

文化能力於公共衛生中之重要性： 以新冠肺炎接觸者追蹤為例

李柏翰

前言

儘管以漢人居民為多數，台灣實際上是多元族群共生共存的地方，但疫情當頭，健康不平等的狀況暴露無遺。2021年6月上旬，因苗栗科技廠爆發疫情，移工群聚的情況和他們的居住、工作環境再度成為媒體焦點。在風險溝通與疫情資訊方面，不諳華語的新住民經常被排除在外。考慮到醫療資源相對貧瘠，惟恐都會區鬆懈、疫情進入原鄉，許多原住民部落也紛紛「自主管理」，禁止遊客進入。

2021年5月以來，COVID-19疫情衝擊台灣的公共衛生系統，對醫護人員形成極大負擔。防疫是持久戰。日前，流病學者重申疫情監測與疫調的急迫性，而有擴編疫調人力之主張[1]。疫情防治講求對人之行跡的了解，但關於移徙者或原住民健康尋求行為（health seeking behaviour）的台灣研究仍十分欠缺，從跨文化照顧視角切入之討論更付之闕如[2-4]。

一項成功的公共衛生服務（包括防疫工作）須考量健康的社會決定因素，包括結構與人際關係等層次，而文化在其中扮演了重要的媒介角色（mediated），在在影響主流與邊緣群體對衛生資訊之理解、對彼此的認

識、社區需求的差異、風險溝通之有效性，以及標籤化與污名對防疫措施之負面影響。因此，本文欲拋磚引玉，以疫調工作中的文化能力為例，主張防疫各面向，乃至各項公共衛生措施，都應注重文化敏感度之養成，而廣義的文化能力應包含交織性之觀點。

公共衛生服務應注意文化適當性

公衛工作，尤其與人密切相關之疫調，都應注重相關人員的文化能力，這是健康人權之重要部分，也是為了提升防疫的有效性。文化適當性（cultural appropriateness）是《經濟、社會及文化權利國際公約》（International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights）中健康權保障的指標之一。經濟社會文化權利委員會（Committee on Economic, Social and Cultural Rights）第14號一般性意見就提到，公私部門所提供各種衛生設備、商品及服務都須顧及被服務者的可接受性（acceptability）[5]。

文化適當性有不同層次，包括對非強勢文化之基礎認識（cultural knowledge）。對服務提供者的基本要求，則包括對所有文化抱持開放態度與意識（cultural awareness），且對各文化之間的差異與潛在張力保有敏感度（cultural sensitivity），進而了解他人的世界觀，而培養進行有效跨文化溝通的能力（cultural competence）。最終，期待相關人員與組織，能提供與所有人文化相容之健康照顧，以達致服務接受者之文化安全（cultural safety）[6,7]。

以性傳染病為例，澳洲國立大學針對接觸追蹤的訓練課程，強調社會決定因素、文

國立台灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

通訊作者：李柏翰

地址：台北市中正區徐州路17號

E-mail：pohanlee@ntu.edu.tw

投稿日期：2021年6月24日

接受日期：2021年10月13日

DOI:10.6288/TJPH.202110_40(5).110066



化與健康行為之間的關聯性，認為公衛工作者應：(1)承認疫調人員與接觸者之間的社會文化差異；(2)設計兼顧尊重文化並保護社區的隔離措施；(3)考量接觸者的價值觀及人際關係；(4)對檢驗和治療行為中的種族主義有所警惕；並(5)承認文化理解對防疫的重要性[8]。易言之，在發展疫調方案時，應重視風險溝通的有效性、社區參與及文化安全三者之間相輔相成的關係。

針對2013年年底於西非爆發的伊波拉（Ebola virus）疫情，世界衛生組織（World Health Organisation, WHO）曾建議，對於疫調人員之培訓，應幫助他們了解地方社群的文化，並能協助接觸者了解其生活及工作地所具有的防疫規定、設備與服務[9]。針對COVID-19的疫調，WHO在2020年5月提出一份指引：在理想情況下，最好可以從各地社區中招募疫調人員，較易培養適當的文化素養、有效的溝通技巧、當地語言能力，以及對個案背景之理解[10]。

WHO在2021年2月更新的指引中，考慮到各國防疫人力吃緊，建議疫調人員可以自多處招募（如地方政府、非政府組織、大學、社區志工等），但也強調從社區或社群（如里鄰區級的活動中心、移民的社區據點、原住民部落或「文化健康站」）中擴招疫調人力之重要性。除非情況需要，WHO也建議讓醫護人員從事技術和後勤支持、品質監控等管理工作就好[11]。

文化意識影響接觸者追蹤之效率

《英國醫學期刊》（British Medical Journal, BMJ）編輯室於2020年5月呼籲，針對COVID-19的疫調、接觸追蹤、篩檢、疫苗推廣等公衛工作，應確保少數族群平等地了解並接受到相關服務，不再使「難以觸及」的人們遙不可及。這當中，具有敵意的社會環境和少數族群對政府的不信任，都構成巨大障礙。舉例來說，與這些服務有關的資訊既專業也複雜，又通常缺乏多語版本，導致少數群體（如移工／民、原住民族）常處於社會與行政的邊緣位置，而低度參與公衛措施[12]。

長期不受政府重視的處境，政策溝通的落差，使這些人容易「錯過」重要防疫資訊，輕則產生與主流社會不一致的風險感受，重則低估自身所屬群體之風險。2020年年中，英國學者根據COVID-19傳播之評估發現，在有效的疫調下，不到1/6的病例會產生感染案例。當然這會帶來很大的後勤負擔（每病例平均需追蹤36人），最終成功取決於快速發現病例並隔離接觸者[13]。

加、美、奧地利等國學者亦於MedRxiv（用於發布尚未正式發表之醫學出版物的網站）上發表了一篇關於COVID-19有效接觸追蹤的系統性文獻回顧：追蹤效率若低，無法阻止病毒傳播，而若太沒效率（如延遲4-5天以上或隔離少於60%的接觸者），則幾乎無助於疫情控制[14]。要準確找出所有接觸者並不容易，關鍵在疫調工作，最好是在精確、不帶偏見且文化敏感之雙向交流的情況下進行。

根據紅十字會與紅新月會國際聯合會（International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, IFRC）2020年6月出版之關於接觸追蹤的指引，良好雙向溝通是否能順利進行，取決於社區／社群對防疫措施之理解、信任和遵循意願。在地社區或社群的成員，通常會根據他們對COVID-19的風險認知、與接觸者之間的關係（如家人、同住者、同儕、同事或社區中其他成員）及他們對COVID-19的整體感覺，來決定參與疫調的意願與程度。這點，於2021年5月台灣那波社區感染爆發初期的疫調缺失亦可以發現。

IFRC也提醒，若「被追蹤」代表被隔離且無法回去工作、上學或與他人見面，人們可能害怕被識別。在某些情況中，若特定接觸會引發某種羞恥、汙名，甚或潛在人身攻擊，人們也可能傾向不「供出」接觸者。因此，更積極對抗各種汙名、提供社會心理支持、提升衛生機關的文化意識與能力，對疫調、衛教都有正面效果。值得注意的是，IFRC討論文化意識與能力時，也提及應考慮到多元性別、不同年齡層、教育程度、障礙狀態等交織的狀況[15]。

對文化差異之敏感度有利於防疫

文化敏感度，對於人口密集、各區發展不一、多元族群共處的大型都會區疫調工作更為關鍵，以有效捕捉並了解個案和接觸者的狀況及其「行跡」。例如倫敦議會（London Assembly）提出「以社區為主導的方法」（community-led approach），認為當地社區（如里鄰區等）最了解地方人事，而為了降低疫情與防疫措施對脆弱群體的影響，防疫資訊可透過社群中具影響力及受信任的人來轉達，這亦是文化能力在政策溝通中的展現方式之一[16]。

與社區合作的疫調工作，能提高社區／群內部對疫情的意識與危機感，降低資訊落差，亦能加強社區居民／社群成員對疫調、檢驗及施打疫苗之重視。多位美國大學公衛學院教授在2020年6月提出的疫調政策建議，指出政策溝通中的「文化能力」至少包括多語版的防疫資訊，並應考慮少數族群和中低收入社區之地方特殊性，以避免以主流社會觀點先入為主進行疫調，而忽略社群之間的差異，降低接觸追蹤的效率[17]。

舉例來說，美國新罕布夏州（New Hampshire）的疫調及接觸追蹤計畫，就特別強調工作人員的文化敏感度及語言能力[18]。這不僅呼應了美國疾病管制與預防中心（Centers for Disease Control and Prevention）的指引，也補充了約翰霍普金斯衛生安全中心（Johns Hopkins Center for Health Security）於2020年4月提出的《促進整體COVID-19疫調國家計劃》（National Plan to Enable Comprehensive COVID-19 Case Finding and Contact Tracing in the US），皆認為文化敏感度及文化能力對於提升疫調效率、深化防疫認知有正向效果[19]。

英國《皇家醫學期刊》（Journal of the Royal Society of Medicine）於2020年9月刊登一篇評論，討論如何提升人們遵守「檢驗、追蹤與隔離」等重要防疫措施。這些工作能否順利推動，很大程度取決於公衛系統是否確保人們了解「何時」及「如何」採取何種行動，並使他們明白「遵守措施，對於

個人、社會及文化的好處」，當然更要幫助他們克服遵守相關要求時，所可能面對的社會及生活上的障礙（如汙名、失業、失學、中斷社群往來、失去人際網絡與情感支持等）[20]。

最近一篇刊登在《公共科學圖書館》（PLOS ONE）的研究論文，訪談了2020年年中參與美國康乃狄克州紐哈芬市（New Haven, Connecticut）的疫調志工。其中，大部分受訪者都建議要更了解個案和接觸者的求助傾向，並降低他們對疫調工作及其象徵之公權力的不信任。這些志工也表示，若有符合個案需求的客製化訪談稿，且具有針對特殊情況和族群的標準流程，他們就能更好地實施接觸追蹤的工作[21]。綜上所述，針對疫調培訓一事，文化能力勢必不可或缺。

廣義的文化能力包含交織性觀點

英格蘭公共衛生署（Public Health England）在2020年6月一份報告中指出，COVID-19並非均等地影響所有人。這份報告將「文化能力」定義為衛生機構和工作者具有提供滿足使用者對社會、信仰、文化和語言需求之服務的能力。風險與政策溝通方面，公衛專家建議加強理解少數群體的深度，並使用不同方法來減輕他們對公權力、汙名、歧視的恐懼，並鼓勵他們遵守防疫措施、近用公衛服務[22]。

值得注意的是，英格蘭公共衛生署這裡考慮的文化能力，還包括不同職業及其工作型態與工作環境上之差異，針對日常生活中程度不一的風險負擔，擬定不同的防疫規劃（包括疫調、篩檢、隔離、治療及疫苗施打等），故建立跨領域的專家團隊至關重要。在臺灣，疫調人員所需要的技能，至少包括以鼓勵的方式進行訪調、風險溝通技巧、對多元文化的敏感度，以及針對有溝通障礙和非華語人士隨機應變的能力。

參考美國疾病管制與預防中心於2020年11月發布的《COVID-19接觸追蹤培訓》（COVID-19 Contact Tracing Training），疫調工作者應對各族群的生活方式、居住環

境、社區／部落中社會互動的形式（包括長幼、性別、群體關係等）有所認識，儘管屬同族群也有地域之別[23]。因此，美國疾病管制與預防中心和英格蘭公共衛生署都提到，進行個案調查的人（以公衛專業為主）比接觸追蹤（以溝通專長為主）甚至更需要相關生活經驗與語言能力。

在台灣，需要專責人力的群體包括原住民族、新住民和移工。原民部分，依部落區分或許困難，但至少應區分各族，以及都市與原鄉的成員，其生活處境與面臨的挑戰皆不一樣。移民／工部分，應至少依語言或國籍區分。雖然大部分國家都有數個官方語言，但出於人力限制，應至少依其「國語」分配。此外，移工社群有其生活圈及聚會場所、居住環境與輪班制度、接收資訊的管道、社群成員溝通的方式，以及其在原來社會中養成的健康行為，掌握相關知識將有益於風險溝通及防疫工作。漢人間語言使用上亦有差異，與家中慣用語言（閩南語、客語）、年齡、教育背景等因素都有關。城鄉之間的生活方式與擁有的資源也不盡相同。

擁有這些知識和技能，才有能力初步評估暴露於傳染風險的接觸者。疫調人員也不應帶有偏見地評價個案的居家與社交生活，才能判斷如何協助安排隔離、盤整支持資源及配套方案，或進一步安排檢驗與照護工作。因此，「交織性」（intersectionality）的觀點非常重要，針對不同群體進行疫調，須考慮到個案的性別、年齡、障礙狀況、就業環境等，在在都可能影響一個人的生活型態與社交生活。

本文雖著重討論文化能力對疫調之幫助與必要性，但如前所述，防疫措施各個面向（如風險管理、政策溝通、疫苗說服等）都應具有文化敏感度及相應之跨文化溝通的能力，如此不僅能保護高風險的弱勢群體，亦得以促進整體公共衛生之目標。

致 謝

本文發想係受到台灣大學流行病學與預防醫學研究所林先和教授鼓勵，亦受益於

與台大健康政策與管理研究所葉明叡助理教授、東華大學民族事務與發展學系Umin Iteifan副教授及原住民族部落大學執行長Sifo Lakaw先生之討論。簡短版初稿已刊登於《雲論》，而為了在學界中拋磚引玉，本文增加更多討論細節、案例及文獻，以便參考與指教。本文經費補助來自台灣大學新進年輕教師創始計畫（計畫編號：110L7313）。

參考文獻

1. 林先和、安亞克、張筱涵、伍健瑩、吳大洲、陳保中：拿回「接觸者調查」！論疫情監測與疫調的急迫性。https://forum.ettoday.net/news/2000766。引用2021/06/09。
Lin HH, Akhmetzhanov A, Chang HH, Wu CY, Wu TC, Chen PC. Taking back 'contact tracing'! On the urgency of pandemic monitoring and case investigation. Available at: https://forum.ettoday.net/news/2000766. Accessed June 9, 2021. [In Chinese]
2. Wang JH, Wang SY. Indigenous social policy and social inclusion in Taiwan. *Sustainability* 2019;**11**:3458. doi:10.3390/su11123458.
3. Lin CN, Mastel-Smith B, Alfred D, Lin YH. Cultural competence and related factors among Taiwanese nurses. *J Nurs Res* 2015;**23**:252-61. doi:10.1097/JNR.0000000000000097.
4. Kuan AS, Chen TJ, Lee WC. Barriers to health care services in migrants and potential strategies to improve accessibility: a qualitative analysis. *J Chin Med Assoc* 2020;**83**:95-101. doi:10.1097/JCMA.0000000000000224.
5. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant). Available at: https://www.refworld.org/docid/4538838d0.html. Accessed October 15, 2021.
6. Curtis E, Jones R, Tipene-Leach D, et al. Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *Int J Equity Health* 2019;**18**:174. doi:10.1186/s12939-019-1082-3.
7. Downing R, Kowal E, Paradies Y. Indigenous cultural training for health workers in Australia. *Int J Qual Health Care* 2011;**23**:247-57. doi:10.1093/intqhc/mzr008.
8. Australian National University (ANU). Social determinants, culture and contact tracing: the quick reference guide (QRG). Available at: http://www.

- bccdc.ca/health-professionals/clinical-resources/covid-19-care/education-and-training/culturally-safe-care. Accessed September 14, 2021.
9. WHO. Implementation and management of contact tracing for Ebola virus disease, 2015. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/185258/WHO_EVD_Guidance_Contact_15.1_eng.pdf?sequence=1. Accessed June 10, 2021.
 10. WHO. Contact tracing in the context of COVID-19: interim guidance, 10 May 2020. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332049>. Accessed June 10, 2021.
 11. WHO. Contact tracing in the context of COVID-19. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/contact-tracing-in-the-context-of-covid-19>. Accessed June 10, 2021.
 12. Dodds C, Fakoya I. Covid-19: ensuring equality of access to testing for ethnic minorities. *BMJ* 2020;**369**:m2122. doi:10.1136/bmj.m2122.
 13. Keeling MJ, Hollingsworth TD, Read JM. Efficacy of contact tracing for the containment of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *J Epidemiol Community Health* 2020;**74**:861-6. doi:10.1136/jech-2020-214051.
 14. Juneau CE, Briand AS, Pueyo T, Collazzo P, Potvin L. Effective contact tracing for COVID-19: a systematic review. medRxiv Preprints. doi:10.1101/2020.07.23.20160234.
 15. The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). Guidance: contact tracing for COVID-19, June 2020. Available at: https://extranet.who.int/goarn/sites/default/files/Guidance-Contact-Tracing-COVID-19_June-2020_EN.pdf. Accessed June 8, 2021.
 16. London Assembly Health Committee (LAHC). Lessons learned from the first wave of COVID-19: the importance of public health. Available at: https://www.london.gov.uk/sites/default/files/briefing_-_the_importance_of_public_health_-_final_-_designed_for_publication.pdf. Accessed June 8, 2021.
 17. Wang ML, Behrman P, Dulin A, et al. Addressing inequities in COVID-19 morbidity and mortality: research and policy recommendations. *Transl Behav Med* 2020;**10**:516-9. doi:10.1093/tbm/ibaa055.
 18. New Hampshire Department of Health and Human Services (NHDHHS). New Hampshire Coronavirus Disease 2019 Case Investigation and Contact Tracing Plan, June 24, 2020. Available at: <https://www.dhhs.nh.gov/dphs/cdcs/covid19/documents/covid-case-investigation-plan.pdf>. Accessed June 8, 2021.
 19. Watson C, Cicero A, Blumenstock J, Fraser M. A National Plan to Enable Comprehensive COVID-19 Case Finding and Contact Tracing in the US. Baltimore, MD: Johns Hopkins University, 2020.
 20. Rubin GJ, Smith LE, Melendez-Torres GJ, Yardley L. Improving adherence to 'test, trace and isolate'. *J R Soc Med* 2020;**113**:335-8. doi:10.1177/0141076820956824.
 21. Shelby T, Hennein R, Schenck C, et al. Implementation of a volunteer contact tracing program for COVID-19 in the United States: a qualitative focus group study. *PLoS One* 2021;**16**:e0251033. doi:10.1371/journal.pone.0251033.
 22. Public Health England (PHE). Beyond the data: understanding the impact of COVID-19 on BAME groups. Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/892376/COVID_stakeholder_engagement_synthesis_beyond_the_data.pdf. Accessed June 8, 2021.
 23. U.S. Centers for Disease Control and Prevention (USCDC). COVID-19 contact tracing training: guidance, resources, and sample training plan. Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/php/contact-tracer-sample-training-plan.pdf>. Accessed June 8, 2021.