

关键考虑因素：2019 冠状病毒病疫情中的隔离医学观察（2020 年 2 月）

这份简报针对在 2019 冠状病毒病（COVID-19）疫情背景下限制人类流动模式措施的设计和影响，提出了务实的考虑因素。此类措施包括：**医学观察**：在传染病潜伏期中，将已密切接触传染病例的个人与其他人分隔开；**医学隔离**：将患有传染病的人员和其他人分隔开，直至前者不再具有传染性；以及**增加社交距离**：限制个人间或大批人群聚集。¹ 此类措施可以是**强制性的**（政府要求并强制执行），也可以是**自愿性的**（由政府建议而不是要求，或在社区或个人层面中衍生和实行）。

在当前的 COVID-19 疫情期间，已采取了各种限制行动的措施来减低病毒的传播。武汉（疫情爆发的中心）和中国其它受影响的城市都采取封城举措，不允许进出，其后在出现确诊病例的其它国家和地区中也采取了类似措施。许多国家和地区对从中国返回的旅客进行隔离医学观察，同时也鼓励这些旅客自行居家医学观察。因此，持续评估针对 COVID-19 疫情而实施隔离医学观察措施所带来的影响有其迫切性，包括不同类型的隔离医学观察措施在不同地缘政治地区如何影响疾病传播和防控，以及这些措施在当地的接受程度。

鉴于疫情不断发展，以及世界卫生组织召开了“全球研究与创新论坛：制订 2019 年新型冠状病毒研究路线图”（2020 年 2 月），Anthrologica 为人道主义行动中的社会科学平台（SSHAP）编制了本简报，并由英国国际发展研究院（IDS）、伦敦卫生与热带医学院和世界卫生组织的同事审阅。SSHAP 对本简报的内容负上全责。

总览采取隔离医学观察和行动限制的考虑因素

- 规划隔离医学观察干预措施时应考虑伦理和人权原则。
- 为了减低恐慌和情绪困扰，并提高大众对防疫措施遵从性，官方消息来源必须就隔离医学观察措施以及在隔离医学观察期内如何减低感染提供清晰、最新、透明、前后一致的指引、信息和发言。
- 在规划和实施隔离医学观察措施时，社区应聚焦于社会责任。要令到这些措施的实施获得接纳和充分理解，并因而更有可能取得成功，必须与当地社区以及获得社区信任的正式和非正式权威人士和机构开展有建设性的接触。强行实施应对措施，并与受影响社区缺乏沟通，可以导致恐惧、抵制和不遵从。
- 各国政府有责任确保采取起码的标准，以减轻疾病传播的可能性，同时确保被隔离人员获得公平的支援服务，包括医疗保健、财务、社会和社会心理支持服务，并满足食物、水和其它必需物品等基本需求。
- 在制订和向大众交代隔离医学观察措施时，应优先考虑脆弱人群的需求。COVID-19 的相关脆弱人群包括老年和已有多重其它健康问题的人士，这些人更易罹患严重疾病。
- 多种因素会影响不同人群遵守隔离医学观察措施的意愿和能力，这些因素包括措施如何发布和实施，以及它对社会经济生活的影响，而对风险的主观印象、权威与责任感的存在，以及人们认为有需要采取隔离医学观察措施的迫切性也有重大影响。
- 文化、政治、经济和地理因素会影响隔离医学观察的效力及其遏制传染病的可能性。为了加深理解这些因素，进行对当地情况的快速评估可提供宝贵的资讯。快速评估既要评估促成有效隔离医学观察的背后原因，也要评估在特定地区实施隔离医学观察可能出现的障碍和负面影响。这些信息同时考虑到对一般人群和特定人群在经济、社会和心理方面的可能影响，有助设计最适当的隔离医学观察措施。
- 应了解特定区域的社区和政治权力互动情况以及当地以往经历隔离医学观察的历史。在某些地区，隔离医学观察可能被挪用（或令人怀疑被挪用）来遏制政治反对势力、加强歧视和侵犯人身自由。

以往在疫症爆发期间限制行动的经验教训

数百年来，隔离医学观察一直是防控可能在国内或国际间传播的流行病疫情的策略，而首个有文献记录的正式隔离医学观察制度，则出现在 14 世纪瘟疫流行期间的意大利。² 隔离医学观察措施可以是强制性、自愿性或胁迫性的；可以由上而下由国家主导，也可以由下而上由社区或个人推动。在某些情况下，也可以结合运用这几种策略。以下各小节介绍了在不同情况下推出各种措施的经验教训和最新案例，当中有不同程度的成效，并重点介绍可能有助成功实施的因素和取得的成果。

影响依从性的因素：大众对措施的依从是成功和有效的公共卫生干预措施的前提。然而，它受多种因具体情况和文化而异的因素所影响。对仍然健康的人群采取隔离医学观察和增加社交距离的措施，较针对患者的干预措施更难获得接纳或支持。一些影响个人依从性的已知因素包括对健康威胁的了解、对领导者的信任、个人风险评估、社会和文化规范、社会和家庭责任、生活状况以及职业和财务问题等。³ 社区和个人的对干预措施的接受程度，可通过促进自愿遵守而不是强制执行而提高。尽管对强制性措施的负面看法因文化和情况而异，在许多群体和文化中，对增加社交距离的措施的支持会随着强制执行方法的增加而有所下降。^{4,5} 以对发出指令人士或机构的信任为基础的公信力，在不同的国家、地区和人群里面和它们之间都有所差异，并且受公民和政府之间的关系的历史和经验所影响。过往遭遇歧视性政策和社会结构的经验可能会影响大众是否遵守隔离医学观察措施。^{3,4}

个人风险评估和对隔离医学观察措施成效的主观印象也将影响个人遵从相关措施与否的决定。研究表明，人们对一项健康威胁的忧虑越高，就越愿意改变自身的行为。⁵ 如何理解一个疾病、当地确诊病例数目以及公共卫生传播策略和讯息发送方式，很大程度上可以影响大众对风险的主观印象。³ 社会和文化规范以及价值在个人依从性方面也发挥一定作用，因此应加以考虑。有效的公共卫生讯息发送也应该考虑不同社会对集体主义和个人主义这两种理念有很不同的取向。此外，对隔离医学观察和增加社交距离措施的接受程度因文化而异，因此，新的公共卫生措施应设法吻合其实施的环境。⁵ 个人社交圈子的影响和行为，以及家人、朋友、同辈、被信赖的社区领袖和知名人士（如明星）对措施的反应都可能影响个人决定是否遵从相关措施。³ 此外，如果医学观察措施令个人失去能力履行照料家庭成员的责任，则照料家庭成员的义务可能在个人决定是否遵从这些措施中起较大作用。

人们是否遵从公共卫生干预措施还取决于他们有没有能力了解现有的资讯并依照已实行的措施去做。³ 个人必须拥有所需的相关资源才能做到遵从；没有充足储粮或没有办法获取食物的人，可能会觉得较难去遵循限制他们出门上班和购买食物的指引。⁶ 人们可能也需要得到保证，如果实施了隔离医学观察措施，他们将得到支持去获取诸如日常所需的处方药等重要物资。⁵ 备灾水平（和对该水平的主观印象）会影响个人和社区是否遵从措施，而预先规划以及熟悉在隔离医学观察事态期间需要采取的行动，也可影响社区对措施的反应。³ 人们以往遭遇过隔离医学观察措施的经验，也可能正面或负面地影响他们对隔离医学观察态度。

伦理和人权问题：在北美，隔离医学观察措施在时隔五十多年后再次在 2003 年 SARS 疫情中实施，引发了有关隔离医学观察的伦理和合法性的激烈辩论。⁷ 隔离医学观察固然引起伦理方面的忧虑，包括它曾经是一种歧视性措施的不光彩历史，以及它令受影响人群的一小部分人承受远高于其它人的沉重负担；但隔离医学观察要面对的更基本问题，是个人与群体权利之间的矛盾。^{8,9} 公共卫生官员（以及受隔离医学观察的人员）的两难困境在于，这些措施实际上要求个人承担保护集体的重担。接受医学观察的个人要承担更大的受感染风险；如果他们未获提供足够的物资来满足他们的日常需求，他们将面临困境；他们一旦生病，可能无法平等地获得医疗卫生服务。对于那些接受居家医学观察的人来说，受感染者进一步感染其它家庭成员的风险是造成这个两难困境的一大原因。因此，公共卫生官员有责任提供充分、准确、并可按之采取相应行动的信息，以及有用的物资，让接受医学观察的个人能够保护自己和家人免受感染。应提供什么物资取决于具体情况，但可能包括消毒和/或洗手用品，以及与医学观察区外人员通讯的工具。^{5,10,11} 在当前的疫情中，接受医学观察的人员没有被建议在大多数情况下佩戴口罩。¹²

大多数民主国家和地区的公共卫生法例允许在必要时实施隔离医学观察，尽管这样会限制人身自由。¹³ 实施隔离医学观察措施的伦理考虑因素可以包括：1) 该措施有必要、有效且具有科学依据；2) 该措施不是过度严苛的，并且对人身自由造成最低程度的侵害；3) 人道的支持服务可以到位；以及 4) 有公开的理据。⁹ 在采用其它政府体制的国家中，国家强制实施

和执行隔离医学观察措施的能力受到较少法律掣肘，并可以集体利益在特定情况下高于个人权利这个更普遍的原则强制实施这些措施。

围绕对自由做成限制的措施的信息、错误信息和恐惧：2003 年多伦多 SARS 疫症爆发后的一项研究得出结论，如果为个人提供清晰、前后一致、相关、实用、和可按之采取相应行动的信息，他们更有可能信任当局并遵从居家医学观察守则。前后矛盾和效果欠佳的讯息发送，以及对消息来源的不信任导致部分人不遵从相关守则。³ 缺乏清晰和易懂的指引教导人们如何降低在家中受感染的风险，加重了人们感受到的危险和恐惧。此外，许多卫生工作者要通过媒体报道才知道对他们发出的医学观察令，令他们感到愤怒和非常不满。¹⁰

在考虑如何将有关隔离医学观察措施的信息传达给受影响和高风险群体时，应顾及受众偏好和可用的传播方法、他们倾向使用的语言和方言，以及教育和识字水平。³ 此外，若公众可以参与公开对话，讨论如何采用合乎伦理原则的限制措施，以及能跟社区和地方领袖合作，公众有更大可能接受隔离医学观察措施。^{7,3,14} 在设计传播策略时，受众在态度和主观印象上的细微差异也应被顾及。

不同的隔离医学观察取向

由上而下取向

由上而下的取向可以涉及强制性措施或政府当局针对个人采取自愿行动而发布的建议。强制性措施包括由政府强制实施的居家医学观察或宵禁；在酒店、医院、观察室或拘留中心等指定场所进行强制拘留；对整个地区、社区或城市进行隔离医学观察；以及增加社交距离的措施，例如由政府强制实施的限制群众聚集、取消公共活动、关闭大众运输系统、旅行禁令和限制，以及关闭学校、医院、工作场所、娱乐场所和住宅建筑物。^{10,14,15}

强制性居家医学观察：台湾地区、中国大陆和新加坡在 2002-2003 年严重急性呼吸系统综合征（SARS）疫情爆发期间实施了强制居家医学观察。医学观察被严格强制执行，包括使用监控摄像头以及对不遵守规定的严厉处罚措施，¹⁶ 但措施的成功部分可能归功于社会责任受到的珍视，让社区或国家/地区利益凌驾个人权利。¹ 因此，严格强制执行与文化中的责任观念相结合，导致人们普遍接受当局所采取的措施。在台湾地区，每天三次向接受医学观察的人员送递食物，也可能有助促成遵从相关措施。在新加坡，政府为舒缓强迫性措施，通过发送透明和前后一致的风险讯息，来教育公众了解采取医学观察的原因，减少负面标签，并照顾接受医学观察人群的财务、情绪和社交需求。¹⁷ 与之相反，在 2014-16 年塞拉利昂爆发埃博拉疫情期间，食物和水的供应不足和延误，在分辨和治疗病例方面提供的援助有限，使得执行强制医学观察十分困难，并且可能限制了措施的有效性。¹ 对于居家医学观察，个人必须被充分告知如何避免家居感染，并且获供应所需物资以便他们采取适当行动。

在指定场所进行强制性医学观察：此类措施已在多次疫情中被使用，以分隔受感染者的已知或可能的接触者，包括来自疫区的人员。例如，在西非埃博拉疫情爆发期间（2014-16 年），尼日利亚根据控制小儿麻痹症的经验，按受影响个人的特殊需求量身定制医学观察安排，取得了良好效果。受影响的个人没有被要求在家中自行医学观察，而是根据他们特定的共同生活安排（在学生宿舍中）和职业（需要与很多人有密切接触）而要在指定的观察单位内接受医学观察。关键的是，拉各斯州拥有足够的资源来建立观察单位，并为安置其中的人员提供充足的医疗护理。¹⁸ 报告表明，这种医学观察形式的讯息发送和细节均至关重要。一旦人们获得适当的生活安排、膳食、健康和心理护理，以及与其处境和相关风险有关的、及时而准确的信息，便会更加接受和遵从医学观察措施。¹⁹

区域医学观察：把限制应用到整个区域、社区或城市的做法曾取得不同程度的成功。在利比里亚埃博拉疫情爆发的早期（2014-16 年），在蒙罗维亚的西点镇强制实施了区域医学观察，该镇有 12 万人居住。在初步辨认确诊病例之后，利比里亚军队将西点镇与该市其它地区分隔开来，拉起了带刺铁丝网，并防止人口流动。居民获告知该地区将实施医学观察至少 21 天，但没有进行公众咨询。社区无法获得足够的食物和水，由于无法进入工作场所而导致收入损失，也无法获得医疗护理服务。社区只获有限物资去隔离和护理疑似病例和接触者。当人们作出反应，试图逃离该地区时，军队的回应是使用实弹。该医学观察措施无助控制疫情传播，十天后被搁置了。这次事件结束后，总统埃伦·约翰逊·瑟利夫得出结论，认为该医学观察措施是一个错误，并断言：“现在，我知道人们的主人翁精神和社区参与，在这种情况下效果更好。我认为我们将铭记这个经验。”⁹

然而，在其它例子中，社区医学观察却较为成功。例如，在邦县，当局邀请当地领袖向社区传达埃博拉病毒病的信息，并获取他们的合作。Mawah 村的居民（约 800 人）被限制进出该村，而当人们对粮食和药品短缺以及社会心理支持需求表示忧虑时，这些问题迅速获得解决。花时间让社区成员参与，并向他们提供信息，通过受到信赖的当地领袖开展工作，由他们充当社区与地区卫生部门之间的有效联络人，均有助实施有效的社区医学观察。²⁰

增加社交距离：利比里亚、几内亚和塞拉利昂的学校在 2014-15 年埃博拉疫情期间关闭，数百万学生因停课而失去了至少一年的教育。塞拉利昂政府注意到这将对青少年做成影响，于是通过电台和电视授课。²¹ 有限的电台信号接收/电视可及性妨碍了这些计划的推行，学生也视它们为学校的劣质替代品，但这些政府这些认真的努力也赢得大众的赞赏。²² 学校关闭衍生出的问题超出教育的范畴；例如，利比里亚少女怀孕率上升被归咎于学生不用上学。²³

由于相关的社会和经济代价，关闭工作场所尚未被广泛实施以应对疫情。在澳大利亚，数学模型推演显示，关闭工作场所所在遏制流感传播方面将有一点效果，但必须关闭三分之一的企业才能产生真正的效果。公共卫生效益和经济影响的成本效益比必须被仔细评估。¹⁵

关闭公共娱乐场所、限制公众聚会和体育赛事等其它措施在多种情况下被试用过，例如 2003 年北京 SARS 疫情爆发。^{24,25} 这些增加社交距离措施的影响是难以确定的，因为它们往往是一篮子被采用的干预措施之一。^{24,25}

由政府或国际机构发布建议所指导的自愿措施：国际机构或政府发布的建议可敦促公众自行实施居家医学观察、医学隔离或宵禁，或限制旅行和流动。数学模型推演显示，与受感染者有接触的人士自愿性的自我医学观察是一种有点效用且可以被接受的措施，尽管这种措施在其中一名家庭成员已经暴露于该疾病的情况下，确实会增加家庭内部传播疾病的风险，尤其是当家庭成员共用房间和/或浴室。^{15,26}

由下而上取向

在疫症爆发期间，当地社区常常自行衍生出控制疾病传播的方法。²⁷ 外来行动者（例如来自政府或国际社会的响应）与社区之间必须存在相互理解和有效沟通，以便由上而下的建议或措施可以与由当地主导的行动产生协同效应。

社区主导的强制性居家和区域医学观察：2000-2001 年乌干达爆发埃博拉疫症之后所进行的研究揭示，阿霍利人面对一个危险的传染病时会遵循一系列规则。他们的行为有着生物学上的合理性，当中涉及将患者隔离在位于社区边缘的一所房子中，除一位该病的康复者可以为患者提供食物和护理之外，不允许其他人探访。出现病例的房子和村庄必须使用象草的长杆来自我标示，而村里的每个人都应将活动限制在自己的房子或村庄内。他们还要遵循规定的饮食方式，尤其是肉类。²⁸ 在社区凝聚力较强且领袖受到信任和尊重的情况下，这种基于先前经验的制度可能会十分有效。

在利比里亚爆发埃博拉疫症期间（2014-16 年），一些社区的领袖制订了一种自愿方法，让疫症接触者限制自身的活动，并接受每日体温检查，并要求外来人员在到达该社区后立即被识别。领袖和当地的“埃博拉特别工作组”为社区成员提供食物和水。研究显示，由政府强制执行的全面医学观察，相比社区自决的行动较难获得社区成员的接受。²⁹ 这类例子以及在塞拉利昂的类似经验显示，包括非正式机构（如酋长、青年和妇女组织）在内的各种地方公共权威可以领导有效的医学观察。³⁰

自愿居家医学观察和行动限制：这可能被个人对受感染的恐惧、社会压力和常识所推动。事实证明，互联网和社交媒体具有影响力，会对接触者施加压力，促使其自愿限制其活动或留在家中。在 H1N1 疫症爆发期间，海外中国留学生发起了一项在线基层风险管理运动，敦促留学生推迟回国和/或回国后进行自我医学观察。身处中国大陆的人在互联网上发布了成千上万的帖子，这些帖子辨认了最初的几例 H1N1 输入性病例，并把他们妖魔化为“自私”的人。4 亿中国人利用博客、论坛、即时通讯网站和社交网站来收集和分享信息，并呼吁回国旅客在前往中国前后采取多项措施，包括保留交通票据以供有需要时进行密切接触者追踪。³¹ 这将监督的重担从当局转移到个人身上，同时诉诸于中国的集体主义理念，将个人利益归入祖国和社区利益之中。这样，它在鼓励许多海外留学生推迟回国，以及促使人们采取自愿行动方面被证明非常有效。^{14,31}

有充分的文献证明，人们在某些情况下选择自愿进行居家医学观察，是对冲着与某种疾病相关人群而来的社交回避或歧视的一种对策。这种现象被描述为“胁迫性隔离”，曾在 2003 年 SARS 疫症爆发期间在美国和加拿大发生，当时亚裔群体“选择”留在家中，以避免种族歧视和仇恨言论。¹⁴

隔离医学观察和其它行动限制衍生出的问题

社会影响：涉及限制行动的干预措施会干扰日常生活，从而产生严重的社会影响。任何干预措施能否被大众接受取决于当地情况、受措施影响的互动和行事模式，以及赋予这些模式多大的社会重要性。取消群众聚集的会影响一系列事情，从娱乐和体育赛事，以至那些被视为如果不举行可能会有严重后果的神圣宗教活动、婚礼和葬礼。在某些当地情况下，人们可能接受强制改变握手和亲吻等风俗习惯，但在另一些当地情况下，这种限制却可能令社会不稳定。⁶ 限制某些群体或个人行动的干预措施可能会加剧现有的社会紧张局势、恐惧和不信任，并导致负面标签和歧视。²⁹ 过去，公共卫生措施曾经被挪用作为对某些群体施行胁迫性措施的理由。即使情况并非如此，导致社区和特定群体丧失某些权利的措施也可能被视为具压迫性，并激起抵抗；在当时或较早时候遭遇过暴力和不安全经历的地区以及在被边缘化的群体之中，这种反应特别容易出现。²⁹ 讯息发送和媒体也可以加剧对被归咎造成疾病传播的个人和群体的负面标签，这些个人和群体包括旅客、行事方式和习俗被视为高风险的群体，以及包括医疗卫生工作者和接受隔离医学观察的人士在内的已暴露于传染病的群体。^{17,31,32}

外来移民：外来移民通常缺少该地区其他居民享有的同等权利、社会支持结构和当地资源，而隔离医学观察可能进一步限制外来移民享有平日的支持结构和服务的机会。例如，在中国大陆，户籍制度将来自该国其它地区的外来务工人员归类为临时居民，并维持他们的永久性户籍在原居住地。³³ 临时居民的身份使他们只能获得有限度服务。³⁴ 目前在武汉和中国其它城市接受隔离医学观察的外来务工人员可能获得较本地居民少的医疗服务。

社会心理影响：在传染病爆发期间，有许多因素会影响个人整体福祉和精神健康，但是研究显示，隔离医学观察，尤其是长期（超过 10 天）的隔离医学观察，可能会导致严重的心理困扰。³⁵ 在有关加拿大和台湾地区以隔离医学观察控制 SARS 的研究中，经常观察到创伤后应激障碍和抑郁症的症状，而隔离医学观察期较长和有经济困难与患病率上升有关联。^{36,37} 由于对被传染的恐惧以及与主观印象中的或真实的负面标签相关的隔离、孤独感、愤怒和消极情绪，接受隔离医学观察的人经常出现焦虑和困扰。^{3,10,38,39} 如果信息和沟通不足，这些情绪便会放大。¹⁰ 来自不同地方和不同疫症的文献记录表明，接受隔离医学观察的人，当被要求指出曾接触者加以隔离时，会担心被埋怨，他们也担心会感染家人、朋友和同事，而他们不自在的感觉还因为缺少书籍、音乐和洗漱用品等物资而加重。³⁸ 数据显示，获得社交支持、良好的邻里关系以及获得有关疾病的清晰信息是在隔离医学观察情况下预防精神疾病的重要保障因素。^{10,37} 接受隔离医学观察人员可以从他们信任并充分了解情况的人那里获得足够的社会心理支持，是非常重要的。如果认为面对面支持的风险太大，可以通过电话或其它通信技术提供支持。可以接触报纸和电视或许会帮助人们保持与外界的联系感，尽管媒体中流传的错误信息（如上所述）也可能造成问题。¹⁰

经济影响：隔离医学观察可以造成即时的财务困难，对社会经济地位较低的群体造成的影响尤为严重。² 如果没有保障措施，收入损失可能会成为遵从隔离医学观察措施的重要障碍。在 2003 年 SARS 爆发期间的多伦多，收入损失是不遵从隔离医学观察措施的主要原因之一。³ 一项 2006 年在香港特别行政区、新加坡、台湾地区和美国开展，有关人们对增加社交距离和隔离医学观察措施的态度调查发现，40-66% 的受访者表示会非常担心因不能上班而得不到收入或失去工作或业务。^{3,5} 父母可能因为停课而要留在家或为儿童看护付费。⁴⁰ 个人也可能要支付医疗保健和预防措施的费用，而且正如据报最近发生在武汉的情况，随着隔离医学观察区物资变得稀缺，价格可能会上涨。¹¹ 收入保障、病假、远程办公和错峰上班等措施可以减少隔离医学观察措施的经济影响，⁴¹ 而向受疫症影响的人提供财政援助也能收到相似效果。¹⁷ 确保被要求为了公共利益而暂时牺牲个人自由的个人和家庭，能够获得可负担的预防和医疗服务和物资，也是很重要的。

隔离医学观察还会给企业带来主要是负面的经济影响；员工缺勤会降低生产力，而增加社交距离措施则会减少业务往来。哪些行业受到的打击最大，取决于具体疫情。例如，禽流感疫情对全球经济的影响很小，但导致中国肉类和家禽价格骤跌，损失超过 400 亿元人民币。⁴²

隔离医学观察对全球宏观经济的影响较难估计。正式和自愿隔离医学观察会打击旅游业、交通和零售业。据估计，SARS 造成的全球经济损失为 300 至 1000 亿美元，估计中国和东南亚的 GDP 分别下降了 1% 和 0.5%。⁴² 然而，对疫情进行数学模型推演发现，虽然增加社交距离措施的直接和间接成本很高，但这通常远低于疫情失控所需要付出的代价，而在某些情况下，此类措施可能是限制疾病传播最有效的策略。^{40,43} 此外，采取隔离医学观察措施的时机亦被发现是影响成本效益的重要因素。一项针对特定疾病的隔离医学观察措施如果适当和有效，那么越早实施效果越好，并且可能更节省成本。⁴³

联系方式

如果您对有关 COVID-19 疫情的响应有直接要求，包括获取简报、工具、更多的专业技术知识或远程分析，或者希望加入顾问网络，请向 Olivia Tulloch (oliviattulloch@anthrologica.com) 和 Santiago Ripoll (s.ripoll@ids.ac.uk) 发送电子邮件以联系“人道行动中的社会科学平台”。平台关键联络点包括：联合国儿童基金会 (nnaqvi@unicef.org)、世界卫生组织 (faierom@who.int)、红十字会与红新月会国际联合会 (obretta.baggio@ifrc.org) 以及全球疫情警报和反应网络研究社会科学小组 (nina.gobat@phc.ox.ac.uk)。



The Social Science in Humanitarian Action is a partnership between the Institute of Development Studies, Anthrologica and the London School of Hygiene and Tropical Medicine. Funding to support the Platform's response to COVID-19 has been provided by the Wellcome Trust and DFID.

鸣谢中文版顾问：

CCOUC 灾害与人道救援研究所陈英凝教授、黄智诚先生

参考文献

- Katz, R. (2018, September 15-18). *Shifting the Culture of Quarantine* [Paper Presentation]. First Annual Global Pandemic Policy Summit. <http://hdl.handle.net/1969.1/158836>
- Tognotti, E. (2013). Lessons from the History of Quarantine, from Plague to Influenza A. *Emerging Infectious Diseases*, 19(2), 254-259. <https://dx.doi.org/10.3201/eid1902.120312>
- Manuell, M. E., & Cukor, J. (2011). Mother Nature versus human nature: public compliance with evacuation and quarantine. *Disasters*, 35(2), 417-442. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7717.2010.01219.x>
- Pellecchia, U. (2017). Quarantine and its malcontents: How Liberians responded to the ebola epidemic containment measures. *Anthropology in Action*, 24(2), 15-24. <https://doi.org/10.3167/aia.2017.240203>
- Blendon, R. J., DesRoches, C. M., Cetron, M. S., Benson, J. M., Meinhardt, T., & Pollard, W. (2006). Attitudes Toward the Use of Quarantine in a Public Health Emergency in Four Countries: The experiences of Hong Kong, Singapore, Taiwan, and the United States are instructive in assessing national responses to disease threats. *Health Affairs*, 25(Suppl1), W15-W25. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.w15>
- Doyle, M. (2014, September 21). Ebola outbreak: How Liberia lost its handshake. *BBC News*. <https://www.bbc.com/news/world-africa-29260185>
- Tracy, C. S., Rea, E., & Upshur, R. E. (2009). Public perceptions of quarantine: community-based telephone survey following an infectious disease outbreak. *BMC Public Health*, 9(1), 470
- Ding, H., Li, X., & Haigler, A. C. (2016). Access, oppression, and social (in) justice in epidemic control: Race, profession, and communication in SARS Outbreaks in Canada and Singapore. *Connexions: International Professional Communication Journal* 4(1). <https://doi.org/10.21310/cnx.4.1.16dinetal>
- Rothstein, M.A. (2015). From SARS to Ebola: Legal and ethical considerations for modern quarantine. *Indiana Health Law Review* 12(1). <https://doi.org/10.18060/18963>
- Johal, S. S. (2009). Psychosocial impacts of quarantine during disease outbreaks and interventions that may help to relieve strain. *New Zealand Medical Journal*, 122(1296), 53-58. <https://mro.massey.ac.nz/bitstream/handle/10179/9559/Psychosocial-impacts-of-quarantine.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Huang, P., & Xu, Y. (2020, January 24). 'Please Help Me.' What People in China Are Saying About the Outbreak On Social Media. *Goats and Soda*. <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2020/01/24/799000379/please-help-me-what-people-in-china-are-saying-about-the-outbreak-on-social-media>
- World Health Organization. (2020, February 4). Home care for patients with suspected novel Coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)
- Upshur, R. (2003). The ethics of quarantine. *AMA Journal of Ethics*, 5(11), 393-395. <https://journalofethics.ama-assn.org/article/ethics-quarantine/2003-11>
- Ding, H. (2014). Transcultural Quarantine Rhetorics: Public Mobilization in SARS and in H1N1 Flu. *Journal of Medical Humanities* 35(2), 191-210. <https://doi.org/10.1007/s10912-014-9282-8>
- Rashid, H. et al. (2014). Social Distancing: Evidence Summary. [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/519F9392797E2DDCCA257D47001B9948/\\$File/Social-2019.PDF](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/519F9392797E2DDCCA257D47001B9948/$File/Social-2019.PDF)
- 在中国大陆和新加坡，在私人住宅中使用监控摄像头对可能的接触者进行居家隔离，而那些不遵从的人员则面临严厉刑罚，包括罚款、监禁以及在中国的死刑。在新加坡，隔离人员将在国家媒体上被“点名和羞辱”，而那些不通过摄像头或手机对常规检查做出回应的人则立即被电子标记。其中一些措施的道德性受到质疑，但是被认为有助于有效地阻止疫情。Tognotti, E. (2013). Lessons from the History of Quarantine, from Plague to Influenza A. *Emerging Infectious Diseases*, 19(2), 254-259. <https://dx.doi.org/10.3201/eid1902.120312>; Ding, H. and Pitts, E.A. (2013). Singapore's quarantine rhetoric and human rights in emergency health risks. *Rhetoric, Professional Communication and Globalization* 4(1). <https://repository.lib.ncsu.edu/bitstream/handle/1840.2/2580/RPCG2013.pdf?sequence=1>; China threatens to execute SARS quarantine violators. (2003, May 15). *The Irish Times*. <https://www.irishtimes.com/news/china-threatens-to-execute-sars-quarantine-violators-1.477236>
- Ding, H. and Pitts, E.A. (2013). Singapore's quarantine rhetoric and human rights in emergency health risks. *Rhetoric, Professional Communication and Globalization* 4(1). <https://repository.lib.ncsu.edu/bitstream/handle/1840.2/2580/RPCG2013.pdf?sequence=1>
- Grigg, C., Waziri, N. E., Olayinka, A. T., & Vertefeuille, J. F. (2015). Use of group quarantine in Ebola control—Nigeria, 2014. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report* 64(5), 124.
- Doheny, K. (2020, February 13). Quarantined for Coronavirus: What It's Like. *WebMD Health News*. https://www.medscape.com/viewarticle/925228#vp_1; <https://www.abc.net.au/news/2020-02-15/coronavirus-evacuee-documents-her-time-on-christmas-island/11960804>
- Nyenswah, T., Blackley, D.J., Freeman, T., et al. (2015). Community quarantine to interrupt Ebola Virus transmission – Mawah Village, Bong Country, Liberia, August-October, 2014. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report* 64(07), 179-82. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6407a4.htm>
- Ohlheiser, A. (2014, October 9). Cut off from school, children in Ebola-stricken Sierra Leone get lessons by radio. *Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/news/to-your-health/wp/2014/10/09/cut-off-from-school-children-in-ebola-stricken-sierra-leone-get-lessons-by-radio/>
- Powers, S. (2016, May 4). The impact of Ebola on education in Sierra Leone. *World Bank Blogs*. <https://blogs.worldbank.org/education/impact-ebola-education-sierra-leone>
- BBC News Online. (2015, February 16). *Ebola outbreak: Liberia schools reopen after six months*. <https://www.bbc.com/news/world-africa-31487988>
- Pang, X., Zhu, Z., Xu, F., Guo, J., Gong, X., Liu, D., ... & Feikin, D. R. (2003). Evaluation of control measures implemented in the severe acute respiratory syndrome outbreak in Beijing, 2003. *Jama* 290(24), 3215-3221. <https://doi.org/10.1001/jama.290.24.3215>
- Liang, W., Zhu, Z., Guo, J., Liu, Z., He, X., Zhou, W., ... & Beijing Joint SARS Expert Group. (2004). Severe acute respiratory syndrome, Beijing, 2003. *Emerging infectious diseases* 10(1), 25. <https://doi.org/10.3201/eid1001.030553>
- Chu, C. Y., Li, C. Y., Zhang, H., Wang, Y., Huo, D. H., Wen, L., Yin, Z. T., Li, F., & Song, H. B. (2010). Quarantine methods and prevention of secondary outbreak of pandemic (H1N1) 2009. *Emerging infectious diseases*, 16(8), 1300-1302. <https://doi.org/10.3201/eid1608.091787>
- Bedford, J., Butler, N., Gercama, I., Jones, T., Jones, L., Baggio, O., Claxton, N., (2019). From Words to Action: Towards a community-centred approach to preparedness and response in health emergencies. Global Preparedness and Monitoring Board, IFRC. http://apps.who.int/gpm/assessments/thematic_papers/tr-5.pdf
- Hewlett, B. S., & Amola, R. P. (2003). Cultural contexts of Ebola in northern Uganda. *Emerging infectious diseases* 9(10), 1242. <https://doi.org/10.3201/eid910.020493>
- Pellecchia, U., Crestani, R., Decroo, T., Van den Bergh, R., & Al-Kourdi, Y. (2015). Social consequences of Ebola containment measures in Liberia. *PLoS One* 10(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143036>
- Richards, P. (2016). *Ebola: how a people's science helped end an epidemic*. Zed Books Ltd.
- Ding, H. (2013). Transcultural Risk Communication and Viral Discourses: Grassroots Movements to Manage Global Risks of H1N1 Flu Pandemic, *Technical Communication Quarterly*, 22:2, 126-149. <https://doi.org/10.1080/10572252.2013.746628>
- Robertson, E., Hershenfield, K., Grace, S.L., et al. (2004). The psychosocial effects of being quarantined following exposure to SARS: A qualitative study of Toronto health care workers. *Canadian Journal of Psychiatry* 49(6), 403-7. <https://doi.org/10.1177/070674370404900612>
- World Bank. <https://www.worldbank.org/en/country/china/publication/urban-china-toward-efficient-inclusive-sustainable-urbanization>
- Peng, Y., Chang, W., Zhou, H., Hu, H., & Liang, W. (2010). Factors associated with health-seeking behavior among migrant workers in Beijing, China. *BMC health services research*, 10(1), 69. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-69>
- Brooks, K., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (2019). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Hawrylyuk, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323345/>
- Ko, C., Yen, C., Yen, J., Yang, M. (2006). Psychosocial impact among the public of the severe acute respiratory syndrome epidemic in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neuroscience* 60(4), 397-403. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2006.01522.x>
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., et al. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ* (10), 1245-51. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC154178>

-
- ³⁹ Tansey, C.M., Louie, M., Loeb, M. et al. (2007). One-year outcomes and health care utilization in survivors of Severe Acute Respiratory Syndrome. *Archives of Internal Medicine* 167(12), 1312-20. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.12.1312>
- ⁴⁰ Barrett, C., Bisset, K., Leidig, J., Marathe, A., & Marathe, M. (2011). Economic and social impact of influenza mitigation strategies by demographic class. *Epidemics*, 3(1), 19-31. <https://doi.org/10.1016/j.epidem.2010.11.002>
- ⁴¹ Blendon, R. J., Koonin, L. M., Benson, J. M., Cetron, M. S., Pollard, W. E., Mitchell, E. W., ... & Herrmann, M. J. (2008). Public response to community mitigation measures for pandemic influenza. *Emerging infectious diseases*, 14(5), 778. <https://doi.org/10.3201/eid1405.071437>
- ⁴² Qiu, W., Chu, C., Mao, A., & Wu, J. (2018). The Impacts on Health, Society, and Economy of SARS and H7N9 Outbreaks in China: A Case Comparison Study. *Journal of environmental and public health* 2018, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2018/2710185>
- ⁴³ Gupta, A. G., Moyer, C. A., & Stern, D. T. (2005). The economic impact of quarantine: SARS in Toronto as a case study. *Journal of Infection*, 50(5), 386-393. <https://doi.org/10.1016/j.epidem.2010.11.002>