

การจัดการความขัดแย้งเชิงสมานฉันท์กับบริการทางการแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครและ
ปริมณฑลช่วงแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (พ.ศ. 2563 - 2564)



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาอาชญาวิทยาและงานยุติธรรม ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา
คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2566

RESTORATIVE JUSTICE AND MEDICAL SERVICES IN BANGKOK
METROPOLITAN DURING COVID-19 OUTBREAK (2563 - 2564 BC)



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts in Criminology and Criminal Justice
Department of Sociology and Anthropology
Faculty Of Political Science
Chulalongkorn University
Academic Year 2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การจัดการความขัดแย้งเชิงสมานฉันท์กับบริการทาง การแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลช่วงแพร่ ระบาดของโรคโควิด-19 (พ.ศ. 2563 - 2564)
โดย	ร.อ.ปิยะวัฒน์ เคนคำรงกุล
สาขาวิชา	อาชีวศึกษาและงานยุติธรรม
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิตียา เพชรมณี

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะรัฐศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปกรณ์ ศิริประกอบ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิตียา เพชรมณี)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์วันชัย วัฒนศัพท์)

6380093824 : MAJOR CRIMINOLOGY AND CRIMINAL JUSTICE

KEYWORD: conflict management, medical dispute, restorative justice

Piyawat Dendumrongkul : RESTORATIVE JUSTICE AND MEDICAL SERVICES
IN BANGKOK METROPOLITAN DURING COVID-19 OUTBREAK (2563 -
2564 BC). Advisor: Asst. Prof. THITIYA PETMUNEE, Ph.D.

This study explores conflict characteristics and management strategies that have not entered the primary juridical process. Conducted during the COVID-19 epidemic in tertiary care units in Bangkok and surrounding areas, the research sheds light on the potential application of restorative justice. Data collection involved questionnaires and in-depth interviews with individuals involved in medical disputes.

Analysis of 19 hospital surveys revealed that inappropriate information provision and communication problems accounted for the majority of conflict-related issues (71.5%). Notably, only minority of mediators (12.2%) had formal training in mediation or conflict management, and none were familiar with the concept of restorative justice. In-depth interviews further highlighted that conflicts were associated to clients' doubts about the service, resulting in damages and communication pitfalls, or issues related to the providers' attitudes.

Factors such as a lack of decision power, insincere mediation, unsympathetic service providers, and mismatched remedies should be considered in conflict resolutions. Successful reconciliation is linked with providing complainants with sufficient remedies and establishing successful, consistent communication. Executives are encouraged to actively participate in the management, prioritize workload considerations, facilitate skills training for mediators, and apply restorative justice principles, emphasizing a strategy focused on forgiveness.

Field of Study: Criminology and Criminal Justice Student's Signature

Academic Year: 2023 Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่อง การจัดการความขัดแย้งเชิงสมานฉันท์กับบริการทางการแพทย์ในเขต กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ช่วงแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (พ.ศ. 2563 - 2564) ฉบับนี้ ได้รับความกรุณาจากหลายท่าน

ผศ.ดร.ฐิติยา เพชรมณี อาจารย์ที่ปรึกษาที่สละเวลาแนะนำการจัดทำวิทยานิพนธ์ อ่าน ทบทวน แนะนำแนวทางปรับปรุงแก้ไขตลอดการศึกษา และเป็นแบบอย่างของอาจารย์มหาวิทยาลัยที่ มุมานะและเมตตาหลายด้าน

รศ.ดร.จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย ผู้เชี่ยวชาญกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ ประธาน กรรมการวิทยานิพนธ์ ได้อนุเคราะห์อ่านการศึกษา ซึ่งแนะนำการค้นคว้าประเด็นทางสังคมวิทยา อาชญาวิทยาหลายประการ ได้อ้างอิงเอกสารและเรียนรู้แนวคิดจากอาจารย์เป็นอย่างมาก และเป็นครูต้นแบบ ในการเผยแพร่บทความวิชาการ

ศ.นพ.วันชัย วัฒนศัพท์ อาจารย์แพทย์ผู้บุกเบิกกระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ย กรุณาเป็น กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอก เป็นวิทยากรอบรมหลักสูตรเจรจาไกล่เกลี่ยตามพรบ.การไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ.2562 ร่วมแนะนำการปรับปรุงและเสนอแนะการศึกษาต่อยอดในกระบวนการเชิงสมานฉันท์ในอนาคต

ขอขอบคุณผู้ประสานงาน คุณจามิกร แคนารี เจ้าหน้าที่ประจำหลักสูตรอาชญาวิทยาและงานยุติธรรมที่ช่วยดำเนินงานด้านเอกสารและให้กำลังใจนักศึกษา คุณจุฑามาศ เลขานุการของอาจารย์ วันชัย ที่ช่วยเหลือนัดหมายและประสานงาน รวมทั้งคุณปรัชญา เจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี ที่ช่วยเหลือเรื่องการสำเนาเอกสาร ประสานหน่วยงานของรามาธิบดีและส่งรับพัสดุแบบสอบถามการวิจัย

รวมถึงขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลตอบกลับแบบสอบถาม 19 แห่ง ผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้ง 3 ท่าน และผู้ได้รับความเสียหาย 3 ท่าน ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก ที่สละเวลาให้ผู้ที่ศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อเรียนรู้ครั้งนี้

ปิยะวัฒน์ เคนดำรงกุล

สารบัญ

	หน้า
.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	9
1.3 คำถามวิจัย.....	10
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	10
1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา.....	10
1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่	11
1.4.3 ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูลสำคัญ.....	11
1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	12
1.5.1 นิยามศัพท์ทั่วไป.....	12
1.5.2 นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ	13
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	15
2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้ง (Conflict model).....	16
2.1.1 ความหมายของความขัดแย้ง	16

2.1.2 แหล่งของความขัดแย้ง.....	18
2.1.3 ประเภทของความขัดแย้ง.....	22
2.1.4 กระบวนการความขัดแย้ง.....	26
2.2 แนวคิดเวชจริยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้ง (Medical ethics)	29
2.2.1 ปฏิญาของฮิปโปเครติส และเวชจริยศาสตร์	29
2.2.2 ทุรเวชปฏิบัติ (malpractice)	32
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง (Conflict resolution model)	35
2.3.1 ทฤษฎีแนวสันติวิธีและยุติธรรมเชิงสมานฉันท์	35
2.3.2 รูปแบบของกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์	40
2.3.2 รูปแบบของการจัดการความขัดแย้ง	46
2.3.3 ทักษะของการจัดการความขัดแย้ง	49
2.4 การศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์	52
2.4.1 หลักความยินยอมรับบริการทางการแพทย์ในพหุประเทศ.....	52
2.4.2 การศึกษาการจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์ในพหุประเทศ.....	57
2.4.3 การศึกษาความขัดแย้งทางการแพทย์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19.....	64
2.5 ประเด็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์ และปัญหาการบังคับใช้ .67	
2.5.1 ประเด็นการเยียวยาโดยไม่พิสูจน์อุกฉิท ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 41 ประกอบกับ ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือ เบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2564	67
2.5.2 ประเด็นยินยอมรับบริการทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกอบกับพระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540.....	69
2.5.3 ประเด็นการพิสูจน์อุกฉิท ตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551	73
2.5.4 ประเด็นการเจรจาไกล่เกลี่ย ตามพระราชบัญญัติไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562.....	76

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	80
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย	85
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	88
3.1 วิธีดำเนินการศึกษา	88
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	89
3.2.1 เกณฑ์การนำเข้าและนำออกของผู้ให้ข้อมูลตามแบบสำรวจข้อมูล	89
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	91
3.4 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล	93
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	94
3.6 จริยธรรมของการวิจัย	95
3.6.1 ความเสี่ยงด้านความลับ	95
3.6.2 ความเสี่ยงด้านสุขภาวะอนามัย	96
บทที่ 4 ผลการศึกษาและการอภิปรายผลการศึกษา.....	97
4.1 คุณลักษณะพื้นฐานของผู้บริหารความขัดแย้ง.....	97
4.2 ลักษณะของความขัดแย้ง	102
4.3 รูปแบบการบริหารความขัดแย้งและความสำเร็จ	114
4.4 อภิปรายผลการศึกษา	126
4.4.1 ปัจจัยที่สัมพันธ์และลักษณะของความขัดแย้ง	126
4.4.2 การบริหารความขัดแย้งและกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์	130
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ	136
5.1 สรุปผลการศึกษา	137
5.1.1 ปริมาณและรูปแบบของลักษณะความขัดแย้งที่อาจนำไปสู่การฟ้องร้องเกี่ยวกับบริการ ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล	137

5.1.2 ปริมาณและรูปแบบของการบริหารความขัดแย้งของโรงพยาบาลตติยภูมิในเขต กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	139
5.1.3 การนำกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ประยุกต์ใช้กับความขัดแย้งทางการแพทย์	141
5.2 ข้อจำกัด	142
5.3 ข้อเสนอแนะ	143
5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	143
5.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ	145
5.3.3 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ	146
บรรณานุกรม	149
ภาคผนวก	154
ประวัติผู้เขียน	164



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความขัดแย้งเป็นพื้นฐานของมนุษย์ที่อยู่ร่วมกันในสังคม เนื่องจากปฏิสัมพันธ์ย่อมมีทั้งได้ประโยชน์ร่วมกัน (mutualism) อยู่ร่วมกันอย่างสงบ (commensalism) และเอาใจเอาเปรียบ (parasitism) ซึ่งรูปแบบดังกล่าวสามารถเกิดกับทุกคนได้อย่างเป็นพลวัต โดยเฉพาะเมื่อเกิดความคาดหวังกับสิ่งที่ได้รับยอมพยายามต่อสู้กับผู้อื่นเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการ ทำให้งานบริการทุกอย่างย่อมถูกคาดหวังจากผู้รับบริการ รวมทั้งการบริการทางการแพทย์ที่เป็นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่ได้รับตั้งแต่เกิดขึ้นมา

แม้ความไม่แน่นอนของสรีรวิทยาและกายภาพของมนุษย์ โดยเฉพาะกระบวนการรักษาพยาบาลที่มักมีคำกล่าวที่ว่า “ไม่มีอะไรสมบูรณ์แบบทางการแพทย์” (วิสุทธิ สัจฉเสวี, 2015) ยกตัวอย่างกรณี น้ำคร่ำอุดกั้นหลอดเลือดที่ปอด (amniotic fluid embolism) นั้นเป็นข่าวร้ายของสูติแพทย์ที่แม้ตรวจครรภ์อย่างระมัดระวังเพียงใด ก็ไม่สามารถทราบก่อนได้ (Kaur et al., 2016) อย่างไรก็ตามความเสียหายที่มากมาจากการบริการอื่น คือ ความพิการ ชีวิตของเด็กหรือมารดาเพิ่มเติมจากความคาดหวังการบริการทั่วไป ย้อนนำไปสู่ความขัดแย้งจนเกิดพฤติกรรมหลายประการของผู้ที่สูญเสีย กระบวนการหลายอย่างจึงกระทำเพื่อให้เกิดความรู้สึกได้รับความยุติธรรมของผู้เสียหายเพราะสูญเสียบุคคลที่รักไป ด้วยกลไกในปัจจุบันที่ยังไม่ได้ตอบสนองรวดเร็ว จึงเกิดผลของความขัดแย้งเป็นการแสดงออกเชิงสัญลักษณ์ เช่น การประกาศทางสื่อสังคมต่าง ๆ มักได้รับการตอบสนองทางสังคมที่รวดเร็ว และได้รับความเห็นใจในฐานะผู้เสียหายมากขึ้น แม้การ

กระทำได้กล่าวสร้างเสริมความเศร้าใจ สูญเสียเงิน เวลา และสร้างความเหนื่อยล้า แต่ส่วนหนึ่งอาจช่วยให้รู้สึกถึงความยุติธรรมขึ้นไม่มากนักน้อย ส่วนหนึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การเยียวยาทางจิตใจ เพื่อให้ผู้เสียหายรับรู้ถึงความเห็นอกเห็นใจจากการสูญเสีย (empathic understanding) เมื่อไม่ได้รับการเยียวยา และยังรู้สึกเจ็บปวดมักเกิดการแก้แค้นเอาคืน (retribution) ต่อชื่อเสียงขององค์กรหรือตัวตนของผู้ให้บริการ แต่ความเสียหายที่เกิดขึ้นมักไม่พึงประสงค์ทั้ง ให้บริการและผู้รับบริการ การกระทำในลักษณะดังกล่าว แสดงเพียง “จุดยืน” ว่าต้องการความยุติธรรมหรือให้เป็นบทเรียนเพื่อมิให้เป็นเยี่ยงอย่าง แท้จริงแล้วความต้องการที่แท้จริง หรือ “จุดสนใจ” ของผู้เสียหายมักเป็นสิ่งที่ผู้บริหารความขัดแย้งต้องทำความเข้าใจเพื่อตอบสนองให้ตรงจุด ยกตัวอย่างเช่น การชดเชยเยียวยาความเสียหาย การตอบสนองด้วยความเห็นใจต่อจิตใจ ในภาวะสูญเสีย การยอมรับความผิดพลาดที่แม้เกิดจากความไม่ตั้งใจ เป็นต้น เพราะหลักการสำคัญของการเจรจาไกล่เกลี่ยโดยคนกลางมี 4 ประการ เช่น แยกคนออกจากปัญหา พิจารณาถึงจุดสนใจและผลประโยชน์ร่วมของคู่กรณี โดยไม่มุ่งเน้นที่จุดยืน สร้างทางเลือกที่หลากหลายให้กับคู่กรณี และใช้กฎ กติกาในกระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ย เพื่อความยุติธรรม (วันชัย วัฒนศัพท์ และคณะ, 2014)

จากสถิติตั้งแต่ พ.ศ. 2539 กระทั่ง 2559 พบว่าส่วนใหญ่หรือกว่าร้อยละ 50 เป็นการรักษา และวินิจฉัยที่ผิดพลาด ส่วนสาเหตุเกี่ยวกับความตั้งใจ เช่น การไม่ใส่ใจดูแลเป็นสาเหตุที่พบน้อย และไม่พบสาเหตุที่บุคลากรการแพทย์ตั้งใจหรือหลอกลวงเพื่อกระทำให้ผู้รับบริการเสียหาย (ไทยพีบีเอส, 2561) ทำให้เกิดความสูญเสียทั้งสัมพันธภาพ แรงกาย เวลา และโอกาส ทั้งด้านบุคลากรก็มิได้เรียนรู้ระมัดระวังตนเอง และฝ่ายผู้เสียหายก็มิได้รับการเยียวยาตามที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ ดังนั้นหากเกิดรูปแบบการการเจรจาเพื่อให้เกิดยุติธรรมสมานฉันท์ (restorative justice) ที่

ควรจะเป็นมากกว่า เช่น การพูดคุยกันให้เกิดความเข้าใจ การตกลงกันผ่านคนกลางเพื่อสร้างความสมานฉันท์ (mediation) หรือการให้ความเสียหายแก่ผู้เสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ข้อถูกผิด (non-liable fault compensation) เป็นต้น เพราะหากบุคลากรการแพทย์มิได้ตั้งใจกระทำผิด หรือเกิดกระทำผิดโดยประมาทนั้นไม่สมควรถูกแก้แค้นทดแทน (retribution) ข่มขู่ยับยั้ง (deterrence) หรือตัดโอกาสการประกอบวิชาชีพในการรักษาผู้อื่นต่อ (incapacitation) เหมือนอาชญากรรมที่ต้องการให้เกิดความเสียหายเพื่อผลประโยชน์ฝ่ายตนทั่วไป นอกจากนี้กระบวนการดังกล่าวอาจเป็น “ทางออกที่ได้ผล” สะท้อนถึง “ความไม่มีทางออก” หรือ “ทางออกที่ไม่ทันใจ” ของกระบวนการยุติธรรมในมุมมองของผู้เสียหายในปัจจุบัน ส่วนหนึ่งแม้โรงพยาบาลมีศูนย์รับข้อร้องเรียนหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับเจรจาไกล่เกลี่ยความขัดแย้งทางการแพทย์ก็ตาม (ปรียากร กมุทชาติ, 2016) ประเด็นหนึ่งคือ กระบวนการส่วนใหญ่จะเกิดใน โรงพยาบาลที่เป็นคู่ขัดแย้งในเชิงให้ความเข้าใจแก่ผู้เสียหาย แต่ลักษณะตกลงกันผ่านบุคคลภายนอกนั้นกระทำกันน้อยในปัจจุบัน ส่งผลให้ผู้เสียหายเกิดข้อสงสัยใน “คนกลาง” ที่มีตำแหน่งในโรงพยาบาลคู่ขัดแย้ง จึงต้องอาศัยทักษะของผู้ทำหน้าที่เจรจาไกล่เกลี่ยมากยิ่งขึ้น (ปิยาณี รอดบำรุง, 2017) อย่างไรก็ตามแม้จะไม่มีคนกลางจากบุคคลภายนอก ปัญหาส่วนใหญ่สามารถจัดการได้จึงยังไม่มีจุดผลักดันให้เกิดระบบการแลกเปลี่ยนผู้บริหารความขัดแย้งหรือประสานงานกันอย่างเป็นระบบ และอีกประเด็นหนึ่ง คือ การเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมทางเลือกที่อาจไม่หลากหลายนัก เช่น ความรู้ความเข้าใจของผู้เสียหายต่อความช่วยเหลือโดยไม่ต้องพิสูจน์ข้อถูกผิด (non-liable fault compensation) ของกองทุนสำนักงานประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) หรือสำนักงานประกันสังคม (สปส.) ความเคยชินของการใช้พื้นที่สื่อต่าง ๆ หรือโซเชียลมีเดียเพื่อเรียกร้องสิทธิที่เชื่อว่าพึงมีพึงได้ หรือช่องทางที่ทำให้เกิดความยุติธรรมขึ้นอาจไม่ส่งผลได้อย่างทันใจ สร้างความรู้สึกว่าได้รับความเห็นอกเห็นใจได้เท่าที่ควร เป็นต้น

เหล่านี้เป็นประเด็นที่ทำทลายถึงระบบการดูแลผู้เสียหายและผู้ถูกรังเรียนจากความเสียหายทางการแพทย์ต่อไป

นอกจากการสร้างระบบการเจรจาผ่านคนกลางในกรณีขัดแย้งทางการแพทย์ และเพิ่มการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมทางเลือกขึ้นแล้ว การสร้างภาพลักษณ์ของกระบวนการใหม่ที่ประสบความสำเร็จ เช่น การเจรจาเพื่อการเยียวยาโดยไม่พิสูจน์ความถูกผิด (mediation for non-liable fault compensation) ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่เกิดความเสียหายในอนาคตราบและใช้ช่องทางดังกล่าวแทนการแค้นโรงพยาบาล ซึ่งช่วยให้เคลื่อนไปสู่เจตนารมณ์ที่แท้จริงได้มากขึ้นและสูญเสียลดลง แม้จะเห็นทางออกชัดเจนในปัจจุบัน แต่ความขัดแย้งจากการบริการทางการแพทย์ก็เกิดขึ้นนานตั้งแต่ในอดีต โดยการร้องเรียนต่อแพทยสภาในช่วง พ.ศ. 2521-2523 มีค่าเฉลี่ย 13.68 รายต่อแพทย์หมื่นคน ในขณะที่ พ.ศ. 2561-2563 มีค่าเฉลี่ย 4.47 รายต่อแพทย์หมื่นคน โดยมีบริบทที่แพทย์จำนวนเพิ่มขึ้น และคดีที่มีมูลส่วนมากลงโทษด้วยกระบวนการว่ากล่าวตักเตือน 500 ราย ใน 640 ราย แต่สถิติการฟ้องร้องทางศาลมีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 จนกระทั่งวันที่ 31 ต.ค.2559 พบว่ามีทั้งสิ้น 499 คดี แบ่งเป็นคดีแพ่ง 287 คดี คดีอาญา 41 คดี คดีผู้บริโภค 168 คดี และคดีปกครอง 3 คดี ซึ่งจากตัวเลขคดีที่ถึงที่สุดแล้ว (ชั้นฎีกา) พบว่ามีทั้งสิ้น 68 คดี กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ชนะคดี 47 คดี แพ้ 21 คดี และมีถึง 164 คดีที่เจรจาไกล่เกลี่ยได้สำเร็จ และใช้ระยะเวลายาวนาน (เอี่ยมพา กาญจนรังสิชัย, 2014) ในบางคดีฟ้องร้องกันถึงสิบปีจึงจะสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรม ทำให้เกิดกระบวนการเชิงสมานฉันท์ตามมาตรา 41 ของ พรบ.หลักประกันสุขภาพ 2545 โดยมุ่งเพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับบริการได้รับค่าเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยเป็นการช่วยเหลือเบื้องต้นในลักษณะเป็นการเยียวยา หรือบรรเทาความเดือดร้อน และในขณะเดียวกันต้องการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยให้กันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของ

เงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ เมื่อผู้ป่วยไปรับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหา ผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายในเวลาอันสมควร เริ่มต้น ดำเนินงานตั้งแต่ พ.ศ. 2547 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกประกาศเป็น ข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กระทั่งยังคง ดำเนินการถึง พ.ศ.2566 ในปีที่รายงานนี้

ตั้งแต่ปี 2547-2559 พบว่ามีผู้ที่เสียชีวิต 4,336 ราย พิการ 1,239 ราย และได้รับบาดเจ็บ 2,646 ราย โดยในจำนวนนี้เข้าเกณฑ์พิจารณาชดเชยตาม มาตรา 41 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ.2545 ทั้งสิ้น 8,221 ราย โดยกองทุนจ่ายเงินชดเชยไปแล้ว 1,343,141,313 บาท (1,343 ล้านบาท) เฉลี่ยปีละ 100 ล้านบาท ซึ่งเป็นจำนวนเงินที่สูงและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละปี จึงเสี่ยงต่อ การส่งเสริมให้เกิดกลุ่มบุคคลที่หาช่องทางทำรายได้บนความขัดแย้งที่เกิดขึ้น มีมุมมองความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นอาชญากรรมของแพทย์ที่ต้องชดใช้ ในขณะที่วิชาชีพแพทย์ที่รักษาโรคมีความ ประสงค์ให้ตัวโรคหายหรือบรรเทาลง มากกว่าเน้นบริการสิ่งต่าง ๆ เพื่อความพึงพอใจของลูกค้า เช่นเดียวกับการบริการลักษณะอื่น หรือการสร้างช่อมสิ่งต่าง ๆ ให้กลับมาสมบูรณ์แบบสัญญา รับจ้างทำของก็ไม่อาจกระทำได้นี้เนื่องจากมนุษย์มีความซับซ้อนมากกว่ากายวิภาคแบบวัตถุอื่น ๆ คือ มีสรีรวิทยา (physiology) และกระบวนการฟื้นฟูที่อาศัยความเปลี่ยนแปลงที่ไม่แน่นอนของร่างกาย ดังกล่าวจึงทำให้มีปัจจัยกวนต่าง ๆ มากมาย มีความเสื่อมของร่างกายที่ผันแปรตามเวลา นอกจากนี้ แม้ไม่พิสูจน์ถูกผิดก็ตาม ข้อจำกัดของการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นคือ ไม่สามารถชดเชยความเสียหายในพยาธิสภาพหรือข้อแทรกซ้อนอันเป็นปกติ ทำให้สภาวะทางใจที่ต้องการเยียวยายังไม่ได้

รับความช่วยเหลือ กระบวนการจัดการความขัดแย้งด้วยสันติวิธีในลักษณะอื่นจึงอาจมีบทบาทมากขึ้นเพื่อช่วยให้เยียวยา และมุมมองต่อแพทย์ในลักษณะอาชญากรที่ละเมิดต่อผู้ป่วยควรจะลดลง

การศึกษาในทวีปแอฟริกาใต้ (Nwedamutsu, 2020) ออสเตรเลีย (Rinaldi & Utomo, 2020) ประเทศจีน (M. Wang et al., 2020) และในระดับโรงพยาบาลของเตหะราน อิหร่าน (Mosadeghrad & Mojbafan, 2019) ต่างศึกษาผลจากการลดความขัดแย้งด้วยสันติวิธี และพบว่าช่วยให้ความขัดแย้งต่าง ๆ ลดลงจนสิ้นสุดก่อนเข้าสู่กระบวนการศาลยุติธรรม รวมทั้งเริ่มมีกระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ยในไทยที่เกิดจากความพยายามของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาล เกสัชกรที่เข้ามาจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล เป็นผู้ประสานและศึกษากระบวนการ (ปริยากร กมูทชาติ, 2016) แตกต่างจากในประเทศอื่น ๆ ที่มีผู้จัดการ โรงพยาบาล (hospital manager) เป็นผู้ดูแลจึงมีระบบและวิธีการจัดการที่เรียนรู้จากการปฏิบัติ รวมทั้งบริบทอื่นของไทยที่ทำให้ความสำเร็จจากกระบวนการดังกล่าวอาจมีปัจจัยที่แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ

ในลำดับถัดมา กฎหมายฉบับใหม่ที่เป็นก้าวหนึ่งของกระบวนการเยียวยาในเชิงยุติธรรม สมานันท์ คือ พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 โดยมีสาระสำคัญเป็นการกำหนดให้มีกระบวนการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทอย่างเป็นระบบ โดยการนำกระบวนการไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางแพ่งซึ่งมีทุนทรัพย์ไม่มากนัก รวมถึงข้อพิพาททางอาญาบางประเภท เพื่อให้หน่วยงานของรัฐหรือศูนย์ไกล่เกลี่ยข้อพิพาทภาคประชาชนใช้ในการยุติหรือระงับ ข้อพิพาท โดยมีเจตนารมณ์ในการลดจำนวนคดีที่ขึ้นสู่การพิจารณาของศาล เพื่อยุติข้อพิพาทตั้งแต่ต้นทาง โดยเฉพาะข้อพิพาทระหว่างคนในชุมชน สร้างความเป็นธรรมทางสังคมและเป็นกระบวนการยุติธรรมทางเลือกที่เปิดโอกาสให้คู่กรณีหรือคู่ขัดแย้งสามารถเยียวยาหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมี “ผู้ไกล่เกลี่ยข้อพิพาท” ทำหน้าที่ช่วยเหลือให้ข้อแนะนำในการไกล่เกลี่ยก่อนฟ้องแต่ไม่ใช่ผู้ชี้ขาด

ข้อพิพาท โดยลักษณะของข้อพิพาทนั้น หากเป็นข้อพิพาททางแพ่งต้องมีทุนทรัพย์ไม่มาก และกรณีที่เป็นข้อพิพาททางอาญาบางประเภทตามที่กฎหมายกำหนด (อุดมงาม เมืองสกุล, 2020) ซึ่งการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทของความเสียหายทางการแพทยนั้นเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดังกล่าว ยกเว้นแต่เกิดข้อฟ้องร้องคดีอาญาที่มักฟ้องร้องในฐานความผิดต่อร่างกาย ซึ่งหากมิใช่เหตุโทษตามมาตรา 391 ผู้ใดใช้กำลังทำร้ายผู้อื่น โดยไม่ถึงกับเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ก็ไม่สามารถกระทำได้ตามศูนย์ไกล่เกลี่ยภาคประชาชน เนื่องจากตาม พรบ.ไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 ในมาตรา 35 ประกอบมาตรา 69(3) แต่อย่างไรก็ตาม แม้ผลการไกล่เกลี่ยหลายประการจะไม่สามารถดำเนินการตามกฎหมายได้ ก่อนหน้ามี พรบ. ดังกล่าว กระบวนการเยียวยาด้วย พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และการใช้เทคนิคเจรจาด้วยสันติวิธีก็ลดปัญหาการนำข้อร้องเรียนไปฟ้องร้องต่อศาล (กิตติธร ปานเทศ, 2018)

ดังนั้นรูปแบบการจัดการความขัดแย้ง (conflict resolution) ในความขัดแย้งของบริการทางการแพทย์ ช่วงก่อนหรือหลังจากมี พรบ. ไกล่เกลี่ยข้อพิพาทอาจไม่แตกต่างกันมากนัก แต่อาจมีความหลากหลายในการจัดการตามบริบทและความถนัดของผู้ที่มีส่วนรับผิดชอบความเสียหายหรือบริหารความขัดแย้งในแต่ละโรงพยาบาล และความสำเร็จในการปฏิบัติอาจมีความแตกต่างกันด้วย ซึ่งกระบวนการดังกล่าวอาจแบ่งเป็น

- 1) การตอบรับข้อร้องเรียน (Complaint) ถือเป็นกระบวนการที่นิยมใช้เพื่อรับข้อคับข้องต่าง ๆ ของผู้เสียหาย และอาจพึงพอใจโดยมีต้องชดเชยด้วยรูปแบบต่าง ๆ
- 2) การเจรจาทันที (Negotiation) เป็นลักษณะการเจรจาที่มีบุคคลสองฝ่ายเป็นต้นไป ทำให้เกิดผลประโยชน์ร่วมของทั้งสองฝ่าย โดยต่างฝ่ายต่างมีความต้องการของตนเอง

และพยายามให้ฝ่ายของตนได้ผลประโยชน์ใกล้เคียงกับความต้องการมากที่สุดโดยอีกฝ่ายสมัครใจยินยอม

- 3) การเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลาง (Mediation) เป็นลักษณะการเจรจาที่มีบุคคลที่สามเป็นคนกลาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นกว่าผลประโยชน์ เพราะความต้องการที่แท้จริงอาจมิได้ต้องการตามสิ่งที่เรียกร้อง จึงสามารถเยียวยาได้มากกว่าการต่อรองเพื่อผลประโยชน์ ลักษณะนี้นิยมใช้ในการจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์
- 4) อนุญาโตตุลาการ (Arbitration) อนุญาโตตุลาการถือเป็นกระบวนการที่คู่กรณีตกลงกันเลือกให้บุคคลที่สามเข้ามาเป็นผู้ชี้ขาดข้อพิพาท
- 5) การฟ้องคดีต่อศาล (Court) เป็นกระบวนการที่ถูกผิดและเกิดการลงโทษคดีใช้ หรือเกิดสิทธิบางประการต่อคู่ฟ้อง มักมีความรู้สึกเป็นฝ่ายชนะหรือแพ้ จึงมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของกลุ่มมากที่สุด

ซึ่งกระบวนการทั้งสามรูปแบบแรกเป็นกระบวนการที่ศึกษาต่อไป และการขอความช่วยเหลือจากกองทุนต่าง ๆ ในรูปแบบไม่พิสูจน์ถูกผิด (non-liable compensation) จัดเป็นทางออกของกระบวนการ (outcome) แม้มิได้รับจากคู่ขัดแย้งโดยตรง ได้แก่ กองทุนจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม ก็ตาม

ข้อมูลส่วนใหญ่ของความขัดแย้งในบริการทางการแพทย์ได้จากหน่วยงานรับข้อฟ้องร้องต่าง ๆ เช่น หลังจากรับยื่นต่อแพทยสภา หรือยื่นต่อศาลยุติธรรม ซึ่งมีปริมาณน้อยกว่าความขัดแย้งที่เป็นปัญหาระดับที่นำไปสู่การฟ้องร้องในระดับโรงพยาบาล จึงมีความน่าสนใจศึกษาลักษณะและปริมาณของความขัดแย้งในปฐมภูมิ และการจัดการที่แตกต่างกันในบริบทต่าง ๆ ของระดับและประเภทของโรงพยาบาล

นอกจากนี้ในลักษณะความเปลี่ยนแปลงของการบริการทางการแพทย์จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ความต้องการรับบริการหรืออุปสงค์สูงขึ้น รวมทั้งการดูแลเป็นพิเศษเพื่อควบคุมภาวะโรคติดต่อ เช่น นโยบายรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) ความต้องการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal protective equipment, PPE) รวมทั้งความต้องการเสริมภูมิคุ้มกันต่อโรค ต่างส่งผลให้ทรัพยากรหรืออุปทานที่มีความจำกัด ส่งผลให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์และผู้รับบริการขัดแย้งกันได้โดยง่าย นอกจากนี้ยังอาจเกิดความขัดแย้งกับผู้ดูแลระบบที่จัดสรรทรัพยากรดังกล่าวร่วมด้วยเช่นกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่แตกต่างจากสถานการณ์ทั่วไปในการบริการทางการแพทย์ และมีความเป็นไปได้ว่าจะเกิดความขัดแย้งเช่นนี้ทั่วโลก ซึ่งการจัดการคลี่คลายประเด็นดังกล่าวจึงน่าเป็นตัวอย่างบริหารความขัดแย้งในสถานการณ์ไม่ปกติเช่นกัน

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาลักษณะ ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความขัดแย้งก่อนฟ้องร้อง ในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลในช่วงสถานการณ์โรคโควิด-19 (พ.ศ. 2563 – 2564)

1.2.2 เพื่อศึกษารูปแบบกระบวนการจัดการความขัดแย้งก่อนฟ้องร้องเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ในช่วงสถานการณ์โรคโควิด-19

1.2.3 เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาวิธีการนำกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ไปใช้กับความเสียหายทางการแพทย์ รวมทั้งความเปลี่ยนแปลงในช่วงสถานการณ์โรคโควิด-19

1.3 คำถามวิจัย

1.3.1 ลักษณะความขัดแย้งที่อาจนำไปสู่การฟ้องร้องเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์และการจัดการความขัดแย้งของโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีรูปแบบอย่างไร และมีปริมาณมากน้อยเพียงใด

1.3.2 รูปแบบในการจัดการความขัดแย้งเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์มีลักษณะอย่างไร รวมทั้งข้อจำกัดหรือความเปลี่ยนแปลงจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

1.3.3 กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับความเสียหายทางการแพทย์ในกลุ่มที่ศึกษาได้อย่างไรบ้าง

1.4 ขอบเขตการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาวิจัยแบบย้อนหลังในภาพตัดขวาง (cross-sectional retrospective study) จากประสบการณ์จัดการความขัดแย้งของบุคลากรที่มีหน้าที่โดยตรง บัณฑิตต่าง ๆ ที่นำมาสู่ความขัดแย้ง และการจัดการความขัดแย้งที่ใช้ รวมทั้งประเด็นที่เปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์โรคโควิด-19 ตามความคิดเห็นของบุคลากรดังกล่าว สืบค้นความคิดเห็นของผู้รับบริการในฐานะผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์ และบุคลากรผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ พยาบาล รวมทั้งผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการจัดการระบบบริการทางการแพทย์ ตลอดจนนำมาทบทวนวิธีการนำกระบวนการ

ยุติธรรมเชิงสมานฉันท์เพื่อเป็นข้อเสนอแนะไปใช้กับการเยียวยาความเสียหายทางการแพทย์
ดังกล่าว

1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

กำหนดศึกษาในสถานพยาบาลประเภทรับผู้ป่วยค้างคืนระดับตติยภูมิในเขต
กรุงเทพมหานคร (Bangkok metropolitans) หรือจังหวัดกรุงเทพมหานครและจังหวัดโดยรอบ
(ปริมณฑล) จำนวน 91 แห่ง โดยรายชื่อประกาศตามกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
เผยแพร่ ณ วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2563 ได้แก่

- 1) จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 58 แห่ง
- 2) จังหวัดนครปฐม จำนวน 2 แห่ง
- 3) จังหวัดนนทบุรี จำนวน 5 แห่ง
- 4) จังหวัดปทุมธานี จำนวน 6 แห่ง
- 5) จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 13 แห่ง
- 6) จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 7 แห่ง

1.4.3 ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

- 1) เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่รับผิดชอบการเจรจาไกล่เกลี่ย เป็นตัวแทนของ
สถานพยาบาลที่ศึกษา

2) คู่ขัดแย้งที่ไกล่เกลี่ยสำเร็จ ได้แก่ ผู้รับบริการที่เคยมีความไม่พึงพอใจต่อบริการด้านการแพทย์ และบุคลากรในสถานพยาบาลผู้ให้บริการทางการแพทย์ดังกล่าวที่เคยเป็นส่วนหนึ่งของความขัดแย้ง

1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1.5.1 นิยามศัพท์ทั่วไป

การจัดการความขัดแย้ง คือ กระบวนการใด ๆ ที่ใช้จัดการ กำหนด หรือตกลงความแตกต่างของบุคคล กลุ่ม องค์กร ชุมชน หรือประเทศ หรือหน่วยงานสังคมอื่นใด (Barsky, Allan E. 2016) เพื่อเข้าสู่สถานการณ์สิ้นสุดความขัดแย้ง (conflict resolution) ซึ่งในที่นี้มุ่งเน้นเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์

บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 3 ให้ความหมายว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคล เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

สถานการณ์โรคโควิด-19 คือ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มพบ โรคติดต่ออันตรายโรคโควิด-19 คือ มกราคม พ.ศ.2563 กระทั่งประกาศสิ้นสุดในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2565 หน้า 47 โดยมีผลตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2565 ซึ่งโรคดังกล่าวได้ประกาศเพิ่มเติมในประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) เป็นลำดับที่ 14 โดยมีความว่า “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019

(COVID-19) มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือมีอาการของโรคปอดอักเสบ ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิต”

โรงพยาบาล คือ สถานพยาบาลประเภทรับผู้ป่วยค้างคืนและขึ้นทะเบียนกับสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ คือ วิธีการใดๆ ซึ่งผู้เสียหายและผู้กระทำผิด และในกรณีที่เหมาะสมอาจมีบุคคลอื่นๆ หรือมีสมาชิกคนอื่นๆ ของชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากอาชญากรรมนั้น ได้เข้ามามีส่วนร่วมกันอย่างจริงจังในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากอาชญากรรมโดยทั่วไปแล้วอาจมีการช่วยเหลือโดย “ผู้ประสานงาน” กระบวนการเชิงสมานฉันท์อาจได้แก่ การไกล่เกลี่ย การประนอมข้อพิพาท การประชุมกลุ่ม และการพิพากษาโดยการประชุมล้อมวง (United nation, 2000)

1.5.2 นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

ลักษณะความขัดแย้ง คือ รูปแบบของความขัดแย้งที่มีความแตกต่างกันตั้งแต่รูปแบบของความขัดแย้ง เช่น การได้รับข้อมูล ผลประโยชน์ โครงสร้าง ความสัมพันธ์ ค่านิยม และนำไปสู่ความรุนแรงของความขัดแย้งที่จัดการแตกต่างกัน เช่น การให้ความเห็น (บัตรสนเท่ห์) การตอบข้อสงสัย การเข้าสู่กระบวนการไกล่เกลี่ย เป็นต้น

ปัจจัยที่สัมพันธ์ (associative factors) คือ องค์ประกอบพื้นฐานของกลุ่มขัดแย้งที่อาจมีผลต่อการเกิดความขัดแย้ง เช่น เพศ อายุ ประเภทการรับบริการ ลักษณะการรับส่งต่อ ระยะเวลาการรับบริการต่อเนื่อง คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้ง เป็นต้น

รูปแบบกระบวนการจัดการความขัดแย้ง ในการศึกษาเน้นวิธีกระบวนการใกล้เคียงคนกลางหรือเจรจาต่อรอง ซึ่งมีการเข้าสู่ข้อยุติด้วยรูปแบบของการเยียวยาที่ตกลงกันได้แตกต่างกัน เช่น การขอขมาและให้อภัยส่วนตัวหรือการประกาศ การชดใช้ด้วยการบริการ การจ่ายเงินช่วยเหลือ เป็นต้น

ความขัดแย้งก่อนฟ้องร้อง คือ ความขัดแย้งรุนแรงของการให้บริการทางการแพทย์เป็นเหตุให้เกิดแรงจูงใจให้ฟ้องร้องต่อกระบวนการยุติธรรมภายนอก หรือแสดงแรงจูงใจออกสื่อสังคมที่พบได้จากสาธารณะ

การยุติความขัดแย้งสำเร็จ คือ กระบวนการทางสันติวิธีที่จัดการให้ความขัดแย้งลดลง กระทั่งไม่เกิดการฟ้องร้องตามกระบวนการยุติธรรม เช่น การฟ้องร้องในวิชาชีพ การฟ้องร้องต่อศาลยุติธรรม เป็นต้น

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ทราบถึงลักษณะที่สัมพันธ์ต่อความขัดแย้งก่อนฟ้องร้อง ในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (พ.ศ. 2563 – 2564)

1.6.2 ทราบถึงรูปแบบในการจัดการความขัดแย้งเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์มีลักษณะอย่างไร รวมทั้งข้อจำกัดหรือความเปลี่ยนแปลงจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

1.6.3 สามารถเสนอแนะโอกาสและแนวทางการพัฒนาวิธีการนำกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ไปใช้กับความเสียหายทางการแพทย์

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

เพื่อให้การศึกษาค้นคว้าและการวิจัยเรื่อง การจัดการความขัดแย้งเชิงสมานฉันท์กับบริการทางการแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลช่วงแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (พ.ศ. 2563 - 2564) ในครั้งนี้ ดำเนินไปตามลำดับขั้นตอน ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้กำหนดประเด็นในการเสนอดังนี้

2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้ง (Conflict model)

2.2 แนวคิดเวชจริยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้ง (Medical ethics)

2.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องการจัดการความขัดแย้ง (Conflict resolution model)

2.4 การศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์

2.5 ประเด็นกฎหมายที่เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์และปัญหาของการ

บังคับใช้

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.7 กรอบแนวคิด

2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้ง (Conflict model)

2.1.1 ความหมายของความขัดแย้ง

ความหมายของความขัดแย้งมีผู้ศึกษาไว้อย่างกว้างขวาง หากกล่าวตามความหมายพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 ให้นิยามความหมายของ “ความขัดแย้ง” ไว้ว่า “ความไม่ลงรอยกัน”

ศูนย์สันติวิธีและธรรมาภิบาล สถาบันพระปกเกล้า ได้ให้ความหมายว่า ความแตกต่างของจุดประสงค์ ความเชื่อและค่านิยมระหว่างบุคคล และกลุ่มบุคคล ซึ่งความขัดแย้งในสถานการณ์ใดก็ตามเป็นการแสดงออกของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องภายใต้ความหมายนี้จะเห็นได้ว่า ความขัดแย้งเป็นความรู้สึกหรือปฏิกิริยาของบุคคลหรือกลุ่มคน ที่มีความคิดเห็น ค่านิยม และเป้าหมายไม่ไปในทางเดียวกัน รวมไปถึงความขัดแย้งที่เป็นรูปแบบของการต่อสู้เพื่อทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด หรือการที่ฝ่ายหนึ่งรุกคืบหรือขัดขวางการกระทำอีกฝ่ายเพื่อให้เป้าหมายของตนบรรลุผลซึ่งความขัดแย้งดังกล่าวอาจจะสะท้อนออกมาในรูปของความไม่รุนแรงหรือรุนแรงก็ได้ (Pittayanuruksakul, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY 2023)

ส่วนความขัดแย้งตามแนวคิดพระพุทธศาสนานั้น แบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ ประเด็นแรก ความหมายของความขัดแย้งในแง่ของธรรมหมายถึง การที่บุคคล หรือกลุ่มบุคคลมีความต้องการความเห็น การปฏิบัติค่านิยม และโครงสร้างที่มีความขัดกันไม่ลงรอยกัน ความหมายของความขัดแย้งในแง่ของธรรม มีหลายนัย กล่าวคือ ความบาดหมาง (ภณฺฑน) การทะเลาะ (กลห) การแก่งแย่ง (วิคฺคห) การวิวาท (วิวาท) การมุ่งร้ายกัน (เมธคา) การถกเถียงกัน (โวหาร) และประเด็นที่

สองความหมายในแง่ของวินัย หมายถึงความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในหมู่สังคมที่เรียกว่าอิทธิกรณ (ประสิทธิ์ กุลบุญญา, 2014)

ในเชิงทฤษฎีความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal conflict) อลัน ฟิลเลย์ ได้ให้ความเห็นว่าความขัดแย้งเป็นกระบวนการทางสังคม ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อแต่ละฝ่ายมีจุดมุ่งหมายที่ไม่สามารถไปด้วยกันได้ หรือมีค่านิยมที่แตกต่างกัน โดยความแตกต่างนี้ มักจะเกิดความรับรู้มากกว่าที่จะเป็นความแตกต่างที่เกิดขึ้นจริง ๆ (Filley, 1975)

นอกจากความหมายของความขัดแย้งอันเป็นแง่ลบแล้ว นักวิชาการบางท่านก็กล่าวถึงความขัดแย้งในแง่บวก คือ ความขัดแย้งที่ก่อให้เกิดในเชิงสร้างสรรค์ และก่อให้เกิดผลดีต่อตัวเอง องค์กร และสังคมทั้งในแง่ของทัศนคติ และพฤติกรรม ในบางคราวเมื่อเกิดความขัดแย้งแล้วก็สามารถที่จะหาทางออกในเชิงสมานฉันท์ (รัฐพล เย็นใจมา, 2018)

โดยสรุปนั้น ความขัดแย้งนั้นเกิดขึ้นเมื่อมีความแตกต่างระหว่างบุคคล แต่มีโอกาสดังที่กล่าวมาข้างต้นทั้งสถานะ ความคิด หรือทรัพยากรเพื่อแสดงออกหรือปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ (ways) ให้บรรลุความต้องการที่ตนเองตั้งไว้ (means) ซึ่งต่างคนก็ต่างต้องการให้ผู้อื่นเปลี่ยนแปลง ways หรือ means และนำไปสู่สัมพันธภาพที่ไม่ดี เช่น ต่อสู้ หลีกเลียง เป็นต้น รวมทั้งอาจเกิดความเสียหายขึ้นทางใดทางหนึ่งจากสัมพันธภาพนั้น โดยการนิยามว่าเป็นความขัดแย้งอย่างไรขึ้นอยู่กับบริบทและมุมมองที่แตกต่างกัน แต่นิยามเรื่องความขัดแย้งในการศึกษานี้ มิได้หมายรวมความรู้สึกขัดแย้งภายใน (intrapsychic conflict) ตามทฤษฎีทางจิตวิทยาหรือความขัดแย้งระหว่างจิตใจกับพฤติกรรมตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของความขัดแย้งเช่นกัน

2.1.2 แหล่งของความขัดแย้ง

บุคคลย่อมมีความแตกต่างและมีความต้องการเป็นของตนเอง เมื่อมีการอยู่ร่วมกันเป็นสังคมจึงเกิดความขัดแย้งได้เป็นปกติ และธรรมชาติของมนุษย์จึงเป็นเหตุสำคัญของความขัดแย้ง สอดคล้องกับความเห็นของอิมมานูเอล คานท์ นักทฤษฎีความขัดแย้งชาวเยอรมันที่ได้เสนอทฤษฎีความขัดแย้งที่มีสาระสำคัญ คือ ความขัดแย้ง (Dialectic) ที่เริ่มจาก "ข้อเสนอบี้องต้น" (Thesis) แล้วมีข้อขัดแย้ง (Antithesis) จึงทำให้เกิดความขัดแย้งกันขึ้น มนุษย์แต่ละคนจะมีความขัดแย้งธรรมชาติ (Natural Dialectics) คือ ความขัดแย้งในจิตใจ และมนุษย์ทุกคนมีความเห็นแก่ตัว ละเมียดและเอาใจเอาเปรียบอยู่เสมอซึ่งถือเป็นมูลเหตุสำคัญของปัญหาความขัดแย้ง (Kuehn, 2015) นอกจากนี้มีผู้ศึกษาเหตุของความขัดแย้งอยู่หลายหลายแนวคิด ดังกล่าวต่อไป

ทฤษฎีความขัดแย้งตามแนวคิดของคาร์ล มาร์ก ซึ่งได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งทฤษฎีความขัดแย้งทางสังคมวิทยา (social conflict theory) เชื่อว่าความขัดแย้งและการเปลี่ยนแปลงเป็นของคู่กัน ความขัดแย้งเป็นกฎพื้นฐานของชีวิต และความขัดแย้งเป็นเครื่องมือในการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาสังคม เขายังเชื่อว่า จุดเริ่มต้นของความขัดแย้งมาจากเศรษฐกิจ ความขัดแย้งระหว่างกลุ่มเกิดขึ้นเพราะแต่ละกลุ่มมีความสนใจทางเศรษฐกิจที่ตรงข้ามกัน ความขัดแย้งทางเศรษฐกิจระหว่างกลุ่มเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก และจะนำไปสู่ความขัดแย้งทางสังคมและการเมือง จุดเน้นในแนวคิดของ Karl Marx จึงอยู่ที่เศรษฐกิจ การต่อสู้ของชนชั้น การแสวงหาประโยชน์ และการปฏิบัติ (Marx, 2000)

ส่วนนักทฤษฎีความขัดแย้งที่มีชื่อเสียงอีกท่าน แม็ค เวเบอร์ ได้ต่อยอดแนวคิดของมาร์ค โดยยอมรับว่าความขัดแย้งในผลประโยชน์ระหว่างบุคคลพบได้ทุกหนทุกแห่งในสังคม ความ

ขัดแย้งเกิดจากการกระทำของบุคคลที่ต้องการที่จะบรรลุความปรารถนาของตนเกิดปะทะกับการต่อต้านของอีกฝ่ายหนึ่ง หรือหลาย ๆ กลุ่ม และความขัดแย้งเป็นผลมาจากการมีทรัพยากรหรือรางวัลอย่างจำกัด เวเบอร์ยังถือว่า "การแข่งขัน" (Competition) เป็นรูปแบบหนึ่งของความขัดแย้ง เพราะในการแข่งขันนั้นถึงจะมีกฎหรือกติกาที่ทุกฝ่ายยอมรับ แต่การแพ้-ชนะ ก็จะเป็นชนวนสำคัญที่นำมาซึ่งความขัดแย้งด้วย

นอกจากนี้นักวิชาการในยุคหลัง เช่น ทฤษฎีความขัดแย้งตามแนวคิดของลิวอิส โคเซอร์ ซึ่งเป็นนักสังคมวิทยาชาวอเมริกันที่พยายามชี้ให้เห็นว่าความขัดแย้งเป็นทั้งสิ่งที่เป็นประโยชน์และไม่เป็นประโยชน์ และความขัดแย้งอาจนำไปสู่ความกลมเกลียวหรือความแตกแยกได้ เช่น ความขัดแย้งกับกลุ่มภายนอกจะนำไปสู่ความกลมเกลียวภายในที่แน่นแฟ้นของคนในกลุ่ม (Lewis A Coser, 1965) หรือนักวิชาการ นิวแมนน์และบรุนห์ ได้แบ่งสาเหตุของความขัดแย้งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ องค์ประกอบด้านบุคคล เป็นสาเหตุของความขัดแย้งที่เกิดมาจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์เป็นสาเหตุของความขัดแย้งที่เกิดมาจากกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคล และสภาพขององค์การเป็นสาเหตุของความขัดแย้งที่เป็นผลมาจากการใช้คนหรือทรัพยากร เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Pneuman & Bruehl, 1982)

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากหน้าต่างของโจแฮรี่ (Johary window) ที่เกิดจากการผสมกันของตัวแปรใน 2 มิติ มิติแรกคือการรู้ถึงความขัดแย้งของตัวเอง มิติที่สองการรู้ถึงความขัดแย้งของคนอื่น จากมิติทั้งสองทำให้เกิดบุคคล 4 แบบ (วิศาลภรณ์, 2545)

แบบที่ 1 เรารู้และเขารู้ เป็นลักษณะที่เปิดเผย (open self) ง่ายในการติดต่อสัมพันธ์ สามารถที่จะคบหรือไปกับคนอื่นโดยไม่ยากลักษณะของคนแบบที่ 1 จึงไม่ค่อยนำไปสู่ความขัดแย้ง

แบบที่ 2 เราไม่รู้แต่เขารู้ เป็นลักษณะของบุคคลที่มองไม่เห็นตนเองหรือมีลักษณะบอด (blind self) ไม่รู้จักตนเองไม่รู้ว่าตนเองคือตัวปัญหาคนอื่นที่รู้ก็ไม่กล้าจะเตือนในพฤติกรรมไม่ดี หรือหากมีคนเตือนก็จะไม่เชื่อ เชื่ออย่างเดี๋ย่ว่าความคิดของตนเองถูกต้องหรือตนเองมีความคิดเห็นดีกว่าความคิดเห็นของคนอื่นๆ บุคคลแบบที่ 2 นี้มักจะนำไปสู่ความขัดแย้ง

แบบที่ 3 เรารู้แต่เขาไม่รู้ เป็นลักษณะของบุคคลที่ซ่อนเร้น (hidden self) บุคคลประเภท นี้มักจะเก็บกอดความรู้และทัศนคติที่แท้จริงของตนเองได้ไม่ค่อยยอมแสดงออกมา บุคคลแบบที่ 3 นี้ มีศักยภาพที่จะนำไปสู่ความขัดแย้งได้

แบบที่ 4 เราไม่รู้และเขาไม่รู้ เป็นลักษณะบุคคลที่ต่างคนต่างก็ไม่รู้ (undiscovered self) เมื่อเราไม่รู้และเขาไม่รู้ จึงนำไปสู่ความเข้าใจผิดกันตลอดมาและเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ความขัดแย้ง

ส่วนทฤษฎีสาเหตุแห่งความขัดแย้งตามหลักพระพุทธศาสนา คือ ตัณหาหรือความทะยานอยาก ความต้องการสิ่งเสพรนเปรอ เรียกว่า ตัณหา ที่มุ่งประสงค์เอาเวทนาและต้องการสิ่งสำหรับเอามาเสพเสวยเวทนาหรือสิ่งที่จะปรนเปรอตัวตน และความต้องการคุณภาพชีวิตเรียกว่า ฉันทะ เมื่อศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งในคัมภีร์สำคัญทางพระพุทธศาสนาจะพบคำตอบใน 2 ประเด็นใหญ่ ๆ ด้วยกัน (ณรงค์ศักดิ์ อัจฉรานูวัฒน์, 2022)

- 1) เหตุปัจจัยภายในที่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง ได้แก่ “ปัญหาธรรม” กล่าวคือ ตัณหา ทิฎฐิ และมานะ ทั้งสามประการถือได้ว่า มีอิทธิพล และมีความสำคัญที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งขึ้น
- 2) เหตุปัจจัยภายนอกที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งข้อเท็จจริง หรือข้อมูล, ผลประโยชน์ หรือ ความต้องการ, ความสัมพันธ์และชาติพันธุ์

เมื่อก้าวถึงเหตุจิตวิทยาหรือปัจจัยภายในที่ทำให้เกิดความขัดแย้งนั้น มีนักวิชาการได้ศึกษาว่ามีส่วนประสมที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งโดยหลักอยู่ 5 ประการ (ชัยเสถียร พรหมศรี, 2550) ได้แก่

1) ความต้องการ (needs) เป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์ แต่ความต้องการของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันตามสภาพภูมิหลัง หรือสถานะความเป็นอยู่; การไม่ตระหนักถึงความต้องการที่แตกต่างกันของคนกับผู้อื่นย่อมทำให้เกิดความขัดแย้ง

2) การรับรู้ (perceptions) เป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวันของมนุษย์ที่จะมองเห็นแต่ละสิ่งในมุมมองที่แตกต่างกัน ซึ่งความขัดแย้งจะเกิดขึ้นเนื่องจากแต่ละคนแต่ละฝ่ายมีมุมมอง หรือการรับรู้ต่อสาเหตุและผลกระทบของปัญหาแตกต่างกัน เนื่องมาจากประสบการณ์ ภูมิหลัง บุคลิกภาพ ระดับการศึกษา พื้นฐานครอบครัวที่ต่างกัน

3) อำนาจ (power) ขอบเขตอำนาจและการใช้อำนาจเป็นสิ่งสำคัญที่ระบุดึงประเภท หรือปริมาณของความขัดแย้งที่เกิดขึ้น เพราะอำนาจเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงลักษณะการจัดการความขัดแย้ง เมื่อแต่ละฝ่ายพยายามให้อีกฝ่ายเปลี่ยนแปลงไปตามทิศทางที่ตนต้องการ ซึ่งหากฝ่ายใดมีอำนาจเหนือกว่าย่อมมีโอกาสที่จะได้รับประโยชน์จากอีกฝ่ายหนึ่งสูง และสามารถควบคุมความขัดแย้งได้มากกว่า

4) ค่านิยม (values) คือความเชื่อหรือหลักเกณฑ์ที่พิจารณาว่าเป็นสิ่งสำคัญ แม้ส่วนใหญ่ไม่มีความชัดเจนหรือบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ความขัดแย้งมักเกิดขึ้นเมื่อฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ยอมรับค่านิยม หรือสิ่งที่ยึดปฏิบัติของอีกฝ่ายหนึ่ง

5) ความรู้สึกและอารมณ์ (feelings and emotions) เป็นสภาวะที่มีความเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ทำให้อิทธิพลของความรู้สึกและอารมณ์มีผลต่อความขัดแย้งและการรับมือความขัดแย้ง รวมทั้งการระมัดระวังและให้ความสนใจต่อความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น ก็เป็นทั้งเหตุที่ทำให้เกิดความขัดแย้งและช่วยให้จัดการความขัดแย้งได้ง่ายขึ้นเช่นกัน

จากที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น จะพบว่าไม่ว่าบริบททางสังคมวิทยา จิตวิทยาองค์กร หรือพุทธศาสนา ล้วนนำมาอธิบายแหล่งที่มาของความขัดแย้งได้ทั้งสิ้น แต่ทั้งนี้เมื่อความขัดแย้งเป็นกระบวนการทางสังคมอย่างหนึ่ง อาจกล่าวได้ว่าแหล่งที่มาของความขัดแย้งย่อมเกิดจากมนุษย์ที่อยู่ร่วมกันเป็นสังคม เพราะแต่ละคนต่างมีเจตจำนงเสรีหรือความต้องการ ความเป็นตัวตนที่แตกต่างกัน แต่ในลักษณะที่ผสมผสานระหว่างบุคคลที่แสดงออกต่างกัน ได้ลงตัว หรือมีข้อตกลงทางสังคมบางประการจึงทำให้ระดับหรือประเภทของความขัดแย้งมีความแตกต่างกัน ตั้งแต่ในระดับที่ไม่เป็นปัญหากระทั่งเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดการกระทำผิดขึ้นแตกต่างกัน

2.1.3 ประเภทของความขัดแย้ง

ประเภทของความขัดแย้ง หากแบ่งตามเนื้อหาที่มีผู้เสนอไว้หลายรูปแบบ แนวคิดหนึ่งที่เป็นที่ยอมรับคือ วงกลมความขัดแย้ง (circle of conflict) โดย คริสโตเฟอร์ มัวร์ เสนอว่า สาเหตุของความขัดแย้งแบ่งออกเป็น 5 ประการ (Moore, 2014) ได้แก่

1) ความขัดแย้งด้านข้อมูล (data conflict) เป็นความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการมีข้อมูลมากหรือน้อยเกินไปทำให้การประมวลผลผิดพลาด มีความแตกต่างของการเก็บและศึกษาข้อมูล มีการวิเคราะห์ที่แตกต่างกันในปัญหาเรื่องเดียวกัน ซึ่งอาจจะมาจากการรับรู้ที่แตกต่างกัน จึงเกิดความขัดแย้งขึ้น เช่น การกระจายข่าวปากต่อปาก หรือข่าวลือ

2) ความขัดแย้งจากผลประโยชน์ (interests conflict) การมีทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำกัดส่งผลให้ต่างต้องการที่จะครอบครองผลประโยชน์ต่าง ๆ เช่น เงินทอง ตำแหน่ง เกียรติยศ หรืออำนาจต่าง ๆ เป็นต้น จึงก่อให้เกิดความขัดแย้ง

3) ความขัดแย้งด้านโครงสร้าง (structural conflict) เกี่ยวข้องกับเรื่องของอำนาจ การใช้ อำนาจ การแย่งชิงอำนาจ การกระจายอำนาจ รวมไปถึงกฎระเบียบ ข้อบังคับ และระบบต่าง ๆ เช่น โครงสร้างขององค์กรไม่ชัดเจนว่าผู้ใดทำหน้าที่ใด หรือการตัดสินใจอยู่ที่ผู้ใดในองค์กร การกำหนดระยะเวลาการทำงานที่ไม่ชัดเจน

4) ความขัดแย้งด้านความสัมพันธ์ (relationship conflict) ที่เกิดจากอารมณ์ ความรุนแรง และพฤติกรรมเชิงลบต่าง ๆ เนื่องจากปฏิบัติแตกต่างจากความสัมพันธ์ที่ต้องการนั้น เช่น ปัญหาในอดีตที่ฝังใจกับบางบุคคลในทีม การที่สามีเป็นหัวหน้าทีมและแบ่งภาระงานที่สงสัยว่าเอื้อประโยชน์ให้กับภรรยาซึ่งเป็นลูกน้องคนหนึ่งในทีม

5) ความขัดแย้งด้านค่านิยม (values conflict) เกิดขึ้นจากความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี ประวัติความเป็นมา ที่แต่ละคน ได้รับการเลี้ยงดูในวัยเด็กจนเป็นผู้ใหญ่แตกต่างกันในแต่ละสังคม รวมทั้งยุคสมัยที่แตกต่างกัน เช่น การเสนอความเห็นค้านผู้ใหญ่ของเด็กที่เติบโตมาใน generation Z หรือทัศนคติไม่ตรงกันของบุคคลในทีม

นอกจากนี้หากมองกระบวนการของความขัดแย้งตามระดับความรุนแรง หรือพัฒนาการของความขัดแย้ง อาจแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (วันชัย วัฒนศัพท์ และคณะ, 2014) คือ

1) ความขัดแย้งแฝง (latent conflicts) เป็นความขัดแย้งที่ซ่อนตัวอยู่ยังไม่พัฒนาเต็มที่ และยังไม่ขยายตัวจนเกิดการแบ่งฝักแบ่งฝ่ายระหว่างผู้ที่ขัดแย้ง หลายครั้งที่อาจจะยังไม่ตระหนักว่ามี

ความขัดแย้ง หรือตระหนักถึงความขัดแย้งที่อาจจะมีโอกาสเกิดขึ้น เช่น เริ่มมีความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

2) ความขัดแย้งกำลังเกิด (emerging conflicts) มีความขัดแย้งที่เกือบสังเกตพบชัดเจน โดยฝ่ายต่างๆ สามารถระบุดูออกมาได้โดยรับรู้ว่า มีข้อพิพาท ประเด็นต่างๆ เกิดขึ้น แต่ยังไม่มีการบวนการแก้ปัญหาเกิดขึ้น รวมถึงกระบวนการเจรจาต่อรองต่าง ๆ

3) ความขัดแย้งที่ปรากฏออกมาแล้ว (manifest conflicts) เป็นระยะที่ความขัดแย้งพัฒนาไปเป็นข้อพิพาท มีการตอบโต้กันแล้วอย่างชัดเจนและฝ่ายต่างๆ ที่มีบทบาทในเรื่องที่ดำเนินอยู่แล้ว โดยอาจจะเริ่มมีการหาทางออกร่วมกัน การเจรจาไกล่เกลี่ย หรืออาจจะถึงทางตันแล้วก็เป็นได้

ความขัดแย้งระหว่างบุคคลสามารถแสดงออกได้หลายรูปแบบ ทางจิตวิทยาสามารถแสดงออกโดยการต่อสู้ (fight) เช่น พยายามแก้ปัญหาด้วยเหตุผล การเอาชนะด้วยกำลัง หรือการหลีกเลี่ยง (flight) เช่น การนำหลักความเชื่อทางจิตวิญญาณมายอมรับหรือถือถ้อยคำ “แพ้เป็นพระชนะเป็นมาร” การปล่อยให้สิ้นสุดความสัมพันธ์กับคู่ขัดแย้ง การปล่อยให้ผู้อื่นแก้ปัญหาให้ ซึ่งการแสดงออกทั้งสองรูปแบบสามารถนำไปสู่การกระทำผิดได้เช่นกัน เพราะแม้ไม่ใช่กำลังก็อาจรบกวนสิทธิของผู้อื่นเพื่อให้ชนะความขัดแย้ง หรือปล่อยให้ปะทะเลยหน้าหน้าที่ที่ควรทำ ลักษณะเช่นข้าราชการที่เบียดเบียนหรือขัดแย้งกับองค์กรที่ทำงานในลักษณะที่เชิงซ้ำ เป็นต้น สอดคล้องกับธรรมชาติของมนุษย์ที่ตอบสนองต่อสิ่งรบกวนภายนอก หรือทฤษฎีการตอบสนองโดยสู้หรือหนี (fight-or-flight response) ที่เป็นปฏิกิริยาการเอาตัวรอดพื้นฐานของร่างกายเช่นกัน (Cannon Walter, 1929)

ส่วนความขัดแย้งต่อสังคมนั้น แนวคิดของโรเบิร์ต เค เมอร์ตัน (Robert K Merton) หรือ ทฤษฎีความเครียด (strain theory) ทางอาชญาวิทยานั้นพัฒนามาจากสภาวะไร้กฎเกณฑ์ของ เอมีล เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim) มองว่าความขัดแย้งกดดันนั้นเกิดจากสังคมที่ยึดโยงอยู่กับเป้าหมาย เดียว แต่บุคคลมีความสามารถหรือทรัพยากรในการบรรลุเป้าหมายไม่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างเท่าเทียมกัน จนกระทั่งขาดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างวัฒนธรรมกับโครงสร้างทางสังคม ซึ่ง การปฏิบัติตัวหรือการจัดการความขัดแย้งดังกล่าวของแต่ละคนก็ขึ้นอยู่กับทัศนคติที่มีอยู่ต่อ เป้าหมายทางวัฒนธรรมและเส้นทางที่จะบรรลุเป้าหมายเหล่านั้น ทำให้อาจแบ่งแยกลักษณะของคน ออกได้เป็น 5 ประเภท (พรชัย ชันดี, 2558) ดังนี้

1) ผู้ยอมทำตาม (conformist) เป็นผู้ที่ยอมรับทั้งแนวทางและเป้าหมายของสังคม บุคคล ประเภทนี้จะไม่ได้โต้แย้งหรือปฏิบัติต่อผู้อื่นนอกเหนือกฎระเบียบเพื่อจัดการความขัดแย้ง แต่จะ พยายามไปถึงเป้าหมายด้วยวิธีที่มีอยู่

2) ผู้สร้างนวัตกรรม (innovator) เป็นบุคคลที่ยอมรับเป้าหมายของสังคม แต่มีข้อจำกัดทาง ใดทางหนึ่งที่จะบรรลุเป้าหมายของสังคมนั้น จึงพยายามสร้างวิธีการใหม่ ๆ นอกกรอบของ กฎระเบียบในการไปถึงเป้าหมายด้วยตัวเอง ซึ่งอาจรวมถึงการปล่อยให้ดำเนินความขัดแย้งเพื่อ เหาชนะ และบางครั้งเกิดการกระทำผิดร่วมด้วยได้

3) ผู้ทำตามพิธีกรรม (ritualist) เป็นบุคคลที่ละทิ้งเป้าหมายในสังคม เพราะคิดว่าตนเอง อาจจะไปถึงเป้าหมายได้อยู่แล้ว คนประเภทนี้จึงมักยอมตามหรือปฏิบัติตัวไปตามกฎระเบียบของ สังคม และมีชีวิตให้ปลอดภัยกับตัวเองที่สุดจึงมักไม่เข้าร่วมกระแสความขัดแย้ง

4) ผู้ถดถอย (retreatism) เป็นบุคคลที่ทั้งคิดว่าไม่อาจบรรลุเป้าหมายในสังคม และไม่ยอมอยู่ในกฎเกณฑ์ทางสังคม บุคคลประเภทนี้มักไม่ชวนขวดยคล้ายกับผู้ที่ทำตามพิธีกรรม แต่มิได้สนใจกฎเกณฑ์หรือความขัดแย้ง อาจผสมโรงเข้าร่วมหรือถอยตัวออกจากกระแสความขัดแย้ง โดยไม่ได้มีส่วนผลักดันหรือต่อต้าน เพียงแต่ตอบสนองต่อความต้องการส่วนตัวได้ก็เพียงพอ จึงอาจเกิดการกระทำผิดได้เช่นกัน

5) ผู้ต่อต้าน (rebel) เป็นบุคคลที่มองว่าไม่สามารถบรรลุเป้าหมายด้วยเส้นทางที่กำหนดด้วยกฎเกณฑ์ทางสังคม หรือวิธีที่ชอบด้วยกฎหมาย คนประเภทนี้มักจะสร้างเป้าหมายและกระบวนการขึ้นมาใหม่ด้วยวิธีที่ไม่สนใจผู้อื่น และพบพฤติกรรมการกระทำผิดขึ้นได้บ่อย

ดังนั้นไม่ว่าเป็นความขัดแย้งประเภทใดที่เกิดขึ้น อาจมีความแตกต่างกันทั้งเนื้อหาความขัดแย้ง ระดับความรุนแรงหรือพัฒนาการความขัดแย้ง ยังขึ้นอยู่กับการแสดงออกของความขัดแย้งในแต่ละบุคคลในลักษณะที่แตกต่างกันอีกด้วย ซึ่งทำให้ความขัดแย้งมิได้แสดงออกจนเป็นปัญหาในทุกกรณี และมีกระบวนการที่พัฒนาขึ้นมาก่อนเกิดปัญหาจากความขัดแย้งดังกล่าว

2.1.4 กระบวนการความขัดแย้ง

กระบวนการก่อตัวของความขัดแย้งมีผู้ศึกษาอย่างกว้างขวาง ดังเช่นหลายทฤษฎีชี้ให้เห็นว่าการก่อตัวมิได้เกิดขึ้นทันทีทันใด มีขั้นตอนแตกต่างกันตามแต่นักทฤษฎีสังเกตพฤติกรรมหรือผลลัพธ์ใด (Brahm, 2003) เช่น ทฤษฎีของ Alker, Gurr, Rupesinghe ประกอบด้วย dispute, crisis, limited violence, massive violence, abatement, settlement ส่วนทฤษฎีของ Complex Emergency Response and Transition Initiative (CERTI) project ประกอบด้วย conflict, crisis, chaos, complex emergency และ recovery หรือทฤษฎีของ Health as a Bridge for Peace (HBP) project จะ

ประกอบด้วย impending crisis, outbreak of violence, war, post-crisis และ stable peace รวมทั้ง ทฤษฎีที่ศึกษาในระดับความขัดแย้งขององค์กรก็มีรูปแบบที่คล้ายกัน เช่น potential opposition or incompatibility, cognitive or personalization, intention, behavior, outcome ดังนั้นหากสังเกตความ สอดคล้องในหลายทฤษฎี ผู้ศึกษาพบว่าสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1) ความคับข้องใจระหว่างคู่ขัดแย้ง หรือ pre-conflict phase ซึ่งระยะแรกนี้ผู้ ให้บริการที่ไม่ประสงค์ความขัดแย้ง สามารถสำรวจปัจจัยที่นำไปสู่ความรุนแรงยิ่งขึ้นได้เพื่อ ป้องกันการก่อตัว ยกตัวอย่าง

1.1) ลักษณะการสื่อสาร (communication) ที่อาจไม่ตรงประเด็น (content) หรือ ไม่ตรงบุคคล (person) ทำให้ไม่สามารถสื่อสารจนเกิดความเข้าใจได้ เช่น แพทย์สื่อสารด้วย ศัพท์ทางการแพทย์ (jargon) ด้วยความเคยชิน หรือใช้คำพูดที่มีน้ำเสียงไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็น ต้น

1.2) ความไม่ตรงกันของเป้าหมาย (incongruence) ซึ่งอาจเกิดจากขาด ความเข้าใจสินค้าหรือบริการของผู้รับบริการ หรือผู้ให้บริการไม่สามารถให้สินค้าหรือบริการที่พึง พอใจเพียงพอทั้งในด้านของกระบวนการ (process) หรือผลลัพธ์ (result) ที่เกิดขึ้น เช่น ผู้รับบริการ ในโรงแรม 5 ดาวมีความเข้าใจในคุณภาพและลักษณะของโรงแรมที่สูงมากกว่าโรงแรมธุรกิจ 3 ดาว แม้ราคาต่อคืนถูกลดลงมาเทียบเท่าโรงแรมธุรกิจ แต่ห้องพักหรือบริการเทียบเท่าโรงแรมธุรกิจ ก็อาจเกิดความไม่ตรงกันของเป้าหมายได้ เป็นต้น

2) การเกิดความขัดแย้งในคู่ขัดแย้ง หรือ conflict phase เป็นระยะที่ความขัดแย้งก่อ ตัวรุนแรงจนต้องแสดงให้อีกฝ่ายรับรู้ถึงความคับข้องใจ เนื่องจากเกิดอารมณ์ต่าง ๆ มากขึ้น

ยกตัวอย่างเช่น โกรธที่อีกฝ่ายกระทำต่อตน กังวลที่จะคับข้องใจขึ้นอีก เสรีที่สูญเสียสิ่งสำคัญหรือ
 คาดหวัง ฯลฯ โดยเฉพาะความรู้สึกไม่ยุติธรรม (feeling unfair) ทำให้ต้องเรียกร้องด้วยวิธีต่าง ๆ ซึ่ง
 หากพิจารณาตามหลักยุติธรรมแลกเปลี่ยนทดแทน อาจเป็นการแก้แค้นมิให้ตนเองหรือคนอื่นตก
 เป็นเหยื่อต่อไป (retributive justice) หรือต้องการเยียวยาในสิ่งที่ตนเองเกิดความทุกข์ขึ้น (corrective
 justice) (จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย, 2564)

3) สภาวะหลังความขัดแย้ง หรือ post-conflict phase เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้ง
 สองฝ่ายแสดงออกถึงความคับข้องใจและได้รับการตอบสนองจนพึงพอใจแล้ว มักกลับสู่สภาวะ
 ตามสัมพันธภาพหรือความจำเป็นที่หลงเหลืออยู่ เช่น ปฏิบัติตามคำพิพากษา กลับมารับบริการ หรือ
 ตัดขาดความสัมพันธ์ โดยประเด็นนี้มีความจำเป็นในบริการทางการแพทย์ เนื่องจากสถานพยาบาล
 ของประเทศไทยมิได้มีทางเลือกมาก โดยเฉพาะในภูมิภาค หรือบริเวณที่ห่างไกลความเจริญ หรือ
 โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงเพื่อดูแลโรคที่ซับซ้อน รวมทั้งระบบการเบิกจ่ายของการรักษาพยาบาล
 ที่มีข้อจำกัด โดยเฉพาะระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ที่ผูกกับทะเบียนบ้านที่อาศัยอยู่
 ทำให้ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีจนไม่ไว้วางใจต่อกันอาจต้องลำบากโยกย้ายที่อยู่อาศัยหรือเดินทางไป
 สถานพยาบาลใหม่ที่ห่างไกลมากขึ้น กระทั่งแพทย์ผู้ถูกฟ้องร้องก็อาจขอโยกย้าย ลาออกทำให้ขาด
 แคลนผู้ปฏิบัติงาน เกิดปัญหาการทำงานเกินกว่ากำลังของบุคลากรยิ่งไปกว่าเดิมอีก การกลับมาสู่
 สภาวะสมานฉันท์จึงมีความสำคัญต่อทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและรับบริการทางการแพทย์อย่างมาก

ปัจจุบันหลักสูตรการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์ (แพทยศาสตรศึกษา) จึง
 สนใจความเข้าใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมากขึ้น ดังจากการสรุปในประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่ง
 ประเทศไทยครั้งที่ 11 เมื่อ พ.ศ.2553 ที่ผ่านมา ได้ส่งเสริมทักษะการสื่อสารของแพทย์
 (communication) มากขึ้น (ตรีษา แซ่จิ่ง, 2554) แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาในยุคสมัยระหว่างนั้นจึง

น่าจะปรับเปลี่ยนจากความสัมพันธ์ลักษณะผู้ปกครอง (paternalistic model) ที่สื่อสารทางเดียวจากแพทย์ ผู้ป่วยมีโอกาสเลือกน้อยและมีโอกาสที่ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ไม่สอดคล้องกันกับแพทย์ได้ กลายเป็นลักษณะที่ปรึกษาหรือผู้ให้คำแนะนำ (interpretative or deliberative model) ที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตกลงบริการ มีโอกาสเลือก สื่อสาร และตั้งประเด็นความคาดหวังได้สอดคล้องกับแพทย์ผู้รักษาได้มากขึ้น ลดปัญหาจากการไม่ตรงกันของเป้าหมาย (incongruence) ซึ่งเป็นอีกด้านหนึ่งของการก่อตัวความขัดแย้ง นอกจากนี้การแพทย์ในปัจจุบันพยายามส่งเสริมแนวคิดเวชจริยศาสตร์ให้กับนักศึกษาแพทยศาสตร์ เพื่อให้วิชาชีพแพทย์ยังคงมีมาตรฐานในตัวเองแม้จะมีความเปลี่ยนแปลงทางสังคมหรือกระแสรักษาสุขภาพมากขึ้น ซึ่งจะขยายความต่อไป

2.2 แนวคิดเวชจริยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้ง (Medical ethics)

2.2.1 ปณิญาของฮิปโปเครติส และเวชจริยศาสตร์

ฮิปโปเครติส หรือนักปราชญ์ชาวกรีกผู้ที่ได้รับการยกย่องให้เป็นบิดาแห่งการแพทย์ ได้วางปณิญา หรือหลักแนวคิดสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม อันเป็นหลักสากลทั่วโลกจนถึงปัจจุบัน ได้แปลจากภาษากรีกโดยฟรานซิส อัดัมส์ นักเขียนในศตวรรษที่ 19 มีสาระความว่า (อติเทพ พันธุ์ทอง, 2563)

“ข้าฯ ขอสาบานต่ออะพอลโล เทพแห่งแพทย์ เอสคิวเลเพียส ไฮจีเอีย แพนาซีอา และทวยเทพทั้งหมด ได้โปรดเป็นพยานว่าข้าจะปฏิบัติงานด้วยพลังความสามารถและดุลพินิจทั้งหมดที่มี ให้สมดั่งสัตย์สาบานและสัญญาต่อทวยเทพ เทิดทูนบูชาผู้สอนสั่งข้าเทียบบิดรมารดา ชีวิตนี้พลีเป็นหุ่นส่วนกับท่านนั้น หากท่านขาดแคลนเงินทอง ข้าพร้อมจะแบ่งปันส่วนที่มี และถือว่าทายาทของท่านคู่จพี่น้องร่วมสายธารโลหิตฝ่ายบุรุษ พร้อมจะสอนสั่งสรรพความรู้หากเขาประสงค์จะได้รับ

โดยไม่คิดค่าจ้าง ขอให้สัตย์ต่อทวยเทพ ข้าจะแบ่งปันความรอบรู้ พร้าสอนสั่งชี้แนะวิถีปฏิบัติและความรู้อื่นที่ข้ามีด้วยวาจา เฉพาะต่อบุตรของข้าและบุตรของผู้สอนสั่งและทุกผู้ทุกคนผู้ที่ให้สัตย์สาบานนี้และให้สัญญาต่อทวยเทพ มิใช่ผู้อื่นนอกจากนี้

ข้าฯ จะให้การดูแลเชิงโภชนาการต่อผู้ป่วยด้วยพลังความสามารถและคุณพินิจทั้งหมดที่มี ข้าจะดูแลผู้ป่วยให้รอดพ้นภัยอันตรายและความอยุติธรรม

ข้าฯ จะไม่ให้ยาคำชีวิตผู้ใด แม้เขาจะร้องขอ และจะไม่ให้คำแนะนำในทำนองนั้น ในทำนองเดียวกัน ข้าจะไม่ให้ยาขับครรภ์ต่อสตรี

ข้าฯ จักครองชีวิตและศิลปวิทยาในทำนองบริสุทธิ์และศักดิ์สิทธิ์

ข้าฯ จักไม่ใช้มีด แม้ต่อผู้เจ็บปวดทรมานจากก้อนหิน แต่จะใช้มีดเพื่อดึงหินจากผู้เจ็บปวดนั้น

บ้านหลังใดที่ข้าฯ ไปเยี่ยมเยียน จะทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยไข้โดยไม่มีเจตนาจางใจความอยุติธรรม ไร้ความประสงค์ร้ายโดยเฉพาะในแง่ความสัมพันธ์ทางเพศ ต่อบุรุษหรือสตรี ไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะเป็นเสรีชนหรือทาส

สิ่งใดที่ข้าฯ ได้พบเห็นเรื่องราวใดที่ข้าฯ ได้ยินในระหว่างการบำบัดรักษาหรือไม่เกี่ยวเนื่องกับการรักษา เรื่องราวของชีวิตมนุษย์ที่ไม่สมควรจะแพร่กระจาย ข้าจะเก็บไว้ในใจคนเก็บซ่อนไว้ประหนึ่งเรื่องน่าอายที่ไม่บังควรกล่าวออกมา

หากข้าฯ ปฏิบัติตามสัตย์สาบาน มิได้ละเมิดฝ่าฝืน ขอให้ประสบแต่ชีวิตและศิลปะดีงาม ได้รับเกียรติการยกย่องในหมู่เพื่อนมนุษย์ตราบสิ้นอายุขัย แต่ถ้าข้าตระบัดสัตย์ หรือให้คำสาบานเป็นเท็จ ผลในทางตรงกันข้ามจักเกิดต่อชีวิตข้าฯ ”

กล่าวโดยสรุปคือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมพึงถ่ายทอดความรู้ที่เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ ใช้ความรู้เพื่อให้ความช่วยเหลือ ไม่ทำร้ายชีวิตผู้อื่น รักษาความสัมพันธ์ในฐานะแพทย์กับผู้ป่วยทั้งในแง่การคบหาสมาคม (boundary) และการรักษาความลับ (confidentiality) ซึ่งเป็นหลักจริยธรรมพื้นฐานทางการแพทย์ เช่นเดียวกับหลักสากลของเวชจริยศาสตร์พื้นฐาน (basic principle of medical ethics) อันประกอบด้วย (นิธิพัฒน์ เกียรติกุล, 2555)

1. การยึดถือประโยชน์ของผู้ป่วยและส่วนรวมเป็นที่ตั้ง (beneficence) แพทย์มีหน้าที่ในการสร้างสรรค์สิ่งที่ดีและยังประโยชน์สูงสุดให้กับผู้ป่วยและสุขภาวะของสังคมโดยรวม
2. การปฏิบัติงานที่ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อผู้ป่วย (non-maleficence) แพทย์มีหน้าที่ในการให้การดูแลรักษาในทุกขั้นตอนที่หลีกเลี่ยงอันตรายในทุกกรณี que อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
3. การเคารพในเอกสิทธิ์แห่งบุคคลของผู้ป่วย (autonomy) แพทย์มีหน้าที่ในการปกป้อง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจทางเลือกต่างๆ โดยอิสระและปราศจากการบังคับขู่เข็ญ
4. การดำรงไว้ซึ่งความยุติธรรม (justice) แพทย์มีหน้าที่จัดสรรโอกาสในการได้รับบริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยทุกคนโดยเท่าเทียมกัน

นอกจากหลักสากลของเวชจริยศาสตร์พื้นฐานแล้ว แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาและปฏิบัติวิชาชีพเวชกรรมยังต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบที่แพทยสภากำหนด โดยเฉพาะข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549 จำนวน 11 หมวด 62 ข้อ ซึ่งในปัจจุบันแก้ไขเป็น ฉบับที่ 6 พ.ศ.2560 ในข้อที่ 15 ที่เดิมกำหนดไว้ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุดในสถานการณ์นั้น ๆ ภายใต

ความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะ วิสัย และพฤติกรรมที่มีอยู่” ปรับข้อความเป็น “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ภายใต้ความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะ วิสัย และพฤติกรรมที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ ” ซึ่งอาจลดปัญหาที่ต้องเปรียบเทียบว่าการรักษาลักษณะใดจึงจะดีที่สุดซึ่งยากต่อการตัดสินใจ รวมทั้ง “พฤติกรรมที่มีอยู่” ในการตัดสินใจขณะมีข้อมูลช่วงที่เกิดการรักษาพยาบาล (prospective) กับการมาทบทวนสถานการณ์นั้น ๆ ภายหลัง (retrospective) ย่อมอยู่ในสถานะทางที่ข้อมูล ความคิด ความรู้สึก ของผู้รักษาที่แตกต่างกัน จึงใช้คำว่า “ในสถานการณ์นั้น ๆ ” อาจลดปัญหาการเปรียบเทียบมุมมองในเวลาที่แตกต่างกันเพื่อให้เป็นมาตรฐานที่ยุติธรรมต่อทั้งผู้ให้การรักษาและผู้ได้รับความเสียหายจากการรักษาดังกล่าวว่าเป็นความเบี่ยงเบนจากมาตรฐานหรือไม่ เพียงใด ซึ่งนำไปพิจารณาเป็นองค์ประกอบของความผิดทางจริยธรรมทางการแพทย์ ซึ่งเพิ่มเติมจากกฎระเบียบของสถานพยาบาลหรือสถานที่ทำงานในอาชีพอื่น หรือเรียกว่า “ทุรเวชปฏิบัติ” (malpractice) ซึ่งมีอนุกรรมการจริยธรรมและคณะอนุกรรมการสอบสวนเป็นผู้สอบสวนทางจริยธรรมเพื่อจัดการข้อร้องเรียนและลงโทษทางวิชาชีพต่อแพทย์ ตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยวิธีพิจารณาจริยธรรมผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2563

2.2.2 ทุรเวชปฏิบัติ (malpractice)

เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายเฉพาะที่ใช้ในการพิจารณาคดีทุรเวชปฏิบัติ ศาลยุติธรรมจะใช้หลักการของกฎหมายลักษณะละเมิดเป็นหลักในการพิจารณาคดี (ปธานวนิช, 2017) และลักษณะการพิจารณาทุรเวชปฏิบัติจึงกลายเป็นหน้าที่ของแพทยสภาในการพิจารณาทางจริยธรรมหรือวินัยต่อแพทย์ผู้ได้รับการร้องเรียน นอกจากนี้ศาลยุติธรรมยังใช้ประมวลกฎหมายอาญา เช่น ในหมวดความผิดเกี่ยวกับชีวิต หรือความผิดเกี่ยวกับร่างกาย รวมถึงพระราชบัญญัติที่

เกี่ยวข้องกับต่าง ๆ เช่น พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2562 เป็นต้น ในการกระทำผิดของแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพ แต่เนื่องจาก ความผิดจากบริการทางการแพทย์หรือทฤษฎีปฏิบัติมีความแตกต่างจากกรณีละเมิดหรือความผิด ทางอาญาโดยทั่วไป เนื่องจากมีลักษณะจำเพาะของการกระทำผิด รวมทั้งต้องใช้ความรู้ทาง การแพทย์เป็นการพิสูจน์ว่ากระทำถูกต้องตามมาตรฐานทางการแพทย์เพียงใด

หลักความรับผิดทางละเมิดโดยทั่วไปที่ศาลไทยและศาลในสหรัฐอเมริกาได้วาง แนวทางไว้ต้องประกอบไปด้วย องค์ประกอบภายนอกหรือการกระทำ (รวมทั้งการงดเว้นการ กระทำ) และองค์ประกอบภายในหรือเจตนา ทั้งจงใจหรือประมาทเลินเล่อในสิ่งที่จะต้องกระทำ ทั้งนี้มีความจำเพาะเกี่ยวกับหน้าที่พึงมี ได้แก่ หน้าที่ตามกฎหมาย หน้าที่ตามสัญญา หน้าที่ตาม วิชาชีพและหน้าที่ตามความสัมพันธ์ ซึ่งการกระทำดังกล่าวก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลอื่น และความเสียหายที่เกิดขึ้นต้องเป็นผลโดยตรงจากการกระทำนั้น เมื่อพิจารณาหลักการทั่วไปของ ความรับผิดทางละเมิดแล้ว สามารถนำหลักการดังกล่าวมาปรับใช้ให้เข้ากับความรับผิดทางละเมิด ทางการแพทย์ โดยศาลในสหรัฐอเมริกาในคดีของ McIntyre v. Smith เมื่อ ค.ศ. 2000 ได้วาง หลักการไว้ในกรณีการพิจารณาคดีความรับผิดทางการแพทย์ไว้ว่าคดีความรับผิดทางละเมิดทาง การแพทย์ ต้องพิสูจน์ให้เห็นใน 4 องค์ประกอบ (เริงฤดี ปธานวนิช, 2017) ได้แก่

1) หน้าที่ (duty) คือ หน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพที่ต้องทำการรักษาผู้ป่วยด้วย มาตรฐานวิชาชีพ ดังนั้นแพทย์ผู้มิภาระในการรักษาพยาบาล หรือเกิดความสัมพันธ์ในฐานะแพทย์ และผู้ป่วยแล้วจึงเกิดหน้าที่ดังกล่าวขึ้น ไม่หมายรวมกับสถานะอื่น เช่น แพทย์ให้คำแนะนำเพื่อน บ้านที่รู้จักกัน เป็นต้น

2) ความเบี่ยงเบนจากมาตรฐานการแพทย์ (deviation) คือ การประกอบวิชาชีพที่ผิดไปจากมาตรฐานแห่งวิชาชีพ จึงมักมีการขอยานผู้เชี่ยวชาญ หรือความเห็นจากองค์กรทางวิชาชีพเฉพาะ เช่น ราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางต่าง ๆ หรือยึดโยงกับแนวเวชปฏิบัติต่าง ๆ ตามดุลยพินิจของศาล

3) ความบาดเจ็บ (damage) คือ มีความเสียหายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ไม่ว่าตั้งแต่ชีวิต ร่างกาย เงินทอง หรือจิตใจต่าง ๆ

4) ความสัมพันธ์โดยตรงกับการกระทำ (direct causation) คือ ความเสียหายที่เกิดขึ้นต้องเป็นผลโดยตรงจากการประกอบวิชาชีพที่ผิดไปจากมาตรฐานวิชานั้น ซึ่งความเสียหายบางอย่างอาจเกิดจากความเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติหรือการดูแลรักษาตนเองของผู้ที่ได้รับการรักษาเสียหายเองก็เป็นได้

ดังที่ได้กล่าวข้างต้นว่าการพิสูจน์ถูกผิดเป็นความท้าทายที่ใช้ดุลยพินิจของศาล ยุติธรรมพิจารณาการกระทำที่ก่อให้เกิดความเสียหายว่าเบี่ยงเบนจากมาตรฐานทางการแพทย์เพียงใด เกิดจากความตั้งใจที่ขัดต่อจริยธรรม (malice) หรือเป็นความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง (gross negligence) หรือประมาทโดยทั่วไป (negligence) ซึ่งสมควรรับผิดชอบไม่เท่ากัน แต่กระนั้นผู้เสียหายก็ควรได้รับความเยียวยาในความบาดเจ็บที่เกิดขึ้นตามเหตุมากกว่าการพิสูจน์เจตนาของการกระทำเพื่อให้เกิดความยุติธรรมขึ้น แนวความคิดนี้จึงเป็นส่วนหนึ่งเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งในหลักการเยียวยาโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด (no-fault liability compensation) ดังจะได้กล่าวต่อไป

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง (Conflict resolution model)

2.3.1 ทฤษฎีแนวสันติวิธีและยุทธธรรมเชิงสมานฉันท์

1) ทฤษฎีแนวสันติวิธี

เมื่อก้าวถึงการจัดการความขัดแย้ง (conflict resolution model) อาจเป็นกระบวนการใด ๆ ที่ใช้จัดการ กำหนด หรือตกลงความแตกต่างของบุคคล กลุ่ม องค์กร ชุมชน หรือประเทศ หรือหน่วยทางสังคมอื่นใด (Barsky, 2016) เพื่อเข้าสู่สถานการณ์สิ้นสุดความขัดแย้ง (conflict resolution) กล่าวคือ สถานการณ์ที่กลุ่มคนผู้กำลังขัดแย้งกันได้เข้าสู่ความตกลงที่จัดการแก่นของความไม่เข้ากัน (central incompatibilities) ยอมรับในจุดยืนที่เป็นอยู่ของกลุ่มขัดแย้งและหยุดการกระทำที่ก่อความรุกรานอีกฝ่ายหนึ่ง (Wallensteen, 2018) ซึ่งการหยุดพฤติกรรมรุกรานหรือการต่อสู้เพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการต่อคู่ขัดแย้ง ย่อมเปิดโอกาสให้อีกฝ่ายลดพฤติกรรมดังกล่าวและแสวงหาสิ่งที่ต้องการทั้งสองฝ่ายด้วยสันติวิธี

ความเจ็บปวดและความทุกข์ที่ฝ่ายหนึ่งได้รับย่อมก่อให้เกิดความรุนแรงต่ออีกฝ่ายหนึ่ง (Quinney, 1993) ซึ่งทฤษฎีแนวสันติวิธี (peacemaking theory) ตระหนักถึงประเด็นดังกล่าว เนื่องจากการกระทำเกิดขึ้นจากมุมมองของผู้กระทำ จึงเชื่อว่าผู้ที่มีความคิดเปิดกว้าง (open-mindedness) ย่อมยอมรับวิธีการที่แตกต่าง ยอมรับปัญหาจากการใช้วิธีการจัดการแบบเดิม ๆ หรือการใช้ความรุนแรงเพื่อเอาชนะ รวมทั้งการควบคุมอาชญากรรม (crime control) ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสภาวะอาชญากรรมหรือแก้ไขอาชญากรรมได้ หากปราศจากความคิดที่เปิดกว้างและกระแสนยอมรับความเปลี่ยนแปลง (Moloney, 2009) ประกอบกับ Quinney ได้กล่าวเกี่ยวกับกระบวนการยุติธรรมว่ายังให้คุณค่าของความรุนแรงสามารถเอาชนะความรุนแรงได้ เช่นเดียวกับ

ความชั่วร้ายสามารถเอาชนะความชั่วร้าย (Quinney, 1993) อาจเนื่องด้วยส่วนหนึ่งของกระบวนการยุติธรรมยังมีรากฐานจากสำนักคลาสสิกที่ Beccaria เชื่อว่าอาชญากรรมเป็นผลจากการมีเจตจำนงเสรี (free will) และคัมค่าที่จะกระทำผิดตามทฤษฎีเหตุผลในการเลือก (rational choice theory) จึงควรมีกฎหมายหรือการลงโทษเพื่อป้องปราม (deterrence) แต่แนวคิดของทฤษฎีแนวสันติวิธีมักพยายามลดความขัดแย้งก่อนเกิดความเสียหายด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การสร้างนโยบายบังคับจับกุมในบางกรณีที่ยังมิได้เกิดอาชญากรรมขึ้น ยกตัวอย่างการศึกษา นโยบายดังกล่าวโดย Victoria Frye, Mary Haviland และ Valli Rajah กรณีตำรวจบังคับจับกุมคู่ขัดแย้งในครอบครัว (domestic violence) ในเมืองนิวยอร์ก พบว่ามีการลดคดีทำร้ายซ้ำลงได้ แต่ก็พบว่ามีการจับกุมมากขึ้น ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการป้องกันตัวหรือสู้กลับจึงยากจะทราบได้ว่าผู้ใดเป็นผู้เริ่มทำร้ายและทำให้เกิดการจับกุมทั้งคู่ แทนการจับกุมแต่ฝ่ายที่ทำร้ายเมื่อฝ่ายถูกกระทำมาแจ้งความ ซึ่งผู้เสียหายมักเป็นฝ่ายหญิงมากกว่าในลักษณะก่อนปฏิบัติตามนโยบายนี้ ซึ่งการแยกคู่กรณีดังกล่าวนอกจากปกป้องผู้เสียหาย ยังสามารถปกป้องผู้กระทำผิดไม่ให้กระทำความเสียหายเพิ่มเติมที่ต้องได้รับโทษสูงขึ้น (Coker, 2006) อย่างไรก็ตามแนวทางสันติวิธีก็มีการศึกษารูปแบบการปฏิบัติอื่นในเขตชนเผ่าอินเดียน (Navajo) ของสหรัฐอเมริกา ให้มีผู้ช่วยเหลือเยียวยาต่อหรือผู้สร้างสันติ (trained peacemaker) ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพ แต่ก็ยังพึ่งพารูปแบบการจับกุมเพื่อลงโทษในบางราย ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้พิพากษา เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ และเจ้าพนักงานตำรวจ เช่นกัน

กล่าวโดยสรุปว่าทฤษฎีแนวสันติวิธี ซึ่งเป็นรากฐานหนึ่งของยุติธรรมสมานฉันท์ โดยให้ความสำคัญของการเปิดใจยอมรับความเปลี่ยนแปลง ลดความเสียหายเมื่อเกิดความขัดแย้ง และมีผู้ช่วยเหลือให้ลดโอกาสเกิดความขัดแย้งขึ้นมาใหม่ ซึ่งคล้ายคลึงกับการเยียวยา

ความเสียหายจากเหตุที่กระทำผิด รวมทั้งการมีคนกลางในการสร้างความสมานฉันท์ที่เป็นเครื่องมือของแนวคิดยุติธรรมสมานฉันท์

2) แนวคิดกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์

แนวคิดของกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ (restorative justice : RJ) นั้นสรุปจากหลักการพื้นฐานแห่งสหประชาชาติว่าด้วยการดำเนินโครงการกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ในเรื่องทางอาญา (Declaration of Basic Principles on the Use of Restorative Justice Programs in Criminal Matters) ว่าเป็นวิธีการใดๆ ซึ่งผู้เสียหายและผู้กระทำผิด และในกรณีที่เหมาะสมควรมีบุคคลอื่นๆ หรือมีสมาชิกคนอื่นๆ ของชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากอาชญากรรมนั้นได้เข้ามามีส่วนร่วมกันอย่างจริงจังในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากอาชญากรรม โดยทั่วไปแล้วอาจมีการช่วยเหลือโดย “ผู้ประสานงาน” กระบวนการเชิงสมานฉันท์อาจได้แก่ การไกล่เกลี่ย การประนอมข้อพิพาท การประชุมกลุ่ม และการพิพากษาโดยการประชุมล้อม วง (Ua-amnoey & Kittayarak, 2004)

ส่วนคณะทำงานระหว่างส่วนกลาง รัฐและท้องถิ่นด้านกระบวนการยุติธรรมและความปลอดภัยของสาธารณะของประเทศแคนาดา (Federal-Provincial-Territorial Ministers Responsible for Justice and Public Safety) กล่าวถึง restorative justice ว่าเป็นกระบวนการยุติธรรมที่ค้นหาวิธีเยียวยาความเสียหายโดยผู้กระทำผิด หรือผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อความเสียหายนั้น มีโอกาสสื่อสารและกล่าวถึงสิ่งที่ผู้เสียหายต้องการหลังจากเกิดการกระทำผิดนั้น

กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ ผู้แทนประเทศที่เข้าประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อร่างหลักการดำเนินโครงการกระบวนการยุติธรรมสมานฉันท์ในคดีอาญา เมื่อตุลาคม ค.ศ. 2001 เป็นผู้

เริ่มใช้คำว่า “กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์” เนื่องจาก restorative justice เป็นแนวคิดใหม่ สำหรับวงการกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม และมีผู้ใช้ศัพท์ภาษาไทยหลากหลาย อาทิเช่น “ความยุติธรรมเชิงสร้างสรรค์” “การฟื้นฟูความยุติธรรม” เป็นต้น แต่การแปลตรงกับคำศัพท์ ภาษาอังกฤษอาจไม่สามารถสื่อความหมายได้ชัดเจน จึงใช้คำว่า “กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์” โดยคำนึงถึงปรัชญาของแนวคิดนี้ และผลสุดท้ายนำไปสู่ความสมานฉันท์ในสังคม (social harmony) (วิชา มหาคุณ และคณะ, 2558)

“เพราะอาชญากรรมทำร้ายให้เกิดความเสียหาย กระบวนการยุติธรรมควรเยียวยา” (because crime hurts, justice should heal) เป็นแนวคิดของ John Braithwaite ที่เน้นถึง กระบวนการที่มุ่งเน้นการแก้ไขการกระทำผิดมากกว่าการลงโทษผู้กระทำผิด คล้ายกับหลักของ peacemaking theory (Braithwaite, 1998)

Carolyn Boyes-Watson ยังกล่าวถึง restorative justice ตอนหนึ่งว่า “นอกจากให้กฎหมาย เจ้าหน้าที่ด้านต่าง ๆ และรัฐเข้ามาแล้ว กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ จะนำผู้เสียหาย ผู้กระทำผิด และชุมชนที่ได้รับผลกระทบเข้ามาร่วมกันหากระบวนการแก้ไขเยียวยา การให้อภัยซึ่งกันและกัน กระทั่งซ่อมแซมความสัมพันธ์ที่เสียหาย” และ “กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ควรแสวงหาวิธีการที่สมดุลระหว่างความต้องการของเหยื่อ ผู้กระทำผิด และชุมชนผ่าน กระบวนการที่ธำรงไว้ซึ่งความปลอดภัยและศักดิ์ศรีของทุกฝ่าย” (C, 2014)

ดังนั้นกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ นอกจากจะมุ่งเน้นการเกิด ภาวะเยียวยาของสังคม ยังคำนึงถึงตัวเหยื่อหรือผู้ได้รับความเสียหายจากการกระทำผิด พยายาม ส่งเสริมให้เกิดข้อตกลงหรือพฤติกรรมเชิงแก้ไขของผู้กระทำผิดเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพขึ้นมาใหม่

ตลอดจนใช้ความร่วมมือของผู้อื่นในสังคมที่ได้รับผลกระทบ โดยมีเครื่องมือที่หลากหลายทางสังคม ส่วนหนึ่งคือการจัดการความขัดแย้งดังจะได้อีกต่อไป

นอกจากนี้กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ยังเชื่อมโยงกับแนวคิดของยุติธรรมชุมชน เนื่องจากชุมชนเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากการกระทำผิดด้วยกัน โดยกิตติพงษ์ กิตติยารักษ์และจุฑารัตน์ เอื้ออำนวย สรุปเกี่ยวกับองค์ประกอบร่วมกันของแนวคิดดังกล่าว มีจุดร่วมคือการทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง เมื่อประชาชนมีโอกาสมากขึ้นในการปฏิสัมพันธ์ สร้างสัมพันธ์ภาพส่วนบุคคลและทำกิจกรรมการควบคุมสังคมแบบไม่เป็นทางการ แต่มิได้ซ่อนทับกันทั้งหมด เพราะแนวคิดของยุติธรรมชุมชนมีเพียงส่วนน้อยที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการเยียวยา การชดเชยความเสียหาย การสร้างสัมพันธ์ภาพใหม่ขึ้นระหว่างเหยื่อ ผู้กระทำผิด และชุมชน รวมถึงยุติธรรมชุมชนมักนั่งเฉยต่อบทบาทของเหยื่ออาชญากรรมและผู้กระทำผิด ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดของยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ออกไป (วิชา มหาคุณ และคณะ, 2558) ทำให้กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์มิใช่การจัดการโดยอำนาจ แต่เป็นการจัดการโดยยึดถือศักยภาพของบุคคลในทุกฝ่ายที่จะสามารถอยู่ร่วมกันโดยสงบสุขได้ทางใดทางหนึ่ง

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิธีการยุติธรรมสมานฉันท์จึงเป็นวิธีการที่นำมาใช้จัดการปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นโดยมิได้มีเจตนาร้ายชัดแจ้ง เช่น การกระทำผิดโดยประมาท หรือกระทำโดยความบังคาลโทสะ หรือตกอยู่ในสถานะที่มิได้ใคร่ครวญเพียงพอก่อนการกระทำผิด เนื่องจากผู้กระทำย่อมมิได้ประสงค์ความขัดแย้งหรือเสียหายรุนแรงต่อผู้ได้รับผลกระทบ และทำให้สูญเสียสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคคล ดังนั้นกระบวนการจึงสามารถมุ่งจัดการความขัดแย้งโดยให้ผู้เสียหายมีโอกาสบอกกล่าวความรู้สึกและผลกระทาที่ได้รับจากการกระทำของผู้กระทำผิด ส่วน

สำคัญคือเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์แล้ว ผู้เสียหายและผู้กระทำผิดจะรู้สึกว่าเป็นปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นได้ยุติลงแล้ว (อมร เจริญเกษ และคณะ, 2003)

2.3.2 รูปแบบของกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์

รูปแบบของกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ที่นิยมใช้เป็นสาขามีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการประนอมหรือไกล่เกลี่ยข้อพิพาทระหว่างเหยื่อและผู้กระทำผิด (victim-offender mediation) รูปแบบการประชุมกลุ่มครอบครัว (family group conference) การลงโทษโดยรูปแบบการพิจารณาแบบล้อมวง (circle sentencing) และรูปแบบคณะกรรมการบูรณาการชุมชน (community reparative board) (Ua-amnoey & Kittayarak, 2004) ซึ่งในแต่ละรูปแบบมีรายละเอียดดังกล่าวโดยสังเขป คือ

1) รูปแบบของการประนอม หรือไกล่เกลี่ยข้อพิพาทระหว่างผู้เสียหายและผู้กระทำผิด (victim-offender mediation) จะเป็นการนำเอาบุคคลทั้งสองฝ่าย คือ ผู้เสียหายและผู้กระทำผิดมาพบปะกันเพื่อพูดคุยประนอมข้อพิพาทโดยผู้ประนอมข้อพิพาทจะเป็นอาสาสมัครที่ได้รับการอบรมมาเป็นอย่างดีซึ่งโดยทั่วไปผู้ประนอมข้อพิพาทจะทำหน้าที่โน้มน้าวให้ทั้งผู้เสียหายและผู้กระทำผิดพูดถึงเรื่องราวที่เกิดขึ้น ความเดือดร้อน และความเสียหายจากการกระทำความผิดและจะมีการตั้งคำถาม (ที่อาจมี) ต่ออีกฝ่าย และจบด้วยการหาข้อสรุปเพื่อการชดใช้และเยียวยาผลของการกระทำความผิดที่เกิดขึ้น กระบวนการประนอมข้อพิพาทจะตั้งอยู่บนจุดหมายหลัก 3 ประการ คือ

1.1) ความยุติธรรม โดยให้ผู้เสียหายมีโอกาสที่จะพูดถึงการกระทำผิด ผลกระทบจากเหตุดังกล่าว และรับฟังเหตุผลที่ผู้กระทำผิดได้กระทำ

1.2) การทำความดีเพื่อแก้ตัว โดยเปิดโอกาสให้ผู้กระทำผิด

ชดเชย แสดงความรับผิดชอบว่าจะแก้ไขหรือเยียวยาอย่างไร

1.3) มาตรการในการปรับปรุงตัว เพื่อให้ไม่ให้ผู้กระทำผิดไปกระทำ

ความผิดซ้ำ ตั้งแต่ข้อตกลงที่เกี่ยวข้องกับการชดใช้ และกระบวนการติดตามผล

การไกล่เกลี่ยนี้ได้นำมาใช้ในกระบวนการยุติธรรมของไทยอย่างเป็นทางการลักษณะจากการประกาศ พรบ.การไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 แต่แท้จริงแล้วได้ปฏิบัติอย่างกว้างขวางมานานแล้วเช่นกัน ตั้งแต่ในระดับเจ้าหน้าที่ตำรวจที่บรรเทาความขัดแย้งในคดีมโนสาร่ กระทั่งกระบวนการก่อนชั้นศาล เช่น ในข้อกำหนดศาลทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่างประเทศ พ.ศ. 2540 มีกำหนดเกี่ยวกับการดำเนินกระบวนการพิจารณาตามคู่ความตกลงกัน จึงสามารถเลือกกำหนดแนวทางกระบวนการที่จะมาใช้ในการระงับข้อพิพาทของตน รวมทั้งการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท รวมทั้งในศูนย์ไกล่เกลี่ยและประนอมข้อพิพาทของศาลกรุงเทพได้ ตามระเบียบศาลอาญากรุงเทพได้ว่าด้วยแนวปฏิบัติในการสมานฉันท์และสันติวิธี พ.ศ. 2551 ก็ได้เกิดการนำร่องเจรจาไกล่เกลี่ยก่อนมี พรบ. ในปัจจุบันเช่นกัน

2) การประชุมกลุ่มครอบครัว (family group conference) มีการใช้มานาน

แล้วในชุมชนเผ่าเมารี โดยมีใช้กับเยาวชนชาวเผ่าเมารีที่ได้กระทำความผิด และนำมาใช้ในประเทสนิวซีแลนด์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1989 ซึ่งต่อมาก็ได้มีการนำมาใช้ในประเทศออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา สหภาพยุโรปและแอฟริกา นำมาประยุกต์ใช้ โดยมีลักษณะคล้ายกันกับเรื่องการประนอมข้อพิพาทที่เปิดโอกาสให้ผู้กรณีเข้าร่วมในกระบวนการ สามารถแสดงความรู้สึกและเปิดเผยข้อเท็จจริงเพื่อนำไปสู่การเจรจาหาข้อตกลง แต่การประชุมกลุ่มครอบครัวจะเปิดโอกาสให้บุคคลอื่น ๆ ในชุมชนเข้ามาในกระบวนการจัดการความขัดแย้งร่วมด้วย นอกจากผู้เสียหายและผู้กระทำความผิดแล้ว

บุคคลอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัวของกลุ่ม คำรวจ ทนายความ และผู้แทนของคนในชุมชนจะนำเข้ามาร่วมในกระบวนการด้วย (จุฑารัตน์ แก้วกัญญา, 2550)

3) การลงโทษโดยรูปแบบการพิจารณาแบบล้อมวง (circle sentencing)

เกิดขึ้นในประเทศแคนาดา ตั้งแต่ปีค.ศ. 1992 ในศาล Yukon Territorial ที่มักมีปัญหา เรื่องชนพื้นเมืองชอบทำร้ายเจ้าหน้าที่ของรัฐ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลผู้เสียหาย ดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับระบบกระบวนการยุติธรรม และกระตุ้นให้ผู้กระทำความผิดปรับปรุงตนเอง และมีสภาพเป็นกระบวนการยุติธรรมชุมชนที่ใช้ร่วมกันไปกับระบบกระบวนการยุติธรรม ซึ่งรูปแบบของการลงโทษโดยที่ประชุมจะคล้าย ๆ กับรูปแบบของการประชุมกลุ่มครอบครัวที่ใช้กันอยู่ในประเทศออสเตรเลียและประเทศนิวซีแลนด์ที่จะต้องทำให้ผู้กระทำความผิดรับผิดชอบต่อความผิดที่ได้ทำลงไป ซึ่งรูปแบบการลงโทษโดยที่ประชุมนี้ได้รับอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมของชนเผ่าอะบอริจิน โดยมีหลักเกณฑ์สำคัญ 3 ประการ คือ ถือว่าการกระทำผิดอาญา คือ การที่ผู้กระทำผิดและผู้เสียหายกระทบกระทั่งกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์อันดีของคนในชุมชน ความผาสุกของชุมชนขึ้นอยู่กับ การเยียวยาความกระทบกระทั่งนั้น และ ชุมชนจะดีขึ้นหากมีการจัดการกับอาชญากรรม ซึ่งโดยทั่วไปแล้วจะหยั่งรากลึกทั้งในภาคเศรษฐกิจและสังคม

โดยปกติแล้วในการนำการลงโทษ โดยที่ประชุมมาใช้ผู้กระทำความผิดจะให้การรับสารภาพในชั้นใดชั้นหนึ่งระหว่างดำเนินคดีและยอมรับผิดชอบต่อความผิดทั้งหมดที่ได้กระทำลง ซึ่งการลงโทษโดยที่ประชุมจะใช้เฉพาะกับคดีที่เป็นความผิดร้ายแรงหรือเฉพาะกรณีที่เหมาะสมจะนำวิธีการดังกล่าวมาใช้กับผู้กระทำความผิด โดยปกติแล้วจะไม่ใช้การลงโทษโดยที่ประชุมกับความผิดเล็ก ๆ น้อย ๆ เพราะการลงโทษโดยที่ประชุมของคนในชุมชนจะมีขั้นตอนที่ต้องใช้เวลานานและต้องการการที่มีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องสูง ซึ่งในประเทศแคนาดาจะนำการ

ลงโทษ โดยที่ประชุมมาใช้กับคดีการกระทำความผิดของเยาวชนและของผู้ใหญ่ แต่ส่วนใหญ่แล้ว มักจะพบในกรณีการกระทำความผิดของพวกชนเผ่าอะบอริจิน

ทั้งนี้การลงโทษ โดยที่ประชุมไม่ใช่รูปแบบหนึ่งของการเบี่ยงเบนคดี (diversion) แต่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางศาลที่จะมีผลต่อคำพิพากษาหรือประวัติของผู้กระทำความผิด การลงโทษโดยที่ประชุมเป็นกระบวนการที่ทุก ๆ คน ในชุมชนจะได้รับเชิญให้เข้ามามีส่วนร่วมในระบบกระบวนการยุติธรรม ซึ่งในขั้นตอนดังกล่าวนี้จะมีการประชุมของคนในชุมชน โดยจัดที่นั่งเป็นวงกลม และให้คนที่ได้รับความยอมรับนับถือในชุมชนนั้นเป็นประธานในที่ประชุมที่ประชุมนี้จะมีคนเข้ามามีส่วนร่วมประมาณ 15 - 50 คน ผู้เข้าร่วมในที่ประชุมแต่ละคนจะแนะนำตัวเอง จะมีการอ่านข้อกล่าวหา พนักงานอัยการและทนายจำเลยจะแถลงเปิดคดีสั้น ๆ และจากนั้นคนในที่ประชุมจะเริ่มพูด โดยการพูดคุยในที่ประชุมมักจะมีประเด็นต่าง ๆ ได้แก่

- การกระทำผิดในลักษณะเดียวกันที่มีอยู่ในชุมชน

- สาเหตุของการกระทำความผิด

- การวิเคราะห์วิถีชีวิตของชุมชนก่อนที่อาชญากรรมเกิดขึ้น

- ผลกระทบทั่วไปของอาชญากรรมนั้น ๆ ต่อผู้เสียหาย

ครอบครัว คนในชุมชน

- การปฏิบัติของชุมชนเพื่อป้องกันไม่ให้มีอาชญากรรมเช่นนี้

เกิดขึ้นซ้ำ

- วิธีช่วยเยียวยาทั้งตัวผู้กระทำผิด ผู้เสียหาย และชุมชนให้ดีขึ้น

- แผนการลงโทษ

- ผู้รับผิดชอบในการทำตามแผน และผู้ที่สนับสนุนทั้งฝ่าย

ผู้กระทำความผิดและฝ่ายผู้เสียหายเพื่อให้สามารถดำเนินตามแผนได้

- วันที่ทบทวนคำพิพากษาและเป้าหมายที่ต้องการ ช่วงก่อนที่จะ

มีการทบทวนคำพิพากษานั้น

โดยทั่วไปแล้วผู้เสียหายจะได้รับหนังสือแจ้งความจำนงของผู้กระทำความผิดล่วงหน้า และรายละเอียดเกี่ยวกับการประชุม โดยจะมีกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้เสียหาย และผู้กระทำความผิดจะได้รับประโยชน์จากการที่รู้ตั้งแต่ต้นว่าสามารถที่จะเลี่ยงการต่อสู้คดีในศาล การยอมรับผิดจะต้องทำต่อหน้าคนในครอบครัวของผู้กระทำความผิดและคนในชุมชน หากไม่มีทนายจำเลย ผู้กระทำความผิดจะต้องแจ้งที่ประชุมและอธิบายถึงเรื่องราวที่เกิดขึ้นเอง ผู้กระทำความผิดจะต้องฟังผู้เสียหายเล่าถึงการบาดเจ็บ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการกระทำความผิด ความรู้สึกของคนในครอบครัวและคนอื่นในชุมชน โดยในการประชุมดังกล่าวจะสื่อสารกันด้วยความรู้สึกสงสารเห็นอกเห็นใจกัน ซึ่งที่ประชุมจะอนุญาตให้ผู้กระทำความผิดร่วมวางแผนการลงโทษตัวเอง เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนในวันข้างหน้า ผู้กระทำความผิดจะสามารถเสนอวิธีการในการเยียวยาผู้เสียหายตลอดจนบุคคลอื่น ๆ ที่ได้รับผลกระทบจากการกระทำผิด

ผลจากการลงโทษโดยมติที่ประชุมของคนในชุมชนนี้ จะทำให้เจ้าพนักงานคุมประพฤติต้องใช้เวลาในการสอดส่องดูแลผู้กระทำความผิดน้อยลง เพราะจะมีบุคคลอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัวของผู้กระทำความผิดหรือคนในชุมชนเข้ามาช่วยกันดูแล และชุมชนจึงต้องทำงานร่วมกับกรมคุมประพฤติเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ที่กระทำความผิด เนื่องจาก

ระยะเวลาวางแผนการทำงาน และฝึกอบรมผู้กระทำความผิดก่อนข้างยาวนาน นอกจากนี้คนในครอบครัวตลอดจนคนในชุมชน ได้หันหน้าพูดคุย ทำให้รู้สึกความรับผิดชอบวางแผนการลงโทษ ทั้งผู้กระทำความผิด คนในครอบครัว ชุมชน หรือผู้เสียหาย ที่ทำหน้าที่ร่วมกัน (จุฑารัตน์ แก้วกัญญา, 2550)

3) รูปแบบคณะกรรมการบูรณาการชุมชน (community reparative board)

เป็นต้นแบบใหม่ที่ชุมชนแสดงความรับผิดชอบต่อเด็กเยาวชนกระทำผิดอย่างกว้างขวาง รู้จักกันในนามของคณะกรรมการเยาวชน (youth panels) คณะกรรมการเพื่อนบ้าน (neighborhood boards) หรือคณะกรรมการยุติธรรมทางเลือกชุมชน (community diversion boards) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเบี่ยงเบนคดีหรือการคุมประพฤติคณะกรรมการประกอบด้วยผู้คนในชุมชน ผู้กระทำผิดเหยื่อ อาชญากรรม ผู้แทนจากกระบวนการยุติธรรม และอาจมีสมาชิกครอบครัวของผู้กระทำผิดรวมอยู่ด้วย เนื่องจากการพูดคุยกันด้วยความเคารพก่อนที่คณะจะพิจารณาโทษ คณะกรรมการเหล่านี้มีความสำคัญต่อสมาชิกชุมชนในการอำนวยความสะดวกยุติธรรมในขั้นตอนที่อยู่ระหว่างชุมชนกับระบบงานยุติธรรมทางอาญา เป้าหมายของรูปแบบนี้เพื่อให้พลเมืองมีส่วนร่วมโดยตรงในกระบวนการอำนวยความสะดวกยุติธรรม เปิดโอกาสให้เหยื่ออาชญากรรมและสมาชิกชุมชนได้เผชิญหน้ากับผู้กระทำผิดเพื่อศึกษาเข้าใจพฤติกรรมกระทำผิด ในขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้ผู้กระทำผิดได้แสดงความรับผิดชอบในการเยียวยาความเสียหายต่อเหยื่ออาชญากรรมและชุมชน (Roche อ้างถึงใน ภิญ โย แสงภู, 2550) ลักษณะนี้อาจคล้ายกับรูปแบบการพิจารณาแบบล้อมวง แต่กว้างขวางน้อยกว่าวงประชุมดังกล่าว และอาจกระทำได้ง่ายกว่าเพราะคณะกรรมการมีความชัดเจน รวมทั้งกระทำได้ด้วยระยะเวลาที่สั้นกว่า รวมถึงยังเป็นลักษณะการเบี่ยงเบนคดีจึงไม่ใช่การลงโทษโดยตรง

กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์เป็นรูปแบบที่อาจกล่าวถึงการจัดการ ผู้กระทำผิดในเชิงสังคมและระบบในวงกว้าง ยังมีกระบวนการจัดการความขัดแย้งที่การศึกษานี้ให้ ความสนใจจะเป็นกระบวนการที่ช่วยให้เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมทางเลือกบางส่วน หรือยุติก่อน เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมกระแสหลักได้เน้นในเชิงคู่ขัดแย้งหรือจัดการเป็นองค์กร กลุ่มคน หรือ เป็นราย ๆ ไป โดยมีหลากหลายรูปแบบดังจะกล่าวต่อไป

2.3.2 รูปแบบของการจัดการความขัดแย้ง

การจัดการความขัดแย้งในปัจจุบันมีรูปแบบที่นิยมใช้ในการจัดการความขัดแย้ง หรือข้อพิพาทของคู่ขัดแย้งที่เป็นที่นิยม ยกตัวอย่าง 4 รูปแบบ ได้แก่

1) การเจรจาไกล่เกลี่ยโดยคนกลาง (Mediation) หมายถึง กระบวนการที่ คู่กรณีซึ่งอาจจะเป็นรัฐ บุคคล หรือกลุ่มบุคคลใช้ในการแก้ไขปัญหา โดยสมัครใจมาพูดคุย อภิปราย ถึงความแตกต่างกันในเรื่องต่างๆ และเป็นกระบวนการที่คู่กรณีทั้งสองฝ่ายต่างตกลงพร้อมใจกันให้ มีคนกลางเป็นผู้ไกล่เกลี่ย โดยหลักการสำคัญของการเจรจาไกล่เกลี่ยโดยคนกลางมี 4 ประการ เช่น แยกคนออกจากปัญหา พิจารณาถึงจุดสนใจและผลประโยชน์ร่วมของคู่กรณี โดยไม่มุ่งเน้นที่จุดยืน สร้างทางเลือกที่หลากหลายให้กับคู่กรณี และใช้กฎ กติกาในกระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ย เพื่อความ ยุติธรรม (วันชัย วัฒนศัพท์ และคณะ, 2014)

2) การเจรจาต่อรอง (Negotiation) หมายถึง กระบวนการของบุคคลที่ ต้องการแก้ไขปัญหาโดยสันติวิธี เพื่อให้เกิดการประนีประนอม พยายามหาข้อตกลงที่ยอมรับได้ ของคู่สนทนาทั้ง 2 ฝ่าย โดยมีการเสนอข้อแลกเปลี่ยน ซึ่งนำผลประโยชน์มาให้ทั้ง 2 ฝ่าย (Win-Win) โดยการเจรจาต่อรอง ไม่มีสูตรสำเร็จที่ตายตัว เนื่องจากการพูดคุยกับ “คน” คนแต่ละคนก็

ย่อมมีความแตกต่างหลากหลายจึงไม่จำเป็นต้องมีสูตรเฉพาะในการเจรจาต่อรอง นอกจากนี้ กระบวนการเจรจา ไม่จำเป็นต้องอาศัยคนกลางหรือบุคคลที่สาม และอาจจะเป็นการเจรจาต่อรองเฉพาะคู่ขัดแย้งหลัก หรือเป็นการส่งตัวแทนมาพูดคุยก็ได้ หลักการสำคัญในการเจรจาต่อรองที่ควรยึดถือปฏิบัติ คือ 1. ยอมรับสถานะของคู่ขัดแย้ง หรือคู่กรณี 2. เข้าใจจุดยืน มุมมองและเหตุผลของคู่กรณีฝ่ายตรงข้าม 3. เห็นส่วนดีของคู่เจรจาไม่ว่าจะเป็นทัศนคติหรือพฤติกรรม 4. มองคู่เจรจาว่าเป็นผู้ที่สามารถเป็นฝ่ายเดียวกับเราได้ หรือจะตกลงกันได้ โดยได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน และ 5. เจรจากับคู่เจรจาอย่างสุภาพและเปิดเผย (วัฒนศัพท์ et al., 1997)

3) การใช้อนุญาโตตุลาการ (Arbitration) เป็นการแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งด้วยวิธีการตัดสินโทษโดยผู้ทำหน้าที่ในการตัดสิน หรือ “อนุญาโตตุลาการ” แต่กระบวนการนี้ที่ต่างไปจากระบบการตัดสินโทษของศาล คือ อนุญาโตตุลาการสามารถหาข้อมูลอื่นมาพิจารณาเสริมได้ โดยไม่ต้องใช้เฉพาะประเด็นที่ฟ้องร้องกันอยู่ และผลของการตัดสินของอนุญาโตตุลาการนั้น คู่กรณีจะนำไปปฏิบัติหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับว่า ในช่วงที่ตกลงกันได้มีการเขียนสัญญาไว้หรือไม่ รวมทั้งขึ้นอยู่กับดุลพินิจของคู่กรณี (Satha-Anand, 2014) รวมถึงไม่มีการบังคับผลชี้ขาดเพื่อจำกัดสิทธิเสรีภาพในลักษณะกระบวนการทางอาญาของศาลยุติธรรม

นอกจากนี้ยังมีระบบที่เป็นกระบวนการยุติธรรมกระแสหลักคือการตัดสินคดี (adjudication) เป็นรูปแบบที่เป็นทางการ เนื่องจากมีกฎหมายกำหนดกระบวนการและมีบุคคลที่ทำหน้าที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน มีลักษณะเพื่อพิสูจน์ความถูกต้อง และเกิดการบังคับใช้หลังการตัดสินสิ้นสุดอย่างเด็ดขาดตามกติกาทางสังคมนั้น ๆ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ใช้เวลานานจากระเบียบขั้นตอนและทรัพยากรที่ต้องใช้ดำเนินการ ทำให้การเยียวยาความเสียหายของผู้ถูกระทำนั้นล่าช้า รวมถึงอาจเกิดผลกระทบต่อเนื่องหลังจากความล่าช้า นั้น เช่น ความเจ็บป่วย สภาพความเป็นอยู่

ชื่อเสียงหรือสถานะทางสังคม เป็นต้น นอกจากนี้อาจไม่ได้รับการเยียวยาในสิ่งที่ผู้เสียหายต้องการมากที่สุด เนื่องจากส่วนใหญ่อาจได้รับการลงโทษผู้กระทำผิด รวมทั้งการชดเชยด้วยเงินจำนวนหนึ่งที่ศาลเห็นว่าสมควร เป็น 2 ประการหลัก

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบกระบวนการจัดการความขัดแย้งรูปแบบต่าง ๆ (Ury et al., 1988)

กระบวนการ	การตัดสินคดี (adjudication)	อนุญาโตตุลาการ (arbitration)	ไกล่เกลี่ยคน กลาง (mediation)	เจรจาต่อรอง (negotiation)
นิติสัมพันธ์	ผูกพัน	ผูกพัน	ไม่ผูกพัน	ไม่ผูกพัน
การจัดการ	สิทธิ	สิทธิ	จุดสนใจ	จุดสนใจ
จุดเน้น	ผลทาง กฎหมาย	ผลทางกฎหมาย	การจัดการ และการ เยียวยา	การจัดการ และสม ประโยชน์
ผลลัพธ์	แพ้-ชนะ	แพ้-ชนะ	ชนะ-ชนะ	ชนะ-ชนะ
อิทธิพลต่อบุคคลที่สาม	ไม่มี	มี	มี	มี
ฝ่ายที่เกี่ยวข้องใน กระบวนการ	อย่างน้อย 1 ฝ่าย	ทุกฝ่าย	ทุกฝ่าย	ทุกฝ่าย
ความเป็นทางการ	มาก	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	น้อย
สัมพันธภาพหลัง กระบวนการ	ความเป็น ผู้กระทำและ ผู้เสียหาย	ความเป็นผู้แพ้ และผู้ชนะ	ความเป็นผู้ ชดเชยและผู้ ได้รับเยียวยา	ความเป็นผู้ได้ อย่างเสียอย่าง ทั้งสองฝ่าย

2.3.3 ทักษะของการจัดการความขัดแย้ง

การเลือกบุคคลที่จะเข้ามาทำหน้าที่เป็นคนกลางในกระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลางนั้นมีความสำคัญ ศ.นพ.วันชัย วัฒนศัพท์ ได้กล่าวถึงคุณสมบัติที่ดีของคนกลางไว้ คือ 1. มีความเป็นมิตรและเป็นที่ยอมรับทางสังคม เคารพต่อความคิดเห็นของบุคคล 2. มีประสบการณ์หรือความชำนาญในการจัดการความขัดแย้งมาก่อน 3. มองโลกในแง่ดี มีความรู้ลึกกว้าง 4. มีความยืดหยุ่น ความอดทน 5. มีความใจกว้าง มีความน่าเชื่อถือ และ 6. ไม่อารมณ์ร้อน มีไหวพริบดี และมีความเชื่อมั่นในตนเอง (วันชัย วัฒนศัพท์ และคณะ, 2014)

ทักษะของการจัดการความขัดแย้งเป็นทักษะที่กว้างขวางเนื่องจากอาศัยมุมมองแนวคิด ประสบการณ์ชีวิต และคุณลักษณะที่แตกต่างกันของผู้จัดการความขัดแย้งในแต่ละบุคคล หากอ้างอิงหลักคิดที่เป็นสากลนั้นมักเป็นหลักคิดของสันติวิธี (non-violence concepts) หรือการสื่อสารแบบปราศจากความรุนแรง (non-violence communication) โดยหลักคิดของสันติวิธีสามารถแบ่งออกมาได้ 8 ประการ (บุษบง ชัยเจริญวัฒนะ, 2560) ได้แก่

1) ปฏิเสธการใช้ความรุนแรงอย่างสิ้นเชิง ความรุนแรงมีผลเป็นการทำลาย ทำให้ทิศทางของความขัดแย้งเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ และความรุนแรงจะทำให้ข้อเรียกร้องที่ชอบธรรมของฝ่ายผู้ใช้ความรุนแรงกลายเป็นสิ่งที่ไม่ชอบธรรม

2) มุ่งเน้นแก้ไขปัญหา หรือ โจมตีที่ปัญหา ไม่โจมตีที่ “ตัวบุคคล” หลักคิดนี้เป็นการแยก (ปัญหา) ออกจาก (ตัวบุคคล) คือเมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้น สิ่งที่ต้องจัดการกับความขัดแย้งนั้นที่ปัญหา ไม่โจมตีหรือมุ่งจัดการที่ตัวบุคคล เพราะต่างฝ่ายต่างปกป้องตนเองและคิดหาแต่วิธีโจมตีกลับกันไปมา

3) สร้างความสัมพันธ์อันดี ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจต่อกัน (Trust) ซึ่งการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันนั้น จัดได้ว่าเป็นขั้นตอนสำคัญลำดับต้นของการจัดการความขัดแย้งด้วยแนวทางสันติวิธี เนื่องจากในการจัดการความขัดแย้งนั้น ก่อนที่คู่กรณีจะไปสู่ขั้นตอนของการพูดคุยกัน สัมพันธภาพของคู่กรณีต้องได้รับการฟื้นฟูเสียก่อน เพราะหากไม่ได้รับการฟื้นฟู คู่กรณีก็จะเกิดความหวาดระแวงต่อกำพูดของอีกฝ่ายมากกว่าการเปิดใจยอมรับฟังอีกฝ่าย ในท้ายที่สุดก็จะทำให้คู่กรณีทั้งสองฝ่ายไม่สามารถเข้าใจและยอมรับข้อเสนออีก

4) ไม่มุ่งเอาชนะกัน แต่สร้างความร่วมมือกัน โดยคู่กรณีจะต้องไม่อยู่บนฐานคิดแบบการเล่นเกมส์ คือ มีฝ่ายแพ้และมีฝ่ายชนะ เพราะคู่กรณีจะมีแนวโน้มในการใช้วิธีการรุนแรง การบิดเบือนข้อมูล และการหักหลังกัน ซึ่งการกระทำทั้งหมดที่กล่าวมานี้ มีแต่จะทำให้ความขัดแย้งบานปลายมากขึ้น

5) ตอบสนองความต้องการของทุกฝ่าย โดยส่วนใหญ่แล้ว ความขัดแย้งที่มีความรุนแรงเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เกิดจากการที่ความต้องการขั้นพื้นฐานของคู่กรณีไม่ได้รับการตอบสนอง

6) มองทุกคนมีความเป็นมนุษย์เหมือนกัน ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะป้องกันการใช้ความรุนแรงต่อกัน เพราะการทำลาย หรือการทำร้ายบุคคลอื่นที่เราคิดว่ามีความเป็นมนุษย์ มีครอบครัวที่รัก มีสุข มีทุกข์ มีเจ็บ มีเสียใจเฉกเช่นเดียวกับเรา เราก็จะกระทำรุนแรงต่อเขาได้ยากลำบากขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากเรามองผู้อื่นว่ามีใช่มนุษย์ เราจะกระทำความรุนแรงต่อผู้อื่นได้ง่ายขึ้น ดังเช่นที่ครั้งหนึ่งมีภิกษุผู้เคยเสนอแนวคิดที่ “ฆ่าคอมมิวนิสต์ไม่บาป” แนวคิดดังกล่าวเป็นแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อความคิดของผู้คนให้เชื่อว่า การฆ่าหรือการใช้ความรุนแรงต่อคนที่มีอุดมการณ์คอมมิวนิสต์เป็นสิ่งที่สามารถกระทำได้ โดยไม่บาป อันเป็นวิธีคิดและวิธีปฏิบัติที่ตรงข้ามกับสันติวิธีอย่างสิ้นเชิง

7) เน้นทั้งเหตุผลและความรู้สึก การใช้เหตุผลเพียงอย่างเดียวในการจัดการความขัดแย้ง ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ลุล่วงทั้งหมด เนื่องจากการจัดการความขัดแย้งที่ดี ควรต้องใช้ทั้งเหตุผลและความรู้สึกเป็นปัจจัยขับเคลื่อน ดังเช่น ตัวอย่างการเจรจาสันติภาพระหว่างอียิปต์กับอิสราเอล ในปี พ.ศ. 2521 คู่เจรจาในฐานะตัวแทนของประเทศใช้เวลาในการเจรจาเป็นปี ก็ไม่สามารถสงบศึกและหาข้อตกลงร่วมกันได้ แต่ภายหลังจากที่คู่เจรจากจากทั้งสองประเทศใช้เวลาพูดคุยความรู้สึก ในฐานะคนเป็นพ่อ หรือผู้นำของประเทศ ที่ไม่ต้องการเห็นลูกของตนได้รับผลกระทบจากสงคราม ทั้งสองฝ่ายก็กลับตกลงกันได้ อันเป็นที่มาของสนธิสัญญาสันติภาพในที่สุด

8) กล้าและสร้างสรรค์ ความรุนแรงมีแรงผลักดันมาจากความกลัว เช่น กลัวสูญเสียอำนาจจึงต้องมีการใช้ความรุนแรงในการปกป้องอำนาจของตนไว้ แต่การใช้สันติวิธีนั้นต้องขจัดความกลัวออกไป และจะต้องมีแรงผลักดันมาจากความกล้า เช่น กล้าตั้งคำถาม กล้าคิด กล้ากำจัดอคติ กล้าที่จะยอมสูญเสียผลประโยชน์บางสิ่ง และกล้าที่จะพูดคุย

ในอีกมุมมองหนึ่ง ผู้จัดการความขัดแย้งเป็นผู้ที่เผชิญกับตัวตนของบุคคลที่แตกต่างกัน แต่ต้องบริหารจัดการให้เกิดความลงรอยกันทั้งความคิดและสัมพันธภาพ รวมทั้งเผชิญกับอารมณ์อันเกิดจากความขัดแย้งนั้น ทำให้ทักษะทางจิตวิทยาหรือผู้ที่มีเทคนิคในการสื่อสารประเด็นที่ยากต่อการยอมรับ กระบวนการที่ใช้สำหรับการเจรจาจึงมักใช้ทักษะการสัมพันธภาพทางจิตวิทยาเบื้องต้นร่วมด้วย (วันชัย วัฒนศัพท์ และคณะ, 2014) ได้แก่

1) การฟังอย่างตั้งใจ (active listening) โดยไม่พูดแทรกขณะฟัง สบตา พยักหน้าตาม กล่าวทวนความ (paraphrasing) ถามและตอบคำถามอย่างเห็นอกเห็นใจ

2) ทักษะการปรับเปลี่ยนมุมมอง (reframing) โดยใช้ I-message หรือบอกสิ่งที่ตนต้องการสื่อสารแทนการกล่าวหาหรือสั่งผู้อื่น

3) ทักษะการค้นหาคำความหมายและจุดสนใจที่ซ่อนอยู่ เนื่องจากบุคคลมักแสดงออกถึงจุดยืนเป็นผลลัพธ์เพื่อนำไปสู่จุดสนใจ เช่น ต้องการเยียวยาโรคแทรกซ้อนที่เกิดความทุกข์ (จุดสนใจ) ทำให้ต้องการเรียกรถฉุกเฉินออกจากแพทย์ผู้รักษา (จุดยืน) แต่อาจยินดีหากเปลี่ยนวิธีการเป็นการช่วยเหลือเยียวยาโรคที่เกิดขึ้นโดยตรงมากกว่าได้เงินทองมาแต่โรคไม่หาย เป็นต้น

เหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการฝึกในหลักสูตรการเรียนการสอนมาเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะแพทย์ แต่ความอดทนในการสื่อสาร การจัดการต่อทัศนคติของตนเอง สถานการณ์เกี่ยวกับอารมณ์ต่าง ๆ รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับกฎหมาย เป็นประเด็นส่วนหนึ่งที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์หลายคนไม่ประสงค์เป็นคนกลางหรือจัดการความขัดแย้งด้วยตนเอง

2.4 การศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์

2.4.1 หลักความยินยอมรับบริการทางการแพทย์ในพหุประเทศ

ด้วยความไม่แน่นอนและซับซ้อนของศิลปะการรักษายาบาล หลายครั้งที่แพทย์แต่ละคนให้การรักษาที่แตกต่างกัน รวมทั้งต้องปรึกษาแพทย์ท่านอื่นที่เชี่ยวชาญในด้านอื่นหรือด้านเดียวกันเพื่อขอความเห็น ศึกษางานวิจัยหรือส่งตรวจเทคนิคพิเศษต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในรูปแบบการรักษา ซึ่งการกระทำสิ่งเหล่านี้มากน้อยอาจเกิดผลลัพธ์ลักษณะเดียวกัน แต่ในขณะที่วิธีการเดียวกันในเงื่อนไขเดียวกัน ก็มีโอกาสเกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างกันได้เช่นกัน ทำให้ผู้รับบริการที่ไม่ทราบถึงธรรมชาติของโรคหรือการรักษาเกิดความไม่เข้าใจและก่อตัวของความขัดแย้ง ดังนั้นแพทยศาสตร์ศึกษาของสถาบันฝึกอบรมต่าง ๆ เริ่มให้ความสำคัญของทักษะการสื่อสารระหว่าง

บุคลากรและผู้รับบริการมากขึ้น ตั้งแต่ก่อนให้บริการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะหัตถการที่มีความเสี่ยง (informed consent) เพื่อให้เกิดความยินยอมบนความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และสามารถอธิบายปัญหาที่อาจเกิดเหตุสุดวิสัย (force majeure) ที่แตกต่างไปจากทิวเวชปฏิบัติ (medical malpractice) จนกระทั่งนำไปช่วยลดความขัดแย้งดังกล่าว อาจเกิดโอกาสให้ผู้เสียหายยินยอมให้ดำเนินการกระบวนการเยียวยา ให้อภัยและสมานฉันท์อันเนื่องจากรู้สึกว่ามีใช้ความบกพร่องจากทิวเวชปฏิบัติ หรือความประสงค์ร้ายของผู้ให้บริการ แทนที่จะแสวงหาแต่การแก้แค้นทดแทน ซึ่งแตกต่างจากการสื่อสารหลังจากเหตุไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นแล้ว เพราะนอกจากความคาดหวังที่แตกต่างกันแล้วยังลดปัญหาของการละเมิด ดังหลักสากลของกฎหมายว่า volenti non fit injuria หรือหลักความยินยอมไม่เป็นละเมิดที่นำมาปรับใช้ในประเทศไทยมานาน (สุพัชรินทร์ อัสวธิตานนท์, 2551)

ทั้งนี้ในประเทศไทยมีข้อถกเถียงเกี่ยวกับหลักความยินยอมดังกล่าวต่อ พรบ. สัญญาไม่เป็นธรรม พ.ศ.2540 โดยเฉพาะกรณีบริการทางการแพทย์ โดยมาตรา 9 บัญญัติว่า “ความตกลงหรือความยินยอมของผู้เสียหายสำหรับการกระทำที่ต้องห้ามขัดแย้ง โดยกฎหมาย หรือขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน จะนำมาอ้างเป็นเหตุยกเว้นหรือจำกัดความผิดเพื่อละเมิดมิได้” ซึ่งเจตนารมณ์ดังกล่าวจึงไม่ครอบคลุมการยินยอมให้กระทำผิดทางอาญา รวมทั้งการทำให้อีกฝ่ายยินยอมโดยความเกรงกลัว ซึ่งขัดต่อมาตรา 309 ที่วางหลักไว้ว่า “ผู้ใดข่มขืนจิตใจผู้อื่นให้กระทำการใด ไม่กระทำการใด หรือจำยอมต่อสิ่งใด โดยทำให้กลัวว่าจะเกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย เสรีภาพ ชื่อเสียงหรือทรัพย์สินของผู้ถูกข่มขืนใจนั้นเองหรือของผู้อื่น หรือโดยใช้กำลังประทุษร้ายจนผู้ถูกข่มขืนใจต้องกระทำการนั้น ไม่กระทำการนั้นหรือจำยอมต่อสิ่งนั้น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ” ซึ่งบริการทางการแพทย์นั้นยังคงมีอำนาจเหนือผู้ให้ความยินยอมและยกมาเป็นข้อกล่าวอ้างได้ ดังนั้นปัจจุบันกระบวนการ

ดังกล่าวจึงปรับเปลี่ยนให้เป็นแบบแผนมากขึ้น และมีใช้การจำกัดความรับผิดชอบของบุคลากร แต่เป็นหน้าที่ตาม พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 8 (1) บัญญัติไว้ว่า “ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมิได้” แต่ในกรณีที่จำเป็นตามวรรค 3 คือ ผู้ป่วยบกพร่องความสามารถในการตัดสินใจหรือมีภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์จึงสามารถให้ผู้ที่มิอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยเป็นผู้รับทราบข้อบ่งชี้และความเสี่ยงแทนผู้ป่วยในเวลาดังกล่าวเพื่อให้ความยินยอม นอกจากนี้ในเหตุจำเพาะบางกรณีตาม มาตรา 12 ของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 วางหลักไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” ทำให้บุคคลที่เป็นผู้ได้รับมอบอำนาจเป็นผู้ตัดสินใจรับบริการทางการแพทย์แทนผู้ป่วยได้ หากเปลี่ยนแปลงจากพินัยกรรมชีวิต (living will) ที่เขียนล่วงหน้าไว้

แม้ประเทศสหรัฐอเมริกา (US) จะมีกฎหมายเฉพาะมลรัฐ แต่โดยรวมแล้วมีแนวทางคล้ายประเทศไทยเนื่องจากมอบให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจหลัก ครอบครัวจะมีส่วนเพียงเมื่อผู้ป่วยบกพร่องความสามารถหรือให้ความยินยอมล่วงหน้าก่อน มีเพียงบางกรณีที่ผู้อื่นให้ความยินยอมแทน (minor consent) ในขณะที่สหราชอาณาจักร (UK) ที่ใช้ระบบกฎหมายจารีตประเพณี (common laws) ก็มีหลักการคล้ายคลึง คือ ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจหลัก ยกเว้นขาดอำนาจตัดสินใจและไม่ได้มอบหมายนิติอำนาจไว้ (power of attorney) หรือเป็นผู้ป่วยจำเพาะ เช่น มีภาวะฉุกเฉิน มีอาการทางจิตที่เข้าได้กับ mental health act 1983 มีภาวะความเป็นอยู่ที่ไม่ถูกสุขอนามัยตาม national assistance act 1948 รวมทั้งมีโรคติดต่อที่อันตรายต่อส่วนรวม เช่น โรคพิษสุนัขบ้า อหิวาห์

ตกโรค และโรคฉับโรค ที่อาจพบบ่อยในเอเชียรวมทั้งประเทศไทย แต่น้อยมากในฝั่งยุโรป ซึ่งเป็นรากฐานของ corona virus act 2020 ที่เป็น โรคติดต่ออันตรายในปัจจุบันเช่นกัน

สาธารณรัฐประชาชนจีนให้อำนาจครอบครัวของผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจ และให้อำนาจผู้ป่วยเป็นเพียงผู้ร่วมตัดสินใจ รวมทั้งสามารถลอบกักให้ผู้ป่วยรับการรักษาจากครอบครัวหรือแพทย์เพื่อผลประโยชน์ทางการรักษาพยาบาลได้ ซึ่งมีความแตกต่างจากหลายประเทศ โดยเดิมไม่มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการให้ความยินยอมทางการแพทย์ชัดเจน แต่เริ่มมีคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อ ค.ศ.1982 เป็นเพียงการบอกกล่าวแบบไม่เป็นทางการ (simple consent) เริ่มมีการกำหนดชัดเจนในลักษณะ informed consent เมื่อ ค.ศ.1999 ใน Practitioner Law of the People's Republic of China และ ค.ศ.2002 ใน The Regulation on the Handling of Medical Accidents ส่วนหนึ่งแม้จะมีการเปลี่ยนแปลง แต่ในขณะที่เขตบริหารฮ่องกงแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีนมีแนวทางเพียงให้ครอบครัวรับทราบก่อนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจ แต่การลอบกักให้รับการรักษาเป็นสิ่งที่ไม่น่ายอมรับได้ ซึ่งแตกต่างออกไปจากบริบทของจีน (Fan & Tao, 2004)

แม้จะมีความพัฒนาในจริยธรรมทางการแพทย์โดยเริ่มต้นจากการวิจัยในมนุษย์ เช่น การมีข้อกำหนดกรุงนูเรมเบิร์ก ค.ศ.1947 (Nuremberg code) และต่อมาเกิดการขยายความขึ้นโดยประกาศเฮลซิงกิ ค.ศ. 1964 (Declaration of Helsinki) โดยที่ประชุมสมัชชาแพทยสมาคมโลก ครั้งที่ 18 ณ กรุงเฮลซิงกิ ประเทศฟินแลนด์ รวมทั้งพัฒนาการของสิทธิมนุษยชนต่าง ๆ ก็ยังพบว่ามี ความแตกต่างกันด้วยวัฒนธรรมและสังคมในแต่ละประเทศ ซึ่งความสามารถในการยินยอมหรือตัดสินใจรับบริการทางการแพทย์นั้นอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความขัดแย้งในแต่ละประเทศแตกต่างกัน โดยมีการศึกษาในสาธารณรัฐประชาชนจีนเกี่ยวกับอุปสรรคเมื่อแพทย์ขอความยินยอม

ก่อนผ่าตัด ซึ่งหากมิได้จัดการประเด็นต่าง ๆ อาจนำไปสู่ความขัดแย้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้ (Gong et al., 2018) อันได้แก่

1) การให้ข้อมูลเพื่อให้ทราบไม่เพียงพอ ตั้งแต่เกี่ยวกับอาการผิดปกติและตัวโรคของผู้ป่วย ลักษณะกระบวนการที่ผู้ป่วยต้องรับการตรวจและรักษา ระยะเวลาหรือความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาหรือหากไม่ได้รับการรักษา ฯลฯ ให้แก่ผู้รับบริการ (ผู้ป่วย ญาติและบุคคลที่เกี่ยวข้องอื่น)

2) ความรู้ทางการแพทย์ที่แตกต่างกันระหว่างแพทย์และผู้รับบริการ ทำให้ต้องอาศัยความเชื่อใจและลักษณะของการสื่อสารจึงต้องทำให้ผู้รับบริการเข้าใจในข้อมูลต่าง ๆ เช่น การหลีกเลี่ยงศัพท์เฉพาะทางการแพทย์หรือตัวย่อ (jargon) ความพยายามสื่อสารในเนื้อหาที่ยากต่อความเข้าใจ ฯลฯ

3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ที่ไม่เพียงพอ ซึ่งนำไปสู่โอกาสทำความเข้าใจหรือทราบว่าอีกฝ่ายมีความคิดความต้องการอย่างไรไม่เพียงพอ รวมทั้งการพัฒนาความไว้วางใจ (trust) ที่แพทย์ไม่สามารถถ่ายทอดข้อมูลที่ซับซ้อนได้ทั้งหมด ผู้รับบริการบางส่วนจึงพยายามหาข้อมูลเพิ่มเติมด้วยตนเองและเชื่อถือข้อมูลดังกล่าวซึ่งอาจนำมาใช้กับภาวะในปัจจุบันได้มากน้อยแตกต่างกัน

เมื่อเกิดความขัดแย้งจากข้อสงสัยว่าแพทย์ให้บริการเพื่อให้ถึงเป้าหมายที่ผู้รับบริการต้องการมากน้อยเพียงใด มีวิธีทางให้บริการแตกต่างจากความคาดหวัง และความรู้สึกของการตัดสินใจรับบริการด้วยตนเองของแต่ละบุคคลอาจมีผลต่อการเกิดความขัดแย้ง จึงอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ

2.4.2 การศึกษาการจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์ในพหุประเทศ

ความผิดพลาดทางการแพทย์ในการรักษาพยาบาลมักเป็นไปจากความประมาทเลินเล่อ (negligence) ซึ่งในสหรัฐอเมริกา (US) มีความขัดแย้งที่นำขึ้นสู่กระบวนการยุติธรรมเด่นชัดในช่วงยุคคริสต์ศตวรรษที่ 19 เนื่องจากการพัฒนาของกฎหมายนิติสัญญา (contract laws) และมุมมองที่แพทย์เป็นผู้ค้ามากขึ้น จนกระทั่งเกิดความมากพอที่จะกลายเป็นกลไกสร้างรายได้นับว่ากระบวนการยุติธรรม เช่น หนทางทางการแพทย์ ประกันการรับผิดชอบทางการแพทย์ ฯลฯ ในขณะที่สหราชอาณาจักร (UK) เกิดความขัดแย้งขึ้นถึงกระบวนการยุติธรรมก่อนหน้านั้นเสียอีก โดยในช่วงกลางยุคคริสต์ศตวรรษที่ 18 ผู้ป่วยและญาติมีบทบาทในการวินิจฉัยโรคตนเอง เมื่อมีความแตกต่างกับแพทย์ก็ส่งผลให้เกิดความขัดแย้ง แต่ต่อมาในยุคคริสต์ศตวรรษที่ 19 มีส่วนคล้าย US จากแนวคิดความเป็นผู้ค้าด้านบริการการแพทย์มากขึ้น แต่ความขัดแย้งจากการวินิจฉัยไม่ตรงใจลดลงด้วยความซับซ้อนของโรคและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มากขึ้น เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงวิจัยที่มีกระบวนการจำเพาะ รวมทั้งช่วงคริสต์ศตวรรษ (ค.ศ.) 1980 ความประมาทเลินเล่อทางการแพทย์ถูกแยกจากการละเมิดในลักษณะการดำเนินคดีตามกฎหมาย UK ส่วนหนึ่งเกิดการพิพากษาตามกรณี Bolam v Friern Hospital Management Committee ที่มีความขัดแย้งของผู้ป่วยข้อสะโพกหักจากการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า กฎหมายในขณะนั้นเชื่อถือผู้เชี่ยวชาญที่มีเหตุผล (reasonable expert) ที่กระทำอย่างถูกต้องตามกระบวนการ (reasonable practice) ก็ถือว่าไม่เกิดการละเมิดแม้จะเกิดความเสียหายขึ้นจากการให้บริการทางการแพทย์นั้น ซึ่งขาดความเห็นอกเห็นใจและการเยียวยาความเสียหายแม้จะเกิดโดยความไม่ตั้งใจก็ตาม ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในยุคคริสต์ศตวรรษที่ 20 กระทั่งถึงปัจจุบัน เนื่องจากกระแสความต้องการทางสิทธิมนุษยชน และความเข้าใจเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มชนทุกภาคส่วนในด้านต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงผู้เสียหายทางการแพทย์ด้วย แตกต่าง

จากยุคเดิมที่มุ่งเพียงสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมืองในตัวตนของรัฐ นอกจากนี้ประเด็นของ Bolam ก็เป็นผู้ป่วยทางจิตที่เป็นกลุ่มเปราะบาง รวมทั้งการปฏิรูประบบสุขภาพให้อยู่ภายใต้ National Health Service (NHS) ซึ่งตามมาด้วยระบบการตรวจสอบคุณภาพ (medical audit) มาควบคุมระบบภายในของบริการสาธารณสุข ซึ่งคานอำนาจกำหนดมาตรฐานโดยผู้เชี่ยวชาญเพียงไม่กี่คน กระทั่งไปถึง negligence ที่สมเหตุสมผลมากขึ้น เกิดความสนใจป้องกันความขัดแย้งของ medical dispute มากขึ้นเพื่อให้สถานพยาบาลคงคะแนนสูงที่จะต่อสัญญาอยู่กับ NHS ต่อไปได้ รวมทั้งหลังจากข้อร้องเรียนเกี่ยวกับ negligence มากขึ้นตามยุคสมัย UK ยังปรับนโยบายส่วนกลางในระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด (no-fault compensation) ที่เกิดขึ้นใน ค.ศ. 1978 ให้ได้รับการชดเชยที่เหมาะสม เพิ่มช่องทางกรร้องขอ และวิธีการพิจารณาให้ผู้ได้รับความเสียหายทางการแพทย์ เป็นอย่างหนึ่งที่แสดงถึงความสนใจเยียวยาผู้เสียหายมากขึ้นกว่าการตัดสินถูกผิดนั่นเอง รวมทั้งเริ่มมีกระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ยเพื่อลดกระบวนการฟ้องร้องในศาลร่วมด้วย (Price, 2010)

ปัจจุบันกระบวนการยุติธรรมமானันท์ใน UK เกิดขึ้นนอกชั้นศาล และมีรูปแบบต่าง ๆ (Collins, 2015) เช่น การประชุมชุมชน (community conferencing) ในกรณีที่ได้รับ ความเสียหายเป็นชุมชน คำสั่งส่งตัว (referral order) สำหรับเยาวชนผู้กระทำผิดที่จะได้ประชุมร่วมกับผู้ปกครอง เหยื่อ และคนกลางเพื่อหารือเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นและวิธีการในการเยียวยา ผลกระทบที่เกิดขึ้น และที่นำมาใช้ในความเสียหายทางการแพทย์คือการเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลาง (mediation) เพื่อให้ทั้งสองฝ่ายตกลงหาข้อยุติของการเยียวยาฝ่ายผู้เสียหาย ผ่านคนกลางที่เป็น กรรมการผู้กำหนดกติกาพื้นฐานของการตกลง (ground rules) นอกจากนี้บางครั้งอาจทำ กระบวนการที่ใหญ่ขึ้น หรือ restorative justice process โดยมีทั้งกลุ่มผู้สนับสนุนฝ่ายผู้เสียหายและ ฝ่ายผู้กระทำผิด รวมถึงผู้คนที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียง ทั้งพูดคุยกันซึ่งหน้า (direct) หรือการสลับกัน

สื่อสาร (shuttle mediation) ผ่านผู้ประณีประนอม (indirect) เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันในการเยียวยาความเสียหาย และอาจตกลงโปรแกรมปรับพฤติกรรมมิให้กระทำผิดซ้ำ ซึ่งการบริการทางการแพทย์มักมีกิจกรรมสากลเมื่อต้องการค้นหาสาเหตุของความผิดพลาดอยู่แล้ว เช่น การประชุมเพื่อค้นหาจุดบกพร่องที่นำไปสู่ข้อแทรกซ้อน (morbidity-mortality conference) นั่นเอง ซึ่งเป็นเวทีพิสูจน์ข้อผิดพลาดหรือช่องว่างของระบบ สามารถนำไปตอบคำถามผู้เสียหายได้ว่าประเด็นใดที่ได้รับการแก้ไขหรือเพิ่มการเฝ้าระวังมากขึ้นในกระบวนการรักษาต่าง ๆ

ความขัดแย้งเกิดขึ้นในสาธารณรัฐประชาชนจีนเกือบทุกแผนก และมักเกิดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กระทั่งว่าจ้างกลุ่มคนที่รับจ้างผิดกฎหมายจากครอบครัวผู้ที่ได้รับความเสียหายทางการแพทย์ให้มาสร้างสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อเกิดการก่อกวนแกล้ง หรือเรียกร้องอย่างมากเพื่อให้ได้รับค่าชดเชย หรือกล่าวหาว่าเกิดเหตุเวชปฏิบัติด้วยวิธีต่าง ๆ จากโรงพยาบาล โดยทั่วไปเรียกกลุ่มบุคคลนี้ว่า “Yinao” ซึ่งอาจมีความเสี่ยงมากขึ้นในโรงพยาบาลที่มีกลุ่ม Yinao นี้รายล้อม ส่วนหนึ่งมักพบว่าอุปกรณ์ เครื่องมือ สถานที่ต่าง ๆ มีความเสี่ยงต่อความเสียหายมากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นยังมีเหตุการณ์ทำร้ายร่างกายโดยตรง เช่น เหตุการณ์ที่แพทย์หญิงถูกแทงโดยนักเลง 3 คน และเสียชีวิตต่อมาในโรงพยาบาลเมื่อ 12 ก.ค. 2561 ทั้ง ๆ ที่ไม่มีใครในกลุ่มผู้กระทำผิดเคยเป็นผู้ป่วยหรือแย่งชิงสิ่งใดจากแพทย์หญิงผู้นี้ แม้ว่าทางการจะทราบปัญหานี้และพยายามแก้ไขตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ด้วยการประกาศให้แพทย์เป็นฝ่ายแก้พิสูจน์ข้อกล่าวหาแทนผู้ฟ้องร้องในทุกกรณี (reversed onus) ทำให้เกิดความตึงเครียดของการบริการยิ่งขึ้นเพราะแพทย์มักทำงานอย่างระมัดระวังอย่างมาก เช่น ส่งตรวจพิเศษให้ครอบคลุมเกินกว่าจำเป็น ใช้เวลาบริการต่อรายมากขึ้น และใช้เวลาในการบันทึกเวชระเบียนต่าง ๆ อย่างละเอียด ส่งผลต่อปริมาณผู้ป่วยที่รอเข้าถึงการรักษาและค่าบริการทางการแพทย์ที่สูงขึ้นอย่างมาก กระทั่ง พ.ศ. 2553 จึงมีกฎหมายการรับผิดชอบละเมิด หรือ “Tort

Liability Laws” ที่ช่วยลดทอนการพิสูจน์ถูกผิดและลดความระมัดระวังที่มากเกินไปของแพทย์ลง กระทั่งใน พ.ศ.2561 จึงเริ่มนำกระบวนการจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์มาใช้อย่างกว้างขวาง ขึ้น โดยประกาศการป้องกันความขัดแย้งทางการแพทย์และข้อบังคับเกี่ยวกับการรักษา (Medical disputes prevention and treatment regulation) ซึ่งมีเจตนารมณ์เพื่อพิทักษ์สิทธิทั้งฝ่ายแพทย์ผู้รักษา และผู้ป่วย ส่วนหนึ่งเริ่มใช้การเจรจาไกล่เกลี่ยและอนุญาโตตุลาการในประเด็นข้อพิพาททางการแพทย์ โดยมีจังหวัด Guangdong (Guangdong) เทียนจิน (Tianjin) และไหหนาน (Hainan) เป็นพื้นที่นำร่อง ซึ่งการศึกษาพบว่ากระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลางดังกล่าวสามารถลดความขัดแย้งระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายและเวลาเกี่ยวกับข้อพิพาท (M. Wang et al., 2020)

ส่วนในประเทศไทยนั้น ตั้งแต่การก่อตั้งสถานพยาบาลเอกชนแห่งแรก (โรงพยาบาลบีเอ็นเอชในปัจจุบัน) ตั้งแต่ พ.ศ.2441 กระทั่งการเปลี่ยนแปลงรูปแบบระบบบริการสุขภาพครั้งใหญ่ (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือบัตรทอง) เมื่อ พ.ศ.2545 เกิดอัตราการบริการสุขภาพที่สูงขึ้นอย่างมาก แพทย์สภารวบรวมสถิติการฟ้องร้องจากสถิติปี 2539 จนถึงข้อมูล ณ วันที่ 31 ต.ค.2559 พบว่าหลัง มีเพียง 499 คดี แบ่งเป็นคดีแพ่ง 287 คดี คดีอาญา 41 คดี คดีผู้บริโภค 168 คดี และคดีปกครอง 3 คดี ซึ่งจากตัวเลขคดีที่ถึงที่สุดแล้ว (ชั้นฎีกา) พบว่ามีทั้งสิ้น 68 คดี กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ชนะคดี 47 คดี แพ้ 21 คดี และมีถึง 164 คดีที่เจรจาไกล่เกลี่ยได้สำเร็จ

สำหรับสาเหตุของการฟ้องคดีในกระบวนการศาล ส่วนใหญ่หรือมากกว่า 50% มาจากการรักษาและวินิจฉัยที่ผิดพลาด รองลงมา 24% คือการคลอด (วารุณี สิทธิรังสรรค์, 2020) หากพิจารณาถึงสัดส่วนการดำเนินคดีความตามปริมาณการรับบริการผู้ป่วยนอก (physician office visit) ของผู้ป่วยไทยที่อัตราเฉลี่ย 310 ครั้ง ต่อ 100 คน เมื่อเปรียบเทียบกับ UK ที่อัตราเฉลี่ย 319 ครั้งต่อ

คน (Digital, 2019) หรือ US ที่อัตราเฉลี่ย 277 ครั้ง ต่อ 100 คน (Statistics, 1986) ซึ่งมีความใกล้เคียงกัน และปริมาณประชากรของ US (323 ล้านคน) UK (65 ล้านคน) สูงกว่าประชากรของ ไทย (69 ล้านคน) 4 เท่า และ 1 เท่าโดยประมาณตามลำดับ กลับพบว่าประเทศไทยมีการฟ้องร้องเข้าสู่ศาลเป็นสัดส่วนน้อยกว่าทั้งสองประเทศ โดย UK และ US มีอัตราการฟ้องร้องสู่กระบวนการศาลมากกว่าหลายเท่า (Resolution, 2019) หากเปรียบเทียบในจำนวนประชากรที่เท่ากัน โดยคร่าว จึงเป็นที่น่าสนใจว่าเป็นความแตกต่างของต้นทาง (เช่น ความเคยชินของแพทย์ที่มีฐานะเป็นผู้สงเคราะห์ โอกาสเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม) ระหว่างทาง (เช่น โอกาสใกล้เคียงก่อนเป็นคดีหลักการพิจารณาคดี) หรือปลายทาง (เช่น การรวบรวมข้อมูล) ที่ขนาดของปัญหาในไทยน้อยกว่า UK หรือ US ทั้งนี้การเติบโตของการฟ้องร้องในชั้นศาลของไทยมีปริมาณสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละปี เช่นเดียวกัน แม้ว่ามาตรา 41 ของ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กั้นงบประมาณร้อยละ 1 เพื่อดำเนินการด้านหลักประกันและชดเชยกรณีได้รับความเสียหายทางการแพทย์ของผู้ที่ใช้สิทธิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตามหลัก no-fault liability โดยเริ่มต้นใน พ.ศ. 2547 รวมทั้งเกิดการตรวจสอบมาตรฐานบริการทางการแพทย์ โดยคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขของ สปสช. เริ่มมีหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่การระงับข้อพิพาททางการแพทย์โดยการใกล้เคียงก่อนฟ้องเป็นคดีอย่างจริงจัง คือ ศูนย์สันติวิธีกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งขึ้นตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ 2037/2547 ลงวันที่ 24 กันยายน 2547 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินงานด้านการพัฒนาทักษะความสามารถของบุคลากร การแสวงหาและพัฒนาองค์ความรู้ การจัดการความขัดแย้งในระบบการแพทย์และสาธารณสุขด้วยสันติวิธีโดยการเจรจาใกล้เคียง

นอกจากนี้ ยังเป็นหน่วยงานที่คอยให้ความช่วยเหลือ แนะนำ รวมถึงใกล้เคียงข้อพิพาททางการแพทย์ (อรรถพงษ์ ทิพย์อักษร, 2018)

อย่างไรก็ตามสถิติคดีทางการแพทย์กลับไม่มีแนวโน้มลดลง ส่วนหนึ่งอาจเพราะจำนวนการรับบริการที่สูงขึ้นอย่างมากดังกล่าว มีเพียงเรื่องร้องเรียนต่อแพทยสภามีแนวโน้มลดลงแทน โดยเฉพาะการประกาศ พรบ.วิธีพิจารณาความคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ที่คล้ายกับกระบวนการศาลของสาธารณรัฐประชาชนจีนเมื่อ พ.ศ. 2547 ซึ่งผู้เสียหายสามารถฟ้องคดีทางการแพทย์เป็นคดีผู้บริโภคโดยไม่เสียค่าฤชาธรรมเนียม รวมทั้งผู้ให้บริการทางการแพทย์เป็นผู้พิสูจน์ความถูกต้องจึงเปิดโอกาสให้มีการฟ้องร้องได้สะดวกยิ่งขึ้น แม้จะมีได้ต้องพิสูจน์ความสมบูรณ์ของกระบวนการมากเท่าสาธารณรัฐประชาชนจีน ก็ยังเป็นส่วนหนึ่งที่กระตุ้นให้แพทย์ระมัดระวังในการบันทึก ส่งตรวจและรักษาเช่นเดียวกัน แต่เมื่อ พ.ศ. 2557 ถึง 2558 มีแนวโน้มลดลงอีกครั้ง ส่วนหนึ่งผู้ศึกษาคาดว่าอาจเกิดจากการขยายเงินช่วยเหลือในมาตรา 41 ที่เพิ่มขึ้น การปรับเปลี่ยนการพิจารณาโดยมีคณะกรรมการควบคุมมาตรฐานตามเขตต่าง ๆ ที่ช่วยคณะกรรมการหลัก รวมถึงการปรับตัวของสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่พยายามสื่อสารและให้บริการมีส่วนร่วมมากขึ้น (informed consent) มากขึ้น เกิดการเจรจาใกล้เคียง รวมทั้งจัดตั้งหน่วยงานหรือบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลสิทธิของผู้ป่วย ผู้ที่ไม่พึงพอใจหรือได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ (ผู้ทำหน้าที่เจรจาใกล้เคียงประจำโรงพยาบาล) เช่น หน่วยสิทธิประโยชน์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ศูนย์ประสานบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เป็นต้น ซึ่งเป็นที่น่าสนใจว่าอาจส่งเสริมให้ความขัดแย้งลดลงได้ในจุดเกิดเหตุแต่แรก

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของการตัดสินใจรับบริการและจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์

ประเด็น	สหรัฐอเมริกา และ สหราชอาณาจักร	สาธารณรัฐประชาชนจีน	ประเทศไทย
รากฐานของระบบกฎหมาย	แบบจารีตประเพณี (common law)	แบบลายลักษณ์อักษร (civil law)	แบบลายลักษณ์อักษร (civil law)
ประเด็น	สหรัฐอเมริกา และ สหราชอาณาจักร	สาธารณรัฐประชาชนจีน	ประเทศไทย
การตัดสินใจหลักของการรับบริการสาธารณสุข	ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจ (individual consent)	ผู้รับบริการ และ ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจ (individual and family consent)	ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจ (individual consent)
การตัดสินใจแทนผู้ป่วยเมื่อรับบริการสาธารณสุข	เมื่อขาดความสามารถในการตัดสินใจ หรือ เป็นผู้ป่วยจำเพาะในบางกรณี เช่น โรคติดต่อร้ายแรง และอาจมีการมอบอำนาจไว้ล่วงหน้า	ครอบครัวมีอำนาจเหนือการตัดสินใจของผู้รับบริการ และกรณีที่มีกฎหมายจำเพาะในบางกรณี	เมื่อขาดความสามารถในการตัดสินใจ ลูกเงิน หรือเป็นผู้ป่วยจำเพาะในบางกรณี ส่วนการมอบอำนาจไว้ล่วงหน้าใช้กับพันธกรรมชีวิต
ประเด็น	สหรัฐอเมริกา และ	สาธารณรัฐประชาชนจีน	ประเทศไทย

	สหราชอาณาจักร		
กระบวนการเพื่อจัดการ ความขัดแย้งการแพทย์	การตรวจสอบคุณภาพ เชิงรุกโดยหน่วยงาน (medical audit) การชดเชยโดยไม่พิสูจน์ ถูกผิดจากรัฐ (no-fault liability)	การเกิดกลุ่มนอก กฎหมาย Yinao การพิสูจน์ถูกผิดทางศาล โดยบุคลากรการแพทย์ (reversed onus)	การชดเชยโดยไม่พิสูจน์ ถูกผิดจากรัฐ (no-fault liability) การพิสูจน์ถูกผิดทางศาล โดยบุคลากรการแพทย์ (reversed onus) การตรวจสอบมาตรฐาน กรณีร้องเรียนโดย สปสช.
การนำกระบวนการ เจรจาไกล่เกลี่ยมาใช้กับ ความขัดแย้งทาง การแพทย์	ตั้งแต่ พ.ศ. 2521	ตั้งแต่ พ.ศ. 2561	ตั้งแต่ พ.ศ. 2547

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.4.3 การศึกษาความขัดแย้งทางการแพทย์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ความเปลี่ยนแปลงของบริการหลังโรคโควิด-19 แพร่ระบาดที่สำคัญมีหลายประการ เนื่องจากนำทรัพยากรทางการแพทย์ไปให้บริการโรคติดต่อแพร่ระบาดปริมาณมาก และเปลี่ยนแปลงการบริการรักษาโรคไม่ติดต่อรวมถึงภาวะอื่น ๆ ที่ฉุกเฉิน เร่งด่วน ไม่เร่งด่วนหรือป้องกันส่งเสริมสุขภาพภายใต้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของการให้บริการไปทั่วโลก ทั้งอุปสงค์ของการรับบริการจากโรคโควิด-19 ระยะเวลา

การรอคอยของโรคอื่น และการใช้วิธีการสื่อสารแบบใหม่ด้วยโทรเวช (telemedicine) ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์ แอปพลิเคชันการสื่อสาร เป็นต้น

ก่อนยุคแพร่ระบาดโควิด ประเทศญี่ปุ่นมีการใช้โทรเวชปฏิบัติอย่างกว้างขวางในระดับหนึ่ง การศึกษาพบว่าการใช้โทรเวชปฏิบัติทดแทนการตรวจรักษาแบบปกติเกิดความขัดแย้งทางการแพทย์ได้ ส่วนมากเกี่ยวข้องกับการสื่อสารที่ผิดพลาด (miscommunication) ในกรณีที่ไม่มีความประมาทเลินเล่อ (non-negligence) แต่เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ามี การสื่อสารที่ผิดพลาดแล้ว การเยียวยาในเชิงบวก (positive compensation) สามารถจัดการกรณีดังกล่าวได้อย่างมีนัยสำคัญ (Aoki et al., 2008)

หลายสถานพยาบาลในเกาหลีใต้ปิดให้บริการผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในภาวะฉุกเฉินหลายแห่ง และปรับรูปแบบเป็นการให้บริการทางโทรเวชแทน จึงมีการศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในรูปแบบการบริการโทรเวชมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ได้แก่ ความสะดวกสบาย (ease-of-use) คุณภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ (interaction quality) ความน่าเชื่อถือ (reliability) ความพึงพอใจ (satisfaction) และการใช้งานในอนาคต (future use) ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์มีความกังวลในเรื่องการประเมินที่ไม่สมบูรณ์ และการสื่อสารเกี่ยวกับอาการทางการแพทย์สูงถึงร้อยละ 80 ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด (tension) ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อระบบบริการที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าว (Park et al., 2021)

ในสาธารณรัฐประชาชนจีนมีการใช้งานแอปพลิเคชันวีแชท (WeChat) เพื่อนำมาช่วยเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (perioperative management) เพื่อรักษามาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม ซึ่งมีการใช้ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ระยะไกล (E-health) ในประเทศอย่างกว้างขวาง

มาตั้งแต่ ค.ศ.2019 แล้ว ทำให้การใช้งานบนแพลตฟอร์มนี้สามารถกระทำได้โดยไม่ยาก พบว่าช่วยลดระยะเวลาที่ไม่เกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์ (การเดินทาง การรอคอย) และลดระยะเวลาขณะพบแพทย์ได้ รวมทั้งช่วยบรรเทาความกังวลอย่างมีนัยสำคัญ แต่การใช้แอปพลิเคชันนี้มีข้อจำกัดในการตรวจประเมินทางการแพทย์ (medical assessment) รวมทั้งความเข้าใจในข้อความที่ส่งด้วยแอปพลิเคชันอาจตีความไม่ตรงกันได้ ซึ่งการมีหลักฐานการให้บริการจากกระบวนการสื่อสารช่องทางดังกล่าวอาจเป็นผลดีต่อผู้ป่วยหรือแพทย์ในภายหลังเมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้น (Y.-H. Wang et al., 2020)

ส่วนประเทศไทยที่ยังใช้ระบบโทรเวชปฏิบัติอย่างจำกัดในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโควิด มีการพัฒนาระบบเพื่อตรวจประเมินด้วยโทรเวชต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์ หรือวิดีโอคอล และจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ดังตัวอย่างเช่นการศึกษาของสภาอากาศที่ให้บริการส่งยาตามเชื้อไวรัสเอชไอวี (Same-day antiretroviral therapy) ด้วยระบบติดตามการรักษาทางโทรศัพท์พบว่าช่วยให้เกิดการบริการที่ต่อเนื่อง เช่น การส่งต่อสู่สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยสะดวกในระยะยาว การรักษาผู้ป่วยให้อยู่ในระบบใน 3 และ 6 เดือน ไม่แตกต่างกันกับการให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลก่อนมีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (Amatavete et al., 2021) ส่วนหนึ่งอาจสะท้อนว่าประเทศไทยสามารถนำโทรเวชมาใช้เพื่อให้บริการในประเทศไทยได้ แต่ยังมีการศึกษาถึงความพึงพอใจหรือความขัดแย้งจากการรับบริการดังกล่าวอยู่น้อย รวมทั้งยังไม่มีข้อกำหนดทางกฎหมายเกี่ยวข้องกับโทรเวชอย่างชัดเจน มีเพียงประกาศแพทยสภาเรื่องแนวทางการปฏิบัติการแพทย์ทางไกล หรือโทรเวช (telemedicine) โดยสรุปคือการบริหารการแพทย์ทางไกลจะต้องเป็นไปตามมาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ให้ผู้รับบริการทราบถึงข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีและ

อิเล็กทรอนิกส์ในการตรวจรักษา รวมทั้งบริหารความเสี่ยงด้านสารสนเทศร่วมด้วย ทั้งการเก็บรักษา ข้อมูลและยืนยันตัวตน

ทั้งนี้แม้ประเทศไทยอยู่ระหว่างการปรับตัวในสถานการณ์ปัจจุบัน และเป็นโอกาส พัฒนาให้เกิดการบริการทางการแพทย์ในรูปแบบใหม่ที่กฎหมายอาจพัฒนาตามไม่ทัน แต่ปัจจุบันมี ด้วบทกฎหมายที่วางหลักไว้ใช้เพื่อจัดการความขัดแย้งอยู่หลายประการ

2.5 ประเด็นกฎหมายที่เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์ และปัญหาการบังคับใช้

2.5.1 ประเด็นการเยียวยาโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 41 ประกอบกับ ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณี ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2564

กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 เป็นต้นไป โดยมีสาระสำคัญดังนี้ คือ

ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ ทายาท ผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการที่ ให้บริการ ซึ่งต้องใช้สิทธิในการยื่นคำร้องภายในกำหนด 2 ปี นับจากวันที่ได้รับความเสียหาย

กำหนดเหตุแห่งความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นเหตุให้ร้องขอรับ เงินช่วยเหลือไม่ได้ ได้แก่ การดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรค และเหตุแทรกซ้อนของโรคที่ เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว

กำหนดประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไว้ 3 ประเภท ได้แก่ เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร

หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต
 จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท สูญเสียอวัยวะหรือพิการ
 ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน
 240,000 บาท บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ไม่เกิน 100,000 บาท

1) สำหรับกรณีที่มีความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งตามที่กำหนด
 ได้ เป็นอำนาจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ที่จะพิจารณา
 เทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ได้ตามความเหมาะสม

2) การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่ผู้รับบริการยื่นคำร้องขอรับเงิน
 ช่วยเหลือเบื้องต้น แยกได้เป็น 2 กรณี คือ 1) กรณีผู้รับบริการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
 ครั้งแรก 2) กรณีอุทธรณ์ เป็นกรณีเมื่อผู้รับบริการ ทายาท หรือผู้อุปการะ ไม่เห็นด้วยกับผลการ
 วินิจฉัยของคณะอนุกรรมการ มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน
 บริการสาธารณสุข โดยต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย

เจตนารมณ์ของกฎหมายลักษณะนี้เพื่อเยียวยาเหยื่อในฐานะที่รัฐเป็นผู้รับผิดชอบ
 สวัสดิภาพของประชาชน และลดความขัดแย้งระหว่างแพทย์ผู้ให้บริการกับผู้เสียหายที่รับบริการ
 คล้ายคลึงกับกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ แต่มีข้อสังเกตบางประการที่แตกต่างจากหลักการ
 ของกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ที่นอกจากเกิดการเยียวยาขึ้น ยังเป็นการชดเชยจากรัฐที่เป็น
 ผู้รับผิดชอบมาตรฐานการบริการทางการแพทย์ แต่มิได้เกิดความรู้สึกเยียวยาจากบุคลากรทาง
 การแพทย์ผู้กระทำผิดในสายตาของผู้ที่ได้รับความเสียหาย และอาจยังส่งผลให้ต้องการแก้แค้น
 ทดแทน (retribution) อยู่ จึงมักพบว่าเกิดการฟ้องร้องหรือความพยายามเรียกร้องกระบวนการ
 ยุติธรรมเพิ่มเติมต่อไป

2.5.2 ประเด็นยินยอมรับบริการทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกอบกับพระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540

ตามมาตรา 8 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติไว้ว่า ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิด ข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

1) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน

2) ผู้รับบริการ ไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาท โดยธรรมดาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้

และในมาตรา 12 บัญญัติไว้ว่า บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่ากระทำความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

ตามหลักทั่วไปของกฎหมายเรื่องหลักความยินยอม (Volenti non fit injuria หรือ การยินยอมย่อมไม่ละเมิด) เป็นส่วนสำคัญของการพิจารณาว่าเกิดการกระทำผิดทางละเมิดหรือไม่ โดยมีผู้ศึกษาว่าแม้ไม่มีการบัญญัติเป็นลายลักษณ์อักษรก็สามารถนำมาปรับใช้ได้อย่างเป็นคุณต่อผู้กระทำผิดได้ โดยใช้วินิจฉัยกับข้อเท็จจริงเป็นรายคดีไปตามดุลยพินิจของผู้ใช้กฎหมาย และลักษณะที่เป็นการให้ความยินยอมทางอาญามีอยู่ 3 ประการ (สุพัชรินทร์ อัสวธิตานนท์, 2551) กล่าวโดยสรุป ได้แก่

1) ความยินยอมต้องเกี่ยวกับสิทธิอันโอนกันได้หรือไม่ก็ได้ ซึ่งในปัจจุบันเป็นความให้ความยินยอมในสิทธิที่โอนไม่ได้ร่วมด้วย เช่น สิทธิในชีวิต ร่างกาย เพิ่มเติมจากแนวคิดในอดีตที่ความยินยอมควรให้เฉพาะกรณีเกี่ยวกับสิทธิที่โอนกันได้ ดังจะสังเกตจากมาตรา 12 ของ พรบ. สุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถมอบความยินยอมให้แก่ผู้ได้รับมอบหมายตามพินัยกรรมชีวิตได้ และสอดคล้องกับการมอบ power of attorney ของสหราชอาณาจักรที่ใช้ตัดสินใจรับบริการสาธารณสุขส่วนหนึ่ง

2) ความยินยอมต้องไม่ขัดต่อความสำนึกในศีลธรรมอันดี คือการกระทำที่บุคคลส่วนมากในสังคมให้ความยอมรับเมื่อประกอบกับคติความเชื่อ วัฒนธรรมและยุคสมัย รวมถึงต้องไม่ขัดต่อประโยชน์ส่วนรวมของสังคม

3) ความยินยอมต้องได้มาโดยบริสุทธิ์ ปราศจากการฉ้อฉล ข่มขู่ ดังแนวคำพิพากษาที่ 1403/2508 วางหลักไว้ว่า ความยินยอมของผู้เสียหายอันจะอ้างขึ้นลบล้างความผิดได้นั้น ต้องมาโดยเสรีและจริงใจ นอกจากนี้ สุพัชรินทร์ อัสวธิดานนท์ (2551) ได้ศึกษากรณีที่ทำให้ความยินยอมไม่บริสุทธิ์ว่าเกิดได้ ดังกรณีต่อไปนี้

3.1) ความยินยอมที่ได้มาโดยการหลอกลวง (Fraud vitiate consent)

3.2) ความยินยอมที่ได้จากการข่มขู่

3.3) ความยินยอมที่ได้มาจากการที่ผู้เสียหายสำคัญผิด แต่หากผู้เสียหายสำคัญผิดในข้อเท็จจริงหรือข้อกฎหมายและได้ให้ความยินยอมแก่ผู้กระทำ ความยินยอมที่ได้มาผู้กระทำมิได้มีส่วนก่อวิน จงใจ หรือกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งให้ผู้เสียหายให้ความยินยอม ความยินยอมย่อมไม่เสียไปเพราะเหตุสำคัญผิดดังกล่าว

3.4) ความยินยอมที่ได้มาด้วยวิธีการอันมิชอบประการอื่น

4) ความยินยอมต้องมีอยู่ก่อนหรืออยู่ถึงขณะที่มีการกระทำผิดเกิดขึ้น ส่วนความยินยอมที่ให้ภายหลังจากการกระทำผิดที่เกิดขึ้นสมบูรณ์ไปแล้ว ย่อม ไม่มีผลย้อนหลังทำให้การกระทำนั้นไม่เป็นความผิดไปได้ แต่อาจกลายเป็นเรื่องการขอมความในความผิดอันยอมความได้ ซึ่งมีผลทำให้ระงับฟ้องตามสิทธิทางอาญาตาม ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 39(2)

ส่วนการให้ความยินยอมทางแพ่งนั้น มีองค์ประกอบคล้ายคลึงกัน แต่มีข้อสำคัญว่า ผู้เสียหายต้องเข้าใจผลแห่งความยินยอม (อัสวธิดานนท์) ซึ่งทำให้กระบวนการสื่อสารและให้ข้อมูลทางการแพทย์มีความสำคัญยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ให้ความยินยอมอาจไม่สามารถเลือกได้ด้วยตนเอง หากขาดความเข้าใจและสติสัมปชัญญะที่มากเพียงพอ ประกอบกับตามพระราชบัญญัติว่าด้วยข้อ

สัญญาไม่เป็นธรรมที่แพทย์ไม่สามารถนำความยินยอมมาใช้อ้างเพื่อจำกัดความรับผิดได้ โดย
บัญญัติว่า

มาตรา 8 ข้อตกลง ประกาศ หรือคำแจ้งความที่ได้ทำไว้ล่วงหน้า เพื่อยกเว้นหรือ
จำกัดความรับผิดเพื่อละเมิดหรือผิดสัญญาในความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย หรืออนามัยของผู้อื่น
อันเกิดจากการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อของผู้ตกลง ผู้ประกาศ ผู้แจ้งความ หรือของ
บุคคลอื่นซึ่งผู้ตกลง ผู้ประกาศ หรือผู้แจ้งความต้องรับผิดด้วย จะนำมาอ้างเป็นข้อยกเว้นหรือจำกัด
ความรับผิดไม่ได้

ข้อตกลง ประกาศ หรือคำแจ้งความที่ได้ทำไว้ล่วงหน้าเพื่อยกเว้นหรือจำกัดความ
รับผิดในกรณีอื่นนอกจากที่กล่าวในวรรคหนึ่ง ซึ่งไม่เป็นโมฆะ ให้มีผลบังคับได้เพียงเท่าที่เป็น
ธรรมและพอสมควรแก่กรณีเท่านั้น

การกระทำหัตถการบางประการที่เป็นความเสี่ยงและมีความขัดแย้งกันระหว่าง
ความเห็นของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล บุพการี คู่สมรส หรือผู้สืบสันดาน โดยเฉพาะเมื่อผู้รับบริการไม่
สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ จากบุคลิกภาพหรือความบกพร่องของความสามารถ อาจทำให้เกิด
ความขัดแย้งกันได้โดยง่ายเนื่องจากไม่มีข้อกำหนดชัดเจนว่าผู้ใดสามารถรับเป็นผู้ตัดสินใจเด็ดขาด
สำหรับผู้ป่วยหากมีความเห็นไม่ตรงกัน จึงเป็นส่วนหนึ่งที่น่าไปสู่ข้อพิพาททางการแพทย์ได้เช่นกัน
กรณีแพทย์มิได้ปฏิบัติตามความต้องการของผู้รับบริการฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งยกตัวอย่างเช่น ประเด็นยุติ
การรักษา (Non-resuscitation) ที่ญาติผู้ดูแลอาจเห็นไม่ตรงกับญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต
แต่ไม่ได้ดูแล กรณีที่ไม่ใช่ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและมีพินัยกรรมชีวิตกำหนดไว้แล้ว เป็นต้น

2.5.3 ประเด็นการพิสูจน์อุกผิต ตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551

ในการพิสูจน์ข้อเท็จจริงตามกล่าวอ้าง ภาระพิสูจน์ข้อเท็จจริงเป็นของผู้ยื่นตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง ประกอบกับพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง (ฉบับที่ 23) พ.ศ. 2550 บัญญัติไว้ว่า

มาตรา 84/1 คู่ความฝ่ายใดกล่าวอ้างข้อเท็จจริงเพื่อสนับสนุนคำคู่ความของตนให้คู่ความฝ่ายนั้นมีภาระการพิสูจน์ข้อเท็จจริงนั้น แต่ถ้ามีข้อสันนิษฐานไว้ในกฎหมายหรือมีข้อสันนิษฐานที่ควรจะเป็นซึ่งปรากฏจากสภาพปกติธรรมดาของเหตุการณ์เป็นคุณแก่คู่ความฝ่ายใด คู่ความฝ่ายนั้นต้องพิสูจน์เพียงว่าตนได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขแห่งการที่ตนจะได้รับประโยชน์จากข้อสันนิษฐานนั้นครบถ้วนแล้ว

แต่เมื่อมีพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาความผู้บริโภค กล่าวในเจตนารมณ์ของกฎหมายส่วนหนึ่งว่า “ผู้บริโภคจึงตกอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบจนบางครั้งนำไปสู่การใช้วิธีการที่รุนแรงและก่อให้เกิดการเผชิญหน้าระหว่างผู้ประกอบการธุรกิจกับกลุ่มผู้บริโภคที่ไม่ได้รับความเป็นธรรม อันส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ สมควรให้มีระบบวิธีพิจารณาคดีที่เอื้อต่อการใช้สิทธิเรียกร้องของผู้บริโภค เพื่อให้ผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายได้รับการแก้ไขเยียวยาด้วยความรวดเร็ว ประหยัด และมีประสิทธิภาพ อันเป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค” ซึ่งบริการทางการแพทย์นั้นผู้รับบริการมักเป็นผู้เสียเปรียบจากความรู้ในข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับการแพทย์ ต่างจากการจ้างทำของหรือตกลงบริการสินค้าอื่นทั่วไป เมื่อมีกฎหมายดังกล่าวจึงทำให้ภาระพิสูจน์ความจริงตกอยู่กับฝ่ายบุคลากรทางการแพทย์ และมีคำวินิจฉัยของประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 475/2561 ว่าคดีทางการแพทย์เป็นคดีผู้บริโภค จึงเกิดความคุ้มครองสิทธิของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น แต่อาจเกิดความกังวลกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องพยายามตรวจอย่างละเอียดมากกว่าจำเป็น

และใช้เวลาเพื่อบันทึกประเด็นต่าง ๆ ในการบริการ กระทั่งกระทบต่อการรอคอยของผู้ที่ต้องรับบริการรายอื่น ดังมาตราต่อไปนี้

มาตรา 18 ภายใต้บังคับของกฎหมายว่าด้วยความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย การยื่นคำฟ้องตลอดจนการดำเนินกระบวนการพิจารณาใด ๆ ในคดีผู้บริโภค ซึ่งดำเนินการโดยผู้บริโภคหรือผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภค ให้ได้รับยกเว้นค่าฤชาธรรมเนียมทั้งปวง แต่ไม่รวมถึงความรับผิดชอบในค่าฤชาธรรมเนียมในชั้นที่สุด

ถ้าความปรากฏแก่ศาลว่าผู้บริโภคหรือผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคนำคดีมาฟ้องโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร เรียกร้องค่าเสียหายเกินสมควร ประพฤติตนไม่เรียบร้อย ดำเนินกระบวนการพิจารณาอันมีลักษณะเป็นการประวิงคดีหรือไม่จำเป็น หรือมีพฤติการณ์อื่นที่ศาลเห็นสมควร ศาลอาจมีคำสั่งให้บุคคลนั้นชำระค่าฤชาธรรมเนียมที่ได้รับการยกเว้นทั้งหมดหรือแต่บางส่วนต่อศาลภายในระยะเวลาที่ศาลเห็นสมควรกำหนดก็ได้ หากไม่ปฏิบัติตาม ให้ศาลมีอำนาจสั่งจำหน่ายคดีออกจากสารบบความ

ในกรณีตามวรรคหนึ่งและวรรคสอง ถ้าศาลเห็นว่าคู่ความอีกฝ่ายหนึ่งจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าฤชาธรรมเนียมทั้งหมดหรือแต่บางส่วนของคู่ความทั้งสองฝ่าย ให้ศาลพิพากษาในเรื่องค่าฤชาธรรมเนียมโดยสั่งให้คู่ความอีกฝ่ายหนึ่งนั้นชำระต่อศาลในนามของผู้บริโภคหรือผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคซึ่งค่าฤชาธรรมเนียมที่ผู้บริโภคหรือผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคนั้นได้รับยกเว้นทั้งหมดหรือแต่บางส่วนตามที่ศาลเห็นสมควร

มาตรา 29 ประเด็นข้อพิพาทข้อใดจำเป็นต้องพิสูจน์ถึงข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับการผลิต การประกอบ การออกแบบ หรือส่วนผสมของสินค้า การให้บริการ หรือการดำเนินการใด ๆ

ซึ่งศาลเห็นว่าข้อเท็จจริงดังกล่าวอยู่ในความรู้เห็น โดยเฉพาะของกลุ่มความฝ่ายที่เป็นผู้ประกอบการ
ให้ภาระการพิสูจน์ในประเด็นดังกล่าวตกอยู่กับกลุ่มความฝ่ายที่เป็นผู้ประกอบการนั้น

อย่างไรก็ตามกฎหมายดังกล่าวได้เปิดช่องให้ใช้การเจรจาไกล่เกลี่ยก่อนการ
ดำเนินการทางศาลเสมอ แม้อาจเกิดปัญหาบางประการได้อันเนื่องจากคุณสมบัติผู้เจรจาไกล่เกลี่ย
มิได้กำหนดให้มีความรู้ทักษะทางการแพทย์ แต่เป็นกระบวนการที่แตกต่างจากการฟ้องร้องทาง
แพ่ง และเกิดโอกาสให้คู่ขัดแย้งตระหนักถึงเจตนาที่แท้จริงของอีกฝ่ายและอาจสามารถสมานฉันท์
กันได้ก่อนจะใช้วิธีตัดสินคดีต่อไป ดังบัญญัติ

มาตรา 25 ในวันนัดพิจารณา เมื่อโจทก์และจำเลยมาพร้อมกันแล้วให้เจ้าพนักงาน
คดีหรือบุคคลที่ศาลกำหนดหรือที่คู่ความตกลงกันทำการไกล่เกลี่ยให้คู่ความได้ตกลงกันหรือ
ประนีประนอมยอมความกันก่อน ในการไกล่เกลี่ย ถ้าคู่ความฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งร้องขอหรือผู้ไกล่เกลี่ย
เห็นสมควรผู้ไกล่เกลี่ยจะสั่งให้ดำเนินการเป็นการลับเฉพาะต่อหน้าตัวความทุกฝ่ายหรือฝ่ายใดฝ่าย
หนึ่งก็ได้

หลักเกณฑ์ วิธีการ และระยะเวลาในการไกล่เกลี่ย ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของ
ประธานศาลฎีกา

มาตรา 26 ถ้าคู่ความไม่อาจตกลงกันหรือไม่อาจประนีประนอมยอมความกันได้
และจำเลยยังไม่ได้ยื่นคำให้การ ให้ศาลจัดให้มีการสอบถามคำให้การของจำเลยโดยจำเลยจะยื่น
คำให้การเป็นหนังสือหรือจะให้การด้วยวาจาก็ได้ ในกรณีที่ยื่นคำให้การเป็นหนังสือ หากศาลเห็น
ว่าคำให้การดังกล่าวไม่ถูกต้องหรือขาดสาระสำคัญบางเรื่อง ศาลอาจมีคำสั่งให้จำเลยแก้ไข
คำให้การในส่วนนั้นให้ถูกต้องหรือชัดเจนขึ้นก็ได้ ในกรณีให้การด้วยวาจา ให้ศาลจัดให้มีการ
บันทึกคำให้การนั้นและให้จำเลยลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ถ้าจำเลยไม่ให้การตามวรรคหนึ่ง และไม่ได้รับอนุญาตจากศาลให้ขยายระยะเวลา
ยื่นคำให้การให้ถือว่าจำเลยขาดนัดยื่นคำให้การ

โดยเฉพาะมีมีพระราชบัญญัติไกล่เกลี่ยข้อพิพาทขึ้น ทำให้การทำงานด้านการ
เจรจาไกล่เกลี่ยมีความเป็นระบบยิ่งขึ้น

2.5.4 ประเด็นการเจรจาไกล่เกลี่ย ตามพระราชบัญญัติไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562

การเจรจาไกล่เกลี่ยข้อพิพาท ผู้ไกล่เกลี่ยต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม
ดังกล่าวไว้ในมาตรา 10 – 15 ของพระราชบัญญัติไกล่เกลี่ยข้อพิพาท ดังกล่าวต่อไปคือ

มาตรา 10 ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ไกล่เกลี่ยต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะ
ต้องห้าม ดังต่อไปนี้

ก. คุณสมบัติ

1) ผ่านการอบรมการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ
พัฒนาการบริหารงานยุติธรรมแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยการพัฒนาการบริหารงานยุติธรรม
แห่งชาตรับรอง

2) เป็นผู้มิประสพการณ์ในด้านต่าง ๆ อันจะเป็นประโยชน์แก่การไกล่
เกลี่ยข้อพิพาท

ข. ลักษณะต้องห้าม

1) เคยรับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษ
สำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

2) เป็นคนไร้ความสามารถ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนวิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

3) เคยถูกเพิกถอนการเป็นผู้ไกล่เกลี่ยตามพระราชบัญญัตินี้ และยังไม่พ้นห้าปี นับถึงวันยื่นคำขอรับหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ไกล่เกลี่ย

มาตรา 11 ผู้ไกล่เกลี่ยมีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

- 1) กำหนดแนวทางและจัดให้มีการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท
- 2) ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก และเสนอแนะคู่กรณีในการหาแนวทางยุติข้อพิพาท
- 3) ดำเนินการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทด้วยความเป็นกลาง
- 4) จัดทำข้อตกลงระงับข้อพิพาทตามผลของการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท

ในกรณีที่ผู้ไกล่เกลี่ยกระทำการตามหน้าที่โดยสุจริต ย่อมได้รับการคุ้มครองไม่ต้องรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและทางอาญา

มาตรา 12 ผู้ไกล่เกลี่ยต้องถือปฏิบัติตามจริยธรรม ดังต่อไปนี้

- 1) ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเป็นกลาง อีสุระ ยุติธรรม และไม่เลือกปฏิบัติ
- 2) เข้าร่วมการไกล่เกลี่ยข้อพิพาททุกครั้ง ในกรณีที่ไม้อาจเข้าร่วมการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทได้ต้องแจ้งเหตุผลและความจำเป็นล่วงหน้าให้หน่วยงานซึ่งดำเนินการไกล่เกลี่ยข้อพิพาททราบ
- 3) ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรวดเร็ว ไม่ทำให้การไกล่เกลี่ยข้อพิพาทล่าช้า

เกินสมควร

4) ชื่อสัตย์สุจริต และไม่เรียกหรือรับทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นใดจาก
คู่กรณีหรือบุคคลอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับข้อพิพาท

5) ปฏิบัติหน้าที่ใกล้เคียงข้อพิพาทด้วยความสุภาพ

6) รักษาความลับที่เกี่ยวข้องกับการใกล้เคียงข้อพิพาท

7) ไม่กระทำการในลักษณะเป็นการชี้ขาดข้อพิพาทหรือบีบบังคับให้
คู่กรณีฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดลงลายมือชื่อในข้อตกลงระงับข้อพิพาท

8) กรณีอื่นตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมกำหนดใน
กฎกระทรวง

มาตรา 13 ผู้ไกล่เกลี่ยต้องเปิดเผยข้อเท็จจริงที่อาจเป็นเหตุอันควรสงสัยถึงความ
เป็นกลางและความเป็นอิสระของตนในการปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ไกล่เกลี่ยให้คู่กรณีทราบ โดย
เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับคู่กรณีไม่ว่าฝ่ายใดในเรื่อง ดังต่อไปนี้

1) เป็นคู่หมั้นหรือคู่สมรส
2) เป็นบุพการีหรือผู้สืบสันดานไม่ว่าชั้นใด ๆ หรือเป็นพี่น้องหรือ
ลูกพี่ลูกน้องนับได้เพียงภายในสามชั้น หรือเป็นญาติเกี่ยวพันทางแต่งงานนับได้เพียงสองชั้น

3) เป็นหรือเคยเป็นผู้แทน โดยชอบธรรมหรือผู้พิทักษ์หรือผู้แทนหรือ
ตัวแทน

4) เป็นเจ้าหนี้หรือลูกหนี้ หรือเป็นนายจ้างหรือลูกจ้าง

มาตรา 14 ผู้ไกล่เกลี่ยอาจถูกคู่กรณีตั้งข้อรังเกียจที่มีสภาพร้ายแรงอันอาจทำให้
การปฏิบัติหน้าที่ไม่เป็นกลางหรือไม่เป็นอิสระได้ หากมีกรณีดังกล่าวผู้ไกล่เกลี่ยอาจถูกถอดถอน
ตามมาตรา 15 (4) ได้

ในกรณีที่คู่กรณีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีหลายคน การตั้งข้อรังเกียจตามวรรคหนึ่งต้องได้รับความเห็นชอบจากคู่กรณีทุกคนในฝ่ายนั้น

มาตรา 15 ผู้ไต่เถียงอาจถูกถอดถอนโดยคู่กรณีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่ายหรือหน่วยงานซึ่งดำเนินการไต่เถียงข้อพิพาทด้วยเหตุ ดังต่อไปนี้

1) กระทำการฉ้อฉลหรือข่มขู่คู่กรณีหรือบุคคลอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับข้อ

พิพาท

2) ไม่มาปฏิบัติหน้าที่ผู้ไต่เถียงเกินสองครั้ง โดยไม่มีเหตุอันควร

3) ขาดจริยธรรมตามมาตรา 12

4) ถูกตั้งข้อรังเกียจตามมาตรา 14

หลังจากประกาศกฎหมายขึ้นมาทำให้ผู้ที่ประสงค์ขึ้นทะเบียนเป็นผู้เจรจาไต่เถียงต้องเข้ารับการอบรมการไต่เถียงข้อพิพาทเสียก่อน ผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่เดิมจึงต้องพยายามหาหลักสูตรที่อาจมีการเปิดอบรมอยู่จำกัด ร่วมกับช่วงที่มีการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ทำให้จำนวนผู้ที่ขึ้นทะเบียนยังไม่มากนัก ทั้งนี้การเจรจาไต่เถียงยังอนุญาตให้กระทำได้ในกรณีดังต่อไปนี้

มาตรา 20 การไต่เถียงข้อพิพาททางแพ่งตามพระราชบัญญัตินี้ ถ้าเกี่ยวข้องกับสิทธิแห่งสภาพบุคคล สิทธิในครอบครัว หรือกรรมสิทธิ์ในอสังหาริมทรัพย์ ไม่สามารถกระทำได้

การไต่เถียงข้อพิพาททางแพ่งให้กระทำได้ในกรณี ดังต่อไปนี้

1) ข้อพิพาทเกี่ยวกับที่ดินที่มีข้อพิพาทเกี่ยวกับกรรมสิทธิ์

2) ข้อพิพาทระหว่างทายาทเกี่ยวกับทรัพย์มรดก

3) ข้อพิพาทอื่นตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา

4) ข้อพิพาทอื่นนอกจาก (1) (2) และ (3) ที่มีทุนทรัพย์ไม่เกินห้าล้านบาท หรือไม่เกินจำนวนตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา

มาตรา 35 วางหลักไว้ว่าการไต่ถามข้อพิพาททางอาญาให้กระทำได้ในกรณี ดังต่อไปนี้

1) ความผิดอันยอมความได้

2) ความผิดลหุโทษตามมาตรา 390 มาตรา 391 มาตรา 392 มาตรา 393

มาตรา 394 มาตรา 395 และมาตรา 397 แห่งประมวลกฎหมายอาญา

ดังนั้นกรณีที่มีความรับผิดชอบทางการแพทย์ที่มีการเปรียบเทียบทางอาญา โดยมากเป็น ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย เช่น เป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายโดยประมาท (ประมวล กฎหมายอาญา มาตรา 291) ทำร้ายผู้อื่นจนเป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจ (ประมวล กฎหมายอาญา มาตรา 291) เป็นต้น หรือการฟ้องความผิดทางละเมิด โดยมากจะคำนวณการสูญเสีย โอกาสในการได้รับรายได้และชดเชยความรู้สึก ซึ่งอาจมีมูลค่าสูงกว่าห้าล้านบาท แม้ด้วยข้อจำกัด ของทุนฟ้องอาจไม่สามารถสิ้นสุดกระบวนการได้ในทุกกรณี แต่นับเป็นคำตอบที่ช่วยให้เกิดการ เยียวยาและกระบวนการยุติธรรมสมานฉันท์ที่เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปริยากร กมฺุทธชาติ (2559) ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการไต่ถามข้อร้องเรียนทางการแพทย์ที่ เกิดขึ้นในหน่วยงานภายในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยศึกษาสาเหตุและกระบวนการจัดการความ ขัดแย้งทางการแพทย์ พบว่า สาขาที่มีการร้องเรียนมากที่สุด คือ สูติกรรม อายุรกรรม และศัลยกรรม ตามลำดับ มูลเหตุของการร้องเรียน มาจากการสื่อสาร มาตรฐานการรักษา พฤติกรรมบริการ และ ผลประโยชน์วิธีการฟ้องร้อง พบว่า การศึกษานี้ควรเพิ่มบุคลากรภายนอก (third party) เข้าร่วมใน

การพิจารณาเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและลดความขัดแย้งทางการแพทย์ พัฒนาการสื่อสารของบุคลากรเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันและลดความขัดแย้ง

เสน่ห์ ไชยโพธิ์ศาล (2551) ศึกษากระบวนการจัดการความขัดแย้งด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มาตรา 41 ของโรงพยาบาลภาครัฐ ในจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าผู้รับบริการที่ได้รับ ความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในจังหวัดหนองบัวลำภูเพิ่มขึ้น ใช้ การไกล่เกลี่ยระงับความขัดแย้งที่ประหยัดค่าใช้จ่าย เรียบง่าย รวดเร็ว และเป็นความลับ หลังพัฒนา กระบวนการ สร้างข้อกำหนดในการปฏิบัติงาน พัฒนาศูนย์บริการ ตั้งเป้าหมายและผลลัพธ์การเยียวยา ตามมาตรา 41 พบว่าระบบการจัดการความขัดแย้งชัดเจนของในจังหวัดหนองบัวลำภูสามารถลด อัตราการจ่ายชดเชยได้ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายเข้าเกณฑ์การพิจารณาจ่ายเงิน ร้อยละ 84.4 กลุ่มโรคที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ อายุรกรรม สูติรีเวช และศัลยกรรม คิดเป็นร้อยละ 44.2, 40.3 และ 11.7 ตามลำดับ สาเหตุการยื่นคำร้อง ได้แก่ เสียชีวิต บาดเจ็บ พิการร้อยละ 50.6, 31.2, และ 10.4 ตามลำดับ และจ่ายเงินค่าเสียหาย 100,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 72.7

ณัชชา เพียงพอ สุวิน ทองปั้น และ จรัส ลีลา (2562) ศึกษาความขัดแย้งในทัศนะพุทธปรัชญา ความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขไทย และการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขไทยในทัศนะพุทธปรัชญา โดยได้พบว่า

1) ความขัดแย้งในทัศนะพุทธปรัชญา มี 2 ประเภท คือความขัดแย้งภายในและ ความขัดแย้งภายนอก ความขัดแย้งทั้งหมดเกิดจากรากเหง้ามาจากอกุศลมูล 3 ประการ คือ

1.1) โลภะ ได้แก่ความโลภอยากได้ของคนอื่นมาเป็นของตนเอง

1.2) โทสะ ได้แก่ความคิด ประทุษร้ายพยาบาท คิดปองร้ายผู้อื่น

1.3) โมหะ ได้แก่ ความหลงผิด ความไม่รู้จริง ความมัวเมาและความประมาท รากเหง้าแห่งความขัดแย้งทั้งสามประการนี้ เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะแสดงออกทางกาย วาจาและใจ สูดทำย่น ำไปสู่ความขัดแย้งภายในครอบครัว สังคม องค์กร ประเทศชาติต่อไป

2) ความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขไทยเป็นความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้มารับบริการ ซึ่งเกิดจากสาเหตุใหญ่ๆ 4 ประการ คือ

- 2.1) ความไม่เสมอภาคจากการรับบริการที่มีความเหลื่อมล้ำกัน
- 2.2) ความผิดพลาดในการให้บริการจนทำให้มีการฟ้องร้องเพิ่มมากขึ้น
- 2.3) ความขัดแย้งด้านผลประโยชน์
- 2.4) ความขัดแย้งด้านความสัมพันธ์

3) การจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขไทยในทัศนะพุทธปรัชญา โดยใช้กระบวนการพูดคุย หรือเจรจาไกล่เกลี่ยอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอนการเจรจาไกล่เกลี่ยทุกขั้นตอน จะนำหลักพุทธปรัชญาเข้าไปร่วมใช้ในการเจรจาไกล่เกลี่ย ได้แก่

- 3.1) หลักอภัยทาน คือในการเจรจาไกล่เกลี่ยต้องมีการให้อภัยกัน
- 3.2) หลักอหิงสา คือในการเจรจาไกล่เกลี่ยด้วยความไม่เบียดเบียนกัน
- 3.3) หลักเมตตา คือในการเจรจาไกล่เกลี่ยด้วยความรักและความสงสาร

ต่อเพื่อนร่วมงาน ต่อผู้ให้บริการและต่อผู้มารับบริการ

กิตติธรร ปานเทศ (2561) ยกกรณีศึกษาของผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการคลอดบุตร ในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง รับส่งต่อผู้ป่วยอายุครรภ์ 8 เดือน ทารกในครรภ์มี

อาการหัวใจเต้นช้าผิดปกติจากโรงพยาบาลชุมชน พบว่ามารดาขณะคลอดมีอาการแทรกซ้อนจนต้องถูกตัดมดลูกและบุตรเสียชีวิตต่อมา ปัญหาที่พบในเชิงระบบมีสาเหตุมาจากการประเมินอาการผู้ป่วยไม่ละเอียด การสื่อสารไม่ชัดเจนระหว่างแพทย์และญาติผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ที่รับส่งต่อมีคนไทยเข้ามาเข้าถึงผู้ป่วยช้า วิธีการไกล่เกลี่ยต้องมีทีมนำการไกล่เกลี่ยที่รวดเร็วร่วมกับทีมแพทย์เจ้าของไข้เข้าชี้แจงเหตุการณ์พร้อมกับอธิบายสาเหตุสุดวิสัยที่เกิดขึ้น พร้อมกับช่วยเหลือในการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 และสามารถจัดการเบี่ยงเบนกระบวนการยุติธรรมกระแสหลักได้

Tsepo Nwedamutsu (2020) เป็นวิทยานิพนธ์ทางนิติศาสตร์ ได้เสนอกระบวนการทางกฎหมายเกี่ยวกับทิวเวาปฏิบัติในแอฟริกาใต้ โดยเปรียบเทียบประสบการณ์ กระบวนการยุติธรรมและนโยบายสาธารณะที่ใช้ในออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกา รวมทั้งการใช้กระบวนการยุติธรรมทางเลือกซึ่งอ้างอิงกับวัฒนธรรมของประเทศ โดยการเปลี่ยนแปลงนี้ต้องอาศัยทั้งรัฐบาล กระบวนการยุติธรรม ผู้ปฏิบัติงานทางกฎหมายและสาธารณชนจึงจะขับเคลื่อนกระบวนการยุติธรรมทางเลือก (ADR mechanism) ได้ **ณ มหาวิทยาลัย**

CHULALONGKORN UNIVERSITY

เนื่องจากการขอชดเชยทิวเวาปฏิบัติของแอฟริกาใต้มีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้วิจัยเห็นว่าปัญหาสำคัญหนึ่งคือการขาดบริการพื้นฐานและความไม่เท่าเทียมของเศรษฐกิจในสังคมแอฟริกัน การตระหนักถึงข้อผูกมัดหลักของรัฐบาล อย่างเช่นมาตรฐานขั้นต่ำระหว่างประเทศหรือข้อตกลงในระดับนานาชาติ การจัดสรรงบประมาณของประเทศทางด้านบริการสุขภาพ ซึ่งพบว่างบประมาณสำหรับการชดเชยทิวเวาปฏิบัติ (medical legal claim) ไม่ได้แยกออกจากงบประมาณหลัก รวมทั้งปัญหาค่าเบี้ยประกันสำหรับทิวเวาปฏิบัติในแอฟริกาใต้ค่อนข้างสูง เช่นเดียวกับในออสเตรเลียและ

สหรัฐอเมริกา ทำให้แพทย์เฉพาะทางเลิกการประกอบวิชาชีพ เช่น สูตินรีแพทย์ ยิ่งทำให้เกิดความขาดแคลนการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นอีก

อนุสรณ์ อยู่พร้อม (2562) ได้ศึกษาองค์ประกอบของประสิทธิผลในการระงับข้อพิพาททางการแพทย์กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลของรัฐผู้พิพากษาและข้าราชการประจำศูนย์ไกล่เกลี่ยและระงับข้อพิพาทของศาลแขวงและศาลจังหวัดในเขตจังหวัดนนทบุรีและปทุมธานี พบว่า

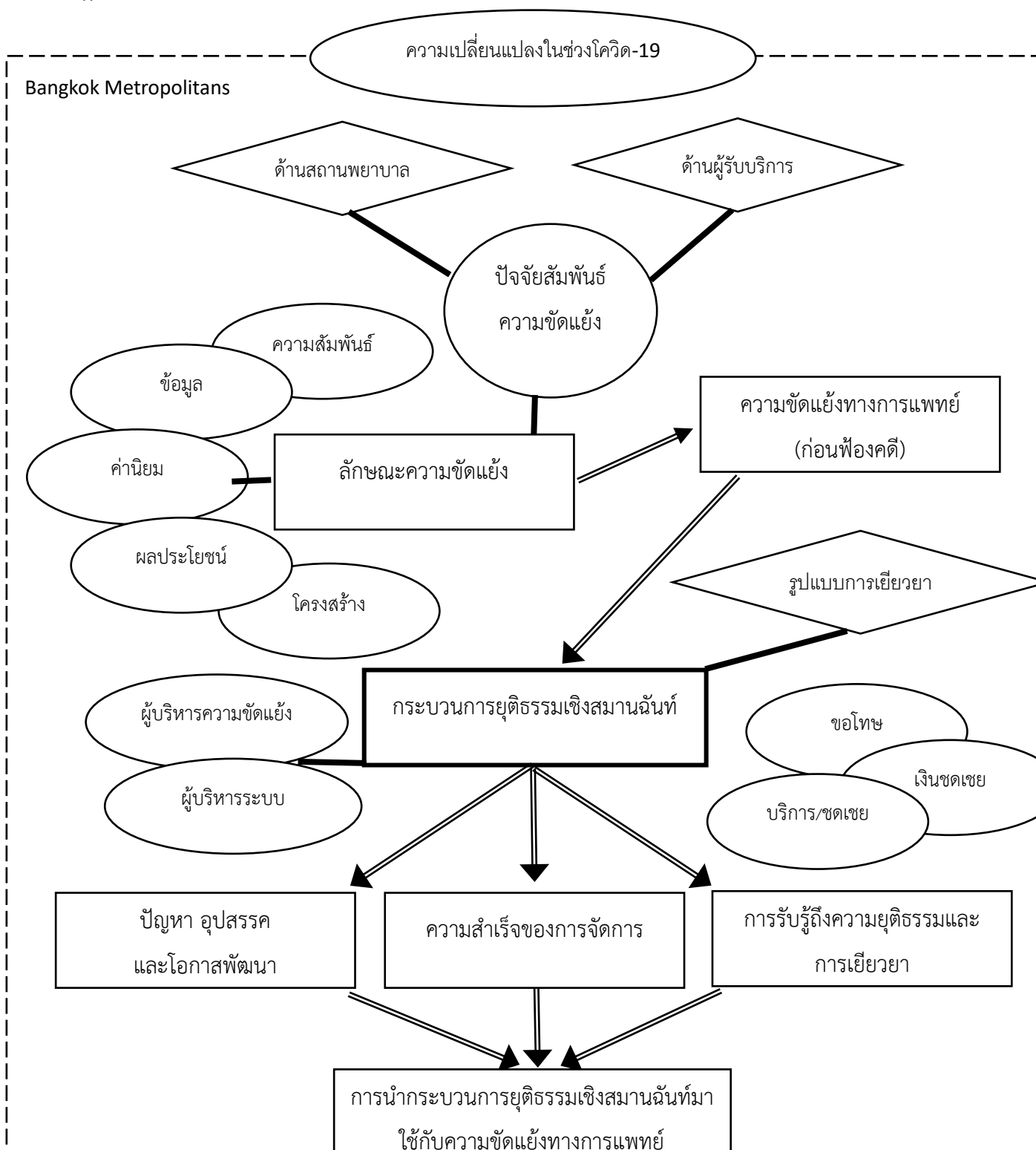
1) ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโครงสร้างองค์ประกอบเชิงยืนยันของประสิทธิผลในการระงับข้อพิพาททางการแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลพบว่าประกอบด้วย 6 ด้านจากทั้งหมด 8 ด้าน ได้แก่ ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการไกล่เกลี่ยคนกลาง ด้านข้อมูลสารสนเทศ ด้านการมีส่วนร่วมแก้ไขข้อพิพาท ด้านทีมงานและ ด้านการสานเสวนา

2) ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโครงสร้างองค์ประกอบเชิงยืนยันของประสิทธิผลในการระงับข้อพิพาททางการแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลกับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่ารูปแบบโมเดลองค์ประกอบของประสิทธิผลในการระงับข้อพิพาททางการแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องถูกต้องมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

วิรุจน์ คุณกิตติ และ ขนิษฐา นวลไธสง (2560) ศึกษาความชุก รูปแบบต่างๆ ของการร้องเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของประสบการณ์ในการทำงานกับผลลัพธ์ พบว่าผู้เคยมีประสบการณ์ในการถูกร้องเรียนพบมากถึงร้อยละ 64.8 โดยคดีแพ่งมากที่สุด ร้อยละ 61.0 ผลทางคดีแพ่งนั้นไกล่เกลี่ยกันได้สำเร็จโดยไม่

ต้องชดใช้ค่าสินไหม ร้อยละ 41.4 ส่วนใหญ่คดีสิ้นสุดในโรงพยาบาล ร้อยละ 61.2 ประสบการณ์ในการเคยถูกร้องเรียนทั้งวินัย อาญา แพ่ง และทางสื่ออื่นไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ แต่ช่วงอายุการทำงาน 11-20 ปี เคยประสบร้องเรียนทางอาญา ($p = 0.004$) น้อยกว่าช่วงอายุอื่น และถูกร้องเรียนโดยสื่อ ($p = 0.031$) มากกว่าช่วงอายุอื่น โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย



I

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษา ลักษณะความขัดแย้งที่อาจนำไปสู่การฟ้องร้องเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์และการจัดการความขัดแย้งของโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเกี่ยวกับรูปแบบ และปัจจัยต่าง ๆ รวมทั้งกระบวนการจัดการความขัดแย้งดังกล่าวในปัจจุบันที่มีความเปลี่ยนแปลงจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงของรูปแบบและกระบวนการให้บริการทางการแพทย์ โดยปัจจุบันยังไม่มีผู้ศึกษาปัญหาดังกล่าวและส่วนใหญ่การศึกษาในประเทศไทยจะเป็นการศึกษาในระดับสถานพยาบาลหนึ่ง ๆ ในหลายแผนกมากกว่า นอกจากนี้ยังรวบรวมลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนหรือเจรจาไกล่เกลี่ย ซึ่งช่วยลดความรุนแรงจากความขัดแย้งที่ปรากฏออกมาแล้ว (manifest conflict) และการลดกระบวนการฟ้องร้องเรียนเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมกระแสหลักในระยะขัดแย้ง (conflict phase) ซึ่งทำให้สภาวะหลังความขัดแย้งสามารถเกิดการเยียวยาความเสียหายจากการรับบริการที่เกิดขึ้น รักษาสัมพันธ์ภาพอันดีต่อกันได้ เพราะการเกิดความตึงเครียดในฐานะผู้ป่วยที่รับบริการและแพทย์ผู้ให้บริการมักอาจเกิดความเสียหายทั้งทางร่างกาย จิตใจ เวลา และทรัพย์สินของกลุ่มขัดแย้ง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อผู้อื่นที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มขัดแย้ง เช่น แพทย์ผู้ถูกร้องเรียน อาจไม่มีกำลังใจให้บริการผู้ป่วยรายถัดไปหลังเกิดความขัดแย้ง หรือมีความกังวลจนถึงสมาธิการปฏิบัติงานออกไป ส่วนผู้ป่วยก็ยังคงต้องหาสถานพยาบาลอื่นที่ห่างไกลออกไปในการรับบริการ เกิดความไม่สบายใจแม้จะรับการรักษาที่กับแพทย์รายอื่น เนื่องจากส่วนหนึ่งยังไม่ทราบข้อมูลที่ต้องการหรือเข้าใจธรรมชาติของโรคอย่างถ่องแท้จากแพทย์ท่านเดิม เป็นต้น

นอกจากนี้ผู้ทำหน้าที่เป็นคนกลางระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในสถานพยาบาลของไทยมักเป็นเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลนั้น อาจยังเกิดความไม่ไว้วางใจของผู้รับบริการและการปฏิบัติงานเจรจาไกล่เกลี่ยแตกต่างจากคนกลางของศาล หรือศูนย์ไกล่เกลี่ยภาคประชาชนโดยตรง แต่เป็นผู้ที่จัดการให้ความขัดแย้งบรรเทาลงจนสามารถยุติข้อพิพาทก่อนการฟ้องร้องได้ หรือประสบความสำเร็จในการเจรจาไกล่เกลี่ย จึงอาจมีทักษะหรือกระบวนการบางอย่างที่สร้างความไว้วางใจ (rapport) ได้แตกต่างจากกรณีความขัดแย้งในสถานการณ์อื่น เช่น ความสามารถของคนกลางที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ในความเข้าใจต่อบริบทความขัดแย้งอยู่แล้ว ความรู้สึกต้องการเยียวยาของผู้เสียหายที่คนกลางสามารถจัดการได้มากกว่าบุคคลภายนอกสถานพยาบาลนั้น ๆ เป็นต้น รวมทั้งความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์บริการจากการแพร่กระจายของโรคโควิดก็อาจมีส่วนให้เกิดความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการที่ไม่สามารถเข้าถึงได้จากอุปทานไม่สมดุลต่ออุปสงค์ ทั้งต่อผู้ป่วยโควิดเองและผู้ป่วยโรคอื่น ความขัดข้องในการสื่อสารผ่านสื่อและขาดการติดต่อโดยตรง (human's touch) รวมทั้งการขาดความต่อเนื่องของบริการทางการแพทย์ อาจส่งผลต่อปริมาณหรือลักษณะของความขัดแย้งได้เช่นกัน ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์เองที่อาจไม่ได้รับการตอบสนองจากระบบสาธารณสุข ทั้งในการป้องกันตนเอง การปฏิบัติเวชกรรม ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งเงินรายได้และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ก็อาจเป็นความขัดแย้งของบริการทางการแพทย์อีกรูปแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นในช่วงนี้ การศึกษานี้จึงรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปสังเคราะห์บทเรียนเพื่อเป็นแนวทางของผู้ทำหน้าที่เจรจาไกล่เกลี่ยในการปฏิบัติงานต่อไป และเสนอแนะผู้ดูแลระบบบริการทางการแพทย์ในการวางแผนป้องกันการเกิดความขัดแย้งจากปัจจัยที่ทราบ การจัดการความขัดแย้งด้วยรูปแบบต่าง ๆ โดยประยุกต์จากประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติ รวมถึงอ้างอิงแนวคิดของกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ที่มีเครื่องมือหลากหลายร่วมด้วย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม จึงมีการกำหนดระเบียบวิธีการศึกษา เพื่อให้เกิดวิธีการแสวงหาคำตอบตามวัตถุประสงค์ที่สนใจศึกษา โดยระเบียบวิธีในการศึกษาการจัดการความขัดแย้งเชิงสมานฉันท์กับบริการทางการแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลช่วงแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

3.1 วิธีดำเนินการศึกษา

3.1.1 ใช้วิธีการสำรวจด้วยแบบสำรวจเพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน โดยการส่งจดหมายที่ระบุการเข้าถึงแบบสำรวจ <https://forms.gle/9MvX2DudcMX5pbMj8> และตอบกลับโดยอัปโหลดผ่านแอปพลิเคชันกูเกิ้ลฟอร์ม (Google form) หรือส่งกลับทางไปรษณีย์ของผู้วิจัย โดยผู้ให้ข้อมูลไม่จำเป็นต้องระบุชื่อผู้ส่ง โดยจะนำมาบันทึกใน google drive และทำลายเอกสาร hard copy (ถ้ามี) เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาศึกษา

3.1.2 ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์ทางไกลผ่านแอปพลิเคชันที่เห็นภาพและเสียง ได้แก่ WebEx Line application หรือโทรศัพท์ เมื่อไม่สะดวกใช้ แอปพลิเคชันต่าง ๆ หรือการพบส่วนบุคคล (เฉพาะเมื่อไม่สะดวกสัมภาษณ์ทางไกลเท่านั้น)

1) กลุ่มผู้รับข้อร้องเรียนและเป็นผู้เจรจาไกล่เกลี่ย เป็นผู้ที่ให้ความยินยอมติดต่อกลับในตอนท้ายของแบบสอบถาม โดยติดต่อครั้งแรกทางใดทางหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลอนุญาต

2) กลุ่มผู้ขัดแย้งที่ผ่านการเจรจาไกล่เกลี่ยทางการแพทย์ เป็นผู้ในกลุ่มผู้รับข้อร้องเรียนและเป็นผู้เจรจาไกล่เกลี่ยทราบว่าสิ้นสุดกระบวนการแล้ว อนุญาตให้สัมภาษณ์ และช่วยเหลือแนะนำผู้วิจัยถึงช่องทางการติดต่อครั้งแรก เช่น การส่งไปรษณีย์ หรือการใช้ช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ตามแต่สมควร

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 เกณฑ์การนำเข้าและนำออกของผู้ให้ข้อมูลตามแบบสำรวจข้อมูล

เกณฑ์นำเข้า

1. เป็นผู้รับเรื่องร้องเรียนและเจรจาไกล่เกลี่ยความขัดแย้งทางการแพทย์
2. สามารถเขียนหรือพิมพ์สื่อสารภาษาไทยได้
3. ให้ความยินยอมในการให้ข้อมูล

เกณฑ์นำออก

1. ผู้ให้ข้อมูลขอลอนข้อมูลออกจากระบบงานวิจัยภายหลัง

3.2.2 การเก็บข้อมูลพื้นฐาน สัมภาษณ์ความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งจากผู้ทำหน้าที่

ด้านการเจรจาไกล่เกลี่ย จากสถานพยาบาลประเภทรับผู้ป่วยค้างคืนระดับตติยภูมิ จำนวน 91 แห่ง แห่งละไม่เกิน 2 คน หรือ 182 คน โดยใช้สัดส่วนการร้องเรียนของผู้ให้บริการทางการแพทย์ร้อยละ 64.8 (Khunkitti & Nualthaisong, 2017) และใช้สูตร Finite population proportion โดย

$$n = \frac{N\sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

d แทนความคลาดเคลื่อน ไม่เกินร้อยละ 8

N แทนประชากรทั้งหมด

σ แทนสัดส่วนประชากร

α แทนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาด้วย

0.05

คิดเป็นจำนวนผู้ให้ข้อมูล 79 แห่ง

3.2.3 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ กำหนดผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้เป็น 2 กลุ่ม ซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความยินยอมสัมภาษณ์หลังจากศึกษาจากเอกสารแนะนำข้อมูล มีอายุตั้งแต่ 20 ปี และใช้เกณฑ์นำออก ร่วมกับข้อ 3.2.1 ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้แทนของผู้รับข้อร้องเรียนและเป็นผู้เจรจาไกล่เกลี่ยที่ปฏิบัติหน้าที่ก่อน พ.ศ. 2563 จำนวน 3 ท่าน

เนื่องจากเป็นผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านความขัดแย้งโดยตรง สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับลักษณะ รูปแบบ และการจัดการความขัดแย้ง รวมทั้งความเปลี่ยนแปลง และเป็นผู้ที่สามารถแนะนำให้สัมภาษณ์คู่ขัดแย้งที่เจรจาไกล่เกลี่ยสำเร็จ (กลุ่มที่ 2) โดยแบ่งเป็นปฏิบัติงานในสังกัดสถานพยาบาลของรัฐ 1 ท่าน สถานพยาบาลในกำกับของรัฐบาลหรือทบวงมหาวิทยาลัย 1 ท่าน และเอกชน 1 ท่าน

กลุ่มที่ 2 ผู้แทนคู่ขัดแย้งที่ผ่านการเจรจาไกล่เกลี่ยทางการแพทย์ที่อายุมากกว่า 20 ปี จำนวน 3 ท่าน

เนื่องจากการศึกษานี้ศึกษาลักษณะ รูปแบบ และกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ร่วมด้วย จึงพิจารณาความคิดเห็น ความรู้สึกรู้สีกของการเยียวยาและการเกิดความยุติธรรม รวมทั้งข้อเสนอแนะเพื่อให้กระบวนการดังกล่าวสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยสัมภาษณ์ผู้ที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ที่เคยเกิดความขัดแย้งกับผู้ให้บริการมาก่อน ผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่เคยเกิดความขัดแย้งกับผู้บริหารระบบและ/หรือเกิดความขัดแย้งกับผู้รับบริการ

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3.3.1 แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลเกี่ยวกับการเจรจาไกล่เกลี่ย เช่น อายุ เพศ จำนวนผู้เกี่ยวข้อง ระยะเวลาดำเนินกระบวนการ ระดับความเสียหาย (ไม่เกิดความเสียหายแก่กาย บาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิต) ระดับของโรงพยาบาล ประสบการณ์ไกล่เกลี่ย การมีแผนกเจรจาไกล่เกลี่ย การอบรมหลักสูตรไกล่เกลี่ย ความเห็นหรือประสบการณ์ต่อการปฏิบัติงานในรูปแบบใหม่ เช่น การไกล่เกลี่ยทางไกล การใส่หน้ากากและรักษาระยะห่างขณะสนทนา ข้อจำกัดในการปฏิบัติงาน

3.3.2 แบบคำถามเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้ข้อมูลจากแบบสำรวจเพิ่มเติมหรือปรับเปลี่ยนคำถาม ดังต่อไปนี้

1) ตัวอย่างแนวคำถามสำหรับกลุ่มที่ 1 ผู้แทนของผู้รับข้อร้องเรียนและเป็นผู้เจรจาไกล่เกลี่ย

- ในปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งใดในหน่วยงานนี้ และมีหน้าที่ความรับผิดชอบใดบ้าง

- ท่านเห็นว่ารูปแบบความขัดแย้งทางการแพทย์มีในรูปแบบใด ระดับใดบ้าง

- ท่านเห็นว่ามีเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความขัดแย้งอย่างไรบ้างเมื่อเกิด

การแพร่ระบาดของโควิด-19

- ท่านจัดการความขัดแย้งดังกล่าวในแต่ละรูปแบบอย่างไร
- ท่านเห็นว่าความสำเร็จของการจัดการความขัดแย้งคืออะไร
- ในรายที่จัดการความขัดแย้งสำเร็จจะมีลักษณะอย่างไรบ้าง และเกิด

ความรู้สึกละเอียดอย่างไรที่สามารถจัดการได้

- ท่านเห็นว่าปัญหาและอุปสรรคในการจัดการความขัดแย้งดังกล่าวคืออะไร และการแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคเพิ่มเติมอย่างไร

- ท่านเห็นว่าผู้เจรจาไกล่เกลี่ยควรมีคุณสมบัติอย่างไรบ้าง

- ท่านทราบเกี่ยวกับกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์หรือไม่ หากทราบ ท่านเห็นว่าควรนำมาใช้อย่างไร

- ท่านเห็นว่าควรพัฒนาตนเองหรือระบบการจัดการความขัดแย้งอย่างไร เพื่อให้เกิดความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

- ท่านมีคู่ขัดแย้งที่ประสบความสำเร็จในการเจรจาไกล่เกลี่ย และสะดวก

ใจแนะนำให้สัมภาษณ์เพื่อการศึกษาต่อเนื่องท่านใดบ้าง

- 2) ตัวอย่างแนวคำถามสำหรับกลุ่มที่ 2 ผู้ที่เป็นคู่ขัดแย้งที่ผ่านการเจรจาไกล่เกลี่ย

ทางการแพทย์

- ในปัจจุบันท่านศึกษาหรือทำงาน ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพหรือการแพร่ระบาดของโควิด 19 อย่างไรบ้างในการ (ให้หรือรับ) บริการดังกล่าว

- ท่านเคยมีความขัดข้องในการ (ให้หรือรับ) บริการทางการแพทย์อย่างไรบ้าง

- ปัจจุบันท่านยังรู้สึกคับข้องใจในการบริการดังกล่าวมากน้อยเพียงใด เพราะเหตุใด

- หากท่านสะดวกใจ ขอให้เล่าปัญหาที่ทำให้เกิดความขัดข้องดังกล่าว ขณะนั้นท่านรู้สึกอย่างไร มีความคิดจัดการปัญหาดังกล่าวอย่างไรบ้าง และได้ทำอะไรบ้าง

- ท่านได้พบกับผู้ประสานงานจัดการปัญหาบริการทางการแพทย์ (ผู้ใกล้ชิด) เมื่อใด ท่านเห็นว่าผู้ประสานงานช่วยเหลือท่านอย่างไรบ้าง รู้สึกอย่างไรบ้าง

- ท่านมีมุมมองว่าผู้ (ให้หรือรับ) บริการที่ท่านคับข้องใจด้วยเป็นอย่างไร ท่านเห็นว่าหากผู้นั้น (หรือตนเอง) ปฏิบัติอย่างไรจึงจะเกิดความขัดแย้งน้อยลง

- ท่านมีมุมมองต่อผู้บริหารของสถานพยาบาลต่อสถานการณ์ดังกล่าวอย่างไรบ้าง และควรปฏิบัติอย่างไรจึงจะเกิดความขัดแย้งน้อยลง

- ท่านมีข้อเสนอแนะสำหรับผู้ประสานงานจัดการปัญหาบริการทางการแพทย์และผู้บริหารเพื่อลดโอกาสเกิดความขัดแย้งทางการแพทย์ในอนาคตอย่างไรบ้าง

3.4 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

3.4.1 เตรียมข้อมูลที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง

3.4.2 หลังจากผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว จะดำเนินการส่ง

จดหมายลงทะเบียนถึงหน่วยงานที่รับผิดชอบการเจรจาใกล้เคียงของสถานพยาบาลในข้อ 1

3.4.3 พิจารณาข้อมูลตอบกลับของสถานพยาบาลต่าง ๆ เพื่อเลือกผู้ให้ข้อมูลส่วนการ สัมภาษณ์ โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) และเตรียมคำถามเพื่อสัมภาษณ์

3.4.4 สัมภาษณ์ผู้ที่รับผิดชอบการเจรจาไกล่เกลี่ยในรูปแบบพบหน้าหรือทางไกลตามแต่นัดหมายกันล่วงหน้า และสอบถามเพื่อแนะนำคู่ขัดแย้งที่เจรจาไกล่เกลี่ยสำเร็จมาให้ข้อมูล

3.4.5 สัมภาษณ์ผู้เสียหายที่สิ้นสุดความขัดแย้งแล้วและอนุญาตให้ข้อมูล จากการแนะนำของผู้บริหารความขัดแย้งหรือคำแนะนำของผู้รู้จักอื่นที่ไม่กระทบต่อความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ศึกษาเลือกเป็นบุคคลทั่วไป 2 รายและบุคลากรทางการแพทย์ 1 ราย ที่เคยร้องเรียนการบริการของสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน

3.4.6 รวบรวมข้อมูลและสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการศึกษาแบบผสม (mixed method) โดยแบ่งข้อมูลเป็น 2 รูปแบบ คือ

3.5.1 ศึกษาเชิงปริมาณ โดยการสำรวจปัจจัยของการเกิดความขัดแย้งก่อนฟ้องร้องในโรงพยาบาล และการจัดการความขัดแย้งที่ผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้งได้เปลี่ยนแปลงไป ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ระหว่างพ.ศ. 2563 – 2564 ด้วยการส่งจดหมาย จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ในผู้ปฏิบัติ และนำมาแจกแจงข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะพื้นฐานเป็นสถิติเชิงพรรณนา

3.5.2 ศึกษาเชิงคุณภาพ โดยศึกษาคุณลักษณะของกลุ่มขัดแย้ง วิธีการเจรจา กระบวนการและบริบท โดยการเชิญสัมภาษณ์ในกลุ่มขัดแย้งผ่านทางระบบออนไลน์ตามวันและเวลาที่สะดวก

3.6 จริยธรรมของการวิจัย

ผู้วิจัยผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยตามโปรแกรม Collaborative Institutional Training Initiative (CITI) ทางด้าน Information Privacy Security (IPS) เมื่อ 7 กันยายน 2563 (ไม่มีระบุวันต่ออายุ) และ Human Subjects Research เมื่อ 7 กันยายน 2563 กำหนดต่ออายุคุณสมบัติ 6 กันยายน 2567 ณ มหาวิทยาลัยมหิดล

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุติ 2 สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศิลปกรรมศาสตร์ เลขที่ใบรับรอง 056/65 เมื่อ 16 มีนาคม 2565 โดยศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไป ได้แก่ ผู้ปฏิบัติหน้าที่เจรจาไกล่เกลี่ยในสถานพยาบาล ผู้ที่มีส่วนบริหารระบบในสถานพยาบาล และผู้ที่เคยมีความขัดแย้งทางการแพทย์เฉพาะอายุมากกว่า 20 ปี จึงมิได้เป็นกลุ่มเปราะบางหรือด้อยโอกาส รวมทั้งผู้วิจัยคำนึงถึงความเสี่ยงและกำหนดมาตรการป้องกันดังนี้

3.6.1 ความเสี่ยงด้านความลับ

1) ในขั้นตอนการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน จะจัดส่งเอกสารเชิญชวนและคำอธิบายทางจดหมายลงทะเบียน โดยระบุเพียงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและตอบกลับทางแบบบันทึกอิเล็กทรอนิกส์ เช่น Google form ผู้ให้ข้อมูลจะรับทราบวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้รับก่อนการยินยอม (informed consent) และข้อมูลดังกล่าวจะเข้าถึงได้เฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเท่านั้น โดยจะบันทึกในคอมพิวเตอร์ที่ตั้งค่าการเข้าถึงไว้ การสำรวจข้อมูลดังกล่าวไม่มีการวัดเพื่อวินิจฉัยทางจิตวิทยาแต่อย่างใด

2) ในขั้นตอนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะอ่านหรือให้อ่าน informed consent เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจก่อนดำเนินการต่อไปทุกครั้ง โดยบันทึกเป็นกระดาษ เอกสาร

อิเล็กทรอนิกส์ หรือการบันทึกไฟล์ตามสถานการณ์ และข้อมูลดังกล่าวจะเข้าถึงได้เฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเท่านั้น หากเป็นเอกสารจะเก็บไว้ในลิ้นชักที่ล็อกได้ ส่วนไฟล์ต่าง ๆ จะบันทึกในคอมพิวเตอร์ที่ตั้งค่าการเข้าถึงไว้

3) ในขั้นตอนการสังเคราะห์และวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะสงวนชื่อผู้ให้ข้อมูลหรือลักษณะอื่นใดที่อาจนำไประบุถึงตัวบุคคลได้

3.6.2 ความเสี่ยงด้านสุขภาวะอนามัย

1) ในขั้นตอนการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน ผู้ให้ข้อมูลอาจเกิดภาวะล้าจากการตอบคำถาม และการมองเห็นจอคอมพิวเตอร์ อาจหยุดพักการตอบข้อมูลได้เมื่อต้องการด้วยตนเอง

2) ในขั้นตอนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับความเหมาะสมของสถานที่เกี่ยวกับความเป็นส่วนตัวในการสัมภาษณ์ทางไกล และจัดรูปแบบสถานที่ให้เหมาะสม โดยผู้วิจัยจะแนะนำผู้ให้ข้อมูลหลังจากให้ความยินยอม หากมีความรู้สึกไม่สบายใจขึ้น หรืออ่อนล้าจากการให้ข้อมูล สามารถยุติการให้ข้อมูลได้เมื่อต้องการ รวมทั้งหากผู้วิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้ให้ข้อมูลถ้าสอบถามต่อไป จะแนะนำให้ยุติการสัมภาษณ์และให้ข้อมูลเพื่อรับความช่วยเหลือตามความเหมาะสม หากผู้ให้ข้อมูลต้องการ

3) กรณีมีความจำเป็นต้องสัมภาษณ์แบบพบหน้า ผู้สัมภาษณ์จะสอบถามอาการทางเดินหายใจ การฉีดวัคซีนของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งผู้วิจัยจะตรวจแอนติเจนของโควิด-19 ด้วยตนเอง (ATK) ก่อนสัมภาษณ์ นั่งในระยะห่างที่เหมาะสม โดยเฉพาะหากไม่สามารถพูดคุยในสถานที่อากาศถ่ายเทและเป็นส่วนตัวได้ ผู้วิจัยจะขอให้สวมหน้ากากตลอดการสนทนาทั้งสองฝ่าย

บทที่ 4

ผลการศึกษาและการอภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาเรื่อง “การจัดการความขัดแย้งเชิงสมานฉันท์กับบริการทางการแพทย์ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลช่วงแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระหว่าง พ.ศ. 2563 – 2564” เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีเก็บข้อมูลผู้ปฏิบัติงานด้านบริหารความขัดแย้งผ่านการสำรวจด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับทรัพยากรในการบริหารความขัดแย้ง ได้แก่ บุคลากร เครื่องมือ การสนับสนุนของผู้บริหาร และความขัดแย้งทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น และใช้วิธีเก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ที่มีความสัมพันธ์กับความขัดแย้งทางการแพทย์ ได้แก่ ผู้ให้บริการทางการแพทย์ ผู้รับบริการทางการแพทย์ และผู้บริหารระบบบริการ

ผลการวิจัยในการศึกษานี้ จำแนกตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ได้แก่ คุณลักษณะของผู้บริหารความขัดแย้งซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล ลักษณะหรือแหล่งของความขัดแย้ง การยุติความขัดแย้งสำเร็จ รวมทั้งกระบวนการบริหารความขัดแย้งและความรู้จักระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในอนาคต เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในส่วนของผู้ปฏิบัติงาน และนำไปสู่การเพิ่มเติมข้อคำถาม

4.1 คุณลักษณะพื้นฐานของผู้บริหารความขัดแย้ง

จากแบบสำรวจข้อมูลมีผู้ตอบรับเป็นผู้เจรจาไกล่เกลี่ยหรือปฏิบัติหน้าที่บริหารความขัดแย้ง (ผู้ปฏิบัติ) จำนวน 19 แห่ง หรือร้อยละ 21 จากสถานพยาบาลทั้งหมด หรือ ร้อยละ 45 จากจำนวนขนาดตัวอย่าง แบ่งเป็นสถานพยาบาลสังกัดรัฐบาล หรือกำกับของรัฐบาล จำนวน 12 แห่ง (ร้อยละ 63) ลักษณะผู้ปฏิบัติส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.4) มีช่วงอายุประมาณ 50 ปี มี

ประสบการณ์ในหน่วยงานประมาณ 9.7 ปี โดยคุณวุฒิของผู้ปฏิบัติเกือบทั้งหมดเป็นบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 97.8) และมีแพทย์เป็นหัวหน้างานทุกสถานบริการ แต่มีเพียงสถานบริการเดียวที่มีผู้มีความรู้ทางนิติศาสตร์ในทีม รวมทั้งมีเพียง 3 สถานบริการ (ร้อยละ 16) ในผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด หรือคิดเป็นอัตราเฉลี่ยภายในสถานพยาบาลเพียงร้อยละ 12.3 ที่มีผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรตามพระราชบัญญัติใกล้เคียงข้อพิพาท พ.ศ.2562 เช่นเดียวกับพบว่าผู้ปฏิบัติได้ผ่านหลักสูตรจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์ ร้อยละ 12.2 ดังแสดงในตารางที่ 3

นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลในปัจจัยระหว่างประเภทสถานพยาบาล จำแนกเป็นรัฐบาลและเอกชนเพื่อเปรียบเทียบแล้ว ไม่พบว่ามีปัจจัยใดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 คุณลักษณะของผู้ปฏิบัติหน้าที่บริหารความขัดแย้งหรือเจรจาใกล้เคียงในสถานพยาบาล

คุณลักษณะในแต่ละหน่วยงาน	ภาพรวม ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)	รัฐบาล ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)	เอกชน ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)
เพศหญิง (ร้อยละ)	64.4 (100,0)	66.1 (100,33)	61.4 (100,0)
อายุ (ปี)	50.4 (67,37)	49.5 (62,37)	52.1 (67,44)
จำนวนกรรมการ/ผู้ทำหน้าที่ฯ (คน)	6.1 (15,1)	5.1 (15,1)	6.4 (15,3)
ประสบการณ์ในหน่วยงาน (ปี)	9.7 (26,2)	9.5 (26,2)	10 (12,4)
ผู้ศึกษานิติศาสตร์ (ร้อยละ)	1.7 (33,0)	2.8 (33,0)	0 (0,0)
บุคลากรการแพทย์ (ร้อยละ)	97.8 (100,66)	97.1 (100,66)	99.0 (100,93)

คุณลักษณะในแต่ละหน่วยงาน	ภาพรวม ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)	รัฐบาล ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)	เอกชน ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)
เคยอบรมหลักสูตรตาม พรบ. ใกล้เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ.2562 (ร้อยละ)	12.3 (100,0)	8.3 (100,0)	19 (100,0)
เคยอบรมหลักสูตรจัดการ ความขัดแย้งทางการแพทย์ (ร้อยละ)	12.2 (100,0)	5.5 (66,0)	23.7 (100,0)
คุณลักษณะในแต่ละหน่วยงาน	ภาพรวม ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)	รัฐบาล ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)	เอกชน ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)
มีแพทย์เป็นหัวหน้าหน่วยงาน/ คณะกรรมการฯ (ร้อยละ)	100 (100,100)	100 (100,100)	100 (100,100)

เนื่องจากแบบสำรวจพบว่าเพศหญิงมีสัดส่วนสูง มีอายุเฉลี่ยประมาณ 50 ปี เป็น
ผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้งโดยตรง โดยเฉพาะในบางสถานพยาบาลมีเพียงเพศหญิงเพียงอย่าง
เดียว ผู้ศึกษาจึงสัมภาษณ์เชิงลึกถึงเพศของผู้ปฏิบัติที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการบริหารความขัดแย้ง
พบว่าไม่มีผู้ที่กังวลถึงผลต่อการปฏิบัติงาน มีเพียงกล่าวถึงความปลอดภัยเมื่อคู่ขัดแย้งมีจำนวนมาก
และเป็นชายรูปร่างใหญ่ แต่ยังไม่เคยบาดเจ็บจากการทำงาน จัดการโดยเตรียมสถานที่ บุคลากร
รักษาความปลอดภัยให้พร้อม

“ไม่มีปัญหานะคะ ถ้าเราคุยกับเขาดี ๆ เวลาที่เขาโกรธแล้วรู้ว่าช่วยเขาอยู่ แต่เราก็แค่ไม่
ประมาท เวลาคุยกับคนที่เสี่ยง (ผู้ศึกษา) ก็ทราบใช่ไหมคะ... เราก็ต้องเตรียมสถานที่ เตรียมคน
เตรียมเพื่อถ้าคุยทำทางไม่ดี”

“...ที่มีเหตุครั้งหนึ่ง ญาติคูโกรรมมากเป็นผู้ชายผิวคล้ำตัวใหญ่ ทีมเราก็ไม่มีผู้ชายเลย ในสำนักงานผู้ชายก็มีแต่สาว ๆ (หัวเราะ) ตอนนั้นลูกๆทุกคนต้องรับหน้า พี่ก็ตาม ปรก. มาอยู่หน้าห้อง แต่ช่วงแรกก็หวั่น ๆ เพราะกลัวเขาทำร้าย แต่ก็เอาน้ำเย็นเข้าลูบ มันก็ไปได้ จริง ๆ พี่ยังไม่เคยโดนอะไรนะคะ”

(สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้ง 2 ราย, ตุลาคม - ธันวาคม 2565)

อีกประการหนึ่งที่พบจากแบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์อบรมหลักสูตรตามพระราชบัญญัติไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ.2562 และหลักสูตรจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์ มีเพียงร้อยละ 12 ในด้านทักษะการปฏิบัติงานมีความต้องการให้หน่วยงานสนับสนุนการอบรมทั้งหลักสูตรตามพระราชบัญญัติไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พุทธศักราช 2562 สอดคล้องกับข้อความถามในแบบสำรวจว่า “ประเด็นเกี่ยวกับการบริหารความขัดแย้งที่หน่วยงานท่านต้องการสนับสนุนจากผู้บริหารเพื่อพัฒนามากที่สุด” พบคำตอบมากที่สุดคือ “การเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมตามหลักสูตรบริหารความขัดแย้ง” ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ประเด็นที่ผู้ปฏิบัติต้องการสนับสนุนจากผู้บริหารเพื่อพัฒนามากที่สุด

ที่	ประเด็น	ความถี่
1	การเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมตามหลักสูตรบริหารความขัดแย้ง	8
2	ความร่วมมือและความคล่องตัวในการประสานความขัดแย้งจากผู้บริหาร	3
3	ความชำนาญในด้านนิติศาสตร์	2
4	เครือข่ายความช่วยเหลือเป็นผู้ไกล่เกลี่ยคนกลาง	1

ที่	ประเด็น	ความถี่
5	ทรัพยากรบุคคล	1
6	ความเข้าใจผู้ทำหน้าที่ใกล้เคียง	1

เมื่อนำไปสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติพบว่า ความต้องการให้หน่วยงานสนับสนุนการอบรมทั้งหลักสูตรตาม พระราชบัญญัติใกล้เคียงข้อพิพาท พุทธศักราช 2562 ทักษะการเจรจาใกล้เคียงกรณีทางการแพทย์ รวมถึงหลักการของกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ เป็นสิ่งที่ต้องการให้ผู้บริหารสนับสนุน เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลไม่มีผู้ใดเคยได้รับการอบรมดังกล่าวในระดับหลักสูตรส่วนมากใช้ประสบการณ์การทำงาน การอบรมกันเองภายในหน่วยงานและการเรียนการสอนแบบไม่เป็นทางการมากกว่า หากได้รับการอบรมคาดว่าปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

“ไม่แน่ใจว่ามันคืออะไร แต่คำว่าสมานฉันท์ก็น่าจะเอามาใช้กับการทำงานได้อยู่แน่นอน อยากให้ส่งไปอบรมถ้ามีโอกาสเหมือนกัน... บางทีก็อยากเรียกว่าทำแบบลูกทุ่ง”

“อะไรก็เหมือนเรียนรู้ด้วยตัวเอง พี่นะชอบคุยอยู่แล้วมันทำให้ ผอ. เขาส่งพี่มา ก็เรียนจากที่ทำแล้วมันดี พอมันดีก็บอกน้องต่อไป ในฐานะคนเคยเป็นพยาบาล เรียนจบ (วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง) ก็สอนให้เราสัมภาษณ์เป็น คิดว่ามันเป็นทักษะในตัวนะ แต่ถ้าน้อง ๆ มีโอกาสได้เรียนพวกหลักสูตรพวกนี้เพิ่มอีกก็น่าจะดี”

“หมดแรงเหมือนกันถ้าต้องเรียนโทอะไรแบบนี้ แต่ถ้ามีพวกหลักสูตรที่ตรงจุด แล้วพูดได้ว่าเป็นงานที่เฉพาะ... ยิ่งถ้าก้าวหน้าในงานได้ อันนี้ใคร ๆ ก็อยากเรียน”

(สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้ง 3 ราย, ตุลาคม - ธันวาคม 2565)

ผู้ศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้งโดยตรงมีในทุกสถานพยาบาลที่ตอบรับการสอบถาม แม้จะได้รับการสนับสนุนด้านฝึกอบรมทางความรู้หรือทักษะในสัดส่วนที่น้อย ใช้ประสบการณ์ที่ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทางการแพทย์เป็นพื้นฐาน ยังคงสามารถปฏิบัติงานได้ กระนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงให้ข้อเสนอแนะหรือบรรยายเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ประยุกต์หลักการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ได้น้อย

4.2 ลักษณะของความขัดแย้ง

ลักษณะของความขัดแย้งในการศึกษานี้เป็นกรณีที่สิ้นสุดข้อพิพาทก่อนฟ้อง จำแนกเป็นประเภทของความขัดแย้งตามทฤษฎีของ Christopher Moore และแหล่งของความขัดแย้ง

ประเภทของความขัดแย้งของความขัดแย้งเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ในปี พ.ศ. 2564 ส่วนมากพบว่าผู้ปฏิบัติให้เหตุผลเกี่ยวกับการให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม และปัญหาการสื่อสารมากที่สุดทั้งในภาครัฐและเอกชน โดยคิดเป็นร้อยละ 71.5 ซึ่งสูงกว่าแหล่งของความขัดแย้งในด้านอื่น แต่ไม่มีความแตกต่างในสถานบริการของรัฐและเอกชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนประเภทที่ผู้ศึกษาพบว่าแตกต่างกันในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนอย่างมีนัยสำคัญ คือ ระบบส่งต่อและการรอคอยเป็นเหตุสำคัญรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 14.7 พบในสถานบริการของรัฐมากกว่า ในขณะที่การเสียประโยชน์ของผู้รับบริการที่ไม่พบในสถานบริการของรัฐ แต่ในภาคเอกชนมีเหตุนี้คิดเป็นร้อยละ 12.7 ซึ่งทั้งสอง สาเหตุต่างเป็นความขัดแย้งประเภทเสียประโยชน์แต่ในบริบทที่ต่างกัน

นอกจากนี้เหตุรองลงมา คือ การขาดสัมพันธภาพของผู้ให้และผู้รับบริการ ร้อยละ 9.3 และ
 ทุรเวชปฏิบัติ หรือผลแทรกซ้อนจากการรักษาโดยตรง ต่างไม่พบความแตกต่างของความขัดแย้งใน
 สถานบริการของรัฐและเอกชน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ประเภทความขัดแย้งของบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่ให้ข้อมูลในช่วง พ.ศ.
 2563-4

เหตุความขัดแย้ง	ภาพรวม ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)	รัฐบาล ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)	เอกชน ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)	p-value
การให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม และปัญหาการสื่อสาร	71.5 (100,48)	68.1 (100,48)	80.1 (100,60)	0.40
การขาดสัมพันธภาพของผู้ให้ และผู้รับบริการ	9.3 (30,0)	10.3 (30,5)	6.7 (20,0)	0.66
การเสียประโยชน์ (เช่น ประเด็นการเก็บค่าบริการ)	3.5 (20,0)	0 (0,0)	12.7 (20,0)	0.01*
การขัดประเด็นความเชื่อและ ศาสนา	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
ทุรเวชปฏิบัติ หรือผลแทรก ซ้อนจากการรักษาโดยตรง	1.1 (10,2)	1.5 (10,2)	0 (0,0)	0.51
ระบบการส่งต่อ การรอคอย	14.7 (50,0)	20.2 (50,0)	0 (0,0)	0.05*

จากแบบสำรวจไม่มีผู้ระบุแหล่งของความขัดแย้งอื่น นอกเหนือจากเหตุดังกล่าว ดังนั้นการ
 ให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสมและปัญหาการสื่อสารจึงเป็นเหตุสำคัญของความขัดแย้ง

ผู้วิจัยจึงนำประเด็นดังกล่าวไปสอบถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับความขัดแย้ง
 ประเภทเสียประโยชน์ที่ต่างกันในสถานพยาบาลเอกชนและรัฐบาล ผู้ปฏิบัติของทั้งสองบริบท
 เห็นตรงกันว่าเกิดจากความรู้สึกไม่ตรงกับความคาดหวัง ในด้านรัฐบาลมีมุมมองว่ารัฐสวัสดิการ

อาจช่วยลดภาวะไม่พึงพอใจทางค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในเอกชน ในขณะที่เอกชนก็มีมุมมองว่าความพร้อมให้บริการได้รวดเร็วกว่าที่ช่วยลดปัจจัยที่พบในรัฐบาล

“ส่วนมากคนมักจะคิดว่าสิทธิเงินสดจะเรียกร้องเรียนมาก แต่ที่พบคือสิทธิบัตรทองมากกว่า คำแรก ๆ ที่พูดคือเขารู้สึกว่าใช้สิทธิฟรีเลยได้รับการรักษาที่ไม่ดี แต่เขาจ่ายภาษีมาเป็นเงินเดือนให้หมอพยาบาล... เขารู้สึกว่ามันรอนานมันไม่สบายที่ต้องไปเอาสิทธิส่งตัว แต่มันเลือกไม่ได้ ไม่เหมือนคนที่จ่ายเอง เขาคงมองว่ามันถูกกว่าเอกชน จริง ๆ ถูกเพราะรัฐบาลช่วยค่ายา ค่าบริการแม้ว่าจะจ่ายเอง ถ้าไม่ดีเขาก็มีบ้างที่ร้องเรียน แต่เขาก็ไปรักษาที่เอกชนต่อ มีไม่จบบ้างแต่ไม่ค่อยยาว”

(สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้งสถานพยาบาลรัฐ, ตุลาคม - ธันวาคม 2565)

“เขามาจ่ายเองก็คาดหวังนะ แต่ที่เจอมากกว่าก็คือแฟกซ์เคลมไม่ได้ มันเหมือนรู้ว่าฟรีแต่กลับไม่ฟรี ไม่เหมือนที่คิด บางทีประกันก็ผลักดันปัญหาทางโรงพยาบาล หมอบางคนใหม่เขียนไม่เข้าใจ พยาบาลเคลมใหม่ก็ทำไม่คล่อง ปัญหาเยอะ แต่ที่ง่ายกว่าก็คือพวกคิว ความทันใจอะไรที่หมอได้ข้อมูลมานั่นละ เลยไม่ค่อยมีแบบโรงพยาบาลรัฐบาล”

(สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้งสถานพยาบาลเอกชน, ตุลาคม - ธันวาคม 2565)

แม้ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ไม่ต้องชำระค่าใช้จ่ายในรูปแบบเงินต่างตอบแทนโดยตรง แต่ยังมีความคิดว่าเขายังต้องจ่ายในรูปแบบของภาษี นำไปสู่ความรู้สึกเสียประโยชน์รวมทั้งอีกปัจจัยหนึ่งที่อาจสอดแทรกอยู่คือความขัดแย้งเชิงโครงสร้างจากความไม่เท่าเทียม ผู้ที่ต้องพึ่งพารัฐสวัสดิการเท่านั้น ไม่สามารถเลือกทางที่สะดวกหรือรวดเร็วได้เมื่อไม่สบายใจกับบริบทเดิมดังกล่าว

เมื่อกล่าวถึงประเภทที่พบมากที่สุดคือ การให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม และปัญหาการสื่อสารพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นจากข้อจำกัดของปัจจัยในด้านบุคคล ประเด็นแรกคือ ตัวผู้ป่วยเองไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ ซึ่งอาจแจ้งข้อมูลระหว่างที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมรับข้อมูลหรือไม่ได้แจ้งข้อมูลให้ทราบโดยกระจ่าง การใช้ภาษาสื่อสารที่ผู้รับบริการอาจเข้าใจไม่ตรงกัน หรือได้รับข้อมูลที่ต้องการสื่อสารเพียงบางส่วน

“บางทีหมอก็คงไม่ทันได้คิดว่าคนไข้เขางง พอเห็นหน้าเขาเออ ๆ ออ ๆ ให้พยาบาลเอาเอกสารมาให้เซ็นต์ ก็แค่นั้น... จริง ๆ เขาก็เซ็นต์ไปแบบรู้ว่าเข้าห้องผ่าตัด แต่ไม่รู้ว่าจะเอาล้าใส่มาไว้ที่หน้าท้อง... ถามแล้วหมอก็คงยืนยันว่าแจ้งเพื่อไว้ว่าจะ (ผ่าตัดเพื่อเอาล้าใส่กลับ) ปิดท้องไม่ได้แล้ว แต่คนไข้เหมือนจะไม่รู้เรื่อง”

“พี่ยังอยากให้ไซโค (จิตแพทย์) มาประเมินเลย หลาย ๆ คน เหมือนไม่รู้เรื่องแต่ไม่รู้เรื่อง ส่วนหมอก็รีบ ทุกคนรีบ เลยไม่รู้เรื่องกันพอดี... บางทีมันก็รีบ แต่พอแจ้งไปว่าจะทำอะไร คนไข้ก็โอเค แต่ก็ลั้งเล แต่ก็บอกให้รอลูก”

“มีบางทีบอกอย่างเข้าใจไปอีกอย่าง ถามทวนก็บอกแล้วแต่หมอ อย่างเคสเล็ก ๆ แบบจิ๋วหุดนะ เห็นในเวชระเบียนว่าจะใช้เครื่องจี... ในใบร้องเรียนบอกว่าหมอช็อตไฟฟ้าสลด เขาเจ็บไม่ให้ยาชา พอไปสอบถามหมอมอบอกก็บอกนะว่ามีกรณีดยาชา คนไข้บอกว่าหมอไม่เห็นหุดเลย”

(สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้ง 3 ราย, ตุลาคม - ธันวาคม 2565)

ปัจจัยดังกล่าวทั้งเกิดทั้งการรับรู้ของผู้ป่วย เวลาที่จำกัดและการตอบสนองต่อความคับข้องใจที่แตกต่างกัน ยิ่งไปกว่าตัวผู้ป่วยแล้วญาติที่คาดว่ามีอำนาจตัดสินใจ แต่มีญาติรายอื่นที่เห็น

แตกต่างกันหลังทราบข้อมูล ทั้งญาติเองปฏิเสธเข้าร่วมรับฟังแต่แรก ปราบกฏตัวในภายหลังหรือ บุคลากรมีใ้คืออธิบายกับญาติผู้มีอำนาจตัดสินใจแท้จริง

“ปิดทองไม่ได้แล้ว แต่คนไข้เหมือนจะไม่รู้เรื่อง ญาติเองที่มาโรงเรียนก็ไม่เข้าใจ”

“แต่ก็ลังเล แต่ก็บอกให้รอลูก แต่ก็ติดต่อลูกไม่ได้... ลูกมาไม่ทันตัดสินใจ โวยวายข่มขู่ เจ้าของไข้ หมอก็โกรธเพราะคุยกับภรรยาคนไข้แล้ว กลายเป็นว่ายิ่งไปกันใหญ่”

(สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้ง 2 ราย, ตุลาคม - ธันวาคม 2565)

นอกจากนี้มีความเห็นว่าความใส่ใจหรือสัมพันธภาพของผู้ให้บริการก็มีผลช่วยให้เกิดความเข้าใจในการสื่อสารข้อมูลอีกด้วย แม้ว่าจะมิใช่ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง

“คนไข้บอกว่าเห็นแพทย์ไม่ชำนาญเลย แต่มีแพทย์รับปรึกษา คนที่มาดูคนไข้บ่อย ๆ คุยเรื่องเดิมบ่อย ๆ ก็ทำให้เขาเข้าใจง่ายกว่ามาบอกทีเดียวก่อนผ่า”

(สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้ง 1 ราย, ตุลาคม - ธันวาคม 2565)

และปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการสื่อสารข้อมูลระหว่างบุคลากรและผู้รับบริการ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การจำแนกเหตุของการให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม และปัญหาการสื่อสาร

ที่	ปัญหา	ความถี่
1	ผู้รับบริการไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ/ไม่เข้าใจ	3
2	ข้อจำกัดของเวลาการให้บริการ	3
3	แจ้งข้อมูลกับญาติผู้รับบริการไม่ทั่วถึง	2
4	การใช้ข้อมูลสื่อสารที่เข้าใจไม่ตรงกัน	2

ที่	ปัญหา	ความถี่
5	ความเคยชินและเหนื่อยล้าที่ปฏิบัติงานต่อเนื่อง	1
6	ปริมาณงานที่ต้องปฏิบัติควบคู่ขณะให้ข้อมูล	1
7	สัมพันธภาพของผู้ให้และรับบริการ	1

ปัจจัยอีกประการที่คาบเกี่ยวระหว่างประเภทการให้ข้อมูลและการส่งต่อ การรอคอย ซึ่งเป็นประเภทของการเสียประโยชน์ โดยอาจส่งผลให้ผู้เสียหายเข้าใจว่าเกิดการเสียประโยชน์ยิ่งขึ้น คือ เหตุการณ์ที่ส่งผลให้เชื่อว่าความเสียหายเกิดจากการบริการที่ไม่สมบูรณ์ หรือความเข้าใจต่อการบริการที่ได้รับก่อนหน้านั้น ไม่เหมาะสม

“ที่นั่นก็ไม่น่าพูดแบบนี้ คือ ถ้าคุณได้รับการรักษาที่ละเอียดกว่านี้ ก็จะไม่เป็นอะไรมาก คนไข้เขาบอกว่าถ้ารู้ว่าหมอเพิ่งจบ ยังไม่เก่ง ไม่มีเวลาตรวจ ก็ให้ส่งสิทธิไปรักษาที่อื่นอย่างอื่น (ชื่อสถานพยาบาลแห่งนี้) สิ... ที่ไม่ค่อยเชื่อ แต่ว่าถ้าเรื่องนี้คนไข้เล่าตามความเป็นจริง พี่ว่าโรงพยาบาลต้องส่งหมอกคนนั้น ไปเรียนเรื่องการสื่อสารนะ มันเดือดร้อนคนอื่น”

(สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้ง 1 ราย, ตุลาคม - ธันวาคม 2565)

บุคลากรเองก็อาจสร้างความขัดแย้งขึ้นให้ผู้อื่นโดยอาจไม่ตั้งใจ เมื่อกล่าวถึงประการถัดไป คือ แหล่งของความขัดแย้ง แม้ว่าไม่มีผู้ตอบถึงความแตกต่างของรูปแบบความขัดแย้งทางการแพทย์ ช่วงเริ่มต้นและหลังระยะแพร่ระบาดของโรคโควิด แต่ด้านคู่ขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการต่อบุคลากร กับบุคลากรต่อบุคลากรกันเอง มีรายงานเหตุความขัดแย้งจากบุคลากรขัดแย้งกันเอง 1 – 3 เรื่องใน 4

สถานพยาบาล ใน พ.ศ. 2564 แตกต่างจาก พ.ศ. 2563 ที่มีเฉพาะผู้ป่วยหรือญาติขัดแย้งต่อบุคลากรเท่านั้น

ผู้ศึกษาจึงสอบถามเพิ่มเติมในประเด็นที่มีบุคลากรที่เกิดความขัดแย้งกันเองใน พ.ศ. 2564 สอบถามผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าเกี่ยวข้องกับการบริหารทรัพยากรของอุปกรณ์และวัคซีนป้องกันโควิดมากที่สุด รองลงมาด้วยปัญหาการบริหารกำลังคนและค่าตอบแทนบุคลากรในสถานการณดังกล่าว ดังตารางที่ 7 ซึ่งปัจจัยที่พบนั้นสอดคล้องกับประเด็นความขัดแย้งของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ขัดแย้ง รวมทั้งเมื่อสอบถามความเห็นในประเด็นที่มีความขัดแย้งในองค์กรเพียงจำนวนน้อย ผู้ปฏิบัติมีความเห็นว่าเกี่ยวกับทั้งการบันทึกข้อมูล ความเชื่อมั่นถึงความปลอดภัยของผู้ที่ร้องเรียนหรือแม้แต่แนวทางปฏิบัติที่ผ่านมา

“เจ้าหน้าที่สายบังคับบัญชามากกว่า ไม่ค่อยมาทำงานร้องเรียนหรือประกันคุณภาพ แต่ไม่แน่ใจว่าที่อื่นเหมือนกันไหม”

“เป็นพี่ก็ไม่เขียนนะ เพราะถ้าเขียนไปมันต้องระบุชื่อคน บอกเรื่องที่มีปัญหา น้องก็ไม่อยากมีประวัติ... พี่ทำงานมานาน ก็ไม่มีนะที่จะไปฟ้องถึงโรงถึงศาล คงไม่มีใครอยากเดือดร้อนที่ไปมีปัญหากับผู้บังคับบัญชา บางทีก็อดทนกันไป อดไม่ไหวก็ออกไปอยู่ที่อื่น เขาก็ทำกันแบบนี้”

“ปกติจะแยกส่วนกันค่ะ ถ้าเป็นเรื่องภายในมักจะไปในทางสายบริหารบุคคล บางทีเอชอาร์เขาจะดูให้ เลยไม่ได้รวมมาทางนี้ ไม่มีเรื่องมีราวกันเองถึงตำรวจ ตรงนี้โรงพยาบาลก็จะไม่ไปเกี่ยวข้องด้วยค่ะ... เป็นตัวเองก็ไม่กล้าเล่าให้คนในฟัง เหมือนไม่แน่ใจว่าจะมีผลอะไร คุ่มไหม”

(สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้ง 3 ราย, ตุลาคม - ธันวาคม 2565)

ตารางที่ 7 การจำแนกเหตุความขัดแย้งของบุคลากรการแพทย์ต่อบุคลากรหรือระบบทางการแพทย์

ที่	ปัญหา	ความถี่
1	การบริหารทรัพยากรป้องกันโควิดของผู้ให้บริการ	3
2	การบริหารกำลังคนในการให้บริการดูแลผู้ป่วยโควิด	2
3	ค่าตอบแทนบุคลากรที่ล่าช้าหรือไม่เป็นตามตกลง	2
4	นิสัยส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงานที่ร่วมงานกัน	1
5	การสื่อสารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน	1
6	วิธีการจัดการปัญหาที่ไม่เหมาะสมของผู้บริหาร	1
7	ความเครียดของผู้ปฏิบัติงาน	1

นอกจากมุมมองจากผู้ปฏิบัติแล้ว ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์เชิงลึก และสามารถรวบรวมผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์ที่ยินดีให้ข้อมูลได้ 3 ราย ขณะสัมภาษณ์นั้นผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดสามารถยุติความขัดแย้งได้โดยมิได้เข้าสู่กระบวนการศาลยุติธรรม โดยผู้เสียหายทุกรายต่างตระหนักถึงผลกระทบต่อการใช้ชีวิตเดิมอย่างชัดเจนจากความเสียหายที่เกิดจากบริการทางการแพทย์ พบว่าต่างมีประเภทความขัดแย้งผสมผสานกันหลายด้าน

คุณ “จ” ได้รับความเสียหายจากการผ่าตัดเสริมสร้างสรีระจากสถานพยาบาลเอกชน แต่ได้รับความเสียหายด้านสายตาหลังจากการผ่าตัด ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับบริเวณดวงตาและพบได้ไม่น้อยนักจากหัตถการ โดยผู้เสียหายปฏิเสธการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับผลแทรกซ้อนก่อนการผ่าตัด และเกิดข้อสงสัยหลังผ่าตัด แต่ได้ศึกษาด้วยตนเองจนพบว่ามีความสัมพันธ์กัน แพทย์เพิ่งยอมรับหลังตนสอบถามข้อสงสัยที่สืบค้นได้ แต่แพทย์มิได้บอกก่อนหน้า จึงเกิดความขัดแย้งขึ้น

“ถ้าตอนนั้นหมอได้พูดสักหน่อยว่ามีปัญหา ยอมรับผิดชอบว่ามันเกี่ยวข้องกับกับการผ่าตัด ผมก็อาจไม่ต้องดูขนาดนี้ มันต้องไม่จบ... ผมถึงขนาดต้องไปหาข้อมูลเอง ผมเซซเปเปอร์เป็น ไม่รู้ เสียแล้วว่าผมเคยเรียนหมอมาก่อนเหมือนกัน (น้ำเสียง โกรธ)”

(สัมภาษณ์คุณ ช (นามสมมติ), ธันวาคม 2565)

คุณ “บ” เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง และประกอบอาชีพขายสินค้าออนไลน์ทางสื่อสังคม ได้รับความเสียหายหลังจากนิตสารเต็มเต็ม (Miller) บริเวณใบหน้าจากคลินิกด้านความงามที่ให้บริการโดยแพทย์ทั่วไป เกิดอาการอักเสบและผิรุ่ยของใบหน้าบางส่วน แม้เป็นลักษณะที่พบบ่อยจากบริการดังกล่าว บ. เกิดข้อสงสัยที่การผิรุ่ยมีความรุนแรง หายจากสภาวะดังกล่าวล่าช้ากว่าเพื่อนคนอื่นที่ฉีดลักษณะเดียวกัน จนสงสัยถึงคุณภาพของสารที่ฉีด และกลับไปสอบถามแพทย์ผู้ให้บริการก็ไม่ได้คำตอบที่ชัดเจน จึงเรียกร้องให้คลินิกชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น

“ราคาถูกก็จริง เราก็สงสัย ส่วนเราก็คิดที่ไปเอาของถูก แต่หมอก็ไม่ยอมบอกแต่แรกว่าเป็นของไม่แท้ เอามาจากเกาหลีก็จริงแต่บอกไม่หมด รู้จึงให้เราเพิ่มเงินเพื่อให้ได้ของที่ดีกว่าก็จะยอมนะ ถ้ามั่นไม่แพงกว่าคลินิกอื่น... ดีแค่ไหนที่ไม่เป็นอะไรเยอะ ไม่แพ้ ไม่งั้นไม่ยอมหรอก”

(สัมภาษณ์คุณ บ (นามสมมติ), ธันวาคม 2565)

กรณีของคุณ “ข” เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง ได้รับความเสียหายจากการปฏิบัติงานต่อเนื่องในช่วงโควิด 19 โดยผู้เสียหายติดเชื้อโควิดที่คาดว่าเกิดจากการปฏิบัติงาน และผู้บริหารยังขอให้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยขณะที่เจ็บป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่ติดเชื้อแล้ว ต่อมา มีภาวะปอดอักเสบจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กระทั่งมีความรู้สึกเหนื่อยง่ายและมีอาการของโรคพานิก (panic disorder) หลังจากอาการทางเดินหายใจดี

ขึ้น หรือสงสัยว่ามีอาการต่อเนื่องของโควิด (long COVID) ในขณะที่โรงพยาบาลไม่ได้ให้คำตอบเพิ่มเติมในขณะนั้น ไม่มีสวัสดิการประกันคุ้มครองการติดเชื้อโควิดก่อนเกิดเหตุ และไม่ได้รับจัดสรรวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอได้เท่าที่ตน ย. จึงขอปรึกษาผู้บริหารเนื่องจากไม่ได้รับความยุติธรรมจากความเสียหาย

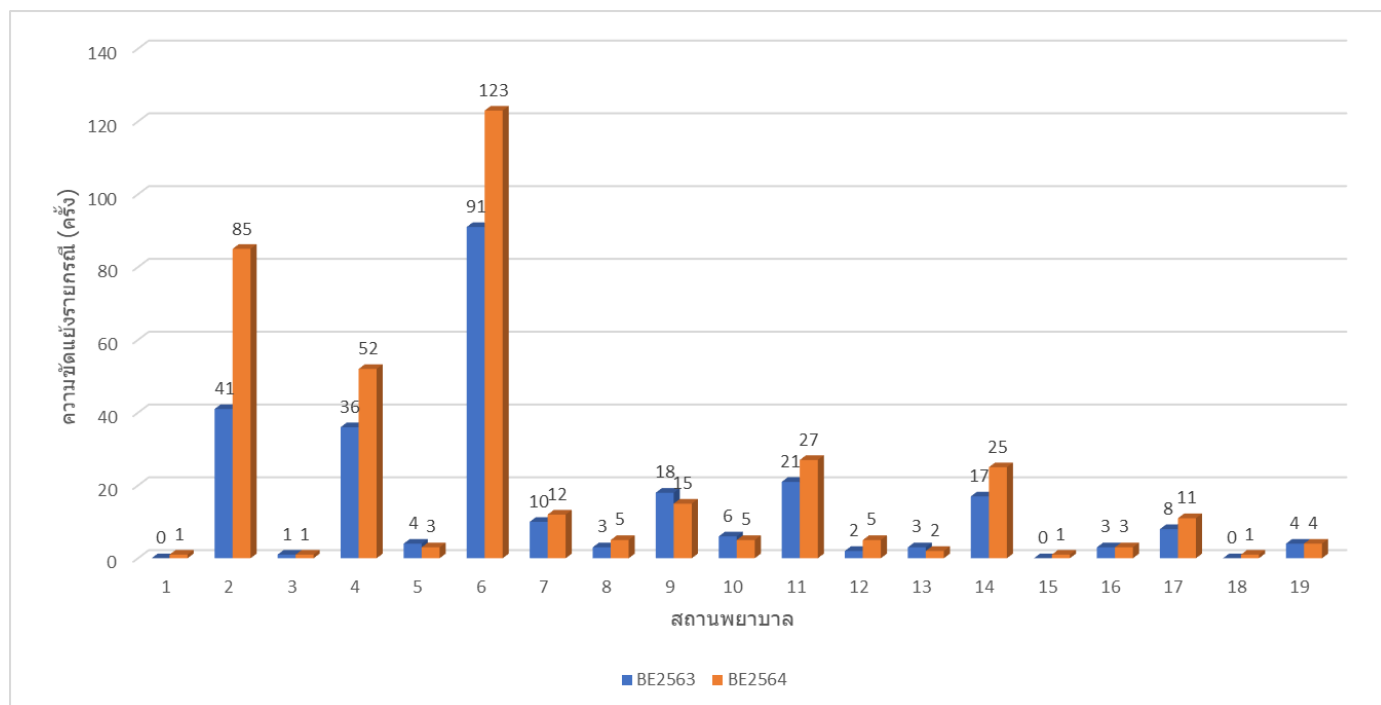
“จริง ๆ ก็ไม่ได้อยากอะไรกับผู้บังคับบัญชาหรอกค่ะ หนูรู้ว่าเป็นชั้นผู้น้อย ถูกสอนมาให้เสียสละ แต่หนูรู้สึกว่าจะมาเอายาไปให้คนอื่นเพื่อให้ตัวเองได้หน้าได้ประโยชน์อีก ทั้ง ๆ ที่พวกหนูก็อยู่เวร ควงเวร ไม่ได้กลับบ้าน ไม่ได้ดูแลคนที่อยากดูแล (น้ำตาคลอ) หนูว่ามันไม่ใช่... ถ้าใครจะก้าวมาพูด ก็คือต้องเสียสละ ถูกมองว่าเป็นคนก้าวร้าว หนูนี้แหละยอมเป็นคนนั้น”

(สัมภาษณ์คุณ ย (นามสมมติ), มกราคม 2566)

ดังนั้นความขัดแย้งในบริบทของผู้เสียหายมองได้หลายมิติยิ่งขึ้น กรณี ช. มีฟังก์การให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม และปัญหาการสื่อสาร การขาดสัมพันธภาพของผู้ให้และผู้รับบริการ และการเสียประโยชน์ ในขณะที่กรณี บ. มีปัญหาข้อมูล และการเสียประโยชน์ ส่วนกรณี ย. มีปัญหาการเสียประโยชน์ก็จริง แต่ประเด็นสำคัญที่มีได้กล่าวถึงในแบบสำรวจคือ ปัญหาการกดทับของอำนาจหรือเชิงโครงสร้าง

นอกจากนี้ปริมาณความขัดแย้งพบว่ามีสถานพยาบาลที่รายงานจำนวนสูงสุด 91 กรณี ใน พ.ศ. 2563 และ 123 กรณี ใน พ.ศ. 2564 เมื่อพิจารณาความเปลี่ยนแปลงจากรายงานใน พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นระยะเริ่มแพร่ระบาดของโรคโควิดเปรียบเทียบกับ พ.ศ.2564 พบว่าในภาพรวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.4 แบ่งเป็นสถานพยาบาลของรัฐเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ 22.8 และสถานบริการเอกชนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ 29.9 ดังแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 ปริมาณความขัดแย้งด้านบริการทางการแพทย์รายกรณีใน 19 สถานพยาบาล
เปรียบเทียบระหว่าง อุบัติการณ์ในปี พ.ศ. 2563 และ 2564



จากแบบสำรวจมีเพียงให้ข้อมูลเกี่ยวกับความขัดแย้งเรื่องวัคซีนป้องกันโควิด-19 กับบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 1 คำตอบ และการไม่ร่วมมือใส่อุปกรณ์ป้องกันของญาติผู้ขัดแย้ง 1 คำตอบ แต่ยังไม่มีส่วนกล่าวถึงคุณภาพการรักษาหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคโควิด-19 ที่แพร่ระบาด

เมื่อสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปฏิบัติ กล่าวถึงปริมาณของความขัดแย้งที่ต้องบริหารมีความเห็นตรงกันว่าปริมาณลดลงในช่วงแพร่กระจายของโควิดใน พ.ศ. 2563 และ 2564 เมื่อพิจารณาถึงก่อนหน้าระยะเวลาดังกล่าว ทั้งที่มีความต้องการบริการทางการแพทย์สูงขึ้น รวมทั้งปริมาณผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดและหัตถการลดลงจากข้อจำกัดของสถานการณ์ ทำให้คิวรอคอยนานขึ้นกว่าปกติแต่การเรียนมีเพียงจำนวนน้อย รวมถึงมีข้อร้องเรียนรูปแบบใหม่จากการรับบริการทางโทรเวช

หรือจัดส่งเวชภัณฑ์ที่มีปริมาณไม่มากเช่นกัน และสามารถยุติความขัดแย้งด้วยการสื่อสาร และ/หรือการชดเชยบริการได้

“ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเทเลเมค (โทรเวชกรรม) มีรอนาน ส่งยาไม่ถึง ส่งซ้ำ ก็ร้องเรียนเข้ามาทางออนไลน์บ้าง แต่ชี้แจงก็เข้าใจ เพราะมันลืมหืมค่าน้ำบ้าง ข่าวนอกว่าคนป่วยเยอะบ้าง มักจะเข้าใจส่วนมากจะไม่พอใจตอนนั้น พอแอดมิดแล้วบ้าง โทรกลับไปบ้างก็บอกไม่เป็นไรแล้ว... รู้เลยว่าพอวิกฤตคนก็ให้อภัยขึ้น”

“มีเทเลเมค ประชุมออนไลน์ อะไร ๆ ก็ใช้อินเทอร์เน็ต คงเป็นอะไรเปลี่ยนมากที่สุดแล้ว”

(สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้ง 2 ราย, ตุลาคม - ธันวาคม 2565)

จากข้อมูลที่พบจากแบบสอบถามว่าการให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม และปัญหาการสื่อสารเป็นประเภทหลัก ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นแหล่งความขัดแย้งหลัก ได้เพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์เห็นได้ว่าความขัดแย้งมิได้จำแนกเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งได้อย่างชัดเจน มีความผสมผสานในด้านต่าง ๆ รวมทั้งมีช่องทางจัดการความขัดแย้งที่มีได้ผ่านทางผู้ปฏิบัติ โดยเฉพาะความขัดแย้งในบุคลากรกันเองที่ไม่ได้มีระบบสนับสนุนและประเด็นเชิงอำนาจและโครงสร้าง นอกจากนี้ปัญหาความขัดแย้งในสถานบริการของรัฐและเอกชนมีรูปแบบเฉพาะตัวที่เป็นไปตามบริบท โดยภาพรวมมีกรณีขัดแย้งที่แนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย กระนั้นพบว่าความเปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์โควิดนั้นกลับไม่พบความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับลักษณะความขัดแย้งที่ชัดเจน แม้จะเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงที่ต้องพึ่งพาการบริการทางการแพทย์ในระดับโลก

4.3 รูปแบบการบริหารความขัดแย้งและความสำเร็จ

ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ระบุว่า “รูปแบบการบริหารความขัดแย้งที่ท่านเห็นว่ามีประสิทธิภาพหรือมีความสำคัญต่อความสำเร็จ” พบว่าได้รับคำตอบเป็นลักษณะ “ทักษะ” ได้แก่ ความเข้าใจผู้ที่สูญเสียหรือเสียหาย และการได้รับการเยียวยา โดยเฉพาะทางจิตใจ อยางใดอย่างหนึ่ง หรือสองอย่าง คิดเป็นร้อยละ 47.4 และความเข้าใจในสิ่งที่ผู้เสียหายต้องการเพื่อให้ตอบสนองได้ ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 10.5 ตามลำดับ

เมื่อสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติพบว่ารูปแบบที่นำไปสู่ความสำเร็จในการยุติความขัดแย้งก่อนฟ้องร้อง พบว่าเกิดขึ้นตั้งแต่การเข้าหาเจรจา การตกลงเยียวยา แต่สิ่งสำคัญที่กล่าวถึงมากที่สุด คือ คณะผู้เสียหายรู้สึกว่าได้เยียวยาเพียงพอ โดยรวมถึงตัวผู้รับบริการเอง และญาติคนรู้จักที่สื่อสารด้วย

“ก็พูดคุยเป็นหลัก พูดคุยว่าเขาต้องการอะไร บางทีก็โกรธก็ต้องอาศัยจิตวิทยา ตัวเราต้องทำใจกับอารมณ์เขา พอเข้าใจความต้องการแล้วค่อยเชื่อมโยงว่าให้ได้แค่ไหน อาจารย์ (ผู้บริหาร) เขาจะเป็นคนพิจารณาความสมเหตุสมผล ปัญหาอยู่ตรงนี้ พอรู้ว่าคนทำงานไม่มีอำนาจตัดสินใจ เขา ก็จะเริ่มไม่ฟัง ต่อว่าทำไมเอาคนที่ไม่มีอำนาจมาคุย... ก็ต้องรู้ว่ามีการชดเชยที่เพียงพอแน่ ๆ ทั้งคนไข้ทั้งกองเชียร์ ไม่งั้นก็ไม่จบ อันนี้สำคัญ”

“ไม่มีวิธีที่ดีที่สุดหรอกหมอ (ผู้ศึกษา) พี่ว่าอะไรก็ไม่รู้ทำให้เขาพอใจ เหมือนคนไข้ได้เอาคืนที่เขาารู้สึกเสียหายแล้ว พี่พูดตรง ๆ นะ ไม่รู้สิ มันเหมือนหนังหน้าไฟ... ญาติก็เหมือนกัน ถ้าคนไข้โอเค ญาติไม่โอเค มันก็ไม่โอเค... ต้องไม่โกรธ ไม่ว่า ไฟกับไฟมันไม่ดับ... พี่อาธรรมะเข้าข่ม นี่ฟังธรรมะตลอด บางทีก็ช่วยได้นะ บางทีเราใช้อภัยทาน คนทำยังไม่ขอโทษ เราขอโทษให้ก็

ช่วย... สุดท้ายถ้าเขาเดือดร้อนเรื่องเงิน มันก็ต้องใช้เงิน แต่พูดไปไม่สองไพเบี้ย ที่สอนน้อง ๆ ตลอด มันค่อนข้างเป็นเบา ทักษะของเราสำคัญ”

“ก็ต้องเงินค่ะ (หัวเราะ) ถ้าคุณตั้งป้อมมา พูดคุยยังไงก็ไม่ลง ยิ่งเป็นเอกชนยิ่งลำบาก ไม่มี กองทุนแบบรัฐบาล บางทีผู้บริหารก็กดดันให้เจรจาไปก่อน... ญาติก็ด้วย แต่บางทีญาติก็ช่วยหอนะคะ อย่างหอนเด็กเขาพูดดี คนที่มาบ่อย ๆ เขาปรามญาติที่เยอะว่าสงสารหอน หอนเขาก็ขอโทษแล้ว นี่ก็สำคัญ... สรุปก็ทำหลาย ๆ อย่างค่ะ ตั้งแต่นัดคุยวงเล็ก วงใหญ่ ไปเยี่ยม ดูแลเวลาที่มารับบริการ อะไรต่าง ๆ ก็คงช่วยกันหมดค่ะ มันไม่สำเร็จด้วยวิธีเดียว ที่จะดีก็คงเป็นความเข้าใจทุก ๆ คนนะคะ อาจเรียกว่าทักษะการอ่านใจ (หัวเราะ)”

(สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้ง 3 ราย, ตุลาคม - ธันวาคม 2565)

ทักษะของผู้ปฏิบัติที่ถูกกล่าวถึงในสัมภาษณ์เชิงลึกมีส่วนสำคัญ โดยการสื่อสารที่เข้าใจ และการเข้าหาอย่างสม่ำเสมอ ความสามารถเข้าใจผู้อื่น ความอดทนใจเย็น ดังสรุปตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการยุติความขัดแย้งทางการแพทย์ตามทัศนคติผู้ปฏิบัติ

ที่	ปัจจัย	ความถี่
1	ผู้เสียหายและญาติได้รับการเยียวยาที่ตรงความต้องการและเพียงพอ	3
2	ผู้ปฏิบัติมีความอดทน ใจเย็นหรือไม่สร้างความขัดแย้งใหม่	3
3	ความเข้าอกเข้าใจและสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้เสียหายและผู้ปฏิบัติ	3
4	ผู้ปฏิบัติมีความสามารถในการสื่อสาร หรือมีประสบการณ์พอสมควร	2
5	การเข้าหา ติดตาม (follow up) การแสดงออกว่าสม่ำเสมอของผู้ปฏิบัติ	2
6	บุคลากรที่เป็นคู่ขัดแย้งพยายามสื่อสารถึงความเห็นอกเห็นใจหรือขอโทษ	2

ที่	ปัจจัย	ความถี่
7	การอธิบายถึงข้อแทรกซ้อนและความจำเป็นของหัตถการที่ชัดเจน	2
8	บุคลากรมีทีมหรือระบบช่วยเหลือหลังจากเกิดข้อแทรกซ้อนทันที	2
9	ผู้เสียหายแสดงออกอย่างตรงไปตรงมา	1
10	ความขัดแย้งเป็นความเข้าใจผิดมากกว่าความผิดพลาด	1
11	ความรู้สึกของผู้ใกล้เคียงว่าผู้ป่วยมีสิทธิพลมากกว่าญาติ	1

ในส่วนการสำรวจรูปแบบบริหารความขัดแย้งเพื่อให้เกิดความรู้สึกเสียความเสียหาย พบว่า รูปแบบการพูดคุยเจรจาหรือการรับผิดขอโทษเพียงอย่างเดียว มีสัดส่วนสูงกว่ารูปแบบอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 52.2 และ 45 ในปี พ.ศ. 2563 และ 2564 ตามลำดับ โดยทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนใช้รูปแบบดังกล่าวมากที่สุด รองลงมาเป็นวิธีผสมผสานระหว่างการพูดคุยเจรจา การให้บริการชดเชย และชดเชยด้วยเงิน เป็นร้อยละ 16.5 และ 36.7 ในปี พ.ศ. 2563 และ 2564 ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แนวโน้มวิธีการบริหารความขัดแย้งในปี พ.ศ.2564 พบว่าการเจรจาอย่างเดียวลดลง และชดเชยด้วยการบริการมากขึ้น โดยเฉพาะพบว่าวิธีผสมผสานจะพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า และมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อน ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 รูปแบบการบริหารความขัดแย้งทางการแพทย์ จำแนกเปรียบเทียบ พ.ศ. 2563 และ 2564

วิธีการบริหารความขัดแย้ง	ปี พ.ศ.	รัฐบาล ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)	เอกชน ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)	ภาพรวม ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)	p- value
การพูดคุยเจรจา	2563	65 (100,0)	43.9 (100,0)	52.2 (100,0)	0.61
	2564	39.6 (100,20)	50.6 (100,0)	45 (100,0)	
การให้บริการ	2563	5 (25,0)	11.9 (30,0)	7.9 (30,0)	0.11
	2564	19.6 (50,0)	17.8 (30,0)	17.5 (50,0)	
การชดเชยด้วยเงิน	2563	0	8.9 (33,0)	5.9 (33,0)	0.26
	2564	0	2.5 (20,0)	1.7 (20,0)	
วิธีผสมผสาน	2563	10 (25,0)	21.6 (44,0)	16.5 (44,0)	0.05*
	2564	29.8 (100,0)	41.4 (64,0)	36.7 (100,0)	

ผู้ศึกษาสอบถามต่อเกี่ยวกับกระบวนการพูดคุยเจรจานั้น ผู้ปฏิบัติหมายรวมถึงตั้งแต่การแสดง
ความช่วยเหลือผ่านการพูดคุยในหลายระดับ ตั้งแต่ แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย พยาบาล ตัวผู้ปฏิบัติ รวมถึง
ผู้บริหารที่แสดงออกถึงความรับผิดชอบและความจริงใจต่อกลุ่มผู้เสียหาย แต่ตั้งข้อสังเกตว่าผู้ที่
ตอบแบบสอบถามอาจสรุปสัดส่วนมาด้วยความเข้าใจคลาดเคลื่อน เพราะการพูดคุยเจรจามักต้อง
เยียวยาด้วยสิ่งอื่น การบริการ เงิน หรือสิ่งชดเชยอื่นที่ไม่ใช่เงิน แม้ว่าจะพูดคุยจนกระจ่างแล้วก็ตาม

“คือต้องรู้ว่ามีการชดเชยที่เพียงพอแน่ ๆ ทั้งคนไข้ทั้งกองเชียร์ ไม่งั้นก็ไม่จบ อันนี้สำคัญ ที่
ต้องเยียวยาต้องเป็นรูปธรรม และถ้าให้คือเจอทุกระดับ คนเจ็บคนไข้จนถึงหมอ ผู้บริหาร ไม่ต้อง
ถึงกับวิโอพี แต่ต้องให้รู้ว่าเขาได้รับอะไรพิเศษต่างจากคนมาตรวจทั่วไป อันนี้คงเป็นการบริการ...

ไม่น่าจะเยอะนะ ถ้าตอบชี้แจงอย่างเดียว เขาน่าจะรวมพวกส่งอีเมลล์ เล็ก ๆ น้อย ๆ ถ้าหมอ (ผู้ศึกษา) จะเหมาพวกนั้นด้วยก็น่าจะใช้นะ”

“พี่เดานะ คนทำงานก็ต้องคิดเรื่องเจรจาก่อนเป็นอันดับแรก แต่เขาคงตอบคร่าว ๆ จริง ๆ ส่วนตัวพี่ไม่คิดว่าคุยอย่างเดียวจะจบ เคสที่ไม่ใช่ส่งจดหมายมาร้องแบบต้องการคำตอบอย่างเดียว ไม่น่าจะจบจริง ๆ... อันนี้น่าจะต้องดูด้วยว่าคนตอบเป็นใคร (หัวเราะ) ถ้าให้คนเก็บสถิติมาตอบก็คงตามนั้น... ถ้าคุยต้องทุกระดับ คือ ตั้งแต่หมอพยาบาล ไม่ใช่พวกพี่หรือผู้ใหญ่ แต่ตามหลักเขาจะกันคนที่ถูกร้องเรียนออก ก็ต้องมีตัวแทนของหมอ”

“เห็นด้วยว่าร้อยทั้งร้อยก็น่าจะคุยนะคะ เพียงแต่มันต้องคุยหลายครั้งมากเลย โดยเฉพาะเคสที่ผลึกมาให้ใกล้เกลี่ยคุย ส่วนตัวมองว่าสู้คุยกันหลายคนไม่ได้ โดยเฉพาะผู้บริหารลงมาคุยเองด้วยค่ะ... ที่ทำงานมาอย่างน้อยก็มักจะต้องดูแลเพิ่ม แก้วใจสิ่งที่เป็นคอมเพล็กซ์ (ข้อแทรกซ้อน) เป็นเดอะมัส (สิ่งจำเป็น) ค่ะ ”

(สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้ง 3 ราย, ตุลาคม - ธันวาคม 2565)

เมื่อสัมภาษณ์ผู้ขัดแย้งในฝั่งผู้เสียหายเกี่ยวกับการพูดคุยดังกล่าว มักกล่าวถึงความรู้สึก “ไม่เป็นกลาง” ตั้งแต่แรกพบ โดยเฉพาะ ย. ที่กล่าวว่า

“เป็นความรู้สึกคนกันเองที่ไม่กันเอง เหมือนเราไปทำให้เกิดความลำบากในองค์กรที่เราควรซื่อสัตย์ แต่เราก็ซื่อสัตย์มาตลอดนะ... คืออยากบอกว่า หนูได้ยินผู้ตรวจเขาพูดตลอดว่าเราอย่างนี้... อย่างนี้ หนูไม่ได้อยากทำร้ายองค์กร ทำไม่ต้องยกเรื่องที่เราไม่ซื่อสัตย์ ก่อนจะฟังอะไรเลย... หนูรู้สึกเหมือนพี่เขาตัดสิน เขาอาจชินที่สอนคนอื่นตลอด แต่ไม่ใช้เวลา”

(สัมภาษณ์คุณ ย (นามสมมติ), มกราคม 2566)

ยังพูดคุยยังรู้สึกคล้ายโน้มน้าวให้ล้มเลิกการเรียกร้อง ไม่ได้ได้รับความรู้สึกขอโทษแต่อย่างใด แตกต่างจาก บ. ที่พูดคุยกับผู้รับเจรจาไปสักระยะหนึ่ง กลับมีความรู้สึกผ่อนคลายลง แม้ผู้ปฏิบัติจะเป็นเพียงภรรยาเจ้าของคลินิกแห่งนั้น เนื่องจากเชื่อว่ามีอำนาจในการเยียวยาและกล่าวคำขอโทษต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

“มันพีลต่างกัน เมียหมอบเขาเหมือนไม่ได้มาหาข้อแก้ตัวนะ เขาแบบขอโทษ แล้วก็จ้ะ รับผิดชอบแก้ไข จะส่งไปคลินิกอื่นถ้าไม่สบายใจ ไม่รู้กลัวเสียชื่อหรือเปล่า แต่อย่างหนึ่งที่ได้ใจก็คือพูดตรง ๆ จริงใจ ไม่ได้ประดิมฐ์เกิน คือเขาให้เราอึดเสียงได้ ถ้าจะทำให้สบายใจเป็นหลักฐาน แต่ขอว่าไม่ลงโซเซียล อีกอันหนึ่งคือเขาก็ดูแลดี เหมือนเขาก็บอกว่าไม่ค่อยเกิดเหตุแบบนี้ เอากล่องยาที่เขาใช้เดิมมาให้ดู เหมือนเขาก็โดนหลอกมาอีกต่อ จริงไม่จริงก็นะ แต่อย่างน้อยก็รับผิดชอบไม่เหมือนตัวหมอบเองที่เจอ คือนอยด์มาก”

(สัมภาษณ์คุณ บ (นามสมมติ), ธันวาคม 2565)

เช่นเดียวกับ ช. ก็ได้รับคำขอโทษจากผู้รับเจรจา แต่ลักษณะการพูดที่สุภาพมากเกินไป แตกต่างจากการขอโทษเพื่อเยียวยา รวมถึงพฤติกรรมที่ไม่สื่อให้เข้าใจว่ากำลังให้ความช่วยเหลือ

“เจ้าหน้าที่เขาก็เรียกผมว่าคุณท่าน และใช้คำว่าทางเราแทนตัวเองมาตลอด มันเหมือนการตกลงทางธุรกิจมากกว่ามาช่วยแก้ปัญหา... มันไม่เรียล มันเหมือนเจ้าหน้าที่ยกผมให้สูงส่งไปเพื่ออะไรบางอย่าง... จะตกลงกันก็ไม่เชิงเพราะพอเรียกร้องอะไรก็บอกว่าต้องรอผู้บริหาร ถามอะไรก็ไม่ทราบ ได้แต่คำตอบว่าเดี๋ยวทางเราจะช่วยดูแลให้เต็มที่ละ แต่มันลอย ๆ ไปหมด ขอคุยกับผู้บริหารก็บายเบียง”

(สัมภาษณ์คุณ ช (นามสมมติ), ธันวาคม 2565)

รวมทั้งเมื่อไม่สามารถให้คำมั่นหรือเชื่อได้ว่าจะส่งต่อให้ผู้บริหารที่มีอำนาจ จึงกลับยิ่งทำให้รู้สึกคับข้องกับความเสียหายมากขึ้น แม้การสื่อสารจะเต็มไปด้วยคำสุภาพ กล่าวเห็นใจและขอโทษก็ตาม กระทั่งภายหลัง ช. ตัดสินใจข่มขู่ว่าจะใช้การแสดงออกเชิงสัญลักษณ์หลายรูปแบบต่อโรงพยาบาลเอกชนคู่ขัดแย้ง ผู้รับเจรจาจึงได้นัดหมายให้พบกับผู้บริหารโดยตรง

“ที่จริงมัน โกรธเยอะมาก... จะฟ้องศาลก็ใช้เวลาเยอะ ทนาย (ชื่อสถานพยาบาล) ก็น่าจะเก่งมันเสียง ผมเลยลองขู่ว่าถ้าไม่ให้ผมพบผู้บริหารก็จะเอาออกสื่อ บางทีก็แค่เปรย ๆ ว่าจะเอาลงเฟสบุ๊คแบบเปิดพับลิกให้เขาได้ยินเพราะมันไม่ไปถึงไหน พอแบบนี้ถึงได้พบคนที่ตัดสินใจอะไรที่แก้ปัญหาผมได้ ”

(สัมภาษณ์คุณ ช (นามสมมติ), ธันวาคม 2565)

แม้ว่าความสำเร็จของการเจรจาใกล้เคียงทั้งสามรายจะได้รับเยียวยาแตกต่างกัน โดยแม้ ช. ได้พบกับผู้บริหารที่มีสไตล์การพูดคุยกันเองมาก ดังที่ส่วนหนึ่งกล่าวว่า

“ผู้อำนวยการเรียกผมว่าน้อง แล้วเสนอให้มีการรักษาผมกลับมาปกติโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย แต่เขาพยายามเปลี่ยนประเด็นตอนผมพูดถึงเรื่องเกี่ยวกับค่าชดเชย”

(สัมภาษณ์คุณ ช (นามสมมติ), ธันวาคม 2565)

ช. ก็ยังรู้สึกไม่ได้รับการเยียวยาที่เพียงพอ ผู้บริหารไม่ยินยอมตกลงเกี่ยวกับค่าชดเชยหลายครั้ง กระทั่ง ช. จึงหาทางติดต่อแพทย์ผู้ทำหัตถการโดยตรงได้ ซึ่ง ช. กล่าวว่าแพทย์ไม่เคยกล่าวขอโทษและส่งต่อตนให้แพทย์อีกคนที่อาวุโสน้อยกว่าดูแลหลังผ่าตัด โดย ช. พยายามเล่าความเสียหายแพทย์กลับพยายามยุติการเจรจาจึงตัดสินใจพูดคุยด้วยวิธีเดียวกับผู้รับเจรจาก่อนแรก ในวันถัดมาผู้บริหารจึงอนุมัติชดเชยความเสียหายให้เพิ่มเติม แม้ยังโกรธแพทย์ผู้ทำหัตถการที่กล่าวประชด และ

รู้สึกว่ามันสำคัญต่อความผิดพลาด แต่มูลค่าสินไหมที่ต่อรองได้สูงจนพอใจ ช. จึงลงชื่อในสัญญา เพื่อยุติความขัดแย้ง

“ผมคิดว่าถ้าหมอเป็นแม่เหล็ก ก็คงมากพอที่จะทำให้โรงพยาบาลใช้งานหมอหรือฟันทกะ หมอต่อให้ ผมเองก็โอเคนะที่ได้ตามที่เรียกแล้ว...”

(สัมภาษณ์คุณ ช (นามสมมติ), ธันวาคม 2565)

ในขณะที่ บ. ได้รับการส่งต่อให้แพทย์ที่มีทักษะสูงและนัดหมายคิวได้ยากในคลินิก เครื่องข่าย โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย รวมทั้งได้รับบริการเพิ่มเติมจากคลินิก แพทย์ผู้ทำหัตถการขอโทษ และบอกเล่าเกี่ยวกับหัตถการอย่างละเอียด บ. กล่าวว่

“ได้ฟังน้ำเสียงเหมือนน้องจะร้องไห้เลยรู้สึกสงสาร สงสารตัวเองก็สงสาร โกรธหมอก็ โกรธไม่ลง ก็เมียหมอเจ้าของเขาชดเชยให้แล้ว ก็โอเคละ จบ ๆ ไป”

(สัมภาษณ์คุณ บ (นามสมมติ), ธันวาคม 2565)

บ. ไม่ได้เรียกร้องเป็นรูปแบบสินไหมทดแทน เช่นเดียวกับ ช. ที่ไม่ได้รับสินไหมทดแทน แต่หลังจากพูดคุยกับผู้บริหารโดยตรงแล้ว ช. ได้รับอนุมัติให้ย้ายไปแผนกที่ไม่มีเวรกลางคืนเพื่อให้ นอนหลับได้เต็มที่ ตามคำแนะนำของจิตแพทย์ผู้รักษาอาการของโรคพานิก ได้ทราบเงื่อนไข (timeline) ของการเบิกเงินตกเบิก แม้ว่าจะยังไม่ได้รับในเวลาอันใกล้ก็ตาม แผนการจัดสรรวัคซีน และคิดว่าการฟ้องร้องอาจทำให้ตนเองมีปัญหาเกี่ยวกับองค์กรตามมา ฟังพอใจกับที่ผู้บริหารได้ฟังเสียง ของตนแล้ว

“อย่างที่บอก หนูก็แค่อยากให้เราฟัง พอฟังแล้วให้ความยุติธรรม ก็พร้อมทำให้องค์กร ให้ที่ ๆ ให้เงินให้งาน ขอแค่ดูแลเราอย่างที่ควรดูแลก็พอ แทนที่จะพูดแต่จะให้ชุกไว้ได้พรม... แค่นี้ก็คิดว่าคือครีอนกับขึ้นอัตราพอละคะ ถ้าจะถึงศาลคงต้องพ्लीซีพแบบแท่ทรู ไม่คิดจะถึงจุดนั้นคะ”

(สัมภาษณ์คุณ ช (นามสมมติ), มกราคม 2566)

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าทุกคนมีลักษณะร่วมของการตอบสนองต่อความเสียหายที่รู้สึกว่าได้รับรู้ ว่าเกิดความเสียหาย (recognition) เช่น การขอโทษ ร่วมกับมีการเยียวยาที่เพียงพอ เหมาะสมกับบริบทของผู้เสียหาย

อีกประการหนึ่งของเสียงที่สะท้อนจากผู้เสียหาย นั่นคือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ เมื่อศึกษาจากแบบสำรวจพบว่าผู้ปฏิบัติกล่าวถึงการไม่มีอำนาจในการตัดสินใจเยียวยา หรือขอโทษผู้เสียหายโดยตรงไปตรงมา เป็นสิ่งที่กล่าวถึงมากที่สุด 4 แห่ง การขาดองค์ความรู้หรือทักษะที่ควรได้รับการฝึกอบรม 2 แห่ง และความก้าวหน้าในงานบริหารความขัดแย้ง 1 แห่ง

ผู้ปฏิบัติที่ทำงานในสถานพยาบาลเอกชนยังกล่าวถึงความพยายามลดทอนการเยียวยาในรูปแบบเงินตามนโยบายของสถานพยาบาล ซึ่งผู้บริหารกำหนดเป็นปัจจัยหนึ่งในความสำเร็จที่สำคัญของหน้าที่ผู้ปฏิบัติ เช่นเดียวกับต้องการให้ยุติก่อนพิพาทในชั้นศาลหรือกระจายข่าวความขัดแย้งสู่สื่อสังคมวงกว้าง

“ชื่อเรียกบริหารความขัดแย้งนะคะ แต่ตัวจริงกลับเป็นให้ยุติข้อร้องเรียน คาดหวังว่าให้ผู้ไกล่เกลี่ยพูดคุย ๆ ใช้ศิลปะวาทศิลป์มาช่วยให้คนใช้ไม่เอาเรื่อง มันได้หรือคะ... เข้าใจนะคะว่าเป็นธุรกิจเหมือนกัน มาตั้งความหวังว่าจะลดค่าใช้จ่ายส่วนนี้ได้ ผู้บริหารบางคนดีหน่อยก็เข้าใจ... แคร่ชื่อเสียง แคร่ภาพลักษณ์ แต่เอาแต่ปลุกผักชี มันไม่ใช่... รองๆบางคนเป็นหมอ ก็ควรมีความเป็น

หมอด้วย เคยชินกับการค้ามานาน มากคั่นแบบนี้ก็ไม่ไหว จริง ๆ ก็คิดจะย้ายอยู่บ่อยเหมือนกันนะ
คะ มันบั่นทอน”

(สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้งในสถานพยาบาลเอกชน 1 ราย, ตุลาคม - ธันวาคม 2565)

ผู้ปฏิบัติในสถานพยาบาลรัฐกล่าวว่าต้องบริหารงานด้านอื่น ไปด้วย ขาดทรัพยากรบุคคลที่
เพียงพอต่อการบริหารจัดการ ทั้งสองประการนี้จึงทำให้เกิดความกดดันในการปฏิบัติงาน และ
ลดทอนโอกาสติดตาม เพิ่มความเหนื่อยล้าซึ่งกระทบต่ออารมณ์ของผู้ปฏิบัติเช่นกัน

“ตอนนี้ก็ทำงานหลายหน้าตามประสาราชการไทย เราต้องเป็นเลขาค้วย เป็นคนทำสถิติ
ค้วย เป็นคนทำงานเวลาตรวจประกันคุณภาพค้วย พอมีเคสก็ต้องมารับเป็นผู้ไกล่เกลี่ยค้วย นาน ๆ ที่
ก็เป็นคนสวนคนครวณะ (หัวเราะ) ทำหลายอย่างแบบนี้ก็ไม่เชื่อตัวเองหรือกว่าจะทำได้ดี... ถ้ามีเวลา
ตอนนี้ก็อยากพัก อยากให้เวลาตัวเอง บางทีรู้ว่าเคสก็ต้องตาม คอยสร้างความสัมพันธ์ แต่มันก็ไม่
ไหวจริง ๆ หลัง ๆ ก็ต้องให้น้องคนอื่นแบ่งไปทำแทนบ้าง น้องกำลังฝึกถ้าไม่ย้ายไปก่อนก็น่าจะดี
ขึ้น ที่อื่นน่าจะเหมือน ๆ กันคือทำทุกอย่าง”

“พี่เป็นผู้บริหาร ก็ทำทั้งงานบริหาร งานไกล่เกลี่ยนี่ละ บางทีหัวฟูมากก็จะเบลอ ๆ ลืมมันนี่
อาศัยว่าผู้ใหญ่ก็เกรงใจเพราะพี่อาวุโส ไม่ค่อยใช้งานอะไรเยอะไปกว่างานของฝ่ายการพยาบาล บาง
ที่ก็รักษาการณ์ผู้อำนวยการก็จะลำบาก แต่ก็เข้าใจว่าโรงพยาบาลเราไม่ใหญ่ไม่อะไรมา คิดว่าที่อื่น
ก็เป็น ถ้าผู้บริหารไม่สนับสนุนจะเดินยาก... พี่ว่านะ บางทีเขาก็คิดแต่ว่างานไกล่เกลี่ยมันไม่มีมาทุก
วัน ภาระไม่มี ไม่ก็เอาคนป่วยจิตเวชคนที่ทำอะไรไม่เป็นมาอยู่แบบนี้ คนอื่นก็เดือดร้อน”

(สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้งในสถานพยาบาลรัฐ 1 ราย, ตุลาคม - ธันวาคม 2565)

นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติยังกล่าวถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการทำงานของพวกเขาในเชิงระบบ ประการอื่น ทั้งจากผู้บริหาร การมอบอำนาจ ตัวผู้ปฏิบัติที่มีภาระงาน แรงจูงใจ คนช่วยปฏิบัติงาน ก็ยังรวมถึงตัวเคสที่มีความซับซ้อนหรือบุคคลภายนอกที่สร้างกระแสให้ทำงานยากขึ้น ดังตารางที่ 10

“บางทีหมองเองก็ไม่รู้ว่าวินิจฉัยอะไร เข้าเอ็มเอ็ม (morbidity and mortality conference) สรุปออกมาก็ยังเห็นแย้งกัน ญาติก็ไม่ให้ชันสูตรอีก ซับซ้อนไปใหญ่ คนรับจัดการเรื่องร้องเรียนก็เหมือนต้องเรียนหนังสือไปคัวย เพราะงง”

“ที่เคยเจอมันมี Tiktok IG นะคะ เคยมีอินฟลูเอนเซอร์มาบ่นรอบหนึ่ง ที่นี้ทำงานยากเหมือนกันเพราะผู้บริหารให้ช่วยรักษาภาพลักษณ์องค์กร พวกนี้มีอำนาจต่อรองมาก ต้องการชดเชยมาก ในขณะที่ความเสียหายไม่ถึงขนาดนั้น เหนือกว่าเคสปกติเหมือนกัน”

(สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้ง 2 ราย, ตุลาคม - ธันวาคม 2565)

ตารางที่ 10 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จในการยุติความขัดแย้งทางการแพทย์ตามทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้ง

ที่	ปัจจัย	ความถี่
1	ผู้ใกล้ชิดขาดอำนาจตัดสินใจเชี่ยวชาญหรือแสดงออกถึงการขอโทษ	3
2	บุคลากรผู้ขัดแย้งไม่ได้สื่อสารก่อน และ/หรือ หลังเกิดความเสียหาย	3
3	ภาระงาน ความกดดันจากปัจจัยภายนอกขณะที่ดำเนินการ ใกล้เกลี่ย	3
4	ผู้บริหารมีความเข้าใจการบริหารความขัดแย้งไม่เพียงพอ ขาดการสนับสนุน	3
5	การปฏิบัติงานในหน้าที่อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับระบบพัฒนาคุณภาพบริการ	2
6	บุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ขาดการสนับสนุนให้ฝึกอบรม	1

ที่	ปัจจัย	ความถี่
7	การขาดแรงจูงใจปฏิบัติงานในฐานะผู้ใกล้ชิดหรือพัฒนาคุณภาพบริการ	1
8	ความซับซ้อนของกรณีเฉพาะ ความไม่ชัดเจนของโรคที่วินิจฉัย	1
9	แรงกดดันจากสื่อหรือกลุ่มบุคคลภายนอกที่มีอยู่ในเหตุการณ์	1

ประการสุดท้ายที่ผู้ศึกษาสนใจเมื่อสำรวจจากแบบสอบถาม แม้ไม่มีผู้ที่ทราบเกี่ยวกับกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ แต่มีผู้ที่สนใจใช้กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์มาประยุกต์กับการทำงาน แบ่งเป็นสนใจโดยสมาชิกส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.9 และสมาชิกบางส่วน ร้อยละ 31.6 และมีผู้ไม่ตอบคำถาม ร้อยละ 5.3

เมื่อสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติกล่าวถึงหลักการที่ผู้กระทำผิดควรแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ และพยายามช่วยให้ผู้เสียหายได้รับการเยียวยาที่เหมาะสม และทุกรายต่างสนใจเรียนรู้กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ เช่นเดียวกับหลักสูตรตาม พระราชบัญญัติใกล้ชิดข้อพิพาท หรือหลักสูตรจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์ที่ได้กล่าวไว้ในหัวข้อ 4.1 ข้างต้น

“สิ่งสำคัญคือใจเขาใจเรา เมื่อไม่คิดเสียก่อนว่าเป็นคนร้องเรียน แต่เป็นคนไข้ที่ต้องการการดูแล แม้ว่าเป็นข้อแทรกซ้อนก็คิดว่าชดเชยที่เขาบาดเจ็บไม่ใช่ชดใช้ที่กระทำผิด มันก็จะสบายใจขึ้น ถ้าตั้งป้อมแต่แรกมันไม่มีทางสมานฉันท์”

(สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้งในสถานพยาบาลรัฐ 1 ราย, ตุลาคม - ธันวาคม 2565)

จะพบว่าทักษะของผู้ปฏิบัติมีความสำคัญทั้งในมุมมองของผู้ปฏิบัติและผู้เสียหาย ดังเช่นผู้ที่มีทักษะทั้งการสื่อสารที่เข้าใจและการเข้าหาอย่างสม่ำเสมอ ความสามารถเข้าใจผู้อื่น ความ

อดทนใจเย็น สามารถเลือกพูดคุยกับผู้เสียหายได้อย่างเหมาะสม ไม่ประดิดฐ์คำพูดหรือแสดงออก ไม่เหมาะสมเพื่อชดเชยอารมณ์ส่วนตัวของผู้ปฏิบัติ โดยเฉพาะความขัดแย้งส่วนใหญ่ยังคงสิ้นสุดได้ ด้วยการพูดคุยเจรจาเป็นหลัก ทว่า พ.ศ.2564 เริ่มมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงมาชดเชยเยียวยาด้วยวิธีการอื่นร่วมด้วย อำนาจในการเยียวยาที่ได้รับจากผู้บริหารสถานพยาบาลจึงควรมีความสำคัญมากขึ้น นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ปฏิบัติไม่สามารถช่วยเหลือได้และมีความสำคัญ คือ การสื่อสารความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ขอมรรับผิดชอบ หรือ “ขอโทษ” จากบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นคู่ขัดแย้ง อำนาจในการเยียวยา ความเสียหายที่เกิดขึ้น รวมถึงปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร ซึ่งไม่สามารถให้การสนับสนุนเป็นคนกลางจากผู้ปฏิบัติที่อยู่ในระบบได้ ต้องอาศัยการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ทั้งหมดนั้นจึงพบว่าความสำเร็จที่จะยุติความขัดแย้งได้ต้องให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้บริหารรับรู้ และร่วมมือกันช่วยขับเคลื่อนการบริหารความขัดแย้งมากกว่ามอบหมายให้เป็นภาระของหน่วยงานใดดำเนินการเพียงฝ่ายเดียว

4.4 อภิปรายผลการศึกษา

ผู้ศึกษาพิจารณาผลการศึกษานำมาเรียบเรียงตามการเชื่อมโยงของกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 หัวข้อ ได้แก่ ปัจจัยที่สัมพันธ์และลักษณะของความขัดแย้ง การบริหารความขัดแย้งและกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์

4.4.1 ปัจจัยที่สัมพันธ์และลักษณะของความขัดแย้ง

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการพบว่าทรัพยากรบุคคลที่ปฏิบัติงานด้านบริหารความขัดแย้งมีข้อจำกัดพบว่าทั้งหมดเป็นบุคลากรในสถานบริการตนเอง เกือบทั้งหมดเป็นบุคลากรทางการแพทย์และส่วนมากไม่เคยอบรมในหลักสูตรจัดการความขัดแย้ง เจรจาไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางการแพทย์ แม้จะ

มีประสบการณ์ในหน่วยงานเฉลี่ยถึงสิบปี แต่ยังมีความต้องการความรู้และฝึกฝนทักษะเฉพาะเพิ่มเติม ซึ่งกรณีนี้แม้เป็นเทคนิคการเจรจาต่อรองมากกว่าการเจรจาใกล้เคียงโดยคนกลางเพราะมีเพียงสองฝ่าย เมื่อเปรียบเทียบกับหลักการสำคัญในการเจรจาต่อรองที่ควรยึดถือปฏิบัติ คือ 1. ยอมรับสถานะของคู่ขัดแย้ง หรือคู่กรณี 2. เข้าใจจุดยืน มุมมองและเหตุผลของคู่กรณีฝ่ายตรงข้าม 3. เห็นส่วนดีของคู่เจรจาไม่ว่าจะเป็นทัศนคติหรือพฤติกรรม 4. มองคู่เจรจาว่า เป็นผู้ที่สามารถเป็นฝ่ายเดียวกับเราได้ หรือจะตกลงกันได้ โดยได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน และ 5. เจรจากับคู่เจรจาอย่างสุภาพและเปิดเผย (วันชัย วัฒนศัพท์ และคณะ, 2014) พบว่าคล้ายคลึงกับหลักการเจรจาใกล้เคียงโดยคนกลางที่อาศัยความเข้าใจในจุดยืนจุดสนใจ เทคนิควิธีการสื่อสาร (effective communication) และรับฟังอย่างตั้งใจ (active listening) รวมถึงแพทย์ผู้บริการที่ไม่แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจในสิ่งที่เกิดขึ้น เพียงรอให้ผู้อื่นจัดการความขัดแย้งแทน ต่างจากหลักการของการยุติความขัดแย้งด้วยยุติธรรมเชิงสมานฉันท์

ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ผู้เสียหายได้ให้มุมมองที่สอดคล้องกันว่า ผลกระทบต่อการใช้ชีวิตเดิมจากความเสียหายที่เกิดจากบริการทางการแพทย์ เป็นตัวเริ่มต้นในการเรียกร้องกระบวนการยุติธรรมจากความขัดแย้ง ทำให้ความมุ่งหมายของมาตรา 41 ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเหี่ยวยาโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด (no-fault liability) มีโอกาสช่วยบรรเทาปัญหานี้รวมทั้งผู้เสียหายมองว่าผู้ปฏิบัติไม่สามารถตัดสินใจเหี่ยวยาได้ มีการตอบสนองที่รับรู้ได้ว่าไม่จริงใจรูปแบบของการเหี่ยวยาที่ตรงกับจุดสนใจของผู้เสียหาย ซึ่งเมื่อผู้ปฏิบัติและผู้เสียหายต่างไม่รู้ว่าตนเองกำลังตกเป็นคู่ขัดแย้งใหม่ ตามทฤษฎีหน้าต่างของโจแฮรี (Johary window) กล่าวคือเป็น blind self หรือ undiscovered self ทำให้การยุติความขัดแย้งยิ่งยุ่งยาก (เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์, 2545)

เมื่อกล่าวถึงลักษณะของความขัดแย้ง ส่วนมากเป็นประเภทการให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม และปัญหาการสื่อสารเป็นสัดส่วนสูงสุด เมื่อพิจารณาพร้อมกับข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้ปฏิบัติ กล่าวถึงการรับรู้ถึงความเสียหายเกิดจากการบริการ เช่น ผู้ให้บริการที่สื่อสารให้เข้าใจว่าปัญหาเกิด จากผู้ให้บริการคนก่อนหน้า (แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่) หรือผลลัพธ์แตกต่างจากความ คาดหวัง โดยอาจไม่ได้รับคำอธิบายที่มากเพียงพอ ดังกรณีที่ผู้รับบริการกล่าวว่าตนทราบถึงอาการ ไม่พึงประสงค์จากการสืบค้นด้วยตนเอง และทราบปัญหาดังกล่าวหลังจากยินยอมทำหัตถการ ไป แล้ว สิ่งเหล่านี้จึงย้าถึงความสำคัญของทักษะการสื่อสาร การขอความยินยอมก่อนทำหัตถการ (informed consent) ที่สมบูรณ์ และสอดคล้องกับผลการศึกษาในสาธารณรัฐประชาชนจีนเกี่ยวกับ อุปสรรคเมื่อแพทย์ขอความยินยอมก่อนผ่าตัด ซึ่งหากมิได้จัดการประเด็นต่าง ๆ อาจนำไปสู่ความ ขัดแย้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้ (Gong et al., 2018) เมื่อเทียบเคียงแล้วพบว่า

1) การให้ข้อมูลเพื่อให้ทราบไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศที่ตัวผู้ป่วย ไม่พร้อมรับทราบข้อมูลทางการแพทย์ ญาติผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจรับทราบไม่ทั่วถึง หรือ แม้แต่ข้อจำกัดของเวลา

2) ความรู้ทางการแพทย์ที่แตกต่างกันระหว่างแพทย์และผู้รับบริการ เช่นเดียวกับการศึกษา ที่พบว่าแพทย์หรือผู้ให้บริการใช้ภาษาสื่อสารที่ผู้รับบริการอาจเข้าใจไม่ตรงกัน หรือเข้าใจเพียง บางส่วน กระทั่งให้ความยินยอมโดยไม่ได้ตัดสินใจด้วยตนเอง หรือลงลายมือชื่อโดยไม่เข้าใจ รายละเอียดของหัตถการที่ครบถ้วน

3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ที่ไม่เพียงพอ ดังเช่นในการศึกษาที่ผู้ปฏิบัติชี้ให้เห็น ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพูดคุยกับแพทย์อย่างต่อเนื่อง แม้ไม่ใช่แพทย์เจ้าของไข้หลักก็สามารถช่วยให้ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ สื่อสารข้อมูลได้มากขึ้น

เมื่อทบทวนหลักสูตรการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์ ที่มุ่งเน้นความเข้าใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมากขึ้น จากการสรุปในประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งประเทศไทยครั้งที่ 11 เมื่อ พ.ศ.2553 ได้ส่งเสริมทักษะการสื่อสารของแพทย์ (communication) มากขึ้น ปรับเปลี่ยนจากความสัมพันธ์ลักษณะผู้ปกครอง (paternalistic model) ที่สื่อสารทางเดียว กลายเป็นลักษณะที่ปรึกษาหรือผู้ให้คำแนะนำ (interpretative or deliberative model) ที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตกลงบริการ มีโอกาสเลือก สื่อสาร และตั้งประเด็นความคาดหวังได้สอดคล้องกับแพทย์ผู้รักษาได้มากขึ้น ลดปัญหาจากการไม่ตรงกันของเป้าหมาย (incongruence) ซึ่งเป็นอีกด้านหนึ่งของการก่อตัวความขัดแย้ง นอกจากนี้การแพทย์ในปัจจุบันพยายามส่งเสริมแนวคิดเวชจริยศาสตร์ให้กับนักศึกษาแพทยศาสตร์ เพื่อให้วิชาชีพแพทย์ยังคงมีมาตรฐานในตัวเองแม้จะมีความเปลี่ยนแปลงทางสังคมหรือกระแสธุรกิจสุขภาพมากขึ้น (ตรีธา แซ่จิ่ง, 2554) แม้จะนำมาบรรจุในหลักสูตรเป็นเวลานาน กระทั่งปัจจุบันแล้วก็ตาม ปัญหาเรื่องการสื่อสารยังคงเป็นประเด็นหลักและก่อให้เกิดความขัดแย้งในบริการทางการแพทย์ จึงเป็น โอกาสการพัฒนาวิธีการเรียนการสอนด้านการสื่อสาร ตระหนักถึงความจำเป็นและควรให้ความสำคัญในทุกะดับของการเรียนการสอน กระทั่งสำเร็จการศึกษาและปฏิบัติงานแล้วก็สมควรเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Continuous Medical Education)

ปัจจุบันมีการฝึกอบรมมากขึ้นหลังจากมี พระราชบัญญัติไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ.2562 แล้ว ผู้บริหารจึงสมควรสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าฝึกอบรม และมอบหมายผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมบริหารความขัดแย้งร่วมกับผู้ปฏิบัติหน้าที่บริหารความขัดแย้ง แสดงความตั้งใจเยียวยาในสิ่งที่ผู้รับบริการสูญเสียตามกำลังและความเหมาะสม โดยมีผู้ปฏิบัติใช้ทักษะดังกล่าวและแสดงความเห็นกลางใจให้มากเท่าที่จะเป็นไปได้ จึงจะเพิ่มโอกาสประสบความสำเร็จในการจัดการก่อนเข้าสู่กระบวนการศาลในด้านรูปแบบการจัดการความขัดแย้งในปัจจุบัน นอกจากการเจรจา ยังมีการ

เสนอให้บริการจากสถานพยาบาล และเงินเยียวยาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพในลักษณะไม่พิสูจน์ถูกผิด (non-liable compensation) ซึ่งไม่อาจสรุปได้ว่าวิธีการใดที่เกิดประสิทธิภาพ ความคุ้มค่าต่อการเยียวยาและต่อทั้งสองฝ่ายมากที่สุดเนื่องจากกระบวนการส่วนใหญ่เป็นการเจรจาต่อรอง รวมทั้งขึ้นอยู่กับจุดสนใจของแต่ละกรณีที่มีความแตกต่างกัน

4.4.2 การบริหารความขัดแย้งและกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์

ผู้ปฏิบัติในการศึกษาใช้กระบวนการไกล่เกลี่ย หรือการเจรจาต่อรองสองฝ่ายเป็นปกติ และจากผลการสำรวจใน พ.ศ.2563 และ 2564 พบว่ามีความขัดแย้งจำนวนมากสามารถยุติได้ด้วยกระบวนการดังกล่าวอยู่ แม้จะมีใช้การเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลาง ส่วนหนึ่งอาจช่วยลดระยะเวลาและทรัพยากรอันเกิดจากขั้นตอนของศาลยุติธรรมได้ เพียงแต่ความรู้สึกที่ไม่เป็นกลาง ดังผลการศึกษาในผู้เสียหาย และความกดดันต่อผู้ปฏิบัติ จากข้อจำกัดของระบบยังสามารถพัฒนาให้กระบวนการมีประสิทธิภาพขึ้นได้ โดยการเปลี่ยนแปลงสู่กระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลางให้มากขึ้น

ดังที่ได้กล่าวข้างต้น ผลกระทบของความเสียหายต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นตัวกระตุ้นให้ความขัดแย้งรุนแรงขึ้น สอดคล้องกับหลักการของยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ที่มุ่งเน้นให้เกิดการเยียวยาความเสียหาย การแสดงออกของผู้กระทำผิดถึงความรับผิดชอบต่อความทุกข์ของผู้เสียหาย จนนำไปสู่การให้อภัยได้ต่อมา เช่นเดียวกับหลักการเยียวยาทั่วไปที่กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์จะแสวงหาวิธีการที่สมดุลระหว่างความต้องการของเหยื่อ ผู้กระทำผิด และชุมชนผ่านกระบวนการที่ธำรงไว้ซึ่งความปลอดภัยและศักดิ์ศรีของทุกฝ่าย (Boyes-Watson C. , 2014) ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะนำเอาความรู้สึกยอมรับต่อความเสียหายที่ผู้รับบริการประสบ มิได้มุ่งเน้นหาสาเหตุว่าเป็นความตั้งใจมากน้อยเพียงใด และเน้นการช่วยเหลือเยียวยาจากปัญหาที่เกิดขึ้น

เช่นเดียวกับแพทย์ที่พยายามรักษาข้อแทรกซ้อน (complication) ของโรคเมื่อเกิดปัญหาจากวินิจฉัยแรก (primary diagnosis) โดยความขัดแย้งนั้นก็ เป็นโรคหนึ่งที่เกิดขึ้นรอผู้รักษาเชี่ยวชาญ ประกอบกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นที่พบว่าการใช้โทรเวชปฏิบัติ (telemedicine) ทดแทนการตรวจรักษาแบบปกติเกิดความขัดแย้งทางการแพทย์ได้ ส่วนมากเกี่ยวข้องกับการสื่อสารที่ผิดพลาด (miscommunication) ในกรณีที่ไม่มีความประมาทเลินเล่อ (non-negligence) แต่เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ามี การสื่อสารที่ผิดพลาดแล้ว การเยียวยาในเชิงบวก (positive compensation) สามารถจัดการกรณีดังกล่าวได้อย่างมีนัยสำคัญ (Aoki et al., 2008) เมื่อประกอบกับข้อมูลว่าปัญหาของความขัดแย้งที่ ผู้เสียหายไม่พึงพอใจ สิ่งหนึ่งมาจากตำแหน่งและการตอบสนองของผู้ทำหน้าที่ใกล้เคียงนั้น ไม่สามารถเยียวยาได้เพียงพอ อุปสรรคที่ผู้ปฏิบัติพบว่ามีการโดนกดดันให้พูดคุยในทิศทางที่เสีย ประโยชน์น้อยที่สุด เหล่านี้ย่อมไม่สามารถส่งเสริมให้เกิดองค์ประกอบของยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ ได้ นอกจากนี้ในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กระบวนการส่วนใหญ่จะเกิดในโรงพยาบาลที่เป็นคู่ ขัดแย้งในเชิงให้ความเข้าใจแก่ผู้เสียหาย แต่ลักษณะตกลงกันผ่านบุคคลภายนอกนั้นกระทำกันน้อย ส่งผลให้ผู้เสียหายเกิดข้อสงสัยใน “คนกลาง” ที่มีตำแหน่งใน โรงพยาบาลคู่ขัดแย้ง จึงต้องอาศัย ทักษะของผู้ทำหน้าที่เจรจาใกล้เคียงมากยิ่งขึ้น (ปิยาณี รอดบำรุง, 2560) ดังนั้นจึงควรเพิ่มบุคลากร ภายนอก (third party) เข้าร่วมในการพิจารณาเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและลดความขัดแย้งทาง การแพทย์ พัฒนาการสื่อสารของบุคลากรเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันและลดความ ขัดแย้งระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ (ปรียากร กมูทชาติ, 2559)

เมื่อก้าวถึงการพัฒนารูปแบบการบริหารความขัดแย้งทางการแพทย์ที่ได้กล่าวไว้นั้น ยัง สามารถพัฒนารูปแบบการประนีประนอมมาเพิ่ม โอกาสยุติข้อพิพาท นอกจากการพึงครอบครัวหรือผู้ที่ ได้ผลกระทบจากความเสียหายแล้ว การนำบุคลากรที่มีได้มีส่วน ได้ส่วนเสียมาช่วยให้ข้อเสนอแนะ

ในการเยียวยาอย่างเป็นกลางคล้ายการพิจารณาแบบล้อมวง ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดที่แพทย์พยายามไม่วิพากษ์วิจารณ์แนวทางการรักษาของแพทย์ท่านอื่นและลักษณะเพียงนำกรณีศึกษาเข้าประชุมเพื่อค้นหาสาเหตุที่ป้องกันได้เฉพาะทางการแพทย์ (morbid and mortal conference) ทั้งนี้เป็นความท้าทายที่ผู้รักษามหาวิทยาลัยการประมงและหลักการช่วยเหลือเยียวยาบนความต้องการบรรเทาผลร้ายไม่ควรสร้างความรู้สึกถูกระงับต่อผู้ให้บริการที่สร้างความเสียหายดังกล่าว กระทั่งเป็นผู้เสียหายจากกระบวนการดังกล่าวด้วย

วิธีการยุติความขัดแย้งที่ผู้ปฏิบัติมีประสบการณ์ ทั้งการเจรจา บริการจากสถานพยาบาล และเงินเยียวยาตามมาตรา 41 ของ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 หรือเงินรายได้ของโรงพยาบาล หรือทั้งสองแหล่ง อย่างไรก็ดีอย่างหนึ่งหรือทุกอย่างนั้นสามารถยุติได้ก่อนมีการนำคดีขึ้นสู่ศาลอันเป็นกระบวนการยุติธรรมกระแสหลักเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังมีบางส่วนที่ดำเนินกระบวนการคู่ขนานคือยื่นคำวินิจฉัยก่อน จึงมาตกลงขอชดเชยความเสียหาย รวมทั้งการร้องเรียนออกสื่อ สื่อสังคม หรือปฏิเสธการเจรจากับผู้ปฏิบัติตั้งแต่ต้น เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการบริหารความขัดแย้งด้วยกระบวนการยุติธรรมสมานฉันท์ยังมีอีกหลายหลายรูปแบบ นอกจากรูปแบบการประนอมหรือไกล่เกลี่ยข้อพิพาทระหว่างเหยื่อและผู้กระทำผิด (victim-offender mediation) ที่นิยมใช้ในปัจจุบันแล้ว รูปแบบการประชุมกลุ่มครอบครัว (family group conference) การลงโทษโดยรูปแบบการพิจารณาแบบล้อมวง (circle sentencing) และรูปแบบคณะกรรมการบูรณาการชุมชน (community reparative board) (Ua-amnoey, 2004) ยังมีผู้ปฏิบัติกล่าวถึงในการศึกษานี้ แต่จะสังเกตได้ว่าผู้ปฏิบัติได้นำหลักการบางส่วนของยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ ตั้งแต่มีการช่วยเหลือโดยผู้ประสานงาน การให้อภัยซึ่งกันและกัน แสวงหาความสมดุลระหว่างความต้องการของเหยื่อผู้กระทำผิด โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของทุกฝ่าย ตามหลักการของ Carolyn Boyes-Watson รวมถึงการยุติ

ความขัดแย้งนั้น ผู้เสียหายและผู้กระทำผิดจะรู้สึกว่าเป็นปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นได้ยุติลงแล้ว เช่นเดียวกับเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ (อมร เจริญเกษ และคณะ, 2546) กระนั้นยังมีปัจจัยสำคัญที่ยังไม่ตรงกับกระบวนการประนีประนอมตามหลักกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์บางประการ เมื่อคำนึงถึงจุดหมายหลัก 3 ประการ (Ua-amnoey, 2004)

1) ความยุติธรรม ผู้เสียหายมีโอกาสที่จะพูดถึงการกระทำผิด แต่ผู้กระทำผิดโดยตรงมักมิได้ฟังเหตุผล ซึ่งผู้ปฏิบัติจะเป็นผู้รับฟังและสื่อสารแทน จากผลการศึกษาเห็นได้ว่าผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจเกี่ยวข้องยังไม่ได้มอบอำนาจ หรือเข้าร่วมประนีประนอมจากเสียงสะท้อนของผู้ปฏิบัติ

2) การทำความดีเพื่อแก้ตัว เนื่องจากหน่วยงานและตัวแทนมักกำหนดให้เกิดการเยียวยา มากกว่าผู้กระทำผิดเป็นผู้ชดเชย แสดงความรับผิดชอบว่าจะแก้ไขหรือเยียวยา ดังผลการศึกษาที่พบว่า การขาดความเห็นอกเห็นใจของแพทย์ต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นนำไปสู่ความขัดแย้งที่มากขึ้น จึงแตกต่างจากหลักการที่เปิดโอกาสให้ผู้กระทำผิดชดเชย แสดงความรับผิดชอบว่าจะแก้ไขหรือเยียวยา

3) มาตรการในการปรับปรุงตัว ผู้ปฏิบัติกล่าวถึงสถานการณ์ที่แพทย์นำกรณีที่เกิดความเสียหายเข้าทบทวนในการประชุม morbid and mortal conference โดยมีลักษณะดังกล่าวข้างต้น แต่บางครั้งก็ได้ข้อสรุปที่ไม่ชัดเจน รวมทั้งมิได้มีข้อกำหนดว่าการประชุมจะนำไปสู่มาตรการหรือแสวงหาการป้องกันความเสียหายที่เกิดขึ้นซ้ำ จึงแตกต่างจากหลักการที่ควรมีมาตรการเพื่อไม่ให้ผู้กระทำผิดไปกระทำความผิดซ้ำ ตั้งแต่ข้อตกลงที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการชดเชย และกระบวนการติดตามผล อันเป็นข้อที่เป็นโอกาสพัฒนาจากวัตถุประสงค์ของกิจกรรมดังกล่าวที่ใช้เพื่อเพิ่มเติมความเข้าใจทางวิชาการเพียงอย่างเดียวมาเป็นการบูรณาการให้แพทย์มีศิลปะการดูแลรักษาและความเข้าใจมนุษย (Humane care) ในข้อผิดพลาดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ทั้งตัวแพทย์ผู้ปฏิบัติงานเอง บุคลากร

อื่นระหว่างกระบวนการรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากความผิดพลาดและญาติที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เมื่อเกิดความเข้าใจปัจจัยภายในด้วยอาจนำผู้การให้อภัยอย่างสันติทั้งตนเองและผู้อื่นได้ง่ายขึ้น เช่นเดียวกับทฤษฎีความขัดแย้งทางพุทธ (Phiengpho et al., 2019) และยังสามารถจัดการระบบบริการให้ป้องกันเหตุผิดพลาดได้อย่างรอบด้านมากขึ้น

นอกจากกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ที่มุ่งเน้นการเยียวยา มีกฎหมายสนับสนุนประเด็นดังกล่าวโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด (no-liable compensation) ตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นแล้ว พระราชบัญญัติไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 ก็นำมาสนับสนุนหลักการดังกล่าวได้ จากการศึกษาที่พบว่ามีความปรารถนาที่จะพัฒนาตนเองทั้งด้านทักษะและความรู้ของผู้ปฏิบัติ ความเห็นว่าผู้บริหารความขัดแย้งพึงมีคุณลักษณะใดนั้นสอดคล้องกับมาตรา 12 จึงควรสนับสนุนให้มีผู้ผ่านการอบรมตามมาตรา 10 และได้รับอำนาจในการเจรจาไกล่เกลี่ยเป็นคนกลาง หรือจัดการความขัดแย้งได้มากขึ้น โดยเฉพาะยังสามารถแลกเปลี่ยนตัวผู้ปฏิบัติให้เป็นคนกลางระหว่างสถานพยาบาล อันรวมไปถึงข้อพิพาททางอาญาตามมาตรา 35 ซึ่งเพิ่มเติมจากอำนาจในการชดเชยทางแพ่ง หากเกิดข้อตกลงการเยียวยาขึ้นอีกทางหนึ่ง และสามารถช่วยลดทอนข้อเสียจากการเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมกระแสหลักได้ ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น (Ury et al., 1988)

อย่างไรก็ตามหลักสำคัญคือเมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้วจากข้อแทรกซ้อนหรือผลจากตัวโรคที่ไม่บรรเทา ด้วยเหตุจากธรรมชาติหรือข้อผิดพลาดของการบริการก็ตาม ผู้ให้บริการทางการแพทย์ผู้เคารพในหลักจริยศาสตร์และข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2560 มักช่วยบรรเทาความเสียหายดังกล่าวตามความสามารถของวิชาชีพ โดยการให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มใจนี้ย่อมสร้างสัมพันธภาพและมองเห็นความใสใจอันดี รวมทั้งเข้าใจถึงความรู้สึกการเยียวยาที่เพียงพอมากขึ้น อันเป็นปัจจัยสำคัญที่พบในผลการศึกษาที่จะช่วย

บรรเทาความขัดแย้งได้ ดังเช่นที่ผู้ปฏิบัติได้กล่าวถึงการช่วยเหลือผู้เสียหายในทางมนุษยธรรม แม้ไม่ได้รับมอบอำนาจจากผู้บริหาร ความรู้สึกของผู้เสียหายที่ต้องการความเข้าใจในความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา ความเห็นใจจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ และการเยียวยาที่เหมาะสมกับการบรรเทาความเสียหาย เฉกเช่นการบรรเทาความทุกข์จากความเจ็บป่วยที่รับบริการแต่เริ่มแรก อันสะท้อนถึงพระราชดำรัสในพระราชปณิธานของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรมพระบรมราชชนกว่า “ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ลาก ทรัพย์และเกียรติยศจะตกมาแก่ท่านเอง ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งวิชาชีพไว้ให้บริสุทธิ์”



บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

วิทยานิพนธ์เรื่องการจัดการความขัดแย้งเชิงสมานฉันท์กับบริการทางการแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลช่วงแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (พ.ศ. 2563 - 2564) เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังในภาพตัดขวาง (cross-sectional retrospective study) ที่มีการสำรวจปริมาณความขัดแย้งด้วยแบบสอบถามในทุกโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่ตั้งอยู่ในขอบเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้ง ผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์หรือคู่ขัดแย้ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะ ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความขัดแย้งก่อนฟ้องร้อง รูปแบบกระบวนการจัดการความขัดแย้งในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ และเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลในช่วงสถานการณ์โรคโควิด-19 และแนวทางการพัฒนาวิธีการนำกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ไปใช้กับความเสียหายทางการแพทย์

การศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณหรือสัมภาษณ์ในสถานพยาบาลเดียว กรณีศึกษาเดียว แม้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณได้มากเพียงพอกับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง แต่ได้ค้นพบประเด็นต่าง ๆ ที่สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดทั้งการศึกษาด้านการบริหารความขัดแย้ง และการสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานให้สามารถช่วยเหลือผู้เสียหาย เพื่อลดการเข้าสู่กระบวนการในชั้นศาล เพิ่มโอกาสประสานรอยร้าวให้เกิดความสมานฉันท์ขึ้นมาใหม่ อันเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้ให้และผู้รับบริการด้านการแพทย์ที่มีความจำเป็นต่อวิถีชีวิต โดยจะกล่าวโดยสรุปถึงลักษณะพื้นฐานของผู้ปฏิบัติ ลักษณะของความขัดแย้ง ลักษณะและรูปแบบในการบริหารความขัดแย้ง รวมถึงข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.1.1 ปริมาณและรูปแบบของลักษณะความขัดแย้งที่อาจนำไปสู่การฟ้องร้องเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

1) ลักษณะของหน่วยงานและผู้บริหารความขัดแย้ง

จากการศึกษาคำตอบของแบบสำรวจจาก 19 แห่ง หรือร้อยละ 21 จากสถานพยาบาลในขอบเขตพื้นที่การศึกษาทั้งหมด แม้ลักษณะผู้ปฏิบัติบริหารความขัดแย้งส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.4) มีช่วงอายุประมาณ 50 ปี ก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลไม่แสดงออกถึงความรู้สึกขัดข้องในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะเรื่องความปลอดภัย ส่วนหนึ่งด้วยความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการเตรียมตัวและทัศนคติที่รู้สึกว่าเป็นผู้ช่วยเหลือคนกลางมากกว่าเป็นคู่ขัดแย้ง เกือบทั้งหมดเป็นบุคลากรทางการแพทย์ จึงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาและระบบบริการสุขภาพ แต่มีเพียงร้อยละ 12.3 ที่มีผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรตามพระราชบัญญัติไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ.2562 และร้อยละ 12.2 ที่ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์ ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้ปฏิบัติต้องการรับการสนับสนุนสอดคล้องกันทั้งจากแบบสำรวจและการสัมภาษณ์ เช่นเดียวกับแพทย์ที่มีโอกาสได้ศึกษาทักษะการสื่อสาร

2) ปริมาณ รูปแบบของความขัดแย้งและผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

การศึกษาพบว่าปริมาณความขัดแย้งจะหลากหลายกันตามขนาดและการเก็บสถิติที่นำมาเปิดเผย สูงสุด 91 กรณี ต่ำสุด 0 กรณี ใน พ.ศ. 2563 และ สูงสุด 123 กรณี ต่ำสุด 1 กรณี ใน พ.ศ. 2564 โดยแหล่งของความขัดแย้ง ในปี พ.ศ. 2563 ทั้งหมดที่เข้าสู่กระบวนการบริหารความขัดแย้งเป็นความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ แต่ใน พ.ศ. 2564 มีรายงานถึงความขัดแย้ง

ระหว่างบุคลากรกันเอง 1 – 3 เรื่องใน 4 สถานพยาบาล สาเหตุที่มีรายงานน้อยเกิดจากทั้งระบบการรายงานที่ไม่เกี่ยวข้องกันระหว่างแผนกบุคคลและงานคุณภาพการบริการ ความไม่มั่นใจของลูกค้าขัดแย้งในการรายงานความขัดแย้ง หรือแม้แต่ปัญหาเชิงโครงสร้างที่ไม่อำนวยความสะดวกที่เหนือกว่าก็ตาม

ประเภทของความขัดแย้งที่พบได้สูงสุด คือ การให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม และปัญหาการสื่อสาร มากถึงร้อยละ 71.5 จากสองปีที่ศึกษาและในภาครัฐ เอกชน โดยพบว่าประกอบด้วยปัญหาผู้รับสาร คือ ผู้ป่วยยังไม่พร้อมรับข้อมูล การตอบสนองต่อความคับข้องใจที่แตกต่างกัน และผู้รับสารที่มีอำนาจตัดสินใจได้รับสาร ไม่ครบทุกคน ปัญหาผู้ส่งสาร คือ การใช้ข้อมูลสื่อสารที่เข้าใจไม่ตรงกันหรือสื่อสารเพียงบางส่วน เวลาที่จำกัดในการสื่อสาร และสัมพันธภาพของผู้ให้บริการ ทั้งผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงหรือไม่ก็ตาม

ส่วนประเภทของความขัดแย้งที่มีความแตกต่างกันในภาครัฐบาลและเอกชน คือ การเสียประโยชน์ โดยในภาครัฐจะเป็นเรื่องการส่งต่อและการรอคอย และในภาคเอกชนจะเป็นเรื่องการเสียประโยชน์โดยตรง เช่น การเก็บทั้งสองจะเกิดร่วมกันจากความรู้สึกไม่ตรงกับความคาดหวัง โดยในด้านรัฐบาลมีมุมมองว่ารัฐสวัสดิการอาจช่วยลดภาวะไม่พึงพอใจทางค่าใช้จ่ายที่เกิดในเอกชน ในขณะที่เอกชนก็มีมุมมองว่าความพร้อมให้บริการได้รวดเร็วกว่าก็ช่วยลดปัจจัยที่พบในรัฐบาล กระนั้นพบว่าแม้ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ที่ไม่ต้องชำระค่าใช้จ่าย แต่ยังมีความคิดว่าจ่ายในรูปแบบของภาษีและรู้สึกเสียประโยชน์ รวมถึงไม่สามารถเลือกทางที่สะดวกกว่าเมื่อไม่สบายใจกับบริบทเดิม สะท้อนถึงความขัดแย้งเชิงโครงสร้างจากความไม่เท่าเทียมได้อีกประการหนึ่ง สอดคล้องกับความขัดแย้งในบริบทของผู้เสียหาย แต่จะพบว่าผู้เสียหายคนหนึ่งมีประเภทความขัดแย้งได้หลายอย่างในกรณีเดียว ดังเช่น ความขัดแย้งจากข้อมูลที่ไม่เหมาะสม

ปัญหาการสื่อสาร การขาดสัมพันธภาพ และการเสียประโยชน์ รวมทั้งปัญหาจากความขัดแย้งเชิงโครงสร้างในความขัดแย้งระหว่างบุคลากร

ในด้านความขัดแย้งที่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากผลกระทบจากการแพร่กระจายของโควิดใน พ.ศ. 2563 และ 2564 แม้มีความต้องการบริการทางการแพทย์สูงขึ้น แต่บริการลดลงทำให้คิวรอคายนานขึ้น พบว่าการร้องเรียนกลับเล็กน้อย และมีปัญหาเรื่องเรียนประเด็นใหม่ คือ โทรวะ การจัดส่งเวชภัณฑ์

5.1.2 ปริมาณและรูปแบบของการบริหารความขัดแย้งของโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

1) ปริมาณ รูปแบบของการบริหารความขัดแย้ง

รูปแบบที่นำไปสู่ความสำเร็จในการยุติความขัดแย้งก่อนฟ้องร้อง พบว่ามีความหลากหลายของกระบวนการ คือ การเข้าหาเจรจา ประชุมกลุ่มครอบครัว การตกลงเยียวยา แต่สิ่งสำคัญ คือ ความรู้สึกว่าได้รับเยียวยาที่เพียงพอทั้งผู้เสียหายโดยตรงและญาติ โดยผู้ปฏิบัติควรมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเข้าหาสม่ำเสมอ ความสามารถเข้าใจผู้อื่น ความอดทนใจเย็น จะทำให้ยุติความขัดแย้งได้สำเร็จมากยิ่งขึ้น

ในด้านรูปแบบการเยียวยาความเสียหายพบว่า การพูดคุยเจรจาหรือการรับผิดขอโทษเพียงอย่างเดียว มีสัดส่วนมากกว่าวิธีอื่น คือ ร้อยละ 52.2 และ 45 ในปี พ.ศ. 2563 และ 2564 ตามลำดับ และเป็นรูปแบบที่ใช้มากที่สุดทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน แต่แนวโน้มวิธีการบริหารความขัดแย้งในปี พ.ศ.2564 พบว่าวิธีผสมผสานจะพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า และมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อน การเยียวยาจะประสบผลมากขึ้นในทรรชนะผู้ปฏิบัติ

เมื่อมีการพูดคุยในหลายระดับ ตั้งแต่ แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย พยาบาล ตัวผู้ปฏิบัติ รวมถึงผู้บริหารที่แสดงออกถึงความรับผิดชอบและความจริงใจต่อกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง แต่การพูดคุยเจรจาจำเป็นต้องเยียวยาด้วยสิ่งอื่น การบริการ เงิน หรือสิ่งชดเชยอื่นที่ไม่ใช่เงินร่วมด้วย ลักษณะการเยียวยาดังกล่าวสอดคล้องกับธรรมชาติของมนุษย์ที่เลวร้าย กล่าวถึงปัจจัยที่ไม่พึงพอใจในกระบวนการจนเป็นอุปสรรคต่อการยุติความขัดแย้ง แบ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ปฏิบัติและคู่ขัดแย้ง คือ ในด้านผู้ปฏิบัติที่ไม่สามารถตัดสินใจเยียวยาได้ การตอบสนองที่ไม่จริงจัง รูปแบบของการเยียวยาที่ไม่รู้สึกว่ายุติธรรม และในด้านผู้บริหารที่ไม่แสดงออกให้ผู้เสียหายรับรู้ว่าเป็นอกเห็นใจในสิ่งที่เกิดขึ้น

ความต้องการที่สวนทางกับข้อจำกัดของระบบ ทำให้เกิดความกดดันต่อผู้ปฏิบัติในสถานพยาบาลเอกชน เนื่องจากความพยายามลดทอนการใช้เงินเยียวยา และในสถานพยาบาลของรัฐ เนื่องจากการลดทอนเวลา โอกาสติดตามรายการณ์ ด้วยการมอบหมายให้ปฏิบัติงานหลายหน้าที่ในสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งส่งผลต่อความเครียดและอาจกระทบต่อการจัดการอารมณ์ของผู้ปฏิบัติในสภาวะแล้ว

2) ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการบริหารความขัดแย้ง

เมื่อกล่าวถึงความเปลี่ยนแปลงของรูปแบบหรือปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการยุติความขัดแย้งที่สำคัญในช่วงแพร่ระบาดของโควิด-19 ยังไม่พบความเห็นที่แสดงความแตกต่างชัดเจน มีเพียงการประชุมออนไลน์ในกลุ่มหรือคณะกรรมการบริหารความขัดแย้งแทนการประชุมแบบพบหน้าทั้งระหว่างผู้ปฏิบัติกับทีม ผู้ปฏิบัติและคู่ขัดแย้ง แต่มิได้กล่าวถึงรูปแบบของการไกล่เกลี่ยหรือเกิดวิธีบริหารความขัดแย้งใหม่

5.1.3 การนำกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ประยุกต์ใช้กับความขัดแย้งทางการแพทย์

การเยียวยาและการสำนึกถึงความผิดที่จะนำไปสู่การให้อภัยเป็นปัจจัยสำคัญในหลักการ กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ แม้การศึกษาจะไม่พบว่าผู้บริหารความขัดแย้งจะนำทฤษฎีหรือ กระบวนการไปใช้ตามรูปแบบ แต่แนวความคิดดังกล่าวมีการนำไปใช้บางส่วน ดังปรากฏใน ทรรศนะของผู้ปฏิบัติที่ทั้งคุณลักษณะที่พึงมี ปัจจัยหลักที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการยุติความ ขัดแย้งคือการเยียวยาที่เพียงพอ อำนาจในการตัดสินใจเยียวยาของผู้ปฏิบัติ และความต้องการให้ แพทย์ผู้ให้บริการได้แสดงความเห็นใจต่อผู้ที่ได้รับความเสียหายรับรู้ และปรากฏในด้านของ ผู้เสียหายที่สามารถคลี่คลายความขัดแย้งได้ โดยฝ่ายผู้บริหารความขัดแย้งและบุคลากรผู้ขัดแย้งได้ แสดงออกถึงการรับรู้ความเสียหาย (recognition) เช่น การขอโทษ ร่วมกับมีการเยียวยาที่เพียงพอ เหมาะสมกับบริบทของผู้เสียหาย ทั้งหมดนี้เกิดขึ้นในรูปแบบของการเจรจาสองฝ่ายระหว่าง ผู้บริหารความขัดแย้งที่จัดการแทนแพทย์หรือบุคลากรที่เป็นคู่ขัดแย้ง พฤติกรรมการให้บริการหรือ การแสดงออกที่อาจมิใช่การเพิ่มเติมบริการทางการแพทย์ของผู้ปฏิบัติ รวมถึงการเยียวยาความ เสียหายจากผู้บริหารหรือระบบชดเชยเยียวยา การชดเชยความผิด โดยไม่ต้องพิสูจน์ผิดของผู้ใช้ สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม แสดงถึงโอกาสพัฒนากระบวนการบริหาร ความขัดแย้งที่ใช้หลักการของยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ได้ต่อไป โดยเฉพาะเมื่อมีผู้ปฏิบัติได้รับการ สนับสนุนให้อบรมทักษะความรู้เพิ่มเติม รวมถึงสามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ไกล่เกลี่ยตาม พระราชบัญญัติไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ.2562 ได้ต่อไป

ทั้งนี้นอกจากความพยายามเพิ่มทักษะการสื่อสารและความเข้าใจผู้อื่นให้บุคลากรทางการแพทย์แล้ว การสื่อสารของแพทย์ทางวิชาการดั้งเดิม เช่น การประชุม case conference หรือ morbid-mortality conference อาจนำไปพัฒนาเป็นเครื่องมือพัฒนาระบบบริหารความขัดแย้งได้เช่นกัน

5.2 ข้อจำกัด

1) จากการศึกษาคำตอบแบบสำรวจได้รับเพียง 19 แห่ง หรือร้อยละ 21 จากสถานพยาบาลในขอบเขตพื้นที่การศึกษาทั้งหมด หรือเพียงร้อยละ 45 จากจำนวนขนาดตัวอย่าง จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรสถานพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพและปริมณฑลทั้งหมดได้

2) การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากหลายการศึกษาที่เก็บข้อมูลภายในสถานพยาบาลเดียว แต่พบว่าหลายสถานพยาบาลจำเป็นต้องยื่นขอจริยธรรมการวิจัยและมีค่าธรรมเนียมเฉพาะในแต่ละสถานพยาบาลในการพิจารณาจริยธรรม ผู้ศึกษามีได้มีผู้สนับสนุนเงินทุนจึงมิได้เก็บข้อมูลในสถานพยาบาลที่ตอบกลับด้วยเงื่อนไขดังกล่าว ทำให้จำนวนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีขนาดเล็กลง

3) การให้ข้อมูลตามแบบสำรวจมีความหลากหลาย ตั้งแต่ตัวเลขที่ชัดเจน การกะประมาณ รวมถึงปัญหาจากการมิได้บันทึกสถิติไว้ ทำให้ความน่าเชื่อถือของข้อมูลอาจลดลง

4) ผู้ตอบแบบสอบถามและผู้ให้ข้อมูลรู้จักแนวคิดยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ไม่มากนัก ผู้ให้ข้อมูลยังได้รับการอบรมเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารความขัดแย้งน้อย ข้อเสนอแนะทางวิชาการที่เชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์และหลักการจึงมีจำนวนไม่มาก

5) แม้ผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลายตั้งแต่ระดับผู้ปฏิบัติงานบริหารความขัดแย้งและผู้ที่เป็นทั้งผู้บริหารร่วมด้วย มีหน่วยงานรัฐและเอกชน มีความต่างของช่วงวัย แต่มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีให้สัมภาษณ์เชิงลึกจากการตอบกลับเพียง 3 ราย จึงทำให้ข้อมูลไม่อ้อมตัวคืนักทางการศึกษาเชิงคุณภาพ

6) ข้อมูลของผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ต่อความขัดแย้งในบริการทางการแพทย์ในการศึกษาครั้งนี้พบเพียงเล็กน้อย แต่ด้วยรูปแบบของความขัดแย้งของบุคลากรต่อระบบบริหารเกี่ยวกับอุปกรณ์และวัคซีนป้องกัน โรคเป็นความขัดแย้งรูปแบบใหม่ ส่วนหนึ่งหากสามารถศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มบุคลากรผู้ได้รับผลกระทบอาจพบปัจจัยและวิธีการบริหารความขัดแย้งที่แตกต่างจากผู้ให้และผู้รับบริการทางการแพทย์กรณีอื่น ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) การสนับสนุนงบประมาณให้สถานพยาบาล สถาบันทางการแพทย์ที่มีผู้ปฏิบัติทั้งรัฐบาลและเอกชน ให้มีโอกาสอบรมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และทักษะ เพื่อพัฒนาศักยภาพและตอบสนองความต้องการของบุคลากร รวมถึงมี โอกาสเชื่อมโยงเครือข่ายซึ่งกันและกัน จากการศึกษาที่พบว่าความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์มีความต้องการเรียนรู้ทักษะการบริหารความขัดแย้ง หลักสูตรตาม พระราชบัญญัติ โกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ.2562 รวมทั้งหลักแนวคิดของยุติธรรมเชิงสมานฉันท์

2) การส่งเสริมให้ฝึกฝนทักษะการสื่อสารในรูปแบบการเรียนรู้ตลอดชีพ ยกตัวอย่างวิชาชีพแพทย์ที่มุ่งเน้นการฝึกทักษะดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาไม่เกิน 10 ปี จึงไม่ครอบคลุมแพทย์ที่สำเร็จการศึกษามานาน ความคาดหวังของผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงตามยุคสมัยที่เปลี่ยนไปอยู่เสมอ เพื่อลดการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการตอบสนองที่อาจสร้างความรู้สึกล้มเหลวหรือเห็นใจต่อผู้รับบริการเมื่อเกิดความเสียหายขึ้น ทั้งนี้ในวิชาชีพอื่น ตั้งแต่ผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์จนถึงผู้บริหารสถานพยาบาลที่มีโอกาสจัดการความ

ขัดแย้งที่ยังมิได้ก่อตัวชัดเจน เนื่องมาจากพบว่า การให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม และปัญหาการสื่อสาร เป็นประเภทของความขัดแย้งที่พบได้มากที่สุด

3) การสนับสนุนกระบวนการบริหารทรัพยากรเชิงระบบ การเชื่อมโยงฐานข้อมูล ทางระบบสุขภาพเพื่อช่วยเพิ่มโอกาสให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการที่ต่อเนื่อง ลดความสิ้นเปลือง ของการรับบริการซ้ำซ้อน และสามารถให้คำแนะนำ (tele-consultation) จากผู้เชี่ยวชาญในสถาน บริการระดับสูงให้กับสถานพยาบาลปฐมภูมิ ทุติภูมิสามารถรับไว้ในระบบบริการได้ ด้วยประเด็น ที่พบปัญหาการส่งต่อ รอคอยรับบริการในสถานบริการของรัฐ

4) การเพิ่มเติมมาตรการที่ช่วยบรรเทาภาระการบริหารความขัดแย้งโดยเฉพาะใน สถานพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะการจัดตั้งผู้เชี่ยวชาญการไกล่เกลี่ยคนกลางเฉพาะด้านความขัดแย้ง ทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข ให้สถานพยาบาลต่าง ๆ ร้องขอได้เมื่อมีความจำเป็น เช่นเดียวกับผู้เชี่ยวชาญที่ขึ้นทะเบียนในศูนย์ไกล่เกลี่ยข้อพิพาทภาคประชาชน เนื่องจากพบว่า การ บริหารความขัดแย้งในปัจจุบันเป็นลักษณะบริหารจัดการกันภายในด้วยตนเอง

5) การเพิ่มเติมความช่วยเหลือในสิทธิการรักษาพยาบาลอื่นที่ยังไม่มีโอกาสได้รับ การชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด เช่น สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการของกรมบัญชีกลาง สิทธิ สวัสดิการครูเอกชน หรือแม้แต่กลุ่มที่ไม่ใช่สิทธิการรักษา การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดข้อแทรกซ้อนขึ้นแม้จะปฏิบัติตามมาตรฐานทางการแพทย์แล้วก็ตาม แม้ว่าจะมี หลักการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด (non-liable compensation) ตามพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 แต่ไม่พบว่าผู้ปฏิบัติกล่าวถึงในการศึกษาว่าเพียงพอต่อการ เยียวยา รวมถึงมีผู้เสียหายในการศึกษาก็มิได้สิทธิเยียวยา ต้องเรียกร้องด้วยตนเองจากผู้บริการทาง การแพทย์และสถานพยาบาลโดยตรง

5.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) แพทย์ควรมีโอกาสอธิบายซ้ำในต่างวาระ โอกาส เมื่อตั้งใจจะเริ่มหัตถการที่ไม่เร่งด่วนให้ครบทั้งกระบวนการที่ชัดเจน ความเสี่ยงหรืออาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังหัตถการ รวมทั้งทางเลือกอื่นหากมิได้ทำหัตถการ เนื่องจากพบว่าปัญหาการสื่อสารเมื่อผู้รับบริการหรือญาติไม่พร้อมรับข้อมูล แม้บันทึกไว้ในเอกสารให้ความยินยอมของสถานพยาบาลแล้ว เพียงแต่เป็นการลงลายมือชื่อของผู้รับบริการ โดยมิได้ทบทวนข้อความหรือเกิดความเข้าใจก่อนการยินยอมจริง

2) ผู้บริหารควรมีช่องทางรับฟังหรือมอบหมายให้ฝ่ายทรัพยากรบุคคลหรือหน่วยงานด้านกำลังพลสามารถเป็นผู้บริหารความขัดแย้งได้ด้วยตนเอง หรือเก็บรักษาความลับของผู้ร้องเรียนเพื่อประสานงานร่วมกับผู้ปฏิบัติให้จัดการความขัดแย้ง เพื่อให้บุคลากรมีทางเลือก นอกจากจัดการกันเองส่วนตัว จัดการในหน่วยงานย่อยของตนหรือลาออกจากงาน ด้วยผลการศึกษาเรื่องแหล่งของความขัดแย้งที่พบว่าคู่ขัดแย้งที่เป็นผู้ให้บริการขัดแย้งกันเองมีเพียงส่วนน้อย รวมทั้งมีกรอบของโครงสร้างที่ไม่สามารถปรึกษาคนกลางได้

3) ระบบบริหารความขัดแย้งควรเปลี่ยนแปลงโดยเชิญผู้ไกล่เกลี่ยคนกลางหรือมอบหมายให้ผู้ประสานที่มีความเป็นกลางมากที่สุดในการเจรจาข้อยุติความขัดแย้ง เพื่อลดความรู้สึกที่ไม่เป็นกลางของผู้รับความเสียหายต่อผู้ปฏิบัติ และเปลี่ยนแปลงจากการเจรจาต่อรอง (negotiation) ที่ต่างจากการเจรจาไกล่เกลี่ย (mediation) ที่แท้จริง จากการศึกษาที่พบว่าความกดดันต่อผู้ปฏิบัติในสถานพยาบาลจากทั้งระบบและข้อจำกัดภายในสถานพยาบาล ความรู้สึกไม่เป็นกลางในมุมมองของผู้รับบริการที่เสียหาย เป็นอุปสรรคสำคัญในการทำงานของผู้ปฏิบัติ

4) ผู้บริหารหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายอำนาจควรมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารความขัดแย้ง เพื่อลดความกดดันในตัวผู้ปฏิบัติที่ไม่สามารถตัดสินใจได้มากนัก และสามารถตัดสินใจเพื่อสร้างการเยียวยาที่เหมาะสมต่อผู้ได้รับความเสียหาย เพราะพบข้อจำกัดของผู้ปฏิบัติที่มีฐานะลูกจ้างในหน่วยงาน และความรู้สึกรับบริการที่เสียหายที่ต้องการพูดคุยกับผู้อำนาจการเยียวยา

5) โรงเรียนแพทย์สมควรสร้างแนวทางปฏิบัติที่ควรระบุถึงสรุปมาตรการ มีการติดตามผลจากการใช้มาตรการร่วมด้วยกับการเรียนรู้ทางวิชาการ อาจป้องกันความเสี่ยงจากการเรียนรู้ข้อผิดพลาดได้อย่างยั่งยืนมากขึ้น เพิ่มเติมจากการประชุมศึกษาทบทวนผู้ที่ได้รับข้อแทรกซ้อน มีความคล้ายเคียงกับการทบทวนมาตรการปรับปรุงตัวของกระบวนการใกล้เคียงข้อพิพาทตามหลักยุทธธรรมสมานฉันท์ แต่จากการศึกษาอาจมีกรณีที่ความเห็นของแพทย์ไม่ตรงกัน และมีได้มีการกำหนดมาตรการป้องกันความผิดพลาดซ้ำเป็นสำคัญ

5.3.3 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1) การส่งเสริมการศึกษาเพื่อพัฒนาหลักสูตรที่เพิ่มพูนทักษะและความรู้ของผู้ปฏิบัติหน้าที่บริหารความขัดแย้งโดยตรง รวมทั้งทักษะเฉพาะด้านการสื่อสารและการเจรจาไกล่เกลี่ย อาจนำไปสู่ลดการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมและสามารถเลือกกระบวนการที่หลากหลายกว่าเจรจาไกล่เกลี่ยดังที่กระทำมาเป็นหลัก ยกตัวอย่างเช่น หลักการเจรจาอย่างสันติ (Non-violent communication technique หรือ NVC) หรือการนำหลักการยุทธธรรมเชิงสมานฉันท์ที่มุ่งเน้นให้เกิดความรู้สึกรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้เสียหายของผู้ที่กระทำผิดพลาด รวมทั้งให้ผู้เสียหายมองเห็นความพยายามแก้ไขเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้น โดยพบจากการศึกษาว่าทักษะที่ผู้ปฏิบัติเล็งเห็นว่าสำคัญ

ได้แก่ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเข้าหาสม่ำเสมอ ความสามารถเข้าใจผู้อื่น ความอดทนใจเย็น เป็นทักษะเชิงสมรรถนะ (soft skill) ที่มักพัฒนาต่อออกจากการปฏิบัติงานทั่วไป

2) การศึกษาต่อออกเชิงปฏิบัติการ หรือการศึกษาเชิงทดลองยุติความขัดแย้งทางการแพทย์โดยนำทฤษฎีต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ ซึ่งหลักยุทธธรรมเชิงสมานฉันท์ที่มุ่งเน้นให้เกิดการเยียวยาความเสียหายและตระหนักถึงการรับรู้ความผิด การให้อภัย อาจเป็นเครื่องมือหนึ่งในการช่วยเหลือให้ยุติความขัดแย้งมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นได้ อันเป็นความต้องการของทั้งผู้รับบริการที่ต้องการหายจากความเจ็บป่วยและผู้ให้บริการที่ต้องการปฏิบัติหน้าที่โดยมิได้หวังให้เกิดความเสียหาย เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบการบริหารความขัดแย้งที่มีความจำเพาะต่อความขัดแย้งทางการแพทย์

3) การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบจากการขอโทษหรือแสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อความเสียหายในบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้บรรเทาความกังวลของบุคลากรที่แสดงออกหลังจากเกิดความเสียหายขึ้น อาจส่งผลให้ประเด็นที่พบว่าผู้เสียหายและผู้ปฏิบัติเห็นสอดคล้องกันว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการยุติความขัดแย้ง และเป็นหัวใจสำคัญอย่างหนึ่งในหลักยุทธธรรมเชิงสมานฉันท์ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ต่อไป



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บรรณานุกรม

- Amatavete, S., Lujintanon, S., Teeratakulpisarn, N., Thitipatarakorn, S., Seekaew, P., Hanaree, C., Sripanjakun, J., Prabjuntuek, C., Suwannarat, L., & Phattanathawornkool, T. (2021). Evaluation of the integration of telehealth into the same-day antiretroviral therapy initiation service in Bangkok, Thailand in response to COVID-19: a mixed-method analysis of real-world data. *Journal of the International AIDS Society*, 24, e25816.
- Aoki, N., Uda, K., Ohta, S., Kiuchi, T., & Fukui, T. (2008). Impact of miscommunication in medical dispute cases in Japan. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 358-362.
- Barsky, A. E. (2016). The ethics of app-assisted family mediation. *Conflict Resolution Quarterly*, 34(1), 31-42.
- Brahm, E. (2003). Conflict stages. *Beyond intractability. Conflict Research Consortium, University of Colorado, Boulder.*
- Braithwaite, J. (1998). Restorative justice. *The handbook of crime and punishment*, 323-344.
- C, B.-W. (2014). *Restorative Justice Definitions*. <https://www.suffolk.edu/college/centers/15970.php>
- Chaiphosan, S. (2018). การพัฒนา ระบบจัดการ ความขัดแย้ง ด้าน บริการ ทางการ แพทย์ และ สาธารณสุข มาตรา 41 ของ โรง พยาบาล ภาค รัฐ จังหวัด หนองบัวลำภู. วารสาร การ พยาบาล สุขภาพ และ การ ศึกษา, 1(2), 10-17.
- Coker, D. (2006). Restorative justice, Navajo peacemaking and domestic violence. *Theoretical Criminology*, 10(1), 67-85.
- Collins, J. (2015). Restorative justice in England and Wales: From the margins to the mainstream. *Restorative Justice*, 3(1), 129-134.
- Digital, N. (2019). *Hospital Outpatient Activity 2018-19: National statistics*. [https:// digital.nhs.uk/ data-and-information/publications/statistical/hospital-outpatient-activity/2018-19](https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/hospital-outpatient-activity/2018-19)
- Fan, R., & Tao, J. (2004). Consent to medical treatment: The complex interplay of patients, families, and physicians. *The Journal of medicine and philosophy*, 29(2), 139-148.
- Filley, A. C. (1975). Interpersonal conflict resolution. (*No Title*).
- Gong, N., Zhou, Y., Cheng, Y., Chen, X., Li, X., Wang, X., Chen, G., Chen, J., Meng, H., & Zhang, M. (2018). Practice of informed consent in Guangdong, China: a qualitative study from the perspective of in-hospital patients. *BMJ open*, 8(10), e020658.

- Kaur, K., Bhardwaj, M., Kumar, P., Singhal, S., Singh, T., & Hooda, S. (2016). Amniotic fluid embolism. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*, 32(2), 153-159. <https://doi.org/10.4103/0970-9185.173356>
- Khunkitti, W., & Nualthaisong, K. (2017). Results of Doctor and Nurse's Complaints: Study in Northeastern of Thailand. *Srinagarind Medical Journal*, 32(4), 366-371.
- Kuehn, M. (2015). Kant's Conception of "Hume's Problem". In *Immanuel Kant's Prolegomena to Any Future Metaphysics in Focus* (pp. 156-177). Routledge.
- Marx, K. (2000). *Karl Marx: selected writings*. Oxford University Press, USA.
- Moloney, J. (2009). Peacemaking Criminology. *Undergraduate Review*, 5(1), 78-83.
- Moore, C. W. (2014). *The mediation process: Practical strategies for resolving conflict*. John Wiley & Sons.
- Mosadeghrad, A. M., & Mojbafan, A. (2019). Conflict and conflict management in hospitals. *International journal of health care quality assurance*, 32(3), 550-561.
- Nwedamutsu, T. (2020). Alternative dispute resolution in medical malpractice in south Africa.
- Park, H.-Y., Kwon, Y.-M., Jun, H.-R., Jung, S.-E., & Kwon, S.-Y. (2021). Satisfaction survey of patients and medical staff for telephone-based telemedicine during hospital closing due to COVID-19 transmission. *Telemedicine and e-Health*, 27(7), 724-732.
- Phiengpho, N., Thongpan, S., & Leeka, J. (2019). การจัดการ ความ ขัดแย้ง ใน ระบบ สาธารณสุข ไทย ใน ทักษะ พุทธ ปรัชญา. *Journal of Graduate MCU KhonKaen Campus*, 6(4), 297-311.
- Pittayanuruksakul, A. (2023). ธรรมภิบาลกับการบริหารงานองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นไทย. *Academic Journal of Political Science and Public Administration*, 5(2), 1-12.
- Pneuman, R. W., & Bruehl, M. E. (1982). Managing conflict: A complete process-centered handbook. (No Title).
- Price, K. (2010). Towards a history of medical negligence. *The Lancet*, 375(9710), 192-193.
- Quinney, R. (1993). A life of crime: Criminology and public policy as peacemaking. *Journal of Crime and Justice*, 16(2), 3-9.
- Resolution, N. (2019). Clinical negligence numbers steady, but rising costs remain a concern. In: London: NHS Resolution.
- Rinaldi, E. A., & Utomo, L. (2020). Juridic Aspect of Improving Hospital Health Services and Dispute Resolution between Hospitals and Patients. *Int J Sci Res*, 9(1), 13-19.

- Satha-Anand, C. (2014). The Color of Alternatives? Rethinking Nonviolent Actions in the Twenty-First Century. *Diogenes*, 61(3-4), 143-155.
- Statistics, N. C. f. H. S. D. o. H. I. (1986). *National health interview survey*. US Public Health Service, National Center for Health Statistics.
- Ua-amnoey, J., & Kittayarak, K. (2004). Restorative justice: a paradigm shift in the Thai criminal justice system. *Corrections Today*, 66, 86-91.
- Ury, W. L., Brett, J. M., & Goldberg, S. B. (1988). Designing an effective dispute resolution system. *Negotiation Journal*, 4(4), 413-431.
- Wallensteen, P. (2018). Understanding conflict resolution. *Understanding Conflict Resolution*, 1-448.
- Wang, M., Liu, G. G., Zhao, H., Butt, T., Yang, M., & Cui, Y. (2020). The role of mediation in solving medical disputes in China. *BMC health services research*, 20(1), 1-10.
- Wang, Y.-H., Zhao, L.-M., Liu, Z.-Y., & Li, X.-M. (2020). Perioperative management by WeChat under the haze of COVID-19. *International Journal of Ophthalmology*, 13(7), 1161.
- กิตติธร ปานเทศ. (2562). โรค ที่ เกิด จาก การ รับ บริการ สาธารณสุข และ การ โกล่เกลี่ย ข้อ พิพาท. *Public Health Policy and Laws Journal*, 4(1), 108-119.
- จุฬารัตน์ แก้วกัญญา. (2550). สรุปสาระสำคัญ กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์. <https://www.krisdika.go.th/data/activity/act210.pdf>
- ชัยเสฏฐ์ พรหมศรี. (2550). การจัดการความขัดแย้งในองค์กร. ออฟเซ็ท ครีเอชั่น.
- ณรงค์ศักดิ์ อัจฉรานูวัฒน์, และ พระมหาดรชยา ฐมมหาโส. (2022). การ พัฒนา ผู้ โกล่เกลี่ย คู่ อาชีพ โดย พุทธ สันติวิธี. วารสาร สันติ ศึกษาปริทรรศน์ มจร, 10(1), 215-226.
- ตรีษา แซ่จิ่ง. (2554). ถอดบทเรียนการประชุมวิชาการแพทยศาสตรศึกษาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 11 “Globalization and Medical Education”. <https://www.gotoknow.org/posts/451617>
- ไทยพีบีเอส. (2561, 30 มกราคม). แหล่งศพประท้วง รพ. เอกชนใน จ.สมุทรปราการ ข้องใจสาเหตุลูกเสียชีวิต. <https://news.thaipbs.or.th/content/269778>
- นิธิพัฒน์ เขียวกุล. (2555). จริยธรรมทางการแพทย์ในยุคปัจจุบัน. <http://www.rcpt.org/index.php/2012-10-03-16-53-39/category/3-2012-10-09-14-46-45.html>
- ประสิทธิ์ กุลบุญญา. (2558). ความ ขัดแย้ง และ การ จัดการ ความ ขัดแย้ง ตาม หลัก พระพุทธ ศาสนา. *UBRU*, 5(1), 18-40.
- ปริยากร กมฺพชาติ. (2556). กรณี ศึกษา การ จัดการ ความ ขัดแย้ง ทาง การ แพทย์ ของ โรง พยาบาล แห่ง หนึ่ง. *Public Health Policy and Laws Journal*, 2(2), 191-208.
- ปิยาณี รอดบำรุง, และ วาสนิ วิเศษฤทธิ์. (2562). ประสบการณ์ การ ใช้ ศิลปะ การ โกล่เกลี่ย ที่ ประสบ ความ สำเร็จ

- ของ พยาบาล วิชาชีพ* Experiences of Using the Art of Successful Mediation in Professional Nurses. *Kuakarun Journal of Nursing*, 24(1), 70-85.
- พรชัย ขันดี. (2558). ทฤษฎีอาชญาวิทยา : หลักการ งานวิจัยและนโยบายประยุกต์. ศูนย์ฟิล์ม.
- รัฐพล เย็นใจมา. (2018). CONFLICT IN SOCIETY: THEORY AND SOLUTION: Rattaphon Yenjaima. *Journal of MCU Social Science Review*, 7(2), 224-238.
- เริงฤดี ปธานวนิช. (2017). องค์ประกอบของทฤษฎีปฏิบัติ. *Public Health Policy and Laws Journal*, 3(2), 211-227..
- วันชัย วัฒนศัพท์, กริช โบวสกี เอเล็กซ์, วงศา คงดี, สุวิทย์ เลหาศิริวงศ์, สถาบันดำรงราชานุภาพ, กองแผนพัฒนา, และ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สถาบันสันติศึกษา. (1997). คู่มือ การ แก้ไข ปัญหา ความ ขัดแย้ง.
- วันชัย วัฒนศัพท์, ศุภวัฒน์ กรวงษ์ธนวุธ, ภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์, ศิรินาถ ตงศิริ, ชนัญญา กาสินพิลา, และ สุจินันท์ หรสิทธิ์. (2557). การ ประชาเสวนา หา ทางออก ใน การ พัฒนา ระบบ การ สร้าง แรง จูงใจ บุคลากร สาธารณสุข เพื่อ ความเป็น ธรรม ใน ระบบ บริการ สุขภาพ.
- วารุณี สิทธิธรรมรงค์. (2563). เปิดสถิติ “คดีทางการแพทย์” 2561-2563 สู่แนวคิดสร้างเครือข่ายจัดระบบป้องกันปัญหาภาพรวม. <https://www.hfocus.org/content/2020/11/20529>
- วิชา มหาคุณ, ประธาน วัฒนวานิชย์, เฉชา สังขวรรณ, นัทธี จิตสว่าง, วันชัย รุจนวงศ์, ชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ, ปิยธิดา เจริญธรรม, เกรียงไกร วิทสุวรรณ, อังคณา บุญสิทธิ์, และ จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย. (2558). กระบวนการยุติธรรมเชิง สมานฉันท์: ทาง เลือก ใหม่ สำหรับ กระบวนการยุติธรรม ไทย.
- วิสุทธิ สัจฉเสวี. (2558). Legal Immunity for Medical Professionals. *Huachiew Chalermprakiet Law Journal*, 5(2), 19-34. <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/lawhcu/article/view/157968>
- สุพัชรินทร์ อัครธิตานนท์. (2551). พัฒนาการ ของ หลัก กฎหมาย *Volenti non fit injuria*: ศึกษา การ ปรับ ใช้ กับ ประเทศไทย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย].
- เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์. (2545). ความขัดแย้ง-การบริหารเพื่อความสำเร็จ. สำนักพิมพ์ตะเกียง.
- เหมือนฝัน เรณูมาศ, บุญบง ชัยเจริญวัฒน์. (2560). สันติวิธี: การจัดการความขัดแย้งตามแนวทางสันติวิธี. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 5(2), 1-16
- อดิเทพ พันธุ์ทอง. (2563). คำสาบานฮิปโปคราทีส คำปฏิญาณของหมอ ที่เสื่อมความหมายในสังคมปัจจุบัน. <https://thepeople.co/hippocratic-oath-lost-its-value-modern-society/?fbclid=IwAR0QEtiIEP3ITv6IZdk6ETjcrL4r7TluGCfZY6SjTCf6HZOx240Y3Em6aRo>
- อนุสรณ์ อยู่พร้อม. (2564). การ วิเคราะห์ องค์ประกอบ เชิง ยืนยัน ของ ประสิทธิภาพ ใน การ ระบุ ข้อ พิพาททางการ แพทย์ ใน เขต กรุงเทพมหานคร และ ปริมณฑล. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences)*, 7(1), 390-402.

อมร เจริญเกษ, สุดสงวน สุธีสร, และ เดชา สังขวรรณ. (2546). ทิศนะของประชาชนต่อการนำกระบวนการยุติธรรม
เชิงสมานฉันท์มาใช้ในกระบวนการยุติธรรมไทย.

อรรถพงษ์ ทิพย์อักษร. (2561). การ ไกล่เกลี่ย ข้อ พิพาท ทางการ แพทย์ ก่อน ฟ้อง คดี. *Nitipat NIDA Law
Journal*, 7(2), 29-40.

อุดมงาม เมืองสกุล, และ วิมลเรขา ศิริชัยราววรรณ. (2563). กฎหมาย การ ไกล่เกลี่ย ข้อ พิพาท ภาค ประชาชน.
วารสาร นิติศาสตร์ มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์, 49(2), 297-297.

เอี่ยมพา กาญจนรังสีชัย. (2557). แพทยสภา กับ การ พิจารณา คดี ด้าน จริยธรรม ของ แพทย์. วารสาร การ แพทย์
โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 29(3), 103-112..



ภาคผนวก

เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง/ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (สำหรับการสำรวจข้อมูลจากหน่วยงานที่รวบรวมข้อมูลความขัดแย้ง)

ชื่อโครงการวิจัย ...การจัดการความขัดแย้งเชิงสมานฉันท์กับบริการทางการแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครและ
ปริมณฑลช่วงแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (พ.ศ. 2563-2564)...

ชื่อผู้วิจัยหลัก ..นพ.ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล.....ตำแหน่ง.....นักศึกษามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน)ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)0 2201 1478..... โทรสาร0 2354 7299.....

โทรศัพท์มือถือ08 5573 0455..... อีเมลJOSH.PIYAWAT@GMAIL.COM.....

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควร
ทำความเข้าใจงานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่าง
ละเอียดรอบคอบ ท่านสามารถสอบถามได้ หากถ้อยความใดไม่ชัดเจน หรือขอข้อมูลเพิ่มเติมได้

2. โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาขนาดและลักษณะของความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับบริการทาง
การแพทย์ รวมทั้งความขัดแย้งใหม่ที่อาจเป็นผลกระทบจากโรคโควิด-19 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยนี้
คือเพื่อเป็นข้อมูลพัฒนากระบวนการหรือบริการบางประการที่ป้องกันการเกิดความขัดแย้ง จัดการความขัดแย้ง
ตลอดจนเสนอแนะการประยุกต์กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์มาใช้ ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้น 10 เดือน
จากเดือนธันวาคม 2564 ถึงเดือนกรกฎาคม 2565

3. ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้มีส่วนร่วมบริหารความขัดแย้งจากบริการทาง
การแพทย์ จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 91 หน่วยงาน

4. หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม ในประเด็นเกี่ยวกับความ
ขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการ (เช่น ผู้ป่วย ญาติ) กับผู้ให้บริการ (เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล) หรือบุคลากร
ทางการแพทย์ขัดแย้งต่อกัน (เช่น แพทย์ผู้ปฏิบัติ กับแพทย์ผู้บริหาร) โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม
ประมาณ 20 นาที ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

5. ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะขออนุญาตนำไปรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์ในการศึกษา รวมถึงเผยแพร่ผลการศึกษาโดยไม่ระบุตัวตนของท่านหรือสถานบริการที่ท่านสังกัด และจะดำเนินการทำลายข้อมูลตลอดจนข้อมูลอื่น ๆ ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับท่านภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

6. ท่านอาจรู้สึกอึดอัด หรืออาจรู้สึกไม่สบายใจอยู่บ้างกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด

7. ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม ผู้ที่มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลของท่านจะมีเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเท่านั้น

8. การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ โดยขออนุเคราะห์เป็นวิทยาทาน และท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทน

9. หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ โปรดสอบถามเพิ่มเติม โดยติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ท่านพิจารณาว่ายังสมัครใจจะมีส่วนร่วมในการให้สัมภาษณ์เชิงลึกต่อไปหรือไม่

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 2 สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารจามจุรี 1 ห้อง 114 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0 2218 3210-11 อีเมล curec2.ch1@chula.ac.th

ลงชื่อ

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

แบบสำรวจความขัดแย้งและการบริหารความขัดแย้งที่เกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์

คำแนะนำ ขอให้ผู้แทนของหน่วยงานที่รวบรวมและบริหารจัดการความขัดแย้งกรุณาตอบเพียงท่านเดียว โดยโปรดทำเครื่องหมาย ในช่องที่ต้องการตอบคำถาม หรือเติมคำตอบที่ท่านต้องการ

ส่วนที่ 1 ผู้บริหารจัดการความขัดแย้ง

1. หน่วยงานของท่านมีผู้ทำหน้าที่จัดการความขัดแย้งในสถานพยาบาลแห่งนี้ คน

2. โปรดบรรยายละเอียดของบุคลากรในหน่วยงาน

ท่านที่ 1 อายุ.....ปี เพศ ประสบการณ์ในหน่วยงาน เดือน

เคยหรือกำลังศึกษาทางนิติศาสตร์ ใช่ ไม่ใช่ ทางสาธารณสุข/การพยาบาล ใช่ ไม่ใช่

ตำแหน่งงานเดิมในสถานพยาบาล (ถ้ามี)

ท่านที่ 2 อายุ.....ปี เพศ ประสบการณ์ในหน่วยงาน เดือน

เคยหรือกำลังศึกษาทางนิติศาสตร์ ใช่ ไม่ใช่ ทางสาธารณสุข/การพยาบาล ใช่ ไม่ใช่

ตำแหน่งงานเดิมในสถานพยาบาล (ถ้ามี)

ท่านที่ 3 อายุ.....ปี เพศ ประสบการณ์ในหน่วยงาน เดือน

เคยหรือกำลังศึกษาทางนิติศาสตร์ ใช่ ไม่ใช่ ทางสาธารณสุข/การพยาบาล ใช่ ไม่ใช่

ตำแหน่งงานเดิมในสถานพยาบาล (ถ้ามี)

3. ในส่วนของหลักสูตรเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลาง หรือทักษะจัดการความขัดแย้ง บุคลากรในหน่วยงานของท่าน

ได้อบรมหลักสูตรเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลางตาม พรบ.ไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ.2562 จำนวน คน

ได้อบรมหลักสูตรที่มีฝึกปฏิบัติ เช่น workshop จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน คน

ได้รับฟังความรู้ด้านการจัดการความขัดแย้ง หรืออบรมภายในหน่วยงาน จำนวน คน

ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งใด ๆ จำนวน คน

4. หัวหน้าของหน่วยงานท่านเป็นวิชาชีพใด แพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย อื่น ๆ

5. ประเด็นเกี่ยวกับการบริหารความขัดแย้งที่หน่วยงานท่านต้องการสนับสนุนจากผู้บริหารเพื่อพัฒนามากที่สุด

.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของความขัดแย้ง

6. หน่วยงานของท่านได้รับเรื่องร้องเรียน หรือรับทราบความขัดแย้ง (หากมิได้ทำบันทึก สามารถประมาณค่าได้)

พ.ศ. 2563 จำนวน เรื่อง เรื่องที่ยกยอดดำเนินการต่อจาก พ.ศ. 2562 เรื่อง

ผู้ป่วย/ญาติขัดแย้งต่อบุคลากร เรื่อง

ดำเนินการยุติความขัดแย้งแล้ว เรื่อง เข้าสู่กระบวนการศาลยุติธรรม เรื่อง

เข้าสู่กระบวนการแพทยสภา เรื่อง พิจารณาเงินชดเชยจาก สปสช / ปกส เรื่อง

รับเฉพาะข้อติชม/ไม่ต้องดำเนินการ เรื่อง ไม่ยุติภายใน พ.ศ. 2563 เรื่อง

บุคลากรขัดแย้งกันเอง เรื่อง

ดำเนินการยุติความขัดแย้งแล้ว เรื่อง เข้าสู่กระบวนการศาลยุติธรรม เรื่อง

รับเฉพาะข้อติชม/ไม่ต้องดำเนินการ เรื่อง ไม่ยุติภายใน พ.ศ. 2563 เรื่อง

พ.ศ. 2564 จำนวน เรื่อง เรื่องที่ยกยอดดำเนินการต่อจาก พ.ศ. 2563 เรื่อง

ผู้ป่วย/ญาติขัดแย้งต่อบุคลากร เรื่อง

ดำเนินการยุติความขัดแย้งแล้ว เรื่อง เข้าสู่กระบวนการศาลยุติธรรม เรื่อง

เข้าสู่กระบวนการแพทยสภา เรื่อง พิจารณาเงินชดเชยจาก สปสช / ปกส เรื่อง

รับเฉพาะข้อติชม/ไม่ต้องดำเนินการ เรื่อง ไม่ยุติภายใน พ.ศ. 2563 เรื่อง

บุคลากรขัดแย้งกันเอง เรื่อง

ดำเนินการยุติความขัดแย้งแล้ว เรื่อง เข้าสู่กระบวนการศาลยุติธรรม เรื่อง

รับเฉพาะข้อติชม/ไม่ต้องดำเนินการ เรื่อง ไม่ยุติภายใน พ.ศ. 2564 เรื่อง

7. การจำแนกเหตุหลักของการเกิดความขัดแย้งของผู้ป่วย/ญาติต่อบุคลากร

(หากเรื่องเดียวกันมีหลายเหตุสามารถใส่หลายเหตุได้ และหากมีได้ทำบันทึก สามารถประมาณค่าเป็น % ได้)

พ.ศ. 2563	เหตุเกี่ยวกับให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม	..... เรื่อง / %
	เหตุเกี่ยวกับขาดสัมพันธภาพ	..... เรื่อง / %
	เหตุเกี่ยวกับเสียประโยชน์ เช่น ค่าบริการส่วนเกิน	..... เรื่อง / %
	เหตุเกี่ยวกับขัดความเชื่อและศาสนา	..... เรื่อง / %
	เหตุเกี่ยวกับทิวเขาปฏิบัติ หรือเหตุแทรกซ้อน	..... เรื่อง / %
	เหตุเกี่ยวกับระบบการส่งต่อ หรือรอคอยการตรวจ	..... เรื่อง / %
	เหตุอื่น .....	..... เรื่อง / %
	เหตุอื่น .....	..... เรื่อง / %
พ.ศ. 2564	เหตุเกี่ยวกับให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม	..... เรื่อง / %
	เหตุเกี่ยวกับขาดสัมพันธภาพ	..... เรื่อง / %
	เหตุเกี่ยวกับเสียประโยชน์ เช่น ค่าบริการส่วนเกิน	..... เรื่อง / %
	เหตุเกี่ยวกับขัดความเชื่อและศาสนา	..... เรื่อง / %
	เหตุเกี่ยวกับทิวเขาปฏิบัติ หรือเหตุแทรกซ้อน	..... เรื่อง / %
	เหตุเกี่ยวกับระบบการส่งต่อ หรือรอคอยการตรวจ	..... เรื่อง / %
	เหตุอื่น .....	..... เรื่อง / %
	เหตุอื่น .....	..... เรื่อง / %

8. การจำแนกเหตุหลักของการเกิดความขัดแย้งของบุคลากรต่อบุคลากร หรือผู้บริหาร (ถ้ามี)

พ.ศ. 2563	เหตุเกี่ยวกับภาระงาน	..... เรื่อง / %
	เหตุเกี่ยวกับสัมพันธภาพส่วนตัว	..... เรื่อง / %
	เหตุอื่น .....	..... เรื่อง / %

พ.ศ. 2564	เหตุเกี่ยวกับภาระงาน	..... เรื่อง / %
	เหตุเกี่ยวกับสัมพันธภาพส่วนตัว	..... เรื่อง / %
	เหตุอื่น .....	..... เรื่อง / %

9. ประเด็นความขัดแย้งที่ปัญหาของโรคโควิด-19 ที่หน่วยงานของท่านพบว่าแตกต่างจากก่อนการแพร่ระบาด

ไม่มี มี (โปรดระบุ)

10. หน่วยงานใช้วิธีการชดเชยเยียวยาและยุติความขัดแย้งของผู้ป่วย/ญาติต่อบุคลากร

(หากมิได้ทำบันทึก สามารถประมาณค่าเป็น % ได้)

พ.ศ. 2563	ใช้วิธีการเจรจา/ขอร้องเพียงอย่างเดียว	..... เรื่อง / %
	ใช้วิธีการเจรจา ให้บริการชดเชย	..... เรื่อง / %
	ใช้วิธีการเจรจา เงินเยียวยาจากสถานพยาบาล	..... เรื่อง / %
	ใช้ทั้งการเจรจา บริการ และเงินเยียวยา	..... เรื่อง / %
	วิธีอื่น ๆ .....	..... เรื่อง / %

พ.ศ. 2564	ใช้วิธีการเจรจา/ขอร้องเพียงอย่างเดียว	..... เรื่อง / %
	ใช้วิธีการเจรจา ให้บริการชดเชย	..... เรื่อง / %
	ใช้วิธีการเจรจา เงินเยียวยาจากสถานพยาบาล	..... เรื่อง / %
	ใช้ทั้งการเจรจา บริการ และเงินเยียวยา	..... เรื่อง / %
	วิธีอื่น ๆ .....	..... เรื่อง / %

11. วิธีชดเชยเยียวยาและยุติความขัดแย้งของบุคลากรต่อบุคลากร/ผู้บริหาร (หากมิได้บันทึก ประมาณค่าเป็น %)

พ.ศ. 2563	ใช้วิธีการเจรจา/ขอร้องเพียงอย่างเดียว	..... เรื่อง / %
	ใช้วิธีเจรจาและทำข้อตกลงร่วมกัน	..... เรื่อง / %

	วิธีอื่น ๆ .....	..... เรื่อง / %
พ.ศ. 2564	ใช้วิธีการเจรจา/ขอกฎัยเพียงอย่างเดียว	..... เรื่อง / %
	ใช้วิธีเจรจาและทำข้อตกลงร่วมกัน	..... เรื่อง / %
	วิธีอื่น ๆ .....	..... เรื่อง / %

12. ประเด็นการบริหารจัดการความขัดแย้งที่ปัญหาของโรคโควิด-19 ที่หน่วยงานของท่านพบว่าแตกต่างจากก่อนการแพร่ระบาด เช่น การใช้โทรศัพท์หรือประชุมออนไลน์เพื่อเจรจา การลดจำนวนสมาชิกเข้าเจรจา เป็นต้น

ไม่มี มี (โปรดระบุ)

.....

.....

13. ท่านหรือสมาชิกในหน่วยงานของท่านเคยได้ยินกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์บ้างหรือไม่

ไม่เคย เคย จากสมาชิกส่วนน้อย เคย จากสมาชิกส่วนใหญ่

14. ท่านหรือสมาชิกในหน่วยงานของท่านสนใจใช้กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ประยุกต์ใช้ทำงานหรือไม่

ไม่สนใจ สนใจ จากสมาชิกส่วนน้อย สนใจ จากสมาชิกส่วนใหญ่

15. ปัญหาหรืออุปสรรคที่สำคัญเกี่ยวกับการบริหารความขัดแย้ง (ถ้ามี)

.....

.....

16. รูปแบบการบริหารความขัดแย้งที่ท่านเห็นว่ามีประสิทธิภาพหรือมีความสำคัญต่อความสำเร็จ

.....

.....

17. ขอขอบพระคุณที่ท่านสละเวลาตอบแบบสำรวจ หากผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่ ท่านประสงค์

ไม่ต้องแจ้งเตือน แจ้งเตือนผ่านอีเมล

ส่วนที่ 3

18. หากผู้วิจัยต้องการสัมภาษณ์รายละเอียดและประสบการณ์กับตัวแทนของหน่วยงานของท่าน โดยระบบประชุมทางไกล หรือโทรศัพท์ ซึ่งหน่วยงานของท่าน

ไม่สนใจ

ยินดีให้ข้อมูลเพิ่มเติม โดยนัดหมายกับ (ชื่อ/หน่วยงาน)

ผ่านช่องทาง โทรศัพท์ หมายเลข

อีเมล

สื่อสังคมออนไลน์

โครงร่างแนวการสัมภาษณ์เชิงลึก (กลุ่มที่ 1)

กลุ่มที่ 1 ผู้แทนของผู้รับข้อร้องเรียนและเป็นผู้เจรจาไกล่เกลี่ย

1. ในปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งใดในหน่วยงานนี้ และมีหน้าที่ความรับผิดชอบใดบ้าง
2. ท่านเห็นว่าความขัดแย้งทางการแพทย์มีลักษณะอย่างไร (ความสัมพันธ์ ข้อมูล ค่านิยม ผลประโยชน์ โครงสร้าง) และอะไรทำให้ท่านมีความเห็นเช่นนั้น
3. ท่านเห็นว่าปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับความขัดแย้ง (ผู้รับบริการ สถานพยาบาล อื่น ๆ)
4. ท่านเห็นว่าเรื่องร้องเรียนและความขัดแย้งมีปริมาณและความเปลี่ยนแปลงในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ อย่างไร
5. จากประสบการณ์ของท่านที่เป็นผู้เจรจาไกล่เกลี่ย ท่านมีกระบวนการจัดการอย่างไรบ้าง
 - 5.1 ท่านมีวิธีเลือกกระบวนการด้วยปัจจัยใด และดำเนินการอย่างไร (หรือยกตัวอย่างกรณีศึกษา)
 - 5.2 ท่านพบว่าทางออกของความขัดแย้ง (เสียเวลา) มักเป็นการปฏิบัติลักษณะใด
6. ท่านเห็นว่าความสำเร็จของการจัดการความขัดแย้งดังกล่าวคืออะไร
 - 6.1 ท่านรู้สึกถึงความยุติธรรมที่ได้รับจากเหตุการณ์ดังกล่าวเมื่อใด เกิดสิ่งใดบ้างที่รู้สึกเช่นนั้น
 - 6.2 ท่านทราบเกี่ยวกับกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์หรือไม่ อย่างไร (การนำมาใช้ หรือสนใจนำมาใช้)
 - 6.3 คุณวุฒิ และคุณสมบัติของผู้เจรจาที่จะนำไปสู่ความสำเร็จมีอะไรบ้าง
 - 6.4 ในรายที่จัดการความขัดแย้งสำเร็จจะมีปัจจัยอะไรบ้าง และเกิดความรู้สึกอย่างไรในฐานะผู้จัดการความขัดแย้งเมื่อคู่ขัดแย้งเกิดความพึงพอใจขึ้น
7. ท่านเห็นว่าปัญหาและอุปสรรคในการจัดการความขัดแย้งคืออะไรบ้าง
 - 7.1 การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคเพิ่มเติมอย่างไร
 - 7.2 ท่านเสนอแนะว่าควรพัฒนาระบบหรือผู้ไกล่เกลี่ยอย่างไรเพื่อให้เกิดความสำเร็จมากยิ่งขึ้น
8. ท่านมีคู่ขัดแย้งที่ประสบความสำเร็จในการเจรจาไกล่เกลี่ย และสะดวกใจแนะนำให้สัมภาษณ์เพื่อการศึกษาดูเรื่องท่านใดบ้าง

โครงร่างแนวการสัมภาษณ์เชิงลึก (กลุ่มที่ 2)

กลุ่มที่ 2 ผู้ที่เป็นคู่ขัดแย้งที่ผ่านการเจรจาไกล่เกลี่ยทางการแพทย์

1. ในปัจจุบันท่านศึกษาหรือทำงาน สุขภาพในปัจจุบันเป็นอย่างไรบ้าง
 - 1.1 ท่านได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพหรือการแพร่ระบาดของโควิด 19 อย่างเป็นอย่างไรบ้างในการ (ให้หรือรับ) บริการดังกล่าว
 - 1.2 ท่าน (ให้หรือรับ) บริการที่สถานพยาบาลมานานเพียงใด
2. ท่านเคยมีความขัดข้องในการ (ให้หรือรับ) บริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลนี้หรือไม่บ้าง
3. ปัจจุบันท่านยังรู้สึกคับข้องใจในการบริการดังกล่าวมากน้อยเพียงใด เพราะเหตุใด (ปัจจัย)
4. หากท่านสะดวกใจ ขอให้เล่าปัญหาที่ทำให้เกิดความขัดข้องดังกล่าว (ปัจจัยและกระบวนการ)
 - 4.1 ขณะนั้นท่านรู้สึกอย่างไร
 - 4.2 ท่านมีความคิดจัดการปัญหาดังกล่าวอย่างไรบ้าง ได้ทำอะไรบ้าง
 - 4.3 ท่านได้พบกับผู้ประสานงานจัดการปัญหาบริการทางการแพทย์ (ผู้ไกล่เกลี่ย) เมื่อใด
 - 4.4 ท่านเห็นว่าผู้ประสานงานช่วยเหลือท่านอย่างไรบ้าง รู้สึกอย่างไรบ้าง
 - 4.5 ท่านมีมุมมองว่าผู้ (ให้หรือรับ) บริการที่ท่านคับข้องใจด้วยเป็นอย่างไร
 - 4.6 ท่านเห็นว่าหากผู้ (หรือตนเอง) ปฏิบัติอย่างไรจึงจะเกิดความขัดแย้งน้อยลง
 - 4.7 ท่านรู้สึกถึงความยุติธรรมที่ได้รับจากเหตุการณ์ดังกล่าวเมื่อใด เกิดสิ่งใดบ้างที่รู้สึกเช่นนั้น
5. ท่านมีมุมมองต่อการบริการของสถานพยาบาลเปลี่ยนไป หลังเกิดสถานการณ์ดังกล่าวอย่างไร
 - 5.1 ท่านเสนอแนะว่าผู้ (ให้หรือรับ) บริการควรปฏิบัติอย่างไรจึงจะเกิดความขัดแย้งน้อยลง
 - 5.2 ท่านมีข้อเสนอแนะให้ผู้ประสานงาน (ผู้ไกล่เกลี่ย) อย่างเป็นอย่างไรบ้าง
 - 5.3 ท่านมีข้อเสนอแนะให้ผู้บริหารเพื่อลดโอกาสเกิดความขัดแย้งในอนาคตอย่างไรบ้าง

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	Piyawat Dendumrongkul
วัน เดือน ปี เกิด	17 February 1983
สถานที่เกิด	Bangkok
วุฒิการศึกษา	Bachelor of law, Sukhothai Open University Doctor of Medicine, Thammasat University Graduate Diploma in Clinical Medical Sciences (Family Medicine) Diploma of the Thai Board of Psychiatry Diploma of the Thai Board of Addiction Psychiatry
ที่อยู่ปัจจุบัน	14 soi Latphrao 89 Wangthonglang district Bangkok