

บทที่ 2

เอกสารงานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุการตายที่เป็นจริง เปรียบเทียบกับสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตร ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในด้านต่าง ๆ ตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ความเป็นมาและความสำคัญของทะเบียนราษฎร
2. ระบบการแจ้งตายในประเทศไทย
3. ประวัติความเป็นมาของหนังสือรับรองการตาย
4. คู่มือการเขียนหนังสือรับรองการตาย
5. ระบบข้อมูลการตายของประเทศไทย
6. บัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายระหว่างประเทศ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความเป็นมาและความสำคัญของทะเบียนราษฎร (กรมการปกครอง , 2518)

ทะเบียนราษฎร เป็นชื่อรวมของทะเบียนต่าง ๆ ซึ่งบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติทะเบียนราษฎร พ.ศ.2499 ได้แก่ ทะเบียนบ้าน ทะเบียนคน ทะเบียนคนเกิด และทะเบียนคนตาย ในสมัยกรุงศรีอยุธยา ศัพท์ที่ใช้เกี่ยวกับทะเบียนราษฎร เรียกว่า “สาระบาณูชี” ดังปรากฏในรัชกาลสมเด็จพระรามาธิบดีที่ 2 พงศาวดารบันทึกไว้ว่า “ ศักราช 880 ขาลศก (พ.ศ.2061) ครั้งสมเด็จพระรามาธิบดี สร้างพระศรีสรรเพชญ์ เสวยราชสมบัติ แรกตำราพิชัยสงคราม และแรกทำสาระบาณูชีพระราชสัมฤทธิ์ ทุกเมือง” คำว่าสาระบาณูชี คงใช้ตลอดสมัยกรุงศรีอยุธยาจนถึงสมัยกรุงธนบุรี ต่อมาในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ ในรัชกาลที่ 1 เริ่มใช้คำว่า “สำมะโนครัว” ซึ่งปรากฏครั้งแรกในกฎหมายตราสามดวง และได้ใช้คำนี้กันเรื่อยมา กฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทะเบียน เช่น พระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ.2440 และ พ.ศ. 2456 พระราชบัญญัติทำบาณูชีคนในราชอาณาจักร ร.ศ.128 พระราชบัญญัติการตรวจสอบบัญชีสำมะโนครัวและการจดทะเบียนคนเกิด

คนตาย คนย้ายตำบล พ.ศ.2460 ใช้คำว่า “ทะเบียนสำมะโนครัว” ทุกฉบับ จนเมื่อ พ.ศ.2479 ประกาศใช้พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎรในเขตเทศบาล พ.ศ.2479 คำว่า “ทะเบียนราษฎร” เริ่มนำมาใช้ในเขตเทศบาล แต่นอกเขตเทศบาลยังใช้ทะเบียนสำมะโนครัวตามเดิม จนกระทั่งประกาศใช้พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ.2499 คำว่า “ทะเบียนสำมะโนครัว” จึงหายไปหมดทั่วราชอาณาจักร แต่เปลี่ยนเป็นใช้คำว่า “ทะเบียนราษฎร” แทน จนกระทั่งทุกวันนี้

ทะเบียนราษฎร จะไม่เกิดประโยชน์อย่างใด ถ้าไม่มีการรวบรวมจำนวนและจำแนกให้ทราบว่ามีในหมู่บ้าน ตำบล จังหวัด มีราษฎร เป็นชายเท่าใด หญิงเท่าใด มีบ้านกี่หลัง รวมไปถึงสถิติคนเกิด คนตาย คนย้ายเข้า คนย้ายออก เท่าไรในแต่ละปี การรวบรวมข้อมูลดังกล่าวมีการนำไปใช้ประโยชน์ ในทุกหน่วยงานไม่ว่าในทางการปกครอง ทางทหาร ทางเศรษฐกิจ หรือทางสาธารณสุข เพื่อความถูกต้องแน่นอนของการทะเบียนราษฎรที่ทุกวงการใช้เป็นหลักฐานอ้างอิง คณะปฏิวัติได้เล็งเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ จึงได้แก้ไขพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร ตามประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 234 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2514 โดยมีเหตุผลเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ราษฎร และลดขั้นตอนการทำงานของเจ้าหน้าที่ให้น้อยลง เพื่อที่จะบริการราษฎรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในส่วนของแบบพิมพ์มรณบัตร ได้แก้ไขให้เหลือเพียง 3 ตอน จากเดิม 4 ตอน และมีกระดาษคาร์บอนเขียนครั้งเดียวบันทึกได้ทั้ง 3 ตอน ทำให้ลดเวลาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ซึ่งจะเป็นผลให้บริการประชาชนในเรื่องนี้ได้รวดเร็วขึ้น และยังป้องกันความผิดพลาดได้อีกด้วย

2. ระบบการแจ้งตายในประเทศไทย (กรมการปกครอง ,2531)

สำหรับการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร เมื่อมีการตาย ก็ต้องแจ้งการตายพร้อมทั้งหนังสือรับรองการตาย จากผู้ทำการรักษาพยาบาลโดยอาชีพ ต่อนายทะเบียนภายใน 24 ชั่วโมง นับแต่เวลาตาย ส่วนผู้มีหน้าที่แจ้งการตาย คือเจ้าบ้าน หรือผู้พบศพในกรณีตายที่บ้าน แต่ถ้าตายนอกบ้าน ผู้มีหน้าที่แจ้งคือ บุคคลที่ไปกับผู้ตาย หรือผู้พบศพ เมื่อแจ้งตายแล้ว นายทะเบียนจะออกมรณบัตรให้ไว้เป็นหลักฐาน ก่อนนำศพไปเก็บ ฝัง เผา ต่อไป กฎหมายห้ามมิให้เก็บ ฝัง เผา หรือย้ายศพ ผิดไปจากสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาต เว้นแต่จะได้รับอนุญาตใหม่ตามระเบียบ

ระเบียบสำนักงานกลางทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง ว่าด้วยการจัดทำทะเบียนราษฎร พ.ศ.2515 กำหนดในข้อ 38 เกี่ยวกับทะเบียนคนตาย เรื่องการแจ้งการตายของคนตายในท้องที่ ซึ่งผู้ตายตายในบ้านที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ในกรณีในเขตเทศบาลให้แจ้งต่อนายทะเบียนท้องถิ่น ส่วนนอกเขตเทศบาลผู้แจ้งอาจเลือกแจ้งต่อนายทะเบียนตำบลหรือผู้ช่วย

นายทะเบียนตำบลประจำหมู่บ้านแห่งท้องที่ที่ตายก็ได้ ทั้งนี้ สุดแล้วแต่ความสะดวกของผู้แจ้ง เมื่อ นายทะเบียนผู้รับแจ้ง ได้รับแจ้ง ให้ปฏิบัติดังนี้

2.1 ในเขตเทศบาล ให้นายทะเบียนท้องถิ่นปฏิบัติดังนี้

2.1.1 เรียกสำเนาทะเบียนบ้านจากผู้แจ้งและผู้ตรวจสอบหลักฐานเกี่ยวกับตัวผู้แจ้งเข้าบ้านและคนตาย รวมทั้งหลักฐานอื่น ๆ เพื่อให้ได้รายการข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์สำหรับการออกมรณบัตรให้มากที่สุด

2.1.2 ถ้าผู้ตายมีผู้รักษาพยาบาลโดยอาชีพ ให้เรียกหนังสือรับรองการตายจากผู้ทำการรักษาพยาบาลโดยอาชีพนั้น

2.1.3 กรอกมรณบัตร ท.ร. 4 ทั้ง 3 ตอน

2.1.4 จำหน่ายคนตายออกจากทะเบียนบ้านและสำเนาทะเบียนบ้าน โดยประทับเครื่องหมาย “ตาย” สีแดงไว้หน้าชื่อ

2.1.5 มอบมรณบัตร ท.ร.4 ตอนที่ 1 พร้อมคืนสำเนาทะเบียนบ้านให้แก่ผู้แจ้ง

2.1.6 จำหน่ายทะเบียนคนตาย โดยประทับเครื่องหมาย “ตาย” สีแดง แล้วแยกไว้ต่างหาก

2.1.7 ส่งมรณบัตร ท.ร.4 ตอนที่ 3 ไปยังแพทย์เทศบาล

2.1.8 เก็บมรณบัตร ท.ร.4 ตอนที่ 2 ท.ร.4 ตอนหน้า (ถ้ามี) และหนังสือรับรองการตาย(ถ้ามี) เข้าแฟ้มทะเบียนคนตาย

2.2 นอกเขตเทศบาล

2.2.1 ถ้าแจ้งต่อนายทะเบียนตำบลให้ปฏิบัติดังนี้

(1) เรียกสำเนาทะเบียนบ้านจากผู้แจ้งและผู้ตรวจสอบหลักฐานเกี่ยวกับตัวผู้แจ้ง เข้าบ้านและคนตาย รวมทั้งหลักฐานอื่น ๆ เพื่อให้ได้รายการข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์สำหรับการออกมรณบัตรให้มากที่สุด

(2) ถ้าผู้ตายมีผู้รักษาพยาบาลโดยอาชีพ ให้เรียกหนังสือรับรองการตายจากผู้ทำการรักษาพยาบาลโดยอาชีพนั้น

(3) กรอกมรณบัตร ท.ร.4 ที่ 3 ตอน

(4) มอบมรณบัตร ท.ร.4 ตอนที่ 1 ให้แก่ผู้แจ้ง

(5) ส่งมรณบัตร ท.ร.4 ตอนที่ 2 และตอนที่ 3 หนังสือรับรองการตาย (ถ้ามี) พร้อมสำเนาทะเบียนบ้านไปยังนายทะเบียนอำเภอ

2.2.2 เมื่อนายทะเบียนอำเภอได้รับมรณบัตร ท.ร.4 ตอนที่ 2 ตอนที่ 3 และหนังสือรับรองการตายพร้อมสำเนาทะเบียนบ้าน ให้ปฏิบัติดังนี้

(1) จำหน่ายคนตายออกจากทะเบียนบ้านและสำเนาทะเบียนบ้าน โดยประทับเครื่องหมาย “ตาย” สีแดงไว้หน้าชื่อ

(2) คืนสำเนาทะเบียนบ้านแก่ผู้แจ้ง

(3) จำหน่ายทะเบียนคนตาย โดยประทับเครื่องหมาย “ตาย” สีแดง แล้วแยกเก็บไว้ต่างหากส่งมรณบัตร ท.ร.4 ตอนที่ 3 ไปยังแพทย์ใหญ่จังหวัด

(4) เก็บมรณบัตร ท.ร.4 ตอนที่ 2 ท.ร.4 ตอนหน้า (ถ้ามี) และหนังสือรับรองการตาย (ถ้ามี) เข้าแฟ้มทะเบียนคนตาย

2.2.3 ถ้าแจ้งต่อผู้ช่วยนายทะเบียนตำบลประจำหมู่บ้าน ให้ปฏิบัติดังนี้

(1) เรียกสำเนาทะเบียนบ้านจากผู้แจ้งและตรวจสอบหลักฐานเกี่ยวกับตัวผู้แจ้ง เจ้าบ้านและคนตาย รวมทั้งหลักฐานอื่น ๆ เพื่อให้ได้รายการข้อมูลที่ต้องการสมบูรณ์สำหรับการออกมรณบัตรให้มากที่สุด

(2) ถ้าผู้ตายมีผู้รักษาพยาบาลโดยอาชีพ ให้เรียกหนังสือรับรองการตายจากผู้ทำการรักษาพยาบาลโดยอาชีพนั้น

(3) ดำเนินการรับแจ้งการตายตามแบบพิมพ์มรณบัตร ท.ร.4 ตอนหน้า (ใบรับรองการตาย) พร้อมสำเนาทะเบียนบ้านไปยังนายทะเบียนตำบล

(4) ส่งมรณบัตร ท.ร.4 ตอนหน้า (ใบรับแจ้งการตาย) หนังสือรับรองการตาย (ถ้ามี) พร้อมด้วยสำเนาทะเบียนบ้านไปยังนายทะเบียนประจำตำบล

(5) นายทะเบียนตำบลดำเนินการออกมรณบัตร ท.ร.4 ทั้ง 3 ตอน

(6) นายทะเบียนอำเภอดำเนินการจำหน่ายรายการคนตายในทะเบียนบ้านและสำเนาทะเบียนบ้าน

(7) ผู้ช่วยนายทะเบียนประจำหมู่บ้านรับมรณบัตร ท.ร.4 ตอนที่ 1 พร้อมด้วยสำเนาทะเบียนบ้านจากนายทะเบียนเพื่อคืนให้แก่ผู้แจ้ง

ข้อ 39 เมื่อนายทะเบียนได้รับแจ้งว่ามีคนตายในท้องที่ ซึ่งผู้ตายมีถิ่นที่อยู่ภายในเขตสำนักทะเบียนผู้รับแจ้ง แต่ตายนอกบ้านที่ตนมีชื่อในทะเบียนบ้าน ให้ดำเนินการตามระเบียบว่าด้วยการรับแจ้งการตายแต่ให้แจ้งไปยังเจ้าบ้านที่ผู้ตายมีชื่อในทะเบียน ให้นำสำเนาทะเบียนบ้านมาแก้รายการแล้วคืนให้เจ้าบ้าน

ข้อ 40 เมื่อนายทะเบียนได้รับแจ้งว่ามีคนตายในท้องที่ซึ่งผู้ตายมิได้มีถิ่นที่อยู่ภายในเขต
สำนักทะเบียนที่รับแจ้ง ให้ดำเนินการตามระเบียบว่าด้วยการรับแจ้งการตายโดยอนุโลมโดยให้ระบุ
ในมรณบัตรตอนที่ 3 ตรงที่ว่างด้านซ้ายว่า “คนต่างท้องที่” แล้วมอบมรณบัตรตอนที่ 1 ให้แก่ผู้แจ้ง
และให้ส่งมรณบัตร ตอนที่ 2 ไปยังสำนักทะเบียนที่ผู้ตายมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

เมื่อสำนักทะเบียนที่ผู้ตายมีชื่ออยู่ในทะเบียนได้รับมรณบัตร ตอนที่ 2 ให้ดำเนินการดังนี้

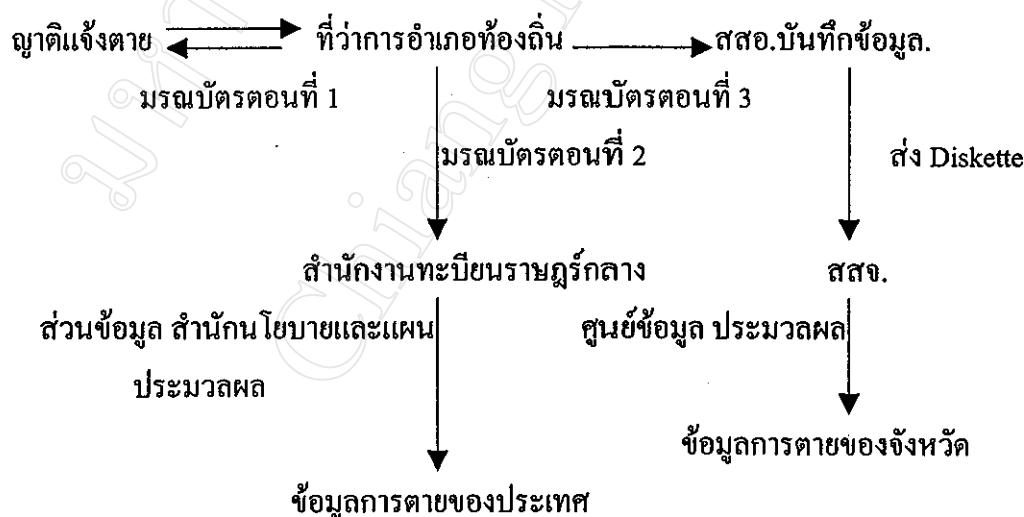
(1) ตรวจสอบรายการบุคคลที่ตายกับทะเบียนบ้าน หากพบว่าการลงรายการใน
มรณบัตรตอนที่ 2 ยังไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้องก็ให้ลงรายการเพิ่มเติมหรือแก้ไขให้ถูกต้อง แล้วลง
ลายมือชื่อและตำแหน่งนายทะเบียนกำกับไว้เป็นหลักฐาน

(2) จำหน่ายรายการคนตายในทะเบียนบ้าน และสำเนาทะเบียนบ้านหาก
มีทะเบียนคนก็ให้จำหน่ายด้วย

(3) ส่งมรณบัตร ตอนที่ 2 ไปยังสำนักทะเบียนจังหวัดเพื่อรวบรวมส่งสำนักงาน
กลางทะเบียนราษฎรดำเนินการต่อไป

สำหรับระบบข้อมูลการตายของจังหวัดพะเยาได้ดำเนินการตามแผนภูมิ ดังนี้

รูป 1 ระบบข้อมูลการตายของจังหวัดพะเยา



3. ประวัติความเป็นมาของหนังสือรับรองการตาย (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบาย และแผนสาธารณสุข, 2542)

การสืบค้นหาสาเหตุการตายของมนุษย์ มีประวัติยาวนานมาตั้งแต่สมัยก่อนยุคกลาง ตั้งแต่สมัยของ Hippocrates ต่อเนื่องมาถึง Galen อย่างไรก็ตามการสืบค้นอย่างเป็นระบบตามหลัก เกษตรวิทยาศาสตร์ มีขึ้นอย่างจริงจังในสมัยยุคกลาง คือ ในยุคฟื้นฟูศิลปวัฒนธรรม (Renaissance) ซึ่งมีประโยชน์อย่างยิ่ง ในการศึกษาธรรมชาติของโรคหลายชนิด รวมทั้งการหาแนวทางใหม่ ๆ และป้องกันโรค การเรียนรู้ประวัติและแนวความคิดในการพัฒนาการศึกษาสาเหตุการตายจะทำให้ เราเข้าใจวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการสรุปสาเหตุการตายได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การพัฒนาสาเหตุการตาย สถิติการตาย และหนังสือรับรองการตาย ยังมีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบ การจำแนกโรคระหว่างประเทศ ที่เรียกว่า International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth revision (ICD-10) อีกด้วย

ประวัติแรกเริ่ม

เซอร์ จอร์จ นิบบ์ นักสถิติผู้มีชื่อเสียงของออสเตรเลีย ได้ยกย่อง ฟรังซัว บอสลีเอ เดอ ลาคัวร์ซ์ (ค.ศ. 1706-1777) หรือเป็นผู้ที่รู้จักกันดีในนาม ซาลเวจ ว่าเป็น คนแรกที่พยายามจัด โรคต่าง ๆ เป็นระบบ ผลงานของซาลเวจ ได้ถูกตีพิมพ์ในชื่อ โนโซโลยี เมโรดิกา ผู้ที่เป็นแรงบันดาลใจของซาลเวจ คือ นักกรรมวิธีผู้ยิ่งใหญ่ นาม ลินเนียส (ค.ศ.1707-1778) ซึ่งมีผลงานเรื่อง เจเนรา มอโบรัม ในตอนต้นของของศตวรรษที่ 19 ระบบการจำแนกโรคที่ใช้กันมากที่สุด เป็น ของวิลเลียม คัลเลน (ค.ศ.1710-1790) แห่งเมือง เอคินเบอร์ก ซึ่งถูกตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1785 ภายใต้ ชื่อ ซินอปซิส โนโซโลยี เมโรดิกา

อย่างไรก็ตาม ถ้ามองในแง่ที่ปฏิบัติได้จริง การจัดทำสถิติโรคได้เริ่มขึ้นเกือบหนึ่ง ศตวรรษก่อนหน้านั้นจากผลงานของ จอห์น กรันท์ เกี่ยวกับ กฎหมายมรณกรรมแห่งลอนดอน การ จัดหมวดหมู่ของโรคในงานบุกเบิกชิ้นนี้ เป็นไปอย่างเบบบง่าย ๆ เพื่อความพยายามในการคาดคะเน อัตราส่วน ของเด็กเล็กที่ตายก่อนอายุ 6 ขวบ แต่ไม่ได้บันทึกอายุที่ตายเอาไว้ เขาได้แบ่งประเภทการ ตายเป็น ชาง ลมชัก กระดูกอ่อน ฟัน หนองพยาธิ แท้ง รูปวิปริต ทารก และตับโต รวมทั้งเพิ่มเติม เกือบครึ่งของสาเหตุการตายด้วยโรคฝีดาษ ฝีหมู หัด และพยาธิไร้มชัก การจำแนกครั้งนี้จะค่อนข้างหายาบ สามศตวรรษผ่านไป ผลงานชิ้นนี้ จึงได้รับการยอมรับ ว่าเป็นผลงานดี ทำให้การจำแนก โรคมีความแม่นยำ และมีความเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น หลายคนสงสัยว่าความพยายามที่จะทำ

สถิติโรค หรือสถิติการตาย จะมีประโยชน์หรือไม่ เพราะมีความยากลำบากในการจำแนกโรค ต่อมา งานด้านเวชศาสตร์ป้องกันมีความก้าวหน้า สำนักทะเบียนของอังกฤษและเวลส์ ซึ่งตั้งขึ้นในปี ค.ศ.1837 แต่งตั้ง วิลเลียม ฟาร์ (ค.ศ.1807-1883) เป็นนักเวชสถิติคนแรก ซึ่งเป็นผู้ที่ประยุกต์ใช้การ จำแนกโรคได้อย่างดีเยี่ยมและยังมีความพยายามในการปรับปรุงการจำแนกโรคให้ดีขึ้น รวมถึงการ ใช้งานให้เป็นรูปแบบเดียวกันในระหว่างประเทศ

ฟาร์พบว่า การจำแนกโรคของคัลเลน ฉบับที่ใช้กันอยู่ในการบริการสาธารณสุข ในยุคนั้น ไม่ทันสมัย เพราะไม่ได้รวมความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นใหม่ และไม่เหมาะสม สำหรับนำมาใช้ทางเวชสถิติ ในรายงานประจำปีฉบับแรกของสำนักทะเบียน ฟาร์ได้อธิบายหลักการ ที่ควรเป็นในการจำแนกโรคและชักชวนให้มีการปรับปรุงแก้ไขให้มีการจำแนกโรคที่เป็นรูปแบบ เดียวกัน ประโยชน์ของการใช้นามบัญญัติที่เป็นรูปแบบเดียวกัน แม้จะยังไม่สมบูรณ์ แต่ก็มีความ ชัดเจนขึ้น และไม่เคยมีการสนับสนุนการใช้บัญชีจำแนกโรคในกฎหมายมรณกรรม จะเห็นได้ว่า โรคแต่ละโรคที่สถานการณ์ต่างกัน จะถูกเรียกโดยชื่อหลายชื่อ ทำให้เกิดการใช้คำที่ไม่เหมาะสม และบางครั้ง บันทึกโรคแทรกซ้อนไว้แทนที่โรคที่สำคัญมากกว่า

ทั้งนามบัญญัติและบัญชีจำแนกโรคได้รับการศึกษาและพิจารณาจากฟาร์ มาตลอด โดยติดตามจากรายงานประจำปีของสำนักทะเบียนทุกปี การเริ่มใช้บัญชีจำแนกโรคสำหรับ การตายที่เป็นรูปแบบเดียวกัน เริ่มชัดเจนขึ้นในการประชุมสถิตินานาชาติครั้งแรกที่กรุงบรัสเซลส์ ประเทศเบลเยียมในปี ค.ศ.1853 ในครั้งนั้น ที่ประชุมได้ขอให้ วิลเลียม ฟาร์ และ มาร์ก เดสไพน์ แห่ง เฌนีวา ร่างรูปแบบบัญชีจำแนกโรคที่เป็นสาเหตุการตาย เพื่อนำมาใช้ในระดับนานาชาติ จนถึง การประชุมครั้งต่อไปในปี ค.ศ.1855 ที่กรุงปารีส ฟาร์และเดสไพน์ ได้นำเสนอบัญชีรายชื่อ 2 รายการ ซึ่งต่างฝ่ายต่างจัดทำขึ้นมาโดยใช้หลักการที่แตกต่างกันอย่างมากระหว่างฟาร์แบ่งโรค เป็นห้ากลุ่ม โรคระบาด โรคทั่วไป โรคที่เกิดตามอวัยวะ โรคในระยะการเจริญเติบโต และโรคที่เกิด จากการใช้ความรุนแรง เดสไพน์แบ่งโรคตามธรรมชาติของโรคเก๊าท์ เฮอร์ปีส และโรคเลือด เป็นต้น ที่ประชุมได้จัดทำขึ้นใหม่เป็นบัญชีรายชื่อรวม 139 รายการ จนถึงปี ค.ศ.1864 บัญชีจำแนกโรค ได้ถูกปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมโดยยึดแนวทางของฟาร์เป็นหลัก หลังจากนั้นได้มีการปรับปรุงแก้ไข อีกหลายครั้ง ในปี ค.ศ.1874 1880 และ 1886 ถึงแม้บัญชีจำแนกโรคฉบับนี้ จะไม่ได้รับการยอมรับ จากทั่วโลกอย่างเป็นทางการ แต่แนวทางของฟาร์ในการจัดแบ่งกลุ่มโรครวมถึงหลักการแบ่งโรค ตามตำแหน่งทางกายวิภาค ก็ยังคงใช้เป็นพื้นฐานของบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายในระหว่าง ประเทศ

4. คู่มือการเขียนหนังสือรับรองการตาย (สำนักน โยบายและแผนสาธารณสุข, 2542)

4.1 แบบฟอร์มหนังสือรับรองการตาย

แบบฟอร์มหนังสือรับรองการตาย ที่ใช้อยู่ในประเทศไทย ปัจจุบันมี 2 แบบ คือ แบบภาษาไทย ทร.4/1 ที่ใช้สำหรับรับรองการตายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เพื่อประกอบการแจ้งตาย และขอฌมณบัตร อีกแบบเป็นภาษาไทยกำกับภาษาอังกฤษ ที่ใช้บันทึกสาเหตุการตายเพื่อใช้เป็นข้อมูลภายในของโรงพยาบาล แบบฟอร์มหนังสือรับรองการตายภาษาไทย มีใช้อยู่ในทุกโรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชน โดยกำหนดให้บุคลากรหลายวิชาชีพสามารถบันทึกสาเหตุการตายได้ เช่น แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาล ผดุงครรภ์ แพทย์แผนโบราณ ฯลฯ ส่วนแบบฟอร์มหนังสือรับรองการตายแบบภาษาไทยกำกับภาษาอังกฤษ คงมีใช้อยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ โดยเป็นส่วนหลังของแบบฟอร์มสรุปรายงาน ที่เรียกว่า รง.501 รง.502 และ รง.503 สำหรับในโรงพยาบาลเอกชน มีส่วนน้อยที่มีแบบฟอร์มชนิดนี้ใช้ ผู้ที่รับผิดชอบในการบันทึกแบบฟอร์มหนังสือรับรองการตายฉบับภาษาไทยกำกับภาษาอังกฤษนี้ คือ แพทย์ผู้รักษาท่านั้น

โรงพยาบาลแต่ละแห่งอาจมีแบบฟอร์มใช้ทั้งสองแบบ หรืออาจใช้เฉพาะแบบฟอร์มภาษาไทยแบบเดียวก็ได้ แต่ถ้าใช้แบบฟอร์มสองแบบ อาจมีความคล่องตัวกว่า ในแง่ที่บางครั้ง แพทย์อาจบันทึกแบบฟอร์มภาษาไทยไม่ตรงตามสาเหตุการตายที่แท้จริง แต่บันทึกแบบฟอร์มภาษาอังกฤษตามหลักวิชาการเพื่อเก็บข้อมูลการตายให้ถูกต้องได้ เช่น กรณีผู้ตายเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ญาติผู้ตายอาจขอร้องให้แพทย์เปลี่ยนสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายเป็นโรคอื่น ๆ แทนเพราะไม่อยากจะให้เกิดปัญหาทางสังคมอื่น ๆ ถ้ามีหนังสือรับรองการตาย 2 แบบฟอร์ม แพทย์ สามารถเปลี่ยนสาเหตุการตายในแบบฟอร์มภาษาไทย (ที่ใช้ในการแจ้งตายเพื่อขอใบมณบัตร) เป็นเหตุอื่นได้ แต่ยืนยันสาเหตุการตายที่ถูกต้องตามความเป็นจริงในแบบฟอร์มภาษาอังกฤษ (ที่ใช้ในการให้รหัสโรค ICD-10 และจัดทำสถิติการตาย) ก็จะทำให้ข้อมูลสถิติการตายไม่ผิดเพี้ยนจากความเป็นจริง แบบฟอร์มการตายทั้งสองแบบนี้ ประเทศไทยได้ดัดแปลงโดยคงรูปแบบเดิมไว้ส่วนใหญ่มาจากแบบฟอร์มหนังสือรับรองการตาย (medical certificate of cause of death) ที่กำหนดไว้ ในหนังสือเล่มที่ 2 ของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD) ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 10 ทั้งนี้ เพราะองค์การอนามัยโลก ได้แนะนำให้ประเทศสมาชิกทุกประเภทขององค์การอนามัยโลก ใช้หนังสือรับรองการตายที่เสนอไว้นี้ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งประเทศ

สมาชิกส่วนใหญ่ เห็นด้วย และยึดปฏิบัติตาม เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย ฯลฯ รวมทั้งประเทศไทยด้วย

เหตุที่ นานาชาติใช้หนังสือรับรองการตายที่เป็นรูปแบบเดียวกัน เป็นเพราะในการ จำแนกสาเหตุการตายที่ถูกต้องของผู้ตายแต่ละราย จำเป็นจะต้องพิจารณาจากลำดับของโรคหรือภาวะ ต่างๆ ในหนังสือรับรองการตายแต่ละบรรทัด ที่แพทย์ผู้รักษาเป็นผู้บันทึก การสลับตำแหน่งของ โรคแต่ละโรค อาจทำให้ สาเหตุการตายของผู้ตายแต่ละรายแตกต่างกันได้ ดังนั้น หนังสือรับรอง การตายต้องมีรูปแบบที่เป็นมาตรฐาน จึงจะสามารถใช้หลักเกณฑ์ในการจำแนกสาเหตุการตายได้ ถูกต้อง

4.2 ส่วนประกอบของหนังสือรับรองการตาย

หนังสือรับรองการตาย ประกอบด้วยส่วนต้นของหนังสือ คือส่วนที่แสดงข้อมูล จำเพาะประจำตัวของผู้ตายแต่ละราย และส่วนที่แสดงสาเหตุการตาย ในที่นี้ถือว่าส่วนที่แสดง สาเหตุการตายเป็นส่วนที่สำคัญเพราะเป็นส่วนหลักที่ใช้ในการเลือกสาเหตุการตายที่ถูกต้อง

ส่วนแสดงสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เหตุตายโดยตรง มีตัวเลขโรมัน I นำหน้าและ ส่วนที่ 2 โรคหรือภาวะอื่น ๆ มีตัวเลขโรมัน II นำหน้า

ส่วนที่ 1 เหตุตายโดยตรง แบ่งเป็น 4 บรรทัด คือ a b c และ d ในฉบับภาษาไทย กำกับภาษาอังกฤษ และ ก ข ค ง ในฉบับภาษาไทย หรือ มีแค่ 3 บรรทัด คือ บรรทัด ก ข ค ใน ทร.4/1 (รุ่นเก่า)

ส่วนที่ 2 โรคหรือภาวะอื่น ๆ มี 2 บรรทัด โดยทั้งสองบรรทัดนี้ ไม่มีตัวอักษรกำกับ รูปแบบทั้งสองส่วนมีดังต่อไปนี้

I เหตุตายโดยตรง (a) หรือ ก) _____

(b) หรือ ข) _____

(c) หรือ ค) _____

(d) หรือ ง) _____

II โรคหรือภาวะอื่น ๆ _____

ทั้งสองส่วน ยังแบ่งเป็น 2 คอลัมน์ โดยมีเส้นตรงขวางเป็นตัวแบ่ง และมีคำอธิบายกำกับแต่ละคอลัมน์ โดยคอลัมน์แรก ให้กรอก โรคหรือภาวะที่คิดว่าเป็นสาเหตุการตาย ส่วนคอลัมน์ที่สองให้กรอก ระยะเวลาที่เป็นโรคนั้น ๆ เพื่อประกอบการพิจารณาเลือกโรคที่เป็นสาเหตุการตาย

ส่วนท้ายสุดของ หนังสือรับรองการตายฉบับภาษาอังกฤษ ยังประกอบด้วยช่องว่างอีก 2 ช่อง ใช้สำหรับบันทึก รายละเอียดเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ตายได้รับบาดเจ็บ หรือถูกทำร้าย โดยในช่องว่างช่องแรกให้บันทึกว่าการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุ ทำร้ายตัวเอง หรือ ถูกทำร้าย ส่วนในช่องที่สอง ให้กรอกรายละเอียดหรือกลไกการบาดเจ็บว่าลักษณะเป็นอย่างไร (ภาคผนวก จ)

4.3 การบันทึกหนังสือรับรองการตาย

ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการบันทึกหนังสือรับรองการตายในโรงพยาบาล คือ แพทย์ผู้รักษา เพราะเป็นผู้ที่ทราบรายละเอียดการวินิจฉัยโรค โรคแทรกซ้อน การรักษา ฯลฯ ของผู้ตายทั้งหมดเป็นอย่างดี การเลือกสาเหตุการตายของผู้ตายแต่ละรายจึงพิจารณาจากความเห็นของแพทย์ผู้รักษาเป็นหลัก แพทย์จึงควรมีความรู้และความเข้าใจหลักการบันทึกหนังสือรับรองการตายอย่างถ่องแท้ จึงจะบันทึกหนังสือรับรองการตายได้ถูกต้อง

การบันทึกหนังสือรับรองการตาย ส่วนที่ 1 เหตุตายโดยตรง ถือเป็น ส่วนที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นส่วนที่จะถูกวิเคราะห์และนำไปเลือกสาเหตุการตายสำหรับผู้ตายรายนั้น ในส่วนนี้ใช้สำหรับแสดงลำดับเหตุการณ์ของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อันนำไปสู่การตาย โดยเรียงลำดับเหตุการณ์ย้อนจากปัจจุบันไปหาอดีต โดยเหตุการณ์ล่าสุดจะอยู่บรรทัดบนสุด ส่วนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนนั้นจะอยู่ในบรรทัดถัดลงไป จนย้อนไปถึงสาเหตุการตายที่แท้จริงในบรรทัดล่างสุด

การบันทึกหนังสือรับรองการตาย ส่วนที่ 1 เหตุตายโดยตรง มีหลักการที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้

4.3.1 ห้ามใช้คำที่แสดงรูปแบบการตาย (mode of death) แทน สาเหตุการตาย (underlying cause of death)

รูปแบบการตายหรือ mode of death ได้แก่คำว่า heart failure , respiratory failure, cardiorespiratory failure, shock, severe brain injury ฯลฯ คือ คำบรรยายรูปแบบการตายที่ใช้ในการทำ clinico-pathological-conference นั่นเอง คำเหล่านี้ ทำให้เกิดความสับสนกับคำว่าสาเหตุการตาย หรือ underlying cause of death เป็นอย่างมาก เพราะ แพทย์และเจ้าหน้าที่หลายคนเข้าใจว่า รูปแบบการตายคือสาเหตุการตาย ซึ่งไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง

รูปแบบการตายแตกต่างจากสาเหตุการตายตรงที่ว่า รูปแบบการตายคือการบ่งบอกว่า อวัยวะใดที่สำคัญ หยุดทำงานไปก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ส่วนสาเหตุการตาย บอกว่าเหตุต้นกำเนิด ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ หรือ การเจ็บป่วย อันทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ จนนำไปสู่การตายนั่นคืออะไร การค้นหาและวิเคราะห์สาเหตุการตายของประชากรในประเทศใดประเทศหนึ่ง จะมีประโยชน์ในการวางแผนป้องกันสาเหตุการตายนั่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการวิจัยทางการแพทย์ และระบาดวิทยา ส่วนการวิเคราะห์รูปแบบการตายอาจมีประโยชน์อยู่บ้างในการศึกษาทางพยาธิวิทยาของ อวัยวะสำคัญ ถ้าเรามองในมุมกว้าง จะเห็นว่าการวิเคราะห์สาเหตุการตายจะมีประโยชน์ในระดับชาติ และ นานาชาติมากกว่า ดังนั้น กฎเกณฑ์ของ ICD-10 จะเน้นการเลือกสาเหตุการตายให้ถูกต้อง และไม่แนะนำให้มีการเขียนรูปแบบการตายลงในหนังสือรับรองการตาย

4.3.2 บันทึกโรคต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุการตายโดยเรียงลำดับเหตุการณ์ย้อนจากปัจจุบันไปหาอดีต

การบันทึกหนังสือรับรองการตายให้เรียงลำดับเหตุการณ์เริ่มจากปัจจุบัน ย้อนไปหาอดีต โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนการตายจะอยู่บรรทัดแรกสุด เหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุของเหตุการณ์แรกจะอยู่บรรทัดล่าง ไล่หาสาเหตุไปเรื่อย ๆ จนถึงสาเหตุการตายที่แท้จริงจะอยู่บรรทัดล่างสุด (บรรทัด d หรือ ง ของส่วนที่ 1)

4.3.3 บันทึกสาเหตุการตายเบื้องต้นในบรรทัดล่างสุด

ในกรณีที่ไม่มีโรคที่เป็นเหตุการณ์ต่อเนื่องกัน ให้แพทย์บันทึกโรคที่คิดว่าจะเป็นสาเหตุการตายเบื้องต้นที่เป็นสาเหตุให้เสียชีวิต ได้มากที่สุดไว้ในบรรทัดล่างสุดของส่วนที่ 1 คือ บรรทัด (d) หรือ (ง) เพียงโรคเดียว โดยให้พิจารณาโรคที่สำคัญที่สุดอันทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบต่าง ๆ นานา จนทำให้ผู้ตายเสียชีวิตในท้ายสุด

ในกรณีที่การตายมีสาเหตุจากการบาดเจ็บต่าง ๆ ให้ระบุว่า การบาดเจ็บในคราวนี้ เป็น อุบัติเหตุ (accident), การฆ่าตัวตาย (suicide) หรือ ถูกฆาตกรรม (homicide) และให้เขียนกลไกการบาดเจ็บลงในบรรทัดล่างสุดของส่วนที่ 1 (บรรทัด d หรือ ง) โดยอนุโลมว่า อาจเขียนเป็นภาษาไทย ถ้าเขียนเป็นภาษาอังกฤษไม่ได้ เช่น เขียนว่า ช้อนท้ายรถจักรยานยนต์ซึ่งขับไปชนกับราวสะพาน หรือ พลัดตกจากนั่งร้านในงานที่ก่อสร้างตึกสูง แทนที่จะเขียนว่า motorcycle passenger in collision with bridge หรือ fall from scaffold at tower building site

การบันทึกหนังสือรับรองการตายส่วนที่ 2 โรคหรือภาวะอื่น ๆ ให้เขียนโรคอื่น ๆ ที่พบในผู้ป่วย ซึ่งแพทย์ผู้เขียนอาจคิดว่า โรคในส่วนนี้มีส่วนทำให้ผู้ตายเสียชีวิต

จึงบันทึกแยกไว้ต่างหาก อย่างไรก็ตามรายงานส่วนนี้อาจช่วยเพิ่มเติมรายละเอียดของโรคผู้ป่วยได้มากขึ้น และอาจเป็นส่วนสำคัญในการจำแนกสาเหตุการตายในกรณีที่เกิดปัญหาในการจำแนกตำแหน่งของโรคที่ปรากฏอยู่ในหนังสือรับรองการตายที่แตกต่างกัน อาจทำให้การจำแนกสาเหตุการตายแตกต่างกันได้ ไม่ว่าจะเป็นการสลับบรรทัดกัน หรือ การสลับตำแหน่งหน้าหลังของโรคที่บันทึกไว้ในบรรทัดเดียวกัน (ในกรณีที่เขียนโรคมากกว่า 1 โรคในบรรทัดเดียวกัน) เพราะกฎเกณฑ์การเลือกสาเหตุการตาย ตามหลัก ICD-10 จะยึดตำแหน่งของโรคที่ปรากฏอยู่ในหนังสือรับรองการตายเป็นหลักเสมอ (ภาคผนวก ง)

5. ระบบข้อมูลการตายของประเทศไทย (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2542)

ประเทศไทยมีการจัดเก็บข้อมูลสาเหตุการตายและจัดทำสถิติการตายของประชากรไทยมานาน ตั้งแต่ในยุคสมัยของ ICD-7 ในราว พ.ศ.2506 (กรมการแพทย์, 2506) จนถึงปัจจุบันยุคการใช้ ICD-10 แต่ปรากฏว่า ระบบข้อมูลการตายของประเทศไทย ยังด้อยคุณภาพ มีความน่าเชื่อน้อยและไม่สามารถนำไปวิเคราะห์เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผน พัฒนา และเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทางสาธารณสุขได้

สถานการณ์ปัจจุบันของระบบข้อมูลการตาย มีลักษณะดังต่อไปนี้

5.1 การจัดเก็บข้อมูล ใช้วิธีการที่ด้อยคุณภาพ ทำให้ความน่าเชื่อถือของข้อมูลอยู่ในเกณฑ์ต่ำ

5.2 การสรุพหนังสือรับรองการตายโดยแพทย์ มีความผิดพลาดสูง

5.3 การรับรองการตายส่วนมากทำโดยบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ และใช้วิธีการที่ไม่เป็นมาตรฐาน

5.4 การรวบรวมข้อมูลเพื่อทำสถิติ ขาดความครบถ้วนของตัวเลข

5.5 สถิติการตาย ล้าสมัย และอาจถูกนำไปอ้างอิงผิด

5.1 การจัดเก็บข้อมูล ใช้วิธีการที่ด้อยคุณภาพ ทำให้ความน่าเชื่อถือของข้อมูลอยู่ในเกณฑ์ต่ำ

การจัดเก็บข้อมูลสถิติการตาย ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ ขอข้อมูลการตายของประชากรไทยทั้งหมดจากทะเบียนการตายของกระทรวงมหาดไทย แล้วนำมา

แขนงและวิเคราะห์เป็นสถิติการตายซึ่งวิธีนี้มีจุดอ่อนอยู่ที่ไม่มีใครทราบว่าจะข้อมูลที่ได้จากทะเบียนการตายของกระทรวงมหาดไทย มีความน่าเชื่อถือ แม่นยำ (accuracy) ร้อยละเท่าไร มีความผิดพลาดจากการจัดเก็บข้อมูล และความครบถ้วนของข้อมูลมากน้อยเพียงไร ทั้งนี้ เพราะนายทะเบียนที่รับจดทะเบียนการตายเพื่อออกใบมรณบัตรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการตายน้อยและกระทรวงมหาดไทยเองไม่เคยนำข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการตายไปใช้ประโยชน์ ทำให้ขาดความตั้งใจในการตรวจสอบความถูกต้องของสาเหตุการตายที่ได้รับแจ้ง

5.2 การสรุปหนังสือรับรองการตายโดยแพทย์ มีความผิดพลาดสูง

แพทย์ไทยส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน มีความรู้เกี่ยวกับการสรุปหนังสือรับรองการตายน้อยมาก ทั้งนี้เพราะโรงเรียนแพทย์ไม่เคยมีการเรียนการสอนในเรื่องนี้ ประกอบกับเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำของบัณฑิตแพทย์ของแพทยสภาที่ไม่ได้ระบุไว้ว่าแพทย์จะต้องสามารถเขียนหนังสือรับรองการตายอย่างถูกต้อง แพทย์ที่จบใหม่จึงมักจะใช้วิธีสังเกตและเลียนแบบจากรุ่นพี่หรือยึดหลักการจากวิธีการตรวจศพ ในการทำ clinico-pathological conference ที่พบเห็นในโรงเรียนแพทย์ เหล่านี้ ทำให้การสรุปหนังสือรับรองการตายของแพทย์ส่วนใหญ่ผิดไปจากหลักเกณฑ์ โดยลักษณะความผิดพลาดที่พบบ่อยที่สุด คือ การเขียนรูปแบบการตายเพียงอย่างเดียวลงในหนังสือรับรองการตาย รองลงมาคือการเขียนรูปแบบการตายควบคู่กับโรคหรือภาวะอื่น ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุการตาย

5.3 การรับรองการตายส่วนใหญ่ทำโดยบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ และวิธีการที่ใช้ไม่มีมาตรฐาน

จากการศึกษาหนังสือรับรองการตายหลายแห่ง พบว่าหนังสือรับรองการตายส่วนมาก (70-80%) บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์เป็นผู้บันทึก ได้แก่ แพทย์ประจำตำบล ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผดุงครรภ์ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ผู้ช่วยพยาบาล ทั้งนี้ เป็นเพราะ คนไทยส่วนมากไม่นิยมเสียชีวิตในโรงพยาบาล เมื่อป่วยหนักมักจะขอรับกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน นอกจากนั้น เจ้าหน้าที่ ที่ทำหน้าที่บันทึกหนังสือรับรองการตายเหล่านี้ ยังไม่มีมาตรฐานในการปฏิบัติงานที่ชัดเจนมักใช้วิธีคาดเดาเป็นส่วนใหญ่ โดยอาศัยการรับรู้เรื่องสาเหตุการตายจากการรับฟังต่อ ๆ กันมาหรือได้จากสื่อมวลชน ทำให้บันทึกรูปแบบการตาย เป็น หัวใจล้มเหลว โรคชรา ทนพิษบาดแผลไม่ไหว เป็นลม ฯลฯ แทนสาเหตุการตายอยู่เสมอ

5.4 การรวบรวมข้อมูลเพื่อทำสถิติ ขาดความครบถ้วนและชัดเจน

การรวบรวมข้อมูลการตายของคนไทย ทำโดยหน่วยงานสังกัดกระทรวงมหาดไทยเพียงหน่วยเดียว ซึ่งอาศัยการแจ้งตายของประชาชนเป็นหลัก โดยไม่ทราบว่ามีอัตราการแจ้งตายของประชาชนเป็นร้อยละเท่าไรของการตายที่แท้จริง และรวมถึงการหายสาบสูญของบุคคลเป็นเวลานานด้วยหรือไม่ ทำให้ไม่อาจพิจารณาความสมบูรณ์ของข้อมูลการตายได้ชัดเจน

5.5 สถิติการตาย ถ้ามัย และอาจถูกนำไปอ้างอิงผิดพลาด

สถิติการตายของประเทศไทย ยังคงมีความล่าช้าเช่นเดียวกับสถิติทางสาธารณสุขอื่น ๆ ปัจจุบันความล่าช้าอยู่ในอัตรา 2 ปี หมายความว่า ในปี พ.ศ.2541 เรายังคงมีสถิติการตายล่าสุดที่เผยแพร่ได้ถึงแค่ปี พ.ศ.2539 (กระทรวงสาธารณสุข, 2539) เท่านั้น ความล่าช้าของสถิติการตายเกิดขึ้นในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลการตายในระดับอำเภอ จังหวัด การส่งข้อมูลไปยังสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย การส่งข้อมูลระหว่างกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในกระทรวงสาธารณสุข ไปจนถึงกระบวนการทำรูปเล่ม ตีพิมพ์ในโรงพิมพ์และเผยแพร่ ขั้นตอนที่มาคอยเหล่านี้ เป็นสาเหตุสำคัญทำให้สถิติการตายล่าช้าไปถึง 2 ปี และอาจมีผลทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้ เพราะสถิติที่ล่าช้าทำให้มองไม่เห็นสภาพปัญหาปัจจุบัน ส่งผลให้ไม่สามารถมองแนวโน้มและสร้างวิสัยทัศน์ในการป้องกันปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขได้ สถิติการตายที่ผิดพลาด อาจทำให้เกิดการอ้างอิงในแนวทางที่ผิดได้ เช่น ถ้าสาธารณสุขชนเข้าใจว่า โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกของประเทศไทย อาจทำให้มีการพัฒนาระบบการป้องกันและรักษาโรคหัวใจมากเกินไป มีการตั้งศูนย์โรคหัวใจในโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น มีการใช้ทรัพยากรเพื่อพัฒนาบุคลากร ซึ้อยาและเครื่องมือต่าง ๆ ในการรักษาโรคหัวใจมากเกินไป เกิดความสูญเสียได้มากทั้งที่ตามความเป็นจริงแล้ว โรคหัวใจอาจจะไม่ใช่สาเหตุการตายอันดับแรกก็ได้ (ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะเป็นเช่นนั้นได้มาก)

6. บัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายระหว่างประเทศ (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบาย และแผนสาธารณสุข, 2542)

6.1 ความหมายของบัญชีจำแนกโรค

บัญชีจำแนกโรคหมายถึงระบบของรหัสซึ่งจัดไว้เพื่อบันทึกแสดงการป่วยตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในแต่ละรหัส

6.2 วัตถุประสงค์ของการจัดทำบัญชีจำแนกโรค

6.2.1 เพื่อให้มีการบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลความหมายของข้อมูลรวมทั้งการเปรียบเทียบข้อมูลการตายและการป่วย อย่างเป็นระบบระหว่างข้อมูลของประเทศต่าง ๆ หรือระหว่างพื้นที่ต่าง ๆ และ หรือระหว่างเวลาต่างกัน

6.2.2 เป็นดัชนีย่อยของแต่ละโรค เพื่อการจำแนกโรคและปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ ที่บันทึกไว้ในบันทึกสุขภาพ และบันทึกทะเบียนราษฎร ในการจำแนกสาเหตุการตายในการลงทะเบียนการตาย

6.3 แนวคิดเกี่ยวกับ “สาขา” ของโรคและการจำแนกโรค (the concept of a “family” of diseases and health-related classification)

แม้ ICD จะเหมาะสมในการที่จะนำมาใช้ในการดำเนินงานหลายด้าน แต่ ICD อาจจะไม่สามารถให้รายละเอียดได้เพียงพอในบางสาขาของการแพทย์เฉพาะทาง และในบางกรณี อาจต้องการข้อมูลที่แจ่มแจ้งตามคุณลักษณะอื่นซึ่ง มิได้จำแนกตาม ICD ดังนั้น จึงมีคำแนะนำว่า ICD ควรจะรวมถึงบัญชีจำแนกอื่นซึ่งให้ข้อมูลกับสถานะสุขภาพและหรือการบริการสุขภาพเพิ่มเติมนอกเหนือจาก ICD (รูป 2)

รูป 2 กลุ่มบัญชีจำแนกโรคและบัญชีจำแนกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข



6.4 การยอมรับบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายระหว่างประเทศ

ในการประชุมสถาบันสถิตินานาชาติ ที่กรุงเวียนนา ในปี ค.ศ.1891 ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อจัดทำบัญชีจำแนกโรค และสาเหตุการตาย โดยมี ซาค แบร์ติยอง เป็นประธาน ซึ่งได้มีการเสนอรายงานผลการทำงานของคณะกรรมการชุดนี้ต่อที่ประชุมสถาบันสถิตินานาชาติ ณ เมืองชิคาโก ในปี ค.ศ.1893 ที่ประชุมมีมติยอมรับบัญชีจำแนกโรคของแบร์ติยอง ซึ่งผลงานของแบร์ติยองนี้ได้ดัดแปลงมาจากบัญชีจำแนกโรคของหลาย ๆ ประเทศ และยึดหลักของฟาร์ในการแบ่งโรคทั่วไปออกจากโรคที่แบ่งตามอวัยวะจากมดของที่ประชุมในเวียนนา ทำให้แบร์ติยองสร้างบัญชีจำแนกโรค ได้ 3 ฉบับ ซึ่งเป็นที่ยอมรับและถูกนำไปใช้ในทวีปอเมริกาเหนือ โดย เจมส์ ดี มอนฮารา ในการทำสถิติของเมือง ซาน ลุย เดอโปโตชิ ต่อมาในปี ค.ศ.1898 ที่ประชุมองค์การสาธารณสุขอเมริกา ณ กรุงฮอตตาเว แคนาดา มีมติให้ยอมรับบัญชีจำแนกโรคฉบับของแบร์ติยองในการลงทะเบียนการตายในแคนาดา เม็กซิโก และ สหรัฐอเมริกา และเสนอแนะให้มีการปรับปรุงบัญชีนี้ทุกๆ 10 ปี

ในที่ประชุมสถาบันสถิตินานาชาติที่เมืองคริสตีเนียในปี ค.ศ.1899 แบร์ติยองได้เสนอรายงานความก้าวหน้าของบัญชีจำแนกโรค รวมถึงคำแนะนำขององค์การสาธารณสุขอเมริกา ให้ปรับปรุงแก้ไขทุก ๆ 10 ปี สถาบันสถิตินานาชาติ จึงยอมรับหลักการดังนี้

6.4.1 สถาบันสถิตินานาชาติ ยอมรับความจำเป็นในการใช้นามบัญญัติที่เปรียบเทียบได้ระหว่างประเทศต่าง ๆ สำนักงานสถิติทุกแห่งในอเมริกาเหนือ บางแห่งในอเมริกาใต้ และ บางแห่งในยุโรป ยอมรับการใช้บัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตาย ที่เสนอไว้ในปี ค.ศ.1893

6.4.2 ได้รับการยืนยันจากสถาบันสถิติทุกแห่งในยุโรปว่าไม่ต้องแก้ไขระบบนามบัญญัติ

6.4.3 ยอมรับคำแนะนำที่เสนอโดยองค์การสาธารณสุขอเมริกา ในที่ประชุม ฮอตตาเว ปี ค.ศ.1898 ที่ให้มีการแก้ไขระบบทุก 10 ปี

6.4.4 ชักชวนสำนักงานสถิติให้มีการใช้ นามบัญญัติที่เปรียบเทียบได้

ในเดือน สิงหาคม ค.ศ.1900 รัฐบาลฝรั่งเศสเป็นเจ้าภาพจัดประชุม การประชุมนานาชาติเพื่อปรับปรุงแก้ไขบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายของแบร์ติยอง ที่กรุงปารีส โดยมีตัวแทนจาก 26 ประเทศเข้าร่วมประชุม ในวันที่ 21 สิงหาคม ค.ศ.1900 บัญชีจำแนกโรคฉบับละเอียด 179 รายการ และ บัญชีจำแนกโรคฉบับสรุป 35 กลุ่ม ได้รับการยอมรับ โดยมีความต้องการที่จะปรับปรุงแก้ไขทุก ๆ 10 ปี และรัฐบาลฝรั่งเศสได้รับคำร้องขอให้จัดประชุมครั้งต่อไป ในปี

ค.ศ.1910 แต่ตามความเป็นจริง ได้จัดประชุมในปี ค.ศ.1909 หลังจากนั้น รัฐบาลฝรั่งเศส ได้จัดการประชุมอีก 3 ครั้งในปี 1920 1929 และ 1938 แบริติชของได้ทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อผลักดันและสนับสนุนให้มีการใช้บัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตาย ในการปรับปรุงบัญชี ในปี 1900 1910 และ 1920 ในฐานะเลขาราชการของการประชุมนานาชาติ แบริติชของได้ส่งร่างฉบับปรับปรุงปี ค.ศ.1920 ให้กับบุคคลต่าง ๆ มากกว่า 500 คน เพื่อขอความคิดเห็น แบริติชของเสียชีวิตในปี ค.ศ.1922 ทำให้ที่ประชุมนานาชาติขาดผู้นำที่สำคัญ

ต่อมาในปี 1923 ไมเคิล ฮูเบอร์ รับผิดชอบต่อจากแบริติชของ ได้เสนอแนวทางแก้ปัญหาในเรื่อง บัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตาย โดยให้มีความร่วมมือของ องค์การนานาชาติ และ องค์การอนามัยระหว่างประเทศ ในส่วนขององค์การอนามัยโลกได้แต่งตั้ง โรเชิล หัวหน้าคณะผู้เชี่ยวชาญทางสถิติ ให้เป็นผู้เขียนบทความเสนอแนะการขยายหัวข้อที่ใช้ในบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายระหว่างประเทศ ฉบับปี 1920 ในกรณีที่จะนำบัญชีนี้นี้มาใช้ในการทำสถิติสาเหตุการเจ็บป่วยผลการศึกษานี้ได้ถูกตีพิมพ์โดยองค์การอนามัยระหว่างประเทศ ในปี ค.ศ.1928 ดังนั้น เพื่อความร่วมมือระหว่างสององค์กรนี้ จึงได้มีการตั้งกรรมการ “คณะกรรมการผสม” อันประกอบด้วย สมาชิกจาก สถาบันสถิตินานาชาติ และ จากองค์การอนามัยระหว่างประเทศ ให้มีหน้าที่ร่างบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายเพื่อจะนำมาพิจารณาในการประชุมครั้งที่สี่ (ปี 1929) และครั้งที่ 5 (ปี 1938)

6.5 การประชุมปรับปรุงแก้ไข รอบทศวรรษที่ 5

การประชุมปรับปรุงแก้ไขบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายรอบทศวรรษที่ 5 จัดขึ้นโดยรัฐบาล ฝรั่งเศส ที่กรุงปารีส ในเดือน ตุลาคม ปี ค.ศ.1938 ที่ประชุมมีมติให้นำไปใช้ได้ และให้การปรับปรุงและเพิ่มเติมโรคใหม่ ๆ ที่เพิ่งค้นพบเข้าไป โดยเฉพาะในบทโรคกลุ่มติดเชื้อโรคที่พบหลังคลอด และ อุบัติเหตุต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงบัญชีนี้นี้ มีเพียงส่วนน้อย ทั้งในแง่เนื้อหา ปริมาณ และเลขนำหน้าชื่อ และยอมรับรายการสาเหตุการตายคลอด้วย

6.6 การใช้บัญชีจำแนกโรคของประเทศไทย

ประเทศไทย ได้มีการพัฒนาการใช้หนังสือรับรองการตายมาตั้งแต่ยุคของ ICD-7 ในราวปี พ.ศ.2506 จนถึงปัจจุบันได้ใช้หนังสือรับรองการตายตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน ICD-10

แต่ไม่เคยมีการอธิบายวิธีการบันทึกหนังสือรับรองการตายที่ถูกต้องให้กับแพทย์ แม้แต่ในหนังสือคู่มือปฏิบัติงานและจัดทำระเบียบรายงานของกองสถิติสาธารณสุข ปี 2532 ปัจจุบันคือส่วนข้อมูลและข่าวสารสาธารณสุข ก็อธิบายสั้น ๆ เพียงว่า ให้เขียนสาเหตุการตายลงในส่วนหลังของ รง.501 502 503 เท่านั้น (กองสถิติสาธารณสุข, 2532) มีความพยายามที่จะเขียนคำอธิบายเพิ่มเติมในส่วนนี้โดย นพ.รัช จายนีเยโยธิน ในปี พ.ศ.2538 แต่ก็ไม่ได้มีการจัดพิมพ์และเผยแพร่ออกไปให้แพทย์ทั่วไปได้รับทราบและถือปฏิบัติ

สำหรับกลุ่มโรคที่ระบุในบัญชีการจำแนกโรค (ICD-10) ที่ใช้ในปัจจุบันประกอบด้วย 21 กลุ่มโรค ดังนี้

กลุ่มที่ 1 รหัส A00 - B99	โรคติดเชื้อและปรสิตบางชนิด
กลุ่มที่ 2 รหัส C00 - D48	โรคนื้องอก
กลุ่มที่ 3 รหัส D50 - D89	โรคเลือด อวัยวะที่สร้างเลือดและความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันบางชนิด
กลุ่มที่ 4 รหัส E00 - E90	โรคต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม
กลุ่มที่ 5 รหัส F00 - F99	โรคทางจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรม
กลุ่มที่ 6 รหัส G00 - G99	โรกระบบประสาท
กลุ่มที่ 7 รหัส H00 - H59	โรคของตาและส่วนประกอบตา
กลุ่มที่ 8 รหัส H60 - H95	โรคของหูและปุ่มกกหู
กลุ่มที่ 9 รหัส I00 - I99	โรกระบบไหลเวียนโลหิต
กลุ่มที่ 10 รหัส J00 - J99	โรกระบบหายใจ
กลุ่มที่ 11 รหัส K00 - K99	โรกระบบย่อยอาหาร
กลุ่มที่ 12 รหัส L00 - L99	โรคของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง
กลุ่มที่ 13 รหัส M00 - M99	โรกระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน
กลุ่มที่ 14 รหัส N00 - N99	โรกระบบสืบพันธุ์และปัสสาวะ
กลุ่มที่ 15 รหัส O00 - O99	การตั้งครรภ์ การคลอดและระยะหลังคลอด
กลุ่มที่ 16 รหัส P00 - P96	ภาวะบางอย่างที่เกิดในระยะปริกำเนิด

กลุ่มที่ 17 รหัส G00 – Q99	ความคิดปกติ ความพิการแต่กำเนิด และ โครโมโซมผิดปกติ
กลุ่มที่ 18 รหัส R00 - R99	อาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติ ที่พบจากการตรวจทางคลินิก
กลุ่มที่ 19 รหัส S00 - T98	การบาดเจ็บการเป็นพิษและผลติดตาม จากเหตุภายนอก
กลุ่มที่ 20 รหัส Y01 - Y98	สาเหตุภายนอกของการป่วยและตาย
กลุ่มที่ 21 รหัส Z00 – Z99	ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสถานะสุขภาพ และเข้ารับบริการสุขภาพ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการศึกษาเรื่องสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตรผู้ศึกษาได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ กลอดดี เจ และคณะ (Claude, 1984) ซึ่งศึกษาความถูกต้องของสาเหตุการตายที่บอกโดยญาติ ประเทศที่มีรายงานมรณบัตรที่ไม่สามารถหาสาเหตุการตายที่แท้จริงต้องอาศัยสาเหตุการตายจากคำบอกเล่าของญาติ ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุการตาย จำนวน 310 ราย โรคมะเร็งมีความน่าเชื่อถือ สูงสุด ร้อยละ 89.6 โรคหัวใจ ร้อยละ 70 โรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 50 และยังพบว่าช่วงระยะเวลาของการตาย ไม่มีผลต่อการสอบถามข้อมูลย้อนหลัง เช่นเดียวกับรายงานการวิจัยของ ลีเลอร์ เฮลบี (Lerer , 1993) ได้ศึกษาข้อมูลการตาย ในประเทศอาฟริกาใต้ พบว่า การให้ญาติบอกสาเหตุการตายทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ ถึงร้อยละ 72.9 สำหรับประเด็นการระบุสาเหตุการตายโดยแพทย์นั้น มีการศึกษาของ เฮนสลิก อาร์ (Hanzlick, 1993) พบว่าการพัฒนารายงานมรณบัตร ควรจะมีการชันสูตรทางการแพทย์ร่วมด้วย และควรเน้นหนักให้เป็นนโยบาย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ เนลเซน เจพี และคณะ (Nielsen, 1991) ได้ศึกษาความถูกต้องของรายงานมรณบัตรในข้อมูลสถิติสาธารณสุข โดยศึกษารายงานมรณบัตร จำนวน 433 ราย ที่มีประวัติการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า รายงานมรณบัตรและผลการชันสูตร มีถึง ร้อยละ 50 ที่ไม่ตรงกัน ร้อยละ 25 ระบุสาเหตุผิด ร้อยละ 33 ระบุโรคหลักไม่ตรงกัน

การศึกษาในประเด็นของความเห็นของแพทย์โดยตรงของ พิช เฮสเจ และคณะ (Peach, 1998) ศึกษาโดยการนำ รายงานมรณบัตร ให้แพทย์ ระบุสาเหตุ พบว่า ร้อยละ 18 ไม่เป็นที่น่าพอใจ ร้อยละ 17 ระบุไม่ตรงสาเหตุ ร้อยละ 18 ต้องแปลรหัส สอดคล้องกับการศึกษาของ เจอร์ซี พี และคณะ (Jersoe, 1998) ได้ศึกษาความน่าเชื่อถือของรายงานมรณบัตร โดยศึกษาจาก ผู้ป่วย 40 ราย

ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลในปี 1994 โดยหาความสอดคล้องการระบุสาเหตุการตายในมรณบัตรของแพทย์ในโรงพยาบาล การศึกษาได้นำรายงานผู้ป่วย 40 ราย ให้แพทย์ จำนวน 10 คน เป็นผู้ลงความเห็น โดยไม่ทราบผลการชันสูตรพลิกศพ พบว่า การลงสาเหตุการตายมีความแตกต่างกันอยู่ในระดับสูง 8 ราย ระดับปานกลาง 19 ราย ระดับน้อย 10 ราย และ 3 รายไม่มีข้อมูลเพียงพอ

สำหรับประเทศไทยผู้ศึกษาได้ศึกษางานวิจัยที่ใช้ข้อมูลจากรายงานมรณบัตรเป็นข้อมูลทุติยภูมิของ หทัย สิงห์สง่า และคณะ (2537) ได้ศึกษาความถูกต้องของสาเหตุการตายจากมรณบัตร ในเขตอำเภอหนองหาน จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2537 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยการสอบถามข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับประชากรอำเภอหนองหานที่ตายในปี พ.ศ.2537 โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากมรณบัตรของประชากรที่เสียชีวิตที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอหนองหาน และมีมรณบัตรของอำเภอหนองหานในปี พ.ศ.2537 ขนาดตัวอย่าง 115 ราย จากจำนวนผู้เสียชีวิต 394 ราย ครอบคลุมพื้นที่ 61 หมู่บ้าน ใน 12 ตำบล การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสอบถามบุคคลที่ทราบอาการของผู้ตายก่อนเสียชีวิตมากที่สุด โดยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากคู่มือสอบสวนสาเหตุการตายของกองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เก็บข้อมูลทั้งสิ้น 93 ราย รวมข้อมูล ผู้ตายที่มีหนังสือรับรองการตายซึ่งออกโดยแพทย์ หรือ โรงพยาบาล จำนวน 13 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 106 ราย ผลการวิจัยพบว่าสาเหตุการตายจากการสอบสวนโดยใช้แบบสอบถามมีกลุ่มโรคตรงกับในมรณบัตรเพียง 59.43 % โดย 5 อันดับแรกที่ได้จากมรณบัตร คือ โรคชรา โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคเนื้องอก และโรคที่มีอาการแสดงชัดเจน แต่จากการสอบสวนการตาย พบว่า 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคเนื้องอก โรคทางเดินหายใจ โรคชรา โรคหัวใจ และโรคที่มีอาการแสดงชัดเจน ตามลำดับ กลุ่มที่ถูกต้องมากที่สุดโดยไม่นับอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ คือกลุ่มโรคเนื้องอก ส่วนกลุ่มที่ถูกต้องน้อยที่สุด คือกลุ่มโรคชราภาพ และเป็นที่สังเกตว่ามรณบัตรของผู้ตาย เพศชายมีความถูกต้องมากกว่าของเพศหญิง กลุ่มอาชีพชาวนาและรับจ้างมีความถูกต้องน้อยกว่ากลุ่มอาชีพอื่น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชัยนรินทร์ ปทุมานนท์, ชไมพร ทวีศรี และ ภาคภูมิ ราวค์ (1999) ซึ่งได้ศึกษาความถูกต้องของรายงานสาเหตุการตายด้วยโรคเอดส์ในมรณบัตร (descriptive cross-sectional study) ในพื้นที่ 4 ตำบล อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ โดยการรวบรวมข้อมูลการตายจากมรณบัตร ตั้งแต่ ตุลาคม 2539 ถึง กันยายน 2541 และเก็บข้อมูลประวัติ อาการ และลักษณะการเจ็บป่วยก่อนเสียชีวิต จากคำบอกเล่าของญาติสนิท โดยใช้แบบสัมภาษณ์เจาะลึก นำข้อมูลทบทวนสรุป และลงความเห็นสาเหตุการตายโดยคณะแพทย์ วิเคราะห์ความสมบูรณ์และความถูกต้องเปรียบเทียบกับสาเหตุการตายที่ระบุไว้ในมรณบัตร พบว่าสาเหตุการตายที่จำแนกตามกลุ่มโรคต่าง ๆ ในมรณบัตร รายงานว่าเป็นโรคเอดส์ 42 ราย (ร้อยละ 20.9) ส่วนสาเหตุการตายที่จำแนกตามกลุ่มอายุต่าง ๆ โดยการลงความเห็นของคณะแพทย์ รายงานว่าเป็นโรคเอดส์ 64 ราย (ร้อยละ 31.8)

ความถูกต้องของการรายงานสาเหตุการตายด้วยโรคเอดส์ เท่ากับ 89.1 % ($\kappa = 0.72$) โดยมี ความไว (sensitivity) เท่ากับ 65.6 และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ 100 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรค เอดส์ 22 ราย (ร้อยละ 34.4) ที่ลงบันทึกในมรณบัตรว่าเป็นโรกระบบอื่น ได้แก่โรกระบบไหลเวียน โลหิต 1 ราย (ร้อยละ 4.6) โรกระบบทางเดินหายใจ 8 ราย (ร้อยละ 36.4) โรกระบบประสาทและ สมอง 1 ราย (ร้อยละ 4.6) โรกระบบทางเดินอาหาร 3 ราย (ร้อยละ 13.6) โรกระบบทางเดิน ปัสสาวะ 1 ราย (ร้อยละ 4.6) โรคภูมิแพ้ 5 ราย (ร้อยละ 22.7) และฆ่าตัวตาย 3 ราย (ร้อยละ 13.6) นอกจากนี้ยังพบว่า ความสอดคล้องของสาเหตุการตาย ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ เพศผู้ตาย สถานที่ ที่ตาย เวลาตาย และผู้แจ้งการตาย สาเหตุความไม่สอดคล้องส่วนหนึ่งอาจเกิดจากปัจจัยทางสังคม เช่น การตายด้วยโรคเอดส์ยังไม่เป็นที่ยอมรับกัน โดยเปิดเผยในสังคมที่ทำการศึกษา ดังนั้นความ ครบถ้วนถูกต้องของรายงานสาเหตุการตายด้วยโรคเอดส์ในมรณบัตร ยังเป็นปัญหาด้านข้อมูล ข่าวดสารของประเทศ

นอกจากนี้ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน,ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และ ศรีเกษ ัญญาวินิชกุล (2542) ได้ศึกษาปัจจัยอันดับแรกที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ จากรายงาน มรณบัตร เพื่อค้นหาคุณลักษณะ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้ วิธีสัมภาษณ์ญาติผู้เสียชีวิต ประชากรที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่ฆ่าตัวตายในระยะเวลา 1 ปี (พฤษภาคม 2539 ถึง เมษายน 2540) จากรายงานมรณบัตร และจำนวนที่เพิ่มเติมจากรายงานของสถานีอนามัย รวมทั้งสิ้น 369 ในการศึกษาครั้งนี้สามารถเก็บข้อมูลได้ 241 ราย (ร้อยละ 65.3) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 25 – 44 ปี เพศชาย (ร้อยละ 88.0) วิธีการฆ่าตัวตายที่ นิยมปฏิบัติคือ กินสารพิษ (สารเคมีเกษตร) และแขวนคอ (ร้อยละ 48.1 และ 45.6) สาเหตุที่นำไปสู่ การฆ่าตัวตายมักเกิดจากปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคิด เชื่อเอดส์เป็นปัจจัยอันดับหนึ่ง ร้อยละ 29.4 รองลงมาคือ การติดสุรา ร้อยละ 18.7 และ โรคเรื้อรัง ร้อยละ 17.8 จะเห็นว่าข้อมูลมรณบัตรในปัจจุบันที่ระบุว่า ฆ่าตัวตาย ไม่สามารถบอกปัจจัยที่เป็น สาเหตุของปัญหาได้ ผู้ศึกษาเห็นว่า การที่จะนำข้อมูลมาใช้ในการแก้ปัญหาที่ถูกต้องนั้น จะต้องมี การปรับปรุงรูปแบบการบันทึกสาเหตุการตาย

การศึกษาข้อมูลจากรายงานมรณบัตร อีกกรณีหนึ่งคือศึกษาเปรียบเทียบกับข้อมูลแหล่ง อื่น เช่นการศึกษาของอารีย์ พรหมไม้ และฟิลิป เกสต์ (2539) ได้ศึกษาปัจจัยกำหนดการรายงาน ข้อมูลการตาย โดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ส่วน ส่วนแรก เป็นการศึกษาประเมินคุณภาพของข้อมูลการ ตายจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ โดยเปรียบเทียบระดับการตายของทารก ข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งข้อมูล สำคัญที่ใช้ในประเทศได้แก่ ข้อมูลจากระบบทะเบียนราษฎรในส่วนที่รวบรวมเป็นสถิติสาธารณสุข เป็นข้อมูลที่ทันสมัยและจำแนกเป็นรายจังหวัด แหล่งที่สอง เป็นข้อมูลการตายจากการสำรวจ

สุขภาพโดยเร่งด่วน ซึ่งรวบรวมโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2538 แหล่งที่สาม เป็นการสำรวจและสัมภาษณ์ประชากร โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และแหล่งที่สี่ เป็นข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติ ส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาระบบการแจ้งตายและความคิดเห็นของประชาชนต่อการแจ้งตายโดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพ (การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก) ในสองหมู่บ้าน อำเภอเมืองจันทรี จังหวัดขอนแก่น ผู้เข้าร่วมสนทนาเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่กฎหมายระบุให้ทำหน้าที่แจ้งตาย ,เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบทะเบียนในแต่ละหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลจากสถิติชีพมีอัตราตายของทารกต่ำที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจระดับชาติ ตำบลโนนประชากร และการสำรวจโดยเร่งด่วน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของสถิติที่คาดว่ามีการตรวจงานการแจ้งตาย ระบบการแจ้งตายในชุมชนนั้นมีมานานและเป็นที่รู้จักของคน ในชุมชนเป็นอย่างดี สำหรับปัจจัยที่กำหนดคุณภาพของข้อมูลการตายนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับทั้งผู้แจ้ง ผู้รับแจ้ง ตลอดจนระบบการแจ้งตาย ซึ่งการปรับปรุงคุณภาพของข้อมูลการตายควรจะได้พิจารณาปัจจัยดังกล่าว

อีกประเด็นหนึ่ง การศึกษาของ วันชัย อาจเขียน และคณะ (2537) ที่ศึกษาในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เสียชีวิต โดยใช้รายงานมรณบัตร เป็นข้อมูลทุติยภูมิ โดยทำการศึกษาแบบ retrospective case - control study กลุ่มศึกษาเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดพะเยาที่เสียชีวิตระหว่าง ตุลาคม 2535 ถึง พฤษภาคม 2537 และมีการแจ้งตายตามรายงานมรณบัตร ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเด็กที่เกิดปี เดียวกัน และอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัว และประวัติการรักษาในโรงพยาบาล นำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ความแตกต่างของการกระจาย และค่าเฉลี่ย ของตัวแปรต่าง ๆ ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลเด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิต 116 ราย สาเหตุการตายที่พบมากที่สุดเป็นเอดส์ (ร้อยละ 24.1) รองลงมาเป็นปอดบวม (ร้อยละ 20.7) ความพิการแต่กำเนิด และโรคทางกรรมพันธุ์ (ร้อยละ 12.1) ตามลำดับ ปัจจัยที่พบที่มีความสัมพันธ์กับการตายคือ น้ำหนักแรกเกิด ภาวะโภชนาการ ปัญหาสุขภาพของเด็ก โรคประจำตัวของบิดามารดา การติดเชื้อ HIV และการเสียชีวิตของบิดามารดา

จะเห็นได้ว่าการศึกษางานวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เป็นข้อมูลที่สนับสนุนว่ามีความคลาดเคลื่อนของรายงานมรณบัตร และงานวิจัยบางงานได้เน้นการศึกษา ในโรคบางโรค หรือกลุ่มอายุบางช่วงเท่านั้น ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาหาสาเหตุการตายที่แท้จริงของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกโรค จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจ ถ้าสามารถดำเนินการได้ทุกพื้นที่ เพื่อได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด แต่ในการศึกษารั้งนี้ไม่สามารถดำเนินการได้ทุกพื้นที่ ในจังหวัดพะเยา เนื่องจากมีเวลาในการศึกษาจำกัด จึงได้คัดเลือกพื้นที่ศึกษาเพียง 1 อำเภอ คือกิ่งอำเภอภูคาบยาว ซึ่งเป็นกิ่งอำเภอที่ตั้งใหม่ เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจ และระบบ

การส่งต่อผู้ป่วย เป็นระบบภายในจังหวัด ผู้ศึกษาสามารถเก็บข้อมูลได้ และกลุ่มตัวอย่างมีขนาดพอที่จะศึกษาได้ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบข้อมูลข่าวสารของจังหวัดพะเยา ในเรื่องข้อมูลสาเหตุการตายที่เป็นดัชนีที่สำคัญในการชี้วัดสถานะสุขภาพของประชาชน ต่อไป

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University