

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสาเหตุการตายจากมรณบัตร และสาเหตุการตายจากการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ที่ประเมินได้จากข้อมูลการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ตาย และประวัติการรักษาพยาบาลที่บันทึกไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นของผู้ที่ตายในระหว่าง มกราคม - ธันวาคม พ.ศ. 2541 จำนวน 732 ราย จากจำนวนผู้ตายทั้งสิ้น 1,294 ราย การวินิจฉัยสาเหตุการตายโดยคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จะใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พิจารณาพร้อมกับประวัติการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ข้อจำกัดของการวินิจฉัยสาเหตุการตายนั้น จะขึ้นกับข้อมูลที่ปรากฏอยู่กับวิจรรณญาณของแพทย์ผู้วินิจฉัย ซึ่งแพทย์ผู้ให้การวินิจฉัยทุกคนได้ผ่านการฝึกอบรมเรื่องวิธีการระบุสาเหตุการตาย โดยผู้เชี่ยวชาญจากส่วนกลางมาแล้ว และทุกคนมีคู่มือประกอบการวินิจฉัยเหมือนกัน เกณฑ์ในการกำหนดการวินิจฉัย คือ แพทย์อย่างน้อย 2 ใน 3 คน ต้องลงความเห็นตรงกัน โดยที่แพทย์จะลงการวินิจฉัย ระหว่าง 1-4 สาเหตุ คือ สาเหตุต้นกำเนิด (Cause of Death) เหตุแทรกซ้อน 1-2 สาเหตุ และ สาเหตุตายโดยตรง (Mode of Death) ในการนำสาเหตุการตายมาวิเคราะห์นั้น จะใช้เหตุต้นกำเนิดเป็นหลัก อาทิ เช่น การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นสาเหตุต้นกำเนิด ซึ่งจะมีเหตุแทรกคือ การติดเชื้อวัณโรค หรือ การติดเชื้อราในสมอง สาเหตุทั้ง 4 สาเหตุนำมาประกอบการพิจารณาในการลงรหัส ICD-10 ซึ่งในโรคเดียวกัน เหตุแทรกซ้อนกับเหตุตายโดยตรง จะทำให้เกิดความแตกต่างกันที่รหัสตัวที่ 4 สำหรับโรคเรื้อรัง ซึ่งจะพบว่าเป็นสาเหตุให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมา เช่น ความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองและอัมพาต/อัมพฤกษ์ หรือทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ในการลงรหัสจะใช้สาเหตุเหล่านี้ประกอบกันตามเงื่อนไขที่กำหนดโดยคณะกรรมการกำหนดรหัส ICD-10 และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ใหญ่วัย 3 กลุ่ม ๆ ละ 8 คน สัมภาษณ์เชิงลึกญาติ โดยเป็นญาติผู้ตายที่ตายด้วยโรคที่เป็นปัญหาของจังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งมีการวินิจฉัยสาเหตุการตายที่ถูกต้องมากที่สุดและคลาดเคลื่อนมากที่สุด กลุ่มละ 5 คน เพื่อศึกษาสาเหตุที่ทำให้การระบุสาเหตุการตายจากมรณบัตรไม่ถูกต้อง

การบันทึกข้อมูล ใช้โปรแกรม Epi Info 6 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Window v.7.5 สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความถูกต้องของข้อมูลจากมรณบัตร โดยจัดแบ่งข้อมูลเป็นหมวดหมู่ (category data) คือข้อมูลสาเหตุการตายจากมรณบัตร เปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐาน คือการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าความไว ความจำเพาะ ความแม่นยำ ความสอดคล้อง ใช้สถิติ kappa วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลเกี่ยวกับการตายและความถูกต้องตรงกันของสาเหตุการตายแยกตามรายโรค ด้วย Pearson chi – square test ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ตาย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง(1.6 เท่า) เพศชาย ร้อยละ 61.6 เพศหญิง ร้อยละ 38.4 กลุ่มอายุที่ตายสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 49.4 อายุเฉลี่ย 55.2 ปี อายุต่ำสุด 1 เดือน อายุสูงสุด 99 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.8 เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล พฤติกรรมที่ตาย ตายโดยธรรมชาติ ร้อยละ 89.9 เวลาที่ตายอยู่ระหว่าง 08.01–16.00 น. ร้อยละ 34.6 สถานที่ตาย ร้อยละ 78.3 ตายที่บ้าน สถานที่แจ้งตาย ร้อยละ 49.7 แจ้งตาย ณ ที่ว่าการอำเภอ ผู้ให้สาเหตุการตาย ร้อยละ 53.8 ญาติเป็นผู้ให้สาเหตุการตาย ขณะที่แพทย์เป็นผู้ให้สาเหตุการตายเพียง ร้อยละ 19.9 ผู้ตายมีประกันชีวิต ร้อยละ 59.2 โดยแบ่งประเภทของประกันชีวิตเป็นฉบับกิจสงเคราะห์ ร้อยละ 72.5 เป็นประกันชีวิตบริษัทเอกชน ร้อยละ 27.5

การวิเคราะห์ความถูกต้องและความสอดคล้องของสาเหตุการตาย โดยการจัดแบ่งข้อมูลเป็นหมวดหมู่ ใช้ข้อมูลสาเหตุการตายจากมรณบัตร เปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐานคือการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พบว่าความถูกต้องของสาเหตุการตาย ในภาพรวมตามกลุ่มโรค ICD 10 เท่ากับ ร้อยละ 52.6 และความสอดคล้องอยู่ในระดับดี $kappa = 0.448$ (p -value < 0.001) ความถูกต้องของสาเหตุการตาย จำแนกรายโรค พบเพียง ร้อยละ 40.3 และมีค่าความสอดคล้องอยู่ในระดับดี $kappa = 0.414$ ($p < 0.001$) การวิเคราะห์ความถูกต้องของสาเหตุการตาย โดยใช้วิธีการคัดกรองโรค และความสอดคล้อง โดยใช้สถิติ Kappa จากข้อมูลสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก ในมรณบัตร เปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐานคือการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ความไวของสาเหตุการตายสูงสุด คือ ชรา ร้อยละ 95.1 รองลงมา คือ อุบัติเหตุทุกชนิด และ โรคมะเร็งทุกชนิด เท่ากับ ร้อยละ 73.0 และ 58.3 ตามลำดับ ความจำเพาะของสาเหตุการตายสูงสุด คืออุบัติเหตุทุกชนิด ร้อยละ 100 รองลงมา คือ โรคเอดส์ และโรคเบาหวาน เท่ากับ ร้อยละ 99.9 และ 99.0 ตามลำดับ

ความแม่นยำของสาเหตุการตายสูงสุด คือ อุบัติเหตุทุกชนิด ร้อยละ 97.3 รองลงมา คือ โรคเบาหวานและโรกระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง เท่ากับ ร้อยละ 97.1 และ 95.4 ตามลำดับ ความสอดคล้องของสาเหตุการตายระหว่างมรณบัตรและการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พบว่าโรคที่มีความสอดคล้องสูงสุด คือ อุบัติเหตุทุกชนิด ($kappa = 0.83, p < 0.001$) รองลงมาคือ โรคมะเร็งทุกชนิด ($kappa = 0.59, p < 0.001$) และโรคเบาหวาน ($kappa = 0.43, p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายโรค พบว่า ข้อมูลสาเหตุการตายจากมรณบัตร โรคที่พบ 3 อันดับแรก คือ ชรา โรคมะเร็งทุกชนิด และโรคหัวใจ เท่ากับ ร้อยละ 29.8, 19.5 และ 9.4 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจาก ข้อมูลที่ได้จากการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พบว่า สาเหตุการตาย 3 อันดับแรก คือ โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์ และชรา เท่ากับ ร้อยละ 27.9, 13.7 และ 11.2 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องของสาเหตุการตายจากมรณบัตรและการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ประวัติการรักษาพยาบาล พฤติกรรมที่ตาย ประเภทของประกันชีวิต

ปัญหาของการแจ้งตายและการระบุสาเหตุการตาย ที่พบมีดังนี้ คือ การระบุสาเหตุการตายนั้น ส่วนใหญ่ผู้แจ้งจะเป็นผู้ระบุ และไม่เห็นความสำคัญ ไม่ทราบประโยชน์ของการระบุสาเหตุการตาย ความยุ่งยากของขั้นตอนวิธีการแจ้ง จะไม่สะดวก กรณีที่มีการตายในสถานบริการที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาล แต่ผู้ตายไม่มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาล เพราะต้องแจ้งตายที่ เทศบาล และนำมรณบัตรไปที่ว่าการอำเภอที่มีภูมิลำเนาอยู่ เพื่อคัดชื่อออกจากทะเบียนบ้าน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ที่ทำหน้าที่ผู้ช่วยนายทะเบียน ในการรับ แจ้งตาย กรณีที่ตายนอกสถานพยาบาล มีความรู้เรื่องการสอบสวนสาเหตุการตายน้อย มักจะใช้ประสบการณ์ในการระบุสาเหตุการตาย เนื่องจากไม่ได้รับการอบรม ไม่มีคู่มือการลงความเห็นสาเหตุการตาย และมักเลือกหัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว เป็นสาเหตุการตายอยู่บ่อย ๆ อัตราค่าขนส่งศพแพง กรณีตายที่โรงพยาบาล การว่าจ้างรถในการขนส่งศพกลับบ้าน จะถูกเรียกค่าใช้จ่ายสูง และคนไทยส่วนมากไม่นิยมตายที่โรงพยาบาล เมื่อป่วยหนักจะขอกลับไปตายที่บ้าน ทำให้การระบุสาเหตุการตายไม่ถูกต้อง เพราะการระบุสาเหตุการตาย เป็นการระบุโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ ขาดการประสานงานของหน่วยงานภาครัฐ ระหว่างกระทรวงมหาดไทยกับกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรในท้องถิ่น เพราะเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ไม่เคยชี้แจง/อบรม ขั้นตอนการสอบสวนสาเหตุการตาย ประโยชน์และความสำคัญของการระบุสาเหตุการตายให้กับนายทะเบียน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางด้านสังคม ในกรณีที่เป็นโรคเอดส์ เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้และเป็นโรคติดต่อ ชาวบ้านส่วนใหญ่จึงไม่ยอมรับ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ญาติบางรายไม่เปิดเผยอาการป่วยที่แท้จริง แม้จะมีผลเลือดยืนยัน จากการสัมภาษณ์พบว่า มีบางกรณีที่แจ้งตายคลาดเคลื่อน เนื่องจากกลัวจะถูกรังเกียจที่ญาติ

ป่วยและตายด้วยโรคเอดส์ และ ผู้ตายที่ทำประกันชีวิตไว้กับบริษัทเอกชน กรณีที่มีสาเหตุการตาย จากโรคเอดส์ หรือการป่วยตายด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นมาก่อนจะทำประกันชีวิต และยังไม่ได้ทำการ รักษาให้หายขาด เช่น วัณโรค โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง กามโรค โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับ ตับและถุงน้ำดี เป็นต้น จะไม่ได้เงินค่าสินไหมทดแทน ผู้แจ้งจึงต้องแจ้งตายให้เป็นการตายจาก สาเหตุอื่น

อภิปรายผลการศึกษา

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 732 ราย สามารถเก็บข้อมูล จากการ สัมภาษณ์ญาติ หรือผู้ใกล้ชิดผู้ตายได้ทั้งหมด ร้อยละ 100 และสามารถคืนประวัติการรักษา พยาบาลจากโรงพยาบาล เพื่อประกอบการวินิจฉัย จำนวน 489 ราย ร้อยละ 66.8 สำหรับ จำนวน 243 ราย ไม่เคยมีประวัติการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 732 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย(3.0 เท่า) เพศหญิง ร้อยละ 74.9 เพศชาย ร้อยละ 25.1 ส่วนใหญ่ มีอายุ อยู่ระหว่าง 31-60 ปี ร้อยละ 68.7 กลุ่มอายุ 41-50 ปี มีจำนวนสูงสุด ร้อยละ 24.9 อายุเฉลี่ย 45.9 ปี อายุต่ำสุด 12 ปี อายุสูงสุด 83 ปี ผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่ ร้อยละ 33.9 เป็นบุตรของผู้ตาย รองลงมาเป็นคู่สมรส ร้อยละ 26.4 และเป็นผู้อยู่ ใกล้ชิดกับผู้ตาย ตอนใกล้ตาย ร้อยละ 94.3 ในกรณีที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องมาจากผู้หญิงส่วนมากไม่ค่อยอพยพย้ายถิ่น และเป็นบุตรหรือคู่สมรส ที่ต้องดูแลผู้ตายในช่วง ป่วยและอยู่กับผู้ตายตอนใกล้ตาย เป็นผู้ให้ข้อมูล เพราะจำข้อมูลสาเหตุการตาย ได้ดีกว่าคนอื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตาย และข้อมูลการตาย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตาย และข้อมูลเกี่ยวกับการตาย ผู้ตาย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (1.6 เท่า) เพศชาย ร้อยละ 61.6 เพศหญิง ร้อยละ 38.4 อยู่ในกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป สูงสุดร้อยละ 49.4 รองลงมาคือกลุ่มวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 25-44 ปี ร้อยละ 23.4 อายุเฉลี่ย 55.25 ปี อายุต่ำสุด 1 เดือน อายุสูงสุด 99 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.8 เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาพยาบาลใน โรงพยาบาล พฤติกรรมที่ตาย ตายโดยธรรมชาติ สูงสุด ร้อยละ 89.9 รองลงมา คืออุบัติเหตุ

ร้อยละ 8.2 เวลาที่ตาย สูงสุด อยู่ระหว่างเวลา 08.01–16.00 น. ร้อยละ 34.6 รองลงมา คือเวลา 16.01–24.00 น. ร้อยละ 30.6 สถานที่ตาย ร้อยละ 78.3 ตายที่บ้าน รองลงมาคือ ตายที่โรงพยาบาล ร้อยละ 14.3 สถานที่แจ้งตาย ร้อยละ 49.7 แจ้งตาย ณ ที่ว่าการอำเภอ รองลงมา คือที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/แพทย์ประจำตำบล ร้อยละ 40.2 ผู้ให้สาเหตุการตาย ร้อยละ 53.8 ญาติเป็นผู้ให้สาเหตุการตาย ในขณะที่แพทย์เป็นผู้ให้สาเหตุการตาย เพียงร้อยละ 19.9 ผู้ตายมีประกันชีวิต ร้อยละ 59.2 แบ่งประเภทของประกันชีวิตเป็นฌาปนกิจสงเคราะห์ ร้อยละ 72.5 ประกันชีวิตบริษัทเอกชน ร้อยละ 27.5

ฤดูกาลที่ตายจะไม่แตกต่างกันมากนัก ฤดูร้อนและหนาว จะมีการตายมากกว่าฤดูฝนเล็กน้อย เมื่อแยกรายเดือนจะพบว่าเดือนเมษายนและธันวาคม มีผู้ตายสูงสุดเท่ากัน คือ ร้อยละ 10.2 รองลงมาคือเดือน พฤษภาคม ร้อยละ 9.7 เดือนที่มีการตายต่ำที่สุด คือ เดือน กันยายน ร้อยละ 6.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ เขียวรัตน์ ปรปักษ์ขามและคณะ (2543) ที่ศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทย ระยะที่ 1 จำนวน 5 จังหวัด ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น นครศรีธรรมราช นครสวรรค์ น่าน และ ระนอง และกรุงเทพมหานคร 4 เขต บางเขน สายไหม ดอนเมืองและหลักสี่ พบว่าฤดูกาลไม่แตกต่างกันมากนัก แต่ฤดูร้อนจะมีการตายมากกว่าฤดูอื่นๆ คือในช่วงเดือนมีนาคม ถึงมิถุนายน ร้อยละ 35.5

อัตราตายเฉพาะกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุที่ตายมีอัตราตายสูงสุด คือ กลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย ตั้งแต่ 74 ปีขึ้นไป 32.1 ต่อประชากรพันคน โดย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง เพศชาย 38.4 ต่อประชากรพันคน เพศหญิง 28.1 ต่อประชากรพันคน รองลงมาคือกลุ่มวัยผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-74 ปี 8.9 ต่อประชากรพันคน เพศชายมากกว่าเพศหญิง เพศชาย 10.5 ต่อประชากรพันคน เพศหญิง 7.4 ต่อประชากรพันคน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของสาเหตุการตายจากมรณบัตร และจากการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

จากการเปรียบเทียบข้อมูลสาเหตุการตายจากมรณบัตร และจากการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ตามรหัสกลุ่มโรค ICD10 ข้อมูลจากมรณบัตรพบกลุ่มโรคที่สูงที่สุดคือกลุ่ม อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิก ร้อยละ 37.6 รองลงมาคือกลุ่มโรคเนื้องอก และ กลุ่มโรคระบบไหลเวียนโลหิต เท่ากับ ร้อยละ 19.5 และ 11.2 ตามลำดับ ในขณะที่ข้อมูลสาเหตุการตายจากการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ที่สรุปได้จากการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ตายและประวัติการรักษาพยาบาล พบว่าสาเหตุการตายที่สูงที่สุด คือ กลุ่มโรคเนื้องอก

ร้อยละ 27.9 รองลงมา คือ กลุ่มโรคติดเชื้อและปรสิตบางชนิด และกลุ่มอาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิก เท่ากับ ร้อยละ 19.4 และ 13.3 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริยานุช เชิดชูเหล่า (2543) ที่ศึกษาความถูกต้องของสาเหตุการตายที่ระบุไว้ในมรณบัตร ในกิ่งอำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา ปี 2542 ที่พบว่าข้อมูลจากมรณบัตร กลุ่มโรคที่พบสูงสุด คือ กลุ่มอาการ อาการแสดงและ สิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิก ร้อยละ 30.1 รองลงมา คือกลุ่มโรคติดเชื้อและปรสิตบางชนิด ร้อยละ 17.9 และกลุ่มโรกระบบไหลเวียนโลหิต ร้อยละ 17.5 ส่วนข้อมูลสาเหตุการตายที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ตาย และนำไปให้คณะแพทย์วินิจฉัย สาเหตุการตายที่พบสูงสุด คือกลุ่มโรคติดเชื้อและปรสิตบางชนิด ร้อยละ 38.4 รองลงมาคือกลุ่มโรคเนื้องอก ร้อยละ 12.2 และกลุ่มโรคอาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิก ร้อยละ 10.9 และสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ เขียวรัตน์ ปรีกษ์งามและคณะ(2543) เช่นเดียวกันที่พบว่า ข้อมูลสาเหตุการตายจากมรณบัตร กลุ่มโรคที่พบมาก 3 อันดับแรก คือ กลุ่มอาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิก ร้อยละ 37.9 รองลงมา คือ กลุ่มโรกระบบไหลเวียนโลหิต และสาเหตุภายนอกของการป่วยและตาย เท่ากับ ร้อยละ 13.8 และ 10.2 ตามลำดับ ส่วนข้อมูลสาเหตุการตายที่ได้ จากการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ตาย สาเหตุการตายที่พบมาก 3 อันดับแรก คือ กลุ่มโรคติดเชื้อและปรสิตบางชนิด ร้อยละ 16.3 รองลงมา คือ กลุ่มโรกระบบไหลเวียนโลหิต และ กลุ่มโรคเนื้องอก เท่ากับ ร้อยละ 16.2 และ 15.7 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายโรค พบว่า ข้อมูลสาเหตุการตายจากมรณบัตร โรคที่พบ 3 อันดับแรก คือ ชรา โรคมะเร็งทุกชนิด และโรคหัวใจ เท่ากับ ร้อยละ 29.8, 19.5 และ 9.4 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากข้อมูลที่ได้จากการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พบว่า สาเหตุการตาย 3 อันดับแรก คือ โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์ และ ชรา ร้อยละ 27.9, 13.7 และ 11.2 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริยานุช เชิดชูเหล่า (2543) ที่พบว่าข้อมูลสาเหตุการตายจากมรณบัตรโรคที่พบสูงสุด อันดับแรกคือ ชรา ร้อยละ 28.4 อันดับ 2 คือ โรคหัวใจ ร้อยละ 13.5 อันดับ 3 คือ โรคเอดส์ ร้อยละ 9.9 และคลาดเคลื่อนจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ตาย สาเหตุการตายอันดับ 1 คือโรคเอดส์ ร้อยละ 35.4 อันดับ 2 คือ โรคมะเร็งทุกชนิด ร้อยละ 12.2 อันดับ 3 คือ ชรา ร้อยละ 10.2 และสอดคล้องกับการศึกษาของหทัย ถึงสง่าและคณะ (2537) ที่พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการตาย จากการสอบสวนอันดับ 1 คือ โรคมะเร็งทุกชนิด ร้อยละ 21.70

เมื่อนำสาเหตุการตายจากการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ตามกลุ่มโรค ตามรหัส ICD 10 มาจำแนกรายโรค พบว่า กลุ่มโรคติดเชื้อ และปรสิตบางชนิด (A00-B99) พบโรคเอดส์ สูงสุด ร้อยละ 70.4 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง(2.2 เท่า) เพศชาย ร้อยละ 48.6 เพศหญิง

ร้อยละ 21.8 กลุ่มโรคเนื้องอก (C00-D48) พบโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี สูงสุด ร้อยละ 70.1 เพศชายมากกว่าเพศหญิง (2.3 เท่า) เพศชาย ร้อยละ 49.0 เพศหญิง ร้อยละ 21.1 กลุ่มโรคเลือด อวัยวะที่สร้างเลือดและความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันบางชนิด(D50-D89) พบโรคโลหิตจาง จากไขกระดูกฝ่อ และโรคธาลัสซีเมีย ในเพศหญิง โรคละ 1 ราย กลุ่มโรคต่อมไทรอยด์ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม (E00-E99) พบโรคเบาหวาน สูงสุด ร้อยละ 84.4 เพศหญิงมากกว่าเพศชาย(2.0 เท่า) เพศหญิง ร้อยละ 56.3 เพศชาย ร้อยละ 28.1 กลุ่มโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรม (F00-F99) พบโรคความผิดปกติเกิดจากอัลกอฮอล์ ในเพศชาย 1 ราย โรคจิตที่ไม่ระบุ ในเพศหญิง 1 ราย กลุ่มโรคระบบประสาท(G00-G99) พบ การอักเสบของระบบประสาทส่วนกลาง สูงสุด ร้อยละ 45.4 เพศชายมากกว่าเพศหญิง (4 เท่า) เพศชาย ร้อยละ 36.4 เพศหญิงร้อยละ 9.1 กลุ่มโรคระบบไหลเวียนโลหิต (I00-I99) พบโรคหลอดเลือดในสมอง สูงสุด ร้อยละ 32.2 เพศหญิงและ เพศชาย ในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกันมากนัก(1.1 เท่า) เพศหญิง ร้อยละ 16.9 เพศชาย ร้อยละ 15.3 กลุ่มโรคระบบหายใจ (J00-J99) พบโรคปอดอักเสบ สูงสุด ร้อยละ 55.9 เพศชายมากกว่าเพศหญิง (1.7 เท่า) เพศชาย ร้อยละ 35.3 เพศหญิง ร้อยละ 20.6 กลุ่มโรคระบบย่อยอาหาร (K00-K99) พบโรคของตับ สูงสุด ร้อยละ 41.7 เพศชายมากกว่าเพศหญิง(4 เท่า) เพศชาย ร้อยละ 33.4 เพศหญิง ร้อยละ 8.3 กลุ่มโรคผิวหนังและเนื้อเยื่อได้ผิวหนัง(L00-L99) พบโรคเนื้อเยื่ออักเสบ 2 ราย เป็นเพศชาย 1 ราย เพศหญิง 1 ราย และโรคลูปัสอีริมีมาโตซัส 1 ราย กลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อ ร่วมโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (M00-M99) พบโรคเก๊าท์ 2 ราย เพศชาย 1 ราย เพศหญิง 1 ราย กลุ่มโรคระบบสืบพันธุ์และปัสสาวะ (N00-N99) พบโรคไตวาย สูงสุด ร้อยละ 51.9 เพศชายและเพศหญิง จำนวน 7 ราย เท่ากัน กลุ่มโรครูปร่างผิดปกติแต่กำเนิด การพิการจน ผิดรูปและโครโมโซมผิดปกติ(Q00-Q99) เกิดจากรูรั้วที่ผนังหัวใจห้องล่าง ในเพศหญิง 2 ราย ความผิดปกติแต่กำเนิดของหัวใจ เพศหญิง 1 ราย กลุ่มอาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบ จากการตรวจทางคลินิกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ ชรา สูงสุด ร้อยละ 84.5 เพศหญิง มากกว่าเพศชาย(1.3 เท่า) เพศหญิง ร้อยละ 47.4 เพศชาย ร้อยละ 37.1 กลุ่มการบาดเจ็บการเป็น พิษและผลติดตามจากเหตุภายนอก (S00-T98) พบวัตถุแปลกปลอมเข้าระบบทางเดินหายใจ 1 ราย ในเพศหญิง และกินเห็ดพิษ 1 ราย กลุ่มโรคสาเหตุภายนอกของการป่วยและตาย (V01-Y98) พบ โรค อุบัติเหตุจากการจราจร สูงสุด ร้อยละ 55.4 เพศชายมากกว่าเพศหญิง(7.3 เท่า) เพศชาย ร้อยละ 48.7 เพศหญิง ร้อยละ 6.7

ส่วนที่ 4 ความถูกต้องและความสอดคล้อง ของสาเหตุการตายจากมรณบัตร และ จากการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ความถูกต้องและความสอดคล้องของสาเหตุการตาย โดยการจัดแบ่งข้อมูลเป็นหมวดหมู่ ใช้ข้อมูลสาเหตุการตายจากมรณบัตร เปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐานคือการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พบว่าความถูกต้องของสาเหตุการตาย ในภาพรวมตามกลุ่มโรค ICD 10 เท่ากับ ร้อยละ 52.6 และความสอดคล้องอยู่ในระดับดี $kappa = 0.448$ (p -value < 0.001) ความถูกต้องของสาเหตุการตาย จำแนกรายโรค พบเพียง ร้อยละ 40.3 และมีค่าความสอดคล้องอยู่ในระดับดี $kappa = 0.414$ ($p < 0.001$) ซึ่งมีความถูกต้องตรงกันน้อยกว่าการศึกษาของหทัย สิงห์สง่า และคณะ (2537) ที่พบความถูกต้องของสาเหตุการตายจากมรณบัตรในเขตอำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ปี 2537 ร้อยละ 59.4 แต่ถูกต้องมากกว่าการศึกษาของปริญานุช เชิดชูเหล่า (2543) ที่พบความถูกต้องของสาเหตุการตายที่ระบุไว้ในมรณบัตร ในกิ่งอำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา ปี 2542 ร้อยละ 47.2 และการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ เขารัตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ (2543) ที่พบความถูกต้องของสาเหตุการตายที่ระบุไว้ในมรณบัตร ได้ศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทย ระยะที่ 1 จำนวน 5 จังหวัด ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น นครศรีธรรมราช นครสวรรค์ น่าน และ ระนอง และกรุงเทพมหานคร 4 เขต บางเขน สายไหม ดอนเมืองและหลักสี่ เพียงร้อยละ 25.5 เท่านั้น

การวิเคราะห์ความถูกต้องของสาเหตุการตาย โดยใช้วิธีการคัดกรองโรค และหาความสอดคล้อง โดยใช้สถิติ Kappa จากข้อมูลสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก จากมรณบัตร เปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐานคือการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ความไวของสาเหตุการตาย สูงสุดคือ ชรา ร้อยละ 95.1 รองลงมา คือ อุบัติเหตุทุกชนิด และโรคมะเร็งทุกชนิด เท่ากับ ร้อยละ 73.0 และ 58.3 ตามลำดับ ความจำเพาะของสาเหตุการตายสูงสุด คือ อุบัติเหตุทุกชนิด ร้อยละ 100 รองลงมา คือ โรคเอดส์ และโรคเบาหวาน เท่ากับ ร้อยละ 99.9 และ 99.0 ตามลำดับ ความแม่นยำของสาเหตุการตายสูงสุด คืออุบัติเหตุทุกชนิด ร้อยละ 97.3 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง เท่ากับ ร้อยละ 97.1 และ 95.4 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ความถูกต้องโดยใช้วิธีการคัดกรองโรค จะพบว่าความถูกต้องของสาเหตุการตายจากมรณบัตร โดยให้เกณฑ์ความไว จะพบความถูกต้องต่ำมาก ในขณะที่ความแม่นยำในการระบุสาเหตุการตายอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากค่าของความจำเพาะอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ฉะนั้นการวิเคราะห์ความถูกต้องของสาเหตุการตาย จะต้องคำนึงถึงค่าความไวเป็นหลักด้วย ถ้าดูเฉพาะค่าความจำเพาะ หรือค่าความแม่นยำ อาจได้ข้อมูลที่ผิดพลาดได้ สำหรับความสอดคล้องของสาเหตุ

การตายจากมรณบัตรและการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พบว่าโรคที่มีความสอดคล้องสูงสุด คือ อุบัติเหตุทุกชนิด ($kappa = 0.83, p < 0.001$) รองลงมาคือ โรคมะเร็งทุกชนิด ($kappa = 0.59, p < 0.001$) และโรคเบาหวาน ($kappa = 0.43, p < 0.001$) และเมื่อพิจารณารายโรค พบว่าข้อมูลสาเหตุการตายจากมรณบัตร โรคที่พบมาก 3 อันดับแรกคือ ชรา โรคมะเร็งทุกชนิด และโรคหัวใจ เท่ากับ ร้อยละ 29.8, 19.5 และ 9.4 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากข้อมูลที่ได้จากการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พบว่า สาเหตุการตาย 3 อันดับแรก คือ โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์ และชรา เท่ากับ ร้อยละ 27.9, 13.7 และ 11.2 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริญญาดุษฎีเกลา (2543) ที่ศึกษาความถูกต้องของสาเหตุการตายที่ระบุไว้ในมรณบัตร ในกิ่งอำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา ปี 2542 พบว่า ความไวของสาเหตุการตายที่มีความถูกต้องที่ระบุในมรณบัตรสูงสุด คือ ชรา ร้อยละ 91.7 ความจำเพาะของสาเหตุการตายสูงสุด คือ อุบัติเหตุทุกชนิด ร้อยละ 100 ความสอดคล้องระหว่างสาเหตุการตายจากมรณบัตรและการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พบว่าโรคที่มีความสอดคล้องสูงสุด คือ อุบัติเหตุทุกชนิด ($kappa = 0.71, p < 0.001$) และข้อมูลสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ที่ได้จากการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ คือโรคเอดส์ โรคมะเร็งทุกชนิด และ ชรา ร้อยละ 35.4, 12.2 และ 10.2 ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของหทัย สึงสง่าและคณะ (2537) ที่พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการตายจากการสอบสวนอันดับ 1 คือ โรคมะเร็งทุกชนิด

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการตายและความถูกต้องตรงกันของข้อมูลสาเหตุการตาย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องตรงกันของสาเหตุการตายจากมรณบัตร และสาเหตุการตายจากการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งในภาพรวม และจำแนกรายโรค ดังนี้

ประวัติการรักษาพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า ประวัติการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องตรงกันของสาเหตุการตายจากมรณบัตร และสาเหตุการตายจากการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ผู้ตายที่ไม่เคยมีประวัติการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล มีสาเหตุการตายที่ถูกต้องตรงกัน(ร้อยละ 51.0) มากกว่า ผู้ตายที่เคยเข้ารับการักษาพยาบาลในโรงพยาบาล(ร้อยละ 35.0) ทั้งนี้ เนื่องจากจำนวนผู้ที่เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ พบว่า ตายที่บ้าน ทำให้การระบุสาเหตุการตายจึงมีความถูกต้องตรงกันน้อย ถึงแม้จะมีประวัติในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก และส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ที่ระบุว่าคนไทยส่วนมากไม่นิยมเสียชีวิตที่โรงพยาบาล เมื่อป่วยหนักจะขอรับกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน(ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข, 2542) “ถ้าตายก็ขอ กลับไปตายที่บ้าน” จะมีความสุขและ

ได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง สำหรับญาติก็จะได้รับความชื่นชมจากชุมชนมากกว่าที่ให้ผู้ตาย ตายที่โรงพยาบาล (อารี พรหมโม้และฟิลิป เกสต์, 2539) ทำให้การระบุนสาเหตุการตายในมรณบัตรไม่ถูกต้อง เพราะไม่มีหนังสือรับรองการตาย หรืออาจเกิดจากกรณีที่แพทย์ ผู้รักษายังไม่แน่ใจในสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งพบบ่อย ในกรณีที่ผู้ป่วยมารับการรักษาโดยไม่ทราบประวัติเดิม มีอาการหนัก หรือเจ็บพลันมาก อยู่ในโรงพยาบาล ไม่นานก็เสียชีวิต กรณีนี้อาจทำให้เกิดปัญหาในการออกหนังสือรับรองการตาย ทั้งนี้เพราะแพทย์อาจไม่กล้าลงความเห็นหรือสรุปสาเหตุการตายเป็นโรคใดโรคหนึ่งให้แน่ชัดลงไป รวมทั้งไม่ได้ตรวจศพ หรืออาจตรวจศพแล้วยังไม่ทราบสาเหตุ แพทย์หลายท่านเมื่อพบกรณีนี้เกิดขึ้น มักเขียนรูปแบบการตาย (mode of death) ลงไปในหนังสือรับรองการตาย (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข, 2542) และสอดคล้องกับการศึกษาของปริยานุช เจริญเหล่า (2543) ที่พบว่า ประวัติการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความตรงกันของสาเหตุการตาย ($p = 0.012$) ซึ่งผู้ตายที่มีประวัติการรักษาที่คลินิก มีความตรงกันมากที่สุด (ร้อยละ 60.0)

พฤติการณ์ที่ตาย

จากการศึกษาพบว่า พฤติการณ์ที่ตาย มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องตรงกันของสาเหตุการตายจากมรณบัตร และสาเหตุการตายจากการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผู้ตายที่มีพฤติการณ์ที่ตาย โดยถูกฆ่าและฆ่าตัวตาย มีความถูกต้องตรงกันสูงสุด (ร้อยละ 71.4) เนื่องมาจากการตายที่ผิดธรรมชาติ จะต้องมีการออกหนังสือรับรองการตายโดยแพทย์ มีการชันสูตรพลิกศพและการสอบสวนคดี ตามกฎหมาย คือ พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534 และประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 148 และ 151 (วิสูตร ฟองศิริไพบุตย์, 2538) ทำให้การตายผิดธรรมชาติ มีความถูกต้องตรงกันมากกว่าการตายตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นโรคที่มีความซับซ้อนมากกว่าด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของปริยานุช เจริญเหล่า (2543) ที่พบว่า พฤติการณ์ที่ตาย มีความสัมพันธ์กับความตรงกันของสาเหตุการตาย ($p = 0.01$) ผู้ตายที่มีพฤติการณ์ที่ตาย โดยอุบัติเหตุ มีความตรงกันของสาเหตุการตายสูงสุด (ร้อยละ 61.5)

ประเภทของประกันชีวิต

จากการศึกษาพบว่า ประเภทของประกันชีวิต มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องตรงกันของสาเหตุการตายจากมรณบัตร และสาเหตุการตายจากการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.015$) ประเภทของประกันชีวิต พบว่าฉบับกิจสงเคราะห์ มีความถูกต้องตรงกัน (ร้อยละ 43.0) มากกว่าประกันชีวิตบริษัทเอกชน (ร้อยละ 30.3) ซึ่งเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการแจ้งตายที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

พบว่า เมื่อผู้ตายทำประกันชีวิตไว้กับบริษัทประกันเอกชน กรณีที่มีสาเหตุการตายจากโรคเอดส์ จะไม่ได้รับเงินค่าสินไหมทดแทน ผู้แจ้งจึงต้องแจ้งตายให้เป็นการตายจากสาเหตุอื่น สอดคล้องกับ ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รวบรวมกรณีปัญหาการวินิจฉัยสาเหตุ การตาย เป็นสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อกรเขียนหนังสือรับรองการตายของแพทย์ เช่น คำขอ ร้องจากญาติผู้ป่วย หรือผู้รับผลประโยชน์จากการตาย ได้แก่ กรณีผู้ป่วยโรคเอดส์เสียชีวิต ญาติมัก ขอร้องแพทย์มิให้เขียนว่าสาเหตุการตายเป็นโรคเอดส์ กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งเสียชีวิต ผู้ที่ได้รับสิน ไหมจากกรมธรรม์ประกันชีวิต อาจมาพบแพทย์เพื่อขอร้อง ไม่ให้แพทย์บันทึกสาเหตุการตายเป็น มะเร็ง เพราะอาจทำให้ไม่ได้รับสินไหมทดแทน กรณีเหล่านี้ ถือเป็นความลำบากใจของแพทย์ ผู้ปฏิบัติงาน ต้องยอมทำตามญาติผู้ป่วย เพราะความมีเชื้อโรคต่อกัน และสังคมรอบข้างเป็นใจ แต่ ข้อมูลที่ถูกปกปิดเหล่านี้ ย่อมมีผลกระทบต่อสถิติการตายของประเทศ (ส่วนข้อมูลข่าวสาร สาธารณสุข, 2542)

สำหรับเวลาที่ตาย สถานที่ตาย สถานที่แจ้งตาย และผู้ให้สาเหตุการตาย จากการศึกษา พบว่า ไม่มีผลทำให้ความถูกต้องของสาเหตุการตายเพิ่มขึ้น เนื่องจากถึงแม้ว่าจะมีใบรับรองการตาย จากแพทย์ แต่ผู้ที่เลือกสาเหตุการตายลงในมรณบัตรจะเป็นเจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎร กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งอาจจะสับสน เพราะในแบบฟอร์มรับรองการตายจะมีเหตุการณ์ตาย จากเหตุตาย โดยตรง เหตุุน่าแทรก และเหตุุน่าเติม (ภาคผนวก ค) ถ้าไม่เข้าใจจะทำให้เลือกสาเหตุการตายมา ลงในมรณบัตรผิดพลาด หรือ ถ้าผู้แจ้งตายไม่ให้ความสำคัญและไม่ทราบประโยชน์ ก็จะไม่ยึด สาเหตุการตายจากหนังสือรับรองการตาย เพราะมีบางส่วนที่ตายที่โรงพยาบาลแต่ไปแจ้งตายที่ กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน แทนการไปแจ้งที่เทศบาลหรือที่ที่ว่าการอำเภอโดยตรง และบอกสาเหตุการตาย ไม่ตรงกับหนังสือรับรองการตาย ดังนั้นการลงความเห็นสาเหตุการตาย เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ ข้อมูลสาเหตุการตายในมรณบัตรมีความถูกต้องมากที่สุด ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการลงความเห็นการตาย ได้แก่ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎร แพทย์ และญาติที่เป็นผู้แจ้งตาย ซึ่งพอจะสรุป ประเด็นที่เป็นปัญหาได้ดังส่วนที่ 5

ส่วนที่ 5 สรุปปัญหาของการแจ้งตายและการระงับสาเหตุการตาย จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก

1. การระงับสาเหตุการตายนั้น ส่วนใหญ่ผู้แจ้งจะเป็นผู้ระบุ และ ไม่เห็นความสำคัญ ไม่ทราบประโยชน์ของการระงับสาเหตุการตาย ในทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้รับแจ้งตายที่เป็นกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จะยึดสาเหตุการตายจากญาติหรือผู้แจ้งตาย เป็นหลัก ขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานทะเบียนราษฎร จะยึดตามใบรับแจ้งตายจากกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เช่นกัน

2. ความยุ่งยากของขั้นตอนวิธีการแจ้ง ไม่ได้เป็นปัญหาของชาวบ้าน เพราะใช้เวลานาน และมีกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อำนวยความสะดวกอีกทางหนึ่ง แต่อาจพบความไม่สะดวกบ้าง กรณีที่มีการตายในสถานบริการที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาล แต่ผู้ตายไม่มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาล เพราะต้องแจ้งตายที่เทศบาล และนำมรณบัตร ไปที่ว่าการอำเภอที่มีภูมิลำเนาอยู่เพื่อคัดชื่อออกจากทะเบียนบ้าน

3. การแจ้งตายล่าช้า แม้ว่าผู้ใหญ่บ้านจะทราบคำว่าผู้แจ้ง จะต้องถูกปรับแต่ที่ผ่านมาผู้รับแจ้งการตาย ยังไม่เคยปรับกลับให้การช่วยเหลือผู้แจ้ง โดยลงวันที่ที่ตายตรงกับวันที่แจ้งตาย เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกปรับ

4. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ที่ทำหน้าที่ผู้ช่วยนายทะเบียน ในการรับแจ้งตาย กรณีที่ตายนอกสถานพยาบาล มีความรู้เรื่องการสอบสวนสาเหตุการตายน้อย มักจะใช้ประสบการณ์ในการระงับสาเหตุการตาย เนื่องจากไม่ได้รับการอบรม ไม่มีคู่มือการลงความเห็นสาเหตุการตาย บางครั้งจะถามเฉพาะอาการและบันทึกเป็นสาเหตุการตาย โดยไม่ได้ซักถามอาการอื่น ๆ เพิ่มเติม และมักเลือกหัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว เป็นลมตาย เป็นสาเหตุการตายอยู่บ่อย ๆ (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2542) แต่กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและชาวบ้านให้ความนับถือมากที่สุด ดังนั้น การลงความเห็นสาเหตุการตายจึงไม่ถูกต้องแย้งจากญาติ หรือญาติก็ไม่สนใจด้วยว่ากำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จะระงับสาเหตุการตายว่าอย่างไร

5. อัตราค่าขนส่งศพแพง กรณีตายที่โรงพยาบาล การว่าจ้างรถในการขนส่งศพกลับบ้าน จะเรียกค่าใช้จ่ายสูง และคนไทยส่วนมากไม่นิยมตายที่โรงพยาบาล เมื่อป่วยหนักจะขอกลับไปตายที่บ้าน ทำให้การระงับสาเหตุการตายไม่ถูกต้อง เพราะการระงับสาเหตุการตาย เป็นการระบุโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์

6. ขาดการประสานงานของหน่วยงานภาครัฐ ระหว่างกระทรวงมหาดไทยกับกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรในท้องถิ่น เพราะเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ไม่เคยชี้แจง/อบรม ขั้นตอนการสอบสวนสาเหตุการตาย ประโยชน์และความสำคัญของการระงับสาเหตุการตาย

ให้กับนายทะเบียน เจ้าหน้าที่ฝ่ายทะเบียนราษฎร กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ที่ยังขาดเข้าใจในเรื่องการบันทึกสาเหตุการตายในมรณบัตร ไม่มีการซักถามเพิ่มเติม เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริง เพราะวัตถุประสงค์ของการใช้ข้อมูลมรณบัตรของกระทรวงมหาดไทย มีอยู่ 2 ประการ คือ ประการที่ 1 ต้องการทราบว่าจะตายหรือยังมีชีวิตอยู่ เพื่อการทะเบียนราษฎร ประการที่ 2 คือ กรณีตายที่ผิดธรรมชาติเมื่อไรตำรวจจะได้ดำเนินคดี ซึ่งต่างจากวัตถุประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ ต้องการทราบสาเหตุ การตายเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาสาธารณสุข (สมทรง รัชนีเฝ้า, 2541)

7. ปัจจัยทางด้านสังคม ในกรณีที่เป็นโรคเอดส์ เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้และเป็นโรคติดต่อ ชาวบ้านส่วนใหญ่จึงไม่ยอมรับ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ญาติบางรายไม่เปิดเผยอาการป่วยที่แท้จริง แม้จะมีผลเลือดยืนยัน จากการสัมภาษณ์พบว่า มีบางกรณีที่แจ้งตายคลาดเคลื่อน เนื่องจากกลัวจะถูกรังเกียจที่ญาติป่วยและตายด้วยโรคเอดส์

8. ผู้ตายที่ทำประกันชีวิตไว้กับบริษัทเอกชน กรณีที่มีสาเหตุการตายจากโรคเอดส์ หรือการป่วยตายด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นมาก่อนจะทำประกันชีวิต และยังไม่ได้ทำการรักษาให้หายขาด เช่น วัณโรค โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง กามโรค โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับตับและถุงน้ำดี เป็นต้น จะไม่ได้เงินค่าสินไหมทดแทน ผู้แจ้งจึงต้องแจ้งตายให้เป็นการตายจากสาเหตุอื่น

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

ปัญหาที่ 1 ไม่ทราบสาเหตุการตายที่แน่ชัดและไม่ได้ตรวจศพ

มีหลายกรณี ที่แพทย์ผู้รักษาไม่สามารถวินิจฉัยได้ว่า อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งพบได้บ่อยในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหนักและมารับการรักษาโดยไม่ทราบประวัติเดิม หรือมีอาการเฉียบพลันมาก เข้ารับการรักษาไม่นานก็เสียชีวิต กรณีนี้อาจทำให้เกิดปัญหาในการออกหนังสือรับรองการตาย ทั้งนี้เพราะแพทย์อาจไม่กล้าวินิจฉัย หรือสรุปสาเหตุการตายเป็นโรคใดโรคหนึ่งให้แน่ชัดลงไป 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 ใช้คำภาษาไทยว่าไม่ทราบสาเหตุการตายที่แน่ชัดลงไปบนหนังสือรับรองการตาย โดยการทำสถิติการตายประเภทนี้ จะถูกนับเข้าไปในการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ โดยใช้รหัสที่ขึ้นต้นด้วยอักษร R ซึ่งจะให้คุณภาพข้อมูลสถิติการตาย คือว่า การสรุปว่าหัวใจล้มเหลว เพราะจะไม่ทำให้ข้อมูล การตายด้วยโรคหัวใจ มากเกินความเป็นจริง

ปัญหาที่ 2 มีโรคหลายโรคที่อาจเป็นสาเหตุการตายได้

บางกรณีที่เกี่ยวข้องด้วยโรคหลาย ๆ โรคที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หรือในเวลาใกล้เคียงกัน ค่อม่าผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์ผู้สรุปหนังสือรับรองการตายอาจไม่แน่ชัดในสาเหตุการตาย จึงทำให้การกรอกลำดับต่าง ๆ ของสาเหตุการตาย คลาดเคลื่อนได้

ทั้งนี้ แพทย์ผู้สรุปควรแบ่งโรคหลาย ๆ โรคของผู้ป่วยเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่คิดว่าเป็นโรคไม่หนัก และไม่น่าเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วย โรคกลุ่มแรกนี้ให้เขียนบันทึกในส่วนที่ 2 ของหนังสือรับรองการตาย โดยเรียงลำดับอย่างไรก็ได้ สำหรับโรคที่หนักและอาจเป็นสาเหตุของการตายของผู้ป่วย ให้แพทย์ผู้สรุปหนังสือรับรองการตาย ทำการพิจารณาว่าโรคที่หนักที่สุดและคิดว่ามีโอกาสที่อาจเป็นสาเหตุการตายสูงสุด บันทึกไว้ในบันทึก I(d) ถ้าโรคหนักมีหลายโรคและมีความน่าจะเป็นที่จะเป็นสาเหตุการตายใกล้เคียงกัน ให้บันทึกไว้ในบรรทัด I(d) ทุกโรค โดยเรียงลำดับหนักสุดไว้ที่หน้าสุด

ปัญหาที่ 3 มีปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจทำให้ไม่สามารถลงสาเหตุการตายได้ตามความเป็นจริง

มีสถานการณ์บางอย่าง ที่มีผลกระทบต่อกรเขียนหนังสือรับรองการตายของแพทย์ เช่น คำขอร้องจากญาติผู้ป่วย หรือ ผู้รับผลประโยชน์จากการตาย ได้แก่ กรณีผู้ป่วยโรคเอดส์เสียชีวิต ญาติมักขอร้องแพทย์มิให้บันทึกว่าสาเหตุการตายเป็นโรคเอดส์ กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งเสียชีวิต ผู้ที่ได้รับสินไหมจากกรมธรรม์ประกันชีวิต อาจขอร้องมิให้ แพทย์เขียนสาเหตุการตายเป็นมะเร็ง หรือการป่วยตายด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นมาก่อนจะทำประกันชีวิต และยังไม่ได้ทำการรักษาให้หายขาด เช่น วัณโรค โรคความดันโลหิตสูง กามโรค โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับตับและถุงน้ำดี เป็นต้น เมื่อบริษัทประกันชีวิตตรวจพบหรือทราบ จะไม่ได้เงินค่าสินไหมทดแทน กรณีเหล่านี้ ถือเป็นความลำบากใจของแพทย์ผู้ปฏิบัติงานหลาย ๆ คน ต้องยอมทำตามญาติผู้ป่วย เพราะความมีเชื้อยึดต่อกัน และสังคมรอบข้างเป็นใจ แต่ข้อมูลที่ถูกปกปิดเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบต่อสถิติการตายของประเทศ

ปัญหาที่ 4 ความเห็นไม่ตรงกันกับแพทย์คนอื่น

บ่อยครั้งที่แพทย์ อาจมีความเห็นต่อการดำเนินโรคและสาเหตุการตาย แต่ละครังไม่เหมือนกัน จะเห็นได้จากกรณีที่มีผู้เสียชีวิตเพียง 1 ราย ถ้าให้แพทย์สรุปหนังสือรับรอง

การตายหลายคน อาจได้ข้อสรุปที่ไม่เหมือนกัน ทั้งนี้เป็นเพราะ ความแตกต่างกันในแง่ พื้นความรู้ ความเชี่ยวชาญ ชำนาญเฉพาะด้าน ประสบการณ์ และแนวคิดที่ต่างกัน ซึ่งถือเป็นเหตุการณ์ปกติ ทางด้านวิชาการ ดังนั้น จะเห็นได้ว่าแนวทางการศึกษาหนังสือรับรองการตายของแพทย์จะมี อิทธิพลต่อการเลือกสาเหตุการตายของนักเวชสถิติสูงมาก ถ้าเปลี่ยนแพทย์ที่เขียนหนังสือรับรอง การตาย อาจทำให้สาเหตุการตายเปลี่ยนไปได้ขึ้นอยู่กับมุมมองของแพทย์

ข้อจำกัดของการศึกษา

จากลักษณะการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ทำให้อาจเกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้ เพราะการศึกษาย้อนหลังไป อาจทำให้มีการหลงลืมข้อมูลได้ (recall bias) ซึ่งผู้ศึกษาได้พยายามลดจุดบกพร่องในข้อนี้ลง โดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ที่ทราบประวัติและลักษณะทางสังคมของประชาชนในเขตรับผิดชอบเป็นอย่างดี เป็นผู้รวบรวมข้อมูลจากญาติและผู้ใกล้ชิดผู้ตาย และค้นประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ตายจากสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ให้ได้มากที่สุด เพื่อประกอบการพิจารณาสาเหตุการตาย และมีกระบวนการตรวจสอบข้อมูล 2 ระดับ คือ ระดับอำเภอจะมีการนัดผู้สัมภาษณ์ค้นประวัติการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลอำเภอ ก่อนที่จะมีการประชุมร่วมกับแพทย์ ที่โรงพยาบาลชุมชนในการวินิจฉัยสาเหตุการตาย ถ้าข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน จะต้องไปสัมภาษณ์ซ้ำ ถ้าการสัมภาษณ์ครอบคลุมแล้ว แต่มีประวัติการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลจังหวัด หรือ โรงพยาบาลอื่น ๆ ในระดับจังหวัด ผู้ศึกษาจะประสานไปโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อขอประวัติใช้ประกอบการวินิจฉัย ก่อนที่จะให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญวินิจฉัย รวมทั้งในการสัมภาษณ์จะคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ทราบอาการก่อนเสียชีวิตของผู้ตายมากที่สุดเป็นผู้ให้ข้อมูล แต่กรณีในรายที่ไม่สามารถค้นประวัติเพิ่มเติมได้ ให้คณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาลงมติสาเหตุการตายที่ใกล้เคียงมากที่สุด และข้อจำกัดของการวินิจฉัยสาเหตุการตายนั้น จะขึ้นกับข้อมูลที่ปรากฏอยู่กับวิจารณญาณของแพทย์ผู้วินิจฉัย ซึ่งแพทย์ผู้ให้การวินิจฉัยทุกคนได้ผ่านการฝึกอบรมเรื่องวิธีการระบุสาเหตุการตาย โดยผู้เชี่ยวชาญจากส่วนกลางมาแล้ว และทุกคนมีคู่มือประกอบการวินิจฉัยเหมือนกัน เกณฑ์ในการกำหนดการวินิจฉัย คือ แพทย์อย่างน้อย 2 ใน 3 คน ต้องลงความเห็นตรงกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กำหนดนโยบายและแก้ไขกฎหมายหรือระเบียบ ร่วมกันระหว่างกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข การลงสาเหตุการตายในมรณบัตร ในกรณีที่ตายนอกโรงพยาบาล ควรให้แพทย์หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรม เป็นผู้ลงสาเหตุการตาย
2. มีการกำหนดนโยบาย การกำหนดมาตรฐาน ร่วมกันระหว่างกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข ในการใช้ประโยชน์ของข้อมูลสาเหตุการตาย
3. การพัฒนาและปรับปรุงระบบข้อมูลสาเหตุการตาย ควรมีการพัฒนาทั้งตัวระบบ วิธีการทำงาน และคุณภาพข้อมูลที่เกิดขึ้น โดยใช้รูปแบบของพหุภาคี เป็นทางเลือกที่สำคัญในการตัดสินใจ เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งการแก้ไขกฎหมายที่จำเป็นด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ต้องบรรจุรายงานการสอบสวนการตายโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นรายงานประจำที่ เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องทำ
2. จัดทำคู่มือการเขียนหนังสือรับรองการตายให้แก่แพทย์/พยาบาล แจกจ่ายไปทั่วประเทศ เพื่อให้เปลี่ยนแปลงวิธีการลงสาเหตุการตายให้เป็นสาเหตุการตายที่แท้จริงได้
3. จัดทำคู่มือเพื่อช่วยให้บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ได้ลงสาเหตุการตายอย่างถูกต้องมากขึ้น
4. จัดอบรมผู้ที่เกี่ยวข้องในการลงสาเหตุการตายในรายงานมรณบัตร เพื่อปรับปรุงระบบการรายงานสาเหตุการตาย
5. จัดให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ใช้กฎเกณฑ์การเลือกสาเหตุการตาย ตามหลัก ICD 10 ได้อย่างถูกต้องและมีมาตรฐานเพื่อลดความแตกต่างของการสรุปหนังสือรับรองการตาย
6. นอกจากการแจกจ่ายคู่มือแล้ว ควรมีการจัดฝึกอบรมสั้น ๆ เพื่ออธิบายและร่วมพิจารณาปัญหาอุปสรรคกับแพทย์ประจำโรงพยาบาลต่าง ๆ เป็นระยะ ๆ
7. ควรให้ความรู้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. และประชาชนไม่เฉพาะ ความสำคัญของการแจ้งตาย แต่ควรเน้นในเรื่องของความสำคัญของการแจ้งตาย และสาเหตุการตาย
8. ส่งเสริมการนำข้อมูลการตายและข้อมูลพื้นฐานของชุมชนมาใช้ในการวางแผนพัฒนาตำบลอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไป เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการมากที่สุด ควรเป็นการศึกษาลักษณะไปข้างหน้า หรือ การเฝ้าระวังโรค เมื่อมีการตายเกิดขึ้น เก็บข้อมูลทันที
2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสาเหตุที่ทำให้การระบุงาเหตุการตายจากมรณบัตรไม่ถูกต้อง ควรมีการเก็บข้อมูลในกลุ่มเจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎร ที่ทำหน้าที่นายทะเบียน และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องด้วย