

宗教信念與安寧療護知識態度的關聯性探討- 以天帝教同奮為例

李玉綉(敏捨)

台灣省掌院

12/16~18/2016 版本

摘要

研究目的：探討天帝教同奮不同的基本資料在宗教信念、安寧療護知識、態度上是否有差異，宗教信念對安寧療護態度之影響以及安寧療護知識對緩和醫療態度之影響。

研究對象：以天帝教正式皈依師之天帝教同奮為對象，105年9月20日至10月15日立意取樣方式收案，總發件數計262份，回收件數238份，回收率90.84%。

研究方法：採調查研究法(survey method)，研究工具為研究者自行編製的研究問卷，除研究對象的基本資料由研究者自行編撰，其餘主要測量量表則是以國內外相關文獻的研究為基礎進行編撰。主要量表包含：台灣本土宗教信念量表、信仰認知量表、安寧療護知識量表以及安寧療護態度量表。

研究結果：研究顯示年齡未滿40歲的天帝教同奮受試者，其在靈魂、因緣宿命以及氣的宗教信念上，皆比年齡層較高的受試同奮相對較低。教育程度高的相對緩和醫療知識得分顯著較高，宗教信念與緩和醫療態度之間的相關，靈魂信念與緩和醫療態度之間顯著正相關顯示受試者越相信靈魂的存在，則其緩和醫療態度越高(正向)另外氣的宗教信念與緩和醫療態度之間亦有顯著正相關，顯示受試者越相信氣的存在，則其對緩和醫療態度越高(正向)。緩和醫療態度與緩和醫療知識之間的關係為正相關，受試者的緩和醫療知識得分越高，則其緩和醫療的態度越高(正向)。當受試者越相信靈魂的存在，則其對緩和醫療的態度越正面；越相信氣的存在，緩和醫療態度也越高。當受試同奮的緩和醫療知識得分越高，則在緩和醫療態度的得分上也越高，對緩和醫療的態度越正向。

關鍵詞：宗教信念、信仰認知、安寧緩和醫療、安寧療護、預立醫療照護諮商

宗教信念與安寧療護知識態度的關聯性探討- 以天帝教同奮為例

李玉綉(敏捨)

一、前言

民國89年安寧緩和條例公佈實施，其法規最主要精神是，對於末期病患施予緩性療護，以增進生活品質、尊重生命尊嚴，進而讓醫療資源有效的運用。但法規門高，臨床上仍有爭議；歷經修法於102年放寬門檻，需二位相關專科醫師診斷末期病患經一位家屬同意得以撤除維生系統，讓安寧緩和醫療能順利推動。『安寧緩和條例於民國89年5月23日於立法院通過後，中央健保局公佈於同年7月將安寧照護納入保給付，民國91年11月『不作心肺復甦術』（Do not Resuscitate）之文辭加入修正條中，此對推展安寧療護產生極為正面之推動力。預立醫療照護諮商，是一個溝通的過程，病人、家人、醫護人員一起商討日後人不能自決時，病人所想要的醫療照顧可隨人需求定期回顧或修訂，預立醫療指示制度的目的：尊重末期病人醫療意願(安寧緩和條例)、病人自主權、善終權(病人自主權利法)、促進醫病關係和諧(病人自主權利法)病人自主權利法中華民國104年12月18日立法院第8屆第8會期第14次會議通過中華民國105年1月6日總統華總10400154061號令制定公布全文19條；並自公布後三年施行

世界衛生組織(World Health Organization, WHO)則將臨終關懷定義為：「對治療已無反應及利益的末期病患之整體積極照顧，應給予病人疼痛控制及其他症狀的緩解，加上心理層面、社會層面及靈性層面之照顧。其目標是協助病患及家屬獲得最佳的生活品質」。由此觀之，臨終關懷並非只針對臨終病患來做協助，同時也幫助病患家屬走出傷痛，和親人做最後的道別¹。臨終關懷的觀念於1980年引進國內，由行政院衛生署主導推行，並於1996年定名為「安寧療護」。2009年9月1日我國將八大非癌症末期疾病也納入了臨終關懷的範圍，顯示出我國對於臨終關懷的推動有一個積極正向的發展。所謂八大非癌症末期疾病為老年期及初老期器質性精神病態、其他大腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞，他處未歸類者、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭，未明示者、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者涵蓋五大器官：腦、心、肺、肝、腎均納入健保給付²。

105年醫院評鑑醫療照護領域將安寧緩和醫療列入評鑑條文其中 2.3.18有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧照護服務規定「靈性關懷人員」之角色任務可包含：(1)心靈陪伴：探訪、關懷病人和家屬藉著聆聽、溝通、協談以了解病人和家屬的需求，提供病人和家

屬在心靈上的支持、疏導和鼓勵。(2)轉介團隊其他人員給予個案安慰與支持。(3)關懷臨終者及家屬的哀傷，協助喪葬事宜資訊的提供。(4)參與病房之個案討論會議，提出困難個案的看法。2.3.20適當的安寧照護服務管理、收案評估、照護品質、團隊合作與紀錄，其優良項目為1.至少每3個月召開一次行政會議，有完整會議紀錄及工作追蹤。2.病歷紀錄內容能呈現包括身、心、社會、靈性層面的評估與處置，病歷有定期審閱機制並定期檢討。3.定期舉辦家屬支持團體，可包含成長性、治療性、教育性或社會社交性質的活動，並提供高危險喪親家屬篩選及哀傷輔導之服務或轉介。4.對合作醫療機構有雙向的溝通與訓練交流，並提供為末期病人醫療團隊人員教育訓練場所。5.訂有全院安寧療護整合照護系統計畫，及服務品質檢討改善機制，定期針對品質指標及年度目標進行檢討改善。由此可看出衛生福利部對安寧緩和醫療服務品質之重視³。

宗教信仰對末期病人常扮演重要角色。目前已有許多對健康有很好預測力的宗教量表，但大多數都以西方基督教與其信仰者為研究對象而發展，不一定適用於不同文化與社會背景的人。宗教心理學家James 在重要著作（The Varieties of Religious Experience: A Study in Human Nature）(1902)一書中，以大量案例論證宗教信仰與經驗（如神秘、懺悔與皈依等經驗）可幫助信徒獲得身心健康，並帶來生命意義的擴大以及心靈的慰藉。近年來，宗教信仰更成為研究健康之心理因素的一個重要議題。許多長期追蹤性的研究顯示，不論從長期或短期來看，個人的宗教虔信程度都對身體健康有正面的影響。過去研究宗教與健康的關係，雖翻譯了一些西方學者經常引用的量表，如Allport 與Ross 設計的「宗教傾向量表」（Religious Orientation Scale）、Brown與Lowe 發展的「宗教信念問卷」

（Inventory of Religious Belief）、Frtzer Institute 所設計的「簡明多面向宗教/靈性量表」等在經典教義、神明信仰、宗教儀式與人神關係的認識上皆有許多差異，很難用以配合健康評量方法研究國人的宗教與健康之關聯性。這些題目所使用的宗教概念及用辭遣字皆與台灣宗教的教義、信念及語言完全不同，無法用以瞭解國人的宗教信仰狀況。因此，台灣「宗教信念量表」之發展，以多數台灣人的信仰為基礎，發展可供國人用以預測健康的宗教量表，作為本研究宗教信念量表。作者自行開發符合多數台灣人的「宗教信念量表」，涵蓋氣、靈魂、因緣債命與神力救助等四個因素構面。經量表信度、量表內容效度與建構效度之考驗，顯示本量表所收納的題目具有良好的信度與效度。作者也期待其他有興趣的研究者可使用此量表，重覆驗證此一工具，並改良之¹¹。

黃鳳英 宗悼法師 陳慶餘等台灣安寧病房臨床佛教宗教師需求調查靈性照顧現況¹³：受訪院所目前有靈性照顧工作人員為21間(95.45%)，目前尚無靈性照顧工作人員為1間(4.55%)。從事靈性照顧工作者以牧師16份(42.1%)比例最高、接下來為護理人員有13份(34.2%)、其次為法師與志工分別有12份(31.6%)、再其次為神父、修女有11份(28.9%)。臨

床佛宗教師**需求狀況**：受訪對象希望臨床佛教宗教師每週提供服務時數以2_3天16位比例最高(42.1%),而希望宗教師可以提供服務內容以宗教儀式的諮詢佔多數,共有33份(86.8%)、其次是協助病人、家屬面對死亡為31份(81.6%)、再次為團隊成員支持21份(55.3%)、另為助念的提供(22.26%)。

在本土有關「『靈性』照顧模式之研究」初步成果顯示，在靈性照顧的介入之下，病人的靈性境界有大幅度的提升。在緩和醫療照顧之下，一般病人靈性境界都可以提昇，但在專業臨床法師的引導之下，靈性的提昇更加明顯，因此臨床宗教師在緩和醫療照顧上是不可或缺的一環。根據臨床佛教宗教師需求問卷調查結果，顯示台灣安寧病房對臨床佛教宗教師需求量大，但提供靈性照顧工作人員缺乏相關培訓課程，主要原因有1.沒有主要負責單位，2.沒有代表性宗教師。針對教會與非教會醫院的比較結果顯示，教會醫院有牧靈人員，能長期提供照顧，與醫療團隊間已發展固定的互動與照顧模式，醫療團隊對靈性人員的照顧品質滿意度高，相對的增聘及轉介需求低。非教會醫院因為沒有適當的提供管道，問卷結果顯示對靈性照顧人員的需求量大、增聘需求也很高。在台灣，無論教會醫或非教會醫院，佛教徒(包含民間信仰)的比例很高，所以法師參與臨床上專業的照顧更顯重要。以臨床宗教師觀點，臨終照顧是一種高度的藝術，協助病人與家屬在生命的最後以歡喜心、感恩心莊嚴的道別，劃下完整的句點，也幫助病人在生命遞嬗的過程中學習心性的成長。就醫療所期望法師能提供持續性、專業性的照顧模式來說，如何建立一個可以讓法師發揮專業，持續照顧癌末病人的環境是目前不可或缺的考量¹³

本研究有關安寧療護知識與態度量表來源為：周希誠 李選 羅旭宜等(2006)，某教學醫院護理人員對安寧療護知識、態度及參與工作意願之探討。安寧療護知識與態度量表：係參考國內外文獻自擬之⁴。陳宜貞、郭怡伶、許端容等(2016)，高屏地區呼吸器依賴患者家屬對安寧緩和醫療意向探討。本研究為橫斷式研究。導入知識、態度、行為模式探討家屬對安寧醫療看法⁶。黃惠美、郭碧照、胡中傑等(2005)，台中某社區民眾之安寧療護知識及其影響因素，問卷內容包括二部分，第一部分：社區民眾對安寧療護問卷，本問卷用以評量社區民眾對安寧療護的知識，內容包含癌症末期定義、照顧模式、照顧對象、健保相關規定、疼痛控制及病情告知等，題目共12題。第二部份個人基本資料：此部分主要包含社區民眾的個人特質及情境經驗，包含：年齡、性別、教育程度、宗教信仰、醫療人員、有經歷親人死亡、有親友罹患癌症、聽過安寧病房或安寧療護及參與安寧療護相關講座等，共9項，用以探討社區民眾對安寧療護知識之相關因素。參考以上之文獻設計安寧療護知識與態度量表⁵。

本研究目的：探討天帝教同奮不同的基本資料在宗教信念、安寧療護知識、態度上是否有差異，宗教信念對安寧療護態度之影響以及安寧療護知識對緩和醫療態度之影響

研究對象：本研究之研究對象：以天帝教正式皈依師之天帝教同奮為對象，樣本取樣來源主要來自台灣地區北部、中部與南部的天帝教教院，包含高雄市掌院發件數20份，收件數20份回收率100%、臺南市初院發件數21份，收件數21份，回收率100%、台北市掌院發件數17份，收件數16份，回收率94.12%台灣省掌院發件數36份，收件數36份回收率100%，彰化縣初院發件數20份，收件數20份，回收率100%，台中縣初院發件數22份，收件數22份，回收率100%天極行宮及南投縣初各發件數16份，收件數16份，回收率100%、天安堂發件數15份，收件數10份，回收率66.67%，苗栗縣初院及天根堂發件數15份，收件數15份，回收率100%，其他各教院及省掌院中部所屬初院、堂計49份，收件數31份，回收率63.27%，總發件數合計262份，收件數238份，回收率90.84%。

二、文獻查證

安寧療護緣起及重要性

西元1947年英國桑德絲，在照顧癌患有感於醫生對癌症病人的疼痛束手無策，桑德絲決定為癌症末期病人在醫院建立一個像家的地方。希望讓癌症臨終病人在往生之前能夠有病人的生活尊嚴，死亡時安詳而有尊嚴，這正是臨終照顧生命與緩和安寧療護開始。所強調的是醫護人員對於臨終生命邁向死亡的過程，最重要的是要關心病“人”，而非他的“病”。緩和醫療國內稱為「安寧療護」，根據世界衛生組織的定義：當疾病已無法治癒時，對病人作積極完整的照顧。而且疼痛與其他症狀的控制，以及對精神、社會、和靈性問題的處理是很重要的。緩和照顧（安寧療護）的目標是達成病人與其家庭的最佳生活品質。緩和照顧的很多觀念可以提早運用在其他慢性末期疾病的治療過程⁶。安寧療護強調的是結合各專科醫護人員對末期病人及家屬提供症狀護理、社會心理及靈性困擾之輔導，採積極的整體性照護，達到全人、全家、全程、全隊的四全照顧。國人對安寧療護觀念接受度偏低因民眾對死亡視為忌諱及缺乏生命教育，而安寧療護最終目標是推展民眾健康的生命教育，因此國人的安寧療護知識值的重視。

安寧療護知識與態度

安寧療護(hospice care)是一種發揮人道精神的照護模式，能滿足病患及其家屬身、心、靈等層面之需求，提供緩和與支持性照護。研究顯示其成效除可減輕臨終病患因疾病產生之身心不適與心靈困擾，維持其生活品質，且能為家屬提供身心支。安寧療護是現代針對疾病末期病人的一種人性化照顧。它所著重的醫療不僅僅是生理性的照料，還特別強調倫理性及社會心理層面問題的解決

某教學醫院護理人員對安寧療護的知識、態度及參與安寧療護工作之意願之探討。

結果顯示：（一）樣本平均年齡27.5歲，安寧療護知識平均6.5分（滿分8分），態度偏正向，但僅42.9%的樣本願意參與安寧療護工作；（二）樣本有接受倫理課程者與安寧療護知識得分有關；樣本有宗教信仰與正向態度呈顯著相關；（三）樣本有宗教信仰、曾參與志工經驗、曾接受倫理課程者與參與安寧療護工作意願呈顯著相關¹。影響護理人員對安寧療護態度之相關因素包含：資深者、接受相關訓練與知識得分偏高者。許多研究者指出：教育程度高、接受相關之教育訓練有宗教信仰等，是影響護理人員提供安寧療護正向態度之相關因子。高屏地區呼吸器依賴患者家屬對安寧緩和醫療意向探討。研究結果：知識(平均值：3.26)、態度(平均值：3.46) 高於行為(平均值：2.42) 量表。不瞭解安寧法規是執行安寧醫療行為偏低相關因子之一。「法規知識」和「推動安寧醫療態度」與其它構面呈顯著相關，是推動之重要因子。「推動安寧緩和醫療態度」構面與病患意識、家屬教育程度、家庭年總收入、與病患關係有顯著差異⁴。

民眾對安寧護態度調查初探結果顯示：年齡較輕的較會因為親友的介紹而了解安寧及接受安寧療護。教育程度較高的民眾有較高的意願計劃預立遺囑、安寧療護及長期照護，而『教育程度』與『為下一代而計劃安寧』顯示沒關聯。雖然教育程度較高及『沒有接受經濟支援』（即經濟地位較佳）的民眾較會預立遺囑，但邏輯性迴歸分析結果顯示僅有教育程度跟預立遺囑有統計上的意義總括而論，民眾對於安寧療護的態度是跟他們過往的生活經驗有關，而這亦即是跟教育有關。較年輕的民眾由於有較多機會跟外界接觸及接受教育，故較易接受安寧療護及預立遺囑⁴。醫院的教育宣導才能有效地誘導民眾對安寧療護的認知。宗教性的安寧療護可以改變人民的安寧習慣⁷，由此可見社區的宗教活動是可以幫助民眾生活的型態，及引領民眾正向的安寧選擇。宗教性的醫院在這方面的著力似乎是遠比財團醫院來得有效，因為它的信仰與宗旨可以經由醫療來啓示民眾。我們常常會認為台灣的民眾大都有希望在家中過世的想法，但這一點都僅是信念的問題。根據美國的研究，民眾所期待死亡的地方其實跟當地的服務資源是有關的⁵。由此亦可得知，如果社區的醫療服務可以給予民眾信心，民眾的安寧態度也會隨之改變的。換句話說，醫院若能提昇服務品質，讓民眾更能感受安寧的好處，這會比單純教育還較有效地改變病家的認知態度⁷。

天帝教與安寧療護

近年來天帝教天人實學研討會發表與臨終關懷有關之主題為蔡光思，天帝教對人的生命尊嚴與臨終關懷(第二屆)，劉見成(2010)，善終與生死超越:天帝教的臨終關懷(第九屆)，呂志成(2014)，天人炁功與臨終關懷(第十三屆)。

臨終關懷釋義：醫學與宗教

不論死亡是否就是人生在世存有的最終歸宿，臨終乃是每個生命必經之路，之後結束

一切或者進入另一個天地。「臨終關懷」所揭示的是「尊重生活、安頓死亡」的生命關懷。現代醫學乃產生了「典範的轉移J (paradigm shift) ，即以治癒(cure) 為中心轉移為以關懷(care) 為中心。這種不以疾病 治癒為目標的臨終關懷(terminal care) 新典範，具體地落實在日益受到重視 的寧療護(hospice) 運動上。宗教是追求了生脫死的信仰，有其深刻的安頓生死智慧，亦有其不同於「醫學上的臨終關懷」之獨特的臨終關懷實踐，於此故稱之為「宗教上的臨 終關懷」。在醫學臨床上，一個有病將死之人，稱為「瀕死病人J (dying patient) 。醫學上的臨終關懷，即是針對這些瀕死病人的安寧療護，透過積極性的生理痛苦的緩解，提供病患心理與靈性上的平安，以協助其達到優質死亡的善終。這種醫學上的臨終關懷，我們可稱之為「狹義的臨終關懷」。相對於此，宗教上的臨終關懷則可名之為「廣義的臨終關懷」。「廣義的臨終關懷」之基本內涵。不同於狹義臨終關懷之針對瀕死病人，廣的臨終關懷就成了死亡之前終生的修持，宗教上之臨終關懷要求人們用其一生的準備來安頓死亡一活得有意義，死得有尊嚴、很平安。安頓死亡實即確立人生存在的生命價值而活出意義，此即宗教臨終關懷之核心精神。宗教上之臨終關懷即是對此生死不息之人生的根本珍惜與尊重，期盼帶給存在的生命真正神聖莊嚴的價值，那是生命止於至善的究極圓滿⁸。

意識進化返帝鄉:天帝教的臨終關懷

宗教上的臨終關懷，其本旨可以說在於使吾人透過死亡證悟生命之實相、臨終之過程與死後之趨況，啟發心性真正的覺醒，確立生命存在的終極意義與完美歸宿。其核心精神，要言之，即是以生為本，莊嚴死亡，轉化超越，以得生命之和諧自在與最終安頓。

宗教上的臨終關懷自然涵蓋醫學上的臨終關懷， 但範圍更加寬廣，而其實質內涵與做法也不相同。在宗教上非一世生命觀的信仰之下，在世存有於臨命終時，面對一期生命存在的終結與另一期生命的開端之關鍵時刻，如何安然度過而有一好的歸趨乃是相當深刻的重大問題。若宗教上的臨終關懷僅僅扣就此一階段之實踐，則只是一種狹義的觀點與做法，宗教上的臨終關懷實質上是非常廣義的立場，涵蓋了對於整個大生命的全然觀照，包括生活、死亡與死後，如此方得究竟圓滿⁸。

天人炁功親和在臨終病人親和角色如何定位，方可提供適切有效的協助，以輔助醫療團隊所努力的「四全照顧」的臨終安寧照護。進而提升臨終病人心理與靈性生命的品質的理想，正是天人炁功可以努力與協助臨終病人的空間。以天人炁功親和模式扮演輔助的角色，穩定臨終患者身、心、靈，使臨終病患在傳統機制療護過程中，能順利圓滿的走過心靈最幽暗的生命末期。同奮以平常心落實事前親和，是天人炁功調理重要的第一步。同奮持續誠心的祈禱及發揮慈悲心，不僅讓病患自然體會來自有形無形愛力的作用，更直接使被調理者家屬親人感受到到真誠的關懷而帶出內心的安定力量。臨終關懷

個案生前在天人炁功親和調理與往生後續同奮的誦經祝念迴向下，是後續協助患者與家屬親人達到「生、死兩相安」理想關鍵。此可作為同奮關懷臨終安寧療護病患，發揮天人炁功「精神調理」穩定臨終病人生命末期心理壓力，以落實提昇臨終病人關懷照護品質的參考⁹。對於安寧療護關懷，天帝教在臨終前的關懷，應該有幾項配合的事項¹⁰：

- (一)、配合其醫療與安寧照護之工作：無論其在醫院，在家安養，或於安養中心靜養等等，我們都必須首先尊重醫療與安寧照護的工作，我們只在靈性上予以配合，期待其一切的變化，均能離疼得安，離苦得樂，抑或是安詳、心卒氣和地往生。
- (二)關懷的態度：關懷的態度往往是我們對於一個臨終的人最重要的要素。關懷的態度亦包含了對病人的天人炁功服務，敏感地體會病人的感受與需求；一定要以一顆慈悲憐憫的心來關懷，並對病人之病況下所承受之身心痛苦予以關心。尤以對上帝之信仰的信心與關懷、直達病人的內心深處，以減少其痛苦。凡事以病人之舒適利益為所有關懷之態度。關懷瀕臨死亡的人是一件極為神聖的工作，只要有機緣，一定要鼓勵自己，從事關懷工作。病、老，每一個人都會遇到，必須自己體會關懷別人，才會體會自己珍惜卒安的重要與感恩逸境。
- (三)關懷的使命感：關懷一個臨終的人，也許在關懷當中造成自己很大的壓力或無奈，但是一定要心存關懷的使命，凡人的生命不是任何人可以操控的。除了透過修持鍛煉，可以昇華一己之生命意義與價值外，其餘均不是自己可以如意的。我們在關懷臨終人員時，一定以天賦的使命感，竭盡心力來關懷，使臨終之病人得到最大的心靈與身體的安慰與無痛苦，這就是我們的使命。
- (四)死亡關懷：一切臨終關懷圓滿，那麼往生關懷亦必須持續予以協助。而死亡關懷除了住院治病往生，安寧療護歸空，或在家療養棄世，或是意外逝世等，我們都要關懷！死亡關懷的工作是進入飾終的程序，亦必須依據初終之儀節一一辦理，再行入殯停殯、飾終儀典、安葬入塔等，其他哀七追思或其他儀節，均可應家人之要求作相當配套或全套的協助。家屬與親人對往生者的祈祝，天帝教亦有比較完整的淨靈養靈原則，其說明為：
 - 1、同奮於初終之時，切莫驚慌失措或失聲痛哭，以善待保護死者，保持其身體(電子體)的整與安適，盡量不間斷地誦持普渡往生願力之真經，真言或經典迴向。
 - 2、通常在死後七天左右，死者之靈識(和子)可能以夢示或其他交感方式，表達目前的處境與需求；此時，家人仍以持續誦唸普渡之真經、真言或經典護持之。
 - 3、也有在死後二七階段，死者之和子(靈魂)另再夢示或其他交感方式，告以目前的所處情況與需求，家屬與親友如已感應到該和子已脫離中陰身狀態，並即將投胎轉世，則必須加強祈福的親力與功德迴向，以幫助該和子投胎轉世後來生的道緣。在死後的二十二天起大部分的和子都將脫離中陰身狀態，對於來自家屬或親友的祈福親立即功德迴向，感應

逐漸微弱,但仍以遞減的方式產生親和力交感,家屬或親友之祈福親力與功德迴向,仍具有幫助正陷入迷欄中的該和子能及時警醒,因而脫離幻境的輔助力量,以供和子渝悟肉體死亡的事實,保持正念護持本心,以利放棄生前所有的一切執著與擁有,這樣,靈識才能清明輕清,投胎轉世俱足因緣¹⁰。

台灣「宗教信念量表」之發展

Allport與Ross設計的「宗教傾向量表」, Brown與Lowe發展的「宗教信念問卷」所設計的「簡明多面向宗教/靈性量表」「宗教應對行對量表」(The Religious Coping Activities Scale)等。但在翻譯的過程中,我們也發現這些量表皆依據傳統基督教教義、儀式、社會組織與互動模式為基礎設計問卷,並以美國民眾的反應做為量表修改、信效度檢驗的依據,對於多數台灣民眾及所信仰的民間信仰、道教與佛教在經典教義、神明信仰、宗教儀式與人神關係的認識上皆有許多差異,很難用以配合健康評量方法研究國人的宗教與健康之關聯性。宗教信念」這一向度。其實已可涵蓋一個人對宗教的虔誠所應涉及的各種範圍,其他向度如宗教實踐、個人道德、宗教知識與社會參與等在瞭解受試者宗教虔信度方面,都只是輔助的作用。「信念」面向不僅在宗教學理論與已知量表中佔很重要地位、,在許多實證研究中也顯示信念是健康與達到醫治效果的核心因素核心因素。許多學者發現宗教信念所提供的認知資源,使人們能從不同角度瞭解苦難與死亡的意義,並且面對這些重大的人生議題;宗教信念中所傳遞的訊息,如上帝是愛,祂保護相信祂的人。這些訊息經常使人感到被受鼓勵、憂愁也減輕。宗教對人們的身心健康、就醫行為都有影響,也成為預測健康狀態以及生活滿意度的一種重要途徑。本研究希望探索台灣人的宗教信念以發展可應用於臨床工作,幫助醫護人員評估病患宗教需求,並預測病患心理安適狀態的宗教量表。本研究僅在初步階段先以「宗教信念」為研究範圍。發展可以測量台灣人宗教信仰強弱的量表。因此稱此量表為「宗教信念量表」,除了發展符合多數台灣人信仰的宗教信念量表外,將探討台灣人的宗教信念所包括的面向同時也將進一步分析¹¹宗教信念量表原始題項及內容題項與內容:

1. 宇宙有一個至高無上的神
2. 確實有天堂及地獄
3. 一個人能做總統一定是有天命的
4. 人死後靈魂仍然存在
5. 相信因果輪迴的說法
6. 無人祭拜的孤魂會四處飄蕩
7. 相信靈魂附身這樣的事
8. 緣份是上輩子甚至是幾世前就決定的
9. 娶錯妻、嫁錯郎都是前世欠的
10. 為子女做牛做馬都是上輩子欠的債
11. 氣功可以幫助人治病
12. 人的氣可經由修練而加強
13. 一個人的氣很旺,就能夠百邪不侵
14. 地氣盛的地方,樹木花草會長得很好,地方也都會興旺
15. 要維持陰陽平衡與調和,身心才會健康
16. 個人是小磁場宇宙是大磁場,人會生病是因為大小磁場沒有協調的緣故
17. 科學可以證明靈魂的存在
18. 科學可證明有些人確實有特異功能
19. 相信宗教修行會使人產生特殊能力或神通
20. 相信神佛

(上帝)會保佑虔誠信徒逃過劫難?21.相信神媒可以為人驅邪治病?研究結果量表發展。所有21題項間的相關性不論是「題項與總分相關」或是「校正題項與總分相關」等二種標準也全部大於0.400題項有中高程度以上之相關性；同質性檢驗部分，各題項刪除後的Cronbach's α 值均小於原量表信度值0.9046，表示量表內各題項間有一致性¹¹。

2. 信仰認知之影響

信仰認知對癌末病人與其照顧者之影響之研究曾分別針對醫療人員與臨床宗教調查兩種臨床專業人員對病人靈性需求與靈性照顧服務內容的認知態度,發現醫療人員認為宗教師從事靈性照顧時最重要的服務內容為宗教儀式的諮詢,其次為協助病人、家屬面對死亡¹³;實際針對專業臨床法師服務狀況調查結果則發現,法師服務內容以協助病人、家屬面對死亡最為重要,支持團隊成員的照顧次之¹⁴。國人對於癌末病人的靈性需求,以及專業靈性照顧者的角色認知,需有進一步的研究發展。安寧緩和醫療針對不可治癒的末期病患提供全人、全家、全隊、全程的整體性照顧,以症狀控制為優先,提升癌末病人生活品質,達到善終為目標。善終包括身體、心理社會與靈性三個層面。愈到疾病末期,病人的靈性需求能否得到滿足、靈性境界是否提升,是影響病人善終的重要因素。過去研究也發現,由於臨床宗教師參與,明顯地病人恐懼減少、善終指數增加,顯示宗教信仰虔誠度是影響病人往生前恐懼緩解的重要因素¹²。該研究根據過去的實務經驗,從宗教師提供靈性照顧的立場,對癌末病情及死亡即將到來事實所必須面對的課題,進行瞭解病人與家屬對疾病的認知程度和因應方式。調查結果顯示,經過團隊照顧後,多數的病人有宗教信仰,58.3%的臨終病人認為宗教信仰很重要或非常重要。大部分的病人對於死亡即將到來所面對的課題採同意或非常同意的態度,與靈性照顧精神、架構吻合。在針對癌末病人、家屬信仰認知的相關檢定中,"在生病的過程中,我體會到信仰能夠幫助我解除疾病的痛苦"、"在醫療團隊的照顧下,我能完成我的心願"、"我覺得我所信仰的不足以讓我面對死亡的恐懼"、"我需要宗教師的指導,來堅定我的信仰"四個題目出現病人與家屬的一致性,顯現癌末病人臨終階段對照顧團隊的信任、心願,以及需要靈性照顧專業人員指導,從法門的修習中提升內在力量的需求。病人與家屬的信仰認知檢定結果更能支持宗教師的專業照顧。這份調查是在病人與家屬接觸宗教師以後進行的,其結果會受到宗教師提供專業照顧的影響,因此宗教師的專業訓練非常重要,唯有經過培訓的法師才能滿足病人、家屬與團隊成員的期待。

安寧療護知識與態度量表

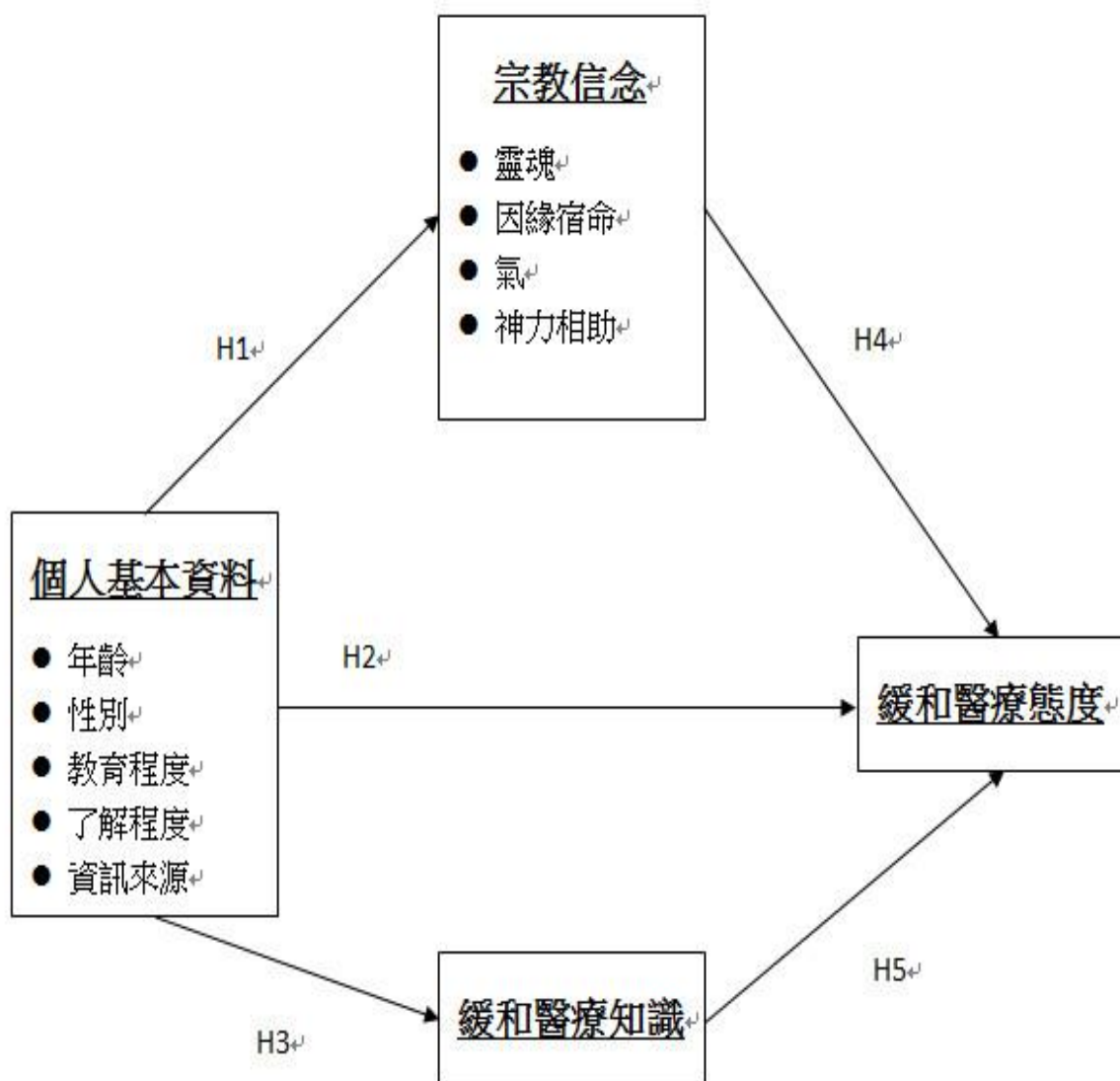
本研究有關安寧療護知識與態度量表來源為：某教學醫院護理人員對安寧療護知識、態度及參與工作意願之探討。安寧療護知識與態度量表：係參考國內外文獻自擬之，

知識量表計八題，內容包含：安寧療護定義、功能與範疇、安寧緩和條例、止痛藥物之使用等，每題答對者計1分，答錯或不知道者計0分，總分越高代表護理人員對安寧療護知識越高。態度量表內容包含：護理人員對安寧療護之想法、對主動告知病情之看法，對健保幾付之看法、將生死學加入國民教育課程中之看法等計六題，「不同意」（1分）與「同意」（2分），分數越高表示護理人員對安寧療護態度越偏正向。本量表經七位安寧療護護理、醫學、心理學者進行內容效度，針對問卷內容之相關性、正確性與文字表達性加以檢定。信度部分選擇三十位護理人員進行預測，Cronbach's α 值為0.87。足見此量表之一致性⁴。高屏地區呼吸器依賴患者家屬對安寧緩和醫療意向探討。本研究為橫斷式研究。導入知識、態度、行為模式探討家屬對安寧醫療看法。以呼吸器依賴患者和家屬特性為控制變項，安寧緩和醫療的知識、態度、行為意向為依變項，探討其意向分佈、相關性及差異性並參考國內外相關文獻、專家意見及臨床經驗而擬定結構式問卷。涵蓋五大部份為知識、態度、行為意向量表、家屬基本資料、患者基本資料。以Likert五點評分法測得；得分越高表示越有安寧相關知識、態度越正向、行為執行意願愈高。問卷內容效度檢測以「專家內容效度（Content Validity Index；CVI）」進行檢定。結果：知識、態度、行為量表檢測後 KMO Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy 值各為0.87、0.81、0.76，Bartlett球體檢驗 p 值皆 <0.001 ，表示選樣適合因素分析⁶。台中某社區民眾之安寧療護知識及其影響因素，本研究目的的了解社區民眾對安寧療護知識程度 採橫斷式調查法，以自擬結構性問卷，針對台中某社區20歲以上民眾，以簡單隨機抽樣，共發出896份問卷，310人同意參加，回收率佔34.6%。研究結果樣本樣本平均年齡44.7歲，宗教信仰以一般民間信仰最多佔46% 其中醫療人員僅佔2.9% 對安寧療護正確率約50%；影響其安寧療護知識得分較高的因素為女性、年齡較輕者、教育程度專科以上、醫療人員、聽過安寧病房及參加安寧講座者。經由本研究結果顯示該社區民眾對安寧療護認知有待加強⁵。

宗教信念量表

宗教信仰對末期病人常扮演重要角色。目前已有許多對健康有很好預測力的宗教量表，但大多數都以西方基督教與其信仰者為研究對象而發展，不一定適用於不同文化與社會背景的人。此研究發展適合多數台灣民眾信仰之佛、道與民間宗教信念的「宗教信念量表」。材料與方法：原始資料來自中央研究院台灣社會變遷基本調查第四期第五次問卷調查之電腦資料檔。研究方法主要以項目分析、探索性因素分析方法與多元線性迴歸等方法，找出有一致性的題項並萃取出共同因素。結果：本量表包含 16 個題項，及氣、靈魂、因緣債命與神力救助等四個因素構面。經效度與信度檢驗，證實本量表具有優良的建構效

度,其解釋變異量為 64.31%,同時也具有內部一致性(Cronbach $\alpha = 0.8879$);此外,也發現受訪者宗教信念強度之差異,主要在於是否有信仰,與信仰何種傳統宗教無關。結論:本量表對於佛、道與民間信仰的信仰者具良好的信度與效度,未來可再進一步施測於臨床,以瞭解它是否能成為可預測末期病人健康狀態的宗教信念量表¹¹。研究架構圖如下



三、研究方法

本研究之研究方法為調查研究法(survey method)，以問卷做為調查研究工具，進行研究對象背景資料的調查，以及各個研究變項資料的蒐集。以下分別針對本研究的研究對象、研究工具與資料分析方法，加以詳細敘述。

(一)、研究對象：

以天帝教正式皈依師之天帝教同奮為對象，樣本取樣來源主要來自台灣地區北部、中部與南部的天帝教教院同奮，調查時間105年9月20日至10月15日總發件數合計262份，收件數238份，回收率90.84%。

(二)、研究工具：

本研究的研究工具為研究者自行編製的研究問卷，除研究對象的基本資料由研究者自行編撰，其餘主要測量量表則是以國內外相關文獻的研究為基礎進行編撰。主要量表包含：台灣本土宗教信念量表、信仰認知量表、安寧療護知識量表以及安寧療護態度量表。測量工具的信效度分析如下：

1、安寧療護知識

來源：(1).某教學醫院護理人員對安寧療護知識、態度及參與工作意願之探討
(2). 高屏地區呼吸器依賴患者家屬對安寧緩和醫療意向探討
(3). 台中某社區民眾之安寧療護知識及其影響因素

安寧療護知識的測量屬於是非題，是非題题目的效度評估可以採用效標效度予以檢測。因此，本量表的安寧療護知識總分可以利用自評安寧緩和醫療了解程度作為效標，對兩者進行相關分析，若有顯著相關程度存在，則可判定安寧醫療護知識量表具有效標效度。經將安寧療護知識總分與安寧緩和醫療了解程度進行相關分析，結果顯示兩者的皮爾森相關達顯著相關($r = 0.22, p < 0.01$)，因此可以判定安寧療護知識量表具有效標效度。本研究的安寧療護知識量表屬於是非題，是非題的信度係採用庫李信度係數做為衡量，經計算後得到20題安寧療護知識的庫李信度係數值為0.61，為可接受的信度數值。

2、安寧療護態度

來源：(1).某教學醫院護理人員對安寧療護知識、態度及參與工作意願之探討
(2). 高屏地區呼吸器依賴患者家屬對安寧緩和醫療意向探討

以KMO(Kaiser-Meyer-Olkin測量取樣適當性 0.888及Bartlett's檢定1311.189。

KMO值為0.888且Bartlett球型檢定 X^2 值為1311.189($p < 0.001$)，顯示此樣本資料適合進

行因素分析檢定。態度量表萃取出一個因素構面含六個題目為「您是否能同意您的家人接受緩和醫療照護」、「您是否同意對末期病患採取安寧緩和醫療」、「安寧療護可以幫助末期病患尊嚴的走完人生」、「醫護人員應該主動針對末期病患及家屬提供安寧療護的相關資訊」、「安寧療護的照護可以提高末期病患的生活品質」、「對於您的家人預立緩和醫療意願您是非常支持的」。因素分析結果僅萃取出一個因素構面，因此將該構面命名為緩和醫療態度，此構面共包含六個題目，因素負荷量介於0.920至0.83之間。內部一致性信度分析結果顯示，“緩和醫療態度”的信度係數Chronbach's α 值為0.94，顯示緩和醫療態度量表具有良好的信度。

3、宗教傾向及宗教信念：

來源：The Revised Intrinsic/Extrinsic Religious Orientation Scale in a Sample of Attica's Inhabitants。信仰認知：來源：信仰認知對癌末病人與其照顧者之影響。宗教信念：來源：台灣「宗教信念量表」之發展。

以KMO(Kaiser-Meyer-Olkin)測量取樣適當性 0.798及Bartlett's χ^2 檢定1249.409。KMO值為0.798且Bartlett球型檢定 χ^2 值為1249.409($p < 0.001$)，顯示此樣本資料適合因素分析檢定。因素分析結果顯示，此樣本資料共萃取出靈魂、因緣宿命、氣、神力相助四個宗教信念量表因素，總解釋變異量為68.415%。本樣本資料共萃取出四個宗教信念因素，參考先前文獻的因素命名以及本次因素分析各構面的題目內容，本研究將四個因素構面分別命名為“氣”、“神力相助”、“因緣宿命”、“靈魂重生”。

“氣”共包含六個題目，其因素負荷量介於0.84至0.59之間“神力相助”共包含三個題目，其因素負荷量介於0.81至0.58之間。“因緣宿命”共包含兩個題目，其因素負荷量分別為0.85與0.80。“靈魂重生”共包含兩個題目，其因素負荷量分別為0.87與0.86，顯示此台灣宗教信念量表具有良好的建構效度。內部一致性信度分析結果顯示，台灣宗教信念量表具有良好的信度，“氣”、“神力相助”、“因緣宿命”、“靈魂重生”的信度係數Chronbach's α 值分別為0.83、0.68、0.84與0.79。

(三)、資料分析：

調查研究方法屬於量化之研究方法，主要蒐集量化的研究資料，應用SPSS 22.0套裝軟體資料的分析，以下分別針對不同研究目的分述各種統計分析方法。

1、信效度分析：

針對量表的信效度檢測，分別以因素分析(factor analysis)進行量表的建構效度檢測，信度分析則是進行信度係數(Cronbach's α)的計算衡量量表的內部一致性信度。

2、描述性統計：

為分析了解研究對象的背景資料，以及觀察各研究變項的資料分佈狀況，採用描述性統計分析方法，例如：平均數、標準差、百分比等進行變項的基本描述性統計分析。

3、假設考驗：

為了達成研究目的，針對各項研究假設必須採取不同的統計分析方法進行考驗，例如：針對不同群族的差異分析可以進行T檢定或變異數分析(Analysis of Variance, ANOVA)，針對宗教傾向與安寧醫療態度的關聯性探討，則可以採用相關係數分析以及迴歸分析進行假設考驗。

4、研究假設

H1：不同的基本資料在宗教信念上是否有差異？

H2：不同的基本資料在安寧療護態度上是否有差異？

H3：不同的基本資料在安寧療護知識上是否有差異？

H4：宗教信念對安寧療護態度是否有顯著影響？

H5：安寧療護知識對安寧療護態度是否有顯著影響？

四、研究結果

樣本基本資料描述性統計分析 樣本數：238人

性別：男93人(39.1%)，女145人(60.9%)，受測樣本中以女性同奮居多共145位(60.9%)，男性同奮為93位(39.1%)

年齡

		次數	百分比	有效的百分比	累積百分比
有效	未滿20歲	1	.4	.4	.4
	20-29歲	5	2.1	2.1	2.5
	30-39歲	10	4.2	4.2	6.7
	40-49歲	27	11.3	11.3	18.1
	50-59歲	91	38.2	38.2	56.3
	60-9歲	77	32.4	32.4	88.7
	70歲以上	27	11.3	11.3	100.0
	總計	238	100.0	100.0	

受測者年齡以五十歲以上者居多，50-59歲百分比為38.3%，60-69歲百分比為32.4%，70歲以上百分比為11.3%，總計為82%。

對緩和醫療了解程度

		次數	百分比	有效的百分比	累積百分比
有效	完全不了解	17	7.1	7.1	7.1
	不了解	68	28.6	28.6	35.7
	普通	95	39.9	39.9	75.6
	了解	50	21.0	21.0	96.6
	非常了解	8	3.4	3.4	100.0
	總計	238	100.0	100.0	

多位同奮表示，對於緩和醫療的了解程度並不多，75.6%的受測者表示對於醫療的了解程度為普通、不了解與完全不了解。

僅有24.4%同奮表示對於緩和醫療的了解程度為了解或非常了解。

是否有親友目前正在接受安寧緩和醫療照護-有親友目前正在接受安寧緩和醫療照護18人佔7.6%，無217人佔91.2%，其中3人遺漏未寫。

安寧緩和醫療資訊來源

沒有管道

		次數	百分比	有效的百分比	累積百分比
有效	否	177	74.4	74.4	74.4
	是	61	25.6	25.6	100.0
	總計	238	100.0	100.0	

74.4%受測者表示，他們有管道與資訊來源了解緩和醫療照護，僅有25.6%的受試者表示，完全沒有管道了解安寧緩和醫療的相關資訊。

親人

		次數	百分	有效的百分比	累積百分比
有效	否	220	92.4	92.4	92.4
	是	18	7.6	7.6	100.0
	總計	238	100.0	100.0	

7.6%受測者表示，他們由親友管道了解緩和醫療照護與資訊。

朋友

		次數	百分比	有效的百分比	累積百分比
有效	否	201	84.5	84.5	84.5
	是	37	15.5	15.5	100.0
	總計	238	100.0	100.0	

15.5%受測者表示，他們由朋友管道了解緩和醫療照護與資訊。

醫療人員

		次數	百分比	有效的百分比	累積百分比
有效	否	190	79.8	79.8	79.8
	是	48	20.2	20.2	100.0
	總計	238	100.0	100.0	

20.2%受測者表示，他們由 醫療人員管道了解緩和醫療照護與資訊。

社工

		次數	百分比	有效的百分比	累積百分比
有效	否	228	95.8	95.8	95.8
	是	10	4.2	4.2	100.0
	總計	238	100.0	100.0	

電視

	次數	百分比	有效的百分比	累積百分比
有效 否	189	79.4	79.4	79.4
是	49	20.6	20.6	100.0
總計	238	100.0	100.0	

報章雜誌

	次數	百分比	有效的百分比	累積百分比
有效 否	182	76.5	76.5	76.5
是	56	23.5	23.5	100.0
總計	238	100.0	100.0	

文宣海報

	次數	百分比	有效的百分比	累積百分比
有效 否	224	94.1	94.1	94.1
是	14	5.9	5.9	100.0
總計	238	100.0	100.0	

網路

	次數	百分比	有效的百分比	累積百分比
有效 否	216	90.8	90.8	90.8
是	22	9.2	9.2	100.0
總計	238	100.0	100.0	

廣播

	次數	百分比	有效的百分比	累積百分比
有效 否	236	99.2	99.2	99.2
是	2	.8	.8	100.0
總計	238	100.0	100.0	

教院

	次數	百分比	有效的百分比	累積百分比
有效 否	235	98.7	98.7	98.7
是	3	1.3	1.3	100.0
總計	238	100.0	100.0	

受測參與者表示，對於緩和醫療照護的主要資訊來源為朋友(15.5%)、醫療人員(20.2%)、電視(20.6%)與報章雜誌(23.5%)。來自教院僅1.3%。

是否過擔任教職

	次數	百分比	有效的百分比	累積百分比
有效 否	53	22.3	22.5	22.5
是	183	76.9	77.5	100.0
總計	236	99.2	100.0	
遺漏 系統	2	.8		
總計	238	100.0		

183位(76.9%)受測同奮曾經擔任過教職。22.3%未曾擔任過教職。

飯師時間

	次數	百分比	有效的百分比	
有效 未滿2年	16	6.7	6.8	6.8
2-5年	39	16.4	16.5	23.3
6-10年	32	13.4	13.6	36.9
11-15年	26	10.9	11.0	47.9
16-20年	21	8.8	8.9	56.8
21-25年	46	19.3	19.5	76.3
超過25年	56	23.5	23.7	100.0
總計	236	99.2	100.0	
遺漏 系統	2	.8		
總計	238	100.0		

超過25年56人最多所占比例為23.5%，其次為21-25年46人(19.3%)第三順位2-5年(16.4%)，第四順位6-10年32人(13.4%)累積百分比為72.6%，第一、二順位合計佔42.8%，表示資深同奮站多數。

描述性統計資料

	N	最小值	最大值	平均數	標準偏差
緩和醫療態度	238	1.00	5.00	4.16	0.56
緩和醫療知識得分	238	4.00	19.00	15.22	2.57
靈魂	238	1.00	5.00	3.78	0.64
因緣宿命	238	1.00	5.00	3.50	0.86
氣	238	1.50	5.00	4.03	0.57
神力相助	238	1.67	5.00	3.48	0.68

受試者對緩和醫療態度的平均分數，最小值為1最大值為5，平均數為4.16。安寧療護相關知識的計分，以答對一題得一分，答錯則以零分計算，之後計算總得分。受試者在二十題緩和醫療知識的得分上，最低總分為4分最高總分為19分，平均得分為15.22分。在宗教信念量表的得分上，靈魂、因緣宿命與神力相助的平均分數介於3.48至3.78之間，氣的得分最高平均數為4.03分。

下表為主要研究變數兩兩之間的皮爾森相關係數

主要變項相關係數						
	靈魂	因緣宿命	氣	神力相助	緩和醫療態度	緩和醫療知識得分
靈魂	1					
因緣宿命	0.47***	1				
氣	0.41***	0.36***	1			
神力相助	0.32***	0.44***	0.46***	1		
緩和醫療態度	0.28***	0.05	0.43***	0.08	1	
緩和醫療知識得分	-0.09	-0.14*	0.09	-0.05	0.27***	1
* $p < 0.05$ *** $p < 0.001$						

在宗教信念構面之間的相關上，各構面之間皆有顯著的相關($p < 0.001$)，相關係數介於0.32至0.47之間。宗教信念與緩和醫療態度之間的相關，靈魂信念與緩和醫療態度之間顯著正相關($r = 0.28, p < 0.001$)，顯示受試者越相信靈魂的存在，則其緩和醫療態度越高(正向)。另外，氣的宗教信念與緩和醫療態度之間亦有顯著正相關($r = 0.43, p < 0.001$)，顯示受試者越相信氣的存在，則其對緩和醫療態度越高(正向)。宗教信念與緩和醫療知識得

分之間的關係為負相關($r = -0.14, p < 0.05$)，當受試者越相信。因緣宿命，則其緩和醫療知識的得分越低。緩和醫療態度與緩和醫療知識之間的關係為正相關($r = 0.27, p < 0.001$)，受試者的緩和醫療知識得分越高，則其緩和醫療的態度越高(正向)。

下表比較不同的性別在各變項上是否有差異存在

不同性別在宗教信念、緩和醫療態度與緩和醫療知識得分上的差異檢定					
	性別	N	平均數	標準偏差	t 值
靈魂	男	93	3.81	0.52	0.48
	女	145	3.77	0.71	
因緣宿命	男	93	3.54	0.72	0.65
	女	145	3.47	0.94	
氣	男	93	4.01	0.53	-0.49
	女	145	4.04	0.60	
神力相助	男	93	3.57	0.61	1.65
	女	145	3.42	0.71	
緩和醫療態度	男	93	4.08	0.56	-1.67
	女	145	4.21	0.55	
知識得分	男	93	14.97	2.68	-1.21
	女	145	15.38	2.49	

獨立樣本t檢定的分析結果顯示，不同性別在宗教信念各構面、安寧療療態度以及安寧療護知識得分上，皆沒有顯著的差異存在。

下表比較不同的教育程度在各研究變項上是否有差異存在

變異數分析

		平方和	df	平均值平方	F	顯著性
靈魂	群組之間	.330	4	.082	.196	.940
	在群組內	98.086	233	.421		
	總計	98.416	237			
因緣宿命	群組之間	4.164	4	1.041	1.418	.229
	在群組內	171.085	233	.734		
	總計	175.249	237			
氣	群組之間	.602	4	.150	.453	.770
	在群組內	77.321	233	.332		
	總計	77.923	237			
神力相助	群組之間	1.918	4	.479	1.048	.383
	在群組內	106.558	233	.457		
	總計	108.476	237			
緩和醫療態度	群組之間	1.548	4	.387	1.255	.288
	在群組內	71.849	233	.308		
	總計	73.397	237			
知識得分	群組之間	199.066	4	49.766	8.504	.000
	在群組內	1363.573	233	5.852		
	總計	1562.639	237			

不同教育程度在緩和醫療知識得分的事後檢定

因變數	教育程度(I)	教育程度(J)	差異值(I-J)	標準誤	顯著性	95% 信賴區間	
						下限	上限
緩和醫療知識得分	國中小以下	高中職	-.86272	.50679	.900	-2.2990	.5735
		專科	-1.91935*	.53214	.004	-3.4274	-.4113
		大學	-2.75806*	.56214	.000	-4.3512	-1.1649
		研究所以上	-2.41191*	.79935	.028	-4.6773	-.1466
	高中職	國中小以下	.86272	.50679	.900	-.5735	2.2990
		專科	-1.05664	.40304	.093	-2.1989	.0856
		大學	-1.89535*	.44190	.000	-3.1477	-.6430
		研究所以上	-1.54919	.71988	.324	-3.5893	.4909
	專科	國中小以下	1.91935*	.53214	.004	.4113	3.4274
		高中職	1.05664	.40304	.093	-.0856	2.1989
		大學	-.83871	.47076	.761	-2.1728	.4954
		研究所以上	-.49256	.73795	1.000	-2.5839	1.5988
	大學	國中小以下	2.75806*	.56214	.000	1.1649	4.3512
		高中職	1.89535*	.44190	.000	.6430	3.1477
		專科	.83871	.47076	.761	-.4954	2.1728
		研究所以上	.34615	.75987	1.000	-1.8073	2.4996
	研究所以上	國中小以下	2.41191*	.79935	.028	.1466	4.6773
		高中職	1.54919	.71988	.324	-.4909	3.5893
		專科	.49256	.73795	1.000	-1.5988	2.5839
		大學	-.34615	.75987	1.000	-2.4996	1.8073

*. 平均值差異在 0.05 層級顯著。

教育程度的變異數分析顯示，不同的教育程度在緩和醫療知識得分上有顯著差異。事後檢定(post-hoc test)進一步顯示，國中小以下受試者知識得分顯著比專科、大學以及研究所低。高中職教育程度受試者比大學受試者得分低，專科受試者比國中小得分高。大學教育程度受試者與國中小以下教育程度者以及高職教育程度者相比，緩和醫療知識得分顯著較高。研究所以上受試者其知識得分顯著高於國中小以下受試者的得分。

為了解不同年齡層在各研究變項上是否有差異，首先將部分個數較少的年齡層合併，之後進行變異數分析。

年齡層未滿20歲、20-29歲以及30-39歲，因為個數較少所以將其合併為年齡層未滿40歲。

變異數分析

		平方和	df	平均值平方	F	顯著性
靈魂	群組之間	4.357	4	1.089	2.698	.032
	在群組內	94.060	233	.404		
	總計	98.416	237			
因緣宿命	群組之間	11.262	4	2.815	4.000	.004
	在群組內	163.987	233	.704		
	總計	175.249	237			
氣	群組之間	4.595	4	1.149	3.650	.007
	在群組內	73.329	233	.315		
	總計	77.923	237			
神力相助	群組之間	2.779	4	.695	1.531	.194
	在群組內	105.697	233	.454		
	總計	108.476	237			
緩和醫療態度	群組之間	.314	4	.078	.250	.909
	在群組內	73.083	233	.314		
	總計	73.397	237			
知識得分	群組之間	53.954	4	13.489	2.083	.084
	在群組內	1508.684	233	6.475		
	總計	1562.639	237			

下表為不同年齡層在宗教信念差異的事後檢定

因變數	教育程度 (I)	教育程度 (J)	差異值 (I-J)	標準誤	顯著 性	95% 信賴區間	
						下限	上限
靈魂	未滿40歲	40-49歲	-.55941	.20045	.057	-1.1275	.0087
		50-59歲	-.40041	.17224	.209	-.8885	.0877
		60-69歲	-.43804	.17457	.128	-.9328	.0567

		70歲以上	-.60880*	.20045	.027	-1.1769	-.0407
	40-49歲	未滿40歲	.55941	.20045	.057	-.0087	1.1275
		50-59歲	.15900	.13924	1.000	-.2356	.5536
		60-69歲	.12137	.14211	1.000	-.2814	.5241
		70歲以上	-.04938	.17292	1.000	-.5395	.4407
	50-59歲	未滿40歲	.40041	.17224	.209	-.0877	.8885
		40-49歲	-.15900	.13924	1.000	-.5536	.2356
		60-69歲	-.03763	.09838	1.000	-.3164	.2412
		70歲以上	-.20838	.13924	1.000	-.6030	.1862
	60-69歲	未滿40歲	.43804	.17457	.128	-.0567	.9328
		40-49歲	-.12137	.14211	1.000	-.5241	.2814
		50-59歲	.03763	.09838	1.000	-.2412	.3164
		70歲以上	-.17076	.14211	1.000	-.5735	.2320
	70歲以上	未滿40歲	.60880*	.20045	.027	.0407	1.1769
		40-49歲	.04938	.17292	1.000	-.4407	.5395
		50-59歲	.20838	.13924	1.000	-.1862	.6030
		60-69歲	.17076	.14211	1.000	-.2320	.5735
因緣宿命	未滿40歲	40-49歲	-.82986*	.26468	.019	-1.5800	-.0798
		50-59歲	-.68029*	.22742	.031	-1.3248	-.0358
		60-69歲	-.76420*	.23050	.011	-1.4174	-.1110
		70歲以上	-1.01505*	.26468	.002	-1.7651	-.2649
	40-49歲	未滿40歲	.82986*	.26468	.019	.0798	1.5800
		50-59歲	.14957	.18385	1.000	-.3715	.6706
		60-69歲	.06566	.18764	1.000	-.4661	.5974
		70歲以上	-.18519	.22833	1.000	-.8323	.4619
	50-59歲	未滿40歲	.68029*	.22742	.031	.0358	1.3248
		40-49歲	-.14957	.18385	1.000	-.6706	.3715
		60-69歲	-.08392	.12990	1.000	-.4521	.2842
		70歲以上	-.33476	.18385	.699	-.8558	.1863
	60-69歲	未滿40歲	.76420*	.23050	.011	.1110	1.4174
		40-49歲	-.06566	.18764	1.000	-.5974	.4661

		50-59歲	.08392	.12990	1.000	-.2842	.4521
		70歲以上	-.25084	.18764	1.000	-.7826	.2809
	70歲以上	未滿40歲	1.01505*	.26468	.002	.2649	1.7651
		40-49歲	.18519	.22833	1.000	-.4619	.8323
		50-59歲	.33476	.18385	.699	-.1863	.8558
		60-69歲	.25084	.18764	1.000	-.2809	.7826
氣	未滿40歲	40-49歲	-.59799*	.17699	.009	-1.0996	-.0964
		50-59歲	-.54373*	.15208	.004	-.9747	-.1127
		60-69歲	-.44832*	.15413	.040	-.8851	-.0115
		70歲以上	-.41281	.17699	.205	-.9144	.0888
	40-49歲	未滿40歲	.59799*	.17699	.009	.0964	1.0996
		50-59歲	.05427	.12294	1.000	-.2942	.4027
		60-69歲	.14967	.12547	1.000	-.2059	.5053
		70歲以上	.18519	.15268	1.000	-.2475	.6179
	50-59歲	未滿40歲	.54373*	.15208	.004	.1127	.9747
		40-49歲	-.05427	.12294	1.000	-.4027	.2942
		60-69歲	.09540	.08687	1.000	-.1508	.3416
		70歲以上	.13092	.12294	1.000	-.2175	.4793
	60-69歲	未滿40歲	.44832*	.15413	.040	.0115	.8851
		40-49歲	-.14967	.12547	1.000	-.5053	.2059
		50-59歲	-.09540	.08687	1.000	-.3416	.1508
		70歲以上	.03551	.12547	1.000	-.3201	.3911
	70歲以上	未滿40歲	.41281	.17699	.205	-.0888	.9144
		40-49歲	-.18519	.15268	1.000	-.6179	.2475
		50-59歲	-.13092	.12294	1.000	-.4793	.2175
		60-69歲	-.03551	.12547	1.000	-.3911	.3201

年齡層的變異數分析顯示，不同的年齡層在宗教信念上有顯著差異，分別為靈魂、因緣宿命以及氣三種宗教信念。事後檢定(post-hoc test)進一步顯示，年齡未滿40歲的天道教同奮受試者，其在靈魂、因緣宿命以及氣的宗教信念上，皆比年齡層較高的受試同奮相對較低。未滿40歲的同奮與年齡70歲以上的同奮相比，其對靈魂的宗教信念顯著較低。

未滿40歲的同奮與其他所有年紀較高的同奮相比，其對因緣宿命的宗教信念顯著較低。未滿40歲的同奮與其他年齡層(40-49歲、50-59歲與60-69歲)相比，其對氣的宗教信念顯著較低。

以宗教信念以及緩和醫療知識得分為預測變項，探討影響受試者緩和醫療態度的因子。以下為迴歸分析的結果

迴歸分析結果顯示，受試同奮的宗教信念以及緩和醫療知識對緩和醫療態度預測的迴歸模型有顯著的解釋能力($F = 18.57, p < 0.001$)，代表其解釋能力的調整後 R^2 值為0.27，表示受試同奮之間在緩和醫療態度的變異程度上的差異有27%可以被宗教信念以及緩和醫療知識解釋。

係數					
模型	非標準化係數		標準化係數	T	顯著性
	B	標準錯誤	Beta		
1 (常數)	1.661	.309		5.372	.000
靈魂	.203	.057	.236	3.578	.000
因緣宿命	-.085	.044	-.131	-1.929	.055
氣	.396	.065	.408	6.109	.000
神力相助	-.092	.054	-.112	-1.692	.092
知識得分	.049	.012	.226	3.974	.000

a. 應變數: 緩和醫療態度

迴歸模型顯示，當受試者越相信靈魂的存在，則其對緩和醫療的態度越正面($\beta = 0.236, p < 0.001$)；越相信氣的存在，緩和醫療態度也越高($\beta = 0.408, p < 0.001$)。另外，當受試同奮的緩和醫療知識得分越高，則在緩和醫療態度的得分上也越高，對緩和醫療的態度越正向。

五、討論

本研究樣本基本資料描述性統計分析：

受測樣本中以女性同奮居多共145位(60.9%)，男性同奮為93位(39.1%)，受測者年齡以五十歲以上者居多，50-59歲91人百分比為38.3%，60-69歲77人百分比為32.4%，70歲以上27人比為11.3%，總計為81.9%。對安寧療護了解程度，多位同奮表示，對於緩和醫療

的了解程度並不多，75.6%的受測者表示對於醫療的了解程度為普通、不了解與完全不了解。僅有24.4%同奮表示對於緩和醫療的了解程度為了解或非常了解。受測同奮中僅有18位(7.6%)表示，目前有親友正在接受緩和醫療照護，對安寧緩和醫療資訊來源大部分受測者表示，他們有管道與資訊來源了解緩和醫療照護，僅有25.6%的受試者表示，完全沒有管道了解安寧緩和醫療的相關資訊。受測參與者表示，對於緩和醫療照護的主要資訊來源為朋友(15.5%)、醫療人員(20.2%)、電視(20.6%)與報章雜誌(23.5%)。183位(76.9%)受測同奮，現在或過去是否擔任過教職人員。皈師至今的時間約多久：皈師時間以超過25年56人最多佔23.5%，其次為21-25年46人(19.3%)以及2-5年39(16.4%)。

(一)、不同的基本資料在宗教信念上是否有差異

1、比較不同的性別在各變項上是否有差異存在

不同性別在宗教信念、緩和醫療態度與緩和醫療知識得分上的差異

檢定：t值 靈魂0.48 因緣宿命0.65 氣-0.49 神力相助1.65 緩和醫療態度-1.67 知識得分-1.21 獨立樣本t檢定的分析結果顯示，不同性別在宗教信念各構面、皆沒有顯著的差異存在。

2、比較不同的年齡層的變異數分析顯示

年齡層未滿20歲、20-29歲以及30-39歲，因為個數較少所以將其合併為年齡層未滿40歲，不同的年齡層在宗教信念上有顯著差異，分別為靈魂、因緣宿命以及氣三種宗教信念。事後檢定(post-hoc test)進一步顯示，年齡未滿40歲的天道教同奮受試者，其在靈魂、因緣宿命以及氣的宗教信念上，皆比年齡層較高的受試同奮相對較低。未滿40歲的同奮與年齡70歲以上的同奮相比，其對靈魂的宗教信念顯著較低。未滿40歲的同奮與其他所有年紀較高的同奮相比，其對因緣宿命的宗教信念顯著較低。未滿40歲的同奮與其他年齡層(40-49歲、50-59歲與60-69歲)相比，其對氣的宗教信念顯著較低。

(二)、不同的基本資料在安寧療護知識上是否有差異

教育程度的變異數分析顯示，不同的教育程度在緩和醫療知識得分上有顯著差異。事後檢定(post-hoc test)進一步顯示，國中小以下受試者知識得分顯著比專科、大學以及研究所低。高中職教育程度受試者比大學受試者得分低，專科受試者比國中小得分高。大學教育程度受試者與國中小以下教育程度者以及高職教育程度者相比，緩和醫療知識得分顯著較高。研究所以上受試者其知識得分顯著高於國

中小以下受試者的得分。為了解不同年齡層在各研究變項上是否有差異，首先將部分個數較少的年齡層合併，之後進行變異數分析。

(三)、不同的基本資料在安寧療護態度上是否有差異

受試者對緩和醫療態度計8題的平均分數，最小值為1最大值為5，平均數為 4.16。換算平均分數83分，表示受試者緩和醫療態度為正相關，獨立樣本t檢定的分析結果顯示，不同性別在緩和醫療態度得分上，皆沒有顯著的差異存在。

(四)、宗教信念對安寧療護態度是否有顯著影響

在宗教信念量表的得分上，靈魂、因緣宿命與神力相助的平均分數介於3.48至3.78之間，氣的得分最高平均數為4.03分。在宗教信念靈魂、因緣宿命、氣、神力相助構面之間的相關上，各構面之間皆有顯著的相關($p < 0.001$)，相關係數介於0.32至0.47之間。宗教信念與緩和醫療態度之間的相關，靈魂信念與緩和醫療態度之間顯著正相關($r = 0.28, p < 0.001$)顯示受試者越相信靈魂的存在，則其緩和醫療態度越高(正向)另外氣的宗教信念與緩和醫療態度之間亦有顯著正相關($r = 0.43, p < 0.001$)顯示受試者越相信氣的存在，則其對緩和醫療態度越高(正向)。

(五)、安寧療護知識對安寧療護態度是否有顯著影響

受試者在二十題緩和醫療知識的得分上，最低總分為4分最高總分為19分，平均得分為15.22分。宗教信念與緩和醫療知識得分之間的關係為負相關($r = -0.14, p < 0.05$)，當受試者越相信因緣宿命，則其緩和醫療知識的得分越低。緩和醫療態度與緩和醫療知識之間的關係為正相關($r = 0.27, p < 0.001$)，受試者的緩和醫療知識得分越高，則其緩和醫療的態度越高(正向)。

以宗教信念以及緩和醫療知識得分為預測變項，探討影響受試者緩和醫療態度的因子。以下為迴歸分析的結果：迴歸分析結果顯示，受試同奮的宗教信念以及緩和醫療知識對緩和醫療態度預測的迴歸模型有顯著的解釋能力($F = 18.57, p < 0.001$)，代表其解釋能力的調整後 R^2 值為0.27，表示受試同奮之間在緩和醫療態度的變異程度上的差異有27%可以被宗教信念以及緩和醫療知識解釋。迴歸模型顯示，當受試者越相信靈魂的存在，則其對緩和醫療的態度越正面($\beta = 0.236, p < 0.001$)；越相信氣的存在，緩和醫療態度也越高($\beta = 0.408, p < 0.001$)。另外，當受試同奮的緩和醫療知識得分越高，則在緩和醫療態度的得分上也越高，對緩和醫療的態度越正向。

六、結論及建議

一、結論

本研究顯示年齡未滿40歲的天帝教同奮受試者，其在靈魂、因緣宿命以及氣的宗教信念上，皆比年齡層較高的受試同奮相對較低。教育程度高的相對緩和醫療知識得分顯著較高，宗教信念與緩和醫療態度之間的相關，靈魂信念與緩和醫療態度之間顯著正相關顯示受試者越相信靈魂的存在，則其緩和醫療態度越高(正向)另外「氣」的宗教信念與緩和醫療態度之間亦有顯著正相關，顯示受試者越相信「氣」的存在，則其對緩和醫療態度越高(正向)。緩和醫療態度與緩和醫療知識之間的關係為正相關，受試者的緩和醫療知識得分越高，則其緩和醫療的態度越高(正向)。當受試者越相信靈魂的存在，則其對緩和醫療的態度越正面；越相信氣的存在，緩和醫療態度也越高。另外，當受試同奮的緩和醫療知識得分越高，則在緩和醫療態度的得分上也越高，對緩和醫療的態度越正向。安寧療護(hospice care)是一種發揮人道精神的照護模式，能滿足病患及其家屬身、心、靈靈等層面之需求，提供緩和與支持性照護。幫助臨終病人及家屬面對死亡的過程中學習成長,從而得到善終,讓生死兩相安，是安寧緩和醫療團隊最重要且最終極的任務。

二、建議：

本教同奮對於緩和醫療的了解程度並不多，75.6%的受測者表示對於醫療的了解程度為普通、不了解與完全不了解。僅有24.4%同奮表示對於緩和醫療的了解程度為了解或非常了解。對於緩和醫療照護的主要資訊來源為朋友(15.5%)、醫療人員(20.2%)、電視(20.6%)與報章雜誌(23.5%)。受測參與者表示，於教院獲得安寧緩和醫療照護的主要資訊來源僅3人佔1.3%，235人佔98.7%未曾獲得安寧緩和醫療相關資訊。表示本教同奮安寧療護知識有待加強，蔡光思於第二屆天帝教天人實學研討會發表，天帝教對人的生命尊嚴與臨終關懷文章中提對於安寧療護關懷,天帝教在臨終前的關懷,應該有幾項配合的事項及死亡關懷進入飾終的程序，家屬與親人對往生者的祈祝,天帝教淨靈養靈原則，頗值得參考。建議本教編印臨終關懷手冊(含臨終助念規範)供同奮參考。法鼓山聖嚴法師編印：「臨終關懷-人生最後的功課」小冊，供民眾自由索取，主要談面對生死、走向生

死、與生死為鄰，告知民眾如何面對死亡。另每週教院親和集會亦可安排生死學、臨終關懷之課程以提升同奮對安寧療護認知。

在衛生福利部安寧療護品質保證計畫中要求團隊成員需有專業的靈性照顧人員的相關規定，專業的靈性照顧人員即宗教師，目前醫院成立安寧療護病房依健保規定要聘請宗教師，105年醫院評鑑醫療照護領域將安寧緩和醫療列入評鑑條文其中 2.3.18有適當安寧緩和醫療團隊，提供安寧照護服務規定「靈性關懷人員」之角色任務可包含：(1)心靈陪伴：探訪、關懷病人和家屬藉著聆聽、溝通、協談以了解病人和家屬的需求，提供病人和家屬在心靈上的支持、疏導和鼓勵。(2)轉介團隊其他人員給予個案安慰與支持。(3)關懷臨終者及家屬的哀傷，協助喪葬事宜資訊的提供。(4)參與病房之個案討論會議，提出困難個案的看法。現醫院宗教師大多為基督教牧師或臨床佛教宗教師，台大醫院緩和醫療病房之佛教宗教師的培訓，進行三年，培訓內容包括：臨床訓練，包括病人身心症狀的觀察、個案紀錄、表格使用、照顧計畫的擬定與討論；熟悉病房團隊運作方式；熟習過去相關研究成果及靈性照顧理論架構；研讀核心知識；個案討論；專家座談及其他相關課程訓練。在照顧的成果上，根據歷年研究論文結果顯示，法師協助病人、家屬學習，在面對死亡的過程中緩解恐懼與痛苦，提昇內在力量，莊嚴的與家人道別，提昇心性的成長部分都有很大的貢獻。佛教宗教師確實可協助病人達到善終，因此宗教師專業的訓練需要進一步推廣¹³。

釋滿祥 釋宗悼 陳慶餘 邱泰源 黃鳳英 釋惠敏等*臨床佛教宗教師在緩和醫療病房的角色和服務狀況調查¹⁴。結果顯示：對於宗教師在靈性照顧的服務內容，國內各安寧病房的受訪者認為，宗教師的服務內容以「宗教儀式的諮詢」為最需要，其次才是「協助病人、家屬面對死亡」，該研究結果法師所提供的服務主要是「協助病人、家屬面對死亡」(84.4%)，而「宗教儀式的諮詢」僅佔18%有差異。對病人靈性照顧與法師實際臨床服務有很大差距，顯示團隊成員對於有關臨床宗教師的角色認識有待提昇。在服務內容方面，法師如何協助病人、家屬面對死亡的專業角色與國外對宗教師服務內容調查，其結果以「生命意義」、「受苦意義」、「未完成心願」、「寬恕自己與他人」、「心靈力量提昇」、「與神的關係」之靈性問題為主。藉由念佛，讓病人集中心力於佛號、佛像上，使其得以接受死亡，往生西方極樂世界。眾善法門是法師針對病患當下的困惑，給予立即而直接的說法，旨在透過法師的開導，撫慰病人不安的情緒，把握有限的時間完願並掌握新生的契機¹⁴。建議本教規劃臨床宗教師之培訓制度，將來可介入醫院擔任專業的靈性照顧人員，藉此可一方面弘教亦可建立完整天帝教臨終關懷制度，提升臨終關懷服務品質，發展本教嶄新的領域。

誌謝

本研究得以順利完成，感謝感謝鏡幾老師、緒勵老師指導、台灣省掌院陳光惑掌教鼎力相助，各教院掌教、副掌教，開導師、主事、同奮協助問卷分發、回收以及填寫問卷之同奮，在此致上最深謝意與無限的祝福。

參考文獻：

- 1、馮永霖(2013)，臨終關懷與臨終病患需求之探討。諮商與輔導，332，16-20。
- 2、楊婉伶、李存白、陳小妮，跨越生死長河-安寧之美。榮總護理，2010；27(2)，208-213
- 3、衛生福利部，105年醫院評鑑基準及評量項目
- 4、周希誠、李選、羅旭宜等，某教學醫院護理人員對安寧療護知識、態度及參與工作意願之探討。Chung Shan Med J 17: 023~032, 2006 23
- 5、黃惠美、郭碧照、胡中傑等，台中某社區民眾之安寧療護知識及其影響因素。安寧療護雜誌 2005；10(4)
- 6、陳宜貞、郭怡伶、許端容等，高屏地區呼吸器依賴患者家屬對安寧緩和醫療意向探討。呼呼吸治療2016；15(1)
- 7、劉樹泉 沈莉真 江維鏞等，民眾對安寧護態度調查初探。安寧療護 2006；11(3) 242-251
- 8、劉見成(2010)，善終與生死超越:天帝教的臨終關懷，第九屆天帝教天人實學研討會。43-66
- 9、呂志成(2014)，天人炁功與臨終關懷，第十三屆天帝教天人實學研討會，天帝教鐳力阿道場，天帝教天人研究總院，2014年12月19日-21日，P221-228
- 10、蔡光思，天帝教對人的生命尊嚴與臨終關懷，第二屆天帝教天人實學研討會。15-23
- 11、蘇斌光 劉一蓉(2011)，台灣「宗教信念量表」之發展。安寧療護雜誌 2011•16(2)
- 12、釋宗悼 釋法成陳慶餘等(2004)，信仰認知對癌末病人與其照顧者之影響。安寧療護 2004•9(2)
- 13、黃鳳英、宗悼法師、陳慶餘等:台灣安寧病房臨床佛教宗教師需求調查。安寧療護 2001 Aug; 6(3): 16-26
- 14、釋滿祥、釋宗悼、陳慶餘等:臨床佛教宗教師在緩和醫療病房的角色和服務狀況調查。安寧療護2001;6(4):1-12
- 15、陳慶餘、惠敏法師、姚建安、邱泰源、胡文郁:癌末病人靈性照顧模式之研究一以某醫學中心緩和醫療病房的經驗探討。台灣家庭醫學雜誌 1999;9(1):20-30

