

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีผลต่อการบันทึกสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน

ในการสรุปลสาเหตุการตาย

อัยยา วงษ์วรรณ¹ กัลยากร ศิริประภาพงศ์¹ พิษณุภิตก์ แก้วเอียน² และ กัลยา จงเชิดชูตระกูล³

¹นักศึกษาแพทย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ²หน่วยนิติเวชคลินิก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ³ภาควิชาเวชศาสตร์ทหารและชุมชน วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ สาเหตุการตายนำไปใช้วางแผนพัฒนาประเทศได้ องค์การอนามัยโลกจึงมีข้อเสนอแนะให้หลีกเลี่ยงการระบุสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนซึ่งไม่สามารถนำไปสู่การเสียชีวิตที่แท้จริง ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงมีการกำหนดเกณฑ์คุณภาพให้แต่ละจังหวัดระบุสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนได้ไม่เกินร้อยละ 25 ต่อปี อย่างไรก็ตามพบว่าความชุกในการระบุเหตุตายไม่ชัดเจนยังคงสูงในประเทศไทย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสรุปลสาเหตุการตายเป็นสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน **วิธีการศึกษา** การวิจัยแบบผสมผสานนี้เริ่มจากการสำรวจภาคตัดขวาง เพื่อรวบรวมข้อมูลสาเหตุการตายจากเวชระเบียนผู้ตายทั้งหมดที่บันทึกโดยโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งภายในจังหวัดลพบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2565 โดยสืบค้นและเปรียบเทียบเพื่อระบุสาเหตุการตายโดยยึดตามหลักการขององค์การอนามัยโลก โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติเชิงเปรียบเทียบ จากนั้นดำเนินการการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ความคิดเห็นของบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการเขียนสาเหตุการตาย **ผลการศึกษา** จากการศึกษาใน 519 รายพบว่ามีการระบุสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนทั้งหมดร้อยละ 14.1 โดยแบ่งเป็นในแผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 56.6 และร้อยละ 6.8 ในแผนกผู้ป่วยใน สาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนที่พบมากที่สุดจากการศึกษา คือ หัวใจหยุดเต้น ไม่ระบุรายละเอียด (21.9%) หัวใจล้มเหลวแบบมีน้ำคั่ง (19.2%) การตายที่ไม่มีผู้รู้เห็น (16.4%) และพบว่า ผู้ตายอายุตั้งแต่ 80 ปี (aOR = 2.55, 95%CI: 1.28-5.08) ตายในปีงบประมาณ 2563 (aOR = 2.53, 95%CI: 1.03-6.23) และการได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก (aOR = 27.67, 95%CI: 13.55-56.49) มีความสัมพันธ์กับการระบุสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ามีสาเหตุคือการไม่ทราบประวัติโรคประจำตัวและการรักษาก่อนหน้านี้ ไม่สามารถสืบทราบประวัติจากผู้นำส่งได้ มีความกังวลเกี่ยวกับข้อกฎหมายและคดีความ ความไม่ประสงค์ส่งผ่านสูตรเนื่องจากไม่มีความจำเป็นด้านประกัน และการมีค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทางส่งศพ รวมไปถึงการขาดการอบรมวิธีการเขียนสาเหตุการตายในกลุ่มแพทย์ และความเข้าใจผิดบางส่วนของบุคลากร **อภิปรายและสรุป:** โรงพยาบาลแห่งนี้มีการระบุสาเหตุการตายที่ไม่แน่ชัดในเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังคงพบที่มีความชุกที่สูงมากในแผนกผู้ป่วยนอก โดยพบว่าเกิดจากการไม่ทราบประวัติที่เพียงพอ รวมไปถึงการที่ไม่มีการส่งผ่านสูตร ซึ่งการแก้ไขคือ การพัฒนาให้มีฐานข้อมูลสุขภาพส่วนกลาง ติดต่อขอประวัติผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล รวมไปถึงการสร้างตระหนักถึงความสำคัญในการเขียนสาเหตุการตายที่ชัดเจน

คำสำคัญ: ● สาเหตุการตาย ● สาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน ● เวชระเบียน

เวชสารแพทย์ทหารบก 2567;77(3):229-41.

ได้รับต้นฉบับ 19 พฤษภาคม 2567 แก้ไขบทความ 15 กันยายน 2567 รับลงตีพิมพ์ 19 กันยายน 2567

ต้องการสำเนาต้นฉบับติดต่อ นักศึกษาแพทย์ อัยยา วงษ์วรรณ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 E-mail: w.aiya@pcm.ac.th]

Original article

Factors Related to Record Ill-defined Cause of Death in the Death Summary

Aiya Wongwanna¹, Kanyakorn Siraprapapong¹, Pitchkit Kao-ian² and Kanlaya Jongcherdchootrakul³

¹ Medical student, Phramongkutklao College of Medicine; ² Clinical Forensics Medical Unit, Phramongkutklao Hospital; ³ Military and Community Medicine, Phramongkutklao College of Medicine

Abstract:

Background: The cause of death (COD) can provide valuable information for national health policy. The World Health Organization (WHO) recommended avoiding ill-defined CODs as they do not give any utility. Thai Ministry of Public Health (MoPH) sets the goal that ill-defined CODs should not exceed 25%. However, there is still a high proportion of ill-defined CODs. **Objective:** To analyze the quality of the CODs recorded by doctors using WHO criteria. **Method:** A cross-sectional study was conducted in a community hospital in Lopburi province using data retrieved between October 1, 2018, and September 30, 2023. The medical records were reviewed to determine the CODs according to WHO criteria. Then descriptive statistics, chi-square tests, and logistic regression analyses were used at the 0.05 level of significance. Lastly, in-depth interviews were conducted to identify the root of problems. **Results:** Of 519 records, 73 records (14.1%) were ill-defined; there were 56.6% in outpatients and 6.8% in inpatients. Most of ill-defined CODs were cardiac arrest (21.9%), congestive heart failure (19.2%), and unattended death (16.4%). Being over 80 of age (aOR=2.55, 95%CI: 1.28-5.08), being in 2020 (aOR=2.53, 95%CI: 1.03-6.23), and being an outpatient (aOR=27.67, 95%CI: 13.55-56.49) were the associated factors of ill-defined CODs. The interviews revealed that most of these cases arrived with an unknown medical history and refused an autopsy, except when they encountered some legal or insurance issues. Additionally, the study discovered some misunderstandings about defined CODs. **Conclusion:** This community hospital's quality of CODs is good. However, ill-defined CODs in outpatient departments were still high; this was caused by unclear medical history and the refusal to autopsy from relatives. Therefore, it is necessary to develop a central medical database, making it possible to request medical records between hospitals, and raising the awareness of writing defined CODs.

Keywords: ● Cause of death ● Ill-defined causes of death ● Medical record

RTA Med J 2024;77(3):229-41.

Received 19 May 2024 Corrected 15 September 2024 Accepted 19 September 2024

Correspondence should be addressed to Aiya Wongwanna, 6th year medical student, Phramongkutklao College of Medicine, 315 Ratchawithi Rd., Ratchathewi, Bangkok 10400, E-mail: w.aiya@pcm.ac.th

บทนำ

สาเหตุการตาย (Cause of death) มีความสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ให้การรักษา ฟื้นฟูความพิการ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเชิงเศรษฐกิจและสังคม การสรุปลักษณะการตายที่ไม่ถูกต้องส่งผลต่อข้อมูลทางสถิติการรายงานสาเหตุการตาย ไม่ทราบปัญหาสุขภาพอนามัยที่แท้จริง และนำไปสู่การวางแผนที่ผิดพลาด ทั้งในด้านการจัดสรรทรัพยากร การป้องกันแก้ไขสาเหตุจากโรคหรือการบาดเจ็บที่เป็นจุดเริ่มต้นของความเจ็บป่วยที่นำไปสู่การเสียชีวิต จนถึงการพัฒนาในด้านต่าง ๆ นอกจากนี้การหาสาเหตุการตายที่แท้จริงยังมีความสำคัญในแง่การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของญาติหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ตายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากสาเหตุนั้นมีความเกี่ยวข้องกับโรคทางพันธุกรรม¹ ถึงแม้ว่าข้อมูลการตายจากระบบทะเบียนราษฎรของไทยมีความครอบคลุมสูงมากถึงร้อยละ 95 ของประชากรทั้งหมด ถือว่าเป็นระบบเก็บข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ แต่คุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตายค่อนข้างต่ำ โดยในปี พ.ศ. 2542 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) รายงานว่าประเทศไทยมีคุณภาพของการให้สาเหตุการตายต่ำที่สุดในโลก คือ มีสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน (ill-defined cause of death) สูงถึงร้อยละ 50 ถึงแม้ในปัจจุบันจะมีแนวโน้มลดลงก็ตาม²

สาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนตามหลักการของ WHO ประกอบด้วยรหัสโรคและอาการ (ICD-10) ดังนี้ Symptoms, signs and ill-defined conditions (R00-R94, R96-R99), Injuries undetermined whether intentional or unintentional (Y10-Y34, Y87.2), Ill-defined cancers (C76,C80,C97) และ ill-defined cardiovascular diseases (I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9, I70.9)³ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแพทย์จำนวนมากไม่เข้าใจการสรุปลักษณะการตายและบันทึกภาวะที่ไม่ใช่โรคลงในหนังสือรับรองการตาย โดยมีกระบวนแบบการตาย (Mode of Death) เช่น หัวใจล้มเหลว (Heart failure) ระบบหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) หัวใจหยุดเต้น (Cardiac Arrest) ช็อก (Shock) เป็นต้น หรือการลงลำดับโรคผิดหรือนำโรคที่น่าจะเป็นสาเหตุการตายไปเป็นโรคร่วม (Co-existing disease) เขียนแทนสาเหตุการตายต้นกำเนิด (Underlining cause of death)⁴ ตามพระราชบัญญัติทะเบียนราษฎร ได้มีการกำหนดให้ผู้รักษายาบาลเป็นผู้ลงบันทึกหนังสือรับรองการตาย (ท.ร. 4/1) ตามแบบที่กำหนด⁵ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้พัฒนาระบบข้อมูลให้ระบุตามเกณฑ์บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ให้สอดคล้องกับ WHO โดยได้มีการกำหนดให้ ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนของแต่ละจังหวัด มีได้ไม่เกินร้อยละ 25 ต่อปี⁶

จากการศึกษาใน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศไทย เดือนมิถุนายน 2554 ถึงเดือนพฤษภาคม 2555 พบว่าแพทย์มีการบันทึกเหตุตายอย่างเหมาะสมเพียงร้อยละ 36.9 โดยมักเกิดความผิดพลาดจากการบันทึกลำดับเหตุตาย (32.4%) และรูปแบบการตาย (26.2%)⁷ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจเพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเขียนสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาการสรุปลักษณะการตายที่ถูกต้องตามกฎหมายการบันทึกสาเหตุการตายและได้มาตรฐานต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ได้รับการรับรองโดยสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก ตามหนังสือรับรองหมายเลข IRBRTA 1174/2566 โดยการศึกษาเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-method research) ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยใช้แบบแผนขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory sequential design) ซึ่งเริ่มใช้การศึกษาเชิงปริมาณก่อน แล้วจึงศึกษาเชิงคุณภาพ สำหรับการศึกษา

เชิงปริมาณ จะดำเนินการในรูปแบบสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยผู้วิจัยจะรวบรวมข้อมูลจากผู้ตายทั้งหมดที่มีการบันทึกโดยโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ภายในจังหวัดลพบุรี ประเทศไทย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2565 และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเขียนสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพ จะดำเนินการการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งแพทย์และพยาบาล เกี่ยวกับการเขียนสาเหตุการตาย

สำหรับการศึกษาเชิงปริมาณทำโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลจากผู้ตายทั้งหมดที่มีการบันทึกสาเหตุการตายในเวชระเบียนโดยโรงพยาบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2565 ให้ได้ตามจำนวนอย่างน้อย 246 คน อ้างอิงจากการศึกษาของกำพล เครือคำขาว และคณะ พบว่าในปีงบประมาณ 2560 พบข้อมูลตายไม่ทราบสาเหตุทั้งในและนอกโรงพยาบาลภายในจังหวัดลำปาง ร้อยละ 15.8 โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนในประชากร 1 กลุ่ม⁸ ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพนั้น เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยประกอบด้วยตัวแทนบุคลากรทางการแพทย์ทั้งแพทย์และพยาบาล เพื่อดำเนินการการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จนกระทั่งข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว (Data saturation)

จากนั้นใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป STATA 17MP ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปจะใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และใช้สถิติเชิงเปรียบเทียบคือ การทดสอบค่าไค (Chi-square test) และ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเขียนสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา

จำนวนผู้เสียชีวิตที่มีการบันทึกในโรงพยาบาลพัฒนานิคมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2565 มีทั้งหมด 519 ราย แบ่งเป็น 94 (18.1%), 89 (17.2%), 78 (15.0%), 119 (22.9%) และ 139 (26.8%) ราย เรียงตามปีงบประมาณ โดยร้อยละ 52.8 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 66.3 ± 18.3 ปี โดยได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน 443 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.4 โดยพบว่าผู้ป่วยในจำนวน 282 (63.7%) ราย ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลไม่เกิน 4 วัน และพบว่าผู้ป่วยในที่ใช้เวลาในการรักษาตัวไม่เกิน 4 วัน มีความชุกของการเขียนสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน (8.9%) มากกว่าผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลมากกว่า 4 วัน (3.1%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.020$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2 พบว่ามีภาระระบุสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนทั้งหมดจำนวน 73 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.1 ซึ่งแบ่งเป็นการระบุสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนในแผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 56.6 และร้อยละ 6.8 ในแผนกผู้ป่วยใน นอกจากนี้พบว่าสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนนี้สามารถระบุเหตุตายที่แท้จริงได้ร้อยละ 41.1 สาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนที่พบมากที่สุดจากการศึกษา คือ หัวใจหยุดเต้น ไม่ระบุรายละเอียด (21.9%) หัวใจล้มเหลวแบบมีน้ำคั่ง (19.2%) และ การตายที่ไม่มีผู้รู้เห็น (16.4%)

ในส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการระบุสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนตามตารางที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยตัวแปรเดียวพบว่า การได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกมีความสัมพันธ์กับการระบุสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($cOR = 17.94$, 95%CI: 9.99-32.22) ในขณะที่เพศ อายุ และปีที่ตายไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกหลายตัวแปร เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นในสมการ พบว่า ผู้ตายอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ($aOR = 2.55$, 95%CI: 1.28-5.08) ตายในปีงบประมาณ 2563 ($aOR = 2.53$, 95%CI: 1.03-6.23) และ การได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ($aOR = 27.67$, 95%CI: 13.55-56.49) มีความสัมพันธ์กับการระบุสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ตาย (n=519)

ลักษณะ	ทั้งหมด	สาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน		p-value
		เป็น n (%)	ไม่เป็น n (%)	
เพศ				0.381
หญิง	245 (47.2)	31 (42.5)	214 (48.0)	
ชาย	274 (52.8)	42 (57.5)	232 (52.0)	
กลุ่มอายุ (ปี)				0.474
Mean $\pm$ SD	66.3 $\pm$ 18.3	66.3 $\pm$ 18.3	66.1 $\pm$ 18.6	
0-39	38 (7.3)	6 (8.2)	32 (7.2)	
40-49	40 (7.7)	8 (11.0)	32 (7.2)	
50-59	95 (18.3)	10 (13.7)	85 (19.1)	
60-69	101 (19.5)	17 (23.3)	84 (18.8)	
70-79	112 (21.6)	11 (15.1)	101 (22.7)	
80-89	92 (17.7)	13 (17.8)	79 (17.7)	
90-100	41 (7.9)	8 (11.0)	33 (7.4)	
ปีงบประมาณ				0.013*
2561	94 (18.1)	17 (23.3)	77 (17.3)	
2562	89 (17.2)	8 (11.0)	81 (18.2)	
2563	78 (15.0)	19 (26.0)	59 (13.2)	
2564	119 (22.9)	16 (21.9)	103 (23.1)	
2565	139 (26.8)	13 (17.8)	126 (28.3)	
แผนกที่ได้รับการรักษา				< 0.001*
แผนกผู้ป่วยใน	443 (85.4)	30 (41.1)	413 (92.6)	
แผนกผู้ป่วยนอก	76 (14.6)	43 (58.9)	33 (7.4)	
จำนวนวันที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (n = 443)				0.020*
≤ 4	282 (63.7)	25 (83.3)	257 (62.2)	
> 4	161 (36.3)	5 (16.7)	156 (37.8)	

*การทดสอบค่าไค, $\alpha < 0.05$

ในการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) มีรายละเอียดของผู้ถูกสัมภาษณ์ ดังตารางที่ 4 จากการสัมภาษณ์พบว่าสามารถแบ่งหัวข้อนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ความรู้ และความเข้าใจในการเขียนสาเหตุการตายอย่างมีคุณภาพ

แพทย์และพยาบาลยังมีความเข้าใจเรื่องการเขียนสาเหตุการตายไม่ครบถ้วน เช่น ทราบว่าไม่ควรเขียนสาเหตุจากภาวะอวัยวะล้มเหลว แต่ไม่ทราบว่ารวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย และไม่ทราบว่าสามารถเขียนอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายได้โดย นาย ข นางสาว ค และนาย ง มีความเห็นตรงกันคือ “ทราบว่าไม่ควรเขียนกลุ่ม Failure หรืออวัยวะล้มเหลวเป็นสาเหตุการตาย” “...แต่ผู้ป่วยมักมีอาการแสดงชัดถึงกลุ่มภาวะนั้นทำให้เลือกเขียนเท่าที่ทราบ”

ในขณะที่ นาย ก กล่าวว่า “รู้ว่าไม่ควรลง Mode of death พวกภาวะอวัยวะล้มเหลว (Failure) แต่ว่าไม่ทราบว่ารวมถึง Heart failure ด้วย ซึ่งคิดว่า Congestive heart failure มีความละเอียดมากพอ จึงยังคงเขียนเป็น

ตารางที่ 2 ความชุกของการระบุสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน

ลักษณะ จำนวน (ร้อยละ)		ทั้งหมด	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน
ความชุกของการระบุสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน		73 (14.1)	43 (56.6)	30 (6.8)
ความชุกของการระบุสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนที่ไม่เหมาะสม		30 (41.1)	13 (32.5)	17 (51.5)
รหัส				
I46				
I469	หัวใจหยุดเต้น ไม่ระบุรายละเอียด	16 (21.9)	14 (35.0)	2 (6.1)
I460	หัวใจหยุดเต้นและกู้ชีพสำเร็จ	3 (4.1)	2 (5.0)	1 (3.0)
I461	หัวใจตายเฉียบพลัน แบบที่บรรยายไว้	1 (1.4)	1 (2.5)	0 (0.0)
I50				
I500	หัวใจล้มเหลวแบบมีน้ำคั่ง	14 (19.2)	3 (7.5)	11 (33.3)
I509	หัวใจล้มเหลว ไม่ระบุรายละเอียด	4 (5.5)	0 (0.0)	4 (12.1)
I501	หัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว	1 (1.4)	0 (0.0)	1 (3.0)
R				
R98	การตายที่ไม่มีผู้รู้เห็น	12 (16.4)	12 (30.0)	0 (0.0)
R99	สาเหตุการตายอื่นที่ไม่ชัดเจนและไม่ระบุรายละเอียด	4 (5.5)	3 (7.5)	1 (3.0)
R409	การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว ไม่ระบุรายละเอียด	3 (4.1)	1 (2.5)	2 (6.1)
R060	หายใจลำบาก	2 (2.7)	1 (2.5)	1 (3.0)
R104	ปวดท้องแบบอื่นและไม่ระบุรายละเอียด	2 (2.7)	0 (0.0)	2 (6.1)
R572	ช็อกจากการติดเชื้อ	2 (2.7)	0 (0.0)	2 (6.1)
R092	หยุดหายใจ	1 (1.4)	1 (2.5)	0 (0.0)
R098	อาการและอาการแสดงอื่นที่ระบุรายละเอียดของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจ	1 (1.4)	1 (2.5)	0 (0.0)
R190	อาการบวม ก้อน และไตในท้องและอุ้งเชิงกราน	1 (1.4)	0 (0.0)	1 (3.0)
R42	เวียนศีรษะ	1 (1.4)	1 (2.5)	0 (0.0)
R568	การชักแบบอื่นและไม่ระบุรายละเอียด	1 (1.4)	0 (0.0)	1 (3.0)
R571	ช็อกจากปริมาตรเลือดน้อย	1 (1.4)	0 (0.0)	1 (3.0)
R96	การตายกระทันหันอื่น ไม่ทราบสาเหตุ	1 (1.4)	0 (0.0)	1 (3.0)
C				
C760	เนื้องอกร้ายที่ตำแหน่งอื่นและที่ระบุตำแหน่งไม่ชัดเจนของศีรษะ หน้า และคอ	1 (1.4)	0 (0.0)	1 (3.0)
C800	เนื้องอกร้ายที่ไม่ระบุตำแหน่ง	1 (1.4)	0 (0.0)	1 (3.0)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการระบุสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน

ลักษณะ	ทั้งหมด	สาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน		COR	95%CI	p-value	aOR	95%CI	p-value
		เป็น n (%)	ไม่เป็น n (%)						
เพศ									
หญิง	245 (47.2)	31 (12.7)	214 (87.3)	1			1		
ชาย	274 (52.8)	42 (15.3)	232 (84.7)	1.25	(0.76-2.06)	0.382	1.02	(0.56-1.87)	0.938
กลุ่มอายุ (ปี)									
0-79	386 (74.4)	52 (13.5)	334 (86.5)	1			1		
≥ 80	133 (25.6)	21 (15.8)	112 (84.2)	1.20	(0.70-2.09)	0.508	2.55	(1.28-5.08)	0.008*
ปีงบประมาณ									
2561	94 (18.1)	17 (18.1)	77 (81.9)	1			1		
2562	89 (17.2)	8 (9.0)	81 (91.0)	0.45	(0.18-1.10)	0.079	0.54	(0.19-1.53)	0.248
2563	78 (15.0)	19 (24.4)	59 (75.6)	1.46	(0.70-3.05)	0.315	2.53	(1.03-6.23)	0.044*
2564	119 (22.9)	16 (13.5)	103 (86.5)	0.70	(0.33-1.48)	0.354	0.73	(0.30-1.79)	0.488
2565	139 (26.8)	13 (9.4)	126 (90.6)	0.47	(0.22-1.02)	0.055	0.79	(0.32-1.95)	0.607
แผนกที่ได้รับการรักษา									
แผนกผู้ป่วยใน	443 (85.4)	30 (6.8)	413 (93.2)	1			1		
แผนกผู้ป่วยนอก	76 (14.6)	43 (56.6)	33 (43.4)	17.94	(9.99-32.22)	< 0.001*	24.21	(12.36-47.45)	< 0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 ลักษณะทั่วไปของผู้สัมภาษณ์ (n = 8)

นามสมมติ	เพศ	อายุ (ปี)	ตำแหน่ง	ประสบการณ์การทำงาน (ปี)
นาย ก	ชาย	26	แพทย์ใช้ทุน	3
นาย ข	ชาย	26	แพทย์ใช้ทุน	3
นางสาว ค	หญิง	26	แพทย์ใช้ทุน	3
นาย ง	ชาย	26	แพทย์ใช้ทุน	3
นาง จ	หญิง	34	พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน	10
นางสาว ฉ	หญิง	49	พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน	29
นางสาว ช	หญิง	48	พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน	24
นาง ซ	หญิง	50	พยาบาลประจำหอผู้ป่วย	20

สาเหตุการตายอยู่จนถึงปัจจุบัน” และนางสาว ฉ “ทราบว่าจะไม่ควรลงสาเหตุการตายเป็นสาเหตุที่ไม่ชัดเจน และใน 1 ปีจะมีการบันทึกสาเหตุการตายด้วยสาเหตุที่ไม่ชัดเจนน้อยกว่าร้อยละ 25” ทั้งนี้ยังกล่าวเพิ่มเติมว่า “เคส Multiple trauma ไม่รู้จะลงเหตุไหนเป็นสาเหตุการตายดี ถ้ามา trauma เดียวก็ลงให้ได้”

2. ปัจจัยของการเขียนสาเหตุการตายเป็นสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน

2.1 การไม่ทราบประวัติโรคประจำตัว และการรักษาก่อนหน้า จากการศึกษาพบว่าแพทย์และพยาบาลมักระบุสาเหตุการตายไม่ชัดเจนในแผนกผู้ป่วยนอก เนื่องจากผู้ป่วยมักมาด้วยอาการที่คลุมเครือ ผู้นำส่งไม่สามารถเล่าเหตุการณ์ อาการ หรือโรคประจำตัวและการรักษาก่อนหน้าที่เฉพาะเจาะจงได้ รวมไปถึงมีผู้ป่วยหลายรายที่เป็นแรงงานต่างชาติ หรือไม่เคยมีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน

นาย ก เล่าว่า “เขียนผู้ป่วยนอกบ่อย เพราะประวัติมักคลุมเครือ ไม่ทราบพฤติกรรมแน่ชัด การลง Unattended death จึงปลอดภัยกว่า ส่วนผู้ป่วยในไม่บ่อยเลย เคยเขียนแค่ครั้งเดียว แบบว่าคนไข้มาด้วยปวดท้องมาก ๆ CKD stage 5 มี Pulsatile mass ที่ท้อง ส่ง CT ไม่ได้เพราะฉีดยาที่บ่งสีไม่ได้ ไม่ต้องการผ่า และพอเสียชีวิตญาติไม่ต้องการชันสูตร รู้ว่าน่าจะเกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดแดงช่องท้องโป่งพอง (Abdominal aortic aneurysm) แต่ไม่มีหลักฐาน จึงเลือกเขียน Unattended death” ส่วนนางสาว ค ให้ข้อมูลว่า “ส่วนใหญ่เขียนรหัส R ในคนไข้ นอกเพราะคนไข้มักมาด้วย arrest หรือไม่สามารถสอบถามรายละเอียดกับญาติได้” และนาง จ พบว่า “มักเป็นแรงงานชาวต่างชาติ...อยู่ ๆ ก็ตาย หรือเป็นในคนไข้อายุน้อย ไม่มีประวัติรักษา”

2.2 ไม่กล้าลงสาเหตุที่ไม่แน่ใจ มีความกังวลว่าจะมีผลด้านคดีความต่อไป จากการศึกษาพบว่าแพทย์มีความกังวลเกี่ยวกับข้อกฎหมายและคดีความ ส่งผลให้ไม่กล้าเขียนสาเหตุการตายตามที่ตนเองสันนิษฐานโดยไม่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากญาติผู้ป่วยมักไม่ประสงค์ส่งผ่าชันสูตรเนื่องจากไม่มีความจำเป็นที่จะต้องระบุสาเหตุการตายให้แน่ชัดสำหรับนำไปใช้ในด้านประกันภัยหรือประกันสุขภาพ รวมไปถึงการที่มีค่าใช้จ่ายในการขนส่งศพสำหรับการเดินทาง ซึ่งนางสาว ฉ ได้ให้ข้อมูลว่า “มีกฎหมายมาเกี่ยว บอกแพทย์นิติเวชต้องเป็นคนลงเหตุที่แท้จริง ซึ่งพัฒนานานไม่มี เวลาชันสูตร ก็แค่พลิก ๆ ดู บางผลยังไม่เห็น ก็ไม่กล้าฟันธงเหตุตาย ต่อให้เห็นว่ามีบาดแผล แต่พอเอาเข้าจริงก็ไม่รู้ว่าเพราะเป็นโรคทางอายุรกรรมที่ทำให้เกิดเหตุหรือเปล่า อันนี้จำเป็นต้องส่งนิติเวชถึงจะรู้”

โดยอาสาสมัครทุกท่านมีความคิดเห็นเดียวกันคือ การที่ญาติปฏิเสธการผ่าชันสูตรทำให้ไม่สามารถหาสาเหตุการตายที่แท้จริงได้ โดยการปฏิเสธการผ่าชันสูตรมักมีสาเหตุที่คล้ายคลึงกันในแต่ละราย คือการมีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย และการไม่มีประกันภัยทำให้ไม่มีความจำเป็นต้องหาสาเหตุการตายที่แน่ชัดเพื่อรับเงินประกัน ดังที่นางสาว ฉ

กล่าว “ญาติปฏิเสธ ค่าใช้จ่ายไม่พอ ต้องรับศพกลับเอง ถ้าให้มูลนิธิรับให้เป็นหลักพัน หรือถ้าส่งไปธรรมศาสตร์จะมีค่าธรรมเนียมชั้นสูตรศพประมาณ 400 บาท กระบวนการรื้อน่วย โดยปกติจะส่งชันสูตรต่อเมื่อสงสัยเหตุที่เป็นตามกฎหมาย กับญาติมีปัญหาเกี่ยวกับประกันภัย”

2.3 ขาดการจัดอบรมแพทย์ด้านการบันทึกสาเหตุการตาย ถึงแม้ว่าทางกระทรวงสาธารณสุขจะมีการจัดอบรมและการรณรงค์ให้เลี้ยงการลงสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติแล้วไม่สามารถส่งแพทย์เข้ารับการอบรมได้จริง เนื่องจากตารางการทำงานของแพทย์ดังที่นาง ช ได้เล่าถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีช่วงหนึ่งที่มีการอบรมการเขียนสาเหตุการตายอย่างมีคุณภาพ แต่ด้วยภารกิจของแพทย์ในโรงพยาบาลทำให้เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้เข้ารับการอบรมเป็นพยาบาลแทน ทั้งนี้หน้าที่การบันทึกสาเหตุการตายเป็นหน้าที่ของแพทย์ “ที่นี่เขาเคยสอนเรื่องการเขียน COD นะ แต่คนเรียนเป็นพยาบาล ไม่ใช่หมอ” และนางสาว ฉ “แพทย์ที่มาที่นี่ส่วนใหญ่ก็เป็นแพทย์ชุดใช้ทุน มาปี สองปีก็ไปแล้ว ถ้าจัดอบรมก็น่าจะต้องทำทุกปี แต่เรื่องพวกนี้โรงพยาบาลไม่ได้เงินนะ ได้แค่ตรงสรุป Chart”

อภิปรายผล

โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้มีความชุกของการเขียนสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนรวม 5 ปี ร้อยละ 14.1 และในปีงบประมาณล่าสุดคือ ปีงบประมาณ 2565 พบว่ามีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 9.4 โดยอัตราดังกล่าวถือว่ายังอยู่ในเกณฑ์ดีของข้อมูลสาเหตุการตายที่มีคุณภาพ คือ ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ต่อปี และอยู่ในเกณฑ์ที่ดีเมื่อเทียบกับงานวิจัยหัวข้อที่ใกล้เคียงกันในโรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่า คือ การวิเคราะห์หนังสือรับรองการตายที่โรงพยาบาลลำปาง ในปี พ.ศ. 2560 ของกำพล เครือคำขาว และคณะ⁸ ที่พบว่ามีการสรุปลักษณะการตายที่ไม่ชัดเจนร้อยละ 15.8 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการศึกษาดังกล่าวที่พบว่าแพทย์ใช้ทุน แพทย์พี่เลี้ยง และแพทย์ประจำบ้านมีการบันทึกสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนในสัดส่วนที่ต่ำกว่าอาจารย์แพทย์ที่อายุงานมากกว่า 3 ปี เนื่องมาจากในโรงพยาบาลชุมชนที่ทำการศึกษาคะแนนแพทย์ใช้ทุนชั้นปีที่ 2-3 เป็นผู้ที่มิบทบาทหลักในการบันทึกสาเหตุการตายทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยอาจมีสาเหตุจากที่ทางแพทยสภาได้มีการกำหนดไว้ในเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ว่าแพทย์ต้องมีความรู้ความสามารถทางวิชาชีพและทักษะทางคลินิก สามารถทำหนังสือรับรองตามที่กฎหมายกำหนด รวมถึงหนังสือรับรองการตาย⁹ ทั้งนี้จากการสืบค้นข้อมูลเวชระเบียนพบว่าในกลุ่มที่สาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนมีจำนวน 30 (41.1%) รายที่สามารถแก้ไขให้เป็นรหัสโรคที่แน่ชัดมากขึ้นได้ โดยพบว่าเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ Pattaraarchachai J. และคณะ¹⁰ ที่พบว่าหลังการสืบค้นเวชระเบียนสามารถแก้ไขข้อมูลสาเหตุการตายได้ถึงร้อยละ 51 เป็นผลมาจากการระบุรูปแบบการตาย (Mode of death) ในสาเหตุการตาย และการลำดับเหตุการณ์ที่นำไปสู่ความตายผิดพลาด

นอกจากนี้พบว่าสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนที่พบมากที่สุดจากการศึกษา คือ หัวใจหยุดเต้น ไม่ระบุรายละเอียด (21.9%) หัวใจล้มเหลวแบบมีน้ำคั่ง (19.2%) และการตายที่ไม่มีผู้รู้เห็น (16.4%) โดยจากการศึกษาพบว่า การเขียนสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนมีความสัมพันธ์กับผู้ตายที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งพบว่ามีสาเหตุจากการที่ญาติไม่ตั้งใจในสาเหตุการตาย ไม่เห็นความจำเป็นของการชันสูตร เป็นไปในทางเดียวกันกับการศึกษาของ S. Ylijoki-Sørensen และคณะ ในประเทศเดนมาร์กและฟินแลนด์ พบว่า ผู้ตายที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไปมักไม่ได้รับการชันสูตร และจะถูกสรุปลักษณะการตายว่าเกิดจากความชรา (R54)¹¹

การตายในปีงบประมาณ 2563 นั้นพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเขียนสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน โดยจากการสืบค้นเพิ่มเติม พบว่าเป็นช่วงที่ทางโรงพยาบาลประสบปัญหาต้องดูแลผู้ป่วยในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรค

โควิด-19 ในระยะแรก¹² ทำให้ต้องมีการแบ่งบุคลากรและทรัพยากรจำนวนมากเพื่อทำการดูแลรักษาและสืบสวนโรค ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาในด้านอื่นตามมา และพบว่า การเขียนสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนมีความสัมพันธ์กับการได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก และพบว่าผู้ป่วยในที่ใช้เวลาในการรักษาตัวไม่เกิน 4 วัน มีความชุกของการเขียนสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน (8.9%) มากกว่าผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลมากกว่า 4 วัน (3.1%) ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 5.39, p = 0.020$) ดังแสดงในตารางที่ 1 อีกด้วย ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ การไม่ทราบประวัติโรคประจำตัวและการรักษาที่แน่ชัดของผู้เสียชีวิต รวมไปถึงการที่ญาติปฏิเสธการชันสูตรเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริง ทำให้แพทย์เลือกลงความเห็นเป็นสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน สอดคล้องไปกับแพทย์ได้มีโอกาสซักประวัติผู้ป่วย มีการส่งตรวจทางการศึกษาของกำพล เครือคำขาวและคณะ ในจังหวัดลำปาง ปี 2560⁸ ซึ่งพบว่าการตายในโรงพยาบาลที่มีห้องปฏิบัติการมีโอกาสที่จะบันทึกสาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุน้อยกว่าการตายนอกโรงพยาบาล

งานวิจัยในต่างประเทศพบว่ามีปัญหาของการสรุปสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน และพบว่ามีปัจจัยด้านที่อยู่อาศัย และสถานที่ตายที่ห่างจากเมืองหลวงหรือบนถนน เพศหญิง อายุที่อยู่ระหว่าง 10-49 ปี สีผิว (ไม่ใช่คนขาว) การศึกษา สถานะสมรส และการไม่มีประวัติรักษาและตรวจสุขภาพเข้ามาเกี่ยวข้อง^{11,13-15}

เนื่องจากข้อมูลสาเหตุการตายมีผลต่อการวางแผนงานสำหรับสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ให้การรักษา พัฒนาคุณภาพชีวิต และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเชิงเศรษฐกิจและสังคม ผลกระทบของความผิดพลาดในข้อมูลการตายได้แก่ ไม่ทราบปัญหาสุขภาพอนามัยที่แท้จริง วางแผนและจัดสรรทรัพยากรได้ยาก ตัดสินใจผิดพลาด ลงทุนไปในสิ่งที่ไม่ใช่เรื่องสำคัญจึงควรมีการพัฒนาในด้านต่าง นอกจากนี้การพยายามหาสาเหตุการตายที่แท้จริงยังช่วยเหลือนำการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ตายได้ โดยเฉพาะผู้ที่ตายด้วยโรคจากความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น โรคไหลตาย (Brugada syndrome)¹⁶ ดังผลวิจัยที่การสรุปสาเหตุการตายเป็นภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Arrest) มีความสัมพันธ์กับเพศอย่างมีนัยสำคัญโดยพบว่า เพศชายมีการสรุปสาเหตุการตายเป็นภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันร้อยละ 5.8 ซึ่งมากกว่าเพศหญิงที่สรุปสาเหตุการตายเป็นภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Arrest) ร้อยละ 2.0 ซึ่งต้องอาศัยการซักประวัติสอบถามประวัติครอบครัวที่ละเอียดมากขึ้น ในการแก้ไขปัจจัยที่มีผลต่อการสรุปสาเหตุการตายไม่ชัดเจนมีต่าง ๆ ดังนี้

ประการที่ 1 การไม่ทราบประวัติโรคประจำตัว และการรักษาที่ผ่านมา การพัฒนาให้มีฐานข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นส่วนกลาง หรือสามารถติดต่อขอประวัติผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลที่รวดเร็วมากขึ้นก็มีส่วนช่วยให้สามารถบันทึกสาเหตุการตายที่มีเหตุการณ์ดำเนินต่อเนื่องมีเหตุผลซึ่งกันและกัน โดยสอดคล้องกับงานวิจัยด้านปัญหาการไม่ทราบประวัติการรักษาของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการมีแรงงานนอกระบบในลพบุรีกว่า 259,127 คน อ้างอิงจากสำนักงานสถิติ จังหวัดลพบุรี ปี พ.ศ. 2563 เนื่องจากลักษณะงานเป็นงานโรงงาน อุตสาหกรรม ทำให้สิทธิการรักษาและประวัติการรักษาไม่มีในฐานข้อมูลลพบุรี

ประการที่ 2 ไม่กล้าลงสาเหตุที่ไม่แน่ใจ มีความกังวลว่าจะมีผลด้านคดีความต่อไป การสร้างแนวเวชปฏิบัติเพื่อให้ความเข้าใจของแพทย์ตรงกัน โดยปัจจุบันคู่มือการดำเนินงานชันสูตรพลิกศพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561¹⁷ หน้า 50-52 ระบุว่า “การบันทึกสาเหตุการตาย (Cause of death) ควรเป็นโรค แม้ว่าจะกำกวมไม่สามารถวินิจฉัยได้เด็ดขาด ให้แพทย์รวบรวมข้อมูลทั้งโรคประจำตัว อาการแสดง หรืออาการที่นำมาโรงพยาบาล แล้วสันนิษฐานโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุดจากข้อมูลดังกล่าว” โดยจากงานวิจัยทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพมีความสอดคล้องกันพบว่าความกังวลของผลที่ตามมาจากการเขียนสาเหตุการตายเป็นโรคที่สันนิษฐานจากอาการ และอาการแสดงเพียง

อย่างเดียวเป็นหนึ่งในอุปสรรคการเขียนสาเหตุการตาย จึงควรมีการทบทวนว่าสามารถปฏิบัติได้จริงหรือไม่ และจะมีการคุ้มครองแพทย์หรือไม่หากสิ่งที่เป็นจริงหากมีการพิสูจน์ภายหลังพบว่าไม่ตรงตามที่สันนิษฐาน

นอกจากนี้ควรมีการสนับสนุนงบประมาณ และการมีแพทย์นิติเวชในพื้นที่ต่างจังหวัด หรือมีงบประมาณสำหรับการตรวจอื่น ๆ ในผู้เสียชีวิต เช่น การส่งตรวจเลือด การทำ Postmortem computed tomography (CT) ในรายที่สงสัย¹⁸ แม้อาจมีบางภาวะที่ไม่สามารถทราบได้หากไม่ส่งผ่าชันสูตรแต่การใช้เครื่องมืออย่าง CT scan จะช่วยสามารถหาภาวะต่างๆ ได้ เช่น การหักของกระดูก เนื้อเยื่ออวัยวะที่ผิดปกติ เนื้องอก หลอดเลือดโป่งพอง เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันพบว่ายังไม่มีงบประมาณส่วนใดตามการคิด RW (Relative weight) ที่มีการให้ค่าตอบแทนที่จะสนับสนุนการดำเนินการดังกล่าว¹⁹ และภาครัฐควรให้การสนับสนุนด้านการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการผ่าชันสูตรศพ และการสนับสนุนค่าใช้จ่ายการขนส่งศพโดยเฉพาะการส่งศพกลับอาจเป็นสิ่งจูงใจในการส่งผ่าชันสูตรมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มสาเหตุการตายผิดธรรมชาติ

ประการที่ 3 ขาดการจัดอบรมแพทย์ด้านการบันทึกสาเหตุการตาย ในด้านการวางแผนเชิงนโยบาย ควรมีการให้ความรู้และวัดผลการทำงานของแพทย์อย่างต่อเนื่องหลังจบการศึกษา มีการจัดทำเอกสารคุณภาพแนวทางการบันทึกสาเหตุการตายของแต่ละโรงพยาบาล และแจ้งให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละกลุ่มงานทราบผ่านที่ประชุมองค์กรแพทย์ มีการผลิตคู่มือ หรือแอปพลิเคชันแนะนำรหัสโรคที่สามารถลงเป็นสาเหตุการตายได้ โดยอาจมีการสร้างระบบแจ้งเตือนให้มีการตรวจสอบเวชระเบียนซ้ำอย่างถี่ถ้วนในรายที่ถูกลงสาเหตุการตายเป็นสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน การสร้างทีมที่เข้มแข็งมีความรู้ความเข้าใจในการบันทึกสาเหตุการตายจากการศึกษาเบื้องต้นจากคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพ จังหวัดลพบุรี พบว่าโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้มีการรายงานสาเหตุการตายเป็นรหัสโรค 270 คือ การสรุปลงสาเหตุการตายด้วยอาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิกและตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีได้มีรหัสระบุไว้ เป็นรหัสที่ขึ้นต้นด้วย R ใน ICD-10 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนโดยข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี พบว่ามีการลงรหัส R เป็นสาเหตุการตายมากเกินร้อยละ 25 ในทุกปี แต่เมื่อคณะผู้วิจัยศึกษาจริงกลับพบว่าการบันทึกสาเหตุการตายเป็นสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนในโรงพยาบาลกลับมีต่ำกว่าร้อยละ 25 ซึ่งเมื่อตรวจสอบพบว่าทางโรงพยาบาลมีระบบบันทึกสาเหตุการตายแยกออกมา แต่ผู้กรอกหลักในระบบดังกล่าวเป็นพยาบาลซึ่งกรอกบ้าง ไม่ได้กรอกบ้าง ส่วนฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) ของโรงพยาบาลได้เก็บข้อมูลสาเหตุการตายเป็นรหัส Principle diagnosis และส่งข้อมูลดังกล่าวต่อกระทรวงสาธารณสุข ในเบื้องต้นฝ่าย IT ยังไม่สามารถค้นข้อมูลจากระบบบันทึกสาเหตุการตายของโรงพยาบาลได้ และยังไม่ทราบว่าเหตุใดตัวเลขที่คลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพ จังหวัดลพบุรี ได้รับจึงไม่ตรงกับข้อมูลของโรงพยาบาล ในส่วนนี้จึงเป็นโอกาสพัฒนาของโรงพยาบาลต่อไป

ประการที่ 4 การสร้างความตระหนักต่อความสำคัญในการเขียนสาเหตุการตายผ่านการเรียนรู้ในโรงเรียนแพทย์ จากงานวิจัยจะพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่จะทราบว่ามิโรค หรือภาวะสำคัญใดบ้างที่ไม่ควรบันทึกเป็นสาเหตุการตาย อย่างไรก็ตามจากข้อจำกัดของผู้ป่วย ญาติ และโรงพยาบาลทำให้แพทย์ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ร่วมกับความเข้าใจในการเขียนสาเหตุการตายที่มีความคลาดเคลื่อน เช่น การคิดว่าต้องส่งตรวจให้แน่ชัดถึงจะลงรหัสโรคได้ เนื่องจากไม่กล้าลงรหัสโรคที่ตนเองสันนิษฐานจากอาการ และอาการแสดงเป็นสาเหตุการตาย โดยมีความกังวลเกี่ยวกับปัญหาที่จะตามมาหากลงสาเหตุการตายตามที่สันนิษฐานลงไป แล้วความจริงอาจไม่เป็นไปตามที่สันนิษฐานไว้ ทำให้แพทย์เลือกบันทึกสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนเพราะรู้สึกปลอดภัยกว่า ปัจจุบันการตายในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ สันนิษฐานเป็นการตายด้วยโรคธรรมชาติ การลงรหัสสาเหตุการตายเป็นรหัสโรคที่ชัดเจน หรือสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนล้วนไม่มีความแตกต่างกันในนัยยะทางกฎหมาย โดยยังไม่มี การคำนึงถึงการที่ข้อมูลสาเหตุการตายจะถูกนำไปใช้วางแผนประเทศเท่าไรนัก

สรุป

โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้มีความชุกของการเขียนสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนรวม 5 ปี ร้อยละ 14.1 โดยอัตราดังกล่าวถือว่ายังอยู่ในเกณฑ์ดีของข้อมูลสาเหตุการตายที่มีคุณภาพ คือ ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ต่อปี อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าการระบุสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนในแผนกผู้ป่วยนอกยังคงสูงอยู่ คือมีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 56.6 ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ การไม่ทราบประวัติโรคประจำตัวและการรักษาที่แน่ชัดของผู้เสียชีวิต รวมไปถึงการที่ญาติปฏิเสธการชันสูตรเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริง ทำให้แพทย์เลือกลงความเห็นเป็นสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน ทั้งนี้จากการสืบค้นข้อมูลเวชระเบียนพบว่าในกลุ่มที่สาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนมีจำนวน 30 (41.1%) รายที่สามารถแก้ไขให้เป็นรหัสโรคที่แน่ชัดมากขึ้นได้ โดยพบว่าผลมาจากความเข้าใจเรื่องการเขียนสาเหตุการตายไม่ครบถ้วน มีการระบุรูปแบบการตาย (Mode of death) ในสาเหตุการตายและการลำดับเหตุการณ์ที่นำไปสู่ความตายผิดพลาด

เนื่องจากข้อมูลสาเหตุการตายมีผลต่อการวางแผนงานสำหรับสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ให้การรักษา พัฒนาคุณภาพ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเชิงเศรษฐกิจและสังคม จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ การพัฒนาให้มีฐานข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นส่วนกลาง หรือสามารถติดต่อขอประวัติผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลที่รวดเร็วมากขึ้น การสร้างแนวเวชปฏิบัติเพื่อให้ความเข้าใจของแพทย์ตรงกัน การจัดอบรมให้ความรู้และวัดผลการทำงานอย่างต่อเนื่องหลังจบการศึกษา การผลิตคู่มือหรือแอปพลิเคชันแนะนำรหัสโรคที่สามารถลงเป็นสาเหตุการตายได้ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจาก กองการศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี

เอกสารอ้างอิง

1. Chotiwan P. Manual for recording death certificates Revised edition 2017 [internet]. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2017. 37 p. [cited 26 Jul 2023]. Available from: http://www.phoubon.in.th/download/D_คู่มือการบันทึกหนังสือรับรองการตาย_2017.pdf. Thai.
2. Office of Policy and Strategy. Manual for improving the quality of causes of death [internet]. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2013. 65 p. [cited 26 Jul 2023]. Available from: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/07/guide_development_of_death.pdf. Thai.
3. Ill-defined causes in cause-of-death registration [Internet]. World Health Organization;2023 [cited 23 October 2023]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/ill-defined-causes-in-cause-of-death-registration>(-). Thai.
4. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Standard Operating Procedures on Death Certification for Physicians. Ministry of Public Health [Internet]. 2008[cited 26 Oct 2023]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/03/Death-Certification-Standard-Practice-Manual-for-Physicians.pdf>.
5. Civil Registration Act B.E. 2534 [internet]. 1991[cited 25 October 2023]. Available from: <https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2534/A/203/97.PDF>. Thai.
6. Paoin W, Chotiwan P. New way of death certification for Thai doctors. The Thai Medical Council Bulletin. 1999;28(3):220-32. Thai.
7. Washirasaksiri C, Raksasagulwong P, Chouriyagune C, Phisalprapa P, Srivanichakorn W. Accuracy and the factors influencing the accuracy of death certificates completed by first-year general practitioners in Thailand. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):478.

8. Kluakamkao G, Visessiri M, Thisara S, Dounkaew S. Analysis of the Certification of Death at Lampang Hospital, Year 2017. *Journal of The Department of Medical Services*. 2018;43(5):117-24. Thai.
9. Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012 [internet].2012[cited 25 oct 2023]. Available from http://www.cotmes.net/wp-content/uploads/2020/04/595_ประกาศแพทยสภาที่-12-2555.pdf. Thai.
10. 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. *Population Health Metrics*. 2010;8(1):12. Thai.
11. Ylijoki-Sørensen S, Sajantila A, Lalu K, Bøggild H, Boldsen JL, Boel LW. Coding ill-defined and unknown cause of death is 13 times more frequent in Denmark than in Finland. *Forensic Sci Int*. 2014;244:289-94.
12. Prapaso S, Luvira V, Lawpoolsri S, Songthap A, Piyaphanee W, Chanchaoenthana W, et al. Knowledge, attitude, and practices toward COVID-19 among the international travelers in Thailand. *Trop Dis Travel Med Vaccines*. 2021;7(1):29.
13. Balieiro P, Silva L, Sampaio VS, Monte EXD, Pereira E, Queiroz LAF, et al. Factors associated with unspecified and ill-defined causes of death in the State of Amazonas, Brazil, from 2006 to 2012. *Cien Saude Colet*. 2020;25(1):339-52.
14. Abulfatih NM, Hamadeh RR. A study of ill-defined causes of death in Bahrain. *Determinants and health policy issues. Saudi Med J*. 2010;31(5):545-9.
15. Bogdanović MD, Marić GD, Pekmezović TD, Alempijević ĐM. Evaluation of coding ill-defined and unknown causes of death in the Republic of Serbia. *J Forensic Leg Med*. 2019;62:34-9.
16. Puengcharoenpong H. The story of “The Mortuary Doctor” Podcast RAMA channel “Talking with doctor [Video flie]. 2023[cited 20 oct 2023]. Available from: <https://m.youtube.com/watch?v=BCe15bDxpv0>.
17. Ministry of Public Health. Manual for performing autopsies, revised edition 2018 [Internet]. Ministry of Public Health.2018 [cite 26 Jul 2023]. Available from: [https://stopcorruption.moph.go.th/application/editors/userfiles/files/คู่มือการดำเนินงานชันสูตรพลิกศพ%20\(ฉบับปรับปรุง%20พ.ศ._%202561\).pdf](https://stopcorruption.moph.go.th/application/editors/userfiles/files/คู่มือการดำเนินงานชันสูตรพลิกศพ%20(ฉบับปรับปรุง%20พ.ศ._%202561).pdf). Thai.
18. Grabherr S, Heinemann A, Vogel H, Rutty G, Morgan B, Woźniak K, et al. Postmortem CT Angiography Compared with Autopsy: A Forensic Multicenter Study. *Radiology*. 2018;288:170559.
19. Thai CaseMix centre. Thai DRG and relative weight Version 6.2 [internet]. 2017[cited 20 oct 2023]. available from <http://medinfo2.psu.ac.th/medrec/mediplus-lite/uploads/TDRGVersion6.2V1.pdf>. Thai.

