

## 壹、前言

隨著醫療科技的進步、免疫抑制劑的研發，「器官捐贈」對於不可逆的器官衰竭疾病患者來說，已經成為治療方法的重要選項之一，而且它和其他醫療替代技術相比，也比較符合醫療成本效益（杜素珍、史麗珠、廖美南、黃慈心、陳麗娟，2001；陳光慧、龍紀萱、楊美都、何盛榕、陳世堅，2007；Mostafa, 2010）。

「器官捐贈」不僅可以讓受贈者的生命延長，提升受贈者的生活品質，還能夠使受贈者達到繼續貢獻社會、增加社會生產力的目的（中華民國器官捐贈協會，2010；史麗珠、劉于綸、黃淑玲，2001；柯文哲，2000；鍾春枝、盧美秀、楊哲銘、林秋芬、陳俊賢，2002）。除此之外，捐贈腦死患者的器官也可以停止給予腦死患者無效的醫療，避免及減少醫療資源的浪費，使床位及儀器設備得以更有效地運用在有需求的患者身上（柯文哲，2000）。

根據財團法人器官捐贈移植登錄中心統計，臺灣自2005年起，每年等待器官捐贈的平均人數達6,000人以上，但是，腦死捐贈器官的平均人數卻只有百餘人，其等待器官移植的人數並沒有隨著等待者死亡或是已完成移植手術而減少，由此可見臺灣面臨器官短缺的問題（中華民國器官捐贈協會，2010；張雅音等，2010）。

由於器官短缺容易引發私下的器官交易買賣，亦即經濟能力許可的患者可能會透過非法管道購買器官來進行移植（張明蘭，2003）。但此舉嚴重可能會造成國際間的人權迫害，加以無法確認該器官是否健康、是否和受贈者成功配對，所以非法購買器官進行器官移植的患者在術後產生併發症的機率相對會比較高，因產生嚴重併發症而導致死亡的機率也比較高。另外，就經濟方面來說，這些患者往往是在國外進行器官移植，再回國接受後續相關的追蹤治療，導致國家的衛生保健費用支出增加（張明蘭，2003；Gil, Klarenbach, Cole, & Shemie, 2008）。所以，「器官捐贈」已是公認需要加強

宣導提倡的社會健康議題之一（張明蘭，2003）。

為了推動器官捐贈，鑑於臺灣民眾健保卡的隨身攜帶率高，而且當醫療機構及醫事人員刷健保卡時，就可以了解其意願，因此政府修正法規後公布，中央主管機關得於健保卡加註器官捐贈意願，其效力等同於書面同意書，萬一發生事故時，便可以快速了解其意願（石崇良、宋菁玲，2010）。不過，在現實生活中，基於家庭倫理的考量，即使死者的健保卡已註記同意器官捐贈，或是生前已簽署器官捐贈同意卡，醫療院所仍會詢問家屬意願，取得家屬的同意及所簽署的「器官捐贈同意書」後才進行器官摘取手術，若是家屬反對捐贈死者器官，亦不會強制進行器官摘取手術（余翠翠，2010；張明蘭，2003）。而國內外學者也表示，最後時刻死者家屬是否同意捐贈死者的器官，是影響器官捐贈率的主要因素（柯文哲，2000；Siminoff, Gordon, Hewlett, & Arnold, 2001）。

此外，性別雖非主要因素，但考量國內相關研究甚少，亦納入研究變項中探討（Rodrigue, Cornell, & Howard, 2006, 2008; Walker et al., 1990）；而年齡、教育程度、宗教信仰、器官捐贈知識與家屬器官捐贈意願的相關研究結果雖不一，但也都因密切相關而納入研究變項中探討（杜懿娟，2011；游雅婷、蘇惠智，1994；鍾春枝等，2002；Exley, White, & Martin, 2002; Rodrigue et al., 2006, 2008; Siminoff et al., 2001; Walker et al., 1990）；此外，職業、註記為器官捐贈者、對器官捐贈之態度、家屬間討論器官捐贈與家屬器官捐贈意願皆有顯著正相關，所以也是探討的研究變項（史麗珠等，2001；杜素珍、史麗珠、廖美南，2002；杜懿娟，2011；Rodrigue et al., 2006, 2008; Rodrigue, Cornell, Krouse, & Howard, 2010; Siminoff et al., 2001）。至於「保留全屍」、「留最後一口氣回家」是中華社會特有的民間習俗，是器官捐贈勸募時的主要阻力，也是不願意捐贈自己或家屬器官的主要原因，此點有別於西方社會，故納入研究變項中探討（黃芝瑋，2010；張明蘭，2003；謝佳恩、陳堯俐、林惠娟、張雅音、謝清水，2010）。

基於地緣關係，本研究針對基隆市民眾進行問卷調查研究，藉此了解他們對家屬器官捐贈之意願，進而探討其中的相關因素，期望能找出影響家屬