

# 罹患肺結核的移工在台灣醫療照顧制度中的 治療經驗與賦權

黃郁惠<sup>1,2</sup> 齊偉先<sup>3,\*</sup>

**目標：**本研究分析台灣罹患肺結核病之移工的醫療照護過程，探究移工這個弱勢社群，是否在獲得醫療照護資源的機會上面臨許多阻礙。研究中說明台灣還存在著這類問題，並試圖提出改善的建議。**方法：**本研究採質性研究法，採立意取樣的方式，針對九名罹患肺結核的個案及一名資深結核病個案師進行深度訪談，結合訪談及參與觀察的田野資料，進行質性研究方法的分析。**結果：**分析發現關鍵影響結核病移工獲得照護資源的重要因子，主要有四，分別是現行相關政策所產生的限制、文化及溝通的障礙、仲介及雇主缺乏正確的健康觀念、醫療人員的權宜措施。**結論：**本研究具體建議(1)政府相關單位應強化醫療人員的多元文化照護能力；(2)醫院應擴大參與面，善用醫療體系之外的資源改善移工的健康問題；(3)政府應加強跨部門的溝通，創造外籍移工獲得較佳治療的機會。(台灣衛誌 2018；37(1)：63-76)

**關鍵詞：**肺結核病、移工、檢疫、健康不平等、醫療照護中的賦權

## 前 言

世界衛生組織的統計資料顯示，全球約有二億一千四百萬的人口長期或暫時地離開母國工作。台灣自1989年開放引進移工，迄今有逾六十萬的移工在台[1]，衛福部疾病管制署考量移工的健康與國內防疫相互連動，為避免防疫漏洞，針對移工健康檢查做了詳盡規劃：除規定合法引進的移工均要檢具健康檢查合格證明外，移工入國後還須定期接受健康檢查[2]。這些公共衛生政策，主要顧及的固然是本國公共衛生的安全，但台灣在邁向現代社會的過程中，公共衛生的

思維應更廣泛地顧及移工的醫療權、醫療照護選擇以及工作權等諸多面向，讓台灣的相關政策能兼顧防疫安全與移工權益。

在政治經濟結構全球化的變遷中，跨國的移工因應而生，但在財富分配不平等及工作機會不均等的狀況下，跨國生活的移工常處於易受剝削、易陷入健康問題，如易罹患肺結核的情境中，造成現代社會內部常見的健康不平等現象[3,4]。許多研究發現，即便移工在其母國感染，但感染並不等於發病，若在移入國過度擁擠、通風不良或是血汗工廠的工作環境中，移工可能因此抵抗力降低而提高結核病發作的風險[5]。因此，肺結核的發生與防範，不應忽略這些社會結構面的影響。

台灣逾六十萬的移工主要來自印尼、菲律賓、泰國、越南等東南亞國家。移工因經濟、文化或心理等因素，在非自願狀況下，不免會有社群隔離的現象。加上移工身處非主流文化的條件下，移工的個人訴求很容易被消音[6]。在醫療領域也一樣，外籍移工

<sup>1</sup> 戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院感染管制室

<sup>2</sup> 南華大學社會學研究所

<sup>3</sup> 中央研究院社會學研究所

\* 通訊作者：齊偉先

地址：台北市南港區研究院路二段128號

E-mail: whchi@gate.sinica.edu.tw

投稿日期：2017年7月3日

接受日期：2017年12月29日

DOI: 10.6288/TJPH.201802\_37(1).106065



的社會階層、文化差異乃至語言障礙[7,8]，再加上相關遣返政策的運作，都可能造成移工在醫療體系中支持資源缺乏或就醫權被剝奪[9]。台灣在大量引入移工及制定相關政策的同時，必須考量政治經濟結構所可能帶來對移工健康及就醫診治權被相對剝奪的現象。

有關外籍移工在台灣健康不平等現象的討論，不論是從外籍移工的健康狀況，或就醫使用健保的頻率來比較，都是以量化方法為主的研究[7,8,10-12]，早期這些研究具體地指出了外籍移工在台灣的醫療照護，處於相對弱勢的狀況[10-12]，而近年來也有研究指出移工來台滿一年後，就醫門診次數呈二至三倍的程度翻漲來說明工作環境對移工影響健康的程度[13]。如果較細緻地分析不同面向，發現移工在一些特定面向上仍處於相對弱勢[14,15]，但這些量化研究僅指出移工面臨健康問題的程度，卻沒有探究醫療工作所面對的問題，及相關政策（如移工健檢政策及遣返規定）在實務上的盲點。本研究不採用政策研究的方式，亦即不直接從制度規定面向上來討論政策，而是採質性研究方法，企圖由個案的實際處境此微觀角度切入，並從中反省（鉅觀面的）政策及醫療體制運作有何盲點。因為從實際發生的狀況切入，能更深刻及具體地探索出罹病移工在就醫權及治療照顧面向上所面臨的不利因素。

## 文獻探討

### 一、社會脈絡中的疾病：肺結核的社會意象

疾病雖是醫學專業定義、診斷及治療的對象，但社會科學的反省進一步指出，疾病必然在社會環境中被認知及處理，因此不能只以去社會脈絡的方式來認識及理解疾病及其對社會所造成的影響。在醫療領域，對疾病的醫學敘說主要關注的是和疾病相關的技術性說明（technical account），亦即僅聚焦於疾病可能的成因及病情的可能發展這類病理化說明[16]。這種去社會脈絡化的科學說明，容易將醫療治療簡化理解為是疾病的排除，而忽略了在排除疾病的同時，還涉及與

病人的社會資源及經濟條件相關的因素。在公共衛生領域中，應重視的不只是醫療治療（medical treatment）或治癒（cure）而已，還包括醫療照護（medical care），在照護的邏輯中，要能促進病患自我賦權，藉以涵蓋病患所處的社會脈絡及處境。

Scheper-Hughes和Margaret的研究指出，可分別從三個面向看到疾病與社會脈絡的關聯性[17]。在個人身體（individual body）的理解脈絡中，疾病被視為是西方科學知識體系下所建構及定義的範疇，被理解為是生理性的異常；而在社會身體（social body）的理解脈絡中，身體被放在文化框架下理解，因此疾病被視為是文化框架定義下的一個特殊範疇；而在身體政治（body politics）的理解脈絡中，身體則被視為是社會權力政治治理的對象，也因此疾病被理解為與社會權力運作的影響有關，具有社會治理的意涵。以本文所處理的移工之肺結核檢疫議題來說，此疾病的社會建構也相應展現以上三個具體面向上，分述如下。

一些社會結構性因素，例如族群政治、經濟結構、相關的制度政策規劃等，都足以對不同的社會族群造成生活條件的差異，進而產生影響疾病發生率的效果[18,19]。結核病在歐、美、日被標示為是現代化的社會疾病，是社會經濟結構變遷發展所附帶產生的問題：在工業化、都市化的發展中，結構性的剝削勞工，讓勞工長期處於工作環境不佳的環境，加上貧窮及營養不良導致他們成為這類疾病發展的溫床[20]。Ho的研究也同樣發現，華人移民感染肺結核，很重要的因素是華人在移民美國的過程中，經歷了擁擠與艱辛的旅程，加上身體疲勞、營養不良等相關因素，導致易發病，他們所面臨的健康不利因素並沒有因為旅程的結束而終止，反而是開始[5]。這類討論都屬於從個人身體（individual body）的生理性異常與社會結構變遷之間的關聯出發所獲致的觀察。

對特定疾病的汙名化（stigmatization）現象，一直是影響國民健康及醫療照護的一個重要社會因子，疾病的社會汙名常是造成治療延誤的一項重要原因[21]。

Christodoulou在其文章中引用Anna Waldstein的說法，提到：「當人們因某種特定疾病被污名時，會讓人陷入該疾病隱含的偏見假設中，並助長此污名化的歷程。污名化從而成為一種社會建構、自我實現的過程」，這些文化及知識性的誤解，相應影響人們對罹病病患的處理方式[22]。不只是華人社會，肺結核病在很多國家，都被汙名為骯髒、不衛生的疾病[23]，許多研究也指出，這種社會面的汙名化理解，常是造成醫療照護上的阻礙，例如延緩病患接受正確醫療治療的時間[24]、降低病患遵從醫囑的意願[25,26]、影響病患在照護過程的社會互動及社會生活品質，乃至影響相關資源的取得及照護成效[22,27]。這些都體現出Scheper-Hughes所說的社會身體（social body）框架下，疾病與文化定義之間的關聯。

疾病除了以上兩個與社會連結的面向外，醫療照護的過程中所需的社會資源是否存在及是否方便支用，常常是醫療診治之外，影響民眾的疾病認知相當重要的面向。而社會中總存在著不同的社會階層差異，支用資源的能力也不同，是以相同的疾病對不同社會階層的人來說，代表的意義並不相同。社會相關資源條件及政策，對弱勢群體（如老人、障礙者、原住民）所造成的社會排除，常因這些弱勢的身體條件而發生，一些研究從老人及障礙者受限的身體條件（如欠缺使用電腦及獲取資訊的能力）[28-30]、原住民因居住地的偏遠造成身體移動的限制性[31]，指出他們在社會參與及健康面向存在社會排除的事實。身體的健康與否，或疾病的嚴重與否，與相應資源的配置息息相關。若這類將疾病放在治理框架下的理解，可說是Scheper-Hughes所說的身體政治（body politics）脈絡中的具體體現。

## 二、健康不平等與「文化安全」

健康不平等意味著，病患所能獲取的醫療資源會因其種族、階級、性別等社會特徵的差異而有所不同，因而造成社會不公義的問題[32,33]。正由於健康不平等是因社會結構所造成的不公義現象，因此在世界衛生

組織的定義中，健康不平等是一個「可避免（avoidable）」的現象[34]。

造成健康不平等的原因，其一，病患本身在經濟資本、社會資本等面向上，因支用能力不同而可能產生差異。這個與資源支用能力有關的說法可視為是「資源論」的觀點[35]，亦即隨著整個社會經濟結構的變遷（例如伴隨資本主義、績效管理主義的深化），逐漸促成不同的階層及族群在動員及支用資源能力上的落差，導致強化了健康不平等的程度。其二，為「文化論」觀點，凸顯文化因素是促成健康不平等的成因，但因它涉及的是更深層對「健康」內涵的文化性理解及定義，這類對健康的信念與詮釋，長期以來被人們視之理所當然，因此通常十分隱晦而容易被忽略。但不論是資源論或文化論，一個群體若因社會因素而導致他們的基本醫療權受損，這樣一種社會不正義的現象自然屬於公共衛生議題中「可避免」及「應避免」的問題。應可透過相關政策規定的調整來改善，達到降低健康不平等的程度。

有關文化差異所造成的健康照護議題很早就在護理界發酵，在1970年代，Madeleine M. Leininger就曾注意到跨文化護理照護工作的重要性，他提出了民族科學（ethnoscience）的架構，認為這立場可以正面地改變護理照護工作，強調護理人員要能進入病患視角的重要性[36]。但醫療照護體系中反省文化因素的相關論述中，涉及更深刻的文化威脅及健康不平等議題者，1990年代在紐西蘭醫療照護領域中所發展出來的「文化安全（cultural safety）」概念可說具相當的代表性。「文化安全」概念背後預設一個立場，亦即任何健康照護關係都涉及兩個文化之間的互動，換言之照護者及被照護者互動的背後代表的是不同的文化理解與文化認知的對遇（confrontation）。這個落差若發生在族群的層次，如發生於紐西蘭的毛利人與西化體制的對遇[37]，或發生在達悟族文化體系與現代醫療體系間的對遇[38]，在這類對遇中，研究皆顯示現代醫療體系很容易（儘管非預期）在價值認知上對另一種文化構成價值的否定及威脅。附帶產生的



結果是，醫療體系試圖為被醫療者所營造的「健康」，並不一定是他們真正需要的健康，反而有可能令其「受苦」[38]。更可能因為如此，強化被醫療者身處健康不平等的處境。

### 三、多元文化照護能力

2000年之後，醫療照護論述在更廣的面向上對文化因素進行反省，Annemarie Mol 在其反省現代醫療照護體系的論述中，將醫療照護放在社會的脈絡中思考，指出西方近代政治上公民身分的建構及市場運作下的消費者身分認知，創造出近代西方醫療照護體系中強調「主動性的病患（active patient）」的身體觀[39]，也就是病患在醫療照護的過程中，要賦權給他們有參與選擇（choice）的權力及空間。Mol指出在很多實務上，「選擇（choice）」和「治療（cure）」的兩種思維邏輯常會陷入兩難的矛盾之中，這也是現代西方醫療治理領域中的難題。Mol指出這難題不會有普遍單一的答案，而是情境中人（包括醫生、護理人員及病患）必須在實務中透過共同探索來決定[39]。Mol的反省指出，健康照護只是廣義「照護」的一環而已，她認為這個看法必須在醫療照護的實踐中不斷地被轉譯（translation）帶入，在實務中透過溝通及討論來賦予「照護」個別不同的面貌，這樣的看法其實提供多元文化照護與個別照護一個嚴謹的論述基礎。

多元文化照護能力源自人權、人性的尊嚴及健康平等的思維，護理人員應嘗試對來自不同文化背景的病患提供考量特殊文化差異的護理服務，其中包含認知及情感層面（cognitive and affective phase）。Burchum及Suh提到多元文化照護能力包括：文化知覺（cultural awareness）、文化知識（cultural knowledge）、文化敏感度（cultural sensitivity）及文化技能（cultural skill），是一種需透過學習而產生的跨文化理解能力[40,41]。面對不同文化背景個案時，護理人員應提高其文化敏感性，考量不

同的語言、健康認知、生活型態，尊重新住民的文化信念與行為，再依其文化特殊性提供個別化照護，降低健康不平等。

在個別化照顧中，其中最重要的一項工作就是改善和病患及其家屬的溝通品質。王玉媚等在研究中提及[42]，臨床上透過專業的通譯員之協助，確實能增進醫護人員與外籍患者的溝通，減少因文化差異所造成的誤解，患者亦較能得到醫療相關訊息及獲得資源、感受較多正向的就醫經驗，並增進醫療照護品質減少醫療支出的成本效益[43,44]。但Flores等人的研究也發現，譯者的翻譯有時會跳脫醫療情境、自創內容，甚至會自動幫醫護人員或是外籍病患詢問或回答問題[45]。這些溝通上的問題涉及的層面除了醫療品質問題外，還攸關由醫療治療所衍生的病患的工作權、健康權等更基本的人權議題。台灣位處於全球政治經濟發展中的流動勞動市場中，應對醫療工作中所可能帶來的相關權利的侵害有更深的警覺。

### 材料與方法

本文採用質性研究的方法，透過參與觀察及深度訪談（in-depth interview）的方式收集資料，試圖審視移工經歷肺結核診斷及處置的過程中，現行醫療工作對移工的相關權利產生哪些限制。本研究以台灣南部某區域教學醫院為田野觀察的場域，此醫院是負責南部兩大縣的唯一胸部X光肺結核檢查之指定機構。本研究在進行研究前已通過此醫院的研究倫理審查。研究過程中，在徵得受訪對象同意並簽署同意書的前提下，共對九位移工（見表一）及一位資深肺結核個案師（女性、約五十歲、護理年資共二十多年，擔任個案師資歷十年以上）進行深度訪談。

每次訪談時間約為60-90分鐘，訪談移工的地點以選擇個案回診等候區為原則來進行，訪談時間及次數則視個案回診次數及述說經驗是否充足的描述而定，若需補述則再以電話聯繫。有別於一般的調查訪問，深度訪談法乃在立意框架下，試圖從受訪者言說的內容，找出背後深層結構性的意義關聯。

表一 受訪移工的基本資料

編號	匿名代稱	年齡	性別	工作性質	在台時間	參與方式及次數	國籍
1	阿鳳	26	女	家庭看護工	30個月	門診及住院參與觀察、訪談：一次約1小時總計5次	越南
2	阿喜	34	女	家庭看護工	6個月	門診參與觀察、訪談：一次約1小時總計3次	印尼
3	Ani	34	女	家庭看護工	6個月	門診參與觀察、訪談：一次約1小時，總計2次	印尼
4	艾妮	41	女	家庭看護工	30個月	訪談：一次約10-15分鐘，總計2次	印尼
5	莉莎	40	女	家庭看護工	6個月	門診參與觀察、訪談：一次約1.5小時計1次	印尼
6	舒西	30	女	工廠作業	18個月	門診參與觀察、訪談：一次約1.5小時計1次	印尼
7	菲力	33	男	工廠技術維修	剛入境	門診參與觀察、訪談：一次約1.5小時，計2次	菲律賓
8	瑞娜	25	女	受雇於仲介之翻譯員（亦為肺結核感染陽性個案）	6個月	門診參與觀察、訪談：一次約1小時，計1次	印尼
9	阿絲	22	女	家庭看護工	6個月	訪談：一次約10-15分鐘，總計2次	印尼

研究者在訪談時必須即時進行判斷及意義關聯的運作，並在訪談過程中持續因應調整提問內容及技巧，是以採用半結構化的訪談形式，本研究所使用的半結構的訪談大綱可參見附錄。所有訪談的錄音紀錄，轉製成逐字稿，供分析之用。

在所有醫護人員中，本研究選擇肺結核個管師為重要的深度訪談對象，主要原因是個管師角色的特殊性。有別於醫療體系中其他基於分工、分科邏輯的需要所產生的編制，個管師是兼具照護、管理、監控、訓練病患的特殊角色，站在一個進行統合運作、居中溝通的特殊位置，也因此對治療移工病患的過程中所涉及的相關院內、外單位，彼此間的溝通狀況最為熟悉，可說是最貼近病患在醫療體制中所面對的處境，可以提供與移工相關的多面向觀察，最具代表性也最貼近本研究的關懷。而本研究深度訪談的個管師雖只有一位，卻也是這間南部兩大縣唯一肺結核檢查之指定機構的唯一肺結核個管師，是以其代表性不是點狀、地方性的，而是具有兩大縣區域範圍內處置狀況的代表性。此外，本研究也輔以參與觀察的資料收

集方式，參與觀察的對象是醫師、護理師、衛生行政單位人員、雇主、仲介與移工之間彼此的互動。研究者將醫療現場觀察到的現象，先以田野筆記的方式記錄，分析時則配合逐字稿進行內容分析。

## 結 果

### 一、移工就醫診療權被相對剝奪

國內在統計資料的基礎上，認定東南亞國家為結核病高風險國家，是以對來自這些國家的移工採取積極主動的介入措施，如制定移工定期篩檢等。胸部X光肺結核檢查是自1989年起即納入檢查的項目，依1992年公布的「外國人聘僱許可及管理辦法」及後來於2004年將移工健檢獨立訂定的「受聘僱外國人健康檢查管理辦法」等相關規定，入國及定期健檢不合格者，不予核發聘僱許可而必須被遣返。直到2014年才新增定期健檢不合格者得留台治療之規定；2015年起，則更進一步放寬入國健檢不合格者亦得留台治療[2]。

當東南亞外籍移工在肺結核檢查不合格

時，雇主、仲介甚至在勞動政策上，多僅專注在他們是否還具有健康的勞動力這個經濟身份，因此雇主、仲介及多傾向「理性地」選擇不續聘移工，並不太關注移工這個低階弱勢社群會因此面臨被遣返，而喪失繼續獲得在台治療的機會。即使在2014年放寬了遣返規定，定期健檢不合格者（除了檢出為多重抗藥性肺結核之外），得以留台治療，但留台的前提是以雇主必須同意繼續僱用此移工為前提，且依規定移工不能更換雇主，因此若原雇主不主動申請都治服務繼續僱用，通常兩個星期移工就會收到勞動部所發的廢止聘僱許可，確診移工將不被續聘，將依法被迫遣返。

新制實施兩年以來，受訪的個管師在第一線所觀察到的現象是：「雇主也知道如果他們不願繼續僱用，移工就只能被遣返，但最常聽雇主講的一句話是『找他來就是要能用，現在用起來有顧慮，那就算了！』」。雇主若不願繼續僱用，影響所及是移工的就醫診治權及工作權：移工在台工作期間依規定必須繳交健保費，本有權可以享用健保的保障，但在雇主依法可以選擇不繼續雇用的狀況下，確診移工因此必須被遣返而不再有機會享用健保。就此而言，比起國人他們的就醫診治權乃相對被剝奪。換言之，在2014年之前，他們的就醫診治權是被政策剝奪，一旦被通報，就必須離境。但在2014年之後，他們的就醫診治權依規定變成實質操之在雇主的手中，雇主固然有合法的選擇權利不續僱，但這也因此讓移工喪失支用健保獲得醫療治療的機會。雇主選擇不續聘的另一大原因也來自於他們相關健康知識的不足，或因社會普遍對肺結核的污名想像，以至於影響了他們的判斷，這些因素涉及的是公眾觀念所導致的健康不正義的議題。從資料上看，在新制之後這兩年移工留台治療的比例，從2015年的10.8%到2016年的23.1%[46]，雖然明顯提高許多，但仍不理想，顯示雇主的疑慮普遍仍高。

移工的身體，在台灣的社會脈絡中，成為一種以勞動價值為主要判準所建構的身體，因此當一個移工的身體不再有健康疑慮

的身體時，這個身體很容易被從聘僱關係中排除，也因此剝奪了他在台接受治療及照護的機會。是以對移工社群來說，肺結核病所代表的不只是身體健康的威脅，更是對工作權的威脅，但這威脅是在現行相關政策及資源配置的條件下所建構出來的，正如同前述文獻探討中提及從老人、障礙者、原住民身上所看到的社會排除現象，也與政策及資源配置有關。就這點來說，肺結核這個疾病對於台灣社會的移工社群而言，所代表的意義相較於國人不盡相同的。這種展現在社群差異的不平等現象，顯然不是醫療科學知識本身所導致的結果，而是(1)醫療相關政策以及(2)公眾對相關疾病的無知或污名想像所促成的，這些因素促成了相同疾病（肺結核病）對不同社群的風險感知程度有相當的落差。

## 二、影響移工醫療資源的重要文化性因素：語言藩籬

病人對疾病的認知與評價會因文化背景的不同而有所差異，因為疾病的名稱除了醫學專業所指涉的病理意涵外，還包括了疾病在特定社會文化中所結合的情感與經驗[47]。例如受訪的個管師表示，在醫學專業上被稱之為結核病的這個名詞，對老一輩的國人或許有些陌生，但與他們溝通時若用「肺癆」表達，他們往往就能立刻會意過來，喚起了他們過去對這個病形成認知的生活經驗及記憶。一般民眾對疾病名稱的認識，往往是透過他們日常生活經歷中所接觸到或聽到的案例，因此伴隨的這些訊息雖然有許多非專業的誤解或偏見，但這卻是他們在日常生活所累積的印象及起碼認知。病患及家屬所擁有的這些片斷知識，往往是醫護人員與之溝通的基礎。若因文化差異，而讓這些溝通基礎都不存在時，醫療溝通將特別困難。研究者在參與觀察中發現，醫護人員面對移工說明疾病時的最大困難在於，無法貼近移工的經驗認知，除了語言障礙外，還包括文化差異所產生的溝通障礙，致使無法透過順暢的溝通提供適切的訊息。

受訪的肺結核病個管師表示，過去在沒



有提供移工母語資訊時，移工面對醫護人員告知罹患「結核病」時，往往只大約知道所罹患的是一個嚴重的病，因此反應常先是哭泣、或是用有限的中文說怎麼辦？接下來雙方就常只能進入靜默的狀態。個管師表示：「移工的情緒起伏，常源自於無法貼近理解我們對此疾病的說明所產生的恐懼，語言障礙是很大的問題。」許多文獻也都指出，移工的語言障礙是移工就醫的最大問題之一，甚至常因此造成延誤就醫[7,8,48,49]。

受訪的個管師後來透過網站自行整理出肺結核病的移工母語資訊，近年來在與移工溝通的過程，他都會主動提供自製移工母語版本的結核病資訊。當個管師開始這樣做之後，發現移工反應明顯變多，例如越南移工阿鳳看過母語說明後，還會補充道：「結核病和愛滋病在越南叫做社會病，是比較窮的人會有的病。」也有印尼移工艾妮看完母語說明後說：「TBC，這我知道，我曾經看過有一個鄰居有，他會咳嗽，而且人也瘦瘦的，就是生病的樣子。」用移工熟悉的語彙，一方面較能連結到移工自己的認知經驗，另一方面移工也較能表達出其感受，並有較多主動提出疑問的機會。一位移工阿喜剛被告知診斷罹患「結核病」時哭著說：「我會不會死掉？我如果回去可以抱我的孩子嗎？」而在提供母語版本的資料後，她知道此病是可以治療的，也明白配合吃藥，回國後還是可以和孩子一起生活，之後他在整個溝通過程不但較能明確表達出其個人感受及需求，也明顯表達出高度配合醫囑的意願。

個別病患的處境及考量，對護理人員來說是在給予照護建議時相當重要的背景資訊。因此語言障礙看似只是溝通的問題，但其實更深刻涉及的是病患自我賦權的基礎。用符合移工母國文化的相應詞彙，不僅能讓移工病患有更具體的想像，也能讓移工對護理人員產生較大的信任度，充分提供更多自身處境的訊息。這些訊息一方面可讓護理人員提供更貼近移工病患需求的建議，另一方面也增加了病患自我賦權選擇的機會。例如過去還在舊制時期，一位移工來台十八個月

時檢查出X光異常，痰檢染色及培養皆為陰性反應而無法確診，在雇主的要求下歷經一般抗生素治療及電腦斷層的診斷後仍是無法排除結核病。醫院建議移工進行支氣管鏡檢查來確認，但有鑑於侵入性檢查可能產生的風險，遭到雇主及移工自身拒絕，但雇主基於安全，希望移工能配合用抗結核藥物，而依當時規定，移工用藥即需通報而馬上面臨被遣返的結果。透過翻譯的協助說明，越南移工阿鳳了解進行支氣管鏡及胸腔鏡的侵入性檢查是唯一能延緩遣返的作法，因而改變主意，認命地表達自己願意接受進一步侵入性檢查的意願：「我自己知道，來台灣就是一個人，到醫院也是一個人，如果會怎麼樣，也沒關係啦！是命啦！以前我是好好的，是這次第十八個月的檢查才有問題，希望這次檢查可以檢查出來。」從反對接受侵入性檢查到獨自承受麻醉及手術的風險，決定的轉折展現出移工在接受醫療選擇過程中，在擁有完整資訊的前提下，會自我賦權地進行符合自己需求考量的選擇。若沒有居中翻譯人員的協助，移工選擇的權利很容易因為語言的障礙而被忽略，醫護人員也很容易因溝通上的語言障礙而選擇一種較為方便的處置，這對移工病患來說，會實質造成醫療選擇權的損害。語言溝通屬於文化技能的一部分，也是文化知覺的基礎，在這基礎上才能讓病患自我賦權，成為一個與醫療人員對話的主體，獲得個別化照顧，體現多元文化照顧，而非使病患僅成為被框架的對象。

### 三、仲介及雇主作為影響移工醫療資源的一環

面對仲介公司或雇主，醫療工作者的正當性醫療作為，往往無意中影響到移工個人的工作權，並因而降低他受適當醫療照護的機會。例如在醫療現場觀察醫療人員與仲介人員接觸的過程，發現醫療人員頻繁的探訪可能會引發雇主的緊張，甚至以不當的方式因應。參與觀察中曾聽過仲介公司反映：「三、二天就來一次，雇主不怕也都會怕了。」「雇主會抱怨我們仲介公司為什麼給他們一個有病的移工！」。仲介或雇主對結

核病的錯誤認知，固然是罹病移工被不當對待的原因之一，但醫療工作者若不能適時強化雇主及仲介對肺結核病的正確因應觀念，無疑地是坐視罹病移工承擔負面的標籤化。例如受訪的個管師表示，仲介公司在接獲所屬移工罹病的通知後，第一個反應隨口說出的是：「那吃飯時就讓移工一個人自己一份在房間吃」。

新制的規定中，檢出陽性的移工雖不會立即被遣返，但必須在雇主同意的前提下方能留台治療。因此移工的醫療權益是否能充分被保障，醫護人員和雇主及仲介之間如何溝通就變得十分關鍵。例如在新制實施後，受訪的仲介曾表達：

昨天我連夜下南部，晚上和菲力在旅館住了一晚，雇主要求我們把菲力帶離開工廠，因為宿舍及工廠那麼多人，廠長擔心其他人受到感染，自己也承擔不起。今天如果還是不能確定，那雇主就決定不要菲力了，已經預定星期四的機票了。

雇主的這些憂慮，往往是在對肺結核病的因應知識不足所產生的。醫護人員通常沒有管道及立場直接與雇主進行衛教及解釋相關知識，因為一般來說雇主並不會和醫護人員直接接洽或詢問，而是透過仲介公司，所以仲介公司人員的觀念常常是雇主採取因應行動的重要參考。若護理工作者輕忽居中溝通及訊息告知的重要性，很容易讓雇主在不充足的資訊下，直接或間接致使罹病移工被不當隔離處置或不被續雇，如此斷絕移工繼續工作的機會時，同時斷絕的也是移工在台灣接受治療的機會。

不只是雇主及仲介，台灣民眾對結核病的認知多屬於一知半解的狀態，例如對於結核病傳染途徑的知識，普遍只知是一種會經由空氣或飛沫傳播的慢性傳染病，但進一步對於日常生活中是否可以和肺結核病患共食、共用餐具及牙刷，卻存在著一種懼怕的迷思，殊不知共食、共用餐具及牙刷是為接觸口水並非空氣（飛沫）傳染。這種對結核病一知半解的狀況，並不只發生在一般民眾，受訪的肺結核個管師表示，她曾針對近百名護理工作者進行一項簡單的問卷調查，

發現僅不到30%的護理工作者可以正確地回答此問題。一般宣導性的衛教往往是去特殊脈絡化的初步認知傳達，因此這類宣傳多半只能讓民眾處於一知半解的狀態。有別於這類灌輸式的宣導，在適當的時機提供有實際需要的民眾（如仲介與雇主）一個平台，來獲取符合他們需求的因應知識才是迫切需要的。對移工來說，提供移工前述相關的譯本說明就是一個平台，此外，護理人員（如肺結核個管師）也應認知到自身就是一個平台，應適時向移工身邊的雇主及仲介透過可能的管道傳達正確的訊息，如此方能給予移工在接受醫療治療時，充分獲得可能的資源及支持，讓病患有更多賦權參與在適合自己的治療處置。這些看似溝通平台的建立，卻是體現多元文化照護的重要基礎，可以降低Mol所指出在實務上「選擇」與「治療」之間的落差。

受訪的個管師表示，若與疾病照護需求的相關訊息能充分被傳達，仲介、雇主往往能將心比心，甚至愛屋及烏地來對待移工。例如研究者在現場觀察到，有雇主在充分了解因應的訊息後，主動表達出對移工莉莎的關懷：「妳現在吃藥要多補充營養，每天要吃一顆蛋，補充蛋白質身體比較有抵抗力，如果煮雞湯的時候，就先舀一碗起來吃。」甚至也有雇主拿了錢要幫移工自費買藥，還打電話去衛生局說要讓移工治療好再回去。

#### 四、在醫療場域能因應移工需要適度權變

移工在獲取醫療資源機會的弱勢，除了可以從與仲介及雇主的協商溝通來改善外，也可透過醫療體系內的協商來增加罹病移工的醫療選擇權。從肺結核個管師的角度觀察發現，個管師在現場的感知、判斷及相關作為，可在醫療體系內進行增加移工醫療選擇權的跨部門協商。

在未修改遣返規定前，曾發生過這樣的一個案例：移工Ani在六個月的體檢中發現胸部X光異常後，到醫院進行痰檢及X光檢查，發現三套的痰塗片耐酸性染色檢查中有一套呈陽性反應，依當時舊制規定，Ani



將面臨遣返。但該胸部X光肺結核檢查之指定機構主動針對陽性檢體進行NAA test，結果呈陰性反應，代表確診為結核病的機率很低。因此受訪個管師試著和衛生行政主管單位溝通NAA test之結果，雖一開始得到的回應是：「反正就是政策，寧可錯殺不可錯放。」但之後意外地出現轉機，上級主管表示願意建議送交結核病診療諮詢小組以病審方式來處置。經過病審流程，結果判定排除結核病，此移工的工作權因此而沒有被「錯殺」。在組織化的體系中，各種規定固然都有其當初制定的緣由，但在實務上也必然造成了一些限制，讓一些病患的特殊情況無法被充分顧及。此案例中實務人員以理性方式反映及溝通，意外達成行政主管單位願以較開放彈性的態度來處理的結果，彌補了體制規定的僵化限制。第一線接觸移工的護理人員，往往特別容易感知移工的需要與組織制度考量兩者間的落差，這些護理人員在合情合理範圍向組織系統發出體制內自省式的溝通行動，有其正面效應。只有經過這類溝通的累積，組織制度及政策方能調整改變，如同台灣近年對遣返規定的修改，就是朝兼顧防疫安全與移工權益下進行修正的動態過程[50]。每個階段的制度都有其僵化限制的面向，都有待醫療人員在實作中透過協商溝通來權變因應。

除了重視組織內的溝通外，醫護人員在提供資訊時應考量移工病患所處的社會情境脈絡及可用資源，如此才能有效地動員潛在的醫療資源。受訪的個管師提到曾經歷的狀況：對那些因服藥導致肝功能異常，而須經常返診監測肝功能並調整藥物的移工而言，若要他們的雇主帶移工返診或讓移工請假是一件很難的事。為達成醫療照護上的品質與安全，個管師能做的是主動和公衛護士溝通協調，請公衛護士協助到雇主家幫移工抽血送檢，個管師透過醫療端的追蹤回報檢驗資料給主治醫師，再依醫師指示回饋公衛護士藥物服用，此方法共同完成了藥物調整的歷程。這種權變地善用體系內資源，來達成對移工病患的照護，是護理人員在個別脈絡下，可以替這類弱勢社群創造合理醫療資源

的努力。這些護理人員沒有消極遵守慣例規則，而是在不違反規章的前提下主動進行考量移工病患需求的溝通，彌補制度規定之不足。若僅知固守慣例而不知變通，反而容易讓醫療運作僵化沒有實效，導致相關制度被負面批判。

## 討 論

本研究分析指出，影響台灣結核病移工在醫療照護過程中獲得照護資源的重要因素有四，分別是檢疫遣返的相關規定、溝通過程中的文化及語言障礙、仲介及雇主的關鍵角色、醫療人員的權宜措施。這些觀察都是從個案的實際處境中發現的，而反映的卻是文化、政策制度等結構面向上的限制及其所帶來的問題。基於這些觀察及反省，本研究有以下三個具體建議：

### 一、提高醫療人員的多元文化照護能力

#### (一) 強化醫療人員的文化敏感度

建議政府相關單位可參考紐西蘭護理界所發展出來用於護理教育的文化安全框架[51]，鎖定台灣移工數量較大的母國（印尼、菲律賓、泰國、越南）文化，發展一些相關的訓練課程提供給第一線醫護人員。儘管目前護理人員的專業訓練課程都有多元文化照護的教學內容，但所教授的乃是一般原則性的內容，建議應就移工所屬文化及情境脈絡的特殊性，對第一線接觸移工的醫護人員加強教育。例如個管師是統合移工病患就醫服務的關鍵人員，政府可針對個管師的專業訓練課程，以及個管師的口、筆試考核中，增加針對東南亞移工的文化情境訓練及考題。透過這類在訓練上的制度化設計，提高這些第一線接觸外籍移工的醫護人員在醫療照護實作中的文化覺知（cultural awareness）及族群敏感（ethnic sensibility）。

#### (二) 降低語言藩籬

第一線與移工接觸的醫療人員（例如肺結核病個管師），除了必須直接面對前述的文化差異外，語言差異所產生的溝通障礙極

大。從相關文獻及本研究受訪的個管師提供自行整理之移工母語（如越語、印語等）說明的行動經驗中，都證實當溝通障礙被降低的同時，移工病患的自我賦權就明顯提高。品質優良的翻譯員的介入，可以讓醫護人員與病患之間有更好的協商，給予病患更多主動選擇的機會，也可以同時加強罹病移工自我賦權的程度。建議衛福部及勞動部應該正視此問題，在語言專業人員的協助下，廣泛收集第一線醫療人員過去經驗所累積的各種溝通情境及可能的議題，彙整出實用的移工母語說明譯本，以強化第一線醫療人員與移工病患的溝通品質。

此外，各醫院也應主動招募及培植外籍義工，強化翻譯人力，其中重要的是應對這些翻譯人力進行與醫療相關的知識培力，培養熟悉醫療流程的翻譯人員，以改善口語翻譯的品質。這些看似只是改善語言溝通問題的努力，其實都實質牽動著罹病移工自我賦權的程度，以及我國對外籍移工醫療服務品質的提升。

## 二、增加罹病移工獲取社會資源之管道

在制度面上，應考慮更廣泛地善用醫療體系之外的社會資源，將這些既存的社會資源結合引入醫療體系中。台灣社會中存在著許多非政府組織（NGO），它們是值得接洽進行醫療服務資源連結的潛在對象。以台灣國際醫療協會（iACT）為例，此NGO在高雄楠梓地區透過社區結盟發展出協作網絡服務方案，提供社區型移工健康服務[52]。在它們的楠梓方案中，其運作乃架構於一個以「健康服務」為核心的資源系統，提供的「諮詢服務」強調雙向的溝通及跨文化的互動，透過諮詢工作站蒐集移工主動告知的需求等資訊，從中整理出一些反映移工需求的常見主題。由此所提供的服務是超越一般醫療諮詢的健康服務，例如從中探索的還包括移工各種經歷中所可能隱藏的健康問題，以及移工可能有的增能需求。這些工作雖不屬於醫療照護體系所涵蓋的內容，但在培養醫療人員的多元文化照護能力時，這些體制外的平台卻提供十分重要的訊息資源。許多宗

教醫院都有很豐富的這類資源，應嘗試發展這類連結，來強化醫療體制內所無法涵蓋，但卻又十分需要的服務。此外，這些醫療體制外的平台，往往也是發展前述翻譯志工招募很好的管道。透過這方面的賦權，罹結核病移工將有更多自我選擇的機會。

## 三、加強跨部門的溝通：建立兼顧防疫安全與外籍移工醫療權的健檢制度

制度僵化的諸多原因中，很關鍵的一部分是因為各部門在機構本位的思維下各自訂定規範，以至於在涉及跨部門的事務時，特別容易產生適用上的問題。研究中發現第一線的醫療人員在面對這些問題時，常會適時地採取一些權變措施，減少移工被制度壓抑自我賦權的程度，或增加他們本應獲得的醫療照護資源。但在制度設計上，我們實在不能預設醫護人員都會有心付出個人的道德成本，也不應過度倚賴對醫護人員進行道德號召來尋求改善。這些醫護人員在醫療工作中的權變，其實反映的就是制度上的盲點，因此建議相關部門，包括勞動部、衛福部疾管署、健保署等，應該要創造一些跨部門的平台，彙整這些第一線的醫療人員的權變案例，重新調整一些相關的規定及流程。因為只有透過跨部門的研商，才有可能看到實際的問題，訂定出較為貼近醫療工作現場的制度。

## 參考文獻

1. 勞動部勞動力發展署：產業及社福外籍勞工人數－按行業及國籍分。<http://statdb.mol.gov.tw/html/mon/212040.htm>。引用2017/06/01。  
Workforce Development Agency, Ministry of Labor, R.O.C. (Taiwan). Foreign workers in production industries and social welfare by industry and nationality. Available at: <http://statdb.mol.gov.tw/html/mon/212040.htm>. Accessed June 1, 2017.
2. 張育菁、黃志傑、林詠青、吳麗琴、何麗莉、吳怡君：1989-2015年台灣受聘僱外國人健康檢查制度的演進與革新。疫情報導 2017；33：9-16。  
doi:10.6524/EB.20170110.33(1).002。  
Chang YC, Huang JJ, Lin YC, Wu LG, Ho LL, Wu YC. Evolution and innovation of health examination system for foreign employees, Taiwan, 1989-2015.

- Taiwan Epidemiol Bull 2017;**33**:9-16. doi:10.6524/EB.20170110.33(1).002. [In Chinese: English abstract]
3. Syed IU. Labor exploitation and health inequalities among markt migrants: a political economy perspective. *J Int Migrat Integrat* 2016;**17**:449-65. doi:10.1007/s12134-015-0427-z.
  4. Akhavean S, Karlsen S. Practitioner and client explanations for disparities in health care use between migrant and non-migrant groups in Sweden: a qualitative study. *J Immigr Minor Healt* 2013;**15**:188-97. doi:10.1007/s10903-012-9581-y.
  5. Ho MJ. Sociocultural aspects of tuberculosis: a literature review and a case study of immigrant tuberculosis. *Soc Sci Med* 2004;**59**:753-62. doi:10.1016/j.socscimed.2003.11.033.
  6. 劉美芳、鍾信心、許敏桃：台灣外籍新娘之文化適應－護理專業的省思。護理雜誌 2001；**48**：85-9。doi:10.6224/JN.48.4.85。  
Liu MF, Chung HH, Hsu MT. Adaptation of foreign brides in Taiwan: implications for nursing. *J Nurs* 2001;**48**:85-9. doi:10.6224/JN.48.4.85. [In Chinese]
  7. 陳敏郎、邱政元：在台幣勞工的醫療可近性及其就醫行為之研究－以台灣中部中小型製造業工廠的泰籍勞工為例。弘光學報 2009；(55)：97-110。doi:10.6615/HAR.200904.55.08。  
Chen ML, Chiou JY. The health care accessibility and medical-seeking behavior of foreign labors in Taiwan-case of the labors from Thailand worked in central Taiwan's small and medium size manufacturing factories. *Hungkuang Academic Review* 2009;(55):97-110. doi:10.6615/HAR.200904.55.08. [In Chinese: English abstract]
  8. 白佳原、郭宜瑾、胡瑞婷、王銘雄、陳贊因：外籍勞工與醫院員工對醫院外勞健檢服務品質之研究。中山醫學雜誌 2004；**15**：181-94。  
Pai JY, Guo YJ, Hu RT, Wang MH, Chen YY. The quality of service for hospital physical exam of foreign laborers and hospital staff members. *Chung Shan Med J* 2004;**15**:181-94. [In Chinese: English abstract]
  9. 吳麗珠、黃彥芳、楊靖慧：2001-2007年外籍勞工健康檢查概況。疫情報導 2009；**25**：440-52。  
Wu LJ, Huang YF, Yang CH. General profiles of health examinations of foreign laborers from 2001 to 2007. *Taiwan Epidemiol Bull* 2009;**25**:440-52.
  10. 楊明仁、李昱、施春華、何啟功：在台外籍勞工心理健康與適應困擾。台灣精神醫學 2000；**14**：22-30。  
Yang MJ, Lee Y, Shih CH, Ho CK. Mental health and adjustment difficulties of foreign laborers in Taiwan. *Taiwanese J Psychiatry* 2000;**14**:22-30. [In Chinese: English abstract]
  11. 楊振昌、林秀麗、林純瑜：女性監護工的職場安全與身心健康調查研究。台北：行政院勞工委員會，2004。  
Yang CC, Lin HL, Lin SY. Female Caretakers' Workplace Safety and Physical and Psychological Health Survey. Taipei: Council of Labor Affairs, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan), 2004. [In Chinese]
  12. 張淑玲：我國外籍勞工健保醫療服務利用之研究。台北：國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，1999。  
Chang SL. Medical utilization of alien workers in Taiwan under NHI system [Dissertation]. Taipei: Institute of Health and Welfare Policy, National Yang-Ming University, 1999. [In Chinese: English abstract]
  13. 王嫻晴：以醫療服務利用檢視移民勞工之健康不平等。台南：長榮大學醫務管理學研究所碩士論文，2008。  
Wang YC. Examine health inequality of migrant workers in Taiwan under medical utilization [Dissertation]. Tainan: Department of Health Care Administration, Chang Jung Christian University, 2008. [In Chinese: English abstract]
  14. 莊婷、湯豐誠、黃淑玲：東南亞移工的健康促進生活型態及其影響因子。人因工程學刊 2016；**18**：33-43。doi:10.6273/JES.2016.18(01).03。  
Chuang T, Tang FC, Huang SL. A study of health-promoting lifestyle and its related factors among southeast asian migrant workers in Taiwan. *J Ergonomic Study* 2016;**18**:33-43. doi:10.6273/JES.2016.18(01).03. [In Chinese: English abstract]
  15. 尤素芬、鄭惠珠、劉浩熏：藍領移工健康問題之初探性研究：以南部某健康服務站的諮詢移工為例。台灣衛誌 2012；**31**：43-57。doi:10.6288/TJPH2012-31-01-05。  
You SF, Cheng HC, Liao HH. Migrant workers' health in Southern Taiwan: an exploratory study based on the IACT health service project. *Taiwan J Public Health* 2012;**31**:43-57. doi:10.6288/TJPH2012-31-01-05. [In Chinese: English abstract]
  16. Frank AW. *The Wounded Storyteller: Body, Illness & Ethics*. Chicago, IL: The University of Chicago Press, 2013.
  17. Scheper-Hughes M, Lock MM. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Med Anthropol Q* 1987;**1**:6-41. doi:10.1525/maq.1987.1.1.02a00020.
  18. Coreil J, Mayard G, Simpson KM, Lauzardo M, Zhu Y, Weiss M. Structural forces and the production of TB-related stigma among Haitians in two contexts.



- Soc Sci Med 2010;**71**:1409-17. doi:10.1016/j.socscimed.2010.07.017.
19. Mason PH, Roy A, Spillane J, Singh P. Social, historical and cultural dimensions of tuberculosis. *J Biosoc Sci* 2016;**48**:206-32. doi:10.1017/S0021932015000115.
  20. 雷祥麟：習慣成四維：新生活運動與肺結核防治中的倫理、家庭與身體。中央研究院近代史研究所集刊 2011；(74)：133-77。  
Lei SH. Habituating the four virtues: ethics, family, and the body in the Anti-Tuberculosis campaigns and the new life movement. *Institute of Modern History, Academia Sinica* 2011;(74):133-77. [In Chinese: English abstract]
  21. Courtwright A, Turner AN. Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. *Public Health Rep* 2010;**125**:34-42. doi:10.1177/00333549101250S407.
  22. Christodoulou M. The stigma of tuberculosis. *Lancet Infect Dis* 2011;**11**:663-4. doi:10.1016/S1473-3099(11)70228-6.
  23. Cervantes J. Tuberculosis. Digging deep in the soul of humanity. *Respir Med* 2016;**119**:20-2. doi:10.1016/j.rmed.2016.08.009.
  24. Murray EJ, Bond VA, Marais BJ, Godfrey-Faussett P, Ayles HM, Beyers N. High levels of vulnerability and anticipated stigma reduce the impetus for tuberculosis diagnosis in Cape Town, South Africa. *Health Policy Plan* 2013;**28**:410-8. doi:10.1093/heapol/czs072.
  25. Chowdhury MR, Rahman MS, Mondal MN, Sayem A, Billah B. Social impact of stigma regarding tuberculosis hindering adherence to treatment: a cross sectional study involving tuberculosis patients in Rajshahi City Bangladesh. *Jpn J Infect Dis* 2015;**68**:461-6. doi:10.7883/yoken.JJID.2014.522.
  26. Shiotani R, Hennink M. Socio-cultural influences on adherence to tuberculosis treatment in rural India. *Glob Public Health* 2014;**9**:1239-51. doi:10.1080/17441692.2014.953562.
  27. Crispim JD, Touso MM, Yamamura M, et al. Cultural adaptation of the Tuberculosis-related stigma scale to Brazil. *Cien Saude Colet* 2016;**21**:2233-42. doi:10.1590/1413-81232015217.10582015.
  28. 吳秀照：台中縣身心障礙者就業需求：排除社會障礙的就業政策探討。社會政策與社會工作學刊 2007；11：149-98。doi:10.6785/SPSW.200712.0148。  
Wu SC. An analysis of employment needs of the people with disabilities in Taichung County (Taiwan) and its policy implications. *Soc Policy Soc Work* 2007;**11**:149-98. doi:10.6785/SPSW.200712.0148. [In Chinese: English abstract]
  29. 王雲東、楊培珊、黃竹萱：台灣地區年長榮民生活照顧與婚姻狀況的研究—社會排除觀點的初探。東吳社會工作學報 2007；(17)：33-64。  
Wang YT, Yang PS, Huang CH. Care for daily lives and marriage situation for the elderly veterans in Taiwan - a preliminary examination of social exclusion. *Soochow J Soc Work* 2007;(17):33-64. [In Chinese: English abstract]
  30. 余佩瑩、馬財專：台中市聽覺機能障礙者就業困境之研究。社會分析 2013；(7)：73-120。doi:10.3966/221866892013080007003。  
Yu PY, Ma TC. The investigation of the employment obstacles in hearing disability labors in the Taichung City. *Social Analysis* 2013;(7):73-120. doi:10.3966/221866892013080007003. [In Chinese: English abstract]
  31. 范麗娟、陳翠臻、莊曉霞：真正的弱勢—偏鄉地區原住民老人之需求探討。研究台灣 2013；(8)：80-99。  
Fan LC, Chen TC, Chuang HH. The truly disadvantaged-indigenous elderly living in remote areas. *J Taiwan Studies* 2013;(8):80-99. [In Chinese: English abstract]
  32. 呂宗學、陳端容、江東亮：釐清健康不平等相關名詞。台灣衛誌 2015；34：115-8。doi:10.6288/TJPH201534104013。  
Lu TH, Chen DR, Chiang TL. Clarifying health inequality-related terms. *Taiwan J Public Health* 2015;**34**:115-8. doi:10.6288/TJPH201534104013. [In Chinese]
  33. 林秀娟：族群、性別與健康不平等。醫療品質雜誌 2010；4：4-9。  
Lin SJ. Ethnic, gender and health inequalities. *J Healthcare Qual* 2010;**4**:4-9. [In Chinese]
  34. WHO. Key concepts. Available at: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/). Accessed September 26, 2017.
  35. 曾敏傑：社會階級與健康不平等的因素探索。社會政策與社會工作學刊 2005；9：25-76。doi:10.6785/SPSW.200506.0025。  
Tseng MC. Social classes and the process of health inequality. *Soc Policy Soc Work* 2005;**9**:25-76. doi:10.6785/SPSW.200506.0025. [In Chinese: English abstract]
  36. Leininger M, McFarland MR. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practices*. 3rd ed., New York, NY: McGraw-Hill Education, 1976; 4-5.
  37. Richardson S, Williams T. Why is cultural safety essential in health care? *Med Law* 2007;**26**:699-707.

38. 蔡友月：達悟族的精神失序：現代性、變遷與受苦的社會根源。台北：聯經，2009：318-28。  
Tsai YY. Mental Disorders in Tao: The Social Causes of Modernity, Vicissitude and Suffering. Taipei: Linking Publishing, 2009; 318-28. [In Chinese]
39. Mol A. The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice. London & New York: Routledge, 2008.
40. Burchum JL. Cultural competence: an evolutionary perspective. Nurs Forum 2002;**37**:5-15. doi:10.1111/j.1744-6198.2002.tb01287.x.
41. Suh EE. The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis. J Transcult Nurs 2004;**15**:93-102. doi:10.1177/1043659603262488.
42. 王玉媚、韓錦樺、黃美智：通譯員－搭起醫護人員與外籍病患溝通的橋樑。護理雜誌 2007；**54**：73-7。doi:10.6224/JN.54.4.73。  
Wang YM, Han CH, Huang MC. The interpreter: crossing communication barriers between healthcare providers and international patients. J Nurs 2007;**54**:73-7. doi:10.6224/JN.54.4.73.
43. Ahmed R, Bowen J, O'Donnell W. Cultural competence and language interpreter services in Minnesota: results of a needs assessment survey administered to physician members of the Minnesota Medical Association. Minn Med 2004;**87**:40-2.
44. Laws MB, Heckscher R, Mayo SJ, Li W, Wilson IB. A new method for evaluating the quality of medical interpretation. Med Care 2004;**42**:71-80. doi:10.1097/01.mlr.0000102366.85182.47.
45. Flores G, Laws MB, Mayo SJ, et al. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. Pediatrics 2003;**111**:6-14. doi:10.1542/peds.111.1.6.
46. 衛生福利部疾病管制署：網站資料。https://monitor.cdc.gov.tw/stoptb/CareMagChart.aspx。引用 2017/07/03。  
Centers for Disease Control, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). Website information. Available at: https://monitor.cdc.gov.tw/stoptb/CareMagChart.aspx. Accessed July 3, 2017. [In Chinese]
47. 廖毓甄：1950-1960年代的台灣結核病分類與實作。新竹：國立清華大學歷史研究所碩士論文，2010。  
Liao YC. Classification and treatment of tuberculosis in Taiwan in the 1950s and 1960s [Dissertation]. Hsinchu: Institute of History, National Tsing Hua University, 2010. [In Chinese]
48. 李昀蔚：異國的勞動身體－桃園地區製造業菲籍女性勞工的健康觀及醫療資源使用之研究。桃園：元智大學資訊社會學研究所碩士論文，2007。  
Lee YW. Body of foreign labor - a study on the health view of Philippine female worker in the manufacturing industry of Taoyuan district and a study on the use of medical resource [Dissertation]. Taoyuan: Department of Information Management, Yuan Ze University, 2007. [In Chinese: English abstract]
49. 蔡文正、陳綾穗、龔佩珍：外籍勞工是否延誤就醫及其相關因素之研究。公共衛生 2001；**28**：109-21。  
Tsai WC, Chen LS, Kung PT. Factors associated with delay to visit physician among the foreign laborers in Taiwan. Publ Health Q 2001;**28**:109-21. [In Chinese: English abstract]
50. 吳麗珠、冷偉緒、顏哲傑：2008-2012年外籍勞工健康檢查概況。疫情報導 2014；**30**：20-8。  
Wu LJ, Leng WH, Yen JJ. An overview of the health examination of foreign laborers in Taiwan between 2008 and 2012. Taiwan Epidemiol Bull 2014;**30**:20-8.
51. Nursing Council of New Zealand. Guidelines for Cultural Safety, the Treaty of Waitangi and Maori Health in Nursing Education and Practice. Wellington, NZ: Nursing Council of New Zealand, 2011
52. 尤素芬、鄭惠珠：移工健康服務之行動研究：iACT－楠梓移工健康協作網絡發展之經驗分析。社會政策與社會工作學刊 2011；**15**：1-38。doi:10.6785/SPSW.201112.0003。  
You SF, Cheng HC. Health services and network coordination for migrant workers: action research on the iACT Health Consultation Outreach Project in Nanzi. Soc Policy Soc Work 2011;**15**:1-38. doi:10.6785/SPSW.201112.0003. [In Chinese: English abstract]

## 附錄：

### 半結構的訪談大綱

1. 詢問受訪移工來台工作過程中，過去所有與體檢相關的經歷
2. 得知此次體檢異常（罹患結核病）的發生過程，以及獲知訊息後的心理感受為何？
3. 在目前進行確診的檢查過程中，面臨哪些問題及哪些考量？是否獲得哪些協助機制？
4. （對面臨即將被遣返的移工）詢問移工對於被遣返之看法？對返回母國後就醫可能性及方便性是否知悉？
5. 對於治癒後再度聘用之可能性及途徑是否知悉

## The treatment experience and empowerment of migrant workers with tuberculosis in Taiwan's medical care system

YU-HUI HUANG<sup>1,2</sup>, WEI-HSIAN CHI<sup>3,\*</sup>

**Objectives:** This study investigated the medical treatment of migrant workers with tuberculosis. The aim was to determine if this vulnerable group still had barriers in accessing medical care resources. **Methods:** Adopting a qualitative research design, this study used purposive sampling to conduct in-depth interviews with nine migrant workers infected with tuberculosis and one tuberculosis case manager. Data collected from these interviews and participant observation were analyzed qualitatively. **Results:** Four factors were found to influence the migrant workers' access to medical resources: constraints of current related policies, cultural and communicative barriers, job mediators' and employers' lack of medical knowledge, and the tactics of medical personnel. **Conclusions:** This study recommended that (1) related government departments propose projects to empower medical personnel and improve their cultural competence; (2) hospitals cooperate with civil organizations to provide different resources to solve the health problem of migrant workers; (3) the government reinforce cross-departmental communication to create a better medical treatment environment for migrant workers. (*Taiwan J Public Health*. 2018;37(1):63-76)

**Key Words:** tuberculosis, migrant workers, quarantine, health inequality, empowerment in medical care

---

<sup>1</sup> Infection Control, Ditmanson Medical Foundation Chia-Yi Christian Hospital, Chiayi, Taiwan, R.O.C.

<sup>2</sup> Department of Applied Sociology & Institute of Sociology, Nanhua University, Chiayi, Taiwan, R.O.C.

<sup>3</sup> Institute of Sociology, Academia Sinica, No. 128, Sec. 2, Academia Rd., Nankang Dist., Taipei, Taiwan, R.O.C.

\* Correspondence author. E-mail: whchi@gate.sinica.edu.tw

Received: Jul 3, 2017 Accepted: Dec 29, 2017

DOI:10.6288/TJPH.201802\_37(1).106065