

泰国清莱利用社会经济地位较高的女性志愿者为社会经济地位较低的肺结核病人提供支持

Jintana Ngamvithayapong-Yanai^{ab}, Sarmwai Luangjina^b, Supalert Nedsuwan^c, Pacharee Kantipong^c, Jirapohn Wongyai^b和Nobukatsu Ishikawa^a

通讯作者: Jintana Ngamvithayapong-Yanai (email: jip@loxinfo.co.th和jintanajip@yahoo.com)。

问题: 2008年泰国清莱的清莱医院结核病(TB)监测结果显示,有8.4%的泰族、22.7%的山地部落少数民族和25%的流动人口病人(N=736例)未完成治疗。

背景: 由于贫穷和HIV歧视,清莱TB患者的管理相当复杂。以前的研究显示,无法负担交通费用是病人未完成治疗的原因之一。

行动: 清莱妇女组织成员社会经济地位较高,我们利用她们为贫困的结核病患者提供经济和社会支持。由一群妇女组成的一个团队为这些TB患者(N=192例)提供支持,包括筹集资金,并提供家庭访视(n=37例)。使用TB监测和病人基金登记数据来评估结核病的治疗效果。

结果: 接受经费支持者的TB治疗成功率显著较高(相对危险性[RR]=1.35; 95%可信区间[CI]为1.20–1.53, $P<0.000$)。获得资助的患者中,各组的死亡率均较低。然而,单纯的经费支持并没有改善流动人口患者的治疗结果。妇女志愿者进行家访的37名患者(25名泰族、8名山地部落、4名流动人口),TB治疗成功率达到95%。

讨论: 利用志愿者为贫困TB患者提供支持是可能的。为TB患者提供支持的意愿可来自省TB流行病学资料展示、关于贫困患者经历的研究数据以及其他女性志愿者令人鼓舞的经验。未来研究应进一步探讨开展家访的患者治疗成功率较高的原因。

无论一个国家的经济状况或结核病(tuberculosis, TB)患病水平如何, TB总是一种与贫困联系在一起的疾病^[1], 泰国也不例外。虽然世界银行将泰国列入中等偏上收入国家, 但泰国富人与穷人之间的收入差距是亚洲最大的国家之一^[2]。世界卫生组织(WHO)将泰国列为TB、HIV、TB和HIV双重感染(TB/HIV)高流行率国家^[3]。自1998年以来, WHO将泰国列为22个高TB负担国家之一。清莱(Chiang Rai)是泰国最北部的省份, 具有众多高密度的山地部落少数民族以及从缅甸来的外来流动人口。清莱人口120万, 存活HIV感染者约18 460例, 2011年TB报告发病率为153/10万(23%为TB和HIV双重感染)。清莱TB监测数据显示, 全省平均每36小时就有1例病人死于TB。

清莱医院(Chiang Rai Hospital, CRH)是国内最大的省级公立医院, 为声明无法承担卫生保健费用的患者提供免费的TB诊断和治疗。根据临床表现不同, 患者被要求每两周或每月去医院一次。虽然治疗是

免费的, 但由于贫困、HIV歧视、语言和文化差异, 以及一些病人的法律地位问题, 使得CRH的TB患者管理相当复杂。2007年CRH的TB监测结果(n=736例)显示, 有8.4%的泰族、22.7%的山地部落少数民族和25%的流动人口患者没有完成治疗。我们以往的研究^[4]曾报道, 大多数TB患者不得不在他们的TB疗程期间(6–9个月)借钱。无法承担交通费用是治疗中断的主要原因, 特别是那些山地部落和流动人口患者。由于语言上的障碍, 这些病例还必须有人陪同到医院, 这样使得交通费用增加了一倍。在调查未能完成治疗的原因时, 我们了解到贫困病人所经历的困难。失去父母的大年龄儿童不得不辍学去工作, 小年龄的孩子则依靠年老的祖父母抚养^[5]。

背景

2008年, CRH成立了称为“分担中心(Center for Sharing)”的TB患者基金, 为那些有需要的人提供交通和食品支持。该基金的最初10万泰铢

^a 日本防痨协会结核病研究所, 日本东京。

^b Muang地区TB/HIV研究基金会, 泰国清莱。

投稿日期: 2012年10月26日; 刊发日期: 2013年1月28日

doi: 10.5365/wpsar.2012.3.4.013

(约合3300美元)由阻断TB伙伴(Stop TB partnership)提供^[6]。在最初的资金耗尽后,我们所面临的巨大挑战就是寻求一种能维持该患者基金的方法。

行动

为了保证患者基金的连续性,我们与由社会经济地位较高成员组成的清莱妇女组织联系,探索通过该组织持续募集资金的可行性。我们通过互联网搜索获得清莱妇女组织清单,与省社会发展和人类安全办公室取得联系,与更年期诊所俱乐部主席讨论我们的计划。随后,我们举办了第一次研讨会,邀请清莱9个妇女组织的33名妇女代表召开了第一次研讨会。5个小时的研讨会包括下列议程:

- 会前和会后有关TB的测验;
- 有关TB的疾病信息;
- 清莱TB流行病学;
- 贫困TB患者的经历;
- 印度、孟加拉国、印度尼西亚和日本有关女性志愿者对TB控制作用的案例分析;
- 分组讨论:“清莱妇女组织能为TB治疗作出贡献吗?”

第一次研讨会显示,绝大部分女性非常清楚清莱HIV感染的严峻形势,但同时认为TB是过去的一种疾病。虽然从低收入国家来的女性志愿者介绍了她们的经验,但参会者最感兴趣的还是日本志愿者的经验。“用女性的双手和爱心消除结核病”这一标语使大家很受激励,他们相信清莱也可以开发出一个类似的项目。

其后又组织了两个后续的研讨会,开展进一步的讨论和计划具体的行动。在第三次研讨会结束时,成立了一个称为“根除TB女性志愿者”的团体,并选出了主席、副主席、会计和秘书处,并邀请CRH的TB和HIV医生担任顾问。志愿者确定了支持TB患者的两项重大活动:为TB患者基金筹款以及进行家庭访视。

为TB患者基金筹款

志愿者通过举办慈善晚宴、在省节庆活动和会议期间进行义卖以及从个人志愿者和妇女组织直接募捐来筹集资金,以支持TB患者。TB患者基金的工作人员通过简单的贫困筛选问卷^[7]对TB患者进行访谈,确定那些在交通和生活方面需要经费支持的人。调查问卷包

括以下内容:(1)你有医疗保险吗?(2)你全家现在只有不到3美元的钱或是在过去一个月中有过粮食短缺吗?(3)你能支付得起去TB诊所的交通费用吗?(4)在你遇到经济严重困难时,能得到家庭成员、朋友或亲戚的帮助吗?根据病人的情况,每次对病人的支持费用在100–4000泰铢之间。

家庭访视

TB患者除了接受TB患者基金的经费支持,部分患者还受到志愿者的家访。进行家访的TB患者标准包括:极端贫困、独居、与老年监护人一起生活或离群索居,以及病人同意进行家访。每次病家访视有4–6名志愿者。志愿者通常为病人带去牛奶,鸡蛋、衣服和现金。志愿者们鼓励病人克服疾病和困难。每个家庭访视持续约30分钟。

评估

实施这些活动15个月后,我们分析了TB登记记录、患者基金记录,评估获得经费支持和没有获得经费支持的患者TB治疗的结果。组织了由参加活动最多的成员(10名妇女)参加的小组讨论会,以探讨志愿者的动机和挑战。

结果

仅接受经费支持的TB患者治疗效果

在总共759名TB患者中,泰族、山地部落和流动人口患者分别占72.1%、21%和6.9%(见表1)。19%的泰族、47%的山地部落和25%的流动人口TB患者得到TB患者基金的经费支持。受到经费支持患者的总治疗成功率显著高于未受到经费支持的患者(相对危险性[RR]=1.35,95%可信区间[CI]为1.20–1.53, $P<0.000$)。获得经费资助的各组患者均观察到较低的死亡率。然而,对于流动人口患者,单纯的经费支持既没有能提高治疗成功率,也没有能降低未完成治疗的比例。山地部落得到支持的患者比没有得到支持的患者治疗成功率更高、未完成治疗的比例更低,但差异无显著性。除了支持病人,患者基金还为26名与TB病人有密切接触的儿童提供了交通、TB筛查和TB预防性治疗方面的支持。

受到经费支持和家访的TB病人治疗效果

2009年6月至2011年3月,37例患者(5名儿童、17名妇女和15名男子)受到志愿者的家庭访视。其中,泰族25例、山地部落8例、流动人口患者4例。16例(43%)为TB与HIV双重感染者。值得注意

表1. 受到患者基金经费支持的不同种族结核病人的治疗效果(2009年6月–2011年3月)

病例种族	受到经费支持		结核病治疗结果 (%) [*]				RR (95% CI)	p-值
	(是/否)	数量	成功率	死亡	治疗失败	未完成治疗		
泰族	是	104	72.1	23.1	0	4.8	1.42 (1.24–1.67)	P < 0.0
	否	443	50.1	37.4	2.3	10.2	参照	
山地部落少数民族	是	75	72.0	10.7	2.7	14.7	1.12 (0.94–1.47)	P = 0.1
	否	85	61.2	16.5	4.7	17.7	参照	
流动人口	是	13	30.8	7.7	0	61.5	0.75 (0.31–1.84)	P = 0.5
	否	39	41.0	36.0	0	23.1	参照	
合计	是	192	69.3	17.2	1.0	12.5	1.35 (1.20–1.53)	P < 0.0
	否	567	51.6	34.2	2.5	12.2	参照	

RR – 相对危险性; CI – 可信区间

^{*}成功率 – 完成疗程并治愈; 未完成治疗 – 失访时间大于2个月的患者

备注: 资料来源于清莱医院TB登记记录及TB患者基金登记记录。

的是, 虽然这些患者被认为非常贫困或者是具有复杂的社会心理方面的问题, 这37例患者的治疗成功率达到95%, 2例病人死亡(均为泰族、HIV阳性), 没有病例未完成治疗。本项目还不能够确定这些患者治疗成功率高的原因。有些患者尤其是单独生活或离群索居的病人报告说, 对志愿者的访视感到十分荣幸和感激。一位年长的独居男性患者说, “这简直像是在做梦, 我从来没有想到过在我的生活中会发生这样的事。有几个人来看望我... 谢谢... 非常感谢。”

女性志愿者的特点及其动机和挑战

自2009年6月以来, 一直支持TB患者的清莱妇女组织有红十字会分会、模范母亲组织、妇女文化推广协会、妇女民权保护志愿者协会和老年智囊志愿者。商业和专业妇女协会也参加了进来, 每年为患者基金捐款。大约有36名妇女定期参加志愿者活动。超过一半的志愿者年龄在60岁以上(范围: 37–79岁), 并具有大学学历。他们是已退休的高级政府官员、卫生工作者、企业主, 或者是政府首长、医院院长等高级官员的妻子。大多数志愿者出生并居住在清莱。这些妇女中的绝大多数为参加妇女组织或志愿者组织2–5年的成员。他们中的许多人互相认识, 并作为自愿者共事多年。有些妇女还有探访灾民或残疾人士的经验。然而, 访视TB患者家庭, 对所有人来说都是第一次。

志愿者发现, 由于路况不好, 特别是在雨季去进行家访具有挑战性。有几位老年妇女说, 他们的家人要求他们不要访问病家, 害怕受到结核病传染。但是, 志愿者们觉得, 家访能极大地鼓励患者及家人。志愿者还认为, 他们的家庭访视可能会有助于

减少TB和HIV的歧视, 因为社区群众看到这些妇女到病家进行访问, 并与病人友好互动。

志愿者小组讨论表明, 从事志愿服务和支持贫困TB患者的主要原因是佛教和泰国传统价值观均认为做慈善是一种美德。他们表示, 只要身体健康状况许可, 他们计划一直担任志愿者。

讨论

据我们所知, 这是TB高负担国家关于高社会经济地位妇女参与TB治疗经费筹款和家访的首次报道。虽然孟加拉、印度尼西亚^[8]、印度^[9]和伊拉克^[10]有关于女性志愿者支持TB治疗重要性的研究报道, 但那些女性志愿者多与TB患者生活在同一个社区或具有类似的社会经济地位。有几项研究报告了经费支持和社会干预对于提高贫困TB患者状况的作用^[11–14]。然而, 这些文献均没有对实施过程进行描述。

本文描述了高社会经济地位的女性志愿者为贫困TB患者提供经费和社会支持的过程, 填补了这方面的空白。这些妇女为病人提供支持的意愿, 来自于TB疫情形势的展示、提供贫困患者经历和其他国家女性志愿者的经验等研究数据。效仿日本女性志愿者的动机可能受到“日本化”的影响。有人认为, 自1987年以来, 泰国人似乎特别尊重和欣赏日本, 将其看作亚洲在社会、经济和技术进步方面最先进的国家^[15]。动员妇女组织参与对贫困TB患者的支持可能也适用于从事TB服务的医疗保健人员希望为贫困患者提供支持的其他情形。受到女性志愿者家庭访视的患者, 虽然非常贫困, 还存在这样那样的社会心理学问题, 但取得了非常高的治疗成功率。未来应采用定性研究的方法

对受到家庭访视患者治疗成功率高的原因进行探索。严格的定性研究应能阐明患者和女性志愿者是如何看待这些支持的。

在本文中，我们是从项目执行的角度而不是从研究过程的角度报告治疗效果。HIV感染所处阶段、使用抗逆转录病毒药物情况和其他临床治疗情况可能会影响治疗效果，但没有收集这方面的情况来进行分析。基于有限的数据和所使用的方法，我们不能得出经费支持和家庭访视有效性的结论。但是，获得支持患者的总体治疗成功率显著高于未接受支持的患者。按种族分析显示，山地部落和流动人口患者未完成治疗比例高；单纯的经费支持可能还不足以帮助这些群体完成长时间的TB治疗。

利益冲突

无申报。

经费

日本防痨协会 (JATA) 为妇女自愿者研讨班和本文作者 S Luangjina、J Wongyai 均提供了独立的密封捐赠。

引用本文地址：

Yanai J et al. Engaging women volunteers of high socioeconomic status in supporting socioeconomically disadvantaged tuberculosis patients in Chiang Rai, Thailand. *Western Pacific Surveillance and Response*, 2013, 4(1):36–40. doi:10.5365/wpsar.2012.3.4.013

参考文献：

1. *Addressing Poverty in TB Control. Options for National TB Control Programmes*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_HTM_TB_2005.352.pdf, accessed 20 September 2012).
2. *Asian development outlook 2012. Confronting rising inequality in Asia*. Mandaluyong City, Asian Development Bank, 2012 (<http://www.adb.org/sites/default/files/pub/2012/ado2012.pdf>, accessed 20 September 2012).
3. *Global Tuberculosis Report 2012*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, accessed 20 September 2012).
4. Kantipong P et al. Needs assessment for a tuberculosis patient Network in Chiang Rai Hospital, Thailand. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 13(12 Suppl1):s237 (abstract) (http://www.worldlunghealth.org/Conf2009/website/assets/files/Abstract_Book_2009_Web.pdf, accessed on 20 September 2012).
5. Moolphate S et al. *Having TB and having no money: narrating sequence and consequences of eight TB patients who were poor and defaulted their treatment* (abstract). Proceedings of the International Conference on Qualitative Research in Nursing and Health, 2010.
6. *StopTB Partnership*. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.stoptb.org/>, accessed 28 December 2012).
7. Nampaisan O et al. Rapid assessment for poverty screening for and the support for poor TB and TB-HIV patients in Chiang Rai, Thailand. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 15(11 Suppl 3):S281 (abstract) (http://www.worldlunghealth.org/confLille/images/stories/AbstractBook2011_Web.pdf, accessed 20 September 2012).
8. *Community contribution to TB care: practice and policy*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.stoptb.org/assets/documents/countries/acsm/community%20contribution%20to%20tb%20care.pdf>, accessed 20 September 2012).
9. Aggarwal S. *Tackling Social and Economic Determinants of Health through Women Empowerment: The SEWA Case Study (Draft)*. New Delhi, World Health Organization Regional Office for South-East Asia, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/resources/isa_sewa_ind.pdf, accessed 20 September 2012).
10. Niazi AD, Al-Delaimi AM. Impact of community participation on treatment outcomes and compliance of DOTS patients in Iraq. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2003, 9:709–717. pmid:15748068
11. Boccia D et al. Cash transfer and microfinance interventions for tuberculosis control: review of the impact evidence and policy implications. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2011, 15(6):S37–49. doi:10.5588/ijtld.10.0438 pmid:21740658
12. Rocha C et al. The Innovative Socio-economic Interventions Against Tuberculosis (ISIAT) project: an operational assessment. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2011, 15(Suppl 2):S50–77. doi:10.5588/ijtld.10.0447 pmid:21740659
13. Lagarde M, Haines A, Palmer N. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries (Review). *The Cochrane Library*, 2009, Issue 4 (<http://apps.who.int/whl/reviews/CD008137.pdf>, accessed 20 September 2012).
14. Benatar SR, Upshur R. Tuberculosis and poverty: what could (and should) be done? *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2010, 14:1215–1221. pmid:20843410
15. Satayanurak A. *Japanization* [in Thai]. Bangkok, The Open Books Publisher, 2005.