

การวิเคราะห์หนังสือรับรองการตายที่โรงพยาบาลลำปาง ในปี 2560

กำพล เจริญคำว พ.บ.*, มนัสชนก วิเศษศิริ น.บ.*, สุพัตรา ธิสาระ ค.บ.*, ศรณพชร ดวงแก้ว วท.ม.**

*โรงพยาบาลลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000, **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000

Abstract: Analysis of the Certification of Death at Lampang Hospital, Year 2017

Kluakamkao G*, Visessiri M*, Thisara S*, Dounkaew S**

*Lampang Hospital, Mueang Lampang, Lampang, 52000, **Lampang Provincial Health Office, Mueang Lampang, Lampang, 52000

(E-mail:kkamkao@gmail.com)

Background: The cause of death as documented in the death certificate can be used by regional and national health offices to track disease trends and to set public health policies for disease and injury prevention. However, the mortality data on Thai people contain a high proportion of ill-defined causes of death and are not specific enough to be used constructively. In 2017, the Ministry of Public Health set quality criteria, so that ill-defined causes of death in the provinces should not exceed 25 percent. **Objective:** To analyze the quality of death data recorded by physicians at Lampang Hospital by comparing with the causes of death according to the World Health Organization (WHO). **Methods:** This was a retrospective study of the cause of death as recorded by all physicians on death certificates both inside and outside the hospital, from 1 October 2016 to 30 September 2017. The appropriate causes of death from the medical records, including laboratory tests and autopsy results were compared. According to WHO guidelines, the cause of death is the first disease that occurs, which may cause other complications leading to death. In the event of an injury, such as in a motorcycle or car accident, the first injury is considered as the cause of death. Data were analyzed using descriptive statistics to compare the recorded cause of death with the cause of death according to WHO criteria by ICD-10 coding. **Results:** Of the 2,047 cases of death registered in the hospital and the 954 cases registered outside the hospital, 43.8% were recorded by first-year junior doctors, 12.2% by second and third year junior doctors and 36.6% were recorded by forensic examiners. Most (97.7%) of these cases were recorded in the medical, forensic and surgical departments. Using the WHO criteria, the mortality rate for the ill-defined causes of death reduced by 70%. The mortality data became significantly more death-specific as demonstrated in the mortality rate of septicemia which reduced by 79% when compared with the verified code. There were also the following mortality rate increases: in tuberculosis by 27 %, viral hepatitis infection by 367 %, HIV infection by 211%, all cancer by 43 %, ischemic heart disease by 45 % and suicide by 733 %. Comparison with the year 2005, showed that the mortality rate from AIDS decreased from 7.5% to 2% and cancer increased from 10% to 15%, but ischemic heart disease and stroke were similar. **Conclusions:** Respiratory failure should be indicated as an ill-defined cause of death. The topic of death certificates should be included in the curriculum for teaching medical students and junior doctors.

Keywords: Death certification, Ill-defined cause of death, Unnatural death, Mortality rate, AIDS

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ข้อมูลสาเหตุการตายมาจากการบันทึกในหนังสือรับรองการตาย สามารถนำไปใช้โดยหน่วยงานด้านนโยบายและแผนงานทางสาธารณสุขในระดับภาค และประเทศเพื่อศึกษาแนวโน้มของโรค และการบาดเจ็บ กำหนดนโยบายวางแผนควบคุม อย่างไรก็ตามพบว่าข้อมูลสาเหตุการตายของคนไทยยังมีการบันทึกลักษณะไม่ทราบสาเหตุ และไม่เฉพาะเจาะจงเพียงพอที่จะนำไปใช้ประโยชน์ ในปีพ.ศ.2560 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายที่บันทึกโดยแพทย์โรงพยาบาลลำปาง กับสาเหตุการตายตามแนวทางองค์การอนามัยโลก(World Health Organization , WHO) **วิธีการ :** ศึกษาแบบย้อนหลังข้อมูลสาเหตุการตาย ที่บันทึกโดยแพทย์ทุกกลุ่มงาน ทั้งกรณีตายใน และนอกโรงพยาบาล ในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2560 เปรียบเทียบกับสาเหตุการตายที่เหมาะสม

ของผู้ตาย จากการตรวจสอบเวชระเบียน ผลตรวจห้องปฏิบัติการ รวมทั้งผลการชันสูตรพลิกศพ ตามแนวทางของ WHO ที่กำหนดให้สาเหตุการตายคือ โรคแรกที่เกิดขึ้น อันทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาต่อเนื่องจนนำไปสู่การตาย ในกรณีการบาดเจ็บ คือ เหตุการณ์แรกที่เกิดขึ้นซึ่งทำให้เกิดการบาดเจ็บ เช่น อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์หรือรถยนต์ ข้อมูลถูกวิเคราะห์โดยใช้เชิงพรรณนาเทียบสาเหตุการตายที่บันทึกไว้กับสาเหตุการตายตามเกณฑ์ WHO โดยการให้รหัสโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ **ผล :** มีการบันทึกหนังสือรับรองการตายกรณีตายในโรงพยาบาล 2,047 ราย ตายนอกโรงพยาบาล 954 ราย โดยแพทย์ใช้ทุนปีแรก แพทย์นิติเวช และแพทย์ใช้ทุนปีที่สองถึงสาม ร้อยละ 43.8 36.6 และ 12.2 ตามลำดับ โดยร้อยละ 97.7 ถูกบันทึกในขณะที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานอายุรกรรม นิติเวชวิทยา และศัลยกรรม การใช้เกณฑ์ WHO ทำให้ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุลดลงร้อยละ 70 สาเหตุการตายมีความเฉพาะเจาะจงเพิ่มขึ้น

พบการตายจากการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงร้อยละ 79 จากฐานข้อมูล การตาย และพบการเปลี่ยนแปลงข้อมูลสาเหตุการตายที่สำคัญเพิ่มขึ้น เช่น วัณโรคร้อยละ 27 ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 367 ติดเชื้อภูมิคุ้มกัน บกพร่องร้อยละ 211 มะเร็งทั้งหมดร้อยละ 43 โรคหัวใจขาดเลือดยร้อยละ 45 และการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 733 เปรียบเทียบกับข้อมูลสาเหตุการตาย ในปี 2548 แสดงว่าอัตราการตายจากโรคมะเร็งภูมิคุ้มกันบกพร่องลดลงจากร้อย ละ 7.5 เหลือร้อยละ 2 และโรคมะเร็งเพิ่มจากร้อยละ 10 เป็น ร้อยละ 15 แต่โรคหัวใจขาดเลือด และหลอดเลือดสมองพบใกล้เคียงกัน **สรุป :** การ หายใจล้มเหลว (J96) ควรได้รับการระบุเป็นข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ ควรบรรจุหัวข้อการเขียนหนังสือรับรองการตายในการสอนนักศึกษาแพทย์ และแพทย์ใช้ทุน

คำสำคัญ : หนังสือรับรองการตาย การตายไม่ทราบสาเหตุ ตาย ผิดธรรมชาติ อัตราการตาย โรคมะเร็งภูมิคุ้มกันบกพร่อง

บทนำ

ตามพระราชบัญญัติทะเบียนราษฎร เมื่อมีผู้ตายในสถานพยาบาล ให้มีการแจ้งการตายต่อนายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ที่คนตาย ภายใน 24 ชั่วโมง โดยเป็นหน้าที่ของผู้รักษาพยาบาลต้องบันทึกหนังสือรับรองการ ตาย (ท.ร.4/1) ตามแบบพิมพ์ที่ผู้อำนวยการทะเบียนกำหนด¹ ในปีพ.ศ. 2548 มีการสำรวจพบข้อมูลสาเหตุการตายคนไทยไม่ถูกต้อง มีการบันทึก สาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 35 - 40 รวมทั้งระบุสาเหตุการตาย ไม่เฉพาะเจาะจง ข้อมูลสาเหตุการตายมีคุณภาพต่ำไม่สามารถนำมาใช้บอก ภาวะโรค เช่น ในประเทศพัฒนาแล้วที่มีข้อมูลที่มีคุณภาพ² จึงได้มีความ ร่วมมือกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยในการ พัฒนามาตรฐานการบันทึกหนังสือรับรองการตายของแพทย์ และการรับ แจ้งการตายของนายทะเบียนมาอย่างต่อเนื่อง ในกรณีมีผู้ตายตามธรรมชาติ นอกโรงพยาบาล จะเป็นหน้าที่ของผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน เป็นผู้ออกไปรับ แจ้งการตาย(ท.ร.4) โดยนายทะเบียนอำเภอผู้รับแจ้งจะสอบถามสาเหตุ ตายจากญาติโดยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนกรณีการ ตายผิดธรรมชาติทั้งนอกและในโรงพยาบาล เป็นหน้าที่ของแพทย์ชั้นสูต รพลีกศ บันทึกเหตุตายเนื่องจากเป็นเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ตามกฎหมาย

ซึ่งนายทะเบียนต้องได้รับความเห็นก่อนการออกมรณบัตร³ ในปี พ.ศ.2560 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีโครงการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ เกี่ยวกับสาเหตุการตาย ให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) ที่จะมียระบบข้อมูล สาสนเทศเหมาะสมต่อการวิเคราะห์ วางแผน และจัดสรรทรัพยากรด้าน สุขภาพ เป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต้องจัดทำข้อมูลสาเหตุการตายส่งให้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยมี ตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพ คือ ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุของจังหวัด ไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด⁴

ทั้งนี้หลักการให้สาเหตุการตายของ WHO กำหนดให้ สาเหตุการ ตาย คือ โรคแรกที่เกิดขึ้น อันทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามต่อเนื่องกัน มาจนนำไปสู่การตาย ในกรณีการบาดเจ็บ สาเหตุการตาย คือ เหตุการณ์ที่ เกิดขึ้นอันทำให้เกิดการบาดเจ็บ เช่น ขับมอเตอร์ไซด์ชนรถยนต์ อุบัติเหตุ ตกจากที่สูง หรือถูกฆาตกรรมโดยอาวุธปืน โดยสาเหตุการตายที่ระบุใน หนังสือรับรองการตาย ให้ระบุตามกฎหมายเกณฑ์บัญชีจำแนกโรคระหว่าง ประเทศ (ICD-10) ในกรณีผู้ตายมีโรคประจำตัวหลายโรค ต้องพิจารณา ข้อมูล เพื่อเลือกโรคที่สำคัญเป็นสาเหตุการตาย เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วย ว่าโรคใดเกิดก่อน โรคเรื้อรังที่เป็นมานานย่อมทำให้เกิดความเสื่อมว่ยะ มากกว่า หรือเลือกโรคที่มีความรุนแรงมากกว่า หรือเลือกโรคที่ทำให้เกิด การเจ็บป่วยที่ควบคุมได้ยาก และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกว่า รวมทั้งตรวจสอบอาการใกล้ตายว่า เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคใด มากกว่ากัน⁵ ในกรณีมีเหตุการณ์ดำเนินต่อเนื่องมีเหตุผลซึ่งกันและกัน ให้ บันทึกสาเหตุการตายเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ โดยเรียงลำดับ เหตุการณ์ย้อนจากปัจจุบันไปหาอดีต ให้โรคที่เกิดขึ้นไม่นานก่อนตายบันทึก อยู่ในบรรทัดบนสุด คือ ช่อง 2.3 a โรคที่เป็นสาเหตุของโรคในบรรทัดบน สุดจะอยู่ในบรรทัดล่าง ช่อง 2.3 b และ 2.3 c ตามลำดับ โดยสาเหตุการ ตายที่แท้จริงจะอยู่บรรทัดล่างสุด ส่วนในช่อง 2.5 ให้บันทึกโรคหรือภาวะ ที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎร คัดลอกลงในช่องสาเหตุการตายในมรณบัตร เป็นภาษาไทย โดยให้นำมาจาก โรคในช่องล่างสุดในข้อ 2.3⁶ (ภาพที่ 1)

2 รายการตาย	2.3 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย (เขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ (CAPITAL LETTER)) a) (due to) b) (due to) c) (due to) d) (due to) 2.4 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน	ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนกระทั่ง เสียชีวิต
	2.5 โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่อง “สาเหตุการตาย” ในมรณบัตร (ให้เขียนเพียงโรคหรือภาวะเดียวเท่านั้นโดยเขียนเป็นภาษาไทย) 2.6 หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี ☐ ไม่ตั้งครรภ์ ☐ กำลังตั้งครรภ์สัปดาห์ ☐ ขณะเสียชีวิต ☐ เพิ่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์ ☐ ไม่ทราบ	

ภาพที่ 1 ส่วนของหนังสือรับรองการตาย น.ส.4/1ที่แพทย์ต้องบันทึกสาเหตุการตายลงในช่อง 2.3 และ 2.5

ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบ การตายเป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน ได้แก่ กลุ่มอาการ อาการแสดง (ICD10 codes R00 - R99) เช่น ชราภาพ เสียเลือด ชัก ใช้สูง ซ็อกจากติดเชื้อ หรือตายเฉียบพลัน ฯลฯ การบาดเจ็บที่ไม่ทราบพฤติกรรม (Y10 - Y34, Y87.2) มะเร็งที่ไม่ทราบที่มา (C80, C97) โรคหัวใจที่ไม่ชัดเจน เช่น หัวใจวาย หัวใจหยุดเต้น (I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9 และ I70.9)⁴ จากข้อมูลจากการตรวจราชการของเขตสุขภาพที่ 1⁷ ในปีงบประมาณ 2560 (1 ต.ค. 2559 ถึง 30 ก.ย.2560) มีจำนวนผู้ตายใน จังหวัดลำปาง 6,991 ราย เป็นการตายในสถานพยาบาล 2,687 ราย และ ตายนอกสถานพยาบาล 4,304 ราย ข้อมูลจากมรณบัตร พบเป็นการตาย

ที่ไม่ทราบสาเหตุ ในสถานพยาบาล ร้อยละ 13 และ นอกสถานพยาบาล ร้อยละ 32 คิดรวมเป็นร้อยละ 24.6 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ ร้อยละ 25 เพียงเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่นในเขตสุขภาพที่ 1 พบมีความแตกต่างกัน ตามแผนในระยะ 5 ปี มีการกำหนดให้ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ คุณภาพข้อมูลมากขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลเพื่อตอบคำถาม ดังต่อไปนี้ ลักษณะของแพทย์ที่บันทึกหนังสือรับรองการตายทั้งการตายใน และตายนอกเป็นอย่างไร ลักษณะการบันทึกหนังสือรับรองการตาย ที่ไม่ทราบสาเหตุ ในผู้ที่ตายในและตายนอกโรงพยาบาล เป็นอย่างไร รวมทั้ง เปรียบเทียบสาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตาย กับสาเหตุตาย แท้จริงตามแนวทางองค์การอนามัยโลกต่างกันอย่างไร เพื่อนำผลการศึกษา

ไปพัฒนาคุณภาพการบันทึก โดยมุ่งเน้นที่แพทย์กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งสำรวจสาเหตุการตายของประชากรให้ถูกต้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายตามแผนงานที่ 12 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลสาเหตุการตาย (Cause of death ,COD) ที่บันทึกในหนังสือรับรองการตาย (COD^{Doc}) ของแพทย์ที่โรงพยาบาลลำปางทั้งกรณีตายในและตายนอกโรงพยาบาล ในช่วงเวลา 1 ปี ตั้งแต่ 1 ต.ค.2559 ถึง 30 ก.ย.2560 จำนวน 3,001 ราย ซึ่งเจ้าหน้าที่เวชสถิติ เป็นผู้ให้รหัสสาเหตุการตาย ICD-10 แล้วส่งข้อมูล

ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และสำนักงานนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข ผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์ผู้บันทึกสาเหตุการตาย ได้แก่ เพศ อายุ กลุ่มงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน จากนั้นวินิจฉัยสาเหตุการตายตามเกณฑ์WHO (COD^{WHO}) ให้รหัส ICD-10 โดยตรวจสอบจากฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาลลำปาง ได้แก่ ประวัติแกร็บ อาการ อาการแสดง ผลตรวจห้องปฏิบัติการ ผลตรวจภาพรังสีวิทยา ผลตรวจชิ้นเนื้อพยาธิ และการวินิจฉัยโรคที่บันทึกไว้ รวมทั้งผลการชันสูตรศพในกรณีตายผิดธรรมชาติ ข้อมูลที่เก็บนำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานความถี่ร้อยละ จากสูตรคำนวณ

ร้อยละการเปลี่ยนแปลงเหตุตาย

$$\text{เท่ากับ } \frac{(\text{COD}^{\text{WHO}} - \text{COD}^{\text{Doc}}) \times 100}{\text{COD}^{\text{WHO}}}$$

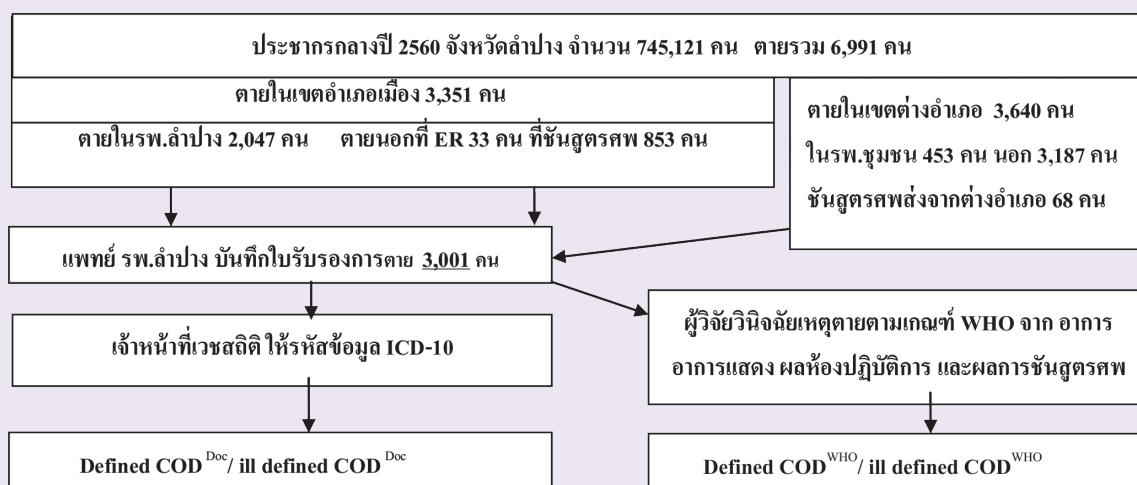
ร้อยละสาเหตุการตายตามแนวทาง WHO

$$\text{เท่ากับ } \frac{\text{COD}^{\text{WHO}} \times 100}{3,001} \quad \text{และ}$$

อัตราตายด้วยโรคต่อแสนประชากร

$$\text{เท่ากับ } \frac{\text{COD}^{\text{WHO}} \times 6,991 \times 100,000}{3,001 \times 745,121}$$

เนื่องจากข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประชากรกลางปี 2560 จังหวัดลำปาง มีจำนวน 745,121 ราย (สืบค้นจาก goo.go/nL2qcV) เป็นการตายในเขตอำเภอเมือง 3,351 ราย และตายนอกเขตอำเภอเมือง 3,640 ราย รวม 6,991 ราย (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการศึกษา ข้อมูลสาเหตุการตายจำนวน 3,001 ราย จากในเขตอำเภอเมือง และต่างอำเภอ

ผล

แพทย์โรงพยาบาลลำปางบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย คิดเป็นร้อยละ 43 ของประชากรที่ตายในจังหวัดลำปางในช่วงปี พ.ศ.2560 หรือร้อยละ 0.64 ของประชากรในประเทศไทยที่ตายจำนวน 468,911 คน ทั้งนี้การตายนอกโรงพยาบาลในเขตเทศบาลนครลำปาง และเทศบาลนครเขลางค์นคร ซึ่งไม่มีพนักงานฝ่ายปกครอง ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน ทำให้ญาติผู้ตายต้องแจ้งว่ามีการตายต่อเจ้าพนักงานสอบสวน และมีการประสานให้แพทย์นิติเวช เข้าร่วมการชันสูตรพลิกศพ จึงมีบันทึกสาเหตุการตายนอกโรงพยาบาลโดยแพทย์นิติเวชจำนวนมาก ต่างจากในเขตต่างอำเภอที่ยังมีผู้ใหญ่บ้านและกำนันในพื้นที่ ส่วนกรณีตาย

ตามธรรมชาติที่ห้องฉุกเฉิน 33 ราย ถือเป็นการตายนอกโรงพยาบาล ซึ่งบันทึกเหตุตายโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน แพทย์ที่บันทึกหนังสือรับรองการตายอยู่ในช่วงอายุ 25 - 30 ปี ร้อยละ 52.6 โดยเป็นแพทย์ใช้ทุนปี 1 ถึงร้อยละ 83 กลุ่มงานที่แพทย์ปฏิบัติงานขณะบันทึก 5 อันดับแรก ได้แก่ อายุรกรรม นิติเวชวิทยา ศัลยกรรม เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และกุมารเวชกรรม แพทย์นิติเวชที่มีประสบการณ์ 3-10 ปี บันทึกหนังสือรับรองการตายไม่ทราบสาเหตุถึงร้อยละ 56 มากกว่า แพทย์นิติเวชที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 3 ปี และแพทย์นิติเวชประสบการณ์กว่า 10 ปี ในสัดส่วน 1.4 เท่า และ 3.7 เท่า ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะของแพทย์โรงพยาบาลลำปางที่บันทึกสาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุ (N = 3,001)

ลักษณะแพทย์ผู้บันทึกหนังสือรับรองการตาย	จำนวน (ร้อยละ)	ทราบสาเหตุตาย (ร้อยละ)	ไม่ทราบสาเหตุตาย (ร้อยละ)
เพศ			
ชาย	2,095 (69.8)	1,710 (81.6)	385 (18.4)
หญิง	906 (30.2)	817 (90.2)	89 (9.8)
อายุ			
25 - 30 ปี	1,579 (52.6)	1447 (91.6)	132 (8.4)
30 - 40 ปี	692 (23.1)	462 (66.8)	230 (33.2)
40 - 50 ปี	721 (24.0)	611 (84.7)	110 (15.3)
50 - 60 ปี	9 (0.3)	7 (77.8)	2 (22.2)
กลุ่มงานขณะปฏิบัติงาน			
อายุรกรรม	1,428 (47.6)	1,303 (91.2)	125 (8.8)
นิติเวชศาสตร์	1,098 (36.6)	795 (72.4)	303 (27.6)
ศัลยกรรม	404 (13.5)	363 (89.8)	1 (10.2)
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	33 (1.1)	29 (87.9)	4 (12.1)
กุมารเวชกรรม	31 (1.0)	31 (100.0)	0
กระดูกและข้อ	3 (0.1)	3 (100.0)	0
อื่นๆ	4 (0.1)	3 (75.0)	1 (25.0)
ประสบการณ์ทำงาน			
แพทย์เพิ่มพูนทักษะ	1,313 (43.8)	1204 (91.7)	109 (8.3)
แพทย์พี่เลี้ยงหรือแพทย์ประจำบ้าน(ปี2-3)	367 (12.2)	336 (91.6)	31 (8.4)
อาจารย์แพทย์อื่นประสบการณ์ น้อยกว่า 3 ปี	50 (1.7)	46 (92.0)	4 (8.0)
อาจารย์แพทย์อื่น อายุงานมากกว่า 3 ปี	164 (5.5)	137 (83.5)	27 (16.5)
แพทย์นิติเวช ประสบการณ์น้อยกว่า 3 ปี	312 (10.4)	191 (61.2)	121 (38.8)
แพทย์นิติเวช ประสบการณ์ 3 - 10 ปี	150 (5)	66 (44.0)	84 (56.0)
แพทย์นิติเวชประสบการณ์มากกว่า 10 ปี	645 (21.5)	547 (84.8)	98 (15.2)

ในปีงบประมาณ 2560 พบข้อมูลการตายไม่ทราบสาเหตุที่แพทย์โรงพยาบาลลำปางบันทึก และนักเวชสถิติ เป็นผู้ให้รหัสโรค ICD-10 ร้อยละ 8.45 ส่วนการตายนอกโรงพยาบาล พบร้อยละ 31.6 รวมการตายที่ไม่ทราบสาเหตุทั้งตายใน และตายนอกโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 15.8 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งจังหวัดลำปางที่ร้อยละ 24 การบันทึกสาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุจากหัวใจล้มเหลวมีจำนวนมากที่สุด เป็นกรณีตายนอกโรงพยาบาลมากกว่าตายในโรงพยาบาล ซึ่งบันทึกโดยแพทย์นิติเวชที่มีประสบการณ์ทำงาน 3-10 ปี จำนวน 80 ราย เมื่อตรวจสอบตามเกณฑ์ WHO พบใน 80 คนนี้ มีสาเหตุการตายจากโรคหัวใจขาดเลือด 50 ราย มะเร็ง 6 ราย โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง 4 ราย และโรคอื่น 20 ราย กรณีตายนอกโรงพยาบาลพบการบันทึกสาเหตุการตายเนื่องมาจากชราภาพ เมื่อตรวจสอบตามเกณฑ์ WHO พบสาเหตุการตายแท้จริง ทำให้จำนวนการตายจากชราภาพลดลงร้อยละ 37 ส่วนการบันทึกสาเหตุการตายโดยเฉียบพลัน ตายโดยไม่คาดคิด และตายไม่ทราบสาเหตุ สัดส่วนไม่เปลี่ยนแปลงมาก เนื่องจากไม่พบข้อมูลโรคประจำตัวที่พอจะเป็นเหตุตายได้ ประกอบกับแพทย์นิติเวชไม่ได้ทำการ

ผ่าตรวจศพ สาเหตุการตายจากมะเร็งไม่ทราบแหล่งที่มาจำนวน 6 ราย เมื่อตรวจสอบพบแหล่งที่มาของมะเร็งเกือบทั้งหมด กรณีตายในโรงพยาบาลพบการบันทึกสาเหตุการตาย จากหัวใจล้มเหลว ข้อคจากติดเชื้อ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว เสียเลือดมาก ข้อคจากหัวใจและขาดสารน้ำ เมื่อตรวจสอบตามเกณฑ์ WHO พบสาเหตุการตายแท้จริงเกือบทั้งหมด พบการบันทึกสาเหตุการตายจากการเสียเลือด 4 ราย ในผู้ที่ตายจากโรคหัวใจล้มเหลวมาดึก หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง และติดเชื้อภูมิคุ้มกันบกพร่อง สาเหตุการตายจากการได้รับสารพิษหรือยาที่ไม่ระบุมความตั้งใจ จำนวน 12 ราย เมื่อตรวจสอบข้อมูลในเวชระเบียนพบผู้ตายทุกคนมีประวัติความตั้งใจทำร้ายตนเอง นอกจากนั้นแพทย์ยังบันทึกสาเหตุการตายกลุ่มอาการ เช่น เนื้อเยื่อขาดเลือดเน่า ไส้เป็นเลือด เลือดออกในทางเดินหายใจ ชักกระตุก ภาวะผอมแห้ง และ อาการแสดงอื่น จำนวน 13 ราย เมื่อตรวจสอบตามเกณฑ์ WHO พบการเปลี่ยนแปลงลดลงร้อยละ 85 เมื่อใช้เกณฑ์ WHO สาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุทั้งหมดมีการเปลี่ยนแปลงลดลงร้อยละ 60 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุในหนังสือรับรองการตาย เทียบกับเกณฑ์ WHO

สาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุ (รหัส ICD-10)	หนังสือรับรองการตาย			เกณฑ์ WHO			ร้อยละการเปลี่ยนแปลงเหตุตาย
	ตายใน	ตายนอก	รวม	ตายใน	ตายนอก	รวม	
หัวใจล้มเหลว (I50)	33	111	144	4	39	43	-70
ชราภาพ (R54)	0	113	113	0	71	71	-37
ข้อคจากติดเชื้อ(R572,R65)	66	0	66	7	0	7	-89
ตายโดยเฉียบพลัน (R960)	0	41	41	0	39	39	-5
หัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ (I490) หัวใจเต้นผิดจังหวะ (I499)	9	10	19	0	11	11	-42
หัวใจหยุดเต้น (I46)	18	7	25	7	3	10	-60
ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว (R090)	13	0	13	0	0	0	-100

ตารางที่ 2 สาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุในหนังสือรับรองการตาย เทียบกับเกณฑ์ WHO (ต่อ)

สาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุ (รหัส ICD-10)	หนังสือรับรองการตาย			เกณฑ์ WHO			ร้อยละการเปลี่ยนแปลงเหตุตาย
	ตายใน	ตายนอก	รวม	ตายใน	ตายนอก	รวม	
ช็อกจากหัวใจ (R570)	6	0	6	0	0	0	-100
มะเร็งไม่ทราบแหล่งที่มา (C80)	0	6	6	0	1	1	-83
ช็อกจากขาดสารน้ำ (R571)	4	2	6	0	0	0	-100
เสียชีวิตมาก (R580)	4	0	4	0	0	0	-100
ตายโดยไม่คาดคิด (R98) ตายไม่ทราบสาเหตุ (R99)	0	4	4	0	3	3	-25
เส้นเลือดแดงเสื่อมสภาพ (I709)	0	1	1	0	0	0	-100
กล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมสภาพ (I51.5)	0	1	1	0	1	1	0
ได้รับสารพิษกำจัดศัตรูพืช หรือสารกัดกร่อน ,ไม่ระบุความตั้งใจ (Y189,Y199)	8	2	10	0	0	0	-100
ได้รับสารพิษจากยา ไม่ระบุความตั้งใจ (Y149,Y159)	1	1	2	0	0	0	-100
อาการ อาการแสดงอื่น (R020,R042,R048,R568,R64,R688)	11	2	13	0	2	2	-85
รวม การตายไม่ทราบสาเหตุ	173	301	474	18	170	188	-60

ในกลุ่มที่ทราบสาเหตุการตาย พบการบันทึกเหตุตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 462 ราย เมื่อทำการตรวจสอบตามเกณฑ์ WHO พบลดลงเหลือ 98 ราย เนื่องจากมีสาเหตุการตายแท้จริง ทำให้การเปลี่ยนแปลงเหตุตายลดลงร้อยละ 79 ตรงข้ามพบสาเหตุการตาย (COD^{WHO}) เพิ่มขึ้นจาก วัณโรค ติดเชื้อเมลิออยด์-โรคฉี่หนู มะเร็งทุกชนิด โรคหัวใจขาดเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องอกช่องท้องโป่งพอง โรคตับจากพิษสุรา-ตับแข็ง ทางเดินน้ำดีอักเสบ-โรคตับอ่อนอักเสบ แผลกดทับ ไตวายเรื้อรัง และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ พบการเปลี่ยนแปลงเหตุตายเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 100 จากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคไขกระดูกฝ่อ โรคพาร์กินสัน-สมองเสื่อม วัณชรา โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ หลอดเลือดดำหลอดเลือดอาหารโป่งพองแตก โรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคแบคทีเรียกินเนื้อ และโรคพุ่มพวง-โรคหนังแข็ง พบร้อยละการเปลี่ยนแปลงเหตุตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจรูมาติก นิวโมโต-ต่อมลูกหมากโต และกระเพาะปัสสาวะเสื่อมสูงมาก เนื่องจากแพทย์ไม่บันทึกโรคแรกที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุการตาย แพทย์ผู้รักษาทันทีสาเหตุการตายจากโรคที่เกิดขึ้นไม่นานก่อนตายเป็นสาเหตุการตายทำให้ร้อยละการเปลี่ยนแปลงเหตุตายลดลง ในโรคปอดอักเสบ โรคกล้ามเนื้ออุดกั้นในปอด เลือดออกทางเดินอาหาร และไตวายเฉียบพลัน พบการบันทึกสาเหตุการตายจากระบบหายใจล้มเหลว 74 ราย เมื่อใช้เกณฑ์ WHO พบสาเหตุการตายแท้จริงเกือบทั้งหมด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย เทียบกับเกณฑ์ WHO

สาเหตุการตาย (รหัส ICD-10)	หนังสือรับรองการตาย			เกณฑ์ WHO			ร้อยละการเปลี่ยนแปลงเหตุตาย	อัตราตายต่อ100,000 ประชากร
	ตายใน	ตายนอก	รวม	ตายใน	ตายนอก	รวม		
กลุ่มโรค และเหตุการณ์บาดเจ็บ ที่นำไปสู่การตาย								
วัณโรค (A15- A 19)	26	7	33	36	6	42	27	13.1
โรคเมลิออยด์ (A24) and โรคฉี่หนู (A27)	8	0	8	15	0	15	88	4.7
ติดเชื้อในกระแสเลือด (A40-A41)	438	24	462	85	13	98	-79	30.6
ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (B16-B18)	4	2	6	24	4	28	367	8.8
ติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่อง (B20- B24)	15	4	19	52	7	59	211	18.4
มะเร็งทั้งหมด (C00-C97)	185	130	315	295	155	450	43	140.7
มะเร็งตับ และมะเร็งทางเดินน้ำดีในตับ (C22)	54	24	78	79	29	108	38	33.8
มะเร็งปอด (C34)	35	26	61	49	33	82	34	25.6
มะเร็งเต้านม (C50)	14	10	24	19	10	29	21	9.1
ไขกระดูกฝ่อ (D61)	2	2	4	7	4	11	175	3.4
โรคเลือดจางธาลัสซีเมีย (D56)	2	0	2	4	0	4	100	1.3
เบาหวาน (E10-E14)	2	2	4	5	4	9	125	2.8
โรคพาร์กินสัน (G20) สมองเสื่อม วัณชรา (G30-G32)	0	24	24	13	38	51	113	15.9
ลิ้นหัวใจรูมาติก (I05-I09)*	0	0	0	13	3	16	1,600	5.0
หัวใจขาดเลือด (I20- I25)	107	50	157	155	73	228	45	71.3
ลิ้นหัวใจอักเสบ (I33, I38)	5	1	6	7	2	9	50	2.8
ลิ้นหัวใจพิการ (I34-I37)	10	1	11	25	2	27	145	8.4
กล้ามเนื้อหัวใจพิการ (I42)	2	6	8	13	8	21	163	6.6
โรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	189	36	225	224	55	279	24	87.2
หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องอกช่องท้อง เสื่อมแตก (I72)	10	13	23	15	13	28	22	8.8
หลอดเลือดดำหลอดเลือดอาหารโป่งพองแตก (I85)	3	1	4	10	0	10	150	3.1
ปอดอักเสบ (J15-18)	187	11	198	174	13	187	-6	58.5
ลิ่มเลือดอุดตันในปอด (I26)	6	2	8	4	2	6	-25	1.9
ถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44)	35	14	49	88	20	108	120	33.8
ภาวะหายใจล้มเหลว (J96)	73	1	74	1	0	1	-99	0.3
โรคตับจากพิษสุรา (K70) โรคตับแข็ง (K74)	21	17	38	35	17	52	37	16.3
ติดเชื้อทางเดินน้ำดี(K830) ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (K85)	13	1	14	16	1	17	21	5.3
เลือดออกในทางเดินอาหาร (K922)	55	15	70	35	15	50	-29	15.6
แผลกดทับ (L89)	8	18	26	18	20	38	46	11.9
แบคทีเรียกินเนื้อ (M726)	8	2	10	22	2	24	140	7.5
โรคพุ่มพวง (M32) โรคหนังแข็ง (M34)	6	0	6	15	1	16	167	5.0
ไตวายเรื้อรัง (N18)	53	49	102	106	59	165	62	51.6

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย เทียบกับเกณฑ์ WHO (ต่อ)

สาเหตุการตาย (รหัส ICD-10) กลุ่มโรค และเหตุการณ์บาดเจ็บ ที่นำไปสู่การตาย	หนังสือรับรองการตาย			เกณฑ์ WHO			ร้อยละการ เปลี่ยนแปลง เหตุ ตาย	อัตราตาย ต่อ100,000 ประชากร
	ตายใน นอก	ตาย นอก	รวม	ตายใน นอก	ตาย นอก	รวม		
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (N390)	21	3	24	34	3	37	54	11.6
ไตวายเฉียบพลัน (N17)	15	2	17	4	2	6	-65	1.9
นิวโมไนต์ (N20) ต่อมลูกหมากโต (N40)*	0	0	0	12	1	13	1,300	4.1
กระเพาะปัสสาวะเสื่อม (N31)*	0	0	0	3	3	6	600	1.9
เหตุการณ์บาดเจ็บที่นำไปสู่การตาย								
อุบัติเหตุจากรถทางบก (V01-V 89)	6	20	26	98	86	184	608	57.5
อุบัติเหตุจากรถ ไม่ระบุชนิด (V99)	85	61	146	0	2	2	-99	0.6
อุบัติเหตุหกล้มหรือตกที่สูง (W00-W19)	26	9	35	60	14	74	111	23.1
อุบัติเหตุถูกสิ่งของโยนหรือตกกระทบ (W20)	6	1	7	7	1	8	14	2.5
อุบัติเหตุจมน้ำ (W74)	0	13	13	0	14	14	8	4.4
อุบัติเหตุแวนค้อ (w76)	3	25	28	0	0	0	-100	-
อุบัติเหตุได้รับสารพิษ (X49)	2	0	2	0	0	0	-100	-
อุบัติเหตุ ไม่ระบุสาเหตุ (X59)	14	5	19	0	2	2	-89	0.6
ทำร้ายตนเองโดยใช้สารพิษ (X60-X69)	0	1	1	12	3	15	1,400	4.7
ทำร้ายตนเองโดยการแวนค้อ (X70)	0	1	1	3	27	30	2,900	9.4
ทำร้ายตนเองโดยวิธีอื่น (X71-84)	1	3	4	1	4	5	25	1.6
ถูกทำร้าย ทุกรูปแบบ (X85-Y09)	0	9	9	1	13	14	56	4.4
สาเหตุตายอื่น	119	7	126	135	0	135	7	42.2
รวมการตายที่ทราบสาเหตุ(Define cause of deaths)	1,874	653	2,527	2,029	784	2,813	11	879.5
รวมการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (ill-defined causes of death)	173	301	474	18	170	188	-60	58.8
รวมการตายทั้งหมด	2,047	954	3,001	2,047	954	3,001		938

*กรณีไม่มีข้อมูลสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย แต่พบมีข้อมูลสาเหตุการตายตามแนวทาง WHO จะให้เลขทดแทนเท่ากับ 1

การตายจากเหตุการณ์บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถ (V00 - V99) ซึ่งได้รับการชันสูตรพลิกศพ แพทย์นิติเวชมักจะบันทึกข้อความในหนังสือรับรองการตายว่า “บาดเจ็บจากการจราจร” ทำให้นักเวชสถิติให้รหัสสาเหตุการตายเป็นอุบัติเหตุจากรถไม่ระบุ (V99) ทั้งนี้ตามเกณฑ์ WHO การบันทึกควรต้องระบุ ว่าผู้ตายเป็นผู้ขับขี่ คนโดยสาร ยานพาหนะชนิดใด ชนกับยานพาหนะชนิดใด เช่น ขับขี่รถจักรยานยนต์ชนรถยนต์ หรือเดินข้ามถนนถูกรถบรรทุกชน เป็นต้น เมื่อตรวจสอบตามเกณฑ์ WHO ทำให้ร้อยละการเปลี่ยนแปลงเหตุตายรหัส V01-V89 เพิ่มขึ้น และ V99 ลดลง การพลัดตก (W00-W19) มีร้อยละการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น เนื่องจากการพลัดตกออกได้เยื่อหุ้มสมองเพียงอย่างเดียวจากการตรวจภาพรังสีคอมพิวเตอร์โดยไม่พบการบาดเจ็บของสมองชนิดอื่น เป็นลักษณะของการบาดเจ็บสมองจากการที่ศีรษะเคลื่อนที่หยุดกะทันหัน ทำให้หลอดเลือดดำที่ยึดระหว่างสมอง และเยื่อหุ้มสมองฉีกขาด จึงให้รหัสสาเหตุการตายจากลิ่ม (W19) ไม่ใช่จากโรคหลอดเลือดออกได้เยื่อหุ้มสมอง (I62.0)

แพทย์นิติเวชมักจะบันทึกข้อความในหนังสือรับรองการตายเป็นข้อความที่ไม่ระบุพฤติกรรม เช่น แวนค้อสมองขาดออกซิเจน หรือได้รับสารพิษกำจัดการแมลง แต่นักเวชสถิติ ให้รหัสการตาย เป็นอุบัติเหตุแวนค้อ (W76) และอุบัติเหตุทางสารพิษ (X49) ทั้งที่ควรให้รหัส การได้รับสารพิษที่ไม่ทราบแรงจูงใจ (Y10 - Y19) และการแวนค้อที่ไม่ทราบแรงจูงใจ (Y20) เมื่อตรวจสอบ จากเวชระเบียนและการชันสูตรพลิกศพ พบทุกรายมีประวัติลักษณะเป็นการทำร้ายตนเองโดยการทานสารพิษ และแวนค้อ โดยตรวจไม่พบร่องรอยการถูกทำร้ายร่างกาย จึงทำให้ร้อยละการเปลี่ยนแปลงเหตุตายจากการฆ่าตัวตาย รหัส X60 - X69 และ X70 เพิ่มขึ้นมาก นอกจากนี้แพทย์นิติเวช จะระบุสาเหตุการตาย เช่น บาดเจ็บศีรษะ หรือบาดเจ็บจากของแข็งไม่มีคม และพบว่านักเวชสถิติให้รหัสสาเหตุการตายเป็นอุบัติเหตุที่ไม่ทราบเหตุ (X59) เมื่อตรวจสอบตามเกณฑ์ WHO พบสาเหตุการตายแท้จริงจากอุบัติเหตุ และถูกทำร้ายร่างกายเพิ่มสูงขึ้น เหลือเพียงการตายจากการบาดเจ็บนอกสถานพยาบาล 2 ราย ซึ่งไม่สามารถระบุพฤติกรรมการตายได้

เปรียบเทียบร้อยละข้อมูลสาเหตุการตายตามเกณฑ์ WHO ต่างจากข้อมูลการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตาย ดังนี้ โรคกระเพาะทุกชนิด ร้อยละ 15.0 เพิ่มจากร้อยละ 10.5 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 9.3 เพิ่มจากร้อยละ 7.5 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 7.6 เพิ่มจากร้อยละ 5.2 อุบัติเหตุจากรถ ร้อยละ 6.2 เพิ่มจากร้อยละ 5.7 ติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่อง ร้อยละ 2.0 เพิ่มจากร้อยละ 0.6 การฆ่าตัวตาย ร้อยละ 1.7 เพิ่มจากร้อยละ 0.2 และการถูกทำร้าย ร้อยละ 0.5 เพิ่มจากร้อยละ 0.3 เมื่อทำการตรวจสอบสาเหตุการตายตามเกณฑ์ WHO ทำให้ทราบภาวะโรคและเหตุการณ์บาดเจ็บที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข สามารถคำนวณอัตราการตายต่อแสนของประชากรได้ (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

แพทย์ใช้ทุน แพทย์พี่เลี้ยง และแพทย์ประจำบ้าน เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการบันทึกสาเหตุการตาย เนื่องจากเป็นแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยที่อาการหนักในหอผู้ป่วย และพบว่าสามารถบันทึกสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ ในสัดส่วนที่ต่ำกว่าอาจารย์แพทย์ที่อายุงานมากกว่า 3 ปี สาเหตุอาจเนื่องจากแพทย์สภได้กำหนดไว้ในเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ว่าแพทย์ต้องมีความรู้ความสามารถทางวิชาชีพและทักษะทางคลินิก สามารถทำหนังสือรับรองตามความที่กฎหมายกำหนด ให้องค์กรต่างๆได้ เช่น หนังสือรับรองการตาย^๑ อย่างไรก็ตามควรต้องมีการให้ความรู้ และวัดผลการทำงานอย่างต่อเนื่องหลังจบการศึกษา จึงเป็นโอกาสพัฒนาในการบรรจุหัวข้อการสอนแนวทางการบันทึกสาเหตุการตายตามเกณฑ์ WHO ให้แก่แพทย์ใช้ทุน และแพทย์ประจำบ้าน รวมทั้งควรมีการจัดทำเอกสารคุณภาพแนวทางการบันทึกสาเหตุการตายของแต่ละโรงพยาบาล และแจ้งให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละกลุ่มงานทราบผ่านที่ประชุมองค์กรแพทย์ หรือที่ประชุมแพทย์กลุ่มงานอายุรกรรม และศัลยกรรม ในกรณีการตายผิดธรรมชาติ พบแพทย์นิติเวชผู้มีส่วนประกอบการทำงาน 3-10 ปี บันทึกสาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุจากหัวใจล้มเหลวในสัดส่วนที่สูงมาก และไม่ใช้เหตุตายแท้จริงตามแนวทาง WHO แตกต่างกับแพทย์นิติเวชที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 3 ปี และประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี ซึ่งหากไม่มีการปรับปรุงวิธี

การบันทึกข้อมูลสาเหตุการตายจะทำให้ข้อมูลสาเหตุการตายไม่ถูกต้อง ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนงานทางสาธารณสุขได้ ทางแก้ไขปัญหาคือควรให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางการบันทึกสาเหตุการตายตามเกณฑ์WHO และกำหนดร้อยละการบันทึกสาเหตุการตาย ไม่ทราบสาเหตุเป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของแพทย์นิติเวช ทั้งนี้การชันสูตรพลิกศพการตายนอกโรงพยาบาล แพทย์ต้องสอบถามอาการ ข้อมูล การเจ็บป่วยของผู้ตายจากญาติ ทำการตรวจสอบพยาธิสภาพ ทำการพลิกศพ ดูแผลกดทับ และตรวจสอบข้อมูลการเจ็บป่วยในเวชระเบียนของโรงพยาบาล กรณีที่ผู้ตายไม่มีข้อมูลในเวชระเบียนโรงพยาบาลที่แพทย์นิติเวชสังกัด ควรทำการร้องขอใบรับรองแพทย์ หรือเอกสารผลตรวจห้องปฏิบัติการ จากโรงพยาบาลอื่น ซึ่งผู้ตายเคยเข้ารับบริการมาประกอบการบันทึกสาเหตุการตาย รวมทั้งควรมีการจัดประชุมทำความเข้าใจกับโรงพยาบาลทั้ง ภาครัฐและเอกชนในระดับจังหวัด ให้ทราบถึงบทบาทของแพทย์ชันสูตรพลิกศพตามกฎหมายที่มีหน้าที่ในการระบุสาเหตุการตาย เพื่อให้สามารถ เข้าถึงเวชระเบียนที่ผู้ตายเคยเข้ารับการรักษา

การตายในโรงพยาบาล แพทย์ได้มีโอกาสซักประวัติผู้ป่วย มีการ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จึงมีโอกาสที่บันทึกสาเหตุการตายไม่ทราบ สาเหตุ น้อยกว่าการตายนอกโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามแม้จะเป็นการบันทึก สาเหตุการตายอยู่ในกลุ่มที่ทราบสาเหตุการตาย แต่ก็ยังไม่ถูกต้องตาม หลักเกณฑ์ WHO เนื่องจาก พบสาเหตุการตายจากการติดเชื้อใน กระแสเลือดจำนวนมาก ซึ่งเป็นการระบุโรคที่เกิดขึ้นไม่นานก่อนตาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pattaraarchachai² ที่ตรวจสอบพบข้อมูล สาเหตุการตายจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลมีสัดส่วนลดลง ถึงร้อยละ 93.8 สำหรับการตายนอกโรงพยาบาลการบันทึกสาเหตุการตาย เนื่องจากชราภาพพบได้บ่อย แม้ญาติผู้ตายส่วนใหญ่จะพึงพอใจแต่เป็น ข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุไม่มีประโยชน์ใช้ในการวางแผนและ ป้องกันโรค ทั้งนี้หากแพทย์ชันสูตรพลิกศพได้ทำการซักถามประวัติ จากญาติผู้ตายตรวจสอบสภาพศพ และตรวจสอบข้อมูลจากเวชระเบียน จะสามารถบันทึกสาเหตุการตายที่แท้จริงได้เพิ่มขึ้น มีข้อเสนอแนะกรณี ผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล หรือมารับ การรักษาอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง แล้วเกิดการตายกะทันหันเฉียบพลัน เนื่องจากข้อจำกัดด้านความเชื่อของญาติผู้ตายและศาสนาจึงไม่สามารถ จะนำศพมาผ่าตรวจหาสาเหตุการตายได้เช่นนี้แพทย์ไม่ควรบันทึกสาเหตุ การตายเนื่องจากชราภาพแต่ควรให้สาเหตุการตายอย่างกะทันหันไม่คาดคิด ซึ่งจะมีประโยชน์ในการวิเคราะห์เหตุตายมากกว่า ในกรณีที่ไม่มีข้อมูล การเจ็บป่วยที่รุนแรงมีความเสี่ยงของแพทย์ต่อการถูกฟ้องร้อง หรือผู้ตาย มีการทำประกันชีวิตไว้ การผ่าตรวจพิสูจน์ศพเพื่อระบุสาเหตุการตาย เพื่อให้ได้ข้อมูลสาเหตุที่ถูกต้องก็สามารถทำได้ตามเงื่อนไขกฎหมายเมื่อมี ความจำเป็นให้พบสาเหตุการตายที่แท้จริง³

การที่แพทย์นิติเวชบันทึกสาเหตุการตายชัดเจนโดยระบุพฤติกรรมการ ตาย ในช่อง 2.5 และข้อความจะปรากฏในมรณบัตรอาจเกิดปัญหา ความผิดพลาดได้เนื่องจากแพทย์ไม่ได้ไปตรวจสอบสถานที่เกิดเหตุ หรือไม่ได้ทราบข้อเท็จจริงทางคดี อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางนิติเวช จึงแนะนำให้แพทย์ประจำบ้าน บันทึกสาเหตุการตายที่ไม่ระบุพฤติกรรมการ ตาย เช่น แขนงคอสมองขาดออกซิเจน ได้รับสารพิษกำจัดแมลง หรือบาดเจ็บจากของแข็งไม่มีคม⁴ นอกจากนี้ญาติผู้ตายส่วนหนึ่ง จะไม่ต้องการให้แพทย์ระบุสาเหตุการตายจากการฆ่าตัวตาย จึงมีความ ขัดแย้งระหว่างแนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ ความต้องการของญาติผู้ตาย กับแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขต้องการให้การบันทึกข้อมูลสาเหตุ การตายมีความเฉพาะเจาะจงซึ่งแพทย์อาจบันทึกสาเหตุการตายระบุ พฤติกรรมเป็นการฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอ หรือฆ่าตัวตายด้วยสาร พิษเป็นภาษาอังกฤษลงในช่อง 2.3 แต่ในช่อง 2.5 ใช้ถ้อยคำภาษาไทยที่ไม่ ระบุพฤติกรรม เช่น แขนงคอสมองขาดออกซิเจน หรือได้รับสารพิษกำจัด

แมลง ซึ่งนักเวชสถิติจะต้องให้รหัสสาเหตุการตายเฉพาะที่ระบุตามข้อความ ภาษาอังกฤษ ทั้งนี้มีข้อความระบุการยกเว้นความผิดพลาดของแพทย์ ในตอนท้ายของหนังสือรับรองการตาย พ.ร.4/1 ว่า “สาเหตุการตาย ที่ระบุในหนังสือรับรองการตายฉบับนี้ ระบุไว้ตามกฎหมายที่บัญญัติว่านัก โรคระหว่างประเทศ เพื่อรวบรวมข้อมูลทะเบียนราษฎร ทำสถิติการตาย ของประเทศและใช้ในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข เท่านั้น” ในกรณีที่แพทย์ผู้ชันสูตรพลิกศพไม่ได้ระบุพฤติกรรมการแขวนคอ หรือการทานสารพิษ เป็นภาษาอังกฤษในช่อง 2.3 นักเวชสถิติก็ควรให้รหัส เป็นกลุ่มการบาดเจ็บที่ไม่ทราบพฤติกรรม (Y10-Y19) และ Y20 ไม่ควร ให้รหัสเป็นอุบัติเหตุแขวนคอ หรือการทานสารพิษเพราะจะทำให้ข้อมูลสถิติ การตายไม่ถูกต้อง ในมุมมองระดับประเทศ เช่น ต่างประเทศที่พัฒนาแล้ว มีการใช้แบบฟอร์มหนังสือรับรองการตาย ที่มีช่องให้เลือกสำหรับระบุ พฤติกรรมการตาย หรือการใช้ระบบการลงทะเบียนสาเหตุการตายแบบ อิเลคทรอนิกส์เพื่อช่วยให้คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายดีขึ้น¹⁰

ข้อมูลสาเหตุการตายจากงานศึกษานี้สอดคล้องกับ งานวิจัยของ Pattaraarchachai² ที่ทำการตรวจสอบสาเหตุการตายเฉพาะกรณีผู้ตายใน โรงพยาบาล ในปี พ.ศ.2548 จำนวน 3,316 ราย พบการตายจากวัณโรคจำนวน 40 ราย ใกล้เคียงกับในรายงานศึกษานี้ที่พบจำนวน 42 ราย แสดงถึงปัญหาการ ติดเชื้อวัณโรคนั้นยังเป็นสาเหตุการตายของคนไทยมาตลอด พบการตาย จากมะเร็งจำนวน 248 ราย น้อยกว่าในการศึกษานี้ที่พบจำนวน 449 ราย บ่งชี้ว่ามีผู้ป่วยตายจากโรคมะเร็งมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการตรวจ วินิจฉัยมะเร็งที่สูงขึ้น เปรียบเทียบข้อมูลสาเหตุการตายกับงานศึกษา ของ Porapakkham¹¹ ซึ่งทำการสำรวจสาเหตุการตายทั้งนอกและ ในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ.2548 พบการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 9.3 กับ ร้อยละ 10.7 และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 7.6 กับร้อยละ 7.8 ใกล้เคียงกัน สาเหตุการตายจากบาดเจ็บทางถนน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.2 จาก ร้อยละ 5.3 บ่งชี้ว่าอุบัติเหตุจราจร เป็นปัญหาสำคัญ ที่ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินของคนไทยมากขึ้น พบข้อมูล ร้อยละการตายจากการติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่อง ร้อยละ 2 ลดลงจาก ร้อยละ 7.5 เนื่องจากผู้ป่วยมีสิทธิในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์มากขึ้น¹² จากงานศึกษานี้บ่งชี้ว่าการตายจากโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องยังคงมีอยู่ และเป็น ปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข ดังนั้นหากแพทย์ไม่ได้บันทึกสาเหตุ การตายตามแนวทาง WHO ก็จะทำให้ข้อมูลสาเหตุการตายจากโรค ภูมิคุ้มกันบกพร่องน้อยกว่าความเป็นจริง อาจทำให้การวางแผนรณรงค์ ป้องกัน ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ลดความสำคัญลงไปได้ ในกรณีที่ ญาติผู้ตายไม่ต้องการให้บันทึก การตายจากโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง แพทย์ก็ควรบันทึกเป็นภาษาอังกฤษ ในช่อง 2.3 การตายจากติดเชื้อ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ส่วนข้อความภาษาไทยในช่อง 2.5 อาจใช้คำว่า “ติดเชื้อโรคแทรกซ้อน”

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี และกำหนดตัวชี้วัดการปฏิบัติงานเพื่อกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดเก็บข้อมูลตาม ตัวชี้วัด เช่น ตัวชี้วัด ที่ 18 อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (V01 - V89) ที่รวมผู้เสียชีวิตทั้งการตายนอก และตายในโรงพยาบาล ไม่เกิน 15 ต่อแสนประชากรต่างจากรายงานศึกษานี้ที่พบถึง 58 ต่อแสนประชากร สาเหตุเนื่องจากจังหวัดลำปางเป็นศูนย์กลางการขนส่งทางภาคเหนือตอนบน รวมทั้งเป็นศูนย์อุบัติเหตุทางการแพทย์ ในการส่งตัวผู้ได้รับบาดเจ็บเข้ามา รับการรักษาจากจังหวัดอื่นๆ ทั้งในเขตและนอกเขตสุขภาพ ยังรวมถึง มีการส่งศพอุบัติเหตุจราจรจากต่างอำเภอ มาให้แพทย์นิติเวชชันสูตร พลิกศพ ทำให้ข้อมูลการตายในงานวิจัยนี้ มากกว่าค่าเป้าหมายเฉลี่ยของ ทั้งประเทศ เช่นเดียวกับตัวชี้วัดที่ 39 อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20-I25) มีเป้าหมายเพื่อลดอัตราตาย ให้น้อยกว่า 28 ต่อแสนประชากร

โดยเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งจากงานศึกษาพบอัตราการตายถึง 71 ต่อแสนประชากร ส่วนหนึ่งเนื่องจากโรงพยาบาลลำปาง เป็นศูนย์การแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ซึ่งมีการทำหัตถการและการผ่าตัดโรคหัวใจ จึงมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจเป็นจำนวนมาก อีกทั้งมีแพทย์นิติเวชประจำจึงมีการผ่าตรวจศพที่ตายผิดธรรมชาติ ทำให้พบอัตราการตายต่อแสนประชากรในกลุ่มนี้สูง เชื่อว่าจำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจจะสูงขึ้นกว่านี้หากมีการผ่าตรวจศพในกลุ่มตายไม่ทราบสาเหตุมากขึ้น ต่างจากเป้าหมายตัวชี้วัดที่ 35 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ น้อยกว่า 6 ต่อแสนประชากร ซึ่งในงานศึกษานี้พบอัตราการฆ่าตัวตายถึง 16 ต่อแสนประชากร จะมีความคลาดเคลื่อนน้อยกว่าเพราะเป็นลักษณะการเสียชีวิตที่ปกติจะไม่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการข้ามเขตจังหวัด ตัวชี้วัดที่ 41 อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ และมะเร็งปอด มีเป้าหมายที่จะลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ และมะเร็งปอดจากข้อมูลพื้นฐานในปี 2559¹³ เท่ากับ 26.3 และ 20.6 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งจากงานศึกษาพบอัตราการตาย 33.7 ต่อแสนประชากร และ 25.6 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สูงกว่าค่าเป้าหมายเล็กน้อย จึงควรมีการสอบทานข้อมูลสาเหตุการตายจากเวชระเบียนเพื่อให้การจัดเก็บข้อมูลถูกต้อง ก่อนนำไปใช้วางแผนงานนโยบายระดับชาติ และเขตสุขภาพ

ข้อมูลสาเหตุการตายในงานศึกษานี้ อยู่บนพื้นฐานในการปฏิบัติงานของแพทย์ ซึ่งต้องรับผิดชอบในการบันทึกหนังสือรับรองการตายซึ่งมีทั้งกรณีการตายใน และตายนอกโรงพยาบาลสามารถครอบคลุมข้อมูลสาเหตุการตายของประชาชนผู้เสียชีวิตในจังหวัดลำปาง ได้เกือบร้อยละ 50 เนื่องจากโรงพยาบาลลำปางเป็นโรงพยาบาลศูนย์แห่งเดียวในจังหวัด ต่างจากในบางจังหวัดที่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมาก ซึ่งผู้ป่วยมีโอกาสในการเข้ารับบริการทางการแพทย์มากกว่า ทั้งนี้หากต้องการทราบข้อมูลสาเหตุการตายทั้งจังหวัด เพื่อให้ทราบอัตราการตายด้วยโรคต่อแสนประชากร ที่มีความครอบคลุมน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น ควรต้องทำการตรวจสอบหนังสือรับรองการตาย และเวชระเบียนของผู้ที่ตายในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง โรงพยาบาลรัฐสังกัดกรมการแพทย์ โรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงกลาโหม และโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งกรณีผู้ตายนอกสถานพยาบาลที่มีการออกหนังสือรับแจ้งการตาย และระบุสาเหตุการตายโดยนายทะเบียนผู้รับแจ้งเหตุตาย ซึ่งจะเป็นโอกาสในการศึกษาต่อไป

สรุป

แพทย์ใช้ทุน และแพทย์นิติเวชเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการบันทึกข้อมูลสาเหตุการตาย ทั้งในการตายใน และตายนอกโรงพยาบาล การบันทึกสาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุ และระบุสาเหตุการตายไม่ถูกต้องตามหลักของ WHO พบในสัดส่วนที่สูงทำให้ข้อมูลสาเหตุการตายจากโรค และปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขมีการรายงานคลาดเคลื่อน และน้อยกว่าความเป็นจริง ดังนั้นควรมีการฝึกอบรมแพทย์ใช้ทุน และกำหนดร้อยละการบันทึกสาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุ เป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของแพทย์นิติเวช รวมทั้งตรวจสอบการให้รหัส ICD-10 ของนักเวชสถิติ เพื่อให้ข้อมูลสาเหตุการตายของผู้ที่เสียชีวิตในประเทศไทยมีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ในการทำแผนยุทธศาสตร์ชาติในระยะ 20 ปี อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.รุ่งทิพา หมื่นป้า และคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลลำปาง ที่มีส่วนช่วยเหลือ สนับสนุน จนทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ.2534. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 308, ตอนที่ 203 ฉบับพิเศษ. (ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2534).
2. Pattaraarchachai J, Rao C, Polprasert W, Porapakkham Y, Pao-in W, Singwerathum N, et al. Cause-specific mortality patterns among hospital deaths in Thailand: validating routine death certification. *Popul Health Metr* 2010;8:12.
3. พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 21) พ.ศ.2542. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 116, ตอนที่ 137 ก. (ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2534).
4. Details of strategic indicators for 20 years, Ministry of Public Health. Fiscal Year 2016; Map 12 Development of information system Indicator 66 : Percentage of provinces and service units that pass the quality of information [Internet]. 2018 (cited 2018 Aug 16) Available from : http://bps.moph.go.th/new_bps/node/91.
5. WHO. International statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision [Internet]. 2nded. Geneva: World Health Organization; 2004 [Cited 2018 Jun 25]. Available from: http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10_2nd_ed_volume2.pdf.
6. Pao-in W, Chotiwan P. New way of death certification for Thai doctors. *The Thai Medical Council Bulletin* 1999;28(3):220 -32.
7. Ministry of Public Health. Bureau of Inspection and Evaluation. The results of the inspection and supervision of Health Region 1: Health Information System Development [Internet]. (cited 2561 June 25). Available from :http://planfda.fda.moph.go.th/newplan/mh/doc_province_2_pdf_area.php?health_zone=1.
8. The Medical Council. Notice of the Medical Council 12/2012. Criteria for assessing a licensee to be a practitioner of medicine. 2012. (cited 2018 Jul 7). Available from : https://www.tmc.or.th/file_08062012.pdf.
9. Fongsiripaibul V. New death certificate: another perspective to taking risks. *Siriraj Medical Journal* 2002;54:192-203.
10. Brooks EG, Reed KD. Principles and pitfalls: a guide to death certification. *Clin Med Res* 2015;13(2):74-82.
11. Porapakkham Y, Rao C, Pattaraarchachai J, Polprasert W, Vos T, Adair T, et al. Estimated causes of death in Thailand, 2005: implications for health policy. *Popul Health Metr* 2010;8:14.
12. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่มที่ 119, ตอนที่ 116 ก (ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2545).
13. Detail of strategic indicators for 20 Years, Ministry of Public Health Fiscal year 2016 ; Map 6 Development of Health Services Indicators 41 and 42 : Death rates from liver cancer and lung cancer [Internet]. 2018 (cited 2018 Aug 16). Available from : http://bps.moph.go.th/new_bps/node/91.