

促进民族文化数据在澳大利亚传染病公共卫生应对中的应用

Emma Quinn^{ab}, Peter Massey^c, Alexander Rosewell^d, Mitchell Smith^e和David Durrheim^{cf}

通讯作者: Emma Quinn (e-mail: equinn@doh.health.nsw.gov.au)。

目前普遍认为, 具有不同民族文化的移民人群感染麻疹、肺结核和乙型肝炎等传染病的风险不同。全球公共卫生机构^[1]正着力加强移民人群民族文化数据的收集, 以更好地掌握这些人群传染病的风险, 为社区水平的疾病预防控制提供依据。

在澳大利亚国家层面, 目前还没有在传染病监测中收集民族文化数据的战略规划。民族文化数据是指任何可识别个人文化传统、背景或关系的数据, 例如出生国家(country of birth, COB)、在家使用语言(language spoken at home, LSH)或宗教信仰等。澳大利亚传染病监测系统常规收集原住民和托雷斯海峡岛民信息。大多数法定传染病通常也收集COB信息, 但其他民族文化变量的收集情况差异较大(见框图1)。这些数据可通过全科医生填报的病例个案卡和/或公共卫生工作人员对病例进行访谈时进行记录。

民族文化特质是经个体自我发展而成的(self-constructed phenomenon), 受到许多社会和文化因素影响, 包括移民状态、宗教信仰、语言、文化习俗和政治观念^[2]。由于民族文化特质难以简单、明确定义, 要收集有效的民族文化数据是一个挑战。民族文化特质可能会随着时间变化而改变, 而且移民后代的民族文化特质往往会发生难以预测的变化^[2]。因此, 收集这类数据的澳大利亚标准^[3]反映了多维民族文化特质的理念, 包括了数个变量以确保合理的特异度和灵敏度。

尽管存在这些挑战, 目前澳大利亚常规传染病监测中所收集的民族文化数据已经对传染病的预防控制提供了帮助。尽管COB数据收集的范围有限, 但它帮助发现了新近移民或难民中疾病负担的不同, 从而能针对来自一些高疾病负担国家的移民如南亚移民中的肺结核和慢性乙型肝炎, 开展有针对性的防治项目^[4]。

框图1. 澳大利亚法定报告疾病收集的民族文化数据*

州/领地	收集的民族文化数据*
澳大利亚首都直辖区	土著身份、COB
新南威尔士	土著身份、COB、LSH
北方领地	土著身份
昆士兰	土著身份和COB [†]
南澳大利亚	仅收集土著身份 [‡]
塔斯马尼亚	土著身份和COB
维多利亚	土著身份、COB、到澳大利亚年份 [§]
西澳大利亚	土著身份、COB、EO

COB – 出生国家, LSH – 在家使用语言, EO – 民族(土著身份或其他)。土著身份分类选项包括: 仅为原住民, 原住民和托雷斯海峡岛民, 仅为托雷斯海峡岛民, 或既非原住民也非托雷斯海峡岛民。

* 根据各州或地区网上法定传染病报告卡和/或通过州和领地卫生部门个人交流获得。

[†] 在昆士兰州, 有些法定传染病收集种族以及在家是否首选英语(是/否)的信息。

[‡] 在南澳大利亚, COB及LSH并非常规收集资料, 但一些特殊病种(性病和食源性疾病)会收集COB及LSH信息。

[§] 只针对海外出生的人。

虽然COB有助于确定新近移民或难民的疾病风险, 但对出生于澳大利亚的移民后代与民族文化相关的传染病风险研究很少。过去十年间, 澳大利亚来自海外的移民增加了2–3倍, 移民第二代和第三代人数已经分别占到澳大利亚人口的20%和53%, 因此, 开展这方面的研究是个十分重要的问题^[5]。

最近在新南威尔士州的一次暴发疫情调查中, 依据澳大利亚统计局(Australian Bureau of Statistics, ABS)确定的血统信息进行了专门收集, 结果表明该变量信息比COB和LSH对于确定高危人群更加有用。2012年新南威尔士州麻疹暴发调查的血统数据显示, 21%的报告病例为血统是太平洋岛民的澳大利亚人, 17%为血统是萨摩亚族的太平洋岛民^[6]。进而发现, 该民族文化人群的麻疹风险是非萨摩亚人群的50倍(报告发病率为189/10万)^[6]。因此, 当地开展

^a 澳大利亚新南威尔士州卫生署新南威尔士州公共卫生官员培训项目。

^b 澳大利亚新南威尔士大学公共卫生与社区医学学院。

^c 澳大利亚新南威尔士州亨特新英格兰地方卫生区人口健康科。

^d 澳大利亚北悉尼新南威尔士州卫生署健康保护局传染病科。

^e 澳大利亚悉尼新南威尔士州难民健康服务处。

^f 澳大利亚新南威尔士州纽卡斯尔市亨特医学研究所。

投稿日期: 2014年2月24日; 发表日期: 2014年5月19日

doi: 10.5365/wpsar.2014.5.1.011

表1. 按照既往建立的监测^[7]标准*收集各种民族文化数据的优缺点

变量/描述	优点	缺点
出生国家 个人出生国家	<ul style="list-style-type: none"> • 相对容易定义并有效测量 • 客观、明了 • 可靠 - 不太可能随时间而改变 • 可通过ABS网站获得分母数据 	<ul style="list-style-type: none"> • “国籍”和“出生国家”之间可能存在不一致 • 不能提供有关文化或社会差异的信息 • 不能提供澳大利亚出生居民的民族文化群体信息
在家主要使用语言 平时在家中使用的主要语言(除英语外)	<ul style="list-style-type: none"> • 客观、有效概念 • 评估一致性可能较好 • 可能明了、唯一 • 可以帮助确定语言翻译需求 • 可通过ABS网站获得分母数据 	<ul style="list-style-type: none"> • 讲同一种语言者可能来自不同的国家、文化或社会背景等。 • 不能获得祖国语言(即英语)及在家使用其它语言的熟练程度。
国籍 护照/身份证国籍	<ul style="list-style-type: none"> • 易于定义和客观测量 • 可能明了、唯一 • 可靠 - 国籍类别不太可能改变 • 有效概念 • 可通过网站或向DIBP申请获得分母数据 	<ul style="list-style-type: none"> • 多重国籍或没有护照(例如一些难民)的问题 • 不能提供澳大利亚出生居民的血统或种族信息 • 不能提供有关文化或社会差异(如宗教、生活方式)信息
种族/血统 自我认知所属种族群体 - 可能是一个国家、地区、宗教或文化群体等。	<ul style="list-style-type: none"> • 允许应答者根据选项判断自我认知的种族 • 从应答者角度概念有效 • 对应答者而言有较好灵活度 • 可通过ABS网站获得分母数据 	<ul style="list-style-type: none"> • 多种应答分类可能导致分析困难 • 自我报告的种族可能会随时间而改变 • 可能不是唯一的 • 更像是动态过程而不是静态的概念 • 该变量问题可能造成冒犯, 尤其是在社区中存在种族、民族或宗教关系紧张问题的难民中。
留在当前国家的时间长度 从到达目前国家起居住在该国的时间(年)	<ul style="list-style-type: none"> • 客观、有效概念 • 评估可靠性、一致性可能较好 • 可区别新近移民和长期移民 • 可通过ABS网站获得分母数据 • 可得到到达澳大利亚的年份 	<ul style="list-style-type: none"> • 对新近抵达的移民/难民可能较敏感, 因此监测人员调查时的问法可能不一致 • 可能需要围绕为什么收集这项信息进行讨论(从对受访者的意义而言) • 不能提供文化或社会差异的信息(如宗教、生活方式)
英语熟练程度 如果在家主要使用语言为非英语, 个体对英语能力的自我评估	<ul style="list-style-type: none"> • 有效概念 • 可能明了、唯一 	<ul style="list-style-type: none"> • 可能存在较大的测量偏倚 - 意味着仅代表英语口语能力(而不是读、写或听的能力) • 可靠性/客观性可能不强 • 可能需要围绕为什么收集这项信息进行讨论(从对受访者的意义而言)
宗教信仰 自我认知的主要宗教信仰或所属宗教团体	<ul style="list-style-type: none"> • 有效概念 • 如果宗教团体不发生显著变化, 不同时间的测量结果可保持有效、可靠 • 自我判定, 即个人声明宗教信仰 	<ul style="list-style-type: none"> • 如果受访者不明白收集这些数据的意义, 调查时可能会很敏感 • 有相同宗教信仰的人可能来自不同的国家、不同血统或民族文化背景。

ABS - 澳大利亚统计局; DIBP - 移民和边境保护部

* 该标准包括^[8]: 概念有效性、测量有效性、明了/唯一、意义、可靠性、一致性和灵活性。

了有针对性的公共卫生行动, 包括在太平洋岛民特别是有萨摩亚血统人群较多的教堂和学校中开展预防接种门诊, 还专门开发了适合当地文化和语言的宣传材料。

在新南威尔士, 由民族特色食品导致的食源性疾病暴发也很常见^[7]。新南威尔士州已经重视收集食源性病例的民族背景信息, 并将民族食品相关问题纳入到常规调查表中。这些民族食品相关风险仅仅依靠COB或LSH是不可能发现的。为了进一步探讨哪些变量可能有助于准确反映民族文化特质, 我们使用既往建立的监测标准^[8]对各种常用变量进行了评

价。如表1所示, COB及LSH概念有效、客观, 相对容易定义。然而, 种族或血统等变量也有其固有的优势, 能够反映澳大利亚出生的非原住民和托雷斯海峡岛民的其他居民的文化特质和文化背景。

在全国范围内开展民族文化数据收集, 将可能加强高危人群的疾病控制。我们建议新南威尔士州继续监测COB及LSH, 其他相关地区也应考虑。然而, 在澳大利亚收集血统或种族(不仅限于COB及LSH)数据以确定多元文化群体的传染病风险还是很有必要的, 特别是考虑到和其他许多因素一起, 社会、文化习俗会影响传染病的风险^[9]。

在我们常规的传染病监测中，根据澳大利亚统计局的澳大利亚文化和民族标准分类^[10]，收集这些特定的文化和/或血统数据，对于估计不同代的澳大利亚人的疾病风险很有价值。分母可从ABS网站查询每5年一次的人口普查数据获得。当发生传播风险与社会或文化习俗相关的法定传染病暴发时，估计不同文化或血统人群的感染风险将很有用，例如进食特定的民族食物、文化集会或者与家族相关的到某些疾病地方性流行区旅行。这类信息将有助于决定社区一级卫生部门应采取的预防控制措施。

要在澳大利亚传染病常规监测中引入新的变量，还需进一步讨论其可接受性、数据库开发需求、对资源的影响及所需的培训等。开发收集这类资料的战略，可参照现有的原住民和托雷斯海峡岛民资料的成熟指南，包括如何实施、收集和合理使用。纳入民族文化背景变量进行强化监测，可考虑从少数特定病种入手，如能造成高发病率和/或死亡率的麻疹和脑膜炎球菌病，公共卫生人员对其报告病例会常规随访，而且社会文化习俗在这些疾病的传播中发挥了作用。

利益冲突

未申报。

基金

无。

致谢

第一作者参加了由新南威尔士州卫生部资助的新南威尔士州公共卫生官员培训项目。本研究是该学员在亨特新英格兰地方卫生区人口健康局塔姆沃思公共卫生科基地实践时完成。

引用本文地址:

Quinn E et al. Improving ethnocultural data to inform public health responses to communicable diseases in Australia. *Western Pacific Surveillance and Response Journal*, 2014, 5(2):1-4. doi:10.5365/wpsar.2014.5.1.011

参考文献:

1. *Health of migrants: the way forward – report of a global consultation, Madrid, Spain, 3–5 March 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/activities/health/promotion/Health-of-Migrants.pdf>, accessed 25 April 2014).
2. Phinney JS. Ethnic identity in adolescents and adults: review of research. *Psychological Bulletin*, 1990, 108:499–514. doi:10.1037/0033-2909.108.3.499 pmid:2270238
3. *The guide: implementing the standards for statistics on cultural and language diversity*. Belconnen, Department of Immigration and Multicultural Affairs, Diversity Management Section, 2001 (<http://www.immi.gov.au/media/publications/pdf/guide.pdf>, accessed 25 April 2014).
4. *National Hepatitis B Strategy 2010–2013*. Canberra, Department of Health and Ageing, 2010 ([http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ohp-national-strategies-2010-hepb/\\$File/hepb.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ohp-national-strategies-2010-hepb/$File/hepb.pdf), accessed 5 January 2014).
5. *2013 Perspectives on migrants. Catalog no. 3416.0*. Canberra, Australian Bureau of Statistics, 2013 (<http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/3416.0>, accessed 19 September 2013).
6. Najjar Z et al. Sustained outbreak of measles in Sydney, 2012: risk for measles elimination in Australia. *Western Pacific Surveillance and Response Journal*, 2014, 5(1):14–20. doi:10.5365/wpsar.2013.4.4.001
7. Hess IM et al. A *Salmonella* Typhimurium 197 outbreak linked to the consumption of lambs' liver in Sydney, NSW. *Epidemiology and Infection*, 2008, 136:461–467. doi:10.1017/S0950268807008813 pmid:17565766
8. Hahn RA, Stroup DF. *Race and Ethnicity in Public Health Surveillance: Criteria for the Scientific Use of Social Categories*. CDC-ATSDR Workshop, 1994, 109(1):7–15.
9. Gushulak BD, MacPherson DW. The basic principles of migration health: population mobility and gaps in disease prevalence. *Emerging Themes in Epidemiology*, 2006, 3:3. doi:10.1186/1742-7622-3-3 pmid:16674820
10. *Australian Standard Classification of Cultural and Ethnic Groups (ASCCEG). [1249.0]*. Canberra, Australian Bureau of Statistics, 2011 (<http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/1249.0>, accessed 19 September 2013).