

國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

碩士論文

Institute of Health Policy and Management

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis



醫師對新興傳染病疫苗強制接種政策之態度

—以 COVID-19 為例

Physicians' attitudes towards vaccine mandates for emerging infectious disease: the case of COVID-19 pandemic

歐晁瑋

Chao-wei Ou

指導教授：葉明叡 博士

Advisor: Ming-Jui Yeh, Ph.D.

中華民國 112 年 1 月

January, 2023

國立臺灣大學碩士學位論文
口試委員會審定書

醫師對新興傳染病疫苗強制接種政策之態度
—以 COVID-19 為例

Physicians' attitudes towards vaccine mandates for
emerging infectious disease: the case of COVID-19
pandemic

本論文係歐晁瑋君（R09848017）在國立臺灣大學健康
政策與管理研究所完成之碩士學位論文，於民國 111 年 6 月
23 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：

歐晁瑋

吳建昌

李明毅

致謝

身為研究生的日子雖然不長，但收穫滿滿。經過許多課程、報告，以及最終的碩士論文的訓練和努力後，我著實感受到自己與兩年前的不同，不僅在健康領域的知識上有更深的探討，在資料統整以及查找文獻上更是有大幅度的進步。謝謝熬過這一切並且成長的自己，謝謝妳沒有在任何一刻放棄，謝謝妳努力地完成每個任務，讓我能夠離自己想變成的樣子更靠近。

謝謝葉明叡老師，在研究中給予我許多想法以及幫助，給予我如同朋友般的關心，能夠成為老師的指導學生真的非常幸運，非常感謝老師給我的一切。謝謝吳建昌老師和官晨怡老師在口試時提供的指正與建議，讓我的論文能更臻完善。謝謝一起同舟共濟的子維，撰寫論文時有妳的陪伴很開心，因為有妳我才能督促自己趕快追上妳的腳步，也很感謝妳成為我寫論文時的心靈支柱。

謝謝 R09 的所有同學，我會永遠記得大家一起完成的歲末聯歡活動，seminar 前一起緊張一起討論的每個瞬間，下午茶有說有笑的八卦時間，謝謝這兩年的時間有你們的陪伴。特別感謝姍好、芷瑄、瑋璘、柳禎，謝謝妳們成為我上學的動力，一起玩一起鬧一起抱怨的碩士時光很快樂，因為有妳們的陪伴和扶持，讓我能夠在最艱難的學習過程中依舊保持笑容，期許我們的未來一切順利，友誼長存。

最後，感謝我最愛的家人，謝謝你們無條件的支持和關愛，在我感到困惑時給予我許多想法和鼓勵，讓我能更有效率的解決問題。謝謝孟旭，總是給予我最正向的鼓勵，使我更有自信的面對困難。期許在碩士兩年的訓練後，我能夠更勇敢的面對社會上的所有挑戰，在淬鍊中成長茁壯。

感謝所有研究參與者參與我的研究，感謝國立臺灣大學高等教育深耕計畫（NTU-110L8810）經費支援本研究結果分析所使用的 NVivo 軟體。

歐晁瑋 謹誌

中華民國一一一年七月

中文摘要



背景與目的：COVID-19 疫情肆虐全球，社會經濟問題亦隨之而來，故各國對疫苗寄予厚望。但當疫苗到位時，由於因為對疫苗安全性、有效性等產生猶豫，進而造成疫苗施打狀況不佳，故強制施打疫苗的政策掀起討論。許多國家先後施行針對醫護人員的強制施打疫苗政策，台灣也不例外。然國內尚無針對醫護人員強制施打疫苗之實證研究，因此本研究探討國內醫師對於不同強制程度的疫苗強制接種政策的態度，並了解其支持或反對的原因。

研究方法：本研究採用一對一半結構式訪談，透過滾雪球的方式招募 16 位在北部地區醫院以上工作的臨床醫師參與研究。利用主題分析法分析訪談資料，進行編碼、關聯性比對、分析。

研究結果：(一)大部分受訪者認為疫苗強制接種政策會侵害自主權，部分受訪者認為僅針對醫護人員執行強制政策的針對性太高，但亦有受訪者表示身為醫護人員可以接受更高規格的強制施打疫苗政策。(二)疫苗安全性、有效性為受訪者非常在意的因素。(三)政策強制程度過高，例如：罰款、吊銷醫療執照，則無法接受。(四)政策強制對象的不同、政策與自身的關切程度皆可能影響態度(五)受訪醫師在意工作權，若疫苗強制接種政策影響其工作權則無法認同。(六)與國外研究不同，政黨在此議題上影響力不大。(七)鼓勵性政策較強制性政策接受度高。(八)可以考慮採用由未施打疫苗但染疫的人員自行負擔風險責任的方式替代疫苗強制接種政策。

討論與建議：本研究初步探索台灣醫師對於疫苗強制接種政策的態度以及決策因素，亦發現即使是倫理意識較高的受訪醫師仍傾向不支持醫護人員疫苗強制接種政策。建議應由政府訂定醫療院所可使用的針對醫護人員之疫苗強制接種政策手段以維持一致性，但執行時應由各地區之醫院評估其區域風險、科別、病患類型等，實行適合醫院的強制疫苗接種政策。本研究之結果可供未來擬定政策或實務執行時參考，透過更了解台灣之醫師對於影響其對此政策的態度之

因素，在政策擬定上能更完善的顧及，減少執行的障礙以提升政策成效。



關鍵字：公共衛生倫理、疫苗強制接種、COVID-19、描述倫理學、半結構式訪談、疫苗態度

Abstract

Background and Objectives: Covid-19 pandemic has been raging all over the world and has resulted in serious socio-economic problems; vaccination has been deemed an effective means to tackle the pandemic. Due to hesitation regarding safety and efficacy of vaccines, vaccination coverage was often less than ideal even with adequate vaccine supplies. As a result, mandatory vaccination policy was well discussed. Many countries, including Taiwan, had implemented vaccine mandates, particularly targeting at healthcare workers. Yet, there were few empirical researches on vaccine mandates for healthcare workers in Taiwan. The study focused on Taiwanese physicians' attitude toward mandatory vaccination policies with different degrees of coercion, and explored their ethical reasonings.

Methods: Using semi-structured interview method, the study recruited 16 physicians working at hospitals in northern Taiwan. Thematic analysis method was applied for data analysis, including coding and correlation comparison and analysis.

Results: (1) The interviewees believed that mandatory vaccination policies would infringe autonomy and are too targeted, but some said that as healthcare workers, they could accept mandatory vaccine mandates of higher standards. (2) Vaccine safety and efficacy are the factors that the interviewees highly concerned. (3) When the degree of coercion was too high, such as fines and revocation of medical licenses, the interviewees would consider it unacceptable. (4) Different coercion authorities and targets may affect attitudes. (5) The interviewees showed much concern about the right to work. Once the mandatory vaccination policy affects their right to work, they cannot agree. (6) Unlike other studies, political partisanship has little influence on this issue. (7) Incentive policies are more acceptable than mandatory policies. (8) The interviewees suggested that the government could consider replacing mandatory vaccination policies with one that holds those who did not get vaccinated but are later

infected more accountable to bear the responsibility themselves.

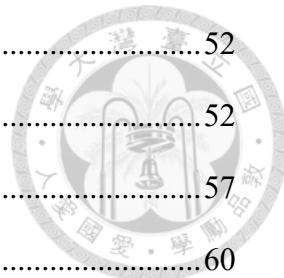
Conclusion and suggestions: This study explored the attitudes and decision-making factors of Taiwanese physicians towards the mandatory vaccination policy. Even with high ethical awareness, the interviewees tended not to support the mandatory vaccination policy. The study suggests that the government should formulate mandatory vaccination policy means for healthcare workers that can be used by hospitals. When implementing, hospitals in each region could evaluate their regional risks, departments, patient types, and chose the most suitable mandatory vaccination policies for the hospital accordingly. In the meantime, the government should also formulate compensation measures, requiring each hospital to give appropriate compensation to affected healthcare workers. To sum up, the results of this study can be used as a reference for future policy or practical implementation. By better understanding the factors that affect Taiwan's physicians' attitudes towards this policy, the findings of the study could help reduce barriers to implementation and improve policy effectiveness.

Keywords: public health ethics, vaccine mandates, COVID-19, descriptive ethics, semi-structured interview, vaccine attitude

目 錄



口試委員會審定書.....	i
致謝.....	ii
中文摘要.....	iii
Abstract.....	v
目 錄.....	vii
表目錄.....	ix
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二章 文獻探討.....	5
第一節 新興傳染病.....	5
第二節 新興傳染病疫苗.....	5
第三節 醫護人員接種疫苗之重要性.....	6
第四節 醫護人員疫苗強制接種政策.....	8
第五節 研究問題.....	13
第三章 研究方法.....	14
第一節 研究設計與理論架構.....	14
第二節 研究對象與材料.....	15
第三節 研究工具與情境.....	19
第四節 訪談資料處理及分析.....	22
第五節 研究倫理.....	23
第四章 研究結果.....	24
第一節 對不同程度、情境之疫苗強制接種政策的看法.....	24
第二節 受訪者對疫苗或防疫政策之意見.....	40
第三節 其他訪談發現.....	45



第五章	討論與建議.....	52
第一節	結果討論.....	52
第二節	政策建議.....	57
第三節	研究限制.....	60
第四節	結論.....	61
參考文獻.....		62
附錄一 基本資料表.....		77

表目錄



表 1、六項針對醫護人員的疫苗強制接種政策.....	14
表 2、受訪者基本資料一覽表.....	16
表 3、受訪者背景資料.....	17
表 4、訪談大綱.....	20
表 5、主題以及頻率表：影響醫護人員對疫苗強制接種政策態度之因素.....	25
表 6、主題以及頻率表：受訪者對疫苗或防疫政策之意見.....	41
表 7、主題以及頻率表：其他訪談發現.....	46

第一章 緒論



第一節 研究背景與動機

2019年年底，全球爆發 COVID-19 疫情，此新型冠狀病毒對世界各國造成嚴重威脅，社會經濟問題也隨之而來。如今，COVID-19 疫情已持續超過兩年，然而疫情仍然無趨緩現象，故世界各國對疫苗的出現寄予厚望，期望能透過疫苗覆蓋率有效控制疫情。2003 年的嚴重急性呼吸道症候群（Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS）爆發後，疫苗被認為是預防與 SARS 相近的 SARS-CoV-2 傳播的最佳預防方式(Yang et al., 2020)。施打疫苗對傳染性疾病預防上有益，除了可以增加個人免疫能力外，亦能群體施打達成群體保護力，預防傳染病在社區中傳播。COVID-19 大流行之際，醫護人員的健康更為重要，若醫護人員不足，醫療體系將可能面臨崩潰。2003 年的嚴重急性呼吸症候群 SARS 疫情中，台灣死亡人數 76 人，為全球排名第三，但是醫護人員死亡率為全球第一(蕭立仔、李玉秀，2006)。故在 SARS 疫情後，台灣更加注意醫護人員的健康安全，在 COVID-19 流行時關注醫護人員的防護裝備是否足夠、醫院是否做好良好分流，並且政府也將風險最高的第一線醫護人員歸類在首波施打 COVID-19 疫苗的人員。台灣於 2021 年 3 月 22 日開始施打第一波 AstraZeneca 之 COVID-19 疫苗（以下簡稱 AZ 疫苗），針對第一類醫護人員優先施打，然而施打狀況不佳，醫護人員對 AZ 疫苗安全性感到遲疑。COVID-19 疫情狀況瞬息萬變，台灣於 2021 年 5 月 15 日開始出現社區傳播，造成急診篩檢站爆滿，AZ 疫苗施打預約也全數額滿。原本應較一般民眾優先接種疫苗的醫護人員，因疫苗猶豫故與民眾一起排隊等候施打疫苗。這樣的疫苗施打政策使台灣醫療體系最不可或缺的醫護人員，無法在疫情爆發時獲得最完善的保護，造成醫護人員和院內病患暴露於高風險下，也讓台灣原本就吃緊的醫療人力承受更大的壓力。

WHO 在 2019 年全球十大健康威脅中納入「疫苗猶豫」(Vaccine Hesitancy)，其定義為—即使有可用疫苗，仍不情願施打或拒絕疫苗(World Health Organization, 2019)，表示即使有有效疫苗開發，大眾仍不願意施打，這樣的狀況可能會造成疫情擴大或復燃。疫苗猶豫的情形在醫護人員身上也能看到，雖然擁有較一般民眾高的醫學知識和健康認知，醫護人員仍然會因許多因素而出現疫苗猶豫之現象。荷蘭一針對醫護人員流感疫苗接受意願因素調查結果顯示出疫苗猶豫的狀況，僅 37.6% 的受訪者接種了流感疫苗，並且以護理師接種率最低 (29.6%) (Hopman et al., 2011)。國內一針對南部教學醫院進行的調查研究亦指出，僅 38.5% 的受訪醫護人員過去三年都有接種流感疫苗(蘇妤芳等人，2019)，與國外研究結果類似。除了每年都需接種的流感疫苗外，社會更擔憂的是新型病毒大流行時，醫護人員的疫苗施打狀況。然而，西班牙一在 H1N1 疫情期間進行的調查研究顯示，有超過一半的受訪醫護人員沒有施打 H1N1 疫苗，並且對疫苗效率有負面態度，也較不擔心在工作過程中傳染給患者(Fernández-Villa et al., 2017)。在沙烏地阿拉伯針對 COVID-19 疫苗接受的調查研結果也表明，醫護人員對疫苗接受度低，僅 5 成受訪醫護人員願意接種疫苗，猶豫原因為擔心副作用以及對短時間推出的疫苗感到不信任(Qattan et al., 2021)。另外，醫護人員中的醫師的疫苗猶豫因素主要亦為疫苗的安全性以及有效性，並且在不同疫苗上會有不同的疫苗猶豫程度，因為對於不同疫苗的安全性、有效性有不同的認知(Callaghan et al., 2022; Sirikalyanpaiboon et al., 2021)。醫護人員國內幼兒預防接種疫苗覆蓋率高，故醫護人員對疫苗接受度較其他國家高，但對於大流行病毒之疫苗則尚未有結論。國內在 H1N1 疫情期間進行之研究指出，77.46% 的護理人員受訪者因新聞報導可能與疫苗相關的死亡事件後，降低日後施打 H1N1 疫苗的意願(蘇斌光等人，2014)。由以上研究可以得知，即使是第一線與患者接觸的醫護人員，在新興傳染病大流行期間依然會因疫苗安全、有效性，甚至是疫苗廠牌產生疫苗猶豫甚至拒絕疫苗的狀況，與一般民眾疫苗猶豫之因素類

似。醫護人員的疫苗猶豫狀況可能會造成疫情爆發時醫療量能緊繃和崩潰，故為極需正視的問題，同時也應考慮在特定情況下執行醫護人員強制施打疫苗的方式。

義大利、法國、美國等國家皆於 COVID-19 疫情爆發期間先後執行了針對醫護人員甚至是全國民眾的強制疫苗政策，藉以提升施打率並消弭疫苗猶豫的狀況。義大利在疫情期間規劃綠色通行證，持有此證的民眾才能進入相關場域，同時，亦要求所有醫護人員接種 COVID-19 疫苗，否則將剝奪其工作權利(楊明娟，2021)。2021 年 4 月 Delta 病毒株入侵，許多國家皆有嚴重疫情爆發。法國為了解決疫苗接種率低的狀況，針對休閒娛樂場所等規定須完整接種兩劑疫苗才可進入，並且強烈要求醫護人員從 9 月開始強制接種疫苗。雖然這樣強烈的政策造成許多法國民眾不滿，但從預約疫苗人數暴增可以看出，強制政策確實能使仍在觀望的民眾施打疫苗(The Economist, 2021)。美國總統拜登於 2021 年 9 月宣布要求所有聯邦員工和承包商必須強制接種疫苗，參與政府醫療保險計畫的醫院員工亦須完整接種疫苗，並且表示接種疫苗已非個人選擇自由(季晶晶, 2021)。雖然許多美國的醫療院所已執行強制流感疫苗接種(Black et al., 2017)，此舉仍造成許多企業員工不滿，同時許多共和黨州長亦唱反調拒絕此政策於州內實行，讓此政策在美國更難成功推行。

台灣在 2021 年底宣布 2022 年 1 月 1 日開始，在部分高風險工作場域之工作人員必須接種 COVID-19 疫苗始得進行服務(衛生福利部疾病管制署，2021)。由於在政策頒布時，台灣 COVID-19 疫苗接種率高，故並沒有看到明顯的反對聲浪或拒絕強制施打的抗議。而在其他傳染病疫苗上，例如：B 型肝炎疫苗、水痘疫苗等，許多醫療院所皆要求其新進員工或醫護實習生須有抗體或持施打疫苗證明才能順利入職(台大醫院，2021；亞東紀念醫院，2021)。故強制疫苗政策雖看似遙不可及，但其實正在鄰近的國家和台灣發生，此政策比較類似在原本的疫苗政策上的延伸(Emanuel & Skorton, 2021)，並非難以想像，為值得國人重視和討論之重要議題。

目前國內尚無針對醫護人員強制施打疫苗之實證研究文獻，並且以全球流行的新興傳染病探討強制性施打疫苗之相關研究缺乏，故希望透過本研究了解醫護人員中的醫師對此政策之看法，並找出醫師支持或反對知原因和脈絡，提供我國未來規劃政策時參考。



第二章 文獻探討



第一節 新興傳染病

新興傳染病定義為「首次出現並感染人群，或之前已經存在但正在迅速傳播的疾病」(World Health Organization, 2014)，先前流行過的 SARS、中東呼吸症候群冠狀病毒感染症 (Middle East respiratory syndrome coronavirus, MERS)、H1N1 流感、新型 A 型流感（合併 H5N1 流感、H7N9 流感等新興 A 型亞型流感）(衛生福利部疾病管制署，2014)，或現在仍然在全球流行的 COVID-19 皆包含在新興傳染病之範疇內(Van Doorn, 2014)。新興傳染病讓全世界擔心的原因為其未知和不確定的特色，疫情剛爆發時幾乎沒有確定的證據可以做為預防措施和指引的依據(Vraga & Jacobsen, 2020)，口罩等預防措施是否有效亦無法確認，藥物疫苗等更不可能第一時間研發出來，故成為全球嚴加注意和防範的威脅。由於跨國人口移動和進出口貿易日益增加，疾病傳播的速度快速，預防和有效控制疫情之公共政策更顯重要(Coker et al., 2011)。為防堵新興傳染病傳播，各國政府皆加強傳染病監測，若有異常狀況則建立跨國系統，統整監測結果並促進專家交流，並且訂定相關指引以防堵疫情。若疫情爆發，旅遊封鎖為國家最可能實行之政策，控制國內疫情並防止國外疫情入侵(Errett et al., 2020)。當流行病學證據充足後，疫苗和藥物的出現就變得格外重要，而各國政府要如何利用國內監測數據並考量文化風土民情，制定合理的政策來提升疫苗施打率和藥物使用率以遏止疫情，為必須加以討論之重要決策。

第二節 新興傳染病疫苗

疫苗是終結傳染病的重要的角色，故當一新興傳染疾病出現時，疫苗的部署越快速，就能越快控制疫情。標準的疫苗研發和審查並不適合變異快速且傳染度極快的傳染病(Excler et al., 2021)，所以新的研發技術以及快速審和緊急授權是需要的。然而，快速出現的疫苗因缺乏大規模的測試證據，疫苗安全性和

有效性是較使用許久的疫苗更令人懷疑和擔心的(Chen et al., 2021; Lucia et al., 2021; Mahmud et al., 2021)，而這些因素進而造成人民疫苗猶豫的狀況嚴重。許多國家的調查研究指出，疫苗猶豫最主要原因為對於疫苗的安全性感到質疑(Alley et al., 2021; SteelFisher et al., 2010)，儘管疫苗能減少得到疾病的機會，若不良反應發生率大於疾病的死亡率或中症率，人民仍然不會選擇接種疫苗。因為疫苗具有侵入性，並非如同口罩、隔離衣等僅對於人體表面做物理性的防護，故在長短期的副作用和不良反應上的了解尚不充足(Wang et al., 2020)。即使是已開發許久安全性極高的疫苗，仍然有可能因為不同的人體條件而發生嚴重的不良反應狀況，因此，疫苗安全性是民眾較無法立刻接種新興傳染病疫苗的主要因素。而另一重要原因則為對疫苗有效性的質疑(Bartsch et al., 2020; Okubo et al., 2021; Verger et al., 2021)，若疫苗有效性不足並且又不是百分之百安全時，對於民眾而言則無施打必要。故由此可知疫苗安全性和疫苗有效性為兩個密不可分的條件，新興傳染病之疫苗必須達成這兩個目標才能讓人民對於疫苗有初步的信任。

第三節 醫護人員接種疫苗之重要性

以此次 COVID-19 為例，COVID-19 從 2019 年底到 2022 年 3 月間，在全世界感染超過 4 億人，並且造成至少 615 萬人死亡(World Health Organization, 2022)，為嚴重的公衛威脅。而在新興傳染病疫情中，疫苗充足和國家的醫療量能為兩個重要的防疫角色(Fuady et al., 2021)。醫院的醫療量能與染疫病人的嚴重程度和醫護人員人數有關(Bazzoli et al., 2003)，故可知醫護人員的角色在疫情流行期間的重要性。當疫苗尚未充足時，各國僅能利用隔離、封城等手段降低人民的接觸以減少染病的可能(Ibarra-Vega, 2020)，而此時保護醫護人員則為重要的政策方向，從我國疫苗接種順序規劃中可以看到醫療相關人員為第一類施打對象(衛生福利部疾病管制署，2021)，同時，由於罹病的醫護人員亦為疾病傳播的重要因素(Kim, 2015)，故在醫護人員接種疫苗除了與維護醫療量能有關

外，亦與避免疾病像院內外擴散有關，為重要的政策重點。因醫護人員的工作環境風險高，感染任何疾病和死亡的風險皆高(Kua et al., 2021; Shah et al., 2020)，有研究指出在流感季節中爆發院內感染，有超過 35%的醫護人員染疫(Weingarten et al., 1989)，並且有調查研究結果指出，67.9%的醫護人員在調查研究進行時有流感症狀但仍繼續工作(Kuster et al., 2021)。故醫護人員施打疫苗可以在院內感染發生的時候保護自己，降低罹病或重症的風險。同時，由於疫苗對於免疫功能較差的病人效果較差(Marion et al., 2021)，故醫療院所無法依靠病人來獲得院內的群體免疫。一項實驗研究利用是否施打流感疫苗為介入措施，研究醫護人員施打流感疫苗對患者的影響，結果顯示護理之家的醫護人員接種流感疫苗能降低 20%的患者死亡風險(Lemaitre et al., 2009)，而另一針對長期住院患者的流感傳播的數學模型表明，護理之家醫護人員接種流感疫苗可以預防 60%的院內流感感染(Van den Dool et al., 2009)。而即使在 COVID-19 社區傳播下，院內醫護人員高比例的疫苗接種，將能有效地為其工作環境提升保護力(Benenson et al., 2021)，並且可以減少醫護人員罹病缺席狀況，使醫院在疫情期間維持運作(Imai et al., 2018)，故醫護人員施打疫苗可以降低工作罹病風險，保護患者，更進而維持醫療體系運作。當然，除此之外，醫護人員施打疫苗可以維持和提升大眾信任，若醫護人員延遲施打疫苗或拒絕疫苗，民眾將認為醫院不再是能預防病人患病或死亡的地方，影響大眾對醫療體系的信任(Poland, 2010)。由於 COVID-19 為新興疾病，高比例的醫護人員接種疫苗，可以降低大眾對疫苗的不信任，進而提升民眾施打意願(Bradfield & Giubilini, 2021)，具有額外的群體效益的。因此，醫護人員施打疫苗對於國家防疫是非常重要的，除了降低醫護人員之感染風險、維持國內醫院正常運作穩定醫療量能外，亦有提升一般民眾對於疫苗的肯定之外溢效果。



第四節 醫護人員疫苗強制接種政策

一、政策效果

針對醫護人員強制施打流行性疾病之疫苗（例如：流感疫苗）在許多國家之醫療機構已實行許久，而此措施亦被證明為提升醫護人員的疫苗接種率最有效且具成本效益之作法(Burls et al., 2006)，但這樣的作法仍存在許多異議。芬蘭為第一個進行醫護人員流感疫苗強制接種的國家，一針對芬蘭某醫院進行的研究指出(Hämäläinen et al., 2021)，其流感疫苗接種率在政策實行後從 59.5%上升到 99.6%，但僅有 57.9%的醫護人員支持此政策，反對者認為此項政策限制了其自主權。而為了因應嚴峻的 COVID-19 疫情，許多國家先後使用強制性的疫苗政策來規範醫護人員，強制疫苗政策固然效果好且成本較使用激勵方式來的低，但卻更容易造成民眾不滿。美國有許多州在特定疫苗上使用強制施打政策，但是在開放例外的前提下進行，不宜施打疫苗或因宗教因素可以豁免不用強制施打疫苗(Maltezou et al., 2019)。另外，一研究結果顯示，若一國家的疫苗接種率尚未達到平均，則實行強制性的疫苗相關政策會較已達到平均的國家有效(Mills & Rüttenauer, 2022)，故可知疫苗猶豫的人數也會影響疫苗強制接種政策的成效。強制性施打疫苗的政策對提升施打率有效，但若要從自願性的疫苗政策進入強制性的政策需要考量許多可能的例外，應有完善的規劃。

二、強制性手段

提高醫護人員疫苗施打率除了物理性的強制規定施打疫苗外，亦有其他強制措施可以達到效果，例如：若不施打疫苗填寫拒絕施打聲明、於疫情期間調職、於疫情期間停職、接受罰款等(Bradfield & Giubilini, 2021)。

瑞士一針對護理師進行的訪談研究中，將四種最常被討論的若不施打疫苗的強制性手段：強制戴口罩政策、強制簽寫拒絕施打聲明、調離現職、離職，納入研究討論(Pless et al., 2017)。研究結果顯示護理師對以上四種強制政策較能夠接受的為簽寫拒絕施打聲明，但皆表示對強制性政策的不滿。英國

一項研究亦針對三種不同的強制性手段進行問卷和訪談研究，醫院管理者認為只要是強制性政策皆有困難實行之處，而醫護人員則是較能接受簽署拒絕施打疫苗的聲明，並且認為強制施打疫苗違反自主權，醫護人員應有拒絕的權利(Stead et al., 2019)。另外，英國醫師協會指出未施打疫苗就調離現職或停職等措施會影響員工權利，並且表示醫護人員是重要的資產，呼籲政府應停止這樣強制的措施(Waters, 2022)。然而，澳洲一調查研究指出，對於政府規範未接種疫苗的醫護人員須調職、或接受行政職等，僅 3.6%的受訪醫護反對此政策(Seale et al., 2009)，故可知國家之間的差異很大。由以上得知，雖然有許多強制性的手段可以使用，但是這些都可能會影響部分人的權利，並且對於何種強制性手段是最少反彈且有效的方法並無定論，故各國實行時必須根據國家文化民情做調整。

三、影響因素

對疫苗強制接種政策的態度可能因職業身分、風險感知、疾病類型、政黨和政府信任而有不同。

(一)職業身分

一針對醫師進行的強制性政策調查中，不同科別的醫生對疫苗強制接種政策的看法不同，有施打習慣的醫師對此政策持正面態度，並且內科醫師較急診醫師支持此政策(deSante et al., 2010)。而另一研究指出醫學生較護理師接受疫苗強制接種政策(Gualano et al., 2021)，同時，其他研究也指出醫學生較護理師、住院醫師對於疫苗的知識較高，因此也較能接受疫苗強制接種政策(Sprengholz et al., 2022)。另外，這些研究結果皆顯示，醫護人員較一般民眾更支持疫苗強制接種政策，而其他研究亦支持這樣的結果(Kakatsaki et al., 2022; Maltezou, Lourida, et al., 2012)。從以上研究可知，由於醫學生尚在學習階段，距離學習疫苗知識的時間較近，故對於疫苗有更深的了解；醫護人員與一般民眾相比，在疫苗上有較多的鑽研，因此較能接受這樣的政策，故可知對疫苗的知識亦與接受

疫苗強制接種政策相關。

除了疫苗知識外，另一值得注意的是，亦有研究指出一般民眾亦較能接受針對醫護人員的疫苗強制接種政策相對針對全民的強制性政策(Gagneux-Brunon et al., 2021)。由此可知，醫護人員對於疫苗強制接種政策態度不僅在醫護人員的身分之中有分別，對於一般民眾來說醫護人員也是屬於較高風險的工作，確實需要透過疫苗來獲得更多保護。

(二)風險感知

認為自己處在風險越高的狀況，則越容易接受強制疫苗接種政策。義大利為歐洲第一個強制要求醫護人員接種 COVID-19 疫苗的國家(Paterlini, 2021)，由於當地疫情嚴峻，許多醫師協會對此政策表示支持，認為能夠有效的讓仍在疫苗猶豫當中的醫護人員接種疫苗，遏止疫情再次擴散。另一義大利研究結果顯示，照顧 COVID-19 患者的醫護人員較照顧一般患者的醫護人員更接受疫苗強制接種政策，並且在其他疫苗(例如：流感疫苗、百日咳疫苗等)上的表現亦是如此(Ledda et al., 2021)。在其他研究亦有類似結果，一調查研究顯示，由於 COVID-19 疫情嚴峻，並且研究進行時防護裝備等尚未齊全，故此研究發現，受訪醫護對於 COVID-19 疫苗的接受程度非常高(93.7%)，而若是針對一般疫苗進行強制接種政策，接受程度則降為 77.8%(Maltezou et al., 2013)。由以上可知，當疫情更嚴峻、罹病風險更高時，處於第一線的醫護人員對於強制疫苗政策接受度提升。

(三)疾病類型

疫苗強制接種政策的態度與疾病類型有關，對於 B 型肝炎、水痘疫苗、麻疹疫苗等已開發許久或是兒童預防接種建議的疫苗，醫護人員的接受度較高 (Maltezou, Gargalianos, et al., 2012; Maltezou et al., 2013)。而另一研究結果表明，在流感疫苗上，醫護人員較不能夠接受強制接種，原因為對流感疫苗有效性的質疑，以及每年都要接種可能會造

成諸多不便(von Linstow et al., 2020)。而另一針對 COVID-19 疫苗的調查研究指出，醫護人員對接種 COVID-19 疫苗可以接受更為強制的措施，因為對於疾病的擔憂(Turbat et al., 2021)。然而亦有研究有不同結果，一瑞士研究指出，醫護人員無法同意 COVID-19 疫苗強制接種，因為短期開發之疫苗的安全性以及有效性數據尚不充足，因此無法認同(Dietrich et al., 2022)。故由已上可知，疾病的類型以及疫苗的特質亦可能為影響因素。

(四)政黨和政府信任

民眾所支持的政黨亦可能成為影響疫苗強制接種政策實行的因素之一，美國研究指出支持民主黨的人較支持共和黨的人更接受強制性的疫苗政策(Largent et al., 2020)；法國調查研究則指出，支持極左黨派或是綠黨的民眾較反對疫苗強制接種政策(Gagneux-Brunon et al., 2021)，另外，亦有其他研究支持政黨確實對疫苗強制接種政策的接受程度有影響(Peretti-Watel et al., 2020; Viswanath et al., 2021)。然而，政黨因素亦不是絕對，澳洲的研究顯示，民眾所支持的政黨與對強制接種政策的態度並不一定相關(Smith et al., 2021)，仍然有可能因為不同意強制性政策而不支持自己支持的政黨所提出的政策。

最後，對於政府的信心也和疫苗強制接種政策的接受程度有關，一研究指出因為對於政府不信任，故民眾對於疫苗相關政策採消極態度(Onalu et al., 2022)。另一德國研究亦提出類似結果，若提升人民對於政府機關的信任，是有可能讓反對疫苗的人施打疫苗的(Schmelz & Bowles, 2022)，故可知政府信任為執行政策很重要的一環。

四、公衛倫理與人權衝突

強制性公衛政策和人民權利是有部份抵觸的，愛滋病防治早期即因政府人員強制的檢測、隔離等而與人權保護者發生衝突(Mann, 1997)。在 COVID-19 流行期間，許多國家實行較強制的手段規範人民，亦造成許多反彈聲浪以

及抗議衝突，故可知執行這樣的政策可能會付出人民信任度降低、反疫苗運動加劇等代價。

公衛倫理強調「共善」而非「私利」，也就是群體利益大於私人利益，故當面臨大流行疫情時，國際間有 WHO 認證之疫苗，醫護人員應有義務施打疫苗以保護自己和患者。感染控制為公共衛生之首要任務，為了控制疫情而適度的限制自由在公衛倫理中是合理的。在醫護人員的職業倫理上，醫護人員之態度和行為應保持一致性(van Delden et al., 2008)，即醫護人員建議病人接種疫苗而自己卻拒絕接種疫苗是不合理，社會對醫護人員的信任也會受影響。而根據 WHO 發布之 COVID-19 強制疫苗接種政策指引(World Health Organization, 2021)，醫護人員為維持醫療體系運作的必要條件，若此群體未施打疫苗可能會讓疾病於院內傳播，造成疫情擴大，且醫護人員有義務不使患者生病，故除個人防護裝備外，施打疫苗可以產生一定保護力以對抗疾病(Knoll & Wonodi, 2021)，保護自己同時保護患者。另外，施打疫苗可達成群體免疫並遏止或預防疾病傳播，亦為一種群體治療方式，身為醫護人員應履行其職業義務，為自己和他人獲得抗體以對抗疫情。

然而，強制疫苗政策是凌駕於個人自主權之上的。1948 年《世界人權宣言》(Universal Declaration of Human Rights)宣布人人生而自由、平等，並且享有公民、政治、經濟、社會、文化等權利，中華民國憲法亦保障人民的各項自由權，包含身體自由權利。同時，根據醫學倫理中的自主原則，接種疫苗為醫療行為，人民有自主決定是否要接受的權利(詹明錦等人，2013)。因此，即使從公衛倫理角度強制接種疫苗為最有效遏止疫情的方法(Wang et al., 2017)，仍無法貿然實行。若自願性疫苗政策效果不彰才能考慮更強制的政策(Mello et al., 2020)，同時，WHO 發布之 COVID-19 強制疫苗接種政策指引內容提及若要實行疫苗強制接種政策，應對部分高風險族群或場域實行，而非直接針對一般大眾(World Health Organization, 2021)。故許多國家在實行相關政策時皆先針對高風險的人員進行，但即使如此，這樣的政策依然侵犯人民

權利，施行時仍然應審視社會對疫苗、政策、政府之態度，進行風險溝通，並同時輔以疫情數據追蹤和公佈，以維持社會信任。



第五節 研究問題

從過去的研究可以得知，醫護人員對疫苗強制接種政策的態度會因許多因素而有所差異，並且對於不同程度的強制政策有不同的看法。COVID-19 疫情延燒許久，未來亦可能出現類似的新興傳染病大流行的狀況，然而，大部分疫苗強制接種政策的相關研究集中於歐美國家，亞洲國家的研究較少。亞洲與歐美風土民情不同，對於疫苗強制接種政策之態度及其成因可能有所差異，結果不應類推，故仍須實證研究補足此缺口。台灣尚未有探討強制性政策的態度之實證研究，針對醫護人員的研究更是缺乏，目前的研究以公衛倫理和法律合法性的探討為主。因此，本研究使用訪談研究方法探索醫護人員中之醫師對於不同程度的強制性政策之態度及看法，並藉由假設情境以更了解受訪醫師在意的影響其態度之因素，以做為我國擬定與醫護人員相關之疫苗政策時參考。本研究提出研究問題如下：醫師對於疫苗強制接種政策的態度及價值判斷為何？合理化其決定背後的倫理信念和判斷邏輯為何？

第三章 研究方法



第一節 研究設計與理論架構

一、研究設計

本研究採用探索性的質性研究設計，利用半結構式訪談探討醫師在新興傳染病大流行期間，對於可以提高苗接種率的各項強制措施之態度，並藉由不同情境設定，例如：疫苗有效性、安全性、規範對象等，探究其接受或拒絕的原因，以釐清醫師對疫苗強制接種政策之價值判斷的脈絡和依據。

二、理論架構

參考 Bradfield and Giubilini(Bradfield & Giubilini, 2021)提出的針對醫護人員施打疫苗政策的介入階梯（Intervention Ladder）以及 Galanakis, Jansen(Galanakis et al., 2013)提出之四種針對醫護人員的疫苗政策，內容包含最強制的強迫接種、懲處、強制反誘因（例如：停職、調職等）、鼓勵等內容，本研究依據以上文獻擬定訪談大綱中的六項疫苗強制接種政策，詳見表1。此處討論的強制性政策皆排除因醫學上之理由無法接種疫苗的人員，接種疫苗可能會大幅增加其疫苗不良反應發生的可能或對身體造成嚴重傷害，因此於醫學倫理以及公衛倫理上，皆不應納入疫苗強制接種政策中。

表 1、六項針對醫護人員的疫苗強制接種政策

疫苗強制接種政策	
1	強制施打疫苗，施打疫苗後，不須每週進行 PCR 採檢，改採口水試紙，並且可以有條件的減少穿戴醫療防護裝備，例如：防護衣、手套等。拒絕施打疫苗無懲處或權利受損
2	拒絕施打疫苗者須填寫拒絕施打聲明，以協助醫療機構追蹤醫護人員狀況
3	拒絕施打疫苗須無條件於疫情期間接受調職、限制臨床工作範圍
4	拒絕施打疫苗須接受於疫情期間停職或無薪假，並且無法進入工作場所
5	拒絕施打疫苗將接受罰款（以日為單位罰款）
6	拒絕施打疫苗須吊銷醫療人員執照



第二節 研究對象與材料

一、研究對象

研究對象為北部地區級以上醫療院所之臨床醫師，由於北部疫情嚴重度為全台之最(衛生福利部疾病管制署，2021)，亦為 2021 年 5 月 COVID-19 社區傳播爆發之區域(邱宜君，2021)，故以國家發展委員會定義之北部區域(國家發展委員會，2020)地區級以上醫院為研究場域。同時，研究指出醫師對疫苗有更多的了解(Domínguez et al., 2014; Livni et al., 2008)，並且對疫苗之接受程度也較高(Barriere et al., 2010; Jiménez-Corona & Ponce-de-León-Rosales, 2011)，故研究對象針對醫師，以增加研究結果之可信度。本研究以理論架構發展之訪談重點，也就是針對醫護人員的六項強制接種政策，在訪談 16 位受訪者時，結果已有高度的完整性，並且從文獻回顧和理論層面來看，在資料分析上已可以統整歸納出結果和發現，因此總共訪談 16 位臨床醫師。研究對象中有 9 位主治醫師 7 位住院醫師，年齡分布為 25 歲至 54 歲，並且皆接種至少一劑疫苗。16 位醫師分別來自 11 家醫院、7 個醫院體系，而其中有 9 位來自醫學中心、6 位來自區域醫院、1 位來自地區醫院，地區分布於基隆市、新北市、台北市、桃園市、新竹市。受訪者資料詳見表 2 和表 3，身分資料皆以匿名處理，研究結果引用之逐字稿中採用代號呈現。

表 2、受訪者基本資料一覽表 (n = 16)

性別	(人)
男性	12
女性	4
年齡	
24 – 30 歲	7
31 – 40 歲	6
41 歲以上	1
N/A*	2
工作地區	
基隆市	1
新北市	2
台北市	11
桃園市	1
新竹市	1
工作醫院層級	
醫學中心	9
區域醫院	6
地區醫院	1
科別	
一般醫學科(不分科)	5
內科	7
急診科	2
小兒科	2
職稱	
住院醫師	7
主治醫師	9
是否與家人同住	
是	9
否	5
N/A	2
是否照顧過 COVID-19 的患者	
是	9
否	7

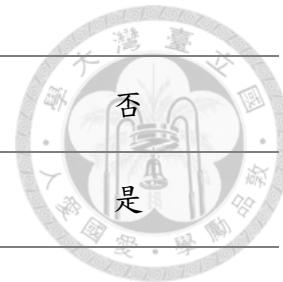
*所有 N/A 皆為受訪者未提供





表 3、受訪者背景資料

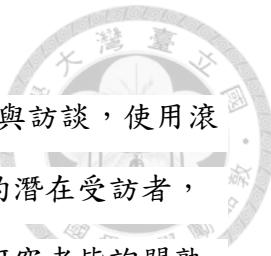
代號	性別	年齡(歲)*	工作地區	科別	職稱	是否與家人同住	是否照顧過 COVID-19 患者
#1	男	25	台北市	一般醫學科(不分科)	住院醫師	是	否
#2	男	25	新北市	一般醫學科(不分科)	住院醫師	否	否
#3	男	27	基隆市	一般醫學科(不分科)	住院醫師	是	是
#4	男	34	新竹市	急診科	主治醫師	是	是
#5	男	30	台北市	內科	住院醫師	否	是
#6	男	26	台北市	一般醫學科(不分科)	住院醫師	是	是
#7	男	57	台北市	內科	主治醫師	是	是
#8	男	N/A**	台北市	內科	主治醫師	N/A	否
#9	男	37	台北市	內科	主治醫師	是	否



#10	男	34	新北市	小兒科	主治醫師	否	
#11	女	25	台北市	一般醫學科(不分科)	住院醫師	否	
#12	男	38	台北市	急診科	主治醫師	是	是
#13	女	33	桃園市	內科	主治醫師	否	否
#14	男	N/A	台北市	內科	主治醫師	N/A	是
#15	女	39	台北市	內科	主治醫師	是	否
#16	女	29	台北市	小兒科	住院醫師	是	是

*年齡以 2022 年計算

**所有 N/A 皆為受訪者未提供



二、資料收集方式

本研究於2022年1月9日至2022年3月11日期間收案與訪談，使用滾雪球方式招募受訪者。研究者先以通訊軟體或電話聯繫熟識的潛在受訪者，並透過電子信箱邀請其參與研究。無論是否願意參與研究，研究者皆詢問熟識的潛在受訪者是否能推薦對此議題有興趣並且符合研究對象條件的潛在受訪者之電子郵件信箱，接著再寄送邀請信件招募受訪者。

徵得潛在受訪者電子郵件初步同意後，採一對一面訪或視訊訪談方式。若為面訪，於訪談前一週約定面訪時間和地點，並提供訪談大綱。訪談進行前請受訪者簽署研究參與同意書，告知其相關權利，並利用個人基本資料收集相關資料。若為視訊訪談，於訪談前一週約定面訪時間並傳送視訊連結，同時提供訪談大綱、研究參與者同意書、個人基本資料表等電子檔，並請受訪者回傳個人基本資料表。在視訊訪談當下透過全程錄音錄影的方式宣讀研究參與者同意書，取得受訪者口頭同意後進行訪談。

每次訪談為30分鐘到40分鐘不等，最多不超過1小時，總共進行一次訪談，取得同意後全程錄音。若受訪者不接受錄音，則為以紙筆紀錄代替，本研究之受訪者皆同意研究者使用錄音方式記錄訪談內容。訪談地點時間和地點配合受訪者意願，以其認為最方便且放鬆之地點為主，並且建議其盡量選擇非工作場域之不吵雜的地點，以減少因社會期待而未表達其真實看法的可能。

第三節 研究工具與情境

一、基本資料表

透過基本資料表取得個人相關資料，包含年齡、科別、職稱等，若受訪者不願意提供則無需填寫，詳見附錄一。

二、訪談大綱

依據理論架構以及文獻回顧中的內容，擬定初步訪談大綱。之後透過一

次試訪符合研究對象條件之醫師，並與指導教授討論後，再次修改與修正，並加入強制對象、強制政策由誰規範等問題，以更了解受訪者態度以及判斷邏輯，最終經指導教授認可後採用之完整版訪談大綱如表 4 所示。訪談大綱總共分成三部分，第一部分為與疫苗或疫苗政策相關的問題，第二部分為對六項醫護人員疫苗強制接種政策的看法，第三部分則為疫苗強制接種政策的延伸問題。訪談問題順序可能會依受訪者之回應而有所不同，原則上按照訪談大綱進行。訪談中間開放問答，但研究者不引導受訪者回答問題，僅針對受訪者對於訪談題目不了解處解釋。

表 4、訪談大綱

第一部分：疫苗或疫苗政策相關的問題	
1. COVID-19 疫情對工作和家庭的影響	
(1) 有曾經照顧過 COVID-19 或疑似 COVID-19 的患者嗎？	
(2) 工作是否有壓力更大或更繁重的狀況出現？	
2. COVID-19 疫苗相關問題	
(1) 請問您有接種 COVID-19 疫苗嗎？為什麼(不)施打疫苗呢？	
3. COVID-19 疫苗政策問題	
(1) 對於政府目前規定「須出示兩劑疫苗接種紀錄才能進入 12 種指定休閒娛樂場所」有什麼想法嗎？	
(2) 有一些縣市的首長在去年五月社區感染爆發後要求區域內醫護人員全面施打疫苗，對於這樣的政策您有什麼看法呢？	
第二部分：疫苗或疫苗政策相關的問題	
1. 請問您對以下針對醫護人員之強制疫苗政策的態度及看法	
(1) 強制施打疫苗，施打疫苗後，不須每週進行 PCR 採檢，改採口水試紙，並且可以有條件的減少穿戴醫療防護裝備，例如：防護衣、手套等。拒絕施打疫苗無懲處或權利受損	

(2) 拒絕施打疫苗者須填寫拒絕施打聲明，以協助醫療機構追蹤醫護人員狀況

(3) 拒絕施打疫苗須無條件於疫情期間接受調職、限制臨床工作範圍

(4) 拒絕施打疫苗須接受於疫情期間停職或無薪假，並且無法進入工作場所

(5) 拒絕施打疫苗將接受罰款（以日為單位罰款）

(6) 拒絕施打疫苗須吊銷醫療人員執照

第三部分：疫苗強制接種政策延伸問題

1. 強制對象

(1) 有人提到不同科別或不同醫事類別應該有不同的疫苗強制接種政策規範，您認為呢？

2. 強制政策由誰規範

(1) 請問由醫院端規範疫苗強制接種政策和由政府端規範疫苗強制接種政策，對您來說有強制力上的差別嗎？

3. 政黨和政府

(1) 有人認為現在的執政黨在處理疫苗政策上並沒有很完善，若執政黨改變，是否會影響您對疫苗強制接種政策的態度？

三、訪談情境設定

在受訪者回應訪談大綱第二部分前，研究者會告知此部分的政策皆為針對醫護人員的疫苗強制接種政策，疫情狀態設想為 2021 年 5 月社區傳播的狀況，並且此時疫苗供應充足。再者，在研究者回應六項疫苗強制接種政策的態度後，研究者將依研究者的回答，再決定是否利用情境假設或政策比較更了解受訪者在意的因素。可能的假設情境如下：

(一)您認為全國強制戴口罩跟強制施打疫苗的差別為何？

(二)假設疫苗確實有效，醫護人員施打疫苗確實能夠保護醫療體系經歷

疫情大流行時不會崩潰，您是否能夠接受更強制的針對醫護人員的
疫苗強制接種政策？

(三)假設疫苗的預防接種受害救濟配套措施更完善，您是否能夠接受更
強制的針對醫護人員的疫苗強制接種政策？

四、研究者自身設定

研究者邀請受訪者時完整告知受訪者研究內容，同時亦告知受訪者研究者目前的學院及系所。由於研究者為公共衛生學院學生，因此，受訪者可能會認為研究者在此議題上有既定立場，進而回答研究者可能希望得到的答案。然而，研究者在訪談開始前會再次強調本研究重點非道德批判，而是透過與受訪醫師的意見，了解受訪醫師們的態度及看法，並歸納整理以供未來實行相關政策時參考。

五、研究參與者同意書

本研究之研究參與者同意書通過國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會審查並通過。訪談前向受訪者進行說明研究參與者同意書之相關內容，包含研究目的、訪談內容及程序、訪談過程全程錄音等事項，取得受訪者同意後始得進行訪談。

第四節 訪談資料處理及分析

本研究於訪談後一週內反覆聆聽訪談錄音檔，並完成訪談逐字稿，同時發現問題並修正，以利下次訪談更順暢。

在資料處理和分析部分，本研究使用主題分析法進行分析。主題分析為識別、分析和找出資料中的主題之方法，並且可以詳細的組織以及描述研究資料(Braun & Clarke, 2006)。主題分析六個分析階段(Braun & Clarke, 2006; Vaismoradi et al., 2013)：熟悉資料（Familiarising with data）、產生初始編碼（Generating initial codes）、尋找主題（Searching for themes）、審核主題



(Reviewing themes)、定義和命名主題 (Defining and naming themes)、製作研究報告 (Producing the report)。

熟悉資料 (Familiarising with data) 階段，研究者反覆閱讀訪談逐字稿，思考語句、文字意義並記錄想法。接著，產生初始編碼 (Generating initial codes)，研究者開始初步編碼分析資料，找出特別之處，並整理與編碼相關的內容。最後，尋找主題 (Searching for themes)，整合和篩選初始編碼，整理成可能的主題，接著再繼續從逐字稿中找出與主題相關的可能資料。在審核主題 (Reviewing themes) 階段，研究者重新來回檢查各個類別編碼與主題的相關性，同時亦再次審視所有內容與研究主題的相關性。修正以及刪去一些較無相關的編碼後，再次從頭確認。確認無誤後進入定義和命名主題 (Defining and naming themes) 階段，修改標示不清楚的編碼定義或主題名稱，以更凸顯各個主題、類別的獨特性。最後，製作研究報告 (Producing the report)，統整所有內容後撰寫研究報告。

本研究利用 NVivo 質性資料分析軟體（版本 1.5.1）輔助分析訪談資料，以更完整的管理以及編寫主題和類別編碼，並於整合歸納後呈現結果。

第五節 研究倫理

本研究通過國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會審查，案號為 202111HS019。本研究須取得受訪者簽寫或口頭同意之研究參與者同意書，對於受訪者身分嚴格保密，研究結果呈現僅以代號表示。本研究無任何衍生商業利益，僅提供受訪者車馬費新台幣 500 元。研究過程受訪者可不須任何理由中斷或退出研究，不損害任何人利益。

第四章 研究結果



本章共分成三節，第一節為受訪者對不同程度、情境之疫苗強制接種政策的看法，第二節為受訪者對疫苗或防疫政策之意見，第三節為其他訪談發現。

第一節 對不同程度、情境之疫苗強制接種政策的看法

在尚未假設情境時，大部分醫師接受到第三項「拒絕施打疫苗須無條件於疫情期間接受調職、限制臨床工作範圍」，少部分醫師可以接受第四項「拒絕施打疫苗須接受於疫情期間停職或無薪假，並且無法進入工作場所」，第五項「拒絕施打疫苗將接受罰款（以日為單位罰款）」、第六項「拒絕施打疫苗須吊銷醫療人員執照」則完全無法接受。研究者接著利用情境假設，例如：疫苗有效性提高，或是利用其他政策作為比較等，以更了解受訪者之看法。本節將依序透過一、自主權，二、疫苗，三、政策，四、工作權，五、政黨與政府進行探討，頻率及占比詳見表 5。

表 5、主題以及頻率表：影響醫護人員對疫苗強制接種政策態度之因素

主題與類別	頻率*
一、自主權	9
二、疫苗	
(一)安全性	
1. 疫苗具侵入性	11
2. 預防接種受害救濟問題	5
(二)有效性	
1. 疫苗有效性	4
2. 假設疫苗有效時能接受更強制的政策	10
三、政策	
(一)強制程度	.
1. 強制程度過於嚴苛	10
2. 吊銷專業執照為國家之損失	2
3. 應以鼓勵政策為主	7
(二)強制對象	
1. 針對醫護人員	
(1) 對醫護人員的針對性太高	6
(2) 醫護人員的職業需求	10
2. 針對科別	
(1) 不同科別不同政策	8
(2) 不同科別相同政策	6
(三)與自身的關切程度	4
(四)法源依據	3
四、工作權	13
五、政黨與政府	
(一)疫苗強制接種政策無關政黨	16
(二)醫護人員較不容易被外在因素影響	1
(三)對政府的信任和信心與疫苗強制接種政策相關	1

*頻率以受訪者為單位，故最大值為 16。



一、自主權

大部分的醫師在訪談初期主張施打疫苗為自主權之展現，認為政府不應強制任何人接種疫苗，並且也有受訪者如同以下的受訪者#1提出，即使是新生兒預防接種的疫苗，政府都沒有強制大家施打，所以 COVID-19 的疫苗也不能違反自主權強制施打。

我覺得…就感覺自主權的角度出發的話不應該這樣子。因為台灣也沒有任何疫苗是強制你施打的阿。即便是新生兒剛出生要打那些疫苗，也都沒有強制阿，只是強烈的建議，不打自己想辦法，可能會容易夭折，但是也只是強烈建議，那為什麼這個就可以？(#1)

要不要接種在民主國家的制度來看其實還是以個人的意願為主。國家似乎不太能夠強制說一定要接種之類的。(#10)

疫苗這種東西畢竟是打到你身體裡的，那每個人都有自己的自主權，應該要由人民他自己決定他要不要打這個疫苗。(#15)

二、疫苗

(一) 疫苗安全性

在疫苗強制接種政策中，疫苗安全性為非常重要的一環，亦為受訪者在意且關心的重要因素。若受訪者在訪談初期未提及疫苗安全性，則此部分會詢問其認為強制戴口罩和強制施打疫苗的差別為何。由於疫苗具有侵入性，許多受訪者提出疫苗安全性的質疑，認為這種短期內開發出來的疫苗，其對於人體長遠的影響尚未明確，並且疫苗依然有可能引起不良反應，故認為在無法確保疫苗安全性的狀況下，貿然實行強制疫苗政策並不妥當。



這可能還是一個侵入性的問題吧，如果是口罩的話大家可能就只是在臉上，比較不會有一些其他的影響。那畢竟在疫苗方面也不像以前那些傳統疫苗經過那麼嚴謹的試驗，所以大家可能還是會對安全上有一些考量。(#5)

畢竟是藥物然後注射到身體裡面，那以現在的疫苗，流行的疫苗都是很新的疫苗，用新的平台做的，所以老實說我們真的不知道他長期來講對身體會有什麼影響。所以真的無法接受這樣子疫苗的人，我覺得是有理可循的，就他們如果真的擔心這個疫苗對身體有什麼影響，這就是打了就無法挽回。(#12)

尤其現在的疫苗，我想不管是腺病毒或是 mRNA 或是 protein 等等來講，中長時間來講對於身體有沒有一些影響，我想目前還不確定。即便我剛剛提到的世界衛生組織認證的那 3 個疫苗，基本上有長時間有更大規模的追蹤的一個報告也不敢說，所以事實上我們很多東西都還是，還是要多一點的追蹤時間才可以確定他完全的安全性，所以這樣的考量來講基本上相對比較多。(#14)

而當研究者接著詢問「若預防接種受害救濟相關措施從寬認定是否會影響對疫苗強制接種政策的態度？」時，一些受訪者認為可以接受更強強制的政策，而其他受訪者則表示並不會因為從寬認定而影響態度。另外，受訪者 #11、#15 皆額外提到預防接種受害救濟措施從寬認定可能的副作用，民眾可能會要求醫師開相關的診斷證明，使醫師在通報不良反應上的壓力增加，進而影響醫病關係。

這樣醫生在開診斷證明的時候就會很為難，因為譬如說他真的蕁麻疹，你很難認定。如果你說心肌炎還比較好，因為他現在就是有些論文有證據可以證明，可是蕁麻疹那種就是因為他又比較…會影響的因素比較多，所以這樣的話就是變成在開診斷證明的時候會被病人要求要開什麼之類的，但是我覺得從寬認定還是好一點。（#11）

之前就有聽到有一些醫生就被強迫說什麼要開診斷證明書，診斷證明書上要陳述說病人是打疫苗後有這個症狀，或是被要求說他要去通報就是幫病人通報說他有疫苗的不良反應。…就是會有一些我覺得會有一些不合理的要求開始施加在醫護人員上面，放寬以後我覺得不見得是件好事。再來就是很多民眾其實是對藥害救濟他們其實也不是那麼懂，他們往往把不懂的事就認為說醫護人員都要幫我搞懂，幫我把這一切都搞定，我覺得這反而會讓我們醫護人員面臨到更多更困難的情境。（#15）

（二）疫苗有效性

疫苗有效性為受訪者強烈關心的因素，在詢問受訪者對「進入 12 種特定娛樂場所須出示兩劑疫苗接種證明」政策的看法時，部分受訪者提出對疫苗有效性的質疑。施打疫苗的保護力可能會隨時間而降低，並且也無法保證施打之後就一定不會感染，所以這樣的限制在防堵疫情傳播上並非實質有效。因此，在疫苗有效性未定的前提下，對人民的人身和娛樂自由進行限制並不合理。

以現在的 Omicron 來看，打完兩劑過了一段時間，好像五六個月之後，似乎也沒有什麼完整的保護力。所以這項強制的措施，就是一定要兩劑才能進入一些特定的場所，就變成有一點點…以 Omicron

的情况底下，是不太符合實證的想法。(#10)



如果假設譬如說你打完疫苗你就一定不會感染，那你去限制這個，我覺得還比較合理。但是他們很多就是變成你要打完疫苗才可以怎麼樣怎麼樣的一些政府的政策其實，因為你也不能保證他就不會感染阿，那他進去他還是會感染其他人，那其實這樣相對來講對其他人也不一定那麼有保護，我覺得。(#13)

就是他對於 Omicron 的防護力其實很差，即使你打了三劑你還是可能會被得到，然後有可能會感染別人。所以你有必要這樣強制每個人都打嗎，這個我是覺得疫苗的有效性都還不確認，然後就是強制大家都要打就不合理。(#15)

再者，當研究者給予「疫苗確實有效」的情境假設時，大部分受訪者能接受更強制一點的疫苗強制接種政策，例如從第三項「拒絕施打疫苗須無條件於疫情期間接受調職、限制臨床工作範圍」接受到第四項「拒絕施打疫苗須接受於疫情期間停職或無薪假，並且無法進入工作場所」，甚至有條件接受到第五項「拒絕施打疫苗將接受罰款（以日為單位罰款）」，由此可知疫苗的有效與否為強制接種政策是否能獲得醫師支持之重要因子。



三、政策

(一)強制程度

在本研究給予的六項疫苗強制接種政策中，所有的受訪者皆無法接受第六項「拒絕施打疫苗須吊銷醫療人員執照」，僅少數受訪者，在給予情境設定後可以有條件接受到第五項「拒絕施打疫苗將接受罰款（以日為單位罰款）」。即使是能夠接受醫護人員有較嚴苛的強制性政策的受訪者，仍無法接受罰款或吊銷執照等懲罰性的政策。原因如同受訪者#2、#9所言，不施打疫苗並非違法或造成公衛嚴重危害，故並不能以如此嚴苛的手段剝奪醫護人員的財產和身為醫護人員的權利。

我覺得接受罰款或是說吊銷醫護人員執照可能都是有違反什麼法律，可是他只是規範一個公共的政策，他的懲處有點太 over。(#2)

就是說如果你真的要罰款或什麼吊銷執照的話，可能你要有辦法說他是真的可能造成公共衛生的破壞或什麼之類的…吊銷執照通常是重大違規吧，譬如說什麼可能就是你是什麼內科可是你去給人家開刀，做自己科別不能做的事情，還是說什麼詐領健保費，真的要是情節重大。這樣子好像我覺得沒有到情節重大，不打疫苗。(#9)

同時，受訪者#1也表示，栽培一位醫護人員是需要花非常多時間和金錢的，若僅以不施打疫苗就吊銷執照，對國家來說也是重大損失。

你真的吊銷執照的話你就是毀了一個醫護人員，花了那麼多時間栽培他，然後他現在就變成一個廢人，這個你從各個角度來講都不划算。(#1)

另外，大部分受訪者皆表示在越需要醫護人員的疫情爆發時，更應該體恤醫護人員的辛勞，以鼓勵式政策代替強制程度這麼高的強制性政策。受訪者#10也表示，醫護人員在疫情期間為國家重要資源，若因強制性政策造成醫護人員反彈進而與政府為敵，對於防疫工作無任何益處。

…面對疫情方面，其實醫護人員也是國家的資源。所以他政府如果做了一些比較強硬的措施，去醫護人員覺得不被尊重或者是有點被敵視的感覺，這種狀況可能會對對抗疫情也是有反效果的。（#10）

（二）強制對象

1. 針對醫護人員

一些受訪醫師認為僅針對醫護人員執行強制性政策針對性太高，部分受訪者在此處類比先前要求醫護人員不能出國之政策，例如：受訪者#16，他們表示即使可以理解這樣的政策用意，但醫護人員的權益是需要被顧及的。執行強制性的政策應該要全民來實行，如果僅規範醫護人員，可能會因為民眾的隨意而無法有效控制疫情，並且對於在疫情期間須堅守崗位的第一線醫護人員而言並不公平，甚至有類似懲罰醫護人員的意味。因此如同受訪者#10、#11、#13所言，這樣可能會造成貼標籤的問題，並且引起反彈。

我會覺得說不能只針對醫護人員，你這樣的話那其他的百姓或怎麼樣也要一起，不然這樣感覺有點像是被針對。就有點像那時候限制醫護人員不能出國，我自己是有點傻眼。我可以理解他這樣做的用意，但是某方面我會覺得有點像是被懲罰這樣。會覺得說欸我們這樣這麼盡忠職守，那為什麼會被這樣子對



待。(#16)

只有醫護人員接種，這樣子反而會造成那個就是又是一些被貼標籤的問題。…這個責任就變成似乎是民眾可以很隨意，醫護人員就要遵守一些很嚴格的規範這樣子。(#10)

我覺得如果他拒絕施打疫苗要接受罰款的話，那大家全民都要接受罰款，我就可以接受。…因為這樣感覺針對性就很高，如果會被懲罰又只針對醫護的話感覺就有點傻眼。(#11)

如果你說因為你平常都會接觸一些人，那其實平常工作也會接觸很多人的職業也超級多啊，那那些人是不是也都要限制？然後像譬如說航空業，他們就又沒有限制那麼嚴格，阿可是那邊很常是一個來源。他們就是一直在針對醫護這部分，他們一直想要把那個量能拉起來，但我覺得方法有點…就反而會造成醫護人員反彈。…就如果他真的還是要用到全民都要的話，那就變成全民共同，只是他不能這樣針對醫護。 (#13)

然而，由於醫護人員為在疫情期間風險較高的工作，故亦有受訪者提出若以自己身為醫護人員的立場來思考，在疫苗強制接種政策上就不能僅考慮自主權的展現，亦需要將職業的風險考量進來，所以對於僅針對醫護人員之強制性政策也是可以理解的。如受訪者#2 所言，醫護人員染疫機會高，若染疫可能會讓疫情擴散到社區，故應藉由施打疫苗降低染疫可能。另外，亦有其他受訪者提出如同受訪者#9、#12 提及的醫療量能問題，若因為醫護人員染疫，造成病房關閉、醫院關閉，對於整個社會的防疫量能是很大的影響，故

這樣的政策是可以理解且支持的。



這種高風險(接種疫苗)的話就是保護自己也保護他人的那種感覺。阿不然你整天接觸那麼多病患，然後那些通常來醫院的病患都是免疫力比較差的，那如果自己有染疫的話但是你不知道，你這樣有可能會傳播的很遠這樣。(#2)

如果說政策上要求，然後不討論罰則這部分的話，我覺得要求醫護人員打應該是必要的。因為就像剛才前面提到的，如果說剛好不幸染疫的話，那就是說第一個是自己要隔離，另外就是說如果第一線跟你接觸的人譬如說你的親近的同事或是跟你同一班的人員，大概照當時候的規定或者是說現在的規定來講，也是必須要隔離，那這樣這個人力上或是醫療的一個量能那就會有滿大的影響。(#9)

今天如果得病會因為政府要求的關係，可能我同事都不能上班，那可能整個部門要關閉消毒，那這樣就變成一個不可承受之重，那因為我做這個工作我也選擇這樣子的工作，那我就要接受這樣子的附帶條件。(#12)

2. 針對不同科別

除了針對醫護人員和一般民眾的強制性政策外，本研究亦想了解醫師對於不同科別或不同醫事類別的醫護人員施行不同疫苗強制接種政策之看法。全部的受訪者皆認為不應在醫事類別上有疫苗強制接種政策的差別，大約一半的受訪者認為應針對不同風險程度的科別有不同的政策，依照風險高低來進行規範，除了保護高風險的

醫護人員外，亦保護醫療院所和社區。同時，受訪者#5 也提到若量能有限，自己身為高風險科別的醫師會希望能最早獲得這些資源，讓自己有更完善的保護，才能去照顧病人。



譬如說今天你是在 ICU、急診或今天你是在慢性病房，這都是你選擇的工作範圍，那你在選擇你工作範圍的時候你應該就有相對應的工作風險，那你應該就會有相對應的規範，這件事情很合理。(#3)

我想是合理啦，像在機場工作的那些也是被要求比較嚴格…所以我想第一線的科別啦就是像是五官科阿，像是什麼牙科阿還是說是開刀的阿，這個當然是很直接而且可能會暴露到可能病人的一些分泌物之類的這樣子，對，那這個當然是列為優先管理的對象。(#9)

我覺得這樣合理的，因為你會要考慮到一些量能的問題，那檢驗的量能阿或疫苗的分配這些，那因為我自己是高風險科別，就會覺得說希望先到我這邊的感覺，私心會這樣覺得。(#5)

然而，其他受訪者則認為同在醫院工作的人員應該要一視同仁的有相同的強制性疫苗規範，如受訪者#7、#11、#4 所述，在同一個醫院工作，彼此其實暴露於同樣的風險下，並且醫院跨科別的人員移動也不少，無法斷定風險高低，故不應在科別上有政策上的差異。同時，受訪者#4、#15 提出，若在醫護人員中再區分那些科別應強制施打疫苗哪些科別不用，可能會出現邊緣化某些科別的狀況，並且又回到針對性太高的議題，只是範圍從整個國家縮小為醫

院，故不同意這樣的政策。



我覺得不適合，因為醫院是一個共同體阿，眼科醫師也可以走在一個 ICU 醫師的旁邊阿。(#7)

我不同意，因為如果真的流行起來的話，大家都得上一線。而且其實醫院裡面是…就他很難被隔開，就譬如說會診什麼的，都有不同科會來看，所以這樣只針對某些人感覺是沒有什麼用。(#11)

我覺得不太同意，因為大家都是在同一個環境下工作，你只有針對部分的人去強制，但是大家還是會互相交流阿，所以最後還是一樣的在同一個染缸裡面，所以你針對部分的人去做這樣的手段第一個是無效，第二個是會有點歧視的意味，所以我不覺得這是一個好的政策。…就像是在告訴別人說你們比較會傳染給別人，所以你就要去打疫苗。就像是愛滋病的病患，我們刷健保卡看見他有的時候，我們就會做很多很多的防護，有點像這個概念，因為就會覺得他是一個很容易傳染給別人的人，所以我們就會這樣處理。所以說你針對高風險族群要求說他們一定非打疫苗不可，那我覺得有類似的概念。(#4)

其實我覺得這種狀況就有點像我們醫護人員跟民眾比，我們是被分到很危險的那一群，所以我覺得這個還是回到就是尊重個人的選擇吧…(#15)



(三)與自身關切程度

此部分詢問受訪者對於「由醫院端規範疫苗強制接種政策和由政府端規範疫苗強制接種政策」的態度，部分的受訪者認為由醫院規範強制接種政策是更容易依從的。受訪者#9指出，對在醫護人員而言，醫院的政策與自己的關切程度較高，政府所發布的政策較遙遠，所以會認為醫院所發布的政策大家比較會注意也比較會實行。受訪者#8也指出由於政府是做一個全面性的規範，詳細的施行方式由不同醫院考量風險後調整，醫院政策較政府嚴格亦可理解，所以在政策上還是會以醫院的規範為主。

政府端有的時候可能是覺得政策上有一點遙遠，通常一些規定都是醫院的一些主管或是院方要重新發布說他們要配合政府做什麼，然後我們可能才會比較劑的這樣的一個規定，所以政府那邊的部分有時候可能就會覺得不見的我們有適用，或是就等醫院得長官有說了之後我們才會注意，所以醫院端會比較有用。(#9)

我覺得政府規範的話，對於各醫院的型態不同我覺得那個很難統一，醫學中心、地區醫院、區域醫院每一個醫院的型態、作業方式都不太一樣，病人型態也不太一樣。…所以我覺得政府可能只是提供一個概括的或者是一個一般原則性的建議，醫院那個應該是因各醫院的需求去做調整，我覺得那樣子是比較合理的。(#8)

(四)法源依據

每項政府公布之制策皆應有法源依據，並不能無中生有，故受訪者皆提及疫苗強制接種政策必須有合理的法源依據才能實行。然受訪者#12認為，針對醫護人員的疫苗強制接種政策應引用哪條法律為受訪者

疑惑之處，認為目前並沒有任何一項法律適用。同時，受訪者#4 亦提出對現行的傳染病防治法之意見，認為許多防疫政策皆引用此法，但其內容並沒有非常詳細的對每項規範進行定義，故對於某些宣稱防疫的手段是否具有法律效力持懷疑的態度。

我覺得這個就會看說他的法是立在什麼法，因為這很顯然沒有辦法用刑法，那你是要用醫師法？對啊，而且這個就是特別針對你這個族群一定要打疫苗不然就針對你罰鍰，我是覺得不管在邏輯或理論上都不太合理。(#12)

我覺得政府這幾年其實因為疫情的關係開始無限上綱，把一個不是很強的法源，因為他法源當初寫得非常空泛，就是說我們醫護人員應該接受指揮中心的調度，但是他並沒有寫說可以調度到怎樣程度。所以比例原則是很重要，但是目前好像沒有看起來一個針對這個法律可以做到那麼多限制的事，所以目前沒有定義。所以接受罰款這部分第一個你沒有法源依據，然後第二個是我覺得也不太合法。那吊銷醫療人員執照更 over，因為他沒有違背任何的醫師法、護理師法等等，所以我覺得如果真的這樣做，那真的只會造成就是一個很大的問題，很多的法律糾紛，反正我覺得是不太合法。(#4)

四、工作權

大部分的受訪者表示第三項「拒絕施打疫苗須無條件於疫情期間接受調職、限制臨床工作範圍」和第四項「拒絕施打疫苗須接受於疫情期間停職或無薪假，並且無法進入工作場所」影響或侵犯其工作權利。調職或限制臨床範圍對大部分受訪者而言，雖然影響工作內容但仍然算可以接受。不過受訪者#3 認為，醫師是經驗導向的職業，若調離原本的職位可能會影響到未來的

職業發展，也是間接的侵犯工作權利。而大部分受訪者認為調職和限制臨床範圍已經是最大接受限度，停職或無薪假會嚴重影響他們的生活，為侵犯工作權的狀況，故無法接受。



他有影響到我的工作內容或他有影響到我的工作權利的話，我倒覺得這件事情就會影響到我的權益了。…我覺得今天我選擇這樣子的工作內容，我是喜歡這樣子的工作內容，我比較在意點是那我會不會受訓有限，或受訓可能不足，他會影響到我的受訓內容，因為我們知道醫療產業本來就是經驗為重。(#3)

我真的因為自己的身體權而不願意接受疫苗，那醫院把我指派至比較低風險的地方，可能會有薪水的調降我也是覺得這樣算是合理。但是他不應該就是說因為我不願意接受疫苗就不讓我工作，因為這就是我的工作權。(#12)

(停職或無薪假)這樣等於是侵犯我的工作權，憲法就是保障人民有工作權，那怎麼可以因為我今天沒有打疫苗然後就用一個不平等的方式去侵犯我的工作權。(#15)

五、政黨與政府

本研究所有受訪者皆表示執政黨改變對於政策的走向並不影響，認為兩者不相關。由於制定政策的事務官或執行政策的人員並不會因為政黨而改變，並且疫苗政策為高度專業議題，所以勢必要諮詢專家以及考量社會風氣和民意，故大部分受訪者認為就算執政黨改變，政策方向應該大同小異。同時，部分受訪者如受訪者#5，認為針對同一政策的態度亦不會因為政黨偏好不同而改變，還是會以醫學和公衛知識為思考依據，政黨的影響力不高。

我覺得就算是換其他黨來做，我想大概是差不多吧，因為如果你政治人物本來就是對這部分沒有很了解，你本來就都是要找一些醫療相關人來做決策，所以假如說是不同的政黨找的都是同一批人來做這個衛生政策的話，其實我覺得差異性不會太大這樣子。(#9)



目前台灣的防疫政策都…我覺得還被民意所影響，就是看起來人民是很喜歡、很希望要有一個清零的環境，像我個人就覺得這個很難，而且跟國際脫節越來越厲害。但是政府會有這樣子的政策還是因為看起來是人民想要這樣子，所以我認為在這方面可能不同的政黨的政策不會差太多，但我相信執行能力可能會有差，但是走的方向應該不會差太多。

(#12)

我個人感覺是不會，還是會依照醫護單位的想法，跟疫情的狀況去調整，可能不會因為政黨的關係就能夠接受這些(更強制的手段)，我自己這部分色彩應該不高。(#5)

受訪者#15提到，或許是因為醫療專業人員較常接觸藥品、疫苗等，故對於疫苗會更有信心，較不易被外在因素影響。然而，一般非醫療專業背景之民眾，在此部分資訊較不足夠，故可能較容易被政黨、媒體資訊所影響。

我覺得有差耶，其實也無法明確說為什麼會這樣，但是我覺得醫護人員可能我們平常都是接觸這些醫藥啊什麼的，所以我們相對對於這些疫苗的信任度會比較高，至於一般民眾…甚至像我有一些朋友，他是律師，那律師在我們的社會眼光也會覺得是相對社會地位算高，我的律師朋友都覺得疫苗很不安全很不相信這個疫苗，那討論起來會覺得說可能是因為他們平常也沒有在接觸這些醫藥的東西，原本就很陌生了，然後再加

上現在這種緊急狀況，可能會加重他們的擔心害怕的心理吧。(#15)



同時，受訪者#10也補充表示，人民對疫苗強制接種政策的態度應該是和對政府的信任和信心更相關，如果民眾無法信任目前的政府，那對於其推出的任何政策都會感到懷疑，依從性也會降低。

民眾接種疫苗的意願高不高，我覺得或許跟對政府或對一些行政機關的信任有相當大的關係。今天行政機構政府如果可以給人民信心之類的，那接種率自然就會高。舉一個例子就是香港，香港是很早就拿到疫苗了，那他們的疫苗除了一個是中國科新之外，還有一些是輝瑞。不過不管推哪一個，他們好像都面臨到一些瓶頸，就是他們老年人口現在好像只有六到七成不到這樣。我覺得一部份可能跟他們就是國民自己對自己的政府沒有信心而…就是政府就叫你做什麼的時候，如果你對政府不信任，你就會覺得那我再看看或我就不相信你講的話這樣。(#10)

第二節 受訪者對疫苗或防疫政策之意見

本節主要呈現受訪者對政策的重要意見，以利於未來規劃相關政策時參考。分成一、政策之反向效果，二、風險責任歸屬，以及三、資訊公開三點，前兩點為對疫苗強制接種政策的意見和建議，第三點為對於疫情期間資訊公開方式的意見。

表 6、主題以及頻率表：受訪者對疫苗或防疫政策之意見



主題與類別	頻率*
一、政策之反向效果	
(一)可能產生反向效果	4
(二)實務上執行的困難	5
二、風險責任歸屬	4
三、資訊公開	
(一)疫苗、疫情資訊應更公開透明	5
(二)民眾和醫護人員不同的疫苗和疫情資訊	2

*頻率以受訪者為單位，故最大值為 16。

一、政策之反向效果

對於疫苗強制接種政策第三項「拒絕施打疫苗須無條件於疫情期間接受調職、限制臨床工作範圍」，有幾位受訪者提出不同的意見，認為此政策間接讓有施打疫苗的人必須肩負起照顧高風險病人的角色，不打疫苗的人則可以避免高風險工作，並不符合此政策之本意，反而有變向懲罰有施打疫苗的醫護人員的意味。因此，受訪者#13 更表示，為了維持公平性，不施打疫苗的醫護人員可以增加防護裝備並注意感染控制措施，但仍然要完成應該做的工作。

我覺得譬如說你限制調離工作你覺得是一個很強制的手段，可是對他來講或許這個是他避開不去做的好事情。(#8)

我自己比較不能接受，因為我會覺得這某方面也是個漏洞，那大家就是假設說沒有打疫苗的人他就不會顧到 COVID-19 的病人，那這樣子我覺得有失公平，就是像是在變向懲罰那些有打的人。(#16)

那時候我覺得醫界也吵滿兇的，就是有些人不打疫苗就不用去顧，然後

有些人就會覺得靠阿我打疫苗根本就是給罪受，然後我自己是覺得就是因為打疫苗是個人選擇，但是你就是如果工作還是要輪的話，那就還是要照輪，你就自己防護做好，就是你自己要承擔那個風險。(#13)



同時，針對疫苗強制接種政策的第三項和第四項，部分受訪者提到這樣的政策實行上的困難，醫護人員調職後可能會影響原單位的運作，並且醫院各個科別皆有其專精之處，並非短期內可以熟悉，故調職後的醫護人員或許會遇到許多工作銜接上的問題，操作上實屬困難。另外，受訪者#5 表示，若遭到限制臨床單位、停職、無薪假、無法進入工作場域等限制的醫護人員為單位主管或高層主任，可能就會影響醫院運作或造成治療的延誤，對於病患和醫院皆無好處。因此，部分受訪者認為即使能夠接受這些強制性政策，亦須考量其實務上的困難。

我覺得調職可能有點那個，因為調職的話還是要考慮到他本身工作的能力…調職的話他還要再重新適應一個工作環境，可能會造成醫療延遲之類的。(#2)

每個單位，不管是醫師還是護理師，因為他們長期在這個單位，是最熟悉這個單位的運作的，如果把他貿然調到一個他不熟悉的單位是不是還可以發揮他原本的功能？把他原本的工作挪給另外一個人，他有沒有辦法很好的做承接，這是院方要去思考的問題。(#4)

假如我剛好就是工作的老闆，你如果叫我無法進入工作場所，那就會有點無法運行這樣。(#5)



二、風險責任歸屬

部分受訪者認為除了討論疫苗強制接種政策外，也可將未施打疫苗者需要自行負擔風險責任的概念加入政策。若非因經醫師評估不建議施打疫苗者，不施打疫苗並且染疫的話，應該要自行負擔部分治療等相關費用。此概念給予醫護人員不施打疫苗的選擇，但亦希望其負擔個人染疫後所花費的醫療資源，或許也能成為仍然在疫苗猶豫中的醫護人員施打疫苗的動機。

他如果是醫護人員，他拒絕施打疫苗又沒有特殊原因，然後他被感染的話他應該要有部分的醫療支出自己負擔。所以就有點類似第四點我覺得，就是部份的賠償啦…就是不能想要有好的又不想要有壞的，所以你如果不想要打疫苗那就像我剛剛講的，你就要接受不打疫苗那之後的東西要自己去負擔。(#6)

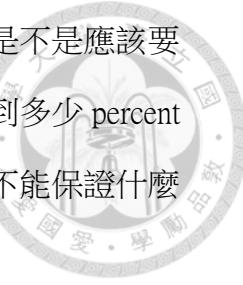
如果個人選擇的話，他就必須要把自己可能染疫然後花費的醫療納入到評估當中，或是他不小心害別人得到疾病，那對方是不是有權跟他收取賠償，他也要把這個風險考慮進去，我覺得這是一個可行的方式啦。

(#15)

三、資訊公開

部分受訪者認為在執行這種強制性政策前，應先審視是否已向人民傳達疫苗、疫情的完整資訊。受訪者認為現在的疫苗資訊可以再更公開透明，更淺顯易懂，並且提升可近性，讓人民確實的了解到打疫苗和不打疫苗的風險，輔以適當的證據佐證，最後再由國人評估風險後決定是否施打疫苗。

當你在提出這樣子的決策或提出這樣子的想法的時候，你是不是應該要告訴大家相對應的資訊。然後知道保護力大概怎麼樣，達到多少 percent 的施打率的時候大家可以做哪些事情，然後可以保證什麼不能保證什麼也要講清楚…(#3)



我覺得指揮中心他們一直在(記者會上)宣導一些政策，可是他那個真的太長了，那個有時候我們也聽不完。然後後面那個記者提問太久了，我覺得那個就是可能民眾也沒有辦法那麼抓到重點。(#13)

…隨時有一些證據有一些發現你可以做一些改變，這無可厚非，不過就是說真的要公開透明，讓民眾可以了解就是說這樣的證據，或是這樣子可以來讓我們做什麼樣的一個做法會比較合適，而不是一個就是純粹的一張行政院命令或是做一個宣示這樣。(#14)

另外，受訪者#3 補充應該在要求醫護人員全面施打疫苗前，給予醫護人員更專業和詳盡的疫苗和疫情資訊，而非與一般民眾相同的內容。由於醫護人員可以了解的資訊相較於一般民眾而言更多，因此提供更詳細的資料可以幫助醫護人員了解疫情狀況，同時對於疫苗的了解也能讓醫護人員更有效的判斷情勢以及是否要施打疫苗。

那個時候他說五月社區感染要求醫護人員全面施打疫苗，我自己對這件事情的想法是我覺得他要求沒有問題，可是他可能要提供我們更多資訊，例如說疫苗的保護力，因為我們相對來講可以知道的資訊可以比較多一點，我們能夠消化的資訊比較多，例如說可能一般老百姓可能連 CT 值都搞不太清楚，比較大比較好還是比較小比較好，但是對我們來講我們會比較能夠了解。那他應該是能夠告訴我們譬如說可能仿單，讓我們

得到的資訊可以比較多，對要求我們來做這件事情會比較安心一點。

(#3)



然而，受訪者#4 並不認同這樣的想法。他覺得政府為了很多因素可能會延遲或隱瞞一些因素，所以不管是醫護人員還是民眾都應有自行搜尋資料和思考的能力。現在的資訊都是公開的，故應有求知和求證的態度，而不是一味地等待政府釋放消息或責怪政府沒有給予更多的資訊。

我們要接受疫苗這件事情你應該要自己去搜尋去查證，因為政府給的資訊不見得都會是對的，因為政府可能會為了他推廣某些政策而故意強化疫苗的好處而盡量不講疫苗的缺點。所以政府常常資訊不見得是對的，所以我覺得不管是民眾或是醫事人員都應該有自己查證的能力跟主動性。不應該是說政府給我得我才看，然後不給我就說是你不給我的。

(#4)

第三節 其他訪談發現

本節為研究者之訪談發現，希望藉由此部分分析更了解醫師的看法和考量，以利於未來在新興傳染病疫情期間規劃政策時作參考。內容依序分為一、疫情期間之工作壓力，二、接種疫苗的原因，三、注重個人防護。

表 7、主題以及頻率表：其他訪談發現



主題與類別	頻率*
一、疫情期間之工作壓力	
(一)工作繁重	12
(二)穿戴防護裝備的壓力	7
(三)次專科醫療排擠效應	3
二、接種疫苗的原因	
(一)保護自己和家人	15
(二)醫院要求	6
(三)維持醫療量能	4
(四)醫護人員的推薦效果	2
三、注重個人防護	7
四、醫院與醫師的雇佣關係	6

*頻率以受訪者為單位，故最大值為 16。

一、疫情期間之工作壓力

除了因篩檢造成的工作內容更繁重外，部分受訪者表示穿脫醫療裝備的壓力為工作壓力來源之一。由於穿脫醫療裝備需要按照一定的 SOP，故受訪者#6 指出在此過程必須更加小心和注意，會擔心因自己的疏忽使同仁、家人暴露於風險中或進一步造成院內感染。而受訪者#10 也表示，因為穿脫需要非常注意，所以花費的時間長也會影響完成其他工作的時間，故此部分壓力不小。

我覺得壓力大的時候的確是在脫的時候，穿的時候還好，進去採檢的時候也還好，是出來的時候真的要很小心，你要很注意你脫的時候有沒有碰到、有沒有照正常的動作來做，然後真的有沒有讓自己處於安全的狀況。(#6)

我覺得是穿戴 PPE 的時間會比較久啦，就是以前可能看個病人 5 到 10 分

鐘就可以結束了，但現在變成如果你要穿…如果有疑似的他會放在戶外，或者是他進入負壓的病房，你再穿戴隔離衣進去看，就會花掉半個小時左右的時間，時間上的壓力比較重。(#10)



另外，部分受訪者提到次專科的排擠效應所造成的工作壓力。由於醫院在疫情期間須保留一定比例的病房給 COVID-19 的患者，並且在疫情嚴峻時，大部分民眾選擇不去醫院看診，延誤了重要治療和手術，對醫院和醫師來說皆造成一些影響。受訪者#14、#6 皆以癌症的治療為例，提出此部分對病人的造成影響以及醫師增加的壓力。

因為 COVID-19 的病患疑似的病患住院的話，就會造成我們病房上面某種程度的排擠效應。所以就會造成原先需要住院的血液腫瘤科的病患，因為在床位的調度上面來講的話就會受到衝擊，包括就醫的一些方便和治療的便捷性。所以這個來講的話就會造成原先我們次專科照顧病人上面的一個沒辦法及時住院或是治療上面來講的話需要做修正，所以我覺得這個部分來講還是比較大的一個壓力。(#14)

我們現在因為 COVID 的關係，我們出現很多醫療排擠效應，包括說因為 COVID 的關係，很多可能要打化療病人沒辦法住進醫院，他們可能就 delay 他們治療…(#6)

二、接種疫苗的原因

幾乎全部的受訪者表示接種疫苗可以保護自己和家人，有部分受訪者接著提到保護病人、維護醫療量能的概念。同時，醫院的約束力亦為主要原因，有些受訪者表示接種疫苗的原因為工作的醫療院所建議和要求，自己也認同這樣的建議，因此選擇接種疫苗。

因為工作上可能有機會接觸到確診的病人，可能也是要先保護好自己。再來是，我們工作的性質就是很有可能…怎麼說呢？就是工作的性質，醫療院所算是高風險的地方啦，所以疫苗的覆蓋率可能要高一點點才能應付接下來如果有大型的社區傳播的時候，醫療才不至於會癱瘓這樣子。(#10)

我們本身在醫療機構工作來講的話，這個也可以減少因為個人的一些暴露或是造成一些傳播或各方面的一些效應這樣子，所以基本上就是會有接種疫苗…就像我們之前在流感的疫苗也是每年做接種，大概就是這樣子，就是保護自己保護家庭保護病患跟整個醫療工作的一個狀況。(#14)

當初可能就是醫院的政策好像就會幫我們做一些安排啦，就是跟我們約說大概哪一天啊，然後有幫我們掛好一些門診，然後可以直接去打。

(#9)

另外，受訪者#3 提到施打疫苗的推薦效果，認為如果自己先接種可以讓身邊的人了解到打疫苗其實沒有不好，達到推薦的效果。同時，若更多人願意施打疫苗，自己也能受到更多保護，利己利他。

那個時候考量點是在於說當然是說第一個我們都知道說打了疫苗不見的是保護自己，但保護別人，那我們能夠做到的是欸我們打了疫苗，然後跟大家說打了疫苗好像還不錯那大家趕快打一打，你才能保護到自己嘛。(#3)

但亦有其他受訪者提出質疑，例如受訪者#10，他們認為台灣的醫護人員的推薦效果有限，民眾大部分對於醫護人員並沒有推崇或尊重，甚至聽到民眾對於醫護人員優先施打疫苗的反彈，故對於醫護人員先施打是否有推薦的效果持存疑的態度。



我個人是覺得沒有(推薦效果)，因為那時候醫護人員先打反而有很多民眾都還抱怨…我那個時候是有聽到類似這樣子的聲音啦，所以我個人是覺得似乎沒有。我不知道你的背景是不是醫療相關的，不過我覺得在台灣特別是在北部，一些醫療院所其實備受尊重或者是有沒有那種推崇的…就是推一些政策的時候找醫護人員先開始，會不會有一些加分的效果，我個人覺得好像沒有。我覺得醫療整體的醫療已經慢慢淪陷成服務業了，變成是民眾會要求一堆東西，然後你須要去滿足他這樣子。所以似乎沒有那種推薦的效果。(#10)

三、注重個人防護

本研究大部分受訪者在閱讀疫苗強制接種政策第一項「強制施打疫苗，施打疫苗後，不須每週進行 PCR 採檢，改採口水試紙，並且可以有條件的減少穿戴醫療防護裝備，例如：防護衣、手套等。拒絕施打疫苗無懲處或權利受損。」時指出，即使接種疫苗仍無法減少穿戴醫療防護裝備。受訪者們認為疫苗並不是百分之百杜絕傳播，因此穿戴醫療防務裝備還是必須的，保護自己染疫，同時亦防止病毒在院內外傳播。

我覺得第一點的話應該是還是要穿戴醫療防護裝備，就是他基本要做的還是要做。因為疫苗的話他也不是說百分之百的可以有保護力…還是有染疫的風險之下，尤其又是醫護人員會接觸到很多的病患，所以我覺得還是需要穿戴醫療的防護裝備。(#2)

覺得減少穿戴的話有點爭議啦，因為穿戴不只是為了保護自己，也是譬如說你裡面如果穿工作服，你出去這個場所之後，你會把病菌帶出去，所以我覺得減少穿戴應該還是要穿戴啦，不然還是會傳染給別人。(#11)



有條件的減少醫療防護裝備我覺得還是有點風險，因為打疫苗並不是讓我們不會感染，而是說可能他發生重症或併發症的機會會降低。所以打疫苗還是會被感染這樣子，所以我會認為說有效防止病毒傳播還是必須要靠一些防護裝置，譬如說戴口罩、手套阿這些。(#16)

四、醫院和醫師的僱傭關係

部分受訪者認為，由於醫院和醫師存在僱傭關係，因此，這樣的關係會讓他們遵守醫院的規範。同時，受訪者亦認為若不施打疫苗的醫護同仁無法接受，就可以到其他沒有這項規範的醫院工作，在工作選擇上有較多空間。

可能因為醫院對我們醫護人員的關係就是我覺得有點像契約關係吧，我訂定一個契約，那你接受我接受所以我們就一起在這個環境工作。那今天我既然接受醫院的契約，那那個醫院希望我們打針，那同樣的這也是我應該履行的契約的一部分。(#15)

今天雇主這樣子的規範我是有選擇權的，那我就大不了不要在這邊工作。(#3)

但是亦有受訪者提出不同意見，認為醫院和醫師的僱傭關係反而會讓醫師更不願意接受醫院的政策。受訪者#10提出，醫院員工對於醫院的規定依從性不高，並且因為醫護人員和醫院間存在僱傭關係，故對於醫院會有較負面的心態，因此認為由政府統一規範能更有效的達到防疫目標。

依我的觀察啦，就是台灣的醫療大部分的醫護人員都還是比較聽政府的，雇主的…就是醫院端的反而很難做一些事。…因為很多醫療院所醫護的心態都是認為說，醫療院所就是有點剝削的感覺。（#10）



第五章 討論與建議



第一節 結果討論

本研究結果發現，受訪醫師普遍較無法認同疫苗強制接種政策，自主權意識高，但仍然可能因為身為醫護人員的身分、疫苗安全及有效性、政策強制的程度等影響其態度。另外，強制性的疫苗政策若影響工作權利，大部分受訪醫師無法接受，而政黨與政府則與對疫苗強制接種政策之態度無關。本章節從三個面向探討研究結果：一、受訪者決策因素，二、受訪者特性，三、政策面向。

一、受訪者決策因素

本研究受訪醫師對於疫苗強制接種政策的決策因素與其他研究類似(Biswas et al., 2021; Isaacs & Leask, 2008)，自主權為醫師反對疫苗強制接種政策之主張，並且疫苗的安全性以及有效性亦為重要因素之一。同時，本研究給予受訪者不同強制程度之疫苗政策，從中可以發現受訪者對於強制程度較高、具有懲罰性意味的政策較無法接受，例如：罰款、吊銷執照，並且部分受訪者亦提出應以鼓勵性質的政策代替懲罰性的強制手段。確實，懲罰性政策較其他強制程度較低的更容易引起不滿(Giubilini, 2019)，並且英國的學者亦認同應以篩檢、金錢激勵的鼓勵措施替代強制接種疫苗的政策(Rodger & Blackshaw, 2022)，此部分結果與其他研究相符。然而，亦有與國外結果異同之處，本研究大部分受訪醫師表示在政黨上無明顯偏好，但所有受訪者皆認為並不會因為支持某些政黨而影響其對強制接種疫苗的態度，並且認為由哪個政黨執政亦不影響態度。受訪醫師皆認為對強制接種的政策之態度應與政策內容本身較相關，同時，政策執行者以及諮詢的專家才是對政策有影響力的，不同政黨在此議題上的做法並不會差別太多。法國和美國的研究皆指出民眾的政黨偏好為影響人民接受強制性政策的因素之一(Haeder, 2021; Largent et al., 2020; Viswanath et al., 2021)，並且在疫苗猶豫之範疇，部分研究指出，

猶豫的因素包含政黨(Bianco et al., 2019; Ward et al., 2020)，因此，此部分為本研究與先前研究結果有不同之處，亦為重要發現。

另外，工作權利為許多受訪醫師提到的因素。本研究受訪醫師認為即使需要配合防疫的政策，仍然不能以停職、無薪假等方式侵犯憲法保障任何人工作權。確實，憲法第十五條保障了人民之生存權、工作權及財產權，然而，人民權利並非無限延伸，在必要情況下，政府有權透過比例原則以法律適度的限制自由。憲法第二十三條：「以上各條列舉之自由權利（憲法第 7 條至第 22 條所列之基本權），除為防止妨礙他人自由、避免緊急危難、維持社會秩序，或增進公共利益所必要者外，不得以法律限制之。」為比例原則在憲法中的依據，所有限制人民權利之法律必須符合比例原則方可執行。當然，工作權為人民基本權利，並不能隨意因為醫護人員的身分而將其剝奪，故作出限制前政府必須提出合理的證據以證明符合比例原則，同時，建立良好的溝通協商，並不能強硬實行。由本研究結果可知，醫師強調工作權利，若貿然執行剝奪工作權利的強制性政策，勢必會引起反彈，形成醫界與政府的對立，對防疫無益。

同時，大部分受訪者皆在意疫苗強制接種政策是否有法源依據，並且亦有部分受訪醫師提出對於傳染病防治法的意見，認為多防疫政策皆以此法為主要法律依據，然此法中對於現行之手段並無明確規範，且無法得知政府是依照什麼標準或依據什麼證據認定已經符合執行強制防疫手段，是否符合比例原則亦無從得知，故無法認同疫苗強制接種政策以此法為依據來實行。傳染病防治法第四十八條第 1 項內容提及若為防疫必要時，中央主管機關可對傳染病病人或疑似被傳染者施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制或隔離等必要之處置，故若欲執行隔離或甚至強制施打疫苗之政策確實可以引用此法。大法官釋憲第 690 號僅針對此條之強制隔離措施進行解釋，強調其不違反法律明確性原則以及比例原則，對於預防接種部分則無解釋。因此，雖然傳染病防治法對強制接種疫苗有論述，但對於其強制程度並無描述，同

時，對於何種狀況下可實行亦無解釋，故可知此議題在台灣尚須更多關注以及研究。

二、受訪者特性

本研究受訪醫師皆接種至少一劑 COVID-19 疫苗，在 COVID-19 疫苗上並無疫苗猶豫情況，並且對疫苗持有較正向的態度。然而，他們普遍對強制接種政策較不支持，並且反對過於強制的政策。因此可知，即使是疫苗猶豫程度相對低的醫師，仍然對強制的政策感到懷疑，傾向不支持強制力過高的強制接種相關政策。再者，本研究受訪醫師在受訪言談間皆展現高水準之公衛防疫、專業倫理觀念。他們認為自己施打疫苗的原因有保護自己、維護醫療量能，而其中大部分的受訪者表示，當自己受到保護後，才能有能力照顧以及保護患者，使醫療量能不會匱乏。丁志音 和涂醒哲 2004 年之研究指出，台灣醫師在專業倫理上較自利，同時，另一同時期的研究也建議尚須調整醫學教育之內容，加入更多醫學倫理觀念，以培養醫師倫理素養，避免醫師過度功利化(楊哲銘等人，2004)。然而，本研究之受訪者之結果與以上研究結果並不符合。本研究受訪醫師中，住院醫師和主治醫師各約一半，但皆表現出對專業倫理以及公衛倫理之理解，並無明顯的年齡上差別。從此部分可知，即使是專業倫理素養高的一群醫師，仍然認為強制接種政策存在許多討論空間，並不完全支持這樣的政策。

另外，本研究受訪者對於個人的防護非常注重，許多受訪者提到即使接種疫苗後仍然不應減少穿戴防護裝備，尤其是口罩、手套等，在接觸病患時仍然應該完整的穿戴，因此，以此作為鼓勵醫師接種的方式在台灣並不可行。然而，美國的研究以「施打疫苗後可免除戴口罩」為鼓勵醫護人員施打疫苗之措施，並且亦指出此措施能提升醫護人員施打疫苗的意願(Quan et al., 2012)。本研究顯示受訪之台灣醫師較注重自己對於自己的保護，故若為提高醫師的疫苗施打意願，應使用其他鼓勵措施。

同時，一受訪者在訪談過程中提及自己身為醫師施打疫苗具有推薦效

果，可以讓身邊的人更有動力接種疫苗。國外研究亦有類似結果，醫護人員的推薦行為是民眾施打疫苗的促進因子(Goldman et al., 2020; Napolitano, Navaro, et al., 2018; Reiter et al., 2020)，並且醫師的疫苗建議更是有助於澄清民眾對疫苗的可能的疑慮，提高施打意願(Napolitano, D'Alessandro, et al., 2018; Paul et al., 2021; 何麗莉等人，2012)。因此，國外研究認為醫護人員對於疫苗的態度以及行為跟整體社會對疫苗之態度相關，而知識水平高的醫師更是對於民眾對疫苗看法有重大影響。然亦有受訪醫師不認同這樣的說法，認為台灣的醫療過於廉價及方便，民眾對於醫療從業人員並沒有尊崇，故應無推薦效果。醫師施打疫苗在台灣是否具有推薦效果看法兩極，尚須未來研究補足此缺口。

三、政策面向

受訪醫師對於「不同風險的科別有不同疫苗強制接種政策」有不同的看法，部分受訪醫師認同在高風險的科別是應該要強制接種疫苗，除了保護照顧高風險患者的醫護人員外，亦有找防止病毒在醫院傳播的效果。然而，亦有其他醫師認為同在醫院工作，理應有一視同仁，不應有不同的強制接種政策。我國政府於 2022 年 4 月 23 號修訂醫院因應 COVID-19 醫療應變措施(衛生福利部疾病管制署，2022)，在醫療照護人員管理項中針對專責病房人員、急診和加護病房等高風險人員，以及其餘單位人員有不同的疫苗接種和篩檢頻率規範。由此可知，部分受訪醫師對於此部分的態度與現行政策不相符，對於現行將不同風險的人員進行政策上的區分並不滿意，理由為同在醫院工作的員工其暴露於相同的風險中，做進一步區分並沒有意義，並且可能近一步造成醫院內部出現汙名的問題。受訪醫師的質疑並非無根據，COVID-19 病毒可透過氣融膠方式傳播(Guo et al., 2020)，並且國外研究亦顯示病毒可能在確診者所接觸的地板扶手等存在，其周圍空氣亦可偵測到病毒(Van Doremalen et al., 2020)，故防堵上困難，極難斷定工作區域是否受到汙染，然現行政策亦為合理且許多醫師認同的政策。因此，什麼狀況應該實行什麼樣

的政策，政府應與專家討論，並且了解第一線醫護人員的態度及考量，經過完善溝通、資訊公開後，再執行強制接種疫苗的政策才是最恰當並且減少反彈聲浪的做法。

另外，未來因為其他新興傳染病疫情，必須針對醫護人員實行相關疫苗強制接種政策時，可以考慮由醫院進行規範，即由各家醫院評估醫院風險後，自行決策強制程度及範圍。如同本研究受訪者所表示，工作醫院的政策與自身關切度較高，且政府進行總體的政策方向訂定，各個醫院依所在區域或科別風險進行規範的調整，對於拒絕施打疫苗的人員而言，工作上亦有較多選擇。本研究一些受訪者也表示，由於自身工作的醫院目前收治較多COVID-19患者，故入院、住院等規範較政府公告的更嚴格，工作的同仁也都能理解。因此，由以上可知，醫院訂定的規範較政府嚴苛並非無前例，故若由醫院端以提升員工工作環境安全的前提，訂定其員工的疫苗強制接種政策，醫護人員應較能理解且接受。

同時，訪談過程中，部分受訪醫師對於政府一些針對醫護人員的政策並不滿意，例如：醫護人員不能出國、醫護人員必須打疫苗否則不得給予服務等，認為政府只會「欺負」醫護人員，可見政府與醫護人員的對立狀況。確實，許多公衛手段會剝奪一些人的權利，而醫療院所為公衛防堵疫情的重要一環，與醫療量能相關的醫護人員更是常常成為公衛手段規範的對象。此狀況不僅台灣出現，國外許多公衛政策亦規範醫院、醫護人員，要求其接種疫苗等(Hagan et al., 2022)。同時，醫護人員亦有其專業倫理，不傷害他人原則，故確實有義務在疫情期間維護醫療院所不被疫情侵襲，保護病人安全。受訪醫師在言談間皆透漏對專業倫理、公衛倫理的理解，但依然對先前實行的防疫政策不滿，對於本研究假設的強制接種疫苗之政策亦有許多意見，認為醫護人員身為面對疫情的第一線，仍以強制手段限制冒著高風險工作的醫護並不合理。因此，除了透過本研究了解可能的因素外，研究者亦猜測另外可能的原因為醫院、醫師長期與政府的隔閡。其一為疫情期間，對於醫護人

員的權利限制。2003 年台北市和平醫院發生 SARS 集體感染並緊急封院事件，周姓醫師 7 日後返院後遭到記過、停職，更被冠上「落跑醫師」之惡名。聲請釋憲後，在釋字 690 號解釋中，大法官以傳染病防治法中提到之採取必要之處置包含強制隔離，強調不抵觸憲法保障之人身自由。此事件對醫界衝擊大，亦掀起許多討論，抗命所造成的後果為革職、停業、罰金，甚至終身被汙名纏身，這樣的結果讓許多長期鎮守第一線的醫護人員感到遺憾。

國家有難時，醫護人員願意共體時艱，努力堅守崗位，但只要一違反相關政策，就會受到國家嚴厲懲處。在這樣的經驗下，醫護人員對於影響其權利的防疫政策更加的敏感，且「政府政策總是剝奪醫護人員權利」的想法更是深植心中。其二為全民健康保險，從醫師和醫院的角度，台灣的全民健康保險使醫師和醫院獲利減少。韓沂等人 2019 年在健保總額預算期間，針對桃園醫師進行的研究結果表明，總額預算實施後，桃園醫師對薪資滿意度降低，並且對工作態度產生負面影響，可知健保對醫師的直接影響。另外，本研究的其中一位受訪醫師亦提到類似問題，全民健保實施讓台灣的醫療太便宜且可近性，民眾對醫師並沒有那麼尊重，亦較不遵循醫師的建議。台灣一研究亦指出，健保開辦以後，民眾從因信任醫師故尋求其治療的角色，轉變成醫療服務的消費者，即認為對於醫師的診斷能夠提出檢查和開藥的要求(黃愛緣，2005)。這樣的想法使醫病關係惡化，甚至造成許多糾紛。由以上可見醫師與政府長期存在一個對立的關係，故針對醫護人員的強制接種政策，部分醫護人員可能無法認同。

第二節 政策建議

本研究利用 Childress 等人統整的公共衛生倫理分析架構，對受訪醫師所提出的因素以及針對醫護人員之強制接種政策進行分析，檢驗疫苗強制接種政策是否符合倫理的五個條件(Childress et al., 2002)。首先為有效性(Effectiveness)，受訪醫師對於強制接種政策是否有效非常在意。疫苗有效

性會影響政策是否有效，幾位受訪醫師提到在疫苗無法確定有效的狀況下，針對醫護人員的疫苗強制接種政策亦無有效性，因此無法認同。另外，針對不同科別應不應該有不同強制程度的疫苗政策，受訪醫師亦有不同意見，但其意見皆建立在這樣的政策是否能有效防堵疫情，可看出受訪醫師對於政策有效性的在意。第二個條件為比例性 (Proportionality)，即此政策侵犯某些人的權利時是否能夠達到公衛政策目的，並且利弊必須互相平衡。大部分受訪醫師認為針對醫護人員的強制接種政策侵犯自主權，並且部分醫師亦認為若影響其工作就侵犯了工作權。確實，為達到醫療量能不匱乏以保障人民生命健康安全的目的，針對醫護人員執行強制接種政策會侵犯部分醫護人員自主、工作權利等，但若與疫情期間醫療量能匱乏以及疫情從醫院擴散到社區甚至全國相比，對人民的生命健康侵害較小，可能符合此部分所討論的比例性。第三個條件為必要性 (Necessity)，部分受訪醫師強調應多討論鼓勵性的疫苗接種措施，而非強制接種措施，原因即為此部分討論的必要性。台灣目前的政策為強制醫護人員施打疫苗，但詳細的執行情況以及強制力不得而知。許多國家亦在 COVID-19 疫情爆發後先後執行強制政策，包含疫苗通行證、針對高風險人員或場域執行疫苗強制接種政策等(葉明叡、歐晁瑋，2022)。雖無法完整得知政策對於疫情以及國家之影響，但可知當疫情嚴峻時，採用更強的防治措施為國際趨勢，台灣亦不例外。若疫情嚴峻醫療量能緊繩時，醫護人員強制接種疫苗確實有其必要性。台灣在 2022 年 1 月 1 日開始，要求醫護人員施打二劑 COVID-19 疫苗(衛生福利部疾病管制署，2021)，而此時的全國疫苗接種率第一劑達約 8 成，第二劑約達 7 成(國家高速網路與計算中心，2022)，因此在這樣的情況下，是否有達到強制執行疫苗接種的必要性，確實值得思考。第四個條件為最小傷害 (Least infringement)，施打疫苗之後可以降低醫護人員的罹病重症率，醫護人員能有較好的預後，對個人健康有益，另外亦能減少因病缺席的時間，亦對醫療體系有益，且目前尚無比疫苗侵害更小且有效之預防疾病的方法，符合整體

社會以及醫療體系之最小傷害原則。然強制接種疫苗措施仍侵犯自主權、工作權等，且大部分受訪醫師皆無法接受強制程度過高的懲罰性強制措施，這也符合 Childress 等人所強調的，在剝奪權利的同時也應維持最小傷害。若強制接種政策侵犯醫護人員的權利，那就應該使用權利侵犯最小的政策，例如：以調職、限制臨床工作範圍代替停職、無薪假等措施（此部分僅以最小傷害進行分析，實行上的困難並非此處討論重點）。最後一個條件為公共證成（Public justification），即政府已知其發布之公衛政策會侵犯部份人民權利時，必須盡可能地提出執行這項措施的原因及相關證據和資訊，讓權利受侵害的人民和群體充分了解。幾位受訪醫師有針對政府資訊公開部份表達意見，認為目前的疫情和疫苗資訊仍不夠公開透明，人民無法完整的了解相關措施的利與弊，在這樣的情況下執行剝奪人民權利的措施並不合理，也是表達對於目前公衛政策的公共證成提出質疑。

傳染病防治法規範中央主管機關可依法限制人民自由，但仍不能貿然執行。而何謂疫情嚴峻的「必要時」，須由政府會同專家一同討論及研究，給予人民必要資訊及資源，讓被規範者了解為何此時要執行強制接種政策，疫苗可以為其帶來什麼好處，以及若未施打疫苗可能對疫情有什麼影響等。另外，受訪醫師亦提及針對性的問題，認為若僅針對醫護人員執行強制接種疫苗之政策，對於醫護人員而言並不公平，並且對防疫無益。因此，若因為疫情狀況確實要執行醫護人員的疫苗強制接種政策，由於此為公衛手段，故應輔以研究證據，讓權利受影響之群體了解此措施之意義及效果，並且公開相關資訊及配套措施，做好完善準備。第 690 號大法官釋憲中強調應對於權利被限制者有合理補償機制以及救濟管道，並檢討傳染病防治法。因此，完善的補償機制亦是需要的，施打疫苗後，對生活以及工作所造成的不便都應給予補償，除了是金錢的補償，例如：給予施打疫苗後的有薪公假，亦可是工作上的權利保障，例如：強調不會因施打疫苗後被優先安排去照顧高風險患者等。同時，必須確保救濟管道，不管是針對行政流程提起行政救濟，亦或

是針對疫苗提出的預防接種受害救濟申請，國家必須確認且告知受規範者其可申訴之方法，維護其權利。

基於以上，本研究認為在國際、國內疫情嚴峻時，疫苗充足且安全性有效性有完整科學證據時，確實應考慮執行更強制的疫苗措施。建議若欲執行針對醫護人員的強制疫苗接種政策，應由各地區之醫院評估其區域風險、科別、病患類型等，執行適合醫院的強制疫苗接種政策。本研究有部分受訪醫師施打疫苗的原因為工作醫院要求，而美國研究亦指出若醫院要求或強制規範醫護人員施打疫苗，醫師更容易接受疫苗強制接種政策(Grabert et al., 2022)。因此，若由醫院規範相關強制接種政策，除了接受程度可能較高外，醫護人員對於醫院的規範較政府嚴格比較能理解，並且是否要針對不同科別有不同的強制政策亦可由院方在了解其醫院醫護人員的態度以及疫情狀況後進行調整，找出最適合醫院的做法。此方法可避免由中央統一強制規範後，醫護人員不滿或醫療院所無法配合的狀況。然而，若由各醫院各自實行政策，可能會出現防疫效果有疑慮的狀況，因此，為了維持一致性，仍然須由政府訂定醫療院所可使用的針對醫護人員之疫苗強制接種政策手段，但保留彈性，並擬定完善的配套措施。在疫情嚴峻且醫療量能吃緊時，中央政府應與地方政府以及其區域內醫院溝通，強烈要求執行。然而，若疫情尚為可控制之狀況，則不應強制，各醫院可自行評估決定是否執行強制接種政策。同時，政府應制定相關補償措施，要求各醫療院所給予受影響之醫護人員適當的補償，並且政府應負監督責任，確實了解各醫院之執行狀況。

第三節 研究限制

一、本研究採用質性訪談研究設計，由於研究進行時，受訪者會與研究者實際面對面，無法匿名回答，故受訪者可能因社會期待而未表達其真實想法，進而影響研究結果。研究者為避免此狀況，訪談地點配合受訪者之意願，以其認為最方便且放鬆之地點為主，並強調本研究重點非道德批判，在研究結果中不會揭露受訪者身分，維持訪談者回應之真實性。

二、本研究抽樣方式為立意抽樣，以滾雪球方式招募對此議題有興趣的受訪者，雖在受訪者性別、年齡、科別上已經盡量增加多樣性，但可能無法觸到及對此議題較不熟悉的醫護人員。另外，本研究受訪醫師皆接種疫苗，目前無疫苗猶豫狀況，因此在豐富度上較不足。然研究者在訪談間皆特別強調，訪談討論的政策是針對全部的醫護人員執行，其中亦包含不願意施打疫苗的人，增加受訪者之想像空間，以拒絕施打疫苗之醫護人員角度思考。

三、在訪談第二部分中，針對六項醫護人員疫苗強制接種政策的看法，藉由假設疫情為2021年5月社區傳播之狀況以及疫苗充足的情境了解受訪者的看法，由於僅以回憶方式思考當時的情境，故可能存在回憶偏差。再者，假設情境與現況並不符合，受訪者亦可能因為難以想像而影響其回應的真實性。然進行訪談時除了假設情境外，研究者亦利用政策比較和其他國家的現況描述確認受訪者的判斷邏輯，閱讀逐字稿以及編碼時亦注意受訪者的邏輯是否具一致性，故應能減少偏差發生。

第四節 結論

新興傳染病疫情期间針對醫護人員執行的強制疫苗接種政策，雖某程度上侵害人權，但在疫情嚴峻時是需要考量之手段。同時，此舉在台灣不管於公衛倫理考量或於法律皆無違反，故確實為可以執行之方案。然而，本研究的結果顯示，即使是專業倫理、公衛倫理素養很高的受訪醫師，依然傾向不支持強制接種政策。受訪醫師對於自主權、工作權的要求高，而可能影響其決策的因素為：疫苗安全及有效性、政策強度、政策規範對象、政策與自身的關切程度等。另外，政黨和政治因素，在本研究結果中與對疫苗強制接種政策之態度無關，值得注意。建議未來若欲執行類似政策時，可參考本研究之結果，透過更了解台灣之醫師對於影響其對此政策的態度之因素，在政策擬定上能更完善的顧及所有方面，減少執行的障礙以提升政策成效。

參考文獻

中文資料及文獻：

丁志音、涂醒哲（2004）。傳染病照護的選擇性歧視：醫師及牙醫師的愛滋病專

業倫理觀與照護意願。台灣公共衛生雜誌，23 卷 1 期，45-58。

台大醫院（2021 年）。新進人員（含代訓、實習）報到。取自

<https://www.ntuh.gov.tw/dsh/Fpage.action?muid=2413&fid=2289>

何麗莉、陳秋美、趙偉翔、池宜倩、黃惠萍、周雅萍、劉士豪（2012）。全國 3

歲以下嬰幼兒照顧者決定攜子女接種流感疫苗之影響因素探討。疫情報導

，28 卷 3 期，33-44。

亞東紀念醫院（2021 年）。實習醫學生一職前訓練。取自

<https://depart.femh.org.tw/meded/new/intern/interntraining.html>

季晶晶（2021 年 9 月 10 日）。拜登將令大企業強制員工打疫苗或每周受測 估

影響 1 億人。聯合新聞網。取自 <https://udn.com/news/story/6813/5735615>

邱宜君（2021 年 5 月 19 日）。萬華疫情似鑽石公主號可 1 傳 5.5 可能連續 52

日破百例。聯合新聞網。取自 <https://udn.com/news/story/120940/5468890>

國家高速網路與計算中心（2022 年）。台灣 COVID-19 疫苗 各劑次覆蓋率統計

表。取自 <https://reurl.cc/NAWMde>

國家發展委員會（2020 年）。都市及區域發展統計彙編。取自

<https://reurl.cc/Xj52vg>

黃愛緣（2005）。健保對醫師轉科意向與工作激勵之影響。東海大學管理碩士學

程在職進修專班碩士論文，台中市。 取自

<https://hdl.handle.net/11296/29n39h>

楊明媚（2021 年 9 月 3 日）。義總理：可能強制所有人施打 COVID-19 疫苗。

中央廣播電臺。取自 <https://www.rti.org.tw/news/view/id/2110250>

楊哲銘、邱弘毅、林碧玉（2004）。臺北醫學大學醫學倫理教育現況。應用倫理

研究通訊，30 期，49-54。



詹明錦、邱勝康、吳建昌、方啟泰（2013 年）。人類乳突病毒疫苗接種政策：公共衛生倫理觀點。台灣公共衛生雜誌，32 卷 4 期，309-319。

葉明叡、歐晁瑋（2022）。COVID-19 疫苗強制接種政策之跨國比較。疫情報導，38 卷 12 期，132-147。

衛生福利部疾病管制署（2021 年 6 月 21 日）。COVID-19 疫苗公費接種對象（110.6.21 版）。取自

https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/9mcqWYq51P_aYADuh3rTBA

衛生福利部疾病管制署（2014）。新型 A 型流感。取自 <http://at.cdc.tw/L5f3Cl>

衛生福利部疾病管制署（2021 年 8 月 23 日）。2020 年起 COVID-19 本土確定病例數及死亡數統計：縣市別統計。取自

<https://sites.google.com/cdc.gov.tw/2019ncov/taiwan>

衛生福利部疾病管制署（2021）。自 111 年 1 月 1 起，強化因工作或服務性質具有「接觸不特定人士或無法保持社交距離」之部分場所(域)人員 COVID-19 疫苗接種規範，以嚴守社區防線。取自

<http://at.cdc.tw/HQ688M>

衛生福利部疾病管制署（2022 年 4 月 23 日）。醫院因應 COVID-19 醫療應變措施。取自

https://www.cdc.gov.tw/Category/MPage/I92jtldmxZO_oolFPzP9HQ

蕭立仔、李玉秀（2006）。運用 Watson 理論於護理一位 SARS 患者克服死亡恐懼之經驗。長庚護理，17 卷 2 期，251-260。

韓沂、史麗珠、詹哲維、林雪蓉（2019）。桃園地區西醫師在健保總額預算期間的工作壓力及工作倦怠。中華職業醫學雜誌，26 卷 1 期，31-45。

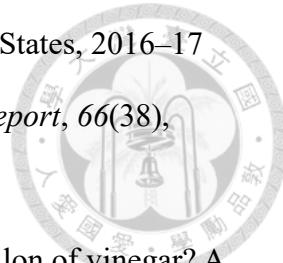
蘇妤芳、姜秀子、邱南昌、李聰明（2019）。影響醫療機構工作人員接種流感疫苗意願之因素探討。感染控制雜誌，29 卷 3 期，112-123。

蘇斌光、陳泥、施博文、鄭鈺陵、鄭伊秀、林盈伶、陳玉屏（2014）。護理人員對新型流感認知與其施打疫苗之行為。醫院雙月刊，47 卷 5 期，35-49。

英文資料及文獻：

- Alley, S. J., Stanton, R., Browne, M., To, Q. G., Khalesi, S., Williams, S. L., Thwaite, T. L., Fenning, A. S., & Vandelanotte, C. (2021). As the pandemic progresses, how does willingness to vaccinate against COVID-19 evolve? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 797.
- Barriere, J., Vanjak, D., Kriegel, I., Otto, J., Peyrade, F., Estève, M., & Chamorey, E. (2010). Acceptance of the 2009 A (H1N1) influenza vaccine among hospital workers in two French cancer centers. *Vaccine*, 28(43), 7030-7034.
- Bartsch, S. M., O'Shea, K. J., Ferguson, M. C., Bottazzi, M. E., Wedlock, P. T., Strych, U., McKinnell, J. A., Siegmund, S. S., Cox, S. N., & Hotez, P. J. (2020). Vaccine efficacy needed for a COVID-19 coronavirus vaccine to prevent or stop an epidemic as the sole intervention. *American journal of preventive medicine*, 59(4), 493-503.
- Bazzoli, G. J., Brewster, L. R., Liu, G., & Kuo, S. (2003). Does US hospital capacity need to be expanded? *Health affairs*, 22(6), 40-54.
- Benenson, S., Oster, Y., Cohen, M. J., & Nir-Paz, R. (2021). BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine effectiveness among health care workers. *New England Journal of Medicine*, 384(18), 1775-1777.
- Bianco, A., Mascaro, V., Zucco, R., & Pavia, M. (2019). Parent perspectives on childhood vaccination: How to deal with vaccine hesitancy and refusal? *Vaccine*, 37(7), 984-990.
- Biswas, N., Mustapha, T., Khubchandani, J., & Price, J. H. (2021). The nature and extent of COVID-19 vaccination hesitancy in healthcare workers. *Journal of community health*, 46(6), 1244-1251.
- Black, C. L., Xin Yue, M., Ball, S. W., Fink, R., de Perio, M. A., Laney, A. S., Williams, W. W., Lindley, M. C., Graicer, S. B., & Lu, P.-J. (2017). Influenza

vaccination coverage among health care personnel—United States, 2016–17 influenza season. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 66(38), 1009.



Bradfield, O. M., & Giubilini, A. (2021). Spoonful of honey or a gallon of vinegar? A conditional COVID-19 vaccination policy for front-line healthcare workers. *Journal of medical ethics*.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

Burls, A., Jordan, R., Barton, P., Olowokure, B., Wake, B., Albon, E., & Hawker, J. (2006). Vaccinating healthcare workers against influenza to protect the vulnerable—is it a good use of healthcare resources?: a systematic review of the evidence and an economic evaluation. *Vaccine*, 24(19), 4212-4221.

Callaghan, T., Washburn, D., Goidel, K., Nuzhath, T., Spiegelman, A., Scobee, J., Moghtaderi, A., & Motta, M. (2022). Imperfect messengers? An analysis of vaccine confidence among primary care physicians. *Vaccine*, 40(18), 2588-2603.

Chen, M., Li, Y., Chen, J., Wen, Z., Feng, F., Zou, H., Fu, C., Chen, L., Shu, Y., & Sun, C. (2021). An online survey of the attitude and willingness of Chinese adults to receive COVID-19 vaccination. *Human Vaccines & Immunotherapy*, 17(7), 2279-2288.

Childress, J. F., Faden, R. R., Gaare, R. D., Gostin, L. O., Kahn, J., Bonnie, R. J., Kass, N. E., Mastroianni, A. C., Moreno, J. D., & Nieburg, P. (2002). Public health ethics: mapping the terrain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30(2), 170-178.

Coker, R. J., Hunter, B. M., Rudge, J. W., Liverani, M., & Hanvoravongchai, P. (2011). Emerging infectious diseases in southeast Asia: regional challenges to



- control. *The Lancet*, 377(9765), 599-609.
- deSante, J. E., Caplan, A., Shofer, F., & Behrman, A. J. (2010). Physician attitudes towards influenza immunization and vaccine mandates. *Vaccine*, 28(13), 2517-2521.
- Dietrich, L. G., Lüthy, A., Ramanathan, P. L., Baldesberger, N., Buhl, A., Thurneysen, L. S., Hug, L. C., Suggs, L. S., Speranza, C., & Huber, B. M. (2022). Healthcare professional and professional stakeholders' perspectives on vaccine mandates in Switzerland: A mixed-methods study. *Vaccine*.
- Domínguez, A., Godoy, P., Castilla, J., Maria Mayoral, J., Soldevila, N., Torner, N., Toledo, D., Astray, J., Tamames, S., & García-Gutiérrez, S. (2014). Knowledge of and attitudes to influenza in unvaccinated primary care physicians and nurses: A cross-sectional study. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 10(8), 2378-2386.
- Emanuel, E. J., & Skorton, D. J. (2021). Mandating COVID-19 vaccination for health care workers. In: American College of Physicians.
- Errett, N. A., Sauer, L. M., & Rutkow, L. (2020). An integrative review of the limited evidence on international travel bans as an emerging infectious disease disaster control measure. *Journal of emergency management (Weston, Mass.)*, 18(1), 7-14.
- Excler, J.-L., Saville, M., Berkley, S., & Kim, J. H. (2021). Vaccine development for emerging infectious diseases. *Nature medicine*, 27(4), 591-600.
- Fernández-Villa, T., Molina, A. J., Torner, N., Castilla, J., Astray, J., García-Gutiérrez, S., Mayoral, J. M., Tamames, S., Domínguez, Á., & Martín, V. (2017). Factors associated with acceptance of pandemic flu vaccine by healthcare professionals in Spain, 2009–2010. *Research in Nursing & Health*, 40(5), 435-443.

- Fuady, A., Nuraini, N., Sukandar, K. K., & Lestari, B. W. (2021). Targeted vaccine allocation could increase the covid-19 vaccine benefits amidst its lack of availability: A mathematical modeling study in indonesia. *Vaccines*, 9(5), 462.
- Gagneux-Brunon, A., Bonneton, M., Peretti-Watel, P., Verger, P., Launay, O., & Ward, J. K. (2021). Attitudes towards a mandatory COVID-19 vaccination in France for the general population or healthcare workers in May 2021. *medRxiv*.
- Galanakis, E., Jansen, A., Lopalco, P. L., & Giesecke, J. (2013). Ethics of mandatory vaccination for healthcare workers. *Eurosurveillance*, 18(45), 20627.
- Giubilini, A. (2019). Vaccination policies and the principle of least restrictive alternative: An intervention ladder. In *The Ethics of Vaccination* (pp. 59-93). Springer.
- Goldman, R. D., Yan, T. D., Seiler, M., Cotanda, C. P., Brown, J. C., Klein, E. J., Hoeffe, J., Gelernter, R., Hall, J. E., & Davis, A. L. (2020). Caregiver willingness to vaccinate their children against COVID-19: Cross sectional survey. *Vaccine*, 38(48), 7668-7673.
- Gostin, L. O., Salmon, D. A., & Larson, H. J. (2021). Mandating COVID-19 vaccines. *Jama*, 325(6), 532-533.
- Grabert, B. K., Gilkey, M. B., Huang, Q., Kong, W. Y., Thompson, P., & Brewer, N. T. (2022). Primary care professionals' support for Covid-19 vaccination mandates: Findings from a US national survey. *Preventive Medicine Reports*, 101849.
- Gualano, M. R., Corradi, A., Voglino, G., Catozzi, D., Olivero, E., Corezzi, M., Bert, F., & Siliquini, R. (2021). Healthcare Workers'(HCWs) attitudes towards mandatory influenza vaccination: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine*.
- Guo, Z.-D., Wang, Z.-Y., Zhang, S.-F., Li, X., Li, L., Li, C., Cui, Y., Fu, R.-B., Dong,



- Y.-Z., & Chi, X.-Y. (2020). Aerosol and surface distribution of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in hospital wards, Wuhan, China, 2020. *Emerging infectious diseases*, 26(7), 1586.
- Haeder, S. F. (2021). Joining the herd? US public opinion and vaccination requirements across educational settings during the COVID-19 pandemic. *Vaccine*, 39(17), 2375-2385.
- Hagan, K., Forman, R., Mossialos, E., Ndebele, P., Hyder, A. A., & Nasir, K. (2022). COVID-19 vaccine mandate for healthcare workers in the United States: a social justice policy. *Expert review of vaccines*, 21(1), 37-45.
- Hämäläinen, A., Patovirta, R.-L., Mauranen, E., Hämäläinen, S., & Koivula, I. (2021). Support among healthcare workers for the new mandatory seasonal influenza vaccination policy and its effects on vaccination coverage. *Annals of Medicine*, 53(1), 384-390.
- Hopman, C. E., Riphagen-Dalhuisen, J., Looijmans-van den Akker, I., Frijstein, G., Van der Geest-Blankert, A. D. J., Danhof-Pont, M. B., De Jager, H. J., Bos, A. A., Smeets, E., De Vries, M. J. T., Gallee, P. M. M., Lenderink, A. F., & Hak, E. (2011). Determination of factors required to increase uptake of influenza vaccination among hospital-based healthcare workers [Article]. *Journal of Hospital Infection*, 77(4), 327-331. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2010.10.009>
- Ibarra-Vega, D. (2020). Lockdown, one, two, none, or smart. Modeling containing covid-19 infection. A conceptual model. *Science of the Total Environment*, 730, 138917.
- Imai, C., Toizumi, M., Hall, L., Lambert, S., Halton, K., & Merollini, K. (2018). A systematic review and meta-analysis of the direct epidemiological and economic effects of seasonal influenza vaccination on healthcare workers. *Plos One*, 13(6), e0198685.

- Isaacs, D., & Leask, J. (2008). Should influenza immunisation be mandatory for healthcare workers? No. *bmj*, 337.
- Jiménez-Corona, M., & Ponce-de-León-Rosales, S. (2011). Influenza vaccine and healthcare workers. *Archives of Medical Research*, 42(8), 652-657.
- Kakatsaki, I., Vergadi, E., Paraskakis, E., & Galanakis, E. (2022). Attitudes of junior healthcare professionals towards mandatory vaccination. *Vaccine*.
- Kim, T. H. (2015). Institutional preparedness for infectious diseases and improving care. *Journal of the Korean Medical Association*, 58(7), 606-610.
- Knoll, M. D., & Wonodi, C. (2021). Oxford–AstraZeneca COVID-19 vaccine efficacy. *The Lancet*, 397(10269), 72-74.
- Kua, J., Patel, R., Nurmi, E., Tian, S., Gill, H., Wong, D. J., Moorley, C., Nepogodiev, D., Ahmad, I., & El-Boghdadly, K. (2021). healthcareCOVID: a national cross-sectional observational study identifying risk factors for developing suspected or confirmed COVID-19 in UK healthcare workers. *PeerJ*, 9, e10891.
- Kuster, S. P., Böni, J., Kouyos, R. D., Huber, M., Schmutz, S., Shah, C., Bischoff-Ferrari, H. A., Distler, O., Battegay, E., & Giovanoli, P. (2021). Absenteeism and presenteeism in healthcare workers due to respiratory illness. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 42(3), 268-273.
- Largent, E. A., Persad, G., Sangenito, S., Glickman, A., Boyle, C., & Emanuel, E. J. (2020). US public attitudes toward COVID-19 vaccine mandates. *JAMA network open*, 3(12), e2033324-e2033324.
- Ledda, C., Costantino, C., Cuccia, M., Maltezou, H. C., & Rapisarda, V. (2021). Attitudes of Healthcare Personnel towards Vaccinations before and during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2703.

Lemaitre, M., Meret, T., Rothan-Tondeur, M., Belmin, J., Lejonc, J. L., Luquel, L.,

Piette, F., Salom, M., Verny, M., & Vetel, J. M. (2009). Effect of influenza vaccination of nursing home staff on mortality of residents: a cluster-randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(9), 1580-1586.

Livni, G., Chodik, G., Yaari, A., Tirosh, N., & Ashkenazi, S. (2008). Attitudes, knowledge and factors related to acceptance of influenza vaccine by pediatric healthcare workers. *Journal of pediatric infectious diseases*, 3(2), 111-117.

Lucia, V. C., Kelekar, A., & Afonso, N. M. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy among medical students. *Journal of Public Health*, 43(3), 445-449.

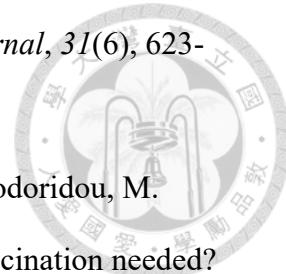
Mahmud, S., Mohsin, M., Khan, I. A., Mian, A. U., & Zaman, M. A. (2021).

Acceptance of COVID-19 vaccine and its determinants in Bangladesh. *arXiv preprint arXiv:2103.15206*.

Maltezou, H. C., Gargalianos, P., Nikolaidis, P., Katerelos, P., Tedoma, N., Maltezos, E., & Lazanas, M. (2012). Attitudes towards mandatory vaccination and vaccination coverage against vaccine-preventable diseases among health-care workers in tertiary-care hospitals. *Journal of Infection*, 64(3), 319-324.

Maltezou, H. C., Katerelos, P., Poufta, S., Pavli, A., Maragos, A., & Theodoridou, M. (2013). Attitudes toward mandatory occupational vaccinations and vaccination coverage against vaccine-preventable diseases of health care workers in primary health care centers. *American journal of infection control*, 41(1), 66-70.

Maltezou, H. C., Lourida, A., Katragkou, A., Grivea, I. N., Katerelos, P., Wicker, S., Syrogiannopoulos, G. A., Roilides, E., & Theodoridou, M. (2012). Attitudes regarding occupational vaccines and vaccination coverage against vaccine-preventable diseases among healthcare workers working in pediatric



- departments in Greece. *The Pediatric infectious disease journal*, 31(6), 623-625.
- Maltezou, H. C., Theodoridou, K., Ledda, C., Rapisarda, V., & Theodoridou, M. (2019). Vaccination of healthcare workers: is mandatory vaccination needed? *Expert review of vaccines*, 18(1), 5-13.
- Mann, J. M. (1997). Medicine and public health, ethics and human rights. *Hastings Center Report*, 27(3), 6-13.
- Marion, O., Del Bello, A., Abravanel, F., Couat, C., Faguer, S., Esposito, L., Hebral, A. L., Izopet, J., & Kamar, N. (2021). Safety and Immunogenicity of Anti-SARS-CoV-2 Messenger RNA Vaccines in Recipients of Solid Organ Transplants. *Annals of Internal Medicine*.
- Mello, M. M., Silverman, R. D., & Omer, S. B. (2020). Ensuring uptake of vaccines against SARS-CoV-2. *New England Journal of Medicine*, 383(14), 1296-1299.
- Mills, M. C., & Rüttenauer, T. (2022). The effect of mandatory COVID-19 certificates on vaccine uptake: synthetic-control modelling of six countries. *The Lancet Public Health*, 7(1), e15-e22.
- Napolitano, F., D'Alessandro, A., & Angelillo, I. F. (2018). Investigating Italian parents' vaccine hesitancy: A cross-sectional survey. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 14(7), 1558-1565.
- Napolitano, F., Navaro, M., Vezzosi, L., Santagati, G., & Angelillo, I. F. (2018). Primary care pediatricians' attitudes and practice towards HPV vaccination: A nationwide survey in Italy. *Plos One*, 13(3), e0194920.
- Okubo, R., Yoshioka, T., Ohfuji, S., Matsuo, T., & Tabuchi, T. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy and its associated factors in Japan. *Vaccines*, 9(6), 662.
- Onalu, C. E., Atama, C. S., Ebimbo, S. O., Nwachukwu, S. T., Idowu, B. O., & Nwafor, N. F. (2022). It Is a Hoax: Attitude of South-eastern Nigerian Toward

COVID-19 and Vaccine: The Need for Social Workers. *Social Work in Public Health*, 1-13.



Paterlini, M. (2021). Covid-19: Italy makes vaccination mandatory for healthcare workers. In *BMJ 2021;373:n905*.

Paul, E., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2021). Attitudes towards vaccines and intention to vaccinate against COVID-19: Implications for public health communications. *The Lancet Regional Health-Europe*, 1, 100012.

Peretti-Watel, P., Seror, V., Cortaredona, S., Launay, O., Raude, J., Verger, P., Fressard, L., Beck, F., Legleye, S., & l'Haridon, O. (2020). A future vaccination campaign against COVID-19 at risk of vaccine hesitancy and politicisation. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(7), 769-770.

Pless, A., Shaw, D., McLennan, S., & Elger, B. S. (2017). Nurses' attitudes towards enforced measures to increase influenza vaccination: a qualitative study. *Influenza and Other Respiratory Viruses*, 11(3), 247-253.

Poland, G. A. (2010). Mandating influenza vaccination for health care workers: putting patients and professional ethics over personal preference. *Vaccine*, 28(36), 5757-5759.

Qattan, A., Alshareef, N., Alsharqi, O., Al Rahahleh, N., Chirwa, G. C., & Al-Hanawi, M. K. (2021). Acceptability of a COVID-19 vaccine among healthcare workers in the Kingdom of Saudi Arabia. *Frontiers in Medicine*, 8, 83.

Quan, K., Tehrani, D. M., Dickey, L., Spiritus, E., Hizon, D., Heck, K., Samuelson, P., Kornhauser, E., Zeitany, R., & Mancia, S. (2012). Voluntary to mandatory: evolution of strategies and attitudes toward influenza vaccination of healthcare personnel. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 33(1), 63-70.

Reiter, P. L., Pennell, M. L., & Katz, M. L. (2020). Acceptability of a COVID-19 vaccine among adults in the United States: How many people would get

vaccinated? *Vaccine*, 38(42), 6500-6507.

Rodger, D., & Blackshaw, B. P. (2022). COVID-19 vaccination should not be mandatory for health and social care workers. *The New Bioethics*, 1-13.

Schmelz, K., & Bowles, S. (2022). Opposition to voluntary and mandated COVID-19 vaccination as a dynamic process: Evidence and policy implications of changing beliefs. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 119(13), e2118721119.

Seale, H., Leask, J., & MacIntyre, C. R. (2009). Do they accept compulsory vaccination?: Awareness, attitudes and behaviour of hospital health care workers following a new vaccination directive. *Vaccine*, 27(23), 3022-3025.

Shah, A. S., Wood, R., Gribben, C., Caldwell, D., Bishop, J., Weir, A., Kennedy, S., Reid, M., Smith-Palmer, A., & Goldberg, D. (2020). Risk of hospital admission with coronavirus disease 2019 in healthcare workers and their households: nationwide linkage cohort study. *bmj*, 371.

Sirikalyanpaiboon, M., Ousirimaneechai, K., Phannajit, J., Pitisuttithum, P., Jantarabenjakul, W., Chaiteerakij, R., & Paitoonpong, L. (2021). COVID-19 vaccine acceptance, hesitancy, and determinants among physicians in a university-based teaching hospital in Thailand. *BMC infectious diseases*, 21(1), 1-12.

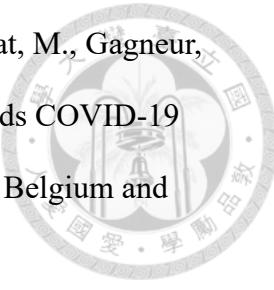
Smith, D. T., Attwell, K., & Evers, U. (2021). Support for a COVID-19 vaccine mandate in the face of safety concerns and political affiliations: An Australian study. *Politics*, 02633957211009066.

Sprengholz, P., Korn, L., Eitze, S., Felgendreff, L., Siegers, R., Goldhahn, L., De Bock, F., Huebl, L., Böhm, R., & Betsch, C. (2022). Attitude toward a mandatory COVID-19 vaccination policy and its determinants: Evidence from serial cross-sectional surveys conducted throughout the pandemic in Germany.

Vaccine.



- Stead, M., Critchlow, N., Eadie, D., Sullivan, F., Gravenhorst, K., & Dobbie, F. (2019). Mandatory policies for influenza vaccination: Views of managers and healthcare workers in England. *Vaccine*, 37(1), 69-75.
- SteelFisher, G. K., Blendon, R. J., Bekheit, M. M., & Lubell, K. (2010). The public's response to the 2009 H1N1 influenza pandemic. *New England Journal of Medicine*, 362(22), e65.
- Turbat, B., Sharavyn, B., & Tsai, F.-J. (2021). Attitudes towards Mandatory Occupational Vaccination and Intention to Get COVID-19 Vaccine during the First Pandemic Wave among Mongolian Healthcare Workers: A Cross-Sectional Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 329.
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & health sciences*, 15(3), 398-405.
- van Delden, J. J., Ashcroft, R., Dawson, A., Marckmann, G., Upshur, R., & Verweij, M. (2008). The ethics of mandatory vaccination against influenza for health care workers. *Vaccine*, 26(44), 5562-5566.
- Van den Dool, C., Bonten, M., Hak, E., & Wallinga, J. (2009). Modeling the effects of influenza vaccination of health care workers in hospital departments. *Vaccine*, 27(44), 6261-6267.
- Van Doorn, H. R. (2014). Emerging infectious diseases. *Medicine*, 42(1), 60-63.
- Van Doremalen, N., Bushmaker, T., Morris, D. H., Holbrook, M. G., Gamble, A., Williamson, B. N., Tamin, A., Harcourt, J. L., Thornburg, N. J., & Gerber, S. I. (2020). Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *New England Journal of Medicine*, 382(16), 1564-1567.



- Verger, P., Scronias, D., Dauby, N., Adedzi, K. A., Gobert, C., Bergeat, M., Gagneur, A., & Dubé, E. (2021). Attitudes of healthcare workers towards COVID-19 vaccination: a survey in France and French-speaking parts of Belgium and Canada, 2020. *Eurosurveillance*, 26(3), 2002047.
- Viswanath, K., Bekalu, M., Dhawan, D., Pinnamaneni, R., Lang, J., & McLoud, R. (2021). Individual and social determinants of COVID-19 vaccine uptake. *BMC public health*, 21(1), 1-10.
- von Linstow, M.-L., Winther, T. N., Eltvedt, A., Nielsen, A. B., Nielsen, A. Y., & Poulsen, A. (2020). Self-reported immunity and opinions on vaccination of hospital personnel among paediatric healthcare workers in Denmark. *Vaccine*, 38(42), 6570-6577.
- Vraga, E. K., & Jacobsen, K. H. (2020). Strategies for effective health communication during the coronavirus pandemic and future emerging infectious disease events. *World Medical & Health Policy*, 12(3), 233-241.
- Wang, K., Wong, E. L. Y., Ho, K. F., Cheung, A. W. L., Chan, E. Y. Y., Yeoh, E. K., & Wong, S. Y. S. (2020). Intention of nurses to accept coronavirus disease 2019 vaccination and change of intention to accept seasonal influenza vaccination during the coronavirus disease 2019 pandemic: A cross-sectional survey. *Vaccine*, 38(45), 7049-7056.
- Wang, T. L., Jing, L., & Bocchini, J. A. (2017). Mandatory influenza vaccination for all healthcare personnel: a review on justification, implementation and effectiveness. *Current Opinion in Pediatrics*, 29(5), 606-615.
- Ward, J. K., Alleaume, C., Peretti-Watel, P., Seror, V., Cortaredona, S., Launay, O., Raude, J., Verger, P., Beck, F., & Legleye, S. (2020). The French public's attitudes to a future COVID-19 vaccine: The politicization of a public health issue. *Social science & medicine*, 265, 113414.

Waters, A. (2022). Covid-19: Reassess effects of mandatory vaccination on staffing, urge unions. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 376.

Weingarten, S., Riedinger, M., Bolton, L. B., Miles, P., & Ault, M. (1989). Barriers to influenza vaccine acceptance A survey of physicians and nurses. *American journal of infection control*, 17(4), 202-207.

Why vaccine-shy French are suddenly rushing to get jabbed. (2021, 14 July). *The Economist*, 2021(26 October). <https://pse.is/3uz47q>

World Health Organization. (2014). A brief guide to emerging infectious diseases and zoonoses.

World Health Organization. (2019). *Ten threats to global health in 2019*.

<https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>

World Health Organization. (2021, 13 April). *COVID-19 and mandatory vaccination: Ethical considerations and caveats*. Retrieved 30 August from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-brief-Mandatory-vaccination-2021.1>

World Health Organization. (2022, April 5). *Coronavirus disease (COVID-19) Situation Dashboard*. Retrieved April 5 from <https://covid19.who.int/>

Yang, Y., Peng, F., Wang, R., Guan, K., Jiang, T., Xu, G., Sun, J., & Chang, C. (2020). The deadly coronaviruses: The 2003 SARS pandemic and the 2020 novel coronavirus epidemic in China. *Journal of autoimmunity*, 109, 102434.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7126544/pdf/main.pdf>

附錄一 基本資料表



基本資料

姓名(姓氏,名字)：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年(民國)：
婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 已婚，育有子女_____名 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 其他_____		
是否與家人同住： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 其他_____		
工作醫院：	科別：	職稱：