

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดข้อผิดพลาดสำคัญในการเขียนหนังสือรับรองการตาย ในโรงพยาบาลแพร์

แสงระวี ขว้างแป้น พ.บ.¹

รับบทความ: 14 กรกฎาคม 2568

ปรับแก้บทความ: 22 สิงหาคม 2568

ตอบรับบทความ: 22 กันยายน 2568

บทคัดย่อ

- บทนำ:** สถิติการตายเป็นดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพที่สำคัญต่อการวางแผนนโยบายสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากหนังสือรับรองการตายยังไม่มีคุณภาพ การศึกษาข้อผิดพลาดและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดข้อผิดพลาดในการเขียนหนังสือรับรองการตายเป็นขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาคุณภาพสถิติการตาย
- วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาข้อผิดพลาดในการเขียนหนังสือรับรองการตายและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดข้อผิดพลาดสำคัญ
- วิธีการศึกษา:** การศึกษานี้เป็นการศึกษาเหตุปัจจัย (Etiognostic research) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective cohort study) จากหนังสือรับรองการตายของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลแพร์ จำนวน 1,396 ราย ตั้งแต่ 1 มกราคม 2566-31 ธันวาคม 2566 นำมาวิเคราะห์หาข้อผิดพลาดสำคัญ (Major error) และข้อผิดพลาดเล็กน้อย (Minor error) ตามเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดข้อผิดพลาดสำคัญโดยวิธี Multivariable regression
- ผลการศึกษา:** การศึกษาพบข้อผิดพลาดทั้งหมดร้อยละ 88.3 พบข้อผิดพลาดสำคัญร้อยละ 32.2 ข้อผิดพลาดสำคัญที่พบบ่อยที่สุด คือ การเขียนระบุสาเหตุการตายผิดจากข้อเท็จจริง (ร้อยละ 22.1) ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดข้อผิดพลาดสำคัญ คือ แผนกที่รักษา อายุและประสบการณ์ของแพทย์ผู้ออกหนังสือรับรองการตาย
- สรุป:** ข้อผิดพลาดสำคัญในหนังสือรับรองการตายมีผลลดความน่าเชื่อถือของสถิติการตาย ควรส่งเสริมการให้ความรู้และฝึกเขียนหนังสือรับรองการตายในแพทย์จบใหม่ การสร้างระบบตรวจสอบคุณภาพหนังสือรับรองการตายและระบบชั้นสูตรที่มีประสิทธิภาพ
- คำสำคัญ:** หนังสือรับรองการตาย, ข้อผิดพลาดสำคัญ, สถิติการตาย, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

¹กลุ่มงานนิติเวช โรงพยาบาลแพร์

Factors associated with Major errors in Death certification practice at Phrae hospital

Sangrawee Kwangpan M.D.¹

Received: July 14, 2025

Revised: August 22, 2025

Accepted: September 22, 2025

Abstract

Background: Mortality statistics derived from death certificates are a crucial indicator used as basic data for planning public health policies. However, the quality of death certificates in most countries remains poor. There are serious errors that affect the reliability of mortality statistics, and studies on factors associated with errors are limited

Objective: To evaluate errors in death certificates and the factors associated with major errors.

Study design: Data from 1,396 death certificates recorded by doctors at Phrae hospital between January 1, 2023 and December 31, 2023 were retrospectively evaluated for major and minor errors. Then, all death certificates were divided into a major error group (ME) and a non-major error group (Non-ME) base on the World Health Organization (WHO) standards, and analyzed using multivariable risk ratio regression to identify factor associated with major error.

Result: The study found 88.3% errors in all death certificates, which is a major error (ME) of 32.2%. The Most common major error is misdiagnosis of the underlying cause of death (22.1%). The Most common minor is no time of event (77.8%). Factors associated with ME are department, age and the experience of the physician. The Medicine department, interns and 41-50 year-old physicians increased the risk for ME.

Conclusion: The quality of death certification in Thailand is still poor, with a high rate of errors identified. Further training programs for young physicians are needed. Additionally, the implementation of audit and autopsy system is recommended to improve the quality of death certification in Thailand.

Keywords: Death certification, Major errors, Mortality statistics, Associated factor

¹Forensic department, Phrae hospital

บทนำ

ข้อมูลสถิติสาเหตุการตายเป็นดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพและการสาธารณสุขที่มีความสำคัญต่อการวางแผนนโยบายในระดับประเทศ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์แนวโน้มของโรคหรือสะท้อนปัญหาสุขภาพรุนแรงที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต วิเคราะห์ความสูญเสีย (Years of Life Lost) ภาระโรค (Burden of Disease) และการกระจายของโรคในพื้นที่ รวมไปถึงศักยภาพในการให้บริการด้านสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่⁽¹⁾ เพื่อนำไปสู่การวางแผนนโยบายด้านสาธารณสุขและการจัดสรรงบประมาณของประเทศต่อไปในอนาคต⁽²⁻⁵⁾

สถิติสาเหตุการตายนำมาจากหนังสือรับรองการตายซึ่งเป็นเอกสารทางกฎหมายตามพรบ. ทะเบียนราษฎร พศ. 2534⁽⁶⁾ ที่บันทึกโดยแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยก่อนเสียชีวิตหรือแพทย์ผู้ชันสูตรพลิกศพ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การบันทึกหนังสือรับรองการตายของแพทย์ยังไม่มีคุณภาพและพบข้อผิดพลาดสำคัญที่ส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลสถิติการตาย^(2-5,7-10) เช่น การลงสาเหตุการตายที่ไม่ใช่สาเหตุที่แท้จริง การเรียงลำดับการเกิดเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง การเขียนกลไกการตาย (Mode of death, MOD) แทนสาเหตุการตายที่แท้จริง (Underlying cause of death, UCOD) อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การศึกษาลักษณะทั่วไปและความชุกของการเกิดข้อผิดพลาดของการเขียนหนังสือรับรองการตาย การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องยังมีจำกัด แม้ในประเทศไทยจะมีการศึกษาคุณภาพหนังสือรับรองการตาย แต่ก็ยังไม่มีข้อสรุปที่ตรงกันว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการเกิดข้อผิดพลาดสำคัญในการเขียนหนังสือรับรองการตาย⁽¹¹⁻¹³⁾

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อผิดพลาดในการเขียนหนังสือรับรองการตายของแพทย์ในโรงพยาบาลแพร่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดข้อผิดพลาดสำคัญ เพื่อนำข้อมูลมาเป็นพื้นฐานในการวางแผนทางปรับปรุงแก้ไขการเขียนหนังสือรับรองการตายของแพทย์

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์เหตุปัจจัย (Etiognostic research) เก็บข้อมูลแบบ Retrospective cohort study โดยรวบรวมข้อมูลจากหนังสือรับรองการตายของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตในโรงพยาบาลแพร่ที่ออกโดยแพทย์โรงพยาบาลแพร่ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2566-31 ธันวาคม 2566 จำนวน 1,410 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) สำเนาหนังสือรับรองการตายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลแพร่และมีการออกหนังสือรับรองการตายโดยแพทย์ในโรงพยาบาลแพร่ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2566-31 ธันวาคม 2566

2) สำเนาหนังสือรับรองการตายที่มีข้อมูลสาเหตุการตาย ข้อมูลการลงรหัสสาเหตุการตาย ICD-10 และข้อมูลเวชระเบียนครบถ้วน

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) สำเนาหนังสือรับรองการตายที่ผู้ตายไม่ใช่สัญชาติไทย

2) สำเนาหนังสือรับรองการตายที่ผู้ตายไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้

เมื่อคัดหนังสือรับรองการตายที่มีข้อมูลไม่ชัดเจนและหนังสือรับรองการตายที่ผู้ตายเป็นชาวต่างชาติออกไป ดังนั้นหนังสือรับรองการตายนี้นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด 1,396 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบบันทึกข้อมูล ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศและอายุของผู้ตาย แผนกที่เข้ารับการรักษา ก่อนเสียชีวิต ระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งเสียชีวิต อายุและประสบการณ์การทำงานของแพทย์ผู้ออกหนังสือรับรองการตายนำหนังสือรับรองการตายทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อผิดพลาดในการเขียนหนังสือรับรองการตายตามเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยจำแนกเป็นข้อผิดพลาดสำคัญ (Major error) และข้อผิดพลาดเล็กน้อย (Minor error) (ตารางที่ 1)

1) ข้อผิดพลาดสำคัญ (Major error) ได้แก่
Type I error การเขียนกลไกการตาย (MOD) แทนการเขียนสาเหตุการตายที่แท้จริง (UCOD)

Type II error การเขียนสาเหตุการตายผิดจากข้อเท็จจริง หรือสาเหตุการตายที่ไม่ใช่สาเหตุการตายหลัก เช่น ติดเชื้อในกระแสโลหิต ปอดติดเชื้อ โรคชรา

Type III error การเรียงลำดับการเกิดเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง

Type IV error การเขียนสาเหตุการตายมากกว่า 1 อย่าง โดยสาเหตุการตายแต่ละข้อไม่เป็นเหตุเป็นผลกัน

2) ข้อผิดพลาดเล็กน้อย (Minor error) ได้แก่

Type i error ไม่ลงระยะเวลาที่เกิดสาเหตุการตายแต่ละลำดับ

Type ii error ใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล

Type iii error เขียนทั้งกลไกการตายและสาเหตุการตายปะปนกัน

ตารางที่ 1 การจำแนกข้อผิดพลาดในการให้สาเหตุการตายรูปแบบต่างๆ

ข้อผิดพลาดสำคัญ		ข้อผิดพลาดเล็กน้อย	
Type I error	เขียน MOD แทน UCOD	Type i	ใช้ตัวย่อไม่เป็นสากล
Type II error	สาเหตุการตายผิดจากข้อเท็จจริงหรือสาเหตุที่ไม่ใช่ UCOD	Type ii	ไม่ลงรายละเอียดเวลาตาย/เวลาที่เกิดโรค
Type III error	เรียงลำดับเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง	Type iii	เขียน MOD ปะปนกับ COD
Type IV error	เขียนสาเหตุการตายมากกว่า 1 อย่าง		

แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีข้อผิดพลาดสำคัญ (ME Group) และกลุ่มที่ไม่มีข้อผิดพลาดสำคัญ (Non-ME group) เพื่อเปรียบเทียบลักษณะปัจจัยด้านอายุและเพศของผู้ตาย แผนกที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล อายุและประสบการณ์การทำงานของแพทย์ผู้เขียนหนังสือรับรองการตาย

การวิเคราะห์ผล

วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ด้วย t-test และ Exact probability test และวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดข้อผิดพลาดสำคัญในการเขียนหนังสือรับรองการตาย ด้วย Multivariable risk ratio regression โดยมีค่าความเชื่อมั่นที่ 95% (95% confidence interval)

พหุสัมพันธ์และจริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลแพร่ ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2567 เอกสารรับรองเลขที่ 009/2568

ผลการศึกษา

หนังสือรับรองการตายที่ออกในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2566 นำมาศึกษาทั้งหมด 1,410 ราย เมื่อคัดหนังสือรับรองการตายที่มีข้อมูลไม่ชัดเจน และหนังสือรับรองการตายที่ผู้ตายเป็นชาวต่างชาติ ออกไปเหลือหนังสือรับรองการตายที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด 1,396 ราย เป็นเพศชาย 850 ราย (ร้อยละ 60.9) เพศหญิง 546 ราย (ร้อยละ 39.1) มีอายุตั้งแต่ 1 วัน ถึง 101 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุด (923 ราย ร้อยละ 66.1) เป็นผู้ตายในแผนกอายุรกรรมมากที่สุด (954 ราย ร้อยละ 68.3) แพทย์ที่ออกหนังสือรับรองการตายส่วนใหญ่ คือ แพทย์เพิ่มพูนทักษะ (Intern) จำนวน 651 ราย (ร้อยละ 46.6) ในขณะที่แพทย์เฉพาะทางที่อายุงานเกินกว่า 20 ปี (Old staff) ออกหนังสือรับรองการตายน้อยที่สุดเพียง 114 ราย (ร้อยละ 8.2)

จากการตรวจสอบข้อผิดพลาดในการเขียนหนังสือรับรองการตาย จำนวน 1,396 ราย พบข้อผิดพลาดในหนังสือรับรองการตายทั้งหมด

1,232 ราย (ร้อยละ 88.3) ข้อผิดพลาดสำคัญ (Major error) ที่พบมากที่สุด คือ การเขียนระบุสาเหตุการตายผิดจากข้อเท็จจริง (Major error Type II) 308 ราย (ร้อยละ 22.1) ข้อผิดพลาดเล็กน้อย (Minor error) ที่พบบ่อยที่สุด คือ การไม่ลงระยะเวลาที่เกิดโรค (Minor error Type ii) จำนวน 1,086 ราย (ร้อยละ 77.80) อัตราการเกิดข้อผิดพลาดในผู้ตายเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน (เพศชายร้อยละ 88.5 และเพศหญิงร้อยละ 87.9) อัตราการเกิดข้อผิดพลาดในช่วงอายุต่าง ๆ มีความใกล้เคียงกัน

คือ ร้อยละ 78.6-88.5 แผนกอายุรกรรมมีจำนวนข้อผิดพลาดมากที่สุด (834 ราย, ร้อยละ 87.4) หนังสือรับรองการตายที่ออกโดยแพทย์อายุ 50-60 ปี มีข้อผิดพลาดทุกราย (ร้อยละ 100.0) แพทย์อายุ 25-30 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (Intern) มีข้อผิดพลาดรองลงมา (ร้อยละ 96.6) ในขณะที่แพทย์เฉพาะทางที่อายุงานไม่เกิน 10 ปี (Young staff) มีอัตราการเกิดข้อผิดพลาดน้อยที่สุด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตาย อายุและประสบการณ์ของแพทย์ผู้ออกหนังสือรับรองการตาย จำแนกตามประเภทข้อผิดพลาด

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวนรวม Total n (%)	ข้อผิดพลาดสำคัญ (Major error)				ข้อผิดพลาดเล็กน้อย (Minor error)			All error
		Type I	Type II	Type III	Type IV	Type i	Type ii	Type iii	
รวม	1,396	58 (4.2)	308 (22.1)	38 (2.7)	46(3.3)	48 (8.8)	1,086(77.8)	229(16.4)	1,232(88.3)
เพศของผู้ตาย									
ชาย	850 (60.9)	35 (4.1)	197 (23.1)	21 (2.5)	26 (3.1)	39 (4.6)	674 (79.3)	129 (15.2)	752 (88.5)
หญิง	546 (39.1)	23 (4.2)	111 (20.3)	17 (3.1)	20 (3.7)	48 (8.8)	412 (75.5)	100 (18.3)	480 (87.9)
อายุของผู้ตาย (ปี)									
<15	14 (1.0)	0 (0.0)	3 (21.4)	1 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (78.6)	2 (14.3)	11 (78.6)
15-40	101 (7.2)	4 (4.0)	13 (12.9)	2 (2.0)	0 (0.0)	2 (2.0)	80 (79.2)	10 (9.9)	89 (88.1)
41-60	358 (25.6)	22 (6.1)	76 (21.2)	8 (2.2)	8 (2.2)	33 (9.2)	278 (77.7)	63 (17.6)	316 (88.3)
>60	923 (66.1)	32 (3.5)	213 (23.1)	27 (2.9)	38 (4.1)	52 (5.6)	717 (77.7)	154 (16.7)	825 (88.5)
แผนกที่เข้ารับการรักษา									
ฉุกเฉิน	112 (8.0)	8 (7.2)	14 (12.5)	2 (1.8)	0 (0.0)	4 (3.6)	91 (81.3)	14 (12.61)	98 (88.3)
อายุรกรรม	954 (68.3)	41 (4.3)	239 (25.1)	33 (3.5)	45 (4.7)	57 (6.0)	728 (76.3)	161 (16.9)	834 (87.4)
ศัลยกรรม	312(22.4)	9 (2.9)	47 (15.1)	2 (0.6)	1 (0.3)	26 (8.3)	253 (81.1)	52 (16.7)	282 (91.0)
อื่นๆ	18 (1.3)	0 (0.0)	5 (27.8)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (77.8)	2 (11.1)	14 (82.4)
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (วัน)									
1	391 (28.0)	29 (7.4)	65 (16.6)	9 (2.3)	6 (1.5)	18 (4.6)	305 (78.0)	70 (17.9)	347 (89.0)
2-7	529 (37.9)	18 (3.4)	115 (21.7)	12 (2.3)	8 (1.5)	31 (5.9)	428 (80.9)	92 (17.4)	475 (90.0)
> 7	476 (34.1)	11 (2.3)	125 (26.3)	17 (3.6)	32 (6.7)	38 (8.0)	353 (74.2)	67 (14.1)	408 (86.0)
อายุของแพทย์ผู้ออกหนังสือรับรองการตาย(ปี)									
25-30	653 (46.8)	36 (5.5)	200 (30.62)	20 (3.1)	23 (3.5)	37 (5.7)	598 (91.4)	103 (15.8)	631 (96.6)
31-40	523 (37.5)	16 (3.1)	63 (12.0)	9 (1.7)	14 (2.7)	20 (3.8)	312 (59.7)	73 (14.0)	400 (76.5)
41-50	118 (8.5)	5 (4.2)	21 (17.8)	7 (5.9)	8 (6.8)	10 (8.5)	74 (62.7)	21 (17.8)	99 (83.9)
51-60	102 (7.3)	1 (1.0)	21 (20.6)	2 (2.0)	1 (1.0)	20 (19.6)	102 (100.0)	32 (31.4)	102 (100.0)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตาย อายุและประสบการณ์ของแพทย์ผู้ออกหนังสือรับรองการตาย จำแนกตามประเภทข้อผิดพลาด (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวนรวม Total n (%)	ข้อผิดพลาดสำคัญ(Major error)				ข้อผิดพลาดเล็กน้อย(Minor error)			All error
		Type I	Type II	Type III	Type IV	Type i	Type ii	Type iii	
ประสบการณ์ของแพทย์ผู้ออกหนังสือรับรองการตาย									
Intern	651 (46.6)	37 (5.68)	200 (30.7)	20 (3.1)	23 (3.5)	39 (6.0)	595 (91.3)	103 (15.8)	629 (96.6)
Young staff (อายุงาน<10 ปี)	380 (27.2)	11 (2.9)	48 (12.6)	8 (2.1)	6 (1.6)	18 (4.7)	218 (57.4)	55 (14.5)	281 (74.0)
Mid staff (อายุ งาน10-20ปี)	250 (17.9)	9 (3.6)	34 (13.6)	7 (2.8)	16 (6.4)	8 (3.2)	162 (64.8)	39 (15.6)	209 (83.6)
Old staff (อายุ งาน >20ปี)	114 (8.2)	1 (0.9)	23 (20.2)	3 (2.6)	1 (0.9)	22 (19.3)	111 (97.4)	32 (28.1)	112 (98.3)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีข้อผิดพลาดสำคัญ (ME group) และกลุ่มที่ไม่มีข้อผิดพลาดสำคัญ (Non-ME group) ไม่มีความแตกต่างกันในเพศชายและเพศหญิง ($p=0.768$) แต่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มอายุผู้ป่วย ($p=0.029$) แผนกที่เข้ารับการรักษ ($p<0.001$) ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล ($p=0.001$) อายุและประสบการณ์การทำงาน of แพทย์ผู้ออกหนังสือรับรองการตาย ($p<0.001$) (ตารางที่ 3)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดข้อผิดพลาดสำคัญ (Major Errors) ในการเขียนหนังสือรับรองการตาย โดยใช้การวิเคราะห์แบบ Multivariable risk ratio regression พบว่าแผนกที่เข้ารับการรักษ อายุและประสบการณ์ของแพทย์ผู้ออกหนังสือรับรองการตายเป็นปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเกิดข้อผิดพลาดสำคัญอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าแผนกอายุรกรรมมีความเสี่ยงต่อการเกิดข้อผิดพลาดสำคัญในการเขียนหนังสือรับรองการตายสูงกว่าแผนกศัลยกรรม 1.5 เท่า (RR 1.50, 95%CI 1.112-2.023, $p=0.008$) แพทย์อายุ 41-50 ปี มีแนวโน้มการเกิดข้อผิดพลาดสำคัญสูง เมื่อเทียบกับแพทย์อายุ 31-40 ปี (RR1.82, 95%CI 1.316-

2.524, $p<0.001$) และแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (Intern) มีแนวโน้มจะเกิดข้อผิดพลาดสำคัญสูงกว่าแพทย์เฉพาะทางที่มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปี (Old staff) 2.84 เท่า (RR2.84, 95%CI 1.045-7.737, $p=0.041$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตาย อายุและประสบการณ์ของแพทย์ผู้ออกหนังสือรับรองการตาย เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ME Group และ Non-ME Group

ลักษณะศึกษา	ME group		Non-ME group		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศของผู้ตาย					
ชาย	270	31.8	580	68.2	0.768
หญิง	169	30.9	377	69.1	
อายุของผู้ตาย (ปี)					
<15	4	28.6	10	71.4	0.029
15-40	19	18.8	82	81.2	
41-60	112	31.3	246	68.7	
>60	304	32.9	619	67.1	
แผนกที่เข้ารับการรักษา					
ฉุกเฉิน	23	20.5	89	79.5	<0.001
อายุรกรรม	352	36.9	602	63.1	
ศัลยกรรม	58	18.6	254	81.4	
อื่นๆ	6	33.3	12	66.7	
ระยะเวลาที่รักษาใน รพ. (วัน)					
1	106	26.9	287	73.0	0.001
2-7	152	28.8	376	71.2	
> 7	181	38.1	294	61.9	
อายุของแพทย์ที่ออกหนังสือรับรองการตาย (ปี)					
25-30	276	42.3	377	57.7	<0.001
31-40	98	18.7	425	81.3	
41-50	40	33.9	78	66.1	
51-60	25	24.5	77	75.5	
ประสบการณ์การทำงานของแพทย์ผู้ออกหนังสือรับรองการตาย					
Intern	277	42.5	374	57.5	<0.001
Young staff (อายุงาน<10)	71	18.7	309	81.3	
Mid staff (อายุงาน10-20)	63	25.2	187	74.8	
Old staff (อายุงาน >20ปี)	28	24.6	86	75.4	

*p<0.05

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดข้อผิดพลาดสำคัญในการเขียนหนังสือรับรองการตาย ด้วยการวิเคราะห์แบบ Multivariable Risk Ratio Regression

ลักษณะที่ศึกษา	RR	95%CI	p-value
แผนกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (reference: ศัลยกรรม)			
อายุรกรรม	1.50	1.112-2.023	0.008
อายุของแพทย์ที่ออกหนังสือรับรองการตาย (ปี) (reference:31-40ปี)			
41-50	1.82	1.316-2.524	<0.001
ประสบการณ์การทำงานของแพทย์ (reference: old staff อายุงาน >20 ปี)			
Intern	2.84	1.045-7.737	0.041

วิจารณ์

คุณภาพของหนังสือรับรองการตาย มีผลต่อความน่าเชื่อถือของสถิติการตายซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิเคราะห์สถานการณ์โรคในประเทศ และการวางแผนนโยบายด้านสาธารณสุขระดับประเทศ จากการศึกษาที่ผ่านมาโดย Matherts และคณะ และ Bhalla และคณะ พบว่า ประเทศที่มีคุณภาพ ความถูกต้องของการเขียนหนังสือรับรองการตายสูงและมีความน่าเชื่อถือมากพอที่จะนำไปใช้พัฒนานโยบายได้จริงเพียงไม่ถึงร้อยละ 30^(8,14) การศึกษาในหลายประเทศทั้งในแอฟริกาใต้^(8,15) เกาหลีใต้⁽¹¹⁾ กรีซ^(10,12) แคนาดา^(17,18) ไต้หวัน⁽¹²⁾ อเมริกา⁽¹⁹⁾ และอินเดีย⁽²⁰⁾ พบข้อผิดพลาดในการเขียนหนังสือรับรองการตายในสัดส่วนที่สูง (ร้อยละ 23-65) โดยพบข้อผิดพลาดสำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อความถูกต้อง น่าเชื่อถือของสถิติการตายสูงถึงร้อยละ 39 ถึง 61 ในการตายนอกโรงพยาบาล^(9,10,12,16) และร้อยละ 32 ถึง 45 ในการตายในโรงพยาบาล^(10,15,18,19) จากการศึกษาพบข้อผิดพลาดในการออกหนังสือรับรองการตายในการตายในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 88.3 ซึ่งมากกว่าการศึกษาที่ผ่านมา โดยพบข้อผิดพลาดสำคัญที่มีผลต่อความถูกต้องของสถิติ

การตายร้อยละ 32.2 ใกล้เคียงกับการศึกษาในแคนาดา เกาหลีใต้ แอฟริกาใต้ (ร้อยละ 23.2-45.4)^(9,11,15,17,18) ซึ่งทั้งหมดเป็นการศึกษาที่ศึกษาเฉพาะการตายในโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าข้อผิดพลาดของหนังสือรับรองการตายในโรงพยาบาลนั้นมีความใกล้เคียงกัน อาจมีความแตกต่างกันตามศักยภาพของโรงพยาบาล ดังที่พบข้อผิดพลาดสำคัญ ในการศึกษาในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งต่ำกว่าในการศึกษานี้ (ร้อยละ 19.5)⁽³⁾ อาจเนื่องจากการศึกษาในระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (Academic center hospital) ในสถาบันนิติเวช ซึ่งมีศักยภาพในการตรวจวินิจฉัยที่แม่นยำชัดเจนกว่าและมีการให้ความรู้ในการเขียนหนังสือรับรองการตายที่เข้มงวดกว่า แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ศึกษาการตายนอกโรงพยาบาล พบว่ายังมีความแตกต่างกันในผลของการศึกษา เช่น การศึกษาในไต้หวัน (ร้อยละ 10.5)⁽¹²⁾ และในกรีซ (ร้อยละ 64.6)⁽¹⁰⁾

รูปแบบข้อผิดพลาดที่พบบ่อยที่สุด คือ การเขียนสาเหตุการตายผิดจากข้อเท็จจริงหรือการเขียนสาเหตุที่ไม่ใช่สาเหตุการตายหลัก (Major error II) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า

รูปแบบข้อผิดพลาดสำคัญที่พบบ่อยที่สุด คือ การเขียนกลไกการตายแทนสาเหตุการตาย (Major error I) เช่น หัวใจล้มเหลว/หัวใจเต้นผิดจังหวะ^(2,3,12) การศึกษานี้พบข้อผิดพลาดรูปแบบนี้ร้อยละ 22.1 ซึ่งเป็นอัตราค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบในช่วงร้อยละ 4.5-31.2^(9,10,12,15,16) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศไทยที่ Pattaraarchachai และคณะ⁽⁵⁾ เคยศึกษาไว้ในปี 2005 แล้ว พบว่า ศึกษาพบข้อผิดพลาดในอัตราใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 25.6) สาเหตุการตายที่พบบ่อย ได้แก่ ติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis, Septicemia) ปอดติดเชื้อ (Pneumonia, Aspirated pneumonia, Ventilator-Associated Pneumonia, Hospital-Acquired Pneumonia) มะเร็งหรือ ก้อนเนื้องอกไม่ทราบที่มา (Mass, Tumor) โดย Filippatos และคณะ⁽¹⁰⁾ ตั้งข้อสังเกตว่าอัตราการเกิดข้อผิดพลาดในแต่ละผลการศึกษามีความแตกต่างกัน อาจเนื่องจากคำจำกัดความในการจำแนก “กลไกการตาย” กับ “สาเหตุการตาย” ในบางโรคแตกต่างกัน เช่น ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) ถูกจำแนกเป็น “กลไกการตาย” ในการศึกษาของ Lu และคณะ⁽¹²⁾ และ Katsakiori และคณะ⁽¹⁶⁾ แต่ในการศึกษาของ Myers และคณะ⁽¹⁷⁾ และ Filippatos และคณะ⁽¹⁰⁾ รวมทั้งในการศึกษานี้จำแนกให้เป็น “สาเหตุการตายที่ไม่ใช่สาเหตุหลัก”

การเขียนสาเหตุการตายที่ไม่ใช่สาเหตุการตายหลัก เช่น การติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยไม่ระบุที่มาของการติดเชื้อ หรือมะเร็งไม่ทราบที่มา (Tumor, Mass) โดยไม่ระบุที่มีของมะเร็งต้นกำเนิดส่วนใหญ่เกิดจากการที่แพทย์ไม่มีข้อมูลทางการแพทย์ที่เพียงพอต่อการระบุรายละเอียดโรคที่เฉพาะเจาะจง เช่น ไม่ได้เป็นแพทย์เจ้าของไข้⁽¹³⁾ ไม่มีการตรวจสอบประวัติการรักษาก่อนหน้านี้

เสียชีวิตกะทันหันที่มีผลการตรวจทางคลินิกไม่ชัดเจน ในขณะที่การวินิจฉัยสาเหตุการตายในผู้ป่วยสูงอายุที่มีหลายโรค แพทย์ผู้ออกสาเหตุการตายจึงมักวินิจฉัยตามโรคที่กำลังเป็นอยู่ เช่น Aspirated Pneumonia, Hospital-Acquired Pneumonia, Infected bed sore โดยไม่ได้สอบถามไปถึงต้นกำเนิดของโรคในอดีต⁽¹⁰⁾ ทำให้สาเหตุการตายที่ได้ไม่ใช่สาเหตุต้นกำเนิดโรค ในความเป็นจริง ในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหัน และไม่มีข้อมูลทางการแพทย์ที่เพียงพอต่อการวินิจฉัยสาเหตุการตาย หรือผู้ป่วยที่มีโรคหลายโรค และไม่ทราบแน่ชัดว่าโรคใดเป็นสาเหตุการตายที่แท้จริง ควรมีการชันสูตรและผ่าพิสูจน์ศพเพื่อหาสาเหตุการตายที่ชัดเจนก่อนออกหนังสือรับรองการตายจะช่วยลดข้อผิดพลาดในรูปแบบนี้ได้ ดังที่พบในการศึกษาของสถาบันนิติเวชจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยซึ่งผู้ตายทุกรายผ่านการผ่าพิสูจน์ศพแล้วทำให้ไม่พบข้อผิดพลาดรูปแบบนี้เลย (ร้อยละ 0)⁽³⁾ อนึ่ง ในการศึกษาอื่น ๆ พบการเขียนสาเหตุการตายด้วยโรคชราหรือชราภาพ (Old age, Senility)^(3,10) แต่ในการศึกษานี้ ไม่พบการวินิจฉัยว่าเป็นโรคชรา อาจเนื่องจากหนังสือรับรองการตายทั้งหมดเป็นการตายในโรงพยาบาลซึ่งผู้ตายมีอาการเจ็บป่วยและแพทย์ส่วนใหญ่มักพยายามหาโรคใดโรคหนึ่งเป็นสาเหตุการตายมากกว่าจะวินิจฉัยว่าคนคนนั้นสิ้นอายุขัยโดยไม่มีโรค

ในการศึกษานี้พบการเขียนกลไกการตายแทนสาเหตุการตายเพียงร้อยละ 4.2 น้อยกว่าการศึกษาในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ร้อยละ 8.54)⁽³⁾ ในกรีซ (ร้อยละ 5.8)⁽¹⁰⁾ ไต้หวัน (ร้อยละ 7)⁽¹²⁾ และในแคนาดา (ร้อยละ 16)⁽¹⁷⁾ สาเหตุการตายที่พบบ่อย คือ ภาวะเลือดเป็นกรด (Metabolic acidosis) หัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) การหายใจล้มเหลว

(Respiratory failure) หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) และหัวใจล้มเหลว (Heart failure) Lu และคณะ⁽¹²⁾ ได้ให้ข้อสังเกตว่า การเขียนกลไกการตายแทนสาเหตุการตายมักเกิดจากความสับสนของแพทย์ระหว่าง “สาเหตุการตาย” คือ พยาธิสภาพหรือโรคที่ทำให้เสียชีวิตกับ “กลไกการตาย” คือ ภาวะที่เกิดกับร่างกายขณะกำลังจะเสียชีวิต เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการรักษาอาการก่อนเสียชีวิต เมื่อให้สาเหตุการตายจึงมักเขียนกลไกการตายแทนสาเหตุการตาย ข้อสังเกต คือ การลงกลไกการตายเป็นสาเหตุการตาย พบในแผนกฉุกเฉินค่อนข้างมาก (ร้อยละ 7.2) อาจเนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วและยังไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ ทำให้แพทย์ต้องเขียนอาการที่เป็นกลไกการตายแทนสาเหตุการตาย⁽¹¹⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาในไต้หวันและแคนาดาซึ่งเป็นการศึกษาในผู้ตายที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาลก็พบอัตราการเกิดข้อผิดพลาดในรูปแบบนี้สูง ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการแสวงหาข้อมูลทางการแพทย์ให้ได้มากที่สุด โดยการตรวจสอบประวัติเวชระเบียนให้สมบูรณ์มีความสำคัญในการเขียนหนังสือรับรองการตายให้ถูกต้อง ในกรณีการตายนอกสถานพยาบาลและข้อมูลทางการแพทย์ไม่เพียงพอ Porapakham และคณะ⁽⁴⁾ และ Pattararaarchachai และคณะ⁽⁵⁾ ได้เสนอแนวทางในการสอบสวนสาเหตุการตาย (Verbal autopsy) เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการแสวงหาข้อมูลทางการแพทย์และช่วยตัดสินใจสาเหตุการตายให้ถูกต้องได้

การเขียนลำดับเหตุการณ์ไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นเหตุเป็นผลกัน (Major error III) และการเขียนสาเหตุการตายมากกว่า 1 อย่าง (Major error IV) ในการศึกษาพบน้อยกว่าที่พบในการศึกษาในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ร้อยละ 6.91 และ

ร้อยละ 4.07)⁽³⁾ ไต้หวัน (ร้อยละ 9 และร้อยละ 4)⁽¹²⁾ แคนาดา (ร้อยละ 22)⁽¹⁷⁾ และในกรีซ (ร้อยละ 16.8 และร้อยละ 10.8)⁽¹⁰⁾ โดย Lu และคณะ ได้ให้ข้อสังเกตไว้ว่า ข้อผิดพลาดในลักษณะดังกล่าวเกิดจากการที่แพทย์ผู้เขียนหนังสือรับรองการตายใช้ข้อมูลเฉพาะจากบันทึกการรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลหรือบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยซึ่งมีการบันทึกการวินิจฉัยหลายโรคในการวินิจฉัยสาเหตุการตายเมื่อแพทย์คัดลอกโรคทั้งหมดลงในหนังสือรับรองการตายจึงทำให้สาเหตุการตายมีมากกว่า 1 หรือลำดับเหตุการณ์ไม่เป็นเหตุเป็นผลกัน⁽¹⁰⁾ ข้อสังเกตคือ ข้อผิดพลาดรูปแบบดังกล่าวพบในผู้ป่วยสูงอายุ (อายุมากกว่า 60) และในแผนกอายุรกรรมมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ อาจเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมมักมีโรคร่วมหลายโรคที่บันทึกในประวัติการรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล

ข้อผิดพลาดเล็กน้อยที่พบบ่อยที่สุด คือ การไม่ลงระยะเวลาที่เกิดโรค (Minor error I) (ร้อยละ 77.8) สอดคล้องกับการศึกษาในกรีซ แอฟริกาใต้และในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย^(3,9,10,15) สำหรับข้อผิดพลาดอื่น ๆ เช่น การเขียนกลไกการตายปะปนกันกับสาเหตุการตายและการใช้คำย่อพบน้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบอยู่ในช่วงร้อยละ 20.6-57 และร้อยละ 10.7-36.5^(9,10,15,19,20)

จากการศึกษาที่ผ่านมารายงานว่า อายุของผู้ตายเป็นปัจจัยที่สำคัญ อายุของผู้ตายที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดข้อผิดพลาดมากขึ้น^(9,10,12,16) โดยการศึกษาของ Filipatos และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่าอัตราการเกิดข้อผิดพลาดเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุของผู้ตายเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะหลังอายุ 40 ปีขึ้นไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ Burger EH และคณะ⁽⁹⁾ ในแอฟริกาใต้ การศึกษาของ Katsukiori และคณะ⁽¹⁶⁾ ในกรีซ และการศึกษาของ Lu Th และคณะ⁽¹²⁾ ใน

ได้พบว่าอายุของผู้ตายเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดข้อผิดพลาดในการเขียนหนังสือรับรองการตาย ยิ่งอายุมากขึ้น ยิ่งทำให้ผู้ตายมีโรคร่วมหลายโรค (Multiple comorbidity) และยิ่งทำให้ยากต่อการวินิจฉัยโรคที่เป็นต้นกำเนิดของการตาย อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาพบว่าแม้จะมีแนวโน้มว่าเกิดข้อผิดพลาดสำคัญสูงในกลุ่มผู้ตายอายุมากกว่า 60 ปี แต่เมื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ในฐานะปัจจัยเสี่ยงด้วยวิธี Multivariable analysis กลับไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ แต่กลับพบว่าผู้ตายในแผนกอายุรกรรมมีความเสี่ยงในการเกิดข้อผิดพลาดสำคัญมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แผนกอายุรกรรมเป็นแผนกที่ผู้ป่วยสูงอายุเป็น กลุ่มหลัก ผู้ป่วยมักมีโรคร่วมหลายโรคและมีความซับซ้อนของอาการโรคสูง ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยสาเหตุการตายที่แท้จริง เป็นไปได้ว่าแม้ผู้ตายจะอายุไม่มากแต่มีโรคร่วมหลายโรคก็อาจทำให้ยากต่อการวินิจฉัยสาเหตุการตายและเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดข้อผิดพลาดในการเขียนหนังสือรับรองการตายได้เช่นกัน การลงสาเหตุการตายในผู้ตายที่มีโรคร่วมหลายโรคมีความซับซ้อนของโรคจึงควรเน้นย้ำให้มีความระมัดระวัง

อีกปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดข้อผิดพลาดสำคัญในการเขียนหนังสือรับรองการตาย คือ อายุและประสบการณ์ของแพทย์ การศึกษานี้พบว่าผลการศึกษตรงกันกับการศึกษาที่ผ่านมาว่าแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่มีประสบการณ์น้อยมีแนวโน้มทำให้เกิดข้อผิดพลาดได้มากกว่าแพทย์เฉพาะทางที่ประสบการณ์มากกว่า⁽¹²⁾ ทั้งนี้ความรู้ประสบการณ์การทำงานของแพทย์ที่ได้รับการสั่งสมตามอายุเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค ยังมีประสบการณ์มาก ยิ่งวินิจฉัยโรคได้แม่นยำมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Washiraksiri และคณะ⁽²¹⁾ ที่ทำการศึกษา

ในแพทย์เพิ่มพูนทักษะปีแรกในประเทศไทยมีการเขียนหนังสือรับรองการตายได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 30.3 โดยตั้งข้อสังเกตว่าแพทย์เพิ่มพูนทักษะปีแรกนั้นยังมีประสบการณ์ ในการฝึกเขียนหนังสือรับรองการตายน้อย ประกอบกับการขาดระบบที่ช่วยให้คำปรึกษา ทำให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะเกินกว่าขีดความสามารถและความมั่นใจที่เพียงพอในการออกหนังสือรับรองการตาย ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการฝึกอบรมแพทย์เกี่ยวกับการเขียนหนังสือรับรองการตาย ซึ่งสอดคล้องกับทุกงานวิจัยที่มีการเสนอให้มีการอบรมแพทย์เกี่ยวกับการเขียนหนังสือรับรองการตาย โดยเฉพาะแพทย์ฝึกหัดและแพทย์ที่มีประสบการณ์น้อย นอกเหนือจากการให้ความรู้แล้ว การฝึกภาคปฏิบัติเพื่อแสวงหาข้อมูลทางการแพทย์ที่ครบถ้วน การจัดระบบการให้คำปรึกษาในการเขียนหนังสือรับรองการตาย รวมทั้งระบบการตรวจสอบคุณภาพหนังสือรับรองการตายและการให้ข้อเสนอแนะให้ผู้เขียนได้ปรับปรุงในจุดที่ยังบกพร่องจึงมีความสำคัญ นอกจากนั้น เจตคติของแพทย์ในการตระหนักถึงความสำคัญของการเขียนหนังสือรับรองการตายให้ถูกต้องก็เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้แพทย์ใส่ใจและมีความระมัดระวังในการเขียนให้ถูกต้องด้วย

ในการศึกษานี้ พบว่า แพทย์อายุ 41-50 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดข้อผิดพลาดมากขึ้น เมื่อเทียบกับแพทย์อายุ 31-40 ปี ซึ่งแพทย์ทั้งสองกลุ่มนั้นเป็นกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง เป็นไปได้ว่าเมื่อระยะเวลาผ่านไปแพทย์เฉพาะทางมักมุ่งเน้นการฝึกทักษะเฉพาะด้านของตน แต่อาจหลงลืมวิธีการเขียนหนังสือรับรองการตายที่ต้องไป โดยเฉพาะในแผนกที่อาจมีผู้เสียชีวิตไม่บ่อย การขาดความสม่ำเสมอในการเขียนหนังสือรับรองการตาย อาจทำให้มีโอกาสเกิดข้อผิดพลาดได้มากขึ้น การอบรม

เชิงปฏิบัติการในโรงพยาบาล จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการฟื้นฟูทักษะการเขียนหนังสือรับรองการตาย รวมทั้งปรับปรุงหลักการเขียนให้เป็นปัจจุบันและเป็นที่ยอมรับในสากล เพื่อให้แพทย์เฉพาะทางที่ประจำตามโรงพยาบาลซึ่งห่างหายจากการเรียนรู้ขั้นพื้นฐานได้ทบทวนทักษะในการเขียนหนังสือรับรองการตายให้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ปรับปรุงหลักสูตรให้มีการให้ความรู้ในการเขียนหนังสือรับรองการตายโดยเน้นเจตคติ ความสำคัญของการเขียนหนังสือรับรองการตายให้ถูกต้อง รวมทั้งจัดการฝึกภาคปฏิบัติเพื่อเสริมประสบการณ์ในนักศึกษา

2) จัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเขียนหนังสือรับรองการตายในโรงพยาบาล เพื่อฟื้นฟูความรู้และเสริมความมั่นใจในการเขียนหนังสือรับรองการตายในแพทย์เพิ่มพูนทักษะและแพทย์ประจำโรงพยาบาล

3) จัดให้มีระบบให้คำปรึกษาการเขียนหนังสือรับรองการตายให้กับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ในกรณีผู้ป่วยอายุมากและมีโรคร่วม โดยเฉพาะในแผนกอายุรกรรม

4) ส่งเสริมระบบการชันสูตรและผ่าพิสูจน์ศพ ที่มีประสิทธิภาพ เข้าถึงได้และครอบคลุมการตายทั้งในและนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลสาเหตุการตายที่ชัดเจนในผู้ป่วยที่เสียชีวิตกะทันหันและไม่มีข้อมูลทางการแพทย์หรือประวัติการรักษาเพียงพอต่อการวินิจฉัยสาเหตุการตาย

5) จัดระบบตรวจสอบและควบคุมคุณภาพหนังสือรับรองการตาย เพื่อตรวจสอบ ปรับปรุง และให้คำปรึกษาในการเขียนหนังสือรับรองการตายในโรงพยาบาล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ตายที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล การตายในโรงพยาบาลนั้นเป็นเพียงสัดส่วนน้อย (ร้อยละ 20-30) ของการตายทั้งหมด ทำให้การศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลอาจยังไม่ครอบคลุมมากพอที่จะอธิบายประชากรทั้งพื้นที่ได้ อีกทั้งเนื่องจากข้อจำกัดในการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล การศึกษานี้จึงเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งเดียวซึ่งอาจมีความแตกต่างระหว่างแผนกและระดับประสบการณ์ของแพทย์ไม่มาก การศึกษาในโรงพยาบาลหลายระดับอาจทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างแผนกและประสบการณ์แพทย์ที่ชัดเจนขึ้นตามบริบทของโรงพยาบาล

สรุป

การเขียนหนังสือรับรองการตายให้ถูกต้องเป็นส่วนสำคัญที่มีผลต่อสถิติการตายซึ่งจะถูกนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายสาธารณสุขของประเทศ คุณภาพหนังสือรับรองการตายในปัจจุบันยังพบว่ามีข้อผิดพลาดสำคัญในอัตราที่สูง และปัจจัยหลักที่พบคือ อายุและประสบการณ์ของแพทย์ผู้ออกหนังสือรับรองการตาย สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการฝึกอบรม ให้ความรู้ และการฝึกประสบการณ์การเขียนหนังสือรับรองการตายให้ถูกต้องในแพทย์จบใหม่ รวมถึงการสร้างระบบการตรวจสอบคุณภาพหนังสือรับรองการตายและระบบชันสูตรพลิกศพให้แข็งแกร่ง เพื่อให้สามารถให้ข้อมูลสาเหตุการตายได้ถูกต้องตรงตามข้อเท็จจริงและมีประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาด้านสาธารณสุขต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่ คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลแพร่และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลแพร่ ขอขอบคุณ อ. ผศ.ดร.สุรางค์รัตน์ พ้องพาน ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ การวิเคราะห์ทางสถิติและกระบวนการวิจัย และ นางสาวพิมพ์ดา ตันติวิริยโชติการ ที่ช่วยให้คำปรึกษา ด้านการใช้โปรแกรมคำนวณทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษาข้อมูลการตายของประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักพิมพ์กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
2. กำพล เครือคำขาว, มนัสชนก วิเศษสิริ, สุพัตรา อีสาระ, ศรณพัชร ดวงแก้ว. การวิเคราะห์หนังสือรับรองการตายที่โรงพยาบาลลำปางในปี 2560. วารสารกรมการแพทย์ 2561;43(5):117-23.
3. ณัฐ ตันศรีสวัสดิ์, อีรโชติ จองสกุล. ข้อผิดพลาดในหนังสือรับรองการตายของศูนย์อำนวยการชันสูตรพลิกศพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วารสารนิติเวชศาสตร์ ภาควิชานิติเวชศาสตร์ 2550;2:10-15.
4. Porapakkham Y, Rao C, Pattaraarchachai J, Polprasert W, Vos T, Adair T, et al. Estimated causes of death in Thailand,2005: implications for health policy. Population Health Metrics 2010;14:1-12.
5. 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;8:12.
6. พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 308, ตอนที่ 203 ฉบับพิเศษ. (ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2534).
7. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการสอบสวนสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2560). นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
8. Bhalla K, Harrison JE, Shahraz S, Fingerhut LA. Availability and Quality of cause-of-death data for estimating the global burden of injuries. Bull World Health Organization 2010;88: 831-8C.
9. Burger EH, Van der Merwe L, Volmink J. Errors in the completion of the death notification form. S Afr Med J 2007;97:1077-81.
10. Filippatos G, Andriopoulos P, Panoutsopoulos G, Zyga S, Souliotis K, et al. The quality of death certification practice in Greece. Hippokratia 2016;20(1): 19-25.
11. Chung S, Kim SH, Park BJ, Park S. Factors Associated with Major Errors on Death certificates. Health care 2022;10(4):726. doi: 10.3390/healthcare10040726
12. Lu TH, Shau WY, Lee MC, Chou MC, Lin CK. Factors associated with errors in death certificate completion. A national study in Taiwan. J Clin Epidemiology

- 2001;54(3):232-8. doi: 10.1016/s0895-4356(00)00299-7
13. เพ็ญพร คุณขาว, ปานทิพย์ สวัสดิ์มงคล, วันดี วันศรีสุน, ปัทมา สัจติวงศ์เดชา, วราภรณ์ ปานเงิน. ปัจจัยที่มีผลต่อการให้รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ศิริราช. วารสารเวชบันทึกศิริราช 2553;3(2): 79-85.
14. Mathers CD, Fat DM, Inoue M, Rao C, Lopez AD. counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. Bull World Health Organization 2005;83(3):171-7.
15. Nojilana B, Groenewald P, Bradshaw D, Reagon G. Quality of cause of death certification at an academic hospital in cape town, South Africa. S Afr Med J 2009;99(9): 648-52.
16. Katsakiori PF, Pangiotopoulou EC, Sakellaropoulos GC, Papa-zafiropoulou A, Kardara M. Errors in death certificates in a rural area of greece. Roral Remote Health 2007;7(4):822.
17. Myers AK, Farquhar DRE. Improving the accuracy of death certification. Can Med Ass J 1998;158(10):1317-23.
18. Jordan JM, Bass MJ. Errors in death certificate completion in a teaching hospital. Clin Invest Med 1993;16:249-55.
19. Pritt BS, Hardin NJ, Richmond JA, Shapiro SL. Death certification errors at an academic institution. Arch pathology Lab Med 2005;129 (11):1476-9. doi: 10.5858/2005-129-1476-DCEAAA
20. Shantibala K, Akoijam BS, Usharani L, Singh HN, Laishram J, Singh TA. Death certification in a teaching hospital-a one year review. Indian J public Health 2009;53(1):31-3.
21. Washirasaksiri C, Raksasagulwong P, Chouriyagune C, Phisalprapa P. Accuracy and the factoes influencing the accuracy of death certificates completed by first-year general practitioners in Thailand. BMC Health serv res 2018;18(1):478. doi: 10.1186/s12913-018-3289-1