erikson (1993) 認為信仰成熟是「一個人具體呈現信仰的重要性，並對其所信仰的做承諾，因而使生命有所震撼及轉換」（頁 3）。換句話說，成熟的信仰可以從具體的行動和行為中觀察到。成熟的信仰具有兩個幅度：「神人關係」指和神、上天所產生的愛的關係，「群我關係」則指愛自己的鄰人（頁 7）。Benson, Dornahue 和 Erikson (1993) 信仰成熟度量表原來有 38 個問項包含八個面向：

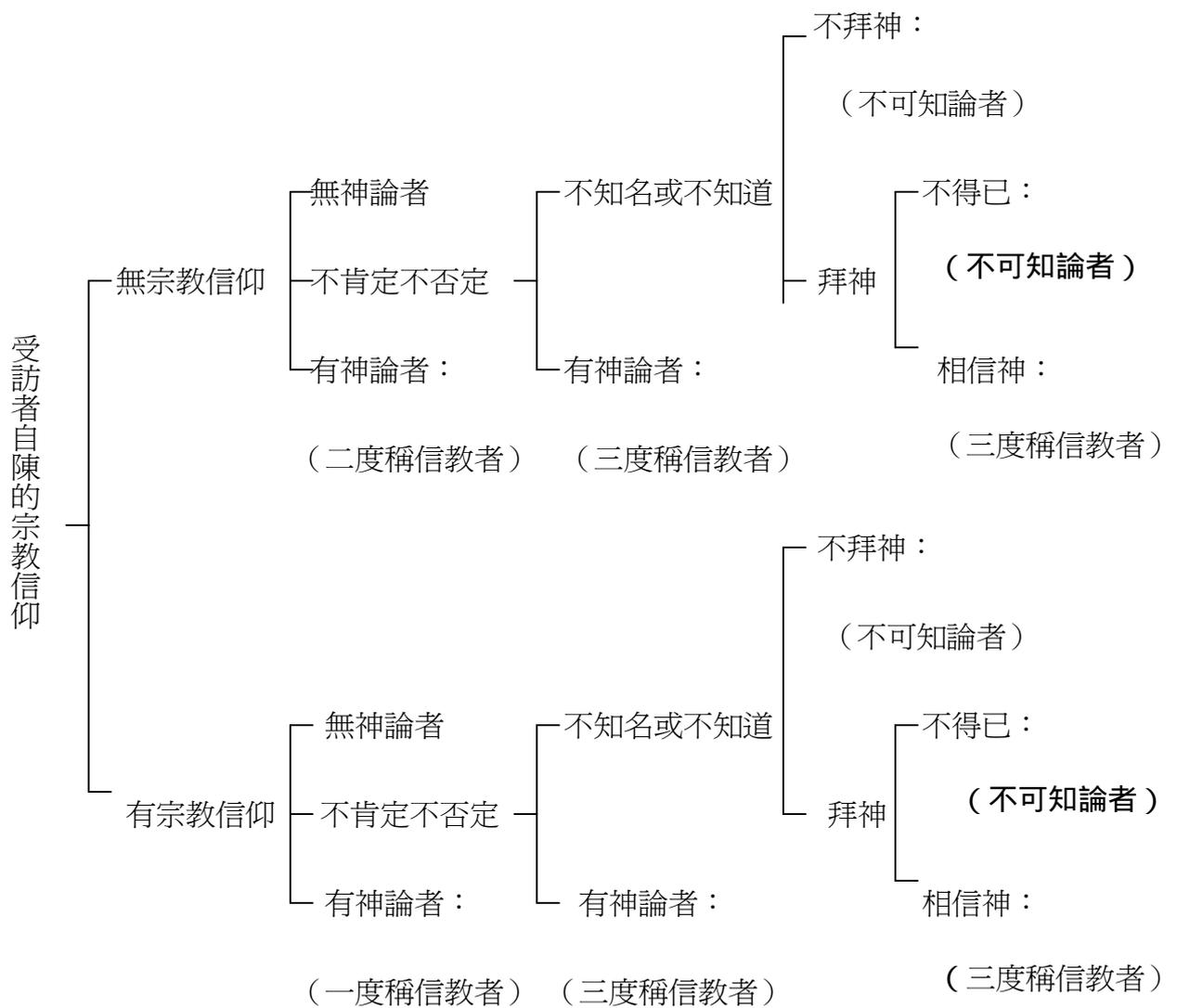
1. 信任神的優美、神格與人性。
2. 在信仰中感受個人幸福、安全與自由。
3. 提出信仰的見證、分享與相互支持來成為信仰團體的一部分。
4. 藉由學習、反省及禱告或是與他人討論來尋求心靈之成長。
5. 統整信仰、家庭、社會關係及政治立場為個人宗教生命的一部分。
6. 經由種族與性別平等的達成、文化與信仰分野的區辨及承擔他人幸福的責任感，來掌握個人真正的生命價值。
7. 倡導社會與世界的改變以帶來更多的社會正義。
8. 經由愛與正義的行動，一貫的、熱情的服務人群。

其中 1-4 個面向是屬於神人關係，5-8 個面向是屬於群我關係。因此我們可以說信仰

整合了人的整體性的經驗，不只是宗教教義單一的實踐。(陳美琴，2001)

Dykstra(1986, p 55)同時也強調信仰就是適當而且有意義的參與神的救贖活動，他也指出信仰成熟並非一直在進步中，當人沒有像以前一樣適當而且有意義的參與神的救贖活動時信仰成熟度就會退化。Gillespie(1988, p31)更進一步補充一個對於信仰本質的描述，他認為信仰就是就是感到神的存在經驗，並且將信仰關係延伸到，以愛人類的行為來作為對神的事奉(引自陳美琴，2001)。

Allport(1950)則認為信仰是內化了(intrinsic)宗教的本質，進而去服務別人。相對的，外化的(extrinsic)宗教所著重的是隸屬某一宗教，或信服其基本教義，或以自由派、保守派的神學論點自居。顯而易見，成熟的信仰針對的比較是行為與價值，而不只是針對隸屬某一宗教派另或信奉某教義或參與宗教儀式而已(Benson, Dornahue & Erikson, 1993)。



圖一

受訪者宗教信仰歸類圖

引自吳寧遠(1998)。由儒家與基督宗教的認同看國人宗教認同之問題。

論文發表於南華大學主辦之「第一屆宗教交談」學術研討會，嘉義，頁

112。

按照此一觀念，信仰成熟度是以「信仰的結果」來做重點。對大部分的宗教傳統而言，無論是群我關係或是神人關係，都是會透過信仰者的活潑熱忱的信仰行為與態度，在日常生活中具體的表達出來（陳美琴，2001）。

關於信仰成熟度的研究，Boerio（1997）以大學生為對象，發現信仰成熟度與自尊自我實現與認同有顯著的正相關，Tan（1995）也曾發現牧師在靈性成熟與信仰成熟度上的正相關，所以陳美琴（2001）採平行多重步奏翻譯 Benson, Dornahue 和 Erikson（1993）所設計的信仰成熟度量表（Faith Maturity Scale, FMS），以台灣北中南 542 名大學生為對象，來測量信仰的行為和態度，並探索利社會行為和信仰成熟度之間的關係。研究結果發現七大宗教信仰類別（計有民間宗教信仰、佛教、基督教、天主教、一貫道、道教和無宗教信仰），各宗教派信徒的利社會行為並沒有顯著性的差異，而信仰成熟度總分與利社會行為則顯示正相關（ $r = .48$ ， $p < .001$ ）。

陳美琴（2001）的研究中對信仰成熟度的定義是「一個人對信仰的承諾，其承諾可以從具體的行為與態度中觀察到」，所以這份問卷的設計並不考慮受試者所信奉的宗教派別。信仰成熟度問卷計有群我關係與神人關係兩層面，神人關係包括對神、天的信任，個人的福祉（well-being）感受、信仰和生活的整合以及心靈的成長，群我關係則包含有社區團體的參與、肯定生命價值、社區推廣和服務他人。所以對於信仰發展成熟的人而言，這兩個幅度都是必須的，而且彼此是相輔相成的動力。

三、宗教信仰與死亡因應能力之探討

因為人們無庸置疑的會害怕死亡終究會在他生命中降臨，所以引發各研究者對於宗教的死亡態度及死亡觀念的關切。但是，對死亡的瞭解卻不一定會提供我們生存時處理死亡或因應死亡壓力的能力。肯內斯·克拉瑪（K.P.Kramer, 1988，方蕙玲譯，1997，頁 2-3）在《宗教的死亡藝術---世界各宗教如何理解死亡》一書中提到：「死亡乃一門宗教的藝術.....每一項宗教傳統，都是在指導他的實行者不僅在死亡之前，同時也在死亡的片刻裡，如何去技巧性的掌握死亡.....因為惟其如此，所有產生自死

亡的恐懼，方得以隨之消失。」。所以宗教所提供的應該不只是死亡觀，同時也是一種對死亡的因應方式，宗教信仰與死亡因應之間，應有其密不可分的关系。Robbins (1994) 就曾在討論宗教背景與死亡因應能力的關係時，以他在成人主日學的死亡教育課程成果驗收成果為例，說明大多數信徒都在課程結束後，有高比例的信徒願意去採取死亡準備行為與因應措施（引自 Neimeyer, 1994:p159-160）；此研究說明了宗教背景，對於信徒的死亡因應行為有一定的影響力。

至於國內關於死亡因應與宗教的研究方面，目前較多是於對器官捐贈的觀念態度及認知上。在器官捐贈方面有文獻探討到我國器官捐贈的困境、國人的對於器官捐贈的意願（史麗珠等，1998）及各宗教對器官捐贈之觀點。基本上各大制度化的宗教如基督教、天主教與佛教，對器官捐贈均持支持的態度（葉高芳，1991），但傳統的道教、民間信仰等對國人宗教性影響頗大的宗教信仰，其全屍觀念卻是阻礙國人去官捐贈的主因（史麗珠等，1998）。

所以從前述的研究中可以看出，以宗教為說明變相來解釋其與死亡因應的關係，仍無較全面的結論。而且以上研究中對受訪者宗教信仰的評估問券，大部分仍採用初步的宗教信仰分類來認定其宗教信仰，並未探究其宗教認同或是信仰成熟度的問題。

四、宗教信仰與安寧療護之探討

安寧療護是近三十年來在已開發國家中盛行的一門新興醫學。其的目的除了治療疾病、延長生命之外，還強調了增進生活的品質，尤其是臨終時期更可以成為成長的最後階段。從信仰的觀點來看生命及死亡，尊重一個人的生命直至他離開人世時，甚至到之後的遺體護理；同時將生命的主權交還創造生命的上帝，絕不縮短生命，但也不需違抗上帝旨意，用高科技去拖延一個人的死期，這就是所謂「安寧療護」運動的發源。因此安寧療護最終的理念基礎，其實是從「信仰」觀點出發的（Fulton & Metress, 1995）。

基督徒所相信的生命觀是「有始無終」的生命，跨越死亡門檻之後就是永恆的生命。生命的意義不在長短，而在其品質。品質包括人一生怎麼活，以及「死亡的當下」的主動抉擇（Bowker, 1991）。因此，死亡（神）學認為死亡「當下」是每人的自由意志的最終面對善惡，面對天主的召喚的抉擇。最終抉擇確與一生的過程有關，但它不失它的自由，為此有其不可替代的決定性。所以，安寧療護與基督宗教信仰的關係實在密不可分，因為臨終期是人生的總結，要去面見創造者前最重要的時期，安寧療護提供了一個最佳的準備方法。

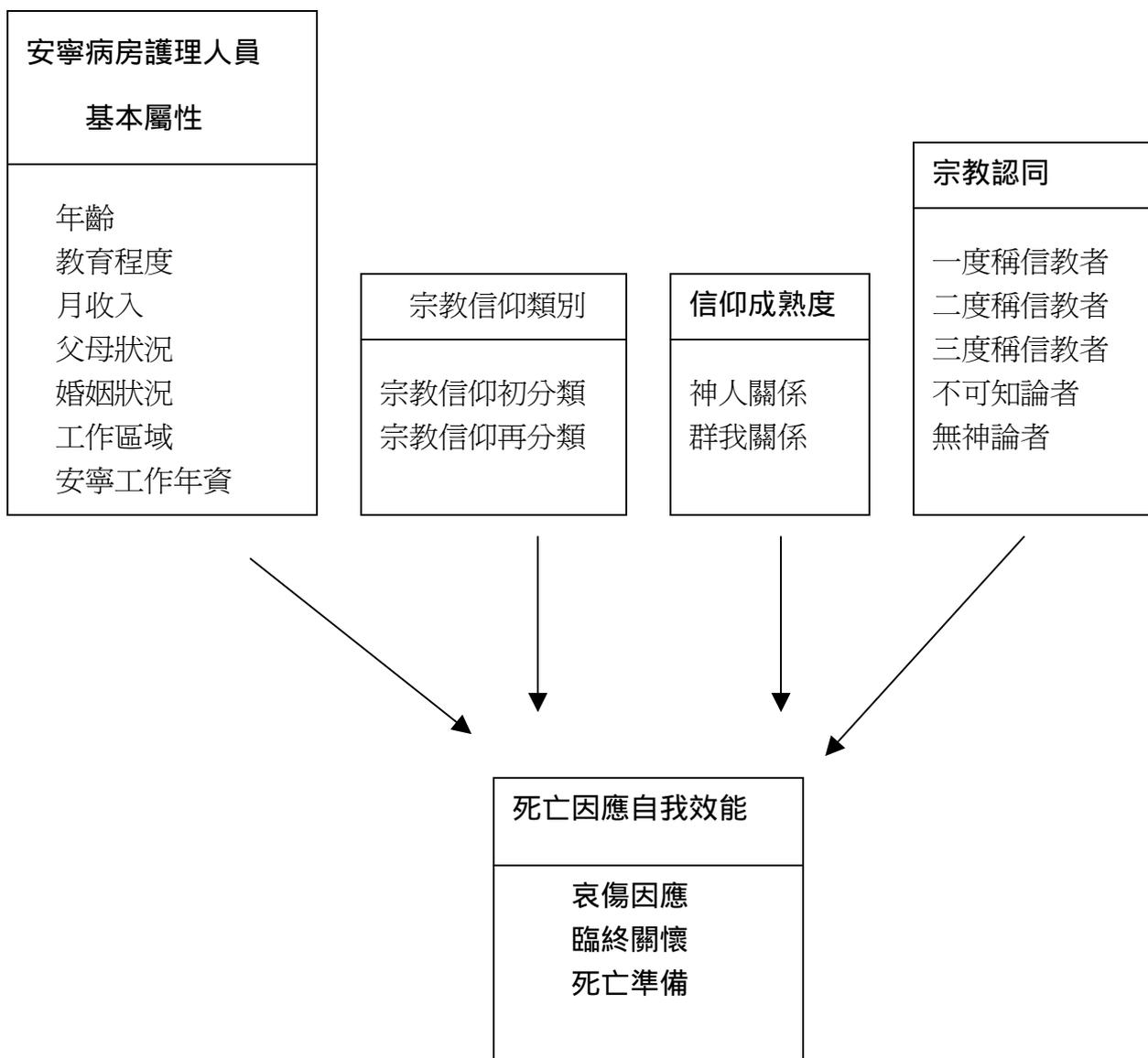
而佛教的生命觀是「無始無終」的圓周生命觀，一切的「果」都有其「因」，死亡並非毀滅，而是另一個新生命的開始。生命在輪迴中輪轉，直至達最高境界成佛才能進入「涅槃」的不死不滅不再輪迴。而影響輪迴時轉往「善道」或「惡道」的因素有：「隨業」、「隨習」、及「隨念」。「業」及「習」都已是過去種的「因」，但臨終及死亡時，其人的「善念與善願」是極為重要的。所以安寧療護協助病人平安順利渡過臨終階段，獲享高品質生活的理念與作法是非常符合佛教信仰，也因此在台灣佛教界快速地興盛（顧法嚴，1993）。

目前台灣安寧病房中約有三成爲基督教或是天主教醫院所成立（七所），佛教醫院也大約佔一成左右（兩所）。雖然安寧病房中護理人員的宗教信仰，並不受醫院本身的宗教背景所強制，但是醫院的宗教信仰背景，對於安寧病房所提供的精神照顧模式，是否有所差異（如院牧與宗教師所提供靈性照顧的不同）？在最近的研究顯示，在台灣安寧病房病人之靈性照顧提供者，除了牧師或是宗教師外（42.1%），主要就是由護理人員（34.1%），可知安寧病房護理人員對病人除了身心的照顧外，也肩負靈性照顧的重責（黃鳳英等，2001）。所以宗教信仰對於安寧病房護士各方面之影響，也有待更多的關注及研究。

第三章 研究方法

第一節 分析架構

依本研究的研究目的與動機，提出圖二作為分析架構。根據圖二所示：台灣地區安寧病房護士之死亡因應能力死亡態度，可能受宗教認同、信仰成熟度及其他基本屬性如年齡、家庭狀況、婚姻狀況、子女數、教育程度、所得、及工作年資的影響。以宗教認同問卷調查後的宗教信仰認同分類，區別出「一度稱信教者」、「二度稱信教者」、「三度稱信教者」、「不可知論者」與「無神論者」之差異。再以宗教信仰自我認定的兩種類別（宗教信仰初分類、宗教信仰再分類）、宗教認同、信仰成熟度（神人關係、群我關係）與安寧病房護理人員基本屬性為自變項，死亡因應自我效能（哀傷因應、臨終關懷、死亡準備）為依變項，說明安寧病房護理人員之基本屬性、宗教背景與死亡因應能力的關聯性。



圖二
分析架構圖

第二節 研究假設

- 一、死亡因應自我效能量表及宗教認同問卷，是一個可用以評估死亡因應能力及個人宗教認同之有效工具。
- 二、護理人員的基本屬性、宗教認同、信仰成熟度，可能是安寧病房護理人員死亡因應能力的影響因素。
- 三、對死亡因應能力而言，宗教信仰再分類可能是比宗教信仰初分類更有效的說明變項。

第三節 研究對象

一、質性部份

本研究前第一階段質性訪談部分是採立意取樣 (purposive sampling)，以中部某設有安寧病房之教學醫院，已取得執照，並實際從事護理臨床工作三個月以上，具有照顧癌症病患及臨終病人經驗之 32 名護理人員，做為訪談對象。

二、量化部份

本研究前第一階段問卷及量表之預試是採分層隨機抽樣，從北、中、南、東部各抽出一家醫院，共四所病房所有護理人員人為對象，以郵寄問卷，自我填答方式調查。總共發出問卷 90 份，回收 85 份，回收率 94%，去除填答無效者，實際有效問卷 80 份，有效回收率 89%。第二階段正式施測則針對標的母群做全體之普查，以台灣地區中華民國安寧療護基金會合約醫院的所有安寧病房，包括：北部五家、中部五家、南部九家、東部一家等共十九所（名單見附錄一）。已取得執照並實際從事安寧療護臨床工作三個月以上，之所有護理人員為對象，以郵寄問卷，自我填答方式調查。總共發出問卷 230 份，回收 200 份，回收率 87%，去除填答無效者，實際有效問卷 195 份，有效回收率 85%。

第四節 研究倫理

一、質性部分

在訪問過程中依研究倫理，先將研究動機、研究目的、訪談大綱、訪談時間以及保密原則，向訪談對象說明後。請其先簽署「訪談同意書」（見附錄二），再以錄音機輔助蒐集資料。

二、量化部份

1. 研究工具使用前，取得原作者使用同意書，並遵從原作者要求的使用約定，「研究工具使用同意書」請詳見附錄三。
2. 研究調查前，針對台灣地區所有安寧病房，事先以電話諮詢，請求院方之惠予配合，同意後正式發文（見附錄九）；部分醫院則依其規定，先向院方護理部或教學研究部門申請研究計畫審核通過；之後再聯絡病房查詢護理人員人數。
3. 依各醫院規定徵得護理人員同意後請其先填寫「問卷填答同意書」（見附錄二）。再煩請各病房護理長協助發放、回收及郵寄問卷。
4. 問卷回收後，由指導教授及研究生親致謝函，答謝各醫院單位、護理長及護理人員之支持與配合。

第五節 研究工具

一、質性研究

第一階段研究時係依照吳寧遠（1998）修改自張茂桂與林本炫兩位學者（1993）所提出的「宗教認同問卷」內容，參考原設計者文獻內涵，並與指導教授討論後形成「宗教認同訪談大綱」（見附錄四），以半結構式問題對個案進行深入訪談。

二、量化研究

1. 死亡因應能力評估：使用的「死亡因應自我效能量表」（Death Coping Self-Efficacy Scale）（見附錄五），內容是以 Robbins（1992）的「安寧病房死亡因應自我效能量表」（Hospice-Related Death Coping Self-Efficacy Scale）翻譯成中文。並依據研究目的去除原量表中安寧病房志工特殊角色功能部分的問項，編修而成一般性的自我效能量表。內容包括「臨終關懷」、「哀傷因應」、「死亡準備」三個面向共 29 題。採 Likert 五點記分法，每個問項由「確定不會」、「應該不會」、「不確定會」、「確定會」、「很確定會」分成五級，分別給予 1~5 分，分數越高表示其死亡因應自我效能越強。
2. 宗教認同評估：使用的「宗教認同問卷」（見附錄五），是採用吳寧遠（1998）修改自張茂桂林本炫（1993）所提出的，以「信教」、「信神」、「拜神」的方式評估俗民意象的宗教認同問卷設計。以宗教認同問卷調查後的宗教信仰認同分類，除了可區別出「一度稱信教者」、「二度稱信教者」、「三度稱信教者」、「不可知論者」與「無神論者」之差異。並可獲得研究對象在答題前自陳的宗教信仰類別「宗教信仰初分類」，與答題後所選擇的宗教信仰類別「宗教信仰再分類」。
3. 信仰成熟度量表：使用的「信仰成熟度量表」，是採用陳美琴（2001）翻譯

Benson, Dornahue 和 Erikson (1993)所設計的信仰成熟度量表 (Faith Maturity Scale, 簡稱 FMS)。內容包括「群我關係」與「神人關係」兩個層面共 12 題 (見附錄五)。總量表內在一致性信度 α 值為.90。本研究沿用此量表, 問項內容未予變動, 依 Likert 七點記分法, 每個問項由「從來不會」、「很少會」、「偶而會」、「有時候會」、「幾乎都會」、「總是如此」、「時常會」分成七級, 分別給予 1~7 分, 量表分數越高表示信仰成熟度越高。

第六節 資料分析

一、質性部分

編碼工作預定以「內容編碼信度分析表」進行逐字稿內容轉錄，首先將逐字稿編號，以「I」代表訪談者「I-02」代表訪談者第二句對話。「C」代表受訪者，「C01-02」代表1號受訪者第二句對話，「*」代表研究者與協同編碼者所編碼之範圍與意義相同者。將逐字稿貼到「訪談內容編碼信度分析表」中再進行內容編碼(coding)及編碼信度分析，再以下步驟進行編碼：

1. 內容編碼：參考 Strauss1989 年的做法對每一筆資料進行三次編碼，以針對資料中的所陳述的內涵，整理出與宗教認同問卷中相關的概念，並以編碼簿(coding book)整理成結果比較的清單。
2. 歸納分析：編碼以歸納法整理質性資料，所得之宗教信仰認同五種型態的內涵，與「宗教認同問卷」初稿預測後之結果對照比較，並參照專家意見，據以修訂「宗教認同問卷」初稿之問項與細節，形成正式之問卷。

二、量化部份

本研究所需之量化資料部份，將問卷回收、篩檢、編號後，製作編碼簿(coding book)，並將問卷結果輸入電腦，以 SPSS10.0 套裝軟體依研究目的、假設及變項性質進行統計分析。分析方法採用因素分析、信度檢定、百分比、平均數、標準差、皮爾森積差相關分析(Pearson Correlation)、單因子變異數分析(One-Way ANOVA)及階層回歸分析(hierarchical regression)。

第七節 信度與效度

一、質性部分

1. 訪談資料信度：訪談資料收集完畢後，在兩週內由研究者將錄音帶轉謄為逐字稿，每捲錄音帶轉謄完成後再一次將逐字稿與錄音內容核對一次，以確認資料無誤，再進行內容編碼（coding）及編碼信度分析。
2. 編碼信度：由研究者與研究小組另一名，熟悉本研究之研究目的與架構的研究生，進行協同編碼，以增進編碼之信度。使用 Miles 與 Huberman（1994）一致性係數來評估計算，經過多次的協同編碼使係數從 0.71 達到 0.88，以符合 0.7 以上的編碼信度。一致性係數公式如下：

評定一致的數目（S）

評定一致的數目（S）+ 評定不一致的數目（D）

3. 宗教認同問卷內容效度：由於張茂桂與林本炫（1993）原問卷設計與施測試，是採取訪員訪答方式，本研究嘗試將問卷改用受訪者自填方式，並加入吳寧遠（1998）所設計的簡化的宗教指標（見附錄五，第二部分）。爲了瞭解此問卷改變後的效度，依據訪談資料的歸納整理，與宗教認同問卷預試結果對照。同樣使用 Miles 與 Huberman（1994）一致性係數來評估計算效度，結果發現（見表四）關於宗教認同方面，訪談內容與問卷勾選一致性很高（效度平均 0.95），但是宗教信仰類別的比較卻出現一些差異；宗教信仰初分類的一致性（0.71）及再分類的一致性（0.74），雖然還是在可接受的範圍內，但是相對而言還是比宗教認同低。

本研究的宗教認同問卷在第 2 題詢問受訪者「您信什麼教？」，並在問卷的第 7 題再追問「您所信的神（佛）是什麼教？」，如此得到受訪者宗教信仰

初分類，及經由宗教認同問項詢問後，認知改變而的道宗教信仰的再分類。結果宗教信仰再分類的效度(0.83)在無宗教信仰上較初分類的效度(0.5)為高，民間信仰者則無論是初分類或是再分類效度都較低(均為0.38)。顯示訪談對象對民間信仰分辨的混淆，雖然經過所謂宗教指標的判準，仍然在宗教信仰類別的認定上有困難。而對於原本自認無宗教信仰者，宗教信仰指標卻可能對她們無形中提供一些指引，引使得其認知改變，所以人數從初分類的6人(18.3%)減為3人(9.3%)，而且與訪談內容得依致性效度也提高了0.33。所以相較之下制度性宗教如基督教、佛教的信徒填答結果效度較良好，民間信仰、道教信徒及無宗教信仰者自填問卷之效度則較不一致(見表二)。

表二

宗教認同訪談結果與預試問卷結果之比較

信仰初分類	人數	%	信仰再分類類別	人數	%	宗教認同一致性	宗教信仰初分類一致性	宗教信仰再分類一致性	宗教指標一致性
民間信仰	8	25	民間信仰	12	37.5	.75	.38	.38	.05
佛教	6	18.7	佛教	5	15.6	1.0	1.0	.83	.83
基督教	6	18.7	基督教	6	18.7	1.0	1.0	1.0	1.0
道教	5	16	道教	6	19	1.0	.40	.40	.80
無信仰	6	18.7	無信仰	3	9.3	1.0	.50	.83	1.0
一貫道	1	3.1	一貫道	1	3.1	1.0	1.0	1.0	1.0
總計	32	100	總計	32	100	平均.95	平均.71	平均.74	平均.86

從訪談內容與問卷填答的比較結果(見附錄十)中發現，受訪者在填寫宗教認同問卷時，對民間信仰的認定顯示出較無把握的狀態，受訪者對自己所信的關公、土地公、媽祖等神明，是屬於哪一類別的宗教信仰也會產生混淆。其中有兩位在訪談中認為自己信佛教，但問卷填答時卻勾選民間信仰，原因是她們同時也信其他民間信仰的神明。

目前我大概是佛教，沒有皈依，就是純粹的一般民間宗教信仰而已。就是一般民間那種初一十五、初二十六跟著家裡這樣拜，然後有時候就是會 就是我媽他有固定去一個廟裡面拜拜，就是一般的佛教寺廟，所以有時候如果我剛好時間上允許的話我就會跟著他去。(C29)

我是佛教徒，但是沒有皈依。我蠻相信神的存在的，因為我覺得真的是萬物都是藉由神產出的。我覺得道、佛教好像都比較 combine 在一起，所以我都有在信啦。(C23)

因此張茂桂、林本炫(1993)在研究中指出，自認為是「佛教徒」者主要是以「眾神皆信」為實際的信仰內容，真正的佛教徒只佔很小的比例(2.1%)。顯然俗民的宗教意象並不符合制度性宗教的知識性範疇，但是卻是客觀存在的社會實存；所以兩位作者認為俗民的宗教認同是非常微妙而複雜的，超出了一般問卷的宗教信仰類別選項所能建構的層次。

另外有三位勾選民間信仰者在訪談中認為自己沒有宗教信仰，因為它們自認宗教信仰不固定，而且對於信仰有多元的接受及尊重。

我覺得我沒有特定信什麼教，因為我結婚了啦，那我夫家那邊是要拜拜，一般民間信仰，那我就跟著拜這樣。可是我是尊重每一種，因為我覺得像在基督教醫院上班我是覺得其實基督教也不錯，可是就覺得說家裡的傳統，因為包括娘家都是一般民間信仰，那信的就是什麼濟公啊，觀音啊那些神，在我們心目中影響滿大的----- (C12)

其實我有沒有宗教信仰，其實我們家從小就是拜拜啦，可是我沒有特別說重於哪個宗教信仰，我是接受每個宗教的好，像我們家有拜拜，可是我也會參加我們的一些團契，因為我覺得一些團契給我的一些不一樣的看法，讓我成長，所以我不會排斥任何一個宗教，我覺得每個宗教可以去碰觸就對了。(C06)

我目前沒有宗教信仰，我的家庭都是民間信仰，像是佛道混合那樣，

就是有拜拜，過年過節去廟裡拜一下這樣子。有時也不知道這拜一些什麼神，我回到家裡還是還是有拜拜，有那基督教的聚會我也不排斥這樣子！但是我目前還不想在這一部份做很大的取捨或者是選擇，因為我覺得好像都很好。(C07)

還有一位曾經入一貫道的信徒，因為後來並未參與一貫道的宗教活動，對於其他宗教也不排斥，所以在問卷上也勾選自己是民間信仰。

我沒有特別信什麼教，我是有入一貫道，因為家裡啦！因為我姊我妹我爸現在都開始在走，只有我沒有在走，可是我信每一個宗教啦，然後只是沒有特別去走。我也有稍微接近基督教這樣子，所以其實我還在摸索。

(C11)

就如吳寧遠(1998)認為，有相當的人在受儒家傳統的影響下，對神明所抱持的態度是不否定也不肯定；他們可以是有宗教信仰者也可以是無宗教信仰者。而且因為中國人多半是群體先於個人，為了維持家庭的和諧，通常會從家庭中接受了「宗教」但卻不一定接受到「信仰」；所以一個人是否有宗教信仰，與一般民間信仰行為如何區分，實非一般問卷的宗教信仰類別選項所能區辨的，也是本研究在這方面的最大限制。

由於問卷初試中勾選民間信仰者所佔比例很大(31%)，民間信仰的指標比較訪談結果效度為.86，因此對於吳寧遠(1998)所設計的宗教指標，在本研究宗教認同的認定上預試及正式施測對於宗教認同的判準是依其原先所設計，只要不符合指標便不能稱為一度稱信者。而且訪談結果中，民間信仰宗教指標的一致性最低(0.5)。所以為避免因為宗教指標定義的不確定，使得原本諸多限制與不足問卷填答方式，產生更多的偏誤，在正式施測問卷的問項描述上，依相關文獻資料及專家的意見將文句更詳細說明為「民間信仰是同時信仰不同的神明，如觀音、媽祖、關公、土地公等等」，以使研究對象填答更容易。並在分析設計時將宗教信仰情形的層次多元化，除了宗教信仰初分類、再分類外，再加上宗教認同及信仰成熟度兩個

變項的共同探討，以使問卷填答方式獲取宗教信仰資料所可能衍伸的問題，盡量減低。

二、量化部份

1. 死亡因應自我效能量表譯本效度：將 Robbins (1992) 的安寧病房死亡因應自我效能量表原文，共 44 題（見附錄六）採用對稱性多重翻譯法，以下列步驟進行：
 - (1) 由研究者從英文原版翻譯成中文第一版
 - (2) 由兩位對於死亡因應能力量表不熟悉的兩位雙語專業人員（名單見附錄十一），將中文第一版反譯成英文版。
 - (3) 請死亡研究相關領域並精通原文的專家，檢視兩份反譯的英文版與英文原版的差異。
 - (4) 研究者再依據專家意見，修正翻譯而成中文第二版。
 - (5) 再請死亡研究相關領域並精通原文的專家（名單見附錄十一），檢視原文與中文第二版的差異。
 - (6) 最後修正版中文版量表成譯本定稿（見附錄七）。
2. 死亡因應自我效能量表內容效度：依據研究目的，與指導教授共同研討先將 Robbins (1992) 的「安寧病房死亡因應自我效能量表」譯本中，有關安寧病房志工的特殊專業問項去除，編譯為一般性的「死亡因應自我效能量表」(Death Coping Self-Efficacy Scale) 共 30 題，作為預試量表初稿。再採用 Paul 與 Stanley (1999) 的檢定方式，請臨床方面的安寧療護專家（名單見附錄），進行量表的專家效度檢定。針對編譯完成的死亡因應自我效能量表內各題之代表性、適用性、需要性及用字譴詞是否恰當加以評分，從 4 分（很適用）、3 分（適用）、2 分（不適用）到 1 分（很不適用），檢定結果以內容效度指數 (Content Validity Index) CVI 呈現。對於評定大於或等於 3 分以上的專家人數和，除以所有評分

專家人數和，代表專家對於此提內容效度的一致性。本量表專家效度檢定結果各題 CVI 值範圍 0.40-1.0，平均 CVI 值 0.87。

研究者參考 CVI 值、專家之修改意見及本研究之研究目的修改部分題目措辭，使問卷行文更流暢易懂，並使每個問項 CVI 值在 0.80 分以上，最後完成預試量表定稿共 30 題（見附錄五）。在預試後與指導教授檢討預試結果，並參考臨床專家填答時之意見，再依本研究之目的，將原文量表內容中有關安寧病房護士臨終關懷的相關題目，加入預試量表中，成正式施測量表 33 題（見附錄八）。

3. 死亡因應自我效能量表建構效度：本研究因預試樣本數（ $N=80$ ），不足預試問卷題數（30 題）之五倍，所以在正式施測後再進行探索性因素分析。將 33 題的量表以主成分分析，得到因素之共同性，據以刪除共同性 0.3 以下之變項（第 23 題：我會去簽器官捐贈卡，共同性 0.24）。再以含 Kaiser 常態化的最大變異法（Varimax）進行直交轉軸，並參考陡坡圖得到四個因素。由於第三個因素有一題（第 2 題：我可以接受臨終的人對我的心理支持）無法歸類，及最後一個因素有兩題（第 3 題：我可以處理自己祖父母的死亡，第 4 題：我會定期去做身體健康檢查）無法命名且無法歸類，所以予以刪除。最後保留三個因素，共 29 題累積解釋量為 44.61%，形成三個分量表（見表三），據此進行統計分析之用。

第一個分量表命名為「臨終關懷」（12 題），可解釋 16.81% 的總變異量；其問項中所含的概念，與安寧病房中對臨終病人及其家屬的靈性照顧內容高度相關。所以臨終關懷自我效能分量表的分數，可作為評估安寧病房護士對臨終病人及家屬給予關懷及靈性照顧的信心。

表三 死亡自我效能之因素分析表

題號	內容	因素一 臨終關懷	因素二 哀傷因應	因素三 死亡準備
(33)	我能允許臨終病人充分的去表達自己	.827		
(27)	我會去傾聽臨終的人所關心的事	.823		
(31)	我會去傾聽臨終病人家屬說的話	.740		
(32)	我能辨識臨終病人及家屬所關心的事	.703		
(28)	我能容忍和臨終的人在靈性與宗教上的差異	.668		
(24)	我可以在一個人臨終時陪伴著他	.615		
(30)	當我經歷照顧臨終的人的壓力時，也能夠自我照顧	.577		
(15)	我能對喪親的人提供情緒上的支持	.543	.498	
(22)	我可以敏銳的感受到臨終的人的需求	.464		
(10)	我能開口去問我親近的人是否有罹患嚴重或是末期的疾病	.370		
(14)	我會去探望一個臨終的朋友	.468	.404	.476
(19)	我會在尚未蓋棺之前去靈堂瞻仰遺容或去守靈	.414		
(16)	我能因應自己父親的死亡		.829	
(12)	我能因應自己母親的死亡		.751	
(26)	我能因應自己配偶的死亡		.689	
(21)	我能因應自己孩子的死亡		.675	
(8)	我能因應自己同年齡朋友的死亡	.403	.583	
(29)	我能因應一個寵物的死亡	.436	.469	
(5)	我可以面對及處理自己家中小孩的身體不健康的狀況		.457	
(20)	我能了解喪親之痛的感受		.256	
(6)	在知道家人處在致命的情況下我能正常因應處理		.441	
(11)	我會事先去購買自己的墓地或是靈骨塔位置			.609
(6)	我會去買人壽保險			.551
(18)	我會去計劃自己未來葬禮的內容			.539
(9)	我會去聆聽有關重大傷亡的新聞報導			.511
(17)	我會在生前立下不願用人工方法勉強延長生命的聲明	.300		.487
(7)	我會事先準備好自己的遺囑			.442
(25)	我會去購買生前契約		-.328	.448
(13)	我會去查詢自己是否罹患嚴重疾病			.433

第二個分量表命名為「哀傷因應」（9題），可解釋 15.66% 的總變異量；其問項中所含的意義，代表安寧病房護士面對自身的悲傷與失落。所以哀傷因應自我效能分量表的分數，可作為評估安寧病房護士對於因應自己親人死亡的信心。

第三個分量表命名為「死亡準備」（8題），可解釋 12.14% 的總變異量（見表三）；其問項中所包括的行為，代表安寧病房護士對於自己未來不可避免的死亡，所可能採取的事務性規劃。所以死亡準備自我效能分量表的分數，可作為評估安寧病房護士對於規劃自己死亡準備的信心。

其中「死亡準備」分量表內涵中包括的概念較其他兩個分量表多元，包括有經濟、社會、文化等面向。而且此分量表與原作者設計最大的不同是不包括器官捐贈調查的問項，除了因為此問項因素分析中的共同性較低外，主要是本研究認為此一問題在台灣社會所涉及的概念非常複雜，無法以單一問項評估，所以在本研究中加以刪除。

此外，檢視「臨終關懷」分量表的 12 個自我效能問項中，有九個問項與安寧療護的靈性照顧理念吻合，如「我能允許臨終病人充分的去表達自己」、「我會去傾聽臨終病人家屬說的話」、「我會去傾聽臨終的人所關心的事」、「我可以在一個人臨終時陪伴著他」、「我能對喪親的人提供情緒上的支持」、「我可以敏銳的感受到臨終的人的需求」、「我能辨識臨終病人及家屬所關心的事」、「我能容忍和臨終的人在靈性與宗教上的差異」、「當我經歷照顧臨終的人的壓力時，也能夠自我照顧」等。這些問項的內容與陪伴、主動而敏銳的傾聽、尊重以及具同理心的溝通等靈性照顧措施，具有相當高的同質性。而且問項之主要陳述與安寧病房護理人員的靈性照顧專業能力相符合。

邱秀渝（1995）探討靈性照顧時，認為陪伴、身體的接觸、主動而敏銳的傾聽、尊重以及具同理心的溝通是靈性照顧可行的措施。提出傾聽、陪伴、同理心等措施應該包括在靈性照顧的標準中。陳慶餘（2001）在一項緩和醫療對臨床

佛教宗教師的培訓相關研究中，也認為死亡因應方式與死亡恐懼程度，及其靈性反應有密不可分的關係。

所以就研究工具的發展方面，本研究認為死亡因應自我效能量表中的「臨終關懷」自我效能分量表，除了作為死亡因應能力的評估工具外，未來可以嘗試作為安寧療護護理人員，對於自己能否給予病人及家屬靈性照顧的主觀判斷；而且此主觀判斷對於安寧病房護士在面對臨終病人有靈性照顧需求時，會付出多少關懷與努力的將有決定性的影響。

4. 量表內在一致性信度檢定：檢視結果以 α 值呈現，預試與正式施測各量表皆具合宜的內在一致性信度（見表四、表五）。
 - (1) 死亡因應自我效能量表：本量表預試之 α 值，總量表為 0.89，四個分量表介於 0.61~0.82 之間；正式施測之 α 值，總量表為 0.88，三個分量表介於 0.69~0.88 之間。
 - (2) 信仰成熟度量表：本量預試之 α 值，總量表為.89，兩個分量表分別為 0.78 及 0.90；正式施測之 α 值，總量表為 0.91，兩個分量表分別為 0.82 及 0.92。

表四

預試各量表內在一致性信度檢定 (N=80)

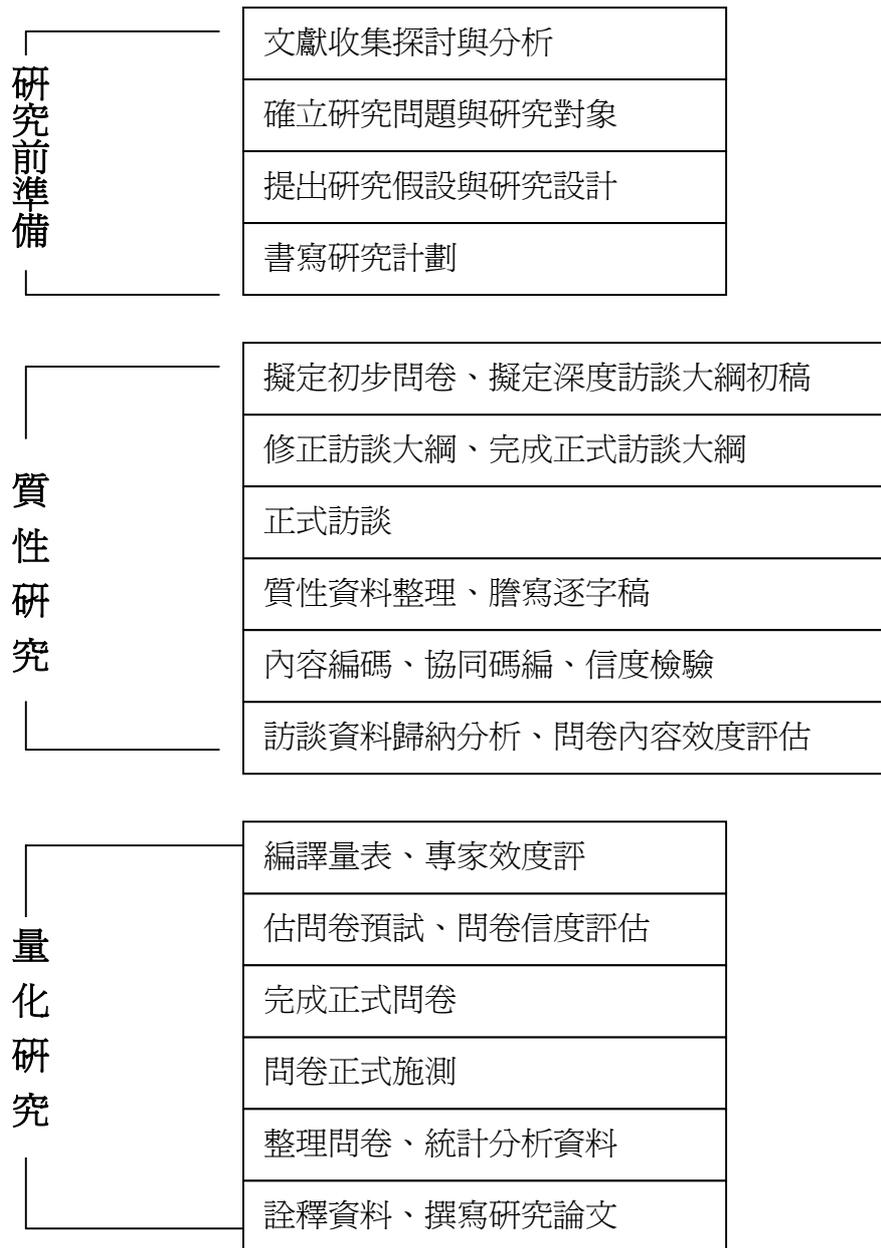
量表	分量表	題數	α 值
死亡因應自我效能量表	總量表	30	.89
	死亡準備行爲	7	.61
	哀傷處理因應	7	.82
	談論及面對死亡	9	.78
	哀傷支持系統了解	7	.82
信仰成熟度量表	總量表	12	.89
	群我關係	6	.78
	神人關係	6	.90

表五 正式施測各量表內在一致性信度檢定 (N=195)

量表	分量表	題數	α 值
死亡因應自我效能量表	總量表	29	.88
	臨終關懷	12	.86
	哀傷因應	9	.79
	死亡準備	7	.69
信仰成熟度量表	總量表	12	.91
	群我關係	6	.82
	神人關係	6	.92

第八節 研究步驟

依本研究之動機與目的，以描述性研究與相關性研究之設計方法，將本研究之步驟分為：研究前準備、質性研究、量化研究三部份，其流程安排如圖三：



圖三 研究步驟流程圖

第四章 研究結果與討論

第一節 安寧病房護理人員之基本屬性

本研究的 195 位研究對象中，因護理工作場域的性別以女性為主的關係，所以女性有 194 人 (99.5%)，男性只有一名。研究發現 (見表七) 年齡分佈以 26 至 30 歲為最多，有 83 人 (42.6%)，30 歲以上有 48 人 (24.6%) 佔最少，年齡平均為 28.9 歲 (SD = 6.25) (見表六)，比全台灣地區的居家護理人員平均 34.8 歲 (SD = 5.82) 為低 (徐麗娟、黃子庭，2001)，也比公立精神科醫院護士的平均年齡 33.8 歲 (SD = 7.4) 為低 (沈秀娟，2002)。相較於中部某醫學中心護理人員為對象的抽樣調查 (施素真，1999)，所得的護士平均年齡 30 歲也略低。所以初步比較之下，安寧病房護士平均年齡層還是較其他護士為低。而且在安寧病房工作的年資平均為 2.84 年 (見表六) (SD = 2.26)，比中部某醫學中心護理人員平均護理年資 8 年也低很多，由此可以看出安寧病房護理人員安寧照顧經驗經驗少又年輕化的傾向。

表六

研究對象年齡、年資之平均數與標準差 (N=195)

變項名稱	最小值	最大值	平均數	標準差
年齡	20	54	28.92	6.25
安寧年資	.25	16.00	2.84	2.26

護理人員教育程度 (見表七) 在五專以下 (含高職) 有 68 人 (34.9%)，二專有 61 人 (31.3%)，其餘為大學 (含技術學院) 以上共 66 人 (33.8%)。雖然從人數上看來以教育程度在五專以下 (含高職) 為最多，但是相較於其他研究發現，安寧病房護士的教育程度在大學 (含技術學院) 以上者，比家公立精神科醫院護士的教育程度在大學 (含技術學院) 以上的人 (23.1%) 高 (沈秀娟，2002)，也比中部某醫學中心護理人員 78.8% 為護專畢業的結果高。所以本研究發現，安寧病房護士中有大學 (含技術學院) 以上學歷的比例，比其他科別的護理人員還要多。

個人每月收入（見表七）則多在 20001 元至 40000 元之間（56.9%）；婚姻狀況（見表七）以未婚者為最多，共有 132 人（佔 67.7%），這數據與其他研究的結果都很相近。安寧病房護士工作及居住地點（見表七）以南部 103 人為最多（52.8%），這是因為本研究調查的安寧病房位在南部的佔約一半的關係。安寧病房護士的家庭狀況（見表七）則多為父母健在，共有 160 人（82.1%），所以有喪親經驗的安寧病房護士比有喪親經驗的安寧病房護士人數少。

表七
研究對象個人基本資料次數分配表（N=195）

變項名稱	人數	%	變項名稱	人數	%
年齡			婚姻		
20~25	64	32.8	未婚	132	67.7
26~30	83	42.6	已婚	63	32.3
30 以上	48	24.6	父母狀況		1.5
教育程度			父母健在	160	82.1
五專以下	68	34.9	父母不健在	35	17.9
二專	61	31.3	工作區域		
大學以上	66	33.8	中	24	12.3
月收入			南	103	52.8
40000 以上	111	56.9	東	14	7.2
40000 以下	84	43.1	北	54	27.7

第二節 死亡因應能力之分佈情形

安寧病房護理人員在死亡因應能力方面的填答分佈情形(見表八)內容分述如下：

表八
死亡因應自我效能量表數值 (N=195)

量表名稱	題數	分數	最小值	最大值	平均數	標準差	五點量表 平均得分
死亡因應自我效能							
總量表	29	1~5	76.00	135.00	110.67	10.39	3.82
臨終關懷	12	1~5	31.00	60.00	48.71	5.09	4.06
哀傷因應	9	1~5	22.00	44.00	31.61	4.19	3.51
死亡準備	7	1~5	17.00	39.00	30.34	3.68	4.33

死亡因應自我效能量表共計 29 題，為五點量表，量表總分之平均數 110.67 (SD = 10.39)，每題平均得分 3.28。各分量表次數分佈情形說明如下：

1. 「臨終關懷」分量表：本量表共有十二題，總分最高分為 60 分，最低分為 31，平均數為 48.71 (SD=5.09)，每題平均得分 4.06，為三個分量表得分中次高的。由「臨終關懷」分量表次數分配表中發現，在此面向之死亡因應自我效能，安寧病房護理人員以回答「確定會」者為最多，表示安寧病房護理人員對於給予他人「臨終關懷」的自我效能頗佳。
2. 「哀傷因應」分量表：本量表共有九題，總分最高分為 44 分，最低分為 22，平均數為 31.61 (SD=4.19)，每題平均得分 3.51，為三個分量表得分中最低的。由「哀傷因應」分量表次數分配表中發現，在此面向之死亡因應自我效能，安寧病房護理人員以回答「不確定會」者為最多 (43.59%)，「確定會者」次之 (36.41)，表示安寧病房護理人員對於自己重要親人的失落及哀傷的處理能力，沒有把握者比有把握者還多。
3. 「死亡準備」分量表：本量表共有八題，總分最高分為 39 分，最低分為 17，平均

數為 30.34 (SD=3.68)，每題平均得分 4.33，為三個分量表得分中最高的。由「死亡準備」分量表次數分配表中發現，在此面向之死亡因應自我效能，安寧病房護理人員以回答「確定會」者為最多，表示安寧病房護理人員，對自己是否能安排好自身的「死亡準備」事務的信心很高。

雖然 Robbins (1992) 在以安寧病房志工為對象的研究中，發現「安寧病房死亡因應自我效能量表」(Hospice-Related Death Coping Self-Efficacy Scale) 可以顯著的區分出實驗組與控制組(無安寧療護護理經驗)的死亡因應能力之差異；以雪費事後比較分析後，甚至能區出新進受訓中的志工與控制組的差異。但是由於本研究並未實施教育訓練之介入，所發展的研究工具「死亡因應自我效能量表」(Death Coping Self-Efficacy Scale)，又已去除安寧病房志工的特別問項，成為一般性死亡因應自我效能量表。所以在此僅呈現台灣地區安寧病房護理人員死亡因應的現況，無法以 Robbins (1992) 的數據與之比較。不過在本量表的三個分量表中以「死亡準備」每題平均得分最高(4.33)，「哀傷因應」得分最低(3.51)，顯示安寧病房護士對於安排自己未來死亡準備行為的信心，高過於因應自己親人死亡。

由於本研究建議死亡因應量表中的「臨終關懷」自我效能分量表，未來可以嘗試作為安寧療護護理人員，對於自己能否給予病人及家屬靈性照顧的主觀判斷；而且此主觀判斷對於安寧病房護士在面對臨終病人有靈性照顧需求時，會付出多少關懷與努力的將有決定性的影響。所以檢視安寧病房護理人員在臨終關懷方面的自我效能得分，平均能達到 4.06，顯示他們對於自己未來去給予病人靈性照顧，具有一定的信心，而且在面對困難時將願意付出一定的努力，以及持續相當的時間(引自王國川，1997)。但是實際從事時會是何種情形，「臨終關懷」或是靈性照顧的行為是否同樣的使用自我效能來做預測？我想這並非本研究所能推論的範疇，還是需要作更多其他研究來作進一步的探討才能一窺究竟。

第三節 宗教信仰類別、宗教認同與信仰成熟度之分佈情形

安寧病房護理人員在宗教認同問卷、信仰成熟度中，有關宗教信仰類別、宗教認同、信仰成熟度及其他各方面的填答分佈情形，分述如下：

一、宗教信仰類別

本研究的宗教認同問卷在第 2 題詢問受訪者「您信什麼教？」，並在問卷的第 7 題再追問「您所信的神（佛）是什麼教？」，如此得到受訪者「宗教信仰初分類」，及經由宗教認同問項詢問後，認知改變的「宗教信仰再分類」之次數分佈情形。結果發現（見表九）安寧病房護理人員的宗教信仰初分類中，佛教徒佔 23.6%，民間信仰佔 21.0%，基督教徒佔 13.3%，無宗教信仰者佔 29.7%，其餘類均在 10.0% 以下。宗教信仰再分類中，佛教徒佔 30.8%，民間信仰佔 27.2%，基督教徒佔 13.8%，無宗教信仰者佔 11.3%，其餘類均在 10.0% 以下。

自認有宗教信仰者中，有 23.6% 的人初步認為自己的宗教信仰為佛教，而問卷填答完後改為 30.8% 認為自己信仰佛教，「宗教信仰再分類」中的佛教徒增加了 7.2%。其次有 21% 的護理人員初步認為自己的宗教信仰為民間信仰，而問卷填答完後改為 27.2% 認為自己為民間信仰，「宗教信仰再分類」中的民間信仰者也增加了 6.2%。

另外有 13.3% 的護理人員初步認為自己的宗教信仰為基督教，而問卷填答完後改為 13.8% 認為自己信仰基督教，只增加了 1 人（0.8%），天主教徒則兩者都是 6 人未曾改變，顯示了基督教徒與天主教徒對於宗教信仰類別認定的穩定性。不過這個統計結果，比 1999 年國科會委託中研院執行的三期五次台灣社會變遷基本調查（見表十）（以下簡稱基本調查）的 4.8% 多出了 9%，其原因可能與台灣地區安寧病房有 28% 是由基督宗教團體經營有關。一個以基督宗教醫院護理人員為研究對象的研究（莊惠敏，2002）指出，有基督教信仰的護士比例高到 28.4%（N=312），而本研究中的基督宗教醫院有五家，所以基督徒所佔的比例自然也會略高於一般人士。

最後有 29.7% 的護理人員本來初步認為自己無宗教信仰，而問卷填答完後改為 11.3% ，也就是說「宗教信仰再分類」中的無宗教信仰者，反而銳減了 18.4% 。這個比例和基本調查的 13.6% ，也很接近。因此安寧病房護理人員的「宗教信仰再分類」中，除了基督宗教信徒比例明顯較高外，其餘信仰比例與一般民眾的差異還在可接受範圍之內。

表九

研究對象宗教信仰類別分佈情形 (N=195)

變項名稱 宗教信仰類別	宗教信仰初分類		宗教信仰再分類	
	次數	%	次數	%
民間信仰	39	21.0	53	27.2
佛教	46	23.6	60	30.8
道教	4	2.1	9	4.6
天主教	6	3.1	6	3.1
基督教	26	13.3	27	13.8
一貫道及其他	16	8.2	18	9.2
無宗教信仰	58	29.7	22	11.3
總計	195	100.0	195	100.0

表十

台灣社會變遷基本調查宗教信仰類別分佈情形 (N=1925)

類別	次數	%
民間信仰	643	33.6
佛教	506	26.3
道教	245	12.7
天主教	47	4
基督教	92	4.8
其他或不知道很難說	126	6.6
無宗教信仰	262	13.6
總計	1925	100.0

引自行政院國家科學委員會 (2000)。台灣社會變遷基本調查計劃第三期第五次調查報告 (NSC-88-2412-H-001-014-B1)。台北：中央研究院社會研究所，頁 240。

而且「宗教信仰初分類」與「宗教信仰再分類」比較之後發現，「宗教信仰再分類」的結果比「宗教信仰初分類」較趨近基本調查的數據，「宗教信仰初分類」在道教徒與無宗教信仰者上，與之相去甚遠。原因推測可能是基本調查宗教組的問卷，在詢問個案宗教信仰前，有先加問兩個問題：「請問您有沒有去寺廟拜神明？」、「請問您有沒有去佛寺拜佛或是禮佛？」。這樣的問法，與本研究經由「信教」「信神」「拜神」三種問題追問個案的作法有雷同之處。因此對於宗教信仰類別的填答，可能也和本研究的宗教認同問卷一樣，產生一定的釐清作用。所以本來因為認為自己沒有「信教」，而自認為沒有宗教信仰的「無宗教信仰者」，因為在問卷填答過程自省到還是有「信神」和「拜神」，所以最後也將自己歸類於某宗教的信徒。

另外本研究依據吳寧遠（1998）研究中的建議，將他所擬的簡化的「宗教指標」（見附錄五）加入宗教認同問卷中。從表十一的結果中可知，不符合其宗教指標的受訪者佔 24.09%，其中有宗教信仰者中以佛教不符合的比例為的最高（32.6%），基督教次之（30.8%）。天主教則全數符合宗教指標。

此結果與張茂桂、林本炫（1993）研究中高比例佛教徒的結果一致，顯示俗民的宗教意象並不符合制度性宗教的知識範疇，自稱為佛教徒的人許多都不是真正的佛教徒，基督教亦然。所以如何將俗民主觀意義世界中的宗教信仰類別，與社會實存的宗教信仰客觀意義接軌，進而使宗教信仰成爲一個可以作爲社會行動與概念的說明變項，正是本研究關注的一個方向。

表十一

宗教指標與宗教信仰類別交叉分析 (N=137)

宗教指標	符合	不符合	總數
宗教類別	個數 (%)	個數 (%)	個數 (%)
民間信仰	35 (89.7)	4 (10.3)	39 (100.0)
佛教	31 (67.4)	15 (32.6)	46 (100.0)
道教	0	4 (100.0)	4 (100.0)
天主教	6 (100.0)	0	6 (100.0)
基督教	18 (69.2)	8 (30.8)	26 (100.0)
一貫道其他	14 (87.5)	2 (12.5)	16 (100.0)
總數	104 (75.91)	33 (24.09)	137 (100.0)

二、宗教認同

本研究的宗教認同問卷在第 1 題詢問受訪者「您是否有宗教信仰？」，在問卷的第 5 題問「您相信有神（佛）存在嗎？」，第 6 題問「您信什麼神（佛）」，第 7 題再追問「您所信的神（佛）是什麼教？」，並在問卷的第 8 題問「您拜神嗎？」，第 9 題問「您拜神（佛）的原因是？」。如此得到受訪者的宗教認同內容，再依本研究之設計及吳寧遠所建議方式的「一度稱信教」者、「二度稱信教者」、「三度稱信教者」、「不可知論者」及「無神論者」（見圖一），將受訪者統整成這五種分類。

結果發現（見表十二）「一度稱信教者」最多，共有 89 人佔研究對象的 45.6%，比張茂桂、林本炫（1993）對一般民眾所做的調查結果（見圖四）的 50.5% 還要低。這是由於本研究的問卷中，將宗教指標不符合者依吳寧遠（1998）的建議歸入「二度稱信教者」，所以「一度稱信教者」比例本應該降低。至於「二度稱信教者」有 55 人佔 28.2%，比張茂桂、林本炫（1993）的調查結果 41% 為低，這是因為本研究問卷中將「對神的存在也不肯定亦不否定」的人，從「二度稱信教者」區分出「三度稱信教者」（有 37 人佔 19.0%），所以「二度稱信教者」的比例也應該降低。至於「不

可知論者」有 11 人佔 5.6% ，其中真正「無神論者」只有 3 人佔 1.5% ，總數佔 7.1% ，與張茂桂、林本炫（1993）調查結果中的「無信神者」6.3% 比例很接近。因此可知安寧病房護理人員的宗教認同分佈情形，與一般民眾並無太大差別。

表十二

研究對象宗教認同分佈情形（N=195）

宗教認同	個數	%
無神論者	3	1.5
不可知論者	11	5.6
三度稱信者	37	19.0
二度稱信者	55	28.2
一度稱信者	89	45.6
總數	195	100.0

爲了進一步探討不同宗教類別的研究對象的宗教認同分佈情形，在宗教信仰初分類與宗教認同的交叉分析中發現（見表十三），除了其他宗教及一貫道外「一度稱信教者」最多的是天主教（100.0%）及基督教（75.0%）。而信仰道教、民間、佛教及自認爲無宗教信仰的人則在「二度稱信教者」以下的分佈較多。對於「其他宗教」這個類別，本研究基於研究目的與範疇的限制並未詳加探討，但是參照 1999 年基本調查所列舉的項目，如慈惠堂、天帝教，創價佛教學會、山塔基等等，多屬於新興宗教的領域。所以如果將宗教認同分類視同爲一種認同強度，那本研究發現西方基督宗教及某些積極吸取成員的「其他」（新興）宗教信徒，他們對於自己宗教高度認同的比例確實較其他宗教多。

表十三

宗教信仰初分類別與宗教認同交叉分析 (N=195)

信仰初分類別	宗教認同					總數 (%)
	無神論 個數 (%)	不可知論者 個數 (%)	三度稱信者 個數 (%)	二度稱信者 個數 (%)	一度稱信者 個數 (%)	
民間信仰	0	2 (5.1)	12 (30.8)	2 (5.1)	23 (58.9)	39 (100.0)
佛教	0	0	6 (13.)	12 (26.1)	28 (60.9)	46 (100.0)
道教	0	0	2 (50.0)	2 (50.0)	0	4 (100.0)
天主教	0	0	0	0	6 (100.0)	6 (100.0)
基督教	0	0	2 (7.7)	6 (23.1)	18 (69.3)	26 (100.0)
一貫道及其他	0	0	2 (12.5)	2 (12.5)	12 (75.0)	16 (100.0)
無宗教信仰	3 (5.4)	9 (16.1)	13 (28.6)	3 (6.8)	0	56 (100.0)
總數	3	11	37	55	89	195

不過由於本研究所使用的宗教認同問卷，原設計者之本意在於以俗民宗教認知的角度，去探討在主觀意義的世界中，俗民如何去判斷及指認自己的宗教信仰。而且焦點是置於民間信仰、佛教與道教之討論，並沒有去處理基督教、天主教等西方宗教或是新興宗教的認同問題。基督宗教的認同，因為教會的派別林立，以及其他複雜因素，似乎無法僅以「信教」、「信神」及「拜神」三個層面來區辨。

另外基督宗教信徒在宗教認同層次上的高一致性問題（本研究中信仰基督宗教者，在宗教信仰初分類中佔了 16.4%），也可能導致變項的差異性降低，而影響到相關關係的推論。因此本研究再以信仰成熟度來進一步探討宗教信仰的另一個向度，希望有助於問題之釐清。

三、信仰成熟度

本研究的信仰成熟度量表共計 12 題，為七點量表，統計結果（見表十四）顯示量表總分之平均數 42.99 (SD=12.92)，每題平均得分 3.58。此結果與陳美琴（2001）

對大學生的調查平均數：男生 34.82 (SD=12.61) 女生 36.23 (SD=13.00) 相比，安寧病房護士的信仰成熟度明顯較高。本量表內容包括「神人關係」與「群我關係」兩個分量表各分量表次數分佈情形分別說明如下：

1. 神人關係分量表：本量表共有六題，總分最高分爲 42 分，最低分爲 6，平均數爲 21.76 (SD=8.11)。每題得分介於 1~7 之間，每題平均得分爲 3.63。由神人關係分量表次數分配表中發現，在此變項安寧病房護理人員是以回答「偶而會」(3 分)者爲最多，「有時候會」(4 分)次之，表示安寧病房護理人員對於神人關係面向的信仰成熟度也是接近中間程度。
2. 群我關係分量表：本量表共有六題，總分最高分爲 42 分，最低分爲 6，平均數爲 21.23 (SD=6.04)。每題得分介於 1~7 之間，每題平均得分爲 3.54。由群我關係分量表次數分配表中發現，在此變項安寧病房護理人員的回答以「有時候會」(4 分)者爲最多，其次爲「偶而會」(3 分)，表示安寧病房護理人員對於群我關係面向的信仰成熟度接近中間程度。

表十四

信仰成熟度量表數值

信仰成熟度量表	題數	分數	最小值	最大值	平均數	標準差	七點量表 平均得分
總量表	12	1~7	13.00	84.00	42.99	12.92	3.58
人神關係	6	1~7	6.00	42.00	21.23	6.04	3.63
群我關係	6	1~7	6.00	42.00	21.76	8.11	3.54

第四節 基本屬性與死亡因應能力之相關分析

爲了瞭解不同基本屬性在死亡因應自我效能的差異與相關情形，以單因子變異數分析、雪費事後比較及皮爾森積差相關分析，結果分述如下：

一、年齡與工作年資

由於 Robbins (1992) 在研究中發現，年齡可能爲死亡因應自我效能的影響因素之一，並假設因爲年齡大小與一個人經歷死亡的相關經驗有關，因此將年齡與死亡相關經驗做統計相關分析，結果發現兩者呈顯著相關。所以本研究也將受訪護理人員基本資料中的年齡、與安寧病房年資區分開來，以了解其對於死亡因應自我效能的關係。

結果顯示（見表十五）安寧病房護士的年齡與死亡因應自我效能總分（ $r=.302, p < .001$ ）、「臨終關懷」分量表得分（ $r=.207, p < .001$ ）、「哀傷因應」分量表得分（ $r=.430, p < .001$ ），呈現顯著的正相關，也就是說初步看來安寧病房護士的年齡愈大，死亡因應、臨終關懷、哀傷因應自我效能越高。Wong 等人（1994）以多向度的死亡態度量表，研究年齡和死亡態度與因應的關係，結果也發現年長者比年輕者更能接受死亡、面對死亡。此結果也符合本研究之假設，死亡因應自我效能之增強與年齡之增加有關。

另外安寧病房護士從事安寧照顧工作的年資與死亡因應自我效能總分（ $r=.205, p < .001$ ）、「臨終關懷」分量表得分（ $r=.195, p < .001$ ）、「哀傷因應」分量表得分（ $r=.161, p < .05$ ），也呈現顯著的正相關，亦即可初步解釋爲安寧病房護士從事安寧照顧工作的年資越多，死亡因應、臨終關懷、哀傷因應自我效能也越高，此結果與 Robbins(1992) 的研究發現一致。也符合本研究之假設，死亡因應自我效能之增強與從事安寧照顧工作的年資有關。至於死亡準備分量表則與年齡及安寧年資無顯著相關。

表十五

年齡年資變項與死亡因應自我效能之積差相關分析 (N=195)

變項名稱	死亡因應自我效能			
	總量表	臨終關懷	哀傷因應	死亡準備
年齡	.302**	.207**	.430**	.077
安寧年資	.205**	.195**	.161*	.125

註：* $p < .05$ ** $p < .001$ (雙尾)

二、教育程度

學歷在大學(含技術學院)畢業以上(含研究所)的安寧病房護士,在死亡因應自我效能總分(113.65 ± 10.12 , $F=4.58$, $p < .05$)(見表十六),「臨終關懷」分量表的得分(50.07 ± 5.11 , $F=3.92$, $p < .05$),及在「死亡準備」分量表的得分(31.19 ± 3.30 , $F=3.0$, $p < .05$)均最高。五專(含高職)畢業的安寧病房護士,在死亡因應自我效能總分(109.79 ± 11.28 , $F=4.58$, $p < .05$),「臨終關懷」分量表的得分(48.27 ± 5.33 , $F=3.92$, $p < .05$),及在「死亡準備」分量表的得分(30.13 ± 3.77 , $F=3.01$, $p < .05$)次高。而二專畢業的安寧病房護士,在死亡因應自我效能總分(108.39 ± 8.98 , $F=4.58$, $p < .05$),「臨終關懷」分量表的得分(47.70 ± 4.51 , $F=3.92$, $p < .05$),及在「死亡準備」分量表的得分(29.65 ± 3.82 , $F=3.01$, $p < .05$)最低。

所以初步的統計上顯示,不同的教育程度對於死亡因應自我效能總分、「臨終關懷」分量表及「死亡準備」分量表的得分,均有顯著的影響。以雪費事後比較法檢定後可初步解釋為,學歷在大學(含技術學院)畢業以上(含研究所)的安寧病房護士,在以上三方面的死亡因應自我效能均高於二專畢業的安寧病房護士。

「臨終關懷」與「死亡準備」兩種死亡因應能力會因為教育程度的不同而有差異,符合本研究的假設。但是「哀傷因應」與教育程度則在統計上無顯著差異。

表十六

基本屬性變項與死亡因應自我效能之變異數分析 (N=195)

基本屬性	死亡因應自我效能								
	N	總量表 M±SD	F 值	臨終關懷 M±SD	F 值	哀傷因應 M±SD	F 值	死亡準備 M±SD	F 值
<u>教育程度</u>									
1 五專以下	68	109.79±11.28		48.27±5.33		31.38±4.38		30.13±3.77	
2 二專	61	108.39±8.98	4.58*	47.70±4.51	3.92*	31.03±3.73	1.80	29.65±3.82	3.01*
3 大學以上	66	113.65±10.12		50.07±5.11		32.37±4.32		31.19±3.30	
雪費事後比較：總量表：3>2 臨終關懷：3>2									
<u>月平均收入</u>									
40000 以下	111	109.01±10.86	6.62**	48.25±5.26	2.07	30.75±4.10	11.26**	30.00±3.64	2.14
40000 以上	84	112.83±9.37		49.30±4.81		32.73±4.05		30.78±3.69	
<u>父母情況</u>									
父母健在	160	109.90±10.43	4.79*	48.53±5.23	.99	31.23±3.92	7.54**	30.13±3.72	2.82
父母不健在	35	114.11±9.62		49.48±4.36		33.34±4.92		31.28±3.33	
<u>婚姻</u>									
未婚	145	109.35±10.27	9.35**	48.39±5.05	2.17	30.91±3.90	16.73***	30.04±3.85	3.87
已婚	50	114.46±9.91		49.62±5.13		33.62±4.38		31.22±2.96	
<u>工作區域</u>									
中	24	111.36±6.53		49.50±4.50		31.30±4.04		30.58±3.15	
南	103	110.11±4.76	2.13	48.47±3.95	1.99	31.47±3.62	1.43	30.19±10.07	1.10
東	14	107.21±4.83		48.57±3.72		30.50±4.02		28.14±8.27	
北	54	112.30±5.17		48.86±4.59		32.35±3.38		31.09±10.11	

註：*p < .05 **p < .01 ***p < .001

三、收入

每月平均收入在 40000 元以上的安寧病房護士，在死亡因應自我效能總分（ 112.83 ± 9.37 , $F=6.62$, $p < .01$ ）（見表十六），「哀傷因應」分量表的得分上（ 32.73 ± 4.05 , $F=11.26$, $p < .01$ ）均高於每月平均收入在 40000 元以下的安寧病房護士。顯示每月平均收入這個單一指標，對於死亡因應自我效能總分與「哀傷因應」分量表的得分有顯著影響，所以可初步解釋為每月平均收入在 40000 元以上的安寧病房護士有較好的死亡因應自我效能及哀傷因應。經濟能力會影響安寧病房護士「哀傷因應」的信心，卻不會影響其「臨終關懷」及「死亡準備」的能力。

四、父母健全狀況

至於重要親人的死亡對於死亡因應的影響，本研究因為護理人員之平均年齡（ 28.92 ± 6.25 ）及已婚率（32.3%）較低，所以將中要親人侷限於父母。父或母不健在（含父母雙亡）的安寧病房護士，在死亡因應自我效能總分（ 114.11 ± 9.62 , $F=4.79$, $p < .01$ ）（見表十六），「哀傷因應」分量表的得分（ 33.34 ± 4.92 , $F=7.54$, $p < .01$ ）均高於父母均健在的安寧病房護士。顯示父母健全狀況這個單一指標，對於死亡因應自我效能總分與「哀傷因應」分量表的得分有顯著影響，此發現符合本研究的假設。安寧病房護士父母親是否健在會影響「哀傷因應」信心。但是父母健全狀況對於「臨終關懷」及「死亡準備」的自我效能則無顯著影響。

五、婚姻

由於現代婚姻狀況之複雜性，本研究在統計分析時將婚姻狀態簡化為已婚、未婚兩類，來探討婚姻對於死亡因應的影響。結果發現已婚的安寧病房護士，在死亡因應自我效能總分（ 114.46 ± 9.91 , $F=9.35$, $p < .01$ ）（見表十六），「哀傷因應」分量表的得分（ 33.62 ± 4.38 , $F=16.73$, $p < .001$ ）均高於未婚的安寧病房護士。顯示婚姻狀況這個單一指標，對於死亡因應自我效能總分與「哀傷因應」分量表的得分有顯著影響，所以初

步解釋為已婚的安寧病房護士有較好的死亡因應自我效能及哀傷因應。此發現符合本研究的假設，安寧病房護士已婚與否會影響「哀傷因應」信心。但是婚姻狀況對於「臨終關懷」及「死亡準備」的自我效能則無顯著影響。

綜觀基本屬性對於死亡因應能力之影響，若將死亡因應能力三個分量表依相關結果分為「哀傷因應」及「死亡準備」兩群。則可以發現教育程度對於「死亡準備」有顯著相關，但是其他基本屬性（如月收入、父母情況、婚姻情況）卻對於「死亡準備」無顯著相關。而教育程度對於「哀傷因應」無顯著相關，其他基本屬性卻對於「哀傷因應」有顯著相關。這種相對的情形在結果的詮釋上浮現變項關係之間的弔詭，也是量化研究時常無法以統計方法解釋的限制。

第五節 宗教信仰類別、宗教認同及信仰成熟度與死亡因應能力之關聯探討

爲了瞭解研究個案不同宗教信仰狀況，與死亡因應自我效能之間的關聯情形，本研究以單因子變異數、雪費事後比較分析資料，結果分述如下：

一、宗教信仰類別與死亡因應能力

以兩種宗教信仰分類分別與死亡因應自我效能進行差異分析，結果顯示「宗教信仰初分類」在死亡因應自我效能及三個分量表均未達到統計上的顯著差異；而「宗教信仰再分類」則在死亡因應自我效能總分及「臨終關懷」分量表得分（ $F=3.90, p < .01$ ）、「哀傷因應」分量表得分（ $F=4.11, p < .01$ ）上，呈現顯著差異；再經雪費事後比較檢定得知，佛教徒在臨終關懷自我效能方面高於民間信仰者（見表十九）。此結果與本研究之假設吻合，「宗教信仰再分類」是一個比「宗教信仰初分類」更有效的說明變項。

陳美琴（2001）以台灣北中南 542 名大學生爲對象，探索利社會行爲和信仰成熟度之間的關係。研究結果發現以七大宗教（計有民間宗教信仰、佛教、基督教、天主教、一貫道、道教和無宗教信仰）來區分信仰類別，所得到的「宗教信仰初分類」結果，在利社會行爲的說明上並沒有顯著的差異性。而本研究僅以 195 名安寧病房護士，以「宗教信仰再分類」的結果來分析，便可以得到宗教信仰類別與死亡因應自我效能之間的初步關聯，可見經由宗教認同問卷填答後所得到的「宗教信仰再初分類」，還是可以作爲某些社會性向或是行爲的一個有效的說明變項。

二、宗教認同與死亡因應能力

以本研究之主要說明變項「宗教認同」與死亡因應自我效能進行差異分析，結果（見表十七）顯示宗教認同在死亡因應自我效能及三個分量表均未達到統計上的顯著

差異。初步看來，宗教認同變項無法作為安寧病房護士死亡因應自我效能的有效說明變項。

產生這種結果的原因，除了推測可能是因為本研究樣本數不夠多（ $N=195$ ），而且宗教認同五種分類各組人數不平均外（ $N=3\sim 83$ ），在本問卷的評估結果中顯示了基督教、天主教等西方宗教信徒在宗教認同層次上的一致性，導致變異數的降低，推估這也可能是宗教認同變項無法作為一有效的說明變項的原因之一。

另外由於宗教認同問卷原設計者之焦點置於民間信仰、佛教與道教之區辨，而研究卻是嘗試將它應用在所有類別的宗教信仰認同上。所以懷疑基督宗教的宗教認同是否也適合以此問卷來評估？這也是本研究的檢討方向之一。不過由於本研究之設計，對於宗教背景的評估還有另一個面向：「信仰成熟度」。所以對於以上推測，還可以從「信仰成熟度」與死亡因應自我效能的積差相關分析，及「宗教認同」與「信仰成熟度」的差異分析上來進一步的探究。

表十七

宗教信仰分類、宗教認同與死亡因應自我效能之單因子變異數差異分析(N=195)

變項名稱	死亡因應自我效能								
	N	總量表 M±SD	臨終關懷 F 值	M±SD	F 值	哀傷因應 M±SD	F 值	死亡準備 M±SD	F 值
<u>信仰初分類</u>									
民間信仰	45	110.40±9.59		47.95±4.52		31.08±4.37		31.35±2.84	
佛教	46	112.45±10.43		50.13±4.80		32.28±4.44		30.04±4.31	
基督宗教	32	112.71±7.72	1.52	49.68±4.99	2.08	32.68±3.12	1.54	30.34±2.54	1.51
其他	16	106.50±11.69		47.25±5.07		30.25±3.17		29.00±4.93	
無信仰	56	109.41±11.66		48.00±5.59		31.25±4.50		30.16±3.77	
<u>信仰再分類</u>									
1民間信仰	62	107.67±9.84		46.98±4.65		30.59±4.13		30.09±3.44	
2佛教	60	113.01±10.61		50.16±4.95		32.38±4.33		30.46±4.10	
3基督宗教	33	112.45±7.75	3.90**	49.48±5.05	4.11**	32.63±3.09	3.22*	30.33±2.50	1.18
4其他	18	106.00±11.16		47.11±4.83		29.66±3.49		29.22±4.68	
5無信仰	22	113.77±11.49		49.72±5.54		32.40±5.00		31.63±3.57	
雪費事後比較：臨終關懷：2>1									
<u>宗教認同</u>									
無神論者	3	114.00±5.30		50.00±3.66		32.33±3.51		31.67±4.16	
不可知論	11	106.00±12.23		45.91±4.59		31.45±3.80		28.64±5.24	
三度稱信	37	110.05±12.25	.99	48.08±5.75	1.37	31.62±4.30	.05	30.35±3.57	1.20
二度稱信	55	112.24±10.01		49.51±5.27		31.75±4.33		30.98±2.92	
一度稱信	89	110.40±9.64		48.78±4.73		31.52±4.20		30.11±3.89	

註：*p < .05 **p < .01

三、信仰成熟度與死亡因應能力

以本研究之效標變項「信仰成熟度」與死亡因應自我效能進行積差相關分析，結果顯示信仰成熟度總分與死亡因應自我效能總量表 ($r=.363, p < .001$) 及「臨終關懷」 ($r=.351, p < .001$)、「哀傷因應」 ($r=.326, p < .001$)、「死亡準備」 ($r=.171, p < .005$) 三個分量表均有統計上的顯著正相關。所以初步看來安寧病房護士信仰成熟度越高，其死亡因應自我效能越強，臨終關懷、哀傷因應、死亡準備自我效能也越強，信仰成熟度是死亡因應能力的一個有效的說明變項。

另外神人關係係與死亡因應自我效能總量表 ($r=.294, p < .001$) 及「臨終關懷」 ($r=.283, p < .001$)、「哀傷因應」 ($r=.243, p < .001$)、「死亡準備」 ($r=.163, p < .005$) 三個分量表也有統計上的顯著正相關 (見表十八)。初步也可以說安寧病房護士的神人關係越好，其死亡因應自我效能越強，臨終關懷、哀傷因應、死亡準備自我效能也越強，

而群我關係與死亡因應自我效能總量表 ($r=.382, p < .001$) 及「臨終關懷」 ($r=.370, p < .001$)、「哀傷因應」 ($r=.370, p < .001$)、「死亡準備」 ($r=.146, p < .005$) 三個分量表也有統計上的顯著正相關。所以初步解釋為安寧病房護士群我關係越好，其死亡因應自我效能越強，臨終關懷、哀傷因應、死亡準備自我效能也越強。

以上發現符合本研究之假設信仰成熟度會影響安寧護士的死亡因應能力。

表十八

信仰成熟度與死亡因應自我效能之積差相關分析 (N=195)

變項名稱	死亡因應自我效能			
	總量表	臨終關懷	哀傷因應	死亡準備
信仰成熟度	r 值	r 值	r 值	r 值
總量表	.363**	.351**	.326**	.171*
神人關係	.294**	.283**	.243**	.163*
群我關係	.382**	.370**	.370**	.146*

註：* $p < .005$ ** $p < .001$ (雙尾)

四、宗教認同與信仰成熟度

爲了進一步瞭解「宗教認同」是否還是能作爲一個有效的說明變項，本研究再以「宗教認同」爲自變項，「信仰成熟度」爲依變項進行統計的差異分析。結果顯示宗教認同在及信仰成熟度 ($F=7.47, p < .001$) 及神人關係分量表 ($F=12.25, p < .001$) 上均達到統計上的顯著差異 (見表十九)。再經雪費事後比較檢定得知，一度稱信教者的信仰成熟度大於三度稱信教者；一度稱信教者的神人關係成熟度也比無神論者、不可知論者、三度稱信者及二度稱信者爲高。

也就是說安寧病房護理人員的宗教認同程度與教信仰成熟度中的神人關係，也是呈現正向相關的，宗教認同度愈高者，其神人關係愈好。從 Boerio (1997) 以大學生爲對象的研究也發現，信仰成熟度與自尊自我實現與認同有顯著的正相關，所以宗教認同雖然無法有效說明死亡因應能力，但是卻可以當成信仰成熟度及神人關係的一個有效的說明變項。

所以雖然宗教認同問卷原設計者之焦點置於民間信仰、佛教與道教之區辨，但是本研究嘗試將它應用在所有類別的宗教信仰認同，包括基督宗教的宗教認同上，依然可以有效的說明信仰成熟度的神人關係。所以可以知道宗教認同無法有效說明死亡因應能力並不一定是研究對象人數，或是問卷的效度問題。

對於「死亡因應能力」而言，宗教認同此一概念所包含的指涉，可能如同 Fowler (1981) 所指出的信仰多重的面向及信仰認同的極度複雜現象，再加上死亡因應自我效能本身涵蓋概念的多元性。僅由量化研究的對於單一概念的表面描述，可能無法呈現其關係與脈絡。所以可能要藉由其他研究進路，將信仰認同的焦點從教義上的轉移到信仰的心理及參與層面去探究，應該可以提供我們對於信仰認同更深入的了解。

而「信仰成熟度」則不然，Erikson (1980) 認爲認同是牽扯到心理、社會及歷史的複雜概念，包含了個別性、相同性與連貫性、整體性與綜合性、及社會團結的概念，所以認同是一種「心理社會上的成熟」的表現。「宗教認同」也是一種「信仰成熟度」

的表現，這兩者之間的關聯性具有合理的推論。

表十九

宗教認同與信仰成熟度之單因子變異數差異分析 (N=195)

宗教認同	N	信仰成熟度					
		總量表		群我關係		神人關係	
		M±SD	F 值	M±SD	F 值	M±SD	F 值
1無神論者	3	34.33±3.21		22.67±4.93		11.67±3.51	
2不可知論者	11	36.27±12.42		19.27±5.39		17.00±7.64	
3三度稱信者	37	36.57±10.00	7.47***	19.54±5.50	1.97	17.03±5.56	12.25***
4二度稱信者	55	41.42±11.67		20.80±5.90		20.62±7.15	
5一度稱信者	89	47.75±13.26		22.38±6.29		25.37±8.02	

註：*p < .05 **p < .01 ***p < .001

雪費事後比較：總量表：5 > 3

雪費事後比較：神人關係：5 > 1, 2, 3, 4

第六節 預測死亡因應能力的重要影響變項

爲了進一步預測影響死亡因應能力的因素，及死亡因應能力與影響因素之間的真正關係，本研究將前幾節中與死亡因應能力在統計上有顯著相關的變項投入複迴歸分析。但是由於迴歸分析中的自變項必須是等距以上的量化變項，所以先將教育程度、月平均收入、父母情況、婚姻狀況、宗教認同、宗教信仰再分類等類別變項轉化成虛擬變項。再以階層迴歸（hierarchical regression）的方式，將死亡因應自我效能、臨終關懷、哀傷因應、死亡準備等當成依變項，年齡、安寧病房年資、教育程度、月平均收入、父母情況、婚姻狀況、宗教認同、宗教信仰再分類、信仰成熟度等自變項，分層投入進行複迴歸分析。結果發現如下：

一、影響死亡因應自我效能總分的重要因素

依照前面幾節中初步的統計相關分析的結果，以死亡因應自我效能總分爲依變項，將在統計上有顯著差異的，安寧病房護士基本屬性中的社會人口學變項爲第一層自變項，宗教信仰再分類及宗教信仰認同分別投入在第二層自變項，信仰成熟度爲第三層自變項。結果顯示模式一可以解釋 13%（ $F=4.66, p < .001$ ）（見表二十）的變異量，「年齡」（ $\beta=.192, p<.05$ ）和「教育程度」（ $\beta=.143, p<.05$ ），可以顯著預測死亡因應自我效能；也就是說安寧病房護士教育程度和年齡愈高者死亡因應自我效能愈強。

模式二可以解釋 17%（見表二十）（ $F=3.76, p < .001$ ）的變異量，控制了基本屬性之後的宗教信仰再分類中信仰佛教者的虛擬變項（ $\beta=.15, p<.05$ ）和信仰基督宗教者的虛擬變項（ $\beta=.180, p < .05$ ），可以顯著預測死亡因應自我效能；因此佛教與基督宗教的信仰可以增進安寧病房護士的死亡因應自我效能。

模式三可以解釋 25%（ $F=5.00, p < .001$ ）（見表二十）的變異量，變異數解釋量的增量達顯著水準（ $F=9.52, p < .001$ ）。控制了基本屬性與宗教信仰再分類之後的信仰成熟度中的「神人關係」（ $\beta=.191, p<.05$ ），可以顯著預測死亡因應自我效能；也就是

說神人關係愈好的安寧病房護士其死亡因應自我效能越強。

而控制了基本屬性之後的宗教認同在表二十一的模式二中則無顯著差異，信仰成熟度中的「神人關係」($\beta = .21, p < .05$)，依然可以顯著預測死亡因應自我效能，所以相較之下顯示安寧病房護士的宗教認同，在本研究中無法顯著預測安寧病房護士的死亡因應自我效能。這個預測模式與初步的差異分析結果一致，可以說安寧病房護理人員對於他所信仰宗教的認同與否並不重要，重要的是他信仰的宗教是什麼教，還有他的神人關係成不成熟。信仰佛教、基督宗教的安寧病房護士，及年齡越長、教育程度越高、信仰成熟度中的神人關係越好的護士，其死亡因應自我效能越佳。

對於以上結果的探究發現，文獻中成年人的年齡與教育程度對於死亡焦慮或是死亡態度影響的研究有許多，但是結果卻是迥異。Eddy 和 Allen (1983) 指出年齡、內外控信念、教育程度、社經地位、職業、和年長者接觸的經驗等會影響吾人對死亡的觀點。施素真 (1999) 研究發現護理人員之工作總年資、目前單位服務年資、工作項目(照顧臨終病患之經驗、經歷、病患死亡的個案數及時間等)，皆為影響護理人員對病患死亡事件之衝擊的重要變項。在時間的影響因素方面，病患死亡事件對護理人員「害怕死亡」及「瀕死與逃避死亡」導向兩項態度上有顯著差異，其中年紀愈輕，在該單位工作時間愈短者衝擊愈大。

由於年齡為死亡因應的影響因素之一在 Robbins (1992) 在研究中已被發現。所以本研究也將受訪護理人員基本資料中的年齡與安寧病房年資區分開來，以比較其對於死亡因應行為與其它變項的關係。根據以上結果可以看出，安寧病房年資並未對護士的死亡因應產生影響，重要的是年齡的大小。一個年齡較長的護士即使出入安寧病房，但是仍然比年輕且較有經驗的護士具有更好的死亡因應自我效能，所以年齡對於一個人因應死亡信心的影響是非常重要的，而且在有限的死亡因應研究中所獲結論是一致的。

教育程度對於死亡態度的影響也和年齡一樣，有各種不同迥異的結果， Nelson (1979)、蔡明昌 (1995) 的研究中指出教育程度對於死亡焦慮有顯著相關。Myska

和 Paswark (1978)、黃宇達 (1997) 的研究則認為教育程度高低與死亡焦慮無顯著差異存在。至於教育程度對於因應能力的影響很少有其他研究可以加以討論，所以因教育而產生的能力為何會影響死亡因應能力的問題，可能還需要其他更深入的探究才能了解其原因。

而關於宗教信仰對於死亡態度或是因應的影響方面，綜觀在宗教心理學的研究領域中，宗教的相關關係研究，多半被應用在「個別差異」的解釋；其目的不在得出因果關係，而在了解宗教信仰與其他變項之間是否有顯著差異。較為著名的研究，就是 Starbuck 在〈宗教心理學〉(楊宜音譯，1997)一書中，對於宗教「皈依」行為、態度及影響因素的大量相關關係的探討。另外還有宗教與社會態度、宗教與道德、宗教與偏見，以及本研究所涉及的宗教與死亡課題的研究。

尤其是對於死亡態度的研究中，對於死亡焦慮、死亡恐懼與宗教的關係，在許多文獻都已做過許多的探討。在西方的研究中，Feifel 和 Nagy (1981) 曾注意到有宗教信仰者會以其自身的宗教觀去思考死亡，而且以此減低本身對死亡的焦慮，但在往後的研究中又有相反的看法，認為有宗教信仰除了擔心現世外，更要擔心死後的世界，因此對死亡的恐懼會比無宗教信仰者更強 (Feifel, 1981; Cole, 1978)。根據其他研究顯示，宗教信仰可使個人去除對死亡的焦慮 (Swenson, 1961; Lester, 1972)，且較常參與宗教活動，信仰虔誠度較高者，對死亡的恐懼與焦慮較低 (Nehrke, 1977; Thorson & Powell, 1992)。也有研究發現宗教信仰和死亡態度無關 (Templer & Doston, 1970; McDonale, 1976)。Arsuram (1992) 則認為宗教信仰和死亡焦慮有關，在其研究中顯示出信仰基督教者死亡焦慮最高，其次是信仰回教者，而信仰印度教者其死亡焦慮最低 (引自羅素如，1997)。

然而對於宗教信仰與死亡因應方面的研究就較為有限，Robbins (1994) 提出宗教背景對於死亡因應能力的影響，以他在成人主日學的一個關於死亡因應的課程進行介入研究，結果發現這個在宗教場合中進行的死亡相關議題討論，被學員們指出是主日學課程中最有用的，並且學員們在結束後會計畫去採行課程部分內容所建議

的行動，如計畫遺囑與財產、選擇葬禮內容、簽器官捐贈卡等等。這方面的報告雖然指出宗教信仰對一個人的死亡因應行為有正向的影響，但是就像本研究發現宗教信仰類別及信仰成熟度中的神人關係，影響了安寧病房護士的死亡因應能力一樣，對於其中的原因，還是必須由其他研究以更深入的方式才能釐清究竟。

表二十

影響死亡因應自我效能總量表的複迴歸分析（控制宗教信仰再分類變項）

投入變項	模式一		模式二		模式三	
	β	se	β	se	β	se
A. 社會人口變項						
年齡	.192*	.156				
教育程度	.143*	.892				
平均月收入	-.005	1.675				
父母狀況	.066	1.973				
婚姻狀況	.081	2.045				
安寧病房年資	.112	.343				
B. 宗教信仰再分類虛擬變項						
民間信仰—佛教			.150*	2.449		
民間信仰—基督宗教			.180*	1.829		
民間信仰—其他信仰			.089	2.206		
民間信仰—無宗教信仰			-.038	2.667		
C. 信仰成熟度分數						
神人關係					.191*	.164
群我關係					.162	.134
R	.360		.412		.498	
R square	.129		.169		.248	
F	4.66***		3.76***		5.00***	
Δ R square	.129		.040		.079	
Δ F	4.66***		2.21		9.52***	

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

表二十一

影響死亡因應自我效能總量表的複迴歸分析（控制宗教認同變項）

投入變項	模式一		模式二		模式三	
	β	se	β	se	β	se
A. 社會人口變項						
年齡	.192*	.156				
教育程度	.143*	.892				
平均月收入	-.005	1.675				
父母狀況	.066	1.973				
婚姻狀況	.081	2.045				
安寧病房年資	.112	.343				
B. 宗教認同虛擬變項						
一度—二度			.069	5.876		
一度—三度			-.084	3.200		
一度—不可知論者			.038	1.959		
一度—無神論者			.105	1.735		
C. 信仰成熟度分數						
神人關係					.211*	.158
群我關係					.168	.125
R	.360		.391		.52	
R square	.129		.153		.252	
F	4.66***		3.33**		5.12***	
Δ R square	.129		.024		.099	
Δ F	4.66***		1.30		12.04***	

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

二、影響臨終關懷的重要因素

爲了再深入探討以上自變項對於「臨終關懷」、「哀傷因應」、「死亡準備」的影響；依照前面的方式，先以臨終關懷分量表分數爲依變項，將安寧病房護士基本屬性中的社會人口學變項爲第一層自變項，宗教信仰再分類及宗教信仰認同分別投入在第二層自變項，信仰成熟度爲第三層自變項。結果顯示模式一只能解釋 5% ($F=2.70, p < .05$) 的變異量，基本屬性中的社會人口學變項均無法顯著預測臨終關懷自我效能。

模式二可以解釋 13% ($F=2.83, p < .01$) (見表二十二) 的變異量，變異數解釋量的增量達顯著水準 ($F=2.86, p < .05$)。控制了基本屬性之後的宗教信仰再分類中，信仰基督宗教者的虛擬變項 ($\beta = .259, p < .05$) 可以顯著預測臨終關懷自我效能；所以安寧病房護士的基督宗教信仰，可以提高其臨終關懷自我效能。

模式三可以解釋 20% ($F=3.9, p < .001$) (見表二十二) 的變異量，變異數解釋量的增量達顯著水準 ($F=8.14, p < .001$)。控制了基本屬性與宗教信仰再分類之後的信仰成熟度中的「神人關係」($\beta = .21, p < .05$)，可以顯著預測臨終關懷自我效能；也就是說神人關係愈好的安寧病房護士其臨終關懷的自我效能越強。因此，信仰基督宗教又在神人關係方面較爲成熟的安寧病房護士，他對於臨終病人付出關懷的信心比其他護士要強。

而控制了基本屬性之後的宗教認同在表二十三的模式二中則無顯著差異，而信仰成熟度中的「神人關係」($\beta = .252, p < .01$)，依然可以顯著預測死亡因應自我效能，所以相較之下顯示安寧病房護士的宗教認同，在本研究中無法顯著預測臨終關懷自我效能。這個預測模式與初步的分析結果比較發現，年齡和教育程度的影響被排除，宗教信仰類別(基督宗教)及信仰成熟度中的神人關係，才是影響安寧病房護士臨終關懷能力的主要因素。

此研究發現顯示安寧病房護士臨終關懷能力是一個不易被影響的因素，只要是安寧病房護士，無論其年齡、年資、教育程度、收入、婚姻等等因素如何，均具有一定的臨終關懷能力與信心，唯一額外可能增強安寧病房護士臨終關懷信心的就是基督宗

教信仰及神人關係的成熟度。

其原因何在？根據趙可式（2000）在談論宗教信仰與安寧療護的關係時提到，每一種宗教信仰必須探討死亡的課題。而善終與慎終也是信仰所關懷與嚮往的進路。如同 Falton & Metress（1995）認為安寧療護最終的理念基礎，其實是從「信仰」觀點出發的。基督徒所相信的生命觀是「有始無終」的生命，跨越死亡門檻之後就是永恆的生命。她引用以下的神學觀點來解釋基督徒對臨終期病人的關懷態度：

- （1）人是精神降入肉體(有靈動物的現代說法)，其生其死都應異於其他生物，此即人性的精神特質。
- （2）人的死亡由於他是精神入肉體，不只具有「被動」面，而且應有「主動」面。所有生物的死亡，都有「被動」面；所謂「被動」，即生命由於種種外因而被摧折；其生命死亡是「被動」的。但另一方面由於人性的特質，面對「被動」的死亡，他仍顯出尊嚴。
- （3）死亡「當下」究竟發生什麼？人是精神降入肉體，其特質在於人的自由意志；它的主要功能在於為自己的生命選擇方向與意義，包括超越各方面的影響，捨惡與擇善固執，自基督宗教而論，自由意志基本上在於擺脫塵世牽掛，回應天主的召喚。這是自由意志在人生命過程中的能力，也表達「神的肖像」的特質，表示人生有抉擇、再抉擇等等可能。（引自張春申，1999）

而且 Tan（1995）也曾發現牧師在靈性成熟與信仰成熟度上的正相關所，一個與神關係越成熟的人，其靈性成熟度越高，對於自己臨終關懷與靈性照顧能力也越有信心。所以對一個信仰基督宗教且神人關係良好的護士來說，基督徒的死亡神學對臨終期的觀點的確可以增強其對於安寧病患臨終關懷、靈性照顧的自信。

表二十二

影響死亡因應自我效能之臨終關懷面向的複迴歸分析（控制宗教信仰再分類變項）

投入變項	模式一		模式二		模式三	
	β	se	β	se	β	se
A. 社會人口變項						
年齡	.169	.079				
教育程度	.139	.449				
平均月收入	-.054	.844				
父母狀況	.018	.994				
婚姻狀況	.004	1.030				
安寧病房年資	.143	.173				
B. 宗教信仰再分類虛擬變項						
民間信仰—佛教			.134	1.225		
民間信仰—基督宗教			.259*	.915		
民間信仰—其他信仰			.118	1.103		
民間信仰—無宗教信仰			.002	1.334		
C. 信仰成熟度分數						
神人關係					.214*	.082
群我關係					.115	.068
R	.281		.356		.452	
R square	.079		.133		.204	
F	2.70*		2.83**		3.90***	
Δ R square	.079		.034		.085	
Δ F	2.70*		2.86*		8.14***	

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

表二十三

影響死亡因應自我效能之臨終關懷面向的複迴歸分析（控制宗教認同變項）

投入變項	模式一		模式二		模式三	
	β	se	β	se	β	se
A. 社會人口變項						
年齡	.169	.079				
教育程度	.139	.449				
平均月收入	-.054	.844				
父母狀況	.018	.994				
婚姻狀況	.004	1.030				
安寧病房年資	.143	.173				
B. 宗教認同虛擬變項						
一度—二度			.042	2.953		
一度—三度			-.126	1.608		
一度—不可知論者			-.010	.984		
一度—無神論者			.091	.872		
C. 信仰成熟度分數						
神人關係					.252**	.080
群我關係					.106	.063
R	.281		.329		.448	
R square	.079		.108		.201	
F	2.70*		2.23*		3.82***	
Δ R square	.079		.029		.093	
Δ F	2.70*		1.50		10.58***	

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

三、影響哀傷因應的重要因素

依照前面的方式，以哀傷因應分量表分數為依變項，將安寧病房護士基本屬性中的社會人口學變項為第一層自變項，宗教信仰再分類及宗教信仰認同分別投入在第二層自變項，信仰成熟度為第三層自變項。結果顯示模式一可以解釋 20% ($F=7.73, p < .001$) 的變異量，「年齡」($\beta = .360, p < .001$) 可以顯著預測哀傷因應自我效能（見表二十四）；所以安寧病房護士年齡愈高者其哀傷因應自我效能愈強。

模式三可以解釋 28% ($F=5.78, p < .001$) 的變異量，變異數解釋量的增量達顯著水準 ($F=6.89, <p.01$)。分別控制了基本屬性與宗教信仰再分類及宗教認同之後，信仰成熟度中的「神人關係」($\beta = .235, p < .05$)，可以顯著預測哀傷因應自我效能（見表二十四）；也就是說神人關係愈好的安寧病房護士其哀傷因應的自我效能越強。而控制了基本屬性之後的的宗教信仰再分類及宗教認同在模式二中均無顯著的差異（見表二十四、二十五），信仰成熟度中的「神人關係」($\beta = .216, p < .05$)，依然可以顯著預測死亡因應自我效能，所以相較之下顯示安寧病房護士的宗教認同與宗教信仰再分類，在本研究中無法顯著預測哀傷因應自我效能。

這個預測模式與初步的分析結果比較發現，安寧病房年資、月收入、婚姻、父母狀況的影響被排除了，也就是說年齡較長及神人關係較成熟會增強安寧病房護士對於自己親人死亡的哀傷因應能力的信心。

對於以上結果的探討發現，關於哀傷反應的影響因素的研究有許多，Murphy 等人（1998）提出死亡的原因、個人與逝世者的關係品質、個人的人格特質、心理健康情形、家庭的功能、社會的支持會影響一個人對於哀傷的反應。年齡與過去的哀傷經驗、社會文化也都有研究指出是哀傷因應重要的影響因素（Anderson & Reed, 1998）。特別是個人原先的意義建構，Braun 和 Berg（1994）在對於喪子母親所做的研究中發現，個人在「孩子的重要性」、「生命的本質」、「個人掌控力」、「外在控制力量」、「世界運行的法則」等五個面向的意義建構，會對於孩子的死亡事件提出解釋，並提供後

續的適應。(引自李佳容，2002)

其中對於年齡影響哀傷因應的原因，Anderson 和 Reed (1998) 則是認為與過去哀傷經驗有關，年齡較大的人會有較多的哀傷經驗。林家瑩 (1999) 也認為對於失落事件的因應是可以經由學習得來的，尤其當失落經驗很相似時，個人是可以將過去對於哀傷因應的經驗類化到此次或是未來的事件中。從過去的經驗中我們形成對於哀傷事件的看法，也形成在處理哀傷事件的自我效能。

而宗教因素對於哀傷者的影響則是多面向的，林家瑩 (1999) 在研究中發現，有的上親者會從教義中去尋求心靈上的慰藉，宗教教義中對於生命的看法或是逝世者死後的歸處都可以提供安慰人心的答案。而且大部分的宗教信仰都必須提供對於生命的本質、世界運行、生死去向的意義建構，所以宗教也可以藉由影響個人意義世界的建構，而間接影響了個人哀傷的因應 (李佳容，2002)。至於宗教信仰中的神人關係越成熟者，可能同樣也是經由增強了一個宗教對於人所建構的意義世界，來增強個人的哀傷因應自我效能。

表二十四

影響死亡因應自我效能之哀傷因應面向的複迴歸分析（控制宗教信仰再分類變項）

投入變項	模式一		模式二		模式三	
	β	se	β	se	β	se
A. 社會人口變項						
年齡	.360***	.060				
教育程度	.077	.345				
平均月收入	.043	.648				
父母狀況	.053	.763				
婚姻狀況	.050	.791				
安寧病房年資	.009	.132				
B. 宗教信仰再分類虛擬變項						
民間信仰—佛教			.111	.955		
民間信仰—基督宗教			.128	.714		
民間信仰—其他信仰			.097	.860		
民間信仰—無宗教信仰			-.035	1.040		
C. 信仰成熟度分數						
神人關係					.235*	.065
群我關係					.037	.053
R	.445		.470		.525	
R square	.198		.221		.276	
F	7.73***		5.27***		5.78***	
Δ R square	.198		.023		.055	
Δ F	7.73***		1.38		6.89***	

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

表二十五

影響死亡因應自我效能之哀傷因應面向的複迴歸分析（控制宗教認同變項）

投入變項	模式一		模式二		模式三	
	β	se	β	se	β	se
A. 社會人口變項						
年齡	.360***	.060				
教育程度	.077	.345				
平均月收入	.043	.648				
父母狀況	.053	.763				
婚姻狀況	.050	.791				
安寧病房年資	.009	.132				
B. 宗教認同虛擬變項						
一度—二度			.067	2.292		
一度—三度			.033	1.248		
一度—不可知論者			.053	.764		
一度—無神論者			.072	.677		
C. 信仰成熟度分數						
神人關係					.216*	.062
群我關係					.115	.049
R	.445		.454		.533	
R square	.198		.206		.284	
F	7.73***		4.78***		6.01***	
Δ R square	.198		.008		.078	
Δ F	7.73***		.48		9.89***	

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

四、影響死亡準備的重要因素

依照前面的方式，以死亡準備分量表分數為依變項，將安寧病房護士基本屬性中的社會人口學變項為第一層自變項，宗教信仰再分類及宗教信仰認同分別投入在第二層自變項，信仰成熟度為第三層自變項。結果顯示只有模式三可以解釋 16% ($F=2.00$, $p < .05$) 的變異量，變異數解釋量的增量達顯著水準 ($F=4.06$, $p < .05$)。控制了基本屬性與宗教信仰再分類後的信仰成熟度中的「群我關係」($\beta = .258$, $p < .05$)，可以顯著預測死亡準備自我效能 (見表二十六)；也就是說群我關係愈好的安寧病房護士其死亡準備的自我效能越強。

而控制了基本屬性之後的宗教信仰再分類在表二十八的模式二中，及宗教認同在表二十七的模式二中，均無顯著差異，而信仰成熟度中的「群我關係」($\beta = .26$, $p < .05$)，依然可以顯著預測死亡因應自我效能，顯示安寧病房護士的宗教信仰再分類與宗教認同，在本研究中無法顯著預測死亡準備自我效能。這個預測模式與初步的分析結果比較發現，原來初步分析時的教育程度及神人關係影響被排除了，信仰成熟度中的群我關係，才是影響安寧病房護士的死亡準備能力的主要因素，只有群我關係良好才能增強安寧病房護士的死亡準備能力的信心。

原因可能是死亡準備行為所涉及的概念所屬層面的較多元，除了「我會去聆聽有關重大傷亡的新聞報導」、「我會去查詢自己是否罹患嚴重疾病」屬於個人行為外，「我會在生前立下不願用人工方法勉強延長生命的聲明」、「我會事先準備好自己的遺囑」涉及研究個案與重要親人的關係。「事先去購買自己的墓地或是靈骨塔位置」、「買人壽保險」、「計劃自己未來葬禮的內容」、「購買生前契約」等問項，所呈現的概念更涵蓋在經濟能力、文化差異、消費行為及社會制度各個領域。

而且死亡準備行為中，人壽保險、生前契約、墓地單位的準備均涉及消費行為，目前均由保險業者在規劃經營。根據《中華民國台地區保險市場重要指標》91 年 12 月統計資料顯示，台灣地區全民人壽保險投保率逾 135%，普及率逾 260% (財團法

人保險事業發展中心，2003，頁 6)。但是比較美國自 1802 年開始有保險業，1952 年開始推出生前契約，目前普及率超過 90%。鄰國日本 1881 年開始有保險業，1972 年開始推出生前契約，目前普及率也超過 70%。

而台灣自 1960 年開始有保險業，1992 年開始推出生前契約。但是十年來的推廣及市場教育，但是生前契約市場佔有率仍不足 2%。所以如此迥異於國外的民情與消費型態，這些變項對於本研究的對象是否會產生一致性的影響，一直就是本研究想要知道的。

結果，研究顯示群我關係的成熟是唯一影響死亡準備行為的變項，這說明了研究對象的死亡準備行為可能並不是單單為了滿足個人本身的需要，而是為了考慮其他重要他人的需求。以一個對於消費者購買生前契約的研究（黃昭燕，2002）指出，消費者購買契約主要的原因是來自於過去辦喪事不好的經驗，在服務品質上及費用上均是主要因素，消費者為了解決這些問題，再加上業者針對契約的加強行銷方式及參考團體意見的影響，是讓消費者接受的主要原因。這些考慮因素顯示消費者都是考慮到身故之後家屬的需求，以及可能參考了重要他人（包括宗教組織等次級團體）的建議來做決定。

當然死亡準備行為不只有生前契約這個項目，在這裡只是從較為有限資料上，推測研究對象在宗教信仰上與他人的關係成熟與否能影響死亡準備自我效能的原因，可能是群我關係的概念蘊含了研究個案的社會關係所導致的關聯。

表二十六

影響死亡因應自我效能之死亡準備面向的複迴歸分析（控制宗教信仰再分類變項）

投入變項	模式一		模式二		模式三	
	β	se	β	se	β	se
A. 社會人口變項						
年齡	-.100	.057				
教育程度	.124	.328				
平均月收入	.011	.617				
父母狀況	.101	.726				
婚姻狀況	.166	.753				
安寧病房年資	.108	.126				
B. 宗教信仰再分類虛擬變項						
民間信仰—佛教			.113	.913		
民間信仰—基督宗教			.005	.682		
民間信仰—其他信仰			-.023	.823		
民間信仰—無宗教信仰			-.070	.995		
C. 信仰成熟度分數						
神人關係					-.024	.063
群我關係					.258*	.051
R	.239		.277		.341	
R square	.057		.077		.166	
F	1.90		1.53		2.00*	
Δ R square	.057		.020		.039	
Δ F	1.90		.98		4.06*	

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

表二十七

影響死亡因應自我效能之死亡準備面向的複迴歸分析（控制宗教認同變項）

投入變項	模式一		模式二		模式三	
	β	se	β	se	β	se
A. 社會人口變項						
年齡	-.100	.057				
教育程度	.124	.328				
平均月收入	.011	.617				
父母狀況	.101	.726				
婚姻狀況	.166	.753				
安寧病房年資	.108	.126				
B. 宗教認同虛擬變項						
一度—二度			.062	2.164		
一度—三度			-.102	1.178		
一度—不可知論者			.060	.721		
一度—無神論者			.090	.639		
C. 信仰成熟度分數						
神人關係					.001	.061
群我關係					.198	.048
R	.239		.288		.336	
R square	.057		.083		.113	
F	1.90		1.66		1.93*	
Δ R square	.057		.025		.030	
Δ F	1.90		1.28		3.12*	

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

第五章 結論與建議

第一節 結論

根據以上研究結果，本研究所得結論如下：

一、發展死亡因應自我效能量表方面：

本研究所發展的死亡因應自我效能量表，具有合宜的專家內容效度（CVI 值平均得分 0.87）及內在一致性信度（ α 值介於 0.69~0.88 之間），並以主成分分析及含 Kaiser 常態化的最大變異法（Varimax）直交轉軸，進行探索性因素分析，作為量表建構效度。最後保留 29 題問項，得到「臨終關懷」（12 題）、「哀傷因應」（9 題）、「死亡準備」（8 題）三個分量表，共累積解釋量 44.61%。

本研究死亡因應自我效能量表中的臨終關懷分量表，問項之主要陳述與安寧病房護理人員的靈性照顧專業能力相符合，所以可以嘗試作為安寧療護護理人員，對於自己能否給予病人及家屬靈性照顧主觀判斷的評估工具。而且此主觀判斷對於安寧病房護士在面對臨終病人有靈性照顧需求時，會付出多少關懷與努力的將有決定性的影響。

二、宗教認同問卷效度方面：

本研究所使用的宗教認同問卷，藉由半結構式問卷對預試對象進行深入訪談，並將訪談資料內容歸納整理，與宗教認同問卷預試結果對照。結果發現在「一度稱信教」、「二度稱信教」、「三度稱信教」、「不可知論者」及「無神論者」的認定方面，訪談內容與問卷勾選一致性很高（平均 0.95）。宗教信仰初分類的一致性（0.71）及再分類的一致性（0.74）信度也在可接受範圍內。其中制度性宗教如基督教、佛教的信徒填答結果與訪談內容比較的一致性效度，又比民間信仰、道教信徒及無宗教信仰者較良好，所以宗教認同問卷是一個可以有效評估宗教信仰狀態之研究工具。

三、基本屬性方面：

安寧病房護士年齡分佈以 26 至 30 歲為最多，年齡平均為 28.9 歲，安寧病房護理人員的年資平均為 2.84 年，可以看出安寧病房護理人員安寧照顧經驗少又年輕護的傾向。從統計上初步看來安寧病房護士的年齡愈大，死亡因應自我效能及臨終關懷、哀傷因應自我效能越高。從事安寧照顧工作的年資越長，死亡因應自我效能及臨終關懷、哀傷因應自我效能也越高。至於年齡及工作年資則與死亡準備自我效能在統計上無顯著的相關性。

安寧病房護士的教育程度，從人數上看來以五專以下（含高職）為最多佔 34.9%，但是安寧病房護士學歷分佈在大學（含技術學院）以上佔 33.8% 的比例，與其他科別的護理人員相比是較高的。初步的統計分析顯示，大學（含技術學院）畢業以上（含研究所）的安寧病房護士，其死亡因應自我效能、臨終關懷及死亡準備的自我效能，均高於五專（含高職）畢業及二專畢業的安寧病房護士。至於哀傷因應自我效能則與教育程度在統計上無顯著相關。

安寧病房護士的個人每月平均收入有 56.9% 在 20001 元至 40000 元之間，每月平均收入在 40000 元以上的安寧病房護士有較好的死亡因應自我效能及哀傷因應自我效能，但是經濟能力會影響安寧病房護士「哀傷因應」的信心，卻不會影響其「臨終關懷」及「死亡準備」的能力。有 82.1% 的護士父母都健在，另外 17.9% 父或母不健在（含父母雙亡）的安寧病房護士，從統計上初步看來在死亡因應、哀傷因應自我效能均高於父母均健在的安寧病房護士。婚姻狀況則以未婚者居多佔 67.7%，而已婚的 32.3% 安寧病房護士，在死亡因應自我效能、哀傷因應上均高於未婚的安寧病房護士。

四、宗教信仰分類方面：

安寧病房護理人員的宗教信仰初分類中，佛教徒佔 23.6%，民間信仰佔 21.0%，基督教徒佔 13.3%，無宗教信仰者佔 29.7%，其餘類均在 10.0% 以下。宗教信仰再分

類中，佛教徒佔 30.8% ，民間信仰佔 27.2% ，基督教徒佔 13.8% ，無宗教信仰者佔 11.3% ，其餘類均在 10.0% 以下。安寧病房護理人員的宗教信仰的再分類結果，比初分類結果更接近 1999 年國科會委託中研院執行的三期五次台灣社會變遷基本調查的數據。

另外「宗教信仰初分類」在死亡因應自我效能及三個分量表均未達到統計上的顯著差異；而「宗教信仰再分類」則在死亡因應自我效能及「臨終關懷」、「哀傷因應」上，呈現顯著差異。初步統計分析結果顯示佛教徒在臨終關懷自我效能方面比民間信仰者高。所以經由宗教認同問卷中「信仰指標」的區分及「信教」、「信神」、「拜神」三個步驟的澄清，而得到的「宗教信仰再分類」結果，比一開始的「宗教信仰初分類」更能有效說明研究對象的死亡因應自我效能。

在宗教指標的區分中，不符合「宗教指標」的受訪者佔 24.09% ，其中以佛教不符合的比例為的最高（45.45% ），道教與民間信仰次之（12.12% ）。基督宗教中的基督教及天主教則全數符合宗教指標。

五、宗教認同方面：

研究對象的安寧病房護理人員以「一度稱信教」者最多，「二度稱信教」者其次。而信仰道教、民間、佛教及自認為無宗教信仰的人則在「二度稱信教者」以下的分佈較多。以宗教類別來看，除了其他新興宗教及一貫道外「一度稱信教者」最多的是天主教（100.0）及基督教（75.0）。所以西方基督宗教及其他新興宗教，對於該宗教有高度認同的信徒的比例，比其他宗教還高。

安寧病房護理人員的宗教認同程度與教信仰成熟度中的神人關係呈現正向關係的，宗教認同度愈高者，其神人關係愈好，所以宗教認同是信仰成熟度及神人關係的一個有效的說明變項。但是宗教認同分類在死亡因應自我效能及三個分量表均未達到統計上的顯著差異。

六、信仰成熟度方面：

安寧病房護理人員信仰成熟度量每題平均得分 3.58（最高七分），比一般大學生的調查平均分數高。其中群我關係的回答以「有時候會」（4分）者為最多。神人關係是以回答「偶而會」（3分）者為最多。

從初步的統計分析看來安寧病房護士信仰成熟度越高，其死亡因應自我效能越強，臨終關懷、哀傷因應、死亡準備自我效能也越強；而且神人關係、群我關係越好，其死亡因應自我效能越強，臨終關懷、哀傷因應、死亡準備自我效能也越強。所以信仰成熟度是死亡因應自我效能的有效說明變項。

七、死亡因應方面：

安寧病房護士的死亡因應自我效能以死亡準備行為最高，臨終關懷次之，哀傷因應最低，表示安寧病房護士對於安排自己未來死亡準備行為的信心，高過於因應自己親人死亡。基本屬性、宗教信仰再分類、信仰成熟度在初步的相關或是差異分析上，呈現與死亡因應自我效能的顯著相關。但是從整體複迴歸分析看來，排除了部分影響較不顯著的變項，最重要影響死亡因應的預測因素分析如下：

- 1.在死亡因應自我效能總分方面，教育程度和年齡愈高者死亡因應自我效能愈強，佛教與基督宗教的信仰可以增進死亡因應自我效能，而且神人關係愈好的安寧病房護士其死亡因應自我效能越強，此迴歸模式可以解釋死亡因應自我效能 25% 的變異量。
- 2.在臨終關懷自我效能方面，信仰基督宗教可以提高臨終關懷自我效能，而且神人關係愈好的安寧病房護士其臨終關懷的自我效能越強，此迴歸模式可以解釋臨終關懷自我效能 20% 的變異量。
- 3.在哀傷因應自我效能方面，安寧病房護士年齡愈高者其哀傷因應自我效能愈強，神人關係愈好的安寧病房護士其哀傷因應的自我效能也越強，此迴歸模式可以解釋哀傷因應自我效能 28% 的變異量。

4.在死亡準備自我效能方面，只有群我關係愈好的安寧病房護士其死亡準備的自我效能越強，其他變項均被排除在外，此迴歸模式可以解釋死亡準備自我效能 16% 的變異量。

在迴歸模型中控制了基本屬性之後的宗教認同變項呈現無顯著差異，而宗教信仰再分類中的佛教、基督宗教信仰，及信仰成熟度中的神人關係，卻依然可以顯著預測死亡因應自我效能。所以可以說對於安寧病房護理人員的死亡因應自我效能而言，對所信仰宗教的認同強度如何並不重要，重要的是他信仰的宗教是什麼教，還有他的神人關係成不成熟。

第二節 建議與研究限制

一、教育或訓練方面

本研究所編譯的「死亡因應自我效能量表」(Death Coping Self-Efficacy Scale)，具有合宜的專家內容效度、內在一致性信度及量表建構效度。研究者除了建議可以將此量表應用在，評估研究對象當時的死亡因應的自我效能外；因為量表已去除安寧病房志工的特殊問項，成為一般性死亡因應自我效能量表。所以也建議未來可以用在安寧病房護士、安寧志工或是護理學生在死亡教育訓練時，評估的成效工具。

另外因為本研究發現宗教信仰對於安寧護理人員死亡因應能力有重要的影響，所以除了建議在護理教育的通識課程，應該更多元的開設有關於宗教教育方面的選修，如宗教與人生，信仰與生活等等。讓願意趨近宗教議題一探究竟的護理學生們，也有機會可以在這個層面思考信仰的問題外。由於佛教及基督宗教的信仰及信仰成熟度中的神人關係，才是安寧病房護理人員死亡因應能力的最主要的影響因素。所以宗教教育應不只是著重在宗教知識教育層面，也應落實於宗教情操的培養，才能對於一個人的死亡因應能力有所助益。

二、臨床實務方面

從研究結果顯示影響臨終關懷自我效能最重要的因素，就是基督宗教的信仰與信仰成熟度中的神人關係。死亡因應能力若是以「哀傷因應」與「死亡準備為」個人相關面向，以「臨終關懷」為專業相關面向，而本研究中「臨終關懷」自我效能所陳述的內容，其概念又與安寧病房護理人員靈性照顧相吻合。所以本研究建議，台灣的安寧療護專業應更重視與正視宗教與靈性照顧關係的議題。對於護理人員因宗教信仰而增強的死亡因應自我效能及臨終關懷自我效能，不僅應該給予鼓勵與支持，而且應該肯定護理人員宗教信仰對於靈性照顧可能造成的正向的影響。

除此之外，由於安寧療護運動導致社會死亡意識的覺醒，與安寧照顧的需求，近年來台灣對於靈性照顧的討論也逐漸增多。所以也希望將安寧護理人員宗教信仰影響靈性照顧的研究發現，提供安寧療護各界對於研擬相關教育訓練課程內容的參考，除了建議在靈性照顧的研習課程中增加宗教與靈性的議題外，分組討論中也能加入宗教信仰、神人關係影響臨終關懷、靈性照顧的主題，讓護理人員有機會公開分享這方面的經驗。

另外由於年齡與教育程度的提高對於安寧護理人員死亡因應自我效能也有重要影響，所以在安寧護理人員的晉用或是培養上，建議是否也能多鼓勵年齡較長學歷較高加入安寧照顧的行列，或是對於現職安寧病房護理人員的留任與再進修多予重視及支持。

三、後續研究方面

1. 在研究方法上：

由於本研究的結果主要是由問卷調查所得，所以對於各變項所獲得的概念也僅能停留在問項所陳述的固定層面上，較無法深入探問其究竟。並以有限的變項針對宗教與死亡的幾個單一概念進行因果關係的初探。然而就如同 Morris Rosenbery (1968) (徐正光、黃順二譯，) 所說的，因果關係只是一種決定 (determination)，只是代表許許多多變項間的一種必然關聯。從因到果之間依然存在著無數的影響變項，我們無法去操控所有的可能。所以雖然在本研究在宗教信仰對死亡因應的影響上還是獲得不少的發現，但是在研究結果卻發現宗教認同不是影響死亡因應能力的因素。

針對這一點，根據在研究過程中與個案訪談的所得，研究者依然認為宗教認同對於一個人死亡因應能力影響的存在。只是面對宗教認同這個概念，如同 Fowler (1981) 所指出的信仰多重的面向及信仰認同的極度複雜現象；若研究方向能將信仰的焦點從教義上的轉移到信仰的參與與實踐，是否可以提供我

們對於信仰發展更深入的了解。所以研究者也建議並希望還有後續的研究，以其他的研究進路，來對此宗教現象的心理因素或是歷程，在主觀或是客觀的層面上，投注更多的關懷，以了解宗教信仰對於一個人死亡因應能力的影響。

2. 在研究工具上：

「死亡因應自我效能量表」在本研究中已具合宜的信效度，並儘量減少翻譯量表內容中不符合國情、民俗及文化的問題。但是本量表依然是從安寧療護的角度出發，雖然已改編為一般性自我效能量表，但是問項的內容是否符合死亡因應能力此一概念的窮盡性，仍有可以探討的空間。所以建議後續的研究可以針對國人死亡因應能力概念建構之問題，再作更全面性考量。

此外「宗教認同問卷」在本研究中也獲得合宜的效度。雖然在宗教指標方面，仍然因為學術界對於部分宗教信徒的身分認定的問題，有所爭議。而且研究者對於宗教這個既廣泛又深遠的領域，初次窺探涉獵有限。但是依據研究結果發現，經過問卷填答過程中「信教」「信神」「拜神」的引導後所得的「宗教信仰再分類」結果，的確是一個比只有單純填選信仰類別的「宗教信仰初分類」結果，更為有效的說明變項。所以依然建議未來欲以宗教信仰作為主要說明變項的研究，在信仰類別選項前如本研究所採用的宗教認同問卷一樣，加上適當的前導問項，可能是一個重要且有助益的做法。

3. 在研究對象上：

本研究由於採取普查性質，必須針對台灣地區所有安寧病房護理人員進行問卷調查。但是由於研究者事先準備不週，對於部分醫院研究計畫的審查費及審查期間的錯誤評估，導致種種限制因而造成部分醫院未能順利收案，問卷回收率下降（87%）的問題，可能因此影響本研究普查的目標的達成。所以建議未來的研究者若再進行相同性質的研究調查，應該先就各醫院的審查方案收集資料，準備好適當的研究經費，並在正式施測的前半年便提出申請，配合各醫療院所對於研究倫理方面之要求，以利調查研究的進行。

4. 在研究結果的推論上：

由於研究者檢視「臨終關懷」分量表的 12 個自我效能問項中發現，有九個問項與安寧療護的靈性照顧理念吻合，這些問項的內容與陪伴、主動而敏銳的傾聽、尊重以及具同理心的溝通等靈性照顧措施，具有相當高的同質性。而且問項之主要陳述與安寧病房護理人員的靈性照顧專業能力相符合，所以建議死亡因應量表中的「臨終關懷」自我效能分量表，未來可以嘗試作為安寧療護護理人員，對於自己能否給予病人及家屬靈性照顧的主觀判斷；此主觀判斷對於安寧病房護士在面對臨終病人有靈性照顧需求時，會付出多少關懷與努力的將有決定性的影響。

但是對於「臨終關懷」分量表與靈性照顧之關係探討，並非本研究之目的，也未在研究中深入探究，所以此建議並非本研究結果所得之推論，僅為研究者個人之心得，「臨終關懷」分量表與靈性照顧之評估是否確實有相關，還待未來的研究作更廣泛的討論。

5. 研究問題的探討上：

本研究旨在探討宗教信仰與死亡因應的關係，但是宗教可以用許多方式來界定，依照 Hill 與 Hood 在 1999 年的文獻回顧看來，已有許多的研究者想要藉由心理量表來陳述宗教信仰的內涵，而要涵蓋了宗教信仰的多元面向至少有十七種角度來切入。本研究在有關宗教信仰方面僅以宗教認同及信仰成熟度來評估，是否可以代表安寧病房護理人員的完整宗教信仰狀態？研究結果中有 3 個研究對象的宗教認同被評定為「無神論者」，其宗教信仰的其他向度又是如何？這些都是本研究的限制，無法探討的部分建議未來有興趣的研究者再加以研究。

參考資料

一、中文部分

王浴（1999）。安寧療護護理人員之特質、自我覺知與角色功能。八十八年度安寧療護專業人員訓練計劃手冊。行政院衛生署。

王國川（1997）。青少年預防事故傷害發生自我效能量表的發展與評估。衛生教育論文期刊，10：107-123。

財團法人保險事業發展中心（2003）。中華民國台地區保險市場重要指標。台北，頁6。

史麗珠、曾明月、陳瓊瑤、周淑娟、徐麗娟、曹傳怡（1998）。器官捐贈量表信效度之建立。長庚護理，9（4）：11-19。

白璐、溫信財、陸汝斌與郭敏玲（1987）。「成人生活壓力知覺量表」之編修。中華心理衛生學刊，3（1）：195-205。

行政院國家科學委員會（2000）。台灣社會變遷基本調查計劃第三期第五次調查報告（NSC-88-2412-H-001-014-B1）。台北：中央研究院社會研究所。

李亦園、宋文里（1988）。個人宗教性：台灣地區宗教信仰的另一種觀察。清華學報，18（1）：113-139。

宋文里（1989）。民間信仰、世俗化與迷信：一個心理學的觀察與討論。台灣新興社會運動。徐正光、宋文里主編，頁245-266。

李亦園（1982）。傳統民間信仰與現代生活。中華文化復行興運動推委員會（編），傳統文化與現代生活研討會論文集，頁419-433。

李亦園（1988）。和諧與均衡：民間信仰中的宇宙詮釋。現代人心靈的真空及其補償。林治平主編。台北：宇宙光。

李亦園、宋文里（1988）。個人宗教性：台灣地區宗教信仰的另一種觀察。清華學報，18（1）：113-139。

- 李介至（1999）。青少年親子衝突、因應策略及其相關因素之研究。國立彰化師範大學教育研究所碩士論文。
- 李文傑（2000）。影響護理人員離職意願因素之探討。長庚管理學研究所碩士論文。
- 李佳容（2002）。個人面對親人死亡事件心理復原歷程之研究。國立彰化師範大學輔導諮商研究所碩士論文。
- 沈秀娟（2002）。精神醫療機構護理人員工作壓力之探討。國立成功大學幻境醫學研究所碩士論文。
- 林本炫（1993）編譯。宗教與社會變遷。台北：巨流。
- 林本炫（1998）。當代台灣民眾宗教信仰的變遷。國立台灣大學社會學系研究所博士論文。
- 林家瑩（1999）。喪失子女的父母失落與悲傷反應及復原歷程之研究。國立高雄師範大學輔導研究所碩士論文。
- 吳寧遠（1998）。由儒家與基督宗教的認同看國人宗教認同之問題。論文發表於南華大學主辦之「第一屆宗教交談」學術研討會，嘉義。
- 邱秀渝（1995）。臨終護理。台北：匯華。
- 柯薰貴（1996）。「宗教」概念之初探。高醫護理雜誌，13：105-110。
- 施素真（1999）。護理人員對病患死亡的衝擊及其他影響因素之探討。榮總護理，16（4）：361-391。
- 徐嘉檣（1991）。台灣宗教信仰的認同與身分：一個初探。東海大學社會學研究所碩士論文。
- 徐麗娟，黃子庭（2001）。居家護理人員的角色功能及其相關因素探討。護理雜誌，48（6）：47-58。
- 陳美琴（2001）。談性格與信仰成熟度及利社會行為之關係。論文發表於真理大學主辦之「宗教現象心理學學術研討會」，台北。

- 陳慶餘等(2001)。緩和醫療臨床佛教宗教師培訓計畫報告(二)。一如淨社臨終關懷協會委託研究計劃。
- 莊惠敏(2002)。醫院護理人員工作價值觀與工作投入關係之研究—以基督教醫院為例。政治大學社會行政管理碩士論文。
- 晁瑞明,張嘉琪(2002)。以認知、自我效能、學習型組織理論探討知識創新之研究。論文發表於第十屆國防管理學院學術暨實務研討會,台北。
- 黃湘慧(1998)。宗教對癌症患者影響之研究。國立政治大學社會學研究所碩士論文。
- 黃宇達(1997)。死亡焦慮:性別、年齡與死亡焦慮歸因之角色探討。中原大學心理研究所碩士論文。
- 黃鳳英等(2001)。臺灣安寧病房臨床佛教宗教師需求調查。安寧療護,6(3):16-26。
- 黃昭燕(2002)。國內生前契約研究-從殯葬業者與消費者行為談起。南華大學生死學研究所碩士論文。
- 曾煥棠(1999)。生死學對護理學院畢業生的死亡處理態度與臨終照護行為之效果探討。中華心理衛生學刊,12(2):1-21。
- 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。
- 蔡彥仁(1996)。宗教心理學。香光莊嚴雜誌,48:16-26。
- 蔡麗雲。安寧療護護理人員之特質、自我覺知與角色功能。八十八年度安寧療護專業人員訓練計劃手冊。行政院衛生署。
- 張茂桂、林本炫(1993)。宗教的社會意向:一個知識社會的課題。中央研究院民族研究所集刊,(74):95-123。
- 張春申(1999)。從神學看臨終關懷。基督信仰與臨終關懷研討會講義集。台北。
- 楊克平(1999)。安寧與緩和療護學:概念與實務。台北:偉華。
- 楊慶(1985)。儒家思想與中國宗教之間的功能關係。段昌國、劉紉尼、張永堂(編譯),中國思想與制度論集,319-347。台北:聯經。

- 董芳苑 (1983)。台灣民間信仰的認識。台北：永望文化。
- 董芳苑 (2001)。宗教信仰與安寧療護。台北：長青。
- 葉高芳 (1991)。從宗教觀點談器官捐贈。長庚護理，5，(1)：4-7。
- 傅偉勳 (1995)。生命的尊嚴與死亡的尊嚴。台北：正中書局。
- 劉長安 (1995)。談安寧照護---護理人員應有的認知。護理雜誌，42，(4)：91-95。
- 劉雪娥、許玲女 (1996)。南部某準醫學中心急症加護單位對「器官捐贈」之看法。
長庚護理，7，(3)：46-56。
- 黎容君 (1996)。基督教團體對基督徒消費行為的影響。銘傳大學管理科學研究所碩士論文。
- 瞿海源 (1986)。現代人的宗教行為與態度。中華文化復興月刊，19，(1)：68-82。
- 魏書娥 (2001)。社會學與生/死建構。論文發表於南華大學生死研究所主辦之「現代生死學理論建構」學術研討會，嘉義。
- 顧法嚴 (1993)。佛陀的啟示。台北：慧炬出版社。
- 羅素如 (2000)。殯葬人員對死亡態度與生死學課程需求初探。南華大學生死學研究所碩士論文。
- E.E.Evans-Pritchard (1997)。社會人類學。陳奇祿，王崧興等 (譯)。台北：唐山。
- Earl Babbie (1998)。社會科學研究方法。李美華等 (譯)。台北：時英。
- K.P.Kramer (1988)。宗教的死亡藝術---世界各宗教如何理解死亡。方蕙玲 (1997 譯)。台北：東大。
- Morris Rosenbery (1968)。調查分析的邏輯。徐正光、黃順二 (譯)，國立編譯館主編。台北：黎明文化。
- Starbuck E. S. (1997)。宗教心理學。楊宜音 (譯)。台北：桂冠。
- Strauss Anselm (1989)。質性研究概論。徐宗國 (1997 譯)。台北：巨流。
- Strauss Anselm & Corbin Juliet (2001)。質性研究入門：發展紮根理論的技術和程序。
吳芝儀，廖梅花 (譯)。台北：濤石文化。

Thomas L. Good & Jere Brophy (2000)。當代教育心理學。李素卿(譯)。台北：五南。

T. Luckmann (1997)。無形的宗教 - - 現代社會中的宗教問題。覃方明(譯)。香港：
漢語基督教文化研究所。

W. Lawrence Neuman (2000)。社會學研究方----質化與量化取向。朱柔若(譯)。台
北：揚智。

William James (1946)。宗教經驗之種種。蔡佳怡、劉宏信(2001譯)。台北：立緒。

二、西文部份

Allport, Gordon, W. (1950). Helping behavior as predicted by diffusion of responsibility, exchange theory, and traditional sex norm. *Journal of Social Psychology*, 109,153-154.

Anderson, D., & Reed, W., 1998. 'The effects of internet instruction, prior computer experience, and learning style on teachers' internet attitudes and knowledge'. *Journal of Educational Computing Research*: 19(3),227-246.

Aron, R.(1967). *Main currents in sociological thought*. New York & London:Basic,Inc.

Auerbach, S.M. & Gramling, S.E. (1998). *Stress Management: Psychological Foundations*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice Hall.

Bandura, A.(1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37 (2) ,122-147.

Bandura A. (1986), *Social foundations of thought and action :A social cognitive theory*. Englewood Cliffs , NJ : Pretice Hall , Inc.

Bandura, A. & Jourden, F. J. (1991). Self-regulatory mechanisms governing the impact of social comparison on complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 941-951.

Bandura, A.(1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.

- Benight, C. C.; Flores, J & Tashiro, TY . (2001) . Bereavement coping self-efficacy in cancer widows, *Death Study*, 25, 97-125.
- Benson, Peter L., Donahue, Michael J., & Erickson, Joseph A. (1993). The Faith Maturity Scale: conceptualization, measurement, and empirical validation. In Lynn, Monty L., & Moberg, David O. (eds.), *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 1 (5), 1-26.
- Berger, Peter & T, Luckmann (1963). *Sociology of Religion and Sociology of Knowledge*. In *Sociology of Religion* . Roland Robertson, eds. England: Penguin Books.
- Billings & Moos (1981) The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life vents, *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139- 157.
- Bowker, J. (1991). *The meanings of death*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bugen, L. A. (1980-81). Coping : effect of death education, *Omega*, 11 (2) , 175-183.
- Braun M. J. & Berg D. H. (1994). Meaning reconstruction in the experience of parental bereavement. *Death Studies*, 18, 105-129.
- Charters, P. J. (1996). The religious and spiritual needs of mental health clients. *Nursing Standard*, 13(26), 34-36.
- Cole, M. A. (1978) . Sex and marital status differences in death anxiety. *Omega*, 9(2), 139-147.
- Daaleman, T. P. ; Vande Creek, L. (2000) . Placing religion and spirituality in end-of-life care. *JAMA*. 284(19), 2514-7.
- Dever, Alan G. E. (1976). An epidemiological model for health. *Policy Social Indicators Research* 2, 453-466.
- Dinkmeyer, D. C. & Dinkmeyer, D. C., Jr. (1979). *Adlerian Counseling and Psychotherapy* . Columbus: Merrill Publishing Company.
- Dykstra, C. (1986). *What is faith?: An experiment in the hypothetical mode*. In C. Dykstra,

- & S. Parks. (Eds). *Faith development and Fowler*. Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Eddy, J. M., & Alles, W. F.(1983). *Death Education* , St. Louis: The C. V. Mosby Company.
- Erikson, E. (1980). Elements of a psychoanalytic theory of psychosocial development. *The Course of Life: Psychoanalytic Contributions toward Understanding Personality Development, 1*, 11-61.
- Fehring, R. J., Miller, J. F., & Shaw, C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression people coping with cancer. *ONF*, 24(4), 663-671.
- Feifel,H., & Nagy,V.T.(1981).Another look at fear of death. *Journal of Consulting and clinical Psychology*,49(2),278-286.
- Fowler, J. W. (1981). *Stage of faith*. San Francisco: Harper a Row.
- Fulton, G.B. & Metress, E.K. (1995). *Perspectives on death and dying*. London: Jones and Bartlett Publishers.
- Gillespie, V. B. (1988). *The experience of faith*. Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Hale, P., & Trumbetta, S. L. (1996). Woman's self-efficacy and sexually transmitted disease preventive behaviors. *Research in nursing and Health*, 19(2),101-110.
- Hill, Peter C., & Hood, Ralph W. (1999). *Measures of Religiosity*. Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Keighley, T. (1997). Organizational structures and personal spiritual belief. *International Journal of Palliative Nursing*, 3(1), 47-51.
- Lazarus R.& Folkman, S.(1984) *Stress and Coping* .N.Y. Springer.
- Lindstrom, T. C. (1997). Immunity and health after bereavement in relation to coping. *Scandinavian Journal of Psychology*,38,253-259.

- Lester,D.(1972),studies in death attitudes: part two. *Psychological Reports*,30,440.
- Lusk, S. L., Ronis, D. L., & Kerr,M. J.(1995). Predictors of hearing protection use among workers: implication for training programs. *Human Factors*, 37(3),635-640
- MacDonald,G.W.(1976).Sex, religion, and risk-taking behavior as correlates of death anxiety .*Omega*, 7(1),35-44.
- Markides, K. S. (1985). Aging, religiosity, and adjustment: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 38(5),621-625.
- Miles, Matthew & A. Michael Huberman. (1994). *Qualitative Data Analysis*. 2nd edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc..
- Murphy S. A., Das Gupta A., Cain K. C. & Johnson L. C. (1999) .Changes in parents` mental distress after the violent death of an adolescent or young adult child : A longitudinal prospective analysis. *Death Studies*, 23(2), 129-159.
- Myska, M. J. & Pasewark, R. A.(1978) ° Death attitudes of residential and nonresidential rural aged persons. *Psychological Reports*.43,1235-1238.
- Neimeyer, R.A.(1994).*Death anxiety handbook*. Washington ,DC :Taylor &Francis.
- Nehrke,M.F.(1997).Death anxiety , lose of control and life satisfaction in the elder. *Journal of Death and Dying*,8,359-368.
- Nelson,L.D.(1978).The multidimensional measurement of death attitudes Construction and validation of a three-factor instrument. *Psychological Record*. 28(4), Fal1978 ,p.525-533.
- Otero-Sabogal, R., Sabogal, F., & Perez-Stable, e. J. (1995).Psychosocial correlates of smoking among immigrant Latina adolescents. *Journal of National Cancer Institute Monograph*, 18,65-71.

- Pargament, Kenneth I., Koenig, Harold G., & Perez, Lisa M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 519-543.
- Paul, Charlotte; Fitzjohn, Julie^a; Eberhart-Phillips, Jason^a; Herbison, Peter^a; Dickson, Nigel,(2000) Sexual abstinence at age 21 in New Zealand: the importance of religion. *Social Science & Medicine, 51*(1),1-10.
- Paul S. Levy, Stanley Lemeshow (1999). *Sampling of Populations : Methods and Applications*, 3rd Edition: John Wiley & Sons Canada, Ltd.
- Robbins,R.A.(1990-1991).Bugen's Coping with Death Scale: Reliability and further validation.*Omega,22*,287-299.
- Robbins,R.A.(1992).Death competency: a study of hospices volunteers.*Death Study,16*,557-569.
- Sharpe, Eric J. (1983) *Understanding Religion*. London: The old Piano Factory.
- Strote, Jared; Lee, Jae Eun; Wechsler, Henry(2002) Increasing MDMA use among college students: results of a national survey.*Journal of Adolescent Health,30*(1),64-72.
- Swenson,W.M.(1961). Attitudes toward death in an aged population .*Journal of Gerontology, 16*,49-52.
- Templer , D. , & Dodson , E. (1970). Religious correlates of death anxiety . *Psychological Reports , 31*, 361-362.
- Teng J. E. (1990). Religion as a source of oppression and creativity for Chinese women. *Journal of Women and Gender Studies, 1*, 165-194.
- Thayer, Jerome D. (1993). Measuring faith maturity: Reassessing valuegenesis and development of a denominationally-specific Scale, *Journal of Research on Christian Education,2*(1), 93-113.
- Thorson,J.A ,& Powell, F.C.(1992). A revised death anxiety scale. *Death*

Studies ,16 ,507-521.

Wong,P.T.,Reker,G.T.,&Gesser,G.(1994).Death Attitude Profile –Revised:A multidimensional measure of attitudes toward death,In.*Death anxiety handbook*, Edited by Neimeyer, R.A.Washington ,DC :Taylor &Francis.

三、網路資料

趙可式 (2000)。安寧療護與信仰。網路大學。

<http://210.60.194.100/life2000/professer/chaokshih/1HOSPICEandBELIEF.htm#FIVE>

E

Boerio, R. P. (1997). *The relationship of self-esteem and identity to Christian religious maturity: A study of students at a small private, liberal arts university* CD ROM .

Abstract from: ProQuest File: Dissertation Abstracts International Item: 57/07.

Graham, K. C. (1996). Running ahead: Enhancing teacher commitment. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, 67(1), 45-47. Abstract from: ERIC Item: EJ523869.

Tan, G. L. (1995). *The relationship between ministry satisfaction and spiritual maturity of volunteer workers in Indonesian churches in Southern California* CD ROM . Abstract from: ProQuest File: Dissertation Abstracts International Item: 56/06.

附錄一 正式施測安寧病房名單

編號	院名
1	新店耕莘醫院
2	國立台灣大學醫學院附設醫院
3	市立忠孝醫院
4	衛生署桃園醫院
5	三軍總醫院
6	仁愛醫院台中分院
7	中山醫學大學附設醫院
8	彰化基督教醫院
9	光田綜合醫院
10	嘉義基督教醫院
11	雲林天主教若瑟醫院
12	國立成功大學醫學院附設醫院
13	台南新樓醫院
14	高雄天主教聖功醫院
15	天主教聖馬爾定醫院
16	高雄市立民生醫院
17	署立台南醫院
18	佛教慈濟綜合醫院大林分院
19	佛教慈濟綜合醫院

附錄二

第一部分 訪談同意書

訪談同意書

我是 _____，研究人員以詳細說明研究目的及程序，我願意參與「安寧病房護理人員宗教信仰與死亡因應相關研究」之研究過程，同意下列事項：

同意 不同意

- 1. 我知道這是一項學術研究，我個人自身的利益將受到保障。
- 2. 研究人員允諾對訪談內容保密，不在任何書面或口頭報告中揭露我的姓名及可以分辨我身分的資料。
- 3. 我同意在訪談過程中使用錄音機錄音，方便研究人員紀錄及整理資料。
- 4. 我同意研究報告日後可以研究論文的方式出版。

研究參與者簽名： _____

研究訪談者簽名： _____

中華民國九十一年 月 日

第二部分 問卷填答同意書

問卷填答同意書

我是 _____，研究人員已詳細說明研究目的及程序，我願意參與「護理人員宗教信仰與死亡因應相關研究」之研究過程，同意下列事項：

同意 不同意

- 1. 我知道這是一項學術研究，我個人自身的利益將受到保障。
- 2. 研究人員允諾對問卷內容保密，不在任何書面或口頭報告中揭露我的姓名及可以分辨我身分的資料。
- 3. 我同意研究報告日後僅可以研究論文的方式出版。

研究參與者簽名： _____

中華民國九十二年 月 日

附錄三 研究工具使用同意書

第一部分 死亡因應自我效能表使用書



Taylor & Francis

Taylor & Francis Group

325 Chestnut Street, Suite 800

Philadelphia, PA 19106

Tel: 215 625-8900

Fax: 215 625-2940

einverso@taylorandfrancis.com

REPUBLICATION PERMISSION AGREEMENT AND INVOICE # J0869

July 7, 2003

Mei-Lei Cheng
Nan Hua University
F7g, No 132 Da Jin Street
Ba-Luo-Ke Wang
Ttaichung Ciiy ROC

We are pleased to grant permission to you for the republication of:

Selection: **Death Competency: A Study of Hospices Volunteers, Pages 557-569**

From: **Death Studies, 1992, Vol. 16**

Within the following publication: **Thesis**

Publisher: **Nan Hua University**

Pub date: **2003**

Format(s): Print: CD-ROM: Performance: Web Site: (For N/A years) Elec Storage: (For N/A years)

This permission is subject to the following conditions:

1. This permission is a non-transferable grant for **All** language use, as described below, in the following territory only: **World.** Payment (nonrefundable) of **\$0** is due within 4 months of the date of this grant. If payment is not received by then, this permission will become void. Please make payment payable to the Permissions Dept. at the address above. Our tax ID # is 13-315-0750.
2. Each copy/electronic transmission containing our material must bear the following credit line:

Copyright (Insert Copyright Year) From (Insert Title) by (Insert Author Name).

Reproduced by permission of Taylor & Francis, Inc., <http://www.routledge-ny.com>

3. Permission is granted on a one-time, non-exclusive basis for a print run up to 1 copies.
4. If applicable, this material may be displayed only and not accessible for users to print or download.
5. If applicable, this permission extends only to the usage specified above during the time period specified above. Any other use (including re-use) requires additional permission from Taylor and Francis, Inc.
6. This permission extends only to material owned or controlled by us. Please check the credits in our book for material in which the copyright is not owned or controlled by us. You should apply to the owner of the copyright for permission to use material that is not ours.
7. Permission will be void if Taylor & Francis material exceeds 10% of the total pages in your publication. This includes permission granted by Routledge, NY; Routledge UK; Theatre Arts Books, and Garland all of which are part of Taylor and Francis, Inc.

The terms of the above permission are accepted and agreed to:

Agreed (please print name and sign):

Date

For Taylor & Francis, Inc.



Elaine Inverso, Permissions Coordinator

第二部分 信仰成熟度量表使用同意書

November 22, 2002

Dear Mei-Lei:

Thank you for your interest in using the Faith Maturity Scale. Permission to use this scale is granted with the following understandings:

- Permission is granted for one-time use only in your thesis research titled “The association between religious belief and coping competency toward death: A study with hospice nurses in central Taiwan”. Any additional use of the items or the newly created survey requires additional written approval from Search Institute.
- Permission to use the items is restricted to the organization/individual requesting the permission. Permission cannot be transferred to another organization/ individual, nor may your survey be made available for use by another organization/individual.
- Search Institute is to be cited on all printed materials (survey, reports, etc.) as follows:

[List survey item numbers] taken from *Effective Christian Education: A National Study of Protestant Congregations*. Copyright © 1988 Search Institute, Minneapolis, MN. Used by permission.

- We request that a copy of your survey instrument and final report be forwarded to my attention at Search Institute.

Thank you for your interest in our work. I wish you well in completing your dissertation.

Sincerely,

Jean L. Wachs
Research and Evaluation Manager

研究工具使用同意書

懇請同意南華大學生死學研究所研究生鄭美莉，於其碩士論文「宗教信仰與死亡因應能力之關聯初探----以台灣中部地區安寧病房護理人員為例」中，使用陳美琴教授翻譯之「信仰成熟度量表」做為研究工具。

研究生簽名

日期

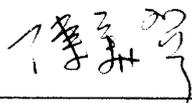
鄭美莉

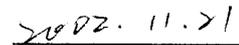
2002.11.1

茲同意南華大學生死學研究所研究生鄭美莉，於其碩士論文「宗教信仰與死亡因應能力之關聯初探----以台灣中部地區安寧病房護理人員為例」中，使用本人翻譯之「信仰成熟度量表」做為研究工具。

原作者簽名

日期





第三部分 宗教認同問卷使用同意書

研究工具使用同意書

懇請同意南華大學生死學研究所研究生鄭美莉，於其碩士論文「宗教信仰與死亡因應能力之關聯初探----以台灣中部地區安寧病房護理人員為例」中，使用張茂桂與林本炫教授編製之「宗教認同問卷」做為研究工具之主要參考依據。

研究生

日期

鄭美莉

91.7.5

茲同意南華大學生死學研究所研究生鄭美莉，於其碩士論文「宗教信仰與死亡因應能力之關聯初探----以台灣中部地區安寧病房護理人員為例」中，使用本人編製之「俗民宗教認同問卷」做為研究工具之主要參考依據。

原作者簽名

日期

林本炫

91.7.9

研究工具使用同意書

懇請同意南華大學生死學研究所研究生鄭美莉，於其碩士論文「宗教信仰與死亡因應能力之關聯初探----以台灣中部地區安寧病房護理人員為例」中，使用張茂桂與林本炫教授編製之「宗教認同問卷」做為研究工具之主要參考依據。

研究生

日期

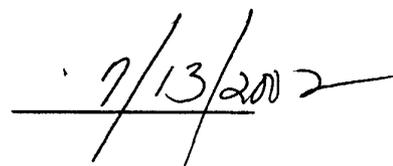
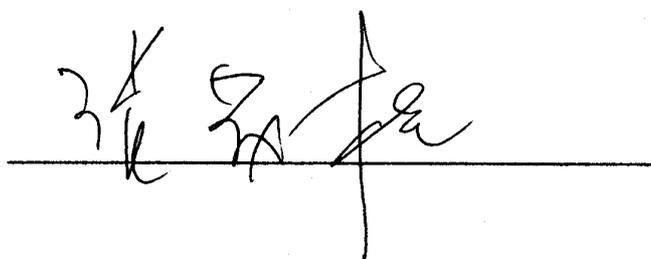
鄭美莉

91.7.8

茲同意南華大學生死學研究所研究生鄭美莉，於其碩士論文「宗教信仰與死亡因應能力之關聯初探----以台灣中部地區安寧病房護理人員為例」中，使用本人編製之「俗民宗教認同問卷」做為研究工具之主要參考依據。

原作者簽名

日期



附錄四 護理人員宗教信仰訪談大綱

受訪者編號：

訪員姓名：

訪問地點：

訪問時間：

1.請「詳細」描述你個人信仰宗教的情形：

例如

你有沒有信教？信的是什麼教？生活中的宗教活動有哪些？

2.請「詳細」描述你個人對神信仰的情形：

例如

你信不信神的存在？信的是什麼神？信神對於你的生活有何影響？

3.請「詳細」描述你個人拜神的情形：

例如

你有沒有拜拜？拜的是什麼神？拜神的目的與原因是什麼？

附錄五 預試問卷

第一部分 基本資料

※請於□上直接勾選你認為最吻合的答案：

1. 您的性別： 男 女

2. 您出生於：民國 _____年_____月_____日

3. 您目前的居住地: _____縣（市）_____鄉鎮市區

4. 您的最高學歷:

高中職 專科 大學 研究所以上

5. 請問您的婚姻狀況是

未婚 已婚，但無子女

已婚，子女數_____人

6. 您從事安寧病房護理工作年資共_____年_____個月

7. 請問你是信哪一種宗教信仰？

(1) 沒有宗教信仰

(2) 民間信仰

(3) 佛教

(4) 道教

(5) 基督宗教： 天主教 基督教 東正教

(6) 其他宗教

8. 請問你是何時開始有此宗教信仰？

(1) 進入安寧病房前已有此信仰

(2) 進入安寧病房工作後才開始信仰

第二部份 宗教認同問卷

※請於□上直接勾選你認為最適合的答案：

1. 你是否有宗教信仰?

(1) 有 (2) 沒有

※答(2)者請跳答至第2題。

1a. 你信什麼宗教?

(1) 佛教 (2) 道教 (3) 一貫道 (4) 民間信仰
 (5) 天主教 (6) 基督教 (7) 其他 (8) 不知道或很難說

※答(8)者請跳答至第2題。

1b. 請您自我測試所答的宗教信仰類別是否符合該宗教的指標：

- (1) 佛教必須皈依三寶
- (2) 道教必皈依三經並參與信徒大會
- (3) 一貫道必須點傳師給三寶，信奉無生老母
- (4) 民間信仰則是同時信仰不同的神明
- (5) 天主教及基督教徒必須受洗

(1) 符合 (2) 不符合

2. 你相信有神(佛)的存在嗎?

(1) 信 (2) 不信 (3) 不肯定亦不否定 (4) 不知道

※答(2)請停止填答，並直接跳到下一頁的第三部份繼續作答，謝謝。

3. 你信什麼神(佛)?

(1) 特定某一神(佛)，或某一些神(佛) (3) 不特定神(佛)，都信
 (2) 不知名的神(佛) (4) 不知道

※答(1)或(2)者請跳答至第6題。

4. 你拜神(佛)嗎?

(1) 拜 (2) 不拜 (3) 不知道

※答(2)者請停止填答，並直接跳到下一頁的第三部份繼續作答，謝謝。

5. 你拜神(佛)的原因是?

(1) 相信神(佛) (2) 由於不得已的原因或跟著別人拜
 (3) 其他 _____

※答(2)或(3)者請停止填答，並直接跳到下一頁的第三部份繼續作答，謝謝。

6. 你信的神(佛)是什麼教?

(1) 佛教 (2) 道教 (3) 一貫道 (4) 民間信仰
 (5) 基督教 (5) 天主教 (6) 其他 _____

第三部分 死亡因應自我效能量表

請就以下的題目中，勾選出你可以完成的程度：

很確不 應確
 確定確 該定
 定會定 不不
 會 會 會
 5 4 3 2 1

- | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 我會去買人壽保險。..... | <input type="checkbox"/> |
| 2. 我可以接受臨終的人對我的心理支持。..... | <input type="checkbox"/> |
| 3. 我可以處理自己祖父母的死亡。..... | <input type="checkbox"/> |
| 4. 我會定期去做身體健康檢查。..... | <input type="checkbox"/> |
| 5. 我可以面對及處理自己家中小孩的身體不健康的狀況。... | <input type="checkbox"/> |
| 6. 我能面對及處理家人生命攸關的情況。..... | <input type="checkbox"/> |
| 7. 我會事先準備好自己的遺囑。..... | <input type="checkbox"/> |
| 8. 我能因應自己同年齡朋友的死亡。..... | <input type="checkbox"/> |
| 9. 我會去聆聽有關重大傷亡的新聞報導。..... | <input type="checkbox"/> |
| 10. 我能開口去問我的好友是否有罹患嚴重疾..... | <input type="checkbox"/> |
| 11. 我會事先去購買自己的墓地單位。..... | <input type="checkbox"/> |
| 12. 我能因應自己母親的死亡。..... | <input type="checkbox"/> |
| 13. 我會去詢問自己是否得到末期疾病。..... | <input type="checkbox"/> |
| 14. 我會去探望一個臨終的朋友。..... | <input type="checkbox"/> |
| 15. 我能對喪親的人提供情緒上的支持。..... | <input type="checkbox"/> |
| 16. 我能因應自己父親的死亡。..... | <input type="checkbox"/> |
| 17. 我會在生前立下不願用人工方法勉強延長生命的書面聲明 | <input type="checkbox"/> |
| 18. 我會去計劃自己未來葬禮的內容。..... | <input type="checkbox"/> |
| 19. 我會在尚未蓋棺之前去靈堂瞻仰遺容或去守靈。..... | <input type="checkbox"/> |
| 20. 我能了解喪親之痛的感受。..... | <input type="checkbox"/> |
| 21. 我能因應自己孩子的死亡。..... | <input type="checkbox"/> |
| 22. 我可以敏銳的感受到臨終的人的需求。..... | <input type="checkbox"/> |
| 23. 我會去簽器官捐贈卡。..... | <input type="checkbox"/> |
| 24. 我可以在一個人臨終時陪伴著他。..... | <input type="checkbox"/> |
| 25. 我會去購買生前契約。..... | <input type="checkbox"/> |
| 26. 我能因應自己配偶的死亡。..... | <input type="checkbox"/> |
| 27. 我會去傾聽臨終的人所關心的事。..... | <input type="checkbox"/> |
| 28. 我能容忍和臨終的人在靈性與宗教上的差異。..... | <input type="checkbox"/> |
| 29. 我能處理一個寵物的死亡。..... | <input type="checkbox"/> |
| 30. 當我經歷照顧臨終的人的壓力時，也能夠自我照顧。..... | <input type="checkbox"/> |

第四部份 信仰成熟度量表

請就以下的題目中，勾選出最符合您的狀況：

從很偶有時幾總
來少而時常乎是
不會會候會都如
會 會 會 此
1 2 3 4 5 6 7

-
1. 我會幫助別人在宗教上的問題和掙扎
 2. 我尋求能幫助自己在心靈上成長的機會
 3. 對減輕世界的痛苦及災禍，我覺得有一股很深的責任感
 4. 我付出不少的時間和金錢去幫助別人
 5. 在我和別人的關係中，我體會到神明的臨在
 6. 我的生命充滿了意義和目標
 7. 我很關心如何減少台灣和全世界的貧窮問題
 8. 我嘗試把我的宗教信仰帶入社會和政治問題
 9. 我將生命托付給神明
 10. 我與別人談論我的宗教信仰
 11. 我確實體會到神明在引導著我
 12. 神明的美妙化工，使我心靈感動
-

附錄六 死亡因應自我效能量表原文

APPENDIX 7-2: Hospice-Related Death Coping Self-Efficacy Scale

For each of the items below, rate how certain or uncertain you are that you can perform each one, using this scale (in units of 10):

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Highly uncertain					Moderately certain					Completely certain

1. Understand the limits of your role as a volunteer.
2. Be sensitive to the needs of the patient and his or her family.
3. Buy life insurance.
4. Allow the patient and his or her family to support you.
5. Handle the death of a grandparent.
6. Listen to the concerns of a dying patient.
7. Listen to the family of a dying patient.
8. Touch a dead body.
9. Identify the concerns of a dying patient and his or her family
10. Communicate with the hospice team about your patient(s).
11. Get a medical checkup.
12. Handle the illness of your child.
13. Handle knowing that a family member has a fatal condition.
14. Provide physical care for a hospice patient.
15. Assist in transporting a hospice patient.
16. Prepare your Will.
17. Run errands for a patient.
18. Listen to a news report of multiple deaths.
19. Communicate with a dying patient.
20. Ask someone close to you if he or she has a terminal illness.
21. Allow a patient to communicate fully.
22. Purchase your own cemetery plot.
23. Cope with the death of your mother.
24. Ask whether you have a terminal illness.
25. Cope with the death of your father.
26. Visit a dying friend.

27. Provide emotional support for the patient's family.
28. Care for the patient so that the family can have some respite.
29. Go to a morgue care
30. Write a Living Will.
31. Understand the philosophy of hospice.
32. Plan your funeral service.
33. Sign a card to be an organ donor.
34. Attend a funeral or wake in which the casket is open.
35. Understand bereavement and grief.
36. Cope with the death of your child.
37. Handle the death of your spouse.
38. Cope with the death of a friend the same age as you.
39. Tolerate spiritual and religious differences.
40. Cope with the death of a pet.
41. Care for yourself if you are experiencing stress in caring for a patient.
42. Be with a person at the time of death.
43. Be with a person experiencing unpleasant physical symptoms.
44. Prepay your funeral.

附錄七 死亡因應自我效能量表中譯本

1. 可以瞭解身為志工角色的限制
2. 可以敏銳的感受病人及家屬的需求
3. 會去買人壽保險
4. 可以接受病人及家屬對你的支持
5. 可以處理祖父母的死亡
6. 會去傾聽臨終病人所關心的事
7. 會去傾聽臨終病人家屬的話
8. 能去碰觸遺體
9. 能辨識臨終病人及家屬所關心的事
10. 能與安寧病房小組溝通關於你病人的事
11. 會去做身體健康檢查
12. 可以處理你自家小孩身體不健康的狀況
13. 在面臨家人有致命威脅的情況下也能正常應付
14. 能提供安寧病房病人身體的護理
15. 能協助運送安寧病房病人
16. 會準備好你的遺囑
17. 會協助病人處理事務性工作
18. 會去聆聽有關重大傷亡的新聞報導
19. 能與臨終病人溝通
20. 能開口去問我親近的人是否罹患嚴重或是末期疾病
21. 能允許病人充分的去表達自己
22. 會去購買你自己的墓地單位
23. 能因應你母親的死亡
24. 會去詢問你是否得到嚴重或是末期疾病
25. 能因應你父親的死亡
26. 會去探望一個臨終的朋友
27. 能對病人家屬提供情緒上的支持
28. 協助照料病人以使家屬能稍獲喘息
29. 能參與屍體護理
30. 會立下生前遺囑
31. 能了解安寧療護的哲理
32. 會去計劃你的葬禮服務
33. 會去簽器官捐贈卡
34. 會在尚未蓋棺之前去靈堂瞻仰遺容或去守靈

35. 能了解喪親之痛的感受
36. 能因應你自己孩子的死亡
37. 能處理你配偶的死亡
38. 能因應你同年齡朋友的死亡
39. 能容忍與別人在靈性與宗教上的差異
40. 能因應一個寵物的死亡
41. 當你經歷照顧病人的壓力時也能去自我照顧
42. 我可以在一個人臨終時陪伴著他
43. 可以陪伴一個人經歷身體不適的症狀
44. 會去預定自己的喪禮

附錄八 正式施測問卷

第一部份 基本資料

請於 上直接勾選您認為最吻合的答案：

1. 您的性別： (1) 男 (2) 女
2. 您的年齡是：_____歲_____個月
3. 您目前的居住地：_____縣(市)
4. 您的最高學歷：
(1) 高中職 (2) 五專 (3) 二專 (4) 二技 (5) 四技
(6) 大學 (7) 研究所以上
5. 請問您的每月平均總收入約為：
(1) 20000 元以下 (2) 20001 - 40000 元 (3) 40001 - 60000 元
(4) 60001 - 80000 元 (5) 80001 - 100000 元 (6) 100000 元以上
6. 請問您的家庭狀況是：
(1) 父母都健在 (2) 父歿 (3) 母歿
(4) 有兄弟 (3) 有姊妹
7. 請問您的婚姻狀況是：
(1) 未婚
(2) 未婚，但有子女共_____人
(2) 已婚，但無子女
(3) 已婚，有子女共_____人
(4) 已離婚或分居，但無子女
(5) 已離婚或分居，有子女共_____人
(6) 矜寡，但無子女
(7) 矜寡有子女共_____人
8. 到目前為止您從事安寧病房護理工作年資共_____年_____個月
9. 您以前曾從事其他護理工作年資共_____年_____個月

第二部份 宗教認同問卷

請於 上直接勾選你認為最吻合的答案：

1. 您是否有宗教信仰？

- (1) 有 (2) 沒有 (選此答案者請跳答至第 4 題)

2. 您信什麼宗教？

- (1) 民間信仰 (2) 佛教 (3) 道教 (4) 天主教
(5) 基督教 (6) 一貫道 (7) 其他 (8) 不知道或是很難說

答 (7) (8) 者請跳答至第 4 題。

3. 請您自我測試所答的宗教信仰類別是否符合該宗教的指標：

- 結果： (1) 符合 (2) 不符合

- (6) 佛教必須皈依三寶 (佛、法、僧)
(7) 道教必須皈依三清 (玉清天寶君之道寶尊、上清靈寶君之經寶尊、太清神寶君之師寶尊)
(8) 一貫道必須經過點傳師給三寶，信奉無生老母
(9) 民間信仰是同時信仰不同的神明，如觀音、媽祖、關公、土地公等等
(10) 天主教及基督教徒必須受洗

4. 請問您是何時開始有此宗教信仰狀況？

- (1) 進入安寧病房前已有此信仰
(2) 進入安寧病房工作後才開始有此信仰

5. 您相信有神 (佛) 的存在嗎？

- (1) 信 (2) 不信 (選此答案者請直接跳到第 8 題回答)
(3) 不肯定亦未否定 (4) 不知道

6. 您信的是什麼神 (佛)？

- (1) 特定某一神 (佛)，或某一些神 (佛) (2) 不特定神 (佛)，都信
(3) 不知名的神 (佛)

7. 您所信的神 (佛) 是什麼教？

- (1) 民間信仰 (2) 佛教 (3) 道教 (4) 天主教
(5) 基督教 (6) 一貫道 (7) 其他 (8) 不知道或是很難說

8. 您拜神 (佛) 嗎？

- (1) 拜 (2) 不拜 (選此答案者請直接跳到下一頁作答)

9. 您拜神 (佛) 的原因是？

- (1) 相信神 (佛) (2) 由於不得已的原因或跟著別人拜
(3) 其他 (請說明原因) _____

第三部份 信仰成熟度量表

	從	很	偶	有	時	幾	總
	來	少	而	時	常	乎	是
請就以下的題目中，勾選出最符合您現在的狀況：	不	會	會	候	會	都	如
	會		會		會		此
	1	2	3	4	5	6	7

1. 我會幫助別人在宗教上的問題和掙扎
 2. 我尋求能幫助自己在心靈上成長的機會
 3. 對減輕世界的痛苦及災禍，我覺得有一股很深的責任感
 4. 我付出不少的時間和金錢去幫助別人
 5. 在我和別人的關係中，我體會到神明的臨在
 6. 我的生命充滿了意義和目標
 7. 我很關心如何減少台灣和全世界的貧窮問題
 8. 我嘗試把我的宗教信仰帶入社會和政治問題
 9. 我將生命托付給神明
 10. 我與別人談論我的宗教信仰
 11. 我確實體會到神明在引導著我
 12. 神明的美妙化工，使我心靈感動
-

第四部份 死亡因應自我效能量表

請就以下的題目中，預想可能發生的情況，並勾選出你認為自己可以完成的程度：	確	應	不	確	很
	定	該	確	定	確
	不	不	定	會	定
	會	會	會	會	會
	1	2	3	4	5
1. 我會去買人壽保險。					
2. 我可以接受臨終的人對我的支持。					
3. 我可以處理自己祖父母的死亡。					
4. 我會定期去做身體健康檢查。					
5. 我可以面對及處理自己家中小孩的身體不健康的狀況。					
6. 我在面臨家人有致命威脅的情況下也能正常應付。					
7. 我會事先準備好自己的遺囑。					
8. 我能因應自己同年齡朋友的死亡。					
9. 我會去聆聽有關重大傷亡的新聞報導。					
10. 我能開口去問我親近的人是否罹患嚴重或是末期的疾病。					
11. 我會事先去購買自己的墓地或是靈骨塔位置。					
12. 我能因應自己母親的死亡。					
13. 我會去查詢自己是否罹患嚴重或是末期的疾病。					
14. 我會去探望一個臨終的朋友。					
15. 我能對喪親的人提供情緒上的支持。					
16. 我能因應自己父親的死亡。					
17. 我會在生前立下不願用人工方法勉強延長生命的書面聲明。					
18. 我會去計劃自己未來葬禮的內容。					
19. 我會在尚未蓋棺之前去靈堂瞻仰遺容或去守靈。					
20. 我能了解喪親之痛的感受。					
21. 我能因應自己孩子的死亡。					
22. 我可以敏銳的感受到臨終的人的需求。					
23. 我會去簽器官捐贈卡。					
24. 我可以在一個人臨終時陪伴著他。					
25. 我會去購買生前契約。					
26. 我能因應自己配偶的死亡。					
27. 我會去傾聽臨終的人所關心的事。					
28. 我能容忍和臨終的人在靈性與宗教上的差異。					
29. 我能因應一個寵物的死亡。					
30. 當我經歷照顧臨終的人的壓力時，也能夠自我照顧。					
31. 我會去傾聽臨終病人家屬說的話。					
32. 我能辨識臨終病人及家屬所關心的事。					
33. 我能允許臨終病人充分的去表達自己。					

南華大學 函（稿）

機關地址：嘉義縣大林鎮中坑里中坑32號

電話：（五）二七二一—

轉二二二一

受文者：馬偕紀念醫院安寧療護教育示範中心等二十二家

速別：

密等及解密條件：

發文日期：中華民國九十一年

發文字號：

附件：

主旨：本校生死學研究所研究生鄭美莉 因碩士論文研究之需要 甚盼 貴院護理部所屬之安寧病房護理人員協助問卷之填寫，

敬請同意是祈，請查照

說明：一、碩士論文指道老師張利中教授 題目為「宗教信仰與死亡因應能力之關聯初探——以台灣地區安寧病房護理人員為

例一

二、久仰貴院素來對學術研究之支持 本研究需要安寧療護臨床實務工作經驗之護理人員之協助 如蒙 貴院護理部應允，將配合貴院時間請研究生攜帶詳細資料前往解說。

正本：馬偕紀念醫院安寧療護教育示範中心等二十二家

副本：本校生死學研究所

校長

陳森勝

附錄十 宗教認同訪談摘要結果與自填問卷結果之對照

編號	信仰初分類	宗教指標	宗教認同	信仰再分類	訪談宗教信仰情況	宗教認同對照	信仰初分類對照	信仰初分類對照	宗教指標對照
01	佛教	符合	一度	佛教	信佛教 有皈依 信神的存在 有拜神 拜特定的神	一致	一致	一致	一致
02	佛教	不符合	二度	民間信仰	自認信佛教 無皈依 相信神的存在 相信特定的神 有拜神 拜不特定的神	一致	一致	*不一致	一致
03	基督教	符合	一度	基督教	信基督教 有受洗 相信神的存在 信特定的神 沒有拜神	一致	一致	一致	一致
04	道教	不符合	二度	道教	自認信道教 無皈依 相信神的存在 信不特定的神 有拜拜 拜不特定的神	一致	一致	一致	一致
05	基督教	符合	一度	基督教	信基督教 有受洗 相信神的存在 信特定的神 沒有拜神	一致	一致	一致	一致

編號	信仰初分類	宗教指標	宗教認同	信仰再分類	訪談宗教信仰情況	宗教認同對照	信仰初分類對照	信仰初分類對照	宗教指標對照
06	民間信仰	不符合	不可知論者	民間信仰	自認無宗教信仰 很難說信不信神 對神是不肯定也不否定 受家庭影響有拜拜 拜不特定的神	一致	*不一致	*不一致	一致
07	無	未填	二度	民間信仰	自認沒有固定的宗教信仰 相信神的存在 信不特定的神 有拜神 拜不特定的神	一致	*不一致	一致	一致
08	基督教	符合	一度	基督教	信基督教 有受洗 相信神的存在 信特定的神 受家庭要求拜神只是形式 心中不認同拜神 拜不特定的神	一致	一致	一致	一致
09	一貫道	符合	一度	一貫道	信仰一貫道 有入教 但未參加宗教活動 信神的存在 信不特定神明 有拜神 拜不特定的神	一致	一致	一致	一致
10	無	未填	不可知論者	無	無宗教信仰 對於鬼神寧可信其有 願意相信神的存在 相信不特定的神 受家庭影響有拜神 拜不特定的神	一致	一致	一致	一致

編號	信仰初分類	宗教指標	宗教認同	信仰再分類	訪談宗教信仰情況	宗教認同對照	信仰初分類對照	信仰初分類對照	宗教指標對照
11	民間信仰	不符合	二度	民間信仰	家庭信一貫道 自己曾經入教 相信神的存在 信不特定的神 有拜拜 拜不特定的神	一致	*不一致	*不一致	*不一致
12	民間信仰	符合	不可知論者	民間信仰	自認無宗教信仰 因為無任何入較儀式 相信神的存在 信不特定的神 有拜拜 拜不特定的神	*不一致	*不一致	*不一致	*不一致
13	基督教	不符合	二度	基督教	原本信佛教 受家庭的影響 現在信基督教 受工作的影響 沒有受洗 相信神的存在 相信特定的神 沒有拜拜	一致	一致	一致	一致
14	基督教	符合	一度	基督教	信基督教 受家庭的影響 有受洗 相信神的存在 相信特定的神 沒有拜拜	一致	一致	一致	一致

編號	信仰初分類	宗教指標	宗教認同	信仰再分類	訪談宗教信仰情況	宗教認同對照	信仰初分類對照	信仰初分類對照	宗教指標對照
15	佛教	不符合	三度	佛教	信佛教 無皈依 本來不信但考慮之後認為可以相信神的存在 但是覺得不要太在意 信不特定的神 因為家庭因素有拜拜 拜不特定的神	一致	一致	一致	一致
16	佛教	不符合	二度	佛教	信佛教 未皈依 偶而有宗教活動 相信神的存在 但是對於神為何要給世人苦難有質疑 信觀音及其他不特定的神 有拜神 拜不特定的神	一致	一致	一致	一致
17	道教	符合	一度	道教	自認無特殊宗教信仰 相信神的存在 相信無特定神的存在 有拜神 拜不特定神	一致	*不一致	*不一致	*不一致

編號	信仰初分類	宗教指標	宗教認同	信仰再分類	訪談宗教信仰情況	宗教認同對照	信仰初分類對照	信仰初分類對照	宗教指標對照
18	道教	不符合	二度	道教	家庭影響自認信道教 無皈依 相信神存在 相信無特定的神存在 有拜神 什麼神都拜	一致	一致	一致	一致
19	佛教	符合	二度	佛教	信佛教 無皈依 相信神的存在 相信特定的神 有拜拜 拜不特定的神	一致	一致	一致	*不一致
20	無	未填	三度	佛道教	自認信佛教及道教 無皈依 對於宗教採取開放的態度基督教也能接受 可以相信有神的存在 但相信不特定的神 有拜拜 拜不特定的神	一致	*不一致	一致	一致

21	無	未填	二度	民間信仰	自認無信單一宗教 所以無宗教信仰 但是有參加宗教活動 會去拜觀音也會參加聚會 相信有神的存在 相信不特定的神 有拜拜 拜不特定的神	一致	*不一致	一致	一致
22	民間信仰	不符合	不可知論者	民間信仰	認為跟著大家拜拜 屬於信民間信仰 相信有神的存在是 為了因心安 所以相信所有宗教的神的存在 有拜拜 拜一般民間信仰的神	一致	一致	一致	一致
23	民間信仰	符合	三度	民間信仰	信佛教 無皈依 很相信神的存在 相信不特定的神 有拜拜 拜不特定的佛道教的神	*不一致	*不一致	*不一致	*不一致
24	民間信仰	不符合	二度	民間信仰	信民間信仰類似佛教與道教 相信神的存在 相信不特定的任何宗教的神 有拜拜 拜任何不特定的神	一致	一致	一致	*不一致

編號	信仰初分類	宗教指標	宗教認同	信仰再分類	訪談宗教信仰情況	宗教認同對照	信仰初分類對照	信仰初分類對照	宗教指標對照
25	道教	符合	無神論者	道教	家庭信民間信仰 自己屬於無神論 不相信神的存在有 拜拜 拜拜是為求心安 拜不特定的神 跟著拜	一致	*不一致	*不一致	一致
26	道教	不符合	三度	道教	沒有宗教信仰沒信 教 既可信神也可不信 神 依環境的需要決定 信不信神 必要時還是信 有拜神 拜不特定的神	一致	*不一致	*不一致	一致
27	民間信仰	不符合	二度	民間 信仰	自陳受家庭影響信 道教 未皈依入教 有時候會相信神的 存在 但是認為各種神明 是一種精神層次 比較信基督教及佛 教的神 有拜神 拜不特定的神什麼 神都拜	*不一 致	*不 一致	*不一 致	一致

編號	信仰初分類	宗教指標	宗教認同	信仰再分類	訪談宗教信仰情況	宗教認同對照	信仰初分類對照	信仰初分類對照	宗教指標對照
28	無	未填	二度	民間信仰	無宗教信仰 會參加各種宗教活動 信神的存在 相信不特定的神 較相信正統宗教的神 受家庭影響有拜神 拜不特定的神	一致	一致	*不一致	一致
編號	信仰初分類	宗教指標	宗教認同	信仰再分類	訪談宗教信仰情況	宗教認同對照	信仰初分類對照	信仰初分類對照	宗教指標對照
29	民間信仰	符合	不可知論者	民間信仰	自認是佛教徒 無皈依 所以是信民間信仰 不否認也不相信神 不相信有具體的神 存在 有拜神 受家庭影響	一致	一致	一致	一致
30	佛教	不符合	二度	佛教	受家庭影響信佛教 未皈依 相信神的存在 信阿彌陀佛 有拜神 拜阿彌陀佛及其他 民間的神	一致	一致	一致	一致

編號	信仰初分類	宗教指標	宗教認同	信仰再分類	訪談宗教信仰情況	宗教認同對照	信仰初分類對照	信仰初分類對照	宗教指標對照
31	無	未填	無神論者	無	無信教 不太相信神的存在 有拜神 跟著別人一起拜神 拜觀音	一致	一致	一致	一致
32	基督教	不符合	二度	基督教	是不完整的基督徒 無信教 無受洗 但是相信上帝存在 神只有一個只是名稱不同 沒拜神	一致	一致	一致	一致

附錄十一 專家名單

第一部分 量表內容效度專家名單

專家姓名	職稱
吳讚美	屏東基督教醫院安寧病房護理長
張秀琴	仁愛醫院台中分院安寧病房護理長
黃智芬	中山醫學大學附設醫院安寧病房護理長
詹靜芳	中山醫學大學附設醫院社工師
顏敏玲	光田綜合醫院安寧病房護理長

(依據姓氏筆劃排列)

第二部分 量表譯文效度專家名單

專家姓名	學經歷
梁士傑	輔仁大學英語系學士 國立中正大學外文系研究所碩士 現職國立彰化高中英文科老師
陳絹惠	國立清華大學外語系學士 美國中央華盛頓大學教育碩士 現職國立彰化高中英文科老師