

國立臺灣大學社會工作學系

碩士論文

Department of Social Work

College of Social Sciences

National Taiwan University

Master Thesis



生死教育對經濟弱勢獨居老人死亡態度與  
預約善終之影響

The Effect of Death Education Program on the Disadvantaged Elderly's  
Attitudes Toward Death and Making Plan for a Good Death

蔡妙娟

Miao-Chuan Tsai

指導教授：楊培珊 博士

Advisor:Pei-Shan Yang,Ph.D.

中華民國 102 年 7 月

July 2013

國立臺灣大學（碩）博士學位論文  
口試委員會審定書

生死教育對經濟弱勢獨居老人  
死亡態度與預約善終之影響

本論文係 蔡妙娟 君（學號 R98330004）在國立臺灣大學  
社會工作學系完成之碩士學位論文，於民國 102 年 07 月 02 日  
承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明。

口試委員：

楊培琳 (簽名)  
(指導教授)

鄧翠儀

張宏哲

系主任、所長

鄭翠玲 (簽名)

# 致謝



走在臺大校園思索著論文的細節，猛然回想起 20 年前我大學畢業，今年我就要從研究所畢業，20 年再獲得一個學位，時光真是飛逝啊！

進入實務工作後常有大學不認真導致基礎不紮實、所學不精之憾，一直有再進修的念頭，這願望，在進入研究所就讀 4 年後才得以完成。4 年研究所的生涯，不復大學時當個純粹學生的樂趣，但有滿滿的欣賞、感謝與成就感。

先從與 R98 同學共同學習說起，我是年紀最大的媽媽，總能從同學身上看到我所沒有的反應靈敏、思路清晰、口才辨給、能讀又會玩，我欣賞著、驕傲地分享同學們的優點，同學們的幽默與風趣，是我在苦讀時的最佳調劑品。

感謝系辦及 R99 的學弟妹們適時伸出援手，讓我有一處可撰寫論文的研究室，學弟妹們那份對研究的執著、認真、相互切磋的友情、為人慷慨解惑的熱情，是伴我度過最難熬的論文階段的補給品。

我的指導教授楊培珊老師大方地答應帶領我們這一群不斷與惰性拉鋸的研究生-我、佳諺、金珍、曉筑、柏仁舉行小組討論，在楊老師的讚美、鼓勵、包容、耐心指導之下，幾乎全數出清，是楊老師那雙溫暖的手，推著我們有信心地往完成論文及順利畢業的目標邁進，那份對學生的好，讓我也想要變得更好。

我與二位口委-鄒平儀及張宏哲老師素昧平生，可是二位老師那種認真指導、和煦的態度，讓學生倍受尊重與溫暖，是我寫論文感到最期待與最開心的時刻。

我親愛的同事們-芸蟬、嘉倪、錦雲、綺媛、束鍾、雪華、于慧、惠珍，以及幫助我甚多的志工夥伴，真的非常謝謝妳們對我的支持、加油與打氣。我最愛的先生與二位可愛的兒子，謝謝你們總在我學習低潮時帶給我的安定與快樂，讓我能無後顧之憂地拋夫棄子，繼續打拼。我親愛的父母，總能包容我多時未回家探視，還付諸行動表示對我的支持，我對父母的愧疚以及父母對我的疼愛，是我完成論文的動力。

我是個有福份的人，工作、家庭及學業均能兼顧，要感謝的人太多了，謝謝一路陪伴著我學習的夥伴，我會帶著那份感謝，能量滿滿的繼續往前走，謝謝。

蔡妙娟 2013.07 於北投家中

## 摘要



本研究目的在瞭解不同個人背景及環境經驗變項之經濟弱勢獨居老人，其死亡態度及預約善終意願的差異情形，以及瞭解生死教育課程介入對經濟弱勢獨居老人死亡態度及預約善終意願的影響。研究採「實驗組、控制組前、後測不等組」之準實驗設計，以臺北市某行政區經濟弱勢（低收或中低收入戶）、獨居且年滿 65 歲老人為研究對象，以結構式問卷進行資料蒐集，輔以課程單元評量表、課程總回饋表、課程紀錄作為參考資料，共收案實驗組老人 33 位，控制組老人 30 位。

研究工具包括研究對象之個人背景資料、環境經驗、死亡態度、對預立遺囑及預立醫療指示之意願等四部份的問卷，其中死亡態度採 Wong、Reker 和 Gesser (1994) 研發修訂之「死亡態度修訂量表」(DAP-R) 之「死亡接受」三分量表，作為研究對象之死亡態度測量。資料蒐集後以 SPSS 統計軟體進行問卷整理，再以次數分配、百分比、平均數、標準差等描述性統計，及卡方檢定、獨立 t 檢定、相依 t 檢定、單因子變異數分析、皮爾森積差相關、Cramer'V、階層迴歸等推論性統計進行資料分析。

在個人背景資料部份，實驗組及控制組老人的平均年齡分別為 75.36 歲及 78.1 歲，兩組老人的男性多於女性，學歷均以國小者最多，單身及獨居者最多，多有宗教信仰且虔誠度高，自覺身體及心理健康狀況好及很好者近五成或五成以上。環境經驗部份，兩組老人均以未得過嚴重疾病、有接觸死亡經驗者以及未曾與他人談論過死亡話題者為多。研究資料顯示兩組研究對象的個人背景資料及環境經驗並無顯著差異，表示實驗設計已控制這些可能造成影響的變項，使之不影響實驗效果。

兩組研究對象前測的死亡態度均以中性死亡接受的單一分量表得分最高，預約善終意願部份，實驗組及控制組的平均分數為 47.45 及 45.43，未達顯著差異。

顯示生死教育課程介入前，兩組老人的死亡態度及預約善終意願無顯著差異。

在生死教育課程介入後的後測資料顯示，實驗組老人的死亡態度及預約善終意願表現達顯著差異水準，表示生死教育課程可以有效影響經濟弱勢獨居老人的死亡及預約善終意願。

在個人背景資料與環境經驗對兩組老人死亡態度及預約善終意願的影響，研究資料顯示性別、有得過嚴重疾病會影響研究對象的死亡態度。而年齡、宗教信仰、身體健康狀況、有接觸死亡經驗及談論過死亡話題會影響研究對象的預約善終意願。

根據研究結果，分別對老人、老人生死教育、實務工作及未來研究方向提出建議，可作為未來發展老人生死教育者之參考，進而提升老人面對醫療決定及死亡課題的知識、態度與技巧，有效協助其面對善終。

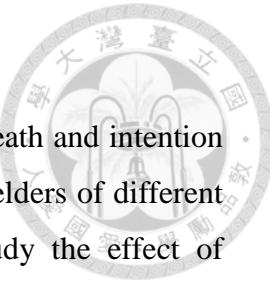
關鍵詞：生死教育、經濟弱勢獨居老人、死亡態度、預約善終

# Abstract

This study intends to learn the difference of attitudes toward death and intention of making plan for a good death among the disadvantaged solitary elders of different personal backgrounds and environmental experiences, and to study the effect of involving death education program in the process. The study adopts the method of quasi-experimental design comprising pretest-posttest nonequivalent experimental group and control group. With the disadvantaged (low-income or middle-income) elders over the age of 65 who live alone in the administrative regions in Taipei as the subjects, the study collects data through structured questionnaires with the supplementary course unit assessment forms, overall course feedback forms and course records as references. The experimental group and the control group consist of 33 samples and 30 samples respectively.

The research tools include questionnaire composed of four parts to investigate the study subjects' personal background information, environmental experience, death attitude, and intention of making last will and making advance medical directives. As for the death attitude, it adopts the Three-Point Scale of Death Acceptance in Death Attitude Profile-Revised(DAP-R) developed and revised by Wong, Reker and Gesser(1994) to measure the death attitude of the study subjects. After collecting data, it sorts the questionnaires by SPSS statistical software, and then conducts data analysis by descriptive statistics such as frequency distribution, percentage, mean value and standard deviation and inferential statistics such as Chi-square test, independent t-test, dependent t-test, one-way ANOVA, Pearson product-moment correlation, Cramer'V and hierarchical regression.

As for the part of personal background information, the average ages of the elders in the experimental group and control group are 75.36 and 78.1 respectively. In the two groups, the males are outnumbered by the females, and the education level of primary school takes up the largest proportion. Most of them are single or solitary with religious belief and strong piety. Nearly or over 50% believe they are in good or very good physical and mental health status. As for the environmental experience, most of the elders in these two groups haven't suffered from serious disease, had a near death experience or talked about death with others. The data reveals the study



subjects in these two groups don't show significant difference in the personal background information and environmental experience, indicating the experimental design has controlled those variables which may possibly show influence and impact on the experimental effects.

For the pretest death attitudes of the study subjects in the two groups, the subscale of neutral death acceptance gains the highest score. In the part of intention of making plan for a good death, the mean scores of the experimental group and control group are 47.45 and 45.43 respectively without significant difference. It means before involving the death education program, the elders of the two groups don't show significant difference in their death attitudes and intention of making plan for a good death.

The posttest data after involving death education program shows that the elders of the experimental group reaches significant difference in their death attitude and intention of making plan for a good death. It indicates the death education program could effectively influence the disadvantaged solitary elders in their death attitudes and intention of making plan for a good death.

Regarding the influence of personal background information and environmental experience on the death attitude and intention of making plan for a good death of the elders in the two groups, the study data shows gender and serious disease experience will influence the death attitudes. Moreover, age, religious belief, physical health condition, experience of near death and death discussion will influence the intention of making plan for a good death.

According to the study results, some suggestions are proposed for the elders, elders' death education, practical work and future research direction, which can be taken as reference for those developing elders' death education in the future, so as to improve the elders' knowledge, attitudes and skills when facing medical decision and death topic, and effectively help them to face a good death.

Keywords: Death Education, Disadvantaged Solitary Elders, Attitudes toward Death, Making Plan for a Good Death

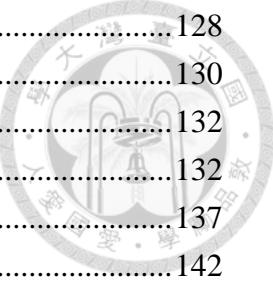
# 目 次



第一章 緒論	
第一節 研究動機	1
第二節 研究背景與重要性	2
第三節 研究目的	4
第四節 研究問題	4
第五節 研究假設	4
第六節 名詞界定	5
第二章 文獻探討	8
第一節 老人心理社會發展相關理論	8
一 心理社會發展論	8
二 死亡任務理論	8
第二節 老人死亡態度的探討	9
一 死亡態度的內涵	9
二 老人對死亡的態度	10
三 影響老人死亡態度之因素	11
四 死亡態度之測量工具	16
第三節 善終的探討	16
一 善終的概念	17
二 預約善終	18
第四節 生死教育的探討	21
一 生死教育的課程內容	22
二 生死教育的課程目標	22
三 生死教育之教學	23
四 生死教育之實施成效	24
第三章 研究方法	25
第一節 研究設計	25
第二節 研究對象	28
第三節 研究工具	29
第四節 生死教育課程	32
第五節 實施程序	34
第六節 資料處理	37
第七節 研究倫理	38
第四章 研究結果	40
第一節 研究對象之基本資料分析	40
一 個人背景資料分佈情形	40
二 環境經驗分佈情形	47

三 研究對象的背景資料與環境經驗差異情形.....	51
第二節 研究對象之死亡態度與預約善終意願.....	56
一 研究對象的死亡態度.....	57
二 研究對象的預約善終意願.....	60
三 研究對象的前測差異分析.....	62
第三節 控制變項與依變項之相關性分析.....	63
一 個人背景資料與依變項之相關性.....	63
二 環境經驗與依變項之相關性.....	70
三 死亡態度與預約善終之階層迴歸分析.....	73
第四節 生死教育之效果考驗.....	77
一 確定實驗組老人對象.....	77
二 實驗組前、後測差異.....	78
三 控制組前、後測差異.....	79
四 研究對象的後測差異分析.....	80
第五章 研究討論.....	81
第一節 探討老人的死亡態度及預約善終意願.....	81
一 研究對象的死亡態度.....	81
二 研究對象的預約善終意願.....	82
第二節 探討影響老人死亡態度及預約善終意願的因素.....	84
一 探討影響老人的死亡態度及預約善終之個人背景因素.....	84
二 探討影響老人的死亡態度及預約善終之環境經驗因素.....	90
第三節 探討生死教育對老人死亡態度與預約善終意願的影響.....	91
第六章 結論與建議.....	95
第一節 結論.....	95
第二節 研究限制.....	96
第三節 建議.....	97
一 對老人的建議.....	97
二 對老人生死教育的建議.....	99
三 對實務工作的建議.....	100
四 對未來研究的建議.....	103
參考文獻 .....	106
附錄 .....	112
【附錄一】問卷專家效度評定名單.....	112
【附錄二】專家效度邀請函.....	113
【附錄三】專家效度檢定表.....	115
【附錄四】量表使用同意書.....	120
【附錄五】問卷.....	121
【附錄六】研究參與者知情同意書.....	126

【附錄七】課程單元評量表及總回饋表.....	128
【附錄八】課程回饋滿意度一覽表.....	130
【附錄九】生死教育課程紀錄.....	132
生死教育第一單元課程紀錄.....	132
生死教育第二單元課程紀錄.....	137
生死教育第三單元課程紀錄.....	142
生死教育第四單元課程紀錄.....	146
生死教育第五單元課程紀錄.....	150
【附錄十】回覆臺灣大學研究倫理委員會委員審查意見函.....	156
【附錄十一】臺灣大學研究倫理委員會審查核可證明.....	161



# 表 次



表 2-2-1	國內外影響個人死亡態度因素之相關研究結果摘要.....	11
表 3-1-1	研究設計 .....	25
表 3-2-1	參與本研究之老人人數分佈 .....	28
表 3-3-1	問卷專家效度平均得分 .....	30
表 3-4-1	生死教育課程實施計畫與內容 .....	33
表 4-1-1	兩組研究對象的個人背景資料分配表 .....	42
表 4-1-2	實驗組的個人背景資料分配表 .....	44
表 4-1-3	控制組的個人背景資料分配表 .....	46
表 4-1-4	兩組研究對象的環境經驗分配表 .....	48
表 4-1-5	實驗組的環境經驗一覽表 .....	49
表 4-1-6	控制組的環境經驗一覽表 .....	50
表 4-1-7	研究對象於年齡之差異情形 .....	51
表 4-1-8	研究對象於性別之差異情形 .....	52
表 4-1-9	研究對象於學歷之差異情形 .....	52
表 4-1-10	研究對象於婚姻狀況之差異情形 .....	53
表 4-1-11	研究對象於居住狀況之差異情形 .....	53
表 4-1-12	研究對象於宗教信仰之差異情形 .....	53
表 4-1-13	研究對象於宗教信仰虔誠度之差異情形 .....	54
表 4-1-14	研究對象於身體健康狀況之差異情形 .....	54
表 4-1-15	研究對象於心理健康狀況之差異情形 .....	54
表 4-1-16	研究對象於是否得過嚴重疾病之差異情形 .....	55
表 4-1-17	研究對象於接觸死亡的經驗之差異情形 .....	55
表 4-1-18	研究對象於談論死亡話題之差異情形 .....	56
表 4-2-1	實驗組前測之死亡態度及死亡接受分量表得分一覽表 .....	57
表 4-2-2	控制組前測之死亡態度及死亡接受分量表得分一覽表 .....	59
表 4-2-3	實驗組前測預約善終意願總合及各題得分一覽表 .....	60
表 4-2-4	控制組前測預約善終意願總合及各題得分一覽表 .....	61
表 4-2-5	實驗組與控制組前測各依變項之差異性 $t$ 檢定摘要表 .....	62
表 4-3-1	年齡與死亡態度及預約善終意願之皮爾森相關分析 .....	64
表 4-3-2	性別與死亡態度及預約善終意願之相關性 .....	64
表 4-3-3	學歷與死亡態度及預約善終意願之相關性 .....	65
表 4-3-4	婚姻狀況與死亡態度及預約善終意願之相關性 .....	66
表 4-3-5	居住狀況與死亡態度及預約善終意願之相關性 .....	67
表 4-3-6	宗教信仰與死亡態度及預約善終意願之相關性 .....	68
表 4-3-7	宗教信仰虔誠度與死亡態度及預約善終意願皮爾森相關分析 .....	69
表 4-3-8	身體健康狀況與死亡態度及預約善終意願皮爾森相關分析 .....	69

表 4-3-9	心理健康狀況與死亡態度及預約善終意願皮爾森相關分析	70
表 4-3-10	是否得過嚴重疾病與死亡態度及預約善終意願之相關性	71
表 4-3-11	是否接觸死亡經驗與死亡態度及預約善終意願之相關性	71
表 4-3-12	是否談論過死亡話題與死亡態度及預約善終意願之相關性	72
表 4-3-13	研究對象之控制變項與依變項的相關性分析結果摘要表	73
表 4-3-14	死亡態度之階層迴歸分析結果摘要表	74
表 4-3-15	預約善終之階層迴歸分析結果摘要表	76
表 4-4-1	實驗組老人參加課程的人/次數一覽表	77
表 4-4-2	實驗組老人參加課程次數三組類別前、後測相依 $t$ 檢定摘要表	78
表 4-4-3	實驗組的前、後測差異	79
表 4-4-4	控制組的前、後測差異	79
表 4-4-5	實驗組與控制組後測各依變項之差異性 $t$ 檢定摘要表	80

## 圖 次

圖 2-3-1 善終概念 .....	17
圖 3-1-1 研究架構 .....	26
圖 3-1-2 研究流程 .....	27
圖 3-5-1 研究實施程序 .....	36



# 第一章 緒論



## 第一節 研究動機

研究者服務於臺北市某社福機構，於 2011 至 2012 年期間面臨三位低收獨居老人真實的故事，令人不勝唏噓，擬從這三個生命故事談起研究動機。

故事一：A 伯伯自大陸返鄉探親回台後一直感到不適，自行就醫後診斷為肺炎，需依靠氧氣機才能呼吸。A 伯伯意識到生命走到盡頭，原向醫院社工表示不願通知任何親友，欲靜靜地離世；後來改變心意，吃力地向友人張小姐表達委託其辦理後事之心願，只是尚未及簽立委託書或遺囑時即辭世。因 A 伯伯為獨居老人，又是在醫院去世，依「臺北市醫院內有名無主獨居長者遺體、遺產處理流程」，其遺體由臺北市各醫學院教學遺體聯絡中心暫為冰存。友人張小姐急得與 A 伯伯於大陸的親友聯繫，取得對方的委託書後，才得以完成 A 伯伯委託之遺願。

故事二：B 伯伯患有高血壓，社工員關心 B 伯伯的健康，請其定期服藥以控制血壓，更藉由 A 伯伯的事件，提醒 B 伯伯預立遺囑之重要。B 伯伯很篤定地表示他懂民俗療法，會自行醫治疾病，表示「安啦」。未久，B 伯伯因腦幹出血就醫，醫師幫他緊急開刀後，社工員費了好大的力氣才找到 B 伯伯的二位弟弟，因手足關係不睦，二位弟弟均不願出面處理 B 伯伯的事務，醫師以病情需要為由，幫判定為植物人的 B 伯伯氣切以維持生命，B 伯伯最後插上三管並安置於護理之家。

故事三：C 阿姨離婚，獨生女自殺身亡，目前一人獨居。C 阿姨某日因跌倒致蜂窩性組織炎需住院治療，住院期間因自認很懂醫療知識而不配合醫囑。院方通知社工員協助處理，社工員先安撫同理 C 阿姨的情緒，接著以 A 伯伯及 B 伯伯的情況向 C 阿姨說明聯絡家人的重要，請其提供手足的資訊，以利聯繫家人。C 阿姨不悅地表示她還可以自行處理，事情沒那麼嚴重，這種無常的事還輪不到她，一切等她嚴重一點的時候再說。

這些故事發生之後，研究者與同機構其他社工人員嘗試和所服務的老人溝通預立遺囑或簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書的可能，多數老人仍選擇逃避談論此話題。於是研究者思索是否以課程教育的方式，提供知識平台，輔以討論及團體動力，喚起老人正視生命及死亡議題的重要，改變死亡的認知與態度，學習為生命課題預作準備。

人生必經死亡，不可諱言地，老人離此階段最近，Kubler Ross (1969) 指出生命的結束並不像其他事一樣容易讓人接受，如果以忽視的態度面對死亡，則死亡所引發的問題將會充斥於我們的生活。邱天助 (1993) 認為，教育是幫助老人應付發展危機、完成自我統整的有效方法。推行生死教育，無啻為老人面對老化與死亡的因應良方之一 (蔡明昌、顏蒨榕，2005)。藉由生死教育，讓經濟弱勢、缺乏家庭支持系統的獨居老人發展出不同於以往的對生命和死亡看法，進而願意對死亡有所準備，是他們最後可以為自己承擔生命的責任與「善終」的作法。

## 第二節 研究背景與重要性

聯合國世界衛生組織將65歲以上老人人口占總人口比率達到7%、14%及20%，分別稱為高齡化 (ageing) 社會、高齡 (aged) 社會及超高齡 (superaged) 社會。我國於1993年正式成為高齡化社會，依行政院經建會推估，將於2018年及2025年分別邁入高齡社會及超高齡社會，顯見未來65歲以上老人人口增加是必然之趨勢。老化雖不等於死亡，但依內政部統計處於2011年之資料顯示，國人死亡人數中，65歲以上老人佔69.6%，顯示我國死亡人口以老人族群佔大多數，不可諱言地，老人是較接近死亡的一群人。面對死亡的議題，傳統中一向是忌諱的話題，隨著身體機能的衰退、多重疾病的纏身，老人未清楚交代其生命末期之指示及醫療決定，徒增家屬、醫護及其他有關人員為其承擔做決定的責任與困擾。

由於科技發達和醫藥的進步，平均餘命延長，2011 年國人零歲平均餘命男性為75.98 歲，女性為82.65 歲。長壽原本可被視為一個良好的社會指標及生活品質指標，但目前臺灣多數法律視親屬負責照顧老人為傳統孝道及倫常觀念，規定養老為家庭的責任，若老人的家庭功能不彰或與子女關係不佳，在「殘補式」

的社會福利制度下，期有尊嚴及品質的老年生活是堪憂的。台灣目前252萬老年人口中，獨居老人佔1.87%，中（低）收入獨居老人只佔老年人口0.47%，雖然經濟弱勢之獨居老人比例低，但在極少有家庭支持系統且經濟又弱勢的他們，老年生活多需由自己掌控，其面對生活及死亡的態度，更決定性地影響其生活品質與生命尊嚴。

以臺北市社會局目前針對經濟弱勢獨居老人所提供之服務為例，僅於福利諮詢、電話問安、關懷訪視、緊急救援系統、居家服務、機構安養有所著墨，有關社會心理學家Erikson主張老年期需面對的體力、心智、健康和死亡等自我統整及絕望之發展任務，甚少觸及。基於此，研究者欲針對經濟弱勢的老人規劃設計一系列之「生死教育」課程，幫助他們預作生命課題的準備。

李復惠（1999）進行「國內死亡教育相關學位論文之回顧」，從107篇博、碩士論文中加以分析，發現自殺主題最多（29篇，27.1%）、死亡概念及死亡態度其次（18篇，16.8%），上述研究者的背景以教育輔導為多。研究者以國家圖書館臺灣博碩士論文知識加值系統簡易查詢，輸入「死亡教育」、「生死教育」、「善終」、「死亡態度」、「預立遺囑」之檢索結果有190篇論文，研究對象從醫療護理學生及從業人員、大學生、師範院校學生、高中職學生、國民中小學老師、家長及各級學生、教保人員、社工人員，逐漸深入到針對青少年殺人犯、毒品犯、安養機構住民、末期患者、警察、殯葬人員等。相關論文看似不少，但在臺灣社會目前對於死亡仍多視為禁忌，在老人面前更是避諱談此話題，故僅有蔡明昌（1995）、林柳吟（2002）、蔡秋敏（2002）、顏蒨榕（2003）、張千黛（2005）、彭孟津（2010）、吳梓卉（2012）等直接以老人為研究對象，更鮮少有研究探討生死教育對於老人死亡態度及預約善終之影響，因此有必要著重於此加以研究。爰本研究將以臺北市某一行政區經濟弱勢且獨居之老人為研究對象，試圖建構一套生死教育課程，讓經濟弱勢老人能在意識清楚下為自己預立遺囑或預立醫療指示，依自己的意願決定生命的方式，可以從容地掌握自己的生活與生命，面對善終有所準備。



### 第三節 研究目的

鍾芬芳、蔡芸芳(2009)指出目前多針對在學學生將生命教育納入常規課程，針對一般老人族群的生死教育多為短期計劃型態，尚未成為一普遍常規的生活課程或老人心理健康類的工作項目。本研究採用「實驗組、控制組前後測」的方式探究經濟弱勢老人參加一系列生死教育課程後，對於死亡態度與預約善終的意願產生了那些影響。希冀未來能發展一套符合老人所需且能有效協助其面對善終之生死教育課程，廣泛推展至其他老人業務單位，讓老人能積極、正向面對死亡，而以較健康的觀點從死而論生。

具體言之，本研究之目的如下：

- 一、瞭解不同個人背景資料及環境經驗變項之經濟弱勢獨居老人，其死亡態度及預約善終意願的差異情形。
- 二、瞭解生死教育課程介入對經濟弱勢獨居老人死亡態度及預約善終的影響。

### 第四節 研究問題

根據研究動機與目的，本研究所要探討的問題如下：

- 一、個人背景資料與環境經驗對經濟弱勢獨居老人面對死亡態度及預約善終意願會造成影響嗎？
- 二、生死教育課程是否可以有效影響經濟弱勢獨居老人的死亡與善終態度？

### 第五節 研究假設

依據上述研究目的與研究問題，本研究提出下列六項假設，資料蒐集後，以 $\alpha=.05$ 的顯著水準，考驗各項假設。

研究假設一：「個人背景資料」對經濟弱勢獨居老人面對「死亡態度」的表現，具顯著性影響。

研究假設二：「個人背景資料」對經濟弱勢獨居老人表達「預約善終意願」的表現，具顯著性影響。

研究假設三：「環境經驗」因素對經濟弱勢獨居老人面對「死亡態度」的表現，具顯著性影響。

研究假設四：「環境經驗」因素對經濟弱勢獨居老人表達「預約善終意願」的表現，具顯著性影響。

研究假設五：「生死教育課程」對經濟弱勢獨居老人面對「死亡態度」的表現，具顯著性影響。

研究假設六：「生死教育課程」對經濟弱勢獨居老人表達「預約善終意願」的表現，具顯著性影響。

## 第六節 名詞界定

以下針對本研究的重要名詞進行解釋如下：

### 一、生死教育

本研究所稱之「生死教育」乃依國內外相關文獻所設計，針對老人生死教育需求，內容涵括：從靈性關懷體驗生命的意義、從醫學觀點認識安寧療護、預立遺囑的重要、從法律觀點認識遺囑的屬性及自身的權益、殯葬禮儀及生前契約的認識等主題，分為五單元。課程進行考量老人之體力及實施成效，採經驗式（學員分享、討論）及教導式（演講座談、影片欣賞）兩種模式相互為用，每單元三小時，共計十五小時。藉由多元角度之探討，促使老人於死亡知識、態度與信念有所改變及成長，進而使其更有意義地看待自己的生命和死亡。



## 二、老人

本研究之老人乃指臺北市某行政區具有中(低)收入戶資格且為獨居之年滿65歲的老人，臺北市獨居老人定義：

- 1.年滿65歲以上，居住本市。
- 2.非居住於機構（含立案及未立案機構）。
- 3.單獨居住且無直系血親卑親屬居住臺北市者，列入獨居。但若長者與親屬關係疏離者，不在此限。
- 4.雖有同住者，但其同住者符合下列狀況，且無直系血親卑親屬居住臺北市，列入獨居：
  - (1) 同住家屬無照顧能力。
  - (2) 同住家屬1週內有連續3天（含3天）以上不在者，列入獨居，但間歇性不在者，不予以列入。
  - (3) 同住者無民法上照顧義務、無照顧契約關係者。
- 5.夫與妻同住且均年滿65歲且無直系血親卑親屬居住臺北市者，列入獨居。

## 三、死亡態度

係指本研究之實驗組及控制組老人對死亡所抱持的信念、感受，包括對死亡的認知、情感與意向三個層面（張淑美，1996）。其內涵包括：死亡接受、死亡恐懼、死亡焦慮、死亡關切、死亡威脅、死亡否認、死亡逃避、死亡憂鬱、死亡憂慮等項（葉寶玲，1999）。

本研究採 Wong、Reker 和 Gesser (1994) 研發修訂之「死亡態度修訂量表」(Death Attitude Profile-Revised；DAP-R) 之死亡接受三分量表，作為研究對象之死亡態度測量，為問卷第三部份。死亡接受三層面：

- (一) 中性死亡接受 (Neutral Acceptance)：相信死亡是生命歷程的一部份，既不歡迎，也不拒絕。

(二) 趨近性死亡接受 (Approach Acceptance)：相信死後仍有來生，且有快樂的未來。

(三) 逃離性死亡接受 (Escape Acceptance)：如果個人認為生命充滿痛苦與災難，期望從死亡獲得解脫。

原始量表具五組死亡指標（死亡恐懼、逃避死亡、中性死亡接受、趨近性死亡接受、逃離性死亡接受），共 32 題。研究者於問卷預試時發現，所有問卷的題目過多，致施測時間長，接受預測老人有不耐之情緒；且老人反應死亡態度修訂量表題目多有重複，最後選取僅 20 題的死亡接受三個分量表予以施測。

計分方式為勾選「非常同意」、「同意」、「沒意見」、「不同意」、「非常不同意」者，各給 5、4、3、2、1 分，以各量表之得分平均分數計算，分數愈高則該方面之態度傾向愈高。

#### 四、預約善終

本研究所指之預約善終，採陳榮基（2010）推廣「預立遺囑、簽署 DNR，以預約善終」之概念，指具完全行為能力之年滿二十歲成年人，於意識清楚的情況下，預立遺囑（如交代喪禮、遺物、遺言等）或預立醫療指示，以事先表達所希望獲得的醫療處置（或對某醫療措施同意與否的意願及決定），如簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書（DNR），包含不施行心肺復甦術（CPR）同意書、預立醫療委任代理人委任書、器官捐贈、遺體捐贈的意願等。

## 第二章 文獻探討



本章的文獻探討包括四節，分別為：老人相關的心理社會發展理論、老人死亡態度的探討、善終概念的探討、生死教育的探討。分述如下：

### 第一節 老人心理社會發展相關理論

#### 一、心理社會發展論

Erickson (1963) 提出心理社會發展模式，將生命期分為八個階段，在第八個時期也就是最後一個時期為老年期，此時期的發展任務為「統整相對於絕望」。所謂統整乃指情緒上的統合，接納我們所過的生活，包括最後無法避免的死亡。若個人不能達到「統整」，則會陷於「絕望」，絕望是一種感慨時間太短的感覺，以致不再有機會尋得人生的另一條可行路徑，即使人們懷著高度的統整經驗進入老年，在一想到死亡時，也會有絕望感。

當老人能自我接納，對自己過去一生也能接受且認為適當有意義，並且覺得此時已把生命中重要的事情安排妥當，對於生命中所遭遇過的失敗與成功均視為人生無法避免的結果而接受它們，那麼老人就達到了「統整」的境界（鍾思嘉，1995）。

#### 二、死亡任務理論

Kastenboum (劉震鐘、鄧博仁譯，2000) 於其所著之死亡心理學中指出，死亡任務理論認為死亡為一發展任務，人生結束時要面臨死亡衝擊是正常的，也許在面臨死亡時會有壓力、挑戰及衝突，但人生不正是生來就要面對困難的嗎？當我們逐漸變老時，我們自然會思考一生之所得，接著考慮餘生能做之事，思慮如何辦妥「未了之事」(如：過得好、財產的安排、葬禮事宜等)。一個能思慮死亡的人才能盡心完成對自己與他人的責任，也可以說老年人的主要責任是預備自己

的死亡。

綜觀上述的發展理論，可以發現這些理論的核心觀點均認為老年期（或每一個時期）有其發展任務需要完成或克服，其中都包括了接受「不可避免的死亡」。不同的理論有其一致的看法：死亡為人生整體的一部份，老年人在心理上必須準備迎接死亡。

## 第二節 老人死亡態度的探討

本節將探討老人的死亡態度與相關因素，茲以死亡態度的內涵、老人對死亡之態度、影響老人死亡態度之因素及死亡態度之測量工具作為文獻探討主題。

### 一、死亡態度的內涵

死亡態度係指個人對死亡此一現象所抱持的信念、感受，包括對死亡的認知、情感與意向三個層面（張淑美，1996）。其內涵包括：死亡接受（death acceptance）、死亡恐懼（fear of death）、死亡焦慮（death anxiety）、死亡關切（death concern）、死亡威脅（death threat）、死亡否認（death denial）、死亡逃避（death avoid）、死亡憂鬱（death depression）、死亡憂慮（death distress）等項（葉寶玲，1999）。

過去的死亡態度研究焦點多集中在死亡焦慮方面，後來發現死亡焦慮並非死亡教育成效的可靠指標，而主張死亡接受其實比死亡焦慮更有特色（Irwin & Melbin-Helberg, 1992，引自葉寶玲，1999）。Kubler Ross 即定義「接受」為瀕死的最後一個階段，為心理上最後要離去的準備。Klug 和 Sinha(1987)提出「面對死亡」和「統整死亡」兩個死亡接受的概念；後來 Wong、Reker 和 Gesser (1994)研究發現，老年人死亡接受比死亡焦慮更顯著，而發展出「趨近性的死亡接受」、「逃離性的死亡接受」及「中性的死亡接受」三種死亡接受的概念，修訂編製一份將死亡態度分為五組指標：死亡恐懼、逃避死亡、中性死亡接受、趨近性死亡接受、逃離性死亡接受之死亡態度量表。

Fiefel (1969) 認為個人的死亡態度是多層面與多變化的；而 Durlak 和 Kass (1981-82)的研究認為在個人的內心中同時具有不同的死亡態度(引自蔡明昌，1995)。國人可能受社會文化及風俗習慣的影響下避談死亡，但臨床上看到愈是逃避死亡、沒有準備的人，在臨終過程所造成的身心困擾愈明顯；死亡恐懼程度愈大的人，善終指標相對降低（陳慶餘、邱泰源、釋宗惇，2003）。

## 二、老人對死亡的態度

有關老人對死亡的態度方面，高淑芬（1997）等人以六位居住於社區的健康老人為研究對象，採先驅性質性研究，研究結果歸納老人對死亡的態度為三方面：

(1) 死亡是生命中之過程，(2) 死後是一種未知狀態之憧憬，(3) 盡力而活，不要因自己的身體不健康而影響他人。其研究與 Kastenbaum (2000) 均指出老年人最擔憂會變得無助及需要依賴他人，他們擔心的是死亡過程，而不是最終死亡的結果。

蔡秋敏、張宏哲（2005）透過質性敘事分析八位住在安養護機構的老人之死亡接納度與死亡關切度兩向度，歸納出其面對自我死亡有著「積極迎接死」、「害怕死亡」、「不思考死亡」、「拒絕思考死亡」等四類型死亡表現。

蔡明昌（1995）以立意取樣方式問卷調查 415 名高雄市老人，研究認為老人對死亡存有焦慮，尤其是那些無法通過統整危機的老人而言；老人對於死亡教育接受度偏高，死亡關切則有偏低的現象；不識字老人的整體死亡焦慮與對自己的死亡焦慮最高，顯著高於其他教育程度者；另外，幾乎不參與宗教活動的老人在整體死亡焦慮、對自己的死亡焦慮與對親友的死亡焦慮上，都顯著高於盡量參與及偶爾參與宗教活動的老人。而老人對死亡的焦慮可歸納成「對瀕死過程的焦慮」、「對死後世界的焦慮」、「對喪失的焦慮」。

彭孟津（2010）以 Wong、Reker 和 Gesser (1994) 修訂編製的「死亡態度描繪修訂量表」調查 127 位居住在臺北市之社區老人，研究結果老人在五種死亡

態度指標上，以中性死亡接受得分最高，死亡恐懼得分最低，顯示老人認為死亡應該被視為一種自然、無可否認又無法避免的事，認為死亡是生命過程中自然的一部分，較能坦然接受死亡，對於死亡較不會恐懼及焦慮不安。

辛幸珍（2006）訪談台灣及紐西蘭的老人發現，即使二組的老人有文化及傳統上的差異，但對於生命印象及末期生命的態度卻有共通之處，皆不希望以藥物延長生命，希望死亡過程快速，認為死亡是一種自然的循環。

綜合以上研究，老人對死亡的態度包括恐懼、焦慮而逃避，也有因視為生命自然的一部分而關切且坦然接受，難以有一明確定義。雖然老人對死亡的態度相當複雜與多元，但哪些因素會影響老人的死亡態度及因應方式，是值得進一步探討的。

### 三、影響老人死亡態度之因素

影響老人死亡態度之因素說法不一致，研究結果眾說紛紜，以下就與本研究研究目的有關的變項，參考國內外有關死亡態度相關因素，分為「個人背景變項」及「環境經驗變項」，摘要表如下：

表 2-2-1 國內外影響個人死亡態度因素之相關研究結果摘要

(一) 個人背景變項		
研究者 (年代)	研究對象	研究結果摘要
<b>1、年齡</b>		
鍾思嘉 (1986)		大多數老人對於死亡較不會感到恐懼或焦慮（引自許永政，2004）。
蔡明昌 (1995)	415 名高雄市 65 歲以上老人；加抽 55-64 歲成人 230 名	65-69 歲的老年人死亡焦慮高於 75 歲以上及 65 歲以下的老人。 75 歲以上的老人，對於晚年的生活改變及身體功能的減退已經有較長時間的適應，因此對於死亡的焦慮較低。
林柳吟 (2002)	308 位雲林縣 65 歲以上社區老人	年齡愈大的老人在面對死亡時較能坦然以對，較不會害怕，以及有較少的恐懼和焦慮，然而較傾向將死亡視為逃離痛苦生活的一種方法。

<b>2、性別</b>		
蔡明昌 (1995)	415 名高雄市 65 歲以上老人；加抽 55-64 歲成人 230 名	女性的死亡關切度高於男性。
張淑美 (1996)		女性比男性有較高的死亡焦慮
Kastenboum (2000)		大多數的研究都發現女性有較高的死亡焦慮，但女性想到死亡時的反應卻是「活著時感到很快樂」，卻也有較高的死亡接受度。
黃琪璘 (1991)、 林柳吟 (2002)、 彭孟津 (2010)		性別在死亡焦慮上無明顯差異。
<b>3、學歷</b>		
蔡明昌 (1995)	415 名高雄市 65 歲以上老人；加抽 55-64 歲成人 230 名	不識字的老人死亡關切度最高，自修識字的老人次之。
林柳吟 (2002)	308 位雲林縣 65 歲以上社區老人	不識字的老人面對死亡有較少的恐懼和焦慮。
彭孟津 (2010)	127 位臺北市 65 歲以上社區老人	不識字/國小教育程度者，「死亡逃避」及「死亡恐懼」較高；專科/大學學歷者，「趨近導向死亡接受」得分最高。
<b>4、婚姻狀況</b>		
黃琪璘 (1991)、 蔡明昌 (1995)、 彭孟津 (2010)		婚姻狀況與死亡態度無顯著相關。
<b>5、居住狀況</b>		
蔡明昌 (1995)	415 名高雄市 65 歲以上老人；加抽 55-64 歲成人 230 名	獨居老人的死亡關切度最高。
彭孟津 (2010)	127 位臺北市 65 歲以上社區老人	獨居老人在「死亡逃避」、「死亡恐懼」、「逃離導向接受死亡」方面比其他居住狀況的老人有較高的傾向。
<b>6、宗教信仰及其虔誠度</b>		
黃琪璘 (1991)	351 位台北市立綜合醫院各科臨床醫師	宗教虔誠度越高者，死亡恐懼較低。
蔡明昌 (1995)	415 名高雄市 65 歲以上老人；加抽 55-64 歲成人 230 名	無宗教信仰的老人死亡關切度最低，不參加宗教活動的老人，其死亡焦慮明顯高於有參加者。
高淑芬等 (1997)	訪談 6 位社區中健康老人	有堅定宗教信仰與信念確實能降低老人對於死亡的焦慮。
林柳吟 (2002)	308 位雲林縣 65 歲以上社區老人	有宗教信仰的老人面對死亡時更坦然。
彭孟津 (2010)	127 位臺北市 65 歲以上社區老人	信仰基督教者在「趨近導向死亡接受」得分最高，較能坦然面對死亡；信仰道教及一般民間信仰者的死亡恐懼及死亡逃避較高。

		自認不太虔誠者，逃避思考與死亡相關的問題。
Krause, N.和 Bastida, E. (2012)	1005 位墨西哥裔美籍老人	對神存有感恩者，死亡焦慮較低。
Hui, K. Y.和 Coleman, G. (2012)	141 位住在香港且信仰佛教的華人老人	佛教輪迴的信仰與個人的死亡焦慮無關，但認為痛苦的再生乃因果報應。

## 7、自覺健康狀況-生理/心理

黃琪璘 (1991)	351 位台北市立綜合醫院各科臨床醫師	自覺身體狀況普通者，比自覺健康良好者，有較高的死亡恐懼。心理狀況較佳的醫師，對死亡的接受度較高。
Lentzner 等 (1992)	5582 位老人接受問卷、電訪、面訪	老人因生理功能減弱，擔心自己成為家人的負擔，而傾向把死亡視為解脫身體上的痛苦的方法。
蔡明昌 (1995)	415 名高雄市 65 歲以上老人；加抽 55-64 歲成人 230 名	老人健康的自評與死亡焦慮和死亡關切有顯著的相關
Moore (1997)	11 位介於 64-92 歲的老人	老人感受到任何事物對他們而言都沒有意義，權力與健康逐漸失去，甚至覺得沒有人關心他們，凡事要依賴別人、無法照顧自己，因而產生無望感及憂鬱的情緒，覺得生命沒有意義，而把死亡視為一種解脫。
高淑芬等 (1997)	訪談 6 位社區中健康老人	自覺健康狀況較佳者，死亡焦慮較低。
黃琪璘 (2000)	105 位國立台東師範學院的學生	台東師院學生的死亡態度會受到目前心理狀況的影響。
林柳吟 (2002)	308 位雲林縣 65 歲以上社區老人	自覺健康狀況差的老人，在「逃離導向的死亡接受」得分愈高。 心理功能愈差的老人，在「趨近導向的死亡接受」及「逃離導向的死亡接受」得分愈高，即心理功能愈差的老人將死視為美好的來生，或將死亡視為逃離苦難生活的方法。
彭孟津 (2010)	127 位臺北市 65 歲以上社區老人	自覺身體狀況差及普通者較傾向於「死亡逃避」；而自覺身體健康佳或極佳者，會有較正向的死亡態度。

## (二) 環境經驗變項

1、接觸死亡的經驗：接觸重病患者經驗及親人或重要他人的死亡經驗		
鍾思嘉 (1986)		老人過去的生活經驗可能對死亡焦慮程度有所影響（引自許永政，2004）。
李復惠 (1987)	某國立大學中文、哲學、物理、動物、政治、會計、藥學、護理、化工、資訊、農經、農推等十二個系	曾經接觸重病患者的大學生，其死亡恐懼度低於無此經驗者。 參加喪禮次數愈多者，其死亡恐懼程度愈低。

	的大四全體學生	
Smith (1989)	訪談六名 55 歲以上成年人	重要他人的死亡會影響其生活態度，而生活態度影響其對死亡的接受程度 (引自黃琪璘，2000)。
巫珍宜 (1991)	1479 位台中縣、台中市、彰化縣、雲林縣、南投縣之國中、高中與高職學生	曾經經驗家人死亡者，傾向害怕死亡、瀕死。自己曾經差一點死亡者，傾向逃離導向的死亡接受。
黃琪璘 (1991)	351 位台北市立綜合醫院各科臨床醫師	曾得過嚴重疾病者，有較高的死亡接受。
黃琪璘 (2000)	105 位國立台東師範學院的學生	台東師院學生的死亡態度會受到重要他人死亡經驗的影響。
彭孟津 (2010)	127 位臺北市 65 歲以上社區老人	有接觸死亡相關經驗者，對死亡較不會有恐懼，死亡接受度也較高。

## 2、談論死亡的情形

李復惠 (1987)	某國立大學中文、哲學、物理、動物、政治、會計、藥學、護理、化工、資訊、農經、農推等十二個系的大四全體學生	家庭中愈能公開談論死亡者，其死亡焦慮度較低。
巫珍宜 (1991)	1479 位台中縣、台中市、彰化縣、雲林縣、南投縣之國中、高中與高職學生	家人避免談論死亡主題者，傾向害怕死亡、瀕死。
黃琪璘 (1991)	351 位台北市立綜合醫院各科臨床醫師	家庭中愈能公開談論死亡者，其死亡焦慮度較低。

由於影響死亡態度的相關因素眾多，不同的研究所探討的死亡態度因素或關聯性，受到研究對象或研究工具的不同而產生差異，難以有一標準答案或定義。

針對上表予以歸納結論如下：

(一) 近年大多數的研究多採固定選項的自填量表，例如死亡態度量表，年齡與死亡態度並無一致的關係，但每個年齡層對死亡的看法多少有一些不同的模式，「年輕的老人」和「年老的老人」應也會有些差異，年齡可以更實際去瞭解人如何思索死亡的有用變數。

(二) 有些研究顯示女性的死亡焦慮高於男性，也有一些研究顯示性別上並無顯著差異的結論。Kastenboum (劉震鐘、鄧博仁譯，2000) 指出男性與女性在早期家庭中的發展和社會化、社會期待當中有巨大差異，而這個差異和

成年期面對死亡的態度有關。雖然本研究受限於採問卷的固定選項方式，無法從不同的角度探索性別與死亡的關聯，但仍希望透過研究瞭解性別與死亡態度的相關性，而將此變項列為個人背景變項之一。

(三) 並非每個研究在教育程度對死亡態度的影響都得到相同的結果，Kastenboum (劉震鐘、鄧博仁譯，2000) 認為教育可能只是對抗死亡焦慮的小小緩衝劑，雖然研究中的相關性不太強，也不一致，但本研究仍將此變項列為個人背景變項之一，藉以瞭解其對接受死亡有無緩衝之效。

(四) 上述文獻指出婚姻狀況與死亡態度無顯著相關；獨居型態的老人，其死亡態度則有差異。雖然 Cole (引自劉震鐘、鄧博仁譯，2000) 研究亦指出，不管有無配偶及小孩，婚姻與死亡焦慮皆無明顯差異，但本研究仍將此二項列為個人背景之變項，以瞭解作為本研究對象之經濟弱勢且獨居的老人，於婚姻及居住狀況對其死亡態度的影響。

(五) 多數研究認為宗教信仰可降低對死亡的焦慮，且宗教虔誠度愈高者，愈有顯著差異。有學者提醒建議，宗教之於心靈是深層複雜的，因此宗教信仰與死亡態度間的關係，我們仍無法完全瞭解，需要長時間且多面向的累積相當的研究量 (Neimeyer, Wittkowsky & Moser, 2004)。故本研究將有無宗教信仰與虔誠度列為影響死亡態度的個人背景變項，持續進行探討。

(六) 多數研究者支持自覺身心健康狀況愈好的人，普遍對週遭事物感到維持控制感，其死亡焦慮愈低。另外，心理健康的人，生活適應能力較佳，面對挫折與困難，較能妥善處理。

(七) 多數研究發現，接觸死亡經驗對死亡態度有所影響。家中談論死亡話題的開放性，亦會影響死亡態度。Franke 和 Durlak (1990) 認為重要他人的死亡、宗教信仰、瀕死經驗等，是影響個人死亡態度的重要生活經驗。

死亡心理學指出，有些人或許是為了避免碰觸過去的哀傷，或害怕重燃潛藏在心中對死亡的恐懼而逃避 (劉震鐘、鄧博仁譯，2000)。本研究將「接觸死亡

的經驗」及「談論死亡情形」列為環境經驗變項，以瞭解研究對象看到、聽到、體驗到、甚至是談論到的死亡經驗對其死亡態度的影響。



## 四、死亡態度之測量工具

從文獻查詢中發現，常用來測量死亡態度的量表有：Collett 和 Lester (1969) 編製的「柯-李氏死亡恐懼量表」(The Collett- Lester Fear of Death Scale)；Templer (1970) 之「死亡焦慮量表」(Death Anxiety Scale)；Dickstein (1972) 之「死亡關切量表」(The Dickstein Death Concern Scale)；Klug 和 Boss (1977) 之「死亡接受量表」(Acceptance of Death)；Gesser、Wong 及 Reker (1986) 之「死亡態度量表」(Death Attitude Profile)；Wong、Reker 和 Gesser (1994) 之「死亡態度修訂量表」(Death Attitude Profile-Revised; DAP-R)。其中以 Wong et al. (1994) 修訂編製之「死亡態度修訂量表」使用最為頻繁，已有多項研究採用，如陳玉黛、林佩芬 (2004)，廖芳娟 (2000)，羅素如 (2000)，陳彥良 (2002)，蔡振傑 (2003)，莊麗珍 (2004)，房麗媚 (2007)，何妙芬 (2007) 等。

Warren (林綺雲等譯，2007) 分析一些量表的內涵及限制，指出死亡態度（恐懼、焦慮、擔心關切、接受）或死亡認知是多向度的，使用具有信效度和適當概念化的工具予以測量相形重要。Wong et al. (1994) 修訂編製之「死亡態度修訂量表」(DAP-R) 為一多面向的死亡態度量表，且 Neimeyer (1997-1998) 指出，「死亡態度修訂量表」(DAP-R) 是目前心理測量最可靠的一項死亡態度評估工具。本研究在探討老人的死亡態度，以此量表瞭解老人對於死亡接受的態度，頗為合適。

## 第三節 善終的探討

本節將探討善終的概念與預約善終。



## 一、善終的概念

美國國家科學醫學院於 1997 年臨終照護報告指出「理想的善終是根據病人或家屬的期望，並符合臨床、文化或倫理的標準，使病人、家屬及照顧者皆可避免可能遭受到之痛苦與折磨」(Karen,2006)。

Hattori 等人 (2006) 採文獻回顧法，認為善終具多面向，基於個人過去、現在、未來和社會文化生活不斷演進所產生的個別經驗。因此善終具有相當的個別性，且為一持續性的過程。

陳亭儒和胡文郁 (2011) 綜合辭典中對「善終」的解釋為：順應自然、安詳且死得其所的死亡。二人依據善終的相關文獻，採重複出現特質的次數，將善終的屬性及概念予以圖示如下：

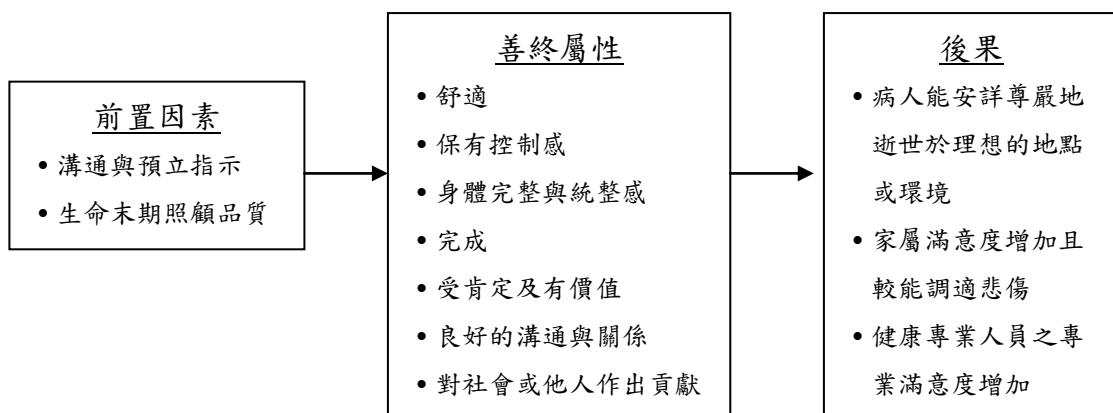


圖 2-3-1 善終概念 (引自陳亭儒、胡文郁，2011)

Smith (2000) 建議 12 個善終的原則：知道死亡何時到來及瞭解什麼可以被期待、能夠掌控將發生的事、保有尊嚴及隱私、能使疼痛減輕並控制症狀、能選擇並控制死亡在哪裡發生、有管道得到需要的訊息或專門知識、有管道得到任何需要的精神上或情感上的支持、有管道在任何場所得到緩和照顧並對最後時光有控制權、能討論預立遺囑以確保願望能被尊重、有時間說再見、當時間到時就可以走了，不做無意義的生命延長。

陳錫琦和陳淑香（2007）指出善終概念會受到傳統文化思想、時代背景、倫理觀、價值觀和宗教信仰等因素影響，因此每個人對於善終的概念並不全然相同。善終的屬性會隨時間而改變，具有高度的個別差異，在不同對象、不同時間，屬性可能有所不同；「善終」可以視為過程，且過程本身就具有價值（陳亭儒、胡文郁，2011）。其著重的是如何在生命的過程中去努力和學習，以期在死亡來臨那一天能肯定生命的價值和意義，而達到善終的境地（賴和賢等，2005）。

## 二、預約善終

瞭解善終的概念之後，接著探討對老人而言的善終情境以及如何預約善終。Vig 等人(2002)研究指出，對老人而言的善終情境包含：沒有痛苦的死亡、在睡夢中離開、迅速且不需忍受痛苦、不知死亡即將到來。然而如何在死亡尚未發生前即對生命做好決定，以達上述的善終情境，將以「預立醫療指示」及「預立遺囑」作為預約善終之二大作法。

### （一）預立醫療指示

預立醫療指示(advance directive)係指當一個人意識清醒時，有能力為自己所希望獲得的醫療處置做一個預先的指示或說明，需以書面立妥「生前預囑」(living will)及「預立醫療委任代理人」(durable power of attorney for health care)兩份文件的簽署，使其具有法律上之保障（顧乃平、李從業，2002）。美國加州率先於 1976 年通過「自然死法案」(Natural Death Act)，讓每一個人可以預立「生前預囑」或「預立醫療委任代理人」，並於個人罹患重大絕症臨終時，可以選擇拒絕心肺復甦術。這種回歸自然死的人性法律，目的在保護臨終病人的自主權，避免家屬及醫師做出與病人意願相違背的決定，至今幾乎已擴展到全美國及加拿大（趙可式，2000）。臺灣的「安寧緩和醫療條例」於 2000 年 5 月 23 日立法院三讀通過，6 月 7 日由總統公布，正式施行。此條例第三條將「安寧緩和醫療」定義為：「指為減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照顧或不施行心肺復

甦術」。而第五條規定二十歲以上具完全行為能力的成年人，也可以預立意願書言明臨終時不施行心肺復甦術，或預立醫療委任代理人，由代理人在其病重無法表達意願時代為簽署拒絕心肺復甦術。該條例的特色在於將生命自主權交回個人手中，賦予個人在健康時預立意願書，言明臨終時拒絕施行心肺復甦術的權利。

依照安寧緩和醫療條例，只要簽署完備上述的安寧緩和意願書，表明拒絕施行心肺復甦術，經過兩位醫師（其中一位需為專科醫師）診斷確定為末期病人，醫師可依法在病人臨終時不施予心肺復甦術之各種醫療措施。所謂心肺復甦術指對臨終或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為（第三條）。自從 1960 年心肺復甦術（cardiopulmonary resuscitation,CPR）的發明以來，加上醫學的發展，人的壽命是延長了，但並沒有因此而提高了臨終前的生命品質，病人、家屬、醫師與自然死亡的拔河，實無意義反增加多方面的痛苦。

有了保障個人對醫療決定自主性的法源，接著討論執行之成效。Douglas 及 Brown (2002) 提出多位學者於 1995 年期間的研究結果，僅有 5% 及 25% 的病人有預立醫療指示文件，也有研究指出，早期執行預立醫療指示不彰是由於缺乏知識及對完成簽署預立醫療指示過程有困難。同一份研究調查發現，年齡在 65-93 歲間的老年人，41% 已準備預立指示，其主要理由為不希望帶給家人負擔；其次為不願以人工方式維持生命、拖延痛苦的瀕死期，佔 33%。

英國學者 Catt 等人 (2005) 針對 256 位 55 歲以上老人進行調查，研究發現 55 歲到 74 歲間的老人，將近 70% 有立遺囑；而 75 歲以上的老人，有 76% 有立遺囑，但兩組老人分別只有 1.6% 和 5.6% 簽立醫療指示。

彭孟津 (2010) 調查 127 位臺北市 65 歲以上社區老人，研究發現曾與家人談論過對生命末期之處置期待者，較傾向願意簽署生前預囑；另外，已經完成簽署生前預囑之族群，其死亡態度亦較傾向於「趨近導向接受死亡」，顯示較坦然面對死亡者，其實際執行率較高。

林慧美等人（2011）調查研究206位臺北某聯合醫院五家院區內外科病房病人簽署「預立醫療指示」的意願，會簽署理由前三項為：「能無遺憾，安詳且有尊嚴死亡」、「避免家人做決定的痛苦」、「可給予執行自己意願的保障」。而不會簽署的理由前三項為：「對醫療狀況不是很瞭解」、「覺得忌諱，不想去考慮此事情」及「仍不是很瞭解預立醫療指示的內容」。研究結果顯示住院病人對目前醫療狀況及現行預立醫療指示內容不瞭解，會影響簽署的意願。

陳淑雅等人(2011)針對末期腎病透析老年病人安寧緩和照護的建議之一為：建立一個支持網絡以鼓勵病人參與生命末期的醫療決定，表達其個人期待的末期治療方式；醫療人員主動提供安寧相關訊息給病人和家屬參考，例如與老人早期討論撤除透析後，可能發生的情況，說明該如何簽署末期醫療之相關文件，以及完成簽署具法律效力的預立醫療指示。此建議與本研究希望藉由生死教育課程，宣導預立醫療指示的觀念與內容，使參與課程的老人瞭解預立醫療指示的精神與內涵，進而提升老人簽署意願之研究目的不謀而合。

## （二）預立遺囑

研究者經常聽到老人在關心或談論某人的境遇而感嘆生命無常，多數人亦認同「生命無常」，死為必然卻是無常，預立遺囑則是面對生命無常可預先做的準備。透過預立遺囑於「人」的層面上讓生者、死者兩相安；在「事與物」的層面上讓個人事先妥善處理，而於生時、死時兩相安；在「時」的層面上讓個人覺察生命非「無限」，而於生時珍惜、死時坦然（施美企、吳和堂，2012）。

民法第1189條規定遺囑之方式有五種，分別為自書遺囑、公證遺囑、密封遺囑、代筆遺囑與口授遺囑。民法第1199條規定：「遺囑，自遺囑人死亡時，發生效力。」此乃預立遺囑與上述預立醫療指示不同之處：預立醫療指示包括預立「選擇安寧緩和醫療意願書」、「不施行心肺復甦術同意書」、「醫療委任代理人委任書」，是在世時即已生效；遺囑雖於遺囑人生前已預立，必須待其死亡後才生效。

黃瀅竹予其編著的「教您如何寫遺愛手書」裡，將遺囑的內容分成「法律規

範」與「意願表達」兩大部分。有關「法律規範」的部份包括財物處理、文物留贈、指定監護、遺願執行、身心療護等，其中身心療護則可根據「安寧緩和醫療條例」的規定，擁有拒絕心肺復甦術的醫療選擇權。其次，有關「意願表達」的部份包括最後捨獻、摯愛告別、一生回顧、親密心語、了願無憾、年度檢修等，最後捨獻可以包括器官捐贈與遺體捐贈兩項，目的在於藉著對於自己遺體的處理表達自己對人間的愛心回饋。至於摯愛告別內容包括臨終處理、遺體衣著裝扮、陪放物品、訃聞、墓誌銘、告別奠禮、安息方式、懷思方式等八個項目。簡單地說，這個摯愛告別的內容就是傳統的臨終、殮、殯、葬、祭的殯葬過程，藉由這個過程的處理，清楚表示自己想要的喪葬風格，以及要用什麼方式和親友告別。遺囑不只是對社會、對家人做交代，也是對自己做交代的準則依據。

趙可式（1998）指出在今天這樣意外頻傳的時代，實際上每個人平時就應該做好死亡準備，死亡準備分為物質（預立遺囑、預立委託人、交代喪禮、遺物、遺言等）與精神（對生命重新評量與統整，以使對生命滿懷滿足）二個層面。

陳榮基（2008）表示一般人到了病重或年老時，皆讓旁人難以啟齒與其討論DNR或死亡的議題，最好在健康或輕病時，提早討論，早日預立遺囑。

彭孟津（2010）研究發現，曾經接受生前預囑相關資訊的老人，其死亡態度較正向，預立醫療指示的意願亦較高。她建議辦理講座，將預立醫療指示等有關生命意願之議題納入，增加老人接觸生死議題、表達看法、意見及可進行法律諮詢的機會。此建議亦為本研究之動機與研究目的之一。

## 第四節 生死教育的探討

研究者欲以生死教育課程介入，協助老人預約善終。本節將探討生死教育的課程內容、生死教育的課程目標、生死教育之教學、生死教育之實施成效。



## 一、生死教育的課程內容

死亡學與死亡教育引進我國，可溯源於 1970 年代，但因國情文化背景之限制，仍難打破禁忌，不太被國人接受；遲至 1993 年學者傅偉勳的專著《死亡的尊嚴與生命的尊嚴》一書在臺出版，「生死學」一辭，才較為國人所接受（張淑美、謝昌任，2005），之後，死亡教育也被轉為生死教育。對於我國的老人教育而言，採用生死教育之名稱與理念，較生命教育與死亡教育更為適切（蔡明昌，2002）。

鈕則誠（2007）認為生死教育有必要涵蓋人類生、老、病、死各階段的議題，並且強調「生命與生活」（life and living）和「死亡與臨終」（death and dying）兩方面。Yaber（1976）認為死亡教育的內容最好包括：死亡的定義、原因和階段；社會上死亡的意義；有關死亡的泛文化觀點；生命週期；葬禮的儀式和選擇；居喪、哀傷和哀悼；遺體下葬的方式；器官捐贈和移植；自殺和自我傷害行為；對親人或朋友的弔唁；死亡的宗教觀點；死亡的法律和經濟觀點；音樂和文學中表現的死亡；瞭解瀕臨死亡的親友；死亡的準備；安樂死（引自李復惠，1999）。

生死教育之課程內容對於老人而言較切身敏感，針對老人之特殊處境及發展任務所需，規畫適性的教學活動，於老人生死教育教學有其必要性（蔡明昌、顏蒨榕，2005）。老人宜擁有適合自己年齡的生死教育課程，過程中應注重對老人期的探討、臨終關懷、醫學上的觀點、哀傷輔導、宗教與法律、死亡的社會問題探討（蔡明昌，1995），以坦然的態度和老人討論其對死亡的想法，幫助老人思考並進而面對死亡。

## 二、生死教育的課程目標

陳芳玲（2000）指出生死教育的目標包括知識、信念與態度、技巧三個層面：

（一）知識：主要幫助學習者獲得與死亡相關議題的基本概念，使學習者獲得正

確的知識與訊息，包括醫療服務、喪葬儀式及費用等。

(二) 信念與態度：經由教育的介入，澄清社會文化中有關死亡的錯誤說法，促使社會上對死亡的一些基本觀念改變，並去除對死亡的非理性禁忌觀念，進而協助學習者建立適宜而健康的死亡態度。

(三) 技巧：幫助學習者以適當的觀念及態度面對自己和重要親人的死亡，並能有效且適當處理因死亡事件所引發的情緒反應。

研究者認為生死教育的目標乃為增加學習者對死亡議題的瞭解，具有正確知識及資訊後，提升健康的態度面對死亡，進而願意付諸行動預約善終，以對自我生命負責。

### 三、生死教育之教學

Durlak (1994)認為生死教育實施類型可分為二類：

1. 經驗式課程：透過活動、角色扮演、媒體呈現等方式，鼓勵學習者探索與分享個人的感覺與經驗，最終的目的是幫助學習者變得較能坦然面對與接受任何由死亡相關議題引起的負面感覺。可增加個人死亡態度的體認，營造一種可增進分享與接納死亡態度的團體氣氛，並使用態度改變技巧去修正參與者的信念。鼓勵生命經驗豐富的低收獨居老人作為其他學習者的生命導師，亦為可行的經驗式課程模式。
2. 教導式課程：由主講人向學習者介紹的方式，著重傳授生死學的知識與資訊，提高學習者對死亡議題的認知與體認。通常利用頻繁大量的文章或資料閱讀、演講、書籍、視聽媒體、大團體討論來達成目標。

上述兩種模式都是在於處理認知的、社會心理的或情緒上的層面，可以是相互為用，在訊息瞭解的過程中，可使人學得如何處理自己的情緒；在增進個人情緒上的接受過程中，也同時建構個人對死亡的認知（張淑美，1998）。

生死教育是種複雜的介入行為，可運用書面資料、視聽媒體等材料、角色扮

演、田野考察、探訪末期病人或喪親者作為傳遞某些訊息的媒介，喚起學習者某些態度、引發其内心需求之後，再使用各式技巧去幫助學習者改變信念。



## 四、生死教育之實施成效

張淑美（1996）整理許多死亡教育專家所討論的生死教育實施成效，歸納為三層面的評鑑：

1. 認知的層面：對死亡相關知識的瞭解。
2. 情緒的層面：對死亡的心理反應等。
3. 行為的層面：能否較坦然地談論死亡，及處理死亡與瀕死的相關技能等。

黃天中（1992）於其著作中指出 Bolan (1980) 發現死亡教育課程對成人的死亡態度有正向影響，但對死亡接受度無顯著影響。而 Shoemaker 等人（1981）研究發現有四分之三的成人表示死亡教育改變了他們對居喪、末期疾病、臨終關懷及談論死亡與瀕死的態度。

Maglio (1992) 分析 62 篇博士論文及死亡教育相關研究的成效後發現，多數接受死亡教育參與者之死亡焦慮比控制組高，而教導式課程反而會提高死亡焦慮（引自張淑美，1996）。

許多研究認為生死教育對降低死亡焦慮與恐懼有成效，也有相反的研究發現。本研究採教導式及經驗式相互為用之生死教育課程，課程開始以影片欣賞做為暖場；演講過程將請主講人多提供討論的機會，並注意老人對死亡議題的感受；教導式課程結束後進行半小時的經驗分享，盡量以團體動力的支持，降低老人可能產生的負面感覺。



## 第三章 研究方法

本章主要目的在描述研究方法，共分為七節：第一節為研究設計，第二節為研究對象，第三節為研究工具，第四節為生死教育課程，第五節為實施程序，第六節為資料處理，第七節為研究倫理。

### 第一節 研究設計

因研究者亦為社工實務工作者，目前服務的對象包含經濟弱勢且獨居之老人，為便利性抽樣，採準實驗設計中之前後測不等組設計，研究設計和各研究變項說明如下：

表 3-1-1 研究設計

前後測不等組實驗設計

組別	前測	實驗處理	後測
實驗組	Ta1	X	Ta2
控制組	Tb1		Tb2

Ta1：實驗組之前測      Ta2：實驗組之後測      X：生死教育課程

Tb1：控制組之前測      Tb2：控制組之後測

一、自變項：本研究之自變項為 5 單元（每單元 3 小時）之生死教育課程。

二、依變項：

1. 死亡態度：以受試者在死亡態度量表之「死亡接受」三分量表的得分表示。
2. 預約善終意願：以受試者在問卷之「預立遺囑」及「預立醫療指示」之意願表示。

### 三、控制變項：

1. 個人背景資料：包含實足年齡、性別、學歷、婚姻狀況、居住狀況、宗教信仰、宗教信仰虔誠度、身體健康狀況、心理健康狀況等 9 項。
2. 環境經驗：包含是否得過嚴重疾病、接觸死亡的經驗、是否曾和他人談論過死亡話題等 3 項。

以「個人背景資料」及「環境經驗」瞭解實驗組及控制組在控制變項之異同及與依變項及自變項之相關。

依據研究動機、研究目的、研究問題及研究設計，擬定本研究之研究架構及流程，如圖 3-1-1 及圖 3-1-2 所示：

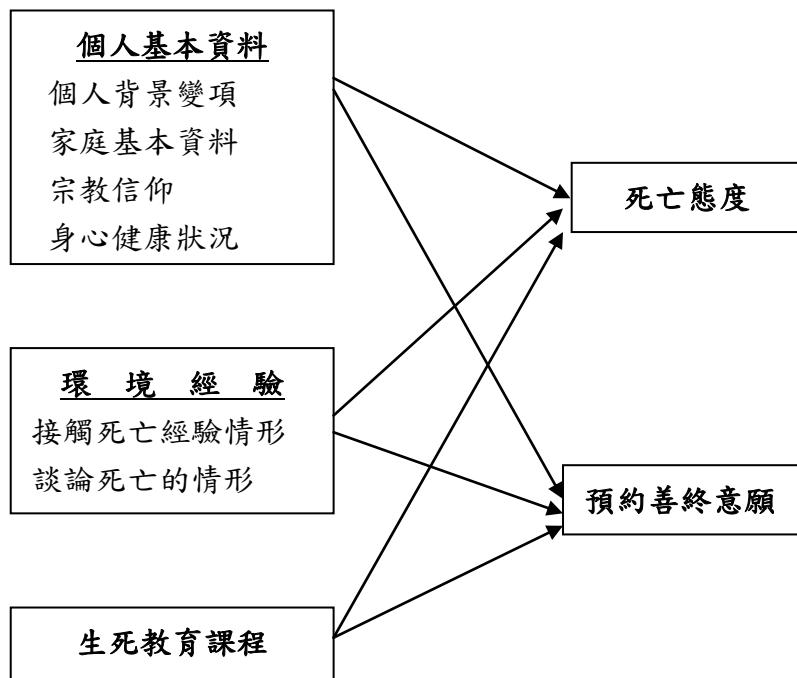


圖 3-1-1 研究架構

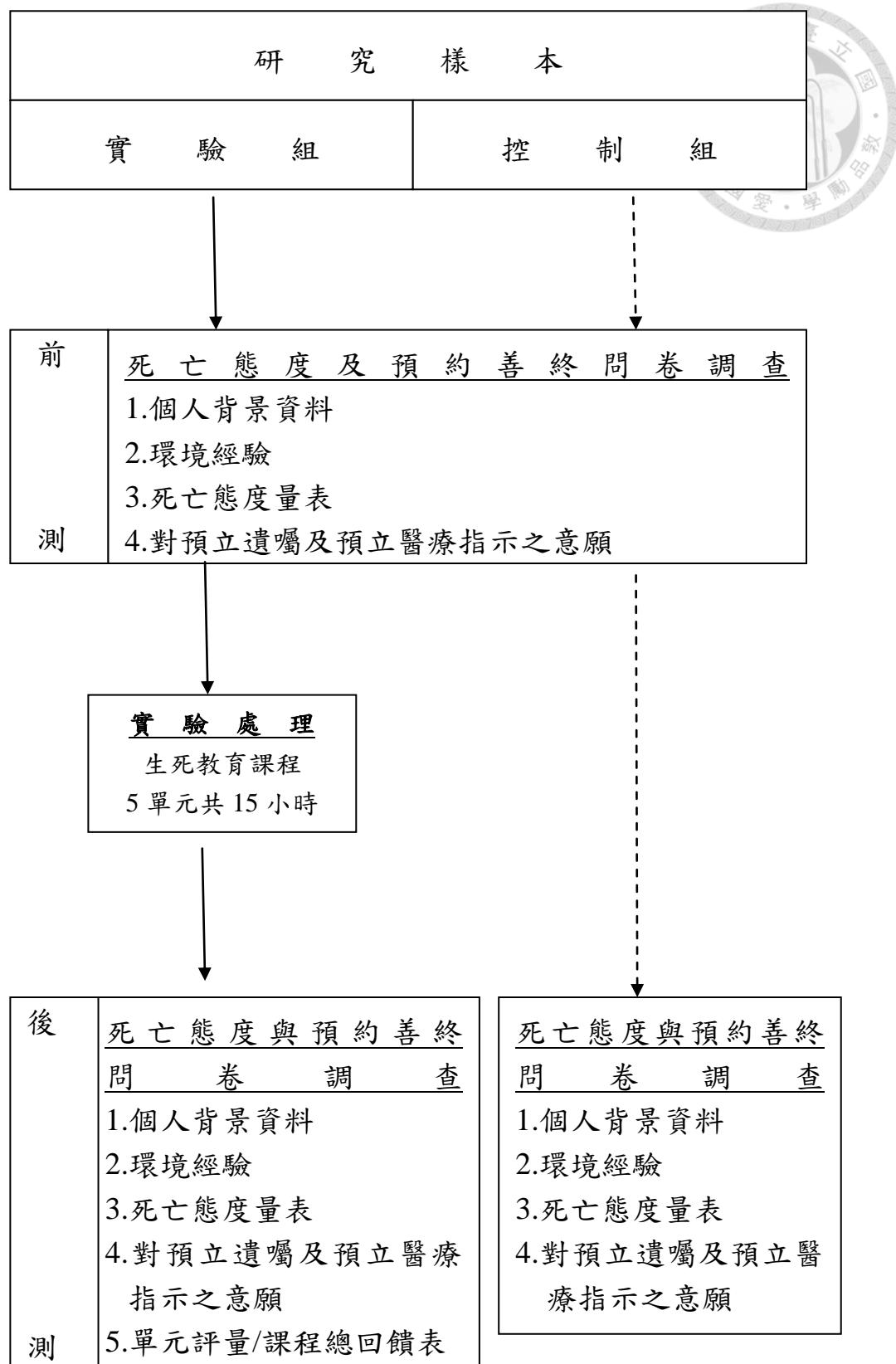


圖 3-1-2 研究流程



## 第二節 研究對象

本研究以符合臺北市某行政區經濟弱勢（低收或中低收入戶）、獨居且年滿65 歲老人為研究對象，由該區主要服務符合條件老人的二個社福機構提供研究對象來源，研究母群體共有 84 位。

本研究為準實驗性介入研究，為方便取樣，故採立意取樣方式，由該行政區主要服務經濟弱勢且獨居老人之二個社福機構社工員邀請老人受訪及參加課程。

一、經濟弱勢、獨居，願意接受訪問及參加生死教育課程之老人 33 位，編為實驗組。

二、經濟弱勢、獨居，願意接受訪問但無願意或無法參加生死教育課程之老人 32 位，編為控制組。但有 2 位控制組老人只願意接受前測而不願意接受後測，故控制組有效之研究對象為 30 位。

三、經濟弱勢、獨居，不願意接受訪問且無法參加生死教育課程；或無法接受訪問（例如住院、暫無法聯繫上等因素）之老人 19 位未予以編組，非為研究對象。

本研究所有對象總人數為 63 位，各組老人人數如表 3-2-1 所示。

表 3-2-1 參與本研究之老人人數分佈

組 別	男	女	合計
實驗組	20	13	33
控制組	23	7	30
總 計	43	20	63

### 第三節 研究工具

本研究採量性研究之準實驗研究，所用之調查問卷設計過程包括：問卷初稿擬定、效度檢定、預試及信度分析及完成問卷。



#### 一、問卷初稿

問卷設計乃依據研究目的、研究架構、參考國內外相關文獻，與指導教授討論後加以整合，形成問卷初稿。問卷分為四部份：

(一) 第一部份為個人背景資料：共 9 題，內容包含：實足年齡、性別、學歷、婚姻狀況、居住狀況、宗教信仰、宗教信仰程度、身體及心理健康狀況。

(二) 第二部份為環境經驗：共 6 題，內容包含：得過嚴重疾病經驗、接觸死亡經驗、與他人談論死亡的情形。

(三) 第三部份為個人死亡態度：此部份量表依據陳玉黛、林佩芬 (2004) 中譯 Wong et al. (1994) 修訂編製之「死亡態度修訂量表」(DAP-R)，共 32 題，將死亡態度分為五組指標：

- 1.死亡恐懼 (Fear of Death) 共 7 題，原始量表之 Cronbach's  $\alpha$  為 0.86。
- 2.逃避死亡 (Death Avoidance) 共 5 題，原始量表之 Cronbach's  $\alpha$  為 0.88。
- 3.中性死亡接受 (Neutral Acceptance) 共 5 題，原始量表之 Cronbach's  $\alpha$  為 0.65。

- 4.趨近性死亡接受 (Approach Acceptance) 共 10 題，原始量表之 Cronbach's  $\alpha$  為 0.97。

- 5.逃離性死亡接受 (Escape Acceptance) 共 5 題，原始量表之 Cronbach's  $\alpha$  為 0.84。

計分方式為 5 分 (非常同意) 至 1 分 (非常不同意)，以各分量表之得分平均分數計算，分數愈高則該方面之態度傾向愈高。

(四) 第四部份對預立遺囑及預立醫療指示之意願：共 13 題，內容包含預立遺囑及預立醫療指示（不施行心肺復甦術意願）簽署的意願及看法等。



## 二、效度檢定

本研究之研究工具效度採專家效度檢定，針對第一、二、四部份問卷內容之合適性、內容相關性、文字表達的清晰性及是否考量到受試者的特性，分項逐題評分，邀請七位專家，其相關領域包含社會工作領域專家、長期照護研究專家、安寧療護團隊專家、社福領域專家、老人服務專家，共同予以評定。

評分方式採 5 分法，平均得分在 3 分或 3 分以上的題目才得以採用，並依據專家意見作修改，評分標準如下：

1 分：「非常不適當」，表示該題無意義，應予刪除。

2 分：「不適當」，表示該題不重要，不適合列入。

3 分：「尚可」，表示該題重要，但語意需修飾。

4 分：「適當」，表示該題重要且適用。

5 分：「非常適當」，表示該題非常重要，必須列入。

本問卷於 102 年 2 至 4 月經由七位專家評定的結果，各題得分大部份在 4-5 分，平均得分 4 分以上，如表 3-3-1 所示。

表 3-3-1 問卷專家效度平均得分

問卷名稱	題數	效度平均得分	
		內容適用性	文字清晰度
個人背景資料	9	4.69	4.42
環境經驗	6	4.83	4.64
對預立遺囑及預立醫療指示之意願	13	4.69	4.58



### 三、預試及信度分析

考量研究對象的體力及耐力，邀請 10 位母群體老人進行預試，由研究者親自訪問，以瞭解第三部份個人死亡態度量表對於研究對象之適用性。

預試結果發現，老人對此量表的 32 題反應題目過多且多有重複，因訪問時間長（預試階段每一份問卷訪問時間約 1-1.5 小時）而感到不耐，建議縮減題目。使用此量表除了 Neimeyer(1997-1998)指出「死亡態度修訂量表」是目前心理測量最可靠的一項死亡態度評估工具、各分量表的信效度良好因素之外，Wong et al. (1994) 研究發現，老年人死亡接受比死亡焦慮更顯著，故刪減死亡恐懼及逃避死亡共 12 題題目，僅保留 20 題的三種死亡接受分量表，如此未影響死亡接受三個分量表的內部一致性，亦較符合受試對象之特性。

### 四、完成問卷

研究者與指導教授討論，確定調整問卷題量後才進行正式施測。正式問卷為：

- (一) 第一部份為個人背景資料：共 9 題，內容包含：實足年齡、性別、學歷、婚姻狀況、居住狀況、宗教信仰、宗教信仰程度、身體及心理健康狀況。
- (二) 第二部份為環境經驗：共 6 題，內容包含：得過嚴重疾病經驗、接觸死亡經驗、與他人談論死亡的情形。
- (三) 第三部份為個人死亡態度：Wong et al. (1994) 修訂編製之「死亡態度修訂量表」(DAP-R) 之死亡接受三分量表，共 20 題：
  1. 中性死亡接受，共 5 題，原始量表之 Cronbach's  $\alpha$  為 0.65。相信死亡是生命歷程的一部份，既不歡迎，也不拒絕。
  2. 趨近性死亡接受，共 10 題，原始量表之 Cronbach's  $\alpha$  為 0.97。相信死後仍有來生，且有快樂的未來。
  3. 逃離性死亡接受，共 5 題，原始量表之 Cronbach's  $\alpha$  為 0.84。認為生命充滿痛苦與災難，期望從死亡獲得解脫。

以各分量表之得分平均分數計算，分數愈高則該方面之態度傾向愈高。

(四) 第四部份對預立遺囑及預立醫療指示之意願：共 13 題，內容包含預立遺囑及預立醫療指示（不施行心肺復甦術意願）簽署的意願及看法等。所進行之測驗均去名化，避免社會期望之影響導致所得結果無法反映真實情況。

## 第四節 生死教育課程

顏蒨榕（2003）以「生死教育課程需求問卷」為研究工具，調查高雄市長青學苑 490 位老人對生死教育課程內容的需要，分為七種類別：(一) 生老病死之基礎性研究；(二) 生命意義之探索；(三) 對老化及疾病之態度與因應；(四) 對死亡與瀕死之態度與因應；(五) 醫療、法律與社會資源層面之實務；(六) 喪葬層面之理論與實務；(七) 特殊問題之探討。研究者考量本研究採準實驗設計，若囊括上述七種類別，需次數多且期程長之課程，恐造成後測時樣本流失之虞，故將課程設計為五個單元之教學。

課程進行考量老人之體力及實施成效，採經驗式（學員分享、討論）及教導式（演講座談、影片欣賞）兩種模式相互為用，每單元三小時，共計十五小時。進行方式為：

一、0.5 小時影片欣賞-我的阿嬤是太空人，該影片內容與本研究之依變項具高度相關，藉由影片欣賞，鼓勵實驗組老人探索個人感覺與經驗。

二、2 小時教導式課程，由主講人向參與課程之老人介紹相關的知識與資訊，提高老人對生死議題的認知與體認。

三、最後 0.5 小時進行經驗式課程討論，營造可分享與接受因死亡議題所引起的任何感受的團體氣氛，作為單元課程之結尾。討論的內容以該單元的主題為主軸，鼓勵參與課程的老人提問、分享自身經驗作為學習楷模，創造老人之

間的互動，以團體互動提供老人思考死亡、接受死亡及願意準備善終的動力，並以團體動力降低老人可能產生之不良反應。

生死教育課程的實施計畫與內容如表 3-4-1：



表 3-4-1 生死教育課程實施計畫與內容

單元	單元名稱	教學內容	學習目標	講師	課程日期
一	從靈性關懷	生命本質的探討、生死信念與意義	死亡時能有尊嚴及能心靈平靜的面對死亡	佛教宗教師-宗惇師父	102.4.12 9:30-12:30
二	從醫學觀點認識安寧療護及安寧緩和意願書	罹患重病時是否希望繼續用醫藥誰來做醫療決策的代理人等預立醫療指示的議題	有管道在任何場所得到緩和照顧並對最後時光有控制權，不做無意義的生命延長	關渡醫院 安寧病房 陳健文醫師、社工組 黃雪美組長	102.4.19 9:30-12:30
三	預立遺囑的重要	遺囑之擬定與公證	能討論預立遺囑以確保願望能被尊重	黃瀅竹老師	102.4.26 9:30-12:30
四	從法律觀點認識遺囑的屬性及自身的權益	繼承權與保險之了解、老人福利法規之了解、社會相關資源的服務功能簡介	有管道得到需要的訊息或專門知識，增長能力為自己的生命做決定與準備	李承訓律師	102.5.03 9:30-12:30
五	殯葬禮儀及生前契約的認識	喪葬禮俗的儀式、規劃與費用、遺體的處理方式、遺體捐贈及生前契約的了解	依自己的決定完成生命最後一段旅程；對社會或他人作出貢獻	社團法人心藝 社會關懷協會-陳鈺蕙理事長	102.5.10 9:30-12:30



## 第五節 實施程序

本研究經研究計畫確立，並完成研究工具的準備，於 102 年 3 月開始進行問卷調查的實施，研究母群體為臺北市某行政區經濟弱勢（中低及低收入戶）且獨居之年滿 65 歲老人，採立意取樣法，由該區主要服務符合條件老人的二個社福團體提供研究對象來源，由研究者一一去電說明研究目的及課程內容，邀請老人接受問卷訪問及參加課程。

研究者依預試階段之訪談經驗及受試者反應，事先擬好邀請老人參與研究之說帖及訪談注意事項，作為訓練訪員之輔助資料，訪員包含研究者、社工及志工。以老人慣用的語言作訪員安排之分類原則，所有訪員將問卷以國、台語練習，避免語意不清或提問方式不一致所造成之偏誤。研究者於訪員訓練時不斷強調誠懇、溫暖及親切的態度的重要，所有訪員均需在施測前以研究參與者知情同意書（如附錄六）再次向受訪老人說明研究目的，表達敬意，感謝其對本研究之重要及貢獻，並需表明問卷中有關「死亡」的字眼絕非「觸他們霉頭」或有任何不敬之意，以免施測造成老人的震驚與情緒反彈，若受訪老人有不舒服之感，拒絕接受訪問或欲中途退出，需加以尊重。

邀請願意接受訪問且可參與課程的 33 位老人為實驗組，於課程之前先進行問卷前測，施以五單元生死教育課程之後再以相同問卷進行一次後測；另外邀請願意接受訪問但無意願或無法參加課程的 30 位老人為控制組，僅進行前、後測，不施予教育課程或接受任何處理，以避免產生重複實驗處理的干擾（有 32 位老人接受前測，但有 2 位老人不願意接受後測，故控制組有效之研究對象為 30 位）。

參加實驗組及控制組的老人，均須接受訪員一對一式的訪問填答前、後測問卷；訪員在訪問時會注意老人的情緒反應，因事先已徵求老人的同意與簽名，訪談過程多屬順利，若有特殊情形（如對簽名有疑慮），當下會先行處理，或即刻告知研究者，供研究者進一步處理及作為研究過程之參考。

完成所有研究對象的前測之後，依研究實施計畫進行五單元生死教育課程。每一單元課程進行前，均會與講師確認主題與課程目標，告知講師有關參與者的屬性、課程參與情形及提供受訪者事先提問的問題，與講師充分溝通，以利講師掌握參與者的需求與特性，使每一單元課程具連貫性而能達到課程目標。每一單元課程顧及老人體力及專注力，均會安排休息時間，此時以分組方式，安排工作人員遞送點心、協助老人舒展肢體、引導老人互動，課程間亦會安排提問及討論時間，讓課程學習不沉悶。課程結束後的追蹤非常重要，逐一電話關心參與者的感受與情緒，並提醒其下一單元上課的時間，避免參與者不良反應的發生。

五單元課程結束後，兩組老人分別進行後測，前、後測之訪員與受訪者配對完全一致。受訪者完成前、後測共二次問卷後，研究者回饋每位受訪老人 200 元問卷填答費，作為感謝其協助完成此研究之報償。另外，為增加實驗組老人參與課程之意願，以全勤獎勵金 500 元（參與 5 次課程者始可獲取）作為參加課程之誘因，此部分於邀請老人報名參加時即說明；及出席獎勵金 200 元（其餘參與課程之老人均可獲領）。另外再舉行頒發全勤獎、事事如意獎、三生有幸獎、再接再勵獎等四種獎項之獎狀及頒獎儀式，作為參與課程老人之精神獎勵。

除此，為瞭解實驗組老人在生死教育課程中，無法於問卷呈現之意見，設計單元評量表及課程總回饋表（如附錄七），請社工、志工協助參與課程的老人填答，以滿意度調查的方式（滿意度一覽表如附錄八）及五單元的課程紀錄（如附錄九），作為本課程結果之參考資料。

另針對未參與課程的控制組老人，雖僅進行前、後測，不施予教育課程或接受任何處理，但在完成所有的實施程序後，研究者會依臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會二位委員之建議，針對控制組老人之個別需求，提供本研究之相關影片、資訊，予以欣賞、閱讀與討論，以維護控制組老人合理的權利（如附錄十）。

本研究之實施程序如下圖：

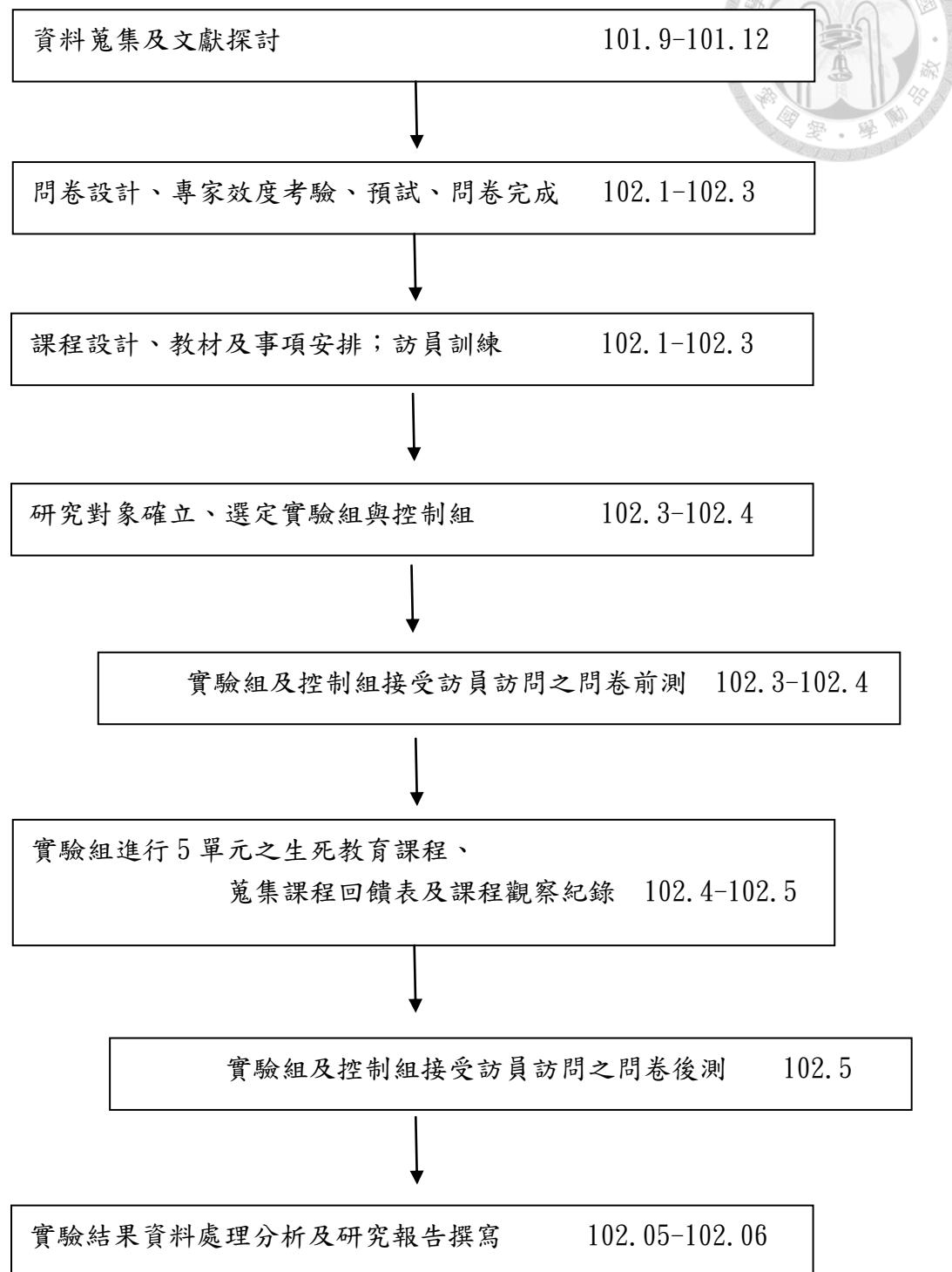


圖 3-5-1 研究實施程序



## 第六節 資料處理

### 一、問卷整理

本研究在問卷調查完成時，立即進行譯碼，將資料輸入磁碟中成為資料檔，再以 SPSS 軟體進行統計分析。

### 二、統計分析

#### (一) 量性分析

1. 描述性統計：以次數分配、百分比，瞭解二組研究對象之個人背景資料及環境經驗變項的分佈情形；以平均數、標準差描述「死亡態度」、「預約善終意願」等依變項之得分情形。

2. 推論性統計：

(1) 卡方檢定：用在二分的類別尺度變項，如性別、居住狀況、宗教信仰、是否得過嚴重疾病、接觸死亡的經驗、談論死亡的情形等控制變項與研究對象的相關性分析。

(2) 相關分析：以相關係數 Cramer'V 分析研究對象之學歷及婚姻狀況的相關程度；以皮爾森積差相關 (Pearson Product-moment correlation) 分析年齡、宗教信仰虔誠度、身體健康狀況、心理健康狀況等四個控制變項與依變項之相關性。

(3) 獨立樣本 t 檢定 (t-test) 或單因子變異數分析 (Oneway ANOVA)：分析研究對象之年齡、宗教信仰虔誠度、身體及心理健康狀況等具等距尺度變項的差異；及分析控制變項與依變項之相關性；以及研究對象之「死亡態度」、「預約善終意願」二種依變項前測或後測之差異。

(4) 相依樣本 t 檢定 (paired t-test)：分析同一組別受試者前測與後測，各依變項之差異性。

(5) 階層迴歸分析：於每一階層投入與依變項達顯著差異的變項，以驗證這些變項對依變項之解釋力及預測效果。

3.滿意度：整理單元回饋表及課程總回饋表，呈現實驗組老人所填寫之滿意度（如附錄八）。

**(二)質性分析：**以五單元之課程紀錄，作為本研究之參考資料（如附錄九）。



## 第七節 研究倫理

### 一、隱私與保密

問卷調查採去名方式處理，所有有關受訪者之個人資訊僅供本研究使用，研究者將予以保密，並會妥善保管問卷等研究資料。

### 二、告知後同意

問卷調查之資料均會先向受訪者說明本研究的目的及相關用途，在受訪者同意之下進行蒐集。徵求受訪者簽署研究參與者知情同意書（如附錄六），同意受訪及資料蒐集後之結果為研究者所發表。

### 三、充分尊重

研究者充分尊重研究對象的意願，對於受訪者之受訪意願及參與，不以任何外力脅迫，會事先告知受訪者有拒絕或中途離開的權利。另研究者會關注受訪者之特性及心理感受，不做出傷害受訪者的不當行為。



## 四、受惠原則

研究者為感謝受訪者願意提供寶貴的經驗及接受受試，使本研究得以順利進行及完成，將提供所有實驗組及控制組填答前、後測共二次問卷之受訪者 200 元問卷填答費。參加生死教育課程之實驗組老人，另外再提供全程參與獎勵金 500 元或出席獎勵金 200 元，以為鼓勵及答謝參與課程及研究。除上述有形的回饋，針對兩組老人之提問，研究者均會立即予以回應或協助尋求解答，讓受訪者安心地表達困難與需求，使之能因參與研究而對死亡與善終有新的想法，而能獲得知識及技巧因應死亡課題，實質受益。

## 五、恪守倫理

為避免參與研究之老人對於死亡議題的敏感致可能產生不良反應，研究者向臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會申請微小風險審查，已獲審查核可（如附錄十一）。

若實驗組老人於問卷訪問過程或訪問後有任何不舒服之感，研究者會採傾聽、同理、澄清等方法緩解其負面情緒。若老人仍有擔憂、憂鬱情緒，則運用社福網絡資源加強關懷次數，或協助老人申請免費的心理諮詢，降低因談論死亡議題所引發的負面反應。

對於未參與課程的控制組老人，則會在訪談時蒐集其對於生死議題之需求，舉辦座談會或說明會，再邀控制組老人參加。若其仍無意願參加，可採邀請其欣賞影片，或由已參加生死教育課程之社工及志工為其解說課程書面資料及資訊，提供個別化服務方式，滿足個別需求，力求對兩組老人的公平性（如附錄十）。以此恪守研究倫理，表示對研究參與者之尊重及確保其權利。

## 第四章 研究結果



本章主要在呈現研究結果。共分為四節：第一節為研究對象之基本資料分析；第二節為研究對象之死亡與預約善終態度；第三節為控制變項與依變項之相關性；第四節為生死教育之效果考驗。

### 第一節 研究對象之基本資料分析

本研究對象的基本資料包括問卷第一部份的個人背景資料（含年齡、性別、學歷、婚姻狀況、居住狀況、宗教信仰、宗教信仰虔誠度、身體健康狀況、心理健康狀況）及第二部份的環境經驗（含是否得過嚴重疾病、接觸重病患者經驗、印象最深刻的死亡經驗、影響死亡態度最深的因素、談論死亡的話題及談論的情境），亦即為本研究之控制變項。本節將描述所有研究對象的背景資料及環境經驗，並以實驗組與控制組分別描述，藉以瞭解兩組研究對象的控制變項差異情形。

#### 一、個人背景資料分佈情形

##### （一）兩組研究對象的個人背景資料分佈情形（見表 4-1-1）

有 33 位老人同意接受訪問及參加課程，編列為實驗組。參加五單元課程者有 21 位；參加四單元課程者有 7 位；參加三單元課程者有 3 位；參加 2 單元課程者有 2 位。

研究者依老人參加課程的次數，分成三種類別予以統計，不論是第一類只要有參加課程的所有 33 位老人，或第二類全勤的 21 位老人，或只參加四單元及五單元課程的 28 位老人，三種類別之統計均有相同的顯著差異結果。研究考量若樣本數量太少，恐有統計上強韌性不足之問題，故採第一類只要有參加課程的老

人即為實驗組之分類方法，共有 33 位老人參與課程，編列為實驗組。有關三種類別之統計結果，於第四節生死教育之效果考驗再予以詳述。

有 32 位老人同意接受訪問但無意願或無法參加課程，編列為控制組，其中有 2 位老人僅願意接受前測，而不願意接受後測，屬無效樣本，故控制組有 30 位老人。兩組老人共有 63 位，以下描述兩組老人的個人背景資料分配情形：

1.年齡：將年齡以五歲為一級距，分成五組 (66-70 歲，71-75 歲，76-80 歲，81-85 歲，86 歲以上)。兩組研究對象，最年長者為 94 歲，最年輕者為 66 歲，**平均年齡 76.67 歲**。其中 66-70 歲有 10 位 (15.9%)，**71-75 歲有 25 位 (39.7%)** 佔**最多數**，76-80 歲有 8 位 (12.7%)，81-85 歲有 13 位 (20.6%)，86 歲以上有 7 位 (11.1%)。

2.性別：男性有 43 位，女性有 20 位。男性佔 68.3%。

3.學歷：不識字有 15 位 (23.8%)，國小 21 位 (33.3%)，國/初中 12 位 (19.0%)，高中/職 10 位 (15.9%)，大專/大學 4 位 (6.3%)，研究所以上 1 位 (1.6%)。  
**以具國小學歷者最多**。

4.婚姻狀況：單身有 30 位 (47.6%)，已婚 7 位 (11.1%)，分居 1 位 (1.6%)，離婚 11 位 (17.5%)，喪偶 14 位 (22.2%)。**以單身者最多**。

5.居住狀況：與子女同住有 3 位 (4.8%)，與配偶同住 6 位 (9.5%)，與親戚同住 1 位 (1.6%)，與朋友同住 7 位 (11.1%)，獨居 45 位 (71.4%)，其他 1 位 (1.6%)。  
**以獨居者最多**（此選項之獨居指自己一人居住，其餘選項依臺北市獨居老人定義，仍為獨居，只是為統計而區分為非獨居）。

6.宗教信仰：無信仰者 13 位 (20.6%)，信仰佛教 14 位 (22.2%)，信仰基督教 11 位 (17.5%)，信仰道教 6 位 (9.5%)，信仰一貫道 1 位 (1.6%)，**一般民間信仰 18 位 (28.6%)** 最多。

7.自覺宗教信仰虔誠度：非常誠心恭敬 14 位 (22.2%)，誠心恭敬 23 位 (36.5%)，普通有 11 位 (17.5%)，不夠誠心恭敬有 2 位 (3.2%)。

8.自覺身體健康狀況:很好 10 位(15.9%),好 24 位(38.1%),普通 22 位(34.9%),差 6 位(9.5%),很差 1 位(1.6%)。

9.自覺心理健康狀況:很好 10 位(15.9%),好 29 位(46.0%),普通 18 位(28.6%),差 4 位(6.3%),很差 2 位(3.2%)。

表 4-1-1 兩組研究對象的個人背景資料分配表 (N=63)

背景資料	類別	次數	百分比 (%)	平均值	標準差
1.年齡				76.67	6.70
	66-70 歲	10	15.9		
	71-75 歲	25	39.7		
	76-80 歲	8	12.7		
	81-85 歲	13	20.6		
	86 歲以上	7	11.1		
2.性別	男	43	68.3		
	女	20	31.7		
3.學歷	不識字	15	23.8		
	國小	21	33.3		
	國/初中	12	19.0		
	高中/職	10	15.9		
	大專/大學	4	6.3		
	研究所以上	1	1.6		
4.婚姻狀況	單身	30	47.6		
	已婚	7	11.1		
	分居	1	1.6		
	離婚	11	17.5		
	喪偶	14	22.2		
5.居住狀況	與子女同住	3	4.8		
	與配偶同住	6	9.5		
	與親戚同住	1	1.6		
	與朋友同住	7	11.1		
	獨居	45	71.4		
	其他	1	1.6		
6.宗教信仰	無	13	20.6		
	佛教	14	22.2		
	基督教	11	17.5		
	道教	6	9.5		
	一貫道	1	1.6		
	一般民間信仰	18	28.6		
7.自覺宗教信仰虔誠度	非常誠心恭敬	14	22.2		
	誠心恭敬	23	36.5		
	普通	11	17.5		
	不夠誠心恭敬	2	3.2		
8.自覺身體健康狀況	很好	10	15.9		
	好	24	38.1		
	普通	22	34.9		
	差	6	9.5		
	很差	1	1.6		
9.自覺心理健康狀況	很好	10	15.9		
	好	29	46.0		
	普通	18	28.6		
	差	4	6.3		
	很差	2	3.2		

## (二) 實驗組個人背景資料分佈情形（見表 4-1-2）



以下描述 33 位實驗組老人個人背景資料分佈情形：

- 1.年齡：實驗組老人，最年長者為 91 歲，最年輕者為 66 歲，**平均年齡 75.36 歲**。其中 66-70 歲有 7 位 (21.2%)，**71-75 歲有 15 位 (45.5%)** 佔最多數，76-80 歲有 2 位 (6.1%)，81-85 歲有 6 位 (18.2%)，86 歲以上有 3 位 (9%)。
- 2.性別：男性有 20 位，女性有 13 位。男性佔 60.6%。
- 3.學歷：不識字有 6 位 (18.2%)，國小 10 位 (30.3%)，國/初中 9 位 (27.3%)，高中/職 7 位 (21.2%)，大專/大學 1 位 (3%)。**以具國小學歷者最多**。
- 4.婚姻狀況：單身有 14 位 (42.4%)，已婚 4 位 (12.1%)，離婚 6 位 (18.2%)，喪偶 9 位 (27.3%)。**以單身者最多**。
- 5.居住狀況：與子女同住有 2 位 (6.1%)，與配偶同住 3 位 (9.1%)，與親戚同住 1 位 (3%)，與朋友同住 2 位 (6%)，**獨居 25 位 (75.8%)** 最多（此選項之獨居指自己一人居住，其餘選項依臺北市獨居老人定義，仍為獨居，只是為統計而區分為非獨居）。
- 6.宗教信仰：無信仰者 7 位 (21.2%)，信仰佛教 6 位 (18.2%)，信仰基督教 4 位 (12.1%)，信仰道教 3 位 (9.1%)，信仰一貫道 1 位 (3%)，**一般民間信仰 12 位 (36.4%)** 最多。
- 7.自覺宗教信仰虔誠度：非常誠心恭敬 6 位 (18.2%)，誠心恭敬 15 位 (45.5%)，普通有 4 位 (12.1%)，不夠誠心恭敬有 1 位 (3%)。
- 8.自覺身體健康狀況：很好 4 位 (12.1%)，好 16 位 (48.5%)，普通 12 位 (36.4%)，差 1 位 (3%)。
- 9.自覺心理健康狀況：很好 5 位 (15.2%)，好 18 位 (54.5%)，普通 7 位 (21.2%)，差 2 位 (6.1%)，很差 1 位 (3%)。

表 4-1-2 實驗組的個人背景資料分配表 (N=33)

背景資料	類別	次數	百分比 (%)	平均值	標準差
1.年齡				75.36	6.34
	66-70 歲	7	21.2		
	71-75 歲	15	45.5		
	76-80 歲	2	6.1		
	81-85 歲	6	18.2		
	86 歲以上	3	9.0		
2.性別	男	20	60.6		
	女	13	39.4		
3.學歷	不識字	6	18.2		
	國小	10	30.3		
	國/初中	9	27.3		
	高中/職	7	21.2		
	大專/大學	1	3.0		
4.婚姻狀況	單身	14	42.4		
	已婚	4	12.1		
	離婚	6	18.2		
	喪偶	9	27.3		
5.居住狀況	與子女同住	2	6.1		
	與配偶同住	3	9.1		
	與親戚同住	1	3.0		
	與朋友同住	2	6.0		
	獨居	25	75.8		
6.宗教信仰	無	7	21.2		
	佛教	6	18.2		
	基督教	4	12.1		
	道教	3	9.1		
	一貫道	1	3.0		
	一般民間信仰	12	36.4		
7.自覺宗教信仰虔誠度	非常誠心恭敬	6	18.2		
	誠心恭敬	15	45.5		
	普通	4	12.1		
	不夠誠心恭敬	1	3.0		
8.自覺身體健康狀況	很好	4	12.1		
	好	16	48.5		
	普通	12	36.4		
	差	1	3.0		
9.自覺心理健康狀況	很好	5	15.2		
	好	18	54.5		
	普通	7	21.2		
	差	2	6.1		
	很差	1	3.0		

### (三) 控制組個人背景資料分佈情形（見表 4-1-3）

以下描述 30 位控制組老人個人背景資料分佈情形：

- 1.年齡：將年齡以五歲為一級距，分成五組（66-70 歲，71-75 歲，76-80 歲，81-85 歲，86 歲以上）。最年長者為 94 歲，最年輕者為 69 歲，平均年齡 **78.1 歲**。其中 66-70 歲有 3 位（10%），**71-75 歲有 10 位（33.3%）佔最多數**，76-80 歲有 6 位（20%），81-85 歲有 7 位（23.4%），86 歲以上有 4 位（13.3%）。
- 2.性別：男性有 23 位，女性有 7 位。男性佔 76.7%
- 3.學歷：不識字有 9 位（30%），國小 11 位（36.8%），國/初中 3 位（10%），高中/職 3 位（10%），大專/大學 3 位（10%），研究所 1 位（3.2%）。**以具國小學歷者最多**。
- 4.婚姻狀況：單身有 16 位（53.3%），已婚 3 位（10%），分居 1 位（3.3%），離婚 5 位（16.7%），喪偶 5 位（16.7%）。**以單身者最多**。
- 5.居住狀況：與子女同住有 1 位（3.3%），與配偶同住 3 位（10%），與朋友同住 5 位（16.7%），**獨居 20 位（66.7%）最多**（此選項之獨居指自己一人居住，其餘選項依臺北市獨居老人定義，仍為獨居，只是為統計而區分為非獨居），其他 1 位（3.3%）。
- 6.宗教信仰：無信仰者 6 位（20%），信仰佛教 8 位（26.7%）最多，信仰基督教 7 位（23.3%），信仰道教 3 位（10%），一般民間信仰 6 位（20%）。
- 7.自覺宗教信仰虔誠度：非常誠心恭敬 8 位（26.7%），誠心恭敬 8 位（26.7%），普通有 7 位（23.3%），不夠誠心恭敬有 1 位（3.3%）。
- 8.自覺身體健康狀況：很好 6 位（20%），好 8 位（26.7%），普通 10 位（33.3%），差 5 位（16.7%），很差 1 位（3.3%）。
- 9.自覺心理健康狀況：很好 5 位（16.7%），好 11 位（36.7%），普通 11 位（36.7%），差 2 位（6.7%），很差 1 位（3.3%）。



表 4-1-3 控制組的個人背景資料分配表 (N=30)

背景資料	類別	次數	百分比 (%)	平均值	標準差
1.年齡				78.10	6.89
	66-70 歲	3	10		
	71-75 歲	10	33.3		
	76-80 歲	6	20.0		
	81-85 歲	7	23.4		
	86 歲以上	4	13.3		
2.性別	男	23	76.7		
	女	7	23.3		
3.學歷	不識字	9	30.0		
	國小	11	36.8		
	國/初中	3	10.0		
	高中/職	3	10.0		
	大專/大學	3	10.0		
	研究所	1	3.2		
4.婚姻狀況	單身	16	53.3		
	已婚	3	10.0		
	分居	1	3.3		
	離婚	5	16.7		
	喪偶	5	16.7		
5.居住狀況	與子女同住	1	3.3		
	與配偶同住	3	10.0		
	與朋友同住	5	16.7		
	獨居	20	66.7		
	其他	1	3.3		
6.宗教信仰	無	6	20.0		
	佛教	8	26.7		
	基督教	7	23.3		
	道教	3	10.0		
	一般民間信仰	6	20.0		
7.自覺宗教信仰虔誠度	非常誠心恭敬	8	26.7		
	誠心恭敬	8	26.7		
	普通	7	23.3		
	不夠誠心恭敬	1	3.3		
8.自覺身體健康狀況	很好	6	20.0		
	好	8	26.7		
	普通	10	33.3		
	差	5	16.7		
	很差	1	3.3		
9.自覺心理健康狀況	很好	5	16.7		
	好	11	36.7		
	普通	11	36.7		
	差	2	6.7		
	很差	1	3.3		



## 二、環境經驗分佈情形

本研究對象的環境經驗包括二部份：接觸死亡的經驗（含是否得過嚴重疾病、接觸重病患者經驗、印象最深刻的死亡經驗、影響死亡態度最深的因素）及談論死亡的情形（含談論死亡的話題及談論的情境）。

### （一）兩組研究對象的環境經驗分佈情形（見表 4-1-4）

以下描述兩組共 63 位老人的環境經驗分佈情形：

- 1.是否得過嚴重疾病：「無」有 40 位 (63.5%)，「有」23 位 (36.5%)。
- 2.曾經接觸生命垂危、瀕死的人的經驗：「無」24 位 (38.1%)，「有」39 位 (61.9%)。
- 3.印象最深刻的死亡經驗：回答「祖父母或外祖父母」者有 1 位 (1.6%)，回答「父母」27 位 (42.9%) 最多，「配偶」有 9 位 (14.3%)，「兄弟姊妹」有 5 位 (7.9%)，「朋友」有 9 位 (14.3%)，「公眾人物」有 1 位 (1.6%)，「其他」有 11 位 (17.5%)。
- 4.影響死亡態度最深的因素：回答「家中的長者」有 9 位 (14.3%)，「某位親人、朋友的死亡事件」有 13 位 (20.6%)，「自己的身體健康狀況」有 6 位 (9.5%)，「宗教信仰」有 4 位 (6.3%)，「一些特別的書報雜誌」2 位 (3.2%)，「曾參加過的葬禮儀式」1 位 (1.6%)，「內心的思考與探索」14 位 (22.2%)，「電視、廣播節目或電影情節」1 位 (1.6%)，「其他」13 位 (20.6%)。
- 5.是否談論過和死亡有關的話題：「無」36 位 (57.1%)，「有」27 位 (42.9%)。
- 6.與他人談論死亡話題的情境：「公開而自然」有 17 位 (27.0%)，「氣氛輕鬆但草草結束話題」有 6 位 (9.5%)，「氣氛輕鬆且充分討論」有 1 位 (1.6%)，「只有在必要時才說」3 位 (4.8%)。

表 4-1-4 兩組研究對象的環境經驗分配表 (N=63)

環境經驗	類別	次數	百分比 (%)
<b>接觸死亡的經驗</b>			
1.是否得過嚴重疾病	無	40	63.5
	有	23	36.5
2.曾經接觸生命垂危、瀕死的人的經驗	無	24	38.1
	有	39	61.9
3.印象最深刻的死亡經驗	祖父母或外祖父母	1	1.6
	父母	27	42.9
	配偶	9	14.3
	兄弟姊妹	5	7.9
	朋友	9	14.3
	公眾人物	1	1.6
	其他	11	17.5
4.影響死亡態度最深的因素	家中的長者	9	14.3
	某位親人、朋友的死亡事件	13	20.6
	自己的身體健康狀況	6	9.5
	宗教信仰	4	6.3
	一些特別的書報雜誌	2	3.2
	曾參加過的葬禮儀式	1	1.6
	內心的思考與探索	14	22.2
	電視、廣播節目或電影情節	1	1.6
	其他	13	20.6
<b>談論死亡的情形</b>			
5.是否談論過和死亡有關的話題	無	36	57.1
	有	27	42.9
6.與他人談論死亡話題的情境	公開而自然	17	27.0
	氣氛輕鬆但草草結束話題	6	9.5
	氣氛輕鬆且充分討論	1	1.6
	只有在必要時才說	3	4.8

## (二) 實驗組環境經驗分佈情形 (見表 4-1-5)

以下描述 33 位實驗組老人環境經驗分佈情形：

- 是否得過嚴重疾病：「無」有 20 位 (60.6%)，「有」13 位 (39.4%)。
- 曾經接觸生命垂危、瀕死的人的經驗：「無」13 位 (39.4%)，「有」20 位 (60.6%)。
- 印象最深刻的死亡經驗：回答「父母」者有 13 位 (39.4%) 最多，「配偶」有 5 位 (15.2%)，「兄弟姊妹」有 4 位 (12.1%)，「朋友」有 6 位 (18.2%)，「公眾人物」有 1 位 (3.0%)，「其他」有 4 位 (12.1%)。

4.影響死亡態度最深的因素：回答「某位親人、朋友的死亡事件」及「內心的思考與探索」者各有 8 位 (24.2%) 最多，「其他」7 位 (21.2%)，「家中的長者」及「自己的身體健康狀況」各有 3 位 (9.1%)，「一些特別的書報雜誌」2 位 (6.1%)，「宗教信仰」及「曾參加過的葬禮儀式」各 1 位 (3.0%)。

5.是否談論過和死亡有關的話題：「無」19 位 (57.6%)，「有」14 位 (42.4%)。

6.與他人談論死亡話題的情境：「公開而自然」有 9 位 (27.3%)，「氣氛輕鬆但草草結束話題」有 3 位 (9.1%)，「氣氛輕鬆且充分討論」有 1 位 (3.0%)，「只有在必要時才說」有 1 位 (3.0%)。

表 4-1-5 實驗組的環境經驗一覽表 (N=33)

環境經驗	類別	次數	百分比 (%)
<b>接觸死亡的經驗</b>			
1.是否得過嚴重疾病	無	20	60.6
	有	13	39.4
2.曾經接觸生命垂危、瀕死的人的經驗	無	13	39.4
	有	20	60.6
3.印象最深刻的死亡經驗	父母	13	39.4
	朋友	6	18.2
	配偶	5	15.2
	兄弟姊妹	4	12.1
	其他	4	12.1
	公眾人物	1	3.0
4.影響死亡態度最深的因素	某位親人、朋友的死亡事件	8	24.2
	內心的思考與探索	8	24.2
	其他	7	21.2
	家中的長者	3	9.1
	自己的身體健康狀況	3	9.1
	一些特別的書報雜誌	2	6.1
	宗教信仰	1	3.0
	曾參加過的葬禮儀式	1	3.0
<b>談論死亡的情形</b>			
5.是否談論過和死亡有關的話題	無	19	57.6
	有	14	42.4
6.與他人談論死亡話題的情境	公開而自然	9	27.3
	氣氛輕鬆但草草結束話題	3	9.1
	氣氛輕鬆且充分討論	1	3.0
	只有在必要時才說	1	3.0

### (三) 控制組環境經驗分佈情形 (見表 4-1-6)



以下描述 30 位控制組老人環境經驗分佈情形：

- 是否得過嚴重疾病：「無」20 位 (66.7%)，「有」10 位 (33.3%)。
- 曾經接觸生命垂危、瀕死的人的經驗：「無」11 位 (36.7%)，「有」19 位 (63.3%)。
- 印象最深刻的死亡經驗：回答「父母」者有 14 位 (46.7%) 最多，「其他」有 7 位 (23.3%)，「配偶」有 4 位 (13.3%)，「朋友」有 3 位 (10.0%)，「兄弟姊妹」有 1 位 (3.3%)，「祖父母或外祖父母」有 1 位 (3.3%)。
- 影響死亡態度最深的因素：回答「家中的長者」、「內心的思考與探索」及「其他」者各有 6 位 (20.0%) 最多，「某位親人、朋友的死亡事件」有 5 位 (16.7%)，「自己的身體健康狀況」及「宗教信仰」各有 3 位 (10.0%)，「電視、電影、廣播節目等情節」1 位 (3.3%)。
- 是否談論過和死亡有關的話題：「無」17 位 (56.7%)，「有」13 位 (43.3%)。
- 與他人談論死亡話題的情境：「公開而自然」有 8 位 (26.7%)，「氣氛輕鬆但草草結束話題」有 3 位 (10.0%)，「只有在必要時才說」有 2 位 (6.7%)。

表 4-1-6 控制組的環境經驗一覽表 (N=30)

環境經驗	類別	次數	百分比 (%)
<b>接觸死亡的經驗</b>			
1.是否得過嚴重疾病	無	20	66.7
	有	10	33.3
2.曾經接觸生命垂危、瀕死的人的經驗			
	無	11	36.7
	有	19	63.3
3.印象最深刻的死亡經驗	父母	14	46.7
	其他	7	23.3
	配偶	4	13.3
	朋友	3	10.0
	兄弟姊妹	1	3.3
	祖父母或外祖父母	1	3.3
4.影響死亡態度最深的因素			
	家中的長者	6	20.0
	內心的思考與探索	6	20.0



環境經驗	類別	次數	百分比 (%)
	其他	6	20.0
	某位親人、朋友的死亡事件	5	16.7
	自己的身體健康狀況	3	10.0
	宗教信仰	3	10.0
	電視、電影、廣播節目等情節	1	3.3
<b>談論死亡的情形</b>			
5.是否談論過和死亡有關的話題	無	17	56.7
	有	13	43.3
6.與他人談論死亡話題的情境	公開而自然	8	26.7
	氣氛輕鬆但草草結束話題	3	10.0
	只有在必要時才說	2	6.7

### 三、研究對象的背景資料與環境經驗差異情形

以下分別說明兩組研究對象的背景資料與環境經驗差異情形。

#### (一) 研究對象的背景資料差異情形

1.年齡：實驗組平均年齡為 75.36 歲，標準差為 6.34；控制組平均年齡為 78.10 歲，標準差為 6.89。以獨立樣本  $t$  檢定檢視兩組研究對象的年齡差異， $t$  值為 1.64,  $p$  值 0.10，未達統計上顯著，表示兩組老人的年齡無顯著差異。如表 4-1-7：

表 4-1-7 研究對象於年齡之差異情形

變項	分組	個數	平均數	標準差	$t$ 值	$p$ 值
年齡	實驗組	33	75.36	6.34	1.64	0.10
	控制組	30	78.10	6.89		

\*  $p < .05$

2.性別：實驗組男性 20 位，女性 13 位；控制組男性 23 位，女性 7 位。以卡方檢定分析兩組研究對象在性別的差異情形，結果 pearson 卡方檢定漸近顯著性的值大於 0.05，表示兩組老人的性別無顯著差異。如表 4-1-8：

表 4-1-8 研究對象於性別之差異情形

變項	類別	分組及百分比 (%)		$\chi^2$ 值
		實驗組 (n=33)	控制組 (n=30)	
性別	男	31.7	36.5	0.171
	女	20.6	11.1	

\*  $p < .05$

3.學歷：實驗組老人不識字有 6 位，識字與國小有 10 位，國高中 16 位，大專以上 1 位；控制組老人不識字有 9 位，識字與國小有 11 位，國高中 6 位，大專以上 4 位。以相關係數 Cramer's V 分析兩組老人於學歷之相關程度，結果 Cramer's V 值為 0.33， $p=0.076 > 0.05$ ，未達統計上顯著，表示兩組老人的學歷狀況接近，沒有顯著差異。如表 4-1-9：

表 4-1-9 研究對象於學歷之差異情形

變項	類別	分組及百分比 (%)		Cramer's V 值	P-value
		實驗組 (n=33)	控制組 (n=30)		
學歷	不識字	9.5	14.3	0.33	0.076
	識字與國小	15.9	17.5		
	國高中	25.4	9.5		
	大專以上	1.6	6.3		

\*  $p < .05$

4.婚姻狀況：實驗組老人單身有 14 位，已婚 4 位，離婚 6 位，喪偶 9 位；控制組老人單身有 16 位，已婚 3 位、分居 1 位，離婚 5 位，喪偶 5 位。以相關係數 Cramer's V 分析兩組老人於學歷之相關程度，結果 Cramer's V 值為 0.19， $p=0.668 > 0.05$ ，未達統計上顯著，表示兩組老人的婚姻狀況接近，沒有顯著差異。如表 4-1-10：

表 4-1-10 研究對象於婚姻狀況之差異情形

變項	類別	分組及百分比 (%)		Cramer's V 值	P-value
		實驗組 (n=33)	控制組 (n=30)		
婚姻狀況	單身	22.2	25.4	0.19	0.668
	已婚	6.3	4.8		
	分居	.0	4.8		
	離婚	9.5	7.9		
	喪偶	14.3	7.9		

\*  $p < .05$

5.居住狀況：實驗組獨居者有 25 位，非獨居者有 8 位；控制組獨居者有 20 位，非獨居者有 10 位。以卡方檢定分析兩組研究對象在居住狀況的差異情形，結果 pearson 卡方檢定漸近顯著性的值大於 0.05，表示兩組老人的居住狀況無顯著差異（在此之獨居指自己一人居住，其餘選項依臺北市獨居老人定義，仍為獨居，只是為統計而區分為非獨居）。如表 4-1-11：

表 4-1-11 研究對象於居住狀況之差異情形

變項	類別	分組及百分比 (%)		$\chi^2$ 值
		實驗組 (n=33)	控制組 (n=30)	
居住狀況	獨居	39.7	31.7	0.425
	非獨居	12.7	15.9	

\*  $p < .05$

6.宗教信仰：實驗組無信仰者有 7 位，有信仰 26 位；控制組無信仰者有 6 位，有信仰 24 位。以卡方檢定分析兩組研究對象在宗教信仰的差異情形，結果 pearson 卡方檢定漸近顯著性的值大於 0.05，表示兩組老人的宗教信仰無顯著差異。如表 4-1-12：

表 4-1-12 研究對象於宗教信仰之差異情形

變項	類別	分組及百分比 (%)		$\chi^2$ 值
		實驗組 (n=33)	控制組 (n=30)	
宗教信仰	無	11.1	9.5	0.905
	有	41.3	38.1	

\*  $p < .05$

7. 宗教信仰虔誠度：實驗組的宗教信仰虔誠度平均數為 3.15，標準差為 1.78；控制組的宗教信仰虔誠度平均數為 3.16，標準差為 1.80。以獨立樣本 t 檢定檢視兩組研究對象的信仰虔誠度，t 值為 0.33，p 值為 0.97，未達統計上顯著，表示兩組老人的宗教信仰虔誠度無顯著差異。如表 4-1-13：

表 4-1-13 研究對象於宗教信仰虔誠度之差異情形

變項	分組	個數	平均數	標準差	t 值	p 值
宗教信仰虔誠度	實驗組	33	3.15	1.78	1.64	0.10
	控制組	30	3.16	1.80		

\*  $p < .05$

8. 身體健康狀況：實驗組的身體健康狀況平均數為 3.70，標準差為 0.72；控制組的身體健康狀況平均數為 3.43，標準差為 1.10。以獨立樣本 t 檢定檢視兩組研究對象的身體健康狀況，t 值為 -1.12，p 值為 0.26，未達統計上顯著，表示兩組老人的身體健康狀況無顯著差異。如表 4-1-14：

表 4-1-14 研究對象於身體健康狀況之差異情形

變項	分組	個數	平均數	標準差	t 值	p 值
身體健康狀況	實驗組	33	3.70	0.72	-1.12	0.26
	控制組	30	3.43	1.10		

\*  $p < .05$

9. 心理健康狀況：實驗組的心理健康狀況平均數為 3.73，標準差為 0.91；控制組的心理健康狀況平均數為 3.57，標準差為 0.97。以獨立樣本 t 檢定檢視兩組研究對象的心理健康狀況，t 值為 -0.67，p 值為 0.50，未達統計上顯著，表示兩組老人的心理健康狀況無顯著差異。如表 4-1-15：

表 4-1-15 研究對象於心理健康狀況之差異情形

變項	分組	個數	平均數	標準差	t 值	p 值
身體健康狀況	實驗組	33	3.73	0.91	-0.67	0.50
	控制組	30	3.57	0.97		

\*  $p < .05$



## (二) 研究對象的環境經驗差異情形

1.是否得過嚴重疾病：實驗組答「無」有 20 位，「有」13 位；控制組答「無」有 20 位，「有」10 位。以卡方檢定分析兩組研究對象在有無得過嚴重疾病的差異情形，結果 Pearson 卡方檢定漸近顯著性的值大於 0.05，表示兩組老人是否得過嚴重疾病的經驗無顯著差異。如表 4-1-16：

表 4-1-16 研究對象於是否得過嚴重疾病之差異情形

變項	類別	分組及百分比 (%)		$\chi^2$ 值
		實驗組 (n=33)	控制組 (n=30)	
是否得過嚴重疾病	無	31.7	31.7	0.618
	有	20.6	15.9	

\*  $p < .05$

2.接觸死亡的經驗：實驗組答「無」有 13 位，「有」20 位；控制組答「無」有 11 位，「有」19 位。以卡方檢定分析兩組研究對象在接觸死亡的經驗之差異情形，結果 Pearson 卡方檢定漸近顯著性的值大於 0.05，表示兩組老人接觸死亡的經驗無顯著差異。如表 4-1-17：

表 4-1-17 研究對象於接觸死亡的經驗之差異情形

變項	類別	分組及百分比 (%)		$\chi^2$ 值
		實驗組 (n=33)	控制組 (n=30)	
接觸死亡的經驗	無	20.6	17.5	0.824
	有	31.7	30.2	

\*  $p < .05$

3.談論死亡的話題：實驗組答「無」有 19 位，「有」14 位；控制組答「無」有 17 位，「有」13 位。以卡方檢定分析兩組研究對象在談論死亡話題之差異情形，結果 Pearson 卡方檢定漸近顯著性的值大於 0.05，表示兩組老人談論死亡話題的經驗無顯著差異。如表 4-1-18：

表 4-1-18 研究對象於談論死亡話題之差異情形

變項	類別	分組及百分比 (%)		$\chi^2$ 值
		實驗組 (n=33)	控制組 (n=30)	
談論死亡話題	無	30.2	27.0	0.942
	有	22.2	20.6	

\*  $p < .05$

綜合上述 12 個表，其中年齡與宗教信仰虔誠度、身體健康狀況、心理健康狀況皆為等距尺度變項，以獨立樣本  $t$  檢定檢視兩組研究對象有關此 4 變項的差異情形，結果發現兩組皆未達統計上的顯著差異。

性別、居住狀況、宗教信仰、是否得過嚴重疾病、接觸死亡的經驗及談論死亡話題為二分的類別變項，以卡方檢定分析兩組研究對象在此 6 變項的差異情形，結果 Pearson 卡方檢定漸近顯著性的值均大於 0.05，表示這些控制變項在兩組均無顯著差異。

以相關係數 Cramer's V 分析兩組研究對象於學歷及婚姻狀況之相關程度，結果  $p$  值皆未達統計上顯著，表示兩組老人的學歷及婚姻狀況接近，沒有顯著差異。

以上結果顯示兩組研究對象的所有控制變項並無顯著差異，表示研究設計已控制這些可能干擾實驗的變項，使之不會影響實驗結果。

## 第二節 研究對象之死亡態度與預約善終意願

本節分別描述實驗組及控制組兩組研究對象在死亡態度與預約善終意願前測（生死教育課程介入前）部份所呈現的結果。



## 一、研究對象的死亡態度

### (一) 實驗組前測的死亡態度

本研究採 Wong et al. (1994) 研發修訂之「死亡態度修訂量表」(DAP-R) 之死亡接受三分量表 (中性死亡接受、趨近性死亡接受、逃離性死亡接受)，作為研究對象之死亡態度測量，共有 20 題。實驗組老人死亡態度的總和平均數為 72.03，標準差為 7.67，最大值 92，最小值 56；三個分量表的死亡態度得分如表 4-2-1，結果說明如下：

1. 中性死亡接受 (Neutral Acceptance)：共 5 題 (題號 3,8,11,14,19)，單一分量表得分平均數為 4.08，標準差為 1.91，最大值 25，最小值 16，是三個分量表得分最高的。
2. 趨近性死亡接受 (Approach Acceptance)：共 10 題 (題號 1,4,7,9,10,12,15,16,17,20)，單一分量表得分平均數為 3.30，標準差為 6.10，最大值 45，最小值 21。是三個分量表得分最低的。
3. 逃離性死亡接受 (Escape Acceptance)：共 5 題 (題號 2,5,6,13,18)，單一分量表得分平均數為 3.72，標準差為 2.51，最大值 23，最小值 11，是三個分量表得分次高的。

表 4-2-1 實驗組前測之死亡態度及死亡接受分量表得分一覽表 (n=33)

量表 題號	項目	平均數	標準差	最大值	最小值
死亡態度總合		72.03	7.67	92	56
中性死亡接受 (單一分量表的得分平均數)		20.39	1.91	25	16
3	死亡應該被視為一種自然、無可否認又無法避免的事	4.30	0.46	5	4
8	我覺得死亡是生命中自然的一部分	4.24	0.43	5	4
11	我並不害怕死亡，但也不歡迎它的到來	3.70	0.84	5	2
14	死亡只是生命過程的一部分	4.24	0.43	5	4
19	死亡既不是好事也不是壞事	3.91	0.67	5	2



量表 題號	項目	平均數	標準差	最大值	最小值
	<b>趨近性死亡接受</b> (單一分量表的得分平均數)	<b>33.03</b>	<b>6.10</b>	<b>45</b>	<b>21</b>
1	我相信自己死後會到天堂/天國/極樂世界去	3.21	1.08	5	1
4	我覺得死亡是通往快樂天堂/天國/極樂世界的入口	3.36	0.85	4	2
7	我相信死後的世界會比現世的世界更好	3.06	0.86	5	2
9	我覺得死亡是一種與上蒼（上帝神佛）及永恆至樂的結合	3.52	0.83	5	2
10	死亡可以帶來一個全新燦爛的希望	3.24	0.96	5	2
12	我期望死後可以和我愛的人團聚	3.09	1.01	5	2
15	我視死亡為一個通往永恆幸福的路徑	3.36	0.96	5	2
16	我覺得死亡為靈魂提供了最好的解脫	3.58	0.86	5	2
17	當我相信死後仍有生命，這是我面對死亡時最寬慰的事	3.39	0.82	4	2
20	我對死後的生命有所期待	3.21	0.89	4	2
	<b>逃離性死亡接受</b> (單一分量表的得分平均數)	<b>18.60</b>	<b>2.51</b>	<b>23</b>	<b>11</b>
2	死亡將會結束我所有的煩惱	3.91	0.72	5	2
5	死亡可以讓我從這個糟糕的世界逃脫	3.39	0.82	4	2
6	死亡是悲痛與苦難的解脫	3.64	0.74	4	2
13	我將死亡視為今生一切痛苦的結束	3.79	0.69	5	2
18	我視死亡為放下今生重擔的方式	3.88	0.41	5	3

## （二）控制組前測的死亡態度

控制組老人死亡態度的總和平均數為 68.30，標準差為 9.05，最大值 81，最小值 49；在三個分量表的死亡態度得分如表 4-2-2，結果說明如下：

1. 中性死亡接受 (Neutral Acceptance)：共 5 題（題號 3,8,11,14,19），單一分量表得分平均數為 4.07，標準差為 2.51，最大值 25，最小值 14，是三個分量表得分最高的。
2. 趨近性死亡接受 (Approach Acceptance)：共 10 題（題號 1,4,7,9,10,12,15,16,17,20），單一分量表得分平均數為 3.07，標準差為 6.67，最大值 40，最小值 14，是三個分量表得分最低的。
3. 逃離性死亡接受 (Escape Acceptance)：共 5 題（題號 2,5,6,13,18），單一分量

表得分平均數為 3.44，標準差為 4.24，最大值 23，最小值 6，是三個分量表得分次高的。



表 4-2-2 控制組前測之死亡態度及死亡接受分量表得分一覽表 (n=30)

量表 題號	項目	平均數	標準差	最大值	最小值
<b>死亡態度總合</b>		<b>68.30</b>	<b>9.05</b>	<b>81</b>	<b>49</b>
<b>中性死亡接受</b>		<b>20.36</b>	<b>2.51</b>	<b>25</b>	<b>14</b>
	<b>(單一分量表的得分平均數)</b>	<b>4.07</b>			
3	死亡應該被視為一種自然、無可否認又無法避免的事	4.37	0.49	5	4
8	我覺得死亡是生命中自然的一部分	4.13	0.77	5	2
11	我並不害怕死亡，但也不歡迎它的到來	3.83	0.79	5	2
14	死亡只是生命過程的一部分	4.07	0.58	5	3
19	死亡既不是好事也不是壞事	3.97	0.71	5	2
<b>趨近性死亡接受</b>		<b>30.73</b>	<b>6.67</b>	<b>40</b>	<b>14</b>
	<b>(單一分量表的得分平均數)</b>	<b>3.07</b>			
1	我相信自己死後會到天堂/天國/極樂世界去	3.27	1.08	5	1
4	我覺得死亡是通往快樂天堂/天國/極樂世界的入口	3.17	1.05	5	1
7	我相信死後的世界會比現世的世界更好	2.80	0.96	5	1
9	我覺得死亡是一種與上蒼（上帝神佛）及永恆至樂的結合	3.37	1.06	5	1
10	死亡可以帶來一個全新燦爛的希望	2.97	1.06	5	1
12	我期望死後可以和我愛的人團聚	3.27	1.01	5	1
15	我視死亡為一個通往永恆幸福的路徑	3.17	0.98	5	1
16	我覺得死亡為靈魂提供了最好的解脫	3.10	1.12	5	1
17	當我相信死後仍有生命，這是我面對死亡時最寬慰的事	2.70	0.91	4	1
20	我對死後的生命有所期待	2.93	1.01	5	1
<b>逃離性死亡接受</b>		<b>17.20</b>	<b>4.24</b>	<b>23</b>	<b>6</b>
	<b>(單一分量表的得分平均數)</b>	<b>3.44</b>			
2	死亡將會結束我所有的煩惱	3.63	0.92	5	2
5	死亡可以讓我從這個糟糕的世界逃脫	3.33	1.18	5	1
6	死亡是悲痛與苦難的解脫	3.47	1.13	5	1
13	我將死亡視為今生一切痛苦的結束	3.27	1.17	5	1
18	我視死亡為放下今生重擔的方式	3.50	1.10	5	1



## 二、研究對象的預約善終意願

### (一) 實驗組前測的預約善終意願

實驗組老人對預立遺囑及預立醫療指示二者預約善終意願的總和平均數為 47.45，標準差為 3.92，最大值 58，最小值 40，各題得分如表 4-2-3：

表 4-2-3 實驗組前測預約善終意願總合及各題得分一覽表 (n=33)

題號	項目	平均數	標準差	最大值	最小值
	<b>預約善終意願總合</b>	<b>47.45</b>	<b>3.92</b>	<b>58</b>	<b>40</b>
1	您認為自己能夠對死亡預作準備，人生才會有「善終」	3.91	0.57	5	2
2	您願意參加活動，多瞭解「預立遺囑」的訊息	3.76	0.61	5	2
3	瞭解「預立遺囑」的意義與內容後，您會採取「預立遺囑」的行動	3.36	0.82	4	2
4	國內已立法通過，當醫師診斷病人為生命末期且治療無效時，病人可自行決定「不要急救」，您同意這種作法嗎？	4.12	0.48	5	3
5	如果發生意外危及生命或面臨生命末期時，您會選擇「不要急救」嗎？	4.03	0.52	5	3
6	簽署「不施行心肺復甦術意願書」是一種自我意願的表達，您會考慮簽署嗎？	3.36	0.92	5	2
7	不施行急救就等於是放棄病人或放棄生命，您認同這種說法嗎？	3.48	0.90	4	1
8	您已瞭解簽署「不施行心肺復甦術意願書」後，是可以隨時修改或取消的	3.00	0.90	4	2
9	萬一自己面臨生命末期時，或者面臨生命無法挽救時，您會考慮捐贈器官以遺愛人間	3.06	1.11	5	2
10	對於「要不要施行急救」、「要不要捐贈器官或遺體」等議題，應該由自己做決定	4.09	0.45	5	3
11	您覺得自己身後之事，例如：喪葬安排、遺囑交代等事情，應該要事先安排妥當	3.67	0.73	5	2
12	您覺得事先交代清楚自己身後之事，是一種避免親友困擾且負責任的作法	3.88	0.60	5	2
13	由於預立遺囑及預立醫療指示都是「善終」的表現，所以您認為應該要多多推廣	3.73	0.62	5	2

## (二) 控制組前測的預約善終意願



控制組老人對預立遺囑及預立醫療指示二者預約善終意願的總和平均數為 45.43，標準差為 6.04，最大值 55，最小值 32，各題得分如表 4-2-4：

表 4-2-4 控制組前測預約善終意願總合及各題得分一覽表 (n=30)

題號	項目	平均數	標準差	最大值	最小值
	<b>預約善終意願總合</b>	<b>45.43</b>	<b>6.04</b>	<b>55</b>	<b>32</b>
1	您認為自己能夠對死亡預作準備，人生才會有「善終」	3.60	0.81	5	2
2	您願意參加活動，多瞭解「預立遺囑」的訊息	2.90	0.92	4	2
3	瞭解「預立遺囑」的意義與內容後，您會採取「預立遺囑」的行動	3.03	1.03	4	1
4	國內已立法通過，當醫師診斷病人為生命末期且治療無效時，病人可自行決定「不要急救」，您同意這種作法嗎？	4.03	0.80	5	2
5	如果發生意外危及生命或面臨生命末期時，您會選擇「不要急救」嗎？	3.97	0.71	5	2
6	簽署「不施行心肺復甦術意願書」是一種自我意願的表達，您會考慮簽署嗎？	3.67	0.95	5	2
7	不施行急救就等於是放棄病人或放棄生命，您認同這種說法嗎？	3.40	1.00	5	2
8	您已瞭解簽署「不施行心肺復甦術意願書」後，是可以隨時修改或取消的	2.93	0.94	5	1
9	萬一自己面臨生命末期時，或者面臨生命無法挽救時，您會考慮捐贈器官以遺愛人間	2.97	1.06	5	1
10	對於「要不要施行急救」、「要不要捐贈器官或遺體」等議題，應該由自己做決定	4.17	0.37	5	4
11	您覺得自己身後之事，例如：喪葬安排、遺囑交代等事情，應該要事先安排妥當	3.50	0.86	5	2
12	您覺得事先交代清楚自己身後之事，是一種避免親友困擾且負責任的作法	3.73	0.86	5	2
13	由於預立遺囑及預立醫療指示都是「善終」的表現，所以您認為應該要多多推廣	3.53	0.86	5	2



### 三、研究對象的前測差異分析

將上述四個表彙整成實驗組與控制組前測各依變項之差異性  $t$  檢定摘要表，如表 4-2-5。由表 4-2-5 得知實驗組及控制組在前測之「死亡態度量表」得分，實驗組的平均分數為 72.03，而控制組為 68.30，雖然實驗組有較高的死亡接受度，但  $p$  值為 .082，未達顯著差異水準。另外兩組於前測之「預約善終意願」得分，實驗組的平均分數為 47.45，而控制組為 45.43，雖然實驗組有較高的預約善終意願，但  $p$  值為 .118，未達顯著差異水準。

以上結果顯示兩組研究對象在前測上之「死亡態度」及「預約善終意願」二個依變項的得分表現均無顯著差異。

表 4-2-5 實驗組與控制組前測各依變項之差異性  $t$  檢定摘要表

依變項	分組	個數	平均數	標準差	$t$ 值	$p$ 值
死亡態度總合	實驗組	33	72.03	7.67	-1.76	0.082
	控制組	30	68.30	9.05		
中立性死亡接受	實驗組	33	20.39	1.91	-0.04	0.961
	控制組	30	20.36	2.51		
趨近性死亡接受	實驗組	33	33.03	6.10	-1.42	0.159
	控制組	30	30.73	6.67		
逃離性死亡接受	實驗組	33	18.60	2.51	-1.58	0.121
	控制組	30	17.20	4.24		
預約善終意願總合	實驗組	33	47.45	3.92	-1.55	0.126
	控制組	30	45.43	6.04		

\*  $p < .05$



### 第三節 控制變項與依變項之相關性分析

本節主要在回答研究問題一：個人背景資料與環境經驗對經濟弱勢獨居老人面對死亡態度及預約善終意願會造成影響嗎？以及驗證研究假設一、二、三、四：「個人背景資料」及「環境經驗」因素對經濟弱勢獨居老人面對「死亡態度」及「預約善終意願」的表現，具顯著性影響。

以下分別描述從個人背景資料及環境經驗等控制變項瞭解與研究對象的死亡態度及預約善終意願等依變項之相關性，最後以階層迴歸分析投入達顯著水準的變項對死亡態度及預約善終的關係與影響。

#### 一、個人背景資料與依變項之相關性

以下就年齡、性別、學歷、婚姻狀況、居住狀況、宗教信仰、宗教信仰虔誠度、身體健康狀況、心理健康狀況等九項個人背景資料，與研究對象的死亡態度及預約善終意願等依變項之相關性，分別予以分析。

##### （一）年齡與死亡態度及預約善終意願之相關性

以皮爾森積差相關（Pearson's r）分析年齡與研究對象之死亡態度及預約善終意願的關聯程度，結果僅顯示年齡與預約善終意願達統計上的顯著， $r=-0.402$ ， $p=0.001<0.05$ 。也就是表示兩變項相關，年齡越高，預約善終量表得分越低。以下就表 4-3-1 呈現年齡與死亡態度及預約善終意願之皮爾森相關性分析。

表 4-3-1 年齡與死亡態度及預約善終意願之皮爾森相關分析

變項	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
年齡(1)	-					
死亡態度總合(2)	-.119	-	.255*	.877**	.659**	.091
中立性死亡接受(3)	-.205	.255*	-	-.031	.047	.430**
趨近性死亡接受(4)	-.033	.877*	-.032	-	.312*	.040
逃離性死亡接受(5)	-.100	.659**	.047	.312*	-	-.123
預約善終總合(6)	-.402*	.091	.430**	.040	-.123	-

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

## (二) 性別與死亡態度及預約善終意願之相關性

以獨立樣本  $t$  檢定檢視性別與研究對象之死亡態度及預約善終意願之相關，結果僅顯示死亡態度總和達統計上顯著，表示男性與女性在死亡態度得分上有顯著差異，女性較男性分數高， $t=2.23$ ， $p=0.029 < 0.05$ 。

而分量表部份，趨近性死亡接受亦達統計上顯著，表示男性與女性在趨近性死亡接受得分上有顯著差異，女性較男性分數高， $t=3.94$ ， $p=0.000 < 0.05$ 。

其他中立性死亡接受、逃離性死亡接受及預約善終意願均無顯著相關。以下就表 4-3-2 呈現性別與死亡態度及預約善終意願之相關性。

4-3-2 性別與死亡態度及預約善終意願之相關性

依變項	性別	個數	平均數	標準差	t值	p值
死亡態度總合	女	20	73.65	5.98	2.23	0.029*
	男	43	68.67	9.08		
中立性死亡接受	女	20	20.05	2.13	-0.81	0.421
	男	43	20.53	2.23		
趨近性死亡接受	女	20	35.50	3.67	3.94	0.000*
	男	43	30.27	6.79		
逃離性死亡接受	女	20	18.10	3.68	0.25	0.802
	男	43	17.86	3.44		
預約善終意願總合	女	20	46.90	4.33	0.42	0.669
	男	43	46.30	5.47		

\*  $p < .05$

### (三) 學歷與死亡態度及預約善終意願之相關性

以單因子變異數分析 (ANOVA) 檢視學歷與研究對象之死亡態度及預約善終意願的相關，結果顯示學歷與所有依變項均未達統計上顯著，如表 4-3-3。



表 4-3-3 學歷與死亡態度及預約善終意願之相關性

依變項	學歷分組	個數	平均數	標準差	F	p 值
死亡態度總合	不識字	15	73.80	5.17	1.383	0.257
	識字與國小	21	70.04	8.78		
	國高中	22	68.81	9.44		
	大專以上	5	66.80	9.95		
中立性死亡接受	不識字	15	19.93	1.09	1.541	0.213
	識字與國小	21	20.09	2.34		
	國高中	22	20.54	2.50		
	大專以上	5	22.20	2.28		
趨近性死亡接受	不識字	15	34.66	4.23	1.324	0.275
	識字與國小	21	31.52	5.14		
	國高中	22	31.00	7.14		
	大專以上	5	29.60	11.76		
逃離性死亡接受	不識字	15	19.20	1.82	2.388	0.078
	識字與國小	21	18.42	3.26		
	國高中	22	17.27	3.83		
	大專以上	5	15.00	5.14		
預約善終意願總合	不識字	15	44.26	4.52	1.708	0.175
	識字與國小	21	46.47	4.89		
	國高中	22	47.40	4.68		
	大專以上	5	49.20	8.10		

\*  $p < .05$

#### (四) 婚姻狀況與死亡態度及預約善終意願之相關性

以單因子變異數分析 (ANOVA) 檢視婚姻狀況與研究對象之死亡態度及預約善終意願的相關，結果顯示不同的婚姻狀況與所有依變項均未達統計上顯著，如表 4-3-4。

表 4-3-4 婚姻狀況與死亡態度及預約善終意願之相關性

依變項	婚姻狀況分組	個數	平均數	標準差	F	p 值
死亡態度總合	單身	30	67.96	8.50	2.466	0.055
	已婚	7	72.71	7.34		
	分居	1	80.00			
	離婚	11	68.09	9.57		
	喪偶	14	74.92	6.17		
中立性死亡接受	單身	30	20.30	2.58	0.291	0.883
	已婚	7	20.42	2.82		
	分居	1	20.00			
	離婚	11	21.00	1.73		
	喪偶	14	20.07	1.32		
趨近性死亡接受	單身	30	30.50	6.20	2.306	0.069
	已婚	7	34.14	1.21		
	分居	1	40.00			
	離婚	11	29.72	8.30		
	喪偶	14	35.07	5.53		
逃離性死亡接受	單身	30	17.16	3.29	1.570	0.195
	已婚	7	18.14	4.74		
	分居	1	20.00			
	離婚	11	17.36	4.50		
	喪偶	14	19.78	1.52		
預約善終意願總合	單身	30	46.76	5.58	0.696	0.598
	已婚	7	44.42	3.20		
	分居	1	45.00			
	離婚	11	48.18	5.41		
	喪偶	14	45.71	4.69		

\*  $p < .05$



## (五) 居住狀況與死亡態度及預約善終意願之相關性

以獨立樣本t檢定檢視居住狀況與研究對象之死亡態度及預約善終意願的相關，結果  $p$  值均大於 0.05，顯示居住狀況（此處之獨居指自己一人居住，其餘選項依臺北市獨居老人定義，仍為獨居，只是為統計而區分為非獨居）與所有依變項均無顯著相關。如表 4-3-5。

表 4-3-5 居住狀況與死亡態度及預約善終意願之相關性

依變項	居住狀況	個數	平均數	標準差	t值	p值
死亡態度總合	獨居	45	70.48	8.34	0.34	0.732
	非獨居	18	69.66	9.10		
中立性死亡接受	獨居	45	20.40	2.20	0.10	0.915
	非獨居	18	20.33	2.24		
趨近性死亡接受	獨居	45	32.06	6.58	0.25	0.802
	非獨居	18	31.61	6.20		
逃離性死亡接受	獨居	45	18.02	18.02	0.30	0.761
	非獨居	18	17.72	17.72		
預約善終意願總合	獨居	45	47.15	5.07	1.65	0.104
	非獨居	18	44.83	4.96		

\*  $p < .05$

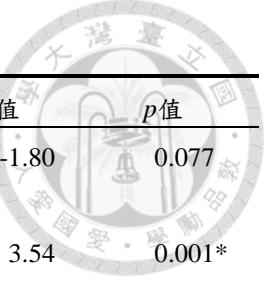
## (六) 宗教信仰與死亡態度及預約善終意願之相關性

以獨立樣本t檢定檢視宗教信仰與研究對象之死亡態度及預約善終意願的相關，結果顯示與預約善終意願達顯著相關， $t=2.03$ ， $p=0.046 < 0.05$ ，表示有宗教信仰者，預約善終意願的量表得分較高。

而分量表部份，中立性死亡接受達統計上顯著， $t=3.54$ ， $p=0.001 < 0.05$ ，表示兩變項相關，有宗教信仰者，中立性死亡接受分量表的得分較高。

宗教信仰與其他死亡態度總合、趨近性死亡接受及逃離性死亡接受等依變項則無顯著相關。以下就表 4-3-6 呈現宗教信仰與死亡態度及預約善終意願之相關性。

表 4-3-6 宗教信仰與死亡態度及預約善終意願之相關性



依變項	宗教信仰	個數	平均數	標準差	t值	P值
死亡態度總合	無	13	66.53	10.57	-1.80	0.077
	有	50	71.22	7.71		
中立性死亡接受	無	13	22.15	2.07	3.54	0.001*
	有	50	19.92	2.00		
趨近性死亡接受	無	13	27.84	8.95	-1.99	0.066
	有	50	33.00	5.21		
逃離性死亡接受	無	13	16.53	3.88	-1.64	0.106
	有	50	18.30	3.32		
預約善終意願總合	無	13	49.00	3.78	2.03	0.046*
	有	50	45.84	5.23		

\*  $p < .05$

## （七）宗教信仰虔誠度與死亡態度及預約善終意願之相關性

以皮爾森積差相關 (Pearson's r) 分析宗教信仰虔誠度與研究對象之死亡態度及預約善終意願的關聯程度，結果顯示宗教信仰虔誠度與趨近性死亡接受達統計上的顯著， $r=0.409$ ， $p=0.001 < 0.05$ 。也就是表示兩變項相關，宗教信仰虔誠度越高，趨近性死亡接受得分越高。

另一結果顯示宗教信仰虔誠度與中立性死亡接受亦達統計上的顯著， $r=-0.419$ ， $p=0.001 < 0.05$ 。也就是表示兩變項相關，宗教信仰虔誠度越高，中立性死亡接受得分越低。以下就表 4-3-7 呈現宗教信仰虔誠度與死亡態度及預約善終意願之相關性。

表 4-3-7 宗教信仰虔誠度與死亡態度及預約善終意願皮爾森相關分析

變項	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
宗教信仰虔誠度(1)	-					
死亡態度總合(2)	.239	-	.255*	.877**	.659**	.091
中立性死亡接受(3)	-.419**	.255*	-	-.031	.047	.430**
趨近性死亡接受(4)	.409**	.877**	-.031	-	.312*	.040
逃離性死亡接受(5)	.092	.659*	.047	.312*	-	-.123
預約善終總合(6)	-.211	.091	.430**	.040	-.123	-

\*  $p<.05$ , \*\* $p<.01$

### （八）身體健康狀況與死亡態度及預約善終意願之相關性

以皮爾森積差相關 (Pearson's r) 分析身體健康狀況與研究對象之死亡態度及預約善終意願的關聯程度，結果顯示身體健康狀況與預約善終兩變項達統計上顯著， $r=0.259$ ， $p=0.04<0.05$ 。也就是表示兩變項相關，身體狀況越好，預約善終得分越高。以下就表 4-3-8 呈現身體健康狀況與死亡態度及預約善終意願之相關性。

表 4-3-8 身體健康狀況與死亡態度及預約善終意願皮爾森相關分析

變項	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
身體健康狀況(1)	-					
死亡態度總合(2)	-.062	-	.255*	.877*	.659**	.091
中立性死亡接受(3)	.121	.255*	-	-.031	.047	.430**
趨近性死亡接受(4)	-.078	.877**	-.031	-	.312*	.040
逃離性死亡接受(5)	-.083	.659*	.047	.312*	-	-.123
預約善終總合(6)	.259*	.091	.430**	.040	-.123	-

\*  $p<.05$ , \*\* $p<.01$

## (九) 心理健康狀況與死亡態度及預約善終意願之相關性

以皮爾森積差相關 (Pearson's r) 分析心理健康狀況與研究對象之死亡態度及預約善終意願的關聯程度，結果顯示心理健康狀況與所有依變項均未達統計上顯著，不能說心理健康狀況與研究對象的死亡態度及預約善終意願有相關性。以下就表 4-3-9 呈現心理健康狀況與死亡態度及預約善終意願之相關性。

表 4-3-9 心理健康狀況與死亡態度及預約善終意願皮爾森相關分析

變項	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
心理健康狀況(1)	-					
死亡態度總合(2)	-.187	-	.255*	.877*	.659*	.091
中立性死亡接受(3)	.081	.255*	-	-.031	.047	.430**
趨近性死亡接受(4)	-.213	.877**	-.031	-	.312*	.040
逃離性死亡接受(5)	-.115	.659*	.047	.312*	-	-.123
預約善終總合(6)	.090	.091	.430**	.040	-.123	-

\*  $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$

## 二、環境經驗與依變項之相關性

以下就是否得過嚴重疾病、接觸死亡經驗、談論死亡話題等三個環境經驗變項，與研究對象的死亡態度及預約善終意願等依變項之相關性，分別予以分析。

### (一) 是否得過嚴重疾病與死亡態度及預約善終意願之相關性

以獨立樣本  $t$  檢定檢視是否得過嚴重疾病與研究對象之死亡態度及預約善終意願的相關，結果顯示與死亡態度總合達統計上顯著相關， $t=-2.26$ ,  $p=0.027<0.05$ ，表示有得過嚴重疾病者，死亡態度量表得分較高。

而分量表部份，逃離性死亡接受達統計上顯著差異， $t=-3.85$ ,  $p=0.000<0.05$ ；表示有得過嚴重疾病者，逃離性死亡接受分量表的得分較高。

其他在中立性死亡接受、趨近性死亡接受及預約善終意願均無顯著相關。以下就表 4-3-10 呈現是否得過嚴重疾病與死亡態度及預約善終意願之相關性。

表 4-3-10 是否得過嚴重疾病與死亡態度及預約善終意願之相關性

依變項	得過嚴重疾病	個數	平均數	標準差	t值	p值
死亡態度總合	無	40	68.47	9.15	-2.26	0.027*
	有	23	73.34	6.27		
中立性死亡接受	無	40	20.50	2.40	0.56	0.576
	有	23	20.17	1.82		
趨近性死亡接受	無	40	31.02	6.86	-1.49	0.139
	有	23	33.52	5.38		
逃離性死亡接受	無	40	16.95	3.89	-3.85	0.000*
	有	23	19.65	1.61		
預約善終意願總合	無	40	46.42	5.13	-0.13	0.892
	有	23	46.60	5.17		

\*  $p < .05$ 

## (二) 接觸死亡經驗與死亡態度及預約善終意願之相關性

以獨立樣本t檢定檢視是否接觸死亡經驗與研究對象之死亡態度及預約善終意願的相關，結果顯示只有與預約善終意願達顯著相關， $t = -2.13$ ， $p = 0.037 < 0.05$ ，表示有接觸死亡經驗者，預約善終意願得分較高；餘則與依變項無顯著相關。以下就表 4-3-11 呈現是否接觸死亡經驗與死亡態度及預約善終意願之相關性。

表 4-3-11 是否接觸死亡經驗與死亡態度及預約善終意願之相關性

依變項	接觸死亡經驗	個數	平均數	標準差	t值	p值
死亡態度總合	無	24	68.41	7.97	-1.35	0.181
	有	39	71.38	8.72		
中立性死亡接受	無	24	20.50	1.81	0.33	0.739
	有	39	20.30	2.42		
趨近性死亡接受	無	24	30.54	6.89	-1.35	0.179
	有	39	32.79	6.06		
逃離性死亡接受	無	24	17.37	3.17	-1.00	0.321
	有	39	18.28	3.67		
預約善終意願總合	無	24	44.79	5.71	-2.13	0.037*
	有	39	47.53	4.46		

\*  $p < .05$

### (三) 是否談論過死亡話題與死亡態度及預約善終意願之相關性

以獨立樣本t檢定檢視是否談論過死亡話題與研究對象之死亡態度及預約善終意願的相關，結果顯示只有與預約善終意願達顯著相關， $t=-2.24$ ,  $p=0.028<0.05$ ，表示曾經談論過死亡話題者，預約善終量表得分較高；餘則與依變項無顯著相關。

以下就表 4-3-12 呈現是否談論過死亡話題與死亡態度及預約善終意願之相關性。

表 4-3-12 是否談論過死亡話題與死亡態度及預約善終意願之相關性

依變項	談論死亡話題	個數	平均數	標準差	t值	p值
死亡態度總合	否	36	69.52	8.88	-0.78	0.438
	有	27	71.22	8.03		
中立性死亡接受	否	36	20.13	2.40	-1.00	0.318
	有	27	20.70	1.89		
趨近性死亡接受	否	36	31.50	6.67	-0.61	0.539
	有	27	32.51	6.17		
逃離性死亡接受	否	36	17.88	2.83	-0.11	0.907
	有	27	18.00	4.26		
預約善終意願總合	否	36	45.27	5.15	-2.24	0.028*
	有	27	48.11	4.66		

\*  $p<.05$

小結：

- 1.年齡與預約善終意願達顯著差異；性別與死亡態度總和及趨近性死亡接受達顯著差異；宗教信仰與中立性死亡接受及預約善終意願達顯著相關；信仰虔誠度與趨近性死亡接受及中立性死亡接受達顯著相關；身體健康狀況與預約善終意願達顯著差異。
- 2.得過嚴重疾病與死亡態度總合及逃離性死亡接受達顯著相關；有接觸死亡經驗者與預約善終意願達顯著相關；曾經談論過死亡話題者與預約善終意願達顯著差異。

兩組研究對象在不同的個人背景資料及環境經驗與死亡態度及預約善終意願之相關性分析結果，以表 4-3-13 彙整分述如下：

表 4-3-13 研究對象之控制變項與依變項的相關性分析結果摘要表

控制變項/依 變項	死亡態度總 合	中立性 死亡接受	趨近性 死亡接受	逃離性 死亡接受	預約善終意 願總合	統計分析方 法
年齡					年齡高 VS. 意願低	Pearson's r
性別	女>男		女>男			獨立 t
學歷						Anova
婚姻狀況						Anova
居住狀況						獨立 t
宗教信仰		有 VS 高			有 VS 高	獨立 t
信仰虔誠度		高 VS 低	高 VS 高			Pearson's r
身體健康狀況					好 VS 高	Pearson's r
心理健康狀況						Pearson's r
是否得過 嚴重疾病	有 VS 高			有 VS 高		獨立 t
是否接觸 死亡經驗					有 VS 高	獨立 t
是否談論過 死亡話題					有 VS 高	獨立 t

以上結果得知「個人背景資料」與「環境經驗」因素對經濟弱勢獨居老人面對「死亡態度」及「預約善終意願」會造成影響。結果支持研究假設一、二、三、四：「個人背景資料」及「環境經驗」因素對經濟弱勢獨居老人面對「死亡態度」及「預約善終意願」的表現，多數變項具顯著性影響。

### 三、死亡態度與預約善終之階層迴歸分析

上述結果得知「個人背景資料」與「環境經驗」因素對經濟弱勢獨居老人面對「死亡態度」及「預約善終意願」會造成影響，研究者欲進一步探究「生死

教育課程」對經濟弱勢獨居老人面對「死亡態度」及「預約善終意願」的影響。以階層迴歸法，將生死教育課程列為一預測因子，以預測其對老人死亡態度及預約善終意願的影響。挑選於統計上達顯著水準的的背景資料及環境經驗變項，分階層投入迴歸方程式中，產生不同的模式，探究不同模式的自變項對死亡態度及預約善終二依變項的影響，及探討生死教育課程對老人死亡態度及預約善終意願是否有顯著的解釋力。

### (一) 死亡態度的階層迴歸分析

針對以上與死亡態度達顯著差異之「性別」、「是否得過嚴重疾病」變項，最後加入「是否參加生死教育課程」變項，在不考慮其他變項的影響下，以階層迴歸進行對於死亡態度影響的分析解釋。第一層先投入背景資料的「性別」變項；第二層加入環境經驗的「是否得過嚴重疾病」變項；第三階層則加入「是否參加生死教育課程」，以三種模式探討「性別」、「是否得過嚴重疾病」、「是否參加生死教育課程」對死亡態度的影響，及「是否參加生死教育課程」對死亡態度是否有顯著的解釋力。分析結果統整如表 4-3-14。

表 4-3-14 死亡態度之階層迴歸分析結果摘要表

變項	Model 1		Model 2		Model 3	
	b	SE	b	SE	b	SE
<b>背景資料</b>						
性別	-5.01*	2.48	-3.83	2.53	-2.64	2.41
<b>環境經驗</b>						
是否得過嚴重疾病			4.38	2.45	4.25	2.30
<b>自變項</b>						
是否參加生死教育課程					6.59**	2.17
模式顯著度	$F=4.060^*$		$F=3.702^*$		$F=5.886^{**}$	
模式解釋力	$R^2=.062$		$R^2=.110$		$R^2=.230$	
$\Delta F$	$\Delta F=4.060^*$		$\Delta F=3.198^*$		$\Delta F=9.238^{**}$	
$\Delta R^2$	$\Delta R^2=.062$		$\Delta R^2=.047$		$\Delta R^2=.121$	

註：b為未標準化迴歸係數；\*  $p<.05$ ；\*\*  $p<.01$ ；\*\*\*  $p<.001$

由表 4-3-14 可以發現，三個模式均有達到統計上的顯著。模式一顯示「性別」對死亡態度具有顯著的解釋力， $F=4.060$ ， $p<0.05$ ，整體模式僅解釋 6.2%，顯見仍有其他重要因素可以解釋死亡態度。

模式二在控制了性別後，又放入了「是否得過嚴重疾病」於迴歸分析中，結果同樣達到統計上的顯著， $F=3.702$ ， $p<0.05$ ，模式解釋力增加至 11%。

模式三在控制了性別及得過嚴重疾病後，又放入了「是否參加生死教育課程」於迴歸分析中，結果亦達統計上顯著， $F=5.886$ ， $p<0.01$ ，其解釋變異為 23.0%，顯示「性別」、「是否得過嚴重疾病」、「是否參加生死教育課程」三個預測變項對經濟弱勢獨居老人的死亡態度有顯著的解釋力，且模式三解釋力比模式二增量了 12.1%，顯示參加生死教育課程確實能有效的提升模型的解釋力。

## （二）預約善終的階層迴歸分析

針對以上與預約善終達顯著差異之「年齡」、「宗教信仰」、「身體健康狀況」、「接觸死亡經驗」、「談論死亡情形」等變項，加入「是否參與生死教育課程」，在不考慮其他變項的影響下，以階層迴歸法進行對於預約善終影響的分析解釋。第一層先投入背景資料的「年齡」、「宗教信仰」及「身體健康狀況」變項；第二層加入環境經驗的「接觸死亡經驗」及「談論死亡情形」變項；第三階層則加入「是否參加生死教育課程」，以三種模式探討「年齡」、「宗教信仰」、「身體健康狀況」、「接觸死亡經驗」、「談論死亡情形」、「是否參加生死教育課程」對預約善終的影響，及「是否參加生死教育課程」對預約善終是否有顯著的解釋力。分析結果統整如表 4-3-15。

表 4-3-15 預約善終之階層迴歸分析結果摘要表

變項	Model 1		Model 2		Model 3	
	b	SE	b	SE	b	SE
<b>背景資料</b>						
年齡	-0.36**	0.10	-0.33**	0.10	-0.24*	0.09
宗教信仰	-1.48	1.74	-1.78	1.73	-1.94	1.46
身體健康狀況	1.02	0.76	1.14	0.76	0.68	0.64
<b>環境經驗</b>						
接觸死亡經驗			1.12	1.45	1.23	1.23
談論死亡情形			2.30	1.43	2.49*	1.21
<b>自變項</b>						
是否參加生死教育課程					5.81***	1.19
模式顯著度	$F=5.096^{**}$		$F=3.922^{**}$		$F=8.569^{***}$	
模式解釋力	$R^2=.206$		$R^2=.256$		$R^2=.479$	
$\Delta F$	$\Delta F=5.096^*$		$\Delta F=1.923^*$		$\Delta F=23.916^{**}$	
$\Delta R^2$	$\Delta R^2=.206$		$\Delta R^2=.050$		$\Delta R^2=.223$	

註 b 為未標準化迴歸係數；\*  $p<.05$ ；\*\*  $p<.01$ ；\*\*\*  $p<.001$

由表 4-3-15 可知，三個模式均有達到統計上的顯著。模式一對預約善終具有顯著的解釋力， $F=5.096$ ， $p<0.01$ ，整體模式能夠解釋預約善終變異的 20.6%。 「年齡」對於預約善終的解釋力大於「宗教信仰」與「身體健康狀況」。

模式二在控制了年齡、宗教信仰、身體健康狀況等背景資料後，投入「接觸死亡經驗」及「談論死亡情形」變項於迴歸分析中，對於預約善終的解釋力達到  $F=3.922$ ， $R^2=25.6$ ， $p<0.05$ ，解釋力增量了 5.0%，也就是在控制背景資料變項的影響下，環境經驗變項能夠額外貢獻 5.0%的解釋力。

模式三在控制了背景資料及環境經驗等 5 個變項後，又放入「是否參加生死教育課程」這個預測變項於迴歸分析，使得全模型的解釋力達到  $F=8.569$ ， $p<0.001$ ，合計三個模式裡 6 個變項對預約善終有顯著的解釋力，其解釋變異為 47.9%，對於預約善終意願的解釋力增量 22.3%，顯示參加生死教育課程的投入能夠有效提升模型的解釋力。

影響死亡態度及預約善終的因素複雜，以階層迴歸分析檢視達顯著水準的控制變項分階層投入模型後，對死亡態度與預約善終意願的影響力，最後投入「是否參加生死教育課程」預測變項，驗證能有效提升模型的解釋力，顯示「生死教育課程」對經濟弱勢獨居老人面對「死亡態度」及「預約善終意願」具有影響力。至於生死教育課程的效果考驗，於下一節說明結果。

## 第四節 生死教育之效果考驗

本節分別描述實驗組及控制組兩組研究對象在死亡態度及預約善終意願後測（生死教育課程介入後）所呈現的結果，以回答研究問題二：生死教育課程是否可以有效影響經濟弱勢獨居老人的死亡與善終態度？以及驗證研究假設五、六：「生死教育課程」對經濟弱勢獨居老人面對「死亡態度」及表達「預約善終意願」的表現，具顯著性影響。

### 一、確定實驗組老人對象

原實驗計畫之實驗組對象需為願意接受前、後測問卷訪問且全程參加五單元生死教育課程之經濟弱勢獨居老人，共有 33 位老人同意接受訪問及參加課程。但由老人參加課程的人/次數一覽表（見表 4-4-1）得到符合初始計畫之參加五單元課程之全勤老人只有 21 位，另外參加四單元者有 7 位，參加 3 個單元者有 3 位，只參加 2 單元者有 2 位。

表 4-4-1 實驗組老人參加課程的人/次數一覽表

參加課程次數	人數小計	人數累計
參加五單元課程	21 人	21 人
參加四單元課程	7 人	28 人
參加三單元課程	3 人	31 人
參加二單元課程	2 人	33 人
總計	33 人	

研究者依老人參加課程的次數，分成三種類別予以統計：第一類含只要有參加課程的所有老人 33 位，第二類為參加五單元課程（全勤）的 21 位老人，第三類為參加四單元及五單元課程的 28 位老人，以相依樣本  $t$  檢定檢視三種類別前後測之差異，統計結果三種類別均有顯著差異。以下就表 4-4-2 分別呈現三種類別之統計結果。

表 4-4-2 實驗組老人參加課程次數三組類別前、後測相依  $t$  檢定摘要表

類別	依變項	平均數	標準差	$t$ 值	$p$ 值
第一類 含所有老人 33 位	死亡態度總合（前）	-4.21	9.18	-2.63	0.013*
	-死亡態度總合（後）				
	預約善終總合（前）	-4.21	3.76	-6.42	0.000*
	-預約善終總合（後）				
第二類 全勤的 21 位老人	死亡態度總合（前）	-3.28	6.88	-2.18	0.041*
	-死亡態度總合（後）				
	預約善終總合（前）	-3.52	3.47	-4.65	0.000*
	-預約善終總合（後）				
第三類 參加四次及五次單元 課程的 28 位老人	死亡態度總合（前）	-4.17	9.47	-2.33	0.027*
	-死亡態度總合（後）				
	預約善終總合（前）	-3.92	3.63	-5.72	0.000*
	-預約善終總合（後）				

\*  $p < .05$

三種類別均有顯著差異，研究考量若樣本數量太少，恐有統計上強韌性不足的問題，故採第一類別只要有參加課程的老人即為實驗組之分類方法，確定實驗組老人共有 33 位。

## 二、實驗組前、後測差異

以相依樣本  $t$  檢定檢視實驗組 33 位老人前測與後測各依變項的差異，結果顯示死亡態度得分有顯著增加，分量表之趨近性死亡接受得分顯著增加；預約善終意願之得分亦有顯著提升。以表 4-4-3 呈現實驗組的前、後測差異。

表 4-4-3 實驗組的前、後測差異 (n=33)



依變項	配對樣本統計量		配對變數差異		t 值	p 值	
	平均數	標準差	平均數	標準差			
成對 1	死亡態度總合(前)	72.03	7.67	-4.21	9.18	-2.63	0.013*
	-死亡態度總合(後)	76.24	8.56				
成對 2	中立性死亡接受(前)	20.39	1.91	-0.90	1.97	-0.26	0.793
	中立性死亡接受(後)	20.48	2.03				
成對 3	趨近性死亡接受(前)	33.03	6.10	-3.93	6.58	-3.43	0.002*
	趨近性死亡接受(後)	36.96	5.12				
成對 4	逃離性死亡接受(前)	18.60	2.51	-0.18	2.36	-0.44	0.662
	逃離性死亡接受(後)	18.78	3.14				
成對 5	預約善終總合(前)	47.45	3.92	-4.21	3.76	-6.42	0.000*
	-預約善終總合(後)	51.66	4.53				

\*  $p < .05$ 

### 三、控制組前、後測差異

以相依樣本 t 檢定檢視控制組 30 位老人前測與後測，各依變項的差異，結果皆未達統計上顯著，表示未參與課程者，隔一段時間後再施測，其死亡態度與預約善終意願均無顯著差異。以表 4-4-4 呈現控制組的前、後測差異。

表 4-4-4 控制組的前、後測差異 (n=30)

依變項	配對樣本統計量		配對變數差異		t 值	p 值	
	平均數	標準差	平均數	標準差			
成對 1	死亡態度總合(前)	68.30	9.05	-0.66	7.24	-0.50	0.618
	-死亡態度總合(後)	68.96	8.94				
成對 2	中立性死亡接受(前)	20.36	2.51	0.20	1.95	0.56	0.579
	中立性死亡接受(後)	20.16	1.93				
成對 3	趨近性死亡接受(前)	30.73	6.67	0.83	3.57	-1.27	0.212
	趨近性死亡接受(後)	31.56	6.76				
成對 4	逃離性死亡接受(前)	17.20	4.24	-0.66	3.30	-0.11	0.913
	逃離性死亡接受(後)	17.26	4.06				
成對 5	預約善終總合(前)	45.43	6.04	0.36	3.12	0.64	0.525
	-預約善終總合(後)	45.06	5.52				

\*  $p < .05$

## 四、研究對象的後測差異分析



以獨立樣本  $t$  檢定檢驗研究假設五、六：「生死教育課程」對經濟弱勢獨居老人面對「死亡態度」及表達「預約善終意願」的表現，具顯著性影響。

將上述二個表彙整成實驗組與控制組後測各依變項之差異性  $t$  檢定摘要表，如表 4-4-5。由表 4-4-5 得知實驗組及控制組在後測之「死亡態度量表」得分，實驗組分數較高， $t=-3.29$ ， $p=0.002<0.05$ ，表示實驗組後測時死亡態度表現具顯著差異。兩組在「趨近性死亡接受」分量表上，實驗組分數較高， $t=-3.59$ ， $p=0.001<0.05$ ，表示實驗組後測時趨近性死亡接受表現具顯著差異。另外兩組於後測之「預約善終意願」得分，實驗組分數較高， $t=-5.20$ ， $p=0.000<0.05$ ，表示實驗組後測時預約善終意願表現達顯著差異水準。

實驗組在參加生死教育課程之後的後測表現，相較於前測時的得分，其「死亡態度」及「預約善終意願」均達顯著差異，控制組在後測與前測比較之後則無顯著差異。結果支持研究假設五、六：「生死教育課程」對經濟弱勢獨居老人面對「死亡態度」及表達「預約善終意願」的表現，具顯著性影響。

表 4-4-5 實驗組與控制組後測各依變項之差異性  $t$  檢定摘要表

依變項	分組	個數	平均數	標準差	$t$ 值	$p$ 值
死亡態度總合	實驗組	33	76.24	8.56	-3.29	0.002*
	控制組	30	68.96	8.94		
中立性死亡接受	實驗組	33	20.48	2.03	-0.63	0.528
	控制組	30	20.16	1.93		
趨近性死亡接受	實驗組	33	36.96	5.12	-3.59	0.001*
	控制組	30	31.56	6.76		
逃離性死亡接受	實驗組	33	18.78	3.14	-1.67	0.100
	控制組	30	17.26	4.06		
預約善終意願總合	實驗組	33	51.66	4.53	-5.20	0.000*
	控制組	30	45.06	5.52		

\*  $p<.05$

## 第五章 研究討論



本章內容主要將上一章研究結果與相關文獻比較，並輔以五個單元的生死教育課程紀錄，進一步探討研究對象的死亡態度及預約善終意願，影響此兩種態度的因素，以及經由生死教育課程介入對老人上述兩種態度的影響及效果，期能確立研究結論，於下一章提出具體可行之建議。共分為三節：第一節為探討老人的死亡態度及預約善終意願，第二節為探討影響老人死亡態度及預約善終意願的因素，第三節為探討生死教育對老人死亡態度與預約善終意願的影響。

### 第一節 探討老人的死亡態度及預約善終意願

#### 一、研究對象的死亡態度

本研究所探討的死亡態度係指 Wong et al. (1994) 研發修訂之「死亡態度修訂量表」(DAP-R) 之「死亡接受」三分量表，包括中性死亡接受、趨近性死亡接受、逃離性死亡接受，作為研究對象之死亡態度測量，共有 20 題。施測的研究對象包括實驗組老人 33 位，控制組老人 30 位，共 63 位經濟弱勢且獨居的老人，在問卷前測所呈現的結果如表 4-2-1、表 4-2-2，摘要如下：

(一) 實驗組 33 位老人死亡態度的總和平均數為 72.03，標準差為 7.67，最大值 92，最小值 56。在三個分量表的得分情形，以「中性死亡接受」平均得分 4.08 最高，其中第 3 題「死亡應該被視為一種自然、無可否認又無法避免的事」平均數為 4.30，得分最高。

(二) 控制組 30 位老人死亡態度的總和平均數為 68.30，標準差為 9.05，最大值 81，最小值 49。在三個分量表的得分情形，以「中性死亡接受」平均得分 4.07 最高，其中第 3 題「死亡應該被視為一種自然、無可否認又無法

避免的事」平均數為 4.37，得分最高。

兩組老人的死亡接受態度並無顯著差異，可以證明在死亡接受態度上，兩組呈現相當的一致性。

### （三）綜合討論：

原來 (2011) 以 208 位 60 歲以上醫院高齡志工為研究對象；彭孟津 (2010) 以臺北市 127 位 65 歲以上的社區老人為研究對象；及李佳芬、李幸香、黃淑禎與楊珀齡 (2006) 以 95 位 65 歲以上的慢性病單身高齡榮民為研究對象，三個相關研究所使用的研究工具與本研究相同，研究結果發現，在死亡態度方面，以中性死亡接受面向得分最高，單題平均數得分最高的題目均為「死亡應該被視為一種自然、無可否認又無法避免的事」，顯示老人的死亡態度有較高的中性接度及認為死亡是生命過程中自然的一部份，較能坦然接受死亡。

研究者透過問卷訪談時，兩組研究對象所表達對於死亡的態度，與高淑芬 (1997) 研究 6 位居住於社區的健康老人結果一致，均表示「死亡是生命中之過程」、「人最終都要走死亡這條路，這是生命自然的一部份」。

## 二、研究對象的預約善終意願

本研究所指的預約善終意願，係採陳榮基 (2010) 推廣「預立遺囑、簽署 DNR，以預約善終」之概念，分為「預立遺囑」及「預立醫療指示」兩部份，以研究者參考相關文獻所設計之問卷，作為研究對象之預約善終意願測量，共有 13 題。施測的研究對象包括實驗組老人 33 位，控制組老人 30 位，共 63 位經濟弱勢且獨居的老人，在問卷前測所呈現的結果如表 4-2-3、表 4-2-4，摘要如下：

（一）實驗組 33 位老人預約善終意願的總和平均數為 47.45，標準差為 3.92，最大值 58，最小值 40。單題平均數最高為 4.12 的第 4 題「國內已立法通過，當醫師診斷病人為生命末期且治療無效時，病人可自行決定不要急救，您同意這種作法嗎？」；第二高分為 4.09 的第 10 題「對於要不要施行急救、



要不要捐贈器官或遺體等議題，應該由自己作決定」。

(二) 控制組 30 位老人預約善終意願的總和平均數為 45.43，標準差為 6.04，最大值 55，最小值 32。單題平均數最高為 4.17 的第 10 題「對於要不要施行急救、要不要捐贈器官或遺體等議題，應該由自己作決定」；第二高分為 4.03 的第 4 題「國內已立法通過，當醫師診斷病人為生命末期且治療無效時，病人可自行決定不要急救，您同意這種作法嗎？」

兩組的預約善終意願並無顯著差異，可以證明在預約善終意願上，兩組呈現相當的一致性。

(三) 綜合討論：

Silverman、Tuma、Schaeffer 和 Singh(1995)調查大學附屬醫院 219 位病人對預立醫療指示的態度，研究指出有 96%的病人同意「我不能預料未來會得到什麼病或接受何種治療」；67%的病人同意「等到那一天到來，我會要我的醫師停止延長我生命的治療」。Nolan 和 Bruder(1997)調查 34 位、平均年齡 49 歲的醫院病患，發現 96%的人同意對臨終治療有選擇的權利。雖然 Silverman 等人(1995)及 Nolan 等人(1997)的研究對象與本研究不同，但對「不要延長生命的治療」、「對臨終治療有選擇的權利」與本研究之「要不要急救，應該由自己決定」預約善終意願有相似之研究結果。

Nolan 和 Bruder(1997)的研究指出 74%的人認為預立醫療指示可避免在臨終時，家人對醫療處置有不同意的反應；Reins、Harshman、Frick、Phillips、Lewis 和 Nolan(1996)發現決定參與預立醫療指示是期望能保有醫療決定的控制力及與家人的關係。吳梓卉 (2012) 訪談了 35 位 65 歲以上的高齡者，發現高齡者對善終的態度是希望沒有痛苦、平靜地離世，不希望造成家人在財務與心力的負擔。研究者進行問卷調查訪談時，兩組研究對象多表示若面臨生命的終點，會選擇不要急救，與吳梓卉 (2012) 的研究結果相同；本研究對象之一的 C 奶奶分享她想要預立遺囑及簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書的理由，就是不希望因她生病或後事造成唯一的女兒的困擾（見附錄之生死教育第三單元課程紀錄），與上述相關研究的發現相似。

## 第二節 探討影響老人死亡態度及預約善終意願的因素

在影響老人死亡態度及預約善終意願的因素方面，本研究針對個人背景資料（含年齡、性別、學歷、婚姻狀況、居住狀況、宗教信仰、宗教信仰虔誠度、身體健康狀況、心理健康狀況）及環境經驗（含是否得過嚴重疾病、接觸死亡經驗與談論死亡話題）等變項，參考相關文獻進行討論。

### 一、探討影響老人的死亡態度及預約善終之個人背景因素

以下就研究對象的個人背景資料，含年齡、性別、學歷、婚姻狀況、居住狀況、宗教信仰、宗教信仰虔誠度、身體健康狀況、心理健康狀況等分別探討對老人死亡態度及預約善終意願的影響，並與相關文獻進行討論。

#### （一）年齡

1. 本研究實驗組的老人平均年齡為 75.36 歲；控制組老人平均年齡為 78.10 歲。

研究結果顯示年齡與死亡態度無顯著差異，僅與預約善終意願達統計上的負相關，也就是年齡越高，預約善終意願越低。

2. 綜合討論：

蔡秋敏和張宏哲（2005）以質性敘事分析研究 8 位住在安養護機構的老人，發現研究對象普存「死亡是人生必經的過程」的認知，都能坦然地面對自己死亡的事實，有著「聽天由命」、「祈求早點來」的想法；蔡明昌（1995）研究發現，75 歲以上的老人，對於晚年生活改變及身體功能減退已有較長時間適應，因此對於死亡焦慮較低；Wong 等人（1994）研究認為老人的死亡接受比死亡焦慮更為顯著。本研究雖未探討研究對象的死亡焦慮，但兩組老人之中性死亡接受度高，與上述三個相關研究結果相似；而研究對象均為經濟弱勢且獨居的老人，有些無子女，有些與家人的關係不睦，面對經濟及非

正式支持系統薄弱的雙重壓力，不僅可以接受死亡，更視死亡為今生痛苦解脫的方式。

Nolan 和 Bruder(1997)的研究指出 41% 的病人認為醫師會為他們做醫療處置的決定，結果顯示年齡與預立醫療指示無顯著相關。張淑真和董和銳(2010)研究 131 位住在中部某榮家的住民對使用維生治療的態度，其研究對象的平均年齡為 82 歲，結果老年人認為應該要聽醫師的醫療處置，與本研究年齡越高，預約善終意願越低之結果相似。

本研究對象之一的 G 奶奶，86 歲，接受問卷訪問時，多次表達年事已高，活得夠久了，希望可以早一點死，至於醫療決定及後事就交由子女處理。

G 奶奶對於死亡及預約善終的態度，與本研究及相關研究的結果一致。

## (二) 性別

1. 本研究實驗組的老人，男性有 20 位，女性有 13 位；控制組老人男性有 23 位，女性有 7 位。研究結果顯示女性的死亡接受度較男性高，其中分量表之趨近性死亡接受度亦同。

2. 綜合討論：

本研究與蔡明昌(1995)針對 415 名高雄市 65 歲以上老人為研究對象，發現女性的死亡關切度高於男性；以及 Kastenboum(2000)指出女性想到死亡時的反應是「活著時感到很快樂」，死亡接受度高之結果一致。而黃琪璘(1991)、林柳吟(2002)、彭孟津(2010)等研究則顯示性別在死亡焦慮上無明顯差異。

研究者分析女性的死亡接受度高於男性的結果，可能與男性受到傳統文化要求男性有苦往肚吞，不容易表達情感；而女性若有焦慮，可自然地將心事表露而獲情緒紓解有關。研究對象 E 阿姨與 F 阿姨便是驗證研究結果很好的實例：E 阿姨由課程一開始對死亡的恐懼與焦慮，而不願談論死亡，到課程結束時可主動與兒子談論簽署安寧緩和意願書及身後事的安排；

F 阿姨原本因情緒受上課後影響而想退出課程，在與女兒談論預立醫療指示的議題後，反而能開心來上課，還建議再舉辦相同的課程，她會廣邀朋友來參加（見附錄之生死教育第二、五單元課程紀錄）。二位研究對象死亡接受度的轉變，應與其願意與重要他人談論、受到重要他人鼓勵與肯定有關。

### （三）學歷、婚姻狀況與居住狀況

1.本研究結果發現，學歷、婚姻狀況、居住狀況與死亡態度及預約善終意願均無顯著相關。

2.綜合討論：

學歷部份與彭孟津（2010）研究指出不識字/國小教育程度者，死亡逃避及死亡恐懼較高，專科/大學學歷者，趨近性死亡接受得分最高之結果不同。研究者分析本研究實驗組的老人學歷為不識字/國小者，佔 48.5%；控制組不識字/國小的老人則佔 66.8%，與彭孟津（2010）的研究對象，不識字/國小的老人佔 43.3% 差異不大，但因其研究對象為 127 位居住在臺北市社區的 65 歲以上老人，與本研究之研究對象居住區域及經濟條件同質性高有所不同，致研究結果不同。

婚姻狀況的研究結果與黃琪璘（1991）、蔡明昌（1995）、彭孟津（2010）等人的研究結果相同。本研究之對象有 30 位單身，佔 47.6%，與非單身的比例接近，從研究者服務及訪談過程中得知有多位研究對象與家人的關係不睦，研究者推測與家人的關係可能會影響研究對象的死亡態度及預約善終意願，而有無婚姻只是一種狀態，研究對象的死亡及預約善終態度反較不受此因素影響。

居住狀況部份與張惠雯、顏啟華、林鵬展、劉立凡（2011）針對彰化某醫院家庭醫學科門診病人為研究對象，瞭解其對預立醫囑的看法，研究發現居住型態與預立醫囑的意願無相關，結果一致。此外，本研究與彭孟

津（2010）研究指出獨居老人在死亡逃避、死亡恐懼、逃離性死亡接受方面較其他居住狀況的老人有較高的傾向；及與蔡明昌（1995）的研究指出獨居老人的死亡關切度最高的研究結果不同。此與本研究對象本來就以獨居老人為收案條件，雖有 28.6% 的研究對象與子女、配偶、朋友、親戚同住，依臺北市獨居老人定義，仍為獨居，研究對象居住狀況條件一致性高，造成此因素對老人的死亡態度及預約善終意願沒有影響，故與上述兩研究結果不同。

#### （四）宗教信仰與宗教信仰虔誠度

1. 本研究結果顯示有宗教信仰者，預約善終意願及中立性死亡接受的得分較高，達顯著差異。而宗教信仰虔誠度越高，趨近性死亡接受度得分越高，中立性死亡接受度得分越低，與此二變項具相關，達顯著差異。

2. 綜合討論：

與本研究結果相同的相關文獻有：林柳吟（2002）研究 308 位雲林縣 65 歲以上社區老人之死亡態度，結果顯示有宗教信仰的老人面對死亡時更坦然；而幾乎不參與宗教活動的老人在中立性死亡接受的得分高於盡量參與及偶爾參與宗教活動的老人。李佳芬等人（2006）針對慢性病單身高齡榮民的研究發現，信仰虔誠度強者，其趨近性接受死亡態度高於沒有信仰者。Tomer 和 Eliason（2005）對美國大學生所做的研究也顯示宗教信仰會影響學生的死亡接受度。

研究者於問卷訪談時發現，有宗教信仰的老人，在填答問卷時對死亡及預約善終多持正向態度，信仰虔誠度高者，更甚之。研究者分析應與宗教信仰帶給老人心靈寄託及希望感有關，信仰虔誠度高的老人不僅相信死後有來生，甚至表示歡迎死亡，無需拒絕，此生能不痛苦、不拖延地離世，未來就以快樂的心情予以迎接。研究對象之一 B 阿姨宗教信仰虔誠度高，

不僅為對已幫家人捐出器官感到疑惑的 A 伯伯解惑，還準備了「生與死」相關的隨身書贈送給其他老人。B 阿姨表示很認同課程討論的死亡議題，採具體行動與他人分享，希望其他老人能因了解死亡、接受死亡而預約善終（見附錄之生死教育第一、二單元課程紀錄）。B 阿姨的想法與行動，完全吻合研究結果。

## （五）身體健康狀況

1. 本研究結果顯示身體健康狀況與預約善終達顯著相關，身體健康狀況越好的老人，預約善終意願量表的得分越高。

2. 綜合討論：

美國醫療管理機構（Managed care Organization）以社區民眾為研究對象，發現自覺健康好的受試者，預立醫囑的意願高（轉引自張惠雯等人，2011）。彭孟津（2010）研究指出，自覺身體健康佳或極佳的老人，會有較正向的死亡態度。上述二個相關研究與本研究結果相似。

研究者分析此與老人認同在身體健康狀況仍良好時，醫療決定及後事等事宜應由自己決定，以免造成依賴他人或為家人帶來困擾及問題有關。研究對象之一的 K 伯伯主動表示他想簽安寧緩和醫療意願書及委託書，將後事委由願意辦理喪禮的社福團體辦理之。K 伯伯對於透過生死教育，清楚臺北市獨居老人生病或去世的處理流程，而能事先為自己的醫療及後事做準備，他很認同而想趁他現在健康及意識還清楚時先行處理，以為自己負責，另外還可避免造成疼愛他的親人因他的健康或後事問題而有困擾（見附錄之生死教育第五單元課程紀錄）。K 伯伯的意願即表現了此部份的研究結果。

## （六）心理健康狀況

1. 本研究之實驗組老人，自覺心理健康狀況好及很好者有 69.7%，加上感覺普

通者則高達 90.9%；控制組老人自覺心理健康狀況好及很好者有 53.4%，加上感覺普通者則高達 90.1%。結果顯示心理健康狀況未與老人的死亡態度與預約善終意願有相關性。

## 2. 綜合討論：

林柳吟（2002）研究指出心理功能越差的老人，在趨近性死亡接受及逃離性死亡接受得分越高，即心理功能越差的老人將死後視為美好的來生，或將死亡視為逃離苦難生活的方法，與本研究結果不同。

林怡君、余豎文和張宏哲（2004）以住在新店地區養護機構及社區各 200 名 65 歲以上的老人為研究對象，研究發現住在養護機構及住在社區的老人，憂鬱盛行率的比例都不低（39.2% 及 29.5%），研究建議要提供住在社區的老人社會福利或老年年金，以預防社區老人的憂鬱。

本研究的研究對象均為領有社會補助之經濟弱勢老人，雖然補助金額依福利身分及等級不同而有差異，但多足以維持基本生活所需；不足之處還有主責社工連結資源予以協助，降低可能因經濟所造成之憂鬱情形，故心理狀態（情緒及心情）穩定，不受死亡或醫療決定等事件影響。

此外，研究者分析研究對象平日與主責社工、志工關係良好，若生活有重大變故出現，認為有可以解決問題的對象（社工、里長等人）討論或代為處理，心理較安定而不致影響情緒。

本研究對象之一的 Q 伯伯在受訪前即表示他現在領的是政府的補助，都是社工、志工在關心他，所以身後事當然也由政府處理（見附錄之生死教育第五單元課程紀錄），與上述相關研究的發現相似，態度上認為由別人幫弱勢的他們決定即可，有無預約善終並非他們在意之事。

## 二、探討影響老人的死亡態度及預約善終之環境經驗因素

以下就研究對象的環境經驗，含是否得過嚴重疾病、接觸死亡經驗與談論死亡的情形等，分別探討對老人死亡態度及預約善終意願的影響，並與相關文獻進行討論。

### (一) 是否得過嚴重疾病

1. 本研究結果顯示有得過嚴重疾病的老人，死亡態度量表得分較高；在分量表部份，逃離性死亡接受的得分亦高，表示與此兩變項有顯著相關。

2. 綜合討論：

黃琪璘(1991)以351位臺北市立綜合醫院各科臨床醫師為研究對象，結果發現曾得過嚴重疾病者，有較高的死亡接受，與本研究結果一致。

研究對象之一的P伯伯，去年再度因心臟腫大而住院，醫院多次開出病危通知。P伯伯表示他已在鬼門關進出多次，這條命是撿回來的，他早已準備好接受死亡(見附錄之生死教育第五單元課程紀錄)。I伯伯因車禍等意外，自稱死過8次，現在以唱歌開心過活兼養生，表示隨時都可以面對死亡。以上二位研究對象得過嚴重疾病的經驗，相當吻合研究結果。

### (二) 接觸死亡的經驗

1. 本研究結果顯示曾經接觸死亡經驗的老人，預約善終量表得分較高。

2. 綜合討論：

彭孟津(2010)研究發現，有接觸死亡相關經驗的老人，對死亡較不會恐懼，死亡接受度較高。陳玉黛和林佩芬(2004)針對111位加護單位的護理人員進行研究，結果發現護理人員的死亡態度，確實會受到照顧瀕死病患的經驗影響。Franke和Durlak(1990)認為重要他人的死亡、瀕死

經驗等，是影響個人死亡態度的重要生活經驗。以上三個相關研究與本研究結果相似。

研究者則在訪談受試對象時發現，曾經照顧過重病的家人或接觸過瀕死經驗的老人，多能堅定地表示若自己面臨無法救治時，會選擇不要急救，與研究結果相當一致。

### （三）談論死亡的情形

1.本研究結果顯示曾經談論過死亡話題者，預約善終量表得分較高。

2.綜合討論：

張惠雯等人(2011)針對彰化某醫院家庭醫學科門診病人為研究對象，瞭解其對預立醫囑的看法，研究發現希望瞭解疾病嚴重度及曾參與不急救同意書討論的受試者，有意願預立醫囑的機會較高，與本研究結果一致。

研究對象Q伯伯、E阿姨及F阿姨，均是在與里長或家人談論、討論簽署DNR及預立遺囑的議題後，從害怕及逃避的態度轉趨願意付諸行動予以預約善終，研究者透過研究對象的改變，觀察到談論死亡也是增加預約善終意願的一種方法。

## 第三節 探討生死教育對老人死亡態度與預約善終意

### 願的影響

(一) 本研究結果顯示經過生死教育課程介入後，實驗組老人的死亡態度及預約善終意願分數均較控制組老人高；另外死亡接受分量表中，趨近性死亡接受的得分，實驗組分數亦高於控制組老人。表示此實驗課程的介入達顯著差異，課程介入是可以有效影響實驗組老人的死亡與預約善終態度。

## (二) 綜合討論：

1.承如研究者於緒論所提，以國家圖書館臺灣博碩士論文知識加值系統簡易查詢，輸入「死亡教育」、「生死教育」、「善終」、「死亡態度」、「預立遺囑」等關鍵字，檢索結果雖有 190 篇論文，以老人為研究對象者僅有 7 篇相關文獻，未有文獻探討生死教育對於老人死亡態度及預約善終之影響，無法與同為老人為研究對象之文獻進行生死教育的探討。

2.黃琪璘（2000）針對 105 位台東師範學院的學生研究發現，死亡教育課程可以有效改變師院生的死亡態度；鍾春櫻（1994）針對 107 位護理專科學校護理科四年級學生研究發現，死亡教育課程對護專學生死亡態度有正向的影響效果。林季玲、楊淑晴（2009）探討 37 篇碩、博士論文及 4 篇期刊文章有關國小、國中、高中、高職學生生死態度教學的整體效果，結果發現生死態度教學成效達中度以上的效果量，顯示課程介入可提升正向生死觀，其中以高中職的學生實施教學的效果最好。本研究與上述三個相關研究之研究對象雖不同，但結果一致。

3.葉寶玲（1999）針對 94 位南投高中一年級的學生所進行之研究發現，死亡教育對學生意識無立即性影響，但在課程結束後八週的後測追蹤，發現實驗組比控制組學生有較多趨近性死亡接受的態度。換言之，死亡教育課程實施後，無法立即顯現其影響，經過一段時日的統整後，才能發揮影響力。該項研究從學生回饋資料中發現，學生對死亡教育課程均給予正向的肯定，與本研究老人給予生死教育課程百分百的高度滿意有相同的結果（見附錄八課程回饋滿意度一覽表）。

4.從文獻得知死亡教育或生死態度教學之論文看似不少，但鮮少有以老人為研究對象，更未有探討生死教育對老人之影響的文獻，研究者推測應與臺灣目前社會對於死亡仍視為禁忌，在老人面前避談此話題有關。但從實驗結果得知，生死教育課程的介入是可以有效影響老人的死亡與預約善終態度，從單元評量表

及課程總回饋表更得知老人對此課程持高度肯定與滿意，研究者分析此與研究對象本來就為社福機構服務之對象，與社福機構及社工人員、志工的關係佳，立基於此信任關係進行生死教育，課程尚未進行即已加分不少；此外，課程進行時又有社工及志工親切的問候與服務，致參加課程的實驗組老人在溫馨的團體動力影響下，對研究議題產生高度認同有關，這些因素可能造成研究結果之干擾，將於研究限制予以討論。

5.研究雖然已控制背景資料及環境經驗變項，兩組老人的死亡態度及預約善終意願，在生死教育課程介入前無顯著差異，統計資料顯示生死教育課程確實有效影響老人的死亡態度與預約善終意願，但死亡態度畢竟是多層面及多變化的，不僅侷限於本研究所探討之因素，還有許多研究未加以控制之變項會影響研究結果，故本研究只能驗證可以有效影響研究對象的死亡態度及預約善終意願。以下輔以幾位老人的回饋，說明本實驗課程對老人的影響：

- (1) 一開始避談死亡、談死亡就會焦慮的E奶奶，課程期間不僅與兒子談論預約善終議題，課程結束時還誇讚研究者真的很勇敢，舉辦多數人不願意談的死亡議題與課程，她認為對於無子女或無家屬的獨居老人而言，讓他們清楚後事的處理而能先做決定，是很大的功德，她想委託社會福利機構辦理她的後事。
- (2) J阿姨表示生死教育課程內容正是她所需要，舉辦這樣的課程對她幫助甚多。無子女的她認為，不管是不施行心肺復甦術、遺囑交代、喪葬安排等事情，都得靠自己，還是依自己的意思事先安排妥當較好。
- (3) A伯伯表示他曾與朋友聊及正在上生死教育課程，友人戲稱「死就死了，有什麼好上課，放到爛、放到臭自然會有人處理」。A伯伯認為死亡不應該這麼消極，他想將後事委由好友處理，但希望釐清法律上的責任，以免有後續不良反應、連累他人。A伯伯原有意捐贈遺體，但了解遺體捐贈處理流程及方式後，認為不想冰存這麼久，想早點入土為安，改變心意不捐了。

(4) Q 伯伯於課程開始前表示他現在領的是政府的補助，都是社工、志工在關心他，所以身後事當然也是由政府的社工處理。整體課程結束後，Q 伯伯表示他已簽署安寧緩和醫療意願書，並請里長及友人當見證人；另不奢求與他關係不佳的女兒處理後事，故想簽委由社福團體辦理後事之委託書，只希望能圓滿完成人生。

(5) P 伯伯對於參加生死教育課程而能增加好多知識，表示感謝，最重要的是對於身後事，他也有較明確的想法，想委託社會福利機構幫他辦理，並申請樹葬，這樣無須勞煩親友，又能有圓滿的結局，對他幫助甚大。

以張淑美（1996）整理許多死亡教育專家所討論，以認知、情緒及行為三層面檢視生死教育實施成效，上述幾位實驗組老人的回饋，對死亡相關知識的瞭解、對死亡的接受態度、能坦然地談論死亡及處理死亡的相關技能，完全符合成效評鑑。

至於研究內、外在效度是否會威脅上述研究結果？本研究為準實驗性介入研究，將研究對象分為實驗組與控制組，這兩組老人的個人背景資料、環境經驗因素、死亡態度及預約善終意願於第四章第一、二節所描述均無顯著差異，意即兩組老人的相似度高，研究方法雖非為隨機分派，但依受訪老人參加生死教育課程的意願區分為兩組，未因差異選擇的問題影響研究內在效度。再者，有 12 位老人（未全勤者）因需回診或其他個人因素而無法全程參加課程，均已事先請假且繼續參加後續課程，未有中途退出的情形，研究的內在效度比較不受影響。另一個可能影響研究結果的外在效度，也可以說是研究的推論性，此部份及其餘可能影響研究結果的內在效度因素於第六章第二節研究限制再予以論述。

## 第六章 結論與建議



本章將歸納研究結果，做成結論，並提出建議，作為未來研究及實務之參考。全章共分為三節：第一節為結論，第二節為研究限制，第三節為建議。

### 第一節 結論

本研究目的在瞭解不同個人背景資料及環境經驗變項的經濟弱勢獨居老人，其死亡態度及預約善終意願的差異情形；以及探討生死教育課程是否可以有效影響研究對象的死亡與善終態度。根據研究目的與研究結果，本研究歸納出幾項結論如下：

- 一、本研究對象之經濟弱勢獨居老人，在生死教育課程介入前，兩組老人的個人背景資料及環境經驗無差異；死亡態度量表及預約善終意願得分亦無顯著差異。
- 二、兩組老人在死亡態度方面，以「中性死亡接受」分量表得分最高，單題平均數得分最高的題目為「死亡應該被視為一種自然、無可否認又無法避免的事」，顯示老人的死亡態度有較高的中性接度及認為死亡是生命過程中自然的一部份，較能坦然接受死亡。
- 三、兩組老人在預約善終意願方面，以「當醫師診斷病人為生命末期且治療無效時，病人可自行決定不要急救」及「對於要不要施行急救、要不要捐贈器官或遺體等議題，應該由自己作決定」二題得分最高。顯示老人對於預立醫療指示的觀念多認為應該由自己決定。
- 四、經濟弱勢獨居老人的死亡態度會受到性別及得過嚴重疾病等個人背景變項及環境經驗的影響而呈現差異。
- 五、經濟弱勢獨居老人的預約善終意願會受到年齡、宗教信仰、身體健康狀況、接觸過死亡經驗及談論過死亡話題等個人背景變項及環境經驗的影響而呈

現差異。

六、經濟弱勢獨居實驗組老人接受生死教育課程介入後，其「死亡態度」、「趨近性死亡接受」、「預約善終意願」得分均較控制組高，有顯著差異。顯示生死教育課程的介入是可以有效影響本研究之實驗組老人的死亡態度與預約善終意願。

## 第二節 研究限制

- 一、本研究為方便取樣，由臺北市某行政區主要服務經濟弱勢且獨居老人的二個社福機構提供研究對象來源，採立意取樣方式，非為隨機分派，使得樣本代表性受到限制。再者，無法確認研究對象之前是否已參加過類似課程；或研究對象可能受身心狀況不良；或礙於福利身份考量與社福機構的權力結構關係而有不好意思拒絕參加課程等干擾因素，可能會影響研究結果。
- 二、本研究所使用之死亡態度量表，雖經預試階段考量老人的體力、耐力及適用性後，刪減部分題目，保留死亡接受的三個分量表 20 題題目，但加上個人背景資料、環境經驗及預約善終意願題目後，形成共有 48 題題目的問卷。在以個別訪談填答的方式完成問卷，每 1 份問卷平均需花費 40-60 分鐘完成，若老人的理解力及注意力不足，會影響問卷填答的真實性。另訪員包含研究者、社工、志工等，與受訪者具信任基礎，長期良好的互動關係，亦可能影響問卷的真實性。所有訪員雖均已接受訓練，若在訪談過程，為求讓受訪者理解，而有問卷解釋不一致甚或不中立的態度，造成問卷填答的偏誤，致影響課程介入的效果。
- 三、本研究因資源取得及人力、物力的限制，僅採用方便取樣，由臺北市某行政區主要服務經濟弱勢且獨居老人的二個社福機構所提供的研究母群體只有 84 位，雖然研究者擬好邀請符合條件的老人參與課程的說帖，以供二個

社福機構之社工人員盡可能說明清楚，讓老人明白研究目的、課程內容與實施方式，而有意願參與研究，但最後只有 33 位老人報名參加課程，編為實驗組；30 位老人願意受訪但無意願或無法參加課程，編為控制組。共 63 位研究對象的樣本數，僅能呈現臺北市該行政區經濟弱勢獨居老人在死亡態度及預約善終的意願，因樣本數小、收案條件特定且均集中在特定社區，因此無法將研究結果推論至非經濟弱勢的社區老人，亦無法推論至全臺北市甚至其他縣市區域，研究結果的推論性及推論範圍受到限制。

## 第三節 建議

依據文獻探討、研究結果、結論和研究限制，分別對老人、老人生死教育、實務工作及未來研究方向提出建議。

### 一、對老人的建議

#### （一）尋求宗教信仰以獲心靈支持

由本研究及相關研究得知，有宗教信仰的老人，預約善終及死亡接受度較高，顯示有宗教信仰的老人面對死亡時更坦然。研究者於問卷訪談時發現，有宗教信仰的老人，對於問卷的回答，多持正面的態度；宗教信仰虔誠度高者，正面態度更甚之。因此研究者建議老人可以選擇一個自己願意接近、接受的宗教，藉由宗教獲得心靈寄託，相信對死亡及預約善終的態度有正面的想法，而有不一樣的生命及生活選擇。

#### （二）維持身體健康

研究者的研究動機即因所服務的一位獨居老人未能即時監控自己的健康狀況，高血壓致腦幹出血，成植物人而安置於長期照護機構。研

究者不忍生活多需由自己掌控的獨居老人，晚年生命還需賴以維生治療，故藉由教育，提升老人保健知識，進而願意為自己的生命負責。本研究得知身體狀況越好的老人，預約善終意願較高，研究者認為健康是老人最大的財富，建議老人平時就應注重身、心、靈保健，定期接受健康檢查及運動，以維持身體的健康。

### （三）與他人討論生命及死亡的話題

大自然對生命最公平的一件事就是「死亡」，無一可倖免。受訪者對「死亡應該被視為一種自然、無可否認又無法避免的事」最表同意，顯示老人認同死亡是自然的事。研究顯示接觸死亡經驗及談論過死亡話題會影響老人的預約善終意願，訪談過程及課程實施期間，確實也有幾位老人因與里長、家人等重要他人談論過安寧緩和意願及死亡話題後，對死亡的焦慮緩解，而能有正向的死亡接受態度。研究者建議老人可以多與家人、主責社工、朋友、志工等人討論對生命及死亡的話題，如此不但可以交流想法與感受，更可藉由討論抒發自己對死亡的態度，表達自己的困難，相互學習、彼此安慰，建立較為積極且正向的死亡及預約善終態度。

### （四）參與有關生死教育的課程

本研究顯示生死教育課程的介入是可以有效影響老人的死亡與預約善終態度，有參加課程的實驗組老人對課程的滿意度達百之一百，有三位老人希望可以再舉辦類似的課程，還要廣邀朋友來參加。研究者建議老人可多參與類似的課程，對急救的醫療知識及後事處理流程等訊息多一份瞭解，而能思考死亡的問題，澄清自己對死亡的觀念，進而有能力處理自己的情緒及面對死亡，預作生命課題的準備。



## 二、對老人生死教育的建議

### （一）建立學習楷模

運用老人豐富的生活歷練與生命經驗，以實際案例分享，使之成為其他人學習的借鏡與楷模，形成一股良善的成長與支持力量。課程實施期間以 C 奶奶及 D 伯伯所簽署的遺囑及遺體捐贈同意書作為範例即是。

### （二）多元學習不枯燥

根據文獻研究結果，邀請不同專業生死教育專家，建構多元、多樣又符合研究對象特性的課程，讓課程參與者樂於學習，增加對課程知識的吸收程度。另外參與課程的老人建議於簡報內容多放一些圖片，講師能以國、台語交互使用，加入動態的活動促使老人互動以及影片欣賞等，均是使課程學習更多元而有趣的做法。另外，課程進行中，以開放討論的方式，較能吸引參與學習者的注意，或以隨時補充茶水、問候參與學習者有關學習場所的舒適度，均能減少參與學習者感覺枯燥的情形。

### （三）營造溫馨而活潑的課程氣氛

臺灣社會目前仍避諱談論死亡，與老人談死，更令人難以啟齒。要談論這個敏感、深刻的話題，建議在課程進行前，需與參與學習者建立信任且能平等互動的關係，創造溫馨、溫暖、接納、關懷與愉悅的氣氛，讓參與學習者感覺自在、受尊重，而願以較開放的態度參與課程。本實驗課程實施期間，工作人員及志工溫暖的問候、親切的服務，讓研究對象之一的 A 伯伯願意袒露其焦慮，並表示他是因為信任社工及這個團體才敢表達他的問題。可見生死教育課程宜溫馨與活潑，使之不致過於嚴肅與沉重，對參與學習者融入課程有所助益。



#### （四）課程方案設計及保持彈性

規劃適合老人特性及需求的生死教育課程方案，且依不同背景的參與學習者而能調整教學方法，課程進行時及每一單元課程結束後，均需注意參與學習的老人在認知、情緒及行為上的反應，作立即的處理與回應。A 伯伯、A 阿姨及 E 阿姨對課程內容有所疑問，領導者若無法即刻處理，需先穩定參與學習者的情緒，尋求協助或獲得解答後迅速回應，以免因某位參與學習者的情緒遭渲染，影響整體課程進行及波及其他學習者的情緒。領導者及其他課程協同者均需具有彈性，隨時調整課程進行及予以回應。

#### （五）課程誘因與獎勵

為鼓勵老人參加課程，可設計增加老人報名課程的誘因，如獎金及獎勵制度，獎狀對參與課程的老人是一種榮耀與紀念的表徵，精神獎勵不可少。

以上對老人生死教育課程的建議，如同於研究限制所述，可能變成干擾變項而影響研究結果，但若能增加背景項目的變項(如老人的認知、失能、情緒、健康不良、憂鬱的情況等)並予以控制、採隨機抽樣之研究方法，重新擬定研究設計，避免未加以控制之變項干擾介入性研究結果，讓可能是舉辦老人生死教育課程優勢的研究限制，變成未來研究的基礎。此部分將於對未來的研究方向予以建議。

### 三、對實務工作的建議

#### （一）對社工人員的建議

臺北市社會局針對經濟弱勢獨居老人，均需造冊，主要由二個社福

機構的社工人員擔任個案管理，提供服務，輔以志工電話問安及關懷訪視，對於預立醫療指示或死亡話題，為免與老人談死亡有觸霉頭而不吉祥之感，甚少主動談論。

提供老人服務的社工人員亦具有不同的死亡態度，若未能澄清自己對死亡的信念與價值觀，難以坦然地與老人談生論死。研究者發現，社工人員藉由服務老人參與生死教育課程，會主動關心課程參與者的情緒反應，而有討論的機會，過程中能檢視自己的死亡態度，逐漸能體認老人對死亡的感受與心境，針對個別需求提供服務，協助老人簽署 DNR 及預立遺囑。

研究對象之一的 B 伯伯有意簽署 DNR，雖已上過第二單元的課程，但對預立醫療指示仍有疑問，逕洽詢主責社工；D 奶奶則是有意預立遺囑，希望將身後事委託教會辦理，主動找主責社工商量。二位研究對象的疑慮與需求經研究者及主責社工共同解答，B 伯伯對 DNR 的知識及訊息掌握提升後，當場簽署並表示會繼續完成其他單元的課程；D 奶奶則表示在社工的協助下，會完成具法律效力的遺囑，做好善終的準備。

提供老人服務的社工人員既然有機會接觸醫療決定及死亡的議題，建議宜自我充實，接受相關的訓練，針對個人生活經驗中的死亡經驗以及對自己死亡態度的影響，進行討論。能透視自己內心的死亡態度，才能細心觀察及評估老人因信念而引發的行為意義，引導自己及老人表達對預立醫療指示及死亡的想法，坦然而自在地談生論死。

## （二）對服務經濟弱勢獨居老人相關機構的建議

課程實施期間，有五位民眾主動詢問可否參加生死教育課程，因課程的實施對象特定，僅能予與婉拒。這五位民眾均表示他們是無意間聽到參與課程的老人在討論課程內容，經詢問後確認課程內容很符合他們所需，希望有機會可以參加類似的課程，達成善終的心願。

有三位參與生死教育課程的老人表示希望課程能再繼續開設，他們不僅會再報名參加，還會邀請朋友一同參與，顯示老人對死亡及預約善終的議題，已非如傳統刻板印象般地忌諱或難以接受，如同研究發現，老人的死亡接受度高。

建議服務經濟弱勢獨居老人的相關機構開設生死教育相關課程，可提供工作者生死教育研習課程；提供服務對象有關臨終關懷、急救的醫學觀點、宗教與法律等探討生命意願、生命品質與死亡之講座或課程，增加老人接觸生死議題、表達看法、意見及可進行法律諮詢的機會。

建議開設給老人參加的生死教育課程可採小班制，以利採小組討論方式，達到充分討論與互相學習、支持的作用。

### (三) 對老人業務主管機關的建議

美國聯邦政府於 1991 年 12 月制訂「病人自決法案」，此法案規定所有接受聯邦政府資助的醫院、護理之家、安養院及安寧療護機構，必須以書面資料正式告知所有住院的成年病人，其具有完成「預立指示」的權利，主要為增加病人對醫療決定的自主性(Douglas & Brown,2002)。Silverman 等人(1995)表示，醫院得先提供預立指示之相關訊息，再促使病人與提供照顧者間討論，最後必須完成所設定的預立指示文件的簽署，同時承認病人所簽署預立指示文件中的「生前預囑」及「預立醫療委任代理人」之合法性。

在進行問卷前測時，有多位老人表示他們現在領的是政府的補助，也多由社工及志工關心，生病及身後事當然也由政府處理。這些老人在上完生死教育課程後，知道由政府處理的流程就是要經過公告協尋家屬、冰存等待的時間，較有由自己決定而願意簽署 DNR 及委託書的意願改變。

研究結果顯示生死教育確實有效影響本研究之實驗組老人的死亡

及預約善終態度，建議老人口中的政府-老人業務主管機關，以臺北市為例，對於經濟弱勢獨居老人造冊列管關懷的機關包括臺北市社會局、民政局及衛生局，可以在老人成為獨居名冊一員、健康服務人員到老人家中宣導健康管理的同時，主動提供預立醫療指示的相關資訊，以行保健之時，與老人討論醫療自主的議題，提升老人對此議題的認識與信念的澄清；另可於老人申請福利資格通過後，主動提供老人預立醫療指示的相關文件，並請受過生死教育訓練的工作人員與老人接觸，說明文件內容並與之討論，使老人領有補助之後，能進一步瞭解預立醫療指示的訊息，對醫療決定多一份自主性，讓老人能積極且較健康地面對生命與死亡。

當然這些第一線服務老人的工作人員於執行提供老人預立醫療指示文件時，能有如美國聯邦政府制訂的「病人自決法案」般之法源，於法有據；工作人員在與老人接觸的基礎下，經過懇談及對老人的了解後再提供資訊，可減少老人感覺不舒服或震驚之負面反應。

## 四、對未來研究的建議

(一) 研究對象可能受身心狀況不良，或礙於福利身份考量與社福機構的權力結構關係而有不好意思拒絕參加課程等干擾因素，而影響研究結果。建議問卷可分二階段進行施測，第一階段可先進行身心理檢測，排除老人因認知、失能、情緒憂鬱情況，使之降低對實驗效果之干擾，第二階段再進入正式問卷施測。

由於死亡所牽涉的層面相當複雜，統計數字有時在老人自衛或給面子的情況下，無法真實呈現態度與想法，建議未來研究方向可輔以訪問法等質性研究方法，結合量化與質性的混合式研究，探討老人的死亡及預約善終態

度，以茲評估生死教育對此二種態度的影響及成效。

(二) 受限於本研究對象及研究區域特定，影響研究結果之推論性及推論範圍，建議未來研究可擴大以臺北市低收入戶獨居老人為研究母群體，或再擴大研究對象選取範圍至非經濟弱勢的一般社區老人，並採隨機抽樣的研究方法，增加樣本數，減少上述研究限制，增進研究結果的推論性。

(三) 建議加入後測追蹤或長期追蹤測驗之研究設計，以利追蹤生死教育實施一段時間後，研究對象的情緒反應及實際行為改變，以瞭解生死教育課程後續的延宕效果。例如本研究於實驗課程結束後，有 12 位實驗組老人簽署安寧緩和醫療意願書，有 6 位老人簽署委託書以將未來之身後事委託社福機構代為辦理，至於其他尚未簽署的實驗組老人，實可再進行後續追蹤與訪談瞭解其未簽署的原因。

(四) 國內尚未有生死教育對老人的死亡及預約善終態度影響的相關研究，本研究屬特定對象與特定區域的初探性研究，採準實驗性介入研究，將研究對象分為實驗組及控制組。建議未來可以生死教育實施方式不同進行研究結果比較，如同臺灣大學研究倫理委員會委員 A 之意見（如附錄十），對於未參與課程的控制組老人，建議可依個別需求，提供與課程相關之影片、資訊，採一對一的個別教育，再與正式且結構性的生死教育課程進行實施方式不同之研究結果比較。

(五) 本研究的死亡態度測量工具採國外修訂之量表，雖經刪減部份分量表以免造成題目過多，以及經過預試等訪談技巧的練習及修正，但研究者在訪談時發現，受訪者對於此量表會有不易理解及有不認同的問題發生，應與遣詞用字及文化差異及有關。

本研究所訓練的其中一位社工訪員表示，她服務某位研究對象多年，接觸的經驗多是表層的關心，僅是關心其生、心理健康狀況及邀請參與活動，少有進入研究對象內心世界的機會。藉由問卷，她觸及到該位研究對象內

心的空虛、孤寂，平日不會談論的死亡話題，也經由問卷可以深入瞭解其態度，讓身為主責社工的訪員，對該位研究對象有更深的認識，可以更清楚地擬訂服務計劃，她很認同以問卷這項研究工具，作為瞭解研究對象多面向態度之媒介。建議未來研究者可建構符合本土文化特色的死亡態度量表，以量表作為瞭解本國老人死亡態度的工具。



## 參考文獻

李佳芬、李幸香、黃淑禎、楊珀齡（2006）。慢性病單身高齡榮民死亡態度之探討。*榮總護理*，23（1），72-78。

李復惠（1987）。某大學學生對死亡及瀕死態度之研究。國立台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文，未出版，臺北市。

李復惠（1999）。國內死亡教育相關學位論文之回顧。*安寧療護雜誌*，14，74-97。

巫珍宜（1991）。青少年死亡態度之研究。國立彰化師範大學輔導研究所碩士論文，未出版，彰化縣。

吳梓卉(2012)。高齡者臨終意象之探討。國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所碩士論文，未出版，臺北市。

邱天助（1993）。*教育老年學*。臺北：心理出版社。

林柳吟(2002)。社區老人生命意義、死亡態度與生活品質之相關性探討。長庚大學護理學研究所碩士論文，未出版，新北市。

林怡君、余豎文、張宏哲(2004)。新店地區機構和非機構老人憂鬱情形及相關因素之調查。*台灣家醫誌*，(14) 2，81-93。

林綺雲、林慧珍、徐有進、張盈堃、陳芳玲譯， Warren, W. G.著（2007）。*死亡教育與研究*。臺北：洪葉。

林季玲、楊淑晴（2009）。生死態度之教學成效的後設分析。*課程與教學季刊*，12（3），107-128。

林慧美、楊嘉玲、陳美妙、邱泰源、胡文郁（2011）。住院病人簽署預立醫療指示的意願及接受宣導的意向。*安寧療護雜誌*，16（3），281-295。

施美企、吳和堂（2012）。預立遺囑初探。*諮商與輔導*，318，42-44。

高淑芬、酒小蕙、趙明玲、洪麗玲、李惠蘭（1997）。老人死亡態度之先驅性研究。*長庚護理*，8（3），43-51。

原來 (2011)。醫院高齡志工對於生命意義與死亡態度之研究。明道學術論壇, 7

(4), 57-82。

張淑美(1996)。死亡學與死亡教育-國中生之死亡概念、死亡態度、死亡教育態

度及其相關因素研究。高雄：復文。

張淑美(1998)。從美國死亡教育的發展兼論我國實施死亡教育的準備方向。教育  
學刊, 14, 275-294。

張千黛 (2005)。老人對預立遺囑態度之研究-以仁濟安老所長者為例。實踐大學  
家庭研究與兒童發展研究所碩士論文，未出版，臺北市。

張淑美、謝昌任(2005)。台灣地區生死學相關學位論文之分析。生死學研究, 2 ,  
1-44。

張淑真、董和銳 (2010)。中部某榮家住民對使用維生治療之態度及其相關因素  
探討。台灣老人保健學刊, 6 (1), 77-94。

張惠雯、顏啟華、林鵬展、劉立凡 (2011)。病人對預立醫囑的看法-以彰化某醫  
院家庭醫學科門診病人為例。安寧療護雜誌, 16 (3), 296-311。

許永政 (2004)。成人學習者死亡態度之轉換學習歷程研究-以桃園縣社區大學為  
例。南華大學生死學系碩士論文，未出版，嘉義縣。

陳芳玲 (2000)。死亡教育。載於尉遲淦主編，生死學概論（頁 61-83）。臺北：  
五南。

陳慶餘、邱泰源、釋宗惇 (2003)。921 震災前後民眾死亡概念與態度之改變。  
安寧療護雜誌, 8 (4), 353-363。

陳玉黛、林佩芬(2004)。影響加護單位護理人員面對瀕死病患態度之因素探討。  
慈濟護理雜誌, 3 (4), 49-59。

陳錫琦、陳淑香(2007)。生命教育課程建構-以善終為取向。醫護科技學刊, 9  
(2), 154-168。

陳榮基(2008)。以拒絕臨終急救預約善終。台灣醫學, 12 (4) , 470-472。



陳榮基(2010)。預立遺囑簽署 DNR 意願，以預約善終。 *健康世界*，294，30-33。

陳亭儒、胡文郁(2011)。善終之概念分析。 *長庚護理*，22 (1)，45-52。

陳淑雅、胡文郁、楊郁、高芷華、何昌益(2011)。安寧緩和醫療於末期腎病透析老年病人之應用。 *台灣醫學*，15 (3)，311-319。

黃琪璘(1991)。 *台北市立綜合醫院醫師對死亡及瀕死態度之研究*。國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文，未出版，臺北市。

黃天中 (1992)。 *死亡教育概論II-死亡教育課程設計之研究*。臺北：業強。

黃琪璘(2000)。 *死亡教育課程介入對台東師院學生死亡態度影響之研究*。國立台灣師範大學衛生教育學系博士論文，未出版，臺北市。

黃瀅竹 (2003)。 *教您如何寫遺愛手書*。臺北：宇河。

彭孟津(2010)。 *社區老人之死亡態度與對預立醫療指示之認知與看法*。國立台北護理學院護理系碩士論文，未出版，臺北市。

趙可式 (1998)。生死教育。 *學生輔導*，54，44-51。

趙可式 (2000)。安樂死、自然死與安寧療護，於戴正德、李文濱編著。 *醫學倫理導論* (初版，109-123 頁)。臺北：教育部。

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

劉震鐘、鄧博仁譯， Kastenboum, R.著 (2000,2<sup>nd</sup> ed)。 *死亡心理學*。臺北：五南。

蔡明昌(1995)。 *老人對死亡及死亡教育態度之研究*。國立高雄師範大學成人教育研究所碩士論文，未出版，高雄。

蔡明昌(2002)。生命教育、生死教育、與死亡教育：發展背景與課程比對之探討。 *教育研究資訊*，10 (3)，1-14。

蔡明昌、顏蒨榕(2005)。老人生死教育教學之研究。 *生死學研究*，2，129-174。

蔡秋敏、張宏哲 (2005)。老人安養護機構住民死亡態度之研究。 *臺大社工學刊*，10，169-220。

賴和賢、邱泰源、胡文郁、張皓翔、姚建安、陳慶餘(2005)。善終服務之文獻複

查。*安寧療護雜誌*，10（2），174-185。

鍾春櫻(1994)。死亡教育對護專學生死亡態度之影響。*護理研究*，2(3)，227-238。

鍾思嘉（1995）。老人的生命意義與輔導原則。*測驗與輔導雙月刊*，129，

2645-2647。

鍾芬芳、蔡芸芳(2009)。怕死-談健康老人對死亡的焦慮。*長庚科技學刊*，11，

123-132。

顏蒨榕(2003)。老人生死教育課程內容與教學之研究。南華大學生死學研究所碩

士論文，未出版，嘉義。

顧乃平、李從業（2002）。預立指示及倫理考量。*護理雜誌*，49（6），18-25。

Catt, S., Blanchard, M., Addington-Hall, J., Zis, M., Blizzard, R., & King, M.(2005).

Older Adults' Attitudes to Death, Palliative Treatment and Hospice Care.

*Palliative Medicine*, 19, 402-410.

Durlak, J. A.(1994). Changing Death Attitudes Through Death Education. In R. A.

Neimeyer (Ed.), *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*(pp243-260). Washington, DC: Taylor & Francis.

Douglas, R., & Brown, H. N.(2002). Patients' Attitudes Toward Advance Directives.

*Journal of Nursing Scholarship*, 34(1), 61-65.

Franke, K. J., Durlak, J. A.(1990). Impack of Life Factors Upon Attitudes Toward

Death. *Omega--Journal of Death and Dying*, 21(1), 41-49.

Hattori, K., McCubbin, M. A., Ishida, D. N.(2006). Concept Analysis of Good Death

in the Japanese Community. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 165-170.

Hsin, H. C., Macer, D. (2006). Comparisons of Life Images and End-of-Life Attitudes

Between the Elderly in Taiwan and New Zealand. *Journal of Nursing Research* ,

14(3), 198-209.

Hui, K. Y., Coleman, G.(2012).Do Reincarnation Beliefs Protect Older Adult Chinese Buddhists Against Personal Death Anxiety? *Death Studies, 36*, 949-958.

Karen, A. K.(2006). Moving Toward Peace: An Analysis of the Concept of a Good Death. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 23*(4), 277-286.

Klug, L., Sinha, A.(1987). Death Acceptance: A Two-Component Formulation and Scale. *Omega, 18*(3), 229-235.

Krause, N., Bastida, E.(2012).Contact with the Dead, Religion, and Death Anxiety among Older Mexican Americans. *Death Studies, 36*, 932-948.

Kubler Ross, E. ( 1969 ) . *On Death and Dying*. New York: Macmillan.

Lentzner, H. R., Pamuk, E. R., Rhodeniser, E. P., Rothenberg, R., Powell-Griner, E. ( 1992 ) . The Quality of Life in the Year before Death. *American Journal of Public Health, 82*(8), 1093-1098.

Moore, S. L.(1997). A Phenomenological Study of Meaning in Life in Suicidal Older Adults. *Archives of Psychiatric Nursing, 11*(1), 29-36.

Nolan, M. T., Bruder, M.(1997). Patients' Attitudes Toward Advance Directives and End-of-Life Treatment Decisions. *Nursing Outlook, 45*(5), 204-208.

Neimeyer, R.A.(1997-98). Death Anxiety Research: The State of The Art. *Omega, 36*(2), 97-120.

Neimeyer, R.A., Wittkowski, J.,& Moser, R. P.(2004). Psychological Research on Death Attitudes: An Overview and Evaluation. *Death Studies, 28*, 309-340.

Reins, A. J., Harshman, D. L., Frick, T., Phillips, J. M., Lewis, S., & Nolan, M. T.(1996). Advance Directive Making among Medical Inpatient. *Journal of Professional Nursing, 12*(1), 39-46.

Silverman, H. J., Tuma, P., Schaeffer, M. H.,& Singh, B.(1995). Implementation of the Patient Self-Determination Act in a Hospital Setting: An Initial Evaluation.

*Archives of Internal Medicine, 155*(5), 502-510.

Smith, R.(2000). A Good Death: An Important Aim for Health Services and for Us All.

*British Medical Journal,320*, 129-130.

Tomer, A., Eliason, G.(2005). Life Regrets and Death Attitudes in College Students.

*Omega, 51*(3), 173-195.

Vig, E. K., Davenport, N. A., Pearlman, R. A.(2002). Good Deaths, Bad Deaths, and

Preferences for the End of Life: A Qualitative Study of Geriatric Outpatients.

*Journal of the American Geriatrics Society, 50*, 1541-1548.

Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Gesser, G.(1994). Death Attitude Profile-Revised: A

Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. In R. A. Neimeyer (Ed.),

*Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and*

*Application*(pp.121-148). Washington, DC: Taylor & Francis.



## 附錄



### 【附錄一】問卷專家效度評定名單

(依姓氏筆劃為序)

王淑卿 臺北醫學大學附設醫院人力資源室主任

張宏哲 國立臺北護理健康大學長期照護研究所副教授

陳健文 臺北市立關渡醫院家庭醫學、安寧療護、  
老年醫學專科醫師

許嘉倪 臺北市社會局北投社會福利服務中心主任

黃雪美 臺北市立關渡醫院社工組組長

鄒平儀 臺北榮民總醫院社會工作室社工組組長

潘淑梅 臺北市社會局北投老人服務中心督導

## 【附錄二】專家效度邀請函



您好：

我是國立臺灣大學社會工作學系研究所學生蔡妙娟，指導老師是楊培珊博士。在有感於所服務的經濟弱勢獨居老人，未能預立遺囑及預立醫療指示，致無法得知其掌控生命的意願以及依其遺願處理後事，故欲藉由推行生死教育課程，讓經濟弱勢獨居老人可以發展出不同於以往對生命和死亡的看法，進而願意對死亡有所準備，依自己的意願決定生命的方式。基於此，擬進行「生死教育對經濟弱勢獨居老人死亡態度與預約善終之影響」研究；研究對象為年滿 65 歲，居住在社區且為經濟弱勢（低收及中低收入戶）之獨居老人。

研究採準實驗設計，以「實驗組、控制組前後測」的方式探究研究對象參加一系列生死教育課程後，對於死亡態度與預約善終的意願產生哪些影響。前後測的問卷設計乃參考國內外文獻，及與指導教授討論後，形成四部份之問卷初稿。

一、第一部份為個人背景資料：共 9 題，內容包含：實足年齡、性別、學歷、婚姻狀況、居住狀況、宗教信仰、宗教信仰程度、生理及心理健康狀況。

二、第二部份為環境經驗：共 6 題，內容包含：得過嚴重疾病經驗、接觸死亡經驗、公開談論死亡的情形。

三、第三部份為個人死亡態度：此部份量表採 Wong、Reker 和 Gesser (1994) 修訂編製之「死亡態度描繪修訂量表」，分為五組指標，共 32 題。

四、第四部份對預立遺囑及預立醫療指示之意願：共 13 題，內容包含預立遺囑及預立醫療指示（不施行心肺復甦術意願書）簽署的意願及看法等。

問卷第三部份「個人的死亡態度」量表因已具相當高的內部一致性，將不再行專家效度檢定，但考量該量表 32 題題目對老人而言是否過量，研究生將親自訪談 10 位老人進行預試，視老人對此量表的施測反應，再決定是否刪減分組指

標。

請您撥冗審視問卷第一、第二及第四部份，並提供寶貴的意見，以作為問卷修改之參考。請您就問卷所列的題目，依題目的合適性、內容相關性、文字表達的清晰性及是否考量到受試者的特性等，分項逐題評分。

評分方式採 5 分法，平均得分為 1-2 分之題目不採用；得分為 3 分的題目，將依據本研究邀請之專家意見作修改後再採用；得分為 4-5 分得以採用。評分標準如下：

1 分：「非常不適當」，表示該題無意義，應予刪除。

2 分：「不適當」，表示該題不重要，不適合列入。

3 分：「尚可」，表示該題重要，但語意需修飾。

4 分：「適當」，表示該題重要且適用。

5 分：「非常適當」，表示該題非常重要，必須列入。

問卷內容若有不適當部份 ( $\leq 3$  分)，請您不吝於專家效度檢定表提供寶貴意見，謝謝指教。



### 【附錄三】專家效度檢定表



題目	評分	內容適用性 (含合適及相關性)					文字清晰度 (含受試者特性)					修改意見
		非常 不 適 當	不 適 當	尚 可	適 當	非常 適 當	非 常 不 適 當	不 適 當	尚 可	適 當	非 常 適 當	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
<b>第一部份 基本資料</b>												
1、實足年齡_____歲												
2、性別： <input type="checkbox"/> 男； <input type="checkbox"/> 女												
3、學歷： <input type="checkbox"/> 不識字； <input type="checkbox"/> 國小； <input type="checkbox"/> 國中； <input type="checkbox"/> 高中/高職； <input type="checkbox"/> 專科； <input type="checkbox"/> 大學； <input type="checkbox"/> 研究所； <input type="checkbox"/> 其他（包含私塾、可認得部分國字）												
4、婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 未婚； <input type="checkbox"/> 已婚； <input type="checkbox"/> 分居； <input type="checkbox"/> 離婚； <input type="checkbox"/> 同居； <input type="checkbox"/> 喪偶												
5、居住狀況： <input type="checkbox"/> 與子女同住； <input type="checkbox"/> 與配偶同住； <input type="checkbox"/> 與子女及配偶同住； <input type="checkbox"/> 獨居												
6、宗教信仰： <input type="checkbox"/> 無（請跳至第8題）； <input type="checkbox"/> 佛教； <input type="checkbox"/> 天主教； <input type="checkbox"/> 基督教； <input type="checkbox"/> 道教； <input type="checkbox"/> 一貫道； <input type="checkbox"/> 一般民間信仰 (如拜神明、祖先)； <input type="checkbox"/> 其他_____												
7、您認為自己對宗教信仰												

題目 評分	內容適用性 (含合適及相關性)					文字清晰度 (含受試者特性)					修改意見
	非常 不適 當	不 適	尚 可	適 當	非 常 適 當	非 常 不 適 當	不 適	尚 可	適 當	非 常 適 當	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
的虔誠度為： <input type="checkbox"/> 非常虔誠； <input type="checkbox"/> 虔誠； <input type="checkbox"/> 普通； <input type="checkbox"/> 不太虔誠											
8、您認為目前的身體健康狀況： <input type="checkbox"/> 很好； <input type="checkbox"/> 好； <input type="checkbox"/> 普通； <input type="checkbox"/> 差； <input type="checkbox"/> 很差											
9、您認為目前的心理健康狀況： <input type="checkbox"/> 很好； <input type="checkbox"/> 好； <input type="checkbox"/> 普通； <input type="checkbox"/> 差； <input type="checkbox"/> 很差											
<b>第二部份 環境經驗</b>											
1、您是否得過足以威脅性命的嚴重疾病？ <input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 有（請寫出）：_____											
2、您有無接觸重病或發生意外事故而病危的人的經驗？ <input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 有											
3、在您的經驗中，最深刻的一次接觸死亡經驗是有關何人的死亡？ <input type="checkbox"/> 祖父母或外祖父母； <input type="checkbox"/> 父母； <input type="checkbox"/> 配偶； <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹； <input type="checkbox"/> 朋友； <input type="checkbox"/> 鄰居； <input type="checkbox"/> 同學； <input type="checkbox"/> 公共人物（名人或偉人）； <input type="checkbox"/> 其他_____											
4、您現在對死亡的態度，受到下列何者的影響最深？ <input type="checkbox"/> 家中的長者；											

題目 評分	內容適用性 (含合適及相關性)					文字清晰度 (含受試者特性)					修改意見
	非常 不適 當	不 適	尚 可	適 當	非 常 適 當	非 常 不 適 當	不 適	尚 可	適 當	非 常 適 當	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/> 某位親人、朋友的死亡； <input type="checkbox"/> 自己的身體健康狀況； <input type="checkbox"/> 宗教信仰； <input type="checkbox"/> 參加過某些有關葬禮的儀式； <input type="checkbox"/> 一些特別的書報雜誌； <input type="checkbox"/> 內心的思考與探索； <input type="checkbox"/> 電視、廣播或電影； <input type="checkbox"/> 其他_____											
5、您是否曾與他人談論過死亡? <input type="checkbox"/> 否 (請跳至第三部份)； <input type="checkbox"/> 有											
6、您與他人談論死亡的情形為： <input type="checkbox"/> 很公開且很自然； <input type="checkbox"/> 盡量避免談論死亡； <input type="checkbox"/> 氣氛有點尷尬而草草結束； <input type="checkbox"/> 氣氛有點尷尬，但會完整討論； <input type="checkbox"/> 氣氛輕鬆但草草結束話題； <input type="checkbox"/> 氣氛輕鬆且完整討論話題； <input type="checkbox"/> 只有在必要時才說，同時支開一些不想讓他知道的人； <input type="checkbox"/> 其他_____											
<b>第四部份 對預立遺囑及預立 醫療指示之意願</b>											
1、您認為順應自然、安詳且依自己於意識清楚時決											

題目 評分	內容適用性 (含合適及相關性)					文字清晰度 (含受試者特性)					修改意見
	非常不適當	不適當	尚可	適當	非常適當	非常不適當	不適當	尚可	適當	非常適當	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1、如果以安樂死的方式去世，是「善終」的表現											
2、如果有了解「預立遺囑」資訊的機會，可以參加看看											
3、了解「預立遺囑」的資訊與內容後，您會預立遺囑											
4、國內有制定法律規定，當醫師診斷病人為生命末期且治療無效時，病人有權利決定不急救，您同意這種作法嗎？											
5、萬一發生意外危及生命或面臨生命末期時，您會思考不要急救的事											
6、如果有機會可以在意識清楚的情況下為自己生命末期做決定及安排，您會考慮簽署「不施行心肺復甦術意願書」											
7、簽署「不施行心肺復甦術意願書」後，可以隨時修改或取消，您贊同嗎？											
8、不施行急救等於放棄病人或放棄生命，您認同這種說法嗎？											
9、萬一自己面臨生命末期時，面臨生命無法挽救時，您會考慮捐贈器官											
10、面臨「要不要施行急											



題目 評分	內容適用性 (含合適及相關性)					文字清晰度 (含受試者特性)					修改意見
	非常 不適 當	不 適	尚 可	適 當	非 常 適 當	非 常 不 適 當	不 適	尚 可	適 當	非 常 適 當	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
救」、「要不要捐贈器官或遺體」的議題，應該由自己決定											
11、自己未來喪葬事宜及遺物的處理，應該事先安排好											
12、交代清楚身後事，是一種避免造成他人困擾的負責任作法											
13、預立遺囑及預立醫療指示是善終的表現，您認為值得推廣											

## 【附錄四】量表使用同意書



### 研究工具使用同意書

本人陳玉嬌同意國立臺灣大學社會工作學研究所碩士班學生蔡妙娟，使用本人於民國 93 年之研究「影響加護單位護理人員面對瀕死病患態度之因素探討」中死亡態度量表「Wong、Reker 和 Gesser (1994) 修訂編製之「死亡態度修訂量表」(Death Attitude Profile-Revised；DAP-R)」中譯版本，共計 32 題，作為其碩士論文「生死教育對經濟弱勢獨居老人死亡態度與預約善終之影響」第三部份，有關老人死亡態度之檢測工具。除此研究用途，不另作他用。

同意人：

陳玉嬌

日期：102.1.22

## 【附錄五】問卷

問卷編號：

### 生死教育對老人死亡態度與預約善終之影響問卷

此問卷分為四部份，依序為個人背景資料、環境經驗、個人的死亡態度、對預立遺囑及預立醫療指示之意願。

填表說明：請您在每個問題之後，選取最符合您目前狀況的答案，並在適當□處打「√」，謝謝您的參與及費心填答。

#### 第一部份：基本資料

1、實際年齡（不含虛歲）：\_\_\_\_\_歲（民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月出生）

2、性別：男； 女

3、學歷：不識字； 私塾/自修識字； 國小（含肄業）；

國中/初中（含肄業）； 高中/高職（含肄業）；

大學/專科（含肄業）； 研究所以上（含肄業）

4、婚姻狀況：單身； 已婚； 分居； 離婚； 同居； 喪偶

5、居住狀況：與子女同住； 與配偶同住； 與子女及配偶同住； 與親戚同住；

與朋友同住； 獨居； 其他\_\_\_\_\_

6、宗教信仰：無（請跳至第8題）；

佛教； 天主教； 基督教； 道教； 一貫道；

一般民間信仰（如拜神明、祖先）； 其他\_\_\_\_\_

7、您認為自己對宗教信仰的虔誠度為：

非常誠心恭敬； 誠心恭敬； 普通； 不夠誠心恭敬； 非常不誠心恭敬

8、您認為目前的身體健康狀況：

很好； 好； 普通； 差； 很差

9、您認為目前的心理健康（例如情緒/心情/對事物的感受等）狀況：

很好； 好； 普通； 差； 很差

## 第二部份：環境經驗



1、您是否得過足以威脅性命的嚴重疾病？無； 有（請寫出）：\_\_\_\_\_

2、您曾經接觸過生命垂危、瀕死的人嗎？無； 有

3、在您的經驗中，何人的死亡令您印象最為深刻？

祖父母或外祖父母；父母；配偶；兄弟姊妹；朋友；鄰居；  
同學；公眾人物（名人或偉人）；其他\_\_\_\_\_

4、下列哪一項因素最影響您目前對死亡的態度？

家中的長者；某位親人、朋友的死亡事件；  
自己的身體健康狀況；宗教信仰；一些特別的書報雜誌；  
曾參加過的葬禮儀式；內心的思考與探索；  
電視、廣播節目或電影情節；其他\_\_\_\_\_

5、您是否曾與他人談論過和死亡有關的話題？否（請跳至第三部份）； 有

6、您與他人談論死亡話題的情境為：

公開而且自然；盡量避免談論死亡；  
氣氛有點尷尬而草草結束；氣氛有點尷尬，但會完整討論完話題；  
氣氛輕鬆但草草結束話題；氣氛輕鬆且充分討論；  
只有在必要時才說，同時支開一些不想讓他知道的人；  
其他\_\_\_\_\_

### 第三部份：個人的死亡態度



下列題目是有關個人對於死亡的態度，每個題目右邊有五個答案，答案沒有「對與錯」的差別，請選出一個最符合您内心看法的答案，在合適的□處打「√」

非	同	沒	不	非
常				常
同				不
意				同
意	見			意
見				意

1、我相信自己死後會到天堂/天國/極樂世界去.....	<input type="checkbox"/>				
2、死亡將會結束我所有的煩惱.....	<input type="checkbox"/>				
3、死亡應該被視為一種自然、無可否認又無法避免的事	<input type="checkbox"/>				
4、我覺得死亡是通往快樂天堂/天國/極樂世界的入口	<input type="checkbox"/>				
5、死亡可以讓我從這個糟糕的世界逃脫.....	<input type="checkbox"/>				
6、死亡是悲痛與苦難的解脫.....	<input type="checkbox"/>				
7、我相信死後的世界會比現世的世界更好.....	<input type="checkbox"/>				
8、我覺得死亡是生命中自然的一部分.....	<input type="checkbox"/>				
9、我覺得死亡是一種與上蒼（上帝神佛）及永恆至樂 的結合	<input type="checkbox"/>				
10、死亡可以帶來一個全新燦爛的希望.....	<input type="checkbox"/>				
11、我並不害怕死亡，但也不歡迎它的到來.....	<input type="checkbox"/>				
12、我期望死後可以和我愛的人團聚.....	<input type="checkbox"/>				
13、我將死亡視為今生一切痛苦的結束.....	<input type="checkbox"/>				
14、死亡只是生命過程的一部分.....	<input type="checkbox"/>				
15、我視死亡為一個通往永恆幸福的路徑.....	<input type="checkbox"/>				
16、我覺得死亡為靈魂提供了最好的解脫.....	<input type="checkbox"/>				
17、當我相信死後仍有生命，這是我面對死亡時最寬 慰的事	<input type="checkbox"/>				
18、我視死亡為放下今生重擔的方式.....	<input type="checkbox"/>				
19、死亡既不是好事也不是壞事.....	<input type="checkbox"/>				
20、我對死後的生命有所期待.....	<input type="checkbox"/>				

## 第四部份：對預立遺囑及預立醫療指示之意願



下列題目是有關個人對預立遺囑及預立醫療指示的意願與看法，每個題目右邊有五個答案，答案沒有「對與錯」的差別，請選出一個最符合您內心看法的答案，在合適的□處打「√」

	非常同意	同意	沒有意見	不同意	非常不同意
1、您認為自己能夠對死亡預作準備，人生才會有 「善終」	<input type="checkbox"/>				
2、您願意參加活動，多瞭解「預立遺囑」的訊息	<input type="checkbox"/>				
3、瞭解「預立遺囑」的意義與內容後，您會採取 「預立遺囑」的行動	<input type="checkbox"/>				
4、國內已立法通過，當醫師診斷病人為生命末期 且治療無效時，病人可自行決定「不要急救」， 您同意這種作法嗎？	<input type="checkbox"/>				
5、如果發生意外危及生命或面臨生命末期時， 您會選擇「不要急救」嗎？	<input type="checkbox"/>				
6、簽署「不施行心肺復甦術意願書」是一種 自我意願的表達，您會考慮簽署嗎？	<input type="checkbox"/>				
7、不施行急救就等於是放棄病人或放棄生命， 您認同這種說法嗎？	<input type="checkbox"/>				
8、您已瞭解簽署「不施行心肺復甦術意願書」後 ，是可以隨時修改或取消的	<input type="checkbox"/>				
9、萬一自己面臨生命末期時，或者面臨生命無法挽救時 ，您會考慮捐贈器官以遺愛人間	<input type="checkbox"/>				



10、對於「要不要施行急救」、「要不要捐贈器官或遺體」  
等議題，應該由自己做決定

11、您覺得自己身後之事，例如：喪葬安排、遺囑交代  
等事情，應該要事先安排妥當

12、您覺得事先交代清楚自己身後之事，是一種  
避免親友困擾且負責任的作法

13、由於預立遺囑及預立醫療指示都是「善終」的表現  
，所以您認為應該要多多推廣

謝謝您撥空填答

祝平安

訪問日期：\_\_\_\_\_

訪員：\_\_\_\_\_

## 【附錄六】研究參與者知情同意書



研究計畫名稱：生死教育對經濟弱勢獨居老人死亡態度與預約善終之影響

執行單位：國立臺灣大學社會工作學系研究所

主要主持人：楊培珊 職稱：副教授

協同主持人：蔡妙娟 職稱：研究生

※聯絡人：蔡妙娟 電話：0972\*\*\*\*\*

### 一、研究目的：

試圖建構一套生死教育課程，讓獨居長者對於生死能有正確的認知與深入的思考，並能解決或預防因生命而產生的種種問題，進而能在意識清楚下為自己預立遺囑，或依自己的意願決定生命的方式，可以從容地掌舵自己的生活與生命，面對善終有所準備。

### 二、研究參與者之人數與參與研究相關限制：

本研究預計邀請 70 位社福中心及老人服務中心所服務之長者填答問卷，所有問卷的紀錄均以編號、去名化方式處理，並將妥善保密，絕不會透露您的姓名，研究完成後，所有問卷皆會銷毀。

### 三、研究流程：(請說明參與研究者將經歷之研究流程與所需時間)

(一) 本研究之問卷將於 102 年 3-4 月間及 102 年 5 月不同時間各向您請教一次（總共進行二次），每次訪問時間約需 1 小時。

(二) 另本研究設計一套五單元共 15 小時之生死教育課程，邀請宗教師、醫師、律師、預立遺囑老師及禮儀師探討生命意義與生死課題，邀請您一同參與。

### 四、研究益處：

(一) 二次問卷填答均完成後，將致贈問卷填答費 200 元。若有參加課程，課程結束後，另外再致贈全勤獎勵金 500 元，以答謝您的協助。

(二) 期望透過問卷了解您個人對死亡的態度，及對於預立遺囑（如交代喪禮、遺物、遺言等）和預立醫療指示（對某醫療措施同意與否的意願及決定，如不施行心肺復甦術等）的看法及意願，以作為日後辦理相關課程或活動之參考

### 五、研究潛在風險：

(一) 所有問卷的紀錄均以編號、去名化方式處理，絕不會透露您的姓名。

(二) 課程進行時會全程錄影，作為課程紀錄，錄影影像亦會同時妥善保密，絕不外流。

(三) 訪談之間卷會詢問有關死亡的現象及對預立遺囑、醫囑的看法，您可能會感覺不舒服，或不想繼續接受訪問，您可以中止或退出，請隨時告訴我，讓我可以跟您談一談這些感受，以避免造成對您任何可能的傷害。

**六、研究參與者之保護與補償：**(針對上述之風險，請於此欄位中說明：1. 降低風險與保護研究參與者之方法；2. 研究參與者之法定權益受損時之補償責任)

(一) 本研究依計畫執行，除可預期之不良事件外，若因參與本研究而發生不良事件或損害，由所服務您的社福中心或老人服務中心以免費心理諮詢方式作為補償。除前述之補償原因與方式外，本研究不提供其他形式之補償。

(二) 您簽署本知情同意書後，在法律上的任何權利不會因此受影響。

## 七、機密性：

計畫主持人將依法把任何可辨識您的身分之紀錄與您的個人隱私資料視為機密來處理，不會公開。將來發表研究結果時，您的身份仍將保密。您也瞭解若簽署知情同意書即同意您的原始紀錄可直接受監測者、稽核者、研究倫理委員會及主管機關檢閱，以確保研究過程與數據符合相關法律及法規要求；上述人員也承諾，將不會洩露任何與您身份有關之資料，絕不違反您的身份之機密性。

## 八、研究參與者權利：

- (一) 本研究已經過研究倫理委員會審查，審查內容包含利益及風險評估、研究參與者照護及隱私保護等，並已獲得核准。如果您研究過程中有任何疑問，可以直接詢問研究人員，亦可與國立臺灣大學研究倫理中心聯絡請求諮詢，其電話號碼為：(02)3366-9956、(02)3366-9980。
- (二) 計畫主持人或研究人員已經向您說明研究相關之最新資訊，並已告知可能影響您繼續參與研究之意願之所有資訊。
- (三) 計畫主持人已將您簽署之一式兩份同意書其中一份交給您，並已充份說明本研究之內容。

## 九、研究之退出與中止：

您可自由決定是否參加本研究；研究過程中，您不需要任何理由，可隨時撤銷同意，退出研究，且不會引起任何不愉快以及任何不良後果。研究主持人或研究計畫資助單位，也可能於必要時中止該研究之進行。

## 十、簽名

(一) 研究人員已詳細解釋本研究計畫的內容，以及參與本研究可能帶來的益處與風險。

說明人員簽名：

日期：□□□□年□□月□□日

協同主持人簽名：

日期：□□□□年□□月□□日

(二) 本人已詳細瞭解上述研究方法及其可能的益處與風險，有關本研究計畫的疑問，已獲得詳細說明與解釋。本人同意成為此研究計畫的自願研究參與者。

研究參與者簽名：

日期：□□□□年□□月□□日

## 【附錄七】課程單元評量表及總回饋表



### 生死教育課程回饋表-單元評量表

本表主要目的是希望依據您上完每個單元的課程後之感受和回饋，作為本課程之參考，以利後續之課程安排及教學修正。您的意見極為寶貴，請您不吝填答。以下是針對每個單元的課程感受和建議，請分別圈選出您的滿意程度。

題號	題目	非常滿意	滿意	沒意見	不滿意	非常不滿意
一	本單元的課程主題					
二	本單元的講師教學方式					
三	對於課程的時間安排					
四	對於活動場地及空間安排					
五	對於餐食的口味及菜色					
六	對於工作人員的態度					
七	課程內容對您的幫助及實用性					
八	您今天印象最深刻的一句話：					
九	課程內容令您印象最深刻的部分：					
十	您有哪些經驗與講師分享的內容有相似之處：					

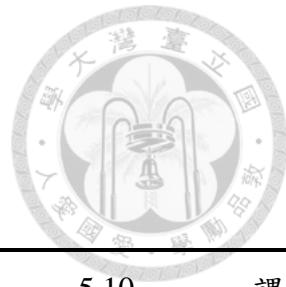
## 生死教育課程回饋表-課程總回饋表

本表主要目的是希望依據您上完五個單元的課程後之整體感受和回饋，作為本課程之參考，以利後續之教學推廣及研究。您的意見極為寶貴，請您不吝填答。

以下是針對五個單元的整體課程感受和建議，請分別圈選出您的滿意程度。

題號	題目	非常滿意	滿意	沒意見	不滿意	非常不滿意
一	對於整體的課程主題					
二	對於整體的課程內容					
三	對於整體的講師教學方式					
四	對於整體的活動方式					
五	對於整體課程的時間安排					
六	整體課程對您的幫助及實用性					
七	參加此課程，您最大的收穫：					
八	您最喜歡的單元是：					
九	您印象最深刻的課程內容是：					
十	其他意見：					

## 【附錄八】課程回饋滿意度一覽表



### 生死教育滿意度一覽表

總人數=33 人	4.12	4.19	4.26	5.3	5.10	課程
	第一單元	第二單元	第三單元	第四單元	第五單元	總回饋表
題  參加人數	29 人	27 人	28 人	29 人	33 人	33 人
號  回收份數	29 份	27 份	28 份	29 份	33 份	33 份
一 課程主題	非常滿意及 滿意 29 人	非常滿意及 滿意 27 人	非常滿意及 滿意 28 人	非常滿意及 滿意 29 人	非常滿意及 滿意 33 人	非常滿意及 滿意 33 人
二 講師教學方式	非常滿意及 滿意 29 人	非常滿意及 滿意 27 人	非常滿意及 滿意 28 人；	非常滿意及 滿意 29 人	非常滿意及 滿意 33 人	非常滿意及 滿意 33 人
三 對於課程時間 安排	非常滿意及 滿意 29 人	非常滿意及 滿意 27 人	非常滿意及 滿意 28 人	非常滿意及 滿意 29 人	非常滿意及 滿意 33 人	非常滿意及 滿意 33 人
四 對於活動場地 及空間安排	非常滿意及 滿意 29 人	非常滿意及 滿意 27 人	非常滿意及 滿意 28 人	非常滿意及 滿意 29 人	非常滿意及 滿意 33 人	非常滿意及 滿意 33 人
五 對於餐食的 口味及菜色	非常滿意及 滿意 29 人	非常滿意及 滿意 27 人	非常滿意及 滿意 28 人	非常滿意及 滿意 29 人	非常滿意及 滿意 33 人	非常滿意及 滿意 33 人
六 對於工作人員 態度	非常滿意及 滿意 29 人	非常滿意及 滿意 27 人	非常滿意及 滿意 28 人	非常滿意及 滿意 29 人	非常滿意及 滿意 33 人	非常滿意及 滿意 33 人
七 課程內容的幫 助及實用性	非常滿意及 滿意 29 人	非常滿意及 滿意 27 人	非常滿意及 滿意 28 人	非常滿意及 滿意 29 人	非常滿意及 滿意 33 人	非常滿意及 滿意 33 人
八 您今天印象最 深刻的一句話	4/19：自然生、自然走。放自然。要二位醫師說只有半年的生命才可以不急救。 不要拖累家人。可減輕痛苦，對老人有幫助。醫療法律問題。					
	4/26：自書遺囑。遺囑交代。樹葬。人生苦，死也苦。					
	5/03：要不要急救。雙方同意終止收養，至戶政事務所登記即可，無需見證人。 生前要立遺囑。					
	5/10：美好人生，許我一個美好的畢業典禮。遺囑交代。愛的偉大。立遺囑是不 留遺憾。上一課美好人生。人生有四季之分。很關心我們。					
九 課程內容令您 印象最深刻的	4/19：要立遺囑。要自己簽預立醫療意願書，以免麻煩別人。這個議題對老人很 實用。不要浪費資源。老師講國語聽不太懂、內容不理解，希望可以多用					



## 部分

圖片呈現。我要好死，不要賴活。

4/26：骨灰樹葬或海葬。合法立囑，採開誠佈公原則。生對死的交代，以免產生困擾。

5/03：財產、遺囑分析得很清楚。每個人都需要知道的法律知識。生前財產要分配好。

5/10：關於遺囑的問題。海葬、樹葬。遺囑的書寫與知識。人生要有規劃。生前契約停看聽。沒有人協助時，政府會協助安排。有緣在一起。要有委託書幫忙。有蛋糕慶祝母親節。中心服務人員很貼心。

十 您有哪些經驗 4/19：選擇放棄不能存活的急救。全人的照顧-身心靈的照顧。

與講師分享的 5/10：以前沒有想寫遺囑，現在想立遺囑。

## 內容相似

十 總回饋表 有 2 位長者最喜歡第一單元的宗惇師父，有 2 位長者最喜歡第四單元的從法律觀點認識遺囑的屬性及自身權益，有 4 位長者最喜歡第五單元的美好人生。有長者回饋最大的收穫是增進一些法律常識、了解生死過程必須的準備、對樹葬及海葬的認識。有長者希望能再舉辦生死教育課程，以及希望能再度邀請心藝社會關懷協會陳鈺蕙理事長前來授課。

其他意見則有：

社工的熱心服務。經歷過癌症和雙膝開刀的痛苦，上了五堂課，對人生豁然開朗，要惜福、惜緣。

## 【附錄九】生死教育課程紀錄



### 生死教育第一單元課程紀錄

地點：○○服務中心會議室

時間：102//04//12（五）9:30-12:30

記錄者：蔡妙娟

#### 一、課程主題

本次課程為第一單元，單元名稱為【從靈性關懷體驗生命的意義】，主講人為佛教宗教師臨床講師宗惇師父。宗惇師父於臺大醫院安寧病房擔任宗教師多年，為安寧療護團隊一員，深具安寧療護臨床經驗。

宗惇師父講述內容從介紹安寧緩和醫療，強調全家、全人、全隊、全程、全社區之照護，讓臨終病人之疼痛得以控制，以達身體平安、心理平安（快樂）、靈性平安（安心），使其能感受到有尊嚴的生命及能心靈平靜地面對死亡。接著帶到善終境地-知道要準備什麼、化為具體行動積極安排，鼓勵長者預立醫囑，並以四道人生-道謝、道歉、道愛、道別完成對現世的無憾，迎接善終的人生。

#### 二、參加成員

共計有 33 位長者報名參加課程，第一單元課程參加人員計有：長者 29 位、志工 10 位、工作人員 11 位共 50 位。參加之長者為○○中心及○○老人中心所服務之經濟弱勢（低收或中低收入戶）獨居長者。

#### 三、課程進行方式

課程內容設計為五單元，一單元進行三小時，進行方式為：

1、暖場：9:30-10:00

將與本課程高度相關的影片-我的阿嬤是太空人分次播放，每一單元欣賞 0.5 小時，藉由影片讓長者探索個人感覺與經驗。

2、教導式課程進行 I：10:00-10:50

由主講人向參與課程者介紹與主題相關的知識與資訊，提高學習者對生死議題的認知與體認。

3、休息：10:50-11:00

備有切片炭烤地瓜及茶水，由志工及工作人員親送至會場請長者品嚐及適時補充；並指引長者如廁、陪同舒展肢體。

4、教導式課程進行 II：11:00-12:00

繼續進行第二階段課程講授。

## 5、午餐/討論：12:00-

(1) 志工及工作人員依事先詢問長者之軌跡習慣發送便當，並端送由工作人員精心準備的湯品；同時發放單元回饋表，請長者填寫，志工及工作人員主動而迅速地趨前協助長者填寫、完成回饋表。

(2) 完成回饋表及用餐告一小段時間後，請長者分享上課的心得，為配合主講人所鼓勵的四道人生-道謝、道歉、道愛、道別，以發言即獲工作人員擁抱，鼓勵長者發言。並以主講人所分享的「來世不動產」故事，鼓勵長者講好話及常保持笑容為來世加分，營造討論時之笑聲及正向聲音的溫馨氣氛。

## 四、特殊狀況紀錄

1、多位長者於 9:00 之前便到會場，距離課程開始還有一段時間，承辦人員趕緊找出以往長者參與活動的影片，讓會場較為熱鬧活潑，避免讓長者枯坐。

2、暖場所播放之影片-我的阿嬤是太空人，乃以一個小女孩的視野來看成人世界的生死議題，主題看似沉重，但因有小女孩看待世界繽紛色彩的想像力，時有詼諧的對話而平衡了生死沉重的感覺。短短的半小時影片欣賞時間，會場不時傳來長者的笑聲，小女孩的天真果深得長者之心，具準備認識生死議題之暖場效果。

3、主講人宗惇師父為佛教宗教師，承辦人員事前已先向師父說明長者的宗教信仰多元，請其多著墨在有尊嚴的生活與生命，讓長者能心靈平靜地面對死亡課題，淡化宗教色彩。宗惇師父具多年安寧病房臨床宗教師經驗，課程內容多以實例介紹安寧療護、預立醫囑、安適地面對死亡、善終人生，能契合課程主題與目標。長者上課專注，多能主動回應師父之提問，亦有長者發表演論，但未佔用太多講課時間，課程進行順利。當師父於 10:50 宣布中場休息時，長者主動鼓掌，令師父感動，多次讚揚長者的專注與回應，是很有水準的聽眾。

4、承辦人員雖已借妥麥克風，但課程當日才得以領取，致無法事先測試，結果所商借之麥克風故障，無法使用，讓講師講課較吃力。所幸工作人員臨場應變能力快，迅速地再向另一單位借到一組麥克風，才得以解除窘境。承辦人以遲來的麥克風向主講人及長者致歉，以安寧療護全隊的服務譬喻本課程工作人員，工作人員提供全隊服務最佳寫照，以全隊服務彌補課程缺失及不足。

5、師父以一位胰臟癌的案例說明安寧療護及生命尊嚴的重要，恰好一位長者亦罹患胰臟癌，此例讓她聯想到自己面臨生命終點時的劇痛，無法承受如此沉重的感覺而要先行離開。所幸志工察覺到長者不尋常的舉動，趕緊通知社工，再由主責社工與該位長者會談。主責社工先傾聽長者欲先行離席的原因，同理其不舒服的情緒，感謝其對社工的信任而願意表達內心想法，肯定這份勇氣。長者經主責社工傾聽、同理及再說明課程的意義及對其可能幫助之處，情緒終於平復，之後長者評估本課程確實符合其需求，表示願意留下來完成本單元課程，後續單元亦會繼續參加。

6、志工及工作人員於休息時間主動奉上點心-切片炭烤地瓜及茶水，讓長者有賓至如歸之感，不斷誇讚點心好吃。工作人員關心長者身體狀況，鼓勵長者舒展肢體，並陪同如廁，讓長者倍感溫馨。

7、第二階段課程進行時，主講人提到善終的條件包括知道要準備什麼、化為具體行動積極安排，鼓勵成員預立醫囑，並以四道人生-道謝、道歉、道愛、道別完成對現世的無憾。承辦人隨即擁抱一位長者，示範道愛，並為之後的討論時段鋪下「擁抱」的良範。

8、12:00 課程結束後，承辦人即請志工及工作人員依事先詢問長者葷素習慣安排便當，同時發放墊便當的紙張及單元回饋表，致長者易混淆二張紙張之用途；發送便當、紙張的同時，還有端送湯品，現場雖活絡，但顯混亂。

9、承辦人事前請志工及工作人員留意無法自行填寫回饋表的長者，請志工予以協助。為避免傷及長者自尊心，以未配戴眼鏡或字體太模糊為由，請長者舉手，志工即會趨前協助。志工及工作人員反應敏捷，均能快速且主動地協助長者填寫、完成回饋表。

10、完成回饋表，現場稍不混亂之後，承辦人請長者分享上課的心得，志工點名請上課專注且回應性佳的長者 A 阿姨分享，A 阿姨爽快答應，大方地發言表示她從未上過類似的課程，她覺得生死課程與她息息相關，感謝承辦人舉辦這樣的課程讓她得以吸收新知、收穫良多。工作人員提議以主講人所提及之四道人生-道謝、道歉、道愛、道別，發言即獲工作人員擁抱，以鼓勵長者發言，志工隨即主動前去擁抱 A 阿姨，令 A 阿姨笑得好開心、好燦爛。

11、承辦人以主講人所分享的「來世不動產」故事，鼓勵長者除獲得擁抱加分之外，還可以講好話及多微笑為來世加分。志工不斷點名長者發言，現場感謝聲、笑聲、愛的抱抱不斷，長者與志工、社工像家人般歡樂同聚一堂，氣氛活潑且溫馨。

12、A 伯伯提問，若依主講人所說明，去世的人還有知覺，最好 8 小時內不要移動遺體，不然對往生者產生不明原因的干擾，會有不好的結果。A 伯伯表示他的弟弟於 30 年前去世時就是由他決定捐出器官，那他不就害了他的弟弟？此時主講人已離開會場，承辦人邀請現場可以回應之人協助回答。信奉佛教的 B 阿姨隨即暫停用餐，主動走到 A 伯伯身旁，告知以佛教徒立場來看器捐，乃為往生者做很大的功德，絕對是加分而非害他，安撫 A 伯伯不要誤會師父的意思，務必寬心。此時一旁的其他長者也附和表示這是積功德，是件好事。接著社工及志工共四位，趨前排隊擁抱 A 伯伯，以具體行動表達對 A 伯伯決定幫弟弟器捐的肯定與安撫其不安的情緒。經過 B 阿姨及其他長者的解釋，以及四位社工、志工的擁抱，A 伯伯的臉上掛滿了加好多分的笑容。

13、B 伯伯以唱不老歌替代發言，以望春風的曲調帶入不同年齡的寫照，讓人會心一笑。演唱完後，C 伯伯起身，主動給予 B 伯伯擁抱，笑翻現場。幽默的 C 伯伯為自己也為現場所有人的笑聲帶來大大的加分效果。



14、課程結束後，志工及社工主動關心長者參與課程的感受，並送長者至電梯口，展現十足誠意。D 伯伯無宗教信仰，在志工關心其感受時表示他不認同師父所提的一些觀點，認為鬼神之事均為無稽之談。但 D 伯伯表示之後仍會前來參加課程，並會將他已簽署的遺囑及大體捐贈同意書帶至會場供其他長者參考。

## 五、課程檢討會

第一單元課程結束後，中心決定於當日下午 2:00 召開課程檢討會，內容計有：

- 1、有關上課所需物品，如雷射筆及麥克風均須事先備妥及測試。
- 2、便當由○○社工負責管控，於課程前一天預訂，葷素須確實，配合課程的進行，決定便當發送的時間。
- 3、長者多半很早到會場，課程正式開始前，可先播放一些長者參與活動的影片或播放老歌 MV，增加現場的活潑度，以免長者枯坐在會場。請志工○○負責帶領這個時段，並請志工○○於課程結束、長者仍在用餐時，亦播放老歌，帶領長者愉快地用餐。
- 4、影片欣賞完可加入討論。
- 5、單元評量表內容可多設計幾題開放式問題，例如：您今天印象最深刻的一句話？課程內容令您印象最深刻的部分？您有哪些經驗與講師分享的內容有相似之處？回饋表不只希望獲得長者的滿意程度，更希望能獲得長者內心的想法。開放式問題需要社工及志工傾聽長者的聲音，協助填答才得以完成。
- 6、建議固定長者位置並予以分組，左側前三排為第一組、左側後二排為第二組、右側前三排為第三組、右側後二排為第四組，由固定的社工及二位志工服務該組長者並協助長者填答回饋表，如此才能更清楚長者的想法、即時處理其情緒，及提供後續的服務。
- 7、長者的位置可依需求予以安排，由早到且能力佳的長者引導長者就位，發揮長者服務長者之精神。依第一單元報到情形，可請 A 伯伯及 E 伯伯擔任班長及副班長的角色，再搭配一位志工負責引導長者就位的工作，形成一報到/服務組（建議請志工○○擔任組長角色）。
- 8、發放便當、回饋表、又送湯品，致現場較為混亂，建議課程一結束隨即填答單元回饋表，待回饋表填答完畢後再用餐。（便當由○○社工管控）
- 9、○○社工為本次課程的副手，工作負荷過於繁重，建議照相工作改請志工○○擔任，請其多拍每一位長者之特寫及錄影，以利後續沖洗相片送給長者。
- 10、第一單元因未請主講人預留提問時間，故有長者對幫已逝的弟弟器捐而產生疑惑之問題。之後均須請主講人留 10 分鐘時間進行 Q&A，12:00 之後則先填答單元回饋表，完成後再請社工及志工分組服務長者用餐。
- 11、回饋表之字體需放大，以利長者清楚閱讀。

## 六、後續追蹤

1、承辦人員事後針對 A 伯伯之疑慮，致電主講人宗惇師父，以求精確了解而能為 A 伯伯解惑。宗惇師父請承辦人員向 A 伯伯解釋，對往生者進行器官摘除前，醫療團隊一定會施予往生者止痛或鎮定劑，藥物會免除往生者身體的痛苦；另 A 伯伯幫已逝的弟弟決定器官捐贈，對往生者絕對是加分的效果，請 A 伯伯安心；宗惇師父另建議 A 伯伯信仰宗教，有宗教信仰會讓人較為安定。

2、F 伯伯因心臟衰竭住院治療，甫出院即來參加課程，但先行離席，承辦人員多次致電均未能聯繫上，與 F 伯伯同住之友人表示 F 伯伯多至公園與人聊天，傍晚 5-6 點較易找到人。

4/16 終於聯絡上 F 伯伯本人，F 伯伯表示他已簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書，且已註記在健保卡上，適逢他周五需回門診複診，故 4/19 將告假一次，4/26 預立遺囑這堂課一定會來。F 伯伯表示他很喜歡唱卡拉 OK，現在還在教唱，與承辦人相談甚歡，主動表示下次若有其他活動，他一定會出席。

3、關心每一位參與課程長者的情緒反應，課後逐一打電話詢問其感受及情緒，以及提醒其下一次上課的時間，避免造成長者不良反應。

4、G 伯伯表示他參加陣頭已久，4/19 將隨陣頭下南部，故請假一次；H 伯伯因膀胱發炎，健康不佳，下次課程先行請假。

# 生死教育第二單元課程紀錄



地點：○○服務中心會議室

時間：102/04/19（五）9:30-12:30

記錄者：蔡妙娟

## 一、課程主題

本次課程為第二單元，單元名稱為【從醫學觀點認識安寧療護及安寧緩和意願書】，主講人為關渡醫院安寧病房陳健文醫師及社工組黃雪美組長。

陳健文醫師為家庭醫學、安寧療護、老年醫學專科醫師背景，講述內容從認識心肺復甦術（CPR）的由來開始，介紹心肺復甦術的種類包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等，每一種急救項目均輔以圖片，清楚地讓長者透過圖片了解急救的過程；接著講述急救過後的生存機率及後果。第二堂課帶入安寧療護和安寧緩和條例，陳醫師以長者懂的語言解釋硬梆梆的法律條文，國、台語交錯，法律條文生活化而讓安寧緩和條例貼近與長者的關係；最後帶進二個與長者處境類似的實例，讓長者知曉簽署意願書之重要性。

另一位講師為關渡醫院社工組黃雪美組長，黃組長同時為關渡醫院安寧病房團隊一員，以日本之兒童繪本「我要去遠足」說明死亡就像要去遠行，預立自主醫療計畫就像是遠行前的準備，做好準備，較有一美好的遠足經驗。接著以媒體報導之國內外急救後或加工死亡的案例，說明死亡絕不只是一個人的生命之事，還牽涉到家人甚或整個家族的糾葛與傷痛等事。再以其於病房之實例說明病人本人未簽署安寧緩和意願書，可能導致有權決定之最近親屬決定要急救與否意見不一致之紛爭，鼓勵長者在意識清楚時，由自己決定遇到生命無法挽救時，急救與否之醫療決定。

## 二、參加成員

第二單元課程參加人員計有：長者 27 位、志工 13 位、工作人員 10 位，共 50 位。

## 三、課程進行方式

課程內容設計為五單元，一單元進行三小時，進行方式為：

1、暖場：9:30-10:00

將與本課程高度相關的影片-我的阿嬤是太空人分次播放，每一單元欣賞 0.5 小時，藉由影片讓長者探索個人感覺與經驗。

2、教導式課程進行 I：10:00-10:40

由主講人向參與課程者介紹心肺復甦術（CPR）。



3、休息：10:40-10:50

備有切片清蛋糕及茶水，由志工及工作人員親送至會場請長者品嚐及適時補充；並指引長者如廁、陪同舒展肢體。

4、教導式課程進行Ⅱ：10:50-11:20

繼續進行第二階段課程講授。

5、11:20-11:30 Q&A

6、教導式課程進行Ⅲ： 11:30-12:00

第三階段課程講授。

7、12:00-12:10 Q&A

8、12:10-12:15 單元回饋表及滿意度調查

社工及志工依事前之分組，依序詢問長者及協助填答、完成回饋表。

9、12:15- 午餐/討論

社工及志工依事先詢問長者葷素習慣發送便當，並端送由工作人員精心準備的湯品 - 南瓜濃湯。

#### 四、特殊狀況紀錄

1、長者多於 9:20 之前便到會場，本次課程特意安排志工○○擔任課程前之 DJ，請其播放影片或音樂，增加課程前之會場活潑度。本週工作人員雖備有音樂影片，但仍先播放過去幾年長者參與活動的影片，長者看到自己在影片中出現，覺得新鮮又有趣，志工○○笑得比長者還大聲、還開心，課程開始前，會場即已一片歡笑聲。

2、C 奶奶 9:00 到會場時氣色不佳，她表示腳疼、頭暈，工作人員詢問她是否要暫停上課，回家休息？C 奶奶表示這些症狀是經常性，不是今天才發生的，回家也只是睡，沒別的事，表示要留下來上課。志工○○趕緊找一綑軟墊供 C 奶奶跨腳，減輕腳疼的不適；社工趕緊商借一瓶德國百靈油供 C 奶奶擦拭，並請鄰座的 A 阿姨及志工幫忙留意 C 奶奶的身體狀況。C 奶奶表示這瓶油真有效，擦過、聞過後頭比較不暈了，要求社工有機會幫她採買一瓶。

3、播放暖場影片 - 「我的阿嬤是太空人」約半小時之後，講師已到中心但未進入會場，主持人邀請與影片中的阿嬤一樣有插管經驗的長者分享自身急救的經驗，I 伯伯則大方地表示他死過 8 次，可是閻羅王都不帶他走，開玩笑地表示他要告閻羅王。I 伯伯無法精確表達插管之經驗與所造成之影響，故承辦人轉移話題請他分享如何於大病之後養生之道，I 伯伯表示他以唱歌養生，因唱歌就是在練肺活量，唱歌會有好心情，身體也就少病痛。

4、順著 I 伯伯講到養生，承辦人介紹 J 伯伯特地帶來葡萄乾，讓大家品嚐後補血、補身又補元氣，亦請 J 伯伯分享一下養生之道。91 歲的 J 伯伯聲如洪鐘且精神奕奕地分享他的養生之道，講到激動處，還將右腳舉高到桌面上示範穴道按壓，身手之矯捷，有如練過武功。只是 J 伯伯太想分享養生資訊，忘情到無法停止發言，承辦人只好貼近他且技巧性地將麥克風收回，交由已到

會場的陳醫師開始講課。



- 5、陳醫師講課時國台語交錯，且輔以多張圖片，讓長者清楚地知道急救的種類及過程，長者專注的神情便是對講師最大的肯定。講台語的D奶奶表示她聽得懂也看得懂圖，表示陳醫師講得非常好。
- 6、工作人員擔憂上一週因無法承受沉重的死亡課題而欲先行離開的E奶奶，本週看到這麼多照片，不知情緒是否更受影響，特別留意她上課的感受。E奶奶上課時雖皺著眉頭，但神情專注、認真，表示本週雖有這麼多圖片，但因聽得懂，反而比較不害怕，多次回應如果是像照片這樣，她不要急救。
- 7、承辦人於中場休息前特別澄清，陳醫師播放這些圖片不是要嚇唬大家，只是陳述他於醫療現場所看到的急救場景，目的是希望讓大家了解，而能對自己的醫療計畫做自主決定。請大家休息10分鐘後記得回來，開玩笑地表示若未回座，就視同心生恐懼而離開，工作人員會特別加強說明與輔導，以免造成對長者的傷害。坐第一排的K伯伯馬上附和，落跑者抓回來電一電(電擊之意)，幽默了急救這個嚴肅的議題。
- 8、頭暈症狀好轉的C奶奶上課認真，提問時間不好意思直接開口請教陳醫師問題，招手示意請承辦人到旁，請承辦人代為提問。C奶奶已請友人代為寫好遺囑(代筆遺囑)，欲問醫師若她不想急救，是否須將意願補充到她寫好的遺囑裡面？陳醫師表示遺囑乃去世後生效，安寧緩和意願書乃病人於意識清楚時簽署，用在末期病人之醫療意願上，兩者用途不一樣，要分開簽署，不相違背。
- 9、志工○○提問，她已簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」並註記在健保卡上，若發生意外，面臨急救與否，醫師會尊重她的意願或家屬的決定？陳醫師答覆會尊重病人自己的決定，但提醒長者最好還是跟家人多溝通，避免自己昏迷時親屬違背自己的意願或因意見不一而爭吵。
- 10、安排E伯伯與L伯伯同坐，請E伯伯簡單講解，協助不識字的L伯伯理解上課內容。E伯伯非常盡責地扮演協助者角色，不時聽到E伯伯解釋課程內容，只是L伯伯仍有睡著的情形。
- 11、M伯伯與E伯伯同時報名參加其他單位舉辦的健康講座，二人為同學，聽到M伯伯問候E伯伯的對話：「你也向○○服務中心請假喔，對啦，這邊的課程講的身後事的安排，那邊講的是健康，這個比較重要啦，對我們很有幫助呢。」
- 12、A伯伯問他想捐贈大體，是否也簽在這份意願書上呢？此時二位講師均已先離開，承辦人知道參與課程的D伯伯已簽捐贈大體給慈濟，特請D伯伯向A伯伯解釋，同時增加長者之互動。
- 13、用餐時，A阿姨向承辦人員詢問，她有意願簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，但又想留一口氣等住在國外的女兒回來見最後一面，二者是否相衝突？針對A阿姨的疑慮，承辦人表示會請教陳醫師後再協助解答。
- 14、B阿姨準備了15本由法鼓山創辦人聖嚴法師著作的「生與死的尊嚴」隨身

書，欲與其他長者結緣，並親自送 1 本給上週提問代弟弟決定捐贈器官，是否害了弟弟這個問題的 A 伯伯。B 阿姨很認同課程討論的議題，希望參與者能多了解死亡，進而能接受死亡而預約善終，故採具體行動予以分享，並貼心地詢問承辦人這個舉動是否會造成承辦人員個人的困擾？承辦人肯定 B 阿姨的用心，並解釋該本隨身書由參與者自行取閱，尊重個別需求，不強迫就不會有困擾。

15、K 伯伯表示他於課程當日清晨 4:00 甫從新光醫院急診室回家，身體有多種症狀，承辦人請 K 伯伯不要勉強來上課，以健康為首要考量才是。續請主責社工關懷，○社工隨即坐在 K 伯伯身旁，專注地聆聽其身體的病痛，再次向 K 伯伯強調，身體很不舒服需以休息為首要，不要勉強上課。平日社工對於 K 伯伯的尊重與關懷，是他撐著身子全程參與的動力，那份親切的互動，增添課程許多暖流。

16、N 伯伯與 O 伯伯原本不認識，但 N 伯伯會主動協助對意願書或回饋表有疑問的 O 伯伯，適時提供解答。增加長者互動，亦是課程希望達到的目標之一，二位長者為這個課程的目標做了良好的示範。

17、志工○○知道她所關懷的長者 P 伯伯參加了這個課程，排除她固定的行程，特前來中心幫忙並與 P 伯伯見面。志工○○對 P 伯伯噓寒問暖，關心他穿義肢坐著上課是否會不舒服、用餐情形…，二人相見歡畫面很是溫馨。

18、Q 伯伯每天中午均要到國小站導護，維護孩童安全。Q 伯伯表示上週 11:30 先離開會場再去當導護，行程太趕，所以本週他已請友人代為站導護，他會全程參與課程結束後再回家。對於課程的支持，真是令人感動。

## 五、課程檢討會

第二單元課程結束後，雖未舉行課程檢討會，但承辦人員分別詢問工作人員有關課程檢討之內容計有：

1、社工○○建議單元回饋表於課程一開始即發放，讓能書寫的長者於記憶還算清晰時自行書寫，書寫能力較弱的長者，於用餐前再由工作人員協助填答，以降低長者多數答「忘記了」或「不記得」的情形。

2、第二單元課程的第一位講師-陳健文醫師，能以國、台語交替使用及輔以圖片的方式講課，回收的 27 份單元評量表中，多數長者均表滿意或非常滿意；二位講師以實際案例及淺顯易懂的方式說明，以讓長者理解為要，甚獲長者的認同。

這些均需立基於事前提供長者的屬性、與講師充分溝通，才得以滿足長者的個別需求，達到高度的滿意。每一單元結束後，承辦人即需蒐集長者當天的反應及問題，加上詢問社工、志工的意見，提早將資訊提供給下一單元講師，以利講師針對長者需求及特性事先準備，希冀每一單元有連貫性而能達到課程的目標及滿足長者需求。

3、志工○○回饋事先安排長者的座位確實減少紛亂，場面較有秩序感，長者與

長者間或長者與志工、社工之間較能有多一些互動。



## 六、後續追蹤

- 1、承辦人事後針對 A 阿姨之疑慮，致電台灣安寧照顧協會及陳健文醫師。陳健文醫師表示依 A 阿姨的願望而言，其實就是要急救，唯獨急救才有可能留一口氣讓住在國外的女兒回來見她最後一面，但如同他於課程講述時提到的成功救活機率，以 A 阿姨的年紀(60-69 歲)，約 13 個人中救活 1 個，能不能於急救後救活等到女兒回來是很難說的。陳醫師建議 A 阿姨還是簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」並交由子女保留，不要註記在健保卡上，若醫療團隊真施行急救而插管，子女可出示 A 阿姨所簽署之意願書紙本，作為病人意願表達之用，子女可主張予以拔管。並建議 A 阿姨與疼愛的子女保持親密關係的維繫，這比讓子女見最後一面來得更為重要。  
承辦人已將陳醫師之建議轉知 A 阿姨，A 阿姨表示這個答覆她很清楚、很感謝，同意承辦人將她的提問於課堂上公開解釋，讓更多人清楚簽署的利害關係而能解除疑惑。
- 2、針對 A 伯伯有意捐贈大體，詢問遺體捐贈中心，該中心工作人員表示將郵寄宣傳單張至中心，以利承辦人向 A 伯伯詳盡解釋。
- 3、F 奶奶於第一單元課程結束後有不繼續參加的念頭，原因是課後會胡思亂想，影響情緒，但在另一位長者要求陪伴與鼓勵下，她仍勉強來參加課程。第二單元課程結束後，F 奶奶將安寧緩和意願書帶回家，以電話與女兒談論此事，女兒大力支持，肯定 F 奶奶參加課程，F 奶奶參加課程的態度變得堅定，語氣變得輕鬆而爽快答應來上課。
- 4、先行了解臺北市獨居長者於社區內或醫院內去世之處理流程，以利於第三單元與講師搭配遺囑撰寫之重要時運用。
- 5、關心每一位參與課程長者的情緒反應，課後逐一打電話詢問其感受及情緒，以及提醒其下一次上課的時間，避免造成長者不良反應。

# 生死教育第三單元課程紀錄



地點：○○服務中心會議室

時間：102/04/26 (五) 9:30-12:30

記錄者：蔡妙娟

## 一、課程主題

本次課程為第三單元，單元名稱為【預立遺囑的重要】，主講人為活塵子工作室黃瀅竹老師。

黃老師為財團法人佛教蓮花基金會專業宣廣預立遺囑的講師，出版的書籍有「教您如何寫遺愛手書」、「教你如何寫好自己的生死遺言」、「我的生死遺言」及「最動人的生命故事」等，並於社區大學開設預立遺囑課程，長期致力於推廣預立遺囑的重要。

## 二、參加成員

第三單元課程參加人員計有：長者 28 位、志工 11 位、工作人員 11 位，共 50 位。

## 三、課程進行方式

課程內容設計為五單元，一單元進行三小時，進行方式為：

1、暖場：9:30-10:00

將與本課程高度相關的影片-我的阿嬤是太空人分次播放，每一單元欣賞 0.5 小時，藉由影片讓長者探索個人感覺與經驗。

2、教導式課程進行 I：10:00-10:50

由主講人向參與課程者介紹 DIY 及時寫好遺囑及民法所規定遺囑的方式。

3、休息：10:50-11:00

備有切片炭烤地瓜及桂圓紅棗茶，由志工及工作人員親送至會場請長者品嚐及適時補充；並指引長者如廁、陪同舒展肢體，關心長者的身體狀況。

4、教導式課程進行 II：11:00-11:45

繼續進行第二階段課程講授，說明遺囑之內容可包括：財物處理、文物留贈、指定監護、遺願執行、身心療護、最後捨獻、摯愛告別、一生回顧、親密心語、了無遺憾、年度檢修等。

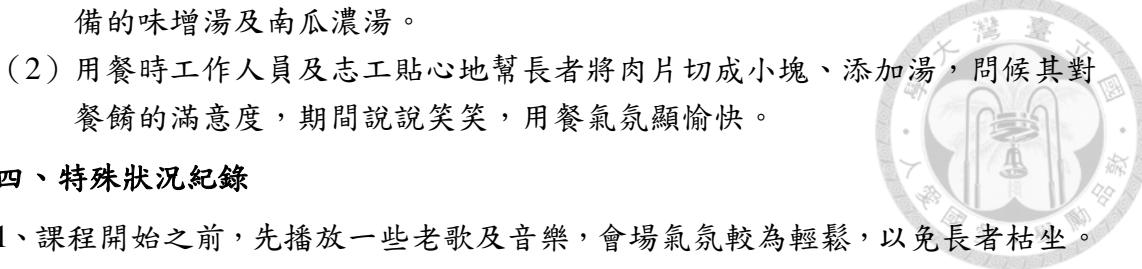
5、11:45-12:00 Q&A

6、12:00-12:10 單元回饋表及滿意度調查

社工及志工依事前之分組，依序詢問長者及協助填答、完成回饋表。

7、12:10- 午餐/討論

(1) 社工及志工依事先詢問長者葷素習慣發送便當，並端送由工作人員精心準



備的味增湯及南瓜濃湯。

(2) 用餐時工作人員及志工貼心地幫長者將肉片切成小塊、添加湯，問候其對餐餚的滿意度，期間說說笑笑，用餐氣氛顯愉快。

#### 四、特殊狀況紀錄

- 1、課程開始之前，先播放一些老歌及音樂，會場氣氛較為輕鬆，以免長者枯坐。
- 2、身體狀況一直不佳的 C 奶奶一如前二堂課程一樣很早到會場，她主動攜帶其以代筆遺囑形式寫好的遺囑到現場，同意作為本次課程的教材，其遺囑內容有文物遺贈、後事交代，並有三位見證人簽名，符合代筆遺囑的要件。C 奶奶分享她想要預立遺囑的理由，就是不願因其後事而造成唯一的女兒之困擾。
- 3、本週播放暖場影片-「我的阿嬤是太空人」的劇情恰好停在媳婦意外發現阿嬤的遺囑，邊讀邊流淚的階段(遺囑內容先是阿嬤對媳婦辛苦照顧她的感謝，及阿嬤心疼媳婦的辛苦而偷偷幫忙做家庭代工，可能因此幫倒忙的抱歉；接著是對兒子細膩的觀察，肯定兒子的人格與祝福；誇讚女兒聰明又漂亮，期待她能有智慧，祝福女兒找到好歸宿；最後是阿嬤感謝孫女帶給她的快樂。阿嬤為減少子孫對她離世的傷痛，遺囑上寫到她從未出過國，一出國便要到這麼遠的太空，就當她遠行，希望家人化不捨為祝福才是)。影片停在媳婦讀完遺囑，再由黃老師接續講課，影片與課程主題具有相關及連貫性。
- 4、第一階段的課程上到遺囑內容可以包含身心療護，例如簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書、不施行心肺復甦術同意書、醫療委任代理人委任書等，之後再進入休息。因此部分上週已請醫師詳述過，故與黃老師討論後，由承辦人再說明一次，以加強長者對該部分內容的瞭解，增強簽署意願，並以為簽署意願之追蹤。在承辦人說明預立選擇安寧緩和醫療意願書時，A 伯伯突然發表意見，他認為政府在推廣簽署安寧緩和療護意願書，主要是因為像他這樣的老人，沒錢又沒用，若他簽署後，送到醫院，即使還有救，醫師也不會救，承辦人像是在幫政府鼓吹老人集體簽這份意願書，放棄這些老人。承辦人先謝謝 A 伯伯的提問，詢問在座的長者有無類似的想法，感謝因他的提問而讓承辦人有說明的機會。  
承辦人說明依據安寧緩和醫療條例，不施行心肺復甦術(即不急救)乃是針對經過醫師診斷為不可治癒的病人，病人之病程至死亡已是不可避免者，這樣的末期病人須經由二位醫師診斷才可以不急救，不是發生車禍腿受傷或還有救的機會，醫療團隊看到病人於健保 IC 卡上註記不急救，就不積極的治療，這是違反醫療法的，醫師不敢亂來。
- 接著說明本次課程舉辦的目的是要讓長者清楚急救的種類與情形，每個人在意識清楚時，都有權利為自己在不可治癒時，預先做好自己的醫療計畫之決定與準備，自己才是生命及生活品質的主人。無人強迫中心舉辦這樣的課程或強迫長者簽署，只是希望長者能有管道得到資訊與知識，做出自己想要的決定。
- 5、當講師提到遺囑內容可以有最後捨獻，例如器官捐贈、遺體捐贈或保持完整

體膚辭世時，承辦人在事先徵求 D 伯伯的同意之下，以其遺囑作為最後捨獻的範本，宣讀其遺囑及展示其已簽立之遺體捐贈同意書。D 伯伯遺囑之內容包含遺願執行人、財物處理、告別奠禮。承辦人請 D 伯伯分享預立遺囑的動機與想法，D 伯伯表示將遺體捐贈給慈濟大學，乃因希望透過他的皮囊，可以讓更多未來的醫生練習，精進醫術後，造福更多的病患。黃老師藉此說明，遺囑的內容很具彈性，若能像 D 伯伯這樣預立自書遺囑，是相當簡單且負責任的。

6、承辦人正拿著資料在向 A 伯伯說明遺體捐贈的條件與流程，A 阿姨表示她也有興趣瞭解。於是一起向兩人說明。遺體捐贈之條件為不可做過器官摘除或動過肺、腎、胃、膽、肝、脾、胰、子宮、心、胸腔、腸胃道等手術；四肢變形或有嚴重褥瘡、糖尿病致手腳指頭發黑等，條件相當嚴格。

7、承辦人上週針對 A 阿姨希望保有一口氣讓住在國外的女兒回來見她最後一面之疑慮提供解釋，並事先徵求其同意，可於課堂上公開解釋，讓更多人清楚簽署安寧緩和意願書的利害關係。

承辦人說明要留一口氣等女兒回台探視，其實就是要急救，但急救後能不能救活等到女兒回來是很難說的。轉述上週講師陳醫師的建議，請 A 阿姨還是簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」或「醫療委任代理人委任書」，並交由子女保留，不要註記在健保卡上，若醫療團隊真施行急救而插管，子女可出示 A 阿姨所簽署之意願書紙本，作為病人意願表達之用，子女可主張予以拔管。若 A 阿姨未簽署而被急救插管，需由其最近親屬出具同意書，或由同一順位的所有子女一致同意簽署「終止或撤除心肺復甦術同意書」，並經醫院醫學倫理委員會審查通過後才得以主張拔管，醫院也不敢任意幫病人拔管。總之還是建議 A 阿姨或有相同疑慮的長者簽署意願書或委任書，以免造成子女的困擾或子女做出與自己意願相違背之決定。

8、志工○○提問預立遺囑時可否將後事委託給朋友？黃老師答覆可以。志工○○接著問，是否需讓受委託的友人知道受託後事之事，黃老師答覆當然需要。承辦人以曾服務過但已去世的某伯伯為例，說明某伯伯於臨終前口頭委託友人處理其後事，但因某伯伯在台無親屬，又於醫院去世，醫院在友人未能提出任何白紙黑字的委託書前，無法將某伯伯的遺體交給友人。藉此強調只是簡單的隻字片語的遺囑之重要。

接著再以有參加課程的 F 伯伯為例，說明 F 伯伯是很有福份的人，因她的友人○小姐主動表示若 F 伯伯去世，她與家人願意幫 F 伯伯辦理後事。經向臺北市殯葬處詢問，該處表示若 F 伯伯無親友處理後事，殯葬處會先冰存遺體，請警政協尋家屬，確認無親屬出面後，才有可能交由友人處理，協尋家屬時間視警政流程而定，快則二星期，慢則六個月亦有可能。再次強調，若有友人願意處理後事，務必預立遺囑並告知友人協助處理。

9、有長者提問財產處理問題，黃老師表示財產的法定繼承人為配偶及直系血親卑親屬，其可繼承遺產的一半(此為特留分)，另一半財產可按照自己的意思

自由遺贈。承辦人特別說明，若無繼承財產順位的家屬，又未留遺囑，其遺產或遺物會先委由社會局代為保管，最後全移交國有財產局，請長者考慮清楚自己的遺產或遺物是否要充公，還是預先做好分配較為妥適。



## 五、課程檢討會

本次課程之單元回饋表，依同仁建議於課程一開始即發放，以讓能書寫及識字之長者自行填答，用餐之前再請社工及志工協助長者回想及填答，希望能夠鼓勵長者表達對課程的意見與想法。但從課程結束後回收之單元回饋表看出，長者仍多只勾選封閉式的問題，僅有少數長者回應對自書遺囑及樹葬的印象最為深刻，對開放式的問題較少有回應。在短時間內請長者書寫或回答工作人員的提問，較難獲得長者之精確回答，唯有請社工或志工於課後誠懇詢問、耐心傾聽，才得以真正了解長者的想法，彌補無法從回饋表上獲得長者意見之不足。

## 六、後續追蹤

- 1、A 伯伯對簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書之見解，承辦人雖於課堂上解釋，但未有時間當面再與 A 伯伯澄清，故於課後致電。A 伯伯表示他常有被人迫害的感覺，但很快速回復理智，知道根本沒有人要害他，這樣的循環經常發生，他也覺困擾，認為應該是精神狀況出問題，懷疑自己有阿茲海默氏症。雖有就診，但多因生理問題，未能解決這項心理問題。A 伯伯表示他很少跟人講有人要害他的感覺，會在課堂上大膽地說出，是因他信任社工，且知道說出來對他是好的，希望有人可以幫助他，並非要指責承辦人；且經承辦人說明，他的被害感覺又不見了，這只是被害以及回復理智循環的再一次發生。  
承辦人肯定 A 伯伯願意說出自己感受的勇氣，表示會請主責社工多關心並提供建議，以穩定 A 伯伯的情緒及問題為首要（備註：A 伯伯於當日課程前即已將簽好的預立選擇安寧緩和醫療意願書交給主責社工）。
- 2、E 伯伯課後表示他看到樹葬的照片，感到樹葬區環境優雅又環保，很想多了解樹葬的資訊。
- 3、關心 E 奶奶上課後的情緒反應，E 奶奶表示她將上課情形與兒子分享，兒子才告知她當年照顧案夫的甘苦經驗，兒子提及看到案夫在加護病房，身上插滿了管子，最後幫案夫決定不急救時，那種煎熬，還令他難以釋懷，至今想起仍會傷心落淚。E 奶奶表示自己很膽小，不敢前往醫院探視重病的先生，故不知有這段故事，今日因上課而與兒子談到這個議題，才知兒子其實很孝順，並非如她所想像的這般不懂事，兒子的孝心令她很感動。承辦人感謝 E 奶奶分享這段親子親密心語，不管課程對 E 奶奶有多少幫助，至少開啟了親子間可以對談生死話題，讓兒子在面對 E 奶奶的生命議題時，能較清楚 E 奶奶的意願，減少再一次煎熬決定的痛楚。

# 生死教育第四單元課程紀錄



地點：○○服務中心會議室

時間：102/05/03（五）9:30-12:30

記錄者：蔡妙娟

## 一、課程主題

本次課程為第四單元，單元名稱為【從法律觀點認識遺囑屬性及自身權益】，主講人為李承訓律師。

李律師為浩理法律事務所合夥律師，曾任台灣新竹法院民事庭法官。其以與遺囑、繼承有關的九則實際案例講解，因較貼近真實經驗而能引起長者注意；期間多次詢問長者有無意見或問題，歡迎隨時提問，讓課程進行有互動較不顯枯燥。

## 二、參加成員

第四單元課程參加人員計有：長者 29 位、志工 12 位、工作人員 11 位，共 52 位。

## 三、課程進行方式

課程內容設計為五單元，一單元進行三小時，進行方式為：

1、暖場：9:30-10:00

將與本課程高度相關的影片-我的阿嬤是太空人分次播放，每一單元欣賞 0.5 小時，本單元播放該影片的最後一段，藉由影片讓長者探索個人感覺與經驗。

2、教導式課程進行 I：10:00-10:40

主講人先解答承辦人於課程前所整理之長者面臨的問題，接著再以與遺囑、繼承有關的實際案例帶領參與課程者認識遺囑。

3、休息：10:40-10:50

備有紫米芋頭糕、葡萄乾及紅茶，由志工及工作人員親送至會場請長者品嚐及適時補充；並指引長者如廁、陪同舒展肢體，關心長者的身體狀況。

4、教導式課程進行 II：10:50-12:00

主講人繼續以實際案例帶領參與課程者認識遺囑，接著說明遺囑的屬性及叮嚀遺囑應注意之小問題。

5、12:00-12:10 單元回饋表及滿意度調查

社工及志工依事前之分組，依序詢問長者及協助填答、完成回饋表。

6、12:10- 午餐/討論

（1）社工及志工依事先詢問長者葷素習慣發送便當，並端送由工作人員精心準

備的菇菇湯。

(2) 用餐時工作人員及志工貼心地幫長者將肉片切成小塊、添加湯及白飯，溫暖的問候與服務。

#### 四、特殊狀況紀錄

- 1、課程開始之前，志工○○先播放一些老歌及音樂，使得會場氣氛較為輕鬆，以免長者枯坐。
- 2、當承辦人介紹講師來自新竹時，M 伯伯主動表示講師從那麼遠的地方來，真是辛苦，以拍手向講師致歡迎之意。
- 3、講師回答某位長者的問題，有關去世後，唯一的不動產欲贈與寺廟，而不願留給已失聯多年的養女，他建議該位長者逕向法院提出單方終止收養之訴，引起 J 伯伯對於戶政上登記收養與否、以及雙方合意終止收養之議題的興趣。  
李律師答覆需先至戶政事務所確認當年於戶政資料上將子女登記為親生或收養，若為收養，成年的雙方合意終止收養，至戶政事務所辦理終止收養登記，即可終止雙方的法律（親子）關係；若登記為親生，欲辦理終止收養前，需先驗 DNA，持醫院的證明向法院提起親子關係不存在之訴，待法院判決後，再至戶政事務所辦理終止收養。J 伯伯對於講師的答覆甚為滿意，課程結束時，主動致意，希望有機會可再邀請李律師前來中心講課。
- 4、當講師講解完終止收養議題後，A 伯伯接著問，要是單方提出終止收養之訴，反讓失聯多年的養子女出現，若養子女有不利於長者的恐嚇或暴力行為出現，反對長者不利。李律師答覆此時就要申請保護令來保護自身安全。
- 5、李律師以一位喪偶多年的老人在去世後，將過半財產分給生前照顧他的照顧員，還分出 10% 的財產給自己的小狗，卻未將財產留給自己的一雙兒女。這位老人在其遺囑中寫道「他倆都沒有盡孝道，我也沒享受在他們成年後應得的尊嚴和孝順，財產沒有他們的份。」李律師強調若未立遺囑，每一位財產繼承人都是有特留分的，故必須向案例中的老人一樣，將子女未盡孝道，或有無法繼承的具體事實(如棄養、施暴等)載明於遺囑中，遺產才得以依立遺囑人之意願分配。這個案例很像 G 奶奶的處境，G 奶奶不斷請教鄰座的 F 奶奶，希望可以立遺囑，將剩餘財產分配給子女，但排除其中一位從她身上獲得最多金錢的兒子，這樣對其他子女才公平。
- 6、在李律師主動詢問長者有無問題，歡迎隨時提問的鼓勵，以及志工、社工踴躍提問的氛圍下，C 伯伯問了有關本票的問題，他以點頭表示對李律師答覆的滿意；課程結束時，並主動再以一次掌聲肯定李律師。當天他簽署了「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，並表示他想再簽器官捐贈及遺體捐贈，用完午餐後，還與未曾交談過的長者輕鬆互動，語多肯定與鼓勵。
- 7、播放完與本課程高度相關的影片-我的阿嬤是太空人時，見到 F 奶奶不斷拭淚；F 奶奶除講解遺囑的應注意事項給不斷請教她的 G 奶奶聽之外，於課程



結束時，還大聲地回應讚賞講師講得很棒，對課程的理解力、支持度均高。用完餐，見到 C 伯伯正在簽「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，主動趨前唱一首「不老歌」祝福 C 伯伯 (C 伯伯記得這首歌於第一單元課程時 B 伯伯曾經唱過，他還以擁抱回饋 B 伯伯呢！)。承辦人向 C 伯伯介紹 F 奶奶於○單位擔任志工，C 伯伯隨即介紹自己為了參加生死教育課程，推掉了原本於○單位所參加的英文課程，F 奶奶開玩笑地回應「沒關係，只要學會一句英文-I Love You 就夠了」，二人的互動，引起 G 奶奶的好奇與加入，最後以互猜年紀、互相肯定，結束三人的初次互動，相談甚歡。

8、健康不佳致步履較為蹣跚的 H 伯伯 (81 歲)，本次因太太生病無法陪同前來，決定搭計程車獨自前來。H 伯伯戴著眼鏡，以手指頭比畫講義，跟著進度閱讀講師所舉的案例，非常認真。

9、坐在 H 伯伯前面的 R 伯伯 82 歲，他則拿起放大鏡，一字一句地跟讀案例，神情專注、認真。李律師要離開會場時，R 伯伯主動稱讚李律師講得很好。

10、在徵求 F 伯伯的同意下，以其狀況作為說明立遺囑之必要的案例(未明示 F 伯伯身分)。承辦人說明 F 伯伯是一位很有福份的人，他雖未有子女，但友人○小姐已表明將來願意幫 F 伯伯辦理後事。經詢問臺北市殯葬處，獨居長者遺體處理流程(社區之有名無主獨居長者遺體交由殯葬處、醫院內有名無主獨居長者遺體交由遺體教學中心)乃需先經警政協尋家屬，協尋期間可能須經數星期到數月不等，待確定無家屬出面，才可能交由僅是友人的○小姐處理後事；若友人○小姐能在 F 伯伯去世之初即出示 F 伯伯所預立之遺囑(最好經過法院的公證)，殯葬處即可將 F 伯伯的遺體交由○小姐辦理後事，省去警政協尋家屬的流程與時間。藉由 F 伯伯的案例說明，若不想經過警政協尋家屬而冰存遺體一段時間，可事先預立遺囑將後事委由他人處理，他人亦好依自己的意願處理後事。F 伯伯向主責社工表示他想寫遺囑，但須他人予以協助，主責社工將會協助 F 伯伯完成心願。

11、B 阿姨以其友人的狀況詢問李律師，內容為未婚且無子女的老人，在其去世後，兄弟姊妹具有繼承其不動產的權利，侄子、姪女確定無繼承權。

12、H 奶奶詢問有關追溯期的問題，但因提供的資訊不夠清楚，李律師僅能回應法律規定的有效追訴期為 15 年，特殊情形再多 5 年，最多也只有 20 年，像 H 奶奶提問的有關 30 年的求償問題，可能較為困難。

13、C 奶奶再度拿出她早已預立的代筆遺囑，請李律師檢視法律效力，李律師表示 C 奶奶的遺囑若能再添加一些文字「立遺囑人對遺囑內容經代筆人宣讀、講解而完全瞭解、確認...」，會較完整。但得知 C 奶奶只有一位女兒後，表示 C 奶奶的遺囑不會衍生後續可能有其他子女出面抗議的問題，這樣就可以了。李律師還當眾稱讚 C 奶奶所簽署的「預立選擇安寧緩和醫療意願書」很完整，是很好的範例，豎起大拇指稱棒，令 C 奶奶很安心、很光榮。

14、K 伯伯第一次與不識字的 S 伯伯坐一起，自己雖然身體不舒服，但得知 S 伯伯需要協助後，主動協助 S 伯伯填答單元回饋表。

15、Q 伯伯表示寫遺囑不是他需要的，倒是「預立選擇安寧緩和醫療意願書」與他較有切身關係，他還在考慮簽署中。

16、承辦人代長者向李律師提問，如同李律師所言，遺囑多半與財產有關，但對經濟弱勢的長者而言，寫遺囑的意義為何？李律師答覆，在課程一開始他即說明，並非沒有錢的人就不用寫遺囑，遺囑的內容可以是對家人的叮嚀與祝福、心願的交代、後事儀式的處理、醫療的處置與安排、委託他人的事項等，以感恩及惜福的心面對人生，最後一段路也可以走得很安詳。李律師以非常軟性的話語勉勵長者，溫暖的課程的感性，淡化了些許沉重的生死議題。

## 五、課程檢討會

- 1、長者於課程主題、講師教學方式、課程內容對其實用及幫助性均填答滿意，最後甚至以握手、躊躇發問、簇擁講師離開會場的實際行動表達對講師的滿意與肯定。
- 2、若能於課程開始前或每單元課程前 10 分鐘召開工作人員行前會，較能讓所有工作人員清楚分工；或於每次課程結束後召開檢討會，修正每單元課程的不足，會讓課程的細緻度更高。

## 六、後續追蹤

- 1、I 阿姨多次表示很想來上課，雖然自己晚年生活狀況不佳，但與手足關係良好的她，更擔憂比她不好過的妹妹，為了照顧妹妹而缺席了好幾次課。主責社工察覺到 I 阿姨的辛苦與心態，主動致電，表示 I 阿姨若想上課，歡迎她相偕妹妹一同前來。
- 2、關心每一位參與課程長者的情緒反應，課後逐一打電話詢問其感受及情緒，以及提醒其下一次上課的時間，避免造成長者不良反應。

# 生死教育第五單元課程紀錄



地點：○○服務中心會議室

時間：102/05/10（五）9:30-12:30

記錄者：蔡妙娟

## 一、課程主題

本次課程為第五單元，單元名稱為【美好人生】，主講人為社團法人心藝社會關懷協會陳鈺蕙理事長。

## 二、參加成員

第五單元課程參加人員計有：長者 33 位、志工 12 位、工作人員 11 位，共 56 位。

## 三、課程進行方式

課程內容設計為五單元，一單元進行三小時，進行方式為：

### 1、教導式課程進行 I : 09:30-10:30

陳理事長以優美音樂帶動長者互相認識及寒暄，讓課程一開始即顯活潑而有互動性；接著播放影片-人生四季之歌，以春、夏、秋、冬四季寓意人生，勉勵長者「預立遺囑」，許自己一個圓滿的畢業典禮。

### 2、休息：10:30-10:50

先推入慶祝母親節的大蛋糕（16 吋蛋糕由志工捐贈）進入會場，請所有參與課程的女性長者起身，由志工一一幫女性長者獻上花環並予以擁抱。請長者坐下後，播放以所有長者參與生死教育課程的照片所製作的影片，搭配歌曲「媽媽的眼睛」，請志工帶頭領唱，以茲慶祝母親節。

看完影片後再請女性長者代表切蛋糕、喝桂圓紅棗茶，進入點心及休息時間。

### 3、教導式課程進行 II : 10:50-12:00

第二堂課進入「生前契約」及「預立遺囑」說明，議題雖顯沉重，但陳理事長以主動提問或點名提問即有獎品的方式，讓長者互動及思考，能深入長者内心需求，引起共鳴，很具深度。

### 4、頒獎典禮：12:00-12:15

頒獎的獎項計有：全勤獎（五次課程均參與者）、事事如意獎（參加四次課程者）、三生有幸獎（參加三次課程者）、再接再勵獎（參加二次課程者）。獎狀由社工○○設計製作，內附長者參與課程的照片，很令長者喜愛。

共有 21 位長者獲得全勤獎及全勤獎勵金 500 元，因講台空間有限，故分四組分別頒發。有 7 位長者獲事事如意獎，3 位長者獲三生有幸獎，2 位長者

獲再接再勵獎，這 12 位長者因未全勤，無法領取全勤獎金，但每人仍可獲頒獎狀及承辦人募集之獎勵金 200 元。

主任擔任頒獎人，志工○○依序遞送獎狀及獎金，志工○○獻花環，搭配頒獎音樂，現場很是喜氣與熱鬧。

5、單元回饋表及課程總回饋調查：12:15-12:20

社工及志工依事前之分組，協助長者填答、完成單元回饋表及課程總回饋表。

6、午餐：12:20-13:30

- (1) 社工及志工依事先詢問長者葷素習慣發送便當，並端送由工作人員精心準備的紅豆湯及綠豆湯。
- (2) 用餐時工作人員及志工貼心地幫長者添湯，不時地溫暖問候語服務，提供長者溫馨的用餐氣氛。

#### 四、特殊狀況紀錄

- 1、課程開始之前，志工○○先播放一些老歌及音樂，親切地與長者互動，使得會場氣氛輕鬆而顯愉快。
- 2、承辦人在向長者說明本次課程有二份回饋表需填答，欲持 M 伯伯桌面上的回饋表作為示範，發現課程未進行，M 伯伯已填答完畢，開玩笑地向 M 伯伯表示他實在是太愛這一系列的課程了，能未卜先知非常滿意本單元課程，M 伯伯開懷大笑，亦引起其他長者會心一笑。承辦人藉此提醒長者，待課程結束後再填答二份回饋表。
- 3、承辦人在介紹講師時，順便透露講師今天精心準備了一些動態活動，以避免長者有打瞌睡的情形發生，舉 C 伯伯幽默 S 伯伯打瞌睡為例-「S 伯伯真的很不賴耶，打瞌睡還有便當可以吃」，請大家拭目以待講師活潑的教學方式，今天大家應該不會打瞌睡了。C 伯伯及 S 伯伯二位男主角笑得臉都紅了。
- 4、當講師自我介紹完之後，要介紹今天的主題時，M 伯伯主動而大聲地講「沒有人生」，大家正納悶一向活潑開朗的 M 伯伯怎會突然冒出這麼負向的語句時，他靦腆地修正，是「美好人生」才對啦！M 伯伯的口誤引起哄堂大笑，真是為本單元課程鋪了最逗趣的開場。
- 5、講師鼓勵長者既然大家有緣同聚一堂，應該彼此多認識、關心，於是點名 C 伯伯，請 C 伯伯介紹自己的名字及綽號，C 伯伯表示朋友都叫他「羊仔」，會場便有人發出「咩～～」的聲音，延續了 M 伯伯口誤之後的歡樂氣氛。
- 6、講師再請教與 C 伯伯同坐一排的另一位 I 伯伯名字，I 伯伯幽默地回答「我忘了我是誰」，引起一陣笑聲。I 伯伯的名字有「雄」，講師笑稱剛才有「羊」，現在則有「熊」，這一班真是臥虎藏龍啊！
- 7、講師鼓勵長者把握當下，多說好話，讓自己及旁人開心，於是邀請帥氣的 K 伯伯上台示範說「我愛你」。K 伯伯初上台時雖然顯得靦腆，但仍大方地與講師擁抱，說出「我愛你」，精神可嘉。
- 8、在示範說好話後，講師播放「遇見你真好」這首歌，表示聽音樂可以放鬆人



的心情，並邀請長者在悠揚音樂聲中，與前後左右鄰座長者打招呼，說聲「我愛你」、「謝謝你」或「認識你真好」，音樂聲一播出，社工、志工即主動趨前引導長者互動、握手，或與長者擁抱，會場一片熱絡，長者臉部的笑容漸多，講師笑稱大家握手的方式，像是要競選議員般的用力與賣力，應該都會選上。

- 9、播放完「人生四季」影片後，講師邀請長者分享觀賞心得。I阿姨表示影片所要傳達的是知福、惜福，要珍惜現在所擁有的、把握幸福，好好地過日子。
- 10、I阿姨分享完後，講師請前座的S伯伯代為轉送小禮品，創造長者間之認識與互動。接著邀請S伯伯分享，S伯伯表示他的精神很好，很高興有這麼多同學齊聚一堂。
- 11、第一堂課程結束，慶祝母親節活動，播放以所有長者參與前四堂生死教育課程的照片所製作的影片，搭配歌曲「媽媽的眼睛」，F阿姨跟著影片大聲地唱，B阿姨、A阿姨、I阿姨、G奶奶也都跟著唱。長者看到自己入鏡，均顯得開心，露出滿意的笑容。
- 12、B伯伯開玩笑地表示沒結婚、無子女就是一個人（一樞人）-「給你找」。
- 13、第二節課講師講解生前契約，提醒長者要購買生前契約前，一定要小心地「停、看、聽」，看看該公司是否向殯葬處或內政部合法登記？向已辦過者打聽對這家公司的評價，稍微停一下請別人幫忙檢閱契約內容。B伯伯舉他朋友被騙200萬投資靈骨塔位為例，提醒長者要小心，若要購買生前契約，務必做到講師耳提面命的步驟才是。
- 14、I阿姨詢問像心藝社會關懷協會可以幫弱勢的民眾辦理喪葬，若沒有家屬者，如何入塔？講師答覆若委託給社福團體辦理喪事，社福團體不會向委託者收取費用，喪禮該有的誦經等儀式絕不會少，最後會入政府提供的塔位安奉。但最好事先簽署委託書，以免後續若有不知名的眷屬出現，反造成該社福團體的困擾。
- 15、承辦人接續提問有關後事委託書的事宜，講師表示會將委託書格式寄給承辦人，有需要將後事委託心藝社會關懷協會的長者，請洽承辦人或主責社工，中心將協助長者完成心願，如此也保障社福團體執行愛心時無後遺症，確保雙方的權益。E伯伯感性地發言，表示這個問題真是講到他的心坎，如果能予以委託，圓滿完成後事，正是他最需要的。
- 16、A阿姨表示她從未上過類似的課程，從課程中收穫、學習很多，她很喜歡上這樣的課。很感謝承辦人舉辦這麼好的課程，希望可以再繼續舉辦。

## 五、課程檢討會

- 1、從長者所填答之單元評量表得知，包括課程主題、講師教學方式、課程內容對其實用及幫助性等所有問題均表示滿意、非常滿意。印象比較深刻的部分是活潑的課程提高上課精神及母親節活動及蛋糕。
- 2、從長者所填答之課程總回饋表得知，包括課程主題、內容、講師教學方式、活動方式、時間安排、對其實用及幫助性等所有問題均表示滿意、非常滿意。

有2位長者最喜歡的單元是第一單元的宗惇師父，有2位長者最喜歡的單元是第四單元的從法律觀點認識遺囑的屬性及自身權益，有4位長者最喜歡的單元是第五單元的美好人生。有長者回饋最大的收穫是增進一些法律常識、了解生死過程必須的準備、對樹葬及海葬的認識。有長者希望能再舉辦生死教育課程，以及希望能再度邀請心藝社會關懷協會陳鈺蕙理事長前來授課。

- 3、分工明確後，服務確實較為細緻，所有參與課程之社工、志工主動、熱情，活潑課程的熱度，溫暖整個會場，讓長者有欲罷不能、捨不得離席之感。
- 4、平日社工、志工與長者所建立之信任關係，是長者願意參加本次課程之基礎；社工同仁自發性地提供服務-見長者未出席便主動致電關心、自掏腰包提供及烹煮湯品、提供不同口味的茶水，以及志工親切、熱情的招呼，讓長者感受到賓至如歸的溫暖，是長者高出席率(五次課程的出席率分別為:87%、81%、84%、87%、100%)並完成生死教育課程的主因。活動的舉辦絕非一個人的力量得以完成，更何況在台灣社會目前還是視為禁忌、在老人面前避談的死亡課題；中心展現最佳的團隊精神，以坦然的態度和長者討論對死亡的看法，幫助長者思考進而有所準備地面對死亡，未見長者帶著恐懼或負面思考所引發的情緒離開團體，而是以感謝與支持肯定生死教育課程的舉辦，以及願意付諸行動預約善終，我看到了對團隊及對長者均美好的雙贏局面。

## 六、後續追蹤

- 1、J阿姨表示生死教育課程內容正是她所需要，舉辦這樣的課程對她幫助甚多。她無子女照顧她，不管是不施行心肺復甦術、遺囑交代、喪葬安排等事情，都得靠自己，還是依自己的意思事先安排妥當較好。
- 2、A伯伯表示他曾與朋友聊及正在上生死教育課程，友人戲稱「死就死了，有什麼好上課，放到爛、放到臭自然會有人處理」。A伯伯認為死亡不應該這麼消極，他想將後事委由學弟，但希望釐清法律上的責任，以免有後續不良反應、連累學弟。  
A伯伯表示他原有意捐贈遺體，但了解遺體捐贈處理流程及方式後，認為不想冰存這麼久，想早點入土為安，改變心意不捐了。
- 3、K伯伯主動表示他想簽安寧緩和醫療意願書及將後事委由心藝社會關懷協會辦理之委託書，原因是趁他健康及意識狀態清楚時先行處理，以免造成疼愛他的親人因他而有困擾。K伯伯讚賞承辦人能有遠見辦理生死教育課程，清楚說明獨居長者生病或去世的處理流程，讓獨居長者因了解而能事先為自己的醫療及後事做準備，他很認同而想簽署相關意願書以為自己負責。
- 4、Q伯伯於系列課程開始前表示他現在領的是政府的補助，都是社工、志工在關心他，所以身後事當然也是由政府的社工處理。整體課程結束後，Q伯伯表示他已簽署安寧緩和醫療意願書，並請里長及友人當見證人；另不奢求與他關係不佳的女兒處理後事，故想簽委由社福團體辦理後事之委託書，只希望能圓滿完成人生。

5、F阿姨多次反應，她的朋友知道她來上生死教育課程，卻被遺漏未受邀，多有怨言，希望可以再開辦同樣的課程，她一定大力支持，並會邀請好多朋友來參加。

6、C奶奶向女兒分享她來上課有桂圓紅棗茶喝、有蛋糕吃、有花環戴、有便當吃、有湯可以喝，還有獎金、獎狀可以領，令女兒好生羨慕，驕傲地向女兒說她已簽署的代筆遺囑及安寧緩和意願書被當作範本，還被律師稱讚，能來上課很開心。

7、E奶奶非常害怕談論死亡，但每次上課結束後，均會與兒子分享上課內容，談及安寧緩和醫療意願書，兒子才分享當初案夫病危時，雖然兒子極力救治案夫，但最後治療無效時，兒子還是決定不施行急救，因此還遭E奶奶責怪為不孝子。兒子的真情告白才讓E奶奶了解其實兒子是很孝順、很具孝心，當初是她誤會兒子。

談到此，E奶奶誇讚承辦人真的很勇敢舉辦多數人不願意談的死亡議題與課程，她認為對於無子女或無家屬的獨居長者而言，讓他們清楚後事的處理而能先做決定，是很大的功德。她也想委託心藝社會關懷協會辦理她的後事，但考量到她有兒子，若未經兒子同意而擅做決定，可能讓兒子沒面子，也可能讓兒子因無力殮葬而招致其他長輩的責難，故主動欲與兒子談論此事，但此次換兒子不願意談，認為E奶奶會「吃百二」，表示E奶奶多慮，現在不用談後事。

E奶奶希望後事能圓滿完成，又不希望因後事而造成兒子經濟負擔或遭受責難，苦於無法與兒子充分且自然地談論後事，委請承辦人有機會向兒子說明，以了解兒子的想法，好事先安排身後之事。

8、K奶奶表示她很喜歡課程結束後所頒發的獎狀，裡頭有她上課的紀錄及照片，她想將這份榮耀與家人分享，但不慎遺失獎狀，焦急地請承辦人再製作一張。承辦人再製作一張獎狀補發給K奶奶，K奶奶滿足地表示隔天就想與家人碰面並拿給他們看。

9、P伯伯表示去年因心臟腫大而住院，醫院多次開出病危通知，他因未婚無子女，故院方通知他的手足，可是他的手足均在中南部，轉請P伯伯的鄰居○小姐協助處理，P伯伯表示○小姐只是鄰居，非親非故，怎好意思麻煩她。上完生死教育課程，P伯伯感謝地表示他增加好多知識，最重要的是對於身後事，他也有較明確的想法，想委託心藝社會關懷協會幫他辦理，並申請樹葬，這樣無須勞煩親友或○小姐，又能有圓滿的結局，他覺得對他幫助甚大，不斷向承辦人稱謝。

10、I阿姨雖未全勤，但非常肯定課程的開辦，當下即簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，並表示欲將後事委由心藝社會關懷協會辦理。I阿姨表示她與手足們的關係亦非常親密，不擔心無人幫她辦理後事，但一生受他人照顧甚多，不想因後事再麻煩別人，能簡單莊嚴地完成後事即屬圓滿，認為這樣對獨居的長者就是最實質的幫忙。

11、S 伯伯上課時有打瞌睡的情形，對課程內容一知半解；但每堂課能坐滿 3 小時，實屬不易。課程進行期間有社工、志工熱情親切地服務，課程結束後又可領到獎狀、獎勵金、祝福禮金，令 S 伯伯意猶未盡，隔周周五 9:30 出現在中心，表示準時要來上課，逗趣的行舉，笑翻在場所有人。S 伯伯以行動表示他對課程內容實在不瞭解，但也具體展現對課程的支持與所有服務人員的肯定，軟體服務力量大。

12、G 伯伯笑容滿面地說，什麼時候再開課或出去玩，務必要通知他，他很期待。

13、J 伯伯表示台語他聽不懂，所以有時坐不住就先離席。承辦人後續以請主任特別為其個別頒獎，致贈獎勵金、祝福禮金，並請主任、社工、志工與 J 伯伯合照的方式，具體表達課程無法全程使用國語，致讓 J 伯伯有聽不懂而不耐之歉意，以及對他能支持課程之謝意。

# 【附錄十】回覆臺灣大學研究倫理委員會委員審查意見函



國立臺灣大學研發處版權所有 Copyrights© 2011 All rights reserved

## 國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會

### 回覆委員審查意見說明函

案件編號	經費來源	申請人	協同主持人
201303HS010	自籌（碩論）	臺大楊培珊	蔡妙娟
計畫名稱	生死教育對經濟弱勢獨居老人死亡態度與預約善終之影響		

#### 審查意見 委員/專家 A (送回日期：2013年3月25日)

##### 微小風險審查結果：

##### ■ 符合微小風險審查條件，惟應修正：

本研究試圖透過生死教育的課程介入來增進經濟弱勢獨居老人面對死亡的態度和預約善終的準備，對於相關知識的建構應有助益。本研究採取實驗組和對照組的前後測設計，研究對象依據報名意願或參與課程的有無之 65 歲以上的獨居老人為對象，施以 15 小時的 5 次課程的介入課程，填寫前後測問卷者可以獲得 200 元的費用，全勤參與課程者可以獲得 500 元，控制組僅能獲得問卷填寫費。大致來說，這是一個風險較小的研究設計，但仍有以下幾個倫理的議題，請考量：

- (一) 兩組的分派並非隨機，實驗組與控制組之分是基於有無意願的條件，但如果這項課程介入是有助益的，則控制組因無意願無福消受課程介入的好成果，如此的分派終將產生不公平的對待，影響控制組的合理權益。例如控制組只取得 200 元的問卷填答費，控制組沒有受惠於課程介入的效果。
- (二) 知情同意書是研究參與者瞭解研究內容及步驟最好的工具，但本問卷的同意書第 1 頁其實是說明書，第 2 頁才是簽名的同意書，研究的步驟和條件的說明全部在第 1 頁，第 2 頁簽名的部分其實是同意參與這個研究計畫。建議使用本倫理中心的同意書，將知情同意的各項資訊和條件都在簽名的同意範圍內。
- (三) 對於 65 歲以上的老人，死亡事件是一個文化的禁忌，本研究中的問卷題項大多是有關死亡現象的描述，如果引發不舒服的感覺，甚至憂鬱和擔憂，請問研究團隊將會有些什麼樣的保護措施呢？
- (四) 本研究屬於實驗設計，為了留住研究參與者，研究團隊提出金錢誘因來維繫參與，原本無可厚非。請問，問卷填答費 200 元是必須兩次填答完才拿得到嗎？只填了第 1 次問卷者是否可以領錢？如果沒有領到錢，其填寫的資料可以用嗎？

#### PI 回覆意見欄 (回覆委員/專家 A 意見 (回覆日期：2013年4月3日))

- (一) 研究生及訪員誠心地邀請長者參與課程，但若長者無意願參與課程，會先尊重長者之意願。長者若願意接受訪問，則編為控制組，仍可透過問卷訪問思考預立遺囑及預立醫療指示與他的關係及影響，若控制組長者有意願簽署，研究生或主責社工均可在課程結束之後為其提供個別化服務，協助長者完成心願。另透過問卷訪問蒐集

控制組長者對於生死議題之需求，舉辦座談會或說明會，再邀請長者參加或提供資訊。

(二) 已將參與者知情同意書進行修正，煩請見附件。

(三) 雖已於參與者知情同意書上載明若長者於訪問過程中或訪問後有任何不舒服之感，務必通知研究者或所服務的主責社工協助處理，以避免造成對長者有任何可能的傷害。但實際處遇無法於同意書上詳細說明，感謝委員提醒研究團隊思考保護措施及說明之機會。

1. 傾聽長者不舒服的原因，如這個話題不吉祥、憶起過去不好的經驗…等。
2. 同理其不舒服的情緒，並肯定其願意表達不舒服之感，是很有勇氣的。
3. 若長者獲得鼓勵後，願意再討論其內在深層之想法，可協助其澄清該不舒服感之來源及所造成的身心反應，引領長者以正向思維面對生命議題，協助其調適心情，減少負面情緒的延續。
4. 若長者仍有不舒服、憂鬱和擔憂，可運用原有之社福網絡資源（如健康服務中心、民間單位基金會、原本關懷長者之志工）加強關懷次數，或協助長者申請心理諮詢（長者無須付費），降低因談論生死議題所引發的負面身心反應。

(四) 問卷填答費 200 元須於受訪者填答二次之後才會提供，此於參與者知情同意書上已說明。若受訪者填答一次後便拒絕第二次訪問，研究者仍會提供一次之間卷填答費，但不會事先告知，亦不會在參與者知情同意書上載明。只填答一次之間卷，因未完成前後測，屬無效樣本，資料將不予以採用。

計畫主持人簽章：楊培琳

日期：2013.04.02

#### 複審審查意見 (日期：2013 年 4 月 10 日)

##### ■ 需再修正：

目前仍有兩件事情需要特別注意，說明如下：

(一) 實驗組和控制組的公平對待：為求公平，應提供控制組長者一些像似的教育內容，座談會是一個不錯的想法，但由於控制組長者沒有意願參與，無法強制參與。但如果能在實驗組參與介入教育同時提供一些書面資料或多媒體資料，讓控制組長者閱讀，或可彌補。

(二) 同意書修改具體建議：I 在「研究目的」中，請拿掉「經濟弱勢」的字眼，有污名化之感。在「研究潛在風險」的最後一段中，請刪除，取代以：「由於問卷中有些句子會詢問有關死亡現象，你可能會感覺不舒服，或你不想繼續下去，請隨時告訴我，讓我可以跟你談一談。」（這只是建議，你可以用你的自己的句子），由於這項訪談是保密的，不宜在同意書中出現你要將這些資料告訴社福中心的工作者，這是違反保密原則。如果你覺得事後需要轉知，應徵求案主的同意。

**PI 回覆意見欄** (回覆委員/專家 A 複審意見 (回覆日期：102 年 4 月 15 日))

感謝委員之提醒及對長者之關心，回覆意見如下：

(一) 如同委員所提，控制組長者沒有意願參與課程，無法強制其參與，但日後可再邀請控制組長者一同觀賞生死教育課程所播放之宣導影片，或徵求長者同意，由研究生或其主責社工（主責社工業已參加全程之生死教育課程）至長者家中播放與討論；另亦在控制組長者同意下，可由專人為其解說生死教育課程之書面資料及資訊，提供個別化服務，滿足個別需求，力求對兩組長者之公平性。

(二) 知情同意書已再修正，煩請見附件。

計畫主持人簽章：楊哲淵 日期：2013.04.16

二次複審審查意見 (日期：年 月 日)

確認修正完成

需再修正：

審查委員簽章：

日期：

\*此欄為需要複審者，才須填寫！

## 國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會

### 回覆委員審查意見說明函

案件編號	經費來源	申請人	協同主持人
201303HS010	自籌（碩論）	臺大楊培珊	蔡妙娟
計畫名稱	生死教育對經濟弱勢獨居老人死亡態度與預約善終之影響		

#### 審查意見委員/專家B (送回日期：2013年3月26日)

微小風險審查結果：

■ 符合微小風險審查條件，惟應修正：

- 考量參與老人(至少65歲以上)的注意力及體力，針對實驗組接受教育訓練課程時，每單元的時間是否有可能從原有的三小時縮短為兩小時以下，或減半分成十單元，以減輕接受教育訓練課程老人的身心負擔。若老人因注意力不能集中及體力不足，而無法達到申請者預期達到的效果，應該也非式申請者所樂見。
- 研究中所使用的測量量表，若是申請者以外的學者所編製發展，是否已經取得量表編製者的使用同意書？請注意使用量表或問卷工具的研究倫理議題。
- 參與者知情同意書的內容，請盡量以淺白文句讓老人能夠理解的文字說明，另需附上以下內容。建議可參考使用台大研究倫理中心所提供的說明格式與重點內容來呈現：
  - 「本研究已經過研究倫理委員會審查，審查內容包含利益及風險評估、研究參與者照護及隱私保護等，並已獲得核准。如果您研究過程中有任何疑問，可以直接詢問研究人員，亦可與國立臺灣大學研究倫理中心聯絡請求諮詢，其電話號碼為：(02)3366-9956、(02)3366-9980。」
  - 計畫主持人或研究人員已經向您說明研究相關之最新資訊，並已告知可能影響您繼續參與研究之意願之所有資訊。
  - 計畫主持人已將您簽署之一式兩份同意書其中一份交給您，並已充份說明本研究之內容。」

#### PI回覆意見欄回覆委員/專家B意見 (回覆日期：2013年4月2日)

- 本研究採準實驗設計，若課程次數多且期程長，恐造成後測時樣本流失之虞，故將課程設計為五個單元之教學。課程進行考量老人之體力及實施成效，採經驗式及教導式兩種相互為用之模式進行。課程開始以影片欣賞做為暖場；演講過程將請主講人多提供討論的機會，並注意老人對死亡議題的感受；教導式課程進行中間會休息，結束後第二次休息，最後半小時進行經驗分享，盡可能以團體動力的支持，降低可能產生的負面感覺。
- 研究中第三部分的量表乃依據陳玉黛、林佩芬（2004）之研究「影響加護單位護理人員面對瀕死病患態度之因素探討」中譯 Wong、Reker 和 Gesser (1994) 修訂編製之「死亡

態度修訂量表」（Death Attitude Profile-Revised；DAP-R），已取得中譯者-陳玉黛護理  
長之研究工具使用同意書。

3.已將參與者知情同意書進行修正，煩請見附件。

計畫主持人簽章： 楊培琪 日期：2013.04.02  
複審審查意見（日期： 年 月 日）

確認修正完成

需再修正：

審查委員簽章：

日期：

\*此欄為需要複審者，才須填寫！

## 【附錄十一】臺灣大學研究倫理委員會審查核可證明



### 國立臺灣大學 行為與社會科學研究倫理委員會

Research Ethics Committee  
National Taiwan University  
No. 1, Sec. 4, Roosevelt Rd., Taipei, Taiwan 10617, R.O.C  
Phone: 3366-9956 Fax: 2312-9082

#### 審查核可證明

核可日期：2013年4月25日

倫委會案號：201303HS010

計畫名稱：生死教育對經濟弱勢獨居老人死亡態度與預約善終之影響

校院/系/計畫主持人：國立臺灣大學/社會科學院/社會工作學系/楊培珊副教授

計畫文件版本日期：【2013年4月21日】

上述計畫業經2013年4月25日國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會同意，符合研究倫理規範。本委員會的運作符合國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理準則與規範及政府相關法律規章。

本案需經研究經費補助單位核准同意後，該計畫始得執行。

本審查核可證明之有效期限為1年（自2013年4月25日起至2014年4月24日止），計畫主持人最遲應於本核可證明到期前的6週，提出持續審查申請表，本案需經持續審查，方可繼續執行。

在計畫執行期間，若有計畫變更或嚴重不良反應事件，計畫主持人須依國內及國立臺灣大學相關法令規定通報本委員會。

行為與社會科學研究倫理委員會主任委員 謝世忠

Ethical Review Approval  
National Taiwan University

Date of approval: April 25, 2013

NTU-REC No. : 201303HS010

Title of protocol : The Effect of Death Education Program on the Elderly's Attitudes Toward Death and Making Plan for a Good Death

University/ College/ Department/ Principle Investigator :

National Taiwan University / College of Social Sciences / Department of Social Work / Associate Professor Pei-Shan Yang

Version date of documents : 【April 21, 2013】

The protocol has been approved by Research Ethics Committee of National Taiwan University and has been classified as expedited on April 25, 2013. The committee is organized under, and operates in accordance with, Social and Behavioral Research Ethical Principles and Regulations of National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Approval by funding agency is mandatory before project implementation.

The duration of this approval is one year (from April 25, 2013 to April 24, 2014). Continuing Review Application should be submit to Research Ethics Committee no later than six weeks before current approval expired.

The investigator is required to report protocol amendment and Serious Adverse Events in accordance with the National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Chairperson Shih-chung Hsieh

Research Ethics Committee