

รายงานการบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้ายในสตรี
รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ระดับชาติ ประเทศไทย พ.ศ. 2545
(National Injury Surveillance Report on Assaults in Female, Thailand 2002)

ความเป็นมา

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักกระบาดวิทยา ได้จัดตั้งระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บในระดับจังหวัด โดยการรวบรวมข้อมูลผู้บาดเจ็บที่มารับบริการทุกราย ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในแต่ละภาค และในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับจังหวัด ให้สำนักกระบาดวิทยา เพื่อจัดทำฐานข้อมูลสำหรับการวางแผนควบคุมป้องกันและแก้ปัญหาการบาดเจ็บในระดับจังหวัด ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2538 และได้ขยายเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บจนถึง พ.ศ. 2544 มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับโรงพยาบาลมหาราช และโรงพยาบาลศูนย์ ที่เป็นเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บ จำนวน 28 โรงพยาบาล และในปี พ.ศ. 2544 สำนักกระบาดวิทยาได้ปรับรูปแบบเป็นการเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติ โดยให้ 28 โรงพยาบาลเครือข่ายที่เฝ้าระวังการบาดเจ็บ เก็บข้อมูลเฉพาะผู้บาดเจ็บรุนแรง ได้แก่ ผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล, ผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และผู้บาดเจ็บที่รับไว้สังเกตอาการ/รับไว้รักษา รายงานให้สำนักกระบาดวิทยา จัดทำเป็นฐานข้อมูลและรายงานสถานการณ์ระดับชาติ

วิธีการ

การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้บาดเจ็บรุนแรงในช่วงวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2545 ของโรงพยาบาล 24 แห่ง ซึ่งเป็นระดับโรงพยาบาลมหาราช, โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกรุงเทพมหานคร ที่เป็นเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บรุนแรงระดับชาติ มีโรงพยาบาลอีก 4 แห่งที่ไม่ได้นำมารวมวิเคราะห์ในรายงานนี้เนื่องจากคุณภาพข้อมูลไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวเน้นรายละเอียดเรื่องการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายในสตรี และรวบรวมข้อมูลดังกล่าว รายงานแยกเป็น 5 ภาค และ กรุงเทพมหานคร เพื่อการเปรียบเทียบและใช้ประโยชน์ในระดับพื้นที่

ผลการวิเคราะห์

การบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้ายในภาพรวม

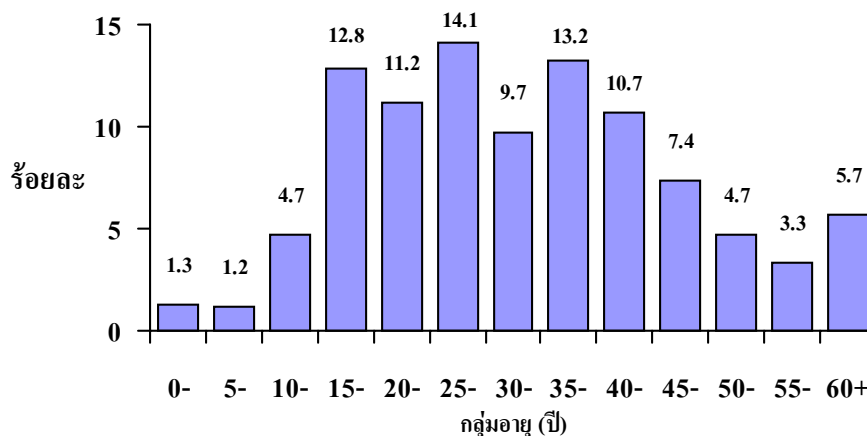
ผู้บาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย (รวมชายและหญิง) ในฐานข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติ ปี พ.ศ. 2545 จาก 24 โรงพยาบาลเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บมีจำนวน 9,842 คน(ในจำนวนนี้เสียชีวิต 596 คน) ผู้บาดเจ็บจากสาเหตุนี้มีมากเป็นลำดับ 4 มีสัดส่วนร้อยละ 8.3 ของผู้บาดเจ็บรุนแรงจากทุกสาเหตุที่มารับการรักษา และเมื่อพิจารณาแยกในแต่ละภาคแล้ว กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนผู้บาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้ายสูงสุด ร้อยละ 12.5 รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 9.7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 8.9 ภาคกลาง ร้อยละ 8.6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 7.6 และภาคเหนือต่ำสุด ร้อยละ 6.9 ของผู้บาดเจ็บทุกสาเหตุที่มารับการรักษา

การบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้ายในสตรี

เฉพาะสตรีที่บาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้ายในฐานข้อมูลเดียวกัน มี 1,405 คน คิดเป็นร้อยละ 14.2 ของผู้บาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้ายทั้งหมด (ในจำนวนนี้เสียชีวิต 75 คน อัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 5.3) ลักษณะทางระบาดวิทยาของสตรีที่บาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้ายพบได้ทุกกลุ่มอายุ แต่กลุ่มวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้นถึงตอนกลาง (อายุ 15 – 44 ปี) พบมากถึงร้อยละ 71.7 ของผู้บาดเจ็บจากการถูกทำร้ายทั้งหมด พบเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี บาดเจ็บจากการถูกทำร้าย รวม 101 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 7.2 ซึ่งพบในเกือบทุกโรงพยาบาลที่เฝ้าระวังฯ ยกเว้น โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ยะลา, รพศ. ระยอง และโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (โรงพยาบาลเลิดสินและโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี) (ดังรูป)

แยกเป็นรายภาคโรงพยาบาลทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบสัดส่วนเด็กหญิงถูกทำร้ายรุนแรงสูงสุด ร้อยละ 11.5 ภาคกลาง ร้อยละ 8.6 ภาคเหนือ ร้อยละ 4.5 ภาคใต้ ร้อยละ 3.9 ไม่พบเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปีบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้ายในรายงานของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

รูปแสดงกลุ่มอายุของสตรีที่บาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย, พ.ศ. 2545



แหล่งข้อมูล ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บรุนแรงระดับชาติ สำนักกระบาดวิทยา รายงานจากโรงพยาบาลเครือข่าย 24 แห่ง

อาชีพที่พบสูงสุดในรายงานสตรีที่บาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้ายคือ ผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ 35.5 รองลงมา เป็น อาชีพทำสวน ทำนา ทำไร่ และนักเรียน/นักศึกษา ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 13.8 และ ร้อยละ 13.7, อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 9 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 8.8 (ตารางที่ 1) เมื่อพิจารณาแยกในแต่ละภาคพบเป็นผู้ใช้แรงงานสูงสุดเกือบทุกภาค ยกเว้นภาคใต้ อาชีพทำสวน ทำนา ทำไร่พบมากกว่าอาชีพผู้ใช้แรงงาน

ตารางที่ 1 อาชีพของสตรีที่บาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย, พ.ศ. 2545

อาชีพ	ร้อยละ
ผู้ใช้แรงงาน	35.5
ทำสวนทำนาทำไร่	13.8
นักเรียน/นักศึกษา	13.7
แม่บ้าน	9.0
ค้าขาย	8.8
อื่น ๆ	19.2

แหล่งข้อมูล ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บรุนแรงระดับชาติ สำนักกระบาดวิทยา รายงานจากโรงพยาบาลเครือข่าย 24 แห่ง

สตรีที่บาดเจ็บรุนแรงส่วนใหญ่ถูกทำร้ายโดยใช้กำลังกาย ร้อยละ 30.0 รองลงมาเป็นการถูกทำร้ายโดยใช้วัตถุไม่มีคม ร้อยละ 21.2 การใช้วัตถุมีคม ร้อยละ 19.1 และใช้อาวุธปืนทุกชนิด ร้อยละ 11.7 ถูกทำร้ายทางเพศโดยใช้กำลังกาย ร้อยละ 9.8 (ตารางที่ 2) แยกรายภาค พบว่า ทุกภาคสตรีถูกทำร้ายโดยใช้กำลังกายมากที่สุด สำหรับกรุงเทพมหานครใช้วัตถุมีคม มากที่สุด เมื่อพิจารณาเฉพาะการถูกทำร้ายทางเพศโดยใช้กำลังกายในภาพรวม 24 โรงพยาบาล ซึ่งมีสัดส่วนร้อยละ 9.8 จากการถูกทำร้ายทุกประเภท พบว่า ภาคกลางมีสัดส่วนการถูกทำร้ายทางเพศโดยใช้กำลังกาย ร้อยละ 21.3 สูงเป็นลำดับ 2 รองจากการถูกทำร้ายโดยใช้กำลังกายและสูงกว่าทุกภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือทำร้ายทางเพศโดยใช้กำลังกายร้อยละ 17.8 รองจากภาคกลาง และภาคเหนือร้อยละ 3.1 ภาคใต้ร้อยละ 2.3 สำหรับภาคตะวันออก และกรุงเทพมหานครไม่พบรายงานวิธีการทำร้ายจากสาเหตุนี้

ตารางที่ 2 การบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้ายในสตรี จำแนกตามวิธีการทำร้าย, พ.ศ. 2545

วิธีการที่สตรีถูกทำร้าย	ร้อยละ
โดยใช้กำลังกาย	30.0
โดยการใช้อาวุธไม่มีคม	21.2
โดยการใช้อาวุธมีคม	19.1
ใช้อาวุธปืนทุกชนิด	11.7
ถูกทำร้ายทางเพศโดยใช้กำลังกาย	9.8
อื่น ๆ	8.2
รวม	100.0

แหล่งข้อมูล ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บรุนแรงระดับชาติ สำนักกระบาดวิทยา รายงานจากโรงพยาบาลเครือข่าย 24 แห่ง

เด็กหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี ทั้งหมด 24 โรงพยาบาลที่รายงาน 101 คน ถูกทำร้ายทางเพศโดยใช้กำลังกายสูงสุด 60 คน สัดส่วนร้อยละ 59.4 รองลงมาเป็น การถูกทำร้ายโดยใช้กำลังกาย ร้อยละ 17.8 ของการถูกทำร้ายทุกวิธี แยกรายภาค ภาคกลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ พบการทำร้ายทางเพศโดยใช้กำลังกายสูงสุด สัดส่วนร้อยละ 59, 55 และ 31 สำหรับภาคเหนือพบการทำร้ายโดยใช้กำลังกายสูงสุด สัดส่วนร้อยละ 23 ของการถูกทำร้ายทุกวิธี ไม่มีรายงานการถูกทำร้ายในเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี ในโรงพยาบาลเครือข่ายเขต กรุงเทพมหานคร และเป็นที่น่าสังเกตว่าเด็กกลุ่มนี้ 101 คน มีเด็กถูกทำร้ายทางเพศ 60 คน ในจำนวนนี้เป็นรายงานของ รพศ.อุดรธานี 26 คน และ รพศ.ราชบุรี 23 คน

เด็กหญิงอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่บาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้ายมีรายงานจาก 2 โรงพยาบาล คือ รพม. นครราชสีมา เด็กทารกอายุ 4 เดือน ถูกทำร้ายโดยใช้กำลังกาย และ รพศ.หาดใหญ่ เด็กทารกอายุ 1 เดือน ถูกทำร้ายโดยใช้กำลังกายและเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการถูกทำร้าย พบสัดส่วนการเสพแอลกอฮอล์ในสตรีที่บาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้ายสูงสุด ในภาคตะวันออก ร้อยละ 28.9 รองลงมาคือ ภาคเหนือ ร้อยละ 27.8 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 26.5 กรุงเทพมหานคร และภาคใต้ต่ำสุด ร้อยละ 13.3 และ 7.9 พบได้ในสตรีตั้งแต่อายุ 10 - 60 ปี สัดส่วนร้อยละ 22.6 อยู่ในกลุ่มอายุ 20 - 29 ปี และ สัดส่วนร้อยละ 48.4 อยู่ในกลุ่มอายุ 35 - 49 ปี

บ้านและบริเวณบ้านเป็นสถานที่ที่เกิดเหตุบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายสูงสุด ร้อยละ 63.6 รองลงมาเป็นถนนหรือทางหลวง, สถานที่ขายสินค้าและบริการ และพบเช่นนี้ในทุกภาค ช่วงเวลาที่เกิดเหตุบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายบ่อยที่สุดอยู่ในช่วงค่ำ คือ 19.00 - 23.00 น.

การเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายในภาพรวม

จากรายงานของโรงพยาบาลที่เฝ้าระวังฯ ในปี พ.ศ. 2545 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการถูกทำร้ายทั้งชายและหญิง รวม 596 คน (คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 6) ผู้เสียชีวิตจากสาเหตุนี้มีสัดส่วนร้อยละ 7.8 ของผู้เสียชีวิตจากบาดเจ็บทุกสาเหตุ ซึ่งมากเป็นลำดับ 2 รองจากการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุขนส่ง

การเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายในเพศหญิง

สตรีที่เสียชีวิตจากการถูกทำร้ายรายงานจากโรงพยาบาล 24 แห่ง มี 75 คน แยกเป็นเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล 35 คน (46.6%) เสียชีวิตในท้องฉุกเฉิน 2 คน (2.6%) เสียชีวิตหลังรับไว้รักษา 38 คน (50.6%) กลุ่มอายุที่พบสูงสุด คือ 40 - 44 ปี และ 25 - 29 ปี ร้อยละ 16 และ 14.7 ของผู้เสียชีวิตจากการถูกทำร้ายทั้งหมด พบเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตจากการถูกทำร้าย 4 คน

วิธีการทำร้ายจนถึงแก่กรรม ที่พบเป็นสัดส่วนสูงสุดในรายงานทุกโรงพยาบาลคือ การยิงด้วยอาวุธปืนต่าง ๆ ร้อยละ 49.3 รองลงมาเป็น การทำร้ายโดยใช้วัตถุมีคม และการใช้กำลังกาย ร้อยละ 13.3 เท่ากัน สำหรับเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปีที่ถูกทำร้ายจนถึงแก่กรรมมี 4 ราย ในรายงานของ รพศ. หาดใหญ่ อายุ 1 เดือน 1 ราย ถูกทำร้ายโดยใช้กำลังกายและเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล รพศ.สุราษฎร์ธานี อายุ 14 ปี 1 ราย ถูกทำร้ายโดยถูกยิงด้วยอาวุธปืนและเสียชีวิตหลังรับการรักษา รพศ.สรรพสิทธิประสงค์(อุบลราชธานี) มี 2 ราย คือ อายุ 6 ปี ถูกทำร้ายโดยวัตถุมีคมและเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล และ อายุ 7 ปี ถูกยิงด้วยอาวุธปืนและเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล

บ้านและบริเวณบ้าน เป็นสถานที่เกิดเหตุทำร้ายจนถึงแก่ชีวิตเป็นสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 60 ของผู้เสียชีวิตจากการถูกทำร้ายในแต่ละโรงพยาบาล รองลงมาเป็น ถนนหรือทางหลวง ร้อยละ 11 เมื่อแยกเป็นรายภาค จะพบว่าบ้านและบริเวณบ้าน เป็นสถานที่ถูกทำร้ายจนถึงแก่ชีวิตมากที่สุด เหมือนกันเกือบทุกภาค เวลาที่เกิดเหตุบาดเจ็บถูกทำร้ายจนเสียชีวิตส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 18.00 - 23.00 น.

สรุปสถานการณ์และแนวโน้มของปัญหาการถูกทำร้ายในสตรี

จากข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ปี พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2545 ของโรงพยาบาลที่เฝ้าระวังฯ และมีข้อมูลเปรียบเทียบกันได้ จำนวน 21 โรงพยาบาล พบว่า แนวโน้มการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายในสตรี ปี พ.ศ. 2545 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยทั้งจำนวนและสัดส่วนผู้บาดเจ็บ แต่ความรุนแรงของปัญหาในปี พ.ศ. 2545 ค่อนข้างรุนแรงกว่า ปี พ.ศ. 2544 คือ ใช้วิธีการทำร้ายเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี รุนแรงกว่า ปี พ.ศ. 2544

แนวโน้มการถูกทำร้ายปี พ.ศ. 2545 พบในกลุ่มอายุที่สูงกว่า ปี พ.ศ. 2544 สำหรับการบาดเจ็บในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในโรงพยาบาลที่เฝ้าระวังฯและมีข้อมูลเปรียบเทียบกันได้ พบว่ารายงานจำนวนเด็กที่บาดเจ็บรุนแรง พ.ศ. 2545 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2544 ประมาณ 17% (82 คนในปี พ.ศ. 2544 เพิ่มขึ้นเป็น 96 คนในปี พ.ศ. 2545) อาชีพผู้ใช้แรงงานยังคงพบมากที่สุดเช่นเดิม วิธีการทำร้ายโดยใช้วัตถุทั้งมีคมและไม่คมในผู้บาดเจ็บเพิ่มมากขึ้น จากปี พ.ศ. 2544 การใช้อาวุธปืนในผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่าปี พ.ศ. 2544 โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จุดเกิดเหตุที่เกิดการบาดเจ็บ ยังคงเป็นบ้านและบริเวณบ้านเช่นเดิม

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาการถูกทำร้ายในสตรียังคงมีความรุนแรง พิจารณาจากรายงานของโรงพยาบาลเครือข่าย 24 แห่ง พบการบาดเจ็บรุนแรงในสตรี 1,405 คน และเสียชีวิตถึง 75 คน และหากพิจารณาปัญหาการถูกทำร้ายในภาพรวม(ทั้งชายและหญิง) จะพบมีจำนวนถึง 9,842 คน เฉลี่ยวันละ 26 คน หรือ 1 คน ต่อชั่วโมง การเฝ้าระวังการบาดเจ็บเพื่อติดตามแนวโน้ม และปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ดังที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการอย่างต่อเนื่องนี้ ไม่เพียงพอในการแก้ปัญหา เนื่องจากยังขาดข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการถูกทำร้าย ผู้บริหารและนักวิชาการในสาขาต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านสังคม พฤติกรรม จิตวิทยา อาชีววิทยา รวมทั้งการแพทย์และสาธารณสุข ควรเร่งสนับสนุนและร่วมมือศึกษาปัญหานี้ เพื่อ

ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยยับยั้งไม่ให้เกิดปัญหา หรือช่วยทุเลาปัญหา ทั้งในด้านผู้ทำร้าย ผู้ถูกทำร้าย มูลเหตุจำ และสถานการณ์ขณะเกิดเหตุเพื่อนำผลมาใช่วางแผนป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ขอขอบคุณ 24 โรงพยาบาลเครือข่ายที่เฝ้าระวังการบาดเจ็บและเป็นฐานข้อมูลให้สำนักโรคติดต่ออย่างต่อเนื่อง ดังนี้

รพ.นครราชสีมา, รพ.นครศรีธรรมราช, รพ.ลำปาง, รพ.ราชบุรี, รพ.สวรรค์ประชารักษ์(นครสวรรค์), รพ.ยะลา, รพ.ชลบุรี, รพ.หาดใหญ่(สงขลา), รพ.พระปกเกล้า(จันทบุรี), รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์(เชียงราย), รพ.ระยอง, รพ.ขอนแก่น, รพ.ตรัง, รพ.นพรัตนราชธานี(กรุงเทพมหานคร), รพ.เลิดสิน(กรุงเทพมหานคร), รพ.อุดรธานี, รพ.พุทธชินราช (พิษณุโลก), รพ.นครปฐม, รพ.อุดรดิตถ์, รพ.สุราษฎร์ธานี, รพ.สรรพสิทธิประสงค์(อุบลราชธานี), รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ (ปราจีนบุรี), รพ.พระนั่งเกล้า(นนทบุรี) และ รพ.พระนครศรีอยุธยา
รพ. โรงพยาบาลศูนย์ รพ. โรงพยาบาลทั่วไป

วิเคราะห์และรายงานโดย : วนัสนันท์ รุจิวัฒน์ และนายแพทย์เจตสร นามวาท
สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
มกราคม 2547

ปฏิธานรื่องการระบาดวิทยา Capacity Building in Epidemiology

นพ. สุชาติ เจตนเสน

ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค

พื้นฐานของระบาดวิทยา ตั้งต้นตั้งแต่การเฝ้าระวังโรค โดยมีการบันทึก การรายงานและการสอบสวน เพื่อให้รู้เรื่องราว และธรรมชาติของโรค ดังนั้นการสอบสวนโรคเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีระบบรายงานย่อมไม่เป็นประโยชน์ ในขณะที่ความรู้ต่าง ๆ และเทคโนโลยีก้าวหน้าไปไกล คอมพิวเตอร์เข้ามามีบทบาทมากขึ้น แต่รากฐานซึ่งได้แก่คุณภาพของการบันทึก และข้อมูลต้องเป็นความจริงยังเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ ตัวอย่างที่ชัดเจน ได้แก่ กรณี SARS เราพบว่าความสำเร็จที่ทำให้หยุดการแพร่กระจายของโรคได้ มาจากวิชาการรากฐานทั้งสิ้น ได้แก่

1. Case finding
2. Isolation
3. Contact tracing

ในขณะที่ความรู้ขั้นสูงและการตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้น ทำให้รู้ละเอียดเรื่องธรรมชาติของโรค จะได้วางแผนการควบคุมโรคในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น บางโรคไม่จำเป็นต้องรู้ละเอียดก็ควบคุมโรคได้ เช่น Cholera, Dengue ก็สามารถใช้ระบาดวิทยาในการควบคุมโรคได้ระดับหนึ่ง

เพราะฉะนั้นการปรับพื้นฐานก็คือ ให้เพิ่มความสำคัญของการรายงานโรค ต้องทำให้สามารถรายงานโรคได้เร็ว เมื่อสงสัยก็รายงานได้ และได้ข่าวลือก็เริ่มต้นสอบสวนได้ การรายงานโรคจึงไม่ได้ทำโดยนักระบาดวิทยาเท่านั้น ต้องมีเครือข่ายโยงไปถึงในพื้นที่ Primary health care ที่ health worker ทั้งหลาย ต้องค้นหาปัญหาได้ และใช้ระบาดวิทยาเป็น

นพ.ศุภมิตร ชุณหะวัณ

ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

พื้นฐานของงานระบาดวิทยาในการแก้ปัญหาโรคติดต่อ อยู่ที่การเฝ้าระวังโรค การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อค้นหาปัญหาให้ได้ สามารถอธิบายได้ว่า ปัญหาใหญ่หรือเล็ก ปัญหาอยู่ที่ไหน และจะแก้อย่างไร บทบาทของส่วนกลาง ได้แก่ การกำหนดยุทธศาสตร์ ให้แนวทาง ให้สิ่งสนับสนุนและวิชาการ ตลอดจนถึงการกำกับ และปรับยุทธศาสตร์ เพื่อเชื่อมโยงกับพื้นที่ และให้ข้อมูลกับประชาชน