บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive cross–sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสาเหตุการตายที่แท้จริง และสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตร ผู้ตายที่อยู่ในการศึกษา เป็นผู้ตายระหว่าง 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2542 รวบรวมข้อมูลโดยการบันทึกข้อมูลการตายจากมรณบัตร ลงในแบบบันทึก และสัมภาษณ์ญาติผู้ใกล้ชิดด้วยแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ทดลองใช้สัมภาษณ์ ญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ตาย ในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลข่าวสารของสถานีอนามัยในเขตพื้นที่กิ่งอำเภอภูกามยาว จำนวน 5 คน และ เจ้าหน้าที่เวชสถิติโรงพยาบาลพะเยา จำนวน 1 คน เป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ศึกษาได้จัดประชุมชี้แจง เจ้าหน้าที่ก่อนออกเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบแล้ว ผู้ศึกษาได้นำแบบสัมภาษณ์ ไปให้คณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาลงมติสาเหตุการตายที่แท้จริง กรณียังสรุปสาเหตุการตายไม่ได้สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ในรายละเอียดของโรคที่สงสัย และให้คณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาลงมติสาเหตุการตายที่ใกล้เคียงมากที่สุด

บันทึกข้อมูล ด้วยโปรแกรม Epi info 6 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for window v.7.5 และ โปรแกรม stata "สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความถูกต้องด้วย ความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) และใช้สถิติ kappa เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้อง ของสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตร และสาเหตุการตายที่ประเมินได้จากการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ตาย ทดสอบความสัมพันธ์ของข้อมูล การตายและความตรงกันของสาเหตุการตายด้วย chi squared test"

สรุปผลการศึกษา

ผู้ตายในการศึกษารวมทั้งหมดจำนวน 240 ราย รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์จากญาติได้ จำนวน 227 ราย และทราบจากประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลพะเยาโดยไม่ได้สัมภาษณ์จากญาติจำนวน 2 ราย รวมเป็น 229 ราย (ร้อยละ 95.4) ของผู้ตายทั้งหมด ในจำนวน 229 ราย สามารถค้นประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลเพื่อยืนยันการวินิจฉัย ได้จำนวน 157 ราย (ร้อยละ 68.6) สำหรับ 11 รายที่เหลือ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเขตกิ่งอำเภอภูกามยาว แต่ไม่ได้อยู่จริง 8 ราย และ อีก 3 ราย ครอบครัวผู้ตายได้ย้ายออกไปจากพื้นที่กิ่งอำเภอภูกามยาว ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล กิ่งอำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา ปี 2542 (ม.ค.–ธ.ค.) จำนวนทั้งสิ้น 227 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มอายุอยู่ในวัยกลางคน คือ อายุ 31–50 ปี ร้อยละ 55.5 อายุเฉลี่ย 47.5 ปี อายุต่ำสุด 16 ปี อายุสูงสุด 83 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ตายส่วนใหญ่มีความใกล้ชิดกับผู้ตาย คือเป็นลูก (ร้อยละ 25.6) และรองลงมาเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 24.2) และเป็นผู้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ตายขณะตาย (ร้อยละ 93.4)

ส่วนที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ตาย และข้อมูลการตาย

ผู้ตาย เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.6 เพศหญิง ร้อยละ 42.4 กลุ่มอายุที่ตาย อับดับ 1 คือ กลุ่มอายุ 70 – 74 ปี ร้อยละ 12.7 รองลงมาคือ 30 – 34 ปี ร้อยละ 10.9 และ 25 – 29 ปี ร้อยละ 10.5 อายุเฉลี่ย 51.42 อายุต่ำสุด 15 วัน และสูงสุด 95 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ พลเดช ปิ่นประทีป และคณะ (2538) ได้ศึกษา สถานการณ์และแนวโน้มของการตายในกลุ่มประชากรอายุ 20 – 39 ปี และ 25 – 34 ปี ของเขต 9 พ.ศ. 2534 – 2537 พบว่าอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด ในกลุ่มอายุ 20 – 39 ปี และ/หรือ 25 – 34 ปี และ การศึกษาของนฤมล ศิลารักษ์ และ รศ.ยงยุทธ ขจรธรรม (2539) ได้ศึกษาแนวโน้มของอัตราการตายโดยแยกตามกลุ่มอายุ เพศ และภาค พ.ศ. 2524 – 2535 จากรายงานมรณบัตร พบการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 14 – 39 ปี

สถานภาพของผู้ตาย อยู่ในสถานภาพคู่มาก ที่สุด (ร้อยละ 53.7) รองลงมาคือ ม่าย (ร้อยละ 23.1) อาชีพของผู้ตาย คือ เกษตรกรรมสูงสุดร้อยละ 42.4 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 35.8

สำหรับประวัติการรักษาพยาบาลก่อนตาย ผู้ตายรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 65.1 สถานที่ตาย ตายที่บ้าน ร้อยละ 74.6 เวลาที่ตาย อยู่ในช่วงเวลา 08.00–16.00 น. มากที่สุด ร้อยละ 45.4 พฤติการณ์ที่ตาย เป็นการตายโดยธรรมชาติ ร้อยละ 91.3 ผู้ออกความเห็นการตายในหนังสือรับรองการตาย เป็นแพทย์เพียง ร้อยละ 24.9 และผู้แจ้งการตาย มีความสัมพันธ์เป็นลูกของผู้ตาย มากที่สุด (ร้อยละ 25.3)

เมื่อพิจารณาอัตราการตายการตายตามกลุ่มอายุและเพศ (ต่อพัน) พบว่า ผู้ตายเพศชายตายมากกว่าเพศหญิง 1.4 เท่า และกลุ่มอายุ 20–24 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.62 เท่า และเป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิง ในกลุ่มอายุ 30–34 ปี 2.02 เท่า และ กลุ่มอายุ 35–39 ปี 5.08 เท่า และพบกลุ่มอายุที่ตายมากขึ้นในกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตร และสาเหตุการตายที่สรุปได้จากญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ตาย ของกิ่งอำเภอภูกามยาว ปี 2542

เมื่อเปรียบเทียบสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตร และจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ตาย จำแนกตามรหัสโรค ICD-10 พบว่าข้อมูล ทั้ง 2 แบบ มีความแตกต่างกัน ข้อมูลจากมรณบัตรพบว่ากลุ่ม อาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิก เป็นสาเหตุการตายสูงสุด ร้อยละ 30.1 รองลงมา คือโรคติดเชื้อและปรสิตบางชนิด (ร้อยละ 17.9) และกลุ่มโรคระบบไหลเวียนโลหิต (ร้อยละ 17.5) ในขณะที่ สาเหตุการตายสูงสุดที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ตายและนำให้คณะแพทย์วินิจฉัย เป็น กลุ่มโรคติดเชื้อและปรสิตบางชนิด (ร้อยละ 38.4) รองลงมาคือ กลุ่มโรค เนื้องอก (ร้อยละ 12.2) และกลุ่มโรคอาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิก (ร้อยละ 10.9)

เมื่อพิจารณารายโรคพบว่าข้อมูลสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตร โรคที่พบเป็น 3 อันดับแรก คือ โรคชรา โรคหัวใจ และโรคเอดส์ พบเป็น ร้อยละ 28.4 13.5 และ 9.9 ซึ่งแตกต่างจากสาเหตุการตายที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ตาย ที่พบว่าสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกได้แก่ โรคเอดส์ โรคมะเร็งทุกชนิด และ โรคชรา ซึ่งมีค่าเป็น ร้อยละ 35.4 12.2 และ 10.2 ตามลำดับ

เมื่อนำสาเหตุการตายจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ตาย ตามกลุ่มโรคตามรหัส ICD-10 ที่พบมาใน 5 อันดับแรกมาจำแนกรายโรคพบว่าในกลุ่มโรคติดเชื้อ และปรสิตบางชนิด พบโรคเอดส์

สูงสุด (ร้อยละ 96.6) กลุ่มโรคเนื้องอก พบโรคมะเร็งปอด สูงสุด (ร้อยละ 25.0) กลุ่มโรค อาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิก พบโรคชรา สูงสุด ร้อยละ 96 กลุ่มโรคระบบไหลเวียนโลหิต พบโรคหัวใจ สูงสุด (ร้อยละ 45.5) และกลุ่มโรคสาเหตุภายนอกของการป่วยและตาย พบโรค อุบัติเหตุจากยานยนต์สูงสุด (ร้อยละ 47.1)

ส่วนที่ 4 ความถูกต้องและความสอดคล้อง ของสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตร และสาเหตุการตายที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ตาย

ความตรงกันในทางถูกต้องของสาเหตุการตายจากมรณบัตร และสาเหตุการตายที่ประเมินได้จากการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิด ในภาพรวมตามรหัส ICD-10 เท่ากับ ร้อยละ 47.16 ความสอดคล้องโดยใช้สถิติ kappa ในการคำนวณ พบว่ามีค่าความสอดคล้องต่ำ kappa = 0.38 ($p < 0.001$)

ความไวของสาเหตุการตายตามรายโรค สาเหตุการตายที่มีความไวสูงสุด เป็นอันดับ 1 คือ โรคชรา (ร้อยละ 91.7) รองลงมาคือโรคหัวใจ (ร้อยละ 60) โรคไตวาย และ อุบัติเหตุทุกชนิด (ร้อยละ 57.1) ความจำเพาะของสาเหตุการตายสูงในโรค อุบัติเหตุทุกชนิด เท่ากับ ร้อยละ 100 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 99.5) โรคเอดส์ (ร้อยละ 99.3) ความสอดคล้องของสาเหตุการตาย มากที่สุดเป็นอันดับ 1 คือ อุบัติเหตุทุกชนิด (kappa = 0.71, $p < 0.001$) อันดับ 2 คือ โรคไตวาย (kappa = 0.60, $p < 0.001$) อันดับ 3 คือมะเร็ง (kappa = 0.57, $p < 0.001$)

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตายตามรายโรค พบว่าสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตรและสาเหตุการตายที่ประเมินได้จากการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ตายเสียชีวิต มีความตรงกันในทางถูกต้องเพียง 59 ราย ร้อยละ 25.76 จากจำนวนตายทั้งหมด 229 ราย (kappa = 0.216, $p < 0.001$) และเมื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ จำนวน 227 ราย มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างข้อมูลการตายกับความสอดคล้องกันของข้อมูลสาเหตุการตายพบว่า ประวัติการรักษาพยาบาล สถานที่ตาย พฤติการณ์ที่ตาย และ ผู้แจ้งตาย มีความสัมพันธ์กับความสอดคล้องของสาเหตุการตาย ($p < 0.05$) โดยผู้ตายที่มีประวัติการรักษาพยาบาลที่คลินิก มีสาเหตุการตายที่สอดคล้องมากที่สุด (ร้อยละ 60.0) ผู้ตายที่ไม่ได้เสียชีวิตที่บ้านหรือโรงพยาบาล มีสาเหตุการตายมีความสอดคล้องของสาเหตุการตายมากที่สุด (ร้อยละ 87.5) กลุ่มนี้เป็นผู้ตายโดยอุบัติเหตุ และตาย ณ ที่เกิดเหตุ เป็นผลให้ผู้ตายมีพฤติการณ์ตายที่ชัดเจน ทำให้มีการตายที่สอดคล้องมากที่สุด (ร้อยละ 61.5) สำหรับผู้แจ้งตายที่เกี่ยวข้องเป็น หลานของผู้ตาย มีสาเหตุการตายที่สอดคล้องมากที่สุด (ร้อยละ 57.9) ซึ่งตามความเป็นจริงน่าจะเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องที่ใกล้ชิดที่สุด คือ ลูก หรือคู่สมรส ดังนั้น

การแจ้งตายที่ผิดพลาดจากความเป็นจริง น่าจะมีปัจจัยอื่น ที่เกี่ยวข้อง เช่น ในกรณีตายจากโรคเอดส์ ลูก และคู่สมรส น่าจะเป็นบุคคลที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดในเรื่องการยอมรับในสังคม สำหรับเวลาที่เสียชีวิต และผู้ออกความเห็นการตายในหนังสือรับรองการตาย ไม่มีผลทำให้ความถูกต้องของสาเหตุการตายเพิ่มขึ้น

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ความถูกต้องของสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตร และสาเหตุการตายที่ประเมินได้จากการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ตาย กิ่งอำเภอภูกามยาวจังหวัดพะเยา ปี 2542 (ม.ค. – ธ.ค.) ในภาพรวม ตามรหัส ICD -10 มีความตรงกันในทางถูกต้องเพียงร้อยละ 47.16 และความสอดคล้องต่ำ kappy = 0.3831 ($p < 0.001$) ความตรงกันในทางถูกต้องตามรายโรคพบเพียง ร้อยละ 25.76 ความสอดคล้อง = 0.216 ($p < 0.001$) นับว่ายังมีความถูกต้องน้อยกว่าการศึกษาของ หทัย สิงห์สง่า และคณะ (2537) ที่พบความถูกต้องของสาเหตุการตายจากมรณบัตรในเขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ปี 2537 ร้อยละ 59.4 ซึ่งใช้กระบวนการในการศึกษาต่างกัน

จะเห็นได้ว่า มีปัจจัยหลายประการที่อาจมีผลเอื้อต่อความตรงกันของสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตร และสาเหตุการตายที่ประเมินได้จากญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ตาย ทั้งในภาพรวมและจำแนกกลุ่มโรค ดังนี้

ประวัติการรักษาพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า ประวัติการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความตรงกันของสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตร และสาเหตุการตายที่ประเมินได้จากญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ตาย ($p = 0.012$) ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ผู้ตายที่มีประวัติการรักษาที่คลินิก มีความตรงกันมากที่สุด (ร้อยละ 60.0) ซึ่งในความเป็นจริงอาจจะสรุปไม่ได้เนื่องจาก จำนวนผู้ตายที่ไปรับการรักษาที่คลินิก มีน้อย เพียง 5 ราย

สถานที่ตาย

จากการศึกษาพบว่า สถานที่ตาย มีความสัมพันธ์กับความตรงกันของสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตร และสาเหตุการตายที่ประเมินได้จากญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ตาย ($p = 0.001$) ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ผู้ตายจากที่อื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการตายโดยอุบัติเหตุมีความตรงกันสูงสุด ร้อยละ 87.5 สำหรับผู้ที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาล จะได้รับการรักษาพยาบาลก่อนเสียชีวิต เป็นเวลาพอสมควร มีผลตรวจทางห้องชันสูตรยืนยัน และได้รับการเซ็นใบรับรองการตายจากแพทย์ แต่ข้อมูลจากการศึกษา พบความตรงกัน เพียงร้อยละ 26.5 สำหรับผู้ที่ตายที่บ้าน ในกรณี

ที่ไม่เคยรับการรักษา หรือเสียชีวิตกระทันหัน ญาติจึงไม่ทราบสาเหตุการตาย เพราะ ไม่มีการชันสูตรศพ จึงทำให้มีความตรงกันของสาเหตุการตายน้อยที่สุด

พฤติการณ์ที่ตาย

จากการศึกษาพบว่า พฤติการณ์ที่ตาย มีความสัมพันธ์กับความตรงกันของสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตร และสาเหตุการตายที่ประเมินได้จากญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ตาย (p = 0.01) ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ผู้ตายที่มีพฤติการณ์ที่ตายโดยอุบัติเหตุ มีความตรงกันของสาเหตุการตายสูงสุด (ร้อยละ 61.5) อาจเนื่องมาจากความไม่ซับซ้อนของโรค ซึ่งแตกต่างจากกรณีที่ตายโดยธรรมชาติ ซึ่งมีโรคที่มีความซับซ้อนมากกว่า

ผู้แจ้งตาย

จากการศึกษาพบว่า ผู้แจ้งตาย มีความสัมพันธ์กับความตรงกันของสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตร และสาเหตุการตายที่ประเมินได้จากญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ตาย (p = 0.008) ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ผู้แจ้งตายที่มีความสัมพันธ์เป็น หลานผู้ตาย พบความตรงกันของสาเหตุการตาย มากที่สุด (ร้อยละ 57.9) แต่จากการสัมภาษณ์ การแจ้งตายในภาพรวม จะไม่ใช่คนที่อยู่ในเหตุการณ์หรือผู้ใกล้ชิดผู้ตายไปแจ้งสาเหตุการตาย เนื่องจากการแจ้งตายต้องแจ้งภายใน 24 ชั่วโมง นับจากเวลาตาย ในภาวะที่เพิ่งมีการสูญเสีย ที่มีเรื่องที่จะต้องดำเนินการมากมาย จึงไม่เห็นความสำคัญในส่วนของการแจ้งตาย สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ พรหมโม้ และคณะ (2539) ที่พบว่าบุคคลที่ไปแจ้งตายไม่ใช้ผู้ที่ให้การดูแลผู้ตายขณะเจ็บป่วย ประกอบกับขั้นตอนการรายงานการตาย ซึ่ง กฤษณ์ จิตวัฒนาการ และคณะ ได้ศึกษาไว้ในปี 2536 ว่ามีอยู่ถึง 8 รูปแบบ ทำให้มีโอกาสผิดพลาดสูงในทุกขั้นตอน (อ้างใน หทัย สิงห์สง่า และคณะ, 2537)

อีกสาเหตุหนึ่งของการแจ้งตายที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง จากการสัมภาษณ์พบว่า เมื่อผู้ตายได้ทำประกันชีวิตไว้กับบริษัทประกันเอกชน กรณีที่สาเหตุการตายจากโรคเอดส์จะไม่ได้เงินค่าประกัน ผู้แจ้งจึงต้องแจ้งตายให้เป็นการตายจากสาเหตุอื่น

สำหรับเวลาที่ตายและผู้ออกความเห็นการตายในหนังสือรับรองการตาย จากการศึกษาพบว่า ไม่มีผลทำให้ความตรงกันของสาเหตุการตายเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีใบรับรองการตายจากแพทย์ แต่ผู้ที่เลือกสาเหตุการตายบันทึกลงในใบมรณบัตรจะเป็นเจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎร์ ซึ่งอาจจะสับสน เพราะในแบบฟอร์มรับรองการตาย จะมีเหตุการตายจาก เหตุตายโดยตรง เหตุนำแทรก และเหตุนำเดิม (ภาคผนวก จ) ถ้าไม่เข้าใจจะทำให้เลือกสาเหตุการตายมาลงในมรณบัตรผิดพลาด ดังนั้นการลงความเห็นสาเหตุการตายเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ข้อมูลสาเหตุการตายในมรณบัตร มีความถูกต้องมากที่สุด ผู้ที่เกี่ยวข้องในการลงความเห็นการตาย ได้แก่ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎร์ และแพทย์ ซึ่งพอจะสรุปประเด็นที่เป็นปัญหาได้ดังนี้

กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งมีความรู้เรื่องสาเหตุการตายน้อย เนื่องจากไม่ได้รับการอบรม หรือไม่มีคู่มือการลงความเห็นสาเหตุการตาย บางครั้งจะถามแค่อาการ และลงเป็นสาเหตุการตาย โดยไม่ได้ซักถามอาการอื่น ๆ เพิ่มเติม และมักเลือกหัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว เป็นลมตาย เป็นสาเหตุการตายอยู่บ่อย ๆ (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2542) แต่กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและชาวบ้านให้ความนับถือมากที่สุด ดังนั้นการลงความเห็นสาเหตุการตายจึงไม่ถูกโต้แย้งจากญาติ หรือญาติก็ไม่สนใจด้วยว่ากำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จะระบุสาเหตุการตายว่าอย่างไร

เจ้าหน้าที่ฝ่ายทะเบียนราษฎร์ ยังขาดเข้าใจในเรื่องการบันทึกสาเหตุการตายในมรณบัตร ไม่มีการซักถามเพิ่มเติม เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริง เนื่องจากวัตถุประสงค์ของการใช้ข้อมูลมรณบัตรของกระทรวงมหาดไทย มีอยู่ 2 วัตถุประสงค์ คือ ต้องการทราบว่าตายหรือยังไม่ตายเพื่อการทะเบียนราษฎร์ อย่างที่ 2 คือ กรณีตายที่ผิดธรรมชาติเมื่อไรตำรวจจะได้ดำเนินคดี ซึ่งต่างจากวัตถุประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุข คือต้องการทราบทั้งสาเหตุการตายเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาสาธารณสุข คือข้อมูลทางระบาดวิทยา (สมทรง รักษ์เผ่า, 2541)

นอกจากนี้การลงความเห็นการตายในใบรับรองการตายของแพทย์ ยังมีหลายกรณีที่เป็นปัญหา เช่น ไม่ทราบสาเหตุการตายที่แน่ชัด และไม่ได้ตรวจศพ มีโรคหลายโรคที่อาจเป็นสาเหตุการตายได้ มีปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจทำให้ไม่สามารถลงสาเหตุการตายได้ตามความเป็นจริง และ กรณีความเห็นไม่ตรงกันกับแพทย์คนอื่น ซึ่งส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2542) ได้สรุปประเด็นรายละเอียดในคู่มือการเขียนสาเหตุการตายดังนี้

ปัญหาที่ 1 ไม่ทราบสาเหตุการตายที่แน่ชัดและไม่ได้ตรวจศพ

มีหลายกรณี ที่แพทย์ผู้รักษาอาจงุนงงว่า อะไรเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งพบบ่อย ในกรณีที่ผู้ป่วยมารับการรักษาโดยไม่ทราบประวัติเดิม มีอาการหนัก หรือเฉียบพลันมาก อยู่ในโรงพยาบาลไม่นานก็เสียชีวิต กรณีนี้อาจทำให้เกิดปัญหาในการออกหนังสือรับรองการตาย ทั้งนี้เพราะแพทย์อาจไม่กล้าลงความเห็น หรือสรุป สาเหตุการตายเป็นโรคใดโรคหนึ่งให้แน่ชัดลงไป รวมทั้งไม่ได้ตรวจศพ หรืออาจตรวจศพแล้วยังไม่ทราบสาเหตุ แพทย์หลายท่านเมื่อพบกรณีนี้เกิดขึ้น มักเขียนรูปแบบการตาย (mode of death) ลงไปในหนังสือรับรองการตาย โดยรูปแบบการตายที่นิยมใช้มากที่สุด คือ หัวใจล้มเหลว หรือ heart failure การกระทำเช่นนี้จะมีผลอย่างมากต่อสถิติการตายของประเทศ คือทำให้พบการตายจากโรคหัวใจมากเกินความเป็นจริง อีกรูปแบบหนึ่งที่พบคือ ถ้าผู้ป่วยอายุมาก แพทย์อาจใช้คำว่า senility หรือ โรคชราเป็นสาเหตุการตาย ตามหลัก ICD-10 จะแนะนำให้แพทย์ ใช้คำว่า unknown cause of dead หรือ unattended death ใช้คำภาษาไทยว่า ไม่ทราบสาเหตุการตายที่แน่ชัด ลงไปในหนังสือรับรองการตาย โดย การทำสถิติการ

ตายประเภทนี้ จะถูกนับเข้าไปในการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ โดยใช้รหัสที่ขึ้นต้นด้วยอักษร R ซึ่งจะทำให้คุณภาพข้อมูลสถิติการตาย ดีกว่า การสรุปว่า หัวใจล้มเหลว เพราะจะไม่ทำให้ข้อมูลการตายด้วยโรคหัวใจมากเกินความเป็นจริง

ปัญหาที่ 2 มีโรคหลายโรคที่อาจเป็นสาเหตุการตายได้

บางกรณีที่เสียชีวิต อาจมีโรคหลายโรคที่ไม่เป็นเหตุเป็นผลสอดคล้องกัน เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หรือในเวลาใกล้เคียง
กัน ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์ผู้สรุปหนังสือรับรองการตายอาจลำบากใจ ในการกรอก ลำดับต่าง ๆ ของสาเหตุการตาย

ปัญหาที่ 3 มีปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจทำให้ไม่สามารถลงสาเหตุการตายได้ตามความเป็นจริง

มีสถานการณ์บางอย่าง ที่มีผลกระทบต่อการเขียนหนังสือรับรองการตายของแพทย์ เช่น คำขอร้องจากญาติผู้ป่วย หรือ ผู้รับผลประโยชน์ จากการตาย ได้แก่ กรณีผู้ป่วยโรคเอดส์เสียชีวิต ญาติมักขอร้องแพทย์มิให้เขียนว่าสาเหตุการตายเป็นโรคเอดส์ กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งเสียชีวิต ผู้ที่ได้รับสินไหมจากกรมธรรม์ประกันชีวิต อาจมาพบแพทย์เพื่อขอร้องมิให้ แพทย์เขียนสาเหตุการตายเป็นมะเร็ง เพราะอาจทำให้ไม่ได้รับสินไหมทดแทน กรณีเหล่านี้ ถือเป็นความลำบากใจของแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน หลาย ๆ คน ต้องยอมทำตามญาติผู้ป่วย เพราะความมีเยื่อใยต่อกันและสังคมรอบข้างเป็นใจ แต่ข้อมูลที่ถูกปกปิดเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบต่อสถิติการตายของประเทศ

ปัญหาที่ 4 ความเห็นไม่ตรงกันกับแพทย์คนอื่น

บ่อยครั้งที่แพทย์หลายคน อาจมีความเห็นต่อการดำเนินโรคและสาเหตุการตาย แต่ละครั้งไม่เหมือนกัน เห็นได้จาก การตายรายเดียวถ้าให้แพทย์สรุปหนังสือรับรองการตายหลายคน อาจได้ข้อสรุปที่ไม่เหมือนกัน ทั้งนี้เป็นเพราะ ความแตกต่างกันในแง่ พื้นความรู้ ความเชี่ยวชาญ ชำนาญเฉพาะด้าน ประสบการณ์ และแนวคิดที่ต่างกัน ซึ่งถือเป็นเหตุการณ์ปกติทางด้านวิชาการ

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องกับความไม่สอดคล้องของสาเหตุการตาย เช่น ปัจจัยทางสังคม

ปัจจัยทางสังคม

โรคเอดส์ เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้และเป็นโรคติดต่อ ชาวบ้านส่วนใหญ่จึงไม่ยอมรับ ด้วยเหตุนี้จึงเป็นอีกส่วนหนึ่งที่ญาติไม่เปิดเผยอาการป่วยที่แท้จริง แม้จะมีผลเลือดยืนยัน

จากการสัมภาษณ์พบว่ามีบางกรณีที่แจ้งตายคลาดเคลื่อน เนื่องจากมีความกลัวการรังเกียจที่ญาติป่วยและตายด้วยโรคเอดส์

ข้อสรุป

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความตรงกันในทางถูกต้องของสาเหตุการตายในมรณบัตร กับสาเหตุการตายที่ประเมินได้จากการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิด ในภาพรวม ตาม รหัส ICD-10 ต่ำเท่ากับร้อยละ 47.16 ความสอดคล้อง เท่ากับ 0.383 ($p < 0.001$) โรคที่มีความสอดคล้องกันสูงสุดคือ อุบัติเหตุทุกชนิด (kappa = 0.71, $p < 0.001$) อันดับ 2 คือ โรคไตวาย (kappa = 0.60, $p < 0.001$) อันดับ 3 คือมะเร็ง (kappa = 0.57, $p < 0.001$) ปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุความไม่ถูกต้องของสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตร กับสาเหตุการตายที่ประเมินได้จากการสัมภาษณ์ญาติ หรือผู้ใกล้ชิดของผู้ตาย ได้แก่ ประวัติการรักษาพยาบาล สถานที่เสียชีวิต พฤติการณ์ที่ตาย ผู้แจ้งตาย การบันทึกสาเหตุการตายในมรณบัตรโดยฝ่ายทะเบียนของที่ว่าการอำเภอ การออกใบรับรองการตาย โดยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และแพทย์ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่นการยอมรับของชาวบ้านต่อการตายด้วยโรคเอดส์ รวมทั้งผลการได้รับ สินไหมทดแทนในกรณีประกันชีวิต

ปัญหาและอุปสรรค

จากลักษณะการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ทำให้อาจเกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้ เพราะการศึกษาย้อนหลังไป หนึ่งปี อาจทำให้มีการหลงลืมข้อมูลได้ (recall bias) ซึ่งผู้ศึกษาได้พยายามลดจุดบกพร่องในข้อนี้ลง โดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ที่ทราบประวัติ และลักษณะทางสังคม ของประชาชนในเขตรับผิดชอบเป็นอย่างดี รวมทั้งได้ค้นประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ตายจากสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ให้ได้มากที่สุดเพื่อประกอบการพิจารณาสาเหตุการตาย รวมทั้งในการสัมภาษณ์จะคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ทราบอาการก่อนเสียชีวิตของผู้ตายมากที่สุดเป็นผู้ให้ข้อมูล ในกรณีที่ยังสรุปสาเหตุการตายไม่ได้ในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 จะลงไปสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ในรายละเอียดของโรคที่สงสัย และให้คณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาลงมติสาเหตุการตายที่ใกล้เคียงมากที่สุด อีกกรณีหนึ่งคือป้องกันการเบี่ยงเบนของข้อมูลโดย ไม่ให้ผู้สัมภาษณ์ และแพทย์ผู้วินิจฉัยสาเหตุการตาย ทราบสาเหตุการตายจากมรณบัตร

การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้

1.เป็นข้อมูลยืนยัน และสนับสนุนว่า ระบ บการเก็บข้อมูลสาเหตุการตายปัจจุบัน ยังเป็นระบบที่มีปัญหา ข้อมูลที่มีอยู่ขาดคุณภาพไม่น่าเชื่อถือ เป็นหลักการและเหตุผลที่จะสนับสนุนให้มีการแก้ไขระบบ เช่น

1.1 หากลวิธี เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถระบุสาเหตุการตายในรายงานมรณบัตรได้ถูกต้อง เช่น ระบุว่าผู้รับแจ้ง ต้องมีความรู้เรื่องโรค โดยต้องผ่านการอบรมก่อนจึงจะสามารถปฏิบัติงานได้ รวมทั้งกำหนดให้มีการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

1.2 สร้างหลักเกณฑ์ในการเลือกสาเหตุการตาย ตามหลัก ICD-10 ให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องและมีมาตรฐานเพื่อลดความแตกต่างของการสรุปหนังสือรับรองการตาย

1.3 จัดทำคู่มือการบันทึกข้อมูลสาเหตุการตาย ที่ง่ายต่อการใช้งาน สำหรับบุคลากรที่ไม่ใช้แพทย์ได้ลงสาเหตุการตายได้อย่างถูกต้องมากขึ้น

1.4 จัดให้มีการประสานงานระหว่าง ผู้ที่มีหน้าที่ในการบันทึกสาเหตุการตายในระดับท้องถิ่น กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการระบุสวเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย

2. เป็นข้อมูลในการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง

3. เป็นแนวทางในการศึกษาในพื้นที่อื่น ในการค้นหาสาเหตุการตายที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. รูปแบบการศึกษาที่ดีที่สุดน่าจะเป็นในลักษณะไปข้างหน้า หรือ การเฝ้าระวังโรค เมื่อมีการตายเกิดขึ้น ต้องเก็บข้อมูลทันที เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องมากที่สุด

2. ดำเนินการศึกษาในทุกพื้นที่ เพื่อทราบสาเหตุการตายที่แท้จริง ในแง่ของข้อมูลทางระบาดวิทยา อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาสาธารณสุขที่ถูกต้อง

3. ดำเนินการศึกษาเพื่อพัฒนาและปรับปรุงระบบข้อมูลสาเหตุการตาย โดยพัฒนาทั้งตัวระบบ วิธีการทำงาน และคุณภาพข้อมูลที่เกิดขึ้น โดยใช้รูปแบบของพหุภาคี มาช่วยเพื่อเสนอทางเลือกที่สำคัญให้ผู้บริหารตัดสินใจ เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งการแก้ไขกฎหมายที่จำเป็นด้วย