



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้จากการศึกษาหนังสือ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. เวชระเบียน
2. ลักษณะของข้อมูลที่ดี
3. การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน
4. ความหมายของการตาย
5. ความแตกต่างของสาเหตุการตายกับรูปแบบการตาย
6. การเขียนหนังสือรับรองการตาย
7. การเลือกสาเหตุการตาย
8. บัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายระหว่างประเทศ
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.เวชระเบียน¹⁸

เวชระเบียน หมายถึง เอกสารที่สถานพยาบาลใช้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจโรคและรักษาในสถานพยาบาลโดยเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายไว้ในเอกสารชุดเดียวกันเรียงดัชนีตามเลขประจำตัวผู้ป่วยและรวบรวมไว้ในโรงพยาบาล เพื่อประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยคราวต่อไป เป็นเอกสารหลักฐานสำคัญยืนยันการวินิจฉัยโรค การตรวจพิเศษ การรักษา และการให้คำแนะนำต่อผู้ป่วย

การใช้ประโยชน์จากเวชระเบียนมีหลายวิธี ได้แก่ใช้สื่อสารระหว่างทีมแพทย์พยาบาลให้ทราบข้อมูลต่อเนื่องสัมพันธ์ เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาหรือใช้ประโยชน์ในการเบิกจ่ายในการรักษาผู้ป่วย ใช้เป็นหลักฐานในการปกป้องสิทธิของผู้ป่วย หน่วยงานที่มีหน้าที่จัดเก็บเวชระเบียนคือ หน่วยงานเวชระเบียนของโรงพยาบาล โดยให้บริการข้อมูลผู้ป่วยแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง และเก็บรักษาข้อมูลเหล่านั้นให้ปลอดภัย สามารถนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษา วิจัย แก้ปัญหา และวางแผนระยะยาวต่อไป

2. ลักษณะของข้อมูลคุณภาพดี¹⁸ ต้องประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

2.1 ความครบถ้วนของข้อมูล

หมายถึง มีรายการที่ต้องจัดเก็บครบถ้วนตามที่ผู้ใช้ข้อมูลทุกหน่วยงานต้องการ โดยองค์ประกอบต่างๆที่ต้องมี สามารถตรวจสอบได้จากมาตรฐาน

2.2 ความถูกต้อง

ข้อมูลที่ผิดพลาดย่อมทำให้เกิดความเสียหายได้มาก ขั้นตอนที่ทำให้เกิดความเสียหายได้แก่

- 2.2.1 กระบวนการรวบรวมข้อมูล เช่น ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ป่วย มักเกิดความผิดพลาดได้จากทักษะของผู้สัมภาษณ์ ภาษาที่ใช้สื่อสารระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้ป่วย ตลอดจนสภาพร่างกาย อาการเจ็บป่วย อารมณ์ของผู้ป่วย สภาพแวดล้อม และข้อมูลการรักษาโรคอาจผิดพลาดได้จากการอ่านลายมือแพทย์ไม่ออก
- 2.2.2 กระบวนการบันทึก หรือการเข้ารหัสข้อมูลเช่น การแปลงคำย่อเป็นคำเต็ม การลงรหัส ICD-10 และการเขียนด้วยลายมือที่อ่านไม่ออก
- 2.2.3 การจัดเก็บข้อมูล เช่น อาจมีกระดาศจากแพทย์ผู้ป่วยอื่นหลงเข้ามา บางครั้งข้อมูลอาจขัดแย้งกันเอง โดยเฉพาะข้อมูลที่อาจมาได้จากจากหลายบุคคล ทำให้ความน่าเชื่อถือลดลง

2.3 ความสมบูรณ์

คุณภาพของข้อมูลข้อนี้มักถูกละเลย เนื่องจาก

- 2.3.1 หน่วยงานที่ไม่ค่อยได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูล จะเน้นการเก็บข้อมูลให้ครบถ้วน และถูกต้องมากกว่าการให้ความสำคัญกับรายละเอียดของข้อมูล
- 2.3.2 ผู้ที่ใช้ประโยชน์จากข้อมูลกับผู้จัดเก็บไม่ได้อยู่หน่วยเดียวกันทำให้ขาดการประสานงานที่ดี

2.4 ความทันสมัย

ข้อมูลที่ดีต้องทันสมัย ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง มีรายละเอียดที่ดี แต่ซ้ำเกินไป ย่อมทำให้มองไม่เห็นสถานการณ์ในปัจจุบัน ใช้ประโยชน์ได้ไม่เต็มที่

3. การกำหนดมาตรฐานของเวชระเบียน¹⁸

ในปัจจุบัน มีหลายองค์กรได้กำหนดมาตรฐานของเวชระเบียนในแง่มุมต่างๆ ดังนี้

3.1 มาตรฐาน Hospital Accreditation (HA)²² ได้กำหนดมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับเวชระเบียนไว้ดังนี้

3.1.1 บริการเวชระเบียน

3.1.1.1 มีระบบดัชนีและระบบการจัดเก็บซึ่งเอื้อต่อการค้นหาเวชระเบียนได้รวดเร็ว ทันต่อความต้องการของผู้ใช้

3.1.1.2 มีบริการค้นหาเวชระเบียนตลอด 24 ชั่วโมง

3.1.1.3 เวชระเบียนผู้ป่วยในทุกฉบับได้รับการบันทึกรหัสและทำดัชนี

3.1.1.4 มีระบบบันทึก เพื่อให้สามารถสืบหาเวชระเบียนที่ถูกยืมออกไปจากหน่วยงานได้

3.1.2 มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการโดยมีข้อมูลและมีรายละเอียดเพียงพอสำหรับวัตถุประสงค์ต่อไปนี้

3.1.2.1 ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร

3.1.2.2 ทราบเหตุผลของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

3.1.2.3 ข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค

3.1.2.4 ประเมินความเหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วย

3.1.2.5 ทราบผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

3.1.2.6 เอื้ออำนวยต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ให้บริการ

3.1.2.7 ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง

3.1.3 มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร สำหรับการบันทึกและการเก็บรายงานผลในเวชระเบียน

3.1.3.1 การใช้คำย่อที่ทางโรงพยาบาลรับรอง

3.1.3.2 การระบุข้อมูลเกี่ยวกับการแพ้ยา ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยแต่ละราย

3.1.3.3 การออกคำสั่งรักษาด้วยคำพูด ผู้มีหน้าที่ในการบันทึกคำสั่ง ควรกำหนดประเภทของคำสั่งที่อาจเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย

3.1.3.4 มีการลงวันที่ ลงนาม ผู้บันทึก

- 3.1.3.5 กำหนดระยะเวลาที่จะต้องบันทึกข้อมูลให้เสร็จสิ้นสมบูรณ์สำหรับการบันทึก
- 3.1.3.6 การทำหัตถการและการบันทึกเมื่อจำหน่าย
- 3.1.4 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา
- 3.1.4.1 การกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียน
- มีการกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
 - เป้าหมายครอบคลุมการสื่อสารต่อเนื่องในการรักษา และการประเมินคุณภาพ
 - มีการร่วมกันกำหนดมาตรฐานข้อมูลที่ต้องบันทึก
- 3.1.4.2 การออกแบบบันทึกข้อมูล
- มีการทบทวนแบบบันทึกข้อมูลเพื่อลดความซ้ำซ้อนและความสูญเปล่า
 - มีการออกแบบบันทึกเพื่อสะดวกต่อการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุม
- 3.1.5 ความสอดคล้องของข้อมูลกับสิ่งที่ผู้ใช้ต้องการ
- มีการร่วมกันทบทวนความสอดคล้องของข้อมูลกับสิ่งที่ผู้ใช้ต้องการ
 - สิ่งที่บันทึกเพียงพอกับความต้องการในการดูแลรักษา
 - สิ่งที่บันทึกเพียงพอกับการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
 - สิ่งที่บันทึกเพียงพอกับการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
- 3.1.6 การทบทวนบันทึกเวชระเบียน
- มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง
 - มีการทบทวนความถูกต้องร่วมกันโดยผู้แทนจากอาชีพต่างๆ
 - มีการนำผลการทบทวนไปปรับปรุง
- มาตรฐานของ HA ดังกล่าว ครอบคลุมด้านระบบบริการเวชระเบียน คุณภาพเนื้อหาในเวชระเบียน และกระบวนการพัฒนาคุณภาพ จึงถือได้ว่าเป็นมาตรฐานค่อนข้างกว้างขวาง มาตรฐานหนึ่ง

3.2 เกณฑ์แพทยสภา คณะกรรมการแพทยสภา มีมติให้เผยแพร่แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย ดังนี้

3.2.1 ผู้ป่วยนอก ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

- อาการสำคัญ และประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ
- ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่นๆ
- บันทึกสัญญาณชีพ
- ผลการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ผิดปกติ หรือมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยโรค หรือการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย
- ปัญหาผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรคหรือการแยกโรค
- ใบสั่งการรักษาพยาบาล
- ในกรณีทำหัตถการควรมีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นของการทำหัตถการ และใบยินยอมของญาติหรือผู้ป่วย
- คำแนะนำอื่นๆที่ให้แก่ผู้ป่วย

3.2.2 ผู้ป่วยแรกรับไว้รักษาในสถานพยาบาล ข้อมูลที่พึงปรากฏได้แก่

- อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ
- ประวัติการแพ้ยา สารเคมี ต่างๆ
- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ ซึ่งอาจสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้
- การบันทึกสัญญาณชีพ
- ผลการตรวจร่างกายทุกระบบที่สำคัญ
- ปัญหาของผู้ป่วย
- เหตุผลที่ต้องรับไว้รักษา

3.2.3 ผู้ป่วยระหว่างนอนพักในโรงพยาบาล ข้อมูลที่พึงปรากฏ ได้แก่

- บันทึกเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยที่สำคัญระหว่างรักษา
- บันทึกอาการทางคลินิก และเหตุผลเมื่อมีการสั่งการรักษาพยาบาล หรือการเปลี่ยนแปลงการรักษา
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษต่างๆ
- ในกรณีทำหัตถการควรมีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นของการทำหัตถการ และใบยินยอมของญาติหรือผู้ป่วย

3.2.4 เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาล ข้อมูลที่พึงปรากฏ ได้แก่

- การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้ายหรือการแยกโรค
- สรุปผลการตรวจพบและเหตุการณ์สำคัญระหว่างการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
- สรุปการผ่าตัดและหัตถการที่สำคัญ
- ผลลัพธ์จากการรักษา
- สถานภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายจากสถานพยาบาล
- คำแนะนำที่ให้ผู้ป่วยหรือญาติ

Discharge Summary¹⁸

เป็นเอกสารที่แพทย์ใช้สรุปผลการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา สรุปการทำผ่าตัดและหัตถการที่สำคัญทั้งหมด เพื่อเป็นการทบทวนการรักษาของผู้ป่วยในแต่ละครั้ง นอกจากนี้ยังเป็นเอกสารสำคัญที่ผู้ให้รหัสโรคจะใช้ข้อมูลโรคและการผ่าตัดที่บันทึกไว้ เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการให้รหัสโรคตามหลักการของ ICD-10 ต่อไป

4. ความหมายของการตาย³⁸

องค์การอนามัยโลกและสหประชาชาติได้ให้คำนิยามของ"การตาย"ว่าเป็นการสิ้นสุดอย่างถาวรของหลักฐานทั้งหมดเกี่ยวกับการมีชีวิตในขณะใดขณะหนึ่ง ทั้งนี้การสิ้นสุดจะต้องเกิดขึ้นภายหลังการเกิดมีชีพหรือการเกิดรอดแล้วเท่านั้น การสิ้นสุดอย่างถาวรของหลักฐานทั้งหมดเกี่ยวกับการมีชีวิต ในที่นี้หมายถึง การหยุดทำงานอย่างถาวรของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบไหลเวียนของเลือดและระบบหายใจ

ธานินทร์ ภูพัฒน์¹³ ได้รวบรวมคำจำกัดความของการตายไว้ ดังต่อไปนี้

Black's Law Dictionary ได้ให้ความหมายของการตาย ว่า การหยุดการดำรงชีวิตคือการหยุดทำงาน ของระบบไหลเวียนของเลือด และการตายในเหตุการณ์ของเวลาใดเวลาหนึ่ง ไม่ใช่เหตุการณ์ที่ต่อเนื่อง

Halley ได้ให้ความหมายของการตาย ว่า การหยุดการทำงานของสมอง ระบบการหายใจและระบบการไหลเวียนของเลือด โดยไม่สามารถกลับฟื้นการทำงานขึ้นมาได้อีก

Berg ได้ให้ความหมายของการตายว่า การตายคือการหยุดทำงานของศูนย์กลางในสมองซึ่งทำหน้าที่ประสานงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย

Somatic death ได้ให้ความหมายของการตายว่า เป็นลักษณะของการตายที่ร่างกายไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้และการตรวจทางการแพทย์ที่เป็นสิ่งชี้ว่าตายแล้ว คือ

- รูม่านตาขยายและไม่ตอบสนองต่อแสง (bilateral dilatation and fixation of the pupils)
- ไม่มีปฏิกิริยาสะท้อนได้ (the aberrance of all reflexes)
- หยุดการหายใจ (cessation of respiration without mechanical assistance)
- หยุดการเต้นของหัวใจ (cessation of spontaneous cardiac action)
- ตรวจพบคลื่นสมองแบนราบโดยไม่ได้อยู่ภายใต้ฤทธิ์ของยาบาร์บิทูเรท และยากดประสาทอื่น ๆ (completely flat brain wave tracing in the absence of barbiturate or other strong sedative effect)

การประกาศการตาย (Pronouncement of death) โดยสังเกตการหายใจที่ทรงอก การคลำชีพจรที่ข้อมือและที่คอ การฟังการเต้นของหัวใจและการตรวจม่านตา กรณีผู้ป่วยตายที่โรงพยาบาล แพทย์จะเป็นผู้ลงนามรับรองการตาย กรณีที่ตายนอกโรงพยาบาล ญาติพี่น้อง และคนใกล้ชิด เป็นผู้รายงานว่าถึงแก่ความตาย

คุณภาพข้อมูลการตายของประเทศไทย⁶

คุณภาพของข้อมูลการตายแม้ว่าการแจ้งตายเป็นเรื่องที่มีกฎหมายบังคับให้กระทำทั้งประเทศ แต่ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวน และสาเหตุการตาย ยังคงมีความผิดพลาดได้มาก ซึ่งขึ้นกับปัจจัยต่อไปนี้

1. ความตระหนักรู้และความรับผิดชอบของประชาชนต่อการแจ้งการตาย หากประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และมีความรับผิดชอบในการแจ้งการตาย ความครบถ้วนของจำนวนการตายก็ย่อมจะสูงตามไปด้วย

2. ความรับผิดชอบ ความซื่อตรงต่อหน้าที่ของเจ้าพนักงานในการรวบรวมตรวจสอบและรายงานสถิติการตาย เนื่องจากเป็นงานประจำที่ต้องกระทำต่อเนื่องไม่สิ้นสุด ความถูกต้องครบถ้วนจึงขึ้นกับความรับผิดชอบและความซื่อตรงต่อหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ

3. ความมีประสิทธิภาพของระบบการรายงาน การจัดเก็บ ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน สถานพยาบาล ท้องถิ่น อำเภอ จึงถึงส่วนกลาง

4. ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ ของท้องถิ่น ในเรื่องการตาย ความลำเอียงต่างๆ ย่อมมีผลกระทบต่อความถูกต้อง และสมบูรณ์ อาทิเช่น หากเด็กเกิดใหม่ที่ตายก่อนเข้าพิธีกรรม ก็ไม่มีการแจ้งตาย เพราะถือว่ายังไม่เกิดสมบูรณ์ ทำให้การรายงานเด็กเกิดใหม่ตายจึงต่ำกว่าความเป็นจริง หรือบางสังคมที่ไม่นิยมพุดหรือเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับเด็กเกิดใหม่ตายทำให้

มีการรายงานต่ำกว่าที่เป็นจริง หรือความลำเอียงในเรื่องเพศบุตรสูงในประเทศจีนเมื่อเด็กหญิงเกิดแล้วตาย จึงไม่สนใจไปแจ้งเกิดและตาย ทำให้ข้อมูลต่ำกว่าความเป็นจริง

5. ความก้าวหน้าและความครอบคลุมของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขหากมีการใช้บริการในสถานพยาบาลสูง ประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อคุณภาพของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมาก จะทำให้อัตราความครอบคลุมของบริการสูง ย่อมส่งผลถึงจำนวนและคุณภาพของการวินิจฉัยการตาย เพราะหากการตายส่วนใหญ่เกิดขึ้นนอกสถานพยาบาล จะทำให้การวินิจฉัยสาเหตุการตายคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงไปมาก ซึ่งอาจพิจารณาได้จากสถิติจำนวนและอัตราตายด้วยสาเหตุไม่แจ้งชัด ชราภาพ เป็นลม เหล่านี้มีสูง ย่อมเป็นเครื่องสะท้อนถึงคุณภาพของระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขทางอ้อมอีกด้วย

6. การสื่อสาร การคมนาคม และ สภาพภูมิศาสตร์ของประเทศ จะเอื้อต่อความสะดวกรวดเร็วในการแจ้งตาย หรือ อาจเป็นอุปสรรคต่อระบบการจดทะเบียนการตาย โดยเฉพาะการส่งผ่านข้อมูลจากท้องถิ่นถึงส่วนกลาง ตลอดจนเป็นอุปสรรคต่อประชาชนในการเดินทางเข้ามาแจ้งตายด้วย

7. สาเหตุด้านนโยบายทางสังคมอื่นๆ เช่น ระบบสวัสดิการสังคมแบบอุดหนุนครอบครัวตามจำนวนคนในครอบครัว อาจเป็นแรงจูงใจให้แจ้งตายหรือแจ้งตายช้ากว่ากำหนด เพื่อให้ได้เงินสวัสดิการเท่าเดิม

สาเหตุจากการที่มีจำนวนข้อมูลมาก ประกอบกับเหตุผลที่กล่าวข้างต้น ส่งผลต่อคุณภาพข้อมูลการตายที่ได้จากระบบทะเบียนดังนี้

1. จำนวนตายต่ำกว่าความเป็นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กแรกเกิด เด็กที่ตายระหว่างและหลังการเกิดอย่างรวดเร็ว ญาติมักไม่สนใจที่จะแจ้งตายเพราะคิดว่าไม่จำเป็นหรือเห็นว่ายังไม่ได้แจ้งเกิด แม้จะได้รับใบรับแจ้งเกิดจากสถานพยาบาลไปแล้วก็ตาม หรือผู้สูงอายุที่เสียชีวิตในบ้าน ไม่มีความจำเป็นต้องใช้มรณบัตรทำธุรกรรมตามกฎหมาย ญาติพี่น้องจึงละเลยที่จะแจ้งการตาย

2. ความผิดพลาดของข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตาย เช่น อายุคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เหตุเพราะไม่ทราบอายุที่แท้จริง หรือ จดบันทึกเพศผิดพลาด การลงข้อมูลที่อยู่ผิดพลาด

3. ความผิดพลาดของข้อมูล วัน เวลาเสียชีวิต เช่น ญาติประสงค์จะทำศพตามประเพณีให้เรียบร้อยก่อนจึงจะไปแจ้งตาย ทำให้แจ้งวันเวลาที่เสียชีวิตช้ากว่าความเป็นจริง

4. ความคลาดเคลื่อนของการลงสาเหตุการตาย ตลอดระยะเวลาสิบปี ที่ผ่านมา การรายงานสาเหตุการตายด้วย “ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด” ของประเทศไทยสูงถึงร้อยละ 35-40 มาโดยตลอดทั้งนี้เนื่องจากการตายเกิดขึ้นในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น ที่เหลืออีกร้อยละ 70 เป็นการรับรองสาเหตุการตายจากบุคคลที่ไม่ใช่แพทย์ แม้แต่การตายในโรงพยาบาล

โดยแพทย์เป็นผู้รับรองสาเหตุการตาย มักระบุ "รูปแบบการตาย" (เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว สมองถูกทำลาย ฯ) สาเหตุการตายที่รายงานจากมรณบัตรจึงคลาดเคลื่อนจากความ เป็นจริงมาก นอกจากนี้ การตายอันเนื่องมาจากหลายสาเหตุ หรือ อาการหลายอย่างรวมกันก็ ยากที่จะตัดสินได้ถูกต้องแน่นอนว่า อะไร คือสาเหตุการตายที่แท้จริง

5. ความแตกต่างกันของรูปแบบการตายกับสาเหตุการตาย²⁷

สาเหตุการตาย จะบ่งบอกเหตุต้นกำเนิดที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย อันทำ ให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆจนนำไปสู่ความตาย

รูปแบบการตาย คือการบ่งบอกว่าอวัยวะใดที่สำคัญหยุดทำงานไปก่อนที่ผู้ป่วยจะ เสียชีวิต

ปัญหาระบบข้อมูลการตายของประเทศไทย²⁸

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีการจัดทำสถิติการตายมาเป็นเวลานานถึง 50 ปีแล้ว แต่หาก พิจารณาด้านคุณภาพข้อมูลก็พบว่ามีปัญหาหลายด้าน ได้แก่ ข้อมูลสถิติการตายผิดพลาด ข้อมูล ไม่ครบถ้วน และข้อมูลล้าสมัย

สถานการณ์ปัจจุบันของระบบข้อมูล มีลักษณะดังต่อไปนี้

- 3.5.1. การจัดเก็บข้อมูล, ใช้วิธีการที่หย่อนคุณภาพทำให้ความน่าเชื่อถือของข้อมูลต่ำ
- 3.5.2. การสรุพหนังสือรับรองการตายโดยแพทย์มีความผิดพลาดสูง
- 3.5.3. การรับรองการตายส่วนมากทำโดยบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่แพทย์และไม่มีมาตรฐาน
- 3.5.4. การรวบรวมข้อมูลเพื่อทำสถิติ ไม่มีตัวเลขความครบถ้วนที่แน่ชัด
- 3.5.5. สถิติการตายล้าสมัย และอาจถูกนำไปอ้างอิงผิดพลาด

จากปัญหาต่างๆเหล่านี้จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการรับรู้อย่างกว้างขวางจากบุคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุขโดยทั่วไป เพื่อร่วมกันพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาดังต่อไป

6. คู่มือการเขียนหนังสือรับรองการตาย(ทร.4/1)²⁸

แบบฟอร์มหนังสือรับรองการตาย(ทร.4/1) ที่ใช้อยู่ในประเทศไทย ปัจจุบันมี 2 แบบคือ เอกสารภาษาไทยที่กระทรวงมหาดไทยออกแบบให้เพื่อรับรองการตายที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล (ทร.4/1) ที่ใช้สำหรับรับรองการตายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เพื่อประกอบการแจ้งตายและขอ มรณบัตร และแบบภาษาไทยกำกับภาษาอังกฤษ(หนังสือรับรองสาเหตุการตาย ซึ่งจะอยู่ด้านหลัง ของ รง.501) ที่ใช้บันทึกสาเหตุการตายเพื่อใช้เป็นข้อมูลภายในของโรงพยาบาล แบบฟอร์ม หนังสือรับรองการตายภาษาไทย มีใช้อยู่ในทุกโรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชน ส่วน แบบฟอร์มหนังสือรับรองการตายแบบภาษาไทยกำกับภาษาอังกฤษ คงมีใช้อยู่ในโรงพยาบาล ของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ โดยเป็นส่วนหลังของแบบฟอร์มสรุปรายงาน ที่ เรียกว่า รง.501 , รง.502 และ รง.503 แต่ใช้กันน้อยมากในโรงพยาบาลเอกชน ผู้ที่รับผิดชอบใน การกรอกแบบฟอร์มหนังสือรับรองการตายฉบับภาษาไทยกำกับภาษาอังกฤษ คือ แพทย์ผู้รักษา เท่านั้น

แบบฟอร์มการตายทั้งสองแบบนี้ ประเทศไทยได้ดัดแปลงโดยคงรูปแบบเดิมไว้ส่วนมาก จากแบบฟอร์มหนังสือรับรองการตาย(Medical Certificate of Cause of Dead) ที่กำหนดไว้ใน หนังสือเล่มที่ 2 ของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD10) ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 10 ทั้งนี้ เพราะองค์การอนามัยโลก ได้แนะนำให้ประเทศสมาชิกทุกประเภทขององค์การอนามัยโลก ใช้ หนังสือรับรองการตายที่เสนอไว้นี้ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งประเทศสมาชิกส่วนใหญ่ เห็น ด้วยและยึดปฏิบัติตาม เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย ฯลฯ รวมทั้งประเทศไทยด้วย

สาเหตุที่นานาชาติใช้หนังสือรับรองการตายที่เป็นรูปแบบเดียวกัน เป็นเพราะในการ จำแนกสาเหตุการตายที่ถูกต้องของผู้ตายแต่ละราย จำเป็นจะต้องพิจารณาจากลำดับของโรคหรือ ภาวะต่างๆ ในแต่ละบรรทัดของหนังสือรับรองการตาย ที่แพทย์ผู้ดูแลเป็นผู้บันทึก การสลับ ตำแหน่งของโรคแต่ละโรค อาจทำให้สาเหตุการตายของผู้ตายแต่ละรายแตกต่างกันได้ ซึ่งบัญชี จำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD 10) จึงกำหนดกฎเกณฑ์ในการเลือกสาเหตุการตายกำกับไว้ทุก รูปแบบ ดังนั้น หนังสือรับรองการตายต้องมีรูปแบบที่เป็นมาตรฐาน จึงจะใช้เกณฑ์การเลือกได้ ถูกต้อง

ส่วนประกอบของหนังสือรับรองการตาย(ทร.4/1)

หนังสือรับรองการตายฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.2545 ประกอบด้วยส่วนต้นของหนังสือ คือ ส่วนที่แสดงข้อมูลจำเพาะประจำตัวของผู้ตายแต่ละรายได้แก่ ชื่อ อายุ เพศ ที่อยู่ อาชีพ

เลขประจำตัวประชาชน สถานภาพสมรส และส่วนที่แสดงสาเหตุการตาย ในที่นี้ เราจะถือว่า ส่วนที่แสดงสาเหตุการตายเป็นส่วนแทนแทนที่สำคัญ เพราะเป็นส่วนหลักที่ใช้ในการเลือกสาเหตุการตายที่ถูกต้อง

ส่วนแสดงสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ดูได้จากภาคผนวก) แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 มี 4 บรรทัด คือ บรรทัด a, b, c, และ d และส่วนที่ 2 คือโรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน โดยส่วนนี้ไม่มีตัวอักษรกำกับ รูปแบบทั้ง 2 ส่วน มีดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1

โรคที่เป็นสาเหตุการตาย	ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนกระทั่งเสียชีวิต
(a).....(due to)
(b).....(due to)
(c).....(due to)
(d).....

ส่วนที่ 2

โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน.....
.....

ทั้งสองส่วน ยังแบ่งเป็น 2 คอลัมน์ โดยมีเส้นตรงขวางเป็นตัวแบ่ง และมีคำอธิบายกำกับแต่ละคอลัมน์ โดยคอลัมน์แรก ให้กรอกโรคหรือภาวะที่คิดว่าเป็นสาเหตุการตาย ส่วนคอลัมน์ที่สองให้กรอก ระยะเวลาที่เป็นโรคนั้นๆ เพื่อประกอบการพิจารณาเลือกโรคที่เป็นสาเหตุการตาย

ถัดจากสองส่วนนี้ เป็นข้อมูลเพิ่มเติมที่แพทย์ต้องบันทึกด้วย ได้แก่ ชื่อโรคเป็นภาษาไทยที่แพทย์ต้องการให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย พิมพ์ลงในมรณบัตรของผู้เสียชีวิต

ส่วนท้ายสุดของหนังสือรับรองการตายแบบใหม่ เป็นข้อความบ่งบอกหลักการและวัตถุประสงค์การรับรองสาเหตุการตาย ว่าเพื่อการทำทะเบียนราษฎรและสถิติการตายเพื่อวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเท่านั้น เพื่อแสดงข้อจำกัดของข้อมูลและป้องกันไม่ให้นำข้อมูลไปใช้ในทางที่ผิด

การเขียนหนังสือรับรองการตาย

ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการเขียนหนังสือรับรองการตายในโรงพยาบาล คือ แพทย์ผู้ดูแล เพราะเป็นผู้ที่ทราบรายละเอียดการวินิจฉัยโรค โรคแทรกซ้อน การรักษา ฯลฯ ของผู้ตายทั้งหมดเป็นอย่างดี การเลือกสาเหตุการตายของผู้ตายแต่ละรายจึงจะพิจารณาจากความเห็นของแพทย์ผู้ดูแลเป็นหลัก แพทย์จึงควรมีความรู้และความเข้าใจหลักการเขียนหนังสือรับรองการตายอย่างถ่องแท้ จึงจะสามารถเขียนหนังสือรับรองการตายได้ถูกต้อง

การเขียนหนังสือรับรองการตาย ส่วนที่ 1 ถือเป็นส่วนที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นส่วนที่จะถูกวิเคราะห์และนำไปเลือกสาเหตุการตายสำหรับผู้ตายรายนั้น ในส่วนนี้ ใช้สำหรับแสดงลำดับเหตุการณ์ของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อันนำไปสู่การตาย โดยเรียงลำดับเหตุการณ์ย้อนจากปัจจุบันไปหาอดีต โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนการตายจะอยู่บรรทัดบนสุด เหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุของเหตุการณ์แรกจะอยู่บรรทัดล่างสุด

การกรอกหนังสือรับรองการตายส่วนที่ 1 นี้ อาจกรอกได้ 2 รูปแบบใหญ่ๆแล้วแต่กรณี คือ

ก. กรณีที่การตายมีเหตุการณ์ที่ดำเนินต่อเนื่องมีเหตุผลซึ่งกันและกัน ในกรณีนี้ การบันทึกสาเหตุการตายจะบันทึกโดยเรียงลำดับเหตุการณ์ย้อนจากปัจจุบันไปหาอดีต โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนการตายไม่นานจะถูกบันทึกในบรรทัดบนสุดคือ เหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุของเหตุการณ์แรกจะอยู่บรรทัดล่างไล่หาสาเหตุไปเรื่อยๆ จนถึงสาเหตุการตายที่แท้จริงจะอยู่บรรทัดล่างสุด

ข. การตายที่ไม่มีเหตุการณ์ดำเนินต่อเนื่องอันมีเหตุผลซึ่งกันและกัน ในกรณีนี้ให้บันทึกโรคที่คิดว่ามีโอกาสเป็นสาเหตุการตายมากที่สุด ในส่วนที่ 1 และบันทึกโรคอื่นๆในส่วนที่ 2 (ดังตัวอย่างที่ 1,2)

ตัวอย่างการกรอกหนังสือรับรองการตาย

ตัวอย่างที่ 1 กรณีผู้ป่วยหญิง 54 ปีประวัติเดิมเป็น CARCINOMA OF RIGHT BREAST STAGE III โดยได้วินิจฉัยมา 4 ปี รักษาโดยทำผ่าตัด และให้เคมีบำบัด 6 เดือน มาโรงพยาบาลด้วยปวดศีรษะอย่างแรง ได้รับการวินิจฉัยว่า METASTATIC CARCINOMA AT BOTH FRONTAL LOBES รอทำการผ่าตัด Brain biopsy เพื่อยืนยันการวินิจฉัย อยู่โรงพยาบาล 1 สัปดาห์ มี Coma จาก BRAIN EDEMA อยู่ ICU 2 สัปดาห์ เกิดโรคแทรกซ้อนเป็น BRONCHOPNEUMONIA ต่อมาอีก 7 วันเสียชีวิต

การบันทึกหนังสือรับรองการตายในรายนี้ คือ

ส่วนที่ 1 สาเหตุการตาย

I (a) BRONCHOPNEUMONIA

(b) BRAIN EDEMA

(c) METASTATIC CARCINOMA AT BOTH FRONTAL LOBES

(d) CARCINOMA OF RIGHT BREAST STAGE III

ส่วนที่ 2 โรคหรือภาวะอื่น

สาเหตุการตายของผู้ป่วยรายนี้ คือ CARCINOMA OF RIGHT BREAST

โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่องสาเหตุการตายในมรณบัตร คือ มะเร็งเต้านม

ตัวอย่างที่ 2 ผู้ตายติดเชื้อ HIV มานาน 10 ปี ต่อมามีอาการของ AIDS มีโรคแทรกซ้อน คือปอดบวมจากการติดเชื้อ PNEUMOCYSTIC CARINII และมีอาการปอดบวมน้ำจุนเสียชีวิต การกรอกหนังสือรับรองการตายในรายนี้คือ

ส่วนที่ 1 สาเหตุการตาย

I (a) PULMONARY EDEMA 3 วัน

(b) PNEUMOCYSTIC CARINII PNEUMONIA 5 วัน

(c) HIV INFECTION 10 ปี

(d) -

ส่วนที่ 2 โรคหรือภาวะอื่น

สาเหตุการตายของผู้ป่วยรายนี้คือ HIV INFECTION

โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่อง"สาเหตุการตาย" ในมรณบัตร คือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง

การเขียนหนังสือรับรองการตาย ส่วนที่ 1 มีหลักการที่สำคัญ 3 ประการดังนี้

6.1 ห้ามใช้คำที่แสดงรูปแบบการตาย (Mode of Death) แทน สาเหตุการตาย (Underlying cause of death)

รูปแบบการตายหรือ Mode of Death ได้แก่คำว่า Heart failure , Respiratory failure, Shock ,Severe Brain Injury ฯลฯ คือคำบรรยายรูปแบบการตายที่ใช้ในการทำ Clinico-Pathological-Conference นั้นเอง คำเหล่านี้ ทำให้เกิดความสับสนกับคำว่า สาเหตุการตาย หรือ Underlying cause of death เป็นอย่างมาก เพราะแพทย์และเจ้าหน้าที่หลายคนเข้าใจว่า รูปแบบการตายคือสาเหตุการตาย ซึ่งตามความเป็นจริงแล้วไม่ใช่

6.2 เขียนโรคต่างๆ ที่เป็นสาเหตุการตายโดยเรียงลำดับเหตุการณ์ย้อนจากปัจจุบันไปหาอดีต

การเขียนหนังสือรับรองการตายให้เขียนโรคต่างๆ ที่เป็นสาเหตุการตายโดยเรียงลำดับเหตุการณ์ย้อนจากปัจจุบันไปหาอดีต โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนการตายจะอยู่บรรทัดบนสุด เหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุของเหตุการณ์แรกจะอยู่บรรทัดล่างไล่หาสาเหตุไปเรื่อยๆ จนถึงสาเหตุการตายที่แท้จริงจะอยู่บรรทัดล่างสุด

6.3 เขียนสาเหตุการตายต้นกำเนิดในบรรทัดล่างสุด

ในกรณีที่ไม่มีโรคที่เป็นเหตุการณ์ต่อเนื่องกัน ให้แพทย์เขียนโรคที่คิดว่าจะเป็นสาเหตุการตายต้นกำเนิด(Underlying Cause of Death) มากที่สุดไว้ในบรรทัดล่างสุดของส่วนที่ 1 โดยอนุโลมว่าอาจเขียนเป็นภาษาไทย ถ้านึกคำภาษาอังกฤษไม่ได้ เช่น เขียนว่า ช้อนท้ายรถจักรยานยนต์ชนกับราวสะพาน หรือ ตกจากนั่งร้านในสถานที่ก่อสร้างตึกสูง แทนที่จะเขียนว่า motorcycle passenger in collision with bridge หรือ fall from scaffold at tower building site

การเขียนหนังสือรับรองการตายส่วนที่ 2 โรคหรือภาวะอื่นๆ ให้เขียนโรคอื่นๆ ที่พบร่วมในผู้ตาย แต่แพทย์ผู้เขียนไม่คิดว่าโรคนี้มีส่วนทำให้ผู้ตายเสียชีวิต ถึงบันทึกแยกไว้ต่างหาก อย่งไรก็ตาม ส่วนนี้อาจช่วยบอกรายละเอียดของโรคเพิ่มเติมมากขึ้น และอาจมีส่วนสำคัญในการเลือกสาเหตุการตายในกรณีที่เกิดปัญหาการเลือกสาเหตุการตาย

ตำแหน่งของโรคที่ปรากฏอยู่ในหนังสือรับรองการตายที่แตกต่างกัน อาจทำให้การเลือกสาเหตุการตายแตกต่างกันไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการสลับบรรทัดกัน หรือ การสลับตำแหน่งหน้าหลังของโรคที่บันทึกไว้ในบรรทัดเดียวกัน (ในกรณีที่เขียนโรคมากกว่า 1 โรคในบรรทัดเดียวกัน) เพราะ

กฎเกณฑ์การเลือกสาเหตุการตาย ตามหลัก ICD-10 จะยึดตำแหน่งของโรคที่ปรากฏอยู่ในหนังสือรับรองการตายเป็นหลักเสมอ

6.4 ต้องเขียนสาเหตุการตายด้วยภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ห้ามใช้ตัวเขียนและตัวย่อ

7. การเลือกสาเหตุการตาย²⁸

การเลือกสาเหตุการตายตามหลักการของ ICD-10 นั้นประเทศไทยยึดหลักสากลว่า ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีสาเหตุการตายจากโรคเพียงโรคเดียวเท่านั้น ถ้าแพทย์เขียนโรคหลายโรคไว้ในหนังสือรับรองการตาย นักเวชสถิติหรือผู้รวบรวมสถิติ จะต้องเลือกเพียงโรคเดียว เป็นสาเหตุการตาย 1 สาเหตุ แล้วรวบรวมสถิติการตายโดยรวม ดังนั้น ในการรายงานสถิติการตาย หน่วยแจะนับเป็นรายคนเสมอ ไม่เหมือนสถิติของการเจ็บป่วยจะแจะนับเป็นรายโรค

การกำหนดให้เลือกสาเหตุการตายเพียงโรคเดียว ทำให้เกิดปัญหายุ่งยากในการเลือกและเกิดความผิดพลาดได้มาก เพราะกฎเกณฑ์การเลือกโรคที่เป็นสาเหตุการตายใช้หลักพยาธิสรีรวิทยาามาจำแนกว่าโรคใดเป็นสาเหตุของโรคอื่นๆได้หรือไม่ ในกรณีที่แพทย์ผู้บันทึกหนังสือรับรองการตายเขียนสาเหตุการตายมาเพียงสาเหตุเดียวจะทำการเลือกโรคนั้นเป็นสาเหตุการตายโดยอัตโนมัติ ยกเว้นกรณีที่แพทย์เขียนรูปแบบการตายเช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลวมาเพียงอย่างเดียว จะต้องส่งหนังสือรับรองการตายให้แพทย์ช่วยสรุปใหม่ เพราะถ้านำเอารูปแบบการตายไปใช้เป็นสาเหตุการตาย จะทำให้เกิดข้อผิดพลาดและผลเสียต่างๆมากมายดังที่กล่าวมา

สำหรับการเลือกสาเหตุการตายในกรณีที่แพทย์เขียนโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากกว่า 1 โรค เช่น 2 โรคขึ้นไปจำเป็นต้องใช้หลักเกณฑ์การเลือกตาม ICD-10 ซึ่งประกอบไปด้วยหลักการทั่วไปและกฎเกณฑ์อีก 9 ข้อเป็นหลักในการตัดสินใจเลือกให้ถูกต้อง

หลักการทั่วไปและกฎเกณฑ์การเลือกสาเหตุการตาย

กฎการเลือกสาเหตุนำต้นกำเนิด

Sequence หมายถึงภาวะการเจ็บป่วยหรือโรคตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ที่มีการบันทึกไว้ในบรรทัดที่ต่อเนื่องกับภาวะของหนังสือรับรองการตายตอนที่ 1 โดยแต่ละโรคหรือภาวะนั้นเป็นสาเหตุที่ยอมรับได้ของภาวะที่อยู่ในบรรทัดเหนือขึ้นไป (ดังตัวอย่างที่ 3)

ตัวอย่างที่ 3

- I (a) BLEEDING OF OESOPHAGEAL VARICES
- (b) PORTAL HYPERTENSION
- (c) HEPATITIS B

หลักการทั่วไป

ถ้าภาวะการเจ็บป่วยที่บันทึกไว้ในหนังสือรับรองการตายที่มีมากกว่า 1 ภาวะ ให้เลือกภาวะที่บันทึกไว้ในบรรทัดล่างสุดเพียงภาวะเดียวของตอนที่ 1 ถ้าภาวะนั้นนำไปสู่ภาวะอื่นๆที่ได้บันทึกไว้ในบรรทัดเหนือขึ้นไป

ตัวอย่าง การใช้หลักการทั่วไป

ตัวอย่างที่ 4

I (a) ABSCESS OF LUNG

(b) LOBAR PNEUMONIA

เลือก LOBAR PNEUMONIA

ตัวอย่างที่ 5

I (a) HEPATIC FAILURE

(b) BILE DUCT OBSTRUCTION

(c) CARCINOMA OF PANCREAS

เลือก CARCINOMA OF PANCREAS

กฎการเลือก

กฎที่ 1 ถ้าไม่สามารถนำเอาหลักการทั่วไปมาใช้ได้และมีลำดับการรายงานที่จะนำไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยแรกที่ถูกบันทึกไว้ในหนังสือรับรองการตาย ให้เลือกสาเหตุนำของลำดับชั้นตอนนั้น แต่ถ้าหากมีมากกว่าหนึ่งลำดับชั้นตอนที่นำไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยแรกที่ถูกบันทึกไว้ ให้เลือกสาเหตุนำในลำดับชั้นตอนแรกของหนังสือรับรองการตาย

ตัวอย่างที่ 6 การใช้กฎที่ 1

I (a) OESOPHAGEAL VARICES AND CONGESTIVE HEART FAILURE

(b) CHRONIC RHUMATIC HEART DISEASE AND CIRRHOSIS OF LIVER

เลือก CIRRHOSIS OF LIVER เพราะเป็น Sequence ซึ่งนำไปสู่ภาวะแรกคือ OESOPHAGEAL VARICES

กฎที่ 2 ถ้าไม่มีลำดับการรายงานที่จะนำไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยแรกที่ถูกบันทึกไว้ ให้เลือกภาวะการเจ็บป่วยแรกที่ถูกบันทึกไว้ในหนังสือรับรองการตาย

ตัวอย่างที่ 7 การใช้กฎที่ 2

I (a) FIBROCYSTIC OF PANCREAS

(b) BRONCHITIS AND BRONCHIECTASIS

เลือก BRONCHITIS AND BRONCHIECTASIS เนื่องจากไม่มี Logical Sequence

กฎที่ 3 ภาวะการเจ็บป่วยที่ถูกเลือกโดยใช้หลักการทั่วไปหรือใช้กฎข้อที่ 1 หรือกฎที่ 2 เห็นได้อย่างชัดเจนว่าเป็นผลโดยตรงจากภาวะที่มีการรายงานไว้ในส่วนอื่น ไม่ว่าจะป็นตอนที่ 1 หรือตอนที่ 2 ของหนังสือรับรองการตาย ให้เลือกภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นต้นเหตุนั้น

ตัวอย่างที่ 8 การใช้กฎที่ 3

I (a) KAPOSII'S SARCOMA

(b) HIV INFECTION

เลือก HIV INFECTION RESULTING IN KAPOSII'S SARCOMA เนื่องจาก KAPOSII'S SARCOMA, BURKITT'S TUMOUR และเนื้องอกร้ายของระบบน้ำเหลือง ระบบสร้างเม็ดเลือด และอวัยวะที่เกี่ยวข้องอื่นๆที่จำแนกไว้ในรหัส C46. หรือ C81-C96 จะถือได้ว่าเป็นผลตามมาโดยตรงของ HIV

การดัดแปลงการเลือกสาเหตุการตาย

การเลือกสาเหตุการตายไม่จำเป็นว่าภาวะที่จะนำไปจัดทำตารางนั้นต้องมีประโยชน์และความชัดเจนมากที่สุดเสมอไป บางครั้งอาจมีความจำเป็นที่ต้องดัดแปลงการเลือกให้สัมพันธ์กับความต้องการในการจำแนกโรคนั้นการให้รหัสโรคเดียวสำหรับ 2 สาเหตุหรือมากกว่าควรให้มีความสัมพันธ์กับการจัดทำรายงานหรือเลือกภาวะอื่นที่ดีกว่า

กฎการดัดแปลงนั้น จะเป็นไปตามความมุ่งหมายที่จะปรับปรุงให้ข้อมูลการตายเกิดประโยชน์และมีความแม่นยำ สามารถนำไปประยุกต์ได้หลังจากที่ได้เลือกสาเหตุนำต้นกำเนิดแล้ว ในกระบวนการที่มีความสัมพันธ์กันของการเลือกและการดัดแปลงต้องแยกกันอย่างชัดเจน

กฎที่ได้ดัดแปลงบางกฎต้องการใช้ประยุกต์กับกฎการเลือกซึ่งจะไม่ยากสำหรับผู้ให้รหัสที่มีประสบการณ์ แต่กระบวนการของการเลือกจะมีความสำคัญที่จะนำไปเปลี่ยนแปลงการเลือกอีกครั้งหนึ่งถ้ามีความจำเป็น

กฎที่มีการดัดแปลงมีดังนี้

กฎ A Senility and other ill-defined conditions.

เมื่อสาเหตุที่เลือกได้จากหนังสือรับรองการตายเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่อยู่ใน Symptoms, Signs and Abnormal clinical and laboratory findings not elsewhere classified ยกเว้น Sudden Infant Death Syndrome, Sudden Unexplained Death Syndrome และมีภาวะการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่ถูกจำแนกไว้ ถูกบันทึกไว้ในหนังสือรับรองการตายด้วย ให้เลือกสาเหตุการตายใหม่ โดยถือเสียว่าภาวะการเจ็บป่วยจาก Symptoms, Signs and Abnormal clinical and laboratory findings not elsewhere classified มิได้ถูกบันทึกไว้แล้วเสียแต่ภาวะการเจ็บป่วยนั้นมีส่วนขยายความให้รหัสโรคเปลี่ยนไป

ตัวอย่างที่ 9 การใช้กฎ A .

I (a) SENILITY AND HYPOSTATIC PNEUMONIA

(b) RHEUMATOID ARTHRITIS

เลือก RHEUMATOID ARTHRITIS เนื่องจาก SENILITY ถูกเลือกโดยกฎที่ 2 (ถ้าไม่มีลำดับการรายงานที่จะนำไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยแรกที่ถูกบันทึกไว้ ให้เลือกภาวะการเจ็บป่วยแรกที่ถูกบันทึกไว้ในหนังสือรับรองการตาย) ให้ตัดทิ้งและใช้หลักการทั่วไปเลือกใหม่อีกครั้ง

กฎ B Trivial conditions.

เมื่อสาเหตุที่เลือกได้จากหนังสือรับรองการตาย เป็นภาวะการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ซึ่งไม่น่าจะนำไปสู่การเสียชีวิตและมีภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงถูกบันทึกไว้ด้วย ให้เลือกสาเหตุการตายใหม่เสมือนหนึ่งว่าเป็นภาวะการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ มิได้ถูกบันทึกไว้และถ้าหากการตายเป็นผลมาจาก Adverse reaction จากการรักษาเป็นภาวะการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ให้เลือก Adverse reaction เป็นสาเหตุการตาย

ตัวอย่างที่ 10 การใช้กฎ B

I (a) DENTAL CARRIES

(b) CARDIAC ARREST

เลือก CARDIAC ARREST

(ความจริงแล้ว CARDIAC ARREST เป็นรูปแบบการตายซึ่งจะไม่รายงาน แต่ให้ลงเป็น ILL DEFINED)

กฎ C Linkage.

เมื่อสาเหตุที่เลือกได้จากหนังสือรับรองการตาย มีความเชื่อมโยงกับภาวะการเจ็บป่วยตามข้อกำหนดของการจำแนกภาวะการเจ็บป่วยหรือตามข้อปฏิบัติสำหรับการให้รหัสโรคของสาเหตุการตาย ในกรณีที่มีภาวะการเจ็บป่วยมากกว่าหนึ่งภาวะถูกบันทึกไว้ ให้ใช้รหัสรวมเมื่อข้อกำหนดของการเชื่อมโยงของภาวะการเจ็บป่วยเฉพาะกรณีที่เป็นผลเนื่องจากภาวะอื่น ให้ใช้รหัสรวมเมื่อมีการระบุภาวะการเจ็บป่วยไว้หรือสามารถใช้ Selection rules มาบ่งถึงความสัมพันธ์ได้เท่านั้น เมื่อมีข้อขัดแย้งในการเชื่อมโยงเกิดขึ้น ให้เชื่อมโยงกับภาวะการเจ็บป่วยที่ควรได้รับเลือก ถ้าหากว่าสาเหตุที่เลือกไว้ในตอนแรกไม่ได้ถูกระบุไว้ในหนังสือรับรองการตาย และพยายามเชื่อมโยงเพิ่มเติมที่สามารถยอมรับได้

ตัวอย่างที่ 11 การใช้กฎ C

I (a) INTESTINAL OBSTRUCTION

(b) FEMORAL HERNIA

เลือก FEMORAL HERNIA WITH OBSTRUCTION

กฎ D Specificity.

เมื่อสาเหตุที่เลือกได้จากหนังสือรับรองการตาย เป็นคำอธิบายภาวะการเจ็บป่วยในลักษณะต่างๆไปและมีคำที่สามารถให้รายละเอียดชัดเจนกับตำแหน่งหรือธรรมชาติของภาวะการเจ็บป่วยถูกบันทึกไว้ในหนังสือรับรองการตาย ให้เลือกคำที่มีรายละเอียดมากกว่า กฎข้อนี้มักใช้ในกรณีที่คำต่างๆไปเป็นคำคุณศัพท์ขยายคำที่มีรายละเอียดมากกว่า

ตัวอย่างที่ 12 การใช้กฎ D

I (a) CEREBRAL INFARCTION

(b) CEREBROVASCULAR ACCIDENT

เลือก CEREBRAL INFARCTION

กฎ E Early and late stages of disease.

เมื่อสาเหตุที่เลือกได้จากหนังสือรับรองการตาย เป็นระยะแรกของโรคและมีระยะต่อมาของโรคเดียวกันถูกบันทึกไว้ด้วย ให้เลือกระยะหลังของโรคนั้น กฎข้อนี้มิได้ใช้สำหรับระยะโรค

เรื่องรั้งที่บันทึกไว้ว่าเป็นผลสืบเนื่องมาจากโรคระยะเฉียบพลันนอกจากว่ามีข้อแนะนำไว้เป็นกรณีพิเศษ

ตัวอย่างที่ 13 การใช้กฎ E

I (a) CHRONIC MYOCARDITIS

(b) ACUTE MYOCARDITIS

เลือก ACUTE MYOCARDITIS

กฎ F Sequelae.

เมื่อสาเหตุที่เลือกได้จากหนังสือรับรองการตาย เป็นระยะแรกของภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งในการจำแนกโรคนั้นได้แยกออกเป็นหัวข้อ Sequelae of และมีหลักฐานยืนยันได้ว่าการตายเกิดขึ้นในระยะหลังของโรคมากกว่าระยะเฉียบพลันของโรคให้เลือกหัวข้อ Sequelae of..... (ในกลุ่มโรคต่อไปนี้จะมีหัวข้อ Sequelae of.....อยู่ด้วยคือ B90-B94, E64, E68, G09, I69, O97 และ Y85-Y89)

ตัวอย่างที่ 14 การใช้กฎ F

I (a) PULMONARY FIBROSIS

(b) OLD PULMONARY TUBERCULOSIS

เลือก SEQUELAE OF TUBERCULOSIS

8. บัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายระหว่างประเทศ^(21,23,24,25)

บัญชีจำแนกโรค หมายถึง ระบบของรหัสซึ่งจัดไว้เพื่อบันทึกแสดงการป่วยตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในแต่ละรหัส วัตถุประสงค์ของการจัดทำ ICD คือ เพื่อเปิดโอกาสให้มีการบันทึกข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูล การแปลความหมายของข้อมูล รวมทั้งการเปรียบเทียบข้อมูลการตายและการป่วยอย่างเป็นระบบระหว่างข้อมูลของประเทศต่างๆ หรือระหว่างพื้นที่ต่างๆ และ หรือระหว่างเวลาต่างกัน ICD ถูกใช้ในการแปลการวินิจฉัยโรคและปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ จากถ้อยคำไปเป็นรหัสผสมตัวอักษรและตัวเลข ซึ่งง่ายต่อการบันทึกจัดเก็บ การดึงข้อมูลออกมาใช้ และวิเคราะห์ข้อมูลภายหลัง ในทางปฏิบัติ ICD ได้เป็นมาตรฐานระหว่างประเทศในการจำแนกการวินิจฉัยโรคในการดำเนินงานทางระบาดวิทยาทั่วไปในทุกด้าน และเพื่อการบริหารจัดการสาธารณสุขในหลายด้าน รวมทั้งการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสาธารณสุขทั่วไปในกลุ่มประชากร และในการติดตามกำกับอุบัติการณ์ และความชุกของโรคและปัญหาสาธารณสุขอื่นๆ ที่มีความ

เกี่ยวข้องกับตัวแปรอื่นๆ เช่น ลักษณะและสภาพการณ์ของผู้ป่วย ICD ไม่เหมาะสมและไม่สะดวกสร้างขึ้นเพื่อเป็นดัชนีย่อยของแต่ละโรค ในการใช้ ICD สำหรับการศึกษาในเชิงการคลัง เช่น การคิดค่าใช้จ่ายและการจัดสรรทรัพยากรยังมีข้อจำกัดบางประการ ICD สามารถนำมาใช้ในการจำแนกโรคและปัญหาสาธารณสุขอื่นๆ ที่ได้บันทึกไว้ในบันทึกสุขภาพหลายชนิด และบันทึกทะเบียนราษฎร ICD ได้ถูกนำมาใช้เพื่อจำแนกสาเหตุการตายตามที่ได้บันทึกการลงทะเบียนการตาย ต่อมา ICD ได้ขยายให้รวมถึงการวินิจฉัยโรคจากการเจ็บป่วยด้วย ถึงแม้ว่าในขั้นต้น ICD ได้ถูกออกแบบสำหรับการจำแนกโรคและการบาดเจ็บ ซึ่งมีการวินิจฉัยโรคชัดเจน แต่ว่าทุกปัญหาหรือทุกสาเหตุที่นักผู้ป่วยมารับบริการสาธารณสุข ไม่สามารถจะให้การวินิจฉัยโรคที่ชัดเจนในลักษณะดังกล่าว การพัฒนา ICD จึงมีลักษณะสำคัญในการกำหนดรหัสให้สำหรับจำแนกอาการ อาการแสดงสิ่งผิดปกติที่ตรวจพบอาการที่ผิดปกติ และสภาวะทางสังคม ซึ่งเป็นข้อสรุปการวินิจฉัยในบันทึกที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ดังนั้น ICD จึงถูกใช้จำแนกข้อมูลที่บันทึกไว้ภายใต้หัวข้อต่างๆ เช่น การวินิจฉัยโรค,สาเหตุในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในสถานพยาบาล สภาวะการณ์ที่ให้การรักษา และ เหตุผลในการปรึกษา ซึ่งหัวข้อเหล่านี้พบปรากฏในภาพกว้างหลากหลายแตกต่างกันในบันทึกสุขภาพ ซึ่งนำมารวบรวมเป็นสถิติและข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขอื่นๆ

แนวคิดเกี่ยวกับสาขาของโรคและการจำแนกโรค (The concept of a Family of diseases and health-related classification) แม้ว่า ICD จะเหมาะสมในการที่จะนำมาใช้ในการดำเนินงานหลายด้าน แต่ ICD ไม่สามารถจะให้รายละเอียดได้เพียงพอ โดยเฉพาะในบางสาขาของการแพทย์ และในบางกรณีอาจต้องการข้อมูลที่แจ่มแจ้งตามคุณลักษณะอื่น ซึ่งมีได้จำแนกตาม ICD ดังนั้น จึงมีคำแนะนำว่า ICD ควรจะรวมถึงบัญชีจำแนกอื่นซึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานสุขภาพและหรือการบริการสุขภาพเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่มีอยู่ใน ICD

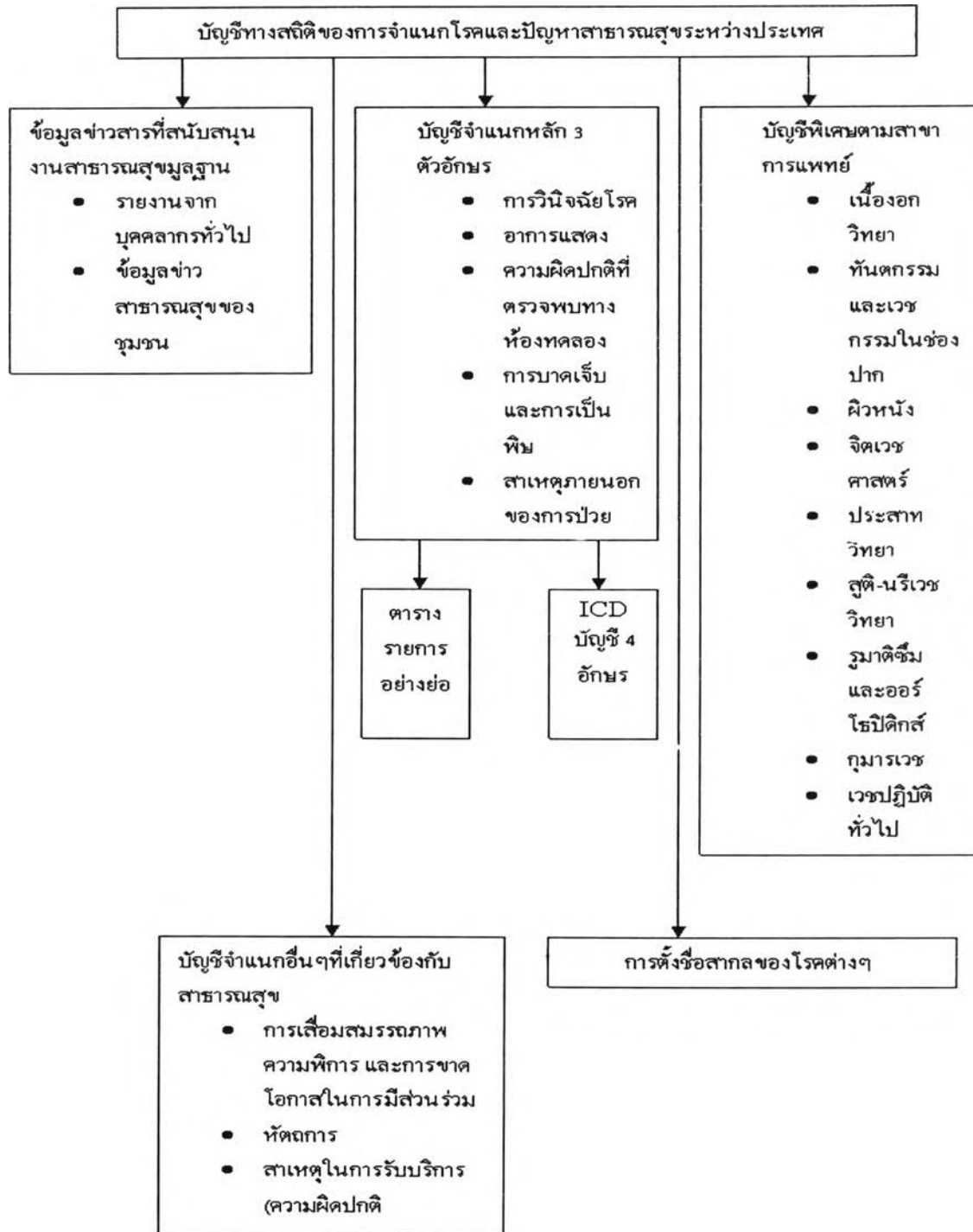
ICD หลัก (บัญชีจำแนกรหัส 3 ตัวอักษร และ 4 ตัวอักษร) ซึ่งประกอบไปด้วย ICD-10 จำนวน 3 เล่ม ไม่สามารถจำแนกข้อมูลข่าวสารเหล่านั้นได้แต่น่าจะคงหลักการไว้ เพื่อผู้ใช้ทั่วไป ดังนั้นจึงมีแนวคิดเกี่ยวกับการจัดทำบัญชีจำแนก กลุ่มโรค และบัญชีจำแนกทางสาธารณสุขอื่นให้เป็นบัญชีจำแนกแยกต่างหากจาก ICD หลัก จึงมีความคิดเกิดขึ้นในการที่จะพิมพ์สาขาของการจำแนกโรคและสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยแยกออกจาก ICD-10 ทั้ง 3 เล่ม บัญชีจำแนกหลักของ ICD-10 คือรหัส 3 ตัวอักษร ซึ่งเป็นระดับที่บังคับใช้ในการให้รหัสสำหรับการจัดทำรายงานสถิติระหว่างประเทศ ในการจัดส่งเพื่อรวบรวมเป็นฐานข้อมูลการตายขององค์การอนามัยโลก และเพื่อการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างประเทศทั่วไป การจำแนกจนถึงระดับรหัส 4 ตัวอักษรนั้นไม่อยู่ในข้อบังคับของการรายงานระหว่างประเทศ โดยองค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่าการ

จำแนกระดับ 4 ตัวอักษรเหมาะสมในการใช้เพื่อวัตถุประสงค์หลายประการและเป็นส่วนประกอบหนึ่งของ ICD เช่นเดียวกับตารางบัญชีพิเศษ

บัญชีจำแนกแบ่งได้เป็นสองประเภท คือ บัญชีในกลุ่มหนึ่งซึ่งครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และสถานะสุขภาพนั้น ได้ดัดแปลงมาจาก ICD โดยตรง โดยรวบรวมและหรือขยายตารางบัญชี บัญชีอื่นสามารถใช้สำหรับนำเสนอข้อมูลในหลายลักษณะ เพื่อเป็นตารางสรุปสถิติ และอาจใช้เป็นข้อสนับสนุนในการพัฒนางานสาธารณสุขได้ ในขณะที่ตารางบัญชีขยายนำมาใช้เพื่อให้รายละเอียดข้อมูลทางคลินิกเพิ่มเติม เช่นในบัญชีจำแนกโรคจำเพาะในแต่ละสาขาเฉพาะทาง ในกลุ่มนี้รวมถึงบัญชีจำแนกรายละเอียดเสริม แต่ตารางบัญชี ICD ให้ข้อมูลการวินิจฉัยที่ใช้หลักการจำแนกที่แตกต่างจากบัญชีหลัก เช่น การจำแนกตามรูปร่างลักษณะของเนื้องอก (morphology of tumors)

บัญชีจำแนกกลุ่มที่สอง เป็นการจำแนกให้ครอบคลุมในด้านที่สัมพันธ์กับปัญหาสาธารณสุขหลายด้าน โดยทั่วไปแล้วจะอยู่นอกหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของสภาการณปัจจุบันซึ่งดีเท่ากับการจำแนกอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพอนามัย กลุ่มนี้ให้นับรวมทั้งการจำแนกความพิการ การรักษาทางยาและผ่าตัด และผลที่เกิดขึ้นจากผู้ให้การดูแลรักษาสุขภาพอนามัยแนวคิดบัญชีจำแนกกลุ่มที่สอง คือ การพัฒนาวิธีการรวบรวมและการใช้ข้อมูลข่าวสารในท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน สิ่งพิมพ์อื่นที่เกี่ยวข้องแต่ไม่ได้มาจาก ICD นั้น คือ การให้ชื่อเฉพาะของโรคเป็นสากล(IND) ความแตกต่างระหว่างการจำแนกชั้นโรคกับการให้ชื่อเฉพาะของโรคเป็นสากล ได้ถูกนำมาถกเถียงกัน และรูป 2.1 แสดงให้เห็นเนื้อหาและการเชื่อมโยงซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกที่มีอยู่หลายหลายในสาขาของการจำแนกชั้นของโรค

รูปที่ 2.1 กลุ่มบัญชีจำแนกโรคและบัญชีจำแนกอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข



ที่มา : บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ เล่มที่ 2 คู่มือการใช้ ICD-10 (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข,2542)

การยอมรับบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายระหว่างประเทศ

ในการประชุมสถาบันสถิตินานาชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานสืบเนื่องจากสมาชิติระหว่างประเทศ ที่กรุงเวียนนา ในปี ค.ศ.1891 ได้แต่งตั้งคณะกรรมการที่มี ชาค แบร์ติยอง (ค.ศ. 1851-1922) หัวหน้างานบริการสถิติแห่งกรุงปารีส เป็นประธาน เพื่อจัดทำบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตาย แบร์ติยองเป็นหลานปู่ของ อาคิล กิลลาด นักพฤกษศาสตร์และนักสถิติ ผู้แนะนำแนวทางการแก้ปัญหาโดยให้ ฟาร์กับเดสโพน์ เป็นผู้จัดทำบัญชีจำแนกโรค ในการประชุมสมาชิติระหว่างประเทศครั้งแรกในปี ค.ศ.1853 แบร์ติยองได้เสนอรายงานผลการทำงานของคณะกรรมการชุดนี้ต่อที่ประชุมสถาบันสถิตินานาชาติ ณ เมืองชิคาโก ในปี ค.ศ. 1893 ซึ่งได้รับการยอมรับ บัญชีจำแนกโรคฉบับของแบร์ติยอง ได้รับอิทธิพลจากบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตาย ที่ใช้ในนครปารีส ผ่านการปรับปรุงในปี ค.ศ.1885 และใช้เป็นตัวแทนของการสังเคราะห์บัญชีจำแนกโรคของอังกฤษ เยอรมัน และสวิสเซอร์แลนด์ รวมกัน บัญชีจำแนกโรคฉบับนี้ ยึดหลักของฟาร์ในการแบ่งโรคทั่วไปออกจากโรคที่แบ่งตามอวัยวะหรือตามตำแหน่งทางกายวิภาค การทำงานที่สอดคล้องกับคำแนะนำที่ได้จาก แอล กิลลาม ผู้อำนวยการกรมสถิติแห่งรัฐของสวิสเซอร์แลนด์ในการประชุมที่ เวียนนา ทำให้แบร์ติยองสามารถสร้างบัญชีจำแนกโรคได้ 3 ฉบับ ฉบับแรก มี 44 รายการ ฉบับที่ 2 มี 99 รายการ และ ฉบับที่ 3 ที่ 161 รายการบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายของแบร์ติยอง ตามที่ถูกรับชื่อเป็นครั้งแรก ได้รับการยอมรับจากหลายๆ ประเทศและหลายเมืองบัญชีนี้ถูกใช้ในทวีปอเมริกาเหนือเป็นครั้งแรกโดย เจมส์ ดี มอนฮารา ในการทำสถิติของเมือง ซาน ลุย เดอโปโตซี ต่อมาในปี ค.ศ.1898 ที่ประชุมองค์การสาธารณสุขอเมริกาในกรุงออกตตาวา แคนาดา แนะนำให้ยอมรับบัญชีจำแนกโรคฉบับของแบร์ติยองในการลงทะเบียนการตายใน แคนาดา เม็กซิโก และ สหรัฐอเมริกา องค์การนี้ยังแนะนำให้มีการปรับปรุงบัญชีนี้ทุกๆ 10 ปีด้วย

ในที่ประชุมสถาบันสถิตินานาชาติที่เมืองคริสนีเนียในปี ค.ศ.1899 แบร์ติยองได้เสนอรายงานความก้าวหน้าของบัญชีจำแนกโรค รวมถึงคำแนะนำขององค์การสาธารณสุขอเมริกาให้ปรับปรุงแก้ไขทุกๆ 10 ปี สถาบันสถิตินานาชาติ จึงยอมรับหลักการดังนี้

- สถาบันสถิตินานาชาติ ได้มีการยอมรับให้ใช้นามบัญญัติที่สามารถเปรียบเทียบกันได้ระหว่างประเทศต่างๆ และบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตาย ที่เสนอไว้ในปี ค.ศ.1893 มีสำนักงานสถิติที่ได้นำมาใช้ คือ สำนักงานสถิติทุกแห่งในอเมริกาเหนือ บางแห่งในอเมริกาใต้ และบางแห่งในยุโรป

- สถาบันสถิติทุกแห่งในยุโรป ยืนยันว่าไม่ต้องแก้ไขระบบนามบัญญัติ

- สถาบันสถิตินานาชาติ มีมติยอมรับข้อเสนอขององค์การสาธารณสุขอเมริกาใน
ที่ประชุม ออตตาวา ค.ศ.1898 ที่เสนอให้มีการแก้ไขบัญชีจำแนกโรค ทุกๆ 10 ปีแนะนำให้
สำนักงานสถิติที่ยังไม่ได้ใช้นามบัญญัติเปรียบเทียบได้ ควรจะนำมาใช้

สำหรับประเทศไทย ได้มีการพัฒนาการใช้หนังสือรับรองการตายมาตั้งแต่ยุคของ ICD-7
ในราวปี พ.ศ.2506 จนถึงปัจจุบันใช้หนังสือรับรองการตายตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน ICD-10
แต่ไม่เคยมีการอธิบายวิธีการกรอกหนังสือรับรองการตายที่ถูกต้องให้กับแพทย์เลย แม้แต่ใน
หนังสือคู่มือปฏิบัติงานและจัดทำระเบียบรายงานของกองสถิติสาธารณสุข ปี 2532 ปัจจุบัน
คือ ส่วนข้อมูลและข่าวสารสาธารณสุข ก็อธิบายสั้นๆ เพียงว่า ให้เขียนสาเหตุการตายลงใน
ส่วนหลังของ รง.501,502,503 เท่านั้น แม้เคยมีความพยายามที่จะเขียนคำอธิบายเพิ่มเติม
ในส่วนนี้ โดย นพ.ธวัช จายนิยะโยธิน ในปี พ.ศ.2538 ก็ตาม แต่ก็ไม่ได้มีการจัดพิมพ์และ
เผยแพร่ออกไปให้แพทย์ทั่วไปได้รับทราบและถือปฏิบัติ

สำหรับกลุ่มโรคที่ระบุในบัญชีจำแนกโรค(ICD-10) ที่ใช้ในปัจจุบันประกอบด้วย 21 กลุ่ม
โรค ดังนี้

กลุ่มที่	รหัสโรคตาม ICD10	กลุ่มโรค
1	A00-B99	โรคติดเชื้อและปรสิตบางชนิด
2	C00-D48	โรคเนื้องอก
3	D50-D89	โรคเลือด อวัยวะที่สร้างเลือดและความ ผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันบางชนิด
4	E00-E99	โรคต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม
5	F00-F99	โรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรม
6	G00-G99	โรคระบบประสาท
7	H00-H59	โรคของตาและส่วนประกอบของตา
8	H60-H95	โรคของหูและปุ่มกกหู
9	I00-I99	โรคระบบไหลเวียนโลหิต
10	J00-J99	โรคระบบหายใจ
11	K00-K99	โรคระบบย่อยอาหาร
12	L00-L99	โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง
13	M00-M99	โรคระบบย่อยอาหาร
14	N00-N99	โรคระบบสืบพันธุ์และปัสสาวะ
15	O00-O99	การตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอด

กลุ่มที่	รหัสโรคตาม ICD10	กลุ่มโรค
16	P00-P96	ภาวะบางอย่างที่เกิดในระยะปริกำเนิด
17	Q00-Q99	ความผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิดและ โครโมโซมผิดปกติ
18	R00-R99	อาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบจาก การตรวจทางคลินิก
19	S00-T98	การบาดเจ็บการเป็นพิษและผลติดตามจาก เหตุภายนอก
20	V01-Y98	สาเหตุภายนอกของการป่วยและตาย
21	Z00-Z99	ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสถานะสุขภาพและเข้า รับบริการสุขภาพ

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบการบันทึกสาเหตุการตาย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความครบถ้วนถูกต้องของใบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยยังไม่มีผู้ทำการศึกษาอย่างจริงจังจะมีเพียงเป็นการประเมินคุณภาพของเวชระเบียนในแต่ละโรงพยาบาลเท่านั้น แต่สำหรับสาเหตุการตายมีผู้ศึกษาไว้ จำแนกเป็นหัวข้อต่างๆดังนี้

8.1 การศึกษาสาเหตุการตายโดยการสัมภาษณ์จากญาติ

คลอดี เจ และ คณะ (Claude, 1984)³⁵ ซึ่งศึกษาความถูกต้องของสาเหตุการตายที่บอกโดยญาติ ประเทศที่มีรายงานมรณบัตรที่ไม่สามารถหาสาเหตุการตายที่แท้จริงต้องอาศัยสาเหตุการตายจากคำบอกเล่าของญาติ ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุการตาย จำนวน 310 ราย โรคมะเร็งมีความน่าเชื่อถือที่สุด ร้อยละ 89.6 โรคหัวใจ ร้อยละ 70 โรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 50 และ ยังพบว่าช่วงระยะเวลาของการตาย ไม่มีผลต่อการสอบถามข้อมูลย้อนหลัง

ลีเลอร์ เอลบี (Lerer, 1993)³⁷ ได้ศึกษาข้อมูลการตาย ในประเทศแอฟริกาใต้ พบว่า การให้ญาติบอกสาเหตุการตายทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ ถึงร้อยละ 72.9

อารีย์ พรหมไม้ และฟิลิป เกสต์ (2539)³² ได้ศึกษาปัจจัยกำหนดการรายงานข้อมูลการตาย โดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ส่วน ส่วนแรก เป็นการศึกษาประเมินคุณภาพของข้อมูลการตายจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ โดยเปรียบเทียบการตายของทารก ข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งข้อมูลสำคัญที่ใช้ในประเทศได้แก่ ข้อมูลจากระบบทะเบียนราษฎรในส่วนที่รวบรวมเป็นสถิติสาธารณสุขเป็น

ข้อมูลที่ทันสมัยและจำแนกเป็นรายจังหวัด แหล่งที่สอง เป็นข้อมูลการตายจากการสำรวจสุขภาพ โดยเร่งด่วน ซึ่งรวบรวมโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขริเริ่มดำเนินการ มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2538 แหล่งที่สาม เป็นการสำรวจและสัมภาษณ์ประชากร โดยสำนักงานสถิติ แห่งชาติ และแหล่งที่สี่ เป็นข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติ ส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาาระบบการแจ้ง ตายและความคิดเห็นของประชาชนต่อการแจ้งตายโดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพ (การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก) ในสองหมู่บ้าน อำเภอมีนบุรี จังหวัดขอนแก่น ผู้เข้าร่วม สนทนาเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่กฎหมายระบุให้ทำหน้าที่แจ้งตาย เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบทะเบียนในแต่ละหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลจากสถิติชีพมีอัตรา ตายของทารกต่ำที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับการสำรวจระดับชาติ สัมภาษณ์ประชากร และการ สำรวจโดยเร่งด่วน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของสถิติที่คาดว่ามีการตกรายงานการแจ้งตาย ระบบการแจ้งตายในชุมชนนั้นมีมานานและเป็นที่รู้จักของคนในชุมชนเป็นอย่างดี สำหรับปัจจัยที่ กำหนดคุณภาพของข้อมูลการตายนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับทั้งผู้แจ้ง ผู้รับแจ้ง ตลอดจนระบบการ แจ้งตาย ซึ่งการปรับปรุงคุณภาพของข้อมูลการตายควรจะได้พิจารณาปัจจัยดังกล่าว

8.2 การศึกษาสาเหตุการตายจากรายงานต่าง ๆ

เฮนสลิก อาร์ (Hanzlick,1993)³⁶ ศึกษาการระบุสาเหตุการตายโดยแพทย์ พบว่าการ พัฒนารายงานมรณบัตร ควรจะมีการชั้นสูตรทางการแพทย์ร่วมด้วย และควรเน้นหนักให้เป็น นโยบาย

พีช เฮสเจ และคณะ (Peach,1998)³⁹ ศึกษาโดยการนำ รายงานมรณบัตร ให้แพทย์ ระบุ สาเหตุการตาย พบว่า ร้อยละ 18 ไม่เป็นที่น่าพอใจ ร้อยละ 17 ระบุไม่ตรงสาเหตุ ร้อยละ 18 ต้อง แปลงรหัส สอดคล้องกับการศึกษาของ เจอร์ซี พี และคณะ (Jersee,1998) ได้ศึกษาความ น่าเชื่อถือของรายงานมรณบัตร โดยศึกษาจาก ผู้ป่วย 40 รายที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลใน ปี1994 โดยหาความสอดคล้องการระบุสาเหตุการตายในมรณบัตรของแพทย์ในโรงพยาบาล การศึกษาได้ นำรายงานผู้ป่วย 40 รายให้แพทย์ จำนวน 10 คน เป็นผู้ลงความเห็น โดยไม่ทราบผลการชั้นสูตร พลิกศพบ พบว่า การลงสาเหตุการตายมีความแตกต่างกันอยู่ในระดับสูง 8 ราย ระดับปานกลาง 19 ราย ระดับน้อย 10 ราย และ 3 รายไม่มีข้อมูลเพียงพอ

การศึกษาของ เนลเซน เจพี และคณะ (Newlsen,1991)³⁸ ได้ศึกษาความถูกต้องของ รายงานมรณบัตรในข้อมูลสถิติสาธารณสุข โดยศึกษารายงานมรณบัตร จำนวน 433 ราย ที่มี ประวัติการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า รายงานมรณบัตรและผลการชั้นสูตร มีถึงร้อยละ 50 ที่ไม่ ตรงกัน ร้อยละ 25 ระบุสาเหตุผิด ร้อยละ 33 ระบุโรคหลักไม่ตรงกัน

การศึกษาของ อุไรวรรณ ตันทวาริยะ (2538)³³ ศึกษาการตายจากมรณบัตรปี พ.ศ.2536 อัตราตายของประชากรจังหวัดพังงา 3.1 ต่อประชากรพันคน ต่ำกว่าอัตราตายของประเทศไทย (4.9) อัตราทารกตาย 4.3 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ก็ต่ำกว่าประเทศ (7.4) เช่นกัน สาเหตุการตายจากมรณบัตรสูงสุดคือ ชรา(1.26 ต่อประชากรพันคน) รองลงมาคือ โรคหัวใจและ หลอดเลือด (0.46 ต่อประชากรพันคน) ซึ่งในกลุ่มที่ตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 100 ราย นี้ ระบุเป็นสาเหตุจากระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว 46 ราย โรคหัวใจวาย 30 รายโรคความดันโลหิตสูง และเส้นเลือดในสมองแตก อย่างละ 7 ราย ไม่ระบุ 4 ราย โรคกล้ามเนื้อหัวใจและหัวใจพิการ อย่างละ 2 ราย โรคลิ้นหัวใจรั่วกับหัวใจโต อย่างละ 1 ราย ซึ่งจะเห็นว่าสาเหตุจากโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้นแท้ที่จริงเป็นการระบุรูปแบบการตายถึง 76 ราย (ร้อยละ 76) ส่วนสาเหตุของทารกตายนั้นเกิดจากโรคปอดบวม และคลอดก่อนกำหนด มากที่สุด (อย่างละ 3 และ 16 ราย) อายุคาดคะเนของประชากรจังหวัดพังงาที่เกิดในปี พ.ศ.2536 และ 2537 คือ 80.99 และ 81.57 ปี ตามลำดับ เพศหญิงสูงกว่าชายประมาณ 3 ปี

มลทิรา ณ พัทลุง และคณะ(2538) ศึกษาสาเหตุการตายในจังหวัดภูเก็ต ใช้มรณบัตรเป็นแหล่งข้อมูลที่ศึกษาเช่นกัน พบว่า อัตราตายของประชากรจังหวัดภูเก็ตในปี พ.ศ.2538 เป็น 5.09 ต่อประชากรพันคน เพศชายตายสูงกว่าหญิงในทุกกลุ่มอายุ อัตราทารกตาย 5.37 ต่อการเกิดมีชีพพันคน สาเหตุการตายสูงสุด 5 อันดับแรกคือ โรคระบบไหลเวียนโลหิต อุบัติเหตุ อื่นๆ โรคระบบทางเดินหายใจ อุบัติเหตุขนส่ง และโรคมะเร็งทุกชนิด อายุขัยเฉลี่ยของชาวจังหวัดภูเก็ตเป็น 62.75 ปี หญิงสูงกว่าชายถึง 11 ปี (หญิง 68.80 ปี ชาย 57.46ปี)

ทิพากรณ์ สังข์พันธ์ (2539)¹¹ เก็บข้อมูลจากมรณบัตร จังหวัดสมุทรปราการ พบอัตราตาย 3.9 ต่อประชากรพันคน ใกล้เคียงกับอัตราตายของประเทศ ชายตายมากกว่าหญิงในเกือบทุกกลุ่มอายุ อัตราทารกตาย 12.49 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ซึ่งต่ำกว่าของประเทศ (30.8) กลุ่มที่เสียชีวิตทั้งหมดชีวิตร้อยละ 75.6 เคยเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลแพทย์แผนปัจจุบันก่อนเสียชีวิตสาเหตุการตายที่สำคัญคือ โรคหัวใจ รองลงมาคือ อุบัติเหตุขนส่ง โรคความดันเลือดสูง และหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็งทุกชนิด และโรคติดเชื้อ ตามลำดับ ส่วนสาเหตุการตายในทารกมากที่สุด คือ การติดเชื้อในกระแสเลือด รองลงมาคือ โรคท้องร่วง พิกการแต่กำเนิด และอุบัติเหตุจมน้ำ อายุขัยเฉลี่ยของประชากรจังหวัดสมุทรปราการ 72.4 ปี หญิงสูงกว่าชาย 8 ปี (หญิง 76.57 ปี ชาย 68.82 ปี)

หทัย สิงห์สง่าและคณะ (2537)³⁰ ได้ศึกษาความถูกต้องของสาเหตุการตายจากมรณบัตร ในเขตอำเภอหน้าพองที่ตายในปี พ.ศ.2537 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยการสอบถามข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับประชากรที่เสียชีวิตที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอหน้าพอง พบว่า สาเหตุการตายจากการสอบสวนโดยใช้แบบสอบถามมีกลุ่มโรคตรงกับในมรณบัตรเพียง ร้อยละ 59.43 โดย 5 อันดับแรกที่ได้จากมรณบัตร คือ ชรา โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคเนื้องอก และกลุ่มโรคอื่นๆ ที่มีอาการหรืออาการหรืออาการแสดงชัดเจน ตามลำดับ กลุ่มที่ถูกต้องมากที่สุดโดยไม่นับอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ คือกลุ่มโรคเนื้องอก ส่วนกลุ่มที่ถูกต้องน้อยที่สุด คือกลุ่มชราภาพ และเป็นที่สังเกตว่า มรณบัตรของผู้ตาย เพศชายมีความถูกต้องน้อยที่สุด คือกลุ่มชราภาพ และเป็นที่สังเกตว่า มรณบัตรของผู้ตาย เพศชายมีความถูกต้องมากกว่าเพศหญิง กลุ่มอาชีพชาวนาและรับจ้างมีความถูกต้องน้อยกว่ากลุ่มอาชีพอื่น

กานดา วัฒนโกส,เยาวรัตน์ ประภักษ์ขามและคณะ (2544)⁴ศึกษาถึงสาเหตุการตายในกรุงเทพมหานครดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2543 – กันยายน 2544 เป็นการศึกษาย้อนหลังเพื่อเปรียบเทียบความถูกต้องของสาเหตุการตายในมรณบัตรกับสาเหตุที่ตรวจสอบได้จากการศึกษา เก็บข้อมูลของผู้เสียชีวิตที่บ้านโดยใช้วิธีสัมภาษณ์ญาติผู้ใกล้ชิดผู้ตาย และบันทึกประวัติการเจ็บป่วยก่อนเสียชีวิตโดยใช้แบบสอบถามสำหรับผู้เสียชีวิตที่โรงพยาบาล ใช้วิธีเก็บข้อมูลของผู้ตายจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล รวบรวมแบบบันทึกการสอบสวนสาเหตุการตายทั้ง 2 แห่ง ให้แพทย์อย่างน้อย 2 คน ให้การวินิจฉัยสาเหตุการตายตามหลัก ICD – 10 ผลการเก็บข้อมูลผู้เสียชีวิตที่บ้านเก็บได้ 6,386 ราย พบว่าการสรุปสาเหตุการตายผิดหลัก ICD – 10 โดยระบุรูปแบบการตาย เป็นสาเหตุการตายผลการเปรียบเทียบความสอดคล้องของการรายงานสาเหตุการตายจากมรณบัตรกับสาเหตุที่ได้จากการศึกษา พบว่ามีความสอดคล้องร้อยละ 37.3 กลุ่มโรคที่มีความสอดคล้องสูงระหว่าง 2 แห่ง ได้แก่ กลุ่มโรคไหลเวียนโลหิต รวร้อยละ 27.6 รองลงมาได้แก่ โรคมะเร็ง ร้อยละ 25.0 ชราภาพ ร้อยละ 18.6 โรคเอดส์ ร้อยละ 4.6 โรคเบาหวาน ร้อยละ 2.9 และกลุ่มการตายจากสาเหตุภายนอกนี้ ได้แก่ ฆ่าตัวตาย จมน้ำตาย และ อุบัติเหตุจากรถ สาเหตุการตายที่พบจากการศึกษานี้ อันดับแรก ได้แก่ โรคระบบไหลเวียนโลหิต อันดับสอง คือ การตายจากโรคมะเร็งทุกระบบ 83.76 ต่อแสนประชากร อันดับรองมาได้แก่ การตายจากสาเหตุภายนอก 38.04, เบาหวาน 35.47, โรคเอดส์ 34.62, ชราภาพ 32.91, ปอดอุดกั้นเรื้อรัง 15.81, ตับแข็งและตับอักเสบ 8.97 และปอดบวม 7.69 ต่อแสนประชากร

เฉลิมสุข บุญไทย และคณะ⁵สำรวจโดยใช้แบบสอบถามเพื่อหาสาเหตุการตายของแพทย์ไทยที่เสียชีวิตระหว่างปี พ.ศ.2510-2527 พบมีแพทย์ตายทั้งหมด 280 ราย สำรวจได้เพียง

139 ราย ลักษณะสาเหตุการตายแตกต่างกันไปจากประชากรทั่วไปเล็กน้อย คือ แพทย์ตายด้วยโรคมะเร็งมากที่สุด รองลงมาคืออุบัติเหตุ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง ตามลำดับ โดยที่มะเร็งเป็นสาเหตุตายมากที่สุดในอายุ 50-54 ปี อุบัติเหตุ ในกลุ่มอายุ 30-34 ปี โรคระบบไหลเวียนโลหิตในช่วงอายุ 60-64 ปี แพทย์ที่ตายอายุน้อยที่สุด 25 ปี สูงสุด 88 ปี อายุเฉลี่ยของแพทย์ที่ตายคือ 52 ปี ความสัมพันธ์กับลักษณะสาขาอาชีพกับสาเหตุการตายยังไม่ปรากฏชัดเจนนัก

มงคล พิมพ์ทรัพย์ (2544) ศึกษาความถูกต้องของการรายงานสาเหตุการตายจากมรณบัตรตามเกณฑ์บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ญาติผู้ตายและข้อมูลที่บ้านทึกลงในโรงพยาบาลจำนวน 732 ราย จาก 1,294 ราย โดยศึกษาระหว่างเดือน มกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ.2541 ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุการตายจากมรณบัตร 3 อันดับแรกคือ ชรา (ร้อยละ 29.8), โรคมะเร็งทุกชนิด (ร้อยละ19.5)และโรคหัวใจ (ร้อยละ9.4) แต่สาเหตุการตายจากการวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 3 อันดับแรก คือ โรคมะเร็งทุกชนิด (ร้อยละ 27.9) โรคเอดส์ (ร้อยละ 13.7) และชรา (ร้อยละ 11.2) ความถูกต้องสอดคล้องตรงกันของสาเหตุการตาย ในภาพรวมกลุ่มโรค ตาม ICD-10 เท่ากับร้อยละ 52.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องตรงกันของสาเหตุการตาย ได้แก่ ประวัติการรักษาพยาบาล พฤติกรรมที่ตาย และประเภทของประกันชีวิต

สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, ประเวช ดันติพิวัฒน์สกุล และ ศรีเกษ ธัญญาวินิชกุล²⁹ ได้ศึกษาปัจจัยอันดับแรกที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ จากรายงานมรณบัตร ในการศึกษาครั้งนี้สามารถเก็บข้อมูลได้ 241 ราย (ร้อยละ 65.3) ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 25-44 ปี เพศชาย (ร้อยละ 88.0) วิธีการฆ่าตัวตายที่นิยมปฏิบัติคือ กินสารพิษ (สารเคมีเกษตร) และแขวนคอ (ร้อยละ 48.1 และ 45.6) สาเหตุที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายมักเกิดจากปัจจัยหลายๆ อย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื่อเอดส์เป็นปัจจัยอันดับหนึ่ง ร้อยละ 29.4 รองลงมาคือ การติดสุรา ร้อยละ 18.7 และโรคเรื้อรัง ร้อยละ 17.8 จะเห็นว่าข้อมูลมรณบัตรในปัจจุบันที่ระบุว่า ฆ่าตัวตาย ไม่สามารถบอกปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาได้ ผู้ศึกษาเห็นว่า การที่จะนำข้อมูลมาใช้ในการแก้ปัญหาที่ถูกต้องนั้น จะต้องมีการปรับปรุงรูปแบบการบันทึกสาเหตุการตาย

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ เยาวรัตน์ ปรีกษ์ขามและคณะ (2543)⁶ ได้ศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทย ระยะที่ 1 จำนวน 5 จังหวัด ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น นครศรีธรรมราช นครสวรรค์ น่าน และระนอง และกรุงเทพมหานคร 4 เขต บางเขน สายไหม ดอนเมือง และหลักสี่

ในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2540 ถึง 30 มิถุนายน พบว่า การระบุสาเหตุการตายในมรณบัตรเปรียบเทียบกับการศึกษาโดยการสอบสวนย้อนหลัง มีความสอดคล้องกันเพียงร้อยละ 25.5 เท่านั้น โดยสาเหตุการตายที่สอดคล้องกันมากที่สุดคือชราภาพและอาการต่างๆร้อยละ 44.5 รองลงมาคือมะเร็งทุกชนิดร้อยละ 16.0 ส่วนสาเหตุการตายที่สอดคล้องกันน้อยที่สุดคือการติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ร้อยละ 1.6 หากเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษากับข้อมูลจากมรณบัตรจะพบว่าโรคมะเร็งและโรคเนื้องอกพบมากกว่าที่รายงานในมรณบัตร 1.6 เท่า โรคระบบไหลเวียนเลือดพบมากกว่าที่รายงานในมรณบัตรเล็กน้อย แต่แตกต่างกันในเรื่องประเภทของโรค รายงานในมรณบัตรส่วนใหญ่เป็นหัวใจล้มเหลว หัวใจวาย ในขณะที่การศึกษาพบโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ส่วนโรคหัวใจรูมาติกส์ที่ศึกษาพบสูงกว่าในมรณบัตรถึง 6 เท่า โรคติดเชื้อพบมากกว่ารายงานในมรณบัตร 2.9 เท่า การติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์พบมากกว่ารายงานในมรณบัตร 9 เท่า วัณโรคพบมากกว่ารายงานในมรณบัตร 2.2 เท่า การตายจากสาเหตุภายนอกพบมากกว่ารายงานในมรณบัตร 1.3 เท่า

สำนักงานสถิติแห่งชาติดำเนินการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร 4 ครั้ง²⁶ เพื่อประมาณอัตราเกิด อัตราตาย และอัตราเพิ่มประชากร กับความครบถ้วนของการจดทะเบียนเกิดและตาย ผลการศึกษาครั้งแรกในปี พ.ศ.2507-2508 ประมาณไว้ว่า มีการจดทะเบียนการตายประมาณร้อยละ 30 ของการตายทั้งหมด และมีการตกจดทะเบียนการเกิดร้อยละ 15 และเมื่อนำตัวเลขการจดทะเบียนจริงๆ มาเปรียบเทียบกับผลของการประมาณที่ได้จากการสำรวจ จะพบว่า อัตราการตกจดทะเบียนสูงกว่าที่สำรวจ คือ การตกจดทะเบียนการตายสูงถึงร้อยละ 37 และ ตกจดทะเบียนการเกิดร้อยละ 16 อีกทั้งพบว่า เพศหญิงมีการตกจดทะเบียนมากกว่าเพศชาย และเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มีการตกจดทะเบียนการตายสูงมาก ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ.2517-2518 กลับพบว่า มีอัตราการตกจดทะเบียนการตายสูงขึ้นกว่าครั้งแรก คือ มีอัตราการตกจดทะเบียนการตายประมาณร้อยละ 41 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างในเขตกับนอกเขตเทศบาล พบว่า ในเขตเทศบาลมีอัตราความครบถ้วนสูงกว่านอกเขตเทศบาล อัตราความครบถ้วนของการจดทะเบียนเพศหญิงกลับสูงกว่าชาย ส่วนผลการศึกษาครั้งที่ 3 (พ.ศ.2528-2529) และครั้งที่ 4 (พ.ศ.2538-2539) เปรียบเทียบการตกจดทะเบียนการตายระหว่างภาค พบว่า อัตราการจดทะเบียนลดลงอย่างชัดเจนในทุกภาค

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ⁷ และ คณะการศึกษาสาเหตุการตายของประชากรที่เสียชีวิต ใน 16 จังหวัด พ.ศ.2540-2542 โดยคัดเลือกจังหวัดตัวอย่างในเขตปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข 12 เขต กับสุ่มสำรวจในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการอีก 3

จังหวัด โดยสอบสวนผู้เสียชีวิตทุกรายที่เสียชีวิตในระยะเวลา 1 ปี ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2540 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2542 โดยการสัมภาษณ์ญาติผู้ใกล้ชิดถึงประวัติเจ็บป่วยและเหตุการณ์ก่อนเสียชีวิต วินิจฉัยสาเหตุการตายตามระบบ ICD-10 โดยแพทย์ 3 คน

ข้อมูลมรณบัตรในระบบทะเบียนราษฎร จากสำนักทะเบียนฯ กระทรวงมหาดไทย รายงานว่ามีผู้เสียชีวิตในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2540 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2542 ใน 16 จังหวัด รวม 66,746 ราย ไม่นับกรุงเทพมหานคร ความครอบคลุมของการศึกษาใน 15 จังหวัดคือร้อยละ 77.7 เมื่อรวมจำนวนตัวอย่างในกรุงเทพฯ แล้วจะเป็นจำนวนผู้เสียชีวิตที่ศึกษาได้ทั้งหมด 47,632 ราย จังหวัดพัทลุง อำนาจเจริญ น่าน และสระแก้ว ดำเนินการได้ครบถ้วนมากที่สุด ต่ำที่สุดที่จังหวัดปทุมธานี ลพบุรี และระนอง เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนเพศและอายุของผู้เสียชีวิตในรายงานมรณบัตร กับ ที่ศึกษาได้ พบว่ามีความแตกต่างกันเล็กน้อยในกลุ่มเด็กปฐมวัย และ วัยสูงอายุ ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุระหว่าง 25-44 ปี และกว่าครึ่งเป็นญาติสายตรงคือ บุตรหรือคู่สมรสของผู้เสียชีวิต ช่วงเวลาที่มีวันหยุดยาวได้แก่ มกราคม ตุลาคม ธันวาคม และเมษายน จะมีการตายมากกว่าเดือนอื่น กลางวันมากกว่ากลางคืนเล็กน้อย ร้อยละ 53.8 เสียชีวิตที่บ้าน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ร้อยละ 40.6 เสียชีวิตในสถานพยาบาล ผู้ให้สาเหตุการตายส่วนใหญ่คือญาติหรือผู้แจ้งตาย แม้ว่าส่วนใหญ่จะเสียชีวิตที่บ้านแต่คนเหล่านี้ส่วนใหญ่เคยเข้ารักษาในสถานพยาบาลมาก่อน

ผู้เสียชีวิตร้อยละ 57.8 เป็นเพศชาย เกือบทุกกลุ่มอายุเป็นชายมากกว่าหญิง ยกเว้น กลุ่มสูงอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นหญิงมากกว่าชาย สาเหตุการตายจากการศึกษาแตกต่างไปจากรายงานมรณบัตรอย่างมาก กล่าวคือ มีความสอดคล้องของสาเหตุการตายระหว่างการศึกษาคั้งนี้กับมรณบัตรเพียงร้อยละ 29.3 เท่านั้น กลุ่มโรคที่สอดคล้องกันมากที่สุดคือ สาเหตุไม่ชัดเจน ร่องลงมาคือ กลุ่มโรคมะเร็งและเนื้องอก กลุ่มสาเหตุภายนอก และ กลุ่มโรคติดเชื้อ ส่วนกลุ่มโรคอื่น ๆ มีความสอดคล้องต่ำ