

การพัฒนารูปแบบการสันนิษฐาน สาเหตุการตาย จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2550-2553

วุฒิไกร มุ่งหมาย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

มีการรายงานสาเหตุการตายที่ไม่ถูกต้องตามหลัก ICD-10 ในข้อมูลสถิติการตายของประเทศไทย เป็นจำนวนมาก เช่น ชราภาพ ขาดอากาศ ระบบหายใจล้มเหลว ทำให้ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสุขภาพได้ จังหวัดอุบลราชธานีจึงได้พัฒนารูปแบบการสันนิษฐานสาเหตุการตาย โดยมีวัตถุประสงค์คือ 1) พัฒนารูปแบบการสันนิษฐานสาเหตุการตายโดยการสัมภาษณ์ (Verbal Autopsy: VA) 2) พัฒนาคู่มือการสาธารณสุขในการสอบสวนสาเหตุการตาย ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลสาเหตุการตายที่มีคุณภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (action research) ดำเนินการครอบคลุมพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี มีวิธีการดำเนินการคือ 1) พัฒนาคู่มือการให้ครบทุกสถานบริการ 2) กำหนดให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้สันนิษฐานสาเหตุการตายโดยใช้เครื่องมือ VA 3) ขอความเห็นชอบจากสำนักทะเบียนกลาง 4) ประเมินคุณภาพแบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการตาย

การศึกษา พบว่า ได้พัฒนาคู่มือการครอบคลุมทุกสถานบริการ การประเมินคุณภาพแบบสัมภาษณ์ พบว่ามีคุณภาพร้อยละ 81.24 ผลการวิเคราะห์สาเหตุการตาย พบว่า สาเหตุการตายกลุ่มที่ไม่สามารถจำแนกได้ (R) ลดลงเหลือร้อยละ 25.82 (ปี 2546 40.96%) สาเหตุการตายที่เปลี่ยนแปลงชัดเจน คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งเพิ่มขึ้น โครงสร้างสาเหตุการตายในกลุ่มผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงมากที่สุด จากการพัฒนารูปแบบของจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งให้เห็นว่า บุคลากรสาธารณสุขระดับสถานีอนามัยสามารถดำเนินการได้และข้อมูลมีคุณภาพ รูปแบบนี้จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายของประเทศไทย

คำสำคัญ:

สาเหตุการตายโดยการสัมภาษณ์, การพัฒนารูปแบบ, อัตราการตาย, อุบลราชธานี

บทนำ

ข้อมูลสาเหตุการตาย เป็นข้อมูลสำคัญที่สะท้อนปัญหาสุขภาพของประชาชน และเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขทุกระดับ ถ้าข้อมูลมีคุณภาพย่อมนำไปสู่การแก้ปัญหาสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ประเทศไทยมีการจัด

ระบบการบันทึกข้อมูลการตายมานานกว่า 50 ปี⁽¹⁻³⁾ แต่การวินิจฉัยสาเหตุการตายยังไม่เป็นที่น่าเชื่อถือ จะเห็นได้จากสถิติการตายที่พบมักเป็นการบันทึกรูปแบบการตาย เช่น ชราภาพ ระบบหายใจล้มเหลว หัวใจล้มเหลว ฯ ซึ่งไม่ถูกต้อง ตามหลัก ICD-10 กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบในการให้สาเหตุการตายเฉพาะที่ตายใน

สถานพยาบาลประมาณร้อยละ 30 ส่วนการตายนอกสถานพยาบาลกว่าร้อยละ 70^(4,5) ให้สาเหตุการตายโดยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือเจ้าหน้าที่ทะเบียนท้องถิ่นสำหรับในต่างประเทศ หลายประเทศพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการตายและการวินิจฉัยสาเหตุการตายอย่างเป็นระบบ มีการชันสูตรและวินิจฉัยโดยแพทย์ทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างถูกต้อง

อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามที่พัฒนาระบบการให้สาเหตุการตายให้มีคุณภาพ โดยร่วมมือกับกระทรวงมหาดไทยซึ่งเป็นหน่วยงานจดทะเบียนการตายของราษฎร มีการปรับปรุงในขั้นตอนการให้สาเหตุการตายโดยแพทย์หรือสาธารณสุขอำเภอ (อำเภอที่ไม่มีโรงพยาบาล) ก่อนออกใบมรณบัตร ในปี 2544 มีโครงการทดลองพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลสาเหตุการตายโดยให้แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยสาเหตุการตายก่อนแจ้งขอรับใบมรณบัตร ดำเนินการใน 18 จังหวัด นำร่อง และประกาศให้ดำเนินการทั่วประเทศในปี 2546⁽⁶⁾ การดำเนินงานตามรูปแบบใหม่พบว่าเกิดปัญหาในทางปฏิบัติ แพทย์ไม่สามารถปฏิบัติได้ครอบคลุมประชาชนไม่ได้รับความสะดวก และต่อมาแพทย์สภาได้ทำหนังสือทักท้วงวิธีปฏิบัติ จนทำให้สำนักทะเบียนกลาง กระทรวงมหาดไทยแจ้งชะลอการปฏิบัติตามแนวทางใหม่ และให้กลับไปปฏิบัติตามแนวทางเดิม⁽⁷⁾

มีรายงานผลการศึกษาของผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้ชี้ให้เห็นว่า ข้อมูลสาเหตุการตายยังไม่มีคุณภาพ ดังเช่น กานดา วัฒนโนภาส และคณะ⁽⁸⁾ ได้ศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า สาเหตุการตายจากใบมรณบัตรสอดคล้องกับผลการตรวจสอบร้อยละ 37.3 จันทรเพ็ญชูประภาวรรณ และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาในพื้นที่ 5 จังหวัดและกรุงเทพมหานคร 4 เขต พบว่า มีความสอดคล้องร้อยละ 25.5 การวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมระดับประเทศพบว่า สาเหตุการตายที่จำแนกไม่ได้ (รหัส R00-R99) ระหว่างปี 2546-2550 เฉลี่ยร้อยละ 37.16 สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้วิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการตายของประชาชน พบว่า ในปี 2546 สาเหตุการตายตามใบมรณบัตรที่ไม่สามารถระบุสาเหตุที่แท้จริงตามหลัก ICD-10 สูงถึงร้อยละ 40.96 สาเหตุการตายที่พบ เช่น โรคมะเร็ง ระบบหายใจล้มเหลว ฆาตกรรม อากาศฯ ในปี 2547-2549 สาเหตุการตายที่ไม่สามารถจำแนกได้ ยังคงมีสัดส่วนในระดับสูง คือ ร้อยละ 39.06, 41.91 และ 40.05 ตามลำดับ จากปัญหาเหล่านี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้เกิดแนวคิดที่จะทบทวนและพัฒนารูปแบบการให้สาเหตุการตายที่เคยประกาศให้ปฏิบัติเมื่อปี 2546 โดยลดข้อจำกัดในประเด็นที่แพทย์เป็นผู้วินิจฉัย ไม่ให้กระทบต่อการให้บริการประชาชน และข้อมูลที่ได้มีคุณภาพในระดับที่ยอมรับได้

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) มี 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ทบทวนระบบการให้สาเหตุการตายและพัฒนาศักยภาพระดับสถานีอนามัย ในการใช้เครื่องมือสอบสวนสาเหตุการตายโดยการสัมภาษณ์ Verbal Autopsy (VA)

ระยะที่ 2 ประเมินคุณภาพแบบสัมภาษณ์ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์และปรับปรุงหลักสูตรการอบรมบุคลากรให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ระยะที่ 3 ประเมินคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายเปรียบเทียบกับจังหวัดในเขต 13

การวิจัยระยะที่ 1 ดำเนินการในระยะเดือนสิงหาคม - ธันวาคม 2550

1. สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยกำหนดให้ดำเนินการครอบคลุมทั้งจังหวัดอุบลราชธานี สถานีอนามัย 317 แห่ง โรงพยาบาล 22 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 8 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 25 แห่ง และพัฒนาระบบและขั้นตอนการแจ้งตายครอบคลุมสำนักทะเบียนทุกแห่งใน

จังหวัดอุบลราชธานี โดยการประสานขอความเห็นชอบกับกระทรวงมหาดไทย

2. เครื่องมือการเก็บข้อมูล

ใช้แบบสอบถามสาเหตุการตายโดยการสัมภาษณ์ (VA) ที่ปรับปรุงโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ มี 2 แบบ คือ Form A สำหรับผู้ตายที่อายุต่ำกว่า 1 ปี และ Form B สำหรับผู้ตายที่มีอายุมากกว่า 1 ปี

3. วิธีดำเนินการ

เมื่อมีประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเสียชีวิตตามธรรมชาติ นอกสถานพยาบาล ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ สัมภาษณ์ญาติผู้ตายและเขียนสาเหตุการตายพร้อมออกหนังสือสันนิษฐานสาเหตุการตายทุกรายเพื่อเป็นหลักฐานในการแจ้งตายที่สำนักทะเบียนท้องที่

การวิจัยระยะที่ 2 ดำเนินการในเดือน มกราคม - เมษายน 2551

1. การประเมินคุณภาพแบบสัมภาษณ์ โดยการเก็บแบบสัมภาษณ์จากสถานบริการทุกแห่งที่ดำเนินการสัมภาษณ์แล้วในเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2550 เพื่อประเมินความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ ความสอดคล้องของประวัติและการวินิจฉัย

2. ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้มีความเหมาะสมและสะดวกกับผู้สัมภาษณ์

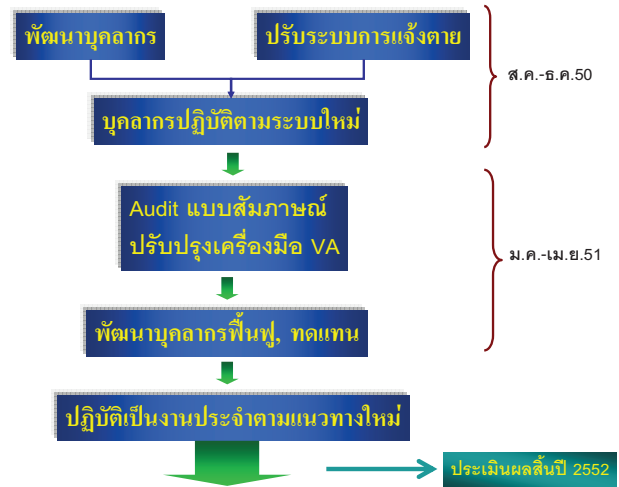
3. ปรับปรุงหลักสูตรการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของพื้นที่ โดยเน้นโรคหรือสาเหตุที่พบบ่อยในพื้นที่

การวิจัยระยะที่ 3 ดำเนินการในปี 2553

โดยการดึงข้อมูลการตายจากฐานข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ วิเคราะห์สาเหตุการตาย ตามรหัส ICD-10 เปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลังและเปรียบเทียบกับจังหวัดในเขต 13 (ศรีสะเกษ โยธาธร อำนาจเจริญ อุบลราชธานี) เฉพาะคุณภาพเบื้องต้นคือ การจำแนกสาเหตุการตายได้หรือจำแนกไม่ได้ตามรหัส ICD-10

ขั้นตอนการวิจัย ดังรูปที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่า



รูปที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการพัฒนารูปแบบ

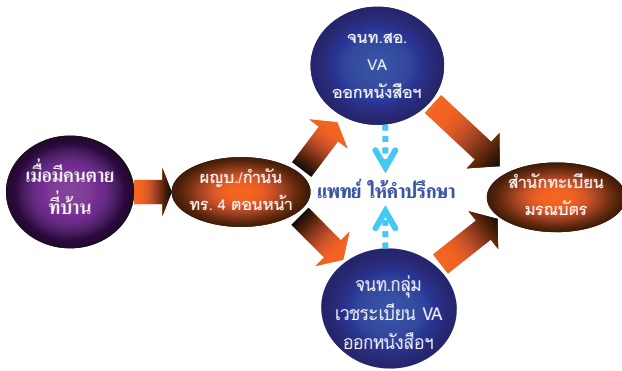
ร้อยละ

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาบุคลากร ครอบคลุมสถานีนอนามัยทุกแห่ง ฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง อบรม 4 ครั้งจำนวน 780 คน ครอบคลุมแพทย์พยาบาล นักวิชาการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปรับปรุงรูปแบบการจดทะเบียนการตาย โดยมีแนวทางสำคัญคือ เมื่อมีการตายในพื้นที่ ญาติแจ้งตายกับผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน และให้นำใบรับแจ้งตาย (ทร.4 ตอนหน้า) ไปแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เพื่อสัมภาษณ์และออกหนังสือสันนิษฐานสาเหตุการตาย ประกอบการแจ้งขอใบมรณบัตรที่สำนักทะเบียนอำเภอ (รูปที่ 2)

2. การ Audit แบบสัมภาษณ์ จากทุกอำเภอ จำนวน 1,029 ชุด ตรวจสอบคุณภาพโดยจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ⁽⁹⁾ พบว่า ข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ มีความสมบูรณ์และสอดคล้องกับการสันนิษฐานสาเหตุการตายร้อยละ 81.24 ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้มีความเหมาะสมและใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 10 นาที (เดิม 30-40 นาที)

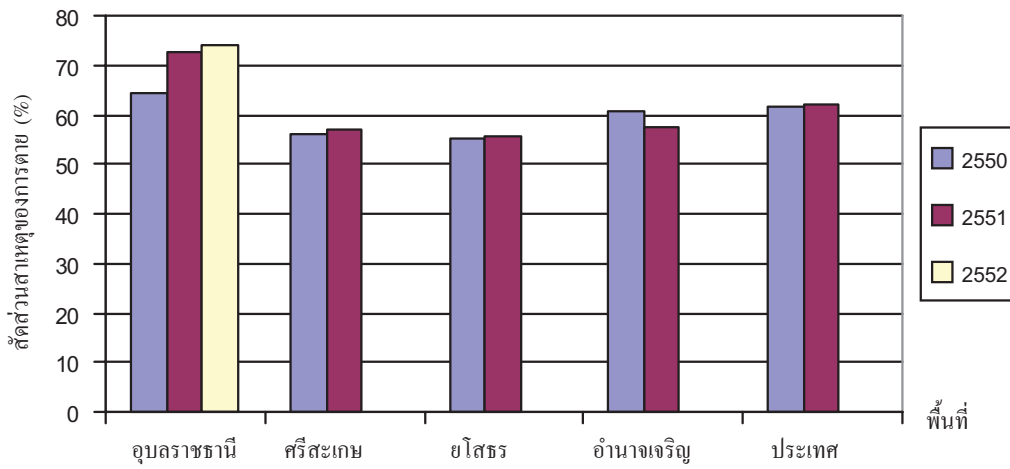
3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการตายของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2551 และ ปี 2552



รูปที่ 2 ผังขั้นตอนการแจ้งตายตามระบบที่ปรับปรุงใหม่

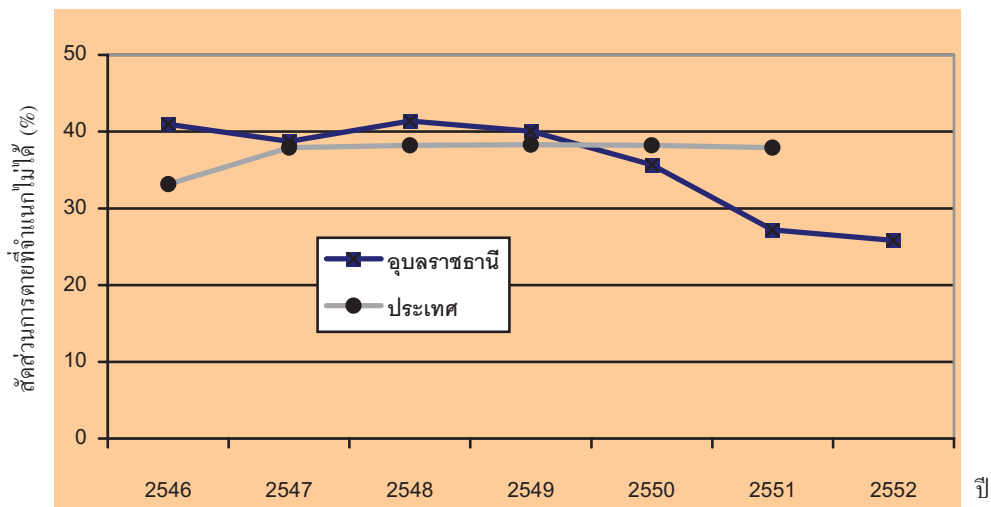
พบว่า สาเหตุการตายที่สามารถจำแนกโรคตามรหัส ICD-10 ได้ สูงถึงร้อยละ 72.80 ในปี 2551 และร้อยละ 74.18 ในปี 2552 (9 เดือน) เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดในเขต 13 พบว่า จังหวัดอุบลราชธานี มีสัดส่วนของสาเหตุการตายที่สามารถจำแนกโรคได้สูงกว่าทุกจังหวัดในเขต 13 และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (รูปที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลสาเหตุการตายย้อนหลังตั้งแต่ปี 2546 พบว่า สาเหตุการตายที่ไม่สามารถจำแนกได้ตามหลัก ICD - 10 มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 40.96



ที่มา: ฐานข้อมูล สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

รูปที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วนสาเหตุการตายที่จำแนกได้ของจังหวัดในเขต 13 และประเทศ



รูปที่ 4 สัดส่วนการตายที่จำแนกไม่ได้ของจังหวัดอุบลราชธานี 2546-2552

ตารางที่ 1 อัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือดจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2546-2551 (อัตราต่อแสนประชากร)

สาเหตุ	2546	2547	2548	2549	2550	2551
เบาหวาน	13.33	13.78	14.20	15.24	20.66	24.76
ความดันโลหิตสูง	2.40	1.82	1.92	1.96	2.74	7.73
หัวใจและหลอดเลือด	29.12	32.05	35.61	33.84	33.60	48.11

ในปี 2546 เหลือร้อยละ 25.82 ในปี 2552 (รูปที่ 4)

การวิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงของสาเหตุการตายเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า สาเหตุการตายที่ไม่สามารถจำแนกได้ ลดลงอย่างชัดเจนคือ ในปี 2546 พบร้อยละ 57.89 ลดลงเหลือร้อยละ 37.82 ในปี 2551 สาเหตุการตายที่พบว่ามีเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็ง พบว่า อัตราตายมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการเจ็บป่วยของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี ดังตารางที่ 1

วิจารณ์

การพัฒนาารูปแบบการสันนิษฐานสาเหตุการตาย มีสาระสำคัญที่แตกต่างไปจากวิธีการเดิม 3 ประการ คือ **ประการแรก ให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้สันนิษฐานสาเหตุการตาย** กรณีตายตามธรรมชาติ นอกสถานพยาบาล เป็นการลดข้อจำกัดเดิมที่ประกาศให้ดำเนินการทั่วประเทศในปี 2546 ซึ่งแนวทางนั้นระบุให้แพทย์เป็นผู้สันนิษฐาน ยกเว้นอำเภอที่ไม่มีโรงพยาบาล ก่อให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติมากมาย ทั้งปัญหาข้อจำกัดของแพทย์ และปัญหาของประชาชนไม่ได้รับความสะดวก **ประการที่สอง ให้ใช้แบบสัมภาษณ์ VA เป็นเครื่องมือช่วยในการซักประวัติ** สืบค้นข้อมูลและการสันนิษฐานสาเหตุการตาย ตาม Model Train of Disease หรือ รถไฟพอร์ณ ซึ่ง เป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับจาก WHO ในกรณีที่ไม่สามารถวินิจฉัยได้โดยการชันสูตรศพ และ **ประการสุดท้ายคือ ให้มีการออกหนังสือสันนิษฐานสาเหตุการตายไว้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย** เพื่อลดความกังวลของบุคลากรที่สันนิษฐานสาเหตุการตาย

เนื่องจากการสันนิษฐานโดยการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดก่อนตายเป็นสำคัญ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลต้องลงชื่อเป็นหลักฐานในเอกสารนี้ด้วย

จากการพัฒนาารูปแบบการสันนิษฐานสาเหตุการตายของจังหวัดอุบลราชธานีในครั้งนี้ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบและการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตายในหลายประเด็น ดังนี้

1. สาเหตุการตายในกลุ่มที่ไม่สามารถจำแนกได้ตาม ICD-10 คือ R00-R99 ลดลงอย่างชัดเจนจากร้อยละ 40.96 ในปี 2546 เหลือเพียงร้อยละ 25.82 ในปี 2552 สอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาระดับปริญญาโทของจันทน์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ^(9,10) ที่ใช้เครื่องมือ VA ในการสอบสวนสาเหตุการตาย พบว่า สาเหตุการตายจากโรคมะเร็งพบมากกว่ารายงานในใบมรณบัตร 1.6 เท่า โรคติดเชื้อพบมากกว่าที่รายงานในใบมรณบัตร 2.9 เท่า และการศึกษาของกานดา วัฒนภัส และคณะ⁽⁶⁾ ใช้เครื่องมือ VA ในการสอบสวน พบว่า สาเหตุการตายในกลุ่ม R00-R99 พบในใบมรณบัตรร้อยละ 44.3 เมื่อตรวจสอบเหลือร้อยละ 9.5 หรือลดลง 5 เท่า สาเหตุการตายจากระบบหัวใจล้มเหลว ตามใบมรณบัตรพบร้อยละ 13.7 เมื่อตรวจสอบแล้วเหลือร้อยละ 0.6 หรือลดลง 22.8 เท่า

2. สาเหตุการตายที่สามารถจำแนกโรคได้ตาม ICD-10 เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคที่มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน เช่น เบาหวาน ไตวาย ความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคเหล่านี้มักพบในผู้สูงอายุ ในระบบการแจ้งตายแบบเดิม เมื่อผู้เสียชีวิตเป็นผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ญาติหรือนายทะเบียนที่รับแจ้งมักระบุเป็นรูปแบบการตาย หรือ

ระบุโรคชรา ชราภาพ การใช้เครื่องมือ VA สามารถช่วยในการสืบค้นหาสาเหตุการตายได้ดีขึ้น จะเห็นได้จากสัดส่วนสาเหตุการตายที่จำแนกไม่ได้ในผู้สูงอายุลดลงเหลือร้อยละ 37.82 ในปี 2551 (ปี 2546 57.89%) โครงสร้างสาเหตุการตายในผู้สูงอายุที่พบมากขึ้นคือ โรคเบาหวานเพิ่มจากอัตรา 13.33 ต่อแสนประชากรในปี 2546 เพิ่มขึ้นเป็น 24.76 ต่อแสนประชากรในปี 2551 หรือเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 3 เท่า ในช่วงเวลาเดียวกัน (จาก 2.40 เป็น 7.73 ต่อแสนประชากร) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน ดังข้อ 1

จากการพัฒนาระบบการสันนิษฐานสาเหตุการตายของจังหวัดอุบลราชธานี แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า เครื่องมือ VA สามารถใช้ในการค้นหาสาเหตุการตายได้ดีขึ้นและมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวารางคณา ผลประเสริฐ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การใช้แบบ VA ในการหาสาเหตุการตายสามารถสืบค้นได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ลดสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจนเหลือร้อยละ 5.3 (จาก 39.5%) การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขระดับสถานีนามัยให้สามารถใช้เครื่องมือนี้ได้ ก่อนที่จะให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนออกไปมรณบัตร จึงเป็นแนวทางที่เป็นไปได้ และทำให้ข้อมูลสาเหตุการตายมีคุณภาพมากขึ้น

นอกจากนี้ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ได้รายงานเปรียบเทียบรูปแบบการสอบสวนสาเหตุการตายที่ดำเนินงานแบบไปข้างหน้าและย้อนหลัง⁽¹²⁾ มีประเด็นที่สอดคล้องกับรูปแบบการศึกษาของจังหวัดอุบลราชธานี คือ ด้านคุณภาพข้อมูล การเก็บข้อมูลไปข้างหน้าข้อมูลมีคุณภาพมากกว่าการเก็บย้อนหลัง

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาบุคลากร

การพัฒนาบุคลากรระดับสถานีนามัย ควรเน้นการฝึกปฏิบัติการใช้แบบสัมภาษณ์ การสรุปสาเหตุการตาย เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีทักษะ กรณีตัวอย่างถ้าใช้

กรณีศึกษาจริงจะเป็นประโยชน์มาก เมื่อมีการปฏิบัติในพื้นที่ระยะหนึ่ง ควรมีการตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์ เพื่อหาข้อบกพร่องและเป็นข้อมูลการอบรมฟื้นฟู ทุกสถานบริการต้องมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมอย่างน้อย 2 คน และให้มีระบบการสอนกันเอง (on-the-job training) เพื่อให้ทุกคนปฏิบัติได้ ลดอุปสรรคในการบริการประชาชน

การพัฒนาบุคลากรในระยะยาว กระทรวงสาธารณสุขควรมีบทบาทในการผลักดันให้เข้าสู่ระบบการศึกษาของโรงเรียนแพทย์ วิทยาลัยพยาบาล วิทยาลัยการสาธารณสุข รวมทั้งมหาวิทยาลัยต่าง ๆ เพื่อให้บุคลากรที่จบการศึกษาสามารถปฏิบัติงานได้ทันทีเมื่อเข้าประจำการ

2. การกำหนดแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน

การกำหนดแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกันระหว่างหน่วยงาน สถานีนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน เป็นเรื่องสำคัญที่ผู้บริหารจะต้องกำหนดและประกาศเป็นแนวทางในการทำงานให้เข้าใจอย่างทั่วถึง ไม่ผลักรงให้ประชาชนผู้รับบริการ การขอรับบริการของประชาชนผิดขั้นตอน หน่วยงานต้องให้บริการทันที และนำข้อมูลไปปรับปรุงระบบการประชาสัมพันธ์ ห้ามแจ้งให้ประชาชนกลับไปหน่วยบริการที่เป็นเขตรับผิดชอบ

การสันนิษฐานสาเหตุการตายตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ ครอบคลุมเฉพาะการตายตามธรรมชาติ นอกสถานพยาบาลเท่านั้น และเป็นการสันนิษฐานจากการสัมภาษณ์ญาติที่ใกล้ชิดกับผู้ตาย ส่วนการตายผิดธรรมชาติและการตายในสถานพยาบาล เป็นหน้าที่ตามกฎหมายของแพทย์ในพื้นที่ ในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับสถานีนามัย อาจมีกรณีประชาชนขอให้ใช้เครื่องมือนี้ในการสันนิษฐานการตายผิดธรรมชาติ จึงต้องมีความระมัดระวัง

3. การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การประสานงานกับสำนักทะเบียนอำเภอและท้องถิ่น ควรดำเนินการเมื่อหน่วยงานสาธารณสุขมี

ความพร้อมทั้งบุคลากร และระบบการจัดการ เมื่อมีข้อตกลงระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับกระทรวงมหาดไทย จะสามารถดำเนินการได้ทันที

4. การสร้างเครือข่ายให้คำปรึกษา

เครือข่ายให้คำปรึกษาควรมีทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยในการปฏิบัติ จะทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจ เครือข่ายระดับจังหวัดต้องมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา ส่วนระดับอำเภอถ้าไม่มีแพทย์ควรมีทีมของโรงพยาบาลที่แพทย์มอบหมายให้เป็นที่ปรึกษา ทั้งในกรณีการวินิจฉัยหรือการขอประวัติเพิ่มเติม

5. การควบคุมคุณภาพ

การควบคุมคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ ต้องตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง ในระดับอำเภอให้มีระบบการควบคุมคุณภาพเบื้องต้น เช่น ความสมบูรณ์ของการลงข้อมูลการสัมภาษณ์ ความสมบูรณ์ของการบันทึกเอกสาร ความครบถ้วนของจำนวนระดับจังหวัด ให้มีระบบการสุ่มแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความสอดคล้องของประวัติและการวินิจฉัย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการสันนิษฐานสาเหตุการตาย จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการสำเร็จได้ ด้วยการสนับสนุนเป็นอย่างดี จากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยแพทย์หญิงจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ อาจารย์อรพิน ททรัพย์สัน อาจารย์ชูจิตรนาชีวะ ที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการและงบประมาณในการฝึกอบรมบุคลากร และได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการฝึกอบรมในพื้นที่การติดตามการดำเนินงานในระดับอำเภอ การประเมินคุณภาพ จากสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ โดยนายแพทย์ทินิจ พำอำนวยผล นอกจากนี้ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันและสนับสนุนให้การทำงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและต่อเนื่อง คือ ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหารระดับอำเภอทุกอำเภอ ทีมวิจัยขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง สำหรับคณะเจ้าหน้าที่

ปฏิบัติการระดับตำบล ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานทุกคนเป็นส่วนหนึ่งของการความสำเร็จในครั้งนี้ ทีมวิจัยขอขอบคุณทุกท่านไว้ในโอกาสนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. ระบบการจัดเก็บข้อมูลประชากรและการตายของประเทศไทย. [online] [สืบค้นเมื่อ 14 มิถุนายน 2552] แหล่งข้อมูล: URL: http://thaibod.org/documents/pop_death_2547.pdf
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. การจดทะเบียนและรายงานการตาย [online] [สืบค้นเมื่อ 14 มิถุนายน 2552] แหล่งข้อมูล: URL: <http://healthdata.moph.go.th/KM/download/book.html>
3. วรธนา เปาอินทร์. คู่มือการรับรองสาเหตุการตาย[online] [สืบค้นเมื่อ 14 มิถุนายน 2552] แหล่งข้อมูล: URL: <http://healthdata.moph.go.th/KM/download/book.pdf>
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2549. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2549.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. คู่มือการพัฒนาระบบข้อมูลการตาย. เอกสารอัดสำเนา. นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2544.
7. สำนักบริหารการทะเบียน. การแจ้งตายและการวินิจฉัยสาเหตุการตาย. หนังสือเวียนที่ มท 0309.1/ว 25 ลงวันที่ 8 ตุลาคม 2546. ปทุมธานี: สำนักทะเบียนกลาง; 2546
8. กานดา วัฒนโกส, เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, อังสนา บุญธรรม. รายงานผลการศึกษาสาเหตุการตายในกรุงเทพมหานคร 1 มกราคม - ธันวาคม 2541. กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
9. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, อรุณ จิรวัดน์กุล, วรธนา เปาอินทร์. รายงานผลการศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทย ระยะที่ 1 จำนวน 5 จังหวัด และ กทม. 4 เขต. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2543.
10. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. ศึกษาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในประเทศไทย เปรียบเทียบระหว่างฐานข้อมูลมรณบัตรกับฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ศึกษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด 1 แห่ง โรงพยาบาลอำเภอ 1 แห่ง ในพื้นที่ 4 จังหวัด. เอกสารอัดสำเนา. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2546.
11. วรางคณา ผลประเสริฐ, เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม. การคาดประมาณสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2548. วารสารประชากร 2552; 1:21-35.
12. สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. ใบปริศนาการตาย ยกเครื่องระบบข้อมูลการตาย. วารสารหมออนามัย 2553; 19:37-41.

Abstract **Verbal Autopsy Model Development in Ubon Ratchathani 2007-2010**

Wutigrai Mungmai

Ubon Ratchathani Provincial Health Office

Journal of Health Science **2010; 19:687-94.**

Eventhough Thailand has adopted the ICD-10 to its death certificate, it was found that more than one-third (38%) of documented causes of death did not comply with the ICD-10 principles particularly those related to aging, hypoxia and respiratory failure. This study, therefore, was aimed at developing a model to hypothesize cause of death in Ubon Ratchathani Province using interviews, known as “Verbal Autopsy (VA)” and to train human resources to obtain and report accurate cause of death.

This action research was carried out all over the province in the following processes: 1) trained human resources of all health centers 2) assigned health personnel to investigate cause of death using VA 3) inquired for an approval from the Bureau of Central Registration, and 4) evaluated VA measure and analysed causes of death.

The study could train human resources of all health centers. With the 81.24 percent quality of measure, the causes of death analysis showed that VA resulted in a 15.14 percent reduction of the non-classified group in 2009 as compared to 40.96 percent in 2003. The causes of death found to affect noticeable changes included those of diabetes, hypertension, and cancer.

This study showed that the VA can improve causes of death reporting on death certificates. Moreover, health personnel at health centers could obtain quality data suggesting that adopting this model would improve cause of death data in Thailand.

Key words: **verbal autopsy, model development, mortality rate, Ubon Ratchathani**