

計畫編號：DOH99-HP-1109

國民健康局九十九年度委託研究計畫

慢性腎臟病防治科技研究計畫四-

醫療給付及腎臟移植制度研究

Study on Medical Payments for Chronic Kidney
Disease and Kidney Transplantation System

99 年度 期 末 報 告

執行機構：中國醫藥大學

總計畫主持人：蔡文正

協同主持人：蘇喜、蔡甫昌、林秋菊、劉見祥、宋鴻樟、
龔佩珍、李碧娥、陳幸眉、陳筱瑀、許志成、
黃士維、陳聰富、周桂田、楊樹昌、陳彥元、
李冠璋、王偉傑、孫嘉誠

研究人員：郭妮吟、江雅筠、徐世緯、蔡蕙芳、蔡宜珊

執行期間：99 年 9 月 1 日 至 100 年 2 月 28 日

＊＊本研究報告僅供參考，不代表本局意見＊＊

摘要

背景：台灣慢性腎臟病與透析病患的高盛行率，一直以來是國內醫藥衛生界共同努力防治的目標。除了一直努力避免民眾罹患慢性腎臟病或惡化成透析病患，同時亦努力減緩醫療費用的上升。因此研擬慢性腎臟病防治策略刻不容緩，故本研究於擬定策略前，針對慢性腎臟病與透析治療進行一連串的相關統計分析，以作為未來擬定策略的參考。腎臟移植是目前治療末期腎臟病的最好的方法，對於末期腎臟疾病患者而言，腎臟移植是最普遍且最具經濟效益的方式。根據台灣移植醫學學會的研究顯示，台灣從 1999 年到 2008 年共 4242 名曾接受腎移植的手術資料分析，移植病人的五年存活率皆優於美國(活體捐贈 94%、美國 90%；屍體捐贈 92%、美國 81%)，由此顯見，國內移植技術進步。然而台灣目前面臨的最大問題是器官捐贈來源的短缺，根據統計，國內截至 100 年 1 月 7 日為止，尚有 6982 人在等待器官移植，其中高達 5273 人 (76%) 為腎臟器官的等候移植者。然而捐贈器官的人數，每年卻只有 100 餘人左右，捐贈率平均每百萬人口 7.2 人。

目的：本研究在全程計畫時程內，預計達成下述目標：(1)分析慢性腎臟病(分期與不分期)、透析治療的醫療費用及影響醫療費用的相關因素。(2)探討慢性腎臟病腎功能 eGFR 改變的相關因素。(3)分析影響透析病患存活時間的相關因素。(4)瞭解不同透析治療、腎臟移植病患的生活品質狀況。(5)瞭解國內捐贈與移植現況，並借鏡歐美、亞洲等國家之經驗。(6)研擬能夠有效提昇我國器官捐贈率之策略。(5)最後與計畫 4-2 共同研擬慢性腎臟病醫療給付方案。

方法：為達上述目的，本研究針對不同目的，以不同的資料與研究方法進行分析；首先運用國家衛生研究院之 1997-2008 年健保資料庫，進行慢性腎臟病患不分期以及透析治療病患的醫療費用分析。同時收集 2005 年成人預防保健服務檢查單，確認其為慢性腎臟病患後，串連衛生署之健保資料庫，以進行慢性腎臟病各分期之醫療費用分析。另外，透過健康檢查機構的協助收集其受檢者歷次的檢查資料以確認其是否為 CKD 病患及其期別，藉由歷次的資料分析 CKD 期別的轉變時間以及相關影響因素。此外亦收集透析病患歷年來的透析臨床數值，進一步分析影響透析病患存活的相關因素。

透過文獻回顧的方式，蒐集、彙整歐美、亞洲等已開發國家之器官移植的制度、法令、倫理立場與社會觀點。同時透過訪談與問卷調查方式，

瞭解民眾、病患、家屬、護士、醫師五大族群對器官移植的需求與看法，並分析其是否願意捐贈腎臟的相關因素，以提供未來在制訂宣導器官捐贈的參考。

結果：影響慢性腎臟病病患醫療利用的相關因素，包括慢性腎臟病分期、年齡、性別、BMI、主要照護機構的權屬別、層級別、民眾的投保區域、投保金額、共病嚴重度 CCI、領有重大傷病、罹患糖尿病、心血管疾病、高血壓、高血脂、慢性阻塞性肺病、B 肝、C 肝、肝炎與癌症皆顯著影響慢性腎臟病患的醫療費用。另外，影響慢性腎臟病腎功能惡化的危險因子包括女性、年齡越大、罹患高血壓、肝炎以及血紅素較低、空腹血糖較高、尿素氮較高、三酸甘油脂較高、血中鈣質較低者，皆是慢性腎臟病腎功能惡化的危險因子。

又根據所收集之器官移植相關醫學專業組織、國家和超國家層級醫療相關機構所制定、公佈的重要政策、聲明以及學術文獻進行彙整與比較，目前已完成提昇我國器官捐贈率策略政策建議草案乙份，並已進一步將其內容擬定全國性電話訪談問卷，期能藉由全國性電話訪查了解國人對於器官勸募相關政策之接受度與同意程度。

在提升器官捐贈率策略之全國性電話訪查部分，目前已完成訪查，共收案 1,117 份。主要針對全國 25 縣市(包含臺澎金馬)年滿二十歲以上成年人進行調查，調查結果顯示：我國國人在活體與屍體器官捐贈意願皆高，且年齡愈低，願意捐贈的比例愈高，但是僅有 4.46%之民眾目前擁有器官捐贈卡。約有 8 成的民眾同意若政府主動詢問捐贈器官意願，能夠提升簽卡率。另外在活體器官捐贈親等限制部分，約有 9 成 1 之民眾同意開放活體配對捐贈。在器官捐贈補助部分，約有 8 成 3 之民眾同意推行免費使用殯葬設施政策增加屍體器官的捐贈率。本研究計畫將根據國內訪查結果持續修訂提昇我國器官捐贈政策建議。

目 錄

摘 要	i
第一部：子計畫 4-1	1
第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究目的	2
第二章 文獻探討	3
第一節 慢性腎臟病及其治療	3
第二節 慢性腎臟病現況	5
第三節 慢性腎臟病防治措施	7
第四節 影響醫療利用與費用之因素	8
第五節 影響透析病患存活之相關因素	10
第六節 生活品質測量	12
第七節 成本效果分析	13
第三章 研究方法	15
第一節 慢性腎臟病各分期的醫療利用	15
第二節 慢性腎臟病腎功能惡化的相關因素	20
第三節 接受不同透析治療方式，其存活時間是否有所差異 ...	22
第四節 Cost-effectiveness analysis of ESRD	24
第四章 初步成果	27
第一節 慢性腎臟病各分期的醫療利用	27
第二節 慢性腎臟病腎功能惡化的相關因素	30
第三節 接受不同透析治療方式，其存活時間是否有所差異 ...	33
第四節 Cost-effectiveness analysis of ESRD	34
第五章 討論	63

第一節 慢性腎臟病各分期醫療利用	63
第二節 影響腎功能惡化的相關因素	67
第六章 結論與建議	69
第一節 結論	69
參考文獻	70
第二部：子計畫 4-2	78
第一章 緒論	79
第一節 研究背景與動機	80
第二節 研究目的	81
第二章 文獻探討	82
第三章 研究方法	86
第一節 五大族群對腎臟移植與器官捐贈的看法	86
第二節 民眾對於提升器官捐贈率選案之接受程度	88
第三節 文獻研究法	91
第四章 研究結果	93
第一節 五大族群量性問卷研究部分	94
第二節 提升腎臟與器官移植策略全國性電話訪查結果	118
第三節 無心跳捐贈議題探討	130
第四節 辦理專家會議	139
第五章 討論	144
第一節 五大族群對腎臟移植與器官捐贈的看法	144
第二節 各界對於器官捐贈與勸募之看法	152
第六章 結論	155
參考文獻	158
附錄 C-1 「器官捐贈相關議題民意調查」問卷	224
附錄 C-2 「提升我國器官捐贈率全國性電話訪查」專家諮詢會議	

.....	235
附錄 D-1 「醫師對腎移植與器官捐贈的看法」問卷	236
附錄 D-2 「護理人員對腎移植與器官捐贈的看法」問卷.....	240
附錄 D-3 「移植腎友對腎移植與器官捐贈的看法」問卷.....	244
附錄 D-4 「移植腎友家屬對腎移植與器官捐贈的看法」問卷..	247
附錄 D-5 「民眾對腎移植與器官捐贈的看法」問卷	251
附錄一 99 年度委託計畫期中報告審查結果回覆表	256
附錄二 99 年度委託計畫期末報告審查結果回覆表	260

表目錄

表 1、MDRD 預測 GFR 之公式.....	3
表 2、門診重大傷病尿毒症申報費用概況.....	6
表 3、透析病患不同透析方式五年之存活率.....	10
表 AA-1 慢性腎臟病患醫療費用相關影響因素之操作型定義.....	17
表 AA-2 2005 年 CKD 各分期病患基本資料.....	36
表 AA-3 2005 年 CKD 各分期 CKD 相關就醫之「門診」、「住院」醫療費用.....	37
表 AA-4 2005 年平均總醫療費用與預防保健檢查單民眾特性之雙變項分析.....	38
表 AA-5 2005 年 CKD 病患醫療費用相關因素之複迴歸分析.....	41
表 AA-6 受檢者第一次接受健康檢查時的基本資料.....	46
表 AA-7 受檢者第一次接受健康檢查時健康行為.....	47
表 AA-8 受檢者歷年檢查健康情形.....	48
表 AA-9 受檢者腎功能 eGFR 值每年平均改變率雙變項分析.....	49
表 AA-10 影響受檢者腎功能 eGFR 值每年平均改變率的相關因素.....	51
表 AA-11 透析機構病患之基本資料.....	53
表 AA-12 透析機構病患存活情形之之雙變項分析.....	54
表 BB-1 目前接洽進度.....	55
表 BB-2 腎臟移植病患基本資料.....	56
表 BB-3 腎臟移植病患生活品質統計數據.....	57
表 BB-4 由生活品質問卷分析生活品質滿意度結果.....	58
表 BB-5 信度分析結果.....	59
表 BB-6 標準賭博法分析結果.....	60
表 AA-13 2005 年 CKD 各分期病患醫療費用複迴歸分析彙整摘要表.....	65
表 C-1 樣本配置表.....	166
表 CC-1 撥號狀況統計.....	167

表 CC-2	未接通電話訪問狀況統計.....	167
表 CC-3	接通電話訪問狀況統計.....	167
表 CC-4	受訪者性別之統計表.....	168
表 CC-5	受訪者年齡之統計表.....	168
表 CC-6	受訪者縣市別之統計表.....	169
表 CC-7	受訪者教育程度.....	170
表 CC-8	受訪者婚姻狀況.....	170
表 CC-9	受訪者宗教信仰.....	171
表 CC-10	受訪者家庭月收入.....	171
表 CC-11	受訪者職業.....	172
表 CC-12	器官捐贈分為活體捐贈與屍體捐贈之認知度.....	173
表 CC-13	器官捐贈分為活體捐贈與屍體捐贈之認知度按人口特徵分	174
表 CC-14	目前有無家人（親友）在等待器官移植.....	175
表 CC-15	目前有無家人(親友)在等待器官移植.....	176
表 CC-16	如果家人現在需要接受移植器官，捐贈腎臟或是部份的肝臟之意願.....	177
表 CC-17	如果家人現在需要接受移植器官，捐贈腎臟或是部份的肝臟之意願.....	178
表 CC-18	如果自己過世後，自己的器官捐贈給有需要的人之意願	179
表 CC-19	如果自己過世後，自己的器官捐贈給有需要的人之意願	180
表 CC-20	受訪者有無器官捐贈卡之情形.....	181
表 CC-21	受訪者有無器官捐贈卡之情形.....	182
表 CC-22	若家人過世，但生前未表示要捐贈器官意願，是否願意將他的器官捐贈給有需要者.....	183
表 CC-23	如果家人過世，但生前未表示是否要捐贈器官，是否願意將他的器官捐贈給有需要的人.....	184
表 CC-24	對強制選擇制的支持程度.....	185
表 CC-25	對強制選擇制的支持程度.....	186

表 CC-26	政府主動詢問捐贈意願能提升簽卡率之同意程度	187
表 CC-27	政府主動詢問捐贈意願能提升簽卡率之同意程度	188
表 CC-28	對假定同意制的接受程度	189
表 CC-29	對假定同意制的接受程度	190
表 CC-30	對知情同意模式、強制選擇模式與假定同意模式進行器官 勸募之支持度	191
表 CC-31	對知情同意模式、強制選擇模式與假定同意模式進行器官 勸募之支持度	192
表 CC-32	已簽卡者之器官摘取是否仍需要家屬同意	193
表 CC-33	已簽卡者之器官摘取是否仍需要家屬同意	194
表 CC-34	生前同意並且有簽署器官捐贈同意書，家屬是否能違背死 者生前意願否決捐贈	195
表 CC-35	生前同意並且有簽署器官捐贈同意書，家屬是否能違背死 者生前意願否決捐贈	196
表 CC-36	生前沒有簽署器官捐贈同意書，也未表達是否捐贈器官， 家屬是否能夠代為決定	197
表 CC-37	生前沒有簽署器官捐贈同意書，也不曾表達是否捐贈器 官，家屬是否能夠代為決定捐贈器官	198
表 CC-38	生前明確表示不捐贈器官，家屬是否能夠代為決定捐贈器 官	199
表 CC-39	生前明確表示不捐贈器官，家屬是否能夠代為決定捐贈器 官	200
表 CC-40	病患在疾病末期，陷入深度昏迷，沒有治癒的希望時，家 屬有權代替病患決定是否拔除維生系統之同意程度	201
表 CC-41	病患在疾病末期，陷入深度昏迷，沒有治癒的希望時，家 屬有權代替病患決定是否拔除維生系統之同意程度	202
表 CC-42	如果家人過世，但生前未表示是否要捐贈器官，哪種作法 比較妥當	203
表 CC-43	如果家人過世，但生前未表示是否要捐贈器官，哪種作法 比較妥當	204
表 CC-44	調查個人之屍體器官捐贈意願時，應增加「由家人決定的 選項」之同意程度	205

表 CC-45 調查個人之屍體器官捐贈意願時，應增加「由家人決定的選項」之同意程度.....	206
表 CC-46 屍體器官指定捐贈限制放寬與否.....	207
表 CC-47 屍體器官指定捐贈限制放寬與否.....	208
表 CC-48 開放活體配對捐贈同意程度.....	209
表 CC-49 開放活體配對捐贈同意程度.....	210
表 CC-50 放寬活體器官捐贈親等限制意願.....	211
表 CC-51 放寬活體器官捐贈親等限制.....	212
表 CC-52 屍體器官捐贈補助費用金額接受度.....	213
表 CC-53 屍體器官捐贈補助費用金額接受度.....	214
表 CC-54 對屍體捐贈者家屬的喪葬補助費用之合理金額.....	215
表 CC-55 對屍體捐贈者家屬的喪葬補助費用之合理的金額.....	216
表 CC-56 活體器官捐贈是否應該補助.....	218
表 CC-57 活體器官捐贈是否應該補助.....	219
表 CC-58 推行免費使用殯葬設施政策民眾接受度.....	220
表 CC-59 推行免費使用殯葬設施政策民眾接受度.....	221
表 CC-60 民眾是否能接受單一補助方式之接受度.....	222
表 CC-61 民眾是否能接受單一補助方式之接受度.....	223

圖目錄

圖 BB-1	由生活品質問卷與標準賭博法分析生活品質滿意度	58
圖 BB-2	男性腎移植病患(n=129)之生活滿意度.....	60
圖 BB-3	女性腎移植病患(n=121)之生活滿意度.....	61
圖 BB-4	20 至 44 歲腎移植病患(n=28)之生活滿意度.....	61
圖 BB-5	45 至 64 歲腎移植病患(n=130)之生活滿意度.....	62
圖 BB-6	65 至 75 歲腎移植病患(n=92)之生活滿意度.....	62

第一部：子計畫 4-1

慢性腎臟病健保給付制度之評估檢討

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

慢性腎臟病之高發生率與盛行率對國人健康已造成威脅，伴隨而來的龐大醫療費用更是不容小覷；慢性腎臟病發展至後期需要洗腎，依據衛生署統計 2008 年領有需長期透析治療之重大傷病人數共有 58,726 人，但卻耗用健保 370 億 9,703 萬點的醫療資源，換算後透析治療佔總人口的 0.26%，耗用了健保 8% 的醫療資源(點數)其對健保財務造成很大負擔。

子計畫一於過去將近兩年的時間內，以健保資料庫分析慢性腎臟病患與透析病患的醫療利用以及影響醫療利用的相關因素；影響慢性腎臟病患醫療費用的因素包括費用年度、病患的性別、年齡、投保金額、投保分區、醫院層級、醫院權屬別、共病嚴重度、糖尿病、心血管疾病、慢性肺部阻塞疾病等。而影響透析病患醫療費用的因素包括透析治療方式、費用年度、病患的年齡、性別、投保分區、醫院層級、醫院權屬別、共病嚴重度、糖尿病、心血管疾病、慢性肺部阻塞疾病、高血壓、癌症、肝炎、B 型肝炎、C 型肝炎等。另外在腎臟移植病患的生活品質測量部分，目前共收集 70 位移植病患的品質量表，存活 3-4 年的人數最多約 22 人；若以標準賭博法分析其生活品質滿意度，則存活越久者，其滿意度越高。

過去研究因資料取得困難，一直未有慢性腎臟病各分期的醫療費用及其影響因素、病程轉變時間因素的相關資料與研究，因此在此年度中，本研究將分別以成人預防保健檢查單上之資訊，分析慢性腎臟病各分期的醫療費用及其影響費用的相關因素；此外，以歷年的健康檢查資料，探討影響民眾慢性腎臟病分期進展的相關因素。

第二節 研究目的

- 探討影響慢性腎臟病各分期醫療費用的相關因素。
- 分析慢性腎臟病病患病程 eGFR 值改變的相關影響因素。
- 探討不同透析治療方式對病患存活時間是否有所差異。
- 參考文獻資料與問卷面訪結果，計算不同治療方式病患獲得每一健康人年所需之經費
- 利用第一期研究結果之病患臨床數據、存活狀況與本期研究結果之病患生活品質資料，比較不同治療方式病患之成本效果
- 分析不同治療方式不同期別病患之給付制度差異，並探討可能之影響因素
- 比較不同期別不同治療方式病患治療前後的其他醫療利用與費用是否有差異，並探討可能之影響因素
- 依據醫院就醫資料，瞭解不同就醫型態(門(急)診/住院)、就醫層級、不同區域及不同特性之病患在不同期別之慢性腎臟病醫療利用差異
- 參考國內外文獻與研究結果，規劃合理的慢性腎臟病患透析治療給付方案

第二章 文獻探討

第一節 慢性腎臟病及其治療

根據美國國家腎臟基金會(National Kidney Foundation, NKF)對於慢性腎臟病疾病之定義為腎臟受損或腎絲球過濾率(Glomerular Filtration Rate, GFR) ≤ 60 ml/min/1.73m² 超過三個月，無論有無病理上變化，或是指病人有腎臟結構上或功能上的異常(如病理、血液檢查、尿液檢查或影像檢查異常等)超過三個月以上，即稱為慢性腎臟病。

美國國家腎臟基金會針對慢性腎臟病防治工作訂定 K/DOQI(Kidney Disease Outcome Quality Initiative)準則(2002)，其中準則一指出，慢性腎臟病根據其腎臟功能程度可分為以下五期，第一階段是有蛋白尿，而 GFR ≥ 90 ml/min/1.73m²，第二階段是 GFR 介於 60~89 ml/min/1.73m²，第三階段是 GFR 介於 30~59 ml/min/1.73m²，第四階段是 GFR 介於 15~29 ml/min/1.73m²，第五階段是 GFR ≤ 15 ml/min/1.73m²，其中 GFR 的計算公式可由 Cockcroft-Gault 公式或 Modification of Diet in Renal Disease(MDRD)公式(表 1)測得(Clase et al., 2002)。一般而言，第一、第二階段最輕微，只有尿液檢查異常，第三期和第四期的腎臟病患，通稱『慢性腎功能不全』，一旦病情進展到第五階段，則有兩個可能的嚴重後果，一是腎功能逐漸喪失而進展到尿毒症，二是會有較大可能(約十倍於一般人口)死於冠狀動脈疾病、腦血管疾病、周邊血管疾病及心衰竭(李文欽等，2006；NKF, 2002)。

表 1、MDRD 預測 GFR 之公式

$$\text{GFR (ml/min/1.73m}^2\text{)} = 186 * (\text{肌酸酐})^{-1.154} * (\text{年齡})^{-0.203} * (0.742 \text{ 女性}) * 1.210 (\text{非裔種族})$$

資料來源：Clase et al., 2002

中央健保局指出造成慢性腎臟病常見的原因為腎臟實質疾病、系統性疾病、阻塞性腎病變、泌尿系統疾病、腎血管病變、遺傳性疾病、其他已知原因腎衰竭、不明原因之腎衰竭、中毒與其他共九大類。而末期腎病變(End-Stage Renal Disease, ESRD)係指病患因腎臟疾病功能喪失、或持續惡化，造成病患身體的功能衰竭、毒素堆積而引起尿毒症狀，包含腎衰竭及尿毒、無法維持水分及電解質的平衡，若出現明顯尿毒症狀、代謝性酸中毒、體液滯留等，病患便需要接受透析治療，其中透析治療又分為血液透析及腹膜透析(杜瑜 2001；高芷華、洪冠予，1999；陳漢湘，1998；陳振文，1998；Healthy People 2010, 2000)。

接受透析治療的時間，多數學者認為必須避免出現嚴重合併症才開始接受。非糖尿病尿毒症病人之腎功能若已衰竭到正常的 3-5% 而無可逆性因素，應開始施行定期透析治療；對腎功能在正常 5-10% 之間的病人，需由醫師對病患仔細評估後而決定採用保守療法或透析治療(陳振文，1998)。2003 年治療中的末期腎臟病患中，以血液透析治療(92.6%)最多，其次為腹膜透析治療(7.4%)(台灣腎臟醫學會，2005)。

血液透析(Hemodialysis, HD)的目的在於排除體內多餘的水分及毒素，腎臟替代療法超過 70% 以血液透析療法為主(Sosa-Guerrero & Gomez, 1997；陳漢湘，1998；陳振文，1998)。在血液透析的過程中，透析機高速將體內的血液抽出體外，於空心纖維中進行透析及過濾作用，以清除病患血中的代謝廢物及移除水分，並維持酸鹼度和電解質的平衡。當病患選擇血液透析作為長期的治療方式時，就需用週邊的血管建立永久性的血管通路，以維持適量的血液透析(吳志仁，2001)。一般血液透析平均一星期洗 2~3 次，每次 4~5 小時(王淑娟，1989；劉紹毅，1989)。

腹膜透析(continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD)是利用身體腹膜作為人工腎臟，可攜帶的腹膜透析可讓病患每天在家自行交換透析液體。病患每 6~8 小時自行更換一次透析液，一天約 4 次，感染率較高(王淑娟，1989；劉紹毅，1989)。

腎臟保健促進策略，除了早期診斷早期擬訂治療計畫外，尚需找出可逆因子以延緩腎臟疾病的惡化，此外仍需預防併發症，並促使病患在末期腎臟病前，早日做好透析模式的選擇(黃智英、楊郁，2004)。

成功的腎臟移植，可改善病患生活品質，鼓勵患者回歸社會，同時相較於其他治療方式，具備成本效益(Cost-Effectiveness)優勢(Laupacis A, 1996)，也有相當多的學者，探討腎移植後之經濟評估 (Matas AJ et al., 1997; Neylan JF et al., 1998; Keown et al., 2001)。台灣的健康照護使用情形畢竟不同於歐美，腎臟移植的醫療利用情形與醫療品質狀況，洪堯民(2005)統計了 1997~2002 年間，691 次腎臟移植手術的住院醫療服務利用及醫療品質，至於潛在更多的境外腎臟移植病患，相關的統計數據，尚未呈現。

第二節 慢性腎臟病現況

一、慢性腎臟病流行病學

慢性腎臟病(包括腎炎、腎徵候群及腎變性病)是目前台灣十大死因的第八位，其每十萬人口的死亡率由 1980 年的 11.39 逐年上升至 2009 年的 17.3(衛生署，2010)。

健保局表示，依據美國腎臟資料登錄系統(USRDS)2007 年報告顯示，台灣尿毒症之發生率為每百萬人口 404 人，高居世界第一位，盛行率每百萬人口 1,830 人，亦是世界第一；截至 2008 年 7 月請領洗腎重大傷病之病人有 58,005 人(健保局，2008)。而根據國家衛生研究院衛生政策研發中心副研究員許志成的利用國民健康調查發現(衛生署，2006)，台灣地區二十歲以上民眾罹患第三~五期慢性腎臟病者約有 6.9%(約有一百五十萬人)，遠比美國的 4.6%高，其中卻只有約 10%的慢性腎臟病民眾知道自己罹患腎臟疾病，高達九成民眾完全沒有注意到自己腎臟已出了狀況而延誤治療。因而導致絕大多數患者不知尋求適當之醫療途徑，亦不會採取相關預防措施，例如改變生活形態與飲食習慣，以減緩腎臟病變之惡化程度，或經由健康檢查注意自己腎臟病變的進展情形，以達到早期預防、早期發現、早期治療的目的(衛生署，2006)。

二、慢性腎臟病利用率及醫療費用

在全民健保預算方面，至 2007 年洗腎人數已超過 6 萬人，健保每年花費超過 285 億新台幣在透析的治療，約佔健保總預算的 6.44%，為健保單一給付金額最高的疾病<

平均每位洗腎患者每年需花掉 48 萬 7 千元的醫療費用，全年花掉健保醫療費用 285 億元。2003 年醫療費用前二十大疾病門住診醫療費用約 1730 億點，占全部醫療費用約 46.14%，其中慢性腎衰竭佔了 12.75%(門診 212 億點，住院 9 億點)，次於牙齒相關疾病(282 億點)、急性上呼吸道感染(247 億點)(中央健康保險局，2004)。2008 年門診重大傷病申報費用中亦以慢性腎衰竭(尿毒症)為最多，必須定期透析治療者的醫療費用高達 289 億，是為門診重大傷病中花費最多之疾病，相較 2001 年申報費成長了 47.89%，即使平均費用成長率相較 2001 年而言，每件慢性腎衰竭(尿毒症)必須定期透析治療者費用減少 19.76%(詳見表 2)，然而在健保局一直關注於慢性透析病患之醫療服務品質及控制醫療費用有效利用，慢性透析病患

雖佔全民投保不到 0.17%人口，但是由於疾病性質及病病嚴重度，醫療費用耗用佔健保總支出之 6.44%。

表 2、門診重大傷病尿毒症申報費用概況

尿毒症	件數(千件)	金額(百萬點)	平均每件點數
2001 年	623	19,593	31,446
2003 年	825	23,861	28,926
2006 年	1,148	28,976	25,231
2008 年	1,221	32,839	26,877

資料來源：2008年中央健康保險局「全民健康保險統計」，2009年出版。

De Vecchi 等指出不同類型透析治療中，以醫院提供之血液透析成本最高，其次為私人診所之血液透析，最低成本為居家自行操作之血液透析及連續性可活動腹膜透析治療 CAPD (De Vecchi, 1999)。另有研究針對末期腎臟疾病病患透析治療成本及生活品質經濟效益研究中指出，各類型透析治療以連續性可活動腹膜透析治療 CAPD 為最高，醫院血液透析成本效益最低(Ardine de Wit, 1998；Tediosi et al., 2001)。一再證明血液透析是高成本、昂貴且須長期持續使用的慢性治療方式。

慢性腎臟病引發的併發症也是導致醫療費用高漲的因素之一，如貧血、酸血症、心血管疾病、高血壓、水腫、骨質問題以及電解質失衡等，這些併發症亦與末期腎臟病患住院醫療利用的增加相關(Arora et al., 2000; Rocco et al., 1996)。

在 2001 年 7 月為實施基層總額之前，透析治療的給付方式與一般特定治療項目一樣，皆是以論量計酬的方式給付給醫療院所，且無論是在醫院或診所執行透析治療，其支付的點數皆為 4100 點，以致於費用逐年上漲，為了有效控制醫療費用上漲，2001 年 7 月起實施基層總額並將基層診所之透析治療自基層總額中，切分為基層洗腎總額，而醫院的透析治療仍沿用論量計酬的方式，2002 年 7 月起，實施醫院總額，醫院之透析治療包含於醫院總額之中，至 2003 年 1 月 1 日起，西醫基層洗腎服務預算與醫院門診洗腎服務預算合併為洗腎獨立預算，點數不變但每點的點值因總額預算而改變為浮動點值，然而面對透析費用的逐年成長，自 2004 年起實施高額折付，但已於 2008 年 9 月 1 日取消高額折付制度。

第三節 慢性腎臟病防治措施

為推動腎臟疾病防治，以及確保透析品質，自總額實施之後即自總額中提撥一定比例之費用作為品質保留款，2007 年健保局特別提撥超過 2.7 億元，作為門診透析品質保證保留款，醫療院所必須符合一定品質的要求才能動支，希望藉由支付制度的改善而提升洗腎病患的診療品質；此外，為避免慢性腎臟病高危險群因不知進行預防保健，而進入透析治療，自 2006 年從品質保留款中提撥一定比例之經費，推動「Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫(含高危險群健康管理)」以及「腹膜透析推廣獎勵計畫」，期望能透過 Pre-ESRD 之計畫結合跨專科團隊，建立以病患為中心的慢性腎臟病整體照護模式並降低末期腎臟病發生的機率；藉由腹膜透析推廣獎勵計畫，以每點 1.2 元鼓勵推廣腹膜透析。

此外，國民健康局自 2003 年起推動醫療院所加入「腎臟病健康促進機構」，初期僅五家醫療院所加入，之後在國民健康局與腎臟醫學會的經費與推廣下逐年增加至 2007 年時已有 83 家醫療院所加入成為「腎臟病健康促進機構」，藉由各健康促進機構的腎臟保健資訊宣導下，讓一般民眾了解腎臟保健及自我照護的重要性，以降低或延緩慢性腎臟病患者的增加，進而降低尿毒症的發生率，增進國民健康。2005 年起國民健康局更推動「基層腎臟病個案管理試辦計畫」由各縣市衛生局依當地情形提出計畫申請，初期以高雄市衛生局首辦，利用衛教、篩檢等方式提高民眾對慢性腎臟病的注意與重視，之後在 2008 年時改為「基層腎臟病防治計畫」，當年度共有台北縣、彰化縣、台南市、高雄縣、屏東縣等五縣市衛生局推動。

第四節 影響醫療利用與費用之因素

綜合國內外文獻發現，學者分析醫療費用因素時，多從醫療的需求面與醫療的供給面探討(羅紀瓊，1991；楊志良，1998；蔡文正，2001；蔡文正，2002；鄭弘美等，2005；陳皇仲等 2006；Culyer, 1992; Tsai et al., 2001)。以下就供給面及需求面分別敘述：

一、供給面

由於醫療服務的特性，在醫療資訊不對稱下可能誘導病患對醫療資源的使用。楊志良(1998)指出供給面造成醫療失衡的因素有衛生政策、醫療制度、教育制度、支付制度、資源分配等。另有研究指出「醫師人數」亦可能為醫療利用提高之因素(Rushing, 1985; Tussing & Wojtowycz, 1986; 蔡文正，2001；蔡文正，2005)。此外亦有研究指出「病床數」之增加與病床利用率有密切的關係(Roemer, 1961)；Davis(1982)更指出，針對醫院支出及利用作經濟評估，結果發現，每千人病床數增加一病床時，平均每百人住院次數將增加 2.2 次，平均住院天數亦增加 0.3 天。但蔡文正等(2001)以 1996~1999 年健保資料進行研究，研究結果發現每萬人口醫院病床數對於西醫門診醫療利用並無顯著的影響。綜合上述，在影響慢性腎臟病的醫療利用與費用之因素在供給面包含腎臟專科醫師人數、透析院所數、透析病床數、透析機台數等皆為之。

二、需求面

最常被用來評估醫療利用情形的理論為 Andersen(1968)所提出的健康行為模式；此模式將個人的健康行為分為：傾向因素(人口學特徵、社會結構特徵及對健康的信念等)、能用因素(家庭資源、社會資源等)與需要因素(個人對疾病的主觀感覺及疾病的臨床評估等)三個面向。綜合國內外學者的研究，影響個人醫療健康需要之因子則包括國民平均所得、人口統計因子、疾病診斷因子、生理因子、醫療先前利用因子、自我評量因子、價格因素及保險制度等(Thomas & Lichtenstein 1986; Jonathan et al., 1987; Van Vliet & Van de Ven, 1993; Greenfield et al., 1994; Rodgers & Smith, 1996; Chern et al., 2000；謝啟瑞等，1998；朱益宏，1999；張碧玉，2001)。

影響慢性腎臟病費用之因素可能與造成醫療保健費用上漲因素大致相同，其中已有研究指出人口因子中「年齡」及「性別」對末期腎臟疾病患者醫療耗用頻率有顯著差異；年齡愈大耗用頻率及醫療總費用愈高，女

性醫療耗用總費用較男性高；疾病因子之糖尿病、鬱血性心臟衰竭；透析治療因子之血清白蛋白濃度、「Kt/V」、胸部 X 光心肺比率；先前醫療利用等，皆為影響末期腎臟疾病病患醫療利用及費用之因素(鄭振廷，2003)。此外，蔡文正(2002)研究指出一地區平均每萬人口腎臟科醫師數、每萬人口洗腎病床數及老年人口比率對每年洗腎醫療費用皆達顯著影響。亦有研究指出末期腎臟病者在進入透析前六個月，其主要醫療費用支出為住院醫療費用；進入透析六個月後則以常規透析費用為主要醫療費用支出，且進入透析前未注射 EPO、預建血管通路者其醫療費用及利用頻率高於有做上述處置者(王柏文，2004)。健保局於 1999 年提出有關末期腎臟疾病透析費用風險校正因子，包括年齡、性別、糖尿病、先前醫療利用費用及腎臟移植，而影響末期腎臟疾病患者血液透析醫療費用之風險因子探討中發現年齡、教育程度、糖尿病、心臟血管疾病及先前醫療費用等對次年總醫療費用、門急診費用及住院費用有顯著預測能力(張碧玉，2001)。

第五節 影響透析病患存活之相關因素

慢性腎臟病一但惡化至腎衰竭必定得接受透析治療或是腎臟移植手術。國外研究(Charra et al., 1991)指出接受血液透析五年的存活率為 87%、10 年的存活率為 75%、15 年的存活率為 55%，20 年的存活率則為 43%。Canadian Institute for Health Information 於 2007 出版的年度報告指出，整體而言，腎衰竭透析病患五年存活率在 75 歲時為 19.6%，18 歲的透析病患之五年存活率則為 89.2%(詳看表 3)。

另有研究指出(Charra & Laurent, 1999)病患開始透析的時的年齡小於 35 歲，其五年存活率為 89%，35 至 45 歲間開始透析，其五年存活率為 86%，而 75 歲以後才開始透析者其五年存活率則降為 29%。國內針對透析病患存活分析的文獻甚少。

表 3、透析病患不同透析方式五年之存活率

	血液透析	腹膜透析	透析治療
18 歲以下	91.2	84.2	89.2
18 歲~44 歲	73.8	75.5	74.3
45 歲~54 歲	59.9	61.9	60.5
55 歲~64 歲	45.5	48.9	46.3
65 歲~74 歲	31.6	32.2	31.7
75 歲以上	20.0	17.8	19.6

資料來源：Canadian Institute for Health Information, 2007.

影響透析病患健康的原因包含：透析治療的次數與時間、動靜脈瘻管血流量、透析器材、透析液流速、尿素體內容積分佈、蛋白攝取量及代謝率等(Gotch & Sargent, 1985)。而影響透析病患死亡的因素則包含：性別、年齡、種族、未按時透析、病患體內水分增加過多、磷值過高、BMI 值、貧血等因素(Madore et al., 1997; Pifer et al., 2002; DOPPS, 2003)。此外，合併症也為影響慢性腎臟病惡化的因素，尤其是糖尿病。糖尿病已被認定為慢性腎衰竭者須接受取代療法的重要原因(張旭宏、楊垂勳，1999；Anonymous, 1991)。邱哲怡等(1995)指出糖尿病約佔所有末期腎臟病新病例的三分之一；更有研究指出，國內透析病患，糖尿病腎病變的比例已上升至四分之一以上，而美國甚至已達到三分之一，且比例仍持續上升。可見，糖尿病對末期腎臟病的影響甚大。

腎臟保健促進策略，除了早期診斷早期擬定治療計畫外，尚需找出可逆因子以延緩腎臟疾病的惡化，此外仍需預防併發症的發生(黃智英、楊郁，2004)。根據郭旭崇、林堯彬(2007)之文獻整理，一般造成腎臟持續性

傷害的原因可分為易感染因素(susceptibility factors, 如基因、種族、年齡、性別等)及可調整因素(modifiable factors), 其中可調整因素又分為初始因素(initiation factors, 如免疫、高血壓、代謝、感染、毒素等)和進展因素(progression factors, 如高血壓、蛋白尿、血脂異常、高血糖、肥胖、飲食習慣等), 若能有效控制可調整因素, 應能延緩病患腎功能惡化的速度。綜合上述可知, 不論是透析病患的基本特性、身體狀況、透析的品質、透析的時間與次數皆可能影響透析病患的存活時間。

近年來生活品質的探討已漸受重視, 有關的文獻探討無論是基礎、公共衛生或臨床運用的領域皆快速增加。生活品質除了本身是一項重要的健康結果(health outcome), 也和其他的健康結果如死亡率、罹病率、及後遺症/併發症(complication/cormobidity)有密切相關, 是此等健康結果的指標(indicator)。

慢性腎衰竭進行到最後叫做末期腎病(end-stage renal disease), 大部分需要接受長期血液透析(maintenance hemodialysis)。末期腎病接受血液透析是單一疾病耗用全民健保醫療費用第一大原因。雖然透析治療延長了末期腎病患者的生命, 末期腎病本身及血液透析治療都會影響腎病患者的生活品質, 事實上, 腎臟移植更是另一個更好的治療方式選擇, 因此, 本研究欲以此等患者為例, 探討生活品質這一重要的健康結果, 以冀與透析病患之生活品質做出比較。

第六節 生活品質測量

目前生活品質的評量已經成為臨床上研究的重要趨勢（Lukkarinen, 1998），因為各研究者的研究重點和興趣的差異，所以評量生活品質的角度也有所不同(Meeberg, 1993)。姚開屏（2000）指出測量一般性生活品質的量表有六個-The Sickness Impact Profile (SIP)、Nottingham Health Profile (NHP)、The Quality of Will-Being Scale (QWB)、The Short-Form -36 Health Survey (SF-36)、The European Quality of Life Scale (ED-5D)及The World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL)，為國外文獻中最常被用來測量健康相關生活品質的量表，而目前國內護理相關研究常用的生活品質之測量工具，包括

- 1、The Medical Outcome Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)：此量表發展源於1970年代的Rand Corporation，為研究不同健康保險系統對健康狀態等方面的衝擊，之後漸漸作為評量慢性病之照護工具，此量表在1992年由學者Ware和Sherbourne共同發展修訂而成，是測量一般性健康相關的生活品質量表，涵蓋行為功能、認知安寧、社會與角色殘缺及自我一般健康評估等四個不同的健康概念，內容包含身體活動功能、活動限制、身體疼痛程度、自評健康、活力狀態、社會角色功能、心理限制和心理健康狀態等8個健康相關的向度，共36題，在問卷發展的過程中，以3445位病患為樣本，依社會人口學、疾病診斷及嚴重度分為24個次團體，測得量表題目間的內在一致性為0.97，各次團體間的信度介於0.65~0.94(姚,2000;Mchorney,Ware, Lu, & Sherbourne, 1994)。曾用於測量頭痛病患(Wang, Fuh, Lu, & Juang, 2001)、失眠病患(Leger, Scheuermaier, Paillard, & Guilleminault, 2001)、骨折病患(Oliver, Twaddle, Agel, & Routt, 1996)及氣喘病患(Bousquet et al., 1994)等患者的生活品質。
- 2、Quality of Life Index (QLI)：是由Ferrans和Powers(1985)兩位護理的碩博士所發展的生活品質量表，原針對癲癇病患特性而設定，並以護理系的畢業生88位與接受透析病患37位做內容的信效度檢定，內容包括兩大部分，分別測量個人對生活感受到的滿意程度和重要程度，此兩部份分別包涵健康與功能、社會經濟、心理或靈性、家庭因素等四個層面，有32個項目，總共64題，效標關連效度為0.75(畢業生)及0.65(透析病患)，Cronbach's alpha為0.93(畢業生)及0.90(透析病患)，再測信度為0.87(畢業生)及0.81(透析病患)。

第七節 成本效果分析

一、成本效果分析

成本分析是提供資訊以協助決策者做資源之應用及有效分配，成本分析的內容包括直接成本及間接成本，如：工作、規劃、雇用、訓練、設備、供應、經常費用、失去生產力及罹病率等，藉著臨床測量或經濟計算來反應出其成果及利益(Baxter et al., 2000; Beyea, 1999)。

其中成本效果分析(Cost-effectiveness analysis, CEA)則逐漸在醫療品質上越顯重要，Ludbrook(1981)以成本單位為金額，效果單位為延長壽命之年數針對腎移植患者與透析患者比較，當欲從數種末期腎病之成本與結果皆不盡相同的處置方式中選擇一個最優治療模式時，而腎移植之治療模式以「成本/效果比值」(Cost/effectiveness ratio；C/E ratio)最低，其認為腎移植之治療模式較透析治療之經濟效率高。

根據 Petitti(2000)，其成本衡量是以貨幣為單位(錢)，效果是以健康結果(health outcome)為衡量單位，例如：血壓降低多少毫米汞柱、偵測出多少位早期癌症患者、減少多少次的醫療失誤、自然效能(多活幾歲，years of life gained)或是單位效能(正確診斷個案數)(Drummond et al. 2005)，以方案間的“成本/效果”比值(C/E；或“效果/成本”比值，E/C)進行比較，即是投入單位成本可達多少單位的效果或每產出單位效果需花費多少成本的意思。而選定的效果指標應該儘可能反映眾多備選方案的主要目的(Levin et al., 2001)。其目的是在於決定在有限醫療成本之下，能提供最有效的醫療技術或藥物(Muenning, 2002)，通常只考慮新的醫療方法的成本為主，比較不同的方法的成本去做決策。

二、成本效用分析(CUA)

其為 CEA 之一種延伸，將效果由自然單位轉換為增加之品質調整生命年，調整品質後存活年數 (quality-adjusted life-year, QALYs) 是一同時考量生命長度與效用 (Utility) 的指標。此方法的產生是因為新的治療方法被使用者的偏好使用率或利用權重對於健康的影響也要分析(Drummond et al. 2005)，不同方法導致不同健康的狀況要比較，例如：延長的壽命還不夠，還要依生命的品質去衡量延長的壽命，即「調整品質後存活年數」(QALY)，事實上，成本效果(CEA)與成本效用分析之差異，在於成本效用分析能將結果的價值加入分析給決策者，而成本效性(CEA)分析無法做到

(Drummond et al. 2005)。生活品質調整後生命年數 (QALYs) 有其適合的使用時機與不適合使用的時機。許多專家建議若是以社會觀點評估，最好使用生活品質調整後生命年數 (QALYs) (Drummond, 2005)。

成本效果分析之效果，僅考慮自然單位(Life year)，有學者將其生命年之品質(QALY)也考慮在內，也就是成本效用分析(Cost-utility analysis, CUA)，Laupacis et al.(1996)為成本效果分析之延伸方法，成本單位亦為金額，效用單位為自然單位，但此效用單位乃來自於一個經過校正後之生活品質效果單位，如以生活品質校正後之生命年數 Quality adjusted life years)，此為單一整體之效果測量單位；Laupacis et al.(1996)效果單位為生活品質人年(QALY)針對腎移植患者與透析患者比較，發現腎移植之「成本/效用比值」(Cost/utility ratio；C/U ratio)低於透析治療之比率，其認為加入生活品質探討後，腎移植之治療模式較透析治療優。

第三章 研究方法

第一節 慢性腎臟病各分期的醫療利用

一、研究對象與資料來源

延續第一階段收集成人預防保健服務檢查單，以 2005 年曾經接受過成人預防保健服務檢查之民眾為資料收集的對象，收集其接受成人預防保健服務的檢查單及其報告內容。因第一期所收集之資料，經過分期後，發現第一期、第四期、第五期個案數較少，因此本研究於 98 年度持續收集成人預防檢查單，共新增 11,083 份成人預防保健檢查單。

收集完成後請健康局協助將第一期與第二期之健檢單共 30,457 份再次串連衛生署歷年(1996-2009 年)健保資料庫(ID 檔、CD 檔、DD 檔、OO 檔、DO 檔、HOSB 檔、PER 檔、DOC 檔、HV 檔)與死亡檔，作為分析慢性腎臟病各分期醫療利用之資料庫以進一步分析其醫療利用與利用趨勢。

上述所提慢性腎臟病分期的定義，本研究採用國民健康局之定義，Stage I：腎功能正常微量蛋白尿 $GFR: \geq 90 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 、Stage II：輕度慢性腎衰竭 $GFR: 60\sim 89 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 、Stage III：中度慢性腎衰竭 $GFR: 30\sim 59 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 、Stage IV：重度慢性腎衰竭 $GFR: 15\sim 29 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 、Stage V：末期腎臟病變 $GFR: < 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ；而其 GFR 則採用 MDRD 公式 $GFR (\text{ml/min/1.73m}^2) = 186 * (\text{肌酸酐})^{-1.154} * (\text{年齡})^{-0.203} * (0.742 \text{ 女性}) * 1.210 (\text{非裔種族})$ 。

二、分析方法

透過本研究所收集之 2005 年成人預防保健服務檢查單資料與 1996-2009 年之健保就醫資料串聯以取得各期別慢性腎臟病患之就醫資料，分析不同期別之慢性腎臟病患的醫療利用次數、百分比與平均費用。

以 t-test、ANOVA 等雙變項分析方法，比較在不同慢性腎臟病期程、不同罹病型態、門急住診醫療利用、醫療院所層級別、區域別(健保分區等)、個人基本特性(年齡、性別、投保薪資)等的醫療費用差異。

另外，本研究以 2005 年之慢性腎臟病患，該年度慢性腎臟病患的投保資料確認其之投保金額、投保區域別、當年度慢性腎臟病患最常就醫的醫療機構層級、權屬別作為主要照護機構特性。在疾病狀況部分，本研究參考美國 USRDS 對於影響慢性腎臟病費用的疾病別以及國內外相關研究為依據，分別探討糖尿病、心血管疾病、慢性肺部阻塞疾病(COPD)、高血

壓、高血脂、B 肝、C 肝、肝炎、癌症等對其醫療費用的影響；判斷標準以當年度與前一年度慢性腎臟病患是否曾因該疾病(主、次診斷皆納入考量)而有兩次以上的門診醫療或一次以上的住院醫療，作為慢性腎臟病患當年度有無該疾病的依據。同樣地，在共病嚴重度 CCI 的分數部分，本研究以 Deyo 等人於 1992 年發表以 ICD9 衡量 Charlson 共病症指數的方式衡量，以當年度與前一年度的門住診的 ICD9 診斷碼，排除腎臟疾病的診斷碼後，所得的共病嚴重度分數。

運用複迴歸分析，以 2005 年當年度的醫療費用為依變項，CKD 病程期別、其他慢性病、個人基本特性(年齡、性別、地區別、投保金額等)為自變項，分析醫療費用的相關因素，並探討慢性腎臟病各分期的利用情形，作為後續提出是否需調整現行照護方式的參考。

有關此部分之研究變項其詳細之操作型定義，如表 AA-1。

表 AA-1 慢性腎臟病患醫療費用相關影響因素之操作型定義

變項	說明	定義	
		分類	說明
投保金額	依研究對象在各年度年底時的投保金額。依據健保局 96 年 8 月 1 日實施之投保金額分級表，將投保金額分為 9 組	依附人口	投保金額為 0 者
		≤17280 元	投保金額為 17280 元者。實際月薪低於 17280 元者
		17281-22800 元	投保薪資介於 17400-22800 元者。實際月薪介於 17281-22800 元者。
		22801-28800 元	投保薪資介於 24000-28800 元者。實際月薪介於 22801-28800 元者。
		28801-36300 元	投保薪資介於 30300-36300 元者。實際月薪介於 28801-36300 元者。
		36301-45800 元	投保薪資介於 38200-45800 元者。實際月薪介於 36301-45800 元者。
		45801-57800 元	投保薪資介於 48200-57800 元者。實際月薪介於 45801-57800 元者。
		57801-72800 元	投保薪資介於 60800-72800 元者。實際月薪介於 57801-72800 元者。
		72801 元以上	投保薪資為 76500 元以上者。實際月薪高於 72801 元者。
區域別	研究對象在研究年度年底時的投保地之健保分區	台北分局	台北市、台北縣、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣。
		北區分局	新竹市、新竹縣、桃園縣、苗栗縣。
		中區分局	台中縣、台中市、彰化縣、南投縣。
		南區分局	嘉義市、嘉義縣、雲林縣、台南市、台南縣。
		高屏分局	高雄市、高雄縣、屏東縣、澎湖縣。
		東區分局	花蓮縣、台東縣。

表 AA-1 慢性腎臟病患醫療費用相關影響因素之操作型定義(續)

變項	說明	定義	
		分類	說明
主要醫院層級	研究對象在確診後該研究年度最常就醫(門、住診)之醫療院所的健保特約類別	醫學中心	主要就醫醫療院所當年度的健保特約類別為醫學中心
		區域醫院	主要就醫醫療院所當年度的健保特約類別為區域醫院
		地區醫院	主要就醫醫療院所當年度的健保特約類別為地區醫院
		診所	主要就醫醫療院所當年度的健保特約類別為診所
主要醫院權屬別	研究對象在確診後該研究年度最常就醫(門、住診)之醫療院所的權屬別	公立	醫療院所之權屬別為公立醫療機構。
		私立	醫療院所之權屬別為私立醫療機構，且不屬於財團法人、社團法人機構。
		非營利	醫療院所之權屬別為財團法人機構、社團法人機構。
共病嚴重度(CCI)	研究對象在研究年度當年與前一年所有就醫之疾病診斷碼(主、次診斷)中，符合 Deyo 等人於 1992 年發表以 ICD9 衡量 Charlson 共病症指數之診斷碼(Deyo 1992)，同時排除腎臟疾病後，所有共病嚴重度得分加總。	於 CKD 相關之分析時，分為	
		0 分	除 CKD 疾病外，完全無其他表列之共病。
		1 分	除 CKD 疾病外，其他共病的權重加總為 1 分。
		2 分	除 CKD 疾病外，其他共病的權重加總為 2 分。
		3 分	除 CKD 疾病外，其他共病的權重加總為 3 分。
		4 分	除 CKD 疾病外，其他共病的權重加總為 4 分。
5 分以上	除 CKD 疾病外，其他共病的權重加總為 5 分或 5 分以上。		

表 AA-1 慢性腎臟病患醫療費用相關影響因素之操作型定義(續)

變項	說明	定義	
		分類	說明
疾病種類	研究對象在研究年度當年與前一年所有就醫之疾病診斷碼(主、次診斷)中，曾於門診 2 次或住院 1 次，本研究定義(附錄一)之疾病診斷碼者，定義為有該疾病	糖尿病	疾病診斷碼參考美國 USRDS 的定義
		心血管疾病	
		慢性肺部阻塞疾病	
		高血壓	本研究與臨床醫師討論後定義之診斷碼
		高血脂	
		癌症	
		肝炎	
		B 型肝炎	
C 型肝炎			

第二節 慢性腎臟病腎功能惡化的相關因素

一、研究對象與資料來源

透過執行健康檢查服務機構之協助，蒐集 1997 年-2010 年間有接受健康檢查，而 2009 年時檢查結果其 eGFR 值 ≤ 90 ml/min/1.73m²，且 2009 年度檢查時至少為第 6 次以上的檢查者為本研究之研究對象。收集其每次接受健康檢查時間與相關檢驗值(包括血壓、空腹血糖、尿蛋白、尿糖、尿液潛血、高密度膽固醇、肌酸酐、三酸甘油脂)，健康情形(包括抽煙情形、喝酒情形、運動情形、服藥情形、疾病史等)，基本資料(包括年齡、性別、教育程度等)。利用健檢資料中，尿蛋白檢查結果與肌酸酐判別其慢性腎臟病之分期，並回溯觀察至 1997-2010 年，分別記錄其肌酸酐以判斷其慢性腎臟病是否惡化及惡化的時間。

二、分析方法

本研究擬探討慢性腎臟病患，比較歷年來慢性腎臟病患病程惡化速度是否有所不同以及相關因素；然因本研究所收集之資料中，絕大部分為慢性腎臟病第二期的民眾，第三期以上的民眾人數偏少，且其在觀察時間內，有病程轉變的受檢者過少，以致在存活分析上可能有所偏誤；又因慢性腎臟病的分期主要是以其腎功能 eGFR 值，作為判斷基準，因此本研究修正為探討影響腎功能 eGFR 值改變量的相關因素。

依據所收集到的資料共 48,084 筆歷年健康檢查資料，首先進行描述性分析，描述其在第一次接受健康檢查時的基本特性、健康行為，以及歷年來的健康狀況以及歷年來實驗室檢查的平均檢查結果(如血紅素、空腹血糖、白蛋白、尿素氮等)。其中糖尿病、高血壓，本研究依據其各次自填之服藥情形、自填是否有該疾病以及相關的實驗室檢查結果，有任一項符合者，認定其為疑似罹患該疾病，歷年來若有 2 次為疑似罹患該疾病，則本研究定義為罹患該疾病；而心臟血管疾病則依據歷年接受檢查時，自述服用心臟病藥物以及自述患有該疾病 2 次以上者，定義為患有心臟血管疾病。高血脂症則依據其自述服用高血脂藥物 2 次以上，始定義為患有高血脂症。其他疾病如：腦血管疾病、肝炎、肝硬化、貧血等疾病，則因無是否服用該疾病藥物與實驗室檢查數據可供參酌，因此本研究以其自述有該疾病 2 次以上者，定義其罹患有該疾病；另外代謝症候群則以歷次檢查結果中，有 2 次符合代謝症候群診斷標準者，定義為罹患代謝症候群。

上述有關檢查結果判定之標準如下：

- 高血壓：檢查時血壓收縮壓 $\geq 160\text{mmHg}$ 或舒張壓 $\geq 95\text{mmHg}$ 。
- 糖尿病：依據空腹血糖的檢驗值 $\geq 126\text{mg/dl}$ 。
- 代謝症候群：依據腰圍、血壓、高密度膽固醇、空腹血糖、以及三酸甘油酯檢查結果符合下列三項者，為代謝症候群(國民健康局，2007)。
 - 腰圍：男性腰圍 $\geq 90\text{cm}$ ，女性腰圍 $\geq 80\text{cm}$ ，為腹部肥胖。
 - 血壓：收縮壓 $\geq 130\text{mmHg}$ 或舒張壓 $\geq 85\text{mmHg}$ ，為血壓偏高。
 - 高密度膽固醇：男性高密度膽固醇 $< 40\text{mg/dl}$ ，女性高密度膽固醇 $< 50\text{mg/dl}$ ，為高密度膽固醇偏低。
 - 空腹血糖：空腹血糖值 $\geq 100\text{mg/dl}$ ，為空腹血糖偏高。
 - 三酸甘油酯：三酸甘油酯 $\geq 150\text{mg/dl}$ ，為三酸甘油酯偏高。

藉由一般民眾歷年的健康檢查資料，依據其尿蛋白與肌酸酐檢驗數據，計算 eGFR 值，並依據其 eGFR 值計算歷年來其 eGFR 值平均每年改變的比例，其改變比例的計算方式為

$$n-1 \sqrt{\frac{y_n}{y_1}} - 1 \quad (\text{第 } n \text{ 年檢查後換算的 eGFR 除以第一年的 eGFR 值後開 } n-1 \text{ 次方再減一})。$$

以 eGFR 值平均每年的改變量為依變項，個人基本特性、第一次檢查的健康行為、歷年的健康狀況、檢查結果為自變項，探討影響 eGFR 值改變的相關因素。

第三節 接受不同透析治療方式，其存活時間是否有所差異

一、資料來源

為探討不同透析方式對透析病患存活之差異與影響接受透析治療病患其存活之相關因素。本研究以中部某醫學中心的透析病患為對象，經過醫院的人體試驗委員會審查同意，透過醫院電腦資訊系統收集病患個人基本特性、健康狀態(如：有無重大傷病卡、有無相關之慢性病，糖尿病或高血壓等)、醫療因素(如：透析治療方式、透析的時間)、以及最近一次追蹤的存活情形，作為後續資料分析之用。

二、分析方法

依照透析病患目前存活情形，分為存活與死亡兩組進行 t 檢定、卡方檢定與 ANOVA 檢定分析不同透析治療對病患存活時間之差異，並進一步運用存活分析之 Cox 對比涉險模式(Cox PH Model)進行分析。

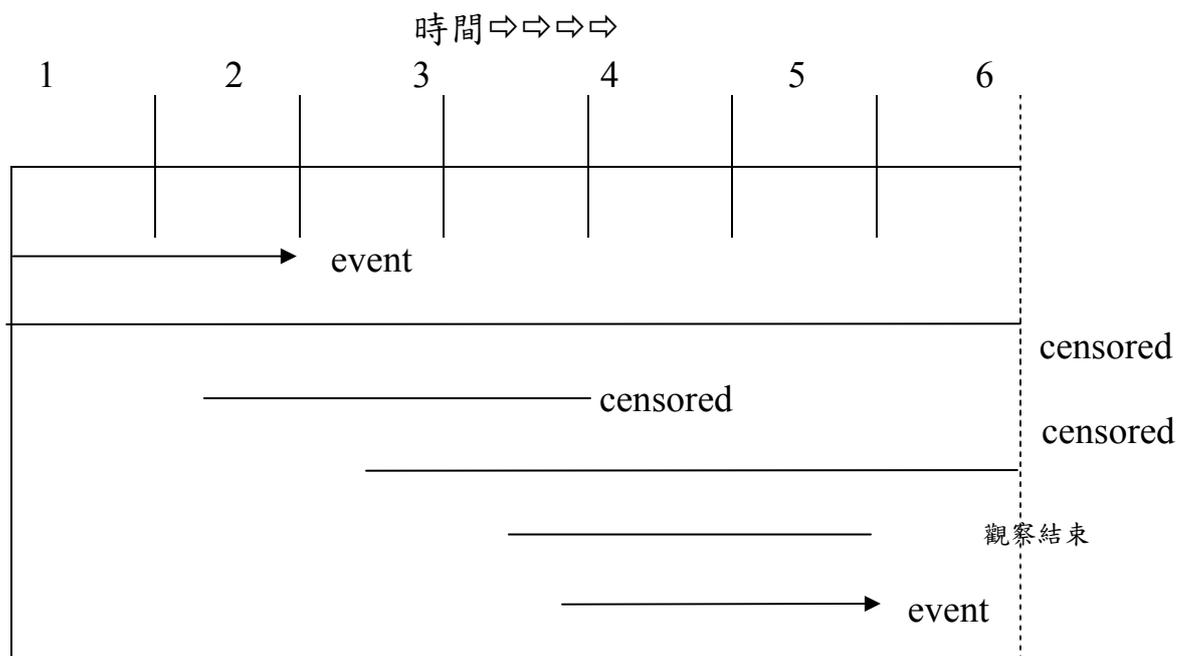
因傳統的迴歸統計方法是一種典型的靜態分析，未將時間因素考慮進去，然而本研究擬探討影響透析病患存活的相關因素，以及不同透析治療方式對治療結果的影響，故將以 Cox 對比涉險模式(Cox Proportional Hazards Model, Cox PH Model)進行相關因素之探討分析，並計算風險率(hazard ratios, HR)。一般 Cox PH Model 如下：

$$h(t, X) = h_0(t) e^{\sum_{i=1}^p \beta_i X_i}$$

$h_0(t)$: baseline hazard function

$X_i = (X_1, X_2, \dots, X_p)$ explanatory/ predictor variables

在 Cox PH Model 中，依變項為目前病患不論死亡或存活的存活時間，以年為單位計算時間，若在觀察期間透析病患仍存活或者失去追蹤，則定義為 censored，若在觀察期間透析病患死亡則為 event(如下圖)，其自變項則包含人口特質(年齡、性別等)、健康狀態(如：有無相關之慢性病，糖尿病或高血壓等)、醫療因素(如：透析治療方式)、透析生化指標(如：肌酸酐等)，以探討影響透析治療存活時間的相關因素。



第四節 Cost-effectiveness analysis of ESRD

一、研究觀點與研究假設

首先針對 ESRD 治療方式，包括血液透析、腹膜透析及腎臟移植，進行國內外相關成本效果分析(cost-effectiveness analysis, CEA)文獻回顧；由於本研究乃針對慢性腎臟病不同治療模式於健保給付之成本效果分析，因此採用醫療給付者(中央健康保險局)的觀點，進行不同治療處置之效果評估。

整體研究假設在不同層級醫療機構、不同地區醫療機構接受之透析服務品質並無差異。

二、研究對象與資料來源

本研究對象為腎臟移植病人，樣本選取依據地域分布選擇數家合作醫療機構(包含醫院、透析中心、健檢中心)進行生活品質問卷面訪，以第一期病歷審查合作之醫療機構或洗腎中心病患為對象，採立意抽樣方式收集慢性腎臟病研究對象。並排除有意識障礙，最近三個月內有住院或不願意接受訪視填答問卷之病人排除，腎臟移植病人至少需訪談 400 份；整體樣本並與台灣慢性腎臟病流行病學資料進行適合度檢定，以驗證資料之外推性，並於統計分析時進行加權分析。

在成本估計方面，由於現行治療方式健保均有給付，雖然無法反映實際生產成本，但採醫療給付者之觀點估計費用，最後以 CE ratio 進行替代方案比較；在成本分析包括直接成本(血液透析、腹膜透析與腎臟移植)、住院費用、處置及藥物費用等，費用資料來源為全民健康保險研究資料庫。

三、研究工具

研究工具採用結構式問卷，生活品質是一個尚未發展完全的複雜概念，目前沒有一致的定義和測量標準(Ferrans, 1990; Heckman et al., 1997; Polonsky, 2000)，專家們對生活品質有不同的看法，因受到個人文化、道德、和宗教價值觀的影響而有不同的標準(Zhan, 1992)，且在測量的層面常缺乏共識、缺乏主觀的評估和未能考量個人認定重要的層面等三項問題(Ferrans & Powers, 1985)，使評量的工具呈現差異性。

本研究將運用 Ferrana and Powers 所開發之生活品質問券，共有 35 題，每一題記分方式採李克特(Likert)五點尺度，分數由 1 至 6。題目語詞經過專家規範之方法研究，使得此計分方法由原本次序尺度(rank scale)之變項

而成為具有區間尺度(interval scale)性質之變項。題目與範疇分數可由線性轉換成 0 到 1，以利於生活品質函數和存活函數之結合。

並且利用黃景祥與王榮德等人之方法結合健康狀態函數與存活函數，成為「存活調整之健康輪廓」函數(即品質調整之存活函數)，把生活品質整合入存活函數中，以計量調整品質後存活時間 (Quality adjusted survival, QAS)，計算品質調整後終生存活預期值(quality-adjusted life expectancy ;以下簡稱 QALE)；整體計算函數如下：

$$E(QAS | xi) = \int E(q(t | xi))S(t | xi)dt$$

QAS：生活品質調整後存活時間

xi：某疾病

S(t | xi)：某病病人存活函數

q(t | xi)：不同罹病期之健康相關生活品質函數

計算 QAS 之作法為，先用 QAS 測量法進行健康效用之計量，計量必須取得某病(xi)病人存活函數(survival function)。基於預期效用理論，將上述方法用到健康照護效性評量(王榮德等人，2000 年)，則可換算得到 QALY：

$$QAS(QALY) = \int E(Qol(t | xi))S(t | xi)$$

Qol：生活品質

QALY：品質調整生命年

四、統計分析

本研究採取廣義成本效果分析(Cost-Effectiveness Analysis, CEA)，成本部分使用 2008 年之新台幣幣值，折現率為 3%；效果部分以平均餘命(Life expectancy)及經生活品質校正後之存活人年(QALYs)估計之。

在效果計算部分，採取兩種方法：

(1)治療模式改變不計：病人由透析治療或腎臟移植模式開始，一直觀察到研究期間結束或死亡，其中當治療模式轉變者將不納入計算。

(2)治療模式改變：病人由血液透析或腹膜透析治療模式開始觀察，一直到治療模式改變或接受腎臟移植，即觀察停止。

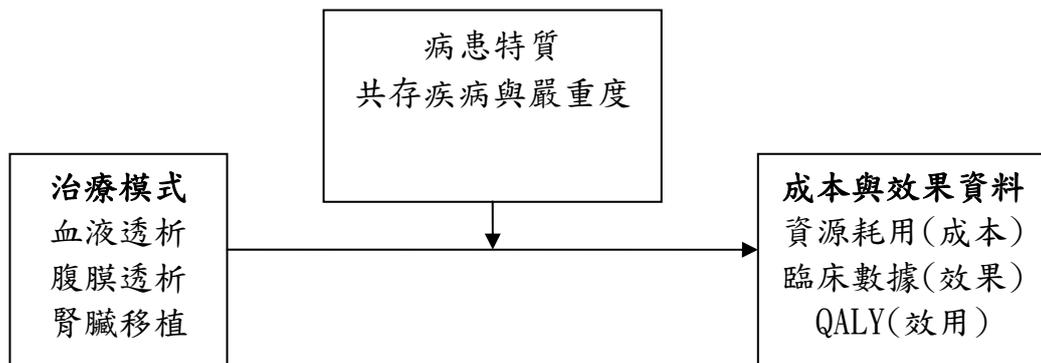
五、治療模式定義

整體研究樣本收案期間為 2009 年 12 月至 2010 年 12 月，治療模式定義為一開始進入研究之病人採取血液透析、腹膜透析或腎臟移植，雖然研究進行中病人可能轉換治療模式，但仍以一開始進入研究之治療模式為基準；然而，但如果病人一開始進入研究為腹膜透析，但在進入研究後 30 天內轉為血液透析治療，則該病人治療模式歸類為血液透析。

若透析治療後轉為腎臟移植治療，則該病人治療模式歸類為腎臟移植。

六、研究架構

末期慢性腎臟病之成本效果、成本效用分析研究架構如下：



第四章 初步成果

第一節 慢性腎臟病各分期的醫療利用

延續第一階段收集成人預防保健服務檢查單，因第一期所收集之資料，經過分期後，發現第一期、第四期、第五期個案數較少，因此於第二階段持續收集成人預防檢查單，共收集成人預防保健服務檢查單 30,319 份。

依據國民健康局以及美國國家腎臟基金會針對慢性腎臟病防治工作訂定 K/DOQI(Kidney Disease Outcome Quality Initiative)準則(2002)，以及 Modification of Diet in Renal Disease(MDRD)公式估算其 GFR 值： $186 * (\text{肌酸酐})^{-1.154} * (\text{年齡})^{-0.203} * 0.742(\text{女性}) * 1.210(\text{非裔種族})$ ，定義其慢性腎臟病分期，結果在慢性腎臟病第一期的病患共有 407 人；第二期的病患 16,813 人；第三期 6,836 人；第四期的慢性腎臟病患共有 470 人；第五期的病患共有 256 人(不含透析)，合計符合本研究定義之慢性腎臟病患共 24,782 人。

經與健保資料庫進行基本資料與醫療利用串連後，整體看來，本研究收集的慢性腎臟病患的平均年齡為 65.9 歲(表 AA-2)，其中 CKD 第一期的平均年齡 56 歲最低，第四期的平均年齡 72 歲最高。而以年齡分層來看，第一期的病患中約有 52.0% 的病患其年齡層介於 40-54 歲之間；而第二、三、五期的病患年齡層則集中在 65-74 歲間，約 36.7%~45.1%；第四期的病患則以 75 歲以上的病患佔最多 42.8%，其次則為 65-74 歲族群 40.6%。整體看來，除第一期病患大部分仍屬中壯年之外，第二期~第五期的病患則以較年長的中老年族群為主；在性別部分，第一、二期、第四期，男性比例較低約 46~48%，第三期男女比例相當，但第五期男性比例明顯較低，僅約 40%。

若就慢性腎臟病患各分期的醫療費用來看，第一、二期，第三期以後的醫療費用明顯增加，且第三期到第五期則依嚴重度越高，平均醫療費用越高，其中第三期的醫療費用平均每人為 49,072 元，第四期的醫療費用為 73,571 元，第五期的醫療費用則大幅上升至 118,895 元(表 AA-3)。但若只看與 CKD 相關的醫療費用，第一期~第三期病患與 CKD 相關的醫療費用偏低，約僅佔所有醫療費用的 2%~6%；第四期病患與 CKD 相關的醫療費用，則有比較明顯增加，約 24%，平均每人每年與 CKD 相關的醫療費用約 17,702 元；第五期的病患與 CKD 相關的醫療費用比例則增加至 58.6%，平均每人每年的費用為 69,694 元。

另 CKD 相關的醫療費用中，第二、第三期的醫療費用門診與住院的比例約為 1：1，第四期的病患與 CKD 相關的門診醫療費用的比例則稍微降低，約佔 43% 左右，但第五期的病患中，與 CKD 相關的門診醫療利用比例則增加至 63.5%。

本研究另針對影響慢性腎臟病患醫療費用的影響因素部分進行分析，在進行複迴歸分析之前，本研究先將相關變項以雙變項分析，進行該變項對醫療費用的卡方檢定或 t test，其結果如表 AA-4，經雙變項檢定結果得知性別、年齡、BMI、慢性腎臟病分期、主要就醫機構的權屬別、醫院層級、病患的投保區域別、投保金額，以及病患本身是否領有重大傷病卡、其他共病嚴重度、有無糖尿病、心血管疾病、高血壓、高血脂、慢性阻塞性肺病、肝炎、B 型肝炎、C 型肝炎、癌症，對慢性腎臟病患的醫療費用皆有顯著的影響($P < 0.05$)。

因此，本研究以上述變項作為自變項，而以慢性腎臟病患 2005 年的醫療費用當依變項進行複迴歸分析，以分析影響慢性腎臟病患醫療費用的相關因素；但因慢性腎臟病患的醫療費用分佈屬於偏態分佈，本研究將慢性腎臟病患在 2005 年的醫療費用以自然對數(Natural logarithm, \ln)進行轉換後再進行複迴歸分析，結果發現性別、年齡、BMI、慢性腎臟病分期、主要就醫機構的權屬別、醫院層級、病患的投保區域別、投保金額，以及病患本身是否領有重大傷病卡、其他共病嚴重度、有無糖尿病、心血管疾病、高血壓、高血脂、慢性阻塞性肺病、肝炎、B 型肝炎、C 型肝炎、癌症等，顯著($P < 0.05$)影響慢性腎臟病患的醫療費用(表 AA-5)。

就性別來看，在控制了其他因素之後，男性的醫療費用顯著低於女性，約為女性的 93% 左右(表 AA-5)；就年齡而言，相對於 40-54 歲族群而言，年齡層高的族群醫療費用越高，比 40-54 歲族群的費用高出約 7~18% 左右；身體質量指數 BMI 越高，代表過重或肥胖($BMI \geq 24.0$)，其醫療費用相對於 BMI 正常者醫療費用較高，雖僅高出約 3%，但亦達統計上的顯著差異($P < 0.05$)；就慢性腎臟病各分期病患的醫療費用而言，慢性腎臟病嚴重度越高者，相對第一期的病患其醫療費用顯著越高，第三期高出約 24.4%，第四期高出 50.5%，到第五期更高出 165% 左右；主要就醫醫療院所的層級部分，在診所就醫的醫療費用相對於在醫學中心的醫療費用較低，且費用僅為醫學中心的 71.5% 左右。

另外就病患的投保區域別來分，北區分局與台北分局的病患其醫療費用並沒有顯著差異，但中區、南區、高屏區以及東區分局的病患，其醫療

費用顯著高於台北分局的病患，且其費用約高出 10%~30%左右，其中以東區相對於台北分局的費用高出 29.8%最多，其次為高高屏分局相對於台北分局的醫療費用，高出 22.8%(表 AA-5)。

另在投保金額的部分，無論其投保金額多寡，其醫療費用皆略低於 17,280 元以下的族群，且投保金額介於 45,801 元以上族群皆未達顯著差異外，其餘達顯著差異($P<0.05$)。

慢性腎臟病患罹患其他慢性病的醫療費用部分，領有重大傷病卡的慢性腎臟病患其醫療費用顯著高於沒有重大傷病卡的病患，約高出 43%(表 AA-5)；就其他共病嚴重度(CCI Index)來看，CCI 分數越高代表嚴重度越高，而其醫療費用亦顯著越高，且費用高出約 42%~200%；另外在是否有糖尿病、心血管疾病、高血壓、高血脂、慢性阻塞性肺病、肝炎、B 型肝炎、C 型肝炎、癌症相對沒有這些疾病者的醫療費用皆有顯著的增加，其中以有心血管疾病者、高血壓者，其醫療費用比沒有者高出 45%最高，其次則為 C 型肝炎與高血脂，其醫療費用比沒有者約高出 38%、28%。

第二節 慢性腎臟病腎功能惡化的相關因素

本研究以民眾歷年來至同一健康檢查機構進行健康檢查之資料，依據其健康檢查之尿蛋白、肌酸酐等結果，判定其在第一次接受健康檢查以及至資料收集截止最近一次健康檢查之 eGFR 值，其腎功能 eGFR 值的改變量，並換算為平均每年 eGFR 值的平均改變率後，探討其影響因素。

本研究共收集 4,464 位民眾歷年之健康檢查資料，其中在第一次檢查時，依據其尿蛋白、年齡、性別與肌酸酐換算 eGFR 值，其中有 3,776 位為慢性腎臟病第一期至第五期，第二期的受檢者所佔比例最高 73%，(表 AA-6)；受檢者的性別，男女比例約 1：1；平均第一次受檢的年齡為 46.5 歲，若以年齡分層來看，35~44 歲的受檢者最多，共有 1,403 位約 32%，其次為 45~54 歲的受檢者約 21%，共 945 人，65 歲以上的受檢者，僅約 8% 共 342 人。

受檢者的健康行為部分，約 77% 的受檢者表示，沒有抽煙(表 AA-7)；已經戒煙者約 6%，另有約 10% 的受檢者偶而或天天抽煙，但亦有 7% 的受檢者表示雖不抽煙，但經常會吸到二手煙。在喝酒情形部分，有 78% 受檢者不喝酒或每週少於一杯；經常喝或天天喝者，約佔的 18%，以前喝但現在已戒酒者約 3%。另外受檢者中，約有 40% 表示沒有運動習慣，但也有約 39% 受檢者表示每週運動約 1-4 小時，經常運動 5 小時以上者，約 21%。在睡眠時間部分，絕大部分的受檢者，平均每天睡眠時間在 6-7 小時間，共有 3,018 人佔 69%，睡眠時間超過 7 小時者，僅 364 人約 8%。

而受檢者的健康情形部分，本研究依據歷次健康檢查中，受檢者自填服藥狀況、是否有該疾病史，檢查結果，加以判別是否罹患該疾病。其中是否有高血壓、糖尿病則依據歷年各次檢查時的服藥情形、疾病史以及當次檢查的血壓，收縮壓 $\geq 160\text{mmHg}$ 或舒張壓 $\geq 95\text{mmHg}$ ，空腹血糖值 $\geq 126\text{mg/dl}$ ，符合任一項者，則為疑似高血壓或糖尿病患者，歷年檢查有兩次以上為疑似個案者，則定義為罹患高血壓或糖尿病。依據上述定義，本研究 4464 位受檢者中至本研究觀察結束，共有 1,019 位(23%)患有高血壓；627 位(14%)患有糖尿病(表 AA-8)。

另受檢者是否有代謝症候群，則依據各次有關腰圍、血壓、高密度膽固醇、空腹血糖以及三酸甘油脂的檢查結果，判斷其是否疑似患有代謝症候群，歷年來若有 2 次疑似患有代謝症候群，則本研究定義其患有代謝症候群。依據上定義，本研究中共有 2,267 位受檢者患有代謝症候群，約佔所有受檢者的 51%(表 AA-8)。

除上述高血壓、糖尿病、代謝症候群外，患有心臟血管疾病的受檢者有 1,075 人，約佔受檢者的 24%；患有腦血管疾病的受檢者最少，僅 171 人約 4%左右；另患有高血脂症、肝硬化約佔所有受檢者的 15~17%；患有肝炎、貧血的受檢者約有 27%(表 AA-8)。

另外，在歷年受檢者的檢查結果中，平均空腹血糖為 102.5mg/dl，與常見的診斷標準 70~100mg/dl 略高一些；平均白蛋白量為 4.47g/dl，略低於標準值 6.5~8.0g/dl；其餘如尿素氮、三酸甘油酯、高密度膽固醇、低密度膽固醇、血中鈣質的平均檢驗數據皆介於一般常見的檢驗標準之中(表 AA-8)。

本研究主要擬探討影響腎功能 eGFR 值平均每年改變率的相關因素，因此本研究以每一位受檢者最近一次相對於第一次檢查時的 eGFR 值的改變量，然每一位受檢者接受檢查的時間不同，因此將 eGFR 值的改變量取年平均値，其方式為

$$\sqrt[n-1]{\frac{y_n}{y_1}} - 1 \text{ (} Y_n \text{: 表最近一次第 } N \text{ 年的 eGFR 值, } Y_1 \text{ 表第一年的 eGFR 值)。$$

受檢者的平均每年 eGFR 值的改變量為-1.08%，也就是說平均每年 eGFR 值較前一年度下降 1.08%(表 AA-9)。本研究進一步將分析平均每年改變率與受檢者的基本特性、健康行為以及罹病情形、歷年平均檢查結果等資料進行 t test、ANOVA 等雙變項分析以及相關分析，以進一步瞭解這些變項與平均年改變量是否有關。

經過雙變項檢定的結果發現，受檢者的年齡、性別、喝酒情形、第一次檢查時的 eGFR 值、是否罹患高血壓、糖尿病、心臟血管疾病、高血脂症、肝炎、以及新陳代謝症候群對腎功能 eGFR 值的改變量有顯著相關 ($P < 0.05$)(表 AA-9)。此外，歷次檢查的平均血紅素、空腹血糖、白蛋白量、尿素氮、三酸甘油酯、高密度膽固醇、低密度膽固醇與血中鈣質皆有顯著相關 ($P < 0.05$) (表 AA-9)。

因此本研究進一步以複迴歸分析，探討在控制其他變項的情形下，基本特性、健康行為、罹病狀況以及檢查結果對平均年改變量的影響。結果發現在控制其他變項的情形下，年齡、性別、第一次檢查時的 eGFR 值、患有高血壓、肝炎、歷次檢查的血紅素、空腹血糖、尿素氮、三酸甘油酯以及血中鈣質對 eGFR 值的平均每年改變率有顯著的影響 ($P < 0.05$)(表 AA-10)。

在本研究的結果中，男性相對於女性的年平均 eGFR 值改變量相差 0.25%且達統計上的顯著差異($p<0.05$)；由於 eGFR 值的改變量絕大部分的情形是逐年減少，因此若女性的改變量為-0.4%，即 eGFR 值下降 0.4%，而男性的改變量較女性相差 0.25%，故男性的改變量為-0.15%，即 eGFR 值下降 0.15%，也就是說男性的 eGFR 下降的比例較女性下降的比例少 0.25%。而為了能明白說明研究變項對平均每年 eGFR 值改變量的影響，因此以下皆假設其改變量為負值，進行說明。在年齡的部分，年齡越高，其 eGFR 值下降的比例越高，年齡為 55-64 歲的受檢者較 35 歲以下的受檢者，其平均每年 eGFR 值下降比例約多出 0.28%，65 歲以上的受檢者，較 35 歲以下的受檢者，其平均每年 eGFR 值下降比例約多出 0.65%，且皆達統計上的意義($P<0.05$)；另外，在罹病情形部分，罹患高血壓與肝炎的受檢者，相較沒有罹病的受檢者，其 eGFR 值下降的比例較高，分別每年多下降 0.22%與 0.27%。另外，在檢查結果的部分，血紅素與血中鈣質越高，則 eGFR 下降的比例越低，且具有統計上顯著的意義($P<0.05$)；而空腹血糖、尿素氮以及三酸甘油脂越高，則其 eGFR 值下降的比例越高，且皆達統計上的顯著意義($P<0.05$)。

第三節 接受不同透析治療方式，其存活時間是否有所差異

有關透析病患其接受不同透析治療方式的存活時間是否有所差異，本研究依據原規劃由本研究全程計畫執行期間內收集 1,000 位透析病患的臨床數據以及觀察其存活狀況。

目前本研究共收集 797 份透析病患之檢查資料，收集之欄位包括年齡、性別、抽煙、喝酒情形、透析原因、透析方式、開始透析日期、身高、體重、血壓、是否有高血壓、肝硬化、糖尿病、心血管疾病等，以及血紅素(Hb)、血容積(Hct)、血清白蛋白(Albumin)、血中鈣磷等資料。因目前資料尚未完全收集齊全，因此本研究在此僅先針對目前完成整理的研究資料共 797 份進行描述性分析與雙變項分析。

目前本研究共收集 797 份透析病患的相關資料，其中血液透析病患 322 人，約 40%(表 AA-11)；其中，有抽煙、喝酒的比例分別為 8%、11%；男性有 333 人佔 41.8%；平均年齡為 56.18 歲，罹患有糖尿病的透析病患共 337 人(42%)；有高血壓的病人患有 638 人(約 80%)；罹患心血管疾病的人數有 439 人約 55%；而研究對象中，觀察至今共有 172 人死亡(約 23% 事件組)，但同時也有 126 人失去追蹤(約 16%)。

本研究主要在於探討不同透析治療方法對其選擇透析的影響，因此本研究進一步以個人基本特性、透析方式、健康行為、罹病情形與其存活結果進行雙變項分析，以分析該疾病對透析病患存活的影響；結果發現，不同透析治療方式、年齡、喝酒習慣、罹患有糖尿病、心血管疾病者，其對透析病患存活情形有顯著性的意義(表 AA-12, $P < 0.05$)。

第四節 Cost-effectiveness analysis of ESRD

一、收案進度

本研究擬於研究期間內訪查 400 位曾經接受過腎臟移植手術的患者，目前已與多家醫療院所與機構進行接洽，並按照進度進行接洽數量，目前將進度分為三個部份：接洽中、已送件申請 IRB、收案中。其結果如下表 BB-1 所示。

二、生活品質統計數據

以下表為腎臟移植病患之基本資料，以及問卷題項之基本數據與信度分析。現階段所收案之人數總數為 250 人，皆為境內移植，下表以性別、年齡、教育程度、工作狀況、抽菸習慣、喝酒習慣、共病情形與移植時間來分析。

在生活品質的衡量部份，以驗證性因素分析來衡量患者生活中的生理、心理、獨立、環境/社會、靈性、整體層面等較為抽象的構念，所以用患者對於自身目前的”健康、所接受的整體醫療照顧、身體疼痛、移植的腎臟、應付日常生活的體力、有能力照顧自己，不需要別人協助、掌控自己生活的程度、如自己所願，活下來的機會、性生活、子女、家庭的快樂幸福、家人的健康、配偶、愛人或親密伴侶、朋友、來自家人的情緒支持、來自家人以外的情緒支持、負擔家庭責任的能力、幫助別人的能力、生活中的憂慮程度、您的左鄰右舍、所居住的房子（或公寓）、工作（現有工作的受測者）、沒有工作（現無工作的受測者）、教育程度、能滿足目前經濟狀況的程度、做您覺得有趣的事、擁有美好快樂的未來、平靜的心、宗教信仰、達到個人的目標、整體生活的快樂程度、整體而言，對自己生活的感受、對自己外表的感受、整體而言，對自己的滿意度、因為腎臟移植或等待移植，生活上必須做的改變”等較為具體之題項來衡量，其平均數與標準差如下表 BB-3 所示。

根據楊樹昌等(2006)對於生活品質之研究，此計分法由原本次序尺度(Rank scale)之變項轉變成具有區間尺度之變項(interval scale)性質之變項。題目及範疇分數可由線性轉換成為 0 到 1，以利於生活品質函數之計算，可得移植病患生活品質如下表 BB-4。

問卷的信度是指各別題項的可信度，就是指測量結果的一致性和穩定性。而信度的衡量方式可分為在測信度、折半信度、Cronbach's α 信度。在本研究中採用 Cronbach's α 信度作為信度的指標，透過信度程序來檢驗量表的穩定性。

本研究各變數之量表信度分析如表 BB-5 所示，透過信度程序可以確保問卷各個題項的穩定性，由於本研究各題項的 Cronbach's α 值皆在 0.7 以上，隨著問卷數的提升，信度表現越來越好，代表其像對構念的一致性相當高。

三、標準賭博法(Standard Gamble Method)

標準賭博法是讓受測者考慮一個確定的生活品質結果，請受測者從 0~1 之間挑選一個值來代表對目前生活品質滿意程度，1 為最滿意，0 為最不满意，若有情境設定，則可設計一個賭局〔有機率 p 變為完全健康，機率 $1-p$ 死亡〕。隨著變動機率 p 的大小來讓受測者選擇，當受測者無法在一個確定的健康結果及一個賭局間作抉擇時，可計算出相對於死亡來說此確定的健康狀態喜好程度的效益值。

本研究除使用 Ferrans & Powers 開發之問卷外，亦在訪談時標準賭博法來作為生活品質的比對，其結果如圖 BB-1，接受移植 6~7 年的患者之平均分數最高，為 0.78 分；接受移植 0~1 年的患者之平均分數最低，為 0.45 分，或許是尚不穩定的原因導致。

圖 BB-2~3 分別呈現男性與女性患者對於腎臟移植手術後的生活品質評價，其中男性與女性之滿意度曲線差異不大，與整體趨勢差不多；圖 BB-4~6 則分別呈現 20-44 歲、45-64 歲與 65-75 歲患者對於腎臟移植手術後的生活品質評價，其中 20-44 歲的樣本比較少，因此變異性比較大；45-64 歲的樣本較多，與整體趨勢較像。

表 AA-2 2005 年 CKD 各分期病患基本資料

變項名稱	合計 CKD 人數		第一期		第二期		第三期		第四期		第五期	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	24,782		407	1.6	16,813	67.8	6,836	27.6	470	1.9	256	1.1
性別												
男	11,930	48.1	190	46.7	7,998	47.6	3,422	50.1	219	46.6	101	39.5
女	12,852	51.9	217	53.2	8,815	52.4	3,414	49.9	251	53.4	155	60.6

年齡分層												
40-54 歲	5,111	20.62	212	52.1	4,308	25.6	515	7.5	34	7.2	42	16.4
55-64 歲	3,646	14.71	91	22.4	2,685	16	777	11.4	44	9.4	49	19.2
65-74 歲	10,095	40.74	79	19.4	6,648	39.5	3,083	45.1	191	40.6	94	36.7
≥75 歲	5,930	23.93	25	6.1	3,172	18.9	2,461	36	201	42.8	71	27.7

年齡*	65.9	(11.6)	56	(11.1)	64	(11.8)	70.7	(9.5)	72	(9.8)	66.8	(10.8)

註：* 年齡平均數，括號為標準差

資料來源：2005 年成人預防保健服務檢查單

表 AA-3 2005 年 CKD 各分期 CKD 相關就醫之「門診」、「住院」醫療費用

期別	人數	所有醫療費用	CKD 相關之醫療費用				
		Mean ± SD	門診	%	住院	%	Mean ± SD
第一期	407	34,369 ± 64,386	607 ± 4,412	29.64	1,441 ± 23,120	70.36	2,048 ± 24,448
第二期	16,813	31,926 ± 72,718	309 ± 3,132	51.85	287 ± 8,609	48.15	596 ± 9,276
第三期	6,836	49,072 ± 77,901	1,510 ± 7,287	52.21	1,382 ± 21,945	47.79	2,892 ± 23,525
第四期	470	73,571 ± 87,630	7,578 ± 15,441	42.81	10,124 ± 47,873	57.19	17,702 ± 52,501
第五期	256	118,895 ± 165,041	44,232 ± 93,952	63.47	25,462 ± 65,464	36.53	69,694 ± 132,863

表 AA-4 2005 年平均總醫療費用與預防保健檢查單民眾特性之雙變項分析

變項	N	平均值	標準差	p 值
性別				
男	11,930	42,351	93,421	<.001*
女	12,852	34,702	57,077	
年齡				
40-54 歲	5,111	20,992	40,482	<.001
55-64 歲	3,646	33,580	64,837	
65-74 歲	10,095	40,702	85,616	
≥75 歲	5,930	52,382	87,895	
BMI				
過輕	608	47,037	105,414	<.001
正常	9,672	35,616	88,995	
過重	7,872	37,470	64,135	
肥胖	6,037	39,668	58,476	
慢性腎臟病分期				
第一期	407	34,369	64,386	<.001
第二期	16,813	31,926	72,718	
第三期	6,836	49,072	77,901	
第四期	470	73,571	87,630	
第五期	256	118,895	165,041	
權屬別				
公立	1,710	49,868	82,852	<.001
私立	17,587	30,829	54,864	
財團法人	5,174	62,470	122,011	
主要醫院層級				
醫學中心	3,373	63,845	129,199	<.001
區域醫院	4,762	55,177	101,504	
地區醫院	3,194	43,641	68,823	
診所	13,142	25,353	38,613	
區域別(健保分區)				
台北分局	2,683	34,319	66,504	<.001
北區分局	1,727	29,884	43,099	
中區分局	13,327	35,416	74,323	
南區分局	3,156	37,423	60,785	
南屏分局	1,993	41,254	69,557	
東區分局	1,277	55,376	95,685	

表 AA-4 2005 年平均總醫療費用與預防保健檢查單民眾特性之雙變項分析(續)

變項	N	平均值	標準差	p 值
投保金額				
依附人口	6,089	40,085	67,042	<.001
≤17280 元	3,305	47,613	80,727	
17281-22800 元	12,094	34,449	73,933	
22801-28800 元	909	28,321	55,644	
28801-36300 元	511	24,659	45,919	
36301-45800 元	704	26,585	53,710	
45801-57800 元	203	16,618	17,596	
57801-72800 元	228	20,861	28,019	
≥72801 元	120	28,890	43,955	
CCI				
0 分	8,608	17,114	23,679	<.001
1 分	7,176	29,485	39,236	
2 分	4,243	44,334	103,363	
3 分以上	4,755	85,010	121,513	
重大傷病者				
否	23,389	33,663	53,598	<.001*
是	1,393	117,654	224,052	
糖尿病				
無	20,736	32,583	68,245	<.001*
有	4,046	68,114	106,053	
心血管疾病				
無	16,964	26,482	48,418	<.001*
有	7,818	64,209	112,512	
高血壓				
無	13,773	26,976	73,285	<.001*
有	11,009	52,657	78,792	
高血脂				
無	20,075	34,277	65,650	<.001*
有	4,707	55,900	111,054	
慢性阻塞性肺病				
無	21,632	33,715	57,828	<.001*
有	3,150	70,448	149,407	
B 型肝炎				
無	24,225	38,250	77,002	0.046
有	557	44,225	69,501	

表 AA-4 2005 年平均總醫療費用與預防保健檢查單民眾特性之雙變項分析(續)

變項	N	平均值	標準差	p 值
C 型肝炎				
無	24,483	37,974	76,609	<.001*
有	299	72,003	88,074	
癌症				
無	23,658	34,839	69,632	<.001*
有	1,124	112,996	149,440	

註：* 為 t-test

表 AA-5 2005 年 CKD 病患醫療費用相關因素之複迴歸分析

變項	慢性腎臟病患(unadjusted)				慢性腎臟病患(adjusted)			
	係數	標準誤	P 值	係數轉換	係數	標準誤	P 值	係數轉換
截距					8.997	0.055	<.001	
性別								
女(參考組)								
男	-0.027	0.014	0.057	0.974	-0.071	0.011	<.001	0.932
年齡								
40-54 歲(參考組)								
55-64 歲	0.364	0.023	<.001	1.439	0.072	0.018	<.001	1.074
65-74 歲	0.579	0.018	<.001	1.784	0.131	0.016	<.001	1.140
≥75 歲	0.789	0.020	<.001	2.201	0.169	0.018	<.001	1.184
BMI								
正常(參考組)								
過輕($0 \leq \text{BMI} \leq 18.4$)	0.038	0.045	0.408	1.038	-0.077	0.035	0.026	0.926
過重($24.0 \leq \text{BMI} \leq 26.9$)	0.137	0.017	<.001	1.147	0.036	0.012	0.004	1.036
肥胖($\text{BMI} \geq 27.0$)	0.253	0.018	<.001	1.288	0.034	0.014	0.014	1.034
慢性腎臟病分期								
stage 1 (參考組)								
stage 2	0.016	0.053	0.762	1.016	0.075	0.042	0.071	1.078
stage 3	0.518	0.054	<.001	1.678	0.218	0.043	<.001	1.244
stage 4	0.985	0.072	<.001	2.677	0.409	0.059	<.001	1.505
stage 5	1.278	0.085	<.001	3.590	0.973	0.085	<.001	2.645

表 AA-5 2005 年 CKD 病患醫療費用相關因素之複迴歸分析(續)

	慢性腎臟病患(unadjusted)				慢性腎臟病患(adjusted)			
	係數	標準誤	P 值	係數轉換	係數	標準誤	P 值	係數轉換
權屬別								
公立(參考組)								
私立	-0.403	0.026	<.001	0.669	-0.011	0.022	0.619	0.989
財團法人	0.199	0.028	<.001	1.220	0.064	0.025	0.012	1.066
主要醫院層級								
醫學中心(參考組)								
區域醫院	-0.360	0.023	<.001	0.698	-0.211	0.023	<.001	0.810
地區醫院	-0.342	0.025	<.001	0.710	-0.181	0.028	<.001	0.835
診所	-0.802	0.019	<.001	0.448	-0.335	0.027	<.001	0.715
區域別(健保分區)								
台北分局(參考組)								
北區分局	-0.076	0.033	0.023	0.927	0.031	0.025	0.213	1.032
中區分局	0.112	0.023	<.001	1.118	0.157	0.018	<.001	1.170
南區分局	0.166	0.029	<.001	1.181	0.098	0.022	<.001	1.103
高屏分局	0.216	0.032	<.001	1.241	0.205	0.024	<.001	1.228
東區分局	0.416	0.037	<.001	1.516	0.261	0.029	<.001	1.298

表 AA-5 2005 年 CKD 病患醫療費用相關因素之複迴歸分析(續)

變項	慢性腎臟病患(unadjusted)				慢性腎臟病患(adjusted)			
	係數	標準誤	P 值	係數轉換	係數	標準誤	P 值	係數轉換
投保金額								
≤17280 元(參考組)								
依附人口	-0.067	0.023	0.004	0.935	-0.044	0.018	0.016	0.957
17281-22800 元	-0.270	0.021	<.001	0.763	-0.145	0.017	<.001	0.865
22801-28800 元	-0.473	0.040	<.001	0.623	-0.082	0.031	0.008	0.921
28801-36300 元	-0.589	0.051	<.001	0.555	-0.163	0.039	<.001	0.849
36301-45800 元	-0.492	0.045	<.001	0.611	-0.077	0.034	0.024	0.925
45801-57800 元	-0.715	0.078	<.001	0.489	-0.083	0.059	0.160	0.920
57801-72800 元	-0.594	0.074	<.001	0.552	-0.082	0.056	0.147	0.921
≥72801 元	-0.443	0.100	<.001	0.642	-0.050	0.078	0.525	0.952
CCI								
0 分(參考組)								
1 分	0.638	0.015	<.001	1.892	0.353	0.014	<.001	1.423
2 分	0.996	0.018	<.001	2.706	0.524	0.017	<.001	1.688
3 分以上	1.460	0.017	<.001	4.306	0.693	0.020	<.001	2.000
重大傷病者								
否(參考組)								
是	0.927	0.030	<.001	2.526	0.359	0.027	<.001	1.431

表 AA-5 2005 年 CKD 病患醫療費用相關因素之複迴歸分析(續)

變項	慢性腎臟病患(unadjusted)				慢性腎臟病患(adjusted)			
	係數	標準誤	P 值	係數轉換	係數	標準誤	P 值	係數轉換
糖尿病								
無(參考組)								
有	0.789	0.018	<.001	2.200	0.144	0.016	<.001	1.155
心血管疾病								
無(參考組)								
有	0.947	0.014	<.001	2.578	0.374	0.013	<.001	1.453
高血壓								
無(參考組)								
有	0.868	0.013	<.001	2.383	0.373	0.012	<.001	1.452
高血脂								
無(參考組)								
有	0.720	0.017	<.001	2.054	0.244	0.014	<.001	1.277
慢性阻塞性肺病								
無(參考組)								
有	0.686	0.020	<.001	1.985	0.168	0.017	<.001	1.183
B 肝								
無(參考組)								
有	0.165	0.047	<.001	1.179	0.086	0.036	0.016	1.090
C 肝								
無(參考組)								
有	0.750	0.064	<.001	2.118	0.321	0.049	<.001	1.378

表 AA-5 2005 年 CKD 病患醫療費用相關因素之複迴歸分析(續)

變項	慢性腎臟病患(unadjusted)				慢性腎臟病患(adjusted)			
	係數	標準誤	P 值	係數轉換	係數	標準誤	P 值	係數轉換
肝炎								
無(參考組)								
有	0.575	0.025	<.001	1.777	0.146	0.021	<.001	1.157
癌症								
無(參考組)								
有	0.907	0.033	<.001	2.476	0.185	0.031	<.001	1.204

N=23,295,依變項為 ln(CKD 病患 2005 年所有醫療費用)

P<0.001, R²=0.417, Adj R²=0.416

資料來源：2005 年成人預防保健服務檢查單串衛生署健保資料庫

表 AA-6 受檢者第一次接受健康檢查時的基本資料

N=4,464		人數	百分比
基本特性			
性別	女	2,154	48.25
	男	2,310	51.75
年齡*		46.5	12.24
	<35 歲	885	19.83
	35~44 歲	1,403	31.43
	45~54 歲	945	21.17
	55~64 歲	889	19.91
	≥65 歲	342	7.66
第一次受檢時的 CKD 分期			
	非 CKD	663	14.94
	Stage 1	23	0.52
	Stage 2	3,237	72.92
	Stage 3	512	11.53
	Stage 4	2	0.05
	Stage 5	2	0.05
	遺漏值	25	
教育程度			
	國中以下	1,273	29.15
	高中(職)	1,014	23.22
	大專	1,812	41.49
	研究所以上	268	6.14
	遺漏值	97	
婚姻狀況			
	未婚	359	8.38
	已婚	3,625	84.62
	離婚或喪偶	300	7.00
	遺漏值	180	

表 AA-7 受檢者第一次接受健康檢查時健康行為

	N=4,464	人數	百分比
抽煙情形			
不抽		3,050	76.88
不抽，但經常吸二手煙		283	7.13
以前抽，現已戒煙		232	5.85
偶爾抽		66	1.66
每天抽		336	8.47
遺漏值		497	
喝酒情形			
不喝或每週少於一杯		3,281	78.36
以前喝，現已戒酒		122	2.91
經常喝(每週 1-4 次)		702	16.77
每天喝		82	1.96
遺漏值		277	
運動情形			
沒有運動		1,725	40.22
偶而運動(每週 1-4 小時)		1,667	38.87
經常運動(每週 5 小時以上)		897	20.91
遺漏值		175	
睡眠時間			
< 6 小時		976	22.40
6-7 小時		3,018	69.25
≥7 小時		364	8.35
遺漏值		106	

*表受檢者第一次接受健康檢查的平均年齡與標準差。

表 AA-8 受檢者歷年檢查健康情形

N=4,464		人數	百分比
罹病情形			
	高血壓 ^b	1,019	22.83
	糖尿病 ^b	627	14.05
	心臟血管疾病 ^b	1,075	24.08
	腦血管疾病 ^b	171	3.83
	高血脂 ^b	678	15.19
	肝炎(含 B 肝、C 肝) ^b	1,185	26.55
	肝硬化 ^b	777	17.41
	貧血 ^b	1,192	26.70
	代謝症候群	2,267	50.78
		平均值	標準差
檢查結果	平均血紅素	14.19	1.4
	平均空腹血糖	102.54	18.2
	平均白蛋白量	4.47	0.7
	平均尿素氮	15.42	3.9
	平均三酸酞油脂	126.11	72.9
	平均高密度膽固醇	53.95	14.0
	平均低密度膽固醇	119.72	26.9
	平均鈣	9.06	1.2
	平均第一次檢查 eGFR 值	76.27	14.7

表 AA-9 受檢者腎功能 eGFR 值每年平均改變率雙變項分析

	平均 eGFR 每年 改變率(%)	P 值
平均 eGFR 每年改變量	-1.077	
性別 ¹		<.0001 **
女	-1.289	
男	-0.842	
年齡 ²		<.0001 **
<35 歲	-0.864	
35~44 歲	-0.843	
45~54 歲	-1.024	
55~64 歲	-1.369	
≥65 歲	-1.917	
抽煙情形 ²		0.0747
不抽	-1.103	
不抽，但經常吸二手煙	-0.774	
以前抽，現已戒煙	-1.162	
偶爾抽	-0.917	
每天抽	-0.917	
喝酒情形 ²		0.0093 *
不喝或每週少於一杯	-1.094	
以前喝，現已戒酒	-1.401	
經常喝(每週 1-4 次)	-0.828	
每天喝	-1.314	
運動情形 ²		0.3770
沒有運動	-1.119	
偶而運動(每週 1-4 小時)	-1.012	
經常運動(每週 5 小時以上)	-1.054	
睡眠時間 ²		0.5449
6 小時以下	-1.135	
6-7 小時	-1.045	
7 小時以上	-1.041	
健康情形 ³		
第一次檢查時的 eGFR 值	-0.151	<.0001 **

表 AA-9 受檢者腎功能 eGFR 值每年平均改變率雙變項分析(續)

		平均 eGFR 每年 改變率(%)	P 值
罹病情形 ¹			
高血壓	無	-0.970	<.0001 **
	有	-1.394	
糖尿病	無	-0.985	<.0001 **
	有	-1.568	
心臟血管疾病	無	-0.960	<.0001 **
	有	-1.394	
腦血管疾病	無	-1.073	0.2135
	有	-0.854	
高血脂	無	-1.005	<.0001 **
	有	-1.405	
肝炎(含 B 肝、C 肝)	無	-0.970	<.0001 **
	有	-1.330	
肝硬化	無	-1.071	0.6410
	有	-1.029	
貧血	無	-1.070	0.7917
	有	-1.049	
代謝症候群	無	-0.936	0.0002 *
	有	-1.193	
檢查結果 ³			
平均血紅素		0.185	<.0001 **
平均空腹血糖		-0.158	<.0001 **
平均白蛋白量		0.102	<.0001 **
平均尿素氮		-0.369	<.0001 **
平均三酸酞油脂		-0.083	<.0001 **
平均高密度膽固醇		0.030	0.0461 *
平均低密度膽固醇		0.042	0.0051 *
平均鈣		0.097	<.0001 **

註：¹表以 t test 檢定。²表以 ANOVA 檢定。³表以相關係數檢定。

*P<0.05, **P<0.001

表 AA-10 影響受檢者腎功能 eGFR 值每年平均改變率的相關因素

	係數	標準誤	P 值	
常數	4.013	0.759	<.0001	**
性別 女(參考組)				
男	0.254	0.095	0.0075	*
年齡				
<35 歲(參考組)				
35~44 歲	-0.013	0.082	0.8732	
45~54 歲	-0.098	0.097	0.3101	
55~64 歲	-0.279	0.110	0.0115	*
≥65 歲	-0.654	0.146	<.0001	**
抽煙情形				
不抽(參考組)				
不抽，但經常吸二手煙	0.220	0.115	0.0546	
以前抽，現已戒煙	-0.154	0.126	0.2198	
偶爾抽	-0.109	0.226	0.6294	
每天抽	-0.052	0.108	0.6331	
喝酒情形				
不喝或每週少於一杯(參考組)				
以前喝，現已戒酒	-0.193	0.178	0.2786	
經常喝(每週 1-4 次)	0.070	0.085	0.4113	
每天喝	-0.230	0.244	0.3458	
運動情形				
沒有運動(參考組)				
偶而運動(每週 1-4 小時)	0.016	0.064	0.8042	
經常運動(每週 5 小時以上)	0.127	0.080	0.1140	
睡眠時間				
6 小時以下(參考組)				
6-7 小時	-0.111	0.070	0.1111	
7 小時以上	0.065	0.114	0.5722	
健康情形				
第一次檢查時的 eGFR 值	-0.063	0.002	<.0001	**

表 AA-10 影響受檢者腎功能 eGFR 值每年平均改變率的相關因素(續)

	係數	標準誤	P 值	
罹病情形				
高血壓 ^b	-0.223	0.075	0.0028	*
糖尿病 ^b	-0.001	0.120	0.9928	
心臟血管疾病 ^b	-0.012	0.071	0.8643	
腦血管疾病 ^b	0.246	0.147	0.0929	
高血脂 ^b	0.035	0.088	0.6893	
肝炎(含 B 肝、C 肝) ^b	-0.265	0.065	<.0001	**
肝硬化 ^b	0.065	0.076	0.3900	
貧血 ^b	0.124	0.064	0.0519	
代謝症候群	0.057	0.077	0.4645	
檢查結果				
平均血紅素	0.214	0.032	<.0001	**
平均空腹血糖	-0.005	0.002	0.0469	*
平均白蛋白量	0.084	0.113	0.4571	
平均尿素氮	-0.281	0.009	<.0001	**
平均三酸酞油脂	-0.003	0.001	<.0001	**
平均高密度膽固醇	-0.004	0.003	0.2423	
平均低密度膽固醇	0.000	0.001	0.9707	
平均鈣	0.187	0.025	<.0001	**

N=3,737, F<0.001, R²=0.3294, Adj R²=0.323, DW 值=1.879

註：^a以未服用藥物當作參考組

^b以未罹病當作參考組

*P<0.05, **P<0.001

表 AA-11 透析機構病患之基本資料

變項	透析病患(N=797)	
	N	百分比(%)
性別		
男	333	41.78
女	464	58.22
年齡		
≤44 歲	173	21.71
45 歲-54 歲	167	20.95
55 歲-64 歲	201	25.22
65 歲-74 歲	176	22.08
≥75 歲	80	10.04
抽煙習慣		
無	681	85.45
有	61	7.65
戒煙	55	6.9
喝酒習慣		
無	694	87.08
有	83	10.41
戒酒	20	2.51
透析方式		
血液透析	322	40.4
腹膜透析	475	59.6
糖尿病		
有	337	42.28
無	460	57.72
高血壓		
有	638	80.05
無	159	19.95
肝硬化		
有	21	2.63
無	776	97.37
心血管疾病		
有	358	44.92
無	439	55.08
存活情形		
存活	499	62.61
死亡	172	21.58
失去追蹤	126	15.81

表 AA-12 透析機構病患存活情形之雙變項分析

變項	死亡		存活		失去追蹤		P 值
	N=172	%	N=499	%	N=126	%	
性別							
男	66	38.37	211	42.28	56	44.44	0.5376
女	106	61.63	288	57.72	70	55.56	
年齡							
≤44 歲	10	5.81	135	27.05	28	22.22	<.0001
45 歲-54 歲	26	15.12	113	22.65	28	22.22	
55 歲-64 歲	45	26.16	120	24.05	36	28.57	
65 歲-74 歲	60	34.88	89	17.84	27	21.43	
≥75 歲	31	18.02	42	8.42	7	5.56	
抽煙習慣							
無	142	82.56	436	87.37	103	81.75	0.1207
有	12	6.98	35	7.01	14	11.11	
戒煙	18	10.47	28	5.61	9	7.14	
喝酒習慣							
無	147	85.47	444	88.98	103	81.75	0.0225
有	24	13.95	40	8.02	19	15.08	
戒酒	1	0.58	15	3.01	4	3.17	
透析方式							
血液透析	47	27.33	246	49.3	29	23.02	<.0001
腹膜透析	125	72.67	253	50.7	97	76.98	
糖尿病							
有	106	61.63	190	38.08	41	32.54	<.0001
無	66	38.37	309	61.92	85	67.46	
高血壓							
有	139	80.81	403	80.76	96	76.19	0.4975
無	33	19.19	96	19.24	30	23.81	
肝硬化							
有	3	1.74	15	3.01	3	2.38	0.6599
無	169	98.26	484	96.99	123	97.62	
心血管疾病							
有	98	56.98	213	42.69	47	37.3	0.0009
無	74	43.02	286	57.31	79	62.7	

表 BB-1 目前接洽進度

醫療院所	接洽進度		
	接洽中	已送件申請 IRB	收案中
臺大醫院			○
署立桃園醫院			○
花蓮門諾醫院	○		
花蓮慈濟醫院			○
成大醫院	○		
奇美醫院		○	
基隆長庚醫院		○	
署立金門醫院			○
台中榮總	○		
高雄市腎臟關懷協會 *	○		
中華器官捐贈協會*	○		
基隆腎友協會*			○
桃園腎友協會*			○

*為不需申請 IRB 者，謹申請書面同意。

表 BB-2 腎臟移植病患基本資料

項目(n=250)	人數	百分比
性別		
男	129	54%
女	121	46%
年齡		
20≤~<45 歲	28	8%
45≤~<65 歲	130	49%
65≤~<75 歲	92	43%
教育程度		
國小/小學	14	7%
國中/初中	81	37%
高中/高職	114	35%
大專/大學	41	22%
一年內有工作者		
有	153	61%
無	97	39%
有抽菸習慣		
有	85	34%
無	165	66%
有喝酒習慣		
有	67	27%
無	183	73%
共存疾病		
高血脂	45	18%
高血壓	73	29%
糖尿病	52	21%
腎臟移植距今多久		
0~1 年	2	1%
1~2 年	34	14%
2~3 年	46	18%
3~4 年	56	22%
4~5 年	54	22%
5~6 年	37	15%
6~7 年	19	8%
7~8 年	2	1%

資料來源：本研究整理。

表 BB-3 腎臟移植病患生活品質統計數據

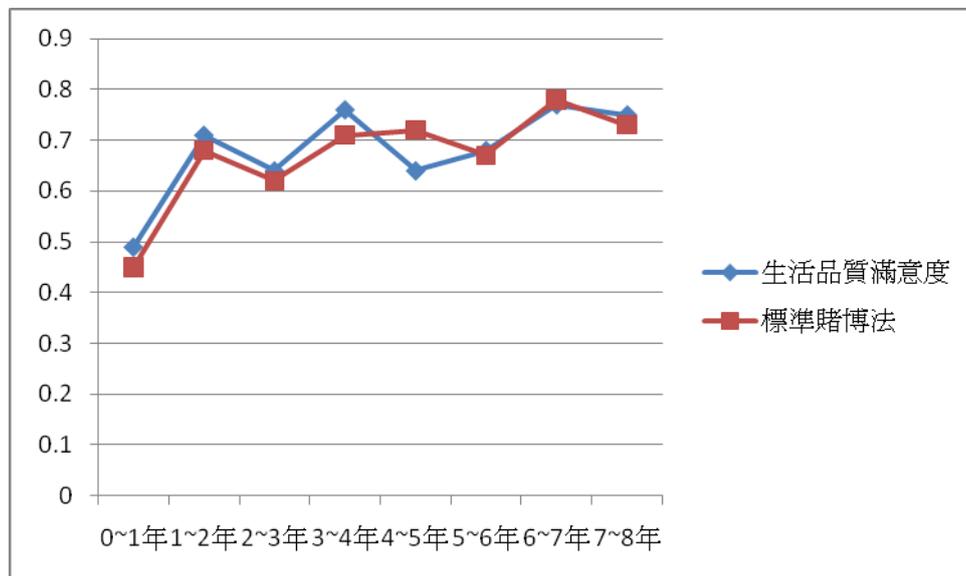
衡量項目(n=250)	平均數	標準差
健康	3.46	0.83
所接受的整體醫療照顧	4.56	0.91
身體疼痛	3.44	0.92
移植的腎臟	3.46	0.94
應付日常生活的體力	4.53	1.05
有能力照顧自己，不需要別人協助	3.22	0.96
掌控自己生活的程度	3.97	0.90
如自己所願，活下來的機會	4.51	1.04
性生活	3.44	1.09
子女	4.22	0.84
家庭的快樂幸福	4.81	0.89
家人的健康	3.47	1.08
配偶、愛人或親密伴侶	4.62	0.88
朋友	3.22	0.91
來自家人的情緒支持	4.59	0.66
來自家人以外的情緒支持	3.39	1.13
負擔家庭責任的能力	4.41	0.98
幫助別人的能力	3.56	0.98
生活中的憂慮程度	2.54	0.94
您的左鄰右舍	3.46	0.78
所居住的房子（或公寓）	4.47	1.03
工作（現有工作的受測者）	3.12	0.86
沒有工作（現無工作的受測者）	3.76	0.91
教育程度	4.71	0.98
能滿足目前經濟狀況的程度	4.48	0.89
做您覺得有趣的事	3.47	0.88
擁有美好快樂的未來	3.87	0.86
平靜的心	3.31	1.00
宗教信仰	3.56	0.77
達到個人的目標	4.51	0.76
整體生活的快樂程度	4.35	0.72
整體而言，對自己生活的感受	2.77	1.22
對自己外表的感受	3.65	0.83
整體而言，對自己的滿意度	4.57	0.97
因為腎臟移植或等待移植，生活上必須做的改變	3.87	0.91

資料來源：本研究整理

表 BB-4 由生活品質問卷分析生活品質滿意度結果

腎臟移植距今多久(N=250)	生活品質滿意度
0~1 年	0.49
1~2 年	0.71
2~3 年	0.64
3~4 年	0.76
4~5 年	0.64
5~6 年	0.68
6~7 年	0.77
7~8 年	0.75

資料來源：本研究整理。



資料來源：本研究整理

圖 BB-1 由生活品質問卷與標準賭博法分析生活品質滿意度

表 BB-5 信度分析結果

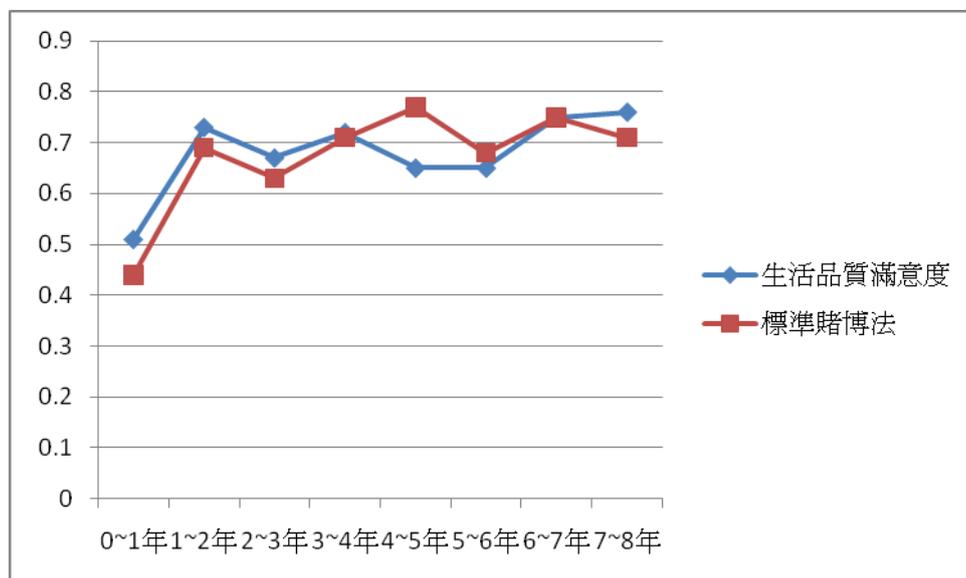
主要變數	衡量項目	Cronbach's α
生理	健康	0.7433
	所接受的整體醫療照顧	
	身體疼痛	
	移植的腎臟	
	應付日常生活的體力	
	有能力照顧自己，不需要別人協助	
	掌控自己生活的程度	
	如自己所願，活下來的機會	
	性生活	
心理	子女	0.7048
	家庭的快樂幸福	
	家人的健康	
	配偶、愛人或親密伴侶	
	朋友	
獨立	來自家人的情緒支持	0.7166
	來自家人以外的情緒支持	
	負擔家庭責任的能力	
	幫助別人的能力	
	生活中的憂慮程度	
環境/社會	您的左鄰右舍	0.7402
	所居住的房子（或公寓）	
	工作（現有工作的受測者）	
	沒有工作（現無工作的受測者）	
	教育程度	
	能滿足目前經濟狀況的程度	
靈性	做您覺得有趣的事	0.8351
	擁有美好快樂的未來	
	平靜的心	
	宗教信仰	
整體層面	達到個人的目標	0.8694
	整體生活的快樂程度	
	整體而言，對自己生活的感受	
	對自己外表的感受	
	整體而言，對自己的滿意度	
	因為腎臟移植或等待移植，生活上必須做的改變	

資料來源：本研究整理。

表 BB-6 標準賭博法分析結果

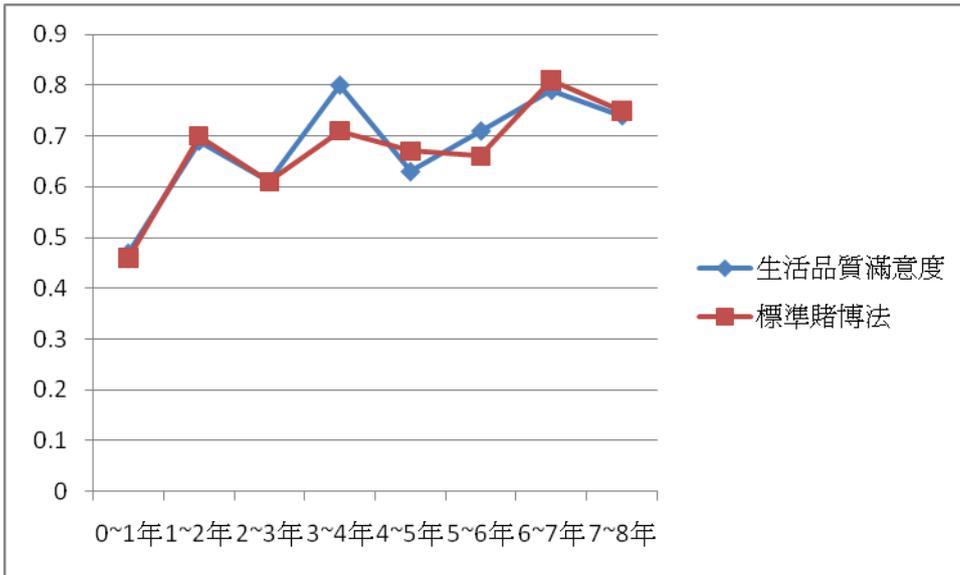
腎臟移植距今多久(N=250)	生活品質滿意度
0~1 年	0.45
1~2 年	0.68
2~3 年	0.62
3~4 年	0.71
4~5 年	0.72
5~6 年	0.67
6~7 年	0.78
7~8 年	0.73

資料來源：本研究整理。



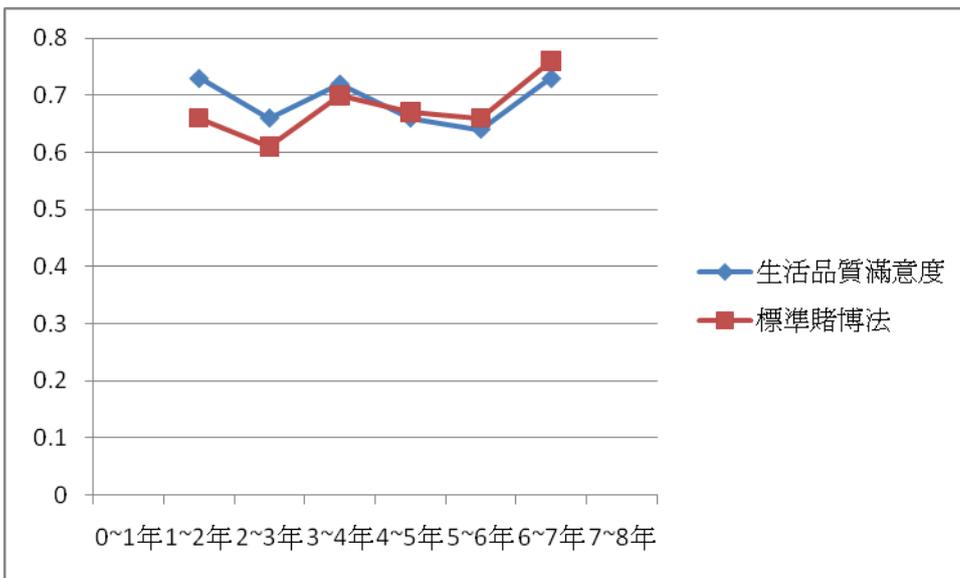
資料來源：本研究整理

圖 BB-2 男性腎移植病患(n=129)之生活滿意度



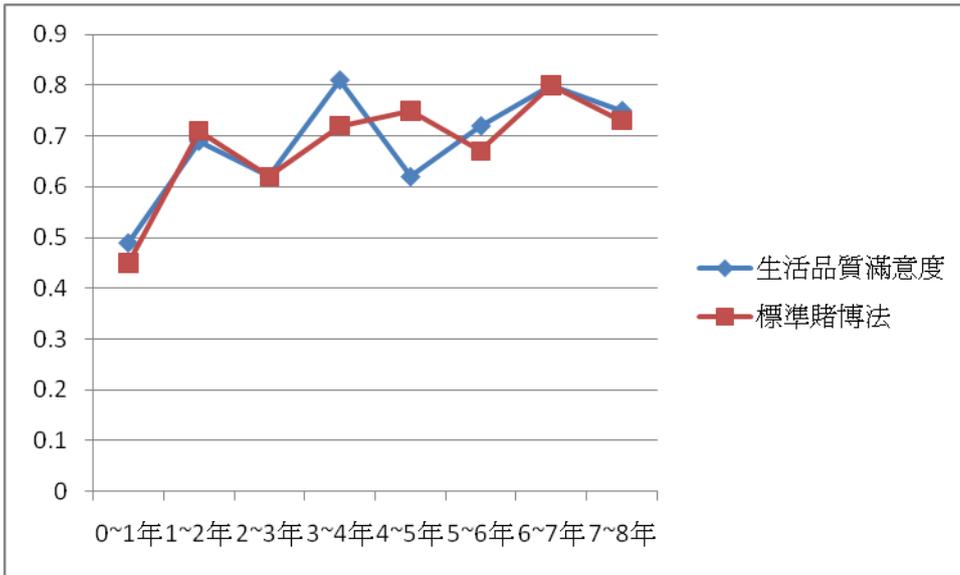
資料來源：本研究整理

圖 BB-3 女性腎移植病患(n=121)之生活滿意度



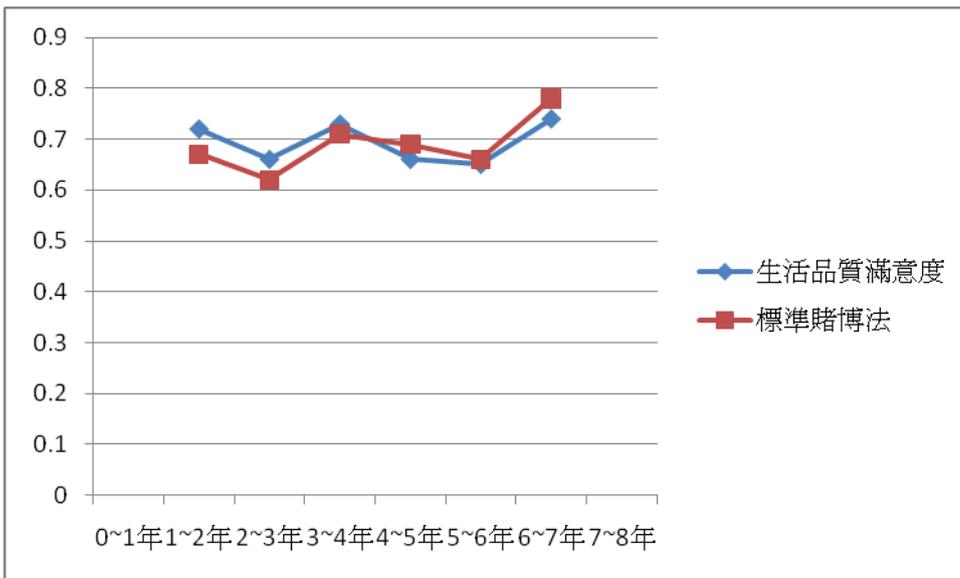
資料來源：本研究整理

圖 BB-4 20 至 44 歲腎移植病患(n=28)之生活滿意度



資料來源：本研究整理

圖 BB-5 45 至 64 歲腎移植病患(n=130)之生活滿意度



資料來源：本研究整理

圖 BB-6 65 至 75 歲腎移植病患(n=92)之生活滿意度

第五章 討論

第一節 慢性腎臟病各分期醫療利用

本年度的研究重點，在於探討影響慢性腎臟病各分期醫療費用的相關因素。經本研究以成人預防保健檢查單之資料串連健保資料後，在控制其他變項的情形下，慢性腎臟病分期、年齡、性別、BMI、主要照護機構的權屬別、層級別、民眾的投保區域、投保金額、共病嚴重度 CCI、領有重大傷病、罹患糖尿病、心血管疾病、高血壓、高血脂、慢性阻塞性肺病、B 肝、C 肝、肝炎與癌症皆顯著影響慢性腎臟病患的醫療費用。

而在本年度的研究結果中，在控制慢性腎臟病嚴重度與其他變項下，女性的醫療費用顯著高於男性、年齡越大者，其醫療費用亦顯著較高；這樣的結果與本研究在前一年度有關慢性腎臟病患不分期別的 GEE 模式所得的結果一致。而除上述年齡、性別外，主要就醫層級、共病嚴重度、有無糖尿病、心血管疾病、慢性阻塞性肺病對慢性腎臟病患醫療費用的影響皆與 98 年度不分期別的分析結果一致。

此外，不論是本年度的研究結果或 98 年度的研究結果皆顯示，投保於高高屏地區、南區與東區的民眾，其醫療費用皆顯著高於投保於台北分局的民眾。雖然這樣的結果在過去許多的研究或討論中皆有相似的結論，但其原因一直未能有定論，是否真因南部地區的地下電台賣藥問題嚴重而造成其慢性腎臟病患的醫療費用較高，抑或有其他因素？因此本研究試圖以國家衛生研究院所發行之全國百萬人承保抽樣歸人檔 2005 年的就醫資料進行醫療費用與投保地區間的差異，結果投保於南區分局的民眾其總醫療費用為投保於台北分局民眾的 0.87 倍，投保於中區分局的民眾為台北分局的 1.14 倍，投保於南區分局的為台北分局的 1.08 倍，投保於高高屏地區地區的為台北分局的 1.16 倍，投保於東區分局的為台北分局的 1.16 倍；這樣的結果與本研究表 AA-5 未校正其他因素前(unadjusted)的結果類似，因此本研究推論，在表 AA-5 控制其他變項後，因區域別不同造成的醫療費用的差異，可能不單純是因為南部與東部地區的慢性腎臟病患醫療費用較高，很有可能這樣的費用差異，根本上是南部與東部地區民眾的健康較台北區域的民眾差或者是因為南部、東部的依附人口(老年人、幼童)較多，造成其醫療費用較高。

但在代表慢性腎臟病患的經濟狀況的投保金額部分，本年度的結果顯示，在控制其他變項的情形下，投保金額在 45,801 元以上的族群相對於最低投保薪資 17,280 元以下的族群，其醫療費用已沒有顯著的差異；而在 98

年度不分期的分析中，投保金額越高者，其醫療費用相對較低，兩項結果略有差異。本研究同樣以全國一百萬人抽樣歸入檔進行投保薪資與醫療費用進行分析，結果顯示投保金額越高，其醫療費用相對 17,280 元以下者，其醫療費用顯著較低，與本研究針對慢性腎臟病患所做的結果有些微不同，因此就慢性腎臟病患而言，其醫療費用很可能在投保薪資 45,800 元以下，會有顯著的影響。

本研究於表 AA-5 所呈現的是將所有慢性腎臟病患進行醫療費用的分析比較；但若想進一步瞭解慢性腎臟病各分期對醫療費用的影響因素，本研究另行整理表 AA-13，彙整了各分期慢性腎臟病患影響醫療費用的相關因素，結果顯示，性別只在 Stage1、2 對醫療費用有顯著影響，其他期別皆無顯著差異。Stage2、3 的 CKD 病患中，75 歲以上族群、65~74 歲相較於 54 歲以下族群，其醫療費用顯著較高，但 stage5 的 75 歲以上族群，其醫療費用相較 54 歲以下族群，則顯著較低。另外有關投保區域別的部分，Stage2、3 的 CKD 病患，其結果與控制其他變項下，投保地區對醫療費用的影響是一致的；比較特別的是在中區分局 Stage1、5 病患，其較在台北分局者，醫療費用顯著較低。

在慢性腎臟病患罹患其他慢性病對醫療費用的部分，是否罹患糖尿病、慢性阻塞性肺病、B 肝、C 肝、肝炎與癌症，對 Stage1 的 CKD 病患而言並不會直接影響其醫療費用。而到了 CKD Stage5 的情形時，僅剩下罹患心血管疾病對其醫療費用有顯著的正向影響了。

由於本研究於全程總計畫的目標中，主要擬提出慢性腎臟病的給付方案，因此本研究依不同 CKD 嚴重度探討其影響醫療費用的相關因素，以作為下一階段擬定給付方案的參考。

表 AA-13 2005 年 CKD 各分期病患醫療費用複迴歸分析彙整摘要表

變項	慢性腎臟病患					
	Stage1~5	Stage 1	Stage 2	Stage 3	Stage 4	Stage 5
慢性腎臟病分期						
stage 1 (參考組)						
stage 2	+					
stage 3	+ **					
stage 4	+ **					
stage 5	+ **					

性別						
女(參考組)						
男	- **	- *	- **	-	+	+

年齡						
40-54 歲(參考組)						
55-64 歲	+ **	-	+ *	+	+	-
65-74 歲	+ **	-	+ **	+ *	+	-
75 歲以上	+ **	-	+ **	+ **	+	- *

BMI						
正常(參考組)						
過輕($0 \leq \text{BMI} \leq 18.4$)	- *	-	-	-	-	+
過重($24.0 \leq \text{BMI} \leq 26.9$)	+ *	-	+ *	+	-	+
肥胖($\text{BMI} \geq 27.0$)	+ *	-	+ *	+ *	-	+

權屬別						
公立(參考組)						
私立	-	+	-	+ *	+	-
財團法人	+ *	+	+	+ *	+	-

主要醫院層級						
醫學中心(參考組)						
區域醫院	- **	-	- **	- **	-	-
地區醫院	- **	-	- **	- **	-	-
診所	- **	-	- **	- **	-	-

區域別(健保分區)						
台北分局(參考組)						
北區分局	+		+	+	+	-
中區分局	+ **	- *	+ **	+ **	+ *	- *
南區分局	+ **	+	+ *	+ *	+	-
高屏分局	+ **	+	+ **	+ **	+	-
東區分局	+ **	+	+ **	+ *	+	+

表 AA-13 2005 年 CKD 各分期病患醫療費用複迴歸分析彙整摘要表(續)

變項	慢性腎臟病患					
	Stage1~5	Stage 1	Stage 2	Stage 3	Stage 4	Stage 5
投保金額		-				
17280 元以下(參考組)				-		
17281-22800 元	- **	+	- **	- *	- *	+
22801-28800 元	- *	+	- *	-	-	+
28801-36300 元	- **	+	- *	- *	-	-
36301-45800 元	- *	-	-	-	-	-
45801-57800 元	-	+	-	-	-	+
57801-72800 元	-	+	-	-	-	
72801 元以上	-	+	-	+	+	

CCI						
0 分(參考組)						
1 分	+ **	+ *	+ **	+ **	+	+
2 分	+ **	+ *	+ **	+ **	+ *	+
3 分以上	+ **	+ *	+ **	+ **	+ **	+ *

重大傷病者	+ **	+ *	+ **	+ **	+	+
糖尿病	+ **	+	+ **	+ **	+ *	-
心血管疾病	+ **	+ **	+ **	+ **	+ *	+ *
高血壓	+ **	+ **	+ **	+ **	+ **	+
高血脂	+ **	+ *	+ **	+ **	+ *	+
慢性阻塞性肺病	+ **	+	+ *	+ **	+ *	+
B 肝	+ *	+	+ **	+	+	-
C 肝	+ **	-	+ **	+ *	+	+
肝炎	+ **	+	+ **	+ **	+	+
癌症	+ **	+	+ **	+	+	-

註：*P<0.05，**P<0.001

第二節 影響腎功能惡化的相關因素

國內過去的研究鮮少探討影響慢性腎臟病病程轉變或惡化的相關因素，然而就公共衛生預防保健的立場以及節省醫療費用、提升全民健康的立場而言，若能瞭解影響慢性腎臟病病程轉變或病程惡化的相關因素，並儘早針對影響惡化的危險因子進行預防，將可延緩慢性腎臟病病程惡化。因此本研究透過收集歷年來於某健康檢查中心的健康檢查資料，分析影響慢性腎臟病惡化的相關因素。

在本研究中，影響慢性腎臟病腎功能惡化的危險因子包括女性、年齡越大、罹患高血壓、肝炎以及實驗室檢查中的血紅素較低、空腹血糖、尿素氮、三酸甘油酯較高、血中鈣質較低者，皆是慢性腎臟病腎功能惡化的危險因子。

國外的研究中指出，慢性腎臟病惡化的危險因子包括高血壓(Hunsicker et al., 1997)、高血脂(Hunsicker et al., 1997；Syrjanen et al., 2000)、貧血(Kenane et al., 2006；Ravani et al., 2005)、心血管疾病(McClellan et al., 2004)、抽煙(Orth et al., 2005；Orth et al., 2002；Orth et al., 1998；Regalado et al., 2000；Stengel et al., 2003；Ward et al., 1992)、肥胖(Wolf et al., 2003；Chen et al., 2004)等，與本研究結果慢性腎臟病惡化的危險因子高血壓、肝炎等不盡相同，但本研究中亦指出血紅素越低，慢性腎臟病腎功能惡化比例越高，與國外研究指出貧血為惡化的危險因子，似乎有其共同之處。

此外在 Yamagata 等人在 2007 年發表的研究中抽煙、喝酒、葡萄糖耐受不良、肥胖、血壓、糖尿病、高密度膽固醇、三酸甘油酯等對 CKD 疾病的發展亦有顯著的影響；其中有多項為評估代謝症候群的診斷標準。而本研究僅針對是否為代謝症候群放入分析，而未將其診斷標準放入，雖然就其是否罹患代謝症候群對腎功能惡化並無顯著影響，但就實驗室的空腹血糖、三酸甘油酯等亦有顯著的影響，兩篇研究亦又相似的結果。

在國外的研究中，抽煙、喝酒對於慢性腎臟病皆有其相關性(Yamagata et al., 2007；Shankar et al., 2006)，然而在本研究中，抽煙、喝酒對慢性腎臟病腎功能的惡化並無顯著的影響，其原因仍有待後續繼續分析研究。

對照本研究於影響慢性腎臟病醫療費用的相關因素，以及影響腎功能惡化的危險因子，不難發現、高血壓、高血脂、糖尿病、肝炎等疾病對於醫療費用與腎功能的惡化皆有不良的影響，因此未來除了避免慢性腎臟病

患罹患上述慢性病外，更應加強整合性照護避免上述病患罹患慢性腎臟病，而加速疾病的惡化，更增加了醫療費用的支出。

第六章 結論與建議

第一節 結論

影響慢性腎臟病病患醫療利用的相關因素，包括慢性腎臟病分期、年齡、性別、BMI、主要照護機構的權屬別、層級別、民眾的投保區域、投保金額、共病嚴重度 CCI、領有重大傷病、罹患糖尿病、心血管疾病、高血壓、高血脂、慢性阻塞性肺病、B 肝、C 肝、肝炎與癌症皆顯著影響慢性腎臟病患的醫療費用。

另外，影響慢性腎臟病腎功能惡化的危險因子包括女性、年齡越大、罹患高血壓、肝炎以及實驗室檢查中的血紅素較低、空腹血糖、尿素氮、三酸甘油脂較高、血中鈣質較低者，可能皆是慢性腎臟病腎功能惡化的危險因子。

因此有效控制上述危險因子的產生，對於延緩腎功能惡化將有極大的幫助。此外，對照本研究分析影響慢性腎臟病醫療費用的相關因素，有關糖尿病、心血管疾病、高血壓、高血脂、肝炎等慢性病，對醫療費用有極大的影響，因此，若能有效避免慢性腎臟病患或一般民眾罹患上述疾病，不但對於民眾健康有所助益，也可節省醫療費用的支出。

參考文獻

1. Andersen R. Research series No.25. Chicago, IL: Center for Health Administration Studies.” Behavior Model of families’ use of health services.,1968. University of Chicago.
2. Anonymous. Hospitalization for dialysis patient. American Journal of Kidney Diseases 1991; 18(5): 74-78.
3. Ardine de Wit, Paul G. Ramsteijn, Frank Th de Charro. Economic Evaluation of End Stage Renal Disease Treatment, Health Policy 1998; 44: 215-32.
4. Arora JP, Kausz AT, Obrador GT, Ruthazer R, Khan S, Jenuleson CS, et al. Hospital utilization among chronic dialysis patient. Journal of The American Society of Nephrology 2000; 11(4): 740-46.
5. Charra B, Calemard E, Ruffet M. Survival as an index of adequacy of dialysis. Kidney International 1991; 41: 1286-1291.
6. Charra B, Laurent G. Long hemodialysis: The key to survival? In E. Brown, & P. Parfrey (Eds.), Complications of long-term dialysis (pp. 229-256). Oxford: Oxford University Press.1999
7. Chen J, Muntner P, Hamm LL et al. The metabolic syndrome and chronic kidney disease in US adults. Ann Intern Med 2004; 140:167-74.
8. Chern JY, Louis F. Rossiter, Thomas T. H. Wan. Examining The Real Effect of Prior Utilization on Subsequent Utilization, Research in the Society of Health Care 2000; (17): 237-49.
9. Clase CM, Garg AX, Kiberd BA. Prevalence of low glomerular filtration rate in nondiabetic Americans: Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). Journal of The American Society of Nephrology 2002; 13(5): 1338-49.
10. Culyer AJ, Meads A. The United Kingdom : Effective, Efficient ,

- Equitable?. *Journal of Health Politics Policy and Law* 1992; 17(4): 667-87.
11. Davis K. Implications of an Expanding Supply of Physicians : Evidence From a Cross-Sectional Analysis. *The Journal Hopkins Medical Journal* 1982; 150(2): 55-64.
 12. De Vecchi, Dratwa M, Weidemann ME. Healthcare Systems and End-Stage Renal Disease (ESRD) Therapies- An International Review: Costs and Reimbursement/Funding of ESRD Therapies, *Nephrology of Dialysis and Transplantation* 1999;14(6): 31-41.
 13. Gotch F A, Sargent J A. A mechanistic analysis of the National Cooperative Dialysis Study (NCDS). *Kidney International* 1985; 28: 526-536.
 14. Greenfield S, Sullivan L, Rebecca A, Silliman. Principles and Practice of Case Mix Adjustment, Applications to End-Stage Renal Disease, *American Journal of Kidney Disease* 1994; 24: 298-307.
 15. Hunsicker LG, Adler S, Caggiula A et al. Predictors of the progression of renal disease in the Modification of Diet in Renal Disease Study. *Kidney Int* 1997; 51:1908-19.
 16. Jonathan Howland, Joseph Stokes, Stephen C. Crane. Adjusting Capitation using Chronic Disease Risk Factors: A Preliminary Study, *Health Care Financing Review* 1987; 9: 15-23.
 17. Keane WF, Zhang Z, Lyle PA et al. Risk scores for predicting outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy: The RENAAL Study. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006; 1:761-7.
 18. Keown PA, Balshaw R, Krueger H, Baladi JF. Economic analysis of basiliximab in renal transplantation. *Transplantation*. 2001 ; 71(11): 1573-1579.
 19. Laupacis A, Keown P, Pus N, Krueger H, Ferguson B, Wong C, Muirhead N. A study of the quality of life and cost-utility of renal

- transplantation. *Kidney International* 1996; 50(1): 235-242.
20. Matas AJ, Gillingham KJ, Elick BA, Dunn DL, Gmessner RWG, Payne WD, Sutherland DER, Najarian JS. Risk factors for prolonged hospitalization after kidney transplants. *Clinical transplantation* 1997; 11: 259-264.
 21. McClellan WM, Langston RD, Presley R. Medicare patients with cardiovascular disease have a high prevalence of chronic kidney disease and a high rate of progression to endstage renal disease. *J Am Soc Nephrol* 2004; 15:1912-9.
 22. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. *American Journal of Kidney Diseases* 2002; 39(2 Suppl. 1): 46-75.
 23. Neylan JF, Sullivan EM, Steinwald B, Goss TF. Assessment of the frequency and costs of posttransplantation hospitalizations in patients receiving tacrolimus versus cyclosporine. *Am J Kidney Dis.* 1998 ; 32(5): 770-777.
 24. Orth SR, Schroeder T, Ritz E, Ferrari P. Effects of smoking on renal function in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20:2414-9.
 25. Orth SR, Stockmann A, Conradt C et al. Smoking as a risk factor for end-stage renal failure in men with primary renal disease. *Kidney Int* 1998; 54:926-31.
 26. Orth SR.: Smoking and the kidney. *J Am Soc Nephrol* 2002; 13(6):1663-72
 27. progression to dialysis and death in patients with chronic kidney disease: a competing risks modeling approach. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16:2449-55.
 28. Ravani P, Tripepi G, Malberti F et al. Asymmetrical dimethylarginine predicts

29. Regalado M, Yang S, Wesson DE. Cigarette smoking is associated with augmented progression of renal insufficiency in severe essential hypertension. *Am J Kidney Dis* 2000; 35:687-94.
30. Rocco MV, Soucie JM, Reboussin DM, McClellan W. Risk factors for hospital utilization in chronic dialysis patients. *Journal of The American Society of Nephrology* 1996; 7:889–896.
31. Rodgers J, Smith KE, Washington DC. Is There Biased Selection in Medicare HMOs? Health Policy Economics Group, Price Waterhouse LLP 1996.
32. Roemer MI. Bed supply and Hospital Utilization : A National Experiment. *Hospitals* 1961; 35: 36-42.
33. Rushing WA. The Supply of Physicians and Expenditure for Health Service with Implications for the Coming Physician Surplus. *Journal of Health & Social Behavior* 1985; 26(4): 297-311.
34. Shankar A, Klein R, Klein BEK. The Association among Smoking, Heavy Drinking, and Chronic Kidney Disease .*Am J Epidemiology* 2006; 164(3):263-271.
35. Sosa-Guerrero, S., Gomez, N.J. (1997). Dealing with end-stage renal disease. *AJN, American Journal of Nursing* [Online], Available: <http://www.nursingcenter.com/ce/test/article.cfm?id=CDFE00E0%2D11D3%2D> [2001, February 23].
36. Stengel B, Tarver-Carr ME, Powe NR, Eberhardt MS, Brancati FL. Lifestyle factors, obesity and the risk of chronic kidney disease. *Epidemiology* 2003; 14(4):479-87.
37. Syrjanen J, Mustonen J, Pasternack A. Hypertriglyceridaemia and hyperuricaemia are risk factors for progression of IgA nephropathy. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15:34-42.
38. Tediosi F, Bertolini G, parazzini F. Cost Analysis of Dialysis Modalities in Italy, *Health Services Management Research* 2001;

- 14:9-17.
39. Tussing AD, Wojtowycz MA. Physician-induced demand by Irish GPs. *Social Science & Medicine* 1986; 23(9): 851-860.
URL: <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/死因摘要/94年/表1.xls>
 40. USRDS (US renal Data system). 2009 Annual Data Report.2009.
 41. Van Vliet, Van de Ven. Capitation Payments Based on Prior Hospitalizations. *Health Economics* 1993; 2: 177-188.
 42. Ward MM, Studenski S. Clinical prognostic factors in lupus nephritis. The importance of hypertension and smoking. *Arch Intern Med* 1992; 152:2082-88.
 43. Wolf G. After all those fat years: renal consequences of obesity. *Nephrol Dial Transplant* 2003; 18:2471-74.
 44. Yamagata K, Ishida K, Sairenchi T, Takahashi H, Ohba S, Shiigai T, Narita M , Koyama A. Risk factors for chronic kidney disease in a community-based population: a 10-year follow-up study. *KidneyInternational* 2007; 71: 159–166.
 45. 王柏文：總額預算制度對透析病人醫療資源利用之影響。臺灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，2004。
 46. 王淑娟：血液透析與腹膜透析之選擇。腎臟與透析 1989；1(3)：30-39。
 47. 台灣腎臟醫學會。URL:<http://www.tsn.org.tw/>，2005。
 48. 朱益宏：全民健保長期洗腎病人論人計酬可行性之初探。陽明大學醫務管理研究所碩士論文，1999。
 49. 吳志仁：血液透析治療。馬偕院訊 2001；21：43-45。
 50. 李文欽、張舜智、黃忠餘：慢性腎臟病防治的共識與準則。腎臟與透析 2006；18(2)：93-98。
 51. 杜瑜：腎炎、尿毒症治療保健事典。華文網股份有限公司，2001。

52. 林忠強、陳逸洲：居家血液透析。腎臟與透析 2005；17(4)：198-201。
53. 邱哲怡、鐘文冠：糖尿病併發症的治療。中華民國血液淨化醫學會雜誌 1995；4(4)：179-185。
54. 洪堯民：台灣地區腎臟移植患者的住院醫療服務利用與醫療品質。高雄醫學大學健康科學院公共衛生研究所醫務管理在職專班碩士論文，2005。
55. 高芷華、洪冠予：末期腎病變與血液透析。當代醫學 1999；26(5)：400-1。
56. 張旭宏、楊垂勳：糖尿病與血液透析。腎臟與透析 1999；11(4)：179-186。
57. 張宏名、董和銳：中老年人自費健康檢查之利用行為及其相關因素探討。台灣老人保健學刊 2008；4(2)：88-109。
58. 張碧玉：影響末期腎臟疾病患者血液透析醫療費用之風險因子探討。高雄醫學大學健康科學院公共衛生學研究所碩士論文，2001。
59. 郭旭崇、林堯彬：減緩腎臟功能惡化的治療。臨床醫學 2007；59：439-45
60. 陳皇仲、張斐綾、盧瑞芬、朱岳喬、蔡文鐘、石琳娜、劉耀宗、鄧復旦：全民健保部分負擔政策對醫院復健科門診醫療使用的影響。台灣復健醫學雜誌2006；34(2)：73-80。
61. 陳振文：血液透析治療效果評估。中華民國腎臟醫學會第十三梯次血液透析訓練班教材，1998。
62. 陳漢湘：慢性腎衰竭。中華民國腎臟醫學會第十三梯次血液透析訓練班教材，1998。
63. 黃智英、楊郁：慢性腎臟病衛教簡介。臺灣腎臟護理學會雜誌

- 2004；3(2)：81-87。
64. 楊五常、黃尚志、陳永銘：九十年年度臺灣地區慢性腎衰竭登錄系統及照護品質指標。Nephrologica 2004；18 Supplement(1)。
 65. 楊志良、洪碧蘭：健保支付與醫界生態關係之初探。醫院雜誌 1998；31(6)：41-60。
 66. 劉紹毅：適當透析—多少透析劑量方足夠？腎臟與透析 1989；1(3)：55-8。
 67. 劉嘉年：社會經濟狀況、一般健康狀態、健康行為與社區成年民眾憂鬱情緒的關係。台灣衛誌 2009；28(4)：300-311。
 68. 蔡文正、阮金祥、龔佩珍等：供給誘導需求對西醫門診醫療費用之影響。國科會八十九年度專題研究計劃成果報告，2001。
 69. 蔡文正、龔佩珍、楊志良、江怡如：CT及MRI醫療利用與影響費用因素。台灣公共衛生雜誌 2005；24(6)：529-38。
 70. 蔡文正、龔佩珍：中醫醫療利用成長與醫師數增加之關係。中華衛誌 2001，21(3)：1-11。
 71. 蔡文正：影響洗腎醫療費用上漲及醫療品質之相關因素探討。國科會九十年年度專題研究計劃成果報告，2002。
 72. 衛生署：全民健康保險統計動向，2010。
URL:<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/全民健康保險統計動向/2008.htm>
 73. 鄭弘美、溫敏杰、周慧玲、李婉瑜、晨瑩：利用健保申報資料探討糖尿病住院醫療照護。內科學誌 2005；16(3)：121-8。
 74. 鄭宛宜：以作業基礎成本制之理念探討居家護理成本。國立台北護理學院長期照護研究所碩士論文，2004。
 75. 鄭振廷：末期腎臟疾病病患定期血液透析醫療費用分析研究。國

立陽明大學 醫務管理研究所碩士論文，2002。

76. 謝啟瑞：台灣醫療保健支出成長原因得探討。人文及社會科學集刊 1998；10(1)：1-32。
77. 羅紀瓊：人口老化對醫療支出的影響：臺灣的實證研究。經濟論文 1991；19(1)：107-33。

第二部：子計畫 4-2

建構國人腎臟移植醫療衛生制度

第一章 緒論

本子計畫主要著重腎臟移植制度之研擬與政策規劃，首先利用健保資料庫及訪查以分析國人腎臟移植之現況，並藉由問卷與訪談瞭解民眾、家屬和醫事照護人員對腎臟移植需求與看法。同時蒐集與深度分析國內外對於腎臟移植的倫理與衛生政策相關議題，以提出適合國情之制度建議方案。

本子計畫在第一期已彙整與分析各國相關法令與文獻，針對不同器官勸募政策之研究，初步提出「弱家屬參與式強制抉擇政策」為更合乎倫理之要求。同時運用健保資料庫分析台灣地區過去與現在腎臟移植的現況，發現境外移植不管在存活率(分年齡層後)以及手術後兩年內的花費和境內並沒有差異。因此以境外移植結果較差或者是術後花費較多來告訴民眾減少前往境外移植似乎不是一個能夠說服的理由。同時透過質性訪談民眾、病患、家屬、護士、醫師五大族群，其對器官捐贈與腎臟移植的看法，可歸納成三大問題，包括：一、民眾對器官捐贈的認知不足；二、傳統觀念的束縛與對器官捐贈的顧忌；三、政策面的問題；並設計問卷調查五大族群的共回收問卷總數為 385 份。

在第二期將延續第一期的研究，重點分析「器官勸募制度、活體器官補助/補償及社會福利、屍體器官補助/補償、鼓勵簽卡之社會福利、有/無關係活體捐贈者、指定捐贈、器官交易、無心跳捐贈、境外移植」等各項捐贈制度的倫理法律社會議題。並於倫理審視後，邀請器官移植專家、醫學倫理學者、法律學者、社會風險管理專家共同研擬器官移植制度建議。另外對於五大族群持續進行量性問卷調查，以了解五大族群是否願意捐贈腎臟之相關因素。

再進一步透過全國性抽樣電話訪談，調查我國社會公眾對於器官捐贈政策草案之倫理、政策發展、風險等感知。最後根據文獻考察、社會調查與專家會議的結果，針對上述議題擬定法令政策規範之建議，以供未來相關法令政策修訂之參考。

第一節 研究背景與動機

慢性腎臟疾病之高發生率與盛行率對國人健康已造成威脅，伴隨而來的龐大醫療費用更是不容小覷；慢性腎臟病發展至後期需要洗腎，根據衛生署統計 2008 年台灣洗腎人口 56000 人，佔加保人口（2.43/1000），可是 2008 年洗腎費用已高達 330 億，佔健保費用 4400 億的 7.5%，這些病人常因合併症必須住院，而有將近 11% 的健保總額費用被使用在尿毒症病人的醫療費用與不得不用醫療耗材(黃尚志，自由時報 2008.02.03)。97 年 3 月，健保局已統計過一位尿毒症洗腎病人 1 年要花 65 萬元，一位換腎病人術後 1 年的抗排斥醫藥費用則為 11 萬元。因此，對健保財務造成極大負擔；而腎臟移植是目前治療末期腎臟病最好的方法。

當前移植技術進步，慢性腎臟病最佳的治療方式即為腎臟移植。但移植器官供求不均，長期以來都一直困擾著許多國家，學者們亦紛紛探討影響捐贈率的因素與促進捐贈的對策。在台灣的社會中亦是同樣存在著器官短缺的問題，根據財團法人器官捐贈移植登錄中心統計，目前國內截至 100/01/19 止，約有 7,046 人在等待器官進行移植，然而捐贈器官的人數，去年只有 209 人(財團法人器官捐贈移植登錄中心,2010)，捐贈率平均是每百萬人口 7.2 人。在我國現行法規的限制下，不時發生等待移植病患等不到遺體器官，而其符合法定捐贈條件的親屬組織配對不合，其他想捐贈的親友卻又不符法定條件而無法捐贈之事件；也偶有部分抱持犧牲自我、造福他人精神的人士願意捐贈部分器官給不認識、但需要移植手術救命的病患，在現行法制下，有意願捐贈器官的人口可能大於法律所限定的範圍。

關於如何提高器官捐贈的數量，實務界與學界提出了一些可採取的策略，然而這些有助增加器官捐贈的策略都可能產生複雜而深遠的倫理法律社會影響。因此本研究擬針對一般民眾、病人、家屬與醫事照護人員全面性地瞭解國人對腎臟移植與器官捐贈的需求與看法。並進一步針對各項提高器官捐贈率之策略所涉及之倫理、法律、社會意涵進行研究，以評估是否宜運用這些策略、又如何規範管理，以作為將來相關法令政策修訂、補充之基礎。

第二節 研究目的

從國外研究中發現，其捐贈風氣相當普遍，遠勝於我國，又以活體腎臟移植最為興盛，捐贈者多採正面態度，去幫助患者恢復正常生活 (Waterman, et al., 2006) 為捐贈的主要意義。然而接受腎臟移植手術後，新的器官發揮功能，並不代表脫離與慢性病共存的生活，而是另一種慢性疾病生活的開始。而若欲增進移植風氣，除了政策的影響外，病患或捐贈者的意願更為重要。因此本研究期望能達成下列目的：

1. 了解國內腎臟移植的現況。
2. 了解醫師、護理人員、病人、家屬、民眾對腎移植與器官捐贈的看法。
3. 了解一般民眾對器官捐贈之認知度與意願、器官勸募相關政策、家屬參與器官捐贈、放寬器官捐贈限制與補助方式的看法與需求。
4. 持續辦理專家諮詢會議，邀請相關領域學者與專家共同思考國內器官捐贈率低落現況與增加器捐率之策略，以便進一步研擬增加我國器官捐贈率之政策。
5. 綜合所有研究資料和先進國家之制度，提出我國腎臟移植制度之建議方案。

第二章 文獻探討

許多研究已確切指出腎臟移植為 ESRD 治療的最有效方式。然而，對於接受腎臟移植手術後病人不只需要面對生理上面的問題，也會面臨到許多心理與社會的調適壓力(van der Mei, 2006)。就病患觀點而言，既然腎臟移植手術是 ESRD 最有效的治療方式，盡快找到合適的捐贈者並成功移植，便成為許多等待腎臟移植病患延續生命最大的期待。然而，國際上使用捐贈的腎臟大部分皆是已故的登記捐贈者，捐贈者年齡老化亦是另一衛生保健問題，而腎移植病患對腎臟的需求，是無法取代器官捐贈者長期健康的顧慮，所以醫師進行活體捐贈時，對捐贈者身體狀況評估亦為另一層面的考量(Delmonico & Dew, 2007)；另一方面，Waterman & Brennan 的研究表示，需腎移植的病患經由專業人員說明各項治療方式，進而選擇腎移植，其病患被告知治療方式時，大多數在移植中心或特定地點，其家人或朋友不一定能一同被告知，因而降低察覺他們可能是活體器官的捐贈者；此外，大眾對腎移植的知識缺乏等因素，都是造成器官來源的短缺，常導致這些病患在等待過程中對生命充滿不確定感，而在屍體器官不足的情況下，活體腎移植便顯得重要 (Ríos et al., 2008)，但腎臟的來源卻是一大考驗；腎臟來源與爭議的倫理議題，會使有些病患處在決定是否要接受移植的兩難中，接受移植延長生命的同時，也是另一個生命 (器官捐贈者) 的結束，考驗這些病患接受移植的勇氣、將新腎臟視為身體的一部分從此和平共處，或者要以充滿罪惡感的心態活下去 (翁、戴，2005；Orr et al., 2007)。

台灣移植醫學學會在國內 27 家移植醫院支持配合下，將國內 1999 年至 2008 年的 4242 位接受腎臟移植手術的病人資料收集分析。其中 2133 位病人是在境外接受移植，2109 位病人是在國內接受移植 (518 位病人接受親人活體捐贈，1591 位病人接受屍體捐贈)；就親人活體捐贈/屍體捐贈腎臟移植而言，國內 5 年病人存活率是 94%與 92% (美國是 90%與 81%)，國內洗腎 5 年病人存活率是 54% (美國是 45%)，整體而言，洗腎病人 1 年的死亡率 16.1%，換腎病人則為 3.8%。然而，目前移植手術的存活率仍有著高度的不確定性，器官來源的倫理道德問題更是備受爭議，此均影響病患接受腎臟移植的意願及其術後適應狀況。

接受腎臟移植雖可延長生命，但對許多病患而言，移植手術代表的或許不是新生活的開始，卻是須長期與慢性病對抗的開端。即使成功移植腎臟，病患也需面對排斥、抗排斥藥物副作用、感染及長期合併症等不確定

感與挑戰，身、心飽受煎熬，需要病患不斷的進行生活及心理的調整與適應 (van der Mei, 2006)。例如：Nourbala 等人(2007)發現，病患在接受腎移植後相較於健康個案仍有輕度慢性疼痛情形，當病患對腎臟移植的期待與實際狀況有落差時，可能會帶給病患更多情緒困擾與較差的生活品質。病患常因服用免疫抑制劑所帶來的副作用而深受其症狀困擾 (symptom distress)，包括疲憊、視力變差、月亮臉、食慾過佳、與外表改變、焦慮、牙齦增生、與睡眠障礙等症狀 (Lin & Yang, 2007; Zarifian, 2006)。另外，Orr 等人 (2007) 將 26 位病患分成 4 個焦點團體進行訪談發現，許多病患表達「害怕」回復至移植前的狀態是移植後最大的擔憂，此包括排斥作用、症狀復發與須再次進行血液透析，因此即使已出現副作用，仍繼續服用抗排斥藥物。部分病患則因擔憂、害怕而影響到其自我照顧行為，例如不敢外出；有些人則會加強其自我照顧能力，如飲食與睡眠，避免不必要的精力耗損。相同的，張、鄒 (2001) 在其 23 位接受腎移植產生急性排斥的台灣病患訪談中也發現，病患對疾病與未來充滿不確定感，有將近一半病患擔心抗排斥藥物副作用影響身體心像、表達害怕再度面臨透析、擔心增加家人的負擔、與擔憂經濟跟工作。以上二篇研究均發現，當出現合併症或移植失敗症狀時，部分病患甚至後悔接受腎臟移植，尤其是活體器官移植者，在情緒上易出現罪惡感 (張、鄒，2001；Orr et al., 2007)。

就醫護人員的觀點而言，協助病患成功移植腎臟，並降低移植後排斥、感染等併發症是最重要任務。研究者也發現，護理人員可能影響捐贈者是否接受或放棄移植的因素包含其個人特質、教育文化背景、倫理價值及勸募態度等，換句話說醫護人員的態度是影響病患決定是否要接受腎移植的重要因素之一；而缺乏知識，亦會影響器官勸募的過程和器官移植重要的政策，提高知識便是提升護理人員對器官捐贈勸募的正向態度，以取得器官捐贈同意而增加器官來源這是相當重要的；文獻指出，護理人員認為要有足夠的知識才能參與器官捐贈的過程，而且是不可缺的必條件；所以，護理人員應具備足夠的器官捐贈相關知識，早期敏銳發現潛在性器官捐贈者及取得家屬同意(Kent, 2004；Collins, 2005；陳光慧等人，2007；Shabanzadeh et al., 2009)；另一方面，醫護人員對腎臟移植的接受度會影響其在術前提供病患有關腎臟移植資訊的品質 (Leung & Shiu, 2007；)；而醫護人員對術後的態度則會影響病患及家屬能否正向看待此一移植手術，及與醫療小組合作的程度 (Orr et al., 2007)。也就是說，醫護人員不僅在術前、術後照顧扮演提供訊息重要角色，在引導病患成功地適應腎臟移植生

活上，更佔舉足輕重之地位所以，有必要了解醫護人員對腎臟移植的看法，並將之融入在職教育課程中。

整體而言，腎臟移植雖是治療末期腎疾病最有效的方法之一，然而，腎臟移植本身也帶來病患相當多的困擾，尤其是接受活體器官移植者。Rodrigue, Cornell, Lin, Kaplan 及 Howard (2007)發現等待接受活體器官捐贈的病患主要關注的焦點，包括正確的器官捐贈評估與選擇過程、對活體器官捐贈者感到罪惡感（醫療花費、手術疼痛、健康回復狀態等）、與擔憂腎移植是否會失敗，因而浪費該捐贈的腎臟等。在接受腎臟移植後，病患不只面臨生理方面的問題（如：感染、體重增加、免疫抑制劑副作用、以及長期合併症等）；也面臨許多心理與社會的壓力（如：器官排斥的威脅、情緒憂鬱、低自尊感、家庭互動關係改變、就業問題等）（翁、戴，2005；Juneau, 1995），這些挑戰常使病患生活品質大受影響，繼而影響其存活率與增加醫療資源不當耗費。

從以上文獻可知，腎臟移植病患在手術前、後會面臨身、心、社會各層面的需求。為克服各方面的衝擊，病患在腎臟移植術前的等待過程中，常會到處打聽消息，詢問已完成腎臟移植者、閱讀腎臟移植相關文章；病患表示也希望能從醫護人員處得到有關腎臟移植訊息來協助他們做治療決策（Leung & Shiu, 2007）。莊嫻儒和葉芳枝(2008)年的研究亦指出，病患於術前對腎臟手術所知道的有限，術後照護的衛教義缺乏，但因病患欲擺脫疾病的困擾，故對手術感到期待。根據林文綾等人(2002)的研究指出，衛教的提供不僅可以縮短病患住院時間，儘早回復日常生活，亦會改變病人的低落情緒。然而研究發現，等待腎臟移植病患並不認為目前醫院所提供腎臟移植相關訊息是他們想要的（Leung & Shiu, 2007; Rodrigue et al., 2007）；此或許就是病患一再出現訊息尋求行為的原因之一。

總結來說，腎臟疾病本身與移植手術會帶給病患身心社會等衝擊，且增加家庭成員與醫療成本的負擔。目前對於台灣病患在腎臟移植前、中、後可能遭遇的問題與需求所知有限，也不清楚家屬對腎臟移植的期待；且目前對於醫護人員對移植手術的看法與經驗之研究也尚付闕如。因此，本研究擬從病患、家屬與醫護人員不同角度，分別探討其對 ESRD 病患接受腎臟移植的需求與看法。基於腎臟移植的倫理問題與文化差異；吾人認為要了解台灣 ESRD 病患與家屬及醫護人員對腎臟移植的特異性看法與需求，需以質性研究深入訪談方式來探究問題，藉此了解台灣接受腎臟移植病患在術前、術後關注的焦點。本研究將以階段一質性研究結果為主，並

以過去所建立的尿毒症病患訊息需求量表 (林、金、梁、賴， 2000) 為參考架構，研擬一個腎臟移植病患訊息需求量表，並以問卷調查測試其信效度。一旦量表信效度確立，將續以此量表探討接受腎臟移植病患的訊息需求及影響其下抉擇的因素。相信以此質量並行所建立的量表可以有效評估病患面臨腎臟移植抉擇時，其主觀感受、自覺重要想要獲取的訊息。期使這種以病患觀點來探討其訊息需求的研究結果，能作為醫護人員在提供訊息給病患決定接受腎移植時的參考，如此或可減少病患在面對腎移植時的心理衝擊，克服其術後身心症狀困擾，協助病患盡快適應腎臟移植的新生活。再者，冀望此研究結果能作為國家在制定與腎臟移植相關醫療政策時之重要參考依據。

第三章 研究方法

第一節 五大族群對腎臟移植與器官捐贈的看法

一、資料來源

依據第一階段所得的研究結果，邀請相關領域的專家，以焦點團體的方式（focus groups）深入探討釐清質量性有落差之處，修訂問卷，並固定進行小組會議討論；爾後，並邀請相關的專家學者進行專家效度檢定，並依其意見增修問卷內容，針對問卷所涵括之腎移植面向、問卷結構、各變項之測量定義、問句語法之適切性，進行廣泛討論與建議並修訂問卷，待問卷確認後，即開始正式施測。

1. 預計收案份數：

- (1) 病人-預計收案 150 份
- (2) 家屬-預計收案 150 份
- (3) 民眾-預計收案 500 份
- (4) 醫師-預計收案 100 份
- (5) 護理人員-預計收案 200 份

總預計收案份數為 1100 份。

2. 收案方式：

- (1) 病人與家屬：全國北中南東四區，分別報備申請醫院人體試驗委員會，並請通過的單位(北部：台灣大學附屬醫院、中部：彰化基督教醫院、南部：奇美醫院、東部：佛教慈濟綜合醫院)配合每周 一~二次移植門診時段，由訪員進行實地訪問收案；除此之外，並透過民間團體(高雄市腎臟關懷協會、中華民國器官捐贈協會等)協助配合辦理活動及收案。
- (2) 民眾：委託中山大學民意調查訪問中心進行訪問。
- (3) 醫師：請通過 IRB 的醫院，協助(腎臟內科醫師、移植外科醫師)收案。
- (4) 護理人員：請通過 IRB 的醫院，協助(移植協調師、洗腎室護理人員、ICU 護理人員)收案。

二、分析方法

利用多種統計方法來探討不同族群對腎臟移植需求與看法，並比較腎臟內、外科醫師之態度。

根據問卷調查之結果進行統計分析，首先先進行民眾問卷的描述性分析，包括次數、百分比、平均數與標準差等資料；進一步利用雙變項分析，比較同一族群內不同基本特性的受訪者，其對腎臟移植的態度(例如是否捐贈)等議題的差異。

同時將本研究的三份問卷共同的問卷內容部分合併，進而比較一般民眾、病患及病患家屬與醫護人員對腎臟移植的態度與看法是否有所不同，並利用羅吉斯迴歸分析，以是否願意捐贈為依變項，對捐贈的相關看法、基本資料等為自變項進行分析，探討影響民眾是否捐贈的相關因素。

最後針對腎臟內、外科醫師進行比較與討論，瞭解腎臟內、外科醫師對於腎臟移植的給付態度、境外移植的態度等等是否有所差異。

第二節 民眾對於提升器官捐贈率選案之接受程度

本計畫擬透過全國性抽樣電話訪談，瞭解我國民眾對於提升器官捐贈率選案之看法與接受程度，作為政策建議之重要參考。

1. 調查範圍：全臺（含臺澎金馬）25 縣市
2. 調查對象：20 歲以上成年人
3. 調查方法：本調查研究將委託世新大學民意調查研究中心進行，以電腦輔助電話訪問系統之全國電話資料庫作為抽樣母體。
4. 抽樣設計與抽樣誤差：

(1). 抽樣設計

本調查母體為居住（設籍）在臺閩地區 25 縣市且年滿 20 歲之成年民眾，為能增進抽樣之精確度，抽樣時採「分層隨機抽樣法」，依據縣市別共計分為 25 層，以 25 縣市合格受訪者人口數為分層依據，計算各縣市配額，每次至少抽取 1,068 份有效樣本，確保抽樣誤差低於 3%。

(2). 樣本數決定與抽樣誤差

影響樣本數大小的因素主要有三，即信賴係數(Z)、最大可容忍誤差(d)以及母體的變異程度(variation in the population)。

$$d = Z \cdot \sigma_{\hat{p}} = Z \times \sqrt{\frac{pq}{n}} \quad (a)$$

其中 Z 值與 d 值均可由研究者自行決定，而母體的變異程度則多由過去經驗或藉由小樣本推估而得。當我們在未知母體變異狀況下，可採 $p=0.5$ 、 $q=0.5$ ，以求出樣本數的最保守估計值。因為在給定 d 與 Z 值之下，p、q 之值各為 0.5 時會比任何 pq 乘積都大，因此本研究之樣本數推估採下列公式(b)之計算方式。如果依上述簡單隨機抽樣觀念，若抽樣誤差不得低於 3%，則總樣本數至少必須抽取 1,068 份。如果採取「分層隨機抽樣法」，樣本數仍然保持 1,068 份，則抽樣誤差將會低於 3%。

$$n = \left[\frac{1}{4} \times \frac{Z_{\alpha/2}^2}{d^2} \right] + 1 \quad (b)$$

(3). 樣本配置

本研究以中華電信電話號碼簿為抽樣母群體，配合 CATI 系統進行縣市別分層隨機抽樣。以臺閩地區 25 縣市為分層標準，並依據內政部公佈臺閩地區各縣市人口資料比例配置各縣市樣本數，樣本配置詳如表 C-1。

5. 資料處理與統計分析方法

(1). 加權處理

為使樣本結構與母體結構一致，完成資料檢誤、複查後，將依照性別、年齡及臺閩地區（25 個縣市別）進行樣本適合度檢定。若檢定結果與母體結構相符，則直接進行統計分析，若檢定結果不相符，則進行加權處理，以降低抽樣誤差。

若樣本之性別、年齡及臺閩地區（25 個縣市別）之分配，經檢定後與母體結構有顯著差異時，則以母體資料分配進行交叉加權調整樣本結構之分配，其加權步驟如下：

1. 檢驗樣本與母體之間是否有差異。
2. 當卡方檢定結果顯示樣本與母體之間有差異時，就必須加權修正樣

$$W_i = \frac{N_i}{n_i} \times \frac{n}{N}$$

本與母體之間的差異。

其中， W_i 為樣本內某類群體所乘的權數， N 為母體規模大小， N_i 為母體內某類群體之大小數， n 為樣本規模大小， n_i 為樣本某類群體大小數。

(2). 百分比分析

百分比分析是以次數分配方式來表示各變項百分比。次數分配係觀察變項內每個值原始資料出現次數；該次數除以總次數可得到對應的百分比。調查報告中將逐題呈現基本問項與主要題目之次數及百分比分配。

百分比分析公式：

第 k 題回答 i 選項之百分比：

$$P = \frac{\sum_{j=1}^n w_j I_{kij}}{\sum_{j=1}^n w_j}, \text{ 其中 } I_{kij} = \begin{cases} 1, & \text{第 } j \text{ 樣本於第 } k \text{ 題回答 } i \text{ 選項} \\ 0, & \text{第 } j \text{ 樣本於第 } k \text{ 題未回答 } i \text{ 選項} \end{cases}$$

(3). 交叉分析

為了解自變項對依變項的影響，應在不同自變項的情況之下觀察依變項的變化。故同時依據兩變項的值、從自變項方向計算百分比，將所研究的個案分類、做成相關的列聯表 (contingency table)，即交叉分析結果。以各基本問項為自變項，各主要變項為依變項，將呈現卡方檢定具顯著性的交叉列聯表，如選取各項重要人口統計變項 (如：性別、年齡、教育程度等) 與各題項進行直列或橫列交叉分析，以瞭解不同人口特性之需求情形。

在第 k 題回答 i 選項之樣本中於第 x 題回答 y 選項之百分比：

$$P = \frac{\sum_{j=1}^n w_j I_{kij} I_{xyj}}{\sum_{j=1}^n w_j I_{kij}}, \text{ 其中 } I_{kij} = \begin{cases} 1, & \text{第 } j \text{ 樣本於第 } k \text{ 題回答 } i \text{ 選項} \\ 0, & \text{第 } j \text{ 樣本於第 } k \text{ 題未回答 } i \text{ 選項} \end{cases}$$

$$I_{xyj} = \begin{cases} 1, & \text{第 } j \text{ 樣本於第 } x \text{ 題回答 } y \text{ 選項} \\ 0, & \text{第 } j \text{ 樣本於第 } x \text{ 題未回答 } y \text{ 選項} \end{cases}$$

另外，為瞭解不同屬性的受訪者對特定問題是否相關，可以進行卡方檢定，在交叉表之顯著水準小於 5% 時，可確定兩變項相關。為了解自變項對依變項的影響，應在不同自變項的情況之下觀察依變項的變化，依據兩變項的值，從自變項方向計算頻率 (百分比)，將所調查的個案分類、做成相關的列聯表 (contingency table)，即交叉分析結果。

$$\text{Chi-square}(\chi^2) = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

，其中 O：每一方格的觀測值；E：每一方格的期望次數。

第三節 文獻研究法

本計畫在瞭解我國器官捐贈現況，以及對各項提高器官捐贈率策略進行倫理、法律、社會分析方面，主要均採取文獻研究法。

在瞭解我國器官捐贈現況方面：

蒐集我國器官捐贈相關法令規範、各器官別捐贈統計資料等。

針對各項增加器官捐贈量之策略提議，進行倫理、法律、社會分析方面：

1. 資料收集方式：

(1) 檢索主題/關鍵字：活體/屍體器官捐贈、有遺傳關係捐贈者、有情感關係捐贈者、無關係捐贈者、利他主義、指定捐贈、非指定捐贈、勸募指定捐贈、網路勸募、器官交易、費用補貼、補償、境外移植、未成年人、無決定能力者、代理同意捐贈、匿名、會面、多重排隊.....等。

(2) 欲蒐集的資料類別：

i. 政治性組織之法令政策：包含區域性政治組織（如歐盟）、歐美等生命倫理先進國家（如美國、英國、加拿大等）以及其他亞洲國家（如日本、伊朗、新加坡、菲律賓、巴基斯坦）針對上述各項議題之法律規範與政策。政策方面著重於國家倫理委員會之聲明、報告或建議。

ii. 醫學專業組織之專業準則或政策聲明：包含世界性或區域性醫學專業組織（如世界衛生組織、世界醫學會）、歐美生命倫理先進國家醫學專業組織（如英國移植學會、美國移植醫師學會等）以及其他亞洲國家醫學專業組織針對上述議題之政策聲明、專業倫理準則或報告書。

iii. 學界討論（個別學者之論述）：針對上述各項議題，檢索有關其倫理法律社會影響之學術期刊論文或專書，以倫理學、醫學實證研究、法學、人類學（田野調查）學門之文獻為主。

2. 資料分析方面：

(1) 針對同一主題，比較不同政治組織之規範立場及理由、規範成效；

(2) 針對同一主題，比較不同醫學專業組織之規範立場及理由，並比較其與所在國家、區域性組織法令政策規範之同異。

(3)經閱讀、反省學者之論述，掌握各項議題之爭議核心及正反論證，並透過閱讀不同見解之論文培養批判能力及視野，有助強化之後政策法令建議之基礎。

第四章 研究結果

本計畫旨在建構國人腎臟移植醫療衛生制度，自開始執行至今，已蒐集、閱讀、反省重要的醫學倫理學文獻對於器官移植議題之探討，並進一步針對一般民眾、腎移植病患、家屬、護士、醫師等五大族群確立研究架構，並藉由量性研究問卷了解五大族群對腎臟捐贈與移植之看法與需求。未來將利用多種統計方式來探討不同族群對腎移植的需求與看法，並比較腎臟內科與移植外科醫師之態度，最後再綜合所有研究資料與其他先進國家之制度，提出我國腎臟移植之適當建議。

在個案收集部分，已依據之前研究結果，於第二階段中以焦點團體 (focus groups) 的方式，深入探討釐清質量性有落差之處，並固定進行小組會議討論；並邀請相關的專家學者進行專家效度檢定，並依其意見增修問卷內容，針對問卷所涵括之腎移植面向、問卷結構、各變項之測量定義、問句語法之適切性，進行廣泛討論與建議並修訂問卷。目前問卷已定稿，並已開始正式施測。

此外，已將提升我國器官捐贈率策略擬妥電訪問卷，進行全國性電話訪查，藉此了解國人對於提升器官捐贈率政策選案之看法以及接受程度。

同時持續蒐集與彙整醫學專業組織、國家和超國家層級醫療相關機構所制定、公佈的重要政策、聲明，以及腎臟移植與器官捐贈議題之學術文獻，並重點探討提高器官捐贈來源之策略，本階段開始深入探討無心跳捐贈議題。研究成果如下：

第一節 五大族群量性問卷研究部分

一、預計收案方式與收案進度

1. 民眾：委託中山大學民意調查訪問中心於 991018-991112，共計四周，執行民眾問卷訪問調查，從 991018 開始執行電訪，正式訪問題目為 67 題，執行訪問時間為星期一到星期五晚上六點半到九點半，電訪訪員共有八位，平均每份問卷受訪時間為 20-30 分鐘左右。目前民眾電訪問卷已於 991119 全部完成，共計 501 份。
2. 病人與家屬：全國北中南東四區，分別報備申請醫院人體試驗委員會，並請通過的單位(北部：台灣大學附屬醫院、中部：彰化基督教醫院、南部：奇美醫院、東部：佛教慈濟綜合醫院)配合每周一~二次移植門診時段，由訪員進行實地訪問收案；除此之外，並透過民間團體(高雄市腎臟關懷協會、中華民國器官捐贈協會等)協助配合辦理活動及收案。目前，配合醫院移植門診時段與活動收案方式，已完成腎移植病人有效問卷：130 份、家屬：61 份。
3. 醫師：請通過 IRB 的醫院，協助(腎臟內科醫師、移植外科醫師)收案。目前腎臟內科與移植外科醫師共計收案 40 份。
4. 護理人員：請通過 IRB 的醫院，協助(移植協調師、洗腎室護理人員、ICU 護理人員)收案。以移植協調師、透析室護理人員、ICU 護理人員為主，共計收案 200 份，目前已完成 195 份護理人員問卷訪問。

現階段收案成果

1. 民眾對腎臟移植與器官捐贈的看法

(1). 樣本數 n=501

(2). 描述性統計

在基本資料方面，樣本裡女性較多(55.5%)，平均年齡為 42.4 歲，已婚(65.7%)，超過一半有宗教信仰(57.1%)，其中以佛教為主。大部分的人至少高中職畢業(88.6%)，月收入在五萬以下(70.8%)。

95%的民眾都贊成器官捐贈，但是卻有 91.2%的受試者未簽署器官捐

贈卡/同意書，而在這些未簽署同意書的受試者中(n=457)，曾有意願考慮器官捐贈者高達 239 人，顯示有 52.29%(n=239/457)的受試者雖然目前沒有實際簽署同意書但是曾經有考慮過，相信其中原因有待探討；而從另一面發現，雖然大部分的受試者都有聽過器官捐贈，但是也有近兩成(19.69%)的受試者(n=90/457)是完全沒有聽過器官捐贈同意書，由此可知，政府對於宣導器官捐贈仍有進步與改善的空間。

再進一步詢問，發現有 78.8%的受試者願意在臨終時捐贈自己的器官給有需要的人，由此結果發現民眾有器官捐贈的意願但未採取實際行動，其可能的原因如下所述。

(3).看法(一)

一般民眾在得知有關器官捐贈的訊息方面，首要選擇以傳播媒體為最多(81.2%,n=407/501)，當中又以電視為主(75.0%,n=376/501)，其次是報紙(26.1%,n=131/501)

在民眾認為最方便的器官捐贈登錄的方式，前三名分別為健保 IC 卡直接登錄(37.7%)、到醫院內登錄(26.5%)、網路簽卡(19.0%)，三者合計共佔了 83.2%。

其次，大多數民眾皆不曉得政府有提供喪葬補助給腦死器官捐贈的家屬(86.0%)，不過對於政府目前對腦死器官捐贈死者之家屬的喪葬補助款約 10 萬，超過一半的民眾認為是合理的(55.5%)。

除了提供喪葬補助外，為提高腦死者家屬捐贈器官的意願，民眾認為政府還可以提供的措施中以「捐贈家屬若有器官移植需要時可以優先排序」最多(68.7%)；其次是「給予家屬生活補助費用」(44.5%)、「加強器官捐贈的生命教育」(41.9%)。

另外，有七成民眾(69.5%)表示不曉得如何簽署器官捐贈同意書，也有約六成的民眾(58.1%)表示不知道要到哪裡去簽署器官捐贈同意書。超過五成(52.3%)民眾不清楚器官捐贈的條例，而在知道器捐條例的民眾裡，更有 29%的人認為此捐贈條例複雜。至於簽署器官捐贈同意書的登錄流程複雜與否也有近七成民眾(68.1%)表示不知情。

最後，大多數民眾(73.7%)知道器官捐贈來源有分活體與腦死兩種捐贈方式，也了解換腎是尿毒症的一種治療方式(73.5%)之一，但對於目前腦死捐贈者可指定捐贈器官給予五等親以內的家屬，但必須附帶捐贈其他器官或組織才能夠符合指定捐贈的原則，過半民眾認為此條例並不恰當

(55.1%)。

由此結果發現，民眾對於器官捐贈的訊息來源管道以傳播媒體(電視)為主，對於捐贈已有基本的概念(包含腦死、移植)，也保持正向的態度、想法，但認為對於目前腦死捐贈者可指定捐贈器官給予五等親以內的家屬，但必須附帶捐贈其他器官或組織才能夠符合指定捐贈的原則，過半民眾認為此條例並不恰當(55.1%)，且對於取得器捐同意書的管道與簽署方式等相關資訊相當缺乏，政府單位未來若要加強宣導，宜從取得器捐同意書的管道與簽署方式等角度著手進行。

(4.) 看法(二)

※ 家人態度

1.大部份的民眾認為簽卡需要與家人商量(81.4%)

2.捐贈器官需要有全家人的同意(46.9%)。

3.假如自己已簽署器官捐贈同意書，當醫師要摘除器官時，超過一半的人仍覺得

需要的家人同意(59.3%)。

4.若生前已簽署器官捐贈同意書，當事人萬一被判定腦死時，有55.7%的人認為

需經過家屬的同意，醫師才可以直接摘除器官

5.如果家人在生前有簽署器官捐贈同意書（或登錄在健保IC卡中），大多數的民

眾會同意醫生摘取家人的器官(92.6%)。

由上述結果發現，家屬的意見對於民眾是否簽署器官捐贈同意書有關鍵性的影響；有高達近五成的受試者(46.9%)認為捐贈器官要有全家人的同意，或許這是器官捐贈難以落實的阻礙因素之一。但從另一方面來說，若能夠提前了解捐贈者的意願是可增加捐贈的可能性。(如果家人在生前有簽署器官捐贈同意書或登錄在健保IC卡中，大多數的民眾(92.6%)會同意醫生摘取家人的器官)，這表示死者生前意願可幫助家屬減少抉擇上的兩難和意見分歧。從這方面來看，捐贈者的捐贈意願對家屬同意捐贈有很大影響，代表大部分的潛在捐贈者是以死者生前意願為考量。

※ 政策影響

1. 大多數的人認為政府在宣導器官捐贈這方面做的不夠完善(92.4%)。
2. 政府應該鼓勵非親屬間的活體器官捐贈(79.5%)
3. 對於活體器官捐贈的對象，也不應只限於五等親內的親屬(84.4%)。
4. 在公平、互惠且合法的前提下，大多數民眾認為政府可以與國外醫療機構(例如：歐洲、美國、中國)合作進行腎移植(包含登錄、配對、器官摘取與植入) (91.8%)
5. 政府開放應開放病患到境外(如大陸、菲律賓)進行移植手術(45.1%)。
6. 政府提供補助給腦死捐贈器官者的家屬，能提高民眾捐贈的意願(84.7%)
7. 若自己萬一腦死捐贈器官後，將來如果家人需要器官移植時可優先排序，這樣也會提高民眾器官捐贈的意願(94.4%)。
8. 大多數民眾認為若能從國小即加強腦死器官捐贈的生命教育，可以提高器官捐贈的風氣

由上述結果發現，政府對器官捐贈的宣導不夠完善(92.4%)；民眾希望器官的來源能夠更多元(91.8%)，但政府現階段的政策規定不夠開放(有超過八成的民眾認為對於活體器官捐贈的對象，不應只限於五等親內的親屬)，未來如要提高器官捐贈風氣，可從國小階段就加強腦死器官捐贈的生命教育課程(73.8%)。

※ 傳統文化觀念

1. 不到一成民眾(6.8%)認為人死後應該保留全屍
2. 不到二成民眾(16%)的民眾覺得從腦死者身上取出器官進行移植手術，會不尊重死者。
3. 不到一成民眾(7.2%)認為捐贈器官會讓捐贈者來世的器官有所缺失。
4. 不到二成民眾(15%)認為經由醫師判定腦死後即執行器官摘除，這樣做會觸犯佛教中死後8小時不可移動遺體之禁忌
5. 七成多的民眾(76.2%)認為腦死捐贈器官能累積功德

由上述結果發現，部份傳統的信念顯示漸漸不會成為影響到一般民眾對於器官捐贈態度的阻礙。由於本次研究樣本群較為年輕(42.4歲)，可能較不

會受傳統民俗觀念的影響；且三分之一是佛教徒(33.1%)，在教義上較傾向贊成器官捐贈(Wong,2010)，再者，大多數的民眾(76.2%)還是心存善念，或許未來在器官捐贈的宣導上，宣導器官捐贈的好處是一個可以努力的方向。

※ 其他

1. 超過九成的民眾(92.2%)認為腦死後宜將器官捐贈給有需要的人。
2. 超過九成的民眾(94.4%)認為腦死捐贈器官後，將來如果家人需要器官移植時可優先排序，這樣可以提高器官捐贈的意願。
3. 接近八成的民眾(76.5%)認為捐贈器官給需要器官移植的親人，不會使壽命減短。
4. 接近五成的民眾(46.7%)擔心在移植手術過程中會發生意外
5. 超過四成的民眾(43.9%)，擔心器官捐贈後身體狀況會變差，所以不考慮活體器官捐贈。
6. 超過三成的民眾(34.5%)擔心，若同意腦死捐贈器官，即便還可以急救時，醫生就不會積極做急救。
7. 接近三成的民眾(26.8%)，考量年輕人未來的健康，認為年輕人不宜捐贈器官
8. 超過四成的民眾(42.3%)，認為如果捐贈者的器官移植到壞人身上，這樣會危害社會。

由上述結果發現，雖然有超過九成的民眾(92.2%)認為腦死後宜將器官捐贈給有需要的人，但是卻希望是有條件的捐贈(例如：腦死捐贈器官後，將來如果家人需要器官移植時可優先排序(94.4%)，也有超過四成的民眾(42.3%)擔心捐贈者的器官移植到壞人身上會危害社會)。

雖然大多數民眾已不擔心捐贈器官給需要器官移植的親人，會使壽命減短(76.5%)，然而仍有近五成的民眾(46.7%)擔心在移植手術過程中會發生意外，或誤解捐贈後身體狀況會變差，所以不考慮活體器官捐贈(43.9%)，而且也覺得若自己同意腦死捐贈器官，擔心萬一還可以急救時，醫生就不會積極做急救(34.5%)、需考量年輕人未來的健康，認為年輕人不宜捐贈器官(26.8%)，這些可能的因素都是造成推廣器官捐贈的阻礙之一。

知識

知識總分為 15 分，本研究受試者的平均得分約為 8.92 分，若以滿分為 100 分計算，本受試者的平均分數相當於 59.47 分，列屬於不及格狀態。詳細的去查看問卷內容，發現有一半以上的人都答錯的題目包括下列(1)第 5 題「身上沒有傳染性疾病的人才可以捐贈器官。」(85.8%)、(2)第 15 題「器官捐贈只有在死者生前有簽署器官捐贈同意書才可進行。」(75.6%)、(3)第 13 題「家屬在捐贈腦死器官時，可以指定受贈的對象。」(63.3%)等。顯示民眾對於器官捐贈的相關知識確實仍有進步的空間。

2. 移植腎友對腎臟移植與器官捐贈的看法

(1). 樣本數 n=130

(2). 描述性統計

在基本資料方面，樣本裡女性較多(56.9%)，平均年齡為47.1歲，已婚(68.5%)，有宗教信仰(71.5%，n=93)，其中以佛教為主67.7%，63/93)。大部分的人(78.5%)至少高中職畢業，月收入在五萬以下(76.1%)。大多數移植腎友接受的透析治療方式為血液透析(64.6%)，平均為四年(48.3個月)。將近一半的移植腎臟來源為在台灣排隊等候而得(49.2%)，平均等候三年(37.9個月)，接受腎移植平均已過了近六年(69.4個月)。現今大多數已接受腎移植，目前在吃抗排斥藥物(93.1%)。六成的腎臟來源為屍腎(63.1%)，移植腎友在得知有關器官捐贈的訊息方面，首要選擇以醫療人員為最多(60.8%)，當中又以醫生為主(41.5%)；其次是傳播媒體(33.1%)，當中又以電視為主(26.2%)。

(3). 看法

※ 移植腎友對移植的態度

幾乎所有的腎友都贊成器官捐贈(97.7%)，且都願意在生命臨終時捐贈自己的器官給有需要的人(91.5%)，在家人生命臨終時，也願意捐贈家人的器官(69.2%)，然而大部分的人都未簽署器官捐贈同意書(83.8%)。在這些未簽署的腎友中(n=109)，超過一半的人(57.8%，63/109)曾考慮捐贈，這些有意願卻未簽署者，正是一群值得去鼓勵的潛在捐贈者。一個導致他們並未簽署同意書的原因在於有部分的腎友是不知道怎麼簽(42.2%，n=46/109)、或該去那裡簽(54.1%，n=59/109)。若腦死者生前已經簽署器官捐贈同意書，醫療人員應該建議家屬將腦死者的器官捐出(96.2%)。就算腦

死者生前沒有簽署器官捐贈同意書，醫療人員仍可提出器官捐贈方案給腦死者家屬做選擇(94.6%)，顯示對於腎友而言，對於捐贈器官是較為支持的。

對移植腎友而言，腎移植是對腎衰竭患者而言，可以活得最有品質的治療方式(94.6%)。大多數的腎友(96.9%)覺得腎移植術後的生活品質比透析治療好，在接受腎臟移植後，他們也有向其它透析患者推薦腎臟移植的意願(89.2%)，覺得醫師不僅應該鼓勵透析病患登錄腎移植(97.7%)，也應鼓勵透析病患接受活體腎移植(86.9%)。若可以重新選擇一種腎衰竭治療，大多數的腎友仍會優先選擇腎移植作為治療方式(88.5%)。然而只有一半的腎友認為透析病患請求自己的家人或親友捐贈一個腎臟給他，是妥當的(53.8%)，且大部分的腎友未曾要求親人捐腎臟給自己(87.7%)；換言之，對於腎友來說，他們是較不敢去提出要求的，但他們的親人卻曾自願要捐贈腎臟給他們(72.3%)。對於這些已接受腎移植的受試者來說，對於腎移植是支持的，然而他們卻較不會主動向親人提出活體捐贈的要求，因此，屍腎成了他們主要的腎臟來源(63.1%)。

※ 訊息

- 1、醫師對透析病患解說腎移植相關訊息的方式，會影響病患接受腎移植之意願。(78.5%)
- 2、醫師應鼓勵透析病患登錄腎移植。(97.7%)
- 3、醫師應鼓勵透析病患接受活體腎移植。(86.9%)
- 4、當病人被診斷為尿毒症時，同時也接受到充足的腎移植相關訊息(61.5%)。
- 5、透析單位的醫護人員在得知病人有接受移植意願後，即積極地幫助病人轉介給移植團隊進行評估或資料登錄(95.4%)。

有近八成的移植腎友認為醫師對透析病患解說腎移植相關訊息的方式，會影響病患接受腎移植之意願(78.5%)。所以大多數的腎友覺得醫師不僅應鼓勵透析病患登錄腎移植(97.7%)，也應該鼓勵透析病患接受活體腎移植(86.9%)。

另外，只有六成的腎友認為自己當初在被診斷為尿毒症時，有同時接受到充足的腎移植相關訊息(61.6%)；有九成的腎友(95.4%)覺得在透析單位的醫護人員在得知病人有接受移植意願後，即積極地幫助病人轉介給移植團隊進行評估或資料登錄。這樣的研究結果顯示對於腎友而言，醫療人員的態度與協助，對於腎移植而言，是很重要的因素。

※ 政策

- 1、目前腦死捐贈者可指定捐贈器官給予五等親以內的家屬，但必須附帶捐贈其他器官或組織才能夠符合指定捐贈的原則，此條例是恰當的(56.9%)
- 2、政府應該鼓勵非親屬間的活體器官捐贈(84.6%)
- 3、政府對於活體器官捐贈的對象，不應只限於五等親以內的親屬(86.9%)
- 4、在公平、互惠且合法的前提下，政府可以與國外醫療機構(例如：歐洲、美國、中國)合作進行腎移植(包含登錄、配對、器官摘取與植入)(97.7%)
- 5、政府應該開放病患到境外進行移植手術(64.6%)
- 6、腦死捐贈器官後，將來如果家人需要器官移植時可優先排序，這樣可以提高您器官捐贈的意願。(96.2%)
- 7、您認為政府提供補助給腦死捐贈器官者的家屬，可以提高民眾捐贈的意願。(90.0%)
- 8、活體捐贈給洗腎患者，捐贈者可享有終身的免費健康檢查?(92.3%)

在政府政策上，移植腎友對於目前腦死捐贈者可指定捐贈器官給予五等親以內的家屬，但必須附帶捐贈其他器官或組織才能夠符合指定捐贈的原則，超過一半的腎友(56.9%)雖認為此條例是恰當的，然而在器官的來源上，超過八成的腎友(84.6%)還是認為政府應該鼓勵非親屬間的活體器官捐贈，且活體器官捐贈的對象不應只限於五等親以內的親屬(86.9%)。若在公平、互惠且合法的前提下，絕大多數的腎友(97.7%)都認為政府可以與國外醫療機構合作進行腎移植，也有超過一半的腎友(64.6%)認為政府應該開放病患到境外進行移植手術。以上皆顯示對於腎友而言，器官捐贈應該更加多元開放。

另外，對於腎友而言，要提高腦死者捐贈器官的意願的話，將來如果家人需要器官移植時可優先排序(96.2%)、政府提供補助給腦死捐贈器官者的家屬(90.0%)，這樣都能提高器官捐贈的意願。

且除了提供喪葬補助外，政府還可以提供以下措施，來提高腦死者家屬捐贈器官的意願：

- 1、捐贈家屬若有器官移植需要時可以優先排序(71.5%)

- 2、給予家屬生活補助費用(64.6%)
- 3、加強器官捐贈的生命教育(60.0%)。

若是想提高腎友您簽署活體捐贈之意願，政府還可提供以下措施：

- 1、終身的免費身體健康檢查(74.6%)
- 2、給予日後因生病住院醫療部分補助(73.8%)
- 3、推動保險業者醫療險部分減免(50.8%)。

3. 家屬對腎臟移植與器官捐贈的看法

(1). 樣本數 n=61

(2). 描述性統計

在基本資料方面，樣本裡女性較多(65.6%)，平均年齡為 45.5 歲，已婚(73.8%)，超過一半有宗教信仰(70.5%)，其中以佛教為主(34.4%)。大部分的人(88.5%)至少高中職畢業，月收入在五萬以下(75.4%)。家人開始接受透析治療平均為 9 年(113.7)。

家屬在得知有關器官捐贈的訊息方面，首要選擇以傳播媒體(50.8%)及醫療人員為最多(50.8%)。傳播媒體中(n=31)以電視為主(51.6%)；而醫療人員中(n=31)則以醫師為主(93.5%，n=29)。

在家屬認為最方便的器官捐贈登錄的方式，主要是到醫院內登錄(41.0%)、健保 IC 卡直接登錄(39.3%)，二者合計共佔了 80.3%。

(3). 看法

※ 家屬對移植的態度

98.4%的家屬都贊成器官捐贈，但是卻有 95.1%的受試者未簽署器官捐贈卡/同意書，而在這些未簽署同意書的受試者(n=58)中，雖然有六成的人 60.3% (n=35/58)曾有意願考慮器官捐贈，然而之所以未簽署，其中一個原因在於，有部分的家屬其實並不知道要如何(45.9%)、去那裡(47.5%)簽署器官捐贈同意書。有 85.2%的受試者願意在臨終時捐贈自己的器官給有需要的人，在家人生命臨終時，近八成的家屬(78.7%)也願意捐贈他(她)的器官給有需要的人。若腦死者生前已經簽署器官捐贈同意書，大多數的家屬(96.7%)認為醫療人員應該建議家屬將腦死者的器官捐出；即便腦死者生前

沒有簽署器官捐贈同意書，醫療人員仍可提出器官捐贈方案給腦死者家屬做選擇(91.8%)。顯示家屬對於器官捐贈的態度是較為正向的。

其次，當家人被診斷為尿毒症時，86.9%的家屬認為有同時接受到充足的腎移植相關訊息。在瞭解之後，有四分之三的家屬(75.4%)認為腎移植可使腎衰竭患者活得最有品質。因此，若透析病患請求自己的親人捐贈一個腎臟給他，大多數的家屬 75.4%覺得妥當。對於是否捐贈一個腎臟給正在接受透析的家人，仍然會受到其他家人或親友的態度而影響(75.4%)。

幾乎所有的家屬(98.4%)不曾有正在接受透析的親人主動向他們請求捐贈腎臟給他(她)，有六成(59.0%)的家屬曾自願捐贈腎臟給正在透析的家人，但因為病人擔心家屬未來身體的健康狀況而拒絕捐贈。即便如此，還是有兩成的(23.0%)家屬本身就是捐贈者，而有近五成(47.5%)的家屬也曾考慮要捐腎臟給正在接受透析的親人。

在移植腎友家屬活體捐贈考量因素中發現，促使家屬捐贈的主要原因如下所述：

- 1、可協助家人免除透析治療的痛苦。(非常同意 47.5%)
- 2、能提升透析家人的生活品質。(非常同意 42.5%)

從另一方面來講，家屬因擔心而不敢捐贈的原因包括：

- 1、擔心因移植手術失敗而浪費自己捐出的腎臟。(65.6%)
- 2、擔心我於手術中發生意外，危及生命。(60.7%)
- 3、擔心移植手術的費用。(57.4%)

由以上結果顯示，身為病患的家屬，對於器官捐贈的態度是較為支持的。雖然病患會考量到捐贈者的身體健康而大多未曾開口要求，但是如果有機會的話，仍然有很高的意願主動捐贈給自己的親人(59.0%)。然而有部分的家屬即便有捐贈的意願卻未簽署同意書，其中可能的原因是對於器官捐贈同意書的簽署並不知道要如何(45.9%)、去那裡(47.5%)簽。另一方面，不論腦死者生前是否有簽署器官捐贈同意書，九成(91.8%)的家屬都認為醫療人員是可以提出器官捐贈方案給腦死者家屬做選擇。由於家屬在得知有關器官捐贈的訊息方面，除了傳播媒體之外，就以醫療人員為最多(50.8%)，因此若是要想提升器官的來源，就捐贈訊息部份、特別是醫療人員，應該更加主動積極的提供病人與家屬相關資訊。除此之外，關於腎移植手術的自費部份也是家屬所擔心的，因此若能讓家屬了解進行移植手術

的相關自費金額，也有可能成為未來提高腎臟移植的成功因素之一。

※ 政策建議

- 1、對於目前腦死捐贈者可指定捐贈器官給予五等親以內的家屬，但必須附帶捐贈其他器官或組織才能夠符合指定捐贈的原則，過半家屬認為此條例是恰當的(52.5%)
- 2、政府應該鼓勵非親屬間的活體器官捐贈。(85.3%)
- 3、政府對於活體器官捐贈的對象，不應只限於五等親內的親屬。(85.2%)
- 4、在公平、互惠且合法的前提下，政府可以與國外醫療機構(例如歐洲、美國、中國)合作進行腎移植(包含登錄、配對、器官摘取與植入)。(98.4%)
- 5、政府應該開放病患到境外(如大陸、菲律賓)進行移植手術。(52.5%)
- 6、政府提供補助給腦死捐贈器官者的家屬，可以提高民眾捐贈的意願。(91.8%)
- 7、近三分之二的家屬(62.3%)不曉得政府有提供喪葬補助給腦死器官捐贈的家屬
- 8、對於政府目前對腦死器官捐贈死者之家屬的喪葬補助款約 10 萬，雖有一半的家屬認為是合理的(50.8%)，然而也有四成的民眾認為不足(42.6%)。
- 9、目前有關腎移植的醫療費用自費部分，會降低透析病患接受腎移植的意願。(78.3%)
- 10、腦死捐贈器官後，將來如果家人需要器官移植時可優先排序，這樣可以提高您器官捐贈的意願。(95.1%)

對於目前腦死捐贈者可指定捐贈器官給予五等親以內的家屬，但必須附帶捐贈其他器官或組織才能夠符合指定捐贈的原則，超過一半的家屬(52.5%)雖認為此條例是恰當的，然而在器官的來源上，超過八成的家屬(85.3%)還是認為政府應該鼓勵非親屬間的活體器官捐贈，且活體器官捐贈的對象不應只限於五等親內的親屬(85.2%)。若在公平、互惠且合法的前提下，絕大多數的家屬(98.4%)都認為政府可以與國外醫療機構合作進行腎移植，也有超過一半的家屬(52.5%)認為政府應該開放病患到境外進行移植手術。以上皆顯示對於家屬而言，器官捐贈應該更加多元開放。

另一方面，對於病患而言，近八成的家屬(78.3%)認為目前有關腎移植的醫療費用自費部分，會降低透析病患接受腎移植的意願。顯示對於家屬而言，醫療費用是造成病患對於腎移植較為卻步的阻礙因素之一。另外，對捐贈者來說，大多數的家屬(91.8%)認為政府提供補助給腦死捐贈器官者的家屬，可以提高民眾捐贈的意願。但是卻有將近三分之二的家屬(62.3%)不曉得政府有提供喪葬補助給腦死器官捐贈的家屬，由此可知，政府對於腦死捐贈者的補助宣導仍有待積極改善。

在知道政府目前對腦死器官捐贈死者之家屬的喪葬補助款約 10 萬時，雖有一半的家屬認為是合理的(50.8%)，然而也有四成的民眾認為不足(42.6%)。

此外，除了提供喪葬補助，家屬認為政府還可以透過提供以下措施，來提高腦死者家屬捐贈器官的意願：

- 1、給予家屬生活補助費用(65.6%)
- 2、捐贈家屬若有器官移植需要時可以優先排序 (62.3%)
- 3、加強器官捐贈的生命教育(47.5%)

另一方面，若想提高家屬簽署活體捐贈之意願，政府可以提供以下措施：

- (1)給予日後因生病住院醫療部分補助(77.0%)
- (2)終身的免費身體健康檢查(72.1%)
- (3)推動保險業者醫療險部分減免(47.5%)

4. 醫師對腎臟移植與器官捐贈的看法

- (1). 樣本數 n=40
- (2). 描述性統計

在基本資料方面，樣本裡男性較多(87.5%)，平均年齡為 41.4 歲，已婚(80.0%)，有宗教信仰(52.5%)，當中以佛教為主(57.1%)。專科資歷以腎臟內科為最多(72.5%)，大多在醫學中心及區域醫院服務(72.5%)，從事腎臟照護工作(包括洗腎室、泌尿外科、腎移植相關單位)資歷平均為 11 年(132.6 個月)。

大多數的醫師(92.5%)都認為腎移植是使腎衰竭患者可以活得最有品質，且皆有建議透析病患登記腎移植(97.5%)，但是在器官的來源上，雖然

他們大多都贊成器官捐贈(97.5%)，然而遇有適合捐贈的腦死病患，僅有四成的醫師表示會主動向家屬勸募捐贈器官(腎臟)，也僅有三成(32.5%)的醫師有器官勸募的經驗，顯示醫師對於器官勸募可能有疑慮。

進一步詢問原因後發現：

有進行器官勸募的醫師中，讓他們願意執行器官勸募的原因包括：

- (1)可以幫助等待器官的病患(92.3%)
- (2)腦死病患生前已表達意願或簽署器官捐贈同意書(76.9%)
- (3)器官捐贈是有意義的事(76.9%)

在沒有進行器官勸募的醫師中，使他們不願意執行器官勸募的原因則有：

- (1)腦死病患生前未表達意願或簽署器官捐贈同意書(76%)
- (2)其次是家屬尚未了解病人狀況(65%)
- (3)腦死病患家屬反對(55%)

另一方面，在受試者中僅不到三成(27.5%)有簽署器官捐贈同意書。在這些未簽署同意書的受試者中，超過一半(57.1%)雖曾有意願考慮器官捐贈者。但有部分的醫師其實是不知道該如何(12.5%)、該去那裡簽署器官捐贈同意卡(書)(20.0%)。

有七成的醫師(72.5%)在生命臨終時，願意捐贈自己的器官給有需要的人，在家人生命臨終時，有五成的醫師(55.0%)也願意捐贈他(她)的器官給有需要的人。幾乎所有的醫師(97.5%)目前沒有家人需要接受器官捐贈，但是如果有機會的話，近六成的醫師願意捐贈給他們的家人(57.5%)

對於目前現行器官捐贈的政策上，近五成的醫師(47.5%)對於台灣目前健保制度給付腎移植治療的點數是否合理表示不知道，至於對目前腦死捐贈者可指定捐贈器官給予五等親以內的家屬，但必須附帶捐贈其他器官或組織才能夠符合指定捐贈的原則，六成的醫師(65.0%)則認為此條例不恰當。六成的醫師(65.0%)贊成活體捐贈給洗腎患者，捐贈者可享有終身的免費健康檢查。

此外，除了提供喪葬補助，受試者認為政府還可以透過提供以下措施，來提高腦死者家屬捐贈器官的意願：

- 1、捐贈家屬若有器官移植需要時可以優先排序(82.5%)
- 2、提供家屬關懷與悲傷輔導(67.5%)

3、加強器官捐贈的生命教育(67.5%)

由以上結果可以發現，雖然大多數的醫師(97.5%)對於腎移植與器官捐贈都頗為支持，然而他們大多不會主動積極協助器官的勸募(40%)，對於器官捐贈的流程也有不清楚的地方(12.5%)，因此對臨床上有需要進行移植的病患來說，可能是不利的。探究醫師較少執行器官勸募的原因後發現，一方面由於醫師會擔心病患(76%)及家屬(65%)的態度，另一方面，目前健保制度給付(47.5%)、法規與福利對於捐贈者不夠有利(65.0%)等，都讓醫師在進行器官的勸募與移植時持保留態度。

(3). 看法

※ 訊息

- 1、腎臟科醫師應該了解更多有關腎移植的相關資訊(70.0%)。
- 2、腎臟科醫師有責任主動告知透析病患腎移植是末期腎病的治療方式之一(67.5%)。
- 3、醫師對透析病患解說腎移植相關訊息的方式，會影響其接受腎移植之意願(67.5%)。
- 4、當病人被診斷為尿毒症時，同時也接受到充足的腎移植相關訊息(47.5%)。
- 5、透析單位的醫護人員在得知病人有接受移植意願後，即積極地幫助病人轉介給移植團隊進行評估或資料登錄(65.0%)。

僅有七成的醫師認為腎臟科醫師應該了解更多有關腎移植的相關資訊。

有近七成的醫師認為腎臟科醫師有責任主動告知透析病患腎移植是末期腎病的治療方式之一，然而由於醫師認為自己對透析病患解說腎移植相關訊息的方式，擔心會影響其接受腎移植之意願(67.5%)，因此僅有不到一半的病人在被診斷為尿毒症時，可以同時接受到充足的腎移植相關訊息(47.5%)。而透析單位的醫護人員在得知病人有接受移植意願後，也不見得都積極地幫助病人轉介給移植團隊進行評估或資料登錄(32.5%)。

由以上結果顯示，醫師本身認為自己對病患解說腎移植相關訊息的方式，是會影響病人接受腎移植之意願(67.5%)；但是在問卷當中卻也發現，有高達 47.5 %的醫師承認當病人被診斷為尿毒症時，其實並沒有得到充足

的移植相關訊息，更甚至有 1/3 的醫師認為在臨床中發現洗腎病人有移植意願時，也不見得會積極的幫助病人轉介給移植團隊進行評估或資料登錄，由此顯見，由洗腎單位要轉介至移植單位時，當中其實隱含許多問題需要被討論與解決，除了移植相關訊息不夠透明之外，轉介到移植單位進行登錄的相關手續也不清楚，而這些都將可能成為阻礙腎友進行腎臟移植手術的障礙因素之一。

※ 醫師對移植的態度

1、腎移植術後的生活品質比透析治療好(67.5%)。

2、與透析療法比較，接受腎移植對末期腎病患者是比較好的選擇(57.5%)。

3、腎移植可以降低國內健保在透析治療方面的醫療費用(62.5%)。

3、醫師應鼓勵透析病患登錄腎移植(60.0%)

4、醫師不應鼓勵透析病患接受活體腎移植(57.5%)。

5、腎臟科醫師若建議透析病患進行腎移植登記，將會影響其醫療收入(52.5%)。

6、醫師術前向透析病患解釋腎移植的合併症會降低病患接受腎移植的意願 62.5%。

7、醫師不應鼓勵透析病患之家屬做親屬捐贈(60.0%)。

8、您對鼓勵家屬活體換腎，感到很為難(45.0%)

9、勸說透析病患的親人捐贈腎臟會增加醫療糾紛的風險(52.5%)。

10、考量捐贈者未來的健康狀況，不宜鼓勵活體捐贈(40.0%)。

11、若腦死者生前已經簽署器官捐贈同意書，醫療人員應該建議家屬將腦死者的器官捐出(60.0%)。

12、若腦死者生前沒有簽署器官捐贈同意書，醫療人員仍可提出器官捐贈方案給腦死者家屬做選擇(60.0%)。

六成多的醫師覺得腎移植術後的生活品質比透析治療好(67.5%)。與透析療法比較，接受腎移植對末期腎病患者是比較好的選擇 (57.5%)、甚至也能幫助降低國內健保在透析治療方面的醫療費用(62.5%)，因此他們認為醫師應鼓勵透析病患登錄腎移植(60%)。然而，僅有四成的醫師認為醫師應鼓勵透析病患接受活體腎移植(40.0%)，有五成的醫師擔心腎臟科醫師若

建議透析病患進行腎移植登記，將會影響其醫療收入(52.5%)，較多的醫師是擔心在術前向透析病患解釋腎移植的合併症會降低病患接受腎移植的意願(62.5%)。

在醫師對於腎移植與器官捐贈的態度方面，有六成的醫師認為醫師不應鼓勵透析病患之家屬做親屬捐贈(60.0%)，有部分原因在於他們對於鼓勵家屬活體換腎感到很為難(45%)、認為勸說透析病患的親人捐贈腎臟會增加醫療糾紛的風險(52.5%)，有四成的醫師則是考量捐贈者未來的健康狀況，認為不宜鼓勵活體捐贈(40.0%)。另一方面，對於是否應建議腦死者的家屬捐贈死者的器官，有六成的醫師主要看腦死者生前是否簽署器官捐贈同意書，然而即使腦死者生前沒有簽署，仍有六成的醫師認為醫療人員可提出器官捐贈方案給腦死者家屬做選擇。

由以上結果顯示，雖然有過半數的醫師認為接受腎移植對末期腎病患者是比較好的選擇 (57.5%)，但是卻又擔心會因建議透析病患進行腎移植登記，會影響其醫療收入(52.5%)，且對活體腎臟的捐贈來源，態度更是傾向保守(不鼓勵透析病患之家屬做親屬捐贈(60.0%)、對於鼓勵家屬活體換腎感到很為難(45%)，這些因素都也可能是在推廣腎臟活體移植的主要障礙因素之一。

※ 法規制度

- 1、現階段的醫療政策對鼓勵透析病患接受腎移植的醫師在法律上是沒有保障的(55.0%)，有 12.5%表示不知道。
- 2、目前的器官移植條例法規對腎移植病患是不夠有利的(40.0%)，且有 17.5%表示不知道。
- 3、目前台灣器官捐贈的法規有修改的必要(52.5%)，有 15%表示不知道。
- 4、目前台灣的器官捐贈移植網絡系統建構不夠健全(47.5%)，17.5%不知道
- 5、目前政府對腎移植病患建立的健保制度並不完善(60.0%)，10.0%不知道

由以上結果顯示，對醫師而言，現行的器官捐贈與移植的法律、系統，甚至於在健保制度上，不僅對醫師與病患都是不利的，且是有改進的必要。另一方面，也有部分醫師其實對於現行的法規制度是不清楚的。

※ 政策

- 1、政府不應該鼓勵非親屬間的活體器官捐贈(55.0%)。
- 2、政府對於活體器官捐贈的對象，應只限於五等親內的親屬(42.5%)
- 3、在公平、互惠且合法的前提下，政府可以與國外醫療機構(例如歐洲、美國、中國)合作進行腎移植(包含登錄、配對、器官摘取與植入)。67.5%。
- 4、政府不應該開放病患到境外(如大陸、菲律賓)進行移植手術(60.0%)
- 5、如果病人經由買賣途徑取得器官，不應該接受等同於境內移植病患的術後照顧(47.5%)。
- 6、腦死捐贈器官後，將來如果家人需要器官移植時可優先排序，這樣可以提高您器官捐贈的意願(62.5%)。
- 7、腎臟內科醫師與移植醫師有定期溝通管道將有助於促進透析病患接受腎移植的意願(60.0%)。
- 8、有必要發展一套對末期腎疾病患者轉介腎移植的臨床指引(67.5%)。

由以上結果顯示，醫師對於活體器官捐贈是比較保守的(55.0%)。雖然近七成的醫師同意在公平、互惠且合法的前提下，政府可以與國外醫療機構合作進行腎移植，然而僅有三成的醫師認同政府應該開放病患到境外進行移植手術，且如果病人經由買賣途徑取得器官，不應該接受等同於境內移植病患的術後照顧 (47.5%)。一部分的原因在於他們認為國內腎移植之技術與成功率優於境外(65.0%)。

另外，在政策的建議上，有超過六成(62.5%)的醫師認為，腦死捐贈器官後，將來如果家人需要器官移植時可優先排序，這樣可以提高捐贈意願。而腎臟內科醫師與移植醫師有定期溝通管道將有助於促進透析病患接受腎移植的意願(60.0%)。最後，有必要發展一套對末期腎疾病患者轉介腎移植的臨床指引(67.5%)。

※ 補助金

- 1、政府提供補助給腦死捐贈器官者的家屬，可以提高民眾捐贈的意願(55.0%)。
- 2、目前有關腎移植的醫療費用自費部分，會降低透析病患接受腎移植的意願 (60.0%)。

3、目前健保給付制度會影響醫師轉介透析病患進行腎臟移植的意願(52.5%)。

4、現階段的醫療政策(指腎移植手術健保補助金額)對於促進透析病患接受腎移植是不夠有利的(52.5%)，15%表示不知道。

5、現階段的醫療政策(指健保給付點數)對於醫師進行腎移植是不夠有利的(55.0%)，17.5%不知道。

有六成的(60.0%)醫師認為腎移植的醫療費用自費部分，會降低透析病患接受腎移植的意願，甚至也有超過五成的醫師認為(52.5%)，現階段的醫療政策(指腎移植手術健保補助金額)是不利於促進透析病患接受腎移植、也不利於進行醫師腎移植的(55.0%)，因此，若能讓腎友了解進行移植手術的相關自費金額，並從政策面實質鼓勵腎臟內科醫師轉介有意願移植的腎友進行手術，相信有可能提高醫師與腎友進行器官移植的意願。

5. 護理人員對腎臟移植與器官捐贈的看法

(1). 樣本數 n=195

(2). 描述性統計

在基本資料方面，受試者全為女性(100.0%)，平均年齡為 34.4 歲，已婚(50.3%)，大學畢業(65.6%)，有宗教信仰(62.1%)，當中以道教為主(53/121，43.8%)。工作醫院以醫學中心為主(45.1%)，大多數(85.6%)是腎臟科護理人員。從事腎臟照護工作(包括洗腎室、泌尿外科、腎移植相關單位)資歷平均近 13 年(151.3 個月)，僅有一成多的護理人員(14.9%)照顧過的腎移植患者在 10 人以上，然而卻有七成的人未曾接受過有關腎移植的照護訓練(71.3%)。

近八成的護理人員(77.9%)都認為腎移植是使腎衰竭患者可以活得最有品質，但是在器官的來源上，雖然他們大多都贊成器官捐贈(95.9%)，然而遇有適合捐贈的腦死病患，超過五成的護理人員(57.4%)表示不會主動向家屬勸募捐贈器官(腎臟)，八成多(86.2%)的護理人員都沒有器官勸募的經驗，一個可能的原因是，由於本次研究中的受訪者大多數(85.6%)是腎臟科的護理人員，在其從事的臨床情境上較沒有機會遇到腦死病患，因此較少有勸募的機會。

進一步詢問後發現：

有進行過器官勸募的護理人員中(11.3%，22/195)，讓她們願意執行器官勸募的原因包括：

- (1)可以幫助等待器官的病患(77.3%，17/22)
- (2)腦死病患生前已表達意願或簽署器官捐贈同意書(72.7%，16/22)
- (3)器官捐贈是有意義的事(68.2%，15/22)

對於護理人員而言(n=195)，會使她們不願意執行器官勸募的可能原因則有：

- (1)腦死病患家屬反對(60.0%)
- (2)腦死病患生前未表達意願或簽署器官捐贈同意書(50.8%)
- (3)家屬尚未了解病人狀況(50.3%)

另一方面，在受試者中大多數(84.1%)都沒有簽署器官捐贈同意書。在這些未簽署同意書的受試者(n=164)中，超過一半(57.3%，n=94)雖曾有考慮器官捐贈。但有部分未簽署的護理人員其實是不知道該如何(37.2%，35/94)、該去那裡(44.7%，42/94)簽署器官捐贈同意卡(書)。儘管如此，近八成的護理人員(77.4%)在生命臨終時，願意捐贈自己的器官給有需要的人，在家人生命臨終時，有六成多的護理人員(65.1%)也願意捐贈他(她)的器官給有需要的人。幾乎所有的護理人員(94.9%)目前沒有家人需要接受器官捐贈，但是如果有機會的話，七成的護理人員願意捐贈給他們的家人(74.9%)。

若想提高護理人員簽署活體捐贈之意願，政府可以提供哪些措施？

- (1)給予日後因生病住院醫療部分補助(75.4%)
- (2)終身的免費身體健康檢查(71.3%)
- (3)推動保險業者醫療險部分減免(64.6%)

由以上結果顯示，護理人員對於器官捐贈仍是頗為支持，然而她們較不會主動去勸募器官，另一方面，對於器官捐贈的流程也並非都瞭解，對於腎移植的照護訓練也不足夠，顯然還有進步的空間。

對於目前現行器官捐贈的政策上，六成多的護理人員(66.2%)對於台灣目前健保制度給付腎移植治療的點數是否合理表示不知道，至於對目前腦死捐贈者可指定捐贈器官給予五等親以內的家屬，但必須附帶捐贈其他器官或組織才能夠符合指定捐贈的原則，五成的護理人員(53.8%)則認為此條

例不恰當。八成的護理人員(82.6%)贊成活體捐贈給洗腎患者，捐贈者可享有終身的免費健康檢查。

此外，除了提供喪葬補助，受試者認為政府還可以透過提供以下措施，來提高腦死者家屬捐贈器官的意願：

- 1、捐贈家屬若有器官移植需要時可以優先排序(80.0%)
- 2、提供家屬關懷與悲傷輔導(71.3%)
- 3、加強器官捐贈的生命教育(69.2%)

由以上結果可以發現，雖然大多數的護理人員(95.9%)對於腎移植與器官捐贈都頗為支持，然而超過一半的護理人員(57.4%)不會主動向腦死者的家屬勸募捐贈器官，探究護理人員較少執行器官勸募的原因後發現，主要是由於護理人員會擔心家屬反對(60.0%)、腦死病患生前未表達意願或簽署器官捐贈同意書(50.8%)與腦死者家屬尚未了解病人狀況(50.3%)等。此外，部分護理人員不知道該如何(34.9%)、該去那裡(40.0%)簽署器官捐贈同意卡，顯示護理人員對於器官捐贈的流程也不夠清楚。而有七成護理人員未曾接受過有關腎移植的照護訓練(71.3%)，有一部分的原因在於本研究的受試者超過八成(85.6%)是腎臟科的護理人員，在其工作的場域較不會遇到腎移植的病患，因此較沒有受過相關的照護訓練。然而也正因為她們並未受到相關的照護訓練，另一方面，有照護 10 位接受過腎移植以上經驗的護理人員也僅一成多(14.9%)，以上所述皆顯示對於若有意願捐贈器官及需要進行移植的病患來說，較難以從護理人員處獲得足夠的協助。

(3). 看法

※ 護理人員對移植的態度

- 1、腎移植術後的生活品質比透析治療好(54.3%)。
- 2、超過一半的護理人員不認為與透析療法比較，接受腎移植對末期腎病患者是比較好的選擇(54.9%)。
- 3、超過一半的護理人員不認為應鼓勵透析病患登錄腎移植(54.8%)
- 4、四成多的護理人員不認為應鼓勵透析病患接受活體腎移植(43.6%)。
- 5、四成多的護理人員不認為應鼓勵透析病患之家屬做親屬捐贈。(44.1%)
- 6、超過一半的護理人員不認為腦死者生前已經簽署器官捐贈同意

- 書，醫療人員應該建議家屬將腦死者的器官捐出。(55.9%)
- 7、超過一半的護理人員不認為腦死者生前沒有簽署器官捐贈同意書，醫療人員也可以提出器官捐贈方案給腦死者家屬做選擇。(56.4%)
 - 8、不到一半的護理人員(41.6%)能自在的與同事討論有關推廣腎移植之相關議題。
 - 9、超過一半的護理人員不認為與末期腎病患者討論腎移植議題是護理人員的獨立功能之一。(51.8%)
 - 10、以目前所接受的護理訓練，認為自己不夠能力照護腎移植病患。(53.4%)
 - 11、照護腎移植病患會增加您的心理壓力。(56.9%)
 - 12、四成多的護理人員對鼓勵家屬活體換腎，會感到為難。(44.1%)
 - 13、勸說透析病患的親人捐贈腎臟會增加醫療糾紛的風險(46.7%)
 - 14、考慮活體捐贈者未來的健康狀況，不宜鼓勵活體捐贈。(49.2%)
 - 15、近六成的護理人員不認為腎移植能降低國內健保在透析治療方面的醫療費用(57.9%)

由以上結果可以發現，雖然超過一半的護理人員認為腎移植術後的生活品質比透析治療好(54.3%)，然而卻不認為與透析療法比較，接受腎移植對末期腎病患者是比較好的選擇(54.9%)。因此，她們不認為應鼓勵透析病患登錄腎移植(54.8%)，四成多的護理人員(43.6%)也不認為應鼓勵透析病患接受活體腎移植

，也不應鼓勵透析病患之家屬做親屬捐贈 (44.1%)。此外，即便腦死者生前簽署器官捐贈同意書，還是有五成多的護理人員不覺得醫療人員應該建議家屬將腦死者的器官捐出。若是腦死者生前沒有簽署，她們也認為醫療人員也不見得要提出器官捐贈方案給腦死者家屬做選擇(56.4%)。另一方面，也僅有不到一半的護理人員(41.6%)可以自在的與同事討論有關推廣腎移植之相關議題。由以上結果顯示，護理人員對於腎移植與器官捐贈的態度是較為保守的，較不會主動去鼓勵病患與家屬。

會使護理人員對於鼓勵腎移植與器官捐贈較為卻步的原因包括：超過五成的護理人員不認為與末期腎病患者討論腎移植議題是護理人員的獨立功能之一(51.8%)、以目前所接受的護理訓練，認為自己不夠能力照護腎

移植病患(53.4%)、照護腎移植病患會增加心理壓力(56.9%)、對鼓勵家屬活體換腎，會感到為難(44.1%)、勸說透析病患的親人捐贈腎臟會增加醫療糾紛的風險(46.7%)、考慮活體捐贈者未來的健康狀況(49.2%)等，且也不認為腎移植能降低國內健保在透析治療方面的醫療費用(57.9%)。以上皆顯示護理人員對於推廣器官捐贈與腎移植的態度受到很多因素的阻礙。

※ 訊息

- 1、 超過一半的護理人員不認為需要了解更多有關腎移植的相關資訊(55.4%)。
- 2、 超過一半的護理人員不認為有責任主動告知透析病患腎移植是末期腎病的治療方式之一(56.9%)。
- 3、 護理人員對透析病患解說腎移植相關訊息的方式，會影響其接受腎移植之意願(48.7%)。
- 4、 有一半護士認為病人被診斷為尿毒症時，同時也接受到充足的腎移植相關訊息(54.3%)。
- 5、 近一半護士認為透析單位的醫護人員在得知病人有接受移植意願後，即積極地幫助病人轉介給移植團隊進行評估或資料登錄(47.2%)。

超過一半(55.4%)的護理人員不認為護理人員應該了解更多有關腎移植的相關資訊，且也不覺得有責任主動告知透析病患腎移植是末期腎病的治療方式之一(56.9%)，雖然近二分之一的護理人員(48.7%)覺得護理人員對透析病患解說腎移植相關訊息的方式，會影響其接受腎移植之意願，然而卻僅有一半的病人在被診斷為尿毒症時，同時也接受到充足的腎移植相關訊息(54.3%)。甚至不到一半的護理人員(47.2%)認為透析單位的醫護人員在得知病人有接受移植意願後，會積極地幫助病人轉介給移植團隊進行評估或資料登錄。以上結果顯示對於護理人員而言，認為提供腎友移植訊息方面並非是自己的責任，且不見得會影響腎友是否接受腎移植，因此她們也較不覺得應該要去瞭解更多相關訊息。這樣的結果也一部分使得僅有一半的人覺得病人是能獲得足夠的訊息(54.3%)、甚至是獲得積極轉介的服務(47.2%)。

※ 法規制度

- 1、 僅有三分之一(35.3%)的護理人員認為目前的器官移植條例法規對腎移植病患是有利的，四分之一表示不知道(25.1%)。

- 2、三分之一的護理人員(36.9%)認為目前台灣器官捐贈的法規不知道有修改的必要，四分之一表示不知道(24.6%)。
- 3、不到一半的護理人員(42.1%)認為目前台灣的器官捐贈移植網絡系統建構得健全，一成多表示不知道(16.4%)。
- 4、不到四成的護理人員認為目前政府對腎移植病患建立的健保制度完善，兩成多表示不知道(22.1%)。

由以上結果可以發現，現行的器官捐贈與移植的法律、器官捐贈移植網絡系統，甚至於在健保制度上，對於護理人員來說，是有改進的必要。另一方面，有部分的護理人員其實對於現行的法規制度是不清楚的。

※ 政策

- 1、政府應該鼓勵非親屬間的活體器官捐贈(50.2%)。
- 2、政府對於活體器官捐贈的對象，不應只限於五等親內的親屬(53.3%)
- 3、超過五成的護理人員(54.9%)不認為在公平、互惠且合法的前提下，政府可以與國外醫療機構(例如歐洲、美國、中國)合作進行腎移植(包含登錄、配對、器官摘取與植入)。
- 4、二分之一的護理人員不認為政府應該開放病患到境外(如大陸、菲律賓)進行移植手術(50.3%)
- 5、不到一半的護理人員認為如果病人經由買賣途徑取得器官，應該接受等同於境內移植病患的術後照顧(43.1%)。
- 6、超過一半的護理人員不認為腦死捐贈器官後，將來如果家人需要器官移植時可優先排序，能提高她們器官捐贈的意願(52.8%)。
- 7、超過一半的護理人員不認為政府提供補助給腦死捐贈器官者的家屬，能提高民眾捐贈的意願(52.8%)。
- 8、僅不到五成的護送人員認為目前有關腎移植的醫療費用自費部分，會降低透析病患接受腎移植的意願(48.2)
- 9、超過一半的護理人員不認為有必要發展一套對末期腎疾病患者轉介腎移植的臨床指引(54.9%)。

由以上結果可以發現，雖有超過一半的護理人員對於政府鼓勵活體器官捐贈(50.2%)與開放五等親內的親屬的限制(53.3%)是認為可行的。然而即便在公平、互惠且合法的前提下，超過五成的護理人員(54.9%)也不認為政

府可以與國外醫療機構合作進行腎移植，雖然一半以上的護理人員不認為國內腎移植之技術與成功率優於境外(54.8%)，仍不認為政府應該開放病患到境外進行移植手術(50.3%)。也僅有四成多的護理人員(43.1%)覺得病人經由買賣途徑取得器官，應該接受等同於境內移植病患的術後照顧。

另外，若是腦死捐贈器官後，就算將來如果家人需要器官移植時可優先排序，也不能提高護理人員的捐贈意願(52.8%)，超過五成的護理人員不認為政府提供補助給腦死捐贈器官者的家屬，能提高民眾捐贈的意願(52.8%)，僅近五成的護理人員(48.2%)認為目前有關腎移植的醫療費用自費部分，會降低透析病患接受腎移植的意願。最後，超過一半的護理人員不認為有必要發展一套對末期腎疾病患者轉介腎移植的臨床指引(54.9%)。由以上結果皆顯示護理人員對於器官捐贈與腎移植的政策的態度是較傾向保守的，另一方面，對於護理人員而言，要增加器官捐贈的意願，家人需要器官移植時可優先排序、政府提供補助皆不夠算是有效的方式。

第二節 提升腎臟與器官移植策略全國性電話訪查結果

當前移植技術進步，慢性腎臟病最佳的治療方式為腎臟移植。惟我國遺體、活體器官捐贈的數量仍遠不及對捐贈器官的需求量，為了提高器官的捐贈率，本計畫蒐集與彙整國際間各種提高器官捐贈率相關之文獻，以及參考器官捐贈率較高之國家之政策法規，並參酌我國文化與國情，初步擬定提升器官捐贈率政策建議草案乙份。本研究計畫將政策建議草案，加以進行全國性抽樣電話訪談，調查我國社會公眾對於器官捐贈之倫理、政策發展、風險等感知，瞭解國人對於政策建議草案之意見與接受程度。調查結果如下：

調查概況

排除非人為因素（忙線、無人接聽、答錄機或勿干擾、傳真機、非住宅電話、暫停使用、電話故障、空號），總共受訪人數 3,699 人。此 3,699 人中，有 1,075 人拒訪。本次調查共完成 1,117 份有效問卷，訪問成功率為 50.96%。（如表 CC-1、表 CC-2、表 CC-3）

資料處理

樣本檢定：

如前所述，本調查之成功樣本為 1,117 份，在進行分析之前，先檢驗樣本結構是否符合母體（以卡方檢定進行判定），其判斷的變數係以臺閩地區 25 縣市之性別、年齡層與縣市別為依據，結果分述如下。

（一） 性別：

在受訪者性別方面，女性占 49.60%，男性占 50.40%。此外，卡方檢定結果顯著性大於 0.05（Chi-square = 0.20，df = 1，p-value = 0.656），表示受訪者性別符合母體結構。（如表 CC-4）

（二） 年齡層：

在受訪者年齡方面，以 40-49 歲的民眾最多（21.74%），其次為 30-39 歲的民眾（21.53%）。此外，卡方檢定結果顯著性大於 0.05（Chi-square = 0.94，df = 4，p-value = 0.919），表示受訪者年齡符合母體結構。（如表 CC-5）

(三) 縣市別：

在縣市別方面，以臺北縣的民眾最多(17.78%)，其次為臺北市(12.23%)，第三為桃園縣(8.70%)。此外，卡方檢定結果顯著性大於0.05(Chi-square = 21.10, df = 24, p-value=0.633)，表示受訪者縣市別符合母體結構。(如表 CC-6)

樣本結構分析：

除了上述的性別、年齡以及受訪者縣市別外，以下係對受訪者之教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、家庭月收入與職業此二個變項之資料結構來說明，分述如下。

(一) 教育程度

受訪者教育程度以高中職比例最高，占29.51%，其次為大學，占29.22%。(如表 CC-7)

(二) 婚姻狀況

受訪者婚姻狀況以已婚比例最高，占67.85%，其次為未婚，占27.72%。(如表 CC-8)

(三) 宗教信仰

受訪者宗教信仰以無宗教信仰比例最高，占35.20%，其次為佛教，占34.80%，再次者為道教，占19.71%。(如表 CC-9)

(四) 家庭月收入

受訪者家庭月收入以5萬-10萬元比例最高，占31.40%，其次為3萬-5萬元，占21.91%。(如表 CC-10)

(五) 職業

受訪者職業以一般職員及佐理人員比例最高，占12.97%，其次為專門性、技術性有關人員，占12.50%，再次者為家管，占11.40%。(如表 CC-11)

調查主要發現：

在此章節中，單選題將以次數分配表呈現各題回答情形。在受訪者之人口特徵交叉分析部分，則選擇卡方檢定有顯著差異者加以說明。此外，

居住縣市係依內政部統計處之定義，將 25 縣市合併成「北部地區」、「中部地區」、「南部地區」、「東部及離島地區」進行分析，其中「其他北部地區」包括基隆市、臺北市、臺北縣、宜蘭縣、桃園縣、新竹市、新竹縣、宜蘭縣；「中部地區」包括苗栗縣、臺中市、臺中縣、彰化縣、南投縣、雲林縣；「南部地區」包括嘉義市、嘉義縣、臺南市、臺南縣、高雄市、高雄縣、屏東縣、澎湖縣；「東部及離島地區」包括花蓮縣、臺東縣、金門縣、連江縣。

(1). 器官捐贈認知度與意願

(一) 器官捐贈分為活體捐贈與屍體捐贈之認知度

調查結果顯示，在全體受訪者中，表示「知道」器官捐贈分為活體捐贈與屍體捐贈者占 73.20%，表示「不知道」者占 26.69%。(如表 CC-12)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，僅教育程度與月收入經卡方檢定後達顯著差異，其中，學歷為研究所(含)以上與家庭收入為 30,000 元以上者對於器官捐贈分為活體捐贈與屍體捐贈之認知度較高。(表 CC-13)

(二) 目前有無家人(親友)在等待器官移植

調查結果顯示，在全體受訪者中，表示目前「有」家人(親友)在等待器官移植者占 1.07%，「沒有」者占 98.80%。(如表 CC-14)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，經卡方檢定後均未達顯著差異。(如表 CC-15)

(三) 如果家人現在需要接受移植器官，捐贈腎臟或是部份的肝臟之意願

調查結果顯示，在全體受訪者中，如果家人現在需要接受移植器官，表示「願意」捐贈腎臟或是部份肝臟者占 83.89%，「不願意」者占 3.57%，而未表態的比例共占 12.55%('不知道/無意見'為 11.80%，「拒答」為 0.75%)。(如表 CC-16)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，僅年齡經卡方檢定後達顯著差異，其中 20-29 歲之受訪者，如果家人現在需要接受移植器官，表示「願意」

捐贈腎臟或是部份的肝臟的比例較高，且年齡愈低，願意捐贈的比例愈高。(如表 CC-17)

(四) 如果自己過世後，自己的器官捐贈給有需要的人之意願

調查結果顯示，在全體受訪者中，有 66.80% 之受訪者表示如果自己過世後，「願意」把自己的器官捐贈給有需要的人，「不願意」者占 10.49%，而未表態的比例共占 22.71%（「不知道/無意見」為 21.00%，「拒答」為 1.71%）。(如表 CC-18)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，僅年齡與教育程度經卡方檢定後達顯著差異，其中 20-29 歲與學歷為大學之受訪者，如果自己過世後，表示「願意」把自己的器官捐贈給有需要的人的比例較高，且年齡愈低，願意捐贈的比例愈高。(如表 CC-19)

(五) 受訪者有無器官捐贈卡之情形

調查結果顯示，在全體受訪者中，表示「有」器官捐贈卡者占 4.46%，表示「沒有」者占 95.54%。(如表 CC-20)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，經卡方檢定後均未達顯著差異。(如表 CC-21)

(六) 如果家人過世，但生前未表示是否要捐贈器官，是否願意將他的器官捐贈給有需要的人

調查結果顯示，在全體受訪者中，有 35.21% 之受訪者表示如果家人過世，但生前未表示是否要捐贈器官，「願意」將他的器官捐贈給有需要的人，表示「不願意」者占 35.01%，而未表態的比例共占 29.78%（「不知道/無意見」為 28.76%，「拒答」為 1.02%）。(如表 CC-22)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，僅年齡、教育程度、婚姻狀況與宗教信仰經卡方檢定後達顯著差異，其中 20-29 歲、學歷為國中、高中職與大學（含）以上、婚姻狀況為未婚與其他、宗教信仰為基督教與天主教之受訪者，表示如果家人過世，但生前未表示是否要捐贈器官，「願意」將他的器官捐贈給有需要的人的比例較高。(如表 CC-23)

(2).器官勸募相關政策之看法

(一) 強制選擇制的支持程度

美國加州政府會在民眾申請駕照或報稅時主動詢問捐贈器官的意願，讓每位民眾表明要不要捐器官。而調查結果顯示，在全體受訪者中，表示「非常同意」(23.80%)與「還算同意」(52.29%)我國政府參考此做法的比例共占 76.09%，表示「不太同意」(12.80%)與「非常不同意」(2.09%)的比例共占 14.89%。(如表 CC-24)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，僅性別、教育程度與月收入經卡方檢定後達顯著差異，其中男性、學歷為專科與大學、家庭月收入為 100,000 元以上者對強制選擇制表示同意的比例較高。(如表 CC-25)

(二) 政府主動詢問捐贈意願能提升簽卡率之同意程度

根據研究結果顯示，我國有很多民眾願意捐贈器官，但是大都沒有去登記。而調查結果顯示，在全體受訪者中，表示「非常同意」(32.71%)與「還算同意」(47.49%)政府主動詢問民眾捐贈器官意願的比例共占 80.20%，表示「不太同意」(11.61%)與「非常不同意」(2.36%)的比例共占 13.97%。(如表 CC-26)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，性別、教育程度、月收入、職業與居住地經卡方檢定後達顯著差異，其中男性、學歷為專科與大學、家庭月收入為 200,000 元以上、職業為有業與居住於南部地區之受訪者對政府主動詢問捐贈意願能提升簽卡率表示同意的比例較高。(如表 CC-27)

(三) 假定同意制的接受程度

西班牙政府預設每一位民眾死後都同意捐贈器官，除非民眾在生前有明確表達不要捐贈，否則就認定他是同意捐贈。而調查結果顯示，在全體受訪者中，表示「非常同意」(11.92%)與「還算同意」(26.56%)我國政府參考此做法的比例共占 38.48%，表示「不太同意」(35.93%)與「非常不同意」(21.68%)的比例共占 57.61%。(如表 CC-28)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，除居住地之外，其餘人口特徵變項

經卡方檢定後達顯著差異，其中男性、60 歲以上、教育程度為國中(含)以下、婚姻狀況為已婚、有宗教信仰、家庭月收入為 19,999 元以下與職業為無業、待業之受訪者對假定同意制表示同意的比例較高，且學歷愈低，表示同意的比例愈高；而女性、40-49 歲、教育程度為研究所(含)以上、婚姻狀況為未婚、無宗教信仰、家庭月收入為 100,000 元以上與職業為有業之受訪者對假定同意制表示不同意的比例較高，且學歷愈高，表示不同意的比例愈高。(如表 CC-29)

(四) 對知情同意模式、強制選擇模式與假定同意模式進行器官勸募之支持度

調查結果顯示，在全體受訪者中，表示支持「由政府主動詢問了解民眾意願(強制選擇模式)」進行器官勸募的比例最高，占 50.54%；其次為「由民眾自己主動去簽署同意書(知情同意模式)」，占 43.73%；再次者為「預設民眾都同意捐贈(假定同意模式)」，占 2.67%。(如表 CC-30)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，除職業與居住地除外，其餘人口特徵變項經卡方檢定後達顯著差異，其中男性、49 歲(含)以下、學歷為大學以上、婚姻狀況為未婚、無宗教信仰或基督教、天主教與家庭月收入為 50,000 元以上之受訪者支持「由政府主動詢問了解民眾意願(強制選擇模式)」的比例較高；女性、50 歲(含)以上、教育程度為國中以下、佛教與家庭月收入為 29,999 元以下之受訪者則以支持「由民眾自己主動去簽署同意書(知情同意模式)」的比例較高。(如表 CC-31)

(3).家屬參與器官捐贈相關看法

(一) 已簽卡者之器官摘取是否仍需要家屬同意

調查結果顯示，在全體受訪者中，表示若民眾生前同意並簽署器官捐贈同意書，在進行器官摘取前，「醫護人員還是得經過家屬同意才可以摘取」的比例最高，占 56.05%；其次為「因為已經有簽署同意書，醫護人員不需要經過家屬同意即可摘取」，占 40.97%。(如表 CC-32)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，僅年齡、教育程度與月收入經卡方檢定

後達顯著差異，其中 20-29 歲與 60 歲以上、學歷為大學（含）以下與家庭月收入為 49,999 元（含）以下之受訪者表示若民眾生前同意並簽署器官捐贈同意書，在進行器官摘取前以「醫護人員還是得經過家屬同意才可以摘取」的比例較高；40-49 歲、教育程度為研究所（含）以上與家庭月收入為 100,000 元（含）以上之受訪者則以「因為已經有簽署同意書，醫護人員不需要經過家屬同意即可摘取」的比例較高。（如表 CC-33）

（二） 生前同意並且有簽署器官捐贈同意書，家屬是否能違背死者生前意願否決捐贈

調查結果顯示，在全體受訪者中，表示若民眾生前同意並簽署器官捐贈同意書，在進行器官摘取前，該民眾的家屬不同意捐贈，但「應該以死者生前意願為主，儘管家屬不同意，還是要進行器官捐贈」的比例最高，占 54.75%；其次為「因為家屬不同意，所以不進行捐贈，以家屬意見為主」，占 36.00%。（如表 CC-34）

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，僅性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、月收入與職業經卡方檢定後達顯著差異，其中女性、20-29 歲、學歷為國中（含）以上、婚姻狀況為未婚、家庭月收入為 200,000 元以上與有業之受訪者表示若民眾生前同意並簽署器官捐贈同意書，在進行器官摘取前，該民眾的家屬不同意捐贈，但「應該以死者生前意願為主，儘管家屬不同意，還是要進行器官捐贈」的比例較高；教育程度為不識字、國小之受訪者則以「因為家屬不同意，所以不進行捐贈，以家屬意見為主」的比例較高。（如表 CC-35）

（三） 生前沒有簽署器官捐贈同意書，也不曾表達是否捐贈器官，家屬是否能夠代為決定捐贈器官

調查結果顯示，在全體受訪者中，表示若民眾生前沒有簽署器官捐贈同意書，也未表達是否捐贈器官，在該民眾去世後，「醫護人員應該要詢問其家屬是否同意捐贈器官，由家屬代為決定」的比例最高，占 77.57%；其次為「因為該民眾未表明意願，所以醫護人員及家屬應給予尊重，不摘取器官」，占 18.90%。（如表 CC-36）

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，僅年齡、教育程度、宗教信仰、月收入與職業經卡方檢定後達顯著差異，其中 30-49 歲、學歷為高中職與專

科、無宗教信仰、家庭月收入為 30,000-199,999 元與有業之受訪者表示若民眾生前沒有簽署器官捐贈同意書，也未表達是否捐贈器官，在該民眾去世後，「醫護人員應該要詢問其家屬是否同意捐贈器官，由家屬代為決定」的比例較高。(如表 CC-37)

(四) 生前明確表示不捐贈器官，家屬是否能夠代為決定捐贈器官

調查結果顯示，在全體受訪者中，表示若民眾生前明確表示不捐贈器官，該民眾去世後，「因為該民眾表示不願意捐贈，所以醫護人員及家屬應給予尊重，不摘取器官」的比例最高，占 66.94%；其次為「醫護人員應該要詢問其家屬是否同意捐贈器官，由家屬代為決定」，占 31.08%。(如表 CC-38)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，僅性別、教育程度、月收入與居住地經卡方檢定後達顯著差異，其中女性、研究所(含)以上、家庭月收入為 100,000 元(含)以上與北部地區之受訪者表示若民眾生前明確表示不捐贈器官，該民眾去世後，「因為該民眾表示不願意捐贈，所以醫護人員及家屬應給予尊重，不摘取器官」的比例較高。(如表 CC-39)

(五) 病患在疾病末期，陷入深度昏迷，沒有治癒的希望時，家屬有權代替病患決定是否拔除維生系統之同意程度

調查結果顯示，在全體受訪者中，表示「非常同意」(45.30%)與「還算同意」(40.47%)病患在疾病末期，陷入深度昏迷，沒有治癒的希望時，家屬有權代替病患決定是否拔除維生系統的比例共占 85.77%，表示「不太同意」(7.97%)與「非常不同意」(3.08%)的比例共占 11.05%。(如表 CC-40)

受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，除居住地之外，其餘人口特徵變項經卡方檢定後達顯著差異，其中男性、20-29 歲與 40-49 歲、學歷為國中(含)以上、婚姻狀況為其他、宗教信仰為道教、家庭月收入為 200,000 元以上與有業之受訪者表示同意病患在疾病末期，陷入深度昏迷，沒有治癒的希望時，家屬有權代替病患決定是否拔除維生系統的比例較高。(如表 CC-41)

(六) 如果家人過世，但生前未表示是否要捐贈器官，哪種作法比較妥當

調查結果顯示，在全體受訪者中，如果家人過世，但生前未表示是否要捐贈器官，表示以「根據家人討論後的結果來決定」的比例最高，占 48.77%；其次為「根據過世家人本人可能的意願來決定」，占 24.03%；再次者為「因為過世的家人並沒有表示，就不要考慮捐贈」，占 23.62%。(如表 CC-42)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，僅教育程度與家庭月收入經卡方檢定後達顯著差異，其中學歷為大學(含)以下與家庭月收入為 20,000-29,999 元與 50,000-99,999 元之受訪者，如果家人過世，但生前未表示是否要捐贈器官，表示以「根據家人討論後的結果來決定」的比例較高。(如表 CC-43)

(七) 調查個人之屍體器官捐贈意願時，應增加「由家人決定的選項」之同意程度

調查結果顯示，在全體受訪者中，表示「非常同意」(25.72%)與「還算同意」(45.62%)調查個人之屍體器官捐贈意願時，應增加「由家人決定的選項」的比例共占 71.34%，表示「不太同意」(17.63%)與「非常不同意」(6.49%)的比例共占 24.12%。(如表 CC-44)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，僅年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入與居住地經卡方檢定後達顯著差異，其中 20-29 歲與 60 歲以上、學歷為不識字、國小、未婚、有宗教信仰、家庭月收入為 20,000-29,999 元與中南部地區之受訪者表示同意調查個人之屍體器官捐贈意願時，應增加「由家人決定的選項」的比例較高。(如表 CC-45)

(4). 放寬分配與捐贈限制之相關看法

(一) 屍體器官指定捐贈限制放寬與否

根據我國法律規定，屍體器官捐贈者可以指定捐贈給五等血親或是配偶。而調查結果顯示，在全體受訪者中，表示「完全開放指定捐贈，不限制要捐給誰」的比例最高，占 33.91%；其次為「開放讓器官捐贈者指定捐贈對象，可以指定給親屬朋友」，占 28.43%；再次者為「屍體器官捐出後，應該由國家公平分配，不應該說要指定捐贈給誰」，占 19.62%；最後則為「開放讓器官捐贈者指定捐贈對象，但僅

限於血親或是配偶」，占 13.40%。(如表 CC-46)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，除宗教信仰與居住地之外，其他人口特徵變項經卡方檢定後達顯著差異，其中男性、40 歲以上、學歷為專科（含）以下、已婚、家庭月收入為 99,999 元以下與 200,000 元以上與有業之受訪者表示「完全開放指定捐贈，不限制要捐給誰」的比例較高；女性、20-39 歲、教育程度為研究所（含）以上、未婚與家庭月收入為 100,000-199,999 元之受訪者則以「開放讓器官捐贈者指定捐贈對象，可以指定給親屬朋友」的比例較高。(如表 CC-47)

(二) 開放活體配對捐贈同意程度

根據我國法律規定，活體器官智能捐贈給五等血親或配偶。而根據調查結果顯示，在全體受訪者中，對於開放活體配對捐贈表示「非常同意」(55.98%)與「還算同意」(34.75%)的比例共占 90.73%，表示「不太同意」(4.32%)與「非常不同意」(2.61%)的比例共占 6.93%。(如表 CC-48)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，經卡方檢定後均未達顯著差異。(如表 CC-49)

(三) 放寬活體器官捐贈親等限制

有人認為，政府應該放寬活體器官只能捐贈給血親和配偶的規定。而調查結果顯示，在全體受訪者中，對於放寬活體器官捐贈親等限制以「不應該有任何限制，活體捐贈者可以指定捐贈給任何人」的比例最高，占 32.20%；其次為「比照屍體器官捐贈方式，活體器官捐出後，交給國家公平分配給病情最需要的人」，占 28.04%；再次者為「除血親或配偶外，也可捐贈給有情感關係的親朋好友」，占 26.11%；最後則為「血親或配偶」，占 9.48%。(如表 CC-50)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，僅婚姻狀況、月收入與職業經卡方檢定後達顯著差異，其中婚姻狀況為其他、家庭月收入為 200,000 元以上與無業、待業之受訪者對於放寬活體器官捐贈親等限制以「不應該有任何限制，活體捐贈者可以指定捐贈給任何人」的比例較高。(如表 CC-51)

(5). 器官捐贈補助方式

(一) 屍體器官捐贈補助費用金額接受度

根據我國法律和各醫院規定，屍體器官捐贈後，會提供捐贈者家屬約 20 萬元的喪葬補助費用。而調查結果顯示，在全體受訪者中，表示「補助金額適當，可維持現行方式」的比例最高，占 57.19%；其次為「不應該提供家屬任何補助或補償」，占 14.51%；再次者為「補助金額過少，應給予捐贈者家屬更高的補助」，占 12.65%；最後則為「補助金額過多」，占 3.44%；而未表態的比例占 12.21%（「不知道/無意見」為 11.97%，「拒答」為 0.24%）。(如表 CC-52)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，除宗教信仰與居住地之外，其他人口特徵變項經卡方檢定後達顯著差異，其中 59 歲（含）以下、學歷為專科以上、未婚、家庭月收入為 30,000-199,999 元與有業之受訪者表示「補助金額適當，可維持現行方式」的比例較高。而不同性別均以「補助金額適當，可維持現行方式」的比例最高，男性其次為「補助金額過少，應給予捐贈者家屬更高的補助」，女性則為「不應該提供家屬任何補助或補償」。(如表 CC-53)

(二) 屍體捐贈者家屬的喪葬補助費用之合理的金額

調查結果顯示，在表示補助金額過多或過少之受訪者中，表示對於屍體捐贈者家屬的喪葬補助費用為「30-50 萬」的比例最高，占 41.29%；其次為「50 萬以上」，占 15.12%；再次者為「5-10 萬」，占 11.60%；而表示「不知道/無意見」的比例為 10.23%。(如表 CC-54)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，經卡方檢定後均未達顯著差異。(如表 CC-55)

(三) 活體器官捐贈是否應該補助

有人認為，為了表達對活體捐贈者的感謝，應該補助捐贈者；但也有人認為，提供補助金額過高，會有器官買賣的疑慮。而調查結果顯示，在全體受訪者中，表示為了表達對活體捐贈者的感謝，「應提供補助，但僅提供醫療支出和活體捐贈者工作收入上的損失」的比例最高，占 49.51%；其次為「除損失的補償外，另外給予小額金錢補助」，占 27.64%；再次者為「不應提供任何補助，以避免器官買賣」，占

13.71%。(如表 CC-56)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，除宗教信仰與居住地之外，其他人口特徵變項經卡方檢定後達顯著差異，其中女性、20-29 歲、學歷為專科與大學、未婚、家庭月收入為 200,000 元以上與有業之受訪者表示為了表達對活體捐贈者的感謝，「應提供補助，但僅提供醫療支出和活體捐贈者工作收入上的損失」的比例較高。(如表 CC-57)

(四) 推行免費使用殯葬設施政策民眾接受度

前年起，臺北市政府與殯葬管理處合作只要設籍臺北市，或在臺北市內醫院捐贈器官者，可以免費使用臺北市公立殯儀館之殯葬設施。而調查結果顯示，在全體受訪者中，對於推行免費使用殯葬設施政策，能增加屍體器官的捐贈率表示「非常同意」(37.87%)與「還算同意」(45.44%)的比例共占 83.31%，表示「不太同意」(10.24%)與「非常不同意」(3.60%)的比例共占 13.84%。(如表 CC-58)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，僅家庭月收入經卡方檢定後達顯著差異，其中 99,999 元以下與 200,000 元以上之受訪者表示同意推行免費使用殯葬設施政策，能增加屍體器官的捐贈率的比例較高。(如表 CC-59)

(五) 民眾是否能接受單一補助方式之接受度

調查結果顯示，在全體受訪者中，對於免費使用殯葬設施或申請殯葬補助費採單一補助方式表示「非常同意」(19.79%)與「還算同意」(36.85%)的比例共占 56.64%，表示「不太同意」(26.69%)與「非常不同意」(9.84%)的比例共占 36.53%。(如表 CC-60)

依受訪者之性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、月收入、職業與居住地分別觀察，僅性別、年齡與教育程度經卡方檢定後達顯著差異，其中女性、60 歲以上與教育程度為不識字、國小之受訪者對於免費使用殯葬設施或申請殯葬補助費採單一補助方式表示同意的比例較高；而男性、30-39 歲與教育程度為研究所(含)以上之受訪者對於免費使用殯葬設施或申請殯葬補助費採單一補助方式表示不同意的比例較高。(如表 CC-61)

第三節 無心跳捐贈議題探討

目前器官移植已經成為一種常見的醫療項目，但是等待移植的病人數量與可供移植的器官數量失衡，需求大於供給，目前全世界的器官移植都必須面對「器官捐贈稀少」的瓶頸。面對此一困境，相關學者提出數種可能解決方法：設法提高活體器官捐贈率、人工器官、異種器官移植等，其中無心跳捐贈為可能提升屍體器官捐贈率之可行方法之一。

1980 年代中期，器官需求超過捐贈的數量，學者們意識到僅從腦死的病患中獲取屍體器官的來源是不夠的。專家學者們因此重新思考由心臟死亡患者中獲取屍體器官來源的可能。過去的文獻指出，潛在無心跳器官捐贈者的數量遠遠高出潛在腦死捐贈者，其中又以腎臟器官捐贈者增加的數量最多，平均約可提升 20%-40%以上。其它器官包括肝臟和胰臟等也都能透過無心跳器官捐贈的方式進行捐贈。

而關於無心跳器官捐贈的預後表現，若以腎臟器官為例，無心跳器官捐贈會因為溫缺血導致器官損傷，導致其腎臟功能延緩回復(delayed graft function)的比例較高，約 22-88%的無心跳器官受贈者會產生腎臟功能延緩回復問題。而腦死器官受贈者僅有 13-35%會發生腎臟功能延緩回復。然而在器官急性排斥(acute rejection)以及長期移植存活率方面，無心跳器官受贈者與腦死器官受贈者並無顯著的差異。以上的資料顯示，若以長遠的效益而言，無心跳器官捐贈確實是一個解決器官缺乏問題的可行方案。

何謂無心跳捐贈？

所謂無心跳器官捐贈是指屍體器官捐贈是來自於傳統心臟標準(cardiac criteria)宣告死亡的病患。這樣的過程稱之為無心跳器官捐贈。

過去無心跳器官捐贈根據馬斯垂克分類法 (Maastricht Classification) 分成五種類型：1. 到院前死亡 (dead on arrival)。2. 心肺復甦經醫師判定急救失敗(unsuccessful resuscitation)。3. 嚴重外傷或腦傷，意識昏迷，已無救治希望且瀕臨死亡(awaiting cardiac death)。4. 臨床上已達腦死程度，但因種種原因無法進行完整的死亡判定者(cardiac death in a brain dead donor)。5. Unexpected cardiac arrest in a critically ill patient。然而在實務上，無心跳器官捐贈通常分為主要兩種類型：第一類是指心臟病發作或是遇到意外後送至急診室的病患，經過急救後仍舊無法恢復心跳，最終宣告死亡。此時家屬或親人同意進行器官捐贈，此類型的器官捐贈者被稱為不可控制的無心跳器官捐贈者 (non-controlled non-heart-beating donors)，屬於

馬斯垂克標準的第一、二及第五類。另一種類型的無心跳器官捐贈者生前通常是身染重病，若是不依靠生命維持設備 (life-support machine)則無法存活，且沒有復原的希望。此時患者仍舊有腦部活動，心臟也維持正常運作。若是在患者或是其家屬同意進行器官捐贈前提下，則可於適當的時機拔除生命維持設備，待心跳停止並宣告死亡後，進行器官捐贈與移植。此類型的器官捐贈者稱為可控制的無心跳器官捐贈者 (controlled non-heart-beating donors)，屬於馬斯垂克標準的第三及第四類。

無心跳器官捐贈涉及之倫理議題

無心跳的捐贈是否合乎倫理有以下三個常見的共同爭議點： 1. 無心跳死亡的定義。 2. 醫護人員、器官捐贈者與等候移植者間的利益衝突。 3. 醫護人員的衝擊。

無心跳死亡的定義

進行屍體器官摘取之前，確認患者已死亡是最重要的一部分，這是所謂的死亡捐贈準則 (dead donor rule)，。若是無法確認捐贈者的死亡狀態為不可逆的，器官摘取團隊可能有道德上瑕疵，需要為捐贈者的死亡負責，故死亡的判定在屍體器官捐贈中是很重要的議題。

直到現在，心臟死亡的判斷標準仍舊存在許多不一致的看法。心臟停止後，其它的器官會漸漸失去功能，但只要心臟停止時間沒有過長，循環恢復後器官還是有機會恢復正常運作。這引發了一個問題，究竟心跳停止多久後，才能夠確認患者為不可逆的死亡？

根據馬斯垂克程序 (Maastricht protocol)的定義，心臟停止 10 分鐘可引發不可逆的腦死，此時可判定患者已死亡。有些團隊則認為心臟 5 分鐘即可判定死亡。匹茲堡大學醫學中心所發展的程序 (Pittsburgh protocol) 甚至認為，心臟停止 2 分鐘就足以判斷患者死亡。不同的團隊對於心臟死亡的定義有不同的認知，但直到現在，仍沒有研究能證實心跳停止後 2 分鐘、5 分鐘或甚至是 10 分鐘在不可逆的心臟死亡判斷上是否有差異。

既然如此，為什麼不拉長心臟停止的時間，以便醫更能確定病患的死亡為不可逆的？這是由於器官在心臟停止後會面臨溫缺血 (warm ischemic) 的問題。所謂的溫缺血是指器官在未降溫時面臨缺血或血液循環中斷，而從溫缺血開始持續到器官恢復正常供血，或是從溫缺血開始到器官的溫度

明顯降低的時間稱之為溫缺血時間 (warm ischemic time) (需要溫缺血的 reference)。循環中斷初期，器官的新陳代謝仍處於高水平，營養供給卻因為缺血而不足，而這段時間器官會因為養分供應不足而逐漸衰敗。嚴重溫缺血不只會造成器官無法復原，還會對接受器官移植者產生一定程度的危險，這也是違反倫理的。因此，當心跳停止時，器官留在死者體內的時間就成為器官是否能保存良好的關鍵因素。多長的溫缺血時間是可以接受的並沒有確切的標準，但多數認為是 45 分鐘以內³⁶。由以上得知，心臟死亡判斷標準之所以會有爭議，主要是來自於心臟死亡等待的時間會影響器官捐贈的品質。否則，在心跳停止超過 45 分鐘，所有器官幾乎都失去功用時，不可逆的死亡判定也就幾乎無爭議了，但此時器官也失去了捐贈的機會。

然而，各界在爭論心臟停止多久後才能判定為不可逆的死亡的同時，不可逆死亡的定義也存在爭議。所謂不可逆的死亡，究竟是指患者無法自行恢復，還是指患者即使借助外力，例如急救等方式也無法使其復活，才稱作不可逆的死亡？這部分的爭論尚未有明確的共識。

有些學者甚至認為，當探討無心跳器官捐贈倫理議題時，並不需要把死亡的不可逆視為必要的因素。只要制定出大眾能夠接受的無心跳死亡診斷標準，在捐贈者或是其家屬的同意下，基於尊重自主的原則，死亡是否可逆就不重要了。

醫護人員、器官捐贈者與等候移植者間的利益衝突

醫護人員、器官捐贈者與等候移植者間是否有利益衝突？答案是肯定的。器官移植的過程需要精準的掌控時間，器官捐贈者尚未宣判死亡時，器官則不能摘除。然而，器官會因為溫缺血而逐漸壞死，若是心臟停止後到宣判死亡的等待時間過長，則可能導致器官移植的品質下降或甚至移植失敗。因此，宣判病患死亡的醫師可能會為了顧及等候移植者的利益，而傾向加速宣判病患死亡的過程，以確保器官移植的順利。

對於部分設有器官移植中心之醫院而言，器官捐贈率及移植率成功率會成為醫院評鑑內容或是收入來源之一，並形成醫院經營壓力的來源。因此，醫院對於器官移植的篩選標準可能受到器官捐贈數影響。對於器官捐贈數不如預期者，醫院會傾向以較寬鬆的標準檢視病患是否適合進行器官捐贈，以增加器官捐贈率。而對於器官捐贈數量足夠或是超出預期的醫院而言，為了提升器官移植成功率，會傾向以較嚴格的標準檢視病患是否適

合進行器官捐贈。然而，以上的考量皆不是以病患和等候移植者最大利益做為考量，在倫理上是不可接受的。

為了避免以上可能的利益衝突，負責病患醫療的團隊和器官捐贈後的移植團隊應各自獨立，彼此之間沒有任何的聯繫。然而實務上要做到醫療團隊與移植團隊完全獨立是不容易達成的，但至少在責任執掌要獨立，避免一個醫護人員同時負責病患醫療與器官捐贈事務。事實上，最好的防堵辦法是不允許器官移植團隊主動聯繫家屬有關器官捐贈事宜，除非病患或家屬主動表示要捐贈器官。但這樣的作法也會失去願意捐贈但並沒有主動表明的病患或家屬。此外，負責器官捐贈移植人員必須在病患放棄急救或是使用生命維持設備之後才可進行器官捐贈相關的討論，這是一個可以防止器官捐贈過程間接影響病患是否放棄急救或是使用生命維持設備的方法。

此外，對於潛在的捐贈者，其醫療照護的過程應與其它並未表明要捐贈且同時也放棄急救或是生命維持設備的病患一致。倫理委員會要監控整個器官捐贈的過程是否符合倫理，並控管任何一個可能涉及移植過程中的參與人員及步驟。

醫護人員的衝擊

絕大多數探討無心跳器官捐贈倫理議題的文章皆著重在器官捐贈者、等候移植者以及醫護人員之間的利益衝突，卻鮮少探討到無心跳器官捐贈對醫護人員所造成的衝擊。

即使醫療機構努力將移植團隊與一般醫護人員區隔，多數的情況下，許多醫護人員仍舊無法避免參與器官捐贈所需的前處理過程。舉例來說，位於急診室或是一般手術房的醫護人員，若是碰到患者為無心跳器官捐贈者，常有機會要協助進行器官灌注等前處理以維護帶捐贈器官的品質。若是患者為可預期的無心跳器官捐贈者，尚可交由專業的移植團隊負責，若病患是不可預期的無心跳器官捐贈者，通常沒有多餘的時間等待專業移植團隊到來，必須立即協助進行器官捐贈相關之前處理，以減少溫缺血對器官帶來的傷害。然而，這些侵入性的過程，目的並非是拯救病患，對於這些秉持者延長病患生命使命的醫護人員而言，在心理層面可能會面臨相當大的衝擊，尤其是這些病患幾分鐘之前還有心跳，甚至進行灌注時病患的屍體也尚有體溫等象徵生命的訊息時。

違反安寧療護的宗旨

在可控制的無心跳器官捐贈中，病患或是家屬已先放棄了主動治療，並選擇接受安寧療護 (Hospice & Palliative Care)，在這個前提下，器官移植人員才詢問是否有捐贈器官的意願。而有學者提出，可控制的無心跳器官捐贈過程違反了安寧療護的宗旨。

根據世界衛生組織 (World Health Organization, WHO)的定義，所謂的安寧療護是指 An approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. (國健局的翻譯: 針對治癒性治療無反應之末期病患提供積極性及全人化的照顧。以維護病人和家屬最佳的生命品質；主要是透過疼痛控制，緩減身體上其他不適的症狀，同時並處理病患及家屬在心理、社會和心靈上的問題)。從以上的定義得知，安寧療護宗旨在於協助病患有尊嚴且有品質地走完人生最後旅途，同時安撫家屬並協助其重新展開新的生活。然而，一旦接受安寧療護的病患做了器官捐贈的決定後，安寧療護的過程可能不再是原先標準的模式，而是為了因應器官捐贈而調整過後的安寧療護模式。

舉例來說，某些時候進行病患急救並不是為了病患的利益，而是為了讓病患存活久一點，直到移植團隊準備充足後才讓病患死亡，此時而病患的尊嚴和自主性皆未受到尊重。另一方面，由於急救的過程不一定能成功拯救病患，同時也可能造成器官的傷害，導致器官不適合進行捐贈，醫護人員也可能考量等候移植者的利益而不對於捐贈者進行急救。因此，有學者提出無心跳器官捐贈的過程可能造成家屬和潛在的捐贈者承受壓力，而必須做出放棄急救的選擇。以上無論急救與否，皆未以病患最大利益為考量，不符合安寧療護的宗旨，在道德倫理面也是不可接受的³⁶。

安寧療護除了考量病患在心理、社會和心靈上的安適之外，同時也重視家屬感受。而無心跳器官捐贈的過程經常無法讓家屬全程參與，有違安寧療護的宗旨。例如進行器官移植手術時，手術房需要保持無菌的環境，此時家屬經常無法參與器官移植的全程，必須在病患進入手術房前與病患進行道別。家屬全程參與並非不可能，但確實會增加移植手術執行的困難度。若是無法跟隨病患到最後一刻，家屬就必須面臨重大的抉擇：繼續陪伴病患，或是與病患道別，讓病患拔除生命維持設備 (life-support

machine)，待病患宣告死亡後，進行器官移植手術。這對家屬而言永遠是沉痛的決定，也有違安寧療護的宗旨 36。

有鑑於此，無心跳器官捐贈的過程應盡可能不影響病患和家屬的需求，以匹茲堡大學醫學中心所發展的程序為例，對病患所做的任何侵入性動作都必須獲得家屬清楚且詳細知情同意，若要拔除生命維持設備之前，一定要等到家屬做好準備，並進行道別後才進行。倘若家屬希望全程參與器官移植過程，即使會增加手術執行的困難度，也應該盡量滿足家屬的需求。否則，家屬永遠要面對繼續陪伴病患或是讓病患死亡並進行器官捐贈的兩難。

生前的介入是否符合倫理

可控制的無心跳器官捐贈面臨的另一個重要的議題是為了增加器官移植成功率和品質而進行的生前介入 (antemortem interventions) 是否符合倫理。部分移植團隊在執行可控制的無心跳器官捐贈過程時，會對病患進行生前的介入，目的是為了減少之後溫缺血對器官造成的傷害。然而，這樣的介入可能有加速病患死亡的疑慮。

舉例來說，移植團隊會在病患生前置入血管導管 (vascular catheters) 以便之後能進行低溫灌注 (cold perfusion)，此稱之為原位器官保存 (in situ organ preservation)。低溫灌注的目的是為了減少溫缺血對器官帶來的傷害，此時病患尚未死亡，這樣的介入則可能會加速病患死亡的過程。

其它增加器官移植成功率的生前介入，如施予抗凝血劑 (anticoagulants) 或是血管擴張劑 (vasodilators) 以減少器官摘除時產生的凝血，以維持器官品質，雖然在一般的情況下較少有加速病患死亡的疑慮，但倘若病患有顱內出血 (intracranial bleeding) 或是血容量 (blood volume) 不足時，也有加速死亡的可能。

不可控制的無心跳器官捐贈特有之倫理議題

比起可控制的無心跳器官捐贈而言，不可控制的無心跳器官捐贈面對更複雜的倫理議題。

無論是可控制或是不可控制的無心跳器官捐贈，皆須在病患死後對屍體進行介入，以減少捐贈的器官因溫缺血而受到損傷。可控制的無心跳器官捐贈經常有充裕的時間進行詳細的知情同意，若在病患或是家屬同意的情況下，以尊重病患自主的角度而言，對病患進行相關的介入其倫理的爭

議較小。然而，不可控制的無心跳器官捐贈往往出現在無法預期的場合，例如急診室等，由於急救無效到病患宣告死亡的過程相當短暫，經常沒有足夠的時間獲得家屬的知情同意，此時若是不對死者進行介入，器官則會因為溫缺血而逐漸衰敗，導致器官不適合捐贈。若是在未獲得知情同意的情況下進行介入，則有違反病患自主的疑慮，被認為是不符合倫理的。

對於這個難以處理的議題，不同的學者有不同的主張。支持移植團隊可在未獲得知情同意之前即可進行介入的學者認為，這樣的介入行為其實也是提供尊重病患自主的機會。舉例來說，某病患宣告死亡，此時醫療人員並沒有對病患進行任何介入以避免器官因溫缺血而損傷，而病患本身也沒有告知是否願意捐贈器官。而後，家屬聲稱病患生前有捐贈器官的意願或是家屬同意器官捐贈，但卻因為病患死後未進行任何與保存器官相關的介入，此時的器官已不適合進行捐贈。在這種情況下，病患或是家屬的意願就沒有被尊重了。

然而，另一派學者則有不同的看法。反對移植團隊可在未獲得知情同意之前即可進行介入的學者認為，知情同意是病患和家屬的權利，不應該任意剝奪，除非獲得知情同意的過程會使接下來的試驗過程無法進行，且試驗的過程必須同時符合無危險性、病患或是法定代理人事後能獲得相關的報告以及病患的權益必須保留的情況下，才可免除知情同意。然而，獲得知情同意的過程並不是一定會造成器官捐贈無法進行，只是會使器官捐贈更難以執行。事實上，不可控制的無心跳器官捐贈在獲得知情同意後才進行介入的成功案例還是很多，故這樣的情況並不符合免除知情同意的前提。此外，以美國為例，民眾中約有一半的人是不願意捐贈器官的，而這些不願意捐贈器官的人，相信也不願意在死後進行與器官捐贈相關的介入，更別說是願意捐贈器官的那群人之中，也有人不同意進行相關的介入。若是沒有事先獲得病患或是家屬的知情同意，就會冒犯這些人的自主性，是不符合倫理的。

無心跳器官捐贈他國施行現況

荷蘭

荷蘭於 2003 年的荷蘭健康會議(Dutch Health Council)中討論無心跳器官捐贈之法律以及倫理的問題，進而促成了日後國家無心跳器官捐贈議定書(National Non Heart Beating donation protocol)制定，所有荷蘭的器官捐贈與移植中心皆須遵守議定書的內容。荷蘭施行無心跳器官捐贈後，逐漸成

為腎臟器官的主要來源，1995 年腎臟來自於無心跳器官捐贈僅占 7%，2003 年已經大幅成長至 39%。然而，2008 年一份報告也指出荷蘭屍體器官捐贈率並沒有上升，無心跳器官捐贈者取代了某些原本應是腦死捐贈者可能是一部份的原因。

美國

美國於 1999 年至 2008 期間，無心跳器官捐贈者從 87 位成長至 848 位，約佔所有捐贈者的 10%。這段期間美國的腎臟捐贈率增加，但是心臟捐贈率卻沒有顯著的改變。1999 年共有 2316 人捐贈心臟，到了 2008 年仍舊只有 2226 人捐贈，由於心臟僅能由腦死病患中取得，此數據顯示，若僅以腦死的病患為主要的器官捐贈來源，成長是相當有限的。而可透過無心跳器官捐贈獲取的腎臟器官則不斷在成長，無心跳器官捐贈之腎臟總移植數從 1999 年的 131 例成長至 2008 年的 1181 例，約增加 10 倍，確實舒緩了腎臟器官缺乏的問題。

在美國，無心跳器官捐贈以匹茲堡大學醫學中心所發展的程序 (Pittsburgh protocol) 最為著名。由於器官捐贈來源持續缺乏，1987 年美國幾位臨床與移植醫師於匹茲堡大學醫學中心 (University of Pittsburgh Medical Center) 討論如何增加器官捐贈來源，而其中一個重要的議題就是無心跳器官捐贈。經過幾年的修正，匹茲堡無心跳捐贈程序終於在 1992 年正式產生。此程序最大的爭議在於幾乎沒有證據的情況下，匹茲堡程序即決定患者心跳停止兩分鐘後就可以進行器官摘取。制定這項標準的學者認為，由於接受安寧療護的病患心跳停止 30 秒即可視為死亡，所以 2 分鐘應該足以判斷其心臟死亡是不可逆的。

匹茲堡程序包含了 8 項原則以及 24 項標準程序。8 項原則闡述醫護人員對於器官捐贈過程應負的責任和應有的態度，並強調醫護人員應捐贈者本身的利益和健康放在最優先的考量。24 項標準程序從尚未進行器官勸募前即有明確的規定，必須等到患者主動放棄生命維持設備後才可進行器官勸募。此後包括對病患或家屬的知情同意過程、病患成為器官捐贈者的條件、不可逆的心臟死亡定義、碰到有倫理爭議時的處理方式、加護病房 (Intensive Care Unit) 中的醫師在進行維生設備移除時的注意事項與責任、病患的安寧療護、器官移植過程應注意的事項以及倫理委員會的角色等都有明確的說明。

日本

由於日本並不接受腦死的觀念，故其無心跳器官捐贈為日本屍體器官捐贈的主要來源。2009 年日本共有 105 位屍體捐贈者，其中 98 位為無心跳器官捐贈者，占全部屍體捐贈者的 93%。日本的例子顯示無心跳器官捐贈確實可以成為主要的器官捐贈來源之一。

西班牙

西班牙為世界上器官捐贈率最高的國家，2009 年西班牙屍體器官捐贈率為 34.4 人/每百萬人，其中無心跳器官捐贈者為 2.3 人/每百萬人，約佔屍體捐贈人數 6%。雖然目前無心跳器官捐贈佔西班牙屍體器官捐贈人數的比例並不高，但西班牙已發展了完善的無心跳器官捐贈程序，欲藉由推廣無心跳器官捐贈促使其器官捐贈率持續向上提升。

1999 年，西班牙立法使無心跳器官捐贈能合法進行。對於無心跳器官捐贈必須符合以下的條件才適用於器官移植：1. 心臟停止之前，無尿(oligoanuria)的時間最多不得超過 60 分鐘。2. 不施行心肺復甦術的情況下，心跳停止 15 分鐘以內。3. 溫缺血的時間不得超過 120 分鐘。4. 灌注的時間不得超過 240 分鐘。對於不可控制的無心跳器官捐贈西班牙也有發展一套標準的流程。在急救無效後(心臟受到不可逆損傷或是心跳停止超過 30 分鐘)，檢視病患是否符合器官捐贈的標準(小於 55 歲、非因為暴力死亡、沒有藥物濫用的疑慮、胸腔與腹部沒有損傷)，若是符合，則轉送至醫院，運送的過程須持續進行心臟按壓(cardiac massage)、靜脈灌注(intravenous fluid perfusion)等。到達醫院後由醫療團隊判斷其實否可以進行器官捐贈，並由非移植團隊的醫師進行死亡宣判。此時捐贈的器官必須符合先前提到的無心跳器官捐贈條件，並取得家長的同意後才可摘取器官。

其他國家現況

歐洲移植國際基金會(Eurotransplant International Foundation)是一個由奧地利、比利時、克羅地亞、德國、盧森堡、荷蘭及斯洛文尼亞組成的整合型器官移植中心。2009 年歐洲移植國際基金會年報指出，約 6.9%的腎臟器官來自無心跳器官捐贈，比起 2005 年 5.7%略為增加，並且 97%皆來自於可控制的無心跳器官捐贈者。

第四節 辦理專家會議

本子計畫於民國 100 年 1 月 18 日於台大醫學人文館舉行專家諮詢會議，會議主要探討：根據「提升我國器官捐贈率全國性電話訪查」結果，提供器官捐贈與移植相關建言，並共同檢視提升器官捐贈率政策建言草案。規劃四月份大型專家會議，建議醫界、醫事界、法界、倫理學界、宗教界、社會學界、文化界以及器官勸募相關單位等邀請人選，並提供討論議題建議。

本次專家會議邀請台大醫院醫師及台大社會系、國發所、醫管所等教授共同出席。討論事項及結果如下：

一、 提升捐贈率的策略

以現在各國的捐贈率來看，最高的是西班牙每百萬人中有 33 位捐贈者，台灣則是每百萬中有 5 人。每年平均約有 150 例，近幾年衛生署努力推動之下，捐贈率已有提升，去年有 205 人捐贈，提升到每百萬 8 人左右的捐贈綠。

大部分比較高捐贈率的國家，都是採推定同意，如西班牙、比利時，法國。台灣現行勸募制度為較尊重自主的知情同意制，就本研究計畫電話調查顯示，我國約有七成的民眾有器官捐贈意願，但實際簽卡者不到 5%。

事實上，我國每年約有七八千人的意外死亡，四五萬的自然死亡，腎臟等候清單則約七八千人。倘若可以有效將前述的死亡人數納入捐贈，那器官短缺將可以有效緩和。

現行捐贈率低落的可能原因：

家族主義勝過個人主義，即使個人簽署了器捐卡，家屬仍否決捐贈。就法律而言，依人體器官移植條例第二條，家屬無權否決病人書面或遺書的同意捐贈。但是在醫院實作上，家屬不同意大多以家屬意見為主，不進行捐贈。因此，與家屬的良好溝通十分重要，而溝通有效的必要條件是大家有器官捐贈的觀念。

可能解決方案：

教育

將捐贈觀念引入小學生的課本，製作生命尊重器官捐贈小影集等。目前來說的話，器官捐贈卡像是工具，讓醫護人員有具體東西去作，提供溝

通機會，不過觀念上還是不足。學校教育方面，可透過生命教育的老師系統；以及社會教育推廣。

簡化捐贈步驟

將捐贈步驟簡化，或是一次作業，甚至讓民眾可在大醫院直接簽署捐贈卡。

理念的釐清

可透過宗教團體的積極動員，來釐清全屍觀念等。宗教方面，基督教基本上是同意的，但民間信仰方面，就必須再釐清。如佛教其實應該是同意的，全屍只是弘一的方便教法，但對佛法的正確理解後會發現，佛教是同意身體的布施的，也可倡導生命的永續經營之道。

改採強制選擇

如美國的例子，在發駕照時勾選。但仍要回到前面的教育，更詳細的讓大家了解捐贈，才能有效提升捐贈。

對醫護人員的教育

醫生本身概念的保守，對法律責任的恐懼與規避。在醫生概念方面，一方面太相信或太執著醫療的力量。但醫療是侵入性的、支持性的，醫護人員如果發現無法繼續救治就該撤除／不給予，我國無效醫療的認定標準在病人身上，法律方面非常保守，再加上前述觀念，因此急救醫生會窮盡所有辦法，表示有盡力，也怕被家屬告，會拖延死亡時間，致使最後器官無法捐贈。醫生本身還是最難改變的。除非政府官員來宣布，醫生可以把呼吸器關掉。

案例：有一人跳樓大出血，無法救治，家屬同意捐贈器官，但醫生需拔維生器之後才可取器官，以符合現行法律。但社會觀感呢？醫生是否可以有這權力終止醫療？

其實這也就是無心跳捐贈的部分。因為現行法令中，安寧緩和條例第七條 只有病人才可以決定撤除維生，家屬只能不增加，因此只能等待自然死亡，但慢慢死器官不能，因此得關掉呼吸器才拿。爭議就是醫生要把維生系統關掉。我們可以允許家屬跟醫生協商之後把維生系統關掉嗎？

(5)其他可討論的提升捐贈的可能性

a.補償：以補償金額提升來提高捐贈可不可行？

滑坡理論：雖然目前大部分人都認為此金額可以，但滑坡理論認為，十萬跟二十萬其實沒有差別，當一開始補償後，就會到補助的賠償，最後到買賣，無法停下來。但也有人認為，非金錢形式的補助，是可以的，必須釐清饋贈，金錢形式的餽贈與禮物的差異。不過大水壩理論認為，禮物本身其實也是金錢饋贈，總之違背了捐贈的利他精神就是不行。

其他非金錢的誘因也有可能，像目前，有作過器官捐贈、活體捐贈，需要時是可以加分的，就跟需要血時，捐血卡的功用一樣。不過，並沒有多加宣傳這些消息。而且經費補助在宣導時都不提，像是補助或器官捐贈的家屬捐贈者的家屬可以優先得到器官，因為怕誘因挑戰本質。或許可以轉向，改為幫家屬一起面對死者的策略，不用談多少錢，給禮物就可以。也可以給予一些補助，但多少與是否終身也需要考量。還有家屬也可以自由選擇要不要得到補助，像喪葬，可能限定在特定的殯儀館辦，出去辦就不給，或者是家屬自己選擇自動放棄，保持利他的精神。需思考器官捐贈的本質。

b.配對捐贈

c.非親屬但有強烈情感連繫者的捐贈

目前有親屬關係的限制，看來是很好，但實作上親屬關係裡面都已經有利益關係，會有家族的弱勢者被剝削的狀況。然而，限制血親捐贈，也會造成遺漏社會弱勢，如老兵等結果。也忽略了無血親關係但有長久情感關係的捐贈者。因此必須進行相關研究，看是否能挑戰血親規定的道德性。

弱家屬參與式強制選擇的實務問題

1. 家屬只有在捐贈者表明由家屬決定時才可參與捐贈決策。
2. 家屬參與器官捐贈也要考慮同意器官捐贈及選擇安寧緩和醫療問題，醫師在實務面會碰到家屬不遵循病患意願，該如何解決。
3. 醫師不要畏懼家屬的施壓，因為在法律上是站得住腳的。
4. 簽署器官捐贈的文件應該要更加嚴謹。
5. 醫師雖然在法律上站得住腳，但可能承受家屬的恐嚇，而有有精神層面的壓力，應考量與此相關的問題。
6. 醫師因家屬壓力而執行與病人意願相違之決定時，反倒違反法律授與病人之權益，可能觸法。

無心跳捐贈增加家屬可簽屬撤除維生治療意願書

1. 無心跳捐贈的過程應建立 SOP，包含倫理諮詢過程。
2. 無效醫療的定義不夠明確，使撤除維生治療之前提站不住腳。
3. 同意撤除維生治療之法條建立應以病人利益為出發點說明。
4. 原本法條之規定使家屬在任何情況下皆無法決定撤除維生治療設備，但這不一定符合病人利益，應該回歸醫學專業判斷。

勸募成效納入醫院評鑑之實務問題

1. 可能會增加醫病之間的緊張和不信任感。
2. 把評鑑的過程著重在醫院是否有告知病患勸募有關之訊息，而非以勸募之器官數為評鑑項目，可避免上述問題。

活體非親屬捐贈是否可放寬。

1. 配對時要考慮配對雙方的社經地位、健康狀況等條件，減少可能造成不平的機會。
2. 若是配對捐贈一個成功，一個失敗時該如何解決相關問題。
3. 可以簽屬配對捐贈契約，在雙方都贊成的情況下才進行配對捐贈，避免之後的爭議。
4. 開放配對捐贈同時也有可能造成其他問題，會使部分的人失去不能捐贈的藉口，其捐贈行為可能並非出自於自主。
5. 台灣目前能提供配對捐贈實施的相關系統建立還不足。

有情感關係捐贈

1. 本來有情感關係時進行器官捐贈，但之後失去情感關係時，對於當初捐贈的決定反悔時可能帶來的爭議。
2. 有些人並沒有親戚，在我國的法律下此人則沒有活體捐贈可能，是不公平的。
3. 親等限制可避免商業買賣，卻也會犧牲另一部分人的權益。

4. 親等限制是為了防止買賣，而親等的限制是否真的有減少買賣行為？

5. 五親等若不再限制，可能發生來自外國的捐贈者(大陸、越南等地)。

加強器官移植教育宣導

例如某些老年人認為自己不能捐贈，但實際上是錯誤的觀念。故教育宣導不該忽略特定族群。

第五章 討論

第一節 五大族群對腎臟移植與器官捐贈的看法

一、民眾對腎臟移植與器官捐贈的看法

研究結果顯示，本研究有95%的(n=476)受試者都贊成器官捐贈，但是卻僅有不到一成(8.4%,n=42/501)的受試者有簽署器官捐贈同意書，深入探討影響民眾捐贈器官的可能原因表列如下：1.家人對器官捐贈的態度 2.政府法規宣導 3.傳統文化觀念 4.其他，之後將針對上述原因各自表述：

1. 本研究中有近八成的受試者(81.4%,n=408)認為簽卡需要與家人商量，顯示在器官捐贈這件事情上，家人的意見仍然是很重要的影響因素，甚至有近五成(46.9%)的受試者表示簽署器官捐贈仍需要全家人的同意，由此可知家人對器捐的態度對於民眾是否能夠成功簽署同意書是關鍵影響因素。但研究結果中也指出，若捐贈者有提前表示捐贈意願，則有92.6%的家屬會同意捐贈；換言之，若能夠提前了解捐贈者的意願是可增加捐贈的可能性。

在民眾認為最方便的器官捐贈登錄方式以(1)健保IC卡直接登錄(37.7%,n=189)、(2)在醫院內登錄(26.5%,n=133)、(3)網路簽卡(19%,N=95)，因此政府未來若要提高器官捐贈率，應該從鼓勵民眾生前就在IC卡內直接登錄簽署器官捐贈同意的意願。

2. 就政府法規宣導而言，雖然有九成五的民眾同意器官捐贈，但也發現有91.2%的民眾未簽署同意書，繼續分析其未簽署的原因，其中有17.96%(n=90)民眾表示完全不知道有器官捐贈同意書這件事，亦即表示，因為不清楚器官捐贈，所以就可能不會去注意與關心器官捐贈的相關事宜；但從另一角度而言，雖然有72.8%(n=365)的民眾表示知道器官捐贈同意書，但是卻有高達七成民眾(69.5%,n=348)表示不曉得如何簽署器官捐贈同意書，六成的民眾(58.1%,n=291)表示不知道要到哪裡去簽署器官捐贈同意書，對於器官捐贈的法規，也有五成(52.3%,n=262)的民眾表示不清楚相關條例，甚至更有超過九成的民眾(92.4%,n=463)認為政府在宣導器官捐贈上做的不夠完善，由此可知政府在對於器官捐贈的宣導上，仍有很大的進步空間。

雖然有文獻指出，民俗信仰可能是成功推廣器官捐贈的阻礙因素之一，但從本研究中發現，雖然部分的民俗信仰仍舊有一定的影響力，但已漸漸不會成為推廣器官捐贈的阻礙(6.8%的民眾認為人死後應該保留全

屍；16%的民眾覺得從腦死者身上取出器官進行移植手術，會不尊重死者；7.2%的民眾認為捐贈器官會讓捐贈者來世的器官有所缺失；15%的民眾認為經由醫師判定腦死後即執行器官摘除，這樣做會觸犯佛教中死後8小時不可移動遺體之禁忌)。反之由於民眾仍然普遍心存善念，覺得腦死捐贈器官能累積功德(76.2%)，而這或許也是未來宣導器官捐贈的利基點之一。

另外研究中也發現，雖然大多數民眾已不擔心捐贈器官給需要器官移植的親人，會使壽命減短(76.5%)，但仍有近五成的民眾(46.7%)會擔心在移植手術過程中會發生意外，或誤解捐贈後身體狀況會變差，所以不考慮活體器官捐贈(43.9%)，而且也覺得若自己同意腦死捐贈器官，擔心萬一還可以急救時，醫生就不會積極做急救(34.5%)、認為需考量年輕人未來的健康，認為年輕人不宜捐贈器官(26.8%)，而這些可能的因素都是造成推廣器官捐贈的阻礙之一。

我們從研究中發現，民眾得知有關器官捐贈的來源訊息管道為傳播媒體(81.2%,n=407)，其中最主要的是電視(75%,n=376)，其次為報紙(26.1%,n=131),由此可知，政府若能夠善加利用傳播媒體的力量，配合宗教慈悲大捨的意念傳達，進行器官捐贈的宣導，相信會有更多的民眾能因了解器官捐贈的大愛精神且是在方便表達本身對於器官捐贈意願的情況下響應器官捐贈。

最後，對於一般民眾而言，器官捐贈這件事他們是認同的，然而確實希望是有條件的、能獲得更多保障的。畢竟特別是器官捐贈不是小事，移植之後也大多無法再生，都是希望能在有一定回饋的前提下，真正運用在幫助最想幫助的對象上。政府在活體器官捐贈的努力，或許可以從捐贈者可享有終身的免費健康檢查(88.4%)、使捐贈家屬若有器官移植需要時可以優先排序(68.7%)、提高補助(44.5%)等方向著手進行。至於在推廣屍體器官捐贈的努力方向，則可以首先朝「捐贈家屬若有器官移植需要時可以優先排序」(68.7%)；其次是「給予家屬生活補助費用」(44.5%)、與「加強器官捐贈的生命教育」(41.9%)等三大方向著手。

二、移植腎友對腎臟移植與器官捐贈的看法

在本次的受試者中，將近一半的腎友移植腎臟來源為在台灣排隊等候而得(49.2%)，平均等候僅三年(37.9個月)，遠低於移植醫學會統計(2008)的平均33年，一個原因在於本研究僅計算在台灣，經由登記後排隊等候成功移植腎臟之腎友數字。然而在本次的樣本群中，部分受試者是起初先登記，最後是由家人捐贈給他們，例如有位個案是起初登記排隊，最後不

耐久候(11年)由家人直接活體捐贈換腎而得，這些受試者的等候時間便未納入計算。此外，更多現今仍在等候的腎友也未納入計算，因此才有低估平均等候時間的情況。

其次，本研究的結果發現，有將近四成的腎友在被診斷為尿毒症時，並未同時接受到充足的腎移植相關訊息(38.5%)，顯示病人在一開始被診斷為尿毒症時，就未從醫療人員身上獲得充份的移植相關訊息，而造成這個結果其可能原因有二，分別敘述如下：

(一)腎友對於移植登記流程的不熟悉或誤解(例如：(1)腎友認為自己已在醫院洗腎(該院也具備腎臟移植技術)，所以醫院應該有幫我登記腎移植；(2)腎友自認為在腎臟內科洗腎時都有抽血，這個抽血結果應該也有送給醫院的腎移植的單位登記等等)

(二)腎友對腎移植的風險、術後照顧與移植之後的生活品質各種狀況皆不了解(例如：(1)醫師告訴腎友，移植之後還是腎臟還是會壞掉喔！(2)移植手術過程進行中的危險性或移植之後的副作用等等)

另外，雖然有 95.4%的腎友表示，當透析單位的醫護人員在得知病人有接受移植意願後，即積極地幫助病人轉介給移植團隊進行評估或資料登錄；另一方面，當病人被診斷為尿毒症時，卻僅有六成的腎友(61.5%)同時也接受到充足的腎移植相關訊息。這樣的數字顯示：當腎友自己主動積極表態要進行移植時，大多數的醫護人員會盡到積極告知與轉介腎移植等責任，但是若當腎友對移植本身有疑慮時，由於他們並非都能獲得移植的相關訊息，在不瞭解的情況下，則有可能就不進行移植手術了！。

由以上結果可知，醫護人員對於腎移植與器官捐贈的態度，事實上是影響到腎友是否能成功接受腎臟移植的關鍵因素之一，若進而探討醫護人員被動的態度，一部分可能是由於曾經歷移植失敗的例子；另一部份則是知識缺乏，然而這些因素確實在器官移植的推動上成了阻礙因素之一(施、王、賴，2009)。

整體而言，移植腎友由於自身疾病的關係，對於腎移植與器官捐贈的態度普遍較為正向(97.7%)，他們不僅希望政府(84.6%)及醫療人員(97.7%)在宣導鼓勵上應更加多元而積極，另一方面也期望政府能提供有力的相關政策來支持，例如，捐贈者的家人將來如果需要器官移植時可優先排序(71.5%)、給予家屬生活補助費用(64.6%)、活體捐贈者享有終生免費的身體健康檢查(92.3%)等都能有效提高國人器官捐贈的意願。

此外，也期望政府在法令上能更加開放，例如與國外醫療機構合作進行腎移植(97.7%)等，使得更多人能透過更多方式來獲得器官捐贈的機會。

三、家屬對腎臟移植與器官捐贈的看法

身為家屬，通常是除了病患自身以外，最了解移植、捐贈等相關訊息的一群。家屬也大多是真的希望可以最好的治療方式來減輕病患的痛苦。由目前的研究結果顯示，家屬(n=61)對於器官捐贈的態度是較為支持的(98.4%)。如果有機會的話，有超過八成的家屬在他們面臨生命臨終時願意主動捐贈給自己的親人(85.2%)，甚至有兩成多(23.0%)的家屬本身就是活體捐贈者，而有近一半(47.5%)的家屬也曾考慮要捐腎臟給正在接受透析的親人。探究家屬們考量活體器官捐贈的因素後發現，促使他們捐贈的主要原因在於覺得可以協助家人免除透析治療的痛苦(非常同意 47.5%)，然而另一方面他們也會擔心因移植手術失敗而浪費自己捐出的腎臟(65.6%)；或是手術中會發生意外，危及生命(60.7%)。顯示家屬們對於移植的醫療過程仍有疑慮，而這或許是可能導致不敢活體捐贈的因素之一。此外，大多數的家屬(75.4%)覺得若透析病患請求自己的親人捐贈一個腎臟給他是妥當的，而六成(59.0%)的家屬也曾自願捐贈腎臟給正在透析的家人，但病患本身會因為擔心家屬未來身體的健康狀況而拒絕捐贈。大多數的家屬(98.4%)不曾有正在接受透析的親人主動向他們請求捐贈腎臟給他(她)，顯示對病患自身而言，要接受自己親人的捐贈，除了擔心捐贈家人的身體健康外，家人或親友的態度也是一個重要的考慮因素(75.4%)。

八成多的受試者願意在臨終時捐贈自己的器官給有需要的人，在家人生命臨終時，也願意捐贈他(她)的器官給有需要的人(78.7%)。若腦死者生前已經簽署器官捐贈同意書，大多數的家屬(96.7%)認為醫療人員應該建議家屬將腦死者的器官捐出；即便腦死者生前沒有簽署器官捐贈同意書，醫療人員仍可提出器官捐贈方案給腦死者家屬做選擇(91.8%)。顯示家屬對於器官捐贈的態度是較為正向的，然而卻有 95.1%的受試者未簽署器官捐贈卡/同意書，而在這些未簽署同意書的受試者(n=58)中，雖然有六成的人 60.3%(35/58)曾有意願考慮器官捐贈，然而之所以未簽署，其中一個原因在於，有部分的家屬其實並不知道要如何(45.9%)、去那裡(47.5%)簽署器官捐贈同意書。由於家屬在得知有關器官捐贈的訊息方面，醫療人員(50.8%)扮演了很重要的角色，因此若是要想提升器官的來源，有關器官捐贈訊息的來源、特別是醫療人員應該更加積極。

此外，在器官捐贈政策的建議上，家屬認為政府應該鼓勵非親屬間的活體器官捐贈，且認為政府可以與國外醫療機構合作進行腎移植(98.4%)，甚至應該開放病患到境外進行移植手術(52.5%)，顯示對於家屬來說，器官捐贈的政策應該要更加開放的。

在器官的勸募上，大多數的家屬(91.8%)認為政府提供補助給腦死捐贈器官者的家屬，是可以提高民眾捐贈的意願。然而現今政府有提供喪葬補助卻有六成的家屬(62.3%)不曉得，顯示政府對於腦死捐贈者的補助宣導仍不足夠。除此之外，若要提升器官捐贈的來源，在腦死者方面，給予家屬生活補助費用(65.6%)、捐贈家屬若有器官移植需要時可以優先排序(62.3%)、加強器官捐贈的生命教育(47.5%)都是有效的方式。若想提高家屬簽署活體捐贈之意願，給予日後因生病住院醫療部分補助(77.0%)、終身的免費身體健康檢查(72.1%)、推動保險業者醫療險部分減免(47.5%)也都是可以採用的方式之一。

四、醫師對腎臟移植與器官捐贈的看法

由於醫師的職業屬性往往背負著病患的期待，很多時候病患對於疾病的相關知識來源都是透過醫療人員《在本次尚未公開發表的移植腎友問卷中發現，得知有關器官捐贈的訊息方面，首要選擇以醫療人員為最多(60.8%)，當中又以醫生為主(41.5%)》。在這樣的前提之下，腎友會期望醫師應該要更瞭解關於腎臟移植相關的訊息。然而目前的研究結果顯示，一方面並非所有的腎臟內科醫師都認為應該要瞭解腎移植的相關資訊(20.0%)，另一方面醫師對於告知並協助病患瞭解有關腎移植相關的資訊仍有一定的疑慮(67.5%)，因此，並非所有的病患都有辦法充分從醫師獲得有關移植的相關訊息(50.0%)。

有超過五成(55%)的醫師認為現階段的醫療政策對鼓勵透析病患接受腎移植的醫師在法律上是沒有保障的，另外也有近兩成(17.5%)的醫師表示不知道目前台灣的器官捐贈移植網絡系統建構是否健全，由此結果顯示，政府對於建構器官捐贈與移植網絡系統，臨床醫師仍有諸多不清楚之處，甚至覺得關於器官捐贈的法規部份未來仍有持續修改的必要性(52.5%)。

另外，雖然較多醫師(92.5%)覺得都認為腎移植是使腎衰竭患者可以活得最有品質，然而不論是在鼓勵器官捐贈上(45.0%)或是對患者(57.5%)而言，他們的態度與民眾、病患比起來都是比較保守的。探究醫師態度保守的原因，我們可以發現固然有部分醫師(32.5%)並不認為移植是最好的辦法之外，也牽涉到他們擔心術前向透析病患解釋腎移植的合併症會降低病患

接受腎移植的意願(62.5%)、影響收入(52.5%)、或捲入醫療糾紛(52.5%)。有一部分的醫師(40.0%)會考量捐贈者未來的健康狀況，不鼓勵活體捐贈，但是器官的來源如果是腦死者，而死者生前已簽署器官捐贈同意書當然最好，部分醫師(40.0%)在死者未簽署同意書的情況下便不會向家屬提出器官捐贈的選擇，再再都顯示醫師在腎移植的推動有一定的疑慮與困難。

對醫師而言，現行政府的政策不論是法規制度、健保給付、補助金等，不僅對醫師、甚至於對病患而言保障都還不足夠。因此，醫師們認為政府在器官捐贈的政策，在制訂更加完善之前，他們的態度最終是比較保守的。

在對政策的建議上，捐贈家屬若有器官移植需要時可以優先排序(82.5%)、活體捐贈給洗腎患者，捐贈者可享有終身的免費健康檢查(65.0%)，都是有效鼓勵捐贈的方式。

在醫療體系方面，若腎臟內科醫師與移植醫師有定期溝通管道將有助於促進透析病患接受腎移植的意願。最後，發展一套對末期腎疾病患者轉介腎移植的臨床指引是有必要的。

五、 護理人員對腎臟移植與器官捐贈的看法

由於護理人員的職業屬性往往是除了家人外，和病患接觸最多的一群，很多時候病患對於疾病的相關知識來源都是透過醫療人員《在本次尚未公開發表的移植腎友問卷中發現，得知有關器官捐贈的訊息方面，首要選擇以醫療人員為最多(60.8%)》。此外，Conesa 等人(2005)也指出，對一般民眾而言，護士最基本的服務是健康諮詢，因此護士對捐贈的觀點會影響民眾捐贈的意願。且護理人員更是病患除了家人以外的主要照護者。在這樣的前提之下，若是護理人員能夠更瞭解關於腎臟移植與器官捐贈相關的訊息並提供協助轉介移植等服務，不僅能給腎友更多的協助、或許也能改善目前器官來源不足的問題。

然而目前的研究結果顯示，雖然近八成的護理人員(77.9%)都認為腎移植是使腎衰竭患者可以活得最有品質，但是卻不認為與透析療法比較，接受腎移植對末期腎病患者是比較好的選擇(54.9%)，因此超過一半的護理人員不認為應鼓勵透析病患登錄腎移植(54.8%)，四成多的護理人員不認為應鼓勵透析病患接受活體腎移植(43.6%)，也不覺得應該鼓勵透析病患之家屬做親屬捐贈(44.1%)。就算遇有適合捐贈的腦死病患，且腦死者生前已經簽署器官捐贈同意書，還是有超過一半的護理人員(55.9%)不認為醫療人員應該建議家屬將腦死者的器官捐出，而她們(57.4%)也不會主動向家屬勸募捐贈器官(腎臟)。由於護理人員對於器官捐贈的態度在提高捐贈的意願上非

常重要的(Conesa et al, 2005 ; Ramirez et al, 2008; Radunz et al, 2010)。然而目前的結果卻顯示不論活體或是屍體，在器官的來源上，是較難獲得護理人員的協助而增加的。因此，護理人員對於器官捐贈與移植上確實應該要更認同、更瞭解。

然而有部分的護理人員卻不知道該如何(34.9%)、該去那裡(40.0%)簽署器官捐贈同意卡(書)；另一方面，超過一半(55.4%)的護理人員不認為應該了解更多有關腎移植的相關資訊，也不覺得有責任主動告知透析病患腎移植是末期腎病的治療方式之一(56.9%)。因此，當病人在被診斷為尿毒症時，也較難同時接受到充足的腎移植相關訊息(44.1%)。也僅不到一半的護士(47.2%)認為透析單位的醫護人員在得知病人有接受移植意願後，會積極地幫助病人轉介給移植團隊進行評估或資料登錄。此外，有兩成多的護理人員，對於目前台灣器官移植(25.1%)、捐贈(24.6%)的法規，器官捐贈移植網絡系統(16.4%)，對腎移植病患建立的健保制度(22.1%)其實是不清楚的。以上都顯示出目前需要腎移植與器官捐贈的病患並不容易從護理人員處獲得足夠的訊息。

即便受試者從事腎臟照護工作(包括洗腎室、泌尿外科、腎移植相關單位)資歷平均近 13 年(151.3 個月)，然而卻有七成的人未曾接受過有關腎移植的照護訓練(71.3%)，這樣的結果反應在超過五成的護理人員不認為以目前所接受的護理訓練，自己有能力照護腎移植病患(53.4%)、照護腎移植病患會增加心理壓力(56.9%)。顯示護理人員在腎移植病患的照護上不論訓練或心態都還不足夠，以致於即便只是登錄腎移植，超過一半的護理人員(54.8%)都不認為應該鼓勵透析病患去做。此外，由於護理人員不認為與末期腎病患者討論腎移植議題是護理人員的獨立功能之一(51.8%)、對鼓勵家屬活體換腎，會感到為難(44.1%)、勸說透析病患的親人捐贈腎臟會增加醫療糾紛的風險(46.7%)、考慮活體捐贈者未來的健康狀況(49.2%)等。以上的結果皆顯示對於護理人員而言，在腎移植與器官捐贈的推廣上她們是有許多因素阻礙的。

綜上所述，對護理人員而言，在器官捐贈與腎移植上，由於本身訓練不足、對於移植或捐贈的訊息知道有限，造成自身的壓力、也擔心與病患家屬的衝突，這一連串的影響使得她們的態度最終是比較保守的。然而 Radunz(2010)等人指出，若是醫護人員對器官捐贈與移植抱持著正面的態度，也會讓民眾產生正向的影響。因此，醫護人員是需要增加他們對移植的實習經驗以及更多的教育以讓他們有意願去激勵更多的民眾認同並且

同意捐贈 (Radunz et al, 2010)。且若是政府能提供有效的政策或方案促進醫護人員推動一般民眾的捐贈意識，或許都可成為未來提高器官捐贈率的影響因素。

在對政策的建議上，護理人員認為，活體捐贈給洗腎患者，捐贈者可享有終身的免費健康檢查(82.6%)、捐贈者家屬若有器官移植需要時可以優先排序(80.0%)、給予日後因生病住院醫療部分補助(75.4%)，都是相對較為有效鼓勵捐贈的方式。

第二節 各界對於器官捐贈與勸募之看法

一、器官捐贈認知度與意願

1. 約 7 成 3 的民眾知道器官捐贈分為活體捐贈與屍體捐贈。
2. 僅有 4.46%之民眾目前擁有器官捐贈卡。
3. 約有 9 成 9 之民眾目前家中無家人（親友）等待器官移植。
4. 如果家人現在有需要約有 8 成 4 之民眾願意捐贈腎臟或是部份肝臟給他，且年齡愈低，願意捐贈的比例愈高，且年齡愈低，願意捐贈的比例愈高。
5. 如果自己過世後，約有 6 成 7 之民眾願意將自己的器官捐贈給有需要的人，且年齡愈低，願意捐贈的比例愈高，且年齡愈低，願意捐贈的比例愈高。
6. 如果自己的家人過世，但是生前未曾表示是否要捐贈器官，約有 3 成 5 之民眾願意將他的器官捐贈給有需要的人；約 3 成 5 之民眾不願意。

二、政府進行器官勸募相關政策之看法

1. 約有 7 成 6 的民眾同意我國政府參考美國加州政府在民眾申請駕照或報稅時主動詢問捐贈器官的意願（強制選擇模式）。
2. 約有 8 成的民眾同意政府主動詢問捐贈器官之意願，以提升簽卡率（知情同意模式）。
3. 約 3 成 8 之民眾同意我國政府參考西班牙政府預設每一位民眾死後都同意捐贈器官（假定同意模式），且學歷愈低，表示同意的比例愈高。
4. 如果我國要進行器官捐贈，約有 5 成 1 的民眾支持由政府主動詢問瞭解民眾意願（強制選擇模式）；約 4 成 4 之民眾則支持由民眾自己主動簽署同意書（知情同意模式）。
5. 約有 7 成 1 之民眾同意調查個人之屍體器官捐贈意願時，應增加「由家人決定的選項」。

三、器官摘取相關看法

1. 若民眾生前同意並簽署器官捐贈同意書，該民眾去世後，約有 5 成 6 之民眾認為醫護人員還是得經過家屬同意才可以摘取；約 4 成 1

認為因為已經有簽署同意書，醫護人員不需要經過家屬同意即可摘取。

2. 若民眾生前同意並簽署器官捐贈同意書，該民眾去世後，經詢問過後，如果該民眾的家屬不同意捐贈，約有 5 成 5 的民眾認為應該以死者生前意願為主，儘管家屬不同意，還是要進行器官捐贈；有 3 成 6 民眾認為因為家屬不同意，所以不進行捐贈，以家屬意見為主。
3. 若民眾生前沒有簽署器官捐贈同意書，也不曾表達是否捐贈器官，在該民眾去世後，約有 7 成 8 之民眾認為醫護人員應該要詢問其家屬是否同意捐贈器官，由家屬代為決定；約 1 成 9 認為因為該民眾未表明意願，所以醫護人員及家屬應給予尊重，不摘取器官。
4. 若民眾生前明確表示不捐贈器官，在該民眾去世後，約有 6 成 7 的民眾認為因為該民眾未表明意願，所以醫護人員及家屬應給予尊重，不摘取器官。
5. 約有 8 成 6 同意病患在疾病末期，陷入深度昏迷，沒有治癒的希望時，家屬有權代替病患決定是否拔除維生系統。
6. 如果自己的家人過世，但是生前未曾表示是否要捐贈器官，約有 4 成 9 之受訪者認為根據家人討論後的結果來決定；約 2 成 4 的民眾認為根據過世家人本人可能的意願來決定；約 2 成 4 認為因為過世的家人並沒有表示，就不要考慮捐贈。

四、器官捐贈限制之相關看法

1. 約 3 成 4 之民眾支持完全開放指定捐贈；約 2 成 8 支持開放讓器官捐贈者指定捐贈對象，可以指定給親屬或朋友；約 2 成支持屍體器官捐出後，應該由國家公平分配；約 1 成 3 支持開放讓器官捐贈者指定對象，僅限定於血親或是配偶。
2. 約有 9 成 1 之民眾同意開放活體配對捐贈。
3. 對於放寬活體器官捐贈欽等限制，約有 3 成 2 之民眾認為不應該有任何限制，活體捐贈者可以指定捐贈給任何人；約 2 成 8 認為比照屍體器官捐贈方式，活體器官捐出後，交給國家公平分配給病情最需要的人；約 2 成 6 認為除血親或配偶外，也可捐贈給有情感關係的親朋好友。

五、器官捐贈補助方式

1. 根據我國法律和各醫院規定，屍體器官捐贈後，會提供捐贈家屬約 20 萬元的喪葬補助費用，約有 5 成 7 之受訪者認為補助金額適當，可為持現行方式；約 1 成 5 認為不應該提供家屬任何補助或補償；約 1 成 3 認為補助金額過少，應給予捐贈者家屬更高的補助。
2. 對於喪葬補助金額過少或過多之民眾，約有 4 成 1 認為喪葬補助費用合理的金額為 30-50 萬元，約 1 成 5 認為 50 萬元以上，約 1 成 2 則認為 5-10 萬元。
3. 約有 5 成之民眾認為活體器官捐贈應提供補助，但僅提供醫療支出和活體捐贈者工作收入上的損失；約 2 成 8 認為除損失的補償外，另外給予小額金錢補助；約 1 成 4 認為不應該提供任何補助，以避免器官買賣。
4. 約有 8 成 3 之民眾同意推行免費使用殯葬設施政策增加屍體器官的捐贈率。
5. 約有 5 成 7 之民眾同意申請免費使用殯葬設施，就不應該再申請殯葬補助費用。

第六章 結論

本研究最後研究目標為瞭解國內腎臟移植之現況、瞭解國人對於腎臟捐贈移植的需求、看法、認知與期望，以及評估各項提高（屍體與活體）器官捐贈率之選案的結果及影響，目前已完成部分訪談及策略分析。本計畫將根據訪談結果，持續探討各種提升器官捐贈率之策略，檢視其倫理、法律之適切性，同時考慮實務面之可行性。本階段初步結論如下：

首先，在我們本次的受試者中發現，大多數的人對於器官捐贈都持正向態度，且也發現部分的傳統觀念已較不會影響到民眾捐贈的意願；然而雖然多數人對器官捐贈都有正向的看法，但這當中也有高達九成的受試者沒有簽署器官捐贈同意書。其中可能的原因在於部分的受試者不清楚器官捐贈的流程與管道，

再者，從民眾對於器官捐贈的知識量表來看，平均得分為 8.92 分，若以滿分一百分來計算，平均分數為 59.47 分，列屬於不及格狀態，這顯示政府在宣導器官捐贈上是有需要更加努力的地方(例如大多數的民眾就認為政府在宣導器官捐贈這方面做的不夠完善)。

其次，過去有許多文獻指出，相較於透析治療，腎移植是比較好的方式，腎友也大多認同此說法，因此不僅對於捐贈上較為支持、且也認為醫師應鼓勵病患去接受腎移植；然而相較之下，醫療人員對於腎臟移植持保留態度，較不認為接受腎移植對腎友是比較好的選擇，他們也較不認為醫療人員應該要鼓勵腎移植。整體而言，醫療人員對於器官捐贈與腎移植的態度相較於非醫療人員來說是比較保守的。

醫療人員保守的態度明顯反應在提供移植相關訊息方面。對於腎友與其家屬而言，主要接受移植相關訊息的管道以醫療人員為主(其中又以醫師為主)；也都希望能夠更了解與自身疾病相關的訊息，然而腎友與家屬，甚或是醫護人員都同意有部分的尿毒症病人，在一開始得知病情時並未同時獲得足夠的訊息；且即便是醫療人員得知病患有意願進行移植，還是有部分透析單位的醫護人員不見得會積極地幫助病人轉介給移植團隊進行評估或資料登錄。顯示關於腎臟移植訊息的傳遞上是欠缺透明、平等的。若病人對於移植訊息不夠了解，又如何能期望他們主動提出腎移植的要求？而這或許成為推廣腎移植的阻礙因素之一。

在政策的建議上，未來政府若想要提高器官捐贈，對於民眾而言，健保 IC 卡直接登錄(37.7%)、到醫院內登錄(26.5%)、網路簽卡(19.0%)等都是

很好的方式，顯然便利性是一個很重要的因素。此外若是要提高腦死者及其家屬器官捐贈的意願，對全體受試者而言「捐贈家屬若有器官移植需要時可以優先排序」、「加強器官捐贈的生命教育」等都是有效的方式，然而較為不同的是，醫療人員認為「給予家屬關懷輔導」較為重要；但對於一般民眾而言，政府的補助金可能是實際有用的。此外，全體(包含民眾、移植腎友、腎友家屬、醫師、護理人員)受試者也大多贊成活體捐贈給洗腎患者，捐贈者是可享有終身的免費健康檢查。

由上述可知，政府在政策面應該優先考量：若腦死捐贈者其家屬未來有器官移植需要時可以優先排序，並提供實質的補助，此外也應該朝落實生命教育、宣導大愛精神方向為主。另外，關於醫療人員方面，政府也應該要提供更多經濟誘因與實質的法律保障給相關醫護人員，使得醫護人員在進行推廣器官捐贈與腎移植能無後顧之憂。

另外在我國無心跳器官捐贈面臨之難題與施行建議方面，我國器官移植需求逐年上升，其中腎臟移植需求為最迫切要解決的問題。無心跳器官捐贈在過去的研究發現，對於腎臟器官的捐贈率提升效果顯著，相信有助於舒緩我國腎臟器官缺乏的問題。然而，我國若是要推行無心跳器官捐贈仍舊面臨許多困難，包含實務面以及民眾接受程度等。以下提出我國施行無心跳器官捐贈可能面臨之難題以及針對各個難題提出建議或可能的解決方法。

醫護人員和民眾對於無心跳器官捐贈的認知不足，若要推行無心跳器官捐贈，必須對一般民眾和醫護人員進行更多的宣導和教育，否則貿然使用本文先前提到的心臟停止 10 分鐘、5 分鐘或甚至是 2 分鐘等心臟死亡判定標準，必然會引發民眾不好的觀感。

缺乏無心跳死亡的判定準則，我國於 1987 年 6 月 19 日以及同年 9 月 17 日分別頒布「人體器官移植條例」以及「腦死判定程序」，自此之後，腦死病患成為屍體器官捐贈的唯一來源，而無心跳器官捐贈就此停擺。雖然我國法律並未明文規定不可使用無心跳死亡病患作為器官捐贈的來源，但由於無心跳死亡的判定不同國家甚至不同團隊皆有不同標準，為避免引發不必要的醫療糾紛，多數的醫院並未進行無心跳器官捐贈的嘗試。因此，若要推行無心跳器官捐贈，首先應制定明確的無心跳死亡判定準則。

缺乏無心跳器官捐贈標準程序，無心跳捐贈過程涉及許多層面，除了先前提到的無心跳死亡判定準則以外，對於何時該進行器官灌注、如何進

行病患或是家屬知情同意、可控制或是不可控制的無心跳器官捐贈如何進行等皆未有清楚的準則。若是沒有統一的標準，很容易引起不必要的糾紛與困擾。在推行無心跳器官捐贈之前，應參照國外相關標準程序，並制定我國無心跳器官捐贈標準程序，以避免衍生相關法律問題。

實務上面臨的法律程序困難，人體器官移植條例第七條提到：「非病死或可疑為非病死之屍體，非經依法相驗，認為無繼續勘驗之必要者，不得摘取其器官。但非病死之原因，診治醫師認定顯與摘取之器官無涉，且經依法相驗，將延誤摘取時機者，經檢察官及最近親屬書面同意，得摘取之」。對於腦死器官捐贈者而言並沒有施行的困難，但對於無心跳器官捐贈者，尤其是不可控制的無心跳器官捐贈者，若是在捐贈者心跳停止後才請檢察官前來，而檢察官猶無法非隨傳隨到時，會影響無心跳器官捐贈的品質，因為心跳停止後器官會因為溫缺血問題而逐漸衰敗。若要施行無心跳捐贈，此法條應做適當的修正。

2011年1月10日，立法院三讀修正通過安寧緩和條例，此後，在醫師評估已插管末期病患無復原希望後，病患家屬可同意拔管。這看似有利於無心跳器官捐贈推行，但實務上仍有相當程度的不便。由於新修正案提到只有當病患的配偶、子女、孫子女、父母皆同意時才可進行拔管。此過程勢必勞師動眾，進而降低無心跳器官捐贈意願。若要順利推行無心跳器官捐贈，這項條例仍有改善的空間。

參考文獻

法律條文與準則

1. 人體器官移植條例
<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020024>，2003。
2. 人體器官移植條例施行細則
<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020027>，2003。
3. 捐贈屍體器官移植喪葬費補助標準：
<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020085>，2003。
4. 臺大醫院病人捐贈器官獎勵要點：
<http://www.opo.org.tw/upload/zone/s124848.pdf>，1996。
5. 三軍總醫院移植器官捐贈醫療費用減免及喪葬費用補助辦法：
<http://wwwu.tsgh.ndmctsgh.edu.tw/ots/移植網頁/index-移植小組.htm>，2001。
6. 長庚紀念醫院器官移植補助辦法：<http://www2.cgmh.org.tw/cgtn/>。
7. 臺北市表揚器官捐贈者實施要點：
<http://www.laws.taipei.gov.tw/taipei/lawsystem/showmaster01.jsp?LawID=P11B1009-20080610&RealID=11-02-2084>，2008。
8. World Medical Association Statement on Human Organ Donation and Transplantation (*Adopted by the 52nd WMA General Assembly in Edinburgh, Scotland during October 2000 and Revised by the WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006*)：
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/wma/index.html>，2006。
9. The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism：
http://multivu.prnewswire.com/mnr/transplantationsociety/33914/docs/33914-Declaration_of_Istanbul-Lancet.pdf，2008。
10. WHO Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation：

<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/17369C3E-E20C-4644-80CD-27CDBCAD3CFA/0/GuidingPrincipleontransplantation.pdf> , 2008 .

參考文獻

1. American Society for Transplantation: Statement on Ethics. Adopted in 1999; revised in 2002.
2. American Society for Transplantation: Statement on Ethics. Adopted in 1999; revised in 2002
3. Arjmand, B., Aghayan, S. H., Goodarzi, P., Razavi, S. H., Jafarian, A., Larijani, B., et al. (2009). Knowledge and attitude of donor cardholderstoward organ and tissue donation and transplantation in an Iranian tissue bank: a case-control study. *Transplant Proc*, 41(7), 2715-2717.
4. Bapat, U., & Kedlaya, P. G. (2010). Organ donation, awareness, attitudes and beliefs among post graduate medical students. *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 21(1), 174-180.
5. Bibliography on Transplantation & Ethics World Health Organization, Ethics, Trade, Human Rights, and Health Law WHO/SDE/ETH Version 2.0 Geneva, Switzerland.
6. Brown, C. V., Foulkrod, K. H., Dworaczyk, S., Thompson, K., Elliot, E., Cooper, H., et al. (2010). Barriers to obtaining family consent for potential organ donors. *J Trauma*, 68(2), 447-451.
7. Caplan AL, Coelho DH: *The Ethics of Organ Transplants: The Current Debate*. New York: Prometheus Books, 1999.
8. Chaboyer, W., & Elliott, D. Health-related quality of life of ICU survivors: a review of the literature. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 88-97, 2000.
9. Chen, W. C., Chen, C. H., Lee, P. C., & Wang, W. L. Quality of life, symptom distress, and social support among renal transplant recipients in southern Taiwan: A correlational study. *Journal of Nursing Research*, 15,

319-329, 2007.

10. Cohen, F., & Lazarus, R. S. (1979). Coping with illness. In G. C. Stone, F. Cohen, & N. E. Adler (Eds.), *Health Psychology* (pp. 217-224). San Francisco: Jossey-Bass.
11. Collins, T.J. (2005). Organ and tissue donation: a survey of nurse's knowledge and educational needs in an adult ITU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21, 226-233.
12. Delmonico FL, Dew MA. (2007). Living donor kidney transplantation in a global environment. *Kidney International*. 71(7):608-14.
13. Derdarian, A. K. (1987). Informational needs of recently diagnosed cancer patients. *Cancer Nursing*, 10, 107-115.
14. EBPG Expert Group on Renal Transplantation, "European best practice guidelines for renal transplantation," *Nephrology, dialysis, transplantation* 17 (suppl. 4): see whole edition, 2002.
15. EXECUTIVE BOARD EB112/5 112th Session 2 May 2003 Provisional agenda item 4.3 Human organ and tissue transplantation Report by the Secretariat (WHO), 2003.
16. Ferketich, S. (1991). Focus on psychometrics aspects of item analysis. *Research in Nursing & Health*, 14, 165-168.
17. Fifty-Seventh World Health Assembly, Human organ and tissue transplantation. WHA57.18 (Geneva: WHO), 2004.
18. First Global Consultation on Regulatory Requirements for Human Cells and Tissues for Transplantation Ottawa, 29 November to 1 December 2004 (WHO)
19. Harris, D. C. H., & Rangan, G. K. (2005). Retardation of kidney failure-applying principles to practice. *Annals Academy of Medicine*, 34(1), 16-23.
20. Henderson, A., & Zernike, W. (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 435-441
21. Hennessy, D., Juzwishin, K., Yergens, D., Noseworthy, T., & Doig, C.

- (2005). Critical care review. Outcomes of elderly survivors of intensive care: a review of the literature. *Chest*, 127(5), 1764-1774.
22. Hopkins, M. B. (1986). Informational-seeking and adaptational outcomes in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Cancer Nursing*, 9, 256-262.
 23. Jacobs, V. (2000). Informational needs of surgical patients following discharge. *Applied Nursing Research*, 13, 12–18.
 24. Juneau, 1995; Psychologic and psychosocial aspects of renal transplantation. *Critical care Nurse Quarterly*, 17(4), 62-66.
 25. Kent, B.C. (2004). Protection behaviour: a phenomenon affecting organ and tissue donation in the 21st century? *International Journal of Nursing Studies*, 41, 273–284.
 26. Krikelas, J. (1983). Information-seeking behavior: Patterns and concepts. *Drexel Library Quarterly*, 15(2), 5-20.
 27. Lenz, E. R. (1984). Information seeking: A component of client decisions and health behavior. *Advances in Nursing Science*, 6(3), 59-72.
 28. Leung, S. S. H., & Shiu, A. T. Y. (2007). Experience of Hong Kong patients awaiting kidney transplantation in mainland China. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 341–349.
 29. Lin, Y. H., & Yang, M. S. (2006). A cross-sectional survey of the symptom experience of kidney transplant recipients. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 953–960.
 30. Liu, H. X., Feurer, I. D., Dwyer, K., Speroff, T., Shaffer, D., & Pinson, C. W. (2007). The effects of gender and age on health-related quality of life following kidney transplantation. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 82–89.
 31. Luk, W. S. C. (2004). The HRQoL of renal transplant patients. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 201–209.
 32. Mills, M. E., & Sullivan, K. (1999). The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 631-642.
 33. Nourbala, M.H., Hollisaaz, M.T., Nasiri, M., Bahaeloo-Horeh, S., Najafi,

- M., Araghizadeh, H., et al. (2007). Pain affects health-related quality of life in kidney transplant recipients. *Transplantation Proceedings*, 39, 1126–1129.
34. Orr, A., Orr, D., Willis, S., Holmes, M., & Britton, P. (2007). Patient perceptions of factors influencing adherence to medication following kidney transplant. *Psychol Health Med*, 12(4), 509-517.
 35. Orr, A., Willis, S., Holmes, M., Britton, P., & Orr, D. (2007). Living with a Kidney Transplant. A Qualitative investigation of quality of life. *Journal of Health Psychology*, 12, 653-662.
 36. Potts JT, Herdman R: Non-Heart-Beating Organ Transplantation: Medical & Ethical Issues in Procurement. Washington, D.C.: National Academies Press, 1997.
 37. Prabhakar, K. S.(2004) Cadaveric & living organ donation. Natural limitations. Possible solutions. Singapore experience. *Ann Transplant*. 2004;9(1):31-3.
 38. Retained Organs Commission, “Retained organs,” *Bulletin of medical ethics* (176): 8-11, 2002.
 39. Ríos A, Ramírez P, Martínez L, García JA, Montoya MJ, Lucas D, Parrilla P. (2008) Attitude of personnel in hospital cadaveric organ transplant-related units faced with living kidney donation in a hospital with a living kidney donor transplantation program. *Nephron Clinical Practice*. 108(1):c75-82.
 40. Shabanzadeh, A. P., Sadr, S.S., Ghafari,A., Nozari,B.H. & Touseh, M. (2009) .Organ and tissue donation knowledge among intensive care unit nurses. *Transplantation Proceedings*. 41 (5) , 1480–1482.
 41. Singh, A., Gnanalingham, K., Casey, A., & Crockard, A. (2006). Quality of life assessment using the short form-12 (SF-12) questionnaire in patients with cervical spondylotic myelopathy. *Spine*, 31(6), 639-643.
 42. Spilker, B. (1996). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (2 nd ed). Philadelphia: Lippincott-Raven.
 43. Suhonen, R., Nenonen, H., Laukka, A., & Va`lima`ki, M. (2005). Patients’

informational needs and information received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1167–1176.

44. Sun, C. Y., Lee, C. C., Chang, C. T., Hung, C. C., & Wu, M. S. (2006, November). Commercial cadaveric renal transplant - an ethical rather than medical issue. Poster section presented at the 28th World Congress of Internal Medicine, Taiwan Society of Internal Medicine, Taipei, Taiwan.
45. Taiwan National Health Insurance (2008) Available at:
http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_14280_1_97_醫療給付-en.doc (Accessed 10 July 2010).
46. Talas M.S.& Bayraktar N. (2004) Kidney transplantation: determination of the problems encountered by Turkish patients and their knowledge and practices on healthy living. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 13, Number 5, July 2004 , pp. 580-588(9)
47. The British Transplantation Society: Approved Position Statements on Payment for Live Organ and Tissue Donation. 2003.
48. UK Department of Health, The potential impact of an opt out system for organ donation in the UK: an independent report from the Organ Donation Taskforce, 2008/11.
49. United States Renal Data System (2007) USRDS 2007 Annual Data Report: International comparisons. Available at:
http://www.usrds.org/2007/pdf/12_intl.pdf (Accessed 15 June 2010)
50. United States Renal Data System (2007). International comparison. In United States Renal Data System Retrieved May 23, 2008, from
http://www.usrds.org/2007/pdf/02_incid_prev_07.pdf
51. van der Mei, S. F., Kroll, B., van Son, W, de Jong, P. E., Groothoff, J. W. & van den Heuvel, W. J. A. (2006). Social participation and employment status after kidney transplantation: A systematic review. *Quality of Life Research*, 15, 979–994.
52. Veatch RM: *Transplantation Ethics*. Washington, D.C.: Georgetown University Press, 2000.
53. Volz Wenger, A., & Szucs, T. D. (2009). Predictors of family

- communication of one's organ donation intention in Switzerland. *Int J Public Health*.
54. Wade J, Pletsch PK, Morgan SW & Menting SA (2000) Hysterectomy: what do women need and want to know? *Journal of Obstetrics & Gynecology and Neonatal Nursing*, 29, 33–42.
 55. Waterman AD, Brennan DC. (2007). Improving patient education delivery to increase living donation rates. *American Journal of Transplantation*. 7(2):269-70.
 56. Wen CP, Cheng TYD, Tsai MK, et al. All-cause mortality attributable to chronic kidney disease: a prospective cohort study based on 462 293 adults in Taiwan. *Lancet* 2008; 371: 2173-2182.
 57. WHO/HTP/EHT/T-2003.1 Ethics, access and safety in tissue and organ transplantation: Issues of global concern Madrid, Spain, 6-9 October 2003 Report.
 58. World Health Assembly, Part 1. Draft Guiding Principles on Human organ Transplantation. WHA44/1991/REC/1, Annexes, Annex 6 Human Organ Transplantation 1 ,1991.
 59. Zarifian, A., (2006) Symptom occurrence, symptom distress, and quality of life in renal transplant recipients. *Nephrology Nursing Journal*, 33, 609-618.
 60. Zarifian, A., (2006) Symptom Occurrence, Symptom Distress, and Quality of Life in Renal Transplant Recipients. *Nephrology Nursing Journal*, 33, 609-618.
 61. 行政院衛生署 (2006/6/19). 洗腎健保預算單一總額下，有效管控及合理分配醫療資源，提升透析照護品質. 2008年5月23日摘自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_MAIN.aspx?keyword=%u614e%u81df
 62. 林文綾、顧乃平、徐國雄、李文宗 (2002) · 腎臟移植病人生品質及其相關因素 · 榮總護理，19，326-337。
 63. 姚開屏 (2002) · 健康相關生活品質概念與測量原理之簡介 · 台灣醫學會，6 (2)，183-192。

64. 翁麗雀、戴玉慈 (2005)· 腎臟移植手術後病人的生理、心理、社會與靈性議題· 護理雜誌，52(4)，65-70。
65. 財團法人器官捐贈移植登錄中心。URL:<http://www.torsc.org.tw/>，2010。
66. 張明蘭(2003)，促進台灣地區腦死患者器官捐贈之可行性探討· 台南：國立成功大學政治經濟學研究所碩士論文。
67. 張秋麗、鄒海月 (2001)· 腎臟移植病患急性排斥期心理壓力及其適應過程之探討· 腎臟與透析，13，101-108。
68. 莊嫻儒、葉芳枝 (2008) · 照護一位接受腎臟移植患者之護理經驗· Chung-Shan Medical Journal，19，113-126。
69. 陳光慧、龍紀萱、楊美都、何盛榕、陳世堅 (2006) · 護理人員器官移植倫理與勸募態度之相關性研究· Mid-Taiwan Journal of Medicine，12 (1)，29-36。
70. 陳瑞娥、謝春滿，〈大學護生對器官捐贈的知識、態度及意願之探討〉《安寧療護雜誌》13卷2期，(2008，05)：185-199。
71. 潘淑滿(2003)· 質性研究理論與應用· 台北：心理。
72. 蔡甫昌，器官移植的倫理議題(一)移植醫學的發展(二)世界醫學會「人體器官組織捐贈及移植聲明」，健康世界 2005; 350:59-60. 2005; 351:61-66.
73. 蔡甫昌等譯，John Harris 著：複製、基因與不朽—基因革命的反思，台北：桂冠，2006。
74. 蔡甫昌著，醫學倫理小班教學—案例與討論題綱，台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2006。
75. 蔡甫昌編譯，Peter A. Singer 編著：臨床生命倫理學，加拿大醫學會授權，台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2003。
76. 蔡甫昌譯、John Williams 著，世界醫師會醫學倫理手冊，台北：中華民國醫師公會全聯會發行，2005。
77. 賴秀昫、蔡甫昌、陳慶餘，器官移植倫理：活體肝臟捐贈與移植，當代醫學，2005; 32:1:57~61.

表 C-1 樣本配置表

縣市別	20 歲以上人口		樣本數
	人數	百分比 (%)	
合計	23,150,923	100.00	1,068
基隆市	384,590	1.66	18
臺北市	2,613,071	11.29	121
臺北縣	3,893,740	16.82	180
桃園縣	2,001,537	8.65	92
新竹市	414,682	1.79	19
新竹縣	512,353	2.21	24
苗栗縣	560,617	2.42	26
臺中市	1,081,487	4.67	50
臺中縣	1,564,994	6.76	72
彰化縣	1,307,500	5.65	60
南投縣	526,911	2.28	24
雲林縣	717,915	3.10	33
嘉義市	272,523	1.18	13
嘉義縣	543,738	2.35	25
臺南市	771,942	3.33	36
臺南縣	1,101,877	4.76	51
高雄市	1,529,719	6.61	71
高雄縣	1,243,273	5.37	57
屏東縣	874,696	3.78	40
宜蘭縣	460,570	1.99	21
花蓮縣	339,092	1.46	16
臺東縣	230,832	1.00	11
澎湖縣	96,711	0.42	4
金門縣	96,622	0.42	4
連江縣	9,931	0.04	0

資料來源：內政部中華民國 99 年 10 月人口統計

表 CC-1 撥號狀況統計

撥號狀況統計	通數	百分比 (%)
總計	11,774	100.00
接通電話	3,699	31.42
未接通電話	8,075	68.58

表 CC-2 未接通電話訪問狀況統計

未接通電話統計	通數	百分比 (%)
總計	8,075	100.00
忙線	482	5.97
無人接聽	4,114	50.95
答錄機或勿干擾	49	0.61
傳真機	565	7.00
非住宅電話	255	3.16
暫停使用	47	0.58
電話故障	97	1.20
空號	2,466	30.54

註：「忙線」及「無人接聽」撥號三次以上。

表 CC-3 接通電話訪問狀況統計

接通電話統計	通數	百分比 (%)	訪問率 (%)
總計	3,699	100.00	100.00
訪問成功	1,117	30.20	50.96
拒訪	1,075	29.06	49.04
無法訪問	62	1.68	
約訪	526	14.22	
無合格受訪者	919	24.84	-

表 CC-4 受訪者性別之統計表

性別	樣本		母體	檢定結果
	次數	百分比 (%)	百分比 (%)	
總和	1,117	100.00	100.00	卡方值=0.20 p-value=0.656>0.05 樣本與母體結構一致
男性	563	50.40	49.70	
女性	554	49.60	50.30	

表 CC-5 受訪者年齡之統計表

年齡	樣本		母體	檢定結果
	次數	百分比 (%)	百分比 (%)	
總和	1,117	100.00	100.00	卡方值=0.94 p-value=0.919>0.05 樣本與母體結構一致
20-29 歲	214	19.14	19.50	
30-39 歲	240	21.53	21.31	
40-49 歲	243	21.74	21.06	
50-59 歲	212	19.00	18.67	
60 歲及以上	207	18.51	19.47	
不知道/拒答	1	0.09	-	

表 CC-6 受訪者縣市別之統計表

縣市別	樣本		母體	檢定結果
	次數	百分比 (%)	百分比 (%)	
總和	1,117	100.00	100.00	卡方值=21.10 p-value=0.633>0.05 樣本與母體結構一致
基隆市	20	1.77	1.69	
臺北市	137	12.23	11.57	
臺北縣	199	17.78	16.94	
桃園縣	97	8.70	8.29	
新竹市	12	1.03	1.71	
新竹縣	22	2.00	2.11	
苗栗縣	25	2.27	2.41	
臺中市	53	4.75	4.52	
臺中縣	77	6.91	6.58	
彰化縣	66	5.87	5.59	
南投縣	24	2.12	2.30	
雲林縣	32	2.86	3.15	
嘉義市	9	0.85	1.14	
嘉義縣	24	2.19	2.41	
臺南市	39	3.50	3.34	
臺南縣	57	5.13	4.89	
高雄市	78	7.02	6.69	
高雄縣	64	5.73	5.46	
屏東縣	45	4.02	3.83	
宜蘭縣	21	1.89	1.99	
花蓮縣	9	0.77	1.47	
臺東縣	5	0.42	1.00	
澎湖縣	1	0.09	0.43	
金門縣	1	0.09	0.43	
連江縣	0	0.00	0.04	

表 CC-7 受訪者教育程度

	次數	百分比
總和	1,117	100.00
不識字	15	1.30
國小	68	6.05
國中	109	9.76
高中職	330	29.51
專科	183	16.35
大學	326	29.22
研究所	86	7.67
不知道/無意見	2	0.14

表 CC-8 受訪者婚姻狀況

	次數	百分比
總和	1,117	100.00
未婚	310	27.72
已婚	758	67.85
同居/有親密伴侶	2	0.15
分居/離婚	24	2.11
喪偶	18	1.61
其他	2	0.20
不知道/無意見	1	0.09
拒答	3	0.27

表 CC-9 受訪者宗教信仰

	次數	百分比
總和	1,117	100.00
無宗教信仰	393	35.20
佛教	389	34.80
道教	220	19.71
基督教	53	4.75
天主教	15	1.37
回教	1	0.08
其他	10	0.90
不知道/無意見	34	3.01
拒答	2	0.19

表 CC-10 受訪者家庭月收入

	次數	百分比
總和	1,117	100.00
2 萬以下	102	9.11
2 萬-3 萬元	131	11.69
3 萬-5 萬元	245	21.91
5 萬-10 萬元	351	31.40
10 萬-20 萬元	126	11.24
20 萬以上	37	3.36
不知道/無意見	90	8.04
拒答	36	3.25

表 CC-11 受訪者職業

	次數	百分比
總和	1,117	100.00
專門性、技術性有關人員	140	12.50
行政及主管人員	56	5.05
大中小型企業主/老闆	14	1.21
自營商店老闆	68	6.04
一般職員及佐理人員	145	12.97
買賣工作人員	32	2.88
服務工作人員	118	10.53
農、林、漁、牧、狩獵工作人員	31	2.81
生產及有關工人、運輸設備操作工及體力工	122	10.91
現役軍人	3	0.24
教師	35	3.14
退休人員	112	10.01
學生	47	4.20
家管	127	11.40
無業、待業	53	4.75
其他	3	0.29
不知道/拒答	12	1.05

表 CC-12 器官捐贈分為活體捐贈與屍體捐贈之認知度

	次數	百分比 (%)
總和	1,117	100.00
知道	818	73.20
不知道	298	26.69
拒答	1	0.11

註：表格數據係經由加權及四捨五入處理過之結果，容或未能相符。以下表格均同。

表 CC-13 器官捐贈分為活體捐贈與屍體捐贈之認知度按人口特徵分

	總和		知道		不知道		拒答	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	818	73.20	298	26.69	1	0.11
性別(p=0.564)								
男生	563	100.0	414	73.62	147	26.17	1	0.22
女生	554	100.0	403	72.78	151	27.22	-	-
年齡(p=0.222)								
20-29 歲	214	100.0	154	72.01	60	27.99	-	-
30-39 歲	240	100.0	188	78.18	52	21.82	-	-
40-49 歲	243	100.0	185	76.24	56	23.26	1	0.50
50-59 歲	212	100.0	150	70.81	62	29.19	-	-
60 歲以上	207	100.0	139	67.38	67	32.62	-	-
不知道/拒答	1	100.0	1	100.0	-	-	-	-
教育程度 (p=0.000***)								
不識字、國小	82	100.0	39	48.05	43	51.95	-	-
國中	109	100.0	62	56.87	47	43.13	-	-
高中職	330	100.0	249	75.70	79	23.93	1	0.37
專科	183	100.0	138	75.49	45	24.51	-	-
大學	326	100.0	256	78.38	71	21.62	-	-
研究所(含)以上	86	100.0	71	83.35	14	16.65	-	-
拒答	2	100.0	2	100.0	-	-	-	-
婚姻狀況(p=0.952)								
未婚	310	100.0	228	73.58	82	26.42	-	-
已婚	758	100.0	553	72.93	204	26.91	1	0.16
其他	46	100.0	34	73.25	12	26.75	-	-
拒答	3	100.0	3	100.0	-	-	-	-
宗教信仰(p=0.501)								
無宗教信仰	393	100.0	288	73.38	105	26.62	-	-
佛教	389	100.0	281	72.18	108	27.82	-	-
道教	220	100.0	161	72.91	58	26.54	1	0.55
基督教、天主教	68	100.0	57	83.11	12	16.89	-	-
其他	45	100.0	29	65.49	15	34.51	-	-
拒答	2	100.0	2	100.0	-	-	-	-
月收入(p=0.000***)								
19,999 以下	102	100.0	56	55.32	45	44.68	-	-
20,000-29,999 元	131	100.0	85	64.91	45	34.16	1	0.93
30,000-49,999 元	245	100.0	196	79.94	49	20.06	-	-
50,000-99,999 元	351	100.0	278	79.20	73	20.80	-	-
100,000-199,999 元	126	100.0	96	76.44	30	23.56	-	-
200,000 以上	37	100.0	31	81.71	7	18.29	-	-
不知道、無意見	90	100.0	51	56.93	39	43.07	-	-
拒答	36	100.0	25	70.09	11	29.91	-	-
職業(p=0.429)								
有業	764	100.0	561	73.49	201	26.35	1	0.16
無業、待業	341	100.0	250	73.35	91	26.65	-	-
不知道、拒答	12	100.0	6	50.08	6	49.92	-	-
居住地(p=0.775)								
北部地區	507	100.0	378	74.53	129	25.47	-	-
中部地區	277	100.0	200	72.15	77	27.85	-	-
南部地區	319	100.0	230	72.08	88	27.53	1	0.38
東部及離島地區	14	100.0	10	71.13	4	28.87	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-14 目前有無家人（親友）在等待器官移植

	次數	百分比 (%)
總和	1,117	100.00
有	12	1.07
沒有	1,104	98.80
拒答	1	0.13

表 CC-15 目前有無家人(親友)在等待器官移植

	總和		有		沒有		拒答	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	12	1.07	1,104	98.80	1	0.13
性別(p=0.365)								
男生	563	100.0	5	0.92	557	99.08	-	-
女生	554	100.0	7	1.22	546	98.52	1	0.27
年齡(p=0.792)								
20-29 歲	214	100.0	1	0.41	213	99.59	-	-
30-39 歲	240	100.0	1	0.28	239	99.28	1	0.44
40-49 歲	243	100.0	2	1.00	240	98.82	0	0.18
50-59 歲	212	100.0	5	2.17	208	97.83	-	-
60 歲以上	207	100.0	3	1.61	203	98.39	-	-
不知道/拒答	1	100.0	-	-	1	100.0	-	-
教育程度(p=0.409)								
不識字、國小	82	100.0	1	1.06	81	98.41	0	0.53
國中	109	100.0	3	3.05	106	96.95	-	-
高中職	330	100.0	3	0.78	327	99.22	-	-
專科	183	100.0	3	1.53	180	98.47	-	-
大學	326	100.0	2	0.73	323	98.95	1	0.32
研究所(含)以上	86	100.0	-	-	86	100.0	-	-
拒答	2	100.0	-	-	2	100.0	-	-
婚姻狀況(p=0.090)								
未婚	310	100.0	2	0.51	307	99.16	1	0.34
已婚	758	100.0	7	0.96	750	98.98	0	0.06
其他	46	100.0	3	6.69	43	93.31	-	-
拒答	3	100.0	-	-	3	100.00	-	-
宗教信仰(p=0.060)								
無宗教信仰	393	100.0	2	0.45	391	99.55	0	0.00
佛教	389	100.0	4	0.93	385	98.95	0	0.11
道教	220	100.0	5	2.08	216	97.92	-	-
基督教、天主教	68	100.0	2	2.87	66	97.13	-	-
其他	45	100.0	-	-	43	97.65	1	2.35
拒答	2	100.0	-	-	2	100.0	-	-
月收入(p=0.176)								
19,999 以下	102	100.0	2	2.09	100	97.91	-	-
20,000-29,999 元	131	100.0	1	0.52	130	99.48	-	-
30,000-49,999 元	245	100.0	1	0.53	242	99.04	1	0.43
50,000-99,999 元	351	100.0	2	0.55	349	99.45	-	-
100,000-199,999 元	126	100.0	0	0.39	125	99.61	-	-
200,000 以上	37	100.0	1	2.64	36	97.36	-	-
不知道、無意見	90	100.0	3	2.94	87	96.58	0	0.48
拒答	36	100.0	2	4.92	35	95.08	-	-
職業(p=0.880)								
有業	764	100.0	7	0.92	755	98.89	1	0.19
無業、待業	341	100.0	5	1.44	337	98.56	-	-
不知道、拒答	12	100.0	-	-	12	100.0	-	-
居住地(p=0.259)								
北部地區	507	100.0	2	0.36	505	99.64	-	-
中部地區	277	100.0	4	1.33	272	98.13	1	0.54
南部地區	319	100.0	6	2.01	312	97.99	-	-
東部及離島地區	14	100.0	-	-	14	100.0	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-16 如果家人現在需要接受移植器官，捐贈腎臟或是部份的肝臟之意願

	次數	百分比 (%)
總和	1,117	100.00
願意	937	83.89
不願意	40	3.57
不知道/無意見	132	11.80
拒答	8	0.75

表 CC-17 如果家人現在需要接受移植器官，捐贈腎臟或是部份的肝臟之意願

	總和		願意		不願意		不知道/ 無意見		拒答	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	937	83.89	40	3.57	132	11.80	8	0.75
性別(p=0.367)										
男生	563	100.0	484	85.95	20	3.63	55	9.76	4	0.66
女生	554	100.0	454	81.80	19	3.51	77	13.86	5	0.83
年齡(p=0.039*)										
20-29 歲	214	100.0	201	94.01	4	1.90	9	4.09	-	-
30-39 歲	240	100.0	208	86.59	8	3.20	24	9.87	1	0.33
40-49 歲	243	100.0	206	84.68	6	2.60	29	11.93	2	0.79
50-59 歲	212	100.0	175	82.47	8	3.60	28	13.14	2	0.80
60 歲以上	207	100.0	146	70.73	14	6.84	42	20.53	4	1.90
不知道/拒答	1	100.0	1	100.0	-	-	-	-	-	-
教育程度(p=0.062)										
不識字、國小	82	100.0	56	68.32	6	6.98	19	23.12	1	1.58
國中	109	100.0	94	86.53	2	2.08	12	10.65	1	0.74
高中職	330	100.0	267	81.14	14	4.34	46	13.83	2	0.70
專科	183	100.0	152	82.97	4	2.38	24	13.34	2	1.30
大學	326	100.0	291	89.27	12	3.75	21	6.51	2	0.47
研究所(含)以上	86	100.0	75	87.20	1	1.12	10	11.68	-	-
拒答	2	100.0	2	100.0	-	-	-	-	-	-
婚姻狀況(p=0.630)										
未婚	310	100.0	274	88.40	12	3.75	23	7.35	2	0.50
已婚	758	100.0	628	82.81	24	3.14	100	13.15	7	0.90
其他	46	100.0	33	70.40	4	9.55	9	20.05	-	-
拒答	3	100.0	3	100.0	-	-	-	-	-	-
宗教信仰(p=0.171)										
無宗教信仰	393	100.0	337	85.62	17	4.42	38	9.71	1	0.25
佛教	389	100.0	317	81.68	16	4.18	54	13.96	1	0.19
道教	220	100.0	190	86.34	4	1.96	24	10.83	2	0.87
基督教、天主教	68	100.0	57	83.08	1	1.80	9	12.87	2	2.26
其他	45	100.0	34	76.29	1	1.54	7	15.02	3	7.15
拒答	2	100.0	2	100.0	-	-	-	-	-	-
月收入(p=0.127)										
19,999 以下	102	100.0	78	77.05	6	5.82	17	17.13	-	-
20,000-29,999 元	131	100.0	109	83.28	5	3.76	16	12.41	1	0.55
30,000-49,999 元	245	100.0	208	84.81	6	2.28	29	11.65	3	1.26
50,000-99,999 元	351	100.0	305	86.98	11	3.26	31	8.70	4	1.06
100,000-199,999 元	126	100.0	107	85.52	6	4.80	12	9.68	-	-
200,000 以上	37	100.0	34	91.35	1	1.36	3	7.29	-	-
不知道、無意見	90	100.0	68	76.12	5	5.09	16	17.90	1	0.89
拒答	36	100.0	27	75.15	1	2.49	8	22.36	-	-
職業(p=0.784)										
有業	764	100.0	648	84.82	28	3.71	81	10.62	7	0.86
無業、待業	341	100.0	278	81.41	12	3.38	50	14.69	2	0.52
不知道、拒答	12	100.0	11	95.50	-	-	1	4.50	-	-
居住地(p=0.082)										
北部地區	507	100.0	423	83.46	21	4.19	63	12.35	-	-
中部地區	277	100.0	236	85.17	10	3.44	28	10.06	4	1.33
南部地區	319	100.0	267	83.78	7	2.29	40	12.47	5	1.46
東部及離島地區	14	100.0	11	76.89	2	12.35	2	10.76	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-18 如果自己過世後，自己的器官捐贈給有需要的人之意願

	次數	百分比 (%)
總和	1,117	100.00
願意	746	66.80
不願意	117	10.49
不知道/無意見	235	21.00
拒答	19	1.71

表 CC-19 如果自己過世後，自己的器官捐贈給有需要的人之意願

	總和		願意		不願意		不知道/ 無意見		拒答	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	746	66.80	117	10.49	235	21.00	19	1.71
性別(p=0.065)										
男生	563	100.0	379	67.32	67	11.93	102	18.05	15	2.70
女生	554	100.0	367	66.26	50	9.04	133	24.00	4	0.70
年齡(p=0.014*)										
20-29 歲	214	100.0	165	77.27	14	6.72	27	12.86	7	3.14
30-39 歲	240	100.0	167	69.56	22	9.27	50	20.83	1	0.33
40-49 歲	243	100.0	166	68.23	19	7.86	56	23.16	2	0.75
50-59 歲	212	100.0	130	61.37	24	11.12	56	26.62	2	0.89
60 歲以上	207	100.0	117	56.48	38	18.31	44	21.42	8	3.79
不知道/拒答	1	100.0	1	100.0	-	-	-	-	-	-
教育程度(p=0.023*)										
不識字、國小	82	100.0	39	47.51	18	21.62	25	30.87	-	-
國中	109	100.0	71	65.35	11	10.45	25	22.59	2	1.62
高中職	330	100.0	207	62.66	30	8.97	84	25.44	10	2.93
專科	183	100.0	125	68.34	20	10.72	33	18.01	5	2.93
大學	326	100.0	245	74.98	32	9.65	48	14.67	2	0.70
研究所(含)以上	86	100.0	58	67.96	7	8.66	20	23.38	-	-
拒答	2	100.0	2	100.0	-	-	-	-	-	-
婚姻狀況(p=0.172)										
未婚	310	100.0	233	75.34	28	9.02	41	13.25	7	2.39
已婚	758	100.0	479	63.18	85	11.21	182	24.07	12	1.54
其他	46	100.0	33	71.52	4	9.28	9	19.19	-	-
拒答	3	100.0	1	25.44	-	-	2	74.56	-	-
宗教信仰(p=0.080)										
無宗教信仰	393	100.0	290	73.68	36	9.07	65	16.46	3	0.79
佛教	389	100.0	246	63.34	47	12.04	91	23.39	5	1.23
道教	220	100.0	133	60.54	24	10.75	55	25.09	8	3.62
基督教、天主教	68	100.0	50	73.23	9	13.81	9	12.96	-	-
其他	45	100.0	25	55.69	2	3.69	15	33.47	3	7.15
拒答	2	100.0	2	100.0	-	-	-	-	-	-
月收入(p=0.205)										
19,999 以下	102	100.0	58	57.16	14	13.90	29	28.94	-	-
20,000-29,999 元	131	100.0	91	69.56	14	10.70	25	19.31	1	0.43
30,000-49,999 元	245	100.0	167	68.20	24	9.86	49	20.15	4	1.79
50,000-99,999 元	351	100.0	243	69.43	34	9.75	66	18.89	7	1.93
100,000-199,999 元	126	100.0	80	63.87	19	14.89	26	20.87	0	0.37
200,000 以上	37	100.0	30	80.62	1	2.23	4	11.43	2	5.72
不知道、無意見	90	100.0	56	62.14	7	7.77	23	25.59	4	4.50
拒答	36	100.0	20	56.39	4	11.76	11	29.97	1	1.88
職業(p=0.291)										
有業	764	100.0	525	68.70	80	10.47	149	19.52	10	1.32
無業、待業	341	100.0	214	62.69	37	10.92	81	23.76	9	2.63
不知道、拒答	12	100.0	7	62.55	-	-	4	37.45	-	-
居住地(p=0.073)										
北部地區	507	100.0	354	69.78	58	11.46	88	17.42	7	1.34
中部地區	277	100.0	178	64.36	31	11.31	64	23.03	4	1.30
南部地區	319	100.0	208	65.21	26	8.08	76	24.00	9	2.72
東部及離島地區	14	100.0	6	43.75	2	14.36	6	41.90	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-20 受訪者有無器官捐贈卡之情形

	次數	百分比 (%)
總和	1,117	100.00
有	50	4.46
沒有	1,067	95.54

表 CC-21 受訪者有無器官捐贈卡之情形

	總和		有		沒有	
	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	50	4.46	1,067	95.54
性別(p=0.959)						
男生	563	100.0	25	4.45	538	95.55
女生	554	100.0	25	4.47	530	95.53
年齡(p=0.292)						
20-29 歲	214	100.0	8	3.60	206	96.40
30-39 歲	240	100.0	17	7.16	223	92.84
40-49 歲	243	100.0	12	5.11	230	94.89
50-59 歲	212	100.0	7	3.20	205	96.80
60 歲以上	207	100.0	6	2.75	201	97.25
不知道/拒答	1	100.0	-	-	1	100.00
教育程度(p=0.562)						
不識字、國小	82	100.0	2	2.56	80	97.44
國中	109	100.0	3	2.50	106	97.50
高中職	330	100.0	11	3.24	319	96.76
專科	183	100.0	10	5.26	173	94.74
大學	326	100.0	19	5.93	307	94.07
研究所(含)以上	86	100.0	5	6.25	80	93.75
拒答	2	100.0	-	-	2	100.00
婚姻狀況(p=0.880)						
未婚	310	100.0	12	3.73	298	96.27
已婚	758	100.0	37	4.82	721	95.18
其他	46	100.0	2	3.67	45	96.33
拒答	3	100.0	-	-	3	100.00
宗教信仰(p=0.902)						
無宗教信仰	393	100.0	16	3.99	377	96.01
佛教	389	100.0	20	5.17	369	94.83
道教	220	100.0	8	3.43	213	96.57
基督教、天主教	68	100.0	3	4.52	65	95.48
其他	45	100.0	3	7.61	41	92.39
拒答	2	100.0	-	-	2	100.00
月收入(p=0.342)						
19,999 以下	102	100.0	4	3.51	98	96.49
20,000-29,999 元	131	100.0	4	3.06	127	96.94
30,000-49,999 元	245	100.0	11	4.66	233	95.34
50,000-99,999 元	351	100.0	16	4.51	335	95.49
100,000-199,999 元	126	100.0	10	7.92	116	92.08
200,000 以上	37	100.0	3	7.79	35	92.21
不知道、無意見	90	100.0	1	0.77	89	99.23
拒答	36	100.0	1	3.99	35	96.01
職業(p=0.680)						
有業	764	100.0	36	4.67	728	95.33
無業、待業	341	100.0	14	4.14	327	95.86
不知道、拒答	12	100.0	-	-	12	100.00
居住地(p=0.861)						
北部地區	507	100.0	22	4.32	485	95.68
中部地區	277	100.0	13	4.83	263	95.17
南部地區	319	100.0	15	4.55	304	95.45
東部及離島地區	14	100.0	-	-	14	100.00

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-22 若家人過世，但生前未表示要捐贈器官意願，是否願意將他的器官捐贈給有需要者

	次數	百分比 (%)
總和	1,117	100.00
願意	393	35.21
不願意	391	35.01
不知道/無意見	321	28.76
拒答	11	1.02

表 CC-23 如果家人過世，但生前未表示是否要捐贈器官，是否願意將他的器官捐贈給有需要的人

	總和		願意		不願意		不知道/ 無意見		拒答	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	393	35.21	391	35.01	321	28.76	11	1.02
性別(p=0.522)										
男生	563	100.0	205	36.52	191	33.99	158	28.06	8	1.42
女生	554	100.0	188	33.89	200	36.04	163	29.47	3	0.60
年齡(p=0.005**)										
20-29 歲	214	100.0	102	47.53	77	36.18	33	15.22	2	1.07
30-39 歲	240	100.0	82	34.30	90	37.23	68	28.47	-	-
40-49 歲	243	100.0	76	31.17	69	28.41	96	39.47	2	0.95
50-59 歲	212	100.0	60	28.15	76	35.85	72	33.95	4	2.05
60 歲以上	207	100.0	73	35.22	79	38.28	52	25.34	2	1.17
不知道/拒答	1	100.0	1	100.00	-	-	-	-	-	-
教育程度(p=0.008**)										
不識字、國小	82	100.0	21	25.79	34	41.10	27	33.10	-	-
國中	109	100.0	40	36.49	28	25.54	41	37.50	1	0.48
高中職	330	100.0	118	35.77	108	32.67	97	29.43	7	2.13
專科	183	100.0	50	27.32	65	35.40	65	35.65	3	1.63
大學	326	100.0	130	39.76	121	37.09	75	22.90	1	0.26
研究所(含)以上	86	100.0	33	38.80	36	42.12	16	19.08	-	-
拒答	2	100.0	2	100.00	-	-	-	-	-	-
婚姻狀況(p=0.014*)										
未婚	310	100.0	118	38.20	133	42.89	56	18.18	2	0.74
已婚	758	100.0	257	33.85	243	32.04	249	32.91	9	1.20
其他	46	100.0	18	38.15	13	28.35	16	33.50	-	-
拒答	3	100.0	1	25.44	2	74.56	-	-	-	-
宗教信仰(p=0.013*)										
無宗教信仰	393	100.0	161	40.96	137	34.78	94	23.80	2	0.46
佛教	389	100.0	127	32.76	128	32.99	127	32.80	6	1.45
道教	220	100.0	56	25.34	86	39.03	75	33.86	4	1.78
基督教、天主教	68	100.0	34	49.54	22	32.23	12	18.23	-	-
其他	45	100.0	14	32.16	17	38.22	13	29.61	-	-
拒答	2	100.0	1	46.07	1	53.93	-	-	-	-
月收入(p=0.689)										
19,999 以下	102	100.0	29	28.32	40	39.78	32	31.17	1	0.73
20,000-29,999 元	131	100.0	48	37.00	41	31.41	41	31.16	1	0.43
30,000-49,999 元	245	100.0	82	33.40	85	34.68	77	31.32	1	0.61
50,000-99,999 元	351	100.0	133	37.82	125	35.64	89	25.28	4	1.26
100,000-199,999 元	126	100.0	47	37.48	47	37.05	32	25.10	0	0.37
200,000 以上	37	100.0	17	44.77	12	33.23	8	21.99	-	-
不知道、無意見	90	100.0	28	30.65	30	33.17	29	32.70	3	3.48
拒答	36	100.0	10	28.72	11	30.07	14	39.69	1	1.52
職業(p=0.372)										
有業	764	100.0	264	34.54	276	36.16	220	28.80	4	0.49
無業、待業	341	100.0	125	36.62	111	32.49	98	28.67	8	2.22
不知道、拒答	12	100.0	4	37.72	4	33.45	3	28.83	-	-
居住地(p=0.443)										
北部地區	507	100.0	191	37.74	175	34.50	136	26.73	5	1.03
中部地區	277	100.0	83	29.94	100	36.03	91	33.06	3	0.97
南部地區	319	100.0	117	36.77	110	34.54	88	27.61	3	1.08
東部及離島地區	14	100.0	2	13.27	6	43.77	6	42.96	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-24 對強制選擇制的支持程度

	次數	百分比 (%)	合併後選項	合併後 百分比 (%)
總和	1,117	100.00	總和	100.00
非常同意	266	23.80	同意	76.09
還算同意	584	52.29		
不太同意	143	12.80	不同意	14.89
非常不同意	23	2.09		
不知道/無意見	98	8.76	未表態	9.01
拒答	3	0.25		

表 CC-25 對強制選擇制的支持程度

	總和		非常同意		還算同意		不太同意		非常不同意		不知道/ 無意見		拒答	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	266	23.80	584	52.29	143	12.80	23	2.09	98	8.76	3	0.25
性別(p=0.048*)														
男生	563	100.0	152	27.07	287	51.05	65	11.56	9	1.62	46	8.19	3	0.50
女生	554	100.0	114	20.49	297	53.55	78	14.07	14	2.56	52	9.34	-	-
年齡(p=0.184)														
20-29 歲	214	100.0	31	14.33	131	61.29	28	13.13	6	3.00	15	7.18	2	1.07
30-39 歲	240	100.0	63	26.24	117	48.78	39	16.07	4	1.81	17	7.10	-	-
40-49 歲	243	100.0	64	26.23	122	50.37	28	11.56	3	1.18	25	10.43	1	0.23
50-59 歲	212	100.0	57	26.97	106	49.99	25	11.65	3	1.56	21	9.83	-	-
60 歲以上	207	100.0	50	24.31	107	51.94	24	11.37	6	3.08	19	9.31	-	-
不知道/拒答	1	100.0	1	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
教育程度(p=0.000***)														
不識字、國小	82	100.0	14	17.18	41	50.36	14	16.56	2	2.41	11	13.48	-	-
國中	109	100.0	20	18.29	59	54.38	7	6.16	2	1.83	21	19.33	-	-
高中職	330	100.0	74	22.58	165	49.93	46	13.90	4	1.36	37	11.37	3	0.86
專科	183	100.0	53	29.03	97	53.18	18	10.08	3	1.63	11	6.08	-	-
大學	326	100.0	82	25.01	181	55.56	37	11.32	11	3.34	16	4.76	-	-
研究所(含)以上	86	100.0	23	26.60	39	45.33	22	25.11	1	1.12	2	1.84	-	-
拒答	2	100.0	-	-	2	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-
婚姻狀況(p=0.246)														
未婚	310	100.0	62	19.87	177	57.10	41	13.24	9	3.01	19	6.05	2	0.74
已婚	758	100.0	191	25.25	387	51.05	92	12.20	14	1.85	73	9.57	1	0.07
其他	46	100.0	13	27.90	19	40.68	8	17.31	-	-	7	14.11	-	-
拒答	3	100.0	-	-	2	50.57	1	49.43	-	-	-	-	-	-
宗教信仰(p=0.054)														
無宗教信仰	393	100.0	98	25.04	208	52.83	45	11.33	9	2.28	33	8.51	-	-
佛教	389	100.0	93	23.95	196	50.40	52	13.40	7	1.86	40	10.40	-	-
道教	220	100.0	45	20.44	127	57.50	32	14.61	2	0.79	12	5.37	3	1.29
基督教、天主教	68	100.0	18	26.73	36	52.74	8	11.02	3	3.69	4	5.82	-	-
其他	45	100.0	11	24.91	16	35.37	7	15.03	3	6.40	8	18.29	-	-
拒答	2	100.0	-	-	2	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-
月收入(p=0.000***)														
19,999 以下	102	100.0	17	16.29	57	56.11	11	11.05	3	2.85	14	13.70	-	-
20,000-29,999 元	131	100.0	18	13.74	73	55.83	23	17.92	-	-	16	12.51	-	-
30,000-49,999 元	245	100.0	53	21.49	131	53.54	31	12.62	7	2.97	23	9.38	-	-
50,000-99,999 元	351	100.0	104	29.75	169	48.26	46	13.17	7	2.07	24	6.75	-	-
100,000-199,999 元	126	100.0	33	26.49	72	57.20	13	10.75	2	1.81	5	3.76	-	-
200,000 以上	37	100.0	17	45.29	16	43.65	2	4.54	2	4.81	1	1.72	-	-
不知道、無意見	90	100.0	20	22.02	44	49.09	8	8.48	2	2.05	14	15.82	2	2.54
拒答	36	100.0	4	12.24	22	59.20	8	23.32	-	-	1	3.71	1	1.52
職業(p=0.170)														
有業	764	100.0	196	25.60	396	51.85	98	12.79	18	2.34	56	7.35	1	0.07
無業、待業	341	100.0	69	20.08	183	53.47	42	12.30	5	1.60	41	11.87	2	0.67
不知道、拒答	12	100.0	2	15.50	5	46.32	3	28.04	-	-	1	10.14	-	-
居住地(p=0.873)														
北部地區	507	100.0	125	24.64	257	50.66	64	12.56	10	1.94	49	9.75	2	0.45
中部地區	277	100.0	59	21.29	144	51.90	39	14.25	6	2.34	28	10.03	1	0.20
南部地區	319	100.0	78	24.45	178	55.78	37	11.74	7	2.20	19	5.82	-	-
東部及離島地區	14	100.0	4	28.51	6	40.02	2	16.86	-	-	2	14.62	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-26 政府主動詢問捐贈意願能提升簽卡率之同意程度

	次數	百分比 (%)	合併後選項	合併後 百分比 (%)
總和	1,117	100.00	總和	100.00
非常同意	365	32.71	同意	80.20
還算同意	530	47.49		
不太同意	130	11.61	不同意	13.97
非常不同意	26	2.36		
不知道/無意見	61	5.49	未表態	5.83
拒答	4	0.34		

表 CC-27 政府主動詢問捐贈意願能提升簽卡率之同意程度

	總和		非常同意		還算同意		不太同意		非常不同意		不知道/ 無意見		拒答	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	365	32.71	530	47.49	130	11.61	26	2.36	61	5.49	4	0.34
性別(p=0.011*)														
男生	563	100.0	200	35.60	261	46.34	50	8.92	18	3.20	31	5.43	3	0.50
女生	554	100.0	165	29.76	270	48.65	79	14.34	8	1.51	31	5.56	1	0.17
年齡(p=0.182)														
20-29 歲	214	100.0	84	39.37	95	44.22	26	12.06	3	1.57	6	2.79	-	-
30-39 歲	240	100.0	85	35.36	110	45.93	24	9.98	10	4.20	10	4.02	1	0.51
40-49 歲	243	100.0	82	33.93	116	47.89	25	10.24	6	2.56	12	5.11	1	0.26
50-59 歲	212	100.0	68	32.13	99	46.82	23	10.77	4	1.71	17	8.11	1	0.45
60 歲以上	207	100.0	46	22.05	109	52.63	32	15.55	3	1.51	16	7.79	1	0.46
不知道/拒答	1	100.0	-	-	1	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-
教育程度 (p=0.000***)														
不識字、國小	82	100.0	18	22.47	39	47.79	9	10.48	2	2.40	14	16.86	-	-
國中	109	100.0	27	24.32	57	52.60	15	14.15	2	1.71	7	6.35	1	0.88
高中職	330	100.0	98	29.85	159	48.24	37	11.12	7	2.00	27	8.12	2	0.66
專科	183	100.0	58	31.70	96	52.41	23	12.73	1	0.75	4	2.41	-	-
大學	326	100.0	136	41.69	140	42.88	31	9.37	10	2.98	9	2.89	1	0.20
研究所(含)以上	86	100.0	28	32.67	38	43.94	15	17.65	5	5.74	-	-	-	-
拒答	2	100.0	-	-	2	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-
婚姻狀況(p=0.129)														
未婚	310	100.0	117	37.84	132	42.50	36	11.72	10	3.17	14	4.38	1	0.39
已婚	758	100.0	233	30.77	377	49.79	82	10.81	16	2.07	47	6.22	3	0.34
其他	46	100.0	15	32.20	21	44.59	9	19.89	1	1.95	1	1.36	-	-
拒答	3	100.0	-	-	1	25.44	2	74.56	-	-	-	-	-	-
宗教信仰(p=0.494)														
無宗教信仰	393	100.0	142	36.04	170	43.23	53	13.55	12	3.08	15	3.70	2	0.41
佛教	389	100.0	119	30.68	187	48.10	47	12.02	9	2.19	27	7.01	-	-
道教	220	100.0	66	29.78	123	55.94	15	6.66	4	1.75	11	4.88	2	0.99
基督教、天主教	68	100.0	23	34.05	31	45.12	8	12.02	1	1.33	5	7.49	-	-
其他	45	100.0	14	32.39	19	41.64	7	15.32	1	2.35	4	8.29	-	-
拒答	2	100.0	1	53.93	1	46.07	-	-	-	-	-	-	-	-
月收入(p=0.000***)														
19,999 以下	102	100.0	30	29.31	49	48.60	6	5.87	4	3.57	13	12.64	-	-
20,000-29,999 元	131	100.0	34	26.17	65	49.93	17	12.71	3	2.12	12	9.06	-	-
30,000-49,999 元	245	100.0	67	27.18	121	49.45	39	15.89	4	1.76	13	5.32	1	0.39
50,000-99,999 元	351	100.0	127	36.09	167	47.70	34	9.60	10	2.84	11	3.24	2	0.53
100,000-199,999 元	126	100.0	44	35.10	65	51.47	11	8.63	4	3.11	2	1.68	-	-
200,000 以上	37	100.0	27	72.41	9	23.85	1	2.02	-	-	1	1.72	-	-
不知道、無意見	90	100.0	31	34.22	34	37.57	16	17.60	2	2.05	7	7.50	1	1.07
拒答	36	100.0	6	17.31	20	55.51	7	19.59	-	-	3	7.59	-	-
職業(p=0.001**)														
有業	764	100.0	272	35.59	367	47.99	73	9.57	19	2.43	32	4.18	2	0.24
無業、待業	341	100.0	89	26.21	162	47.31	52	15.34	8	2.30	28	8.27	2	0.56
不知道、拒答	12	100.0	4	33.95	2	20.22	4	35.69	-	-	1	10.14	-	-
居住地(p=0.026*)														
北部地區	507	100.0	177	34.84	224	44.19	64	12.58	14	2.69	26	5.14	3	0.56
中部地區	277	100.0	76	27.60	134	48.57	35	12.59	8	3.02	22	7.88	1	0.35
南部地區	319	100.0	108	33.95	168	52.60	26	8.01	4	1.38	13	4.05	-	-
東部及離島地區	14	100.0	4	28.24	4	29.95	5	38.01	-	-	1	3.80	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-28 對假定同意制的接受程度

	次數	百分比 (%)	合併後選項	合併後百分比 (%)
總和	1,117	100.00	總和	100.00
非常同意	133	11.92	同意	38.48
還算同意	297	26.56		
不太同意	401	35.93	不同意	57.61
非常不同意	242	21.68		
不知道/無意見	41	3.67	未表態	3.90
拒答	3	0.23		

表 CC-29 對假定同意制的接受程度

	總和		非常同意		還算同意		不太同意		非常不同意		不知道/ 無意見		拒答	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	133	11.92	297	26.56	401	35.93	242	21.68	41	3.67	3	0.23
性別(p=0.022*)														
男生	563	100.0	72	12.79	165	29.24	189	33.54	124	21.97	14	2.47	-	-
女生	554	100.0	61	11.03	132	23.84	213	38.36	119	21.40	27	4.90	3	0.47
年齡(p=0.000***)														
20-29 歲	214	100.0	31	14.29	53	25.01	88	41.01	42	19.68	-	-	-	-
30-39 歲	240	100.0	22	9.21	67	27.81	75	31.26	70	29.29	5	2.00	1	0.44
40-49 歲	243	100.0	19	7.96	54	22.20	105	43.37	58	23.80	6	2.68	-	-
50-59 歲	212	100.0	27	12.51	51	23.97	77	36.18	46	21.55	12	5.79	-	-
60 歲以上	207	100.0	35	16.70	71	34.14	56	27.30	26	12.66	17	8.44	2	0.75
不知道/拒答	1	100.0	-	-	1	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-
教育程度 (p=0.000***)														
國中	82	100.0	15	17.91	31	37.28	19	23.14	10	11.63	8	10.04	-	-
高中職	109	100.0	22	20.42	33	30.63	35	31.69	13	12.16	5	4.14	1	0.96
專科	330	100.0	36	11.04	98	29.74	126	38.10	49	14.74	21	6.37	-	-
大學	183	100.0	25	13.58	41	22.33	73	40.20	42	23.18	1	0.71	-	-
研究所(含)以上	326	100.0	32	9.79	75	22.83	122	37.37	90	27.71	6	1.83	2	0.47
拒答	86	100.0	3	3.48	18	20.81	27	31.34	38	44.37	-	-	-	-
拒答	2	100.0	-	-	2	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-
婚姻狀況(p=0.001**)														
未婚	310	100.0	31	10.16	76	24.68	134	43.35	62	20.18	4	1.13	2	0.50
已婚	758	100.0	91	12.07	207	27.33	255	33.62	172	22.69	31	4.14	1	0.14
其他	46	100.0	10	21.83	12	26.61	12	26.48	7	15.05	5	10.02	-	-
拒答	46	100.0	-	-	1	25.44	-	-	1	25.14	1	49.43	-	-
拒答	3	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
宗教信仰 (p=0.000***)														
無宗教信仰	393	100.0	46	11.78	78	19.96	168	42.86	90	22.84	9	2.29	1	0.27
佛教	389	100.0	54	13.87	114	29.42	125	32.05	76	19.65	19	5.01	-	-
道教	220	100.0	16	7.35	76	34.33	66	29.79	56	25.39	7	3.13	-	-
基督教、天主教	68	100.0	11	15.37	18	26.65	26	38.32	9	13.50	3	3.90	2	2.26
其他	45	100.0	6	13.82	10	22.61	16	34.93	10	21.97	3	6.66	-	-
拒答	45	100.0	-	-	-	-	1	46.07	1	53.93	-	-	-	-
拒答	2	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
月收入(p=0.000***)														
19,999 以下	102	100.0	19	18.28	35	34.03	29	28.92	14	13.98	5	4.80	-	-
20,000-29,999 元	131	100.0	16	12.17	44	33.91	41	31.71	23	17.76	6	4.45	-	-
30,000-49,999 元	245	100.0	22	9.15	79	32.17	81	33.06	45	18.21	17	6.78	2	0.63
50,000-99,999 元	351	100.0	47	13.33	76	21.73	133	37.87	93	26.63	2	0.43	-	-
100,000-199,999 元	126	100.0	11	8.66	24	18.93	53	42.18	37	29.10	1	1.12	-	-
200,000 以上	37	100.0	5	13.18	7	17.73	16	42.94	10	26.15	-	-	-	-
不知道、無意見	90	100.0	12	13.11	22	24.16	34	37.43	15	16.19	8	9.11	-	-
拒答	90	100.0	2	5.13	11	29.53	14	38.86	6	16.36	3	7.24	1	2.88
拒答	36	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
職業(p=0.002**)														
有業	764	100.0	80	10.44	185	24.25	285	37.26	189	24.75	23	2.97	3	0.34
無業、待業	341	100.0	51	14.83	109	31.95	112	32.91	52	15.12	18	5.19	-	-
不知道、拒答	12	100.0	3	23.40	2	20.46	4	37.45	2	13.05	1	5.64	-	-
居住地(p=0.108)														
北部地區	507	100.0	64	12.66	126	24.79	191	37.70	116	22.96	10	1.89	-	-
中部地區	277	100.0	27	9.61	79	28.65	89	32.24	62	22.25	19	6.87	1	0.38
南部地區	319	100.0	41	12.76	90	28.22	114	35.78	61	19.03	12	3.73	2	0.48
東部及離島地區	14	100.0	2	11.25	2	12.16	7	48.20	4	24.59	1	3.80	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 p < 0.05 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 p < 0.05；「**」表示 p < 0.01；「***」表示 p < 0.001。

表 CC-30 對知情同意模式、強制選擇模式與假定同意模式進行器官勸募之支持度

	次數	百分比 (%)
總和	1,117	100.00
知情同意模式	488	43.73
強制選擇模式	565	50.54
假定同意模式	30	2.67
其他	6	0.51
不知道/無意見	28	2.49
拒答	1	0.06

表 CC-31 對知情同意模式、強制選擇模式與假定同意模式進行器官勸募之支持度

	總和		知情同意 模式		強制選擇 模式		假定同意 模式		其他		不知道/ 無意見		拒答	
	個 數	%	個 數	%	個 數	%	個 數	%	個 數	%	個 數	%	個 數	%
總和	1,117	100.0	488	43.73	565	50.54	30	2.67	6	0.51	28	2.49	1	0.06
性別(p=0.021*)														
男生	563	100.0	217	38.65	309	54.90	16	2.85	4	0.66	16	2.82	1	0.11
女生	554	100.0	271	48.89	256	46.12	14	2.49	2	0.36	12	2.14	-	-
年齡(p=0.000***)														
20-29 歲	214	100.0	67	31.51	133	62.18	13	5.88	-	-	1	0.42	-	-
30-39 歲	240	100.0	103	42.82	126	52.49	7	2.94	2	0.76	2	0.99	-	-
40-49 歲	243	100.0	107	44.16	128	52.54	3	1.13	1	0.26	4	1.64	1	0.26
50-59 歲	212	100.0	104	48.96	94	44.39	3	1.54	2	1.15	8	3.97	-	-
60 歲以上	207	100.0	106	51.28	84	40.46	4	2.04	1	0.39	12	5.83	-	-
不知道/拒答	1	100.0	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
教育程度 (p=0.000***)														
不識字、國小	82	100.0	47	57.80	26	31.29	-	-	-	-	9	10.91	-	-
國中	109	100.0	57	52.42	43	39.70	3	2.85	-	-	5	5.03	-	-
高中職	330	100.0	155	47.06	151	45.82	14	4.26	3	1.02	6	1.84	-	-
專科	183	100.0	88	47.96	89	48.89	2	1.35	-	-	3	1.80	-	-
大學	326	100.0	106	32.45	205	62.94	8	2.48	2	0.72	4	1.22	1	0.20
研究所(含)以上	86	100.0	35	41.11	48	56.37	2	2.52	-	-	-	-	-	-
拒答	2	100.0	-	-	2	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-
婚姻狀況(p=0.007**)														
未婚	310	100.0	119	38.44	174	56.26	14	4.36	-	-	3	0.94	-	-
已婚	758	100.0	347	45.76	366	48.32	16	2.16	5	0.62	23	3.06	1	0.08
其他	46	100.0	21	45.56	23	50.26	-	-	1	2.23	1	1.95	-	-
拒答	3	100.0	1	49.43	1	25.44	-	-	-	-	1	25.14	-	-
宗教信仰(p=0.007**)														
無宗教信仰	393	100.0	167	42.49	211	53.67	13	3.33	1	0.16	1	0.18	1	0.16
佛教	389	100.0	183	47.04	177	45.55	10	2.69	1	0.27	17	4.45	-	-
道教	220	100.0	98	44.32	110	49.73	4	2.03	4	1.83	5	2.09	-	-
基督教、天主教	68	100.0	27	39.98	38	55.17	2	2.69	-	-	1	2.16	-	-
其他	45	100.0	12	25.97	29	65.84	-	-	-	-	4	8.19	-	-
拒答	2	100.0	2	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
月收入(p=0.001**)														
19,999 以下	102	100.0	49	48.37	45	43.77	-	-	-	-	8	7.86	-	-
20,000-29,999 元	131	100.0	63	48.37	60	45.78	4	2.92	-	-	4	2.93	-	-
30,000-49,999 元	245	100.0	108	44.07	119	48.48	9	3.79	4	1.69	5	1.98	-	-
50,000-99,999 元	351	100.0	152	43.28	184	52.55	12	3.35	-	-	2	0.63	1	0.18
100,000-199,999 元	126	100.0	43	34.26	78	62.27	3	2.19	1	0.51	1	0.77	-	-
200,000 以上	37	100.0	11	28.08	27	71.92	-	-	-	-	-	-	-	-
不知道、無意見	90	100.0	43	47.57	41	45.70	-	-	1	1.05	5	5.68	-	-
拒答	36	100.0	20	55.53	11	30.60	2	6.20	-	-	3	7.68	-	-
職業(p=0.066)														
有業	764	100.0	317	41.49	411	53.84	19	2.51	3	0.38	13	1.69	1	0.08
無業、待業	341	100.0	166	48.51	148	43.20	11	3.13	3	0.81	15	4.34	-	-
不知道、拒答	12	100.0	6	50.74	6	49.26	-	-	-	-	-	-	-	-
居住地(p=0.714)														
北部地區	507	100.0	213	42.00	258	50.83	19	3.80	4	0.69	13	2.55	1	0.13
中部地區	277	100.0	128	46.10	134	48.52	7	2.69	1	0.29	7	2.39	-	-
南部地區	319	100.0	139	43.60	167	52.39	3	0.99	1	0.44	8	2.58	-	-
東部及離島地區	14	100.0	9	61.73	6	38.27	-	-	-	-	-	-	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-32 已簽卡者之器官摘取是否仍需要家屬同意

	次數	百分比 (%)
總和	1,117	100.00
因為已經有簽署同意書，醫護人員不需要經過家屬同意即可摘取	458	40.97
醫護人員還是得經過家屬同意才可以摘取	626	56.05
不知道/無意見	32	2.84
拒答	2	0.14

表 CC-33 已簽卡者之器官摘取是否仍需要家屬同意

	總和		因為已經有簽署同意書，醫護人員不需要經過家屬同意即可摘取		醫護人員還是得經過家屬同意才可以摘取		不知道/無意見		拒答	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	458	40.97	626	56.05	32	2.84	2	0.14
性別(p=0.179)										
男生	563	100.0	224	39.89	324	57.67	12	2.16	2	0.27
女生	554	100.0	233	42.06	302	54.40	20	3.54	-	-
年齡(p=0.016*)										
20-29 歲	214	100.0	73	34.30	137	63.93	4	1.76	-	-
30-39 歲	240	100.0	105	43.70	131	54.38	5	1.92	-	-
40-49 歲	243	100.0	119	48.87	117	48.22	6	2.62	1	0.29
50-59 歲	212	100.0	92	43.43	109	51.16	11	5.41	-	-
60 歲以上	207	100.0	67	32.62	133	64.31	6	2.67	1	0.40
不知道/拒答	1	100.0	1	100.00	-	-	-	-	-	-
教育程度(p=0.000***)										
不識字、國小	82	100.0	20	24.36	59	71.69	3	3.95	-	-
國中	109	100.0	47	42.92	59	54.16	3	2.92	-	-
高中職	330	100.0	132	40.11	190	57.71	7	2.17	-	-
專科	183	100.0	72	39.60	104	56.80	6	3.22	1	0.38
大學	326	100.0	137	41.87	179	54.79	10	3.09	1	0.26
研究所(含)以上	86	100.0	50	57.97	35	41.24	1	0.80	-	-
拒答	2	100.0	-	-	-	-	2	100.00	-	-
婚姻狀況(p=0.061)										
未婚	310	100.0	113	36.54	190	61.20	6	2.03	1	0.23
已婚	758	100.0	325	42.94	409	53.91	23	3.04	1	0.11
其他	46	100.0	18	39.40	26	57.01	2	3.58	-	-
拒答	3	100.0	1	25.14	1	49.43	1	25.44	-	-
宗教信仰(p=0.140)										
無宗教信仰	393	100.0	177	45.00	203	51.66	12	3.13	1	0.21
佛教	389	100.0	147	37.79	231	59.38	10	2.65	1	0.18
道教	220	100.0	79	35.76	135	61.41	6	2.83	-	-
基督教、天主教	68	100.0	25	36.68	42	61.39	1	1.93	-	-
其他	45	100.0	29	65.03	14	31.37	2	3.60	-	-
拒答	2	100.0	1	53.93	1	46.07	-	-	-	-
月收入(p=0.000***)										
19,999 以下	102	100.0	33	32.23	66	64.65	3	3.12	-	-
20,000-29,999 元	131	100.0	35	26.68	92	70.41	4	2.91	-	-
30,000-49,999 元	245	100.0	85	34.89	155	63.15	5	1.95	-	-
50,000-99,999 元	351	100.0	167	47.75	173	49.42	10	2.83	-	-
100,000-199,999 元	126	100.0	68	53.97	56	44.58	2	1.45	-	-
200,000 以上	37	100.0	20	54.51	16	41.64	1	3.85	-	-
不知道、無意見	90	100.0	38	41.81	49	54.53	3	3.66	-	-
拒答	36	100.0	11	31.37	20	54.73	4	9.67	2	4.22
職業(p=0.071)										
有業	764	100.0	328	42.91	419	54.86	16	2.13	1	0.09
無業、待業	341	100.0	123	36.07	203	59.37	15	4.32	1	0.24
不知道、拒答	12	100.0	7	57.08	4	36.45	1	6.47	-	-
居住地(p=0.825)										
北部地區	507	100.0	209	41.30	279	54.94	18	3.46	2	0.30
中部地區	277	100.0	109	39.26	161	58.12	7	2.62	-	-
南部地區	319	100.0	134	42.17	177	55.64	7	2.19	-	-
東部及離島地區	14	100.0	5	35.91	9	64.09	-	-	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-34 生前同意並且有簽署器官捐贈同意書，家屬是否能違背死者生前意願否決捐贈

	次數	百分比 (%)
總和	1,117	100.00
因為家屬不同意，所以不進行捐贈，以家屬意見為主	402	36.00
應該以死者生前意願為主，儘管家屬不同意，還是要進行器官捐贈	612	54.75
不知道/無意見	97	8.67
拒答	7	0.59

表 CC-35 生前同意並且有簽署器官捐贈同意書，家屬是否能違背死者生前意願否決捐贈

	總和		因為家屬不同意，所以不進行捐贈，以家屬意見為主		應該以死者生前意願為主，儘管家屬不同意，還是要進行器官捐贈		不知道/無意見		拒答	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	402	36.00	612	54.75	97	8.67	7	0.59
性別(p=0.023*)										
男生	563	100.0	223	39.57	298	53.05	39	6.98	2	0.40
女生	554	100.0	179	32.37	313	56.47	58	10.38	4	0.78
年齡(p=0.004**)										
20-29 歲	214	100.0	69	32.23	134	62.46	9	4.25	2	1.05
30-39 歲	240	100.0	83	34.70	139	57.96	18	7.33	-	-
40-49 歲	243	100.0	84	34.47	139	57.06	20	8.25	1	0.23
50-59 歲	212	100.0	81	38.23	106	50.12	23	10.98	1	0.67
60 歲以上	207	100.0	85	41.06	94	45.35	26	12.48	2	1.12
不知道/拒答	1	100.0	-	-	-	-	1	100.00	-	-
教育程度(p=0.001**)										
不識字、國小	82	100.0	43	52.05	29	35.36	10	12.59	-	-
國中	109	100.0	43	39.00	51	46.83	15	14.17	-	-
高中職	330	100.0	100	30.43	194	58.85	34	10.29	1	0.42
專科	183	100.0	68	37.00	100	55.02	15	7.98	-	-
大學	326	100.0	124	38.11	179	54.69	21	6.31	3	0.89
研究所(含)以上	86	100.0	25	28.64	57	66.46	2	2.28	2	2.63
拒答	2	100.0	-	-	2	100.00	-	-	-	-
婚姻狀況(p=0.000***)										
未婚	310	100.0	110	35.41	178	57.44	20	6.42	2	0.73
已婚	758	100.0	281	37.04	405	53.43	69	9.17	3	0.37
其他	46	100.0	11	23.60	29	61.93	7	14.47	-	-
拒答	3	100.0	1	25.14	-	-	1	25.44	1	49.43
宗教信仰(p=0.205)										
無宗教信仰	393	100.0	129	32.81	232	58.91	29	7.50	3	0.78
佛教	389	100.0	144	37.14	205	52.73	38	9.77	1	0.37
道教	220	100.0	94	42.85	109	49.56	16	7.34	1	0.25
基督教、天主教	68	100.0	20	29.63	40	58.40	7	9.81	1	2.16
其他	45	100.0	12	27.05	26	58.28	7	14.67	-	-
拒答	2	100.0	2	100.00	-	-	-	-	-	-
月收入(p=0.008**)										
19,999 以下	102	100.0	37	36.82	51	50.36	13	12.82	-	-
20,000-29,999 元	131	100.0	49	37.62	71	54.25	11	8.13	-	-
30,000-49,999 元	245	100.0	99	40.51	130	52.96	16	6.53	-	-
50,000-99,999 元	351	100.0	121	34.49	200	56.89	27	7.74	3	0.88
100,000-199,999 元	126	100.0	41	32.71	73	58.33	11	8.96	-	-
200,000 以上	37	100.0	9	23.38	25	66.80	4	9.82	-	-
不知道、無意見	90	100.0	28	31.24	52	57.32	9	9.80	1	1.64
拒答	36	100.0	17	48.10	11	28.98	6	17.48	2	5.44
職業(p=0.025*)										
有業	764	100.0	285	37.28	424	55.53	51	6.64	4	0.55
無業、待業	341	100.0	115	33.76	179	52.42	45	13.14	2	0.68
不知道、拒答	12	100.0	2	17.18	8	71.85	1	10.97	-	-
居住地(p=0.396)										
北部地區	507	100.0	173	34.18	285	56.26	45	8.94	3	0.62
中部地區	277	100.0	107	38.61	144	51.94	23	8.22	3	1.23
南部地區	319	100.0	113	35.52	177	55.45	29	9.02	-	-
東部及離島地區	14	100.0	9	60.00	6	40.00	-	-	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-36 生前沒有簽署器官捐贈同意書，也未表達是否捐贈器官，家屬是否能夠代為決定

	次數	百分比 (%)
總和	1,117	100.00
醫護人員應該要詢問其家屬是否同意捐贈器官，由家屬代為決定	866	77.57
因為該民眾未表明意願，所以醫護人員及家屬應給予尊重，不摘取器官	211	18.90
不知道/無意見	36	3.25
拒答	3	0.28

表 CC-37 生前沒有簽署器官捐贈同意書，也不曾表達是否捐贈器官，家屬是否能夠代為決定捐贈器官

	總和		醫護人員應該要詢問其家屬是否同意捐贈器官，由家屬代為決定		因為該民眾未表明意願，所以醫護人員及家屬應給予尊重，不摘取器官		不知道/無意見		拒答	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	866	77.57	211	18.90	36	3.25	3	0.28
性別(p=0.202)										
男生	563	100.0	429	76.29	114	20.19	17	2.96	3	0.56
女生	554	100.0	437	78.87	97	17.58	20	3.55	-	-
年齡(p=0.001**)										
20-29 歲	214	100.0	161	75.08	49	23.15	1	0.69	2	1.07
30-39 歲	240	100.0	199	82.77	36	15.14	5	2.09	-	-
40-49 歲	243	100.0	197	81.15	39	16.19	6	2.66	-	-
50-59 歲	212	100.0	164	77.28	41	19.48	6	2.85	1	0.39
60 歲以上	207	100.0	145	70.09	45	21.54	17	8.37	-	-
不知道/拒答	1	100.0	1	100.00	-	-	-	-	-	-
教育程度(p=0.000***)										
不識字、國小	82	100.0	50	60.73	19	23.34	13	15.92	-	-
國中	109	100.0	84	77.14	20	17.89	5	4.96	-	-
高中職	330	100.0	268	81.19	50	15.03	10	3.09	2	0.69
專科	183	100.0	149	81.46	31	17.21	2	1.33	-	-
大學	326	100.0	250	76.65	72	22.20	3	0.89	1	0.26
研究所(含)以上	86	100.0	66	76.95	19	22.10	1	0.94	-	-
拒答	2	100.0	-	-	-	-	2	100.00	-	-
婚姻狀況(p=0.145)										
未婚	310	100.0	234	75.68	69	22.31	4	1.28	2	0.74
已婚	758	100.0	591	77.94	137	18.02	30	3.93	1	0.11
其他	46	100.0	38	82.80	5	11.66	3	5.54	-	-
拒答	3	100.0	3	100.00	-	-	-	-	-	-
宗教信仰(p=0.028*)										
無宗教信仰	393	100.0	321	81.53	64	16.17	8	2.08	1	0.21
佛教	389	100.0	296	76.09	77	19.86	16	4.05	-	-
道教	220	100.0	170	77.04	43	19.37	6	2.56	2	1.04
基督教、天主教	68	100.0	52	76.34	10	14.95	6	8.70	-	-
其他	45	100.0	27	61.50	16	36.69	1	1.80	-	-
拒答	2	100.0	1	46.07	1	53.93	-	-	-	-
月收入(p=0.000***)										
19,999 以下	102	100.0	65	63.67	25	24.13	12	12.20	-	-
20,000-29,999 元	131	100.0	102	77.86	27	20.67	2	1.46	-	-
30,000-49,999 元	245	100.0	196	80.12	47	19.27	1	0.60	-	-
50,000-99,999 元	351	100.0	283	80.58	63	17.88	5	1.54	-	-
100,000-199,999 元	126	100.0	102	81.15	21	16.98	2	1.87	-	-
200,000 以上	37	100.0	27	72.71	10	25.80	1	1.49	-	-
不知道、無意見	90	100.0	67	74.35	14	15.19	6	6.99	3	3.48
拒答	36	100.0	25	69.91	5	13.79	6	16.29	-	-
職業(p=0.009**)										
有業	764	100.0	597	78.17	150	19.58	17	2.24	-	-
無業、待業	341	100.0	261	76.57	58	17.04	19	5.47	3	0.91
不知道、拒答	12	100.0	8	67.46	3	28.04	1	4.50	-	-
居住地(p=0.415)										
北部地區	507	100.0	400	78.78	88	17.37	16	3.23	3	0.62
中部地區	277	100.0	207	74.88	57	20.44	13	4.68	-	-
南部地區	319	100.0	249	78.24	62	19.57	7	2.19	-	-
東部及離島地區	14	100.0	10	71.92	4	28.08	-	-	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-38 生前明確表示不捐贈器官，家屬是否能夠代為決定捐贈器官

	次數	百分比 (%)
總和	1,117	100.00
醫護人員應該要詢問其家屬是否同意捐贈器官，由家屬代為決定	347	31.08
因為該民眾表示不願意捐贈，所以醫護人員及家屬應給予尊重，不摘取器官	748	66.94
不知道/無意見	22	1.98

表 CC-39 生前明確表示不捐贈器官，家屬是否能夠代為決定捐贈器官

	總和		醫護人員應該要詢問其家屬是否同意捐贈器官，由家屬代為決定		因為該民眾表示不願意捐贈，所以醫護人員及家屬應給予尊重，不摘取器官		不知道/無意見	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	347	31.08	748	66.94	22	1.98
性別(p=0.038*)								
男生	563	100.0	195	34.59	357	63.45	11	1.96
女生	554	100.0	153	27.51	391	70.48	11	2.01
年齡(p=0.072)								
20-29 歲	214	100.0	62	29.14	151	70.86	-	-
30-39 歲	240	100.0	69	28.51	166	69.06	6	2.43
40-49 歲	243	100.0	74	30.40	166	68.31	3	1.28
50-59 歲	212	100.0	63	29.59	142	67.12	7	3.29
60 歲以上	207	100.0	79	38.04	122	58.96	6	3.00
不知道/拒答	1	100.0	1	100.00	-	-	-	-
教育程度(p=0.000***)								
不識字、國小	82	100.0	35	42.38	46	56.55	1	1.06
國中	109	100.0	50	46.00	52	47.53	7	6.47
高中職	330	100.0	115	34.87	209	63.52	5	1.61
專科	183	100.0	51	28.10	127	69.73	4	2.17
大學	326	100.0	79	24.31	242	74.18	5	1.51
研究所(含)以上	86	100.0	15	17.54	71	82.46	-	-
拒答	2	100.0	2	100.00	-	-	-	-
婚姻狀況(p=0.567)								
未婚	310	100.0	90	29.02	213	68.82	7	2.16
已婚	758	100.0	240	31.64	505	66.60	13	1.75
其他	46	100.0	17	37.54	27	57.85	2	4.61
拒答	3	100.0	-	-	3	100.00	-	-
宗教信仰(p=0.496)								
無宗教信仰	393	100.0	116	29.46	268	68.28	9	2.26
佛教	389	100.0	129	33.14	251	64.51	9	2.35
道教	220	100.0	70	32.02	146	66.48	3	1.50
基督教、天主教	68	100.0	24	35.56	44	64.44	-	-
其他	45	100.0	7	15.10	37	83.10	1	1.80
拒答	2	100.0	1	46.07	1	53.93	-	-
月收入(p=0.000***)								
19,999 以下	102	100.0	41	40.15	58	57.26	3	2.59
20,000-29,999 元	131	100.0	54	41.32	75	57.20	2	1.48
30,000-49,999 元	245	100.0	80	32.77	154	63.03	10	4.20
50,000-99,999 元	351	100.0	108	30.91	241	68.78	1	0.31
100,000-199,999 元	126	100.0	29	23.41	95	75.33	2	1.25
200,000 以上	37	100.0	10	27.94	27	72.06	-	-
不知道、無意見	90	100.0	16	17.70	70	77.74	4	4.56
拒答	36	100.0	8	21.75	28	76.80	1	1.45
職業(p=0.427)								
有業	764	100.0	231	30.20	520	68.01	14	1.79
無業、待業	341	100.0	113	33.21	220	64.47	8	2.32
不知道、拒答	12	100.0	3	26.31	8	69.19	1	4.50
居住地(p=0.001**)								
北部地區	507	100.0	151	29.70	351	69.29	5	1.01
中部地區	277	100.0	79	28.47	184	66.49	14	5.04
南部地區	319	100.0	113	35.36	203	63.69	3	0.96
東部及離島地區	14	100.0	5	34.89	9	65.11	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈

小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-40 病患在疾病末期，陷入深度昏迷，沒有治癒的希望時，家屬有權代替病患決定是否拔除維生系統之同意程度

	次數	百分比 (%)	合併後選項	合併後百分比 (%)
總和	1,117	100.00	總和	100.00
非常同意	506	45.30	同意	85.77
還算同意	452	40.47		
不太同意	89	7.97	不同意	11.05
非常不同意	34	3.08		
不知道/無意見	34	3.02	未表態	3.18
拒答	2	0.16		

表 CC-41 病患在疾病末期，陷入深度昏迷，沒有治癒的希望時，家屬有權代替病患決定是否拔除維生系統之同意程度

	總和		非常同意		還算同意		不太同意		非常不同意		不知道/ 無意見		拒答	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	506	45.30	452	40.47	89	7.97	34	3.08	34	3.02	2	0.16
性別(p=0.039*)														
男生	563	100.0	272	48.40	221	39.31	36	6.47	19	3.43	12	2.09	2	0.32
女生	554	100.0	234	42.15	231	41.66	53	9.49	15	2.73	22	3.96	-	-
年齡(p=0.009**)														
20-29 歲	214	100.0	73	34.33	115	53.81	18	8.23	5	2.56	2	1.07	-	-
30-39 歲	240	100.0	109	45.47	93	38.78	24	9.90	8	3.31	6	2.54	-	-
40-49 歲	243	100.0	127	52.26	86	35.45	14	5.58	8	3.40	7	2.93	1	0.39
50-59 歲	212	100.0	104	48.80	75	35.22	23	10.69	5	2.55	5	2.34	1	0.39
60 歲以上	207	100.0	92	44.41	83	40.15	11	5.49	7	3.55	13	6.40	-	-
不知道/拒答	1	100.0	1	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
教育程度(p=0.011*)														
不識字、國小	82	100.0	28	33.50	33	40.77	8	9.43	3	3.61	10	12.69	-	-
國中	109	100.0	49	44.65	48	44.23	7	6.64	3	2.66	2	1.83	-	-
高中職	330	100.0	154	46.82	133	40.21	23	7.06	12	3.67	6	1.96	1	0.29
專科	183	100.0	96	52.30	59	32.20	21	11.60	5	2.56	2	1.34	-	-
大學	326	100.0	146	44.70	141	43.21	19	5.74	10	3.13	10	2.95	1	0.26
研究所(含)以上	86	100.0	33	37.95	38	44.37	11	12.64	2	1.84	3	3.20	-	-
拒答	2	100.0	2	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
婚姻狀況(p=0.001**)														
未婚	310	100.0	122	39.24	146	47.02	29	9.24	10	3.09	4	1.41	-	-
已婚	758	100.0	359	47.31	289	38.17	56	7.45	25	3.28	28	3.68	1	0.11
其他	46	100.0	24	52.51	17	37.01	4	8.46	-	-	-	-	1	2.02
拒答	3	100.0	2	50.57	-	-	-	-	-	-	1	49.43	-	-
宗教信仰(p=0.000***)														
無宗教信仰	393	100.0	178	45.24	160	40.75	36	9.04	11	2.82	7	1.70	2	0.45
佛教	389	100.0	165	42.57	167	42.85	33	8.38	14	3.52	10	2.68	-	-
道教	220	100.0	102	46.45	97	44.19	10	4.73	6	2.90	4	1.72	-	-
基督教、天主教	68	100.0	30	44.53	21	30.52	5	7.72	2	3.35	9	13.88	-	-
其他	45	100.0	29	64.71	7	16.07	4	9.56	1	2.16	3	7.51	-	-
拒答	2	100.0	1	53.93	-	-	1	46.07	-	-	-	-	-	-
月收入(p=0.000***)														
19,999 以下	102	100.0	40	39.10	40	39.52	7	7.02	5	4.76	10	9.60	-	-
20,000-29,999 元	131	100.0	56	43.20	64	48.77	7	5.65	2	1.76	1	0.62	-	-
30,000-49,999 元	245	100.0	105	43.07	98	40.24	26	10.57	10	4.26	5	1.87	-	-
50,000-99,999 元	351	100.0	168	47.79	134	38.12	30	8.69	10	2.98	8	2.41	-	-
100,000-199,999 元	126	100.0	70	56.04	41	32.97	8	6.53	3	2.29	2	1.42	1	0.75
200,000 以上	37	100.0	27	70.91	9	23.94	1	3.53	-	-	1	1.62	-	-
不知道、無意見	90	100.0	27	30.43	51	56.53	2	2.48	4	3.95	5	5.69	1	0.93
拒答	36	100.0	13	34.41	15	40.87	6	17.56	-	-	3	7.16	-	-
職業(p=0.009**)														
有業	764	100.0	336	44.00	325	42.54	62	8.09	24	3.20	16	2.05	1	0.12
無業、待業	341	100.0	163	47.85	127	37.10	23	6.80	10	2.93	17	5.07	1	0.25
不知道、拒答	12	100.0	7	55.69	1	4.50	4	33.68	-	-	1	6.13	-	-
居住地(p=0.051)														
北部地區	507	100.0	226	44.51	204	40.19	44	8.72	20	3.87	12	2.36	2	0.35
中部地區	277	100.0	127	45.99	111	40.27	19	6.91	7	2.51	12	4.32	-	-
南部地區	319	100.0	147	46.05	131	41.18	26	8.04	5	1.66	10	3.07	-	-
東部及離島地區	14	100.0	6	43.31	6	38.87	-	-	3	17.82	-	-	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-42 如果家人過世，但生前未表示是否要捐贈器官，哪種作法比較妥當

	次數	百分比 (%)
總和	1,117	100.00
根據過世家人本人可能的意願 來決定	268	24.03
根據家人討論後的結果來決定	545	48.77
因為過世的家人並沒有表示， 就不要考慮捐贈	264	23.62
不知道/無意見	35	3.17
拒答	5	0.41

表 CC-43 如果家人過世，但生前未表示是否要捐贈器官，哪種作法比較妥當

	總和		根據過世家人本人可能的意願來決定		根據家人討論後的結果來決定		因為過世的家人並沒有表示，就不要考慮捐贈		不知道/無意見		拒答	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	268	24.03	545	48.77	264	23.62	35	3.17	5	0.41
性別(p=0.139)												
男生	563	100.0	118	20.95	297	52.72	133	23.56	15	2.62	1	0.15
女生	554	100.0	151	27.16	248	44.77	131	23.67	21	3.73	4	0.68
年齡(p=0.107)												
20-29 歲	214	100.0	58	26.92	118	55.24	37	17.13	2	0.71	-	-
30-39 歲	240	100.0	42	17.36	129	53.68	65	27.07	4	1.56	1	0.33
40-49 歲	243	100.0	61	25.11	118	48.59	55	22.84	7	3.03	1	0.43
50-59 歲	212	100.0	53	24.99	98	46.30	50	23.65	9	4.36	1	0.69
60 歲以上	207	100.0	55	26.67	80	38.88	56	27.29	14	6.55	1	0.61
不知道/拒答	1	100.0	-	-	1	100.0	-	-	-	-	-	-
教育程度(p=0.004**)												
不識字、國小	82	100.0	15	18.15	42	50.60	15	18.30	8	9.94	2	3.01
國中	109	100.0	22	19.87	53	48.38	28	25.99	5	5.02	1	0.74
高中職	330	100.0	79	24.02	161	48.99	77	23.44	11	3.41	0	0.14
專科	183	100.0	42	23.00	92	50.20	44	23.84	5	2.95	-	-
大學	326	100.0	87	26.59	164	50.27	72	22.13	2	0.75	1	0.26
研究所(含)以上	86	100.0	24	27.91	32	36.97	27	31.95	3	3.16	-	-
拒答	2	100.0	-	-	2	100.0	-	-	-	-	-	-
婚姻狀況(p=0.635)												
未婚	310	100.0	75	24.16	161	52.07	70	22.73	3	1.04	-	-
已婚	758	100.0	183	24.15	361	47.61	180	23.76	30	3.96	4	0.52
其他	46	100.0	11	22.81	22	47.20	11	23.89	2	4.73	1	1.36
拒答	3	100.0	-	-	1	25.44	2	74.56	-	-	-	-
宗教信仰(p=0.055)												
無宗教信仰	393	100.0	103	26.08	197	50.13	84	21.34	9	2.24	1	0.21
佛教	389	100.0	78	20.13	193	49.77	101	26.04	13	3.45	2	0.61
道教	220	100.0	63	28.51	95	43.33	55	24.95	6	2.95	1	0.26
基督教、天主教	68	100.0	12	16.91	39	57.76	15	21.94	2	3.38	-	-
其他	45	100.0	13	29.91	18	41.28	8	17.06	4	9.96	1	1.80
拒答	2	100.0	-	-	1	46.07	1	53.93	-	-	-	-
月收入(p=0.002**)												
19,999 以下	102	100.0	17	16.47	48	47.36	27	26.46	8	7.84	2	1.87
20,000-29,999 元	131	100.0	32	24.61	67	51.67	27	20.84	4	2.89	-	-
30,000-49,999 元	245	100.0	64	25.99	118	48.18	57	23.12	6	2.48	1	0.23
50,000-99,999 元	351	100.0	79	22.63	183	52.28	83	23.55	5	1.53	-	-
100,000-199,999 元	126	100.0	30	23.63	60	48.07	31	24.53	4	3.39	0	0.37
200,000 以上	37	100.0	15	40.70	14	37.36	7	18.45	1	3.49	-	-
不知道、無意見	90	100.0	22	24.12	41	45.25	21	23.69	5	5.11	2	1.82
拒答	36	100.0	10	27.39	13	35.30	11	31.58	2	5.73	-	-
職業(p=0.064)												
有業	764	100.0	192	25.15	374	48.95	180	23.63	16	2.05	2	0.22
無業、待業	341	100.0	71	20.66	165	48.46	83	24.24	20	5.79	3	0.85
不知道、拒答	12	100.0	6	49.44	5	46.06	1	4.50	-	-	-	-
居住地(p=0.206)												
北部地區	507	100.0	110	21.78	259	51.04	117	23.13	20	3.89	1	0.17
中部地區	277	100.0	80	28.91	125	45.15	62	22.56	7	2.65	2	0.73
南部地區	319	100.0	74	23.24	158	49.48	77	24.10	8	2.63	2	0.55
東部及離島地區	14	100.0	4	27.06	3	22.80	7	50.14	-	-	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-44 調查個人之屍體器官捐贈意願時，應增加「由家人決定的選項」之同意程度

	次數	百分比(%)	合併後選項	合併後百分比(%)
總和	1,117	100.00	總和	100.00
非常同意	287	25.72	同意	71.34
還算同意	510	45.62		
不太同意	197	17.63	不同意	24.12
非常不同意	73	6.49		
不知道/無意見	50	4.49	未表態	4.55
拒答	1	0.06		

表 CC-45 調查個人之屍體器官捐贈意願時，應增加「由家人決定的選項」之同意程度

	總和		非常同意		還算同意		不太同意		非常不同意		不知道/ 無意見		拒答	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	287	25.72	510	45.62	197	17.63	73	6.49	50	4.49	1	0.06
性別(p=0.174)														
男生	563	100.0	159	28.29	242	43.01	105	18.70	32	5.75	23	4.13	1	0.11
女生	554	100.0	128	23.10	268	48.26	92	16.54	40	7.24	27	4.86	-	-
年齡(p=0.035*)														
20-29 歲	214	100.0	72	33.78	92	43.12	36	16.97	7	3.39	6	2.74	-	-
30-39 歲	240	100.0	59	24.40	108	45.11	49	20.30	19	7.80	6	2.38	-	-
40-49 歲	243	100.0	53	21.81	106	43.58	51	21.17	19	7.82	13	5.37	1	0.26
50-59 歲	212	100.0	43	20.19	101	47.74	40	18.98	17	7.78	11	5.31	-	-
60 歲以上	207	100.0	61	29.29	101	48.73	20	9.74	11	5.31	14	6.93	-	-
不知道/拒答	1	100.0	-	-	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-
教育程度(p=0.002**)														
不識字、國小	82	100.0	26	31.95	40	48.44	4	4.83	5	5.89	7	8.89	-	-
國中	109	100.0	23	21.12	59	54.01	12	10.57	6	5.52	10	8.78	-	-
高中職	330	100.0	75	22.61	149	45.19	71	21.40	21	6.34	15	4.45	-	-
專科	183	100.0	43	23.69	92	50.56	31	16.85	8	4.24	9	4.66	-	-
大學	326	100.0	99	30.43	138	42.25	52	15.97	27	8.37	9	2.79	1	0.20
研究所(含)以上	86	100.0	21	24.33	30	35.17	28	32.65	6	6.65	1	1.20	-	-
拒答	2	100.0	-	-	2	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-
婚姻狀況(p=0.014*)														
未婚	310	100.0	102	32.80	127	40.92	60	19.23	13	4.27	9	2.78	-	-
已婚	758	100.0	175	23.07	356	47.04	131	17.28	56	7.35	39	5.17	1	0.08
其他	46	100.0	11	23.24	26	55.03	6	13.71	3	6.07	1	1.95	-	-
拒答	3	100.0	-	-	1	25.44	-	-	1	25.14	1	49.43	-	-
宗教信仰(p=0.012*)														
無宗教信仰	393	100.0	112	28.51	157	39.95	84	21.42	27	6.93	12	3.02	1	0.16
佛教	389	100.0	80	20.58	206	53.09	57	14.71	29	7.42	16	4.20	-	-
道教	220	100.0	56	25.57	104	47.20	37	16.79	12	5.46	11	4.98	-	-
基督教、天主教	68	100.0	21	30.37	31	45.04	9	12.60	1	1.60	7	10.38	-	-
其他	45	100.0	17	38.14	10	23.34	10	22.26	3	7.42	4	8.84	-	-
拒答	2	100.0	1	53.93	1	46.07	-	-	-	-	-	-	-	-
月收入(p=0.000***)														
19,999 以下	102	100.0	20	19.59	52	50.90	12	12.27	5	4.81	13	12.42	-	-
20,000-29,999 元	131	100.0	37	28.02	66	50.74	19	14.60	-	-	9	6.64	-	-
30,000-49,999 元	245	100.0	62	25.24	117	47.62	53	21.78	10	3.90	4	1.46	-	-
50,000-99,999 元	351	100.0	84	24.02	156	44.42	70	19.99	34	9.79	6	1.60	1	0.18
100,000-199,999 元	126	100.0	28	22.18	62	49.12	20	16.00	9	7.31	7	5.39	-	-
200,000 以上	37	100.0	15	38.84	9	24.96	3	9.13	10	25.58	1	1.49	-	-
不知道、無意見	90	100.0	34	37.94	33	37.17	12	12.93	3	3.60	8	8.36	-	-
拒答	36	100.0	8	22.65	15	40.49	7	18.74	2	4.72	5	13.40	-	-
職業(p=0.248)														
有業	764	100.0	205	26.86	339	44.44	140	18.30	52	6.78	27	3.54	1	0.08
無業、待業	341	100.0	77	22.68	167	48.90	54	15.77	21	6.07	22	6.58	-	-
不知道、拒答	12	100.0	5	39.85	3	26.47	3	28.04	-	-	1	5.64	-	-
居住地(p=0.007**)														
北部地區	507	100.0	117	23.16	234	46.05	99	19.52	40	7.98	16	3.17	1	0.13
中部地區	277	100.0	71	25.78	130	47.14	41	14.74	12	4.47	22	7.87	-	-
南部地區	319	100.0	95	29.82	141	44.26	55	17.38	16	4.92	12	3.62	-	-
東部及離島地區	14	100.0	3	23.72	5	31.28	2	11.88	4	27.46	1	5.66	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-46 屍體器官指定捐贈限制放寬與否

	次數	百分比 (%)
總和	1,117	100.00
由國家公平分配	219	19.62
僅限於血親或是配偶	150	13.40
指定給親屬或朋友	318	28.43
完全開放指定捐贈	379	33.91
不知道/無意見	52	4.65

表 CC-47 屍體器官指定捐贈限制放寬與否

	總和		由國家公平分配		僅限於血親或是配偶		指定給親屬或朋友		完全開放指定捐贈		不知道/無意見	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	219	19.62	150	13.40	318	28.43	379	33.91	52	4.65
性別(p=0.003**)												
男生	563	100.0	120	21.31	81	14.38	139	24.65	206	36.53	18	3.12
女生	554	100.0	99	17.90	69	12.39	179	32.26	173	31.25	34	6.19
年齡(p=0.003**)												
20-29 歲	214	100.0	51	23.69	33	15.26	66	30.94	62	28.96	2	1.14
30-39 歲	240	100.0	36	14.77	34	13.94	84	34.95	80	33.40	7	2.94
40-49 歲	243	100.0	48	19.64	25	10.48	65	26.83	94	38.68	11	4.37
50-59 歲	212	100.0	49	23.12	34	15.83	46	21.80	71	33.40	12	5.85
60 歲以上	207	100.0	36	17.53	24	11.83	56	27.06	71	34.22	19	9.37
不知道/拒答	1	100.0	-	-	-	-	-	-	1	100.00	-	-
教育程度(p=0.000***)												
不識字、國小	82	100.0	17	21.16	12	14.11	16	19.40	28	33.83	9	11.50
國中	109	100.0	26	23.84	17	15.24	15	13.76	41	37.63	10	9.54
高中職	330	100.0	71	21.64	37	11.23	85	25.75	124	37.51	13	3.86
專科	183	100.0	30	16.54	17	9.33	59	32.11	71	39.09	5	2.93
大學	326	100.0	56	17.16	56	17.07	111	33.94	90	27.71	13	4.13
研究所(含)以上	86	100.0	18	21.27	10	11.80	32	37.74	24	28.60	1	0.59
拒答	2	100.0	-	-	2	100.00	-	-	-	-	-	-
婚姻狀況(p=0.000***)												
未婚	310	100.0	63	20.29	52	16.90	105	33.91	85	27.39	5	1.51
已婚	758	100.0	149	19.68	87	11.50	205	27.07	270	35.60	47	6.15
其他	46	100.0	7	15.43	10	21.73	7	15.87	21	45.66	1	1.30
拒答	3	100.0	-	-	-	-	-	-	3	100.00	-	-
宗教信仰(p=0.116)												
無宗教信仰	393	100.0	72	18.30	51	12.89	129	32.86	126	32.18	15	3.78
佛教	389	100.0	79	20.44	49	12.61	96	24.66	141	36.38	23	5.92
道教	220	100.0	51	23.00	32	14.51	56	25.53	72	32.52	10	4.44
基督教、天主教	68	100.0	13	18.93	5	7.04	23	34.29	26	37.59	1	2.16
其他	45	100.0	4	9.41	13	29.57	12	26.42	13	28.38	3	6.23
拒答	2	100.0	-	-	-	-	1	53.93	1	46.07	-	-
月收入(p=0.024*)												
19,999 以下	102	100.0	25	24.80	21	20.84	18	17.57	33	32.06	5	4.73
20,000-29,999 元	131	100.0	21	16.17	18	13.92	37	28.62	46	35.47	8	5.82
30,000-49,999 元	245	100.0	52	21.22	30	12.12	62	25.37	92	37.42	9	3.88
50,000-99,999 元	351	100.0	73	20.71	47	13.48	99	28.21	116	33.19	15	4.40
100,000-199,999 元	126	100.0	26	20.81	15	11.57	46	36.68	35	28.13	4	2.81
200,000 以上	37	100.0	6	17.32	4	9.70	11	29.42	16	42.26	0	1.30
不知道、無意見	90	100.0	13	14.73	8	8.50	34	37.57	30	33.85	5	5.35
拒答	36	100.0	2	6.55	7	20.62	10	28.72	10	28.37	6	15.73
職業(p=0.010*)												
有業	764	100.0	140	18.32	92	12.01	235	30.78	269	35.25	28	3.65
無業、待業	341	100.0	76	22.40	57	16.70	77	22.67	107	31.20	24	7.04
不知道、拒答	12	100.0	3	23.60	1	7.65	5	42.86	3	25.89	-	-
居住地(p=0.358)												
北部地區	507	100.0	96	18.90	58	11.40	150	29.53	185	36.39	19	3.79
中部地區	277	100.0	55	19.91	46	16.65	79	28.51	83	29.98	14	4.94
南部地區	319	100.0	64	20.03	42	13.23	86	26.91	108	33.87	19	5.96
東部及離島地區	14	100.0	4	30.25	4	24.79	3	21.77	3	23.18	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-48 開放活體配對捐贈同意程度

	次數	百分比 (%)	合併後選項	合併後 百分比 (%)
總和	1,117	100.00	總和	100.00
非常同意	625	55.98	同意	90.73
還算同意	388	34.75		
不太同意	48	4.32	不同意	6.93
非常不同意	29	2.61		
不知道/無意見	26	2.30	未表態	2.35
拒答	1	0.05		

表 CC-49 開放活體配對捐贈同意程度

	總和		非常同意		還算同意		不太同意		非常不同意		不知道/ 無意見		拒答	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	625	55.98	388	34.75	48	4.32	29	2.61	26	2.30	1	0.05
性別(p=0.463)														
男生	563	100.0	326	57.89	185	32.92	22	3.85	16	2.86	14	2.48	-	-
女生	554	100.0	300	54.04	203	36.60	27	4.79	13	2.36	12	2.12	1	0.09
年齡(p=0.316)														
20-29 歲	214	100.0	131	61.17	73	33.95	4	1.78	3	1.27	4	1.83	-	-
30-39 歲	240	100.0	142	59.16	68	28.27	15	6.28	12	4.87	3	1.42	-	-
40-49 歲	243	100.0	138	56.64	83	34.15	13	5.17	7	2.77	3	1.05	1	0.21
50-59 歲	212	100.0	119	55.87	75	35.57	10	4.55	4	1.97	4	2.04	-	-
60 歲以上	207	100.0	96	46.52	88	42.65	7	3.42	4	1.86	11	5.55	-	-
不知道/拒答	1	100.0	-	-	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-
教育程度(p=0.627)														
不識字、國小	82	100.0	41	50.42	36	43.44	2	2.66	-	-	3	3.48	-	-
國中	109	100.0	70	64.30	32	29.53	3	2.85	2	1.94	1	1.37	-	-
高中職	330	100.0	166	50.50	131	39.82	11	3.44	7	2.27	13	3.97	-	-
專科	183	100.0	110	60.26	56	30.63	11	5.96	4	2.23	1	0.64	1	0.28
大學	326	100.0	186	56.93	105	32.23	18	5.59	12	3.53	6	1.72	-	-
研究所(含)以上	86	100.0	51	60.08	26	30.73	2	2.82	4	4.64	1	1.73	-	-
拒答	2	100.0	-	-	2	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-
婚姻狀況(p=0.754)														
未婚	310	100.0	175	56.41	103	33.14	16	5.01	9	2.97	8	2.48	-	-
已婚	758	100.0	421	55.49	273	36.08	29	3.78	20	2.64	15	1.94	1	0.07
其他	46	100.0	29	63.05	10	21.23	4	8.62	-	-	3	7.09	-	-
拒答	3	100.0	1	25.44	2	74.56	-	-	-	-	-	-	-	-
宗教信仰(p=0.163)														
無宗教信仰	393	100.0	236	59.99	118	30.07	22	5.67	10	2.59	6	1.55	1	0.13
佛教	389	100.0	208	53.50	143	36.76	15	3.77	10	2.57	13	3.41	-	-
道教	220	100.0	123	55.65	85	38.73	6	2.88	4	2.03	2	0.71	-	-
基督教、天主教	68	100.0	35	51.50	28	41.12	4	5.76	1	1.62	-	-	-	-
其他	45	100.0	22	48.72	14	30.63	1	2.16	3	7.76	5	10.74	-	-
拒答	2	100.0	2	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
月收入(p=0.070)														
19,999 以下	102	100.0	47	46.24	41	40.40	5	4.75	4	3.45	5	5.17	-	-
20,000-29,999 元	131	100.0	61	46.40	64	48.90	2	1.79	2	1.90	1	1.01	-	-
30,000-49,999 元	245	100.0	134	54.61	92	37.49	10	4.05	8	3.18	2	0.67	-	-
50,000-99,999 元	351	100.0	218	62.09	103	29.45	14	4.08	7	2.08	8	2.15	1	0.14
100,000-199,999 元	126	100.0	77	61.27	39	31.16	6	4.43	2	1.89	2	1.25	-	-
200,000 以上	37	100.0	28	74.06	7	17.82	-	-	2	6.63	1	1.49	-	-
不知道、無意見	90	100.0	47	51.94	25	27.93	9	10.17	2	2.41	7	7.55	-	-
拒答	36	100.0	15	40.99	17	47.49	2	5.81	1	2.88	1	2.83	-	-
職業(p=0.324)														
有業	764	100.0	439	57.45	262	34.24	29	3.75	23	3.03	11	1.46	1	0.07
無業、待業	341	100.0	181	52.92	121	35.33	20	5.72	6	1.77	15	4.26	-	-
不知道、拒答	12	100.0	6	49.29	6	50.71	-	-	-	-	-	-	-	-
居住地(p=0.545)														
北部地區	507	100.0	286	56.37	178	35.01	26	5.13	10	1.99	8	1.50	-	-
中部地區	277	100.0	155	55.93	96	34.83	10	3.48	8	3.05	7	2.52	1	0.18
南部地區	319	100.0	173	54.27	112	35.23	12	3.68	11	3.34	11	3.49	-	-
東部及離島地區	14	100.0	12	80.93	2	13.49	1	5.59	-	-	-	-	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-50 放寬活體器官捐贈親等限制意願

	次數	百分比 (%)
總和	1,117	100.00
血親或配偶	106	9.48
除血親或配偶外，也可捐贈給有情感關係的親朋好友	292	26.11
不應該有任何限制，活體捐贈者可以指定捐贈給任何人	360	32.20
比照屍體器官捐贈方式，活體器官捐出後，交給國家公平分配給病情最需要的人	313	28.04
不知道/無意見	44	3.91
拒答	3	0.26

表 CC-51 放寬活體器官捐贈親等限制

	總和		血親或配偶		除血親或配偶外，也可捐贈給有情感關係的親朋好友		不應該有任何限制，活體捐贈者可以指定捐贈給任何人		活體器官捐出後，交給國家公平分配給病情最需要的人		不知道/無意見		拒答	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	106	9.48	292	26.11	360	32.20	313	28.04	44	3.91	3	0.26
性別(p=0.374)														
男生	563	100.0	56	9.91	143	25.44	189	33.66	153	27.25	21	3.74	-	-
女生	554	100.0	50	9.04	148	26.78	170	30.72	160	28.84	23	4.08	3	0.53
年齡(p=0.173)														
20-29 歲	214	100.0	8	3.86	54	25.07	78	36.25	70	32.76	4	2.06	-	-
30-39 歲	240	100.0	28	11.82	65	27.12	90	37.48	54	22.48	3	1.09	-	-
40-49 歲	243	100.0	21	8.67	71	29.16	73	30.17	66	27.12	11	4.66	1	0.21
50-59 歲	212	100.0	22	10.23	57	27.02	56	26.50	67	31.65	9	4.15	1	0.45
60 歲以上	207	100.0	26	12.78	45	21.61	62	29.77	56	27.14	17	7.99	1	0.71
不知道/拒答	1	100.0	-	-	-	-	1	100.00	-	-	-	-	-	-
教育程度(p=0.391)														
不識字、國小	82	100.0	9	11.31	16	19.50	22	26.27	28	34.05	7	8.86	-	-
國中	109	100.0	12	11.08	19	17.41	38	34.83	32	28.89	8	7.78	-	-
高中職	330	100.0	24	7.42	87	26.30	109	33.07	94	28.46	15	4.45	1	0.29
專科	183	100.0	14	7.89	58	31.78	58	31.98	48	26.42	3	1.66	1	0.28
大學	326	100.0	36	10.90	89	27.28	109	33.54	81	24.71	10	3.12	1	0.45
研究所(含)以上	86	100.0	10	11.72	23	26.70	23	27.12	30	34.46	-	-	-	-
拒答	2	100.0	-	-	-	-	-	-	2	100.00	-	-	-	-
婚姻狀況(p=0.000***)														
未婚	310	100.0	25	7.99	82	26.47	103	33.35	91	29.31	9	2.88	-	-
已婚	758	100.0	77	10.11	201	26.57	238	31.40	209	27.58	31	4.15	1	0.19
其他	46	100.0	4	9.64	8	16.27	18	39.60	13	27.39	3	7.09	-	-
拒答	3	100.0	-	-	1	25.44	-	-	1	25.14	-	-	1	49.43
宗教信仰(p=0.178)														
無宗教信仰	393	100.0	30	7.52	103	26.10	126	32.12	121	30.82	12	3.07	1	0.37
佛教	389	100.0	44	11.25	93	24.00	120	30.99	107	27.62	24	6.14	-	-
道教	220	100.0	20	9.18	75	33.97	74	33.71	47	21.26	4	1.88	-	-
基督教、天主教	68	100.0	3	4.31	10	14.63	23	33.76	29	42.66	2	2.50	1	2.16
其他	45	100.0	9	21.12	10	22.08	15	32.89	9	19.64	2	4.27	-	-
拒答	2	100.0	-	-	1	53.93	1	46.07	-	-	-	-	-	-
月收入(p=0.035*)														
19,999 以下	102	100.0	6	5.65	24	24.04	33	32.57	31	30.18	8	7.55	-	-
20,000-29,999 元	131	100.0	19	14.33	24	18.68	54	41.69	31	23.44	2	1.86	-	-
30,000-49,999 元	245	100.0	20	8.31	59	24.03	96	39.10	64	26.28	5	1.89	1	0.39
50,000-99,999 元	351	100.0	36	10.26	101	28.80	92	26.35	112	31.85	9	2.60	1	0.14
100,000-199,999 元	126	100.0	13	10.17	47	37.14	34	27.30	26	20.51	6	4.89	-	-
200,000 以上	37	100.0	2	5.06	7	19.34	18	48.87	10	26.73	-	-	-	-
不知道、無意見	90	100.0	6	6.92	19	21.70	20	21.92	34	38.37	8	9.46	1	1.64
拒答	36	100.0	4	11.54	10	26.45	12	32.15	6	15.63	5	14.23	-	-
職業(p=0.023*)														
有業	764	100.0	75	9.87	211	27.56	238	31.18	221	28.91	18	2.41	1	0.07
無業、待業	341	100.0	26	7.75	79	23.16	118	34.63	91	26.52	25	7.24	2	0.71
不知道、拒答	12	100.0	4	34.18	2	17.52	3	28.06	2	15.75	1	4.50	-	-
居住地(p=0.424)														
北部地區	507	100.0	51	10.10	122	24.04	167	32.90	150	29.61	16	3.06	1	0.29
中部地區	277	100.0	19	6.70	79	28.45	85	30.59	76	27.31	18	6.42	1	0.53
南部地區	319	100.0	36	11.26	87	27.34	102	31.91	84	26.24	10	3.25	-	-
東部及離島地區	14	100.0	0	1.79	4	26.63	6	44.73	4	26.86	-	-	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-52 屍體器官捐贈補助費用金額接受度

	次數	百分比 (%)
總和	1,117	100.00
補助金額適當，可維持現行方式	639	57.19
補助金額過少，應給予捐贈者家屬更高的補助	141	12.65
補助金額過多	38	3.44
不應該提供家屬任何補助或補償	162	14.51
不知道/無意見	134	11.97
拒答	3	0.24

表 CC-53 屍體器官捐贈補助費用金額接受度

	總和		補助金額適當，可維持現行方式		補助金額過少，應給予捐贈者家屬更高的補助		補助金額過多		不應該提供家屬任何補助或補償		不知道/無意見		拒答	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	639	57.19	141	12.65	38	3.44	162	14.51	134	11.97	3	0.24
性別(p=0.008**)														
男生	563	100.0	318	56.46	89	15.86	21	3.82	65	11.56	68	12.09	1	0.21
女生	554	100.0	321	57.93	52	9.38	17	3.06	97	17.50	66	11.86	1	0.27
年齡(p=0.000***)														
20-29 歲	214	100.0	126	59.02	38	18.00	7	3.06	33	15.35	10	4.58	-	-
30-39 歲	240	100.0	141	58.71	50	20.88	9	3.79	21	8.57	19	8.05	-	-
40-49 歲	243	100.0	144	59.38	27	11.28	6	2.43	34	14.16	30	12.25	1	0.49
50-59 歲	212	100.0	123	57.80	11	5.25	9	4.35	37	17.21	33	15.39	-	-
60 歲以上	207	100.0	105	50.60	14	6.79	8	3.71	37	17.77	42	20.42	1	0.71
不知道/拒答	1	100.0	-	-	-	-	-	-	1	100.0	-	-	-	-
教育程度(p=0.002**)														
不識字、國小	82	100.0	29	34.85	6	7.53	2	2.13	23	27.67	23	27.82	-	-
國中	109	100.0	58	53.52	14	13.14	1	1.17	16	14.26	20	17.92	-	-
高中職	330	100.0	183	55.45	33	10.02	13	4.09	56	16.95	44	13.32	1	0.17
專科	183	100.0	110	60.24	34	18.40	5	2.59	19	10.49	15	8.29	-	-
大學	326	100.0	206	63.22	40	12.30	12	3.65	42	12.74	24	7.45	2	0.65
研究所(含)以上	86	100.0	53	61.53	14	16.29	5	6.19	7	8.39	7	7.60	-	-
拒答	2	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100.0	-	-
婚姻狀況(p=0.000***)														
未婚	310	100.0	183	58.99	64	20.57	8	2.71	38	12.19	17	5.54	-	-
已婚	758	100.0	430	56.76	70	9.25	27	3.52	118	15.59	112	14.72	1	0.16
其他	46	100.0	25	54.20	7	16.10	3	7.21	5	11.64	5	10.84	-	-
拒答	3	100.0	1	25.44	-	-	-	-	1	25.14	-	-	1	49.43
宗教信仰(p=0.204)														
無宗教信仰	393	100.0	216	55.00	56	14.21	18	4.69	63	16.02	39	9.92	1	0.16
佛教	389	100.0	227	58.41	42	10.89	11	2.95	64	16.35	44	11.40	-	-
道教	220	100.0	129	58.47	28	12.75	6	2.85	21	9.54	36	16.15	1	0.25
基督教、天主教	68	100.0	43	63.34	11	15.43	2	2.33	8	11.53	4	5.20	1	2.16
其他	45	100.0	23	50.57	3	7.46	1	1.54	7	14.95	11	25.48	-	-
拒答	2	100.0	1	46.07	1	53.93	-	-	-	-	-	-	-	-
月收入(p=0.001**)														
19,999 以下	102	100.0	45	44.16	5	4.99	3	2.66	30	29.04	19	19.15	-	-
20,000-29,999 元	131	100.0	75	57.57	27	20.44	3	2.09	9	7.18	17	12.71	-	-
30,000-49,999 元	245	100.0	154	62.98	34	13.92	7	2.67	24	9.75	26	10.68	-	-
50,000-99,999 元	351	100.0	212	60.44	43	12.14	17	4.71	48	13.81	31	8.72	1	0.18
100,000-199,999 元	126	100.0	83	66.33	16	12.61	3	2.67	11	8.57	12	9.82	-	-
200,000 以上	37	100.0	17	46.29	7	17.68	2	5.77	9	24.92	2	5.34	-	-
不知道、無意見	90	100.0	38	42.36	5	5.16	4	4.94	24	26.19	18	19.71	1	1.64
拒答	36	100.0	14	38.26	6	15.89	-	-	7	19.82	9	24.52	1	1.52
職業(p=0.016*)														
有業	764	100.0	454	59.38	107	14.01	26	3.34	107	14.02	69	9.09	1	0.16
無業、待業	341	100.0	179	52.31	34	9.84	13	3.72	55	16.09	60	17.61	1	0.43
不知道、拒答	12	100.0	7	56.46	1	5.64	0	2.21	-	-	4	35.69	-	-
居住地(p=0.223)														
北部地區	507	100.0	284	56.08	69	13.68	16	3.08	81	16.05	54	10.69	2	0.42
中部地區	277	100.0	150	54.32	31	11.05	15	5.52	41	14.95	39	13.96	1	0.20
南部地區	319	100.0	196	61.59	40	12.57	6	1.77	38	11.89	39	12.18	-	-
東部及離島地區	14	100.0	8	54.15	1	8.51	2	13.12	1	9.58	2	14.65	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 p<0.05 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間

之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。
 表 CC-54 對屍體捐贈者家屬的喪葬補助費用之合理金額

	次數	百分比 (%)
總和	180	100.00
5 萬元以下	9	4.76
5-10 萬	21	11.60
10-20 萬	7	3.79
20-30 萬	17	9.50
30-50 萬	74	41.29
50 萬以上	27	15.12
其他	7	3.72
不知道/無意見	18	10.23

表 CC-55 對屍體捐贈者家屬的喪葬補助費用之合理的金額

	總和		5 萬元以下		5-10 萬		10-20 萬		20-30 萬	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	180	100.0	9	4.76	21	11.60	7	3.79	17	9.50
性別(p=0.437)										
男生	111	100.0	2	2.05	16	14.59	4	3.94	12	10.62
女生	69	100.0	6	9.11	5	6.79	2	3.54	5	7.68
年齡(p=0.090)										
20-29 歲	45	100.0	3	6.14	2	5.08	1	1.28	4	8.45
30-39 歲	59	100.0	2	3.71	5	8.90	3	4.65	3	4.64
40-49 歲	33	100.0	2	6.34	4	12.69	2	5.88	4	12.26
50-59 歲	20	100.0	-	-	7	34.93	2	7.45	1	3.63
60 歲以上	22	100.0	1	6.80	2	8.91	-	-	6	26.20
不知道/拒答										
教育程度(p=0.710)										
不識字、國小	16	100.0	-	-	2	9.70	1	3.88	2	11.73
國中	47	100.0	-	-	11	23.26	1	2.85	4	8.59
高中職	38	100.0	3	7.33	1	2.91	3	7.25	5	12.33
專科	52	100.0	4	6.80	3	6.31	1	1.60	5	9.19
大學	19	100.0	2	11.43	3	16.09	1	2.70	-	-
研究所(含)以上										
拒答	72	100.0	4	5.13	2	3.17	2	2.10	6	7.89
婚姻狀況(p=0.232)										
未婚	11	100.0	-	-	3	30.94	1	4.80	-	-
已婚										
其他	74	100.0	5	6.68	8	10.92	2	2.62	4	5.26
拒答	54	100.0	1	2.74	6	10.73	3	5.04	8	15.22
宗教信仰(p=0.257)										
無宗教信仰	34	100.0	1	3.88	6	18.26	1	3.88	3	7.54
佛教	12	100.0	1	6.39	-	-	1	6.74	-	-
道教	4	100.0	-	-	1	17.06	-	-	2	59.46
基督教、天主教	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-
其他	8	100.0	-	-	1	14.76	1	9.50	1	6.77
拒答	29	100.0	-	-	3	9.29	1	2.06	3	10.28
月收入(p=0.253)										
19,999 以下	41	100.0	1	3.28	3	7.22	2	3.92	2	3.85
20,000-29,999 元	59	100.0	6	9.72	8	13.91	3	4.72	8	13.31
30,000-49,999 元	19	100.0	1	7.69	2	9.80	-	-	2	12.64
50,000-99,999 元	9	100.0	-	-	1	11.06	1	5.78	2	18.88
100,000-199,999 元	9	100.0	-	-	3	32.59	1	6.35	-	-
200,000 以上	6	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-
不知道、無意見										
拒答	133	100.0	3	2.30	17	13.05	5	3.51	14	10.39
職業(p=0.070)										
有業	46	100.0	6	11.90	4	7.68	2	4.11	3	7.12
無業、待業	1	100.0	-	-	-	-	0	28.17	-	-
不知道、拒答										
33	33	100.0	4	12.86	3	7.78	1	2.85	2	5.50
52	52	100.0	1	1.79	5	10.29	1	1.16	6	12.23
居住地(p=0.243)										
46	46	100.0	1	2.91	8	18.00	3	6.22	4	9.38
北部地區	85	100.0	5	6.08	8	9.32	2	1.82	8	9.62
中部地區	180	100.0	9	4.76	21	11.60	7	3.79	17	9.50
南部地區										
111	111	100.0	2	2.05	16	14.59	4	3.94	12	10.62
2										

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-55 對屍體捐贈者家屬的喪葬補助費用之合理的金額(續)

	30-50 萬		50 萬以上		其他		不知道 /無意見	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	74	41.29	27	15.12	7	3.72	18	10.23
性別								
男生	46	41.88	14	12.98	6	5.10	10	8.83
女生	28	40.35	13	18.56	1	1.50	9	12.47
年齡								
20-29 歲	20	44.09	10	23.28	1	2.01	4	9.66
30-39 歲	27	46.30	10	16.94	2	4.18	6	10.68
40-49 歲	14	41.20	3	10.04	3	7.87	1	3.72
50-59 歲	5	25.51	3	12.99	1	3.35	2	12.13
60 歲以上	8	36.74	1	3.00	-	-	4	18.36
不知道/拒答								
教育程度	1	18.67	2	21.19	1	6.93	1	9.34
不識字、國小	8	51.97	1	4.75	-	-	3	17.98
國中	20	43.64	4	8.35	2	4.78	4	8.53
高中職	16	40.67	6	15.04	1	3.05	4	11.42
專科	18	35.11	13	25.06	2	3.46	6	12.46
大學	10	54.24	2	10.66	1	4.88	-	-
研究所(含)以上								
拒答	37	51.29	10	13.34	4	5.07	9	12.01
婚姻狀況	33	34.36	15	15.05	3	3.13	10	10.04
未婚	4	36.61	3	27.66	-	-	-	-
已婚								
其他	30	40.15	11	14.46	2	2.46	13	17.46
拒答	21	38.84	9	17.34	3	5.36	3	4.72
宗教信仰	18	52.48	3	8.07	-	-	2	5.88
無宗教信仰	5	44.90	3	26.44	1	8.54	1	6.98
佛教	-	-	-	-	1	23.48	-	-
道教	-	-	1	100.00	-	-	-	-
基督教、天主教								
其他	2	26.76	1	16.69	-	-	2	25.52
拒答	15	50.49	6	20.66	1	1.87	2	5.36
月收入	22	53.90	6	15.12	1	2.83	4	9.89
19,999 以下	23	39.14	4	5.93	3	5.82	4	7.44
20,000-29,999 元	8	41.63	2	9.71	1	3.35	3	15.17
30,000-49,999 元	1	11.68	4	44.81	-	-	1	7.77
50,000-99,999 元	3	35.76	-	-	1	10.00	1	15.31
100,000-199,999 元	-	-	4	75.33	-	-	1	24.67
200,000 以上								
不知道、無意見	57	42.73	19	14.27	5	4.13	13	9.62
拒答	18	37.99	8	17.85	1	1.19	6	12.17
職業	-	-	-	-	1	71.83	-	-
有業								
無業、待業	11	33.92	10	30.11	2	4.92	1	2.07
不知道、拒答	22	41.90	8	14.94	2	2.96	8	14.73
居住地	17	36.51	7	15.36	1	1.98	4	9.64
北部地區	33	38.80	18	20.82	3	3.72	8	9.82
中部地區	74	41.29	27	15.12	7	3.72	18	10.23
南部地區								
東部及離島地區	46	41.88	14	12.98	6	5.10	10	8.83

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-56 活體器官捐贈是否應該補助

	次數	百分比 (%)
總和	1,117	100.00
不應提供任何補助，以避免器官買賣	153	13.71
應提供補助，但僅提供醫療支出和活體捐贈者工作收入上的損失	553	49.51
除損失的補償外，另外給予小額金錢補助	309	27.64
不知道/無意見	99	8.84
拒答	3	0.29

表 CC-57 活體器官捐贈是否應該補助

	總和		不應提供任何補助，以避免器官買賣		應提供補助，但僅提供醫療支出和活體捐贈者工作收入上的損失		除損失的補償外，另外給予小額金錢補助		不知道/無意見		拒答	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	153	13.71	553	49.51	309	27.64	99	8.84	3	0.29
性別(p=0.000***)												
男生	563	100.0	74	13.10	258	45.85	184	32.70	46	8.25	1	0.10
女生	554	100.0	79	14.34	295	53.23	125	22.51	52	9.44	3	0.49
年齡(p=0.000***)												
20-29 歲	214	100.0	21	9.88	129	60.44	62	28.80	2	0.87	-	-
30-39 歲	240	100.0	21	8.91	125	52.02	78	32.61	16	6.45	-	-
40-49 歲	243	100.0	35	14.28	127	52.23	65	26.59	16	6.67	1	0.23
50-59 歲	212	100.0	38	17.70	106	49.81	46	21.54	23	10.95	-	-
60 歲以上	207	100.0	37	18.08	66	32.04	58	28.27	42	20.29	3	1.32
不知道/拒答	1	100.0	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-
教育程度(p=0.000***)												
不識字、國小	82	100.0	15	18.64	25	29.85	19	23.01	22	26.97	1	1.54
國中	109	100.0	17	15.21	42	38.56	35	32.37	15	13.86	-	-
高中職	330	100.0	59	17.76	166	50.39	78	23.73	26	7.95	1	0.17
專科	183	100.0	20	11.22	99	54.12	55	29.95	9	4.71	-	-
大學	326	100.0	38	11.59	180	55.22	89	27.16	18	5.58	1	0.45
研究所(含)以上	86	100.0	4	5.20	41	48.25	33	38.45	7	8.10	-	-
拒答	2	100.0	-	-	-	-	-	-	2	100.0	-	-
婚姻狀況(p=0.000***)												
未婚	310	100.0	30	9.61	170	54.80	98	31.71	12	3.88	-	-
已婚	758	100.0	112	14.77	363	47.84	200	26.43	81	10.72	2	0.24
其他	46	100.0	11	23.16	21	44.65	10	21.95	5	10.24	-	-
拒答	3	100.0	1	25.14	-	-	-	-	1	25.44	1	49.43
宗教信仰(p=0.117)												
無宗教信仰	393	100.0	58	14.69	200	50.86	109	27.72	26	6.72	-	-
佛教	389	100.0	59	15.21	199	51.25	85	21.84	44	11.37	1	0.32
道教	220	100.0	18	8.40	107	48.70	78	35.24	16	7.41	1	0.25
基督教、天主教	68	100.0	11	16.68	25	37.24	23	34.01	7	9.92	1	2.16
其他	45	100.0	6	14.42	19	42.86	14	31.37	5	11.35	-	-
拒答	2	100.0	-	-	2	100.0	-	-	-	-	-	-
月收入(p=0.006**)												
19,999 以下	102	100.0	20	19.38	39	38.60	24	24.03	18	17.98	-	-
20,000-29,999 元	131	100.0	15	11.69	68	52.25	35	26.49	12	9.56	-	-
30,000-49,999 元	245	100.0	31	12.71	131	53.52	67	27.28	16	6.49	-	-
50,000-99,999 元	351	100.0	48	13.64	174	49.62	104	29.65	24	6.72	1	0.36
100,000-199,999 元	126	100.0	13	10.30	61	48.74	42	33.44	9	7.52	-	-
200,000 以上	37	100.0	7	18.73	22	57.92	8	20.23	1	3.12	-	-
不知道、無意見	90	100.0	12	13.40	43	47.52	24	27.12	9	10.31	1	1.64
拒答	36	100.0	7	19.92	15	41.11	5	13.67	9	23.77	1	1.52
職業(p=0.000***)												
有業	764	100.0	92	12.02	393	51.51	233	30.54	45	5.86	1	0.07
無業、待業	341	100.0	61	17.76	155	45.53	74	21.67	49	14.24	3	0.80
不知道、拒答	12	100.0	1	6.13	4	35.51	1	12.56	5	45.80	-	-
居住地(p=0.362)												
北部地區	507	100.0	69	13.55	246	48.42	147	28.91	43	8.57	3	0.54
中部地區	277	100.0	44	16.06	144	52.05	70	25.28	18	6.41	1	0.20
南部地區	319	100.0	36	11.39	159	49.87	87	27.20	37	11.54	-	-
東部及離島地區	14	100.0	4	25.60	5	31.23	5	37.51	1	5.66	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 p<0.05 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 p<0.05；「**」表示 p<0.01；「***」表示 p<0.001。

表 CC-58 推行免費使用殯葬設施政策民眾接受度

	次數	百分比 (%)	合併後選 項	合併後 百分比(%)
總和	1,117	100.00	總和	100.00
非常同意	423	37.87	同意	83.31
還算同意	508	45.44		
不太同意	114	10.24	不同意	13.84
非常不同意	40	3.60		
不知道/無意見	31	2.79	未表態	2.85
拒答	1	0.06		

表 CC-59 推行免費使用殯葬設施政策民眾接受度

	總和		非常同意		還算同意		不太同意		非常不同意		不知道/ 無意見		拒答	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	423	37.87	508	45.44	114	10.24	40	3.60	31	2.79	1	0.06
性別(p=0.090)														
男生	563	100.0	231	41.05	242	42.94	48	8.57	26	4.53	16	2.80	1	0.11
女生	554	100.0	192	34.65	266	47.98	66	11.94	15	2.65	15	2.78	-	-
年齡(p=0.340)														
20-29 歲	214	100.0	83	38.78	106	49.81	22	10.13	3	1.28	-	-	-	-
30-39 歲	240	100.0	83	34.46	109	45.13	26	10.95	11	4.56	12	4.90	-	-
40-49 歲	243	100.0	109	44.81	96	39.36	25	10.20	8	3.43	5	1.93	1	0.26
50-59 歲	212	100.0	76	35.83	97	45.84	23	10.87	8	3.92	8	3.54	-	-
60 歲以上	207	100.0	72	35.02	99	47.74	19	8.99	10	4.76	7	3.48	-	-
不知道/拒答	1	100.0	-	-	1	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-
教育程度(p=0.457)														
不識字、國小	82	100.0	22	26.81	46	56.63	6	7.35	4	4.28	4	4.93	-	-
國中	109	100.0	37	33.56	50	45.79	11	10.04	5	4.44	7	6.18	-	-
高中職	330	100.0	129	38.99	155	46.98	28	8.53	11	3.31	7	2.20	-	-
專科	183	100.0	76	41.78	75	41.07	23	12.43	5	2.65	4	2.07	-	-
大學	326	100.0	124	38.05	143	43.69	38	11.61	13	3.86	8	2.59	1	0.20
研究所(含)以上	86	100.0	34	39.47	39	45.11	9	10.20	4	4.12	1	1.10	-	-
拒答	2	100.0	2	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
婚姻狀況(p=0.692)														
未婚	310	100.0	115	37.27	146	47.26	32	10.44	10	3.29	5	1.73	-	-
已婚	758	100.0	285	37.60	337	44.45	80	10.50	30	3.96	26	3.41	1	0.08
其他	46	100.0	21	45.50	23	49.05	3	5.46	-	-	-	-	-	-
拒答	3	100.0	1	49.43	2	50.57	-	-	-	-	-	-	-	-
宗教信仰(p=0.622)														
無宗教信仰	393	100.0	154	39.22	181	46.12	36	9.08	13	3.42	8	2.00	1	0.16
佛教	389	100.0	155	39.77	164	42.10	46	11.78	12	3.18	12	3.17	-	-
道教	220	100.0	68	31.10	111	50.32	22	10.07	12	5.45	7	3.06	-	-
基督教、天主教	68	100.0	25	37.19	34	50.08	4	5.80	2	3.48	2	3.45	-	-
其他	45	100.0	20	45.66	15	34.81	7	15.26	-	-	2	4.27	-	-
拒答	2	100.0	-	-	2	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-
月收入(p=0.002**)														
19,999 以下	102	100.0	35	34.84	50	48.83	8	7.48	3	3.37	6	5.48	-	-
20,000-29,999 元	131	100.0	44	33.40	71	54.51	5	3.97	6	4.94	4	3.19	-	-
30,000-49,999 元	245	100.0	78	31.96	127	51.76	31	12.51	2	1.01	7	2.75	-	-
50,000-99,999 元	351	100.0	154	43.96	145	41.43	28	7.85	15	4.34	8	2.24	1	0.18
100,000-199,999 元	126	100.0	52	41.63	48	38.26	16	12.56	7	5.55	3	2.00	-	-
200,000 以上	37	100.0	26	69.25	7	19.48	4	11.28	-	-	-	-	-	-
不知道、無意見	90	100.0	24	26.25	41	46.13	16	17.59	5	5.18	4	4.84	-	-
拒答	36	100.0	10	26.75	18	49.28	8	21.15	1	2.83	-	-	-	-
職業(p=0.791)														
有業	764	100.0	287	37.51	343	44.95	81	10.58	32	4.16	21	2.72	1	0.08
無業、待業	341	100.0	131	38.31	159	46.51	34	9.85	8	2.28	10	3.05	-	-
不知道、拒答	12	100.0	6	48.22	5	46.14	-	-	1	5.64	-	-	-	-
居住地(p=0.229)														
北部地區	507	100.0	196	38.66	224	44.10	54	10.55	18	3.60	15	2.96	1	0.13
中部地區	277	100.0	84	30.38	144	52.19	34	12.23	7	2.55	7	2.65	-	-
南部地區	319	100.0	139	43.58	131	41.10	26	8.29	14	4.51	8	2.52	-	-
東部及離島地區	14	100.0	4	27.42	8	58.63	1	4.50	1	3.80	1	5.66	-	-

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

表 CC-60 民眾是否能接受單一補助方式之接受度

	次數	百分比 (%)	合併後選 項	合併後 百分比(%)
總和	1,117	100.00	總和	100.00
非常同意	221	19.79	同意	56.64
還算同意	412	36.85		
不太同意	298	26.69	不同意	36.53
非常不同意	110	9.84		
不知道/無意見	76	6.83	未表態	6.83

表 CC-61 民眾是否能接受單一補助方式之接受度

	總和		非常同意		還算同意		不太同意		非常不同意		不知道/ 無意見	
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%
總和	1,117	100.0	221	19.79	412	36.85	298	26.69	110	9.84	76	6.83
性別(p=0.042*)												
男生	563	100.0	125	22.20	181	32.18	166	29.50	59	10.43	32	5.69
女生	554	100.0	96	17.36	231	41.58	132	23.84	51	9.23	44	7.99
年齡(p=0.000***)												
20-29 歲	214	100.0	41	19.09	75	35.26	79	36.75	13	5.86	6	3.04
30-39 歲	240	100.0	34	14.24	82	34.09	75	31.14	42	17.44	7	3.09
40-49 歲	243	100.0	42	17.44	83	34.18	66	27.34	25	10.44	26	10.61
50-59 歲	212	100.0	43	20.05	84	39.55	49	23.23	19	8.72	18	8.44
60 歲以上	207	100.0	60	29.10	87	42.22	29	14.04	12	5.59	19	9.04
不知道/拒答	1	100.0	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-
教育程度(p=0.007**)												
不識字、國小	82	100.0	23	27.41	33	40.67	12	15.22	5	5.89	9	10.81
國中	109	100.0	20	18.09	46	42.26	22	20.04	11	10.26	10	9.34
高中職	330	100.0	67	20.40	140	42.46	68	20.55	25	7.58	30	9.02
專科	183	100.0	35	18.93	69	38.01	54	29.34	19	10.28	6	3.44
大學	326	100.0	66	20.15	98	30.02	106	32.42	40	12.37	16	5.04
研究所(含)以上	86	100.0	11	13.18	23	27.10	37	42.82	10	11.31	5	5.59
拒答	2	100.0	-	-	2	100.0	-	-	-	-	-	-
婚姻狀況(p=0.316)												
未婚	310	100.0	55	17.79	104	33.73	104	33.62	29	9.35	17	5.52
已婚	758	100.0	159	20.92	289	38.19	180	23.79	74	9.83	55	7.27
其他	46	100.0	7	14.40	17	36.42	12	26.41	6	13.84	4	8.92
拒答	3	100.0	1	25.44	1	25.14	1	49.43	-	-	-	-
宗教信仰(p=0.176)												
無宗教信仰	393	100.0	95	24.25	127	32.24	114	29.09	35	8.93	22	5.49
佛教	389	100.0	74	19.10	150	38.67	96	24.76	35	9.02	33	8.46
道教	220	100.0	27	12.21	99	45.11	53	24.00	27	12.46	14	6.21
基督教、天主教	68	100.0	15	21.83	21	30.57	23	33.48	4	6.19	5	7.94
其他	45	100.0	10	21.78	13	29.92	12	26.55	7	15.54	3	6.20
拒答	2	100.0	-	-	1	46.07	-	-	1	53.93	-	-
月收入(p=0.234)												
19,999 以下	102	100.0	23	22.90	43	42.27	16	16.01	7	6.78	12	12.03
20,000-29,999 元	131	100.0	28	21.19	53	40.92	31	23.53	9	6.57	10	7.79
30,000-49,999 元	245	100.0	38	15.35	96	39.10	75	30.68	26	10.75	10	4.12
50,000-99,999 元	351	100.0	68	19.25	112	32.06	105	29.90	42	12.02	24	6.77
100,000-199,999 元	126	100.0	25	20.09	46	36.60	29	23.47	15	11.76	10	8.08
200,000 以上	37	100.0	7	17.68	18	47.85	6	14.77	7	18.48	0	1.22
不知道、無意見	90	100.0	29	32.13	30	33.48	24	26.18	1	0.77	7	7.44
拒答	36	100.0	4	11.91	13	35.90	13	34.86	4	9.70	3	7.62
職業(p=0.402)												
有業	764	100.0	153	20.04	269	35.24	217	28.38	79	10.38	45	5.95
無業、待業	341	100.0	65	19.15	136	39.95	80	23.36	29	8.50	31	9.03
不知道、拒答	12	100.0	3	22.22	6	50.94	2	13.78	2	13.05	-	-
居住地(p=0.440)												
北部地區	507	100.0	96	18.88	182	35.86	146	28.88	49	9.57	35	6.80
中部地區	277	100.0	55	19.72	120	43.44	59	21.34	23	8.46	19	7.04
南部地區	319	100.0	67	20.98	103	32.48	89	28.07	37	11.73	21	6.75
東部及離島地區	14	100.0	4	27.26	6	41.50	3	21.83	1	3.80	1	5.60

註：p 值為判斷兩變項間是否有顯著相關的機率值，當 $p < 0.05$ 時，表示兩變項有顯著相關，且 p 值愈小，表示兩變項間之相關性愈大。其中，「*」表示卡方檢定之 $p < 0.05$ ；「**」表示 $p < 0.01$ ；「***」表示 $p < 0.001$ 。

附錄 C-1 「器官捐贈相關議題民意調查」問卷

台大醫學院委託世新大學

『器官捐贈相關議題民意調查』

電訪版問卷

開場白

先生/小姐您好，我是世新大學的學生，我們接受衛生署與台大醫學院的委託，在進行一項有關醫學觀念(器官捐贈)的研究，想瞭解一般民眾的看法與需求。

➤ 括弧內附註文字提供訪員了解題意用。

過濾題

A 請問您這邊是住家嗎？

是→續問 B

否→中止訪問

B 請問您年滿 20 歲了嗎？

是→開始訪問

否→中止訪問

C 這項調查需要 10 到 15 分鐘左右時間，請問是否有空接受調查？

是→開始訪問

否→另約訪問時間

中止訪問

01. 器官移植可以救治病患，但是最大的問題就是器官來源不足。器官捐贈又分為活體捐贈跟屍體捐贈，請問您知不知道？

(用以確認並作為後面題目之提示)

(01)知道

(02)不知道

(98)拒答

顯示題

器官捐贈分為屍體捐贈跟活體捐贈。屍體器官捐贈，是指一個人不幸腦死或死亡後，將自己的器官或組織，捐贈給需有的人。活體器官捐贈，是指身體健康的成年人，將器官捐贈給有需要的人，根據我國法律規定，活體器官只能捐贈給五等血親或是配偶。

02. 請問您有器官捐贈卡嗎？(受訪者提示及簽卡調查)

- (01)有
- (02)沒有
- (98)拒答

03. 美國加州，政府會在民眾申請駕照或報稅時主動詢問捐贈器官的意願，讓每位民眾表明要不要捐器官。有人認為我國政府可以參考這種做法，請問您同不同意這種說法？

(詢問對強制選擇制的支持程度)

【追問強弱度】

- (01)非常同意
- (02)還算同意
- (03)不太同意
- (04)非常不同意
- (97)不知道/無意見
- (98)拒答

04. 根據研究結果顯示，我國有很多民眾願意捐贈器官，但是大都沒有去登記。有人認為政府主動詢問民眾捐贈器官的意願可以改善這種情形，請問您同不同意？

(政府主動詢問捐贈意願能提升簽卡率同意程度)

【追問強弱度】

- (01)非常同意
- (02)還算同意
- (03)不太同意
- (04)非常不同意
- (97)不知道/無意見
- (98)拒答

05. 西班牙政府，預設每一位民眾死後都同意捐贈器官，除非民眾在生前有明確表達不要捐贈，否則就認定他是同意捐贈。有人認為我國政府應該參考這種做法，請問您同不同意？

(對於假定同意制的接受程度)

【追問強弱度】

- (01)非常同意
- (02)還算同意
- (03)不太同意
- (04)非常不同意
- (97)不知道/無意見

(98)拒答

06. 如果我國如果要進行器官勸募，您覺得哪一種政策會比較好？

【需提示，隨機選項 01-03】

(01)由民眾自己主動去簽署同意書(知情同意模式、我國現況)

(02)由政府主動詢問了解民眾意願(強制選擇模式、美國加州)

(03)預設民眾都同意捐贈(假定同意模式、西班牙)

(90)其他(請追蹤意見)

(97)不知道/無意見

(98)拒答

07. 如果有位民眾生前同意並且有簽署器官捐贈同意書。

在該民眾去世後，醫護人員要摘取器官時，請問您認為還需不需要經過家屬的同意？

(詢問已簽卡者之器官摘取是否仍需要家屬同意)

【可提示，選項 01-02】

(01)因為已經有簽署同意書，醫護人員不需要經過家屬同意即可摘取。

(02)醫護人員還是得經過家屬同意才可以摘取。

(97)不知道/無意見

(98)拒答

08. 承上題，經詢問過後，如果該民眾的家屬不同意捐贈，您認為：

(詢問家屬是否能違背死者生前意願否決捐贈)

(01)因為家屬不同意，所以不進行捐贈，以家屬意見為主。

(02)應該以死者生前意願為主，儘管家屬不同意，還是要進行器官捐贈。

(97)不知道/無意見

(98)拒答

09. 如果民眾生前沒有簽署器官捐贈同意書，也不曾表達是否捐贈器官。

在該民眾去世後，那請問您比較同意下列哪一種說法？(詢問家屬是否能代為決定捐贈器官)

【需提示，隨機選項 01-02】

(01)醫護人員應該要詢問其家屬是否同意捐贈器官，由家屬代為決定。

(02)因為該民眾未表明意願，所以醫護人員及家屬應給予尊重，不摘取器官。

(97)不知道/無意見

(98)拒答

10. 如果民眾生前明確表示不捐贈器官。

在該民眾去世後，那請問您比較同意下列哪一種說法？(詢問家屬是否能代為決定捐贈器官)

【需提示，隨機選項 01-02】

- (01) 醫護人員還是應該要詢問其家屬是否同意捐贈器官，由家屬代為決定。
- (02) 因為該民眾表示不願意捐贈，所以醫護人員及家屬應給予尊重，不摘取器官。
- (97) 不知道/無意見
- (98) 拒答

11. 有人認為『調查個人之屍體器官捐贈意願時，應增加「由家人決定的選項」』。這種說法請問您同不同意？

【追問強弱度】

- (01) 非常同意
- (02) 還算同意
- (03) 不太同意
- (04) 非常不同意
- (97) 不知道/無意見
- (98) 拒答

12. 有人認為『病患在疾病末期，陷入深度昏迷，沒有治癒的希望時，家屬有權代替病患決定是否拔除維生系統。』這種說法請問您同不同意？(詢問家屬是否能代為決定撤除維生治療)

【追問強弱度】

- (01) 非常同意
- (02) 還算同意
- (03) 不太同意
- (04) 非常不同意
- (97) 不知道/無意見
- (98) 拒答

13. 根據我國法律規定，屍體器官捐贈者可以指定捐贈給五等血親或是配偶。請問您比較同意下列哪種看法？(屍體器官指定捐贈限制放寬與否)

【需提示，隨機選項 01-04】

- (01) 屍體器官捐出後，應該由國家公平分配，不應該說要指定捐贈給誰。
- (02) 開放讓器官捐贈者指定捐贈對象，但僅限於血親或是配偶。(現行制度)
- (03) 開放讓器官捐贈者指定捐贈對象，可以指定給親屬或朋友。(比現行制度增加捐贈給姻親和朋友)
- (04) 完全開放指定捐贈，不限制要捐給誰。
- (97) 不知道/無意見

(98)拒答

14. 根據我國法律和各醫院規定，屍體器官捐贈後，會提供捐贈者家屬約 20 萬元的喪葬補助費用，請問您比較同意下列哪種說法？(屍體器官捐贈補助費用金額接受度)

【需提示，隨機選項 01-04】

(01)補助金額適當，可維持現行方式。

(02)補助金額過少，應給予捐贈者家屬更高的補助。【跳問第 14 題】(追蹤追問合適金額)

(03)補助金額過多。【跳問第 14 題】(追蹤追問合適金額)

(04)不應該提供家屬任何補助或補償。【跳問第 20 題】

(97)不知道/無意見

(98)拒答

15. 對於屍體捐贈者家屬的喪葬補助費用，請問您覺得合理的金額是多少？

(01)5 萬元以下

(02)5-10 萬

(03)10-20 萬元

(04)20-30 萬元

(05)30-50 萬元

(06)50 萬以上

(90)其他 (請追蹤金額)

(97)不知道/無意見

(98)拒答

16. 有人認為，為了表達對活體捐贈者的感謝，應該補助捐贈者；但也有人認為，提供補助金額過高，會有器官買賣的疑慮。請問您比較同意下列哪種做法？(活體器官捐贈是否應該補助)

【追問強弱度】

(01)不應提供任何補助，以避免器官買賣

(02)應提供補助，但僅提供醫療支出和活體捐贈者工作收入上的損失

(03)除損失的補償外，另外給予小額金錢補助

(97)不知道/無意見

(98)拒答

『前年起，台北市政府與殯葬管理處合作，只要設籍台北市，或在台北市內醫院捐贈器官者，可以免費使用台北市公立殯儀館之殯葬設施。』

17. 有人認為上述這種做法能增加屍體器官的捐贈率，應該要推廣到全國，這

種說法請問您同不同意？(推行免費使用殯葬設施政策民眾接受度)

【追問強弱度】

- (01)非常同意
- (02)還算同意
- (03)不太同意
- (04)非常不同意
- (97)不知道/無意見
- (98)拒答

18. 有人認為如果申請免費使用殯葬設施，就不應該再申請殯葬補助費，這種說法請問您同不同意？(了解民眾是否能接受單一補助方式)

【追問強弱度】

- (01)非常同意
- (02)還算同意
- (03)不太同意
- (04)非常不同意
- (97)不知道/無意見
- (98)拒答

根據我國法律規定，活體器官只能捐贈給五等血親或是配偶。
今天陳先生願意捐贈腎臟給他的太太，但是因為血型不相容，所以陳太太不能陳先生的腎臟。家族裡也沒有其他合適的人能捐贈給陳太太。在我國的法律規定下，這種情況，陳太太只能放棄活體器官捐贈，繼續等候屍體器官捐贈。

19. 有人認為『政府應該要放寬活體器官只能捐贈給親屬或配偶的限制，開放讓兩個有意願捐贈卻沒有辦法成功配對的家庭互相捐贈；讓陳先生可以把腎臟捐給王先生、王太太可以捐贈給陳太太，互相搭配完成移植。這樣的說法，請問您同不同意？(開放活體配對捐贈同意程度)

【追問強弱度】

- (01)非常同意
- (02)還算同意
- (03)不太同意
- (04)非常不同意
- (97)不知道/無意見
- (98)拒答

20. 有人認為，政府應該放寬活體器官只能捐贈給血親和配偶的規定。請問您比較同意下列哪種看法？(放寬活體器官捐贈親等限制意願調查)

【需提示，隨機選項 01-04】

- (01)應該維持現狀，只能捐贈給血親或配偶。
- (02)除了血親或配偶外，也可以捐贈給有情感關係的親朋好友。(比現行制度增加姻親及好友)
- (03)不應該有任何限制，活體捐贈者可以指定捐贈給任何人。
- (04)比照屍體器官捐贈方式，活體器官捐出後，交由國家公平分配給病情最需要的人。
- (97)不知道/無意見
- (98)拒答

21. 請問目前您有家人(親友)在等待器官移植嗎

- (01) 有
- (02) 沒有
- (03) 拒答

22. 如果您的家人現在有需要，請問您願不願意捐贈腎臟或是部份的肝臟給他呢？

- (01)願意
- (02)不願意
- (97)不知道/無意見
- (98)拒答

23. 如果在自己過世後，將自己的器官捐贈給有需要的人，請問您願不願意？

- (01)願意
- (02)不願意
- (97)不知道/無意見
- (98)拒答

24. 如果您的家人過世了，但是他生前未曾表示是否要捐贈器官，請問您願不願意將他的器官捐贈給有需要的人？

- (01)願意
- (02)不願意
- (97)不知道/無意見
- (98)拒答

25. 根據上一題的情況，你認為下列哪種作法比較妥當？

【需提示，隨機選項 01-03】

- (01)根據過世家人本人可能的意願來決定
- (02)根據家人討論後的結果來決定
- (03)因為過世的家人並沒有表示，就不要考慮捐贈

(97)不知道/無意見

(98)拒答

26. 受訪者性別【訪員自行填寫】

(01)男生 (02)女生

27. 請問您是民國幾年出生的？【僅訪問民國79年(含)以前出生者】

28. 請問您的教育程度【最高讀到哪】？

(01)不識字

(02)國小

(03)國中

(04)高中職

(05)專科【二專、三專、五專】

(06)大學

(07)研究所【含】以上

(97)不知道/無意見

(98)拒答

29. 請問您的婚姻狀況

(01)未婚

(02)已婚

(03)同居/有親密伴侶

(04)分居/離婚

(05)喪偶

(90)其他【請說明】

(97)不知道/無意見

(98)拒答

30. 請問您的宗教信仰是什麼？

【可提示】

(00)無宗教信仰

(01)佛教

(02)道教

- (03)基督教
- (04)天主教
- (05)回教
- (90)其他【請說明】
- (97)不知道/無意見
- (98)拒答

31. 請問您的家庭月收入大約是多少？

【可提示】

- (01)19,999 以下
- (02)20,000-29,999 元
- (03)30,000-49,999 元
- (04)50,000-99,999 元
- (05)100,000-199,999 元
- (06)200,000 以上
- (97)不知道/無意見
- (98)拒答

32. 請問您從事哪方面的工作【吃什麼頭路】？

- (01)專門性、技術性有關人員〈如律師、醫生、工程師、會計師、記者〉
- (02)行政及主管人員〈如民意代表、政府／企業主管人員、學校行政主管人員〉
- (03)大中小型企業主／老闆
- (04)自營商店老闆〈如批發零售業、餐旅業自營業主、貿易代理商〉
- (05)一般職員及佐理人員
- (06)買賣工作人員〈如售貨員與銷售員等〉
- (07)服務工作人員〈如餐旅、美容服務工作人員等〉
- (08)農、林、漁、牧、狩獵工作人員
- (09)生產及有關工人、運輸設備操作工及體力工
- (10)現役軍人
- (11)教師

- (12)退休人員
- (13)學生
- (14)家管
- (15)無業、待業
- (90)其他【請說明】
- (98)不知道/拒答

33. 請問您居住在哪个縣市？

- (01)基隆市 (02)台北市 (03)台北縣 (04)桃園縣 (05)新竹市
- (06)新竹縣 (07)苗栗縣 (08)台中市 (09)台中縣 (10)彰化縣
- (11)南投縣 (12)雲林縣 (13)嘉義市 (14)嘉義縣 (15)台南市
- (16)台南縣 (17)高雄市 (18)高雄縣 (19)屏東縣 (20)澎湖縣
- (21)宜蘭縣 (22)花蓮縣 (23)台東縣 (24)連江縣 (25)金門縣

34. 請問您本身是否有下列慢性病？

【複選，可提示，選項 01-08】

選項內容：

- (00)無任何慢性病
- (01)高血壓
- (02)糖尿病
- (03)心血管疾病
- (04)腎臟病
- (05)肝臟疾病
- (90)其他（開放追蹤_____疾病）
- (97)不知道/無意見
- (98)拒答

附錄 C-2 「提升我國器官捐贈率全國性電話訪查」專家諮詢會議

行政院衛生署國民健康局慢性腎臟病防制科技研究計畫

專家諮詢會議

一、 會議目的：

1. 根據「提升我國器官捐贈率全國性電話訪查」結果，提供器官捐贈與移植相關建言，並共同檢視提升器官捐贈率政策建言草案。
2. 規劃四月份大型專家會議，建議醫界、醫事界、法界、倫理學界、宗教界、社會學界、文化界以及器官勸募相關單位等邀請人選，並提供討論議題建議。

二、 會議時間： 民國 100 年 1 月 18 日(二) 下午 15:00 - 17:00

三、 會議地點：台大醫學院醫學人文館 1 樓視聽教室

(臺北市中正區仁愛路一段一號)

四、 計畫執行單位：台大醫學院社會醫學科

五、 贊助單位：行政院衛生署國民健康局慢性腎臟病防制科技研究計畫

六、 會議議程：

時 間	討論內容
15:00-16:00	「提升我國器官捐贈率全國性電話訪查」結果簡報與討論
16:00-16:30	提升器官捐贈率政策建言討論
16:30-17:00	四月份專家會議事項討論與建議

七、 與會學者名單：

蔡甫昌	台大社醫科 主任兼副教授
柯文哲	台大醫院外科加護病房主任兼創傷醫學部主任
蔡孟昆	台大醫院外科 主治醫師
吳嘉苓	國立臺灣大學社會系副教授
陳端容	國立臺灣大學醫療機構管理研究所副教授
陳聰富	國立臺灣大學法學院 副院長
周桂田	國立台灣大學國家發展研究所 教授

附錄 D-1 「醫師對腎移植與器官捐贈的看法」問卷

ID:

醫師對腎移植與器官捐贈的看法				
每個人對以下題目的看法皆不同，無所謂對或錯之分，只要依您自己的看法填寫即可。				
填答說明：				
以「非常同意」、「同意」、「不同意」、「非常不同意」、「不知道」代表個人的看法。請在五個選項中勾選，最符合您看法的「 <input type="checkbox"/> 」內打「✓」。				

	非常同意	同意	不同意	非常不同意	不知道
1. 腎移植術後的生活品質比透析治療好。	<input type="checkbox"/>				
2. 腎移植可以降低國內健保在透析治療方面的醫療費用。	<input type="checkbox"/>				
3. 若腦死者生前 <u>已經</u> 簽署器官捐贈同意書，醫療人員應該建議家屬將腦死者的器官捐出。	<input type="checkbox"/>				
4.* 考量捐贈者未來的健康狀況，不宜鼓勵活體捐贈。	<input type="checkbox"/>				
5. 國內腎移植之技術與成功率優於境外(如中國大陸、東南亞等)。	<input type="checkbox"/>				
6. 與透析療法比較，接受腎移植對末期腎病患者是比較好的選擇。	<input type="checkbox"/>				
7. 當病人被診斷為尿毒症時，同時也接受到充足的腎移植相關訊息。	<input type="checkbox"/>				
8.* 您對鼓勵家屬活體換腎，感到很為難。	<input type="checkbox"/>				
9.* 勸說透析病患的親人捐贈腎臟會增加醫療糾紛的風險。	<input type="checkbox"/>				
10. 腎臟科醫師應該了解更多有關腎移植的相關資訊。	<input type="checkbox"/>				
11. 如果病人經由買賣途徑取得器官，仍應該接受等同於境內移植病患的術後照顧。	<input type="checkbox"/>				
12. 有必要發展一套對末期腎疾病患者轉介腎移植的臨床指引	<input type="checkbox"/>				
13. 若腦死者生前 <u>沒有</u> 簽署器官捐贈同意書，醫療人員仍可提出器官捐贈方案給腦死者家屬做擇。	<input type="checkbox"/>				
14. 政府應該開放病患到境外(如大陸、菲律賓)進行移植手術。	<input type="checkbox"/>				
15.* 醫師對透析病患解說腎移植相關訊息的方式，會影響其接受腎移植之意願。	<input type="checkbox"/>				
16. 在公平、互惠且合法的前提下，政府可以與國外醫療機構(例如歐洲、美國、中國)合作進行腎移植(包含登錄、配對、器官摘取與植入)。	<input type="checkbox"/>				
17. 醫師應鼓勵透析病患之家屬做親屬捐贈。	<input type="checkbox"/>				

ID:

	非常同意	同意	不同意	非常不同意	不知道
18. 腎臟科醫師有責任主動告知透析病患腎移植是末期腎病的治療方式之一。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. 醫師應鼓勵透析病患接受活體腎移植。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. 政府應該鼓勵非親屬間的活體器官捐贈。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. 透析單位的醫護人員在得知病人有接受移植意願後，即積極地幫助病人轉介給移植團隊進行評估或資料登錄。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. 醫師應鼓勵透析病患登錄腎移植。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. 腦死捐贈器官後，將來如果家人需要器官移植時可優先排序，這樣可以提高您器官捐贈的意願。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. 政府對於活體器官捐贈的對象，不應只限於五等親內的親屬。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25.* 目前有關腎移植的醫療費用自費部分，會降低透析病患接受腎移植的意願。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. 您認為政府提供補助給腦死捐贈器官者的家屬，可以提高民眾捐贈的意願。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27.* 目前健保給付制度會影響醫師轉介透析病患進行腎臟移植的意願。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. 腎臟內科醫師與移植醫師有定期溝通管道將有助於促進透析病患接受腎移植的意願。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29.* 腎臟科醫師若建議透析病患進行腎移植登記，將會影響其醫療收入。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. 現階段的醫療政策對鼓勵透析病患接受腎移植的醫師在法律上是有保障的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. 醫師術前向透析病患解釋腎移植的合併症會降低病患接受腎移植的意願。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. 目前台灣的器官捐贈移植網絡系統建構健全。	<input type="checkbox"/>				
33. 現階段的醫療政策(指腎移植手術健保補助金額)是有利於促進透析病患接受腎移植。	<input type="checkbox"/>				
34. 目前的器官移植條例法規對腎移植病患是有利的。	<input type="checkbox"/>				
35. 現階段的醫療政策(指健保給付點數)有利於醫師進行腎移植。	<input type="checkbox"/>				
36. 目前政府對腎移植病患建立了完善的健保制度。	<input type="checkbox"/>				
37.* 目前台灣器官捐贈的法規有修改的必要。	<input type="checkbox"/>				

基本資料

請依照您個人的實際情形填寫或於「」內打「」。

1. 性別：男 女
2. 年齡：_____歲（出生年月：民國_____年_____月）
3. 婚姻狀況：未婚 已婚 分居/離婚 喪偶 其它（請註明_____）
4. 宗教信仰：無 有：1-1 佛教 2-2 道教 3-3 基督教 4-4 天主教 5-5 回教 6-6 其他
5. 專科資歷：腎臟內科 移植外科 泌尿外科 其他
6. 工作醫院：醫學中心 區域醫院 地區醫院 開業醫（洗腎診所）
其它（請註明：_____）
7. 從事腎臟照護工作（包括洗腎室、泌尿外科、腎移植相關單位）資歷總共_____年_____月
8. 您曾建議過多少透析病患登記腎移植？
無 5人以下 6-10人 11-15人 16人以上
9. 遇有適合捐贈的腦死病患，您會主動向家屬勸募捐贈器官（腎臟）嗎？
會 不會 其它（請說明理由：_____）
10. 您贊成器官捐贈嗎？贊成 不贊成（原因為_____）
11. 您知道如何簽署器官捐贈同意書嗎？知道 不知道
12. 您知道要到哪裡去簽署器官捐贈同意書嗎？知道 不知道
13. 在生命臨終時，您是否願意捐贈自己的器官給有需要的人？願意 不願意
14. 在家人生命臨終時，您是否願意捐贈他（她）的器官給有需要的人？願意 不願意
15. 您認為以下哪一種治療對腎衰竭患者可以活得最有品質？
1 血液透析 2 腹膜透析 3 腎移植
16. 您有簽署器官捐贈同意書嗎？
有
沒有
2-1 知道器官捐贈（卡）/同意書，曾考慮簽署 2-2 知道器官捐贈（卡）/同意書，未曾考慮簽署
3-3 不知道器官捐贈（卡）/同意書，曾考慮捐贈 3-4 不知道器官捐贈（卡）/同意書，從未考慮
17. 您是否有器官勸募的經驗？有 沒有
18. 以下哪些因素讓您願意執行器官勸募？（可複選）
1 可以幫助等待器官的病患 2 器官捐贈是有意義的事 3 工作單位例行業務
4 醫院政策 5 腦死病患生前已表達意願或簽署器官捐贈同意書
6 其他（請說明_____）
- 19.* 您認為台灣目前健保制度給付腎移植治療的點數是否合理？
1 過高 2 合理範圍 3 不足 4 不知道
20. 以下哪些因素讓您不願意執行器官勸募？（可複選）
1 腦死病患家屬反對 2 害怕醫療糾紛 3 不屬於醫療工作
4 擔心家屬難過 5 個人不贊同器官捐贈 6 擔心利益收受的問題
7 腦死病患生前未表達意願或簽署器官捐贈同意書 8 家屬尚未了解病人狀況
9 其他（請說明_____）
21. 除了提供喪葬補助外，您認為政府還可以提供哪些措施，來提高腦死者家屬捐贈器官的意

願？(可複選)

- 給予家屬生活補助費用 提供家屬關懷與悲傷輔導
 舉辦捐贈者的追思感恩會 捐贈家屬若有器官移植需要時可以優先排序
 加強器官捐贈的生命教育 其他(請說明_____)
22. 目前腦死捐贈者可指定捐贈器官給予五等親以內的家屬，但必須附帶捐贈其他器官或組織才能夠符合指定捐贈的原則，您認為此條例恰當嗎？ 恰當 不恰當
23. 活體捐贈給洗腎患者，捐贈者可享有終身的免費健康檢查？ 贊成 不贊成
24. 您認為政府提供哪些措施可以提高您簽署活體捐贈之意願？(可複選)
- 終身的免費身體健康檢查 推動保險業者醫療險部分減免
 給予日後因生病住院醫療部分補助 加強器官捐贈的宣導活動
 加強器官捐贈的生命教育 其他(請說明_____)
25. 目前您的家人有需要接受器官捐贈的嗎？ 沒有 有
26. 若有機會您有意願捐給他？ 有 沒有

請您再次檢查是否完整填寫本問卷！

本問卷到此結束，感謝您的參與！

附錄 D-2 「護理人員對腎移植與器官捐贈的看法」問卷

ID:

護理人員對腎移植與器官捐贈的看法

每個人對以下題目的看法皆不同，無所謂對或錯之分，只要依您自己的看法填寫即可。

填答說明：

以「非常同意」、「同意」、「不同意」、「非常不同意」、「不知道」代表個人的看法。請在五個選項中勾選，最符合您看法的「」內打「✓」。

	非常同意	同意	不同意	非常不同意	不知道
1. 腎移植術後的生活品質比透析治療好。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 腎移植可以降低國內健保在透析治療方面的醫療費用。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 若腦死者生前 <u>已經</u> 簽署器官捐贈同意書，醫療人員應該建議家屬將腦死者的器官捐出。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.* 考慮活體捐贈者未來的健康狀況，不宜鼓勵活體捐贈。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 國內腎移植之技術與成功率優於境外(如中國大陸、東南亞等)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 與透析療法比較，接受腎移植對末期腎病患者是比較好的選擇。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. 當病人被診斷為尿毒症時，同時也接受到充足的腎移植相關訊息。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.* 您對鼓勵家屬活體換腎，感到很為難。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.* 勸說透析病患的親人捐贈腎臟會增加醫療糾紛的風險。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 護理人員需要了解更多有關腎移植的相關資訊。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. 如果病人經由買賣途徑取得器官，仍應該接受等同於境內移植病患的術後照顧。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. 有必要發展一套對末期腎疾病患者轉介腎移植的臨床指引。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 若腦死者生前 <u>沒有</u> 簽署器官捐贈同意書，醫療人員仍可提出器官捐贈方案給腦死者家屬做選擇。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. 政府應該開放病患到境外(如大陸、菲律賓)進行移植手術。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.* 護理人員對透析病患解說腎移植相關訊息的方式，會影響其接受腎移植之意願。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	非常同意	同意	不同意	非常不同意	不知道
16. 在公平、互惠且合法的前提下，政府可以與國外醫療機構(例如歐洲、美國、中國)合作進行腎移植(包含登錄、配對、器官摘取與植入)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. 護理人員應鼓勵透析病患之家屬做親屬捐贈。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. 腎臟科護士有責任主動告知透析病患腎移植是末期腎病的治療方式之一。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. 護理人員應鼓勵透析病患接受活體腎移植。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. 政府應該鼓勵非親屬間的活體器官捐贈。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. 透析單位的醫護人員在得知病人有接受移植意願後，即積極地幫助病人轉介給移植團隊進行評估或資料登錄。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. 護理人員應鼓勵透析病患登錄腎移植。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. 腦死捐贈器官後，將來如果家人需要器官移植時可優先排序，這樣可以提高您器官捐贈的意願。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. 政府對於活體器官捐贈的對象，不應只限於五等親內的親屬。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25.* 目前有關腎移植的醫療費用自費部分，會降低透析病患接受腎移植的意願。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. 您認為政府提供補助給腦死捐贈器官者的家屬，可以提高民眾捐贈的意願。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27.* 照護腎移植病患會增加您的心理壓力。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. 以您目前所接受的護理訓練，您認為自己有能力照護腎移植病患。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. 您可以自在的與同事討論有關推廣腎移植之相關議題。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. 與末期腎病患者討論腎移植議題是護理人員的獨立功能之一。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. 目前台灣的器官捐贈移植網絡系統建構健全。	<input type="checkbox"/>				
32. 目前的器官移植條例法規對腎移植病患是有利的。	<input type="checkbox"/>				
33. 目前政府對腎移植病患建立了完善的健保制度。	<input type="checkbox"/>				
34.* 目前台灣器官捐贈的法規有修改的必要。	<input type="checkbox"/>				

基本資料

請依照您個人的實際情形填寫或於「」內打「」。

1. 性別：男 女
2. 年齡：_____歲（出生年月：民國_____年_____月）
3. 婚姻狀況：未婚 已婚 分居/離婚 喪偶 其它(請註明_____)
4. 宗教信仰：無 有；1-1 佛教 2-2 道教 2-3 基督教 2-4 天主教 2-5 回教 2-6 其他
5. 教育程度：職校 專科(二專、三專、五專) 大學 研究所(含)以上
6. 工作醫院：醫學中心 區域醫院 地區醫院
4 開業醫(洗腎診所) 5 其它(請註明：_____)
7. 從事腎臟照護工作(包括洗腎室、泌尿外科、腎移植相關單位)資歷總共_____年_____月
8. 請問您是：
腎臟科護理人員 移植外科護理人員 移植協調師 4 加護病房護理人員
5 其它(請註明：_____)
9. 您曾照顧過多少位腎移植患者？
無 2 5人以下 3 6-10人 4 11-15人 5 16人以上
10. 遇有適合捐贈的腦死病患，您會主動向家屬勸募捐贈器官(腎臟)嗎？
1 會 2 不會 3 其它(請說明理由：_____)
11. 您贊成器官捐贈嗎？1 贊成 2 不贊成(原因為_____)
12. 您知道如何簽署器官捐贈同意書嗎？1 知道 2 不知道
13. 您知道要到哪裡去簽署器官捐贈同意書嗎？1 知道 2 不知道
14. 在生命臨終時，您是否願意捐贈自己的器官給有需要的人？1 願意 2 不願意
15. 在家人生命臨終時，您是否願意捐贈他(她)的器官給有需要的人？1 願意 2 不願意
16. 您認為以下哪一種治療對腎衰竭患者可以活得最有品質？
1 血液透析 2 腹膜透析 3 腎移植
17. 您有簽署器官捐贈同意書嗎？
1 有
2 沒有
2-1 知道器官捐贈(卡)/同意書，曾考慮簽署 2-2 知道器官捐贈(卡)/同意書，未曾考慮簽署
2-3 不知道器官捐贈(卡)/同意書，曾考慮捐贈 2-4 不知道器官捐贈(卡)/同意書，從未考慮捐贈
18. 您是否有器官勸募的經驗？1 有 2 沒有
19. 以下哪些因素讓您願意執行器官勸募？(可複選)
1 可以幫助等待器官的病患 2 器官捐贈是有意義的事 3 工作單位例行業務
4 醫院政策 5 腦死病患生前已表達意願或簽署器官捐贈同意書
6 其他(請說明_____)

20. 您認為台灣目前健保制度給付腎移植治療的點數是否合理？
 1 過高 2 合理範圍 3 不足 4 不知道
21. 目前您的家人有需要接受器官捐贈的嗎？ 1 沒有 2 有
 (若有機會您有意願捐給他？ 1 有 2 沒有)
- 22.* 以下哪些因素讓您不願意執行器官勸募？(可複選)
 1 腦死病患家屬反對 2 害怕醫療糾紛 3 不屬於護理工作
 4 擔心家屬難過 5 個人不贊同器官捐贈 6 擔心利益收受的問題
 7 腦死病患生前未表達意願或簽署器官捐贈同意書 8 家屬尚未了解病人狀況
 9 其他(請說明_____)
23. 除了提供喪葬補助外，您認為政府還可以提供哪些措施，來提高腦死者家屬捐贈器官的意願？(可複選)
 1 給予家屬生活補助費用 2 提供家屬關懷與悲傷輔導
 3 舉辦捐贈者的追思感恩會 4 捐贈家屬若有器官移植需要時可以優先排序
 5 加強器官捐贈的生命教育 6 其他(請說明_____)
24. 目前腦死捐贈者可指定捐贈器官給予五等親以內的家屬，但必須附帶捐贈其他器官或組織才能夠符合指定捐贈的原則，您認為此條例恰當嗎？ 1 恰當 2 不恰當
25. 您是否曾接受過有關腎移植的照護訓練？ 1 是 2 否
26. 活體捐贈給洗腎患者，捐贈者可享有終身的免費健康檢查？ 1 贊成 2 不贊成
27. 您認為政府提供哪些措施可以提高您簽署活體捐贈之意願？(可複選)
 1 終身的免費身體健康檢查 2 推動保險業者醫療險部分減免
 3 給予日後因生病住院醫療部分補助 4 加強器官捐贈的宣導活動
 5 加強器官捐贈的生命教育 6 其他(請說明_____)

請您再次檢查是否完整填寫本問卷！

本問卷到此結束，感謝您的參與！

附錄 D-3 「移植腎友對腎移植與器官捐贈的看法」問卷

移植腎友

ID: _____

移植腎友對腎移植與器官捐贈的看法

每個人對以下題目的看法皆不同，無所謂對或錯之分，只要依您自己的看法在選項中勾選，最符合您看法的「」內打「」即可。

1. 您是從哪裡知道有關器官捐贈的訊息？（可複選）
1 家人 2 朋友
3 傳播媒體（3-1 電視 3-2 報紙 3-3 雜誌 3-4 廣播 3-5 宣傳單 3-6 網路 3-7 其他 _____）
4 病友團體 5 教育機構（如學校老師） 6 志工
7 捐贈者現身說法
8 醫療人員（8-1 醫師 8-2 護理人員 8-3 其他 _____）
9 中華民國器官捐贈協會 10 財團法人器官捐贈移植登錄中心
11 宗教團體（請寫出其宗教團體名稱 _____） 12 其他（訊息來源 _____）
2. 您認為以下哪一種治療對腎衰竭患者而言，可以活得最有品質？
1 血液透析 2 腹膜透析 3 腎移植 4 我不知道
3. 若透析病患請求自己的親人捐贈一個腎臟給他，您覺得妥當嗎？
1 非常不妥當 2 不妥當 3 妥當 4 非常妥當
4. 您曾要求親人捐腎臟給您嗎？
1 沒有（原因 _____） 2 有（與您的關係為 _____）
5. 目前腦死捐贈者可指定捐贈器官給予五等親以內的家屬，但必須附帶捐贈其他器官或組織才能夠符合指定捐贈的原則，您認為此條例恰當嗎？ 1 恰當 2 不恰當
6. 您的親人曾自願要捐贈腎臟給您嗎？
1 沒有（原因 _____） 2 有（與您的關係為 _____）
7. 若您可以重新選擇一種腎衰竭治療，您會優先選擇哪一種？
1 血液透析 2 腹膜透析 3 腎移植 4 我不知道
8. 在您接受腎臟移植後，您向其它透析患者推薦腎臟移植的意願？
1 有意願 2 沒有意願（原因為 _____）
9. 腎移植術後的生活品質比透析治療好。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
10. 腦死捐贈器官後，將來如果家人需要器官移植時可優先排序，這樣可以提高您器官捐贈的意願。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
11. 醫師應鼓勵透析病患接受活體腎移植。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
12. 當我被診斷為尿毒症時，我也同時接受到充足的腎移植相關訊息。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
13. 醫師對透析病患解說腎移植相關訊息的方式，會影響病患接受腎移植之意願。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意

14. 政府應該開放病患到境外(如大陸、菲律賓)進行移植手術。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
15. 若腦死者生前沒有簽署器官捐贈同意書，醫療人員仍可提出器官捐贈方案給腦死者家屬做選擇。1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
16. 目前有關腎移植的醫療費用自費部分，會降低透析病患接受腎移植的意願。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
17. 醫師應鼓勵透析病患登錄腎移植。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
18. 政府應該鼓勵非親屬間的活體器官捐贈。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
19. 若腦死者生前已經簽署器官捐贈同意書，醫療人員應該建議家屬將腦死者的器官捐出。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
20. 政府對於活體器官捐贈的對象，不應只限於五等親內的親屬。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
21. 在公平、互惠且合法的前提下，政府可以與國外醫療機構(例如：歐洲、美國、中國)合作進行腎移植(包含登錄、配對、器官摘取與植入)。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
22. 除了提供喪葬補助外，您認為政府還可以提供哪些措施，來提高腦死者家屬捐贈器官的意願？(可複選)
1 給子家屬生活補助費用 2 提供家屬關懷與悲傷輔導
3 舉辦捐贈者的追思感恩會 4 捐贈家屬若有器官移植需要時可以優先排斥
5 加強器官捐贈的生命教育 6 其他(請說明_____)
23. 透析單位的醫護人員在得知病人有接受移植意願後，即積極地幫助病人轉介給移植團隊進行評估或資料登錄。1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
24. 您認為政府提供補助給腦死捐贈器官者的家屬，可以提高民眾捐贈的意願。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
25. 活體捐贈給洗腎患者，捐贈者可享有終身的免費健康檢查？1 贊成 2 不贊成
26. 您認為政府提供哪些措施可以提高您簽署活體捐贈之意願？(可複選)
1 終身的免費身體健康檢查 2 推動保險業者醫療險部分減免
3 給予日後因生病住院醫療部分補助 4 加強器官捐贈的宣導活動
5 加強器官捐贈的生命教育 6 其他(請說明_____)

移植腎友基本資料

請依照您個人的實際情形填寫或於「」內打「」。

1. 性別：男 女
2. 年齡：____歲（出生年月：民國____年____月）
3. 婚姻狀況：未婚 已婚 分居/離婚 喪偶 其它（請註明：_____）
4. 宗教信仰：無 有；2-1 佛教 2-2 道教 2-3 基督教 2-4 天主教 2-5 回教 2-6 其他_
5. 教育程度：1 不識字 2 國小 3 國中 4 高中職 5 專科（二專、三專、五專）
6 大學 7 研究所（含）以上
6. 居住地：_____縣市
7. 職業：1 農 2 勞工 3 軍 4 公 5 教 6 服務業 7 學生 8 自由業 9 家管
10 待業中 11 已退休 12 其它_____
8. 個人月收入：1 2萬以下 2 2萬(含)-5萬 3 5萬(含)-10萬 4 10萬以上 5 其它_____
9. 當時接受透析治療的方式為：
1 血液透析(共____年____月) 2 腹膜透析(共____年____月)
3 血液透析與腹膜透析都曾接受(共____年____月)
10. 從登記要換腎到真正接受腎移植手術，共等候多久？____年____月
11. 接受腎移植已經____年____月(何時接受腎移植？民國____年____月)
12. 目前**正接受**的治療.....
1 已接受腎移植，目前吃抗排斥藥物
2 已接受腎移植，但因排斥反應，目前正接受透析治療
3 已接受腎移植，但因排斥反應，目前正接受透析治療，且等候再接受腎移植
4 其他(_____)
13. 若您**已接受**腎移植，您的新腎臟是來自？
1 屍腎 2 活腎（捐贈者與您的關係為_____）
14. 您贊成器官捐贈嗎？1 贊成 2 不贊成(原因為_____)
15. 您知道如何簽署器官捐贈同意書嗎？1 知道 2 不知道
16. 您知道要到哪裡去簽署器官捐贈同意書嗎？1 知道 2 不知道
17. 在生命臨終時，您是否願意捐贈自己的器官給有需要的人？1 願意 2 不願意
18. 在家人生命臨終時，您是否願意捐贈他(她)的器官給有需要的人？1 願意 2 不願意
19. 您有簽署器官捐贈同意書嗎？
1 有
2 沒有
2-1 知道器官捐贈(卡)/同意書，曾考慮簽署 2-2 知道器官捐贈(卡)/同意書，未曾考慮簽署
2-3 不知道器官捐贈(卡)/同意書，曾考慮捐贈 2-4 不知道器官捐贈(卡)/同意書，從未考慮

附錄 D-4 「移植腎友家屬對腎移植與器官捐贈的看法」問卷

家屬

ID:

移植腎友家屬對腎移植與器官捐贈的看法

每個人對以下題目的看法皆不同，無所謂對或錯之分，只要依您自己的看法在選項中勾選，最符合您看法的「」內打「✓」即可。

1. 您是從哪裡知道有關器官捐贈的訊息？(可複選)
1 家人 2 朋友
3 傳播媒體(3-1 電視 3-2 報紙 3-3 雜誌 3-4 廣播 3-5 宣傳單 3-6 網路 3-7 其他 _____)
4 病友團體 5 教育機構(如學校老師) 6 志工
7 捐贈者現身說法 8 醫療人員(8-1 醫師 8-2 護理人員 8-3 其他 _____)
9 中華民國器官捐贈協會 10 財團法人器官捐贈移植登錄中心
11 宗教團體(請寫出其宗教團體名稱 _____) 12 其他(訊息來源 _____)
2. 您認為以下哪一種器官捐贈登錄的方式對您最方便？(請單選)
1 網路簽卡 2 同意書郵寄或傳真 3 到醫院內登錄
4 專人到府服務 5 健保 IC 卡直接登錄 6 汽/機車駕照直接登錄
3. 目前政府有提供喪葬補助給腦死器官捐贈的家屬，請問您知道嗎？1 知道 2 不知道
4. 目前腦死捐贈者可指定捐贈器官給予五等親以內的家屬，但必須附帶捐贈其他器官或組織才能夠符合指定捐贈的原則，您認為此條例恰當嗎？1 恰當 2 不恰當
5. 政府目前對腦死器官捐贈死者之家屬的喪葬補助款約 10 萬，您覺得此金額適當嗎？
1 過高 2 合理範圍 3 不足 4 不需要，請說明理由：_____
6. 除了提供喪葬補助外，您認為政府還可以提供哪些措施，來提高腦死者家屬捐贈器官的意願？(可複選)
1 給予家屬生活補助費用 2 提供家屬關懷與悲傷輔導
3 舉辦捐贈者的追思感恩會 4 捐贈家屬若有器官移植需要時可以優先排序
5 加強器官捐贈的生命教育 6 其他(請說明 _____)
7. 活體捐贈給洗腎患者，捐贈者可享有終身的免費健康檢查？1 贊成 2 不贊成
8. 您認為政府提供哪些措施可以提高您簽署活體捐贈之意願？(可複選)
1 終身的免費身體健康檢查 2 推動保險業者醫療險部分減免
3 給予日後因生病住院醫療部分補助 4 加強器官捐贈的宣導活動
5 加強器官捐贈的生命教育 6 其他(請說明 _____)
9. 腦死捐贈器官後，將來如果家人需要器官移植時可優先排序，這樣可以提高您器官捐贈的意願。1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
10. 若腦死者生前已經簽署器官捐贈同意書，醫療人員應該建議家屬將腦死者的器官捐出
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
11. 您認為以下哪一種治療對腎衰竭患者可以活得最有品質？
1 血液透析 2 腹膜透析 3 腎移植 4 我不知道

-
12. 若腦死者生前沒有簽署器官捐贈同意書，醫療人員仍可提出器官捐贈方案給腦死者家屬做選擇。1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
13. 您是否曾經考慮要捐腎臟給您正在接受透析的親人嗎？
1 沒有(原因_____) 2 有(原因_____) 3 我是捐贈者
14. 政府對於活體器官捐贈的對象，不應只限於五等親內的親屬。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
15. 政府應該開放病患到境外(如大陸、菲律賓)進行移植手術。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
16. 就您身為受贈家屬的經驗，您向透析患者推薦腎移植的意願？
1 有意願 2 沒有意願(原因為_____)
17. 家人或親友的態度會影響您捐贈一個腎臟給您正在接受透析的家人。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
18. 若透析病患請求自己的親人捐贈一個腎臟給他，您覺得妥當嗎？
1 非常不妥當 2 不妥當 3 妥當 4 非常妥當
19. 您曾自願捐贈腎臟給正在透析的家人，但他因為擔心您未來身體的健康狀況而拒絕您的捐贈？1 是 2 否 3 未曾考慮捐腎給正在透析的家人
20. 您認為政府提供補助給腦死捐贈器官者的家屬，可以提高民眾捐贈的意願。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
21. 在公平、互惠且合法的前提下，政府可以與國外醫療機構(例如歐洲、美國、中國)合作進行腎移植(包含登錄、配對、器官摘取與植入)。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
22. 目前有關腎移植的醫療費用自費部分，會降低透析病患接受腎移植的意願。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
23. 政府應該鼓勵非親屬間的活體器官捐贈。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
24. 當家人被診斷為尿毒症時，我也同時接受到充足的腎移植相關訊息。
1 非常同意 2 同意 3 不同意 4 非常不同意
25. 您正在接受透析的親人曾主動請求您捐一個腎臟給他(她)嗎？
1 沒有(原因_____) 2 有(原因_____)
-

移植腎友家屬活體捐贈考量因素

以下題目是有關家屬在決定捐贈腎臟給其透析治療家人的考量因素，每個人的考量因素不同，無所謂對或錯之分，只要依您自己的考量因素填寫即可。

填答說明：

以「非常同意」、「同意」、「不同意」、「非常不同意」四個選項勾選，請於最符合您看法的「」內打「✓」。代表個人的看法。請在四個選項中勾選，最符合您看法的「」內打「✓」。

我考量捐贈後…	非常同意	同意	不同意	非常不同意
1. 可以增進我與家人或親友的關係。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 能提高我在家中的地位。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 能提升透析家人的生活品質。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 可協助家人免除透析治療的痛苦。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 擔心我未來也會成為透析病患。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 擔心我將來身體狀況會變差。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 擔心我壽命會減短。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 擔心因移植手術失敗而浪費自己捐出的腎臟。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 擔心我在手術後留下疤痕。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 擔心影響我的工作。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 擔心移植手術的費用。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 擔心我的年齡不適合。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 擔心我於手術中發生意外，危及生命。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

移植腎友家屬基本資料

請依照您個人的實際情形填寫或於「」內打「✓」。

1. 性別：男 女
 2. 年齡：____歲（出生年月：民國____年____月）
 3. 婚姻狀況：未婚 已婚 分居/離婚 喪偶 其它(請註明：_____)
 4. 宗教信仰：無 有；1-1 佛教 2-2 道教 3-3 基督教 4-4 天主教 5-5 回教 6-6 其他
 5. 教育程度：1 不識字 2 國小 3 國中 4 高中職 5 專科(二專、三專、五專)
6 大學 7 研究所(含)以上
 6. 居住地：_____縣市
 7. 職業：1 農 2 勞工 3 軍 4 公 5 教 6 服務業 7 學生 8 自由業 9 家管
10 待業中 11 已退休 12 其它_____
 8. 個人月收入：1 2萬以下 2 2萬(含)-5萬 3 5萬(含)-10萬
4 10萬以上 5 其它_____
 9. 您的家人開始接受透析治療共____年____月
 10. 您贊成器官捐贈嗎？1 贊成 2 不贊成(原因為_____)
 11. 您知道如何簽署器官捐贈同意書嗎？1 知道 2 不知道
 12. 您知道要到哪裡去簽署器官捐贈同意書嗎？1 知道 2 不知道
 13. 在生命臨終時，您是否願意捐贈自己的器官給有需要的人？1 願意 2 不願意
 14. 在家人生命臨終時，您是否願意捐贈他(她)的器官給有需要的人？1 願意 2 不願意
 15. 您有簽署器官捐贈同意書嗎？
1 有
2 沒有
- 3-1 知道器官捐贈(卡)/同意書，曾考慮簽署 3-2 知道器官捐贈(卡)/同意書，未曾考慮簽署
3-3 不知道器官捐贈(卡)/同意書，曾考慮捐贈 3-4 不知道器官捐贈(卡)/同意書，從未考慮

請您再次檢查是否完整填寫本問卷！

本問卷到此結束，感謝您的參與！

附錄 D-5 「民眾對腎移植與器官捐贈的看法」問卷

民眾

ID:

民眾對腎移植與器官捐贈的看法(一)

每個人對以下題目的看法皆不同，無所謂對或錯之分，只要依您自己的看法填寫即可。
請在選項中勾選最符合您看法的「」內打「✓」。

1. 您是從哪裡知道有關器官捐贈的訊息？(可複選)
1 家人 2 朋友
3 傳播媒體 (3.1 電視 3.2 報紙 3.3 雜誌 3.4 廣播 3.5 宣傳單 3.6 網路
3.7 其他 _____)
4 病友團體 5 教育機構 (如學校老師) 6 志工
7 捐贈者現身說法 8 醫療人員 (8.1 醫師 8.2 護理人員 8.3 其他 _____)
9 中華民國器官捐贈協會 10 財團法人器官捐贈移植登錄中心
11 宗教團體 (請寫出其宗教團體名稱 _____) 12 其他 (訊息來源 _____)
2. 您知道如何簽署器官捐贈同意書嗎？ 1 知道 2 不知道
3. 您認為以下哪一種器官捐贈登錄的方式對民眾最方便？(請單選)
1 網路簽卡 2 同意書郵寄或傳真 3 到醫院內登錄
4 專人到府服務 5 健保 IC 卡直接登錄 6 汽/機車駕照直接登錄
4. 目前政府有提供喪葬補助給腦死器官捐贈的家屬，請問您知道嗎？ 1 知道 2 不知道
5. 政府目前對腦死器官捐贈死者之家屬的喪葬補助款約 10 萬，您覺得此金額適當嗎？
1 過高 2 合理範圍 3 不足 4 不需要，請說明理由： _____
6. 除了提供喪葬補助外，您認為政府還可以提供哪些措施，來提高腦死者家屬捐贈器官的意願？(可複選)
1 給予家屬生活補助費用 2 提供家屬關懷與悲傷輔導
3 舉辦捐贈者的追思感恩會 4 捐贈家屬若有器官移植需要時可以優先排序
5 加強器官捐贈的生命教育 6 其他 (請說明 _____)
7. 您知道要到哪裡去簽署器官捐贈同意書嗎？ 1 知道 2 不知道
8. 簽署器官捐贈同意書的登錄流程很複雜。 1 是 2 不是 3 不知道
9. 您認為政府提供哪些措施可以提高您簽署活體捐贈之意願？(可複選)
1 終身的免費身體健康檢查 2 推動保險業者醫療險部分減免
3 給予日後因生病住院醫療部分補助 4 加強器官捐贈的宣導活動
5 加強器官捐贈的生命教育 6 其他 (請說明 _____)
10. 器官捐贈的條例對我來說很複雜難懂。 1 是 2 不是 3 不知道
11. 您知道換腎是尿毒症的一種治療方式嗎？ 1 知道 2 不知道
12. 目前腦死捐贈者可指定捐贈器官給予五等親以內的家屬，但必須附帶捐贈其他器官或組織才能夠符合指定捐贈的原則，您認為此條例恰當嗎？ 1 恰當 2 不恰當
13. 活體捐贈給洗腎患者，捐贈者可享有終身的免費健康檢查？ 1 贊成 2 不贊成

民眾對腎移植與器官捐贈的看法(二)

每個人對以下題目的看法皆不同，無所謂對或錯之分，只要依您自己的看法填寫即可。
 填答說明：
 以「非常同意」、「同意」、「不同意」、「非常不同意」代表個人的看法。請在四個選項中勾選，
 最符合您看法的「」內打「✓」。

	非常 同意	同 意	不 同 意	非 常 不 同 意
1. 捐贈器官只要最親近的家人同意即可。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 如果您同意捐贈器官但家人反對，您會試著說服家人支持您的意願。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 政府在宣導器官捐贈這方面做的不夠完善。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 假如您已簽署器官捐贈同意書，當醫師要摘除您的器官時仍需要您的家人同意。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 腦死捐贈器官能使您累積功德。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 從國小即加強腦死器官捐贈的生命教育，可以提高器官捐贈的風氣。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 在公平、互惠且合法的前提下，政府可以與國外醫療機構(例如：歐洲、美國、中國)合作進行腎移植(包含登錄、配對、器官摘取與植入)。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 腦死後宜將器官捐贈給有需要的人。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 您擔心在移植手術過程中發生意外，所以您不考慮將器官捐出來。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 腦死捐贈器官後，將來如果家人需要器官移植時可優先排序，這樣可以提高您器官捐贈的意願。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 假如您同意腦死捐贈器官，您會擔心當您還可以急救時，醫生就不會積極對您做急救。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 生前已簽署器官捐贈同意書，當事人萬一被判定腦死時，醫師可以直接摘除器官，不需再經過家屬的同意。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 如果捐贈者的器官移植到壞人身上，這樣會危害社會。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 捐贈器官應該取得全家人的同意。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 捐贈器官給需要器官移植的親人，會使您的壽命減短。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ID:			
	非常同意	同意	不同意	非常不同意
16. 您認為人死後應該保留全屍，不宜將器官捐出。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 政府應該開放病患到境外(如大陸、菲律賓)進行移植手術。……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 若腦死者生前已經簽署器官捐贈同意書，醫療人員應該建議家屬將腦死者的器官捐出。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 簽署器官捐贈卡(或登錄在健保 IC 卡中)需要與家人商量。……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 若從腦死者身上取出器官進行移植手術，這樣做會不尊重死者。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 如果您的家人在生前有簽署器官捐贈同意書(或登錄在健保 IC 卡中)，您會同意醫生摘取家人的器官。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 您擔心器官捐贈後身體狀況會變差，所以您不考慮活體器官捐贈。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 若腦死者生前沒有簽署器官捐贈同意書，醫療人員仍可提出器官捐贈方案給腦死者家屬做選擇。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 捐贈器官會讓捐贈者來世的器官有所缺失。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 考量年輕人未來的健康，您認為年輕人不宜捐贈器官。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 您會因為家人的態度而影響登錄器官捐贈或簽卡。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 經由醫師判定腦死後即執行器官摘除，您認為這樣做會觸犯佛教中死後 8 小時不可移動遺體之禁忌。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 您認為政府提供補助給腦死捐贈器官者的家屬，可以提高民眾捐贈的意願。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. 政府應該鼓勵非親屬間的活體器官捐贈。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. 政府對於活體器官捐贈的對象，不應只限於五等親內的親屬。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

民眾對腎移植與器官捐贈的知識

本量表主要是想瞭解您對器官捐贈的相關知識，請就您個人對器官捐贈的認知，於適當的「□」內打「✓」。

填答說明：

- (一)如果您認為該題是「正確」的，請於「是」的「□」內打「✓」。
- (二)如果您認為此題是「不正確」的，請於「否」的「□」內打「✓」。
- (三)如果您「不知道」正確答案，請於「不知道」的「□」內打「✓」。

	正 確	不 正 確	不 知 道
1. 健保 IC 卡可以加註個人同意腦死捐贈器官的意願。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 接受器官移植者的年齡會影響移植手術的成功率。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 捐贈活體器官的成年人，只可捐贈器官給五等親以內的親屬或配偶。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 腦死後捐贈器官，政府會提供部分喪葬補助。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 身上沒有傳染性疾病的人才可以捐贈器官。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 若生前已簽署了器官捐贈同意書，醫師就可以把器官移植給需要的人。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 目前腎移植手術費用有健保給付。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 要捐贈器官者可以自己決定要捐贈的器官部位。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 植物人因大腦功能已喪失，所以能做器官捐贈者。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 活體器官捐贈者可以指定五等親以內的器官需要者。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 器官捐贈者被判定腦死後，移植器官的時間要越快越好。……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 活體捐贈器官是沒有任何金錢報酬的。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 家屬在捐贈腦死器官時，可以指定受贈的對象。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 接受器官移植後要一直服用抗排斥藥。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 器官捐贈只有在死者生前有簽署器官捐贈同意書才可進行。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 未滿 20 歲者，捐贈活體器官時，需法定代理人的同意，才可捐贈器官給五等親以內的親屬或配偶。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

基本資料

請依照您個人的實際情形填寫或於「」內打「」。

1. 性別：1 男 2 女
2. 年齡：_____歲
3. 婚姻狀況：1 未婚 2 已婚 3 分居/離婚 4 喪偶 5 其它(請註明:_____)
4. 宗教信仰：1 無 2 有：2-1 佛教 2-2 道教 2-3 基督教 2-4 天主教 2-5 回教
2-6 其他_____
5. 教育程度：1 不識字 2 國小 3 國中 4 高中職 5 專科(二專、三專、五專)
6 大學 7 研究所(含)以上
6. 居住地：_____縣市
7. 職業：1 農 2 勞工 3 軍 4 公 5 教 6 服務業 7 學生 8 自由業
9 家管 10 待業中 11 已退休 12 其它(請說明_____)
8. 個人月收入：1 2 萬以下 2 2 萬(含)-5 萬 3 5 萬(含)- 10 萬
4 10 萬以上 5 其它(請註明:_____)
9. 您贊成器官捐贈嗎？1 贊成 2 不贊成(原因為_____)
10. 您有簽署器官捐贈(卡)或同意書嗎？
1 有
2 沒有

<input type="checkbox"/> 3-1 知道器官捐贈卡/同意書，曾考慮簽署	<input type="checkbox"/> 3-2 知道器官捐贈卡/同意書，未曾考慮簽署
<input type="checkbox"/> 3-3 不知道器官捐贈卡/同意書，曾考慮捐贈	<input type="checkbox"/> 3-4 不知道器官捐贈卡/同意書，從未考慮捐贈
11. 在生命臨終時，您是否願意捐贈自己的器官給有需要的人？1 願意 2 不願意
12. 在家人生命臨終時，您是否願意捐贈他(她)的器官給有需要的人？1 願意 2 不願意
13. 您是否知道器官捐贈有活體與腦死捐贈兩種不同捐贈方式？1 知道 2 不知道
14. 目前您的家人有需要接受器官捐贈的嗎？1 沒有 2 有
15. 若有機會您有意願捐給他嗎？1 有 2 沒有

請您再次檢查是否完整填寫本問卷！

本問卷到此結束，感謝您的參與！

附錄一 99 年度委託計畫期中報告審查結果回覆表

行政院衛生署國民健康局 99 年度委託計畫期中報告審查結果回覆表

計畫名稱	「慢性腎臟病防治科技研究計畫：醫療給付及腎臟移植制度研究」		
計畫起訖	99.9.1~100.2.28		
執行單位	中國醫藥大學	主持人	蔡文正 教授
審查意見		回覆意見	
壹、綜合審查意見			
<p>一、本計畫共分為 4 項子計畫，整體質型符合預期進度，部分進度落後，請依據進度表積極執行，以於時程內完成。另，本次期中報告為 99 年之成果，執行至今兩年，但大部份資料仍在蒐集中，尚難看出有何重大成果，希望 99 年的成果可見到明顯之研究成果</p>		<p>感謝委員的建議，本研究將持續進行研究收案，並於期末報告時呈現統計分析結果。</p>	
<p>二、計畫 4-1：</p>			
<p>(一)高屏與北區費用之差異、醫學中心與診所之費用差異，可連結照護品質及存活率，以瞭解是否在費用較低之情況下，亦可達到同樣的照護品質。並對北南差距進行說明，瞭解差異的原因，以作為日後介入之參考。</p>		<p>感謝委員的建議。</p>	
<p>(二)在 CKD 分期醫療費用分析中，有部分問題請重新檢視及修正：</p> <p>1. 其樣本來自收集成人預防保健健檢單之結果，檢視各分</p>		<p>1. 本研究以成人預防保健健檢單進行 CKD 各分期分析，主要在於探討各分期的醫療費用與影響因素，其各分期的</p>	

<p>期之病患分布情形(P.26、27)：Stage1 佔 1.6%，Stage2 佔 67.8%，Stage3 佔 27.6%，Stage4、5 各佔 1.9%、1.1%；該結果與慢性腎臟病之盛行率仍有差距，可能影響分析結果。另，與 2008 年國衛院溫啟邦研究之分期分布情形 Stage2 佔 32%，Stage3 佔 57% 之研究結果，何者接近真實盛行率？本研究之樣本分布是否影響研究結果，請補充說明。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 初步成果各變項對醫療費用影響，請於期末報告增加討論部分，如投保金額高，醫療費用低；但是低收入戶醫療費用又低於非低收入戶；醫學中心之醫療費用耗用最低，但都市化程度高醫療費用高，但成果中亦顯示出台北分局醫療費用最低等情形，但依統計在醫學中心分布中，以台北分局轄內最多，相關結果是否有誤？ 3. 心血管疾病醫療費用相對對照組高出 52%、高血壓高出 46%，但同屬心血管疾病之糖尿病僅 16%(P.24、32)。 4. P.27 表 AA-2 2005 年 CKD 各分期 CKD 相關就醫之門診住院醫療費用，建議加註資料來源及健保資料年份，並建議於第四章初步成果中說明其串連之健保資料庫年份。 	<p>分布與我國 CKD 的盛行率無關，且本研究於收集健檢單的過程中，主要以收集較多量的 CKD 病患為前提，故其應不符合健檢人口的母群體，當然也不符合我國人口的分布，因此本研究所收集之資料並不適合用來說明或比較我國 CKD 之盛行率。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 本研究中有關都市化程度與各分局的醫療費用，似乎有互相矛盾之處，主要可能在於都市化程度以打破了以地理區域劃分的範圍，即便同在台北分局，然其都市化程度可能有第一級與第四級的差異，因此確有可能出現本研究之結果，然本研究金於期末報告中加以探討。 3. 本研究進一步修正研究變項後，呈現於期末報告中。 4. 已補充加註於表格下方。
<p>(三)P.16 探討腎臟病病程轉變時期的因素提到「透過執行健康檢查服務機構的協助蒐集</p>	<p>其中報告時，尚在資料收集階段，資料量較少，故未特別進行分析，然期末報告時會將分析結</p>

1996~2009年…」，為後面並未呈現此一成果或進度。	果呈現。
(四)P.25「不同透析治療方式，存活時間的差異研究」，預計收集1000位透析病患資料並進行分析，過去曾經提及擬採腎臟醫學會的資料庫，請進一步採用，應該其信度更佳，分析內容與結果更好。另，目前蒐集372份個案資料(372/1000，P.25)，及腎臟移植手術樣本150/400(P.34、36)，進度稍慢，請確實掌握進度。	問卷收集進度皆依原規畫進度進行，且目前已超越原規畫進度(400份)，完成約500份資料收集。另有關採用腎臟醫學會之資料庫，因貴局對資料申請與開放使用有其考量，事故暫時取消以腎臟醫學會資料庫進行分析。
(五)請提供本研究發展之生活品質問卷內容(P.19)，該問卷是否經過專家效度或 pre-test，請說明。因目前信度未全在0.7以上(P.35)，是否考慮把目前收集的樣本當 pre-test，修改部分題項。	問卷發放前已經過專家效度或 pre-test 測試，樣本數提升後 Cronbach's alpha 已皆達 0.7 以上。
三、計畫 4-2：	
(一)本案針對訪談民眾、病患、家屬、護士及醫師等五大族群來蒐集問卷資料之工作，目前問卷已經定稿，唯問卷仍在蒐集中，難以看出成果。另，醫師問卷預計收案數為100份，但除了通過 IRB 的醫院可提供收案外，是否有更多元的管道可以使更多醫師接受訪問？	感謝委員的建議，本研究有另外透過其他管道協助醫師問卷收案 1.請醫院的移植協調師協助詢問醫師的意見，並填寫回覆意見。 2.請其他醫療機構，含診所、地區醫院、區域醫院等的腎臟內科護理人員，協助詢問腎臟內科醫師的意見，並填寫回覆意見。
(二)器官捐贈相關登錄流程、簽署及相關資訊，大部分民眾不了解、雖器官捐贈中有做宣導，但執行團隊是否已瞭解政府單位做過之相關宣導？	感謝委員建議與提醒。本研究在計劃執行期間持續與財團法人器官捐贈移植登錄中心、器官捐贈協會等移植相關單位聯繫與合作，並持續了解政府單位之相關宣導。於下階段的報告中將會配

	合瞭解目前政府所做的器官捐贈宣導方式，提出未來政府可陸續執行推廣的方式。
(三)P.50 關於民眾對腎臟捐贈與移植看法及政策建議之民意調查，皆為電話訪問，受制於時間與受訪者拒訪率等的因素，建議應檢討訪問問卷題目，以利適時修正，做出切適的結果。又電訪問卷達30-40分鐘，其可靠性應注意，一般以民眾為基礎之問卷，電話問卷以20題左右，本問卷之前測是否能有效收集可靠之資訊？	感謝委員的建議與提醒，由於器官捐贈與移植對民眾而言並非日常議題，本研究在能確實傳達題意情況下已盡可能精簡電訪問卷題目。本研究於進行正式電訪前，已執行過小樣本前驅測試(pilot study)，並於正式訪問前，告知受訪者，此次電訪時間，若受訪者有意願接受訪談者才會繼續進行訪問，若受訪者時間無法配合則再另約訪。藉此降低拒訪率及收案可靠性。
(四)對「推廣無心跳捐贈政策」的推動，建議以SWOT分析，提出因應對策。	本研究計劃採文獻研究法，針對無心跳捐贈策略進行倫理、法律、社會分析。蒐集國際相關討論文獻及國際間實行現況，並彙整無心跳捐贈所涉及之倫理法律議題，進一步依據我國國情及法律現況提出相關建議，以補充於成果報告中。
貳、建議事項	
一、建議在期末報告時，附上問卷題目以供參考。	感謝委員的建議，我們將於期末報告時附上五大問卷題目的版本以供參考。
二、希望在期末報告時，能夠提出對腎臟移植政策之初步建言。	感謝委員提醒，相關初步建議已於期末報告呈現。

附錄二 99 年度委託計畫期末報告審查結果回覆表

行政院衛生署國民健康局

99 年度委託計畫期末報告審查結果回覆表

計畫名稱	「慢性腎臟病防治科技研究計畫：醫療給付及腎臟移植制度研究」		
計畫起訖	99.9.1~100.2.28		
執行單位	中國醫藥大學	主持人	蔡文正 教授
審查意見		回覆意見	
壹、綜合審查意見			
<p>一、 研究結果與研究目的符合，執行進度大致依循原訂定目標及研究方法進行，進度較期中報告大幅進展，惟 4-2 針對不同族群之腎臟捐贈與移植之看法與需求問卷收案數，收案進度未如預期，請加速完成收案及分析。</p>		<p>感謝委員的建議，因於期末報告前，仍有兩間醫療機構的 IRB 還在審查中，因此尚未正式進行收案，但目前已全數通過 IRB 審查，收案進度持續進行中，相信可如期完成研究收案，並進行分析與統計。</p>	
<p>二、 計畫 4-1：</p>			
<p>1. 對於影響慢性病病人醫療利用及醫療費用相關因素的分析，及影響慢性腎臟病腎功能惡化之危險因子的分析，所得資料能夠反映本土現況，值得納入政策制訂參考，並作為醫師繼續教育之材料。</p>		<p>感謝委員肯定</p>	
<p>2. CKD 各分期的醫療費用分析中，研究樣本來自收集 94 年成人預防保健單 30319 份 (p. 27)，成人健檢人數每年約 130 萬人次，本研究取樣之樣本數 30319 人是否太少？另，院所申報之健檢結果資料，健保局已每個月提供給國民健康局使用。</p>		<p>由於健康局提供給國健局的成人預防保健檢查服務資料中，並無尿蛋白的檢查結果，將無法判斷其是否為第一期的慢性腎臟病病患，故未採用國民健康局之資料。因此，本研究乃自行至醫療院所進行資料收集，雖然 30,319 人的資料僅佔每年成人預防保健檢查人數的 2.3%，然本研究盡量在有限的時間與經費取得最大量之檢查結果。另若以國內溫啟邦</p>	

	<p>教授的研究顯示，國內約有 12% 的慢性腎臟病患，換算成人預防保健檢查人數 130 萬人中約有 156,000 人為 CKD 病患，而本研究刻意蒐集可能為慢性腎臟病患的成人預防保健檢查資料中，有 24,782 人為 CKD 病患，約佔接受成人預防保健檢查中可能為慢性腎臟病患的 16%，其數量與分析的信度應可接受。</p>
<p>3. 成人健檢資料經換算其中 24782 人屬於 CKD 患者 (p. 36)，81% 罹病率是否偏高？是否僅以血液檢驗數據換算 CKD 分期，未考量尿液檢查數據。本研究結果第二期患者高達 67.8%；第三期患者佔 27.6%，第二期人數多是否影響各項分析結果？建議增加第五章討論部分。</p>	<p>本研究蒐集成人預防保健檢查資料時，為取得最大量的慢性腎臟病患的檢查資料，因此刻意篩選肌酸酐檢查數據較高或者尿蛋白陽性的資料加以收集，故 CKD 的罹病人數會偏高。</p> <p>另本研究慢性腎臟病患的分期標準係採用國民健康局於衛生局所公告定義之分期標準 Stage I：腎功能正常微量蛋白尿 GFR：≥ 90 ml/min/1.73 m² (以下單位略)、Stage II：輕度慢性腎衰竭 GFR：60~89、Stage III：中度慢性腎衰竭 GFR：30~59、Stage IV：重度慢性腎衰竭 GFR：15~29、Stage V：末期腎臟病變 GFR：< 15。第二期人數多只是反應現況，對資料分析的結果應不會有太大影響。</p>
<p>4. 依據研究結果：第 1 次之 eGFR 值、患有高血壓、肝炎、歷次血紅素等血液檢驗值對 eGFR 平均每年改變率有顯著影響 (p. 31, AA-10, p. 51)，如第 1 次之 eGFR 值，與平均每年改變率負相關，如何結論腎功能惡化之危險因子？抽菸、喝酒、糖尿病等類別變項卻非相</p>	<p>第 1 次之 eGFR 值，與平均每年改變率負相關，代表若早期腎功能異常，則其惡化的速度較快，主要原因可能為當 eGFR 值較高時，容易輕忽腎功能可能會隨著年齡增長而惡化，並未加以衛教或說明，故而下降較快，而健檢時若 eGFR 較低，其腎功能已被關注，故下降速度較低。</p>

<p>關？空腹血糖等連續變項卻有相關，屬危險因子？</p>	
<p>5. 根據研究結果：與不同透析方式對透析病患存活情形有顯著意義（腹膜透析死亡人數佔 72.67%？）請明確說明此研究結果對政策推動的意義。（P.33，AA-12，p.54）</p>	<p>由於目前本研究有關透析方式對存活狀況的資料尚未完全收集完成，且目前本研究所運用的資料中大部分為患有腹膜炎的透析病患，因此單純就目前尚未做任何調整與校正前，其存活比例不足下任何的結論或政策建議，未來本研究於 100 年度的資料分析與報告時，將會再進一步分析與說明。</p>
<p>6. 不同透析方式存活時間樣本收集達 797/1000（P.33），及腎臟移植手術樣本達 250/400（P.34），且信度在 0.7 以上（P.59），較其中報告有進展。</p>	<p>感謝委員肯定</p>
<p>7. 本研究發展之生活品質問卷內容，在期末報告審查會議之簡報檔中有提及，惟成果報告內未見生活品質問卷內容，請補充於成果報告中。</p>	<p>感謝委員建議，將附上生活品質問卷內容以供查存。</p>
<p>8. 收集成人健檢及美兆資料庫，兩者能否作相關之比較？因病人來源不同，是否比較上具有不同意義。另，部分分析對死亡預估，能否與總計畫二比較，甚至 Data pooling 後作比較。</p>	<p>本研究收集成人預防保健資料與美兆診所資料，因成人預防保健資料無連續性資料、而美兆診所資料無法串連健保資料庫，因此兩份資料能互相比較的內容有限，且分析的內容完全不同，故本研究並未進一步比較資料的分析結果。</p>
<p>9. 生活品質的影響因素很多，有關共病的狀況、嚴重性及患病時間，都可能對生活品質有影響，建議在基礎資料須更詳細瞭解。</p>	<p>感謝委員建議，本次報告已將性別與年齡加入生活品質之討論，未來將深入分析共病情況。</p>
<p>10. 針對 CKD 各分期的收案分析已有初步成果，期待依不同 CKD 嚴重度探討其研究醫療</p>	<p>本研究 100 年度將朝此方向努力。</p>

費用的相關因素，提供合理之慢性腎臟病醫療給付方案。	
三、計畫 4-2：	
1. 本研究首次進行全國性「腎臟移植醫療衛生制度」電訪民調，結果值得作為施政參考，建請針對建議事項增加討論篇幅，增加研究結果對政策推動的意義。	感謝委員建議與肯定。本研究計劃將於下一階段結合先前文獻研究進一步深入探討電話訪查之結果，以提出完整腎臟勸募相關之建議。
2. 本研究擬定之提昇我國器官捐贈率策略政策建議草案，以及我國施行無心跳器官捐贈可能面臨之難題及針對各難題提出的解決方法，內容相當具體，對於倫理、法律之適切性及實務面之可行性均有檢視，值得納入政策制訂參考。	感謝委員肯定。
3. 本計畫 4-2「腎臟移植醫療衛生制度」研究建議，建請討論與 100 年 1 月 10 日立法院三讀通過「安寧緩和醫療條例部分條文修正草案」之異同。	感謝委員建議。100 年 1 月 10 日立法院三讀通過「安寧緩和醫療條例部分條文修正草案」修正案重點包括：1. 新增父與健保卡註記安寧緩和意願，效力視同意願書正本。2. 新增家屬得事後終止或撤除末期病人之心肺復甦術機制：若已施行心肺復甦術（包含氣管插管、體外心臟按摩、心臟電擊、急救藥物注射、人工呼吸等），意識昏迷又未預立意願書者，由配偶、成人子女、成人孫子女、父母一致同意，並經該醫療機構的醫學倫理委員會審查通過後，方可終止或撤除心肺復甦術。3. 醫學倫理委員會應由醫學、倫理、法律專家及社會人士組成，其中倫理、法律專家及社會人士不得少於 1/3。本研究計

	劃將於下一階段討論安寧緩和條例部分條文修正草案對腎臟移植制度帶來之影響。
4. 本案針對訪談民眾、病患、家屬、護士及醫師等五大族群，蒐集資料之問卷分析結果，建議增加其建議及困難，可提供衛生署政策參考。	感謝委員的建議，本研究將於收案結束後，整理五大族群的分析結果，於下一階段的報告中呈現分析後的建議與困難。
5. 無心跳器官捐贈部分，資料收集詳實，足供政策參考。	感謝委員建議與肯定。
6. 對於腎臟移植與腹膜透析的比較，針對五大族群分別問卷調查，有相當有去的結果，值得進一步探討。另，民眾對於政府政策的瞭解不夠，亦值得施政參考。在醫護人員方面，對腎臟移植相當肯定，但對鼓勵透析病患接受腎臟移植卻持保留看法，專家意見的弔詭落差，值得進一步探討。	感謝委員的建議，本研究將持續進行收案並分析其結果，期能更詳實的呈現研究的全貌與發現器官捐贈與推廣腎移植的障礙因素。
貳、建議事項	
三、請依據表訂進度積極執行。	感謝委員的建議，本研究將持續積極進行收案並分析其研究結果。
四、建議與總計畫一、二作內部討論，部分資料試合併可將更完整呈現。	未來將在請專案辦公室協助協調討論。
五、建議於成果報告中，補充移植所需費用分析。	本研究於 100 年度之成果報告中將再進一步分析呈現。