

คุณภาพของระบบรายงานสาเหตุการตายของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ.2550



เรือโทหญิง นุชนทริกา ทองสุข

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

QUALITY OF CAUSE OF DEATH REPORT SYSTEM IN SOMDEJPHRAPINKLOW HOSPITAL ; 2007



Lt.Jg. Boontarika Tongsook

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Community Medicine
Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

500706

หัวข้อวิทยานิพนธ์

คุณภาพของระบบรายงานสาเหตุการตายของโรงพยาบาล
สมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550

โดย

เรือโทหญิง นุชนทริกา ทองสุข

สาขาวิชา

เวชศาสตร์ชุมชน

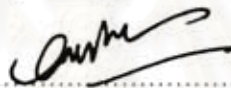
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พรณรงค์ ไซติวรรณ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม


ทันตแพทย์หญิง ดร. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต



.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อดิศร ภัทราดุลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พรณรงค์ ไซติวรรณ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ทันตแพทย์หญิง ดร. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วรราชา เปาอินทร์)

สุนทรภิกษา ทองสุข : คุณภาพของระบบรายงานสาเหตุการตายของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
ปีพ.ศ.2550 (QUALITY OF CAUSE OF DEATH DATA IN SOMDEJPHRAPINKLOW
HOSPITAL; 2007) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.นพ.พรณรงค์ โชติวรรณ.
อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ทพ.ดร. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ , 131 หน้า.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตายของโรงพยาบาล
สมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550 ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยใช้แบบบันทึก
ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 561 ราย จากมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย ข้อมูลการตายจาก
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ นำมาเปรียบเทียบกับแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างวันที่
1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550 ทำการวิเคราะห์ข้อมูล หาร้อยละ ฐานนิยม และ
หาความสอดคล้องโดยสถิติ Kappa

ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 561 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 51.16 เพศหญิง
ร้อยละ 48.84 อายุเฉลี่ย 65.98 ปี (SD=19.90) คุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตาย ด้านความครบถ้วนของ
จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต พบว่า ข้อมูลการตายจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์พบข้อมูลมากที่สุด
(ร้อยละ 99.82) รองลงมาได้แก่ แฟ้มเวชระเบียน (ร้อยละ 97.5), หนังสือรับรองการตาย (ร้อยละ 95.72) และ
มรณบัตร (ร้อยละ 95.19) ด้านความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตาย พบว่า สาเหตุการตายที่เลือกจาก
หนังสือรับรองการตายมาบันทึกในมรณบัตรเลือกได้ถูกต้องร้อยละ 89.13 และสาเหตุการตายในมรณบัตร
ถูกต้องตรงกับแฟ้มเวชระเบียนร้อยละ 57.04 และพบการใช้คำแสดงรูปแบบการตายบันทึกสาเหตุการตายใน
มรณบัตรร้อยละ 13.76 สาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายถูกต้องตรงกับแฟ้มเวชระเบียนร้อยละ 50.75
และลักษณะที่ทำให้บันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายไม่ถูกต้อง คือ บรรทัดล่างสุดที่บันทึกไม่ใช่
สาเหตุการตาย สำหรับด้านความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายเมื่อเปรียบเทียบกับแฟ้มเวชระเบียน
ตามรหัส ICD-10 3 digits พบว่าในภาพรวม มรณบัตรมีความสอดคล้องร้อยละ 57.22 โดยมีความสอดคล้อง
กันในระดับ "ปานกลาง" (Kappa = 0.512, p < 0.001) หนังสือรับรองการตาย มีความสอดคล้องร้อยละ 50.27
โดยมีความสอดคล้องกันในระดับ "พอใช้" (Kappa = 0.361, p < 0.001) ทั้งมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย
และแฟ้มเวชระเบียน มีความสอดคล้องกันร้อยละ 35.12 โดยสาเหตุการตายที่ระบุได้สอดคล้องกันมากที่สุด
ได้แก่ มะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี, มะเร็งหลอดอาหาร, ลูคีเมีย และมะเร็งเต้านม

สิ่งที่ควรปรับปรุง คือ หน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบรายงานสาเหตุการตาย ควรมี
การประชุมเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตาย พร้อมกับอบรมความรู้เรื่องการเขียน
สาเหตุการตาย รหัส ICD-10 การรายงานสาเหตุการตายและเวชระเบียน ให้กับแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้
ได้ข้อมูลสาเหตุการตายที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อไป

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน
ปีการศึกษา 2550

ลายมือชื่อนิสิต.....คุณกนก..... กนก.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

4974738730 : MAJOR COMMUNITY MEDICINE

KEY WORD: MORTALITY / DATA COLLECTION / REGISTRIES / CAUSE OF DEATH / DEATH
CERTIFICATE AND VITAL STATISTIC

BOONTARIAKA TONGSOOK : QUALITY OF CAUSE OF DEATH REPORT SYSTEM

SOMDEJPHRAPINKLOW HOSPITAL; 2007. PRINCIPAL ADVISOR: ASST. PROF.

PORNNARONG CHOTIWAN, THESIS CO-ADVISOR: DR. KANITTA BUNDHAMCHAROEN.,

131 pp.

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to study of the quality of causes of death data in Somdejphrapinklow Hospital. Data was collected by the comparison between death certificate, data collected in death report and sent Policy and strategies office another one recorded in medical statistical programe at hospital was comparison made in respect of completeness, accuracy and consistency. Case were 561 died patients. The study was conducted during June 2007 to April 2008. Percentage, Mode and Kappa statistic was used.

The author could obtain data from 561 cases. Cases were male 51.16% and female 48.84% Their average age at death were 65.98 years (SD=19.90). The quality of cause of death data was complete; death report and sent Policy and strategies office (99.82%), medical record (97.5%), medical death certificate (95.72%) and death certificate (95.19%). The quality of cause of death data was accuracy; the cause of death in medical death certificate doctor records the cause of death were correctly 89.13 %. Comparison with death certificate and medical record were correctly 57.04 % and the cause of death in death certificate show mode of death 13.76%. Comparison with medical death certificate and medical record were correctly 50.75 %. Death certificate; the overall positive agreement following ICD-10 3 digits was 57.22%, reflecting moderate agreement (Kappa = 0.512, p < 0.001). Medical death certificate; the overall positive agreement following ICD-10 3 digits was 50.27 %, reflecting fair agreement (Kappa = 0.361, p < 0.001). The first three diseases specified in death certificate, medical death certificate and medical record as the causes of death were cancer.

The author recommends that we should have a feedback meeting in order to increase quality of cause of death. We should have ICD-10 and medical record training for correctness death report from rule of caused of death for deep and more analysis and effectiveness details.

Department : Preventive and Social Medicine

Field of Study : Community Medicine

Academic Year : 2007

Student's Signature : Boontarika Tongsook

Principal Advisor's Signature : 

Co-advisor's Signature : 

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์นายแพทย์ นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล ประธานในการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พรณรงค์ โชติวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ทันตแพทย์หญิง ดร. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ วรรณษา เปาอินทร์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ชี้แนะ ในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ซึ่งผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ทั้งทางด้านวิชาการและจริยธรรมแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ พลเรือตรีนายแพทย์ เด่นเดชา ประทุมเพ็ชร ประธานกรรมการ วิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมแพทย์ทหารเรือ และ พลเรือตรีนายแพทย์ กิตติพัฒน์ วัฒนวงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ที่ได้อนุเคราะห์และอนุเมตตา ในการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียนใน เจ้าหน้าที่แผนกนิติเวช และ เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เกี่ยวข้อง ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือ อย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล และช่วยเหลือเรื่องรหัสโรค ICD-10 และขอกราบขอบพระคุณ นาวาโทหญิง จุรีรัตน์ คำหอม ที่ให้ความกรุณาช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้วิจัยมีโอกาสศึกษาต่อ

ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่าน พี่ๆ เพื่อนๆ โรงพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษ 4 และเพื่อนนิสิตปริญญาโท ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายสุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา และน้องสาว ที่เป็นกำลังใจสำคัญในการดูแล ช่วยเหลือในทุกๆด้าน และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดีที่สุด รวมทั้งทุกคนในครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
คำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ปัญหาทางจริยธรรม.....	7
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ความหมายของการตาย.....	8
ระบบข้อมูลข่าวสาร.....	13
ข้อมูลสถานะสุขภาพ.....	17
วิวัฒนาการของระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพกับการพัฒนาระบบข้อมูลบริการสุขภาพ เวชระเบียน.....	19
ระบบการจัดเก็บข้อมูลประชากรและข้อมูลการตายของประเทศไทย.....	21
กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตาย.....	29
คุณภาพข้อมูลการตายของประเทศไทย.....	30
หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และการเขียนหนังสือรับรองการตาย	31
ประวัติการพัฒนา ICD.....	46
ระบบรายงานการตายในสถานพยาบาล.....	53

บทที่	ณ หน้า
2.	ระบบการรายงานผู้เสียชีวิตในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า..... 54
	แผนกนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า..... 56
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 57
3.	วิธีดำเนินการวิจัย..... 64
	รูปแบบการวิจัย..... 64
	ระเบียบวิธีวิจัย..... 64
	การสังเกตและการวัดตัวแปรในการวิจัย..... 65
	ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย..... 65
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 65
	การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ..... 66
	การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 66
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 68
4.	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 69
	ส่วนที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เสียชีวิต..... 70
	ส่วนที่ 4.2 โรคและสาเหตุการตายของผู้ป่วย..... 75
	ส่วนที่ 4.3 การตรวจสอบความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต..... 83
	ส่วนที่ 4.4 การตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตายใน.....
	หนังสือรับรองการตายและความสอดคล้องกันของสาเหตุการตาย.....
	ระหว่างหนังสือรับรองการตายเปรียบเทียบกับแฟ้มเวชระเบียน..... 84
	ส่วนที่ 4.5 การตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตายในใบมรณบัตร.
	และความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายระหว่างใบมรณบัตร.....
	เปรียบเทียบกับแฟ้มเวชระเบียน..... 89
	ส่วนที่ 4.6 การตรวจสอบความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายระหว่างใบมรณบัตร.
	หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน... 94
	ส่วนที่ 4.7 การเปรียบเทียบสาเหตุการตายจากมรณบัตร, หนังสือรับรองการตาย.....
	และจากแฟ้มเวชระเบียน และสาเหตุการตายที่แท้จริงของ มรณบัตร.....
	เปรียบเทียบกับแฟ้มเวชระเบียนในกลุ่มที่โรค/สาเหตุการตายคลาดเคลื่อน
	ไปจากความเป็นจริง..... 97

บทที่	ณ หน้า
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	103
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	103
5.2 อภิปรายผล.....	108
5.3 ข้อจำกัดของการวิจัย.....	113
5.4 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้.....	114
5.5 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป.....	115
รายการอ้างอิง.....	116
ภาคผนวก.....	120
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบแบบบันทึกข้อมูล.....	121
แบบบันทึกที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	123
ตัวอย่างหนังสือรับรองการตาย.....	128
ตัวอย่างใบมรณบัตร.....	129
ตัวอย่างการเขียนหนังสือรับรองการตาย.....	130
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	131

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 แสดงการสำรวจสำมะโนประชากรทั่วประเทศ ตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน.....	22
2.2 ความแตกต่างระหว่างวิธีสำมะโนและวิธีการลงทะเบียน.....	24
2.3 ความแตกต่างของการจัดเก็บข้อมูลการตาย ระหว่างสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์... กระทรวงสาธารณสุข กับสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง..... กระทรวงมหาดไทย.....	28
2.4 คำกำกวมบางคำที่แพทย์นิยมใช้.....	50
2.5 ตัวอย่างการแยกชื่อโรคแบบหยาบๆ ไม่ระบุรายละเอียดที่ควรระบุ.....	51
4.1 จำนวนและร้อยละแสดงผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาล..... สมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550 จำแนกเป็นรายเดือนและแผนกที่ผู้ป่วยเข้ารับรักษา.....	70
4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปีพ.ศ. 2550 จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ.....	71
4.3 จำนวนและร้อยละแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล..... สมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550 จำแนกตามจำนวนวันนอนโรงพยาบาล.....	72
4.4 จำนวนและร้อยละแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล..... สมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550 จำแนกตามช่วงเวลาเสียชีวิต.....	73
4.5 จำนวนและอัตราตายของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า..... ปี พ.ศ. 2550 จำแนกตามแผนกที่เข้ารับรักษา.....	73
4.6 จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายรายโรค ตามระบบบัญชีจำแนกโรคระหว่าง..... ประเทศ (ICD-10) ของผู้ป่วยกลุ่มอายุตั้งแต่แรกเกิดถึงต่ำกว่า 25 ปี จำแนกตามเพศ...	75
4.7 จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายรายโรค ตามระบบบัญชีจำแนกโรคระหว่าง..... ประเทศ (ICD-10) ของผู้ป่วยกลุ่มอายุตั้งแต่ 25 ปี ถึงต่ำกว่า 45 ปี จำแนกตามเพศ.....	76
4.8 จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายรายโรค ตามระบบบัญชีจำแนกโรคระหว่าง..... ประเทศ (ICD-10) ของผู้ป่วยกลุ่มอายุตั้งแต่ 45 ปี ถึงต่ำกว่า 60 ปี จำแนกตามเพศ.....	78
4.9 จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายรายโรค ตามระบบบัญชีจำแนกโรคระหว่าง..... ประเทศ (ICD-10) ของผู้ป่วยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ.....	80
4.10 จำนวนและร้อยละแสดงความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตและจำนวนของ..... ข้อมูลที่ค้นพบหนังสือรับรองการตายใบมรณบัตร ข้อมูลจากแผนกเวชระเบียนและ..... ข้อมูลการตายที่ได้จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.....	82

ตาราง	หน้า
4.11 จำนวนและร้อยละแสดงความต้องการของการบันทึกโรคที่เป็นสาเหตุการตาย..... ในหนังสือรับรองการตาย.....	83
4.12 จำนวนและร้อยละแสดงลักษณะที่ทำให้การลงสาเหตุการตายในหนังสือรับรอง..... การตาย (ทร.4/1) ไม่ถูกต้อง จำแนกตามความต้องการตรงกันของสาเหตุการตาย..... ในหนังสือรับรองการตาย เปรียบเทียบกับแฟ้มเวชระเบียน.....	84
4.13 จำนวนและร้อยละแสดงลักษณะที่ทำให้การบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรอง... การตายไม่ถูกต้อง จำแนกตามกลุ่มโรคที่บันทึก.....	86
4.14 จำนวนและร้อยละแสดงความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายรายโรคตามรหัส..... ICD-10 3 digits เปรียบเทียบระหว่างหนังสือรับรองการตายกับแฟ้มเวชระเบียน.....	86
4.15 จำนวนและร้อยละแสดงสาเหตุการตายรายโรคที่สอดคล้องกันตามรหัส ICD-10..... 3 digits ระหว่างหนังสือรับรองการตายกับแฟ้มเวชระเบียน.....	87
4.16 จำนวนและร้อยละแสดงความต้องการของการเลือกสาเหตุการตายในหนังสือรับรอง... การตายที่นำมาลงในมรณบัตร.....	89
4.17 จำนวนและร้อยละแสดงความต้องการของการบันทึกสาเหตุการตายในมรณบัตร..... เปรียบเทียบกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน.....	90
4.18 จำนวนและร้อยละแสดงสาเหตุการตายในมรณบัตรที่มีการใช้คำแสดงรูปแบบ..... การตาย (Mode of death) จำแนกตามความต้องการตรงกันของสาเหตุการตาย..... ในมรณบัตรกับแฟ้มเวชระเบียน.....	91
4.19 จำนวนและร้อยละแสดงความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายรายโรคตามรหัส..... ICD-10 3 digits เปรียบเทียบระหว่างใบมรณบัตรกับแฟ้มเวชระเบียน.....	91
4.20 จำนวนและร้อยละแสดงสาเหตุการตายรายโรคที่สอดคล้องกันตามรหัส ICD-10..... 3 digits ระหว่างใบมรณบัตรกับแฟ้มเวชระเบียน.....	92
4.21 จำนวนและร้อยละแสดงสาเหตุการตายรายโรคที่สอดคล้องกันตามรหัส ICD-10..... 3 digits ระหว่างใบมรณบัตร หนังสือรับรองการตายกับแฟ้มเวชระเบียน.....	94
4.22 จำนวนและร้อยละแสดงสาเหตุการตายรายโรคที่สอดคล้องกันตามรหัส ICD-10..... 3 digits ระหว่างใบมรณบัตร หนังสือรับรองการตายกับแฟ้มเวชระเบียน.....	95
4.23 จำนวนและร้อยละแสดงความต้องการของการบันทึกสาเหตุการตายจำแนก..... ตามแผนกที่รักษา.....	97

ตาราง	หน้า
4.24 จำนวนและร้อยละเปรียบเทียบโรค/สาเหตุการตายที่ได้จากแฟ้มเวชระเบียน.....	
ใบมรณบัตร และหนังสือรับรองการตาย.....	98



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
2.1 ขั้นตอนการดำเนินงานข้อมูลการตายในประเทศไทย.....	27
2.2 ผังการรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า.....	55
4.1 อัตราตายต่อพันของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า ปี พ.ศ. 2550..... จำแนกตามรายเดือน.....	74
4.2 สัดส่วนของสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียนในผู้ที่เสียชีวิตจากติดเชื้อในกระแสเลือด...	101
4.3 สัดส่วนของสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียนในผู้ที่เสียชีวิตจากปอดอักเสบ.....	102
4.4 สัดส่วนของสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียนในผู้ที่เสียชีวิตจากไตวาย.....	102
4.5 สัดส่วนของสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียนในผู้ที่เสียชีวิตจากหัวใจขาดเลือด.....	102

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale)

ข้อมูลสาเหตุการตายเป็นดัชนีชี้วัดการเจ็บป่วยและปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งประเทศไทยได้มีการรวบรวมข้อมูลสถิติการตายและจัดทำเป็นรายงานการตายของประเทศไทยมาตั้งแต่ พ.ศ. 2493 ซึ่งประกอบไปด้วยการตายทั้งในและนอกสถานพยาบาล เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการประเมินสถานะสุขภาพของคนไทยและใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนงานตามยุทธศาสตร์ต่างๆ เพื่อพัฒนางานสาธารณสุขและงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมากมาย

กว่า 20 ปีที่ประเทศไทยมีความพยายามที่จะพัฒนาระบบรายงานการตาย โดยเฉพาะการรายงานสาเหตุการตาย ตัวอย่างเช่น การปรับความเชื่อมโยงระหว่างระบบรายงานทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย กับระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข การจัดทำคู่มือการเขียนหนังสือรับรองการตาย การพัฒนาและจัดทำคู่มือบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD) Revision ต่างๆ ให้เป็นภาษาไทย การอบรมและพัฒนาทักษะของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการลงรหัสสาเหตุการตายตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ

ประเทศต่างๆ ทั่วโลกให้ความสำคัญกับข้อมูลการตาย และจัดว่าข้อมูลการตายเป็นฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ เนื่องจากมีกฎหมายที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการตายและการจดทะเบียนตาย อย่างไรก็ตามก็ยังพบปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา เช่นเดียวกับประเทศไทย ซึ่งคุณภาพข้อมูลสถิติการตายของประเทศไทยในปัจจุบันนี้มีข้อบกพร่องหลายประการ หากเปรียบเทียบคุณภาพข้อมูลด้านความน่าเชื่อถือของสาเหตุการตายของคนไทยจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2003 พบว่ามีความน่าเชื่อถือต่ำมากที่สุด โดยพบว่าข้อมูลสาเหตุการตายคลุมเครือ (ill defined) ถึง 49% ของข้อมูลทั้งหมด โดยประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีข้อมูลสาเหตุการตายคลุมเครือน้อยที่สุดเพียง 3% ของข้อมูลทั้งหมด (1)

ปีพ.ศ. 2548 จำนวนการตายในประเทศไทยประมาณร้อยละ 68.2 จะเป็นการตายนอกสถานพยาบาล และร้อยละ 31.8 เป็นการตายในโรงพยาบาล (2) การศึกษาถึงสาเหตุการตายนอกโรงพยาบาล ทำได้ลำบากในการรวบรวมข้อมูล ดังนั้น การศึกษาสาเหตุการตายในโรงพยาบาลจึงมีความเป็นไปได้มากกว่า แต่ถึงอย่างไรก็ตามการตายในสถานพยาบาล ยังพบว่ามีปัญหาที่นอกจากความขาดตกบกพร่องของสาเหตุการตายแล้ว ปัญหาที่สำคัญที่สุดก็คือ

การให้สาเหตุการตายโดยแพทย์ ที่ยังพบความผิดพลาดหรือให้สาเหตุการตายคลุมเครือ คลาดเคลื่อนจากสาเหตุการตายที่แท้จริง จึงทำให้การวางแผนพัฒนางานสาธารณสุขของ ประเทศไทยเป็นไปด้วยความล่าช้า

จากการศึกษาเกี่ยวกับความครบถ้วนและความสอดคล้องตรงกันของการบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายของผู้ที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ.2546 (3) พบว่าแพทย์มีการบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายถูกต้องเพียงร้อยละ 66.70 และการให้รหัส ICD-10 โดยเจ้าหน้าที่สถิติ ตรงกันกับสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย ร้อยละ 60.45 ไม่ตรงกันร้อยละ 39.55 ทั้งๆ ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิและเป็นโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นเรื่องที่น่าสนใจหากมีการศึกษา ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพราะตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าได้ จัดทำระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วยใหม่เป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ มีการลงรหัสโรคตามบัญชี จำแนกโรคระหว่างประเทศ และมีผู้ป่วยเข้าพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก กว่า 700-800 รายต่อปี แต่ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาถึงคุณภาพของระบบรายงานสาเหตุการตาย ว่ามีความครบถ้วน มีความถูกต้อง และมีความสอดคล้องกันของการให้สาเหตุการตาย มากน้อยเพียงใด ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ ของระบบรายงานสาเหตุการตายของโรงพยาบาลให้ถูกต้องและได้มาตรฐานต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย (Research Questions)

1.2.1 คำถามหลัก

คุณภาพของระบบรายงานสาเหตุการตายของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550 เป็นอย่างไร

1.2.2 คำถามรอง

1.2.2.1 การบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และการบันทึกสาเหตุการตายในใบมรณบัตรของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ.2550 มีความถูกต้องตามเกณฑ์ของการบันทึกสาเหตุการตายหรือไม่

1.2.2.2 จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ.2550 ที่มีบันทึกในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ในใบมรณบัตร และรายงานการตายที่โรงพยาบาลส่งถึงสำนักงานโยบายและยุทธศาสตร์ มีความครบถ้วนหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับทะเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในสมุดรายนศพที่ได้จากแผนกนิติเวช

1.2.2.3 สาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ในมรณบัตร และสาเหตุการตายจากแฟ้มผู้ป่วยที่ได้จากแผนกเวชระเบียนมีความสอดคล้องกันหรือไม่

1.2.2.4 สาเหตุการตายที่น่าจะเป็น ควรเป็นอย่างไร ในกลุ่มที่ระบุสาเหตุการตายได้ไม่ชัดเจน

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาคุณภาพของระบบรายงานสาเหตุการตายของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

1.3.2.1 เพื่อศึกษาความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตายตามกฎหมายการบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และในมรณบัตรของผู้ที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550

1.3.2.2 เพื่อศึกษาความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550 ที่มีบันทึกในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ในมรณบัตร ในรายงานผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ได้จากแผนกเวชระเบียนและรายงานการตายที่โรงพยาบาลส่งถึงสำนักงานโยบายและยุทธศาสตร์ เปรียบเทียบกับทะเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในสมุद्रับศพที่ได้จากแผนกนิติเวช

1.3.2.3 เพื่อศึกษาความสอดคล้องของสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ในมรณบัตร ในรายงานสาเหตุการตายที่โรงพยาบาลส่งถึงสำนักงานโยบายและยุทธศาสตร์ และสาเหตุการตายจากแฟ้มผู้ป่วยที่ได้จากแผนกเวชระเบียน

1.3.2.4 เพื่อศึกษาสาเหตุการตายที่น่าจะเป็นจากประวัติผู้ป่วย ในกลุ่มที่ระบุสาเหตุการตายได้ไม่ชัดเจน

1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

1.5.1 ข้อมูลการตายได้จากรายงานการตายที่โรงพยาบาลส่งถึงสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ทะเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ได้จากแผนกเวชระเบียน หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และมรณบัตรที่ได้จากแผนกนิติเวช ทั้งหมดนี้เป็นข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550 เท่านั้น

1.5.2 การตรวจสอบการบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และการบันทึกสาเหตุการตายในรายงานการตายที่โรงพยาบาลส่งถึงสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์นั้น เป็นการตรวจสอบตามกฎหมายการบันทึกสาเหตุการตายว่าสาเหตุการตายนั้น ได้นำมาจากบรรทัดล่างสุดของการบันทึกสาเหตุการตายเท่านั้น ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยทางการแพทย์ที่มีอยู่เดิมแต่อย่างใด รวมทั้ง

1.5.3 ข้อมูลที่บันทึกไว้ในทะเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ได้จากแผนกเวชระเบียนเป็นข้อมูลที่ใช้ในการเปรียบเทียบความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตาย และความสอดคล้องของการบันทึกสาเหตุการตายนั้น ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่ได้จากฐานข้อมูลเวชระเบียนที่มีการบันทึกด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์

1.5.4 ข้อมูลที่บันทึกไว้ในทะเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในสมุดรับศพที่ได้จากแผนกนิติเวช ถือเป็นข้อมูลที่ใช้ในการเปรียบเทียบความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

1.5.5 ข้อมูลที่บันทึกไว้ในทะเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ได้จากแผนกเวชระเบียน และรายงานการตายที่โรงพยาบาลส่งถึงสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ถือเป็นข้อมูลของโรงพยาบาล ไม่ว่าจะถูกบันทึกโดยเจ้าหน้าที่คนใดก็ตาม

1.5.6 เพื่อป้องกันการเกิดอคติของตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จากการที่มีการจัดอบรมการบันทึกสาเหตุการตายให้กับเจ้าหน้าที่เวชระเบียน และจะมีการตรวจประเมินมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลตามระบบ ISO 9001:2000 และ HA (Hospital Accreditation) ในปลายปี 2550 และในต้นปี 2551 ดังนั้นตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยจึงใช้ข้อมูลของผู้ที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2550 เท่านั้น

1.5.7 คุณภาพของระบบรายงานสาเหตุการตายในการวิจัยนี้ คือ ความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตาย ความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต และความสอดคล้องกันของการบันทึกสาเหตุการตายนั้น

1.6 คำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definition)

ภาวะการตาย (Mortality) หมายถึง อุบัติการณ์การตาย อันเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้ประชากรเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ลดลง

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) หมายถึง กระบวนการให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ โดยใช้วิธีการทำสำมะโน การสำรวจ การจดทะเบียน หรือการรวบรวมจากเอกสาร

การลงทะเบียน (Registries) หมายถึง ระบบฐานข้อมูลที่ใช้ในการเก็บรวบรวมบันทึกข้อมูล ที่มีลักษณะเฉพาะของประชากรที่ศึกษา โดยถือเกณฑ์ตามสภาวะทางสุขภาพ เช่น เกิด เจ็บป่วย และตาย

สาเหตุการตาย (Cause of Death) (4) หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นแรกสุดในผู้ตาย อันเป็นโรคที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามต่อๆ กันมาจนนำไปสู่การหยุดทำงานของอวัยวะที่สำคัญต่างๆ ทำให้เกิดการเสียชีวิต

หนังสือรับรองการตาย (Medical Death Certificate) (4) หมายถึง แบบฟอร์มที่ใช้บันทึกสาเหตุการตายเพื่อรับรองการตายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ใช้ประกอบการแจ้งตายและการขอใบมรณบัตร

รูปแบบการตาย (Mode of Death) (4) หมายถึง ข้อความที่แสดงให้ทราบว่า อวัยวะที่สำคัญอวัยวะใดหยุดทำงานไปก่อนที่ผู้ป่วยจะตาย ได้แก่ คำว่า หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว สมองหยุดทำงาน ภาวะการไหลเวียนโลหิตล้มเหลว เป็นต้น

สถิติชีพ (Vital Statistics) หมายถึง ข้อมูลทางประชากรที่รวบรวมมาจากการจดทะเบียนชีพ ได้แก่ ข้อมูลการเกิด การตาย การสมรส การหย่า และการย้ายที่อยู่

ใบมรณบัตร (Death Certificate) หมายถึง เอกสารที่เจ้าหน้าที่ทะเบียนผู้รับแจ้งการตายออกให้แก่ผู้แจ้งตายเพื่อนำไปใช้ในการแจ้งตายในท้องที่ที่ผู้ตายมีภูมิลำเนาอยู่ รวมทั้งใช้เป็นหลักฐานในการประกอบพิธีศพ

คุณภาพของระบบรายงานสาเหตุการตาย หมายถึง การตรวจสอบสาเหตุการตายที่มีบันทึกในมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และรายงานสาเหตุการตายที่ได้จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยให้สาเหตุการตายที่มีบันทึกในแฟ้มเวชระเบียนเป็นเกณฑ์ในการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตาย ซึ่งรายการที่ตรวจสอบได้แก่

- ความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตายตามกฎหมาย
- ความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต ที่มีบันทึกและมีการรายงาน
- ความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายที่ได้ลงบันทึกไว้ด้วยรหัส ICD-10 3 digits

สาเหตุการตายไม่ชัดเจน หมายถึง สาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตที่เกิดจากอาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิกและห้องปฏิบัติการ และถูกระบุด้วยรหัส ICD-10 เป็น R00-R99

1.7 ปัญหาทางจริยธรรม (Ethical consideration)

เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ไบรอนบัตร และทะเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ได้จากแผนกเวชระเบียน ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และเก็บข้อมูลทั้งหมดไว้เป็นความลับ โดยไม่ใช้ชื่อ-สกุล ผู้ป่วยจริง และมีการขออนุมัติทางจริยธรรมเพื่อการวิจัยจากทั้งคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และจากคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยของกรมแพทยทหารเรือก่อน รวมทั้งมีการรักษาความลับของข้อมูลตาม พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ปี 2550 จึงคาดว่าไม่มีปัญหาทางจริยธรรม

1.8 ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

เนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสาเหตุการตายให้ถูกต้องได้ ดังนั้นจึงทำเพียงตรวจสอบการบันทึกสาเหตุการตายว่าเป็นตามกฎการบันทึกสาเหตุการตายว่าสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายนำมาจากบรรทัดล่างสุดหรือไม่เท่านั้นและในกรณีที่พบปัญหาความไม่ถูกต้อง / ไม่ชัดเจนของสาเหตุการตาย ผู้วิจัยจะขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญต่อไป

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit & Application)

ผู้วิจัยจะส่งข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัย ให้แก่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อให้เกิดประโยชน์ ดังนี้

1.9.1 ใช้เป็นแนวทางและข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพของสาเหตุการตาย ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลอื่นๆ ในสังกัดกรมแพทยทหารเรือ

1.9.2 ยกระดับคุณภาพสาเหตุการตายของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ให้มีความถูกต้องและได้มาตรฐาน

1.9.3 เพื่อให้แพทย์ได้เห็นถึงความสำคัญของการบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการรายงานสาเหตุการตายได้เห็นถึงความสำคัญของการรายงานสาเหตุการตาย

1.9.4 เพื่อให้โรงพยาบาลได้นำสาเหตุการตาย ปัญหาความรุนแรงของสาเหตุการตายต่าง ๆ ไปใช้วางแผนงานบริการการส่งเสริมสุขภาพหรือโครงการป้องกันได้อย่างเหมาะสม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง คุณภาพของระบบรายงานสาเหตุการตายของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550 ได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบไปด้วย หัวข้อดังต่อไปนี้

- 2.1 ความหมายของการตาย
- 2.2 ระบบข้อมูลข่าวสาร
- 2.3 ข้อมูลสถานะสุขภาพ
- 2.4 วิวัฒนาการของระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
- 2.5 เวชระเบียนและหลักสำคัญในการบันทึก
- 2.6 ระบบการจัดเก็บข้อมูลประชากรและข้อมูลการตายของประเทศไทย
- 2.7 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตาย
- 2.8 คุณภาพข้อมูลการตายของประเทศไทย
- 2.9 หนังสือรับรองการตายและการเขียนหนังสือรับรองการตาย
- 2.10 บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศและรหัสข้อมูลมาตรฐานทางการแพทย์ของประเทศไทย
- 2.11 ระบบรายงานสาเหตุการตายในสถานพยาบาล
- 2.12 ระบบรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
- 2.13 แผนกนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
- 2.14 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความหมายของการตาย

นิยามของ "การตาย" (5)

คนทั่วไปรู้ว่า " การตาย " หมายถึงการยุติของการมีชีวิตอยู่ แต่การให้คำจำกัดความให้ลึกซึ้งและชัดเจนยิ่งขึ้นมีความจำเป็น เนื่องจากมีปัญหาในทางปฏิบัติทั้งทางด้านการแพทย์และทางกฎหมาย ตัวอย่างที่เป็นปัญหา เช่น การนำอวัยวะออกจากร่างกาย (เพื่อนำไปปลูกถ่ายให้ผู้อื่น) ของผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองอย่างรุนแรงไม่มีหวังว่าจะรอดชีวิต จะเป็นความผิดทางอาญาหากผู้นั้นยังไม่ตาย ในทางกฎหมาย "การตาย" มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในสิทธิ

และหน้าที่ของทั้งผู้ตายรวมถึงบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องเช่น ทายาท เจ้าหนี้ ลูกหนี้ ดังนั้น การให้คำจำกัดความของ "การตาย" จึงต้องมีความชัดเจนเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งทางวิชาชีพทางการแพทย์และทางกฎหมายได้ยึดถือเป็นหลักในทิศทางเดียวกัน

องค์การอนามัยโลก (6) และสหประชาชาติได้ให้คำนิยามของ "การตาย" ว่าเป็นการสิ้นสุดอย่างถาวรของหลักฐานทั้งหมดเกี่ยวกับการมีชีวิตในขณะใดขณะหนึ่ง ทั้งนี้การสิ้นสุดจะต้องเกิดขึ้นภายหลังการเกิดมีชีพ การเกิดรอดแล้วเท่านั้นการสิ้นสุดอย่างถาวรของหลักฐานทั้งหมดเกี่ยวกับการมีชีวิตในที่นี้หมายถึง การหยุดทำงานอย่างถาวรของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบไหลเวียนของเลือดและระบบหายใจ

ธานินทร์ ภูพัฒน์ (7) ได้รวบรวมคำจำกัดความของการตายไว้ ดังต่อไปนี้

Black's Law Dictionary ได้ให้ความหมายของการตายว่า การหยุดการดำรงชีวิต คือ การหยุดทำงานของระบบไหลเวียนของเลือด และการตายในเหตุการณ์ของเวลาใดเวลาหนึ่งไม่ใช่เหตุการณ์ที่ต่อเนื่อง

Halley ได้ให้ความหมายของการตายว่า การหยุดการทำงานของสมอง ระบบการหายใจ และระบบการไหลเวียนของเลือด โดยไม่สามารถกลับฟื้นการทำงานขึ้นมาได้อีก

Berg ได้ให้ความหมายของการตายว่า การตาย คือ การหยุดทำงานของศูนย์กลางในสมองซึ่งทำหน้าที่ประสานงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย

Somatic death เป็นลักษณะของการตายที่ร่างกายไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้และผลการตรวจทางการแพทย์ สิ่งชี้ว่าตายแล้ว คือ รูม่านตาขยายและไม่ตอบสนองต่อแสงทั้ง 2 ข้าง (bilateral dilatation and fixation of the pupil), ไม่มีปฏิกิริยาสะท้อนทุกชนิด (the aberrance of all reflexes), หยุดหายใจโดยไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (cessation of respiratory without mechanical assistance), หัวใจหยุดเต้นเอง (cessation of spontaneous cardiac action), ตรวจพบคลื่นสมองแบนราบอย่างสมบูรณ์โดยไม่อยู่ภายใต้ฤทธิ์ของยาบาร์บิทูเรท หรือยากดประสาทอื่นๆ (completely flat brain wave tracing in the absence of barbiturate or other string sedative effect)

หลักในการนิยาม "การตาย" ของต่างประเทศ (5)

แต่เดิมในตำราของต่างประเทศมักให้นิยามของ "การตาย" ว่า "irreversible cessation of heart and lung function" โดยแปลเป็นภาษาไทยว่า "การยุติการทำงานของหัวใจและปอดอย่างถาวรไม่สามารถคืนสภาพได้" แต่ก็ยังมีปัญหาเนื่องจากต่อมามีการเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์อย่างมาก ทำให้สามารถมียาหรือเครื่องมือสมัยใหม่เช่นยากระตุ้นหัวใจ

เครื่องช่วยหายใจที่สามารถช่วยให้ผู้ที่มีการบาดเจ็บของสมองอย่างรุนแรงและถาวรยังมีการทำงานของหัวใจและปอดได้อีกนาน เมื่อประมาณ ค.ศ.1979 ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จัดประชุม นักวิชาการเพื่อให้คำนิยามของ "การตาย" และต่อมาานิยามดังกล่าวที่ได้จากที่ประชุมนี้ได้ ถูกบัญญัติไว้ในกฎหมายที่ว่าด้วยความตาย (Death Act) ของประเทศสหรัฐอเมริกา นิยามของการตายในกฎหมายฉบับนี้ คือ

- 1) Irreversible cessation of circulatory and respiratory function. or
- 2) Irreversible cessation of the entire brain.

แปลเป็นภาษาไทยว่า บุคคลถือว่าถึงแก่ความตายเมื่อ

- 1) มีการหยุดทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบการหายใจอย่างไม่สามารถฟื้นคืนสภาพได้ หรือ
- 2) มีการหยุดทำงานสมองทุกส่วนอย่างไม่สามารถฟื้นคืนสภาพได้

เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้นขอยกตัวอย่างคดีที่เกิดขึ้นในต่างประเทศดังนี้

นาย John ถูกลอบฆ่าโดยมือปืนยิงที่ศีรษะ แพทย์ตรวจร่างกายพบว่ามีการภาวะ brain death แล้วแต่หัวใจยังเต้นอยู่ และหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ญาติของผู้ป่วยได้บริจาคหัวใจของผู้ป่วย แพทย์จึงผ่าตัดนำหัวใจของ John ออกมา มือปืนตกเป็นจำเลยฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา จำเลยให้การปฏิเสธโดยอ้างว่า ศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัดเอาหัวใจ ของ John ออกมาต่างหากที่เป็นผู้ฆ่า คดีนี้ศาลตัดสินว่าศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดขณะที่ผู้ป่วยถึงแก่ความตายแล้ว การตายของ นาย John เป็นผลจากการกระทำของจำเลย เห็นได้ว่าคดีนี้ศาลยอมรับหลักการที่ว่าบุคคลตาย เมื่อสมองตายแล้ว

หลักในการนิยาม "การตาย" ของประเทศไทย (5)

แต่เดิมนักวิชาการคล้ายกับของต่างประเทศ คือ ใช้เกณฑ์เรื่องการที่หัวใจหยุดเต้นและหยุดหายใจเป็นหลัก แต่เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ.2531 ได้มีการจัดประชุมแพทย์และนักกฎหมายที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งในที่ประชุมมีมติสำคัญข้อหนึ่งว่า "เมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะสมองตายให้ถือว่าผู้นั้นถึงแก่ความตาย" และต่อมาแพทยสภา

ได้ออกประกาศแพทยสภาว่าด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย โดยสรุป ในประเทศไทยถือว่าบุคคลตายเมื่อ

- 1) มีการหยุดทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบการหายใจอย่างไม่สามารถฟื้นคืนสภาพได้ หรือ
- 2) มีภาวะสมองตาย (ตามเกณฑ์วินิจฉัยของแพทยสภา)

เกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย (ตามเกณฑ์วินิจฉัยของแพทยสภา) (8)

อนุสนธิจากการประชุมโต๊ะกลม เรื่อง การตายทางการแพทย์และการตายทางกฎหมาย เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2531 ณ ห้องประชุมสารนิเทศ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แพทย์และนักกฎหมายจาก สถาบันต่าง ๆ ที่เข้าร่วมประชุมได้เห็นพ้องต้องกันดังมีสาระสำคัญต่อไปนี้

- (1). การที่ขาดการตายเป็นปัญหาข้อเท็จจริงทางการแพทย์
- (2). บุคคลผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าสมองตาย ถือว่าบุคคลนั้นถึงแก่ความตาย
- (3). สมองตาย หมายถึง การที่แกนสมองถูกทำลายจนสิ้นสุดการทำงานโดยสิ้นเชิงตลอดไป
- (4). แพทย์เป็นผู้มีหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยและตัดสินใจการตายของสมองตามเกณฑ์ทางวิชาชีพ
- (5). แพทยสภาควรมีหน้าที่ในการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการในการวินิจฉัยสมองตาย

เพื่อความเจริญก้าวหน้าทางวิชาชีพและเพื่อประโยชน์ของประชาชน และคณะกรรมการแพทยสภาได้เล็งเห็นว่า การวินิจฉัยคนตายโดยอาศัยเกณฑ์สมองตายนั้นมีความจำเป็นที่ต้องนำไปใช้ โดยเฉพาะกับการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะสำคัญของมนุษย์ และอาจนำไปใช้ในกรณีอื่น ๆ ในอนาคต และเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมดังที่บัญญัติไว้ในข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 แพทยสภาจึงกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย และวิธีการปฏิบัติไว้ ตามมติคณะกรรมการแพทยสภา ครั้งที่ 2/2532 วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2532 ดังนี้

ก. การวินิจฉัยสมองตายจะทำได้ในสภาวะและเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยต้องไม่รู้สึกรู้ตัว (deeply comatose) โดยจะต้องแน่ใจว่าเหตุของการไม่รู้สึกรู้ตัวนี้ไม่ได้เกิดจาก
 - 1.1 พิษยา (Drug intoxication) เช่น ยาเสพติด ยานอนหลับ หรือยากล่อมประสาท ฯลฯ
 - 1.2 สภาวะอุณหภูมิในร่างกายต่ำ (Primary hypothermia)

1.3 สภาวะผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ และเมตาบอลิก (Metabolic and endocrine disturbances)

1.4 สภาวะ Shock

2. ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวนั้นอยู่ในเครื่องช่วยหายใจ (Comatose patient on ventilator) เนื่องจากไม่หายใจ โดยจะต้องแน่ใจว่าเหตุของการไม่หายใจ ไม่ได้เกิดจากยาคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxants) หรือยาอื่น ๆ

3. จะต้องมีข้อวินิจฉัยถึงสาเหตุของการไม่รู้สึกตัวและไม่หายใจในผู้ป่วยนั้น โดยที่ให้ผู้ดูแลคัดโดยปราศจากข้อสงสัยเลยว่าสภาวะของผู้ป่วยนี้เกิดขึ้นจากการที่สมองเสียหายโดยไม่มีหนทางเยียวยาได้อีกแล้ว (irremediable and irreversible structural brain damage)

4. ถ้าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะครบตามเงื่อนไขที่กำหนดแล้ว จะต้องทำการตรวจสอบเพื่อยืนยันสมองตายคือ

4.1 ต้องไม่มีการเคลื่อนไหวใด ๆ ได้เอง (No spontaneous movement) ไม่มีอาการชัก (No epileptic jerking) ไม่มี decorticate หรือ decerebrate rigidity

4.2 ต้องไม่มีรีเฟล็กซ์ของแกนสมอง (absence of brain stem reflexes) ทั้ง 6 ประการต่อไปนี้คือ

(1) dilated and fixed pupils

(2) absence of corneal reflex

(3) no motor response within the cranial nerve distribution

(4) absence of oculoccephalic reflex (Doll's head phenomena)

(5) absence of vestibular response to caloric stimulation

(6) absence of gag and cough reflex

4.3 ไม่สามารถหายใจได้เอง (No spontaneous respiration) ซึ่งทดสอบได้โดยการหยุดเครื่องช่วยหายใจ (ให้ออกซิเจนทางสายยางเข้าในหลอดลม) เป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาที และคอยดูว่ามีการหายใจหรือไม่ ขณะที่ทดสอบจะต้องมีค่าความดันของคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือด (pCo₂) ไม่ต่ำกว่า 60 mmHg.

4.4 สภาวะการตรวจพบในข้อ 4.1, 4.2 และ 4.3 นี้ จะต้องไม่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเวลาอย่างน้อย 12 ชั่วโมง จึงจะถือได้ว่าสมองตาย

ข. วิธีการปฏิบัติในการวินิจฉัยสมองตาย

1. การวินิจฉัยสมองตายต้องกระทำโดยองค์คณะของแพทย์ไม่น้อยกว่า 3 คน โดยคนหนึ่งเป็นแพทย์เจ้าของผู้ป่วย และอีก 1 ใน 2 คนที่เหลือควรเป็นแพทย์สาขาประสาทวิทยา หรือแพทย์สาขาประสาทศัลยศาสตร์ (ถ้ามี)
2. องค์คณะของแพทย์ผู้วินิจฉัยสมองตาย ต้องไม่ประกอบด้วยแพทย์ผู้กระทำการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะรายนั้น
3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้ได้รับมอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษรจะต้องร่วมเป็นผู้รับรองการวินิจฉัยสมองตายและเป็นผู้ลงนามรับรองการตาย

2.2 ระบบข้อมูลข่าวสาร (9)

ข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งต่อการวางแผนและการบริหารงานต่างๆ เพราะกระบวนการวางแผนและการบริหารงานในแต่ละขั้นตอน จำเป็นต้องมีการตัดสินใจอยู่ทุกขณะว่าจะทำอะไร เมื่อใด ที่ไหน ใช้ทรัพยากรอย่างไร และจะได้ผลอย่างไร ในการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีที่สุดจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลและวิจยารณญาณของผู้ตัดสินใจเป็นสำคัญ การมีข้อมูล แม้ข้อมูลนั้นจะมีมากเพียงพอ แต่ขาดซึ่งความถูกต้องและความมีประสิทธิภาพ ก็มิได้ช่วยให้ตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพได้ ฉะนั้นความจำเป็นที่ต้องมีข้อมูลที่มีความถูกต้องแน่นอน เชื่อถือได้ ครบถ้วน และมีความทันสมัยจึงจำเป็นอย่างยิ่ง

ความหมายและความสำคัญของข้อมูล (9)

ข้อมูล (Data) หมายถึง ข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นโดยมิได้มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ อาจเกี่ยวกับคน สิ่งของ โดยอาจแสดงเป็นเครื่องหมาย ตัวเลข ตัวอักษร หรือสัญลักษณ์ใดๆ

ข่าวสาร (Information) หมายถึง ข้อมูลที่แปลความแล้ว โดยนับเป็นอัตรา หรือเชื่อมโยงกับสิ่งที่สนใจ

ระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข หมายถึง การดำเนินงานด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ที่ได้กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการตั้งแต่การจัดเก็บจนถึงผู้ใช้ อย่างเป็นเหตุเป็นผลและมีความชัดเจน

หลักการที่สำคัญที่เกี่ยวกับการจัดระบบข้อมูล (9)

1. ข้อมูลข่าวสารต้องรวบรวมมาจากจุดที่ใกล้เคียงกับเหตุการณ์หรือกิจกรรมต่างๆ ให้มากที่สุด เช่น ผลความก้าวหน้าของการปฏิบัติงานตามโครงการ จุดเริ่มต้นของข้อมูลข่าวสาร

ควรจะเป็นระดับปลายสุดที่มีการปฏิบัติงานโครงการนั้นๆ จึงทำให้ข้อมูลที่เกิดขึ้นมีความถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

2. ข้อมูลข่าวสารต้องมีความถูกต้องตรงต่อความเป็นจริงมากที่สุด รายละเอียดต่างๆ ที่เก็บรวบรวมบันทึกจะต้องถูกต้อง ตรงกับการเกิดขึ้นจริงของข้อมูลที่มีอยู่ ไม่มีการต่อเติมเพิ่มเติมข้อมูล ถ้าไม่มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริง

3. ข้อมูลข่าวสารต้องมีการจัดไว้อย่างเป็นระบบ ทันสมัย ทันเวลา ข้อมูลข่าวสารบางลักษณะ ต้องการความเร็วเป็นพิเศษ เช่น ข้อมูลข่าวสารด้านระบาดวิทยา ที่ต้องการรายงานโดยเร็วที่สุด เพราะต้องการการปฏิบัติการในการควบคุมและป้องกันโรคนั้นๆ

4. ต้องมีระบบการประสานงานเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร ระหว่างผู้ใช้กับผู้ประมวลผล เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์สูงสุด เนื่องจากในบางครั้งการใช้ข้อมูลข่าวสารเพียงอย่างเดียว อาจไม่พอสำหรับการตัดสินใจ จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้นด้วย ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจระหว่างผู้เก็บข้อมูลและผู้วิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งผู้ที่จะใช้ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยว่า ต้องการในรูปแบบใด เพื่อการดำเนินการที่ถูกต้องตั้งแต่ขั้นตอนแรก

5. ต้องจัดให้มีระบบการป้อนกลับของข้อมูล เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละส่วนได้รับทราบถึงการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ รวมทั้งได้รับทราบปัญหา หรือข้อขัดข้องที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ข้อมูลเหล่านั้น ทำให้สามารถแก้ไขในการดำเนินการครั้งต่อไปได้

ประเภทของข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข (9)

1. ข้อมูลสถานทางสุขภาพ (Health Status) เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของประชากร ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่ต้องดูแลสุขภาพอนามัย และต้องนำมาใช้เป็นข้อมูลหลักในการหาความสัมพันธ์กับข้อมูลสถานสุขภาพอื่นๆ เพื่อนำไปวิเคราะห์ประกอบการตัดสินใจ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะประชากรได้แก่

1.1 สถิติชีพต่างๆ ได้แก่ การเกิด การเกิดมีชีพ (Live Birth) ทารกตาย (Stillbirth) มารดาตาย (Maternal Death) ฯลฯ

1.2 การตาย (Deaths or Mortality) เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตายต่างๆ เช่น สาเหตุการตาย เกิดจากอะไร ซึ่งจะมีความสำคัญต่อสถานะทางสุขภาพของประชาชนที่ต้องดูแลสุขภาพอนามัย จะเป็นตัวบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของประชากร รวมทั้งบอกถึงปัญหาสาธารณสุขได้ด้วย

1.3 การป่วย เป็นข้อมูลที่ทำให้การรวบรวมจากการรายงานการเกิดโรคต่างๆ เช่น ข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่เป็นโรคติดต่ออันตรายต่างๆ โรคที่ต้องแจ้งความเมื่อมีการเกิดโรคขึ้น ฯลฯ

2. ข้อมูลทรัพยากร (Health Status) เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยนำเข้าในงานสาธารณสุข ประกอบด้วย ข้อมูลต่างๆ เช่น ข้อมูลด้านกำลังคน ข้อมูลด้านทรัพยากรสิ่งก่อสร้าง ข้อมูลด้านการเงินและงบประมาณ ข้อมูลด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ

3. ข้อมูลกิจกรรมสาธารณสุข (Health Activities) เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริการสาธารณสุข ที่ได้ให้กับประชาชน เป็นการปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อมูลต่างๆ เช่น ข้อมูลด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาล ข้อมูลด้านกิจกรรมการป้องกันโรค ข้อมูลด้านกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และข้อมูลด้านการฟื้นฟูสภาพ

4. ข้อมูลสถานะเศรษฐกิจและสังคม เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ประกอบการวางแผนและประเมินผลงานสาธารณสุข เช่น ข้อมูลทางภูมิศาสตร์ ข้อมูลสถานะทางเศรษฐกิจในระดับต่างๆ ผลิตภัณฑ์มวลรวมแห่งชาติ ข้อมูลด้านการพัฒนาประชากรและสังคม ข้อมูลด้านอาชีพ ขนบธรรมเนียมประเพณี การศึกษา ฯลฯ

การจัดทำระเบียบรายงาน (9)

ระเบียบและรายงาน (Forms) เป็นสื่อกลางในการจัดเก็บและส่งผ่านข้อมูล เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบข้อมูลข่าวสาร ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องต้องมีความรู้ความเข้าใจ เพื่อให้สามารถใช้หรือดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารได้อย่างถูกต้อง สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1. ระเบียบ (Records) หรือแบบบันทึก (Registration) เป็นบันทึกที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเบื้องต้น (Primary data) เป็นรายหน่วยนับ หรือแฉก อาจเป็นรายบุคคล หรือรายกิจกรรมที่มีใช้ในงานด้านสาธารณสุขจะมีรหัสเป็น "รบ": ซึ่งใช้และเก็บไว้ภายในหน่วยงาน แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1.1 ระเบียบผู้ป่วยนอก และผู้รับบริการอย่างอื่น เป็นกลุ่มระเบียบที่ใช้ในแผนก หรือฝ่ายผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลหรือสถานบริการเช่นสถานอนามัย มีรหัส "รบ 1" เช่น บัตรตรวจโรค
- 1.2 ระเบียบผู้ป่วยใน เป็นกลุ่มระเบียบที่ใช้ในแผนกหรือฝ่ายผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเท่านั้น ใช้รหัส "รบ 2" เช่น บันทึกการผ่าตัด

- 1.3 ระเบียบอุปกรณ์และกลุ่มงาน เป็นกลุ่มระเบียบที่ใช้สนับสนุนการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีรหัส "รบ 3" เช่น บัตรจ่ายของและเวชภัณฑ์
2. รายงาน (Report) เป็นแบบพิมพ์หรือแบบบันทึกที่รวบรวมข้อมูลที่ต้องการจากระเบียบในช่วงเวลาที่กำหนด (Secondary data) ตามความต้องการของผู้ใช้ข้อมูล อาจส่งไปตามลำดับชั้นของหน่วยงานที่สังกัด มีรหัส "รง"

การจัดระบบการไหลเวียนของข้อมูล (9)

การจัดระบบการถ่ายเทข้อมูลต่างๆจากแหล่งข้อมูลขึ้นไปยังหน่วยงานที่อยู่เหนือขึ้นไป เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด จำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องต้องมีความเข้าใจในระบบนั้นๆด้วย เพื่อให้สามารถส่งผ่านข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ไม่มีการติดขัด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อข้อมูลได้

1. ทิศทางการไหลเวียน (Channel) เป็นการกำหนดทิศทางการส่งผ่านข้อมูลที่รวบรวมได้ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับที่สูงขึ้นไป เช่น การไหลเวียนของข้อมูลข่าวสารในทางการบริหารส่วนภูมิภาคใช้สายบังคับบัญชา เป็นทิศทางการส่งผ่านข้อมูล กล่าวคือ ข้อมูลจากหมู่บ้านส่งไปยังสถานีอนามัยในระดับตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในระดับจังหวัด กระทรวงสาธารณสุขในระดับส่วนกลางตามลำดับ

2. ความถี่ (Frequency) ความบ่อยของการส่งข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานระดับล่างไปยังหน่วยงานระดับสูงขึ้นไป ขึ้นอยู่กับความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของกิจกรรมหรือข้อมูลที่ต้องการขึ้นอยู่กับนโยบายในการบริหารของแต่ละหน่วยงาน

3. การแลกเปลี่ยนข้อมูล (Data exchange) การแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆระหว่างหน่วยงาน ควรมีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดเก็บข้อมูล เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เก็บรวบรวมให้ได้มากที่สุด

ปัญหาการนำข้อมูลไปใช้ (9)

1. ปัญหาด้านความครบถ้วน ความถูกต้องของข้อมูล เป็นปัญหาเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้มาไม่ครบถ้วนตามที่ต้องเก็บรวบรวม จะเป็นด้วยเหตุผลใดก็ตาม รวมทั้งการได้ซึ่งข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ทำให้การนำข้อมูลข่าวสารที่รวบรวมได้ นำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ได้ไม่เต็มที่ หรืออาจไม่สามารถนำไปใช้ได้

2. ปัญหาด้านบุคลากร เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบข้อมูลข่าวสาร ทำให้ส่งผลกระทบต่อข้อมูลข่าวสารที่จะทำการเก็บรวบรวม เช่น มีการเปลี่ยนตัวบุคคลใน

การเก็บรวบรวมข้อมูลบ่อย ทำให้ข้อมูลมีการผันแปรตามผู้เก็บข้อมูล ปัญหาด้านผู้บริหารที่ขาดความสนใจ อาจทำให้ผู้เกี่ยวข้องไม่เห็นความสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล ปัญหาบุคลากรไม่มีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล ไม่เห็นความสำคัญ ทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้

3. ปัญหาในการติดต่อสื่อสาร ประสานงานระหว่างส่วนกลางกับส่วนภูมิภาค ที่อาจมีการติดขัดหรือการประสานงานที่ล่าช้า อาจส่งผลต่อการเก็บรวบรวมข้อมูลข่าวสารได้

4. ปัญหาในการจัดเก็บและการนำข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขมาใช้ ที่ยังไม่กว้างขวางหรือใช้ประโยชน์ยังเต็มที่จากข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้

2.3 ข้อมูลสถานะสุขภาพ (10)

กระทรวงสาธารณสุข ภารกิจหลักที่สำคัญคือการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็ชนชาติใดก็ตาม สุขภาพอนามัยของประชาชนที่ดีนำไปสู่ความมั่นคงของสังคมนั้น ๆ ทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชน ต้องร่วมมือกันยกระดับความเป็นอยู่ของคนในชาติ ส่งเสริม สนับสนุน ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การวางแผนป้องกันตนเอง เพื่อคนไทยทุกคนจะได้ห่างไกลโรค

กระทรวงสาธารณสุข ก็จำเป็นต้องมีข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อ สนับสนุนประกอบการวางแผนงาน โครงการ และกำหนดนโยบายต่าง ๆ ในระดับชาติและระดับท้องถิ่น จึงมีการจัดทำข้อมูลสถิติเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของประชากรไทยมากกว่า 50 ปีแล้ว งานสถิติชีพและอนามัย (Vital & Health Statistics) เป็นข้อมูลหลักที่สำคัญที่จะบ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพและอนามัยของประชาชน เริ่มดำเนินการตั้งแต่การจัดทำข้อมูลโรคระบาดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสมัยนั้น และต่อมาได้มีการจัดระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลประชากร ข้อมูลการเกิด ข้อมูลการตาย ได้แก่ โครงสร้างทางประชากร อัตราการเกิด น้ำหนักเด็กแรกเกิด อัตราทารกตาย อัตรามารดาตาย อัตราการตายและอัตราการตายด้วยสาเหตุการตายต่าง ๆ นั้นทั่วโลกให้ความสำคัญกับข้อมูลดังกล่าวเนื่องจากเป็นตัวชี้วัดปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ประเทศไทยได้ใช้ดัชนีจำนวนและสาเหตุการตาย ความชุกและอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วย ความพิการและเทคโนโลยีที่มีอยู่ในการควบคุมป้องกันโรค

เมื่อ พ.ศ. 2492 กองสถิติพยากรณ์ชีพ หรือ กองสถิติสาธารณสุข ปัจจุบันเป็นกลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ได้มีส่วนร่วมในการยกร่างพระราชบัญญัติการจดทะเบียนคนเกิด คนตาย ซึ่งต่อมาได้นำเข้าร่วมในการยกร่างพระราชบัญญัติการ

ทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย และได้จัดทำโครงการจัดระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ตั้งแต่แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) วัตถุประสงค์ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสถิติชีพได้แก่ ปรับปรุงและขยายความร่วมมือในเรื่องสถิติชีพ และงานการทะเบียน จัดทำคู่มือ ระเบียบ และรายงานสำหรับผู้ปฏิบัติงาน เกี่ยวกับระบบรายงาน การเกิด รายงานการเกิดไร้ชีพ รายงานการตาย และรายงานการตายอายุต่ำกว่า 1 ปี กำหนดให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานเป็นรายเดือน และจัดทำคู่มือการสอบสวนสาเหตุการตาย สำหรับใช้เป็นคู่มือให้แก่กำนัน/ผู้ใหญ่ มีการนิเทศติดตามและประเมินผลการปฏิบัติเป็นระยะ ๆ และยกเลิกระบบรายงานดังกล่าวไปเมื่อพ.ศ. 2539 ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 จนถึงปัจจุบัน กระทรวง สาธารณสุข โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เชื่อมโยงข้อมูล การเกิด การตาย จากฐานข้อมูลทะเบียนกลาง สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เพื่อลดความซ้ำซ้อน ข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วน สมบูรณ์ แต่อย่างไรก็ดีด้านคุณภาพของสาเหตุ การตายก็ยังเป็นปัญหาอย่างมาก เนื่องจากการตายของคนไทยส่วนใหญ่นิยมตายที่บ้าน บุคคลที่ให้สาเหตุการตายกรณีตายที่บ้านจะเป็นญาติหรือผู้รับแจ้งการการตาย

กระบวนการจดทะเบียนราษฎร อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งในปัจจุบัน สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ได้พัฒนาระบบการ จัดเก็บตามโครงการจัดเก็บข้อมูลด้านการทะเบียนราษฎรด้วยระบบคอมพิวเตอร์ เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2526 และจัดตั้งสำนักทะเบียนกลางขึ้น อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงมหาดไทย มีหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประชากรและเก็บข้อมูลรายการเกิด และรายการตายทั่วประเทศ ในป็นั้น ๆ เป็นประจำทุกปี และมีการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจดทะเบียนการเกิด การตาย ที่ถูกจัดเก็บด้วยระบบ คอมพิวเตอร์ จะถูกจัดส่งให้กระทรวงสาธารณสุข ด้วยการเชื่อมโยงระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ เพื่อการจัดการทำสถิติต่าง ๆ ทางสาธารณสุข ตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยการใช้ประโยชน์ ด้านข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางในราชการ ระหว่างสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวง สาธารณสุข และกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำข้อมูลบุคคลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางซึ่งกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย รวบรวมจัดเก็บไว้ในระบบคอมพิวเตอร์ โดยมีรายละเอียดของประชาชนทุกคน ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ไปใช้ในการกิจการบริการสาธารณสุขให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทั้งนี้เป็นไปตามแผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศภาครัฐและนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศ แห่งชาติ (IT 2000)

2.4 วิวัฒนาการของระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพกับการพัฒนาระบบข้อมูลบริการสุขภาพ (10)

การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงแผนฯ นี้ ทำให้ประเทศไทยได้รับยกย่องจากองค์การอนามัยโลกว่า วางแผนงานสาธารณสุขได้สมบูรณ์แบบที่สุด โดยหลักการผสมผสานงานสาธารณสุข เพื่อจัดบริการให้กับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่แตกต่างกัน กระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งงานออกเป็น 10 ลักษณะ เรียกว่า บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (Basic Health Service) ประกอบด้วย การรักษาพยาบาล การอนามัยแม่และเด็ก การอนามัยโรงเรียน การโภชนาการ การวางแผนครอบครัว การป้องกันโรคติดต่อการสุขภาพ การงบประมาณ การจัดทำรายงาน และการเผยแพร่ยาตำราหลวง ทำให้การจัดเก็บข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ทวีรายการเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาอีกรูปแบบหนึ่ง กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขกลางขึ้นในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นการภายในประกอบด้วย กองระบาดวิทยา กองแผนงานสาธารณสุข และกองสถิติสาธารณสุข ร่วมกันรับผิดชอบงาน ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางส่งผ่านข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ระหว่างส่วนกลางกับส่วนภูมิภาค

2.5 เวชระเบียน (11)

เวชระเบียน (Medical Record) เป็นบันทึกของแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมีความสำคัญในการเป็นเอกสารบันทึกความเจ็บป่วยในอดีตเพื่อใช้ดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่อง เป็นเอกสารที่บันทึกข้อมูลที่สำคัญและสิ่งที่ได้ปฏิบัติงานไป เป็นข้อมูลเพื่อนำมาคิดค่าสถิติต่าง ๆ เป็นเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากทางหน่วยงานรัฐหรือบริษัทประกันชีวิต และเป็นพยานเอกสารในทางกฎหมาย แพทยสภาได้เห็นความสำคัญของเวชระเบียนและได้ออกแนวทางในการบันทึกเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วย ตั้งแต่ กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2542 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีความต่อเนื่องในการรักษาผู้ป่วย มีการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการผู้ป่วย และเป็นการประกันคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์ที่แพทยสภาได้มีมติให้เผยแพร่ นั้น แม้เป็นเพียงแนวทาง (guideline) แต่เป็นสิ่งที่แพทย์ทุกคนควรปฏิบัติ ทั้งนี้เพราะบันทึกเวชระเบียนก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยกับงานสาธารณสุขในระดับดูแลผู้ป่วยจนถึงระดับการบริหารนโยบาย และเป็นหลักฐานเอกสารสำหรับผู้ป่วย คู่กรณี รวมทั้งตัวแพทย์เมื่อมีปัญหาขึ้นในการฟ้องร้องตามกระบวนการยุติธรรมแพทยสภาได้กำหนดแนวทางในการบันทึกเวชระเบียน

ออกเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เวชระเบียนผู้ป่วยใน เวชระเบียนเมื่อมีการทำหัตถการ
อย่างไรก็ตามหลักการร่วมกันของการบันทึกเวชระเบียนนั้นสามารถสรุป ได้ดังนี้

หลักสำคัญในการบันทึกเวชระเบียน (11) มีดังนี้

1. การบันทึกข้อมูลทางคลินิกเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย
2. การบันทึกข้อมูลทำด้วยตนเอง หรือกำกับตรวจสอบให้ผู้อื่นบันทึกให้ถูกต้อง
3. บันทึกประวัติ อาการสำคัญ
4. ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่น
5. สัญญาณชีพ (vital signs)
6. ผลการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ผิดปกติ หรือมีความสำคัญต่อการวินิจฉัย หรือให้
การรักษาแก่ผู้ป่วย
7. ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค
8. การสั่งการรักษาพยาบาล รวมตลอดถึงชนิดของยา และจำนวนยา
9. ในกรณีมีการทำหัตถการ ควรมีบันทึกเหตุผลความจำเป็นของการทำหัตถการ
โดยยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทนภายหลังที่ได้รับทราบเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดีและอาการแทรกซ้อน
ที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ
10. คำแนะนำอื่น ๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย
11. การบันทึกด้วยลายมือควรมีลักษณะที่ชัดเจนพอเพียงที่ผู้อื่นจะอ่านเข้าใจได้ หรือใช้
การพิมพ์ และแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยต้องลงนามกำกับท้ายคำสั่ง
12. การสั่งการรักษาพยาบาลด้วยคำพูด หรือทางโทรศัพท์จะทำได้เฉพาะกรณีที่มี
ความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือในกรณีการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดผลร้าย
ต่อผู้ป่วย ทุกครั้งที่สั่งการรักษาด้วยคำพูดหรือทางโทรศัพท์ แพทย์ผู้สั่งการรักษาต้องลงนามกำกับ
ท้ายคำสั่งโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ และอย่างช้าที่สุดไม่ควรเกิน 24 ชั่วโมงภายหลัง
การสั่งการรักษาดังกล่าว
13. บันทึกเวชระเบียนควรมีความสมบูรณ์อย่างช้าภายใน 15 วันหลังจากผู้ป่วย
ถูกจำหน่ายออกจากการรักษาพยาบาล
14. เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ต่อเนื่องควรเก็บรักษาบันทึกเวชระเบียน
ไว้อย่างน้อยที่สุด 5 ปี นับจากวันที่ผู้ป่วยมาติดต่อรับการรักษาครั้งสุดท้าย

15. และก่อนที่สถานพยาบาลจะทำลายเวชระเบียนควรได้มีการประกาศเพื่อให้ผู้ป่วยที่ยังประสงค์จะใช้ประโยชน์จากข้อมูลในเวชระเบียนสามารถคัดค้านการทำลาย หรือทำการคัดลอก คัดสำเนาข้อมูลเฉพาะส่วนของตนเพื่อประโยชน์ต่อไป

2.6 ระบบการจัดเก็บข้อมูลประชากรและข้อมูลการตายของประเทศไทย (10)

ความเป็นมา

ข้อมูลประชากรและข้อมูลการตายของประเทศไทยที่รายงานอยู่ในสถิติสาธารณสุข โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขนั้น เป็นข้อมูลที่ได้มาจากการประมวลผลที่จัดเก็บมาจากหน่วยงานอื่น ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อมูลประชากร

ข้อมูลประชากรที่ถูกนำมารายงานในสถิติสาธารณสุขนั้นได้มาจากแหล่งข้อมูลใหญ่ 2 แหล่ง คือ ข้อมูลสำมะโนประชากร และ ข้อมูลทะเบียนราษฎร

ข้อมูลสำมะโนประชากร

ประเทศไทยได้ดำเนินการสำมะโนประชากร (Population Census) มาทั้งหมด 10 ครั้ง โดยในครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2452 และครั้งที่ 10 ในปี พ.ศ. 2543 หน่วยงานที่รับผิดชอบในการทำสำมะโนประชากรครั้งที่ 1-5 คือ กระทรวงมหาดไทย และต่อมาเมื่อมีการจัดตั้งสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีในขณะนั้นขึ้นมา การทำสำมะโนประชากรจึงเปลี่ยนมาเป็นหน้าที่รับผิดชอบของสำนักงานสถิติแห่งชาติมาจนถึงปัจจุบัน

รายละเอียดของการสำรวจสำมะโนประชากรทั่วประเทศ ตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงครั้งสุดท้าย ซึ่งประกาศใช้เป็นรายงานทางราชการ ตามครั้งที่ วันที่ทำการสำรวจ ชื่อของการสำรวจและส่วนราชการที่รับผิดชอบ ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดงการสำรวจสำมะโนประชากรทั่วประเทศ ตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน

ครั้งที่	วันที่ทำการสำรวจ	ชื่อการสำรวจ	หน่วยงานราชการที่รับผิดชอบ
1	1 เม.ย. 2452	การสำรวจสำมะโนครัว พ.ศ. 2452	กระทรวงมหาดไทย
2	1 เม.ย. 2462	การสำรวจสำมะโนครัว พ.ศ. 2462	กระทรวงมหาดไทย
3	15 ก.ค. 2472	การสำรวจสำมะโนครัว พ.ศ. 2472	กระทรวงมหาดไทย
4	23 พ.ค. 2480	การสำรวจสำมะโนครัว พ.ศ. 2480	กระทรวงมหาดไทย
5	25 เม.ย. 2490	การสำรวจสำมะโนครัว พ.ศ. 2490	กระทรวงมหาดไทย
6	25 เม.ย. 2503	สำมะโนประชากรแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2503	สำนักงานสถิติกลาง สภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ
7	1 เม.ย. 2513	สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2513	สำนักงานสถิติแห่งชาติ
8	1 เม.ย. 2523	สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523	สำนักงานสถิติแห่งชาติ
9	1 เม.ย. 2533	สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2533	สำนักงานสถิติแห่งชาติ
10	1 เม.ย. 2543	สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543	สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ที่มา : กระทรวงมหาดไทยและสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลทะเบียนราษฎร (10)

การจดทะเบียนประชากรของประเทศไทย เป็นงาน "ทะเบียนราษฎร" ซึ่งเริ่มมีมาพร้อมกับการจดทะเบียนคนเกิด คนตาย และคนย้ายถิ่น ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2460 มีการตรา "พระราชบัญญัติการตรวจสอบบัญชีสำมะโนครัว และการจดทะเบียนคนเกิด คนตาย คนย้าย ตำบล พุทธศักราช 2460" ตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ แต่ละครัวเรือนจะมีรายการบุคคลเพิ่มเข้ามา โดยการแจ้งเกิดและการย้ายเข้า มีรายการบุคคลที่คัดออกไปจากสำมะโนครัว โดยการแจ้งตายและการย้ายออก จำนวนราษฎรในแต่ละครัวเรือน เมื่อนำมารวมกันแล้วจะได้ยอดรวมประชากรของหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด และทั่วทั้งประเทศตามลำดับขึ้นมา ประเทศไทยได้ใช้จำนวนประชากรของหน่วยการปกครองต่างๆที่ได้จากทะเบียนราษฎรนี้เป็น "จำนวนประชากรที่เป็นทางการ" ตลอดมาจนถึงปัจจุบัน และจากอดีตที่ผ่านมา ได้มีการตราพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการจดทะเบียนชีพและทะเบียนราษฎรออกมาใช้ทั้งหมด 11 ฉบับ โดยในฉบับสุดท้าย คือ "พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534" ซึ่งในมาตรา 45 ของพระราชบัญญัติฉบับนี้ ได้กำหนดวิธีการรวบรวมจำนวนประชากรทั่วประเทศไว้ดังนี้

มาตรา 45

ให้ผู้อำนวยการทะเบียนกลางรวบรวมรายงานยอดจำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักรที่มีอยู่ในวันที่ 31 ธันวาคม ของปีที่ล่วงมา และ ประกาศในราชกิจจานุเบกษาภายในเดือนมีนาคม ของทุกปี

จากที่กล่าวมาข้างต้นในประเด็นข้อมูลสำมะโนประชากร หากพิจารณาถึงความแตกต่างระหว่างการทำสำมะโนประชากรและการทะเบียนราษฎร ก็จะพบได้ว่า มีความแตกต่างกันทั้งในด้านวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ข้อมูลที่ได้ การนำเสนอข้อมูล และประโยชน์ที่ได้จากข้อมูล ดังในตารางที่ 2.2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2.2 ความแตกต่างระหว่างวิธีสำมะโน (Census) และวิธีการทะเบียน(Registration)

สำมะโนประชากรและเคหะ	ทะเบียนราษฎร
<p>1. วัตถุประสงค์</p> <p>สำมะโนประชากรและเคหะจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน และลักษณะของประชากรทุกคนในครัวเรือน และลักษณะของที่อยู่อาศัยของประชากรเหล่านั้น โดยจัดทำทุกๆ 10 ปี เพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ และใช้กำหนดนโยบายในการบริหารและเพื่อสนองความต้องการใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์วิจัยต่างๆ ตลอดจนใช้ในการคาดประมาณจำนวนประชากรในอนาคต</p>	<p>1. วัตถุประสงค์</p> <p>ทะเบียนราษฎรนั้นเป็นการจัดทำทะเบียนของประชาชนตามกฎหมาย เพื่อใช้ข้อมูลในการบริหารทะเบียนราษฎรนั้นเป็นการจัดทำทะเบียนของประชาชนตามกฎหมายเพื่อใช้ข้อมูลในการบริหารการปกครองท้องถิ่นมากกว่าจะใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาต่างๆ เนื่องจากมีรายละเอียดไม่เพียงพอ</p>
<p>2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล</p> <p>2.1 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลประชากรทั่วประเทศ ณ สถานที่อยู่จริงในเวลาเดียวกัน</p> <p>2.2 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจำแนกตาม "ครัวเรือน" ซึ่งเป็นหน่วยที่ใช้เป็นพื้นฐานในการสำรวจและการวางแผนต่างๆ</p> <p>2.3 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์</p>	<p>2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล</p> <p>2.1 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลประชากรตามที่อยู่ ที่ปรากฏในทะเบียนราษฎร</p> <p>2.2 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจำแนกตาม "บ้าน" หรือ "หลังคาเรือน"</p> <p>2.3 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากทะเบียนราษฎร โดยประชากรมีหน้าที่ไปแจ้ง ณ สำนักงานทะเบียน ท้องถิ่นตามที่กฎหมายกำหนด</p>
<p>3. ข้อมูลที่ได้</p> <p>เป็นข้อมูลแสดงลักษณะรายละเอียดของประชากร ประกอบด้วย ลักษณะทางประชากรทางเศรษฐกิจและสังคม และลักษณะในการอยู่อาศัยของประชากร เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตรเกิดรอด การศึกษา การย้ายถิ่น ศาสนา สถานที่เกิด การมีงานทำ อาชีพอุตสาหกรรม สถานภาพการ ทำงาน ลักษณะที่อยู่อาศัย การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยและที่ดินมาตรฐาน ความเป็นอยู่ของประชากร เป็นต้น</p>	<p>3. ข้อมูลที่ได้</p> <p>ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร มีรายละเอียดเฉพาะ เพศ และอายุ</p>

ตารางที่ 2.2 ความแตกต่างระหว่างวิธีสำมะโน(Census) และวิธีการทะเบียน(Registration)

สำมะโนประชากรและเคหะ	ทะเบียนราษฎร
<p>4. การนำเสนอข้อมูล</p> <p>สำมะโนประชากรสามารถเสนอผลได้ในระดับทั่วราชอาณาจักร ภาค จังหวัด อำเภอ และตำบล ในรายละเอียดในเรื่องต่าง ๆ ตามที่ได้กล่าวในข้อ 3</p>	<p>4. การนำเสนอข้อมูล</p> <p>ทะเบียนราษฎรได้ออกรายงานผลแสดงจำนวนประชากรในวันสิ้นปีในระดับเดียวกับการทำสำมะโนแต่จำแนกตามเพศ และอายุเท่านั้น</p>
<p>5. ประโยชน์ที่ได้จากข้อมูล</p> <p>5.1 ข้อมูลที่รวบรวมมีรายละเอียดในเรื่องต่าง ๆ จึงสามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และ สังคมของประเทศ</p> <p>5.2 นำไปใช้ในการวิจัยต่าง ๆ</p> <p>5.3 ใช้เป็นประชากรฐานในการคาดประมาณประชากรในอนาคต ซึ่งใช้ในการวางแผนระยะยาว และข้อมูลที่ได้จากการคาดประมาณนั้นจะใช้เป็นตัวคูณยอดจำนวนประชากรที่ได้จากการสำรวจต่าง ๆ ตามหลักวิชาการสถิติ</p> <p>5.4 บัญชีรายชื่อครัวเรือนและประชากรของประเทศที่ได้จากการทำสำมะโน นำมาใช้เป็นกรอบตัวอย่างในการ ทำสำรวจอื่น ๆ</p> <p>5.5 ใช้ในการวางแผนหรือกำหนดนโยบายในระดับท้องถิ่น หรือแก้ไขปัญหาที่สำคัญ ๆ ด้วย</p>	<p>5. ประโยชน์ที่ได้จากข้อมูล</p> <p>ใช้ข้อมูลสำหรับการบริหาร เช่น การเลือกตั้ง การจัดตั้งเขตการปกครองใหม่ การเกณฑ์ทหาร ฯลฯ ถ้าหากจะนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจ หรือ สังคมของประเทศ หรือนำไปใช้ในการวิจัยจะไม่มีรายละเอียดเพียงพอ</p>

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

ข้อมูลการตาย (10)

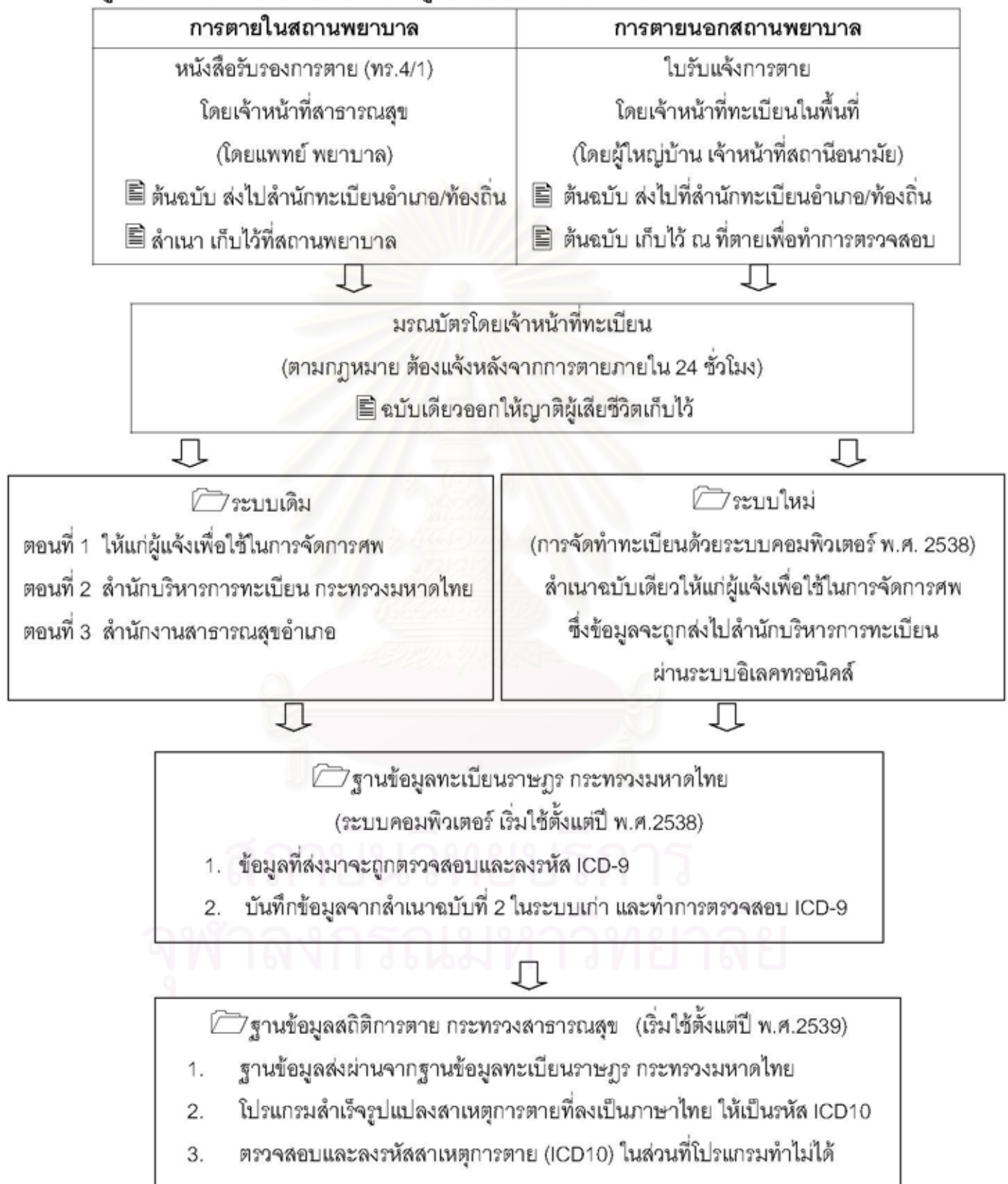
ก่อนปี พ.ศ. 2539 ข้อมูลการตายจากใบมรณบัตร (ทร.4) ซึ่งมีทั้งหมด 3 ตอนนั้น ลำเนาตอนที่ 2 และ 3 จะถูกส่งแยกมายังสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งข้อมูลทั้ง 2 ส่วน ถูกแยกกันประมวลผลและออกรายงาน สำนักบริหารการทะเบียนเสนอ ข้อมูลการตายโดยรวม แยกเพศชายและหญิง ส่วนกระทรวงสาธารณสุขจะมีการนำเสนอ โดยระบุสาเหตุการตายจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ นับแต่ปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา ได้มีการปรับปรุงระบบและขั้นตอนการรายงานการตาย โดยใบมรณบัตรถูกปรับให้เหลือข้อมูลเพียง 2 ตอน ซึ่งข้อมูลตอนที่ 2 นี้จะถูกส่งมายังสำนักบริหารการทะเบียนกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ใน 2 รูปแบบดังนี้

- 1) เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผ่านทางระบบออนไลน์ จากสำนักทะเบียนท้องถิ่น ที่ติดตั้งคอมพิวเตอร์แล้วมายังส่วนกลาง
- 2) เป็นรูปแบบกระดาษ (ลำเนาตอนที่ 2 ของใบมรณบัตร) จากสำนักทะเบียนท้องถิ่น ที่ยังไม่ได้ติดตั้งระบบคอมพิวเตอร์ออนไลน์เพื่อทำการบันทึกข้อมูลเหล่านั้นที่สำนักทะเบียนอำเภอ/ท้องถิ่น หลังจากนั้นข้อมูลทั้งหมดจะถูกตรวจสอบและลงรหัสสาเหตุการตาย ICD-9 ฐานข้อมูลการตายทั้งหมดที่ถูกลงรหัส ICD-9 แล้ว จะถูกออนไลน์มายังกระทรวงสาธารณสุข และมีการให้รหัสสาเหตุการตายด้วย ICD-10 ที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งในรูปแบบที่ 2.1

แม้ว่าข้อมูลการตาย จะมีการให้รหัสสาเหตุการตายที่สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทยแล้วก็ตาม สถิติการตายที่เสนอโดยทางสำนักบริหารการทะเบียน ยังคงเป็นจำนวนคนตายโดยรวม แยกเป็นเพศชายและหญิง ตามพื้นที่ แต่ไม่มีการแยกเป็นกลุ่มอายุ ส่วนสถิติการตายที่ถูกออนไลน์มายังกระทรวงสาธารณสุขนั้น ภายหลังจากประมวลผลก็จะถูกนำเสนอด้วยสถิติการตายที่จำแนกตามสาเหตุการตาย อายุและเพศ ดังในหนังสือสถิติสาธารณสุข ที่จัดทำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

จากที่กล่าวมาข้างต้นในประเด็นข้อมูลการตาย หากพิจารณาถึงความแตกต่างของการจัดเก็บข้อมูลการตายระหว่างสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขกับ สำนักบริหารการทะเบียนกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ก็พบว่า มีความแตกต่างกันทั้งในด้านวิธีการเก็บข้อมูล ลักษณะข้อมูล เวลาในการจัดฐานข้อมูล และสาเหตุการตาย ดังในตารางที่ 2.3

รูปที่ 2.1 ขั้นตอนการดำเนินงานข้อมูลการตายในประเทศไทย



ที่มา : ปรับปรุงจาก สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2546, กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 2.3 ความแตกต่างของการจัดเก็บข้อมูลการตายระหว่างสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กับสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์	สำนักบริหารการทะเบียน
<p>1. วิธีการเก็บข้อมูล รับข้อมูลมาจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการ ปกครอง กระทรวงมหาดไทย โดยระหว่างปีพ.ศ.2534-2538 ให้รหัสด้วยมือแยกตามสาเหตุการตายในรายงานที่จังหวัดส่งมาให้ที่สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ และทำการลงบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์</p>	<p>1. วิธีการเก็บข้อมูล ได้จากการที่ประชาชนมาแจ้งจดทะเบียนการตาย ในปีนั้นๆ</p>
<p>2. ลักษณะข้อมูล ข้อมูลเป็น Electronics file ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 จนถึงปัจจุบัน</p>	<p>2. ลักษณะข้อมูล ข้อมูลเป็น Electronics file ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 จนถึงปัจจุบัน</p>
<p>3. เวลาในการตัดฐานข้อมูล ประมาณปลายเดือนมีนาคมของทุกปี</p>	<p>3. เวลาในการตัดฐานข้อมูล ประมาณปลายเดือนมีนาคมของทุกปี</p>
<p>4. สาเหตุการตาย -การแยกสาเหตุการตายมี 2 กรณี 4.1 ตามกลุ่มโรคกลุ่มอายุและเพศ 4.2 รายบุคคล (ไม่ออกรายงาน) - โดยใช้ฐานข้อมูลจาก 2 โครงการคือ 1) โครงการศึกษาสาเหตุการตาย โครงการศึกษาสาเหตุการตายมี 2 ระยะ ครอบคลุม 15 จังหวัด โดยเลือกทำการศึกษาจาก ตัวแทนเขตละ 1 จังหวัด และกรุงเทพฯ ส่วนจังหวัดกระบี่ ระนองและพัทลุงขอเข้ามาร่วมในโครงการฯ ซึ่งการศึกษาระยะที่ 1 มี5จังหวัดคือ น่าน ระนองขอนแก่น นครศรีธรรมราช นครสวรรค์และกรุงเทพฯ 4 เขตคือ ดอนเมือง หลักสี่ บางเขนและสายไหม โดย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 นี้</p>	<p>4. สาเหตุการตาย ไม่แยกสาเหตุการตาย</p>

ตารางที่ 2.3 ความแตกต่างของการจัดเก็บข้อมูลการตายระหว่างสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขกับสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	สำนักบริหารการทะเบียน
พบว่า ข้อมูลที่ทางสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์เมื่อเปรียบเทียบกับ ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย มีความสอดคล้องกันเพียงร้อยละ 25.5 เท่านั้น 2) ฐานทะเบียนราษฎร	

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

2.7 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตาย (12)

ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตาย 2 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534 มาตรา 21 และประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 149 ระบุว่าผู้ที่อาจจะเกี่ยวข้องกับการแจ้งตายในฐานะเจ้าบ้าน ประกอบด้วย

- 1) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่อยู่เวรในวันที่มีการเสียชีวิต
- 2) หัวหน้าพยาบาลที่รับผิดชอบในการเป็นผู้แจ้งเนื่องจากเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย
- 3) พยาบาลผู้ตรวจการ
- 4) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- 5) แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนตาย
- 6) เจ้าหน้าที่รับศพ
- 7) เจ้าหน้าที่ธุรการของนิติเวชศาสตร์
- 8) แพทย์ผู้ทำการชันสูตรศพ
- 9) หัวหน้าภาควิชานิติเวชศาสตร์
- 10) ญาติผู้ตาย

เมื่อพิจารณาการตายตามมาตรา 21 แล้ว จะเห็นว่า กรณีการตายในสถานพยาบาล แพทย์จะต้องออกหนังสือรับรองการตายให้เพื่อให้ญาติจะรีบแจ้งการตายเป็นการด่วน และญาติต้องการนำศพออกจากสถานพยาบาลโดยเร็วเพื่อประกอบพิธีทางศาสนา สำหรับการตายตามธรรมชาติก็ไม่เป็นปัญหา แต่หากมีเหตุอันควรให้สงสัยว่าเป็นการตายผิดธรรมชาติ

หรือตายในระหว่างอยู่ในการควบคุมของเจ้าพนักงานแล้ว กฎหมายกำหนดให้ต้องมีการชันสูตรพลิกศพเสียก่อนไม่ว่าญาติจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม เว้นแต่การตายโดยการประหารชีวิตตามกฎหมาย

การตายผิดธรรมชาติ หมายถึง การฆ่าตัวตาย ถูกผู้อื่นทำให้ตาย ถูกสัตว์ทำร้ายตาย ตายโดยอุบัติเหตุ และตายที่ไม่ปรากฏสาเหตุ และการตายเกิดขึ้นโดยการกระทำของเจ้าพนักงาน ซึ่งอ้างว่าปฏิบัติตามหน้าที่

2.8 คุณภาพข้อมูลการตายของประเทศไทย (13)

คุณภาพของข้อมูลการตายแม้ว่าการแจ้งตายเป็นเรื่องที่มีกฎหมายบังคับให้กระทำทั้งประเทศ แต่ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวน และสาเหตุการตาย ยังคงมีความผิดพลาดได้มาก ซึ่งขึ้นกับปัจจัย ต่อไปนี้

1. ความตระหนักรู้และความรับผิดชอบของประชาชนต่อการแจ้งการตาย
2. ความรับผิดชอบ ความซื่อตรงต่อหน้าที่ของเจ้าพนักงานในการรวบรวม ตรวจสอบและการรายงานสถิติการตาย
3. ความมีประสิทธิภาพของระบบการรายงาน การจัดเก็บ ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน สถานพยาบาล ท้องถิ่น อำเภอ จนถึงส่วนกลาง
4. ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อของท้องถิ่น ในเรื่องการตาย
5. ความก้าวหน้าและความครอบคลุมของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เพราะหากการตายส่วนใหญ่เกิดขึ้นนอกสถานพยาบาล จะทำให้การวินิจฉัยสาเหตุการตายคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงไปมาก
6. การสื่อสาร การคมนาคม และสภาพภูมิศาสตร์ของประเทศ จะเอื้อต่อความสะดวก รวดเร็วในการแจ้งตาย หรืออาจเป็นอุปสรรคต่อระบบการจดทะเบียนการตาย โดยเฉพาะการส่งผ่านข้อมูลจากท้องถิ่นถึงส่วนกลาง ตลอดจนเป็นอุปสรรคต่อประชาชนในการเดินทางเข้ามาแจ้งตายด้วย
7. นโยบายทางสังคมอื่นๆ เช่น ระบบสวัสดิการสังคมแบบอุดหนุนครอบครัวตามจำนวนคนในครอบครัว อาจเป็นแรงจูงใจมิให้แจ้งตายหรือแจ้งตายช้ากว่ากำหนดเพื่อให้ได้เงินสวัสดิการเท่าเดิม

สาเหตุจากการที่มีจำนวนข้อมูลมาก ประกอบกับเหตุผลที่กล่าวข้างต้น ส่งผลต่อคุณภาพข้อมูลการตายที่ได้จากระบบทะเบียนดังนี้

1) จำนวนตายต่ำกว่าความเป็นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กแรกเกิด เด็กที่ตายระหว่าง และหลังการแจ้งเกิดอย่างรวดเร็ว ญาติมักไม่สนใจที่จะแจ้งตายเพราะคิดว่าไม่จำเป็นหรือเห็นว่า ยังไม่ได้แจ้งเกิด แม้จะได้รับใบแจ้งเกิดจากสถานพยาบาลไปแล้วก็ตาม หรือผู้สูงอายุที่เสียชีวิต ในบ้าน ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ใบมรณบัตรทำธุรกรรมตามกฎหมาย ญาติพี่น้องจึงจะเลย ที่จะแจ้งการตาย

2) ความผิดพลาดของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ตาย เช่น อายุคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เหตุเพราะไม่ทราบอายุที่แท้จริง จุดบันทึกเพศผิดพลาด การลงข้อมูลที่อยู่ผิดพลาด

3) ความผิดพลาดของข้อมูล วัน เวลา ที่เสียชีวิต เช่น ญาติประสงค์จะทำศพตามประเพณี ให้เรียบร้อยก่อนจึงจะไปแจ้งตาย ทำให้แจ้งวันเวลาที่เสียชีวิตช้ากว่าความเป็นจริง

4) ความคลาดเคลื่อนของการลงสาเหตุการตาย ตลอดระยะเวลาสิบปีที่ผ่านมา การรายงานการตายด้วย "ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด" ของประเทศไทยสูงถึงร้อยละ 35-40 มาโดยตลอด ทั้งนี้เนื่องจากการตายเกิดขึ้นในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น ที่เหลืออีกร้อยละ 70 เป็นการรับรองการตายจากบุคคลที่ไม่ใช่แพทย์ แม้แต่การตายในโรงพยาบาล โดยแพทย์เป็นผู้รับรองสาเหตุการตายมักระบุ "รูปแบบการตาย" (เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว สมองถูกทำลาย) สาเหตุการตายที่รายงานจากมรณบัตรจึงคลาดเคลื่อน จากความเป็นจริงมาก นอกจากนี้ การตายอันเนื่องมาจากหลายสาเหตุ หรือ อาการหลายอย่าง รวมกันก็ยากที่จะตัดสิน ได้ถูกต้องแน่นอนว่าอะไรคือสาเหตุการตายที่แท้จริง

2.9 หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และการเขียนหนังสือรับรองการตาย (14)

หนังสือรับรองการตายเป็นเอกสารที่มีความสำคัญอย่างหนึ่งเพราะเป็นเอกสารที่จะใช้เป็น พื้นฐานในการทำมรณบัตร ณ เขตหรืออำเภอต่อไป ซึ่งถ้าไม่มีมรณบัตรการที่จะดำเนินการกับศพ เช่น การเผาศพ จะทำไม่ได้ อีกทั้งการที่จะดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ภายหลังตายจะยิ่งยาก มากขึ้นด้วย เช่น การจัดการเกี่ยวกับทรัพย์สินมรดก การรับเงินฌาปนกิจ การตัดชื่อออกจาก ทะเบียนบ้าน ฯลฯ เป็นต้น และคนที่ออกหนังสือรับรองการตายก็มักเป็นแพทย์ หรือบุคลากร ทางด้านสาธารณสุขนั่นเอง

การออกหนังสือรับรองการตาย

หนังสือรับรองการตายและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการออกหนังสือรับรองการตาย นั้นมีปรากฏให้เห็นอยู่แล้ว สำหรับหลักในการที่จะออกหนังสือรับรองการตายโดยทั่วไปก็คือ

1) ต้องออกในเวลาที่ถูกกฎหมายกำหนด

คือ จะต้องออกภายในเวลาที่กฎหมายกำหนดไว้ คือมาตรา 21 แห่งพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ.2534 คือกรณีคนตายภายในให้แจ้งภายใน 24 ชั่วโมง นับแต่เวลาตายหรือภายในยี่สิบสี่ชั่วโมง นับแต่เวลาพบศพ แล้วแต่กรณี ส่วนกรณีคนตายนอกบ้านให้บุคคลที่ไปกับผู้ตายหรือผู้พบศพ แจ้งต่อนายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ที่มีการตายหรือพบศพ แล้วแต่กรณี หรือแห่งท้องที่ที่จะพึงแจ้งได้ ภายในยี่สิบสี่ชั่วโมงนับแต่เวลาตายหรือเวลาพบศพ ในกรณีเช่นนี้ จะแจ้งต่อนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจก็ได้ แต่ผู้อำนวยการทะเบียนกลางอาจขยายเวลาออกไปตามที่เห็นสมควร เช่น การคมนาคมไม่สะดวก, อยู่ในป่าเขา เป็นต้น แต่ก็ต้องไม่เกินเจ็ดวัน นับแต่เวลาตายหรือเวลาพบศพ

2) ต้องออกโดยบุคคลที่มีหน้าที่เท่านั้น

ผู้ที่ออกหนังสือรับรองการตายคือ บุคคลที่ถูกกฎหมายกำหนดไว้เท่านั้น ผู้ที่มีได้มีหน้าที่ในการออกหนังสือรับรองการตาย ถ้าออกไป นายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่อาจไม่รับแจ้งก็ได้

3) เนื้อหาที่ออกต้องเป็นจริงเสมอ

ในที่นี้หมายถึง "แพทย์" ซึ่งมีหน้าที่ต้องออกหนังสือรับรองการตายจะต้องให้สาเหตุการตายตามความเป็นจริง ตามหลักวิชาชีพแพทย์ มิใช่มีการออกข้อความในหนังสือรับรองการตายที่ผิดไปจากความเป็นจริง เช่น การออกที่สาเหตุตายผิดจากความเป็นจริง โดยให้ผู้ป่วยตายในลักษณะที่เป็นอุบัติเหตุแท้ที่จริงแล้วตายจากโรค ทั้งนี้เพราะญาติของผู้ตายต้องการให้แพทย์ออกเช่นนั้น เพื่อประโยชน์ในการเรียกร้องสิทธิทางประกันชีวิตและอุบัติเหตุ เป็นต้น

4) ต้องมีลายมือชื่อและตำแหน่งของผู้ออก

เช่น ลายมือชื่อ นายแพทย์ ก. ตำแหน่งนายแพทย์ เป็นต้น

5) อาจเขียนด้วยลายมือหรือพิมพ์ก็ได้

ไม่จำกัดว่าจะต้องใช้พิมพ์หรือเขียน และการเขียนก็ไม่จำเป็นต้องเขียนเองอาจให้ผู้อื่นเขียน แต่ผู้มีหน้าที่ลงนามต้องเป็นผู้รับผิดชอบในเนื้อหาที่ออกให้

6) ต้องมีสำเนาการออกไว้ด้วย

การดำเนินการเกี่ยวกับเอกสารทั้งหมดนั้นสมควรอย่างยิ่งที่จะต้องมีสำเนาอยู่ด้วย เพื่อป้องกันมิให้เอกสารที่ออกไปถูกแก้ไข เพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลง

7) สมควรมีการประทับตราสถานพยาบาลเป็นสำคัญ

ตราของสถานพยาบาลจะช่วยในการพิสูจน์ว่าเป็นเอกสารที่แท้จริงได้ เพราะตราที่ประทับจะมีตำหนิของมันเองโดยเฉพาะซึ่งสามารถพิสูจน์ได้

8) เนื้อหาที่ออกต้องสอดคล้องกับเอกสารอื่นที่ออกไปแล้วหรือกำลังจะออกตามมา
ที่แพทย์ต้องออกหนังสือรับรองการตาย หรือการออกเอกสารอื่นใดเกี่ยวกับการตาย
จะต้องให้มีเนื้อหา และสาระเป็นอย่างเดียวกันกล่าวคือ จะต้องไม่ขัดแย้งกัน ไม่ใช่ว่าออกสาเหตุ
ตายในเอกสารให้กับพนักงานสอบสวน (รายงานการตรวจศพ) อย่างหนึ่ง ให้กับนายทะเบียนของ
อำเภอหรือเขต หรือให้กับทางบริษัทประกันภัยอีกอย่างหนึ่ง ที่มีความแตกต่างกันเช่นนี้แพทย์อาจ
ถูกมองว่ามีเจตนาไม่สุจริตได้

9) กรณีเป็นการตายที่เกี่ยวกับคดีหรือการตายผิดธรรมชาติ

เช่น อุบัติเหตุจากรถ ถูกฆาตกรรม การฆ่าตัวตาย ฯลฯ สมควรแนบสำเนาหนังสือนำส่งตัว
ผู้บาดเจ็บ หรือศพของพนักงานสอบสวนแห่งท้องที่ที่ศพอยู่ไปด้วย จะง่ายต่อการดำเนินการ
ทางเขตหรืออำเภอเพื่อออกมรณบัตร ทั้งนี้เพราะนายทะเบียนผู้รับแจ้งการตายจะไม่ต้องกังวลหรือ
สงสัยตามมาตรา 25 แห่ง พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ.2534

หมายเหตุ : หน้าที่ใช้ในการแจ้งการตายเป็นของ "เจ้าบ้าน" ไม่ใช่ "ญาติผู้ตาย"

10) พึงระวังอย่างมากในการระบุพฤติการณ์ที่ตายในหนังสือรับรองการตาย

ห้ามระบุในส่วนของพฤติการณ์ที่ตายในหนังสือรับรองการตายหรือเอกสารอื่นใด รวมถึง
ต้องไม่ระบุในส่วนอื่นๆ ด้วย เช่น ในส่วนของลักษณะของการตาย (Character of Death)

11) ห้ามออกหนังสือรับรองการตายหลายฉบับในรายเดียวกันอย่างเด็ดขาด

กรณีจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงหนังสือรับรองการตาย เช่น มีเนื้อหาที่ผิดพลาดจะต้อง
ยกเลิก หนังสือรับรองการตายฉบับเดิมเสียก่อน ซึ่งสมควรมีการกล่าวถึงในเอกสารฉบับใหม่ด้วย
เพื่อป้องกันความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ทุกฝ่าย

หนังสือรับรองการตาย (ท.ร.4/1 ตอนที่ 1)

ได้มีการกำหนดให้หนังสือรับรองการตายแบบใหม่มี 3 ตอนใหญ่ๆ คือ

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับสถานพยาบาลที่ออกหนังสือรับรองการตาย

ในส่วนนี้ยังคงเหมือนกับของเดิมเป็นส่วนใหญ่คือ ประกอบด้วย ชื่อ สถานพยาบาล ที่อยู่
สถานพยาบาล และวันที่ออกหนังสือรับรองการตาย ส่วนที่เพิ่มเติมขึ้นมาก็คือ รหัสสถานพยาบาล
เท่านั้น สรุปสาระสำคัญจึงใกล้เคียงกับแบบ ท.ร.4/1 ตอนที่ 1 ของเดิมอย่างมาก

ตอนที่ 2 เป็นเนื้อหาเพื่อรับรองการตาย

ในส่วนนี้จะประกอบด้วย 5 ส่วน ซึ่งของเดิมมีอยู่ 6 ส่วน โดยมีการตัดในส่วนที่ 5 คือ "การผ่าตัดตรวจศพ" ออกไป

ส่วนที่ 1 ผู้ตาย

ในส่วนนี้ประกอบด้วย

- 1.1 ชื่อตัว และชื่อสกุลของผู้ตาย
- 1.2 เลขประจำตัว
- 1.3 เพศ
- 1.4 อายุ
- 1.5 สัญชาติ
- 1.6 อาชีพ
- 1.7 สถานะภาพการสมรส
- 1.8 ตายเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 2 สถานที่ตาย ประกอบด้วย

- 2.1 ในหรือนอกสถานพยาบาล

ส่วนที่ 3 บิดา มารดาของผู้ตาย ประกอบด้วย

- 3.1 ชื่อและชื่อสกุลของบิดา
- 3.2 สัญชาติของบิดา
- 3.3 ชื่อและชื่อสกุลของมารดา
- 3.4 สัญชาติของมารดา

ส่วนที่ 4 สาเหตุการตาย ประกอบด้วย

- 4.1 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย
องค์ประกอบ

- 4.1.1 ต้องเขียนด้วยอักษรภาพอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่และห้ามใช้คำย่อ
- 4.1.2 มีการเรียงลำดับสาเหตุจนถึงเหตุตายที่แท้จริง
- 4.1.3 มีการกำหนดระยะเวลาของเหตุต่างๆ คู่ขนานไปด้วย

- 4.2 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน

- 4.3 โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรตัดตลอดลงในช่อง "สาเหตุการตาย" ในมรณบัตร

ก. ต้องเขียนเป็นภาษาไทย

ข. เขียนได้เพียงโรคเดียว

4.4 ผู้เสียชีวิตที่เป็นสตรี

ส่วนที่ 5 ผู้รับรองการตาย ประกอบด้วย

5.1 ชื่อ นามสกุลและเลขที่บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับรองการตาย

5.2 ที่อยู่ของผู้รับรองการตาย

5.3 สถานะของผู้รับรองการตาย

5.4 ส่วนลายมือชื่อของผู้รับรองการตาย

ตอนที่ 3 หมายเหตุ

ก. ข้อความที่อธิบายไว้

คือสาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตายฉบับนี้ ระบุได้ตามกฎเกณฑ์บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) เพื่อรวบรวมข้อมูลทะเบียนราษฎร, ทำสถิติการตายของประเทศและใช้ในด้าน การวางแผนการป้องกัน และแก้ปัญหาสาธารณสุขเท่านั้นจึงอาจแตกต่างจากเอกสารรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น รายงานแนบท้ายบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ) ได้

ข. ความหมายและการพิจารณา

1) อธิบายถึงการระบุโรคในหนังสือรับรองการตายว่าใช้ตามหลักเกณฑ์การจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10)

2) วัตถุประสงค์ของหนังสือรับรองการตายเพื่อ

ก. รวบรวมข้อมูลทะเบียนราษฎร

ข. ทำสถิติการตายของประเทศ

ค. ใช้ในด้านการวางแผนป้องกันและแก้ปัญหาสาธารณสุข

3) ความแตกต่างที่อาจมีกรณีที่อาจเกิดปัญหาในทางคดีต่างๆ อันเนื่องจากความแตกต่างของเนื้อหาที่ปรากฏ "ในสาเหตุการตาย" เช่น สาเหตุการตายในเอกสารนี้อาจแตกต่างกับในรายงานต่างๆ เกี่ยวกับชันสูตรพลิกศพ ซึ่งน่าจะหมายถึงบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ รายงานแนบท้ายบันทึก รายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ และรายงานการตรวจศพนั่นเอง

ส่วนที่ 4 สาเหตุการตาย

ส่วนนี้เป็นส่วนที่สำคัญที่สุดและอาจกระทบต่อตัวแพทย์หรือบุคลากรซึ่งเป็นผู้ออกหนังสือรับรองการตายได้ จึงขอแยกมาเป็นส่วนต่างหาก ดังนี้

4.1 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย

องค์ประกอบ

4.1.1 ต้องเขียนด้วยอักษรภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่และห้ามใช้คำย่อ

4.1.2 มีการเรียงลำดับสาเหตุจนถึงเหตุตายที่แท้จริง

4.1.3 มีการกำหนดระยะเวลาของเหตุต่างๆ คู่ขนานไปด้วย

ในส่วนของ 4.1 นี้เป็นหัวใจของสาเหตุการตายทีเดียว

กรณีที่ 1 การแยกออกเป็น a) b) c) d) นั้นเป็นการนำมาจากหน้า 31 ในเล่มที่ 2 ของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ซึ่งเชื่อว่าดัดแปลงมาจากแบบของประเทศอังกฤษ

กรณีที่ 2 การกำหนดให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ (CAPITAL LETTER) โดยห้ามใช้คำย่อด้วยนั้น เพื่อให้เกิดความชัดเจนในข้อความและคำที่เขียน

4.2 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน

น่าจะเป็นภาวะหรือโรคที่เป็นอยู่แล้วในผู้ตายนั้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ให้นำหน้า xxx เป็นต้น

4.3 โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่อง "สาเหตุการตาย" ในมรณบัตร

4.3.1 ต้องเขียนเป็นภาษาไทย

4.3.2 เขียนได้เพียงโรคเดียว

การกำหนดให้โรคหรือสภาวะที่จะเป็นสาเหตุการตายที่นำมาใส่ในข้อนี้เรียงตามลำดับจาก d) c) b) a) นั้นน่าจะมีวัตถุประสงค์เป็นไปตาม ตอนที่ 3 คือ หมายเหตุที่ได้กล่าวไว้แล้ว ซึ่งน่าจะเป็นสิ่งที่ดีเพื่อให้บรรล่วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ แต่อย่างไรก็ตามมุมมองความสำเร็จในการออกหนังสือรับรองการตายจะต้องมองกว้างออกไปด้วย จึงแบ่งการพิจารณาเป็น 2 กรณีดังนี้

กรณีที่ 1 กรณีที่ตายจากโรคโดยแท้ (Natural Diseases หรือ Pathological Cases)

การเขียนสาเหตุการตายตามกรอบและแนวทางที่วางไว้จะเป็นไปตามวัตถุประสงค์ทุกประการ ดังตอนที่ 3 ในหมายเหตุ และไม่มีปัญหาในด้านกฎหมาย (medico-legal aspect)

เข้ามาเกี่ยว น่าจะเป็นทางการแพทย์โดยแท้ (pure medical aspect) แพทย์จึงสามารถให้ความเห็นได้อย่างเต็มที่ในทางการแพทย์ เว้นเสียแต่อาจมีในเรื่องโรค หรือภาวะที่ร้ายแรงบางโรค เช่น เอดส์ อาจต้องมีความระมัดระวังสูงยิ่งขึ้นอีกระดับ

กรณีที่ 2 กรณีตายผิดธรรมชาติ / การตายทางนิติเวช (Unnatural, Forensic Cases)

การตายทางนิติเวชนั้นหมายถึงการตายที่มีบทบัญญัติไว้เฉพาะในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 148

“เมื่อปรากฏแน่ชัดหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ให้มีการชันสูตรพลิกศพ เว้นแต่ตายโดยการประหารชีวิตตามกฎหมาย”

การตายผิดธรรมชาตินั้น คือ

- (1) ช้ำตัวตาย
- (2) ถูกผู้อื่นทำให้ตาย
- (3) ถูกสัตว์ทำร้ายตาย
- (4) ตายโดยอุบัติเหตุ
- (5) ตายโดยยังไม่ปรากฏเหตุ*

ซึ่งจะต้องมีการชันสูตรพลิกศพตามมาตรา 149-156

ปัญหาการมุ่งหวังในเรื่องหนังสือรับรองการตายและการรับรองสาเหตุตาย (14)

อาจเกิดปัญหาระหว่างเหตุตายจาก ICD-10 กับการตายผิดธรรมชาติได้ เพราะกฎเกณฑ์การเลือกสาเหตุการตายตามหลัก ICD-10 นั้น จะยึดตำแหน่งของโรคที่ปรากฏอยู่ในหนังสือรับรองการตายเป็นหลักเสมอและอาจมีการนำพฤติการณ์ที่ตายเจ้ามามีส่วนในเหตุการณ์ตายด้วย ซึ่งอาจเป็นปัญหาดังเรื่องพฤติการณ์ที่ตายกับหนังสือรับรองการตายได้ นอกจากนี้อาจมีการให้สาเหตุตายตามข้อต่างๆ ใน ICD-10 แตกต่างกันได้

เหตุผลของการให้มีเกณฑ์เรื่องสาเหตุการตายและการรับรองสาเหตุตาย (14)

เพื่อให้สอดคล้องกับในเรื่องหนังสือรับรองการตายตามแบบสากล ซึ่งประเทศไทยได้มีการพยายามใช้หนังสือรับรองการตายมาตามแบบสากลตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Disease) [ICD] ตั้งแต่ยุคของ ICD-7 ในราวปี พ.ศ.2506 จนถึงปัจจุบันใช้หนังสือรับรองการตายตามรูปแบบของ ICD-10 ทั้งนี้ในขณะนี้แพทย์หลายท่านรวมทั้ง

องค์กรทางการแพทย์หลายแห่งเห็นว่า การที่ให้มีการลงชื่อโรคที่เป็นสาเหตุตายให้เป็นสากล โดยยึด ICD-10 เป็นหลักนั้น เห็นว่าเป็นการดีเพราะทำให้เป็นที่เข้าใจตรงกันทั่วไป

การแยกหนังสือรับรองการตายกับหนังสือรับรองสาเหตุการตาย (14)

เห็นได้ชัดว่าในขณะนี้ได้มีการจัดให้มีแบบฟอร์มหนังสือรับรองการตาย ในประเทศไทยออกเป็น 2 แบบ คือ "หนังสือรับรองการตาย" และ "หนังสือรับรองสาเหตุการตาย"

จุดมุ่งหมายในการแยก

เพื่อให้ทราบว่าคุณสมบัติในการจัดทำนั้นต่างกันกล่าวคือ "หนังสือรับรองการตาย" เพื่อประกอบการแจ้งตายและขอมรณบัตร โดยจะแจ้งที่เขตหรืออำเภอหรือกิ่งอำเภอตามกฎหมาย ซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ.2534 นั้นเองแบบฟอร์มหนังสือรับรองการตายนี้ มีใช้อยู่ในทุกโรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชนโดยกำหนดให้บุคลากรหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาล ผดุงครรภ์ แพทย์แผนโบราณ และแพทย์ประจำตำบล ฯลฯ สามารถบอกสาเหตุการตายได้

ส่วน "หนังสือรับรองสาเหตุการตาย" ใช้บันทึกสาเหตุการตายเพื่อใช้เป็นข้อมูลภายในโรงพยาบาล คงมีใช้อยู่ในโรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่โดยเป็นส่วนหลังของแบบฟอร์ม สรุปรายงานที่เรียกว่า รง.501, รง.502 และ รง.503 สำหรับโรงพยาบาลเอกชนมีส่วนน้อยที่มีแบบฟอร์มนี้ ผู้รับผิดชอบในการบันทึกแบบฟอร์มหนังสือรับรองการตายนี้คือแพทย์ผู้ดูแลเท่านั้น

ผลที่มีอยู่ตามข้อเท็จจริง

เมื่อพิจารณาถึงผลที่เกิดขึ้นแล้วอาจไม่แตกต่างกันมาก เพราะบุคคลภายนอกย่อมรู้อยู่แล้วว่ามี "หนังสือรับรองสาเหตุการตาย" และถ้าเขาเหล่านั้นต้องการเพื่อใช้ประโยชน์อย่างหนึ่งอย่างใด ย่อมสามารถที่จะนำมาให้ปรากฏได้เช่นเดียวกัน ไม่อาจที่จะเก็บเป็นข้อมูลเฉพาะได้ ทั้งนี้อาศัยอำนาจตามกฎหมาย

นอกจากนี้อาจทำให้เกิดความสับสนในแพทย์ที่จะต้องดำเนินการว่าจะทำหนังสือรับรองการตายหรือหนังสือรับรองสาเหตุการตาย ยิ่งเป็นแพทย์ที่ใหม่ หรือแพทย์ที่มีได้ออกเอกสารเกี่ยวกับการตายบ่อยครั้งนัก แต่ในเวลาอันใกล้นี้จะมีหนังสือรับรองการตายแต่แบบใหม่แต่เพียงรูปแบบเดียว เท่านั้น

รูปแบบการตาย และ สาเหตุการตาย (15)

ข้อผิดพลาดที่พบมากที่สุด สำหรับหนังสือรับรองการตายที่เขียนโดยแพทย์ไทยในอดีต คือ การเขียนรูปแบบการตาย (Mode of Death) ลงไปในหนังสือรับรองการตาย ตัวอย่าง Mode of Death ได้แก่คำว่า Heart failure หรือ Cardiac Arrest (หัวใจล้มเหลว) , Respiratory Failure (หายใจล้มเหลว), Cardiorespiratory Failure (ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว), Shock, Brain Dysfunction ฯลฯ เหล่านี้คือ คำบรรยายรูปแบบการตายที่ใช้ในการทำ Clinico-Pathological-Conference นั่นเอง คำเหล่านี้ ทำให้เกิดความสับสนกับคำว่า สาเหตุการตาย หรือ Underlying Cause of Death เป็นอย่างมาก เพราะแพทย์และเจ้าหน้าที่หลายคนเข้าใจว่า รูปแบบการตายคือสาเหตุการตาย ซึ่งตามความเป็นจริงแล้วไม่ใช่

รูปแบบการตายแตกต่างจากสาเหตุการตายตรงที่ว่า รูปแบบการตายคือการบ่งบอกว่า อวัยวะใดที่สำคัญหยุดทำงานไปก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ส่วนสาเหตุการตายบอกว่า เหตุต้นกำเนิดที่ทำให้เกิด การขาดเลือดหรือ การเจ็บป่วย อันทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ จนนำไปสู่การตายนั่นคืออะไร การค้นหาและวิเคราะห์สาเหตุการตายของประชากรในประเทศใดประเทศหนึ่ง จะมีประโยชน์ ในการวางแผนป้องกันสาเหตุการตายนั่นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการวิจัยทางการแพทย์ และระบาดวิทยา ส่วนการวิเคราะห์รูปแบบการตาย อาจมีประโยชน์ อยู่บ้างในการศึกษาทางพยาธิสรีรวิทยาของ อวัยวะสำคัญ ถ้าเรามองในมุมกว้าง จะเห็นว่า การวิเคราะห์สาเหตุการตายจะมีประโยชน์ในระดับชาติ และ นานาชาติมากกว่า ดังนั้น กฎเกณฑ์ของ ICD-10 จะเน้นการเลือกสาเหตุการตายให้ถูกต้อง และ ไม่แนะนำให้มีการเขียนรูปแบบการตายลงในหนังสือรับรองการตาย

กฎเกณฑ์การเลือกสาเหตุการตาย (16)

การเลือกสาเหตุการตายตามหลักการของ ICD-10 นั้นมีหลักสากลอยู่ว่า ผู้ตายแต่ละราย จะมีสาเหตุการตายจากโรคเพียงโรคเดียวเท่านั้น กฎเกณฑ์การเลือกโรคที่เป็นสาเหตุการตาย ใช้หลักพยาธิสรีรวิทยาามาจำแนกว่า โรคใดเป็นสาเหตุของโรคอื่นๆได้หรือไม่ สำหรับการเลือกสาเหตุการตายในกรณีที่แพทย์เขียนโรคที่เป็นสาเหตุการตายเป็นมากกว่า 1 โรค เช่น 2 โรคขึ้นไป จำเป็นจะต้องใช้หลักเกณฑ์การเลือกตาม ICD-10

หลักทั่วไป (General Principles)

เมื่อมีภาวะการเจ็บป่วยหรือโรคมากกว่าหนึ่งโรคได้บันทึกไว้ในใบรับรองการตายให้เลือกภาวะการเจ็บป่วยที่ถูกบันทึกไว้เพียงภาวะเดียวในบรรทัดล่างสุดของตอนที่ 1 ถ้าภาวะการเจ็บป่วยนั้นสามารถนำไปสู่ภาวะอื่นๆ ที่ได้บันทึกไว้ในบรรทัดที่อยู่เหนือขึ้นไป

ตัวอย่างการใช้กฎทั่วไป

I (a) Bleeding of oesophageal varices

(b) Portal hypertension

(c) Hepatitis B

สาเหตุการตาย คือ *Hepatitis B*

I (a) Uraemia

(b) Hydronephrosis

(c) Retention of urine

(d) Hypertrophy of prostate

สาเหตุการตาย คือ *Hypertrophy of prostate*

กฎข้อที่ 1

ถ้าไม่สามารถนำเอาหลักทั่วไปมาใช้ได้ และในรายงานมีลำดับเหตุการณ์ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยแรกที่ถูกบันทึกไว้ในใบรับรองการตาย ให้เลือกสาเหตุนำต้นกำเนิดของลำดับเหตุการณ์นั้น แต่ถ้ามีมากกว่าหนึ่งลำดับเหตุการณ์ที่จะนำไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยแรกที่ได้บันทึกไว้ให้เลือกสาเหตุนำต้นกำเนิดของลำดับเหตุการณ์แรกที่ได้บันทึกไว้ในใบรับรองการตาย

ตัวอย่างการใช้กฎข้อที่ 1

I (a) Bronchopneumonia

(b) Cerebral infarction and hypertension heart disease

เลือก Cerebral infarction (I63.9) เนื่องจากมี 2 Sequence คือ

(1) *Bronchopneumonia* เนื่องจาก *Cerebral infarction* และ

(2) *Bronchopneumonia* เนื่องจาก *Hypertensive heart disease*

จึงเลือก Originating cause แรกที่ถูกบันทึกไว้เป็นสาเหตุการตาย

กฎข้อที่ 2

ถ้าไม่มีการรายงานลำดับเหตุการณ์ที่จะนำไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยแรกที่ได้บันทึกไว้ในใบรับรองการตาย ให้เลือกภาวะการเจ็บป่วยแรกที่ได้บันทึกไว้

ตัวอย่างการใช้กฎข้อที่ 2

I (a) Pernicious anaemia and gangrene of foot

(b) Atherosclerosis

เลือก Pernicious anaemia (D51.0) เนื่องจากมีเพียงหนึ่ง Logical sequence คือ Gangrene of foot เนื่องจาก Atherosclerosis แต่มิได้นำไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยแรกที่ถูกบันทึกไว้ (Pernicious anaemia)

I (a) Fibrocystic of pancreas

(b) Bronchitis and bronchiectasis

เลือก Fibrocystic of pancreas (E84.9) เนื่องจากไม่มี Logical sequence

กฎข้อที่ 3

ถ้าภาวะการเจ็บป่วยที่ถูกเลือกเป็นสาเหตุการตายโดยใช้หลักทั่วไป หรือกฎที่ 1 หรือกฎที่ 2 ในการพิจารณาและเห็นอย่างชัดเจนว่า เป็นผลโดยตรงจากภาวะความเจ็บป่วยอื่น ๆ จากใบรับรองการตาย ที่ได้บันทึกไว้ในตอนที่ 1 หรือตอนที่ 2 ก็ตาม ให้เลือกภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นต้นเหตุนั้น

ตัวอย่างการใช้กฎข้อที่ 3

I (a) Acute anaemia

(b) Haematemesis

(c) Bleeding of oesophageal varices

(d) Portal hypertension

II Cirrhosis of liver

เลือก Cirrhosis of liver (K74.6) เนื่องจาก Portal hypertension ซึ่งถูกเลือกโดยใช้หลักการทั่วไปนั้นสามารถพิจารณาได้ว่าเป็นผลโดยตรงจาก Cirrhosis of liver

กฎ A Senility and other ill-defined conditions

เมื่อสาเหตุที่เลือกได้จากใบรับรองการตาย เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่อยู่ใน บทที่ 18 ยกเว้น R95 Sudden Infant Death Syndrome [SIDS] และมีภาวะการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่ถูกจำแนกไว้ในบทอื่น ๆ (นอกจาก R00-R94 และ R96-R99) ถูกบันทึกไว้ในใบรับรองการตายด้วย ให้เลือกสาเหตุการตายใหม่โดยถือเสียว่าภาวะการเจ็บป่วยจากบทที่ 18 นั้น มิได้ถูกบันทึกไว้ เว้นเสียแต่ว่าภาวะการเจ็บป่วยนี้มีส่วนขยายความให้รหัสโรคเปลี่ยนไป

ตัวอย่างการใช้กฎข้อ A

I (a) Senility and hypostatic pneumonia

(b) Rheumatoid arthritis

เลือก Rheumatoid arthritis (M06.9) เนื่องจาก Senility ซึ่งถูกเลือกโดยกฎที่ 2 ให้ตัดทิ้งไปแล้วใช้หลักการทั่วไปเลือกใหม่อีกครั้ง

I (a) Myocardial degeneration and emphysema

(b) Senility

เลือก Myocardial degeneration (I51.5) เนื่องจาก Senility ซึ่งถูกเลือกโดยหลักการทั่วไป ให้ตัดทิ้งไป และใช้กฎที่ 2 เลือกใหม่อีกครั้ง

กฎ B Trivial conditions

เมื่อสาเหตุที่เลือกได้จากใบรับรองการตาย เป็นภาวะการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ซึ่งไม่น่าจะนำไปสู่การเสียชีวิตและมีภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงถูกบันทึกไว้ด้วย ให้เลือกสาเหตุการตายใหม่เสมือนหนึ่งว่า ภาวะการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ นี้ มิได้ถูกบันทึกไว้ และถ้าหากว่าการตายเป็นผลมาจาก Adverse reaction จากการรักษาภาวะการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ นั้น ให้เลือก Adverse reaction เป็นสาเหตุการตาย

ตัวอย่างการใช้กฎข้อ B

I (a) Dental caries

II Cardiac arrest

เลือก Cardiac arrest (I46.9) เนื่องจาก Dental caries ซึ่งถูกเลือกโดยหลักการทั่วไป ให้ตัดทิ้งไป

กฎ C Linkage ตอน 1

เมื่อสาเหตุที่เลือกได้จากใบรับรองการตาย มีความเชื่อมโยงกับภาวะการเจ็บป่วยตามข้อกำหนดของการจำแนกภาวะการเจ็บป่วยหรือตามข้อปฏิบัติสำหรับการให้รหัสโรคของสาเหตุการตาย (Notes for use in underlying causes mortality coding) ในกรณีที่มีภาวะการเจ็บป่วยมากกว่าหนึ่งภาวะถูกบันทึกไว้ ให้ใช้รหัสรวม

กฎ C Linkage ตอน 2

เมื่อข้อกำหนดของการเชื่อมโยงของภาวะการเจ็บป่วยเฉพาะกรณีที่เป็นผลเนื่องจากภาวะอื่น ให้ใช้รหัสรวมเมื่อมีการระบุความสัมพันธ์ของภาวะการเจ็บป่วยไว้ หรือสามารถใช้ Selection rules มาบ่งถึงความสัมพันธ์ได้เท่านั้น

กฎ C Linkage ตอน 3

เมื่อมีข้อขัดแย้งในการเชื่อมโยงเกิดขึ้น ให้เชื่อมโยงกับภาวะการเจ็บป่วยที่ควรจะได้รับเลือกถ้าหากว่าสาเหตุที่เลือกไว้ในตอนแรกไม่ได้ถูกระบุไว้ในใบรับรองการตาย และพยายามเชื่อมโยงเพิ่มเติมที่สามารถยอมรับได้

ตัวอย่างการใช้กฎข้อ C

I (a) Cerebral infarction and hypostatic pneumonia

(b) Hypertension and diabetes

(c) Atherosclerosis

เลือก Cerebral infarction (I63.9) เนื่องจาก Atherosclerosis ซึ่งถูกเลือกโดย กฎที่ 1 มีความเชื่อมโยงกับ Hypertension ซึ่งก็มีความเชื่อมโยงกับ Cerebral infarction

กฎ D Specificity

เมื่อสาเหตุที่เลือกได้จากใบรับรองการตาย เป็นคำอธิบายภาวะการเจ็บป่วยในลักษณะทั่ว ๆ ไป และมีคำที่สามารถให้รายละเอียดชัดเจนเกี่ยวกับตำแหน่ง (Site) หรือธรรมชาติของภาวะการเจ็บป่วยนี้ (Nature of condition) ถูกบันทึกไว้ในใบรับรองการตาย ให้เลือกคำที่ให้รายละเอียดมากกว่า กฎข้อนี้มักจะใช้ในกรณีที่คำทั่ว ๆ ไปนั้น เป็นคำคุณศัพท์ขยายคำที่มีรายละเอียดมากกว่า

ตัวอย่างการใช้กฎข้อ D

I (a) Cerebral infarction

(b) Cerebrovascular accident

เลือก Cerebral infarction (I63.9)

I (a) Severe hypertension in pregnancy

II (b) Eclamptic convulsions

เลือก Eclampsia in pregnancy (O15.0)

กฎ E Early and late stages of disease

เมื่อสาเหตุที่เลือกได้จากใบรับรองการตาย เป็นระยะแรกของโรคและมีระยะต่อมาของโรคเดียวกันถูกบันทึกไว้ด้วย ให้เลือกระยะหลังของโรคนั้น กฎข้อนี้มีได้ใช้สำหรับโรคระยะเรื้อรัง (Chronic form) ที่บันทึกว่าเป็นผลสืบเนื่องมาจากโรคระยะเฉียบพลัน (Acute form) นอกจากนี้ยังมีข้อแนะนำไว้เป็นกรณีพิเศษ

ตัวอย่างการใช้กฎข้อ E

I (a) Chronic nephritis

(b) Acute nephritis

เลือก Chronic nephritis, unspecified (N03.9) เนื่องจากมีคำแนะนำพิเศษไว้ในข้อปฏิบัติ (ดูหน้า 59 ของหนังสือ ICD-10 เล่มที่ 2)

กฎ F Sequelae

เมื่อสาเหตุที่เลือกได้จากใบรับรองการตาย เป็นระยะแรกของภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งในการจำแนกโรคนั้นได้แยกออกเป็นหัวข้อ "Sequelae of" และมีหลักฐานยืนยันได้ว่าการตายเกิดขึ้นในระยะหลังของโรคมากกว่าระยะเฉียบพลันของโรค ให้เลือกหัวข้อ "Sequelae of ..." ในกลุ่มโรคต่อไปนี้จะไม่มีหัวข้อ "Sequelae of ..." ที่เหมาะสมอยู่ด้วยคือ B90-B94, E64., E68, G09, I69, O97 และ Y85-Y89

ตัวอย่างการใช้กฎข้อ F

I (a) Hypostatic pneumonia

(b) Hemiplegia

(c) Cerebrovascular accident 10 years

เลือก Sequelae of cerebrovascular accident (I69.4)

ข้อพึงสังเกตในการลงสาเหตุการตาย (15) ได้แก่

1. ถึงแม้เราทราบแน่ชัดว่าโรคติดเชื้อหรือปรสิตบางชนิดเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งบางอย่าง เช่น พยาธิใบไม้ตับ เป็นสาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดี, ตับ ให้ลงสาเหตุการตายเป็นโรคมะเร็ง ยกเว้น HIV ที่ทำให้เกิด Kaposi's sarcoma ให้สาเหตุการตายเป็น HIV INFECTION

2. วัณโรคของระบบประสาทหรือวัณโรคอวัยวะอื่นร่วมกับวัณโรคปอดให้ลงสาเหตุการตายเป็นวัณโรคปอด ยกเว้นทราบแน่ชัดว่าเป็นมาก่อนวัณโรคปอด

3. ถ้าบาดเจ็บเล็กน้อย เช่น แผลถลอก ฟกช้ำ ห้อเลือด แผลงไม่มีพิษกัด first degree burn เกิดจากติดเชื้อในการแสโลหิต (septicemia) ให้ลงสาเหตุการตายเป็น SEPTICEMIA ไม่ลงสาเหตุของการบาดเจ็บเล็กน้อย แต่ถ้าบาดเจ็บมากกว่านั้นให้ลงสาเหตุการบาดเจ็บเป็นสาเหตุการตาย

4. ไม่ลงสาเหตุการตายว่าจากสูบบุหรี่ ถึงแม้จะเป็นสาเหตุให้เกิดมะเร็งปอดและหลอดลม โรคหัวใจ ขาดเลือด ภาวะลมโป่งพอง หรือโรคปอดเรื้อรัง เช่นเดียวกับไม่ลงสาเหตุการตายว่าดื่มสุรา ในผู้ที่ตายจากตับแข็งเพราะสุรา

5. ไม่ลงอัมพาต เป็นสาเหตุการตายถ้าทราบสาเหตุของอัมพาต

6. ไม่ลงความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตาย ถ้ามีความผิดปกติบางอย่างร่วมด้วย (ให้ลงสาเหตุที่รุนแรงที่สุดในกลุ่มโรคเดียวกัน)

- ควรลงเป็นโรคหัวใจจากความดันโลหิตสูง ถ้าหัวใจผิดปกติหรือมี Heart failure

- ควรลงเป็นโรคไตจากความดันโลหิตสูง ถ้าไตผิดปกติ เช่น ไตวาย ไตหน่เล็ก

- ควรลงเป็นโรคหัวใจและไต จากความดันโลหิตสูง ถ้าทั้งหัวใจและไตผิดปกติ

- ควรลงเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถ้ามี Ischemic heart disease

- ควรลงเป็นเส้นเลือดสมองแตกหรือตีบตัน ถ้ามี CVA

7. สาเหตุการตายเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ถ้าพบ Ischemic heart disease ในร่วมกับโรคหัวใจจากความดันโลหิตสูง โรคไตจากความดันโลหิตสูง Essential hypertension หรือหลายโรคพร้อมกัน

8. ไม่ลงสาเหตุการตายเป็น Atherosclerosis ซึ่งเป็นสาเหตุของหลายโรคแต่ลงชื่อโรคไปเลย เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ CVA

9. ไม่ลงสาเหตุการตายเป็น ไข้หวัด (Common cold) หรือทางเดินหายใจส่วนต้นอักเสบเฉียบพลัน ถึงแม้จะเป็นเหตุนำของหลายโรค แต่ลงชื่อโรคไปเลย เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ฝีในสมอง ฝีหน้าทรวงอก

10. ไม่ลงลักษณะของการบาดเจ็บหรือเป็นพิษที่เกิดจากสาเหตุภายนอกเป็นสาเหตุการตาย แต่ให้ลงสาเหตุของการบาดเจ็บหรือเป็นพิษนั้น เช่น ลงสาเหตุการตายเป็น ฆ่าตัวตาย โดยกระโดดจากที่สูง ไม่ลงว่าตายจากกะโหลกศีรษะแตกสมองฉีกขาด

11. ถ้ามีบาดแผลจากอะไรก็ตามแล้วเป็นบาดทะยักตาย ให้ลงสาเหตุการตายเป็นบาดทะยัก

12. ถ้าเป็นลมชัก (Epilepsy) แล้วทำให้เกิดอุบัติเหตุ ให้ลงสาเหตุการตายเป็นโรคลมชัก

2.10 ประวัติการพัฒนา ICD (17)

แนวคิดในการจัดกลุ่มโรคเป็นหมวดหมู่ เริ่มพัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ในราวปี ค.ศ. 1785 หรือปี พ.ศ.2328 โดยเริ่มจากผลงานของ De Lacroix ที่อิงแนวคิดของ Linneus ในการจัดกลุ่มสิ่งมีชีวิต ต่อมา William Farr ชาวอังกฤษและ D'espine ชาวสวิส ได้ทดลองจัดกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตายมาเปรียบเทียบกัน จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1900 หรือปี พ.ศ. 2443 Bertillon ชาวฝรั่งเศสได้เสนอแนวคิดการจัดกลุ่มโรคเพื่อใช้ร่วมกันในระดับนานาชาติ โดยเริ่มจากประเทศในยุโรป 16 ประเทศ ซึ่งผลงานของ Bertillon นี้ อาจถือเป็นต้นกำเนิดของ International Classification of Disease ฉบับแรก (ICD-1)

ที่ประชุมพิจารณาผลงานของ Bertillon ในคราวนั้น ได้ยอมรับหลักการในการจัดทำมาตรฐานการจัดกลุ่มโรคร่วมกันในระดับนานาชาติ ถือว่าเป็นจุดกำเนิดของ ICD-1 และที่ประชุม นั้นยังได้วางแนวทางการปรับปรุงแก้ไข รายการจำแนกโรคดังกล่าวทุกๆ 10 ปี ทำให้เกิด ICD-2 ในปี พ.ศ. 2453 จนถึง ICD-5 ในปี พ.ศ.2482 ตามลำดับ

เมื่อองค์การอนามัยโลกถือกำเนิดขึ้นมาในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นยุคที่มีการใช้งาน ICD-5 อยู่ องค์การอนามัยโลกได้ขอใช้ ICD เป็นเครื่องหมายหลักในการให้รหัสโรค และได้เริ่มจัดทำ ICD-6 โดยรวมโรคอื่นๆ ที่อาจไม่รุนแรงจนทำให้เสียชีวิต และรวมเรื่องการบาดเจ็บเข้าไปใน ICD ทำให้ ICD-6 มีความสมบูรณ์มากขึ้น แต่ก็ยังคงมีการดำเนินการปรับปรุง ICD ทุกๆ 10 ปี

ประเทศไทยเริ่มใช้ ICD-7 ในการทำสถิติการตายตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2493 และ เริ่มใช้ ICD-8 และ ICD-9 ในการเก็บสถิติการเจ็บป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2506 จนถึงปี พ.ศ. 2536 มาเป็น ICD-10

ในปี พ.ศ. 2537 และเริ่มดัดแปลง ICD-10 ให้เข้ากับการใช้งานในประเทศไทยมากขึ้น ในโครงการ ICD-10 TM หรือ ICD-10 Thai Modification ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543

ประวัติการใช้ ICD ในประเทศไทย (17)

ประเทศไทยเริ่มใช้ระบบรหัส ICD มาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2493 มาจนถึงปัจจุบัน โดยสามารถแบ่งช่วงเวลาที่ใช้ ICD ตามลักษณะการใช้งานได้เป็น 3 ช่วง ดังนี้

ระยะที่ 1 พ.ศ. 2493-2522 เป็นช่วงที่ประเทศไทยเริ่มใช้ระบบ ICD-7 โดยนำมาใช้เป็นระบบรหัสในการบันทึกข้อมูลการตายและจัดสถิติการตายของประเทศไทย โดยกองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มจัดทำสถิติการตายโดยใช้ ICD ในปีนี้ และต่อมาได้เปลี่ยนเป็น ICD-8 ในราวปี พ.ศ. 2510 ในระยะแรกนี้ การให้รหัสจำกัดอยู่เพียงหน่วยงานเดียวและมีเจ้าหน้าที่ให้รหัสไม่กี่คน

ระยะที่ 2 พ.ศ. 2523-2542 เป็นช่วงที่มีการขยายการเก็บข้อมูลและการสถิติจากเดิมมากขึ้น และเริ่มใช้ ICD-9 ในการจัดทำข้อมูลสถิติการเจ็บป่วยในปี พ.ศ. 2523 โดยมีการให้รหัสหลายหน่วยงานมากขึ้น และจำนวนเจ้าหน้าที่ให้รหัสเพิ่มขึ้นจากเดิม จนมาถึงปี พ.ศ. 2537 ประเทศไทยเปลี่ยนมาใช้ ICD-10 เป็นประเทศแรกของโลก มีการขยายงานการให้รหัสมากขึ้น และภาระงานการให้รหัสโรคเปลี่ยนจากเจ้าหน้าที่ส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข ไปเป็นภาระงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และเริ่มมีการใช้รหัส ICD-10 ในโรงพยาบาลเอกชน

ระยะที่ 3 พ.ศ. 2543-ปัจจุบัน เป็นระยะของการเพิ่มการใช้ประโยชน์รหัส ICD-10 มากขึ้น โดยเริ่มนำรหัส ICD-10 ไปใช้ในการส่งข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาลให้กับสำนักงานประกันสุขภาพ และบริษัทประกันชีวิตต่างๆ ทำให้เกิดการเพิ่มของตำแหน่งงานผู้ให้รหัสจนปัจจุบัน ประมาณการได้ว่า มีผู้ให้รหัสที่ทำงานอยู่ทั่วประเทศไทยไม่ต่ำกว่า 2,000 คน นอกจากนั้น การขยายตัวด้านการใช้รหัส ICD-10 ทำให้เกิดระบบการตรวจสอบคุณภาพของรหัสโรค และการพัฒนาระบบที่เกี่ยวข้อง ในปัจจุบันยุคที่มีแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ ทั้งภายในและนอกโรงพยาบาล ให้ความสนใจเรื่องการใช้ ICD-10 มากยิ่งขึ้น

ปัญหาการใช้ ICD ในประเทศไทย (17)

ปัญหาใหญ่ที่พบในประเทศไทยปัจจุบัน คือคุณภาพรหัสโรคที่ต้องการการปรับปรุง ซึ่งจากการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรค จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตรวจพบลักษณะความบกพร่องหลัก 3 ประเด็น ได้แก่

1. รหัสโรคไม่ถูกต้อง

พบการให้รหัสโรคที่ผิด ในโรงพยาบาลต่างๆ อยู่เป็นปริมาณไม่น้อย โดยมีอัตราความผิดพลาดได้ตั้งแต่ ร้อยละ 5-40 โดยพบความผิดพลาดมากที่สุดคือ การให้รหัสโรคไม่ละเอียด ไม่ให้รหัสโรค 4-5 ตัวอักษรในโรคที่สามารถให้รหัสได้ละเอียดมาก รองลงมาเป็นความผิดพลาดจากการเลือกรหัสในระดับ 4 ตัวอักษร นอกจากนั้น เป็นการให้รหัสโรคไม่ตรงกับหลักฐานที่ปรากฏในเวชระเบียนผู้ป่วย

2. รหัสโรคไม่ครบถ้วน

การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคพบลักษณะความบกพร่องที่ชัดเจนว่า รหัสโรคที่ผู้ให้รหัสบันทึกไว้ในข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายนั้น มีน้อยกว่าโรคทั้งหมดที่ผู้ป่วยมี เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง และโรคแทรกหลายโรค เจ้าหน้าที่มักลงรหัสได้ไม่ครบ หรือบางครั้งตามกฎหมายของ ICD-10 ควรให้รหัสโรค 2 รหัสในระบบรหัสคู่ แต่ผู้ให้รหัสทำการให้รหัสเพียงรหัสเดียว

3. เลือกรหัสโรคหลักผิด

เป็นปัญหาที่พบบ่อย โดยรหัสโรคที่เจ้าหน้าที่เลือกเป็นโรคหลัก ไม่ใช่โรคที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือหากผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาหลายโรค เจ้าหน้าที่ก็มีได้เลือกโรคที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาสูงสุด ซึ่งความผิดพลาดในลักษณะนี้ ยังส่งผลกระทบต่อการจัดกลุ่มผู้ป่วยในระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วย กล่าวคือ จะทำให้ได้รับค่าชดเชยค่ารักษาต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

สาเหตุของปัญหาความผิดพลาดในการให้รหัส (17)

สาเหตุของความผิดพลาดในการให้รหัส อาจจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ สาเหตุจากระบบงาน และสาเหตุจากตัวผู้ให้รหัสเอง

สาเหตุจากระบบงาน (System Error)

ระบบงานที่ไม่ดี อาจทำให้เกิดความผิดพลาดได้มาก เป็นปัจจัยที่ผู้ให้รหัสควบคุมได้ยาก อย่างไรก็ตาม เป็นหน้าที่ของผู้บริหารระบบงานที่ต้องจัดระบบงาน เพื่อมิให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพการให้รหัส โดยสาเหตุจากระบบงานอาจแบ่งได้เป็นหมวดใหญ่ๆ ดังนี้

1) ความบกพร่องในการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์

พบว่า หลายครั้งที่เจ้าหน้าที่ให้รหัสโรคผิดเนื่องจากแพทย์เขียนชื่อโรคโดยใช้ลายมือที่หวัดมากจนอ่านผิด หรือใช้คำย่อในการวินิจฉัยโรคที่ทำให้เจ้าหน้าที่สับสน หรือแพทย์สรุปโรคไม่ครบทุกๆ โรคที่ผู้ป่วยเป็น หรือบันทึกโรคหลักผิดพลาด สาเหตุของความบกพร่องในการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ มีต้นกำเนิดจากปัจจัย 2 ประการ ประการแรก คือ การที่แพทย์หลาย

คนยังขาดความรู้เรื่องหลักการสรุปการวินิจฉัยโรค การเขียนหนังสือรับรองการตาย แนวคิดของ ICD-10 เพราะเนื้อหาดังกล่าวไม่ได้บรรจุอยู่ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของโรงเรียนแพทย์ส่วนใหญ่ ทำให้แพทย์ไม่สามารถบันทึกเวชระเบียนหรือสรุปการวินิจฉัยโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยประการที่สอง ที่ทำให้เกิดความบกพร่องของแพทย์ คือ การที่แพทย์หลายคนมีภาระงานมากเกินไป และเห็นความสำคัญของการบันทึกเวชระเบียนน้อย ทำให้ขาดความประณีตในการเขียน ใช้ลายมือหวัด ใช้คำย่อมากเกินไป หรือหลงลืมว่าผู้ป่วยมีโรคร่วม โรคแทรกอีกหลายโรคและไม่ได้บันทึกโรคของผู้ป่วยให้ครบทุกโรค

2) ภาระงานมากเกินไปของเจ้าหน้าที่เวชสถิติ

ในบางโรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่เวชสถิติน้อย ทำให้ภาระงานมากเกินไป บางแห่งแก้ปัญหาโดยการจ้างลูกจ้างที่ขาดคุณสมบัติ (ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมการให้รหัส ICD-10) มาทำงานช่วย ซึ่งแก้ปัญหาเรื่องงานล้นมือได้แต่คุณภาพต่ำลง

3) เครื่องมือการให้รหัสโรคขาดแคลนหรือใช้เครื่องมือคุณภาพต่ำ

ตามปกติ เครื่องมือมาตรฐานในการให้รหัสโรค ICD-10 คือหนังสือ ICD-10 1 ชุด ที่ประกอบไปด้วยหนังสือ ICD-10 สามเล่ม และเจ้าหน้าที่ต้องมีประจำทุกๆ คน คนละ 1 ชุด แต่ในสภาพความเป็นจริง พบว่าหลายโรงพยาบาลในประเทศไทยยังมีหนังสือ ICD-10 ไม่ครบ และเสี่ยงไปใช้เครื่องมือคุณภาพต่ำ ได้แก่ สมุดจดรายการรหัสโรค ICD-10 ที่จัดทำขึ้นเอง (มีความผิดพลาดของรหัสสูง และรหัสไม่ละเอียด) หรือ ค้นหาจากรหัสโรคจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ผิดพลาด ซึ่งมีการจัดสร้างโปรแกรมคอมพิวเตอร์บางโปรแกรมที่กำหนดรหัสโรคให้โดยอัตโนมัติหรือกึ่งอัตโนมัติ เช่น โปรแกรม STAT ที่ใช้ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหลายแห่ง หรือโปรแกรมที่พัฒนากันขึ้นมาเองหลายโปรแกรม พบว่าโปรแกรมเหล่านั้นมีตารางรหัสโรค ICD-10 ที่ผิดพลาดถึง 30-40% แต่เจ้าหน้าที่เวชสถิติหลายคนไม่ทราบข้อผิดพลาดนี้ จึงทำให้การให้รหัสผิดพลาดมาตลอด

4) ขาดมาตรฐานการทำงาน (Standard Coding Guideline) หรือความชำนาญ

เนื่องจากการให้รหัสโรค ICD-10 ในบางโรงพยาบาลเป็นเรื่องใหม่ ที่เพิ่งเริ่มดำเนินการได้ไม่กี่ปี เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเรื่องนี้ยังไม่มี ความชำนาญ หรือต้องเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ใหม่อยู่เรื่อยๆ ทำให้ไม่สามารถทำงานให้ได้มาตรฐาน เช่น ในการให้รหัสโรคเจ้าหน้าที่ไม่รู้ว่าต้องใช้หนังสือ ICD-10 ทั้งสามเล่มในการทำงาน หรือ ยังไม่ทราบบทบาทของเจ้าหน้าที่ในการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม ว่าอนุญาตให้เจ้าหน้าที่นำข้อมูลที่แพทย์หลงลืม ในเวชระเบียนมาประกอบการให้

รหัสโรคได้มาน้อยเพียงใด ลักษณะการทำงานจึงเป็นไปในทำนอง "ต่างคนต่างทำ" และทำให้การวัดมาตรฐานการทำงานเพื่อเปรียบเทียบและพัฒนาเป็นไปได้ยาก

สาเหตุจากผู้ให้รหัส (Coder Error) ได้แก่

1) ผู้ให้รหัสไม่เข้าใจโครงสร้างหลักของ ICD-10 ไม่รู้และไม่เคยฝึกปฏิบัติขั้นตอนมาตรฐานในการให้รหัส ICD-10 ไม่เข้าใจเรื่องข้อกำหนดการใช้รหัสต่างๆ (หลายโรงพยาบาลใช้แพทย์เป็นผู้ให้รหัส ทั้งๆที่แพทย์ไม่เคยเรียนเรื่องการให้รหัส ICD-10 มาก่อนเลย ทำให้แพทย์ให้รหัสผิดเป็นจำนวนมาก)

2) ไม่เข้าใจจุดอ่อนในการใช้คำวินิจฉัยโรคของแพทย์ โดยเจ้าหน้าที่เวชสถิติหลายคนยังเข้าใจว่าแพทย์เข้าใจวิธีการ หลักการ และการใช้คำวินิจฉัยโรคดีแล้ว ถูกต้องแล้ว ทั้งที่ความเป็นจริง แพทย์มีจุดอ่อนหลายจุดในการใช้คำวินิจฉัยโรค เช่น

- 2.1) ใช้คำย่อ เฉพาะตัว หรือเฉพาะสาขาที่เกี่ยวข้อง ทำให้ไม่มีคนรู้ความหมายที่ถูกต้อง
- 2.2) ใช้คำกำกวมในการวินิจฉัยโรค (ดูตารางที่ 2.4)
- 2.3) ใช้คำเรียกชื่อโรคแบบหายๆ ไม่ระบุรายละเอียดที่เหมาะสม (ดูตารางที่ 2.5)
- 2.4) บางครั้งเขียนอาการของโรค ไม่เขียนชื่อโรค

ตารางที่ 2.4 คำกำกวมบางคำที่แพทย์นิยมใช้

Head Injury	ไม่บอกว่าบาดเจ็บรุนแรงขั้นไหน
Multiple Injury	ไม่บอกตำแหน่งหรือจำนวนหรือลักษณะที่บาดเจ็บ
Upper Respiratory Tract Infection (URI)	ไม่บอกว่าคออักเสบหรือทอนซิลอักเสบ หรือเป็นหวัด
Urinary Tract Infection (UTI)	ไม่บอกว่าไตอักเสบหรือกระเพาะปัสสาวะอักเสบ
Cerebrovascular Accident (CVA)	ไม่บอกว่าหลอดเลือดสมองแตก หรือตีบตัน
Motorcycle Accident (MCA)	ไม่บอกว่าเป็นคนขี่หรือคนซ้อนและชนกับรถอะไร
Car Accident	ไม่บอกว่าเป็นคนขับหรือคนนั่งและชนกับรถอะไร
Diabetic Foot	ไม่บอกว่าเป็นแผล หรือ Gangrene หรืออื่นๆ

ตารางที่ 2.5 ตัวอย่างการแยกชื่อโรคแบบหยาบ ๆ ไม่ระบุรายละเอียดที่ควรระบุ

Pneumonia	ไม่บอกปอดข้างที่เป็นโรค ไม่บอกชื่อเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุ
Diabetes Mellitus (DM)	ไม่บอกชนิดว่าเป็น เบาหวานชนิดที่ 1, 2 หรือชนิดอื่นๆ
Fracture Femur (etc.)	ไม่บอกว่าการกระดูกหักตรงกลาง ท่อนบน หรือท่อนล่าง
Myocardial Infraction (MI)	ไม่บอกว่าการหัวใจห้องไหน หรือผนังด้านไหนที่ขาดเลือด
Burn	ไม่บอก ระดับความลึก ตำแหน่ง พื้นที่ผิวที่ถูกความร้อน
Cellulitis	ไม่บอกตำแหน่งที่เป็นโรค (เช่น แขน ขา ลำตัว ก้น ฯลฯ)
Carcinoma Stomach (etc.)	ไม่บอกว่าเป็นที่ ส่วนต้น ส่วนกลาง ส่วนล่าง หรือโพรงไส้

3) ขาดความรู้ในเรื่องโรคต่างๆ หรือภาวะบางอย่างของผู้ป่วยที่อาจทำให้ต้องเปลี่ยนรหัสโรคที่เหมาะสม เช่น ถ้าพบว่าผู้ป่วยกำลังตั้งครรภ์อยู่ ต้องเปลี่ยนเป็นการใช้รหัสโรคที่ขึ้นต้นด้วยอักษรโอ (O) หรือ ถ้าพบว่า ผู้ป่วย Bronchitis มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ต้องเปลี่ยนรหัสจาก J40 ให้กลายเป็น J20.9

4) ไม่ตรวจสอบข้อมูลให้ละเอียด หรือแปลผลข้อมูลผิดพลาด โดยเฉพาะในกรณีการให้รหัสผู้ป่วยที่รหัสโรคสลับซับซ้อนซึ่งต้องอาศัยการอ่านข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วย เช่น บันทึกประวัติ ตรวจร่างกาย บันทึกการผ่าตัด ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ฯลฯ

5) ผู้ให้รหัส ไม่แม่นยำเรื่องกฎการให้รหัสต่างๆ ของ ICD-10 เช่น กฎการเลือกรหัสโรคหลัก การให้รหัสคู่ การให้รหัสหลัก และรหัสเสริม ฯลฯ

ICD กับคุณภาพข้อมูลในเวชระเบียน (17)

การให้รหัส ICD ได้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ต้องอาศัยคุณภาพข้อมูลในเวชระเบียนที่ดี โดยการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียนเป็นสิ่งที่ยังจำเป็นอย่างยิ่งหากต้องการคุณภาพการให้รหัสโรคที่ครบถ้วน ถูกต้อง และมีรายละเอียดชัดเจน เนื่องจากบางครั้งแพทย์ผู้สรุปการรักษาผู้ป่วยให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือใช้คำกำกวมในการวินิจฉัยโรค หากไม่สืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมจะทำให้ได้รหัสโรคที่กำกวม หรือได้รหัสโรคไม่ครบ

ผู้ให้รหัสโรคควรตรวจสอบข้อมูลในเวชระเบียนส่วนอื่นๆ นอกเหนือจากข้อมูลแพทย์ ได้แก่ บันทึกจาก OPD, บันทึกทางการพยาบาล, บันทึกการผ่าตัด, ใบสั่งการรักษา ฯลฯ

รหัสโรค ICD-10 และรหัสข้อมูลมาตรฐานทางการแพทย์ของประเทศไทย (17)

ICD-10 ย่อมาจาก International Classification of Disease and Related Health Problem (10th Revision) หรือศัพท์ภาษาไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขเรียกว่า บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 เป็นระบบที่มีส่วนประกอบสำคัญ 2 ส่วน ดังนี้

- 1) ระบบการจัดหมวดหมู่ของโรคและปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่พบในมนุษย์
- 2) ระบบรหัสโรคและรหัสปัญหาสุขภาพ

ระบบการจัดหมวดหมู่ของโรคใช้หลักการ Nosology หรือศาสตร์แห่งการจัดหมวดหมู่โรค ในการจัดกลุ่ม โรคที่มีลักษณะใกล้เคียงกันมาอยู่ในหมวดหมู่เดียวกัน ส่วนระบบรหัสโรคและรหัสปัญหาสุขภาพใช้การกำหนดรหัสเป็นสัญลักษณ์แทนโรคหรือปัญหาสุขภาพ

ลักษณะรหัสของ ICD-10

รหัส ICD-10 เป็นรหัสตัวอักษรผสมกับตัวเลข (Alphanumeric code) โดยรหัสแต่ละตัวจะขึ้นด้วยอักขระ ภาษาอังกฤษ A-Z แล้วตามด้วยตัวเลขอารบิก 0-9 อีก 2 ถึง 4 ตัว จึงเป็นรหัสที่มีความยาว 3,4 หรือ 5 อักขระ (Character) ตัวอย่างรหัส ICD-10 ได้แก่ I10 เป็นรหัสแทนโรค Hypertension, J18.9 เป็นรหัสแทนโรค Pneumonia และ M00.91 เป็นรหัสแทนโรค Pyogenic Arthritis at shoulder

หลักการจัดหมวดหมู่โรคใน ICD-10

การจัดหมวดหมู่โรคใน ICD-10 นั้น พิจารณาจากหลายองค์ประกอบ เช่น ลักษณะของผู้ที่เป็นโรค สาเหตุการเกิดโรค ตำแหน่งอวัยวะที่เป็นโรค ฯลฯ จึงอาจทำให้ผู้ที่ไม่คุ้นเคยสับสนได้ง่าย ลักษณะแนวคิดการแบ่งหมวดหมู่ของโรคเป็นดังต่อไปนี้

- 1) จัดหมวดหมู่ตามลักษณะของผู้ป่วย ได้แก่

- หญิงตั้งครรภ์	ใช้รหัส	O
- ทารกแรกเกิด	ใช้รหัส	P

- 2) จัดหมวดหมู่ตามสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่

- โรคติดเชื้อ	ใช้รหัส	A และ B
- พิกัดแต่กำเนิด	ใช้รหัส	Q
- เนื้องอก / มะเร็ง	ใช้รหัส	C และ D
- บาดเจ็บ	ใช้รหัส	S และ T

3) จัดหมวดหมู่ตามตำแหน่งอวัยวะหรือระบบที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่

- โรคเลือด	ใช้รหัส	D50-D8
- โรคหัวใจและหลอดเลือด	ใช้รหัส	I
- โรคจิตและพฤติกรรม	ใช้รหัส	F
- โรคหู	ใช้รหัส	H60-H95
- โรคตา	ใช้รหัส	H00-H59
- สมองและระบบประสาท	ใช้รหัส	G
- โรคไตและทางเดินปัสสาวะ	ใช้รหัส	N
- โรคผิวหนัง	ใช้รหัส	L
- ระบบย่อยอาหาร	ใช้รหัส	K
- โรคกล้ามเนื้อและกระดูก	ใช้รหัส	M
- โรคปอดและระบบหายใจ	ใช้รหัส	J
- โรคต่อมไร้ท่อ	ใช้รหัส	E

4) การบริการสุขภาพและรหัสสาเหตุภายนอก

ใช้รหัส V, W, X, Y และ รหัส Z

5) วินิจฉัยโรคไม่ได้

ใช้รหัส R

6) โรคใหม่ที่ยังทราบสาเหตุการเกิดที่ชัดเจน หรือ การแพ้สารหรือยาปฏิชีวนะ/การดื้อยา

ใช้รหัส U

2.11 ระบบการรายงานการตายในสถานพยาบาล (18)

หน่วยงานที่ต้องรายงาน

สถานพยาบาลทุกแห่ง ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ออกหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1)

ให้ญาตินำไปแจ้งการตาย ณ สำนักทะเบียนท้องถิ่น เพื่อขอรับมรณบัตร

กำหนดการส่งรายงาน

ส่งเป็นรายเดือนทุกเดือน โดยตัดยอดทุกวันสิ้นเดือนและทำการบันทึกข้อมูลจากหนังสือรับรองการตายผ่านระบบสารสนเทศข้อมูลการตาย ของกระทรวงสาธารณสุข ให้แล้วเสร็จในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป

คำแนะนำในการบันทึกรายงานการตายจากหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) มีดังนี้

- 1) บันทึกเป็นรายบุคคลทุกราย ที่มีการตายเกิดขึ้นและได้ออกหนังสือรับรองการตาย
- 2) วิธีการบันทึกส่งรายงานทำได้ 2 กรณี

ก. ตัดยอดทุกวันสิ้นเดือน แล้วจึงทำการบันทึกส่งให้สำนักงานโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป

ข. ทำการบันทึกทันทีเมื่อมีการตายและมีการออกหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) แต่ทั้งนี้ให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป

การส่งข้อมูลการตายกลับให้หน่วยงานใช้ประโยชน์

กรณีเกิดการสงสัยหรือไม่ชัดเจนจะประสานงานกับโรงพยาบาลนั้นๆ โดยตรง สำนักงานโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข จะทำการประมวลผลให้ทราบเป็นรายโรงพยาบาลและจัดส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นภาพรวมของจังหวัดนั้นๆ

วิธีการรายงานผ่านโปรแกรมระบบสารสนเทศข้อมูลการตาย

ในการใช้งานโปรแกรมระบบสารสนเทศข้อมูลการตายสำหรับสถานพยาบาล เพื่อทำการบันทึกการตายต่างๆ ของหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) นั้น จะมีรายละเอียดในการใช้งานดังต่อไปนี้

1. เปิดโปรแกรมที่ Web Browser เช่น Internet Explorer แล้วกรอกค่า address ดังนี้ <http://healthdata.moph.go.th/DeathReport2005/GUI2007/LoginForm.php>

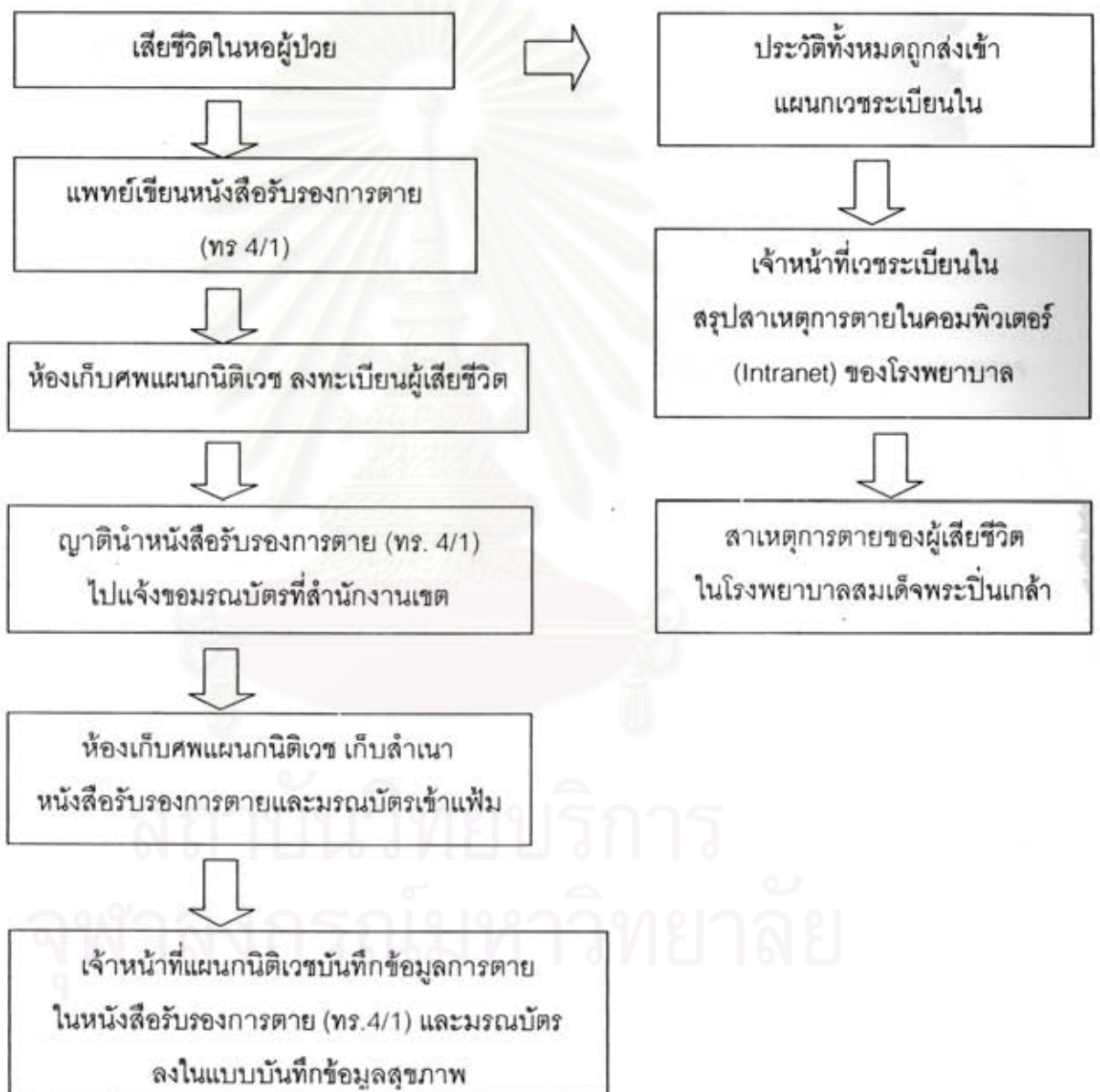
2. Login จากหน้า Homepage ให้ผู้ใช้กรอก Username และ Password ตามที่ได้รับแจ้งจากสำนักงานโยบายและยุทธศาสตร์ลงในช่อง Username และ Password ตามลำดับจะปรากฏหน้าจอที่ระบุชื่อผู้ใช้ ระดับการใช้งานและหน่วยงาน จากนั้นให้กรอกข้อมูลตามรายการ หากพบว่าข้อมูลถูกต้องครบถ้วนแล้วให้คลิกที่ปุ่ม "ยืนยัน" เพื่อทำการบันทึกข้อมูล เมื่อคลิกที่ปุ่ม "ยืนยัน" แล้วผู้ใช้ไม่สามารถแก้ไขรายการข้อมูลใดๆ ได้อีก

2.12 ระบบการรายงานผู้เสียชีวิตในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (19)

เมื่อมีผู้เสียชีวิตในหอผู้ป่วย แพทย์จะเขียนหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ส่งมายังห้องเก็บศพ จากนั้นญาติจะนำสำเนาไปแจ้งเจ้าหน้าที่สำนักงานเขตเพื่อรับใบมรณบัตร และญาติจะนำมรณบัตรมารับศพผู้ป่วยไปประกอบพิธี หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่นิติเวชจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลการตายส่งสำนักงานโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขทุกเดือน สำหรับประวัติทั้งหมด

ของผู้ป่วยหลังจากเสียชีวิต แพทย์จะสรุปประวัติให้เรียบร้อยจากนั้นแฟ้มประวัติจะถูกส่งไปยังแผนกเวชระเบียนใน เพื่อลงสรุปสาเหตุการตายในคอมพิวเตอร์โรงพยาบาล เพื่อให้ได้สาเหตุการตายของผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ดังรูปที่ 2.2

แผนภูมิที่ 2.2 แสดงผังการรายงานผู้เสียชีวิตในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า



2.11 แผนกนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (20)

แผนกนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า มีหน้าที่เกี่ยวกับการตรวจชันสูตรบาดแผล การเจ็บป่วยทางคดี การตรวจชันสูตรศพทางคดี เฉพาะกำลังพลในกองทัพเรือและข้าราชการ กระทรวงกลาโหม ให้คำปรึกษาทางนิติเวช การรับวัตถุพยาน การเก็บรักษาและจ่ายศพ การส่งต่อศพทางคดีที่เสียชีวิตใน รพ. สมเด็จพระปิ่นเกล้า ไปโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การติดต่อ โทร. 02-4752727

เวลาทำการ วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.00 -16.00 น.

เวลาจ่ายศพ ทุกวันตลอด 24 ชม.

การรับผู้ป่วยตรวจทางนิติเวช

- หอผู้ป่วยดูแลคู่มือการปฏิบัติต่อผู้ป่วยคดีประกอบ (WI-NUR-INP-005)
- กรณีผู้ป่วยในเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย กรุณาโทรแจ้งห้องนิติเวชทุกครั้งก่อนส่งผู้ป่วยมาตรวจนิติเวชในเวลาราชการพร้อมประวัติการรักษา ฟิล์ม x – ray ใบปรึกษานิติเวช
- กรณีเป็นผู้ป่วยนัดจากห้องฉุกเฉิน ให้ผู้ป่วยนำใบนัดตรวจไปขอรับบัตรตรวจโรคที่ห้องเวชระเบียนก่อนมาตรวจที่ห้องนิติเวชในเวลาราชการ

การรับวัตถุพยาน

- วัตถุพยาน (EVIDENCE) ในส่วนของนิติเวช กองพยาธิวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า คือ สิ่งที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บได้แก่ หัวกระสุนปืน อาวุธมีคม เช่น มีด ฯลฯ
- เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วย นำวัตถุพยานพร้อมสมุดนำส่งให้ห้องนิติเวชในเวลาราชการ

การรับ / จ่ายศพ

- การแจ้งรับศพนอกเวลาราชการ แจ้งเวรพนักงานรักษาศพ หรือเวรพยาธิ หรือ เวนคสังเลียด
- กรณีแพทย์เซ็นหนังสือรับรองการตายเรียบร้อยแล้ว ให้ญาติเซ็นรับหนังสือรับรองการตายมาติดต่อห้องนิติเวชทุกรายเพื่อรับเลขที่หนังสือรับรองการตายก่อนไปเขต
- กรณีค้างชำระค่ารักษาพยาบาล หอผู้ป่วยกรุณาแจ้งห้องนิติเวชด้วย

- กรณีศพไม่มีญาติ เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย เขียนรายงานพร้อมแนบหนังสือรับรองการตาย ส่งให้รุกรการโรงพยาบาล ไปแจ้งการตายและขอรับใบมรณบัตรที่เขตรธนบุรี มาให้ห้องนิติเวช เพื่อส่งศพไปฝังที่สุสานของมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง ตำบลโรงเข้ อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร
- ศพอิสลามที่ทราบสาเหตุการตาย หลักฐานในการรับศพ คือ
 - 1) หนังสือรับรองการตายจากหอผู้ป่วย
 - 2) หนังสือรับรองจากจุฬาราชมนตรี หรือสุเหร่าที่ผู้ตายเข้าร่วมพิธีกรรมประจำ และห้องนิติเวชสามารถจ่ายศพได้เลย โดยให้นายทหารเวรเทคนิค เหวพยาธิ เป็นผู้เซ็นชื่อยินยอมจ่ายศพ
- ศพอิสลามที่ไม่ทราบสาเหตุการตายจะต้องผ่าชันสูตรศพทุกราย ยกเว้น แพทย์หาสาเหตุการตายได้และยินยอมออกหนังสือรับรองการตาย
- กรณีผู้เสียชีวิตเป็นคนต่างด้าว จะต้องมีใบพาสปอร์ตหรือใบอนุญาตให้พักอาศัย ในเมืองไทยที่ออกโดยสถานที่ราชการมาแสดงเพื่อรับศพ
- ศพคดี มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้
 - 1) หอผู้ป่วยดูแลเอกสารคู่มือการปฏิบัติต่อผู้ป่วยคดีประกอบ (WI-NUR-INP-005)
 - 2) หอผู้ป่วยไม่ต้อง Pack ศพคดี และให้เขียนรายละเอียดการเสียชีวิต วันเวลา สถานที่เกิดเหตุ และชื่อผู้นำส่ง รพ. ฯ พร้อมเบอร์โทรศัพท์
 - 3) ห้องนิติเวช แจ้งร้อยเวรประจำวัน สน. บุคคโล ให้มาดำเนินการส่งศพไป นิติเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 - 4) กรณีศพเป็นผู้นับถือศาสนาอิสลาม ต้องมีหนังสือรับรองจากจุฬาราชมนตรี หรือสุเหร่าที่ผู้ตายเข้าร่วมพิธีประจำมาแสดง
- การขอใช้สถานที่รดน้ำศพ และการขอผ่าชันสูตรอื่นๆ ติดต่อโดยตรงที่ห้องนิติเวช ในเวลาราชการ

2.13 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยของประเทศไทย

กานดา วัฒนโกส, เยาวรัตน์ ปรบักษ์ขามและคณะ (21) ศึกษาถึงสาเหตุการตายภายใน กรุงเทพมหานคร ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ.2544 เป็นการศึกษาย้อนหลังเพื่อเปรียบเทียบความถูกต้องของสาเหตุการตายในมรณบัตรกับสาเหตุที่ตรวจสอบได้จากการศึกษา ดำเนินการเก็บข้อมูลของผู้เสียชีวิตที่บ้านโดยใช้วิธีสัมภาษณ์ญาติ

ผู้ใกล้ชิดกับผู้ตาย และใช้แบบสอบถามบันทึกประวัติการเจ็บป่วยก่อนเสียชีวิต สำหรับผู้ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล จะเก็บข้อมูลของผู้ตายจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล แล้วรวบรวมแบบบันทึกการสอบสวนสาเหตุการตายทั้งเสียชีวิตที่บ้านและเสียชีวิตในโรงพยาบาล ให้แพทย์อย่างน้อย 2 คน ให้การวินิจฉัยสาเหตุการตายตามหลัก ICD-10 ผลการเก็บข้อมูลของผู้ที่เสียชีวิตที่บ้านเก็บข้อมูลได้ 6,386 ราย พบว่า การสรุปสาเหตุการตายผิดหลัก ICD-10 โดยระบุรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตายและความสอดคล้องของรายงานสาเหตุการตายจากมรณบัตรกับสาเหตุที่ได้จากการศึกษามีความสอดคล้องกันเพียงร้อยละ 37.3 โดยกลุ่มโรคที่มีความสอดคล้องสูงระหว่าง 2 แหล่งที่ศึกษา ได้แก่ โรคระบบไหลเวียนโลหิต ร้อยละ 27.6 รองลงมาได้แก่ โรคมะเร็ง ร้อยละ 25.0 ชราภาพ ร้อยละ 18.6 โรคเอดส์ ร้อยละ 4.6 และกลุ่มการตายจากสาเหตุภายนอกนี้ ได้แก่ ฆ่าตัวตาย จมน้ำตาย และอุบัติเหตุจราจร

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ เยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม และคณะ(13) ได้ศึกษสาเหตุการตายในประเทศไทยระยะที่ 1 จำนวน 5 จังหวัด ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น นครศรีธรรมราช นครสวรรค์ น่าน และระนองและกรุงเทพมหานคร 4 เขต (บางเขน สายไหม ดอนเมือง และหลักสี่) ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2541 พบว่า การระบุสาเหตุการตายในมรณบัตรเปรียบเทียบกับการศึกษาโดยการสอบสวนย้อนหลัง มีความสอดคล้องกันร้อยละ 25.5 เท่านั้น โดยสาเหตุการตายที่สอดคล้องกันมากที่สุด คือ ชราภาพและอาการต่างๆ ร้อยละ 44.5 รองลงมาคือ โรคมะเร็งทุกชนิด ร้อยละ 16.0 ส่วนสาเหตุการตายที่สอดคล้องกันน้อยที่สุด คือ การติดเชื้อ เอช ไอ วี ร้อยละ 1.6 หากเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษากับข้อมูลจากมรณบัตรจะพบว่า โรคมะเร็งและเนื้องอก พบมากกว่าที่รายงานในมรณบัตร 1.6 เท่า โรคระบบไหลเวียนเลือด พบมากกว่าที่รายงานในมรณบัตรเล็กน้อย แต่แตกต่างกันในเรื่องประเภทของโรค รายงานในมรณบัตรส่วนใหญ่เป็นหัวใจล้มเหลว หัวใจวาย ในขณะที่การศึกษาพบโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด การติดเชื้อ เอช ไอ วี / เอดส์ พบมากกว่ารายงานในมรณบัตร 9 เท่า การตายจากสาเหตุภายนอกพบมากกว่ารายงานในมรณบัตร 1.3 เท่า

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (22) ศึกษาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในประเทศไทย เปรียบเทียบระหว่างฐานข้อมูลมรณบัตรกับฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาล การศึกษานี้ครอบคลุมเฉพาะการตายในโรงพยาบาลประจำจังหวัด 1 แห่ง และโรงพยาบาลอำเภออีก 1 แห่งใน 4 พื้นที่คือ กาญจนบุรี น่าน ขอนแก่น และสงขลา โดยสืบค้นข้อมูลทุติยภูมิของผู้เสียชีวิต

ทุกรายระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2546 ที่ปรากฏในทะเบียนการตายของสถานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากประวัติในสถานพยาบาล หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และมรณบัตร พบผู้เสียชีวิตจำนวน 3,966 ราย ค้นหาเวชระเบียนได้ร้อยละ 97.4 พบหนังสือรับรองการตาย (ทร. 4/1) ร้อยละ 93.4 และพบมรณบัตรร้อยละ 89.1 เมื่อประมวลสาเหตุการตายที่แท้จริงตามมาตรฐาน ICD-10 พบว่า หนังสือรับรองการตายให้สาเหตุตรงกับประวัติร้อยละ 48.4 โดยโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี มีสัดส่วนความสอดคล้องสูงที่สุด โรงพยาบาลจังหวัดน่านมีการระบุรูปแบบการตายสัดส่วนสูงที่สุดถึงร้อยละ 32.2 สำหรับสาเหตุการตายในมรณบัตรระบุตรงกับประวัติร้อยละ 30.3 ในภาพรวมพบว่า ร้อยละ 24.7 เท่านั้นที่ได้สาเหตุตรงกันหมด และร้อยละ 11.3 ที่ไม่สามารถสรุปความสอดคล้องได้เนื่องจากขาดข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่ง

ณัฐ ตันศรีสวัสดิ์ และธีรโชติ จงสกุล (23) ศึกษาถึงข้อผิดพลาดในหนังสือรับรองการตายของศูนย์อำนวยการชันสูตรพลิกศพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยศึกษาหนังสือรับรองการตาย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2549 ซึ่งออกโดยแพทย์นิติเวชศาสตร์ ที่ได้รับวุฒิบัตร แล้วทำการรวบรวมข้อมูลความผิดพลาด โดยแบ่งเป็นความผิดพลาดที่สำคัญและความผิดพลาดเล็กน้อย ผลการศึกษาพบว่า มีการตรวจชันสูตรพลิกศพและออกหนังสือรับรองการตายทั้งหมด 246 ราย พบจำนวนข้อผิดพลาดที่สำคัญ 48 ราย แบ่งเป็น เขียนกลไกการตายแทนการเขียนสาเหตุการตาย ร้อยละ 8.54 รองลงมาคือไม่เรียงลำดับการเกิดของเหตุการณ์ (ร้อยละ 6.91) และลงสาเหตุการตายมากกว่า 1 อย่าง (ร้อยละ 4.07) สำหรับข้อผิดพลาดเล็กน้อยที่พบมากที่สุด ได้แก่ การไม่ระบุเวลาที่เกิดสาเหตุหรือเหตุการณ์นั้น 241 (ร้อยละ 100) รองลงมา คือ การเขียนกลไกการตายแต่มีสาเหตุการตายประกอบ 49 ราย (ร้อยละ 19.92) แปลหรือใช้คำไม่ถูกต้อง 6 ราย (ร้อยละ 2.44) และ ใช้ตัวย่อไม่เป็นสากลหรืออ่านไม่ออก 1 ราย (ร้อยละ 0.41) ตามลำดับ

ปรียานูช เชิดชูเหล่า (24) ศึกษาความถูกต้องของสาเหตุการตายที่ระบุไว้ในมรณบัตร รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ใกล้ชิดผู้ตายและข้อมูลการเจ็บป่วยที่บ้านที่ไว้ในโรงพยาบาลทุกราย ระหว่างเดือน มกราคม ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2542 ในเขตกิ่งอำเภอกฎกามยาว จังหวัดพะเยา จำนวนทั้งสิ้น 229 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวินิจฉัยสาเหตุการตาย โดยคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ความถูกต้องของสาเหตุการตาย เปรียบเทียบกัน ผลการศึกษาพบว่า โรคที่ระบุไว้ว่าเป็นสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตร แตกต่างไปจาก

สาเหตุการตายที่ระบุโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ คือโรคที่ระบุไว้ในมรณบัตร 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคชรา โรคหัวใจ และโรคเอดส์ ตามลำดับ แต่สาเหตุการตาย 3 อันดับแรกที่สรุปโดยคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ โรคเอดส์ โรคมะเร็งทุกชนิด และโรคชรา ความตรงกันของสาเหตุการตายในมรณบัตรกับสาเหตุการตายที่สรุปจากคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในภาพรวมตามรหัส ICD-10 เท่ากับร้อยละ 47.16 โดยมีความสอดคล้องต่ำ ($Kappa=0.38$, $p<0.001$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตรงกันของสาเหตุการตายจากมรณบัตรกับสาเหตุที่สรุปได้จากคณะแพทย์ ได้แก่ ประวัติการรักษาพยาบาล สถานที่เสียชีวิต พฤติการณ์ที่ตายและผู้แจ้งตาย

ปัทมา ว่าพัฒนางศ์ (25) ศึกษาความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนตายเทียบกับข้อมูลจริงระดับจังหวัด โดยเปรียบเทียบการตายที่พบจากการสำรวจของโครงการกาญจนบุรี กับการตายที่จดทะเบียนในระบบทะเบียนราษฎร ตามกระบวนการ โดยทำการสำรวจ 4 รอบ เริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2542 จนถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2546 พบจำนวนที่ตายในโครงการ กาญจนบุรี ทั้งหมด 1,024 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนตายในโครงการกาญจนบุรี คิดเป็นร้อยละ 87.5 ร้อยละความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนตายของเพศชาย เท่ากับ 88.0 ซึ่งสูงกว่าร้อยละความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนตายของเพศหญิงที่เท่ากับ 86.7 และร้อยละ 12.5 ของการตายทั้งหมดนี้ไม่จดทะเบียนตาย และยังพบว่าในกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่จดทะเบียนตายสูงสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 20.8 นอกจากนี้โครงการได้สอบถามถึงเรื่องการแจ้งตายด้วย พบว่า จากจำนวนการตาย 1,024 รายนั้น ร้อยละ 98.4 ตอบว่ามีการแจ้งตาย ขณะที่ร้อยละ 87.5 ของการตายทั้งหมดเท่านั้นที่จดทะเบียนตาย ความแตกต่างร้อยละ 10.9 ที่พบนั้น มีความเป็นไปได้ที่ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการจดทะเบียนตายให้เสร็จสิ้นสมบูรณ์

สิรินทรา พุตระกูล (3) ศึกษาความครบถ้วนสอดคล้องตรงกันของการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยกับหนังสือรับรองการตายของผู้ที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ. 2546 โดยใช้ข้อมูลจากการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยกับหนังสือรับรองการตาย ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลจำนวน 1,589 ราย เก็บข้อมูลระหว่าง 1 ตุลาคม 2545 ถึง 30 กันยายน 2546 ผลการศึกษา พบว่า การลงสาเหตุการตายในหนังสือรับรองสาเหตุการตายที่แพทย์เลือกโรคในบรรทัดสุดท้ายมาเป็นสาเหตุการตาย ซึ่งถือว่าถูกต้องร้อยละ 66.70 และไม่ถูกต้องร้อยละ 33.30 และการเปรียบเทียบสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายกับการสรุป

การจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า เจ้าหน้าที่สถิติมีการให้รหัส ICD-10 ตรงกันกับสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย ร้อยละ 60.45 ไม่ตรงกันร้อยละ 39.55 และเจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรเลือกสาเหตุการตายตรงกับช่องที่ให้ระบุสาเหตุการตายในมรณบัตรของหนังสือรับรองการตาย ร้อยละ 68.52 และไม่ตรงกับช่องที่ให้ระบุสาเหตุการตายในมรณบัตรของหนังสือรับรองการตาย ร้อยละ 31.48

งานวิจัยต่างประเทศ

Colin D. Mathers และคณะ (1) ศึกษาการลงทะเบียนการตายของทั่วโลกกว่า 115 ประเทศ โดยใช้ความครบถ้วนและคุณภาพเป็นตัวชี้วัด พบว่า มีถึง 28 ประเทศที่มีข้อมูลครบถ้วน < 70% และให้สาเหตุการตายคลุมเครือ (Ill-defined) มากกว่า 20% ของข้อมูลทั้งหมด

Nielsen GP และคณะ (26) ศึกษาความถูกต้องของรายงานมรณบัตรจำนวน 433 ราย ที่มีประวัติการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า รายงานมรณบัตรและการชันสูตร มีถึงร้อยละ 50 ที่ไม่ตรงกันร้อยละ 25 ที่ระบุสาเหตุผิด และร้อยละ 33 ที่ระบุโรคหลักไม่ตรงกัน

Peach HG และ Brumley DJ (27) ศึกษาโดยการนำรายงานมรณบัตร ให้แพทย์ระบุสาเหตุการตาย พบว่า ร้อยละ 18 ไม่เป็นที่น่าพอใจ ร้อยละ 17 ระบุไม่ตรงสาเหตุ และร้อยละ 18 ต้องแปลรหัสใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของเจอร์ซี ที และคณะ (Jersee, 1998) ได้ศึกษาความน่าเชื่อถือของรายงานมรณบัตร โดยศึกษาจากผู้ป่วย 40 รายที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ในปี 1994 โดยหาความสอดคล้องการระบุสาเหตุการตายในมรณบัตรของแพทย์ในโรงพยาบาล การศึกษาได้นำรายงานผู้ป่วย 40 ราย ให้แพทย์จำนวน 10 คน ลงความเห็น โดยไม่ทราบผลการชันสูตรพลิกศพ พบว่า การลงสาเหตุการตายมีความแตกต่างกันอยู่ในระดับสูง 8 ราย ระดับปานกลาง 19 ราย ระดับน้อย 10 ราย และ 3 รายไม่มีข้อมูลเพียงพอ

Pritt BS และคณะ (28) ทำการศึกษาข้อผิดพลาดที่พบในมรณบัตรของโรงพยาบาล โรงเรียนแพทย์ เพื่อดูถึงประเภทของข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นในใบมรณบัตรที่ออกโดยแพทย์สาขาอื่นๆ ที่ไม่ใช่แพทย์สาขานิติเวช โดยดำเนินการศึกษาโดยการสุ่มผู้ป่วย 50 ราย ที่เสียชีวิตระหว่างเดือนมกราคม ปี 2002 ถึงเดือนธันวาคม ปี 2003 และไม่ได้ทำการผ่าชันสูตรศพ นำมาทบทวนเวชระเบียนและพยาธิแพทย์ 2 คนทำการสรุปและจำลองเป็นใบมรณบัตรอีก 1 ใบ จากนั้นทำการเปรียบเทียบระหว่างมรณบัตร 2 ใบ โดยแบ่งระดับของข้อผิดพลาดเป็น 5 ระดับ ให้ระดับ 5

เป็นข้อผิดพลาดที่รุนแรงที่สุด ผลการศึกษาพบว่า จากใบมรณบัตรของผู้ป่วย 50 ราย พบข้อผิดพลาดในระดับที่ 1,2,3 เท่ากับ ร้อยละ 72 ร้อยละ 32 และร้อยละ 30 ตามลำดับ ในมรณบัตรของผู้ที่เสียชีวิตมี 17 ราย (ร้อยละ 34) ที่ใบมรณบัตรพบข้อผิดพลาดในระดับรุนแรงที่สุด

Meel BL (29) ทำการศึกษาถึงคุณภาพของข้อมูลการตายของโรงพยาบาล General Umtata (UGH) ในแอฟริกาใต้ โดยประเมินความถูกต้องของมรณบัตรที่ออกโดยแพทย์ของ UGH และเลือกมรณบัตรมา 1 ปี จากมรณบัตรในเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม ปี 1999 ได้มรณบัตรมาทั้งสิ้นจำนวน 304 ใบ ผลการศึกษาที่ได้พบว่าส่วนใหญ่ของสาเหตุการตาย (ร้อยละ 78.9) ถูกระบุเป็นระบบหายใจและหัวใจล้มเหลว และร้อยละ 21.1 ที่ระบุสาเหตุการตายว่าเกิดจากมะเร็งกระเพาะอาหาร ปอดอักเสบ ท้องเสียและไม่ทราบสาเหตุการตาย Meel BL จึงสรุปว่าแพทย์ที่โรงพยาบาล General Umtata (UGH) อาจจะยังไม่มีประสบการณ์ในการลงสาเหตุการตายในมรณบัตร จึงเขียนกลไกการตายแทนสาเหตุการตาย (ระบบหายใจและหัวใจล้มเหลว)

Alan D. Lopez และคณะ (30) ศึกษาประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จาก DSP โดยเลือก DSP (The Disease Surveillance Points) แบบสุ่มแบบลำดับขั้น แล้วศึกษาข้อมูลการตายจำนวน 2,489 ราย ที่ได้ลงทะเบียนระหว่างเดือนมิถุนายน – พฤศจิกายน ปี 2002 และกำหนดให้วิธีการสอบสวนสาเหตุการตายด้วยการสัมภาษณ์ (Verbal Autopsy; VA) ในการหาสาเหตุการตายที่ได้เปรียบเทียบกับการวินิจฉัยที่ได้ลงทะเบียนไว้ แล้ววัดค่าความสอดคล้องที่ได้ (Percent Agreement) พบว่า มีความสอดคล้องกันระดับปานกลางสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และโรคหัวใจขาดเลือด (IHD) การสอบสวนสาเหตุการตายด้วยการสัมภาษณ์ (Verbal Autopsy; VA) มีแนวทางที่จะเป็นไปได้และเชื่อถือได้เมื่อเปรียบเทียบกับที่ลงทะเบียนไว้

M.D'Amico และคณะ (31) ศึกษามรณบัตรที่มีการรายงานสาเหตุการตายคลุมเครือและมีสาเหตุการตายหลายสาเหตุ มากำหนดรหัส แล้วเปรียบเทียบกับการให้รหัสจากแพทย์หลังการสัมภาษณ์เพื่อหาสาเหตุการตาย พบว่า รหัสที่กำหนดและรหัสหลังปรับปรุงโดยแพทย์มีความไม่ตรงกันสูง

Ann E. Smith Sehdev และ Grover M. Hutchins (32) ศึกษาปัญหาในการทำให้
 มรณบัตรมีความสมบูรณ์และลงสาเหตุการตายได้ถูกต้อง โดยศึกษามรณบัตรของผู้ที่เสียชีวิต
 ระหว่างเดือนมิถุนายน ปี 1995 จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ ปี1997 จำนวนทั้งหมด 494 ราย
 ผลการศึกษาพบว่า 204 ราย (ร้อยละ 41) ที่สาเหตุการตายไม่ถูกต้อง และมี 49 ราย (ร้อยละ24)
 ที่แพทย์ที่ให้การรักษากับพยาธิให้สาเหตุการตายไม่ตรงกัน และอีก 290 ราย (ร้อยละ 59)
 ที่สาเหตุการตายถูกต้อง พบว่า 141 ราย (ร้อยละ49) ที่แพทย์ที่ให้การรักษากับพยาธิให้
 สาเหตุการตายไม่ตรงกัน 73 ราย (ร้อยละ 52) ที่สาเหตุการตายไม่ชัดเจน และ 47 ราย
 (ร้อยละ 33) นำสาเหตุสนับสนุน (ส่วนที่ 2) มาเป็นสาเหตุการตาย



สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพของระบบรายงานสาเหตุการตายของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550 เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่มีความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยจึงกำหนดระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ระเบียบวิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study) จากเอกสารของผู้ที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550 ได้แก่ หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1), ใบมรณบัตร, ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตในสมุดรายนาม, แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน, รายงานการตายที่โรงพยาบาลส่งถึงสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

3.2 ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

3.2.1 ประชากรที่ศึกษา (Study Population)

ผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550 จำนวน 561 ราย

3.2.2 ตัวอย่าง (Sample) และขนาดตัวอย่าง (Sample Size)

หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1), ใบมรณบัตร, ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตในสมุดรายนาม, แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน, รายงานการตายที่โรงพยาบาลส่งถึงสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ของผู้ที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2550 รวมระยะเวลา 9 เดือน ทุกราย โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

3.3 การสังเกตและการวัดตัวแปรในการวิจัย (Observation and Measurement)

3.3.1 ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ได้แก่

3.3.1.1 สาเหตุการตายที่มีบันทึกในเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ใบมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) แพ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน และรายงานการตายที่โรงพยาบาลส่งถึงสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

3.3.1.2 ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550 ที่มีบันทึกในเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ใบมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) แพ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน และรายงานการตายที่โรงพยาบาลส่งถึงสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

3.3.2 ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่ คุณภาพของการรายงานสาเหตุการตาย ประกอบด้วย ความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตาย ความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต และความสอดคล้องกันของสาเหตุการตาย

3.4 ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

มิถุนายน พ.ศ. 2550 – เมษายน พ.ศ. 2551

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Instrument)

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด แบ่งเป็น 3 ส่วน เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกสาเหตุการตาย โดยแบบฟอร์มที่บันทึกจะแบ่งเป็น 3 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิต ได้แก่ เลขประจำตัวผู้ป่วยใน (AN) เลขประจำตัวผู้ป่วยนอก (HN) เพศ อายุขณะเสียชีวิต ดึกที่รับป่วยก่อนเสียชีวิต แผนกที่เข้ารับการรักษาวันที่รับป่วย วันที่จำหน่าย จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล และการตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตาย

ส่วนที่ 2

แบบฟอร์มที่ใช้บันทึกเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปีพ.ศ. 2550 ระหว่างแฟ้มเอกสารต่างๆ ได้แก่ สาเหตุการตายในมรณบัตร สาเหตุการตายจากเวชระเบียนใน สาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) สาเหตุการตายที่โรงพยาบาล ส่งถึงสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ส่วนที่ 3

แบบฟอร์มที่ใช้บันทึกเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปีพ.ศ. 2550 จากแฟ้มเอกสารต่างๆ ได้แก่ ทะเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในสมุดรับศพที่ได้จากแผนกนิติเวช ทะเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ได้จากแผนกเวชระเบียน ทะเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ได้จากมรณบัตร ทะเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ได้จาก ทร.4/1 ทะเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาลส่งถึงสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

3.6 การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินและแบบบันทึก โดยการนำแบบประเมินและแบบบันทึกที่สร้างขึ้นนำเสนอให้คณะอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบรายละเอียดจำนวน 3 ท่าน แล้วนำไปแก้ไขปรับปรุงข้อความในแบบบันทึก เพื่อให้แบบบันทึกมีเนื้อหาตรงกับกรอบแนวคิดการวิจัย

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้น ดังนี้

3.7.1 ชั้นเตรียมการ

3.7.1.1 ทำหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมถึงสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขอข้อมูลของผู้ที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550 และขอความร่วมมือในการให้รหัส ICD-10

3.7.1.2 ทำหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือจากแผนกเวชระเบียนและแผนกนิติเวช เพื่อขอเก็บข้อมูลการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ในใบมรณบัตร และในสมุดรับศพของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิต ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550

3.7.1.3 เตรียมแบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลการวิจัย

3.7.1.4 รวบรวมรายชื่อผู้ป่วยทุกรายที่เข้าพักรักษาและได้เสียชีวิตในโรงพยาบาล สมเด็จพระปิ่นเกล้า ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550 เพื่อเตรียมค้นแฟ้มประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนใน

3.7.1.5 รวบรวมสำเนาหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และสำเนาใบมรณบัตร ของผู้ป่วยทุกรายที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550 จากแผนกนิติเวช แล้วจับคู่เอกสารทั้งสองไว้เป็นชุด

3.7.1.6 รวบรวมรายงานสาเหตุการตายที่โรงพยาบาลส่งถึงสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ของผู้ป่วยทุกรายที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550 แล้วเรียงลำดับให้รายชื่อ / เลขที่ตรงกันกับเอกสารต่างๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

3.7.2 ขั้นตอนการ

3.7.2.1 ลงบันทึกตามแบบฟอร์มที่ใช้ในการวิจัย

3.7.2.2 ประเมินความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และใบมรณบัตรว่าเป็นไปตามกฎการบันทึกสาเหตุการตายหรือไม่ และแยกข้อมูลที่ตรวจสอบเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่ลงสาเหตุการตายถูกต้องและส่วนที่ลงสาเหตุการตายไม่ถูกต้องหรือสาเหตุการตายไม่ชัดเจน แล้วนำส่วนที่ลงสาเหตุการตายไม่ถูกต้องหรือสาเหตุการตายไม่ชัดเจน แยกมาวิเคราะห์ต่อกับแฟ้มเวชระเบียนอีกครั้ง เพื่อให้ได้สาเหตุการตายที่ถูกต้องต่อไป

3.7.2.3 ประเมินความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล สมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550 ที่มีบันทึกในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ในใบมรณบัตร ในรายงานผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ได้จากแผนกเวชระเบียน และรายงานสาเหตุการตายที่โรงพยาบาล ส่งถึงสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เปรียบเทียบกับทะเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในสมุद्रับศพ ที่ได้จากแผนกนิติเวช

3.7.2.4 ตรวจสอบความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายระหว่างเอกสารต่างๆ ตามรหัส ICD-10 ที่จัดกลุ่มไว้เช่นเดียวกับการศึกษาของ กานดา วัฒนภาส เยาวรัตน์ ปรีกษ์ขามและคณะ (21) แล้วแยกเอกสารชุดที่บันทึกสาเหตุการตายที่ไม่สอดคล้องกัน มาทำการวิเคราะห์ต่อกับแฟ้มเวชระเบียนอีกครั้ง เพื่อให้ได้สาเหตุการตายที่ถูกต้องต่อไป

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

- ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ได้แก่ เพศ โรคที่เป็นสาเหตุการตาย จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต ความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และในมรณบัตรเปรียบเทียบกับแฟ้มเวชระเบียน สรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ นำเสนอเป็นตาราง แผนภูมิที่เหมาะสม

- ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) ได้แก่ อายุ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล สรุปโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอข้อมูลเป็นตาราง แผนภูมิที่เหมาะสม

สำหรับการวิเคราะห์คุณภาพเกี่ยวกับความถูกต้อง ความครบถ้วนและความสอดคล้องกันของสาเหตุการตาย ในแต่ละเอกสาร มีรายละเอียดดังนี้

- ความถูกต้อง วิเคราะห์การบันทึกสาเหตุการตายจากเอกสารต่างๆ ที่ได้ทำการบันทึกลงในแบบฟอร์มที่ใช้ในการการวิจัย และทำการวิเคราะห์ความถูกต้อง เฉพาะสาเหตุการตายที่มีการลงตามกฎการบันทึกสาเหตุการตายเท่านั้น คือ มีการเรียงสาเหตุตามลำดับก่อนหลัง ไม่ใช่รูปแบบการตายบันทึกเป็นสาเหตุการตาย เลือกสาเหตุการตายที่มาจากบรรทัดล่างสุด ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ผล และแสดงผลที่ได้เป็นร้อยละ

- ความครบถ้วน วิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ได้มาจากเอกสารต่างๆ หลังจากเรียงลำดับตามเลขที่ ทร. 4/1 ในแต่ละเอกสารแล้ว ตรวจสอบว่ามีรายชื่อที่เกินหรือขาดหายไปหรือไม่จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยในสมุद्रับศพ ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบ ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ผล และแสดงผลที่ได้เป็นร้อยละ

- ความสอดคล้อง วิเคราะห์ความสอดคล้องของสาเหตุการตายที่ลงเป็นรหัส ICD-10 โดยใช้ Kappa Statistic และกำหนดให้สาเหตุการตายที่สอดคล้องกันมีรหัส ICD-10 ตรงกัน 3 digits เปรียบเทียบกันระหว่างเอกสารต่างๆ จนครบทุกชุด

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพของระบบรายงานสาเหตุการตายของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550 ในด้านความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตายตามกฎการบันทึกสาเหตุการตาย ความสอดคล้องของกันของสาเหตุการตายตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) มรณบัตร และในรายงานการตายที่โรงพยาบาลส่งถึงสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมทั้งการตรวจสอบความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต เปรียบเทียบระหว่างแฟ้มเอกสารต่างๆ การวิจัยนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกรวบรวมข้อมูลจากทั้งแผนกเวชระเบียน แผนกนิติเวช และใช้เวลาในการดำเนินการ เก็บข้อมูล ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2550 สำหรับการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550

ส่วนที่ 4.2 โรค / สาเหตุการตายที่ได้จากฐานข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550 จำแนกตามกลุ่มอายุ

ส่วนที่ 4.3 การตรวจสอบความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต ที่ได้จากแฟ้มเวชระเบียน ใบมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) รายงานการตายจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เปรียบเทียบกับที่บันทึกในสมุดรับศพ

ส่วนที่ 4.4 การตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายระหว่างหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) เปรียบเทียบกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน

ส่วนที่ 4.5 การตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตายในใบมรณบัตร และความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายระหว่างใบมรณบัตร เปรียบเทียบกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน

ส่วนที่ 4.6 การตรวจสอบความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายระหว่างใบมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน

ส่วนที่ 4.7 การเปรียบเทียบสาเหตุการตายจากมรณบัตร, หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และจากแฟ้มเวชระเบียน และการวิเคราะห์สาเหตุการตายที่แท้จริงของมรณบัตร เปรียบเทียบกับแฟ้มเวชระเบียนในกลุ่มที่โรค / สาเหตุการตายคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง

4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เสียชีวิต

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ได้จากแผนกเวชระเบียน จำนวน 561 ราย จำแนกเป็นรายเดือน และแผนกที่รักษาก่อนเสียชีวิต พบว่าแผนกอายุรกรรม เป็นแผนก ที่มีผู้ป่วยเข้ารักษามากที่สุดและมีผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุดตลอดระยะเวลา 9 เดือน (ร้อยละ 72.37) รองลงมา คือ แผนกศัลยกรรม (ร้อยละ 22.1) แผนกกุมารเวชกรรม (ร้อยละ 3.39) แผนกศัลยกรรมกระดูก (ร้อยละ 1.78) และแผนกนรีเวชกรรม (ร้อยละ 0.36) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า เดือนพฤษภาคม แผนกอายุรกรรมมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุดถึง 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.25 สำหรับแผนกศัลยกรรม พบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุดในช่วงต้นปี ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ สำหรับแผนกกุมารเวชกรรม แผนกศัลยกรรมกระดูก และแผนกนรีเวชกรรม มีผู้ป่วยเสียชีวิตในแต่ละเดือนมีจำนวนไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละแสดงผู้ป่วยที่เข้ารักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาล สมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ.2550 จำแนกเป็นรายเดือนและแผนกที่ผู้ป่วยเข้ารักษา

	อายุรกรรม	ศัลยกรรม	กุมาร	ศัลยกรรมกระดูก	นรีเวช	รวม
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
มกราคม	46 (63.01)	24 (32.88)	1 (1.37)	2 (2.74)	0	73 (13.01)
กุมภาพันธ์	41 (63.07)	22 (33.85)	1 (1.54)	1 (1.54)	0	65 (11.59)
มีนาคม	39 (78.00)	7 (14.00)	2 (4.00)	1 (2.00)	2 (3.92)	51 (9.09)
เมษายน	46 (80.70)	9 (15.52)	2 (3.45)	0	0	57 (10.16)
พฤษภาคม	52 (81.25)	9 (14.06)	2 (3.13)	1 (1.56)	0	64 (11.41)
มิถุนายน	43 (64.17)	18 (26.87)	4 (5.97)	2 (2.99)	0	67 (11.94)
กรกฎาคม	49 (80.33)	9 (14.75)	2 (3.28)	1 (1.64)	0	61 (10.87)
สิงหาคม	45 (69.23)	15 (23.08)	3 (4.62)	2 (3.08)	0	65 (11.59)
กันยายน	45 (77.58)	11 (18.97)	2 (3.45)	0	0	58 (10.34)
รวม	406 (72.37)	124 (22.10)	19 (3.39)	10 (1.78)	2 (0.36)	561

จากเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยที่เสียชีวิต ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550 ที่ได้จากแผนกเวชระเบียน พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมดรวม 561 ราย เมื่อแบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง จะพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ เพศชายจำนวน 287 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.16 และเพศหญิงจำนวน 274 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.84

ในจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมด พบว่า ผู้ป่วยมีอายุตายเฉลี่ย 65.98 ปี (อายุตายเฉลี่ย หมายถึง อายุตายเฉลี่ยเมื่อเสียชีวิต) โดยผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่อายุมากที่สุดมีอายุถึง 100 ปี สำหรับผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) ทั้งในเพศชายและเพศหญิง จะมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เสียชีวิตในกลุ่มอายุอื่นๆ และในทุกกลุ่มอายุจะพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในเพศชายจะมากกว่าเพศหญิง ยกเว้นในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) ที่จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในเพศหญิงมีจำนวนมากกว่า (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550 จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	เพศชาย		เพศหญิง		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
แรกเกิด - 1 ปี	8	2.79	6	2.19	14 (2.49)
2 ปี - ต่ำกว่า 25 ปี	4	1.39	3	1.09	7 (1.25)
25 ปี - ต่ำกว่า 50 ปี	52	18.12	23	8.39	75 (13.37)
50 ปี - ต่ำกว่า 65 ปี	75	26.13	39	14.23	114 (20.32)
65 ปีขึ้นไป	148	51.57	203	74.09	351 (62.57)
รวม	287	51.16	274	48.84	561
	Max = 100	Min = 1	Mean = 65.98	S.D = 19.90	

จำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่พบมากที่สุดและผู้ป่วยที่เสียชีวิต คือ น้อยกว่า 10 วัน จำนวน 346 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.66 และจำนวนวันที่มากที่สุดที่นอนโรงพยาบาล คือ 113 วัน และจำนวนวันที่น้อยที่สุดที่นอนโรงพยาบาลคือ 1 วัน ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเท่ากับ 64.56 วัน (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ปี พ.ศ. 2550 จำแนกตามจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	
1. น้อยกว่า หรือเท่ากับ 10 วัน	346	61.66	
2. ระหว่าง 11 – 20 วัน	82	14.62	
3. ระหว่าง 21 – 30 วัน	44	7.84	
4. ระหว่าง 31 – 40 วัน	16	2.85	
5. ระหว่าง 41 – 50 วัน	8	1.43	
6. ระหว่าง 51 – 60 วัน	7	1.25	
7. ระหว่าง 61 – 70 วัน	6	1.07	
8. ระหว่าง 71 – 80 วัน	4	0.71	
9. ระหว่าง 81 – 90 วัน	4	0.71	
10. ระหว่าง 91 – 100 วัน	3	0.53	
11. มากกว่า 100 วัน	36	6.42	
12. ไม่พบข้อมูลวันที่ผู้ป่วยเข้ารักษา / วันที่เสียชีวิต	5	0.89	
รวม	561	100	
Max = 113	Min = 1	Mean = 64.56	SD = 21.272

สำหรับช่วงเวลาของผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุด คือ เวิร์บาย (ช่วงเวลาตั้งแต่ 16.01 น. ถึง 24.00 น.) จำนวน 210 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.43 รองลงมาคือ เวิร์เช้า (ช่วงเวลาตั้งแต่ 08.01 น. ถึง 16.00 น.) จำนวน 196 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.94 และ เวิร์ดึก (ช่วงเวลาตั้งแต่ 00.01 น. ถึง 08.00 น.) จำนวน 150 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.74 และ ยังพบว่า มีข้อมูลของผู้ป่วยที่ไม่ได้ลงเวลาเสียชีวิต ร้อยละ 0.89 (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล สมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550 จำแนกตามช่วงเวลาที่เสียชีวิต

ช่วงเวลาที่เสียชีวิต	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. เวิร์ดึก ; ตั้งแต่เวลา 00.01 – 08.00 น.	150	26.74
2. เวิร์เช้า ; ตั้งแต่เวลา 08.01 - 16.00 น.	196	34.94
3. เวิร์บาย ; ตั้งแต่เวลา 16.01 - 24.00 น.	210	37.43
5. ไม่พบข้อมูลหรือการลงเวลาที่เสียชีวิต	5	0.89
รวม	561	100

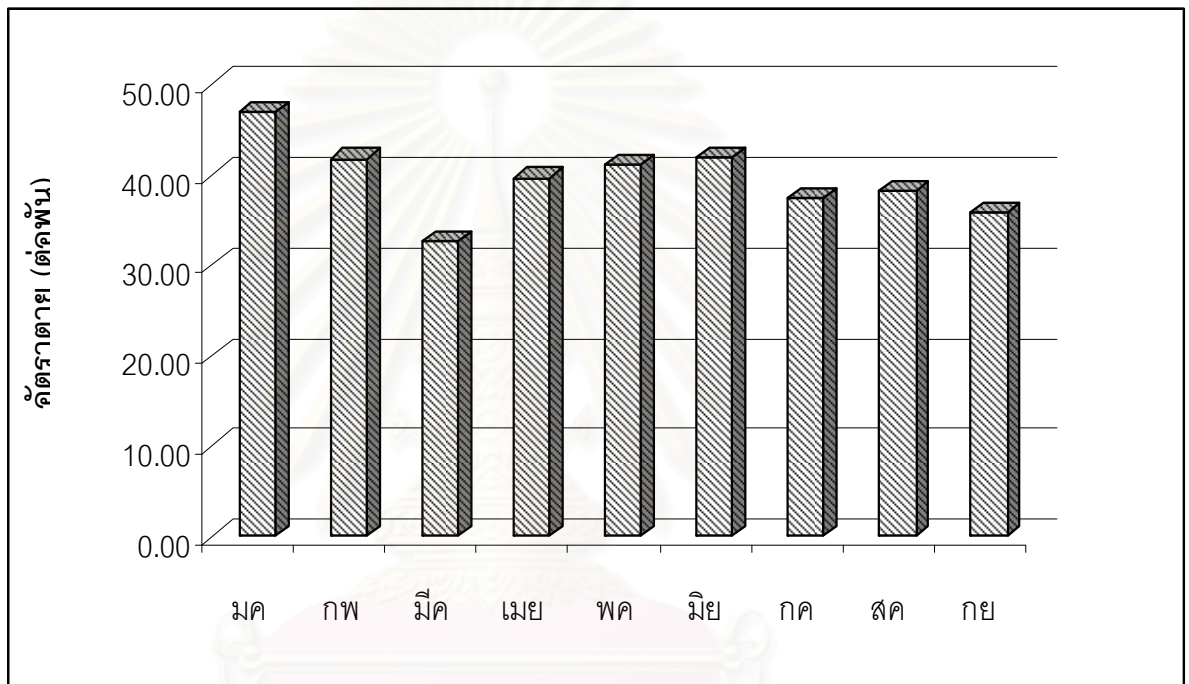
เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายของผู้ป่วยที่เสียชีวิต จำแนกตามแผนกที่เข้ารักษา พบว่า แผนกอายุรกรรมมีอัตราการตายมากที่สุดเมื่อเทียบกับแผนกอื่นๆ โดยมีอัตราการตายเท่ากับ 137.02 ต่อพัน รองลงมาคือแผนกศัลยกรรม มีอัตราการตาย 52.61 ต่อพัน (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 จำนวนและอัตราการตายของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550 จำแนกตามแผนกที่เข้ารักษา

แผนกที่เข้ารักษา	จำนวนผู้ป่วย ที่เสียชีวิต (ราย)	จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่าย ในแต่ละแผนก (ราย)	อัตราการตาย (ต่อพัน)
1. อายุรกรรม	406	2963	137.02
2. ศัลยกรรมทั่วไป	124	2357	52.61
3. กุมารเวชกรรม	19	1565	12.14
4. ศัลยกรรมกระดูก	10	737	13.57
5. นรีเวชกรรม	2	567	3.53
รวม	561	8,189	

แต่เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายของผู้ป่วยเป็นรายเดือนแล้ว จะพบว่าอัตราการตายในแต่ละเดือนไม่แตกต่างกัน และตลอดระยะเวลาทั้ง 9 เดือน (มกราคม – กันยายน พ.ศ.2550) พบอัตราการตายของผู้ป่วยจะมากที่สุดในเดือนมกราคม และอัตราการตายน้อยที่สุดในเดือนมีนาคม (แผนภูมิที่ 4.1)

แผนภูมิที่ 4.1 อัตราตายต่อพันของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550 จำแนกตามรายเดือน



4.2 โรคและสาเหตุการตายที่ได้จากฐานข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550

ในกลุ่มอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงต่ำกว่า 25 ปี มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.0 รองลงมาคือ เสียชีวิตจากรูปผิดปกติแต่กำเนิด ความพิการและโครโมโซมผิดปกติ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.0 นอกจากนี้ยังพบว่า เพศชายจะเสียชีวิตด้วยสาเหตุจากโรกระบบทางเดินหายใจ วัณโรค เบาหวาน และอุบัติเหตุจมน้ำ แต่ไม่พบว่ามีสาเหตุการตายจากความพิการและโครโมโซมผิดปกติ โรคติดเชื้ออื่นๆ ปอดอักเสบ และ ลูคีเมีย ที่มักจะพบในเพศหญิงเลย (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายรายโรค ตามระบบบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ของผู้ป่วยกลุ่มอายุตั้งแต่แรกเกิดถึงต่ำกว่า 25 ปี จำแนกตามเพศ

สาเหตุการตายรายโรค	เพศ		รวม (%)
	ชาย จำนวน (%)	หญิง จำนวน (%)	
1. โรคติดเชื้อและปรสิต (A00-B99)			
- วัณโรคอื่นๆ (A19)	1 (8.3)	0	1 (5.0)
- โรคติดเชื้อและปรสิตอื่นๆ (A85)	0	1 (12.5)	1 (5.0)
2. โรคมะเร็งและเนื้องอก (C00-D48)			
- ลูคีเมีย (C91)	0	1 (12.5)	1 (5.0)
3. โรคของต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม (E00-E88)			
- เบาหวาน (E10)	1 (8.3)	0	1 (5.0)
4. โรคของระบบทางเดินหายใจ (J00-J98)			
- ปอดอักเสบ (J18)	0	1 (12.5)	1 (5.0)
- โรกระบบทางเดินหายใจอื่นๆ (J96)	1 (8.3)	0	1 (5.0)
5. ความผิดปกติ พิการแต่กำเนิดและโครโมโซม (Q00-Q99)			
- ภาวะบางอย่างที่เกิดขึ้นในระยะปริกำเนิด (P00-P95)	8 (66.7)	3 (37.5)	11 (55.0)
6. รูปผิดปกติแต่กำเนิด พิการและโครโมโซมผิดปกติ(Q00-Q99)	0	2 (25.0)	2 (10.0)
7. สาเหตุภายนอก ; อุบัติเหตุจมน้ำ (T75)	1 (8.3)	0	1 (5.0)
จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตรวมทั้งหมด	12 (60.0)	8 (40.0)	20 (100)

สำหรับกลุ่มอายุ 25 ปี ถึงต่ำกว่า 45 ปี มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 51 ราย โดยสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ HIV / AIDS จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.6 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.7 และ ติดเชื้อในกระแสเลือดและโรคอื่นๆ ของระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ จำนวน 4 รายเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 7.8

ในเพศชายพบว่าตายมากที่สุดด้วยสาเหตุจาก HIV / AIDS จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.6 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.5 และพบว่า HIV / AIDS เป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดในเพศหญิง จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.4 รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคอื่นๆ ของระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ และNON-HODGKIN'S LYMPHOMA จำนวน 2 รายเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 14.3 (ตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายรายโรค ตามระบบบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ของผู้ป่วยที่กลุ่มอายุตั้งแต่ 25 ปี ถึงต่ำกว่า 45 ปี จำแนกตามเพศ

สาเหตุการตายรายโรค	เพศ		รวม (%)
	ชาย จำนวน (%)	หญิง จำนวน (%)	
1. โรคติดเชื้อและปรสิต (A00-B99)			
- วัณโรคทางเดินหายใจ (A15-A16)	1 (2.7)	1 (7.1)	2 (3.9)
- วัณโรคอื่นๆ (A17-A19)	1 (2.7)	0	1 (1.9)
- ติดเชื้อในกระแสเลือด (A40-A41)	3 (8.1)	1 (7.1)	4 (7.8)
- โรคตับอักเสบจากไวรัส (B15-B19)	2 (5.4)	0	2 (3.9)
- HIV / AIDS (B20-B24)	8 (21.6)	3 (21.4)	11 (21.6)
- โรคติดเชื้อและปรสิตอื่นๆ (B42-B49)	1 (2.7)	0	1 (1.9)
2. โรคมะเร็งและเนื้องอก (C00-D48)			
- มะเร็งหลอดคอ หลอดลมและปอด (C33-C34)	1 (2.7)	0	1 (1.9)
- มะเร็งเต้านม (C50)	0	1 (7.1)	1 (1.9)
- มะเร็งที่ไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ (C76-C80)	1 (2.7)	0	1 (1.9)
- NON-HODGKIN'S LYMPHOMA (C82-C85)	1 (2.7)	2 (14.3)	3 (5.9)
- ลูคีเมีย (C91-C95)	1 (2.7)	0	1 (1.9)
- โรคโลหิตจาง (D50-D64)	0	1 (7.1)	1 (1.9)

ตารางที่ 4.7 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายรายโรค ตามระบบบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ของผู้ป่วยที่กลุ่มอายุตั้งแต่ 25 ปี ถึงต่ำกว่า 45 ปี จำแนกตามเพศ

สาเหตุการตายรายโรค	เพศ		รวม (%)
	ชาย จำนวน (%)	หญิง จำนวน (%)	
3. โรคระบบประสาท (G00-G99)			
- โรคระบบประสาท (G41)	1 (2.7)	0	1 (1.9)
4. โรคระบบไหลเวียนโลหิต (I00-I99)			
- โรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25)	2 (5.4)	0	2 (3.9)
- โรคหัวใจอื่นๆ (I26-I51)	2 (5.4)	0	2 (3.9)
- โรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	5 (13.5)	2 (14.3)	7 (13.7)
5. โรคของระบบทางเดินหายใจ (J00-K98)			
- ปอดอักเสบ (J12-J18)	1 (2.7)	0	1 (1.9)
- โรคเรื้อรังของทางเดินหายใจส่วนล่าง (J40-J47)	0	1 (7.1)	1 (1.9)
- โรคระบบทางเดินหายใจอื่นๆ (J85)	1 (2.7)	0	1 (1.9)
6. โรคระบบย่อยอาหาร (K00-K93)			
- โรคระบบย่อยอาหารอื่นๆ นอกเหนือจากโรคตับ (K80-K92)	3 (8.1)	0	3 (5.9)
7. โรคของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ (N00-N99)			
- โรคอื่นๆ ของระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ (N17-N98)	2 (5.4)	2 (14.3)	4 (7.8)
จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตรวมทั้งหมด	37 (72.5)	14 (27.5)	51 (100)

สาเหตุการตายในกลุ่มอายุ 45 ปี ถึงต่ำกว่า 60 ปี พบว่าสาเหตุการตายเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.0 รองลงมาได้แก่ โรคของตับและโรคอื่นๆ ของระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ จำนวน 10 รายเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 9.2

ในเพศชายกลุ่มอายุ 45 ปี ถึงต่ำกว่า 60 ปี พบว่าตายมากที่สุดด้วยสาเหตุจาก โรคของตับ จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.8 รองลงมาคือ HIV / AIDS จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.5 และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.3

และในเพศหญิงกลุ่มอายุ 45 ปี ถึงต่ำกว่า 60 ปี พบว่าโรคอื่นๆ ของระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะเป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุด จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.1 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง และมะเร็งเต้านม จำนวน 4 รายเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 12.9 (ตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายรายโรค ตามระบบบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ของผู้ป่วยที่กลุ่มอายุตั้งแต่ 45 ปี ถึงต่ำกว่า 60 ปี จำแนกตามเพศ

สาเหตุการตายรายโรค	เพศ		รวม (%)
	ชาย จำนวน (%)	หญิง จำนวน (%)	
1. โรคติดเชื้อและปรสิต (A00-B99)			
- วัณโรคอื่นๆ (A17-A19)	1 (1.3)	0	1 (0.9)
- ติดเชื้อในกระแสเลือด (A40-A41)	2 (2.6)	1 (3.2)	3 (2.8)
- โรคตับอักเสบจากไวรัส (B15-B19)	1 (1.3)	0	1 (0.9)
- HIV / AIDS (B20-B24)	9 (11.5)	0	9 (8.3)
2. โรคมะเร็งและเนื้องอก (C00-D48)			
- มะเร็งที่หลอดอาหาร (C15)	2 (2.6)	1 (3.2)	3 (2.8)
- มะเร็งกระเพาะอาหาร (C16)	0	1 (3.2)	1 (0.9)
- มะเร็งลำไส้เล็ก (C17)	1 (1.3)	0	1 (0.9)
- มะเร็งลำไส้ใหญ่ เลือดติ้ม และทวารหนัก (C18-C21)	1 (1.3)	1 (3.2)	2 (1.8)
- มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ (C22)	5 (6.4)	1 (3.2)	6 (5.5)
- มะเร็งส่วนอื่นๆของท่อน้ำดี (C24)	1 (1.3)	0	1 (0.9)
- มะเร็งตับอ่อน (C25)	1 (1.3)	0	1 (0.9)
- มะเร็งหลอดคอ หลอดลมและปอด (C33-C34)	5 (6.4)	0	5 (4.6)
- มะเร็งเต้านม (C50)	0	4 (12.9)	4 (3.7)
- มะเร็งปากมดลูก (C53)	0	1 (3.2)	1 (0.9)
- มะเร็งผนังมดลูกและมดลูก (C54-C55)	0	1 (3.2)	1 (0.9)
- มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (C67)	1 (1.3)	1 (3.2)	2 (1.8)
- มะเร็งที่ไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ (C76-C80)	2 (2.6)	0	2 (1.8)
- ลูคีเมีย (C91-C95)	1 (1.3)	0	1 (0.9)
3. โรคของต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม (E00-E88)			
- เบาหวาน (E10-E14)	0	2 (6.5)	2 (1.8)
- โรคต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม (E15-E34)	1 (1.3)	0	1 (0.9)

ตารางที่ 4.8 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายรายโรค ตามระบบบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ของผู้ป่วยที่กลุ่มอายุตั้งแต่ 45 ปี ถึงต่ำกว่า 60 ปี จำแนกตามเพศ

สาเหตุการตายรายโรค	เพศ		รวม (%)
	ชาย จำนวน (%)	หญิง จำนวน (%)	
4. โรคทางจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรม (F01-F99)			
- ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตเนื่องจากการใช้ยา (F10-F19)	2 (2.6)	0	2 (1.8)
- โรคทางจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรมอื่นๆ (F20-F99)	1 (1.3)	0	1 (0.9)
5. โรกระบบประสาท (G00-G98)	2 (2.6)	0	2 (1.8)
6. โรกระบบไหลเวียนโลหิต (I00-I99)			
- ความดันโลหิตสูง (I10-I13)	3 (3.8)	0	3 (2.8)
- โรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25)	0	1 (3.2)	1 (0.9)
- โรคหัวใจอื่นๆ (I26-I51)	0	1 (3.2)	1 (0.9)
- โรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	8 (10.3)	4 (12.9)	12 (11.0)
- โรกระบบไหลเวียนโลหิตอื่นๆ (I71-I99)	3 (3.8)	0	3 (2.8)
7. โรคของระบบทางเดินหายใจ (J00-J98)			
- ปอดอักเสบ (J12-J18)	3 (3.8)	3 (9.7)	6 (5.5)
- โรคเรื้อรังของทางเดินหายใจส่วนล่าง (J40-J47)	2 (2.6)	1 (3.2)	3 (2.8)
- โรกระบบทางเดินหายใจอื่นๆ (J60-J98)	1 (1.3)	0	1 (0.9)
8. โรคของตับ (K70-K76)	10 (12.8)	0	10 (9.2)
9. โรกระบบย่อยอาหารอื่นๆนอกเหนือจากโรคตับ (K28-K65, K80-K92)	3 (3.8)	1 (3.2)	4 (3.7)
10. ระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (M00-M99)	0	1 (3.2)	1 (0.9)
11. โรคของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ (N00-N99)			
- โรคอื่นๆ ของระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ (N17-N98)	5 (6.4)	5 (16.1)	10 (9.2)
12. สาเหตุภายนอก / อุบัติเหตุพลัดตก หล่นจากที่สูง (W10-19)			
- การพลัดตกหกล้ม (W00-W19)	1 (1.3)	0	1 (0.9)
จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตรวมทั้งหมด	78* (71.6)	31 (28.4)	109 (100)

*ไม่พบสาเหตุการตาย 2 ราย

สำหรับสาเหตุการตายในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบว่า สาเหตุการตายเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด จำนวน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.1 รองลงมาได้แก่โรคปอดอักเสบ จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.4 และติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.1 (ตารางที่ 4.9)

ในเพศชายกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบว่าตายมากที่สุดด้วยสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.8 รองลงมาคือ ปอดอักเสบ จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 และโรคเรื้อรังของทางเดินหายใจส่วนล่าง จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.8 (ตารางที่ 4.9)

ในเพศหญิงกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุด จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.1 เช่นเดียวกับ เพศชาย รองลงมาคือ ปอดอักเสบ (ร้อยละ 8.8) และ โรคอื่นๆ ของระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ (ร้อยละ 7.8) แสดงดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายรายโรค ตามระบบบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ของผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ

สาเหตุการตายรายโรค	เพศ		รวม (%)
	ชาย จำนวน (%)	หญิง จำนวน (%)	
1. โรคติดเชื้อและปรสิต (A00-B99)			
- โรคติดเชื้อและปรสิตอื่นๆ (A01-A08)	1 (0.6)	0	1 (0.3)
- อูจจาระร่วง ภาวะอาหาร ลำไส้ติดเชื้อ (A09)	0	2 (1.0)	2 (0.5)
- วัณโรคทางเดินหายใจ (A15-A16)	4 (2.5)	3 (1.5)	7 (1.9)
- บาดทะยัก (A33-A35)	0	1 (0.5)	1 (0.3)
- ติดเชื้อในกระแสเลือด (A40-A41)	12 (7.5)	14 (6.8)	26 (7.1)
- โรคตับอักเสบจากไวรัส (B15-B19)	1 (0.6)	1 (0.5)	2 (0.5)
- โรคติดเชื้อและปรสิตอื่นๆ (B90)	0	1 (0.5)	1 (0.3)
2. โรคมะเร็งและเนื้องอก (C00-D48)			
- มะเร็งช่องปากและคอหอย (C00-C14)	0	1 (0.5)	1 (0.3)
- มะเร็งที่หลอดอาหาร (C15)	0	1 (0.5)	1 (0.3)
- มะเร็งกระเพาะอาหาร (C16)	0	1 (0.5)	1 (0.3)
- มะเร็งลำไส้ใหญ่ irectum และทวารหนัก (C18-C21)	6 (3.8)	6 (2.9)	12 (3.3)
- มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ (C22)	7 (4.4)	3 (1.5)	10 (2.7)

ตารางที่ 4.9 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายรายโรค ตามระบบบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10)ของผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ

สาเหตุการตายรายโรค	เพศ		รวม (%)
	ชาย จำนวน (%)	หญิง จำนวน (%)	
2. โรคมะเร็งและเนื้องอก (C00-D48)			
- มะเร็งส่วนอื่นๆของท่อน้ำดี (C24)	0	1 (0.5)	1 (0.3)
- มะเร็งตับอ่อน (C25)	0	3 (1.5)	3 (0.8)
- มะเร็งหลอดคอ หลอดลมและปอด (C33-C34)	12 (7.5)	3 (1.5)	15 (4.1)
- มะเร็งของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันอื่นๆและเนื้อเยื่ออ่อน (C49)	0	1 (0.5)	1 (0.3)
- มะเร็งเต้านม (C50)	0	5 (2.4)	5 (1.4)
- มะเร็งปากมดลูก (C53)	0	3 (1.5)	3 (0.8)
- มะเร็งรังไข่ (C56)	0	2 (1.0)	2 (0.5)
- มะเร็งต่อมลูกหมาก (C61)	2 (1.3)	0	2 (0.5)
- มะเร็งต่อมธัยรอยด์ (C73)	1 (0.6)	0	1 (0.3)
- NON-HODGKIN'S LYMPHOMA (C82-C85)	2 (1.3)	1 (0.5)	3 (0.8)
- มะเร็งมัยอีโลมาและพลาสมาเซลล์ (C90)	0	1 (0.5)	1 (0.3)
- ลูคีเมีย (C91-C95)	1 (0.6)	3 (1.5)	4 (1.1)
3. โรคของต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม (E00-E88)			
- เบาหวาน (E10-E14)	7 (4.4)	8 (3.9)	15 (4.1)
- โรคต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม (E15-E34)	0	2 (1.0)	2 (0.5)
4. โรคทางจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรมอื่นๆ (F20-F99)	0	1 (0.5)	1 (0.3)
5. โรคระบบประสาท (G00-G98)	0	2 (1.0)	2 (0.5)
6. โรคระบบไหลเวียนโลหิต (I00-I99)			
- ความดันโลหิตสูง (I10-I15)	4 (2.5)	5 (2.4)	9 (2.5)
- โรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25)	6 (3.8)	12 (5.9)	18 (4.9)
- โรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	22 (13.8)	33 (16.1)	55 (15.1)
- โรคหัวใจอื่นๆ (I26-I51)	3 (1.9)	6 (2.9)	9 (2.5)
- โรคระบบไหลเวียนโลหิตอื่นๆ (I71-I99)	1 (0.6)	1 (0.5)	2 (0.5)

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายรายโรค ตามระบบบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10)ของผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ

สาเหตุการตายรายโรค	เพศ		รวม (%)
	ชาย จำนวน (%)	หญิง จำนวน (%)	
7. โรคของระบบทางเดินหายใจ (J00-J98)			
- ปอดอักเสบ (J12-J18)	20 (12.5)	18 (8.8)	38 (10.4)
- โรคเรื้อรังของทางเดินหายใจส่วนล่าง (J40-J47)	14 (8.8)	6 (2.9)	20 (5.5)
- โรคระบบทางเดินหายใจอื่นๆ (J60-J98)	2 (1.3)	3 (1.5)	5 (1.4)
8. โรคระบบย่อยอาหาร (K00-K93)			
- แผลในกระเพาะอาหารและดูโอดินัม (K25-K27)	4 (2.5)	1 (0.5)	5 (1.4)
- โรคของตับ (K70-K76)	3 (1.9)	1 (0.5)	4 (1.1)
- โรคระบบย่อยอาหารอื่นๆ นอกเหนือจากโรคตับ (K28-K65, K80-K92)	3 (1.9)	2 (1.0)	5 (1.4)
9. โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (L00-L98)			
- โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (L00-L98)	1 (0.6)	7 (3.4)	8 (2.2)
10. โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (M00-M99)	1 (0.6)	0	1 (0.3)
11. โรคอื่นๆ ของระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ (N17-N98)	8 (5.0)	16 (7.8)	24 (6.6)
- โรคโกลเมอรูลาและโรคของท่อไตอักเสบ (N00-N15)	4 (2.5)	11 (5.4)	15 (4.1)
12. อาการแสดงที่พบจากการตรวจทางคลินิกที่ไม่ได้ระบุไว้ (R00-R99)	1 (0.6)	0	1 (0.3)
13. การบาดเจ็บและได้รับพิษ (S00-T98)			
- ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดและการรักษา (T85)	0	1 (0.5)	1 (0.3)
14. อุบัติเหตุการขนส่ง (V01-V99)	1 (0.6)	0	1 (0.3)
15. อุบัติเหตุพลัดตก หล่นจากที่สูง (W00-W19)	2 (1.3)	10 (4.9)	12 (3.3)
จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตรวมทั้งหมด	160* (43.8)	205** (56.2)	365 (100)

*ไม่พบสาเหตุการตาย 2 ราย ** ไม่พบสาเหตุการตาย 6 ราย

4.3 การตรวจสอบความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต ที่ได้จากแฟ้มเวชระเบียน ใบมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) รายงานการตายจากสำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ เปรียบเทียบกับที่บันทึกในสมุดรื้อศพ

จากฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารักษาและเสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมด 561 ราย และเมื่อตรวจสอบความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต โดยใช้สมุดรื้อศพเป็นเกณฑ์เปรียบเทียบกับแฟ้มอื่นๆ พบว่าข้อมูลการตายที่ได้จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ มีรายงานจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 560 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.82 ซึ่งมากกว่าเอกสารจากแหล่งอื่นๆ รองลงมาคือข้อมูลที่ค้นได้จากเวชระเบียนจำนวน 547 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.50 และพบใบมรณบัตรน้อยกว่าเอกสารอื่นๆ คือพบเพียง 534 ราย ร้อยละ 95.19 (ตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละแสดงความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต
ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550 และจำนวนของข้อมูลที่
ที่ค้นพบหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ใบมรณบัตร ข้อมูลจากแผนก
เวชระเบียน และข้อมูลการตายที่ได้จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

รายละเอียดของข้อมูล	จำนวน ผู้ป่วยเสียชีวิต (ราย)	จำนวน ข้อมูลที่พบ (ราย)	ร้อยละ
1. ข้อมูลจากสมุดรื้อศพ	564	561 *	100
2. ข้อมูลจากเวชระเบียน	561	547 **	97.50
3. หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1)	561	537	95.72
4. ใบมรณบัตร	561	534	95.19
5. ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	561	560	99.82

* ถูกตัดออกจากการศึกษาจำนวน 3 ราย เนื่องจากไม่พบรายละเอียดของข้อมูล และไม่สามารถระบุตัวได้

** ถูกตัดออกจากการศึกษาจำนวน 14 ราย เนื่องจากไม่พบรายละเอียดของข้อมูล แฟ้มข้อมูลสูญหายหรือไม่สามารถระบุตัวได้

4.4 การตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายระหว่างหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) เปรียบเทียบกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน

4.4.1 การตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1)

การบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ที่ถูกต้องตามกฎหมายการบันทึกสาเหตุการตาย คือ นำโรค/สาเหตุ จากบรรทัดสุดท้าย (บรรทัดล่างสุด) มารวบรวมเป็นสาเหตุการตาย พบว่า ในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) มีการบันทึกสาเหตุการตายที่นำมาจากบรรทัดสุดท้าย จำนวน 272 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.75 และ บันทึกสาเหตุการตายที่ไม่ได้นำมาจากบรรทัดสุดท้าย จำนวน 264 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.25 (ตารางที่ 4.11)

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละแสดงความถูกต้องของการบันทึกโรคที่เป็นสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1)

ในหนังสือ รับรอง การตายลงข้อ	สาเหตุการตาย ที่ถูกต้องลงข้อ	ตรวจสอบการบันทึกสาเหตุการตายใน หนังสือรับรองการตายที่นำมาจากบรรทัดสุดท้าย				รวม
		ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
a	a	100	64.10	56	35.90	156
ab	b	97	46.41	112	53.59	209
ad	d	5	100.00	0	0	5
abc	c	45	40.54	66	59.46	111
abd	d	0	0	1	100.00	1
abcd	d	25	46.30	29	53.70	54
รวม		272	50.75	264	49.25	536*

* ถูกตัดออก 1 ราย เนื่องจากเอกสารไม่สมบูรณ์ไม่สามารถตรวจสอบสาเหตุการตาย (เดิม = 537 ราย)

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละแสดงลักษณะที่ทำให้การบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ไม่ถูกต้อง จำแนกตามความถูกต้องตรงกันของสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายเปรียบเทียบกับแฟ้มเวชระเบียน

ลักษณะที่ทำให้ลงสาเหตุการตายไม่ถูกต้อง	สาเหตุตรงกัน	สาเหตุไม่ตรงกัน	รวม
	กับเวชระเบียน	กับเวชระเบียน	
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	
1. ใช้คำแสดงรูปแบบการตาย (Mode of death)	32 (9.97)	6 (2.99)	38 (7.28)
2. เรียงลำดับ (sequence) ของสาเหตุการตายสลับกัน	3 (0.93)	3 (1.50)	6 (1.15)
3. บรรทัดล่างสุดไม่ใช่สาเหตุการตาย	16 (4.98)	72 (35.82)	88 (16.86)
4. สาเหตุการตายในข้อ a->b->c->d ไม่ต่อเนื่องกัน	7 (2.18)	9 (4.48)	16 (3.07)
5. ใช้คำแสดงรูปแบบการตายและเรียงลำดับ (Sequence) ของสาเหตุการตายสลับกัน	1 (0.31)	0	1 (0.19)
6. ใช้คำแสดงรูปแบบการตายและ บรรทัดล่างสุดไม่ใช่สาเหตุการตาย	8 (2.49)	12 (5.97)	20 (3.83)
7. ใช้คำแสดงรูปแบบการตายและ สาเหตุการตายในข้อ a->b->c->d ไม่ต่อเนื่องกัน	0	1 (0.50)	1 (0.19)
8. ใช้คำแสดงรูปแบบการตาย, เรียงลำดับ (Sequence) ของสาเหตุการตายสลับกัน และบรรทัดล่างสุดไม่ใช่สาเหตุการตาย	9 (2.81)	3 (1.50)	12 (2.30)
9. ใช้คำแสดงรูปแบบการตาย, บรรทัดล่างสุดไม่ใช่สาเหตุการตาย และสาเหตุการตาย ในข้อ a->b->c->d ไม่ต่อเนื่องกัน	2 (0.62)	1 (0.50)	3 (0.57)
10. ใช้คำแสดงรูปแบบการตาย, เรียงลำดับ(sequence) ของสาเหตุการตายสลับกัน และสาเหตุการตายในข้อ a->b->c->d ไม่ต่อเนื่องกัน	2 (0.62)	0	2 (0.38)
11. เรียงลำดับ (sequence) ของสาเหตุการตายสลับกัน และบรรทัดล่างสุดไม่ใช่สาเหตุการตาย	43 (13.40)	12 (5.97)	55 (10.54)
12. เรียงลำดับ (sequence) ของสาเหตุการตายสลับกัน และสาเหตุการตายในข้อ a->b->c->d ไม่ต่อเนื่องกัน	2 (0.62)	2 (1.0)	4 (0.77)

ตารางที่ 4.12 (ต่อ) จำนวนและร้อยละแสดงลักษณะที่ทำให้การบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ไม่ถูกต้อง จำแนกตามความถูกต้องตรงกันของสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายเปรียบเทียบกับแฟ้มเวชระเบียน

ลักษณะที่ทำให้ลงสาเหตุการตายไม่ถูกต้อง	สาเหตุตรงกัน	สาเหตุไม่ตรงกัน	รวม
	กับเวชระเบียน	กับเวชระเบียน	
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	
13. เรียงลำดับ (sequence) ของสาเหตุการตายสลับกัน			
สาเหตุการตายในข้อ a->b->c->d ไม่ต่อเนื่องกันและ บรรทัดล่างสุดไม่ใช่สาเหตุการตาย	19 (5.92)	13 (6.47)	32 (6.13)
14. บรรทัดล่างสุดไม่ใช่สาเหตุการตาย และ สาเหตุการตาย ในข้อ a->b->c->d ไม่ต่อเนื่องกัน	1 (0.31)	5 (2.49)	6 (1.15)
15. พบทั้ง 4 ลักษณะที่ทำให้สาเหตุการตายไม่ถูกต้อง	6 (1.87)	10 (4.98)	16 (3.07)
16. ไม่พบว่ามีลักษณะที่ทำให้สาเหตุการตายไม่ถูกต้อง	170 (76.58)	52 (25.87)	222 (42.53)
รวม	321 (61.49)	201 (38.51)	522*(100)

* ถูกตัดออก 39 ราย เนื่องจากไม่สามารถตรวจสอบได้ เอกสารไม่ครบ หรือ ตัวอักษรในเอกสารไม่ชัดเจน

เมื่อตรวจสอบถึงความถูกต้องตรงกันของการบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) เปรียบเทียบกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน พบว่า สาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) บันทึกได้ถูกต้องโดยไม่พบข้อผิดพลาดเลย จำนวน 222 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.53 และยังพบว่าลักษณะที่ทำให้การบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ไม่ถูกต้องที่มากที่สุดคือ โรค/สาเหตุในบรรทัดสุดท้าย (บรรทัดล่างสุด) ที่นำมาระบุในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ไม่ใช่สาเหตุการตาย พบมากถึง 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.86 (ตารางที่ 4.12) แม้ว่าสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ถูกต้องตรงกันกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน แต่กลับพบว่าสาเหตุการตายบันทึกได้ถูกต้องโดยไม่พบลักษณะที่ลงสาเหตุการตายผิดเลยมีเพียงร้อยละ 52.96 เท่านั้น (ตารางที่ 4.12)

เมื่อทำการจัดกลุ่มโรคในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) เป็นกลุ่มโรคติดเชื้อ กลุ่มโรคไม่ติดเชื้อ และกลุ่มอุบัติเหตุ / การบาดเจ็บ พบว่า กลุ่มโรคติดเชื้อจะพบลักษณะที่บันทึกสาเหตุการตายผิด เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ บรรทัดล่างสุดไม่ใช่สาเหตุการตาย (ร้อยละ 46.79), เรียงลำดับสาเหตุการตายผิด (ร้อยละ 26.92), สาเหตุข้อ a>b>c>d ไม่ต่อเนื่อง (ร้อยละ 14.10) และ มีการใช้คำแสดงรูปแบบการตาย (ร้อยละ 12.18) เป็นต้น (ตารางที่ 4.13)

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละแสดงลักษณะที่ทำให้การบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ไม่ถูกต้อง จำแนกตามกลุ่มโรคที่บันทึก

กลุ่มโรค	ลักษณะที่ทำให้บันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ไม่ถูกต้อง								จน.รวม (มี / ไม่มี)
	เรียงลำดับผิด (Sequence)		คำแสดงรูปแบบการตาย (Mode of death)		a>b>c>d ไม่ต่อเนื่อง		บรรทัดล่างสุด ไม่ใช่สาเหตุการตาย		
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	
1.ติดเชื้อ	42 (26.92)	111 (24.34)	19 (12.18)	134 (29.39)	22 (14.10)	131 (28.73)	73 (46.79)	80 (17.54)	156 / 456
2.ไม่ติดต่อ	81 (23.08)	271 (25.66)	71 (20.23)	280 (26.52)	52 (14.81)	300 (28.41)	147 (41.88)	205 (19.41)	351 / 1056
3.อุบัติเหตุ	5 (20.0)	11 (28.21)	3 (12.0)	13 (33.33)	6 (24.0)	10 (25.64)	11 (44.0)	5 (12.82)	25 / 39

4.4.2 ความสอดคล้องกันระหว่างสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1)

เปรียบเทียบกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน

เมื่อนำสาเหตุการตายของหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ไปตรวจสอบกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียนตามรหัส ICD-10 3 digits พบว่า สาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) มีความสอดคล้องกันกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน จำนวน 282 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.27 และสาเหตุการตายไม่สอดคล้องกัน จำนวน 240 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.78 โดยไม่สามารถตรวจสอบความสอดคล้องกันระหว่างสาเหตุการตายของหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) กับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน เนื่องจากเอกสารไม่ครบในแฟ้มใดแฟ้มหนึ่ง จำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.95 (ตารางที่ 4.14)

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละแสดงความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายตามรหัส ICD-10 3 digits ระหว่างหนังสือรับรองการตายกับแฟ้มเวชระเบียน

ตรวจสอบความสอดคล้องของสาเหตุการตาย (3 digits) ระหว่างหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) กับแฟ้มเวชระเบียน	จำนวน	ร้อยละ
1. สาเหตุการตายสอดคล้องกัน	282	50.27
2. สาเหตุการตายไม่สอดคล้องกัน	240	42.78
3. ไม่สามารถตรวจสอบได้ (เอกสารไม่ครบในแฟ้มใดแฟ้มหนึ่ง)	39	6.95
รวม	561	100

เมื่อนำสาเหตุการตายที่สอดคล้องกันระหว่างหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) กับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน มาประมวลผลและเรียงลำดับตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) จะพบว่า โรค / สาเหตุการตายที่ระบุได้สอดคล้องกันมากที่สุดระหว่าง 2 เอกสารนี้ ได้แก่ โรคอื่นๆ ของเนื้อเยื่อผิวหนัง มะเร็งเต้านม ลูคีเมีย และมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น

เมื่อตรวจสอบความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร. 4/1) กับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน พบว่าโรค / สาเหตุการตาย ที่พบว่ามีจำนวนมากที่สุด 3 อันดับ เรียงตามลำดับ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ และปอดอักเสบ (ตารางที่ 4.15)

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละแสดงสาเหตุการตายรายโรคที่สอดคล้องกันตามรหัส ICD-10 3 digits ระหว่างหนังสือรับรองการตายกับแฟ้มเวชระเบียน

โรคที่เป็นสาเหตุการตาย	N*	ICD-10 (3 digits)	n**	ร้อยละ ความสอดคล้อง
1. โรคติดเชื้อและปรสิต (A00-B99)				
- วัณโรคทางเดินหายใจ	12	A15-A16	9	75.00
- ติดเชื้อในกระแสเลือด	33	A40-A41	8	23.53
- โรคติดเชื้อและปรสิตอื่นๆ	3	A85	1	33.33
- โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส	5	B15-B19	2	40.00
- HIV / AIDS	20	B20-B24	13	65.00
2. โรคมะเร็งและเนื้องอก (C00-D48)				
- มะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ เร็คตัมและทวารหนัก	14	C18-C21	11	78.57
- มะเร็งที่หลอดอาหาร	4	C15	3	75.0
- มะเร็งที่กระเพาะอาหาร	2	C16	2	100
- โรคมะเร็งที่ลำไส้เล็ก	1	C17	1	100.00
- มะเร็งที่ตับและท่อน้ำดีในตับ	16	C22	6	75.00
- มะเร็งที่ตับอ่อน	4	C25	2	50.00
- มะเร็งที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด	21	C33-C34	14	66.67
- มะเร็งที่เต้านม	10	C50	9	90.00
- มะเร็งของระบบสืบพันธุ์สตรี	8	C51-C58	6	75.00
- มะเร็งของระบบทางเดินปัสสาวะ	2	C64-C68	1	50.00
- มะเร็งของต่อมธัยรอยด์	1	C73	1	100.0
- มะเร็งที่ไม่ทราบสามารถระบุตำแหน่ง	6	C76-C80	3	50.0
- มะเร็งลิมโฟมา พลาสมาเซลล์ และลูคีเมีย	14	C81-C96	12	85.71

*N = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตแต่ละกลุ่มโรค, **n = จำนวนของโรคที่ระบุได้สอดคล้องกัน

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละแสดงสาเหตุการตายรายโรคที่สอดคล้องกันตามรหัส ICD-10 3 digitsระหว่างหนังสือรับรองการตายกับแฟ้มเวชระเบียน

โรคที่เป็นสาเหตุการตาย	N*	ICD-10 (3 digits)	n**	ร้อยละ ความสอดคล้อง
3. โรคของต่อมไทรอยด์และเมตะบอลิซึม				
- เบาหวาน	18	E10-E14	10	55.56
5. โรคระบบประสาท	5	G00-G99	3	60
6. โรคระบบไหลเวียนโลหิต (I00-I99)				
- ความดันโลหิต	12	I10-I15	5	41.66
- โรคหัวใจขาดเลือด	21	I20-I25	14	66.67
- โรคหัวใจอื่นๆ	12	I30-I52	177	41.67
- โรคหลอดเลือดสมอง	74	I60-I69	33	44.59
- โรคหลอดเลือดอาหารโป่งพอง	5	I85	3	60
7. โรคของระบบทางเดินหายใจ (J00-J98)				
- ปอดอักเสบ	46	J12-J18	22	47.83
- โรคเรื้อรังของทางเดินหายใจส่วนล่าง	24	J40-J47	15	62.5
- โรคระบบทางเดินหายใจอื่นๆ	7	J69-J96	5	71.43
8. โรคระบบย่อยอาหาร (K00-K93)				
- แผลเปื่อยของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและดูโอดินัม	5	K20-K31	4	20.0
- โรคของตับ	14	K70-K76	9	64.29
- โรคอื่นๆ ของระบบย่อยอาหารนอกเหนือจากโรคตับ	12	K80-K92	8	66.67
9. โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (L00-L98)				
- ผิวหนังอักเสบและโรคเรื้อนกวาง	1	L26	1	100
- โรคอื่นๆ ของระบบผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	7	L89	7	100
10. โรคของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ (N00-N99)	53	N00-N99	25	47.17
11. ภาวะบางอย่างที่เกิดขึ้นในระยะปริกำเนิด	11	P00-P96	7	63.64
12. ความผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิดและโครโมโซมผิดปกติ	2	Q00-Q99	1	50
13. การบาดเจ็บและได้รับพิษ	2	S00-T98	1	50
รวม	508		282	
Kappa = 0.512				

*N = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตแต่ละกลุ่มโรค, **n = จำนวนของโรคที่ระบุได้สอดคล้องกัน

จากตารางที่ 4.14 และ 4.15 สามารถสรุปได้ว่าความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) กับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน โดยรวมมีความสอดคล้องกันร้อยละ 50.27 และมีความสอดคล้องกันในระดับ “พอใช้” ($Kappa = 0.361, p < 0.001$)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.18 จำนวนและร้อยละแสดงสาเหตุการตายในมรณบัตรที่มีการใช้ค่าแสดงรูปแบบการตาย (Mode of death) จำแนกตามความความถูกต้องตรงกันของสาเหตุการตายในมรณบัตรกับแฟ้มเวชระเบียน

สาเหตุการตายในมรณบัตรเปรียบเทียบกับ สาเหตุการตายจากแฟ้มเวชระเบียน	ตรวจสอบการใช้ค่าแสดงรูปแบบการตาย		รวม
	มี (ร้อยละ)	ไม่มี (ร้อยละ)	
1. ถูกต้องตรงกันกับเวชระเบียน	27 (8.44)	293 (91.56)	320
2. ไม่ตรงกันเมื่อเปรียบเทียบกับเวชระเบียน	44 (22.45)	152 (77.55)	196
รวม	71 (13.76)	445 (86.24)	516

4.5.2 ความสอดคล้องกันระหว่างสาเหตุการตายในมรณบัตร เปรียบเทียบกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน

เมื่อนำมรณบัตร และแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เสียชีวิต มารวบรวมและประมวลสาเหตุการตายตามระบบบัญชีจำแนกโรค ระหว่างประเทศ ฉบับที่ 10 (ICD-10) 3 digits จะพบว่าสาเหตุการตายในมรณบัตร มีความสอดคล้องกันกับในแฟ้มเวชระเบียนจำนวน 321 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.22 และสาเหตุการตายไม่สอดคล้องกัน จำนวน 195 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.76 โดยไม่สามารถตรวจสอบความสอดคล้องกันระหว่างสาเหตุการตายของใบมรณบัตรกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน เนื่องจากเอกสารไม่ครบในแฟ้มใดแฟ้มหนึ่ง จำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.02 (ตารางที่ 4.19)

ตารางที่ 4.19 จำนวนและร้อยละแสดงความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายรายโรคตามรหัส ICD-10 3 digits เปรียบเทียบระหว่างใบมรณบัตรกับแฟ้มเวชระเบียน

ตรวจสอบความสอดคล้องกันของสาเหตุการตาย 3 digits ระหว่างมรณบัตรกับแฟ้มเวชระเบียน	จำนวน	ร้อยละ
1. สาเหตุการตายสอดคล้องกัน	321	57.22
2. สาเหตุการตายไม่สอดคล้องกัน	195	34.76
3. ไม่สามารถตรวจสอบได้ (เอกสารไม่ครบในแฟ้มใดแฟ้มหนึ่ง)	45	8.02
รวม	561	100

เมื่อนำสาเหตุการตายที่สอดคล้องกันระหว่างใบมรณบัตรกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน มาประมวลผลและเรียงลำดับตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) 3 digits จะพบว่า โรค / สาเหตุการตายที่ระบุได้สอดคล้องกันมากที่สุดระหว่าง 2 เอกสารนี้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและมะเร็งตับอ่อน , มะเร็งตับและท่อน้ำดี , มะเร็งปอด, มะเร็งลำไส้ใหญ่และลิวคีเมีย เป็นต้น เมื่อตรวจสอบความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายในใบมรณบัตรกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน พบว่าโรค / สาเหตุการตาย ที่พบว่ามีจำนวนมากที่สุด 3 อันดับเรียงตามลำดับ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบ และติดเชื้อในกระแสเลือด (ตารางที่ 4.20)

ตารางที่ 4.20 จำนวนและร้อยละแสดงสาเหตุการตายรายโรคที่สอดคล้องกันตามรหัส ICD-10 3 digits ระหว่างใบมรณบัตรกับแฟ้มเวชระเบียน

โรคที่เป็นสาเหตุการตาย	N*	ICD-10 (3 digits)	n**	ร้อยละ ความสอดคล้อง
1. โรคติดเชื้อและปรสิต (A00-B99)				
- วัณโรคทางเดินหายใจ	12	A15-A16	8	66.67
- บาดทะยัก	1	A33-A35	1	100
- ติดเชื้อในกระแสเลือด	33	A40-A41	28	84.85
- โรคติดเชื้อและปรสิตอื่นๆ	3	A85	1	33.33
- โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส	5	B15-B19	1	20.00
- HIV / AIDS	20	B20-B24	12	60.00
2. โรคมะเร็งและเนื้องอก (C00-D48)				
- มะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ เร็คตัมและทวารหนัก	14	C18-C21	12	85.71
- มะเร็งที่หลอดอาหาร	4	C15	3	75.0
- มะเร็งที่กระเพาะอาหาร	2	C16	2	100
- โรคมะเร็งที่ลำไส้เล็ก	1	C17	1	100
- มะเร็งที่ตับและท่อน้ำดีในตับ	16	C22	15	93.75
- มะเร็งที่ตับอ่อน	4	C25	4	100
- มะเร็งที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด	21	C33-C34	19	90.48
- มะเร็งที่เต้านม	10	C50	8	80.00
- มะเร็งของระบบสืบพันธุ์สตรี	8	C51-C58	6	75.00
- มะเร็งที่ต่อมลูกหมาก	2	C61	1	50.00
- มะเร็งที่ไม่ทราบสามารถระบุตำแหน่ง	6	C76-C80	4	66.67
- มะเร็งลิมโฟมา พลาสมาเซลล์ และลิวคีเมีย	14	C81-C96	12	85.71

*N = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตแต่ละกลุ่มโรค, **n = จำนวนของโรคที่ระบุได้สอดคล้องกัน

ตารางที่ 4.20 (ต่อ) จำนวนและร้อยละแสดงสาเหตุการตายรายโรคที่สอดคล้องกันตาม รหัส ICD-10 3 digits ระหว่างใบมรณบัตรกับแฟ้มเวชระเบียน

โรคที่เป็นสาเหตุการตาย	N*	ICD-10 (3 digits)	n**	ร้อยละ ความสอดคล้อง
3. โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกันบางชนิด				
- โลหิตจาง	1	D50-D59	1	100
4. โรคของต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม				
- เบาหวาน	18	E10-E14	7	38.89
5. โรคระบบประสาท	5	G00-G99	2	40
6. โรคระบบไหลเวียนโลหิต (I00-I99)				
- ความดันโลหิต	12	I10-I15	12	100
- โรคหัวใจขาดเลือด	21	I20-I25	14	66.67
- โรคหัวใจอื่นๆ	12	I30-I52	5	41.67
- โรคหลอดเลือดสมอง	74	I60-I69	42	56.76
- โรคหลอดเลือดอาหารโป่งพอง	5	I85	3	60
7. โรคของระบบทางเดินหายใจ (J00-J98)				
- ปอดอักเสบ	46	J12-J18	22	47.83
- โรคเรื้อรังของทางเดินหายใจส่วนล่าง	24	J40-J47	11	45.83
- โรคระบบทางเดินหายใจอื่นๆ	7	J69-J96	3	42.86
8. โรคระบบย่อยอาหาร (K00-K93)				
- แผลเปื่อยของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและดูโอดินัม	5	K20-K31	1	20.0
- โรคของตับ	14	K70-K76	9	64.29
- โรคอื่นๆ ของระบบย่อยอาหารนอกเหนือจากโรคตับ	12	K80-K92	7	53.83
9. โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (L00-L98)				
- ผิวหนังอักเสบและโรคเรื้อนกวาง	1	L26	1	100
- โรคอื่นๆ ของระบบผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	7	L89	3	42.86
10. โรคของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ (N00-N99)	53	N00-N99	24	45.28
11. ภาวะบางอย่างที่เกิดขึ้นในระยะปริกำเนิด	11	P00-P96	4	36.36
12. ความผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิดและโครโมโซมผิดปกติ	2	Q00-Q99	1	50
13. การบาดเจ็บและได้รับพิษ	2	S00-T98	1	50
รวม	508		321	
Kappa = 0.512				

จากตารางที่ 4.19 และ 4.20 สามารถสรุปได้ว่าความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ในมรณบัตรกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน โดยรวมมีความสอดคล้องกัน ร้อยละ 57.22 และมีความสอดคล้องกันในระดับ “ปานกลาง” (Kappa = 0.512, $p < 0.001$)

4.6 การตรวจสอบความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายระหว่างใบมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน

เมื่อนำมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เสียชีวิต มารวบรวมและประมวล สาเหตุการตายตามระบบบัญชีจำแนกโรค ระหว่างประเทศ ฉบับที่ 10 (ICD-10) 3 digits จะพบว่า สาเหตุการตายสอดคล้องกันทุกแฟ้ม จำนวน 197 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.12 สาเหตุการตายในมรณบัตรเท่านั้นที่แตกต่างจากแฟ้มเวชระเบียน จำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.83 สาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายเท่านั้นที่แตกต่างจากแฟ้มเวชระเบียน จำนวน 112 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.96 และสาเหตุการตายแตกต่างจากแฟ้มเวชระเบียนทั้งในมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย 120 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.39 และอีก 60 ราย (ร้อยละ 10.70) ที่ไม่สามารถตรวจสอบความสอดคล้องกันได้ เนื่องจากเอกสารไม่ครบในแฟ้มใดแฟ้มหนึ่ง (ตารางที่ 4.21)

ตารางที่ 4.21 จำนวนและร้อยละแสดงสาเหตุการตายรายโรคที่สอดคล้องกันตามรหัส ICD-10 3 digits ระหว่างใบมรณบัตร หนังสือรับรองการตายกับแฟ้มเวชระเบียน

ตรวจสอบความสอดคล้องกันของสาเหตุการตาย (3 digits) ระหว่างใบมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และแฟ้มเวชระเบียน	จำนวน	ร้อยละ
1. สาเหตุการตายสอดคล้องกันทุกแฟ้ม	197	35.12
2. สาเหตุการตายในมรณบัตรเท่านั้นที่แตกต่าง	72	12.83
3. สาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายเท่านั้นที่แตกต่าง	112	19.96
4. สาเหตุการตายแตกต่างกันทั้งในมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย	120	21.39
5. ไม่สามารถตรวจสอบได้ (เอกสารไม่ครบในแฟ้มใดแฟ้มหนึ่ง)	60	10.70
รวม	561	100

เมื่อนำสาเหตุการตายที่สอดคล้องกันระหว่างใบมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย กับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน มาประมวลผลและเรียงลำดับตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) 3 digits จะพบว่า โรค / สาเหตุการตายที่ระบุได้สอดคล้องกันมากที่สุดระหว่าง 3 เอกสารนี้ ได้แก่ มะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี, มะเร็งหลอดอาหาร, ลูคีเมีย และมะเร็งเต้านม เป็นต้น เมื่อตรวจสอบความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายในใบมรณบัตรกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน พบว่าโรค / สาเหตุการตาย ที่พบว่ามีจำนวนมากที่สุด 3 อันดับ เรียงตามลำดับ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบ และโรคของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ (ตารางที่ 4.22)

ตารางที่ 4.22 จำนวนและร้อยละแสดงสาเหตุการตายรายโรคที่สอดคล้องกันตามรหัส ICD-10 3 digits ระหว่างใบมรณบัตร หนังสือรับรองการตายกับแฟ้มเวชระเบียน

โรคที่เป็นสาเหตุการตาย	N*	ICD10 (3 digits)	n **	ร้อยละ ความสอดคล้อง
1. โรคติดเชื้อและปรสิต (A00-B99)				
- วัณโรคทางเดินหายใจ	12	A15-A16	7	58.33
- ติดเชื้อในกระแสเลือด	33	A40-A41	7	21.21
- โรคติดเชื้อและปรสิตอื่นๆ	3	A85	1	33.33
- โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส	5	B15-B19	1	20
- HIV / AIDS	20	B20-B24	8	40
2. โรคมะเร็งและเนื้องอก (C00-D48)				
- มะเร็งที่หลอดอาหาร	4	C15	3	75
- มะเร็งกระเพาะอาหาร	2	C16	2	100
- มะเร็งลำไส้เล็ก	1	C17	1	100
- มะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ เร็คตัมและทวารหนัก	14	C18-C21	9	64.29
- มะเร็งที่ตับและท่อน้ำดีในตับ	16	C22	6	37.5
- มะเร็งที่ตับอ่อน	4	C25	2	50
- มะเร็งที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด	21	C33-C34	8	38.1
- มะเร็งที่เต้านม	10	C50	7	70
- มะเร็งของระบบสืบพันธุ์สตรี	8	C51-C58	6	75
- มะเร็งที่ไม่ทราบสามารถระบุตำแหน่ง	6	C76-C80	3	50
- มะเร็งลิมโฟมา พลาสมาเซลล์ และลูคีเมีย	14	C81-C96	10	71.43

N* = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตแต่ละกลุ่มโรคจากแฟ้มเวชระเบียน, n ** = จำนวนของโรคที่ระบุได้สอดคล้องกันของแต่ละเอกสาร

ตารางที่ 4.22 (ต่อ) จำนวนและร้อยละแสดงสาเหตุการตายรายโรคที่สอดคล้องกันตามรหัส ICD-10 3 digits ระหว่างใบมรณบัตร หนังสือรับรองการตายกับแฟ้มเวชระเบียน

โรคที่เป็นสาเหตุการตาย	N*	ICD10 (3 digits)	n **	ร้อยละ ความสอดคล้อง
3. โรคของต่อมไทรอยด์และเมตาบอลิซึม (E00-E88)				
- เบาหวาน	18	E10-E14	4	22.22
- โรคต่อมไทรอยด์ โภชนาการและเมตาบอลิซึม	3	E15	1	33.33
4. โรคระบบประสาท	5	G00-G99	2	40
5. โรคระบบไหลเวียนโลหิต (I00-I99)				
- ความดันโลหิต	12	I10-I15	3	25
- โรคหัวใจขาดเลือด	21	I20-I25	9	42.86
- โรคหัวใจอื่นๆ	12	I26-I51	2	16.67
- โรคหลอดเลือดสมอง	74	I60-I69	23	31.08
6. โรคของระบบทางเดินหายใจ (J00-J98)				
- ปอดอักเสบ	46	J12-J18	18	39.13
- โรคเรื้อรังของทางเดินหายใจส่วนล่าง	24	J40-J47	10	41.67
- โรคระบบทางเดินหายใจอื่นๆ	7	J69-J96	3	37.5
7. โรคระบบย่อยอาหาร (K00-K93)				
- แผลเปื่อยของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและดูโอดินัม	5	K20-K31	2	40
- โรคของตับ	14	K70-K76	6	42.86
- โรคอื่นๆ ของระบบย่อยอาหารนอกเหนือจากโรคตับ	12	K80-K92	2	16.67
8. โรคอื่นๆ ของระบบผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	7	L89	4	57.14
9. โรคของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ	52	N00-N99	16	30.19
10. ภาวะบางอย่างที่เกิดขึ้นในระยะปริกำเนิด	11	P00-P96	3	27.27
11. ความผิดปกติ พิการแต่กำเนิดและโครโมโซมผิดปกติ	2	Q00-Q99	1	50
12. การบาดเจ็บและได้รับพิษ	2	S00-T98	1	50
รวม	500		197	

จากตารางที่ 4.22 สามารถสรุปได้ว่าความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) 3 digits ระหว่างหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) มรณบัตรกับสาเหตุการตายที่สรุปในแฟ้มเวชระเบียนในภาพรวม พบว่า มีความสอดคล้องกันเพียงร้อยละ 39.32

เมื่อจำแนกความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตายตามแผนกต่างๆ ที่ผู้ปวยเข้ารับรักษา พบว่า แผนกอายุรกรรมและแผนกศัลยกรรมทั่วไป การบันทึกสาเหตุการตายที่ถูกต้อง มีจำนวนใกล้เคียงกันกับที่ลงสาเหตุการตายไม่ถูกต้อง ยกเว้นแผนกศัลยกรรมกระดูกที่การบันทึกสาเหตุการตายไม่ถูกต้องมีมากกว่า (ตารางที่ 4.23)

ตารางที่ 4.23 จำนวนและร้อยละแสดงความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตาย จำแนกตามแผนกที่รักษา

แผนกที่รักษา	ลงสาเหตุการตายถูกต้อง		ลงสาเหตุการตายไม่ถูกต้อง		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. อายุรกรรม	205	50.62	200	49.38	405
2. ศัลยกรรมทั่วไป	60	52.63	54	47.37	114
3. ศัลยกรรมกระดูก	2	22.22	7	77.78	9
4. กุมารเวชกรรม	11	64.71	6	35.29	17
5. นรีเวชกรรม	2	100.0	0	0	2
รวม	280	51.19	267	48.81	547*

* ถูกตัดออก 14 ราย เนื่องจากไม่พบการบันทึกสาเหตุการตาย หรือ ตัวอักษรในเอกสารไม่ชัดเจนไม่สามารถตรวจสอบได้

4.7 การเปรียบเทียบสาเหตุการตายจากมรณบัตร, หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และจากแฟ้มเวชระเบียน และการวิเคราะห์สาเหตุการตายที่แท้จริงของมรณบัตร เปรียบเทียบกับแฟ้มเวชระเบียนในกลุ่มที่โรค / สาเหตุการตายคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง

4.7.1 การเปรียบเทียบสาเหตุการตายจากมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และจากแฟ้มเวชระเบียน

สำหรับโรคและสาเหตุการตายที่มีบันทึกไว้ในเวชระเบียน ใบมรณบัตร ข้อมูลการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ที่โรงพยาบาลส่งให้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่าโรคที่สรุปหรือลงสาเหตุการตายได้ไม่แตกต่างกันในแต่ละเอกสาร ได้แก่ โรคของระบบประสาท โรคหัวใจขาดเลือด และโรคของระบบทางเดินปัสสาวะ โดยโรคที่สรุปหรือลงสาเหตุการตายได้แตกต่างกันในทุกๆ เอกสาร ได้แก่ ติดเชื้อในกระแสเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคของตับ การบาดเจ็บและการได้รับพิษ ตัวอย่างเช่น ติดเชื้อในกระแสเลือด ในแฟ้มเวชระเบียนสรุปได้ร้อยละ 10.34 ในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) สรุปได้ร้อยละ 4.69 แต่ในมรณบัตรสรุปได้มากถึงร้อยละ 19.81 หรือการบาดเจ็บและการได้รับพิษ ในแฟ้มเวชระเบียนสรุปได้

ร้อยละ 4.63 แต่ในมรณบัตรและในหนังสือรับรองการตาย สรุปลงได้เพียงร้อยละ 0.19 และ 0.38 เท่านั้น นอกจากนี้ทั้งมรณบัตรและในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ไม่พบว่ามีส่วนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยสาเหตุภายนอก หรือ สาเหตุจากอุบัติเหตุเลย (รหัส V และ W) คือไม่มีการบันทึกสาเหตุการตายที่เกิดจากสาเหตุภายนอกหรือสาเหตุจากอุบัติเหตุ (ตารางที่ 4.24)

ตารางที่ 4.24 จำนวนและร้อยละเปรียบเทียบโรค/สาเหตุการตายที่ได้จากแฟ้มเวชระเบียน ใบมรณบัตร และหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1)

โรคที่เป็นสาเหตุการตาย	เวชระเบียน	มรณบัตร	ทร.4/1
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
1. โรคติดเชื้อและปรสิต (A00-B99)			
- ติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร	2 (0.37)	0	3 (0.56)
- วัณโรคทางเดินหายใจ	12 (2.19)	12 (2.25)	12 (2.25)
- บาดทะยัก	1 (0.18)	1 (0.19)	0
- ติดเชื้อในกระแสเลือด	33 (6.03)	98 (18.35)	24 (4.49)
- โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส	5 (0.91)	0	5 (0.94)
- HIV / AIDS	20 (3.66)	13 (2.43)	13 (2.43)
- โรคติดเชื้อและปรสิตอื่นๆ	3 (0.55)	3 (0.56)	3 (0.56)
2. โรคมะเร็งและเนื้องอก (C00-D48)			
- มะเร็งของริมฝีปาก ช่องปากและคอหอย	1 (0.18)	0	0
- มะเร็งที่หลอดอาหาร	4 (0.73)	3 (0.56)	3 (0.56)
- มะเร็งที่กระเพาะอาหาร	2 (0.37)	3 (0.56)	2 (0.37)
- มะเร็งที่ลำไส้เล็ก	1 (0.18)	1 (0.19)	1 (0.19)
- มะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ เร็คตัมและทวารหนัก	14 (2.56)	14 (2.62)	14 (2.62)
- มะเร็งที่ตับและท่อน้ำดีในตับ	16 (2.93)	16 (3.00)	6 (1.12)
- มะเร็งรอบท่อน้ำดี	2 (0.37)	1 (0.19)	0
- มะเร็งที่ตับอ่อน	4 (0.73)	3 (0.56)	3 (0.56)
- มะเร็งที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด	21 (3.84)	21 (3.93)	18 (3.37)
- มะเร็งที่เนื้อเยื่อเกี่ยวพันบริเวณไหล่	1 (0.18)	1 (0.19)	0
- มะเร็งที่เต้านม	10 (1.83)	8 (1.50)	8 (1.50)
- มะเร็งของระบบสืบพันธุ์สตรี	8 (1.46)	7 (1.31)	8 (1.50)
- มะเร็งที่ต่อมลูกหมาก	2 (0.37)	2 (0.37)	0
- มะเร็งของระบบทางเดินปัสสาวะ	5 (0.91)	1 (0.19)	1 (0.19)
- มะเร็งของต่อมธัยรอยด์	1 (0.18)	0	3 (0.56)
- มะเร็งที่ไม่ทราบสามารถระบุตำแหน่ง	6 (1.10)	4 (0.75)	3 (0.56)

ตารางที่ 4.24 (ต่อ) จำนวนและร้อยละเปรียบเทียบโรค/สาเหตุการตายที่ได้จากแฟ้ม
เวชระเบียน ไบรอนบัตร และหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1)

โรคที่เป็นสาเหตุการตาย	เวชระเบียน	มรณบัตร	ทร.4/1
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
3. โรคมะเร็งและเนื้องอก (C00-D48)			
- มะเร็งลิมโฟมา พลาสมาเซลล์ และลูคีเมีย	14 (2.56)	12 (2.25)	14 (2.62)
- เนื้องอกที่ไม่ทราบขนาด	0	0	3 (0.56)
4. โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกันบางชนิด (D50-D89)			
- โลหิตจาง	1 (0.18)	1 (0.19)	2 (0.37)
5. โรคของต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม (E00-E88)			
- เบาหวาน	18 (3.29)	6 (1.12)	27 (5.06)
- โรคต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม	3 (0.55)	2 (0.37)	3 (0.56)
5. โรคทางจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรม (F01-F99)			
- ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	3 (0.55)	0	2 (0.37)
- ปัญญาอ่อน	1 (0.18)	0	0
6. โรคระบบประสาท (G00-G99)	5 (0.91)	5 (0.94)	7 (1.31)
7. โรคระบบไหลเวียนโลหิต (I00-I99)			
- ความดันโลหิต	12 (2.19)	9 (1.69)	31 (5.81)
- โรคหัวใจขาดเลือด	21 (3.84)	28 (5.24)	26 (4.87)
- โรคหัวใจอื่นๆ	12 (2.19)	33 (6.18)	24 (4.48)
- โรคหลอดเลือดตีบ	74 (13.53)	50 (9.36)	46 (8.61)
- โรคอื่นๆ ของหลอดเลือด	5 (0.91)	5 (0.91)	7 (1.31)
8. โรคของระบบทางเดินหายใจ (J00-J98)			
- ปอดบวม	46 (8.41)	63 (11.80)	51 (9.51)
- โรคเรื้อรังของทางเดินหายใจส่วนล่าง	24 (4.39)	16 (3.00)	28 (5.24)
- โรคระบบทางเดินหายใจอื่นๆ	7 (1.28)	10 (1.87)	13 (2.43)

ตารางที่ 4.24 (ต่อ) จำนวนและร้อยละเปรียบเทียบโรค/สาเหตุการตายที่ได้จากแฟ้ม
เวชระเบียน ไบรอนบัตร และหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1)

โรคที่เป็นสาเหตุการตาย	เวชระเบียน	มรณบัตร	ทร.4/1
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
9. โรคระบบย่อยอาหาร (K00-K93)			
- แผลเปื่อยของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและ ดูโอดินัม	5 (0.91)	3 (0.53)	4 (0.74)
- โรคของตับ	14. (2.56)	13 (2.43)	32 (5.97)
- โรคอื่นๆ ของระบบย่อยอาหารนอกเหนือจากโรคตับ	12 (2.19)	8 (1.50)	12 (2.19)
10. โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (L00-L98)			
- ผิวหนังอักเสบและโรคเรื้อนกวาง	1 (0.18)	1 (0.19)	0
- โรคอื่นๆ ของผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	7 (1.28)	4 (0.75)	10 (1.87)
11. โรคระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและเนื้อเยื่อ ประสาน (M00-M99)	2 (0.37)	0	7 (1.31)
12. โรคของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ (N00-N99)	53 (9.69)	45 (8.43)	47 (8.80)
13. ภาวะบางอย่างที่เกิดขึ้นในระยะปริกำเนิด (P00-P96)	11 (2.01)	5 (0.94)	7 (1.31)
14. ความผิดปกติ พิการแต่กำเนิดและโครโมโซม ผิดปกติ (Q00-Q99)	2 (0.37)	2 (0.37)	2 (0.37)
15. อาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบจาก การตรวจทางคลินิกและตรวจทาง ห้องปฏิบัติการที่มีได้มีรหัสระบุไว้ (R00-R99)	1 (0.18)	0	0
16. การบาดเจ็บและได้รับพิษ (S00-T98)	2 (0.37)	1 (0.19)	2 (0.37)
17. อุบัติเหตุ / การบาดเจ็บจากรถชน (V18)	1 (0.18)	0	0
18. สาเหตุภายนอก / อุบัติเหตุพลัดตก หล่นจาก ที่สูง (W10-19)	13 (2.38)	0	0
จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมด	547	534	536**

** ตัดออก 1 ราย (จากเดิม 537 ราย) เนื่องจากหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ไม่พบรายละเอียดของสาเหตุการตาย

4.7.2 การวิเคราะห์สาเหตุการตายที่แท้จริงของมรณบัตรเปรียบเทียบกับเพิ่มเวชระเบียนในกลุ่มที่โรค / สาเหตุการตายคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง

การพิจารณาการบันทึกสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน ในที่นี้พบจำนวนน้อยจึงไม่นำมาแยกสาเหตุการตายที่แท้จริงจากเพิ่มเวชระเบียนอีกครั้ง แต่จากการวิเคราะห์และจากตารางที่ 4.24 กลับพบว่า มีโรค / สาเหตุการตายบางโรคที่มีสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยในมรณบัตรกับเพิ่มเวชระเบียนแตกต่างกัน ซึ่งได้แก่ ติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดอักเสบ ไตวายและหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์หาสาเหตุการตายที่แท้จริงของมรณบัตรเปรียบเทียบกับเพิ่มเวชระเบียนในกลุ่มที่โรค / สาเหตุการตายคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงข้างต้น ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า โรคที่บันทึกในมรณบัตรว่า “ติดเชื้อในกระแสเลือด” เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับเพิ่มเวชระเบียน พบว่ามีเพียงร้อยละ 32.35 เท่านั้นที่มีสาเหตุการตายจาก “ติดเชื้อในกระแสเลือด” หรือ ในมรณบัตรบันทึกว่า “ปอดอักเสบ” แต่เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับเพิ่มเวชระเบียน พบว่ามีเพียงร้อยละ 67.65 เท่านั้นที่มีสาเหตุการตายจาก “ปอดอักเสบ” แสดงดังแผนภูมิที่ 4.2 ถึง แผนภูมิที่ 4.5

แผนภูมิที่ 4.2 แสดงสัดส่วนของสาเหตุการตายในเพิ่มเวชระเบียนในผู้ที่เสียชีวิตจากติดเชื้อในกระแสเลือด

มรณบัตร ติดเชื้อในกระแสเลือด	→	เพิ่มเวชระเบียน	
		ติดเชื้อในกระแสเลือด	32.35%
		โรคหลอดเลือดสมอง	10.78%
		เบาหวาน	6.86%
		แผลกดทับติดเชื้อ	4.90%
		ไตวาย	4.90%
		โรคอื่นๆ ของระบบทางเดินปัสสาวะ	4.90%
		ปอดอักเสบ	3.92%
		มะเร็ง	3.92%
		พลัดตกจากที่สูง	3.92%
		วัณโรคปอด	2.94%
		โรคเรื้อรังของทางเดินหายใจส่วนล่าง	1.96%

แผนภูมิที่ 4.3 แสดงสัดส่วนของสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียนในผู้ที่เสียชีวิตจาก
ปอดอักเสบ

<u>มรณบัตร</u> ปอดอักเสบ	→	<u>แฟ้มเวชระเบียน</u>	
		ปอดอักเสบ	67.65%
		โรคเรื้อรังของทางเดินหายใจส่วนล่าง	8.82%
		HIV / AIDS	8.82%
		โรคหลอดเลือดสมอง	7.35%
		ติดเชื้อในกระแสเลือด	4.41%
		โรคทางเดินหายใจอื่นๆ	2.94%

แผนภูมิที่ 4.4 แสดงสัดส่วนของสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียนในผู้ที่เสียชีวิตจาก
ไตวาย

<u>มรณบัตร</u> ไตวาย	→	<u>แฟ้มเวชระเบียน</u>	
		ไตวาย	61.54%
		ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	23.08%
		มะเร็ง	11.54%

แผนภูมิที่ 4.5 แสดงสัดส่วนของสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียนในผู้ที่เสียชีวิตจาก
หัวใจขาดเลือด

<u>มรณบัตร</u> หัวใจขาดเลือด	→	<u>แฟ้มเวชระเบียน</u>	
		หัวใจขาดเลือด	75.0%
		ตายจากสาเหตุภายนอก	7.14%
		มะเร็ง	7.14%
		ความดันโลหิต	3.57%
		หลอดเลือดสมอง	3.57%
		โรคหัวใจอื่นๆ	3.57%

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตายของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550 การศึกษาคุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตายจะแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตายตามกฎการลงสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และในมรณบัตร ส่วนที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550 ที่มีบันทึกในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1), ใบมรณบัตร ข้อมูลจากแผนกเวชระเบียนและรายงานข้อมูลการตายที่ได้สำนักนโยบายนและยุทธศาสตร์ เปรียบเทียบกับสมุดรศพ และส่วนที่ 3 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสอดคล้องกันของสาเหตุการตาย ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) 3 digits ระหว่างเอกสาร 3 แฟ้ม ได้แก่ มรณบัตร, หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) เปรียบเทียบกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาและเสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550 ทุกราย จำนวน 561 ราย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลของผู้ทรงคุณวุฒิได้ทำการตรวจสอบเนื้อหาและได้แก้ไขเรียบร้อยแล้ว โดยใช้เวลาเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2550 ใช้แบบบันทึกในการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารต่างๆ ซึ่งได้แก่ ฐานข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียน ใบมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และรายงานข้อมูลการตายที่ได้จากสำนักนโยบายนและยุทธศาสตร์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ คือ ค่าความถี่ ร้อยละ และใช้ค่า Kappa ในการวัดความสอดคล้องซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เสียชีวิต

5.1.1.1) ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาและเสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550 มีจำนวน 561 ราย พบว่า แผนกอายุรกรรมเป็นแผนกที่มีผู้ป่วยเข้ารับรักษาและเสียชีวิตมากที่สุดในทุกๆเดือน (ตลอดเวลา 9 เดือน) รองลงมาคือแผนกศัลยกรรม แผนกกุมารเวชกรรม แผนกศัลยกรรมกระดูก และแผนกนรีเวชกรรม ตามลำดับ

5.1.1.2) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมดแบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 287 ราย (ร้อยละ 51.16) เป็นเพศหญิง จำนวน 274 ราย (ร้อยละ 48.84) และผู้ป่วยที่เสียชีวิตในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุด จำนวน 351 ราย (ร้อยละ 62.57)

5.1.1.3) จำนวนวันนอนที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยที่เสียชีวิต คือ จำนวนวันนอนน้อยกว่า 10 วัน มีจำนวน 346 ราย (ร้อยละ 61.66) โดยจำนวนวันนอนที่มากที่สุด คือ 113 วัน และค่าเฉลี่ยของจำนวนวันนอนโรงพยาบาล คือ 64.56 วัน

5.1.1.4) ช่วงเวลาที่มีผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุด คือ เวรป่วย (ตั้งแต่เวลา 16.01-24.00 น.) มีจำนวน 210 ราย (ร้อยละ 37.43) รองลงมาได้แก่ เวรเช้า (ตั้งแต่เวลา 08.01-16.00 น.) ร้อยละ 34.94 และเวรดึก (ตั้งแต่เวลา 00.01-08.00 น.) ร้อยละ 26.76

5.1.1.5) อัตราตายของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจะพบว่าแผนกอายุรกรรมมีอัตราตายสูงที่สุด คือ พบอัตราตาย 137.02 ต่อพัน แต่อัตราตายต่อพันเมื่อเปรียบเทียบตามรายเดือน (ตลอด 9 เดือน) จะพบว่าไม่แตกต่างกัน ยกเว้นเดือนมีนาคม ที่อัตราตายของผู้ป่วยจะต่ำกว่าในเดือนอื่นๆ

5.1.2 โรค / สาเหตุการตาย จำแนกตามกลุ่มอายุ

5.1.2.1) ในกลุ่มอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงต่ำกว่า 25 ปี มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 55.0) รองลงมาคือ เสียชีวิตจากรูปมิดปกติแต่กำเนิด ความพิการและโครโมโซมผิดปกติ จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 10.0)

5.1.2.2) สำหรับกลุ่มอายุ 25 ปี ถึงต่ำกว่า 45 ปี มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 51 ราย ในภาพรวม สาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ HIV / AIDS จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 21.6) รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 13.7) และ ติดเชื้อในกระแสเลือด และโรคอื่นๆ ของระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ จำนวน 4 รายเท่ากัน (ร้อยละ 7.8) และ HIV / AIDS จะพบว่าเป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดของกลุ่มอายุนี้ โดยพบมากที่สุดทั้งในเพศชายและเพศหญิง (ร้อยละ 21.6 และร้อยละ 21.4 ตามลำดับ)

5.1.2.3) สาเหตุการตายในกลุ่มอายุ 45 ปี ถึงต่ำกว่า 60 ปี ในภาพรวม พบว่าสาเหตุการตายเกิดจากรโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 11.0) รองลงมาได้แก่ โรคของตับและโรคอื่นๆ ของระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ จำนวน 10 รายเท่ากัน (ร้อยละ 9.2) ในเพศชายกลุ่มอายุนี้ พบว่าตายมากที่สุดด้วยสาเหตุจากโรคของตับ จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 12.8) และโรคอื่นๆ ของระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ พบว่าเป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุด ในเพศหญิง จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 16.1)

5.1.2.4) สำหรับสาเหตุการตายในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในภาพรวม พบว่า สาเหตุการตาย เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด จำนวน 55 ราย (ร้อยละ15.1) รองลงมาได้แก่ โรคปอดอักเสบ จำนวน 38 ราย (ร้อยละ10.4) และติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 7.1) โดยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าเป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดของกลุ่มอายุนี้ โดยพบมากที่สุดทั้งในเพศชายและเพศหญิง (ร้อยละ13.8 และร้อยละ 16.1 ตามลำดับ)

5.1.3 คุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตาย

วัตถุประสงค์เฉพาะที่ 1: ความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตายตามกฎหมายการบันทึกสาเหตุการตายในใบมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) สามารถสรุปได้ดังนี้

5.1.3.1) เมื่อตรวจสอบสาเหตุการตายในมรณบัตรที่เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรนำมาจากสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายส่วนที่เป็นภาษาไทย (ข้อที่ 2.5) พบว่า สาเหตุการตายในมรณบัตรถูกต้องตรงกับในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ร้อยละ 89.13 และสาเหตุการตายที่ถูกเลือกมาบันทึกในมรณบัตร พบว่าไม่ตรงกันเมื่อเปรียบเทียบกับหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ร้อยละ 2.14 และอีกร้อยละ 8.73 ที่ไม่สามารถตรวจสอบได้ว่าถูกต้องหรือไม่ เนื่องจากขาดเอกสารใดเอกสารหนึ่งในการตรวจสอบ

5.1.3.2) สาเหตุการตายในมรณบัตรถูกต้องตรงกันกับแฟ้มเวชระเบียน ร้อยละ 57.04 และสาเหตุการตายในมรณบัตรไม่ตรงกันเมื่อเปรียบเทียบกับแฟ้มเวชระเบียน ร้อยละ 34.94 ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการบันทึกสาเหตุการตายในมรณบัตรมากกว่า 1 โรค / สาเหตุ เช่น บันทึกว่า "ติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบ" เป็นต้น และอีกร้อยละ 8.02 ที่ไม่สามารถตรวจสอบได้ว่าถูกต้องหรือไม่ เนื่องจากขาดเอกสารใดเอกสารหนึ่งในการตรวจสอบ และมีการใช้คำแสดงรูปแบบการตาย (Mode of death) เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหายใจล้มเหลว หัวใจวาย ฯลฯ ในการบันทึกสาเหตุการตายในมรณบัตร จำนวน 71 ราย (ร้อยละ13.76)

5.1.3.3) การบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ที่ถูกต้องตามกฎหมายการบันทึกสาเหตุการตาย คือ นำโรค/สาเหตุ จากบรรทัดสุดท้าย (บรรทัดล่างสุด) มารระบุเป็นสาเหตุการตาย พบว่า ในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) มีการบันทึกสาเหตุการตายที่นำมาจากบรรทัดสุดท้าย (บรรทัดล่างสุด) ร้อยละ 50.75 และ บันทึกสาเหตุการตายที่ไม่ได้นำมาจากบรรทัดสุดท้าย (บรรทัดล่างสุด) ร้อยละ 49.25

5.1.3.4) เมื่อตรวจสอบถึงความถูกต้องตรงกันของการบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) เปรียบเทียบกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน พบว่า สาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) บันทึกได้ถูกต้องโดยไม่พบข้อผิดพลาดเลย ร้อยละ 42.53 และยังพบว่าลักษณะที่ทำให้การบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ไม่ถูกต้องที่มากที่สุดคือ โรค/สาเหตุในบรรทัดสุดท้าย (บรรทัดล่างสุด) ที่นำมาระบุในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ไม่ใช่สาเหตุการตาย (ร้อยละ 16.86)

5.1.3.5) เมื่อทำการจัดกลุ่มโรคในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) เป็นกลุ่มโรคติดเชื้อมาก่อน และกลุ่มอุบัติเหตุ / การบาดเจ็บ พบว่า

กลุ่มโรคติดเชื้อ พบลักษณะที่ทำให้บันทึกสาเหตุการตายผิด เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ บรรทัดล่างสุดไม่ใช่สาเหตุการตาย (ร้อยละ 46.79), เรียงลำดับสาเหตุการตายผิด (ร้อยละ 24.34), สาเหตุข้อ $a>b>c>d$ ไม่ต่อเนื่อง (ร้อยละ 14.10) และ มีการใช้คำแสดงรูปแบบการตาย (ร้อยละ 12.18)

กลุ่มโรคไม่ติดเชื้อ พบลักษณะที่ทำให้บันทึกสาเหตุการตายผิด เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ บรรทัดล่างสุดไม่ใช่สาเหตุการตาย (ร้อยละ 41.88), เรียงลำดับสาเหตุการตายผิด (ร้อยละ 23.08), มีการใช้คำแสดงรูปแบบการตาย (ร้อยละ 20.23), สาเหตุข้อ $a>b>c>d$ ไม่ต่อเนื่อง (ร้อยละ 14.81)

กลุ่มอุบัติเหตุ / การบาดเจ็บ พบลักษณะที่ทำให้บันทึกสาเหตุการตายผิด เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ บรรทัดล่างสุดไม่ใช่สาเหตุการตาย (ร้อยละ 44.0), สาเหตุข้อ $a>b>c>d$ ไม่ต่อเนื่อง (ร้อยละ 24.0), เรียงลำดับสาเหตุการตายผิด (ร้อยละ 20.0) และมีการใช้คำแสดงรูปแบบการตาย (ร้อยละ 12.0)

วัตถุประสงค์เฉพาะที่ 2; ศึกษาความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต ที่มีบันทึกในเอกสารต่างๆ เปรียบเทียบกับจำนวนในสมุดรายนาม

5.1.3.6) ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550 มีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมด 561 ราย โดยข้อมูลการตายที่ได้จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่ามีรายงานจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 99.82 ซึ่งมากกว่าเอกสารจากแหล่งอื่นๆ รองลงมาคือข้อมูลที่ค้นได้จากเวชระเบียน ร้อยละ 97.50 และพบใบมรณบัตรน้อยกว่าเอกสารอื่นๆ คือพบเพียงร้อยละ 95.19

วัตถุประสงค์เฉพาะที่ 3: ศึกษาความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) 3 digits ระหว่างมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) เปรียบเทียบกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน สามารถสรุปได้ดังนี้

5.1.3.7) เมื่อนำสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ไปตรวจสอบกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียนตามรหัส ICD-10 3 digits พบว่า มีความสอดคล้องกันกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน ร้อยละ 50.27 และสาเหตุการตายไม่สอดคล้องกันร้อยละ 42.78 โดยโรค / สาเหตุการตายที่ระบุได้สอดคล้องกันมากที่สุดระหว่าง 2 เอกสารนี้ ได้แก่ โรคอื่นๆของเนื้อเยื่อผิวหนัง , มะเร็งเต้านม, ลูคีเมีย และมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ร้อยละ 78.57) เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า โรค / สาเหตุการตาย ที่พบว่ามีจำนวนมากที่สุด 3 อันดับ เมื่อนำสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1)ไปตรวจสอบกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียนเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ และปอดอักเสบ ตามลำดับ

5.1.3.8) ความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) 3 digits ระหว่างหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) กับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียนโดยรวมมีความสอดคล้องกันร้อยละ 50.27 และมีความสอดคล้องกันในระดับ "พอใช้" (Kappa = 0.361, $p < 0.001$)

5.1.3.9) เมื่อนำสาเหตุการตายในมรณบัตรไปตรวจสอบกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียนตามรหัส ICD-10 3 digits พบว่า สาเหตุการตายในมรณบัตร มีความสอดคล้องกันกับในแฟ้มเวชระเบียนร้อยละ 57.22 และสาเหตุการตายไม่สอดคล้องกัน ร้อยละ 34.76 โดยโรค / สาเหตุการตายที่ระบุได้สอดคล้องกันมากที่สุดระหว่าง 2 เอกสารนี้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและมะเร็งตับอ่อน , มะเร็งตับและท่อน้ำดี , มะเร็งปอด, มะเร็งลำไส้ใหญ่และลูคีเมีย เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า โรค / สาเหตุการตาย ที่พบว่ามีจำนวนมากที่สุด 3 อันดับ เมื่อนำสาเหตุการตายในมรณบัตรไปตรวจสอบกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่โรคหลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบ และติดเชื้อในกระแสเลือด ตามลำดับ

5.3.9.10) เมื่อนำมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เสียชีวิต มารวบรวมและประมวลสาเหตุการตายตามรหัส ICD-10 3 digits พบว่าสาเหตุการตายสอดคล้องกันทุกแฟ้ม ร้อยละ 35.12 สาเหตุการตายในมรณบัตรแตกต่างจากแฟ้มเวชระเบียน ร้อยละ 12.83 สาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายแตกต่างจากแฟ้มเวชระเบียน ร้อยละ 19.96 และสาเหตุการตายทั้งในมรณบัตรและหนังสือรับรองการตายแตกต่างจาก

ร้อยละ 19.96 และสาเหตุการตายทั้งในมรณบัตรและหนังสือรับรองการตายแตกต่างจาก แพ้มีแผลระเบียง ร้อยละ 21.39 โดยโรค / สาเหตุการตายที่ระบุได้สอดคล้องกันมากที่สุดระหว่าง 3 เอกสารนี้ ได้แก่ มะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี, มะเร็งหลอดอาหาร, ลูคีเมีย และมะเร็งเต้านม เป็นต้น นอกจากนี้ เมื่อนำเอกสารทั้ง 3 แพ้มีมาตรวจสอบความสอดคล้องกัน ยังพบว่าโรค / สาเหตุการตายที่พบว่ามีจำนวนมากที่สุด 3 อันดับ เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบ และโรคของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ ตามลำดับ

วัตถุประสงค์เฉพาะที่ 4: ศึกษาสาเหตุการตายที่น่าจะเป็นจากประวัติผู้ป่วย ในกลุ่มที่ระบุสาเหตุการตายไว้ไม่ชัดเจน

การพิจารณาการบันทึกสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน ในที่นี้พบจำนวนน้อยจึงไม่ได้ นำมาแยกสาเหตุการตายที่แท้จริงจากแพ้มีแผลระเบียงอีกครั้ง

5.2 อภิปรายผลการวิจัย สามารถแบ่งออกเป็นประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

5.2.1 อภิปรายเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย

5.2.1.1) รูปแบบการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการศึกษาโดยใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study) ซึ่งเหมาะสมกับเวลาที่ใช้ทำการศึกษาวิจัยที่มีจำกัด แต่เนื่องจากเป็นการศึกษาและเก็บข้อมูลจากข้อมูลทุติยภูมิที่มีอยู่ถึง 3 แหล่ง อาจทำให้เกิดปัญหา การสูญหายของเอกสารหรือข้อมูลบางส่วนของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาได้ และเมื่อทำการทบทวน เอกสารงานวิจัยต่างๆ ยังไม่พบว่ามีการศึกษาที่เกี่ยวกับคุณภาพ / ระบบรายงานสาเหตุการตายใน รูปแบบการศึกษาอื่นๆ หากมีความเป็นไปได้อาจดำเนินการศึกษาในรูปแบบของการศึกษาไปข้างหน้า หรือระบบรายงานแบบรวดเร็วที่มีลักษณะคล้ายกันกับการรายงานการเฝ้าระวังโรค รง.506 เพื่อให้ได้ข้อมูลสาเหตุการตายที่ถูกต้องมากที่สุด

5.2.1.2) ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรที่ศึกษา ตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยนี้ใช้ตัวอย่างของผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลระหว่าง วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550 จำนวน 561 ราย เท่านั้น เนื่องจากระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัยที่จำกัด และมีการตรวจเยี่ยมประเมินระบบมาตรฐาน คุณภาพโรงพยาบาล (ISO 9001: 2000, Hospital Accreditation; HA) ระหว่างที่ศึกษาซึ่งอาจจะ

ส่งผลต่อตัวอย่างที่ศึกษาและคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายที่ทำการศึกษาวิจัยได้ รวมไปถึงการสรุปและการลงข้อมูลสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน การรวบรวมเอกสารต่างๆ ทั้งมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) รายงานข้อมูลการตายที่ส่งถึงสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ อาจมีความล่าช้าในการสรุปแต่ละขั้นตอน หากต้องทำการศึกษาดำเนินปี 2550 (ตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2550) แม้ว่าจะงานวิจัยนี้จะศึกษาจากตัวอย่างเพียง 9 เดือน ผลการศึกษาที่ได้น่าจะ ทำให้เห็นคุณภาพของระบบรายงานสาเหตุการตายและโอกาสในการพัฒนาคุณภาพระบบ การรายงานและการจัดเก็บข้อมูลการตายของโรงพยาบาลได้ และอาจจะนำไปเปรียบเทียบความแตกต่างกับ 3 เดือนที่เหลือ (เดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ใช้แบบบันทึกที่ออกแบบโดยผู้วิจัยและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ แต่การใช้แบบบันทึกอาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการคัดลอกข้อมูลลงแบบบันทึก เนื่องจากมีจำนวนมากถึง 561 ราย จึงอาจจะส่งผลกระทบต่อการวิเคราะห์ข้อมูลได้ เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการวิเคราะห์ข้อมูล จึงทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาให้เรียบร้อยก่อนวิเคราะห์ และแยกข้อมูลที่ได้ออกเป็นส่วนมีเอกสารครบและสาเหตุการตายถูกต้องสอดคล้องกัน กับส่วนที่มีเอกสารไม่ครบและสาเหตุการตายไม่ถูกต้องสอดคล้องกัน หากเป็นไปได้อาจใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ช่วยในการนำเข้าข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ (Scan) แทนการบันทึกข้อมูลลงแบบบันทึก คล้ายกับการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ (22)

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอาจเกิด Bias ของตัวอย่างและข้อมูลสาเหตุการตายในตัวอย่างที่ทำการศึกษาได้ ถ้าหากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบรายงานสาเหตุการตายรวมถึงแพทย์ที่ให้สาเหตุการตาย รับทราบว่ามี การศึกษาวิจัย ดังนั้นอาจทำการศึกษาโดยให้มีแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านการให้สาเหตุการตายตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) เข้าร่วมในการศึกษาวิจัยด้วย เพื่อให้แพทย์และผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายในแต่ละเอกสารที่ได้มีการระบุสาเหตุการตายไว้ก่อนแล้ว

5.2.2 อภิปรายเกี่ยวกับการรายงานผู้เสียชีวิตโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

จากแผนภูมิที่ 5.1 เมื่อมีผู้เสียชีวิตในหอผู้ป่วย แพทย์จะเขียนหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ส่งมายังห้องเก็บศพที่นิติเวช ซึ่งนิติเวชจะลงทะเบียนผู้เสียชีวิตในสมุดรับศพ จากนั้นญาติจะนำสำเนาไปแจ้งเจ้าหน้าที่สำนักงานเขตเพื่อรับใบมรณบัตร และญาติจะนำมรณบัตรมารับศพผู้ป่วยไปประกอบพิธี หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่นิติเวชจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลการตายส่งสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขทุกเดือน สำหรับประวัติทั้งหมดของผู้ป่วยหลังจากเสียชีวิต แพทย์จะสรุปประวัติให้เรียบร้อยจากนั้นแฟ้มประวัติจะถูกส่งไปยังแผนกเวชระเบียนในเพื่อลงสรุปสาเหตุการตายในคอมพิวเตอร์โรงพยาบาล เพื่อให้ได้สาเหตุการตายของผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ซึ่งในชั้นตอนนี้จะแตกต่างไปจากชั้นตอนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ สิริินทรา พุตระกูล ได้ศึกษาไว้ (3) กล่าวคือ การให้สาเหตุการตายในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สาเหตุการตายจะถูกสรุปโดยเจ้าหน้าที่เวชระเบียน แต่ชั้นตอนของหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) จะไม่ผ่านไปยังเจ้าหน้าที่เวชระเบียน แต่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า หนังสือรับรองการตายจะผ่านไปยังเจ้าหน้าที่เวชระเบียนด้วย

จากชั้นตอนดังแผนภูมิที่ 5.1 การที่จะได้มาซึ่งสาเหตุการตายของผู้ป่วยนั้น ต้องรอการสรุปจากแพทย์ด้วย ทำให้สาเหตุการตายที่ได้ อาจจะมีการล่าช้าหากแพทย์สรุปช้า และหากแพทย์ที่เขียนหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) เป็นแพทย์คนละคนกับที่สรุปให้ประวัติ อาจส่งผลให้สาเหตุการตายของผู้ป่วยมีความคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงได้

5.2.3 อภิปรายเกี่ยวกับผลการศึกษาที่วิเคราะห์ได้

5.2.3.1 ความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต

จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่าง 1 ม.ค. 2550 ถึง 30 ก.ย. 2550 ที่พบว่ามีจำนวน 561 ราย โดยค้นได้จากสมุดรับศพ ฐานข้อมูลเวชระเบียน มรณบัตร และหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) พบว่ามรณบัตรเป็นเอกสารที่ค้นพบเพียงร้อยละ 95.19 น้อยกว่าเอกสารอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ (22) ที่พบข้อมูลมรณบัตรน้อยที่สุดจากการศึกษาในสถานพยาบาลทั้ง 4 จังหวัด คือรวมทั้ง 4 จังหวัดพบเพียงร้อยละ 89.1 แตกต่างจากการศึกษาของ สิริินทรา พุตระกูล (3) ที่พบว่ามีมรณบัตรของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ. 2546 มากถึงร้อยละ 99.87 ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่ามรณบัตรที่พบน้อยเพียงร้อยละ 95.19 นั้น อาจเกิดจากการที่ไม่ได้มีการแจ้งตาย เพราะปกติโรงพยาบาลจะมีเจ้าหน้าที่ดำเนินการแจ้งตายกับสำนักงานธนบุรีให้ แต่ยังคงพบว่ามีญาติของผู้เสียชีวิตบางรายดำเนินการ

แจ้งตายเอง และในกรณีที่เป็นผู้ป่วยที่ทำการผ่าชันสูตรศพทุกรายจะถูกส่งไปผ่าชันสูตรศพที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และจะได้รับหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ที่ออกโดยแพทย์นิติเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อนำไปจดทะเบียนตาย แล้วได้มรณบัตรมาเพื่อดำเนินการต่อที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จึงอาจเป็นไปได้ที่ว่าการสูญหายของเอกสารหรือไม่ได้มีการแจ้งตาย ซึ่งการศึกษาของ บัทมา ว่าวัฒน์วงศ์ (25) ได้กล่าวว่ามีความเป็นไปได้ที่ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้ดำเนินการตามขั้นตอนการจดทะเบียนตายให้เสร็จสิ้นสมบูรณ์

5.2.3.2 ความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตาย

การลงสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายและในมรณบัตรที่ถูกต้องนั้น คือการลงสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) โดยบันทึกสาเหตุการตายในบรรทัดสุดท้าย (บรรทัดล่างสุด) ในข้อ 2.3 และระบุสาเหตุการตายนั้นให้เป็นภาษาไทย นำไประบุลงในข้อ 2.5 (สาเหตุการตายภาษาไทยที่ต้องนำไปลงในมรณบัตร) โดยระบุสาเหตุการตายได้เพียง 1 โรคเท่านั้น ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรเลือกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ข้อ 2.5 มาบันทึกลงในมรณบัตรซึ่งถือว่าถูกต้อง มีถึงร้อยละ 89.13 มากกว่าการศึกษาของ สิรินทรา พุตระกูล (3) ที่พบว่าเจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรเลือกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ข้อ 2.5 มาบันทึกลงในมรณบัตรซึ่งถือว่าถูกต้อง มีน้อยกว่า คือมีเพียงร้อยละ 68.52 สำหรับสาเหตุการตายในมรณบัตรมีความถูกต้องตรงกับสาเหตุการตายในเวชระเบียน ร้อยละ 57.04 ซึ่งสาเหตุการตายในมรณบัตรที่ระบุผิดไปจากสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียนนั้น เกิดขึ้นจากการที่สาเหตุการตายที่เป็นภาษาอังกฤษ และเป็นคำศัพท์ทางการแพทย์ เมื่อแปลจากภาษาอังกฤษให้เป็นภาษาไทยอาจแปลผิดได้ ตัวอย่างเช่น "Chronic Nephritic Syndrome" เมื่อแพทย์นำมาเขียนเป็นภาษาไทย ที่ระบุในข้อ 2.5 แพทย์บางท่านระบุเป็น "ภาวะไตวายเรื้อรัง" บางท่านระบุเป็น "ภาวะไตอักเสบเรื้อรัง" เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรพิชญ์ ชูประภาวรรณ (22) ที่ว่า "Brain Tumor" แพทย์บางท่านระบุเป็น "เนื้องอกในสมอง" บางท่านระบุเป็น "มะเร็งสมอง" นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 13.76 ที่มีการระบุสาเหตุการตายในมรณบัตร โดยการใช้คำแสดงรูปแบบการตาย (Mode of death) ตัวอย่างเช่น การหายใจล้มเหลว ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว หัวใจวาย/หัวใจล้มเหลว การทำงานของก้านสมองล้มเหลว เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทรพิชญ์ ชูประภาวรรณ (22) ที่พบว่าในภาพรวมมรณบัตรมีการใช้คำแสดงรูปแบบการตาย ร้อยละ 38.0 และกานดา วัฒนภัส, เขียวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ (21) กล่าวไว้ว่า การระบุสาเหตุการตายในมรณบัตรจาก

ค่าแสดงรูปแบบการตาย เช่น หัวใจล้มเหลว อาการไม่ชัดเจนและชราภาพ เป็นข้อที่บ่งชี้ถึงความด้อยคุณภาพของการระบุสาเหตุการตายในมรณบัตร

สาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ในบรรทัดสุดท้าย (บรรทัดล่างสุด) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน พบว่า มีการบันทึกสาเหตุการตายที่นำมาจากบรรทัดสุดท้าย และถูกต้องตรงกันกับแฟ้มเวชระเบียน ร้อยละ 50.75 จากการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (22) พบว่า หนังสือรับรองการตายให้สาเหตุตรงกับประวัติ ร้อยละ 48.4 และลักษณะของการบันทึกสาเหตุการตายที่ผิดพลาด ที่พบมากที่สุดในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) คือ บรรทัดสุดท้าย (บรรทัดล่างสุด) ที่บันทึกไว้ไม่ใช่สาเหตุการตาย (ร้อยละ 16.86) แตกต่างไปจากการศึกษาของณัฐ ตันศรีสวัสดิ์ และ อธิโชติ จงสกุล (23) ที่พบว่า ข้อผิดพลาดที่สำคัญที่พบในหนังสือรับรองการตาย คือ การเขียนกลไกการตายแทนการเขียนสาเหตุการตายการไม่เรียงลำดับ การเกิดของเหตุการณ์ และลงสาเหตุการตายมากกว่า 1 อย่าง

5.2.3.3 ความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) 3 digits ระหว่างมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย แฟ้มเวชระเบียน

จากการศึกษาที่พบว่าสาเหตุการตายในมรณบัตรมีความสอดคล้องกันกับในแฟ้มเวชระเบียน ร้อยละ 57.22 และมีความสอดคล้องกันในระดับ "ปานกลาง" ($\kappa=0.512$, $p < 0.001$) ซึ่งมากกว่าการศึกษาของปริยานุช เติตชูเหล้า (24) ที่ศึกษาความถูกต้องของสาเหตุการตายที่ระบุไว้ในมรณบัตร รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ใกล้ชิดผู้ตายและข้อมูลการเจ็บป่วยที่บันทึกไว้ พบว่า ความตรงกันของสาเหตุการตายในมรณบัตรกับสาเหตุการตายที่สรุปจากคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในภาพรวมตามรหัส ICD-10 เท่ากับ ร้อยละ 47.16 โดยมีความสอดคล้องต่ำ ($\kappa=0.38$, $p < 0.001$)

สำหรับความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) กับสาเหตุการตายในแฟ้มเวชระเบียน พบว่ามีความสอดคล้องกัน ร้อยละ 50.27 และสอดคล้องกันในระดับ "พอใช้" ($\kappa=0.361$, $p < 0.001$) และสาเหตุการตายที่สอดคล้องกันทั้งในมรณบัตรกับแฟ้มเวชระเบียน และในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) กับเวชระเบียน คือโรคมะเร็ง ไม่ยังพบการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษานี้โดยตรง แต่มีการศึกษาของเอแลน ดี โลเปซและคณะ (30) ที่สอบสวนสาเหตุการตายด้วยการสัมภาษณ์ (Verbal Autopsy) แล้วเปรียบเทียบกับสาเหตุการตายที่ได้ลงทะเบียนไว้ แล้ววัดค่าความสอดคล้องที่ได้ (Percent Agreement) พบว่า มีความสอดคล้องกันระดับปานกลางสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และโรคหัวใจขาดเลือด (IHD) การศึกษาของกานดา วัฒนโณภส, เขียวรัตน์ ปรปักษ์ขาม

และคณะ (21) ที่พบว่าความสอดคล้องกันของสาเหตุการตายในมรณบัตรกับสาเหตุการตายที่ได้จากการตรวจสอบพบว่าสอดคล้องกัน ร้อยละ 37.3 และกลุ่มโรคที่พบความสอดคล้องกันสูง ได้แก่ กลุ่มโรคไหลเวียนโลหิต รองลงมาได้แก่โรคมะเร็ง

5.2.3.4 การวิเคราะห์หาสาเหตุการตายที่แท้จริงในกลุ่มที่สาเหตุการตายไม่ชัดเจน

การพิจารณาการบันทึกสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน (R00-R99) พบผู้ป่วยเสียชีวิตมีจำนวนน้อยจึงไม่ได้นำมาแยกสาเหตุการตายที่แท้จริงจากแฟ้มเวชระเบียนอีกครั้ง และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยในมรณบัตรกับแฟ้มเวชระเบียน ตามรหัส ICD-10 แล้วพบว่าโรค / สาเหตุการตายระหว่างมรณบัตรและแฟ้มเวชระเบียน ที่สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยแตกต่างกัน ได้แก่ ติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดอักเสบ ไตวาย และหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์หาสาเหตุการตายที่แท้จริงของมรณบัตรเปรียบเทียบกับแฟ้มเวชระเบียนในกลุ่มที่โรค / สาเหตุการตายคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงข้างต้น ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า โรคที่บันทึกในมรณบัตรว่า "ติดเชื้อในกระแสเลือด" เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับแฟ้มเวชระเบียน พบว่ามีเพียงร้อยละ 32.35 เท่านั้นที่มีสาเหตุการตายจาก "ติดเชื้อในกระแสเลือด" หรือ ในมรณบัตรบันทึกว่า "ปอดอักเสบ" แต่เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับแฟ้มเวชระเบียน พบว่ามีเพียงร้อยละ 67.65 เท่านั้นที่มีสาเหตุการตายจาก "ปอดอักเสบ" ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของพินิจ ฟ้าอำนวยผล (33) ที่ทำการวิเคราะห์สัดส่วนของสาเหตุการตายจากทะเบียนตาย ในแต่ละสาเหตุที่แท้จริง ทั้ง 10 สาเหตุ ได้แก่ วัณโรค โรคเอดส์ มะเร็งปอด เบาหวาน มะเร็งทางเดินอาหาร โรคหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวาย และอุบัติเหตุการจราจร แต่ใช้วิธีสอบสวนสาเหตุการตายด้วยการสัมภาษณ์ (Verbal Autopsy)

5.3 ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิทั้ง 4 แหล่งที่มีบันทึกไว้ในมรณบัตรที่เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรออกให้แก่ญาติเพื่อเป็นหลักฐานแสดงการตาย หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ที่แพทย์ออกให้แก่ผู้ที่เสียชีวิตในสถานพยาบาล รายงานข้อมูลการตายที่โรงพยาบาลส่งถึงสำนักงานโยธาและยุทธศาสตร์ทุกเดือน เปรียบเทียบแฟ้มเวชระเบียน ซึ่งการศึกษาวิจัยจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่ได้ทำการบันทึกไว้แล้วนั้นอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล หรือมีการสูญหายของข้อมูลได้ในเกือบทุกกระบวนการของแต่ละเอกสาร และเนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสาเหตุการตายให้ถูกต้องได้ จึงทำเพียงตรวจสอบการลงสาเหตุการตายว่าเป็นไปตามกฎการลงสาเหตุการตายหรือไม่เท่านั้น

5.4 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

5.4.1) ควรมีการปรับปรุงและพัฒนาขั้นตอนต่างๆ ของการรายงานสาเหตุการตายในโรงพยาบาลให้เป็นระบบ โดยเฉพาะขั้นตอนการรายงานสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ส่งถึงสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ มีการลดขั้นตอนที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของระบบรายงานสาเหตุการตาย อาจมีการจัดตั้งหน่วยงาน/แผนก ที่รับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับข้อมูลสาเหตุการตาย เนื่องจากเป็นข้อมูลสาเหตุการตายนี้เป็นข้อมูลที่โรงพยาบาลจะต้องรายงานส่งถึงกระทรวงสาธารณสุข และสาเหตุการตายที่รายงานไปแล้วนั้นมีผลต่อสาเหตุการตายในภาพรวมของทั้งประเทศ

5.4.2) ควรมีการจัดอบรมแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการลงสาเหตุการตาย หรือผู้ที่ต้องจัดทำรายงานข้อมูลสาเหตุการตาย ให้มีความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องและมีการประเมินผลความรู้เป็นระยะๆ ทั้งในเรื่องของเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลข่าวสารของสาธารณสุข ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับรหัส / สาเหตุการตายตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10)

5.4.3) อาจมีโครงการพัฒนาร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล / สถานพยาบาล และหน่วยงานของกระทรวงมหาดไทย (สำนักทะเบียนราษฎร) หรือส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตาย เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการงานที่เกี่ยวข้องกับการตาย โดยเฉพาะการออกเอกสารทั้งใบมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) การรายงานข้อมูลสาเหตุการตายผ่านระบบ online ให้เป็นในลักษณะของบริการแบบ one stop service โดยเน้นไปยังคุณภาพของผู้ที่ออกเอกสารการตายหรือผู้ที่รายงานข้อมูลการตาย ซึ่งอาจจะช่วยลดการสูญหายของเอกสารการตาย เช่น ใบมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) หรือลดจำนวนการตกหล่นของการจดทะเบียนตายได้

5.4.4) ผู้ที่ดูแลฐานข้อมูลของผู้ป่วยใน ควรปรับปรุงและพัฒนาการลงสาเหตุการตายที่บ้านที่กตามรหัสนับบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) จากที่ติดอยู่แล้วให้ดีมากยิ่งขึ้น และทำให้เป็นแหล่งข้อมูลที่เชื่อมโยงไปยังแฟ้มข้อมูลอื่นๆ ได้ โดยการบันทึกเพียงครั้งเดียว ไม่ต้องบันทึกซ้ำๆ เพราะเกิดความคลาดเคลื่อนได้ และมีการปรับปรุงฐานข้อมูลให้คุณภาพ และทันสมัยสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล หรืองานด้านการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพของผู้มารับบริการ

5.4.5) เนื่องจากผู้ป่วยที่เสียชีวิตในปัจจุบัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ มักจะเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ หลายโรค การลงสาเหตุการตายที่ถูกต้องนั้นกำหนดไว้ว่าต้องระบุโรคที่เป็นสาเหตุการตายได้เพียง 1 โรค อาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการบันทึกสาเหตุการตายได้ ดังนั้น ควรมีแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเกี่ยวกับการบันทึกสาเหตุการตาย ในกรณีที่มีการเจ็บป่วยหลายๆ โรค

5.4.6) เพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูลอื่นๆ รวมทั้งข้อมูลสาเหตุการตายตั้งแต่แรก จึงควรมีการประเมิน/ทบทวนคุณภาพของเวชระเบียน (Medical Audit) ให้เป็นไปตามระบบมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล

5.5 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ศึกษาถึงความแตกต่างของคุณภาพของระบบรายงานสาเหตุการตายของโรงพยาบาลอื่นๆ หรือโรงพยาบาลในสังกัดกรมแพทยทหารเรือ เปรียบเทียบกันว่าคุณภาพแตกต่างกันหรือไม่

2) ศึกษาถึงปัจจัยที่อาจส่งผลต่อคุณภาพของระบบรายงานสาเหตุการตาย เช่น ระยะเวลาที่เปลี่ยนไปมีผลต่อคุณภาพของระบบรายงานสาเหตุการตายหรือไม่ การได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (HA) หรือคุณลักษณะต่างๆ ของแพทย์ที่บันทึกสาเหตุการตาย สังกัดหรือระดับการให้บริการของโรงพยาบาล หรือการได้รับการอบรม เป็นต้น

3) ศึกษากระบวนการรายงานสาเหตุการตายในโรงพยาบาล และการรายงานผ่านระบบข้อมูลข่าวสาร หรือศึกษาถึงวิธีการที่ทำให้การรายงานสาเหตุการตายมีคุณภาพมากยิ่งขึ้นไป

4) ศึกษาหรือทำการติดตามประเมินระบบรายงานสาเหตุการตายในสถานพยาบาลที่รายงานถึงสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ว่ามีคุณภาพเป็นอย่างไรในภาพรวมของโรงพยาบาลทั่วประเทศ

5) ศึกษาถึงคุณภาพของเอกสารอื่นๆ ที่ต้องทำการบันทึก ในโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับคุณภาพของเอกสารนั้นๆ ตามระบบมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (ISO 9001: 2000, Hospital Accreditation; HA) เช่น

6) ศึกษาในเรื่องเดียวกันนี้แต่ให้ศึกษาเพื่อหาสาเหตุการตายที่แท้จริง (Gold standard) โดยให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญช่วยตรวจดูและหาต้นแบบที่จะใช้เป็น Gold standard ได้

รายการอ้างอิง

- [1] Colin D. Mathers, Doris Ma Fat, Mie Inoue, Chalapati Rao,& Alan D. Lopez.
Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. Bulletin of the World Health Organization. [Online] 2005. [cited 23 Aug 2007] Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/3/171.pdf>
- [2] สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. ข้อมูลการตายและจำนวนการตายทั้งหมดและตายในโรงพยาบาลของรัฐ พ.ศ. 2544-2548 [ออนไลน์]. 2550. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2550] แหล่งที่มา: <http://203.157.19.191/death.html>
- [3] สิรินทรา พุตระกูล. ความครบถ้วนและความสอดคล้องตรงกันของใบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยและการลงสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายของผู้ที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2546. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [4] วรธา เปอาอินทร์, พรณรงค์ โชติวรรณ. การเขียนหนังสือรับรองการตายแนวทางใหม่สำหรับแพทย์ไทย. แพทยสมาคม. 28,3 (กรกฎาคม-กันยายน 2542) :220-232.
- [5] นพ.พิฑูร ธรรมธรานนท์ บทความเกี่ยวกับกฎหมายทางการแพทย์ เรื่อง นิยามของ "การตาย" สำคัญไฉน [ออนไลน์]. 2550. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2551] แหล่งที่มา: <http://medlawstory.com/index.php?topgroupid=1&groupid=%20%20%20%20%2015&subgroupid=&contentid=49>
- [6] World Health Organization. The WHO Mortality Database 1999. Geneva; 1999.
- [7] ธานินทร์ ภูพัฒน์. การตายโดยธรรมชาติแบบกะทันหันและไม่คาดคิดและการเปลี่ยนแปลงหลังการตาย. เอกสารคำสอนกระบวนวิชากฎหมายสาธารณสุขและนิติเวชศาสตร์ ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
- [8] แพทยสภา. เกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย. [ออนไลน์]. 2550. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 3 มกราคม 2551] แหล่งที่มา: <http://medlawstory.com/index.php?topgroupid=1&groupid=%20%20%20%20%2015&subgroupid=&contentid=30>

- [9] ภาวินี เสาะสืบ. ระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข. เอกสารประกอบการสอนวิชาการอนามัยชุมชน 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร, 2550.
- [10] สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. ระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขระบบการจัดเก็บข้อมูลประชากรและข้อมูลการตายของประเทศไทย. [ออนไลน์]. 2550. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 กันยายน 2550] แหล่งที่มา:
http://thaibod.org/documents/Pop_Death_2547.pdf
- [11] ณัฐ ดันศรีสวัสดิ์. บทความพิเศษ เรื่อง เวชระเบียน. [ออนไลน์]. 2549. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2550] แหล่งที่มา:
<http://www.md.chula.ac.th/rcat/htdocs/previous/200448715.pdf>
- [12] วิรติ พาณิชยพงษ์. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับนิติเวชปฏิบัติ: นิติเวชปฏิบัติ กรณีบาดเจ็บและการตายผิดธรรมชาติ. หอรัตนชัยการพิมพ์, 2545.
- [13] จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, อรุณ จิรวัดมนกุล, วรชชา เปาอินทร์ และคณะ. รายงานผลการศึกษสาเหตุการตายในประเทศไทย ระยะที่ 1 จำนวน 5 จังหวัด ขอนแก่น นครศรีธรรมราช นครสวรรค์ น่าน และระนอง และกรุงเทพมหานคร 4 เขต บางเขน สายไหม ดอนเมือง และหลักสี่ กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2543.
- [14] วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์. หนังสือรับรองการตายแบบใหม่ : อีกรูมมอมที่ต้องคำนึงถึง. [ออนไลน์] 2545. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2550] แหล่งที่มา:
http://www.elibonline.com/physicians/forensic/forensic_die001.html
- [15] สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการรับรองสาเหตุการตาย. [ออนไลน์]. 2549. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2550] แหล่งที่มา:
<http://healthdata.moph.go.th/km/download/book.pdf>
- [16] สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. กระทรวงสาธารณสุข. (ร่าง) คู่มือปฏิบัติการการศึกษาภาวะโรค. เอกสารประกอบการประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการดัชนีวัดภาวะโรคและบาดเจ็บเพื่อกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์. 2546.
- [17] วรชชา เปาอินทร์. รหัสโรค ICD-10 และรหัสข้อมูลมาตรฐานทางการแพทย์ของประเทศไทย ICD-10-TM. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2546, หน้า 4.
- [18] สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการรายงานการตายในสถานพยาบาล. 2549.

- [19] กองการพยาบาล. ระบบการรายงานผู้เสียชีวิตในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. เอกสารควบคุมประกอบกรปฏิบัติงาน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. 2546.
- [20] กองพยาธิวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. ห้องนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า [ออนไลน์]. 2550. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2550] แหล่งที่มา: <http://www.pinklao.go.th/Labpolatory/cyto/indexcyto.php>
- [21] กานดา วัฒนภากาส, ยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม และอังสนา บุญธรรม. รายงานผลการศึกษาสาเหตุการตายในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร, 2541.
- [22] จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. รายงานผลการศึกษาคณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในประเทศไทยเปรียบเทียบระหว่างฐานข้อมูลมรณบัตรกับฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ภายใต้แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. [ออนไลน์]. 2548. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 มกราคม 2551] แหล่งที่มา: http://www.hiso.or.th/hiso/proReport/pro2_report3.php
- [23] ณัฐ ตันศรีสวัสดิ์, ธีรโชติ จองสกุล. ข้อผิดพลาดในหนังสือรับรองการตายของศูนย์อำนวยการชันสูตรพลิกศพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. [ออนไลน์]. 2550. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 29 มกราคม 2551] แหล่งที่มา: <http://forensicchula.net/FMJ/journal/topic/errorofdeath.pdf>
- [24] ปรียานุช เชิดชูเหล่า. ความถูกต้องของสาเหตุการตายที่ระบุไว้ในมรณบัตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- [25] ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์. โครงการศึกษาความสมบูรณ์ของการตายจากทะเบียนตายเทียบกับข้อมูลจริงระดับจังหวัด. [ออนไลน์]. 2550. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2551] แหล่งที่มา: [http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro2-chapter1\(2\).doc](http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro2-chapter1(2).doc)
- [26] Nielsen GP, Bjornsson J, Jonasson JG. The Accuracy of Death Certificates. Implications for health statistics. Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol. 1991; 1, 419 (2), 143-146.
- [27] Peach HG, Brumley DJ. Death Certification by Doctors In Non-Metropolitan Victoria. Aust Fam Physician, 1998; 27 (3): 178-82.
- [28] Pritt BS, Hardin NJ, Richmond JA, Shapiro SL. Death certification errors at an Academic instruction. Arch Pathol Lab Med. [Online]. 2005. [cited 20 Nov 2007]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16253030>

- [29] Meel BL. Certification of deaths at Umtata General Hospital, South Africa. J Clin Foren Med. [Online] 2003. [cited 20 Jan 2008]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15275041>
- [30] Chalapati Rao, Alan D. Lopez, Gonghuan Yang, Stephen Begg, & Jiemin Ma. Evaluating national cause-of-death statistics: principles and application to the case of China. Bulletin of the World Health Organization. [Online] 2005. [cited 20 Aug 2007]. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/618.pdf>
- [31] M.D'Amico, E. Agozzino, A. Biagino, A. Simonetti, P. Marinelli. Ill-defined and multiple cause on death certificates; A study of misclassification in mortality statistics. European Journal of Epidemiology, 1999;15: 141-148.
- [32] Sehdev AES, Hutchins GM. Problems with proper completion and accuracy of the cause-of-death statement. [Online] .2001. [cited 22 Feb 2008]. Available from: <http://archinte.amaassn.org/cgi/content/full/161/2/277>
- [33] พินิจ ฟ้าอำนวยผล. ความไม่เสมอภาคของการตายในคนไทย ปี พ.ศ. 2543: การวิเคราะห์การกระจายโดยใช้พื้นที่ขนาดเล็ก. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย




สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบแบบบันทึกข้อมูล

- | | | |
|---------------------------------|---------|---|
| 1. รศ.นพ. นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล | ตำแหน่ง | หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ผศ.นพ. พรณรงค์ ไชติวรรณ | ตำแหน่ง | หัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. ทพ. ดร. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ | ตำแหน่ง | นักวิจัยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ
ระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข |



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แบบฟอร์มที่ใช้เก็บบันทึกข้อมูลการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบฟอร์มที่ใช้บันทึกเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550

เลขที่ ทร.4/1	ทะเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิต ในสมุดรับศพที่ได้จากแผนกนิติเวช	ทะเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิต ที่ได้จากแผนกเวชระเบียน	ทะเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิต ที่ได้จากมรณบัตร	ทะเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิต ที่ได้จาก ทร.4/1	ทะเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่รพ.ส่งถึง สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
1/50	นาย.....				
2/50	น.ส.....				

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



หนังสือรับรองการตาย

รหัสสถานพยาบาล.....

สถานพยาบาลที่ออกหนังสือรับรอง.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ผู้ตาย	1.1 ชื่อตัว	ชื่อสกุล	1.2 เลขประจำตัวประชาชน	1.3 เพศ
	1.4 อายุ	ปี	1.5 สัญชาติ	1.6 อาชีพ
	1.8 ที่อยู่	1.9 ศาสนา		

รายการตาย	2.1 ตาย วันที่	เวลา	2.2 ผู้รักษาจนตาย	
	2.3 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย (เขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่/CAPITAL LETTER)			ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนกระทั่งเสียชีวิต
	a) (due to)		
	b) (due to)		
c) (due to)			
	2.4 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน			
	2.5 โรคหรือภาวะที่เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรควรคัดลอกลงในช่อง "สาเหตุการตาย" ในมรณบัตร (ให้เขียนเพียงโรคหรือภาวะเดียวเท่านั้นโดยเขียนเป็นภาษาไทย)			
	2.6 หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี <input type="checkbox"/> ไม่ตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์..... สัปดาห์ ขณะเสียชีวิต <input type="checkbox"/> เพิ่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			

สถานที่ตาย	3.1 ชื่อสถานที่	3.2 พักอยู่สถานที่ตายนาน
	ที่อยู่	ปี เดือน วัน

มารดา	4.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุลมารดา	4.2 สัญชาติ	4.3 เลขประจำตัวประชาชน
	4.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุลมารดา	4.2 สัญชาติ	4.3 เลขประจำตัวประชาชน

ผู้รับทราบ	5.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล	เลขประจำตัวประชาชน
	5.2 เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์แผนปัจจุบัน <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบุ.....	

หมายเหตุ: สาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตายฉบับนี้ ถูกระบุไว้ตามกฎหมายเวช
 ขอบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ(ICD-10) เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล
 ทะเบียนราษฎร, การทำสถิติการตายของประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์ใน
 ด้านการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้น จึงอาจ
 มีข้อมูลที่แตกต่าง จากข้อมูลในใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น เช่น ใบ
 ขันสุระพลิกศพ ได้เป็นธรรมดา

ขอรับรองรายงานข้างต้นถูกต้อง

ลงชื่อ..... ผู้รับรองการตาย

ทว.



มรณบัตร

คำร้องที่

สำนักทะเบียน

๑. ตาย	๑.๑ ชื่อ - นามสกุล		๑.๒ เลขประจำตัวประชาชน		๑.๓ เพศ	๑.๔ อายุ
	๑.๕ ตั๋วรถไฟ		๑.๖ อาชีพ		๑.๗ สถานภาพการสมรส	
	๑.๘ ที่อยู่					
๒. การ ตาย	๒.๑ ศพเมื่อ		เวลา	ณ	๒.๒ ผู้รักษาก่อนตาย	
	๒.๓ หนังสือรับรองการตาย เลขที่		๒.๔ สาเหตุการตาย			
๓. งาน ศพ	๓.๑ จัดศพเมื่อ ที่อยู่				๓.๒ หักศพสถานที่ยศงาน	
	ปี เดือน					
๔. รดา ดา ผู้ตาย	๔.๑ ชื่อ - นามสกุล			๔.๒ เลขประจำตัวประชาชนบรรดา		
	๔.๓ ชื่อ - นามสกุล			๔.๔ เลขประจำตัวประชาชนบิดา		
๕. ตั้ง ฉาย	๕.๑ ชื่อ - นามสกุล			๕.๒ เลขประจำตัวประชาชน		
	๕.๓ ที่อยู่			๕.๔ ความเกี่ยวข้องกับ		
๖. มี	๖.๑ ชื่อการศพลอย		๖.๒ ศพเมื่อ			
	๖.๓ ชื่อการศพลอย		๖.๔ วันที่รับแจ้งการศพ			
๗. ผู้ แจ้ง การ ตาย	๗.๑ ชื่อ		๗.๒ ที่อยู่		๗.๓ วัน	
	๗.๔ ชื่อ		๗.๕ ที่อยู่		๗.๖ วัน	
ผู้แจ้งการตาย		เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน		นายทะเบียนผู้รับแจ้งการตาย		
การดูแลศพและจัดการศพ				นายทะเบียน		
				ผู้รับจัดการเปลี่ยนศพ		

คืนเงิน

หลักการบันทึกสาเหตุการตาย

สาเหตุการตายที่ถูกต้องจากหนังสือรับรองการตาย จะนำไปใช้เพื่อ
การวิเคราะห์และจัดทำสถิติการตายและสาเหตุการตาย
วางแผนพัฒนาสุขภาพของประชาชน

ส่วนที่ 1 ใช้สำหรับบันทึกลำดับเหตุการณ์ของโรคต่างๆจากโรคที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรก โรคแทรก
ที่เกิดขึ้นมา จนนำไปสู่โรคสุดท้ายและการตาย โดยบันทึกโรคหรือกลไกการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น
เริ่มแรกไว้นับบรรทัดสูงสุดที่จะถูกเลือกเป็นสาเหตุการตาย

ส่วนนี้ใช้สำหรับบันทึกระยะเวลาตั้งแต่
เริ่มเกิดโรคขึ้นจนถึงวันที่ตาย

2.3 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย(เขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่(CAPITAL LETTER)ห้ามใช้คำย่อ)

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรค
จนกระทั่งเสียชีวิต

a) ADULT RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME	(due to)	1 days
b) INTRACEREBRAL HEMORRHAGE	(due to)	3 days
c) CAR DRIVER COLLISION WITH BUS	(due to)	3 days
d)

2.4 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุรุนแรง OPEN FRACTURE RIGHT FEMUR

ส่วนที่ 2

ใช้บันทึกโรคอื่นๆ ที่พร้อมในผู้ตาย แต่แพทย์ไม่ได้คิดว่าโรค
ในส่วนนี้ ส่งผลกระทบทให้เสียชีวิต

คำภาษาไทยในช่อง 2.5 นี้
จะถูกบันทึกในมรณบัตรของผู้ป่วยที่ตาย
และนำไปใช้ประโยชน์จัดทำสถิติการตาย
เพื่อการวางแผนพัฒนาสุขภาพ

2.5 โรคหรือภาวะที่เจ้าหน้าที่ทะเบียนรายนามผู้ตายคัดลอกลงในช่อง "สาเหตุการตาย" ในมรณบัตร
(ให้เขียนเพียงโรคหรือภาวะเดียวเท่านั้นโดยเขียนเป็นภาษาไทย)...

ขั้บรยณคชนกั้บรณเมล

2.6 หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี

ไม่ตั้งครรภ์ กำลังตั้งครรภ์.....สัปดาห์ ขณะเสียชีวิต เพิ่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์ ไม่ทราบ

สาเหตุการตายที่จะถูกเลือกไปทำการวิเคราะห์และจัดทำสถิติการตายของผู้ป่วย
รายนี้คือ c) CAR DRIVER COLLISION WITH BUS

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

เรือโทหญิง บุณชริกา ทองสุข เกิดวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ.2523 ที่อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ เมื่อปีการศึกษา 2545 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2549 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งนายทหารพยาบาล ตึกผู้ป่วยศัลยกรรม กองการพยาบาล ช่วยราชการหอผู้ป่วยพิเศษ 4 (จักษุ ใสต ศอ นาสิกกรรม) โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย