

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุการตายที่แท้จริงของประชาชน เปรียบเทียบกับสาเหตุการตายจากมรณบัตร ในการรวบรวมข้อมูลในเรื่องสาเหตุการตายครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในด้านต่าง ๆ ตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ความหมายของการตาย
2. ระบบการแจ้งตายและกฎหมายเกี่ยวกับการตายในประเทศไทย
3. ประวัติความเป็นมาของหนังสือรับรองการตาย
4. คู่มือการเขียนหนังสือรับรองการตาย
5. คุณภาพข้อมูลการตายของประเทศไทย
6. บัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายระหว่างประเทศ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายของการตาย

องค์การอนามัยโลกและสหประชาชาติได้ให้คำนิยามของ “การตาย” ว่าเป็นการสิ้นสติอย่างถาวรของหลักฐานทั้งหมดเกี่ยวกับการมีชีวิตในขณะใดขณะหนึ่ง ทั้งนี้การสิ้นสติจะต้องเกิดขึ้นภายหลังการเกิดมีชีพหรือการเกิดรอดแล้วเท่านั้น การสิ้นสติอย่างถาวรของหลักฐานทั้งหมดเกี่ยวกับการมีชีวิต ในที่นี้หมายถึง การหยุดทำงานอย่างถาวรของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบไหลเวียนของเลือดและระบบหายใจ

ธานินทร์ ภูพัฒน์ (2541) ได้รวบรวมคำจำกัดความของการตายไว้ ดังต่อไปนี้

Black's Law Dictionary ได้ให้ความหมายของการตาย ว่า การหยุดการดำรงชีวิตคือการหยุดการทำงาน ของระบบไหลเวียนของเลือด และการตายในเหตุการณ์ของเวลาใดเวลาหนึ่ง ไม่ใช่เหตุการณ์ที่ต่อเนื่อง

Halley ได้ให้ความหมายของการตาย ว่า การหยุดการทำงานของสมอง ระบบการหายใจ และระบบการไหลเวียนของเลือด โดยไม่สามารถกลับฟื้นการทำงานขึ้นมาได้อีก

Berg ได้ให้ความหมายของการตายว่า การตายคือการหยุดทำงานของศูนย์กลางในสมอง ซึ่งทำหน้าที่ประสานงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย

Somatic death ได้ให้ความหมายของการตายว่า เป็นลักษณะการตายที่ร่างกายไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้และการตรวจทางการแพทย์ที่เป็นสิ่งชี้ว่าตายแล้ว คือ

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

การประกาศการตาย (Pronouncement of death) โดยการใช้การสังเกตการหายใจที่ทรงออก การคลำชีพจรที่ข้อมือและที่คอ การฟังการเต้นของหัวใจและการตรวจม่านตา กรณีผู้ป่วยตายที่โรงพยาบาล แพทย์จะเป็นผู้ลงนามการตาย กรณีที่ตายนอกโรงพยาบาลส่วนมากญาติพี่น้องและคนใกล้ชิด สามารถบอกได้ถึงแก่ความตายได้

2. ระบบการแจ้งตายและกฎหมายเกี่ยวกับการตายในประเทศไทย

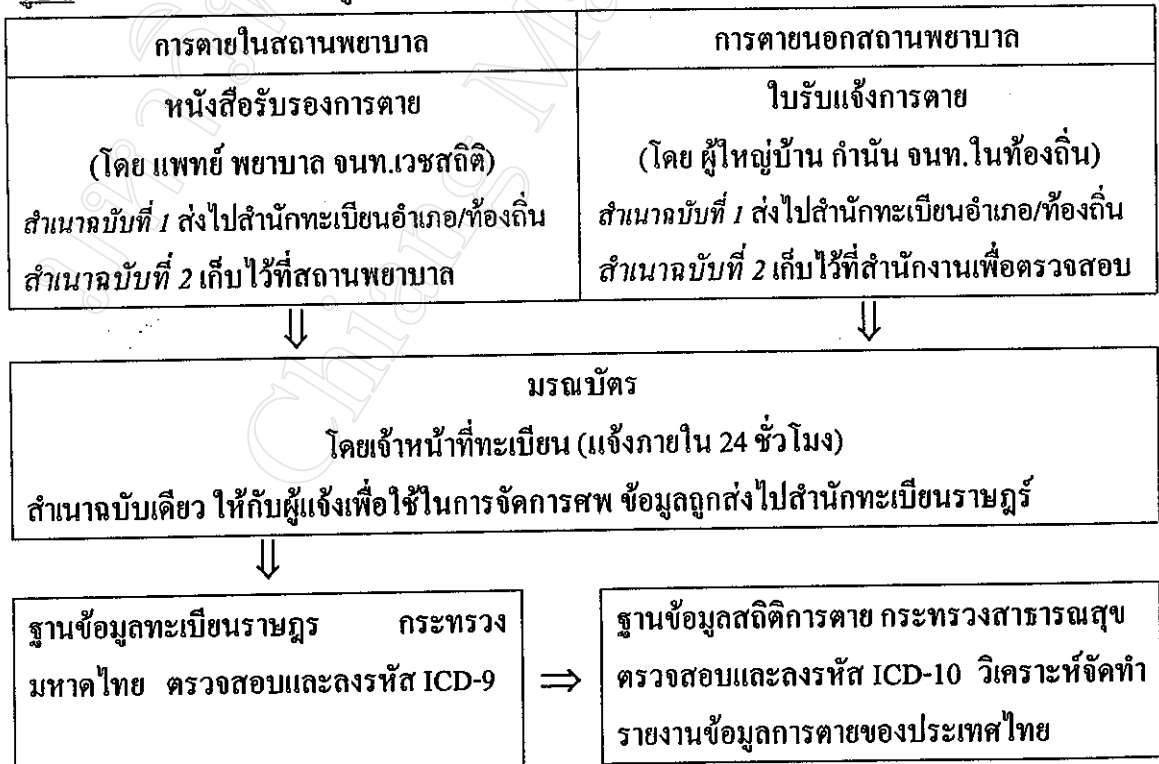
2.1 การจดทะเบียนการตาย (Death Certification) ในประเทศไทย (จันทร์เพ็ญ

ชูประภาวรรณ เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ, 2543)

ระบบการจดทะเบียนเกิดและตายในประเทศไทยเริ่มขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2452 โดยเริ่มดำเนินการเฉพาะในกรุงเทพฯ เท่านั้น ต่อมาในปี พ.ศ. 2459 จึงมีการบังคับให้มีการจดทะเบียนเกิดและตายขึ้นทั่วประเทศ หลังจากนั้น ในปี พ.ศ. 2479 ได้มีการตรากฎหมายบังคับให้มีการจดทะเบียน “การตายคลอด” ซึ่งมีผลบังคับเฉพาะในเขตเทศบาล ในปี พ.ศ. 2499 จึงได้มีกฎหมายบังคับให้มีการจดทะเบียนการตายคลอดทั่วประเทศ ตามกฎหมายแล้วระบบการทะเบียนราษฎรเป็นหน้าที่ของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งจะเป็นผู้ออกระเบียบเกี่ยวกับระบบทะเบียนราษฎร และจัดให้มีการจดทะเบียนเกิดและตายทั่วประเทศ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้ฐานข้อมูลประชากร เกิดและตายของกระทรวงมหาดไทย จัดทำเป็นสถิติชีพทุกปี

ในการจดทะเบียนและรายงานการตายนั้น กระทรวงมหาดไทยกำหนดไว้ว่า เจ้าบ้านหรือผู้พบคนตายต้องแจ้งการตายต่อนายทะเบียนท้องถิ่นภายใน 24 ชั่วโมงนับตั้งแต่เวลาตายหรือเวลาที่พบศพ โดยไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียม ถ้าท้องถิ่นผู้ตายอยู่นอกเขตเทศบาลต้องแจ้งกับนายทะเบียนหรือผู้ช่วยนายทะเบียนประจำตำบล ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หากผู้ตายอยู่ในเขตเทศบาลต้องแจ้งต่อสำนักทะเบียนท้องถิ่นเทศบาลหรือเมือง ถ้าอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครแจ้งต่อสำนักทะเบียนท้องถิ่นแขวง เพื่อออกไปรับแจ้งการตายให้ญาตินำไปแจ้งขอมรณบัตรจากสำนักทะเบียนอำเภอต่อไป หากเป็นการตายในโรงพยาบาล แพทย์ประจำโรงพยาบาลผู้ดูแลก่อนตายจะเป็นผู้ออกหนังสือรับรองการตาย เพื่อให้ญาตินำไปแจ้งสำนักทะเบียนอำเภอ สำนักทะเบียนอำเภอจะออกมรณบัตรให้เป็นหลักฐานการเสียชีวิต พร้อมทั้งเจาะทำลายบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ตาย และจำหน่ายชื่อผู้ตายออกจากทะเบียนบ้านทั้งฉบับเจ้าบ้านและฉบับที่อำเภอ เจ้าหน้าที่สำนักทะเบียนอำเภอจะต้องรวบรวมสำเนามรณบัตรจัดส่งให้สำนักทะเบียนกลาง กระทรวงมหาดไทยเพื่อรวบรวมเข้าในฐานข้อมูลประชากรและฐานข้อมูลการตาย ซึ่งฐานข้อมูลการตายนี้กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักนโยบายนและแผนสาธารณสุข จะนำไปวิเคราะห์จัดทำรายงานสถิติการตายของประเทศทุกปี ดังรูป 1

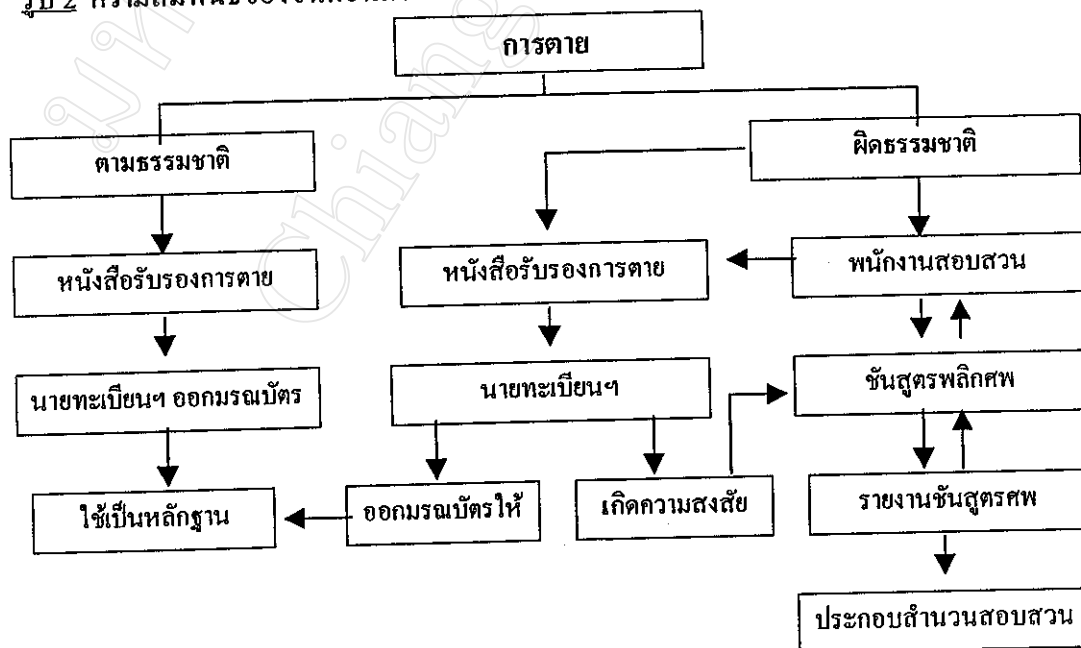
รูป 1 ขั้นตอนดำเนินงานข้อมูลการตายในประเทศไทย



ที่มา: ปรับจากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540

2.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแจ้งตาย ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตาย 2 ฉบับคือ พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534 มาตรา 21 และ ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 149 ผู้ที่อาจเกี่ยวข้องกับการแจ้งตายในฐานะเจ้าบ้าน ประกอบด้วย (1) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่อยู่เวรในวันที่มีการเสียชีวิต (2) หัวหน้าพยาบาลที่ต้องรับผิดชอบในการเป็นผู้แจ้งเนื่องจากเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย (3) พยาบาลผู้ตรวจการ (4) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ หรือ ผู้แทน (5) แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนตาย (6) เจ้าหน้าที่รับศพของภาควิชานิติเวชศาสตร์ (7) เจ้าหน้าที่ธุรการของภาควิชานิติเวชศาสตร์ (8) แพทย์ผู้ทำการชันสูตรศพ (9) หัวหน้าภาควิชานิติเวชศาสตร์ และ (10) ญาติผู้ตาย เมื่อพิจารณาการตายตามมาตรา 21 แล้วจะเห็นว่า กรณีที่คนตายในโรงพยาบาล แพทย์จะต้องออกหนังสือรับรองการตายให้เพื่อญาติจะรีบแจ้งการตายเป็นการด่วน และญาติต้องการนำศพออกจากโรงพยาบาลโดยเร็วเพื่อประกอบพิธีการทางศาสนา สำหรับการตายตามธรรมชาติ จะไม่เป็นปัญหา แต่หากเป็นการตายผิดธรรมชาติแล้ว กฎหมายกำหนดให้ต้องมีการชันสูตรพลิกศพก่อนไม่ว่าญาติจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม การตายผิดธรรมชาติ หมายถึง การฆ่าตัวตาย ถูกผู้อื่นทำให้ตาย ถูกสัตว์ทำร้ายตาย ตายโดยอุบัติเหตุ และตายโดยไม่ปรากฏสาเหตุ รวมไปถึงการตายระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน (เว้นแต่โดยการประหารชีวิต) และ ความตายที่เกิดขึ้นโดยการกระทำของเจ้าพนักงานซึ่งอ้างว่าปฏิบัติตามหน้าที่ จึงมีขั้นตอนมากกว่าการตายตามธรรมชาติ ดังรูป 2 ต่อไปนี้

รูป 2 ความสัมพันธ์ของขั้นตอนการดำเนินการเมื่อมีการตายเกิดขึ้นในสถานพยาบาล



ที่มา: สารศิริราช การตาย ไบรณบัตรและการชันสูตรพลิกศพ(วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์, 2538: 581)

2.3 ความหมายเกี่ยวกับเอกสารการตาย (วิสูตร ฟองศิริไพบุลย์, 2541: 582)

1. หนังสือรับรองการตาย เป็นเอกสารเกี่ยวกับการตาย ที่แพทย์หรือผู้รักษาพยาบาล ในสถานพยาบาลหรือผู้แทนที่มีอำนาจ ตามมาตรา 23 เพื่อให้ญาตินำไปแจ้งต่อนายทะเบียนใน ท้องที่ที่คนตาย (เขต/อำเภอ) ภายในเวลาที่กฎหมายกำหนด เพื่อให้ให้นายทะเบียนในท้องที่ออก “มรณบัตร” ให้

2. มรณบัตร เป็นเอกสารหลักฐานที่นายทะเบียนผู้รับแจ้งออกให้แก่ผู้แจ้งการตาย ตามมาตรา 22 เพื่อนำไปใช้ในแจ้งท้องที่ที่ผู้ตายมีภูมิลำเนาอยู่ แต่ถ้าสถานพยาบาลและภูมิลำเนา ของผู้ตายอยู่ในท้องที่เขต/อำเภอเดียวกัน ก็จะมีการแก้ไขทะเบียนคนตายไปพร้อมกับการออก มรณบัตรได้เลย นอกจากนี้ยังใช้เป็นหลักฐานสำคัญในเรื่องอื่นอีก เช่น การประกอบพิธีศพ เป็นต้น

3. รายงานชันสูตรพลิกศพ เป็นเอกสารที่เจ้าหน้าที่ผู้ชันสูตรพลิกศพทำขึ้นในกรณี มีการตายผิดปกติ ภายหลังจากได้มีการชันสูตรพลิกศพตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความ อาญาแล้ว ตามมาตรา 148, 150 ซึ่งเอกสารนี้เป็นส่วนหนึ่งของสำนวนการสอบสวน (ป.วิ.อ.มาตรา 129) เพื่อใช้ในทางกฎหมายต่อไป

สำหรับการตายผิดปกติ กฎหมายกำหนดให้ต้องแจ้งต่อนักงานสอบสวนทราบ เพื่อดำเนินการตามกฎหมาย แพทย์หรือผู้ตรวจรักษาสามารถออกหนังสือรับรองการตายได้ โดยที่ มรณบัตรมิได้แสดงว่าเป็นการเสร็จสิ้นกระบวนการตามกฎหมายทั้งหมดเกี่ยวกับการตาย หากแต่ หมายถึงเพียงเสร็จสิ้นเฉพาะตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534 เท่านั้น ถ้าเป็นการ ตายผิดปกติก็ยังคงต้องมีการชันสูตรพลิกศพต่อไป หากมีปัญหาในการนำศพออกนอกสถาน พยาบาลไม่ว่าด้วยเรื่องใด ให้รีบแจ้งพนักงานสอบสวนแห่งท้องที่ที่พบศพ หรือ ที่สถานพยาบาล นั้นตั้งอยู่

3. ประวัติความเป็นมาของหนังสือรับรองการตาย (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบาย และแผนสาธารณสุข, 2542)

การสืบค้นหาสาเหตุการตายของมนุษย์ มีประวัติยาวนานมาตั้งแต่สมัยก่อนยุคกลาง ตั้งแต่สมัยของ Hippocrates ต่อเนื่องมาถึง Galen อย่างไรก็ตามการสืบค้นอย่างเป็นระบบตามหลัก เกณฑ์วิทยาศาสตร์ มีขึ้นอย่างจริงจังในสมัยยุคกลาง คือในยุคฟื้นฟูศิลปวัฒนธรรม (Renaissance) ซึ่งมีประโยชน์อย่างยิ่ง ในการศึกษาธรรมชาติของการเกิดโรคหลายชนิด รวมทั้งการหาแนวทาง ใหม่ ๆ ในการรักษาและป้องกันโรค การเรียนรู้ประวัติและแนวความคิดในการพัฒนาการศึกษา สาเหตุการตาย จะทำให้เข้าใจวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการสรุปสาเหตุการตายได้เป็นอย่างดี

นอกจากนั้นการพัฒนาสาเหตุการตาย สถิติการตาย และหนังสือรับรองการตาย ยังมีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ที่เรียกว่า International Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth revision ICD-10 อีกด้วย

ประวัติแรกเริ่ม

เซอร์ จอร์จ นิบป์ นักสถิติผู้มีชื่อเสียงของออสเตรเลีย ได้ยกย่อง ฟรังซัว บอสลีเย เดอ ลาคัวซ์ (มีชีวิตระหว่าง ค.ศ. 1706-1777) หรือเป็นผู้ที่รู้จักกันในนาม ซาลเวจ ว่าเป็น คนแรกที่พยายามจัดโรคต่าง ๆ เข้าเป็นระบบ ผลงานของซาลเวจ ได้ถูกตีพิมพ์ในชื่อ โนโซโลยี เมโซดิกา ผู้ที่เป็นแรงบันดาลใจของซาลเวจ คือ นักกรรมวิธีผู้ยิ่งใหญ่ นาม ลินเนียส (ค.ศ. 1707-1778) ซึ่งมีผลงานนามว่า เจเนรา โมโบรัม ในตอนต้นของของศตวรรษที่ 19 ระบบการจำแนกโรคที่ใช้กันมากที่สุด เป็นของวิลเลียม คัลเลน (ค.ศ. 1710-1790) แห่งเมือง เอคินเบอร์ก ซึ่งถูกตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1785 ภายใต้นาม ซินอบซิส โนโซโลยี เมโซดิกา

อย่างไรก็ตาม ถ้ามองในแง่ที่ปฏิบัติได้จริง การจัดทำสถิติโรคได้เริ่มขึ้นเกือบหนึ่งศตวรรษก่อนหน้านั้นจากผลงานของ จอห์น กรันท์ ซึ่งเกี่ยวกับกฎหมายมรดกกรรมแห่งลอนดอน การจัดทำหมวดหมู่ของโรค การบุกเบิกงานชิ้นนี้เป็นขั้นพื้นฐาน เพื่อพยายามคาดคะเนอัตราส่วนของเด็กเล็กที่ตายก่อนอายุ 6 ขวบ แต่ไม่ได้บันทึกอายุที่ตายเอาไว้ เขาได้แบ่งประเภทการตายออกเป็น ชาง ลมชัก กระจกอ่อน ฟันและหนองพยาธิ แห้ง รูปร่างผิดปกติ ทารก ดับโต รวมทั้งเพิ่มเติมสาเหตุการตาย ด้วยโรคฝีดาษ ฝีหมู หัด และพยาธิไร้มชัก การจำแนกครั้งนี้จะค่อนข้างหายสาบสูญไป จึงได้รับการยอมรับว่าเป็นผลงานที่ดี ทำให้การจำแนกโรคมีความแม่นยำ และมีความเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น แต่ยังมีหลายคนที่ยังสงสัยในประโยชน์ของความพยายามที่จะทำสถิติโรคหรือสถิติการตาย เพราะความยากลำบากในการจำแนกโรคในกลุ่มเหล่านี้ ต่อมามีความก้าวหน้าในทางเวชศาสตร์ป้องกัน เมื่อสำนักทะเบียนของอังกฤษและเวลส์ ก่อเกิดในปี ค.ศ. 1837 แดงคิงวิลเลียม ฟาร์ (ค.ศ. 1807-1883) เป็นนักเวชสถิติคนแรก และเป็นคนที่ประยุกต์ใช้การจำแนกโรคได้อย่างดีเยี่ยม และยังคงมีความพยายามในการปรับปรุงการจำแนกโรคให้ดีขึ้น รวมไปถึงการนำไปใช้ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในระหว่างประเทศ

ฟาร์ค้นพบว่า การจำแนกโรคของคัลเลน ฉบับที่ใช้กันอยู่ในการบริการสาธารณสุขในยุคนั้น ไม่ทันสมัย เพราะไม่ครอบคลุมถึงความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นใหม่ และไม่เหมาะสมสำหรับนำมาใช้ทางเวชสถิติ ในรายงานประจำปีฉบับแรกของสำนักทะเบียน ฟาร์ได้อธิบายหลักการที่ควรนำมาใช้ในการจำแนกโรค และชักชวนให้มีการปรับปรุงแก้ไขให้มีการจำแนกโรคที่เป็นรูปแบบเดียวกัน ประโยชน์ของการใช้นามบัญญัติที่เป็นรูปแบบเดียวกัน แม้จะยังไม่สมบูรณ์ แต่ก็มีความชัดเจนมากขึ้น และไม่เคยมีการสนับสนุนการใช้บัญญัติจำแนกโรคในกฎหมายมรดกกรรม

จะเห็นได้ว่า โรคแต่ละโรคที่สถานการณ์ต่าง ๆ กัน จะถูกเรียกโดยชื่อหลายชื่อ ทำให้เกิดการใช้คำที่ไม่เหมาะสม และบางครั้งบันทึกโรคแทรกซ้อนไว้แทนที่โรคที่เป็นสาเหตุหลัก

ฟาร์ได้ทำการศึกษาบัญชีจำแนกโรคและนามบัญญัติ ที่นำมาใช้ตลอดเวลาโดยติดตามจากรายงานประจำปีของสำนักทะเบียนทุกปี การเริ่มใช้บัญชีจำแนกโรคสำหรับการตายที่เป็นรูปแบบเดียวกัน เริ่มชัดเจนขึ้นในการประชุมสถิตินานาชาติครั้งแรกที่กรุงบรัสเซล ประเทศเบลเยียม ในปี ค.ศ. 1853 ในครั้งนั้นที่ประชุมได้มีมติให้ วิลเลียม ฟาร์ และ มาร์ก เดสไพน์ แห่งเจนีวา ร่างรูปแบบบัญชีจำแนกโรคที่เป็นสาเหตุการตาย เพื่อนำมาใช้ในระดับนานาชาติ และต่อมาในปี ค.ศ. 1855 ที่กรุงปารีส ฟาร์และเดสไพน์ ได้นำเสนอบัญชีรายชื่อ 2 รายการ ซึ่งต่างฝ่ายต่างจัดทำขึ้นมา โดยใช้หลักการที่แตกต่างกันอย่างมาก ฉบับของฟาร์แบ่งโรคเป็นห้ากลุ่มคือ โรคระบาด โรคทั่วไป โรคที่เกิดตามอวัยวะ โรคระหว่างทางเจริญเติบโต และโรคที่เกิดจากการใช้ความรุนแรง เดสไพน์ แบ่งโรคตามธรรมชาติของโรค (เก๊าท์ เฮอร์ปี โรคเลือด เป็นต้น) ที่ประชุมได้ประนีประนอมโดยจัดทำบัญชีรายชื่อรวม 139 รายการ จนถึงปี ค.ศ. 1864 บัญชีจำแนกโรคฉบับนี้ ได้ถูกปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมโดยยึดแนวทางของฟาร์เป็นหลัก หลังจากนั้นมีการปรับปรุงแก้ไขอีกหลายครั้ง ในปี ค.ศ. 1874, 1880 และ 1886 ถึงแม้บัญชีจำแนกโรคฉบับนี้ จะไม่ได้รับการยอมรับจากทั่วโลกอย่างเป็นทางการ แต่แนวทางของฟาร์ในการจัดแบ่งกลุ่มโรครวมถึงหลักการแบ่งโรคตามตำแหน่งทางกายวิภาค ก็ยังคงใช้เป็นพื้นฐานของบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายระหว่างประเทศ

4. คู่มือการเขียนหนังสือรับรองการตาย (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2542)

4.1 แบบฟอร์มหนังสือรับรองการตาย

แบบฟอร์มหนังสือรับรองการตาย ที่ใช้อยู่ในประเทศไทย ปัจจุบันมี 2 แบบ คือแบบภาษาไทย ทร.4/1 ที่ใช้สำหรับรับรองการตายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เพื่อประกอบการแจ้งตายและขอฌดศพ และแบบภาษาไทยกำกับภาษาอังกฤษ ที่ใช้บันทึกสาเหตุการตายเพื่อใช้เป็นข้อมูลภายในของโรงพยาบาล แบบฟอร์มหนังสือรับรองการตายภาษาไทย มีใช้อยู่ในทุกโรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชน โดยกำหนดให้บุคลากรหลายวิชาชีพสามารถบันทึกสาเหตุการตายได้ เช่น แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาล ผดุงครรภ์ แพทย์แผนโบราณ ฯลฯ ส่วนแบบฟอร์มหนังสือรับรองการตายแบบภาษาไทยกำกับภาษาอังกฤษ คงมีใช้อยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ โดยเป็นส่วนหลังของแบบฟอร์มสรุปรายงาน ที่เรียกว่า

รง.501, รง.502 และ รง.503 สำหรับในโรงพยาบาลเอกชน มีส่วนน้อยที่มีแบบฟอร์มนี้ใช้ ผู้ที่รับผิดชอบในการกรอกแบบฟอร์มหนังสือรับรองการตายฉบับภาษาไทยกำกับภาษาอังกฤษนี้ คือ แพทย์ผู้รักษาเท่านั้น

โรงพยาบาลแต่ละแห่งอาจมีแบบฟอร์มใช้ทั้งสองแบบ หรืออาจใช้เฉพาะแบบฟอร์มภาษาไทยเพียงแบบเดียวก็ได้ แต่ถ้าใช้แบบฟอร์มสองแบบ อาจมีความคล่องตัวกว่า ในแง่ที่บางครั้งแพทย์อาจบันทึกแบบฟอร์มภาษาไทยไม่ตรงตามสาเหตุการตายที่แท้จริง แต่บันทึกแบบฟอร์มภาษาอังกฤษตามหลักวิชาการเพื่อเก็บข้อมูลการตายให้ถูกต้องได้ เช่น กรณีผู้ตายเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ญาติผู้ตายอาจขอร้องให้แพทย์เปลี่ยนสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายเป็นโรคอื่น ๆ แทน เพราะไม่อยากจะเกิดปัญหาทางสังคมอื่น ๆ ถ้ามีหนังสือรับรองการตาย 2 แบบฟอร์ม แพทย์สามารถเปลี่ยนสาเหตุการตายในแบบฟอร์มภาษาไทย (ที่ใช้ในการแจ้งตายเพื่อขอมรณบัตร) เป็นเหตุอื่นได้ แต่ยืนยันสาเหตุการตายที่ถูกต้องตามความเป็นจริงในแบบฟอร์มภาษาอังกฤษ (ที่ใช้ในการให้รหัสโรค ICD-10 และจัดทำสถิติการตาย) ก็จะทำให้ข้อมูลสถิติการตายไม่คิดเพี้ยนจากความเป็นจริง แบบฟอร์มการตายทั้งสองแบบนี้ ประเทศไทยได้คิดแปลงโดยคงรูปแบบเดิมไว้ส่วนมากจากแบบฟอร์มหนังสือรับรองการตาย (Medical Certificate of Cause of Death) ที่กำหนดไว้ในหนังสือเล่มที่ 2 ของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD) ฉบับปรับปรุง แก้ไขครั้งที่ 10 ทั้งนี้เพราะองค์การอนามัยโลก ได้แนะนำให้ประเทศสมาชิกทุกประเทศขององค์การอนามัยโลก ใช้หนังสือรับรองการตายที่เสนอไว้นี้ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งประเทศสมาชิกส่วนใหญ่ เห็นด้วยและยึดปฏิบัติตาม เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย ฯลฯ รวมทั้งประเทศไทยด้วย

สาเหตุที่นานาชาติใช้หนังสือรับรองการตายที่เป็นรูปแบบเดียวกัน เป็นเพราะในการจำแนกสาเหตุการตายที่ถูกต้องของผู้ตายแต่ละราย จำเป็นจะต้องพิจารณาจากลำดับของโรคหรือภาวะต่าง ๆ ในแต่ละบรรทัดของหนังสือรับรองการตาย ที่แพทย์ผู้ดูแลเป็นผู้บันทึก การสลับตำแหน่งของโรคแต่ละโรค อาจทำให้สาเหตุการตายของผู้ตายแต่ละรายแตกต่างกันได้ ซึ่งจะมีกฎเกณฑ์ในการเลือกสาเหตุการตายกำกับไว้ทุกรูปแบบ ดังนั้น หนังสือรับรองการตายต้องมีรูปแบบที่เป็นมาตรฐาน จึงจะใช้กฎเกณฑ์การเลือกได้ถูกต้อง

4.2 ส่วนประกอบของหนังสือรับรองการตาย

หนังสือรับรองการตาย ประกอบด้วยส่วนต้นของหนังสือ คือส่วนที่แสดงข้อมูลจำเพาะประจำตัวของผู้ตายแต่ละราย และส่วนที่แสดงสาเหตุการตาย ในที่นี้ เราจะถือว่าส่วนที่แสดงสาเหตุการตายเป็นส่วนแก่นแท้ที่สำคัญ เพราะเป็นส่วนหลักที่ใช้ในการเลือกสาเหตุการตายที่ถูกต้อง

ส่วนแสดงสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เหตุตายโดยตรง มีตัวเลขโรมัน I นำหน้าส่วนนี้ และ ส่วนที่ 2 โรคหรือภาวะอื่น ๆ มีตัวเลขโรมัน II นำหน้า

ส่วนที่ 1 เหตุตายโดยตรง มี 4 บรรทัด คือ บรรทัด a, b, c และ d ในฉบับภาษาไทยกำกับภาษาอังกฤษ และ บรรทัด ก, ข, ค, ง ในฉบับภาษาไทย หรือ มีแค่ 3 บรรทัด คือ บรรทัด ก ข และ ค ใน ทร.4/1 (รุ่นเก่า)

ส่วนที่ 2 โรคหรือภาวะอื่น ๆ มี 2 บรรทัด โดยทั้งสองบรรทัดนี้ ไม่มีตัวอักษรกำกับรูปแบบทั้งสองส่วนมีดังต่อไปนี้

I เหตุตายโดยตรง (a) หรือ ก) _____

(b) หรือ ข) _____

(c) หรือ ค) _____

(d) หรือ ง) _____

II โรคหรือภาวะอื่น ๆ _____

ทั้งสองส่วน ยังแบ่งเป็น 2 คอลัมน์ โดยมีเส้นตรงขวางเป็นตัวแบ่ง และมีคำอธิบายกำกับแต่ละคอลัมน์ โดยคอลัมน์แรก ให้กรอกโรคหรือภาวะที่คิดว่าเป็นสาเหตุการตาย ส่วนคอลัมน์ที่สองให้กรอก ระยะเวลาที่เป็นโรคนั้น ๆ เพื่อประกอบการพิจารณาเลือกโรคที่เป็นสาเหตุการตาย

ส่วนท้ายสุดของหนังสือรับรองการตายฉบับภาษาอังกฤษ ยังประกอบด้วยช่องว่างอีก 2 ช่อง ใช้สำหรับกรอกรายละเอียดเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ตายได้รับบาดเจ็บ หรือถูกทำร้าย โดยในช่องว่างช่องแรกให้กรอกว่าการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุ ทำร้ายตัวเอง หรือ ถูกทำร้าย ส่วนในช่องที่สองให้กรอกรายละเอียดหรือกลไกการบาดเจ็บว่าลักษณะเป็นอย่างไร

4.3 การเขียนหนังสือรับรองสาเหตุการตาย

ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการเขียนหนังสือรับรองสาเหตุการตายในโรงพยาบาล คือ แพทย์ผู้ดูแล เพราะเป็นผู้ที่ทราบรายละเอียดการวินิจฉัยโรค โรคแทรกซ้อน การรักษา ฯลฯ ของผู้ตายทั้งหมดเป็นอย่างดี การเลือกสาเหตุการตายของผู้ตายแต่ละรายจึงจะพิจารณาจากความเห็นของแพทย์ผู้ดูแลเป็นหลัก แพทย์จึงควรมีความรู้และความเข้าใจหลักการเขียนหนังสือรับรองสาเหตุการตายอย่างถ่องแท้ จึงจะสามารถเขียนหนังสือรับรองสาเหตุการตายได้ถูกต้อง

การเขียนหนังสือรับรองสาเหตุการตาย ส่วนที่ 1 เหตุตายโดยตรง ถือเป็นส่วนที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นส่วนที่จะถูกวิเคราะห์และนำไปเลือกสาเหตุการตายสำหรับผู้ตายนั่น ในส่วนนี้ ใช้สำหรับแสดงลำดับเหตุการณ์ของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อันนำไปสู่การตาย โดย

เรียงลำดับเหตุการณ์ย้อนจากปัจจุบันไปหาอดีต โดยเหตุการณ์ล่าสุดจะอยู่บรรทัดบนสุด ส่วนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนนั้นจะอยู่ในบรรทัดถัดลงไป จนย้อนไปถึงสาเหตุการตายที่แท้จริงในบรรทัดล่างสุด

การเขียนหนังสือรับรองการตาย ส่วนที่ 1 เหตุตายโดยตรง มีหลักการที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้

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

รูปแบบการตายหรือ Mode of Death ได้แก่คำว่า Heart failure , Respiratory failure, Cardiorespiratory failure, Shock, Severe Brain Injury ฯลฯ คือ คำบรรยายรูปแบบการตายที่ใช้ในการทำ Clinico-Pathological-Conference นั้นเอง คำเหล่านี้ ทำให้เกิดความสับสนกับคำว่า สาเหตุการตาย หรือ Underlying cause of death เป็นอย่างมาก เพราะ แพทย์และเจ้าหน้าที่หลายคนเข้าใจว่า รูปแบบการตายคือสาเหตุการตาย ซึ่งตามความเป็นจริงแล้ว ไม่ใช่

รูปแบบการตายแตกต่างจากสาเหตุการตายตรงที่ว่า รูปแบบการตายคือการบ่งบอกว่า อวัยวะใดที่สำคัญ หยุดทำงานไปก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ส่วนสาเหตุการตาย บอกว่า เหตุต้นกำเนิด ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ หรือ การเจ็บป่วย อันทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ จนนำไปสู่การตายนั่นคืออะไร การค้นหาและวิเคราะห์สาเหตุการตายของประชากรในประเทศใดประเทศหนึ่ง จะมีประโยชน์ในการวางแผนป้องกันสาเหตุการตายนั่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการวิจัยทางการแพทย์ และระบาดวิทยา ส่วนการวิเคราะห์รูปแบบการตายอาจมีประโยชน์อยู่บ้างในการศึกษาทางพยาธิสรีรวิทยาของ อวัยวะสำคัญ ถ้าเรามองในมุมกว้าง จะเห็นว่าการวิเคราะห์สาเหตุการตายจะมีประโยชน์ในระดับชาติ และนานาชาติมากกว่า ดังนั้น กฎเกณฑ์ของ ICD-10 จะเน้นการเลือกสาเหตุการตายให้ถูกต้อง และไม่แนะนำให้มีการเขียนรูปแบบการตายลงในหนังสือรับรองการตาย

4.3.2 เขียนโรคต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุการตายโดยเรียงลำดับเหตุการณ์ย้อนจากปัจจุบันไปหาอดีต

การเขียนหนังสือรับรองการตายให้เขียนโรคต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุการตาย โดยเรียงลำดับเหตุการณ์ย้อนจากปัจจุบันไปหาอดีต โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนการตายจะอยู่บรรทัดบนสุด เหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุของเหตุการณ์แรกจะอยู่บรรทัดล่าง ไล่หาสาเหตุไปเรื่อย ๆ จนถึงสาเหตุการตายที่แท้จริงจะอยู่บรรทัดล่างสุด (บรรทัด d หรือ ง ของส่วนที่ 1)

4.3.3 เขียนสาเหตุการตายต้นกำเนิดในบรรทัดล่างสุด

ในกรณีที่ไม่มีโรคที่เป็นเหตุการณ์ต่อเนื่องกัน ให้แพทย์เขียนโรคที่คิดว่าจะเป็นสาเหตุการตายต้นกำเนิดมากที่สุดไว้ในบรรทัดล่างสุดของส่วนที่ 1 คือ บรรทัด (d) หรือ (ง) เพียงโรคเดียว โดยให้พิจารณาโรคที่สำคัญที่สุดอันทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบต่าง ๆ นานา จนทำให้ผู้ตายเสียชีวิตในท้ายสุด

ในกรณีที่การตายมีสาเหตุจากการบาดเจ็บต่าง ๆ ให้ระบุว่า การบาดเจ็บในคราวนี้ เป็น อุบัติเหตุ (accident) การฆ่าตัวตาย (suicide) หรือ ถูกฆาตกรรม (homicide) และให้เขียนกลไกการบาดเจ็บลงในบรรทัดล่างสุดของส่วนที่ 1 (บรรทัด d หรือ ง) โดยอนุโลมว่า อาจเขียนเป็นภาษาไทย ถ้านึกคำภาษาอังกฤษไม่ได้ เช่น เขียนว่า ช้อนท้ายรถจักรยานยนต์ชนกับราวสะพาน หรือ ตกจากนั่งร้านในสถานที่ก่อสร้างตึกสูง แทนที่จะเขียนว่า motorcycle passenger in collision with bridge หรือ fall from scaffold at tower building site

การเขียนหนังสือรับรองการตายส่วนที่ 2 โรคหรือภาวะอื่น ๆ ให้เขียนโรคอื่น ๆ ที่พบร่วมในผู้ป่วย แต่แพทย์ผู้เขียนไม่คิดว่าโรคในส่วนนี้มีส่วนทำให้ผู้ตายเสียชีวิต จึงบันทึกแยกไว้ต่างหาก อย่างไรก็ตาม ส่วนนี้อาจช่วยบอกรายละเอียดของโรคในผู้ป่วยเพิ่มเติมมากขึ้น และอาจมีส่วนสำคัญในการเลือกสาเหตุการตายในกรณีที่เกิดปัญหาการเลือกสาเหตุการตายได้

ตำแหน่งของโรคที่ปรากฏอยู่ในหนังสือรับรองการตายที่แตกต่างกัน อาจทำให้การเลือกสาเหตุการตายแตกต่างกันไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการสลับบรรทัดกัน หรือ การสลับตำแหน่งหน้าหลังของโรคที่บันทึกไว้ในบรรทัดเดียวกัน (ในกรณีที่เขียนโรคมมากกว่า 1 โรคในบรรทัดเดียวกัน) เพราะกฎเกณฑ์การเลือกสาเหตุการตาย ตามหลัก ICD-10 จะยึดตำแหน่งของโรคที่ปรากฏอยู่ในหนังสือรับรองการตายเป็นหลักเสมอ (ภาคผนวก ค)

5. คุณภาพข้อมูลการตายของประเทศไทย (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, เขารัตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ, 2543)

คุณภาพของข้อมูลการตาย แม้ว่าการแจ้งตายเป็นเรื่องที่มีกฎหมายบังคับให้กระทำทั้งประเทศ แต่ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวน และสาเหตุการตาย ยังคงมีความผิดพลาดได้มาก ซึ่งขึ้นกับปัจจัยต่อไปนี้

1. ความตระหนักรู้และความรับผิดชอบของประชาชนต่อการแจ้งการตาย หากประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และมีความรับผิดชอบในการแจ้งการตาย ความครบถ้วนของจำนวนการตายก็ย่อมจะสูงตามไปด้วย

2. ความรับผิดชอบ ความซื่อตรงต่อหน้าที่ของเจ้าพนักงานในการรวบรวม ตรวจสอบ และรายงานสถิติการตาย เนื่องจากเป็นงานประจำที่ต้องกระทำต่อเนื่องไม่สิ้นสุด ความถูกต้อง ครบถ้วน จึงขึ้นกับความรับผิดชอบและความซื่อตรงต่อหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ

3. ความมีประสิทธิภาพของระบบการรายงาน การจัดเก็บ ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน สถานพยาบาล ท้องถิ่น อำเภอ จนถึงส่วนกลาง

4. ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ ของท้องถิ่น ในเรื่องการตาย ความลำเอียงต่าง ๆ ย่อมมีผลกระทบต่อความถูกต้อง และสมบูรณ์ของข้อมูลการตาย เช่น ความเชื่อของชาวจีนที่เรียกว่า เด็กที่เกิดใหม่ยังถือว่าไม่เป็นคนที่สมบูรณ์หากยังไม่ได้เข้าพิธีกรรมอย่างหนึ่ง ดังนั้น หากเด็กเกิดใหม่ที่ตายก่อนเข้าพิธีกรรมนั้น ก็ไม่มีการแจ้งตาย เพราะถือว่ายังไม่เกิดสมบูรณ์ ทำให้ทะเบียนเด็กเกิดใหม่ตายจึงต่ำกว่าความเป็นจริง หรือบางสังคมที่ไม่นิยมพูดหรือเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับเด็กเกิดใหม่ตาย ทำให้มีการรายงานต่ำกว่าที่เป็นจริง หรือความลำเอียงในเรื่องเพศบุตรสูงในประเทศจีน เมื่อเด็กหญิงเกิดแล้วตาย จึงไม่สนใจไปแจ้งเกิดและตาย ทำให้ข้อมูลต่ำกว่าความเป็นจริง

5. ความก้าวหน้าและความครอบคลุมของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข หากมีการใช้บริการในสถานพยาบาลสูง ประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อคุณภาพของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมาก จะทำให้อัตราความครอบคลุมของบริการสูง ย่อมส่งผลถึงจำนวนและคุณภาพของการวินิจฉัยการตาย เพราะหากการตายส่วนใหญ่เกิดขึ้นนอกสถานพยาบาล จะทำให้การวินิจฉัยสาเหตุการตายคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงไปมาก ซึ่งอาจพิจารณาได้จากสถิติจำนวน และอัตราตายด้วยสาเหตุไม่แจ้งชัด ชราภาพ เป็นลม เหล่านี้มีสูง ย่อมเป็นเครื่องสะท้อนถึงคุณภาพของระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขทางอ้อมอีกด้วย

6. การสื่อสาร การคมนาคม และ สภาพภูมิศาสตร์ของประเทศ จะเอื้อต่อความ สะดวกรวดเร็วในการแจ้งตาย หรือ อาจเป็นอุปสรรคต่อระบบการจดทะเบียนการตาย โดยเฉพาะ การส่งผ่านข้อมูลจากท้องถิ่นถึงส่วนกลาง ตลอดจนเป็นอุปสรรคต่อประชาชนในการแจ้งตายด้วย

7. สาเหตุด้านนโยบายทางสังคมอื่นๆ เช่น ระบบสวัสดิการสังคมแบบอุดหนุน ครอบครัวตามจำนวนคนในครอบครัว อาจเป็นแรงจูงใจมิให้แจ้งตายหรือแจ้งตายช้ากว่ากำหนด เพื่อให้ได้เงินสวัสดิการเท่าเดิม

สาเหตุจากการที่มีจำนวนข้อมูลมาก ประกอบกับเหตุผลที่กล่าวข้างต้น ส่งผลต่อคุณภาพข้อมูลการตายที่ได้จากระบบทะเบียน ดังนี้

1. จำนวนตายต่ำกว่าความเป็นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กแรกเกิด การตายคลอด เกิดไร้ชีพ เด็กที่ตายระหว่างและหลังการเกิดอย่างรวดเร็ว ญาติมักไม่สนใจที่จะแจ้งตายเพราะคิดว่าไม่จำเป็น หรือเห็นว่ายังไม่ได้แจ้งเกิด แม้จะได้รับใบรับแจ้งเกิดจากสถานพยาบาลไปแล้วก็ตาม

หรือ ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตในบ้าน ไม่มีความจำเป็นต้องใช้มรณบัตรทำธุรกรรมตามกฎหมาย ญาติที่
น้องจึงทะเลาะที่จะแจ้งการตาย

2. ความผิดพลาดของข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตาย เช่น อายุคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เหตุ
เพราะไม่ทราบอายุที่แท้จริง หรือ จดบันทึกผิดพลาด การลงข้อมูลที่อยู่ผิดพลาด

3. ความผิดพลาดของข้อมูล วัน เวลาเสียชีวิต เช่น ญาติประสงค์จะทำศพตามประเพณี
ให้เรียบร้อยก่อนจึงจะไปแจ้งตาย ทำให้แจ้งวันเวลาที่เสียชีวิตช้ากว่าความเป็นจริง

4. ความคลาดเคลื่อนของการลงสาเหตุการตาย ตลอดระยะเวลาสิบปี ที่ผ่านมา การราย
งานสาเหตุการตายด้วย “ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด” ของประเทศไทยสูงถึงร้อยละ 35-40 มาโดยตลอด
ทั้งนี้เนื่องจากการตายเกิดขึ้นในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น ที่เหลืออีกร้อยละ 70 เป็นการ
รับรองสาเหตุการตายจากบุคคลที่ไม่ใช่แพทย์ แม้แต่การตายในโรงพยาบาลโดยแพทย์เป็นผู้รับรอง
สาเหตุการตาย มีกระบวน “รูปแบบการตาย” (เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว สมองถูกทำลาย ฯ)
สาเหตุการตายที่รายงานจากมรณบัตรจึงคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงมาก นอกจากนี้ การตายอัน
เนื่องมาจากหลายสาเหตุ หรือ อาการหลายอย่างรวมกันก็ยากที่จะตัดสินได้ถูกต้องแน่นอนว่า อะไร
คือสาเหตุการตายที่แท้จริง

สถิติการตายของประเทศไทย ยังคงมีความล่าช้าเช่นเดียวกับสถิติทางสาธารณสุขอื่น ๆ
ของประเทศไทย ปัจจุบันความล่าช้าอยู่ในอัตรา 2 ปี หมายความว่า ในปี พ.ศ.2541 เรายังคงมีสถิติ
การตายล่าช้าที่เผยแพร่ได้ถึงแค่ปี พ.ศ. 2539 (กระทรวงสาธารณสุข , 2539) เท่านั้น ความล่าช้าของ
สถิติการตาย เกิดขึ้นในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลการตายในระดับอำเภอ จังหวัด การส่ง
ข้อมูลไปยังสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย การส่งข้อมูลระหว่างกระทรวง
มหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในกระทรวงสาธารณสุข
ไปจนถึงกระบวนการทำรูปเล่ม ตีพิมพ์ในโรงพิมพ์และเผยแพร่ ขั้นตอนที่มาภายหลังเหล่านี้ เป็น
สาเหตุสำคัญทำให้สถิติการตายล่าช้าไป 2 ปี และอาจมีผลทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้ เพราะ
สถิติที่ล่าช้า ทำให้มองไม่เห็นสภาพปัญหาปัจจุบันได้ ส่งผลให้ไม่สามารถมองแนวโน้มและสร้าง
วิสัยทัศน์ในการป้องกันปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขได้ สถิติการตายที่ผิดพลาด อาจทำให้เกิด
การอ้างอิงในแนวทางที่ผิด เช่น ถ้าสาธารณสุขชนเข้าใจว่า โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกของ
ประเทศไทย อาจทำให้มีการพัฒนาระบบการป้องกันและรักษาโรคหัวใจมากเกินไป มีการตั้งศูนย์
โรคหัวใจในโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น มีการใช้ทรัพยากรเพื่อพัฒนาบุคลากร ซ้อมยาและเครื่องมือ
ต่าง ๆ ในการรักษาโรคหัวใจมากเกินไป เกิดความสูญเสียได้มากทั้งที่ตามความเป็นจริงแล้ว
โรคหัวใจอาจจะไม่ใช่สาเหตุการตายอันดับแรกก็ได้ (ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะเป็นเช่นนั้นได้มาก)

6. บัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายระหว่างประเทศ (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบาย และแผนสาธารณสุข, 2542)

บัญชีจำแนกโรค หมายถึง ระบบของรหัสซึ่งจัดไว้เพื่อบันทึกแสดงการป่วยตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในแต่ละรหัส วัตถุประสงค์ของการจัดทำ ICD คือ เพื่อเปิดโอกาสให้มีการบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลความหมายของข้อมูล รวมทั้งการเปรียบเทียบข้อมูลการตายและการป่วยอย่างเป็นระบบระหว่างข้อมูลของประเทศต่าง ๆ หรือระหว่างพื้นที่ต่าง ๆ และหรือระหว่างเวลาดังกัน ICD ถูกใช้ในการแปลการวินิจฉัยโรคและปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ จากถ้อยคำไปเป็นรหัสผสมตัวอักษรและตัวเลข ซึ่งง่ายต่อการบันทึกจัดเก็บ การดึงข้อมูลออกมาใช้และวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังในทางปฏิบัติ ICD ได้เป็นมาตรฐานระหว่างประเทศในการจำแนกการวินิจฉัยโรคในการดำเนินงานทางระบาดวิทยาทั่วไปในทุกด้าน และเพื่อการบริหารจัดการสาธารณสุขในหลายด้าน รวมทั้งการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสาธารณสุขทั่วไปในกลุ่มประชากร และในการติดตามกำกับปฏิบัติการ และความชุกของโรคและปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับตัวแปรอื่น ๆ เช่น ลักษณะและสภาพการณ์ของผู้ป่วย ICD ไม่เหมาะสมและไม่สะดวกสร้างขึ้นเพื่อเป็นดัชนีย่อยของแต่ละโรค ในการใช้ ICD สำหรับการศึกษาระบาดวิทยา เช่น การคิดค่าใช้จ่ายและการจัดสรรทรัพยากรยังมีข้อจำกัดบางประการ ICD สามารถนำมาใช้ในการจำแนกโรคและปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ ที่ได้บันทึกไว้ในบันทึกสุขภาพหลายชนิด และบันทึกทะเบียนราษฎร ICD ได้ถูกนำมาใช้เพื่อจำแนกสาเหตุการตายตามที่ได้บันทึกในการลงทะเบียนการตาย ต่อมา ICD ได้ขยายให้รวมถึงการวินิจฉัยโรคจากการเจ็บป่วยด้วย ถึงแม้ว่าในขั้นต้น ICD ได้ถูกออกแบบสำหรับการจำแนกโรคและการบาดเจ็บ ซึ่งมีการวินิจฉัยโรคชัดเจน แต่ว่าทุกปัญหาหรือทุกสาเหตุที่นัดผู้ป่วยมารับบริการสาธารณสุข ไม่สามารถจะให้การวินิจฉัยโรคที่ชัดเจนในลักษณะดังกล่าว ดังนั้นการพัฒนา ICD จึงมีลักษณะสำคัญในการกำหนดรหัสให้สำหรับจำแนกอาการแสดง สิ่งผิดปกติที่ตรวจพบอาการที่ผิดปกติ และสภาวะทางสังคม ซึ่งเป็นข้อสรุปการวินิจฉัยในบันทึกที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ฉะนั้น ICD จึงถูกใช้จำแนกข้อมูลที่บันทึกไว้ภายใต้หัวข้อต่าง ๆ เช่น “การวินิจฉัยโรค” “สาเหตุในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในสถานพยาบาล” “สภาวะการณ์ที่ให้การรักษา” และ“เหตุผลในการปรึกษา” ซึ่งหัวข้อเหล่านี้พบปรากฏในภาพกว้างหลากหลายแตกต่างกันในบันทึกสุขภาพ ซึ่งนำมารวบรวมเป็นสถิติและข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขอื่น ๆ

แนวคิดเกี่ยวกับ “สาขา” ของโรคและการจำแนกโรค (The concept of a “Family” of diseases and health-related classification) แม้ว่า ICD จะเหมาะสมในการที่จะนำมาใช้ในการดำเนินงานหลายด้าน แต่ ICD ไม่สามารถจะให้รายละเอียดได้เพียงพอ โดยเฉพาะในบางสาขาของการแพทย์ และในบางกรณีอาจต้องการข้อมูลที่แจ่มแจ้งตามคุณลักษณะอื่น ซึ่งมีได้จำแนกตาม

ICD ดังนั้น จึงมีคำแนะนำว่า ICD ควรจะรวมถึงบัญชีจำแนกอื่นซึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานสุขภาพ และ หรือการบริการสุขภาพเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่มีอยู่ใน ICD

ICD หลัก (บัญชีจำแนกรหัส 3 ตัวอักษร และ 4 ตัวอักษร) ซึ่งประกอบประกอบไปด้วย ICD-10 จำนวน 3 เล่ม ไม่สามารถจำแนกข้อมูลข่าวสารเหล่านั้นได้แต่น่าจะคงหลักการไว้ เพื่อให้ผู้ใช้ทั่วไป ดังนั้นจึงมีแนวคิดเกี่ยวกับการจัดทำบัญชีจำแนก “กลุ่มโรค” และบัญชีจำแนกทางสาธารณสุขอื่น ให้เป็นบัญชีจำแนกแยกต่างหากจาก ICD หลัก จึงมีความคิดเกิดขึ้นในการที่จะพิมพ์สาขาของการจำแนกโรคและสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยแยกออกจาก ICD-10 ทั้ง 3 เล่ม บัญชีจำแนกหลักของ ICD-10 คือรหัส 3 ตัวอักษร ซึ่งเป็นระดับที่บังคับใช้ในการให้รหัสสำหรับการจัดทำรายงานสถิติระหว่างประเทศ ในการจัดส่งเพื่อรวบรวมเป็นฐานข้อมูลการตายขององค์การอนามัยโลก และเพื่อการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างประเทศทั่วไป การจำแนกจนถึงระดับรหัส 4 ตัวอักษร นั้นไม่อยู่ในข้อบังคับของการรายงานระหว่างประเทศ โดยองค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่าการจำแนกระดับ 4 ตัวอักษรเหมาะสมในการใช้เพื่อวัตถุประสงค์หลายประการและเป็นส่วนประกอบหนึ่งของ ICD เช่นเดียวกับตารางบัญชีพิเศษ

บัญชีจำแนกแบ่งได้เป็นสองประเภท คือ บัญชีในกลุ่มที่หนึ่งซึ่งครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และสถานะสุขภาพนั้น ได้ดัดแปลงมาจาก ICD โดยตรง โดยการรวมและหรือขยายตารางบัญชี บัญชีข้อย่อยนี้สามารถใช้สำหรับนำเสนอข้อมูลในหลายลักษณะ เพื่อเป็นตารางสรุปสถิติ และอาจใช้เป็นข้อสนับสนุนในการพัฒนางานสาธารณสุขได้ ในขณะที่ตารางบัญชีขยายนำมาใช้เพื่อให้รายละเอียดข้อมูลทางคลินิกเพิ่มเติม เช่น ในบัญชีจำแนกโรคจำเพาะในแต่ละสาขาเฉพาะทาง ในกลุ่มนี้รวมถึงบัญชีจำแนกรายละเอียดเสริม แต่ตารางบัญชี ICD ให้ข้อมูลการวินิจฉัยที่ใช้หลักการจำแนกที่แตกต่างจากบัญชีหลักเช่น การจำแนกตามรูปร่างลักษณะของเนื้องอก (morphology of tumors)

บัญชีจำแนกกลุ่มที่สอง เป็นการจำแนกให้ครอบคลุมในด้านที่สัมพันธ์กับปัญหาสาธารณสุขหลายด้าน โดยทั่วไปแล้วจะอยู่นอกหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของสภาวะการณปัจจุบัน ซึ่งดีเท่ากับการจำแนกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพอนามัย กลุ่มนี้ให้เน้นรวมทั้งการจำแนกความพิการ การรักษาทางยาและผ่าตัด และผลที่เกิดขึ้นจากผู้ให้การดูแลสุขภาพอนามัย แนวคิดบัญชีจำแนกกลุ่มที่สอง คือ การพัฒนาวิธีการรวบรวมและการใช้ข้อมูลข่าวสารในท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน สิ่งพิมพ์อื่นที่เกี่ยวข้องแต่ไม่ได้มาจาก ICD นั้น คือการให้ชื่อเฉพาะของโรคเป็นสากล (IND) ความแตกต่างระหว่างการจำแนกชั้นโรคกับการให้ชื่อเฉพาะของโรคเป็นสากล ได้ถูกนำมาถกเถียงกัน และรูป 3 แสดงให้เห็นเนื้อหาและการเชื่อมโยงซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกที่มีอยู่หลากหลายในสาขาของการจำแนกชั้นของโรค

รูป 3 กลุ่มบัญชีจำแนกโรคและบัญชีจำแนกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข



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

6.1 การยอมรับบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายระหว่างประเทศ

ในการประชุมสถาบันสถิตินานาชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานสืบเนื่องจากสภาสถิติระหว่างประเทศ ที่กรุงเวียนนา ในปี ค.ศ. 1891 ได้แต่งตั้งคณะกรรมการ ที่มี ชาล แบร์ติง (ค.ศ.1851-1922) หัวหน้างานบริการสถิติแห่งกรุงปารีส เป็นประธาน เพื่อจัดทำบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตาย แบร์ติงเป็นหลานปู่ของ อาคิล กิลลาด นักพฤกษศาสตร์และนักสถิติ ผู้แนะนำแนวทางการแก้ปัญหาโดยให้ ฟาร์กับเคสไลน์ เป็นผู้จัดทำบัญชีจำแนกโรค ในการประชุมสภาสถิติระหว่างประเทศครั้งแรกในปี ค.ศ. 1853 แบร์ติงได้เสนอรายงานผลการทำงานของคณะกรรมการชุดนี้ต่อที่ประชุมสถาบันสถิตินานาชาติ ณ เมืองชิคาโก ในปี ค.ศ. 1893 ซึ่งได้รับการยอมรับ บัญชีจำแนกโรคฉบับของแบร์ติง ได้รับอิทธิพลจากบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายที่ใช้ในนครปารีส ผ่านการปรับปรุงในปี ค.ศ. 1885 และใช้เป็นตัวแทนของการตั้งเคราะห์บัญชีจำแนกโรคของอังกฤษ เยอรมัน และสวีตเซอร์แลนด์ รวมกัน บัญชีจำแนกโรคฉบับนี้ ยึดหลักของฟาร์ในการแบ่งโรคทั่วไปออกจากโรคที่แบ่งตามอวัยวะหรือตามตำแหน่งทางกายวิภาค การทำงานที่สอดคล้องกับคำแนะนำที่ได้จาก แอล กิลลาม ผู้อำนวยการกรมสถิติแห่งรัฐของสวีตเซอร์แลนด์ ในการประชุมที่ เวียนนา ทำให้แบร์ติง สามารถสร้างบัญชีจำแนกโรค ได้ 3 ฉบับ ฉบับแรก มี 44 รายการ ฉบับที่ 2 มี 99 รายการ และฉบับที่ 3 มี 161 รายการบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายของแบร์ติง ตามที่ถูกรับชื่อเป็นครั้งแรก ได้รับการยอมรับจากหลาย ๆ ประเทศและหลายเมือง บัญชีนี้ถูกใช้ในทวีปอเมริกาเหนือเป็นครั้งแรกโดย เจมส์ ดี มอนฮารา ในการทำสถิติของเมืองซาน ลุย เดอโปโตชิ ต่อมาในปี ค.ศ.1898 ที่ประชุมองค์การสาธารณสุขอเมริกาในกรุงออกตาวา แคนาดา แนะนำให้ยอมรับบัญชีจำแนกโรคฉบับของแบร์ติงในการลงทะเบียนการตายในแคนาดา เม็กซิโก และ สหรัฐอเมริกา องค์การนี้ยังแนะนำให้มีการปรับปรุงบัญชีนี้ทุก ๆ 10 ปีด้วย

ในที่ประชุมสถาบันสถิตินานาชาติที่เมืองคริสตีเนียในปี ค.ศ. 1899 แบร์ติงได้เสนอรายงานความก้าวหน้าของบัญชีจำแนกโรค รวมถึงคำแนะนำขององค์การสาธารณสุขอเมริกาให้ปรับปรุงแก้ไขทุก ๆ 10 ปี สถาบันสถิตินานาชาติ จึงยอมรับหลักการดังนี้

6.1.1 สถาบันสถิตินานาชาติ ได้มีการยอมรับให้ใช้นามบัญญัติที่สามารถเปรียบเทียบกันได้ระหว่างประเทศต่าง ๆ และบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตาย ที่เสนอไว้ในปี ค.ศ. 1893 มีสำนักงานสถิติที่ได้นำมาใช้ คือ สำนักงานสถิติทุกแห่งในอเมริกาเหนือ บางแห่งในอเมริกาใต้ และ บางแห่งในยุโรป

6.1.2 สถาบันสถิติทุกแห่งในยุโรป ยืนยันว่าไม่ต้องแก้ไขระบบนามบัญญัติ

6.1.3 สถาบันสถิตินานาชาติ มีมติยอมรับข้อเสนอขององค์การสาธารณสุขอเมริกาในที่ประชุม ออกตาวา ปี ค.ศ. 1898 ที่เสนอให้มีการแก้ไขบัญชีจำแนกโรค ทุก ๆ 10 ปี

6.1.4 แนะนำให้สำนักงานสถิติที่ยังไม่ได้ใช้นามบัญญัติเปรียบเทียบได้ ควรจะนำมาใช้

ในเดือน สิงหาคม ค.ศ. 1900 รัฐบาลฝรั่งเศสเป็นเจ้าภาพจัดประชุม การประชุมนานาชาติ เพื่อปรับปรุงแก้ไขบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายของแบร์ติยอง ที่กรุงปารีส โดยมีตัวแทนจาก 26 ประเทศเข้าร่วมประชุม ในวันที่ 21 สิงหาคม ค.ศ. 1900 บัญชีจำแนกโรคฉบับละเอียด 179 รายการ และ บัญชีจำแนกโรคฉบับสรุป 35 กลุ่ม ได้รับการยอมรับ โดยมีความต้องการที่จะปรับปรุงแก้ไขทุก ๆ 10 ปี และรัฐบาลฝรั่งเศสได้รับคำร้องขอให้จัดประชุมครั้งต่อไป ในปี ค.ศ. 1910 แต่ได้จัดประชุมในปี ค.ศ. 1909 แทน หลังจากนั้นรัฐบาลฝรั่งเศส ได้จัดการประชุมอีก 3 ครั้งในปี 1920, 1929 และ 1938 แบร์ติยองได้ทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อผลักดันและสนับสนุนการใช้บัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตาย ในการปรับปรุงบัญชี ในปี 1900, 1910 และ 1920 ในฐานะเลขาธิการของการประชุมนานาชาติ ได้สร้างร่างฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1920 ให้กับบุคคลมากกว่า 500 คน เพื่อให้แสดงความคิดเห็น แบร์ติยองได้เสียชีวิตลง ในปี ค.ศ. 1922 ทำให้ที่ประชุมนานาชาติขาดผู้นำที่สำคัญ

ต่อมาในปี 1923 ไมเคิล ชูเบอร์ รับตำแหน่งต่อจากแบร์ติยองในฝรั่งเศส ได้เสนอแนวทางการแก้ปัญหาในเรื่องที่เกี่ยวกับบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตาย โดยมีความร่วมมือขององค์การนานาชาติ และองค์การอนามัยระหว่างประเทศ ในส่วนขององค์การอนามัยโรคได้แต่งตั้ง อี.โรเซิล หัวหน้าคณะผู้เชี่ยวชาญทางสถิติ ให้เป็นผู้เขียนบทความเสนอแนะการขยายหัวข้อที่ใช้ในบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายระหว่างประเทศ ฉบับปี 1920 ในกรณีที่จะนำบัญชีนี้มาใช้ในการทำสถิติสาเหตุการเจ็บป่วย ผลการศึกษานี้ได้ถูกตีพิมพ์โดยองค์การอนามัยระหว่างประเทศ ในปี ค.ศ. 1928 ดังนั้น เพื่อที่จะทำการร่วมกันระหว่างสององค์กรนี้ จึงได้มีการตั้งกรรมการที่เรียกว่า “คณะกรรมการผสม” อันประกอบด้วยสมาชิกครึ่งหนึ่งมาจาก สถาบันสถิตินานาชาติ และ ครึ่งหนึ่งมาจากองค์การอนามัยระหว่างประเทศ คณะกรรมการนี้ ทำหน้าที่ร่างบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตาย เพื่อจะนำมาพิจารณาในการประชุมครั้งที่ 4 (ปี 1929) และครั้งที่ 5 (ปี 1938)

6.2 การประชุมปรับปรุงแก้ไขรอบทศวรรษที่ 5

การประชุมปรับปรุงแก้ไขบัญชีจำแนกโรคสาเหตุการตายรอบทศวรรษที่ 5 จัดโดยรัฐบาลฝรั่งเศส เช่นเดียวกับการประชุมครั้งก่อน ๆ ที่กรุงปารีส ในเดือน ตุลาคม ปี ค.ศ. 1938 ที่ประชุมมีมติยอมรับให้นำไปใช้ได้ และให้มีการปรับปรุงและเพิ่มเติมโรคใหม่ ๆ ที่เพิ่งค้นพบเข้าไป โดยเฉพาะในบทโรคติดเชื้อ โรคที่พบหลังคลอด และ อุบัติเหตุต่าง ๆ แล้ว ที่ประชุมมีการเปลี่ยนแปลงบัญชีนี้ เพียงส่วนน้อย ทั้งในแง่เนื้อหา ปริมาณ และเลขนำหน้าข้อ และยังมีการยอมรับรายการสาเหตุการตายคลออดอีกด้วย

สำหรับประเทศไทย ได้มีการพัฒนาการใช้หนังสือรับรองการตายมาตั้งแต่ยุคของ ICD-7 ในราวปี พ.ศ. 2506 จนถึงปัจจุบันใช้หนังสือรับรองการตายตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน ICD-10 แต่ไม่เคยมีการอธิบายวิธีการกรอกหนังสือรับรองการตายที่ถูกต้องให้กับแพทย์เลย แม้แต่ในหนังสือคู่มือปฏิบัติงานและจัดทำระเบียบรายงานของกองสถิติสาธารณสุข ปี 2532 ปัจจุบัน คือ ส่วนข้อมูลและข่าวสารสาธารณสุข ก็อธิบายสั้น ๆ เพียงว่า ให้เขียนสาเหตุการตายลงในส่วนหลังของ รง.501, 502, 503 เท่านั้น (กองสถิติสาธารณสุข, 2532) แม้เคยมีความพยายามที่จะเขียนคำอธิบายเพิ่มเติมในส่วนนี้ โดย นพ.ชวช จายนิยะโยธิน ในปี พ.ศ. 2538 ก็ตาม แต่ก็ไม่ได้มีการจัดพิมพ์และเผยแพร่ออกไปให้แพทย์ทั่วไปได้รับทราบและถือปฏิบัติ

สำหรับกลุ่มโรคที่ระบุในบัญชีการจำแนกโรค(ICD-10) ที่ใช้ในปัจจุบันประกอบด้วย 21 กลุ่มโรค ดังนี้

กลุ่มที่	รหัสโรคตาม ICD 10	กลุ่มโรค
1	A00 - B99	โรคติดเชื้อและปรสิตบางชนิด
2	C00 - D48	โรคนื้องอก
3	D50 - D89	โรคเลือด อวัยวะที่สร้างเลือดและความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันบางชนิด
4	E00 - E99	โรคต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตะบอลิซึม
5	F00 - F99	โรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรม
6	G00 - G99	โรกระบบประสาท
7	H00 - H59	โรคของตาและส่วนประกอบของตา
8	H60 - H95	โรคของหูและปุ่มกกหู
9	I00 - I99	โรกระบบไหลเวียนโลหิต
10	J00 - J99	โรกระบบหายใจ
11	K00 - K99	โรกระบบย่อยอาหาร
12	L00 - L99	โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง
13	M00 - M99	โรกระบบกล้ามเนื้อ ร่วมโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน
14	N00 - N99	โรกระบบสืบพันธุ์และปัสสาวะ
15	O00 - O99	การตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอด
16	P00 - P96	ภาวะบางอย่างที่เกิดในระยะปริกำเนิด
17	Q00 - Q99	ความผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิดและโครโมโซมผิดปกติ

กลุ่มที่	รหัสโรคตาม ICD 10	กลุ่มโรค
18	R00 - R99	อาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิก
19	S00 - T98	การบาดเจ็บการเป็นพิษและผลติดตามจากเหตุภายนอก
20	V01 - Y98	สาเหตุภายนอกของการป่วยและตาย
21	Z00 - Z99	ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสถานะสุขภาพ และเข้ารับบริการสุขภาพ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการศึกษาสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตร ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษา ได้แก่ การศึกษาของอุไรวรรณ ต้นทอริยะ (2538) ศึกษาการตายจากมรณบัตรปี พ.ศ. 2536-2537 พบว่าในปี พ.ศ. 2536 อัตราตายของประชากรจังหวัดพังงา 3.1 ต่อประชากรพันคน ต่ำกว่าอัตราตายของประเทศ (4.9) อัตราการตาย 4.3 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ก็ต่ำกว่าของประเทศ (7.4) เช่นกัน สาเหตุการตายจากมรณบัตรสูงสุดคือ ชรา(1.26 ต่อประชากรพันคน) รองลงมาคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด (0.46 ต่อประชากรพันคน) ซึ่งในกลุ่มที่ตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 100 รายนี้ ระบุเป็นสาเหตุจากระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว 46 ราย โรคหัวใจวาย 30 ราย โรคความดันโลหิตสูง และเส้นเลือดในสมองแตก อย่างละ 7 ราย ไม่ระบุ 4 ราย โรคกล้ามเนื้อหัวใจและหัวใจพิการ อย่างละ 2 ราย โรคลิ้นหัวใจรั่วกับหัวใจโต อย่างละ 1 ราย ซึ่งจะเห็นว่าสาเหตุจากโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้นแท้ที่จริงเป็นการระบุรูปแบบการตายถึง 76 ราย (ร้อยละ 76) ส่วนสาเหตุของทารกตายนั้นเกิดจากโรคปอดบวม และ คลอดก่อนกำหนด มากที่สุด (อย่างละ 3 จาก 16 ราย) รองลงมาคือ ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว ใช้ไม่ทราบสาเหตุ และ หอบ (อย่างละ 2 ราย จาก 16 ราย) อายุคาดคะเนของประชากรจังหวัดพังงาที่เกิดในปี พ.ศ. 2536 และ 2537 คือ 80.99 และ 81.57 ปี ตามลำดับ เพศหญิงสูงกว่าชายประมาณ 3 ปี

การศึกษาของอีก 2 จังหวัดคือ จังหวัดภูเก็ต โดย มลทิรา ณ พัทลุง และคณะ ใช้มรณบัตรเป็นแหล่งข้อมูลที่ศึกษาเช่นกัน พบว่า อัตราตายของประชากรจังหวัดภูเก็ตในปี พ.ศ. 2538 เป็น 5.09 ต่อประชากรพันคน เพศชายตายสูงกว่าหญิงในทุกกลุ่มอายุ อัตราการตาย 5.37 ต่อการเกิดมีชีพพันคน สาเหตุการตายสูงสุด 5 อันดับแรกคือ โรกระบบไหลเวียนโลหิต อุบัติเหตุอื่นๆ โรกระบบทางเดินหายใจ อุบัติเหตุขนส่ง และโรคมะเร็งทุกชนิด อายุขัยเฉลี่ยของชาวจังหวัดภูเก็ต

เป็น 62.75 ปี หญิงสูงกว่าชายถึง 11 ปี (หญิง 68.80 ปี ชาย 57.46 ปี) อีกจังหวัดหนึ่งที่สนใจข้อมูล การตายคือ จังหวัดสมุทรปราการ โดย ทิพาภรณ์ สังขพันธ์ (2539) เก็บข้อมูลจากมรณบัตร พบ อัตราตาย 3.9 ต่อประชากรพันคน ใกล้เคียงกับอัตราตายของประเทศ ชายตายมากกว่าหญิงในเกือบ ทุกกลุ่มอายุ อัตราการตาย 12.49 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ซึ่งต่ำกว่าของประเทศ (30.8) กลุ่มที่ เสียชีวิตทั้งหมดร้อยละ 75.6 เคยเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลแพทย์แผนปัจจุบันก่อนเสียชีวิต สาเหตุการตายที่สำคัญคือ โรคหัวใจ รองลงมาคือ อุบัติเหตุขนส่ง โรคความดันเลือดสูงและหลอดเลือด ในสมอง โรคมะเร็งทุกชนิด และโรคติดเชื้อ ตามลำดับ ส่วนสาเหตุการตายในทารกมากที่สุด คือ การติดเชื้อในกระแสเลือด รองลงมาคือ โรคท้องร่วง พิการแต่กำเนิด และ อุบัติเหตุจมน้ำ อายุขัยเฉลี่ยของประชากรจังหวัดสมุทรปราการ 72.4 ปี หญิงสูงกว่าชาย 8 ปี (หญิง 76.57 ปี ชาย 68.82 ปี)

สำหรับการศึกษาที่ใช้ข้อมูลจากรายงานมรณบัตรเป็นข้อมูลทุติยภูมิของ หทัย สิงห์สง่า และคณะ (2537) ได้ศึกษาความถูกต้องของสาเหตุการตายจากมรณบัตร ในเขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2537 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยการสอบถามข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับ ประชากรอำเภอน้ำพองที่ตายในปี พ.ศ. 2537 โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากมรณบัตรของ ประชากรที่เสียชีวิตที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอน้ำพอง ขนาดตัวอย่าง 115 ราย จากจำนวนผู้เสียชีวิต 394 ราย ครอบคลุมพื้นที่ 61 หมู่บ้าน ใน 12 ตำบล การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสอบถามบุคคลที่ทราบ อาการของผู้ตายก่อนเสียชีวิตมากที่สุด โดยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากคู่มือสอบสวนสาเหตุ การตายของกองสภิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เก็บข้อมูลทั้งสิ้น 93 ราย รวมข้อมูลผู้ตายที่มีหนังสือรับรองการตายซึ่งออกโดยแพทย์ หรือโรงพยาบาล จำนวน 13 ราย เป็น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 106 ราย ผลการวิจัยพบว่าสาเหตุการตายจากการสอบสวนโดยใช้แบบ สอบถามมีกลุ่มโรคตรงกับในมรณบัตรเพียง ร้อยละ 59.43 โดย 5 อันดับแรกที่ได้จากมรณบัตร คือ ชรา โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคเนื้องอก และกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่มีอาการหรืออาการแสดง ชัดเจน แต่จากการสอบสวนการตาย พบว่า 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคเนื้องอก โรคทางเดินหายใจ ชรา โรคหัวใจ และกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่มีอาการหรืออาการแสดงชัดเจน ตามลำดับ กลุ่มที่ถูกต้องมากที่สุดโดยไม่นับอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ คือกลุ่มโรคเนื้องอก ส่วนกลุ่มที่ถูกต้องน้อยที่สุด คือกลุ่ม ชราภาพ และเป็นที่น่าสนใจว่า มรณบัตรของผู้ตาย เพศชายมีความถูกต้องมากกว่าของเพศหญิง กลุ่มอาชีพชาวนาและรับจ้างมีความถูกต้องน้อยกว่ากลุ่มอาชีพอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรพีญ ชูประภาวรรณ เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขามและคณะ (2543) ได้ศึกษาสาเหตุการตายใน ประเทศไทย ระยะที่ 1 จำนวน 5 จังหวัด ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น นครศรีธรรมราช นครสวรรค์ น่าน และ ระนอง และกรุงเทพมหานคร 4 เขต บางเขน สายไหม ดอนเมืองและหลักสี่ ใน

ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 มิถุนายน 2541 ศึกษาจากประชากรที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัด ตัวอย่างที่คัดเลือก และมีญาติ พี่น้องหรือคนรู้จักที่สามารถให้ข้อมูลได้ จำนวน 22,650 คน เป็น การศึกษาแบบ Retrospective Population-based Study จากผลการศึกษาพบว่าการระบุสาเหตุ การตายในมรณบัตรเปรียบเทียบกับการศึกษาโดยการสืบสวนย้อนหลัง มีความสอดคล้องกันเพียง ร้อยละ 25.5 เท่านั้น โดยสาเหตุการตายที่มีความสอดคล้องกันมากที่สุด คือ ชราภาพและอาการ ต่าง ๆ ร้อยละ 44.5 รองลงมาคือมะเร็งทุกชนิด ร้อยละ 16.0 ส่วนสาเหตุการตายที่สอดคล้องกัน น้อยที่สุดคือการติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์ ร้อยละ 1.6 หากเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษา กับข้อมูลจากมรณบัตรจะพบว่า โรคมะเร็งและเนื้องอกพบมากกว่าที่รายงานในมรณบัตร 1.6 เท่า โรคระบบไหลเวียนเลือดพบมากกว่าที่รายงานในมรณบัตรเล็กน้อย แต่แตกต่างกันในเรื่องประเภท ของโรค กล่าวคือ รายงานในมรณบัตรส่วนใหญ่เป็นหัวใจล้มเหลว/หัวใจวาย ในขณะที่การศึกษา พบโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ส่วนโรคหัวใจรูมาติคส์ที่ศึกษา พบสูงกว่าในมรณบัตรถึง 6 เท่า โรคติดเชื้อพบมากกว่ารายงานในมรณบัตร 2.9 เท่า โดยเฉพาะ การติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในการศึกษาพบมากกว่าที่รายงานในมรณบัตรถึง 9 เท่า (ร้อยละ 9.6 เทียบกับ ร้อยละ 0.9) พบวัณโรคมากกว่าในมรณบัตร 2.2 เท่า การตายจากสาเหตุภายนอก พบมากกว่าในมรณบัตร 1.3 เท่า โดยที่เป็นอุบัติเหตุจากรถ มากกว่ากลุ่มอื่น และรายงานมากกว่า มรณบัตรเกือบ 2 เท่า เช่นเดียวกันกับจากสาเหตุอื่นคือ ฆาตกรรม ฆ่าตัวตาย จมน้ำ หกล้ม ก็พบ มากกว่าในมรณบัตร และสอดคล้องกับการศึกษาของปริยานุช เจริญเหล่า (2543) ได้ศึกษาความ ถูกต้องของสาเหตุการตายที่ระบุไว้ในมรณบัตร รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ใกล้ชิดผู้ตายและ ข้อมูลการเจ็บป่วยที่บันทึกไว้ในโรงพยาบาลทุกราย ระหว่างเดือน มกราคม ถึง ธันวาคม 2542 ใน เขตกิ่งอำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา จำนวนทั้งสิ้น 229 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวินิจฉัยสาเหตุ การตายโดยคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ความถูกต้องของสาเหตุการตาย เปรียบเทียบระหว่าง สาเหตุการตายที่สรุปได้จากผู้ใกล้ชิดและข้อมูลการเจ็บป่วยที่บันทึกไว้ในโรงพยาบาลกับสาเหตุ การตายที่ระบุไว้ในมรณบัตร โดยใช้ข้อสรุปจากคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า โรคที่ระบุไว้ว่าเป็นสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตร สูง 3 อันดับแรกคือ ชรา ร้อยละ 28.4 โรคหัวใจ ร้อยละ 13.5 และ โรค เอดส์ ร้อยละ 9.9 แต่สาเหตุการตายที่สรุปได้โดยคณะแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ 3 อันดับแรก คือโรคเอดส์ ร้อยละ 35.4 โรคมะเร็งทุกชนิด ร้อยละ 12.2 และ ชรา ร้อยละ 10.2 สาเหตุการตายที่มีความไวสูง คือ ชรา ร้อยละ 91.7 โรคหัวใจ ร้อยละ 60 โรคไตวาย และอุบัติเหตุทุกชนิด ร้อยละ 57.1 สาเหตุการตายที่มีความจำเพาะสูง ได้แก่การตายจากอุบัติเหตุ ทุกชนิด ร้อยละ 100.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 99.5 โรคเอดส์ ร้อยละ 99.3 ความตรงกันในความ ถูกต้องของสาเหตุการตายในมรณบัตรกับสาเหตุการตายที่สรุปได้จากคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ใน

ภาพรวม ตามรหัส ICD-10 เท่ากับร้อยละ 47.16 โดยมีความสอดคล้องต่ำ ($kappa = 0.38, p < 0.001$) โรคที่มีความสอดคล้องกัน 3 อันดับแรก คืออุบัติเหตุทุกชนิด ($kappa = 0.71, p < 0.001$) โรคไตวาย ($kappa = 0.60, p < 0.001$) และโรคมะเร็ง ($kappa = 0.57, p < 0.001$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตรงกันของสาเหตุการตายจากรายงานมรณบัตร กับสาเหตุการตายที่สรุปได้จากคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ประวัติการรักษาพยาบาล สถานที่เสียชีวิต พฤติกรรมที่ตาย และผู้แจ้งตาย ส่วนการศึกษาของ ชัยนัครินทร์ ปทุมานนท์ ชไมพร ทวีขศรี และ ภาคภูมิ ธาวงค์ (2542) ได้ศึกษาความถูกต้องของรายงานสาเหตุการตายด้วยโรคเอดส์ในมรณบัตร (descriptive cross-sectional study) ในพื้นที่ 4 ตำบล อำเภอ แม่วัง จังหวัดเชียงใหม่ โดยการรวบรวมข้อมูลการตายจากรมณบัตร ตั้งแต่ ตุลาคม 2539 ถึง กันยายน 2541 และเก็บข้อมูลประวัติ อาการ และลักษณะการเจ็บป่วยก่อนเสียชีวิต จากคำบอกเล่าของญาติสนิท โดยใช้แบบสัมภาษณ์เจาะลึก นำข้อมูลทบทวน สรุป และลงความเห็นสาเหตุการตายโดยคณะแพทย์ วิเคราะห์ความสมบูรณ์และความถูกต้องเปรียบเทียบกับสาเหตุการตายที่ระบุไว้ในมรณบัตร พบว่าสาเหตุการตายที่จำแนกตามกลุ่มโรคต่าง ๆ ในมรณบัตร รายงานว่าเป็นโรคเอดส์ 42 ราย ร้อยละ 20.9 ส่วนสาเหตุการตายที่จำแนกตามกลุ่มอายุต่าง ๆ โดยการลงความเห็นของคณะแพทย์ รายงานว่าเป็นโรคเอดส์ 64 ราย ร้อยละ 31.8 ความถูกต้องของการรายงานสาเหตุการตายด้วยโรคเอดส์ เท่ากับ ร้อยละ 89.1 ($kappa = 0.72$) โดยมีความไว เท่ากับ 65.6 และความจำเพาะ เท่ากับ 100 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ 22 ราย ร้อยละ 34.4 ที่ลงบันทึกในมรณบัตรว่าเป็นโรคระบบอื่น ได้แก่โรคระบบไหลเวียนโลหิต 1 ราย ร้อยละ 4.6 โรคระบบทางเดินหายใจ 8 ราย ร้อยละ 36.4 โรคระบบประสาทและสมอง 1 ราย ร้อยละ 4.6 โรคระบบทางเดินอาหาร 3 ราย ร้อยละ 13.6 โรคระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ราย ร้อยละ 4.6 โรคภูมิแพ้ 5 ราย ร้อยละ 22.7 และ ฆ่าตัวตาย 3 ราย ร้อยละ 13.6 นอกจากนี้ยังพบว่า ความสอดคล้องของสาเหตุการตาย ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ เพศผู้ตาย สถานที่ตาย เวลาตาย และผู้แจ้งการตาย สาเหตุความไม่สอดคล้องส่วนหนึ่งอาจเกิดจากปัจจัยทางสังคม เช่น การที่การตายด้วยโรคเอดส์ยังไม่เป็นที่ยอมรับกันโดยเปิดเผยในสังคมที่ทำการศึกษา ดังนั้นความครบถ้วนถูกต้องของรายงานสาเหตุการตายด้วยโรคเอดส์ในมรณบัตร ยังเป็นปัญหาด้านข้อมูลข่าวสารของประเทศ

นอกจากนี้ สุรสิงห์ วิสสุตรัตน ประเวช ดันดิพัฒน์สกุล และ ศรีเกษ ัญญาวินิชกุล (2542) ได้ศึกษาปัจจัยอันดับแรกที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ จากรายงานมรณบัตร เพื่อค้นหาคุณลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ญาติผู้เสียชีวิต ประชากรที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่ฆ่าตัวตายในระยะเวลา 1 ปี (พฤษภาคม 2539 ถึง เมษายน 2540) จากรายงานมรณบัตร และจำนวนที่เพิ่มเติมจากรายงานของสถานีอนามัยรวมทั้งสิ้น 369 ราย ในการศึกษาครั้งนี้สามารถเก็บข้อมูลได้ 241 ราย ร้อยละ 65.3 ผลการศึกษา

พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยูในช่วงอายุระหว่าง 25 - 44 ปี เพศชาย ร้อยละ 88.0 วิธีการฆ่าตัวตายที่นิยมปฏิบัติคือ กินสารพิษ(สารเคมีเกษตร) และแขวนคอ ร้อยละ 48.1 และ 45.6 ตามลำดับ สาเหตุที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายมักเกิดจากปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจฆ่าตัวตายเป็นปัจจัยอันดับหนึ่ง ร้อยละ 29.4 รองลงมาคือ การคิดสุราร้อยละ 18.7 และ โรคเรื้อรัง ร้อยละ 17.8 และ การเปรียบเทียบอัตราฆ่าตัวตายของจังหวัดเชียงใหม่กับจังหวัดอื่น ๆ ทั่วประเทศนั้นพบว่าในปี 2539 อัตราการฆ่าตัวตายของจังหวัดเชียงใหม่เท่ากับ 24.12 ต่อประชากรแสนคน เป็นอันดับ 2 ของประเทศ ส่วนในปี 2540 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 27.79 ต่อประชากรแสนคน เป็นอันดับที่ 1 ของประเทศ

สำหรับการศึกษาข้อมูลการตายในกลุ่มอาชีพเฉพาะนั้น นอกจากแพทย์แล้ว ก็มีการศึกษาภาวะการตายของสมาชิกฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนสมาชิกคุรุสภา (ช.พ.ค.) ของจักรวรรดิระกูล (2540) โดยศึกษาสมาชิก ช.พ.ค. ทุกรายที่ถึงแก่กรรมตามประกาศ ช.พ.ค. ในช่วงปี พ.ศ. 2536-2538 ทั้งหมด 9,348 ราย เป็นชายมากกว่าหญิง 3 เท่า อายุเฉลี่ย 59.97 ปี ชาย 61.22 ปี และหญิง 55.57 ปี สาเหตุการตายสูง 5 อันดับแรกคือ ชรา หัวใจล้มเหลว การหายใจล้มเหลว อุบัติเหตุ และ หัวใจวาย ในกลุ่มที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง เป็นจากมะเร็งตับมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งปอด นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาในจังหวัดขอนแก่น โดย Eiji และคณะ ศึกษาข้อมูลผู้เสียชีวิตระหว่างเดือนมกราคม และ มิถุนายน ของปี พ.ศ. 2539 มีรายงานการตายในช่วง 2 เดือนนี้จำนวน 1,632 ราย เป็นชาย 976 ราย หญิง 619 ราย และไม่ทราบเพศ 37 ราย ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ อายุเฉลี่ย 53.9 ปี เพศชายที่ตายมีอายุน้อยกว่าเพศหญิงถึง 10 ปี (49.7 ปี และ 60.6 ปี ตามลำดับ) เสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 62.4 ที่โรงพยาบาลร้อยละ 33.7 พบว่าจำนวน 974 รายเข้ารับการรักษาก่อนเสียชีวิต

การศึกษาข้อมูลจากรายงานมรณบัตร อีกกรณีหนึ่งคือศึกษาเปรียบเทียบกับข้อมูลแหล่งอื่น เช่น การศึกษาของอารีย์ พรหมไม้ และฟิลิป เกสต์ (2539) ได้ศึกษาปัจจัยกำหนดการรายงานข้อมูลการตาย โดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ส่วน ส่วนแรก เป็นการศึกษาประเมินคุณภาพของข้อมูลการตายจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ โดยเปรียบเทียบระดับการตายของทารก ข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งข้อมูลสำคัญที่ใช้ในประเทศได้แก่ ข้อมูลจากระบบทะเบียนราษฎร ในส่วนที่รวบรวมเป็นสถิติสาธารณสุขเป็นข้อมูลที่ทันสมัยและจำแนกเป็นรายจังหวัด แหล่งที่สอง เป็นข้อมูลการตายจากการสำรวจสุขภาพโดยเร่งด่วน ซึ่งรวบรวมโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขริเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 แหล่งที่สาม เป็นการสำรวจและสำมะโนประชากร โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และแหล่งที่สี่ เป็นข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติ ส่วนที่ 2 เป็นการศึกษากระบวนการแจ้งตายและความคิดเห็นของประชาชน ต่อการแจ้งตายโดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพ (การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก) ในสองหมู่บ้าน อำเภอัญญาคีรี จังหวัดขอนแก่น

ผู้เข้าร่วมสนทนาเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่กฎหมายระบุให้ทำหน้าที่แจ้งตาย เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบทะเบียนในแต่ละหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลจากสถิติชีพมีอัตราตายของทารกต่ำที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจระดับชาติ สำมะโนประชากร และการสำรวจโดยเร่งด่วน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของสถิติที่คาดว่ามีการตรวจงานการแจ้งตาย ระบบการแจ้งตายในชุมชนนั้นมีมานานและเป็นที่รู้จักของคนในชุมชนเป็นอย่างดี สำหรับปัจจัยที่กำหนดคุณภาพของข้อมูลการตายนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับทั้งผู้แจ้ง ผู้รับแจ้ง ตลอดจนระบบการแจ้งตาย ซึ่งการปรับปรุงคุณภาพของข้อมูลการตายควรจะได้พิจารณาปัจจัยดังกล่าว

สำหรับการศึกษาในเรื่องกลุ่มอายุของผู้ตาย จากรายงานมรณบัตร ได้มีการศึกษาของ นฤมล ศิดารักษ์ และ รศ.ชงยุทธ ขจรธรรม (2539) ได้ศึกษาแนวโน้มของอัตราการตายโดยแยกตามกลุ่มอายุ เพศ และภาค พ.ศ. 2524 - 2535 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลอัตราการตาย (mortality profile) เพื่อดูสาเหตุการตายและแนวโน้มที่สำคัญในระยะ 12 ปี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิของรายงานการตายจากมรณบัตร ที่รายงานให้ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (รายงาน 517/2) จำแนกสาเหตุการตายตาม ICD 9 จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุตั้งแต่ปี 2524 - 2535 และรวบรวมข้อมูลประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศในช่วงเวลาเดียวกันจากสถาบันประชากร เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการปรับมาตรฐาน (standardization) จากการศึกษาพบว่า แนวโน้มของอัตราการตายของคนไทยในภาพรวมค่อนข้างคงที่ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยนับจาก พ.ศ. 2528 เป็นต้นมา โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 14 - 39 ปี ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีสาเหตุสำคัญคือ อุบัติเหตุโดยเฉพาะจากการขนส่ง และจากมะเร็ง ซึ่งข้อมูลจากอัตราการตายอย่างหยาบ (crude death rate) ไม่สามารถแสดงข้อมูลเหล่านี้ได้ ชัดเจนพอ เพราะไม่คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศมีงานวิจัยของ Kircher, T., Nelson, J. and Burdo, H. (1985) ได้ทำการศึกษาเรื่องการชันสูตรศพเพิ่มเติม ความถูกต้องของมรณบัตรในสหรัฐอเมริกา โดยการสุ่มตัวอย่างการตายที่มีการชันสูตรศพ จำนวน 280 ราย เก็บข้อมูลได้ จำนวน 272 ราย ร้อยละ 97.1 ในเมืองคอนเนตทิคัต พบความสอดคล้องระหว่างมรณบัตรและการชันสูตรศพ ร้อยละ 71.0 สาเหตุจากมะเร็งมีความสอดคล้องมากที่สุด มีความไว ร้อยละ 87 และ Positive Predictive Value ร้อยละ 85 ส่วนโรกระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินหายใจ มีอัตราความไม่สอดคล้องสูงที่สุด และ ใน 2 ปีต่อมา Rosenberg, H.M. (1989) ได้มีการศึกษาการปรับปรุงสถิติสาเหตุการตาย ในสหรัฐอเมริกา ในปี 1987 โดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้เสียชีวิต 6 ราย ทดสอบกับแพทย์ฝึกหัด 12 คน แพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ 21 คน และนักศึกษาแพทย์ ปีสุดท้าย 35 คน เปรียบเทียบสาเหตุการตายที่แพทย์ 3 กลุ่มนี้ ลงสาเหตุการตายที่แท้จริง พบอัตราความ

ถูกต้องของการลงสาเหตุการตายโดยแพทย์ฝึกหัด ร้อยละ 56.9 แพทย์ประจำบ้าน ร้อยละ 56 และนักศึกษาแพทย์ ร้อยละ 55.7 แปรปรวนไปตามลักษณะการตายระหว่าง ร้อยละ 15-99

จากข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีความคลาดเคลื่อนของการระบุสาเหตุการตายที่คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงมาก ซึ่งส่งผลให้การใช้ข้อมูลประกอบการวางแผน เพื่อกำหนดนโยบายในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ไม่ถูกต้องตามปัญหาที่แท้จริง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาความถูกต้องของการรายงานสาเหตุการตายจากมรณบัตร ตามเกณฑ์บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ เปรียบเทียบกับสาเหตุการตายที่สรุปได้จากญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ตาย แล้วให้คณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญวินิจฉัยสาเหตุการตาย เพื่อประโยชน์ในการวางแผน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ให้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพของปัญหาอย่างแท้จริง