

# 疫苗猶豫與風險溝通之必要：對照長者與慢性族群經驗

官晨怡\* 林正揚 劉政翰

**目標：**本研究探討長者與慢性族群針對新冠疫苗出現之疫苗猶豫，及其對於風險溝通之需求。**方法：**資料來自於2021年6月1日至10月31日進行之「台灣新冠疫苗民眾決策態度之快速質性研究調查」，以訪談與焦點團體蒐集資料。**結果：**基於調查與分析，本研究發現由於年齡與特定病症的身體狀況，長者與慢性族群對於疫情威脅下緊急授權之疫苗持有疑慮，擔憂自身之脆弱性能否承受新冠疫苗之不確定性與副作用，這些疑慮是否被充分回應，成為決策關鍵。本研究對照具相似疑慮，但出現不同決策傾向的長者與慢病族群，當後者在尋得資訊後，多能處理原有疫苗猶豫、轉而接種，前者則因特殊情境下對資訊缺乏控制感，仍陷於困惑、抗拒接種。**結論：**風險溝通在建立脆弱族群疫苗信心上具有關鍵角色。（台灣衛誌 2022；41(4)：449-466）

**關鍵詞：**新冠疫苗接种、疫苗猶豫、風險溝通、長者、慢性病社群

## 前言

在此波新冠疫情中，疫苗猶豫（vaccine hesitancy）議題引起關注，國際研究者與臨床工作者紛紛撰文呼籲應正視民眾疑慮，主動溝通，強調民眾對於疫苗的態度，很可能決定防疫的成敗[1]。

疫苗猶豫成因複雜，不僅牽涉個人信仰與信念，亦受當下社會歷史脈絡影響[2,3]，缺乏政治信任[4]、受網路混雜資訊影響[5]皆是重要因素。人們對於接種疫苗感到不確定，正反映出當代公衛與相關專業面臨的新挑戰，如錯誤風險溝通問題（‘Wicked’

risk communication problem）等。儘管傳達科學證據與健康知識，仍無法有效回應人們對疫苗的疑慮，為降低疫苗猶豫，除了傳達科學證據，疫苗風險溝通尚需要關注其他面向，包括相關心理機制與社會脈絡[6]。在此情況下，有學者從倫理角度提出，發展出能取信於民的疫苗風險溝通乃是當代政府的無可迴避的責任，及建立民眾信任的關鍵[7]。特別是當疫苗的確對特定族群具有不同風險時，分眾風險溝通實屬必要[8]。此次新冠疫情中，由於疫苗加速開發與緊急授權等不確定性因素，可以預見民眾對此疫苗的疑慮，讓新冠疫苗的風險溝通更形重要[9,10]，國際衛生組織（WHO）也為此組成專案計畫，敦促各國政府先掌握民眾在社會情境中對於疫苗發生的特定疑慮，並加以回應[11]。經濟合作暨發展組織（OECD）也在聲明中指出國家在新冠疫苗風險溝通上的責任與角色[12]。

在台灣，根據疾管署資料，截至2022年2月21日為止，計有1,929餘萬（佔總人口

國立台灣大學公共衛生學院健康行為與社區科學研究所

\*通訊作者：官晨怡

地址：台北市中正區徐州路17號

E-mail：chenikuan@ntu.edu.tw

投稿日期：2022年3月24日

接受日期：2022年8月19日

DOI:10.6288/TJPH.202208\_41(4).111028



82.6%)的台灣常住居民已接種第一劑新冠疫苗[13]。依據上述資料，扣除無法接種的嬰幼童，推算18歲以上成年人口第一劑接種率已達91.6%。台灣花費8個月左右時間，平均每天接種10餘萬劑，達成相當高的第一劑接種率。然而，隨疫情升高而出現的高接種率，以及台灣基於特殊社會政治情境下，新冠疫苗取得不穩定而引起的搶打潮，掩蓋了台灣民眾對於新冠疫苗猶豫的議題，尤其是長者與慢病患者等脆弱族群的接種情形。

實證顯示長者與慢病社群為新冠疫情中的高風險脆弱族群，若感染新冠病毒，重症、住院與死亡比率為一般民眾的數十倍，若能接種疫苗，對其自身健康保障及台灣整體醫療量能的維持都具明顯效益[14-17]。然而，儘管處在新冠疫苗的優先接種順序，台灣高齡族群（65歲以上）第一劑尚有近20%尚未接種，75歲以上長者更有近30%未接種第一劑[13]，反映出顯著之疫苗猶豫。對比於多數國家高齡族群的高接種率，台灣高齡族群抗拒接種新冠疫苗的原因值得探討。此外，慢性族群的新冠疫苗猶豫雖未直接反映在統計上，但根據本調查，此社群的確普遍經歷新冠疫苗猶豫，其程度僅次於高齡族群，唯其最終多能克服疑慮、轉而接種新冠疫苗。

當國外相關研究鮮少針對不同社群經驗與決策模式進行對照與深入分析，本研究以質性調查資料為基礎，分析長者與慢性病患兩個社群在新冠疫苗接种決策上面對的特殊考量，背後脈絡，並比較其決策過程中的異同，藉此對照疫苗猶豫與風險溝通文獻中，強調的決策心理機制與社會脈絡之面向，並提出後續政策方案建議。

## 材料與方法

### 一、台灣民眾新冠疫苗接种態度與決策之快速質性調查

本研究資料來源為研究者與團隊於2021年6月1日至10月31日期間完成之調查。研究方法採用近年人類學發展之快速質性研究（Rapid Qualitative Research）[18,19]：以團

隊合作為策略，縮短傳統質性研究需要的時程，並即時回應實務的需求。近年亦已應用於多個國際公衛緊急事件中。有關此方法之介紹與實作細節已於他處做專文發表[20]，以下僅就資料收集與分析進行說明。

第一作者於2021年5月下旬籌組17人之調查團隊，完成訓練籌備後，展開資料收集，並定期召開會議，討論進度、及處理有待克服的議題。調查重點包括：(1)民眾對於接種新冠疫苗有哪些疑慮？不同族群（長者、育齡婦女）是否有其特殊考量？(2)有哪些因素會影響民眾對於接種新冠疫苗的決策？何種溝通模式能有效回應民眾資訊需求？團隊透過滾雪球與網路公告方式招募研究參與者，包括年滿20歲以上、符合衛生福利部公告接種COVID-19疫苗資格且符合以下三種情境之民眾：(1)正在考慮是否接種(2)經考慮不願接種(3)原有疑慮、但爾後轉為願意接種新冠疫苗，共計進行50位民眾之深度訪談。

研究同時蒐集參與者的年齡、生理性別、教育程度、職業類別、居住地區、是否與親友同住等資料。在居住地區分類上，本研究參考中央研究院「台灣社會變遷基本調查」中鄉鎮市區類型之研究，將台灣鄉鎮市區分為六層[21]。本文因使用快速質性調查，樣本數目不若量性調查，故參考上述研究，將都會核心、工商市區集群合併為都會地區；將新興市鎮、傳統產業市鎮集群合併為城鎮地區；將低度發展鄉鎮、高齡化暨偏遠鄉鎮集群合併為鄉村地區。

研究亦訪談8位防疫前線之實務人員，藉助他們的經驗與觀察，深入對照與分析台灣民眾對於新冠疫苗猶豫之相關因素與脈絡。此外，在調查籌備期間，高齡族群與孕婦等特定疫苗猶豫現象已然浮現，故本調查利用焦點團體來蒐集這些族群對疫苗接種的特殊考量，當訪談資料主要反映個人觀點與經驗，焦點團體資料則有助呈現團體情境中的意見趨勢，兩者相輔相成，利於研究資料後續分析、對照與交叉檢視。

待訪談與焦點團體完成後，由訪員們彼此討論、共同紀錄受訪者之疫苗決策與其原

因，並在每週會議中口頭簡報，透過團隊討論發展共識、找出主要研究發現。此外，同時委託聽打服務將每場訪談錄音繕打成逐字稿，由第二與第三作者分別利用預先針對實務需求建立之編碼架構，並藉助質性分析軟體Nvivo，將逐字稿整理進九項（及其下30餘個次項）編碼，包含：受訪者基本資料、疫苗態度與決策、對疫苗的疑慮、疑慮原因及脈絡、取得資訊管道、信任的對象、對官方資訊的評價、仍需說明之資訊、其他重要資訊等。並逐案討論、相互檢證完成編碼，並於團隊會議報告，與上述團隊訪員密集討論並行、交互對照檢證，彙整結果，提出報告。

## 二、長者與慢病族群之經驗分析與對照

在上述快速質性調查當中，團隊不僅探索台灣社會新冠疫苗猶豫整體脈絡，也整理分眾化的疫苗猶豫現象，除了前述長者與孕婦，尚發現慢病族群及藍領與弱勢階級者等疫苗猶豫偏高的社群[22]。在其中，我們發現許多青壯年慢病族群和高齡受訪者相似，因擔心身體狀況，尤其是許多自述或經正式診斷的慢性病症狀，對於接種新冠疫苗出現遲疑，但兩者決策經驗與接種情形卻非常不同，故而特別在本文中並陳、對照分析長者與青壯年慢病族群的經驗，找出造成最終差異的關鍵，並針對目前極有待提升的長者新冠疫苗接種率議題提出具體建議。

本文所分析長者經驗包括11位年齡高於65歲之參與者（介於69歲至85歲），含6位個別深度訪談，與2場共5人之實體焦點團體。計有7位女性與4位男性參與，多與親人同住，居住區域大部分為城鎮地區。教育程度橫跨小學未畢業至大專，來自各不同社經階層。受訪當下，11位中，2位仍在考慮是否接種，5位經考慮不願接種，4位原有疑慮、但後來已接種新冠疫苗，高齡族群受訪者基本資料請見表一。

就慢病族群而言，有9位受訪者主動揭露自身有慢性疾病（腦性麻痺、甲狀腺亢進、糖尿病等），其中8位具正式醫療診斷與長期就醫經驗。在性別上，包含8位女性、1位男性。他們皆與親人同住，居住區域均為都會地區。職業身分包括學生、自由業、商業、與製造業等，橫跨不同社經階層。受訪當下，9位之中有1位仍在考慮是否接種、1位經考慮不願接種，其他7位原有疑慮、但後來已接種新冠疫苗。慢病族群受訪者基本資料請見表二。

調查進行時，台灣尚處第一劑新冠疫苗大規模接種的時間，以下呈現乃受訪者對於第一劑之接種決策經驗，同時，前述「仍在考慮是否接種」、「經考慮不願接種」與「原有疑慮、但後來已接種」代表受訪者於受訪當下（疫情升溫、進入三級警戒）新冠疫苗的猶豫程度與狀況，並未進行任何後續

表一 高齡族群受訪者基本資料

代號	性別	年齡	教育程度	現職	健康狀況	接種情形
洋子	女	69	國小	自由業	無慢性病	已接種
阿菊	女	70	大學	退休	無慢性病	未接種
阿春	女	70	未紀錄	退休	無慢性病	未接種
阿鳳	女	70	未紀錄	退休	無慢性病	已接種
阿雪	女	70	未紀錄	退休	無慢性病	已接種
阿瑛	女	71	國小	自由業	高血壓、高血糖	已接種
阿長	男	71	大學	電子業	心臟疾病	未接種
阿盛	男	71	專科	公職	無慢性病	未接種
阿綢	女	80	國小	自由業	結石	未接種
阿財	男	81	國小	退休	無慢性病	未接種
阿章	男	85	專科	退休	無慢性病	未接種



表二 青壯年慢性病族群受訪者 基本資料

代號	性別	年齡	教育程度	現職	健康狀況	接種情形
小豐	男	25	研究所或以上	學生	腦性麻痺	已接種
小蓉	女	25	研究所或以上	研究助理	腳、眼部疾患	已接種
小清	女	31	研究所或以上	資訊業	甲狀腺疾病	已接種
小珮	女	33	研究所或以上	家管	心律不整	已接種
阿鐵	女	38	高中職	製造業	甲狀腺疾病	未接種
點點	女	38	大學	家管	甲狀腺疾病	未接種
阿美	女	50	研究所或以上	公職	器官移植	已接種
小園	女	52	研究所或以上	待業中	胸悶、胸痛	已接種
阿翠	女	59	高中職	商業	糖尿病、癌症	已接種

追蹤。就「原有疑慮、但後來已接種」之狀況，本研究並未追問決策轉變之具體時間點，而是著重受訪者對決策轉變過程的描述，如同後述，其多半與疫情上升、感受到威脅有關。

在本研究中，針對上述11位高齡與9位青壯年慢病族群受訪者的經驗與觀點分享，三位作者進行編碼與討論，首先，三位作者各自閱讀原始資料與編碼，再行對照，對出現歧異的編碼結果進行討論，找出可能原因、各自詮釋，並重新達成共識，透過密集討論與交叉檢核方式，提升本研究之信效度。最後萃取之概念與範疇關聯分析請見結果部分及圖一。

## 結 果

本研究發現長者與慢病族群皆因為健康狀況較為脆弱，當台灣新冠疫情相對國際輕微時，相較於感染、患病，他們更擔憂接種新冠疫苗可能對身體造成的不利影響，對於接種新冠疫苗發生猶豫。然而，在調查當下（亦是台灣大規模接種進行半年後），兩族群呈現之接種態度與決策卻大相逕庭。相對於高齡族群持續展現的新冠疫苗猶豫，慢性病族群雖對疫苗曾具某程度之疑慮，但已能逐漸建立信任，做出較積極的接種行為。以下透過訪談資料，以「一、身體狀況特殊，擔憂嚴重不良事件」、「二、特殊疑慮與潛在溝通需求」、「三、資訊網絡與態度」與「四、決策傾向」，來分述長者與青壯年慢

病族群兩者新冠疫苗接种決策經驗。對照比較其決策差異，呈現背後之關鍵因素，並藉以提出疫苗風險溝通的建議。

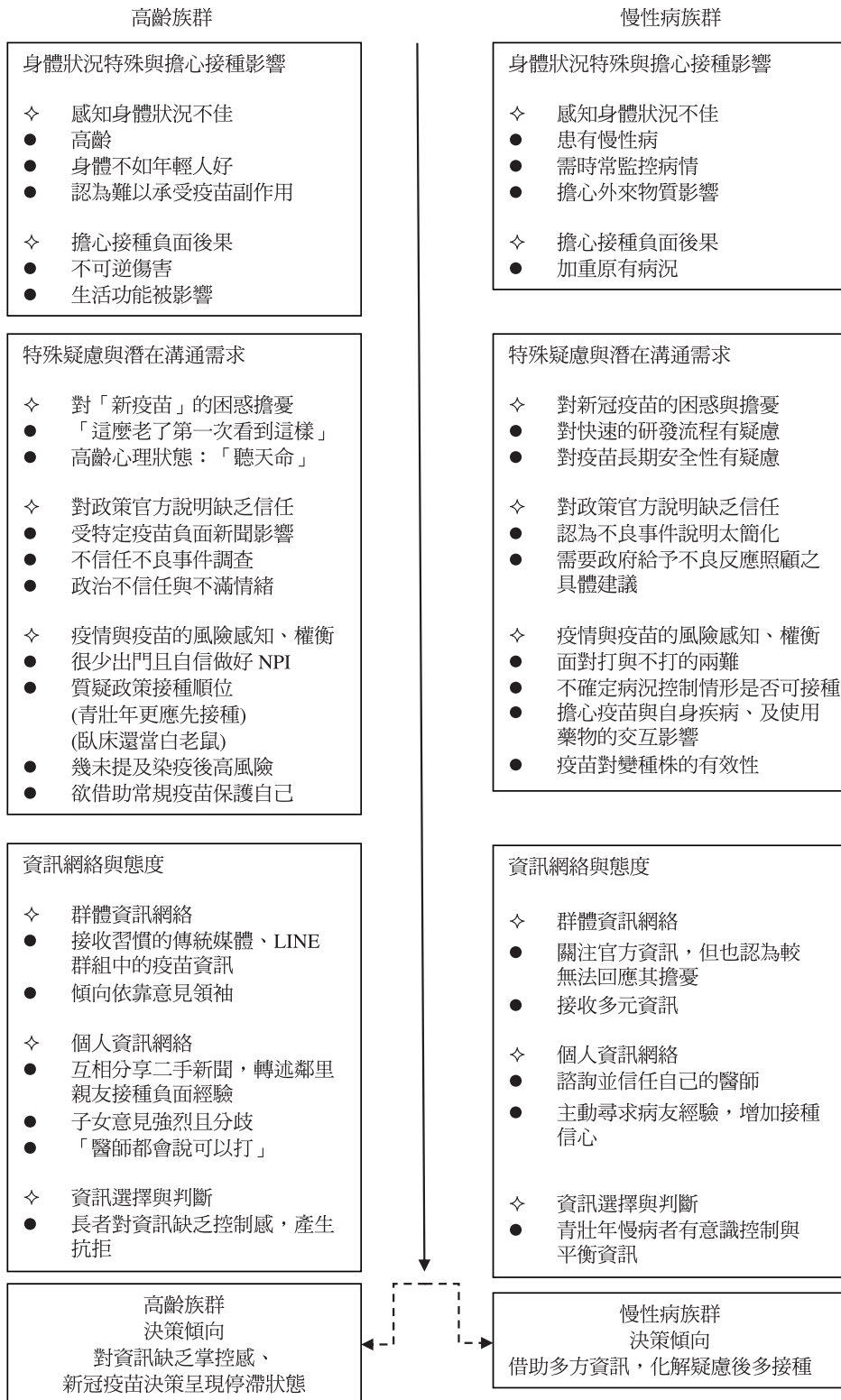
### 一、身體狀況特殊，擔憂嚴重不良事件

台灣與世界各國作法相似，優先從75歲以上高齡族群陸續展開接種，不幸地，在短時間內，就陸續傳出數十起接種後死亡之不良事件，這些不良事件死者多為高齡族群、慢性病族群，這些案件為指揮中心每日記者會的例行通報項目，亦是媒體頻繁報導、社會關注的焦點。在此情境與資訊環境中，不良事件一直是長者與慢病族群對新冠疫苗有所疑慮的主因。

#### (一) 感知身體狀況不佳

##### 1. 長者認為身體不如年輕人好、難以承受疫苗副作用

在本調查中，受訪長者多數沒有需長期就醫的慢性病，且未在做出接種決定前諮詢醫師，但在主觀上，長者多認為自己的身體沒有年輕人好，擔心身體無法負荷，害怕施打新冠疫苗後發生不良事件，甚至是死亡等情況。一名調查團員訪談自己的祖母，80歲的祖母不斷表達對新冠疫苗未知風險的恐懼，「如果說要打那個，我就是感覺怕怕的」（阿綢），兒孫輩要帶她去接種時，她總是以自身膽結石為由、表達自己不宜接種：「我這個肚子旁邊，結石常常在痛，要打的話，要讓他治療好」，但事實上，面對膽結石問題，除了偶爾吃止痛藥，祖母並未



圖一 高齡與慢病族群疫苗決策經驗之概念與範疇

積極治療，且醫師曾直接告訴她接種無礙，祖母仍堅持自身不應接種，強調高齡者身體問題多，接種新冠疫苗容易有意外，並以此詮釋電視上看到的宣導內容：

妳孀婆打一打過來，常喊骨頭酸，我說不然不要去打，這個我們年紀有了，八十了，人家那個電視，妳沒有在看，如果七、八十，有比較那個身體不太好就先不要打，都會這樣子說，是沒有跟你說，那個都不能打這樣子，那個電視有時候不是這樣子說那個如果七、八十身體不太好，那個可以暫時不要打這樣子。

## 2. 青壯年慢病族群須監控病情、擔心外來物質影響

青壯年慢病族群亦因身體狀況對接種疑慮，他們長期就醫服藥、對身體狀況警覺，擔心疫苗作為外來物質，干擾與影響好不容易有所控制的病況。阿美是器官移植病人，長期以藥物控制身體狀況，雖然受訪時已諮詢醫師、得到共識，正打算接種第二劑，仍提到：「之前是說，像器官移植病人最好都不要接種任何的活性的疫苗，或任何的疫苗，因為會影響到妳的[免疫系統]可能會排斥之類的……」，阿美提及此種身體特殊性讓病友們相當擔憂：「看到有人打完之後去住院，大家會怕」。

基於同樣的恐懼，當這些慢病患者看到身旁親友施打新冠疫苗後出現不良反應，即便僅是發燒、痠痛等，都會加深他們的猶豫，擔心自己身體已有狀況、能否承受。38歲、患有甲狀腺亢進的阿鐵如此描述：

公公是打莫德納，我小姑是打AZ，可是他們兩個不舒服的症狀……我們[受訪者與先生]就會說，天壽（台），你們正常人都會出現這種，那我們有這種症狀的人，去打是不是會更明顯，對啊。

## (二) 擔心接種負面後果

### 1. 長者擔心不可逆傷害、生活功能被影響

儘管宣導中強調健康狀況良好的年長者可安心接種疫苗，但長者從新聞媒體中看到高齡接種疫苗後發生諸多嚴重不良事件，抑

或聽聞身邊親友施打疫苗後對身體造成不可逆的作用，擔心自己發生類似情況，影響日後身體功能與生活運作。85歲的退休教師阿章在解釋自己不接種新冠疫苗時提及：

我有一個和我同年紀的那個伯伯啊，打了以後呢，身體就是不大舒服。他[以前]每天早上和我一起到水庫去這樣子走來走去，大家玩得和樂融融。打完以後呢，他就到現在都沒有來了。就是身體上身體上有一點小缺陷，他近來都沒有到水庫去和我一起走路了，是這樣子。

## 2. 青壯年慢病族群擔心加重原有病況

青壯年慢病族群亦害怕接種新冠疫苗對身體帶來未知的改變，自述有重大傷病與長期視力問題的小蓉提及：

就是我覺得如果只是不舒服的感覺，只要忍過去就好，可是我是怕那種像……因為我本身眼睛也不太好，我是怕說打完眼睛萬一造成永久性傷害這種，或是甚至可能會死亡，就是那種不可逆的改變，我會比較擔心。

## 二、特殊疑慮與潛在溝通需求

除了同樣因為身體狀況造成疫苗猶豫，長者與慢病族群對於接種新冠疫苗各有特殊疑慮及潛在溝通需求。

### (一) 對於「新疫苗」的困惑與擔憂

#### 1. 「這麼老了第一次看到」

在疫情威脅下，新冠疫苗以史無前例的速度研發製造，「緊急授權」與「臨床試驗不完整」是此質性調查時整體受訪者最常表述的擔憂[20]，長者則因自己已如此年長、不曾見過如此情形，備感恐懼。

阿財與阿綢為夫妻，皆為八十餘歲、居住於南部城鎮，分開受訪。太太阿綢提及自己在菜市場工作時跟同齡朋友討論疫情的狀況：「每個人都會怕，大家都說，以前就沒有在發生這種，現在整個國家發生成這樣」，對疫情的恐懼並沒有促使這群長者去打疫苗，相反的，對於疫情的恐懼似乎延伸到新冠疫苗上，因為研發過程與伴隨的各式



爭議，同樣是長者們未曾見過的，尤其是大量嚴重不良事件，先生阿財受訪時不避諱地表示「我就是沒有那個興趣要打那個」，「[對於新冠疫苗]沒有很瞭解，而且才剛開始[大量施打]而已，沒有感覺那個[有安全保證]……，還有打下去，又發生一些五四三的，我就越想越不要」

## 2. 高齡心理狀態

基於這種恐懼，許多長者將接種新冠疫苗描述為「心理負擔」。阿章是80餘歲的退休老師，受訪當下未接種新冠疫苗，他解釋這是因為與其擔心潛在風險，自己年事已高，不需冒險，傾向以「聽天命」取代打疫苗：

我看我們這個年齡啊都是在九十歲左右就差不多了，我打疫苗也是再活五年，不打疫苗我也可能也再活五年，所以我在這種情形下，我想不如快樂一點，不會心理上有什麼負擔，所以我就決定不打。

## 3. 青壯年慢病者對疫苗研發過程有疑問

基於身體狀況，青壯年慢病族群也關切新冠疫苗研發過程，想確定如此迅速研發的疫苗對自身健康可能帶來的影響。小清在資訊業工作，本身患有甲狀腺亢進，表示自己此次面對新冠疫苗接種，「一直有些小猶豫，但覺得對於長遠的防疫是必要的」，儘管受訪當下已接種，仍感到需要對疫苗EUA審議過程了解更多，「它在很匆促的情況下上路，所以讓我對於疫苗更加的感到不安……EUA畢竟只是一個特殊情況的案例，那後面要怎麼去確保這件事情是有效的」。

### (二) 對政策與官方說明缺乏信任

#### 1. 長者受特定疫苗品牌負面新聞影響

因疫苗到貨因素，台灣在新冠疫苗開打初期以AZ為主要品牌，但出現多起接種後死亡案例，加上媒體報導歐洲於同一時期提出AZ疫苗施打後的血栓通報、及多國選擇贈送給他國的消息[23-25]，在未得到充足說明與釐清的狀況下，大量負面新聞與政論節目的討論加深長者對於接種的疑慮，認為AZ疫苗是次等疫苗，他們被政府要求先去

接種，卻別無選擇。洋子在焦點團體中表示：「其他國家不要AZ，都捐給台灣，因為AZ便宜，其他國家不敢打」，並接著提及「現在BNT給年輕人打是因為要買年輕人的心，18歲在兩年後選舉，有權力，要給年輕人有好印象」。

在個別訪談中，多位長者也對AZ疫苗表達疑慮。阿長七十餘歲，為電子業退休董事長，談到自己看完新聞後的疑慮：

前一陣子那個AZ疫苗不是有那個血栓的問題？然後本來說有，然後幾個月下來，後來又說，啊，比率很少，所以又開始[接種]了。可是血栓這個東西，大小，延遲多久，對哪些人有影響，都沒有很清楚的交代啊！像我這個有裝[心臟]支架的更煩惱。

#### 2. 長者不信任不良事件調查

當長者對接種新冠疫苗心存疑慮，並不信任政府對於疫苗不良事件的調查，認為政府因自身利益而為疫苗脫責，例如：「像日本也是AZ有問題就不用，就馬上停掉，哪像我們的國家真差勁」（阿鳳），以及「高端一開打就死了四個，基隆的小姐到台大醫院附近，沒結果死了。心臟病都他們講的，每個不良事件都跟疫苗沒關係」（阿春）。

#### 3. 長者政治不信任與不滿情緒

當長者對疫苗未知風險抱持極深恐懼，且得不到充足解釋，多位高齡受訪者以強烈語言表達其他受訪社群身上罕見的怒氣，「乞丐政府，疫苗都是人家捐」（阿雪）。

長輩認為執政黨介入媒體、特定電視台為其宣傳、扭曲真相，所以自己不信任，「我不看三立跟民視、歌頌民進黨、深綠的」（阿鳳），「政府的公信力不夠，一下這樣也可以、一下那樣也可以，例如校正回歸，一點都沒有權威。所以專業人士例如中研院、醫師出來說我們會相信。」（阿雪）

#### 4. 青壯年慢病者認為不良事件說明太簡化

如同長者，青壯年慢病族群基於身體狀況，對不良事件的調查結果與說明相當關注，有受訪者提及想看到詳細統計結果，或接種後死亡跟慢病的關聯，藉以避免，「雖

然不良事件機率不高，但身體不好的人會擔心自己打完後，變成其中一例」（小蓉）。

部分青壯年慢病受訪者進一步表示當前官方說明僅提及接種後死者多因患有慢性病，但如此解釋方式加深他們的恐懼，懷疑自己不适合施打疫苗。阿鐵提到：

「他從頭到尾都一直跟我講說，你不要去，他就講說，你有慢性病，我們都有慢性病……這個疫苗慢性病的人一打，好，你看，那一個藥劑師，他一打了，他驗、驗之後，他才知道說，驗屍官也是覺得說，因為他有慢性病啊。」

#### 5. 青壯年慢病者需要政府給予不良反應照顧之具體建議

受訪青壯年慢病者也提到官方對於疫苗副作用說明過於簡化，特別指出關於不良事件的照護方式需要更詳細。有心律不整問題的小園為了保護自己和周遭親友接種完一劑新冠疫苗，「沒想到副作用是真的非常嚴重」，半夜胸悶痛難耐，四處詢問，直到找到可行的照護方式，方停止擔憂與焦慮。

#### (三) 疫情與疫苗風險的感知權衡

##### 1. 長者自認少出門、自信做好NPI

當長者對於現有新冠疫苗缺乏信心，轉而藉由個人嚴密防疫措施自我保護，如減少出門、勤洗手、戴口罩，認為如此即可避免感染，不須接種新冠疫苗。前述在菜市場工作、因恐懼不願接種新冠疫苗的阿綢，被孫子問及「若疫情變更嚴重，會不會考慮去打？」，不加思索回答：

不會啦，我們又沒有去很遠，我們自己那個[小心]一點，那個口罩我都戴整天，阿嬤連在家裡煮飯也都戴口罩去，戴口罩……噴酒精，你們小舅媽，她都有拿[酒精]回來，我都噴，妳阿公都每天都在噴，……我如果像以前去高醫，妳二叔回來都說，叫我去洗澡，將身體洗一洗，回來都馬上洗澡。

##### 2. 長者對接種順位之疑慮

上述阿綢說的「我們又沒有去很遠」、抑或其他長者提及的「我們又不是非出門不

可」，都讓長者質疑新冠疫苗政策中的接種順位，不論是個別訪談抑或焦點團體中，皆是高齡族群最常提出的議題。首先，他們認為自己年歲已高，對社會貢獻有限，相對之下，年輕人需要工作養家、或外出上學，更可能接觸不特定族群，感染風險高，在疫苗有限的情形下，應該要讓年輕人先接種：

「應該要讓中間族群[青壯年人]優先施打，因為年輕人要出門、要上班，老人家反而待在家裡。」（阿春）。

質疑接種順位牽涉多種情緒，前述受訪長者傾向以利他主義表達「留給年輕人先打」，但亦有調查團隊成員聽家中長輩提及「政府讓我們去當白老鼠」的擔心與不滿，一位年約五十、居住於北部地區的里長受訪時表達：

叫五六、七八十歲、八九十歲，有一些中風的，有一些都躺在床上啊，都沒辦法出門，都抓出來打，結果小孩子也給他[長者]帶出來打[新冠疫苗]……[假如]你爸爸媽媽躺在床上，或者中風，一舉一動都不會動了，百分之百不會怎樣，結果你抓爸爸媽媽出來打疫苗，我的感覺好像……怪怪的就對了，感覺到怎麼會有這種情形。（阿盛）

##### 3. 部分長者欲借助傳統常規疫苗保護自己

部分受訪長者害怕染疫，卻同時擔心自身年紀與身體難以負荷新冠疫苗不明風險，選擇接種歷史長、副作用少的肺炎鏈球菌疫苗或流感疫苗作為替代。

調查團隊在疫情降至二級警戒後，在北部市郊舉辦焦點團體，成員為三位感情甚好的鄰居，阿春為現場唯一未接種新冠疫苗者、「在社區裡很出名」。她受訪時鉅細靡遺指出親友接種後的種種副作用，同時強調「有些副作用可能十年後才會出現」，因此決定先接種肺炎鏈球菌疫苗，並對此很有信心，「肺鏈[疫苗]打這麼久，也沒見過有人發燒或甚麼不良反應」。

##### 4. 青壯年慢病者面對打與不打的兩難

相對於長者，青壯年慢性病患者面對新冠疫苗，更常陷入兩難情境。一方面，當高



齡族群幾乎未提到染疫後重症風險，慢病患者自覺健康條件不佳，若感染有較高重症機率，另一方面，接連發生的嚴重不良事件多與慢性病相關，使他們在接種與否的決策上面對極大壓力。

患有甲狀腺亢進的阿鐵表示：「可能也要自己想說，到底決定要不要打，當然聽了聽會擔心啊，可是人家講的，你打了，症狀出來等死，不打了，你得病了還是等死」（阿鐵）

#### 5. 青壯年慢性族群不確定病況控制情形是否適合接種

為進行有效風險權衡，青壯年慢病族群對新冠疫苗有其特殊溝通需求。首先，在官方宣導中，慢性病患者只要疾病穩定控制，皆可施打，但對受訪之慢病患者而言，同樣疾病者身體狀況可能有異，難以僅憑藉宣導之說法安心接種。

曾罹癌、長期患有糖尿病的阿翠談及對於何謂「控制良好」感到困惑：

就比如說像我糖尿病來說，一般來說都是講說，欸阿你應該控制在什麼樣的……譬如說多少以下，或者說三個月的血糖[糖化血色素]值，平均多少以下叫做控制好。他應該給人家一個，實際的數字。譬如我本身來說，三個月血糖值大概在什麼7、8左右。這樣叫做好嗎？可不可以去[接種]呢？

反映對許多慢性病患來說，即便醫師認為控制良好，但與健康民眾相比，慢性族群某些檢驗數值仍「不正常」，在這種情況下，慢病患者會懷疑自己是否適合施打疫苗，便需要更詳細的說明參考（如血糖、血壓的數值）。

#### 5. 青壯年慢病者擔心疫苗與自身疾病、及使用藥物的交互影響

此外，疫苗作為外來物質是否會與自身長期使用之藥物相互影響，也成為青壯年慢病者的擔憂：

那因為當初，最重要的是，欸因為說死亡率幾乎都是跟慢性病有關嘛！所以就害怕，那在加上又看到了又說[荷爾蒙會影響

疫苗作用的新聞]，欸[我有吃]荷爾蒙的藥，也會有血栓的問題，所以會擔心。（阿翠）

#### 6. 青壯年慢病者想知道新冠疫苗對變種病毒的有效性

當青壯年慢病者必須在染疫重症風險與接種新冠疫苗的未知風險之間持續權衡，相較於其他人，疫苗對不同病毒變異株是否有效對他們更為關鍵：

說實話這世界上也不是只有新冠疫苗這種病，新冠肺炎這個病，我們還有還有別的病啊，對啊，如果這個疫苗如果它的防護功能，它會因為新的變種病毒出來，它就失去了它的保護功能，但是我如果因為打這個疫苗而造成我原本自己的病變得嚴重，那我就要考慮一下（小園）

### 三、資訊網絡與態度

#### （一）群體資訊網絡

##### 1. 高齡者以傳統媒體與LINE群組為主

在本調查中，高齡受訪者資訊來源主要為傳統媒體（如電視）、親友鄰里的口耳相傳，以及兼具口耳相傳與社群媒體形式的LINE家族群組、地方群組。

在傳統媒體裡，長者最常由新聞與政論節目接收有關疫苗的資訊，受訪時也會明確指出自身習慣觀看的頻道及理由，例如，「不看民進黨台」、「看[疫苗]好壞[消息]都報的」（洋子）。

此外，長者也會與親友討論，或接收親友於LINE群組中收到的訊息。但在這些網絡中資訊頗為混亂，阿雪形容「LINE的訊息太多了，每個人都像醫生一樣」。阿財則以「一頭霧水」表達，他自述從這些網絡聽過很多疫苗名詞，但難以理解掌握，「AZ、莫德納，那個什麼……我才在想說一頭霧水」，阿財認為其他高齡者情況相似，並舉新聞為例，「電視在報那個……有的去打的人也是不太瞭解，到底他要打什麼，結果發生事情了，才在一頭霧水，給醫生看」。

## 2. 高齡者傾向依靠意見領袖

高齡族群面對如此大量資訊，傾向以權威或意見領袖的說法為主要參考，受訪時多引述他們信任的媒體人與電視上發言之醫學專家。

阿長和阿菊為受訪長者中社經地位與資訊涉略能力偏高者，阿菊參加身心靈讀書會，訪談中特別引述某些有國外生活經驗的文化工作者，阿長則提到：自己相信的主持國際報導節目、具獨立立場之媒體人：

她講的我覺得還算客觀一點，我想免不了她會接受一些主流媒體的資訊，再整理再講嘛。所以你接受主流媒體的資訊的時候，這些主流媒體的資訊都已經有偏差的話，也很難講是不是真的。不過當然她有經過自己的這個篩選和判斷了，會比較正確一點。

其他高齡受訪者則列舉他們經常觀看的政論節目主持人或來賓，特別是發言相對公正、「好的罵、壞的也罵」（洋子）。

## 3. 青壯年慢病社群關注官方資訊

相對於長者對官方訊息的抗拒，受訪青壯年慢病族群多會關注指揮中心記者會，獲得最初步的疫苗資訊，然而，受訪者們儘管對官方資訊有基本信任，卻認為這些說明過於簡化，「都是比較單面向的公衛訊息傳達」（點點）。

患有腦性麻痺的小豐指出自己會特別去衛福部查資料，但那些「統計數字」難以解答他的疑慮，沒有實質幫助，「我進去後發現只是數據，而沒有結論或觀點。不知道之於我的用意為何？比如說老年人口、女性化他們比較容易死亡。然後呢？例如疫苗的不同品牌的成分如何？不然對我沒有任何幫助。」

## 4. 青壯年慢病族群接收多元訊息

因此，在政策宣導外，青壯年慢病患者設法自行補足其他細部知識，積極涉略多方資訊，包括非營利電視台談話節目、非營利網路媒體、「國內外、中英文、不同立場的新聞」（阿美）與「醫師的粉專」（小珮）等。

## (二) 個人資訊網絡

### 1. 長者互相分享二手新聞，轉述鄰里親友接種負面經驗

在生活中，長者也透過個人網絡交換消息、分享意見。

聽鄰居說打了AZ[疫苗]的不良反應很不舒服，[被認為是身體強壯的油漆工人]頭痛到快爆炸去急診、頭痛四個晚上都沒睡、講話沒聲音，檢查說神經有被傷到。他們都說第二劑不打了。還有人打完可以吸湯匙，可能就是基因發生了什麼。（阿春）

### 2. 長者會與子女討論，但後者意見強烈、且分歧

多位受訪長者也表示會參考兒孫輩的意見，「很信任自己的醫師孫子」（阿章）、「有時候聽電視說，有得懂，似懂非懂，以前沒讀書，要問年輕人比較正確……認為他們有在打電腦才知道」（洋子）。

但也有受訪長者提到子女會強烈施壓，阿春說「有人兒女會逼去打」，阿盛也提到「跟他們[子女]沒什麼討論，他們只講要打要打[疫苗]而已，討論也沒什麼結果。一般的人碰到就說怎樣，你有[排到可以打]就要打，打比較好。最少要怎麼樣，萬一怎麼樣比較有抗體，孩子都這樣講」（阿盛）。

少數長者提及孩子間意見不一的情況：「兒子說我有中風過、高血糖、高血壓，建議不要去打，本來想說不然不要打，但是後來自己想要去打，叫在公所工作的女兒幫忙預約」（阿瑛）。

### 3. 長者覺得「醫生都會說可以打」

前述患有膽結石的阿綢，強烈認為自己不適合打疫苗，但見醫師不加考量，便不再信任醫師：

醫師每個都會跟你說可以[去接種疫苗]，我跟他[醫師]問說：我這個結石在痛，可以去打嗎？他[醫師]說可以。我就安安靜靜的[不說話]……結石在痛，[醫師還說]去打沒關係。

#### 4. 青壯年慢病者諮詢並信任自己的醫師

受訪青壯年慢病者多有長期就診、熟悉的醫師，在接種決策中諮詢並信任他們的醫師，阿翠表示原先擔心服用抗癌藥若施打AZ容易有血栓情況，但在諮詢醫師後已排除。患有心律不整、受訪當下懷孕的小珮表示：「包括[我的]心臟科、婦產科、中醫師，醫師會用科學知識加上自身判斷，也綜合我的身體情況，才提出建議，感到很安心」。

#### 5. 青壯年慢病者會主動尋求病友經驗、增加接種信心

多位受訪青壯年慢病者提及從病友團體得到重要資訊，例如阿美許多疫苗資訊來自「同為器官移植接受者的病友或病友會」，阿翠亦提及病友接種經驗很關鍵

基本上有朋友也是有糖尿病的，他也有去打過，可是因為他有多嚴重我沒有去了解，因為那個畢竟是我同學的先生，我沒有去那去了解，他打是好像還好沒什麼問題欸……就覺得說大家打了，好像也還好，所以想說好吧！就來去了。

### (三) 資訊選擇與判斷

#### 1. 長者對資訊缺乏控制感，產生抗拒

基於特殊研發情境與不確定性，新冠疫苗資訊量相當龐雜，對許多人來說難以理解，對高齡族群尤其如此。受訪長者對於官方、新聞報導中的諸多資訊將信將疑，希望可以找到正確、容易理解的資訊、尤其是值得信任的對象。在較少運用網路搜尋、或不見得有長期信任的醫事人員可詢問的情形下，受訪長者多透過電視的談話性節目，選擇觀看自己相信的媒體，並會將他們理解的內容分享給親友鄰里。然而，結果是資訊環境更為紛亂。

不少高齡族群表示面對實在難以理解的資訊，內心感到擔憂和困惑，就選擇不接收任何有關新冠疫苗的資訊，產生抗拒感，因為「越聽越煩、怎麼講都是要接種」（阿財）、「沒在聽、不想聽、聽了會怕」（阿綢）。這種抗拒也反映長者的無力感，「沒

有注重這些，也沒有在看記者會，要有閒才會看，看越多越煩惱，日子過得好就好」（阿瑛）。

同時，當長者面對混亂繁雜的疫苗資訊，感到無法掌控，對於不信任者，也更傾向表現出全盤否定的態度，如同前述長者常提及「政府只公布好的」（阿春）、「子女只會講要打而已」（阿盛）、「醫師最後都會說可以打」（阿綢）。

#### 2. 青壯年慢病者有意識控制與平衡資訊

相較於高齡族群，受訪青壯年慢病族群蒐集與對照不同管道資訊，且能依此處理他們對新冠疫苗接种的疑慮，訪談時多能擷取多元資訊來源，並描述這些資訊如何構成他們對疫苗的認知與判斷。

受訪青壯年慢病族群仔細覺察資訊背後的立場與意識形態，並有意識地控制與平衡資訊來源。他們自述關注官方記者會、疾管家臉書、PTT新冠疫情專版、各類醫師撰寫或翻譯的文件、國際新聞，但同時強調會去除其中過於誇大的部分，篩選他們認為可信的資訊。有受訪者提及自己不看電視新聞、只看非營利獨立報導媒體。

我算還蠻密集都有看下午兩點的[指揮中心疫情]記者會，就是算是官方的資訊，然後我加疾管家的臉書。然後媒體的話，我還蠻刻意的就是只看報導者的文章。暴露在很多媒體消息的狀況讓我很緊張，再加上我對於絕大多數的媒體是不信賴的。（小清）

我想一下，嗯……我好像沒有特別信任的[資訊來源]，因為……（訪談者：真的喔？）對，因為我就是大概可以感覺他們都有自己的立場，所以可能就這邊聽一聽，然後再看另外一立場怎麼講這件事情。（小蓉）

#### 四、決策傾向

如上所述，面對新冠疫苗接种與否，高齡族群和慢性病族群皆提及自己身體狀況不佳、擔憂無法承受可能風險，然而，當兩群受訪者因著接觸疫苗資訊之來源與網絡、掌



控能力、心理感受、乃至整體社會情境的差異，出現不同決策傾向。

### (一) 長者對資訊缺乏掌控感、新冠疫苗決策呈現停滯狀態

如同上述，長者在面對龐雜資訊、難以處理的狀態下，新冠疫苗接種決策呈現停滯的狀態，這不僅反映在長者新冠疫苗有限的接種增加情形，也鮮明出現於長者談論疫苗決策的方式：「對啦，疫苗可能有效，但我不接種」（阿盛）、「現在狀況還很多、不想接種」（阿長）、「[打完這疫苗]怎麼會這樣[多意外]……我沒興趣注[射]那個（台語）」（阿財）、「想到要注[射]那個，我就會驚（台語）」（阿綱）。

此外，長者也遭遇資訊技術上的困難。由於使用網路系統來疫苗預約，長輩多無法獨力完成，須由家人幫忙預約，家中年輕人不在時，變得更加困難。焦點團體中阿雪即提到：「疫苗都要年輕人來用，一個在高雄一個在……」，她只好請阿鳳女兒幫忙。另外，阿美以青壯年慢病者身分受訪，她同時也是偏鄉民代，訪談時提到「現在網路預約太麻煩了……我的老人家們不會用那個」。這些資訊技術上的操作困難阻礙了長者進行接種，同時也很可能加深內心已有的混亂和抗拒感。

### (二) 青壯年慢病族群借助多方資訊，化解疑慮後多接種

整體而言，青壯年慢病社群不一定對新冠疫苗存有不信任，但身體因年齡、慢性疾病已有狀況，面對具不確定性的疫苗，顯得格外小心。隨著整體施打人數增加，許多受訪者觀察身邊類似病況、或身體狀況更差者施打後並未出現嚴重不良反應，提高他們對新冠疫苗的接受度。但同時亦有受訪者則看到身邊非慢病/非高齡的親友接種後身體不適（如發燒、頭痛），認為自己的身體狀況更差，可能出現更嚴重反應、甚至某些不可逆後果。

多位病友最終得以決策，乃是因為得到其他得以呼應自身狀況、回應疑慮的訊息，包括其他相同病症親友的施打經驗、專家細

部說明、和病友團體的分享。小清受訪時表示自己對於接種有些遲疑，直到在網路上看到一份由醫師針對慢病適用性整理的詳細文件[26]，解除了她的擔憂：

其中一個資訊是，嗯……，台大醫院家醫科，有一群醫師編輯一個很長的google文件。然後還蠻詳盡的，針對各種不同慢性病的人，然後到底他們應該要怎麼看疫苗這件事情……的疫苗問答集……（訪談者：對，我知道，我之前有大概瞄過，很長很長，但妳覺得這個訊息對妳來說是實用的嗎？），我覺得他可以有效地降低我的不安感，可能是讓我覺得他很具體地，針對每一種可能的慢性病或是個體的情況去做回應，但如果是看[指揮中心]記者會妳會得到的是，比較……[廣泛]的回覆，對。（小清）

除了相對長者有較好的資訊蒐集與掌握能力，受訪之慢病患者也與醫療照護與相關資訊網絡維持密切、長期聯繫，包括信任之醫師、具同樣病況的朋友、即病友團體或學會。在此網絡中，慢病族群更能獲取不受政治影響、且奠基醫學專業討論的資訊交流，這很可能是慢病族群最後能消弭疑慮、轉而接種，但高齡社群仍困惑不安、難以決定的另一個原因。

## 討 論

基於本研究，高齡與慢病族群皆屬新冠疫情中的脆弱族群，亦同時對於接種新冠疫苗發生猶豫，擔憂身體狀況難以承受此疫苗之不確定性與副作用，自身疑慮能否在風險溝通中得到回應成為接種決策之關鍵。如此發現呼應國際上目前針對新冠疫苗猶豫之研究。

首先，根據流感大流行期間於加拿大完成之風險溝通研究，面對新興傳染病，人們所知有限、且新的科學證據持續出現，很容易造成民眾疑惑、無法依從的焦慮感，此刻政策與民眾之溝通不但重要，也很具挑戰性，在疫苗接種政策上尤其如此，光是資訊透明並不足夠，需同時搭配完整說明，並

謹慎留意資訊會如何被解讀[27]。在本研究中，長者與慢病族群面對新冠疫苗的主要疑慮也來自於其研發使用缺乏前例、充滿不確定性，受訪者們因而對新冠疫苗資訊需求極高，難以僅憑藉傳統形式的政策宣導與簡單保證，就能安心接種，在自身疑慮未能得到回應前，對於接種持觀望態度。

根據國際上於新冠疫情期間的研究，此種觀望更易發生於疫情相對輕微的地區，包括台灣、澳洲與早期的香港[28-30]，在未有疫情立即威脅的情形下，民眾更難容忍疫苗接種之風險，在建立疫苗信心上也需要更充足的溝通。以本研究而言，對照日漸控制的本土疫情，媒體頻繁報導慢病患者與長者接種後嚴重不良事件，許多高齡、慢性病族群更戒慎恐懼地進行疫苗決策，例如等待其他廠牌的疫苗、探詢同儕接種後身體狀況、先讓年輕健康的人去接種等等。長者尤其明顯，認為只要減少出門、注意個人防護，便能取代接種新冠疫苗，尤其當此疫苗之安全與有效性仍顯得很不確定時。

此種不確定性同時影響本研究中的青壯年慢病族群與長者對於新冠疫苗的接種意願。就慢病族群的接種決策而言，國際上研究指出慢病族群更在意新冠疫苗之安全性與有效性，尤其當此疫苗可能與自身既有疾病發生交互作用[31]。舉例而言，一項調查指出風濕病患者儘管多有接種意願，但其面臨更大的不確定感[32]，針對愛滋感染者的接種新冠疫苗意願調查也指出此族群有其特殊擔憂，必須進行積極溝通、並發展必要支持方案，以協助其順利完成接種[33]在本研究中，青壯年慢病族群儘管管覺自身為新冠疫情下的脆弱族群，需要疫苗保護，但同時多提及牽涉自身疾病時會有的接種疑慮，然而，在透過網路搜尋、病友討論與醫師諮詢等方式獲取資訊，回應自己原有之疑慮，多數轉而接種新冠疫苗。

在長者身上，對於接種新冠疫苗的疑慮則尚未消解。截至2021年11月底為止，在疫苗第一劑已相當充足的條件下，台灣於新冠疫苗的接種率呈現年齡層越高，接種率越低的趨勢，與世界多數國家中高齡高

接種率偏高的情形相反[34-37]，值得關注。長者接種率偏較低的情況與也存在鄰近的香港[30]，根據香港政府統計，全港已有超過七成人口接種至少一劑新冠疫苗，然而截至12/1為止，在70至79歲人口中僅45.75%接種至少一劑新冠疫苗，而在80歲以上人口更僅有18.36%已接種至少一劑新冠疫苗 [38]。根據Chia等人的研究[39]發現，超過八成的香港長者主要資訊來源為電視、報紙等傳統媒體，這些資訊來源中對於疫苗不良反應誇大的報導方式影響長者決策。本研究亦發現資訊環境與心理上的掌控感對長者接種決策的影響，當長者與慢病族群同樣因身體狀況擔憂接種副作用，相較於青壯年慢病族群透過多重資訊管道來協助自身進行接種決策，長者因資訊掌握能力有限，即使對傳統媒體中其誇大報導不甚信任，也無從以其他管道查證，持續陷於困惑、無法決策的境地，衍生對新冠疫苗資訊缺乏掌控、乃至全面抗拒的心理機制。

長者疫苗猶豫不論是牽涉何種情緒，皆反映衛生當局對於長者的溝通不足。在新冠疫苗有限的情況下，國內外皆以長者為優先接種對象，此種決策具實證基礎。舉例而言，台灣截至2021年10月初，60歲以上佔感染數32%，高於其人口佔比24%，且在台灣因新冠病毒感染死亡的案例中，60歲以上佔88.6%[40]，世界各國經驗亦顯示高齡感染者重症死亡率是青年的數十倍等[41,42]。然而，對長者而言，此類統計描述並非熟悉易懂訊息，在接受上有相當門檻，若能以長者理解的語言詳加轉譯，並在其熟悉的資訊網絡傳遞，能有效回應他們的疑慮，如於同本調查另一篇針對新冠疫苗整體社會風險溝通的發表所呈現，根據受訪臨床實務工作者之經驗，當長者有機會得到熟悉、易懂的疫苗資訊轉譯，多能理解疫苗之重要性，並決定接種[20]。學界已注意到轉譯（translation）在知識傳遞（transfer）中的關鍵角色，所謂轉譯，乃將專業知識轉化為對常民受眾能理解、有意義之意涵與概念，並藉此將知識轉化為行動，這在研究、政策與實作的領域中尤其重要[43]。這也呼應國外風險溝通之研

究指出，統計數據與科學數據的使用未必能消解民眾疫苗猶豫，更重要的做法還包括溝通過程中表達同理、提供支持、並建立信任[6]。

有關政治信任感對於疫苗猶豫的影響，過往研究已指出當民眾政治信任低落、或疫苗議題被政治化（politicisation）對於民眾接受新冠疫苗有關鍵性影響[44]。有關此點，青壯年慢病者不輕易相信政策宣導與媒體資訊，在覺察資訊易受政治效應的影響下，該族群受訪者多半多方參照不同資訊來源、謹慎對照，以釐清政治因素的影響，對高齡受訪者而言則不然，第一，本研究在長者社群身上看見政治信任感與接種決策的複雜交互作用，不只政治信任不足影響疫苗信心，對疫苗充滿疑慮、得不到回應，亦會強化政治不信任，舉例而言，本研究中高齡受訪者因對新疫苗恐懼而質疑接種優先順位，亦或在對資訊缺乏掌握的情境下，拒絕再接收政府訊息。簡言之，長者對疫苗資訊抗拒與政治不信任反映其因對資訊難以掌握與處理而生的恐懼感。第二，值得釐清的是，受訪長者們的疫苗猶豫不能單純歸咎於政治立場，舉例而言，本研究中有受訪長者高度讚許國內防疫工作，但仍因擔心新冠疫苗潛在風險，認為自己年事已高，不該冒險，顯示新冠疫苗之不確定性與可能副作用之相關溝通不足仍為關鍵。

更重要的是，如同前言提及，學界與國際組織紛紛提醒，公衛緊急事件中傳統單向、上對下的衛生教育與宣導效果有限[1,11,12]。這鮮明反映在本研究受訪者談論資訊的方式，青壯年慢病族群指出官方資訊過於簡略、宣導意味強烈，但面對不夠充足的溝通，青壯年慢病者多能「自力救濟」；相較之下，受訪長者鮮少直接指出當前宣導不足之處，卻持續鉅細靡遺地談論他們不信任官方與專家資訊的各式理由，同時，強調自己信任的不見得是政治傾向相同者，而是能說出不同於政府的聲音，對自覺能力不足以評估疫苗資訊的長者而言，此種聲音代表本身缺乏的抗衡能力，同時同理他們的憂慮。

長者因資訊掌握受限而導致的疫苗猶豫，應如何因應？新加坡的經驗提供參考。新加坡管理大學成功老化研究中心（ROSA）於2021年7月初發布報告“Singapore’s Older Adults Resist COVID-19 Vaccinations”[45]，指出高齡族群（56~75歲）儘管接種順位更早，但接種率不高，對於接種新冠疫苗出現抗拒，新加坡長者擔憂為疫苗副作用，或想等待其他年齡層的人接種後再決定與本研究相同，但與本研究不同的是，該調查發現社經地位偏低、有一或多種慢性病、社會連結弱的新加坡高齡族群更傾向不接種新冠疫苗，本研究中，台灣高齡者對於新冠疫苗猶豫橫跨不同社會階級。其他新加坡調查發現部分長者認為自己身體虛弱、並有長期小病痛，不適合接種疫苗，或是認為只有經常群聚及跨國旅行的人需要接種疫苗[46]。針對這些狀況，新加坡政府針對長者進行疫苗風險溝通，包括以四種官方語言、中文方言進行宣導，同時各社區的銀髮大使逐戶拜訪、說明疫苗優點並解釋不良反應，此外，政府也加強與容易接觸長者的基層醫療人員合作，共同提升長者接種意願[47]。這些努力出現顯著成效，在新加坡，根據2021年12月的資料，60歲以上各年齡層長者接種率都已近95%[48]。

## 結論

處理脆弱族群面對新冠疫苗之猶豫為當前重要防疫挑戰，本研究藉由質性資料呈現與分析長者與慢病族群對於接種新冠疫苗之疑慮，並藉由對照兩者經驗指出資訊說明與風險溝通之關鍵角色，當青壯年慢病族群與長者皆因身體狀況對新冠疫苗充滿疑慮，前者多方涉獵資訊、消解疑慮，轉而接種，長者卻因資訊處理能力有限，在心理上欠缺掌控感，進而封閉所有關於新冠疫苗之討論。建議衛生當局應盡快針對新冠疫苗接種率仍偏低的高齡族群進行資訊提供與轉譯，以達長久防疫之效。



## 致 謝

本研究感謝國家衛生研究院邱弘毅特聘研究員、國立台灣大學公衛學院張書森教授、國立台灣大學高等教育深耕計畫－國際競爭重點領域人才培育方案[公衛學院重點領域人才培育方案](NTU-110L8810)、台灣新冠疫苗民眾決策態度之快速質性研究調查團隊成員呂芃樺、何坤霖、林尹筑、林奕任、林峻吉、柯咨羽、郭曉靜、陳宜萱、許銘心、黃中、黃意婷、劉曉彤、戴夢凡、簡瑞琪及研究參與者之支持，謹致謝忱。

## 參考文獻

1. Schoch-Spana M, Brunson EK, Long R, et al. The public's role in COVID-19 vaccination: human-centered recommendations to enhance pandemic vaccine awareness, access, and acceptance in the United States. *Vaccine* 2021;**39**:6004-12. doi:10.1016/j.vaccine.2020.10.059.
2. Dubé E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger JA. Vaccine hesitancy: an overview. *Hum Vacc Immunother* 2013;**9**:1763-73. doi:10.4161/hv.24657.
3. Salmon DA, Dudley MZ, Glanz JM, Omer SB. Vaccine hesitancy: causes, consequences, and a call to action. *Vaccine* 2015;**33**:D66-71. doi:10.1016/j.vaccine.2015.09.035.
4. Park HK, Ham JH, Jang DH, Lee JY, Jang WM. Political ideologies, government trust, and COVID-19 vaccine hesitancy in South Korea: a cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health* 2021;**18**:10655. doi:10.3390/ijerph182010655.
5. Muric G, Wu Y, Ferrara E. COVID-19 vaccine hesitancy on social media: building a public twitter data set of antivaccine content, vaccine misinformation, and conspiracies. *JMIR Public Health Surveill* 2021;**7**:e30642. doi:10.2196/30642.
6. Greenberg J, Dubé E, Driedger M. Vaccine hesitancy: in search of the risk communication comfort zone. *PLoS Curr* 2017;**9**:ecurrents.outbreaks.0561a01117a1d1f9596e24949e8690b. doi:10.1371/currents.outbreaks.0561a01117a1d1f9596e24949e8690b.
7. Nihlén Fahlquist J. Vaccine hesitancy and trust. Ethical aspects of risk communication. *Scand J Public Health* 2018;**46**:182-8. doi:10.1177/1403494817727162.
8. Smith M. Vaccine safety: medical contraindications, myths, and risk communication. *Pediatr Rev* 2015;**36**:227-38. doi:10.1542/pir.36-6-227.
9. Dubé E, MacDonald NE. How can a global pandemic affect vaccine hesitancy? *Expert Rev Vaccines* 2020;**19**:899-901. doi:10.1080/14760584.2020.1825944.
10. Warren GW, Lofstedt R. COVID-19 vaccine rollout risk communication strategies in Europe: a rapid response. *J Risk Res* 2021;**24**:369-79. doi:10.1080/13669877.2020.1870533.
11. WHO. Essential programme on immunization. Available at: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/essential-programme-on-immunization/demand>. Accessed March 3, 2022.
12. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Enhancing public trust in COVID-19 vaccination: the role of governments. Available at: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/enhancing-public-trust-in-covid-19-vaccination-the-role-of-governments-eae0ec5a/>. Accessed March 3, 2022.
13. 衛生福利部疾病管制署：各類COVID-19疫苗接種對象累計接種人次與各縣市COVID-19疫苗接種率。 <https://www.cdc.gov.tw/File/Get/O36XT6CfnMdlJQOxatjIQ>。引用2022/02/21。Centers for Disease Control, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). Number of COVID-19 vaccinations by demographic group and the vaccination rate by county/city. Available at: <https://www.cdc.gov.tw/File/Get/O36XT6CfnMdlJQOxatjIQ>. Accessed February 21, 2022. [In Chinese]
14. Cho SI, Yoon S, Lee HJ. Impact of comorbidity burden on mortality in patients with COVID-19 using the Korean health insurance database. *Sci Rep* 2021;**11**:6375. doi:10.1038/s41598-021-85813-2.
15. Hacker KA, Briss PA, Richardson L, Wright, J, Petersen R. COVID-19 and chronic disease: the impact now and in the future. *Prev Chronic Dis* 2021;**18**:E62. doi:10.5888/pcd18.210086.
16. Yanez ND, Weiss NS, Romand JA, Treggiari MM. COVID-19 mortality risk for older men and women. *BMC Public Health* 2020;**20**:1742. doi:10.1186/s12889-020-09826-8.
17. Yates T, Zaccardi F, Islam N, et al. Obesity, chronic disease, age, and in-hospital mortality in patients with COVID-19: analysis of ISARIC clinical characterisation protocol UK cohort. *BMC Infect Dis* 2021;**21**:717. doi:10.1186/s12879-021-06466-0.

18. Beebe J. Basic concepts and techniques of rapid appraisal. *Hum Organ* 1995;**54**:42-51. doi:10.17730/humo.54.1.k84tv883mr2756l3.
19. Vindrola-Padros C, Chisnall G, Cooper S, et al. Carrying out rapid qualitative research during a pandemic: emerging lessons from COVID-19. *Qual Health Res* 2020;**30**:2192-204. doi:10.1177/1049732320951526.
20. 林峻吉、官晨怡、林正揚等人：因應緊急公共衛生事件之快速質性研究：台灣COVID-19疫苗猶豫調查。調查研究—方法與應用2022（出版中）。  
Lin CJ, Lin JY., Liu CH, et al. Rapid qualitative research in public health emergencies: COVID-19 vaccine hesitancy in Taiwan. *Surv Res - Method Appl* 2022. (In Press). [In Chinese: English abstract]
21. 侯佩君、杜素豪、廖培珊、洪永泰、章英華：台灣鄉鎮市區類型之研究：「台灣社會變遷基本調查」第五期計畫之抽樣分層效果分析。調查研究—方法與應用 2008；(23)：7-32. doi:10.7014/TCYCFYY.200804.0007。  
Hou PC, Tu SH, Liao PS, Huug YT, Chang YH. The typology of townships in Taiwan: the analysis of sampling stratification of the 2005-2006 "Taiwan Social Change Survey". *Surv Res - Method Appl* 2008;(23):7-32. doi:10.7014/TCYCFYY.200804.0007. [In Chinese: English abstract]
22. 官晨怡、邱弘毅、張書森等：台灣新冠疫苗民眾決策態度之快速質性研究調查報告。  
[http://coph.ntu.edu.tw/web/news/news\\_in.jsp?np\\_no=NP1643141966480&lang=tw](http://coph.ntu.edu.tw/web/news/news_in.jsp?np_no=NP1643141966480&lang=tw)。引用2022/03/12。  
Kuan CI, Chiou HY, Chang SS, et al. Rapid qualitative research on the Taiwanese public's decisions and attitude toward COVID-19 vaccination. Available at: [http://coph.ntu.edu.tw/web/news/news\\_in.jsp?np\\_no=NP1643141966480&lang=tw](http://coph.ntu.edu.tw/web/news/news_in.jsp?np_no=NP1643141966480&lang=tw). Accessed March 12, 2022. [In Chinese]
23. 林慧淳：接種AZ疫苗後猝死4天超過40人 醫揭疫苗2大相關死因。<https://www.commonhealth.com.tw/article/84448>。引用2022/03/03。  
Lin HC. More than 40 people died after getting an AstraZeneca vaccine over the past 4 days. Doctors reveal 2 leading causes of death. Available at: <https://www.commonhealth.com.tw/article/84448>. Accessed March 3, 2022. [In Chinese]
24. 自由時報：挪威不再用AZ疫苗 現有庫存可能會捐給其他國家。<https://ec.ltn.com.tw/article/breakingnews/3532232>。引用2022/03/03。  
Liberty Times. Norway to donate remaining AstraZeneca vaccines to other countries after a decision to remove AstraZeneca from its vaccination scheme. Available at: <https://ec.ltn.com.tw/article/breakingnews/3532232>. Accessed March 3, 2022. [In Chinese]
25. 鄭郁蓁：歐盟藥管局認AZ疫苗和血栓有關 指揮中心：繼續打。<https://www.chinatimes.com/realtimenews/20210407004313-260405?chdtv>。引用2022/03/03。  
Cheng YC. Central Epidemic Command Center proceeds with the AstraZeneca vaccination scheme despite European Medicines Agency's acknowledgement of the connection between AstraZeneca vaccination and thrombosis. Available at: <https://www.chinatimes.com/realtimenews/20210407004313-260405?chdtv>. Accessed March 3, 2022. [In Chinese]
26. 張皓翔、郭亭亞、吳璨宇：「COVID-19疫苗 知識就是力量」。<https://docs.google.com/document/d/e/2PACX-1vRonbj6D3bX0UU1mTTjQO8u5iyhDUG-8d0Rf8qnKcNCS5o3sirFqF6fSh6Jc5YKYyNFNi9jRhpw3VD/pub>。引用2022/02/15。  
Chang HH, Kuo TY, Wu ZY. COVID-19 vaccination: knowledge is power. Available at: <https://docs.google.com/document/d/e/2PACX-1vRonbj6D3bX0UU1mTTjQO8u5iyhDUG-8d0Rf8qnKcNCS5o3sirFqF6fSh6Jc5YKYyNFNi9jRhpw3VD/pub>. Accessed February 15, 2022. [In Chinese]
27. Michelle Driedger S, Maier R, Jardine C. 'Damned if you do, and damned if you don't': communicating about uncertainty and evolving science during the H1N1 influenza pandemic. *J Risk Res* 2021;**24**:574-92. doi:10.1080/13669877.2018.1459793.
28. Tsai FJ, Yang HW, Lin CP, Liu JZ. Acceptability of COVID-19 vaccines and protective behavior among adults in Taiwan: associations between risk perception and willingness to vaccinate against COVID-19. *Int J Environ Res Public Health* 2021;**18**:5579. doi:10.3390/ijerph18115579.
29. Leask J, Carlson SJ, Attwell K, et al. Communicating with patients and the public about COVID-19 vaccine safety: recommendations from the collaboration on social science and immunisation. *Med J Aust* 2021;**215**:9-12. doi:10.5694/mja2.51136.
30. Stevenson A, Ramzy A. 'I Don't Dare Get the Shot': virus ravages unvaccinated older Hong Kongers. Available at: <https://www.nytimes.com/2022/02/25/business/hong-kong-unvaccinated-elderly.html>. Accessed March 3, 2022.
31. Day D, Grech L, Nguyen M, et al. Serious underlying medical conditions and covid-19 vaccine hesitancy:

- a large cross-sectional Analysis from Australia. *Vaccines (Basel)* 2022;**10**:851. doi:10.3390/vaccines10060851.
32. Roman I, Andreica I, Baraliakos X, Redeker I, Kiltz U, Braun J. SARS-CoV-2 vaccination willingness and predictors in patients with chronic inflammatory rheumatic diseases (CIRD) and without CIRD. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 2022;**14**:1759720X221093760. doi:10.1177/1759720X221093760.
  33. Wickersham JA, Meyer JP, Shenoi S, et al. Willingness to be vaccinated against COVID-19 among people with HIV in the United States: results from a national survey. *Front Med (Lausanne)* 2022;**9**:886936. doi:10.3389/fmed.2022.886936.
  34. European Centre for Disease Prevention and Control. Median cumulative vaccine uptake (%) by age group in EU/EEA countries COVID-19 Vaccine Tracker. Available at: <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/covid-19/vaccine-tracker.html#age-group-tab>. Accessed March 3, 2022.
  35. The Public Health Agency of Canada. COVID-19 vaccination in Canada. Available at: <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/vaccination-coverage/>. Accessed March 3, 2022.
  36. 日本放送協會（NHK）：日本国内のワクチン接種状況。 <https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/vaccine/progress/>。引用2022/03/03。Japan Broadcasting Corporation (NHK). Vaccination rollout in Japan. Available at: <https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/vaccine/progress/>. Accessed March 3, 2022. [In Japanese]
  37. Korea Disease Control and Prevention Agency, KDCA. COVID-19 vaccination status. Available at: <https://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156498937>. Accessed March 3, 2022. [In Korean]
  38. 香港特別行政區政府衛生署衛生防護中心：香港新冠疫苗接種資料概覽。 <https://www.covidvaccine.gov.hk/zh-HK/dashboard>。引用2022/03/03。Centre for Health Protection, The Government of the Hong Kong Special Administrative Region. Overview of Hong Kong's COVID-19 vaccination statistics.. Available at: <https://www.covidvaccine.gov.hk/zh-HK/dashboard>. Accessed March 3, 2022. [In Chinese]
  39. Chia SC, Lu F, Sun Y. Tracking the influence of misinformation on elderly people's perceptions and intention to accept COVID-19 vaccines. *Health Commun* 2021;**23**. doi:10.1080/10410236.2021.1980251. [Online ahead of print]
  40. 聯合新聞網：追台灣最新疫情 看即時數據圖表。 [https://topic.udn.com/event/COVID19\\_Taiwan](https://topic.udn.com/event/COVID19_Taiwan)。引用2022/03/03。UDN.Com. Latest COVID-19 news in Taiwan: check out real-time data and infographics. Available at: [https://topic.udn.com/event/COVID19\\_Taiwan](https://topic.udn.com/event/COVID19_Taiwan). Accessed March 3, 2022. [In Chinese]
  41. 張雄風：染疫致死率近期大增 陳建仁：本土感染多中老年人是主因。 <https://www.cna.com.tw/news/firstnews/202106160035.aspx>。引用2022/03/03。Chang SF. Recent surge in COVID-19 death rate is "mainly due to the large number of domestic infections in the middle-aged and older populations," says Chen Chien-Jen. Available at: <https://www.cna.com.tw/news/firstnews/202106160035.aspx>. Accessed March 3, 2022. [In Chinese]
  42. 自由時報：如何降低死亡率？醫：這3種人優先打疫苗。 <https://health.ltn.com.tw/article/breakingnews/3569335>。引用2022/03/03。Liberty Times. How do we lower the death rate? Doctors point out 3 priority groups for vaccination. Available at: <https://health.ltn.com.tw/article/breakingnews/3569335>. Accessed March 3, 2022. [In Chinese]
  43. Freeman R. "What Is 'Translation'?" *Evid Policy* 2009;**5**:429-47. DOI:10.1332/174426409X478770
  44. Peretti-Watel P, Seror V, Cortaredona S, et al. A future vaccination campaign against COVID-19 at risk of vaccine hesitancy and politicisation. *Lancet Infect Dis* 2020;**20**:769-70. doi:10.1016/S1473-3099(20)30426-6.
  45. Tan M, Straughan PT, Lim W, Cheong, G. Special report on COVID-19 vaccination trends among older adults in Singapore. Available at: [https://ink.library.smu.edu.sg/rosa\\_reports/5/](https://ink.library.smu.edu.sg/rosa_reports/5/). Accessed January 20, 2022.
  46. Chia JL, Hartanto A. Cognitive barriers to COVID-19 vaccine uptake among older adults. *Front Med (Lausanne)* 2021;**8**:756275. doi:10.3389/fmed.2021.756275.
  47. Tan LF, Ang XYA, Wei CJ. The challenges of vaccinating frail older adults against COVID-19 in a low-incidence country. *Lancet Reg Health West Pac* 2021;**12**:100192. doi:10.1016/j.lanwpc.2021.100192.
  48. Ministry of Health (Singapore). Primary series vaccination take up by age group (completed full regimen). Available at: <https://www.moh.gov.sg/covid-19/vaccination/statistics>. Accessed March 3, 2022.



## Vaccine hesitancy and risk communication: experiences among older adults and patients with chronic diseases

CHEN-I KUAN\*, JHENG-YANG LIN, CHENG-HAN LIU

**Objectives:** This study explored COVID-19 vaccine hesitancy among older adults and patients with chronic diseases and the need for risk communication in these two communities. **Methods:** The data source was the Rapid Qualitative Investigation on Attitudes and Factors Influencing COVID-19 Vaccination Among People in Taiwan project. Interviews and focus groups were conducted from June 1 to October 31, 2021. **Results:** Older adults and patients with chronic diseases reported feeling hesitant about COVID-19 vaccination because of their specific health conditions associated with aging and chronic disease. They reported concerns that they were vulnerable to the side effects of COVID-19 vaccines developed under emergency use authorization and that they were unable to tolerate this uncertainty. Most participants with chronic diseases eventually accepted vaccination after acquiring information addressing their concerns. By contrast, because they lacked a sense of control and the ability to adequately assess information, older adult participants remained skeptical and resisted COVID-19 vaccination. **Discussions:** By comparing the experiences of older adults and participants with chronic diseases, this study demonstrates that, even when two communities report similar concerns about COVID-19 vaccination, targeted strategies must be adopted; these must be developed according to each population's capacity to assess complex information. Policy initiatives and information campaigns must address their specific concerns to effectively promote COVID-19 vaccination among these two communities. **Conclusions:** These findings highlight the importance of risk communication for initiatives to enhance COVID-19 vaccine confidence among vulnerable populations. (*Taiwan J Public Health*. 2022;**41**(4):449-466)

**Key Words:** COVID-19 vaccination, vaccine hesitancy, risk communication, elders, patients with chronic diseases

---

Institute of Health Behaviors and Community Sciences, College of Public Health, National Taiwan University, No. 17, Xu-Zhou Rd., Zhongzheng Dist., Taipei, Taiwan, R.O.C.

\* Correspondence author      E-mail: chenikaun@ntu.edu.tw

Received: Mar 24, 2022      Accepted: Aug 19, 2022

DOI:10.6288/TJPH.202208\_41(4).111028