

國立臺灣大學 公共衛生學院 公共衛生碩士學位學程



碩士論文-實務實習成果報告

Master of Public Health Degree Program

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis — Practicum Report

臺灣新冠肺炎疫苗接種行為之研究

A Study of People's Behavior Toward Receiving
COVID-19 Vaccine in Taiwan

陳勁帆

Chin-Fan Chen

校內單位指導教師：陳端容 博士

實習單位指導教師：魏文進 碩士

Advisor: Duan-Rung Chen, Ph.D.

Preceptor: Wen-Chin Wei, MD.

中華民國 112 年 7 月

July, 2023

國立臺灣大學碩士學位論文

口試委員會審定書

臺灣新冠肺炎疫苗接種行為之研究

A Study of People's Behavior toward Receiving

COVID-19 Vaccine in Taiwan

本論文係陳勁帆君（學號 R08847028）在國立臺灣大學公共衛生碩士學位學程完成之碩士學位論文，於民國 112 年 7 月 19 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明。

口試委員：

陳端容

（簽名）

（指導教授）

官晨怡

陳李魁

謝辭



撰寫實習論文期間，適逢到食藥署報到公職新進人員，由於實習地點的改變，原先實習論文主題不適用，使得實習論文需重新擬定及撰寫。在撰寫實習論文時，每當遇到研究瓶頸，端容老師總是能即刻救援，雖然端容老師平日工作繁多，在指導學生論文每個階段，從查閱文獻至結果討論，每個環節都給予了我悉心的指導，同時還給學生關懷，讓學生感受到溫暖，在此謹向端容老師至以誠摯的謝意和崇高的敬意。

也謝謝在實習階段及實習論文寫作過程中，協助學生至食藥署戰情中心受訓，學會 SPSS 軟體統計的實習單位魏文進老師、擔任實習計畫口試委員及實習論文口試委員的官晨怡老師，讓學生對於疫苗猶豫的脈絡更加清晰、及擔任實習論文口試委員的陳秀熙老師，讓論文內容更加完整及充實。

最後感謝陪伴我度過碩士生涯的殷銓均先生、家人虹尹姊姊，在我迷茫的時刻總是給予我支持與鼓勵，也感謝我的同事方禹、筱楨，在我參與討論時，協助代理業務，也謝謝學程辦公室的助教韶薇及芷瑩協助我口試視訊會議申請及提醒我相關重要訊息，非常謝謝大家在學習期間的支持，才得以完成本篇實習論文。

中文摘要

新冠肺炎疫情爆發後，臺灣新冠疫苗接种率於 2022 年 2 月約有 7 成。為瞭解臺灣新冠疫苗接种行為，本研究目的為探討影響臺灣民眾施打新冠疫苗的相關因子。研究採用中央研究院社會學研究所 2021 年 8 月臺灣社會變遷基本調查計畫第八期二次調查計畫執行報告問卷 II 健康與醫療照顧之問卷，統計自 2021 年 9 月 1 日至 2022 年 2 月 28 日，共 1,173 份問卷。

本研究使用羅吉斯迴歸分析臺灣民眾有無施打新冠疫苗及有無意願免費施打新冠疫苗與社會經濟地位、網路搜尋接種疫苗資訊頻率、對於政府信任度、對於疫苗態度、有無施打流感疫苗、健康識能之相關性。結果顯示無施打新冠疫苗的民眾，主要為男性、年紀輕、教育程度較低、月收入 3 萬元以下、之前未施打流感疫苗、對政府信任度減少、很少及從不網路搜尋疫苗接種頻率、認同疫苗是壞處大於好處。不願免費施打新冠疫苗的民眾則多為未施打流感疫苗、對政府信任度減少、很少及從不網路搜尋疫苗接種頻率、認同對於疫苗態度是同意壞處大於好處。本研究為疫情相對較為平穩期間之問卷調查研究，建議未來亦可分析疫情影響新冠疫苗接种意願情形。

關鍵字：新冠疫苗、疫苗態度、疫苗接種行為

Abstract

After the outbreak of the COVID-19 pandemic, the vaccination rate for COVID-19 in Taiwan is approximately 70 percent in February, 2022. To understand the COVID-19 vaccination behavior of Taiwanese people, the study aims to investigate the reasons that affect the willingness to receive vaccination. The study utilized the questionnaire from *2021 Taiwan Social Changes Survey (Round 8, Year 2): Health*. The data was collected from September 1, 2021, to February 28, 2022, with a total of 1,173 questionnaires.

Logistic regression was employed to examine the correlations between the Taiwanese population's COVID-19 vaccination status, willingness to receive the vaccine for free, and their socioeconomic status, frequency of searching for vaccine-related information online, trust in the government, attitudes towards vaccines, influenza vaccination history, and health literacy.

The findings indicate that individuals who have not received the COVID-19 vaccine revealed significant differences in male, young in age, having a lower level of education, a monthly income of less than NT\$ 30,000, not receiving the influenza vaccine, reduced trust in the government, rarely or never searching for vaccine-related information online, and having a negative attitude towards the vaccine with perceived disadvantages outweighing the benefits. For those who have no preference for receiving free vaccination, significant differences were shown in not receiving the influenza vaccine, reduced trust in the government, rarely or never searching for vaccine-related information online, and having a negative attitude towards the vaccine with perceived disadvantages outweighing the benefits. The study is conducted during stable pandemic conditions; therefore, it is suggested that future studies could analyze the willingness to receive the COVID-19 vaccine under different periods of pandemic conditions.

Keywords: COVID-19 vaccine 、 vaccine attitude 、 vaccination behavior

目錄



國立臺灣大學碩士學位論文口試委員會審定書	i
謝辭	ii
中文摘要	iii
英文摘要	iv
目錄	v
圖目錄	vi
表目錄	vii
第一章 緒論	1
第一節 實習單位特色與簡介	1
第二節 研究背景	1
第三節 文獻探討	4
第二章 研究方法	8
第一節 研究設計	8
第二節 研究對象	10
第三章 研究結果與討論	12
第一節 統計分析	12
第二節 研究結果	12
第三節 討論	33
第四章 結論與建議	38
第一節 結論	38
第二節 研究限制	38
第三節 建議	39
參考文獻	40

圖目錄

圖 1-1 研究架構.....	4
圖 2-1 問卷蒐集期間疫苗狀況.....	11



表目錄

表 3-1 依變項之描述性統計資料.....	13
表 3-2 自變項之描述性統計資料.....	15
表 3-3 依變項(施打新冠疫苗)與自變項卡方分析.....	17
表 3-4 依變項(施打免費新冠疫苗意願)與自變項卡方分析.....	20
表 3-5 未施打新冠疫苗迴歸模型.....	24
表 3-6 施打免費新冠疫苗意願迴歸模型.....	26
表 3-7 有意願施打而無施打新冠疫苗迴歸模型.....	29
表 3-8 無意願施打且無施打新冠疫苗迴歸模型.....	31
表 3-9 有無意願施打免費新冠疫苗與有無施打新冠疫苗交叉分析表....	33





第一章 緒論

第一節 實習單位特色與簡介

實習單位為食品藥物管理署，成立於2010年1月1日，組織目標為強化食品、藥品、新興生技產品、化粧品之管理及風險評估，落實源頭管理，健全輸入食品管理體系，發展核心檢驗科技，提升管理、檢驗及研究水準。在2019年底新冠肺炎(COVID-19)疫情爆發後，食品藥物管理署作為我國藥物審查的最高主管機關，秉持為國人用藥權益把關的原則，辦理輸入阿斯特捷利康(AstraZeneca)公司(AZ疫苗)、Moderna公司(莫德納疫苗)及輝瑞公司與BioNTech公司(BNT疫苗)合作開發等疫苗檢驗、文件資料審查，並於輸入14日內完成檢驗封緘作業並核發封緘證明書，交由疾病管制署進行後續疫苗接種作業，食品藥物管理署配合國家防疫政策，持續辦理各項疫苗檢驗封緘作業確保民眾用藥品質安全無虞。

實習單位提供統計分析資料之課程，期程自111年1月12日至111年9月30日，訓練時數共約171小時，課程如以下，培訓方式以參與訓練及測驗為原則，並就資料分析進行實機訓練，以利完成分析報告撰寫。另提供ScienceDirect資料庫及全文期刊(含Agricultural、Biological Sciences及Chemistry類約300多種全文電子期刊)、Elsevier出版單篇期刊下載服務、國內學術電子期刊系統…等電子期刊及資料庫供查閱及瀏覽。

第二節 研究背景

在2019年底新冠肺炎疫情流行後，接種疫苗為防疫重要措施且為控制疾病最有效的辦法，我國於2021年3月5日首波AstraZeneca COVID-19疫苗抵臺，同年3月22日起正式施打新冠肺炎疫苗，逐步開放醫事人員、醫療院所非醫事人員、集中檢疫所人員、中央及地方防疫人員、高接觸風險工作者、軍人、65歲年長者、孕婦等各類人員接種疫苗。後續隨著我國採購之疫苗及國際捐贈之疫苗陸續到貨，「COVID-19公費疫苗預約平台」

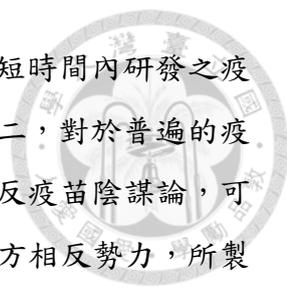
於同年 7 月 8 日開放全國正式啟用，及於同年 12 月 2 日起提供完整接種兩劑新冠肺炎疫苗之民眾，施打疫苗追加劑(衛生福利部，2022)。

依據衛生福利部疾病管制署截至 2022 年 2 月 8 日新冠肺炎疫苗接種人口涵蓋率統計，第一劑為 81.96%、第 2 劑為 75.07%、追加劑接種率為 24.96% (衛生福利部疾病管制署，2022)。儘管臺灣政府為提高疫苗接種涵蓋率提供疫苗接種津貼，新冠肺炎疫苗接種率約有 7 至 8 成，臺灣社會可能潛藏疫苗猶豫族群，應深度探索及認真看待。

疫苗猶豫為儘管有接種疫苗服務，仍延遲接受或拒絕接種疫苗，疫苗猶豫原因眾多及複雜，隨著時間、地點、疫苗的不同而有所差異(MacDonald & the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, 2015)。國際衛生組織於 2019 年將疫苗猶豫列為 10 大威脅到全球公共衛生之議題，並成立疫苗諮詢小組研究疫苗猶豫之原因，該小組報告指出疫苗猶豫之原因主要為對現狀自信不會染病、不便於獲得疫苗、對疫苗安全品質感到疑慮及對於疫苗效果缺乏信心 (World Health Organization[WHO], 2019)。

為了解新冠肺炎疫苗民眾決策態度，國立臺灣大學公共衛生學院、健康行為與社區科學研究所及國家衛生研究院於 2021 年 6 月 1 日至 2021 年 10 月 31 日執行調查，於 2021 年 10 月完成「臺灣新冠疫苗民眾決策態度之快速質性研究調查報告」，探討臺灣民眾於接種新冠疫苗之整體疫苗猶豫及脈絡。該篇研究為快速質性研究，訪談 67 位不同年齡、性別、教育程度、居住區域的民眾(含個別訪談 49 人，焦點團體 18 人)，其研究結果得出民眾對於整體疫苗猶豫與脈絡共 5 點，(一)相較於其他疫苗，對新冠疫苗的開發、接種情形及政策規劃有較多的不確定性，且當前政府溝通不足以回應疑慮。(二)政府雖提供不同品牌及數量之新冠疫苗，由於前述的不確定性及政府溝通不足，又加上媒體渲染議題，導致對特定品牌之新冠疫苗信任。(三)對於新冠疫苗安全性及有效性缺乏信任，並相信採取保守作法如生活上戴口罩、勤洗手、保持適當距離等防護措施，可杜絕感染可能。(四)政府信任度感影響新冠疫苗接種意願。(五)施打新冠疫苗第一劑後身體的連帶反應，無法得到足夠的解釋，或對政府觀感轉變，使得重新考慮是否接種第二劑新冠疫苗。(官晨怡、邱弘毅、張書森，2022)。

葉明叡、歐晁瑋(2022)的研究同樣提及對於疫苗猶豫之情形，可細分



為3種，其一，對於新冠疫苗感到猶豫，因新冠疫苗為短時間內研發之疫苗，可能造成民眾對於新冠疫苗健康風險感知較高。其二，對於普遍的疫苗科技皆感到懷疑或不信任，甚至對醫學亦是。其三，反疫苗陰謀論，可能為政治意識形態，相信疫苗接種是政治上與自己支持方相反勢力，所製造出來；亦可能為疫苗懷疑論，懷疑疫苗並衍生出疫苗相關之假資訊、降低對醫療體系信任度。(葉明叡、歐晁瑋，2022)

鑒於前揭研究報告，顯示社會上或多或少有一部人對於新冠疫苗感到猶豫。疫苗接種政策的難題，除供應是否穩定，亦有如何促使遲遲不願接種疫苗者有意願接種疫苗。然而，有關於臺灣疫苗猶豫議題研究大規模代表性樣本的研究較少，多是專家學者看法建議及媒體報導，再加上多數臺灣人民考量整體疫情及輿論不願表達接種新冠肺炎疫苗之疑慮，使得新冠疫苗接種猶豫情形較無相關研究，因此，考量先前研究報告指出對於新冠疫苗安全性及有效性不信任、政府不信任、疫苗接種的看法以及疫苗相關之假資訊，可能為疫苗猶豫之因素，所以本研究希望藉由有無施打新冠疫苗及有無意願免費施打新冠疫苗之結果，看新冠疫苗猶豫之情形，除了考量社會經濟地位不同、另外以網路搜尋接種疫苗相關資訊頻率不同及健康識能不同代表是否能分辨疫苗相關之假資訊、對於政府的信任度不同、對於疫苗的態度認為壞處大於好處的不同代表新冠疫苗安全性及有效性不信任、有無施打流感疫苗代表以過往的經驗對待疫苗接種的看法，探討臺灣新冠疫苗猶豫情形。

因此，本研究旨在探討「新冠疫苗猶豫」與「社會經濟地位」、「網路搜尋接種疫苗相關資訊頻率」、「對於政府的信任度」、「對於疫苗的態度」、「有無施打流感疫苗」、「健康識能」之相關性，研究架構如圖 1-1。

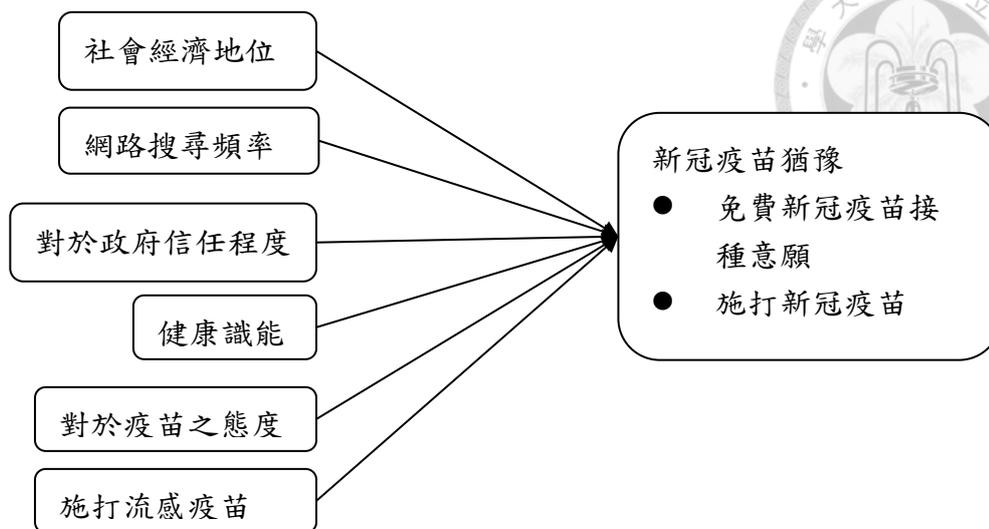


圖 1-1 研究架構

第三節 文獻探討

新冠肺炎為感染新型冠狀病毒引發的傳染病，於 2020 年疫情流行造成全球性的影響，促使採取政策來防止疫情蔓延，大多數國家策略包括戴口罩、勤洗手、保持社交距離、旅遊限制、隔離及疫苗施打。

關於疫苗接種的決策是複雜的，涉及情感、文化、社會、精神和政治因素及認知因素 (Dubé et al., 2013)。以下針對有無施打流感疫苗、對於疫苗的態度、政府信任度、網路搜尋頻率、健康識能及性別、年齡、教育程度及所得收入進行與新冠疫苗施打意願之相關性進行探討。

一、有無施打流感疫苗

Silva 等人(2021)的研究蒐集了 237 份問卷，問卷結果顯示在新冠病毒疫情流行期間，流感疫苗接種人數較往年增加 23% (Silva et al.,2021)。

Parker 等人(2022)的研究分析 1366 份問卷，其研究指出有施打流感疫苗比未施打流感疫苗有多 24.7%的意願施打新冠疫苗。(Parker et al. 2022)。

二、對於疫苗之態度

面對新冠肺炎傳染病之新穎疾病，大部分美國人對於疫苗的安全性及有效性感到疑慮，表示不願意接種新冠疫苗 (Chou & Budenz, 2020)。李政



益等人(2021)提及接種新冠疫苗後血栓之不良反應為近百萬分之1，感染新冠肺而死亡的機率為百萬分之23至近800，故若未打疫苗而染疫死亡的風險要來得大更多，但接種後血栓之不良反應已大幅影響民眾對疫苗安全性的信心，並增添疫苗猶豫。(李政益、郭宏偉、許建邦，2021)

The COCONEL group (2020)研究於2020年5月法國調查約25%的人(1000名成年人代表性樣本)表示出於安全考慮擔憂緊急情況下開發之新冠疫苗，會拒絕施打(The COCONEL group., 2020)。

El-Elimat 等人(2021)研究使用橫斷面調查，分析3100份問卷，研究指出隨著新冠疫苗的供應，關於民眾對於新冠疫苗的態度認為疫苗是安全的，其接受度新冠疫苗意願較高。(El-Elimat et al, 2021)。

三、政府信任度

Simione 等人(2023)的研究提及對於政府、疫苗製造商、醫療保健系統和科學研究等信任度與新冠疫苗接種意願具有顯著相關性，其中，政府信任度在決定是否接受防疫措施方面發揮著根本作用(Simione et al., 2023)。

Trent 等人(2022)研究在2020年於澳洲、英國、美國進行線上問卷橫斷面研究，研究顯示在澳洲，民眾對政府信任度高，新冠疫苗接種意願高，而美國人民對政府信任度高，新冠疫苗接種意願低。在不同的國家存在著文化差異及政府溝通，皆會影響接受新冠疫苗之意願(Trent et al., 2022)。

四、網路搜尋頻率

使用社群媒體或政府衛生部門之網站搜尋有關新冠肺炎疫情相關資訊與新冠疫苗接受度有顯著上正相關(Bendau et al, 2021)。

五、健康識能

2021在臺灣對387位校長進行網路問卷調查，研究發現男性校長較女性校長新冠疫苗猶豫程度低、主觀幸福感較高新冠疫苗猶豫程度較低、對於COVID-19健康識能較高新冠疫苗猶豫程度較低。得知較高健康識能新



冠疫苗猶豫程度較低具有相關性，因此為了提高疫苗接種意願，建議提高個人健康識能以利評估資訊正確性，進而以利增加新冠疫苗接種意願 (Duong et al., 2021)。

六、性別、年齡、教育程度及所得收入

2020年6月進行全球性線上問卷調查研究，收案總計19個國家，13,426位人，研究發現個人完全同意及同意施打新冠疫苗約佔70.8%，在不同的國家有不同的施打新冠疫苗意願，如中國為最多意願者(88.62%)，而俄羅斯為最少意願者(54.85)，另發現年齡越大有意願施打新冠疫苗越高、男性較女性無意願施打新冠疫苗、收入越高施打意願也較高、教育程度越高疫苗接種意願也較高(Lazarus et al., 2021)。

在日本2021年2月8日至26日進行全國性橫斷面網路調查新冠疫苗猶豫情形研究，分析23,142份問卷，對於疫苗猶豫不決的比例為11.3%(95%CI為10.9%~11.7%)。超過70%受訪者最常提到未接種疫苗的原因是擔心疫苗不良反應，與疫苗猶豫相關的因素為女性、獨居、低社會經濟地位、教育程度低、對於政府不信任、具有嚴重精神障礙疾病 (Okubo et al., 2021)。

在英國2020年9月24日至10月27日進行非概率橫斷面網路調查研究，分析5,114份問卷，與疫苗猶豫相關的因素有年輕者、女性、低收入及種族有關(Freeman et al., 2020)。

在馬來西亞2021年3月30日至4月15日進行橫斷面網路調查，分析1,024份問卷，對於新冠疫苗猶豫情形相關有失業者、學生、男性、單身、教育水平低及穆斯林宗教信仰 (Jafar et al., 2022)。

在巴西馬拉尼昂州2020年10月19日至30日，橫斷面調查4,630人，有17.5%(95%CI為16.1%~19.1%)表示對COVID-19疫苗猶豫不決，與疫苗猶豫相關因素有女性、老年人、基督教福音派，其他社會經濟較無統計

差異(Oliveira et al., 2021)。

由上述文獻總結，有關性別、年齡、教育程度及所得收入，新冠疫苗施打意願猶豫因子可能為低社會經濟地位、教育程度低。



第二章 研究方法



第一節 研究設計

本研究採用中央研究院社會學研究所 2021 年 8 月臺灣社會變遷基本調查計畫第八期二次調查計畫執行報告(科技部計畫編號：MOST 109-2740-H-001-001-SS3)問卷 II 健康與醫療照顧之問卷，問卷內容涉及本實習計畫相關之題型如以下：

一、政府信任度(問卷題號 G9b)

1. 請問您認為台灣因應全球傳染病（COVID-19／武漢肺炎／新冠肺炎）大流行的作法，會增加或降低您對以下事項的信心？之 b.政府，選項為增加很多(01)、增加一點(02)、沒有增加也沒有減少(03)、減少一點(04)、減少很多(05)。
2. 本篇研究將變項重新編寫成二變項分為減少一點(04)及減少很多(05)為 1、增加很多(01)、增加一點(02)及沒有增加(03)也沒有減少為 0，並以變項 0 疫情流行期間政府作法對增加政府信任度當作參考值。

二、健康識能(問卷題號 F1、F2a、F2b、F2c)

1. 當您到診所或醫院看病時，請問您有多少自信可以自己填寫醫療相關表格（例如：個人基本資料、個人疾病史、同意書）？
選項為非常有自信(01)、有自信(02)、有一點自信(03)、沒自信(04)、非常沒有自信(05)。
2. 在沒有他人幫忙的情況下，請問您常不常遇到下列的情況？之 a.
因為聽不懂醫護人員的說明，而無法清楚知道自己的健康狀況？
選項為從不(01)、很少(02)、有時(03)、經常(04)、總是(05)
3. 在沒有他人幫忙的情況下，請問您常不常遇到下列的情況？之 b.



因為不知道如何向醫護人員問問題，而無法清楚知道自已的健康狀況？

選項為從不(01)、很少(02)、有時(03)、經常(04)、總是(05)

4. 在沒有他人幫忙的情況下，請問您常不常遇到下列的情況？之 c. 因為看不懂藥袋或自我照顧說明書，而無法知道如何照顧自己的健康？

選項為從不(01)、很少(02)、有時(03)、經常(04)、總是(05)

5. 本篇研究將變項重新編寫成分數，選項 01 的為 5 分、選項 02 為 4 分、選項 03 為 3 分、選項 04 為 2 分、選項 01 為 1 分，並將分數加總，個人分數越高代表越有健康識能。

三、對於疫苗之態度(問卷題號 G6a)

1. 請問您同不同意下列有關接種疫苗的敘述？之 a. 整體而言，接種疫苗壞處多於好處，選項為非常同意(01)、同意(02)、無所謂同不同意(03)、不同意(04)、非常不同意(05)
2. 本篇研究將變項重新編寫成二變項分為非常同意(01)及同意(02)為 1、無所謂同不同意(03)、不同意(04)及非常不同意(05)為 0，並以變項 0 不同意疫苗壞處多於好處當作參考值。

四、網路使用行為(問卷題號 F4c)

1. 在過去的 12 個月，請問您多常使用網際網路蒐尋下列主題的資訊？之 c. 疫苗接種，選項為從不(01)、很少(02)、有時(03)、經常(04)、總是(05)
2. 本篇研究將變項重新編寫成三變項分為總是(05)及經常(04)為 1、很少(02)及從不(01)為 2，有時(03)為 0，並以變項 0 網路搜尋疫苗接種頻率有時當作參考值。

五、施打流感疫苗(問卷題號 J30)



1. 過去一年，請問您有沒有接種過流感疫苗(自費或公費都算)? 選項為有(01)、沒有(02)、拒答(98)
2. 本研究將回答拒答(98)為遺漏值進行刪除，變項重新編寫成二變項分為有(01)為 0，沒有(02)為 1，並把 0 有施打流感疫苗當成參考值。

六、施打新冠疫苗(問卷題號 J32)

1. 請問您有沒有去施打新冠肺炎疫苗選項為有(01)、沒有(02)
2. 本研究將變項重新編寫成二變項分為有(01)為 0，沒有(02)為 1，並把 0 有施打新冠疫苗當成參考值

七、施打免費新冠疫苗意願(問卷編號 J33)

1. 如果台灣政府提供免費施打新冠肺炎疫苗，請問您願不願意施打? 選項為(01)非常願意、(02)願意、(03)不願意、(04)非常不願意、(05)不一定
2. 本研究將變項重新編寫成二變項分為非常願意(01)、(02)願意為 0，不願意(03)、非常不願意(04)及不一定(05)為 1，並把 0 有意願當成參考值

第二節 研究對象

以常住於臺灣地區(不包含金門縣、連江縣)，年齡在 18 歲(含)以上之一般民眾(民國 91 年 12 月 31 日前以前出生)的常住人口資料作為研究母體。樣本選取為抽樣分層，依據人口結構變項與人文區域的經濟變項，包含「農林漁牧業從業人口百分比」、「工業從業人口百分比」、「職業等級專業及主管人員人口百分比」、「十五至六十四歲人口百分比」、「六十五歲以上人口百分比」、「大學以上教育人口百分比」、「人口密度」及「5 年人口成長數」八個變項，將臺灣地區 358 個鄉鎮市區分為七個層別，在考量地理因素後，

將七個層別調整合併為 19 個分層，稱為地理分層。在採用分層多階段 PPS 抽樣法，以內政部戶政司門牌地址為抽樣依據，採地址抽樣，抽樣方式採四階段抽樣：第一階段的單位為鄉鎮市區，其次抽出村里，第三階段的單位為地址，最後依戶中選樣表抽出人。花東地區採三階段抽樣：第一階段的單位為村里，第二階段單位為地址，最後依戶中選樣表抽出人。

本研究調查時間為 2021 年 9 月 1 日至 2022 年 4 月 17 日，共 1604 份問卷，經檢視將任一題項為遺漏者刪除後，有 1292 份有效問卷，該期間台灣疫情警戒為 2 級警戒。2022 年 1 月 9 日國內首起 Omicron 變異株本土病例後，確診人數逐漸攀升，2022 年 3 月確診數為 2,308 位及 2022 年 4 月確診數 37,060 位。

為避免疫情攀升情形影響問卷填答，刪除 2022 年 3 月問卷數 92 份及 2022 年 4 月問卷數 27 份，本研究以調查時間為 2021 年 9 月 1 日至 2022 年 2 月 28 日，總計 1,173 份問卷進行分析，疫情的狀況及蒐集資料情形，趨勢圖如圖 2-1。

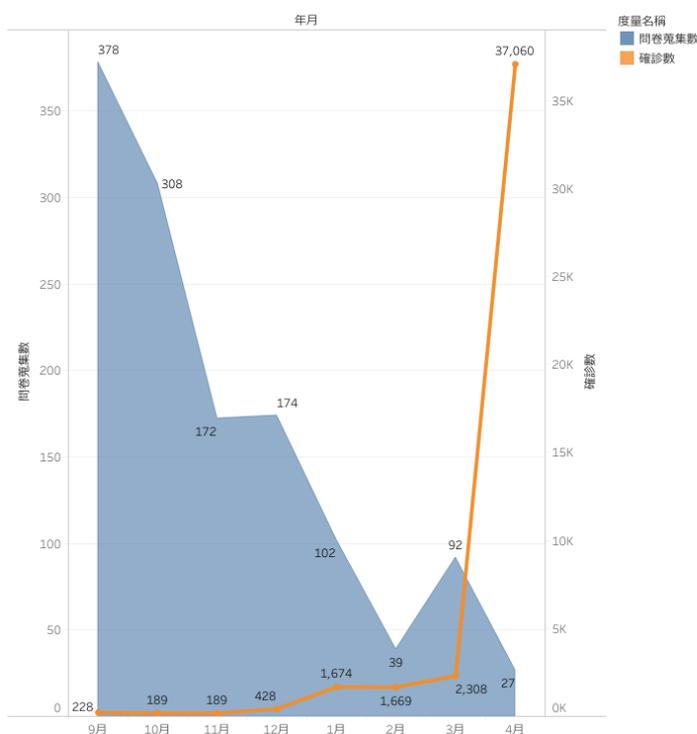


圖 2-1 問卷蒐集期間疫情狀況

第三章 研究結果與討論



第一節 統計分析

將本研究所取得之資料採用 SPSS 軟體(SPSS 24 版)進行統計分析，本研究採用的統計分析方法說明如下：

- 一、描述性統計分析：運用平均數、標準差及百分比統計等方式進行描述性統計(Descriptive Statistics)分析，以瞭解依變項(施打新冠疫苗、施打免費新冠疫苗意願)、自變項(性別、年齡、教育程度、平均所得稅(稅前)、施打流感疫苗、政府信任度、網路搜尋疫苗接種頻率、對於疫苗的態度及健康識能)分布情形。
- 二、卡方分析：使用卡方分析以依變項及自變項之相關性分析。
- 三、羅吉斯迴歸分析：使用羅吉斯迴歸分析依變項及自變項之間之關係。

第二節 研究結果

一、描述性統計分析

(一) 依變項

如表 3-1 所示，本研究依變項為「施打新冠疫苗狀況」及「施打免費新冠疫苗意願」。

1. 施打新冠疫苗

在施打新冠疫苗狀況，有施打新冠疫苗 838 人(71.4%)、無施打新冠疫苗為 335 人(28.6%)。

2. 施打免費新冠疫苗意願

在施打免費新冠疫苗意願狀況，有意願施打免費新冠疫苗 1046 人(89.2%)、無意願施打免費新冠疫苗 127 人(10.8%)

表 3-1.依變項(施打新冠疫苗、施打免費新冠疫苗意願) (N=1173)

		N	%
依變項			
施打新冠疫苗	無	335	28.6
	有	838	71.4
施打免費新冠疫苗意願	無	127	10.8
	有	1046	89.2

(二) 自變項

如表 3-2 所示，分別為「性別」、「年齡」、「教育程度」、「平均月所得(稅前)」、「施打流感疫苗」、「政府信任度」、「網路搜尋疫苗接種頻率」、「對於疫苗的態度」、「健康識能」。

1. 性別

在性別方面，女性為 606 人(51.7%)，男性為 567 人(48.3%)，女性略多於男性。

2. 年齡

在年齡方面，研究對象年齡平均數為 47.4 歲，標準差為 14.7 歲，最大值為 83 歲，最小值為 20 歲。20 至 34 歲為 270 人(23%)、35 至 49 歲為 378 人(32.2%)、50 至 64 歲為 356 人(30.3%)、65 歲以上為 169 人(14.4%)。

3. 教育程度

在教育程度方面，國中以下 184 人(15.7%)、高中及專科為 495 人(42.2%)、大學為 383 人(32.7%)、研究所以上為 111 人(9.5%)。

4. 平均月所得(稅前)

在平均月所得(稅前)方面，3 萬元以下為 530 人(45.2%)、3 至 5 萬元以下為 352 人(30%)、5 至 10 萬元以下為 237 人(20.2%)、10 萬元以上為 54 人(4.6%)。

5. 施打流感疫苗



在施打流感疫苗狀況，有施打流感疫苗為 317 人(27%)、無施打
流感疫苗為 856 人(73%)。

6. 政府信任度(因應疫情會增加或降低)

在政府信任度(因應疫情會增加或降低)方面，增加很多為 290 人
(24.7%)、增加一點為 501 人(42.37%)、無增加減少為 11 人(0.9%)、
減少一點為 218 人(18.6%)、減少很多為 153 人(13%)。

7. 網路搜尋疫苗接種頻率

在網路搜尋疫苗接種頻率方面，從不為 233 人(19.9%)、很少為
212 人(18.1%)、有時為 397 人(33.8%)、經常為 279 人(23.8%)、
總是為 52 人(4.4%)。

8. 對於疫苗的態度(疫苗壞處大於好處)

在對疫苗的態度(疫苗壞處大於好處)方面，非常同意為 44 人
(3.8%)、同意為 174 人(14.8%)、無同意不同意為 3 人(0.3%)、不
同意為 767 (65.4%)、非常不同意為 185 人(15.8%)。

9. 健康識能(有多少自信可以自己填寫醫療相關表格)

在健康識能(有多少自信可以自己填寫醫療相關表格)方面，非常
有自信為 585 人(49.9%)、有自信為 462 人(39.4%)、有一點自信
為 102 人(8.7%)、沒自信為 15 人(1.3%)、非常沒自信為 9 人
(0.8%)。

10. 健康識能(因聽不懂醫護人員的說明，而無法清楚知道自己的狀
況)

在健康識能(因聽不懂醫護人員的說明，而無法清楚知道自己的狀
況)方面，從不為 602 人(51.3%)、很少為 402 人(34.3%)、有時為
151 人(12.8%)、經常為 14 人(1.2%)、總是為 4 人(0.3%)。



11. 健康識能(因不知道如何向醫護人員問問題,而無法清楚知道自
己的健康狀況)

在健康識能(因不知道如何向醫護人員問問題,而無法清楚知道自
己的健康狀況),從不為 604 人(51.5%)、很少為 401 人(34.2%)、
有時為 150 人(12.8%)、經常為 16 人(1.4%)、總是為 2 人(0.2%)。

12. 健康識能(因為看不懂藥袋或自我照顧說明書,而無法知道如何
照顧自己)

在健康識能(因為看不懂藥袋或自我照顧說明書,而無法知道如
何照顧自己),從不為 757 人(64.5%)、很少為 340 人(29%)、有時
為 62 人(5.3%)、經常為 11 人(0.9%)、總是為 3 人(0.3%)。

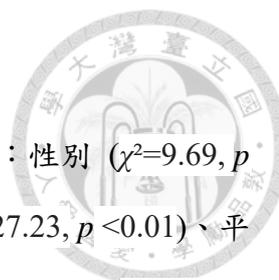
表 3-2.、自變項之描述性統計資料(N=1173)

		N	%	平均值	標準差
性別	男	567	48.3		
	女	606	51.7		
年齡(歲)				47.4	14.7
	20~34	270	23		.
	35~49	378	32.2		
	50~64	356	30.3		
	65 以上	169	14.4		
教育程度	國中以下	184	15.7		
	高中及專科	495	42.2		
	大學	383	32.7		
	研究所以上	111	9.5		
平均每月所得(稅前)	3 萬元以下	530	45.2		
	3-5 萬元以下	352	30		
	5-10 萬元以下	237	20.2		
	10 萬元以上	54	4.6		
施打流感疫苗	有	317	27.0		
	無	856	73.0		
政府信任度 (因應疫情會增加或 降低)	增加很多	290	24.7		
	增加一點	501	42.7		
	無增加減少	11	0.9		

		N	%	平均值	標準差
	減少一點	218	18.6		
	減少很多	153	13.0		
網路搜尋疫苗接種 頻率	從不	233	19.9		
	很少	212	18.1		
	有時	397	33.8		
	經常	279	23.8		
	總是	52	4.4		
對於疫苗的態度 (疫苗壞處大於好處)	非常同意	44	3.8		
	同意	174	14.8		
	無同意不同意	3	0.3		
	不同意	767	65.4		
	非常不同意	185	15.8		
健康識能 (有多少自信可以自 己填寫醫療相關表 格)	非常有自信	585	49.9		
	有自信	462	39.4		
	有一點自信	102	8.7		
	沒自信	15	1.3		
	非常沒自信	9	0.8		
健康識能 (因聽不懂醫護人員 的說明，而無法清楚 知道自己的狀況)	從不	602	51.3		
	很少	402	34.3		
	有時	151	12.9		
	經常	14	1.2		
	總是	4	0.3		
健康識能 (因不知道如何向醫 護人員問問題，而無 法清楚知道自己的 健康狀況)	從不	604	51.5		
	很少	401	34.2		
	有時	150	12.8		
	經常	16	1.4		
	總是	2	0.2		
健康識能 (因為看不懂藥袋或 自我照顧說明書，而 無法知道如何照顧 自己)	從不	757	64.5		
	很少	340	29.0		
	有時	62	5.3		
	經常	11	0.9		
	總是	3	0.3		

二、依變項、自變項之卡方分析

(一) 依變項(施打新冠疫苗)與自變項之相關分析，如表 3-3 所示，



說明如下：

與依變項施打新冠疫苗呈現顯著相關的有：性別 ($\chi^2=9.69, p < 0.01$)、年齡 ($\chi^2=27, p < 0.01$)、教育程度 ($\chi^2=27.23, p < 0.01$)、平均每月所得(稅前) ($\chi^2=24.58, p < 0.01$)、施打流感疫苗 ($\chi^2=90.9, p < 0.01$)、政府信任度 ($\chi^2=14.5, p < 0.01$)、網路搜尋疫苗接種頻率 ($\chi^2=28.07, p < 0.01$)、對於疫苗的態度(疫苗壞處大於好處) ($\chi^2=60.18, p < 0.01$)。

與依變項施打新冠疫苗無呈現相關性者有：健康識能(有多少自信可以自己填寫醫療相關表格) ($\chi^2=10.5, p = 0.032$)、健康識能(因聽不懂醫護人員的說明，而無法清楚知道自己的狀況) ($\chi^2=4.85, p = 0.303$)、健康識能(因不知道如何向醫護人員問問題，而無法清楚知道自己的健康狀況) ($\chi^2=6.57, p = 0.16$)、對於健康識能(因為看不懂藥袋或自我照顧說明書，而無法知道如何照顧自己) ($\chi^2=8, p = 0.091$)。

表 3-3.依變項(施打新冠疫苗)與自變項卡方分析(N=1173)

	施打新冠疫苗			卡方檢定	P 值
	有(%)	無(%)	總計(%)		
性別				9.69	.002
男	381(45.5)	186(55.5)	567(48.3)		
女	457(54.5)	149(44.5)	606(51.7)		
年齡(歲)				27.00	.000
20~34	173(20.6)	97(29.0)	270(23.0)		
35~49	256(30.5)	122(36.4)	378(32.2)		
50~64	265(31.6)	91(27.2)	356(30.3)		
65 以上	144(17.2)	25(7.5)	169(14.4)		
教育程度				27.23	.000
國中以下	119(14.2)	65(19.4)	184(15.7)		
高中及專科	332(39.6)	163(48.7)	495(42.2)		
大學	289(34.5)	94(28.1)	383(32.7)		
研究所以上	98(11.7)	13(3.9)	111(9.5)		

施打新冠疫苗			卡方檢定	P 值
有(%)	無(%)	總計(%)		
平均每月所得(稅前)			24.58	.000
3 萬元以下	352(42.0)	178(53.1)	530(45.2)	
3-5 萬元以下	246(29.4)	106(31.6)	352(30.0)	
5-10 萬元以下	194(23.2)	43(12.8)	237(20.2)	
10 萬元以上	46(5.5)	8(2.4)	54(4.6)	
施打流感疫苗			90.9	.000
有	292(34.8)	25(7.5)	317(27.0)	
無	546(65.2)	310(92.5)	856(73.0)	
政府信任度 (因應疫情會增加或降低)			14.5	.006
增加很多	221(26.4)	69(20.6)	290(24.1)	
增加一點	370(44.2)	131(39.1)	501(42.7)	
無增加減少	6(0.7)	5(1.5)	11(0.9)	
減少一點	138(16.5)	80(23.9)	218(18.6)	
減少很多	103(12.3)	50(14.9)	153(13.0)	
網路搜尋疫苗接種頻率			28.07	.000
從不	138(16.5)	95(28.4)	233(19.9)	
很少	143(17.1)	69(20.6)	212(18.1)	
有時	302(36.0)	95(28.4)	397(33.8)	
經常	216(25.8)	63(18.8)	279(23.8)	
總是	49(4.7)	13(3.8)	52(4.4)	
對於疫苗的態度 (疫苗壞處大於好處)			60.18	.000
非常同意	28(3.3)	16(4.8)	44(3.8)	
同意	89(10.6)	85(25.4)	174(14.8)	
無同意不同意	3(0.4)	0(0)	3(0.3)	
不同意	557(66.5)	210(62.7)	767(65.4)	
非常不同意	161(19.2)	24(7.2)	185(15.8)	
健康識能 (有多少自信可以自己填寫醫療相關表格)			10.5	.032
非常有自信	432(51.6)	153(45.7)	585(49.9)	
有自信	325(38.8)	137(40.9)	462(39.4)	
有一點自信	61(7.3)	41(12.2)	102(8.7)	
沒自信	12(1.4)	3(0.9)	15(1.3)	
非常沒自信	8(1.0)	1(0.3)	9(0.7)	
健康識能			4.85	.303

	施打新冠疫苗		總計(%)	卡方檢定	P 值
	有(%)	無(%)			
(因聽不懂醫護人員的說明，而無法清楚知道自己的狀況)					
從不	438(52.3)	164(49.0)	602(51.3)		
很少	286(34.1)	116(34.6)	402(34.3)		
有時	105(12.5)	46(13.7)	151(12.9)		
經常	7(0.8)	7(2.1)	14(1.2)		
總是	2(0.2)	2(0.6)	4(0.3)		
健康識能					
(因不知道如何向醫護人員問問題，而無法清楚知道自己的健康狀況)				6.57	.16
從不	440(52.5)	164(49.0)	604(51.5)		
很少	277(33.1)	124(37.0)	401(34.2)		
有時	111(13.2)	39(11.6)	150(12.8)		
經常	8(1.0)	8(2.4)	16(1.4)		
總是	2(0.2)	0(0)	2(0.2)		
健康識能					
(因為看不懂藥袋或自我照顧說明書，而無法知道如何照顧自己)				8.00	.091
從不	558(66.6)	199(59.4)	757(64.5)		
很少	233(27.8)	107(31.9)	340(29.0)		
有時	39(4.7)	23(6.9)	62(5.3)		
經常	7(0.8)	4(1.2)	11(0.9)		
總是	1(0.1)	2(0.6)	3(0.2)		

(二) 依變項(施打免費新冠疫苗意願)與自變項之相關分析，如表 3-4

所示，說明如下：

與依變項(施打免費新冠疫苗意願)呈現顯著相關的有：施打
 流感疫苗 ($\chi^2=22.31, p < 0.01$)、政府信任度 ($\chi^2=24.15, p < 0.01$)、
 網路搜尋疫苗接種頻率 ($\chi^2=52.82, p < 0.01$)、對於疫苗的態度(疫
 苗壞處大於好處) ($\chi^2=41.76, p < 0.01$)。

與依變項(施打免費新冠疫苗意願)無呈現顯著相關的有：性
 別 ($\chi^2=5.62, p = 0.18$)、年齡 ($\chi^2=3.06, p = 0.383$)、教育程度
 ($\chi^2=4.83, p = 0.185$)、平均每月所得(稅前) ($\chi^2=5.95, p = 0.114$)、健

康識能(有多少自信可以自己填寫醫療相關表格) ($\chi^2=3.59, p=0.465$)、健康識能(因聽不懂醫護人員的說明，而無法清楚知道自己的狀況) ($\chi^2=1.25, p=0.87$)、健康識能(因不知道如何向醫護人員問問題，而無法清楚知道自己的健康狀況) ($\chi^2=3.19, p=0.53$)、對於健康識能(因為看不懂藥袋或自我照顧說明書，而無法知道如何照顧自己) ($\chi^2=5.53, p=0.236$)。

表 3-4.依變項(施打免費新冠疫苗意願)與基本人口學變項卡方分析(N=1173)

	施打免費新冠疫苗意願			卡方檢定	P 值
	有(%)	無(%)	總計(%)		
性別				5.62	.018
男	493(47.1)	74(58.3)	567(48.3)		
女	553(52.9)	63(41.7)	606(51.7)		
年齡(歲)				3.06	.383
20~34	234(22.4)	36(28.3)	270(23.0)		
35~49	336(32.1)	42(33.1)	378(32.2)		
50~64	322(30.8)	34(26.8)	356(30.3)		
65 以上	154(14.7)	15(11.8)	169(14.4)		
教育程度				4.83	.185
國中以下	157(15.0)	27(21.3)	184(15.7)		
高中及專科	439(42.0)	62(44.1)	495(42.2)		
大學	349(33.4)	38(26.8)	383(32.7)		
研究所以上	101(9.6)	11(7.9)	111(9.5)		
平均每月所得(稅前)				5.95	.114
3 萬元以下	463(44.3)	67(52.8)	530(45.2)		
3-5 萬元以下	313(29.9)	39(30.7)	352(30.0)		
5-10 萬元以下	219(20.9)	18(14.2)	237(20.2)		
10 萬元以上	51(4.9)	3(2.4)	54(4.6)		
施打流感疫苗				22.31	.000
有	305(29.2)	12(9.4)	317(27.0)		
無	714(70.8)	115(90.6)	856(73.0)		
政府信任度 (因應疫情會增加或降低)				24.15	.000
增加很多	270(25.8)	20(15.7)	290(24.7)		
增加一點	458(43.8)	43(33.9)	501(42.7)		

施打免費新冠疫苗意願			卡方檢定	P 值	
	有(%)	無(%)			總計(%)
無增加減少	8(0.8)	3(2.4)	11(0.9)		
減少一點	186(17.8)	32(25.2)	218(18.6)		
減少很多	124(11.9)	29(22.8)	153(13.0)		
網路搜尋疫苗接種頻率			52.82	.000	
從不	181(17.3)	52(40.9)	233(19.9)		
很少	181(17.3)	31(24.4)	212(18.1)		
有時	370(35.4)	27(21.3)	397(33.8)		
經常	265(25.3)	14(11.0)	279(23.8)		
總是	49(4.7)	3(2.4)	52(4.4)		
對於疫苗的態度 (疫苗壞處大於好處)			41.76	.000	
非常同意	32(3.1)	12(9.4)	44(3.8)		
同意	139(13.3)	35(27.6)	174(14.8)		
無同意不同意	3(0.3)	0(0)	3(0.3)		
不同意	692(66.2)	75(59.1)	767(65.4)		
非常不同意	180(17.2)	5(3.9)	185(15.8)		
健康識能 (有多少自信可以自己填寫醫療相關表格)			3.59	.465	
非常有自信	529(50.6)	56(44.1)	585(49.9)		
有自信	407(38.9)	55(43.3)	462(39.4)		
有一點自信	88(8.4)	14(11.0)	102(8.7)		
沒自信	13(1.2)	2(1.6)	15(1.3)		
非常沒自信	9(0.9)	0(0.0)	9(0.8)		
健康識能 (因聽不懂醫護人員的說明，而無法清楚知道 自己的狀況)			1.25	.87	
從不	539(51.5)	63(49.6)	602(51.3)		
很少	358(34.2)	44(34.6)	402(34.3)		
有時	132(12.6)	19(15.0)	151(12.9)		
經常	13(1.2)	1(0.8)	14(1.2)		
總是	4(0.4)	0(0.0)	4(0.)		
健康識能 (因不知道如何向醫護人員問問題，而無法 清楚知道自己的健康狀況)			3.19	.53	
從不	542(51.8)	62(48.8)	604(51.5)		
很少	352(33.7)	49(38.6)	401(34.2)		



	施打免費新冠疫苗意願			卡方檢定	P 值
	有(%)	無(%)	總計(%)		
有時	134(12.8)	16(12.6)	150(12.8)		
經常	16(1.5)	0(0)	16(1.4)		
總是	2(0.2)	0(0)	2(0.2)		
健康識能					
(因為看不懂藥袋或自我照顧說明書，而無法知道如何照顧自己)				5.53	.236
從不	683(65.3)	74(58.3)	757(64.5)		
很少	297(28.4)	43(33.9)	340(29.0)		
有時	52(5.0)	10(7.9)	62(5.3)		
經常	11(1.1)	0(0)	11(0.9)		
總是	3(0.3)	0(0)	3(0.3)		

三、羅吉斯迴歸分析

(一) 使用羅吉斯迴歸分析依變項(施打新冠疫苗)與自變項之間之關係，如表 3-5 所示。

1. 性別

在性別方面，男性是女性 1.71 倍未施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p < 0.01$)，顯示男性較女性未施打新冠疫苗者較多。

2. 年齡

在年齡方面，20 歲至 34 歲是 65 歲以上 3.77 倍未施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p < 0.01$)，35 歲至 49 歲是 65 歲以上 3.17 倍未施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p < 0.01$)，50 歲至 64 歲是 65 歲以上 1.95 倍未施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p = 0.02$)，顯示年紀輕較年紀長未施打新冠疫苗者較多。

3. 教育程度

在教育程度方面，國中以下是研究所以上 4.61 倍未施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p < 0.01$)，高中及專科是研究所以上 3.36 倍未施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p < 0.01$)，另大學是研究所以上 1.94 倍



未施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p=0.05$)，顯示教育程度低較教育程度高未施打新冠疫苗者較多。

4. 平均月所得(稅前)

在平均月所得方面，3 萬元以下是 10 萬元以上 2.6 倍未施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p=0.03$)。另 3-5 萬元以下是 10 萬元以上 1.65 倍未施打新冠疫苗，呈現無顯著相關($p=0.26$)及 5-10 萬元以下是 10 萬元以上 1.11 倍未施打新冠疫苗，呈現無顯著相關($p=0.83$)。

5. 施打流感疫苗

在施打流感疫苗方面，無施打流感疫苗為有施打流感疫苗 5.32 倍未施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p<0.01$)，顯示無施打流感疫苗較有施打流感疫苗未施打新冠疫苗者較多。

6. 政府信任度

在政府信任度方面，政府信任度減少較增加及無增加減少 1.53 倍未施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p=0.01$)，顯示政府信任度減少較增加及無增加減少未施打新冠疫苗者較多。

7. 網路搜尋疫苗接種頻率

在網路搜尋疫苗接種頻率，網路搜尋疫苗接種頻率總是時常是網路搜尋疫苗接種頻率有時 1.11 倍未施打新冠疫苗，呈現無顯著相關($p=0.6$)，網路搜尋疫苗接種頻率很少從不是網路搜尋疫苗接種頻率有時 1.89 倍未施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p<0.01$)，顯示網路搜尋疫苗接種頻率很少從不較網路搜尋疫苗接種頻率有時未施打新冠疫苗者較多。

8. 對於疫苗的態度(疫苗壞處大於好處)

在對於疫苗的態度方面，同意疫苗壞處大於好處較不同意及無同不同意 2.25 倍未施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p < 0.01$)，顯示同意疫苗壞處大於好處較不同意及無同不同意未施打新冠疫苗者較多。

9. 健康識能

在健康識能方面，健康識能對未施打新冠疫苗無顯著影響($\beta = 0.22, p = 0.49$)。

表 3-5、未施打新冠疫苗迴歸模型

	B	Exp(B)	Exp(B)95%CI	P 值
常數	-6.08			
性別(ref.女)	0.54	1.71	(1.26;2.31)	0.00
年齡(歲)(ref 65 以上)				
20-34	1.33	3.77	(2.04;6.99)	0.00
35-49	1.15	3.17	(1.78;5.65)	0.00
50-64	0.67	1.95	(1.12;3.38)	0.02
教育程度(ref 研究所以 上)				
國中以下	1.53	4.61	(2.13;9.99)	0.00
高中及專科	1.21	3.36	(1.71;6.6)	0.00
大學	0.66	1.94	(0.99;3.8)	0.05
平均每月所得(稅前)(ref 10 萬元以上)				
3 萬元以下	0.95	2.6	(1.08;6.23)	0.03
3-5 萬元以下	0.5	1.65	(0.69;3.95)	0.26
5-10 萬元以下	0.1	1.11	(0.45;2.7)	0.83
施打流感疫苗(ref 有)	1.67	5.32	(3.36;8.42)	0.00
政府信任度(ref 增加及無增加減少)				
減少	0.43	1.53	(1.13;2.07)	0.01
網路搜尋疫苗接種頻率(ref 有時)				
總是時常	0.1	1.11	(0.76;1.61)	0.60
很少從不	0.64	1.89	(1.34;2.67)	0.00
對於疫苗的態度(ref 不同意及無同不同意)(疫苗壞處大於好處)				
同意	0.81	2.25	(1.59;3.18)	0.00
健康識能	0.22	1.02	(0.96;1.09)	0.49



(二) 使用羅吉斯迴歸分析依變項(無意願施打新冠疫苗)與自變項之間之關係，如表 3-6 所示

1. 性別

在性別方面，男性是女性 1.51 無意願施打新冠疫苗，呈現無顯著相關($p=0.52$)。

2. 年齡

在年齡方面，20 歲至 34 歲是 65 歲以上 1.66 倍無意願施打新冠疫苗，呈現無顯著相關($p=0.2$)，35 歲至 49 歲是 65 歲以上 1.4 倍無意願施打新冠疫苗，呈現無顯著相關($p=0.37$)，50 歲至 64 歲是 65 歲以上 1.01 倍無意願施打新冠疫苗，呈現無顯著相關($p=0.97$)。

3. 教育程度

在教育程度方面，國中以下是研究所以上 1.1 倍無意願施打新冠疫苗，呈現無顯著相關($p=0.84$)，高中及專科是研究所以上 0.83 倍無意願施打新冠疫苗，呈現無顯著相關($p=0.66$)，大學是研究所以上 0.74 倍無意願施打新冠疫苗，呈現無顯著相關($p=0.47$)。

4. 平均月所得(稅前)

在平均月所得方面，3 萬元以下是 10 萬元以上 2.74 倍無意願施打新冠疫苗，呈現無顯著相關($p=0.13$)，3-5 萬元以下是 10 萬元以上 2.01 倍無意願施打新冠疫苗，呈現無顯著相關($p=0.27$)及 5-10 萬元以下是 10 萬元以上 1.71 倍無意願施打新冠疫苗，呈現無顯著相關($p=0.43$)。

5. 施打流感疫苗



在施打流感疫苗方面，無施打流感疫苗為有施打流感疫苗 3.1 倍無意願施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p < 0.01$)，顯示無施打流感疫苗較有施打流感疫苗無意願施打新冠疫苗。

6. 政府信任度

在政府信任度方面，政府信任度減少較增加及無增加減少 2.35 倍無意願施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p < 0.01$)，顯示政府信任度減少較增加及無增加減少無意願施打新冠疫苗。

7. 網路搜尋疫苗接種頻率

在網路搜尋疫苗接種頻率，網路搜尋疫苗接種頻率總是時常是網路搜尋疫苗接種頻率有時 0.8 倍無意願施打新冠疫苗，呈現無顯著相關($p = 0.49$)，網路搜尋疫苗接種頻率很少從不是網路搜尋疫苗接種頻率有時 3.2 倍無意願施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p < 0.01$)，顯示網路搜尋疫苗接種頻率很少從不較網路搜尋疫苗接種頻率有時無意願施打新冠疫苗。

8. 對於疫苗的態度(疫苗壞處大於好處)

在對於疫苗的態度方面，同意疫苗壞處大於好處較不同意及無不同意 2.35 倍無意願施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p < 0.01$)，顯示同意疫苗壞處大於好處較不同意及無不同意無意願施打新冠疫苗。

9. 健康識能

在健康識能方面，健康識能對未施打新冠疫苗無顯著影響($\beta = 0.03, p = 0.52$)。

表 3-6、無意願施打新冠疫苗迴歸模型

	B	Exp(B)	Exp(B)95%CI	P 值
常數	-5.72			
性別(ref.女)	0.41	1.51	(0.99;2.29)	0.52

	B	Exp(B)	Exp(B)95%CI	P 值
年齡(歲)(ref 65 以上)				
20-34	0.51	1.66	(0.76;3.63)	0.2
35-49	0.33	1.4	(0.68;2.88)	0.37
50-64	0.13	1.01	(0.5;2.04)	0.97
教育程度(ref 研究所以 上)				
國中以下	0.99	1.1	(0.43;2.84)	0.84
高中及專科	-0.19	0.83	(0.37;1.88)	0.66
大學	-0.3	0.74	(0.33;1.67)	0.47
平均每月所得(稅前)(ref 10 萬元以上)				
3 萬元以下	1.01	2.74	(0.74;10.12)	0.13
3-5 萬元以下	0.74	2.01	(0.57;7.76)	0.27
5-10 萬元以下	0.54	1.71	(0.45;6.38)	0.43
施打流感疫苗(ref 有)				
	1.13	3.1	(1.62;5.93)	0.00
政府信任度(ref 增加及無增加減少)				
減少	0.85	2.35	(1.56;3.52)	0.00
網路搜尋疫苗接種頻率(ref 有時)				
總是時常	-0.23	0.8	(0.42;1.52)	0.49
很少從不	1.16	3.2	(1.95;5.26)	0.00
對於疫苗的態度(ref 不同意及無同不同意)(疫苗壞處大於好處)				
同意	0.85	2.35	(1.52;3.62)	0.00
健康識能				
	0.03	1.03	(0.95;1.12)	0.52

(三) 使用羅吉斯迴歸分析依變項(有意願施打而無施打新冠疫苗)與自變項之間之關係，如表 3-7 所示。

1. 性別

在性別方面，男性是女性 1.62 有意願施打而無施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p < 0.05$)。

2. 年齡

在年齡方面，20 歲至 34 歲是 65 歲以上 3.47 倍有意願施打而無施打新冠疫苗，35 歲至 49 歲是 65 歲以上 2.96 倍有意願施打而無施打新冠疫苗，50 歲至 64 歲是 65 歲以上 1.95 倍有意願施打



而無施打新冠疫苗，皆呈現顯著相關($p < 0.05$)，顯示年紀輕較年紀長有意願施打而無施打新冠疫苗者較多。

3. 教育程度

在教育程度方面，國中以下是研究所以上 6.09 倍有意願施打而無施打新冠疫苗，高中及專科是研究所以上 4.62 倍有意願施打而無施打新冠疫苗，大學是研究所以上 2.92 倍有意願施打而無施打新冠疫苗，皆呈現顯著相關($p < 0.05$)，顯示教育程度低較教育程度高有意願施打而無施打新冠疫苗者較多。

4. 平均月所得(稅前)

在平均月所得方面，3 萬元以下是 10 萬元以上 1.5 倍有意願施打而無施打新冠疫苗，3-5 萬元以下是 10 萬元以上 1.07 倍有意願施打而無施打新冠疫苗，5-10 萬元以下是 10 萬元以上 0.78 倍有意願施打而無施打新冠疫苗，皆呈現無顯著相關($p > 0.05$)。

5. 施打流感疫苗

在施打流感疫苗方面，無施打流感疫苗為有施打流感疫苗 4.64 倍有意願施打而無施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p < 0.05$)，顯示無施打流感疫苗較有施打流感疫苗有意願施打而無施打新冠疫苗者較多。

6. 政府信任度

在政府信任度方面，政府信任度減少較增加及無增加減少 1.71 倍有意願施打而無施打新冠疫苗，呈現無顯著相關($p > 0.05$)。

7. 網路搜尋疫苗接種頻率

在網路搜尋疫苗接種頻率，網路搜尋疫苗接種頻率總是時常是網路搜尋疫苗接種頻率有時 1.29 倍有意願施打而無施打新冠疫苗，網路搜尋疫苗接種頻率很少從不是網路搜尋疫苗接種頻率有時



1.04 倍有意願施打而無施打新冠疫苗，皆呈現無顯著相關($p > 0.05$)。

8. 對於疫苗的態度(疫苗壞處大於好處)

在對於疫苗的態度方面，同意疫苗壞處大於好處較不同意及無同不同意 1.52 倍有意願施打而無施打新冠疫苗，呈現無顯著相關($p > 0.05$)。

9. 健康識能

在健康識能方面，健康識能對有意願施打而無施打新冠疫苗無顯著影響($\beta = -0.01, p = 0.83$)。

表 3-7、有意願施打而無施打新冠疫苗迴歸模型

	B	Exp(B)	Exp(B)95%CI	P 值
常數	-5.63			
性別(ref.女)	0.48	1.62	(1.17;2.24)	0.00
年齡(歲)(ref 65 以上)				
20-34	1.24	3.47	(1.72;7.01)	0.00
35-49	1.09	2.96	(1.52;5.77)	0.00
50-64	0.67	1.95	(1.01;3.73)	0.05
教育程度(ref 研究所以 上)				
國中以下	1.81	6.09	(2.39;15.56)	0.00
高中及專科	1.53	4.62	(1.99;10.71)	0.00
大學	1.07	2.92	(1.27;5.76)	0.01
平均每月所得(稅前)(ref 10 萬元以上)				
3 萬元以下	0.41	1.5	(0.6;3.73)	0.38
3-5 萬元以下	0.07	1.07	(0.43;2.67)	0.88
5-10 萬元以下	-0.25	0.78	(0.31;1.99)	0.6
施打流感疫苗(ref 有)	1.53	4.64	(2.72;7.91)	0.00
政府信任度(ref 增加及無增加減少)				
減少	0.16	1.17	(0.85;1.61)	0.34
網路搜尋疫苗接種頻率(ref 有時)				
總是時常	0.25	1.29	(0.87;1.9)	0.21
很少從不	0.01	1.04	(0.7;1.48)	0.94
對於疫苗的態度(ref 不同意及無同不同意)(疫苗壞處大於好處)				

	B	Exp(B)	Exp(B)95%CI	P 值
同意	0.42	1.52	(1.05;2.19)	0.26
健康識能	-0.01	1.01	(0.94;1.07)	0.83

(四) 使用羅吉斯迴歸分析依變項(無意願施打且無施打新冠疫苗)與自變項之間之關係，如表 3-8 所示。

1. 性別

在性別方面，男性是女性 1.31 無意願施打且無施打新冠疫苗，呈現無顯著相關($p=0.26$)。

2. 年齡

在年齡方面，20 歲至 34 歲是 65 歲以上 1.94 倍無意願施打且無施打新冠疫苗，35 歲至 49 歲是 65 歲以上 1.76 倍無意願施打且無施打新冠疫苗，50 歲至 64 歲是 65 歲以上 1.371 倍無意願施打且無施打新冠疫苗，皆呈現無顯著相關($p>0.05$)。

3. 教育程度

在教育程度方面，國中以下是研究所以上 1.2 倍無意願施打且無施打新冠疫苗，高中及專科是研究所以上 1.02 倍無意願施打且無施打新冠疫苗，大學是研究所以上 0.73 倍無意願施打且無施打新冠疫苗，皆呈現無顯著相關($p>0.05$)。

4. 平均月所得(稅前)

在平均月所得方面，3 萬元以下是 10 萬元以上 6.47 倍無意願施打且無施打新冠疫苗，3-5 萬元以下是 10 萬元以上 4.4 倍無意願施打且無施打新冠疫苗，5-10 萬元以下是 10 萬元以上 2.88 倍無意願施打且無施打新冠疫苗，皆呈現無顯著相關($p>0.05$)。

5. 施打流感疫苗

在施打流感疫苗方面，無施打流感疫苗為有施打流感疫苗 3.67 倍無意願施打且無施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p<0.01$)，顯示



無施打流感疫苗較有施打流感疫苗無意願施打且無施打新冠疫苗。
苗。

6. 政府信任度

在政府信任度方面，政府信任度減少較增加及無增加減少 1.88 倍無意願施打且無施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p < 0.01$)，顯示政府信任度減少較增加及無增加減少無意願施打且無施打新冠疫苗。

7. 網路搜尋疫苗接種頻率

在網路搜尋疫苗接種頻率，網路搜尋疫苗接種頻率總是時常是網路搜尋疫苗接種頻率有時 0.53 倍無意願施打且無施打新冠疫苗，呈現無顯著相關($p = 0.14$)，網路搜尋疫苗接種頻率很少從不是網路搜尋疫苗接種頻率有時 3.74 倍無意願施打且無施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p < 0.01$)，顯示網路搜尋疫苗接種頻率很少從不較網路搜尋疫苗接種頻率有時無意願施打且無施打新冠疫苗。

8. 對於疫苗的態度(疫苗壞處大於好處)

在對於疫苗的態度方面，同意疫苗壞處大於好處較不同意及無同不同意 2.31 倍無意願施打且無施打新冠疫苗，呈現顯著相關($p < 0.01$)，顯示同意疫苗壞處大於好處較不同意及無同不同意無意願施打且無施打新冠疫苗。

9. 健康識能

在健康識能方面，健康識能對無意願施打且無施打新冠疫苗無顯著影響($\beta = 0.31, p = 0.51$)。

表 3-8、無意願施打且無施打新冠疫苗迴歸模型

	B	Exp(B)	Exp(B)95%CI	P 值
常數	-7.16			
性別(ref.女)	0.27	1.31	(0.82;2.08)	0.26

	B	Exp(B)	Exp(B)95%CI	P 值
年齡(歲)(ref 65 以上)				
20-34	0.66	1.94	(0.79;4.73)	0.15
35-49	0.56	1.76	(0.78;3.97)	0.18
50-64	0.32	1.37	(0.63;2.99)	0.43
教育程度(ref 研究所以 上)				
國中以下	0.18	1.2	(0.39;3.64)	0.75
高中及專科	0.02	1.02	(0.38;2.76)	0.97
大學	-0.32	0.73	(0.27;2)	0.54
平均每月所得(稅前)(ref 10 萬元以上)				
3 萬元以下	1.87	6.47	(0.8;52.26)	0.08
3-5 萬元以下	1.48	4.4	(0.54;35.72)	0.17
5-10 萬元以下	1.06	2.88	(0.35;23.84)	0.33
施打流感疫苗(ref 有)				
	1.30	3.67	(1.69;8)	0.00
政府信任度(ref 增加及無增加減少)				
減少	0.63	1.88	(1.19;2.98)	0.00
網路搜尋疫苗接種頻率(ref 有時)				
總是時常	-0.64	0.53	(0.22;1.24)	0.14
很少從不	1.32	3.74	(2.14;6.53)	0.00
對於疫苗的態度(ref 不同意及無同不同意)(疫苗壞處大於好處)				
同意	0.84	2.31	(1.44;3.72)	0.00
健康識能				
	0.31	1.03	(0.94;1.13)	0.51

(五) 有無意願施打免費新冠疫苗與有無施打新冠疫苗交叉分析表，如表 3-9 所示。

1. 有意願施打免費新冠疫苗及有施打新冠疫苗為 811 人，佔 69.1%。
2. 有意願施打免費新冠疫苗而無施打新冠疫苗為 235 人，佔 20.1%。
3. 無意願施打免費新冠疫苗而有施打新冠疫苗為 27 人，佔 2.3%。
4. 無意願施打免費新冠疫苗及無施打新冠疫苗為 100 人，佔 8.5%。



表 3-9、有無意願施打免費新冠疫苗與有無施打新冠疫苗交叉分析表

		施打新冠疫苗	
		有	無
意願 施打 免費 新冠 疫苗	有意願	811 人 (69.1%)	235 人 (20.1%)
	無意願	27 人 (2.3%)	100 人 (8.5%)

第三節 討論

本節依據研究結果提出本研究之研究討論，共分為施打流感疫苗、對於疫苗之態度、政府信任度、網路搜尋疫苗接種頻率、健康識能、性別、年齡、教育程度及所得收入。

一、施打流感疫苗

在 2021 年新冠肺炎疫情爆發時，Silva 等人(2021)曾研究指出在新冠病毒疫情流行期間，流感疫苗接種人數較往年增加 23% (Silva et al., 2021)。於 2022 年 Parker 等人(2022)的研究顯示，在美國新冠肺炎疫情爆發前(2019 年至 2020 年)流感疫苗接種情形，與新冠肺炎疫情爆發後(2022 年)新冠疫苗接種意願，在 1366 位受訪者中，發現有施打流感疫苗比未施打流感疫苗有多 24.7%的意願施打新冠疫苗 (Parker et al. 2022)。另於 2020 年 Ward 等人(2020)的研究顯示，相較於流感疫苗的安全性及有效性，研究對象對於新冠疫苗的安全性及有效性感到疑慮，會拒絕接種新冠疫苗 (Ward et al. 2020)。

在本研究中，疫苗猶豫(無施打新冠疫苗、不願施打免費新冠疫苗)，與無施打流感疫苗，呈現正相關($p < 0.01$)。此結果與 Parker 等人(2022)的研究相同，表示為施打流感疫苗者較有意願施打新冠疫苗。雖於疫苗



開始施打初期 Ward 等人(2020)研究指出相較於流感疫苗，對於新冠疫苗安全性及有效性感到疑慮，而拒絕施打新冠疫苗，而在疫苗施打一段時間後，Silva 等人(2021)提及新冠肺炎疫情爆發對於未接種過流感疫苗者，在新冠肺炎疫情接種新冠疫苗者，更有機會傾向接種流感疫苗的意願，增加對於整體疫苗接種傾向接受度。本研究合理推測新冠疫苗及流感疫苗兩者呈現相關，面對新冠肺炎疫情爆發時，有施打流感疫苗者較易傾向施打新冠疫苗，及面對新冠肺炎疫情爆發時，對於未接種過流感疫苗者，更有機會傾向接種流感疫苗的意願。

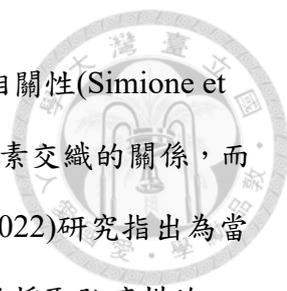
二、對於疫苗之態度

在 2020 年 Chou 跟 Budenz 研究指出，當對於疫苗的安全性及有效性感到疑慮，較不願意接種新冠疫苗(Chou & Budenz, 2020)。且 2020 年 The COCONEL group 研究表示民眾出於安全考慮擔憂緊急情況下開發之新冠疫苗，會拒絕施打(The COCONEL group., 2020)

本研究結果，在疫苗猶豫(無施打新冠疫苗、不願施打免費新冠疫苗)，與認同疫苗是壞處大於好處，呈現正相關($p < 0.01$)。本研究此結果與前述 Chou 及 Budenz (2020)及 The COCONEL group (2020)研究相符，表示接種疫苗安全性及有效性感到疑慮，可能帶有接種疫苗反應副作用及其效果無法達到對於病毒免疫之功效，認同壞處大於好處，所以較無意願接種新冠疫苗。本研究合理推測疫苗猶豫情形因為認同疫苗是壞處大於好處更為傾向增加，影響施打新冠疫苗施打接種率。

三、政府信任度

本研究結果發現，疫苗猶豫(無施打新冠疫苗、不願施打免費新冠疫苗)，與政府信任減少，呈現正相關($p = 0.01$)，此結果與 Trent 等人(2022)相符，研究顯示民眾對政府信任度高，新冠疫苗接種意願高(Trent et al.,2022)。又 Simione 等人研究提及對於政府、疫苗製造商、醫療保健系



統和科學研究等信任度與新冠疫苗接種意願具有顯著相關性(Simione et al., 2023)。對於此結果與信任度有關，信任度為各種因素交織的關係，而政府信任度在此扮演發揮根本作用，如 Bollyky 等人(2022)研究指出為當面對無治療方式及疫苗的新型病毒時，政府需說服公民採取防疫措施，為政府信任度重要作用(Bollyky et al., 2022)。本研究合理推測政府信任度增加，則新冠疫苗接種傾向亦會提升。

四、網路搜尋疫苗接種頻率

在 2021 年 Bendau 等人研究指出使用社群媒體或政府衛生部門之網站搜尋有關新冠肺炎疫情相關資訊與新冠疫苗接受度有顯著正相關(Bendau et al., 2021)。本研究結果中，在疫苗猶豫(無施打新冠疫苗、不願施打免費新冠疫苗)，與網路搜尋疫苗接種頻率為很少及從不，呈現正相關($p < 0.01$)。本研究另外發現網路搜尋疫苗接種頻率總是及時常，與疫苗猶豫(無施打新冠疫苗、不願施打免費新冠疫苗)，呈現無顯著相關。此結果與 Bendau 等人研究相符。

合理推論此結論和網路媒體疫苗資訊有關，有研究表明關注到網路媒體對於疫苗猶豫的重要作用(王志偉等，2021)，亦有相關新聞報導說明社群媒體錯誤資訊散佈為疫苗猶豫之最大威脅，本研究結果推測網路搜尋疫苗接種頻率為很少及從不較無法全面性得知疫苗資訊，需時常或總是搜尋社群媒體或政府衛生部門，可使疫苗猶豫情形傾向降低。

五、健康識能

根據本研究結果，在疫苗猶豫(無施打新冠疫苗、不願施打免費新冠疫苗)，與健康識能無顯著影響，而與過去 Duong 等人(2021)研究不相符，Duong 等人研究結果為較高健康識能新冠疫苗猶豫程度較低具有相關性(Duong et al., 2021)。由於 Duong 等人為研究針對臺灣 387 位學校校長，進行問卷訪問，該研究對象主要為男性、社會經濟收入高、問卷內容為



針對新冠疫情資訊之健康識能，本研究大規模隨機抽樣族群主要為女性、社會經濟收入中及健康識能為醫療相關等變項，可能對於針對新冠疫情之健康識能較無直接。因此，限於本研究健康識能為整體醫療方面之相關理解，有關新冠疫情健康識能方面對於疫苗猶豫(無施打新冠疫苗、不願施打免費新冠疫苗)之傾向，後續研究建議持續探討。

六、性別、年齡、教育程度及所得收入

本研究結果發現，在無施打新冠疫苗主要顯著差異為男性、年紀輕、教育程度較低、月收入 3 萬元以下，而在不願施打免費新冠疫苗則性別、年齡、教育程度及所得收入皆無顯著差異。

過去多數文獻指出所得較低、教育程度較低有疫苗猶豫之傾向，與本研究結果中無施打新冠疫苗相符，但與本研究結果中不願施打免費新冠疫苗不相符，細看過往研究文獻，在 2021 年 Lazarus 等人學者進行收集 19 個國家，共有 13,426 份問卷，其問卷大多為女性、每天收入為 32 美元、大學學位、年齡介於 25 至 54 之間，與本研究問卷回答較相近，該研究將疫苗接受率(Lazarus et al., 2021)，與本研究問卷對象相似，其無施打新冠疫苗結果亦相符。此外，不願施打免費新冠疫苗性別、年齡、教育程度及所得收入皆無顯著差異，細看過往研究結果，在 2020 年 Freeman 等人學者於英國蒐集 5,114 份問卷，是以疫苗猶豫量表評估施打新冠疫苗意願，該研究雖指出疫苗猶豫相關的因素有年輕者、女性、低收入及種族有關，但其回歸方程式中社會經濟人口統計信息的解釋變數較小，而對疫苗安全性、有效性及疫苗信任度的解釋變數較大(Freeman et al.,2020)。因此，性別、年齡、教育程度及所得收入與疫苗猶豫之情形需視以觀察為無施打新冠疫苗或不願施打免費新冠疫苗而有不同。

七、有意願施打而無施打新冠疫苗



在有意願施打而無施打新冠疫苗的迴歸模型結果發現，為男性、年紀輕、教育程度較低、無施打流感疫苗為顯著的影響，此結果有可能與我國政府政策 2021 年接種計畫相關，該計畫第一階段為 2021 年 3 月起接種對象為醫事等 1~7 類工作人員，疫苗劑量小於等於 200 萬計以內，第二階段為 2021 年 6 月起接種對象為 65 歲長者，疫苗劑量為 200 至 1000 萬劑，第三階段為 2021 年 9 月接種對象為全國人民，疫苗劑量達 1000 萬劑以上(嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心，2021)，所以具有醫療專業、接觸高風險之政府第一工作人員等教育程度高的人員及年長者可以優先施打新冠疫苗。

另結合無施打新冠疫苗及不願施打免費新冠疫苗研究結果發現，不同的有男性、年紀輕、教育程度較低、月收入 3 萬元以下等民眾，該族群為無施打新冠疫苗顯著結果而在不願施打免費新冠疫苗無顯著結果，與有意願施打而無施打新冠疫苗的迴歸模型結果發現類似，皆有男性、年紀輕、教育程度較低，此結果與我國 2021 年 5 月 5 日實施不支薪疫苗接種假可能有相關，因該族群屬工作不容易請假，具有經濟壓力，疫苗接種雖有疫苗接種假，但其為不支薪假，對於工作者仍不利，可能未能落實該族群之疫苗接種權益。

八、無意願施打且無施打新冠疫苗

在無意願施打且無施打新冠疫苗迴歸模型結果發現為無施打流感疫苗、對政府信任度減少、網路搜尋疫苗接種頻率很少及從不、認同疫苗是壞處大於好處，此結果與不願施打免費新冠疫苗相同，表示傾向不願施打免費新冠疫苗民眾，不會施打新冠疫苗。建議我國政府可透過提高政府信任度、增進疫苗認知及網路揭露疫苗安全性及有效性擬定疫苗政策，進一步減少疫苗猶豫之情形。

第四章 結論與建議



第一節 結論

本研究問卷調查期間為 2021 年 9 月 1 日至 2022 年 2 月 28 日，該期間疫苗接種人口涵蓋率第 1 劑 82.65%、第 2 劑 76.32%、第 3 劑 37.11%，且為 omicron 疫情流行前的調查。本研究結果無施打新冠疫苗民眾，主要為男性、年紀輕、教育程度較低、月收入 3 萬元以下、無施打流感疫苗、對政府信任度減少、網路搜尋疫苗接種頻率很少及從不、認同疫苗是壞處大於好處。另不願施打免費新冠疫苗民眾，主要為無施打流感疫苗、對政府信任度減少、網路搜尋疫苗接種頻率很少及從不、認同疫苗是壞處大於好處。

本研究進一步發現，社會經濟人口變項，僅於無施打新冠疫苗具有顯著差異，而不願施打免費新冠疫苗則無顯著差異，表示男性、年紀輕、教育程度較低、月收入 3 萬元以下等民眾，具有施打免費新冠疫苗之意願，但該族群屬工作較不易請假，具有經濟壓力。限於我國政府政策於 2021 年 5 月 5 日實施不支薪疫苗接種假，疫苗接種雖有疫苗接種假，但其為不支薪假，對於工作者仍不利，可能未能落實該族群之疫苗接種權益。

綜合以上發現，疫苗猶豫與無施打流感疫苗、認同疫苗是壞處大於好處、政府信任減少、很少從不網路搜尋疫苗接種頻率相關，面對新興傳染病帶來的健康與社會衝擊，對於提升政府信任、增進疫苗認知及加上網路社群媒體推波助瀾，可透過這些因素擬定疫苗政策，進一步減少疫苗猶豫之情形。

第二節 研究限制

本研究限制為問卷統計期間為疫情相對平穩時段，尚難評估疫情影響民眾施打新冠疫苗意願傾向之影響力及難推論未來如有新流行疫情民眾施打疫苗接種意願傾向。



第三節 建議

一、對相關政策建議

1. 目前國內較少對於新冠疫苗施打行為之研究，建議可將本研究結果回饋於食品藥物管理署，針對提高政府信任度、增進疫苗認知及網路揭露疫苗安全性及有效性，增進民眾施打新冠疫苗意願。
2. 建議為擴大防疫效果，提升新冠疫苗接種意願，提供有薪疫苗接種假，使疫苗接種者權益獲得保障。

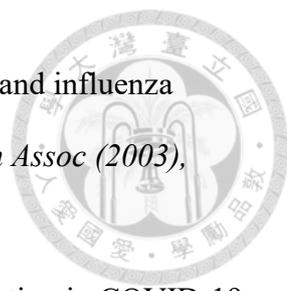
二、對後續研究者建議

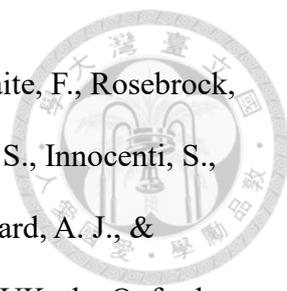
1. 本研究為疫情平穩期間之問卷調查研究，建議未來亦可分析疫情影響新冠疫苗接種意願情形。
2. 本研究健康識能是以對醫療方面進行評估，建議未來亦可以疫苗施打之健康識能作為疫苗猶豫之探討。

參考文獻

1. 衛生福利部(2022)。新冠肺炎防疫措施控制疫情之效果-結構變動法之應用。(引用 111/10/28)
2. 衛生福利部疾病管制署(2022)。111/2/8 COVID-19 疫苗接種統計資料。(引用 111/2/18)
3. 官晨怡、邱弘毅、張書森等人(2021)。台灣新冠疫苗民眾決策態度之快速質性研究調查報告。(引用 111/2/23)
4. 李政益、郭宏偉、許建邦等人(2021)。COVID-19 疫苗接種後對國際疫情趨勢影響之分析。疫情報導，37(11)，153-174
5. 中央研究院社會學研究所 2022 年 8 月臺灣社會變遷基本調查計畫第八期二次調查計畫執行報告(科技部計畫編號：MOST 109-2740-H-001-001-SS3)
6. 葉明叡、歐晁璋(2022)。COVID-19 疫苗強制接種政策之跨國比較。疫情報導，38(12)，132-147
7. 王志偉、陳璐、Lukatie、彭志麗、李鐵鋼 (2021)。廣州市居民新冠疫苗接種 猶豫性調查與影響因素分析。現代預防醫學，17，3226-3231
8. 嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心(2021)。110 年 COVID-19 疫苗接種計畫。
9. World Health Organization. Ten threats to global health in 2019. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019> (Accessed on November 12, 2020).
10. Dubé, E., Laberge, C., Guay, M., Bramadat, P., Roy, R., & Bettinger, A. J. (2013). Vaccine hesitancy. *Human Vaccine & Immunotherapeutics* 9-8, 1763-1773.



- 
11. Silva, J., Bratberg, J., & Lemay, V. (2021). COVID-19 and influenza vaccine hesitancy among college students. *J Am Pharm Assoc (2003)*, *61*(6), 709–714.
 12. Chou, W. Y. S., & Budenz, A. (2020). Considering Emotion in COVID-19 Vaccine Communication: Addressing Vaccine Hesitancy and Fostering Vaccine Confidence. *Health Commun. 2020 Dec*, *35*(14), 1718-1722.
 13. The COCONEL Group. (2020). A future vaccination campaign against COVID-19 at risk of vaccine hesitancy and politicization. *Lancet Infect Dis*, *20*(7), 769-770.
 14. El-Elimat, T., AbuAlSamen, M. M., Almomani, B. A., Al-Sawalha, N. A., & Alali, F. Q. (2021). Acceptance and attitudes toward COVID-19 vaccines: A cross-sectional study from Jordan. *PLoS One*, *16*(4), e0250555.
 15. Lazarus, J. V., Ratzan, S. C., Palayew, A., Gostin, L. O., Larson, H. J., Rabin, K., & El-Mohandes, A. (2021). A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nat Med*, *27*(2), 225-228.
 16. Bendau, A., Plag, J., Petzold, M. B., & Strohle, A. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy and related fears and anxiety. *Int Immunopharmacol*, *97*, 107724.
 17. Duong, T. V., Lin, C. Y., Chen, S. C., Huang, Y. K., Okan, O., Dadaczynski, K., & Lai, C. F. (2021). Oxford COVID-19 Vaccine Hesitancy in School Principals: Impacts of Gender, Well-Being, and Coronavirus-Related Health Literacy. *Vaccines (Basel)*, *9*(9).
 18. Okubo R., Yoshioka, T., Ohfuji, S., Matsuo, T., & Tabuchi, T. (2021). COVID-19 Vaccine Hesitancy and Its Associated Factors in Japan. *Vaccines 2021*, *9*,662.

- 
19. Freeman, D., Loe, B. S., Chadwick, A., Vaccari, C., Waite, F., Rosebrock, L., Jenner, L., Petit, A., Lewandowsky, S., Vanderslott, S., Innocenti, S., Larkin, M., Giubilini, A., Yu, L. M., McShane, H., Pollard, A. J., & Lambe, S. (2020). COVID-19 vaccine hesitancy in the UK: the Oxford coronavirus explanations, attitudes, and narratives survey (Ocnas) II. *Psychological Medicine* 1-15.
20. Jafar, A., Dambul, R., Dollah, R., Sakke, N., Mapa, M. T., & Joko, E. P. (2022) COVID-19 vaccine hesitancy in Malaysia: Exploring factors and identifying highly vulnerable groups. *PLoS ONE* 17(7).
21. Oliveira, B. L. C. A., Campos, M. A. G., Queiroz, R. C. S., Alves, M. T. S. S. B. E., Souza, B. F., Santos, A. M. D., & Silva, A. A. M. D. (2021) Prevalence and factors associated with covid-19 vaccine hesitancy in Maranhão, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2021 Apr 23;55, 12. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055003417.
22. Parker, A. M., Atshan, S., Walsh, M. M., Gidengil, C. A., Vardavas, R. (2022). Association of COVID-19 Vaccination With Influenza Vaccine History and Changes in Influenza Vaccination. *JAMA Netw Open*. 2022;5(11)
23. Simione, L., Pajardi, D., & Vagni, M. (2023). The Role of Trust in COVID-19 Vaccine Acceptance: Considerations from a Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan; 20(1): 665
24. Trent, M., Seale, H., Chughtai, A. A., Salmon, D., MacIntyre, C. R. (2022). Trust in government, intention to vaccinate and COVID-19 vaccine hesitancy: A comparative survey of five large cities in the United States, United Kingdom, and Australia. *Vaccine*. 2022 Apr 14;40(17), 2498-2505
25. Bollyky, T. J., Angelino, O., Wigley, S., & Dieleman, J. L. (2022) Trust

- made the difference for democracies in COVID-19. *Lancet* 2022, 400, 657
26. Ward, J. K., Alleaume, C., Peretti-Watel, P., & COCONEL Group. The French public's attitudes to a future COVID-19 vaccine: The politicization of a public health issue. *Soc Sci Med.* 2020 Nov; 265
27. MacDonald, E. N., & the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine* (33), 4161-4164.