

## 从流感和非典事件中汲取的社会科学启迪

“流行病中的社会科学”系列文章回顾了以往疫情暴发的各个方面，以便为紧急干预和备灾活动确定社会科学的“进入点”。这些证据将共同确定解决流行病的社会、政治和经济动态的切实方法，并确保干预措施以其旨在支持的社区的社会和文化资源为基础。本报告探讨了以往和近期流感和非典型性肺炎（SARS，简称“非典”）疫情在社会影响方面的经验启迪，重点突出了对未来应对措施的建议。

### 1. 流感和非典大流行病毒更可能在拥挤的动物（家禽和猪）和/或人类环境中出现和传播。

城市的拥挤、人类和动物迁徙方式的变化、人类对动物栖息地的侵蚀以及大规模工业化动物生产推动了流感病毒的重组和传播。人畜共患性流感的出现源于工业化的农业系统，特别是在非工业化或工业化地区运作的农业系统。为了应对物种间传播的巨大可能性，例如猪对人的感染，正如2009年的H1N1流感（也称为“猪流感”）大流行，动物和公共卫生组织之间需要采取联合措施。在响应机制中，有必要提高应对人类、动物和环境健康（“一体化健康”）的整体方法的能力，涉及跨人类、动物和生态科学（包括社会科学）的学习。在世界上的许多地方，城市化和人口密集化正在迅速发生，但是城市内外的趋势差异较大。城市规划的形式和范围会严重影响健康风险。忽视或试图阻止城市化的政策方法可能导致疾病控制能力较差的大规模非正式扩张（例如拥挤、卫生、服务提供和治理）。可以整合公共卫生和城市规划，从而改善公共卫生，并制定可行的计划来降低疾病风险。

- 让工业规模的生产者和小农户参与设计和实施适当有效的（生物安全）法规，确保法规得到实施，并且农场具有生物安全性。
- 促进广泛的小规模畜牧业，动物数量较少，采用适合当地和相应规模的生物安全措施，并且仅使用治疗性抗生素。
- 支持地方当局在其城市规划中考虑疾病传播，并支持预案演练，以便在全市和社区层面诊断风险，并制定疾病控制计划。
- 在参与监测和应对的动物和人类流感卫生工作者以及环境和社会科学家之间，促进学习和实时交流。

### 2. 生猪和家禽生产的农场规模和强度决定了人畜共患流感的风险；控制措施可能会对低风险农场产生不成比例的影响。

不同的生计群体受到控制措施的影响有所不同。例如，大型工业化农场可能比非密集型小型化农场存在更高的流感风险（例如变异、快速传播、更高的病例数），但更有可能安然度过贸易和市场禁令或紧急生物安全程序。小型农场更容易受到控制措施的负面影响（例如牲畜和/或生计的损失）。对H5N1流行病（也称为“禽流感”，1996年出现于中国，2003年在其他国家和地区蔓延）的反应，为亚洲的家禽业带来了转型，并淘汰了许多小型

和后院家禽生产者。因此，后院、中小型和大型动物养殖者（出口导向型和本地市场导向型）、农贸市场商贩、肉类屠宰场和切割业将对应对措施和不同程度的政治影响持有不同的看法，应考虑各种影响。

- 识别并区分不同的生产方法如何与增强的流感爆发相关联，以及预防措施将如何影响不同的生计群体。将农民和生产者的多样性纳入参与过程，从而确定缓解威胁和流行病应对的措施。
- 在工业化国家和地区中加强大中型农场的生物安全，并探索适用于小型和后院农业的生物安全措施。

### 3. 可纳入非生物医学健康服务提供者而非健康投入，从而加强监测系统。

私人医生、制药产品店主、中医/草药师、治疗师等通常是人们生病后的首个访问点。因此，这些健康服务提供者可能是首批意识到患有流感样症状的患者人数增加的群体。作为“一体化健康”监测方法的一部分，将替代性健康服务提供者整合到健康信息系统中，可以在早期阶段有助于发现疫情。在以前的流感流行中，已证明基于社区的监视（CBS）以及通过互联网搜索、广播和手机进行识别有效。

- 支持发展中国家和地区的监测网络，此类网络不仅扩展到生物医学服务，还包括替代性健康服务提供者、非卫生专业知识和数据以及基于社区的监测。

### 4. 监测系统必须包含考虑到以下事实：即流感和非典涉及一系列症状，根据文化背景不同，此类症状可能用不同的术语和类别来加以表达。

人们可能会以与生物医学理解不同的方式来解释和描述流感或非典症状，例如随着体液变化，体内热量失衡。每组症状（呼吸、消化、神经）都有可能归因于不同的原因，包括非自然原因，因此人们可能会针对这些原因寻求不同的健康服务提供者和治疗方法。

- 对不同社会群体开展人类学调查，以便回答以下问题，并考虑对监测信息系统的影响：
  - (i) 不同的社会群体如何理解/解释症状？他们如何看待疾病（什么概念/类别）？
  - (ii) 与流行病学发现和生物医学描述有何不同？
  - (iii) 对成因机制疾病（如体液、细菌、热感冒、巫术、精神）有哪些不同理解？与呼吸系统或其他症状（神经系统等）之间有何关系？
- 以上理解很可能在整个疫情中不断变化。可在卫生诊所开展轻度重复调查来监测此类变化。

### 5. 传播速度会随不同类型而变化，可能与当地的传播观念形成反差。

特别是，H5N1 流感存在有限人传人，而非典比季节性流感（通过吸入飞沫和毒气）更难传播。H5N1 发生在与鸟类接触过的人群中，然后是与这些人群的密切接触者（家庭成员共享同一个房间、护士、看护人等）。然而，2009年H1N1疫情在人与人之间的传播效率

更高，但公众并未将其视为危险，因为许多人以为是季节性流感，并且认为当局夸大疫情。但是，对于季节性流感，人群具有一定免疫力，而对于新的大流行病毒，人群几乎没有免疫力。

- 确定病毒传播的效力，将其与当地对传播和风险的理解以及先前的流感爆发进行对比，后者可能会影响公众的看法。通过沟通解决误解，包括指出与先前经验是否存在差异。

## 6. 生物和社会人口因素决定了人类面对流感感染和死亡的易感性。

当有某个病毒品种脱离家禽或猪时，那些与动物紧密接触的人员将特别易感，例如畜牧农场的工人。病毒、宿主因素以及获得医疗的综合作用会造成对人类影响的差异。易感性可能取决于死亡率，无论是如西班牙流感所造成的免疫反应过度，还是由于疾病本身及其并发症（如肺炎）的影响：1918年，更多的年轻人和健康人死亡，而季节性流感通常影响婴儿、老年人和免疫力低下的人群。流行性感是一种综合症，与其他疾病（结核、天花、麻疹、肺炎细菌、HIV/AIDS和营养不良）共同发挥作用，此类疾病在发展中国家和地区中更为普遍，因此解释了较高的死亡率。患有潜在慢性病的人群、年长和年幼人群以及孕妇都存在发生严重后果的高风险。由于经济和社会的边缘化，低收入人口、少数民族和土著人民与较高的死亡率相关联。偏远社区可能逃脱或延迟感染；然而，偏远也可能意味着一旦发生感染，则与医疗资源也相距甚远。医疗人员和护理人员更容易受到感染（而不是后果的严重性），而且这些职业和活动往往存在性别特征。

- 确定易感人群（职业风险、老年人、免疫力低下、婴儿、孕妇），并在疫情爆发时进行初步隔离，并迅速对症治疗。
- 对于边缘化患者（土著群体、少数民族、贫困人口），确保他们获得对流感和潜在疾病的护理和治疗。这将需要确定特定的文化需求，并在分诊和治疗中加以解决。
- 确保有充足资源，可供受影响的第三世界国家和地区同时应对流行性感和其他伴随疾病。

## 7. 风险防范信息应基于共同价值观，并由受信任的中介机构发布。

公共卫生消息在更广泛的信息网络中传播：包括P2P、短信、社交媒体等等。这些来源可能提供有关流行病的不同叙述。对卫生系统的信任和响应必须逐步建立，并不是静态属性。当消息由受信任的中介机构根据共同价值观和信任发布时，采用风险预防建议的比例最高。依据社会群体不同，不同的人员将具备信任度和合法性；需要识别这些人员，因为他们对于将知识转化为行动至关重要。这些中间人可以是社区领袖、信仰领袖、媒体、教育或工作场所等受信任的人员。

- 找出深受信赖的本地中介机构，不仅仅是具备正式权限和领导地位的人员。
- 建立受信任的媒体关系和资源；确保一致且最新的消息传递；对过去的报告错误保持透明。

- 关于疾病和预防方法的消息传递必须在受影响社区的观点和语言范围内构建，并通过受信任的中介机构/中间人，包括替代性健康服务提供者在内。

## 8. 由于历史和政治关系，可能意味着特定群体在流行性感冒大流行中存在受到污名化的风险。

当流行病出现时，不同社会群体之间的权力差异可能会导致污名化或替罪羊。例如，埃及的基督教生猪饲养员在 2009 年的 H1N1 流感疫情中遭到污名化。即使流行病学数据不支持此类措施，他们的养猪场也仍被指责为藏匿疾病，其生猪遭到国家的宰杀剔除。

- 了解不同社会群体在当地的特征和区别（包括其自身和其他人的描述和区别），包括此类身份的历史背景。
- 识别并监测社会群体之间的权力动态，在流行病疫情中可能导致侮辱和替罪羊现象，并且在解决程序中的负面模式。
- 避免因为流行病而对特定人群或行业的污名化（如猪流感、墨西哥流感）。

## 9. 向公众隐瞒信息可能会造成巨大破坏。

当公众认为报告不准确时，会寻求其他信息来源，并对响应失去信任。在 1918 年的 H1N1 疫情中，美国当局的沉默导致公众对卫生系统的不信任，加剧了疫情流行，并寻求非生物医学的解释和替代疗法。当公众认为关于制药行业与参与控制疫情的科学家之间的关系未适当披露时，会助长有关阴谋论和既得利益的假设。在 2009 年 H1N1 流感疫情期间，世贸组织的中立性受到质疑，因为人们认为其风险遭到夸大，是为了从药品库存中获益的药品制造商谋取利益。

- 对已知的流行病信息保持透明，并对数据的局限性保持开放态度。
- 各国/地区政府或世界卫生组织等机构必须在“专家”和制药行业的参与方面保持透明，以便解释如何处理利益冲突。

## 10. 当寻求遵守行动限制、隔离和社会隔离时，自愿方式比强迫办法更可取。

强制性的行动和贸易限制以及强迫性的社会隔离可能侵犯个人自由并破坏生计，可能遭到抵制。此类非治疗性预防措施的有效性取决于传播的难易程度，总的来说，在非典和 2003 年 H5N1 等人传人疫情中的效果要优于 1918 年和 2009 年 H1N1 等空气传播疫情。当社区较为偏远时，出行限制和隔离在当地可发挥积极作用。例如，以 1918 年 H1N1 疫情时期的美国为例，控制社区之间的人员流动减少了传播。在美国，城市实行停课，取消公共聚会，隔离检疫，降低死亡率。当社区参与并了解情况后，表示愿意在预防措施中发挥首要作用并自愿遵守。地方当局和民间社会组织可以在执行此类措施中发挥作用。通过社交网络争取社区支持，这一点至关重要：教堂、社交俱乐部、学校、工会、专业组织等可承担起预防和家庭护理活动的责任。

- 当旅行限制由当地社区和机构管理和实施时，效果最佳。正面成果（减轻蔓延）与

- 负面影响（生计损失、人身自由）之间的平衡必须在准备和应对过程中与社区进行协商，目的是自愿实施而不是强迫遵守。
- 提前并在响应期间争取当地机构、社会和社区网络的支持。

### **11. 人们可能会向其他健康服务提供者寻求流感或非典治疗。**

在以往的流感暴发中，受影响的人群向医疗诊所和替代性医疗机构寻求治疗。这样做的原因有很多（诸如信任、费用、对不同疾病模型的信仰、与医疗诊所的距离、个人关系和喜好等）。在多元化卫生系统中，生物医学与家庭疗法、草药和信仰治疗者、私人医生、药房老板等共存。

- 与替代性健康服务提供者合作，共享健康知识（例如避免传染的方法），并共同建立转诊至生物医学诊所的机制。

### **12. 分诊、住院和资源分配系统必须透明。**

使用防护装备、分诊流程、使用帐篷、隔离室和呼吸器可能会给社区造成障碍。隔离患者的需求可能导致抵制和回避，伴随着有关治疗和流行病应对最终目标的谣言和阴谋论。当人们确实在医院就诊时，可能缺乏流感专用资源（例如重症监护室的通风床）。这可能会对使用何种标准来优先考虑某些患者引起误解。资源分配机制如果不透明，可能会造成不信任、焦虑和管理不善的谣言。

- 评估个人防护设备、分诊和住院衡量标准对公众有什么含义，并与社区开展合作，说明流程，并获取其对设计的意见。获取稀缺资源（如通风床）的标准应该透明。
- 支持对非重症患者进行社区和家庭病患护理，以减轻医疗机构的负担。这涉及分诊制度，以便将低危患者留在家中，提供疫苗和抗病毒药包（如有），并与社会护理机构和社区组织保持联系，以在必要时提供食物和帮助。

### **13. 需要认真考虑医疗人员的体验。**

护士和护理人员对疾病的理解和方法基于他们的专业经验，可能与流行病学评估形成反差。医疗工作人员对感染风险的认识可能存在差异，对流感患者护理制度和程序的信任程度也各不相同。作为冒着生命危险、在压力下工作的群体，他们需要支持和同情。如果护理人员的观点和经验遭到上级或当局的拒绝或不采用，可能让他们寒心。在 1918 年流感期间，美国的许多医疗工作者在无望得到支持的情况下，带着患者逃离城市。医务人员也有受到污名化的风险。

- 让医护人员有机会分享对流行病的理解，讨论并评估与流行病评估之间的差异。在认识到风险和护理人员的实际专业知识的基础上，创建提供安全和支持的工作环境。
- 确保通过消息传递，消除医护人员成为替罪羊的可能性。

#### 14. 让太平间和殡葬服务提供者为大規模死亡做好准备，确保殡葬活动能够调和公共卫生问题与社区的社会和情感需求。

准备和处置尸体的文化实践可能与公共卫生首要任务形成反差。在高死亡率下，在极短时间内出现大量死亡的情况下，这一点尤其重要。葬礼可能涉及人群聚集，因此有可能感染流感。

- 衡量殡葬系统的快速应对能力，建立动员员工、获取与文化相关的资产或物品的能力：如棺材（或同等物品）、墓地等。
- 与社区合作，以尊重和符合文化的方式将公共卫生首要任务纳入现有的丧葬礼仪中。
- 在葬礼出席人数众多的社区中，与信仰领袖、殡葬服务提供者和送葬者合作，寻求通过其他方式来纪念死者（例如减少人数）。

#### 15. 人们对疫苗安全性和有效性的态度有所不同，在疫情中开展疫苗接种的方式会加剧不信任感。

人们对疫苗接种的态度及其相关风险在不同背景和社会群体之间差异较大。对于疾病强度和抵抗力以及如何获得疾病的文化观念存在差异（例如，西非体液医学认为应积累血液；在英国则是增强免疫力），并且可能与生物医学理论形成反差。即使在生物医学范式下，2009年H1N1疫情的流感疫苗也出现得太迟，与不接种疫苗相比，其有效性和风险都较低（由于低死亡率和疾病流行率）。同样在2009年H1N1流感疫情中，制药行业在应对中的作用引发了有关利益冲突的传言，并对疫苗接种的必要性表示怀疑。创造新疫苗时，必须对其进行优先排序并高速推行，通常某些群体优先于其他群体。这可能会导致管理不善的谣言。

- 了解有关疫苗接种的历史和当前阻力（或信任），以及不同社会群体对疫苗接种的态度。
- 确定当地对免疫力/强度的理解，及其如何与当地疾病模型（生物医学、体液医学、中医等）相适应：以有关体质和治愈力的当地理论为基础开展工作，从而促进疫苗接种。
- 根据疾病文化模式，传达疫苗接种带来的利益和风险。
- 对疫苗推出和排序标准保持透明。

“人道主义行动中的社会科学：发展交流平台”是联合国儿童基金会（UNICEF）与发展研究所（IDS）建立的合作项目，并得到了 Anthrologica 公司 的支持