ประสบการณ์การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในช่วงวิกฤติการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

The Role of Community Healthcare Workers of Thailand during the COVID-19 Pandemic Period

ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ พ.บ.*, ชาติชาย สุวรรณนิตย์ วท.ม.*, กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ พ.บ., ปร.ด.**, เกรียง ตั้งสง่า พ.บ.***

*กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี, 11000

**ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แขวงปทุมวัน กรุงเทพมหานคร, 10330

***ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แขวงปทุมวัน กรุงเทพมหานคร, 10330

บทนำ

ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (โรคโควิด-19) เป็นครั้งแรกเมื่อกลางเดือน มกราคม พ.ศ. 2563[1] เป็นประเทศที่สองต่อจากจีน แต่เมื่อถึงปลายเดือน พฤศจิกายน 2563 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเพียง 3,800 รายเศษ และมีผู้เสียชีวิตเพียง 60 ราย ซึ่งนับว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคนี้กว่า 57 ล้านคนทั่วโลกในช่วงเวลาเดียวกัน และองค์การอนามัยโลกได้จัดลำดับประเทศไทย[2] ให้มีคะแนนอัตราความรุนแรงของโรคน้อย (COVID-19 severity rating) เป็นลำดับที่ 1 และมีคะแนนอัตราการฟื้นตัวจากโรคดี (COVID-19 recovery rating) เป็นลำดับที่ 5 ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จในเรื่องนี้ คือ การมีระบบการสาธารณสุขมูลฐาน (primary healthcare) ที่ดี ประเทศไทยมีประชาชนอาศัยในหมู่บ้านนอกเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 75,032 หมู่บ้านหรือ 23,672,821 หลังคาเรือน[3] มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวม 9,768 แห่ง มีนักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลชุมชนของรพ.สต.ประมาณ 38,000 คน และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประมาณ 1 ล้านคนเศษ[4] ในช่วงการระบาดรอบแรกของโรคโควิด-19 อสม.และบุคลากรของรพ.สต. ได้มีบทบาทอย่างมากในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคฯ[5] ดังที่จะนำเสนอนี้

ในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้เตรียมความพร้อม โดยฝึกสอน อสม.ให้สามารถทำหน้ากากผ้าได้เองรวม 3,626,950 ผืน มีประชาชนจำนวน 7,424,625 คน ได้รับการเยี่ยมบ้านและได้รับคำแนะนำด้านการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลและครัวเรือน มีประชาชน 1,373,275 คนในหลายจังหวัดเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์การทำความสะอาดครัวเรือนและชุมชน (big cleaning day) ให้บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงนี้ อยู่ในสถานที่กักตัวเป็นเวลา 14 วันติดต่อกัน และต้องรายงานให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองของชุมชน

ในระยะที่สองคือช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้น มีแรงงานไทยจากต่างประเทศ หรือจากจังหวัดอื่นเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิมในชนบทเพิ่มขึ้น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้คัดเลือกอสม. ที่มีสภาพร่างกายแข็งแรงมาร่วมปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคโควิด-19 รวม 812,947 คน อสม.ได้ออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจำนวน 3,887,667 หลังคาเรือน หรือเท่ากับร้อยละ 16.4 ของจำนวนหลังคาเรือนนอกเขตกรุงเทพมหานคร ข้อความสำคัญที่เน้นกับประชาชน คือ “การทานอาหารร้อน การใช้ช้อนกลาง การล้างมือฟอกสบู่หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ การสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย การงดสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และการรักษาระยะห่างทางกายภาพระหว่างบุคคล” และช่วยค้นหาประชากรแปลกหน้าที่เข้ามาในชุมชน ที่ต้องสงสัยว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 ได้แก่ (ก) ผู้ที่มีอาการไข้หรือตัวร้อน เจ็บคอ ไอผิดสังเกตหรือหายใจลำบาก (ข) ผู้ที่เป็นแรงงานไทย หรือไม่ใช่แรงงานไทยจากต่างประเทศ ที่เดินทางกลับจากประเทศที่มีผู้ติดเชื้อโรคดังกล่าวแล้ว ในช่วงระยะที่สองนี้ อสม.ร่วมกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองของหมู่บ้านตรวจพบประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคจำนวน 40,250 ราย และได้ควบคุมให้อยู่ในสถานที่กักกันตัวในหมู่บ้านเป็นเวลา 14 วันติดต่อกัน แบ่งเป็นประชาชนในหมู่บ้านที่มีอาการต้องสงสัยคือ มี ไข้ ไอ หรือหอบ 10,810 ราย (ร้อยละ 27) เป็นประชาชนที่เดินทางกลับจากประเทศกลุ่มเสี่ยง 16,010 ราย (ร้อยละ 40) และเป็นแรงงานไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ 13,430 ราย (ร้อยละ 33)

ต่อมาในระยะที่สามของวิกฤติกาล คือตั้งแต่วันที่ 27 มีนาคม - 30 เมษายน พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 100 รายเป็นมากกว่า 900 รายภายในระยะเวลา 10 วัน[6] ในช่วงเวลานี้ อสม.ได้ออกเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพิ่มอีก 9,917,109 หลังคาเรือน หรือเท่ากับร้อยละ 41.9 ของจำนวนหลังคาเรือนนอกเขตกรุงเทพมหานคร ได้ช่วยค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงที่เข้าหมู่บ้านมาใหม่เพิ่มอีก 1,035,203 ราย เป็นแรงงานจากท้องที่อื่นที่เดินทางกลับภูมิลำเนา 695,504 ราย (ร้อยละ 67) เป็นคนในหมู่บ้านที่มีประวัติใกล้ชิดกับประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค 268,005 ราย (ร้อยละ 26) และเป็นคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ 71,694 ราย (ร้อยละ 7) สามารถนำไปกักกันตัวและเฝ้าดูอาการเป็นเวลา 14 วันติดต่อกัน รวม 1,016,711 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 98 ของประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงทั้งหมด พบมี 3,287 ราย ที่มีอาการต้องสงสัยว่าอาจเป็นโรคโควิด-19 และได้รายงานไปยังบุคลากรสาธารณสุขของ รพ.สต. และผู้ใหญ่บ้านหรือหัวหน้าชุมชน เพื่อประสานงานส่งต่อประชากรส่วนนี้ไปโรงพยาบาลต่อไป

วิจารณ์

ในขณะที่ยังไม่มียาต้านไวรัสเฉพาะโรคและยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 วิธีควบคุมการแพร่กระจายโรคที่ดีที่สุดคือ การรักษาสุขอนามัยของบุคคลและส่วนรวม การคัดกรอง การสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย การแยกบุคคลที่เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงไปกักกันตัวเพื่อเฝ้าดูอาการและอื่นๆ การนำหลักการดังกล่าวมาใช้ปฏิบัติจริงในระดับประเทศ ต้องอาศัยการจัดการระบบสาธารณสุขมูลฐานที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรระดับดังกล่าวที่เป็นลักษณะเฉพาะของประเทศไทย ได้แก่ อสม.และบุคลากรสาธารณสุขของ รพ.สต. ซึ่งได้เคยมีบทบาทช่วยควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนอย่างได้ผลมาแล้วหลายครั้ง[7-10] การเกิดวิกฤติกาลโรคโควิด-19 ในประเทศไทยครั้งนี้ ได้พิสูจน์ยืนยันอีกครั้งว่า อสม.และบุคลากรสาธารณสุขของ รพ.สต.เป็นกำลังสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายโรคฯ สามารถสื่อข้อความ คำแนะนำ และวิธีปฏิบัติต่างๆ สำหรับควบคุมการระบาดของโรคฯ จากหน่วยงานส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขไปยังประชาชนตามหมู่บ้านทั่วประเทศได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึงภายในเวลาอันสั้น เห็นได้ว่าภายในช่วง 1 เดือนแรกของวิกฤติกาล

มีคนไทยในชนบทมากกว่าร้อยละ 10 ได้รับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค มี อสม.ร้อยละ 90 ที่สามารถผลิตหน้ากากผ้าได้เอง ส่วนในระยะที่สองและสามของวิกฤติกาลมี อสม.และบุคลากรสาธารณสุขของ รพ.สต.ออกเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น ครอบคลุมถึงร้อยละ 60 ของจำนวนหลังคาเรือนทั่วประเทศนอกเขตกรุงเทพมหานคร สามารถค้นหาประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคที่เข้ามาในหมู่บ้านได้มากกว่า 1 ล้านคน สามารถนำตัวประชากรกลุ่มนี้ไปกักกันตัวเพื่อเฝ้าติดตามอาการตลอดระยะเวลา 14 วันได้ถึงร้อยละ 98 ของประชากรกลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้านทั้งหมด และสามารถค้นหาบุคคลที่มีอาการที่ต้องสงสัยว่าอาจเป็นโรคโควิด-19 ได้มากกว่า 3,200 ราย

การทำงานของอสม.มีประเด็นที่น่าสนใจบางประการ คือ 1. อสม.ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับชั้นต้น การให้ความรู้กับประชาชนในหมู่บ้าน ซึ่งมีการศึกษาในระดับใกล้เคียงกัน ต้องใช้ข้อความที่เข้าใจง่าย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้สร้างคำแนะนำที่ครอบคลุมบริบทของการป้องกันโรคโควิด-19 ไว้แล้ว 2. มีการบริจาคเจลแอลกอฮอล์และผ้าวัตถุดิบในปริมาณที่เพียงพอให้อสม.ทั่วประเทศนำไปผลิตหน้ากากผ้าได้เอง ทำให้อสม.และบุคลากรสาธารณสุขของ รพ.สต.มีความมั่นใจว่า มีเครื่องป้องกันตัวเอง (จากโรค) ในระดับหนึ่ง และยังเป็นตัวอย่างที่ดีให้ชาวบ้านทั่วไปเห็นความสำคัญของการทำความสะอาดมือ และการใส่หน้ากากผ้า 3. มีการบริจาคเงินเป็นกองทุนโดยเฉพาะสำหรับค่ารักษาพยาบาลอสม.ในกรณีเกิดติดเชื้อโรคนี้ ทำให้เกิดขวัญกำลังใจสามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ 4. ประชาชนในหมู่บ้านให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีกับ อสม.และบุคลากรของ รพ.สต. ในการช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน

สรุป

แม้ว่าหลายประเทศมี อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับชุมชน (community health workers) ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน[11-15] แต่ยังไม่มีรายงานจากประเทศใดกล่าวถึงบทบาทของอสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับชุมชนในการร่วมปฏิบัติงานทั้งประเทศเพื่อควบคุมการระบาดของโรคนี้[16, 17] Yen My[18] ได้กล่าวถึงความสำเร็จของประเทศไต้หวันในการควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 แต่ไม่ได้กล่าวถึงบทบาทของอสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับชุมชนเช่นกัน รายงานนี้จึงเป็นรายงานฉบับแรกที่กล่าวถึงบทบาทของ อสม.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับชุมชนของประเทศไทยในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จนได้รับการยกย่องจากองค์การอนามัยโลก[19] รายงานนี้ช่วยยืนยันว่าการมีระบบสาธารณสุขมูลฐานที่ดี การฝึกอบรมให้ความรู้บุคลากรและประชาชนอย่างทั่วถึง และการมี อสม.และบุคลากรสาธารณสุขของ รพ.สต.ที่เข้มแข็ง มีส่วนสำคัญช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย

References

1. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – 12020 January 21.
2. PEMANDU Associates. The Global Covid-19 Index (GCI) - Thailand Dashboard. Available from: https://covid19.pemandu.org/Thailand.html.
3. Department of Provincial Administration, Ministry of Interior Affairs, the Royal Thai Government. Provincial Administrative Data. Available from: https://multi.dopa.go.th/pab/news/cate9/view46.
4. Division of Primary Health Care, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Primary Health Care Information System - Village Health Volunteers Registry. Available from: http://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/osm/province.php.
5. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Available from: http://www.thaiphc.net.
6. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) WHO Thailand Situation Report-25 March 2020. Available from: .https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/2020-03-25-thasitrep-32-covid19-final.pdf?sfvrsn =adce58ef_0.
7. Pongpirul K. Village Health Volunteers in Thailand. In: Perry HB, ed. National Community Health Worker Programs: Descriptions from Afghanistan to Zimbabwe 2020: 393-404.
8. Phomborphub B, Pungrassami P, Boonkitjaroen T. Village health volunteer participation in tuberculosis control in southern Thailand. The Southeast Asian J Trop Med and Public Health 2008; 39: 542–548.
9. Sranacharoenpong K and Hanning RM. Diabetes prevention education program for community health care workers in Thailand. Journal of Community Health. 2012; 37: 610–618.
10. Jiamjariyapon T, Ingsathit A, Pongpirul K, Vipattawat K, Kanchanakorn S, Saitie A, et al. Effectiveness of integrated care on delaying progression of stage 3-4 chronic kidney disease in rural communities of Thailand (ESCORT study): a cluster randomized controlled trial. BMC Nephrol 2017; 18: 83. doi: 10.1186/s12882-016-0414-4.
11. Coleman R, Gill G, Wilkinson D. Non-communicable disease management in resource-poor settings: a primary care model from rural South Africa. Bull World Health Organ. 1998; 76 : 633-40.
12. Perry HB, Zulliger R, Rogers MM. Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. Annu Rev Public Health. 2014; 35: 399-421. doi: 10.1146/ annurev-publhealth-032013-182354.
13. Schneider H, Okello D, Lehmann U. The global pendulum swing towards community health workers in low-and middle-income countries: a scoping review of trends, geographical distribution and programmatic orientations, 2005 to 2014. Hum Resour Health. 2016; 14(1): 65. doi: 10.1186/s12960-016-0163-2.
14. Jeet G, Thakur JS, Prinja S, Singh M. Community health workers for non-communicable diseases prevention and control in developing countries: Evidence and implications. PLoS One. 2017 Jul 13; 12(7): e0180640. doi: 10.1371/journal.pone.0180640..
15. Jafar TH, Gandhi M, de Silva HA, Jehan I, Naheed A, Finkelstein EA, et al. A Community-based intervention for managing hypertension in rural south Asia. N Engl J Med. 2020; 382: 717-26.
16. Makurumidze R. Coronavirus-19 disease (COVID-19): A case series of early suspected cases reported and the implications towards the response to the pandemic in Zimbabwe. J Microbiol Immunol Infect. 2020; 53: 493-8.
17. Haines A, de Barros EF, Berlin A, Heymann DL, Harris MJ. National UK programme of community health workers for COVID-19 response. Lancet. 2020; 395: 1173-1175.
18. Yen MY, Schwartz J, Chen SY, King CC, Yang GY, Hsueh PR. Interrupting COVID-19 transmission by implementing enhanced traffic control bundling: Implications for global prevention and control efforts. J Microbiol Immunol Infect. 2020; 53: 377-80.
19. World Health Organizaion. The Ministry of Public Health and the World Health Organization Review Thailand's COVID-19 Response. Available from: https://www.who.int/thailand/news/detail/14-10-2020-Thailand-IAR-COVID19.