

疫災控制的人文社會省思與可能出路

戴鎮州

壹、前言

隨著醫療科技的進步與衛生觀念的普及，統計數字上已然呈現：人類的期望壽命一年比一年長。自然科學的發達，如病原學、物理、化學、解剖學、醫學的進步，使我們更加了解人類身體的構造與疾病的可能病因。同時，在現代醫療科技的輔助下，人類的大部分疾病都可加以治療或控制。儘管我們對身體與疾病的瞭解如此之多，但是，我們依仍避免不了疾病的侵襲，也逃脫不開重大疫災對生命的威脅！因此，我們不禁要問：在本質上，疫災是一種難以控制的災厄嗎？或是另有其他原因導致疫災一發不可收拾？這個問題是本文欲加探究與釐清的重要課題。

疫災直接威脅到我們的生命與健康，如果不加以控制，將可能導致人類重大的災難。因此，面臨疫災應該如何適當處置？可說是一個刻不容緩的議題。事實上，在醫療科技的發展下，絕大部分的疾病與疫災都有了人為控制的能力。但是，有時，疫災卻難以受到社會的有效控制，不然就是在有效控制之前，已產生重大的個人與社會傷害。為何呈現如此弔詭的發展呢？值得我們進一步深思與探討。因此，現有

防疫體制是否出現不足或漏洞之處，而導致現代社會疫情的擴大，亦是本文所欲探討的焦點。此外，本文亦試圖透過議題探討，提出一個未來可能的解決出路。

貳、自然疾病、社會疫災： 疫災本質之探討

一、人類疾病與疫災發展

個人從出生到死亡，都必然經歷生、老、病、死等生命歷程，沒有人可以例外。一方面，這種生命歷程說明了人類身體的自然特性，另一方面，也揭示了人與自然間的各種關係。我們可以觀察到：在這四個歷程中，「生病」是一個相當特殊的經歷，因為「生病」不僅涉及身體的健康，也牽涉到許多社會過程。舉例來說，醫療行為、對疾病的認知，醫療品質與照護、就醫意願與醫療行為等，不但涉及人們的生活經驗，也與人們的社會文化背景（如家庭經濟條件、教育程度、性別角色與年齡）有著密切相關（Cockerham, 1998；胡幼慧，1991；楊志良，1990；張苙雲，1998）。張宗尹（1991）曾提到：近代許多醫學研究中，均清晰顯示身體疾病所包含的大量情緒與社會成分（如社會人口特性）。因

此，我們可以清楚的看出疾病的發生有著濃濃的社會性。

人類的疾病種類相當繁多，本文爲了討論方便，特依其傳散特性而區分爲「傳染病」與「非傳染病」兩大類。非傳染病（例如遺傳疾病、生理病變）對大眾的威脅較低，不在本文討論的範圍，故不加詳述。事實上，傳染病的種類相當多，依據我國「傳染病防制法」第三條規定，我國的傳染病可區分爲四大類：第一類傳染病爲：霍亂、鼠疫、黃熱病、狂犬病、伊波拉病毒出血熱。

第二類傳染病可區分爲：(一)甲種：流行性斑疹傷寒、白喉、流行性腦脊髓膜炎、傷寒、副傷寒、炭疽病。(二)乙種：小兒麻痺症、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、開放性肺結核。

第三類傳染病爲(一)甲種：登革熱、瘧疾、麻疹、急性病毒性 A 型肝炎、腸道出血性大腸桿菌感染症、腸病毒感染併發重症；(二)乙種：結核病（除開放性肺結核外）、日本腦炎、癩病、德國麻疹、先天性德國麻疹症候群、百日咳、猩紅熱、破傷風、恙蟲病、急性病毒性肝炎（除 A 型外）、腮腺炎、水痘、退伍軍人病、侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症、梅毒、淋病、流行性感冒；第四類傳染病則爲其他傳染病或新感染症，經中央主管機關認爲有依本法施行防治之必要時，得適時指定之。

至於第四類傳染病，其病因、防治方法經確定後，得由中央主管機關重行公告歸入第一款至第三款之第一類、第二類或第三類傳染病。由於傳染病具有傳散特質，因此，容易造成疫災，對我們產生重大威脅。因此，在傳染病的疾病類型中，

絕大部分都是人類舊有的疾病，或是一些舊有的疾病產生新變體，只有少部分是新的疾病類型。事實上，在現代醫療科技與衛生觀念的擴展下，大部分的傳染病都可以受到有效的控制，但是，仍然有一些疾病因爲某種因素擴散而造成疫災，危害我們的生命安全與健康。

一般人認爲：疫災所以可怕在於其未知性、不可預期性與傳染性。在這個觀點下，我們都把疫災歸咎於一種不可抗拒的因素。但是，從幾場人類大型疫災看來：疫災的發生與人類活動有著密切相關，也有其社會歷史脈絡。在本質上，疫災屬於一種疾病類型，只是這種疾病型態對當下的社會而言，具有不可控制性與威脅性，而往往導致重大傷亡。事實上，如果我們以疫災的發展階段來看，可以發現造成疫災的加速擴大是和社會文化因素間有著密切的關連性，其所佔的不可預期性成分就較低。在發展上，疫災的發生與擴大，可說是經歷幾個重要的階段：

(一)發生階段：疫災的開始並不是一種全面流傳的疾病，而是發生於幾個特殊案例與個人身上，此時尚不構成疫災。在發生階段中，由於缺乏足夠的經驗與病原分析，往往導致人們對於此種疾病束手無策或是醫療誤判。此外，在此階段中也容易受到社會各界的忽略或是刻意的隱匿，一般民眾更不可能意識到一股災難正在醞釀。

(二)傳散階段：人類大部分的傳染病並非是自體產生的，而是透過某種介質而傳遞。舉例來說，空氣、水、接觸等都是一種介質，不同的疫災有不同的傳染方式與擴散途徑。如果在發生階段中無法得到有

效的控制（或隔離），並且無法確立疫災傳散介質的話，往往會造成疫災迅速的傳散。此外，現代社會中，人口稠密與交通發達不經意促成了疫災傳散的嚴重性。在此時期，通常是疫災的重大危機，也是轉機，因為眾多病例讓學者有了足夠的樣本進行分析比對，並找出有效的控制方式。

（三）控制階段：在專家學者投注大量精力之下，逐漸找出疫災的病原與傳染介質，這對疫情的控制有相當大的幫助。此外，隨著疫情的擴大，當局與民眾普遍意識到問題的嚴重性，不再隱匿或誤判問題的嚴重性，並且投入大量精力來防制與控制疫情。在這兩種條件之下，疫情逐漸獲得普遍有效的控制，但是，仍可見到零星的病例與未康復的病患。

（四）消滅與轉變階段：經過有效控制後，疫災如果不是獲得有效控制並得以消滅，便是轉變成一般可控制性的疾病，社會生活也逐漸回復常態。事實上，造成疫災的疾病仍然會在日後發生，但是，卻不會形成致命性的大疫災，僅是一種相對的「小」疾病而已！

從疫災發展階段的觀點看來，真正屬於不可控制與預期的時期只有在第一階段，通常特殊疾病會不會轉變成疫災的重要關鍵在於第二階段與第三階段。因此，疫災的傳散階段與控制階段都是一種社會階段，而不是自然階段。換言之，社會使得疫情擴大成爲一種可能，這也是疫災是否能加以控制的重要關鍵。

二、科技發展的非預期結果：

疫災的擴大與發展

我們可以發現：現代社會中的疫災雖

然始於自然疾病的突發，但是，在社會中卻形成更嚴重的疫情。疫災的產生與擴散通常不是一種自然過程，而是經由某種介質（如空氣、水、接觸）來傳播與擴散。換句話說，疾病所以變成疫災有其社會脈絡可尋。我們發現現代社會的疫災和以下幾個社會文化因素有著密切的相關：

（一）科技萬能的迷思與非預期結果：

危險環境與風險生活

在歷史上，從有人類以來，人類的身體構造鮮少有極大的變異。換句話說，我們和原始人有一樣的身體構造，我們都有相似的呼吸器官、消化系統、感覺神經等，唯一的差異只是在不同社會環境下所造成的生活差異。人類的生病並不是一種晚近才有的身體現象，因此，我們有足夠的時間研究與累積這些疾病的控制方式。雖然醫療技術的發達與衛生觀念的改善讓以往致命性的疾病種類大幅的縮減，然而，弔詭的是：這些因素共同促成了人類壽命的延長，而我們卻發現：現代人並沒有過著健康的生活，依然難免受到疾病的傷害與重大疫災的侵襲。

現代科技使我們的生活空前的便利，也處處存在著「科技萬能」的意識型態，彷彿在科技輔佐下的社會處處榮景。但是，近年來，隨著一些重大人為或科技災害（如蘇聯的車諾比輻射外洩、大豆基因改造的食品引起人體傷害）的發生，許多學者開始意識到伴隨科技所產生的副作用，並且認為：基本上，現代社會是一個風險社會，在科技高度發展的同時，也產生許多非預期的結果（Becker, 1993；顧忠華，2001）。舉例來說，當我們的生活越來越便利，運動機會卻變得越來越少，導致

人們的免疫系統與抵抗力越來越差；在高科技食品生產技術之下，我們所攝取的熱量比任何一個時代都要多，也促使現代肥胖人口大增。在醫學上，肥胖與高血壓、心血管疾病或糖尿病間有著相當高的關連性，而威脅著人類的健康。

科技除了直接導致人類身體的傷害外，也造成自然環境與生態的破壞，並且逐漸「反撲」到人類身上（Tenner, 1998）。在歷史上，人類發展工業是 200 多年來的事，但是，在這發展過程中，卻造成空前嚴重的生態浩劫；河川、海洋、森林與空氣均受到嚴重污染與破壞；除了人類外，各種動植物更以迅速的速度消失。這些生態的改變不但造成環境的重創，也間接對人體健康產生重大影響。環境改變與大多數新興疾病間有著相當密切的關係（Fox, 1998；楊志良，1990）。舉例來說，我們可以觀察到：現代社會中有過敏現象與氣喘的人數越來越多，食物污染的案例更是層出不窮，這些是我們在發展工業與科技的時所產生的非預期結果，正快速的對我們人類進行報復，更進一步削弱人類自體的免疫能力，使我們對於疾病的抵抗力越來越差。

（二）醫療藥物濫用與抗藥性：

無藥可醫的窘境

在醫療科技進步的現代社會中，常有藥物濫用的情況產生。一個理想的醫療情境是：患者就醫，依照病患病徵，醫生開立治療所需藥物，然後病人依照醫生囑咐來服食藥物。但是，我們可以看到實際的就醫行為卻有所出入：不遵守藥囑、一些不道德的醫師開立不恰當的治療藥物、病人自行購買不適用的藥物服用。這些不當

的醫療處置或醫療行為，往往造成一種長久性且全面性的傷害。舉例來說，抗生素的發明是一項重要的醫學發現。根據中央健康保險局的統計：健保全年藥品費用支出約 800 億元，但是，其中健保所給付的抗生素用藥費用卻高達 100 億元。因此，從這種支出比率看來，台灣抗生素的使用量是相當驚人的。事實上，在醫學藥理上，抗生素唯一的功效是把細菌消滅，不過，抗生素並無法殺死病毒，因此，必須經由醫師判斷之後才能服用。以感冒而言，感冒是由病毒引起的，因此，不需要使用抗生素來治療。然而，許多醫師或病人卻自行使用抗生素來治療感冒，形成濫用的情況。在不當使用抗生素的情況下，一方面，對於病情無太大的助益，另一方面，也可能加速細菌的抗藥性，造成日後的重大危機。

世界衛生組織（WHO）的 2000 年傳染性疾病的「克服抗生素抗藥性」報告提出警告：如果我們再不正視抗生素濫用或不當使用的情形，本來一些可以根治的疾病，如喉嚨痛、耳炎到瘡疾、肺結核等疾病，未來都將變為無藥可治。舉例來說，現在愛沙尼亞、拉脫維亞、部分亞洲國家及中國，有超過 10% 的結核桿菌，對治療肺結核最有效的三種藥品產生抗藥性；在東南亞，98% 的淋病菌株已對青黴素產生抗藥性；在美國，住院患者中每年有 14,000 人，因在醫院感染具抗藥性的細菌而死亡（引自衛生署網站資料）。由此可見，藥物的不當使用所造成的傷害是永久性的，甚至對人類的生存產生極大的威脅。事實上，人類藥物濫用不僅止於抗生素，許多藥物濫用的情況也相當嚴重，只是問題並

未檯面化而已。醫療科技的發達雖為我們帶來便利的解決病痛方式，但是，在不經合理管制或正當的使用下，身體傷害往往是更巨大的，甚至難以預料的。

(三)迅速傳散的疫災

——科技發展的非預期結果

隨著交通發達與資訊流通便捷，現代社會可說是一個全球化社會，地球宛若地球村一般。雖然全球化為商業資本主義帶來龐大商機，也使我們的文化更為多元、生活更為便利。但是，大多數的人僅看到全球化所帶來光鮮亮麗的一面，卻忽略了一些隱憂正隨著全球化而伴生！舉例來說，某些在地的疾病，可能形成全球社會下的災害危機：許多地區原先並沒有愛滋病與 SARS 等疾病存在，但是，有帶病者移入境內，也把這些外來疾病帶到該地。如果該社會無法適當的控制與管理，很可能引起當地的重大疫情。

在醫療科技的輔助與衛生觀念的普及下，人口數增加迅速。許多社會的大都市動輒居住上百萬人，人口稠密度之高非以往任何社會所能比擬。事實上，人口密度太高對於疫情控制來說，是相當不利的事！因為隨著人口密度的增高，人與人之間相互接觸的機會變多，並且受到傳染病感染的機率也相對提高，這往往成為疫情迅速擴散的主要因素。

科技幫助我們一日千里，生活空前的便利，但是，在不當的使用下，科技已然對我們的身體與環境展開報復，也實際造成難以估計的傷害（Tenner, 1998）。不可否認的，科技為我們的生活帶來空前的便利，但是，我們也必需注意到科技社會裏的生活風險。雖然科技為我們的疫災控制

提供了一個很好的基礎，但是，也使疫災傳播更遠、擴散更快。

參、疫災防制、風險管理與危機意識

一、我國現行的疫災體制與防制工作

在科技未明的時代中，人們對疫災一無所知，自然對疫災也束手無策，唯一的作為只有等待它自然的消滅。正因為如此，過去人們往往認為：疫災和信仰間有著相當密切的關係，而解決之道也訴諸宗教方式來處理。事實上，在醫療科技不發達的時代裡，疫災彷彿成為一種自然淘汰、適者生存的殘酷過程。因此，每逢重大疫災，死亡人數總是不計其數，有時甚至動搖國本、撼動社會！這個情況只有到了醫療科技進步、衛生觀念改善後才逐漸得到改善。此外，醫療科技與衛生觀念的發展直接帶來人類病痛的解決，也改變了人類對於疫災的看法。

和傳統社會相較之下，現代社會設有專職專責的政府組織部門來負責疾病控制與疫情管理的事務。在我國，根據中華民國憲法第五十三條規定：「行政院為國家最高行政機關」，此外，並依行政院組織法第六條設立衛生署掌管國家衛生事務，這也是我國主管衛生事務的最高常設專責機構。在行政院衛生署下設有各處室來職司各種衛生職務（見下圖），衛生署並負責主導、監督之責。因此，我們防疫體系基本上是以行政院衛生署為統籌、主導機構。

由於疫災具有傳染病的特質，因此，現行疫情防制政策仍以「傳染病防制法」、「傳染病防制法施行細則」為疫災防制與

二、現行防疫政策的難題

從結構面來看，現行防疫體系與防疫政策尚稱完善，這一點是相當值得肯定的。但是，我們遇到重大疫災的挑戰時，卻往往顯得應變不足，或錯失最佳控制時機。造成這種弔詭的發展多半是社會成因所造成，而非防疫體制建構的不周全。以防制 SARS 疫災為例，一場 SARS 疫災更把這樣的問題突顯出來。在 SARS 防治過程中，我國現行防疫體制暴露出許多結構性的問題：

(一)風險管理能力不足：

事實上，許多疫災都是屬於境外移入的病種，在現代社會中，隨著交通的便捷，傳染病隨時都可能傳散到世界各地。此外，當社會開始出現零星病患時，當局或防疫體系並未隨之運作，而等到疫情擴散，才驚覺問題的嚴重性，這是因為我們缺乏風險管理的概念所致。因此，未來如果仍然缺乏這些風險管理的能力，疫災將可能一波接一波的對我們的生命產生威脅。

(二)政府公部門缺乏相互整合的能力，導致衛生政策執行成效低落：

雖然我國有良好的防疫體制架構與政策，但是，在實際執行上，卻因為政治考量或是各執行單位相互推諉責任，而導致在面對疫災時產生各部門各自為政與封閉的處理模式，未能發揮最大的防疫功效。事實上，重大防疫政策需要各部門的水平與垂直整合，方能在疫災發展的早期就能

得到有效的社會控制。

(三)處理機構與民眾危機意識不高：

疫情在發展早期是最容易被控制的，但是，由於缺乏足夠的危機意識，往往造成疫情急遽的升高。事實上，造成危機意識缺乏的兩個主要原因來自：社會與個人。一方面，為了安撫民心、避免恐慌，政府衛生部門多半在疫情發展的早期就宣稱「疫情已獲得有效的控制」！這是有其政策考量，但是，卻也往往造成民眾輕忽或錯判了問題的嚴重性；另一方面，在醫療科技進步的今天，鮮少有人會意識到有群醫束手無策的疫災，一般大眾也因此缺乏足夠的危機意識。舉例來說：每個人都知道醫院或公共場所是一個相當大的傳染源，但是，很少有人會在這些場所帶口罩。

(四)民眾配合意願低落：

雖然我們有相當完善的防疫體制與政策，但是，一般民眾配合的意願並不高，導致疫情仍然持續擴散。舉例來說，有許多民眾即使出現了一些類似的疫情徵候，但仍不願及早就醫；一方面造成自身的傷害，另一方面，可能繼續傳染給別人。此外，非常時期的防疫政策必然對身體有些「規制」的舉動（如限制、禁止與隔離），許多個人不顧公益，只求私利，因此，在政策實行初期，許多人的配合意願仍然低落，使防疫體制出現漏洞或落實困難。當民眾肯高度配合防疫措施時，已經是疫災的高峰期了，致使社會浪費許多不必要的社會成本。

這些結構性的因素導致了防疫體制未

能充分運作，也直接或間接的促使疫情未能及早控制，繼續對人類產生威脅。

三、多元向度的防疫工作： 社會的可能出路

實際上，任何一個危機都是另一個轉變的契機！在重大疫災中，雖然犧牲了許多寶貴的生命與耗費大量的社會成本，但是，何嘗不是一個轉變的大好契機，可讓我們意識到現有不足之處與思索未來的可能發展出路。因此，我們必須在挫敗中成長，思索可能的出路。事實上，防疫工作最大的問題並不是醫療科技的不足，而是受到許多社會文化因素的共同牽制，進而導致疫情的迅速擴大。因此，疫災的防制與控制必需在多元向度下進行，才有可能徹底的解決問題。

(一)強化風險管理能力

德國社會學家 Becker (1993) 認為：基本上，現代社會是一個風險社會。我們生活在一個科技昌明、生產力空前蓬勃的社會，但是，科技的發展卻也帶來許多非預期的發展，產生生活風險。「風險社會」主要是指科技——尤其高科技——帶來的「高風險」；這類風險一般人常無法自行判斷（如臭氧層的破洞、或幅射屋的威脅等），需要專家評估，但在風險不確定、難以認知與後果可能延展的狀況下，出現新的「風險分配邏輯」，並改變過去慣常的權力和責任行使模式。於是，人類在工業化突飛猛進的態勢下，卻一頭栽進了「風險

社會」（顧忠華；2001）。

在上文中，我們已討論到：高科技的現代社會產生了許多非預期的結果，並且產生許多風險因素。舉例來說，在科技進步與醫療衛生技術蓬勃發展的今日，帶來兩個人口上顯著的成果：人口快速成長與死亡率的降低。但是，也不期然的促成疫災的擴大化與嚴重化。此外，科技縮短了兩地的距離，卻擴大了疾病的散佈。因此，在現代社會中，我們所面臨的生活風險不再是立即可視的危險，而是一種不可預期的發展。所以，在現代社會中，風險管理能力相當重要，因為我們所面臨的不僅是在地的危險，有時往往也是全球性的風險。舉例來說，許多疾病與疫災原本具有在地性的特質，但是，往往隨著交通的便利與國際的往來而導致擴散或產生變體。典型來說，SARS 的傳散就是一個很好的例子，原本在中國流行的 SARS，在地球的另一端的加拿大也遭受了重創，更別說是一海之隔的台灣！因此，在全球化的高科技社會裏，風險管理能力是相當重要的，總不能等到問題臨門或嚴重後才意識到問題的存在，屆時，可能已經是難以控制的局面了！

(二)跨部門整合與資源共享：

事實上，我國已有一套相當完善的衛生防疫體制，但是，目前防疫重責仍被視為行政院衛生署的責任。事實上，對於局部性或規模較小的傳染病，衛生署有足夠的應變能力與機制。但是，遇到重大疫災時，可能不是該機構可以獨自的承擔重

責。這是因為：一方面，單一機構的資源是有限的，並無法獨自動員所有資源；另一方面，在全球化衝擊下，任何在地疾病可能出現在世界的任何一地。因此，僅憑單一衛生部門之力並無法面對這樣的新變局，更何況疫情的控制有時間上的迫切性。

對於現代社會而言，跨部門的整合對防疫工作來講是相當重要的。過去，傳染病相當單純，多半具有一時一地的特性，但是，在交通發達的現代社會中，疫災的發生可能是境外傳入、社會內的交互感染。今日，我們所面臨的疫災問題要比過去任何社會更複雜許多！因此，當疫災高度流行時，衛生部門所需的不僅是自身醫療的控制，也需要各部門的相關協助。如以境外傳染病為例，假設海關部門沒有協助把關、交通部門沒有做適當的控管、立法部門沒有提供額外的預算，醫院沒有通報，使得防疫體制形同虛設，將可能造成重大危害。

除了公部門的整合外，政府也可整合私部門與民間資源，而不應只是一種雙軌分力的進行。在現代社會中，公部門的資源是有限的，如果能有效動員民間資源與整合私部門，相信整合後的整體防疫能力與執行功效將大幅的提升。

(三) 祛除不當的社會標籤與刻板印象：

事實上，重大傳染病往往造成社會「標籤」，進而實際形成刻板印象和實際的差別對待。事實上，「刻板印象」所以產生是來自缺乏接觸與資訊不足（或錯誤）。所以，在本質上，刻板印象並不一定是真實的呈

現。舉例來說，一般民眾對於愛滋病患者有著莫名的恐懼，因此，往往出現「排斥」與「排除」舉動，這些舉動可能造成患者的二度傷害，也可能促使一些帶病者轉為醫療黑數，不願主動尋求醫療協助，有時，這些醫療黑數成了散佈病原的不可控制群。

事實上，疾病的處遇方式主要在於：「控制」與「治療」兩個主要面向。病患的社會污名或標籤往往促使許多人逃避正式的醫療處置，這也造成疫情難以控制的一個隱憂，甚至造成更多人遭受感染機會或延遲就醫的狀況。因此，社會應祛除這些不當的標籤與刻板印象，建立正確認知，不但有助於疫情控制，也可使民眾免於恐慌。

(四) 建立個人健康危機意識

過去，我們把健康或衛生環境都視為國家或社會責任上。事實上，國家或社會或許可提供我們良好的醫療與衛生環境。但是，疾病的發生與傳散除了和外在自然與社會環境有關外，也與個人的社會文化特質有著密切相關。舉例來說，一個具有健康危機意識的人得到傳染病的機率較低，如有洗手習慣與食用乾淨衛生處理食品的人較不容易得到腸胃炎；避免在公共場所停留過久或隨時配戴口罩的人，受到飛沫感染的機率較低；在具有一些病徵時就就醫治療，可避免疾病的惡化。因此，個人行為與認知往往與疾病的發生有密切的關係。

此外，我們可以發現在疫災發生早

期，大部分的人都缺乏危機意識，而通常政府也未適度提醒一般民眾問題的危險性，甚至傳達「疫情已受到相當程度的控制」的假象。因此，在疫災發展早期，鮮少有人意識到疫災的危險性，並未產生足夠的危機意識與相關作為。一般而言，民眾危機意識的產生已經是在疫災高速傳散的時期，而這也往往造成防疫上的重大漏洞與傷害。事實上，如果每個人在成長化過程中，就養成日常危機意識與危機處理能力，相信人類大部分的災害都可受到相當程度的減輕。因此，社會也應當對其社會成員建立正確防制觀念與養成危機意識，畢竟許多問題解決的關鍵仍然在於人的日常「實踐」上。實際上，現行有許多災害防治演練或危機處理訓練，但是，肯認真學習的人僅佔少數，這一點也是令人惋惜。因此，對個人價值觀的重建與社會化是現代社會刻不容緩的一件事。這不僅是社會的責任，也是每個人的責任。

肆、結語：

未來我國疫情防制的 可能出路

在本文的探討中發現：疫災的擴散與嚴重化和社會文化間有著密切的相關。首先，在科技發展的過程中，由於缺乏必須具有的風險管理，導致科技對人體產生直接或非預期的傷害。舉例來說，交通便利與人口密集提供了傳染病相當好的傳染途徑與加重防堵的困難性；其次，從人類有效「馴化」大部分的疾病後，人類開始對

自己的身體疾病掉以輕心，而缺乏適當的危機意識，這種情況往往造成疫災的嚴重性；最後，防疫體系是否能充分運作，也是疫災能否受到控制的一個主要因素。總而言之，疫災始於自然的疾病，卻在社會中快速的擴散。因此，疫災防制除了需要病理上的控制外，更需要多元向度的共同防制。

我們的科技讓社會生活空前便利，卻也在不當的發展過程中，對人類自身產生非預期的傷害。對於現代科技而言，疫災並不是一個難以控制的危機，所以成為危機，絕大部分來自人為或社會的處理失當。事實上，我國的防疫體制與相關防疫政策尚稱完善，但是，我們卻看到在防疫體制運作或政策執行時卻問題重重，成效不彰。在本文的討論中，我們發現：自然疾病最終形成社會疫災，主要是受到社會文化等層面的影響。因此，要解決疫災控制的問提，除了必須由醫療技術與相關政策方面起步外，更應該從社會文化面著手，才可能從根本解決防疫問題。在面對現代社會環境的變局下，我們必須從幾個面向來防制疫災，才可能降低未來疫災的可能傷害性：提升政府風險管理能力、跨部門整合與資源共享、祛除不當的社會標籤與刻板印象和建立個人健康危機意識。在現代社會中，疫災防制不應是單個組織部門的重責，而是整個社會與個人必須擔負的責任！如果我們缺乏這樣的認知與危機意識，未來疫災對我們的傷害將會越來越大，並可能屢屢重創我們的社會。重大

疫災的發生讓我們意識到人類的脆弱與防疫成效的不足，不過，我們應該化危機為轉機，建立良好的危機意識與風險管理，

才能使我們的社會生活更美好、更安全。

（本文作者為東吳大學社會學系碩士）

📖參考書目：

- 張荳雲 1998 《醫療與社會》，台北：巨流。
- 胡幼慧 1991 《社會流行病學》，台北：巨流。
- 楊志良 1990 《公共衛生新論》，台北：巨流。
- 劉仲冬、張宗尹編著 1991 《醫療社會學》，台北：合計圖書出版社。
- 顧忠華 2001 《第二現代－風險社會的出路》，台北：巨流。
- Fox, N.著，杜莫等譯 1998 《美食與毒菌：飲食工業給我們帶來的病變》，台北：商務。
- Tenner, Edward 著，蘇采和譯 1998 《科技反撲》，台北：時報文化出版社。
- Beck, U. (1993) *Die Erfindung des Politischen, Zu einer Theorie Reflexiver Modernisierung*, Frankfurt/M.:Suhrkamp
- Cockerham, W. C. (1998) *Medical Sociology*, N.J.: Prentice Hall
- 行政院衛生署網站資料：
<http://www.doh.gov.tw/NewVersion/index.asp>
http://www.doh.gov.tw/NewVersion/content.asp?class_no=4&now_Fod_list_no=1126&array_Fod_list_no=4,1122&level_no=4&doc_no=3511
- 行政院衛生署疾病管制局網站資料：
<http://www.cdc.gov.tw/s>
<http://www.cdc.gov.tw>
<http://203.65.72.83/ch/dpc/ShowPublication.ASP?RecNo=1037>