

บทความพิเศษ

แนวทางของ Cardiff Model เพื่อป้องกันความรุนแรงในสังคม

วันรับ : 9 เมษายน 2568

วันแก้ไข : 20 มิถุนายน 2568

วันตอบรับ : 29 มิถุนายน 2568

บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, พ.บ.

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

ความรุนแรงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก แต่ข้อมูลจากหน่วยงานตำรวจมักไม่ครอบคลุมเหตุการณ์ทั้งหมด เนื่องจากการรายงานต่ำ Cardiff Model เป็นนวัตกรรมการป้องกันความรุนแรงเชิงรุกที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพ โดยใช้หลักการเชื่อมโยงข้อมูลการบาดเจ็บที่ไม่มีการระบุตัวตนจากแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลเข้ากับข้อมูลของตำรวจ เพื่อสร้างภาพรวมของปัญหาความรุนแรงที่สมบูรณ์และแม่นยำขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลแบบบูรณาการนี้ช่วยให้สามารถระบุพื้นที่และเวลาเสี่ยงได้อย่างชัดเจน นำไปสู่การวางมาตรการป้องกันที่ตรงจุดและมีประสิทธิภาพโดยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน หลักฐานเชิงประจักษ์จากนานาชาติแสดงให้เห็นว่าโมเดลนี้สามารถลดจำนวนผู้บาดเจ็บจากความรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญ และมีความคุ้มค่าคุ้มทุนสูง บทความนี้ทบทวนหลักการ กระบวนการ และผลลัพธ์ของ Cardiff Model พร้อมทั้งสำรวจโอกาสและความท้าทายในการนำมาปรับใช้ในบริบทของประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างสังคมที่ปลอดภัยและลดผลกระทบจากความรุนแรงอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การป้องกันความรุนแรง, การแบ่งปันข้อมูล, การเฝ้าระวังการบาดเจ็บ, คาร์ดิฟฟ์โมเดล, สาธารณสุข

ติดต่อผู้พิมพ์ : บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ; burinsura@hotmail.com

Special article

The Cardiff Model approach to violence prevention

Received : 9 April 2025

Revised : 20 June 2025

Accepted : 29 June 2025

Burin Suraaroonsamrit, M.D.

Bureau of Mental Health Academic Affairs,
Department of Mental Health, Nonthaburi Province

Abstract

Violence is a significant global public health issue, yet traditional police data often underrepresents its true scale due to underreporting. The Cardiff Model is a proven, proactive approach to violence prevention that addresses this gap by integrating anonymized injury data from hospital emergency departments with police records. This integrated data provides a more accurate picture of violent incidents, enabling the precise identification of violence hotspots by location and time, and supporting targeted, evidence-based prevention strategies through multi-agency collaboration. Various studies have demonstrated that the model significantly reduces violence-related injuries and is highly cost-effective. This article reviews the principles, implementation processes, and outcomes of the Cardiff Model, while also exploring the opportunities and challenges of its adaptation within the Thai context, aiming to guide efforts toward a safer society and the sustainable reduction of violence.

Keywords: Cardiff Model, data sharing, injury surveillance, public health, violence prevention

Corresponding author: Burin Suraaroonsamrit; burinsura@hotmail.com

ความรู้เดิม : ความรุนแรงเป็นปัญหาสังคมและสุขภาพจิตที่ซับซ้อน ข้อมูลจากภาคส่วนต่าง ๆ เช่น หน่วยงานสาธารณสุขและตำรวจ มักถูกเก็บแยกจากกัน ทำให้การวางแผนป้องกันขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้อัตราการรายงานเหตุความรุนแรงต่อตำรวจในปัจจุบันยังต่ำกว่าความเป็นจริงมาก

ความรู้ใหม่ : กลไกการทำงานของ Cardiff Model มีกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลในห้องฉุกเฉิน การแบ่งปันข้อมูลที่เป็นนิรนาม การวิเคราะห์เพื่อสร้างแผนที่ข้อมูล และการลงมือปฏิบัติโดยทีมสหวิชาชีพ โดยหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าคุ้มทุนในการลดความเสียหายจากการบาดเจ็บและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การนำกรอบแนวคิดและหลักการของ Cardiff Model ไปใช้ผลักดันเชิงนโยบายในประเทศไทย เพื่อริเริ่มโครงการนำร่องในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานท้องถิ่นและตำรวจ โดยอาจต่อยอดจากระบบข้อมูลที่มีอยู่ เช่น ศูนย์พึ่งได้ (OSCC) เพื่อสร้างระบบป้องกันความรุนแรงเชิงรุกที่มีข้อมูลสนับสนุนและวัดผลได้จริง

บทนำ

ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก แต่ละปีมีผู้ถูกทำร้ายจนเสียชีวิต 475,000 คนทั่วโลก คิดเป็นอัตราส่วน 6.6 ต่อแสนประชากร ซึ่งพบมากในวัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้น นอกจากนั้น สตรีเกือบ 1 ใน 3 หรือคิดเป็นร้อยละ 30 ถูกกระทำความรุนแรงทางร่างกายและ/หรือทางเพศโดยคู่ครองหรือบุคคลอื่น ๆ^{1,2} ความรุนแรงเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกาย บาดแผลทางจิตใจ เช่น โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) ตลอดจนความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล จึงเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขสำคัญที่องค์การอนามัยโลกประกาศให้เป็นวาระเร่งด่วนที่ควรได้รับการแก้ไข

การศึกษาในหลายประเทศพบว่าเหยื่อของความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินส่วนใหญ่ไม่ได้

ไปแจ้งความตำรวจ ในสหราชอาณาจักรพบว่าร้อยละ 76³ ของข้อมูลความรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปไม่ถึงตำรวจ ในเดนมาร์กพบสัดส่วนร้อยละ 77⁴ ส่วนในสหรัฐอเมริกาพบสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 89⁵ การไม่รายงานเหตุความรุนแรงจึงยังเป็นปัญหาใหญ่ โดยคนส่วนใหญ่ไม่ได้แจ้งตำรวจเนื่องจากความกลัว ความไม่ไว้วางใจ หรือความกังวลด้านกฎหมาย ดังนั้นข้อมูลจากหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายเพียงอย่างเดียวไม่สามารถสะท้อนภาพความรุนแรงได้ครบถ้วน แสดงให้เห็นว่าการขาดความเชื่อมโยงของข้อมูลส่งผลต่อการวางแผนป้องกันความรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพ

Cardiff Model กับ การป้องกันความรุนแรงในสังคม

Cardiff Model เป็นระบบเฝ้าระวังความรุนแรงที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวทางการแบ่งปันข้อมูลและการวางแผนป้องกันความรุนแรงแบบหลายภาคส่วน โมเดลนี้ใช้หลักการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรงจากแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล จากนั้นนำมาเชื่อมโยงกับข้อมูลของตำรวจเพื่อสร้างภาพรวมที่ครบถ้วนและแม่นยำยิ่งขึ้นเกี่ยวกับรูปแบบและสถานที่เกิดความรุนแรง⁶ ซึ่งเป็นการใช้ข้อมูลที่ไม่เปิดเผยตัวตนในการระบุพื้นที่เสี่ยง เวลาที่เกิดเหตุ และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์การป้องกันที่มีประสิทธิภาพ⁷

Cardiff Model ได้รับการพัฒนาโดยศาสตราจารย์ ดร.โจนาธาน พี. เชฟเพิร์ด (Professor Jonathan P. Shepherd) จากมหาวิทยาลัยคาร์ดิฟฟ์ ประเทศเวลส์ ถูกนำมาใช้เป็นครั้งแรกในเมืองคาร์ดิฟฟ์ในปี พ.ศ. 2544⁸ โมเดลนี้เกิดขึ้นจากการค้นพบว่าปัญหาอาชญากรรมที่รุนแรงส่งผลให้มีผู้มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลจำนวนมาก แต่เหตุการณ์เหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ได้ถูกรายงานให้เจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายทราบ⁹ Cardiff Model เป็นการทำงานที่เชื่อมโยงโรงพยาบาล หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย และชุมชนเข้าด้วยกันเพื่อพัฒนากลยุทธ์ร่วมกันในการป้องกันความรุนแรง ผลของการใช้ Cardiff Model ในเมืองคาร์ดิฟฟ์ได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถลดจำนวนผู้ที่ต้องมารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญถึงร้อยละ 42 และช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องจากการบาดเจ็บได้มาก⁹ ความสำเร็จนี้ทำให้โมเดลได้รับการขยายผลไปทั่วสหราชอาณาจักร ตลอดจนหลายประเทศทั่วโลก รวมถึง

ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ แอฟริกาใต้ โคลอมเบีย จาเมกา แคนาดา และสหรัฐอเมริกา^{7,9} ความสำเร็จในการพัฒนานวัตกรรมป้องกันความรุนแรงในชุมชนที่มีประสิทธิภาพและสามารถขยายผลได้ทั่วโลกนี้ทำให้ศาสตราจารย์เซฟเพิร์ตได้รับการยอมรับในระดับสากล โดยได้รับรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิตล สาขาการสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2567⁸

หัวใจหลักของ Cardiff Model

Cardiff Model มีหลักการพื้นฐานสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่องในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลเกี่ยวกับวันที่ เวลา สถานที่ ประเภทอาวุธ จำนวนผู้ทำร้าย และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ทำร้าย 2) การทำให้ข้อมูลไม่สามารถระบุตัวตนได้โดยการทำให้ข้อมูลนิรนาม (anonymization) และแลกเปลี่ยนข้อมูลจากโรงพยาบาลสู่ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ เพื่อวิเคราะห์พื้นที่และเวลาที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง และ 3) การนำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปใช้ในการป้องกันความรุนแรงอย่างเป็นรูปธรรมโดยคณะกรรมการป้องกันความรุนแรงระดับเมืองหรือท้องถิ่น^{6,8}

องค์ประกอบหลักของ Cardiff Model

Cardiff Model ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 5 ส่วน ได้แก่ 1) ระบบการรวบรวมข้อมูลในแผนกฉุกเฉิน โดยเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินสามารถสอบถามข้อมูลจากผู้ได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงและบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อย่างเป็นประจำและเป็นระบบ 2) หน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล ที่สามารถทำให้ข้อมูลเหล่านี้ไม่สามารถระบุตัวตนได้และแบ่งปันกับหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินการตามกฎหมายเพื่อป้องกันความรุนแรงร่วมกัน 3) นักวิเคราะห์ ที่สามารถรวบรวมข้อมูลเหล่านี้เข้ากับข้อมูลของตำรวจ สรุปและสร้างแผนที่สำหรับคณะกรรมการป้องกันความรุนแรงท้องถิ่น 4) คณะกรรมการป้องกันความรุนแรงระดับเมือง/ท้องถิ่น ซึ่งประกอบด้วย ตำรวจ รัฐบาลท้องถิ่น บุคลากรสุขภาพ (รวมถึงแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นที่ปรึกษาหลัก) และผู้บริหารการศึกษา ที่ประชุมกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อเลือกและดำเนินการแทรกแซงเพื่อป้องกันความรุนแรงที่มีประสิทธิภาพ และ 5) กลไกการติดตามและประเมินผล เพื่อตรวจสอบและปรับปรุงประสิทธิภาพของมาตรการที่ดำเนินการ การทำงานของทั้ง 5 องค์ประกอบนี้

ต้องเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเพื่อป้องกันความรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด⁶

คุณลักษณะเฉพาะของ Cardiff Model

สิ่งที่ทำให้ Cardiff Model แตกต่างจากแนวทางป้องกันความรุนแรงแบบเดิมคือการใช้ข้อมูลจากแหล่งที่หลากหลาย โดยเฉพาะข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ครอบคลุมเหตุการณ์ความรุนแรงที่ตำรวจไม่ทราบ การศึกษาพบว่ากลยุทธ์การป้องกันความรุนแรงในชุมชนส่วนใหญ่ได้รับการพัฒนาโดยอาศัยเพียงข้อมูลจากหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมภาพรวมที่สมบูรณ์¹⁰ Cardiff Model จึงให้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากกว่าโดยการรวบรวมข้อมูลจากตำรวจ แผนกฉุกเฉิน บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วยงานสาธารณสุข และแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ โมเดลยังเป็นเวทีให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนหารือข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาและดำเนินการกลยุทธ์การป้องกันความรุนแรง ทั้งนี้ไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อใช้ในการตัดสินลงโทษบุคคล กลุ่ม หรือองค์กรใด ๆ¹⁰

กระบวนการดำเนินงานของ Cardiff Model

1) ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล กระบวนการดำเนินงานของ Cardiff Model เริ่มต้นจากการรวบรวมข้อมูลในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญที่สุดในการสร้างฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและแม่นยำ^{6,9} เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลจะบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุความรุนแรง โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการบาดเจ็บ เวลาที่เกิดเหตุ และสถานที่เกิดเหตุ โดยใช้แบบคัดกรองสำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยอาการบาดเจ็บจากความรุนแรง มีคำถามหลัก 2 ข้อ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายหรือไม่ และ 2) หากใช่ สถานที่เกิดเหตุอยู่ที่ไหน¹¹ ข้อมูลที่รวบรวมจะครอบคลุมวันที่และเวลาที่เกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุอย่างละเอียด (ในรูปแบบข้อความอิสระ) ประเภทอาวุธที่ใช้ จำนวนผู้ทำร้าย และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ได้รับบาดเจ็บกับผู้ทำร้าย^{6,8}

2) การประมวลผลและการแบ่งปันข้อมูล โดยโรงพยาบาลจะส่งข้อมูลไปยังตำรวจและหน่วยงานในท้องถิ่นแบบไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย¹² การประมวลผลข้อมูลจะดำเนินการโดยนักวิเคราะห์ข้อมูลที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดการข้อมูลด้านอาชญากรรมและ

ความรุนแรง ข้อมูลจากโรงพยาบาลจะถูกนำมาผสมกับข้อมูลจากตำรวจและหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อสร้างภาพรวมที่สมบูรณ์ กระบวนการนี้ต้องดำเนินการภายใต้กรอบกฎหมาย และข้อบังคับด้านความเป็นส่วนตัวของข้อมูล โดยเฉพาะการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย การแบ่งปันข้อมูลจึงต้องผ่านกระบวนการทำขออนุญาตและต้องมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่นหรือระดับรัฐตามที่กฎหมายกำหนด

3) การวิเคราะห์และการสร้างแผนที่ข้อมูล

โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุพื้นที่เสี่ยงและแนวโน้มของเหตุรุนแรง⁹ โดยการสร้างแผนที่ความรุนแรง (violence mapping) ที่แสดงให้เห็นสถานที่ที่เกิดความรุนแรงบ่อยครั้ง (hotspots) ในพื้นที่ต่าง ๆ รวมถึงการวิเคราะห์รูปแบบตามเวลา เช่น วันในสัปดาห์ ช่วงเวลาในวัน และเทศกาลต่าง ๆ ที่มีแนวโน้มเกิดความรุนแรงสูง การวิเคราะห์ข้อมูลยังครอบคลุมการระบุแนวโน้มอาวุธที่ใช้ ซึ่งจะช่วยในการกำหนดมาตรการควบคุมอาวุธ การระบุสถานที่เกิดความรุนแรงในสวนสาธารณะ พื้นที่สำหรับคนเดินเท้า และโรงเรียน ซึ่งจะช่วยหน่วยงานท้องถิ่นในการกำหนดมาตรการป้องกัน รวมถึงการระบุตัวและช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงในครอบครัว ในแผนกฉุกเฉิน เพื่อป้องกันการตกเป็นเหยื่อซ้ำ¹⁰

4) การดำเนินมาตรการป้องกัน โดยคณะกรรมการป้องกันความรุนแรงซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากหลายหน่วยงานจะประชุมอย่างน้อยไตรมาสละครั้งเพื่อทบทวนข้อมูลและกำหนดมาตรการที่เหมาะสม มาตรการป้องกันที่ได้รับการพิสูจน์ประสิทธิภาพจาก Cardiff Model เช่น การใช้แก้วพลาสติกในสถานบันเทิงเพื่อลดการบาดเจ็บจากของมีคม การใช้กล้องวงจรปิดแบบเรียลไทม์ การสร้างพื้นที่สำหรับคนเดินเท้าในจุดที่มีปัญหา และการเพิ่มการลาดตระเวนของตำรวจในช่วงเวลาและพื้นที่เสี่ยงสูง¹² ทั้งนี้ การดำเนินมาตรการเหล่านี้ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาประสิทธิภาพและความคุ้มค่าคุ้มทุนของ Cardiff Model

การทดลองและการวิเคราะห์อนุกรมเวลาเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของ Cardiff Model ในเมืองคาร์ดิฟฟ์ที่เป็น

เมืองนำร่อง พบว่า การแบ่งปันและใช้ข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการลดลงของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับเมืองเปรียบเทียบ โดยมีอัตราการลดลงจาก 7 รายเป็น 5 รายต่อเดือนต่อประชากร 100,000 คน นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราเฉลี่ยของการทำร้ายร่างกายประเภทร้ายแรงจากการบันทึกโดยตำรวจเพิ่มขึ้นจาก 54 รายเป็น 82 รายต่อเดือนต่อประชากร 100,000 คน เปรียบเทียบกับการเพิ่มขึ้นจาก 54 เป็น 114 ราย ต่อเดือนต่อประชากรในเมืองเปรียบเทียบ⁹ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยมหาวิทยาลัย Deakin สรุปว่า การศึกษาทั้งหมดที่วัดประสิทธิภาพของการแทรกแซงเพื่อป้องกันความรุนแรง พบรายงานการลดลงอย่างมากของการทำร้ายร่างกายและการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินหลังการแทรกแซง โดยมีเพียงการศึกษาเดียวที่รายงานว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลง การวิเคราะห์อภิมานโดยมหาวิทยาลัย Cape Town สรุปว่า การนำ Cardiff Model มาใช้สามารถลดการทำร้ายร่างกายอย่างมีนัยสำคัญ⁷ การศึกษาเพิ่มเติมแสดงให้เห็นถึงผลต่อการลดอัตราการฆาตกรรมในเมืองคาร์ดิฟฟ์ จาก 2.8 ต่อประชากร 100,000 คนก่อนการดำเนินโครงการเป็น 1.4 ต่อประชากร 100,000 คนหลังการดำเนินโครงการ⁶ ผลการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า Cardiff Model มีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงรวมถึงการเสียชีวิตจากความรุนแรง

การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์แสดงให้เห็นว่า Cardiff Model มีความคุ้มค่าคุ้มทุนสูงในแง่ของต้นทุน โดยมีต้นทุน 5,000 ปอนด์ (ประมาณ 220,000 บาท) ต่อปี ขณะที่สามารถลดการสูญเสียจากการทำร้ายร่างกาย 789,000 ปอนด์ (ประมาณ 35 ล้านบาท) ต่อปี⁹ การประเมินผลกระทบในปี พ.ศ. 2562 ระบุว่า การประหยัดต้นทุนสำหรับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละพื้นที่อยู่ที่ 2.7 ล้านบาท (ประมาณ 120 ล้านบาท) ต่อปี และหากดำเนินการในเพียงร้อยละ 5 ของพื้นที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จะลดการสูญเสียประมาณ 858 ล้านบาท (ประมาณ 38,200 ล้านบาท) ในช่วง 10 ปี คิดเป็นอัตราส่วนต้นทุนต่อผลประโยชน์ทั้งหมดที่ 1:82 และอัตราส่วนต้นทุนต่อผลประโยชน์ด้านระบบยุติธรรมทางอาญาที่ 1:19¹³ แสดงให้เห็นว่าการลงทุนใน Cardiff Model ให้ผลตอบแทน

ที่สูงมากทั้งในแง่ของการลดความรุนแรงและการประหยัสด้านทุนทางสังคม

การศึกษาที่นำ Cardiff Model ไปใช้ในประเทศอื่น ๆ ก็มีผลลัพธ์ที่สอดคล้องกัน การศึกษาในเมือง Warrnambool ประเทศออสเตรเลียพบว่า การรวบรวมข้อมูล “การตีครั้งสุดท้าย” ในแผนกฉุกเฉินสามารถระบุแหล่งและสถานที่ของการเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าการบาดเจ็บจากแอลกอฮอล์มีความเชื่อมโยงกับสถานที่จำหน่ายและพื้นที่สาธารณะ และการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน¹¹ การดำเนินการ Cardiff Model ในเมือง Milwaukee ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบโรงพยาบาลหลายแห่งทั่วเมืองมีความท้าทาย แต่สามารถดำเนินการได้โดยใช้ทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม (diffusion of innovation theory) เป็นกรอบในการทำความเข้าใจและจัดการปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคต่อการนำ Cardiff Model มาใช้ในบริบทโรงพยาบาล¹⁰

ความท้าทายและโอกาสของการปรับใช้โมเดลในบริบทประเทศไทย

วันที่ 28 มกราคม 2568 กระทรวงสาธารณสุขจัดการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง “คาร์ดิฟฟ์โมเดลเพื่อป้องกันเหตุความรุนแรง” โดยมีศาสตราจารย์เชฟเฟิร์ดผู้พัฒนา Cardiff Model มาร่วมแบ่งปันประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ¹⁴ พบว่าการปรับใช้ Cardiff Model ในประเทศไทยมีทั้งโอกาสและความท้าทาย โดยโอกาสคือ ประเทศไทยมีระบบฐานข้อมูลของกองบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค และฐานข้อมูลศูนย์พึ่งได้ (one stop crisis center: OSCC) ซึ่งเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสามารถเป็นพื้นฐานในการพัฒนาต่อยอด^{15,16} นอกจากนี้ระบบสาธารณสุขของไทยมีความครอบคลุมสูงโดยมีโรงพยาบาลรัฐในทุกจังหวัด ซึ่งจะช่วยในการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบทั่วประเทศ นอกจากนี้การที่ประเทศไทยมีปัญหความรุนแรงเพิ่มขึ้นก็เป็นแรงผลักดันสำคัญในการหาแนวทางแก้ไขที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามความท้าทายหลัก ได้แก่ การต้องปรับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลให้รองรับการรวบรวมข้อมูลตาม Cardiff Model การฝึกอบรมบุคลากรให้มีความเข้าใจ

และทักษะในการรวบรวมข้อมูล การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และการจัดการประเด็นความเป็นส่วนตัวของข้อมูลให้สอดคล้องกับกฎหมายไทย การประชุมวิชาการครั้งนี้ถือเป็นก้าวสำคัญของประเทศไทยในการเรียนรู้จากแนวทาง Cardiff Model และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศ ด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน¹⁶

สรุป

Cardiff Model เป็นนวัตกรรมสำคัญในการป้องกันความรุนแรงที่ได้รับการพิสูจน์ประสิทธิภาพจากหลักฐานทางวิชาการอย่างชัดเจน โมเดลนี้แก้ไขปัญหาคือพื้นฐานของการขาดข้อมูลที่ครอบคลุมเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรง โดยการผสานข้อมูลจากโรงพยาบาลและหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายเพื่อสร้างภาพรวมเหตุความรุนแรงที่สมบูรณ์และแม่นยำ การศึกษาในหลายประเทศแสดงให้เห็นว่า โมเดลนี้สามารถลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากเหตุความรุนแรงและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับลดความรุนแรงได้โดยมีความคุ้มค่าคุ้มทุนสูง

สำหรับประเทศไทยซึ่งเผชิญกับปัญหาความรุนแรงในสังคมที่เพิ่มขึ้น การนำ Cardiff Model มาปรับใช้จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพสูงในการแก้ไขปัญหา แม้มีความท้าทายจากการปรับใช้ระบบเทคโนโลยี การฝึกอบรมบุคลากร และการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน แต่ประเทศไทยมีรากฐานที่ดีจากระบบฐานข้อมูลที่มีอยู่และระบบสาธารณสุขที่มีความครอบคลุมสูง การริเริ่มการประชุมวิชาการระดับชาติและการมีส่วนร่วมของผู้พัฒนาโมเดลเองแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นของประเทศไทยในการนำแนวทางนี้มาใช้จริง

ทั้งนี้ ความสำเร็จของ Cardiff Model ไม่ได้ขึ้นอยู่กับรวบรวมข้อมูลเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับการสร้างระบบการทำงานร่วมกันระหว่างหลายภาคส่วนและการนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ การปรับใช้ในประเทศไทยจึงต้องให้ความสำคัญกับการสร้างกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล ตำรวจ หน่วยงานท้องถิ่น และชุมชน รวมถึงการพัฒนาติดตามและประเมินผลเพื่อให้การดำเนินการมาตรการสามารถลดความรุนแรงอย่างยั่งยืน การลงทุนใน Cardiff Model จึงไม่เพียงแต่เป็นการแก้ไขปัญหาความรุนแรง

แต่ยังเป็นการสร้างสังคมที่ปลอดภัยและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
สำหรับคนไทยทุกคน

เอกสารอ้างอิง

1. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002; 360(9339):1083-8. doi:10.1016/s0140-6736(02)11133-0.
2. Department of Women's Affairs and Family Development. Family Violence Situation Report B.E. 2567. Bangkok: Department of Women's Affairs and Family Development; 2024. (in Thai)
3. Sutherland I, Sivarajasingam V, Shepherd JP. Recording of community violence by medical and police services. *Inj Prev*. 2002;8(3):246-7. doi:10.1136/ip.8.3.246.
4. Faergemann C, Lauritsen JM, Brink O, Skov O. Trends in deliberate interpersonal violence in the Odense Municipality, Denmark 1991-2002. The Odense study on deliberate interpersonal violence. *J Forensic Leg Med*. 2007;14(1):20-6. doi:10.1016/j.jcfm.2006.01.001.
5. Wu DT, Moore JC, Bowen DA, Mercer Kollar LM, Mays EW, Simon TR, et al. Proportion of violent injuries unreported to law enforcement. *JAMA Intern Med*. 2019;179(1):111-2. doi:10.1001/jamainternmed.2018.5139.
6. Shepherd JP. The Cardiff model for violence prevention. London: Royal College of Emergency Medicine; 2024 [cited 2025 May 12]. Available from: https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2024/03/The_Cardiff_Model_for_Violence_Prevention_Jonathan_Shepherd.pdf
7. World Health Organization. Violence prevention: the evidence. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2025 May 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599596>
8. Prince Mahidol Award Foundation. Biography of Professor Jonathan Shepherd [Internet]. 2024 [cited 2025 May 23]. Available from: <https://www.princemahidolaward.org/people/professor-doctor-jonathan-p-shepherd/>.
9. Florence C, Shepherd J, Brennan I, Simon T. Effectiveness of anonymised information sharing and use in health service, police, and local government partnership for preventing violence related injury: experimental study and time series analysis. *BMJ*. 2011;342:d3313. doi:10.1136/bmj.d3313.
10. Kohlbeck S, Levas M, Hernandez-Meier J, Hargarten S. Implementing the Cardiff Model for violence prevention: using the diffusion of innovation theory to understand facilitators and barriers to implementation. *Inj Prev*. 2022;28(1):49-53. doi:10.1136/injuryprev-2021-044322.
11. Baker T, Taylor N, Kloot K, Miller P, Egerton-Warburton D, Shepherd J. Using the Cardiff model to reduce late-night alcohol-related presentations in regional Australia. *Aust J Rural Health*. 2023;31(3):532-9. doi:10.1111/ajr.12983.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Violence Prevention [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2024 [cited 2024 May 23]. Available from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/>.
13. UK Home Office. Introducing public health measures impact assessment 2019 (IA No: HO0345). London: Home Office; 2019.
14. Hfocus. Thailand considers "Cardiff Model" to curb violence as nation ranks among top 10 for violence against women and children [Internet]. 2025 Jan 28 [cited 2025 May 12]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2025/01/32948> (in Thai)
15. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Injury surveillance system (IS): user manual 2023. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2023. (in Thai)
16. Ministry of Public Health. Guidelines for adapting the Cardiff Model in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2025. (in Thai)