

# บทที่ 1

## บทนำ



### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ข้อมูลเป็นหัวใจของการวางแผนและการกำหนดนโยบาย คุณภาพของข้อมูลส่งผลต่อการกำหนดนโยบาย การวางแผน และการปฏิบัติงาน ถ้าการวางแผนและการกำหนดนโยบายอยู่บนรากฐานของการไม่มีข้อมูลหรือข้อมูลมีปัญหาด้านคุณภาพอาจเป็นผลเสียต่อการใช้ทรัพยากรและการกระจายทรัพยากร ท้ายที่สุดอาจทำให้ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ด้านประสิทธิภาพและความเท่าเทียมกันในสังคม<sup>5</sup>

เวชระเบียนในโรงพยาบาลมีความสำคัญมาก เป็นสิ่งที่ใช้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจรักษาในโรงพยาบาล เพื่อประโยชน์ในการใช้ข้อมูลเพื่อรักษาผู้ป่วยคราวต่อไป เป็นเอกสารที่ยืนยันการวินิจฉัยโรค การตรวจพิเศษ การรักษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาล จึงเป็นเอกสารสำคัญมีคุณค่าแก่บุคคลอื่น ๆ ที่ต้องการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ต่อไป<sup>18</sup>

คุณภาพที่ดีของเวชระเบียนมีความสำคัญมาก เพราะข้อมูลที่ดีเป็นที่ต้องการของบุคลากรหลายกลุ่ม เช่น แพทย์ พยาบาล ใช้ข้อมูลเพื่อการสื่อสาร ส่งต่อผู้ป่วย กองทุนประกันสังคม ประกันสุขภาพ ประกันชีวิต ต้องการข้อมูลที่ดีเพื่อจ่ายค่ารักษาให้โรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสถิติแห่งชาติใช้ข้อมูลในการจัดทำสถิติเพื่อวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนและที่สำคัญการทำให้คุณภาพข้อมูลดี คือ มีการบริหารจัดการที่ดี วางระบบดียอมทำงานง่ายขึ้น ปัญหาที่พบในหลายๆประเทศ คือ เวชระเบียนผู้ป่วยในไม่ครบถ้วนซึ่งจะมีผลต่อการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล และการใช้ข้อมูลในการวางแผนต่างๆอาจผิดพลาดได้

การตรวจสอบคุณภาพของเวชระเบียนถือเป็นส่วนหนึ่งในการควบคุมคุณภาพเวชระเบียน โดยเป็นระบบตรวจสอบและวิเคราะห์เวชระเบียนเชิงคุณภาพ ซึ่งจะสะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยผ่านมุมมองของทีมผู้ให้บริการ เทียบกับมุมมองของผู้ตรวจสอบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่ดี

ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดสถานะสุขภาพ ที่เรียกว่า DALYs (Disability Adjusted Life Years ) ซึ่งได้รวมเอาการประเมินความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันสมควร (Premature Death) กับความพิการหรือทุพพลภาพจากการเจ็บป่วยเข้าด้วยกันทำให้การจัดลำดับภาระโรครมีความง่ายและเปรียบเทียบกันระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆมากขึ้น<sup>20</sup> และเพื่อเพิ่มคุณภาพของข้อมูล จึงมีความพยายามที่จะปรับปรุงแก้ไขข้อมูลการเจ็บป่วยและการตาย โดยเฉพาะสาเหตุการตาย เพื่อการวางแผนสาธารณสุขได้ถูกต้องสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เป็นจริงของประเทศ

นักวิชาการของประเทศไทยและผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกได้พยายามปรับความเชื่อมโยงระหว่างระบบรายงานในทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย กับระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การจัดทำคู่มือเขียนหนังสือรับรองการตาย<sup>5</sup> การจัดทำคู่มือบัญชีโรคตาม ICD Revision ต่างๆเป็นภาษาไทย การอบรมเจ้าหน้าที่ในการบันทึกโรคตามบัญชีโรคเมื่อมีการเปลี่ยนจาก ICD-8 เป็น ICD-9 และ ICD-10 เพื่อให้การลงทะเบียนต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน<sup>38</sup>

ปัญหาด้านคุณภาพข้อมูลสถิติการตายของประเทศไทย คือ ความขาดตกบกพร่องล้ำสมัย จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก<sup>36</sup> ในปี พ.ศ.2542 พบว่าข้อมูลสถิติการตายมีความน่าเชื่อถือต่ำมากโดยพบว่าสาเหตุการตายคลุมเครือถึง 50 %ของข้อมูลทั้งหมด สถิติโรคที่เป็นสาเหตุการตาย 5 อันดับแรก ก็มีความผิดพลาดอย่างมาก ตั้งแต่ปี พ.ศ.2523 โรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทยคือ ระบบไหลเวียนเลือด รองลงมาเป็นการบาดเจ็บจากการจราจรและอุบัติเหตุต่างๆ ทำให้เข้าใจผิดว่าโรคหัวใจเป็นโรคที่สำคัญในการป้องกันรักษา ซึ่งมีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโรคหัวใจไม่อยู่ใน 5 ลำดับแรกของโรคที่เป็นสาเหตุการตายของคนไทย<sup>6</sup>

จากปัญหาต่างๆ เหล่านี้ปัญหาที่สำคัญที่สุดคือ ความผิดพลาดของการบันทึกสาเหตุการตาย ซึ่งสาเหตุที่สำคัญที่สุด คือ ความผิดพลาดที่เกิดจากแพทย์ผู้ทำการรับรองสาเหตุการตายซึ่งมักจะเป็นแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยจนถึงเสียชีวิต โดยบันทึกโรคที่เป็นสาเหตุการตายลงในหนังสือรับรองการตาย พบว่าแพทย์หลายคนไม่เข้าใจความหมายของสาเหตุการตายและบันทึกภาวะที่ไม่ใช่โรคลงไปในหนังสือรับรองการตาย เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว ทำให้เกิดความผิดพลาดขึ้นเป็นจำนวนมาก สาเหตุเหล่านี้เกิดจากการขาดความรู้และความเข้าใจ ดังนั้นจึงควรบอกสภาพปัญหาที่แท้จริงของคุณภาพข้อมูลการตายและหลักการรับรองสาเหตุการตายที่ถูกต้องเป็นระบบให้แก่แพทย์ทุกคนเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีในการรับรองสาเหตุการตาย<sup>19</sup>

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก และมีผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวและเสียชีวิตในโรงพยาบาลปีละ 1,500 – 2,000 ราย แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงความครบถ้วนและความสอดคล้องตรงกันของใบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยกับการลงสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายในผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ว่ามีความครบถ้วนสอดคล้องตรงกันหรือไม่ อย่างไร ดังนั้น ผู้ศึกษาเห็นควรว่าน่าจะมีการศึกษาในเรื่องนี้ เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบคุณภาพของเวชระเบียนและการลงสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายให้ถูกต้องตามกฎการลงสาเหตุการตาย ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาจากใบสรุปการจำหน่ายของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลและหนังสือรับรองการตายในปี 2546 ซึ่งมีข้อมูลครบถ้วน ทันสมัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการสรุปข้อมูลในเวชระเบียนการจำหน่ายให้ครบถ้วนและมีการลงสาเหตุการตายให้ถูกต้องตามกฎการลงสาเหตุการตาย ต่อไป

## คำถามของการวิจัย

### คำถามหลัก

การสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยกับหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และมรณบัตร ของผู้ที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ปี พ.ศ.2546 มีความครบถ้วนตรงกันหรือไม่

### คำถามรอง

การลงสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย(ทร.4/1)กับมรณบัตรของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2546 มีความถูกต้องตามกฎเกณฑ์ของการลงสาเหตุการตายหรือไม่

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความครบถ้วนสอดคล้องตรงกันของการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยกับหนังสือรับรองการตาย(ทร.4/1)และมรณบัตรของผู้ที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ.2546

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาว่าข้อมูลในการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยกับข้อมูลในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1)และมรณบัตรของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2546 มีความสอดคล้องตรงกันหรือไม่
2. เพื่อศึกษาการลงสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย(ทร.4/1)กับมรณบัตรของผู้ที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2546 ว่าถูกต้องตามกฎการลงสาเหตุการตายหรือไม่ อย่างไร

## สมมติฐานของการวิจัย

1. ข้อมูลในการสรุปการจำหน่ายและในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ของผู้ที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีความครบถ้วนสอดคล้องกัน
2. การลงสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) กับในมรณบัตรถูกต้องตามกฎการลงสาเหตุการตาย

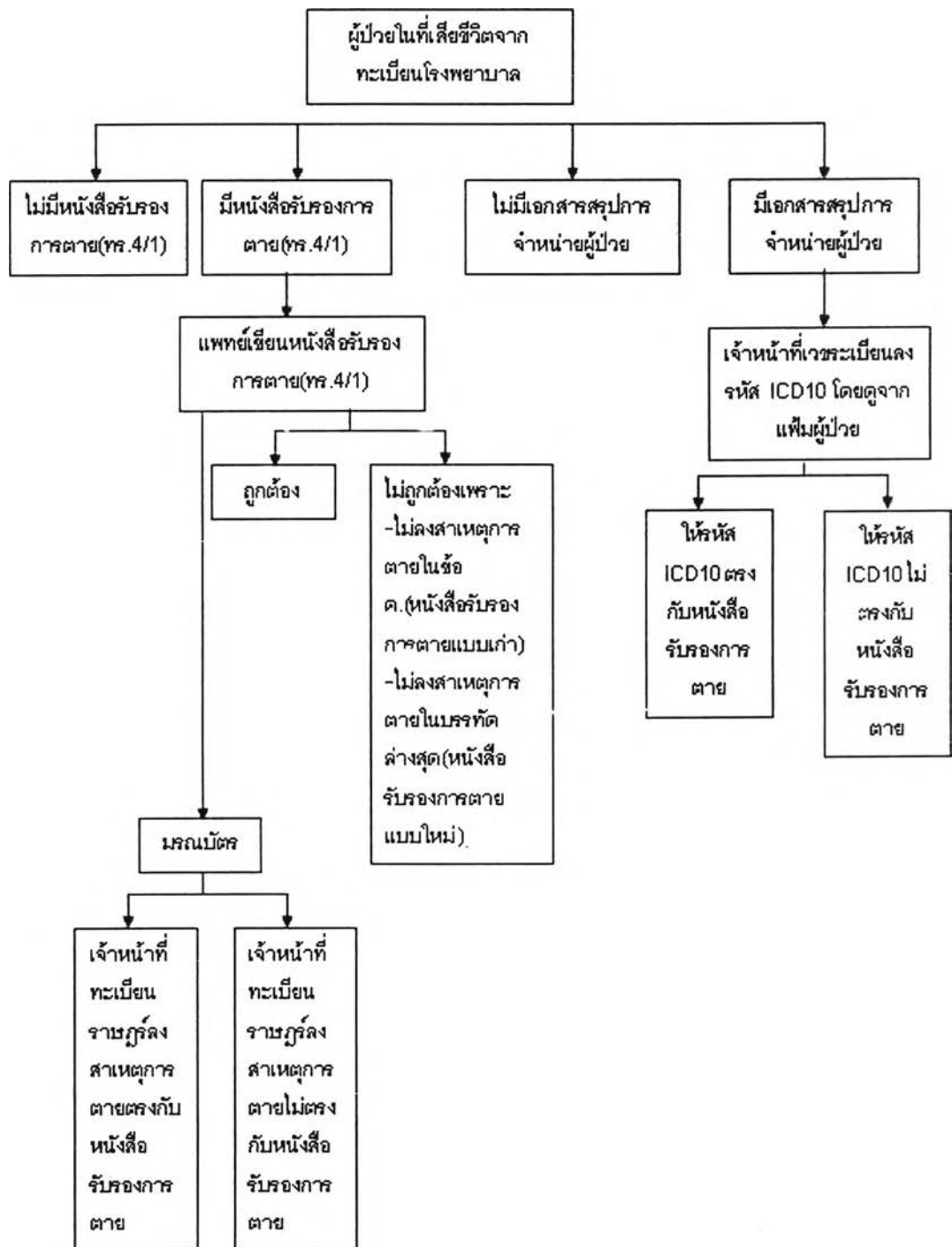
### ขอบเขตของการวิจัย

1. ข้อมูลได้จากการเก็บข้อมูลจากเอกสารสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย, หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และมรณบัตร ของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวและเสียชีวิตในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2545 – 30 กันยายน 2546 เท่านั้น ไม่นับรวมถึงผู้เสียชีวิตที่ไม่ได้ Admit
2. การตรวจสอบการลงสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย(ทร.4/1)นั้นเป็นการตรวจสอบตามกฎหมายการลงสาเหตุการตายว่าสาเหตุการตายนั้นในหนังสือรับรองการตายแบบใหม่นำมาจากบรรทัดล่างสุดและในหนังสือรับรองการตายแบบเก่านำมาจากข้อ(ค.)เหตุนำเดิมเท่านั้นไม่ได้เปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยทางการแพทย์ที่มีอยู่เดิมแต่อย่างใด

### ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะมรณบัตร, หนังสือรับรองการตาย(ทร.4/1)และเอกสารสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ.2546 ไม่ได้ทำการศึกษานหนังสือรับรองการตาย(ทร.4/1)
2. เอกสารสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยของผู้เสียชีวิตนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวกับทางนิติเวช ดังนั้น ผลสรุปของการศึกษาเป็นผลที่ได้จากหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) และเอกสารสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ.2546 เท่านั้น ไม่สามารถสรุปเป็นข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมดได้
3. การศึกษาสาเหตุการตายนั้นเนื่องจากผู้วิจัยไม่ใช่แพทย์จึงไม่สามารถพิจารณาเปลี่ยนแปลงสาเหตุการตายให้ถูกต้องได้ ผู้วิจัยจึงเพียงตรวจสอบการลงสาเหตุการตายว่าเป็นตามกฎหมายการลงสาเหตุการตายว่าสาเหตุการตายนั้นในหนังสือรับรองการตายแบบใหม่นำมาจากบรรทัดล่างสุดและในหนังสือรับรองการตายแบบเก่านำมาจากข้อ(ค.)เหตุนำเดิมหรือไม่เท่านั้นและในกรณีที่พบปัญหา ผู้วิจัยได้ขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ความครบถ้วนของข้อมูล**<sup>18</sup> หมายถึง มีรายการที่ต้องจัดเก็บครบถ้วนตามที่ผู้ใช้ข้อมูลต้องการ โดยองค์ประกอบต่าง ๆ นั้นสามารถตรวจสอบได้จากมาตรฐานระดับประเทศ ในการวิจัยนี้จะใช้เกณฑ์ของแพทยสภา ในเรื่องของการจำหน่ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาล ซึ่งข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียนประกอบด้วย

- การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้ายหรือการแยกโรค
- สรุปผลการตรวจพบและเหตุการณ์สำคัญระหว่างนอนพักรักษาตลอดจนการรักษาที่ได้รับ
- สรุปการผ่าตัดและหัตถการที่สำคัญ
- ผลจากการรักษา
- สถานภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย

**Consistency**<sup>14</sup> หมายถึง ความสอดคล้องตรงกันของข้อมูล ถ้ามีการศึกษาในเรื่องนี้หลายครั้ง ก็ยังได้ผลเช่นเดิมซึ่งในที่นี้หมายถึงความตรงกันของข้อมูลในใบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคเดียวกันกับข้อมูลในหนังสือรับรองการตายและมรณบัตร

**Discharge summary**<sup>18</sup> หมายถึง เอกสารที่แพทย์ใช้สรุปการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา สรุปการทำผ่าตัดและหัตถการที่สำคัญทั้งหมด เพื่อเป็นการทบทวนการรักษาผู้ป่วยในแต่ละครั้ง

**สาเหตุการตาย**<sup>20</sup> หมายถึง ภาวะสำคัญที่เป็นสาเหตุต้นกำเนิด ( เหตุนำเดิม ) ที่ทำให้เสียชีวิตตามเกณฑ์บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ( International Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revision:ICD-10)

**แบบฟอร์มหนังสือรับรองการตาย (Medical death certificate)**<sup>19</sup> หมายถึง เอกสารของกระทรวงมหาดไทยซึ่งจัดทำให้สถานพยาบาลใช้รับรองการตายที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล(ทร. 4/1) ที่ใช้สำหรับรับรองการตายในโรงพยาบาลเพื่อประกอบการแจ้งตายและขอมรณบัตร

**รูปแบบการตาย**<sup>20</sup> คือการบ่งบอกว่าอวัยวะใดที่สำคัญหยุดทำงานไปก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ได้แก่คำว่า Heart failure , Respiratory failure, Shock ,Severe Brain Injury ตามเกณฑ์บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ( International Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revision:ICD-10)

**มรณบัตร(Death Certificate)** หมายถึง เอกสารหลักฐานที่นายทะเบียนผู้รับแจ้งออกให้แก่ผู้แจ้งตาย เพื่อนำไปใช้แจ้งการตายในท้องถิ่นที่ผู้ตายมีภูมิลำเนาอยู่ นอกจากนี้ ยังใช้เป็นหลักฐานสำคัญเรื่องอื่น ๆ อีก เช่น การประกอบพิธีศพ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางและข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความครบถ้วน สอดคล้องของเอกสารสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยและการลงสาเหตุการตายใน หนังสือรับรองการตาย(ทร.4/1)ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลอื่นๆ ต่อไป
2. เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาปรับปรุงการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนและการลง สาเหตุการตายในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. เพื่อให้แพทย์ได้เห็นถึงความสำคัญของการสรุปใบจำหน่ายผู้ป่วยรวมถึงการลง สาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย(ทร.4/1)
4. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรได้เห็นถึงความสำคัญและเลือกลงสาเหตุการ ตายที่ถูกต้องในมรณบัตร