

我國醫事人員臨床跨文化敏感度指引之研究

新住民發展基金補助研究計畫期末報告

中華民國 112 年 12 月

(本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本機關意見)

我國醫事人員臨床跨文化敏感度指引之研究

接受補助單位：台北醫學大學

研究主持人：護理系/郭淑芬副教授

協同主持人：台北醫學大學/曾頌惠教務長

市立萬芳醫院/粟發滿教學副院長

部立雙和醫院/劉如濟教學副院長

研究助理：護理系／葉亭廷專任研究助理

新住民發展基金補助研究計畫期末報告

中華民國 112 年 12 月

（本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本機關意見）

著作權授權書

茲同意授權內政部將本研究成果「我國醫事人員臨床跨文化敏感度指引之研究」，進行典藏與無償再製利用，並得無限時間、地域與次數，以紙本或數位方式發行和出版，或進行數位化典藏、重製、透過網路傳輸，進行公開散布，提供讀者基於個人非營利性質之線上檢索、瀏覽、下載或列印，以利學術資訊交流。

立授權書：
機關(團體)：

臺北醫學大學

(請蓋章)

負責人：

林建煌校長

(請蓋章)

地址：

110 台北市吳興街250號

電話：

02-27361661

中 華 民 國 1 1 2 年 1 月 1 日



目次

第一章 緒 論	1
第一節 研究緣起與背景	1
壹、 研究緣起	1
貳、 研究背景	1
第二節 研究目的與問題	3
壹、 研究目的	3
貳、 研究問題	3
第三節 名詞解釋	5
壹、 我國醫事人員	5
貳、 感受新住民就醫困境	5
參、 跨文化敏感度(Intercultural Sensitivity)	6
第四節 研究範圍與限制	7
壹、 研究範圍	7
貳、 研究限制	7
第二章 文獻探討	9
第一節 新住民就醫困境	9
壹、 移民者的就醫困境	9
貳、 印尼文化背景經驗	10
參、 越南文化背景經驗	12
第二節 醫事人員理解的跨文化就醫困境	14
壹、 醫事人員的跨文化教育	14
貳、 醫事人員感受的新住民就醫困境	18
第三節 醫事人員跨文化敏感度	21
壹、 跨文化敏感度的應用	21
貳、 醫事人員跨文化敏感度	25
第三章 研究方法與設計	33
第一節 研究設計與架構	33
壹、 研究設計	33
貳、 研究架構	33
第二節 研究對象及收案流程	35
壹、 研究對象	35
貳、 研究場所及收案流程	37
第三節 研究工具及信效度檢定	41
壹、 研究工具	41
貳、 信效度檢定	46

第四節 資料處理與統計分析	48
壹、 質性研究	48
貳、 量性研究	48
第五節 研究倫理考量	50
第四章 研究結果	51
第一節 新住民就醫困境經驗	51
壹、 語言層級分析	53
貳、 文化層級分析	63
參、 習慣層級分析	74
第二節 醫事人員感受新住民就醫困境及文化敏感度	77
壹、 人口學統計資料之描述性統計	77
貳、 我國醫事人員感受新住民就醫困境之描述性分析	82
參、 我國醫事人員文化敏感度之描述性分析	84
肆、 我國醫事人員個人基本資料、跨文化敏感度與感受新住民就醫困境之差異性分析	86
第五章 結論與建議	91
第一節 結論	91
壹、 新住民就醫困境的內涵及問卷建立	91
貳、 我國醫事人員個人基本資料、感受新住民就醫困境及跨文化敏感度之相關性	94
參、 我國醫事人員感受新住民就醫困境及跨文化敏感度之相關指引及因應對策	96
肆、 研究限制	99
第二節 建議	100
壹、 建議一、立即可行之建議	100
貳、 建議二、立即可行之建議	101
參、 建議三、中長期性建議	101
肆、 建議四、中長期性建議	102
第六章 附錄	104
第一節 附錄一 IRB 核准函	104
第二節 附錄二 成大 IRB 核准函	105
第三節 附錄三 受訪者同意書	106
第四節 附錄四研究工具使用授權同意書	109
第五節 附錄五訪談指引	110
第六節 附錄六 醫事人員跨文化敏感度及感受新住民就醫困境之研究問卷	112
第七節 附錄七問卷效度評定之專家	126
第八節 附錄八計畫案經費支出明細(113/01/11)	127
第七章 參考文獻	128

表次

表 三-1 各院員工人數.....	36
表 三-2 跨文化敏感度量表的組成構面及對應題項.....	42
表 四-1 新住民受訪者背景資訊.....	52
表 四-2 醫療人員受訪者背景資訊.....	52
表 四-3 人口學變項資料(n=192).....	79
表 四-4 我國醫事人員感受新住民就醫困境題目之描述性分析(n=192)..	83
表 四-5 我國醫事人員文化敏感度之描述性分析(n=192).....	85
表 四-6 我國醫事人員個人基本資料、感受新住民就醫困境及跨文化敏 感度之差異性檢定(n=192).....	87
表 五-1 感受新住民就醫困境概念架構表.....	93

圖次

圖 三-1 我國醫事人員跨文化敏感度研究架構.....	34
圖 三-2 研究流程	40

摘 要

一、研究緣起

全球 2020 年有 2.81 億國際移民，移民佔世界人口總數的 3.6%，而大部分的移民者都會面臨到就醫的障礙，如在新移民國家，移民者要獲得初級保健服務的困難。移民者相較於當地人要接近醫療保健服務，顯得較為困難，特別是無法充分利用專業醫院環境。一項研究顯示護理師和助產師的跨文化敏感性與工作滿意度之間存在顯著正相關關係；且女性、51 歲以上的助產士和護士及從事外科工作的人員的工作滿意度較高。代表在移民存在的醫療環境下，醫事人員的跨文化敏感性關乎於工作上的滿意度，將可促進醫療保健服務的成效。

二、研究方法及過程

本研究屬於一年期計劃，主要是採橫段式的調查法，分為二個部份：第一部份會先進行以雙北地區醫院有外籍病患照護經驗的臨床醫事人員及有陪伴家人住院經驗之不同國籍新住民為對象質性訪談，完成調查工具擬定及了解醫事人員感受新住民就醫困境之現況；第二部份的調查，母群體為雙北地區 3 家醫院及成大醫院之西醫師、護理師、醫檢師、放射師，約為 8,581 位醫事人員，本調查基於醫院的特性不同的醫事人員為調查對象，依人數比例分別進行 192 份的問卷調查，最後此資料的代表性為雙北地區 3 家醫院及成大醫院母群體的 2.2%。問卷內容包含個人基本資料、跨文化敏感度、感受新住民就醫困境、文化照顧能力等四部份。結果的分析包含雙北地區 2 縣市醫

院 30 位臨床醫事人員及有陪伴家人住院經驗之不同國籍新住民之就醫困境的質性訪談，以語言、文化及習慣層級之資料完成醫事人員感受新住民就醫困境問卷；量性資料以 192 位個案進行分析，包含我國醫事人員個人基本資料、跨文化敏感度、及感受新住民就醫困境之相關資料。

三、重要發現

本研究的結果，將完成 3 項研究重點：了解我國臨床醫事人員對新住民之語言、文化及習慣是否具多元文化敏感度；了解不同國籍新住民就醫現況與困境；研擬我國醫事人員臨床跨文化敏感度指引或相關建議。顯示關於感受新住民就醫困境部分，在人口學特性部分項目上是有統計上顯著意義，包含年齡類別、第二語言熟悉程度(本土，包含大陸港澳)、過去國外旅遊經驗/平均每年、是否有外籍朋友(非本土語言)、曾經使用翻譯軟體的頻率，例如 Google 翻譯，ChatGPT，或其他翻譯 App 等」等。關於跨文化敏感度部分，在人口學特性部分項目上是有統計上顯著意義，包含性別、婚姻狀況、第二語言(本土，包含大陸港澳)、第二語言熟悉程度(本土，包含大陸港澳)、第二語言(非本土)、第二語言熟悉程度(非本土)、過去國外旅遊經驗/平均每年、是否有外籍朋友(非本土語言)、與來自其他國家和文化的外籍朋友(非本土語言)接觸的頻率/平均每個月等。

結論是醫事人員能夠使用本土語言，雙語通譯熟練(口語文字均可運用)者較可以感受新住民就醫困境程度，此為跨文化的基礎；總是經常使用翻譯軟體者，感受新住民就醫困境程度較高，代表 3C 翻譯軟體使用的教學對於醫事人員面對新住民照護的語言障礙是有幫助的，同時也可以輔助醫事人員覺得：新住民會希

望有懂其母語、文化的通譯人員協助進行醫療通譯的感受，以目前醫療單位無法做到都有各種語言翻譯人員進行語言的翻譯之現況，如果醫療人員能夠使用 3C 翻譯軟體，以單位公用的平板進行(此平板為目前相關醫療同意書簽屬使用的工具)。目前的醫事人員在跨文化敏感度上面的互動信心較低，這代表跟不同文化的人談話很困難、無法隨心所欲地與不同文化背景的人互動、與不同文化的人互動時，不知道要和對方說些什麼，這些都是代表跨文化的經驗跟環境的不足，未來透過在職教育或是公益短影片的閱覽進行是可行的。此外能夠使用本土其他語言或是非本土語言使用者，雙語通譯熟練(口語文字均可運用)者跨文化敏感度較佳，此代表多語言習慣是跨文化敏感度的基礎，可以在臨床上進行相關語言的活潑方案，促進醫事人員對語言的習慣跟理解。國外旅遊經驗跟與外籍朋友接觸的頻率高，有助於跨文化敏感度程度。

四、主要建議事項

根據研究發現，本研究針對行政檢查業務委託民間辦理處理的法制化，提出下列具體建議。以下分別從立即可行建議及中長期建議加以列舉。

建議一、立即可行之建議

建議主題： 醫院環境建立多語言醫療相關資訊及衛教版本

主辦機關： 移民署、衛生福利部醫事司、教育部

協辦機關： 各地方醫療院所、大專院校

本研究分析新住民在醫療場域可能產生的障礙包含新住民通常沒有醫療翻譯資料輔助；甚至對醫療重點的不了解。因此建議，要讓新住民明白得接受治療的相關醫療資訊及照護衛教內容，需要臨床醫院可以提供多元的醫療相關資訊及衛教版本。延續我國衛福部國民健康署已於該網站建置完善的新住民外籍人士健保就醫權益手冊，並編撰中文、英文、泰文、日文、印尼文、越文及西班牙文等七國語言)可無償讓醫院使用。

接著可以執行的是：1.其他相關醫療資訊，因為與醫療專業用相關，可以跟移民署等有建置醫療專業用語詞彙的單位合作，檢核相關醫療資訊用詞的正確性；2.而放射科、醫檢科、復健室等地方需要建置流程圖及注意事項，以上所有不同流程跟注意事項接放置於新住民在該單位可以使用手機掃描的地方；3.當然必須有志工教導如何掃描，及開啟醫院的免費 wifi，如果需要留下來閱讀，如何下在或是截圖；4.有鑑於普通醫院的志工年紀稍長，建議結合大學生的服務課程，讓大學生來教導手機的使用。

建議二、立即可行之建議

建議主題：確定醫事人員學習課程中，是否有多元文化照顧課程的內涵；並鼓勵醫院及學校建立體驗式教學的多元文化照顧課程。

主辦機關：教育部

協辦機關：各地方醫療院所、大學院校、內政部移民署

新住民在台灣都有住院及門診的經驗，表示知道醫護人員很忙，沒有空說明；或是知道醫事人員講解的內容比較簡短；醫事人員也認為新住民不會挑剔治療，像是 30 年前的病人一樣，如此差異大的現況，無法促進醫事人員與新住民的互動，也無法增進新住民健康成效；因此要確定醫事人員學習課程中，是否有多元文化照顧課程的內涵，如果課程不足，可以鼓勵醫院及學校建立體驗式教學的多元文化照顧課程，來增進醫事人員與新住民正向互動的習慣。

接著可以執行的是：1.教育部應該去了解各醫學科系是否有足夠的課程，含有多元文化照顧內涵，同時配合內政部移民署相關政策的導入；2.鼓勵大專院校充實多元文化照顧內涵課程，建立優良的數位課程，可供醫院在職進修使用；3.各地方醫療院所要透過實體課程、AR、VR的體驗式活動，增加醫事人員與新住民正向互動的能力。

建議三、中長期性建議

建議主題：確認醫院網站有多語言的選項，可以讓新住民是看著網頁訊息，而來就醫。

主辦機關：移民署、衛生福利部醫事司

協辦機關：各地方衛生局及醫療院所

研究顯示目前新住民對於健康涉略是相當不足的，此乃源自政府既有健康資訊傳遞管道與新住民所獲的主要健康訊息管道多不一致，目前移民署的新住民培力發展資訊網有下拉式語言選單，新北市國際教育資訊網有下拉式語言選單，部分協會或基金會都建置有下拉式語言選單。

接著可以執行的是：移民署、衛生福利部醫事司可以提案，協助所有衛生局及醫院等網頁都可以有下拉式語言選單，讓所有醫院的就醫流程、科別等訊息有效傳達至新住民，促進新住民醫療使用的便利性。

建議四、中長期性建議

建議主題：確認醫事人員運用 3C 翻譯軟體的能力

主辦機關：衛生福利部醫事司、科技部

協辦機關：各地方醫療院所

研究顯示總是經常使用翻譯軟體的醫事人員感受新住民就醫困境程度較高，代表以單位的工具，進行關鍵醫療字詞的溝通是可行的。

接著可以執行的是：衛生福利部醫事司應該提案，鼓勵無法做到都有各種語言翻譯人員進行語言的翻譯之各地方醫療院所，進行在職教育，以單位公用的平板進行(此平板為目前相關醫療同意書簽屬使用的工具) 翻譯軟體使用，包含 Google 翻譯，ChatGPT，或其他翻譯 App 等，並評估成效。

建議科技部鼓勵相關產學合作計畫，測試 AI 手機在醫療場域的成效，此將有效解決完全不會中文的新住民或是外國人到醫院就醫的困境，但是需

要透過科技部釋放產學合作計畫，讓臨床工作人員可以實際使用手機的通話即時翻譯功能，幫助溝通的順暢，屆時每個單位僅需要 2 支 Galaxy S24 手機及門號，使用醫院網路，就可以跨國溝通，但是需要驗證醫療專有名詞的正確性，以確保病人安全。

第一章 緒 論

第一節 研究緣起與背景

壹、研究緣起

全球 2020 年有 2.81 億國際移民，移民佔世界人口總數的 3.6% (IOM, 2022)，而大部分的移民者都會面臨到就醫的障礙，如在新移民國家，移民者要獲得初級保健服務的困難(Chu et al., 2019a; Pavli & Maltezos, 2017)。移民者相較於當地人要接近醫療保健服務，顯得較為困難，特別是無法充分利用專業醫院環境，例如重症監護室護理單位等(Sarria-Santamera & Gimeno-Feliu, 2016; Schilling et al., 2017)。如果移民者要獲得較平等的服務，需要降低此就醫的障礙，特別是醫療人員的跨文化溝通能力，因為各種移民的原因，不同的文化需要共同生活或互動，這是不斷變化的世界所要求的(Egelioglu Cetisli et al., 2016)。一項研究顯示護理師和助產師的跨文化敏感性與工作滿意度之間存在顯著正相關關係；且女性、51 歲以上的助產士和護士及從事外科工作的人員的工作滿意度較高(Can, Dalcali, & Durgun, 2022)。代表在移民存在的醫療環境下，醫事人員的跨文化敏感性關乎於工作上的滿意度，將可促進醫療保健服務的成效。

貳、研究背景

台灣截至 2023 年 7 月累計有婚姻移民 586,538 人（佔總數的 2.55%）中國籍有 64.85%；越南籍有 19.61%；印尼籍有 5.39%(移民署, 2023)，這些移民者都會

經歷生產，照顧孩子及家人，而有醫療保健服務的需求及使用，此外依據勞動部勞動力發展署 112 年產業及社福外籍勞工人數報告顯示，112 年 7 月移工人數 742,394 人，以印尼籍 261,779 人(占 35.26%)最多，越南籍 259,576 人(占 34.96%)次之(內政部勞動部，2023)，可見醫事人員需要服務的跨文化個案仍然是多的。

文獻顯示針對醫療保健專業人員進行文化敏感性持續培訓的必要性(Besey & Sibel, 2021; Gaitani, Notara, Koutsouradi, Sakellari, & Lagiou, 2021)。基於在台灣的外國籍人民粗估將近 121 萬，還有外籍學生或是外籍短期工作者，同樣需要使用全民健保的資源，因此醫事人員的跨文化敏感性研究是有其重要性。

第二節 研究目的與問題

壹、研究目的

本計畫包含 3 項研究目的：

- 一、了解不同國籍新住民就醫困境的內涵，以建立醫事人員感受新住民就醫困境的問卷。
- 二、探討我國醫事人員個人基本資料、跨文化敏感度、及感受新住民就醫困境之相關性。
- 三、探討我國醫事人員跨文化敏感度及感受新住民就醫困境之相關指引及因應對策。

貳、研究問題

依據研究目的，提出下列待回答問題：

- 1-1 我國醫事人員感受新住民就醫困境的內涵為何？
- 1-2 我國醫事人員感受新住民就醫困境量表內涵為何？
- 2-1 我國醫事人員跨文化敏感度之現況為何？
- 2-2 我國醫事人員感受新住民就醫困境之現況為何？
- 2-3 我國醫事人員個人基本資料、跨文化敏感度與感受新住民就醫困境之相關關係為何？
- 3-1 我國醫事人員跨文化敏感度指引之相關指引及因應對策？

3-2 我國醫事人員感受新住民就醫困境之相關指引及因應對策？

第三節 名詞解釋

壹、我國醫事人員

醫事人員以目前具證照之執業人員為主，服務場域包含醫院、社區健康中心、安養機構等。本研究以醫院為主要的收案來源，並以跟個案接觸較多的醫師及護理師為對象；此外近期 covid-19 疫情期間，醫事檢驗相關人員，如醫檢師、放射師等也是跟個案接觸較多的醫事人員，上述皆為本研究收案對象。

貳、感受新住民就醫困境

定義為醫事人員對新住民之語言、文化及習慣所導致的就醫困境是否具多元文化敏感度；意思是醫事人員感受到跨文化病患所面臨就醫困境的敏感程度。文獻上顯示移民者因為跨文化適應上的障礙，存在著醫療資源使用上的困難，往往導致取得醫療保健的障礙(barriers to healthcare access)；根據新住民生活需求調查報告提出新住民在台對醫療服務的困擾及需求項目，包含提供幼兒健康、檢查提供傳染病、疾病的知識、協助就醫時的溝通等(內政部移民署, 2019)，顯示新住民的就醫困境需要在醫療場域被醫事人員處理到。本研究以醫事人員感受新住民就醫困境為主，包含能理解新住民就醫障礙的程度；及自己覺得可以在語言、文化及習慣上促進新住民就醫便利的程度，共 2 個部分。

參、跨文化敏感度(Intercultural Sensitivity)

定義為醫事人員在理解、解釋、接受和欣賞文化差異時對自己產生積極感覺的能力；即作為一個人，發展積極情緒以理解和欣賞文化差異的能力，這種文化差異促進了跨文化交流中適當和有效的行為(Chen & Starosta, 2000)，包含 5 個構面：互動參與度(Interaction Engagement)、文化差異認同感(Respect for Cultural Differences)、互動信心(Interaction Confidence)、互動愉悅感(Interaction Enjoyment)、互動關注度(Interaction Attentiveness)。

第四節 研究範圍與限制

壹、研究範圍

本研究以醫院場域的醫事人員及有陪伴家人住院經驗之不同國籍新住民為主，結果無法推論到社區、安養中心、日照中心之醫療人員。

貳、研究限制

一、問卷調查

樣本含跨 3 個縣市醫院，採實體問卷填答，礙於目前仍為 covid-19 疫情之下，對於願意填問卷但是有理解上疑問的個案，研究者仍需要定時到各醫院做部分個案的問卷訪談，可能會有進出醫院的疑慮或規定。但是如果可以在過程當中，適當的管理，所得資料仍然具有代表性。

二、費用與人力

個案的量與所支付的費用成正相關，研究設計所設定的 192 位個案，主要是為了確保結果討論時能夠具代表性，如醫事人員個人基本資料的差異，接下來才能在政策的制定上做多元的考量。

三、研究對象

目前雙北的新住民人數占 30.78%，足以做為本研究主題的討論。本研究以有接觸跨文化個案的醫事人員為主，可以做為醫事人員個人基本資料在跨文化敏感

度、及感受新住民就醫困境上的差異比較，做為推廣我國醫事人員臨床跨文化敏感度指引的政策及感受新住民就醫困境之相關因應對策參考。基於一年期間收案量的考量，雙北地區 2 縣市醫院及成大醫院的立意取樣資料僅代表此母群體或許無法推估到整個國家醫事人員的跨文化敏感度、及感受新住民就醫困境的相關因素分析。但是依據文獻上各項因素的討論，已經含蓋可探討的最大差異性，足以完成研究目的一跟二的討論，提供政策上的討論。

針對研究目的三、探討我國醫事人員跨文化敏感度及感受新住民就醫困境之相關指引及因應對策，本研究也會訪談有就醫經驗或有陪伴家人住院經驗之不同國籍新住民之就醫困境以作為跨文化敏感度指引及新住民就醫困境之相關指引及因應對策的建議。

第二章 文獻探討

第一節 新住民就醫困境

壹、移民者的就醫困境

文獻指出新住民的醫療服務使用困境，以資訊來源少、就醫自主性及看診便利性不足為最主要(Andersen, 1995)，新住民來到臺後，需要自主地做出醫療選擇，往往要依賴伴侶提供醫療資訊，同時向伴侶和同鄉蒐集資訊，顯見得到好的醫療服務是需要較多的資源(Ivanov, Hu, & Leak, 2010)。此皆因為新住民族群的語言關係、人生地不熟、對於新環境的醫療知識不熟悉，導致害怕溝通或被醫護人員歧視等問題。

新住民在台的醫療使用狀況跟自身的背景有關，而好的醫療照顧政策，需要考慮服務端跟被服務端，近年來新住民的就醫困境已經有較多的討論，如促進翻譯協助或詮釋醫療需求差異，增強健康照顧服務綜合多元性、合作性和經濟合宜的服務(World Health Organization, 2011)。

據新住民發展基金補助 105 年報告指出，新住民在臺人口僅佔 2.21%³（新住民人口 542,312 / 全國人口 23,526,295）。因此醫療流程的瞭解和醫療資訊的獲得，對於新住民自己與其家人的健康維護有著密切的關係。如果新住民能夠多瞭解本地的醫療體系，則對新住民自己與未來國民健康有所助益。根據國外研究所述，

新住民因為社會和跨人際孤立、語言障礙、文化衝突和缺乏支持系統，更難以得到健康資訊和資源(Lipson, 1992)。

政府因應新住民的醫療需求，各縣市政府都有醫療通譯服務的建置，並常規性的進行衛生醫療外語通譯服務人員培訓簡章，如台北市政府所屬的十二區健康服務中心，皆提供越南語、印尼語、泰語、英語之衛生醫療通譯服務(台北市政府衛生局，2015)。而新住民就醫也仰賴家人的陪伴，醫護人員表示，「遇過新住民的患者。通常患者都會有家人陪同來就醫，自行就醫的狀況較少.....會擔心患者聽不懂，所以醫師有問題時，都會問陪同就醫者，由患者家人來回答」，如此現象皆顯示新住民就醫上接受到的醫療服務較少有具文化敏感度感受(鄭、王、賴，2016)。

貳、印尼文化背景經驗

印度尼西亞是世界上人口最稠密的國家之一，由 33 個省組成，擁有許多不同的文化、宗教和種族群，因此對健康有許多不同的看法。印度尼西亞環境和人口的多樣性對有效提供衛生服務提出了巨大挑戰(Fahlevi, 2014)。印尼衛生保健系統由兩個部門組成：公共（或國家）和私營部門。政府資助印度尼西亞各地的公立醫院和診所，即初級健保診所，私立醫院和診所由私營公司和個人組織經營(Organization, 2007)。公共系統提供不同級別有 1 級—3 級。1 級患者通常有一些健康保險，並獲得公共衛生系統可以提供的最大資源。2 級患者接受的服務水平較低，但仍需支付費用。第 3 級 類涵蓋最貧窮的人，他們可以享受免費醫療健保但獲得資源的機會很少。這個群體享受中央和地方政府的醫療健保卡

(Heywood & Harahap, 2009)。現時，印尼的大多數醫療服務都是基於傳統模式。護理人員希望患者遵守他們的訓示，遵守印尼社會規範。醫療健保提供者通常不會根據患者的個人偏好諮詢患者或提供服務。在社會互動方面，患者不希望他們的擔憂被優先考慮，或者他們將在與他們的服務提供相關的決策中有發言權。在印尼，醫療保健專業人員受到高度尊重，通常來自社會上層。醫生的職位比護士高。這種社會地位的差異可能成為醫療健保提供者和接受者之間的障礙。患者幾乎沒有機會與社會地位高於自己的醫生討論或諮詢。這種社會地位水準也影響到印尼的護理實踐，因為護士的社會地位低於其他衛生專業。(Shields & Hartati, 2003)。

據印尼健康研究報導，印尼民眾健康知識不熟悉，就醫行為率低。這與個人的內在因素有關。人們害怕醫生發現他們的病情很嚴重。比如得了癌症，需要來回去醫院、吃藥等。經濟聯繫也是阻礙印尼人去醫院的另一個因素。此外，距醫院的距離也是一個因素。印尼健康網站報導稱，印尼人很少去醫院做健康檢查。因為人的經歷不同，看了很多次醫生之後，也會有不同的體檢報告。這使得人們對醫生失去信任。此外，由於經濟關係，人們選擇傳統的治療方法。印尼人也有疾病自愈的觀念(Health, 2012)。

據印度尼西亞衛生部的說法，印尼民眾會使用傳統治療包括以下幾類：(1) pijaturut（按摩）、patahtulang（骨折）、sunat（割禮）、pijatrefleksi（反射性按摩）、akupresuris（穴位按摩師）、akupunturis（針灸師）、等；(2) 使用草藥的傳統治療師：jamu（通過從植物、動物、礦物等中提取成分來提供保健的人）、

gurah (通過從 sengguguh 樹的樹皮中提取溶液來提供保健以治療呼吸的人問題)、shinshe (中國治療師)、tabib (印度治療師)、順勢療法、使用從植物中提取的精油的芳香療法等；(3) 採用宗教方法的土著治療師；和(4) 具有超自然色彩的土著治療師：tenaga dalam 或 prana (生物能或內力)、使用第六感治療的超自然現象、靈氣大師 (日本生物能)、氣功 (中國生物能) 和克巴他南 (與通靈論有關) 等(Sujudi, 2003)。提供草藥的普及得益於印尼豐富多樣的土著藥用植物，包括 5000 種 (Chaudhury & Rafei, 2001)。

由於印尼醫療文化和台灣的差異，剛來台灣會對台灣醫療有所不了解和懷疑，例如：一位來自印尼新居民有一天生病了，發高燒到 39°C。印尼移工中介建議她去診所看病吃藥，但沒有效果。新住民服務中心的代表建議她去醫院看病，但她沒有去看病，因為她認為住院的費用會很貴。經不斷勸說，外勞到新北醫院檢查，發現身體有尿道發炎，白血球偏高。她拒絕了，因為她要住院治療。新入駐的服務人員耐心地向她解釋，只要有勞保和醫保，看病和住院的價格都不會貴。後來她明白並接受治療，除了照顧好自己的身體外，還能順利工作。他非常感謝新住民服務中心讓他體驗台灣的健康服務(Novarum., 2020)。因此，印尼新住民有自己可能的就醫和照護的文化判斷跟習慣需要被台灣的醫事人員所理解。

參、越南文化背景經驗

過往越南人民因家庭經濟困境透過跨國婚姻讓越南人民有機會在台工作。因此，於文化關係，離家人，語言溝通問題新住民對於在台身子生孩的情緒會受影響，並且各國身子生孩知識平均不同(Hoang,Nguyen,& Nguyen, 2018)。

越南新住民的醫療資訊管道來自於家人，家人若處於社會的弱勢族群，抑或是夫妻雙方處於不對等地位，對於相關資源知道較少，新住民則較無從得知相關的資訊，使得求助歷程坎坷，甚至處處碰壁。除了資源缺乏導致就醫不易外，Norredam 等學者也指出，新住民族群因為語言關係，導致害怕溝通或被醫護人員歧視，因此較少尋求醫療協助；另外加上新住民人生地不熟，對於新環境的醫療知識不熟悉，而造成醫療的利用率低(Norredam, Sorensen, Michaelsen, & Nielsen, 2004)。周、許、李與湯(2006)的研究發現如果能在就醫的流程中，可以給於清楚指示，甚至使用多種外國語言，則有助於降低新住民的就醫障礙(周、許、李、湯，2006)。

不同文化因有不同價值觀，對醫療的處置和疾病的詮釋也不一樣。照護品質是就醫選擇的因素之一(應、李、王，2012)。因此，越南新住民有自己可能的就醫和照護的文化判斷跟習慣需要被台灣的醫事人員所理解。

第二節 醫事人員理解的跨文化就醫困境

壹、醫事人員的跨文化教育

文化可以廣義地定義為“人類行為的綜合模式，包括語言、思想、交流、行動、習俗、信仰、假設、價值觀、推理和種族、民族、宗教或社會團體的制度”(Cross, Bazron, & Isaacs, 1989)。一項針對澳大利亞 447 名患者，其中 195 名白人患者和 252 名非白人患者的調查，結果顯示種族距離(ethnic distance)與醫生經驗(doctor expertise)之間的關係達統計上顯著差異($t=-3.47$, $p<0.001$)，且醫生經驗(doctor expertise)與整體醫療品質(overall health care quality)之間的關係達統計上顯著差異($t=18.61$, $p<0.001$)，此證明白種人和非白種人患者對其醫生與自己文化距離(cultural distance)的看法，影響所受到的整體醫療品質(Alizadeh & Chavan, 2020)，因此醫學教育和臨床在職教育的文化相關課程教育介入，就是很重要的 (Alizadeh & Chavan, 2020)。

關於醫事人員理解的跨文化就醫困境是有解決方法。像怡懋·蘇米，她是國立台中科技大學護理系暨碩士班副教授。她父親是漢人，母親是太魯閣族人。與父母住在花蓮縣國福里混居的生活環境，讓外貌輪廓較深邃的他，自小就感受到主流社會對原住民的差別對待(王，2022)，這件事啟發她在博士學術之路，推動原住民健康文化的起點。建立了社團法人臺灣跨文化健康照顧學會，英文名稱為 Taiwan Cross - Cultural Health Care Association，簡稱為

TCHCA。這學會成立目的為關懷臺灣全族群，包括原住民族、非原住民族、新住民等，致力於推展跨文化健康照顧學術研究，以全人觀點實踐個人、家庭及社區部落等照顧專業，將文化安全或文化照顧精神融入在健康促進、婦幼健康、成人照顧、長期照顧及族群研究倫理等相關範疇，提升專業人員的文化敏成度，並能掌握不同族群文化照顧下的知識與技能，促進多元族群人口之健康與權益，培育跨文化照顧人才，建立與國際相關領域團體之交流為宗旨。另外也創立了培訓「原住民族部落延緩失能種子教師」，讓文化照顧的理念可以傳承下去。怡懋·蘇米推動《原住民族健康法》立法協助原住民各族參與訂定符合文化及區域需求的健康服務計畫。以這文化照顧標準會關注到主人，語言，文化，甚至與價值，並持續培養具原住民族文化及敏銳度的公費醫師、護理師、藥師及醫師技術人員，優先配駐於原民族地區；推動原住民族傳統醫療知識復振(台灣跨文化健康照顧學會，2018)。

在於人力培訓很重要，不只是一要培養原住民的醫護人員了解文化敏感度，更重要要讓非原住民醫護人員了解原住民的需求。我們如何去提供照顧模式，如何達成主人要的需求，提供不同的衛教，甚至設計出一個跨文化醫事人員教育課程，可以成為我們對新住民及醫事人員感受移民敏感度一些參考。

在護理教育中，文化意識是具備文化能力的護理要件之一。文化意識也是理解自己文化特徵和價值觀的不可或缺的組成部分，這有助於理解他人的文化信仰、價值觀和行為（Kaihlanen, Hietapakka, & Heponiemi, 2019）。對自

己的信仰、價值觀、態度和實踐的文化意識被定義為文化知識之前必不可少的第一步(Brooksa, 2018)。因此，護理教育應包括支持學生文化意識的文化價值觀、行為、多樣性和規範。它還應該參與人際關係的發展，以獲得文化意識技能。在一項針對 20 位護理師進行之文化意識培訓的質性研究證明要改善跨文化交流的第一步是提高一個人的文化意識、自己的語言和非語言溝通方式；其次是認識到溝通差異是不可避免的，會發生在沉默、停頓、目光接觸、觸摸的被使用和解釋，或者訊息多麼清晰和直接的被表達，這些都可能是醫事人員在面對跨文化移民或背景病患所需要的文化意識(Kaihlanen, Hietapakka, & Heponiemi, 2019)。因此在跨文化護理教育課程中應該要融入文化素質，釐清培養護生應具有的文化能力內，提高護生文化意識，及對文化質素的認知和技能，將有助於未來跨文化護理教育活動和培訓內容的創設(Tosun, 2021)。

為了提升醫事人員的文化敏感度大專院校設置文化照護的課程(日，2015)。文化照護是一種具備文化察覺力、敏感性、知識及技巧/行為的專業健康照護能力。在同時要滿足個人、家庭及社區等文化相關的複雜健康照護需求而言，文化照護是非常重要的。它可以跨越文化障礙並進入個案生活脈絡與激發問題情境的一種健康照護(Meeuwesen, Harmsen, Bernsen, & Bruijnzeels, 2006)。文化照顧理論的反思，在於美國人口不斷有不同種族湧入。例如：波多黎各人口稠密的社區美洲原住民以及其他與主流美利堅合眾國不同的文化狀態，此不同的招募模式將影響不同種族的健康、疾病到臨終前的宗教信仰。對於跨文化的照顧問題將繼續存

在。瑪德琳的理論意識到現實的照顧問題，肇因於「無知」、「忽略」或「缺乏」相關教育等因素所造成的文化衝突。因此，文化照顧理論要表達是「文化敏感度」為未來讓專業回顧過去的照顧經驗，應融入被照顧者的文化素養(Betancourt, 2015)。

總之，Purnell 與 Campinha-Bacote 的研究認為護士必須意識到文化對健康的影響。個人的文化和種族賦予價值觀和信念，這些價值觀和信念構成了病人大部分行為、情感和生活方式的基礎。由於病人根深於對於健康與疾病，所信仰和習俗的文化規範。因此，所有醫療保健提供者皆已承認文化影響護理模式的理論基礎(Purnell, 2002)。

台灣醫事人員缺乏有關具有文化能力的護理和培訓的正規教育可能是限制他們提供符合文化的醫療保健服務能力的一個因素。雖然台灣很多大學和學院都提供護理教育，但只有少數大學和學院提供與文化關懷相關的教育和培訓作為本科或研究生課程的一部分。代表台灣醫學和護理學生的文化知識水平較低，需要採取介入措施來提高他們的文化能力水平。因此，醫療保健專業人員可能缺乏文化知識和技能。然而，台灣醫事人員的文化能力水平以及影響他們文化能力的因素尚未得到充分解決。更好地了解台灣護士的文化能力將有助於製定戰略，以改善、培養和促進為不同種族和文化的台灣人口提供具有文化能力的醫療服務。此外，更好地了解台灣護士的文化能力水平可為未來實施文化能力培訓或將此培訓納入護理課程提供指導，並表明需要文化方面的教育和實踐指南或規定合格的醫療保健。

在這項研究中，研究認為有了特定文化事實及訓練是這可以提高自己對不同文化的認知。此外，研究顯示與患者和醫護人員之間的溝通有關是個挑戰包括語言障礙、與訪客的問題、性別問題和疼痛解釋的差異。與了解患者在芬蘭醫療保健系統中的體驗相關的感知教育需求(Kaihlanen, Hietapakka, & Heponiemi, 2019)。

貳、醫事人員感受的新住民就醫困境

移民患者在進入新國家的醫療系統時面臨重大障礙 (Derose, Escarce, & Lurie, 2007)。醫事人員可能對文化問題了解不足。另一方面，移民和難民患者是具有多種文化的異質人群的成員(Dias, Gama, Cargaleiro, & Martins, 2012)。因此，對於醫事人員來說，解碼和引發包括偏見、刻板印象和/或迴避在內的行為可能具有挑戰性(Ahmed, Lee, Shommu, Rumana, & Turin, 2017; Derose et al., 2007)。此外，這些方面可能會影響專業行為和溝通，使其更具指導性，從而有效地限制共同決策。在這本論文，有說他們確定了與移民患者共同生產醫療的六個因素：1) 優先考慮組織內的聯合製作；2) 提供促進信任和耐心的安全環境；3) 使用患者理解的語言；4) 尊重患者的知識和優先權；5) 即興發揮知識和勇氣；6) 進行自我反省(Radl-Karimi et al., 2020)。

一項針對 37 名移民者的質性研究，發現新移民者對於醫療保健就醫的障礙，包含個人語言障礙、缺乏交通及醫療保健專業人員傳達健康信息的方式表示不滿；此外系統上的障礙，包含，缺乏兒童保健服務、缺乏預約、等待時間長、藥物的效力、預約花費的時間等系統性因素，將是讓新移民者擔心在需要時無法獲得適當的醫療保健(Pandey, Kamrul, Michaels, & McCarron,

2022)，因此對於醫療人員而言，如何傳達健康信息就是重要的議題，且與理解移民者的就醫困境，息息相關。

關於醫事人員跟移民的溝通互動的看法，在照顧移民患者時，醫生可能會遇到溝通障礙和相關挑戰。研究顯示醫生必須完成的三項重要任務：1) 建立融洽關係和信任度，2) 了解患者的問題，以及 3) 嘗試解決問題。這些任務受到缺乏共同語言的強烈影響(Bolton, 2002)。溝通不暢和不信任對患者和醫生之間共同決策有負面影響(Suurmond & Seeleman, 2006)。許多研究報告了醫生和患者之間的文化差異如何影響交流，也發現，具有文化挑戰性的諮詢對醫生來說變得困難和情緒化，有時會導致失敗感(Wachtler, Brorsson, & Troein, 2006)。

孫麗娟，2003 年在公共衛生護士執行外籍新娘家庭計劃管理之成效中也提到，面對新移民女性實務工作者也會遇到雙方語言溝通、文化等障礙，導致護理人員也不易了解她們真正的需求，造成實務工作者執行其業務的困境(李、蘇、許，2004)。

根據中華民國 105 年的研究報告新住民看診流程障礙因素有健康資訊來源缺乏、就醫不易、語言能力不足造成醫療的問題(鄭、王、賴，2016)。

總而言之，關於醫事人員跟移民的溝通互動的看法，在照顧移民患者時，醫生可能會遇到溝通障礙和相關挑戰(鄧，2023)，這些挑戰是多種多樣的，包括與患者接觸的不安全感、對患者的誤解、更直接的溝通、對共同決策的負面影響、更耗時的溝通、患者和醫生之間的感知權力距離等(Ahmed et

al., 2017)。而研究報告顯示瑞典醫生由於多元語言能力有限，他們不確定患者是否理解所傳達的內容，因此常常感到不安全。這項研究還指出，當患者和醫生說的語言不同時，誤解是一種常見的負面結果。然而，作者無法斷定誤解是由於語言障礙還是先前在多個醫療系統中的經驗(Akhavan & Karlsen, 2013)。有個研究報告說，由於與移民患者的溝通障礙，醫生認為移民患者的理解力有限。醫生傾向於提供更直接的建議而不是信息，並且經常為他們的移民患者做出決定，且醫生認為移民患者需要更多時間來解釋他們的擔憂(Meeuwesen, Harmsen, Bernsen, & Bruijnzeels, 2006)。相比之下，許多醫生都意識到文化可能會對溝通和行為產生影響。一項針對移民患者和醫療保健專業人員醫療期間互動的民族誌研究，發現移民患者和醫生描述了相似的問題，但他們對此的看法是不同的，因此，他們的互動常常存在不順利，甚至於影響移民病患的就醫與健康結果(Würth, Langewitz, Reiter-Theil, & Schuster, 2018)。故本研究的問卷題目可參考，如可能的促進方式，包含「我覺得如果新住民不了解我的說明時，我通常會盡力手勢表達」、「我覺得新住民有個距離感，我通常會增加解釋跟問問題」、「我覺得新住民通常會希望得到共同文化語言背景醫事人員的幫助」、「我覺得新住民就醫互動不順利，通常會影響新住民的健康結果」、「我覺得新住民沒有依約就醫，我通常會打電話再關心新住民」、「我覺得新住民通常會需要台灣家人陪伴才敢就醫」、「我覺得新住民對檢查會害怕，我通常會安慰新住民」。

第三節 醫事人員跨文化敏感度

壹、跨文化敏感度的應用

一、跨文化敏感度定義

跨文化敏感度被設定為一種態度(mindset)，即個人在跟不同文化背景者做跨文化溝通過程當中可以知道在行為、知覺、感受上的不同；Chen 與 Starosta 定義跨文化敏感度是個人可以發展出正向情緒在了解及讚許文化的差異，當面臨跨文化溝通時可以促進有合適跟有效的行為(Chen & Starosta, 2000)。前提是成功的跨文化溝通需要在跨文化的警覺上有足夠的能力，當學習文化的相似或是不同的過程是藉由跨文化敏感度的能力來促進及緩衝。所以跨文化敏感度包含，自尊(self-esteem)、自我掌控(self-monitoring)、開放心智(open-mindedness)、同理心(empathy)、互動投入(interaction involvement)、不評斷(non-judgment)。自尊代表在跨文化溝通的同時，可以建立自我價值及自我價值，及可以處理矛盾情境下的疏離、挫折及壓力感受；也因此個人可以發展出正向動機和情緒面對跨文化溝通的差異情境。自我掌控代表偵測情境上限制的能力，以調整及改變個人在溝通上即時行為，也部分相關於個人的社會化行為及個人的表達；通常在跨文化敏感度的高自我掌控者，可以展現更體貼、他人導向、更能敏銳的跟有文化差異的對方做表達，及更能夠使用情境的線索來做自我的表達。開放心智代表個人願意解釋自己及接受在跨文化互動中對方的說明，如此為內在化環境的概念，此環境是由

於個人對文化差異的投入而能敏感於跨文化溝通過程當中的多元形式與多元真實，最後也顯示出能夠考慮到他人，接受他人的需要及不相同，而能在跨文化溝通當中轉換情緒到行動當中。**同理心**代表進入到不同文化之某人的相似心智以發展出互動時相同的想法跟情緒，且會考慮到他人的感受跟反應、並精準的觀察對方的內在狀態，同時在跨文化的溝通中，能夠顯示情感的展現、積極地傾聽及了解，這些都代表更好的跨文化敏感度。**互動投入**代表個人互動的敏感度，包含3個概念：熱誠(responsiveness)、關注(attentiveness)、有洞察力的(perceptiveness)，都是要促進跨文化溝通中更加理解訊息及互相欣賞，而能夠處理語言溝通過程及維持合適的互動。**不評斷**代表有敏感性的個人允許自己誠摯地傾聽不同文化的對方，而不是在訊息不足的情況之下進入到總結，也代表個人可以與不同文化背景的个人互動並建立關係(Chen & Starosta, 2000)。

針對 162 位大學生的研究結果，將原始 44 個題項的 ISS 問卷，歸納出 24 個項目，及五個有效構面之可接受的跨文化敏感性量表 (ISS)，此結果是令人滿意的：構面包含 1.互動參與度(Interaction Engagement)，代表更專注、以他人為導向，更能適應不同的交際情境，在跨文化交際中對對方的表達更敏感；2.文化差異認同感(Respect for Cultural Differences)，代表個人在另一種文化中有效運作的能力；3.互動信心(Interaction Confidence)，代表對精準認知和尊重跨文化互動中情境差異之積極情緒的增強；4.互動愉悅感(Interaction Enjoyment)，代表能夠尋找交流符號來分享對方的經驗，更關心對方的反應和感受，更靈活地適應新形勢下的不同角色；和 5.互動關注度(Interaction

Attentiveness)，代表在互動過程中相關於個人注意及感知能力的社會行為(Chen & Starosta, 2000)。此跨文化敏感度量表已經是醫療人員對文化差異時所產生積極感覺的能力，及促進了跨文化交流中的有效行為(Chen & Starosta, 2000)。

二、跨文化敏感度的教育研究

在這個逐漸多元文化的現代時代，需要為學習者提供與跨文化教學相關的資源，以提高學習者的跨文化能力。Bennett 提出跨文化敏感度的發展模式(the developmental model of intercultural sensitivity, DMIS)，用於解釋個人再文化差異之下的回應，包含否認(Denial)、防衛(Defense)、極小化(Minimization)、接受(Acceptance)、調整(Adaptation)、整合(Integration)等 6 個步驟(Bennett, 1986; Bennett, 2017)，研究顯示跨文化敏感度已成為英語外語課程中的一個重要問題。一項研究顯示學生可以展現 DMIS 階段具有高度的跨文化敏感性，顯示此為跨文化敏感必經的過程(Tamam, 2014)。

在文學方面，講外語的人在與來自不同文化的人交流時有一種自信(Altshuler, Sussman, & Kachur, 2003)。同樣的經常與外國人交往的學生比很少與陌生人交往的學生具有更高的跨文化敏感性水平(Balci, 2014)。

跨文化敏感性代表與來自不同文化背景的人溝通、協作、談判、進行有效互動，包括一個人接收和表達導致接受（尊重）文化差異的情緒反應的能力，一項針對大學生的調查研究顯示，跨文化敏感性量表的學生平均得分為

3.88±0.64，結果表明，女性在互動參與度、文化差異認同感及互動關注度分數高於男性，此外跨文化敏感度總分、互動信心及互動愉悅感分數，在就學期間期待跨文化工作性質工作期待者縣市有較高的分數，達統計上顯著意義，此更代表學習期間的跨文化環境及接觸是重要的(Aslan, Kartal, Turan, Yigitoglu, & Kayan, 2019)，所以醫療工作者也需要較為多元的教育課程，來提升跨文化敏感度，以增加未來工作能服務跨文化個案的動機。採外與來自不同文化背景的人有過互動、在教育期間對工作的看法發生積極變化、想參加學生交流項目和說外語的學生的文化敏感性更高這部分是教師可以促進的教學設計。

個人的文化是影響健康認知、健康行為和醫療服務使用的一個因素。因此，確定醫生和護士有哪些文化敏感度，進而確定他們認為的文化差異是非常重要的。確定醫生和護士的文化敏感性是很重要的，這樣才能提供更優質的醫療服務。根據我們的研究結果，建議醫生和護士通過認識更多不同文化背景的人，努力提高他們的文化敏感性。我們還建議發展他們工作的機構的語言能力，併計劃為醫生和護士提供海外經驗的機會。就此同時醫療人員在跨文化上面的敏感度及經驗，將有可能提供新住民足夠的醫療服務，因此醫療人員感受新住民就醫困境程度，攸關新住民是否容易取得足夠醫療服務，是一項重要的主題，接下來文獻整理要增加醫事人員感受就醫困境及相關跨文化敏感度之各國現況比較，並增加相關研究工具的論證基礎，才能提出具體跨文化醫療指引。

貳、醫事人員跨文化敏感度

一、各國醫事人員跨文化敏感度程度

針對土耳其護理師的跨文化敏感度之研究，顯示平均總分為 84.10 分(範圍 63.0- 115.0)，單身者或是有第二語言能力者在文化敏感度總分顯著高於沒有者，達統計上顯著差異，此代表單身者在跨文化的接觸可能較多，而跨文化語言影響較大；年輕者、單身者或是年資淺者在文化差異認同感分數顯著高於其他者，達統計上顯著差異，此代表世代背景的不同，現在年輕者接觸跨文化人、事、物機會相對高，可以有較高文化差異認同感；有獲得跨文化個案初步資料者在互動關注度分數較高於沒有者，達統計上顯著差異，此代表臨床跨文化個案的案例討論跟資料分享事重要的；在醫院有外國病人入院程序或是有第二語言能力者在互動信心分數較高於沒有者，達統計上顯著差異，此代表在醫院系統性的處理跨文化個案，讓護理師覺得較有互動上的信心(Besey & Sibel, 2021)。其他因素：性別、教育程度、跨文化照顧訓練並未有統計上顯著，但是仍然需要接下來的研究進行驗證。

另一項以土耳其護理師及助產士的跨文化敏感度研究，顯示跨文化敏感度總分為 81.40 分(標準差 10.96)，此為 2 種不同領域護理工作，結果並未提出 2 群工作者的差異，或許未來的研究需要進一步釐清各科別護理在跨文化敏感度上的差別，其他結果顯示女性工作者在文化差異認同感分數顯著高於男性；偶爾有跨文化溝通經驗者跨文化敏感度總分與文化差異認同感分數會顯著高於有或是沒有

者；其他因素：教育程度、工作科別、工作年資、照顧個案數及溝通類型困難並未有統計上顯著，但是仍然需要接下來的研究進行驗證(Can,Dalcali,& Durgun, 2022)。

在一項 131 位土耳其初級衛生保健工作者的調查中顯示，醫生、護理師及其他醫療人員的跨文化敏感度總分為 73.35 分(標準差 16.74)，工作職類有分數差異($p<0.001$)：醫生 78.34 分(標準差 15.26)、護理師 75.51 分(標準差 16.52)及其他醫療人員 58.62 分(標準差 11.24)；有不同國籍朋友分數較高，達顯著意義($p=0.019$)、有機會因為任何理由與其他文化朋友一起者分數較高，達顯著意義($p=0.019$)、願意跟不同文化這一起工作者分數較高，達顯著意義($p=0.012$)，此研究結果有助於認識醫護人員可以為來自不同文化背景的个人提供文化上足夠護理的可能(Çifçi, & Deger, 2021)。

以 185 位希臘難民和移民一起工作的醫療保健專業人員所進行的調查，跨文化敏感度總分為 98.5 分(標準差 11.5)，在跨文化敏感度總量表上，社工/精神科醫師分數高於護理師；有國外工作經驗者分數高於沒有者；熟悉跨文化健康照護者分數高於沒有者。在互動參與度次量表上，健康訪視者分數高於護理師、社工/精神科醫師分數高於護理師；有國外工作經驗者分數高於沒有者；熟悉跨文化健康照護者分數高於沒有者。在文化差異認同感次量表上，年紀輕者分數越高。在互動愉悅感次量表上，年資少者分數越高；熟悉跨文化健康照護者分數高於沒有者。在互動關注度次量表上，與來自其他國家和文化的人接觸的頻率高者分數越高(Gaitani et al., 2021)。

綜合上述研究結果，不同科別的醫事人員在跨文化敏感度上的分數有明顯差異，值得進一步的研究來證實。本調查計畫的個人基本資料，將納入：人口統計因素（年齡、性別、和婚姻狀況、第二語言能力、國外工作經驗者、與來自其他國家和文化的人接觸的頻率）、社會經濟因素（教育程度）、專業因素（工作年資、工作科別、每日照顧個案數、專業/病房的總工作時間、獲得跨文化個案初步資料、是否有翻譯者、醫院有外國病人入院程序、熟悉跨文化健康照護）、為來自不同的文化個人提供護理的頻率、遇到的問題(溝通問題、信仰問題、不同於不同文化照護實務、缺乏信任、有偏見、不適合對方文化的照護實務)和跨文化照護的訓練。

一項針對印尼 292 位醫院與健康中心專業人員的問卷顯示，跨文化敏感度與協作能力(collaborative competencies)呈正相關 ($r = 0.315, p < 0.001$)，特別是與跨文化敏感度的互動信心與互動關注度有關；本研究顯示不同職類醫事人員的協作能力次量表之角色與責任是不同的，例如醫生分別與護理師及藥師不同；助產士與護理師不同(Ernawati, Sutiari, Astuti, Onishi, & Sunderland, 2022)，此呼應 Bhawuk (1992) 認為跨文化敏感度是個體對來自其他文化的人的反應，它可以預先決定個體與這些人成功合作的能力。他們 (1992:416) 指出，“要在其他文化中發揮作用，人們必須對其他文化感興趣，足夠敏感以注意到文化差異，並願意改變自己的行為，以表示對其他文化的人的尊重。概括人們這些品質的一個合理術語是跨文化敏感性 (BHAWUK, 1992)。對於在存在文化差異的跨文化工作場所工作或生活的人來說，跨文化敏感性是重要的維度之一(Altan, 2018)。

一項研究顯示跨文化敏感性量表平均得分醫師為 3.46 ± 0.48 ，護士為 3.48 ± 0.47 ，沒有顯著差異，跨文化敏感性皆屬於分數高，基本資料中，曾經與不同文化個體互動者跨文化敏感度總分顯著高於沒有者達統計上的意義，同時在互動參與度、文化差異認同感、互動信心等三項目也是顯著增加，顯示跨文化經驗的環境有助於增加整體跨文化敏感度及多項次量表的程度。進一步分析呈現能夠了解及說外國語言，在互動愉悅感次量表是明顯高於沒有者，代表語言的推廣，才能夠在跨文化敏感度的互動愉悅感上得到明顯程度的增加；而有上過文化敏感度教育課程者在互動參與度及互動關注度次量表是明顯高於沒有者，代表互動技能及觀察是可以從教育上學習在跨文化敏感度的互動參與度及互動關注度上得到明顯程度的增加，或許未來教育課程可以有具其他次量表內涵的設計(Aksoy & Akkoç, 2018)。

來自不同文化背景的人的健康需求可能會有所不同。文化多樣性是所有人的基本人權。醫師人員和就醫病人的文化多樣性不斷增加會影響醫師人員質量(Besey & Sibel, 2021)。因此，醫師人員應該通過展示整體和跨文化的方法而不是傳統的方法來照顧來自不同文化的人。

二、醫事人員跨文化敏感度的臨床教育

以台灣目前的環境，醫療人員最容易服務新住民、移工等外籍短時間在台灣工作之跨文化者，多關於生產、兒童預防保健、健康檢查、慢性病、重大疾病治療等項目，除此之外新住民可能是照顧者，陪伴家人看病、就醫或是住院；另外對於外籍看護工而言，也同樣陪伴案主家人看病、就醫或是住院，這些在粗估

120 萬左右跨文化者，是很龐大的，但是台灣相關醫事人員跨文化敏感度的研究仍是缺乏。

新住民與來台灣工作者最初面臨，2 種文化的謀和，產生涵化(acculturation)的現象，早在 1936 年美國民族誌學家定義文化融合為不同文化相接觸所產生現象的瞭解(Sills, 1997)；社會科學研究學會認為文化融合的改變來自於直接文化傳輸的結果。當移民者接觸到另一個文化時產生價值、態度及行為上的文化融合過程(Berry, 1997; Cheung-Blunden & Juang, 2008)，而移民者必須選擇如何維持自己原國家的文化或是參與新的文化(Barry, 2003)。在此過程中移民者的壓力調適是很重要的一環，移民者的健康狀態已經是日漸重要的公共衛生議題，因為移民者在新的社會環境中面臨適應的過程，包括健康行為及心理壓力的調適(Brotto, Chou, Singh, & Woo, 2008)。相關研究顯示在原國的教育程度及在新社會的時間與文化融合相關(Yang & Wang, 2011)。而非英語系移民者來到美國，語言使用是文化融合很重要的一部分，可能影響移民者健康服務的使用(Acevedo, 2000)。

新住民們在異國社會生活，基於城市環境差異的特性，他/她們更需要在地社會和醫療網絡支持。新住民跨國連結的健康網絡有物質、文化和社會的層面。就物質層面而言，攜帶方便及容易取得的西藥和成藥，如抗生素和止痛藥等。就文化和社會層面來說，備妥偏好且信任的藥物，再前往移居的新環境。新住民平時小病傾向在家治療，如傳統草藥、民俗療法、西藥和成藥為主要的治療選擇。從藥物治療的流動可見臺灣與原生社會的醫療體系之間並沒有衝突，新住民們不斷尋找自己或家人更好的治療，間接地流通兩地的醫藥資源(顏、吳，

2014)。

上述的現況，代表醫事人員需要有關於跨文化醫療的相關認識，目前為止，醫事人員在職課程，在涵化，跨文化照顧上的討論較少。跨文化照護理論作者 Leininger (1996)主張，文化照護需是主觀及客觀立場的道德價值觀、信仰及表達方式，才能協助維持幸福及健康，病克服疾病、殘障和死亡；所以「關懷照護」與「文化」應融合在一起，以提供患者具有文化融合性的整體性護理(Leininger, 1996)。例如以社區衛生護理人員為例，研究指出健康照護人員在接觸不同階層或族群背景的民眾的同時，透過互動對話等方式，運用尊重不批判的態度，去瞭解不同文化背景族群之健康價值觀、信念和行為之差異性，提出了具文化適切性的健康照護服務，以提升社區中不同族群的健康知能(蔡、王，2009)。

醫學教育注重同理心的態度，意味著通過將自己放在那個人的位置來理解某人，這是照護的基礎。因此，醫事人員有必要理解、接受和感同身受，關於來自不同文化背景的健康/患病個體時，可以在提供整體照護時的理解到雙方健康信念、行為和認知差異的可能存在(Plaza del Pino, Soriano, & Higginbottom, 2013)。此也是醫事人員文化敏感度的重要內涵，須要進一步研究來進行整體性的了解。

醫事人員在臨床上跨文化的健康照顧需要培養的能力有發展文化的自我覺醒，這針對醫事人員對自我的文化知識兩發展對其他文化的敏感度。自我察覺、體悟、思考、及思維的可能性。培養文化的敏感度可以用於建構於價值、信仰、和影響到人們健康的生活形態。另外，了解個案的族群文化，醫事人員必須要考

量到族群原生的價值、信仰、健康執行模式・尊重、有耐心地學習其他文化。

三、醫事人員對逃逸移工的就醫困境及臨床服務

這項研究有提出說超過 90%的受訪移民加入了台灣的全民健康保險體系，其中近三分之一的人仍因語言障礙而難以獲得醫療服務。移工在醫院門診需要支付的費用高於初級保健診所，因此他們更多地使用前者也可能是由於溝通問題。與新住民媽媽和移工相比，新住民媽媽的能力優於移工。這可能是因為許多新住民為了適應台灣社會和文化而學習了中文。並且，許多大型醫院通過口譯員或志工人員提供同聲傳譯服務，在護理點幫助國際病人，移民往往認為在醫院尋求醫療服務比在初級保健診所更容易。新住民通常比移民工人有更少的語言困境，是因為他們結婚後需要學習中文。與移工相比，本研究中調查的新住民傾向於自己或在家人陪同下去看醫生。這一結果是合理的，因為據報導，新住民的華語能力比移民工人更好，而且他們配偶的家人可以支持他們。移民工人主要由雇主或代理人陪同，當他們要求醫療保健時，他們可以充當翻譯(Chu et al., 2019b)。

逃逸移工可（undocumented migrant worker -UMW）能在失蹤前或失蹤期間懷孕，而且這一比例大致相等。在任何情況下，如果他們決定斷開聯系並成為非法行為，他們的風險都會更大，尤其是在懷孕和分娩時需要醫療護理。當涉及到醫療保健環境時，懷孕的逃逸移工可能沒有太多選擇。許多 UMW 選擇在其他移工推薦給他們的小型診所分娩，以避免被抓住。其他可能在懷孕期間感覺不舒服的人被迫去大醫院接受更好的醫療護理。有些人可

能會在治療期間或分娩後謹慎地離開醫院，以避免被報告。然而，這對他們的恢復是有害的。除了封鎖新生兒接受體檢外，離職行為還可能導致其他健康問題。大醫院為媽媽和孩子提供更好的醫療服務，但 UMW 往往會避開它們。此外，在醫院出生的新生兒可能最終沒有合法身分。如果病患的緊急醫療需求因缺乏合法身分而延誤，醫院社工可能會面臨困難：除了分娩環境之外，由於經濟原因，懷孕的 UMW 的醫療選擇也較少。由於 UMW 通常沒有健康保險，因此由於分娩費用高昂（約 20,000 新台幣至 30,000 新台幣，他們經常在私人環境中分娩，例如在家中或宿舍。儘管有某些例外，但目前對醫院的外部捐贈已經支付了 UMW 的大部分分娩費用(Wang & Lin, 2023)。

第三章 研究方法與設計

本章節依據研究問題與文獻探討，進行研究設計，探討我國醫事人員個人基本資料、跨文化敏感度、及感受新住民就醫困境之相關性。以下說明本研究所使用的研究方法，共分為四節。第一節研究設計與架構；第二節研究對象、研究場所；第三節研究工具及信效度檢定；第四節資料處理及統計分析；第五節研究倫理考量，詳述如下。

第一節 研究設計與架構

壹、研究設計

本研究屬於一年期計劃，採橫段式的調查法，本章共分為六節，第一節研究架構、第二節研究對象及收案流程、第三節研究工具、第四節資料處理與統計分析、及第六節倫理考量，研究方法詳述如下。

貳、研究架構

本研究旨在瞭解我國醫事人員個人基本資料、跨文化敏感度、及感受新住民就醫困境之相關性，故依據本研究目的及整理相關文獻，形成本研究架構圖，作為研究設計的部分依據，完成研究目的一跟二，如圖一所示。

而研究目的三，雖是以探討我國醫事人員跨文化敏感度指引之內涵及探討我國醫事人員感受新住民就醫困境之相關因應對策，但是也需要有陪伴家人住院經

驗之不同國籍新住民之質性訪談資料。

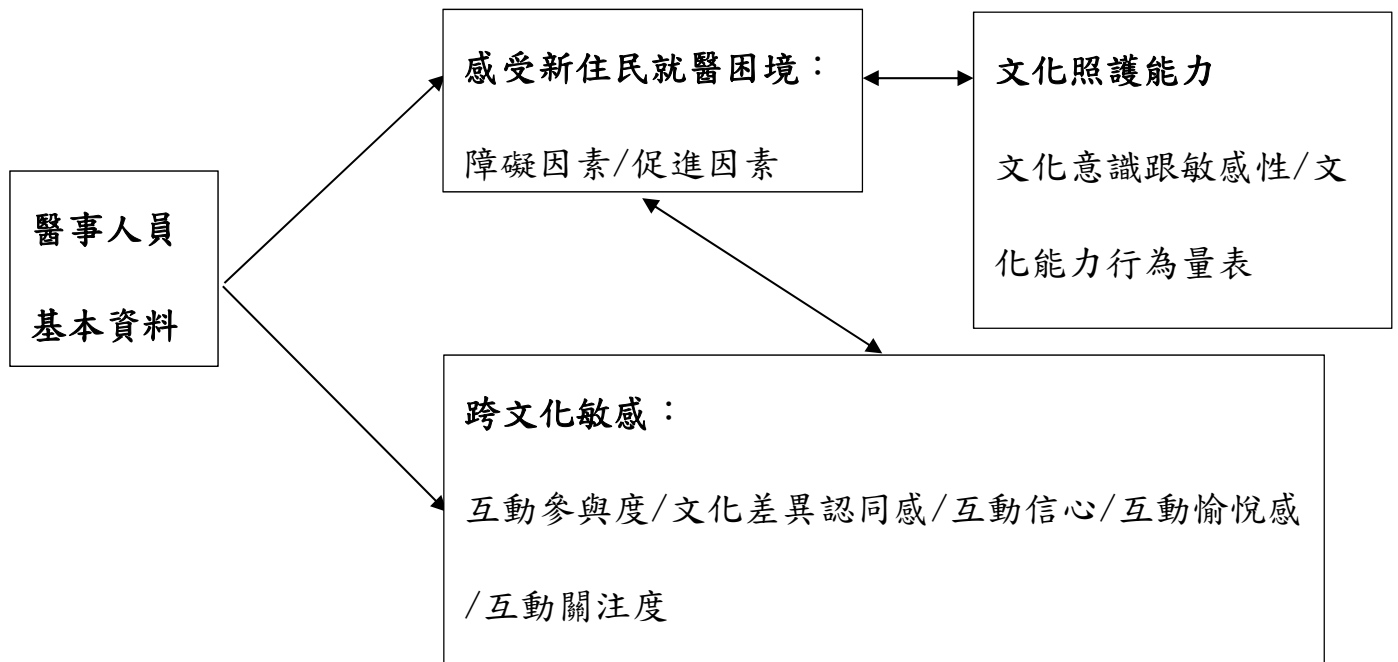


圖 三-1 我國醫事人員跨文化敏感度研究架構

第二節 研究對象及收案流程

壹、研究對象

本研究採立意取樣，研究對象「醫事人員」取樣條件以醫師、護理人員、醫檢師、放射師為主，根據移民署 111/10/17 資料：新北市是外籍配偶人數 35672 人最多的縣市與台北市合計 52053 人(佔 26%)，且 110 年底全國社福移工以台北市及新北市為最多，合計 7.5 萬人(佔 54%)，代表醫事人員在雙北市的醫院可以接觸最多的外籍新住民配偶 (內政部勞動部，2022)。此外考量城鄉差距，最後以台北市(臺北醫學大學附設醫院、臺北市立萬芳醫院)、新北市(衛生福利部雙和醫院)及台南(國立成功大學醫學院附設醫院)，預計調查的人員以婦產科、兒科、內外科病房、放射科及醫檢科的醫療人員為母群體，估計四職類總人數約 8581 位，本調查基於醫院的特性不同的醫事人員為調查對象，依人數比例分別進行 192 份的問卷調查，最後此資料的代表性為以 4 家醫院母群體的 2.2%，新住民住院就醫經驗以婦產科、兒科、內外科為最多，考慮與新住民接觸最多的醫事人員，包括護理人員、醫生等，加上近 2 年因為 covid-19 期間，所接受的相關檢查以接觸到放射師與醫檢師為最多，最終每家院收案數是 48 位，包含西醫 13 位、護理師 31 位、醫檢師 2 位、放射師 2 位。惟每家醫院人數比例不一樣，卻配置人數相同，實體上每家醫院收了，附設醫院醫師 10 位，護理師 21 位，放射師 7 位，醫檢師 2 位;雙和醫院醫師 12 位，護理師 50 位，放射師 10 位，醫檢師 5 位；萬方醫院醫師 10 位，護理師 50 位，放射師 10 位，醫檢師 5 位。

表 三-1 各院員工人數

醫院名稱	全部員工數	西醫師	護理人員	醫檢師	放射師
臺北醫學大學附設醫院	1918 (100%)	453 (23.6%)	1052 (54.8%)	64 (3.3%)	90 (4.7%)
臺北市立萬芳醫院	1665 (100%)	422 (25.3%)	886 (53.2%)	59 (3.5%)	62 (3.7%)
衛生福利部雙和醫院	2430 (100%)	546 (22.4%)	1427 (58.7%)	76 (3.1%)	89 (3.6%)
國立成功大學醫學院附設醫院	3465 (100%)	851 (24.5%)	2200 (63.4)	163 (4.7%)	111 (3.2%)
總數/四職類總數	9478/8581 (100%)	2272 (26.4%)	5565 (64.8%)	392 (4.5%)	352 (4.1%)
收案數/各院	192/48	52/13	124/31	8/2	8/2

出處：福利部/常用查詢/醫院資訊公開專區 <https://openinfo.mohw.gov.tw/>

一、質性研究

質性研究先參考過去研究者的經驗，例如 Guest, et.al (2006)所建議的 12 個個案為基礎，再檢視可能影響資料飽和的因素，如：研究設計、研究者條件、時間、資源重豐富性等，酌量增減研究樣本數(Guest, Bunce, & Johnson, 2006)。本研究預計訪談 30 位臨床醫事人員及有陪伴家人住院經驗之不同國籍新住民，規劃新住民 10 位及臨床醫事人員 20 位，以達到資料飽和，即在研究進行過程中，研究者感受到相類似概念從資料中重複的出現或是沒有新的概念或主題產

生(Saunders et al., 2018; Walker, 2012)。

二、量性研究

量性資料，以採迴歸分析的結果進行檢定，以 G-POWER3.1 軟體進行樣本數估計，採 F 檢定，中等成效估計值中度效果量 $R^2=0.13$ (Polit & Beck, 2012)，設定 α 值= 0.05、power=0.8、Effect size=0.15、Number of predictors=21，以 G power 計算出樣本數為 160 人，預估未完成問卷流失率 20%，故預計收案人數需 192 人。此外以估計參數與樣本數比值(p:n)應為 1:10 是樣本數的最小要求，推估有 15-19 個估計參數(邱，2015；陳、王，2011)，故本研究以完成 150-190 位個案資料為主，比較我國醫事人員個人背景變項、感受新住民就醫困境、與跨文化敏感度之間相關及預測情形。

貳、研究場所及收案流程

一、質性研究

研究重點1 是採訪談方式。本研究之討論範圍係以臨床醫事人員及不同國籍新住民，原屬國籍則不限，包含 P，以滾雪球立意取樣方式收案。訪談是以一對一的方式來進行蒐集資料，也會徵詢受訪者的同意下，請其提供更多相關類似背景的受訪者。本研究質性訪談的方法採用半結構式訪談，旨在確立量化工具的修正、補充及發展。在蒐集方法上，首先，半結構式的訪談法，依文獻探討後的初步方向與概念模式擬定訪談大綱，考慮不同的時空背景下的研究對象，人在此社會條件下所面對的經驗意義必然所有差異，其分析與詮釋的觀點也會有所出入，

故本研究考慮城鄉距離的不同，分別選擇台北市跟新北市醫院做為質性訪談的研究對象來源，並分開說明臨床醫事人員及不同國籍新住民。

(A)臨床醫事人員

(一)、收案條件：為年滿 20 歲以上，能順利以普通話、台語、英文溝通，且能回顧相關經歷者。

(二)、排除條件：為近 3 個月 Covid-19 確診者，或目前為隔離單位臨床醫事人員。

(B) 不同國籍新住民

(一)、收案條件：為年滿 20 歲以上，有自己生病或住院經驗，或是有陪伴家人住院經驗者，能口語溝通，且能回顧相關經歷者。

(二)、排除條件：為近 3 個月 Covid-19 確診者，或目前為隔離中之不同國籍新住民。

二、量性研究

研究重點 2.4 是採調查方式。本研究以立意取樣方式選取適合的研究個案，需要以單位為基準，選取容易接觸不同國籍新住民的病房，例如產科、兒科相關病房、covid-19 收治病房等，透過結構性問卷調查，進行橫斷式相關性研究（Cross-sectional research design）。

(一)、收案條件：為年滿 20 歲以上，能順利以普通話、台語、英文溝通，且能回顧相關經歷者。

(二)、排除條件： 近 3 個月 Covid-19 確診者。

研究場所招募方式：以病房說明方式說明並招募，並與受試者共同討論，若同意參與研究，完成研究受訪者說明及同意書簽署，進行受試者問卷填寫與回收。研究過程如圖二。

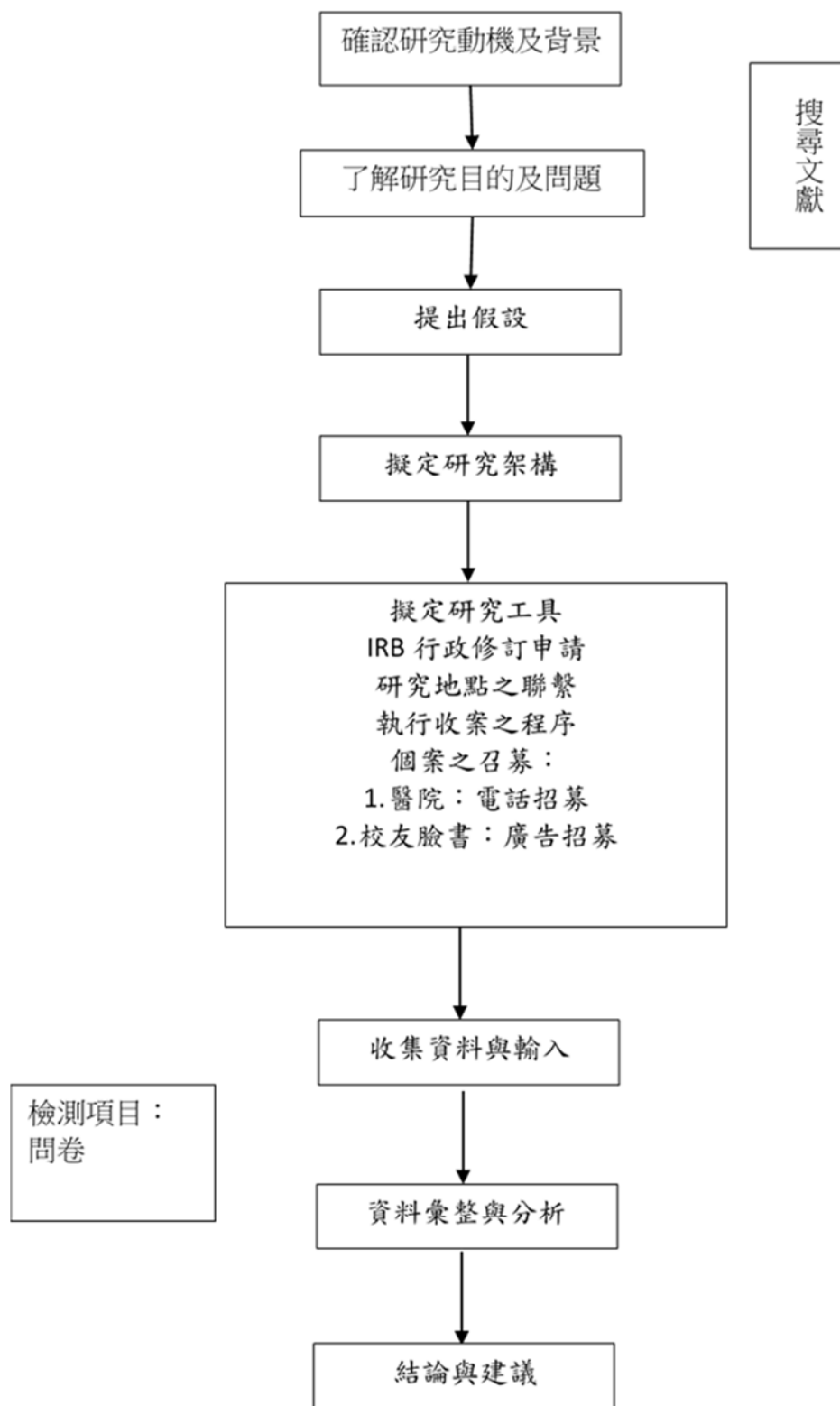


圖 三-2 研究流程

第三節 研究工具及信效度檢定

壹、研究工具

一、質性研究

(一)、訪談大綱

受訪者基本資料：年齡、性別、職業、出生日期、出生地、教育程度、居住地、常用語言、在醫院的別科、照顧外籍人士的年等。訪談指引總共有兩種訪談指引(請見附錄五)。

二、量性研究

本研究工具採結構式問卷進行資料收集，根據文獻查證、整理與形成研究問題和假設，選用「跨文化敏感度量表」及「感受新住民就醫困境量表」為測量工具。問卷內容包括三大部分：一、個人基本資料，二、跨文化敏感度量表，三、感受新住民就醫困境量表，茲分述如下：

(一)、個人基本資料

人口統計因素（國籍、年齡、性別、和婚姻狀況、第二語言能力、國外工作經驗者、與來自其他國家和文化的人接觸的頻率）、社會經濟因素（教育程度）、專業因素（工作年資、工作科別、每日照顧個案數、專業/病房的總工作時間、獲得跨文化個案初步資料、是否有翻譯者、醫院有外國病人入院程序、熟悉跨文化健康照護、照顧的比率-新住民、外籍移工、原住民）、為來自不同的文化個人

提供護理的頻率、遇到的問題(溝通問題、信仰問題、不同於不同文化照護實務、缺乏信任、有偏見、不適合對方文化的照護實務)和跨文化照護的訓練等，由研究人員根據文獻整理。

(二)、跨文化敏感度量表

本研究所採用於測量醫事人員跨文化敏感度之問卷，為 Chen and Starosta 於 2000 年所發表的跨文化敏感度量表 (Intercultural Sensitivity Scale, ISS)，目前有公開的英文版測量工具，本研究使用的是何 (2014) 翻譯的繁體中文版問卷，有 5 個構面：互動參與度、文化差異認同感、互動信心、互動愉悅感及互動關注度。本量表共計 24 題，採用 Likert 五分順序尺度作為計分方式，填答選項依「非常不符合」、「不符合」、「不確定」、「符合」、「非常符合」、分別給予 1 至 5 分，反向題第 2、4、7、9、12、15、18、20 及 22 題，需先反向計分後在加計總分，總分為 24-120 分，總得分越高代表該醫事人員的跨文化敏感度越高，反之則越低。跨文化敏感度量表的五個構面及相對應的題項整理如表一。在國內外研究中文版量表的 *Cronbach's α* 為 .89，顯示具有良好的信度(授權書見附錄三)(何，2014)。本研究中中文版量表的 *Cronbach's α* 為 0.849。

表 三-2 跨文化敏感度量表的組成構面及對應題項

構面	題項	題數
互動參與度	1,11,13,21,22*,23,24	7
文化差異認同感	2*,7*,8,16,18*,20*	6

互動信心	3,4*,5,6,10	5
互動愉悅感	9*,12*,15*	3
互動關注度	14,17,19	3

註：*者為反向題；摘自顏(2012)

(三)、感受新住民就醫困境量表

本研究以醫事人員感受新住民就醫困境程度為主，包含能理解新住民就醫障礙的程度；及自己覺得可以在語言、文化及習慣上促進新住民就醫順利的程度，共 2 個部分。本研究所採用之問卷為研究者根據 30 位受訪者之質性資料、過去理論為基礎及參考過往學者所發展出量表以及根據過往文獻匯整而成，並依專家意見最後修改形成本研究所使用的正式問卷，如此之問卷才會具有具有相當的內容效度及專家效度，將以李克式型態尺度 (Likert-type scale)，由「非常不同意」1 分至「非常同意」5 分，分數範圍為 10–50 分，分數越高，表示醫療人員感受新住民就醫困境程度越高。目前文獻有的障礙題目如：我覺得新住民都是不懂相關的檢查，例如，抽血；我覺得新住民通常不懂醫護人員的說明；我覺得新住民通常沒有醫療翻譯資料輔助；我覺得新住民通常沒有醫療翻譯人員幫忙；我覺得新住民通常不懂網路資料的說明。此外醫療人員可以促進的題目，如：我覺得新住民接受的重點會不同，我通常會花時間了解；我覺得如果語言真不行就求救，我通常會找同事來幫我講一下；我覺得新住民使用話語會不同，我通常會學習使用此話語；我覺得新住民表達害怕的方式不同，我通常會給予非語言的陪

伴；我覺得新住民對醫療用語不懂，我通常會簡化說明；我覺得新住民的治療決定會受文化影響，我通常會接受不一樣的決定；我覺得新住民的治療決定會受家庭影響，我通常會討論此決定；我覺得新住民需要衛教資料慢慢理解，我通常會使用多國語言版本衛教資料；我覺得新住民對治療過程不理解，我在前期通常花時間步驟化說明；我覺得新住民不會質疑醫生講的治療，我通常會給時間提問題；我覺得新住民有疑問卻沒提問，我通常會重複話題讓新住民想一下；我覺得如果新住民不了解我的說明時，我通常會盡力手勢表達；我覺得新住民有個距離感，我通常會增加解釋跟問問題；我覺得新住民有未表達的擔憂，我通常會花時間理解；我覺得新住民通常會希望得到共同文化語言背景醫事人員的幫助；我覺得新住民就醫互動不順利，通常會影響新住民的健康結果；我覺得新住民沒有依約就醫，我通常會打電話再關心新住民；我覺得新住民通常會需要台灣家人陪伴才敢就醫；我覺得新住民對檢查會害怕，我通常會安慰新住民。還要參考質性訪談來新增題目，最終問卷擬定之後進行專家效度修訂，之後確定版問卷將於病房中隨機針對 21 位醫療人員做問卷之前後測，以測問卷之信度，以 Cronbach's α 值為主。接著完成在測信度檢驗，採用 Pearson 相關係數計算兩次題目答對百分比的同意程度，以 r 代表兩次測驗的相關程度， r 值越高，代表測驗之穩定性越高。而此問卷 r 值為 0.45，屬中度相關，表示量表穩定性可；問卷前測總分及後測總分做相關係數檢測，最後 $P < 0.05$ 顯著，表示此問卷量表穩定性及代表性可。本研究中文版量表的 Cronbach's α 為 0.804。

(四)、文化照護能力問卷-中文版(CCA-CV)

文化照護能力概念以 Schim 與 Miller(1999)所提出概念模型為基礎，定義為個人文化多樣性經驗(事實 fact)，意識(知識 knowledge)，敏感度(態度 attitude)帶入每日生活實踐行為的整合。再於 2004 年由 Schim 等學者根據此概念架構，發展出「健康照護者文化照護能力量表」(The cultural competence assessment, CCA)，此理論包含有文化多樣性(cultural diversity)、文化意識(cultural awareness)、文化敏感性(cultural sensitivity)、與文化能力(cultural competence behaviors)等四部分發展出的量表，用來測量健康 照護者之文化能力，以 Likert scale 七分計分法計分，量表含兩個次量表，第一個次量表「文化意識和敏感性(cultural awareenss and sensitivity, CAS)」，共 11 題，選項七分為由「強烈不同意」1 分、「不同意」2 分、「有些不同意」3 分、「保持中立」4 分、「些微同意」5 分、「同意」6 分、至「強烈同意」7 分；第二個次量表「文化行為能力(cultural competence behaviors, CCB)」，共 14 題，選項七分為由「不確定」0 分、「從來沒有」1 分、「幾次」2 分、「有些」3 分、「常常」4 分、「有些時候」5 分、「很多時候」6 分、至「總是」7 分。其中第 1.2.5.8 題等四題為反向題，分數越高文化照護能力越好。原始量表 Cronbach's alpha 為 0.92(Schim, Doorenbos, Benkert, & Mille, 2004)。國內學者翻譯成「文化照護能力評估 工具-中文版(Cultural competence assessment instrument-Chinese version; CCA-CV)」，共 25 題用來評估文化照護能力的結構，其總分為 25 到 125 分，分數越高代表健康照護者的文化照顧能力越好，目前已經修正至第四版量表(授權書見附錄三)，中文版 Cronbach's alpha 為 0.905 (黃等，2010；張，2015)。本研究中文版量表的 *Cronbach's α* 為 0.863。

貳、信效度檢定

一、專家效度檢定

本計畫的量性問卷：跨文化敏感度量表及感受新住民就醫困境量表，在發展及確定題目之後，會遵從委員意見進行修正。接著為提高問卷內容的完整性及正確性，因此本研究函請專家學者對基本資料問卷題目提出意見，邀請產、官、學界專家，共 9 位學者專家進行專家效度之檢定（見附錄四）。各專家針對人口學問卷內容之「適當性」和「明確性」以 Likert Scale 4 點計分法逐題給予評分。依內容評度評價指標（content validity index, CVI）4 分-非常適用：表該項目不需修改且不可省略；3 分-適用：表該項目值得保留，但需小部分修改。2 分-修改後適用：表該項目可保留，但須大幅度修改；1 分-不適用：表該項目應完全修改或刪除。對於效度不佳，即問卷內容的 CVI 低於 0.8 之題目予以刪除或依專家意見修正，最後將專家針對問卷評分為 3 分與 4 分的題數除以總題數所得的值，即為該問卷的 CVI 值，經評量後內容效度指標需要大於等於 .80 以上，才顯示具有良好內容效度標準(Polit, Beck, & Owen, 2007)。

二、表面效度檢定

本研究在正式施測前，研究者邀請符合收案條件的 10 位病房護理師，先與個案建立關係後，完成 IRB 同意書簽署，針對感受新住民就醫困境量表進行表面效度，以瞭解對象對問卷內容、詞彙是否明確清楚，及填寫問卷中可能產生的問題，問卷內容若有不懂部分由研究者親自說明，並在個案完成後回收問卷。綜合

病房護理師填寫問卷的情形，表示問卷題目清晰、容易填寫，填寫問卷時間約 10-15 分內，為可接受的填寫時間範圍。

三、信度檢定

信度 (reliability) 是指檢測結果的一致性、穩定性及可靠性，一般多為內部一致性表示檢測信度的高低。當測量誤差越大，測量信度越低，因此，信度可以視為測量結果受到測量誤差影響的程度(邱，2015)。本研究在正式施測前，研究者邀請符合收案條件的 25 位病房護理師，解釋問卷目的，完成 IRB 同意書簽署，間隔 2 周時間，完成問卷的填寫，測量再測信度的相關性。此外本研究採用 *Cronbach's α* 數值來檢驗各變項的一致性情形。學者建議 *Cronbach's α* 質介於 0.70-0.90 最佳，且是最常見;而 0.50-0.70 為較佳，亦是常見的狀況(陳、王，2011)，若相關性過低表示題目間相關性不佳，如:0.50 以下；相關性過高則表示題目重疊性太高。

第四節 資料處理與統計分析

壹、質性研究

質性研究以內容分析法進行，係透過資料的彙整取得議題上的完整資訊，在採取客觀與系統性分析的態度下，進行文字內容的研究與分析，藉以推論該文字內容產生之環境背景和特殊意義。實務上，採取內容分析法時，必須依循系統程序，才能使研究結果具推論功效。在內容分析的過程中，每個步驟也都必須有明確的規則，研究人員需要嚴格遵守已排除個人偏見；這可讓不同的研究者能夠依循同樣的步驟，驗證出相同的結果(王、王，2014)。本研究在內容分析方面，主要針對臨床醫事人員及不同國籍新住民病人的跨文化敏感度經驗及新住民就醫困境，不同國籍新住民病人包含自己生病或住院經驗，或是有陪伴家人住院經驗者，以完成研究目的一、了解不同國籍新住民就醫困境的內涵，以建立醫事人員感受新住民就醫困境的問卷及三、探討我國醫事人員跨文化敏感度及感受新住民就醫困境之相關指引及因應對策。

貳、量性研究

量性資料，在資料回收後，以 SPSS 18.0 版軟體進行資料分析，描述性統計：以次數分配法、百分比及平均值呈現基本資料；以平均值、標準差及得分範圍呈現醫事人員個人背景變項、跨文化敏感度、與感受新住民就醫困境狀況；推論性統計分析：以卡方檢定、獨立樣本 t 檢定 (t-test) 及單因子變異數分析

(ANOVA) 呈現醫事人員個人背景變項、跨文化敏感度、與感受新住民就醫困境之相關性；將以線性迴歸分析 (Liner Regression Analysis) 來分析有關影響跨文化敏感度之因素，包含個人背景變項、跨文化敏感度、與感受新住民就醫困境等，大部分變項皆是數字，尤其是跨文化敏感度、及感受新住民就醫困境等依變項，原工具是 Likert 五分順序尺度作為填答方式，但是計算時會轉換成為數字，以總分數計算，符合使用線性迴歸分析的要求。分析結果是要驗證本研究目的二：探討我國醫事人員個人基本資料、跨文化敏感度、及感受新住民就醫困境之相關性。

第五節 研究倫理考量

為確保受試者權益並確保研究符合倫理規範，於研究前先取得收案對像或單位同意與簽署保密切結書後，將研究計劃送交臺北醫學大學附設醫院聯合人體研究倫理委員會(TMU- Joint Institutional Review Board)進行計劃審查，已經於 6/9 得到核准函(編號：N202303110)(請見附錄一)，始進行研究。研究質性資料之收集，以面對面訪談方式進行，過程中以受試者之安全、權益及福祉為第一考量，由研究者以口頭方式親自向研究對象說明研究目的及訪談所需時間等，尊重個案錄音的是否同意，訪談及調查結束後贈予小禮品(超商 100 元虛擬商品卡)表達感謝。量性資料之收集，確定各醫院病房收案流程，進行計劃案的報告與說明，親自向研究對象說明研究目的，同意參與問卷調查者，完成同意書的簽署，才進行問卷的書寫。資料內容採保密匿名編碼原則收集資料，研究結果僅供學術使用，告知研究對象保有隨時終止參加的權利，且參加與否不影響其後續之諮詢的權利。

第四章 研究結果

第一節 新住民就醫困境經驗

本章討論受訪新住民在醫院環境當中受限於語言、文化與習慣的不同，宛如在流浪島嶼的孤單港灣，寂寞無助不知道如何處理醫療跟找到相關資源:包括語言層級、文化層級、習慣層級等；到底新住民在醫院環境當中如何藉由理解醫療情境，以及可能的與醫療人員雙方互動來建立目前及未來就醫的樣貌，降低就醫困境？

研究者認為每位新住民在就醫過程當中，都有未覺得滿意的地方。本研究有關新住民就醫困境之語言、文化、習慣經驗，會以此三層面經驗進行分析。在通過 IRB 核准之後，總共訪談 10 位新住民，基本資料如表四-1 受訪者背景資訊所示，可以看出年齡分布以 36-60 歲；原國家分布以印尼為最多，共有 8 位；教育程度則分布相當平均，大學及學院為最多，共有 7 位；居住地橫跨北中南部；可使用語言，除國語外，以台語為最多，共有 3 位；來台時間則在 10 年以上為最多，共有 7 位；家庭結構以核心家庭為最多，共有 8 位；全部的就醫經驗都是門診跟住院；子女數以 2 位最多，共有 8 位。訪談 20 位醫事人員，基本資料如表四-2，年齡分布 22-51 歲；教育程度則分布相當平均，二技到碩士；工作年資分布 2 個月-25 年；證照類別包含醫師、護理師、放射師、復健師等；新住民病人接觸頻率/每個月，以 20 位最多；皆沒有上過文化相關課程；10 位有外籍朋友；國外旅遊經驗/每年，1 次有 4 位，最多 4 次。

表 四-1 新住民受訪者背景資訊

受訪者	年齡	原國籍	教育程度	居住地	可使用語言	來台時間	家庭結構	醫院經歷	子女數
A	60 歲	馬來西亞	大學	台北	國語、馬來語	18 年	核心家庭	門診/住院	2
B	50 歲	印尼	大學	新北	國語、台語、印尼語	30 年	核心家庭	門診/住院	2
C	36 歲	印尼	大學	桃園	國語、印尼語	10 年	大家庭	門診/住院	2
D	41 歲	印尼	大專	南投	國語、印尼語	4 年	核心家庭	門診/住院	2
E	36 歲	印尼	高中	高雄	國語、印尼語	7 年	核心家庭	門診/住院	1
F	44 歲	越南	國中	台中	國語、台語、越南語	22 年	核心家庭	門診/住院	3
G	37 歲	印尼	大學	台北	英語、印尼語	1 年	核心家庭	門診/住院	2
H	54 歲	印尼	大學	新北	印尼，國語	22 年	核心家庭	門診/住院	2
I	36 歲	印尼	大學	桃園	印尼，國語，客家語	17 年	主幹家庭	門診/住院	2
J	44 歲	印尼	大學	新北	國語、台語、客語	11 年	核心家庭	門診/住院	2

表 四-2 醫療人員受訪者背景資訊

受訪者	年齡	教育程度	工作年資	證照類別	新住民病人接觸頻率/每個月	文化相關課程（是否修過）	是否有外籍朋友	國外旅遊經驗/每年
AA	29	大學	10 年	第三加護病房護理師	1 個	無	無	無
AB	51	二技	29 年	婦產科護理師	5-6 個	無	有	2-3 次
AC	38	碩士	14 年	放射師	3-4 個	無	無	1 次
AD	22	大學	2 月	復健科實習生	1 個	無	有	1 次
AE	30	大學	8 年	放射師	10 個	無	無	1 次
AF	52	碩士	12 年	產科醫師	經常	無	有	2-3 次
AG	28	研究所	6 年	兒科護理師	5-10 個	無	無	1 次
AH	36	大學	9 年	兒科專科醫生	20 個	無	有	4 次
AI	41	學士	17 年	產科護理師	8-10 個	有	無	1 次
AJ	42	研究所	17 年	醫師	2-4 個	有	有	1-2 次
AK	56	大學	25 年	婦產科醫師	3 個	無	無	1 次
AL	28	大學	6 年	兒科護理師	2 個	無	無	1 次
AM	58	博士	30 年	兒科醫師	經常	有	有	2 次
AN	62	大學	33 年	婦產科醫生	10 個	無	有	3-4 次
AO	59	大學	30 年	兒科醫生	5-10 個	無	有	1 次
AP	24	大學	2 年	兒科加護病護理師	1 個	無	無	1 次
AQ	24	大學	2 年	護理師,助產師	5-10 個	有	有	1-2 次
AR	63	大學	34 年	婦產專科醫師	3-5 個	無	無	1-2 次
AS	27	大學	2 年	放射師	2 個	無	有	無

壹、語言層級分析

新住民在台灣都有住院及門診的經驗，醫療保健服務經常都會因為語言的障礙，而導致新住民需要很多人的協助，包括產生不懂的情事、需要翻譯資源、其他溝通形式、要台灣家人陪、談話過程不完整、找同事幫忙說明，說明如下：

(一)產生不懂的事情

新住民有提到「語言困難無法掛號」、「醫生無法溝通」、「語言困難」、「留大便檢體、檢查檢體不懂」、「不懂醫生做什麼？不懂吃什麼藥？」，如受訪新住民婦女 A 談到：就是如果沒有說明的話，也不懂醫院的遊戲規則，這樣有時候他們要大便啊或者是要測量，那這些就沒辦法溝通。(A-02-10) 我覺得住醫院還是溝通語言是最大的問題。有時候醫生會來訪嘛，做他的事。(A-02-16)

兒科護理師 AL 談到：他會他可能聽不懂我在講什麼，但是都會一直點頭說好好，我可能說今天晚上要禁食 (AL-01-09) 但結果他騙我，就沒有禁食結果隔天的檢查又延後。(AL-02-02)

兒科醫師 AM 談到：可是在一些用藥上面，或是他們覺得應該是說有一些感冒，他們就覺得是不是要用消炎藥這些去治療，抗生素這些消炎的，跟我們可能不太一樣。(AM-05-07)

放射師 AS 談到：他們都還蠻可愛，我覺得都還蠻親切的，可是我覺得他們相對之下好像對中文還是沒有那麼瞭解，所以可能不太能理解我們說話。(AS-0201-0204) 就包含說我聽說衛生所那邊想要打電話邀請他們檢查，我們跟他們說明有這個檢查，他們可能會不太瞭解，因為我們自己臺灣人可能比較了解說我們有哪些福利是我們可以免費去得到的，可是他們雖然也入籍了，可是可能因為語言不通的關係就不太瞭解到這些。(AS-0207-0212)

(二)需要翻譯資源

新住民有提到「缺乏多元版本翻譯」、「志工翻譯幫忙」、「印尼有工作證翻譯人員」、「有翻譯人員」、「手機即時找翻譯人員」，如受訪新住民婦女 A 談到：因為都沒有一些越南版，印尼版或英文版，多語言版的說明。(A-02-09)

新住民婦女 B 談到：建議好像現在醫院已經有翻譯人員了嘛。(B-12-15)

新住民婦女 C 談到：醫院一開始時候沒去過嘛，所以有時候看標籤會走錯(C-07-20)

婦產科醫師 AF 談到：他有時候來就說你跟他講，他就拿手機給我，他就去打給聽得懂中文的人，我們跟他講他的問題，那他再馬上跟他說翻譯是用同步的(AF-03-04)

婦產科醫師 AK 談到：他們印尼的來這邊工作 (AK1211)他們所為有我們的代辦仲介公司，仲介公司他們會跟著一起過來 (AK-13-01)

婦產科醫師 AK 談到：但是我是在病房的時候有看過，他們是有一些手冊，他有些問卷的版子，各國的語言。他就變成說他印尼的媽媽來、越南的媽媽來，

他有這些一些已經他們寫好的文字，他就給他們去勾選(AK-15-08)我們就會就會知道說他大概有哪些有沒有有哪些問題(AK-16-01)最多的是越南、印尼、泰國或者是馬來西亞(AK-16-05)因為他的在勾選的過程中，這勾選的旁邊都有附中文，所以我們就知道說他們大概做了哪有哪些問題。(AK-16-10)

兒科護理師 AL 談到：其他方法，像我們單位有印一些好像印尼語或是其他國家語言的。這牌子在禁食的事件之後就會寫說幾點之後禁食，用其他國家的語言這樣子。(AL-06-09)

兒科護理師 AL 談到：在標語上面如果能多增加一些，他們的語言會比較好。因為像我們自己都很有可能在醫院迷路了。對，檢查在哪邊做，指示有時也不太清楚。但是我像他們很看不懂中文的一定就更難。對，增加一些標語這樣，或者是志工櫃檯那邊如果也有一些新住民。(AL-20-04)

兒科醫師 AM 談到：我們現在也做了很多有一些翻譯的這些，比如說我們現在有兒童手冊，就會有翻譯不同，我基本上這還是不夠，因為我們畢竟不懂比如說越南、緬甸這些，所以比如說我們講一個疾病(AM-26-13)或者是他們知道或者是說他們有另外的方法在解釋，所以我們只是用我們自己的方式在。(AM-26-21)

產科醫師 AN 談到：其實你要我會說這幾年單位那個國健局做得很好，你那個就是國民健康局，現在已經有很多種不同語言的版本的(AN-08-18)

婦產科醫師 AO 談到：不是，其實他不問問題，我們倒覺得也不是很好，我現在國健署都很貼心，他做的各種語言的媽媽手冊，(AO-13-19)

婦產科醫師 AO 談到：當然語文不可能的，再重新學一個越南、泰國。但不

是很多外國學生嘛沒有很多外國學生嘛？如果他們在這方面好，比如說像以前我們醫學生都會去偏鄉做衛教類似這種，他們當時也可以請，對，他們用這樣的語文來講，他可能會更親切。(AO-16-01)

兒科加護病房護理師 AP 談到：就可能有時候就需要用 Google 翻譯，因為他們就不太會中文，之前醫院有翻譯的會找翻譯的..好像是打 8 折，爸爸與媽媽都不是臺灣人。(AP-02-10)

護理師 AQ 談到：用 Google 軟體翻譯印尼話，或者是自己用簡單的英文，因為有些會講英文就比較 ok，有些是英文不會中文也不會他只會印尼話，所以就這樣翻譯，但是有時候像桃園協助的有兩個基金會，一個是勵馨，一個是一個也是印尼來的華僑他就幫他們，他就會請翻譯的陪他來。(AQ-05-09)

婦產科醫師 AR 談到：他們就會有 agent 會講英語的那個人會來，他如果沒有就比較困難，就變成有時候用 Google 翻譯去跟他翻來翻去。(AR-06-07)

放射師 AS 談到：我之前是有次遇到，是西班牙的新住民，他當時他就是也不太瞭解，不太懂英語不太懂中文，所以當時我們是用那種 Google 翻譯器跟他對談那樣子。(AS-08-03)

護理師 AT 談到：像現在我現在發現說那個因為現在的軟體也蠻翻譯軟體也蠻不錯的，所以可能未來我是這次去旅行的時候發現這樣子好像跟 Google 翻譯。(AT-10-07)

兒科加護病房護理師 AP 談到：像我們有一些位叫影片就會做成 QRcode，就是會給家屬，但是是中文的，我覺得也許也可以翻譯成英文。雖然說有動作，

但是如果可以連話都聽得懂應該會更好。(AP-13-03)

護理師 AQ 談到：照顧上面其實還好，語言不比較不通，因為他們聽不懂，所以在照護上面就會比較難處理，要一直翻譯，然後要教他們，他們才會理解。(AQ-05-01)

婦產科醫師 AR 談到：講印尼話就會有困難，所以就會找一個他們有時候會去找能夠講印尼話的人。(AR-06-04)

放射師 AS 談到：我覺得如果是我自己工作環境還蠻難請到的。(AS-08-05)

護理師 AT 談到：我們在政府的資源的部分，它會提供是不同語言的有關兒童的健康手冊，所以像今天有一對俄羅斯寶寶出生，他們就是主要他們也可以講英文，我們除了提供中文的健康寶寶手冊以外，因為所有的一些 vaccine 的一些記錄都要記錄在正式的中文的裡面，我們會另外給家長一份英文的給他給他參考，我們這邊還有提供像柬埔寨文、泰文、印尼文、越南、韓文，就還蠻多國的語言這樣子，就資源的部分是還不錯。

印尼籍新住民 H 談到：只要他們那裡有困境，我們就會去幫忙從掛號到看診，我們告訴他，然後我們幫他們寫。(H-03-02)

印尼籍新住民 H 談到：但是現在政府好像已經開始有建立國際醫療(H-03-22)，那是在大醫院，會有一些各國翻譯人員會請他們過來這樣，兼職。不過那是一定要有個培訓訓練的(H-04-06)，訓練是衛福部來的(H-04-11)，從他們掛號開始到拿藥都要跟他們解釋，什麼時候吃藥怎麼吃。(H-10-14)

印尼籍新住民 I 談到：我勤外勞說等一下如果你回診的時候如果不懂再打給

我，我再擴音，我再幫你翻，有一些醫生就不想要。對。有一些醫生說不可以(I-13-09)對，有時候用 call in 也 ok 啊，用打電話的方式，對。如果真的有空我們才帶他去，或者是很急、很重要的還有什麼的我們一定會在啊，如果比如一般的感冒或者是拿藥什麼的，如果不重要，我們可以用電話什麼的，畢竟外勞也想知道他是什麼病(I-15-01) 中文那個媽媽手冊是中文是有好像，我記得我現在發現有印尼文，對，現在好像沒有之前沒有，好像現在有。開始對，因為我為了我記得一個懷孕的，他就拿那個印尼的很厲害！慢慢的我覺得新媽媽那個、新住民都很對對。(I-17-02)

(三)其他溝通形式

新住民有提到「用講，用比手怎麼、用手比、解釋程序用比手的」、「搭配動作」、「拉拉他的手給一點他安慰」，如受訪新住民婦女 C 談到：

就是他們用講的，用比手怎麼幫他排痰。(C-04-04)

放射師 AE 談到：會聽不懂的你要嘛就寫給他；要不然就是英文慢慢的講，不然就搭配動作，像頭要這樣直視就做給他看。(AE-05-01)

放射師 AC 談到：可能會就是會可能拉拉他的手給一點他安慰，或者是就會讓他就是拍拍他。如果在可以的情況下，不會造成他更大的壓力的情況下，就也許他在今天做再檢查比較長一點，我們就會稍微安撫他。沒事我們等一下我進來或者是說這個過程大概只要一下下，讓他可以瞭解。(AC-07-01)

產科護理師 AI 談到：媽媽授權之後拍他們的影片衛教影片 10 個影片，拍了之後用影片的效果我覺得是給他們是很大的幫助，因為是真的是媽媽跟我講說回

家之後他們給照顧者，你應該是要以病人的需求為出發點來為他們改變。(AI-14-06)

內外科加護病房醫師 AJ 談到：如果語言溝通會比較有障礙的時候，就會比較難幫忙這些新住民去看病，那有時候可能用圖片或者是用其他的，或者是 Google translate。(AJ-02-16)

兒科護理師 AL 談到：然後我就說不是說要歧視，那時候才聽不懂，就是要比手畫腳這樣 (AL-03-01) 會用 google 翻譯，我會開手機，就按 google 翻譯。(AL-06-06)

兒科加護病房護理師 AP 談到：有一些比較簡單的可能就比手畫腳，然後有一些可能就實際帶他去看，可能像登錄資料那些的可能就會實際弄給他看這樣，就類似刷手圈，可能就要帶著他們去刷給他看。(AP-04-13)

他就會請翻譯的陪他來。

印尼新住民 I 談到：忘記那時候問什麼，好像沒有人在看我。有，有好幾個在那沒人在看我，我要講話也不知道找誰(I-06-09)找他們就在櫃檯在那一直看他們有沒有(I-06-22)好像大家都在忙，都沒有看到我嗎？後來好像我叫一個護士，他們才會對才會說你要什麼？(I-07-01)

(四)要台灣家人陪

新住民有提到「就醫問題老公陪」、「醫生找先生解釋」，如受訪新住民婦女 B 談到：因為一般就醫這樣的問題就是我老公處理的.... 有時候也是我老公陪得。(B-03-02)

新住民婦女 B 談到：建議好像現在醫院已經有翻譯人員了嘛。(B-12-15)

婦產科醫師 AO 談到：他先生翻成泰文跟他講(AO-01-20)先生英文也聽不大懂其他大部分都中文都 ok，因為我們只會英文不會越南也不會泰文也其他的。(AO-02-01)

婦產科醫師 AO 談到：有部分他們會請他們的媽媽過來，因為他都請我們開診斷書，預產期什麼時候，他就憑著這個去給他媽申請簽證，應該是待比較久的，他媽媽他自己本身媽媽會過來幫他坐月子這樣的。(AO-11-10)

婦產科醫師 AO 談到：畢竟沒有這麼多志工可以當翻譯.. 就是朋友來就翻譯，他朋友可能來臺灣比較久，還有他們的姐妹就是姐妹他們都幫他翻譯。(AO-14-18)

護理師 AQ 談到：語言不同，就是他們語言不通，又沒有有些是沒有人可以陪他們，為有些都是有時候印尼他們其實是好像一妻多夫，所以他在臺灣是另外有男朋友跟老公的，老公男朋友不一定會來陪他。(AQ-04-01)

護理師 AT 談到：主要如果他們會講中文就中文，不然的話就是英文，如果他們都沒有辦法講，會藉由他的先生，或者他的家人來做翻譯，或者是我們也會找醫院的志工，那個就是有多國語言的志工的協助。(AT-01-18)

印尼籍新住民 I 談到：一開始可能會有問題，因為來了第二年語言也沒有到很厲害。但是就有家人陪(I-02-14) 對，而且要寫一些同意書，一定是要有家人陪。(I-03-15)

(五)談話過程不完整

醫師有提到「會錯意，選到不同重點」、「減少說明內容」、「建議再找醫師」，如受訪婦產科醫師 AF 談到：所以應該來說這個可能要開刀，可他聽不會

是只聽開刀，他會聽你前面講的多嗎？有些藥物，有些等等，有些可以觀察，他不會想要聽到。他不想听到的那一塊，有時候我覺得在疾病上的解釋上面和溝通後續的處置上面是落差是比較可怕的。因為你叫他這樣做，就他聽成另外一個意思，他可能會覺得他會去想，你你我們會認為說你想完怎麼樣再回來，可事實上他卻認知上面錯誤了，錯誤的情況下他可能就不回來了，那就怕會造成後續的一些問題。(AF-04-04)

兒科醫師 AH 談到：因為你可能會講到一半抗體，他就開始你看他表情就知道，聽不懂什麼是抗體，你跟他講免疫力的時候你會發現他也聽不懂什麼是免疫力，這時候怎麼辦？就只能說喝母乳，母乳比配方奶還好，可能就只能夠講比較淺的東西一個這樣子。(AH-03-02)

放射師 AE 談到：如果他有問題就說之後要怎樣，可能就會我們沒辦法很詳細的講，我們就只能說那你就回去找醫生請醫生跟你解釋。(AE-03-04)

婦產科醫師 AK 談到：尤其我們他們大概最好的是學到我們的國語至於說像一些閩南話這些，他們可能沒有這麼熟練，我們儘量不用或者是一些特別的用語，還有那些用詞、成語這些我們儘量不用 (AK-02-08)就醫的障礙是大概應該是說他們一些我們醫學的用語，不會假如說進一步像婦產科的子宮肌瘤這些名詞。(AK-04-06)

婦產科醫師 AK 談到：他要記錄或者什麼給他特別標示什麼的時候，我都會把筆給他們。他們就是用他們自己的文字用他們自己的文字寫在藥袋藥袋上面，那這樣就沒有問題語聽都大部分都沒有問題。(AK-09-01)

婦產科醫師 AK 談到：不是，是坦白講，我可能運氣好，我遇到的語言障礙不沒有那麼嚴重，他們才能把中文學的都有一定的水準以上。所以幾乎臨床上溝通沒有問題(AK-10-05)所以而且他們有回診的時候，你就知道他一定是聽懂了。(AK-11-09)

兒科醫師 AM 談到：他們覺得還沒好怎麼可以出院類似這樣子的。所以在病情上面，我覺得他們對這些瞭解上面還是有一些限制，所以他們認知的程度我覺得可能差異有限。(AM-03-04)

產科醫師 AN 談到：我也不能用專有名詞來給他 reading。(AN-10-01)

兒科加護病房護理師 AP 談到：之前遇過的可能是媽媽越南人，然後完全聽不懂中文，因為接新病人，一定要問一些入院的資料，可是因為對像是小朋友，就要打電話給爸爸，爸爸可能要上班，也不能來顧。(AP-03-14)

(六)找同事幫忙說明

放射師提到「語言上面請同事幫忙表達」、「會不同語言的志工」、「國際部他們有專門的語言的一些翻譯」、「社會局都有個服務中心」，如受訪放射師 AE 談到：如果真不行就求救，那就叫同事說你可以來幫我講一下這一段要怎樣，因為如果他不是新住民，他只是學生來這裡做檢查，可能他有幽閉恐懼症，那時候就是跟他溝通，他已經有點在氣氛上了，所以他也有點聽不太進去你講話，你英文又很破的時候，他就會心情更不好。後來也是請英文比較好的再跟他講一次之類的，可是那個人不是新住民，後來他下一次來的時候帶一個他同學來，他後來就找一個這樣的。(AE-06-01)

內外科加護病房醫師 AJ 談到：可是有時候我們不能學到那麼多語言。所以

醫院有一些志工，會不同語言的志工，他們可以幫忙，就醫院有管道可以去協助。(AJ0716-0720)如果有障礙的會先直接請樓下服務檯那邊看有沒有會這個語言的的志工在，可不可以上來幫忙做一些翻譯。(AJ-08-21)

婦產科醫師 AK 談到：只有一次，請國際部他們有專門的語言的一些翻譯過來。(AK0504)他們可能已經知道說帶個朋友來。(AK-06-04)

婦產科醫師 AK 談到：好像社會局都有個服務中心。對，他們帶著。雖然我們現在最多的是越南和印尼。(AK-35-04)

護理師 AT 談到：那英文的話就可能當天就看當天有沒有會講英文的志工，有時候我們也會請醫生來協助。(AT-0211-0212)

從上述受訪者的回應，可以知悉語言層級分析上面，新住民在醫療場域可能產生的障礙，包含「我覺得新住民沒有醫療多語言翻譯資料輔助」、「我覺得新住民沒有醫療翻譯人員幫忙」、「我覺得新住民初次不敢單獨就醫，會需要台灣家人陪伴」；而可能的促進方式，包含「新住民接收到中文語文的重點和我不同，我會花時間確認他所理解的重點是甚麼」、「當語言不通時，我就求救，我會找同事(或者是找醫療通譯人員)來幫我溝通一下」、「新住民使用不同語言或話語，我會學習使用其慣用語來增加互動」、「新住民表達害怕的方式可能和我不同，當我覺得新住民表現的是害怕的感覺時，我會給予非語言的支持（陪伴）」。

貳、文化層級分析

文化代表文化可以廣義地定義為“人類行為的綜合模式”(Terry L. Cross and Barbara J. Bazron, March, 1989)。但是醫療是一個醫療文化的環境，有固定的流程

跟治療說明，就如新住民提到台灣醫療場域的制度與服務，包括醫療流程與制度好、及醫療人員服務好。其次是醫事人員針對新住民就醫，所提到的醫療照護任務與學習，包括醫療人員任務、醫療人員學習。最後是新住民如果不到醫院就醫的話，就會有自己的文化照顧方法，他國的醫療照顧習慣。

(一)醫療流程與制度

醫療流程與制度有份好與不足，以下是對於醫療流程與制度好的新住民有提到「先幫掛號」、「醫生技術」、「醫院的設備」、「感覺蠻不錯」、「台灣醫院環境比較乾淨」、「不習慣台灣的醫院餐」、「台灣醫生技術比較好」、「醫院設備比較好」、「藥比較好」、「服務差不多」、「印尼費用比較貴」、「沒看地位，不看你窮或富」、「不管你有沒有健保卡全都一樣」、「有寫說不能拍照」、「台灣醫院器材完整」、「經驗到餵奶要隔開，怕傳染」、「醫生滿照顧的」、「醫生護士都不錯，很體貼」、「醫生護士會問候」、「準時巡房」、「醫生服務比較好」、「醫院教預防接種時間跟照顧」、「台灣醫院乾淨衛生」、「給病人的教育很好、預告」、「讓病人可以做決定」、「追蹤會提醒」等。

新住民也有提到對制度不足有「就醫過程困難掛號、做檢查、付錢、拿藥」、「醫院要等很久」、「掛號等很久」、「拿藥等很久」、「看醫生等很久」，如受訪新住民婦女 A 談到：不了解台灣的手續，像台灣就要先掛號，看醫生做檢查，付錢拿藥嘛。(A-01-14)

新住民婦女 F 談到：掛號的時候也是要等很久，拿藥的時候也是一樣。人太多看醫生也要等很久，等半天。(F-09-14)

印尼籍新住民 H 談到：可以有一些教育訓練給他們，給新住民，外籍人。因為這裡有很多學會可以做一些教育，像要提早做檢查不能拖。(H-17-09)

印尼籍新住民 J 談到：印尼的情況，是有錢你才能夠醫，沒有錢你就不用管你不用管那麼多，所以就像我去醫院，我中風那時候去醫院，我先生要刷卡(J-34-15)我們在臺灣不一樣，臺灣是先救人再說，有錢不有錢再說 (J-35-01)所以臺灣跟印尼不一樣，所以我很佩服臺灣是這樣的(J-35-21)沒錢那就不用開，結果我爸爸都沒有開刀，因為都沒錢那就不能開了，結果後來我把他回家，死掉(J-37-01)我中風在印尼的時候花了那麼多錢，美金花多少了？我們是外交官，我想如果一般的人呢？(J-37-17)

醫師提到特殊的個案，會有「需要醫療補助的問題」、「就不要，後來他們就自己說要出院」、「來臺灣才去治療」、「希望說把疾病給他弄到好再回去」，如受訪兒科醫師 AH 談到：這類的社會問題，那種逃逸、外勞的問題，這些關愛之家的小朋友，這個問題是真的蠻需要蠻多資源來解決的。(AH-22-01)

兒科加護病房護理師 AP 談到：小孩的狀況就很糟，血壓很低很冷之類，我們的醫生建議他要轉 ICU，可是他們的爸媽就會覺得說 ICU 他們是外國人要自費，一天就好幾千塊他們就不要，後來他們就自己說要出院。(AP-09-10)

婦產科醫師 AK 談到：他們是工作來臺灣工作的，但是因為臺灣的健保蠻不錯的，所以他們希望說把疾病給他弄到好再回去。但是有些時候要涉及到開刀 (AK-25-07)來這邊那個是比較有一陣子非常流行，他們在這個地方把肌瘤切掉，卵巢腫瘤割掉再回去很多(AK-26-05)這一段時間非常多變說他要回國前就把所有

該病的邊拔牙什麼東西一起。我看他看了五六個醫生(AK2609-2611)對。但那個時候對我們醫療的壓力就會很大，因為就變成說是他個人的醫院還是仲介的醫院，或者是仲介希望這樣子可以拉攏生意，就來臺灣順便治病。甚那就會造成我們在處置上的問題。(AK-27-01)

印尼籍新住民 I 談到：因為在印尼本來是有原本是有中耳炎。對，有中耳炎，一直持續從國小到來臺灣才去治療。我想說臺灣治療會比較好，所以一來臺灣第二年、第三年有去開刀，在長庚。對，第一次開中耳炎。去補裡面的，也就是耳膜，因為耳膜破洞，所以說會開始一直流水、流膿。對，因為大部分印尼人都會有得到。對，因為感冒都沒有去看醫生，所以他會發炎到耳朵，因為耳朵、鼻子都連在一起。對，都會這樣。我基本上以前帶外勞去，常常講中耳炎。

(I0106-0117)我在印尼很少去看病。因為預約實在太貴了，所以我們不覺得我們都只是去拿藥而已嗎？對，只是去拿藥(I0906-0909)就在那邊我也不敢吃，因為我還要上班怎麼吃那個藥，而且藥超多的，我又不喜歡吃藥。對，所以沒有好，所以昨天又去看醫生，又拿藥。不，藥不要吃太多了，真是的。是不同家的，另外一家藥比較好一點，不會那麼強。(I1010-1016)

(二) 醫療人員服務

醫療人員服務有分好與不足，以下是對於醫療人員服務好的新住民有提到「醫事人員他們好」、「很盡力的幫我」、「醫生會跟我們聊天」、「醫療醫生說不用給去火的液體」、「護士會解釋如何照顧小孩」、「急診醫生給一些建議」、「居家兒童發展師會給照顧建議」、「醫事人員很好」、「醫事人員兇的比較少」、「醫生說藥

要吃完，治療才有效」、「女醫生比較溫柔」、「信任醫生開刀的決定」、「志工人員幫忙」、「來了那就幫忙」、「護理師操作示範就懂」、「有說不可以吃什麼」、「很關心」、「哪裡有不舒服的嗎？」、「還有什麼狀況怎麼樣？」、「如果我不懂，會解釋比較清楚一點」、「很耐心」、「怕我不懂，會講的比較細」、「說到我懂了為止」、「多講兩次應該可以」、「保留他應有的傳統」、「降低一下速度跟他講」、「幾十年長大，他還會帶孩子過來看」、「我對病人一視同仁」、「耐心的去幫忙」等。

新住民也有提到對服務不足有「沒護理師聊天笑不舒服、不關心」、「醫事人員就不會跟你講太多，怕我們聽不懂」、「護理師打針很痛」、「跟先生說不要在這打針」、「不知道打止痛要會很痛」、「男醫師沒有感覺我們會痛」、「不是安慰還說讓人更害怕」、「他忘了」、「他沒有經驗」、「請找有經驗」、「像懶得理你這樣」、「有些醫生不能說英文」、「櫃檯服務不能說英文」、「醫療人員沒有仔細說明」、「護理人員忙」、「沒有太多跟醫事人員互動」、「會覺得有點麻煩」，如受訪新住民婦女 A 談到：不會，因為醫生護理他們也很忙所以他們也不會跟我們講得很詳細。他們只是跟你說個大概，如果我們沒有自己問他們他們不會跟我們說。(A-02-13)

婦產科醫師 AK 談到：故意用些艱難的詞彙或者說沒有耐心講一遍，講聽不懂就不耐不耐煩，這樣應該是還好。(AK-06-10) 對，就多講兩次應該可以。(AK-07-01)

產科護理師 AI 談到：應該說我們在溝通上面不可以直接否定媽媽，因為他要保留他應有的傳統，所以你只會衛教說他適當的清潔，還是會用比較委婉的溝

通方式告訴他。(AI-09-04)

婦產科醫師 AK 談到：臺灣的醫生蠻友善的，我講不一遍不會我們會再講第二遍，或者用很簡單的話，或者是降低一下速度跟他講。可我們在外國受訓的時候(AK-18-07)他們美國人講英文，假如你真的是不懂，他們其實是不能不太能夠容忍(AK-19-01)你英文不好是來找我，他就認為說你應該要把英文準備好。我就這麼快的講，我就這樣講，你如果不懂我就不能接受。(AK-19-07)

兒科醫師 AM 談到：那我們是希望他可以相信我們的。可是我們講的可能不一定他瞭解。但有些從一個疾病以後到某一個程度，我們的這個小孩子他的病程就照我們這樣講，慢慢就會有一些信心。所以說以後可能是幾十年長大，他還會帶孩子過來看，也會這樣子所以其實我覺得這個是一個歷程，他們可能還是要融入這個社會，可能需要除了文化背景，再來就是語言。(AM-14-10)

產科醫師 AN 談到：我對病人一視同仁，我不會因為他們語言不方便或者說國籍不一樣是怎麼樣就不同的招呼方式，其實這種方式都一樣，有沒有什麼太大的差異。(AK-07-15)

兒科加護病房護理師 AP 談到：但我會覺得有點麻煩，因為就是可能原本 10 分鐘就可以接完，可能遇到他們就要 20~30 分鐘，因為溝通上就比較困難這樣。(AP-05-08)

護理師 AQ 談到：她叫做謝美玲，她專門收容外籍孕婦，所有外籍孕婦都在她那邊住，所以那邊就是一個孕婦大本營，她都會對他會有 3 個算是應該也是有社工經驗的人，他本身也會印尼話或是其他國家的話，就會陪他們一起來產檢、一起來生小孩，等到她們老公可以來，或是男朋友可以來的時候，他們才離

開，所以現在比較好，因為他們都會幫他翻譯，然後問他一些同意書要不要自費，那些都會幫他們處理好。(AQ-0519-0610)

婦產科醫師 AR 談到：他有的是意外有的是本來就想要生的都有，有的是逃逸外，他可能本來是來這邊做移工的，他可能不滿意工作或被人家誘拐去做別的事情，後來就意外就懷孕了，懷孕之後也就沒辦法工作了，所以就被安置到社會救助的設施、政府單位去，他們就會帶著這些人到我們這邊來產檢，因為我們醫院是有被指定專責做這一方面。(AR-0210-0219)

婦產科醫師 AR 談到：你叫我們去學印尼話可能不太容易，所以可能我會覺得說醫院如果說真的要好好經營這一塊，可能要有一個訓練一些專門可以做翻譯的人來協助大家彼此溝通會比較好。(AR-10-20)

印尼新住民 I 談到：我姐生產後生完之後護士很 nice，會很有耐心的去幫忙我姐。(I-08-17)

(三) 醫療人員任務

醫療人員在與新住民互動時，會思考到醫療任務的平衡，過程中考慮到「比較好治療」、「社會資源不足」、「足夠衛教資料」、「易懂用詞」、「支持好的事情」、「盡量溝通」、「社經地位產生支持程度不同」、「衛教師幫我們衛教」、「宗教是不吃豬肉」、「宗教信仰它是不輸血的」、「順從度會比較高」、「個管師」，如受訪婦產科醫師 AF 談到：其實我覺得他們比較好治療，應該這樣子，包含治療他們比較好講話。(AF-14-10)

兒科醫師 AH 談到：以台灣就醫環境來講，它他找到他們的語言，能夠對於

一些醫療上面有評論的文章或者是評論比較少，所以他們就比較少接受到台灣醫療上的批評他就不會說某某醫師比較好，某某醫師比較不好，他可能就對醫療信任度比較高。(AH-07-10)

兒科醫師 AH 談到：實際上跟他們接觸我其實都蠻喜歡，我也不少病人都是關係不錯，也都是新住民的。對其實也是隱隱覺得都是會發現他們整體社會資源是比較不充足，會有這樣子的感覺。對。(AH-14-11)

婦產科醫師 AF 談到：我覺得應該是做一些類似像種衛教的東西，包含預防保健的東西要提供。他們還有一些比較像疾病的認知這些課程或這種講座，要讓他們比較知道。讓知道說台灣的醫療現在有哪些東西是可以提供給他們的，而不是說都不知道。拿著那東西希望去坊間買一些國外的東西。(AF-20-01)

婦產科醫師 AF 談到：不如我們我們主動給你去各個文各個語言的衛教單，因為它是很單純，就產科。(AF-28-10)

兒科醫師 AH 談到：因為你可能會講到一半抗體，他就開始你看他表情就知道，聽不懂什麼是抗體，你跟他講免疫力的時候你會發現他也聽不懂什麼是免疫力，這時候怎麼辦？就只能說喝母乳，母乳比配方奶還好，可能就只能夠講比較淺的東西一個這樣子。(AH-05-08)

兒科護理師 AG 談到：我們就是用衛教單張、圖片，跟會有一些影片的輔助。跟用詞可能就比如說對就像比如說倍增這種比較直覺的詞。讓他理解說是在哪裡，做什麼事情。(AG-04-11)

放射師 AE 談到：我是覺得假如說醫院可以幫忙可能做個或者我們自己啊我們自己可能做個衛教，就是這個東西是什麼，我覺得有影像或是什麼的，然後給他們看他們可能會比較放心這樣子。(AE-07-08)

兒科護理師 AG 談到：因為宗教好像會影響飲食蠻多的，所以如果要訂餐，我感覺因為有時候我們也沒辦法一眼辨出到底是何國籍。(AG-09-06)媽早上很辛苦，幫小朋友拍背什麼的，能夠在寶寶面前稱讚媽媽，有機會就這麼做。我現在我覺得我能做的，但我就覺得我可以。(AG-20-09)我們的衛教會分越南語言版、印尼語言版、中文版的衛教，衛教部分可以提供的東西會比較多元。(AG-25-10)就是剛剛好日本的，他們家人是耶和華的見證人，所以不輸血，可是小朋友是白血病的小朋友，所以那時候為了輸血這件事情他們糾結了很久。最後為了小朋友狀況還是同意輸血了。(AG-26-06)但是如果就看到印尼媽媽這邊就都是印尼媽媽自己人在照顧他，爸爸可能偶爾來送餐，陪陪小朋友。但日本人這邊會有很多的家屬想要來看看這小朋友。(AG-25-10)

復健師 AD 談到：他也不懂中文，就變成做什麼事情都要靠的 google 翻譯做，而且 google 翻譯有時候翻的好像也不太，就是我們想表達跟 google 翻譯出來好像也不太對，這邊他們會一臉很疑惑的看著你，然後我們就要想辦法換句話說，讓 google 翻譯的可能比較好之後，他們才會點點頭說這樣子，我覺得這就是比較困難。他就是變成前期會需要比較大量的溝通。(AD-01-47)

復健師 AD 談到：我要再把我原本想做的事情可能再簡化，比如說指導語再簡化讓他能快速的理解我，然後或是把我整個流程分成步驟，把每個步驟我想要做的什麼事情都跟他講清楚。(AD-02-36)

產科醫師 AN 談到：尤其在剛來臺灣有沒有太久，馬上就懷孕了，這種新住民他們的生活會比較複雜，會比較麻煩一點。因為他第一，他的飲食習慣還不是還會很熟悉，還沒進入狀況；第二，語言也不行，溝通上尤其是跟長輩溝通上生活習慣各方面都比較他們還在適應期，所以常常最後一些沒有那適應的時候這種狀況會就會出現。(AN0312-0321)現在這種翻譯機很方便，你要跟他說什麼就跟他翻譯就好了。(AN0503-0504)哪我們以前在萬芳，那個時候我們都有衛教師幫我們衛教。(AN-06-06)

內外科加護病房醫師 AJ 談到：因為遇到的其實可能一般還好，都是印尼、越南，可能就是一些文化上差異應該比較多，可能有時候是一些宗教或是什麼(AJ-03-16)有的宗教是不吃豬肉等等的這些，但是對看病的過程影響沒那麼大；有一些宗教信仰它是不輸血的，所以可能就在治療的時候，有時候會比較麻煩一點，但是可以用其他藥物或者什麼去幫忙(AJ-04-01)當然還是會先跟他講不做這個的風險壞處是什麼，因為他要讓他理解這個事情是在幫忙他什麼，可是因為宗教的關係他不要，那我們也尊重他的選擇，因為病人本來就有他的他的權利去拒絕治療。(AJ-04-14)

產科醫師 AN 談到：他們就比較會比較畢恭畢敬，比較就那種心態。你說什麼他就他就跟著做，他就比較順從度會比較高。(AN-02-13)

婦產科醫師 AO 談到：衛教門診，之前我們有個管師，不過他也不太懂泰文、印尼文，他最近他家裡有事他離職...我們去申請了，最重要讓事媽媽徹底，有的也需要他瞭解他配合，這樣整個醫療結構才會好。(AO-15-03)

護理師 AQ 談到：應該是多包容、多一些關愛心這類的，就多包容不同多元的人，因為他們也很辛苦，所以多給他們一些關愛，英文也順便可以學習。

護理師 AT 談到：我覺得需要因為這樣子你才能夠知道說他們的國家的文化是什麼，你才知道要如何去尊重他們的原來的文化，或者是為什麼媽媽今天會有這些想法或者是這樣子的行為，你才會去尊重他對不對？(AT-0915-0918)我自己會覺得說我對於各個國家的一些狀況，我會比較能夠去瞭解一些他們當地的一些風俗民情，(AT-0922-1001)我覺得有這樣的課程一定會有幫助，護理人員在照顧這些新住民，就可以比較就是有比較好的溝通。(AT1009-1011)

(四)醫療人員學習

放射師 AE 談到：

我是覺得可以了解當地的一些醫療文化到底跟台灣有什麼差別，你就可以拿他們的醫療來舉例給他看，他或許他可以更了解那個東西是什麼東西，還有語言的課程那一類的。(AE-12-04)

從上述受訪者的回應，可以知悉文化層級分析上面，新住民在醫療場域可能產生的障礙，包含「我覺得新住民不懂相關的檢查，例如，抽血」、「我覺得新住民不懂醫護人員的說明」、「我覺得新住民不懂醫療相關網路資料的說明」、「我覺得新住民會希望有懂其母語、文化的通譯人員協助進行醫療通譯」、「我覺得新住

民會希望有懂其母語、文化的醫事人員進行照護」；而可能的促進方式，包含「新住民對醫療用語不懂，我會簡化醫療過程的說明」、「新住民的治療決定會受文化影響，我會接受他們的決定，例如，不輸血」、「新住民的治療決定會受家庭影響，我會和新住民以及他的家人一起討論此決定」、「新住民需要衛教資料慢慢理解，我會使用多國語言版本衛教資料」、「新住民對治療過程不理解，在前期，我會花時間步驟化說明」、「新住民就醫互動會影響新住民的健康結果，每次我會給予完整會談」。

參、習慣層級分析

新住民在台灣都有住院及門診的經驗，要因應醫療保健服務經常都會有一些習慣的行為產生，與處理是否及感受可或不好有關，包括不處理，感受尚可、不處理，不好的感受、有處理，好的感受，說明如下：

(一)不處理，感受尚可

新住民有提到「我按照他們講的」、「仲介公司都會派人來，沒有特別一些細部服務」，如受訪新住民婦女 B談到：一般就醫這樣的問題就是我老公處理的所以我只是按照他們講的。(B-03-01)

婦產科醫師 AF談到：比較就有點像是以前，比方說以前在二三十年前台灣也是這樣，沒有人敢質疑醫生講的東西。(AF-06-05)

內外科加護病房醫師 AJ談到：就鼓勵他儘量多講一些。(AJ-02-14)

婦產科醫師 AK談到：第二方面因為他們其實中文不管是家屬或者仲介公司

都會派人來，所以我們也沒有特別在針對他個人細部的這麼一些感受去給他做一些服務。(AK-17-05)

(二)不處理，不好的感受

新住民有提到「我人會吞下去」、「事後想為什麼」、「因為不懂，不敢要求」、「不敢要求麻醉止痛藥」、「忍痛生產」、「覺得很孤獨」、「也不敢要求什麼」、「會不敢要求他們太多」、「我們就接受這樣」、「忍耐不舒服」、「檢查皮膚覺得被歧視」、「不知道為什麼我沒有問醫生」、「會害怕，藏起來後來變了嚴重」，如受訪新住民婦女 B 談到：不懂吧。我們就不會去要求很多。(B-07-03)

印尼籍新住民 H 談到：如果外勞的話，他生病但不敢說。因為他們會擔心老闆不要用他們了。所以他們會害怕，只好他們把他藏起來後來變了嚴重就完了(H-04-17)那是要看他跟老闆的決定了，和中介公司怎麼處理。(H-05-02)

(三)有處理，好的感受

新住民有提到「不懂的話就會問」、「老公陪，不會感覺很孤單」、「老公不在，事情都要自己處理」、「要勇敢問」、「先生會問」、「先生來電交代要問的」、「有請他們幫忙就會幫」、「沒有請他們也不知道要幫什麼」、「我真的不行才會請人幫忙」、「需要自己問」、「會問重點就好」、「有不懂得就要問，如果用猜就完了」，如受訪新住民婦女 C 談到：如果我老公不在的話，沒有人幫忙的話就會感覺很孤單、因為感覺到什麼事情都要自己處理。(C-10-02)

受訪新住民婦女 D 談到：有啊，如果我們有請他們幫忙就會幫(D-44-05)

受訪新住民婦女 A 談到：他們只是跟你說個大概，如果我們沒有自己問他們他們不會跟我們說。(A-02-14)

受訪新住民婦女 B 談到：我們問重點就好了就結束(B-10-15)

產科護理師 AI 談到：其實你會發現是這些新住民其實他只是過程他可能聽到了一些讓他害怕，可是他其實是不了解，可是當有人願意慢慢地跟他講過程，因為他們是需要因為他們其實不了解語言上面，那知識上面都有跟我們本國有很大的落差，他是需要時間慢慢跟他好好說。(AI-18-11)

婦產科醫師 AK 談到：會我想大家假如即便是他們沒有表現出來，可我們能夠想像的到，他一定有很多的不安的感覺，或者是說應該是說他會會緊張。(AK-20-08)就他問的問題我們也是一樣，他懂了再離開。對，不會說他。他特別語言不通，就打發他走。(AK-22-03)

兒科醫師 AM 談到：也有可能會這樣子。有，或是說他要找不同的醫師。(AM-16-05)

產科醫師 AN 談到：像我們做一些特殊的檢查，產檢好了，如果說羊水好了(AN-15-20)現在有抽羊水晶片，要做一些比較罕見疾病的情況(AN-16-01)自費 18000 元，就是他們比較會有經濟上的考量(AN-16-05)還是有透過別人的幫助來幫他們選擇？這個就討論過的(AN-16-19)不行拖了才會甘願到醫院來？(AN-19-17)

兒科護理師 AL 談到：比如說要進食或者是要查詢、記什麼之類的檢查。所以我們也都是會重新清楚的講一遍這樣子講一下檢查流程，那也不會到難溝通。看完你們還是會重複講這樣子的。(AL-14-01)

婦產科醫師 AO 談到：他感覺第二胎的時候他就不一樣了，(AO-07-22)他就

慢慢可能就知道這一些狀況比較多，那時候他比較具主導性的，本來就是聽先生的，後來他就是指揮先生這樣這樣。(AO-08-01)

放射師 AS 談到：配合醫療過程的話，因為我覺得他們對於中文不是完全不能理解，只是有時候我可能做檢查排很多人的時候，我可能會比較急促和他說話，語速如果稍微快一些，他們會比較難理解我的意思，我會儘量放慢速度去讓他們跟他們說，因為他們對於檢查內容也比較不瞭解，我也都會再多加說明。(AS-0415-0501)

印尼籍新住民 H 談到：我們需要問，如果有不懂得就要問。我們不能用猜的。如果用猜就完了(H-14-21)

從上述受訪者的回應，可以知悉習慣層級分析上面，新住民在醫療場域可能產生的促進方式，包含「當新住民有疑問卻沒提問時，我會重複話題讓新住民想一下」、「新住民很少會質疑醫生講的治療，我會花多一點時間，鼓勵他提出有關治療的問題」、「當與新住民有距離感時，我會多問一些問題並且增加解釋(說明)」、「當新住民有未表達的擔憂時，我會花時間理解」、「當新住民沒有依約就醫時，我會打電話關心新住民」、「新住民對醫療檢查會害怕，我會安慰新住民並重複說明」。

第二節 醫事人員感受新住民就醫困境及文化敏感度

壹、人口學統計資料之描述性統計

研究對象共 192 人，女性 152 位(佔 79.2%)；平均年齡為 34.99 歲（標準差

10.2)，20-29 歲 71 位最多(佔 37.0%)，其次是 30-39 歲 60 位(31.3%)；教育程度大學最多 134 位 (69.8%)，其次為研究所以上 41 人 (21.4%)；婚姻狀況以單身最多共 118 人 (61.5%)，其次為已婚 69 人 (35.9%)；從生活文化的角度來看，我覺得我最屬於本省人最多，有 153 人 (79.7%)，其次為外省人，有 22 人 (11.5%)；第二語言(本土語言，含大陸港澳)，有 171 位(89.1%)，其中台語 165 位最多，客家話 13 位，原住民語是 0；第二語言熟悉程度(本土，包含大陸港澳)，雙語通譯熟練(口語文字均可運用)56 位(29.3%)、可以口語通譯(口語)63 位(33.0%)、僅能簡單聽說 53 位(27.7%)；第二語言(非本土語言)，有 137 位(71.4%)，其中英語 132 位最多，日語 12 位、韓語 2 位；第二語言熟悉程度(非本土語言)，雙語通譯熟練(口語文字均可運用)36 位(18.8%)、可以口語通譯(口語)22 位(11.5%)、僅能簡單聽說 87 位(45.3%)；過去國外旅遊經驗/平均每年，以 1-2 次最多 130 位 (67.7%)，其次為無 39 位 (20.5%)；是否有外籍朋友(非本土語言)，有共 83 位(43.2%)；與來自其他國家和文化的外籍朋友(非本土語言)接觸的頻率/平均每個月，以無 106 位 (55.2%)為最多，其次為 1-3 次 62 位 (32.3%)，4-9 次及 10 次以上為 12 位(6.3%)；臨床工作與新住民(非本土語言)接觸的頻率/平均每個月，以 1-3 次 121 位(63.0%)為最多，10 次以上有 39 位(20.3%)次之；工作年資以 10-19 年 63 位最多 (32.8%)，其次為 6-9 年 35 位(18.2%)；目前工作科別以婦產科或是兒科最多 54 位(28.1%)，第三是內外科 33 位 (17.2%)；執照類別以護理師 121 位為最多(63.0%)，醫生 32 位(16.7%)，放射科 27 位(14.1)，檢驗科 12 位(6.3%)；是否修習過多元文化相關課程以有 22 位(11.5%)；在臨床工作中是否使用多語言衛教資料以有 133 位(69.3%)，

包含英語、越南語、印尼語、泰語、日語衛教資料；多語言衛教資料，來源以知道為最多 121 位(63.0%)，以醫院自製 91 位最多，中央政府部會 32 位次之，地方政府局處 8 位，其他 12 位；曾經使用翻譯軟體的頻率，例如 Google 翻譯，ChatGPT，或其他翻譯 App 等以偶爾使用 82 位為最多(42.7%)，其次是經常使用 76 位(39.6%)（見表四-3）。

針對問卷內容現況，文化敏感度總分為 93.52 分（標準差 9.36），次量表互動參與度為 28.11 分（標準差 3.27）、文化差異認同感為 25.60 分（標準差 2.94）、互動信心為 16.65 分（標準差 3.27）、互動愉悅感為 11.63 分（標準差 2.18）、互動關注度為 11.51 分（標準差 1.53）；感受新住民就醫困境總分為 88.07 分（標準差 8.40），障礙次量表為 14.15 分（標準差 3.72）、促進次量表為 73.91 分（標準差 7.80）；文化照護能力評估量表總分為 116.71 分（標準差 17.80），次量表文化意識和敏感性為 58.67 分（標準差 5.41）、文化能力行為量表為 58.13 分（標準差 16.23）；如表四-3 所示。

表 四-3 人口學變項資料(n=192)

變項	個案數(百分比)	平均數(標準差)
性別		
女生	152(79.2)	
男生	40(20.8)	
年齡		34.99(10.2)
20-29 歲	71(37.0)	
30-39 歲	60(31.3)	
40-49 歲	41(21.4)	
50 歲以上	20(10.4)	
教育程度		
二專	2(1.0)	
五專	15(7.8)	

大學	134(69.8)
研究所以上	41(21.4)
婚姻狀況	
單身	118(61.5)
已婚	69(35.9)
分居	1(0.2)
離婚	4(2.1)
自覺身分(文化生活角度)	
本省人	153(79.7)
外省人	22(11.5)
客家人	11(5.7)
原住民	2(1.0)
新住民	2(1.0)
其他	2(1.0)
第二語言(本土，包含大陸港澳)	
無	21(10.9)
有	171(89.1)
台語	165
客家語	13
原住民	0
其他	6
第二語言熟悉程度(本土，包含大陸港澳)	
雙語通譯熟練(口語文字 均可運用)	56(29.3)
可以口語通譯(口語)	63(33.0)
僅能簡單聽說	53(27.7)
第二語言(非本土)	
無	55(28.6)
有	137(71.4)
英文	132
日語	12
韓語	2
其他	3
第二語言熟悉程度(非本土)	
雙語通譯熟練(口語文字 均可運用)	36(18.8)
可以口語通譯(口語)	22(11.5)
僅能簡單聽說	87(45.3)
過去國外旅遊經驗/平均每年	
無	39(20.3)
1-2 次	130(67.7)

3 次	9(4.7)
4 次以上	14(7.3)
是否有外籍朋友(非本土語言)	
無	109(56.8)
有	83(43.2)
與來自其他國家和文化的外籍朋友(非本土語言)接觸的頻率/平均每個月	
無	106(55.2)
1-3 次	62(32.3)
4-9 次	12(6.3)
10 次以上	12(6.3)
臨床工作與新住民(非本土語言)接觸的頻率/平均每個月	
1-3 次	121(63.0)
4-9 次	32(16.7)
10 次以上	39(20.3)
工作年資	
小於 1 年	21(10.9)
1-3 年	24(12.5)
4-5 年	24(12.5)
6-9 年	35(18.2)
10-19 年	63(32.8)
20 年以上	25(13.5)
目前工作科別	
婦產科	54(28.1)
兒科	54(28.1)
內外科	33(17.2)
放射科	27(14.1)
檢驗科	12(6.3)
其他	12(6.3)
執照類別	
護理人員	121(63.0)
醫生	32(16.7)
放射師	27(14.1)
醫檢師	12(6.3)
是否修習過多元文化相關課程	
無	170(88.5)
有	22(11.5)
在臨床工作中是否使用多語言衛教資料	
無	59(30.7)
有	133(69.3)
多語言衛教資料，來源是	
不知道	71(37.0)

中央政府部會	32	
地方政府局處	8	
醫院自製	91	
其他	12	
曾經使用翻譯軟體的頻率，例如 Google 翻譯，ChatGPT，或其他翻譯 App 等		
沒有使用	6(3.1)	
很少使用	16(8.3)	
偶爾使用	82(42.7)	
經常使用	76(39.6)	
總是使用	12(6.3)	
文化敏感度		93.52(9.363)
互動參與度		28.11(3.27)
文化差異認同感		25.60(2.94)
互動信心		16.65(3.27)
互動愉悅感		11.63(2.18)
互動關注度		11.51(1.53)
感受新住民就醫困境		88.07(8.40)
障礙		14.15(3.72)
促進		73.91(7.80)
文化照護能力評估量表		116.71(17.80)
文化意識和敏感性		58.67(5.41)
文化能力行為量表		58.13(16.23)

貳、 我國醫事人員感受新住民就醫困境之描述性分析

我國醫事人員感受新住民就醫困境的問卷共 24 題，以 1-5 分計算，分數越高感受新住民就醫困境傾向越高，因為是自擬問卷，以文化照護能力評估量表進行相關性的比較 $R=0.415(p<0.001)$ ，代表此問卷是具有醫事人員的跨文化內涵。

由表四-4 可知「我覺得新住民會希望有懂其母語、文化的通譯人員協助進行醫療通譯」此題項得分最高 4.43 分（標準差 0.64）、其次是「我覺得新住民會希望有懂其母語、文化的醫事人員進行照護」4.30 分（標準差 0.66）、第三是「新住民的治療決定會受文化影響，我會接受他們的決定，例如”不輸血”」4.13 分（標

準差 0.78)；分數最低的是「我覺得新住民不懂相關的檢查，例如”抽血”」2.34分(標準差 0.91)、「我覺得新住民不懂醫護人員的說明」2.63分(標準差 0.92)、「我覺得新住民通常不懂網路資料的說明」2.74分(標準差 1.06)(見表四-4)。

表 四-4 我國醫事人員感受新住民就醫困境題目之描述性分析(n=192)

題號	題目內容	平均數	標準差	排名
障礙次量表				
1.	我覺得新住民不懂相關的檢查，例如”抽血”	2.34	0.91	倒數 1
2.	我覺得新住民不懂醫護人員的說明	2.63	0.92	倒數 2
3.	我覺得新住民沒有醫療多語言翻譯資料輔助	3.10	1.04	
4.	我覺得新住民沒有醫療翻譯人員幫忙	3.32	1.01	
5.	我覺得新住民通常不懂網路資料的說明	2.74	1.06	倒數 3
促進次量表				
6.	新住民接收到中文語文的重點和我不同，我會花時間確認他所理解的重點是甚麼	3.84	0.71	
7.	當語言不通時，我就求救，我會找同事(或者是找醫療通譯人員)來幫我溝通一下	4.07	0.84	
8.	新住民使用不同語言或話語，我會學習使用其慣用語來增加互動	3.47	0.84	
9.	新住民表達害怕的方式可能和我不同，當我覺得新住民表現的是害怕的感覺時，我會給予非語言的支持(陪伴)	4.03	0.65	
10.	新住民對醫療用語不懂，我會簡化醫療過程的說明	4.02	0.74	
11.	新住民的治療決定會受文化影響，我會接受他們的決定，例如”不輸血”	4.13	0.78	3
12.	新住民的治療決定會受家庭影響，我會和新住民以及他的家人一起討論此決定	3.96	0.73	
13.	新住民需要衛教資料慢慢理解，我會使用多國語言版本衛教資料	3.92	0.77	
14.	新住民對治療過程不理解，在前期，我會花時間步驟化說明	4.05	0.66	

15	新住民很少會質疑醫生講的治療，我會花多一點時間，鼓勵他提出有關治療的問題	3.72	0.83	
16	當新住民有疑問卻沒提問時，我會重複話題讓新住民想一下	3.89	0.73	
17	我覺得新住民會希望有懂其母語、文化的通譯人員協助進行醫療通譯	4.43	0.64	1
18	當與新住民有距離感時，我會多問一些問題並且增加解釋(說明)	3.79	0.75	
19	當新住民有未表達的擔憂時，我會花時間理解	3.92	0.65	
20	我覺得新住民會希望有懂其母語、文化的醫事人員進行照護	4.30	0.66	2
21	新住民就醫互動會影響新住民的健康結果，每次我會給予完整會談	3.70	0.75	
22	當新住民沒有依約就醫時，我會打電話關心新住民	2.78	0.98	
23	我覺得新住民初次不敢單獨就醫，會需要台灣家人陪伴	3.79	0.86	
24	新住民對醫療檢查會害怕，我會安慰新住民並重複說明	4.02	0.61	

參、 我國醫事人員文化敏感度之描述性分析

文化敏感度的問卷共 24 題，以 1-5 分計算，分數越高文化敏感度傾向越高，由表四-5 可知「我尊重來自不同文化的人之價值觀」此題項得分最高 4.59 分（標準差 0.62）、其次是「我尊重來自不同文化的人所表現之行為」4.44 分（標準差 0.54）、第三是「我能以愉悅的心看待不同文化族群之間的文化差異」4.30 分（標準差 0.69）；分數最低的是「我發現跟不同文化的人談話很困難」3.03 分（標準差 0.97）、「我可以隨心所欲地與不同文化背景的人互動」3.09 分（標準差 0.89）、「與不同文化的人互動時，我知道要和對方說些什麼」3.32 分（標準差 0.78）（見表四-5）。

表 四-5 我國醫事人員文化敏感度之描述性分析(n=192)

題號	題目內容	平均數	標準差	排名
互動參與度次量表				
1	我喜歡與來自不同文化的人互動	4.04	0.70	
11	我不急於對不同文化背景的人下定論	4.17	0.77	
13	我對不同文化背景的人沒有先入為主的看法	3.82	0.96	
21	與來自不同文化的人互動時，我經常給予正向的回應	4.10	0.62	
22*	我會避開讓自己處於必須和異文化的人相處的情境	3.62	0.94	
23	我會使用語言及非語言的方式來對異文化者表達我對他們的瞭解	4.03	0.68	
24	我能以愉悅的心看待不同文化族群之間的文化差異	4.30	0.69	3
文化差異認同感次量表				
2*	我認為來自不同文化的人的思想是狹隘的	4.26	0.86	
7*	我不喜歡與來自不同文化的人一起相處	4.08	0.87	
8	我尊重來自不同文化的人之價值觀	4.59	0.62	1
16	我尊重來自不同文化的人所表現之行為	4.44	0.54	2
18*	我不會接受來自不同文化的人的意見	4.38	0.79	
20*	我認為我的文化優於其他文化	3.83	0.97	
互動信心次量表				
3	我認為自己有能力與來自不同文化的人互動	3.64	0.81	
4*	我發現跟不同文化的人談話很困難	3.03	0.97	倒數 1
5	與不同文化的人互動時，我知道要和對方說些什麼	3.32	0.78	倒數 3
6	我可以隨心所欲地與不同文化背景的人互動	3.09	0.89	倒數 2
10	我有自信能與來自不同文化的人互動	3.55	0.84	
互動愉悅感次量表				
9*	和來自不同文化的人互動時，我會覺得沮喪	4.03	0.84	
12*	與來自不同文化的人互動時，我會感到氣餒	3.73	0.89	
15*	與來自不同文化的人互動時，我會覺得自己很無用	3.86	0.92	
互動關注度次量表				
14	與來自不同文化的人互動時，我會很謹慎	4.02	0.70	
17	與來自不同文化的人互動時，我會嘗試盡可能去獲得更多訊息	4.20	0.60	
19	與不同文化的人互動時，我對他們的細微表達很敏感	3.28	0.87	

註：*為反向題目

肆、 我國醫事人員個人基本資料、跨文化敏感度與感受新住

民就醫困境之差異性分析

本研究利用獨立樣本 t 檢定(Independent t test)及單因子變異數分析(One Way ANOVA)，探討人口學特性(性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、自覺身分(文化生活角度)、第二語言(本土，包含大陸港澳)、第二語言熟悉程度(本土，包含大陸港澳)、第二語言(非本土)、第二語言熟悉程度(非本土)、過去國外旅遊經驗/平均每年、是否有外籍朋友(非本土語言)、與來自其他國家和文化的外籍朋友(非本土語言)接觸的頻率/平均每個月、臨床工作與新住民(非本土語言)接觸的頻率/平均每個月、工作年資、執照類別、是否修習過多元文化相關課程、臨床工作中是否使用多語言衛教資料、曾經使用翻譯軟體的頻率，例如 Google 翻譯，ChatGPT，或其他翻譯 App 等，分別對感受新住民就醫困境及跨文化敏感度之差異性分析。

感受新住民就醫困境結果，在人口學特性方面，顯示「年齡類別」($F=3.396$ ， $p=0.019$)，50 歲以上高於 20-29 歲；「第二語言熟悉程度(本土，包含大陸港澳)」($F=2.819$ ， $p=0.040$)；「過去國外旅遊經驗/平均每年」($F=2.833$ ， $p=0.040$ ，4 次以上高於無者；「是否有外籍朋友(非本土語言)」($F=2.592$ ， $p=0.010$)，有外籍朋友分數較高；「曾經使用翻譯軟體的頻率，例如 Google 翻譯，ChatGPT，或其他翻譯 App 等」($F=4.473$ ， $p=0.002$) (見表四-6)。

跨文化敏感度結果，在人口學變項方面，顯示「性別」($t=-3.002$ ，

p=0.003)，男生高於女生；「婚姻狀況」(t=2.747，p=0.044)；「第二語言(本土，包含大陸港澳)」(t=-2.453，p=0.015)，有第二語言本土的人比沒有第二語言本土的人分數比較高；「第二語言熟悉程度(本土，包含大陸港澳)」(t=4.733，p=0.003)，雙語通譯熟練者分數高於僅能簡單聽說者；「第二語言(非本土)」(t=-4.001，p<0.001)，有非本土語言的人比沒有非本土的人分數比較高；「第二語言熟悉程度(非本土)」(F=10.181，p<0.001)，雙語通譯熟練者分數高於可以口語通譯者、雙語通譯熟練者分數高於僅能簡單聽說者；「過去國外旅遊經驗/平均每年」(F=-2.784，p=0.042)；「是否有外籍朋友(非本土語言)」(F=-4.605，p<0.001)；「與來自其他國家和文化的外籍朋友(非本土語言)接觸的頻率/平均每個月」(F=-2.944，p=0.034)(見表四-6)。

表 四-6 我國醫事人員個人基本資料、感受新住民就醫困境及跨文化敏感度之差異性檢定(n=192)

變項	人數(%)	感受新住民就醫困境	跨文化敏感度
		T 值/F 值 平均值(標準差)	T 值/F 值 平均值(標準差)
性別 ^a		0.315(0.753)	-3.002(0.003)**
①女生	152(79.2)	88.17(8.69)	92.50(9.07)
②男生	40(20.8)	87.70(7.30)	97.40(9.55)
年齡 ^b		3.396(0.019)*	0.604(0.613)
		④>①*	
①20-29 歲	71(37.0)	85.91(1.01)	92.85(0.98)
②30-39 歲	60(31.3)	89.33(1.01)	94.86(1.30)
③40-49 歲	41(21.4)	87.70(1.29)	92.78(1.61)
④50 歲以上	20(10.4)	92.05(1.81)	93.25(2.03)
教育程度 ^b		0.643(0.588)	1.500(0.216)
①二專	2(1.0)	91.50(3.50)	95.50(13.50)
②五專	15(7.8)	88.50(3.08)	89.28(2.85)

③大學	134(69.8)	87.53(0.73)	93.31(0.77)
④研究所以上	41(21.4)	89.24(1.09)	95.51(1.49)
婚姻狀況^b		0.615(0.606)	2.747(0.044)*
①單身	118(61.5)	87.39(0.75)	93.47(0.80)
②已婚	69(35.9)	89.15(1.07)	94.39(1.23)
③分居	1(0.2)	-	-
④離婚	4(2.1)	86.50(2.95)	81.50(2.59)
自覺身分(文化生活角度)^b		0.368(0.870)	1.260(0.283)
①本省人	153(79.7)	88.07(0.69)	93.35(0.74)
②外省人	22(11.5)	87.76(1.60)	91.76(1.95)
③客家人	11(5.7)	89.63(2.52)	99.54(3.71)
④原住民	2(1.0)	82.50(3.50)	87.50(9.50)
⑤新住民	2(1.0)	83.50(3.50)	94.00(3.00)
⑥其他	2(1.0)	87.50(7.50)	96.50(5.50)
第二語言(本土，包含大陸港澳)^a		0.784(0.434)	-2.453(0.015)*
①無	21(10.9)	88.71(10.47)	88.85(11.02)
②有	171(89.1)	88.23(8.13)	94.09(9.00)
第二語言熟悉程度(本土，包含大陸港澳)^b		2.819(0.040)*	4.733(0.003)**
			①>③*
①雙語通譯熟練 (口語文字均可運用)	56(29.3)	90.64(1.10)	96.10(1.35)
②可以口語通譯 (口語)	63(33.0)	86.95(0.88)	93.53(1.08)
③僅能簡單聽說	53(27.7)	87.30(1.24)	93.05(1.16)
第二語言(非本土)^a		-0.246(0.806)	-4.001(<0.001)***
①無	55(28.6)	87.83(8.47)	89.41(9.41)
②有	137(71.4)	88.16(8.41)	95.17(8.84)
第二語言熟悉程度(非本土)^b		1.673(0.174)	10.181(<0.001)***
			①>②**
			①>③***
①雙語通譯熟練 (口語文字均可運用)	36(18.8)	88.44(1.41)	100.41(1.75)
②可以口語通譯 (口語)	22(11.5)	84.31(1.23)	92.68(1.43)
③僅能簡單聽說	87(45.3)	88.56(0.93)	92.75(0.85)
過去國外旅遊經驗/平均每年^b		-2.833(0.040)*	-2.784(0.042)*
		④>①*	
①無	39(20.3)	85.84(1.536)	89.89(1.66)
②1-2 次	130(67.7)	88.23(0.697)	94.47(0.78)

③3 次	9(4.7)	87.22(2.33)	96.33(3.10)
④4 次以上	14(7.3)	92.84(2.31)	92.84(2.43)
是否有外籍朋友(非本土語言)^a		-2.592(0.010)*	-4.605(<0.001)***
①無	109(56.8)	86.72(8.36)	90.93(8.79)
②有	83(43.2)	89.84(8.17)	96.92(9.03)
與來自其他國家和文化的外籍朋友(非本土語言)接觸的頻率/平均每個月^b		-0.786(0.503)	-2.944(0.034)*
①無	106(55.2)	87.23(0.87)	91.83(0.89)
②1-3 次	62(32.3)	88.91(1.04)	95.37(1.07)
③4-9 次	12(6.3)	87.75(1.42)	94.00(3.43)
④10 次以上	12(6.3)	90.41(1.92)	98.08(3.17)
臨床工作與新住民(非本土語言)接觸的頻率/平均每個月^b		1.295(0.276)	1.040(0.356)
①1-3 次	121(63.0)	88.19(0.79)	92.80(0.82)
②4-9 次	32(16.7)	86.12(1.45)	94.25(1.60)
③10 次以上	39(20.3)	89.30(1.14)	95.15(1.65)
工作年資^b		2.123(0.064)	1.579(0.168)
①小於 1 年	21(10.9)	87.76(1.97)	95.33(2.40)
②1-3 年	24(12.5)	87.70(1.70)	92.70(1.77)
③4-5 年	24(12.5)	83.91(1.63)	89.86(1.48)
④6-9 年	35(18.2)	87.05(1.33)	96.22(1.38)
⑤10-19 年	63(32.8)	88.71(1.07)	92.68(1.24)
⑥20 年以上	25(13.5)	91.88(1.48)	94.40(2.01)
執照類別^b		1.416(0.239)	2.508(0.060)
①護理人員	121(63.0)	88.90(0.80)	92.42(0.86)
②醫生	32(16.7)	85.90(1.39)	97.34(1.47)
③放射師	27(14.1)	87.11(1.22)	94.37(1.73)
④醫檢師	12(6.3)	86.75(2.50)	92.25(2.74)
是否修習過多元文化相關課程^a		-0.683(0.495)	-0.373(0.710)
①無	170(88.5)	87.92(8.59)	93.43(9.32)
②有	22(11.5)	89.22(6.85)	94.22(9.85)
臨床工作中是否使用多語言衛教資料^a		-0.805(0.422)	-1.167(0.243)
①無	59(30.7)	87.33(9.31)	92.33(9.40)
②有	133(69.3)	88.39(7.98)	94.05(9.32)
曾經使用翻譯軟體的頻率，例如 Google 翻譯，ChatGPT，或其他翻譯 App 等^b		4.473(0.002)**	1.304(0.270)
①沒有使用	6(3.1)	96.00(2.55)	91.00(5.20)
②很少使用	16(8.3)	87.37(1.36)	94.43(2.10)
③偶爾使用	82(42.7)	85.97(0.87)	92.88(0.92)
④經常使用	76(39.6)	88.84(1.03)	93.77(1.14)
⑤總是使用	12(6.3)	92.41(1.86)	91.08(3.20)

註：^a獨立樣本 t 檢定(Independent t test)；^b單因子變異數分析(One Way ANOVA)

；*P<.05、** P<.01、** P<.001

第五章 結論與建議

第一節 結論

壹、 新住民就醫困境的內涵及問卷建立

一、醫事人員感受新住民就醫困境

醫事人員感受新住民就醫困境，與跨文化敏感度相關，從本研究質性資料，於編碼後分析形成之概念架構表(如表五-1)，可知醫事人員感受新住民就醫困境有三大面項分別語言、文化、習慣層級分析醫事人員感受新住民就醫困境。

(1)語言層級

語言層級呈現產生不懂的情事、需要翻譯資源、其他溝通形式、要台灣家人陪、談話過程不完整、找同事幫忙說明，從質性資料產出新住民在醫療場域可能產生的**障礙**，包含「我覺得新住民沒有醫療多語言翻譯資料輔助」、「我覺得新住民沒有醫療翻譯人員幫忙」、「我覺得新住民初次不敢單獨就醫，會需要台灣家人陪伴」；而可能的**促進方式**，包含「新住民接收到中文語文的重點和我不同，我會花時間確認他所理解的重點是甚麼」、「當語言不通時，我就求救，我會找同事(或者是找醫療通譯人員)來幫我溝通一下」、「新住民使用不同語言或話語，我會學習使用其慣用語來增加互動」、「新住民表達害怕的方式可能和我不同，當我覺得新住民表現的是害怕的感覺時，我會給予非語言的支持(陪伴)」。

(2)文化層級

文化層級分析進行新住民提到台灣醫療場域的制度與服務，包括醫療流程與制度好、及醫療人員服務好。其次是對於新住民的就醫而言，也造成很大的困難，而產生障礙。包括醫療流程與制度不足、醫療人員服務不足、及醫療人員時間。最後是新住民如果不到醫院就醫的話，就會有自己的文化照顧方法，他國的醫療照顧習慣，從質性資料產出新住民在醫療場域可能產生的**障礙**，包含「我覺得新住民不懂相關的檢查，例如”抽血”」、「我覺得新住民不懂醫護人員的說明」、「我覺得新住民不懂醫療相關網路資料的說明」、「我覺得新住民會希望有懂其母語、文化的通譯人員協助進行醫療通譯」、「我覺得新住民會希望有懂其母語、文化的醫事人員進行照護」；而可能的**促進方式**，包含「新住民對醫療用語不懂，我會簡化醫療過程的說明」、「新住民的治療決定會受文化影響，我會接受他們的決定，例如”不輸血”」、「新住民的治療決定會受家庭影響，我會和新住民以及他的家人一起討論此決定」、「新住民需要衛教資料慢慢理解，我會使用多國語言版本衛教資料」、「新住民對治療過程不理解，在前期，我會花時間步驟化說明」、「新住民就醫互動會影響新住民的健康結果，每次我會給予完整會談」。

(3)習慣層級

習慣層級分析分析，新住民經常都會有一些習慣的行為產生，與處理是否及感受可或不好有關，包括不處理，感受尚可、不處理，不好的感受、有處理，好的感受，從質性資料產出新住民在醫療場域可能產生的**促進方式**，包含「當新住民有疑問卻沒提問時，我會重複話題讓新住民想一下」、「新住民很少會質疑醫生講的治療，我會花多一點時間，鼓勵他提出有關治療的問題」、「當與新住民有距

離感時，我會多問一些問題並且增加解釋(說明)」、「當新住民有未表達的擔憂時，我會花時間理解」、「當新住民沒有依約就醫時，我會打電話關心新住民」、「新住民對醫療檢查會害怕，我會安慰新住民並重複說明」。

表 五-1 感受新住民就醫困境概念架構表

層級	主要內涵	就醫困境	產出題目
語言	產生不懂的情事、需要翻譯資源、其他溝通形式、要台灣家人陪、談話過程不完整、找同事幫忙說明	障礙 促進	「我覺得新住民沒有醫療多語言翻譯資料輔助」、「我覺得新住民沒有醫療翻譯人員幫忙」、「我覺得新住民初次不敢單獨就醫，會需要台灣家人陪伴」、「新住民接收到中文語文的重點和我不同，我會花時間確認他所理解的重點是甚麼」、「當語言不通時，我就求救，我會找同事(或者是找醫療通譯人員)來幫我溝通一下」、「新住民使用不同語言或話語，我會學習使用其慣用語來增加互動」、「新住民表達害怕的方式可能和我不同，當我覺得新住民表現的是害怕的感覺時，我會給予非語言的支持(陪伴)」
文化	醫療流程與制度、醫療人員服務、醫療人員任務、醫療人員學習	障礙 促進	「我覺得新住民不懂相關的檢查，例如，抽血」、「我覺得新住民不懂醫護人員的說明」、「我覺得新住民不懂醫療相關網路資料的說明」、「我覺得新住民會希望有懂其母語、文化的通譯人員協助進行醫療通譯」、「我覺得新住民會希望有懂其母語、文化的醫事人員進行照護」 「新住民對醫療用語不懂，我會簡化醫療過程的說明」、「新住民的治療決定會受文化影響，我會接受他們的決定，例如，不輸血」、「新住民的治療決定會受家庭影響，我會和新住民以及他的家人一起討論此決定」、「新住民需要衛教資料慢慢理解，我會使用多國語言版本衛教資料」、「新住民對治療過程不理解，在前期，我會花時間步驟化說明」、「新住民就醫互動會影響新住民的健康結果，每次我會給予完整會談」
習慣	不處理，感受尚可、不處理，不好的感受、有處理，好的感受	障礙 促進	- 「當新住民有疑問卻沒提問時，我會重複話題讓新住民想一下」、「新住民很少會質疑醫生講的治療，我會花多一點時間，鼓勵他提出有關治療的問題」、「當與新住民有距離感時，我會多問一些問題

並且增加解釋(說明)」、「當新住民有未表達的擔憂時，我會花時間理解」、「當新住民沒有依約就醫時，我會打電話關心新住民」、「新住民對醫療檢查會害怕，我會安慰新住民並重複說明」

二、感受新住民就醫困境的問卷建立

本研究質性資料所產出的感受新住民就醫困境的問卷共 24 題，共有 2 個次量表：障礙與促進。本問卷與文化照護能力評估量表呈現正相關，因此可以進行感受新住民就醫困境的相關性分析。

貳、我國醫事人員個人基本資料、感受新住民就醫困境及跨

文化敏感度之相關性

一、我國醫事人員感受新住民就醫困境

(A).感受新住民就醫困境之現況

本研究確定我國醫事人員感受新住民就醫困境包含障礙次量表及促進次量表。障礙次量表有 3 題是最低分，「我覺得新住民不懂相關的檢查，例如，抽血」、「我覺得新住民不懂醫護人員的說明」、「我覺得新住民通常不懂網路資料的說明」，此代表這些認知，其實已經在臨床上得到改善；而促進次量表最高分的 3 題「我覺得新住民會希望有懂其母語、文化的通譯人員協助進行醫療通譯」、「我覺得新住民會希望有懂其母語、文化的醫事人員進行照護」代表此為符合文化意涵的想法，也提醒文化在醫療上的獨特性，但是該如何達到平衡，向中間靠近，這需要進一步的了解；「新住民的治療決定會受文化影響，我會接受

他們的決定，例如，不輸血」這點從質性資料當中有呼應，醫生做治療的同時，也會彈性的運用其他治療模式來補足，這是很好的策略，也是可以進一步跨科討論的議題。

(B).個人基本資料與感受新住民就醫困境之相關性

個人基本資料經過差異性分析與感受新住民就醫困境相關性的結果，在人口學特性方面，顯示年齡類別顯著，以 50 歲以上的分數為最高，代表人生累積的經驗有助於感受新住民就醫困境；第二語言熟悉程度(本土，包含大陸港澳)，雙語通譯熟練(口語文字均可運用)的分數為最高，以台灣是多元文化的社會環境的基礎，每個人幾乎都有本土語言的使用，基本上多語言的生活也代表文化的多元性，有助於感受新住民就醫困境；平均每年去國外旅遊經驗顯著，以 4 次以上的分數為最高，達顯著；有外籍朋友(非本土語言)者分數比無者高，達顯著程度；曾經使用翻譯軟體的頻率，例如 Google 翻譯，ChatGPT，或其他翻譯 App 等，總是使用者為最高，達顯著程度，此有關於 3C 使用的習慣，如果可以透過教育，讓醫療人員學會，運用翻譯軟體，可能就更容易於與新住民做溝通，感受新住民就醫困境。

二、我國醫事人員跨文化敏感度

(A).跨文化敏感度之現況

本研究結果我國醫事人員文化敏感度以文化差異認同感次量表中 2 題「我尊重來自不同文化的人之價值觀」、「我尊重來自不同文化的人所表現之行為」為最高分，此代表醫事人員的文化環境是重要的，可以尊重價值觀跟行為，此為照護

實務的能力；互動參與度次量表的「我能以愉悅的心看待不同文化族群之間的文化差異」也是高分，代表醫療人員樂觀看待新住民的醫療照護。低分3題「我發現跟不同文化的人談話很困難」、「我可以隨心所欲地與不同文化背景的人互動」、「與不同文化的人互動時，我知道要和對方說些什麼」，也代表目前的醫療人員在跨文化照護上面的互動信心較低，或許與新住民或是移民者的臨床照護，是可以透過在職教育來體會經驗。

(B).個人基本資料與跨文化敏感度之相關性

個人基本資料經過差異性分析與跨文化敏感度相關性的結果，在人口學變項方面，顯示男生跨文化敏感度分數高於女生，本研究男生以醫師為多數；已婚姻者分數高於單身者，本研究已婚與年齡相關；第二語言熟悉程度(本土，包含大陸港澳)，雙語通譯熟練(口語文字均可運用)的分數為最高，以台灣是多元文化的社會環境的基礎，每個人幾乎都有本土語言的使用，基本上多語言的生活也代表文化的多元性，有助於跨文化敏感度程度；相同的，第二語言熟悉程度(非本土)，雙語通譯熟練(口語文字均可運用)的分數為最高，代表不同國家語言的使用，這種文化的多元性，有助於跨文化敏感度程度。

參、我國醫事人員感受新住民就醫困境及跨文化敏感度之相

關指引及因應對策

一、我國醫事人員感受新住民就醫困境之相關指引及因應對策

根據本研究結果，可以在感受新住民就醫困境議題上，討論臨床醫事人員所

需要翻譯資源的普及性，從質性資料顯示，部分單位是有其他譯文的衛教單張，顯然是不足夠，醫事人員認為使用 QRcord 的各譯文衛教單張是可行的，屆時各單位只要有一個海報，將 QRcord 資訊接露即可，所有有需要的人，使用手機，使用醫院的網路就可以下載，而醫院端需要定時去修正網路衛教內容即可，唯一的是網路衛教內容的增訂，需要有各國翻譯人員協助建立，此費用，需要衛福部醫事司的協助，如果衛福部有經費去完成各類譯文的衛教單張，讓各醫院使用，就會更好。

從量性資料顯示 3C 軟體使用率在總是以上的醫事人員，其感受新住民就醫困境的分數較高，表示越有使用 3C 軟體的醫事人員，在跨文化照護上，成效可以更好，溝通更有效過，所以針對醫事人員的 3C 軟體使用在職訓練，變成可行，代表醫事人員面對新住民照護的語言障礙是有幫助的，同時也可以輔助醫事人員覺得：新住民會希望有懂其母語、文化的通譯人員協助進行醫療通譯的感受，以目前醫療單位無法做到都有各種語言翻譯人員進行語言的翻譯之現況，如果醫療人員能夠使用 3C 翻譯軟體，以單位公用的平板進行(此平板為目前相關醫療同意書簽屬使用的工具)，這些題目雖然目前分數較高，但是讓醫事人員可以降低語言障礙之後，相信是會有不同的，這才是跨文化照顧的新契機。

從 113/01/18 新聞：三星首款 AI 手機 Galaxy S24 八大新功能搶先看

<https://www.setn.com/News.aspx?NewsID=1415022>，其中第四項、通話即時翻譯功能：用戶在通話中實現雙向即時語音和文字翻譯，目前已知語音翻譯支援 13 種語言，包含簡體中文、日本、韓國、越南、泰國、印度等語系，

但要針對自己需要的語系下載資料包才能用，目前暫無繁體中文。通常各單位都會有公務機，如果有這樣子的 AI 手機出現，將可以補足現有各譯文衛教資料不足的應對，透過 AI 手機，隨時可以建立新的衛教資料，臨床醫事人員更快學會，簡單常用的各國語句，這是 AI 時代的新局面，應該快快使用，以上 3 個建議，唯一需要的是針對流程跟是否溝通內容可以大致上正確，因為大家知道 AI 產生的資料會有一些張冠李戴的謬誤，是否涉及病人安全，就需要科技部設立相關產學合作計畫，去測試成效。

二、我國醫事人員跨文化敏感度之相關指引及因應對策

根據本研究結果，目前的醫事人員在跨文化敏感度上面的互動信心較低，這代表跟不同文化的人談話很困難、無法隨心所欲地與不同文化背景的人互動、與不同文化的人互動時，不知道要和對方說些什麼，這些都是代表跨文化的經驗跟環境的不足，從量性資料顯示：即使是有台語等第二本土語言，都對於跨文化敏感度有正向影響，確定未來更需要醫療人員必須有國語以外的台語、客家話、原種民語言等能力，當然如果第二非本土語言，是會有一項的結果，但是礙於本國的教學現況，英文的補習被重視，雖然本土台語等有鄉土課程，向上延續倒高中課程，但是政府必須鼓勵日程生活當中這些語言的使用，例如長輩跟孫子講台語等，鼓勵發表，讓本土語言就是生活這件事情落實在北台灣，我相信在中部跟南部沒有這個問題。其次講到英文，目前一直有兩極化的困境，唯一的是國內沒有

開放國際醫療，所以使用英文的外國人就醫人數遠遠低於東南亞籍外國人就醫人數，雖然國小有東南亞語的語言課程，畢竟比例較少，所以各大學是可以鼓勵醫學生學習東南亞語的課程，熟習發音及使用習慣，未來進到臨床工作，就是有 3C 軟體及 AI 手機的協助，這些可能仰賴各醫學大學在教育上的設計。

關於跨文化敏感度課程，目前是很少的，但是仍然能夠鼓勵各醫學大學在相關的課程當中，能夠置入部分的內涵，有些基礎的概念，然後到就業的時候進階相關正式的跨文化敏感度課程，包含體驗式課程等，運用醫院實際工作的環境，進行各醫事人員的整合性課程，同時衛福部可以建置公益短影片，讓醫事人員學習跨國際醫療的體驗。

肆、 研究限制

本研究的目的三是「探討我國醫事人員跨文化敏感度及感受新住民就醫困境之相關指引及因應對策」，目前剛好遇到健康保險給付過低狀況，要多花時間與病患溝通，並增加看診時間等有醫院文化的影響，因此醫護人員對外籍病患的態度不見得與醫護人員文化敏感度有關，此為本研究的限制，需要未來研究更進一步的能夠釐清當中的影響程度。其次是雖然新北新住民比例高，但本樣本來自台北市 2 個醫院，新北市 1 個醫院跟台南市一個醫院，樣本代表性比較是醫院的影響而不見得是跨縣市的影響，此為本研究推論上的限制。

第二節 建議

壹、 建議一、立即可行之建議

建議主題： 醫院環境建立多語言醫療相關資訊及衛教版本

主辦機關： 移民署、衛生福利部醫事司、教育部

協辦機關： 各地方醫療院所、大專院校

本研究分析新住民在醫療場域可能產生的障礙包含新住民通常沒有醫療翻譯資料輔助；甚至對醫療重點的不了解。因此建議，要讓新住民明白得接受治療的相關醫療資訊及照護衛教內容，需要臨床醫院可以提供多元的醫療相關資訊及衛教版本。延續我國衛福部國民健康署已於該網站建置完善的新住民外籍人士健保就醫權益手冊，並編撰中文、英文、泰文、日文、印尼文、越文及西班牙文等七國語言)可無償讓醫院使用。

接著可以執行的是：1.其他相關醫療資訊，因為與醫療專業用相關，可以跟移民署等有建置醫療專業用語詞彙的單位合作，檢核相關醫療資訊用詞的正確性；2.而放射科、醫檢科、復健室等地方需要建置流程圖及注意事項，以上所有不同流程跟注意事項接放置於新住民在該單位可以使用手機掃描的地方；3.當然必須有志工教導如何掃描，及開啟醫院的免費 wifi，如果需要留下來閱讀，如何下在或是截圖；4.有鑑於普通醫院的志工年紀稍長，建議結合大學生的服務課程，讓大學生來教導手機的使用。

貳、 建議二、立即可行之建議

建議主題：確定醫事人員學習課程中，是否有多元文化照顧課程的內涵；並鼓勵醫院及學校建立體驗式教學的多元文化照顧課程。

主辦機關：教育部

協辦機關：各地方醫療院所、大學院校、內政部移民署

新住民在台灣都有住院及門診的經驗，表示知道醫護人員很忙，沒有空說明；或是知道醫事人員講解的內容比較簡短；醫事人員也認為新住民不會挑剔治療，像是 30 年前的病人一樣，如此差異大的現況，無法促進醫事人員與新住民的互動，也無法增進新住民健康成效；因此要確定醫事人員學習課程中，是否有多元文化照顧課程的內涵，如果課程不足，可以鼓勵醫院及學校建立體驗式教學的多元文化照顧課程，來增進醫事人員與新住民正向互動的習慣。

接著可以執行的是：1.教育部應該去了解各醫學科系是否有足夠的課程，含有多元文化照顧內涵，同時配合內政部移民署相關政策的導入；2.鼓勵大專院校充實多元文化照顧內涵課程，建立優良的數位課程，可供醫院在職進修使用；3.各地方醫療院所要透過實體課程、AR、VR 的體驗式活動，增加醫事人員與新住民正向互動的能力。

參、 建議三、中長期性建議

建議主題：確認醫院網站有多語言的選項，可以讓新住民是看著網頁訊息，而來就醫。

主辦機關：移民署、衛生福利部醫事司

協辦機關：各地方衛生局及醫療院所

研究顯示目前新住民對於健康涉略是相當不足的，此乃源自政府既有健康資訊傳遞管道與新住民所獲的主要健康訊息管道多不一致，目前移民署的新住民培力發展資訊網有下拉式語言選單，新北市國際教育資訊網有下拉式語言選單，部分協會或基金會都建置有下拉式語言選單。

接著可以執行的是：移民署、衛生福利部醫事司可以提案，協助所有衛生局及醫院等網頁都可以有下拉式語言選單，讓所有醫院的就醫流程、科別等訊息有效傳達至新住民，促進新住民醫療使用的便利性。

肆、 建議四、中長期性建議

建議主題：確認醫事人員運用 3C 翻譯軟體的能力

主辦機關：衛生福利部醫事司

協辦機關：各地方醫療院所

研究顯示總是經常使用翻譯軟體的醫事人員感受新住民就醫困境程度較高，代表以單位的工具，進行關鍵醫療字詞的溝通是可行的。

接著可以執行的是：衛生福利部醫事司應該提案，鼓勵無法做到都有各種語言翻譯人員進行語言的翻譯之各地方醫療院所，進行在職教育，以單位公用的平板進行(此平板為目前相關醫療同意書簽屬使用的工具) 翻譯軟體使用，包含 Google 翻譯，ChatGPT，或其他翻譯 App 等，並評估成效。

建議科技部鼓勵相關產學合作計畫，測試 AI 手機在醫療場域的成效，此將

有效解決完全不會中文的新住民或是外國人到醫院就醫的困境，但是需要透過科技部釋放產學合作計畫，讓臨床工作人員可以實際使用手機的通話即時翻譯功能，幫助溝通的順暢，屆時每個單位僅需要 2 支 Galaxy S24 手機及門號，使用醫院網路，就可以跨國溝通，但是需要驗證醫療專有名詞的正確性，以確保病人安全。

第一節 附錄一 IRB 核准函

臺北醫學大學

臺北醫學大學暨附屬醫院聯合人體研究倫理委員會

TMU-Joint Institutional Review Board

通過證明函 - 簡易審查案

開立日期：民國112年06月09日

本會編號：N202303110

計畫名稱：我國醫事人員臨床跨文化敏感度指引之研究

計畫主持人：郭淑芬

共同主持人：葉發滿、曾頌惠、劉如濟

研究人員：葉亭廷

試驗/研究機構：臺北醫學大學、臺北醫學大學附設醫院、臺北市立萬芳醫院、衛生福利部雙和醫院

計畫書版本/日期：Version3.0/ 112/06/01

受訪者同意書版本/日期：Version N202303110/ 112/6/1

個案報告表版本/日期：Version 1.0/ 111/12/23

上述計畫已通過本會簡易審查程序，將於第112-05-3次會期追認(會議日期：112年05月30日)，特此證明。有效期限自民國112年06月09日至民國113年06月08日。試驗/研究期間應接受本會之監督。

依據衛生福利部與相關規定，後續追蹤程序及要求如下：

1. 期中報告：本計畫期中繳交頻率為**每12個月**，應於有效期限到期**前二個月（民國113年04月08日）**繳交期中報告。有效期限屆滿時若尚未通過期中報告與效期展延審查者，試驗/研究不得繼續執行。
2. 結案報告：試驗/研究完成後，應將執行情形及結果依結案報告表要求送至本會審查。**核准期間到期三個月**仍未繳交者，**本會得撤銷本通過證明函，亦即撤銷本試驗/研究之核准，亦將依本會作業程序暫停主持人(含任何參與形式)申請新試驗/研究案之審查三個月。**
3. 嚴重不良事件(SAE)報告：執行人體試驗或臨床試驗之主持人應根據衛生福利部「藥品優良臨床試驗準則」和「嚴重藥物不良反應通報辦法」規定，辦理相關事宜。

主任委員：

陳中明

臺北醫學大學暨附屬醫院
聯合人體研究倫理委員會
Tainpei Medical University

第二節 附錄二 成大 IRB 核准函

Institutional Review Board
National Cheng Kung University Hospital
138 Sheng-Li Rd, Tainan 704, Taiwan R.O.C.
TEL: 886-6-2353535 ext. 3635 FAX: 886-6-2388190

文件編號：8800-4-07-001

表單編號：表單 58

國立成功大學醫學院附設醫院
第二人體研究倫理審查委員會
台灣·台南市勝利路138號
E-mail: crm73635@cmu.hosp.ncku.edu.tw

同意人體研究證明書

研究計畫名稱：我國醫事人員臨床跨文化敏感度指引之研究

計畫編號/本會編號：--/B-ER-112-240

研究執行期間：民國 112 年 08 月 18 日至民國 113 年 03 月 31 日

本次核准期間：民國 112 年 08 月 18 日至民國 113 年 03 月 31 日

核准內容/版本：

1. 計畫書：版本：版本 1，日期：2023/07/03
2. 人體研究說明及同意書：版本：2，日期：2023 年 8 月 17 日
3. 問卷：版本：版本 1，日期：2023/07/03

試驗機構：成大醫院

研究計畫主持人：游詠晨護理師（護理部）

核准樣本數：本院 60 人，國內共 240 人

本會經中央衛生主管機關查核通過，組織與執行皆遵照法令及主管機關規範。

本計畫案經第 B142 次會議審查並於民國 112 年 08 月 18 日經本院人體研究倫理審查委員會審核通過，特此證明。

多期程之研究請於民國 113 年 01 月 31 日前繳交追蹤(期中)審查報告，追蹤(期中)審查於核准期間末日尚未獲得通過者，除維護受試者安全之必要作為外，於核准期間末日後應停止執行所有受試者相關之研究程序。

依據衛生福利部與相關規定，後續須注意事項如下：

1. 需經衛生福利部審核之計畫案件，須取得衛生福利部審核同意函後方可開始執行
2. 計畫任何部分若經更改，須於研究執行期間內重新提交本會審查及核准。
3. 未依規定繳交追蹤(期中)審查報告，本會得暫停受理計畫主持人所主持之新案審查申請。
4. 已獲本會同意之研究案，因故未開始執行或不繼續執行者，應申請撤案/終止；已完成之研究案應於研究執行期間到期三個月內繳交結案報告。
5. 不論研究進行中或研究完成後，受試者若發生任何不良反應，須依 GCP 規範通報。

此致

國立成功大學醫學院附設醫院
人體研究倫理審查委員會
主任委員



中 華 民 國 112 年 08 月 18 日

經第 B139/A139 次大會通過版

第三節 附錄三 受訪者同意書

TMU-JIRB Form051/20200317

臺北醫學大學暨附屬醫院聯合人體研究倫理委員會 TMU-Joint Institutional Review Board

受訪者知情同意書

我們邀請您參加本研究，此份同意書提供您本研究相關資訊，計畫主持人或研究人員將為您詳細說明並回答相關問題。

計畫名稱	我國醫事人員臨床跨文化敏感度指引之研究		
研究成員	姓名	電話/分機	E-mail
主持人	郭淑芬	02-27361661*6313	sfkuo6@tmu.edu.tw
共同主持人	葉發滿	02-09307930	fmsuk@tmu.edu.tw
共同主持人	曾頌惠	02-2737-2181-1236	d301091012@tmu.edu.tw
共同主持人	劉如濟	0970746902	liumdev@tmu.edu.tw
執行機構/單位	台北醫學大學/護理學院		
計畫簡述	本研究屬於一年期計畫，採橫段式的調查法，預計收案人數為222人；以臨床醫事人員及不同國籍新住民為研究個案，目的是要研究我國醫事人員臨床跨文化敏感度。		
研究目的	一、了解不同國籍新住民就醫困境的內涵，以建立醫事人員感受新住民就醫困境的問卷。 二、探討我國醫事人員個人基本資料、跨文化敏感度、及感受新住民就醫困境之相關性。 三、探討我國醫事人員跨文化敏感度及感受新住民就醫困境之相關指引及因應對策。		
受訪者篩選條件	納入條件(符合下列所有條件者，適合參加本試驗/研究) 一、質性研究 (A)臨床醫事人員：為年滿20歲以上，能順利以普通話、台語、英文溝通，有外籍病患照護經驗且能回顧相關經歷者。 (B) 不同國籍新住民：為年滿20歲以上，有自己生病或住院經驗，或是有陪伴家人住院經驗者，能口語溝通，且能回顧相關經歷者。 二、量性研究：為年滿20歲以上，能順利以普通話、台語、英文溝通，有外籍病患照護經驗且能回顧相關經歷者。 排除條件(若有下列情況之一者，不能參加本試驗/研究) 一、質性研究 (A)臨床醫事人員：為近3個月Covid-19確診者，或目前為隔離單位臨床醫事人員。 (B) 不同國籍新住民：為近3個月Covid-19確診者，或目前為隔離中之不同國籍新住民。 二、量性研究：近3個月Covid-19確診者。		
方法與程序	本研究於進行資料收集前，取得「跨文化敏感度量表」之研究作者同意及授權使用		

TMU-JIRB Form051/20200317

第1頁

同意書版本編號：2 日期：112/04/11

	，本研究在申請臺北醫學大學附設醫院聯合人體研究倫理委員會(TMU-JIRB)通過後，開始進行雙北3家醫院的臨床醫事人員及有陪伴家人住院經驗之不同國籍新住民做為研究個案。將進行質性及量性研究，說明如下：質性訪談的方法採用半結構式訪談，研究助理在與訪談對象建立雙方信任的基礎下，徵得同意進行訪問，並確定醫事人員目前是否有在醫院服務新住民的經驗，或是不同國籍新住民是否有陪伴家人住院之經驗，經解釋後取得同意，再進行面對面訪談。訪談所需時間約1-2小時，訪談地點的安排以個案認可安靜不受干擾的地方，可以在醫院或是醫院以外的地方。為了避免內容的差異性，將設計標準化的訪談指引，在質性研究進行完畢後將贈送500元現金給參與之醫事人員及新住民以茲感謝。本研究量化調查以立意取樣方式，選取容易接觸不同國籍新住民的單位之醫事人員，例如產科、兒科、內科相關病房、放射科、醫檢科等，透過結構性問卷調查，進行橫斷式相關性研究。問卷填答約20-30分鐘，在量性研究進行完畢後將贈送100元禮券給參與之醫事人員以茲感謝，最後將問卷結果進行資料分析及研究成果報告撰寫。
受訪程序可能產生之不便及處理	您若在研究進行當中自覺不適，可以立即退出本研究，不影響工作權益。而收集到的資料未來進行分析討論是無法得知受訪者的個人詳細資料，請勿有任何顧慮，自由參與研究。
預期效益	可以完成跨文化敏感度及感受新住民就醫困境之相關資料分析，做為後續臨床改善的參考。
進行中受訪者應配合事項	您將接受研究人員相關資料之說明及後續資料的收集，定時接受研究人員的關懷，如果無法完成研究的程序，請讓研究人員來協助，並維護您的安全。
機密性	臺北醫學大學將在法律上所規範的程度內將您的資料視為機密，您亦了解計畫贊助者（若無廠商請刪除）、衛生福利部與臺北醫學大學暨附屬醫院聯合人體研究倫理委員會皆有權檢視您的資料，亦會遵守保密之倫理。 本研究將由郭淑芬助理教授於通過人體研究倫理委員會審核後開始收集資料並且加密保存，方式如下：紙本問卷資料，將在郭淑芬助理教授辦公室內做資料的處理及分析，存放在櫃中上鎖，電子檔案及錄音資料設密碼，所有資料於研究結束後二年銷毀，紙本問卷資料以碎紙方式處理；電子檔案及錄音資料以刪除或重新格式化處理。依法遵守保密之倫理，本研究遵守隱私權及機密性，納入研究用之資料不包括受試者之可辨識姓名、身份證字號、病歷號碼等。
補助與損害補償	受訪者參加完整調查或是訪談活動可獲得等值約一〇〇元之禮卷或是五〇〇元之現金。 如因本試驗/研究而發生非預期之傷害，由臺北醫學大學依法負損害補償責任。
受訪者權利	1. 如果您現在或於研究期間有任何問題或狀況，請不必客氣可與研究人員 葉亭廷聯絡(電話：0933579385)。 2. 您提供的原始資料，僅限在 我國醫事人員臨床跨文化敏感度指引之研究資料庫中保管使用，不會連結到其他單位。如果別的單位或與社會大眾福祉有關的其它試驗/研究計畫需要使用您的資料，我們會再次徵詢您的同意，否則我們絕不會提供給他們。您的個人資料及隱私，會依我國相關法令獲得保障。 3. 如果您在試驗/研究過程中對您的權益有疑義或懷疑因參與試驗/研究而受害時，請隨時與臺北醫學大學暨附屬醫院聯合人體研究倫理委員會聯絡

	(電話：(02) 6620-2589 分機 15313 或電子郵件信箱：tmujirb@gmail.com)。 4. 除上述情形外，受試者或其法定代理人、監護人、輔助人或有同意權人，對目前、未來或過去的研究有任何不了解、熟悉之處，想要討論及解答疑問，請隨時與臺北醫學大學暨附屬醫院聯合人體研究倫理委員會聯絡，我們將會提供一位與研究無關係的人員來提供資訊，如有需要，請與臺北醫學大學暨附屬醫院聯合人體研究倫理委員會聯絡（電話：(02) 6620-2589 分機 15313或 Email：tmujirb@gmail.com）。
退出與中止	您可自由決定是否參加本試驗/研究；試驗/研究過程中也可隨時撤銷同意，退出試驗/研究，不需任何理由，且不會引起任何不愉快或影響日後主管對您的升遷或考核。試驗/研究主持人亦可能於必要時中止或終止本試驗/研究之進行。 當您確定中止或終止本試驗/研究時，研究進行中已收集資料(含書面及錄音資料)，可以自由決定同意研究者的保管，做為未來資料說明使用，在一定的期限後，與所有資料一起處理。 ☐同意 ☐不同意(研究進行中已收集資料(含書面及錄音資料)要立即的處理。
解釋同意書人聲明	(於本計畫中擔任：☐主持人☐共/協同主持人☐研究人員) 本人已詳細解釋本計畫中上述試驗/研究方法的性質與目的，及可能產生的危險與利益，並已回答受訪者之疑問。 解釋同意書人簽名：_____ 簽名日期：____年__月__日
受訪者聲明	經由說明後本人已詳細瞭解上述試驗/研究方法及可能產生的危險與利益，有關本試驗/研究計畫的疑問，亦獲得詳細解釋。本人同意並自願參與本試驗/研究，且將持有同意書副本。 受訪者簽名：_____ 簽名日期：____年__月__日 出生日期：____年__月__日
計畫主持人	簽名日期：____年__月__日

第四節 附錄四研究工具使用授權同意書

文化敏感度量表

研究工具使用授權同意書

本人同意將中文版文化敏感度量表(Intercultural Sensitivity Scale, ISS)予台北醫學大學郭淑芬助理教授使用，此量表僅授權此次研究計畫「我國醫事人員臨床跨文化敏感度指引之研究」的研究問卷使用，不得用於其他用途，並註明出處，符合學術論文之規定。

特此證明

授權人：何淑芬

日期：2023年10月15日

文化照護能力評估工具-中文版

研究工具使用授權同意書

本人同意將文化照護能力評估工具-中文版(The cultural competence assessment-Chinese version; CCA-CV)予台北醫學大學郭淑芬助理教授使用，此量表僅授權此次研究計畫「我國醫事人員臨床跨文化敏感度指引之研究」的研究問卷使用，不得用於其他用途，並註明出處，符合學術論文之規定。

特此證明

授權人：林佳蓉

日期：2023年10月11日

第五節 附錄五訪談指引

訪談內容：分開醫事人員及新住民的訪談指引

(a) 醫事人員的訪談指引

- 1.請問您目前醫院工作的科別及內容？可以描述您在醫院環境中，與新住民互動經驗中，覺得新住民就醫困境為何？請舉例說明？
- 2.請問您覺得在醫院環境中，您與新住民病人互動的方式與感受為何？（喜歡，接受，開放，正向回應，開心，也會用語言手或表情互動）若有，請舉例說明？
- 3.請問您覺得在醫院環境中，與新住民語言互動經驗為何？請舉例說明？可以描述您在此語言互動經驗的過程、感受與想法嗎？若有，請舉例說明？
- 4.請問您覺得在醫院環境中，是否理解並提供支持新住民自身所提的任何醫療想法嗎？若有，請舉例說明？
- 5.請問您覺得在醫院環境中，您與新住民的互動有些習慣嗎？可以描述您在此互動習慣的感受與想法嗎？若有，請舉例說明？
- 6.請問您覺得在醫院環境中，您與新住民病人互動的臨床實務當中，互動的信心為何？（知道如何進行交流，知道說什麼）若有，請舉例說明？
- 7.請問您覺得在醫院環境中，您與新住民病人互動的過程，是否對自己有特別的發現？（會觀察對方，獲得有用的資訊，察覺對方的含義）若有，請舉例說明？這些發現是否讓自己的行為不同些？
- 8.請問您覺得在醫院環境中，您與新住民病人互動的過程，是否有知道其他文化的照護行為？若有，請舉例說明？這些發現是否讓自己的行為不同些？

9.請問您覺得在醫院環境中，您自己產生與新住民病人互動行為的改變？覺得需要繼續有這樣子的改變嗎？為什麼？

10.請問您覺得在醫院環境中，是否需要何資源來幫助你增加與新住民病人互動？若有，請舉例說明？

(B)新住民的訪談指引

1.請問您自己有自己就醫及住院經驗嗎？可以描述您在醫院就醫過程的感受與困難嗎？若有，請舉例說明？

2.請問您自己在醫院環境中，與醫事人員互動經驗為何？請舉例說明？可以描述您在此互動經驗的感受與困難嗎？若有，請舉例說明？

3.請問您覺得在醫院環境中，與醫事人員語言互動經驗為何？請舉例說明？可以描述您在此語言互動經驗的感受與困難嗎？若有，請舉例說明？

4.請問您覺得在醫院環境中，醫事人員是否理解並提供支持您自身所感受的任何醫療想法嗎？若有，請舉例說明？

5.請問您覺得在醫院環境中，您與醫事人員的互動有些習慣嗎？可以描述您在此互動經驗的感受與困難嗎？若有，請舉例說明？

第六節 附錄六 醫事人員跨文化敏感度及感受新住民就醫困境之研究問卷

敬愛的醫事人員，您好：

本問卷旨在了解醫事人員的跨文化敏感度及感受新住民就醫困境概況及其相關性，以作為學術研究參考之用。調查結果不對個人進行分析，資料更不會對外公開或作為其他用途，請您放心作答。

您所填的每一題目皆具重要意義，問題並無所謂標準答案，請根據您個人看法與實際臨床的現狀填寫此份問卷即可，誠摯地感謝您的協助，敬祝
教安

台北醫學大學護理系 郭淑芬老師

台北醫學大學附設醫院 曾頌惠教學副院長

市立萬芳醫院 粟發滿教學副院長

署立雙和醫院 劉如濟教學副院長

中華民國一百一十二年十一月

[名詞釋義]

「文化敏感度」：係指個人驅使自身理解、欣賞並接受文化差異的主動意願。

「感受新住民就醫困境」：感受新住民就醫困境程度為主，包含能感受新住民就醫障礙的程度；及自己覺得可以在語言、文化及習慣上促進新住民就醫順利的程度，共 2 個部分。

「文化照護能力」：係指個人能提供照護個案與其背景相同信念與價值觀之文化一致性照護。

一、基本資料：請在符合您情況的□內打✓

(1).性別：1.□男 2.□女

(2).出生年月：西元_____年_____月

(3).教育程度：1.□二專 2.□三專 3.□五專 4.□大學 5.□(含)研究所以上

(4).婚姻狀況：1.□單身 2.□已婚 3.□分居 4.□離婚 5.□喪偶

(5).從生活文化的角度來看，我覺得我最屬於 1.□本省人 2.□外省人

3.□客家人 4.□原住民族，請寫出特定族群_____， 5.□新住民，請寫出原生國籍_____， 6.□其他，請說明_____

(6).第二語言(本土語言，含大陸港澳)(可複選)：1.□無 2.□台語

3.□客家話 4.□原住民語，列出語言名稱_____

5.□其他，請說明_____

(7).第二語言能力(本土語言，含大陸港澳)(請以最主要一個語言為主)：

1.□雙語通譯熟練(口語文字均可運用) 2.□可以口語通譯(口語)

3.□僅能簡單聽說

(8). 第二語言(非本土語言)(可複選)：1.□無 2.□英語 3.□日語 4.□韓語 5.□其他，請說明_____

(9).第二語言能力(非本土語言)(請以最主要一個語言為主)：

1.□雙語通譯熟練(口語文字均可運用) 2.□可以口語通譯(口語)

3. ☐ 僅能簡單聽說

(10). 過去國外旅遊經驗/平均每年：1. ☐ 無 2. ☐ 1-2 次 3. ☐ 3 次

4. ☐ 4 次以上

(11). 是否有外籍朋友(非本土語言) 1. ☐ 是 2. ☐ 否

(12). 與來自其他國家和文化的外籍朋友(非本土語言)接觸的頻率/平均每個月：

1. ☐ 無 2. ☐ 1-3 次/月 3. ☐ 4-9 次/月 4. ☐ 10 次以上

(13). 臨床工作與新住民(非本土語言)接觸的頻率/平均每個月：1. ☐ 無

2. ☐ 1-3 次/月 3. ☐ 4-9 次/月 4. ☐ 10 次以上

(14). 工作年資：1. ☐ 小於 1 年 2. ☐ 1-3 年 3. ☐ 3-5 年 4. ☐ 5-10 年

5. ☐ 10-20 年 6. ☐ 20 年以上

(15). 目前工作科別： 1. ☐ 婦產科 2. ☐ 兒科 3. ☐ 內外科 4. ☐ 放射科

5. ☐ 檢驗科 6. ☐ 社工室 7. ☐ 其他，請列出名稱_____

(16). 執照類別：1. ☐ 護理人員 2. ☐ 醫生 3. ☐ 放射師 4. ☐ 醫檢師 5. ☐ 社工師_____

(17). 在醫事人員養成教育或是在職教育中是否修習過多元文化相關課程：

1. ☐ 否 2. ☐ 是，請列出課程名稱及時數_____ / _____

(18). 在臨床工作中是否使用多語言衛教資料：1. ☐ 否 2. ☐ 是，請列出名稱及語言

別_____ (英/越...)

(19). 曾經使用的多語言衛教資料，來源是：1. ☐ 不知道 2. ☐ 中央政府部會 3. ☐ 地方

政府局處 4. ☐ 醫院自製，請列出部科室_____ 5. ☐ 其他，請說明_____

(20). 請說明曾經使用翻譯軟體的頻率，例如 Google 翻譯，ChatGPT，或其他翻譯

App 等：1. ☐沒有使用 2. ☐很少使用 3. ☐偶爾使用 4. ☐經常使用

5. ☐總是使用

二、文化敏感度量表：

係指個人驅使自身理解、欣賞並接受文化差異的主動意願，無關乎對錯，每個題目有五個選項，從非常不符合到非常符合，請您就實際狀況在右邊最符合您情況的☐內打✓

	非 常 不 符 合	不 符 合	不 確 定	符 合	非 常 符 合
1.我喜歡與來自不同文化的人互動	☐	☐	☐	☐	☐
2.我認為來自不同文化的人的思想是狹隘的	☐	☐	☐	☐	☐
3.我認為自己有能力與來自不同文化的人互動	☐	☐	☐	☐	☐
4.我發現跟不同文化的人談話很困難	☐	☐	☐	☐	☐
5.與不同文化的人互動時，我知道要和對方說些什麼	☐	☐	☐	☐	☐
6.我可以隨心所欲地與不同文化背景的人互動	☐	☐	☐	☐	☐
7.我不喜歡與來自不同文化的人一起相處	☐	☐	☐	☐	☐
8.我尊重來自不同文化的人之價值觀	☐	☐	☐	☐	☐
9.和來自不同文化的人互動時，我會覺得沮喪	☐	☐	☐	☐	☐

10.我有自信能與來自不同文化的人互動	☐	☐	☐	☐	☐
11.我不急於對不同文化背景的人下定論	☐	☐	☐	☐	☐
12.與來自不同文化的人互動時，我會感到氣餒	☐	☐	☐	☐	☐
13.我對不同文化背景的人沒有先入為主的眼光	☐	☐	☐	☐	☐
14.與來自不同文化的人互動時，我會很謹慎	☐	☐	☐	☐	☐
15.與來自不同文化的人互動時，我會覺得自己很無用	☐	☐	☐	☐	☐
16.我尊重來自不同文化的人所表現之行為	☐	☐	☐	☐	☐
17.與來自不同文化的人互動時，我會嘗試盡可能去獲得更多訊息	☐	☐	☐	☐	☐
18.我不會接受來自不同文化的人的意見	☐	☐	☐	☐	☐
19.與不同文化的人互動時，我對他們的細微表達很敏感	☐	☐	☐	☐	☐
20.我認為我的文化優於其他文化	☐	☐	☐	☐	☐
21.與來自不同文化的人互動時，我經常給予正向的回應	☐	☐	☐	☐	☐
22.我會避開讓自己處於必須和異文化的人相處的情境	☐	☐	☐	☐	☐
23.我會使用語言及非語言的方式來對異文化者表達我對他們的瞭解	☐	☐	☐	☐	☐
24.我能以愉悅的心看待不同文化族群之間的文化差異	☐	☐	☐	☐	☐

三、感受新住民就醫困境：

請根據您個人感受新住民就醫困境程度為主，包含能理解新住民就醫障礙的程度；及自己覺得可以在語言、文化及習慣上促進新住民就醫順利的程度，有五個

選項，從非常不同意到非常同意，請在最符合您情況的一項□內打✓

	非 常 不 同 意	不 同 意	部 分 同 意	同 意	非 常 同 意
1. 我覺得新住民不懂相關的檢查，例如，抽血	☐	☐	☐	☐	☐
2. 我覺得新住民不懂醫護人員的說明	☐	☐	☐	☐	☐
3. 我覺得新住民沒有醫療多語言翻譯資料輔助	☐	☐	☐	☐	☐
4. 我覺得新住民沒有醫療翻譯人員幫忙	☐	☐	☐	☐	☐
5. 我覺得新住民通常不懂網路資料的說明	☐	☐	☐	☐	☐
6. 新住民接收到中文語文的重點和我不同，我會花時間 確認他所理解的重點是甚麼	☐	☐	☐	☐	☐
7. 當語言不通時，我就求救，我會找同事(或者是找醫 療通譯人員)來幫我溝通一下	☐	☐	☐	☐	☐
8. 新住民使用不同語言或話語，我會學習使用其慣用語 來增加互動	☐	☐	☐	☐	☐
9. 新住民表達害怕的方式可能和我不同，當我覺得新住 民表現的是害怕的感覺時，我會給予非語言的支持（陪 伴）	☐	☐	☐	☐	☐

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. 新住民對醫療用語不懂，我會簡化醫療過程的說明 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. 新住民的治療決定會受文化影響，我會接受他們的決定，例如，不輸血 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12. 新住民的治療決定會受家庭影響，我會和新住民以及他的家人一起討論此決定 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13. 新住民需要衛教資料慢慢理解，我會使用多國語言版本衛教資料 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14. 新住民對治療過程不理解，在前期，我會花時間步驟化說明 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15. 新住民很少會質疑醫生講的治療，我會花多一點時間，鼓勵他提出有關治療的問題 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16. 當新住民有疑問卻沒提問時，我會重複話題讓新住民想一下 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17. 我覺得新住民會希望有懂其母語、文化的通譯人員協助進行醫療通譯 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 18. 當與新住民有距離感時，我會多問一些問題並且增加解釋(說明) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 19. 當新住民有未表達的擔憂時，我會花時間理解 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 20. 我覺得新住民會希望有懂其母語、文化的醫事人員進行照護 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

21. 新住民就醫互動會影響新住民的健康結果，每次我會給予完整會談 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
22. 當新住民沒有依約就醫時，我會打電話關心新住民 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
23. 我覺得新住民初次不敢單獨就醫，會需要台灣家人陪伴 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
24. 新住民對醫療檢查會害怕，我會安慰新住民並重複說明 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

四、文化照護能力評估量表-中文版(CCA-CV)：

填答說明：

1. 請根據您個人的想法回答下面問題，1-11 題為您同意的程度，12-25 題為您執行的頻率，請勾選一個符合您情形的選項。若您確實「不知道」或「沒意見」，則請勾選「無意見」/「不確定」。

2. 題目所提及之「新移民」為「其他國家來台灣的住民」。

以下題目所提及之「個案」為「您所照顧的對象」。

1. 種族是決定一個人文化素養最重要因素。

非常	同意	有些	保持	有些		非常	
	同意				不同		無意
同意		同意	中立	不同	意	不同	見
				意		意	
☐ 7	☐ 6	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐

2. 有共同文化背景的人具有相似的思考模式和行為方式。

非常 同意	同意 同意	有些 同意	保持 中立	有些 不同 意	不同 意	非常 不同 意	無意 見
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

3. 健康與醫療照護受不同文化觀點的影響。

非常 同意	同意 同意	有些 同意	保持 中立	有些 不同 意	不同 意	非常 不同 意	無意 見
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

4. 健康照護者必須評估個人、團體與組織之文化差異。

非常 同意	同意 同意	有些 同意	保持 中立	有些 不同 意	不同 意	非常 不同 意	無意 見
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

5. 如果已經知道某人的文化背景，我不需要再評估其醫療服務偏好。

非常 同意	同意 同意	有些 同意	保持 中立	有些 不同 意	不同 意	非常 不同 意	無意 見
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

6. 對很多文化族群而言，靈性和宗教信仰是很重要的。

非常 同意	同意 同意	有些	保持	有些 不同 意	不同	非常	無意
----------	----------	----	----	---------------	----	----	----

同意		同意	中立	不同	意	不同	見
				意		意	
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

7. 一個人可能會自我認同歸屬於一種以上的文化族群。

非常	同意	有些	保持	有些		非常	
	同意				不同		無意
同意		同意	中立	不同	意	不同	見
				意		意	
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

8. 對台灣新移民而言，語言障礙是唯一的難題。

非常	同意	有些	保持	有些		非常	
	同意				不同		無意
同意		同意	中立	不同	意	不同	見
				意		意	
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

9. 我認為不論來自何種文化背景，每個人都應該受到同等尊重及對待。

非常	同意	有些	保持	有些		非常	
	同意				不同		無意
同意		同意	中立	不同	意	不同	見
				意		意	
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

10. 我了解不同文化背景的人可能會用不同的方式來定義『健康照護』的概念。

非常	同意	有些	保持	有些		非常	
	同意				不同		無意

同意		同意	中立	不同	意	不同	見
				意		意	
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

11. 我認為瞭解不同的文化族群，有助於引導我提供給個人、家庭、團體與組織的服務。

非常	同意	有些	保持	有些		非常	
	同意				不同		無意
同意		同意	中立	不同	意	不同	見
				意		意	
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

12. 我在進行個案、家庭或社區評估時，會評估其文化背景。

總是	←	←	經常	有時	→	從未	
				候		如此	不確
							定
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

13. 我在進行實務工作時，若需評估新個案和其家庭，我會蒐集與個案文化背景相關的健康需求資訊。

總是	←	←	經常	有時	→	從未	
				候		如此	不確
							定
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

14. 我在臨床資訊方面，有參考書籍和其他輔助資料幫助我了解來自不同文化的個案和家庭。

總是	←	←	經常	有時	→	從未	
							不確

				候		如此	定
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

15. 我會應用多種資源去學習其他族群的傳統文化。

總是	←	←	經常	有時	→	從未	不確
						如此	定
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

16. 我會詢問個案對於『健康』和『疾病』的看法。

總是	←	←	經常	有時	→	從未	不確
						如此	定
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

17. 我會詢問個案對於『健康照護』的期望。

總是	←	←	經常	有時	→	從未	不確
						如此	定
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

18. 我會避免對某族群的人產生刻板印象。

總是	←	←	經常	有時	→	從未	不確
						如此	定
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

19. 我能辨識可能影響我服務不同文化族群時的障礙。

總是	←	←	經常	有時	→	從未	不確
						如此	

				候			定
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

20. 我能克服在服務不同文化族群時所遇到的障礙。

總是	←	←	經常	有時	→	從未	不確
						如此	定
				候			
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

21. 我能克服個案所指出我在服務不同文化族群時所出現的障礙。

總是	←	←	經常	有時	→	從未	不確
						如此	定
				候			
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

22. 我能接受個案給我關於如何與不同文化族群建立關係的建議與回饋。

總是	←	←	經常	有時	→	從未	不確
						如此	定
				候			
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

23. 我能尋求各種方法來調整我的醫療服務，以符合個案的文化偏好。

總是	←	←	經常	有時	→	從未	不確
						如此	定
				候			
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

24. 我在提供個案服務時，會將文化評估的內容記錄下來。

總是	←	←	經常	有時	→	從未	不確
				候		如此	定
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

25. 我在提供個案服務時，會記錄針對個案文化背景所調整的服務內容。

總是	←	←	經常	有時	→	從未	不確
				候		如此	定
□7	□6	□5	□4	□3	□2	□1	□

問卷到此結束，非常感謝您的協助！

第七節 附錄七問卷效度評定之專家

112 年計畫

- | | |
|---------------------|----------|
| A. 台灣新住民家庭成長協會 | 柯宇玲秘書長 |
| B. 財團法人第一社會福利基金會 | 張菁倫執行長 |
| C. 雙和醫院/婦產科 | 許維庭護理長 |
| D. 新光醫院/小兒科 | 穆淑琪醫師 |
| E. 內政部入出國及移民署/移民事務組 | 李明芳專委 |
| F. 高雄醫學大學/護理學系 | 楊詠梅副教授 |
| G. 國立臺中科技大學/護理學系 | 葉月珍副教授 |
| H. 國立高雄大學人文社會科學院 | 阮氏美香助理教授 |
| I. 慈濟大學/護理學系 | 張綠怡助理教授 |

第八節 附錄八計畫案經費支出明細(113/01/11)

預算編號	科目名稱	品名(內容)	預算實額	請款金額	扣保留 後 可用金 額
111-6001-021-300	516201-產學合作-業務-研究計畫	管理費	30,000	30000	0
111-6001-021-300	516201-產學合作-業務-研究計畫	業務費	190,502	185,602	3,775
111-6001-021-300	516101-產學合作-人事-研究計畫	人事費	656,784	631,476	26,436
合計:			877,286	847,075	30,211
目前經費使用率：小記/合計				96.5%	

第七章 參考文獻

外文文獻

- Acevedo, M. C. (2000). The role of acculturation in explaining ethnic differences in the prenatal health-risk haviors, mental health, and parenting beliefs of Mexican American and European American at-risk women. *Child Abuse & Neglect*, 24(1), 111-127.
- Ahmed, S., Lee, S., Shommu, N., Rumana, N., & Turin, T. (2017). Experiences of communication barriers between physicians and immigrant patients: A systematic review and thematic synthesis. *Patient Experience Journal*, 4(1), 122-140.
- Akhavan, S., & Karlsen, S. (2013). Practitioner and client explanations for disparities in health care use between migrant and non-migrant groups in Sweden: a qualitative study. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(1), 188-197. doi:10.1007/s10903-012-9581-y
- Aksoy, N., & Akkoç, M. G. (2018). Intercultural Sensitivity Levels and Cultural Difference Perceptions of Physicians and Nurses. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 28(1), 23-32.
- Alizadeh, S., & Chavan, M. (2020). Perceived Cultural Distance in Healthcare in Immigrant Intercultural Medical Encounters. *International Migration*, 58(4), 231-254. doi:<https://doi.org/10.1111/imig.12680>
- Altan, M. Z. (2018). Intercultural Sensitivity : A Study of Pre-service English Language Teachers. *Journal of Intercultural Communication*(46). Retrieved from <http://immi.se/intercultural>
- Altshuler, L., Sussman, N. M., & Kachur, E. (2003). Assessing changes in intercultural sensitivity among physician trainees using the intercultural development inventory. *International Journal of Intercultural Relations*, 27(4), 387-401. doi:10.1016/s0147-1767(03)00029-4
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Aslan, G. K., Kartal, A., Turan, T., Yigitoglu, G. T., & Kayan, S. (2019). Intercultural Sensitivity of University Students Studying At Health-Related Departments and Some Associated Factors. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 27(2), 188-200.
- Balci, O. B. Ş. (2014). Looking for the Clues of Sensitivity of Intercultural Communication: "A Survey on the Sample of Communication Faculty Students". *Selçuk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Dergisi*, 35, 429 - 459. doi:<https://doi.org/10.21563/sutad.187110>
- Barry, D. T. (2003). Cultural and demographic correlates of self-reported guardedness among East Asian immigrants in the US. *International Journal of Psychology*, 38(3), 150-159.
- Bennett, M. J. (1986). A developmental approach to training for intercultural sensitivity. *International Journal of Intercultural Relations*, 179-196.
- Bennett, M. J. (2017). Developmental model of intercultural sensitivity. . *The international encyclopedia of intercultural communication*, 1-10.
- Besey, O., & Sibel, Y. (2021). Determination of Intercultural Sensitivity Levels of Nurses and the Factors Affecting their Intercultural Sensitivity *International Journal of Caring Sciences*, 14(1), 54-67.

- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1), 5-34.
- Bhawuk, D. P. (1992). The Measurement of Intercultural Sensitivity Using the Concept of Individualism and Collectivism. *International Journal of Intercultural Relations*, 16(4). doi:10.1016/0147-1767(92)90031-O
- Bolton, J. (2002). The third presence: A psychiatrist's experience of working with non-English speaking patients and interpreters. *Transcultural Psychiatry*, 39, 97-114. doi:10.1177/136346150203900104
- Brooksa, L. A. (2018). Culturally sensitive communication in healthcare: A concept analysis. *Collegian*, 26, 383-391. doi:<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.09.007>
- Brotto, L. A., Chou, A. Y., Singh, T., & Woo, J. S. (2008). Reproductive health practices among Indian, Indo-Canadian, Canadian East Asian, and Euro-Canadian women: the role of acculturation. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC*, 30(3), 229-238.
- Can, S., Dalcı, B. K., & Durgun, H. (2022). Intercultural Sensitivity and Job Satisfaction of Nurses and Midwives *International Journal of Caring Sciences*, 15(1), 210-222.
- Chaudhury, R. R., & Rafei, U. M. (2001). Traditional Medicine in Asia. *World Health Organization*, pp 47-68. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206025/B0104.pdf?sequence>
- Chen, G.-M., & Starosta, W. J. (2000). The Development and Validation of the Inter alidation of the Intercultural Sensitivity Scale. *The University of Rhode Island*.
- Cheung-Blunden, V. L., & Juang, L. P. (2008). Expanding acculturation theory: Are acculturation models and the adaptiveness of acculturation strategies generalizable in a colonial context? *International Journal of Behavioral Development*, 32(1), 21-33.
- Chu, F. Y., Chang, H. T., Shih, C. L., Jeng, C. J., Chen, T. J., & Lee, W. C. (2019a). Factors Associated with Access of Marital Migrants and Migrant Workers to Healthcare in Taiwan: A Questionnaire Survey with Quantitative Analysis. *Journal of Environmental and Public Health*, 16(16), 2830-2841.
- Chu, F. Y., Chang, H. T., Shih, C. L., Jeng, C. J., Chen, T. J., & Lee, W. C. (2019b). Factors Associated with Access of Marital Migrants and Migrant Workers to Healthcare in Taiwan: A Questionnaire Survey with Quantitative Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 16(16). doi:10.3390/ijerph16162830
- Çifçi, S., & Deger, V. B. (2021). The intercultural sensitivity levels of primary health care workers in a city in Eastern Turkey. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 71(11), 2554-2558.
- Cross, T. L., Bazron, B. J., & Isaacs, M. R. (1989). Towards a Culturally competent System of Care, A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed.
- Derose, K. P., Escarce, J. J., & Lurie, N. (2007). Immigrants and health care: sources of vulnerability. *Health Aff (Millwood)*, 26(5), 1258-1268. doi:10.1377/hlthaff.26.5.1258
- Dias, S., Gama, A., Cargaleiro, H., & Martins, M. O. (2012). Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services. *Hum Resour Health*, 10, 14. doi:10.1186/1478-4491-10-14

- Egelioglu Cetisli, N., Isik, G., Ozguven Oztornaci, B., Ardahan, E., Ozgursoy Uran, B. N., Top, E. D., & Unsal Avdal, E. (2016). Intercultural sensitivity of nursing students according to their empathy level. *Izmir Katip Çelebi University Faculty of Health Science Journal*, 1(1), 27-33. (Original work published in Turkish).
- Ernawati, D. K., Sutiari, N. K., Astuti, I. W., Onishi, H., & Sunderland, B. (2022). Correlation between intercultural sensitivity and collaborative competencies amongst Indonesian healthcare professionals. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 29, 100538.
- Gaitani, P., Notara, V., Koutsouradi, G., Sakellari, E., & Lagiou, A. (2021). Intercultural Sensitivity among Healthcare Professionals Working with Refugees and Migrants in Greece: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Health Sciences and Research*, 11, 1-9.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods*, 18(1), 59-82.
- Health, D. (2012). Alasan Orang Indonesia Malas ke Dokter. <https://health.detik.com/hidup-sehat-detikhealth/d-2002293/alasan-orang-indonesia-malas-ke-dokter/6>.
- Heywood, P., & Harahap, N. P. (2009). Health facilities at the district level in Indonesia. *Aust New Zealand Health Policy*, 6, 13. doi:10.1186/1743-8462-6-13.
- Hoang, V. M., Nguyen, C. C., & Nguyen, D. A. (2018). Women's health and health care in Vietnam. *Health Care for Women International*, 39, 364-365. doi:<https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1460143>
- IOM. (2022). World Migration Report 2022. Available online: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf
- Ivanov, L. L., Hu, J., & Leak, A. (2010). Immigrant women's cancer screening behaviors. *Journal of Community Health Nursing*, 27(1), 32-35.
- Kaihlanen, A. M., Hietapakka, L., & Heponiemi, T. (2019). Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nursing*, 18(1), 38. doi:10.1186/s12912-019-0363-x
- Leininger, M. M. (1996). Cultural care theory, research, and practice. *Nursing Science Quarterly*, 9, 71-78.
- Lipson, J. G. (1992). The health and adjustment of Iranian immigrants. *Western Journal of Nursing Research*, 14, 10-29.
- Meeuwesen, L., Harmsen, J. A., Bernsen, R. M., & Bruijnzeels, M. A. (2006). Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? *Soc Sci Med*, 63(9), 2407-2417. doi:10.1016/j.socscimed.2006.06.005
- Norredam, M. K., Sorensen, T. M., Michaelsen, J., & Nielsen, A. S. (2004). Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(1), 53-59.
- Novarum., R. (2020). Untuk Mengubah Konsep Perawatan Medis Bagi Pekerja Migran , Majikan Adalah Perantara. <https://www.new-thing.org/indonesia/250/339/1080>.
- Organization, W. H. (2007). *WHO country cooperation strategy 2007-2011: Indonesia*: World Health Organization. Regional Office South-East Asia.
- Pandey, M., Kamrul, R., Michaels, C. R., & McCarron, M. (2022). Identifying Barriers to Healthcare

- Access for New Immigrants: A Qualitative Study in Regina, Saskatchewan, Canada. *J Immigr Minor Health*, 24(1), 188-198. doi:10.1007/s10903-021-01262-z
- Pavli, A., & Maltezou, H. (2017). Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *Journal of Travel Medicine*, 24(4), 1-8.
- Plaza del Pino, F. J., Soriano, E., & Higginbottom, G. M. A. (2013). Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography. *BMC Nursing*, 12(14), 1-8.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9th ed.) Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 459-467.
- Purnell, L. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 193-196. doi:10.1177/10459602013003006
- Radl-Karimi, C., Nicolaisen, A., Sodemann, M., Batalden, P., & von Plessen, C. (2020). Under what circumstances can immigrant patients and healthcare professionals co-produce health? - an interpretive scoping review. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 15(1), 1838052. doi:10.1080/17482631.2020.1838052
- Sarría-Santamera, A. H.-G., A. I. Carmona, R., & Gimeno-Feliú, L. A. (2016). A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews*, 37(28), 1-29.
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & quantity*, 52(4), 1893-1907.
- Schilling, T., Rauscher, S., Menzel, C., Reichenauer, S., Müller-Schilling, M., Schmid, S., & Selgrad, M. (2017). Migrants and Refugees in Europe: Challenges, Experiences and Contributions. *Visceral Medicine*, 33, 295-300.
- Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., Benkert, R., & Miller, J. (2003). Development of a cultural competence assessment instrument. *Journal of Nursing Measurement*, 11(1), 29-40.
- Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., Benkert, R., & Miller, J. (2004). Development of a cultural competence assessment instrument. *Journal of Nursing Measurement*, 11(1), 29-40.
- Shields, L., & Hartati, L. E. (2003). Nursing and health care in Indonesia. *J Adv Nurs*, 44(2), 209-216. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02785.x
- Sills, D. L. (1997). *International Encyclopedia of the Social Sciences*. New York: The Macmillan Company & The Free press.
- Sujudi, d. A. (2003). Republic of Indonesia: Keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 1076/menkes/sk/vii/2003 tentang penyelenggaraan pengobatan tradisional. *Ministry of Health*. Retrieved from <http://pelayanan.jakarta.go.id/download/regulasi/keputusan-menteri-kesehatan-republik-indonesia-no-1076-menkes-sk-vii-2003-tentang-penyelenggaraan-pengobatan-tradisional.pdf>
- Suurmond, J., & Seeleman, C. (2006). Shared decision-making in an intercultural context. Barriers in the interaction between physicians and immigrant patients. *Patient Educ Couns*, 60(2), 253-259.

doi:10.1016/j.pec.2005.01.012

- Tamam, E. D. (2014). Ethnic-related diversity engagement differences in intercultural sensitivity among Malaysian undergraduate students. *International Journal of Adolescence and Youth*, 137–150.
- Tosun, B. (2021). Addressing the effects of transcultural nursing education on nursing students' cultural competence: A systematic review. *Nurse Education in Practice*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103171>
- Wachtler, C., Brorsson, A., & Troein, M. (2006). Meeting and treating cultural difference in primary care: a qualitative interview study. *Fam Pract*, 23(1), 111-115. doi:10.1093/fampra/cmi086
- Walker, J. L. (2012). Research column. The Use of Saturation in Qualitative Research. *Canadian journal of cardiovascular nursing*, 22(2), 37-41.
- Wang, M. S., & Lin, C.H. (2023). Barriers to Health and Social Services for Unaccounted-For Female Migrant Workers and Their Undocumented Children with Precarious Status in Taiwan: An Exploratory Study of Stakeholder Perspectives. *International journal of environmental research and public health*, 20(2), 956. Retrieved from <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/2/956>
- World Health Organization. (2011). Health topics: Ageing. . Retrieved from <http://www.who.int/topics/ageing/en>.
- Würth, K., Langewitz, W., Reiter-Theil, S., & Schuster, S. (2018). Their view: difficulties and challenges of patients and physicians in cross-cultural encounters and a medical ethics perspective. *BMC medical ethics*, 19(1), 70. doi:10.1186/s12910-018-0311-4
- Yang, Y. M., & Wang, H. H. (2011). Cross-Cultural Comparisons of Health-Related Quality of Life between Taiwanese Women and Transnational Marriage Vietnamese Women in Taiwan. *The Journal of Nursing Research*, 19(1), 44-52.

中文文獻

- 日宏煜. (2015). 文化照顧在原住民族長期照顧上的重要性. *台灣社會研究季刊*, 293-302.
- 王文科、王智弘. (2014). 教育研究法. 台北：五南.
- 王明德 (2022). 建立醫療第一線原住民族文化敏感度，怡懋·蘇米力推原住民族健康權均等. Retrieved from <https://buzzorange.com/vidaorange/2022/12/16/indigenous-right-to-health/>
- 台灣跨文化健康照顧學會. (2018). Retrieved from <http://www.tchca68.org/intro.aspxetal>
- 內政部移民署(2019)•102 年外籍與大陸配偶生活需求調查報告•取自 <https://www.immigration.gov.tw/5385/7445/7451/7457/7460/7469/30334/>
- 內政部移民署(2023)•外籍配偶(含大陸、港澳地區人民)統計資料•取自 <https://www.immigration.gov.tw/5382/5385/7344/73.350/8887/?alias=settledown>
- 內政部勞動部, 台. (2023). 111 年底產業及社福移工概況. 網址：
<https://www.mol.gov.tw/media/xjjltdzo/110%E5%B9%B4%E5%BA%95%E7%94%A2%E6%A5%AD%E5%8F%8A%E7%A4%BE%E7%A6%8F%E7%A7%BB%E5%B7%A5%E6%A6%82%E6%B3%81.pdf>
- 李慧貞、蘇秀娟、許芷音(2004).外籍新娘的健康評估－以新店市為例. *護理研究*, 51(4). doi:doi:10.6224/JN.51.4.88

- 何婉菁(2014)•護理人員之文化敏感度及相關相關探討•未發表的碩士論文，台北市：台北醫學大學護理學研究所。
- 周天給, 許怡欣, 李丞華, & 湯澡薰. (2006). 外籍新娘對基層婦產科診所之評價. *台灣家庭醫學雜誌*, 16(1), 51-63. doi:10.7023/tjfm.200603.0051
- 周天給, 許怡欣, 李丞華, & 湯澡薰. (2006). 外籍新娘對基層婦產科診所之評價. *台灣家庭醫學雜誌*, 16(1), 51-63. doi:10.7023/tjfm.200603.0051
- 邱皓政. (2015). 量化研究與統計分析 SPSS(PASW)資料分析範例 (第五版). 台北：五南.
- 陳寬裕、王正華. (2011). 信度分析·論文統計分析實務. 台北：五南.
- 鄧旭茹. (2023). 新住民及其在臺家庭成員之醫療需求、困境及協處機制之研究 新住民發展基金補助研究計畫成果報告。
- 黃美智、林秀娟、王瑤華、林佳蓉、蘇嘉穎(2010)•護理人員對多元文化的認知與實踐 DoHo9P-TD-m-113 -099004·台北：衛生福利部。
- 張秀禎(2015). 臨床護理人員文化照護能力、工作滿意、與專業承諾之相關性研究。護理系碩士在職專班碩士論文。屏東：輔英科技大學。
- 鄭姍姍、王勝石、賴彥如(2016)•新住民看診流程障礙因素以醫療資訊系統發展為主體做為解決方案•新住民發展基金補助研究計畫成果報告。
- 蔡秀敏、王秀紅. (2009). 社區衛生護理專業形象的提升與省思. *護理雜誌*, 56(4), 11-16.
- 顏芳姿、吳慧敏. (2014). 臺灣新移民的健康網絡. *護理雜誌*, 61, 35-45.

112 年度新住民發展基金補助研究成果報告印製格式項目查檢表

單位（機關）：

補助研究計畫名稱：

項 號	查 檢 項 目	查檢結 果	未符合情 形
1	書脊及封面標明「研究題目」、「新住民發展基金補助研究報告」、「年度」、「印製年月」及「本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本機關意見」。	☒ 是 ☐ 否	
2	內頁第一頁依序書明「研究題目」、「接受補助單位」、「研究主持人」、「協同主持人」、「研究員」、「研究助理」、「新住民發展基金補助研究報告」、「印製年月」及「本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本機關意見」。	☒ 是 ☐ 否	
3	目（錄）次中應列表次、圖次、摘要次、各「章次」、「附錄次」及「參考文獻」。	☒ 是 ☐ 否	
4	表次中之「表號」、圖次中之「圖號」、本文中各「章標題」、「節標題」及「圖（表）號、標題」，均以黑體字打印。	☒ 是 ☐ 否	
5	本文前加列「摘要」（頁碼延續目次、表次、圖次，以羅馬數字編列），簡略說明研究緣起、研究方法及過程、重要發現及主要建議意見，並加註關鍵詞（至多五個）。	☒ 是 ☐ 否	
6	各類圖號與圖稱置於圖之下方且置中；表號與表稱置於表之上方且置中；資料來源列於圖表下方。	☒ 是 ☐ 否	
7	摘要及本文之各項建議意見分「立即可行建議」及「中長期建議」兩類，採表格或條列方式逐條臚列敘述，並說明理由，但亦得視研究需要另行分類撰擬。各項建議均列舉主辦及協辦機關。	☒ 是 ☐ 否	
8	研究報告之註釋應採夾註註明出處；說明應附於引註當頁下方。註釋及說明之字體均應較本文內容小。	☒ 是 ☐ 否	

9	研究調查問卷、各項座談會紀錄及研究主持人之修正說明、相關訪問紀錄、相關統計資料、法規及文件等重要資料，均列為「附錄」。	☒ 是 ☐ 否	
10	研究報告所參考及引註之書籍、期刊及各項資料，均編列為「參考文獻」，置於「附錄」之後。	☒ 是 ☐ 否	
11	參考文獻，應參照學術論文 APA 之書目格式撰寫。	☒ 是 ☐ 否	
12	研究報告「目次」、「章」、「附錄」及「參考文獻」均自單頁打印。	☒ 是 ☐ 否	
13	研究報告每頁均加註頁眉，單頁註明「章名（目次、表次、圖次、摘要、目錄、參考文獻）」（置於單頁之右上），雙頁註明「研究主題」（置於雙頁之左上）。頁碼註記於每頁文字之下方置中處理（除目次各頁碼以羅馬數字編列外，其餘各頁均以阿拉伯數字編列），與頁眉同側。	☒ 是 ☐ 否	
14	附錄及參考文獻頁碼延續本文。	☒ 是 ☐ 否	
15	報告採採中文橫式書寫，雙面印製。	☒ 是 ☐ 否	
查檢結果處理意見			
單位主管簽章		科（組）（室）主管簽章	承辦人簽章