รายงานวิจัย

จริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

(Ethics of Physician)

นพ.วิรัช ทุ่งวชิรกุล

ผศ.ดร.แสงเทียน อยู่เถา

นพ.มานัส โพธาภรณ์

สนับสนุนทุนวิจัยจาก

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

2556

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

เรื่อง

จริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

(Ethics of Physician)

โดย

นายแพทย์วิรัช ทุ่งวชิรกุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แสงเทียน อยู่เถา

นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์

สนับสนุนทุนวิจัยจาก

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

๒๕๕๖

บทคัดย่อ

การศึกษาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ มีวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อศึกษากรอบประเด็นจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์, แนวคิดและประเด็นย่อยของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากกรณีตัวอย่าง และเพื่อจัดทำสรุปแนวทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยสัมภาษณ์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ๑๑ คน สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วยแพทย์ผู้ให้การรักษา,แพทย์ในองค์กรวิชาชีพ, ผู้พิพากษา, อัยการ, ทนาย, ตำรวจ, องค์กรเฝ้าระวัง และผู้รับบริการหรือครอบครัว ๘๐ คน และสอบถามตามสัดส่วนกลุ่มผู้เกี่ยวข้องจำนวน ๕๐๘ คน

จากการศึกษาพบว่าประเด็นสำคัญที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญคืออิทธิพลของธุรกิจยาและธุรกิจโรงพยาบาล, ความสัมพันธ์ของแพทย์และผู้ป่วย, การมีเจตนาดี หลักเลี่ยงอันตราย และเลือกการรักษาให้เหมาะสม, ผลักดันให้เป็นบรรทัดฐานนำสู่การปฏิบัติ, ปฏิบัติตามหน้าที่และหลักวิชาการ, เพิ่มมุมมองทางด้านจิตใจ, ความสลับซับซ้อนในการรับสินบน, สิทธิผู้ป่วย, และแบบอย่างคำสอนของพระราชบิดา เป็นประเด็นหลัก ทัศนคติโดยรวมจากการศึกษาพบว่าสามารถยอมรับในประเด็นจริยธรรมของแพทย์เรื่อง การสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศ สูงสุด ถัดมาคือ รับของแจกไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท, รับทุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัย, สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย, รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนา, แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรค และการใช้ดุลยพินิจของแพทย์ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ตรงกับผู้ป่วยหรือญาติ ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่ไม่สามารถยอมรับได้คือแพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย รับไม่ได้สูงสุด ถัดมา คือ รับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว, แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน, ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง และรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามองค์กรตามลำดับ โดยมีทัศนคติว่าแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐยังยอมรับได้ว่ามีจริยธรรมสูงสุด ถัดมาเป็นในโรงพยาบาลเอกชน และในคลินิก ต่ำสุด โดยมีค่าโดยรวมยังอยู่ในระดับที่พอยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป ผลการศึกษาในส่วนของแนวทางการพัฒนาจริยธรรมแพทย์นั้น เห็นว่า ควรให้อาจารย์แพทย์ทำเป็นตัวอย่างสูงสุด ถัดมาคือ ให้นักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท, ให้มีการเรียนจริยธรรมจากกรณีศึกษา และนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ควรมีการนำแนวทางที่ได้ไปประชาสัมพันธ์เผยแพร่สู่สังคมในวงกว้างให้เข้าใจเรื่องจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ให้มากขึ้น ผลักดันให้มีการดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาจริยธรรมในระดับชาติ จัดการประชุมวิชาการด้านจริยธรรมในวิชาชีพในประเทศไทย นำ

ประเด็นการศึกษาไปเป็นแนวทางในการผลักดันให้องค์กรวิชาชีพแพทย์ นำไปดำเนินการพิจารณาใช้ให้เป็นรูปธรรม รวมถึงสนับสนุนให้มีการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมในทุกระดับชั้น ตั้งแต่ระดับประถมศึกษาจนถึงระดับบัณฑิตศึกษา

คำสำคัญ : จริยธรรม, จริยธรรมวิชาชีพ, วิชาชีพแพทย์, จริยธรรมวิชาชีพแพทย์

Abstract

The objectives of medical ethic were to explore the framework of medical ethics, to collect opinions from the stakeholders from case studies, and to summarize the guideline of medical ethics. The combination of quantitative and qualitative methodologies was applied in the research. The in-depth interviews were conducted with 11 medical specialists as well as 80 stakeholders including practitioners, doctors in medical professional association, judges, prosecutors, lawyers, polices, monitoring organization representatives, and patients. The questionnaire survey was conducted with total 508 stakeholders.

The ethical issues that the respondents concern about included influence of drug an hospital business, relationship between doctor and patient, good intention, risk avoidance, treatment selection, norm of practice, professionalization, human heart, complexity of bribe, patient's rights, and Prince Mahidol's speech. Most of respondents could accept the medical ethics in term of prescribing domestic chemical drug, followed by receiving premium gift (valued less than 3,000 Thai Baht), receiving research fund from drug company, prescribing medicine via telephone (for trivial symptom), receiving seminar fund from drug company, curing all symptoms by a medical specialist, and making decision to the terminally ill patient that against the opinion of patient's relatives. The unacceptable issues included avoiding patient's rights, followed by obtaining personal benefit from equipment order, giving special treatments by general practitioner, avoiding to suggest important notices to the patients, and obtaining commissions from equipment ordering on behalf of organization. According to respondents' attitude, the doctors in government hospital have the highest ethic, followed by doctors in the private hospital and doctors in clinic. The overall medical ethic is inacceptable level; however it should be considered case by case. For the suggestions to develop medical ethic, the medical teachers should show the good performance to the students. The medical students should go to the rural area for internship. Ethical case studies must be discussed in the class and the medical students should attend the religious activities.

The research findings from this study must be widely published to the society to increase the understanding of medical ethics. The medical ethics plan must be conducted in the national level. The

professional ethics conference should be arranged to push ethical issues into practice. It is also important to provide ethical education from primary school to the graduate level.

Keywords: ethic, professional ethics, medical profession, medical ethics, ethics of physician

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นโครงการที่ได้รับการสนับสนุนวิจัยใน โครงการวิจัยที่ได้รับทุนอุดหนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) (The Thailand Research Fund (TRF))

รายงานการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากบุคคลและหน่วยงานจากหลายภาคส่วน ซึ่งมิอาจจะนำมากล่าวได้หมด โดยเฉพาะคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการศึกษาจริยธรรมในวิชาชีพสาขาต่างๆ รวมถึงจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ และโรงพยาบาลราชวิถีที่เอื้อเฟื้อสถานที่ในการจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง

ขอขอบพระคุณแพทยสภา, แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย, มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค, ศาลประจำจังหวัด, สำนักงานอัยการประจำจังหวัด, สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวง ทบวง กรม และโรงพยาบาลเอกชน, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, แพทย์, ตำรวจ, ทนายความ, อัยการ, ผู้พิพากษา, บุคลากรในมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, บุคลากรในสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และประชาชนผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.สวัสดิ์ ตันตระรัตน์ ที่สนับสนุนโครงการและให้คำแนะนำในการดำเนินการโครงการวิจัย และ รองศาสตราจารย์ ดร.วริยา ชินวรรโณ คณบดีคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ผลักดัน ให้คำแนะนำ และติดตามความก้าวหน้าของโครงการมาอย่างต่อเนื่อง

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.คนางค์ คันธมธุรพจน์ ที่ช่วยจัดทำบทคัดย่อภาษาอังกฤษ และอาจารย์ศิริญญา อยู่เถา ที่ติดต่อประสานงานผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ให้ข้อมูลตลอดโครงการ

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ในการให้คำแนะนำและเป็นผู้บรรยายและรับฟังความคิดเห็นจากแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง และรองศาสตราจารย์ นพ.ศิริพงศ์ สวัสดิมงคล ที่วิพากษ์งานวิจัย และให้คำแนะนำในการดำเนินการวิจัยมาตลอดโครงการ

มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. ๒๕๕๖

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ข-ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง-จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฌ-ด
สารบัญแผนภาพ	ด
บทที่ ๑ บทนำ	๑ - ๔
บทที่ ๒ ทบทวนวรรณกรรม	๕ - ๕๑
เกี่ยวกับความหมายของจริยธรรม (Ethics) และจริยธรรมทางการแพทย์ (Medical Ethics) และคำที่เกี่ยวข้อง	๕-๘
ศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับที่มาของจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์	๘-๑๑
จากแนวคิดของพระมหิศตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก	๑๒-๑๔
จากแนวคิดของพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต)	๑๔-๑๕
ศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมเกี่ยวกับประวัติการแพทย์และจรรยาบรรณ จริยธรรมแพทย์	๑๕-๒๖
อิทธิพลของศาสนาที่มีต่อจริยธรรมทางการแพทย์	๒๖-๒๗
ศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับความเป็นมาของหลักจริยธรรมในประเทศไทย	๒๗-๓๐
ศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับข้อบังคับแพทยสภา	๓๐-๔๓
ศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมเกี่ยวกับประวัติการแพทย์และจรรยาบรรณ จริยธรรมแพทย์	๔๓-๕๐
ศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับกลไกการควบคุมทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์	๔๘-๕๑
บทที่ ๓ ระเบียบวิธีวิจัย	๕๒-๖๗
วิธีการศึกษา	๕๒-๕๓
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	๕๓-๕๕
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	๕๖-๖๒
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	๖๓
วิธีการเก็บข้อมูล	๖๓-๖๔

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	๖๔-๖๕
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์	๖๕-๖๗
บทที่ ๔ ผลการศึกษาแนวคิดประเด็นหลักและประเด็นย่อยต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์	๖๘-
ตอนที่ ๑ ศึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๑๑ คน	๖๘-๘๖
ผลการศึกษาประเด็นหลักจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ	๘๖-๘๙
ตอนที่ ๒ การศึกษาโดยการสัมภาษณ์ จำนวน ๘๐ คน	๘๙-
กลุ่มที่ ๑ เป็นกลุ่มแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา จำนวน ๒๐ คน ได้ผลการศึกษาดังนี้	๘๙-๑๔๖
กลุ่มที่ ๒ เป็นกลุ่มองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	๑๔๖-๒๑๙
องค์กรที่เป็นกลุ่มองค์กรวิชาชีพแพทย์	๑๔๖-๑๖๔
องค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง	๑๖๔-๑๘๖
องค์กรที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย	๑๘๖-๒๑๙
ตำรวจ	๑๘๖-๑๙๗
ผู้พิพากษา	๑๙๗-๒๐๖
อัยการ	๒๐๖-๒๑๓
ทนายความ	๒๑๓-๒๑๙
กลุ่มที่ ๓ เป็นกลุ่มผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัวจำนวน ๔๐ คน	๒๑๙-๒๖๖
สรุปรวมจากการศึกษาแนวคิดในประเด็นย่อยจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์กลุ่มต่างๆ จำนวน ๘๐ คน	๒๖๖-๒๘๔
บทที่ ๕ ผลการศึกษาทัศนคติต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์	๒๘๕-๓๖๔
การศึกษาโดยแบบสอบถามจำนวน ๕๐๘ ตัวอย่าง	๒๘๕-๒๙๙
ผลการศึกษาในรายกลุ่มตัวอย่าง	๒๙๙-๓๕๔
วิเคราะห์แยกในแต่ละประเด็น	๓๕๕-๓๖๔
บทที่ ๖ สรุป อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	๓๖๕-
สรุปประเด็นจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย	๓๖๕-๓๖๖
สรุปความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ในประเด็นที่ย่อยจากประเด็นที่สำคัญ	๓๖๖-๓๗๗

หน้า

สรุปผลการศึกษาในประเด็นทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากแนวคิดกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ๓๗๗-๓๘๐
สรุปประเด็นแนวทางในการพัฒนาจริยธรรมเกี่ยวกับการให้การศึกษาทางจริยธรรม ๓๘๐-๓๘๑
สรุปทัศนคติต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ๓๘๑-
สรุปค่าทัศนคติในการยอมรับต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ๓๘๑-๓๘๔
สรุปทัศนคติระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ๓๘๔-๓๘๖
สรุปค่าการยอมรับโดยรวมต่อจริยธรรมของแพทย์ในองค์กรที่แตกต่างกัน ๓๘๗
สรุปทัศนคติเรื่องความเห็นด้วยต่อแนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ๓๘๗
อภิปรายผลการศึกษาประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ๓๘๗-๓๙๕
สรุปความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตัวโดยรวมของแพทย์จากมุมมองในแต่ละกลุ่มของผู้เกี่ยวข้อง ๓๙๕
สรุปความคิดเห็นต่อประเด็นจริยธรรมหลักของแพทย์โดยรวมจากมุมมองในแต่ละกลุ่มของผู้เกี่ยวข้อง ๓๙๕-๓๙๖
แนวทางในการจัดทำจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ๓๙๖-๔๐๕
ข้อเสนอแนะ ๔๐๕-๔๐๘
บรรณานุกรม ๔๐๙-๔๑๒
ภาคผนวก ๔๑๓-๔๒๖

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ ๑ แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทัศนคติ	๕๗
ตารางที่ ๒ แสดงจำนวนกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการศึกษาประเด็นย่อยจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์	๕๘
ตารางที่ ๓ แสดงเพศของทุกกลุ่มตัวอย่าง	๓๐๕
ตารางที่ ๔ แสดงอายุของทุกกลุ่มตัวอย่าง	๓๐๕
ตารางที่ ๕ แสดงรายได้ของกลุ่มทุกตัวอย่าง	๓๐๖
ตารางที่ ๖ แสดงระดับการศึกษาของทุกกลุ่มตัวอย่าง	๓๐๖-๓๐๗
ตารางที่ ๗ แสดงกลุ่มตัวอย่างต่างๆ ในการศึกษา	๓๐๗
ตารางที่ ๘ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากทุกกลุ่มตัวอย่าง	๓๐๘-๓๑๓
ตารางที่ ๙ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับกับระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมจากทุกกลุ่มตัวอย่าง	๓๑๔-๓๑๗
ตารางที่ ๑๐ ผลการวิเคราะห์ค่าการยอมรับและระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในรายประเด็น จากทุกกลุ่มตัวอย่าง	๓๑๘-๓๑๙
ตารางที่ ๑๑ ผลการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ในรายประเด็นระหว่างการยอมรับกับระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม	๓๑๙-๓๒๐
ตารางที่ ๑๒ ผลการวิเคราะห์แนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากทุกกลุ่มตัวอย่าง	๓๒๐
ตารางที่ ๑๓ แสดงเพศของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา	๓๒๑
ตารางที่ ๑๔ แสดงอายุของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา	๓๒๒
ตารางที่ ๑๕ แสดงรายได้ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา	๓๒๒
ตารางที่ ๑๖ แสดงระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา	๓๒๓
ตารางที่ ๑๗ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของการยอมรับ จากกลุ่มตัวอย่างแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา	๓๒๔-๓๒๕
ตารางที่ ๑๘ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของ ค่าระดับความผิดจริยธรรม จากกลุ่มตัวอย่างแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา	๓๒๕-๓๒๗

หน้า

ตารางที่ ๑๙ ผลการวิเคราะห์แนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากกลุ่มตัวอย่างแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา ๓๒๘
ตารางที่ ๒๐ แสดงเพศของกลุ่มตัวอย่างองค์กรวิชาชีพแพทย์ ๓๓๐
ตารางที่ ๒๑ แสดงอายุของกลุ่มตัวอย่างองค์กรวิชาชีพแพทย์ ๓๓๑
ตารางที่ ๒๒ แสดงรายได้ของกลุ่มตัวอย่างองค์กรวิชาชีพแพทย์ ๓๓๑
ตารางที่ ๒๓ แสดงระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างองค์กรวิชาชีพแพทย์ ๓๓๒
ตารางที่ ๒๔ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของการยอมรับ จากกลุ่มตัวอย่างองค์กรวิชาชีพแพทย์ ๓๓๒-๓๓๔
ตารางที่ ๒๕ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของ ค่าระดับความผิดจริยธรรม จากกลุ่มตัวอย่างองค์กรวิชาชีพแพทย์ ๓๓๔-๓๓๖
ตารางที่ ๒๖ ผลการวิเคราะห์แนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากกลุ่มตัวอย่างองค์กรวิชาชีพแพทย์ ๓๓๗
ตารางที่ ๒๗ แสดงเพศของกลุ่มตัวอย่างองค์กรผู้เฝ้าระวังฯ ๓๓๙
ตารางที่ ๒๘ แสดงอายุของกลุ่มตัวอย่างองค์กรผู้เฝ้าระวังฯ ๓๓๙-๓๔๐
ตารางที่ ๒๙ แสดงรายได้ของกลุ่มตัวอย่างองค์กรผู้เฝ้าระวังฯ ๓๔๐
ตารางที่ ๓๐ แสดงระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างองค์กรผู้เฝ้าระวังฯ ๓๔๑
ตารางที่ ๓๑ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของการยอมรับ จากกลุ่มตัวอย่างองค์กรผู้เฝ้าระวังฯ ๓๔๑-๓๔๒
ตารางที่ ๓๒ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของค่าระดับความผิดจริยธรรม จากกลุ่มตัวอย่างองค์กรผู้เฝ้าระวังฯ ๓๔๓-๓๔๔
ตารางที่ ๓๓ ผลการวิเคราะห์แนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากกลุ่มตัวอย่างองค์กรผู้เฝ้าระวังฯ ๓๔๕
ตารางที่ ๓๔ แสดงเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้พิพากษา, อัยการ ๓๔๗
ตารางที่ ๓๕ แสดงอายุของกลุ่มตัวอย่างผู้พิพากษา, อัยการ ๓๔๗-๓๔๘
ตารางที่ ๓๖ แสดงรายได้ของกลุ่มตัวอย่างผู้พิพากษา, อัยการ ๓๔๘
ตารางที่ ๓๗ แสดงระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้พิพากษา, อัยการ ๓๔๘-๓๔๙
ตารางที่ ๓๘ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของการยอมรับ จากกลุ่มตัวอย่างผู้พิพากษา, อัยการ ๓๔๙-๓๕๑

หน้า

ตารางที่ ๓๙ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของ ค่าระดับความผิดจริยธรรม จากกลุ่มตัวอย่างผู้พิพากษา, อัยการ ๓๕๑-๓๕๒
ตารางที่ ๔๐ ผลการวิเคราะห์แนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากกลุ่มตัวอย่างผู้พิพากษา, อัยการ ๓๕๓-๓๕๔
ตารางที่ ๔๑ แสดงเพศของกลุ่มตัวอย่างตำรวจ, ทนายความ ๓๕๖
ตารางที่ ๔๒ แสดงอายุของกลุ่มตัวอย่างตำรวจ, ทนายความ ๓๕๖
ตารางที่ ๔๓ แสดงรายได้ของกลุ่มตัวอย่างตำรวจ, ทนายความ ๓๕๖-๓๕๗
ตารางที่ ๔๔ แสดงระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างตำรวจ, ทนายความ ๓๕๗
ตารางที่ ๔๕ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของการยอมรับ จากกลุ่มตัวอย่างตำรวจ, ทนายความ ๓๕๗-๓๕๘
ตารางที่ ๔๖ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของ ค่าระดับความผิดจริยธรรม จากกลุ่มตัวอย่างตำรวจ, ทนายความ ๓๕๘-๓๖๑
ตารางที่ ๔๗ ผลการวิเคราะห์แนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากกลุ่มตัวอย่างตำรวจ, ทนายความ ๓๖๑-๓๖๒
ตารางที่ ๔๘ แสดงเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว ๓๖๔
ตารางที่ ๔๙ แสดงอายุของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว ๓๖๔-๓๖๕
ตารางที่ ๕๐ แสดงรายได้ของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว ๓๖๕
ตารางที่ ๕๑ แสดงระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว ๓๖๖
ตารางที่ ๕๒ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของการยอมรับ จากกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว ๓๖๖-๓๖๘
ตารางที่ ๕๓ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของ ค่าระดับความผิดจริยธรรม จากกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว ๓๖๘-๓๗๐
ตารางที่ ๕๔ ผลการวิเคราะห์แนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว ๓๗๐-๓๗๑
ตารางที่ ๕๕ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของการยอมรับ ระดับความผิดจริยธรรม และค่าความสัมพันธ์ระหว่างกันจากตัวอย่างทั้งหมด ๓๗๕-๓๗๖

หน้า

ตารางที่ ๕๖ วิเคราะห์เปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มเพศ ในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์ ๓๗๘
ตารางที่ ๕๗ วิเคราะห์เปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มเพศ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ ๓๗๘
ตารางที่ ๕๘ วิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มอายุ ในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์ ๓๗๘
ตารางที่ ๕๙ วิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มอายุ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ ๓๗๙
ตารางที่ ๖๐ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มอายุ หลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มอายุ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ ๓๗๙
ตารางที่ ๖๑ วิเคราะห์เปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มรายได้ ในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์ ๓๘๐
ตารางที่ ๖๒ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มรายได้ หลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มรายได้ ในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์ ๓๘๐-๓๘๑
ตารางที่ ๖๓ วิเคราะห์เปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มรายได้ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ ๓๘๑
ตารางที่ ๖๔ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มรายได้ หลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มรายได้ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ ๓๘๑-๓๘๒
ตารางที่ ๖๕ วิเคราะห์เปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มระดับการศึกษาในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์ ๓๘๒
ตารางที่ ๖๖ วิเคราะห์เปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มระดับการศึกษาในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ ๓๘๒-๓๘๓

หน้า

ตารางที่ ๖๗ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มระดับการศึกษา หลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มระดับการศึกษา ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ ๓๘๓
ตารางที่ ๖๘ วิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์ ๓๘๔
ตารางที่ ๖๙ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ หลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์ ๓๘๔-๓๘๕
ตารางที่ ๗๐ วิเคราะห์เปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ ๓๘๕
ตารางที่ ๗๑ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ หลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ ๓๘๖
ตารางที่ ๗๒ วิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความยอมรับ ในประเด็นเรื่อง ความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล ของแพทย์ ๓๘๗
ตารางที่ ๗๓ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ หลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความยอมรับ ในประเด็นเรื่อง ความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล ของแพทย์ ๓๘๘-๓๘๙

หน้า

ตารางที่ ๗๔ วิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง ความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาลของแพทย์ ๓๘๘

ตารางที่ ๗๕ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ หลังการวิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง ความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล ของแพทย์ ๓๘๙

ตารางที่ ๗๖ วิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความยอมรับ ในประเด็นเรื่อง สินบนแพทย์ ๓๙๐

ตารางที่ ๗๗ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ หลังการวิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความยอมรับ ในประเด็นเรื่อง สินบนแพทย์ ๓๙๑

ตารางที่ ๗๘ วิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง สินบนแพทย์ ๓๙๑

ตารางที่ ๗๙ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ หลังการวิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง สินบนแพทย์ ๓๙๒

ตารางที่ ๘๐ วิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความยอมรับ ในประเด็นเรื่อง ประเด็นเรื่อง สิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม ของแพทย์ ๓๙๓

หน้า

ตารางที่ ๘๑ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ หลังการวิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความยอมรับในประเด็นเรื่อง ประเด็นเรื่อง สิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม ของแพทย์ ๓๙๓-๓๙๔

ตารางที่ ๘๒ วิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง ประเด็นเรื่อง สิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม ของแพทย์ ๓๙๔

ตารางที่ ๘๓ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ หลังการวิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง ประเด็นเรื่อง สิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม ของแพทย์ ๓๙๕

ตารางที่ ๘๔ วิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความยอมรับ ในประเด็นเรื่อง การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ของแพทย์ ๓๙๖

ตารางที่ ๘๕ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ หลังการวิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความยอมรับ ในประเด็นเรื่อง การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ของแพทย์ ๓๙๖-๓๙๗

ตารางที่ ๘๖ วิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ของแพทย์ ๓๙๗

หน้า

ตารางที่ ๘๗ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับ
จริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ หลังการวิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่
ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความ
คิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง การปฏิเสธการรักษายื้อ
ชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ของแพทย์ ๓๙๘

สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพ ๑ กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ๔

บทที่ ๑
บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่อยู่คู่กับมนุษย์ซึ่งไม่มีใครอาจล่วงพ้นได้ เมื่อมนุษย์เกิดความเจ็บป่วยขึ้น มนุษย์จะพยายามแสวงหาวิธีบำบัดรักษา ซึ่งมักเริ่มต้นจากการลองผิดลองถูก และเนื่องจากมนุษย์มีมันสมองดี มีสังคมจึงมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีความทรงจำทำให้รวบรวมข้อมูลได้มากขึ้น เมื่อมีผู้สนใจที่จะรวบรวมความรู้เช่นนี้ ในที่สุดก็เกิดอาชีพที่เรียกว่าแพทย์ขึ้นอันหมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่ให้การรักษา บำบัดความเจ็บป่วย ซึ่งนับว่าได้ทำการพยาบาลควบคู่กันไปในตัว การดูแลรักษามักต้องมีผู้ช่วยเสมอ ๆ และได้พัฒนาต่อมาจนเป็นองค์กรของวิชาชีพโดยเฉพาะก็คือ วิชาชีพแพทย์ ด้วยเหตุนี้เองแพทย์จึงจัดเป็นกลุ่มผู้มีหน้าที่ดูแลทุกข์สุขเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยของผู้คนในสังคมก่อนที่จะมีองค์กรของวิชาชีพอย่างในปัจจุบัน คนที่เป็นแพทย์หรือเป็นหมอมักตั้งตัวเองขึ้นมา เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ไม่มีใครควบคุมจรรยาบรรณหรือจริยธรรมแห่งวิชาชีพ มีเพียงระดับคุณธรรมของบุคคลคนนั้น ซึ่งมีทั้งที่มีความรู้จริง หรือรู้บ้างไม่รู้บ้าง ส่วนทฤษฎีที่ใช้ในการรักษา มีทั้งที่รับถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษและส่วนที่ตัวเองเข้าใจเอง ส่วนมากมักอ้างอิงเรื่องที่เป็นนามธรรมซึ่งมองไม่เห็น จับต้องไม่ได้โดยทั่วไป เช่น อิงอยู่กับหลัก ดิน น้ำ ลม ไฟ หรือพวกภูตผี ปีศาจ สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็นปัญหาที่ประสบอยู่ทั่วไปทั้งในและนอกประเทศไทย เมื่อสังคมมีการพัฒนาและวิวัฒนาการทางสังคมเจริญขึ้น คนในสังคมมีความรู้มากขึ้นย่อมมีแพทย์บางส่วน ซึ่งมีหลักการที่เป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น ทำให้สามารถอธิบายต้นเหตุแห่งโรคได้อย่างเป็นรูปธรรม และเห็นผลการรักษาได้ชัดเจน สังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้สังคมมีค่านิยมเปลี่ยนแปลงไปเป็นแบบวัตถุนิยม ซึ่งเป็นสิ่งที่พบได้เป็นปกติในสังคมยุคปัจจุบัน บรรดาผู้ที่มีหน้าที่ในการบำบัดรักษากล่าวคือ พวกแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัช นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ ซึ่งเป็นผลิตผลหนึ่งของสังคมโดยรวมก็เป็นส่วนหนึ่งของสังคมบริโภคนิยม หรือวัตถุนิยมเช่นเดียวกัน แต่เมื่อแพทย์เป็นผู้ที่ต้องเกี่ยวข้องกับความทุกข์ยากของทุกคนไม่เว้นคนจนคนรวย จึงเกิดความคาดหวังของผู้คนที่จะได้เห็นความเมตตา ความมี มนุษยธรรม และจริยธรรม ที่มีต่อเพื่อมนุษย์ผู้ทุกข์ยาก จึงเป็นที่มาของปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์

จริยธรรมในวิชาชีพแพทย์เป็นประเด็นถกเถียงและโต้แย้งกันมาโดยตลอด เพราะเป็นเรื่องของคุณธรรม จริยธรรมที่เกิดจากตัวบุคคลเป็นหลักดังที่กล่าวมาข้างต้น แต่ประเด็นที่เป็นประเด็นหลักของจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ก็ไม่ได้มีการศึกษากันอย่างจริงจัง ทำให้เกิดข้อพิพาทกันอยู่ตลอดเวลาในปัจจุบัน และประเด็นเหล่านี้ขยายไปสู่สังคมในวงกว้างอย่างรวดเร็ว เพราะการเปลี่ยนจากการที่ผู้ป่วยเห็นว่าแพทย์คือผู้มีพระคุณดังที่เป็นมาในอดีต มาเป็นการคิดว่าแพทย์ก็คือผู้ให้บริการประเภทหนึ่ง

เหมือนการให้บริการอื่น ๆ มากขึ้น การรักษาพยาบาลของแพทย์ก็เริ่มกลายมาเป็นการให้บริการในเชิงพาณิชย์มากขึ้นในปัจจุบัน รวมถึงการพัฒนาขึ้นอย่างมาก ทั้งกระบวนการรักษา ยารักษาโรค เทคโนโลยี รวมถึงการให้บริการอื่น ๆ ของแพทย์ที่มากกว่าการรักษามากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ความคาดหวังของประชาชนที่เข้ามารับบริการทางการแพทย์จากบุคคลในวิชาชีพแพทย์ มากขึ้นตามไปด้วย แม้จะมีหลักจริยธรรมขององค์กรวิชาชีพแพทย์ และของสมาคมต่าง ๆ ของแพทย์และทั้งของแพทย์เฉพาะทาง เฉพาะสาขา เฉพาะกลุ่ม ในประเทศ รวมถึงกฎหมายทางการแพทย์ที่มีการพัฒนาขึ้นมาเพื่อการควบคุมแพทย์ในประเทศไทย เช่น ฉบับแรกออกใช้บังคับเมื่อปี พ.ศ. ๒๔๖๖ ชื่อว่าพระราชบัญญัติการแพทย์พุทธศักราช ๒๔๖๖, พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๔๗๙ (รวมฉบับแก้ไขเพิ่มเติมอีก ๘ ฉบับ และคำสั่งของคณะปฏิรูปการปกครองแผ่นดินฉบับที่ ๓๘), พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕

และข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ปี พ.ศ. ๒๕๒๖ หลายฉบับจนถึงข้อบังคับของปี ๒๕๔๘ อยู่แล้วก็ตาม ประเด็นปัญหาของจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จึงเป็นประเด็นที่ต้องมีการพัฒนาปรับปรุงให้ทันตามยุคสมัย และศึกษาจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้รับหรือเสียประโยชน์ ในทุกภาคส่วนของประเทศ เพื่อการแก้ปัญหาความขัดแย้ง การฟ้องร้องต่อแพทย์และกลายเป็นประเด็นทางจริยธรรมในวิชาชีพที่ส่งผลโดยตรงต่อวิชาชีพแพทย์ในทางลบมากขึ้นในปัจจุบัน จำเป็นที่จะต้องศึกษาเพื่อกำหนดประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ให้ชัดเจนและพัฒนาทันตามยุคสมัย สามารถใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเป็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ที่มีมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับจากทุกภาคส่วนต่อไปในอนาคต

๑.๒ ปัญหาการวิจัย

๑.๒.๑ ประเด็นจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย มีประเด็นใดบ้างอย่างไร

๑.๒.๒ ความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ในประเด็นที่ย่อยจากประเด็นที่สำคัญมีอะไรบ้าง และมีความคิดเห็นกับประเด็นเหล่านั้นอย่างไร

๑.๒.๓ ข้อเสนอแนะและแนวทางในการจัดทำจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์มีอะไรบ้างอย่างไร

๑.๓ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑.๓.๑ เพื่อทำการศึกษากรอบประเด็นจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย

๑.๓.๒ เพื่อทำการศึกษาแนวคิดและประเด็นย่อยของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีตัวอย่าง

๑.๓.๓ เพื่อจัดทำสรุปแนวทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

๑.๔ ขอบเขตการวิจัย

๑.๔.๑ ขอบเขตด้านเนื้อหา

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาจริยธรรมที่นำมาใช้เป็นกรอบสำหรับการประกอบวิชาชีพแพทย์จากแหล่งต่างๆ จากภายในและต่างประเทศ ทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยทำการศึกษาแนวคิดจากแพทย์ผู้ชี่ยวชาญ แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ ทั้งแพทย์ผู้ให้การรักษา, ผู้รับบริการทางการแพทย์, ผู้เฝ้าระวัง เช่น องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค องค์กรเอกชน, ตำรวจ, ทนายความ, อัยการ, ผู้พิพากษา และองค์กรวิชาชีพแพทย์ เช่น แพทยสภา และสมาคมแพทย์

๑.๔.๒ ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษากรอบประเด็นหลักจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์ คือ แพทย์ในประเทศไทย

ประชากรที่ใช้ในการสอบถามประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีศึกษาที่ผู้วิจัยกำหนด คือ ผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากกลุ่มต่าง ๆ ประกอบด้วย แพทย์ผู้ให้การรักษา, ผู้รับบริการทางการแพทย์, ผู้เฝ้าระวัง เช่น องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค องค์กรเอกชนต่าง ๆ, ตำรวจ, ทนายความ, อัยการ, ผู้พิพากษา และองค์กรวิชาชีพแพทย์ เช่น แพทยสภา และสมาคมแพทย์ต่าง ๆ

๑.๔.๓ ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ ระหว่าง ธันวาคม ๒๕๕๓ ถึง มกราคม ๒๕๕๖ รวมระยะเวลา ๒ ปี

๑.๕ นิยามเชิงปฏิบัติการ

เพื่อให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยได้ให้คำจำกัดความและความหมายเฉพาะของกลุ่มคำต่างๆ เพื่อใช้ในการศึกษาต่อไป ดังนี้

แพทย์ผู้ให้การรักษา หมายถึง แพทย์ที่เคยสั่งให้มีการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยตามระบบจากเวชระเบียนเรียบร้อยแล้ว ทั้งจากกรณีศึกษาหรือกรณีอื่น ๆ

ผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์เคยสั่งให้มีการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยตามระบบจากเวชระเบียนเรียบร้อยแล้ว รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทางสายโลหิตและสามีหรือภรรยา ทั้งจากกรณีศึกษาหรือกรณีอื่น ๆ

ผู้เฝ้าระวัง หมายถึง องค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครอง ดูแล ผู้รับบริการทางการแพทย์ เช่น สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค หรือองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ หมายถึง ผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากกลุ่มต่าง ๆ ประกอบด้วย แพทย์ผู้ให้การรักษา, ผู้รับบริการทางการแพทย์, ผู้เฝ้าระวัง เช่น องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค องค์กรเอกชนต่าง ๆ, ตำรวจ, ทนายความ, อัยการ, ผู้พิพากษา และองค์กรวิชาชีพแพทย์ เช่น แพทยสภา สมาคมแพทย์ต่าง ๆ

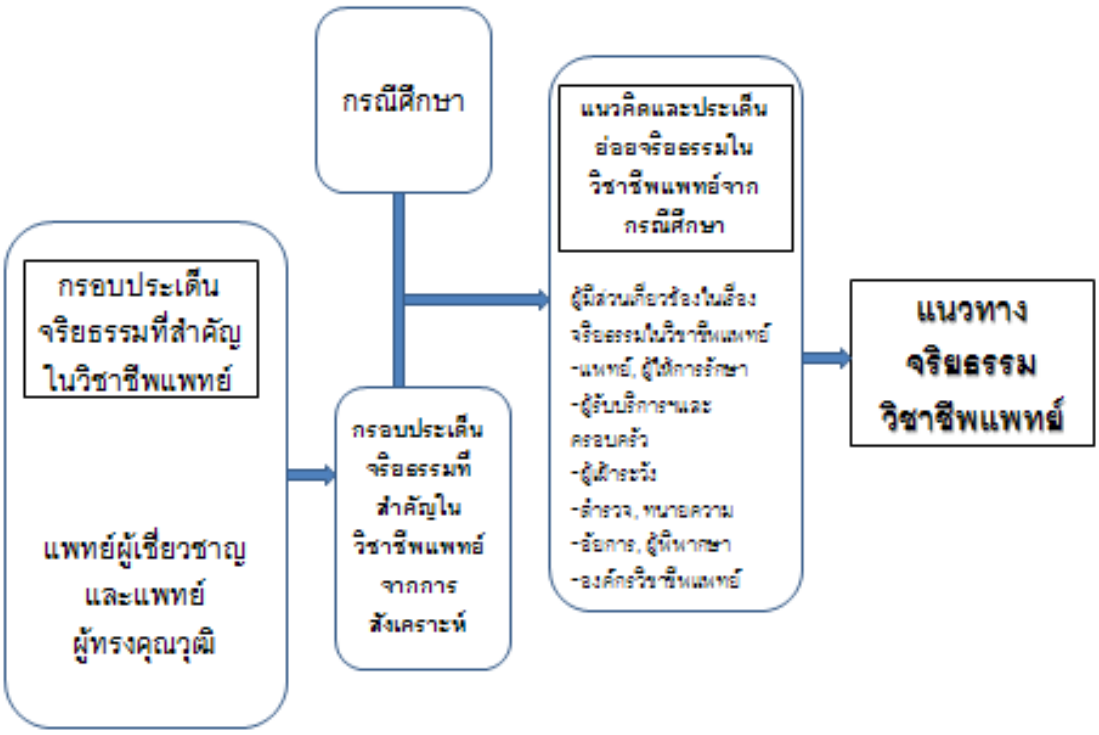
๑.๖ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑.๖.๑ ได้กรอบประเด็นจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย

๑.๖.๒ ได้แนวคิดและประเด็นย่อยของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีตัวอย่าง

๑.๖.๓ ได้แนวทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

๑.๗ กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

บทที่ ๒
การทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาวิจัยเรื่องจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนและประกอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

๒.๑ เกี่ยวกับความหมายของจริยธรรม (Ethics) และจริยธรรมทางการแพทย์ (Medical Ethics) และคำที่เกี่ยวข้อง

๒.๒ ศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับที่มาของจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

๒.๓ ศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมเกี่ยวกับประวัติการแพทย์และจรรยาบรรณ จริยธรรมแพทย์

๒.๔ อิทธิพลของศาสนาที่มีต่อจริยธรรมทางการแพทย์

๒.๕ ศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับความเป็นมาของหลักจริยธรรมในประเทศไทย

๒.๖ ศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับข้อบังคับแพทยสภา

๒.๗ ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

๒.๘ ศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับกลไกการควบคุมทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

๒.๑ เกี่ยวกับความหมายของจริยธรรม (Ethics) และจริยธรรมทางการแพทย์ (Medical Ethics) และคำที่เกี่ยวข้อง

จริยศาสตร์ (Ethics) มาจากคำในภาษากรีกที่เขียนว่า Ethos ซึ่งคำนี้มีความหมาย ซึ่งมากจากความหมายที่อธิบายไว้โดย Goldberg ว่า ลักษณะของบุคคล ความประพฤติ การกระทำที่สม่ำเสมอ นิสัย ลักษณะท่าทาง (Goldberg D.T., ๑๙๘๙) ความประพฤติที่เลือกออกมาแล้วว่าเป็นความประพฤติที่ดี เรียกว่า จริยธรรม ซึ่งใช้คำว่า Ethics เหมือนกัน แต่คำว่าจริยศาสตร์ก็จะครอบคลุมมีความหมายไปในทางปรัชญา เมื่อดูตามราชบัณฑิตยสถานที่กำหนดความหมายของจริยศาสตร์ว่า จริยศาสตร์คือปรัชญาสาขาหนึ่งว่าด้วยการแสวงหาความดีสูงสุดของชีวิตมนุษย์ แสวงหาเกณฑ์ในการตัดสินความประพฤติของมนุษย์ว่าอย่างไหนถูกไม่ถูก ดีไม่ดีควรไม่ควร และพิจารณาปัญหาเรื่องสถานภาพของค่าทางศีลธรรม แต่ได้ให้ความหมายของ จริยธรรมว่า หมายถึง ธรรมที่เป็นข้อประพฤติปฏิบัติ, ศีลธรรม, กฎศีลธรรม ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า Morality (ราชบัญฑิตยสถาน. ๒๕๔๖) เมื่อดูจากคำที่แยกออกมาก็คือ จริย กับ ธรรม คำว่า จริย คือ จริยา ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน หมายถึง ความประพฤติ กริยา ที่ควรประพฤติ จริย ใช้เป็นคำหน้าสมาส ที่พบเป็น เช่น ธรรมจริยา นอกจากนี้จากการศึกษาข้อมูลในอดีตก็มีนักวิชาการได้ให้ความหมายเกี่ยวกับจริยธรรมไว้มากมายเช่น

จริยธรรม หมายถึง ธรรมที่เป็นข้อประพฤติปฏิบัติ กฎศีลธรรม ศีลธรรม เนื่องด้วยมนุษย์เป็นสัตว์สังคม จึงจำเป็นต้องมีข้อกำหนด ซึ่งจะนำมาเป็นแนวประพฤติปฏิบัติรวมกันจากข้อตกลงที่บุคคลในสังมีความคิดเห็นที่ตรงกันและยอมรับร่วมกัน แล้วนำมาสร้างเป็นกฎเกณฑ์ขึ้นอยู่ในรูปกฎหมายและรัฐธรรมนูญ หรือตีความมาจากศาสนา หรือหลักความเชื่อ ซึ่งการมีจริยธรรมของมนุษย์เป็นความพยายามของมนุษย์ในการแสวงหาชีวิตที่ดีและมีความสุข (Persuit of the good life) (เสถียร โกเศศ, ๒๕๒๔)

ศาสตราจารย์ ระวี ภาวิไล ว่าจริยธรรม คือ หลักควบคุมการประพฤติของผู้ที่อยู่ร่วมสังคมมักถือว่ามาจากศีลธรรมของศาสนา (ระวี ภาวิไล, ๒๕๑๓)

พรนพ พุกกะพันธุ์ กล่าวว่า จริยธรรม หมายถึง สิ่งที่ควรประพฤติและประพฤติเหมาะสมในสิ่งที่ถูกต้องซึงสังคมยอมรับ เพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุขร่มเย็น (พรนพ พุกกะพันธุ์, ๒๕๔๓)

ณรงค์ โชควัฒนา ให้ความหมายไว้ว่า จริยธรรม หมายถึง การที่บุคคลมีความเห็นอกเห็นใจ มีความเมตตากรุณาเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลผู้ตกทุกข์ ได้ยาก เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตัว มีระเบียบวินัย ซื่อสัตย์ มีความรับผิดชอบจริยธรรม เป็นที่รวมของลักษณะที่สามารถตัดสินใจได้ว่าเป็นลักษณะที่ดี ที่ถูก ที่ควรกระทำโดยแต่ละสังคมจะเป็นผู้ตัดสินและวางมาตรฐานของลักษณะเหล่านั้นเพื่อเป็นบรรทัดฐานหรือข้อกำหนดให้บุคคลในสังคมกระทำตาม โดยคาดหวังว่าจะทำให้เกิดความสงบสุขแก่ส่วนรวมจริยธรรมจึงเป็นแนวทางของบุคคลในการตัดสินใจว่าควรจะทำสิ่งใดหรือไม่ควรทำสิ่งใด (ณรงค์ โชควัฒนา, ๒๕๔๑ อ้างใน อุทัยวรรณ ธีระพันธ์พงศ์, ๒๕๔๖)

จริยธรรม เป็นเรื่องเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ ควรประพฤติโดยผู้ปฏิบัติต้องรู้จักเวลา โอกาส สถานการณ์เพื่อให้สอดคล้องกัน

จริยธรรม หมายถึง ความประพฤติที่ดี คือ มีความเป็นผู้มีจิตใจสะอาด บริสุทธิ์ รู้จักเสียสละ

จริยธรรม คือหลักแห่งความประพฤติที่เห็นว่าดีงามและถูกต้อง ในฐานะที่มนุษย์อยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมซึ่งมีทั้งรูปธรรมและนามธรรม

จริยธรรม ความหมายอย่างกว้างรวมไปถึงค่านิยม (Value) คือสิ่งที่เรายึดมั่นว่าจะบรรลุถึงวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายของสังคมหรือตังเราเอง เช่น ความดีความสุจริต

จริยธรรม ความหมายอย่างแคบ หมายถึง ศีลธรรม คุณธรรม คือธรรมที่ควรประพฤติ (Positive side) ความดีระดับต่างๆ ที่สังคมหรือบุคคลจำเป็นต้องยึดถือ

จริยธรรม เป็น “หลักแห่งความประพฤติ” แนวทางของการประพฤติ

จากข้อมูลข้างต้นทั้งหมดนั้น พอที่สรุปได้ว่า จริยธรรมนั้น หมายรวมถึง กิริยา มารยาท การประพฤติ ที่สังคมปรารถนา อันก่อให้เกิดแนวทางเพื่อบรรลุและสร้างสภาพชีวิตที่ดีงามทั้งทางกาย วาจา ใจ อันก่อให้เกิดการกระทำ การพูด การคิด ที่เป็นไปในทางที่ดี และละเว้นสิ่งที่ผิดต่อปทัสถานของสังคม (Social norm) ความสำคัญของคุณธรรม คุณธรรมมีความจำเป็น และความสำคัญแก่การพัฒนาตนเอง การพัฒนาสังคมการอยู่รวมกันในฐานะที่เป็นสมาชิกของหมู่คณะและประเทศชาติ

ส่วนคำว่าคุณธรรมนั้น หมายถึง ธรรมะที่อยู่ในจิตสำนึกหรืออุปนิสัยของบุคคล เป็นคุณงามความดีที่บริสุทธิ์ภายในตัวตนผู้มีจิตใจที่บริสุทธิ์ในการรับรู้ ในการคิด ในการทำงาน ในการพูด ในการประกอบอาชีพ มีธรรมะเป็นหลักยึดของจิตใจ มีจิตใจซื่อสัตย์สุจริต ยึดมั่นเมตตาธรรมเป็นสรณะและอุดมคติ

<u>ประเภทของจริยธรรม</u>

การแบ่งประเภทของจริยธรรม แบ่งอกกเป็น ๒ ประเภท ดั้งนี้

๑. จริยธรรมภายนอก เป็นจริยธรรมที่บุคคลแสดงออกทางพฤติกรรมภายนอกที่ปรากฏให้เป็นที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน เช่น ความรับผิดชอบ ความเป็นระเบียบเรียบร้อยความมีวินัย การตรงต่อเวลาเป็นต้น

๒. จริยธรรมภายใน เป็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติ ของบุคคลิตามสภาพของจิตใจและสภาวะแวดล้อม เช่น ความซื่อสัตย์ ความยุติธรรม ความเมตตากรุณา ความกตัญญูกตเวที เป็นต้น

<u>คุณลักษณะของจริยธรรม</u>

คุณลักษณะของจริยธรรมเป็นสิ่งที่แสดงลักษณะเฉพาะของจริยธรรมเพื่อให้เห็นเด่นชัด ในด้านหนึ่งและมีความแตกต่างจากจริยธรรมด้านอื่น ๆ ทั้งนี้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการ จัดการด้านการศึกษาหลายหน่วยงาน ได้กำหนดโครงสร้างจริยธรรม พร้อมทั้งกำหนดคุณลักษณะของจริยธรรมไว้ดั้งนี้

๑. ความรับผิดชอบ หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่อย่างตั้งใจ มีความละเอียดรอบคอบ มีความพากเพียรพยายามเพื่อให้งานหรือภาระที่รับผิดชอบอยู่บรรลุผลสำเร็จตรงตามเป้าหมาย

๒. ความซื่อสัตย์ หมายถึง การประพฤติปฏิบัติตนอย่างตรงไปตรงมา ตรงต่อความเป็นจริง ทั้งการ วาจา ใจ ต่อตนเองและผู้อื่น

๓. ความมีเหตุผล หมายถึง การรู้จักใช้สติปัญญา ไตร่ตรอง คิดใคร่ครวญ หรือพิสูจน์สิ่งใดสิ่งหนึ่งให้ประจักษ์โดยไม่ผูกพันกับอารมณ์ และความยึดมั่นในความคิดของตนเอง

๔. ความกตัญญูกตเวที หมายถึง ความรู้สึกสำนึกในบุญคุณของบุคคลผู้มีอุปการะคุณ หรือสิ่งอันมีคุณต่อมนุษย์เรา และแสดงออกถึงความสำนึกในบุญคุณนั้นด้วยการตอบแทนคุณอาจกระทำด้วยสิ่งของหรือการกระทำอย่างนอบน้อม

๕. ความอุตสาหะ หมายถึง ความพยายามอย่างยิ่งยวด เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จในการงาน หรือกิจกรรมที่ทำด้วยขยันขันแข็งกระตือรือร้น อดทน ถึงแม้จะประสบปัญหาหรืออุปสรรคขัดขวางก็ไม่ยอมแพ้และไม่ย่อท้อ

๖. ความสามัคคี หมายถึง ความพร้อมเพียงเป็นนำหนึ่งใจเดียวกัน การให้ความร่วมมือ ในการกระทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จลุล่วงด้วยดีโดยคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตัว รวมทั้งมีความรักในหมู่คณะของตน

๗. ความมีระเบียบวินัย หมายถึง การควบคุมความประพฤติของตนเองให้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับจรรยามารยาททางสังคม กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ กฎหมายและศีลธรรม

๘. ความเสียสละ หมายถึง การลดละความเห็นแก่ตัว การแบ่งปันแก่คนที่ควรให้ด้วย ทรัพย์สิน กำลังกาย และกำลังปัญญาของตนเอง

๙. ความประหยัด หมายถึง การใช้สิ่งของหรือใช้จ่ายอย่างระมัดระวังและพอเหมาะ พอควรเพื่อให้เกิดประโยชนสูงสุด ไม่ฟุ้งเฟ้อ ฟุ้มเฟือยจนเกิดฐานะของตน

๑๐. ความยุติธรรม หมายถึง การปฏิบัติตนด้วยความเที่ยงตรง การพิจารณาเรื่องราว ต่างๆ จะต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ไม่มีความลำเอียงหรือเข้ากับฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

๑๑. ความเมตตากรุณา หมายถึง ความรักใคร่ปรารถนาจะให้ผู้อื่นเป็นสุข และมีความสงสารอยากจะช่วยให้ผู้อื่นพ้นจากความทุข์

<u>แหล่งที่มาของจริยธรรม</u>

ต้นกำเนิดที่เป็นแหล่งที่มาของจริยธรรม มีด้วยกันหลายทาง มีผู้กล่าวถึงแหล่งที่มาอัน เป็นบ่อเกิดของจริยธรรม ดังนี้ (อมรา เล็กเริงพันธุ์, ๒๕๔๒)

๑. ปรัชญา วิชาปรัชญาเป็นผลที่เกิดจากการใช้สติปัญญาของผู้ที่เป็นนักปราชญ์หรือนักปรัชญาจนเกิดเป็นหลักแห่งความรู้และความจริงที่พิสูจน์ได้สาระโดยทั่วไปของปรัชญามักจะกล่าวถึงลักษณะของชีวิต และธรรมชาติของมนุษย์ในแง่ที่พึงปรารถนา หลักการและเหตุผล
ของปรัชญามักเป็นเรื่องเกี่ยวกับความดี ความถูกต้อง ความเหมาะสม ซึ่งสามารถยึดถือเป็นแนวปฏิบัติในการดำเนินชีวิตได้

๒. ศาสนา เป็นคำสอนที่เป็นหลักประพฤติปฏิบัติหรือแนวทางในการดำเนินชีวิตของบุคคลตามแต่ศาสนาของเจ้าลัทธิหรือศาสนาจะเป็นผู้กำหนดหรือวางแนวทาง คำสอนของแต่ละศาสนาถึงแม้จะแตกต่างกันตามสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม แต่ทุกศาสนาก็มีหลักคำสอนและวิถีทางที่

คล้ายคลึงกัน คือมุ่งเน้นที่จะให้เกิดความสงบสุขในการอยู่ร่วมกันในสังคมและเกิดสันติสุขแก่ชาวโลก ดังนั้นศาสนาจึงเป็นตัวกำหนดศีลธรรม จรรยา เพื่อให้คนในสังคมได้นำไปประพฤติปฏิบัติให้บังเกิดผล และบรรลุจุดมุ่งหมาย

๓. วรรณคดีวรรณคดีของทุกชาติทุกภาษาย่อมมีแนวคิด และคำสอนที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ชาติที่มีความเจริญทางวัฒนธรรม ย่อมมีแนวคิดและคำสอนที่เป็นแนวทางสำหรับประพฤติปฏิบัติโดยถูกเก็บรักษาและเผยแพร่ในรูปของวรรณคดีฉะนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าวรรณคดีนับเป็นแหล่งกำเนิดหรือรวบรวมแนวคิดทางจริยธรรมได้อีกทางหนึ่ง แนวคิดหรือคำสอนในวรรณคดีไทยที่นำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติได้เป็นอย่างดี ยกตัวอย่าง เช่น สุภาษิต พระร่วง โคลงโลกนิติ สุภาษิตสอนหญิง เป็นต้น

๔. สังคม การที่มนุษย์อยู่รวมกันเป็นสังคมได้ก็เนื่องมาจากมีข้อกำหนดที่เป็นที่ยอมรับและยึดถือเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันเพื่อความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และถือปฏิบัติสืบทอดกันมายาวนาน อันได้แก่ จารีต ประเพณี ขนบธรรมเนียมต่างๆ ข้อกำหนดทางสังคมเหล่านี้จึงเป็นที่มาและเป็นตัวกำหนดมาตรฐานและคุณค่าทางจริยธรรมของแต่ละสังคม

๕. การเมืองการปกครอง หลักในการปกครองที่นำมาใช้ในแต่ละสังคม โดยทั่วไปมักเกิดจากการผสมผสานกันของหลักการต่างๆ ทั้งที่เป็นหลักศาสนา และหลักปรัชญา จารีตประเพณี แล้วพัฒนาขึ้นเป็นกฎข้อบังคับของสังคม ตลอดจนตราเป็นกฎหมายต่างๆ ทั้งนี้ก็เพื่อต้องการให้สังคมอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุขและผดุงไว้ซึ่งความยุติธรรม

จากการศึกษาหัวข้อดังกล่าวก็สามารถสรุปเกี่ยวกับจริยธรรมได้ว่า เป็นหลักหรือแนวทางของความประพฤติของมนุษย์ในสังคม ช่วยทำให้สังคมอยู่รวมกันอย่างสงบสุข เป็นสิ่งจำเป็นทั้งคุณค่าและประโยชน์อย่างมากมายแก่บุคคลทั้งในระดับครอบครัวไปจนถึงระดับประเทศชาติ ซึ่งจริยธรรมมีองค์ประกอบที่สำคัญ ๓ องค์ประกอบที่สำคัญคือ ระเบียบวินัย สังคม และอิสระเสรี การแบ่งประเภทของจริยธรรมแบ่งได้แบบกว้างๆ เป็น ๒ ประเภท คือ จริยธรรมภายนอก และ จริยธรรมภายใน จริยธรรมมีแหล่งที่มาจากต้น กำเนิดหลายสาขาด้วยกัน คือ ด้านปรัชญา ศาสนา วรรณคดี สังคม การเมืองการปกครองและจากรากฐานที่กล่าวมาจึงค่อยๆ พัฒนามาเป็นจริยธรรม

จริยธรรมทางการแพทย์หมายถึงอะไร และใครเป็นผู้ที่ตัดสินใจเกี่ยวกับจริยธรรมทางการแพทย์ เป็นคำถามที่ผู้คนให้ความสนใจกันมานานแล้วและมากขึ้นเรื่อย ๆ ไดแอน ฮิวอี้ บาเลย์ (Diane Huie Balay) ได้รวบรวมความเห็นของนายแพทย์โรเบิร์ด แอล. ไฟน์ (Robert L. Fine) ผู้เชี่ยวชาญด้านอยุรกรรม และมีผลงานมากมายเกี่ยวกับจริยธรรมทางการแพทย์ ดังมีใจความโดยย่อว่า “การตัดสินใจของแพทย์มีสองชนิด ชนิดแรกคือ การตัดสินใจทางวิชาการแพทย์ ชนิดที่สองคือ การตัดสินใจทางจริยธรรม ซึ่งในแง่นี้ประเด็นไม่ได้อยู่ที่ว่าทำได้หรือไม่ แต่อยู่ที่ว่าสมควรกระทำสิ่งนั้นสิ่งนี้หรือไม่”

นายแพทย์ Fine ได้ทำการศึกษาในช่วงปี ค.ศ. ๑๙๘๐ พบว่า เรื่องของจริยธรรมทางการแพทย์ได้ถูกบรรจุลงในหลักสูตรแพทย์ศาสตร์ศึกษาเพียงไม่กี่สถาบัน แต่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในเวลาต่อมา ประเด็นที่ว่าอะไรที่แพทย์ควรทำหรือไม่นี่เอง คือจุดเริ่มต้นที่ทำให้ต้องมีการศึกษาค้นคว้าองค์ความรู้เกี่ยวกับจริยธรรมทางการแพทย์

๒.๒ ศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับที่มาของจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

<u>การแพทย์ระดับสากลตั้งแต่โบราณ</u>

การแพทย์ในสมัยโบราณมักมีวิวัฒนาการมาจากศาสนา ทั้งนี้ การรักษาพยาบาลเป็นกิจกรรมหนึ่งซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเมตตากรุณา และเป็นกุศโลบายที่มีประสิทธิภาพในการสร้างความศรัทธา นับถือแก่ผู้คนโดยทั่วไป ดังจะเห็นได้จากคัมภีร์ไบเบิล ซึ่งบันทึกถึงเรื่องราวที่พระเยซูคริสต์ได้ทำการรักษาผู้เจ็บป่วยมากมาย วิวัฒนาการทางการแพทย์นั้นเกิดขึ้นในระยะพร้อม ๆ กับวิวัฒนาการทางองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับ ธรรมชาติ ซึ่งมนุษย์สะสมมากขึ้นเรื่อย ๆ องค์ความรู้ในส่วนนี้เป็นส่วนที่ทำให้การรักษาพยาบาลเห็นผลในเชิง รูปธรรมเด่นชัดมากขึ้น แทนที่จะเป็นเรื่องทางจิตวิญญาณหรือเป็นเรื่องของเวทย์มนต์คาถาแต่เพียงอย่างเดียว การรักษาโดยใช้ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์เกิดขึ้นเพราะมีการค้นพบข้อเท็จจริงมากขึ้น สามารถแสดงให้เห็น สาเหตุของโรคภัยไข้เจ็บ และสามารถรักษาได้โดยการกำจัดที่ต้นเหตุนั่นเอง ในปี ค.ศ. ๑๘๖๒ ได้มีการค้นพบม้วนกระดาษปาปิรุส (Papyrus) ซึ่งเป็นการบันทึกข้อมูลการรักษา ครอบคลุมการใช้ยาเป็นหลักฐานแสดงให้เห็นว่า เริ่มมีการจัดระบบการรักษาโรคขึ้นแล้ว

หลักการที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมที่มีหลักฐานปรากฏในยุคก่อนอิปโปเดรตีส ในสมัยกรีกและโรมันได้แนวความคิดจากนักปรัชญากลุ่มไพธากอเรียน (Pythagorianism) ซึ่งสรุปได้ดังนี้

-แพทย์พึงช่วยกันจรรโลงวิชาชีพให้ก้าวหน้าโดยไม่โฆษณาตัวเอง หรือให้ร้าย หรือตำหนิติเตียนแพทย์อื่น

-ไม่ใช้ความรู้ไปในเชิงทำลายล้างและเป็นโทษต่อผู้อื่น ในขณะเดียวกันหากค้นพบความรู้ใหม่ๆ จะต้องเผยแพร่เพื่อให้ใช้ประโยชน์ร่วมกัน

-ผู้ป่วยอาจเลือกแพทย์ได้

-แพทย์พึงรักษาความลับของผู้ป่วย ตราบที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมให้เปิดเผย

จริยธรรมทางการแพทย์ได้พัฒนามาพร้อมกับวิชาชีพแพทย์ ซึ่งในสมัยโบราณเป็นเพียง ความเชื่อถือที่เกี่ยวข้องกับศาสนา หลักที่เกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาได้หล่อหลอมเป็นส่วนหนึ่งของจริยธรรมทาง การแพทย์มาเป็นเวลานานแล้ว ความรู้ทางด้านการแพทย์พัฒนามากขึ้นตามวิทยาการและความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ทุนนิยมได้เข้ามามีบทบาทอย่างมากในทุกวงการทำให้สังคมเรียกร้องคุณธรรม และจริยธรรมจากความเป็นแพทย์ หลักฐานสำคัญที่เชื่อได้ว่า ผู้คนให้

ความสำคัญต่อจริยธรรมทางการแพทย์มา นานแล้วคือ การกำเนิดของคำปฏิญาณของฮิปโปเครติส (Hippocratic Oath)

ฮิปโปเครติส เป็นแพทย์ชาวกรีกมีชีวิตผู้ในช่วง ๔๗๐ ปี ก่อนคริสตศักราช ถือกำเนิดในครอบครัวที่อ้างว่าสืบเชื้อสายมาจากเทพ Aesculapius และ Apollo เนื้อหาของ Hippocratic Oath มีความเกี่ยวข้องกับเทพทั้งสองค่อนข้างมาก ดังพอสรุปได้ว่า

“ข้าพเจ้าขอสาบานต่อเทพ Apollo และเทพ Aesculapias แห่งการแพทย์และสุขภาพ รวมทั้งพระเจ้าทั้งหลายว่า ด้วยความสามารถและกำลังสติปัญญา ข้าพเจ้าจะรักษาคำมั่นที่จะให้ความเคารพต่อครูที่ถ่ายทอดวิชาการนี้ดุจดั่งบิดามารดา แบ่งปันและช่วยบรรเทาความต้องการแก่ท่านเหล่านั้น ทั้งลูกหลานของท่าน เหล่านั้นประดุจดั่งพี่น้องของข้าพเจ้า ทั้งจะถ่ายทอดความรู้เหล่านั้นโดยปราศจากค่าตอบแทน หากเขาประสงค์จะเรียน ข้าพเจ้าจะถ่ายทอดความรู้และศิลปะแก่บุตรของข้าพเจ้า และของครูอาจารย์โดยมีเงื่อนไขที่จะดำรงไว้ซึ่งคำปฏิญาณ และกฎหมายทางการแพทย์ แต่ไม่มีเงื่อนไขอื่นใด ข้าพเจ้าจะรักษาผู้ป่วยด้วยการคำนึงถึง ประโยชน์แห่งผู้ป่วย และปราศจากความมุ่งร้าย ข้าพเจ้าจะไม่มอบความตายด้วยวิชาแพทย์แก่ผู้ใด ทั้งไม่ให้คำแนะนำแก่ใครในเรื่องนี้ ไม่ทำแท้งแก่ใคร การรักษาของข้าพเจ้าหากรักษาไม่ได้จะไม่กระทำ แต่ให้อยู่ในความดูแลของผู้ที่ชำนาญในการรักษานั้น ๆ สิ่งใดที่ข้าพเจ้ากระทำ กระทำไปเพื่อประโยชน์แห่งผู้ป่วย ไม่รับสินบน หรือการล่อลวงจากชายหญิง ข้าทาส ข้าพเจ้าจะรักษาความลับของผู้ป่วย หากข้าพเจ้ารักษาคำปฏิญาณนี้ ขอให้ประสบความสุขความเจริญในวิชาชีพ แต่หากไม่รักษาคำมั่น ขอให้มีอันเป็นไปในทางตรงข้าม”

คำปฏิญาณของฮิปโปเครติส เป็นที่ยอมรับของวงการแพทย์สมัยใหม่ในเวลาต่อมาทั่วโลก อย่างไรก็ตามเมื่อเวลาผ่านไป ความเปลี่ยนแปลงของคำปฏิญาณฮิปโปเครติสมีมากขึ้นเรื่อย ๆ ขึ้นอยู่กับสถานที่ และเวลาที่มีการใช้ในรายงานการศึกษาเรื่องการเปลี่ยนแปลงจริยธรรมด้านการแพทย์ ของสุจินต์ อุบลวัตร ได้ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับวิวัฒนาการทางการแพทย์ในยุคโบราณ ตั้งแต่ยุคหิน (Poledithic Period) ยุคโรมัน ยุคกรีก ซึ่งเป็นสายการแพทย์ตะวัตก รวมทั้งได้ศึกษาวิวัฒนาการระบบการแพทย์ สายตะวันออก เช่น อินเดีย มีหลักฐานจากคัมภีร์ฤคเวท อายุรเวท หรือในอารยธรรมจีน ที่อ้างอิงจากหลักปรัชญา เช่น เต๋า ส่วนไทยได้รับอิทธิพลทั้งจากการแพทย์สายตะวันตก และตะวันออก รวมทั้งอิทธิพลของศาสนาพทธ ก็ยังมีส่วนอย่างมากใน กระบวนการทางจริยธรรมทางการแพทย์ ข้อสรุปในรายงานนี้พบว่าเรื่องจริยธรรมเช่นเป็นเรื่องที่ตัดสินได้ยาก ขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่างและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เรื่องมาตรฐานเกี่ยวกับการรักษาในยุคหนึ่งเห็นว่า การรักษาบางอย่างถูก แต่ในยุคต่อมาอาจเป็นเรื่องที่ถือว่าผิดจริยธรรมได้ กระบวนการศึกษาและพัฒนาจริยธรรมทางการแพทย์ จึงควรได้รับการปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา

จากแนวคิดของพระมหิศตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก

แนวคิดจากพระราชดำรัสของพระบรมราชชนก ที่ได้ทรงแสดงความคิดเห็นและได้แสดงไว้ให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ได้ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนตามแนวทาง โดยมีรายละเอียดปรากฏอยู่ในข้อมูลพระราชกรณียกิจ ในบางส่วนดังที่ปรากฏเป็นหลักฐานในหนังสือ สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ที่จัดพิมพ์โดยสภาอาจารย์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ว่า หลังจากที่พระองค์ทรงเป็นแพทย์แล้ว เคยมีพระราชหัตถ์ถึงนายกสโมสรแพทย์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ความว่า

“ในขณะที่ท่านประกอบกิจการแพทย์ อย่านึกว่าท่านตัวคนเดียว จงนึกว่าท่านเป็นสมาชิกของสงฆ์คณะหนึ่งคือคณะแพทย์ ท่านทำดีหรือร้ายในความเชื่อถือหรือดูถูกเพื่อนแพทย์อื่นๆ จะพลอยยินดีหรือเจ็บร้อนอับอายด้วย”

ซึ่งถือเป็นจริยธรรมของแพทย์ในส่วนของการปฏิบัติดีเพื่อเป็นการประกอบกิจทางการแพทย์ที่จะส่งผลต่อองค์กรแพทย์ด้วย

พระราชหัตถ์ที่มีต่อแพทย์จบใหม่จากทุนสอนและค้นคว้าของโรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. ๒๔๗๑ ความว่า

“การเรียนจบตามหลักสูตรแพทย์ที่กำหนดนั้น ไม่ได้หมายความว่านักเรียนได้เรียนรู้จนหมดในทางการแพทย์ การรับปริญญาบัตรเป็นแต่เพียงก้าวหนึ่งเท่านั้น คือแสดงว่านักเรียนได้จบการฝึกทางทฤษฎีและอยู่ในฐานะเหมาะที่จะออกไปรับผิดชอบทางการปฏิบัติโดยลำพังเกี่ยวกับปัญหาการป่วยไข้ ซึ่งจะเป็นการศึกษาที่ต่อเนื่องกันแต่เป็นคนละแบบ การที่จะเป็นแพทย์ที่ก้าวหน้าต่อไปให้แพทย์ที่สำเร็จจะต้องยึดอยู่เสมอว่า จะต้องเป็นนักศึกษาอยู่ตลอดชีวิตของอาชีพ”

ซึ่งถือเป็นจริยธรรมของแพทย์ที่จักต้องศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่ตลอด แม้จะจบการศึกษาแพทยศาสตร์แล้วก็ตาม

ทรงสั่งสอนนักศึกษาแพทย์ โดยเคยรับสั่งในเรื่องของเวลา ความว่า

"เวลาเป็นของมีค่า เมื่อมันล่วงไปแล้วมันจะไม่กลับมาอีก ถ้าเรามีโอกาสจะใช้มันให้เป็นประโยชน์แล้ว เราไม่ใช้มันก็เป็นที่น่าเสียดาย”

ซึ่งถือเป็นจริยธรรมของแพทย์ที่จักต้องใช้เวลาให้เป็นประโยชน์มากที่สุด ไม่ใช้เวลาไปโดยเปล่าประโยชน์เพราะเวลาของแพทย์นั้นมีค่ามาก

ประโยคที่พระองค์ได้ทรงสั่งสอนแก่นักศึกแพทย์อยู่เป็นประจำก็คือ

“อาชีพแพทย์นั้นมีเกียรติ แพทย์ที่ดีจะไม่ร่ำรวย แต่ไม่อดตาย ถ้าใครอยากร่ำรวยก็ควรประกอบอาชีพอื่น”

ประโยคนี้นับเป็นประโยคคำสอนของพระองค์ที่มีคุณค่าต่อจริยธรรมเป็นอย่างมาก เป็นหลักยึดของแพทย์ตามแนวทางของพระองค์ที่จักต้องไม่คิดถึงความร่ำรวยในการประกอบวิชาชีพแพทย์ เป็นแนวทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ที่สำคัญประการหนึ่ง ว่าการเป็นแพทย์นั้นต้องทุ่มเททำงานโดยไม่คำนึงถึงความร่ำรวย (สภาอาจารย์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, ๒๕๒๖)

และประโยคที่สำคัญสูงสุดดังที่ มหาวิทยาลัยได้ทรงน้อมนำมาเป็นต้นแบบของการสอน และได้นำมาเป็นข้อความที่บริเวณด้านประตูทางเข้ามหาวิทยาลัยเป็นป้ายหลักขนาดใหญ่ เพื่อให้ทุกคนได้เห็นคำสอนของพระราชบิดา ซึ่งมีความว่า

"True success is not in the learning but in its application to benefits of mankind"

ซึ่งถือเป็นจริยธรรมอันลึกซึ้งที่แพทย์ไทยทุกคนควรตระหนัก และดำเนินตามแนวทางของพระราชบิดาว่า "ความสำเร็จที่แท้จริงมิได้ขึ้นอยู่กับการเรียนเพียงเพื่อรู้ แต่อยู่กับการนำความรู้นั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่มนุษยชาติ" เพราะถ้าแพทย์ได้นำความรู้นั้นโดยมีจุดประสงค์ หรือมุ่งหมายให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยหรือประชาชนแล้วก็เป็นจริยธรรมของแพทย์ หากมิได้เป็นไปเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและประชาชนแล้วก็คงจะผิดไปจากหลักคำสอนนี้ ซึ่งครอบคลุมในเรื่องของจริยธรรมแพทย์เป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังมีคำสอนอื่นๆ อันเป็นหลักปฏิบัติของแพทย์ จากคำสอนของพระราชบิดาที่สำคัญ ได้แก่

"การศึกษาเป็นงานที่มี "คน" เป็นหัวใจหรือปัจจัยสำคัญ การจัดการศึกษาจึงต้องเน้นคุณค่าของความเป็นคนให้เป็นคนก่อนที่จะเข้าสู่อาชีพ"

"เรื่องตำแหน่งการงานนี้ก็เหมือนหมวก จะหาหมวกให้เหมาะกับหัวคนนั้นไม่ยาก แต่เรื่องที่จะหาหัวคนมาให้เหมาะกับหมวกนี่ซิยากนักหนา"

"ขอให้ถือผลประโยชน์ส่วนตัวเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ลาภ ทรัพย์และเกียรติยศจะตกมาแก่ท่านเอง ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์"

"ฉันไม่ต้องการให้พวกเธอมีความรู้แต่ทางแพทย์อย่างเดียว ฉันต้องการให้พวกเธอเป็นคนด้วย"

และจากหลักฐานของจดหมายจากสมเด็จพระราชบิดา ลงวันที่ ๔ กพ. ๒๔๗๑ ซึ่งที่มีไปถึงสมาชิกสโมสรแพทย์จุฬาฯ ดังนี้

"...ท่านไม่ควรเรียนวิชานี้ขึ้นใจแล้วใช้เป็นเครื่อง มือหากินเท่านั้น ควรเก็บคำสอนใส่ใจและประพฤติตาม ผู้ที่จะบำบัดทุกข์ต้องเป็นตัวอย่างความประพฤติซึ่งจ ะนำมาแห่งสุขภาพ แพทย์ที่ไม่ประพฤติตามวิธีที่ตัวสอนแก่คนไข้แล้ว จะหาความไว้วางใจจากคนไข้ได้อย่างไร แพทย์ผู้ที่ไม่เชื่อในสิ่งที่ตนทำ และพูดหลอกให้คนไข้เชื่อนั้น คือแพทย์ทุจริตที่ภาษาอังกฤษเรียกว่า "แควัค" ถึงแม้ผู้นั้นจะได้รับการศึกษาวิทยาศาสตร์..." (สมาพันธ์แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป, ๒๕๕๕)

แนวทางของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก หรือพระราชบิดา เป็นแนวทางจริยธรรมแพทย์ และเป็นกรอบสำคัญในการนำมาเพื่อการศึกษาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ เป็นคำสอนที่มีความสำคัญที่จะต้องนำมาประยุกต์เป็นหลักสำคัญในการพิจารณาให้เป็นกรอบ และแนวทางในการศึกษา

จากแนวคิดของพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต)

พุทธศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้องกับการแพทย์ในฐานะขอบข่ายของคำว่า “ธรรม” ๒ ด้าน คือ ด้านสัจธรรมและด้านจริยธรรม โดยด้านจริยธรรมเป็นการนำมาใช้ปฏิบัติ หรือที่เรียกกันว่าเวชปฏิบัติ การปฏิบัติทางการแพทย์นั้น ได้ดำเนินไปในทางที่ถูกต้องดีงาม กิจการที่ทำกันเป็นคุณประโยชน์แก่ชีวิตและแก่สังคม มีความเป็นธรรม เป็นเรื่องของธรรมในอีกแง่หนึ่ง ซึ่งเรียกว่าเป็นแง่จริยธรรม

พระพรหมคุณาภรณ์ ได้อธิบายในหัวข้อการแพทย์แผนใหม่ ก่อปัญหา หรือถูกกล่าวหาในหัวข้อที่ประกอบด้วย

- เมื่อแพทย์กลายเป็นผู้เชี่ยวชาญ ทำให้แพทย์มุ่งรักษาไข้เป็นหลัก ไม่ได้มุ่งรักษาคน
- ชาวบ้านพึ่งตนเองไม่ได้ หมอก็ไม่ยอมให้พึ่ง มากขึ้นในปัจจุบัน

ความรับผิดชอบทางการแพทย์เชิงจริยธรรม โดยสัมพันธ์กับสภาพของสังคมไทย เรื่องจริยธรรมของคนที่มาเป็นแพทย์หรือคนที่มาเรียนแพทย์ในสังคมไทย ที่ใช้การศึกษาแพทย์เป็นเครื่องมือสำหรับเลื่อนสถานะในสังคมและเพื่อเข้าถึงโอกาสที่ดีที่สุดในการหารายได้ ซึ่งไม่ใช่ตัวความหมายที่แท้จริงของการศึกษา ถ้ามองในแง่จริยธรรมถือว่าแพทย์ควรจะมีความรับผิดชอบมากที่สุดในการที่จะให้หรือเอื้ออำนวยแก่สังคม เพราะคนที่มาเป็นแพทย์มีสติปัญญามาก มีความสามารถมาก และรัฐได้ลงทุนในการผลิตแพทย์ด้วยจำนวนเงินที่สูงมาก เมื่อจบเป็นแพทย์ก็เป็นหนทางที่มีรายได้มาก ดังนั้นเมื่อได้จากสังคมมากก็ควรให้แก่สังคมมากด้วย การเป็นแพทย์นั้นแบ่งความหมายออกเป็น ๒ ประการ คือ

๑) การช่วยคนให้พ้นจากโรคและช่วยให้มีสุขภาพดี

๒) เป็นเครื่องมือเลี้ยงชีพ หรือเป็นเครื่องประกอบอาชีพเลี้ยงชีวิต

ในแง่จริยธรรม แพทย์จะต้องคำนึงถึงความหมายในแง่คุณค่าที่แท้จริงของความเป็นแพทย์ โดยถือว่าวิชาการแพทย์หรือการทำหน้าที่แพทย์ คือการเยียวยาบำบัดโรคและดูแลรักษาคนให้มีสุขภาพดี เป็นคุณค่าที่แท้จริง และเป็นความหมายที่แท้จริง ส่วนการถือว่าวิชาแพทย์เป็นเครื่องประกอบอาชีพเป็นความหมายที่พ่วงตามมา แต่ถ้ายึดการประกอบอาชีพของแพทย์เป็นหลักสำคัญก็จะเกิดความเบี่ยงเบนไปจากจริยธรรม และนอกจากนี้แพทย์ยังต้องรับผิดชอบต่อสังคมในฐานะที่เป็นบัณฑิต ซึ่งถือว่า แพทย์เป็นบุคคลที่มีสติปัญญา มีความพร้อมมากในการที่จะรับผิดชอบสังคม การแก้ปัญหาของสังคมโดยรวมด้วยในทุกๆ ด้าน แต่อย่างไรก็ตามแพทย์ก็ต้องมีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญในการที่จะทำให้

หายจากโรคภัยไข้เจ็บ และมีสุขภาพดี คือแพทย์อยู่ในความหมายที่ว่าเป็นเพื่อนมนุษย์ที่ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), ๒๕๕๓)

๒.๓ ศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมเกี่ยวกับประวัติการแพทย์และจรรยาบรรณ จริยธรรมแพทย์

การแพทย์ในประเทศไทยได้รับอิทธิพลจากต่างประเทศทั้งด้านตะวันตก ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว และทางด้านตะวันออก เช่น ประเทศจีน อินเดีย ทั้งหมดนี้ผ่านกระบวนการหล่อหลอมกับแนวทางการดำเนินชีวิตของคนในสังคม โดยมีศาสนาหรือลัทธิเป็นกรอบชี้นำในการดำเนินชีวิต ซึ่งคุณค่าของศาสนาต่อจริยธรรมของคน หรือผู้อยู่ในวิชาชีพเป็นที่ประจักษ์กันโดยทั่วไป เนื่องจากรายงานนี้มิได้มีวัตถุประสงค์ที่จะเน้น รายละเอียดในเรื่องคำสอนของศาสนา จึงจะขอกล่าวถึงเพียงสังเขปเท่านั้น

การเปลี่ยนแปลงของคำปฏิญาณของฮิปโปเครติส (Hippocratic Oath)

ในช่วงปี ค.ศ. ๑๙๒๘ ถึง ๑๙๘๙ นายแพทย์โรเบิร์ด ดี.ออร์ (Robert D. Orr) ได้ทำการศึกษา คำปฏิญาณของฮิปโปเครติส ทั้งในด้านเนื้อหาและการปฏิบัติ รวมทั้งวิเคราะห์โรงเรียนแพทย์เกี่ยวกับวิชาจริยธรรม ทางการแพทย์ใน ค.ศ. ๑๙๙๓ พบว่าจากการสำรวจในโรงเรียนแพทย์ในสหรัฐอเมริกาและแคนาดา ๑๕๗ แห่ง โดยตอบกลับ ๑๕๐ แห่ง มีถึงร้อยละ ๙๘ ที่ได้ใช้คำปฏิญาณของฮิปโปเครติสเป็นแนวทางในปี ค.ศ.๑๙๙๓ ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก ๒๖% ในปี ๑๙๒๘ แต่มีเพียงแห่งเดียวที่ได้ใช้เนื้อหาต้นฉบับเดิม (Classical Hippocratic Oath) ที่อื่น ๆ จะดัด แปลง แล้วจึงนำไปใช้ในโรงเรียนแพทย์แต่ละแห่งซึ่งแตกต่างกันไปในปัจจุบัน ในด้านการปฏิบัติมีเพียง ๔๓% เท่านั้นที่ได้ตั้งสัตย์สาบานที่จะปฏิบัติตามและมีเพียง ๑๔% ที่มีข้อห้ามในการช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (Euthanasia) ๑๑% ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโภชนาการบำบัด ๘% ที่มีข้อห้ามเกี่ยวกับการทำแท้ง และ ๓% เท่านั้นที่ห้าม มีสัมพันธ์ทางเพศกับผู้ป่วย งานวิจัยนี้ได้ให้ข้อสรุปว่าโรงเรียนแพทย์ได้มีการรับหลักการเกี่ยวกับจริยธรรมทาง การแพทย์มากขึ้น แต่ทว่าก็ได้ตัดเนื้อหาของคำปฏิญาณของฮิปโปเครติสลงไปมาก รวมทั้งการปฏิบัติตนตามที่ได้ปฏิญาณไว้

<u>คำปฏิญาณแห่งเจนีวา (Oath of Geneva)</u>

คำปฏิญาณแห่งเจนีวาได้รับการดัดแปลงจากคำปฏิญาณของฮิปโปเครติส โดยสมาคมแพทย์แห่งโลก (World Medical Association) ที่กรุงเจนีวาในปี ค.ศ. ๑๙๔๘ แก้ไขในการประชุมแพทยสมาคมแห่งโลกที่ กรุงซิดนีย์ในปี ค.ศ.๑๙๖๘ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่จะปรับปรุง Hippocratic Oath ให้ทันสมัยเหมาะกับสถานการณ์มากขึ้นดังสรุปได้ว่า

“เมื่อข้าพเจ้าเข้าเป็นสมาชิกในวิชาชีพแพทย์ จะอุทิศชีวิตเพื่อรับใช้มนุษยชาติ ข้าพเจ้าจะให้ความเคารพต่อครูอาจารย์ ข้าพเจ้าจะประกอบวิชาชีพอย่างมีศักดิ์ศรี สุขภาพของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ข้าพเจ้าจะให้ความสำคัญลำดับแรก ข้าพเจ้าจะรักษาความลับของผู้ป่วยแม้ว่าเขาจะเสียชีวิตไปแล้ว เพื่อร่วมวิชาชีพจะเป็นดั่งพี่ น้องและจะไม่ใช้ศาสนา เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ นโยบายการเมือง รวมทั้งสังคมมา

ขัดขวางหน้าที่ของข้าพเจ้าต่อผู้ป่วย ข้าพเจ้าจะไม่ใช้ความรู้ไปในทางผิดกฎหมาย ข้าพเจ้าขอสัญญาอย่างจริงจัง”

International Code of Medical Ethics of the World Medical Association

ได้รับการปรับปรุงโดยที่ประชุมแพทยสมาคมแห่งโลกครั้งที่ ๓ ณ ประเทศอังกฤษในเดือนตุลาคม ปี ค.ศ. ๑๙๔๙ เนื้อหาได้กล่าวถึงหน้าที่ของแพทย์โดยทั่วไปว่า จะต้องรักษามาตรฐานของจริยธรรม ต้องไม่รับผลประโยชน์ใดที่จะมากระทบต่อจริยธรรม ตัวอย่างเช่น การโฆษณาตนเอง ให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการงานใด ๆ ที่ตนเองไม่มีความเกี่ยวข้องทางวิชาชีพ รับเงินนอกเหนือจากค่ารักษาตามปกติจากผู้ป่วยไม่ว่าต่อหน้า หรือลับหลัง แพทย์ควรให้ความระมัดระวังในการใช้วิธีการหรือเครื่องมือใหม่ ๆ ในการรักษา ต้องแน่ใจในความรู้ตนเอง ช่วยในการคุมกำเนิด แต่การทำแท้งให้พิจารณาในกรอบของกฎหมายบ้านเมือง แพทย์ต้องซื่อสัตย์ต่อวิชาการและผู้ป่วย และต้องส่งให้ผู้อื่นรับผิดชอบหากเกินความสามารถของตน แพทย์ต้องรักษาความลับของผู้ป่วย แพทย์ต้องให้ความช่วยเหลือยามฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยจนกว่าจะมีผู้อื่นช่วย และหน้าที่ต่อแพทย์ด้วยกันคือ ให้เกียรติกันและไม่หลอกลวงกัน International Code of Ethics นี้ได้รับการปรับปรุงใน ค.ศ. ๑๙๖๘ ที่ประเทศออสเตรีย และในปี ค.ศ. ๑๙๘๓ ที่อิตาลี โดยล่าสุดมีเนื้อหาเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการเคารพสิทธิของผู้ป่วยและการให้ความสำคัญต่อเจตนารมณ์ของผู้ป่วย

วรรณกรรมเกี่ยวกับหลักจริยธรรมแพทย์ในต่างประเทศ

การแพทย์แผนปัจจุบันของประเทศไทย ได้รับทั้งด้านวิทยาการและด้านจริยธรรมจากต่างประเทศ ดังนั้นการศึกษาหลักจริยธรรมของประเทศต่าง ๆ จึงเป็นเรื่องสำคัญ

หลักจริยธรรมของแพทย์โดยสมาคมแพทย์และศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (AAPS)

สมาชิกแห่งสมาคมนี้ขอยืนยันร่วมกันว่าบริการทางการแพทย์ทุกอย่างมีมูลค่าและมูลค่า และมีความจำกัดในด้านทรัพยากร เวลา พลังงาน สิ่งเหล่านี้จะไม่นำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นใดนอกจากเพื่อวิชาการแพทย์เท่านั้น

สุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลต้องการ ซึ่งเป็นเรื่องเฉพาะบุคคลและมีความหลากหลายแตกต่างจากสภาวะแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของชุมชนอันเป็นเรื่องที่กระทบต่อชุมชน และความต้องการของสังคมโดยส่วนรวม

การมีสิทธิพิเศษต้องมีความรับผิดชอบควบคู่กันไป และต้องมีการควบคุมดูแล

การใดที่ทำให้บริการทางการแพทย์เป็นที่เสียหายแก่ผู้ป่วย และสาธารณชน และทำลายวิชาชีพทางแพทย์ให้เสื่อมเสีย พึงได้รับการต่อต้านดังตัวอย่าง เช่น

- การกระทำที่ชี้ให้เห็นว่า สุขภาพเป็นเรื่องธุรกิจที่ซื้อขายได้
- หลีกเลี่ยงความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยไปยังผู้อื่น

- วิธีการใดก็ตามที่ชี้ว่าบริการทางการแพทย์มีมาตรฐานเดียวกับการให้บริการแบบเหมาโหลได้เช่นเดียวกัน
- การบริการที่กำหนดค่ารักษาตายตัว หรือใช้มูลค่าเงินเป็นตัวชี้นำในการให้บริการ
- การบริการที่ต้องจ่ายค่านายหน้า
- การบริการที่คิดมูลค่าทำให้ผู้ป่วยต้องจ่ายในสิ่งที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาของเขา (เช่น ปัญหาสินบนทำให้มูลค่าบริการแพงขึ้น)
- การกระทำที่ถูกบังคับจากรัฐบาลทำให้ขาดอิสรภาพทางวิชาการ หรือมีการแยกแยะการให้บริการโดยอิทธิพลทางการเมือง ซึ่งขัดกับคำสั่งสอนในระบบแพทย์ หรือให้ข้อมูลอันเป็นความลับของผู้ใดด้วยถูกบังคับ เว้นแต่จะเป็นไปเพื่อการควบคุมโรคติดต่อร้ายแรง
- การกระทำที่จะทำให้มาตรฐานในการรักษาพยาบาลลดลง
- การกระทำที่ส่งผลหรืออิทธิพลดึงดูดใจให้แพทย์เบี่ยงเบนวิธีการรักษาอัน สมควร เช่น สินบน
- การกระทำที่ละเมิดสิทธิของผู้ป่วย เช่นการบังคับให้เขารับบริการหรือการกดดันให้ต้องรับการตรวจรักษา ซึ่งเขาไม่ยินยอม และไม่มีอิสระในการตัดสินใจ

<u>หลักจริยธรรมแพทย์ของสมาคมแพทย์แคนาดา</u>

๑. ความรับผิดชอบทั่วไป

- ให้คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นอันดับแรก
- รักษาผู้ป่วยด้วยความจริงใจ ไม่นำไปแสวงหาประโยชน์ส่วนบุคคล
- ให้การดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- กระทำเวชปฏิบัติให้สมบูรณ์พร้อมไม่บกพร่อง
- ขวนขวายในการแสวงหาความรู้และความชำนาญเพิ่มขึ้น
- รู้ข้อจำกัดของตนเอง และส่งต่อคนไข้ไปยังผู้ที่มีความชำนาญมากกว่าความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย
- ให้บริการผู้ป่วยโดยไม่จำแนกพื้นเพ เช่น วัย, เพศ, เชื้อชาติ, ศาสนา, ภาษา โรค หรือการเมือง
- แจ้งผู้ป่วยในเวลาที่ความรู้สึกในทางคุณธรรมส่วนตัวจะมีอิทธิพลต่อการรักษาผู้ป่วย
- ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่จำเป็นโดยไม่รีรอ
- รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจนกว่าจะหมดความจำเป็นหรือผู้ป่วยไม่ต้องการ

- จำกัดการรักษาตนเองหรือญาติใกล้ชิดเฉพาะกรณีจำเป็นฉุกเฉินในขณะที่หาแพทย์อื่นไม่ได้และปราศจากค่าบริการ

๒. การตัดสินใจและความยินยอม

- ให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่การตัดสินใจแก่ผู้ป่วย ด้วยความพยายามที่สมเหตุผลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ
- แนะนำการรักษาที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยเท่านั้น ในกรณีที่จะแนะนำการรักษาที่จะเป็นประโยชน์แก่สาธารณชน จะต้องได้รับความยินยอมอย่างเป็นทางการ
- เคารพสิทธิของผู้ป่วยในการที่จะยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาใด ๆ
- คำนึงถึงวุฒิภาวะของเด็ก และบทบาทของครอบครัวร่วมประกอบในการตัดสินใจทางการแพทย์
- เคารพต่อความเห็นที่สมเหตุผลในการขอรับฟังความเห็นจากแพทย์อีกท่านหนึ่ง
- ตรวจสอบความต้องการของผู้ป่วยตลอดเวลา ในเรื่องการเริ่มการรักษา การยุติการรักษาหรือการยืดชีวิต
- เคารพความตั้งใจของผู้ป่วยที่ได้แสดงไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งในขณะที่ผู้ป่วยตัดสินใจไม่ได้แล้ว ควรจะปฏิบัติให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง

๓. การรักษาความลับ

- พึงรักษาความลับของผู้ป่วยไว้ เว้นแต่จะขัดกับกฎหมายหรือเพื่อความปลอดภัยของสังคม
- การเผยความลับต่อบุคคลที่สาม ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจบทบาทและขอบเขตความรับผิดชอบของแพทย์ต่อบุคคลที่สาม
- ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยแก่บุคคลที่สามเมื่อมีการร้องขอของผู้ป่วยเอง

๔. การวิจัยทางการแพทย์

- แน่ใจว่าการวิจัยนั้น ๆ ถูกต้องตามหลักจริยธรรม ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการทางด้านจริยธรรมว่าจะไม่มีอันตรายที่เกินขอบเขต
- ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในเรื่องวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้ให้ทุนวิจัย และผลประโยชน์และโทษที่จะเกิดกับผู้ป่วย
- ก่อนเริ่มวิจัยต้องมีการให้ความยินยอมอย่างเป็นทางการ และให้สิทธิแก่ผู้ป่วยที่จะถอนตัวออกจากการทดลองได้ตลอดเวลาที่ต้องการ

๕. ค่าตอบแทน

ให้พิจารณาทั้งลักษณะการให้บริการและความสามารถที่จะจ่ายของผู้ป่วย และจะต้องมีการตกลงให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อน

๖. ความรับผิดชอบต่อสังคม

- พึงระลึกว่าสิ่งแวดล้อมและสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย
- ยอมรับการมีส่วนร่วมในความรับผิดชอบต่อสังคมที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การให้การศึกษา การป้องกันสิ่งแวดล้อม
- ระลึกถึงความรับผิดชอบของแพทย์ในการที่ให้โอกาสสำหรับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์
- ใช้ทรัพยากรอย่างฉลาด
- ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการละเมิดสิทธิมนุษยชน
- ระลึกถึงความรับผิดชอบต่อความเห็นส่วนตัว ในทางวิชาการที่ให้แก่ สาธารณะ

๗. ความรับผิดชอบต่อเพื่อนร่วมวิชาชีพ

- หลีกเลี่ยงที่จะทำลายชื่อเสียงของหมู่คณะด้วยเหตุผลส่วนตน แต่ควรรายงานสิ่งที่ไม่ถูกต้องในวิชาชีพแก่คณะบุคคลที่มีอำนาจเกี่ยวข้อง
- เข้าร่วมการรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนแพทย์
- เข้าสมาคมวิชาชีพแพทย์ตราบเท่าที่ยังมีความสามารถในทางวิชาชีพ
- รับไม่ปฏิเสธบริการ หรือผลิตภัณฑ์ใด ๆ ในฐานะแพทย์
- ไม่ปิดบังข้อวินิจฉัย หรือวิธีการรักษาแก่เพื่อนร่วมวิชาชีพ
- เข้าร่วมประชุมกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ เพื่อการพัฒนาบริการทางการแพทย์

๘. ความรับผิดชอบต่อตนเอง

ในส่วนของความรับผิดชอบต่อตนเองของวิชาชีพแพทย์ คือต้องแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์ที่เหมาะสมเมื่อมีปัญหาส่วนตัว ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วย

<u>หลักจริยธรรมสมาคมแพทย์อังกฤษ (British Medical Association หรือ BMA)</u>

๑. ความยินยอมหรือการปฏิเสธ

- สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย
- การตัดสินใจในการรักษาใด ๆ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย อย่างเป็นทางการโดยอิสระ และมีความสามารถที่จะตัดสินใจไม่มีใครที่จะตัดสินใจแทนบุคคลอื่นที่เป็นผู้ใหญ่แล้ว (adult)
- แพทย์ควรให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยหรือการรักษา ด้วยความจริงใจ เว้นแต่ข้อมูลที่อาจกระทบจิตใจผู้ป่วยอย่างรุนแรงอาจชะลอการบอกกล่าว

ชั่วคราว แต่ไม่ใช่กระทำเป็นประจำ และต้องทบทวนการตัดสินใจเช่นว่านั้นอย่างต่อเนื่อง

- ในสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในฐานะที่จะตัดสินใจได้ แพทย์ต้องให้การรักษาโดยยึดหลักคุณธรรม ในสิ่งที่คาดว่าน่าจะเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย
- ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา โดยรับรู้ข้อมูลถึงผลที่จะติดตามมา การตัด สินใจนี้ควรได้รับการเคารพ
- การให้ความยินยอมหรือปฏิเสธเริ่มขึ้นเมื่อมีการวิจารณ์ถึงสิ่งนี้
- โดยอุดมคติ แพทย์ควรให้ข้อมูลผู้ป่วยรับรู้ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ หรือไม่ได้รับการรักษา
- ไม่มีเกณฑ์อายุต่ำสุดที่เด็กจะมีสิทธิให้ความยินยอม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้และการตัดสินใจได้เป็นหลัก
- ไม่สามารถสรุปอยู่ตลอดเวลาว่าผู้ป่วยยินยอมเป็นผู้ป่วยเพื่อการสอน ซึ่งควรจะขอความยินยอมจากผู้ป่วยทุกครั้ง
- การที่ผู้ป่วยให้ความยินยอมในการรับการตรวจเป็นกรณีที่แตกต่างจากการยินยอมในการรักษาหรือผ่าตัดชิ้นเนื้อหรืออวัยวะ
- ในกรณีที่เด็กเป็นผู้บริจาคอวัยวะควรคำนึงถึงความเสี่ยงที่ไม่มากต่อเด็ก และต้องกระทำไปในทางที่สมควรแก่เด็ก ผู้บริจาคนั้น อย่างไรก็ตาม BMA ไม่เห็นด้วยในการให้เด็กบริจาคอวัยวะที่ไม่อาจสร้างทดแทนใหม่ได้

๒. การรักษาความลับของผู้ป่วย

- เนื้อเยื่อของรกหากจะนำไปใช้ประโยชน์ใดควรได้รับความยินยอมจากมารดา
- ทุกคนควรมีสิทธิในการควบคุมการใช้ประโยชน์จากข้อมูลของตนเอง แม้แต่เด็กหรือผู้พิการทางปัญญา
- การให้ข้อมูลแก่บุคลากรทางการแพทย์อื่นที่เกี่ยวข้องต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและจำกัดเพียงแต่เท่าที่จำเป็น สำหรับประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย
- ข้อมูลที่แพทย์ได้มาจากเวชปฏิบัติต้องสามารถรักษาไว้เป็นความลับ ไม่เพียงแต่ไม่เอ่ยถึงเท่านั้น
- การใช้ข้อมูลเพื่อการอื่นนอกจากการรักษา หรือการบอกแก่บุคคลที่ ๓ ต้องได้รับ

ความยินยอมจากผู้ป่วย เว้นแต่กรณีที่ต้องป้องกันความเสี่ยงต่อสาธารณะบุคคล

- ถ้าต้องมีการบันทึกภาพเพื่อการสอนต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย รวมทั้งต้องรักษาความลับไว้ด้วย และผู้ป่วยมีสิทธิที่จะยกเลิกความยินยอมนั้น
- และหากมีวัตถุประสงค์ในการเผยแพร่อื่น ๆ นอกจากการสอนต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยด้วย
- BMA สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลการเจ็บป่วยของเขาได้โดยง่าย เว้นแต่จะเห็นว่ามีผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วยหรือกรณีที่อาจทำให้ไม่สามารถรักษาความลับได้
- พ่อแม่มีสิทธิเข้าถึงข้อมูลของบุตรได้ โดยความยินยอมของบุตรเท่านั้น หากบุตรเป็นผู้ที่สามารถให้ความยินยอมได้ ซึ่งหากบุตรไม่ต้องการให้เปิดเผยข้อมูลนั้น ก็ต้องรักษาข้อมูลเป็นความลับ
- BMA คิดว่าแพทย์ควรเก็บความลับแม้เป็นเรื่องเล็กน้อย เช่น การใช้ยาคุมกำเนิด
- การใช้ข้อมูลผู้ป่วยในงานวิจัย ควรได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านงานวิจัย ซึ่งต้องป้องกันการเผยแพร่สู่สาธารณชน
- การรักษาความลับจึงครอบคลุมถึงบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลควบคุมข้อมูลนั้นด้วย

๓. กลุ่มเด็ก

- เด็กควรมีสิทธิเต็มที่ในการได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลรักษา
- ไม่มีคำจำกัดความแน่นอนสำหรับเด็กหรือทารก ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ว่าเหมาะสมหรือไม่
- กรณีที่เด็กได้รับการพิจารณาจากแพทย์ว่าไม่มีความสามารถที่จะตัดสินใจได้ แพทย์จะต้องให้การรักษาตามสมควรแก่กรณีมากที่สุดที่จะเป็นไปได้ ตลอดจนให้ความสำคัญแก่คนในครอบครัวของเด็กด้วย

๔. เทคโนโลยีด้านพันธุกรรมและการสืบพันธ์

- การคุมกำเนิด ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิดโดยแพทย์ที่ไม่เห็นด้วย ควรปล่อยให้แพทย์ท่านอื่นดูแลแทน ในกรณีที่เด็กนั้นอายุน้อยกว่า ๑๖ ปีและต้องการคุมกำเนิด แพทย์ควรให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่เด็ก และควรเคารพต่อการตัดสินใจนั้น ๆ รวมทั้งรักษาความลับไว้ด้วย
- การทำแท้ง BMA ไม่ต่อต้านในเรื่องนี้ และให้ข้อเสนอแนะว่ามีกลุ่มที่มีความ

คิดเห็นเกี่ยวกับการทำแท้งอยู่ ๓ กลุ่ม คือกลุ่มที่ยอมรับให้ทำแท้งได้เป็นการทั่วไป กลุ่มที่ยอมให้ทำแท้งได้เมื่อมีความจำเป็น กับกลุ่มที่ต่อต้านการทำแท้งทุกกรณี ในแง่กฎหมายแล้วไม่ถือว่าเป็นความผิดหากอยู่ ภายใต้ เงื่อนไขว่า มีแพทย์ ๒ คนรับรองว่า เป็นการตั้งครรภ์ไม่เกิน ๒๔ สัปดาห์ และ การตั้งครรภ์ต่อไปจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกายหรือจิตใจของมารดา หรือต่อชีวิตมารดา หรือเด็กนั้นจะคลอดออกมาพิการอย่างรุนแรง ทาง ร่างกายหรือสติปัญญา

- การทำหมัน ซึ่งทำให้สูญเสียการมีบุตรอย่างถาวรทั้งในชายและหญิงต้องให้ผู้ป่วยเข้าใจ และให้ความยินยอมอย่างเป็นทางการ รวมทั้งต้องได้รับความยินยอมจากคู่สมรสด้วย

๕. การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

- โรงเรียนแพทย์ต้องมีหลักสูตรในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย การสื่อสาร การให้คำปรึกษา
- การเคารพต่อความคิดของผู้ป่วยไม่ลดลงเลย แม้ผู้ป่วยกำลังจะตายแพทย์มีหน้าที่ให้ข้อมูล แต่ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกว่าเมื่อกำลังจะตายจะให้มีการรักษาเพียงใด
- ผู้ป่วยกำลังจะตายควรได้รับการเอาใจใส่อย่างเต็มที่เช่นเดียวกับผู้ป่วยอื่น ทั้งด้านความเจ็บปวด และด้านอื่น ๆ
- ผู้ป่วยควรได้รับความสนใจในคุณภาพชีวิตแม้กำลังจะตาย และควรให้เสียชีวิตอย่างสง่างาม (dignity) เมื่อเขาไม่ต้องการรับการรักษาใด ๆ อีก
- การช่วยผู้ป่วยให้ฆ่าตัวตาย (Euthanasia) ในทรรศนะของ BMA เห็นว่าเป็นภัยร้ายแรงที่กระทบต่อจริยธรรมทางการแพทย์
- การช่วยบรรเทาความทุกข์หรือความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วย เป็นสิ่งที่สมควร
- หากแพทย์ผู้ใดมีทัศนคติที่ต่อต้านการยุติความช่วยเหลือในการรักษาแก่ผู้ป่วยที่กำลังจะตาย ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ และเมื่อได้มีการประเมินแล้วว่าผู้ป่วย มีเจตจำนงที่จะให้ยุติการรักษา การยุติการรักษา การถอดอุปกรณ์ช่วยชีวิตออกเป็นสิ่งที่ถูกต้องทางจริยธรรม โดยผู้ร่วมกันรักษาต้องหาเหตุผลที่ผู้ป่วยต้อง การยุติชีวิตลง และพยายามแก้ไขความเข้าใจผิดใด ๆ อันอาจมีอยู่ ความต้อง การของผู้ป่วยกรณีนี้ต้องเป็นไปในขณะที่ยังมีสติสมบูรณ์
- ผู้ป่วยที่แสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าควรได้รับการประเมินใหม่ทุก ๕ ปี

- แม้ว่าการที่ผู้ป่วยต้องการให้ยุติการรักษาควรได้รับการเคารพ แต่ไม่ได้หมายความว่าจะต้องทอดทิ้งผู้ป่วย
- การทำการกู้ชีพ (cardiopulmonary resuscitation หรือ CPR) ควรกระทำในผู้ป่วยทุกราย เว้นแต่มีข้อบ่งชี้ว่าการกู้ชีพนั้น ๆ แม้ทำไปก็ไร้ผล หรือเป็น การขัดแย้งต่อเจตนาของผู้ป่วยที่แสดงไว้ในยามที่มีสติสมบูรณ์
- ในทรรศนะของ BMA เห็นว่าการให้อาหารทางสายยาง ไม่ควรจะผืนเจตนารมณ์ผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่ต้องการ

๖. การสั่งการรักษา

- หลีกเลี่ยงการสั่งยาที่เป็นภาระแก่ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น
- ควรสั่งยาให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วย
- โดยจริยธรรมแล้วแพทย์มีหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา รวมทั้งผลข้างเคียงของยาข้อมูลจากฉลากยา
- ไม่ใช่ข้อแก้ตัวที่ให้แพทย์ละเว้นการบอกข้อมูลแก่ผู้ป่วย
- การสั่งยาควรเป็นไปเพื่อผู้ป่วยไม่ใช่ถูกกำหนดจากนโยบายของโรงพยาบาลหรือนายจ้าง
- แพทย์ไม่พึงติดต่อในเชิงธุรกิจกับบริษัทยา
- การสั่งยาไม่ควรให้มากเกินไปในแต่ละคราว การทำเช่นนั้นเป็นการสร้างพฤติกรรมการใช้ยาผิด ๆ แก่ผู้ป่วย
- แพทย์ควรแสวงหาความรู้ทางยาใหม่ ๆ โดยไม่ถูกจูงใจโดยผลประโยชน์ใด ๆ

๗. การวิจัย

- ประโยชน์ที่จะบังเกิดแก่ผู้ป่วยควรเป็นสิ่งที่ได้รับการพิจารณาเป็นอันดับแรก และการวิจัยใด ๆ ต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพียงพอ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องวัตถุประสงค์ วิธีการ หรือผลเสียใด ๆ
- ควรอธิบายขั้นตอนวิธีการที่กระทำต่อผู้ป่วยและให้อิสระในการถอนตัว โดยไม่มีแรงกดดันใด ๆ ต่อการดูแลผู้ป่วยแม้จะถอนตัว
- หากการวิจัยนั้น ๆ ไม่เป็นการรักษา จะเกิดความเสี่ยงมากกว่าที่กำหนด (minimal risk) ไม่ได้
- ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจากการกระทำใด ๆ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย และต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม

- เด็กที่โตพอสามารถให้ความยินยอมเองได้ และไม่ควรจะทำวิจัยที่ขัดกับเจตนา อันแท้จริงของเด็ก
- ผู้ป่วยบกพร่องทางสติปัญญาหลายรายสามารถให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยได้
- การวิจัยทางการแพทย์ทุกกรณีต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม
- ปัจจัยเสี่ยงขั้นต่ำที่กล่าวแล้ว (minimal risk) คือ อัตราตายต่ำกว่า ๑ ต่อร้อยล้าน ผลแทรกซ้อนรุนแรง (major complication) ๑๐ ถึง ๑,๐๐๐ ต่อ ๑ ล้าน ผลแทรกซ้อนไม่รุนแรงมี ๑ ถึง ๑๐๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ราย
- การกระทำในเด็กต่อไปนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงน้อย (low risk) : การทำให้เกิดความ เจ็บปวดชั่วคราวหรือแผลเป็นเล็กน้อย แต่การกระทำเช่น เจาะดูชิ้นเนื้อจากตับ หรือปอด หรือการเจาะเส้นเลือดแดง หรือการสวนสายเข้าหัวใจ เป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงสูง ห้ามกระทำการดังกล่าวหากเป็นไปเพื่อการวิจัยเพียงอย่างเดียว

๘. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพ

- แพทย์ไม่ควรทำการที่ตนไม่ถนัด แพทย์อาวุโสไม่ควรขอให้แพทย์จบใหม่กระทำในสิ่งที่ตนไม่มีความชำนาญเพียงพอ
- แพทย์ทุกคนมีหน้าที่เอาใจใส่ต่อการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน
- การขจัดความไม่เข้าใจระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพในการรักษาผู้ป่วย ควรกระทำโดยเร็ว
- แพทย์ต้องควบคุมข้อความในใบเอกสารที่แจกแก่ผู้ป่วย และห้ามโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- ไม่ทับถมผู้อื่นและยกตนว่าเหนือกว่า
- แพทย์ไม่ควรสั่งยาให้ตนกับเองหรือคนในครอบครัว
- แพทย์ไม่ควรคิดค่ารักษาแก่ผู้ร่วมวิชาชีพหรือญาติสนิท หากจะกระทำควรบอกกล่าวก่อนเริ่มทำการรักษา

๙. ความสัมพันธ์กับวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์

- ทุกวิชาชีพมีหน้าที่ในการปกป้องให้แน่ใจ ในความถูกต้องของการรักษาในฐานะผู้ร่วมกลุ่มทำงาน และควรมีการติดต่อประสาน เพื่อความเข้าใจซึ่งกันและกันเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย

- แพทย์เป็นผู้รับผิดชอบการรักษาดูแลทั้งหมดต่อผู้ป่วย แต่ต้องเข้าใจว่าวิชาชีพอื่นก็มีความชำนาญสามารถซึ่งทำไปได้โดยไม่ต้องขึ้นกับแพทย์
- เป็นการตัดสินใจและพยาบาล หรือผดุงครรภ์แต่ละคนว่าจะทำการใดได้เพียงใด
- แพทย์พึงแน่ใจว่าพยาบาลจะต้องไม่ทำการใดที่เกินความสามารถ ซึ่งอาจสอบถามได้
- แพทย์และพยาบาล ควรให้ความเคารพซึ่งกันและกันในความชำนาญแต่ละด้าน

<u>หลักจริยธรรม (Code of Conduct) ของสมาคมแพทย์อัฟริกาใต้ (Medical Association of South Africa หรือ MASA)</u>

๑. ความรับผิดชอบต่อสังคม

- การอุทิศตนรับใช้มนุษยชาติในเรื่องสุขภาพ รวมทั้งการให้ความรู้แก่สังคม
- เปิดโอกาสให้ทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส
- พยายามยกระดับสุขภาพของชุมชน
- ไม่ยอมให้ปัจจัยใดมามีผลให้การรักษาด้อยลง และการให้บริการไม่จำแนกเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ อายุ หรือความเชื่อทางการเมือง

๒. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

- ควรสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อความไว้วางใจในการรักษา
- เคารพความต้องการของผู้ป่วยโดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยกำลังจะตาย และต้องการ ยุติการรักษา
- การคิดค่ารักษาควรคำนึงถึงกำลังทรัพย์ของผู้ป่วย
- ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานะทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยเมื่อได้รับคำขอร้องร้องขอ

๓. การรักษาความลับ

- ควรรักษาความลับของผู้ป่วย เว้นแต่จะผิดกฎหมาย หรือจริยธรรม

๔. พิจารณาส่งตัวผู้ป่วย

- รู้ข้อจำกัดของตนเอง และส่งต่อผู้ป่วยโดยไม่ชักช้าเมื่อเกินความสามารถ และให้ข้อมูลที่มีอย่างครบครัน

๕. เข้าร่วมประชุมการศึกษาต่อเนื่องเพื่อพัฒนาวิชาการเกี่ยวกับวิชาชีพ

- ดำรงตนให้สมฐานะแห่งวิชาชีพแพทย์ และช่วยกันควบคุมแก้ไขผู้ที่ประพฤติไม่ถูกหลักจริยธรรม
- ไม่ทับถมผู้อื่นและยกย่องตนเองว่าดีกว่าเหนือกว่า

๒.๔ อิทธิพลของศาสนาที่มีต่อจริยธรรมทางการแพทย์

ปัญหาในเรื่องจริยธรรมเป็นสิ่งที่ได้รับความสนใจมากขึ้น ดังที่ได้กล่าวแล้ว ซึ่งไม่ใช่เรื่องที่เพียงแต่คอยจับผิดว่าแพทย์ทำถูกหรือไม่ แต่มีความละเอียดอ่อนลงไปถึงการดูแลรักษา และการประพฤติตนตามวัฒนธรรมและค่านิยมในสังคม ซึ่งตามธรรมดาแล้วปัญหาของผู้ป่วยบางปัญหาก็ไม่อาจตัดสินทางจริยธรรม ได้โดยง่าย เช่น ปัญหาที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่มากและยาวนาน หรือยกหนี้สินให้แก่ ญาติโดยที่ญาติจะเต็มใจหรือไม่ก็ตาม จึงมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีความเชื่อ และความศรัทธาในศาสนาหันหน้า เข้าหาสิ่งเหล่านี้ในยามที่ชีวิตเต็มไปด้วยความทุกข์และสิ้นหวัง

๒.๔.๑ พุทธศาสนา

โดยหลักการแล้วพุทธศาสนามีหลักการที่จะให้มนุษย์พ้นทุกข์ และพระสงฆ์จึงมีบทบาทอย่าง มากในการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ แม้กระทั่งด้านร่างกาย เช่น การใช้สมุนไพร ชาวพุทธส่วนมากจะเชื่อเรื่องกรรมกล่าวคือ ทำกรรมดีจะได้ดี ทำกรรมชั่วก็ได้สิ่งชั่วทดแทน ทั้งนี้แพทย์ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลรักษาก็อยู่ภายใต้ กฎเกณฑ์เดียวกัน ซึ่งส่งผลต่อคุณธรรมและจิตใจที่จะให้แพทย์มีคุณธรรม จริยธรรมที่ดีต่อผู้ป่วย หลักคำสอน เกือบทุกข้อในพุทธศาสนาเป็นเครื่องมือให้ผู้คนยึดมั่นในความดี ขณะเดียวกันก็เป็นตัวช่วยตีกรอบทางจิตใจให้ แก่บรรดาแพทย์ผู้มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยไปด้วยเช่นกัน ความเชื่อเรื่องกรรมนี้เป็นสิ่งที่ปลอบประโลมใจผู้ป่วย ที่สิ้นหวัง เพราะเชื่อมั่นในกรรมเก่า หรือกรรมที่จะส่งผลต่อไป สามารถอธิบายในสิ่งที่ตนเองเป็นหรือมีอยู่ ประเด็นที่อยู่ในความสนใจของพระพุทธศาสนาและคนทั่วไปดังตัวอย่างเช่น การทำแท้ง การฆ่าตัวตาย การเตรียมตัวตาย เป็นต้น หัวข้อเหล่านี้จะได้กล่าวถึงซ้ำอีกครั้ง ในประเด็นปัญหาทางจริยธรรมแม้ธรรมหรือคำสอนของศาสนาพุทธมีมากมายถึง ๘๔,๐๐๐ พระธรรมขันธ์ แต่ที่มีการปฏิบัติกันอย่างเคร่งครัดนั้นมีไม่มากนัก

๒.๔.๒ ศาสนาคริสต์

ศาสนาคริสต์มีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องพระเจ้าผู้สร้างโลก ตามบันทึกในไบเบิลอันเป็นคัมภีร์ศักดิ์สิทธิ์ของคริสตศาสนิกชน พระเยซูซึ่งเป็นผู้ที่ชาวคริสต์เชื่อว่าเป็นบุตรของพระเจ้า ก็ได้ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยมาตลอด ใน Christian Physicians' Oath ได้กล่าวถึงคำปฏิญาณต่อพระเจ้าโดยให้ถือแบบอย่างที่พระเจ้า ทรงให้ความเมตตาแก่มนุษย์ และแพทย์ควรให้ความสงสาร และมีความรักต่อผู้ป่วยหรือผู้ด้อยโอกาส

ตามความเชื่อของชาวคริสต์ มนุษย์ควรปล่อยตนเองให้เป็นไปตามประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า กระบวนการทางวิทยาศาสตร์หลายอย่าง เป็นการฝ่าฝืนคำสอนทางศาสนา ทำให้วิทยาการด้านการแพทย์หยุด ชะงัก แต่ต่อมาวงการศาสนาได้ปรับตัวมากขึ้น จนสามารถรับข่าวสารใหม่ ๆ ได้ในเวลาต่อมา ข้อดีของการ แพทย์สายศาสนาคริสต์ คือ ความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และแพทย์จะเน้นความเสียสละมากกว่า

๒.๔.๓ ศาสนาอิสลาม

มีความเชื่อว่าพระอัลลาห์เป็นผู้สร้าง (Allah) สรรพสิ่ง และมวลมนุษย์ มีศาสดามูฮัมมัดเป็นผู้ ถ่ายทอดเจตนาแทนพระอัลลาห์ และเชื่อว่ามนุษย์ไม่มีสิทธิที่จะจัดการตนเอง เพราะพระเจ้าเป็นผู้จัดการให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ อิสลามิกชนเชื่อว่า สภาพการณ์มีชีวิตเป็นเพียงสถานะหนึ่งของมนุษย์เท่านั้น และเมื่อตายไปก็ได้ไปสวรรค์หากประพฤติตนดี ตามเจตนารมณ์ของพระผู้เป็นเจ้า คัมภีร์อัลกุรอานเป็นคัมภีร์ที่บันทึกเรื่องราวเกี่ยวกับศาสนา และคำสอนของพระเจ้าที่ศาสนิกชนยึดถืออย่างเคร่งครัด ศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่าความรู้ทางการแพทย์มาจากพะเจ้าซึ่งได้ถ่ายทอดให้มนุษย์ เป็นสิ่งที่พระเจ้ามอบให้มนุษย์ด้วยความเมตตาจะไม่ถูกขัดขวางโดยอคติใดๆ เปรียบได้กับแสงอาทิตย์ที่ให้ประโยชน์แก่ทั้งคนดีและคนไม่ดี

๒.๕ ศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับความเป็นมาของหลักจริยธรรมในประเทศไทย

ในสมัยโบราณผู้ที่เป็นหมอก็คือ ผู้ที่ดูแลรักษาด้วยสุขภาพของคนในสังคม มีทั้งหมอยา หมอผี หมอกระดูก คนที่ตั้งตัวเป็นหมอเหล่านี้ไม่ได้มีโรงเรียนฝึกอบรม ไม่สถาบันรับรองคุณภาพใด ๆ คอยดูแล ทั้ง หมดเป็นไปด้วยความเลื่อมใสศรัทธาเป็นหลัก จึงมีทั้งผู้ที่มีความสามารถจริงและไม่จริง แต่ที่เห็นว่ามีอยู่ทั่วไปก็ คือผู้ที่คุยโอ้อวดตนว่ามีความรู้ดี จึงจะมีผู้นิยมมาก เรื่องจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล ไม่มีใครควบคุมบังคับ คงมีแต่ความเห็นของสังคมที่อาจจะมองดูในแง่ความเมตตากรุณา ไม่มีกฎหมายมาบังคับให้ต้องปฏิบัติ หรือเว้นการปฏิบัติ

ในยุคต่อมาสังคมพัฒนามากขึ้น การแพทย์แผนปัจจุบันได้รับอิทธิพลจากต่างประเทศ โดยเฉพาะจากประเทศตะวันตก โดยการติดต่อค้าขายและการเผยแผ่ศาสนา ในระยะแรกพวกสอนศาสนาจากตะวันตกไม่ใช่พระสงฆ์ แต่เป็นคนธรรมดา ซึ่งเพียงแต่มีใจเสียสละเพราะศรัทธาในพระเจ้าของศาสนาคริสต์ จึงได้เดินทางออกมาเผยแผ่ศาสนา แต่คนเหล่านี้ทราบดีว่าการเผยแผ่ศาสนาอย่างเดียวนั้นยากที่จะประสบความ สำเร็จ จึงได้ใช้วิทยาศาสตร์และการแพทย์แบบใหม่เป็นเครื่องนำทาง ซึ่งในความเป็นจริงสามารถเรียกศรัทธา จากประชาชนได้มาก รวมทั้งมีอิทธิพลอย่างยิ่งในระยะหลังผู้สอนศาสนาชาวตะวันตกเหล่านี้ จึงมักเลือกจากผู้ที่ จบวิชาแพทยศาสตร์รักษาโรคได้จริง ๆ เห็นได้ชัดในสมัยรัชกาลที่ ๔ และรัชกาลที่ ๕ มิชชันนารีเหล่านี้เองได้วางรากฐานการแพทย์แผนใหม่ให้แก่ประเทศไทย ทำให้คนไทยยอมรับมากขึ้น แม้ว่าผู้คนจะพบว่าชาวตะวันตกนำเอาลัทธิบริโภคนิยม หรือวัตถุนิยมมา

เผยแพร่ในสังคมไทย แต่ใครเลยจะปฏิเสธว่าโดยเนื้อแท้แล้ว คนในสังคมไทยก็เป็นปุถุชนที่มีกิเลสตัณหาทั้งสิ้น โรคภัยไข้เจ็บจำนวนไม่น้อยล้วนมีสาเหตุมาจากกิเลสตัณหาทั้งนั้น เช่นการทะเลาะเบาะแว้ง การปล้น การทำร้ายร่ายกาย การเห็นแก่ลาภยศชื่อเสียง เป็นสิ่งที่เห็นกันดาษดื่นในสังคมไทยตั้งแต่อดีตกาลมา จะแตกต่างจากยุคปัจจุบันก็ตรงที่ ในปัจจุบันความเจริญทางวัตถุมีมากขึ้น อีกทั้งรูปแบบชีวิตที่ซับซ้อนมากขึ้นทำให้ดูว่าสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปมาก

อย่างไรก็ตามกระแสความคิดของสังคม ซึ่งส่งผลให้เกิดการพัฒนากฎหมายขึ้นมาควบคุมบังคับคนในสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีมาตรฐาน และเป็นธรรม จึงทำให้มีพระราชบัญญัติเกี่ยวกับวิชาชีพขึ้นมาบังคับใช้เช่น พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม และมาตรการลงโทษบุคคลที่ประพฤติผิดกฎหมาย โดยสรุปก็เป็นไปเพื่อผดุงจริยธรรมแห่งวิชาชีพ แพทยสภาเป็นเสมือนผู้ดูแลโดยตรง กระแสความคิดความคาด หวังที่เปลี่ยนแปลงไปพอสรุปโดยสังเขปได้ดังนี้

สืบเนื่องจากวัฒนธรรมและแหล่งวิชาความรู้จากตะวันตก ทำให้ปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในประเทศตะวันตกเกิดขึ้นในประเทศไทยด้วยเช่นกัน เช่นการรับสินบน การทำแท้ง การช่วยผู้ป่วยให้ฆ่าตัวตาย แม้จะไม่มีการยอมรับอย่างเป็นทางการ หรือไม่มีการรวบรวมไว้เป็นสถิติอย่างเปิดเผย พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในต่างประเทศเหล่านี้มีลักษณะคล้ายคลึงกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ในรายงานการประชุมของชมรมแพทย์ชนบทที่ห้องประชุมใหญ่ คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๐ ซึ่งรวบรวมโดยนายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ ได้กล่าวถึงทรรศนะที่พลตรีจำลอง ศรีเมือง บอกว่าเคยได้ยินมาว่าแพทย์รับเงิน เปอร์เซ็นต์จากบริษัทยา ในกรณีที่สั่งยาเข้าโรงพยาบาลของรัฐที่ตนทำงานอยู่ ในบทความนี้ยังได้กล่าวถึงปาฐกถาอุดม โปษะกฤษณะ โดยนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ซึ่งพูดถึงคุณภาพของผลผลิตในโรงเรียนแพทย์ว่า สมควรปรับปรุงแก้ไขอยู่ ๓ ประการคือ

๑) ยังเน้นความสนใจในด้านการรักษามากกว่าการป้องกัน

๒) เจตคติต่อชุมชนยังหย่อน

๓) ถูกครอบงำโดยระบบแพทย์พาณิชย์มากขึ้น

บทความดังกล่าวยังได้ให้ตัวอย่างเกี่ยวกับเรื่องค่าตอบแทน ซึ่งแพทย์ได้รับจากการส่งคนไข้เข้ารับการตรวจเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์ทางสมอง ๑๐ – ๑๕% ของราคาค่าตรวจประมาณ ๕,๐๐๐ บาท และได้อ้างถึงพฤติกรรมของแพทย์ที่ขายใบรับรองแพทย์ใบละ ๒๐ บาท ไว้ล่วงหน้าให้กับผู้ที่ต้องการ นอกจากนี้บทความที่ นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้เขียนลงในหนังสือแด่หมอใหม่ (แจกสำหรับแพทย์ใหมี่ทุกคน) จัดพิมพ์ครั้งแรกโดย แพทยสภา, แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย, มูลนิธิแพทย์ชนบท และชมรมแพทย์ชนบท ดังความตอนหนึ่งว่า

“ถ้าพิจารณาอย่างไม่เข้าข้างตนเอง ขณะนี้อาชีพแพทย์กำลังเผชิญมรสุมหลายลูก บัณฑิตใหม่จะ คิดอย่างไรต่อคำกล่าวต่อไปนี้: “ไปหามันที่โรงพยาบาลหน้าตามันบอกบุญไม่รับ ไปหามันที่ร้านมัน

แทบจะอุ้มเข้าไปเลย” “หมอสั่งยา ๓ ล้านเข้าโรงพยาบาลได้ บีเอ็มดับบลิวคันหนึ่ง” “เวลาจะ refer ผู้ป่วยหมอไม่ยอมเขียน ให้พยาบาลเขียน แต่เวลาจะส่งคนไข้ไปทำ CT SCAN หมอรีบเขียนเอง (เพราะได้ ๑๐%)

นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ ได้กล่าวในบทความปี พ.ศ. ๒๕๓๑ เกี่ยวกับการทำเวชปฏิบัติในภาคเอกชน ถึงค่าปรึกษาที่แพงเกินไป และความเหมาะสมถูกต้องในการรักษาพยาบาล กล่าวคือ แพทย์ไม่เพียงถูกกล่าวหาว่าขูดรีดค่ารักษา แต่ยังมีความคลางแคลงใจว่า แพทย์ตามโรงพยาบาลเอกชนหลายท่านทำการตรวจ รักษา หรือผ่าตัดเกินจำเป็นโดยหวังผลตอบแทนทางการเงินหรือไม่ และกล่าวถึงการบรรยายของนายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา วิทยากรที่ร่วมอภิปรายที่โรงพยาบาลศิริราช วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๓๐ ซึ่งท่านได้กล่าวในตอนหนึ่งว่า แพทย์ไทยกำลังเผชิญปัญหาสำคัญ ๆ หลายประการ เช่น ปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม การฉีดยาที่ไม่ จำเป็น แพทย์มีความรับผิดชอบต่ำ และเรื่องหนึ่งที่วงการแพทย์ไม่ยอมรับรู้เลยก็คือ เรื่องของราคาค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง

พัฒนาการของกฎหมายที่ควบคุมวิชาชีพ

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของไทย ฉบับแรกออกใช้บังคับเมื่อปี พ.ศ. ๒๔๖๖ ชื่อว่าพระราชบัญญัติการแพทย์พุทธศักราช ๒๔๖๖ ต่อมาถึงปัจจุบัน ได้มีการออกกฎหมายอีก ๓ ฉบับ คือ

๑) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๔๗๙ (รวมฉบับแก้ไขเพิ่มเติมอีก ๘ ฉบับ และคำสั่งของคณะปฏิรูปการปกครองแผ่นดินฉบับที่ ๓๘)

๒) พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕

๓) ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ปี พ.ศ. ๒๕๒๖

นอกจากนี้ ยังมีพระราชบัญญัติสำหรับวิชาชีพอื่น ๆ อีก เช่น กฎหมาย วิศวกรรม และสถาปัตยกรรม ผู้สอบบัญชี ทั้งหมดมีหลักการอยู่ ๒ ประการคือ ควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งต้องมีความสามารถครบตามที่กฎหมายกำหนด ให้มีการขึ้นทะเบียนและมีองค์กรที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลควบคุมคือ แพทยสภา สภาการพยาบาล และคณะกรรมการ ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๔๗๙ ซึ่งองค์กรเหล่านี้ จะดูแลผู้ประกอบวิชาชีพให้ปฏิบัติตามกฎหมาย ซึ่งหากฝ่าฝืนจะมีการลงโทษ เช่น ตักเตือน พักใช้ใบอนุญาต หรือถอนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ เป็นต้น

การคุ้มครองสวัสดิภาพของประชาชน และสงวนอาชีพ เพื่อมิให้ผู้ที่ไม่มีความรู้ ความสามารถนำมาแอบอ้างเพื่อทำการรักษาพยาบาล หรือประกอบวิชาชีพโดยไม่ถูกต้อง

แต่ในทางปฏิบัติยังมีปัญหาอยู่มาก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลักฐานและข้อเท็จจริง รวมทั้งความเข้าใจ ผิดของผู้ป่วยหรือญาติ ดังที่หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน ตีพิมพ์เรื่องราวเกี่ยวกับโรงพยาบาลสมิติเวชถึงสองคดี

คือ นางจุรีรัตน์ เสรีโยธิน เสียชีวิตระหว่างรอคลอดบุตร และเรียกร้องค่าเสียหายเป็นเงินถึง ๖๙๕.๖๒ ล้านบาท กับคดี ซึ่ง ม.ล.ตรีทศยุทธ เทวกุล ได้นำบุตรมารักษาที่สมิติเวชและเสียชีวิต หลักฐานจากการชันสูตรพบว่า กรณีนาง จุรีรัตน์ เสรีโยธิน นั้น เสียชีวิตขณะคลอดบุตรเนื่องจากภาวะน้ำคร่ำอุดตันเส้นเลือดในปอด (Anniotic Fluid Embolism) ซึ่งเป็นโรคที่คาดการณ์ไม่ได้ และคนไข้ส่วนมากเสียชีวิต ไม่ใช่ความผิดของแพทย์แต่อย่างใด ส่วนกรณีบุตรสาวของ ม.ล. ตรีทศยุทธ เทวกุล นั้นพบว่า เสียชีวิตจากรายส์ซินโดรม (Reye 's syndrome) ซึ่งผู้ป่วยใน กลุ่มนี้มักเสียชีวิตเกือบทั้งหมด จึงไม่ใช่โรคที่เกิดจากการกระทำผิดของแพทย์ อย่างไรก็ตามปัญหาเช่นนี้ได้สร้างความเสียหายในวงวิชาชีพแพทย์อย่างมาก ซึ่งกรณีตัวอย่างนี้มิใช่เกิดจากการกระทำผิดทางจริยธรรม แต่ใน กรณีอื่น ๆ ที่เป็นจริงก็มีเช่นกัน

เรื่องเกี่ยวกับการฟ้องร้องในทางกฎหมายนั้น ได้มีการสัมมนากันที่โรงพยาบาลจุฬาฯ เมื่อวันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๓๙ ตามที่หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน ฉบับวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๓๙ สรุปเนื้อหาที่แพทย์หญิง ประสบศรี อึ้งถาวร รองเลขาธิการแพทยสภา รายงานว่าช่วงปีที่ผ่านมามีคดีที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา ๖๕๗ คดี เพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่า จาก ๒ ปีที่ผ่านมา โดยคดีที่ได้รับการร้องเรียนสูงสุดคือ การโฆษณาการประกอบวิชา ชีพเวชกรรม ๑๗๘ คดี การไม่รักษามาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ๑๐๕ คดี นับวันคดีประเภทหลังจะสูง ขึ้น และการออกใบรับรองแพทย์เท็จ ๗๐ คดี ส่วนคดีอื่น ๆ ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นคือ การร้องเรียนการปฏิบัติต่อผู้ ร่วมวิชาชีพไม่เหมาะสม ๑๓ คดี และยังกล่าวว่า กรณีที่มีการฟ้องร้องแพทย์เรียกค่าเสียหาย ๖๐๐ กว่าล้านบาทเมื่อ เร็ว ๆ นี้ ก่อให้เกิดความหวาดระแวงในหมู่แพทย์อย่างมาก เนื่องจากส่วนใหญ่ยังปฏิบัติหน้าที่โดยมีจริยธรรมอยู่ พบว่า ๘๐% ของคดีที่ร้องเรียน มักเกิดจากความไม่เข้าใจกัน ทำคลอดทารกแล้วเสียชีวิตคือ นายแพทย์ศุภชัย ถนอมสัตย์ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จ ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ในคดีนี้พบว่าไม่ใช่ความผิดของแพทย์ และแพทยสภาได้พิจารณายกฟ้องข้อกล่าวหาไปแล้ว จะเห็นได้ว่าความไม่เข้าใจนำไปสู่ปัญหาและคดีฟ้องร้องจะมากขึ้นเรื่อย ๆ

๒.๖ ศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับข้อบังคับแพทยสภา

ในข้อบังคับเดิมนั้นคือข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ปี พ.ศ. ๒๕๒๖

หมวด ๑ หลักทั่วไป

- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมดำรงตนให้สมควรในสังคมโดยธรรม และเคารพต่อกฎหมายบ้านเมือง
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมไม่ประพฤติ หรือกระทำการใด ๆ อันอาจเป็นเหตุให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ

หมวด ๒ การโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่โฆษณา จ้าง หรือยินยอมให้ผู้อื่นโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ความรู้ ความชำนาญ การประกอบวิชาชีพเวชกรรมของตนและผู้อื่น การโฆษณาอาจจะกระทำได้ดังนี้ : การแสดงผลงานในวารสารวิชาการ หรือการประชุมวิชาการ การแสดงผลงานในหน้าที่หรือการบำเพ็ญกุศลสาธารณะ การแสดงผลงานความ ก้าวหน้าทางวิชาการ หรือการศึกษาของมวลชน
- การประกาศเกียรติคุณทางวิชาการอย่างเป็นทางการ โดยสถาบันวิชาการสมาคมหรือมูลนิธิ ทั้งนี้ต้องละเว้นการแสวงหาประโยชน์ จากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม อาจแสดงข้อความเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของตนที่สำนักงานได้เพียงข้อความเฉพาะเรื่อง ดังต่อไปนี้ ชื่อ นามสกุล คำประกอบ ชื่อว่า นายแพทย์หรือแพทย์หญิง ตำแหน่งทางวิชาการ ฐานันดรศักดิ์ ยศ และบรรดาศักดิ์ วุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติบัตร หรือหนังสือแสดงคุณวุฒิอย่างอื่นซึ่งตนได้รับมา โดยวิธีการถูกต้องตามกฎหมายของแพทยสภา หรือสถาบันนั้น ๆ สาขาของวิชาชีพเวชกรรม รวม ทั้งเวลาทำการ
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอาจลงแจ้งความการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เฉพาะการแสดงที่อยู่ ที่ตั้งสำนักงาน หมายเลขโทรศัพท์
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ทำการเผยแพร่ หรือตอบปัญหาทางสื่อมวลชน ถ้าแสดงตนว่าเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่แจ้งสถานที่ทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นการส่วนตัว เป็นทำนองการโฆษณา และไม่แจ้งที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ด้วย
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องระมัดระวังตามวิสัยที่พึงมี มิให้การประกอบวิชาชีพเวชกรรมของตนแพร่ออกไปในสื่อมวลชนเป็นทำนองโฆษณาความรู้ ความสามารถ

หมวด ๓ การประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษามาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับดีที่สุด และพยายามให้ผู้ป่วยพ้นจากอาการทรมานของโรค และความทรมานต่าง ๆ โดยไม่เรียกร้องสินจ้างรางวัลพิเศษ นอกเหนือจากค่าบริการที่ควรได้รับตามปกติ
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่จูงใจหรือชักชวนให้ผู้ป่วยรับบริการทางวิชาชีพเวชกรรมเพื่อผลประโยชน์ของตน
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ให้ หรือรับผลประโยชน์เป็นค่าตอบแทนจากผู้อื่น (รวมทั้งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วยกัน) ในการที่ตนส่งผู้ป่วยไปรับบริการทางวิชาชีพเวชกรรมจากผู้อื่นนั้น
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องปฏิบัติต่อผู้อื่นโดยสุภาพ ปราศจากการบังคับขู่เข็ญ

- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่หลอกลวงผู้ป่วยให้หลงเข้าใจผิดเพื่อประโยชน์ของตน
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ประกอบวิชาชีพ โดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัย และความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่สั่ง ใช้ หรือสนับสนุนการใช้ยาตำรับลับ รวมทั้งใช้อุปกรณ์การแพทย์อันไม่เปิดเผยส่วนประกอบ
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ออกใบรับรองเท็จ อันเป็นความเท็จโดยตั้งใจ หรือให้ความเห็นโดยไม่สุจริตในเรื่องใด ๆ อันเกี่ยวกับวิชาชีพของตน
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่เปิดเผยความลับผู้ป่วย ซึ่งตนได้มาจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ผู้ป่วยยินยอม หรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย หรือตามหน้าที่
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือ ผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วยเมื่อได้รับคำขอร้อง และตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ใช้ หรือสนับสนุนให้มีการประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือการประกอบโรคศิลปะโดยผิดกฎหมาย

หมวด ๔ การปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพ

- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมพึงยกย่องให้เกียรติ และเคารพในศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ทับถมให้ร้ายหรือกล่นแกล้งกัน
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ชักจูงผู้ป่วยของผู้อื่นมาเป็นของตน

หมวด ๕ การปฏิบัติต่อผู้ร่วมงาน

- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมพึงยกย่องให้เกียรติ และเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ร่วมงาน
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ทับถมให้ร้าย หรือกล่นแกล้งผู้ร่วมงาน
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมพึงส่งเสริม และสนับสนุนการประกอบวิชาชีพของผู้ร่วมงาน

หมวด ๖ การทดลองในมนุษย์

- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ทำการทดลองในมนุษย์ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ถูกทดลอง และต้องพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลองจากอันตรายทั่วไป ที่อาจเกิดขึ้นจากการ ทดลองนั้น ๆ
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องปฏิบัติต่อผู้ทดลอง เช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามหมวด ๓
- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรับผิดชอบต่ออันตราย หรือ ผลเสียหายเนื่องจากการทดลอง ที่บังเกิดแก่ผู้ถูกทดลองอันไม่ใช่ความผิดของผู้ถูกทดลองเอง

ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๔๘

ได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงส่วนข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๔๙ มีรายละเอียดมากขึ้นและมีการแบ่งหมวดมากขึ้นพร้อมหัวข้อย่อย
ต่าง ๆ ในแต่ละหมวด ซึ่งมีการปรับปรุงมาจากข้อบังคับแพทยสภาตามลำดับดังนี้

ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๓
ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๓๘
ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๓
ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๔
ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๔๕
ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๔๕

โดยในหมวด ๒ หลักทั่วไปที่สำคัญประกอบด้วย
ข้อ ๕ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมดำรงตนให้สมควรในสังคมโดยธรรม และเคารพต่อกฎหมายของบ้านเมือง
ข้อ ๖ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมไม่ประพฤติหรือกระทำการใดๆ อันอาจเป็นเหตุให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
ข้อ ๗ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึงฐานะเชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม หรือลัทธิการเมือง
ข้อ ๘ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่โฆษณา ใช้ จ้าง หรือยินยอมให้ผู้อื่นโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของตน
ข้อ ๙ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่โฆษณา ใช้ จ้าง หรือให้ผู้อื่นโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของผู้อื่น
ข้อ ๑๐ การโฆษณาตามข้อ ๘ และข้อ ๙ อาจกระทำได้ในกรณีต่อไปนี้

ข้อ ๑ การแสดงผลงานในวารสารทางวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือในการประชุมวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข
ข้อ ๒ การแสดงผลงานในหน้าที่ หรือในการบำเพ็ญประโยชน์สาธารณะ
ข้อ ๓ การแสดงผลงานหรือความก้าวหน้าทางวิชาการหรือการค้นพบวิธีการและเทคนิคใหม่ๆ ในการรักษาโรคซึ่งเป็นที่ยอมรับทางการแพทย์เพื่อการศึกษาของมวลชน
ข้อ ๔ การประกาศเกียรติคุณเป็นทางการโดยสถาบันวิชาการ สมาคม หรือมูลนิธิ
ข้อ ๕ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมดำรงตนให้สมควรในสังคมโดยธรรม และเคารพต่อกฎหมายของบ้านเมือง

ข้อ ๖ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมไม่ประพฤติหรือกระทำการใดๆ อันอาจเป็นเหตุให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ

ข้อ ๗ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึงฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม หรือลัทธิการเมือง

ข้อ ๘ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่โฆษณา ใช้ จ้าง หรือยินยอมให้ผู้อื่นโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของตน

ข้อ ๙ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่โฆษณา ใช้ จ้าง หรือให้ผู้อื่นโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของผู้อื่น

ข้อ ๑๐ การโฆษณาตามข้อ ๘ และข้อ ๙ อาจกระทำได้ในกรณีต่อไปนี้

(๑) การแสดงผลงานในวารสารทางวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือในการประชุมวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข

(๒) การแสดงผลงานในหน้าที่ หรือในการบำเพ็ญประโยชน์สาธารณะ

(๓) การแสดงผลงานหรือความก้าวหน้าทางวิชาการหรือการค้นพบวิธีการและเทคนิคใหม่ๆ ในการรักษาโรคซึ่งเป็นที่ยอมรับทางการแพทย์เพื่อการศึกษาของมวลชน

(๔) การประกาศเกียรติคุณเป็นทางการโดยสถาบันวิชาการ สมาคม หรือมูลนิธิ

หมวด ๓ การโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ ๑๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอาจแสดงข้อความ เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของตนที่สำนักงานได้เพียงข้อความเฉพาะเรื่องต่อไปนี้

(๑) ชื่อ นามสกุล และอาจมีคำประกอบชื่อได้เพียงคำว่านายแพทย์หรือแพทย์หญิง อภิไธยตำแหน่งทางวิชาการ ฐานันดรศักดิ์ ยศ และ บรรดาศักดิ์ เท่านั้น

(๒) ชื่อปริญญา วุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติ หรือหนังสือแสดงคุณวุฒิอย่างอื่นซึ่งตนได้รับมาโดยวิธีการถูกต้องตามกฎเกณฑ์ ของแพทยสภาหรือสถาบันนั้นๆ

(๓) สาขาของวิชาชีพเวชกรรม

(๔) เวลาทำการ

ข้อ ๑๒ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอาจแจ้งความการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะการแสดงที่อยู่ ที่ตั้งสำนักงาน หมายเลขโทรศัพท์ และหรือข้อความที่อนุญาตในหมวด ๓ ข้อ ๑๑ เท่านั้น

ข้อ ๑๓ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ทำการเผยแพร่หรือตอบปัญหาทางสื่อมวลชน ถ้าแสดงตนว่าเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสามารถแจ้งสถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ แต่ต้องไม่เป็นการสื่อไปในทำนองโฆษณาโอ้อวดเกินความ

เป็นจริง หลอกลวง หรือทำให้ผู้ป่วยหลงเชื่อมาใช้บริการและในการแจ้งสถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ปรากฏหมายเลขโทรศัพท์ส่วนตัวในที่เดียวกัน

ข้อ ๑๔ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องระมัดระวังตามวิสัยที่พึงมี มิให้การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ของตนแพร่ออกไปในสื่อมวลชนเป็นทำนองโฆษณาความรู้ความสามารถ

หมวด ๔ การประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ ๑๕ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุดในสถานการณ์นั้นๆ ภายใต้ความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะ วิสัย และพฤติการณ์ที่มีอยู่

ข้อ ๑๖ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่เรียกร้องสินจ้างรางวัลพิเศษนอกเหนือจากค่าบริการที่ควรได้รับ

ข้อ ๑๗ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่จูงใจหรือชักชวนผู้ป่วยให้มารับบริการทางวิชาชีพเวชกรรม เพื่อผลประโยชน์ของตน

ข้อ ๑๘ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ให้ หรือรับผลประโยชน์เป็นค่าตอบแทนเนื่องจากการรับ หรือส่งผู้ป่วยเพื่อรับบริการทางวิชาชีพเวชกรรม หรือเพื่อการอื่นใด

ข้อ ๑๙ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยสุภาพ

ข้อ ๒๐ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยปราศจากการบังคับขู่เข็ญ

ข้อ ๒๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่หลอกลวงผู้ป่วยให้หลงเข้าใจผิดเพื่อประโยชน์ของตน

ข้อ ๒๒ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อ ๒๓ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความสิ้นเปลืองขอ

ข้อ ๒๔ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่สั่ง ใช้ หรือสนับสนุนการใช้ยาตำรับลับ รวมทั้งใช้อุปกรณ์การแพทย์อันไม่เปิดเผยส่วนประกอบ

ข้อ ๒๕ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่เจตนาทุจริตในการออกใบรับรองแพทย์

ข้อ ๒๖ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ให้ความเห็นโดยไม่สุจริตอันเกี่ยวกับวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ ๒๗ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้วซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ได้รับความ

ยินยอมโดยชอบด้วยกฎหมาย หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่

ข้อ ๒๘ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะ อันตรายจากการเจ็บป่วยเมื่อได้รับคำขอร้อง และตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้ เว้นแต่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อ ชีวิตโดยต้องให้คำแนะนำที่เหมาะสม

ข้อ ๒๙ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ใช้ หรือสนับสนุนให้มีการประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือวิชาชีพใดๆ ทางการแพทย์หรือสาธารณสุข หรือการประกอบโรคศิลปะโดยผิดกฎหมาย

หมวด ๕ การปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพ

ข้อ ๓๐ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมพึงยกย่องให้เกียรติเคารพในศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน

ข้อ ๓๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ทับถมให้ร้ายหรือกล่นแกล้งกัน

ข้อ ๓๒ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ชักจูงผู้ป่วยของผู้อื่นมาเป็นของตน

หมวด ๖ การปฏิบัติต่อผู้ร่วมงาน

ข้อ ๓๓ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมพึงยกย่องให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ร่วมงาน

ข้อ ๓๔ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ทับถมให้ร้ายหรือกล่นแกล้งผู้ร่วมงาน

ข้อ ๓๕ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมพึงส่งเสริมและสนับสนุนการประกอบวิชาชีพของผู้ร่วมงาน

หมวด ๗ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสถานพยาบาล

ข้อ ๓๖ ผู้ ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องไม่โฆษณาสถานพยาบาล หรือยินยอมให้ผู้อื่นโฆษณาสถานพยาบาลที่ตนเป็นผู้ดำเนินการในลักษณะดังต่อไป นี้

(๑) โฆษณาสถานพยาบาลในทำนองโอ้อวดการประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือกิจกรรมอื่นของสถานพยาบาลเกินกว่าที่เป็นจริง

(๒) โฆษณาสถานพยาบาลโดยโอ้อวดกิจกรรมของสถานพยาบาลนั้น หรือสรรพคุณของเครื่องมือเครื่องใช้ของสถานพยาบาล ไปในทำนองจูงใจให้ผู้อื่นเข้าใจผิด โดยไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการที่เป็นมาตรฐานของวิชาชีพเวชกรรม หรือทำให้ประชาชนเกิดความคาดหวังในสรรพคุณเกินความเป็นจริง

(๓)โฆษณาสถานพยาบาลที่มีลักษณะเป็นการลามก ไม่สุภาพ สำหรับสาธารณชนทั่วไปหรือมีลักษณะเป็นการกระตุ้น หรือยั่วยุกามารมณ์ หรือเป็นการขัดต่อศีลธรรมอันดี

(๔) โฆษณาสถานพยาบาลทำนองว่าจะให้ส่วนลดเป็นเงินหรือให้ผลประโยชน์ตอบแทนแก่ผู้ใดให้เป็นไปตามระเบียบที่แพทยสภากำหนด

(๕)โฆษณาสถานพยาบาลว่ามีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้หนึ่งผู้ใดมาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสถานพยาบาลนั้นโดยไม่เป็นความจริง

ข้อ ๓๗ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ต้องไม่ให้หรือยอมให้มีการให้ค่าตอบแทนเป็นเงิน หรือผลประโยชน์ตอบแทนใดๆ แก่ผู้ชักนำผู้ไปขอรับบริการจากสถานพยาบาลนั้น

ข้อ ๓๘ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ต้องไม่ให้หรือยินยอมให้มีการประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือวิชาชีพใดๆ ทางการแพทย์ หรือการสาธารณสุข หรือการประกอบโรคศิลปะโดยผิดกฎหมายในสถานพยาบาลนั้นๆ

ข้อ ๓๙ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ใดไปทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสถานพยาบาล มีสิทธิที่จะประกาศหรือยินยอมให้มีการประกาศชื่อของตน ณ สถานพยาบาลนั้นเฉพาะผู้ที่ปฏิบัติงานเป็นเวลาแน่นอน หรือปฏิบัติงานเป็นประจำเท่านั้น โดยต้องมีข้อความระบุ วัน เวลาที่ไปปฏิบัติงานประกอบชื่อของตนไว้ในประกาศนั้นให้ชัดเจนด้วย

ข้อ ๔๐ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ใดที่ไปทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสถานพยาบาล ถ้ามิได้เป็นผู้ปฏิบัติงานประจำหรือไปปฏิบัติงานไม่เป็นเวลาที่แน่นอน ไม่มีสิทธิที่จะให้มีการประกาศชื่อของตน ณ สถานพยาบาลนั้น เว้นแต่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะมีการทำข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรกับผู้ดำเนินการสถานพยาบาลนั้นๆ

หมวด ๘ การปฏิบัติตนในกรณีที่มีความสัมพันธ์กับผู้ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ข้อ ๔๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่รับเงินจากผู้ประกอบธุรกิจไม่ว่ากรณีใดๆ ยกเว้นกรณีรับค่าตอบแทนจากการเป็นที่ปรึกษา เป็นวิทยากรการบรรยายทางวิชาการ เป็นผู้ได้รับทุนวิจัยจาก ผู้ประกอบธุรกิจดังกล่าว

ข้อ ๔๒ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่รับสิ่งของ การบริการ หรือนันทนาการที่มีมูลค่าเกินกว่าสามพันบาทจากผู้ประกอบธุรกิจไม่ว่ากรณีใดๆ ยกเว้นสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่งานด้านวิชาการที่ส่งผลถึงการบริการที่ยังประโยชน์แก่ผู้ป่วย โดยให้

รับในนามของสถาบันต้นสังกัด

ข้อ ๔๓ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ใด เมื่อรับทุนจากผู้ประกอบธุรกิจในการไปดูงานไปประชุม หรือไปบรรยายทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ให้รับทุนได้เฉพาะค่าเดินทาง ค่าลงทะเบียน ค่าวิทยากร ค่าอาหาร และค่าที่พัก สำหรับเฉพาะตนเองเท่านั้น และจำกัดเฉพาะช่วงเวลาของการดูงาน การประชุม หรือการบรรยายเท่านั้น

ข้อ ๔๔ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ใด ถ้าต้องการแสดงตนเพื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพใดๆ ต่อสาธารณชนจะต้องไม่ใช้คำว่า นายแพทย์ แพทย์หญิง คำอื่นใด หรือกระทำการไม่ว่าโดยวิธีใดๆ ให้ประชาชนเห็นหรือทราบข้อความ ภาพ เครื่องหมาย หรือกระทำอย่างใดๆ ให้บุคคลทั่วไปเข้าใจว่าเป็นแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ ๔๕ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ใด เมื่อแสดงความเห็นต่อสาธารณะโดยการพูดการเขียน หรือโดยวิธีการอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์สุขภาพใด ต้องแสดงโดยเปิดเผยในขณะเดียวกันนั้นด้วยว่าตนมีส่วนเกี่ยวข้องโดยได้รับผลประโยชน์ใดๆ จากผู้ประกอบธุรกิจนั้น เช่น เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้ร่วมทุน เป็นผู้ได้รับทุนไปดูงาน ไปประชุมหรือบรรยายจากผู้ประกอบธุรกิจนั้นๆ

ข้อ ๔๖ ราชวิทยาลัย และวิทยาลัยในสังกัดแพทยสภาอาจวางระเบียบกำหนดแนวปฏิบัติตามข้อบังคับในหมวดนี้ สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่เป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยและวิทยาลัยนั้นๆ ได้เท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับข้อบังคับนี้

หมวด ๙ การศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษ

ข้อ ๔๗ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ทำการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ถูกทดลอง และต้องพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลองจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการทดลองนั้น

ข้อ ๔๘ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องปฏิบัติต่อผู้ถูกทดลองเช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมตาม หมวด ๔ โดยอนุโลม

ข้อ ๔๙ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรับผิดชอบต่ออันตรายหรือผลเสียหาย เนื่องจากการทดลองที่บังเกิดต่อผู้ถูกทดลองอันมิใช่ความผิดของผู้ถูกทดลองเอง

ข้อ ๕๐ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ทำการหรือร่วมทำการศึกษาวิจัยหรือการทดลองในมนุษย์ สามารถทำการวิจัยได้เฉพาะเมื่อโครงการศึกษาวิจัยหรือการทดลองดังกล่าว ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมที่เกี่ยวข้อง

แล้วเท่านั้น

ข้อ ๕๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ทำการหรือร่วมทำการศึกษาวิจัยหรือการทดลองในมนุษย์จะต้องปฏิบัติตามแนวทางจริยธรรมของการศึกษาวิจัย และการทดลองในมนุษย์และจรรยาบรรณของนักวิจัย

หมวด ๑๐ การประกอบวิชาชีพเวชกรรมเกี่ยวกับการปลูกถ่ายอวัยวะ

ข้อ ๕๒ การปลูกถ่ายอวัยวะที่ผู้บริจาคประสงค์จะบริจาคอวัยวะขณะที่ยังมีชีวิต ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ทำการปลูกถ่ายอวัยวะต้องดำเนินการตามเกณฑ์ต่อไปนี้

(๑) ผู้บริจาคต้องเป็นญาติโดยสายเลือด หรือคู่สมรสที่จดทะเบียนสมรสกับผู้รับอวัยวะมาแล้วอย่างน้อยสามปีเท่านั้น ยกเว้นกรณีเป็นการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคที่เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในเกณฑ์สมองตายตามประกาศแพทยสภา

(๒) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ทำการปลูกถ่ายอวัยวะต้องทำการตรวจสอบและรวบรวมหลักฐานที่แสดงว่า ผู้บริจาคเป็นญาติโดยสายเลือด หรือเป็นคู่สมรสกับผู้รับอวัยวะ โดยต้องเก็บหลักฐานดังกล่าวไว้ในรายงานผู้ป่วยของผู้รับอวัยวะ

(๓) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ทำการปลูกถ่ายอวัยวะ ต้องอธิบายให้ผู้บริจาคเข้าใจถึงความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่างๆ แก่ผู้บริจาคทั้งจากการผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัดอวัยวะที่บริจาคออกแล้วเมื่อผู้บริจาคเข้าใจและเต็มใจที่จะบริจาคแล้ว จึงลงนามแสดงความยินยอมบริจาคอวัยวะไว้เป็นลายลักษณ์อักษร (Informed consent form)

(๔)ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ทำการปลูกถ่ายอวัยวะ ต้องทำหลักฐานเป็นหนังสือเพื่อแสดงว่าไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้บริจาคเป็นค่าอวัยวะ

(๕) ผู้บริจาคต้องมีสุขภาพสมบูรณ์เหมาะสมที่จะบริจาคอวัยวะได้

ข้อ ๕๓ การปลูกถ่ายอวัยวะที่ใช้อวัยวะจากผู้ที่สมองตายต้องดำเนินการตามเกณฑ์ต่อไปนี้

๕๓.๑ ผู้ที่สมองตายตามเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทยสภาเท่านั้น ที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะนำเอาอวัยวะไปทำการปลูกถ่ายอวัยวะ และผู้ที่สมองตายดังกล่าวต้องไม่มีภาวะดังต่อไปนี้

๕๓.๑.๑ มะเร็งทุกชนิด ยกเว้นมะเร็งสมองชนิดปฐมภูมิ

๕๓.๑.๒ ติดเชื้อทั่วไป และโลหิตเป็นพิษ

๕๓.๑.๓ การทดสอบเอช ไอ วี (HIV) ให้ผลบวก

๕๓.๑.๔ ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้า ผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองอักเสบเฉียบพลัน หรือไขสันหลังอักเสบเฉียบพลัน หรือปลายประสาทอักเสบเฉียบพลัน ที่ตายโดยไม่ทราบสาเหตุแน่นอน

๕๓.๑.๕ ผู้ป่วยที่เป็นโรควัวบ้า (Creutzfuldt Jacob disease) หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่ไม่ทราบสาเหตุแน่นอน

๕๓.๒ การขอบริจาคอวัยวะจากญาติผู้เสียชีวิตตามเกณฑ์สมองตายของแพทยสภาต้องดำเนิน การโดยคณะแพทย์ หรือผู้ได้รับมอบหมายจากคณะแพทย์เท่านั้น สำหรับการริเริ่มขอบริจาคคณะแพทย์ หรือพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิตควรเป็นผู้ริเริ่ม

๕๓.๓ ญาติผู้ตายที่จะบริจาคอวัยวะต้องเป็นทายาทหรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ตาย และจะเป็นผู้ลงนามบริจาคอวัยวะเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งมีพยานลงนามรับรองไม่น้อยกว่าสองคน

๕๓.๔ ญาติผู้ตายที่บริจาคต้องทำคำรับรองเป็นลายลักษณ์อักษรว่าจะไม่รับสิ่งตอบแทนเป็นค่าอวัยวะโดยเด็ดขาด

๕๓.๕ ในกรณีที่ผู้ตายได้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะไว้กับศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย และมีบัตรประจำตัวผู้ที่แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะดังกล่าว ถ้าไม่สามารถติดตามหาญาติผู้ตายในข้อ ๕๓.๓ ได้ ให้ถือว่าเอกสารแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะที่ผู้บริจาคอวัยวะให้ไว้กับศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เป็นเอกสารที่ใช้แทนเอกสารในข้อ ๕๓.๓

๕๓.๖ ก่อนที่จะเอาอวัยวะออกจากผู้ที่สมองตาย ซึ่งต้องมีการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมายต้องแจ้งให้ผู้ชันสูตรพลิกศพทราบก่อน และศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัดอวัยวะจากศพต้องบันทึกการนำอวัยวะออกไปจากศพนั้นไว้ในเวชระเบียนของผู้ตายด้วย

ข้อ ๕๔ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ทำการปลูกถ่ายอวัยวะ ต้องเป็นศัลยแพทย์ผู้ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภา

ข้อ ๕๕ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ทำการปลูกถ่ายอวัยวะต้องกระทำการปลูกถ่ายอวัยวะในสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ซึ่งเป็นสมาชิกของศูนย์รับบริจาค

อวัยวะ สภากาชาดไทย

หมวด ๑๑ การประกอบวิชาชีพเวชกรรมเกี่ยวกับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากผู้บริจาค

ข้อ ๕๖ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ทำการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตต้องมีคุณสมบัติดังนี้

(๑) เป็นอายุรแพทย์โรคเลือด หรือกุมารแพทย์โรคเลือดผู้ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภา หรือ

(๒) เป็นอายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรการฝึกอบรมการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตที่แพทยสภารับรอง

ข้อ ๕๗ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ทำการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในกรณีที่ผู้บริจาค และผู้รับบริจาคไม่ใช่ญาติโดยสายเลือด (Unrelated donor) นอกจากจะต้องมีคุณสมบัติตามข้อ ๕๖ แล้ว จะต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ด้วย คือ

(๑) มีประสบการณ์การปลูกถ่ายไขกระดูกไม่น้อยกว่าสองปี และ

(๒) ได้รับการรับรองจากคณะอนุกรรมการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด เม็ดโลหิต

ข้อ ๕๘ ให้มีคณะอนุกรรมการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตประกอบด้วย ผู้แทนจากสมาคมปลูกถ่ายไขกระดูกแห่งประเทศไทย ๑ คน ผู้แทนสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ๑ คน ผู้แทนศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติสภากาชาดไทย ๑ คน ผู้แทนสถาบันที่มีประสบการณ์ ในการปลูกถ่ายไขกระดูก สถาบันละ ๑ คน อย่างน้อย ๔ คน แต่ไม่เกิน ๕ คน กรรมการแพทยสภา ๒ คนให้คณะอนุกรรมการตามวรรคหนึ่ง มีหน้าที่

(๑) พิจารณาให้การรับรองผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามข้อ ๕๗

(๒) เพิกถอนให้การรับรองกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมขาดคุณสมบัติหรือไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในหมวดนี้

ข้อ ๕๙ คณะอนุกรรมการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจะให้การรับรองผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามข้อ ๕๗ ตามหลักเกณฑ์ดังนี้

(๑) ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสถานพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ปลูกถ่ายไขกระดูกจากพี่น้องที่มี เอชแอลเอ ตรงกันไม่น้อยกว่าสิบรายต่อปี

(๒) ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสถานพยาบาลที่มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

๒.๑ มีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ ได้แก่

(๑) กุมารเวชศาสตร์ และ/หรืออายุรศาสตร์ ในสาขาโรคหัวใจ โรคติดเชื้อ โรคทางเดินอาหาร โรคไต โรคปอด

(๒) ศัลยศาสตร์

(๓) ธนาคารเลือด

๒.๒ มีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยปลูกถ่ายไขกระดูกตลอดเวลาในอัตราส่วน ของพยาบาลต่อผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า ๑:๓

๒.๓ องค์ประกอบอื่นๆ

(๑) มีห้องแยกที่ให้การรักษาผู้ป่วยเม็ดโลหิตขาวต่ำ

(๒) หออภิบาลผู้ป่วยหนัก

(๓) สามารถให้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจทางภาพรังสีได้

(๔) สามารถให้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิตได้ตลอดยี่สิบสี่ชั่วโมง

ข้อ ๖๐ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดจากไขกระดูกหรือกระแสโลหิต ในกรณีผู้บริจาคและผู้รับบริจาคมิใช่ญาติให้ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ดำเนินการจัดหาผู้บริจาค (Donor Registration) โดยการจัดตั้ง National Stem cell Donor Program ภายใต้การกำกับดูแลของแพทยสภา

ข้อ ๖๑ ในการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ทำการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสุขภาพผู้บริจาคว่าเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์เหมาะสมที่จะบริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตได้

(๒) อธิบายให้ผู้บริจาคเข้าใจถึงความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่างๆ แก่ผู้บริจาคใน

(๓) ระหว่างการบริจาคและภายหลังการบริจาค เมื่อผู้บริจาคเข้าใจและเต็มใจที่จะบริจาคแล้ว จึงลงนามแสดงความยินยอมในแบบใบยินยอมบริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ซึ่งแนบท้ายข้อบังคับนี้ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร กรณีเป็นการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยการใช้เลือดจากรกให้ผู้ บริจาค หรือสามีเป็นผู้ลงนามแสดงความยินยอม

(๔) จัดให้มีการทำหลักฐานเป็นหนังสือเพื่อแสดงว่าไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนเป็นค่าเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตแก่ผู้บริจาค

ข้อ ๖๒ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ทำการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตสามารถเก็บเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตไว้ในห้องปฏิบัติการ เพื่อการปลูกถ่ายในอนาคตได้ตามความเหมาะสม

จะเห็นได้ว่าข้อบังคับในเรื่องจริยธรรมแห่งวิชาชีพนี้ มีความคล้ายคลึงกับหลักจริยธรรมในต่างประเทศค่อนข้างมาก แต่ก็ยังมีในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุมจากข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๔๙ คือ

๑. Euthanacia

๒. การรับจ้างตั้งครรภ์

ส่วนกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- กฎหมายทั่วไป เช่น ความไม่รู้กฎหมายไม่เป็นข้อแก้ตัวให้พ้นผิด
- ประมวลกฎหมายอาญา ๒๔๙๙ รวมทั้งที่มีการแก้ไขเช่นนิยามการข่มขืน
- ประมวลกฎหมายแพ่งและพานิช ๒๕๓๕
- ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาและแพ่ง
- รัฐธรรมนูญ ๒๕๕๐
- พรบ.โรคติดต่อ
- พรบ.ยา
- พรบ.สาธารณสุข

๒.๗ ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

ปัญหาเกี่ยวกับจริยธรรมแพทย์นี้มีมานานแล้ว ดังจะเห็นได้จากหลักของฮิปโปรเครติส ที่มีข้อห้ามในการปฏิบัติที่ไม่สมควรต่าง ๆ ของแพทย์ รวมทั้งหลักจริยธรรมของประเทศต่าง ๆ ที่ได้พัฒนาต่อมา ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น เมื่อการแพทย์แผนใหม่พัฒนาขึ้น การรักษาพยาบาลเป็นอาชีพที่ต้องมีค่าตอบแทน ในขณะเดียวกันก็มีธุรกิจที่เกี่ยวข้อง เช่น ธุรกิจที่เกี่ยวกับเวชภัณฑ์ หรือยา หรือเครื่องมือตรวจพิเศษต่าง ๆ ปัญหาต่าง ๆ จึงเกิดขึ้น ดังจะได้สรุปในหัวข้อต่อไป

๒.๗.๑ ปัญหาการให้สินบนแก่แพทย์

แพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข จัดเป็นบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ จึงได้รับการคาดหวังอย่างมากในการธำรงไว้ซึ่งความน่าเชื่อถือ และความเป็นกลางในการตัดสินใจเลือกวิธีวินิจฉัยและรักษา

ในปี ค.ศ. ๑๙๘๔ นายแพทย์รอว์ลิน (Rawlins) ได้ชี้ให้เห็นว่าแพทย์จำนวนน้อยที่ยอมรับว่าได้รับสินบน ส่วนมากแพทย์เชื่อว่าบริษัทยาต่าง ๆ ไม่สามารถโน้มน้าว หรือมีอิทธิพลต่อจิตใจได้ และการที่จะรับของขวัญ หรือกิจกรรมบันเทิงอื่นใดที่หยิบยื่นให้โดยบริษัทยา ถือเป็นเรื่องธรรมดา ด้วยเหตุนี้ คงไม่มีบริษัทยาใดที่ยินยอมเสียเงินไปเปล่า ๆ โดยไม่หวังในการส่งเสริมการขาย การสนับสนุนการประชุมวิชาการนั้น ทำโดยปกติวิสัย และแพทย์ส่วนมากก็เคยชินกับการรับการสนับสนุนในการเข้าประชุม เช่น ค่าลงทะเบียน ค่าที่พัก ค่า

เดินทาง แต่สิ่งที่มองเห็นได้ชัดคือ กิจกรรมการประชุมวิชาการเหล่านั้นมักมีการกำหนดหัวข้อโดยตรงกับสินค้า ของบริษัทยา หรือการคัดเลือกผู้บรรยายโดยบริษัทยา ซึ่งความลำเอียงย่อมเกิดขึ้นได้แม้แต่การวิจัยทางการแพทย์ ซึ่งได้รับการสนับสนุนอย่างมากจากบริษัทยา ก็เป็นไปเพื่อสินค้าที่บริษัทยามีส่วนเกี่ยวข้องอยู่ด้วย

ในปี ค.ศ. ๑๙๘๗ นายแพทย์โกลด์พิงเกอร์ (Goldfinger) จากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ได้ตั้งข้อสังเกตว่าท้ายที่สุดผู้ซื้อยา หรือผู้ป่วยนั่นเองที่เป็นคนจ่านยค่าสินบนนั้นโดยทางอ้อม และโดยไม่ยินยอม ไม่รู้ ตัว ซึ่งบริษัทยาที่จ่ายสินบนนั้นต้องผลักภาระไปที่ค่ายา ซึ่งวัตถุประสงค์ที่บริษัทยาทำเช่นนั้น ย่อมต้องการให้แพทย์รู้สึกเป็นหนี้บุญคุณ ซึ่งเป็นไปได้ที่จะมีผลต่อการปฏิบัติต่อผู้ป่วยต่อไปในอนาคต ทั้งนี้ผู้เขียนได้แนะแนว ทางการที่จะรับการสนับสนุนในการปชุมวิชาการไว้ด้วย

ในปี ค.ศ. ๑๙๘๙ นายแพทย์ บริคเกอร์ (Bricker) ได้เสนอทรรศนะยอมรับการพึ่งพาซึ่งกันและกันระหว่างบริษัทยา และวงการแพทย์ ตราบที่ยังอยู่บนพื้นฐานทางจริยธรรมคือไม่พึงรับสินบน จนเกิดความไม่ มั่นคง และจำเป็นต้องตอบแทนบริษัทยา บทความของนายแพทย์เครน (Chren) ได้วิพากษ์วิจารณ์เหตุผลทางจิต วิทยาของการให้ของขวัญแก่แพทย์ ซึ่งสรุปได้ว่า ของขวัญเป็นตัวเชื่อมความสัมพันธ์ การที่แพทย์ยอมรับของ ขวัญก็คือ การยอมรับการเริ่มต้นความสัมพันธ์นั้น สิ่งของเหล่านี้ถูกผลักภาระลงไปในราคาของเวชภัณฑ์ที่แพง ขึ้น และการที่แพทย์มีความสัมพันธ์เช่นนั้น ย่อมมีการตอบแทน แต่ก็คงไม่มีแพทย์คนใดที่ใช้วิธีซื้อของขวัญตอบแทนบริษัทยา คงมีทางเดียวคือ ช่วยใช้ยาให้มาก ซึ่งหากผู้ป่วยทราบว่ามีการให้ของขวัญ ผู้ป่วยย่อมขาดความเชื่อถือศรัทธาต่อตัวแพทย์

ต่อมาในปี ค.ศ. ๑๙๙๐ นายแพทย์ โกลด์สไตน์ (Goldstein) ได้แสดงข้อมูลและยอมรับว่าการรับ ของขวัญจากบริษัทยาเป็นเรื่องที่แพทย์กระทำกันโดยทั่วไป ข้อสังเกตที่ปรากฏนี้ทำให้มีการบรรจุแนวทางเกี่ยว กับการรับของขวัญจากบริษัทยาไว้ใน The American Medical Association Code of Ethics for the Medical Profession พอสรุปได้ดังนี้

(๑) แพทย์จะรับของขวัญเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้เช่นหนังสือวิชาการ หรือรับเลี้ยงอาหารเล็ก ๆ น้อย ๆ แต่ไม่ควรรับเงินจากบริษัทยา

(๒) ของขวัญที่เป็นส่วนตัวหากเกี่ยวข้องกับการทำงานในฐานะแพทย์ เช่น ปากกา กระดาษนั้นสามารถรับได้

(๓) การสนับสนุนในการจัดประชุมทางวิชาการ ควรให้องค์กรผู้จัดประชุมเป็นผู้จัดการ ไม่ควรให้แพทย์รับเงินสนับสนุนโดยตรง

(๔) การคัดเลือกบุคคลเข้ารับทุนการอบรม หรือการประชุมต่าง ๆ นั้น ควรกระทำโดย

สถาบันมิใช่โดยบริษัท

(๕) การรับเงินสนับสนุนการประชุมต้องไม่มากเกินควร

(๖) หากมีข้อผูกมัด แพทย์ไม่ควรรับของขวัญเหล่านั้น เช่น การเลือกวิทยากร หรือหัวข้อในการจัดประชุม

อนึ่ง เป็นที่ทราบกันดีว่าการรับสินบน กล่าวคือ สิ่งตอบแทนจากผู้หนึ่งผู้ใดที่นอกเหนือไปจาก ค่ารักษาพยาบาลตามปกติ เป็นสิ่งที่ไม่สมควร ซึ่งปรากฏให้เห็นในหลักจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ของต่าง ประเทศ และของประเทศไทย ในข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพในหมวด ๓ แต่แพทย์ก็ปฏิบัติกันโดยทั่วไปทั้งที่ยอมรับและไม่ยอมรับก็ตาม แม้ว่าจะยังไม่มีใครศึกษา เรื่องนี้อย่างจริงจัง รวมทั้งยังไม่มีการวางหลักเกณฑ์ให้ยึดถือเกี่ยวกับการรับของขวัญของบริษัทเวชภัณฑ์ จึงเป็นสิ่งสมควรที่จะเร่งจัดให้มีขึ้น นอกจากนี้ปัญหาในทำนองนี้ที่เกี่ยวโยงกับการสั่งซื้อเวชภัณฑ์เข้าโรงพยาบาล และสิ่งของในปริมาณมากในคราวเดียวทำให้ใช้ไม่หมด และยาจะเสื่อมอายุ ในขณะเดียวกันประเด็นเกี่ยวกับผู้ซึ่งหวังค่าตอบแทน ต่าง ๆ เช่น เปอร์เซ็นต์จากยอดของยาที่สั่ง หรือหวังผลตอบแทนในรูปของการสัมมนาในต่างจังหวัดหรือต่าง ประเทศ ก็ยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างจริงจัง

๒.๗.๒ ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม

หลักในการให้ความยินยอมนั้น ถือเป็นหลักสิทธิกล่าวคือ เป็นที่ยอมรับกันในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา หรืออังกฤษว่าการบำบัดรักษาผู้ป่วยใด ๆ ก็ตามต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ซึ่งโดยเจตนาแล้ว ต้องการให้แพทย์เปิดเผยความจริงในทุกเรื่องที่เกี่ยวกับภาระทางร่างกายจิตใจ และขั้นตอนวิธีการรักษา ต่าง ๆ รวมทั้งผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้นตามมา รวมถึงผลเสียอันเกิดจากการปฏิเสธการรักษาด้วย ทั้งนี้จะต้องไม่มี แรงกดดันใด ๆ หากการรักษานั้นไม่เป็นที่พอใจของผู้รักษา ผู้ป่วยย่อมมีสิทธิที่จะยินยอมให้ทำการตรวจหรือรักษาด้วยหรือไม่ก็ได้

การที่แพทย์ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมในการรักษานั้น มีแพทย์จำนวนมากเข้าใจว่าสามารถทำ การรักษาผู้ป่วยได้ทุกอย่างโดยไม่ผิดกฎหมาย ทั้งนี้ในประเทศไทยเองก็ยังไม่มีหลักปฏิบัติอย่างแน่นอนแต่ในประเทศอังกฤษนั้น ยึดถือการปฏิบัติเป็นหลักคือ การให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ผู้ป่วย และผู้ป่วยให้ความยินยอมอย่างเป็นทางการ ผู้เขียนเองเชื่อว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากไม่เข้าใจสิทธิข้อนี้ และแทบไม่เคยเรียกร้อง และหากเรียก ร้องขึ้นมาจะกลายเป็นผู้ป่วยเจ้าปัญหา แพทย์หลายท่านจะไม่พอใจ จึงเห็นว่าเป็นเรื่องที่สมควรอย่างยิ่งที่จะมีการสำรวจสภาพปัญหา และการวางหลักเกณฑ์ให้แพทย์ในประเทศไทยได้ยึดถือเป็นหลักปฏิบัติ

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเอง รวมทั้งมีสิทธิที่จะให้ความยินยอมในการที่จะ ใช้ข้อมูลไปเพื่อการต่าง ๆ เช่นการสอน หรือการเปิดเผยต่อบุคคลที่สาม แต่การที่แพทย์จะใช้ข้อมูลนั้น เพื่อการดู แลรักษาหรือการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ในความเห็นของสมาคมแพทย์แห่งออสเตรเลีย (Australian Medical Association หรือ AMA) เห็นว่าควรกระทำเฉพาะบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการ รักษาผู้ป่วยรายนั้นเท่านั้น ประเด็นที่ถือว่าเป็นการใช้ข้อมูลที่ไม่ถูกหลักจริยธรรมคือ การที่แพทย์หรือบุคลากรที่ไม่ได้มีหน้าที่รักษาผู้ป่วยนั้นโดยตรง เจาะจงแสวงหาข้อมูลของผู้ป่วยคนใด ๆ เพื่อประโยชน์ใด ๆ ก็ตาม สำหรับทรรศนะของสมาคมแพทย์แห่งออสเตรเลียต่อประเด็นสิทธิของผู้ป่วยนี้เห็นว่า แพทย์หรือบุคลากรใดก็ตามไม่มีสิทธิที่จะไปสรรหาหรือล่วงรู้ข้อมูลใด ๆ ทางการแพทย์ของผู้ป่วย ที่ตนไม่ได้เกี่ยวข้องรักษาโดยเด็ด ขาด และแม้จะอยู่ในโรงพยาบาลที่ตนปฏิบัติงานอยู่ก็ตาม

เกี่ยวกับเรื่องนี้ในประเทศไทยยังไม่ค่อยได้เคร่งครัดนัก เพราะบุคลากรสามารถล่วงรู้ความลับของผู้ป่วยที่ตนไม่ได้ดูแลอยู่ได้โดยง่าย การทำวิจัยโดยรวบรวมข้อมูลจากคนไข้ที่ตนได้รักษาก็กระทำกันอย่างดาษดื่น สิ่งเหล่านี้ในประเทศไทยมีสภาพปัญหาเป็นอย่างไร ยอมรับกันได้หรือไม่ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่จะต้องรับการรักษาหรือผ่าตัด อาจถูกแอบเจาะเลือดตรวจหาเชื้อเอดส์ และเมื่อพบ ก็จะแจ้งให้บุคลากรทั้งหมดรับทราบ เป็นเรื่องสมควรหรือไม่ เป็นประเด็นสำคัญที่สมควรนำมาอภิปราย เพื่อแสวงหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งผู้ป่วยในประเทศไทยส่วนมากจะให้ความเคารพ เชื่อถือต่อแพทย์และมอบความไว้วางใจ ให้แพทย์ คนไทยจึงไม่ค่อยสนใจเรื่องนี้มากนัก แต่ปัญหาเริ่มเกิดมากขึ้นเรื่อย ๆ

๒.๗.๓ การทดลองในมนุษย์

การทดลองในมนุษย์มีทั้งที่เป็นการรักษา หรืออาจจะเป็นการทดลองเพื่อความรู้ โดยไม่มีผลใน การรักษาใด ๆ ต่อผู้ป่วยเลย มีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องมีการทดลองในมนุษย์เพื่อที่จะพัฒนาความรู้ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีมานานแล้ว ดังปรากฏในหลักฐานเก่าแก่ที่สุดของชาวจีนในสมัยราชวงศ์ซุง ๕๙๐ ปีก่อน คริสต์กาล มีการทดลองศึกษาผลของการที่เชื้อโรคอยู่ในร่างกายมนุษย์และในคริสตศวรรษที่ ๒ และ ๓ ก็มีการ ศึกษาทำนองเดียวกันในอินเดีย ในเปอร์เซียโบราณกษัตริย์จะส่งนักโทษไปเป็นผู้ถูกทดลอง สินต์ (Lind) ได้ ศึกษาในปี พ.ศ. ๒๓๐๐ จนพบว่า สามารถรักษาโรคลักปิดลักเปิดได้ เจนเนอร์ (Jenner) พ.ศ. ๒๔๓๑ ได้ทดลองใช้หนองจากคนที่เป็นโรคโกโนเรียป้ายตนเอง เพื่อพิสูจน์ว่าโรคนี้ติดต่อได้ ปี พ.ศ. ๒๔๔๘ เฟลทเซอร์ (Fletcher) ศึกษาโรคเหน็บชา โดยทดลองกับคนวิกลจริตที่อยู่ในสถานกักกันทำให้มีคนป่วยด้วยโรคนี้ถึง ๔๓ คน และเสียชีวิต ๑๘ คน ในระหว่างสงครามโลกครั้งที่สอง ฝ่ายเยอรมันได้นำชาวยิวมาทดลองอย่างไร้มนุษยธรรม

เดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๐๗ สมาคมแพทย์โลก (World Medical Association) ได้จัดการประชุม ครั้งที่ ๑๘ ที่ประเทศฟินแลนด์ เรียกว่าประกาศแห่งเฮ็ลซิงกิ (Helsinki Declaration) ต่อมามีการประกาศที่กรุงโต เกียว เรียกว่า Tokyo Declaration (ประกาศแห่งโตเกียว) ในปี พ.ศ. ๒๕๑๘

ในประเทศไทยเมื่อต้นปี พ.ศ. ๒๕๑๘ มีคำถามถึงเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ เกี่ยวกับการทดลองในคนปกติ โดยแสดงความเห็นในแง่จริยธรรม และมนุษยธรรมได้ข้อสรุปว่า สำนักงาน คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติจึงได้ขอให้คณะกรรมการสาขานิติศาสตร์ให้ความเห็นในเรื่องนี้ ได้ข้อสรุปว่าการทดลองกับอาสาสมัครซึ่งยินยอมย่อมไม่เป็นความผิด แต่หากเป็นความยินยอมที่ขัดกับความสงบเรียบร้อย หรือ ศีลธรรมอันดีของประชาชนยังเป็นปัญหาว่า ผู้ทดลองยาจะปัดความรับผิดได้หรือไม่ ถ้ามีปัญหาเกิดขึ้น อย่างไรก็ดีผู้ทดลองต้องเปิดเผยอันตรายที่ผู้ถูกทดลองต้องเสี่ยงให้ชัดเจน หากปิดบังหรือไม่แจ้งให้ทราบอาจไม่พ้นความรับผิดทางแพ่ง ส่วนทางอาญาแม้ผู้อาสาสมัครยินยอมก็หาพ้นความผิดไม่ เพราะในทางอาญาผู้กระทำ ความผิดต้องไม่มีเจตนาหรือประมาท แม้ผู้สมัครใจยินยอม จะอ้างว่าไม่มีเจตนาก็ไม่ได้ แต่เพื่อมนุษยชาติได้มี กฎหมายคุ้มครองผู้วิจัยซึ่งกระทำเพื่อประโยชน์แก่มนุษยชาติ อีกปัญหาหนึ่งคณะกรรมการสาขาปรัชญามีความ เห็นว่า การทดลองในคนควรผ่านการทดลองในสัตว์มาก่อน การทดลองควรทำด้วยความรอบคอบ ได้รับความ ยินยอมจากผู้ถูกทดลอง และไม่ให้เกิดอันตราย รวมทั้งต้องชี้แจงให้ทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้น จากการทดลองให้ทราบก่อนเริ่มทดลองด้วย ในเรื่องโครงการที่เห็นควรสนับสนุน หลักการวิจัยต้องสอดคล้องกับหลักจริยธรรม ของแพทยสมาคมโลก และสมาคมแพทย์อเมริกัน

ในส่วนของกฎหมาย มีหลักปฏิบัติที่บัญญัติในข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการศึกษาจริยธรรม แห่งวิชาชีพ พ.ศ. ๒๕๔๘ หมวด ๖ กฎหมายยาของสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดขั้นตอนการทดลองยาใช้มี ๓ ระยะ (phase) ได้แก่ ระยะที่ ๑ ทดลองในมนุษย์ทำให้คนสุขภาพดี ๒๐-๕๐ คนถ้าได้ผลดีจึงทำในระยะที่ ๒ ระยะที่ ๒ ทดลองในคนที่ต้องรักษาด้วยยานั้นได้ ๑๐๐ – ๒๐๐ คน ถ้าได้ผลดีจึงทำในระยะที่ ๓ ระยะที่ ๓ ทำในจำนวนคนที่มากขึ้น ก่อนที่จะมีการทดลองในคนนั้นต้องผ่านการทดลองในสัตว์เสียก่อน และทุกโครงการต้องเสนอให้คณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาก่อน ส่วนในกลุ่มประเทศยุโรป ได้กำหนดหลักเกณฑ์ทั่วไปในการทำวิจัยในคน ต้องเสนอโครงการผ่าน คณะกรรมการวิจัยก่อน และเมื่อเริ่มทำการทดลองต้องแจ้งให้กรรมการสาธารณสุขที่ประเทศสวีเดนทราบเสียก่อน

อย่างไรก็ตาม มีบ่อยครั้งที่ทราบว่ามีการทดลองในมนุษย์โดยเฉพาะในผู้ด้อยโอกาส ซึ่งเกิดขึ้นในประเทศไทย แม้แต่ในโรงพยาบาลใหญ่ ดังที่เคยปรากฏกรณีทางสื่อมวลชน จึงเป็นสิ่งที่สมควรศึกษาเป็นอย่างยิ่ง

๒.๗.๔ การรักษาความลับผู้ป่วย

เป็นสิ่งที่ยอมรับกันทั่วไปไม่ว่าจะเป็นคำปฏิญาณของฮิปโปเครติส (Hippocratic Oath) หรือหลักจริยธรรมของสมาคมแพทย์อเมริกัน หรือของสมาคมแพทย์อังกฤษก็ตาม แม้นแต่ในประเทศไทยเองว่า "ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย ซึ่งตนได้ทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย หรือตามหน้าที่" ในแง่กฎหมายมีบท บัญญัติในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๒๓ ว่า "ผู้ใดล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่น โดยเหตุที่เป็นเจ้า พนักงานเจ้าหน้าที่ โดยเหตุที่ประกอบอาชีพแพทย์ เภสัชกร คนจำหน่ายยา นางผดุงครรภ์ ผู้พยาบาล นักบวช ทนายความ หรือผู้สอบบัญชี หรือโดยเหตุที่เป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้น แล้วเปิดเผยความลับนั้นใน ประการที่น่าจะเป็นความเสียหาย แก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ผู้รับการศึกษาอบรมในอาชีพดังกล่าวในวรรคแรกเปิดเผยความลับของผู้อื่น ได้ล่วงรู้ หรือได้มาในการศึกษาอบรมนั้น ในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษเช่นเดียวกัน

สิ่งที่พึงระวังคือการเขียนรายงานผู้ป่วยเพื่อตีพิมพ์ โดยทั่วไปจะไม่ใส่ชื่อผู้ป่วยถ้าจำเป็นควรใช้อักษรย่อ

- ควรหลีกเลี่ยงการตีพิมพ์หรือแสดงรูปผู้ป่วยที่เห็นใบหน้าชัดเจน ซึ่งใคร ๆ เห็นก็จำได้ ในวารสารหรือหนังสือพิมพ์ต่าง ๆ หรือทางโทรทัศน์ ถ้าจำเป็นก็ต้องปิดส่วนหนึ่งของใบหน้าไม่ให้มีผู้จำได้
- การนำผู้ป่วย ซึ่งเป็นตัวอย่างแสดงของโรคต่อประชาชนต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย
- การนำเรื่องราวของผู้ป่วยเปิดเผยต่อสื่อมวลชนควรหลีกเลี่ยง
- การนำเรื่องผู้ป่วย หรึกษาหารือกับคนนอกวงการแพทย์ควรปิดบังชื่อ
- รายงานผู้ป่วยและเอกสารต่าง ๆ ควรเก็บรักษาด้วยความระมัดระวัง

๒.๗.๕ การทำแท้ง

ในแต่ละประเทศมีข้อบังคับกฎหมายควบคุมหลักเกณฑ์การทำแท้งของตนเองแตกต่างกันไป แต่มิใช่ว่าผู้คนในประเทศนั้น ๆ จะเห็นชอบไปด้วยทั้งหมด ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับอิทธิพลทางศาสนา และ วัฒนธรรม เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาให้มีการทำแท้งได้โดยเสรี แต่ก็ได้รับต่อต้าน คัดค้าน และมีการก่อการร้ายเพื่อประท้วงตลอดมา ในขณะที่ประเทศไทยยังไม่ยินยอม

ให้มีการทำแท้งโดยเสรี กล่าวคือให้ทำได้โดยที่หญิงนั้นยินยอมและอยู่ในเงื่อนไขว่า การตั้งครรภ์นั้นหากดำเนินต่อไปจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของมารดา หรือในกรณีการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการข่มขืน แต่ในหลักกฎหมายของไทยก็มิได้ระบุไว้ละเอียดเช่นนั้น มีแพทย์ หลายคนที่สรุปเอาว่าถ้อยคำที่ว่าทำแท้งได้ ถ้าการตั้งครรภ์ต่อไปจะมีผลเสียต่อสุขภาพของมารดา หมายถึงสุขภาพจิตด้วย จะเป็นที่เห็นด้วยของสังคมหรือแพทย์ด้วยกันเพียงใด เพราะเมื่อใดก็ตามที่มารดาต้องการทำแท้ง มักอ้างว่าเกิดความไม่สบายใจ และมีผลเสียต่อสุขภาพจิตทั้งสิ้น ทำให้มีการทำแท้งได้โดยเสรีและมีข้ออ้างไปโดยปริยาย

๒.๗.๖ การตรวจหาเชื้อเอดส์และการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์

การตรวจหาเชื้อเอดส์ในผู้ใด ยังคงต้องใช้หลักเดิมคือ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย การแอบเจาะเลือด ยังคงถือว่าเป็นความผิดทั้งทางจริยธรรมและกฎหมาย สมาคมแพทย์อัฟริกาใต้ ได้ให้แนวทางไว้คือหน้าที่ของแพทย์ต่อผู้ป่วยเอดส์จะต้องเป็นไปโดยปกติ คือ ห้ามปฏิเสธการรักษาด้วยเหตุผลว่า

๑) ผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ หรือเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาตามปกติ ด้วยเหตุผลว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือติดเชื้อ แต่ไม่บังคับให้แพทย์ต้องเสี่ยงทำการรักษาที่อาจติดเชื้อได้โดยไม่มีอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอ

๒) การสั่งตรวจเชื้อเอดส์ (HIV) ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยโดยไม่มีการบังคับ หรือกดดัน การกระทำใด ๆ ที่อาจมีโอกาสให้ติดเชื้อเอดส์ต้องใช้หลักการระวัง (universal precaution) ก่อนการเจาะ ตรวจผู้ป่วยต้องอธิบายผลดีผลเสีย รวมทั้งให้คำแนะนำปรึกษาไว้ก่อน กรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการตรวจหาเชื้อเอดส์ซึ่งแพทย์จำเป็นต้องรู้ เพื่อการรักษาที่ถูกต้องที่สุด แพทย์อาจปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยได้ แต่ต้องพิสูจน์ได้ว่าการรู้ว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์มีความสำคัญต่อการรักษาจริง

๓) การรักษาความลับกับผู้ร่วมดูแลผู้ป่วย เช่น พยาบาล แพทย์ต้องใช้วิจารณญาณว่าสมควรเปิดเผยความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อหรือไม่ เพื่อป้องกันอันตรายซึ่งอาจจะเกิดแก่ผู้ร่วมงาน แต่ทั้งนี้ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยโดยอิสระ ยกเว้นกรณีที่คิดว่าผู้ร่วมงานมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อได้ หรือไม่มีการปฏิบัติ แบบ Universal precaution ในสภาพที่นั้น

๔) การบอกความลับนี้แก่คู่สมรส โดยทั่วไปแพทย์ควรแนะนำและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และควรจะบอกคู่สมรสด้วยเพื่อจะได้ป้องกันรักษาไปด้วยกัน ดังเช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมให้บอกและผู้นั้นมี ความเสี่ยงจริง เช่น เป็นคู่สมรสกัน แพทย์ควรต้องแจ้งผู้ป่วยว่าจะต้องเปิดเผยความลับให้ผู้นั้นทราบ

๕) แพทย์ซึ่งตนเองติดเชื้อเอดส์ ต้องตรวจสอบให้แน่ชัด และต้องหาที่ปรึกษารวมทั้งจำกัด

บทบาทในการรักษาผู้ป่วยเพื่อไม่ให้ไปติดผู้ป่วยในประเทศไทยนั้น สิ่งที่พบเห็นได้บ่อย ๆ คือ การแอบตรวจหาเชื้อในผู้ป่วย โดยอ้างว่าเพื่อจะได้ระวังป้องกัน และมักปิดบังไม่ให้คำปรึกษาผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องถูกต้องหรือไม่และยอมรับได้เพียงใด ยังต้องการการศึกษาต่อไป รวมทั้งการทอดทิ้ง หรือเปลี่ยนวิธีการรักษาไปจากเดิมเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อเอดส์ การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และการช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (Euthanasia)

การช่วยเหลือผู้ป่วยฆ่าตัวตายในสังคมบางกลุ่มเช่นสังคมอิสลาม นับว่าเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ เนื่องจากมีความเชื่อว่าร่างกายได้รับประทานมาจากพระเจ้า และมนุษย์ไม่มีสิทธิ์ทำลายชีวิตตนเอง ซึ่งเรื่องราวเหล่านี้มีบันทึกในคัมภีร์อัลกุรอาน แต่การที่แพทย์ให้ยาบำบัดความเจ็บปวดทรมานเป็นสิ่งกระทำได้ ถึงแม้ว่าบางครั้งระดับยาอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต โดยนัยนี้ศาสนาอิสลามให้ถือเจตนาเป็นหลัก

แต่ในปัจจุบัน สังคมส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย แม้แต่ในประเทศไทย ทั้งนี้ไม่รวมถึงการที่ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการใช้เครื่องมือยืดชีวิต ในกรณีเช่นนั้นเป็นเรื่องที่ชอบธรรม ซึ่งต่างจากในประเทศออสเตรเลียที่มีการอนุญาตให้มีการช่วยผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (Euthanasia) แต่ก็ได้รับการต่อต้านอยู่ตลอดมาจากกลุ่มคนที่ไม่เห็นด้วย

ในประเทศไทยคงมีการทำอยู่ประปราย แต่ไม่เป็นที่เปิดเผย และสามารถอ้างได้ว่าเป็นยา บรรเทาความเจ็บปวด ทั้งนี้ เจตนารมณ์และทัศนคติต่อเรื่องนี้เป็นเช่นไร เป็นสิ่งที่น่าสนใจอย่างยิ่งที่จะศึกษา

๒.๘ ศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับกลไกการควบคุมทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

๒.๘.๑ มาตรการทางกฎหมาย

ประเทศส่วนมากจะมีกฎหมายควบคุมความประพฤติของคนในสังคมรวมทั้งวิชาชีพแพทย์ ซึ่งนอกจากจะต้องเคารพกฎหมายทั่วไปแล้ว ยังต้องเคารพกฎหมายเฉพาะของวิชาชีพแพทย์ด้วย ในประเทศไทยมีกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งดูแลเรื่องของเอกชนและความเสียหายของเอกชน กับกฎหมาย อาญาซึ่งรัฐเป็นผู้เสียหายหากมีการละเมิดเกิดขึ้นในส่วนที่เป็นกฎหมายเฉพาะวิชาชีพก็คือ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมในปัจจุบันคือ พ.ศ. ๒๕๒๕ อย่างไรก็ตาม มาตรการทางกฎหมายไม่สามารถควบคุมจริยธรรมของคนได้อย่ามีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เป็นผลจากลักษณะการประกอบวิชาชีพซึ่งเป็นเรื่องลับมีคนรู้จำนวนน้อย และไม่ค่อยเป็นที่เปิดเผย ส่วนที่ปรากฏเป็นข่าวหรือมีการฟ้องร้องเป็นเพียงส่วนเล็กน้อยเท่านั้น จากกรณีของการประพฤติละเมิดหลักจริยธรรมทางการแพทย์ซึ่งมีจำนวนมากในแต่ละปี ทั้งยังปรากฏว่าการตัดสินที่รุนแรงเกินเหตุเป็นที่มาของความกลัวของแพทย์ทำให้ไม่กล้าให้การรักษาในกรณีที่คนไข้ที่มีจะมีโรคซับซ้อนเพราะกลัวถูกฟ้องร้อง และส่งตัวไปยังโรงพยาบาลที่ใหญ่กว่าและ

ส่งต่อไปเรื่อยๆจนเข้ามารักษาในกรุงเทพมหานครซึ่งกินระยะเวลานานกว่าจะได้รับการรักษาที่เหมาะสมซึ่งบาครั้งก็สายเกินไป

๒.๘.๒ มาตราการทางศาสนา

ซึ่งเกี่ยวโยงกับสังคม ซึ่งจะเป็นเครื่องควบคุมทั้งความคิดและการกระทำที่ได้กระทำลงไป แต่มาตราการนี้ยังมีความหละหลวมอยู่มาก ๆ เพราะในสังคมย่อมจะมีทั้งคนดีและไม่ดี

๒.๘.๓ การให้ทุน

โดยการสนับสนุนเฉพาะสถาบันที่มีการควบคุมจริยธรรมอย่างดี เช่น การให้ทุนการวิจัยสำหรับสถาบันที่มีคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นทางการ

๒.๘.๔ การให้การศึกษา

การจัดอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับสิทธิหน้าที่ทางจริยธรรมทางแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง หรือจัดสัมมนาเพื่อเป็นการเผยแพร่ให้รับทราบแนวทางของสังคมแพทย์ แต่ที่จริงประเด็นนี้ก็ยังอยู่ในกลุ่มแคบ ๆ และไม่เป็นที่สนใจกันโดยทั่วไป ซึ่งหลักจริยธรรมนั้นสามารถเขียนขึ้นได้ท่องบ่นได้ แต่การปฏิบัติจริงนั้นเป็นเรื่องเฉพาะตัว และขึ้นอยู่กับคุณธรรมในตัวแพทย์ รวมทั้งจริยธรรมโดยรวมของสังคมด้วย ฉะนั้นกลไกการควบคุมต่าง ๆ ที่มีอยู่จึงยังไม่อาจใช้ควบคุมอย่างได้ผลเสมอไป

บทสรุป

หลักจริยธรรมทางการแพทย์ถือเป็นเรื่องสากล จะมีความแตกต่างกันบ้างตามสภาพของวัฒนธรรมและศาสนา มีการกำหนดเอาไว้มาตั้งแต่อดีตมีการพัฒนาไปตามแต่ละบริบทที่มีความแตกต่างกันไป ในประเทศไทยก็มีบริบทที่แตกต่างไปจากที่ต่างๆ มีความเป็นเฉพาะทั้งทางประเพณีวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ปัจจุบันมีการนำเอาทั้งกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อกำหนด ที่มีการดำเนินการในแต่ละฝ่าย ในส่วนของแพทย์เองก็ต้องมีการพัฒนาให้มีความเหมาะสมกับวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยโดยเฉพาะ ที่ทุกฝ่ายต้องช่วยกันผลักดันดำเนินการให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม ไม่ส่งผลต่อการอิงกฎหมายแต่เพียงอย่างเดียว หรือกำหนดกฎระเบียบออกมามากมายจนอาจจะจดจำได้ยาก และเป็นข้อกำหนดที่จำกัดกรอบการทำงานของวิชาชีพแพทย์มากจนเกินไป กรอบการศึกษาครั้งนี้ก็ได้แนวทางจากหลักจริยธรรมที่มีมาแต่อดีตของที่ต่างๆ รวมถึงกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ จรรยาบรรณ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ของวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย โดยการใช้ฐานคิดจากจริยธรรมซึ่งเป็นคุณลักษณะที่เกิดขึ้นในจิตใจของแพทย์ที่จะต้องพัฒนา โดยให้สังคมเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการให้ความคิดเห็นทัศนคติ เพื่อการปรับใช้กับวิชาชีพแพทย์ ในการใช้เป็นข้อมูลในการปรับใช้เกี่ยวกับประเด็นทางจริยธรรมในวิชาชีพที่อาจต้องนำมาพิจารณาจากประเด็นกรณีที่เกิดขึ้นจากการประกอบวิชาชีพของแพทย์ และเป็นแนวทางของการจัดทำกรอบจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ที่เหมาะสม

บทที่ ๓
ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเรื่องแนวทางการใช้ส่วนประสมการตลาดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนประสมการตลาดที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริการ และความพึงพอใจของประชาชนที่มารับการบริการโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อแสวงหาแนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพการบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางและขั้นตอนการศึกษาดังนี้

๓.๑ วิธีการศึกษา

๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๓.๓ เครื่องมือการวิจัย

๓.๔ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๓.๕ วิธีการเก็บข้อมูล

๓.๖ การวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๗ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

๓.๑ วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Study) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) โดยการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ จะมีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม กับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสอบถามประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีศึกษาที่ผู้วิจัยกำหนด ซึ่งจะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นรายกลุ่มจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากสูตรการคำนวณของ Yamane ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้วแบ่งตามสัดส่วนโควต้ากระจายออกตามกลุ่มต่าง ๆ จำนวน ๕๐๐ ตัวอย่าง เพื่อศึกษาประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ และในเชิงคุณภาพได้ศึกษาโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบประชุมกลุ่ม เพื่อสัมภาษณ์ในการศึกษากรอบประเด็นหลักจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์ คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิและเป็นที่ยอมรับในวงกว้างของบุคคลทั่วไปจำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ ท่าน จากตัวอย่างที่เจาะจง จากนั้นจึงได้ดำเนินการศึกษาโดยสัมภาษณ์แนวคิดและประเด็นย่อยจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีศึกษาที่ผู้วิจัยกำหนด โดยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นรายกลุ่มจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จำนวนไม่ต่ำกว่า ๘๐คน จากกลุ่มต่าง ๆ ประกอบด้วย แพทย์ผู้ให้การรักษา, ผู้รับบริการทาง

การแพทย์, ผู้เฝ้าระวัง เช่น องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค องค์กรเอกชน, ตำรวจ, ทนายความ, อัยการ, ผู้พิพากษา และองค์กรวิชาชีพแพทย์ เช่น แพทยสภา และสมาคมแพทย์ ส่วนการจัดประชุมกลุ่มนั้นจะมีการจัดประชุมกลุ่มย่อยสำหรับแพทย์สาขาต่างๆ ในการระดมความคิดเห็นโดยมีวิทยากรนำ จำนวนไม่ต่ำกว่า ๒ ครั้ง

๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๓.๒.๑ กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ

๓.๒.๑.๑ ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษากรอบประเด็นหลักจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์ คือ แพทย์ในประเทศไทย

ประชากรที่ใช้ในการสอบถามประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีศึกษาที่ผู้วิจัยกำหนด คือ ผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากกลุ่มต่าง ๆ ประกอบด้วย แพทย์ผู้ให้การรักษา, ผู้รับบริการทางการแพทย์, ผู้เฝ้าระวัง เช่น องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค องค์กรเอกชนต่าง ๆ, ตำรวจ, ทนายความ, อัยการ, ผู้พิพากษา และองค์กรวิชาชีพแพทย์ เช่น แพทยสภา และสมาคมแพทย์ต่าง ๆ

๓.๒.๑.๒ การหากลุ่มตัวอย่าง

การหากลุ่มตัวอย่าง พิจารณาจากสัดส่วนของกลุ่มต่างๆ เพื่อการศึกษาในเชิงปริมาณ ตามสัดส่วนดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสอบถามประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีศึกษาที่ผู้วิจัยกำหนด ซึ่งจะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นรายกลุ่มจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากตารางการคำนวณของ Taro Yamane ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้วแบ่งตามสัดส่วนโควต้ากระจายออกตามกลุ่มต่าง ๆ จำนวน ๕๐๐ ตัวอย่าง ดังนี้

ตารางที่ ๑ แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทัศนคติ

กลุ่มที่	กลุ่มตัวอย่าง
๑	แพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐๐ คน
๒	ผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐๐ คน
๓	ผู้เฝ้าระวัง เช่น สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค หรือองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จำนวนไม่น้อยกว่า ๕๐ คน
๔	ตำรวจ, ทนายความ จำนวนไม่น้อยกว่า ๕๐ คน

กลุ่มที่	กลุ่มตัวอย่าง
๕	อัยการ, ผู้พิพากษา จำนวนไม่น้อยกว่า ๕๐ คน
๖	องค์กรวิชาชีพแพทย์ เช่น แพทยสภา และสมาคมแพทย์ จำนวนไม่น้อยกว่า ๕๐ คน

๓.๒.๒ กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษากรอบประเด็นหลักจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์ คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิและเป็นที่ยอมรับในวงกว้างของบุคคลทั่วไปจำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ ท่าน จากตัวอย่างที่เจาะจงดังนี้

๑. ศ.นพ.พิจารณ์ พาณิชย์ แพทย์อาวุโส
๒. ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา แพทย์อาวุโส
๓. นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา แพทย์อาวุโส
๔. นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ แพทย์อาวุโส
๕. รศ.นพ.ศิริพงศ์ สวัสดิ์พาณิชย์ แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลศิริราช
๖. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
๗. นพ.ชูชัย ศุภวงค์ เลขาธิการคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน
๘. นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ นายกแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย
๙. ศ.นพ.ปิยะสกล สัตยารักษ์ อดีตอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล
๑๐. นพ.สันต์ ใจยอดศิลป์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาไท ๒
๑๑. พญ.วารุณี จินารัตน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี
๑๒. นพ.สราวุฒิ สนธิแก้ว ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
๑๓. นพ. ณรงค์ กษิติประดิษฐ์ ผู้บริหารสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สป.สธ.
๑๔. ศ.นพ. รัชตะ รัชตะนาวิน อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล อดีตคณบดีคณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๑๕. ศ.คลินิก นพ.ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
๑๖. รศ.พญ. สุภาวดี ลิขิตมาศกุล แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลศิริราช
๑๗. ศ.นพ.อดิศร ภัทราดูลย์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๑๘. นพ.ดร.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
๑๙. นพ.นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ แพทย์อาวุโส สมาชิกวุฒิสภา
๒๐. นพ.บุรณัชย์ สมุทรักษ์ โฆษกพรรคประชาธิปัตย์
๒๑. นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒๒. นพ.เทพ เวชวิสิฐ ที่ปรึกษาเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์
๒๓. ศ.นพ. สิริฤกษ์ ทรงศิวิไล หรือ รศ.นพ.ประสิทธิ์ ผลิตผลการพิมพ์
๒๔. ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา แพทย์ผู้บริหารมหาวิทยาลัยมหิดล
๒๕. นพ.เรวัต วิศรุตเวช อธิบดีกรมการแพทย์
๒๖. นพ.วินัย สวัสดิวร เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
๒๗. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สป.สธ.
๒๘. รศ.นพ.ประเสริฐ ศัลย์วิวรรธน์ เลขาธิการแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย
๒๙. นพ.แท้จริง ศิริพานิช แพทย์อาวุโส กรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (กสม.)
๓๐. นพ.สุรินทร์ ทองมา ฝ่ายกฎหมายแพทยสภา
๓๑. แพทย์หญิงมยุรี วศินานุกร คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
๓๒. นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
๓๓. นพ.สุพรรณ ศรีธรรมา ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และโฆษกกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์แนวคิดและประเด็นย่อยจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีศึกษาที่ผู้วิจัยกำหนด โดยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นรายกลุ่มจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จำนวนไม่ต่ำกว่า ๘๐ คน จากกรอบจำนวนตัวอย่างที่กำหนด โดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจงโดยคัดเลือกตามสัดส่วนของแต่ละกลุ่มย่อยของตัวอย่าง ดังนี้

ตารางที่ ๒ แสดงจำนวนกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการศึกษาประเด็นย่อยจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

กลุ่มที่	กลุ่มตัวอย่าง
๑	แพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐ คน
๒	ผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๐ คน
๓	ผู้เฝ้าระวัง เช่น สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค หรือองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จำนวนไม่ต่ำกว่าไม่น้อยกว่า ๕ คน
๔	ตำรวจ, ทนายความ จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ คน
๕	อัยการ, ผู้พิพากษา จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ คน
๖	องค์กรวิชาชีพแพทย์ เช่น แพทยสภา และสมาคมแพทย์ จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ คน

๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๓.๓.๑ แบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยการศึกษาจากเอกสาร ทฤษฎีและการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสร้างเป็นข้อคำถาม โดยในแบบสอบถามที่ใช้การวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ๔ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อคำถามมีลักษณะแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ, อายุ, รายได้ต่อเดือน, ระดับการศึกษา, อาชีพ จำนวน ๕ ข้อ

ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อแนวคิดและประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ โดยให้มีการเช็คคะแนนตามความเห็นแบ่งออกเป็น ๒ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ เป็นค่าในการพิจารณาเรื่องการยอมรับ แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ ประกอบด้วย ยอมรับได้, ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด และยอมรับไม่ได้ และในส่วนที่ ๒ เป็นค่าของระดับการผิดจริยธรรมถ้าผู้ตอบคิดว่าผิดจริยธรรม จำนวน ๕ ระดับ คือ ๕ หมายความว่า คิดว่าผิดรับสูงมาก ๔ หมายความว่า คิดว่าผิดระดับสูง ๓ หมายความว่า คิดว่าผิดระดับปานกลาง ๒ หมายความว่า คิดว่าผิดระดับต่ำ และ ๑หมายความว่า คิดว่าผิดระดับต่ำมาก

ส่วนที่ ๓ เป็นข้อคำถามในเรื่องแนวทางการแก้ไขจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ โดยมีระดับความคิดเห็น จำนวน ๕ ระดับ คือ พิจารณาว่าเห็นด้วยอยู่ในระดับใด โดย ๕ คือ มากที่สุด, ๔ คือ มาก, ๓ คือ ปานกลาง, ๒ คือ น้อย และ ๑ คือ น้อยที่สุด

ส่วนที่ ๔ แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือข้อข้อเสนอแนะอื่น ๆ ในการจัดทำแนวทางจริยธรรมแพทย์ใน ประเทศไทย ๕ ระดับ คือ ๕ หมายความว่า เห็นด้วยมากที่สุด ๔ หมายความว่า เห็นด้วยมาก ๓ หมายความว่า เห็นด้วยปานกลาง ๒ หมายความว่า เห็นด้วยน้อย และ ๑ หมายความว่า เห็นด้วยน้อยที่สุด

การวัดระดับทัศนคติในส่วนที่ ๑

เกณฑ์ในการวัดผลแบบสอบถามส่วนที่เกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อแนวคิดและประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ เป็นการวัดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน ๓ ระดับ ในส่วนของการพิจารณาว่ายอมรับได้หรือไม่ในกรณีที่ยกขึ้นเพื่อศึกษาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ดังนี้

คะแนน		**ระดับความคิดเห็น**
๓	หมายถึง	มีความคิดเห็นว่ายอมรับได้ในกรณีที่แพทย์ปฏิบัติเช่นนั้น
๒	หมายถึง	มีความคิดเห็นว่ายอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียดในกรณีที่แพทย์ปฏิบัติเช่นนั้น
๑	หมายถึง	มีความคิดเห็นว่ายอมรับไม่ได้ในกรณีที่แพทย์ปฏิบัติเช่นนั้น

ในการพิจารณาการแบ่งเกณฑ์เพื่อให้ทราบถึงความคิดเห็นที่มีต่อแนวคิดและประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ไว้เป็น ๕ ระดับ มีการพิจารณาดังนี้

$$\frac{\text{ระดับคะแนนสูงสุด} - \text{ระดับคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{3-1}{3} = 0.67$$

แล้วนำค่าพิสัยที่ได้มากำหนดเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อให้ทราบระดับความคิดเห็น โดยมีเกณฑ์ของการแปลผลค่าเฉลี่ยดังนี้

ระดับคะแนนเฉลี่ย		**การแปลความหมาย**
๒.๓๕ – ๓.๐๐	หมายถึง	ความคิดเห็นว่ายอมรับได้ในกรณีที่แพทย์ปฏิบัติเช่นนั้น
๑.๖๘ – ๒.๓๔	หมายถึง	ความคิดเห็นว่ายอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียดในกรณีที่แพทย์ปฏิบัติเช่นนั้น หรือยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไปในส่วนของการยอมรับต่อแพทย์โดยรวม
๑.๐๐ – ๑.๖๗	หมายถึง	ความคิดเห็นว่ายอมรับไม่ได้ในกรณีที่แพทย์ปฏิบัติเช่นนั้น

การวัดระดับทัศนคติในส่วนที่ ๒

ในส่วนของการวัดระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติของแพทย์ตามรายกรณีในการศึกษา ในระดับของความคิดว่าถ้าผิดจริยธรรมจะผิดอยู่ในระดับใด ใช้การวัดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของไลเคิร์ท (Likert's Scale) โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การวัดระดับความคิดเห็นของผู้ใช้บริการเป็น ๕ ระดับ ดังนี้

คะแนน		**ระดับความคิดเห็น**
๕	หมายถึง	มีความคิดเห็นว่ามีความผิดจริยธรรมในระดับสูงมาก
๔	หมายถึง	มีความคิดเห็นว่ามีความผิดจริยธรรมในระดับสูง
๓	หมายถึง	มีความคิดเห็นว่ามีความผิดจริยธรรมในระดับปานกลาง
๒	หมายถึง	มีความคิดเห็นว่ามีความผิดจริยธรรมในระดับต่ำ
๑	หมายถึง	มีความคิดเห็นว่ามีความผิดจริยธรรมในระดับต่ำมาก

ในการพิจารณาการแบ่งเกณฑ์เพื่อให้ทราบถึงความคิดเห็นที่มีต่อแนวคิดและประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ไว้เป็น ๕ ระดับ มีการพิจารณาดังนี้

$$\frac{\text{ระดับคะแนนสูงสุด} - \text{ระดับคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5-1}{5} = 0.8$$

แล้วนำค่าพิสัยที่ได้มากำหนดเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อให้ทราบระดับความคิดเห็น โดยมีเกณฑ์ของการแปลผลค่าเฉลี่ยดังนี้

ระดับคะแนนเฉลี่ย		การแปลความหมาย
๔.๒๑ – ๕.๐๐	หมายถึง	ความคิดเห็นว่ามีความผิดจริยธรรมอยู่ในระดับมากที่สุด
๓.๔๑ – ๔.๒๐	หมายถึง	ความคิดเห็นว่ามีความผิดจริยธรรมอยู่ในระดับมาก
๒.๖๑ – ๓.๔๐	หมายถึง	ความคิดเห็นว่ามีความผิดจริยธรรมอยู่ในระดับปานกลาง
๑.๘๑ – ๒.๖๐	หมายถึง	ความคิดเห็นว่ามีความผิดจริยธรรมอยู่ในระดับน้อย
๑.๐๐ – ๑.๘๐	หมายถึง	ความคิดเห็นว่ามีความผิดจริยธรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การวัดระดับทัศนคติในส่วนที่ ๓

ในส่วนของการวัดระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติของแพทย์ตามรายกรณีในการศึกษา ในระดับของความคิดว่าถ้าผิดจริยธรรมจะผิดอยู่ในระดับใด ใช้การวัดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของไลเคิร์ท (Likert's Scale) โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การวัดระดับความคิดเห็นของผู้ใช้บริการเป็น ๕ ระดับ ดังนี้

คะแนน		ระดับความคิดเห็น
๕	หมายถึง	มีความคิดเห็นที่เห็นด้วยในระดับมากที่สุด
๔	หมายถึง	มีความคิดเห็นที่เห็นด้วยในระดับมาก
๓	หมายถึง	มีความคิดเห็นที่เห็นด้วยในระดับปานกลาง
๒	หมายถึง	มีความคิดเห็นที่เห็นด้วยในระดับน้อย
๑	หมายถึง	มีความคิดเห็นที่เห็นด้วยในระดับน้อยที่สุด

โดยมีเกณฑ์ของการแปลผลค่าเฉลี่ยดังนี้

ระดับคะแนนเฉลี่ย		การแปลความหมาย
๔.๒๑ – ๕.๐๐	หมายถึง	ความคิดเห็นอยู่ในระดับสูงมาก
๓.๔๑ – ๔.๒๐	หมายถึง	ความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง
๒.๖๑ – ๓.๔๐	หมายถึง	ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง
๑.๘๑ – ๒.๖๐	หมายถึง	ความคิดเห็นอยู่ในระดับต่ำ
๑.๐๐ – ๑.๘๐	หมายถึง	ความคิดเห็นอยู่ในระดับต่ำมาก

๓.๓.๒ แบบสัมภาษณ์ในเชิงลึก

เพื่อศึกษากรอบประเด็นหลักจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์ โดยกำหนดแบบสัมภาษณ์ในเชิงลึกเพื่อศึกษากรอบประเด็นหลักจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์ มีหัวข้อรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ยศ ชื่อ สกุล

ตำแหน่งปัจจุบัน

วันเวลา สัมภาษณ์

ตอนที่ ๒ ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย

ประเด็นที่ ๑ กรอบประเด็นจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย

ประเด็นที่ ๒ การเปรียบเทียบกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ในต่างประเทศกับประเทศไทย

ประเด็นที่ ๓ ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับประเด็นจริยธรรมในเรื่องอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากข้อบังคับที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ประเด็นที่ ๔ ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับประเด็นจริยธรรมเหล่านี้

- การประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยประมาทหรือขาดมาตรฐาน
- ปัญหาการให้สินบนแก่แพทย์
- ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม
- การทดลองในมนุษย์
- การรักษาความลับผู้ป่วย
- การรับจ้างตั้งครรภ์
- การทำแท้ง
- การตรวจหาเชื้อเอดส์และการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์
- การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย
- มาตราการทางศาสนา ต่อจริยธรรมแพทย์ในประเทศไทย
- การให้การศึกษาด้านจริยธรรมแพทย์

ประเด็นที่ ๕ แนวคิดและประเด็นย่อยของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

- ในการทำวิจัยในครั้งนี้ที่จะนำกรอบประเด็นหลักจริยธรรมจากแพทย์อาวุโสหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อจัดทำประเด็นย่อยของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับจริยธรรมแพทย์
- ในการนำกรณีตัวอย่างที่เป็นปัญหาถกเถียงและวิพากษ์วิจารณ์ในสังคมที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์เพื่อศึกษาแนวคิดและจัดทำประเด็นย่อย

ประเด็นที่ ๖ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ ในการศึกษาเพื่อจัดทำแนวทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

- เกียวกับการการศึกษาเพื่อจัดทำแนวทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในครั้งนี้

ตอนที่ ๓ ลำดับความสำคัญของปัญหาจริยธรรม ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ

- การประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยประมาทหรือขาดมาตรฐาน
- ปัญหาการให้สินบนแก่แพทย์
- ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย
- การทดลองในมนุษย์
– การรักษาความลับผู้ป่วย
- การรับจ้างตั้งครรภ์
- การทำแท้ง
- การตรวจหาเชื้อเอดส์และการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์
- การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย
- มาตราการทางศาสนา ต่อจริยธรรมแพทย์ในประเทศไทย
– การให้การศึกษาด้านจริยธรรมแพทย์
– ปัญหาจริยธรรมอื่น

เพื่อศึกษากรอบประเด็นหลักจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์ โดยกำหนดแบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสอบถามประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีศึกษา มีหัวข้อรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ยศ ชื่อ สกุล

ตำแหน่งปัจจุบัน

วันเวลา สัมภาษณ์

ตอนที่ ๒ ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย

ประเด็นที่ ๑ ประเด็นความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล

๑.๑ การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์

๑.๒ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ศึกษามากับที่ต้องปฏิบัติงานจริง

๑.๓ การให้เวลากับผู้ป่วยของแพทย์

๑.๔ การสั่งยาที่มีสารเคมีแบบเดียวกันแต่ผลิตในประเทศ

ประเด็นที่ ๒ ปัญหาเรื่องสินบนแพทย์

๒.๑ การรับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนา

๒.๒ การรับทุนจากบริษัทยาเพื่อวิจัยยา

๒.๓ การรับแจกสิ่งของเล็กๆ น้อยๆ

๒.๔การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์

ประเด็นที่ ๓ ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม

๓.๑ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑

๓.๒ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๒

๓.๓ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๓

๓.๔ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๔

๓.๕ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๕

๓.๖ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๖

๓.๗ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๗

๓.๘ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๘

๓.๙ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๙

๓.๑๐ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑๐

ประเด็นที่ ๔ การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง

๔.๑ ใครจะเป็นคนทำ ถ้าแพทย์คนที่ดูแลผู้ป่วยปฏิเสธ

๔.๒ การลงความเห็นที่ญาติไม่เห็นด้วย เพราะอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติไปฟ้องร้องได้

ประเด็นที่ ๕ การให้การศึกษาด้านจริยธรรม

๕.๑ การจัดให้มีการเรียนด้านจริยธรรมสำหรับนักศึกษาแพทย์

๕.๒ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา

๕.๓ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท

๕.๔ การปฏิบัติให้เป็นประจำ และทำให้นักศึกษาแพทย์เห็นเป็นตัวอย่าง

ข้อคำถามของแบบสอบถาม แบ่งออกตามประเด็นหัวข้อหลักในการศึกษาครั้งนี้ โดยการเปรียบเทียบประเด็นการศึกษาระหว่างแบบสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับแบบสอบถามในการกำหนดประเด็นข้อคำถาม ดังนี้

ประเด็นที่ ๑ ประเด็นความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล (ตอนที่ ๒ ข้อ ๑-๖)

๑.๑ การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ตรงกับข้อ ๑ ของแบบสอบถาม

๑.๒ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ ตรงกับข้อ ๒-๓ ของแบบสอบถาม

๑.๓ การให้เวลากับผู้ป่วยของแพทย์ ตรงกับข้อ ๔-๕ ของแบบสอบถาม

๑.๔ การสั่งยาที่มีสารเคมีแบบเดียวกันแต่ผลิตในประเทศ ตรงกับข้อ ๖ ของแบบสอบถาม

ประเด็นที่ ๒ ปัญหาเรื่องสินบนแพทย์ (ตอนที่ ๒ ข้อ ๗-๑๑)

๒.๑ การรับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนา ตรงกับข้อ ๗ ของแบบสอบถาม

๒.๒ การรับทุนจากบริษัทยาเพื่อวิจัยยา ตรงกับข้อ ๘ ของแบบสอบถาม

๒.๓ การรับแจกสิ่งของเล็กๆ น้อยๆ ตรงกับข้อ ๙ ของแบบสอบถาม

๒.๔การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตรงกับข้อ ๑๐-๑๑ ของแบบสอบถาม

ประเด็นที่ ๓ ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม (ตอนที่ ๒ ข้อ ๑๒-๒๑)

๓.๑ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑ ตรงกับข้อ ๑๒ ของแบบสอบถาม

๓.๒ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๒ ตรงกับข้อ ๑๓ ของแบบสอบถาม

๓.๓ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๓ ตรงกับข้อ ๑๔ ของแบบสอบถาม

๓.๔ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๔ ตรงกับข้อ ๑๕ ของแบบสอบถาม

๓.๕ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๕ ตรงกับข้อ ๑๖ ของแบบสอบถาม

๓.๖ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๖ ตรงกับข้อ ๑๗ ของแบบสอบถาม

๓.๗ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๗ ตรงกับข้อ ๑๘ ของแบบสอบถาม

๓.๘ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๘ ตรงกับข้อ ๑๙ ของแบบสอบถาม

๓.๙ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๙ ตรงกับข้อ ๒๐ ของแบบสอบถาม

๓.๑๐ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑๐ ตรงกับข้อ ๒๑ ของแบบสอบถาม

ประเด็นที่ ๔ การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง

๔.๑ ใครจะเป็นคนทำ ถ้าแพทย์คนที่ดูแลผู้ป่วยปฏิเสธ ตรงกับข้อ ๒๒ ของแบบสอบถาม

๔.๒ การลงความเห็นที่ญาติไม่เห็นด้วย เพราะอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติไปฟ้องร้องได้ ตรงกับข้อ ๒๓ ของแบบสอบถาม

- เพิ่มเติมในส่วนของความคิดเห็นโดยรวม ในส่วนของจริยธรรมแพทย์ ในโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน และคลินิคของแพทย์ ตรงกับข้อ ๒๔-๒๖ ของแบบสอบถาม

ประเด็นที่ ๕ การให้การศึกษาด้านจริยธรรม (ตอนที่ ๓ ข้อ ๑-๔)

๕.๑ การจัดให้มีการเรียนด้านจริยธรรมสำหรับนักศึกษาแพทย์ ตรงกับข้อ ๑ ของแบบสอบถาม

๕.๒ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา ตรงกับข้อ ๒ ของแบบสอบถาม

๕.๓ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท ตรงกับข้อ ๓ ของแบบสอบถาม

๕.๔ การปฏิบัติให้เป็นประจำ และทำให้นักศึกษาแพทย์เห็นเป็นตัวอย่าง ตรงกับข้อ ๔ ของแบบสอบถาม

๓.๔ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นสำหรับการวิจัยไปทดสอบหาความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ตามขั้นตอนดังนี้

๓.๔.๑ แบบสอบถาม

๓.๔.๑.๑ การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแนวคิดที่ได้จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของคำถาม (Content Validity) ในแต่ละข้อว่าตรงตามจุดมุ่งหมายของการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ ซึ่งจะตรวจความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจแก่ผู้ตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงข้อคำถามในด้านภาษาและความชัดเจน เพื่อความเข้าใจได้ง่ายต่อการตอบแบบสอบถาม

๓.๔.๑.๒ การวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

หาค่าความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ด้วยการทำ Pretest กับผู้มาใช้บริการสุขภาพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๓๐ คน ที่พื้นที่ตำบลศาลายา จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยโปรแกรมทางสถิติ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ครอนบราช (Cronbrach's Alpha-Coefficient) โดยถือเกณฑ์การทดสอบที่ค่าของแอลฟามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๗ (มีค่า >๐.๗) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้านความคิดเห็นในทัศนคติต่อการยอมรับต่อกรณีประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Alpha) = ๐.๙๑๔๒ ด้านความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Alpha) = ๐.๘๕๑๙ และด้านแนวทางการพัฒนาจริยธรรม ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Alpha) = ๐.๘๖๖๕

จากค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทุกส่วนถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่เชื่อถือได้ จึงนำมาปรับปรุงบางส่วนก่อนใช้เป็นแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้

๓.๔.๒ แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้สร้างขึ้นจากการรวบรวมวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยได้นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหาแบบสอบสัมภาษณ์และปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๓.๕ วิธีการเก็บข้อมูล

การดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นจะทำการสัมสัมภาษณ์ในเชิงลึกเพื่อศึกษากรอบประเด็นหลักจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์ จากนั้นก็ประชุมกลุ่มย่อยนักวิจัยเพื่อกำหนดกรอบประเด็นหลักจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ และทำการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้กรอบประเด็นหลักจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ตามความคิดเห็นของแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นก็ทำการรวบรวมและคัดเลือกกรณีศึกษาเพื่อนำมาจัดทำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามสำหรับตัวอย่างในแต่ละกลุ่มที่เลือกไว้ เมื่อทำการสัมภาษณ์และเก็บรวมรวมแบบสอบถามแล้ว ก็ทำการสังเคราะห์แนวคิดและประเด็นย่อยจากการศึกษา เพื่อจัดทำแนวทางจริยธรรม และจัดประชุมเพื่อทำการวิพากษ์แนวทางดังกล่าวจากที่ประชุมใหญ่จากตัวแทนทุกภาคส่วนเพื่อปรับปรุงแก้ไข และนำมาจัดทำฉบับสมบูรณ์ จริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากการศึกษาครั้งนี้ โดยแบ่งย่อยตามรายละเอียดดังกล่าวดังนี้

๓.๕.๑ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

๓.๕.๑.๑ สุ่มตัวอย่างเพื่อทำการกำหนดตารางตัวอย่างในการดำเนินการสอบถาม ตามกลุ่มที่กำหนด

๓.๕.๑.๒ แจกแบบสอบถามให้ผู้มาใช้บริการของโรงพยาบาลนครปฐม เป็นเวลา ๖ สัปดาห์ จนได้แบบสอบถามครบทั้งสิ้นจำนวน ๕๐๐ คน

๓.๕.๑.๓ รวมแบบสอบถามที่ได้และตรวจสอบความถูกต้องในแบบสอบถามทุกฉบับแล้ว ทำการสร้างคู่มือการลงรหัส และลงรหัสแบบสอบถามเพื่อทำการประมวลผลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

๓.๕.๒ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

๓.๕.๒.๑ ผู้วิจัยขอหนังสืออนุญาตในการขอสัมภาษณ์จากคณบดีคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายา เพื่อติดต่อขอสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

๓.๕.๒.๒ เดินทางไปยังหน่วยงานเพื่อทำการสัมภาษณ์ และจัดเก็บข้อมูล

๓.๕.๒.๓ นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดคำจากเครื่องบันทึก และการจดบันทึกร่วมขณะสัมภาษณ์ ตรวจสอบ เรียบเรียง แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการศึกษาเชิงปริมาณ

๓.๖ การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาทั้งหมดตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูล สร้างคู่มือการลงรหัส ลงรหัสตามคู่มือกรอกรหัสกรอกข้อมูลและประมวลผลข้อมูล โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (SPSS)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ ๐.๐๕ ในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพได้นำมาทำการถอดคำจากการบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก และจากแบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล จากความคิดเห็นที่ตอบในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยมีการจำแนกชนิดข้อมูลจากการให้คำตอบแบบสัมภาษณ์ (Typological Analysis) โดยอาศัยการตีความหมาย (Meaning) จากการให้คำตอบของผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เกี่ยวข้องที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการ (สุภางค์ จันทวานิช, ๒๕๕๔)

๓.๗ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

๑.วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมทางการแพทย์จากเอกสาร วารสาร ตำรา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

๒.วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๓. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระหว่างค่าระดับการยอมรับในรายประเด็นกรณี กับ ระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าได้ตั้งแต่ -๑ ถึง +๑ ($-๑ \leq r \leq ๑$) และเป็นค่าไม่มีหน่วย จึงสามารถนำค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างคู่ของตัวแปรต่างๆ ได้โดยตรง

ในการแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ใช้เกณฑ์การพิจารณาดังนี้ (ยุวดี ฤาชาและคณะ, ๒๕๔๐)

r มีค่า ๐ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองไม่มีความสัมพันธ์กันเลย

r มีค่า ± ๑ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์

r มีค่า ±๐.๑๐ - ±๐.๒๐ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

r มีค่า ±๐.๒๐ - ±๐.๔๐ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันระดับค่อนข้างต่ำ

r มีค่า ±๐.๔๐ - ±๐.๖๐ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

r มีค่า ±๐.๖๐ - ±๐.๘๐ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างสูง

r มีค่า ±๐.๘๐ - ±๑.๐๐ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

๔. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าจากแบบสอบถามกับค่าข้อมูลแยกประเภทของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจาก Rating Scale ที่ได้ โดยในส่วนเพศ จะมีการวิเคราะห์โดยใช้ค่าการทดสอบแบบที (t-test) และในส่วนของ อายุ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา อาชีพ ก็จะมีการวิเคราะห์โดยใช้ การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) และการ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนโดยการวิเคราะห์ Multiple Comparison หรือ Post-Hoc test เพื่อทำการเปรียบเทียบรายคู่

๕. วิเคราะห์ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และแนวทางจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมกลุ่มย่อยโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการกำหนดรหัสกลุ่มคำเพื่อหาประเด็นหลัก และนำมาวิเคราะห์เพื่อจัดทำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามในการศึกษาแนวทางกรอบประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

การแบ่งระดับต่างๆ ของข้อมูลทั่วไป

๑. เพศ ในการวิเคราะห์จะแบ่งออกเป็น

เพศ
ชาย
หญิง

๒. อายุ ในการวิเคราะห์จะแบ่งออกเป็น

อายุ
น้อยกว่า ๒๐ ปี
๒๑-๓๐ ปี
๓๑-๔๐ ปี
๔๑-๕๐ ปี
๕๑-๖๐ ปี
๖๑ ปีขึ้นไป

๓. รายได้ ในการวิเคราะห์จะแบ่งออกเป็น

รายได้ต่อเดือน
ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท
๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท
๑๕,๐๐๑-๒๐,๐๐๐ บาท
๒๐,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาท
๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาท
๕๐,๐๐๑-๑๐๐,๐๐๐ บาท
๑๐๐,๐๐๑ ขึ้นไป

๔. ระดับการศึกษา ในการวิเคราะห์จะแบ่งออกเป็น

ระดับการศึกษา
ประถมศึกษา
มัธยมต้น
มัธยมปลาย
อนุปริญญา
ปริญญาตรี
ปริญญาโท
ปริญญาเอก

๕. ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิเคราะห์จะแบ่งออกเป็น

ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง
แพทย์
องค์กรวิชาชีพแพทย์
ตำรวจ
ทนายความ
อัยการ
ผู้พิพากษา
องค์กรเฝ้าระวังฯ
ผู้รับบริการฯหรือครอบครัว

บทที่ ๔
ผลการศึกษาแนวคิดประเด็นหลักและประเด็นย่อยต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

ตอนที่ ๑ ศึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๑๑ คน

ในการจัดเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแรก ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษากรอบประเด็นหลักจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์ คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิและเป็นที่ยอมรับในวงกว้างของบุคคลทั่วไปจำนวน ๑๑ ท่าน จากตัวอย่างที่เจาะจงได้ผลดังนี้

จากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษากรอบประเด็นหลักจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์ คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิและเป็นที่ยอมรับในวงกว้างของบุคคลทั่วไปจำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ ท่าน จากตัวอย่างที่เจาะจง ได้ดำเนินการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นแล้วจำนวน ๑๑ ท่านผลสรุปตามประเด็นได้ดังนี้

๔.๑ แนวคิดประเด็นจริยธรรมสำคัญ

ความเห็นของแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญนั้นได้ให้ความเห็น เกี่ยวกับแนวคิดประเด็นจริยธรรมสำคัญของจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ดังนี้คือ

๔.๑.๑ ประเด็นจริยธรรม ต้องศึกษาให้เหมือนอยู่ในรูปเส้นโค้ง (Curve) คือมีทั้งส่วนลบ ส่วนกลาง และส่วนที่เป็นบวก ซึ่งมากอยู่ที่ส่วนกลาง ๆ เส้นโค้ง แต่ส่วนที่เข้าแพทยสภาก็เป็นส่วนที่ไม่ค่อยดีนัก ในส่วนกลาง ๆ นั้นจะต้องเป็นบรรทัดฐาน (Norm) ที่จะปฏิบัติกันต้องศึกษาว่าในปัจจุบันมีการเบี่ยงไปด้านใดของ Curve และมีการชิปไปอย่างไร เช่น การดูแลผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนตัว การยิงยาเพื่อให้ได้ผลประโยชน์ ซึ่งอาจทำให้มีการเปลี่ยนตำแหน่งไปของบรรทัดฐาน บริษัทยาอาจจะมายั่วยวนแพทย์ ซึ่งอาจมีแพทย์ส่วนหนึ่งที่ทนความยั่วยวนไม่ได้ ซึ่งเกิดจากความไม่ทนทานของแพทย์แต่จะมีกี่เปอร์เซ็นต์นั้นไม่รู้ และในการศึกษานั้นต้องแยกแยะระหว่างประเด็นจริยธรรมกับกฎหมาย

๔.๑.๒ ประเด็นที่แพทย์นั้นเป็นที่ยอมรับ หรืออาจถึงขั้นยกย่อง หลงไหล อาจเผลอแสดงท่าทีไปในทำนองชู้สาวได้ต้องระวัง และถ้าแพทย์เป็นคนที่เหนือกว่าก็ควรจะมี จริยธรรมที่เหนือกว่า เพราะผู้ป่วยนั้นจะอ่อนแอทั้งทางร่างกายและจิตใจ

๔.๑.๓ เนื่องจากแพทย์มีลักษณะคล้ายทนายความ ที่ให้คุณให้โทษกับบุคคลอื่นได้ ให้คุณให้โทษกับผู้ป่วยได้ จึงต้องเน้นที่ผู้ป่วยเป็นหลัก ส่วนประเด็นอื่นคือการปฏิบัติต่อผู้ประชาชน ต่อผู้ร่วมงาน และต่อแพทย์ด้วยกัน

๔.๑.๔ การมีกฎหมายมารองรับสิทธิ มีความสำคัญ สิทธิจะต้องคู่ไปกับกฎหมาย

๔.๑.๕ แพทย์ก็ควรต้องมีบรรทัดฐานที่สูงกว่า ต้องมีการปลูกฝังจรรยาบรรณวิชาชีพให้เหนือกว่า

ประชาชนทั่วไป เนื่องจากสาเหตุสองประการคือ

๑. เป็นผู้ชี้ว่าการแพทย์ธรรมชาติไม่ใช้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ทำให้ไม่ต้องอ้อนวอน

๒. ผู้ที่เป็นแพทย์ได้รับอภิสิทธิ์ หรือสิทธิพิเศษในการดูแลรักษา ถ้าไม่มีจรรยาบรรณกำกับจะทำให้เสื่อม

๔.๑.๖ หลักสำคัญที่สุดคือ กระทำต่อคนไข้ด้วยเจตนาดี หลีกเลี่ยงอันตราย โดยไม่คำนึงถึงสิ่งอื่น ดังตัวอย่างที่มีอวัยวะชิ้นเดียวแต่มีคนต้องการร้อยคน ต้องพิจารณาให้ตรงกับคนที่ เหมาะสมที่สุด ถือเป็นจริยธรรมสำคัญ

๔.๑.๗ เรื่องสำคัญคือ วิชาชีพแพทย์ไม่เข้มแข็งเพียงพอเรื่องจรรยาบรรณ จึงตกอยู่ในอำนาจของเศรษฐกิจ ถูกครอบงำจากสองธุรกิจใหญ่คือ

๑. ธุรกิจยา

๒. ธุรกิจโรงพยาบาล

โดยเฉพาะประเทศไทยยอมให้โรงพยาบาลเข้าตลาดหุ้น ซึ่งถือเป็นเรื่องผิดปกติ เพราะกลุ่มโรงพยาบาลที่เข้าตลาดหุ้นมีความได้เปรียบ ไม่ต้องกู้เงิน เคยมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่เข้ากับส่วนที่เข้าตลาดหุ้น ที่เข้าตลาดหุ้นคิดแพงที่สุด เช่นการตัดสินใจให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาล ซึ่งเรื่องนี้หน่วยงานที่ต้องดูแลคือกระทรวงสาธารณสุข และแพทยสภา

ดังนั้นเรื่อง การที่ให้คนนอกเข้ามาในโครงสร้างแพทยสภา และการไม่ถูกครอบงำโดยธุรกิจยาและธุรกิจโรงพยาบาล จึงน่าจะเป็นประเด็นหลัก ประเด็นอื่นๆ เป็นเรื่องปลีกย่อย การลงโทษต่าง ๆ นั้นเป็นเรื่องปลีกย่อยทั้งสิ้น

๔.๑.๘ ปัจจุบันคนไข้กลายเป็นผู้บริโภค จริยธรรมก็จะต้องมีลายลักษณ์อักษรมากขึ้น เพื่อการตรวจสอบได้

๔.๑.๙ ประเด็นที่จะนำจริยธรรมไปปฏิบัติให้ได้ เคลื่อนไหวทางสังคม ให้เกิดบรรทัดฐานทางสังคมและ นำกรอบจริยธรรมเหล่านั้นผลักดันให้เป็นบรรทัดฐาน (Norm) ของการปฏิบัติ

๔.๑.๑๐ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับประชาชนหรือผู้ป่วย แต่เดิมเป็นแบบแนวดิ่ง (Vertical)

ปัจจุบันมีธุรกิจสุขภาพเกิดขึ้น ปัจจุบันเป็นแนวคิดว่าผู้ป่วยไปใช้สิทธิ ความสัมพันธ์ก็เปลี่ยนไป เป็นเชิงพันธสัญญา ควรพัฒนาความสัมพันธ์แบบไว้วางใจกัน ซึ่งในประเด็นนี้ยังมีความเห็นอีกจากสองท่านที่มองถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์เป็นหัวใจของประเด็นจริยธรรม

๔.๑.๑๑ ประเด็นการทำกรอบจริยธรรมต้องดูวิวัฒนาการ การบริการทางการแพทย์ ทำอย่างไรให้กรอบจริยธรรม เป็นจริงในทางปฏิบัติ โดยจะต้องดำเนินการดังนี้

๑. ทำกรอบ ดูพัฒนาการ ความสัมพันธ์ของสังคม

๒. กรอบจริยธรรม ให้มีการขับเคลื่อนไปเป็น Norm ในส่วนที่เป็น Social Movement แทนที่จะใช้กฎหมาย / ข้อบังคับ เพียงอย่างเดียว

๔.๑.๑๒ ประเด็นของการที่แพทย์มองถึงประโยชน์ส่วนรวมเป็นหลัก

๔.๑.๑๓ ในความเป็นบุคคลนั้นจะต้องศรัทธาในความดี ซึ่งในปัจจุบันถ้าไม่ศรัทธาจริงแม้จะเป็นคนดีก็อาจจะถูกปนเปื้อนจากสังคมที่ไม่ดีได้ง่าย

๔.๑.๑๔ ต้องคำนึงถึงความเป็นธรรม ต่อผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งคิดว่าเรื่องนี้เป็นประเด็นจริยธรรมที่สำคัญที่สุด

๔.๑.๑๕ คำสอนของพระราชบิดา น่าจะเป็นแบบอย่างที่ดีที่สุด ในเรื่องของการที่แพทย์จะมองคนเป็นคนและปฏิบัติต่อเขา ซึ่งคิดว่าการเห็นประโยชน์ตนเป็นที่สองนี้ น่าจะเป็นคำสอนที่ดีที่สุด ในเรื่องจริยธรรมแพทย์แล้ว ซึ่งสรุปเรื่องนี้ออกเป็นประเด็นดังนี้คือ

- ประเด็นสำคัญน่าจะอยู่ที่แพทย์นั้นทำไม่เหมือนกับญาติของตนเอง
- อาจจะมีอีกสองประเด็นที่คิดว่าสำคัญคือ

๑. ไม่ทำตามหน้าที่

๒. เวลารักษาโรคไม่ทำตามตำราหรือตามหลักวิชา

- การสุ่มเสี่ยงที่จะทำเพื่อประโยชน์อื่น ๆ ของตนเอง ซึ่งน่าจะแบ่งออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่๑ ขาว/ดำ กลุ่มที่๒ กึ่ง ๆ ซึ่งอยากให้มี General rule ในเรื่องนี้สำหรับแพทย์
- แพทย์มีสอง Components คือ

๑. เหมือนมนุษย์อื่น ๆ

๒. ต้องมีมากกว่ามนุษย์ปุถุชน

- คิดว่าประเด็นมาตรฐานวิชาชีพเวชกรรม ต้องทำให้คนไข้มั่นใจว่า จะรักษาเขาได้ ส่วนประเด็นอื่น ๆ คิดว่าค่อนข้างครบถ้วน แต่ต้องมีการบังคับใช้

๔.๒ ประเด็นเปรียบเทียบกับจริยธรรมในต่างประเทศ

๔.๒.๑ ที่เจนีวาแพทย์จำนวนหนึ่งที่ไม่เกี่ยวกับแพทย์ที่ดูแลคนไข้แต่ก็ดูแลระบบ จะเกี่ยวกับ Conflict of Interest เพราะจะต้องไปเจรจาต่อรอง ซึ่งเขาอาจมีอะไรอยู่เบื้องหลังการเจรจาต่าง ๆ เช่น สนิทสนมกับบริษัทยา อาจให้ความเห็นที่มีลักษณะ Conflict of Interest ได้ เช่นโครงการยาสำหรับผู้ยากจน จะต้องตกกับคนส่วนใหญ่ในการได้รับ แต่ ดุลยภาพของการคิดก็อาจจะไปอยู่ที่มีแนวโน้มต่อรองเพื่อบริษัทในส่วนของประเทศของเขา ดังตัวอย่างในเรื่องซับซ้อนบางเรื่อง เช่น มาลาเรีย ปีนี้มี

เป็นร้อยล้านคนที่เป็น เรื่องเกี่ยวกับสมัชชาโลก นั้นได้นำยาที่ดีที่สุดมาจากประเทศจีน หลายประเทศก็นำไปใช้แต่ผลก็คือใช้ยาแบบเดียวกันหมดก็ทำให้เกิดการดื้อยา ซึ่งจะต้องใช้ยาที่แตกต่างกันบ้าง จึงมีการพยายามสร้างกติกาโลกคือต้องใช้ Communication therapy ก็มีแพทย์กลุ่มหนึ่งพยายามผลักดันให้มีการใช้ยาผสมกันที่เป็น Fixed Dose แพทย์ไทยก็บอกว่าไม่ดี ลดอาการแพ้ยา ดื้อยา ได้ดีกว่าถ้ากำหนดให้คงที่แบบ Fixed Dose บุคลากรจาก องค์การอนามัยโลก (WHO) ก็พยายามที่จะเอาแบบ Fixed Dose แพทย์ไทยก็ไปต่อสู้เรื่องนี้ ว่าในโลกมีอะไรที่ต่างกัน ก็ไม่ควรจะถูกบังคับให้เหมือนกัน ซึ่งเรื่องนี้จะชี้ให้เห็นว่าประเด็นจริยธรรมสลับซับซ้อนมากขึ้น เพราะสามารถแบ่งออกเป็น

- แพทย์กับระบบสังคม
- แพทย์กับผู้คน
- แพทย์กับผู้ป่วย

เช่น สป.สช.ก็จะต้องมีความโปร่งใส ซึ่งก็เป็นจริยธรรม จากการเข้ามาของประชาชนในส่วนอื่นด้วย

๔.๒.๒ ในส่วนของประเด็นนี้ที่มีความเห็นว่ามีลักษณะเดียวกันหรือคล้ายกัน สรุปได้ดังนี้

- คล้ายกัน เพราะในส่วนของประเทศไทยก็นำมาจาก International Code อยู่แล้วแต่ก็มีบางอย่างที่เป็นของประเทศไทยเราเช่น แนวคิดของพระราชบิดา
- ก็ไม่น่าแตกต่างกันเพราะหลักจรรยาบรรณนั้นมีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เพราะมีที่มาจากทั้งตะวันตกและตะวันออก
- ของไทยกับของต่างประเทศใกล้เคียงกัน เพราะเราศึกษามาจากต่างประเทศบ้าง แต่ของเราก็ยังมีแนวทางตามหนังสือ เอกสารอื่น ๆ อยู่เช่น คุณสมบัติผู้ดี หรืออื่น ๆ
- หลักใหญ่ ๆ ของประเทศไทยก็ไม่ได้แตกต่างกับต่างประเทศ และการปรับเปลี่ยนต่าง ๆ ก็ต้องมีการปรับตามสังคมเหมือนกัน
- แพทยสภามีบทลงโทษเป็นมาตรฐานมากขึ้นซึ่งไม่น่าจะด้อยกว่าต่างประเทศ
- มีการร่างประเด็นจริยธรรมแพทย์ ของแพทยสภาไทย ซึ่งคิดว่าไม่น่าจะแตกต่างกับต่างประเทศ และการนำออกเผยแพร่ให้องค์กรอื่น ๆ ได้รับทราบด้วย

๔.๒.๓ ในส่วนของประเด็นนี้ที่มีความเห็นว่ามีความแตกต่างกัน สรุปได้ดังนี้คือ

- ของอเมริกา ในเรื่องโฆษณาจะทำได้ แต่ในไทยนั้นทำไม่ได้เรื่องโฆษณา การให้ข้อมูลประชาสัมพันธ์กับโฆษณาก็เป็นประเด็นถกเถียงกันของประเทศไทย แต่ก็เป็นประเด็นกันมากเรื่องนี้ การให้ความจริงความรู้ประชาชน ก็ควรจะบอกชื่อแพทย์ สถานที่ทำงานได้ เพราะข้อมูลที่ได้รับนั้นประชาชนจะได้รับทราบว่า ข้อเท็จจริงนั้นได้มาจากใคร แต่ถ้าพูดเกินจริงก็สามารถดำเนินการได้อยู่แล้ว
- ในต่างประเทศหลายแห่งมีเวลาการตรวจเป็นมาตรฐาน แต่ของไทยเราไม่มี
- ในจีนก็มีจรรยาบรรณอยู่ ในตำราการแพทย์แผนไทยก็มีจรรยาบรรณอยู่แต่อาจจะสืบค้นได้ยาก

- ข้อเสนอแก้ไขในเรื่องจริยธรรม จรรยาบรรณ ซึ่งทางอังกฤษได้ทำแล้วคือ ปรับโครงสร้างแพทยสภาใหม่ ให้มีบุคคลทั่วไปไปเป็นคณะกรรมการแพทยสภา ๒ คน ปัจจุบันมีถึงครึ่งหนึ่ง
- ในประเทศไทยก็มีความสัมพันธ์กันดีอยู่ แต่ก็เคลื่อนไปบ้าง แต่ ยังเป็นแนวดิ่งอยู่ อาจจะต้องมีแพทย์ประจำชุมชน สร้างความสัมพันธ์เชิงเพื่อน นำแพทย์ไปสู่ชุมชนมากขึ้น เป็นที่น่าสังเกตว่าในยุโรป แพทย์ที่มีความสัมพันธ์เชิงชุมชนมีมากขึ้น
- อาจต้องพิจารณาเพราะทางตะวันตก เน้นเทคโนโลยี และในเรื่องของรูปแบบ แต่ในตะวันออกเราเน้นที่จิตใจ แต่ก็ต้องยอมรับว่าเรากำลังเดินไปตามแนวของตะวันตกคือการให้ความสำคัญกับผู้บริโภค เพราะคิดเป็นเรื่องของธุรกิจเป็นหลัก ซึ่งก็เกิดผลเสียมาก
- ประเทศเราเวลามีเรื่องก็มักจะปิด ซึ่งในหลาย ๆ ประเทศก็จะมีผู้ใหญ่ที่ออกมาขอโทษต่อความผิดพลาด บอกว่าจะรับผิดชอบอย่างนั้นอย่างนี้ ส่วนบ้านเราจะทิ้งให้ข่าวหายไป โดยปราะชาชนมักไม่ค่อยได้เห็นการออกมาขอโทษ เรามักปิดเรื่องกันเยอะแตกต่างกับประเทศที่เจริญแล้ว
- มีกรณีที่น่าสนใจช่นมีการรักษาให้แพทย์ด้วยกันฟรีในบางประเทศ ซึ่งจริง ๆ ถ้ามีการดูแลกันเป็นพิเศษ ก็น่าจะส่งผลดี มีกำลังใจ
- การ Due กันระหว่างวิชาชีพแพทย์ก็พบปัญหากันอยู่ในประเทศไทย ซึ่งอาจต้องแก้ไข เพราะกลายเป็นประเด็นจริยธรรมเหมือนกัน
- แพทย์ต้องดูแลตนเอง ทั้งสภาพจิต และร่างกาย แต่ในประเทศไทยนั้นมองว่ายังทำได้ไม่เต็มที่เหมือนประเทศชั้นนำ
- ตะวันตกนั้นเน้นไปทางกฎหมาย ซึ่งถ้ามองในเรื่องจริยธรรมก็ไม่ได้ดีกว่าของประเทศไทย เกี่ยวกับเรื่องการส่งเสริมจริยธรรม

๔.๓ ประเด็น Euthanasia และการรับจ้างตั้งครรภ์

๔.๓.๑ ในความเห็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง Euthanasia นั้นแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นไว้ ดังนี้คือ

- ในอดีตไม่มีกฎหมาย คนไข้อาจจะฟ้องได้ แต่ปัจจุบันก็อาจมีการยินยอม ว่าอย่าทรมานเลย ซึ่งประเด็นจริยธรรมเหล่านี้ควรจะถกเถียงกันได้ เพราะผูกโยงกับความเชื่อ เทคโนโลยีที่เปลี่ยนไป ที่เคยไม่ยอมรับปัจจุบันอาจจะยอมรับได้มากขึ้นก็ได้ การตีความจริยธรรมที่เป็นแม่แบบใหญ่ ๆ เมื่อถึงเวลาหนึ่งก็อาจเปลี่ยนไปได้
- ในส่วนของ Passive ก็ควรให้เขาได้ตายอย่างสงบ
- เป็นภาวะที่ก้ำกึ่งระหว่างความถูกต้องชอบธรรม และบรรทัดฐานทางสังคม
- ควรคำนึงถึงมิติที่กว้างกว่าวิชาชีพ
- ซึ่งปกติก็มีกฎหมายที่คาบเกี่ยวในแต่ละเรื่อง ดังนั้นเรื่องการช่วยผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ในไทยคงจะยาก

- หลักการ/หลักคิด ในการยืดชีวิต เพราะบางครั้งในภาวะการยืดชีวิตอาจเลวร้ายกว่ามี
ชีวิต ซึ่งต้องมาพิจารณาทั้ง ญาติ ชุมชน ผู้ป่วย ร่วมกัน
- มีประเด็นอยู่คือผู้ป่วยต้องตายเป็นธรรมดาแต่การแพทย์ไม่ให้ตาย เป็นเพราะเหตุผลใดระหว่างสอง เหตุผลคือ

๑. ยึดหลักยื้อดึงที่สุด

๒.ดูแลไปก็มีผลประโยชน์

ยิ่งคนที่อายุมากก็ยิ่งมีการรักษามากก็อาจมีอันตรายจากการรักษาที่มากตามไปด้วย
- สิทธิที่จะไม่รับการรักษานั้นไม่น่าจะมีข้อถกเถียงทางกฎหมายอีกแล้วเพราะมีบทบัญญัติ ที่ชัดเจนอยู่แล้ว โดยเฉพาะในส่วนของแพทยสภา
- พัฒนาไปตามสังคมค่อนข้างชัดเจน เช่น ถ้าแพทย์ทำเพื่อเอาเงินอย่างเดียว สังคมก็มีบทบาทเข้ามาเกี่ยวข้องมากขึ้น
- ต้องระวังเรื่องกฎหมายซึ่งจะต้องไม่เป็นคำสั่งที่ทำให้สังคมแตกแยก
- และต้องขึ้นกับความเชื่อของชุมชน และสังคมนั้น ๆ ปรับปรุงมาใช้ ซึ่งเห็นว่าต้องทำเรื่องพวกนี้
- ทุกอย่างเราคุยกับเขาได้ ซึ่งถ้าได้คุยกันพอเขารู้เขาก็เข้าใจ อาจมีการตีรวนบ้างก็ต้อง
ยืนยันด้วยการปฏิบัติของแพทย์ ต้องแสดงให้ผู้ป่วยได้เห็นว่าเรามีความปราถนาดี มีแนว ปฏิบัติ และปฏิบัติด้วยจิตวิญญานของความเป็นแพทย์
- ควรมีการเปิดช่องเอาไว้ให้มีการพิจารณาได้ เพราะต้องดูว่าเขาพร้อมหรือปล่าวถ้าจะทำเขาก็ตัดสินใจของเขาเอง เรามีหน้าที่เปิดช่องให้เขาไว้
- ต้องมีการกำหนดให้มีกฎหมายรองรับในเรื่องความประสงค์ของผู้ป่วย ในเรื่องนี้คิดว่าไม่จำเป็นต้องระบุไว้ว่าจะต้องทำอย่างไร เพราะอาจเป็นดุลยพินิจที่อยู่ในคนละบริบทกัน ส่วนการรับจ้างตั้งครรภ์นั้นยังไม่มีกฎหมายที่กำหนดไว้ชัดเจน
- คิดว่าขณะนี้สังคมไทยยังไม่แน่นอนว่าจะเอาอย่างไร โปรไลฟ์ หรือโปรช้อยส์ จะเอา
อย่างไรแน่

๔.๓.๒ ประเด็นที่เกี่ยวกับการรับจ้างตั้งครรภ์ นั้นมีความคิดเห็นดังนี้
- การมีแม่ทางกฎหมาย กับ แม่ทางพันธุกรรม ซึ่งอาจจะมีปัญหาในเรื่องข้อกฎหมาย ซึ่งกฎหมายให้แม่ทางพันธุกรรมนั้นเป็นแม่ที่แท้จริง เป็นต้น
- การรับจ้างตั้งครรภ์ แพทยสภาก็ไม่ให้มีการจ่ายค่าตอบแทนกันเป็นเงิน

๔.๔ ประเด็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยประมาทหรือขาดมาตรฐาน

ในประเด็นเรื่องของประเด็นนี้มีการให้ความคิดเห็นสรุปได้ดังนี้

๔.๔.๑ อยู่ที่บริบทต่าง ๆ เช่น

- ต้องดูแพทย์เป็นราย ๆ หรือแพทย์เป็นกลุ่ม ๆ ไป
- ต้องดูว่ามาตรฐานของที่ไหน ของโรงเรียนแพทย์ หรือของ รพช.ต้องมีการแยกให้ชัด
- ต้องดูประเด็นว่าประมาทเลินเล่อหรือไม่ เพราะการทำงานนั้นทำมากก็ผิดมาก ซึ่งปัจจุบันผิดเล็กน้อยก็จะเอาเรื่อง คนคิดว่าเป็นหมอต้องรู้หมดซึ่งในแต่ละ Case ก็มีความแตกต่างกัน การเรียกร้องหลาย ๆ กรณีเหมือนเป็นการรีดเงินจากแพทย์ ซึ่งอาจส่งผลให้แพทย์ไม่ดูผู้ป่วยได้
- เห็นว่าควรต้องมองจากสภาพความเป็นจริง เพราะผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลต่าง ๆ ปัจจุบันเยอะมาก ซึ่งยังมีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลของรัฐกับโรงพยาบาลเอกชน
- ต้องยอมรับว่ามีการสร้างมาตรฐานวิชาชีพ ที่พยายามทำกันก็เหมือนฆ่าตัวตาย เพราะถ้าออก Guideline มาจากโรงพยาบาลที่มีความพร้อมถ้าออกมาอย่างนั้นก็ต้องบอกว่ามาตรฐานสำหรับโรงพยาบาลขนาดไหน ทุกอย่างขึ้นกับ เวลา สถานที่ ทุกอย่างไม่เหมือนกันจึงต้องบอกว่ามาตรฐานสำหรับสถานการณ์ไหน
- เห็นว่าการตัดสินใจในแต่ละครั้งในการให้การรักษานั้นมีบริบทที่แตกต่างกันเสมอ เพราะฉะนั้นในเรื่องความประมาทบางทีก็มองยาก ต้องดูบริบทนั้น ๆ ให้ดี เช่นการที่แพทย์มีจำนวนน้อยกว่า ภาระงานก็อาจต่างกัน หรือบางครั้งการตัดสินใจในบางอย่างต้องรอคนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเมื่อมาช้าก็อาจทำให้การตัดสินใจล่าช้าไปด้วย ทุกอย่างก็จะช้าไปทั้งระบบ ซึ่งเรื่องเหล่านี้นั้นแพทย์มักถูกจำกัดด้วยเวลา

๔.๔.๒ การมีกฎหมายออกมามากก็อาจส่งผลต่อการจะเป็นประเด็นปัญหาต่อไปได้

๔.๔.๓ หลาย ๆ อย่างก็เป็นคำแก้ตัวของแพทย์เหมือนกันว่าบริบทไม่เหมือนกัน เพราะผู้ป่วยก็มีบริบทของผู้ป่วยเหมือนกัน เช่นความจำเป็นที่ต้องมาตอนกลางคืนเป็นต้น น่าจะเป็นคำง่าย ๆ คือ แพทย์ต้องทำให้ดีที่สุด

๔.๔.๔ การรักษาเฉพาะนั้นควรทำตามระบบ

๔.๔.๕ ในประเด็นของ HA ซึ่งจะเอาอย่างตะวันตก ส่วนหนึ่งก็เป็นเรื่องดีแต่จะมองแต่เทคนิคไม่ได้มองที่จิตใจ ระบบที่ดีต้องประเมินจากคุณธรรมจริยธรรม ต้องสร้างวิธีคิด อย่าเอาแต่ออกกฎอย่างเดียว ทุกอย่างต้องมองถึงหลักสิทธิ หลักประกันสุขภาพ และเน้นแนวทางด้านจิตใจ

๔.๔.๖ หลายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก็มักไม่เกี่ยวกับเงินแต่เป็นเรื่องของการเตรียมพร้อม เช่น กรณีบล็อคหลังคนไข้แล้วเสียชีวิต เพราะไม่มีการเตรียมยาแก้เอาไว้ จนทำให้แพทย์ต้องถูกตัดสินว่าผิด การเกิดแบบนี้มักไม่ได้ทำตามตำราซึ่งต้องมีการเตรียมความพร้อมเรื่องอื่นๆ ไว้ด้วย

๔.๔.๗ ประเด็นสำคัญก็คือ เป็นแพทย์ต้องไม่ประมาท ถ้าเราไม่เชี่ยวชาญเราต้องหาทางอื่นที่ดีที่สุดการที่ โรงพยาบาลระบุว่าจะปรึกษา โรงพยาบาลอย่างไร เปลี่ยน โรงพยาบาลทำอย่างไร แม้จะไปรักษาที่โรงพยาบาลใหม่ก็ไม่จำเป็นต้องเริ่มใหม่ ทำให้ไม่ต้องตรวจผู้ป่วยมากเกินไป

๔.๔.๘ ประเด็นการให้ยาเดิม บางทีก็ต้องไปดูว่าโรงพยาบาลนั้นผู้ป่วยเยอะขนาดไหน

๔.๕ ประเด็นการให้สินบนแก่แพทย์

ในประเด็นการให้สินบนแก่แพทย์นั้น แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ได้ให้ความเห็นเรื่องนี้ไว้ดังนี้

๔.๕.๑ ที่เป็นประเด็นความคิดเห็นในเรื่องที่เกี่ยวกับการทุจริตที่เกี่ยวข้องกับยา

- มีอยู่หลายประเด็น เช่น การให้ยาเกินขนาด (Over dose), ค่าธรรมเนียม, การใช้อำนาจต่างๆ ประเด็นเหล่านี้อาจต้องอาศัยแรงจูงใจในผลตอบแทน
- อาจารย์แพทย์ อาจรับจากบริษัทยาในการไปบรรยายซึ่งจะเข้าข่าย Opinion Leader ผู้นำทางความเห็น
- ในส่วนของยานั้นโดยทั่วไปแล้วแพทย์มักไม่หลุดชื่อยาออกมาอยู่แล้วในทางวิชาการ เพราะมีชื่อ Generic Name ให้ใช้อยู่แล้วในประเด็นนักวิชาการจึงไม่ค่อยมีปัญหา และยาที่ นำเข้ามาก็พูดยากเพราะในทางวิชาการแม้จะแพงแต่ก็มีการศึกษาและการบ่งบอกถึงความเป็นยาที่ดีอยู่เหมือนกัน แต่การสั่งยาแบบ Over นั้นก็น่าจะเกี่ยวกับเรื่องสินบนได้เหมือนกัน
- สถานบริการที่เป็นโรงเรียนแพทย์ ก็เห็นได้ว่ามีกำไรจากการใช้ยาอยู่ ซึ่งมักทำตามกระแส เช่นการสร้างตึก เครื่องไม้เครื่องมือ

๔.๕.๒ เป็นภาพรวมทั่วไปที่เกิดขึ้น เป็น Norm ที่เบี่ยงเบนไป เช่น ยารักษาโรคเข่าเสื่อม Gluecotamine แพทย์อาจจะแนะนำหรือทดลองเทียบกับยาหลอกก็ให้ผลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่ควรจะให้ข้าราชการเบิกได้ ซึ่งเป็นประเด็นที่เกี่ยวกับ RUD : Rescannable Use of Drug ซึ่งรัฐมีหน้าที่บอกถึงคุณค่าเท่านั้น ซึ่งอาจจะเป็นไปในรูปแบบของการให้สินบนก็ได้ถึงเกิดลักษณะเช่นนี้

๔.๕.๓ อาจจะออกมาในลักษณะให้การสนับสนุนในการจัดการประชุมวิชาการหรือประชุมอื่นๆ

๔.๕.๔ มีประเด็นที่เกิดขึ้นในกระทรวงสาธารณสุขก็คือการที่มีการจัดหน่วยออกไปให้บริการรักษาต้อกระจกตามจังหวัดต่าง ๆ โดย สป.สช.สนับสนุน มีบางจังหวัดที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดไม่สนับสนุนให้จัด โดยให้เหตุผลเพราะว่าจะทำให้แพทย์ในจังหวัดนั้นเสียรายได้ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจ

๔.๕.๕ เป็นระเบียบของแพทยสภาอยู่แล้ว เช่นของขวัญเกิน ๓,๐๐๐ บาท แต่ในปัจจุบันอาจมีการให้ของกำนัล ซึ่งต้องดูจากพฤติกรรมเหมือนกัน มีอีกความเห็นหนึ่งในเรื่องของกำนัลคือ ในส่วนของการให้ค่าตอบแทนพิเศษแก่แพทย์อันนี้ก็ต้องดูเหมือนกันว่า ผู้ป่วยต้องการมากกว่าปกติหรือไม่ เช่น การคลอดซึ่งโดยทั่วไปพยาบาลทำคลอดได้ แพทย์จะต้องทำเมื่อใช้เครื่องมือ ที่ผ่านมาก็มีแพทย์ส่วนหนึ่งทำไม่ถูกต้องแพทยสภาจึงต้องกำหนดอัตราออกมา

๔.๕.๖ ควรมีการกำหนดรายได้จากการสั่งหัตถการให้เป็นแนวทางที่ชัดเจน

๔.๕.๗ น่าจะเป็นสามประเด็นใหญ่คือ

๑. เรื่องต่อบริษัทยา มีอิทธิพลต่อแพทย์ เช่น เชิญไปประชุมต่างประเทศ หรือนักวิจัยก็อาจจะออกมาในเรื่องของรูปแบบที่เกี่ยวกับงานวิจัย ซึ่งก็อาจเป็นสินบนแบบหนึ่ง อาจมีการให้ยาฟรีที่คลินิค หรือออกมาในลักษณะเปอร์เซ็นต์ยา ซึ่งระบบเหล่านี้อาจส่งผลต่อการทำให้ยาแพง และเป็นประเด็นของการขาดจริยธรรมของแพทย์

๒. เรื่องเกี่ยวกับผู้บริหาร มักไม่สนใจการบริหารในโรงพยาบาลมักบริหารตามเจ้านาย การมีเส้นสาย ซึงก็อาจมีการวิ่งเต้นนักการเมือง การใช้เงินเพื่อให้ได้ตำแหน่ง

๓. เรื่องต่อผู้ป่วย ระบบธุรกิจมาเปลี่ยนแปลงแพทย์ไปมาก ทุกคนชินต่อการต้องได้ค่าตอบแทน จากเดิมที่มีแต่ค่าเวร แต่ปัจจุบันแพทย์ได้ค่าหัตถการหรือค่าอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการทำลายคุณธรรมจริยธรรมไปมาก

๔.๕.๘ ประเด็นนี้มีความสลับซับซ้อนมาก ๆ เช่นในเรื่อง Over Diagnosis เช่นการลงว่าเป็น DHF แทนที่จะให้เป็น URI เพราะอาจได้ค่าตอบแทนจากการรักษาพยาบาลได้มากขึ้น Over Treatment เช่นการให้วัคซีนต่าง ๆ กรณี Encephalitis ก็เคยเป็นกรณีที่เคยเห็น

- ตัวอย่างเช่น การบอกผู้ป่วยว่าเป็นโรคตับทับปอด ทั้งที่ภาพจาก X-ray ก็เป็นแบบนั้นทุกรายอยู่แล้ว เป็นต้น

๔.๕.๙ ในส่วนของการพิจารณาจากแพทยสภาก็มีเรื่องการแสดงตนจากการโฆษณา แต่ก็มีความคิดเห็นที่ขัดแย้งกันในเรื่องของการให้สินบนเหมือนกันดังเช่น

- คิดว่าประเด็นนี้เป็นประเด็นที่มีความสำคัญมากที่สุด
- ไม่น่าจะเป็นประเด็นหลัก เพราะแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ได้ลำบากเรื่องเงินทอง มักจะเป็นจากทำผิดแล้วไม่ดูแล จึงคิดว่าประเด็นการให้สินบน น่าจะมีความสำคัญน้อยกว่าการไม่ดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม

๔.๖ ประเด็นปัญหาสิทธิผู้ป่วย และการให้การยินยอม

๔.๖.๑ สิ่งนี้เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมของแพทย์ที่จะมากำหนดพฤติกรรม

๔.๖.๒ แนวความคิดในเรื่องการที่มีสิทธิแล้วต้องมีหน้าที่ด้วย

- เป็นกฎเกณฑ์อยู่แล้ว แต่น่าจะขาดส่วนที่เป็นหน้าที่ รับทราบกันแต่สิทธิอย่างเดียว ซึ่งบ้านเราจะเน้นแต่สิทธิ ดังนั้นควรมี Patient's Right and Responsibility
- ต้องควบคู่กันระหว่างสิทธิกับหน้าที่ เช่น การไม่บอกความจริงกับแพทย์ เช่น คุณไปทำแท้งมาก็ปกปิดแพทย์ การดูแลรักษาก็ไม่สามารถทำได้ดี และผิดพลาดได้ง่าย
- ในปัจจุบันการที่แพทย์จะได้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วนจากผู้ป่วยนั้นมักจะไม่ได้ทั้งหมด ทำให้มีผลต่อการวางแผนการตรวจ ซึ่งอาจจะต้องให้ความสำคัญในเรื่องของหน้าที่ผู้ป่วยควบคู่ไปกับการรับทราบเรื่องสิทธิผู้ป่วย

๔.๖.๔ การบอกผู้ป่วยต้องบอกถึงการรักษาพยาบาล และเรื่องอื่น ๆ นั้นก็ควรเป็นการพูดเพื่อให้เขาถามน่าจะเหมาะสมกว่า

๔.๖.๕ คิดว่าในส่วนที่จะทำหน้าที่ผู้ป่วยนั้นอย่าไปสนใจจะไม่ได้ประโยชน์อะไร

๔.๖.๖ เรื่องนี้ต้องมองเรื่องสิทธิ ไม่ใช่เรื่องการเห็นใจ แพทยสภาก็ต้องตระหนักในเรื่องนี้

๔.๖.๗ ทีมีอยู่ก็น่าจะเพียงพอ แต่ต้องมีการบังคับใช้ให้ดี เช่นการเซ็นต์ยินยอมต่าง ๆ ต้องทำให้เรียบร้อย อาจต้องมีกระบวนการพิสูจน์ว่ายอมหรือไม่ยอม และต้องควบคุมหลังเกิดเหตุให้ดี จะต้องไม่มีกรณีเวชระเบียนหายไป อะไรทำนองนี้

๔.๗ ประเด็นการทดลองในมนุษย์

๔.๗.๑ คิดว่าประเด็นนี้มีมาตรฐานอยู่แล้ว

- เรื่องนี้แพทย์ไทยก็อยู่ภายใต้องค์กรระดับโลกที่มีความเข้มแข็งในเรื่องนี้อยู่แล้ว
- เห็นว่ามาตรฐานการวิจัยในปัจจุบันของแพทย์ไทยและสถาบันการศึกษาของแพทย์ไทยก็ เป็นไปตามหลักสากลอยู่แล้ว

๔.๗.๒ ในเรื่องนี้คิดว่ามีการกำหนดไว้ค่อนข้างชัดเจน มีอยู่เพียงบางเรื่องเช่น ในเรื่องของสเต็มเซลล์อาจทับซ้อนกับเรื่องของ พรบ.การวิจัย

๔.๘ ประเด็นการรักษาความลับผู้ป่วย

ประเด็นนี้แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่ามีอยู่ด้วยกันสองเรื่องด้วยกัน คือในเรื่องของการรักษาความลับในลักษณะของข้อมูลเวชระเบียนซึ่งเป็นหน้าที่ที่ต้องรักษาความลับอยู่แล้ว แต่อีกเรื่องก็คือเป็นการบอกเรื่องความเป็นไปของผู้ป่วยที่ยังคงเป็นความลับอยู่เช่นการต้องบอกว่าจะอยู่ได้อีกไม่นาน การเป็นโรคร้าย เป็นต้น ซึ่งมีความเห็นโดยสรุปได้ดังนี้

๔.๘.๑ มีความคิดว่าอาจจะต้องดูที่บริบทต่าง ๆ ซึ่งมีความเห็นดังนี้

- อาจต้องอยู่ที่บริบท อยู่ที่แพทย์จะต้องมาสนใจ เช่น แพทย์ถ้าไม่บอกแล้วจะอันตราย ก็ ต้องมีการบอกให้เขาระมัดระวังประเด็นที่อาจเป็นอันตรายแก่ตัวของเขาด้วย
- การบอกเรื่องของผู้ป่วยต่อผู้อื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพราะว่าบางทีแพทย์ก็ต้องดูบริบท เหมือนกัน แต่การไม่บอกผู้ป่วยไม่ควรจะมี ควรจะต้องใช้คำว่า “ชลอการบอก” แต่ไม่ใช่ “ไม่บอก”

๔.๘.๒ หัวข้อนี้มีอยู่ในกฎหมายที่ชัดเจน เข้ามีไว้เพื่อการรักษา ถ้านำไปเผยแพร่ก็ผิดทั้งกฎหมายและจริยธรรม ซึ่งเรื่องนี้ค่อนข้างตรงไปตรงมา แพทย์ที่กระทำก็ผิดชัดเจน การเขียนแพทย์เขียนตามหน้าที่ และมีบุคลากรหลายระดับ ซึ่งจะมองว่าอยู่ที่แพทย์อย่างเดียวก็คงไม่ได้

๔.๘.๓ อันนี้ชัดเจนว่าต้องรักษาความลับ แต่เรื่องที่จะต้องบอกผู้ป่วยก็เป็นประเด็น คิดว่าที่ผ่านมาในการบอกเรื่องโรคร้าย หรือถึงวาระสุดท้าย หรือโรคเอดส์ โรคมะเร็ง ก็ไม่ได้มีปัญหา ต้องค่อยๆ บอก ประเด็นการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

๔.๘.๔ ประเด็นนี้คิดว่าส่วนใหญ่จะรับได้ในส่วนที่เป็น Passive แต่ก็ไม่ควรจะทำ Active ระหว่างญาติ-ผู้ป่วยที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ ควรมีการบริหารจัดการให้ดี

๔. ๙ ประเด็นการรับจ้างตั้งครรภ์

๔.๙.๑ คิดว่าตอนนี้เราใช้ความรู้วิทยาศาสตร์ล่วงเกินธรรมชาติมากเกินไป ควรจะมีขอบเขตจำกัดต้องระมัดระวังเรื่องนี้ให้ดี

๔.๙.๒ ควรมีการตกลงกันส่วนบุคคลในกรณีที่สามารถตกลงกันได้

๔.๙.๓ ต้องไม่มองแบบเดิม ๆ ต้องมีการพัฒนาไปตามสังคม

๔.๑๐ ประเด็นการทำแท้ง

๔.๑๐.๑ กฎหมายเกี่ยวกับเรื่องนี้ล้าสมัย ต้องตีความ ซึ่งอาจต้องมองทั้ง สุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมด้วยซึ่งกฎหมายดูเพียงร่างกายอย่างเดียว

๔.๑๐.๒ ควรคำนึงถึงข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

๔.๑๐.๓ เรื่องนี้ต้องศึกษาเป็นรายกรณี

๔.๑๐.๔ ในประเทศไทยนั้นในส่วนของ โปรไลฟ์นั้นมีกฎหมายในประเทศ แต่ในส่วนโปรช้อยส์นั้นที่เราสามารถเลือกได้นั้นในประเทศไทยทำได้น้อยมากเพราะผิดกฎหมายแทบทั้งสิ้น

๔.๑๑ ประเด็นการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

เป็นประเด็นที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีมุมมองต่าง ๆ ของการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของแพทย์ และความเกี่ยวข้องกับจริยธรรมของแพทย์ สรุปได้ดังนี้คือ

๔.๑๑.๑ คิดว่าเรื่องนี้ต้องมีการเปิดช่องทาง และพิจารณาเป็นรายกรณีไป โดยมีความเห็นดังนี้

- เรื่องนี้มีความเห็นว่าควรจะเป็นการพิจารณาเป็นรายกรณี มีทั้งเรื่องของความเชื่อ บริบท ความเหมาะสม และอื่น ๆ อีกมากมาย ในแต่ละกรณีไม่เคยเหมือนกัน เพราะฉะนั้นควรพิจารณาเป็นรายกรณี
- ต้องมีการเปิดช่องให้มีทางออก เพราะแต่ละกรณีไม่เหมือนกันต้องมีทางออกที่เหมาะสม เพราะกฎหมายก็ยังติดกับความคิดเดิม ๆ
- ต้องชี้แจงสังคมว่าเรื่องนี้ไม่ใช่เป็นเรื่องเด็กใจแตก ควรเป็นเรื่องที่ถกเถียงกันได้ แต่ต้องระบุว่าแพทย์ไม่ทำแท้งเพื่อเงิน แต่ละเรื่องต้องให้มีเงื่อนไขในการตัดสินใจได้ และควรมีนักจิตวิทยามาร่วมพิจารณาเพราะบางทีถ้าขืนปล่อยไว้อาจจะมีปัญหาอื่น ๆ อีกมากมาย และการทำนั้นต้องทำในสถานที่ที่ปลอดภัย

๔.๑๑.๒ เรื่องนี้เป็นประเด็นที่แพทย์ต้องตัดสินใจในการให้การรักษา มีกรณีตัวอย่างที่เกิดขึ้นกับญาติโดยตรง ที่มีลูกหลานมาปรึกษาว่าจะทำอย่างไรกับญาติผู้ใหญ่ที่รักษาอยู่โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร ซึ่งอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต อาจารย์หมอก็แนะนำให้ไปรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลต่างจังหวัด ซึ่งอาจจะดูแปลกสำหรับคนที่ทราบข่าวว่าทำไมจึงตัดสินใจอย่างนั้น เหตุผลเพราะเงินที่มีอยู่นั้นพบว่าส่วนใหญ่ใช้ไปในการรักษาไม่กี่เดือนตอนสุดท้ายของชีวิตนั้นมีให้เห็นอยู่บ่อย และการได้

กลับไปรักษาที่ต่างจังหวัดนั้นได้พบกับญาติ ได้คุยกับคนนั้นคนนี้ น่าจะทำให้มีกำลังใจ ผลปรากฏว่ายืดอายุไปได้จนถึงปัจจุบันทั้งที่ไม่ได้ทุ่มเทการรักษาเหมือนตอนอยู่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเรื่องนี้ต้องดูถึงความสมควร และต้องเป็นไปโดยไม่ทำให้เป็นการยืดการตายออกไปแล้วทำให้เกิดทุกข์จากการยืดการตาย และดูดทรัพย์สินไปมากเกินไป

๔.๑๑.๓ เรื่องนี้ก็มีกฎหมายชัดเจนประเด็นจริยธรรมก็ต้องล้อไปกับกฎหมาย

๔.๑๑.๔ ก็ต้องพิจารณาให้ดี ในบางเรื่องเช่น Thalasemia ให้ทำแท้งได้ ก็ยังมีปัญหา เพราะ โรคนี้ แม้รักษายากก็จริงแต่ก็รักษาได้เหมือนกัน เรื่องนี้จึงเป็นเรื่องที่ต้องคิดให้ดี

๔.๑๑.๕ แพทยสภากำลังดำเนินการทำอยู่ เกี่ยวกับการใช้ชีวิตที่เหลือสุดท้ายให้คุ้มค่า ตายอย่างมีความสุขการดูเรื่อง Paralytic care คิดว่าต้องทำเป็นเรื่องใหญ่ เพราะจะเห็นว่าการใช้เงินส่วนใหญ่นั้นก็จะใช้ตอน ๖-๗ เดือนสุดท้ายของชีวิต

๔.๑๑.๖ การบอกว่าผู้ป่วยจะต้องตายนั้นต้องรู้วิธีการบอก ต้องสอนวิธีการบอกข่าวร้าย

๔.๑๑.๗ การกระทำความยินยอมก็มีระเบียบของแพทยสภาและกฎหมาย แต่ต้องกระทำตอนที่มีสติสัมปชัญญะ

๔.๑๑.๘ ประเด็นจริยธรรมเหล่านี้ต้องระวังในการที่เขียนออกมาเป็นลายลักษณ์อักษรมากขึ้นอาจทำให้ทำงานลำบากมากขึ้น

๔.๑๑.๙ ในในอดีตไม่จำเป็นต้องมีกฎหมาย แพทย์อธิบายต่อผู้ป่วยหรือญาติ อยู่ด้วยจริยธรรมก็ไม่มีปัญหา อยู่ต่อหน้าญาติทั้งหมดแล้วก็อธิบายให้ฟัง ที่มักมีปัญหาเพราะแพทย์ไม่ได้อธิบายให้ฟัง

๔.๑๒ ประเด็นการตรวจเชื้อเอดส์และการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์

เป็นประเด็นในเรื่องภาพรวมเกี่ยวกับการตรวจเชื้อเอดส์ในผู้ป่วย การที่แพทย์จะต้องบอกข่าวร้ายเรื่องผลของการตรวจ และเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ของแพทย์ ผู้ทรงคุณวุฒิได้แสดงความคิดเห็นในเรื่องนี้สรุปได้ดังนี้

๔.๑๒.๑ เช่นเดียวกับเรื่องความลับผู้ป่วย ต้อง Inform เพราะอาจจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่นได้ถ้าไม่แจ้งให้ทราบ

๔.๑๒.๒ มีปัญหาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ตัวเขารู้ว่าเสี่ยงเขาก็อยากมาตรวจ แต่ก็ติดว่าเด็กต่ำกว่า ๑๘ ปีต้องขออนุญาตจากพ่อแม่ ทำให้เขาไม่กล้าบอกแม่เพื่อมาเจาะ ควรจะให้อายุเกินกว่า ๑๕ จะดีกว่า

๔.๑๒.๓ เรื่องนี้ไม่น่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับจริยธรรมทึ้งหมด น่าจะเป็นข้อปฏิบัติมากกว่า ว่าเวลาเจอผู้ป่วยแบบนี้จะทำอย่างไร เพราะแต่ละคนไม่เหมือนกัน ถ้าผู้ป่วยทวงถามการเป็นโรคของเขาและมองว่าเข้าไม่เป็นอะไรแน่ ก็ต้องบอก อีกกลุ่มอาจจะต้องบอกญาติ ซึ่งญาติจะรู้ดีกว่าแพทย์ว่าผู้ป่วยจะ

รับได้หรือไม่ แต่ต้องเอาคนไข้เป็นหลักแล้ววิเคราะห์ผู้ป่วยว่าจะบอกได้หรือไม่ เพราะจะได้ยบอกเรื่องการรักษาเขาต่อไปได้ ซึ่งต้องมีการให้คำแนะนำก่อนตรวจ และหลังตรวจ เพื่อลดความขัดแย้ง

๔.๑๒.๔ ปัจจุบันมีปัญหาในเรื่องของการตรวจกับเด็ก ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยของเด็กเนื่องจากไม่รู้จะเปิดประเด็นกับพ่อ-แม่ อย่างไร ควรทำให้เรื่องการตรวจนี้เป็นการตรวจพื้นฐานในการที่จะให้แพทย์สั่งตรวจได้ตามดุลยพินิจ

๔.๑๒.๕ ในในอดีตก็ไม่จำเป็นต้องบันทึก ลงลายมือชื่ออะไรกันทั้งนั้น เพราะว่ามีการทำความเข้าใจกัน การจะบอกไม่จำเป็นต้องโรคนี้อย่างเดียวโรคร้ายแรงอื่นก็เหมือนกัน ต้องไม่ผลีผลาม ต้องดูว่าเขารับได้หรือไม่ต้องบอกการเตรียมตัวให้รู้ บอกไปให้ชัดว่าหมอทำได้แค่ไหน

๔.๑๓ ประเด็นมาตรการทางศาสนา ต่อจริยธรรมแพทย์ในประเทศไทย

เป็นประเด็นที่เกี่ยวเนื่องกับมาตรการทางศาสนา หรือความเกี่ยวเนื่องโดยทั่วไปของส่วนหนึ่งส่วนใดที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ต่อการมีจริยธรรมของแพทย์ สรุปได้ดังนี้

๔.๑๓.๑ ถือว่าเป็น General Ethics ซึ่งทุกศาสนามีความเหมือนกัน แต่วิธีปฏิบัติอาจไม่เหมือนกัน

จะต้องไม่แสดงท่าทีรังเกียจ ถ้าเข้าใจ Basic Ethics ได้ก็จะเชื่อมโยงได้โดยให้มีความยืดหยุ่นในทางปฏิบัติโดยจริยธรรมเป็นเครื่องมืออยู่ร่วมกันอย่างสงบ

๔.๑๓.๒ เนื่องจากมีหลายศาสนา ต้องดูเรื่องความเชื่อ ต้องปรับปรุงในบางเรื่องเพื่อให้เข้ากับศาสนาที่อยู่

๔.๑๓.๓ คนเราต้องมีหลักยึดเพราะว่าตัวเองไม่มั่นคงก็อาจจะทำพลาดได้ ซึ่งศาสนาก็เป็นสิ่งที่สูงขึ้นไปอีกถ้านำมาเป็นสิ่งยึดก็รับรองถึงการที่จะไม่ทำผิดจริยธรรมอย่างแน่นอน

๔.๑๓.๔ ที่เป็นประเด็นในเรื่องนี้คิดว่าน่าจะเป็นที่ปลายเหตุ ซึ่งเกิดจากบางคนที่เห็นว่าใช้ความสามารถไม่มากแต่ได้เงินเยอะ ซึ่งเรื่องนี้สังคมควรจะได้เรียนรู้ให้มากขึ้น

๔.๑๓.๕ เป็นประเด็นที่พูดยาก เพราะจะต้องเพียบพร้อมขนาดไหนอย่างไร ถึงจะเป็นประเด็นมาตรการทางศาสนา

๔.๑๓.๖ คิดว่าไม่ได้ถึงกับมีความเกี่ยวข้องกันโดยตรงทั้งหมด แต่ก็มีส่วนที่เกี่ยวข้องกันมาก

๔.๑๓.๗ คิดว่าหลักศาสนาพุทธ นำมาประยุกต์ใช้กับจริยธรรมแพทย์และนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยได้

๔.๑๓.๘ คิดว่าหลักศาสนาสำคัญมาก แต่ปัจจุบันไปตามสังคมที่จะต้องหาเงินมาก ทำงานต้องได้ค่าตอบแทนมากๆ

๔.๑๓.๙ จากการที่ได้สัมผัสกับพระวัดป่า ก็นำมาประยุกต์กับการทำงานคิดว่าได้เป็นอย่างดี

๔.๑๔ ประเด็นการให้การศึกษาด้านจริยธรรมแพทย์

ในประเด็นนี้ก็ให้แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิได้แสดงความคิดเห็นในเรื่องที่เกียวข้องกับการจัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาแพทย์ ที่จะมีการเรียนการสอนทางด้านจริยธรรม สรุปได้ดังนี้

๔.๑๔.๑ ส่วนใหญ่มีความเห็นร่วมกันว่าอาจารย์แพทย์ต้องเป็นต้นแบบของแพทย์ เป็นแบบอย่างที่ดีของการใช้ชีวิตของความเป็นแพทย์ และควรจะดำเนินการไปพร้อมกันทั้งสองส่วนคือ ในส่วนของโรงเรียนแพทย์ และในส่วนของอาจารย์ที่เป็นต้นแบบที่ดี - ในช่วงที่ผ่านมาก็ยังมีต้นแบบของแพทย์ที่ยึดถืออยู่ได้แก่ นายแพทย์กระแส ชนะวงศ์ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ทำให้มีการยกย่องครูแพทย์ ยกย่องแพทย์ที่เป็นแบบอย่าง ซึ่งก็น่าสนใจว่าคนเหล่านั้นครองตนอย่างไร

๔.๑๔.๒ ประเด็นเหล่านี้ควรมีอย่างยิ่ง ไม่ควรเป็นไปในรูปแบบ Lecture ควรจะมีการให้ Discuss ซึ่งต้องเป็น Project Base Learning ให้เข้าถึง Integrity ควรเรียนจาก กรณีศึกษาที่ทำให้ฝังเข้าไปในความคิด ต้องไม่ Lecture แต่ให้เป็นแบบ Skill และควรต้องกำหนด Case Study ให้ชัดเจน เพราะแทนที่จะได้มีการถกเถียงกันเรื่องจริยธรรมก็อาจจะต้องมีการถกเถียงเรื่องข้อมูลกันมากกว่า ผู้วิจัยต้องให้ข้อมูลที่ชัดเจนเรื่องข้อเท็จจริง

๔.๑๔.๓ สถาบันการศึกษาของแพทย์ก็อาจมีพลังอะไรบางอย่างที่เข้มข้นอยู่ ซึ่งควรรักษาเอาไว้เพราะจะเป็นสิ่งยึดมั่นให้อยู่ในจริยธรรมที่ดีงาม

๔.๑๔.๔ ควรให้นักศึกษาแพทย์ได้มีการลงชนบท ต้องให้มีการทำงานเป็นทีม เรียนในระบบบริการมากขึ้นเพื่อสร้างให้มีความรักต่อคนอื่น สร้างการเปลี่ยนแปลงในจิตใจ และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในสังคม (Transform) เห็นด้วยกับการที่ให้แพทย์ลงพื้นที่พบกับความยากลำบากของผู้ป่วย แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่ก็มีความเห็นร่วมกันว่า ควรให้นักศึกษาแพทย์ได้เห็นของจริง เห็นความทุกข์ยากของมนุษย์ ซึ่งจะได้มากกว่าการเรียนการสอนในระบบปกติ หรือในช่วงที่แพทย์ต้องใช้ทุนในต่างจังหวัด ทำให้ได้เห็นของจริง เห็นความทุกข์ยากของประชาชน

๔.๑๔.๕ ต้องเรียนรู้จากการปฏิบัติ เช่นในอดีตมีการฝึกงานในชนบท ต้องมีการ Practice

๔.๑๔.๖ ควรให้มีการเรียนรู้ การจัดอบรม ในเรื่องจริยธรรมมากขึ้นเพื่อการพัฒนาจิตวิญญานของแพทย์

๔.๑๔.๗ ให้มีการสอนจริยธรรม ให้มหาวิทยาลัยต่าง ๆ มาหารือร่วมกันเพื่อหามาตรฐานในการสอนเรื่องดังกล่าว จำเป็นที่จะต้องให้เวลาในเรื่องจริยธรรมแพทย์มากขึ้น จะได้ซึมซับ ต้องปลูกฝังในเรื่องนี้อย่างไม่ท้อถอย

๔.๑๔.๘ ประเด็นการเร่งผลิตแพทย์ในช่วงที่ผ่านมา ต้องพิจารณาว่าทำไปถูกต้องหรือปล่าว ตัวอย่างที่เห็นได้ก็คือ ญี่ปุ่นก็เริ่มปิดโรงเรียนแพทย์ประจำจังหวัดต่าง ๆ แต่เรากำลังจะเปิดมากขึ้นเรื่อยๆ

๔.๑๔.๘ ในส่วนตัวไม่เคยถูกฟ้องจากการที่รักษาจนผู้ป่วยเสียชีวิตเพราะเราทำเต็มที่ ตั้งใจทำงาน มาตรา ๔๔ ใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จะฟ้องร้องกันในปัจจุบัน ไม่เคยเจอในส่วนของกลุ่มแพทย์ตนในในอดีต

๔.๑๕ ประเด็นหลักในการศึกษาจริยธรรมแพทย์

เป็นประเด็นที่ให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ความเห็นถึงการศึกษาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์นั้น ต้องศึกษาประเด็นหลักอย่างไร ซึ่งก็ได้ความคิดเห็นจากแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ สรุปได้ดังนี้

๔.๑๕.๑ แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิบางท่านเห็นว่ามีไม่กี่ประเด็นคือ

๑. คุณธรรมที่จะเคารพผู้อื่น เช่น ผู้ป่วย ซึงไม่มีทางสู้ต้องคำนึงถึงให้มาก ซึ่งก็จะเกี่ยวเนื่องกับเรื่อง การไม่เห็นแก่ตัว, คำนึงถึงประโยชน์ผู้อื่น

๒. ความซื่อสัตย์

๔.๑๕.๒ เป็นเรื่องใหญ่ของวิชาชีพแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ให้คุณให้โทษได้ ต้องคุมกันเองดีกว่าให้คนอื่นมาคุมเรา

๔.๑๕.๓ ต้องคำนึงถึง ๓ ประการคือ

๑. การรวมศูนย์อำนาจ

๒. โครงสร้างองค์กรแพทย์

๓. ธุรกิจที่เข้าไปครอบงำระบบ

๔.๑๕.๔ ต้องชัดเจนว่าจะสร้างกรอบใหม่ หรือจะนำกรอบที่มีอยู่ไปสู่การปฏิบัติให้มากขึ้น

๔.๑๕.๕ เอากรอบที่มีอยู่ทำอย่างไรให้เป็น Norm

๔.๑๕.๖ อย่าลงประเด็นย่อยมาก ยิ่งถ้าเป็นลายลักษณ์อักษรทำให้เป็นการบังคับให้มีแนวปฏิบัติเดียวซึ่งในความเป็นจริงต้องมีการปฏิบัติแตกต่างกันไปตามบริบท และเป็นการปิดกั้นความคิดสร้างสรรค์ และขาดความแตกฉานในเรื่องนั้น ๆ

๔.๑๕.๗ การให้มี Special Case ควรทำแบบหลาย ๆ ประเด็นจริยธรรมร่วมกัน

๔.๑๕.๘ งานวิจัยต้องนำไปสู่การให้คำตอบต่อสังคม คือ

๑. ในวงการแพทย์ยังมีมิติที่ขาด/ละเมิดจริยธรรมอยู่ต้องไม่บอกอะไรออกไปเป็นนามธรรม ต้องบอกไปเป็นรูปธรรม

๒. ต้องวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในเชิงระบบ ว่ายังไม่มี หรือมีแต่ถูกทำลายไปแล้ว ซึ่งทั้งสองอย่างนั้นควรจะมีคำตอบ และการแก้ไขทั้งในเชิงนโยบาย เชิงโครงสร้าง และทางปฏิบัติ

๔.๑๕.๙ ในการยกกรณีศึกษากันขึ้นมาต้องระวังให้ดี เพราะอาจนำมาพูดกันแต่ปัญหา ควรต้องให้ทุกคนพยายามหาทางออก

๔.๑๕.๑๐ ในเรื่องสินบนแต่ต้องทำให้ชัดว่าอันไหนเป็น ขาว/ ดำ อันไหนเป็นแบบก้ำกึ่ง หรือการวิ่งเต้นต่างๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

๔.๑๕.๑๑ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ซึ่งแพทย์จะต้องชี้แจงต่อผู้ป่วย แล้วถามผู้ป่วยว่าตกลงหรือไม่ แพทย์ก็ควรจะ ดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย ซึ่งจะไปเสริมกับจริยธรรมในเรื่องอื่นๆ

๔.๑๕.๑๒ อยากให้มีการดูว่าแพทย์รุ่นใหม่คิดอย่างไร จริยธรรมของแพทย์แต่ละรุ่น

๔.๑๕.๑๓ อยากให้มีการถกเถียงกันในประเด็นทางจริยธรรมที่เป็นการถกเถียงอย่างสร้างสรรค์ เพราะแต่ละฝ่ายอาจรับข้อมูลมาฝ่ายเดียว อาจเห็นไม่ตรงกัน

๔.๑๖ ประเด็นอื่น ๆ

๔.๑๖.๑ แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในเรื่องของแพทยสภาเป็นประเด็นอื่น ๆ ร่วมกันแต่เป็นความคิดเห็นที่แตกต่างกันบ้างในเรื่องนี้เช่น องค์ประกอบของแพทยสภา ต้องดูองค์ประกอบของผู้ดูแล ถ้าผู้ดูแลที่เป็นกระแสแรงขับจากเทคโนโลยี (Technology Driven) ก็จะนำไปทางนั้น นอกจากนี้ยังมีความเห็นในเรื่องของแพทยสภาต่าง ๆ กันไปบ้างดังนี้

๑.บางส่วนก็มีความเห็นว่าควรต้องมี พระ, นักกฎหมาย หรืออื่น ๆ เข้ามาร่วมด้วย

๒.ในหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ของแพทยสภา ควรจะแยกส่วนที่เป็นเนื้อออกมา เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ

๓. องค์กรที่ดูแลคือแพทยสภาอาจมีการหย่อนยานไม่ทำจริงในหลาย ๆ เรื่อง ไม่ได้มีการส่งเสริมอย่างจริงจัง เพราะจริยธรรมไม่ได้ทำได้ในระยะเวลาอันสั้น คือแพทยสภาไม่ได้ทำในเชิงรุกในการเรียนแพทย์ก็เน้นในเรื่องของทักษะ การอบรมแพทย์ในประเทศไทยก็จะเน้นในเรื่องเทคนิคกันมาก

๔. แพทยสภาและกระทรวงสาธารณสุขมักเน้นในเรื่องการพัฒนาเทคโนโลยี ไม่ได้พัฒนาเรื่องจิตวิญญาน

๕. แพทยสภา ต้องเข้าใจว่าอะไรที่เป็นสิทธิ ซึ่งถ้าเป็นสิทธิแพทยสภาต้องเข้าไปคุ้มครองทั้งของแพทย์และของคนอื่นด้วย

๖. แพทยสภา มีระบบโครงสร้างที่ดีแต่ระบบการตรวจสอบนั้นมีปัญหา ต้องมีคนกลางมา ไกล่เกลี่ยเพราะคนไม่ไว้ใจในองค์กรที่คิดว่าแพทยสภาก็คงทำเพื่อแพทย์ การที่จะต้องมีผู้ใหญ่ต้องอกมาแสดงความรับผิดชอบในกรณีที่มีความผิดพลาดเกิดขึ้น เมื่อกระทำต่อเนื่องคนก็จะยอมรับมากขึ้นไม่ใช่ปิดเอาไว้เหมือนที่ผ่านมา

๗. แพทยสภานั้นควรมีคนกลางมาไกล่เกลี่ย เพราะที่ผ่านมานั้นการที่ผู้ป่วยไปหาทนายความก็อาจมีผลต่อมุมมองของผู้ป่วยต่อจริยธรรมแพทย์

๘. คำปฏิญานของสถาบัน เช่น คำปฏิญานของแพทย์ศิริราช เป็นส่วนสำคัญในการยึดมั่น ให้อยู่ในจริยธรรมที่เป็นรูปธรรมให้เห็น แม้จะสั้น ๆ ยังอาจมีผลมากกว่าที่แพทยสภา เขียนกำหนดไว้มากมายด้วยซ้ำ

๙. ในส่วนของราชวิทยาลัยต่าง ๆ มีผู้เชี่ยวชาญอยู่ควรจะมีบทบาทในการดำเนินการต่างๆ ของ แพทยสภาได้

๔.๑๖.๒ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอื่นๆ ซึ่งจัดอยู่ในประเด็นอื่นๆ นี้ที่นอกเหนือจากเรื่องแพทยสภาได้แก่

๑. ควรมีการนำประเด็นออกมาและพิจารณาดูว่าผิดจริยธรรมหรือไม่ การนำ Evidence Base สำหรับแต่ละประเด็น

๒. ควรจะมี Advance หรือมีการเพิ่มเติมได้ในประเด็นจริยธรรมได้

๓. การที่จะต้องมาดูเรื่อง Timing ของการที่แพทย์จะต้องดูแลผู้ป่วยด้วย ต้องดูบริบทเรื่องเวลาให้มาก การที่แพทย์ต้องรับผิดชอบตลอด ๒๔ ชั่วโมง ก็ต้องนำมาพิจารณา

๔. น่าจะแยกกันระหว่างการรักษา กับเรื่องของการเสริมสวย และ Health Promotion

๕. อย่าปิดกั้นโดยการแตกออกเป็นประเด็นย่อยและกำหนดอะไรไว้มากนัก ควรทำเป็นรายกรณีไปตามความเป็นจริง ถ้ามีก็ควรมีเป็นแนวไว้กว้าง ๆ

๖. เรื่องของแพทย์อาจจะแตกต่างกับวิชาชีพอื่น เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ Sensitive มากอาจต้องระมัดระวังในการดำเนินการ

๗. มีการเปลี่ยนแปลงไปมากในปัจจุบัน เช่น แต่เดิมทุกคนมีรุ่นพี่ที่จะมีการเลี้ยงรุ่นน้องพร้อมให้คำสอน คำปรึกษาต่าง ๆ แต่ปัจจุบันกลับต้องไปเลี้ยงผู้บริหารแทนการที่ต้องมา สนใจรุ่นน้อง หรือแพทย์รุ่นน้อง

๘. การจ่ายเงินให้แพทย์เฉพาะทางของผู้ป่วย เช่นการผ่าตัดคลอด ซึ่งถ้าแพทย์ไม่รับเงินลักษณะนี้ก็จะเป็นจริยธรรมที่ดีงาม เพราะเรื่องแบบนี้แม้จะมีกฎหมายก็ทำอะไรไม่ได้มากต้องเปลี่ยนวิธีคิด แนวคิดก็คือ ไม่ต้องการให้เขาเอาเงินมาให้เพราะจะกลายเป็นข้อผูกมัด แพทย์ต้องแสดงให้เห็นอย่างสม่ำเสมอว่าการที่คุณมาให้เงินพิเศษหรือไม่การบริการก็จะเหมือนกัน ต้องทำให้สังคมเห็นเป็นที่ประจักษ์ในเรื่องเหล่านี้

๙. ในการจะสู้คดีของผู้เสียหายทางการแพทย์ต้องมีแนวทางการต่อสู้ ต้องต่อสู้เพื่อความเป็นธรรมอย่าเห็นแก่การต้องแพ้ชนะ

๑๐. ในเรื่องขององค์กรนั้น การจะพึ่งคนอื่นนั้นยาก ผู้เสียหายต้องตั้งกลุ่มของตัวเอง

๑๑. การที่แพทย์ไปทำอาชีพอื่น ๆ เช่น นักการเมือง แต่ก็ยังอยู่ในภาพของ แพทย์ ของ MD ควรจะอยู่ในกรอบ ซึ่งอาจต้องแตกต่างจากคนทั่วไป

๑๒. ประเด็นที่น่าสนใจอีกเรื่องก็คือ ความกล้าหาญทางจริยธรรม เช่น การไม่อยู่เฉยเมื่อเห็นแพทย์ทำผิดจริยธรรม จะต้องขัดขวาง แสดงออก ให้เห็นในเรื่องเหล่านี้

๑๓. การปฏิบัติต่อแพทย์ในวิชาชีพเดียวกันก็เป็นประเด็นที่น่านนใจ

๑๔. การมีเรื่องชู้สาวที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ก็มีอยู่บ้าง ซึ่งอาจเป็นประเด็นเหมือนกัน

๔.๑๗ การจัดลำดับความสำคัญประเด็นจริยธรรม

๔.๑๗.๑ จัดได้ยากแต่ประเด็นหลักควรเป็นประเด็นที่มีความสลับซับซ้อน มองได้หลายแง่หลายมุมอาจจะมีการมองเพียงบางมุมแต่ละเลยไปอีกหลายมุม

๔.๑๗.๒ ในเรื่องความโลภ เห็นแก่เงิน

๔.๑๗.๓ เรื่องใหญ่น่าจะเป็น ปัญหาสิทธิของผู้ป่วยและการให้คำยินยอมตามคำประกาศสิทธิ ส่วนเรื่องอื่นน่าจะเป็น ปัญหาการให้สินบน ส่วนการประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยประมาท หรือขาดมาตรฐาน ก็มีอยู่ในวิชาชีพอยู่แล้ว ส่วนเรื่องอื่น ๆ ก็น่าจะจัดได้ลำบาก

๔.๑๗.๔ อาจจัดความสำคัญได้ดังนี้

๑. น่าจะเป็นเรื่องเจตนาดีต่อผู้ป่วย

๒. การรักษาความลับผู้ป่วย

๓. การประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยประมาทหรือขาดมาตรฐาน

๔. ปฏิบัติตามความสามารถ อย่าฝืนทำ

๔.๑๗.๕ เรียงลำดับได้ลำบาก แต่น่าจะแบ่งเป็น ๑. ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ๒. ระหว่างแพทย์กับแพทย์

๔.๑๗.๖ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยสำคัญที่สุด เพราะทุกอย่างอยู่ที่ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจริงๆ

๔.๑๗.๗ จัดความสำคัญได้ดังนี้

๑. การให้การศึกษาด้านจริยธรรมแพทย์

๒. เป็นเรื่องเกี่ยวกับให้ความรู้แก่สังคม

๓. สิทธิผู้ป่วยและให้การความยินยอม

๔. การประกอบวิชาชีพโดยประมาทหรือขาดมาตรฐาน

๕. การให้สินบนแก่แพทย์ (ซึ่งอาจใช้คำอื่น)

๖. การรักษาความลับผู้ป่วย

๔.๑๗.๘ จัดความสำคัญได้ดังนี้

๑. ควรเป็นเรื่องสิทธิผู้ป่วย และความเป็นมนุษย์

๒. การให้การศึกษาทางจริยธรรม

๓. การประกอบวิชาชีพที่มีมาตรฐาน และการไม่รับสินบน

๔. การรักษาความลับ / การทำแท้ง / โรคเอดส์

๕. โลกาภิวัฒน์ / รับจ้างตั้งครรภ์ / ทดลองในมนุษย์

๔.๑๗.๘ น่าจะจัดลำดับได้ยาก แต่ประเด็นที่แพทย์ทำไม่เหมือนญาติตัวเองหรือทำกับตัวเองน่าจะเป็นประเด็นสำคัญที่สุดในทางจริยธรรม

๔.๑๗.๑๐ จัดความสำคัญได้ดังนี้ ๑. ปัญหาการให้สินบนแก่แพทย์ในทุกมุมมอง ๒. มาตรฐานการประกอบวิชาชีพแพทย์ ๓. ปัญหาสิทธิผู้ป่วย เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย ๔. การรักษาความลับผู้ป่วย

๔.๑๗.๑๑ คิดว่าการจัดลำดับนั้นสำคัญที่สุดก็คือที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพ ถ้าใกล้เคียงก็รองลงมาและถ้าไม่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพก็สำคัญน้อย

ผลการศึกษาประเด็นหลักจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการสัมภาษณ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิและเป็นที่ยอมรับในวงกว้างของบุคคลทั่วไปจำนวน ๑๑ คน ได้นำมากำหนดประเด็นหลักโดยดำเนินการหาข้อความที่มีความหมายที่สอดคล้องกับประเด็นดังกล่าว โดยการกำหนดรหัสความหมายในการศึกษาออกเป็นกลุ่มรหัสย่อยๆ เพื่อการดำเนินการแสวงหาความหมายและกลุ่มคำที่สามารถเข้าได้กับรหัสของกลุ่มคำ ในการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปประเด็นที่สำคัญจากการสัมภาษณ์ เพื่อดำเนินการจัดทำหัวข้อให้เป็นรายกรณีเพื่อเทียบเคียงในการตัดสินใจในประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ที่สำคัญ โดยสามารถสรุปจากผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์ในรอบแรกมีประเด็นดังนี้

<u>ประเด็นที่ ๑ ประเด็นความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล</u>

๑.๑ การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ในการที่แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อยเช่นปวดหัว ตัวร้อนเล็กน้อย หรือนอนไม่หลับ

๑.๒ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ ในกรณีที่แพทย์นั้นเมื่อจบแพทย์ออกมาแล้วก็จะมีความเชี่ยวชาญเป็นสาขาไป แต่ในการรักษาจริงนั้นต้องทำการรักษาทุกโรค ในทุกสาขา ในกรณีที่มีการเปิดคลินิกหรือโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น พยาธิแพทย์จะตรวจชิ้นเนื้อ แต่เวลาเปิดคลินิกจะต้องทำการรักษาโรคทุกโรค

๑.๓ การให้เวลากับผู้ป่วยของแพทย์ ในกรณีที่แพทย์โดยทั่วไปต้องมีการตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก งานล้นหรือเหตุผลอื่นๆ ของแพทย์ ทำให้มีเวลาให้กับผู้ป่วยน้อย ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง

๑.๔ การสั่งยาที่มีสารเคมีแบบเดียวกันแต่ผลิตในประเทศ ในกรณีที่แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย หรือที่เรียกกันว่า ยาที่ผลิตในประเทศแต่มีสารเคมีชนิดเดียวกัน (Copy) นั้น

ประเด็นที่ ๒ ปัญหาเรื่องสินบนแพทย์

๒.๑ การรับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนา ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ ทั้งที่มีการรับในนามโรงพยาบาลและในนามส่วนตัว

๒.๒ การรับทุนจากบริษัทยาเพื่อวิจัยยา ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยาของบริษัทนั้นๆ

๒.๓ การรับแจกสิ่งของเล็กๆ น้อยๆ ในกรณีที่แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท เช่น ปากกา ทิชชู สมุด ตำรา ฯลฯ

๒.๔ การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในกรณีที่แพทย์มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามองค์กรหรือในนามส่วนตัว

ประเด็นที่ ๓ ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม

๓.๑ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ"

๓.๒ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๒ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิด้านการเมือง เพศ อายุและลักษณะของการเจ็บป่วย"

๓.๓ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๓ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน เพื่อสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมและไม่ยินยอมให้การรักษาพยาบาล"

๓.๔ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๔ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือโดยรีบด่วน ตามความจำเป็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะขอร้องหรือไม่"

๓.๕ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๕ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับทราบ ชื่อสกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้บริการตน"

๓.๖ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๖ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้มารับบริการมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนเองและมีสิทธิขอเปลี่ยนผู้บริการและสถานบริการได้"

๓.๗ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๗ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติตามกฎหมาย”

๓.๘ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๘ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินในเข้าร่วม/ถอนตัว จากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ”

๓.๙ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๙ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิ ที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้บุคคลอื่น”

๓.๑๐ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑๐ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “บิดา มารดา โดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี บริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายและทางจิต ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้”

<u>ประเด็นที่ ๔ การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง</u>

๔.๑ ใครจะเป็นคนทำ ถ้าแพทย์คนที่ดูแลผู้ป่วยปฏิเสธ ในกรณีที่มีบัญญัติไว้ในกฎหมาย ให้ผู้ป่วยสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตายหรือการยื้นโดยญาติ ในกรณีนี้ถ้าแพทย์ผู้รับผิดชอบ (หมอเจ้าของไข้)ปฏิเสธในการที่จะปฏิบัติตามเนื่องจากไม่ตรงกับแนวคิดทางจริยธรรมที่แพทย์คนนั้นเห็นด้วย แล้วปฏิเสธในการดำเนินการตามหนังสือโดยการขอถอนตัวจากความรับผิดชอบดังกล่าว แล้วแพทย์ท่านใดจะเป็นผู้ดำเนินการต่อในเรื่องนี้

๔.๒ การลงความเห็นที่ญาติไม่เห็นด้วย เพราะอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติไปฟ้องร้องได้ ในกรณีที่แพทย์ลงความเห็นเกี่ยวกับในเรื่องการการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ตรงกับความเห็นของญาติทุกคนและอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติอาจไปฟ้องร้องได้

<u>ประเด็นที่ ๕ การให้การศึกษาด้านจริยธรรม</u>

๕.๑ การจัดให้มีการเรียนด้านจริยธรรมสำหรับนักศึกษาแพทย์ ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม

๕.๒ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา

๕.๓ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท

๕.๔ การปฏิบัติให้เป็นประจำ และทำให้นักศึกษาแพทย์เห็นเป็นตัวอย่าง ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง

จากผลการศึกษาที่ได้จากการถอดรหัส เพื่อหาประเด็นสำคัญในการศึกษาต่อ จึงได้นำหัวข้อทั้งหมดเป็นหัวข้อในแบบสัมภาษณ์รอบใหม่เพื่อดำเนินการต่อไป โดยการจัดทำแบบสัมภาษณ์เพื่อทำการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เกี่ยวข้องจำนวน ๘๐ คน

ตอนที่ ๒ การศึกษาโดยการสัมภาษณ์ จำนวน ๘๐ คน

จากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์แนวคิดและประเด็นย่อยจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีศึกษาที่ผู้วิจัยกำหนด โดยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นรายกลุ่มจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จำนวนไม่ต่ำกว่า ๘๐ คน ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ เป็นกลุ่มแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา จำนวน ๒๐ คน ได้ผลการศึกษาดังนี้

<u>ประเด็นที่ ๑ ประเด็นความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล</u>

๑.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ในกรณีในการที่แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อยเช่นปวดหัว ตัวร้อนเล็กน้อย หรือนอนไม่หลับ ของแพทย์หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

ในส่วนของประเด็นการสั่งการรักษาทางโทรศัพท์นั้นเป็นประเด็น ที่มีคำตอบที่หลากหลายในประเด็นนี้ในทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ สามารถสรุปที่มีเนื้อหาสำคัญของการให้ความคิดเห็นจากแพทย์ จำนวน ๒๐ คน ดังนี้

- การที่จะสั่งการรักษาได้ต้องรู้จักผู้ป่วยอย่างดี อาจผิดพลาดได้หากฟังจากพยาบาล เป็นอันตรายทางการแพทย์
- จริงๆ การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์โดยทั่วไปแล้วจะไม่มี ไม่ควร เพราะว่าต้องไปให้แพทย์ตรวจดูอาการ ถึงจะมีแต่น้อย แต่ในกรณีผู้ป่วยใหม่ก็ต้องไปตรวจรักษาถึงที่ แต่ผู้ป่วยเก่าหรือที่อยู่ในความดูแลถ้านิดๆหน่อยๆ แพทย์คิดว่าน่าจะสั่งการได้ ถ้าเกิดว่าไม่ใช่เล็กน้อยก็ควรไปหาแพทย์
- ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ถ้าผู้ป่วยไม่ชัดเจนก็อาจมีการรายงานผิดพลาดได้
- ต้องดูว่าผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์แบบไหน ซึ่งถ้าไม่เร่งด่วนพยาบาลก็เป็นผู้สั่งการ ใช้ประเมินเอาเพราะพยาบาลมีความรู้ในวิชาชีพระดับนึงอยู่แล้ว และเห็นผู้ป่วยมาระดับนึงอยู่แล้ว ก็พอตัดสินใจได้ ถ้าไม่ให้มีการสั่งการทางโทรศัพท์เลยก็ไม่เห็นด้วย เรื่องบางเรื่องไม่จำเป็นต้องมาหาแพทย์ เช่นขอยานอนหลับ เคยมีคนขอมา ซึ่งแพทย์ต้องรู้จักผู้ป่วยอยู่แล้ว

- ความจริงโรงพยาบาลจำเป็นต้องจัดให้มีแพทย์ดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา แล้วแต่ระบบโรงพยาบาลว่าต้องมีแพทย์เวรหรือมีอะไร เพราะฉะนั้นก็ไม่น่าจำเป็นต้องมีการสั่งการรักษาทางโรงศัพท์ เพราะว่าเมื่อผู้ป่วยเป็นอะไรก็จะแจ้งแพทย์เวรให้มาดู ถ้าแพทย์เวรไม่แน่ใจในการรักษาก็จะปรึกษาไปยังแพทย์เจ้าของไข้ถามความเห็นว่าควรจะรักษาอย่างไร ดังนั้นจะไม่มีการสั่งรักษาทาโทรศัพท์ โดยการต้องจัดแพทย์เวรให้เพียงพอ ไม่ใช่ว่ามีผู้ป่วยอยู่หลายร้อยคนเขาก็สั่งการรักษาทางดทรศัพท์ เพราะว่าเขาไปดูไม่ไหว แต่จะทำให้เพิ่มทุนในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เพราะว่าเราต้องการรักษที่ประหยัดด้วย เพราะฉะนั้นปัญหาอยู่ที่เรื่องของคุณภาพ ก็ต้องมีค่าใช้จ่าย การจะให้มีแพทย์มาดูตลอดเวลาหรืออะไรก็ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่ม ในขณะเดียวกันเรามีโครงการประกันทั้งหลายมาเราก็ประหยัดค่าใช้จ่าย ถ้าสมมติว่าคุณให้แพทย์มาดูทุกคนตามที ค่าดูแลผู้ป่วยเท่าไหร่ก็ตามในค่าตอบแทนที่เหมาะสมก็คงมีคนมาดูให้ทุกครั้ง ยิ่งเยอะยิ่งจ่ายเยอะเขาก็ยิ่งมาดูเยอะ ไม่ได้เกี่ยวข้องกับว่าจริยธรรมอย่างเดียวจะเกี่ยวข้องกับแพทย์ที่จัดการโรงพยาบาล หรือจัดการการตั้งระบบคิดระบบ ทำอย่างไรเพราะทุกอย่างเป็นค่าใช้จ่าย แม้กระทั่งการที่ตามแพทย์ทางโทรศัพท์ก็ตาม เพราะแพทย์เวรที่มาดูผู้ป่วยแล้วเขาโทรไปปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เขาก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายเหมือนกัน ผลลัพธ์ต้องมีค่าตอบแทนให้เขาแต่นี่เราไม่เคยคิดที่จะให้ ซึ่งเขาไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียอะไรใช้ระบบอุปถัมกัน ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ แพทย์ก็อุปถัมส์เท่าที่จะทำได้ ไม่ได้เป็นปัญหาจริยธรรม แต่เป็นปัญหาการจัดการค่าตอบแทน ยกตัวอย่างที่ออสเตรเลีย รัฐจัดสวัสดิการรัฐจ่ายหมด แต่เขาก็มีการคิดอัตราที่เหมาะสมจ่ายตามปริมาณงานของโรงพยาบาล อย่างเช่นจะรับส่งต่อผู้ป่วยๆฉุกเฉินมาจะขอติดต่อเข้าโรงพยาบาล ก็ต้องหาโรงพยาบาลรับให้ได้ จะไม่มีการบอกว่าเตียงเต็ม หรือเมื่อมีการติดต่อเข้ามาแล้วโรงพยาบาลใหญ่บอกว่าเตียงเต็มรับไม่ได้ เขาจะเอาไปเป็นข้อถกถียงกันในกรรมการว่า เกิดอะไรขึ้นทำไมโรงพยาบาลรับผู้ป่วยไม่ได้ เพราะการรับผู้ป่วยเข้ามาถือว่าเป็นรายได้ของโรงพยาบาล แต่ในประเทศไทยการรับเข้ามาเป็นรายจ่ายของโรงพยาบาล ทุกคนเลยบอกว่าเตียงเต็มดีกว่า ก็เลยมีปัญหา ถ้าเงินทั้งหมดที่ให้มาในโครงการสุขภาพทั้งหมดเหลือเกินพอก็ต้องมาดูที่เกิดขึ้นที่จ่ายให้โรงพยาบาล หรือจ่ายให้เจ้าหน้าที่ค่าตอบแทนยังไม่พอ เป็นเพราะอะไร เป็นเพราะกระจายรายจ่ายไม่ดี

- แพทย์ได้รับการสอนว่า ให้นักเรียนแพทย์สั่งการรักษาได้ ในสังคมทุกภาคส่วน หรือมีความหลากหลายในเชิงโครงสร้าง สมมติว่าอยู่ในสังคมกลมกลืนหรือสังคมในต่างจังหวัดแต่ว่ามีเจ้าหน้าที่บริการน้อยมีแพทย์แค่สองคน อีกคนต้องประชุมต่างจังหวัด แพทย์ดูไม่ทันก็ต้องมีการรักษาทางโทรศัพท์ ถ้าให้แพทย์กลับมาดูก็คงไม่ทัน แต่ก็พยายามหลีกหลี่ยง แต่ถ้าอยู่ในวิสัยทำไดเก็ทำอยู่แล้ว โรงพยาบาลเลิดสินเองก็มีปัญหาเรื่องจราจรจึงจำเป็น ข้อคิดเห็นต้องสร้างทีมวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพ

- ในเรื่องการรายงานผลห้องปฏิบัติการ ผู่ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลอยู่แล้ว หรือในประเด็นย่อยต่อมาคือการสั่งการรักษาตามอาการของผลที่ปฏิบัติการ สั่งการรักษาตามอาการของผู้ป่วยน่าจะไปดูเวชระเบียน ในมุมมองของแพทย์ โรงพยาบาลเล็ก กับโรงพยาบาลใหญ่มีความแตกต่างกัน โรงพยาบาลเล็กมีแพทย์

ประจำบ้านอยู่ก็เดินไปดู หรือสั่งงานทางโทรศัพท์หรือ resident ได้ แต่ในโรงพยาบาลอำเภอคิดว่าน่าจะไปดูทุกรายได้ ผู้ป่วยนอก ณ เวลานี้ประชาชนเข้าถึงง่ายเกินไป งานนอกเวลาโดยไม่จำเป็นคิดว่าสำคัญมาก ปัญหาโรงพยาบาลใหญ่ก็เจอทุกรายอยู่แล้ว โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถเจอแพทย์ทุกรายได้ เราก็มีการสร้างทีมพยาบาลในการปฏิบัติขึ้นมา ผู้ป่วยในระดับผมน้อยมากที่จะไม่เจอแพทย์ ถ้าไม่เจอแพทย์ผู้ป่วยก็ต้องเจอแพทย์ประจำบ้าน

- การรักษาโดยจริยธรรมแพทย์ต้องมาดูด้วยตัวเองแล้วก็ตรวจ อาจจะตรวจจากห้องปฏิบัติการหรือตรวจอย่างอื่น ถึงจะมาวินิจฉัยว่าเป็นโรคอะไร แพทย์ถึงจะทำการรักษา ก็คือการดูแลรักษาทั่วไป แต่ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน บางครั้งมีความขาดแคลนแพทย์ ทั้งปริมาณและสาขาที่เชี่ยวชาญ ดังนั้นจะมีปัญหาในส่วนนี้ ทำให้ไม่สามารถที่จะดูแลได้ตลอด บางครั้งอาจจำเป็นใช้พยาบาลช่วยดูแลแทน อย่างนอกเวลาราชการ หรือโรคง่ายๆ ก็ให้พยาบาลฏิบัติช่วยดูแล เช่น โรคหวัด ส่วนแพทย์อาจดูแลโรคที่มีความซับซ้อนขึ้น บางครั้งการที่แพทย์อยู่น้อยก็ต้องอยู่เวรตลอดยี่สิบสี่ชั่วโมง กลางวันก็ทำงานกลางคืนแพทย์ก็อยู่เวรทั้งคืนถึงเช้าและทำงานต่อ ถ้าโรคที่ไม่ซับซ้อนแพทย์ก็สามารถที่สั่งการทางโทรศัพท์ได้โดยไม่จำเป็นที่ต้องมาดูทุกราย ทั้งนี้ตัวของแพทย์เองก็ต้องเตรียมตัวทำงานในวันต่อๆไป ในส่วนของโรงพยาบาลชุมชนก็อาจจะเป็นในการสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ด้วย เป็นไปได้เพราะคนไม่ใช่เครื่องจักร ถึงแม้ตรวจวินิจฉัยทุกอย่างหมดแล้ว ก็ยังวินิจฉัยพลาดได้ ความแตกต่างบางครั้งขึ้นอยู่กับว่า การสื่อสารบางทีผู้ป่วยบอกอาจเป็นอีกอย่าง แต่เป็นอีกอย่างที่ไม่สามารถบอกได้ เช่น มี เขมร พม่า ลาว บางทีสื่อกันไม่รู้เรื่อง จะมีปัญหาทำให้การสื่อสารไม่เข้าใจกัน ฉะนั้นการตรวจทางการแพทย์มีผิดพลาด การรักษาทางการแพทย์ไม่ใช่การบริการแบบตลอด ๒๔ ชั่วโมง ต้องมองว่าตอนนี้ทรัพยากรของรัฐไม่เพียงพอกับบริการ กับงานที่ดีได้ โดยเฉพาะการบริการของประกันสุขภาพทั่วหน้า อย่างโรงพยาบาลมีแพทย์แค่สามคน ผมอายุเกือบหกสิบแล้วก็ต้องอยู่เวร

- วิวัฒนาการตอนนี้ไปไกลมาก ไม่ใช่การสั่งการรักษาทางโรงศัพท์อย่างเดียว ผ่านระบบ online system มีจอ monitor แล้วผ่านกระบวนการให้คำแนะนำระหว่างแพทย์กับแพทย์กันเองได้ ทั้งนี้ต้องอยู่ในกระบวนการวิจารญาณในการตัดสินใจที่เรากำลังจัดการเหล่านั้น ไม่ได้เป็นเหตุสิ่งที่เราฟังอยู่นั้นหรือสังเคราะห์อยู่นั้น แม้ไม่มีตัวเราอยู่ขณะนั้นตรงนั้นอาจจะไม่เกิดอันตรายต่อเขา แม้ว่าบางทีเป็นการเร่งด่วนต่อเขา ต่หมายถึงว่าอาจสั่งการต่อเนื่องยาวกันได้ และก็มี order ของแพทย์แต่เป็นยาวเดิมที่เขาใช้อยู่แล้วละผู้ป่วยไม่ได้มีอาการเปลี่ยนแปลง ถ้ากรณีอย่างนี้คนเป็นแพทย์ก็รู้อยู่แล้วว่า ไม่จำเป็นต้องวิ่งไปดูขณะนั้นเดี๋ยวนั้นตรงนั้น แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงต้องไปดูเดี๋ยวนั้น ซึ่งตรงนี้แพทย์คิดว่าอยู่ในวิจารณญาณของแพทย์อยู่แล้ว และเขาก็รู้เลยว่าสิ่งนี้ ก็เกิดขึ้นได้อยู่แล้วในวิถีชีวิต แต่ขบวนการใช้เทคโนโลยีอีกไม่กี่ปีข้างหน้าอาจไปไกลกว่านี้ ระหว่างแพทย์กับแพทย์กันเองด้วย โรงพยาบาลเด็กที่แพทย์เคยอยู่ก็มีว่าแพทย์ที่อยู่ต่างจังหวัดโทรศัพท์มาปรึกษาอาจารย์แพทย์ว่าทุกอย่างเป็นแบบนี้ๆแพทย์มี

ความคิดเห็นเป็นอย่างไรเกิดการการปรึกษาระหว่างกัน แต่ทั้งหมดแพทย์ต้องถือเอาประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นตัวตั้ง คำตอบนี้จะม่มีปัญหาอะไร การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์เกิดขึ้นได้ถ้าคิดว่านั่นคือเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

-ใครรับคำสั่งให้ใคร ใครเป็นผู้รับคำสั่ง ตรงนี้สำคัญ เพราะคนรับคำสั่งและคนสั่งไม่เห็นตัวผู้ป่วยไม่เคยได้ตรวจเลยว่าคืออะไร ถูกต้องหรือไม่ เอาผิดทางวินัยได้หรือไม่เพราะคุณไม่ได้สัมภาษณ์ไม่ได้ตรวจผู้ป่วยแล้วคูณสั่งได้อย่างไร ต้องถามว่าคนที่เขาทำแล้วเขาปรึกษาคุณๆต้องรับผิดชอบไม่ใช่คนสั่งรับผิดชอบมันจะมีข้อกฎหมายเกิดขึ้นทันที ศาลสั่งถูกถูกหรือเปล่าบิดเบือนหรือไม่มันไม่ง่ายเรื่องนี้เพราะถ้าเป็นเรื่องเป็นราวไม่มีใครยอมใครต่างคนต่างเก่ง

- ที่อเมริกา อย่างที่ห่างไกลเขาให้พยาบาลดู พยาบาลดูอย่างแพทย์คิดหรือไม่เขาเข้าใจอย่างแพทย์หรือไม่ ไม่ใช่เพราะไม่ได้เรียนเป็นแพทย์ เห็นอาการนี้ก็มีเล่าให้ฟัง ซึ่งอาการนี้เป็นได้ตั้งหลายอย่าง ซึ่งไม่ใช่คณิตศาสตร์ที่ หนึ่งบวกหนึ่งเป็นสองเรื่องนี้สำคัญจะไปพูดอย่างนี้ไม่ได้ ถ้าไม่เกิดเรื่องไม่เป็นไร ถ้าเกิดเรื่องแพ้เขาเด็ดขาด และอีกอย่างจะเอาในจุดนี้หรือไม่ โต้แย้งกันอยู่ในปัจจุบันเรื่องตัวบทกฎหมาย การเรียกร้องสิทธิ์การอะไรนี้

- ประเด็นนี้ไม่ใช่ขาวหรือดำต้องดูสถานการณ์ ขึ้นอยู่กับเจตคติของคนที่ทำถ้าทำไปเพราะขี้เกียจก็ไม่เหมาะสม หรือสถานการณ์อยู่ห่างกัน อย่างไรคุยกันทางโทรศัพท์ก่อนแล้วค่อยมาดู ประเด็นนี้ไม่มีคำตอบ ก็ต้องดูสถานการณ์เจตนคติของแพทย์ท่านนั้นว่า จริงๆแล้วท่านมีความหวังดี หรือเป็นเพราะว่าท่านไม่รับผิดชอบ เป็นหน้าที่ของแพทย์ดูว่าเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม

- ในความคิดส่วนตัวคิดว่าเป็นการปรึกษา ถ้าอาการของผู้ป่วยไม่ได้เยอะ คิดว่าในฐานะที่เราเป็นบุคลากรในทางการแพทย์เราน่าจะมีส่วนช่วยเหลือเขาได้ แต่ตรงจุดนี้ ก็คือคิดว่าเราต้องมีวิธีการพูด ต้องเข้าใจบริบทที่ดี เช่น การที่เราได้ฟังไม่ได้ตรวจ เพราฉะนั้นเราจะต้องแนะนำเขาไปในตัวด้วย แม้ว่าคุณจะบอกอาการมาแบบนี้ดูเหมือนไม่เป็นอะไร แต่ไม่ได้แปลว่าเขาจะไม่เป็นอะไรต่อไป เพราะฉะนั้นสิ่งที่ต้องดูแลตัวเองหรือดูแลลูก เมื่อไหร่ก็ตามที่อาการรุนแรงโดยที่เราแนะนำให้เขาทานยาสามัญประจำบ้านอะไรไปแล้ว ถ้าหากไม่ดีขึ้นเราจะต้องแนะนำเขาว่า สมควรพาลูกหลานหรือแม้แต่ตัวเองไปพบแพทย์ อย่าละเลยมิฉะนั้นแล้วจะกลายเป็นว่า เขาจะชะล่าใจเพราะได้มีโอกาสได้คุยกับแพทย์แล้ว มีผลกับตัวแพทย์ถ้าเกิดอะไรขึ้น แพทย์รับผิดชอบได้หรือเปล่า เพราะเราเป็นคนบอกเขาเองว่าไม่มีอะไร เพราะฉะนั้นแพทย์เลยชะล่าใจ

- อาจเป็นเรื่องผิด เพราะว่าไม่ได้ดูผู้ป่วยก่อนยิ่งโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจมาก่อน ถือว่าไม่ค่อยเหมาะสมเท่าไหร่ แต่ในบางกรณีที่ผู้ป่วยรู้จักดีหรือผู้ป่วยที่อยู่ในตึกผู้ป่วย บางครั้งเรายังไม่สะดวกที่จะเดินไป และยาบางอย่างไม่ได้เป็นยาที่อันตราย ถ้าต้องสั่งยาที่อันตราย เช่นยาที่ต้องตัดสินใจ อันนี้ไม่สมควร นั้นขึ้นอยู่ว่ายาอะไร สถาณการณ์อะไรที่เหมาะสม เกณฑ์ไหนเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ขึ้นอยู่

กับบริบทของโรงพยาบาล แต่ละโรงพยาบาลคงไม่เหมือนกันต้องมีแนวทางที่ชัดเจน ว่ายาตัวไหนที่สั่งได้ ตัวไหนที่สั่งทางโทรศัพท์ไม่ได้ อย่างไรก็ก็ตามทุกครั้งที่แพทย์สั่ง ต้องมีการมาเช็คซ้ำอีกทีว่าการสั่งอันนี้ถูกต้องจริงๆ ต้องรับผิดชอบ อย่างไรสุดท้ายแพทย์ก็ต้องไปดูอยู่ดี เพราะว่าการดูผู้ป่วยเท่าแต่คุยอย่างเดียวคงไม่ได้ประโยชน์ และข้อมูลไม่ครบ การตรวจร่างกายก็จำเป็นอย่างไรก็ต้องใช้มือตรวจต้องสัมผัสกับผู้ป่วยอยู่ดี แพทย์ไม่สามารถแค่คุยๆกันแล้วสั่งได้ทุกตัว บางตัวได้บางตัวไม่ได้ แต่อย่างไรก็ตาย การตายเป็นการที่จะต้องบันทึก แล้วถ้าคุยไปและตายหากมีปัญหาขึ้นมา มีการฟ้องร้องขึ้นมา เราไม่มีการจดบันทึกที่เก็บไว้อะไรเลย คนที่เดือดร้อนคือคนที่เป็นพยาบาลที่รับ order และต้องรับเต็มๆ เพราะเขาไม่มีสิทธิ์ ก็ต้องคำนึงถึงวิชาชีพอื่นด้วย ถ้าเราง่ายอย่างเดียวแบบนั้นไม่ได้

- ขึ้นอยู่กับบริบท สามารถทำได้บางกรณีข้อมูลที่ได้มาเราเชื่อถือได้ คิดว่าน่าจะไม่มีปัญหาอะไร เช่น ปวดหัว ตัวร้อน ไม่น่าจะมีปัญหาประเด็นมากมาย แต่ถ้าผู้ป่วยนั้นอยู่ห้องผู้ป่วยหนัก เราไม่สามารถสั่งการทางโทรศัพท์ได้ แต่ถ้าญาติอยู่ด้านนอกโทรศัพท์มาถาม ก็ต้องให้การรักษาทางโทรศัพท์เหมือนกัน ปัจจุบันมีเทคโลโนยีใช่เยอะขึ้น บางทีส่งรูปมาให้ดูก็เป็นข้อมูลที่ช่วยเราได้ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นขึ้นอยู่กับเรารู้จักผู้ป่วยคนนั้นจริงๆ หรือมากน้อยแค่ไหนถ้าเรารู้จักผู้ป่วยนั้นดีและอาการที่ปรึกษานั้นเล็กน้อย และมีแพทย์คนอื่นช่วยเราดูอยู่ ก็โอเค อาการบางอย่างก็ไม่ค่อยชัดในสองชั่วโมงแรก ต้องแฟร์กับแพทย์ด้วย เช่นอาการปวดเจ็บท้องไส้ติ่ง แต่แพทย์ที่เก่งต้องวินิจฉัยได้ไว ไวแล้วต้องแม่นยำด้วย ถ้าไม่แม่ยำแล้วผ่าก็กลายเป็นเรื่องอื่นอีกเช่นกัน เป็นข้อเท็จจริงบางครั้งที่ไม่ตรงไปตรงมา

- บางครั้งมีความจำเป็น เพราะว่าต้องให้การสั่งการักษาหรือเจาะเลือด สั่งให้เปิดน้ำเกลือ ให้ยาบางอย่างแล้วแพทย์รีบมาดู เพราะว่าแพทย์ไม่ได้อยู่ที่ตึกนั้นตึกเดียวดูแลผู้ป่วยหลายตึก บางครั้งเราอยู่เวรสิบหกชั่วโมงก็มีอยู่คนเดียวตั้งแต่สี่โมงเย็นถึงแปดโมเช้า ผู้ป่วยเราไม่ได้ดูตลอดเวลา เราก็ต้องอยู่ที่บ้านพักที่โรงพยาบาลจัดให้ พอมีอะไรตามเราก็สั่งทางโทรศัพท์ก่อนแต่ว่าเป็นการสั่งฉุกเฉินแล้วแพทย์ต้องรีบมาดู ไม่ใช่สั่งรักษาทางโทรศัพท์แล้วนานกว่ามาดู สรุปก็คือสั่งการฉุกเฉินแล้วรีบมาดูตามความจำเป็น ถ้าแพทย์ไม่ให้ผู้ป่วยจะแย่กว่า บางครั้งผู้ป่วยตกเลือดเด็กหัวใจเต้นช้าลง แพทย์สั่งฉีดยาแล้วเช็คผ่าตัดพาผู้ป่วยไป ได้ผลออกมาดีกว่า เพราะว่าได้การรักษาทันทีหรือได้ยาทันที เป็นความจำเป็น แล้วรีบมาดู แต่โดยคำสั่งแล้วเขาห้ามรักษาทางโทรศัพท์ มีความจะเป็นหลัก และมีความจำเป็นรอง แต่ขอให้แพทย์มีความสนใจรีบมาดูผู้ป่วย โรงพยาบาลของรัฐผู้ป่วยเยอะมากมายจนต้องแบ่งกันดู ให้นึกถึงประโยชน์ผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง

- สั่งได้ทางโทรศัพท์แต่ควรจะกลับมาดูแลและเซ็นต์ชื่อกำกับ กลับมาดูแลเมื่อมีเวลาสั่งการรักษาเบื้องต้นหรือแก้ปัญหาเฉพาะหน้าอาจทำได้ กรณีแพทย์อยู่ข้างนอกก่อนจะกลับมาหรือกรณีฉุกเฉินสั่งได้แต่ต้องรับมาดู

- การร้องเรียนแพทย์เยอะ แต่ว่าบางครั้งการใช้โทรศัพท์ก็มีประโยชน์เหมือนกันในแง่ความเร่งด่วน ในกรณีที่แพทย์กำลังติดพันผู้ป่วยอีกกลุ่ม แต่ในสถานที่ทำงานอยู่เมื่อแพทย์โรงรศัพท์ไปแล้ว ภายใน สี่สิบสี่ชั่วโมงต้องมาเซ็นต์ๆรับทราบว่าได้สั่งยาอะไรไป เห็นด้วยในการใช้โทรศัพท์ไม่เช่นนั้นผู้ป่วยไม่ได้ประโยชน์ ฉุกเฉินก็ควรจะมาไม่ฉุกเฉินก็ควรจะมาถ้าไม่ติดงานในการดูแลผู้ป่วยอีกกลุ่มหรือมีผู่ป่วยที่วิกฤตพอๆกันและชั่วนี้จะเจอเยอะเพราะผู้ป่วยจะเยอะกว่าเดิม บางครั้งผู้ป่วยฉุกเฉินมาพร้อมกันสามรายคนละตึก ไม่เห็นด้วยที่ห้ามให้สั่งทางโทรศัพท์ คนที่รับหน้าสุดฝ่ายการพยาบาลและเห็นว่าเคสนี้มีความจำเป็นต้องให้แพทย์มาดู

- ไม่เห็นด้วยไม่เป็นธรรม เพราะมีโอกาสผิดพลาดได้สูง คิดถึงผู้ป่วยเป็นหลักการไม่เห็นผู้ป่วยแต่สั่งการรักษาไม่ถูกอยู่แล้ว แต่ก่อนการรักษาทางโทรศัพท์มีเพราะว่าแพทย์น้อย ไม่ใช่คุณรายรายแต่อาการแล้วสั่งได้ แต่ถ้าผู้ป่วยที่เราเคยรักษามารู้จักอยู่แล้วอย่างนี้เป็นไปได้บ้าง การเซ็นต์ต้องมาเซ็นต์ให้เร็วที่สุด เพราะหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงภายในครึ่งชั่วโมง แพทย์ไม่สามารถตอบได้ สิ่งที่คุณทำไปผู้ป่วยอยู่ในสภาวะอัตรายหรือไม่ การสั่งการทางโทรศัพท์ผมไม่เห็นด้วยหรือถ้าจำเป็นต้องมาดูผู้ป่วยให้เร็วที่สุด เดี๋ยวนี้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงเร็ว ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและผู้ป่วยอยู่ในกรณีอันตรายหรือไม่ ถ้าคุณบอกว่าอีกครึ่งชั่วโมงถึงจะมาแต่สิบห้านาทีเขาก็ตายเวลาไม่ใช่ตัวชี้วัด

๑.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ ในกรณีที่แพทย์นั้นเมื่อจบแพทย์ออกมาแล้วก็จะมีความเชี่ยวชาญเป็นสาขาไป แต่ในการรักษาจริงนั้นต้องทำการรักษาทุกโรค ในทุกสาขา ในกรณีที่มีการเปิดคลินิกหรือโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น พยาธิแพทย์จะตรวจชิ้นเนื้อ แต่เวลาเปิดคลินิกจะต้องทำการรักษาโรคทุกโรค ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- บางครั้งการรอแพทย์ที่ตรวจตรงเฉพาะทางอาจจะช้า แต่ถ้าไปหาแพทย์ที่รักษาไม่ตรงสาขาเมื่อตรวจอาการเบื้องต้นแล้วมีโรคอะไรแพทย์ก็จะส่งต่อแก่แพทย์ที่รักษาเฉพาะ

- ในในอดีตแพทย์จะรักษาได้ทุกโรค จบแพทย์มาจะต้องรักษาได้ทุกโรค ถึงแม้จะไม่ลึกแต่ต้องรักษาได้ทุกโรคเพราะแพทย์มีน้อย แต่ปัจจุบันมีความลึกตื้นต่ำสุด และแพทย์ทุกคนที่จบมาจะไม่หยุดแค่รักษาทั่วไป ต้องเลือกเรียนรักษาโรคเฉพาะทางอีก ความเป็นจริงแพทย์รักษาได้ทุกโรค แต่คลินิกก็เป็นอีกเรื่องนึง เป็นเรื่องเฉพาะคน แพทย์บางคนเขาคิดว่าเขาสามารถรักษโรคทั่วไปได้ บางคนก็รักษาไม่ได้ทุกโรคก็จะขึ้นป้ายบอก เป็นไปไม่ได้ในคนๆนึงจะเก่งทุกอย่าง

- ต้องระบุหน้าห้องตรวจเพราะผู้ปวยมีสิทธิ์รู้ว่าแพทย์คนนี้เป็นแพทย์ที่ตรวจโรคทั่วไปหรือศัลยแพทย์ กรณีนี้เกิดการฟ้องร้องกันเกิดขึ้น เพราะเดี๋ยวนี้ผู้ป่วยมีความต้องการสูง และความคาดหวังสูง ถ้าเป็นแพทย์เฉพาะทางผู้ป่วยก็ยิ่งคาดหวัง

- ประเด็นคือ หนึ่งจำนวนแพทย์ถ้ายังคิดว่าขาดแคลน เราต้องช่วยกันดูทุกๆสาขาเพราะคนไม่พอ สองเพราะว่าเราจ่ายค่าตอบแทนหรือบริหารจัดการไม่ดีทำให้แพทย์ไม่พอ บางโรงพยาบาลเอกชนก็มีแพทย์

ตรวจแต่จริงๆเขาก็ขาดแต่เขาก็หาแพทย์ตรวจจนได้เพราะเขาจ่ายค่าตอบแทนให้ เพราะฉะนั้นคุณจะบริหารจัดการอย่างไรให้ได้ค่าตอบแทนดีพอสมควรหรือเป็นที่ดึงดูดก็จะมีคนดูแลให้ ประเด็นของผู้เชี่ยวชาญที่มาตรวจหลายๆอย่างก็แล้วแต่ขึ้นอยู่กับสถานภาพของประเทศเป็นอย่างไร ถ้าแพทย์เหลือเยอะจะแยกเป็นผู้เชี่ยวชาญก็ได้ ถ้าแพทย์ไม่พอก็ต้องช่วยกัน ในขณะเดียวกันก็ต้องคิดในแง่ของบริหารจัดการอย่างไรที่คนอยากมาตรวจ เพราะจะเห็นว่าผู้ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญบางคนทำงานราชการแต่บอกว่าเก่งด้านนี้ด้านเดียว แต่พอจ่ายเงินเขาก็ตรวจให้ ก็เลยไม่รู้ว่าเป็นอย่างไร ค่าตอบแทนไม่ใช่เงินเดือนอย่างเดียว การให้ไปศึกษาต่อ ก็มีค่าให้ไปประชุม การมีวันหยุดพักผ่อน อย่างเอกชนเขาไม่ให้เป็นเงินเดือนทั้งหมดเขาให้ไปพักผ่อน เพราะค่าตอบแทนจ่ายเยอะก็ต้องไปเสียภาษีอยู่ดี ประเด็นนี้อยู่ที่การบริหารจัดการด้วยและจริงๆแล้วแพทย์พอหรือไม่พอกันแน่ แต่บางที่ก็เหลือพอ

- ในทัศนะส่วนตัว แพทย์ผู้เชี่ยวชาญก็จะไม่ทิ้งการตรวจโรคทั่วไป นั้นมีอยู่มากแนวคิดอาจารย์แพทย์สอนให้นักศึกษาแพทย์ ดูแลผู้ป่วยโรคทั่วไป รู้ว่าอย่างไหนจะรักษาได้ อย่างไหนรักษาไม่ได้ ก็มีการตัดสินใจให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้รักษาคลินิกหรือโรงพยาบาล

- ผู้รักษาต้องใช้วิจารณญาณว่าตัวเองสามารถดูแลได้ในระดับไหน ซึ่งในความจริงมากกว่าร้อยละแปดสิบจบแพทยศาสตรบัณฑิต ต้องดูแลได้ ไม่จำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญ การใช้ผู้เชี่ยวชาญมากๆเป็นผลลบ ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษา สั่งการตรวจทางคลินิค และห้องปฏิบัติการมากเกินไป ค่าใช้จ่ายสูง และติดพันเยอะแยะ สองข้อแรกเป็นปัญหาของสหรัฐอเมริกา ค่าใช้จ่ายสูงมาก และผิดพลาดเยอะ เช่น คอเอียงไปหาแพทย์อยุรกรรม บอกว่า โอกาสจะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ แพทย์กระดูกก็บอกว่าต้นคอมีปัญหา การมีปัญหาสุขภาพปัจจุบันการเราไม่กระจายผู้ป่วย การให้การรักษาพยาบาลฟรีโดยไม่มีขอบเขต ผู้ป่วยจะเข้ามาทำการรักษาจนเกินความจำเป็น ผู้ป่วยบางคนวันเดียวมาห้าครั้ง เอายานี้ยานั้น

- เราต้องมองว่าแพทย์ที่เรียนจบแพทย์มาก็สามารถที่จะรักษษโรคพื้นๆได้ แต่สำหรับโรคที่มีความซับซ้อนขึ้นไปต้องรักษาโยผู้เชี่ยวชาญ การรักษาในโรงพยาบาลชุมชนเรารักษาเบื้องต้น โรคบางอย่างต้องผ่าตัดเราทำไม่ได้ก็ต้องส่งต่อให้กับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเป็นคนดู อย่างเช่นโรคมะเร็งเรารักษาไม่ได้ก็ต้องส่งต่อ การอยู่โรงพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องรู้กว้างๆแต่ไม่ต้องลึกมาก แต่สามารถวินิจแยเบื้องต้นได้ว่าผู้ป่วยที่มาเป็นโรคอะไร แล้วจะรักษาอย่างไรต่อ ของเราสามารถรักษาส่วนใหญ่ได้วันหนึ่งก็ประมาณสองร้อยราย เราส่งต่อประมาณวันละสิบราย สิบรายอาจรักษาต่อเนื่อง อีกส่วนอาจเป็นโรควินิจแยใหม่ เช่น อุบัติเหตุกระดูกหักก็ต้องหาแพทย์กระดูก ผู้ป่วยก็จำเป็นต้องผ่าต้องส่งไปหาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งคิดว่าเป็นการบริการที่เป็นลำดับขั้น ระยะหลังเริ่มมีผู้เชี่ยวชาญมากขึ้น เดี๋ยวนี้ระบบการแพทย์เราเอาระบบอเมริกามา เพราะฉะนั้นพลาดนิดหน่อยเราก็มีดอกาสโดนฟ้องมี กรณีตัวอย่างร่อนพิบูลย์ถึงแม้เราให้บริการตามความจำเป็นของท้องถิ่น เช่น แพทย์จบมาใหม่อาจ้องผ่าตัด ดมยา ถึงแม่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ แต่ณเวลานั้นก็ต้องทำได้ แต่โดนศาลสั่งว่าประมาณ เพราะฉะนั้นโรงพยาบาล

ชุมชนก็ไม่ทำเหมือนกัน อันนี้เราดูที่ว่าสังคมที่เปลี่ยนแปลง บางทีเราทำคลอดแต่เด็กบางครั้งหัวโตน้ำหนักเยอะ ทำให้ไหปลาร้าหัก เราก็โดนฟ้อง ทำให้แพทย์ไม่อยากทอะไรที่เกินความเสี่ยง แต่เดิมเขาว่าเราทำดี แต่ปัจจุบันเราทำเกินความเสี่ยง สังคมในปัจจุบันอันไหนถ้าเราไม่รู้ก็ต้องส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ

- ก็คงทำได้เพราะอาศัยความรู้ความเป็นแพทย์รักษาโรคทั่วไป แต่ถ้าลึกลงไปอย่าลืมว่าความรู้เรามากขึ้นเมื่อรู้มากเราก็กังวลมาก ก็เครียดมาก และก็คิดมาก ก็เจออุบัติการอย่างหนึ่ง คือการปรึกษาหารือบ่อย เดี๋ยวก็ปรึกษาแพทย์ฟากโน้น แพทย์ฟากนี้ เพราะว่าตนเองไม่ได้ถนัดทุกเรื่องก็ต้องมีความจำเป็นต้องปรึกษาหารือเพราะเรารู้เยอะ การปรึกษาหารือเชื่อมั่นก็เพราะว่าประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยอีกเหมือนกัน ถ้าไม่ปรึกษาแล้วก็อาจเกิดผลกระทบก็ได้ แต่ถ้าเป็นแพทย์รักษาโรคทั่วไป โดยทั่วไปก็ต้องยอมรับว่าในชั่วโมงบินสูง ทำงานมานานจนไม่ได้เข้ามาเรียนต่อ เขารู้ว่าเหตุแบบนี้ต้องรีบส่งต่อ ต้องปรึกษา เก็บไว้ไม่ได้เพราะจะเกิดปัญหาขึ้นมา อันนี้เรียกว่าเขาพัฒนาประสบการณ์ในที่สุด แต่ถ้าแพทย์ที่จบมาใหม่ก็น่าเห็นใจเพราะความรู้เขาอาจยังก้าวไปไม่ถึง ไม้รู้หรอกว่าขบวนการแบบนี้ถ้าปล่อยไว้ระยะหนึ่งอาจมีผลได้ ส่งไปดีกว่า แต่ส่วนใหญ่เขารักษาไปเลย พอรักษาไปเลยไม่แน่ก็อาจเป็นกรณีหนึ่งเกิดขึ้นได้ ศาสตร์ของการรักษาผู้ป่วยเป็นศาสตร์ที่ล้ำลึกเพราะคุณมีประจักษ์พยาน แต่ความเป็นแพทย์ไม่มีประจักพยาน ใช้สภาพแวดล้อมใช้ขบวนการทั้งหมด คนที่เป็นพ่อแม่เดี๋ยวนี้ไม่ได้เลี้ยงลูกมีหน้าที่อย่างเดียวคือยายบอกว่าลูกป่วยแล้วพาไปหาแพทย์ที พ่อแม่ก็ก็พามาหาแพทย์เลย พอแพทย์ถามก็ไม่รู้เรื่องและหวังไว้ว่าให้แพทย์ตรวจให้เรียบร้อย ให้วินิจฉัยโรคให้ได้ก็แล้วกัน อันนี้หวังลมๆแล้งๆพ่อแม่ไม่ทำหน้าที่เพราะประวัติและตรวจร่างกายเป็นพยานแวดล้อมที่จะทำให้แพทย์มีข้อมูลว่า ไปวินิจฉัยอย่างไร และตัวพวกนี้มีปัญหามากโดยเฉพาะในยุคปัจจุบัน เพราะพ่อแม่ไม่มีเวลาเลี้ยงลูกและความสนใจอาจจะน้อยเกี่ยวกับรายละเอียดของลูก ทำไมทมาให้แพทย์ไปซักประวัติกับลูกเอาเอง ก็กลายเป็นจุดอ่อนที่อ่อนไหวมากและก็เด็กก็มีดอกาสนอนโรงพยาบาลก็สูง เพราะประวัติไม่แม่น มาแบบประเภทเป็นอะไรก็ได้

- คิดว่าไม่จำเป็นเป็นเพราะว่า รัฐบาลก็ไม่มีต้นทุนบริการให้แพทย์ทุกที่ๆเสมอกัน เพราะที่โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัดจะเอาเท่ากันไม่ได้ ในเมื่อรัฐบาลทำได้แค่นี้ แพทย์ประจำอำเภอจบแพทย์ทั่วไป บังคับให้เขาใช้ทุนสามปี เป็นแพทย์เป็นทันตแพทย์เป็นเภสัชบังคับสามปี ก็ต้องมา แพทย์มีแค่ห้าหกคน ผู้ป่วยก็รักษาฟรี รักษาฟรีคนเยอะ เป็นเหตุสำคัญที่ทำให้มีปัญหามากที่สุด ประเทศใหญ่อย่างสหรัฐอเมริกาเริ่มมีปัญหา เพราะมีการดำเนินการด้านประกันสังคมต้องทำให้ครบตามที่กำหนด ถ้าไม่ทำเกิดผู้ป่วยเป็นอะไรขึ้นมาอาจโดนกล่าวหาว่าทำไม่ครบตามที่กำหนด ถ้าทำครบก็จะแบกรับค่าใช้จ่ายไม่ค่อยไหว ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ค่าประกันสูงขึ้นหมด และบางโรคก็ไม่เอาเข้าระบบ เช่น โรคภูมิแพ้

- แยกเป็นสองส่วน

(๑) ถ้าภาครัฐบาลด้วยกันอาจเป็นโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด ส่งแพทย์มาฝึกพิเศษ แต่ต้องรักษาอย่างอื่นด้วย ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลากหลายมาก ถ้าในมุมมองของแพทย์ใครไม่อยากทำแบบ

นั้น เพราะว่าทุกคนอยากจะทำในสิ่งที่ตัวเองถนัด การที่ถูกขอร้องหรือสถานการณ์บังคับให้ทำใน. ด้านอื่นเขาก็ไม่อยากทำอยู่แล้ว และยิ่งมาเกี่ยวพันธ์กับการถูกฟ้องร้องในปัจจุบัน คิดว่าไม่มีใครอยากทำ

(๒) ในมุมมองของสถานทางการแพทย์นั้นๆ ก็เป็นไปได้อยากทำ เช่นในโรงพยาบาลชุมชน หากต้องอยู่เวรทั้งยี่สิบสี่ชั่วโมงด้วย นั้นก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่เป็นปัจจัยให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญชาญอยู่ไม่ได้ ผมคิดว่าไม่มีถูกและผิด ก็คือว่าทุกอย่างก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่รายรอบ ถ้าเป็นอย่างนั้นทำอย่างไรถึงจะดำเนินงานได้ ก็ต้องจำเป็นคนที่ไม่เชี่ยวชาญเรื่องนั้นมาดูแล เพราะถือว่าคนจบ ทบ. เหมือนกันหมด ตรงนี้ขึ้นอยู่กับมุมมอง

- ถ้าเป็นคลินิค ต้องจบแพทยศาสตรบัณฑิต รักษาผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่งในบริบทที่ควรรักษา จะถูกหรือผิดคนนั้นต้องประเมินความสามารถของตัวเองให้ได้ ว่าตัวเองมีความสามารถพอที่จะดูแลผู้ป่วยรายนั้นได้หรือไม่ และก็มีจริยธรรมอย่างตรงไปตรงมา ไม่ใช่ว่าด้วยความอยากที่จะเก็บผู้ป่วยไว้ แล้วก็ไม่ส่งต่อ
- ถ้ามองว่าบริบทของแพทย์ที่เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ถ้าเขาไม่มีใจอยากจะทำในฐานะแพทย์ตรวจโรคทั่วไปแล้วถูกบังคับให้ไปทำ อันนี้ผิด เพราะว่าใจาตัดไปเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแล้ว ยกเว้นว่าต้องการไปเปิดสาขาของโรงพยาบาลเพื่อบริการผู้ป่วยแต่เอาแพทย์ที่เป็นแพทย์เฉพาะทางลงไป โดยที่ตัวของแพทย์เองก็ไม่ได้มีความต้องการ ไม่ได้อยู่ในบริบทของแพทย์ตรวจโรคทั่วไปมานานแล้วถือว่าไม่สมควร แต่ถ้าบริบทของคนบางคนถึงเขาจะเป็น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แต่ด้วยความเป็นแพทย์ แพทย์เป็นกุมารแพทย์ที่เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ตรงบทบาทอย่างนี้คิดว่าทำได้ อย่าไปมองว่าเขาจะเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น อยู่ที่บทบาทของตัวเขา ที่เขาเปิดคลินิกแสดงว่าเขาอยู่กับแพทย์ตรวจโรคทั่วไป มาเยอะมาก เพราะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในคลินิคทั่วไปไม่มี ถ้าอย่างนี้คิดว่าบทบาทของแพทย์ไทยที่เรียนแพทย์หกปี เราต้องไปใช้ทุนทำงาน บทบาทตรงนั้นเราเป็นแพทย์ตรวจโรคทั่วไปหมด เพียงแต่ว่าอยากให้มีทั้งแพทย์ตรวจโรคทั่วไปมีความภูมิใจว่าเรามีความสามารถสักแค่ไหน ยอมรับว่าเราไม่มีทั้งหมด ถ้าเราไม่รู้เราก็ต้องส่งต่อ เราอย่าคิดว่าเก่งเราทำได้ทุกอย่าง
- ผู้ที่จบการศึกษาแพทย์ทุกคนสามารถตรวจผู้ป่วยที่โรคที่อยากมากนักได้ในระดับหนึ่ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็อาการไม่หนัก เนื่องจากว่าบางครั้งคนที่เป็นแพทย์ตรวจโรคทั่วไป ผู้ป่วยมาถามเรื่องที่ลึกขึ้นไป ตอบไม่ได้สักอย่างเหมือนกับว่าแพทย์คนนั้นไม่มีอนาคต เราต้องเห็นใจเขา คงไม่ห้ามให้แพทย์เรียนต่อคิดว่าการสนับสนุนเป็นสิ่งที่ดี เป็นสิ่งที่เป็นความรู้เพิ่มเติมไม่ใช่น้อยลงกว่าเดิม แต่ว่าแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญบางครั้งต้องลงมาดูผู้ป่วยปกติ ถ้าโรงพยาบาลเห็นว่าสำคัญก็จัดลงมาตรวจผู้ป่วยจริงๆ เรียกว่าเป็นการฝึกฝน ไม่ใช่ว่าเป็นแพทย์เด็กตรวจผู้ป่วยผู้ใหญ่ไม่ได้ ตรวจได้แต่ไม่ดีเท่าแพทย์ผู้ใหญ่ตรวจแต่ก็ไม่ใช่ว่ารักษาหวัดไม่ได้ ให้มีระบบที่ช่วยเขาให้ฝึกฝนบ่อยๆ ก็จะช่วยทำให้มั่นใจมากขึ้น

- คิดว่าแพทย์ทุกท่านก็มีข้อจำกัดของตัวเองที่ไปเปิดคลินิกรักษาโรคทั่วไป แพทย์ที่จบแพทยศาสตรบัณฑิต มาน่าจะรักษาโรคทั่วไปได้ แต่ท่านก็ต้องมีขอบเขตดูแลโรคขนาดนี้ ถ้าเกินขนาดนี้ก็คงไม่รักษาในคลินิกให้ส่งต่อได้ เปิดคลินิกได้แต่ต้องมีการจำกัด เช่นแพทย์จบใหม่ต้องผ่าท้องทำคลอดซึ่งแพทย์ก็ทำได้ แต่ปัจจุบันทำไม่ได้ ต้องมีการจำกัดการให้บริการในเรื่องของการทำหมัน ผ่าไส้ติ่งเราคงไม่ทำ
- เพราะแพทย์ต้องมีความรู้ทางด้านวิชาการถ้าคิดว่าไม่ค่อยรู้ในเรื่องไหน ทางโรงพยาบาลก็มีการประชุมวิชาการ เขาสามารถที่จะปรึกษากับเพื่อนแพทย์ด้วยกันได้ก็ควรจะทำได้ ทางโรงพยาบาลมีการประชุมวิชาการเป็นครั้งคราว เป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน เรายินดีถ้าแพทย์โรงพยาบาลชุมชนหรือแพทย์ที่ไหนปรึกษามา คนเรามีความรู้คนละด้านและปัจจุบันมีความรู้มากมาย มีแนวทางในการรักษามากมาย
- ทำตัวที่คลินิกให้เหมือนกับที่โรงพยาบาลรักษาทุกโรคเสี่ยงเกินไป เช่นโรคเรื้อรัง ความดัน เบาหวาน
- คิดว่าทำได้เพราะพื้นฐานของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก็เป็นแพทย์อยู่แล้ว คือผู้ที่จบแพทยศาสตรบัณฑิตก็มีวามรู้ทางการตรวจโรคทั่วไป เช่น ที่โรงพยาบาลแห่งนี้ก็มีการพัฒนาความรู้และประชุมวิชาการเกี่ยวกับโรคทั่วไปให้กับแพทย์ทุกคนในทุกสองสัปดาห์
- คือการเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคเป็นบางโรค แพทย์เขาดูให้กว้างกว่าเขาอาจจะตอบผู้ป่วยได้ดีกว่าถ้าเป็นแพทย์เฉพาะโรค เช่น แพทย์ตา แพทย์กระดูก แต่ผู้ให้รักษาเป็นโรคอื่นมาที่แพทย์มาสามารถรักษาได้ก็ไม่ควรที่จะรักษาให้ผู้ป่วยรับยานี้ไป ไม่แฟร์กับผู้ป่วย บางสาขาก็ไม่ควร บางครั้งเขาศรั?ธาในตัวเราเราก็ต้องรักษาให้ดีที่สุดให้สิ่งที่ดีต่อผู้ป่วย หรือบางทีผู้ป่วยมาหาแพทย์อาจปรึกษาว่าโรคที่เป็นอยู่ควรรัษาอย่างไรถ้าอยากก็จะได้ไปรักษาเฉพาะทาง

๑.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การให้เวลากับผู้ป่วยของแพทย์ ในกรณีที่แพทย์โดยทั่วไปต้องมีการตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก งานล้น หรือเหตุผลอื่นๆ ของแพทย์ ทำให้มีเวลาให้กับผู้ป่วยน้อย ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- คิดว่าเป็นเรื่องนี้เป็นเรื่องระบบใหญ่ของประเทศ ต้องจัดระบบการแพทย์ให้เหมาะสมตรงที่ว่ามีแพทย์ทั่วไปที่คัดกรองผู้ป่วยอยู่รอบนอกก่อนจะให้ไปพบแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่นมีเวชศาสตร์ครอบครัว ต้องพบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแบบแคนาดา แบบอังกฤษเข้าด่านแรกก่อน เมื่อพบแพทย์กลุ่มนี้แล้ว แพทย์กลุ่มนี้สกรีนแล้วส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ เป็นการตัดปัญหาโรคล่วงหน้า และลดเวลาในการรักษาเป็นการทำงานที่มีระบบที่ดี
- ควรจะมีการอธิบายในการรักษาผู้ป่วย แต่ไม่ควรจะเป็นแพทย์คนเดียว ซึ่งต้องมีเป็นฝ่ายคอยให้บริการข้อมูลผู้ป่วย ไม่ใช่ทุกอย่างจะมาลงที่แพทย์คนเดียว แพทย์ทำการวินิจฉัยแล้วบอกวิธีการรักษาจากนั้นก็มีผู้มาคอยให้ข้อมูลที่ชัดเจนอีกรอบ ถ้าให้แพทย์อธิบายผู้ป่วยทุกกระบวนการในการรักษาก็จะใช้เวลายืดเยื้อรักษาผู้ป่วยได้น้อยและมีเวลาในการรักษาเพิ่มขึ้น
- พยายามแนะนำให้เยอะที่สุดเท่าที่จะแนะนำได้

- ผู้ป่วยมากก็มีปัญหาอยู่สองอย่าง คือหนึ่งแพทย์น้อยจริงหรือเปล่าหรือบริหารจัการไม่ดีอย่างเดิม ถ้าแพทย์น้อยก็ต้องรอหากจัดการไม่ดี เช่น เราไม่กระจายผู้ป่วยให้ไปหลายๆที่ผู้ป่วยไปอยู่ที่เดียว ถ้าเป็นความศรัทธาของคนที่ต้องไปที่ก.อย่างเดียวในสังคมเราไม่มีกฎหมายห้าม เพราะเราไม่กล้าออกกฎห้ามว่า ถ้าเพื่อคุณไปที่ๆไม่ใช่กำหนดไว้ในสิทธิ์จะต้องเก็บเงิน ต้องจ่ายเงินเองการจ่ายเงินเองไม่ใช่เก็บเงินผู้ป่วยเดียวนั้น อาจจะหักจากการเก็บภาษีเพิ่ม หรือปลายปีหักจากบัญชีธนาคาร ที่เราให้สิทธิ์ฟรีผู้ป่วยก็ต้องมีขอบเขตด้วย อย่างประเทศอื่นที่เขาให้ฟรีเขาบอกเลยว่าคุณได้ฟรีเท่านี้และได้สิทธิ์ฟรีอย่างไร ถ้าคุณไปใช้สิทธิ์ผิดคุณต้องเก็บเงิน คุณไม่ต้องจ่ายวันนั้นก็ได้ เขาหักจากบัญชีเงินเดือนที่ฝากะนาคาร ทุกคนต้องยอมรับว่าถ้าเพื่ออยากได้สิทธิ์คุณต้องเปิดบัญชีธนาคารเงินเดือน เพราะตอนนี้บัตรเราก็พยายามกระจายให้ไปใช้คลินิค โรงพยาบาลตามสิทธิ์ แต่ทุกคนไม่อยากใช้ ก็อยากไปที่ๆเดียวคนแน่น ทำให้แพทย์ที่อาจจะไม่ได้ขาดจริงก็กลายเป็นไม่พอ หรือแพทย์ขาดจริงก็เป็นได้ทั้งสองอย่าง ปัจจัยสองอย่างนี้อยู่ด้วยกันทั้งคู่ เพราะไม่เคยบังคับให้ทำตามสิทธิ์ที่ควรจะได้ ส่วนใหญ่เราจะพูดว่าหยวนๆ กลายเป็นผู้ป่วยถูกทุกที เห็นแก่มนุษยธรรม ความเป็นชาวพุทธ ความเป็นคนไทย ถ้าเห็นอย่างนี้ ก็ไม่เห็นควรไปฟ้องมูลนิธิคุ้มครองทางการแพทย์ ถ้าเราคิดว่ามีกฎเกณฑ์ควรมีกฎเกณฑ์ทั้งสองฝ่าย

- เรื่องนี้มาจากการเข้าสู่ระบบประกันสังคมที่ถูกเชิญชวนให้ไปรับบริการ ความจำกัดนั้นมีอยู่ เมื่อคนมาบอกแต่ไม่ได้มีการเตรียมตัว การขอยาเพิ่มและมักเป็นความคิดว่ามาโรงพยาบาลแล้วได้ยาเยอะได้ง่ายขอเพิ่มได้ทีละสองสามเดือนในการนัดมารักษาต่อ โหลดเข้ามาและเมื่อดินพอกหางหมู การแก้ไขโดยตรวจแบบจำกัดก็น่าจะมีการผิดจริยธรรม แต่ถ้าได้ง่ายรักษาง่ายก็จะมีปัญหาในเชิงโครงสร้างการแก้ปัญหารวบรวมผู้ป่วยมาเป็นคลาสแล้วอธิบายทั้งห้อง

- เราต้องยอมรับว่าปริมาณผู้ป่วยต่อแพทย์เยอะเกินไปทำให้เราพลาด ระบบประกันสุขภาพสามสิบบาทผู้ป่วยจะขอทุกอย่าง ขอยาทา ขอยาท้องเสียเก็บไว้ที่บ้าน แพทย์บางคนทนการรบเร้าจากผู้ป่วยไม่ไหวถ้าเราไม่ให้เขาว่าเราเจ็บที่สุด ว่ายาแพทย์เหรอ และแพทย์บางคนไม่อยากมีเรื่อง เวลามีเรื่องบาดเจ็บ เช่น เราเคยสอบสวนแพทย์คนหนึ่ง แพทย์คนนี้ไม่เคยเป็นอย่างนี้มาก่อน เป็นคนดี เราก็ไปเปิดวีดีโอดู ห้องตรวจแคบ ผู้ป่วยก็นั่งตรวจ อาจมีแพทย์บางคนประชดด้วยการที่ผู้ป่วยขออะไรอยากได้ยาอะไรก็ให้ มีอีกปัญหาหนึ่งคือขอยานอกบัญชีให้ไม่ได้เพราะทะเลาะกับห้องยาอีก ห้องยาให้ไม่ได้ ปริมาณเยอะระบบฟรีเขาเรียกร้องหมด การแก้ไขที่สำคัญก็คือ (๑) การกระจายผู้ป่วยตามลำดับขั้น (๒) ต้องมีการจ่ายร่วม (๓) ต้องให้ความรู้ผู้ป่วย (๔)เข้าสถานพยาบาลต้องเสียเงิน (๕) ต้องจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย ที่ดี ถ้าผู้ป่วยขึ้นทะเบียนกับเอกชนเมื่อไหร่ไม่มีการส่งต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการผิดชัดเจนก็คือเรายังทำงานไม่เต็มที่ เมื่อก่อนอ้างได้ว่าคนเราน้อย เดี๋ยวนี้แค่งานเยอะขึ้น ต้องจัดระบบที่ดี แพทย์ควรเป็นเวรแปด เวรแปดค่าใช้จ่ายต้องเพิ่มขึ้นสามเท่า หมายความว่านอกเวลาก็ตรวจ ในเวลาก็ตรวจ ในสิงค์โปร์ผู้ป่วยมา

ฉุกเฉินนอกเวลาต้องเสียเงินหมด แต่คนไทยไม่ได้ คลินิกนอกเวลาอยู่ที่ความสมัครใจ และเป็นคลินิคนอกเวลาที่มีคนจ่ายเงินแทน คือกลุ่มที่มีประกันเบิกได้

- ไม่สามารถที่จะปฏิเสธได้เมื่อเขามาเราก็ต้องรักษาหมด และก็ไม่เลือกเวลาด้วย อันนี้เราเอาระบบการฟ้องร้องแบบอุดมคติอเมริกามา แต่ไม่ได้มองบริบทของอเมริกา บางทีผู้ป่วยเขากำหนดวางมาตรฐานไว้เลย คุณต้องมีเวลาให้ผู้ป่วยเท่าไหร่ บางทีแพทย์ตรวจผู้ป่วยวันไม่ถึงสิบคน ผู้ป่วยเขามาต้องตรวจรายละเอียด ค่าใช้จ่ายทั้งหมดผู้ป่วยหรือเจ้าภาพรับไป ซึ่งของเราทำอย่างนั้นคงไม่ได้ เพราะฉะนั้นการที่จะมาพบแพทย์แพทย์และหวังว่า จะได้การตรวจที่นาน เพราะปริมาณผู้ป่วยเยอะ ผู้ให้คำปรึกษาจริงๆ บางอย่างเป็นโรคที่เราก็ตรวจแล้วก็ไม่อยากที่จะให้คำแนะนำอะไรเด็ดขาด เพราะต้องให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นคนดูและลงความเห็น ต้องให้ประเภทผู้ที่ให้คำปรึกษา การแพทย์เป็นสิ่งที่เราลำบากใจ กรณี เช่น ผู้ป่วยเป็นมะเร็ง ญาติบอกว่าให้อยู่ที่นี่เพราะอย่างไรก็ไม่รอด แต่ญาติคนอื่นบอกว่าทำไมแพทย์รักษาไม่ได้ไม่ส่งไป ก็เกิดความขัดแย้งต่อสองญาติที่ส่งผลให้กับแพทย์ว่าจะเอาอย่างไร เก็บไว้ก็มีปัญหาส่งไปก็มีปัญหา คนที่ดูแลอยู่ทุกวันก็เข้าในสภาพว่าเป็นอย่างไร

- ประเทศไทยระบบการศึกษาล้มเหลว เพราะว่าในปัจจุบันเราไม่เคยที่จะพัฒนาบุคคลากรให้ตอบรับกับ demand - supplyไม่เคยสนใจกับเรื่องพวกนี้เลย อย่างโรงพยาบาลเด็กผู้ป่วยวันละสองร้อยคนมีแพทย์ตรวจอยู่สามคน แพทย์ทำงานกันมากขนาดไหน ตื่นเช้ามาวิ่งไปดูผู้ป่วยในตึกผู้ป่วย เสร็จแล้วเข้าไป conference แล้วก็วิ่งมาออก OPD เยอะมากเทกระจาดคอยกันเยอะอยู่แล้ว สมมตคนหนึ่งครึ่งชั่วโมง รอกันอยู่ร้อยคนข้างนอกจะตรวจให้แพทย์อย่างไร demand supply ถามว่ากระทรวงเองจะทำอย่างไรที่จะพัฒนาคนเหล่านี้ขึ้นมาเยอะๆ ก็ไม่มี ในปัจจุบันแม้การสอบเข้าของแพทย์เองขบวนการผลิตแพทย์เองก็น้อยไม่ได้ตอบรับกับงานที่มี โรงพยาบาลเด็กผู้ป่วยตีสองประมาณเจ็ดสิบคน คุณคิดว่าแพทย์ไม่เป็นคนไม่ต้องนอนหลับหรือ เขาคือหุ่นยนต์หรือเปล่า พวกแพทย์เรียนกันลากเลือดขนาดไหนขณะที่ตรวจผู้ป่วยเข้าเวรไอซียู อยู่ยี่สิบสี่ชั่วโมงควงกะไม่ได้นอนต้องทำงานต่อ นั้นหมายถึงว่าแพทย์คนหนึ่งทำงานสามสิบหกชั่วโมง สมองไม่ได้พัก เพราะฉะนั้นเวลาคุณตั้งคำถามขึ้นมาผู้ป่วยเรียกร้องเวลา คุณไปดูวิถีชีวิตเขาว่าทำงานกันอย่างไร และจะไม่ให้มีข้อผิดพลาดบางอย่างเกิดขึ้นได้อย่างไร แม้ต่สี่ตีนยังรู้พลาด เราเคยสังเคราะห์เรื่องพวกนี้กันบ้างหรือเปล่า ไปดูเลยของโรงพยาบาลนครปฐมก็ได้ แพทย์ที่อยู่ในนั้นก็ไม่ไหวเหมือนกัน

- ขึ้นอยู่กับหลายอย่าง ถ้าเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ประชากรเท่าไหร่ ผู้ป่วยOPD มาเท่าไหร่ แพทย์กี่คนที่มีอยู่ และคุณจะมีเวลาให้สักกี่นาที คุณมีเวลาที่จะสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือไม่ เพราะผู้ป่วยเยอะเกินไป แล้วก็ไม่มีเวลาคิด เพราะเวลาตรวจผู้ป่วยต้องดูแลรายละเอียดขึ้นมาต้องใช้เวลาเท่าไหร่ แล้วนำข้อมูลมาประเมินรวมกัน เหมือนตรวจแล้วเอามาสรุปแล้วเอามาคิดแผนการรักษาทันที แต่ละคนต่างกัน เป็นไข้หวัดเหมือนกันก็ได้ต่างกันก็ได้แต่พอทราบตรงนี้ทราบตรงโน้นก็ต่างกัน มีโรคอื่นประกอบหรือไม่

หรือโรคที่เขามีอยู่แล้ว แพทย์ต้องคิดมากเกินไปหรือไม่ เมื่องานมากเงินน้อย อยู่เวรกลางวันหรืออยู่เวรกลางคืนอีก งานเยอะคุณต้องกลับไปทำอีก แล้วสุขภาพก็ไม่ดี มึนหัว ง่วงนอน รักษาฟรีคนเยอะเพราะใครๆก็ต้องฟรีต้องเข้าบัญชี ไม่หายก็ว่ากันอีกเรื่อง และที่ฟ้องร้องเพราะว่าการดูแลไม่ละเอียด เวลาไปถึงศาลก็จะเสียท่า ทนายเขาซักเอา ไม่ใช่ไปให้ศาลตัดสินจบ ไม่ใช่ สู้กันในศาลเขาก็ต้องมีทนายเพราะเป็นเรื่องเงิน ถ้าคุณไม่มีเงิน ทนายบอกว่าถ้าได้แบ่งกันคุณไม่มีก็ได้ ก็เกิดเรื่องจนได้เพราะมีตัวกลางคืนการเรียกร้องค่าตอบแทนอยู่นั้นเป็นตัวสำคัญ ชนะไม่ชนะเขาไม่เดือดร้อนถ้าได้มาเขาก็มีข้อตกลงจะแบ่ง ทนายสู้ได้ถ้าแบ่งผลประโยชน์

- ถ้ามองในตัวของแพทย์เอง ก็ยอมรับว่าในหลักสูตรการเรียนการสอนอาจจะไม่ได้แทรกซึม เช่น เรื่องภาษาการสื่อสารเข้าไปมากพอ จริงๆแล้วอันนี้ก็เป็นแค่ปัจจัยหนึ่งแต่แพทย์ที่มีสติจะสื่อสารในสถานการณ์ที่เป็นจริงไม่มีเวลาจริงๆ ตรงนี้ถ้าอยากแก้ไขให้คนที่มีอำนาจหน้าที่ช่วยพิจารณากำกับดูแลต้องดูภาพรวม แก้ไขก็ต้องทำทั้งประเทศ ไม่ใช่ว่าไปแก้ที่ปลายเหตุ

- ในยุคปัจจุบันเป็นยุคการให้ความข้อมูล ก็มองว่าถ้าเป็นแพทย์แล้วมองว่าโรคนั้นเป็นโรคสำคัญต้องบอกเขาดีหรือไม่ แต่ว่าการบอกต้องมีข้อดีข้อเสีย การให้ข้อมูล เพราะถ้าเราไปรอผู้ป่วยตัดสินใจ จะเสียเวลาหรือไม่ เพราะผู้ป่วยเองเวลาฟังข้อมูลจากเราก็ ยังตัดสินใจไม่ได้ โดยส่วนมีวิธีสองวิธี อันที่หนึ่งให้ข้อมูลไปให้ไปคิดก่อนค่อยมาตัดสินใจ อันที่สองเท่าที่เคยได้ยินมาคือว่าต้องมีผู้ช่วยที่จะบอกเขาถึงการรักษาที่แพทย์จะทำ มีข้อดีอย่างไรข้อเสียอย่างไร ตรงนี้มีลักษณะทำเป็นเอกสารแจก เช่นเป็นโรคติดเชื้อ HIV เราอาจแนะนำให้เขาคุยกับพยาบาลเขาจะมีข้อมูลนี้ให้กับผู้ป่วยกลับไปอ่านให้รู้จักโรคของตัวเอง และอาจจะมีว่าการให้ยารักษา ยาจะมีผลอะไรให้เขารู้ก่อนอันนี้ก็จะเป็นตัวช่วยแพทย์สำหรับพวกที่มีเวลาน้อยๆ - อันที่สองสอง คิดว่ายุคนี้เป็นยุคที่ให้ผู้ป่วยมีส่วนในที่ยอมรับการตัดสินใจการรักษาอันนั้น ยุคนี้คิดว่าคงอยู่ในขบวนการเกิดขึ้น แต่ว่าระยะหลัง แต่คิดว่าแพทย์ก็ปรับเปลี่ยนไปเยอะในอดีตเราชอบตัดสินใจให้ผู้ป่วย แม้แต่อาจารย์ของตัวเองที่เราเรียนมามักจะตัดสินใจให้ผู้ป่วย แต่ในยุคนี้เราจะสอนลูกศิษย์ไว้ว่า คนที่จะตัดสินใจการรักษาให้เขาก็คือตัวเขาเอง แพทย์มีหน้าที่บอกข้อมูล ว่าการรักษามีกี่แบบ และแต่ละแบบมีข้อดีข้อเสียอย่างไร แล้วให้ผู้ป่วยตัดสินใจ บอกผู้ป่วยว่าไม่มียาอะไรที่มีแต่ข้อดีโดยไม่มีข้อเสีย คนไทยยังต้องพึ่งพิงแพทย์มาก บางระดับยังให้แพทย์ตัดสินใจ เราต้องให้เขามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พอเกิดเรื่องเขาจะโยนความผิดมาให้แพทย์ ซึ่งเรารักษาเขาเราไม่ได้คิดอะไรในทางที่ไม่ดี แพทย์ทุกคนคิดรักษาในบริบทเท่าที่ทำได้ แพทย์ที่อยู่โรงพยาบาลชุมชนจะมารักษาให้ดีเท่ากับแพทย์ที่อยู่โรงพยาบาลรามาธิบดีทำไม่ได้ ไม่ใช่ว่าแพทย์ที่อยู่โรงพยาบาลชุมชนไม่เก่งเลยรักษไม่ดีเลยไม่ใช่ เขาพยายามรักษาในสิ่งที่เขาทำให้ได้ แต่มีคนชอบยุยงว่ารักษาไม่ดี อันนี้เราต้องเปลี่ยนทัศนคติของคนที่มุมมองแพทย์ กฎหมายเราไม่ค่อยดูมุมมองของแพทย์ เพราะว่ามีอคติว่าเราเข้าข้างแพทย์ด้วยกัน แต่จริงๆแล้วแพทยสภาก็ลงโทษแพทย์ไปหลายคนแล้ว แต่การลงโทษไม่ได้

หมายความว่าฆ่าเขาให้ตาย เขาไม่ได้เป็นฆาตกร เขาอาจจะประมาทแต่เขาไม่ได้หวังให้ผู้ป่วยแย่ เราเป็นแพทย์เราอุทิศตนให้กับผู้ป่วย ให้กับการเป็นครู เราเศร้าใจกับนักกฎหมายที่มองเรา เหมือนกับการเมืองที่มองอะไรได้ทุกอย่าง เท่าที่ทราบก็ทำให้แพทย์หมดกำลังใจไปเยอะ ทำให้แพทย์ไม่เกิดอยากอุทิศตนก็จะเป็นแพทย์ที่รักสบายหลีกเหลี่ยงที่จะดูแลผู้ป่วย แต่ส่วนหนึ่งยอมรับว่าเป็นเพราะแพทย์เราเองมุมมองของแพทย์ต่างกันของแพทย์อาวุโสไม่ทันต่อยุคสมัย ในอดีตอาจารย์จะสอนเราว่าแพทย์จะต้องเป็นผู้ให้ แต่ในปัจจุบันเราต้องเข้าใจว่าเขาก็ต้องอยู่ได้เขาถึงอุทิศตนให้กับงานได้ แพทย์ที่อยู่เอกชนไม่ใช่แพทย์เลว อยู่ในบริบทของตัวเองแล้วทำให้ดี ถ้าไม่มีเขาทุกคนก็เข้ารัฐบาลหมด คุณสามารถดูแลไหวหรือไม่ เพียงแต่ว่าอาจารย์ต้องสอนศิษย์ว่าให้เราช่วยเขา และสิ่งที่ได้กลับมาเป็นค่าตอบแทน เราช่วยเขาเพราะเขาเจ็บป่วย เขาไม่ต้องมาอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐเขาซื้อความสะดวกของเขา เราเกลียดคนที่เอาเปรียบผู้ป่วยออกตรวจให้ตรงเวลา

- ยุ่งอยากมาก อัตราส่วนระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในประเทศไทย ถ้าเฉลี่ยจะดูว่าแพทย์น้อย แต่ถ้าดูในกรุงเทพอาจดูว่าแพทย์เยอะผู้ป่วยน้อย เพราะแพทย์กระจุกตัว ต้องกระจายตัวเพราะเป็นเรื่องสำคัญที่เป็นปัญหา ถ้ามีการกระจายตัวที่ดีอาจมีเวลาเยอะขึ้น แต่จะให้แพทย์ที่อยู่ในกรุงเทพไปอยู่ต่างจังหวัดคงเป็นไปไม่ได้ ที่แก้ปัญหาว่าที่แพทย์หนึ่งคนตรวจผู้ป่วยสองนาที เป็นที่ปลายเหตุ ถ้าแก้ตั้งแต่ต้นได้ก็จะดี ในกรณีที่ผู้ป่วยมาเยอะแพทย์น้อย โรงพยาบาลก็กังวลเหมือนกันเพราะว่าการมีเวลาให้กับผู้ป่วยน้อยๆ ไม่สามารถเก็บรายละเอียดได้ทั้งหมด การรักษาพยาบาลก็จะไม่ดี แต่เขาก็ใช้พยาบาลซักประวัติไว้ก่อน แพทย์ก็มาดู แทนที่จะมาเสียเวลาถามผู้ป่วยตรงๆ ก็ทำให้ย่อเวลาการตรวจลงได้ บางครั้งขึ้นอยู่กับโรคนั้นว่าง่ายหรือยาก แต่ถ้าผู้ป่วยคนนั้นเป็นหวัด ใช้เวลาตรวจครึ่งชั่วโมงคงไม่สมควร แต่ถ้าเกิดว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งต้องคุยกันนาน ขึ้นอยู่กับโรคด้วย

- แพทย์ส่วนใหญ่ในภาครัฐ เรามีเวลาจำกัดให้กับผู้ป่วยจริงๆ ผู้ป่วยเยอะมาก อันนี้ต้องน่าเห็นใจแพทย์ทางภาครัฐพอสมควร และก็น่าจะเป็นประเด็นที่น่าจะแก้ไขในชนบท ทำอย่างไรแพทย์ถึงจะดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น อย่างแพทย์ต่างจังหวัดต้องดูทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน มีเวลาตรวจแค่นิดเดียว ถ้าเราให้ช้าก็อาจจะโดนบ่น พอผู้ป่วยในเกิดปวดท้องแพทย์ก็ต้องไปดู แพทย์ถึงแบ่งเวลาได้ค่อนข้างน้อย แต่คงโทษแพทย์โทษโรงพยาบาลนั้นไม่ได้ ต้องดูในเชิงระบบว่าต้องทำอย่างไร หรือมีความรู้ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้มากขึ้น การให้ข้อมูลผู้ป่วยไม่พอ เช่น ถ้าแพทย์สั่งยาที่ถูกต้องควรบอกผู้ป่วยว่า นี้ยาอะไรกินอย่างไร อีกอันที่แพทย์จะละคือผู้ป่วยมีโอกาสที่จะแพ้ยาได้ ประเด็นบางประเด็นเชื่อว่าที่ยาทุกๆชนิดทุกๆวัคซีน ยาฉีดทุกอันที่ผู้ป่วยมีโอกาสแพ้ยา ไม่ได้แปลว่าแพทย์ให้ยาที่ไม่ดี ร่างกายผู้ป่วยไม่ปรับสภาพต่อยานั้น การที่แพทย์ให้ยาแล้วให้บอกผลในทุกๆ อย่าง เชื่อว่าเป็นไปไม่ได้ และไม่ควรทำด้วย บางคนผู้ป่วยอาจจะรับได้ บางคนอาจจะรับได้ยาก การที่จะผ่าตัดบางทีอาจเกิดขึ้นได้แต่หนึ่งในล้าน เราไม่ควรพูด การให้ข้อมูลต้องดูว่าเราควรให้ข้อมูลอันไหน อย่างบางที ยาพาราเซตามอลก็มีคนแพ้อาการรุนแรง

ขึ้นมาเป็นสิ่งที่ละเอียด ทุกคนควรทราบว่าทุกอย่างล้วนมีความเสี่ยง เจาะเลือดบางทีเจาะแล้วเกิดปัญหาขึ้นมามากมาย ไม่ได้แปลว่าแพทย์เจาะไม่ดีหรือไม่ แต่ว่าบังอิญว่าเส้นเลือดร่างกายตำแหน่งผิดไป อย่างนี้เป็นประเด็นความเสี่ยง ไม่ควรจะบอกเพราะจะทำลายความน่าเชื่อถือของแพทย์

- เราพูดอะไรไปบางมีผู้ป่วยหรือชาวบ้านเขาจำไม่หมด บางทียังคุยกับแพทย์ด้วยกันว่า เราน่าจะมีอะไรโน๊ตให้เขาว่า อันที่หนึ่งคุณจะต้องดูแลอะไรสองทำอะไร เพราะชาวบ้านจำไม่หมด แนะนำให้ทำอะไรก็ยังทำไม่หมด โดยอายุด้วยความรู้ของชาวบ้านด้วย หลายๆแห่งอาจมีคำแนะนำโรคนี้ควรปฏิบัติอย่างนี้เดี๋ยวนี้แพทย์จะเขียนไว้ในบัตรเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD CARD) ว่าได้แนะนำอะไรบ้าง โดยเฉพาะคนสูงอายุ อาจะมีในบางโรคบางเรื่องที่เขาทำ เช่น พวกเบาหวาน ความดัน ไตวาย มีการส่งต่อให้กับสถานีอนามัยใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพราะหลายๆแห่งพวก อสม.ไปดูโดยมีสมุดประจำตัวของผู้ป่วย เลยอยากให้มีสมุดประจำตัวของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นโรคอะไร เวลาเขามาเราจะรู้เลยว่าเขาไปที่ไหนมาบ้างและเป็นโรคอะไรบ้างได้ยาเท่าไหร่ยาชนิดไหนบ้าง อันนี้ไม่ใช่มีประโยชน์แต่ผู้ป่วยมีประโยชน์กับแพทย์ด้วย สรุปแล้วนอกจากผู้ป่วยจะมีเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD CARD) แล้วควรมีสมุดประจำตัวด้วย

- แพทย์แต่ละคนก็จะเหมือนกัน บางคนตรวจเร็ว บางคนตรวจคุณภาพดี เอาใจใส่ผู้ป่วย แนวทางในการแก้ไข เพิ่มอัตราแพทย์ ลดปริมาณผู้ป่วย

- แพทย์แต่ละคนจะมีการตรวจรักษาจะไม่เหมือนกันบางคนก็จะตรวจเอาใจผู้ป่วยหรือตรวจใช้เวลานิดเดียวหมดสองร้อยคน แต่บางคนก็ใช้เวลานานมากสามชัวโมงได้ไม่ถึงสามสิบคน แพทย์ทั้งสองคนนี้ไม่ผิดเพราะตรวจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาความรวดเร็ว อีกกลุ่มก็ตรวจละเอียดคนหนึ่งสิบห้านาที สองคนนี้ไม่ได้แตกต่างกันในการรักษา เพราะอยากให้ผลประโยชน์กับผู้ป่วย แต่ก็พร้อมกันไม่ได้ ทั้งเร็วทั้งคุณภาพคงจะอยาก ก็มีข้อร้องเรียนเยอะ การแก้ปัญหาจะเพิ่มแพทย์ลดผู้ป่วยก็ทำไม่ได้ทั้งคู่ อัตราก็ไม่ได้เพิ่มขึ้นกระทรวงสาธารณสุขก็ไม่สามารถกแก้ปัญหาได้ อยู่ในภาวะจำยอม

- ระบบ Demand และ Supply ถ้าไม่สมดุลก็จะมีผลต่อแพทย์อยู่แล้ว แพทย์ก็ควรจะดูผู้ป่วยให้ถี่ถ้วน ทำให้โอกาสความพลาดพลั้งสูง ควรจะจำกัดผู้ป่วยให้เหมาะสมกับแพทย์

๑.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสั่งยาที่มีสารเคมีแบบเดียวกันแต่ผลิตในประเทศ ในกรณีที่แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย หรือที่เรียกกันว่า ยาก๊อปปี้หรือยาที่ผลิตในประเทศแต่มีสารเคมีชนิดเดียวกัน (Copy or Local made) ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- ในประเทศไทยมีผู้ใช้สิทธิหลายกลุ่ม เช่น ข้าราชการ ประกันสังคม บัตรสามสิบบาท มีผลเกี่ยวกับตรงนี้ด้วย แต่ละกลุ่มก็จ่ายยาไม่เหมือนกัน และอยู่ที่การตัดสินใจของแพทย์ที่จะเลือกจ่ายยาแบบไหนให้กลุ่มคนแบบใด การแก้ปัญหาคิดว่าต้องมีหน่วยงานตรวจสอบยาว่ายาก๊อปปี้นั้นได้มาตรฐานหรือไม่

คุณภาพยานั้นต้องให้ดีจริงด้วยและจดลิขสิทธิ์ อยู่ที่ผู้บริการอยู่ที่ฝ่ายแพทย์ ผู้คนว่าจะทำอย่างไร ฉะนั้น แพทย์ตัวเล็กๆสำคัญกับตรงนี้ โดยส่วนตัวมองว่ายังไม่แน่ใจกับคุณภาพ แพทย์จะมองว่ายาแก้อักเสบสำคัญ แพทย์ไม่ควรนำมาใช้กับผู้ป่วยต้องเลือกยาแก้อักเสบที่ดีๆที่รู้จักบริษัทยา การตรวจสอบนั้นสำคัญเพราะฉะนั้นคนที่ตรวจสอบยาที่จะเข้ามาคุณภาพต้องสำคัญ แพทย์ใช้ยาอะไร ไม่ใช่ว่ายาที่เข้ามาแล้วจะดีหมด

- ยาต้องใกล้เคียงหรือเทียบเท่ากับยาแท้ และต้องมีอะไรยืนยันด้วยว่าเทียบเท่าหรือใกล้เคียง ต้องดูคุณภาพไม่ใช่ดูราคาอย่างเดียว อยากจะช่วยประเทศไทยซื้อขององค์การเภสัชแต่โรคบางโรคก็ซีเรียสต้องสั่งยาให้เหมาะกับโรค โรคบางโรคไม่เข้ากับเชื้อยา ถ้ากินเข้าไปก็จะไม่หาย

- ยาทุกตัวจะมีส่วนประกอบเหมือนกัน เพียงแต่ว่ายาก๊อปปี้กับยาออริจินอลมีความเข้มข้นต่างกัน เริ่มต้นด้วยยาก๊อปปี้ก็จะดีกว่า แต่ถ้ากินยาแล้วไม่ถึงก็ค่อยปรับมาเป็นยาออริจินอล แต่ถ้าคนไหนมีต้นสังกัดหรือมีบัญชีส่วนกลางต้องสั่งยาออริจินอลถ้าไม่เหลือบากกว่าแรงก็จะให้ไป

- ก็ช่วยไม่ได้ จำเป็นก็ต้องใช้ยา ถ้าเผื่อประเทศเราต้องการให้ใช้ยาแบบใด ก็ประกาศออกไปเลยว่าให้แต่ยาประเภทใด อย่างประเทศอื่นที่เขาทำกันถ้าเผื่อผู้ป่วยที่มาด้วยสิทธิ์ฟรีทั้งหลายเขามีองค์กรที่จะจัดการเรื่องยาที่จะจ่ายตามโรงพยาบาลต่างๆยาที่ผู้ป่วยจะไม่ต้องจ่ายเงินก็คือยาอย่างนี้ มีอย่างเดียว มียี่ห้อเดียว มีแบบเดียว ถ้าเราจะบริหารจัดการเรื่องยาคือถ้าผู้ป่วยอยากได้ยาอื่น ทุกโรงพยาบาลเขากำหนดไว้แล้วก็หยิบให้ผู้ป่วยไปโดยใช้มาตรฐานเดียวกันคือ องค์กรที่ควบคุมคุณภาพยาที่จะใช้ในโรงพยาบาลที่จะแจกฟรีให้เหมือนกันหมด ต้นทุนก็จะลดลง เพราะว่าคุมบริหารจัดการง่าย แต่ถ้าคุณอยากได้อย่างอื่นก็ต้องจ่ายเงินเอง ไม่ใช่ประกาศคลุมเครือบอกว่าแล้วแต่แพทย์จะสั่ง และเป็นการทะเลาะกันระหว่างแพทย์กับผู้บริหารโรงพยาบาล ว่าทำไมต้องสั่งยาที่แพงให้ผู้ป่วย แต่ละโรงพยาบาลเภสัชก็สั่งยาไม่เหมือนกันอย่างโรงพยาบาลเภสัชดี เขาก็อาจเสนอผู้บริหารว่ายาบริษัทนี้เขามีมาตรฐานแบ่งบรรจุชัดเจน ไม่ใช่มานับเม็ดเพราะอาจจะชื้นได้ง่ายถ้าเก็บไม่ดี ถ้าเป็นอย่างนั้นผู้ป่วยก็มีโอกาสได้ของดี ทั้งๆที่ทุกบริษัทก็บอกแล้วว่าผ่านการรับรองจากองค์การเภสัช ไม่ได้อยู่ที่ยานอกหรือยาอะไรอยู่ที่การบริหารจัดการเหมือนกัน คนที่มีอำนาจอาจจะกินใต้โต๊ะจะตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม จะต้องมีคนถ่วงดุล

- ต้องพิจารณาเป็นกรณี ตัวบัญชียา เป็นคณะกรรมการเลือกมา แพทย์อยากใช้ก็ใช้ไม่ได้ เรื่องยานั้นเถียงกันไม่จบ แต่ถ้า Antibiotics ก็จะมักจะใช้ Original ยา Copy ก็โอเค ประเทศเราก็พัฒนาในการพัฒนายา Original ก็คงต้องอธิบายเพราะแพง ภาครัฐก็ตั้งธงไว้ที่ความประหยัด

- ยา copy ในความเห็นของผมคิดว่าใช้ได้เหมือนกัน ยกเว้นยาช่วยชีวิตหรือยาที่มีประวัตอบางตัวเท่านั้นเองที่มีประวัติการใช้แล้วมีปัญหา บางตัวส่วนใช้ได้ เช่น ยากั๊บฟาแลนด์ และยาฉีดฆ่าเชื้อตัวหนึ่งในการที่ติดเชื้อตำแหน่งที่สำคัญคือสมอง อันนั้นควรใช้ตัวจริง การใช้ยาตัวอื่นที่มาแอบแฝงเยอะ ยา Local made ที่เป็นบริษัทั้น่าเชื่อถือ เป็นหน้าที่คอยสุ่มตรวจด้วย เราเคยทะเลาะกันกับยาบางตัวที่กินแล้วยังถ่าย

ออกมาเป็นเม็ดอยู่ ตอนเราซื้อครั้งแรกละลาย ปี พ.ศ. ๒๕๒๘ ที่ผิดกันโดยเม็ดยาเหมือนกันก็มี Local made บางคนประหยัดปั๊มเหมือนกัน บางครั้งผิดกันก็มี รัฐบาลมีหน้าที่ หนึ่งต้องประกาศว่าบริษัทยาตัวไหนน่าเชื่อถือ

- ยา Local made เราก็ทำอยู่ ราคาก็จะถูกกว่า Original เยอะและอีกอย่างยังมีการควบคุมคุณภาพอยู่ ทำให้เรามั่นใจได้ว่ามีมาตรฐานระดับหนึ่งเรื่องนี้มีเยอะอยู่แล้ว แต่ความแตกแยกความคิดของสังคมมีมากขึ้นเรื่อยๆ ระหว่างผู้ให้การรักษากับทีมคุ้มครองผู้บริโภคซึ่งมีผู้นำอยู่บางส่วน ซึ่งไม่มองเหตุผลทางการแพทย์ ต้องการที่จะฟ้องร้องเพื่อให้ได้เงิน จะเอาบริการ การแพทย์ให้เหมือนอย่างอื่น อย่างทนายมีสิทธิ์ที่จะเลือกได้ว่าคดีนี้รับคดีนี้ไม่รับ แต่แพทย์ต้องรับหมด

- ยามีทั้ง Original และ Local made Original บางทีแพงแล้วโดยฐานนะของประเทศแพทย์คิดว่าคงรับกับภาระค่าใช้จ่ายแบบนั้นไม่ไหวและ Local made ที่มียี่ห้อดีๆที่มีคุณภาพดีๆก็ต้องผ่านการพิสูตรและผ่านการรับรองจากองค์การเภสัชให้เรียบร้อย ขบวนการทดลองเพราะฉะนั้นอันนี้เป็นภาระของประเทศแพทย์คิดว่าเขาก็ต้องคิดให้หนักเหมือนกันอันไหนพอจัดการแทนที่กันได้ก็น่าจะแทนให้กัน บางเรื่องที่ต้องใช้ Original จริงๆที่ไม่มี Local made ที่มีประสิทธิภาพเหมือน Original ก็ต้องใช้

- ถ้าแพทย์มีจริยธรรมแพทย์ก็ต้องจ่ายยาตามที่รักษา ผู้ป่วยที่ไปโรงพยาบาลอำเภอเขาไม่หายเขาเอายามาให้ดูยาก็ใช่ได้ยาไม่ค่อยมีปัญหา กระทรวงสาธารณสุข เขา control ได้ มีการผลิตเท่าไหร่ มีการวิเคราะห์ มีการประมูล มีการวิเคราะห์ยานั้นได้ประสิทธิภาพหรือไม่ เราเชื่อว่าเขาทำได้เพราะต้องการผ่านขั้นตอนตรงนั้นมา แต่ว่าคนใช้นั้นใช้เกินหรือไม่ ยาไม่ค่อยมีปัญหาแต่ว่ากระทรวงสาธารณสุข มีเงินจ่ายให้เขาได้หรือไม่ ผู้อำนวยการบริหารเองขาดทุนได้หรือไม่ ในวันนี้ขาดทุนการผลิตค่ายาต่างๆ ถ้าแพทย์ม่ใช้ยาตามมาตรฐานก็หาว่าแพทย์ไม่ดี แพทย์บกพร่อง ถ้าแพทย์ทำทุกอย่างตามนั้นค่าใช้จ่ายเพิ่ม แล้วแต่คนคิด แพทย์ไม่ได้เป็นหนี้ โรงพยาบาลเป็นหนี้

- ยา Copy ถ้ามีคุณภาพดีก็โอเค คิดว่าน่าจะมีองค์กรกลางที่ตรวจสอบว่าคุณภาพของยา (ใช้คำพูดนี้ผมนึกไปถึงหนัง Copy) ซึ่งจริงๆไม่ใช่เพราะว่าอันนี้เขาไม่ได้ทำผิดกฎหมาย ความหมายคือว่าในสภาพบ้านเราแบกภาระไม่ดี เราไปใช้ยาแพงหมดก็ขึ้นอยู่กับเศรษฐกิจภาพรวมของประเทศด้วย ถ้าตรวจสอบยาบ้างว่าองค์กรเหล่านี้ภาพดีพอที่จะใช้ก็ ดีหมด และไม่ใช่ตรวจครั้งเดียวพอ ต้องตรวจเป็นระยะๆ บ้างทีครั้งครั้งแรกอาจจะไม่ดีเหมือนครั้งหลังก็ได้

- ไม่มีคนควบคุมคุณภาพของยา Local made ส่งเอกสารครั้งเดียวยานี้อยู่ได้ตลอดชีวิต หรือตลอดชาติ คือเราตายไปแล้วยาก็ยังอยู่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาไม่มีการติดตามเลยว่ายาตัวนี้คุณภาพดีเหมือนตอนแรกหรือเปล่า แต่ความมั่นใจขนาดเราเป็นแพทย์เองดีไม่เท่ายา Original แต่ถ้า สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาสามารถบอกได้ว่าคุณภาพเหมือนยานอก ถามว่าใครจะไม่ใช้ เราก็อยากให้ผู้ป่วยใช้ยาถูก คำว่ายา copy ต้องเหมือนกัน ตัวยาเหมือน ปริมาณเหมือนแต่ใช้คำว่า copy ไม่ถูกต้องน่าจะ

ใช้คำว่าเลียนแบบ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาน่าจะลงทุนตรงจุดนี้ ยาที่หมดสิทธิบัตร ยาที่ออกมาเทียบเท่ายาเก่ายาเดิม ต้องดัรับการประเมินอยู่เลื่อย ถ้าจะสุ่มทุกสองปีแล้วถ้าสุ่มยาไม่ได้เหมือนที่ส่งมาให้ทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาต้องเรียกเก็บ ให้บริษัทกลัว เอาเงินตรงไปลงทุนแล้วได้ยาถูกคิดว่าคุ้ม แพทย์บอกว่าทำในปัจจุบันไม่สบายใจ เอายาเข้ารามา อยากกว่าเข้า คณะกรรมการอาหารและยาเพราะที่นี่เขาจะเช็คและก็สุ่มเช็คด้วย ถ้ายาไม่ดีเขาตัดออกจากบัญชี เพราะเวลาแพทย์สั่งยาผู้ป่วยจะพูดว่า แพทย์สั่งยาไม่ดี ไม่ช่ยาไม่ดี ผู้ป่วยมาอการหนักแพทย์ต้องสั่งยา Original ยาได้ผล เรามีสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาซึ่งใหญ่โต องค์การเภสัชซึ่งใหญ่โต แต่ไม่ได้ทำงานซึ่งความไว้วางใจ

- ต้องบอกว่ามีความเชื่อหลายอย่าง แพทย์ว่ายา Local made บางกลุ่มไม่ดี บางกลุ่มก็โอเค ถ้าอยากรู้จริงๆ ต้องทำวิจัย บอกได้ชัดเจนว่ายาตัวไหนดีตัวไหนไม่ดี และแต่ละตัวก็ไม่เหมือนกัน ยาบางตัวที่ดูซีเรียดมาก ส่วนมากเป็นยาปฏิชีวนะ แพทย์เขาก็กังวล เช่นยาบางตัว พาราเซตตามอล มีเป็นหลายยี่ห้อมากเลย แต่ไม่จำเป็นต้องใช้ ไทลินอลทุกครั้ง ถ้ามีการยืนยันว่าตัวตีวนี้เหมือนกันจริงๆ มีแต่บอกว่าใช้ได้ อยากให้มีการผ่านเกณฑ์มาตรฐานใช้ได้แล้ว บางที มาจากจีน อินเดีย บังคลาเทศ หรือบริษัทที่ไม่ค่อยมีมาตรฐาน แต่จะไม่ให้โอกาสเขาเลยก็ไม่ได้ เขาก็ไม่โต แต่ควรจะมีการประกันที่มาเช็ค แล้วอนุมัติ ทุกคนเชื่อในนั้นก็คือจบ และทำให้ยาของเรามีมาตรฐานมากขึ้นด้วย

- ถ้ายา Local made ถ้าของขายผ่านสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ก็มีมาตรฐานผ่านจดลิขสิทธิ์ที่ชัดเจน น่าจะใช้เทียบเท่ากับยา Original ยกเว้นเป็นความเชื่อของบางคนว่าด้อยกว่ายา Original แต่น่าจะผิดได้ทางจริยธรรม แต่ผู้ป่วยมักจะว่าแพทย์ให้ยาดีหรือไม่ดี อันนี้ก็ควรเป็นประเด็นที่เราช่วยกันแก้ ยานี้ถูกเม็ดละสลึง ยานี้เม็ดละยี่สิบบาท ทั้งที่เป็นยาตัวเดียวกัน แพทย์สั่งยาตัวถูกไปก็ไม่หาย ความเชื่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยหรือญาติทัก ความเชื่อถือเป็นสิ่งที่สำคัญมากๆ แต่ก็น่าแปลกความเชื่อถือไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวแพทย์อย่างเดียว ขึ้นอยู่กับสถานที่ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้วย ต่อให้แพทย์ศิริราชไปนั่งตรวจในอนามัย ไม่มีใครเชื่อถือหรอก ต้องปล่อยให้ไปรอแพทย์นานแล้วค่อยไปเจออาจารย์แพทย์ ทำให้ผู้ป่วยเชื่อถือแล้ว ก็ไม่ได้ขึ้นอยู่กับแพทย์ว่าเก่งไม่เก่ง เราจะแก้อย่างไรกับความเข้าใจของผู้ป่วย ซึ่งจะมีส่วนสำคัญในการรักษาเยอะมาก ถ้ารัฐที่จริงตอนนี้เริ่มกำหนดมากขึ้น อย่าง สปสช., ประกันสังคม ว่า จะใช้ ยา Local made เมื่อใด จะใช้ยาOriginal ได้ ก็เริ่มมีระเบียบมาบีบบังคับภาครัฐในปัจจุบัน จะกระจาย Original ก็ต่อเมื่อ มีขั้นตอนอย่างไร พวกนี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาในการสั่งยาทั้งสิ้น การที่แพทย์สั่ง Original และกลับมาเปลี่ยนเป็น Local made บอกผู้ป่วยว่าเบิกไม่ได้แล้วยาตัวนี้แพง ก็เปลี่ยนมายาอีกตัวซึ่งตัวยาเหมือนกันถ้าใช้ได้ไม่มีปัญหาอะไร บางคนติดยาหน้าตาอย่างนี้ดีลูกบอกว่าดี แพทย์ต้องเซ็นต์ให้ ซึ่งถ้าแพทย์ไม่เซ็นต์ผู้ป่วยก็บ่นว่าทำไมแพทย์ไม่เซ็นต์เขากินยานี้มาตั้งนานแล้ว และคนที่ดูมุมองของระบบยา

- โรงพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลจะมีคณะกรรมการยาและมีเภสัชกร เวลาซื้อยาเขาก็จะต้องตรวจสอบมีการรับรอง เภสัชกรต้องมีการควบคุมยาให้มีประสิทธิภาพ ก็มีความจำเป็นถ้าจะใช้ยา Original หมดก็เป็นไปได้ยาก และไม่เอื้อในการพัฒนาด้วย ของเราจะเป็นบริษัทอะไรก็ตามแต่ละแห่งจะ Copy ถือว่าเป็นการพัฒนา ถ้าไม่ให้มียา Local made จะไม่มีการพัฒนาเราไม่มียาใช่เลย แม้แต่น้ำเกลือที่แดเข้าเส้นถ้าใครไม่ขายเราขึ้นมา หรือสงครามขึ้นมา เราจะเอาที่ไหนใช้ แต่ให้มีการควบคุมอยู่ด้วยเราก็พูดด้วยความมั่นใจมากขึ้นว่ามีกรรมการดูอยู่ ถ้าคุณคิดว่าใช้ไม่ได้ผลบอกมา ประเทศชาตอต้องมีคำว่าเศรษฐศาสตร์สาธาระณสุขก็สำคัญ ต้องให้ประชาชนมั่นใจได้ในระดับหนึ่ง ว่ามีองค์การเภสัชดูแล

- คิดว่าเขาก็มีมาตรฐานในประเทศ ไม่ว่าจะยา Local made หรือ Original มาตรฐานของคุณภาพยาไม่ได้ต่างกว่ากันมาก เพราะฉะนั้นจะใช้ในการรักษาโรคได้ทั้งคู่ ขึ้นอยู่กับว่าคนกลุ่มนี้ การรับบริการบางครั้งต้องใช้ปัจจัยอย่างอื่นอื่นด้วย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเงิน เรื่องบัตรทอง ต้องเป็นไปตามสภาวะที่เขาเป็นอยู่ การตรวจยาเขาไม่ได้ตรวจทุกล็อต เขาควรมีมาตรการตรวจทุกล็อตหากเป็นไปได้นี่คือที่ดีที่สุด ทำได้ไม่ได้อีกเรื่อง

- ยา Local made ก็มีหลายระดับ ความมั่นใจก็จะมี ต้องเป็นยาที่ไม่ถูกมาก คณะกรรมการอาหารและยาควรจะมีมาตรการที่ละเอียดกว่านี้ ควรตรวจจากการรักษาให้คนด้วย ต้องให้คนกินแล้วหาย เพราะคิดว่าโรงพยาบาลแพทย์ จะมีการเผยแพร่ผลของการใช้ยา Local made ได้ดีกว่า

<u>ประเด็นที่ ๒ ปัญหาเรื่องสินบนแพทย์</u>

๒.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนา ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ ทั้งที่มีการรับในนามโรงพยาบาลและในนามส่วนตัวของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- ทุกอย่างอยู่ที่ใจคนรับ แล้วแต่เราจะบอกว่าคนที่รับไม่ดีไม่ได้ ตราบใดที่ตัวเราเองยังต้องการของเขาอยู่ก็รับได้ แต่รับมาแล้วอยู่ที่ตัวของเขาเองว่าทำมาแล้วต้องไม่เป็นทาสบริษัทยา ประเด็นนี้ละเอียดอ่อน

- เห็นด้วย ต้องไม่ขัดกับจริยธรรมกับระเบียบ เป็นความรู้ใหม่ได้นำมาพัฒนาต้องมีส่วนร่วมกับบริษัทยาซึ่งแพทย์ก็ต้องใช้ บริษัทยาก็ต้องการนำเสนอออยากขายเป็นธรรมดา แต่บางอย่างก็เป็นเรื่องงานที่ได้นำความรู้มาพัฒนาในการรักษา แต่ละส่วนขึ้นอยู่กับแต่ละสาขา เรื่องการให้สินบนแพทย์ก็ไม่เห็นด้วย

- ไม่ใช่สินบน เพราะรับยามาไม่ได้จะจ่ายให้ผู้ป่วยเสมอไป ดูตามความเหมาะสม ถ้าใช้ยาไม่ถึง บริษัทก็ไม่ได้เรียกร้อง

- ไม่เห็นจะมีปัญหาถ้าเราบริหารจัดการได้ ถ้าเขาอยากให้คนเราอยากไป แต่ว่าถ้าคุณมีการจัดระบบที่ดีว่าไม่ให้มีการจ่ายยาแบบตั้งใจมากเกินไป ปัญหาจะเกิดขึ้นก็คือว่ามีการจ่ายยานี้เยอะแล้วจะได้ไปแต่ถ้าคุณมีการจัดารระบบที่ดีตั้งแต่แรกว่า คุณให้ยาตามมาตรฐานนี้ ถ้าส่วนที่เหลือผู้ป่วยต้องจ่ายเองก็ไม่มีผล

ต่อโรงพยาบาล ขณะเดียวกันผู้ป่วยก็จะรู้สิทธิ์ตัวเอง การที่จะว่าบริษัทยาให้ทุนไม่ใช้ปัญหาถ้ามีการควบคุมที่ดี

- เข้าไปในระดับโรงเรียนแพทย์ไปแล้ว

- ไม่เห็นด้วยเขาอ้างว่าเพราะผมเป็นแพทย์เด็ก เสียทั้งงานการ เสียความสมัคคีในกลุ่มงานแต่มุมกลับกันต้องปล่อยช่องว่าง ต้องช่วยคนส่วนน้อยด้วยว่าเขาไม่มีเงินพอ แต่คนดีๆเราจะช่วยอย่างไรโดยเฉพาะการนำเสนอวิชาการ ใช้ระบบราชการช้าลำบากไม่ทันการ ผมเคยทำงานวิจัยหลายปีก่อนต้องควักเนื้อรับจากบริษัทยาคนนั้นต้องเป็นคนของบริษัทยา ใครๆก็รู้ ทฤษฎีถูก ปฏิบัติเป็นไปไม่ได้

- ก็สองแง่ แง่ที่หนึ่งก็ดีจัดพวกนี้ ได้เผยแพร่ความรู้ทางด้านการแพทย์ที่เป็นความรู้ใหม่ บางบริษัทมองในแง่ธุรกิจว่าการสัมมนานี้เพื่อการแนะนำสินค้าและมีการจูงใจให้แพทย์ช่วยกันใช้ มีแต่ว่าบางบริษัทจัดเกี่ยวกับโรคหัวใจแพทย์สนใจก็ไปได้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย หรือเรื่องเบาหวานเขาก็จะเสนอแนวการรักษาใหม่ที่ไม่จำเป็นส่งไปที่เขาให้เราไปดูรูปแบบที่เคยทำแล้วดีถ้าเราพอใจก็มาทำที่เรา แต่ไม่ได้ขายสินค้าอะไรอย่างนี้โอเค

- ความจริงอันนี้แพทย์ไม่ค่อยเห็นด้วย มีความรู้สึกว่าบอกเพื่อนที่ร่วมวิชาชีพว่าต้อง พิจารณาตัวเองในใจไว้เสมอว่าเวลาที่เขาให้สิ่งต่างๆเหล่านี้เราต้องไม่ตกเป็นเครื่องมือของเขา มีบ่อยครั้งมราหมดปฏิเสธมีบางเรื่องที่แพทย์ลุกขึ้นมาทำให้กับสังคมแล้วบาดเจ็บกับตัวเอง อย่างเช่นที่แพทย์มาทำให้เด็กไทยไม่กินหวาน ไม่ให้มาเติมน้ำตาลในนมผงปรากฏว่าเจอแพทย์คนนี้ไม่เอาแล้ว เพราะว่านมผงของเขาโดนผลประทบ ซึ่งอันนี้แพทย์ถือว่าอยู่ในมโนสำนึกของแพทย์ด้วย จะรับทุนอะไรก็ตามจะต้องไม่มีเงื่อนไขในการที่จะทำให้เกิดข้อผูกมัด ถ้าให้มาในลักษณะที่ให้ความร่วมมือให้งานวิชาการนี้ทำให้เกิดอานิสงค์ให้กับเพื่อนบุคลากรด้วยกันโดยไม่มีเงื่อนไข

- เป็นเรื่องธุรกิจมันก็พูดอยาก เพราะว่าเวลาเราจะทำตรงนี้รัฐบาลมีเงินให้เราหรือไม่ รัฐบาลไม่มีหรอกเราต้องมีเงินเองเขาก็เสนอมาบริษัทต่างประเทศ ยาเขารู้อยู่แล้วรวยเพราะประเทศไทยขายกันทั้งโลกไม่ใช่ขายกันที่หนึ่งที่ใด ถ้าคุณทำตรงนี้ให้ได้คุณอยากได้คนมีความรู้ คุณอยากให้แสดงความรู้ออกไปนาๆชาติเขารับรองหรืออะไรต่ออะไร ในวงการแพทย์ก็เป็นระหว่างชาติไปแล้วในปัจจุบัน อย่างศิริราชดีกว่าเพื่อนได้เปรียบเพราะมีเงินเยอะทุ่มลงไป แต่ว่าเขามีส่วนได้เหมือนกัน เรื่องที่จะไปออกนอกประเทศต่างประเทศก็เป็นหมื่นแล้ว กินอยู่อีก ค่าครองชีพบ้านเขาแพงกว่าบ้านเรา ไปแล้วได้ประโยชน์แน่นอนเพราะวงการแพทย์เขาเป็น inter จะต้องมีการเข้าซึ่งกันและกัน และอีกอย่างเขายกให้เป็นแกนโลกในระหว่างประเทศ ซึ่งมีองค์กรกลาง ใครมีความสามารถในการวิจัย หรือทำงานเรียบเรียงข้อมูลแต่ทีนี้จะต้องบินไปบินมา เราต้องไปหาเขาๆเป็นศูนย์กลาง เขาไม่มาหาเราหรอก งั้นประเทศเล็กต้องวิ่งไปหาประเทศใหญ่ที่เขามีอุสาหกรรม มีศูนย์กลาง รัฐบาลเขาไม่ค่อยเกี่ยวแต่ว่าธุรกิจเขาจะมาอบรม

ประจำปี เหมือนของเรา ประเทศอื่นวิ่งไปเองเพราะเขาเป็นแหล่งความรู้ เขาแหล่งขาย ที่จะเอามาวิจัยด้วยใช้ประจำวันด้วยเราทำเองไม่เป็น

- คิดว่าเรื่องนี้มองได้สองมุม คิดว่าถ้าตรงไปตรงมา แต่ปัญหาก็ยังมีแน่นอน ถ้าป้องกันไม่ให้มีทางหน่วยงานก็ต้อง สนับสนุนให้เพียงพอ ที่จะให้แพทย์ต่างๆ ได้พัฒนาความรู้ความเพียงพอ ดังนั้นประเภทที่รัฐบาลไม่มีงบประมาณในการสนับสนุนตรงนี้ บางคนก็อยากพัฒนาตัวเอง ก็เกิดประเด็นคำถาม ก็มีคนให้ทุนแล้วบางคนเขาก็บริสุทธ์ใจ คืออยากเอาความรู้มาเพื่อใช้ประโยชน์ต่อสังคม คิดว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องจิตใต้สำนึก โดยที่เราไม่ได้คิดก็ต้องมีความผูกพันธ์กัน แก้ปัญหาก็คือว่าต้องมีระบบที่ทำให้แพทย์ ไม่ต้องหวังพึ่งบริษัทยา

- การรับทุนมีอะไรแทรกอยู่หรือเปล่า ถ้าแพทย์รับทุนไปสัมมนาต้องมองว่ามีประโยชน์ เพราะมีทุนให้แพทย์ไปดูหรือไปพัฒนาน้อยเกินไป ปีหนึ่งได้ไปหนึ่งครั้งต้องเอาวิจัยไปด้วย วิจัยเราออกทุกปีไหวหรอก ถ้าไม่มีสิทธิ์ไปเสนอไม่ได้ไปร่วมทุนความรู้ยิ่งเป็น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เราไม่พอกพูนความร์เราก็ถอยหลังแล้ว แพทย์ไม่ขัดแย้ง แต่ขอให้เป็นการสัมมนาของ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จัด เช่นตัวอย่างของสมาคมอเมริกาจัดประชุมทางด้านเกี่ยวกับเด็ก เขามาเสนอให้เราได้มีโอกาสไป สิ่งที่เราได้มาคืออะไร แพทย์มุมจุดนี้ แต่มีหลายแบบ เหมือนไม่ได้มีอะไรแต่จัดไปเที่ยวหรือมีสัมมนานิดหน่อย ไปสัมมนาเวียดนามแต่เอาแพทย์ไปไปพูดเวียดนามอันนี้ผิด แต่ถ้าเขามีการจัดสัมมนาแบบนานาชาติ มีการปลูกถ่ายอวัยวะ อย่างนี้เราไม่ได้ไปแถมยังต้องทำวิจัยอีก เขาไปถึงแล้ว และยิ่งในโรงเรียนแพทย์ตอนนี้ยิ่งแย่มีเงินก้อนนี้ไว้เพื่อให้ไปนำเสนอแต่งานนำเสนอกับเพิ่มพูนความรู้คนละเรื่องกัน ต้องกำหนดเลยว่าแพทย์ที่เป็นอาจารย์ระดับนี้ต้องไปพัฒนาตัวเองนะไม่ต่ำปีละหนึ่งครั้ง เช่น การปลูกถ่ายอวัยวะไปสองปีครั้ง ถ้าเป็นทางด้าโรคไตอื่นๆ สองปีครั้ง เราก็จะได้เลือก ให้เป็นมุมมองที่เราได้จริงไม่ผิด

- คิดว่าเรื่องนี้มีความก้ำกึ่งมาก ถ้าคิดว่าสั่งยาบางอย่างเยอะเพื่อจะได้ไปเที่ยว คงเป็นเรื่องคิดถึงประเด็นของการใช้ยาเป็นประการหลัก เพราะคิดว่าแพทย์ทุกคนคงคิดถึงการใช้ยาเป็นอันดับหนึ่ง แต่ผู้ป่วยจะใช้ยาหนึ่งก็ได้ยาสองก็ได้ ถ้าบริษัทยาหนึ่งใช้ดีมากแล้วให้แพทย์ไปคิดว่าคอรัปชั่นหรือเปล่าก็บอกไม่ได้ เพราะจำเป็นต้องใช้อยู่ดี เป็นกรณีที่เจอบ่อยที่สุด คนอื่นมองก็ไม่เข้าใจเพราะยาสองประสิทธิภาพเทียบกับยาหนึ่งไม่ได้ ถ้าในโรงพยาบาลเอกชนไม่มีปัญหาอยู่แล้วเพราะผู้ป่วยจ่ายได้ทุกอย่าง แต่ตอนนี้นี้ที่มีปัญหาเนื่องจากว่า ผู้จ่ายคือใคร คือรัฐบาล จากผู้ป่วยที่ไม่ค่อยดีนักจึงมีปัญหา คิดว่าการแก้ปัญหาที่ดีคือ จะต้องให้แพทย์อธิบาย เลือกยาดีที่สุดคือผู้ป่วยว่าแต่ละตัวต่างกันอย่างไรแล้วเขาเลือกเอง ถ้าเลือกเองอย่างนี้ไม่มีปัญหาว่าเราไม่ได้ ว่าเราสั่งยาตัวนี้มากเป็นพิเศษเพราะผู้ป่วยเลือก จะลดปัญหาลงได้ เราจะได้คุยกับผู้ป่วยเยอะ แสดงให้เห็นแล้วเขามีตัวเลือกเพราะเขาเลือกเอง แต่ที่จริงแล้วไม่ได้สนับสนุนให้บริษัทยาให้เงินแพทย์ไปเพื่อเที่ยวหรือเอาไปไหน การที่จะสนับสนุนในส่วนอื่นมากกว่า เช่น จัด

กิจกรรมบางอย่างเพื่อเสริมสร้างความรู้ถ้าในตัวคนไม่ดี ให้ในองค์กรจะดีกว่าให้สนับสนุน กับโรงพยาบาลอย่าให้แพทย์ แพทย์คนนี้ทำเยอะไปก็ไม่ได้ประโยชน์ ไม่แนะนำให้ตัวต่อตัว

- ส่วนตัวจะไม่รับและไม่เอาด้วย ถ้าไปกรุงเทพก็ยอมรับได้เพราะไปเข้าร่วมประชุม บริษัทยามีการสนับสนุนเช่นนั้นจริง แพทย์ก็ต้องซื่อตรงต่อตัวเองว่ารับของบริษัทมาแล้วต้องสามารถที่จะยืนยันความบริสุทธิ์ ในวิชาชีพของเราได้หรือเปล่าถ้าเรารับมาเราไม่มีผลประโยชน์อื่นก็โอเค เหมือนคอมพิวเตอร์ อาจารย์หลายคนก็รับเช่นนี้ เพราะว่าเขาไปประชุมบรรยายทั้งที่เขาไม่มีทุน แต่ถึงเวลาเขาต้องพัฒนาตามให้ทัน เขาเดินทางโดยสารสายการบินมาได้ พักค้างในโรงแรมได้ เพราะบริษัทสนับสนุน แต่ต่อนี้ไปอาจารย์แพทย์ก็จะพูดในสิ่งที่คิดเองไม่ได้เกี่ยวกับบริษัท แต่ถ้าบริษัทให้ไปและอาจารย์แพทย์หรือแพทย์นั้นบอกตามที่บริษัทบอกก็ไม่ควร

- ก็มีการควบคุมอยู่แล้วตามหลักเกณฑ์ อาจจะมีเป็นครั้งคราวก็ให้เป็นประโยชน์ก็ต้องมีหนังสืออะไรอาจจะผ่านราชวิทยาลัยฯ หรือคณะกรรมการ

- ไม่ควร แต่ก็เป็นไปได้ยากในปัจจุบัน ทำให้ยามีราคาเพิ่มขึ้น เพราะคิดว่าราชวิทยาลัยฯก็มีการสัมมนาอยู่เรื่อยๆ การประชุมสำคัญทางวิชาการ ขอให้ใช้ไปตามคุณภาพ

- ไม่ควร แต่ว่าก็เป็นไปไม่ได้เพราะว่าในโลกปัจจุบันมีธุรกิจมาแทรกเยอะ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องคอรัปชั่นเล็กๆ แต่ก็มีกฎกติกาของแพทยสภาเหมือนกัน แต้อยากให้มีปัญหาเพราะไปทำให้ราคายาเพิ่มขึ้นการรักษาที่ต้องเพิ่มขึ้น สมาคมและวิทยาลัยต่างๆก็มีการประชุมกันทุกปีมีทุนมากขึ้นเรื่อยๆ คิดว่าพอเพียงแต่บางเรื่องต้องมีสปอนเซอร์บางเรื่อง คิดว่าคงมีส่วนที่ทำให้ตัวนี้เกิด การประชุมวิชาการของแพทย์สำคัญเป็นหัวใจหลัก และแพทย์คงคิดได้ว่าอะไรควรไม่ควรแต่การประชุมจะพิจารณาว่าใช้ยากลุ่มไหนมากกว่า การไปเปิดบูทคิดว่าไม่ได้ไปชักจูงให้แพทย์ใช้ยานั้นได้ เพราะเราต้องใช้ยาที่เหมาะสมกับโรคเหมาะสมกับสิ่งที่ทำอยู่ เราต้องไว้ใจแพทย์ว่าเขามีการตัดสินใจที่ดีมีคุณภาพของความรู้ที่ดี

- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะแพทย์ต้องเป็นธรรม และถูกต้อง ส่วนของโรงพยาบาลก็จะไม่ค่อยได้ เพราะบริษัทยาไม่ค่อยให้

๒.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับทุนจากบริษัทยาเพื่อวิจัยยา ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยาของบริษัท ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- ต้องประกาศว่าเป็นผลงานวิจัยที่ได้รับทุน คนตรวจสอบจะได้รู้ทันทีว่าผลงานวิจัยที่ได้รับทุนนั้นจากบริษัทยาบริษัทไหน เพราะต้องมีการแปลนิดหน่อย การแปลก็ต้องระวังเพราะถ้าเราแปลตรงไปตรงมาถ้าไม่ได้ผล บริษัทนั้นก็ไม่ได้อะไรก็ไม่เป็นไร ต้องเปิดเผยด้วยว่าสารเสพติด ถ้าเราไปหางานวิจัยเราก็จะได้รู้ว่างานวิจัยไหนไม่ใช่รับแก็ง หรือไม่มีอะไรต่างๆโดยถูกหลัก ถ้ามีอันนี้เข้ามาเราจะได้รู้ไว้ บางทีแพทย์ก็ไม่รู้

- ไม่ติดสินบน แพทย์ไม่ได้สั่งยาตัวนั้นตลอด ถ้าผู้ป่วยไม่ดีขึ้นก็เปลี่ยนยา ถ้าใช้ยาตัวนั้นๆเยอะก็แสดงว่ายาตัวนั้นดีจริง
- ตอนนี้มีระเบียบการวิจัยที่แพทย์และโรงพยาบาลต้องปฏิบัติตามนั้น ต้องทำตามหลักสากลด้วยการวิจัยที่รับทุนมาทำการวิจัยจะต้องแจ้งในระหว่างการวิจัย ว่ารับทุนจากที่ไหนและการวิจัยถ้าต้องขาดการพิจารณาไตร่ตรองว่ามีผลต่อผู้ป่วยหรือเปล่า ถ้าอยากจะให้ก็ต้องไปดูว่าจะทำได้หรือเปล่า ต้องดูในเงื่อนไขซึ่งแพทย์ต้องพิจารณา ก็มีทั้งบางอย่างที่ทำแล้วมีประโยชน์ก็ได้ บางอย่างทำไม่ได้ก็ได้ แพทย์ต้องพิจารณาให้รอบคอบ
- ก็อาจจะจำเป็นกับประเทศที่ยังไม่มีเงินมากพอ ทำให้งานไปได้ ต้องมาดูข้อผูกมัด และดูว่าแฝงอะไรอยู่หรือไม่ แต่ถ้าดูแล้วเป็นข้อตกลงที่ดีและเหมาะสมก็จะดีทั้งสองฝ่าย
- งานวิจัยที่เป็นกลางๆ คิดว่าเห็นด้วย แต่คนส่วนใหญ่ก็เขวไปที่บริษัทยา
- งานวิจัยเองของแพทย์ก็มีปัญหาเหมือนกัน บางทีวิจัยเสร็จเราก็รู้บ้างไม่รู้ผลบ้าง โรงพยาบาลขนาดเล็กเราไม่ค่อยสนใจตรงนั้น เราเน้นการบริการมากกว่าการวิจัย ถึงแม้มีก็ต้องขออนุมัติตามหลักเกณฑ์
- เป็นงานวิจัยก็มีได้อยู่แล้วเพราะเป็นข้อตกลงกันแน่นอนว่า ค่าเงินสนับสนุนการวิจัยส่วนไหนจะให้กับผู้วิจัยส่วนไหนจะให้กับองค์กร เช่น งานวิจัยที่จะผลิตยา Local made ให้เทียบเท่ากับยา Original ก็ต้องผ่านงานวิจัย
- เขาให้ทุนวิจัยก็รับไปเพราะเขามีสัญญากันอยู่แล้ว เพราะคุณจะมาวิจัยในบ้านเราคุณต้องขออนุญาตเรา เขารู้ว่าคุณทำมาครบขั้นตอนหรือไม่ขบวนการที่รับรอง คณะกรรมการอาหารและยาของประเทศนั้นหรือไม่ เพราะ คณะกรรมการอาหารและยาเขาดูอยู่ คุณกำลังวิจัยจะเอาแค่จุดไหน เพราะถ้ากระทำอันนั้นไปล่วงสิทธิ์ส่วนบุคคลจะมีปัญหา
- ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายของคนทำวิจัย ถ้าคนทำวิจัยคิดว่าทำไปเพื่อที่จะได้รายได้ เข้ามาเพื่อเงินได้มาใช้จ่ายโดยที่ไม่ได้คำนึงถึงผลดีผลเสีย การไปเซ็นต์สัญญาการทำวิจัยก็เพราะว่าง่ายดี ในประเทศสหรัฐอเมริกาจะยาก เป็นการทดลองของผู้ป่วย ถ้าเป็นในรูปแบบนั้นก็ไม่เห็นด้วย แต่ถ้าที่ทำวิจัยมองภาพรวมรวมแล้วคิดว่าการทำวิจัยนี้เป็นประโยชน์ช่วยผู้ป่วยได้ส่วนหนึ่ง ที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยหรือความบริสุทธิ์ใจ คิดว่าไม่เป็นปัญหาอะไร ตรงนี้แหละที่วัดอยากต้องไปวัดที่ใจ
- ในการทำวิจัยขึ้นอยู่กับว่าเขาต้องการที่จะให้มีชื่อเขาหรือไม่ ถ้าเขาบอกเขาไม่ต้องการมีชื่อแปลว่าได้ต่อให้แพทย์ใช้ยาเขา แต่เขาไม่ได้มีหนี้ แต่แพทย์ที่ทำต้องเป็นคนคิดโครงการเอง อยากใช้ยาเขาเพราะยาเขาใช้กับเด็กต่างประเทศมาเยอะแล้ว ดูยาเขาว่ากับเด็กไทยเป็นอย่างไรก่อนจะใช้เป็นทางการ จะบอกว่าเด็กไทยกับเด็กในประเทศทางยุโรปก็อาจไม่เหมือนกัน เชื้อชาติต่างกันการทำลายยาก็ต่างกันการตอบสนองกับยาก็ต่างกัน อย่างนี้คิดว่าไม่ผิด แต่ถ้าสมมุติว่าบริษัทมาให้แพทย์ทำโดยที่เขาบอกว่าบริษัทตัวแทนจำหน่ายยากำหนดมา แพทย์คิดว่าต้องดูเป็นเรื่องๆ เพราะบริษัทยามาเขาจะทำเป็นการประชุม

นานาชาติ เขาจะใส่ชื่อคุณ เพราะเดี๋ยวนี้เขาให้แจ้งแต่ไม่มีสิทธิ์จะไม่แจ้งไม่ได้ ยกเว้นว่าเขาเหมือนบริจาคเงอนมากกว่า ตรงนี้ก็มีสองมุมมอง หนึ่งมาจ้างเราทำหรือไม่ ให้เงินเราหรือไม่ ถ้าเราทำไปสิบเรื่องได้เรื่องละหมื่น อันนี้ต้องมีคนดูแลเพราะเท่ากับมีการคอรัปชั่น แต่ถ้าผู้ป่วยหนึ่งคนเราจะให้ยาเท่านี้ เพราะจริยธรรมมีอยู่แล้วว่าถ้าคุณได้มาเงินต้องเข้าจริยธรรมกี่เปอร์เซ็นต์ ที่เหลือคุณต้องมาแบ่งกับเจ้าหน้าที่ๆติดตามคุณ มีรายละเอียด อาจารย์อยากให้เรื่องของเราอยู่ในระดับนานาชาติกับเขาบ้าง ไม่งั้นไม่มีคนไทยอยู่ในการศึกษาอะไรเลย แต่ว่าทุนวิจัยทำให้นักวิจัยได้ เราอย่างไปมองว่าเขาเป็นบริษัทเข้ามาให้การสนับสนุนแล้วต้องไม่ดี ถ้าเขาเขียนมาชัดเจน อาจารย์หัวหน้าโครงการวิจัยนี้ต้องได้ค่าตอบแทนที่ชัดเจนและได้ประโยชน์กับผู้ป่วยก็คิดว่ายอมรับได้

- บริษัทยาก็เหมือนกัน ก่อนที่เขาจะลองยาตัวใดตัวหนึ่งได้ ถ้าเราไม่ทำคนอื่นก็ทำ ถ้าเราตั้งมั่นในจริยธรรมของเราได้ดี ก็ไม่มีอะไรเกิดขึ้น เมื่อไหร่ที่เราไม่ตั้งมั่นในจริยธรรมที่ดีอันนี้จะเกิดขึ้นทันที เพราะฉะนั้นบริษัทยาเขาก็เลือกแล้วว่าการตีพิมพ์ของเขาเลือกผู้วิจัยต้องมีมาตรฐานพอสมควร ถ้าไม่มีมาตราฐานผลงานของเขาก็เชื่อถือไม่ได้ คนก็ไม่เชื่อ รัฐบาลต้องสนับสนุนทางการแพทย์ให้มียาใหม่ๆ และนวัตกรรมที่ดี เพียงแต่ว่าเราตั้งมั่นว่าของเราดีแค่ไหนเท่านั้นเอง และการเลือกอาสาสมัครก็คงจะต้องไม่เน้นย้ำเรื่องค่าตอบแทน ควรเน้นเรื่องข้อมูลที่จะได้ประโยชน์ที่จะได้รับมากกว่าให้เป็นองค์ความรู้ต่อส่วนรวม

- การวิจัยยาแต่ละตัวมีการใช้เงินมาก ถ้ารัฐเราเองไม่มีเงินมากพอในการวิจัยยา ถ้าเราจะรับยาเพื่อมาวิจัยทำโครงการให้กับบริษัทยาก็ดีถ้ายานั้นมีประโยชน์ และยานั้นทางประเทศเราได้อะไรมาบ้างกับยาตัวนั้น และเป็นการวิจัยที่ถูกต้องตามหลัก แบบไม่มีใต้โต๊ะ เช่นมีทุนให้ทำวิจัยจะมีบอกชัดเจนว่ามีค่าอะไรบ้างเป็นไปตามระเบียบ และให้ค่าตอบแทนผู้ป่วยเท่าไหร่ ค่าตอบแทนพยาบาล ห้องปฏิบัติการเท่าไหร่ และก็ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมให้ชัดเจน และทุกอย่างต้องโปร่งใส ยาที่จัดหาได้ยากเช่นของโรคเขตร้อน เกี่ยวกับโรคพยาธิไม่มียาใหม่ ตอนนี้มีแต่ยาคนรวย เช่น ยาเบาหวานยาหัวใจ ยาความดัน เอาใจคนที่มีฐานะดีในสังคม บริษัทไม่ได้ทุ่มลงมาที่ยาวัณโรค ยามาลาเรีย

- มีคณะกรรมการที่โรงพยาบาลอยู่แล้วจะรับอะไรไม่รับอะไรแค่ไหน โรงพยาบาลก็เคยไม่อนุญาตในบางเรื่องมาแล้ว คิดว่ามีจริยธรรมควบคุมอยู่แล้ว

- งานวิจัยได้ต้องผ่านกรรมการจริยธรรมไม่ใช่เรื่องง่าย การทดลองในมนุษย์อะไรเยอะแยะ บางทีก็จากกระทรวง ทบวง หรือโรงพยาบาลเองบ้าง

- ทุนวิจัยก็ยังพอรับทุนมาทำการศึกษาวิจัยได้ แต่แพทย์ก็ต้องซื่อสัตย์ในการทำ แต่ก็ควรจะลงไปที่โรงพยาบาลมากกว่า

๒.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับแจกสิ่งของเล็กๆ น้อยๆ ในกรณีที่แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท เช่น ปากกา ทิชชู สมุด ตำรา ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- คิดว่าไม่มีผล อยู่ที่คุณภาพของยาที่แพทย์จะสั่งให้ผู้ป่วยมากกว่า
- ถ้าเป็นการรับสินบนก็ไม่ถูกต้องตามหลักจริยธรรม
- คิดว่าเหมือนการโปรโมทสินค้า ไม่ใช่ติดสินบน เพราะเมื่อสินค้านำมาแจก ก็มีโลโก้ของสินค้านั้นๆ คิดว่าตอนนี้ทุกหน่วยงานภาครัฐเริ่มมากดดันแพทย์มากขึ้น
- อยู่ที่บริหารจัดการ แต่ก็ไม่ดีนักถ้าเกิดจะเยอะเกินไป ยาบางตัวไม่ใช่ว่าแพทย์จะสั่งเยอะแต่ด้วยคุณภาพและประสิทธิภาพในการรักษาก็ดีที่สุดอยู่แล้วก็ต้องสั่ง แต่ยาบางตัวที่ประสิทธิภาพไม่ดีแต่คุณมาขายแล้วยังมีแพทย์สั่ง อันนี้ต้องพิจารณาว่าคงมีผลเหมือนกัน ซึ่งถ้าเป็นการจดทะเบียนยาใหม่ในต่างประเทศที่เราถือหลัก ในประเทศสหรัฐอเมริกาถือว่าตัวยาใหม่จะต้องมีการพิสูจน์ได้ว่าตัวยานั้นมีประสิทธิภาพในการรักษาหรือมีผลต่อผู้ป่วยดีกว่าเดิม เขาถึงจะให้จดสูตรใหม่ เพราะฉะนั้นของเราอาจจะต้องใช้วิธีนี้หรือไม่ ตอนนี้เหมือนโฆษณาขายของ ของไม่ดีโฆษณาดีก็ขายดีได้ แต่ยาไม่ควรจะให้เป็นไปตามหลักการอย่างนั้น
- ถ้าอุดหนุนผู้ที่ทำงาน มองเป็นตัวเลขเกินไป สังคมควรเห็นเป็นการเอื้ออำนวยความสะดวกกันมากกว่า เป็นกระบวนการค้า สร้างความสัมพันธ์กัน เรื่องนี้เป็นกระบวนการปกติ แต่ต้องไม่โจ่งแจ้งในการส่งผลต่อการสั่งยาเพราะค่าตอบแทนเหล่านั้น
- เหมือนกับการโฆษณาการใช้โทรศัพท์ ถ้าจะแก้ประเด็นนั้นยานำเข้ามาเป็นสิ่งของสำหรับใช้ในโรงพยาบาล
- เป็นความต้องการของผู้ให้ แต่เป็นความต้องการของของผู้รับหรือเปล่าอันนี้แพทย์ก็ต้องนำมาคิด เว้นแต่ว่า อาจจะผูกมิตรแล้วก็ให้กับองค์กรเป็นสวัสดิการเข้ามาแบบนี้ก็คงไม่ค่อยสนใจกัน ที่สำคัญที่สุดอยู่ที่จริยธรรมแพทย์แต่ละคนอยู่แล้ว ถ้าเรายเป็นอาจารย์แพทย์บอกได้เลยว่าแทบจะไม่มีเรื่องราวพวกนี้เลย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลก็ยังเล็งเห็นถึงข้อนี้ว่าในหมู่วิชาชีพตอนนี้แพทย์เชื่อว่า วิชาชีพแพทย์ยังเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ยังไว้วางใจได้ สิ่งที่เล็กๆน้อยๆจะเกิดขึ้นบ้าง เทียบกันไม่ติดกับแพทย์ทั้งหมด
- ถ้าบริษัทยาให้อะไรเขาหวังผลอยู่แล้ว สิ่งที่แจกให้เพื่อหวังผล และสิ่งที่แจกทำให้เกิดผลให้ใช้ยาบริษัทมากขึ้น อย่างนี้คิดว่าไม่สมควร แต่อย่างที่เคยทำในลักษณะให้การสนับสนุนแล้วแพทย์มาดำเนินการโดยที่คนได้รับสิ่งต่างๆนี้ ไม่ได้รู้ว่ามาจากบริษัทยา ตรงนี้คิดว่ายอมรับได้ บริษัทที่เขาศรัทธากับการทำงานของแพทย์ เขาอาจให้ด้วยความบริสุทธิ์ใจ โดยไม่ได้หวังผลด้านการค้ามาก ถ้าอย่างนั้นก็ไม่ได้เป็นประเด็นปัญหาอะไรแต่จะหายาก
- เราต้องมีจุดยืนของความเป็นแพทย์ ถ้าไม่เกี่ยวกับการสนับสนุนวิชาการ ตัวอย่างห้องพักแพทย์มีของมาเต็มไปหมดให้แพทย์กิน ที่ทำงานของอาจารย์แพทย์เองแม้แต่กระดาษชำระยังไม่ให้เอาเข้าห้องเพราะไม่ให้เกิดการว่าขึ้นมาได้ และก็สอนอยู่เสมอว่าให้เอาครูเป็นตัวอย่าง แต่ถ้าเราจัดงานวิชาการและเขาสับสนุนเพื่อให้แพทย์เข้ามาประชุมได้ ต้องเข้าใจว่าสำนักงานอาจารย์แพทย์ไม่มีเงิน จะเอาที่ไหนให้คน

มาประชุมกิน ต้องออกเงินเองหรือ เงินเดือนก็น้อย ขอให้เป็นมุมมองว่าอย่าเป็นประโยชน์ส่วนตน ในชีวิตของเรามีทั้งขาวและดำ มองสำหรับเดินสายกลางที่ไม่เห็นแก่ตัว เห็นแก่วิชาชีพ เห็นแก่ผู้ป่วยที่รับบริการของเรา ที่เราพัฒนาความรู้ความสามารถให้ดีขึ้น ผู้ได้รับประโยชน์คือผู้ป่วย

- เรื่องของการเลือกใช้ยาสำหรับผู้ป่วย ถ้าไปห้ามเขาคงยาก ถ้าต่อไปนี้ตู้เย็นแพทย์ต้องว่าง ต้องมีตราบริษัทยามาติดแล้วมีประโยชน์อะไร ถ้าแพทย์ไม่สนใจว่าเครื่องหมายสินค้าว่าเป็นเครื่องหมายอะไร กินแล้ว ก็ทำเหมือนเดิมเหมือนปกติ ไม่มีปัญหา แต่ถ้าเขาเอาของมาหาแต่เราบอกว่าอย่าเอามาให้เลย เรารับไม่ได้หรือไม่ใช่เรื่อง เพียงแต่เราคิดว่าการรับของนั้นเป็นการติดสินบนหรือเปล่า ถ้ารับของแล้วต้องปฏิบัติตัวเหมือนเดิม คนให้ของหรือไม่ให้ของก็ปฏิบัติตัวเหมือนเดิม อันนั้นสำคัญกว่า เลยกำหนดจำนวนราคาของที่ให้เป็นจำนวนสามพันขึ้นมา แต่คิดว่าไม่ได้ขึ้นกับสามพันเลย เพราะมีทางอ้อมไปอีกเยอะถ้าจะให้จริงๆ ไปเที่ยวเป็นหมื่นก็ไม่รู้อยู่ดี และถ้าทำจริงๆเขาไม่ทำต่อหน้า เขาทำไม่มีใบเสร็จ การกำหนดไม่มีอะไรอยู่ดี ทำให้รู้สึกว่าทำไมแพทย์ถูกบีบคั้นขนาดนี้ ทำไมอาชีพอื่นอื่น ทนาย ไม่เห็นมีเลย สาลก็ไม่เห็นมีเลย นักการเมืองก็ไม่เห็นมีเลย เรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องสำคัญอะไรเพราะขึ้นอยู่กับตัวแพทย์เอง

- คิดว่าไม่ได้เป็นเรื่องสำคัญมาก แต่อยู่ที่แพทย์ว่ารับมาแล้ว จะมีจริธรรมในตัวเองหรือไม่ ในตำราก็เช่นเดียวกัน

- ถ้าของเล็ก เช่น ให้ปากกา กระดาษ รับมาแต่ไม่ได้ดู ทำมาเพื่อการโฆษณา อันนี้ไม่ได้เป็นประเด็นมากนัก ของแค่นั้นไม่ได้ทำให้แพทย์เสีย แต่สามพันบาทที่ตั้งมา ก็ดีเมื่อเรารับมาเราไม่มีการเอียงซ้ายเอียงขวา มีกฎอย่างที่ว่านี้ดีแล้วแพทย์พาณิชย์ที่เวียนเทียนให้ตรงได้ก็โอเค แต่เยอะมาเกินสามพันก็น่าจะเสียแล้ว ดูไม่ค่อยดีเท่าไหร่ ไม่ควรจะรับ ก็เป็นวิธีการตลาดอย่างหนึ่งของบริษัทยา แต่ถ้าให้เพื่อหวังผล แต่ป้องกันแพทย์ได้ระดับหนึ่ง

- องค์กรแพทย์ก็ดูแลอย่าให้มากเกินไป โดยมากจะเชิญอาจารย์มาบรรยายเชิงวิชาการ ก็มีปากกานิดหน่อย บางทีก็มีประโยชน์เหมือนกันเพราะเชิญอาจารย์มาจากขอนแก่นบรรยายเรื่องโรคเรื่องยา อาจารย์ที่มาจะไม่พูดถึงยาบริษัทนี้แม้แต่นิดเดียว

- คิดว่าไม่ดี แม้การที่บริษัทซื้อตำราให้ก็ยังไม่ค่อยดีนัก น่าจะให้กับห้องสมุดของโรงพยาบาลน่าจะดีกว่าได้เป็นส่วนกลางของโรงพยาบาลที่ทุกคนมาใช้ได้

๒.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในกรณีที่แพทย์มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามองค์กร หรือในนามส่วนตัว ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- ยอมรับว่าคือสินบน ผิดจรรยาบรรณแพทย์ คิดว่าเป็นเรื่องน่าเกลียดที่ทำ แต่แพทย์ก็คือคนทำงานคนนึง ถ้ารับแล้วสบายใจก็รับไป แต่ก็เป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม เหมือนเป็นกลยุทธ์ทางการตลาดที่แนะนำกับแพทย์ แล้วแต่แพทย์คนไหนจะรับไม่รับ

- ส่วนใหญ่ก็ไม่ค่อยมีคนมาเสนอ ปัญหาไม่ได้อยู่ที่ว่าแพทย์รับหรือไม่รับอยู่ที่ระบบจัดการ ถ้าระบบจัดการไม่ดีแพทย์จะสั่งยี่ห้อ ก. มากแต่ถ้าคุณไม่มี ยี่ห้อ ก.ให้สั่งผู้ป่วยก็ต้องจ่ายเงินเอง และถ้าเขาอยากให้ผู้ป่วยเสียเงินก็เอายี่ห้อ ก. แล้วเขาได้เปอร์เซ็นต์ ไม่ผิดกฎหมายแต่ว่าผิดจริยธรรม แต่ถ้าความคิดของคุณหวังเพื่อจะได้เปอร์เซ็นต์เพิ่มขึ้นอย่างนี้ไม่ถูกต้อง แต่ถ้าเป็นสิ่งที่ต้องทำและมีเหตุผลที่ต้องทำอย่างนี้ก็ไม่เป็นไร
- ในนามส่วนตัวก็น่าจะผิด ถ้ารับและใช้เพื่อวัตถุประสงค์ส่วนรวมก็รับได้ส่วนหนึ่ง คิดว่าถ้าองค์กรได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐเพียงพอก็คงไม่มีปัญหาเหล่านี้
- ส่วนตัวเคยโดนบริษัทยาด่าว่า แพทย์นี่โง่ ไม่เอาก็บวกอยู่แล้วเพราะลดไม่ได้
- ถ้าซื้อที่บางบริษัทก็อาจจะมีการจัดให้เป็นสวัสดิการ เป็นส่วนรวมของโรงพยาบาล โดยส่วนตัวจะไม่มีเมื่อจะเอาขนานยาใดเข้าโรงพยาบาลต้องประชุมกรรมยา มีเกณฑ์อยู่ว่ามีอะไรบ้าง ที่ให้บริษัทเข้าไป มีการควบคุมราคา ควบคุมปริมาณจากการใช้ ยาทั่วไปเก็บไว้ประมาณสองเดือนมีหลักเกณฑ์ควบคุมอยู่ก็มีการบริหารตามนั้น
- คิดว่าถ้ามีเข้าค่าตอบแทนเข้าในนามองค์กรกลางก็จะดีกว่า ตัวองค์กรกลางก็มีข้อกำหนดมาเลยว่า ให้ยึดประโยชน์ของผู้ป่วยสูงสุดเป็นตัวตั้ง คิดว่าเรื่องแบบนี้คงเกิดขึ้นได้บ้าง
- ผิดอยู่แล้วเรื่องนี้เป็นเรื่องไม่สมควร ถ้าให้นามนามองค์กรคิดว่าน่าจะเป็นประโยชน์
- ไม่เห็นด้วยอย่างมาก แพทย์ใช้วัสดุอะไรสักอย่างหนึ่งกับผู้ป่วยต้องไปลดราคาให้ผู้ป่วย ไม่ใช่มาให้ค่าตอบแทนกับแพทย์ แต่ถ้าบอกว่าแพทย์ใช้ของบริษัทแล้วบริษัทให้แพทย์ไปประชุมวิชาการเพื่อจะได้เข้าใจว่าวัสดุของคุณมีประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างไร เพื่อให้แพทย์มีความรู้ความสามารถเพื่อทำให้ผู้ป่วยคนนั้นดีขึ้น แต่ไม่เห็นด้วยที่ซื้อเหล็กอันหนึ่งใส่ให้ผู้ป่วย ลดให้ยี่สิบเปอร์เซ็นต์อันนี้คิดว่าเป็นคอรัปชั่น นำไปเป็นส่วนลดให้ผู้ป่วยดีกว่า ถ้าให้ในนามองค์กรอันนี้ได้ ถ้าใช้ของบริษัทเยอะก็ถือว่าเหมือนกับตัดกำไรส่วนหนึ่งมาพัฒนาองค์กร ส่วนองค์กรจะเอาไปพัฒนาในเรื่องความเป็นอยู่ของแพทย์ ในเรื่องของทำให้แพทย์อยู่อย่างมีความสุข อันนี้ได้ไม่ผิด แต่ย่าให้องค์กรอย่าไปบีบบังคับบริษัทแล้วทางบริษัทก็มาขึ้นราคา
- อันนี้เหมือนยา ขึ้นอยู่กับความจำเป็น ตอนนี้บริษัทที่ให้บริการตรวจ CT เขาจะดูว่าแพทย์คนไหนทำ ถ้าจะแก้ไม่ให้เขาส่งมาที่เดียวคือโรงพยาบาล และเอาเงินนี้ไปพัฒนาระบบของโรงพยาบาลให้มีจุดยืนเองไม่ต้องไปขอจากข้างนอก ถึงจะถูกต้อง หรือให้มาเป็นสวัสดิการต่างคนต่างได้เหมือนๆกัน จะดีกว่าและลดการครหา คือบางทีแพทย์จะสั่งยาแต่โดนครหาแพทย์ก็ไม่อยากสั่ง เป็นผลเสียกับผู้ป่วยถ้ามองในด้านลบยี่ห้อนี้ดีและเขาให้เงินเยอะ ไม่กล้าสั่งโดนเขาครหาทั้งที่ดีกว่า ทั้งที่ผู้ป่วยมีเงินจ่ายแต่แพทย์ก็ไม่กล้าสั่งต้องดูทั้งสองด้าน บางโรงพยาบาลเขาก็กำหนดเลยว่าบริษัทนี้เข้ามาก่อนเขาผลัดกัน

- ไม่ควรเอาการที่ได้รับสิทธิ์จากผู้ป่วยว่าได้มาเท่าไหร่ โรงพยาบาลเราส่งรับการตรวจสแกนสมอง ข้างนอกไม่รับค่าแพทย์ และไม่ใช่ให้เขาเอากำไรเพิ่มขึ้นต้องคืนผู้ป่วยจริงๆ ควรเป็นค่าส่วนลดให้ผู้ป่วย การรับคิดว่าน่าจะไม่เป็นสีดำแต่ก็ไม่ขาวเท่าไหร่ เป็นเทาๆเยอะ ก็ไม่เหมาะ คิดว่าให้ในนามโรงพยาบาลก็ไม่ควร แพทย์ไม่ควรจะรวยกับวิชาชีพแพทย์ แพทย์มีหน้าที่ให้ ให้โดยไม่มีเงื่อนไขอย่างนี้ได้ ถ้าเรามีเจตนาที่ทำอะไรที่ไม่บริสุทธิ์เพื่อประโยชน์ของเรา ไม่ควรทำ แต่ถ้าทำไปด้วยบริสุทธิ์ใจนั้นเป็นตัวอย่างที่ดี
- ให้ในนามแพทย์ซึ่งเป็นราชการนี้คงไม่ได้ ถ้าให้ในนามองค์กรก็แล้วแต่ แต่แพทย์ไม่ควรที่มีจิตใจจะรับได้ส่วนนั้น เพราะได้แล้วก็จะใช้ยี่ห้อนั้นถือเป็นสิ่งไม่ดี
- ไม่เห็นด้วยในเรื่องนี้ ถ้าโรงพยาบาลของรัฐก็ให้ผลักค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ เข้าโรงพยาบาลน่าจะดีกว่า
- ไม่น่าจะมี แต้ถ้าเปอร์เซ็นต์จะผลักเข้าไปในโรงพยาบาล ไม่ใช่ของใครคนใดคนหนึ่ง แต่ไม่เห็นด้วยถ้าเขาเอาเปอร์เซ็นต์ให้แพทย์ หากให้ในนามโรงพยาบาลก็ได้จะได้เข้ามาช่วยในการจัดการประชุมจัดเลี้ยงอบรม จะเอาเงินจากหลวงมาทำให้เป็นเรื่องเป็นราวยาก ได้แค่ค่าอาหารมากกว่า เงินส่วนนี้ก็จะได้มาช่วย
- ไม่เห็นด้วย ในทุกระบบของการให้ค่าตอบแทนจากการสั่งให้มีการตรวจ (Reward-Kickback) คิดว่าใครรับไปก็บาป

<u>ประเด็นที่ ๓ ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม</u>

๓.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ" ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- สิทธิผู้ป่วยดี แต่ผู้ป่วยเข้าใจผิดหรือเปล่า เพราะแพทย์มองว่าประเทศไทยปัญหาการศึกษายังเป็นปัญหาอยู่ การศึกษาทั่วไปๆของประชาชนส่วนใหญ่ เพราะเคยมีแพทย์สิทธิออกมา แพทย์เคยอธิบายสิทธิที่ผู้ป่วยต้องรู้แล้วเราก็ให้เขาตัดสินใจว่าจะเลือกทางไหน แต่เขาไม่เข้าใจ อยู่ที่ความเข้าใจของแต่ละคน เขาก็ต้องศึกษาเหมือนประชาธิปไตย ระเบียบวินัย ผู้ป่วยก็ต้องมีสิทธิผู้ป่วย มีของแพทย์ด้วย ต้องให้คนไปศึกษาเพิ่มเติมและรับรู้เรื่องสิทธิของเขา
- เห็นด้วย ในการบริการของโรงพยาบาลจะต้องให้การสนับสนุนสิทธิผู้ป่วยให้ได้ทั้ง ๑๐ ข้อ
- น่าจะมีการโฆษณาให้ประชาชนรับทราบ คิดว่าประชาชนก็อยากเรียนรู้ในเรื่องนี้
- ก็ยังรักษาเหมือนเดิม ถ้าเราไม่มีการคิดเบี่ยงเบนการรักษาหรือรักษาเขาให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ก็เป็นไปตามรัฐธรรมนูญ ขึ้นอยู่กับแพทย์มากกว่าว่าจะคิดอย่างไร
- คิดว่าคนจะอ่านรัฐธรรมนูญกันกี่คน และคนไทยเมื่อไม่เข้าใจก็ไม่ถาม
- ต้องมีรายละเอียดทั้งฝ่ายของผู้ป่วยและฝ่ายแพทย์ ตอนนี้ผู้ป่วยที่ใช้ช่องว่างอย่างนี้มากจนมากดดันฝ่ายแพทย์มากเกินไป ซึ่งต้องมีหน้าที่ควบคู่กันด้วย

- เห็นด้วย แต่บางทีอาจมีผลทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ แต่สิทธิผู้ก็คงจะเลือกได้เยอะแต่ก็มีสิทธิของผู้ให้การรักษา บางคนไปทำแท้งมาไม่บอกพอขูดมดลูกก็ติดเชื้อก็มีปัญหา ติดเชื้อในช่องท้องจนเสียชีวิตก็จะเกิดปัญหา
- บ้านเรามีข้อด้วยคือมีแต่สิทธิ์อย่างเดียว แต่หน้าที่ไม่มี ไม่ใช่แค่เรื่องนี้ แพทย์กำลังพูดถึงหน้าที่พลเมืองซึ่งหายไปแล้ว สิทธิของพลเมืองเรียกร้องกันทุกฝ่าย แต่พอเป็นหน้าที่พลเมืองก็จะเป็นจุดอ่อนมากเหมือนกับมองไม่เห็นฝั่ง หน้าที่เกิดขึ้นต้องมีคู่กันไป อย่างเช่น เวลาเอายาไปแต่ไม่กิน แต่เวลามาบอกแพทย์ว่ากิน แต่อาการไม่ดีขึ้น มองว่ายาไม่มีประสิทธิภาพ การมีหน้าที่อย่างนี้ต้องให้มีด้วย
- รัฐธรรมนูญมีอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องต้องให้รายละเอียดออกมา ต้องกำหนดให้ชัดจะบอกลอยๆไม่ได้ ก็เข้าใจว่าต้องอลุ่มอล่วย การตั้งอะไรขึ้นมาก็ตั้งได้ทั้งกฎระเบียบกฎหมาย แต่ว่าเมื่อตั้งขึ้นมาแล้วจะเกิดปัญหาเยอะขึ้น โรงพยาบาลอำเภอมีแพทย์น้อยมีงานมาก โอกาสผิดพลาดก็มากด้วย ก็จะมีการส่งโรงพยาบาลจังหวัดมาก ก็ไปเป็นภาระโรงพยาบาลระดับจังหวัดมาก
- ก็คิดว่าไม่มีใครไปขัดรัฐธรรมนูญ แต่ว่ารัฐธรรมนูญคืออะไรตามความเป็นจริงเขียนไปอย่างนั้น ถามว่ามีผลอะไรกับการแพทย์ คิดว่าน้อยเพราะว่ามีคนทราบสักกี่คนที่มีรัฐธรรมนูญเขียนเอาไว้เราก็ไม่ไปขัด
- เห็นด้วย เพราะรัฐธรรมนูญก็ควรมีบทบัญญัติตรงนี้เอาไว้ให้เป็นบันทัดฐาน เพราะว่าทุกคนควรมีสิทธิ์ขั้นพื้นฐาน
- ทุกคนจะได้เข้าถึงทางการแพทย์ ในระดับที่เท่าเทียมกัน แต่ว่าอะไรคือเท่าเทียมกัน คนรวยไปตรวจคลินิกได้ กับอีกคนไม่สามารถเข้าถึงได้ คิดว่าเท่าเทียมกันไม่มี แต่คิดว่าทุกคนต้องอยู่ในมาตรฐาน ส่วนที่เกินไปก็เกินได้ บางคนเกินไปเยอะเกินไปน้อย บางคนรวยมากให้แพทย์ตรวจที่บ้านก็ได้อันนี้เข้าถึงกัน กับให้โรงพยาบาลตรวจก็เข้าถึงเหมือนกัน อีกอย่างหนึ่งคือ สิทธิ์กับหน้าที่ต้องมาด้วยกัน ไม่ใช่มีแต่สิทธิ์อย่างเดียวหน้าที่ไม่มี ผู้ป่วยมีสิทธิ์ก็ต้องมีหน้าที่ หน้าที่ที่ดีควรให้ความร่วมมือในการตรวจ บางคนต้องการจะให้หายโดยไม่ทำอะไรสักอย่าง แนะนำก็ไม่ทำอะไรสักอย่าง พอมีเรื่องก็มาโวยวาย ต้องใช้อธิบายและสิทธิต้องคู่กับหน้าที่ แพทย์ก็มีสิทธิ์ปฏิเสธการรักษาได้เหมือนกัน ว่าเราไม่ได้เก่งทุกเรื่อง หน้าที่ต้องมาก่อนสำคัญกว่า สิทธิ์เป็นสิ่งที่เราได้ อย่างไรก็ต้องทำหน้าที่ก่อนถึงจะได้สิทธิ์
- เห็นด้วยทั้ง ๑๐ ข้อ เพราะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่ถูกต้อง แต่เหมือนที่ทุกคนพูดว่ามีสิทธิ์ของผู้ป่วยแล้วต้องมีหน้าที่ของผู้ป่วยด้วย เป็นสิทธิ์ของผู้รับบริการด้วยเหมือนกัน ปัจจุบันคนภายนอกเขาจะมองว่าออกแค่นั้นไม่ได้ มีสิทธิ์ผู้ป่วยนั้นดีแล้ว แต่ถ้าบอกว่ามีสิทธิ์ของผู้ให้บริการด้วยไม่งามที่จะบอก หรือแม้แต่แพทยสภาจะออกข้อเท็จจริงมีการสื่อสารการแพทย์ก็ดี เช่น ผู้ป่วยมีสิทธิ์ได้รับบริการที่ดี แต่ผู้ป่วยต้องมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับแพทย์ อย่าปกปิดอะไรบางอย่าง บางโรงพยาบาลเขียนไว้

ว่าการให้ขอมูลเท็จเป็นผิดทางกฎหมาย ผู้ป่วยให้ข้อมูลผิดๆถูกๆหรือจงใจก็มี ผู้ให้บริการก็ควรจะมีสิทธิ์ เช่นกันว่า เราสามารถที่จะปฏิเสธผู้ป่วยได้ในบางกรณี

- เป็นหลักการกว้างๆอยู่แล้ว ก็มีประโยชน์ทุกคนได้ประโยชน์ได้คำนึงถึงว่าทุกคนมีสิทธิ์ที่จะได้รับตามรับรอง
- เห็นด้วย และควรมีหน้าที่ผู้ป่วยด้วย น่าจะเกิดจากใจมากกว่าในการรักษามากกว่าให้กับผู้ป่วย
- เห็นด้วยทุกข้อ แต่อันนี้ไม่มีหน้าที่ผู้ป่วย แพทย์มีความรู้สึกที่ดีกับผู้ป่วยอยากรักษาให้เขาหายจากโรค หรือคำแนะนำที่ดี เป็นความรู้สึกในใจอยู่แล้ว ว่าเราจะทำอะไรให้ผู้ป่วย ถ้าใช้คำว่าสิทธิของแพทย์เป็นคำที่แข็งไป แต่เป็นเกราะไว้เพราะมีชมรมฟ้องแพทย์
- เป็นเรื่องที่พูดด้านเดียวไม่ได้พูดถึงหน้าที่เลย และต้องมีสิทธิทั้งคู่ ต้องมีหน้าที่มากับสิทธิเสมอ

๓.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๒ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิด้านการเมือง เพศ อายุและลักษณะของการเจ็บป่วย” ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- เห็นด้วย แพทย์ต้องทำแบบนั้นเพื่อให้เกิดจริยธรรม ต้องทำตามความหนักเบาของโรคได้
- การแพทย์ก็สอนมาแบบนี้ ผู้ป่วยคือผู้ป่วย เขาจะมาอย่างไรก็ต้องตรวจ
- เราก็ไม่เลือกปฏิบัติอยู่แล้ว แต่เลือปฏิบัติที่ว่าในสิ่งที่ไม่จำเป็นให้ผู้ป่วยเป็นบริการที่ไม่จำเป็นที่อยู่ในกองทุนทั้งหลายเราก็คงทำตามมาตรฐาน แต่ผู้ป่วยที่เขาต้องการซื้อบริการบางอย่างที่ดีขึ้น เขาก็มีสิทธิ์ที่จะซื้อได้
- เป็นสิ่งที่ควรทำอย่างยิ่ง ถ้าถูกสอนมาแล้วในโรงเรียนแพทย์
- เราไม่เลือกอยู่แล้ว คนไทยยังมีปัญหาเรื่องผู้มีพระคุณคนรู้จักอยู่เป็นประเพณีทำเนียม โรงพยาบาลต้องหาทางออก ต้องเข้าอีกทางคนรู้จักเจอทุกวันๆละหลายๆรายด้วย
- ส่วนใหญ่เห็นด้วย แต่การให้บริการ ต้องดูในรายละเอียดอื่นด้วยเช่นในศาสนาอิสลามเขาเห็นด้วยหรือไม่ อย่างตายไม่รู้สาเหตุต้องผ่าหมือนกัน
- โดยหลักมนุษยธรรมแพทย์ต้องทำให้โดยไม่ให้แตกต่างกัน
- ถูกต้องไม่ควรเลือกปฏิบัติอยู่แล้ว ส่วนใหญ่เขาทำอย่างนี้อยู่แล้ว
- เห็นด้วยว่าไม่ควรเลือกปฏิบัติ แต่ว่าจะต้องทำในบริบทเท่าที่ทำได้ ต้องไม่กำหนดออกมาว่าทุกที่ต้องทำได้ ทำให้ผู้ทำงานลำบากใจ และจะกลายเป็นการเลือกปฏิบัติและถ้าเขาทำไม่ได้เขาอาจจะบอกว่าเขาขอไม่รับรักษาคนนี้ เพราะรัฐธรรมนูญเขียนไว้ว่าเขาต้องทำได้ แต่เขาไม่สามารถทำได้เขาไม่รับ เวลาเรารับกฎเอาไว้เรากำหนดกฎลักษณะไหน ถ้าเป็นลักษณะที่ว่าให้เหมาะสมกับสถานพยาบาลที่สามารถจะดูแลผู้ป่วยได้ อันนี้เห็นด้วย

- จะให้แพทย์ตรวจผู้ป่วยสองคน จะให้คุยกับคนแปลกหน้าเราคุยกันอยากหรือไม่ก็ไม่เหมือนกันอยู่ดี แต่ว่าแค่ไหนพอ เราไม่ได้ดูถูกคนจน แต่ก็ระดับหนึ่งคนที่เป็นญาติสนิทเราก็อีกแบบหนึ่ง คิดว่าถ้าให้เหมือนกันเอาเครื่องมาตั้งเลยดีกว่า เพราะตรวจเหมือนกันจริงๆ แต่มีสิ่งที่เรียกว่ามาตรฐาน เกินมาตรฐานไม่ได้เป็นสิ่งผิด แต่คนที่ไม่ได้มาตรฐานต้องได้เกินมาตรฐานทุกคน ถ้าเราเขียนมาตรฐานไม่ชัดเจนละ นี้ไม่ค่อยมีปัญหา ก็ทำตามนี้แต่ถ้าทำเกินก็ไม่ผิด
- การตีความนั้นสำคัญ ว่ามีสิทธิแค่ไหนเพียงพอแค่ไหน การเพียงพอให้อยู่ในบริบทที่อยู่ในสังคมได้ มีสิทธิ์ที่จะทราบข้อมูข มีสิทธิ์ที่จะทราบชื่อ คำว่าฉุกเฉิน คำว่าพอเพียง ตีความว่าอย่างไร โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค เวลามีปัญหารักษาได้ทุกที่ไม่ต้องไปโรงพยาบาลของรัฐก็ได้ ฉุกเฉินของผู้ป่วยเขาเป็นอย่างนี้เขาฉุกเฉินแล้ว แต่ฉุกเฉินของแพทย์ตีความว่าอย่างไร ว่าถึงแก่ชีวิตหรือเปล่า หรือเหตุเกิดเฉียบพลันหรือเปล่า การตีความในบริบทนี้ต่างกันก็ต้องเป็นกรณีไป ถ้าเราเข้าใจผู้ป่วยผู้ป่วยเข้าใจเราก็โอเค อย่าไปพูดเรื่องสิทธิ์มากยิ่งไปกันใหญ่
- เป็นหน้าที่แพทย์อยู่แล้ว แต่ขอมีสิทธิ์ในส่วนของแพทย์บ้าง

๓.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๓ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน เพื่อสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมและไม่ยินยอมให้การรักษาพยาบาล” ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา
- เห็นด้วย เพราะมีเหตุการณ์ดูแลของเรา เราต้องอธิบายให้เขาเข้าใจแล้วไปถามเขาว่าเข้าใจแค่ไหน เช่น เป็นมะเร็งต้องอธิบายผู้ป่วยให้หมด แต่ต้องมีเทคนิคในการอธิบาย ในการบอกด้วยว่าผู้ป่วยรับรู้ได้แค่ไหน โดยการแอบไปถามญาติผู้ป่วย คุยกับญาติ หรือถ้ารับไม่ได้เลยก็บอกกับญาติ
- ควรจะมีการบอผู้ป่วยในส่วนของตัวเองที่ให้บริการ รวมถึงข้อมูลในการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับยา
- จำเป็นมากในกฎแพทย์ในการรักษาชีวิตเขา ต้องบอกข้อดีข้อเสีย และเขาจะตัดสินใจอย่างไรก็สิทธิ์ของเขา
- ทุกคนต้องบอกเขาเป็นเรื่องปกติ ไม่บอกก็ทะเลาะกันแย่ บางทีต้องดูญาติด้วยถ้าแจ้งข่าวร้ายมากๆต้องแจ้งญาติไม่ใช่แจ้งผู้ป่วยอย่างเดียว บางคนแจ้งแล้วก็รับไม่ได้ก็ต้องดูเป็นรายๆไปทั้ง ญาติ ผู้ป่วย และสภาพแวดล้อม
- สำคัญมาก ที่ทำงานก็กำลังพัฒนาอยู่ด้วย ในส่วนของแบบฟอร์มและขั้นตอนการยินยอม ก็มีความลำบากในการทำความเข้าใจอยู่เหมือนกัน
- ยังไม่ดีให้มากจะมีปัญหา ในหน่วยบริการจะต้องตั้งหน่วยเกี่ยวกับเรื่องนี้ขึ้นมาโดยเฉพาะ เพราะแพทย์ไม่มีเวลา เช่น ที่โรงพยาบาลถูกญาติกล่าวหาว่า ไม่มีแพทย์เลย ทั้งๆที่แพทย์มาดูตลอดทิ้งเช้า เย็น ปัญหาคือผู้ป่วยอยู่บนเตียง แต่ญาติมาเวลาสองทุ่มสามทุ่ม เรามีประเด็นนี้ที่เราแก้ไม่ได้ เช่น การผ่าตัด

กระดูกรัฐบาลให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายมาไม่พอ ในฐานะโรงพยาบาลไม่สามารถทนแบกภาระได้นานๆ ไม่อยากขอบริจาคเพราะแพทย์ไม่อยากพูดในการขอบริจาค

- ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูล ถึงอย่างไรต้องยึดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นตัวตั้ง เช่นข้อมูลบางอย่างที่เขาได้เป็นมะเร็งหรือโรคบางโรค ถ้ารู้เขาจะเกิดปัญหาขึ้นมาได้ แต่ถ้าไม่ได้เป็นคนที่เราประเมินเขาหน้าควบคุมเขาได้ แต่การให้ข้อมูลจะทำให้เขาตัดสินใจง่ายขึ้นอันนี้ต้องทำ

- บางแห่งใช้พยาบาลอยู่เวรตอนกลางคืน ตัวแพทย์ก็ไม่ลงมาพยาบาลก็เกรงใจ เกรงใจกันในหน้าที่อยู่แล้ว โดนเฉพาะเรื่องคลอดอันนี้สำคัญก็เป็นปัญหาอยู่เพราะเมียเขาลูกเขา เขาต้องรักแล้วไม่ได้ตรวจให้ละเอียด ปล่อยไว้ยืดเยื้อ แล้วมีโรคแซกขึ้นมา เลยฟ้องร้องขึ้นมารวมทั้งทุกอย่าง พ่อแม่เขาลูกแม่เขาต้องโกรธแน่ๆ ก็พูดเท่าที่จะพูดได้แต่ว่าก็มีหลายวิธี การพูดออกไปบางครั้งทำให้ผู้ป่วยกลัวก็มี ไม่ยอมรักษา บางทีก็ด่า ถ้าพูดตรงเกินไป หาว่าไม่ต้อนรับ หรือขับใสไล่ส่ง คิดไปกันได้ทั้งนั้น บางคนก็ไม่ต่อปากต่อคำ แต่ในปัจจุบันอย่าพูดเล่น อาจมีการฟ้องร้องกันขึ้นหรืออาจมีการทำร้ายเอาได้ เรื่องแบบนี้เคยมีประวัติถูกทำร้ายมาแล้ว

- เห็นด้วย คือไม่มีประเด็นอะไรตรงไปตรงมาในชีวิตจริง เช่น อันไหนดีอันไหนไม่ดี อันถูกอันไหนไม่ถูก ถ้าเราให้ข้อมูลถูกหมดทุกอย่างแต่ถ้าญาติเป็นคนตัดสินใจ บางทีดูแล้วว่าไปไม่ได้แต่ถ้าญาติบอกว่าให้ดำเนินการรักษาต่อ เราก็ต้องรักษาต่อถ้าเรามองภาพรวมของประเทศ การที่เรารักษาคนส่วนนั้น เราควรเอาเงินไปรักษาคนส่วนอื่นที่เจ็บป่วยเป็นร้อยคนได้ ดีกว่าเรามาทำอย่างนี้คนเดียวและก็ไม่ได้ประโยชน์ หากถามว่าคุณรู้ได้อย่างไรว่ารักษาแล้วเขาเป็นอย่างไรผมบอกไม่ได้ แต่ถ้าจากประสบการณ์เราก็พอจะเดาได้ บางครั้งก็ต้องดูในหลายมิติ ถ้าจะเอาอย่างนี้หมดผู้ป่วยก็สบาย ถามว่าผู้บริหารประเทศเคยมองหรือไม่ว่าต้องสูญเสียไปเท่าไหร่ในเรื่องนี้เพราะไม่ได้มองภาพรวม

- เห็นด้วย อันนี้เป็นการกันเพื่อฟ้องร้องการให้ข้อมูลกับเขาที่พอเพียง และให้ผู้ป่วยได้เลือกที่จะรักษาแบบไหนเราต้องกล่อมเกลาแพทย์ที่จะจบออกไป ให้มีคุณลักษณะที่เปิดใจกว้าง บางทีเป็นเพราะต้นแบบจากอาจารย์แพทย์ เขาจะเห็นอาจารย์ตัดสินใจให้ผู้ป่วย อันที่จริงให้ผู้ป่วยได้ความรู้สึกว่าดีที่สุด แต่ในยุคนี้เปลี่ยนไป ผู้ป่วยมองเราไม่เหมือนอดีตเราก็ต้องเปลี่ยนตัวเอง ถึงแม้ว่าเราจะตัดสินใจให้เขาดีที่สุดแต่เราอย่าไปตัดสินใจให้เขา เพราะถ้าเขามีทัศนคติที่ไม่ดีกับเรา เขาก็มองว่าเราไม่ดี

- ต้องมีการทำหลักฐาน มีการเซ็นต์กันทุกอย่างจนบางครั้งทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยห่างเหินกันมากขึ้น เหมือนกับว่าทุกครั้งจะไปตรวจต้องเซ็นต์ เพราะเขายังไม่เข้าใจเอกสารพวกนี้ แพทย์จะทำอะไรพิเศษหรือเปล่า ก็จะหวาดระแวงและสงสัยว่าแพทย์จะตุกติก อย่างนี้ทำให้แย่ลงระหว่างสองทีม คิดว่ามีทั้งข้อดีข้อเสีย การเซ็นต์บางทีแพทย์ไม่ได้เห็นความสำคัญ แต่ถ้าทำอะไรไปไม่มีเซ็นต์แพทย์ก็มีผิดอย่างเดียว เพราะฉะนั้นตรงกลางๆ และจะต้องให้ความรู้กับผู้มาตรวจมากขึ้นว่าเอกสารพวกนี้ดีทั้งแพทย์และผู้ป่วยทั้งสองฝ่ายเข้าใจก็ไม่มีปัญหาอะไร

- โดยภาพรวมแพทย์ก็จะต้องคุยกับผู้ป่วย คุยกับญาติให้เข้าใจอยู่เสมอเพื่อที่จะช่วยกันตัดสินใจ
- ประกาศมาแล้วก็เป็นสิทธิของผู้ป่วย ต้องดำเนินการตามที่กำหนด

๓.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๔ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือโดยรีบด่วน ตามความจำเป็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะขอร้องหรือไม่” ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- ถูกต้อง สิทธิข้อนี้ต้องดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินแล้วก็ค่อยว่ากันอีกทีนึง เช่น มีผู้ป่วยมาแล้วช่วยชีวิตไว้เสร็จแล้ว แล้วอธิบายว่าผู้ป่วยเป็นอย่างไร ถ้ารับไม่ได้ก็ต้องอธิบายว่าเป็นอย่างไร ที่ไหนๆก็มีการอธิบาย ว่าเมื่อช่วยชีวิตไปแล้วผู้ป่วยจะอยู่ได้นานหรือไม่ เป็นอย่างไร ญาติจะพากลับบ้านเลยหรือจะให้อยู่ต่อ อย่างไรก็ต้องช่วยชีวิตผู้ป่วยก่อน
- เห็นด้วย ถ้ามาในกรณีฉุกเฉินแพทย์ก็ต้องช่วยอยู่แล้ว โดยต้องช่วยผู้ป่วยให้รอดชีวิตก่อน
- อันนี้ก็ปกติอยู่แล้ว ที่จริงการปฏิบัติต้องดูให้หมด บาดเจ็บที่รุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ง่ายเราต้องดูแลให้เหมือนกันทุกคนให้ทันเวลา
- แน่นอนอยู่แล้ว แต่จะทำได้แค่ไหน ทำได้ในระดับหนึ่งในโรพยาบาลเอกชน ก็ยังพบปัญหาในการ ส่งต่อผู้ป่วย (Refer) บางครั้งแพทย์ก็ต้องการทำตามจริยธรรมแพทย์ ในบางโรงพยาบาลในบางครั้งก็มีการผลักภาระเหมือนกัน
- เห็นด้วย อย่างกลางคืนมีอุบัติเหตุมา คนที่มาส่งเขาไม่รู้ว่าใครเป็นญาติ ในสถานการณ์นั้นเราต้องเย็บแผล ใส่ท่อช่วย ส่งต่อ อย่างนี้ อยู่ในดุลพินิจของแพทย์ผู้รักษาขณะนั้นเราดำเนินการเลย โดยไม่ต้องมองค่าใช้จ่าย เราดูแต่ว่าเรารักษาได้หรือไม่ได้ ไม่ได้ก็ส่ง
- อันนี้เป็นข้อกำหนดอยู่แล้วว่าเราต้องทำ โดยไม่ต้องสนใจว่ามาจากที่ไหนอย่างไรเอาชีวิตรอดก่อน
- ด้วยมนุษยธรรมเขาต้องช่วยเหลือก่อน แต่จะมีผลลบตามมาจากการช่วยเหลือนี้หรือไม่ สังคมก็ต้องช่วยแพทย์ด้วย อยู่ในดุลพินิจต้องช่วยอยู่แล้ว หากว่ามีกองทุนช่วยตรงนี้ไปช่วยอีกที่หนึ่ง ต้องสร้างจิตสำนึกให้โรงพยาบาลเอกชนว่าคุณไม่ใช่จะเอากำไรอย่างเดียว การที่มีฉุกเฉินขนาดนี้การช่วยชีวิตผู้ป่วยนี้สำคัญสุด การที่คนเข้ามาไม่ใช่ว่าต้องได้กำไรหมดทุกคน คุณต้องช่วยเหลือสังคม จะได้หมดปัญหาตรงนี้ไป
- ทำเพื่อประโยชน์ผู้ป่วย ฉุกเฉินจริงๆผู้ป่วยอุบัติเหตุ ตกเลือดมากก็ต้องผ่าตัดทันที แต่หาญาติยังไม่มาจำเป็นต้องทำก็ทำเพื่ผู้ป่วย ถ้าไม่จำเป็นจริงแพทย์เขารอได้ สมมติเด็กสิบสามหัวใจเต้นช้าลงรอพ่อแม่ยังไม่มาแต่ยังไม่บรรลุนิติภาวะเราก็ต้องช่วย โรงพยาบาลเอกชนเขาจะดูเรื่องไฟแนนส์ โรงพยาบาลเอกชนเองอาจจะเก็บเงินเข้ากองทุนกันเอง พอเจอผู้ป่วยฉุกเฉินให้น้ำเกลือเขาก่อน แล้วย้ายไป

โรงพยาบาลของรัฐและก็ไปเบิกจากกองทุน คิดว่าพอทำได้ เมื่อก่อนการที่บอกว่าตียงเต็มเป็นเทคนิคที่ชั่วร้าย หรือผู้ป่วยอยู่เขตพื้นที่ไหนพื้นที่นั้นต้องรับผิดชอบ

- หน้าที่ก็พูดอยาก ไม่รู้จะเอาตรงไหรเป็นบรรทัดฐาน ข้อมูลบรรทัดฐานว่าตัวนี้เรียกอะไร ควรไม่ควรตรงไหน แต่ว่าส่วนมากโรงพยาบาลใหญ่ๆ รัฐเองเขาก็ดูว่าจะได้เงินหรือเปล่า เช่น แย่กันที่สุดที่เราเห็นคือ อุบัติเหตุ ถ้าเงินเราหมดก็เลิกแล้ว ในปัจจุบันที่แย่เรื่องก็มาจากเงิน โรงพยาบาลให้ทิฟคนก็แย่งกัน และอีกอย่างโรงพยาบาลนั้นไม่มีเงินเดือนประจำ ให้เป็นเคต์ๆเขาก็ต้องหาเงิน ถ้าพูดแล้วต้องสาวลึกลงไปว่ามีอะไรอีกบ้างหรือไม่ ส่วนมากเรามาพูดลอยๆ พอเกิดเรื่องก็โวยไป

- อันนี้คิดว่าควรจะเป็นจริยธรรมของแพทย์ คือ ถ้าผู้ป่วยมีความฉุกเฉินเข้ามาขอให้ช่วยเบื้องต้นไปก่อน ในส่วนของโรงพยาบาลเอกชนนี้ผู้ป่วยเข้าไปรักษาเบื้องต้นแล้ว ไม่มีคนรับผู้ป่วยคนนี้ต่อ อาจเป็นที่ระบบส่งต่อกันไม่ดี เขาก็ต้องมีสิทธิ์ว่าเขาจะช่วยได้สักแค่ไหน ไม่ใช่ช่วยหมดเลยรักษาผู้ป่วยคนนี้จนหาย แล้วไม่ได้สักบาท อย่างนี้ก็เกินไป คือเข้าไปที่ฉุกเฉินแล้วช่วยเบื้องต้น แต่คนที่จะดูแลเขาต่อ ระบบตรงนี้และแย่หน่อย เพราะมีเรื่องของสิทธิที่รัฐบาลต้องดำเนินการ คือว่าผู้ป่วยต้องไปตามสิทธิ์ของเขา โรงพยาบาลก็ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยคนนี้ ถ้าไม่รับไปก็ไปจ่ายให้เขา ระบบนี้ดีต่อเนื่อง การที่เขาจะปฏิเสธผู้ป่วยนี้จะน้อย เราต้องมีมุมมองที่อย่ามีอคติ สำหรับรัฐบาลไม่มีปัญหาอยู่แล้ว คือเราต้องมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว ยกตัวอย่างว่าทำไมคลินิกทำไมเขาไม่ยอมดูแลเพราะเขาดูแลไม่ได้ ถึงจะเป็นแพทย์แต่ไม่มีเครื่องมือ ไม่ใช่ว่าจะผลักภาระ แสดงว่าเขารู้ตัวอยู่ ต้องชื่นชม บางคนบอกว่าเข้าคลินิก ทางคลินิกก็ไม่ยอมรับ เพราะรับแล้วอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

- แพทย์ก็คงหวังดี แต่การไปช่วยไม่ได้หวังให้ตาย ไม่ใช่แพทย์ไม่เก่งแต่ผู้ป่วยจะตายอยู่แล้ว แต่พอผู้ป่วยมาฟ้องคนที่เสียใจคือแพทย์คนที่ไปช่วย ไม่รู้จะทำอย่างไรดีช่วยก็ผิดไม่ช่วยก็ผิด บางทีที่เห็นๆ บอกไม่ได้ว่าผลลัพธ์คืออะไร ผู้ป่วยจะรอดหรือ ถ้ารอดแพทย์ก็เป็นเทวดาถ้าตายก็เป็นอะไรก็ไม่รู้ แต่อย่างไรก็ตามแม้กระทั่งว่าถ้าเราไม่ใช่แพทย์เราไปเห็นคนเจ็บเราก็เข้าไปช่วยอยู่ดี อันนี้เป็นระดับหน้าที่ของคน เพียงแต่แพทย์อาจทำได้ดีกว่าเท่านั้นเอง แต่ถ้าพวกมูลนิธิร่วมกตัญญูไปช่วยไม่เห็นต้องเซ็นต์ไม่เห็นต้องถามอะไรเลย ต้องยอมรับกันว่าแพทย์ก็คนสิ่งที่ได้มาก็ทำดีที่สุดแล้ว อาจจะต้องปกป้องแพทย์ว่า แม้ผู้ป่วยอาจจะมีข้อแทรกซ้อนบ้างเราต้องยอมรับ การรับผู้ป่วยฉุกเฉินของเอกชนก็จะมีบ้างเหมือนกัน ที่ติดต่อกับบางโรงพยาบาล อันนี้ต้องแก้ทั้งสองฝ่าย บางทีรัฐบาลก็อยากเพราะเตียงเต็มเยอะร่วมกตัญญูก็เห็นไปรัฐบาลทีไรไม่เห็นได้สักที ต้องไปอีกที่เลยดีกว่า ก็คิดว่าไม่ได้ร่วมมือกันแบบพิเศษ แต่บางทีโรงพยาบาลเอกชนก็ใจร้าย บางทีเรื่องนิดเดียวทำทุกอย่าง คงเป็นเรื่องจริยธรรมอันนี้ แต่ถ้าหน่วยงานของรัฐก็ต้องเข้าไปกำกับดูแล อาจจะเปิดเป็นศูนย์ของเหตุฉุกฉินที่ชัดเจนขึ้น หรือไม่ก็ให้บริการได้อย่างรวดเร็วกับพวกร่วมกตัญญูที่เข้าไปช่วยในด้านงาน และก็ให้การฝึกฝนจนทำเป็น

- ก็มีการดำเนินการอยู่แล้ว ทางแพทย์ก็มีการดูว่าคนนี้ด่วนคนนี้ไม่ด่วน ควรจะไปตึกไหน ควรจะดูใคร ฉุกเฉินของแพทย์กับฉุกเฉินของผู้ป่วยเหมือนกัน ไม่เหมือนมีนิดหน่อย การแพทย์ดีกว่าหลายประเทศ ลองไปป่วยต่างประเทศดูจะรู้ว่าลำบากกว่านี้เยอะ
- ก็เป็นหน้าที่อยู่แล้ว ก็ต้องดำเนินการเรื่องนี้ เอกชนก็คงไม่มี คิดว่าฉุกเฉินของแพทย์กับฉุกเฉินผู้ป่วยไม่ตรงกัน

๓.๕ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๕ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับทราบ ชื่อสกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้บริการตน” ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- เป็นพื้นฐานที่ต้องรู้ เป็นความโปร่งใสในชื่อ ตำแหน่ง ของแพทย์ที่จะได้ ความคิดเห็น รับผิดชอบในการรักษา
- สมควร ต้องมีป้ายหน้าห้องตรวจ เวลาผู้มารับบริการจะได้ระบุเฉพาะเจาะจงว่าใครเป็นผู้ตรวจรักษา และแพทย์แต่ละคนก็จะได้ระวังในการปฏิบัติหน้าที่
- เห็นด้วย ถ้าผู้ป่วยไม่ยินยอมแพทย์ก็ไม่มีสิทธิในการรักษา เป็นการผิดกฎหมายด้วยหากแพทย์จะทำ
- ต้องควรรู้ผู้ให้บริการ ติดชื่อแพทย์ผู้รักษาอยู่บนหัวเตียง มีชื่อผู้ป่วยอยู่ข้างล่าง ผู้ที่มาแทนแพทย์แล้วแนะนำตัว ถ้าทำได้ก็ดี ตัวผู้ป่วยมีสิทธิ์จะรู้ว่าแพทย์คนนี้คือใคร
- ตอนนี้ผู้ป่วยที่นอนที่นี่ทุกคน พยาบาลจะแจ้งญาติ ผู้ป่วยอยู่แล้วว่าใครเป็นเจ้าของไข้ คนไหนเป็นแพทย์เวรและถ้าแพทย์ประจำบ้านที่มาตรวจรักษาก็มีสัญญลักษณ์อยู่แล้ว ว่าคนนั้นอยู่สายนั้นสายนี้ แต่ถ้าผู้ป่วยหนักอยู่อยู่ญาติก็ไม่มีก็ไม่รู้จะแจ้งใคร
- การรายตัวก็มีความจำเป็นในการแจ้งชื่อแพทย์ต่อผู้ป่วย นักศึกษาแพทย์ อาจารย์แพทย์ก็ต้องสอนโดยให้แนะนำตัวเองก่อนที่จะรักษาผู้ป่วย
- การแนะนำตัวของแพทย์ความต้องการของผู้ป่วยมีน้อยมาก กลายเป็นคนกลางที่ต้องการให้เกิดเช่นนั้น เพราะโรงพยาบาลมีชื่อแพทย์รับผิดชอบอยู่แล้ว ผู้ป่วยต้องการเมื่อมีปัญหา หรือตอบแทน แต่น้อยมาก
- ไม่ถึงกับต้องรายงานตัว ถ้าคนไหนสนใจก็รายงานให้ทราบ อาจจะถามพยาบาลว่าแพทย์ที่มาดูชื่ออะไร แต่ไม่จำเป็นรายงานทุกราย ดูผู้ป่วยหลายคน หลายเตียงแนะนำตัวอยู่อาจทำให้เสียเวลาไปมาก
- ผู้ป่วยมีสิทธ์ที่จะรู้ได้ แต่ต้องดูว่าจะเหมาะสมแค่ไหน ไม่เช่นนั้นพูดกันไม่รู้เรื่อง เกิดทีไรก็ต้องฟ้องร้องกันตกลงกันได้ก็จบไปแต่ก็ไม่ทุกราย เรื่องอย่างนี้ต้องมีบรรทัดฐานและอีกอย่างหนึ่ง ศีลธรรมจริยธรรมเราทำกันหรือเปล่า ไม่ได้ทำ พอเจอปัญหาคุณมาพูดโน้นพูดนี้แต่คุณไม่ได้ทำ วางรูปแบบมาเลย
- แพทย์ต้องปฏิบัติตามนั้นอยู่แล้ว แจ้งให้เขารู้ก็เป็นเรื่องที่ไม่ได้เสียหาย

- เรื่องธรรมดา ไม่ใช่เรื่องแปลกที่ผู้ป่วยจะรู้ชื่อแพทย์ ถ้าแพทย์ดูผู้ป่วยกลุ่มไหนแพทย์เป็นแพทย์เด็กจะมีความเชี่ยวชาญพิเศษเพิ่มขึ้น ในส่วนของผู้ป่วยนอกก็ไม่มีปัญหาเพราะมีป้ายติดชื่อไว้ แต่ในส่วนของผู้ป่วยในต้องรายงานตัว เพียงแต่ผู้ป่วยจะจำได้หรือเปล่า เพราะว่าไม่มีป้าย เราแค่แนะนำตัว บางทีแพทย์จำชื่อผู้ป่วยได้แต่ผู้ป่วยจำชื่อแพทย์ไม่ได้ ผู้ป่วยบางคนเขาก็ไม่สน เวลาสอนนักเรียนข้อสอบออกเลยว่าเราต้องแนะนำตัว ถ้าคุณไม่อยากแนะนำตัวหลายรอบ คุณก็ติดป้ายชื่อชัดเจนเพื่อผู้ป่วยอยากทราบ แต่ต้องระวังนะเอาเสื้อคนอื่นมาใส่
- โดนเขียนด้วยข้อกำหนดระเบียบ ก็ต้องประยุกต์กฎหมายอันนี้กับนักเรียนแพทย์รุ่นใหม่ ในอดีตไม่ค่อยมี แต่สมัยนี้ไม่ได้แล้ว ชื่ออะไร มาทำอะไร เพราะนั้นเด็กรุ่นใหม่ไม่ค่อยมีปัญหา รุ่นกลางๆนี่แหละรุ่นเก่าก็คุ้นเคยกันดีรักษากันกันมานาน บ้านอยู่ไหนก็รู้ เพราะฉะนั้นความสัมพันธ์แต่ก่อนก็ไม่ค่อยมีปัญหา สมัยกลางๆนี่แหละมีปัญหา การที่ผู้ป่วยจะรู้ชื่อแพทย์ก็คงไม่ได้เสียหายอะไร แต่บางทีก็ดูเกินความจำเป็น ทุกทีทุกวันมีความจำเป็นหรือต้องไปแจ้งชื่อ ถ้าเขารู้จักอยู่แล้วไม่ต้องแจ้ง เปลี่ยนแปลงคือเขียนป้ายชื่อหน้าห้องตรวจผู้ป่วยจะได้ทราบ แต่ถ้าในทางกลับกันแพทย์จะแจ้งชื่อผู้ป่วยทุกครั้ง ผู้ป่วยต้องรู้ในความสามารถของแพทย์ ดีกรีของแพทย์ ตามคลินิกต้องมีป้ายติดว่าจบอะไรมา ก็แก้ปัญหาของจุดนี้ไปได้เพราะเป็นสิทธิ์ของผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยต้องมาถามโดยละเอียดว่าแพทย์คนนี้จบอะไรมา แพทย์ก็รู้สึกเหมือนโดนดูถูก เราต้องเข้าใจแพทย์ด้วย แพทย์รู้สึกหดหู่ ผู้ป่วยรออยู่ข้างหน้าตั้งนานก็อ่านป้ายชื่อหน้าห้อง ถ้าสงสัยจริงๆถามคงไม่มีใครว่า
- ไม่ต้องบอกก็ได้ อาจจะติดป้ายไว้ แต่ไม่ต้องถึงขั้นต้องรายงานตัว คิดว่าเกินไปนิดหนึ่งสร้างความครางแครงอะไรบางอย่างกับผู้ป่วย เราคุยกับผู้ป่วยดีๆ มีเจตนาดีก็พอแล้ว
- ญาติและผู้ป่วยสามารถที่จะถามได้ คงไม่มีใครปฏิเสธหรือถามพยาบาลก็ได้บางทีบอกไปเขาก็จำไม่ได้ก็มี ก็ดีกว่าถ้ามีเสื้อปักชื่อไว้ให้ชัดเจน
- คิดว่าสมควรทำในผู้ป่วยใน (IPD) พยาบาลก็ช่วยอยู่แล้ว การติดป้ายชื่อก็เห็นด้วย การตรวจในตึกผู้ป่วยแต่ละวัน (ออกตรวจในตึกผู้ป่วย) ก็จะมีเสื้อผ้าให้เหมาะสม
- ควรจะมีแต่เราไม่ค่อยได้ทำ เช่น แนะนำชื่อเพราะเขาไม่รู้จักเรา พยาบาลเขาช่วยอยู่แล้วในการแจ้งผู้ป่วย การติดชื่อแพทย์ใน OPD มีติดอยู่แล้วว่าแพทย์อะไรดูแลอยู่ และจะเปลี่ยนตามเวร ส่วนใหญ่ก็แต่งกายให้เหมาะสมกับภาวะที่จะไปรักษา

๓.๖ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๖ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนเองและมีสิทธิขอเปลี่ยนผู้บริการและสถานบริการได้” ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะขอความคิดเห็น แพทย์จะได้เข้าใจว่าตัวเองไม่ได้รู้ทุกด้าน แพทย์จะต้องรับฟังถึงปัญหา
- ข้อนี้ทำได้ แต่ประเทศไทยผู้ป่วยไม่กล้าที่จะขอความเห็น เช่น เมื่อแพทย์ให้ความเห็นผู้ป่วยคนนี้เป็นแบบนี้แล้ว เขาก็น่าจะเอาความเห็นทั้งหมดนี้ไปถามแพทย์โรงพยาบาลอื่นได้ แต่ว่าข้อนี้ถามหลายที่จะเป็นปัญหามากกับแพทย์คนๆนั้น ซึ่งแพทย์ที่ให้ข้อมูลต้องระวัง ตัวเขาต้องมีใจที่ตรงจริงๆ แต่อย่าไปเปลี่ยน เช่น แพทย์คนที่หนึ่งพูดแบบนี้ แพทย์คนที่สองว่าแพทย์คนที่หนึ่งไม่ดี
- ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกได้ คิดในทางกลับกันแพทย์ก็เลือกผู้ป่วยไม่ได้ แพทย์ก็ต้องทำตามหน้าที่
- เป็นสิทธิของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่สบายใจ ก็มีสิทธิ์เปลี่ยนได้
- ถ้าคุณจะไปที่ไหนเราให้ไปได้ ถ้าเผื่อโรงพยาบาลไม่ต้องจ่ายให้แต่ส่วนใหญ่เราจะดูความหนักเบาของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยไปแล้วจะได้รับการรักษาที่ดีกว่า เพราะบางอย่างเราอาจไม่มีความเชี่ยวชาญทางนั้น เราต้องส่งผู้ป่วยไปที่อื่นอยู่แล้ว แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีเหตุผลที่จะย้าย ก็ตามสิทธิ์ ประกันคุณภาพ อาจส่งไปได้ถ้าทางโน้นยินดีรับก็ไปเก็บกองกลาง หรือผู้ป่วยจ่ายเงินเองก็แล้วแต่เขา แต่ส่วนใหญ่จะบอกว่าให้เราส่งและตามไปจ่ายจะเป็นอย่างนั้นมากกว่า เรามีหน้าที่บอกข้อมูล เพราะจะมีปัญหาในเรื่องของการต้องมีเรื่องค่าใช้จ่าย
- เปลี่ยนได้ยิ่งดี ปัญหาว่าเปลี่ยนแล้วให้โรงพยาบาลเดิมไปตามจ่าย ผู้ป่วยอย่างนี้เยอะมาก ผู้ป่วยบางคนอยากให้ส่งตัวไปโรงพย่าบลใหญ่ ทั้งๆที่เป็นโรคธรรมดา แต่เวลากล่าวหาหรือร้องเรียนก็จะร้องเรียนอีกแบบ และปัจจุบันโรงพยาบาลขนาดใหญ่เหล่านั้นก็สู้ภาระไม่ได้
- การรักษาบางอย่างเราอาจจะไม่ให้การรักษาแบบนั้นก็ได้ เพราะเราถือว่า แพทย์ก็อยู่ในดุลพินิจของแพทย์ ถ้าคุณต้องการอย่างไรก็เอาไปรักษาที่นั่นแต่ค่าใช้จ่ายเราไม่ได้ไปตามจ่าย เพราะว่าทุกคนก็ไปตามขั้นตอน ถ้าขั้นตอนมากไม่มีเจ้าภาพที่ไหนจ่ายไหว ไปเพื่อยืนยันแล้วกลับมา
- อันนี้ก็ดีบางครั้งบางคราวความคิดบล็อกอยู่ด้านใน บางเรื่องเราอยากได้ความคิดเห็นจากแพทย์ก็มีจะดี
- คิดว่าไม่ยากหรอก ผู้ป่วยไม่ให้เงินกับโรงพยาบาลๆ ก็ให้ไปแล้ว ในโรงพยาบาลเอกชนถ้าผู้ป่วยไม่มีค่าใช้จ่ายให้เขาก็ให้ออกอยู่แล้ว เขาไม่อยากให้อยู่หรอก ส่วนผู้ป่วยจะพอใจหรือไม่พอใจค่อยว่ากัน แต่ส่วนใหญ่แล้วถ้าไม่ดูแลแต่ต้น ผู้ป่วยก็ฟ้องหาว่าไม่มีจริยธรรม พอมีจริยธรรมมากก็เป็นหนี้ เพราะบริหารโรงพยาบาลเอกชนเขาบริหารเท่าที่จำเป็นเขามีตัวเลข มีบัญชี มีชื่อ เขาต้องจ่ายเงินจึงจะตกลงรักษาให้ เช่นถ้าตัดไส้ติ่งเด็ก ต้องดมยา แพทย์ก็ต้องใช้ เขาทำงานเป็นทีม เป็นทีมเขาก็ต้องตั้งราคาไว้งั้นโรงพยาบาลที่จะรับเรื่องนี้เขาก็ต้องเรียกเงินมัดจำ เพราะเขากลัวว่าคุณทำไปแล้วคุณไม่จ่ายเขา นี่คือระบบที่เขาทำกันอยู่
- เขาไม่อยากชำระค่าใช้จ่ายการไปหาแพทย์ แต่ถ้าใช้ระบบการส่งต่อ เขาจะไปหาแพทย์นอกระบบเขาก็จ่ายเงินขึ้นอยู่กับผู้ป่วยตัดสินใจ

- ผู้ป่วยยังไม่ขอเปลี่ยนบางทีแพทย์ยังขอให้เปลี่ยนเลย ส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ถ้าเปลี่ยนไม่ค่อยมีปัญหาเพราะเป็นโรคทั่วๆไป ว่าถ้าเราทำงานทาง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เราจะต้องพยายามให้ผู้ป่วยหา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรืออาจารย์แพทย์ และก็อาจารย์แพทย์จะเป็นต้นแบบของนักเรียนแพทย์ เวลาตอบผู้ป่วยว่าโรคนี้รักษาไม่ได้แล้ว หรือโรคนี้ต้องใช้ยาแรง ญาติผู้ป่วยมีความเห็นว่าอย่างไร เราจะเปิดทางว่าญาติผู้ป่วยจะไปขอความเห็นจากแพทย์ท่านอื่นหรือไม่ แพทย์จะเขียนจดหมายให้ คุณไปปรึกษาก่อนหากคุณอยากกลับมาที่นี่ก็กลับมา ถ้าเราเปิดโอกาสให้เขาๆรู้สึกไม่ปิดกั้นเขา เอาที่เขาสะดวก จริยธรรมสมัยนี้ไม่ค่อยดีเลิศเหมือนสมัยรุ่นเก่าๆ ทุกคนผิดพลาดได้แต่ผิดพลาดแล้วต้องกลับมาดูว่าเราทำหน้าที่ดีที่สุดหรือยัง

- ถ้าเราทำตามหลักวิชาการจริงๆตามหลักวิชาการทุกอย่างก็จะไม่มีปัญหาอะไรเลย โรคกว้างมาก โรคเดียวรักษาได้สามแบบหายเหมือนกันแต่รักษาไม่เหมือนกัน แต่ละคนก็บอกไม่เหมือนกัน การรักษาไม่เหมือนกันก็ใช่ว่าผิดหรือถูก แต่ต้องรู้ว่าบรรทัดฐานทางสังคม คืออะไร ถ้าอยู่ในบรรทัดฐาน ก็โอเค แต่ศาลไม่ค่อยเข้าใจตรงนี้ แต่เข่าใจว่าถ้าอันนี้ผิดก็คือผิด เพราะเราไม่สามารถรักษาผู้ป่วยได้เท่ากันทุกคน วันแรกเขาเป็นแพทย์รักษาไม่หาย พอเป็นเยอะแพทย์คนหลังรักษาหาย แต่ที่สำคัญเขาอยากได้ลูกค้าก็กล้าที่จะว่าแพทย์คนอื่น

- เป็นจริยธรรมทางการแพทย์อยู่แล้วว่าแพทย์ไม่ควรพูดให้ร้ายกัน การบอกว่าคุณควรจะมาหาผมเร็วกว่านี้เป็นการไม่เหมาะสม โทษใครก็ไม่รู้ ถือว่าเป็นคำพูดที่ต้องห้าม ผมถึงสอนนักเรียนแพทย์ว่าไม่ควรพูดประโยคนี้ เราต้องทำสิ่งที่อยู่ตรงหน้าเรา

- โดยส่วนใหญ่โรงพยาบาลของรัฐไม่สนใจ เห็นผู้ป่วยไม่เข้าใจที่จะให้เขาเลือกการรักษา โรงพยาบาลของรัฐแพทย์ไม่ได้มีผลอะไร การพูดที่ไปให้ร้ายแพทย์คนอื่นไม่ดี แต่ตอนนี้ดีขึ้นเยอะ โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัด ชุมชน ตอนนี้เขารู้กันเขาไม่ว่ากันแล้ว

- มีปัญหาบ้างในการที่ Second Opinion การเกิดพูดว่ากันเองให้ผู้ป่วยได้ยิน ซึ่งเป็นคำพูดของแพทย์ที่ไม่เหมาะสม

- ปัญหาก็มีเหมือนกันแต่อาจไม่ตรงกัน ผู้ป่วยจะเริ่มสับสน และผู้ป่วยอาจจะไม่เชื่อ second opinion ก็ได้อันนี้เป็นสิทธิ์ของเขาๆจะรักษาโดยวิธีไหนก็ได้ แพทย์ไม่ถูกกันก็คงมี เป็นจริยธรรมของแพทย์อย่างหนึ่งที่ไม่ควรจะพูด เช่น “น่าจะมาพบผมให้เร็วกว่านี้” ถามว่ามีผลกระทบต่อผู้ป่วยก็คงมีแน่เป็นอุปนิสัยของแพทย์แต่ละคน และคิดว่าการพูดในแง่ลบอาจจะมีปัญหาแพทย์ไม่มีหน้าที่ให้เสีย ผู้ป่วยอาจกลับมาฟ้องได้

๓.๗ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๗ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้าน

สุขภาพเว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติตามกฎหมาย" ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- เป็นเรื่องของความประพฤติของคนที่สายวิชาชีพอื่นเขาใช้กัน และเป็นขั้นเบสิคของสายอาชีพแพทย์ในการรักษาความลับของผู้มารับบริการ แต่ในสถานพยาบาลภาครัฐในการเก็บความลับผู้ป่วยไม่ค่อยได้มาตรฐานสักเท่าไหร่

- ในเมื่อกฎหมายให้ปิดเราก็ปิด แต่ที่ต้องข้อมูลอย่างให้แพทบ์ผ่าตัด แพทย์ฟัน อย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ก็ไม่มีใครแพทย์รู้อยู่คนเดียว แต่ในทางกลับกันแพทย์ก็ต้องดูแลตัวเองไม่ว่าผู้ป่วยจะติดเชื้อหรือไม่ ไม่จำเป็นต้องบอกข้อมูลของผู้ป่วย ซึ่งแพทย์ต้องระวังด้วยจิตสำนึกอยู่แล้ว

- ให้คำแนะนำผู้ป่วยว่าจะบอกญาติ เป็นสิทธิ์ของผู้ป่วยว่าจะบอกหรอไม่บอก แพทย์สมัยนี้ไม่กล้าฝืนใจทำได้แค่ให้คำแนะนำ คิดว่าคนข้างๆมีสิทธิ์ต้องรู้เหมือนกัน ถ้าตัวผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรง ต้องแสดงให้คนที่ร่วมรักษารู้ ต้องรู้กันเองภายในกลุ่ม

- เรื่องนี้มีปัญหามาหลายปีแล้ว การแจ้งผลกันของเราจะส่งไปห้องให้คำปรึกษาทั้งหมด เพราะฉะนั้นแพทย์เราก็ไม่ได้แจ้ง ถ้าเรื่องมะเร็งแล้วแต่สภาพจิตใจของแต่ละคนหรือว่าญาติที่มาด้วยว่าอย่างไรเราก็ต้องประเมินว่าจะบอกผู้ป่วยได้หรือไม่ ต้องดูเป็นรายๆ

- ในกรณีผู้ป่วย HIV มีคลินิกโดยเฉพาะอยู่แล้ว ในแง่ของใบรับรองแพทย์ ก็พยายามจะช่วยในการปกปิด เท่าที่จะช่วยได้ แต่ถ้าเป็น HIV ก็ต้องบอก โดยให้บุคลากรนั้นรับรู้ เป็นการช่วยกันระวัง

- ไม่บอกเลยต้องปกปิด อย่าไปเชื่อบางองค์กรที่ออกมาในกลุ่มของ NGO ต้องเสียค่าใช้จ่ายมหาศาลและเป็นไปไม่ได้ ด้วยการจ่ายเงินรักษาพยาบาลในระดับแบบนี้ การไม่เปิดเผยจริงๆแล้ว แพทย์ต้องเป็นคนบอก คนอื่นจะเข้าไม่ได้เลยต้องเป็นเรื่องของแพทย์อย่างเดียว

- ระบบของเวชระเบียน มีการดูแลของผู้เกี่ยวข้องที่สามารถดูได้ และโรคบางอย่างที่คิดว่าจะมีปัญหาเราก็จะต้องใช้แบบรหัสบางอย่างของหน่วยงานที่รู้กันว่าอะนี่เขาเป็นอะไร เช่น ผู้ป่วยถูกข่มขืนมาว่าอย่างไร ซึ่งอันนั้นผู้เสียหายอาจจะไม่สบายใจ แต่ในขณะเดียวกัน เอดส์แพร่ไปยังผู้อื่นได้เราต้องระวัง ดูโรคบางอย่างแล้วจะบอกกับใครในการสื่อสาร ค่อนข้างที่จะลำบากเหมือนกัน เช่นโรคบางอย่างบอกผู้ป่วยแต่ไม่บอกญาติ หรือบอกญาติแต่ไม่บอกผู้ป่วย เพราะฉะนั้นแล้วแต่โรคและเหตุการณ์ ไม่มีหลักเกณฑ์ไหนที่แน่นอนตายตัว ทำบางรายอาจจะดีแต่ทำอีกรายอาจจะมีปัญหา ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยตัวญาติ

- โดยเฉพาะประเด็นของวัยรุ่น กระทรวงสาธารณสุข ก็ล้าสมัยในเรื่องนี้ วัยรุ่นเกิดปัญหาและมีผลกระทบเกิดขึ้นกับเรื่องเซ็กส์ แล้วแม่ถือว่าเป็นผู้ปกครองของคนนี้ แต่วัยรุ่นบอกกับแพทย์ว่าห้ามบอกแม่ของฉันไม่งั้นฉันตาย จะให้แพทย์ทำอย่างไร ประเทศไทยเราไม่มีในขณะที่ต่างบ้านต่างเมืองประเทศที่เขาเจริญแล้วเขามี ขบวนการปกปิดข้อมูลโดยที่ต้องยึดประโยชน์ของเด็กเป็นตัวตั้ง เพราะจะ

อยู่ในฐานะการปกครองของพ่อแม่ พ่อแม่ก็จะอ้างสิทธิ์ของการมาขอข้อมูลทั้งหมด แต่ขอไปเสร็จไปลงกับเด็กจนเด็กบาดเจ็บอย่างนี้ไม่ไหว ตรงนี้เป็นเรื่องสำคัญของประเทศไทย เรื่องปกปิดข้อมูลนี่แหละข้อมูลที่ได้ไปต้องได้ทั้งการถ่ายเอกสารทั้งหมดในเวชระเบียน จริงๆแล้วแพทย์ยังเห็นด้วยกับแพทยสภาว่าต้องเป็นข้อสรุปมากกว่าไปนั่งถ่ายเอกสารทั้งหมดในเวชระเบียน เพราะบางข้อมูลถ้าเป็นเรื่องเฉพาะมากในเรื่องการรักษาอาจส่งผลกระทบไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง ไม่เกิดประโยชน์อะไรขึ้นมาเลย

- ต้องดูกันในราละเอียดว่าข้อมูลตรงไหนเปิดตรงไหนปิด บางทีเปิดไปนึกว่าไม่มีความสำคัญ แต่มีความสำคัญในแง่อื่นขึ้นมา ฟ้องร้องกันขึ้น ปกปิดทรัพย์สินที่เขามีอะไรกันอยู่ มีประโยชน์ของเขาขึ้นมา ทำไปตามระเบียบแต่ว่าบางอย่างปิดลับแค่ไหน อะไรควรปิดอะไรบ้างไม่ควรปิด ต้องไปคุยกันหมด ทั้งผู้พิพากษา ทั้งอัยการ ทั้งศาล ทั้งตำรวจ เพราะเรื่องอย่างนี้พอถูกเปิดเผยไปแล้วมีข้อดีข้อเสียส่วนไหน อย่างไรบ้าง

- ถ้าภรรยาเป็น HIV ถ้าภรรยาบอกว่าอย่าบอก ควรทำอย่างไรเป็นคำถามที่ตอบไม่ได้ ไม่ใช่ไม่อยากตอบ เพราะว่าต้องตัดสินใจ ซึ่งทั้งหมดเป็นแนวทาง ไม่มีอะไรที่ตรงๆ อยู่ที่ตัวแพทย์ว่ามีเจตคติอย่างไร อาศัยประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก คนที่ต้องรวมงานต้องรับทราบอยู่แล้วเพราะว่า ใช่ว่าจะกระจายข่าว แต่ต้องมีระบบที่ให้บอกว่าอันนี้เป็นความลับขึ้นอยู่กับสถานที่ เวชระเบียนอันนี้ไม่สามารถเก็บเป็นความลับได้

- คิดว่าน่าจะเพิ่มคำว่าโดยไม่ทำให้ผู้อื่นเดือนร้อน คือเราปกปิดสิทธิ์ของเราได้ แต่เราก็ไม่ทำให้ผู้อื่นเดือนร้อน เช่น ปกปิดการติดเชื้อบางชนิดที่รุนแรงแล้วถ่ายทอดไปให้คนอื่นได้ ปกปิดว่าเป็นมะเร็งไม่มีใครว่าคุณ ปกปิดว่าเป็น HIV แล้วนอนกับสามีหรือนอนกับภรรยา และนอนกับผู้หญิงอื่น หรือปกปิดว่าเป็นโรคนั้นแล้วไม่ป้องกันตัวเอง อาจารย์ว่าไม่ได้ไม่สมบูรณ์ ต้องเขียนว่าหากไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อนหรือไม่มีผลกระทบกับผู้อื่น การบอกบางมีต้องให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องช่วยก็มี เพราะถ้าเขาบอกเขาต้องสูญเสียครอบครัว แต่อันนี้ต้องมีวิธรช่วยเขา แต่ไม่ใช่ปกปิดเพราะเราจะทำให้คนอื่นเดือดร้อนทำให้คนที่ไม่เป็นต้องเป็น เปิดเผยเพื่อการรักษาแต่ไม่ใช่เปิดเผยให้กับผู้อื่น แต่ถ้าเปิดเผยเพื่อให้การทำงานของเราดีขึ้น ทำให้เกิดการเรียนรู้และเพื่อประโยชน์ การใส่รหัสไม่ดีมีรหัสโน้นนี่ แถมเปิดรหัสออกมาผิดอีก รหัสมีโอกาสผิดพลาดผิดไปอีกขั้น ผู้ป่วยต้องยอมรับว่าผู้ป่วยทำไปเพื่อไม่ได้จะทำร้ายคุณ แต่เมื่อคุณรักเขาคุณต้องปกป้องเขา อย่างนี้เราต้องการผู้ช่วยแพทย์ที่มีจิตวิทยาดี

- อันที่จริงเรื่องนี้เป็นเรื่องยาก ทฤษฎีมีอยู่หลายโรคที่ติดต่อได้ เป็นสิทธิของผู้ป่วยอันนี้ทำดีหรือไม่ คนที่ไม่ได้ติดเชื้อจะได้รับความเดือดร้อน เราไม่ช่วยเหลือเราผิดหรือไม่ ถ้าไม่ช่วยก็ผิดทั้งขึ้นทั้งล่อง เราต้องหาวิธีอะไรสักอย่าง การที่เราจะเอาข้อมูลอีกคนหนึ่งไปเปิดเผยอีกคนหนึ่ง ขัดต่อจรรยาบรรณของแพทย์ แต่มนุษยธรรมอยู่ที่ไหน อยู่ที่ไม่ต้องไปเปิดเผยใช่หรือไม่ คงต้องใช้ความสามารถพิเศษของแพทย์ในการคุย ปกติมีลักษณะอย่างนี้เยอะ เช่น สามีเป็น ภรรยายังไม่เป็นเราต้องป้องกันภรรยาให้ไม่

เป็นโดยที่ ไม่บอกความลับของสามี แต่อาจบอกว่าสามี มีปัญหานิดหน่อย หรือแนะนำให้สามีใช้วิธีการป้องกันที่ไม่ให้แพร่เชื้อ และลองคุยเรื่องความสำคัญของการบอก บอกมีประโยชน์หลายอย่าง ภรรยาได้ดูแลดีขึ้นและได้ป้องกันตัวเขาเอง แต่ต้องเน้นย้ำความสัมพันธุ์ในครอบครัวว่า เขาไม่รักสามีหรือไม่รักภรรยาหรือ จะได้เห็นประโยชน์มากขึ้น เขาก็จะยอมให้เราบอก ต้องใช้เทคนิคในการบอก บางทีเขารู้กันแล้วแต่ไม่ได้พูดกันตรงๆ และก็บุคคลากรทางการแพทย์อื่นๆถ้าเป็นคนที่เกี่ยวข่องควรจะต้องรู้ ต่อให้ไม่บอกเขาก็รู้อยู่ดี เพราะยาที่ให้บอกอยู่แล้ว

- ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะปกปิดข้อมูลของตัวเองที่ถูกต้อง ยกเว้นแพทย์ แต่ถ้าข้อมูลนั้นมีผลต่อผลร้ายกับคนอื่นด้วย เช่นภรรยาเป็น HIV เราต้องบอกสามีด้วยหรือเปล่า เป็นสิ่งลำบากใจสำหรับแพทย์ แต่แนะนำว่าคุณควรต้องบอกอย่าให้เขามีความเสี่ยงด้วย และรวมไปถึงเพื่อนร่วมงาน การผ่าตัด เขาควรรู้เพราะมีความเสี่ยง ผู้ปฏิบัติงานในทีมเดียวกันมีสิทธิ์ที่จะรู้ หลายๆโรงพยาบาลใช้โค้ทเป็นสัญลักษณ์แต่จะลำบากการส่งต่อข้อมูลเวลา refer ผู้ป่วยไปหาโรงพยาบาลอื่นส่งผลต่อการรักษา เราสามารถที่จะให้ข้อมูลนั้นกับโรงพยาบาลอื่นได้ แต่บอกผู้ป่วยให้ทราบก่อน

- โดยมากเราก็ปกปิดให้ เราก็ไม่ให้ข้างเตียงเขาได้ยินเราใช้ศัพท์ทางการแพทย์พูดกันแล้วเราก็บันทึกอยู่ในเวชระเบียน และเพื่อปกกันวิชาชีพต่างๆด้วย ผู้ป่วยต้องไปบอกกับญาติของเขาเอง เช่น กรณีที่แม่เป็นโรคที่ติดถึงลูกได้ ก็จะไม่ให้เด็กกินนมแม่ ในเวชระเบียนมีรหัส มีตัวย่อ ใครรู้แล้วไปทำให้คนเสียหายก็รับผิดชอบเอาเอง เดี๋ยวนี้ผู้ป่วยโรคร้ายก็ไม่ได้อายอะไรมากมายถ้าใครไม่ไปทำให้เขาเสียหาย

- ก็มีปัญหาอยู่บ้าง แล้วแต่กรณี ควรมีมาตรฐานในการปกปิดเรื่องโรคร้ายแรงอยู่แล้ว กรณีของเวชระเบียน ควรจะมีรหัสก็จะแยกแฟ้มไป

- บางเรื่องควรจะปกปิดบางเรื่องควรจะเปิดเผยได้ แล้วแต่กรณีด้วย บางครั้งไปเปิดเขาๆก็เสียอยู่ในสังคมไม่ได้

- บางเรื่องก็ต้องปิด บางเรื่องก็ต้องเปิดเผย แต่ก็ไม่ใช่ไปพูดกับคนอื่นๆ แพทย์ต้องแจ้งเป็นกรณี หากมีการเปลี่ยนเปลง ต้องมีเงื่อนไขในการเปิดเผย เวชระเบียนที่ทำรหัสความลับไว้ทุกคนในโรงพยาบลก็ต้องระมัดระวัง

๓.๘ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๘ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินในเข้าร่วม/ถอนตัว จากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ” ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธในการทดลอง แพทย์ก็จะรับการรักษาต่อ เพราะบางที่ผู้ป่วยไม่สะดวกเราก็ต้องเข้าใจ

- มีกรอบจริยธรรมของการวิจัยอยู่แล้ว

- เรื่องนี้ขึ้นอยู่กับแพทย์ที่จะแจ้ง แจ้งคลุมครือหรือว่าแจ้งขัดเจน ถ้าตามระเบียบปฏิบัติของจริยธรรมการทดลอง เขามีสิทธิ์จะรับรู้ไม่ใช่หลอกให้เขามาทดลอง ต้องตามข้อกำหนดที่มีอยู่แล้ว
- ก็เป็นสิทธิส่วนตัว ที่เขามีสิทธิ์อยู่แล้ว ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยต้องดูในรายละเอียดให้ดีด้วย
- ความถูกต้องเป็นอย่างนั้นอยู่แล้ว ถ้าเราไม่มั่นใจ จะทำต่อก็ผิดอยู่แล้ว อันนี้ไม่เห็นจะน่ามีแปลก มีแต่ว่าผู้ป่วยยินดีแต่แพทย์ไม่ทำ
- การจะทำวิจัยทางการแพทย์ได้ หนึ่งต้องไปขออนุญาตทางจริยธรรมก่อน มาตรฐานเยอะบางที่ก็ง่าย บางที่ก็อยาก ถ้ามีมาตรฐานเดียวก็ดี และต้องมีองค์กรใหญ่ที่มีจริยธรรมหลายๆที่ และการพิจารณาเป็นไปในแนวโน้มเดียวกัน ผลการวิจัยน่าเชื่อถือมากขึ้นทำให้มีประโยชน์กับผู้ป่วยมากขึ้น
- ในบริบทที่อยู่ในคณะที่แพทย์ปฏิบัติงานอยู่ มีผู้ทำวิจัยเยอะ และก็มีมาตรฐานชัดเจนกับผู้เข้าร่วมถูกทดลอง จริยธรรมการวิจัยครอบคลุมดีอยู่แล้ว แต่การวิจัยบางอย่างคิดว่าไม่จำเป็นต้องเข้มงวดมากเกินไปทางการแพทย์
- นึกไม่ออกว่าแสดงเจตนารมย์อย่างไร ถ้าไม่ใส่ท่อได้ แพทย์ไม่ขัดข้อง ยกเว้นยาที่เพิ่มความดัน และการดีดตัวของหัวใจ ยกเว้นถ้าจะทำได้ในกรณีที่เป็นประโยชน์ ตัวอย่างผู้ป่วยเหนื่อยทุกข์ทรมารมาก แพทย์ก็รู้ว่าถ้าใส่ท่อให้อ๊อกซิเจน ผู้ป่วยก็จะไม่ทรมาร ผู้ป่วยก็ไม่ลำบากค่อยๆเสียชีวิต สรุปก็เห็นด้วยที่เขาจะเขียนแต่แพทย์ก็ควรที่จะแนะนำและคุยกับญาติให้เข้าใจจะเป็นประโยชน์
- เป็นสิทธิอยู่แล้ว
- ก็ได้ เพราะทดลองเขาแล้วคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการทดลอง วิจัยของแพทย์ทำให้เขาแย่ลงเขาก็ไม่เอา

๓.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๔ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิ ที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้บุคคลอื่น” ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- เรื่องนี้เป็นสิทธิของผู้ป่วยต้องทำให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยจะย้ายโรงพยาบาลหรือจะรับรู้ข้อมูลอะไรต้องทำให้ผู้ป่วยเต็มที่
- ในโรงพยาบาลแพทย์ให้ไปขอที่ฝ่ายบริหารแล้วทำหนังสือว่าญาติหรือผู้ป่วยจะขอเองโดยมีบัตรประชาชน แต่ถ้าเป็นญาติสายตรงเช่นลูก ภรรยา สามี ต้องมีบัตรประชาชนมายืนยัน เราก็ให้ถ่ายทุกรายคือปัญหาตามกฎหมายคนที่จะมาเอาได้คือผู้ป่วยเอง แต่ก่อนถ่ายเราให้แจ้งแพทย์เจ้าของไข้ก่อนว่าจะให้ถ่ายทั้งหมดหรือว่าจะสรุปเขียนให้ แต่ถ้าศาลขอมาเราก็ให้หมดแต่ว่าเอกสารที่เขียนไม่ถือว่าเป็นของผู้ป่วย แพราะฉะนั้นก็เจ้าของไข้ที่รักษาเป็นคู่กรณีกันเขาให้ถ่ายเราก็ให้ถ่าย เพราะผู้ป่วยมีสิทธิ์จะได้ข้อมูลที่เขามารักษา แต่ขณะเดียวกันถ้าตามกฎหมายเราถ่ายเอกสารเวชระเบียนให้อยู่แล้วถ้าศาลสั่งมา

หรือหน่วยงานราชการขอมา อันนั้นเป็นทางการ ที่นี่เจอคือเป็นคดีอาญาเพราะเป็นพยานศาล พยานแพ่งก็เป็นศาลสั่ง

- ถ้าถ่ายโดยไม่มีวัตถุประสงค์ร้าย ก็ไม่น่ามีปัญหา แต่อาจมีปัญหาอื่นในการที่มุ่งร้าย สิ่งที่ห่วงคือจับประเด็นเล็กๆ แล้วนำมาร้องเรียนแพทย์

- ต้องสรุปอย่างเดียว บางอย่างการตัดสินใจ โรงพยาบาลใหญ่เขียนแปลกๆอีก

- คือจริงๆไม่มีประโยชน์เพราะว่า ประเทศไทยเราถือว่าศาลใหญ่ เมื่อศาลมีคำสั่งว่าให้เราต้องให้เราก็ต้องให้ตามที่เขาบอก เช่นนั้นแล้วเราไม่มีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธ ผู้ป่วยขอเราให้ได้อยู่แล้ว แต่รายที่เอาคำสั่งศาลมา เราก็ต้องว่าตามศาล ต้องดูที่เจตนา ไม่มีแพทย์ที่ไหนอยากให้ผู้ป่วยตาย คุณเป็นเอกชนสบาย แต่วิชาการ แต่คุณเลือกเอาสบาย สมมติว่าผู้ป่วยฝากท้องคลอดบอกไม่ได้ว่าคลอดวันไหน ถึงเวลาคลอดรายงานว่าอีกครึ่งชั่วโมงคลอด คนคลอดปากมดลูกเปิดเบ่งออกมาคลอดเลย แพทย์ก็มาไม่ทัน กรณีแบบนี้ไม่มีใครรับรอง ในสหรัฐอเมริการในบางรัฐไม่มีแพทย์สูติอยู่เลยและกฎหมายเป็นอีกแบบ ถ้ากฎหมายนี้เป็นแบบสหรัฐอเมริกาต่อไป ไม่มีใครกล้าทำคลอด

- พูดลำบากเพราะว่า ที่สำคัญที่สุดประกันนี่แหละ เพราะคุณไปอ่านเอาในสมุดเคยอ่านหมดหรือไม่ บางคนอ่านหนังสือยังไม่ค่อยออกเลย บางคนจบชั้นประถมศึกษาแล้ว ไม่เคยอ่านหนังสือีกเลย ฟังอย่างเดียวและก็ตัดสินใจไปเลย ไม่วิเคราะห์ว่าคนนั้นพูดอย่างไรดีกว่าหรือไม่ถึงจะคิด เพราะเขาไม่เคยอ่านหนังสือเขาก็ไม่มีความคิดที่จะมาวิเคราะห์หรือนึกหรอก นอกจากว่าฟังวิทยุ ดูทีวี แพทย์ต้องเขียนตามหลักเกณฑ์รายงานของเขาอยู่แล้วถ้าเป็นคดีทุกอย่างต้องทำหมด เพราะว่าเวลาศาลเรียกไปสู้ความกันตัดสินว่าสาหัสไม่สาหัสกี่วันแล้ว อาศัยรายงานว่ารักษากี่วันแล้วจะมีคำอยู่แล้ว ซึ่งพวกนี้ต้องไปศึกษาต้องดูว่าคูรทำนอกลู่นอกทางหรือเปล่า

- ถ้าผู้ป่วยอนุญาติให้ถ่ายทอด ก็ให้ถ่ายทอดเพราะไม่เห็นว่าจะมีปัญหาอะไร แต่ถ้าไม่ให้อาจเป็นเพราะว่าการบันทึกไม่สมบูรณ์หรือมีอะไรอยู่ในนั้น ถ้าสรุปก็มั่นใจว่าไม่มีอะไรหลุดลอดออกไป แต่ถ้าเกิดเพื่อความโปร่งใส เรามั่นใจว่าเราทำถูกต้องตามการรักษาทุกอย่าง ไม่เห็นว่าต้องกลัวอะไรเลย ขึ้นอยู่กับการตีความของศาล ตามตัวอักษรโดยไม่ได้เข้าใจงานว่าคือ เราเอาตามมาตรฐาน ถ้ามีผลร้ายตามมาการที่ให้ไปแล้วทำให้มีประโยชน์ต่อทนาย แพทย์บริสุทธิ์ใจคดว่าถ้าอย่างนั้นก็ไม่ควร แต่ต้องยอมรับว่าแพทย์ที่ไม่บริสุทธิ์ใจก็เยอะ ถ้าอยากได้ จริงก็ให้ศาลสั่งก็จบแล้ว

- อันนี้สลับซับซ้อนมาก จะถ่ายเอกสารเวชระเบียนออกไปว่าแพทย์รักษาเราอย่างไร เราต้องมีการตรวจสอบด้วยว่าเราคิดอย่างไร ทำไมเราทำตรงนี้มากกว่าที่เป็นปัญหา ซึ่งการเช็คโน้ตของแพทย์เราต้องยอมรับว่า เวลาสั่งการรักษาเราไม่ได้เช็คโน้ตทุกครั้ง ซึ่งนี้ทำไมต้องไม่มีเหตุผลประกอบการรักษาตรงนี้ ถ้าเราเข้าใจประเด็นของการรักษาของแพทย์ ว่าแพทย์ไม่สามารถรับการรักษาได้หมดจะไม่เกิดอะไรขึ้น แต่ถ้าเกิดอะไรขึ้นโดยเราไม่ได้ตั้งใจเราต้องดูแลเขา เช่น ถ้าแพทย์สั่งการรักษาผิดจริงอย่างชัดเจน เป็น

อันอันตรายกับผู้ป่วยอันนี้ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ไม่ควรเกิดขึ้น การตายเกิดจากความผิดพลาดหรือไม่สามารถรู้ได้ ถ้าเกิดจากความผิดพลาดคุณเรียกร้องได้เรียกร้องเหมาะสม ตอนนี้แพทย์ก็กลัวไปหมดว่าจุดเล็กจุดน้อยก็เอาไปฟ้องกัน พูดฝ่ายแพทย์เราก็ไม่สามารถบอกได้ว่าเราทำให้ผู้ป่วยรอด คุณมาอาการน้อยๆแต่พอรักษายิ่งแยๆ เพราะผู้ป่วยไม่ตอบสนองกับยา อย่างนี้แปลว่าแพทย์ผิดหรือ คนที่เกือบตายเราให้ยาไม่ตายเพราะเขาตอบสนองกับยาที่เราให้ ร้อยคนอาจตอบสนองกับยาเก้าสิบคน อีกสิบคนอาจไม่ตอบสนองกับยา

- เรื่องเวชระเบียน ปกติเขาบอกว่าเวชระเบียนเป็นสมบัติของโรงพยาบาล แต่ข้อมูลที่บันทึกเป็นของผู้ป่วย ส่วนการถ่ายเอกสารไม่ได้เป็นการปกปิดเลย เพราะเป็นประวัติของเขา เราต้องบริสุทธิ์ใจถ้าเรามีอะไรปกปิด ถ้าไม่ให้ผู้ป่วยถ่ายคิดว่าไม่แฟร์ เป็นประวัตอของเขา ยาเขากินอะไรบ้าง แต่ต้องขออนุญาตก่อนการจะหยิบอันนี้ขึ้นมาเป็นของโรงพยาบาล ในบางโรคเขามีรหัสคนที่เกี่ยวข้องถึงจะทราบอันนี้เป็นการแก้ปัญหาค่อนข้างดี แต่บางทีการมีรหัสเยอะ ทำให้มั่วว่ารหัสนี้คืออะไร เพราะฉะนั้นต้องเป็นรหัสที่จำเป็นและสำคัญจริงๆ
- ได้ขอถ่ายเอกสาร อย่าระแวงกันทำให้ลำบาก แต่ต้องมีเหตุผลว่าเพื่ออะไร เพื่อประโยชน์ในการรักษา ถ้าเป็นหลักฐานในการฟ้องร้องก็แล้วแต่เขา ต้องจริงใจต่อกัน แต่เรื่องเวชระเบียนก็เป็นอะไรที่ลำบาก ถ้าตั้งว่าถ้าสิ่งที่แพทย์เขียนคือสิ่งที่แพทย์รู้ สิ่งที่แพทย์ไม่เขียนคือสิ่งที่แพทย์ไม่รู้ สิ่งที่แพทย์ไม่ทำอาจจะไม่ถูกต้องนัก ไม่เสมอไป เราไม่ควรตั้งสมมุติฐานว่าแพทย์ให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง
- ที่ผ่านมาแพทย์จะเป็นคนสรุปให้ เวลาเราส่งต่อผู้ป่ยแพทย์ก็สรุปให้ แต่ในปัจจุบันไม่ได้แล้ว กฎหมายพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยสามารถที่เอาไปได้หมดก็ไม่สามารถที่จะห้ามอะไรได้ แพทย์ก็ต้องรู้ว่าอะไรจะต้องบันทึกอะไรบันทึกอย่างไรถ้าบันทึกตามความเป็นจริงหรือบันทึกในสิ่งที่จำเป็นสำหรับการรักษาดูแลก็จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและแพทย์เอง การดูแลบันทึกทำให้การรักษาผู้ป่วยดีขึ้น ถ้ามีหลักการ SOAP และดำเนินการตามนี้ก็จะมีการรักษาที่ดีและจะไม่มีเรื่องกับผู้ป่วย
- สามารถถ่ายเอกสารเวชระเบียนได้ แต่ควรจะผ่านการพิจารณาจากแพทย์ก่อน โดยควรต้องให้ทั้งหมดตามความต้องการ
- ได้ทั้งสองแบบทั้งถ่ายเอกสารหรือสรุป อันนี้เป็นสิทธิ์ของผู้ป่วย แพทย์จะเป็นคนอนุญาตให้ คิดว่ามีสิทธิ์จะถ่ายเอกสาร โดยจะต้องขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ก่อน

๓.๑๐ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑๐ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “บิดา มารดา โดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี บริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายและทางจิต ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้” ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- คิดว่าผู้ที่วุฒิภาวะไม่ถึงก็อาจตัดสินใจผิดพลาด ผู้ปกครองก็ต้องตัดสินใจแทน

- ถ้าเป็นในต่างประเทศบางประเทศก็อาจต้องดูว่าเด็กตัดสินใจเป็นผู้ใหญ่พอหรือไม่ ในอายุ ๑๖- ๑๘ปี ในการตัดสินใจ ถ้าเด็กมารับการตรวจเองก็ต้องคุยกับตัวเด็ก ถ้าในกรณีมาใกล้ตายแพทย์ก็ต้องช่วยไว้ก่อน ต้องนึกถึงจริยธรรมก่อนในการช้วยชีวิตผู้ป่วย แต่บางกรณีก็ต้องติดต่อผู้ปกครองก่อนเพราะอาจการฟ้องร้องที่หลังได้
- คิดว่าต้องถามพ่อแม่ว่าโอเคหรือไม่ มาคุยตกลงกัน
- กรณีที่ฉุกเฉินก็เป็นการทำร้ายครอบครัวซึ่งเราใช้ข้อปฏิบัติตามหลักการที่นักสังคมสงเคราะห์จะดูเกี่ยวกับสิทธิเด็กที่ถูกทำร้าย ถูกทารุณกรรม อันนี้ขึ้นอยู่กับแพทย์พิจารณาแล้วส่งให้หน่วยงานเขาจัดการ ซึ่งทางราชการก็มีข้อกำหนดอยู่แล้วเรื่องนี้ ถ้าสิ่งนั้นอาจทำให้อันตรายต่อชีวิตหรือทำให้พิการก็ไม่จำเป็นต้องรอตามกฎหมาย เพราะถ้ารอไปแล้วตายก็ถูกฟ้องเหมือนกัน
- คงเป็นดุลยพินิจอยู่แล้ว จะไม่ทำคงไม่ได้ในสถานการณ์ฉุกเฉินในการช่วยเหลือชีวิตให้รอด
- ทั้งญาติต้องการให้รักษาผู้ป่วย แต่มีอยู่รายหนึ่งติดเอโรอีนมาแพทย์ก็ช่วยแต่แม่เขาด่าแพทย์ว่าช่วยทำไมอยากให้เด็กตายไป ถ้าฉุกเฉินไม่ต้องรับรองเป็นเรื่องปกติ หากมีปัญหาในการรักษาขึ้นมาก็เอาผิดแพทย์ไม่ได้ แต่ถ้าไม่รักษานั่นแหละควรเอาผิด
- ในหลักการสากลตามอนุสัญญาเด็กเขาก็ไม่ได้พูด เด็กเขาใจผิดเอาเองว่าอายุสิบแปดปีต้องได้รับความยินยอมจากพ่อแม่ ในสิทธิเด็กกล่าวไว้ว่า ผู้ปกครองอาจจะใช้สิทธิ์แทนมีความเห็น เท่ากับว่าอนุสัญญาคำนึงถึงประโยชน์ของเด็ก เพียงแต่ผู้ใหญ่มาตีความให้กลายเป็นคนละเรื่อง ไม่จำเป็นถ้าวัยรุ่นคนนั้นมีวุฒิภาวะ เขาใช้คำว่า “อาจจะ” ไม่ได้ใช้คำว่า “ต้อง”
- คิดว่า ถ้าจะรอผู้ปกครองในกรณีนี้ต้องรอหรือไม่ ต้องมีผู้ทำหน้าที่คิดตรงนี้ว่า ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียต้องมีความเห็นของผู้ปกครองเหมือนผู้ที่บริโภค และผู้ที่ปฏิบัติงาน และผู้ที่ต้องขึ้นศาลหรือฟ้องร้องกันก็ดี เช่นใครบ้าง พนักงานสอบสวน ตำรวจ อัยการ ในขณะเดียวกัน ถ้าอายุน้อยต้องมีนักสังคมสงเคราะห์หรือไม่ เพราะบ้านเราเวลาศาลท่านตัดสินต้องใช้ข้อมูลตรงนี้ตรงๆ เพราะศาลต้องทำในสิ่งที่คุณเอาไปให้เขาศาลจบแล้วมีแค่นี้ก็คือแค่นี้
- คิดว่าเด็กเขาจะไปตัดสินใจเองได้อย่างไร เราไม่รู้เจตนารมย์ของเขาก่อนว่าคืออะไรว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย
- เห็นด้วย เด็กอายุก่อนสิบแปดยังใช้อารมย์มากกว่าเหตุผล เด็กมีดอกาศปฏิเสธการรักษาง่ายมาก เราต้องตัดสินใจแทนลูกและเป็นหน้าที่ ที่จะปลอบประโลมลูกให้ยอมรับว่าลูกจะต้องรักษาลูกจะต้องเจ็บตัวแล้วลูกจะต้องดีขึ้น ถ้าเราให้เด็ดตัดสินใจเราจะแย่มาก ในประเทศทางยุโรปเดี๋ยวนี้ต้องให้เด็กตัดสินใจร่วมกับผู้ใหญ่ อย่างเด็กจะเจาะเลือดเขาต้องไปมีความเสี่ยงมา แต่เจาะแล้วเรามีอะไรรองรับเขา เราต้องบอก พ่อแม่หรือไม่ เราต้องเรียกพ่อแม่คุย ทำความเข้าใจกับพ่อแม่ ลูกคุณเก่งมากๆที่สามารถตัดสินใจได้ว่าเขาอยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ หน้าที่ของพ่อแม่คือช่วยเหลือลูก และการช่วยเหลือลูกใน

ระยะแรกเราจะช่วยเหลือลูกได้ดีกว่า ใครจะดูแลเขาได้ และอย่าให้แพร่เชื้อผู้อื่น มีแต่พ่อแม่อยากจะเจาะแต่ลูกไม่ยอมเจาะทำให้เกิดผลเสียกับผู้อื่น

- ถ้าปกติเด็กอายุสิบแปดปีผู้ปกครองต้องเซ็นต์ด้วย และเด็กก็ต้องร่วมตัดสินใจด้วยไม่ใช่ให้พ่อแม่ตัดสินใจอย่างเดียว อันนี้คือให้สิทธิ์กับเด็กมากขึ้น ถ้าต่ำกว่าแปดปีก็คุยกันไม่รู้เรื่องต้องคุญกันระหว่างแพทย์กับผู้ปกครอง ถ้าอายุตกว่านี้พอจะตัดสินใจได้
- คิดว่าอายุสิบแปดปีแล้วเด็กบันลุนิติภาวะแล้ว ควรกำหนดไว้เป็นบางเรื่องได้หรือไม่
- เห็นด้วยปฏิบัติอยู่แล้วสมมติเด็กสิบสามหัวใจเต้นช้าลงรอพ่อแม่ยังไม่มาแต่ยังไม่บรรลุนิติภาวะเราก็ต้องช่วย
- คิดว่าถ้ามีทีมในการดูแลเรื่องนี้หรือหน่วยที่จะดำเนินการเฉพาะได้ก็ดีในการมีทีมที่จะติดตามญาติมาได้
- ในกรณีที่รอได้ก็โอเค เพราะผู้เยาว์อาจจะมองโลกไม่ครบ แต่ในกรณีฉุกเฉินก็ต้องทำ แต่ต้องมีข้อยกเว้นในบางกรณี ที่เป็นความลับเฉพาะตัว

<u>ประเด็นที่ ๔ การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง</u>

๔.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ ใครจะเป็นคนทำ ถ้าแพทย์คนที่ดูแลผู้ป่วยปฏิเสธ ในกรณีที่มีบัญญัติไว้ในกฎหมาย ให้ผู้ป่วยสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตายหรือการยื่นโดยญาติ ในกรณีนี้ถ้าแพทย์ผู้รับผิดชอบ (หมอเจ้าของไข้)ปฏิเสธในการที่จะปฏิบัติตามเนื่องจากไม่ตรงกับแนวคิดทางจริยธรรมที่แพทย์คนนั้นเห็นด้วย แล้วปฏิเสธในการดำเนินการตามหนังสือโดยการขอถอนตัวจากความรับผิดชอบดังกล่าว แล้วแพทย์ท่านใดจะเป็นผู้ดำเนินการต่อในเรื่องนี้ ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- บางกรณีแพทย์ต้องเลือกในทางที่ต้องปกป้องตัวเอง
- ถ้าความคิดเห็นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไม่ตรงกัน ก็ควรทำตามผู้ป่วยแต่แพทย์ก็มีสิทธิ์เสนอในการรักษาถ้ามองว่ามีทางที่ดีกว่า
- เห็นด้วย ผู้ป่วยน่าจะได้เลือกแพทย์ เปิดโอกาสให้แพทย์รักษาน่าจะดีกว่า
- คนที่ถูกรักษามความเห็นไม่ตรงกับแพทย์ที่ถูกรักษา ก็ให้ผู้ป่วยเขาเปลี่ยนแพทย์ ต้องดูที่เจตนาว่าบริสุทธิ์ใจหรือโดยแกล้ง บางอย่างที่เจอผู้ป่วยคนรู้อยู่แล้วว่าโรคนี้ไม่มีทางรอด แต่ถ้าแพทย์บอกว่าลองดูยามาใหม่ช่วยไปสิบคนตายไปแล้วสิบแต่ดูแนวโน้มว่าจะดีก็เลยอยากจะให้ ไม่ใช่เหตุผลอันนั้นสมควรไปจัดการแพทย์คนนั้นว่าคิดอย่างไร
- สิทธิตรงนี้ยังไม่รับรู้เรื่องนี้ชัดเจน บรรยากาศจะเข้มข้นขึ้น แต่ความพร้อมของแพทย์นั้นอาจจะยังไม่มาก แพทย์โดยทั่วไปก็ไม่อยากทรมานหรอก ประเด็นเหล่านี้ยังไม่นิ่ง ยังไม่ชัดเจน ถ้าเขาตั้งใจก็อย่าไปฝืน

- ประเด็นแรกเห็นด้วยกับแพทย์คนแรก และเห็นด้วยว่าการให้ความรู้กับประชาชนในเรื่องนี้สำคัญมาก ประสบการณ์คือผู้ป่วยครบแรทสมองตายแล้ว เราคิดว่าเราจะไม่สู้แต่ญาติที่ไม่เคยมาดูมาไข้เลยให้สู้ต่อ
- ถ้าเขาเขียนไว้เองเราก็ทำตามนั้น ถึงญาติให้ใส่ก็ทำตามเจตนาของเขาอันนี้ง่าย แต่กลับกันว่าถ้าเกิดว่าใส่ท่อเครื่องหายใจอยู่ แต่สมองไม่ทำงาน การหายใจล้มเหลวไปแล้วอันนั้นเป็นอีกเรื่อง แต่ถ้าผู้ป่วยเขียนไว้ไม่มีปัญหา แต่ถ้าญาติเขียนปัญหาตรงนี้จะเกิด แพทย์เป็นคนกลางให้ข้อมูลและให้เขาไปตัดสินใจเองเป็นการดีที่สุด
- ตอนนี้แพทย์ก็มีการเรียนรู้มามากขึ้น คือที่ผ่านมาที่เราถูกปลูกฝังมาตลอดคือช่วยให้สุดฤทธิ์สุดเดชสุดความสามารถของเรา รู้อยู่แค่นั้นว่าเราทำให้ดีที่สุด แต่ตอนนี้เกิดขบวนการเรียนรู้ถึงที่สุดแม้ว่าวันนี้จะรอด แต่พรุ่งนี้อาจไม่รอดแล้ว ก็อาจมีการถกเถียงประเด็นนี้มากเป็นที่มาที่จะต้องมีทีมแพทย์เป็นผู้ที่จะมาบอกว่าคนนี้สมองตายแล้วแต่ตัวยังอยู่ถ้าคุณจะใช้เครื่องช่วยหายใจ ก็ทำให้หัวใจเต้นได้ แต่สมองไม่มีแล้วแม้คนนี้ไม่มีทางเลยที่จะฟื้นคืนกลับโดยที่จะต้องถอดเครื่องช่วยหายใจ เพราะสมองโดนบังคับให้เขาหายใจแต่ขณะนี้สมองตาย ก็กำหนดขึ้นมาว่าถ้ากรณีสมองตายเป็นอันที่พอ แม้แต่การยกเลิกการรักษาก็ต้องเป็นขั้นตอน ไม่ใช่ใครอยากจะยกเลิดก็ยกเลิก มีญาติมาบอกว่าเอาเครื่องช่วยหายใจออกแล้วเอาออกไม่ได้ มีการอธิบาย มีการเขียน เจ้าของหอผู้ป่วย เจ้าของผู้ป่วย อาจจะมีพยาน มีลงเป็นลายลักษณ์อักษร
- อธิบายหรือให้ความเห็นลำบาก เพราะว่าสุดท้ายจริงหรือเปล่า บางทีตายแล้วก็ฟื้นมาอีกแล้ว ไม่มีเหตุผลอะไรเลยที่จะมาบอกว่าตาย ถ้าคุณตัดสินเขาได้ว่าตายจริง ทั้งสมองทั้งหัวใจ ต้องตายหมด ถึงจะครบว่าไม่มีการฟื้นอีกแต่ถ้ามันไม่ครบละ การเต้นหัวใจ กราฟมันก็ไม่ขึ้น แต่สมอง มีอีกหลายอย่างว่าตายจริง ถ้าพิสูจน์ว่าตายจริงแล้ว แล้วถ้าเป็นระยะท้ายแล้วจะให้แพทย์มาทำอะไรอีก แพทย์บอกว่าทำไปก็ไม่ได้ผล แล้วถ้าทำไปบอกว่าอันนี้ลองได้ๆ แพทย์ก็ไม่ทำแล้ว ถ้าทำไปแล้วถูกหาว่าแพท์ทำผู้ป่วยตายแต่ถ้าอยู่เฉยๆเขาอาจจะตายเองก็หมดปัญหาไป
- ไม่รู้ว่าแพทย์คนนั้นคิดอย่างไร ท่านถึงไม่ทำอยู่ที่วิธีคิดของคนมากกว่า อันนี้เปิดกว้างให้เขาคิดกันเอาเอง เรื่องพวกนี้ขึ้นอยู่กับมุมมอง ทัศนคติของคน แต่ถ้าเกิดว่าเป็นกฎหมายก็โอเค ทุกคนรับทราบนะว่าอย่างนี้ ต้องทำอย่างนี้
- การที่เราบอกว่าเราเป็นแพทย์ เราช่วยให้เขาพ้นจากความทุกข์ทรมาน ให้เขาไม่ต้องเจ็บปวดหรือให้เขาไปอย่างสงบ แต่ถ้าแพทย์คนนั้นไม่สบายใจเหมือนเป็นผู้ตัดสินหรือเป็นผู้กระทำให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตด้วยเหตุใดก็ตาม เช่น ทำไปแล้วใจไม่ดีเลย หรือทำไปแล้วจะมีผลอะไรกับเรา จะถูกฟ้องหรือเปล่า หรือเอาญาติที่ไม่ได้มาเฝ้าฟ้อง สิ่งสำคัญถ้าเรามั่นใจว่าผู้ป่วยยืดรักษาความตายแล้ว ถ้าเราจะปกป้องแพทย์คนนั้นทำให้เขาไม่รู้สึกแย่ ถ้าเรามองว่าเขาเป็นคนดี เราต้องตั้งกรรมการขึ้นมา และแจ้งยาต่อผู้ป่วย ถ้าญาติไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานแล้วควรจะทำให้กับผู้ป่วย เช่นไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ให้

ยาแก้ปวด ไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกตัว ตอนนี้แพทย์ทุกคนกลัวเรื่องคดีมากกับผู้ป่วยที่เสียชีวิต ถ้ามีแพทย์หลายคนดูข้อสรุป ถ้าคุณจะฟ้อง ต้องฟ้องโรงพยาบาล ถ้าคุณไปเสียเวลาผู้ป่วยแบบนี้ทำให้เสียเวลาเปล่า คนที่ควรจะรักษาได้กลับแย่ลง โรงพยาบาลต้องเข้ามาช่วยเหลือแพทย์

- การที่เขียนไว้อย่างนี้ คือเราไม่ทำตามที่เขาเขียนอันที่จริงแพทย์อาจจะดูถูกผู้ป่วยไปนิด ผู้ป่วยบางกลุ่มเขารู้แล้วว่าต้องไป แพทย์อาจจะวิชาแรงคือว่ารักษาได้แต่ไม่คิดถึงกรณีที่จะหยุดการรักษาตามทู้ป่วยต้องการ ผู้ป่วยเขารู้ว่าอีกสามสี่วันเขาก็ไม่เอาแล้ว ไม่อยากทรมาน แต่ว่าบางครั้งผู้ป่วยไม่เข้าใจจริงๆ เช่น เป็นหวัด บอกว่าฉันอยากตายแพทย์จะให้เขาตายก็คงไม่ใช่ คงต้องดูก่อนว่าโรคเหมาะสมที่ควรจะตาย ถ้าเหมาะสมก็ควรที่จะปฏิบัติตามนั้น แต่ถ้าโรคไม่เหมาะสมจะตายต่อให้เขียนเป็นสิบใบ ก็ต้องช่วยเพราะว่าเป็นหน้าที่ของเรา จะให้แพทย์ถอดเครื่องออกให้ผู้ป่วยตายไปต่อหน้าต่อตาโดยที่เรารู้ว่าคนนี้อย่างไรก็รอด คิดว่าไม่ถูก ต้องดูเป็นรายกรณีไป ควรมีคณะกรรมการช่วยกันดูแลตัดสินใจกันหลายคน การตัดสินใจคนเดียวไม่ค่อยดีนัก กรรมการควรมีฝ่ายครอบครัวผู้ป่วย ฝ่ายแพทย์ที่รักษากรรมการก็ควรเป็นโรคเฉพาะ ถ้าให้ดีควรดีจิตเวชด้วย จะดีมากเพราะจะได้คุยกับทางครอบครัวด้วย

- ประเด็นก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต ถ้าเกิดให้เขาไปโดยปกติก็โอเค แต่ถ้าเป็นไปในทางลบ เป็นเจตนาของเขาก็ไม่ทำ เช่นผู้ป่วยนอนอยู่ว่าไหวแล้วไม่ขอยื้อชีวิต ผมไม่ทำและไม่ขอดูแลผู้ป่วยคนนี้ เป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลมีแพทย์หลายคนที่ทำไป ถ้าผู้ป่วยไปตายธรรมชาติก็ โอเค แต่ถ้าให้ถอดโน่นนี้ออก ก็คงไม่ถอด

-แพทย์ต้องใช้ศิลปะให้ดีที่จะคุยกับญาติให้เข้าใจ ให้ใช้กลไกลของผู้อำนวยการโรงพยาบาล แต่ที่นี่จะมีคณะกรรมคุณภาพความเสี่ยง

- ก็อธิบายยาก ก็คงไม่ผิดโดยส่งต่อให้ผู้อื่นและมีวิชาการอื่นๆ ที่มีทีมกำหนดระยะสุดท้ายของชีวิต (End of life) ให้มีการตายอย่างมีสันติสุข

- เขาไม่ผิดเขาอาจส่งต่อให้คนอื่นก็ได้เขาอาจมีวิธีการอื่นๆที่ไม่ต้องรับการรักษยก็ได้ ในโรงพยาบาลมีทีม เช่น ให้ตายอย่างมีความสุข

- บางเรื่องก็เห็นด้วย เนื่องจากเป็นการลดค่าใช้จ่าย แพทย์คนแรกเขาไม่น่าจะปฏิเสธได้ควรจะดำเนินการไปสักระยะหนึ่งก่อน ควรจะมีคณะกรรมการ ในการตรวจทานระยะสุดท้ายของชีวติ (End of life)

๔.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การลงความเห็นที่ญาติไม่เห็นด้วย เพราะอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติไปฟ้องร้องได้ ในกรณีที่แพทย์ลงความเห็นเกี่ยวกับในเรื่องการการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ตรงกับความเห็นของญาติทุกคน และอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติอาจไปฟ้องร้องได้ ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- ต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระหว่างแพทย์กับญาติผู้ป่วย จะได้เข้าใจซึ่งกันและกันทั้งสองฝ่าย

- แพทย์ก็ต้องมีหน้าที่ให้ข้อมูลให้หมด อธิบายให้ญาติเข้าใจและเห็นภาพให้ได้ในตามเหตุผลนั้นๆ แพทย์เองต้องมีองค์ประชุม หากตัดสินใจพลาดเรื่องใหญ่อาจมีการฟ้องร้องได้ ต้องเป็นความเห็นของคณะแพทย์ในการตัดสินใจ
- ต้องให้คำอธิบายแก่ญาติผู้ป่วยก่อน และทำสุดความสามารถของแพทย์ ถ้าเกิดขัดแย้งกับญาติอาจถูกฟ้องร้องได้
- แพทย์ก็ต้องดูว่าสิ่งที่จะทำเพิ่มมีประโยชน์จริงหรือไม่ เพราะแพทย์ต้องมีความรู้ดีกว่าญาติ ถ้ามีโอกาสจะดีกว่าและสามารถอยู่ในวิสัยที่จะทำได้คืออยู่ในสิทธิ์ประกันสุขภาพ แต่จะได้รับการรักษาที่ประหลาดแบบใช้เงินแต่จะขอฟรี เราก็ต้องบอกว่าเราทำได้ตามมาตรฐานที่ควรกระทำ ส่วนเกินมาตรฐานที่ควรจะดีก็ต้องจ่ายเอง เขาก็มีสิทธิ์จะเลือกวีที่จะรักษา และจะช่วยได้มากถ้าสิทธิ์บอกไปเลยว่าผู้ป่วยรักษาแค่นี้
- เป็นประเด็นสุ่มเสี่ยงและละเอียดอ่อน อาจเป็นประเด็นทางสังคม ทิ้งความรักและความมีหน้าตาในสังคม หน้าที่ของแพทย์ในเชิงจริยธรรม คิดว่าจำเป็นอย่างมากในการอธิบายให้ญาติได้รับทราบ ในเรื่องของความเจ็บปวด วิธีการเหล่านี้ โรงเรียนแพทย์ไม่ได้สอน ชีวิตจริงเป็นการสอน
- ต้องรักษาเต็มที่เหมือนเดิมจนกว่าขบวนการเสร็จสิ้นไปเอง แต่ต้องไม่มากเกินไป สิ่งที่พูดเป็นสิ่งดีทั้งสองฝ่าย หลักการในทฤษฎีนั้นดีแต่ในทางปฏิบัตินั้นอยาก
- ผู้ป่วยเป็นอันดับหนึ่งผู้ป่วยตัดสินอย่างไรก็โอเค แต่ถ้าญาติตัดสินก็รับผิดชอบเอาเอง ส่วนหนึ่งอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ แพทย์แต่ละคนก็ไม่เหมือนกันเรียนมาก็ไม่เหมือน บางที่สี่คนสี่สถาบันยังไม่เหมือนกัน
- คือถ้าผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญลุกขึ้นมาบอกเองได้ ในทางปฏิบัติที่แพทย์เจอมาแพทย์ก็ต้องทำ มีอีกวิธีการเดียวที่จะทำได้อีกขบวนการเขาเรียกว่า การรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทำให้ขบวนการบาดเจ็บหรือการทรมานลดลง เราคงไปยกเลิกเองไม่ได้ ต้องเป็นญาติพี่น้องหรือตัวผู้ป่วยเอง แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ได้เขียนไว้ไม่มีหลักฐานอะไร ผู้ป่วยมีไม่ได้มีสตอที่สามารถที่จะบอกได้ว่าไม่เอา ญาติพี่น้องก็จะเอา แล้วแพทย์ก็ยกเลิกก็เป็นไปไม่ได้
- เราก็ทำรักษาเต็มที่ตามหลักวิชาการไปแล้ว แล้วจะมาพูดอะไรกันอีกก็ได้แค่นี้ก็คือแค่นี้ และถ้าไม่พอใจจะไปที่ไหนก็ไปแพทย์ก็ไม่ว่าอะไร เพราะทำเต็มที่แล้ว ต้องอธิบายญาติอย่างเดียว ถ้าเรามั่นใจว่าเราทำไม่ได้ก็อาจมีการส่งต่อ เหมือนศาลถ้าศาลชั้นต้นตัดสินไม่พอใจก็ยังอุทธร์ ยังฎีกาไป คุณพอใจหรือไม่พอใจก็ได้ พอใจเก้าสิบเก้า ไม่พอใจสักหนึ่ง ก็เกิดขึ้นได้คนเดียวก็เอาเรื่องได้
- ให้ข้อมูลตัดสินใจ เราต้องสู้กับเชื้อโรควันไหนผู้ป่วยตายคือเราแพ้ กรณีของแพทย์เขาช่วยเต็มที่อยู่แล้ว ถ้าแพทย์กำหนดให้ทำอย่างนี้ไม่เป็นปัญหากับแพทย์เลย โรงพยาบาลก็มีตียงที่จำกัดต้องมารองรับผู้ป่วยแบบนี้ ผู้ป่วยที่จำเป็นก็ไม่ได้เข้ามา แทนที่จะรักษาเขาให้หาย ก็แทนอีกกลุ่มผู้ป่วยพวกนี้ไป ควรมีคณะกรรมการในการตัดสินใจในภาวะอย่างนี้

- อันนี้มีปัญหามาก เรานี้เป็นแพทย์เรามองเห็นเขาก่อน ญาติไม่เห็น และที่สำคัญญาติไม่ต้องเสียเงินเอาหมดทุกอย่าง ถึงบอกว่าอันนี้ผิด คุณต้องมีมาตรการว่าถ้ามีระบบอย่างนี้แล้ว ถ้าต้องการจะช่วยเหลือต้องออกเงินนะ ไม่ได้ออกหมดแต่ต้องออกร่วม อย่างนี้รอดไปก็ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ค่าใช้จ่ายแต่ละวันแพงมาก เราไม่รีบปากเลยว่าหนึ่งในพันว่าผู้ป่วยจะตื่นขึ้นมา แต่คุณต้องเสียค่ารักษาเป็นล้านๆ เดี๋ยวรักษาสูงอย่างไรผู้ป่วยก็เอาเพราะสามสิบบาทรักษาทุกโรค ถ้าแพทย์ไม่ให้ผมฟ้องแพทย์ แต่พอเป็นผักไม่เอากลับบ้าน เป็นภาระให้กับคนอื่น อย่างนี้ไม่ถูกต้อง
- อันนี้แนะนำว่า รักษาไปก็ไม่ดี โอกาสตายเยอะ โอกาสรอดน้อย ทรมานผู้ป่วยมาก ปกติญาติผู้ป่วยก็รักผู้ป่วยเขาไม่อยากให้ผู้ป่วยทรามานกรณีนี้คนไทยเกิดน้อย ต่างประเทศเกิดเยอะกว่า คนไทยส่วนใหญ่กลับไปตายบ้าน แต่บางทีแพทย์ใจถึงขอสู้ อันนี้ถ้าคุยดีก็จะไว อย่างไรก็ตามเราก็ต้องรักษาตามกฎหมาย คือต้องให้ญาติใกล้ชิดตัดสินใจ หลานต้องไปจูงมือลูกมาคุยให้รู้เรื่องในครอบครัวเขาเอง ปัญหาก็ไม่ตามมา
- คุยหลายคนก็ต้องคุยนานและคุยยากด้วย ยิ่งมีลูกหลายคนยิ่งคุญอยาก ยิ่งมาไม่พร้อมกันยิ่งคุยอยากที่สุด หรือคุยเข้าใจแล้ว กลับไปบ้านก็เปลี่ยนใจได้เหมือนกัน การเซ็นต์ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดี ในต่างประเทศต้องเซ็นต์แต่สังคมไทยไม่ค่อยมี ปัจจุบันพอต้องเซ็นต์แสดงเจตนาก่อนสร้างความรู้สึกไม่ดีจำเป็นในบางบริบทแต่บางบริบทดูไม่ดีอย่างมาก ต้องใช้ความเชื่อใจกันและกันจะดีกว่า ยกเว้นในคนที่มีปัญหามีทีมมาช่วยก็ดีให้ข้อมูลไปเลื่อยๆเหมือนกับว่าเรากำลังทำอะไรกันอยู่ ต้องสร้างคุยความเข้าใจว่าทุกคนก็ต้องตาย แพทย์ไม่ใช่เทพเจ้าหรอก ยื้อชีวิตเพื่ออะไรบางทีก็คุยหลายๆรอบ กฎหมายมีบังคับก็ต้องเซ็นต์
- ถ้าแพทย์คิดว่าคนนี้เคสนี้ช่วยให้ผู้อำนวยการช่วยตัดสินใจ ปล่อยให้พวกเราทำกันเองจนมีเรื่องขึ้นมาหรือคุยกับหัวหน้าฝ่ายอย่าไปกลัวว่าเกิดผิดพลาดขึ้นมาไม่กล้าบอก จะได้ช่วยกันแก้ปัญหา
- ก็คงจะต้องดูในเคสเรื่องการรักษา และเหมาะสมกับการรักษาแพทย์ก็ต้องให้ข้อมูลทางเลือกที่เขาต้องตัดสินใจ ก็ต้องทำตามที่ญาติต้องการ
- คือแพทย์เต็มที่ในแง่ของการรักษา แต่อยู่ภายใต้บริบทเครื่องไม้เครื่องมือเท่าที่มี และการรักษาที่เหมาะสมตามสภาพผู้ป่วย และให้ข้อมูลเราเป็นคนตัดสินใจไม่ได้แต่ว่าเราให้ทางเลือกเขา คิดว่าต้องดูค่ามาตรฐาน ต้องมากำหนดว่าจะคิดอะไร จะทำอย่างไร ต้องดูระยะเวลาในการดำเนินการ ถ้าโต้แย้งค่ามาตรฐาน

<u>ประเด็นที่ ๕ การให้การศึกษาด้านจริยธรรม</u>

๕.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การจัดให้มีการเรียนด้านจริยธรรมสำหรับนักศึกษาแพทย์ ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์

เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- จริยธรรมเกิดขึ้นจากการปลูกฝัง การเห็นแบบอย่าง เป็นค่านิยม ปลูกฝังสะสมกันมา ต้องเรียนกี่โมงถึงจะได้ผล ไม่มีใครรับประกันได้
- ในโรงเรียนแพทย์ก็มีการเรียน แต่นักศึกษาแพทยมักไม่สนใจกันเอง แพทย์ก็เริ่มการคัดนักศึกษาแพทย์เข้าเรียน ไม่ใช่อยากเรียนก็เรียน
- เมื่อก่อนเวลาสอนอาจารย์แพทย์จะพูดให้ฟัง หรือว่ารุ่นพี่ที่เป็นแพทย์ประจำบ้านเขาก็พูดให้ฟัง เวลาปฏิบัติงานเราก็จะเห็นว่าเขาทำอย่างไรในสิ่งที่ถูกต้อง เขาก็ทำให้ดูอยู่แล้วและแพทย์ก็ทุกคนมีความคิดต้องคิดเองได้บ้าง แต่ปัจจุบันนี้ไม่รู้เขาแกล้งหรือไม่ บางอย่างที่ทำอย่างนี้เห็นนะไม่ยอมจ่ายให้ผู้ป่วยเป็นการสิ้นเปลือง แต่ไม่มีใครคิดว่าเขารักษาผลประโยชน์ของทุกคนในกองทุนที่เป็นส่วนกลางว่า ให้เงินที่เหลือไปรักษาให้กับคนอื่นได้ เดี๋ยวนี้ในโรงเรียนแพทย์อาจารย์เอง แพทย์ประจำบ้าน ผู้สูงกว่าก็ต้องสอนๆแพทย์ที่อวุโสน้อยกว่า หรือแพทย์ใหม่ส่วนใหญ่เขาต้องมีการพูดถึงอยู่แล้วในการปฏิบัติ ปกติไม่เห็นว่าต้องมีวิชานี้เรียน เพราะตอนเขาคัดคนมาเรียนแพทย์ ตอนนี้เราคัดน้อยลงเราก็ไม่รู้ว่าจะนึกได้เหมือนกันทุกคน แต่เขาก็มีการจัดเป็นประจำอยู่แล้วในเรื่องนี้ แต่พูดได้ไม่ครบทุกแง่ เพราะรายละเอียดมีเยอะมาก บางทีคนว่าดีสำหรับคนๆนี้แต่บางทีอาจไม่ดีกับอีกคนก็ได้ เพราะมองไม่เหมือนกัน บางทีหวังดีกลายเป็นร้ายกับผู้ป่วยก็ได้
- คิดว่าตอนเรียนก็มีอยู่ แต่เป็นวิชาที่สอนยาก
- ต้องมีมากๆเลย แต่โดยความคิดจะโทษถึงการศึกษาไทย ตั้งแต่ระดับล่างจนถึงระดับบนไม่มีประเด็นนี้เลย จบแพทย์มีชั่วโมงนี้โดยเฉพาะ ต้องมีการสอนทฤษีและการยกตัวอย่างด้วย
- วิชานี้ดี แต่อีกอย่างคือน่าจะมีการเอาไปดูตัวอย่างของจริง ที่ไหนที่รุ่นพี่ๆเขาทำแล้วดีผลงานของเขามีความถูกต้อง เป็นแบบอย่างที่ดี ตอนนี้เรามีความรู้สึกว่าถ้ารุ่นหลังไม่ถูกและมองเงินเป็นเรื่องใหญ่ บางทีมาแล้วลาออกไปอยู่สาขาที่ทำเงินได้ แบบอย่างดีๆของรุ่นพี่ๆ และการฟ้องร้องทำให้คนไม่อยากอยู่ในระบบ
- จริยธรรมไม่ได้เกิดขึ้นด้วยวิชาที่เรียน แพทย์มองว่าเกิดขึ้นจากพื้นชีวิตหลายเรื่อง ตอนนี้ระบบการศึกษาที่แพทย์ค่อนข้างให้ความคิดเห็นที่แรง เด็กกำลังกลายเป็นหุ่นยนต์ ไม่ได้เข้าใจวิถีชีวิตความเป็นมนุษย์ไม่เข้าใจความละเมียดละไมชีวิต เวลาเข้าไปสู่อาชีพไหนกลายเป็นจุดอ่อนของความเป็นคน พออ่อนมากถ้าจะสร้างขบวนการนี้ต้องเกิดขึ้นจากวิถีชวิตที่เป็นกิจวัตร คนเป็นอาจารย์แพทย์ เป็นแบบไหน เขาดูตัวอย่างได้จากที่ไหน กลับไปบ้านจะทำอย่างไรที่ทางบ้านก็มีจริยธรรมที่ดี มีการพูดคุยถึงเรื่องการใช้ชีวิตที่ดี มักจะถูกปลูกฝังกันไปโดยอัตโนมัติ มากกว่าที่จะมาเปิดชั่วโมงเรียน ในชั่วโมงเรียนจะไปทำอะไรได้ แต่อันหนึ่งที่แพทย์คิดว่าจะทำให้จริยธรรมดีขึ้นได้ คือทำอย่างไรให้เยาวชนรุ่นใหม่ของเราทั้งหลายนำ

หลักธรรมทางศาสนามาสู่วิถีชีวิต ไม่ใช่เฉพาะวิชาชีพแพทย์เท่านั้น ควรเกิดขึ้นกับทุกๆอาชีพที่จะทำให้กิจกรรมทางศาสนาสู่วิถีชีวิตให้ได้

- การเรียนการสอนๆตอนเป็นแพทย์โตแล้ว ต้องสอนมาตั้งแต่ตอนโน้น ต้องสอนพลเมืองทุกคนตั้งแต่เล็กเลยเหมือนอนุบาลก็สอนกัน ซึ่งแต่ก่อนนี้ได้ยินว่าอาจารย์สอนศีลธรรมสอนมาได้เลยมาเลื่อย และสอนมาจนโต แล้วคุณจะมาพูดอะไรตอนมาเป็นแพทย์ยี่สิบกว่าปีแล้วก็จะได้อะไร
- คิดว่าดีแต่ต้องมีต้นแบบให้ดูเป็นตัวอย่าง ก็เป็นแพทย์ที่ดี
- อันนี้จำเป็นในปัจจุบันเราต้องสอนลูกศิษย์เรา ในเรื่องของจริยธรรมบางที เพราะวิชาทางการแพทย์เป็นวิชาศิลปะเขาถึงเรียกว่า ใบประกอบโรคศิลป์ การจัดการเรียนการสอนช่วยได้ ทำให้เด็กมีประสบการณ์แล้วเขาจะไปทำได้ แล้วถ้าไม่มีประสบการณ์แล้วเจอเขาไม่รู้จะทำอย่างไร อันที่จริงมีความปารถนาดีแต่ไม่รู้จะใช้คำพูดอย่างไร คำพูดฆ่าคนมาเยอะตรงนี้สำคัญมากๆต้องมี
- ต่อให้มีการสอนบรรยายจำนวนมากก็ไม่มีผลมาก เพราะว่าขึ้นกับการปฏิบัติ ต้องเห็น ต้องดู ต้องมีตัวอย่าง เรียนกันอย่างมาก จำกฎหมายทุกข้อก็ไม่ได้หมายความว่าเป็นคนดี การปลูกฝังให้ดีต้องมีตัวอย่างและต้องเห็น และเขาเป็นอย่างนี้จริงๆ และข้อดีของคืออะไร ถ้าปฏิบัติแล้วมีข้อดีก็ควรทำ
- อยากให้มีวิชาศีลธรรม สมัยเรียนมัธยมมีเรียนวิชาธรรมศึกษา ในอดีตโรงเรียนอยู่ใกล้ๆกับวัดเขาจะนิมนต์พระมาสอนธรรมศึกษาสามปีแล้วก็มีสอบ อย่างน้อยที่สุดได้เข้าใจพุทธศาสนา พวกนักวิชาการศึกษาเลิกใช้วิชาหน้าที่ศีลธรรม อ้างว่ามีหลายๆศาสนา อาจไปดูต่างประเทศ เขามีหลักในความคิดอะไรทั้งหลาย พวกเราเลยไม่รู้หน้าที่ ธรรมศึกษาที่เคยเรียน เรียนพุทธประวัติ มีวินัย และมีการเขียนกระทู้ธรรม คิดว่าศาสนาพุทธไม่มีบังคับให้เข้าวัดเลย ทุกสัปดาห์ให้พระมาเทศก์ให้ฟัง
- คิดว่าแพทย์มีอยู่แล้วเรื่องชั่วโมงการเรียนการสอน ปัญหาก็คือแพทย์ส่วนใหญ่มักจะเอาตัวรอดเป็นยอดดี ไม่อยากเปลืองตัวให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีกว่าที่เขามี กำหนดได้แพทยสภาเขามีการกำหนดจริยธรรมทางการแพทย์ คงจะในบริบทเหมือนกันทั้งมหาวิทยาลัยและราชวิทยาลัย ในอดีตใช้เป็นกรณีศึกษาแต่เดี๋ยวนี้คงจะมีอย่างอื่นร่วมด้วยหลากหลาย แต่อาจจะน้อยลงก็เป็นไปได้เพราะมีข้อจำกัดด้วยเวลา
- ต้องมีเพื่อยกระดับแพทย์ทุกกคนเพื่อไปในทางเดียวกัน สำคัญมาก เป็นเรื่องของความเมตตากรุณา ต้องสอน

๕.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนาของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- เพื่อหลอมจิตใจนักศึกษาให้ได้ก่อนที่จะเรียนแพทย์ เป็นผู้เชี่ยวชาญในการรักษา
- เห็นด้วย ต้องทำ เราต้องมีธรรมะในการดำเนินชีวิต แพทย์หรืออาชีพอื่นๆก็เหมือนกัน

- เมื่อก่อนไม่เห็นมี มีแต่ตอนเผาศพอาจารย์ใหญ่ แต่ไม่เคยมีกำหนดว่าต้องไปทำเพราะไม่เห็นเกี่ยวข้อง แต่ส่วนใหญ่กิจกรรมทางศาสนา แล้วแต่ความสมัครใจทุกคนจะทำเป็นส่วนตัว เพราะตั้งแต่เด็กก็ทำมาหมดแล้วทำไมต้องมาทำตอนเป็นนักศึกษาแพทย์อีก และคนละศาสนายิ่งยุ่งใหญ่ เพราะบางศาสนาเขาห้ามเข้าสถานที่สำคัญทางศาสนา
- น่าจะช่วยได้ มองว่าเป็นสิ่งที่ดี
- เห็นด้วย ในโรงเรียนแพทย์บางแห่งก็ทำโดยไปที่พุทธสมาคม ดีมากๆ ยอมรับว่าประเทศไทยถือว่าเกิดมาแล้วเป็นชาวพุทธโดยกำเนิด คือเป็นชาวพุทธแต่ในนามไม่มีกิจกรรมเลย ควรมีกิจกรรมมากกว่านี้ ทำให้มีการระลึกว่ามีศาสนาที่ดี ได้ทำกิจกรรมที่หล่อหลอมจิตใจของผู้มีศาสนา
- จริงๆแล้วเรียนหน้าที่ของตัวเองนั่นแหละดี เข้าวัดไปนั่งสวดมนต์ไปเดี๋ยวไม่กลับมาเป็นแพทย์ มีบางคนเรียนแพทย์เคลียดไปเข้าวัดดีกว่าไปบวชไม่สึกเลย ศาสนาส่วนหนึ่ง แต่แบบอย่างนั้นสำคัญ
- ถ้าทำกิจกรรมแพทย์คิดว่าต้องเกิดมาจากใจ ทำอย่างไรให้เราเกิดมาจากใจตรงนั้นได้
- นี่ปลายเหตุ ยี่สิบกว่าปีมาทำจะได้อะไร ประเทศเราตั้งแต่เล็กจนโต ถ้าผู้ใหญ่โกงจะแก้ได้หรือไม่ เด็กๆ ไม่โกงหรอกแต่พอโตขึ้นก็อาจมีเพราะมีต้นแบบ รุ่นพี่เคยสอนไว้ห้าอย่างเพิ่มสองอย่างกลายเป็นเจ็ดอย่าง เวลาต่อมาเราไปถึงตรงนั้นเราก็เอาบ้าง ก็เป็นอย่างนี้
- ทำแล้วไม่ติดตามผลก็ไม่ได้ประโยชน์ หรือมีก็น้อย
- เราต้องมองว่า แต่ละศาสนาก็ไม่เหมือนกัน คือ อย่างศาสนาคริสต์มันก็ไม่เหมือนกัน ศาสนาพุทธเป็นศาสนาของเหตุผล มันทำให้เขาออกไปมองโลกแห่งความจริงมากขึ้น คนเรา เกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่มีใครห้ามความตายได้ หน้าที่ของเราคือว่าถ้าเขาทุกข์เราทำให้เขาพ้นทุกข์แห่งความเจ็บปวด ถ้าเขาตายต้องทำให้เขาตายอย่างมีศักดิ์ศรี ถ้าเราให้หลักการกับลูกนักศึกษาแพทย์ได้เขาจะได้นำไปใช้ตรงนี้ จะเอามาใช้ในวิชาชีพแพทย์ได้อย่างไร เปลี่ยนคนไม่ได้หรอก ได้แต่ปรับแต่ง ปัจจุบันแพทย์เลือกคนเก่งเป็นหลักเราไม่ได้เลือกคนดี
- ไปนั่งสมาธิก็ดี ก็คงช่วยได้บ้างเพราะเรารู้ว่า การนั่งสมาธิหรือการฝึกปฏิบัติธรรมก็มีประโยชน์ แต่ว่าไม่ได้ไปถึงกับฟังเทศ หรือศึกษาของพระธรรม แต่เป็นการปฏิบัติมากกว่า ไม่ต้องไปวัดไปที่อื่นก็ได้ไม่ต้องศาสนาพุทธก็ได้ เป็นศาสนาอื่นก็ได้ ไปปฏิบัติมาดีกว่าเล่นอินเตอร์เน็ตอยู่กับบ้าน หรือไม่เข้าวัดแต่ไปทำสาธารณประโยชน์ก็ได้ อาจเป็นวิชาเลือกให้กับนักศึกษาแพทย์
- เห็นด้วยน่าจะมี มันทำให้มีมุมมองหลายอย่างที่เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย จริตนักเรียนจะไม่เหมือนกัน
- ในอดีตนักเรียนแพทย์ปีสามปีสี่เขาให้ไปอยู่โรงพยาบาลต่างจังหวัด แล้วแต่โรงพยาบาลไหนอยากจะรับเขาก็เอาไปสี่ห้าคนไปอยู่ คล้ายๆไปดูชีวิตของแพทย์ต่างจังหวัด พี่ต่างจังหวัดจะดูแลน้องๆ ปัจจุบันเดี๋ยวนี้ไม่ค่อยมี เขาทำเป็นโครงการ ในอดีตไปด้วยใจ
- ก็ดี คิดว่ามีประโยชน์

- คิดว่าดีที่โรงพยาบาลก็ทำ มีชมรมที่ให้แพทย์ไปศึกษาธรรม ทำสมาธิ

๕.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- เห็นด้วยมากๆ ถ้านักศึกษาแพทย์ได้ไปอยู่ในอนามัยหรือโรงพยาบาลเล็กๆในชุมชน นักศึกษาแพทย์ได้รู้จักโรคด้วย ได้รู้ถึงโรคว่ามีที่มาอย่างไร และอาจารย์แพทย์เป็นแบบอย่าง คืออาจารย์แพทย์ต้องออกไปด้วย

- ดีเพราะว่าจะได้เห็นหลายๆอย่าง เพราะว่านักศึกษาแพทย์ปัจจุบันไม่เคยเห็นเลยว่าชนบทเป็นอะไร บางทีนักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่เจ็ดสิบเปอร์เซ็นต์ก็เคยเห็นแต่ห้างสรรพสินค้าชั้นนำในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ๆ ไม่เคยเห็นอย่างอื่นก็มีเยอะ ก็ดีเขาจะได้เตรียมตัวออกไปใช้ทุน แต่ขณะเดียวกันผลเสียก็อาจส่งผลให้นักศึกษาแพทย์ลาออกเป็นจำนวนมากก่อนที่จะไปใช้ทุน ไปเปลี่ยนอาชีพเป็นอย่างอื่นที่ดีกว่าเอาแพทย์ไว้เป็นดีกรีของตัวเองเท่านั้น

- ยังคิดว่ามีความจำเป็น น่าจะได้ประโยชน์ แต่การไปอยู่ก็ต้องให้นักศึกษาแพทย์ ทราบถึงเรื่องต่างๆในการออกไปชนบท

- ก็ยังยอมรับได้ แต่ถ้าให้เต็มรูปแบบควรให้อาจารย์แพทย์ไปด้วย ไม่ใช่ไปปล่อยให้นักศึกษาแพทย์ได้ตัวอย่างไม่ดีกลับมา

- ก็ดี แต่ต้องดูสถานที่ บางครั้งมีสิ่งจูงใจให้กับสถานที่ก็อาจยังไม่ได้อะไรมาก

- คิดว่าดีซึ่ง หลายมหาวิทยาลัยไม่ได้กำหนดไว้ คิดว่าควรให้แพทย์ได้เห็นวิถีชีวิตทั้งหลายและก็สำคัญมาก ยิ่งระบบการศึกษาเป็นแบบหุ่นยนต์อยู่แล้วแล้วมาเจอแต่วัตถุนิยมด้วย นี้แย่ ต้องฉีกแนวออกไป

- บังคับอยู่แล้ว หรือกระทรวงสาธารณสุขรับเป็นเจ้าภาพในเรื่องนี้เสียเอง ที่ผ่านมาการเรียนแพทย์หกปีให้มาอบรมก่อนมาผ่าตัด ในอดีตต้องทำทุกอย่างเพราะแพทย์มีน้อยแต่ผู้ป่วยก็มีน้อย เพราะความเชื่อถือในแผนปัจจุบันน้อย จบใหม่ไปอยู่ภาคอีสานคนเชื่อผีมากกว่าเชื่อแพทย์ ถนนหนทางก็ไม่ดีรับเงินเดือนที่อำเภอต้องมาเดือนละหน เข้าใจชีวิตชนบทมากขึ้นแต่เขาเหนื่อย รักษาฟรี เพราะต้องใช้หูฟังตลอด ตอนนี้เจริญขึ้นไปไหนได้หมดความเชื่อถือก็มากขึ้น

- น่าจะมีประโยชน์แต่ ก็ไม่ใช่หัวใจสำคัญ แพทย์ที่จบแล้วไม่ไปรับใช้สังคม ปัญหาคือกระทรวงสาธารณสุขหรือรัฐบาล ต้องแก้ปัญหาว่าต้องทำอย่างไรให้เขาอยู่ได้มีความสุข คือไม่ใช่คุณไปปล่อยประละเลยแพทย์ให้พบกับวิบากกรรมหรือตามยถากรรม แพทย์ที่อยู่ชนบทก็ไม่อยากจะอยู่ หรืออยู่สองสามปีก็กลับ

- ก็ดีให้ไปฝึกชนบทในบริบทที่ต่างกัน ส่วนมากโรงเรียนแพทย์ใหญ่ๆโรคไม่เหมือนกับในชนบท การเป็นอยู่ของชนบทไม่เหมือนกัน อยู่ต่างจังหวัดอีกอย่าง คนละโลก และตอนเรียนเป็นนักศึกษาแพทย์เรียน

แต่ในมหาวิทยาลัย การปรับตัวของนักศึกษาเองก็ไม่เหมือนกัน แผนการดูแลผู้ป่วยก็ไม่เหมือนกัน เพราะฉะนั้นการที่ได้ไปดูแลผู้ป่วยต่างจังหวัดบ้างก็ดี

- ต้องดูว่าต้องการอะไร ต้องการให้แพทย์ที่จบมามีองค์ความรู้ทุกด้านรวมถึงด้านชนบทด้วย แต่ถ้าบริบทที่ต้องการสร้างนักเรียนแพทย์ที่ออกมาแล้วมุ่งเน้นในเรื่องของงานวิจัย แล้วเอาเขาไปอยู่ในชนบทเขาจะทำอะไร อยู่ที่วิสัยทัศน์ของการผลิตแพทย์ ซึ่งอันนี้ของคนไทยไม่เหมือนของต่างประเทศ ที่กำหนดเลยว่าถ้ามาเรียนที่นี่เป็นอะไร แต่ของคนไทยเป็นได้ทุกอย่าง

- น่าจะต้องมีเพราะอยู่ในหลักสูตร ถ้าเป็นนักเรียนแพทย์จะอยู่ปีสามหรือปีสี่ ไปดูงานไปดูชีวิตชาวบ้านและทำให้เขาเห็นภาพมากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นแพทย์ที่จบแล้วไปใช้ทุนต่างจังหวัดเป็นสิ่งที่ดี ได้อะไรมาจากต่างจังหวัดอีกเยอะเหมือนกัน ถ้าเราอยู่ในเมืองหลวงเราก็ไม่เคยรู้บริบทต่างจังหวัดเลย ว่าชาวบ้านเป็นอย่างไร ทฤษฎีมาตรฐานบางอย่างที่เราเรียนในโรงเรียนแพทย์ เป็นไปไม่ได้อะไรหลายๆอย่างไม่มี นักเรียนแพทย์ของเราส่วนใหญ่ไปต่างจังหวัดทั้งนั้น เขาได้เห็นว่าชาวบ้านเขาน่าสงสาร น่าจะเห็นนักเรียนในกรุงเทพไปดูเป็นตัวอย่าง

- ให้ได้ทำกิจกรรมอะไรออกไปดูงานต่างจังหวัดก็ได้ ที่ไหนชอบเที่ยวด้วยก็ไป สมัยเมื่อก่อนไปกันทั่วประเทศ เห็นชาวบ้านได้ประโยชน์ไม่มากก็น้อยดูพี่เขาเขามีศิลปะในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร

- อยากให้มีการไปฝึกงานในชนบท จะได้เห็นสภาพจริงๆ ในทุกๆ เรื่อง

- อยากให้นำนักเรียนในท้องถิ่นเอามาเรียนแพทย์น่าจะเป็นหนทางที่ดีกว่า

๕.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การปฏิบัติให้เป็นประจำ และทำให้นักศึกษาแพทย์เห็นเป็นตัวอย่าง ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

- ก็มีคนคิดระบบเยอะ ตกลงจะเป็นการดำเนินการที่ระบบของการเป็นอาจารย์หรือระบบขององค์กรที่อาจารย์แพทย์ประจำอยู่ก่อนที่จะไปเป็นอาจารย์แพทย์ ก็แล้วแต่คิด ในอดีตไม่ต้องทำอะไรมาก ตอนนี้ก็ยังคัดสรรเข้ามา และมีการสอบเข้าหนึ่งตำบลหนึ่งแพทย์ก็มีคนมาเรียนเยอะขึ้น ขณะเดียวกันบางคนก็มีปัญหาเพราะเรียนแพทย์ต้องมีความฉลาดหน่อย เพราะเวลาเรียนน้อยแต่เนื้อหาเยอะ บางคนที่เข้ามาเขาเรียนไม่ได้เป็นปัญหาชีวิตเขา เพราะหลักสูตรยากไปหรือคนเรียนเก่งน้อยไป หรือว่าการศึกษาไม่ดีมาตรฐานต่างกันเยอะหรือไม่ แต่ก็ดีให้คนที่อยู่ในชนบทได้มาเรียนเพื่อได้กลับไปทำงานโดยหลักการน่าจะดี แต่จริงๆแล้วตรงตามที่คิดอย่างนั้นหรือเปล่า ปกติที่เจอไม่เห็นเป็นคนชนบทจริงๆกลับกลายเป็นว่าคัดเลือกคนที่มีเจตนคติไม่ดี อาจเนื่องมาจากองค์กรในระดับตำบล เช่น อบต. บอกว่าคนนี้ดีส่งผลให้ อาจจะมีบางส่วนที่ดีบางส่วนที่ไม่ดีเข้ามาก็ได้ แต่ว่าถ้าระบบทุกอย่างดีขึ้น อบต.ก็สามารถคัดเลือกคนที่มีคุณภาพได้มากกว่านี้ เพราะฉะนั้นทุกอย่างอยู่ที่การบริหารจัดการ

- อาจารย์นั่นแหละเป็นตัวอย่าง ให้กับนักศึกษา คงยากในการพัฒนา ตอบยากมาก กลุ่มอาจารย์ต้องเป็นกลุ่มที่อยากเป็นอาจารย์แพทย์จริงๆ ไม่ใช่เป็นบุคคลที่ต้องรับผิดชอบครอบครัวมากๆ คิดถึงกลุ่มคนที่ทุ่มเทไม่ห่วงเรื่องรายได้ ให้อาจารย์มีรายได้เยอะๆ
- ต้องเป็นตัวอย่าง ผิดระบบตั้งแต่อนุบาล ครูมัธยมปลายกล่าวหามัธยมต้น ครูมัธยมต้นก็กล่าวหาครูระดับประถมศึกษา ระบบการศึกษาที่ผ่านมาทำให้แพทย์เป็นเทวดา มีช่วงหนึ่งขาดแคลนแพทย์ ก็ไปเชื่อตามชาติตะวันตกที่ให้มีการสอบเทียบ สอบเทียบผ่านมาหลายระดับชั้นเช่น จาก ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓ หรือปีที่ ๔ ก็เข้ามหาวิทยาลัยได้เลย อีกช่วงการเรียนแพทย์จบแพทย์ยังไม่ได้ไปใช้ทุนเลย ไม่เคยตรวจผู้ป่วยธรรมดา ยังไม่เคยโดนผู้ป่วยด่าด้วยความหวังดี ไม่เคยโดนญาติผู้ป่วยมายืนว่า กลายเป็นแพทย์ผ่าตัดสมองไปแล้ว ก็คุยกับผู้ป่วยไม่เป็น อันนี้เป็นปัญหาเยอะมาก ถ้าเกี่ยวกับแพทย์ต้องจบปริญญาตรีก่อนแล้วค่อยมาเรียนแพทย์ ถ้าแก้ระบบใหญ่ การศึกษาไทยล้มเหลว ในอดีตก่อนคนเรียนเก่งมีความดี สมัยนี้คนเรียนเก่งเป็นคนเห็นแก่ตัว
- หลักสูตรต้องเมาะสมสอดคล้อง สร้างค่านิยมให้กับแพทย์ เรียนมาเพื่อช่วยเหลือคนที่เจ็บป่วยจริงๆ รายได้น่าจะให้ดีพอที่จะอยู่ได้โดยไม่เดือนร้อนอยู่ในสังคมได้โดยมีศักดิ์ศรีพอสมควร และแบบอย่างอาจารย์ก็สำคัญ เรื่องการบริการเราต้องมองเป็นวิชาชีพที่ที่ไม่หวังผลทางด้านการเงิน อันนี้ต้องมองในแง่ของสังคม ซึ่งไม่น่ามาผูกไว้กับแบบของสหรัฐอเมริกา ที่เป็นประเทศที่ล้มเหลวกับเรื่องการแพทย์และสาธารณสุข ถึงแม้ว่าเขาจะมีความก้าวหน้าทางด้านนี้ แต่ปรากฏว่าระบบการให้บริการของสหรัฐอเมริกาก็ยังไม่ดีเท่าไหร่ โดยเฉพาะในคนที่ไม่มีสิทธิ์ในการคุ้มครอง และก็รู้สึกว่า เวลาไปรับบริการ ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่ค่อยปลูกรับประโยชน์กันเท่าไหร่ ส่วนใหญ่ตกอยู่กับบริษัทประกันหมด สูงเกินที่จะต้องเสีย และทำนองเดียวกันเมื่อระบบนี้กำลังเข้ามาสู่ประเทศไทย ต่อไปแพทย์จะมีอาชพใหม่คือฟ้องแพทย์ด้วยกัน
- อยากให้อาจารย์แพทย์ทั้งหลายที่เข้ามาไม่ได้เก่งแต่ IQ ด้านเดียว ได้เหรียญทองมาเก่งมากแต่พูดภาษาคนไม่รู้เรื่อง อย่างนี้ไม่เอาไม่อยากเห็น อยากให้มีอีกมิติหนึ่ง ในสังคมปัจจุบันนี้ต้องมี เมื่อถึงจุดหนึ่งการแพทย์เองที่จะเข้ามาบรรจุต้องส่งไปพัฒนาด้านความเป็นครู สมมติว่าคนนี้มาจากเหรียญทองกิจกรรมก็ไม่สนไม่ทำแล้วเราก็จะผลิตหุ่นยนต์ออกไปอีก และตรงนี้จะเกลาไม่ถึงจริยธรรมเพราะเขาจะไม่เข้าใจ เพราะมาจากการแข่งขันอะไรหมด ไม่เข้าใจความเป็นคน ไม่เข้าใจความเป็นชนบท ไม่เข้าใจชีวิตของความอยากจน ไม่เข้าใจอะไรอีกหลายอย่าง แพทย์ใหม่ต้องมีช่องทางการอยู่ร่วมกับมนุษย์ตอนนี้เรามีนักเรียนแพทย์อ่านบ้าตำราได้เหรียญทองขึ้นมา และก็ไปเรียนหนังสือก็เก่งมากเกียรตินิยมด้วย แต่พูดจาภาษาคนไม่รู้เรื่อง เราไม่อยากได้แบบนี้และถ้าสมมติคนเหล่านี้ขึ้นมาเป็นอาจารย์สอนก็ไม่รู้เรื่องอะไรออกมามากมาย ฟังไม่ทันฟังไม่เข้าใจและไม่รู้จะเอาไปใช้ประโยชน์อย่างไร
- พูดยากเพราะว่าสังคมเปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบันไม่เหมือนกับในอดีต

- หัวใจสำคัญ ตัวอาจารย์แพทย์เองทำการรักษาผู้ป่วยให้เป็นตัวอย่าง วัฒนธรรมองค์กร สถาบันที่มีตัวอย่างที่ดี สังคมขององค์กรนั้นอยู่กันแบบใด คนที่เข้ามาถูกหล่อหลอม เปลี่ยนแปลง ทุกคนก็จะเป็นอย่างนั้นเหมือนกันหมด ให้ขบวนการที่เป็นรูปธรรม เช่น การจัดสัมมนา การจัดอบรม อันนี้ถือว่าเป็นการติดอาวุธ ถ้าหัวใจไม่มาติดอาวุธพูดอย่างไรก็ไม่มีทางสำเร็จ ถ้าหัวใจมาก่อนครูที่เป็นครูที่ดีก็อยากจะเป็นครูที่ดีใจอยากจะเป็นครูที่ดีก่อน ก็จะแสวงหาเองว่าเขาจะไปสอนลูกศิษย์ให้ดีที่สุดเพราะใจเขาให้ แต่ถ้าใจไม่อยาก จะไปอบรมเขาอย่างไรก็ไม่มีทางทำอะไรได้
- แม่ปูเดินอย่างไรลูกปูก็ต้องเดินอย่างนั้น เพราะฉะนั้นการคัดเลือกอาจารย์เราเลือกคนเก่งแต่เราไม่ได้เลือกคนดี ทำให้องค์กรเราน่าอยู่ ทำให้เราภาคภูมิใจที่เราสามารถบอกได้ว่าเราเป็นอาจารย์แพทย์ได้อย่างสมศักดิ์ศรี อาจารย์แพทย์ต้องคัดเลือกไม่ใช่ใครก็ได้เป็นอาจารย์แพทย์เขาต้องมีใจรักที่จะเป็นครู เขาใช้เวลาตรงนั้นให้กับนักศึกษาแพทย์ของเขา ทำให้ลูกศิษย์เห็นว่าเขามีความตั้งใจ การดูแลผู้ป่วยอย่างดีไม่ใช่อวัยวะเป็นคนให้ความใส่ใจในความเจ็บปวด ให้เด็กได้เห็น เราสร้างโรงเรียนแพทย์ขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเราไม่ได้ดูว่า คนที่จะเป็นครูแพทย์เขาเป็นครูแพทย์จริงๆหรือเปล่า เราถึงได้ออกมาเยอะหลากหลายมาก เพราะแบบอย่างของเราไม่ใช่แบบอย่างที่ดี ที่เป็นครูแพทย์จริงๆ แต่เอาแพทย์มาเป็นครู เป็นบทบาทั้เราต้องแก้ตั้งแต่จุดนี้เลย คุณต้องมองว่าให้แพทย์คุณมีจริยธรรมคุณเอาคนไม่มีจริยธรรมมาสอนแพทย์ แต่กระทรวงสาธารณสุข ไม่คิด กระทรวงสาธารณสุข บอกว่าขาดแพทย์ ต้องผลิตแพทย์ แล้วเขาให้คำจำกัดความไว้ไม่ค่อยเหมาะ ว่าถ้าคุณฝึกแมวให้จับหนูแล้ว ก็เป็นแมวได้ ถ้าคุณคิดแค่นี้ก็รักษาโรคหาย คือเป็นแพทย์รักษาโรคได้ ถ้าคิดแค่นี้ก็หมดแล้ว เราจะสร้างแพทย์ออกไปเป็นคนที่สมบูรณ์ทั้งกายและจิตไม่ใช่แค่รักษาโรคได้
- อันนี้สำคัญมาก ดีกว่าการสอนจริยธรรม ถ้าเขามี แบบอย่างที่ดี มีจริยธรรม ไม่มีการคอรัปชั่น ดีว่าจัดการเรียนการสอนจริยธรรม แล้วเอาจริยธรรมที่ลึกซึ้งมาใส่นักเรียนแพทย์ จริยธรรมเราต้องสอนหรือสอนเขาในบางประเด็น หรือสอดแทรกในประเด็นสอนข้างเตียงผู้ป่วย ดีกว่าเรียนในชั่วโมงเป็นการจดบันทึก ถ้าเราจะพูดเรื่องจริยธรรม จริยศาสตร์ อยากยึดอันนี้เป็นหลักๆ และเด็กก็ตอบผลว่ายึดอะไรดีอุดมคติ เรารู้ว่ามีสาระเช่นนั้น แต่ว่าลงรายละเอียดแบบนั้นจะกลายเป็นวิชาจริยศาสตร์
- ในส่วนคณะแพทย์ใหม่เดี๋ยวนี้เขาสภาคณาจารย์แพทย์ คิดว่าทำได้ดี น่าจะให้ทางแพทยสภาร่วมกับคณะแพทย์ต่างๆ คิดมาตรการ และสอนนักศึกษาแพทย์ให้ดีหาวิธีดูแลกันเอง
- อยากให้เป็นต้นแบบของแบบอย่างที่ดี (Idol or Row modal) ควรให้เงินตำแหน่งได้รู้สึกภาคภูมิใจ
- ให้เป็นปูชนียบุคลเห็นเป็น idol สุดยอด ตรวจผู้ป่วยก้ดี วิชาการก้แจ๋ว การดูแลผู้ป่วยก็ดีมาก ประสบความสำเร็จ สมัยนี้บางครั้งเข้มงวดกับลูกศิษบ์แต่ตัวเอง คิดว่าจะสนับสนุนอาจารย์ที่เป็น Row model นี้อย่างไร ทำไมเขาต้องภาคภูมิใจในสิ่งที่เขาทำในตำแหน่งที่เขาอยู่การทำงานของเขา

- อาจารย์แพทย์ควรจะเป็นต้นแบบ ของนักเรียนแพทย์ทุกคน ที่ผ่านมาการวัดอาจารย์ ควรจะวัดทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นงานวิชาการ งานวิจัย รวมทั้งจริยธรรม ต้องมีรางวัล (Reward) ให้กับอาจารย์แพทย์ดีเด่น ประกาศเกียรติคุณ เพิ่มตำแหน่งหรือรายได้ ให้มากขึ้น

กลุ่มที่ ๒ เป็นกลุ่มองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

<u>๒.๑ องค์กรที่เป็นกลุ่มองค์กรวิชาชีพแพทย์ ประกอบด้วยแพทยสมาคม และแพทยสภา จำนวน ๕ คน</u> ได้ผลการศึกษาดังนี้

<u>ประเด็นที่ ๑ ประเด็นความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล</u>

๑.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ในกรณีในการที่แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อยเช่นปวดหัว ตัวร้อนเล็กน้อย หรือนอนไม่หลับ ของกลุ่มองค์กรวิชาชีพแพทย์

- การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์มีสองแบบ แบบที่หนึ่งข้อมูลที่บอกมาชัดเจนหรือยังถ้าชัดเจนก็สามารถทำได้ ในกรณีที่มาปรึกษาอย่างนี้ไม่ชัดเจนขึ้นอยู่กับแพทย์ต้องไปดูผู้ป่วย โทรถามง่ายๆแพทย์ตอบไปเสียหายขึ้นมาได้ แต่ถ้าพยาบาลบอกว่าฉุกเฉินนั่นอีกกรณีที่ต้องไปทันที แต่อย่างไรต้องมาเซ็นต์กำกับรับผิดชอบภายในยี่สิบสี่ชั่วโมงว่าอันนี้ไม่มีปัญหาแล้ว
- หลักเกณฑ์การรักษาทางโทรศัพท์นั้นมีหลักเกณฑ์อยู่แล้ว ก็สามารถดำเนินการได้ แต่ต้องมีการเซ็นต์กำกับหลังจากไปดูผู้ป่วยอีกครั้งภายใน ๒๔ ชั่วโมง ถ้าเป็นผู้ป่วยใน แต่ถ้าเป็นการให้คำปรึกษาในลักษณะของผู้ป่วยนอก
- น่าจะเป็นลักษณะการแนะนำมากกว่า ตามความเข้าใจในการรักษาเราปฏิเสธแพทย์ไม่ได้เลย แต่ในทางโทรศัพท์เราจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามก็ได้
- ถ้าเป็นผู้ป่วยวิกฤติ การสั่งการให้ยาอาจจะก่อให้เกิดปัญหาได้ เพราะผลที่เกิดจากยา
- สั่งได้ ก็ต้องเป็นกรณีว่าเราต้องไปประเมิณผู้ป่วยหรือไม่ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนหรือเปล่าถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือทรงตัวอาจไม่จำเป็นเพราะมีการรักษาอยู่แล้วอาจไม่จำเป็นต้องมาประเมิณถ้าข้อมูลเพียงพอ กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงให้ยาอันนี้ต้องมาประเมิณดูผู้ป่วยเป็นหลัก ถ้าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงแล้วไม่มาอันนี้ถือว่าบกพร่องทางจริยธรรม โดยหลักปฏิบัติภายในยี่สิบสี่ชั่วโมงต้องมาเซ็นต์กำกับเพราะฉะนั้นในขบวนการยอมรับกันได้ทางสังคม
- ถ้ารู้เรื่องรู้จักผู้ป่วยดีก็ทำได้ ถ้าไม่ได้เป็นคนที่เคยทำก็ไม่ได้ พี่น้องตนเองก็ทำได้ แต่ไม่เคยเห็นก็ต้องตรวจจริง ซักประวัติจริง อย่างน้อยที่สุดแพทย์ต้องพบกับผู้ป่วย หลักจากนั้นเป็นการรักษาต่อเนื่องไม่ใช่การรักษาหลักก็พอทำได้ แต่ถ้าไม่เคยเจอเลยให้การรักษาก็ไม่เหมาะสม แม้ต้องตัดสินใจ แม้จะใช้ระบบ

การรักษาทางไกลได้ก็ไม่ใช่การตรวจร่างกาย โรคบางโรคที่ไม่สามารถจะได้จากการมองผ่านสื่อ เช่น โรคปอด โรคหัวใจ แต่การเห็นจากรูป ซักประวัติบางรูปก็อาจจะได้ ก็ต้องเข้าใจด้วยว่า มีขอบเขตจากการให้การรักษาด้วยในระบบนี้ ไม่ควรไปกำหนดไว้ตายตัวมากนัก เพราะการรักษาแบบฉุกเฉินก็ได้ผลเพียงระดับหนึ่งก็ตาม แต่ก็สามารถช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ได้

- ต้องแบ่งเป็นสองส่วนกับการรักษาทางโทรศัพท์ การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ไม่ใช่เป็นประเด็นใหญ่ โดยตอนนี้ตีความกันเยอะ ตอนนี้น่าจะเปิดกว้างให้การทำงานมีประสิทธิภาพประสิทธิผลที่สุด แยกโทรศัพท์ออกไปก่อน การสั่งการรักษาไม่ว่าโดยทางไหนหรือแม้แต่แพทย์ยืนต่อหน้าผู้ป่วยก็ได้สั่ง แต่การสั่งการรักษาหัวใจหลักคือ แพทย์ผู้นั้นต้องรู้จักผู้ป่วยหรือสภาวะหรือสถานะผู้ป่วยมากพอในขณะนั้น ในเรื่องของวินิจฉัยและสั่งการรักษาได้ แพทย์ที่สั่งการรักษาขณะนั้นอาจไม่ใช่แพทย์เจ้าของไข้ก็ได้ เช่น คือแพทย์ที่อยู่เวร แต่ก่อนสั่งการรักษาแพทย์ต้องรู้สภาวะดีพอ อันที่สองต้องรับผิดชอบอันนี้สำคัญ ส่วนสำคัญที่สุดคือชีวิตหรือความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาจากสิ่งที่เราสั่ง ต้องรับผิดชอบทางกฎหมาย อันที่สามต้องรับผิดชอบทางการวิจารณ์ด้วย ต้องรู้สภาพดีพอ และต้องรับผิดชอบ ถ้ามีสองสิ่งนี้ไม่ว่าจะมีการรักษาโดยทางอะไร ก็โอเค ยกตัวอย่าง ในอดีตก็เคยอยู่เวรดึกดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยจำนวน ๔ หอ สามหออยู่บนชั้นแปด หนึ่งหออยู่บนชั้นสี่ อยู่เวรต้องมีการรับเวรคือการมีผู้ป่วยหนักๆที่จะมีการเปลี่ยนแปลงระหว่างคืนนั้น เราต้องมีความรับผิดชอบในคืนนั้นต้องรู้เช็คสภาพผู้ป่วยอย่างละเอียดที่อันตราย ระหว่างที่เรารักษาปั้มอีกคน ข้างล่างมีเจ้าหน้าที่โทรศัพท์ขึ้นมาตามว่าคนบนชั้นสี่มีปัญหา เราถามว่าเกิดอะไรขึ้นเดี๋ยวเราลงไป ตอนนี้ทำอย่างนี้ไปก่อนเป็นการรักษาที่จำเป็นต้องสั่งทางโทรศัพท์ มีหลายสถานการณ์ อันนี้ยกตัวอย่างให้เห็น ทำได้เพราะจำเป็นต้องทำ เช่น กำลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ผ่าตัดไปเมื่อเช้าขึ้นไปนอนแล้วเกิดเจ็บ ก็ต้องมีการสั่งการรักษา หมายถึงคนที่รับคำสั่งถ้าเกิดปัญหาขึ้นต้องรับว่าคนนี้สั่งอย่างนี้จริง สั่งว่าให้ยา สิบมิลลิกรัม ฟังแล้วอาจเป็นยี่สิบ ส่วนใหญ่สั่งสิบฟังเป็นสี่สิบจะผิดบ่อย ผิดเป็นสี่เท่า พอเกิดประเด็นของเกิดผลข้างเคียงที่ไม่ได้รักษาผิดแต่บังเอิญเขาได้ยินสี่สิบ เดี๋ยวนี้เราพยายามจัดในการสื่อสารที่เห็นหน้าและสามารถที่จะบันทึกภาพ ณ ตอนนั้นได้ ทางโทรศัพท์มีกรณีที่จำเป็นที่มีการสั่งการรักษาแบบนี้ เพียงแต่ว่าผู้สั่งหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยงานนั้น จะต้องคำนึงถึงสองอย่างนี้ แน่นอนฟังความรู้สึกแล้วไม่ค่อยดีแต่ว่าถ้าเราสามารถตอบตรงนี้ได้ก็ยอมรับได้ เพราะอันนี้คือสภาพความเป็นจริง บางครั้งแพทย์อยู่ต่างอำเภอหรืออยู่ต่างจังหวัดอยากรักษาผู้ป่วยให้ดีที่สุด ก็โทรศัพท์มาปรึกษาผู้ที่เชี่ยวชาญมากว่าเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย อันนี้ก็ต้องจำเป็นใช้ อันนี้ถือว่าอย่าให้กำหนดประเด็นให้มากเกินไปต้องยืดหยุ่นได้

๑.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ ในกรณีที่แพทย์นั้นเมื่อจบแพทย์ออกมาแล้วก็จะมีความเชี่ยวชาญเป็นสาขาไป แต่ในการรักษาจริงนั้นต้องทำการรักษาทุกโรค ในทุกสาขา ในกรณีที่มี

การเปิดคลินิกหรือโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น พยาธิแพทย์จะตรวจชิ้นเนื้อ แต่เวลาเปิดคลินิกจะต้องทำการรักษาโรคทุกโรค ขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- อาจจะรักษาได้ทุกโรคแต่ได้แค่ไหนระดับไหน กรณีอย่างนี้จะส่งต่อเขาไม่รับผิดชอบมารักษารวบยอด ขนาดทำได้ยังไม่ทำเลยแพทย์เลยสบายขึ้นรับผิดชอบน้อยไว้ก่อนดี การรักษาบางทีไม่ได้ง่ายว่าการกินยาไปแล้วจะแพ้หรือไม่แพ้ จะมีอาการฉุกเฉินขึ้นมาหรือไม่ แพทย์ไม่ใช่หุ่นยนต์ (Robot) เกิดช๊อคเสียชีวิตขึ้นแพทย์ก็โชคไม่ดีอีก ต้องขึ้นศาลตัดสินฟ้องร้องขึ้นมา

- การดำเนินการในเรื่องของผู้เชี่ยวชาญนั้น อาจเกิดจากการเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของประชาชนทั่วไปทำให้ค่ารักษาพยาบาลในประเทศเรามีค่าใช้จ่ายสูงมาก เพราะทุกคนก็จะรักษากับผู้เชี่ยวชาญ ในวิชาชีพก็มีการกำหนดระดับเอาไว้ว่าบางโรคที่ซับซ้อนก็ต้องไปหาผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์เฉพาะทาง

- ในประเด็นนี้คิดว่าการให้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทยอาจมีการผิดพลาด ที่สามารถเข้าถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ง่ายเกินไปในกรณีการเจ็บป่วยธรรมดา น่าจะมีการให้ไปหาแพทย์ทั่วไปก่อนถึงจะไปหาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์เฉพาะทาง

- ในกรณีเร่งด่วนที่จะเป็นจะเสียชีวิตสามารถทำได้ ถ้าไม่เร่งด่วนก็ไม่สมควรทำ โรคทั่วไปทุกคนก็สามารถรักษาได้ไม่ต้องเชี่ยวชาญ เช่น อาการปวดท้อง เป็นหวัด แต่ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนหรือภูมิแพ้ไม่หาย อันนี้ต้องให้ผู้เชี่ยวชาญดู

- ไม่มีผู้เชี่ยวชาญอยากตรวจทั่วไป. แต่ในสถานการณ์ปัจจุบัน ความสำคัญอยู่ที่ว่า เขารู้หรือไม่ ว่าเขาทำได้แค่ไหน เมื่อไหร่ ระดับไหนในการตรวจเพื่อจะส่งต่อ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อย่างไร คิดว่าประเทศไทยยังแยกได้ยาก

- แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ที่เปิดคลินิก ก็ควรจะบอกด้วยว่า เขาเป็น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใด

- ต้องยอมรับว่าแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญสาขา ที่ขาดแคลน แบ่งออกเป็นสองแบบ คือจำนวนแพทย์ต่อผู้ป่วย แบบที่สองสองขาดแคลนทางสายวิชาการนั้นๆ คือสาขาที่คนไม่อยากเรียน ยกตัวอย่างนิติเวชและพยาธิแพทย์ บังเอิญสองสาขานี้ เขาทำเชี่ยวชาญเฉพาะตรงนี้ แต่ในความเป็นจริงเขาก็ไม่สามารถที่จะอยู่รอดได้ด้วยรายได้ การที่เราจะจริงจังให้นักศึกษาเข้ามาเรียนนั้นสำคัญมาก ยกตัวอย่างแพทย์นิติเวช สมัยหนึ่งไปผลักดันกฎหมายว่าในการพิสูจน์ศพในความเป็นธรรมทั้งสองฝ่าย ผู้กล่าวหาผู้ถูกกระทำ อะไรอย่างนี้ ต้องมีนิติแพทย์ออกไปชันสูตร ณ พื้นที่ที่เกิดเหตุทุกครั้ง แค่นิติแพทย์คนเดียวยังไม่ครบทุกโรงพยาบาลเลย สาขานี้ไม่มีคนอยากเรียนอยู่แล้ว ไม่ใช่ว่าเรียนแล้วเขาไม่ได้ประกอบอาชีพอิสระไม่ใช่ ประเด็นนี้ถ้ามองด้วยความเป็นธรรม แล้วแต่รัฐด้วย จะสามารถให้ค่าตอบแทนในการดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสมกับสถานะ หน่วยงานที่เขาสังกัดต้องตอบแทนตรงนั้นให้กับเขาได้เต็มที่ การที่กุมารแพทย์จะออกไปตรวจผู้ป่วยผู้ใหญ่มักจะมองว่าผิด ถึงกระนั้นจึงมีเวชศาสตร์ครอบครัวขึ้นมา ต้องไปผ่านการสอบถึงสามวัน ซึ่งก็เป็นช่องทางที่ว่าแพทย์นิติเวชมีความจำเป็นต้องไปประกอบ

วิชาชีพแพทย์อิสระ แล้วทำอย่างสบายใจก็สามารถที่จะไปสอบตรงนั้นมาได้ การเปิดคลินิกตรวจผู้ป่วยทั่วไปไปไม่ใช่ต้องลึกซึ้งขนาดนั้น เป็นหน้าที่รักษาโรคพื้นฐานถ้าหนักๆก็ต้องส่งจากคลินิกเข้าโรงพยาบาล

๑.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การให้เวลากับผู้ป่วยของแพทย์ ในกรณีที่แพทย์โดยทั่วไปต้องมีการตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก งานล้น หรือเหตุผลอื่นๆ ของแพทย์ ทำให้มีเวลาให้กับผู้ป่วยน้อย ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง ขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- คิดว่าผู้บริหารไม่กล้าทำ เพราะถ้าผิดพลาดขึ้นมาต้องรับผิดชอบ ในปัจจุบันตรวจไปเท่าที่ทำได้ผู้ป่วยนี้โรคง่ายๆให้เวลาเท่านี้ อีกคนโรคซับซ้อนต้องให้เวลาเยอะ แต่ก็ต้องแก่ปัญหาเฉพาะหน้าให้เขาข้อเสียตอนนี้ข้อแนะนำต่างๆพูดให้ยาวบางทีไม่เข้าหูเขาเลยพูดเป็นสามสี่รอบ เพราะเขาไปฟังจากที่อื่นบ้าง จากวิทยุบ้าง วิธีการจะแก้อย่างไรเพราะที่แพทย์พูดมาแล้วไม่ตรงกับที่เป็นต้องถามกลับบ้างว่าผู้ป่วยเปิดเผยข้อมูลให้แพทย์รู้แค่ไหน แนวคิดจะทำอย่างไรให้คนเจ็บป่วยน้อยลง ป้องกันอย่างไรไม่ให้คนเจ็บป่วย ต้องไปดูที่พื้นฐานของคนแก้ปัญหาเรื่องนี้ต้องลงไปถึงระดับครอบครัว การศึกษา สังคม ถ้าไม่มีพื้นฐานเลยก็จะเป็นอยู่กันอย่างนี้ เป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงยากจนกว่าเราจะให้เวลาในเรื่องนี้กันมากขึ้น
- การฟ้องร้องกันในปัจจุบันคิดว่าเนื่องจากแพทย์กับประชาชนที่มารับบริการไม่สมดุลกัน และระบบที่ทุกคนวิ่งเข้าหาเพื่อรับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งหมด ในการตรวจของแพทย์เมื่อมีผู้ป่วยรออยู่เป็นจำนวนมากก็ต้องตรวจเอาปริมาณ
- แพทย์ก็อาจต้องมีผู้ช่วยแพทย์ในการให้คำปรึกษา เช่นหน่วยสุขศึกษา ต้องแบ่งหน้าที่กันทำก็สามารถมีคนช่วยให้ข้อมูลกับผู้ป่วยได้มากขึ้น เพื่อลดปัญหาในเรื่องนี้ จึงไม่เห็นเป็นเรื่องจริยธรรมของแพทย์แต่อย่างใด น่าจะเป็นปัญหาในระดับประเทศ
- การให้เวลากับผู้ป่วยก้ามีประวัติอยู่แล้วหรือมารับยาเดิมๆอาจใช้เวลาน้อยได้หรือต้องดูเป็นรายๆเพราะฉะนั้นต้องให้เวลาให้เพียงพอต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ หรือถามผู้ป่วยว่ามีข้อสงสัยเรื่องเจ็บป่วยอย่างไร ถ้าเวลาน้อยผู้บริหารต้องจัดระบบให้ดีต้องแก้ไข ดูความเหมาะสม
- เป็นเรื่องของระบบ ตอนนี้แพทย์ทำอะไรไม่ได้มาก แต่ก็ไม่ได้เคยพูดว่า เวลานี้จะเป็นจริยธรรม แพทย์ได้ให้เวลาเพียงพอหรือไม่ คิดว่าต่างฝ่ายต่างอ้างมากกว่า ถ้าในบางกรณีคนให้สหวิชาชีพมาดำเนินการร่วมด้วย เช่น พยาบาล ก็ต้องพฒนาในการให้ทำงานได้ แต่ก็อาจเกิดแพทย์ชั้น ๒ ขึ้น อาจก่อให้เกิดปัญหาได้ ปัจจุบันก็ช่วยพอสมควร เช่น เภสัชก็ช่วยอยู่ พยาบาลก็ช่วยอยู่ ซึ่งช่วยแพทย์ได้มาก
- ประเด็นคือ แพทย์ต้องอยู่ในระบบที่กำหนดไว้อย่างนี้ การที่จะจูนให้เข้าใจกัน เห็นด้วยกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ไม่รับผู้ป่วยที่เข้ามาตรวจรักษาโดยไม่ได้นัดหมาย (Walk in) ระบบที่ดีในระดับขนาดใหญ่ไม่ควรรับผู้ป่วยแบบนี้เข้ามา

- ในเรื่องของทนาย ในเมืองไทยไม่มีทนายที่เชี่ยวชาญเรื่องวิชาชีพ ไม่ใช่เฉพาะแพทย์ มีข้อต่างๆ เยอะแยะที่มีข้อเฉพาะเจาะจงลงไปในเชิงวิชาชีพ ต้องยอมรับว่าจะมีทนายที่เชี่ยวชาญเรื่องกฎหมาย แต่ไม่มีทนายที่เชี่ยวชาญเรื่องวิชาชีพ ยกตัวอย่างแม้แต่ศาลเองเวลานั่งว่าความในส่วนที่เป็นคดีที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพท่านจะมีผู้พิพากษาสมทบหรือผู้มีประสบการณ์หลายๆด้านที่เป็นกรณีทางแพทย์ก็ดี ผู้เชี่ยวชาญทางด้านครอบครัวก็ดี ก็มานั่งเป็นผู้พิพากษาสมทบให้ความเห็นในส่วนนี้ ต้องยอมรับว่าถ้าตัดสินใจในนิติศาสตร์อย่างเดียวจะลำบาก คือต้องมีนิติศาสตร์บวกรัฐศาสตร์ อย่างนี้ต้องมีนิติศาสตร์บวกวิชาชีพเข้าไป แม้ตัวศาลเองท่านก็ยังต้องคำนึงตรงนี้ด้วย มีความรู้มากกว่าทนาย ท่านยังต้องหาคนที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องนั้นๆ เข้ามาเพื่อให้ความเห็น ทนายของไทยยังไม่มีส่วนนี้เลยที่ทำกันอยู่ คือลอกและแปลมา แปลจากภาษาที่ไม่ใช่ภาษาเราแปลด้วยความเข้าใจของตนเองและยอมรับที่เขาเขียนไม่ใช่ภาษาเรา นอกจากไม่ตรงแล้วเจตนาอาจผิดไปเลยก็ได้ การที่บอกว่าแพทย์ให้เวลาไม่พออันที่จริงเป็นเกณฑ์ของต่างประเทศ เวลานี้มีกรณีผู้ป่วยบางคนบอกว่าแค่นี้พอแล้วฉันจะรีบไป แล้วพูดว่าแพทย์ให้เวลาน้อยไป ผู้ป่วยหลายคนบอกว่าฉันจะรีบไปแล้วก็มี คำว่าเวลาของตัวเองเป็นมาตรฐานของตนเองหรือคนที่คิดก็ไม่ใช่เป็นมาตรฐาน ไม่ได้เหมือนกับการวัดความดันออกมาเป็นตัวเลขหรือการเต้นของหัวใจ อันที่สองคำว่าพอเพียงเราผ่านตรงนั้นมาแล้วที่บอกว่าแพทย์งานล้นมือ ตรงนี้คำอ้างล้าสมัยไปแล้ว แพทยสภาเองไม่ยอมรับ ถ้าคุณดูผู้ป่วยทุกคนถ้าคำอธิบายหรือเวลาเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาผู้ป่วยคนนี้ งั้นคำว่าพอเพียงจะบอกว่าเราไม่อ้างตรงนั้นอีกไปแล้ว บางกรณีก็ต้องยอมรับว่าคำแนะนำด้วยเวลาเท่านี้เหมาะสมแล้ว นอกจากตัวเวลาเป็นสิ่งสันทัดแล้ว ที่สำคัญที่ความรู้สึกของคนขณะเดียวกันขึ้นอยู่กับโรคหรือสภาวะขณะนั้นอีก อันที่สามคือคำอธิบาย เราต้องมาว่าในโรคๆหนึ่งหรือเหตุการณ์หนึ่ง มีคำอธิบายหลายส่วน การอธิบายความเจ็บป่วยก็คือ โรคนี้ต่อผู้ป่วยคนนี้แพทย์ก็อธิบายจะเหมาะสม ส่วนหนึ่งพยาบาลอธิบายจะเหมาะสมกว่า แต่ม่ใช่เรื่องเดียวกัน เรื่องของแพทย์ต้องให้แพทย์อธิบาย คนอื่นอธิบายไม่เหมาะสม แต่ในโรคเดียวกันมีคำอธิบายที่พยาบาลอธิบายได้เหมาะสมกว่า บางครั้งนักสังคมสงเคราะห์อธิบายได้ดีที่สุด คือสมมุติไปปฏิบัติตัวที่บ้านเขาไปเยี่ยมบ้านนี้มาแล้วแพทย์บอกว่าจะให้เป็นแบบไหนและเดี๋ยวเขาจะไปอธิบายผู้ป่วยโดยละเอียดเอง หรือ เช่นการฟื้นตัวจากการดมยา พยาบาลอธิบายได้ดีกว่า แพทย์รู้ทฤษฎีอย่างเดียว ถ้าไม่เคยโดนผ่าตัดมาก่อนหลังผ่าถ้าเจาะหลัง ถ้าขยับหัวขึ้นมานิดเดียว จะปวดหัวไปตลอด คนที่แนะนำดีกว่าคือพยาบาล นี้คืองานของพยาบาลจะดีกว่า แพทย์อธิบายได้แต่ผู้ป่วยจะเสียประโยชน์ เพราะฉะนั้นจริงๆแล้วคำว่าเวลาเพียงพอหรือเปล่า ก็จะมีรายละเอียดในเรื่องนี้มาก

๑.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสั่งยาที่มีสารเคมีแบบเดียวกันแต่ผลิตในประเทศ ในกรณีที่แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย หรือที่เรียกกันว่า ยาที่ผลิตในประเทศแต่มีสารเคมีชนิดเดียวกัน (Copy)

- มีหลายประเด็น ขึ้นอยู่กับผู้บริหาร ไม่มีค่าใช้จ่าย ระบบสปสช.อะไรต่างๆ ต้องไปเอายาที่มีคุณภาพมีการตรวจสอบ คนเป็นแพทย์อยากสั่งยาที่ดีให้กับผู้ป่วย ยา Local made เข้ามาได้อย่างไร ทำอย่างไรให้มีคุณภาพที่ดีที่สุด แพทย์ไม่ได้เป็นคนกำกับว่ายา Local made จะเอาหรือไม่เอา อยู่ที่ผู้มีอำนาจของโรงพยาบาล ยา Local made จะให้ดีอย่างไรก็ต้องให้มีการส่งเสริมให้มาตรฐานดี ของถูกคุณถาพถูกต้องมีการตรวจสอบคุณภาพ
- คิดว่าก็อยู่ที่ คณะกรรมการอาหารและยาเพราะยาก็ผ่านองค์กรนี้อยู่แล้ว แต่จะมาตรฐานขนาดไหน แต่ก็คิดว่ายาไหนก็ทำให้หายได้เหมือนกัน แต่ก็ต้องยอมรับว่ายาที่ผลิตจากต่างประเทศที่เป็นยา Original ก็อาจมีการบวกบางสิ่งบางอย่างเพิ่มเติมเข้ามา แต่โดยภาพรวมคิดว่ามีมาตรฐานเดียวกัน ไม่น่านำมาเป็นเรื่องจริยธรรมแพทย์

<u>ประเด็นที่ ๒ ปัญหาเรื่องสินบนแพทย์</u>

- ถ้าเป็นกลุ่มยาที่มีความแน่นอนของตัวยา เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาพวกนี้ส่วนใหญ่มีความเชื่อถือได้ของยาต้องมีประสิทธิภาพ กลุ่มนี้คิดว่ายังมีความจำเป็นที่จะต้องยึดถือคุณภาพประสิทธิภาพของยา Local made ที่ให้ได้ผลเท่ากับกลุ่มของ Original เหมือนขบวนการควบคุมคุณภาพยา Local made แต่ถ้าเป็นกลุ่มยาที่ไม่ได้ความแตกต่างที่มีผลต่อผู้ป่วยรุนแรงด้วย เช่น ยาควบคุมความดัน ไขมัน ยาแก้ปวด อื่นๆ ต้องอธิบายให้เขาเข้าใจว่าคุณภาพนี้ใช้ได้ และโรงพยาบาลก็จะมีข้อกำหนดยานอกบัญชีแต่ถ้าแพทย์รับรองบางกลุ่มก็สามารถให้ได้
- ถ้าไม่มี Local made ทดแทน ก็ต้องใช้ Original น่าจะเป็นเรื่องวิชาการ คณะแพทย์ ราชวิทยาลัยทำการศึกษามาก็ควรจะแพร่ออกไป ที่จริงควรเป็นหน้าที่ คณะกรรมการอาหารและยาหรือปัจจุบันทางรัฐบาลก็มีการทำตรวจสอบคุณภาพ ในเรื่องยา คิดว่า องค์การอาหารและยา (คณะกรรมการอาหารและยาหรือ อย.) ต้องสุ่มตรวจ เพราะโรงพยาบาลอาจไม่มีศักยภาพที่จะตรวจตรงนี้
- แบ่งเป็น ๒ ประเด็น

๑)ส่วนแรก ยอมรับว่ามีปัญหามากคือเรื่องการสื่อสาร คือเรื่องคำเรียก หรือคำพูด แม้แต่หางเสียง คนไทยเรามีครับในช่วงที่เหมาะสม เรามีการสื่อสารที่ใชไม่ใช่คำพูดอื่น เช่น มองตา อันนี้คิดว่าไม่ใช่เฉพาะยา Copy ซึ่งเรื่องอื่นซักประวัติผู้ป่วย รวมถึงคำแนะนำ หรือแม้แต่ตรวจผู้ป่วย บางอย่างเป็นความบกพร่องแต่ไม่ใช่ความผิดกับการใช้คำพูด ยา Copy เป็นคำพูดที่ไม่ถูกต้อง ต้องยอมรับว่าในทางทฤษฎีถ้าตัวยาที่ต้องมีใช้สารเคมี องค์ประกอบของสารเคมีเดียวกัน ต้องให้ผลเหมือนกัน เพราะฉะนั้นการให้ตัวไหนอันไหนก็ได้อันนี้ทางทฤษฎี แต่มีข้อทักท้วงทางปฏิบัติ ทางห้องทดลอง ต้องยอมรับว่าต่างกันจริง ยกตัวอย่าง นาฬิกามีเวลาเท่ากัน เดินตรงเท่ากัน แต่มีเรื่องของการใช้งานจริงไม่เหมือนกัน สารเคมีตัวเดียวกัน

๒)ประเด็นต้นทุน ไม่ใช่เฉพาะคลินิก โรงพยาบาล ถ้ามองต้นทุนของประเทศ และวันนี้คนไทยใช้บริการสุขภาพในราคาที่ฟรีเกือบทั้งหมด ถ้าใช้เงินจาการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเรื่องยาของรัฐก็ยา Copy เพราะทุกคนก็รู้ว่าราคาต่ำคุณภาพจะไม่ค่อยดี ยาที่เราเอาเข้ามาทุกตัวไม่ใช่สารเคมีตัวเดียวกับยาที่แพงๆ ถึงอ้างสารเคมี แต่ถ้ารัฐบอกได้ว่ายา Copy ให้คุณภาพประสิทธิผลเท่ากับตัวยา Original ก็ผู้ป่วยก็จะสดวกใจที่จะเลือกเพราะว่าจ่ายน้อยลง เป็นต้นทุนของทุกคนเหมือนกัน สุดท้ายจะเห็นว่าหลังๆการใช้ยาต้องยอมรับว่าแพทย์ตั้งใจจะรักษาผู้ป่วยให้ดีที่สุด แต่เมื่อมีการจ่ายกรณี ที่เจ็บป่วยถ้าเป็นผู้กำหนดว่าให้แพทย์จ่ายยาใดเมื่อนั้นแหละจะเกิดปัญหาขึ้นมาทันที ในปัจจุบันให้แพทย์รักษาในยาที่แพทย์ตัดสินใจผู้ป่วยเบาหวานตาบอดแล้ววันนี้ ไตวายน้อยกว่านี้ ไปผลักองค์กรเอกชนหรือองค์กรอิสระ (NGO) เข้ามาเป็นหลักสุขภาพหรือเขาให้เงินรักษาเท่านี้ ทุกคนเข้าถึงการรักษาได้แต่ว่าการรักษาระดับไหน ทุกคนจะเข้าถึงการรักษาแบบนี้แหละที่เรียกว่ายา Copy ที่เป็นยาที่มีประสิทธิผลน้อยลงยี่สิบเปอร์เซ็นต์ ต่อไปเรื่องโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ที่จะผลักเข้าไป

๒.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนา ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ ทั้งที่มีการรับในนามโรงพยาบาลและในนามส่วนตัวขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- เมื่อก่อนคณะแพทย์ศาสตร์ไม่มีเงิน ที่จะไปทำวิจัยไปสัมมนา ต้องรอแต่หนังสืออย่างเดียวช้าด้วย ถามว่าไปก็ได้ประโยชน์ส่วนหนึ่ง การเจริญก้าวหน้าของแพทย์ ไม่ไปเลยก็ได้แต่เป็นผลเสียกับผู้ป่วย กลุ่มที่ทำเรื่องวิชาการในต่างประเทศก็ดี ทำให้แพทย์ได้พัฒนา ถ้าจะสนันสนุนให้มีการนำเสนอผลงาน
- เรื่องนี้ต้องยอมรับความเป็นจริงในสองเรื่องคือ

๑) แพทย์เดินทางไปประชุมตามหลักเกณฑ์ มีผลงานนำเสนอ พัฒนาความรู้ตนเอง และการที่สามารถศึกษาวัฒนธรรมในพื้นที่เหล่านั้นเพิ่มเติมหลังจากการประชุม ก็น่าจะเป็นเรื่องที่ดีมีประโยชน์

๒) ประเด็นการช่วยทำยอดขาย เมื่อสามารถทำยอดของยาได้ตามเป้าก็เป็นเรื่องของผลประโยชน์ต่างตอบแทน แต่คิดว่าการยิงยานั้นโดยทั่วไปทุกอย่างอยู่ในบัญชียาหลักในโรงพยาบาลของรัฐนั้นคิดว่าคงทำได้ยาก

- ถ้าทำตามกฎระเบียบของที่ตกลงกัน มีระเบียบที่ควบคุมพอสมควรของกลุ่มบริษัทยาวางแนวทาง เป็นประโยชน์ทางด้านวิชาการ บริษัทเขามีกลุ่มเป้าหมายให้กลุ่มนี้ไปรับทราบข้อมูล มีสัมมนาเข้าไปฟังก็คงไม่มีปัญหาใดในทางจริยธรรม
- ถ้ามีขอบเขตของเรื่องนี้อยู่ ก็ยอมรับได้ ประเด็นอยู่ที่ว่า อบรมวิชาการก็ต้องอบรมวิชาการ ถ้าเที่ยวก็ต้องจ่ายเพิ่มไป ควรเป็นจ่ายร่วม (Co-pay) เพราะคนไทยมักจะเกรงใจกัน ถ้าได้ควรจะได้ค่าเครื่องค่าลงทะเบียน
- ของที่บริษัทจะให้ต้องผ่านองค์กร ก็จะเหมาะสม ถ้าแพทย์คนใดสนใจก็ให้โรงพยาบาลคิดเลือก

- ทำบัญชีให้ในส่วนกลาง มีผู้ดูบัญชีก็จะช่วยเรื่องนี้ได้ แต่ต้องมีวัตถุประสงให้ชัดเจนในการให้ ไม่ใช่เกิดจากตัวบุคคล
- ปัจจุบันทั่วโลกเป็นอย่างนี้ ทำจรรยาบรรณหรืออะไรก็แล้วแต่ของแพทย์ ในประเด็นนี้ทุกคนถูกสนับสนุนไปบริษัทยาทั้งนั้น เราต้องเปิดมุมมองในด้านต่างๆว่าความเป็นจริงเป็นอย่างนี้ เพราะฉะนั้นตรงนี้ไม่ใช้ประเด็นหลัก ประเด็นหลักไปแล้วคุณกลับมา ด้วยความกตัญญูหรือเปล่า บริษัทยาเขาก็ทำหน้าที่เขา เขาศึกษาการตลาดมาหมดแล้ว เพราะเขาทำมาค้าขายเขาลงทุนไปเยอะ ขึ้นอยู่ที่ตัวแพทย์ แต่การที่แพทย์ไป ถามว่าผิดหรือไม่ก็ไม่ผิดเพราะว่าไปกันทั้งโลก ขบวนการนี้คงมีความจำเป็นแต่เพียงคุณไปสัมมนาเพื่อให้เกิดประโยชน์ความรู้ หรือว่าคุณรับเงินเขามาเพื่อให้ค้นคว้าความรู้ใหม่ๆที่เขาสนับสนุนให้

๒.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับทุนจากบริษัทยาเพื่อวิจัยยา ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยาของบริษัท ขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- การรับทุนจากบริษัทยาในลักษณะนี้มีการเข้มงวดมากขึ้น ปัจจุบันทำยากเพราะเป็นไปตามกติกา
- คิดว่าในปัจจุบัน ไม่มีบริษัทยามาจ้างโดยตรง แต่จะมีบริษัทกลางมาดำเนินการหรือจัดการให้ แพทย์ที่เป็นนักวิจัยก็จะได้รับยาที่เป็นรหัสมาซึ่งจะไม่ทราบชื่อบริษัทยา การที่ไม่มีการดำเนินการโดยตรงระหว่างบริษัทยากับแพทย์ผู้วิจัยก็จะช่วยในประเด็นจริยธรรมของแพทย์ได้
- เขามีจริยธรรมทางวิจัยควบคุม ถ้าในโครงการวิจัยมีกฎระเบียบกำหนดไว้ บางกรณีก็มีส่วนเหมือนคาบเกี่ยวในรูปแบบอื่นๆข้อมูลแพทย์จะดูออกว่าประสิทธิภาพจะต่างกันอย่างไร บริษัทเขาก็ต้องวิจัยของเขาว่าได้ผลดีกว่า เราต้องดูว่าดีกว่าแต่มีนัยสำคัญหรือไม่เราต้องให้วิจารณญาณ
- เช่นเดียวกัน ก็ควรจะให้กับองค์กร โรงพยาบาล หรือราชวิทยาลัย ยิ่งองค์กรใหญ่ก็จะยิ่งดี เช่น ผลการศึกษาอย่างน้อยที่สุดก็จะมีองค์กรมารองรับ ทำให้ภาพการที่จะถูกโจมตีก็จะน้อยลง
- วิชาชีพ นักวิจัยรับเงินเดือนมากกว่าแพทย์ทั่วไปหลายเท่า คือไม่ต้องทำอะไรเลยเขาเป็นแพทย์สอนงานวิจัยตรงนั้นเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ ไม่มีแพทย์คนไหนต้องใช้เงินส่วนตัวไปเอง อย่างไรก็ตามกระบวนการหลังจากนั้นสำคัญกว่า สุดท้ายอาจสั่งยาตามที่ผู้สนับสนุนให้คุณ หรือบางทียาบริษัทก็ดีจริงๆ ถ้าเราจัดดีๆให้เหมาะสมพวกนี้เป็นตัวขับเคลื่อนในการวิจัย การเผยแพร่ หรือออกไปพูดให้ผู้ป่วยฟัง หรือถ่ายทอดความรู้ระหว่างแพทย์กันเอง สุดท้ายต้องถือประโยชน์ผู้ป่วยสูงสุดเป็นสำคัญ

๒.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับแจกสิ่งของเล็กๆ น้อยๆ ในกรณีที่แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท เช่น ปากกา ทิชชู สมุด ตำรา ขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- ปัจจุบันคิดว่าน้อยเพราะบริษัทดูกันเอง
- ประเด็นที่จะส่งผลต่อการพัฒนาทางวิชาการ เช่นการให้หนังสือ การให้มีการจัดซื้อหนังสือ ในประเด็นนี้ก็สมควรสนับสนุน แม้จะไม่ได้ซื้อให้กับส่วนกลางก็ตามเพราะบางครั้งในส่วนกลางอาจไม่

ค่อยมีประโยชน์มากนัก เพราะไม่ใช่เฉพาะสาขา แต่อย่างไรก็ตามในการดำเนินการนั้นก็ต้องไม่เป็นการประชาสัมพันธ์ยี่ห้อ เป็นแค่เพียงกิจกรรมเพื่อสังคมของบริษัท (CSR) ก็คงยอมรับได้ ถ้าเป็นแค่นี้ก็ไม่เป็นประเด็นจริยธรรม

- ก็คิดว่ายอมรับได้ในเรื่องนี้
- ก็ทำนองเดียวกัน ก็ให้เป็นองค์กร น่าจะเป็นเรื่องเล็กน้อยไม่มีผล เซลล์ยาก็จะเป็นช่องทาง ในการเข้ามาพูดคุย
- โดยส่วนตัวไม่รับ แต่เราไม่สามารถไปลงโทษถ้าเขารับได้เพราะเป็นการสมยอม คนให้ก็ไม่ได้บังคับ คนรับก็ไม่ได้ถูกบังคับ ตรงนี้เราต้องปรับปรุงแพทย์ของเราขึ้นไปเรื่อยๆ ตอนนี้เราเห็นว่าที่เป็นบางสาขาเท่านั้นเอง

๒.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในกรณีที่แพทย์มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามองค์กร หรือในนามส่วนตัว ขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- ในประเด็นส่วนตัวคิดว่าไม่น่าเอาในเรื่องนี้ก็แล้วแต่คิดว่าผิด เสียต่อวิชาชีพแพทย์ไม่เหมาะสม
- เรื่องนี้ที่มีการได้รับค่าสัดส่วนก็มองได้สองด้านคือ

๑) ถ้าจะให้สัดส่วนค่าตอบแทนก็ควรให้กับองค์กร และทำให้เกิดประโยชน์ก็ไม่น่าจะผิดจริยธรรม

๒) ถ้าเป็นส่วนบุคคลก็เป็น การประพฤติอันไม่พึงประพฤติ เป็นการหาประโยชน์ใส่ตน

- คิดว่าไม่สมควร ห้ามมีลักษณะแบบนี้ ควรจะเปลี่ยนให้เป็นแบบอื่นๆ เปลี่ยนวิธีการเป็นสนับสนุนให้กับโรงพยาบาล ถ้าให้ในนามองค์กรก็ยอมรับได้ ให้เป็นรายบุคคลนั้นไม่ควร
- คิดว่าน่าจะลดราคาให้กับโรงพยาบาล โรงพยาบาลได้ลดให้ผู้ป่วยไป ยิ่งระบบการให้ค่าตอบแทนแบบ Kick back นั้นไม่ถูกต้อง
- ผู้ที่รับค่าตอบแทนได้เงินจากส่วนนี้แต่ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเพราะมีความจำเป็น แพทย์ไม่ควรรับเงินส่วนเปอร์เซ็นต์ เพราะมีส่วนตอบแทนของอาชีพเราอยู่แล้ว ในส่วนของสังคมที่มีการตลาดมากขึ้นเปลี่ยนจากคุณค่ากลายมาเป็นมูลค่า ต้องยอมรับว่าถ้าจัดไม่ดีตรงนี้คงลำบาก ถ้ามีการจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ราคาแพงมาแล้วใช้ไม่คุ้มก็ต้องหาวิธีการตลาด ผู้ใช้คือผู้ป่วย ผู้ขายคือผู้ผลิต จะมาให้ค่าตอบแทนแบบนี้ในนามองค์กรก็ไม่ได้ เพราะนั่นคือตัวอย่าง (Row model) อาจนำมาอ้างในสิ่งที่คิดว่าแบบนี้ถูกต้องต่อไปได้

<u>ประเด็นที่ ๓ ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม</u>

๓.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ" ของ

องค์กรวิชาชีพแพทย์

- เป็นเรื่องดีที่ผู้ป่วยจะได้รู้ไว้ แต่บางครั้งก็มีแต่สิทธิของผู้ป่วย แต่ที่ขาดคือ สิทธิของผู้ให้บริการด้วย
- เป็นการยอมรับเป็นสากล ต้องได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด อยู่ที่ความใส่ใจของแต่ละคนด้วย เพราะว่าเปิดเผยอยู่แล้ว การเข้าถึงข้อมูลพวกนี้เดี๋ยวนี้ง่าย
- แค่คิดเรื่องสิทธิก็ผิดแล้ว สิ่งที่เราควรมาเน้นคือเรื่องของหน้าที่ เราประกาศแต่เฉพาะสิทธิ ผู้ป่วยต้องดูแลตัวเอง ผิดทุกข้อเลย ถ้าได้แต่สิทธิ์เมื่อไรก็เหมือนกับทางประเทศเถบยุโรปที่คำนึงถึงแต่สิทธิ แต่หน้าที่ถ้าปลูกฝังเป็นหน้าที่ ที่ทุกคนทำหน้าที่ก็จบแล้ว ในปัจจุบันมีคนจะเอาแต่สิทธิเป็นตัวตั้ง ถ้าเอาหน้าที่เป็นตัวตั้งไม่ต้องเรียกร้องสิทธิ การแก้ต้องรณรงค์ถึงหน้าที่ เรากำลังพูดถึงวัฒนธรรมของคนไทย ญี่ปุ่นเขาไม่ค่อยมีปัญหาเพราะเขาปลูกฝังหน้าที่ ไม่ได้ปลูกฝังสิทธิ ในปัจจุบันคนเราปิดหูปิดตาหมดเพราะคิดว่าไม่ใช่หน้าที่ เอาส่วนรวมเป็นตัวตั้ง ต้องการให้เอาหน้าที่พลเมืองกลับมาสอน อย่างแพทย์จบมาก็ประกาศเลยว่าหน้าที่ หน้าที่ของแพทย์เราต้องทำ ไม่ได้ละเมิดสิทธิ์เขา ขนาดรักษาลูกตายแม่ตายยังมีการขอบคุณแพทย์ เพราะเขาเห็นว่าแพทย์ทำหน้าที่เต็มที่แล้ว

๓.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๒ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิด้านการเมือง เพศ อายุและลักษณะของการเจ็บป่วย” ขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- แพทย์ไม่เลือกปฏิบัติอยู่แล้ว จะรวยจะจนผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์เท่ากันแน่นอน
- ก็คิดว่าเป็นเรื่องที่ดี ถูกต้อง และมีความเหมาะสม ในการกำหนดเรื่องนี้ไว้
- เขียนไว้เป็นพื้นฐาน แต่คิดว่าไม่จำเป็นต้องเขียนก็ทำอยู่แล้ว เขียนให้เพื่อแสดงถึงความตระหนักแพทย์ตระหนักที่จะทำตามสิทธิ

๓.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๓ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน เพื่อสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมและไม่ยินยอมให้การรักษาพยาบาล” ขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- คิดว่าเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย ที่จะได้รับทราบข้อมูลเพื่อการตัดสินใจว่าจะเอาอย่างไร
- ตรงนี้มีปัญหามาก การให้ข้อมูลอย่างเพียงพออยู่ที่ความเหมาะสม แต่บางทีไม่สามารถให้ทั้งหมดได้ ต้องเก็บไว้บางส่วนระหว่างผู้ป่วยกับญาติ เช่น โรคร้าย ต้องดูสภาพว่าผู้ป่วยรับได้หรือไม่ ตัวญาติรับได้หรือไม่ พวกนี้เป็นปัญหาอยู่เป็นข้อร้องเรียน บางทีแพทย์ไม่ได้คาดการณ์ว่าจะเกิดหลักการที่ทำตามนี้ มองว่าแพทยสภาต้องวางแนวทาง ต้องระดมสมองอีกทีว่าจะวางกรอบกฎหมายอย่างไร
- อยู่ในกฎหมายอยู่แล้ว คิดว่าไม่น่าจะมีผลต่อแพทย์ เป็นเรื่องที่ทำให้เข้าใจมากขึ้นมากกว่า แพทย์ควรต้องทำอยู่แล้ว

๓.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๔ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือโดยรีบด่วน ตามความจำเป็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะขอร้องหรือไม่” ขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- ถูกต้องในกรณีจะตายต้องช่วยไว้ก่อน แต่ที่ทำต้องให้อยู่ในความสามารถที่ทำได้ ที่ทำผิดกรณีเล็กน้อยก็ให้ดูที่ความตั้งใจว่าเขาตั้งใจหรือเปล่า
- คิดว่าในสิทธิข้อนี้แพทย์ต้องทำทันทีอยู่แล้ว เป็นเรื่องของกฎหมายที่มีมาเกี่ยวข้องในเรื่องนี้อยู่แล้ว
- แพทย์ยังสับสน ข้อที่เร่งด่วนฉุกเฉินจะเป็นอันตราย นั้นกรณีแบบนี้แพทย์ดำเนินการได้เลยไม่ต้องขอความยินยอม แต่ในทางปฏิบัติได้ลองสอบถามดู ถ้าญาติอยู่มักไม่ค่อยมีปัญหา ในกรณีโรงพยาบาลเอกชน ถ้าไม่มีใครรับผิดชอบค่าใช้จ่ายไม่มีคนเซ็นต์รับรอง ก็ต้องมีการรอ แบบนี้ต้องช่วยถ้าผู้ป่วยจะถึงแก่ชีวิต ต้องมีความพอดีๆ กลัวโรงพยาบาลเอกชนทำเกินไป เพื่อเอาเงิน ต้องดูเป็นรายๆ หรือต้องท้วงติงไว้ว่าต้องตามความจำเป็น ต้องใช้ดุลพินิจประสบการณ์ของคนที่ดูแล อันนี้ที่เป็นความสับสนของแพทย์และบุคคลากรต้องทำความเข้าใจในเรื่องนี้ร่วมกัน
- แพย์ต้องเข้าใจความ “ฉุกเฉิน” ของผู้ป่วย แต่ต้องมีการคัดกรอง (Screen) ให้ผู้ป่วย และแพทย์ไม่มีสิทธิ์ไปบอกว่าคุณไม่ฉุกเฉิน เราเป็นผู้ให้บริการ เราก็ต้องให้บริการตลอดเวลา
- ควรให้คำแนะนำ เป็นวิธีพูด แนะนำหลังตรวจให้มีความเข้าใจร่วมกัน

๓.๕ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๕ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับทราบ ชื่อสกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้บริการตน” ขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- เดี๋ยวนี้มีการติดป้ายชื่อของแพทย์มากขึ้น เดินไปไหนมาไหนเป็นความเคยชินไปแล้ว บอกชื่อก็ได้ให้ได้รู้ว่าเป็นใคร
- คิดว่ามีความจำเป็น แพทย์ควรจะแนะนำตนเองกับผู้ป่วยก่อนถ้าเป็นผู้ป่วยใน แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยนอกก็ไม่จำเป็นเพราะมีป้ายติดหน้าห้องอยู่แล้ว
- การดำเนินการใดๆ ต่อผู้ป่วยแพทย์ก็ต้องขออนุญาต และควรมีบุคคลที่สามอยู่ร่วมด้วย เช่นในกรณีของการตรวจทางสูติ-นรีเวช
- การที่ผู้ป่วยมีสิทธิ์จะรับทราบ ก็มีความเหมาะสมอยู่แล้ว กระบวนการคุณภาพก็จะดูตามสิทธิ์นี้ ต้องแนะนำว่าเป็นแพทย์ด้านไหน แพทย์ประจำบ้าน หรืออื่นๆ ตามความเป็นจริง
- ต้องมีวิธีการสื่อสาร ให้ผู้ป่วยทราบก็พอ เช่น ป้าย/ชื่อ ที่แบบฟอร์มตามวิชาชีพ

๓.๖ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๖ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนเองและมีสิทธิขอเปลี่ยนผู้บริการและสถานบริการได้” ขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- ก็ต้องได้ บางครั้งผู้ป่วยคนเดียวเขาไปถึงสี่โรงพยาบาลถามใครต่อใครมาก็แล้วแต่เป็นสิทธิ์ของเขาอยู่แล้ว ปัจจุบันผู้ป่วยรักษากันเป็นเครือข่าย มีการประสานงานปรึกษากันมากขึ้นอยู่แล้ว
- คิดว่าการปรึกษากันของแพทย์นั้นเป็นเรื่องปกติ ถ้าผู้ป่วยจะปรึกษาท่านอื่นด้วยก็เป็นเรื่องปกติ ไม่น่าจะเกี่ยวกับจริยธรรมของแพทย์
- ไม่ค่อยมีปัญหาอะไรในกรณีที่แพทย์เข้าใจซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยจะไปถามแพทย์คนไหนก็ได้ยินดีช่วยกันยืนยัน ช่วยกันให้ความหวัง ถ้าเปลี่ยนโรงพยาบาลต้องดูว่าโรงพยาบาลเป็นเอกชนทำได้หรือไม่ต้องรับผิดชอบต้องคุยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเอง
- แพทย์ก็จะมีหน้าที่ที่จะต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบเรื่อง Second opinion แต่แพทย์ว่ากันเองก็เป็นเรื่องผิดจรรยาบรรณอยู่แล้ว
- ต้องมีวิธีการพูดในการดำเนินการพูดถึง Second opinion

๓.๗ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๗ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติตามกฎหมาย” ขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- ในบางกรณีต้องมีการปกปิด เช่น สามีเป็น HIV ก็ต้องคุยกับสามีให้ไปบอกกับภรรยาต้องให้รู้เรื่อง แต่ตอนนี้เหมือนเป็นหน้าที่แพทย์ เราบอกผู้ป่วยว่าหลักการเป็นอย่างไร คนในโรงพยาบาลจะรับรู้ก็ต่อเมื่อทำงานเกี่ยวข้องด้วยกัน
- เป็นสิทธิที่ควรได้รับ แพทย์ก็ต้องตรงไปตรงมาในเรื่องนี้
- ถ้าฝ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องควรได้รับความปกปิด แต่ฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรจะรับทราบ ข้อมูลภายในโรงพยาบาลก็เปิดเผยกันอยู่แล้วผู้ป่วยคนนี้เป็นอะไร แต่กับญาติหรือผู้ที่จะได้รับผลเป็นอันตรายกับคนอื่น มีกฎหมายคุ้มครอง ถ้าไม่ได้รับอนุญาตจากตัวผู้ป่วยถ้าเอาออกไปถือว่าทำผิดกฎหมาย ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของประกันมอบอำนาจ
- แพทย์ก็จะเอาข้อมูลมาจากเวชระเบียน ต้องดูว่าการเข้าถึงอย่างไร บางทีญาติมายืมก็มี ต้องคุยกันว่าจะให้ใครได้ดู คิดว่าไม่ควรต้องมีการเซ็นต์อะไรมากมายในเรื่องนี้
- ประเด็นของญาตินั้นยากกว่า เพราะต้องตรวจสอบญาติด้วย
- คิดว่าควรมีหน่วยงานมาคอยดูแล

- เราไม่เคยใช้คำว่าปกปิด แต่ให้ใช้คำว่าเวลาที่เหมาะสม ระหว่างสถานะต่างๆของโรคระหว่างสถานะต่างๆของการรักษา หรือสถาณการณ์ต่างๆของการรักษา แม้แต่ญาติ เพื่อนร่วมงาน เราเป็นตัวกลาง เพราะฉะนั้นสิ่งสำคัญคือการสื่อสาร

๓.๘ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๘ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม/ถอนตัว จากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ” ขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- เรื่องนี้เป็นเรื่องถูกต้องที่ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวเมื่อไหร่ก็ได้ โครงการที่ทำวิจัยไม่มีปัญหาเลยถ้าคุณถอนตัวแล้วก็ยังจะเข้ามารักษาพื้นฐานได้

- อยู่ในเรื่องของจริยธรรมการวิจัยที่ครอบคลุมอยู่แล้ว คิดว่าเรื่องนี้ก็คงไม่มีปัญหาในการปฏิบัติของแพทย์

๓.๙ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๙ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิ ที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้บุคคลอื่น” ขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะดำเนินการในเรื่องนี้

- ถ่ายเอกสารได้เป็นเรื่องข้อมูลของเขา เป็นส่วนประกอบของการรักษา และถ้าเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจที่จะขอได้อยู่แล้ว แต่ถ้าถ่ายทั้งหมดอาจจะไม่ได้หรือต้องปกปิดข้อมูลบางอย่างที่จะไปรบกวนคนอื่นต้องพิจารณาเป็นส่วนๆไป ถ้าเป็นในส่วนของคำขอจากในส่วนเอกชนก็ยังคาบเกี่ยวอยู่

- คิดว่า ผู้ป่วยเป็นเจ้าของเวชระเบียน ก็ต้องมีสิทธิที่จะขอถ่ายเอกสารได้ แพทย์ควรเขียนให้สมบูรณ์ตั้งแต่ต้น

- กระบวนการขอ ก็ต้องผ่านคณะกรรมการ หรือผู้มีอำนาจ ทำให้แพทย์สบายใจขึ้น เพื่อว่าจะได้มีการตรวจสอบความผิดพลาด (Error Detection) เพื่อลดความเสี่ยง

- บางทีการทำงานของแพทย์ในการบันทึกเวชระเบียนไม่ได้บันทึกทุกอย่างที่ได้กระทำ ที่คิด และไม่ได้บันทึกทุกอย่างที่เราติดตาม ด้วยเหตุผล อีกสองสามวันค่อยลงมาเขียน แต่ว่าการถูกนำไปใช้ในเชิงกฎหมายกลับผิด เช่น การเขียนวันที่ไม่ตรง การนำไปใช้อันนี้เป็นการนำไปใช้แบบจำผิด จริงๆแพทย์เขารู้ว่าวันนั้น เวลานั้นเขาคิดอะไร ด้วยเหตุผลอะไร ถึงตรงนั้นทำไมแพทย์หลายคนถึงจะสรุปการรักษาไปให้ ไม่ใช่เพราะแพทย์รักษาผิดแล้วอยากปกปิด แต่เป็นเพราะพฤติกรรมของการทำงานต้องตรวจผู้ป่วยต้องอธิบายผู้ป่วย และถ้าผู้ป่วยเยอะๆ และลายมือต้องอ่านออกด้วย เพราะมีความคาดหวังหลายด้านมาก ทำไมเราไม่มีคนช่วยแปลเชิงภาษาแพทย์

๓.๑๐ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑๐ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “บิดา มารดา โดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี บริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายและทางจิต ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้” ขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- กฎหมายจะรู้ได้อย่างไรว่าเด็กคนนี้รู้ดีตัดสินใจถูกต้องถ้าเด็กรู้จักรับผิดชอบและเข้าใจดี หรือเด็กคนนี้ไม่ดี จะวัดอย่างไร
- แพทย์ต้องคำนึงถึงชีวิตก่อนดังนั้นถ้าฉุกเฉินก็ต้องรักษาชีวิตก่อน แต่ถ้ารอได้ก็ต้องรอ
- อันนี้ยังเป็นกรณีที่ก้ำกึ่ง คาบเกี่ยวกันอยู่บ้างในบางกรณี แต่ในกรณีที่ไปรอแล้วเกิดอันตรายส่วนใหญ่ไม่มีใครฟ้องเป็นที่ยอมรับกัน
- สำคัญตรงที่พ่อแม่จะมีกระบวนการทำให้เข้าใจ แนวทางในการดำเนินการ ในเรื่องฉุกเฉินก็ดำเนินการอยู่แล้ว
- เห็นด้วยกับการที่จะมีระบบมาช่วยแพทย์ในเรื่องติดต่อผู้ปกครอง
- คิดว่าเรื่องนี้ต้องปกป้องแพทย์ เช่น อาจมีการหลอกว่าเป็นผู้ปกครอง
- เราถือปฏิบัติกันด้วยความไว้ใจ เซ็นต์ก่อนก็ได้ เซ็นต์ย้อนหลังก็ได้ สิ่งพวกนี้ที่จะตามมาจากเรื่องสิทธิเป็นเรื่องของสิทธิ อะไรที่ตามมาจากตรงนั้นปัญหาก็จะตามมาทันที การที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์สุดท้ายกลับไม่ใช่เลย

<u>ประเด็นที่ ๔ การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง</u>

๔.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ ใครจะเป็นคนทำ ถ้าแพทย์คนที่ดูแลผู้ป่วยปฏิเสธ ในกรณีที่มีบัญญัติไว้ในกฎหมาย ให้ผู้ป่วยสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตายหรือการยื้นโดยญาติ ในกรณีนี้ถ้าแพทย์ผู้รับผิดชอบ (หมอเจ้าของไข้) ปฏิเสธในการที่จะปฏิบัติตามเนื่องจากไม่ตรงกับแนวคิดทางจริยธรรมที่แพทย์คนนั้นเห็นด้วย แล้วปฏิเสธในการดำเนินการตามหนังสือโดยการขอถอนตัวจากความรับผิดชอบดังกล่าว แล้วแพทย์ท่านใดจะเป็นผู้ดำเนินการต่อในเรื่องนี้ ขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- อันนี้อาจไม่ใช่เป็นเรื่องจริยธรรมแต่แพทย์กังวลและกลัวเรื่องกฎหมาย ตอนนี้แพทย์มีการรับรองสิทธิให้ผู้ป่วยมากมาย
- เรื่องนี้เป็นประเด็นมากต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน เพราะมีเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้อยู่หลายเรื่องด้วยกัน เช่น ตราบใดที่ผู้ป่วยยังไม่เสียชีวิต พินัยกรรม สิทธิต่างๆยังดำรงอยู่ ถ้าเสียชิวิตก็จะมีผลทางกฎหมายตามมาอีกมาก เช่น ภรรยาน้อยที่ท้องอยู่ก็ไม่อยากให้เสียชีวิต ถ้ายืดไปได้ก็อาจทำให้เป็นการคลอดขณะที่บิดายังมีชีวิตจะมีผลทางกฎหมายที่แตกต่างกันออกไป ในเรื่องเหล่านี้จึงต้องกำหนดเกณฑ์ให้ชัดเจน คิดว่ากรณีในเรื่องนี้น่าจะมีการตัดสินโดยคณะกรรมการ ต้องไม่ตัดสินโดยแพทย์คนเดียว

- เป็นมาตรฐานการรักษาอยู่แล้วในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีบทความชัดเจน แพทย์คนนี้อาจมีความสามารถในการวินิจฉัยไม่เพียงพอ เขาเลยต้องมีตัวแทนในกลุ่ม จริงๆผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องมีหลายๆคนมาช่วยกันดูอย่างน้อยสองคน บางทีไม่ใช่วาระสุดท้าย แพทยสภาได้วางแนวทางหลักการในการแก้ไขว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้แก่อะไรเข้าเกณฑ์ในห้าข้อหรือไม่ เป็นโรคใกล้เสียชีวิตอวัยวะสำคัญๆไม่สามารถฟื้นฟูได้แล้ว ในมาตรฐานเขาไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ เขาเรียกกลุ่มการรักษาแบบประคับประคอง เขาจะเสียชีวิตไปเองตามธรรมชาติ ในจุดนี้แพทย์อาจยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนคิดว่าละเลยทำให้เขาตาย ที่จริงไม่ใช่ ถ้ารักษาไม่ได้แล้วทำความเข้าใจกันก็ยุติเครื่องช่วยหายใจ ยากระตุ้น ในมาตรฐานทางการแพทย์มีบอกอยู่แล้ว กฎกระทรวงกำหนดไว้
- การยอมรับความเป็นตัวตนของเขาก็ต้องยอมรับ เป็นจริยธรรมในการปฏิบัติงานของแพทย์
- ต้องมีหน่วยงานที่มาดูแลเรื่องนี้ได้ ให้แพทย์ทำก็จะได้กับวิชาชีพ ยอมรับต่อการตัดสินใจของเขา ก็ต้องมีหน่วยงานช่วยตัดสินใจ
- อาจจะต้องมีคณะกรรมการที่ระดับสูงกว่าระดับคณะกรรมการโรงพยาบาล
- ถ้าแพทย์ปฏิบัติด้วยความบริสุทธิ์ใจก็ต้องมีการปกป้องแพทย์
- คิดว่าข้อบังคับนี้ ก็เกิดมาจากสิทธิ เช่นเดียวกัน เราไม่เคยคิดว่าเราถูกสอนมาให้ทำตามความต้องการของผู้ป่วย แต่โรคที่ผู้ป่วยเป็นต้องรักษาให้หาย ถ้าตายต้องให้ตายอย่างดี แพทย์ไม่มีหน้าที่ฆ่า ถึงแม้กฎหมายไทยเขียนอย่างนี้ แพทย์คนที่หนึ่งทำถูก กฎหมายที่ตอบสนองความต้องการนี้ผิดเลย ชอบหรือไม่ชอบพอใจหรือไม่พอใจ กฎหมายไม่มีสิทธิ์ กฎหมายไม่ควรออกตามความต้องการของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ถ้าปฏิบัติทางวินัยก็ว่าไป ที่สุดโรคที่รักษาไม่หายแต่บรรเทา เช่นพิการ ก็ต้องพัฒนาให้ได้มากที่สุด สุดท้ายสภาวะที่ต้องตายแน่ๆ เราก็ยังต้องรักษา

๔.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การลงความเห็นที่ญาติไม่เห็นด้วย เพราะอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติไปฟ้องร้องได้ ในกรณีที่แพทย์ลงความเห็นเกี่ยวกับในเรื่องการการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ตรงกับความเห็นของญาติทุกคน และอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติอาจไปฟ้องร้องได้ ขององค์กรวิชาชีพแพทย์
- แพทย์รักษาเต็มที่ ให้ข้อมูลทุกขณะที่เขาอาการแย่ลงและมีการเปลี่ยนแปลงในการรักษาต้องคุยกับเขา
- ต้องให้องค์คณะเป็นผู้พิจารณา จะทำให้ไม่มีข้อถกเถียงเกิดขึ้น
- ถ้ายังไม่เข้าวาระสุดท้ายเราก็ยังต้องรักษา แต่ถ้าเข้าวาระสุดท้ายของชีวิตแล้วต้องคุยกับญาติให้เข้าใจว่าไม่มีประโยชน์อะไร ส่วนใหญ่อยู่ที่แพทย์อธิบาย บางทีที่มีปัญหาญาติจะเข้าใจคลาดเคลื่อน ต้องอธิบายวิธีรักษาผู้ป่วยที่ดีคืออะไรอยู่ที่ทักษะการอธิบาย ผู้ป่วยก็ไปอย่างสงบญาติก็เข้าใจ สุขภาพแห่งชาติบอกไว้ว่าไม่จำเป็นที่ต้องเซ็นต์อะไรเลย เพราะมาตรฐานการรักษามีอยู่แล้วเขาไม่มีสิทธิที่จะปฏิเสธการช่วยชีวิต แต่ถ้าเซ็นต์รับทราบข้อมูลได้ แต่ละที่เอามาจากไหนก็ไม่รู้แพทยสภาไม่เคยบอกให้สามารถปฏิเสธในการช่วยชีวิต ตอนนี้ ปฏิเสธได้ตอนที่ไม่อันตรายต่อชีวิต มีความเข้าใจผิดอีกอย่าง คือ เวลาแพทย์อธิบายกับ

ญาติแพทย์เองหรือระบบโรงพยาบาลเองบอกให้ญาติมาเซ็นต์ว่าจะปฏิเสธหรือไม่ปฏิเสธ เท่ากับว่าโยนการตัดสินใจไปให้ญาติ เซ็นต์เพราะรู้อยู่แล้วว่าไม่มีอะไรกระบวนการตรงนั้นไม่ถูกต้อง

- แพทย์ก็ต้องรักษาตามที่ญาติต้องการ
- ระบบที่ไม่มีการจ่ายร่วม ก็จะส่งผลต่อเรื่องของการฟ้องร้องหรือประเด็นเหล่านี้
- คิดว่าการมีหน่วยงานบางหน่วยงานที่มากำกับดูแลค่าใช้จ่ายของประชาชน กลับทำให้ความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วยกับแพทย์จะแย่ลง
- แพทย์เห็นว่าไปไม่ไหวแล้ว แพทย์ทำหน้าที่อยู่แล้ว หน้าที่ต่อมาต้องดูว่าถ้าผู้ป่วยต้องตายแล้วจะตายแบบไหนทำหลายอย่างแล้วทั้ง ใส่ท่อ เจาะคอ ส่วนประเด็นที่เกี่ยวกับญาตินั้นการที่คนไม่สบายไม่ใช่หมายความว่าคนอื่นมีสิทธิ์ตัดสินใจแทน ถ้าเป็นคนบรรลุนิติภาวะแล้วจะเป็นญาติสายตรงไม่ตรงคุณไม่มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนเขาจนกว่าศาลจะสั่ง ถ้าเพื่อว่าทุกคนทำตามกฎหมายแพทย์ก็ต้องบอกว่า คุณจะทำอย่างนั้นคุณต้องไปขอหมายศาลมา แล้วตรงนั้นแหละที่ศาลจะเชิญแพทย์ไปอธิบายและตรงนั้นที่จะเคารพ มีคดีฟ้องร้องเยอะมากแต่ที่ผิดจริงๆน้อยมาก แพทย์เวลาถูกฟ้องร้องบางคนต้องย้ายอำเภอทำงานไม่ได้เลย กฎหมายที่ออกมาผลักดันมหาชนผิดตั้งแต่ต้นแล้วองกรค์อิสระ (NGO) พยายามทำให้เกิดกฎหมาย

<u>ประเด็นที่ ๕ การให้การศึกษาด้านจริยธรรม</u>

๕.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การจัดให้มีการเรียนด้านจริยธรรมสำหรับนักศึกษาแพทย์ ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม ขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- ถ้าคิดว่าจริยธรรมการผลิตแพทย์เป็นสิ่งที่ดีต่อผู้ป่วยเขาก็ควรจะรับรู้ อยู่ในขบวนการศึกษาที่เขาต้องทำ ทำไปแล้วเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและเกิดประโยชน์ต่อเขาด้วย
- คิดว่าปัจจุบันก็มีอยู่แล้ว แต่ในเรื่องจริยธรรมไม่สามารถสอนครั้งเดียวแล้วมีผล ต้องมีการสอนอย่างต่อเนื่อง
- ส่วนใหญ่ทุกที่เขามีแล้ว คิดว่าทางด้านกฎหมายหรือแพทย์ทุกคนต้องรู้อย่างดี ข้อบังคับ ประกาศระเบียบต่างๆ แพทย์ทุกคนควรจะต้องรู้อย่างดี ปรากฏว่าไม่ค่อยรู้ คิดว่าอันนี้ต้องกำหนดในหลักสูตรถ้าจบแล้วต้องรู้ มีของแพทยสภาอยู่เล่มหนึ่งก่อนจะจบต้องสอบ ปรากฏว่าบางคนไม่รู้เลย เช่นมีความเข้าเรื่องสิทธิผู้ป่วยคลาดเคลื่อนอยู่
- คิดว่าทุกคนก็มีอยู่แล้ว ต้องมีวัฒนธรรมของไทย เรื่องวิธีคิดแบบคนไทย ต้องเรียนทางสังคมมากขึ้น
- ควรมีการสอนทางสังคมศาสตร์ มนุษยวิทยา ให้นักศึกษาแพทย์มากขึ้น

- จริยธรรมไม่ใช่เรื่องของการวิพากษ์วิจารณ์ แต่ขบวนการเรียนการสอนยุคใหม่ใช้ตรงนั้นเยอะ คืออยากให้นักศึกษามีส่วนร่วม ซึ่งหลายๆวิชาควรจะต้องใช้อย่างนั้น แต่ถ้าเราเรียกว่าเป็นวิชาจริยธรรมตั้งแต่เมื่อไหร่ เป็นนามธรรม อย่างไรก็ตามเมื่อถูกกำหนดให้มีแล้วไปสอนแบบนั้นอีก ทำให้จริยธรรมคนถดถอยลงไปเรื่อยๆ สิ่งที่ดีที่สุดต้องมองให้เห็น ต้องหารูปธรรมมาใส่ เหมือนวัฒนธรรม คือสิ่งที่เขาเห็น ต้องสร้างสังคม เริ่มด้วยหน้าที่ มีหน้าที่ช่วยกันสร้างแล้วก็จะพาไปเอง เริ่มต้นด้วยตรงนั้นก่อน ถามว่าเหมือนเด็กเล็กๆ โตขึ้นทำไมมีจริยธรรม ก็เพราะมาจากครอบครัวที่มีหน้าที่ ร้อยละเจ็ดสิบมาจากครอบครัวที่ยากจน ครอบครัวยากจนไม่มีทางเลือกมากนัก ทุกอย่างเป็นหน้าที่หมดงานต้องทำ สุดท้ายสังคมดี คนเกิดมาไม่มีใครที่อยากจะเกิดชั่ว แต่เราทำให้เขาแย่เอง ยกตัวอย่างในอดีตเข้าห้องสมุดแห่งชาติเสียงเงียบ หนังสือเก็บเรียบร้อย สิ่งเหล่านี้แหละที่บ่มเพาะจริยธรรมคน คิดไปเองว่าหน้าที่ เราไม่ได้สอนเด็กให้โง่ ไม่ได้สอนเด็กให้ไม่แสดงออก ไม่ใช่ คนที่ดีให้คนอื่นได้ไม่ใช่คนโง่

๕.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนาขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- ศาสนาคุณธรรมก็ทำไป คิดว่าโดยหลักการนี้ดี แต่สงสัยว่านำเข้าไปสองสัปดาห์หรือหนึ่งเดือนคดยขบวนการให้ความรู้ไม่ทราบว่าเป็นอย่างไร
- ก็ดี เช่นพาไปทำศาสนกิจ ไปทำบุญ แต่อย่างไรก็ตามคิดว่าการที่จะดีนั้นต้องดีตั้งแต่ระดับครอบครัวซึ่งจะมีผลมากกว่า
- ก็คิดว่าดี คณะแพทย์ต้องใส่ใจพวกนี้ การประเมิณจบต้องรู้พวกนี้อย่างดี

๕.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท ขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- ก็ดี แต่การรักษาผู้ป่วยต้องมีประสบการณ์อย่างมืออาชีพ ทุกคนได้รับทราบได้รับประสบการณ์ตรงนี้ก็ดี บางทีการออกโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน้าที่แพทย์หรือเปล่า เพราะชุมชนไม่เข้าใจสิ่งแวดล้อม ถ้าป้องกันได้ดีกว่ามารักษา
- เห็นด้วย ทำให้นักศึกษาได้เห็นชีวิต ได้คลุกคลีกับชาวบ้าน เป็นสิ่งหนึ่งที่จะได้ซึมซับ คิดว่าแนวคิดของคนที่ทำงานในชนบทก็จะทำให้แตกต่างกันไป การที่ไม่ได้เกี่ยวข้องหรือคลุกคลีกับชนบทก็อาจทำให้แนวคิดในการรรับใช้ประชาชนนั้นหายไป
- โรงพยาบาลชุมชนไม่มีความพร้อมบุคลากรเขาจะไม่พร้อม ทุกคนมาจากทุกที่เขาเข้าใจความเป็นชนบทอยู่แล้ว แพทย์แต่ละคนที่ต้องการเป็นแพทย์ความถนัดแต่ละคนไม่เหมือนกันมีความหลากหลาย เช่นพวกเวชศาสตร์ครอบครัว หรือระบาดวิทยา กลุ่มพวกนี้เหมาะสำหรับโรงพยาบาลชุมชน การบังคับ

ทุกคนความถนัดไม่เหมือนกัน อย่างบางคนถนัดทางด้านศัลย์แพทย์เราก็ทำทางด้านนี้ จะให้ไปฝึกโรงพยาบาลชุมชนไม่ได้ผ่าตัดแน่ แพทย์มีการตั้งเป้าแตกต่างกันอยู่แล้ว ไม่เห็นด้วยกับมาตราการที่ใช้เชิงบังคับใช้ทุน แต่ถ้ารับทุนมาอันนั้นต้องยอมรับ แต่ถ้าสอบเข้ามาได้ก็สิทธิเท่าเทียมกัน

- มีปัจจัยหลายอย่าง ในการออกฝึกงานชนบท ต้องชัดเจนว่าไปทำอะไร
- ก็อยากให้ไปออกชนบท ต้องมีวัตถุประสงค์การออกให้ชัด นักศึกษาแพทย์ที่รับทุน ที่จะไปใช้ทุนก็อยากให้ออก
- ถ้าอยากจะออกก็เพื่อศึกษาทางสังคมได้ดี และก็มีเด็กนักศึกษาแพทย์ บางส่วนอยากออกอยู่แล้ว คณะต้องช่วยพาออกไปฝึกให้เป็นรูปธรรม เช่น คณะจัดการเรื่องภาระรับส่ง ติดต่อรุ่นพี่ที่โรงพยาบาลชุมชนและคิดว่าต้องออกตั้งแต่ปีแรกๆ
- แต่ในความเป็นจริงชนบทในปัจจุบันเป็นชนบทจริงหรือไม่ ชนบทที่เราเห็นคืออะไรต้องไปอยู่ลำบากหมดยุคแล้ว แต่ถามว่าแพทย์ยุคนี้ที่ถือเครื่องคอมพิวเตอร์พกพา หรือแท็บเบล็ต ไปใช้ทุนนั้นนักศึกษาแพทย์เข้าใจซาบซึ้งหรือไม่ กลายเป็นว่าหลังจาการฝึกนักศึกษาแพทย์ไม่อยากไปอีกเลย ไปอยู่ลำบากโดยที่ไม่รู้ ไม่เข้าใจ แต่ถ้านักศึกษาแพทย์จบแล้วให้ไปอยู่ก็จะเข้าใจได้เห็นผู้ป่วยหลากหลาย ผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลใหญ่เช่น รามาธิบดีก็มาจากชนบทจำนวนมาก ถึงแม้จะมีการปลูกถ่ายอวัยวะ หรืออะไรก็แล้วแต่ แต่เราก็ยังมีคนกลุ่มนี้โรคพวกนี้เข้ามาอยู่ นักศึกษาแพทย์จะได้สัมผัสตรงนี้เกิดความสงสาร ต้องดูความเหมาะสม

๕.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การปฏิบัติให้เป็นประจำ และทำให้นักศึกษาแพทย์เห็นเป็นตัวอย่าง ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง ขององค์กรวิชาชีพแพทย์

- การสอบบรรจุอาจารย์แพทย์เราต้องคัดอาจารย์แพทย์มาดู การคัดเลือกอย่าให้คำตอบทีเดียวคนเราเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา ข่าวที่ดีไม่ค่อยเป็นข่าว ข่าวที่ไม่ดีเป็นข่าวมากกว่า
- อาจารย์นั้นก็ควรต้องมีหลักสูตรสำหรับอาจารย์ที่จะมาเป็นครูแพทย์โดยตรง ต้องมีการส่งเสริมคนดีเพราะในช่วงที่ผ่านมาเราเอาแต่คนเก่ง
- ต้องมีการพัฒนาอาจารย์ที่สอนแพทย์อย่างต่อเนื่อง ต้องมีรูปแบบของอาจารย์แพทย์ควรจะดำเนินการขึ้นมาโดยเฉพาะ
- ไม่ควรให้รางวัลเป็นรายคน ควรมีการให้เป็นทีมน่าจะดีกว่า
- คนที่เป็นอาจารย์ต้องเป็นแบบอย่างที่ดี ตัวอย่างที่ไม่ดีโทษอาจารย์ก็ไม่ได้อยู่ที่ตัวเรา ต้องดูต้นแบบที่ดีอยู่ที่ตัวแพทย์เอง ต้องมีขบวนการคัดกรองตัวอย่างอาจารย์แพทย์ที่ดี
- เริ่มตั้งแต่คัดเลือก ต้องเข้าใจทั้งความเป็นแพทย์บวกกับครู ไม่ใช่เกิดจากแพทย์เก่งๆ พอเป็นอาจารย์ก็จะไม่สอน การที่จะเลือกคนก็ต้องมีระบบในการคัดเลือก “ความเป็นครู” เพราะแพทย์ไม่ได้มีวิชาชีพครู

มา และถ้ามีก็ต้องรักษาเอาไว้ให้ได้ ต้องสนับสนุนให้เน้นความเป็นครูเต็มที่กับนักศึกษาแพทย์และแพทย์ที่ดีกับผู้ป่วย

- ต้องส่งเสริมแพทย์ศาสตร์ศึกษา อย่างจริงจัง ไม่ใช่อบรมแค่ ๓-๔ วัน มีพื้นการพัฒนาหลักสูตร หรือการพัฒนานักศึกษา
- ต้องเพิ่มในค่าตอบแทนให้กับอาจารย์แพทย์
- ในเรื่องเกี่ยวกับอาจารย์แพทย์ มี ๒ ส่วน

๑) ส่วนแรก คือการคัดสรรค์ก่อน การัดเลือก resident ที่จบแพทย์แค่สองจุดห้า ด้วย concept คนเก่งมักเห็นแก่ตัว เราเป็นแพทย์ที่ดีต้องเปิดโอกาสให้คนดีเข้ามา

๒) ส่วนที่สองพอเข้ามาแล้วต้องยอมรับว่าขึ้นอยู่กับวิชาของโรงเรียนแพทย์ที่คุณเข้าไปอยู่ หน้าที่แพทย์ต้องการเรียนการสอนก่อน อาจารย์ก็คือครู แพทย์ที่จบมาอย่าเน้นแต่เรื่องวิจัย เลือกคนเก่งเข้ามาอีกคนไม่เก่งมีสองมือสองเท้าเท่ากัน ประเภทนี้เรียนเพื่อให้ตัวเองเก่ง ไม่ได้เรียนเพื่อได้ทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น พวกนี้จะทำอะไรเพื่อตัวเองอยู่แล้ว จะช่วยคนอื่นเขาดูก่อนว่าตัวเองจะเสียหรือไม่ ทำให้คนเห็นแก่ตัวมากขึ้นจบไปเป็นนักวิจัยถูกต้องแต่ถ้าจบแล้วไปเป็นแพทย์ คุณอยากได้แพทย์ที่ไปช่วยเหลือผู้ป่วยแบบไหน แบบที่คุณมีเงินจ่ายเท่าไหร่ แบบว่าเอาเท่านี้นะ และวันทั้งวันดูว่าตัวเองจะเปิดช่องทางไปตรงไหนได้อีก การรักษาเป็นการหารายได้เสริม แพทย์ต้องรักษาผู้ป่วย ออกไปดูประชาชน

๒.๒ องค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

ประกอบด้วย <u>คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค จำนวน ๕ คน</u> ได้ผลการศึกษาดังนี้

<u>ประเด็นที่ ๑ ประเด็นความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล</u>

๑.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ในกรณีในการที่แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อยเช่นปวดหัว ตัวร้อนเล็กน้อย หรือนอนไม่หลับ ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- อาจจะต้องแยกเหมือนกัน เพราะอาจจะต้องมีเงื่อนไขที่ต้องมาดูกัน
- ความเร่งด่วนของผู้ป่วย ภาวะวิกฤติต้องมีการกำหนดให้ชัด
- อาจเป็นเรื่องกระจายอำนาจด้วย ซึ่งปัจจุบันก็ไม่มีการกระจายอำนาจไปยังคนอื่น เช่น พยาบาล, การใช้ยาด้วยโรคเอดส์ ยังรวมกันอยู่ที่แพทย์
- คงต้องมีบริบททำให้ ศักยภาพผู้บริการ, ภาวะความจำเป็นในภาวะวิกฤติมีการกำหนดให้ชัดเจน ได้พูดคุยกันมากขึ้น

- ต้องดูเป็นรายกรณีว่าหน้าที่มีการกำหนด หรือถูกออกแบบอย่างไร
- การสั่งการทางโทรศัพท์ต้องเป็นผู้ป่วยที่รักษาอยู่แล้ว ไม่ใช่ผู้ป่วยใหม่ อย่างเช่นว่า สั่งก็จะมีการสั่งเวลาช่วงที่ตัวเองอยู่เวร ไม่ใช่แบบผู้ป่วยนอก (OPD) ใหม่จะต้องเป็นผู้ป่วยเก่า เป็นผู้ป่วยที่อยู่ภายในเป็นผู้ป่วยที่เรารักษาอยู่แล้ว หรือวินิจฉัยโรคแล้วให้การรักษา แล้วบางครั้งอาจจะมีอาการบางอย่างที่เกิดขึ้น เช่น อาการไข้ขึ้นหรือปวดท้อง ปวดมวลท้อง แล้วเรารู้โรคอยู่แล้ว เราคิดว่าอาการส่วนหนึ่งที่เกิดขึ้น ไม่ได้เกี่ยวโดยตรง หรือเป็นอาการชี้บ่งว่า โรคจะทรุดหนักลง บางทีเราก็ให้การรักษาได้ อันนี้ก็เป็นไปได้ อย่างเช่น ผู้ป่วยที่เราผ่าตัด เช่นในอดีตผ่าตัดหัวใจ ก็จะมีอาการข้างเคียง เราไปดูครั้งที่หนึ่ง ครั้งที่ เราอยู่เวรแล้วไปนอนพัก ในตึกผู้ป่วย อย่างพยาบาลโทรศัพท์มามีอาการอืดท้อง บางครั้งเราจะฟังแล้วดูอาการ ไม่ใช่ฟังแล้วก็จบ พยาบาลก็จะดูแล แล้วถ้าเป็นผู้ป่วยใน ควรจะเป็นผู้ป่วยใน ต้องเป็นผู้ป่วยที่เรารับผิดชอบ เพราะฉะนั้นตรงนี้เองการสั่งการก็จะเป็นไปได้ เพราะว่าพอจะรู้ว่าผู้ป่วยคนนี้มีอาการอะไร แต่ว่าถ้าเป็นผู้ป่วยที่ไม่รู้จัก อันนี้ไม่ได้ ไม่ควรนะครับ ตรงนี้จากการปฏิบัติของแพทย์ ถ้ายิ่งเป็นผู้ป่วยนอก (OPD) ยิ่งไม่ได้ แพทย์ไม่ได้รู้จักผู้ป่วย แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยในผู้ป่วยตามตึกผู้ป่วย จะมีตัวแปรอีกอย่างหนึ่งคือพยาบาล พยาบาลเป็นผู้ช่วยแพทย์ คือผู้ที่ดูแลใกล้ชิด พยาบาลก็สามารถประเมินได้ระดับหนึ่ง เพราะฉะนั้นการที่พยาบาลรายงานก็เหมือนรายงานอาการ ก็มักจะมีข้อวินิจฉัยระดับหนึ่งว่าน่าจะเป็นอะไร ที่อาจจะไม่ได้รุนแรง เพียงแต่พยาบาลที่มา บางครั้งอาจจะไม่ได้ให้ยาได้ตามหน้าที่ เพราะฉะนั้นก็รายงานแพทย์ เพื่อจะขออนุญาต เช่น ผู้ป่วยมีอาการไข้ขึ้น ซึ่งหลังจากการผ่าตัดบางท่านอาจเกิดบาดแผลได้ เนื้อเหยื่อจากแผลอาจมีไข้ต่ำๆ ก็อาจรายงานว่าผู้ป่วยเป็นอย่างไรได้เหมือนกัน แบบนี้ก็ต้องเข้าใจว่าแพทย์เองในบางโรงพยาบาล อาจไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้หมด ในอดีตเราต้องดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลหลายร้อยคน ผู้ป่วยเยอะ พยาบาลก็โทรศัพท์มาขออนุญาต ไม่ใช่โทรศัพท์มาเพื่อสั่งการรักษาอย่างเดียว มีนัยอยู่ เพราะฉะนั้นตรงนี้ต้องขึ้นกับแพทย์ว่าเป็นอย่างไร
- ถ้าในกรณีที่เกิดฉุกเฉิน ผู้ป่วยประจำ โทรศัพท์ไปหาแพทย์เล่าอาการโดยที่แพทย์มีประวัติของผู้ป่วยอย่างดี อันนี้เปนเรื่องที่สนับสนุนให้แพทย์ทำ ถ้าในกรณีทั่วไปครั้งแรกไม่เคยมีประวัติเลยแล้วสั่งการรักษาทางโทรศัพท์คิดว่าไม่น่าจะมีหลักการปฏิบัตินี้เกิดขึ้น ถ้ามีนับว่าผิดจริยธรรม เพราะว่าคุณไม่สามารถที่จะได้ข้อมูล ไม่ได้เห็นผู้ป่วย เพราะฉะนั้นการวินิจฉัยโรคอาจจะผิดพลาดได้ การรักษาทางโทรศัพท์โดยแบบนี้เป็นการผิดจริยธรรม อยู่ที่กรณีอยู่ที่เป้าหมาย อันนี้เป็นปัญหาในสังคมไทยพอควรเป็นเหมือนส่งเสริมหรือการขายการให้บริการ เช่น ที่เราเห็นว่าคล้ายทำให้เกิดความกลัวของโรค เดี๋ยวนี้เทคโนโลยีไปไกลโดยเว็บไซน์ อินเตอร์เน็ต แล้วบอกว่าให้โทรศัพท์มาหา แล้วเป็นบุคลากรทางการแพทย์คนก็จะโทรศัพท์ไปถามเขาก็จะขายยาขายผลิตภัณฑ์สุขภาพ จะเป็นอย่างนี้ ถ้าต่อไปสังคมจะอยู่อยาก ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมก็แพงเพราะส่วนมากจะเป็นธุรกิจ

- ในส่วนของคุ้มครองผู้บริโภคอาจจะสัมผัสกับงานของแพทย์ค่อนข้างน้อย มีประเด็นแค่ประเด็นหนึ่ง คือความเสียหายที่แพทย์ทำเกินไปในบางเรื่อง ถ้าเป็นแพทย์เอกชนหน่วยงานที่กำกับดูแลต้องสนับสนุน เรื่องการประกันสุขภาพโดยกองการประกอบโรคศิลปะเขากำกับดูแลเกี่ยวกับโรงพยาบาลเอกชน ดูแล ในส่วนมีการจัดสร้างโรงพยาบาลต่างๆ การสั่งการทางโทรศัพท์สั่งการให้กับใคร ถ้าเป็นผู้ป่วยที่แพทย์เคยรักษากันดีอยู่แล้วและการสั่งการในบางเรื่องบางครั้งน่าจะทำได้โดยที่ว่าแพทย์รู้จักผู้ป่วยดีอยู่แล้ว ถ้าเป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษามาก่อน แล้วแพทย์มีภาระกิจอื่น ผู้ป่วยอาจจะมีอาการหนักขึ้นอันนี้อาจะเป็นไปได้ที่แพทย์ไม่ได้มาดูในรายละเอียด ประเด็นนี้คิดว่าเป็นการสั่งการโดยประมาทได้ เคยไปประชุมกับกระทรวงสาธารณสุข การรักษาที่เป็นไปตามจรรยาบรรณแพทย์ บางครั้งเราก็เข้าใจแพทย์ว่าติดภาระกิจเร่งด่วนแต่การรักษาแบบนี้ถ้าไม่ได้รู้อาการผู้ป่วยอย่างดีไปใช้วิธีการรักษาแบบนี้ก็ไม่ถูกต้องเหมือนกัน ต้องดูเป็นรายกรณีไป
- ไม่น่าจะดี มองภาพการเดินทางไปหาแพทย์กับค่าใช้จ่ายที่เสีย เสียเวลาสำคัญที่สุด แต่ว่าคนที่นั่งรับโทรศัพท์จริงๆ มีมาตรการอย่างไรว่าคุณคือแพทย์ ยกตัวอย่างสมัยนี้คนขายประกันทางโทรศัพท์เขามีเกณฑ์ของเขา เวลาขายต้องบอกว่าเขาเป็นใครชื่ออะไรถึงนำเสนอขาย อันนี้เป็นจุดหนึ่งที่มองว่าเป็นจุดหนึ่งที่ผู้รับบริการได้ประโยชน์ และผู้ขายบริการมีหลักฐานยืนยันว่าทำอย่างนี้จะได้ผลกลับอย่างไร ถ้าเป็นอาการของความไม่สบายใจอาการเป็นแบบนี้ เป็นอาการเล็กน้อย ก็ต้องมีความมาตรฐาน อย่างน้อยๆประชาชนควรได้รับพื้นฐาน เช่น ปรึกษาแพทย์ แพทย์ก็ถามอาการแพทย์คงไม่ได้มองหน้าแล้ววินิจฉัยโรคนั้นคงยาก หรืออาจมีอาจารย์แพทย์ที่เชี่ยวชาญจริงๆเห็นหน้าก็รู้ว่าเป็นอะไร แต่ถ้าในกรณีเป็นหวัดไอมาเจ็ดวันแล้ว ซื้อยามากินแล้วไม่หาย ต้องไปหาแพทย์มีค่าเดินทางสามร้อย ค่าแพทย์สองร้อยห้าสิบ ค่ายาอีกห้าสิบ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากกว่า เบื้องต้นมองว่าจริยธรรมของแพทย์ให้บริการก็ต้องพิจารณาเป็นรายกรณีไป

๑.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ ในกรณีที่แพทย์นั้นเมื่อจบแพทย์ออกมาแล้วก็จะมีความเชี่ยวชาญเป็นสาขาไป แต่ในการรักษาจริงนั้นต้องทำการรักษาทุกโรค ในทุกสาขา ในกรณีที่มีการเปิดคลินิกหรือโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น พยาธิแพทย์จะตรวจชิ้นเนื้อ แต่เวลาเปิดคลินิกจะต้องทำการรักษาโรคทุกโรค ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- สนับสนุนแพทย์ประจำครอบครัว สนใจเรื่องการที่เขาจะได้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย
- เรื่องความเชี่ยวชาญนั้น สามารถจะส่งต่อได้ พัฒนาได้
- เสนอแนะคิดว่าควรมีฐานข้อมูล (Database) ในการจะบอกว่า มีผู้เชี่ยวชาญด้านนี้อยู่ที่โรงพยาบาลใด โรคโดยทั่วไปก็เป็นโรคพื้นฐานมากกว่า
- คิดว่าแพทย์รักษาโรคทั่วไปในปัจจุบันก็สามารถที่จะรักษาได้ เมืองไทยได้ส่งผลให้ผู้ป่วยไปมากอยู่ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่

- แพทย์ยังไม่พอ แต่ไปในทิศทางของการพัฒนาแต่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ก็อาจมีปัญหาได้ เช่น เหตุผลหนึ่งของเบื้องต้นนั้น ผู้ป่วยต้องการให้มอเสียเวลา
- คิดว่าโดยหลักแล้วแพทย์ต้องดูภาพรวม แม้กระทั่งผู้เชี่ยวชาญก็ต้องมีความสามารถมากขึ้น แต่โดยพื้นฐานจะต้องรู้ พอพื้นฐานรู้ต้องมีข้อที่ว่าเฉพาะทางมากขึ้น ถ้าไม่ต้องอยู่เวร บางโรงพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเยอะ หรือมีแพทย์ รักษาโรคทั่วไปหรือแพทย์ที่รู้มากพอก็จะมีการแบ่งฝ่ายความชำนาญออกไป อันนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะโรงพยาบาลนะ แต่ถ้าเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก ต้องมาออกเวรอยู่เวรแล้วก็ต้องตรวจผู้ป่วย ต้องอยู่ฉุกเฉิน เพราะฉะนั้นก็ต้องดูหมดทุกโรค อันนี้ก็จะเป็นข้อจำกัดเหมือนกันนะครับว่า แพทย์ที่ไปทำเฉพาะทางมากขึ้น แน่นอนการที่จะมา เรียกว่าประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยทั่วไป ก็จะลดน้อยลงตามความชำนาญ เพราะว่าโรคที่จะมา อย่างทางเลิศสินก็จะมีออโถ ผู้ป่วยโรคทางกระดูกจะมีเยอะมากแทบจะแปดสิบถึงร้อยคน ต้องศึกษาต่อ Resident อีก ต้องมีผ่าตัด ต้องดูออกตรวจในตึกผู้ป่วยอีก ถ้าจะให้แพทย์ตรวจผู้ป่วยทั่วไป แน่นอนล่ะถ้าความชำนาญตรงนี้ก็เริ่มลดน้อยลง แต่โดยหลักการพื้นฐาน จะต้องรู้อะไรที่เป็นโรคพื้นฐาน ถ้ามีความสงสัย อย่างเช่นว่า โรคหัวใจ หรือโรคเกี่ยวกับเบาหวาน ถ้าโรงพยาบาลนั้นมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในแต่ละด้าน แพทย์ก็มักจะปรึกษาต่อ แต่ถ้าไม่มีก็อาจจะต้องทำการรักษา เพราะว่าเฉพาะทางต้องมีแพทย์ระดับหนึ่ง ต้องอยู่โรงพยาบาลระดับสูงระดับชุมชนจะน้อย เพราะฉะนั้นตรงนี้เองจะต้องรักษา ถ้าเกิดมีความจำเป็นแล้วส่งต่อไม่ได้ แพทย์อาจจะต้องศึกษาตำราเกี่ยวกับโรคพวกนั้น เท่าที่สามารถจะศึกษาได้ ยกเว้นว่าเกินความสามารถในบางโรค อย่างเช่น มะเร็ง ซึ่งปัจจุบันจะมีการวินิจฉัย มีเรื่องของการใช้ยา ที่อาจจะพัฒนาไปตลอดเวลา อาจจะต้องอาศัยผู้รู้ในด้านนี้ หรือประสบอุบัติเหตุบางชนิด อย่างเป็นเรื่องกระดูก แน่นอนต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ
- เพราะว่าในสังคมตอนนี้เราบอกว่าเราขาดแพทย์เชี่ยวชาญ ขณะเดียวกันเราขาดแพทย์ทั่วไปด้วย เราขาดแพทย์ทั่วไปมากกว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลเอกชนต้องการแพทย์ผู่เชี่ยวชาญยอะมาก เพราะฉะนั้นแพทย์เหล่าวนี้ถูกดึงไปโรงพยาบาลเอกชนเพื่อทำในความเชี่ยวชาญของเขา แนวโน้มตอนนี้ไม่ใช่ที่แพทย์เชี่ยวชาญจะไปเปิดคลินิคส่วนตัว ที่ผ่านมาอาจจะเป็นเช่นนั้น คนที่ไปหาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญส่วนมากก็เป็นผู้ป่วยด้านนั้น มีอยู่น้อยที่มาหาแบบไม่ได้สนใจความเชี่ยวชาญเพราะเขาอยู่ใกล้ การที่จะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเขาผ่านการรักษาเบื้องต้นมาระดับหนึ่งแล้ว โรคทั่วไปไม่ได้ต้องการแต่ประเด็นต้องการความเอาใจใส่ของแพทย์มากกว่า
- มองว่าการที่แพทย์มาเปิดคลินิครักษาทุกโรค คอดว่าแพทย์คงไม่ไปรักษาอะไรที่เป็นโรครุนแรง อย่างมากก็แค่เจ็บไข้ ปวดหัว ตัวร้อน ส่วนหนึ่งเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับประชาชนในท้องถิ่นนั้นๆ แทนที่จะไปโรงพยาบาล จะไปซื้อยากินเองก็เสี่ยงบางร้านขายยาก็ไม่มีเภสัชกร แพทย์คงไม่ไปรักษาถึงกับผ่าตัดในคลินิก แค่รักษาจ่ายยาเล็กๆน้อยๆ ก็ไม่น่าจะมีปัญหาอะไร

- แพทย์ควรติดฉลากทางเชี่ยวชาญ เราฐานะผู้ให้บริการที่มีความเชี่ยวชาญในตรงนั้น ทำไมทันตแพทย์เขารักษาตามนั้นเขาไม่ดูทั่วไป อย่างน้อยๆต้องมีฉลากกำกับความเชี่ยวชาญ

๑.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การให้เวลากับผู้ป่วยของแพทย์ ในกรณีที่แพทย์โดยทั่วไปต้องมีการตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก งานล้น หรือเหตุผลอื่นๆ ของแพทย์ ทำให้มีเวลาให้กับผู้ป่วยน้อย ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- คิดว่าเป็นเรื่องสำคัญ เช่น กรณีศึกษา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยก็ไม่ทราบว่าคิวเต็มในวันนั้น จะจองไว้พรุ่งนี้ก็ไม่ได้ โรงพยาบาลบอกว่า “พรุ่งนี้ต้องมาใหม่” ยุคปัจจุบัน การจำกัดผู้ป่วยตอนที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ก็อาจจะมีปัญหา ต้องมีการพัฒนาระบบการสื่อสาร ระบบสารสนเทศ ต้องมีระบบรองรับ ผู้ป่วยควรจะรู้ว่าต้องรอ โรงพยาบาลต้องมีระบบการจัดการ

- ต้องดูว่า ระบบใดควรจะมีการแยกแผนก ควรจะได้รับการปรับปรุง

- คิดว่าอยู่ที่ตัวระบบของบ้านเรา อาจจะไม่เหมือนกับต่างประเทศคือมีระเบียบชัดเจน คือระบบต่างกัน คือของต่างประเทศจะมีระบบ เหมือนยุโรปจะมีแพทย์ประจำครอบครัว ก็จะมีไปหาแพทย์ประจำครอบครัว วัฒนธรรมเขาจะคุ้นเคยที่มีแพทย์มาใกล้ชิด ปรึกษาหารือได้ แล้วแพทย์คนนี้เหล่านี้ก็จะส่งต่อ เพราะฉะนั้นวัฒนธรรมหรือระบบลักษณะชีวภาพของเขาจะเป็นแบบนั้น ในขณะที่อเมริกาก็จะเป็นอีกระบบหนึ่ง ทีนี้ของบ้านเราเข้าใจว่าในอดีต ก็คือคนมักจะมาที่โรงพยบาล เพราะโรงพยาบาลจะมีแพทย์ เข้าในว่าในอดีตโรงพยาบาลชุมชนก็เพิ่งจะเกิดขึ้น ที่ผลักดันให้เกิดเรื่องครอบคลุมทั้งประเทศ ตรงนี้เองประชาชนก็มักเข้าไปที่แพทย์ใหญ่ แพทย์ใหญ่ก็คือต้องไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ตรงนี้ก็ยังเป็นวัฒนธรรม พอมาเปลี่ยนระบบสุขภาพ ที่ต้องให้มีแพทย์ ซึ่งอันนี้ก็เป็นสิ่งที่ถูกต้อง การมีแพทย์อยู่จุดที่ประชาชนเข้าได้ แต่เนื่องจากโครงสร้างประชากรของเรากระจุกตัวอยู่ในเมืองขนาดใหญ่ ส่วนหนึ่งทำให้แพทย์เองใช้ความรู้ความชำนาญของเขา อาจจะมีเรื่องการทำคลีทำอะไรด้วย เพราะว่าลักษณะของรัฐบ้านเรา แพทย์จริงๆจะเป็นของรัฐ เงินเดือนรัฐก็ข้าราชการทั่วไป ซึ่งแพทย์มีโอกาสที่จะหารายได้จากการประกอบอาชีพ ประกอบวิชาชีพเวลาราชการก็จะไม่เกิดระบบนี้ขึ้น ผู้ป่วยก็รู้สึกอยากไปหาแพทย์มากกว่า พอเปลี่ยนระบบที่ว่าต้องมาอนามัยก่อน ความรู้สึกของคนก็อยากจะไปเข้าโรงพยาบาลเลย เพราะภาพเดิมต้องเข้าโรงพยาบาล อันนี้จริงว่าความพร้อมของโรงพยาบาลขนาดใหญ่จะมีความพร้อมในเรื่องของผู้เชี่ยวชาญในเรื่องของเครื่องไม้เครื่องมือ ถ้ามันกระจายบุคลากรออก ถูกหรือไม่ครับ เช่น ระดับจังหวัดก็ต้องมีผู้เชี่ยวชาญที่ดูแลได้ครบทุกสาขา ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ตรงนี้ก็จะเกิดประโยชน์ ซึ่งอาจต้องอาศัยเวลาสักระยะนึง เพราะแค่การกระจายแพทย์ก็เป็นเรื่องใหญ่ แพทยไม่ยอมกระจาย

- มีปัจจัยที่เกี่ยวโยงหลายปัจจัย โดยหลักพื้นฐานก็คือรัฐไปส่งเสริมระบบการบริการภาครัฐอย่างเดียว ทำให้เกิดการกระจุกตัวในเชิงที่อยู่ในระบบบริการภาครัฐ และรัฐต้องยอมรับว่าระบบการบริการภาครัฐ

ถึงแม้ระบบของกระทรงสาธารณวสุข หรือระบบทางการแพทย์จะเป็นระบบที่มีความพร้อมเรื่องของบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถมากแล้ว แต่ระบบทางภาครัฐเองทำให้เกิดการบริหารที่ไม่ค่อยคล่องตัว ระบบราชการจะมีปัญหาเยอะ อย่างสั่งซื้อไม้จิ้มฟันอันนึงต้องทำเรื่องทำราวเยอะ ตรงนี้เองงบประมาณส่วนใหญ่จะโยกจากกระทรวงไปอยู่ที่สปสช.ก็ยังส่งเสริมระบบบริการภาครัฐ ไม่ได้ส่งเสริมบริการภาคประชาชนเลย เพราะว่าการจัดสรรงบประมาณมันมีข้อจำกัด ถ้ามันเปลี่ยนระบบพวกนี้ได้ ทำอย่างไรกระจายอำนาจออก ต้องกระจายอำนาจอย่างเดียว ยิ่งด้วยหลักของการบริหารทุกเรื่องนะ เช่น การกระจายท้องถิ่น สามารถดูแลกันเองได้ งบประมาณส่วนใหญ่ต้องกระจายไปที่ท้องถิ่น ไม่ใช่กระจุกตัวอยู่ เพราะถ้ากระจุกตัวตามความเจริญ คนก็ต้องวิ่งเข้าหาความเจริญสูงสุด เพราะมันจะมีความก้าวหน้ามากสุด แต่ถ้ามันกระจายออกได้ทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด

- ขณะนี้แพทย์เองให้ความสำคัญกับเวลาที่ให้ผู้ป่วยน้อย ตอนนี้เราจะเห็นว่าจะมีขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยจากพยาบาล เพราะฉะนั้นรายละเอียดส่วนหนึ่งก็อยู่ตรงนั้น แพทย์เองในการที่จะตรวจรักษาผู้ป่วย การให้เวลายังมีความสำคัญ เพราะเป็นการวินิจฉัยโรค หลายคนบอกว่าแพทย์ไทยรักษาเก่งแต่มักวินิจฉัยไม่เก่ง เดี๋ยวนี้อาศัยเครื่องมือเป็นส่วนใหญ่ แพทย์ไทยเมื่อก่อนวินิจฉัยโรคเก่งทั้งที่ไม่ค่อยมีเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยน้อย แพทย์เดี๋ยวนี้สั่งทำทุกอย่าง สั่งทำแล้วไม่รู้สั่งทำไมบางทีสั่งทำเพื่อตัวเองอยากรู้เท่านั้นก็สั่งจากทำจากเครื่องใช้เครื่องมือแหล่านั้น ซึ่งตรงนี้คิดว่าไม่ค่อยมีจริยธรรม ซึ่งการศึกษาจริงๆคุณได้ประโยชน์จากผู้ป่วยค่าใช้จ่ายตรงนี้คุณต้องออก ไม่ใช่ให้ผู้ป่วยออก บางทีรู้แล้วก็รักษาไม่ได้ แต่ถ้าต้องทำจริงต้องอธิบายให้ผู้ป่วยรู้ว่าที่ทำอย่างนี้เพื่ออะไร เรามีอย่างนี้หลายกรณีโดยเฉพาะอาการรุนแรง รักษาก็ไม่หายแต่แพทย์อยากรู้แพทย์ก็สั่งแพทย์ตรวจสืบค้นโรค พอเสร็จผู้ป่วยต้องจ่ายเงิน โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนและผู้ป่วยไม่มีสิทธิ์รู้ด้วย อันนี้ไร้จริยธรรม การที่จะมาพบแพทย์คนหนึ่งมีหลายบริบทควรแก้ไขอย่างไร ระบบการมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล คิดว่ามีบริบทหลายอย่างที่สามารถพัฒนาประสิทธิภาพของโรงพยาบาลได้ อยู่ที่ความใส่ใจของโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นระบบการรอยา ระบบการพบแพทย์ โรงพยาบาลสามารถที่จะปรับระบบได้ เป็นเรื่องของการบริหารซึ่งปัญหาประเทศไทยมีอยู่ ทั้งโรงพยาบาล ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่ อาจจะขาดบุคลากรหรืออย่างอื่น สิ่งเหล่านี้มีช่องทางแก้ได้ สามารถทำให้คล่องตัวขึ้น เพราะโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลมีแผนกฉุกเฉินอยู่กรณีฉุกเฉินเข้ามาตรงนี้ได้อยู่แล้ว แต่ประเด็นปัญหาที่ไม่ฉุกเฉินเข้ามาแล้วรอไม่รู้อะไรเมื่อไหร่อะไรคุณไม่จัดคิว คิดว่าเพราะโรงพยาบาลเหล่านั้นไม่ได้พัฒนาตัวเอง ถามว่ามีช่องทางในการพัฒนาหรือไม่มันมีอยู่โอกาสอยู่ที่ความใส่ใจของโรงพยาบาลที่จะทำระบบ

- อันนี้ก็เห็นด้วย แพทย์ต่างประเทศเขาจะอธิบายผู้ป่วยหมด สมมติจะผ่าตัดไขมันผู้ป่วยจะต้องเจอกับอะไรบ้างหลังผ่าจะเป็นอย่างไรอธิบายละเอียด แต่ในบ้านเราโดยเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐแทบว่าจะไม่ค่อยอธิบายอะไรเลย จริงๆแล้วแพทย์ควรจะอธิบายกับผู้ป่วยให้ข้อมูลมากกว่าปัจจุบันที่เป็นอยู่

แพทย์อาจจะมองว่าเสียเวลามากมานั่งอธิบายให้กับผู้ป่วยทุกคนทำให้การตรวจรักษาโรควินิจฉัยโรคล่าช้าแพทย์อาจจะมองอย่างนี้ส่วนหนึ่ง แต่ผู้ป่วยเองก็ต้องการข้อมูลหรือฟังคำอธิบายว่าเขาเป็นอะไรจะรักษาอย่างไร การที่มีผู้ป่วยมากแพทย์ต้องรักษามาก การที่แพทย์จะให้ข้อมูลที่ละเอียดผู้ป่วยยินดีที่จะรอ แต่สำหรับโโรงพยาบาลเอกชนไม่รู้ว่าการตรวจรักษาให้ข้อมูลมากหรือเปล่า อันนี้ถ้าทำได้ก็เป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภค และแพทย์บ้านเราไม่ค่อยพูด ทำอย่างไรให้แพทย์พูดมากขึ้นอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ระยะหลังที่มีภาคประชาชนมีกฎหมายออกมาก็มีประโยชน์ แพทย์ทำความเข้าใจกับผู้ป่วย เขาไม่อยากฟ้องทั้งนั้น เพราะพวกเราที่มาหาแพทย์ก็มองว่าแพทย์เป็นผู้วิเศษเชื่อถือกันมาตลอด เพราะฉะนั้นแพทย์เหมือนผู้มีพระคุณคนไทยไม่อยากเป็นเรื่องเป็นราว ทำอย่างไรให้แพทย์เข้าถึงผู้ป่วยมากกว่านี้

- อยากให้แยกความมุ่งหมายของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ ตัดออกจาความรู้สึก จับประเด็นไม่ค่อยได้ว่าให้วิตามินไปแล้วบอกว่านี่คือการรักษา มันกลายเป็นว่าความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับ เท่ากับยี่สิบห้าเปอร์เซ็นต์ที่ได้ ต้องยอมรับว่าคนมาก็อยากได้กำลังใจจากแพทย์ก็ดูให้นิดหน่อย อยากให้มีการคัดผู้ป่วยไหนควรอยู่ในกลุ่มไหน ตอนนี้บางโรงพยาบาลก็ดีขึ้นมีการแยกกลุ่ม คนนี้ตรวจอะไร ถามว่าเราขาดแคลนแพทย์หรือไม่เราก็ขาดแคลน แต่ถามว่าประชาชนคาดหวังหรือไม่ก็คาดหวัง การที่เราจะไม่ใส่ใจกับผู้ป่วยเลยตกไปที่ยาหมด ถ้าเราใส่ใจความรู้สึกเข้าไปด้วยก็กลายเป็นว่าบางทีมันหายได้ ถ้าเราไม่ทำแบบนี้ บางทียาก็ออกมาเรื่อยๆมีผลกระทบ ระหว่างหมอชาวบ้านหรือหมอตี๋ทั้งหลายกับแพทย์ในโรงพยาบาล คนพึ่งแพทย์โรงพยาบาลมากกว่า จนมันไม่ไหวแล้วก็ต้องไปหาสิ่งที่เราคิดว่าเราหายได้ แต่การที่แพทย์ได้รู้จุดความต้องการของเขาทำให้เขาได้รับประโยชน์สูงสุด

๑.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสั่งยาที่มีสารเคมีแบบเดียวกันแต่ผลิตในประเทศ ในกรณีที่แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย หรือที่เรียกกันว่า ยาที่ผลิตในประเทศแต่มีสารเคมีชนิดเดียวกัน (Copy) ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- เห็นด้วย และควรสนับสนุน เป็นเรื่องทัศนะจะสนับสนุนยา Original และยา Local made
- หน่วยงานก็ควรจะเข้มข้นเรื่องคุณภาพ เช่น โรงพยาบาลขนาดใหญ่สังกัดกรมการแพทย์ในกรุทงเทพมหานครบางแห่ง แยกประเภท UC - บัตรทองของห้องยา ก็ไม่เห็นด้วย
- โรงพยาบาลควรมีทิศทางการใช้ยา Original มากขึ้น
- มีระเบียบในการให้กำไร ตามสัดส่วนเปอร์เซ็น การสั่งยาแพงก็ทำให้โรงพยาบาลได้กำไรมากขึ้น
- จริงๆถ้ายา Local made ถ้าผ่านการรับรองจากองค์การเภสัชกรรมแล้วก็กระบวนการถูกต้อง ก็จะมีคณะกรรมการยาดูแล ตรงนี้เองยา Copy แต่พอพูดถึงยา Copy ก็คิดว่าทำเลียนแบบ แต่จริงๆไม่ใช่ ตรงนี้หลักจริงๆยาทีมีคุณภาพแล้ว ผ่านคณะกรรมการอาหารและยาผ่านอะไรแล้ว ก็เป็นยาที่มีคุณภาพเท่าเทียมกัน สามารถใช้ได้ ยกเว้นยาปลอม แล้วก็ต้นทุนของยาแน่นอนว่ายาที่เป็นยา Original เป็นต้นทุนของการวิจัย แน่นอนก็ต้องคิดตรงนี้ กำไรจากการลงทุน แล้วก็มาที่หมวดลิขสิทธิ์แล้วอยากจะ ๒๐ ปี

พอหมดลิขสิทธิ์ก็เปิดเผยให้คนอื่นสามารถไปปรุงต่อได้ เพราะฉะนั้นยาที่ผ่านองค์การเภสัชกรรม หรือคณะกรรมการอาหารและยาแล้วก็เป็นยาที่มีคุณภาพเท่าเทียมกัน แน่นอนว่าคุณภาพด้านอื่น เช่น การใช้บรรจุภัณฑ์ (Packing) อาจไม่ค่อยสวย หรือการโฆษณาอาจยังสู้ไม่ได้ แต่โดยหลักการพื้นฐานยาก็มีคุณภาพเท่าเทียมกันสามารถใช้ได้

- มองตั้งแต่การเรียนการสอนในคณะแพทย์ การสั่งใช้ยา แนวคิดในเรื่องของยาชื่อสามัญ แนวคิดในเรื่องของความคุ้มค่าในการสั่งใช้ยาที่เรา ในการเลือกยาให้ผู้ป่วย ยา Original กับ Local made คุณภาพเหมือนกันเลยแต่ว่าเขาก็สั่ง Original โรงพยาบาลเอกชนบางครั้งสั่งยา Local made แต่คิดเงินเป็นยา Original เราเป็นเภสัชเรารู้ ระบบการจ่ายยา Local made ในผู้ป่วยอยู่ เพราะฉะนั้นแพทย์เองการที่จะสั่งใช้ยานั้นเชื่อว่าถ้ามีทีมที่ดี เอาเภสัชไปช่วยเรื่องการประเมิณคุ้มค่าอย่างเป็นทีมก็ทำให้ประเทศชาติประหยัดเรื่องเงินได้เยอะ และคุณภาพในการรักษาก็ยังดีเหมือนเดิม บางคนบอกว่ายาสามัญไม่ดี แต่ยาสามัญมีหลายยี่ห้อจะให้เลือก ถ้าใช้วิชาการในการคัดเลือกมันจะได้ยาที่ดี จริงอยู่แม้หลักการของคณะกรรมการอาหารและยาจะเป็นคนให้ทะเบียนยาเฉพาะยาที่มีคุณภาพแต่มันก็มีการขึ้นทะเบียนยาเขาก็เอาข้อมูลที่มีคุณภาพ แต่ในระหว่างทางการผลิตจะมีปัญหา เพราะฉะนั้นโรงพยาบาลกลไกในการสุ่มดูแลตรงนี้ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นกลไกของกระทรวงศาธารณะสุขในการที่จะสุ่มคุณภาพยาและก็อ่านรายงาน ตัวคุณภาพไม่ดีไม่ใช่มีแต่ยาชื่อสามัญ Original ก็มีเหมือนกัน แต่ตรงนี้ประเด็นคือว่าถ้าสุ่มได้ถี่ขึ้นมากขึ้นก็จะดีขึ้น อยู่ที่ประสิทธิภาพของกรมวิทยศาสตร์การแพทย์

- การที่แพทย์จ่ายยามันเกี่ยวกับงบประมาณอะไรหรือเปล่า เนื่องจากของเรามีโครงการสามสิบบาทกับผู้ป่วยที่มีสิทธิ์เบิกได้ ถ้าเอาในแง่ของมาตรฐานในการรักษาควรจะเป็นมาตรฐานเดียวกัน ถ้าคนป่สนโรคเดียวกันจ่ายยาแบบนี้ไม่ว่าเขาจะอยู่ในระบบหรือนอกระบบ แพทย์ต้องจ่ายยาแบบนี้ดูจากโรคแล้วการจ่ายยาไม่ควรไปคำนึงถึงเรื่องงบประมาณหรือเขาอยู่ในระบบหรือนอกระบบ ส่วนในเรื่องของเศรษฐกิจเป็นเรื่องอีกมุมมองเป็นเรื่องของคนอื่นที่ต้องไปหาทางแก้ไข ถ้าในแง่จริยธรรมแพทย์เองไม่ควรไปคำนึงถึงหลักเศรษฐกิจแพทย์ต้องรักษาในมาตรฐเดียวกัน แพทย์ต้องมีมาตรฐานตัวเอง

- Copy เหมือนกันมาตรฐานเท่ากันหรือเปล่า copy มาแล้วมาตรฐานต่ำกว่าหรือไม่ แสดงว่ามียาเหมือนกันสองตัวแต่ยาอีกตัวรักษาหาย แต่ย่ที่ถูกลงมาอีกห้าวันหาย แล้วแพทย์เคยถามหรือไม่ว่าคุณเป็นโรคนี้ มันมียาอยู่ห้าชนิดตัวไหนราคาเท่าไหร่ แล้วแบบนี้จะไปให้ใครบอก แพทย์ควรจะบอกบอกนะเป็นการตัดสินใจของเขาว่าเขาจะเอาอะไร เรามองถึงทางการแพทย์เลยลืมนึกนึกของผู้บริโภค สิทธิ์ที่จะเลือก สิทธิ์ที่จะตัดสินใจ สิทธิ์ที่จะได้รับความปลอดภัย สิ่งเหล่านี้ต้องบอกก่อนได้รับรู้ก่อน ถ้าอยู่ในภาวะเช่นนั้นสถาณการณ์เช่นนั้น เหมือนถูกกดดันต้องรักษาแล้วและผลท้ายที่ออกมาไม่เป็นไปตามที่เขาคาดหวัง แพทย์อาจทำดีที่สุดแล้ว

<u>ประเด็นที่ ๒ ปัญหาเรื่องสินบนแพทย์</u>

๒.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนา ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ ทั้งที่มีการรับในนามโรงพยาบาลและในนามส่วนตัวขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- โดยส่วนตัวไม่ค่อยเห็นด้วย ควรใช้ช่องทางอื่นในการไปสัมมนา ถ้ายังดำเนินการแบบนี้ ควรนำระบบบางอย่างเข้ามาใช้ เช่น ระบบการชี้แจงของแพง
- เป็นเรื่องของจริยธรรม เป็นจุดอ่อนของสังคมไทยจะมีความเกรงอกเกรงใจ ลักษณะของสังคมแบบเครือญาติ เพื่อนฝูง ตรงนี้มันไม่เหมือนต่างประเทศ ต่างประเทศคงมีบ้างแต่น้อยกว่า แต่ของวัฒนธรรมไทยมีเรื่องของบุญคุณ ความผูกพันความเป็นมิตรก็จะเกิดความโน้มเอียง แล้วจริงๆก็ถามว่าแพทย์เองก็ไม่มีความลำบากเรื่องนี้ แล้วพื้นฐานคนเอเชียไม่ใช่คนไทยนะ คนตะวันออกหรืออาจจะคนไทยก็ได้ให้คุณค่ากับเรื่องวิชาการต่ำ เพราะฉะนั้นไม่อยากลงทุน ซึ่งต่างกับต่างประเทศอย่างจีนหรืออินเดีย จะให้คุณค่าจะให้เขาลงทุนเขาก็เอา อย่างการสัมมนาเราจะเห็นถ้าแพงๆจะอยู่ในภาคธุรกิจที่ยอมควักเงินไปอย่างราชการต้องเอาจากงบประมาณ เอกชนบางทีบางคนอยากก้าวหน้าเขาก็ลงทุนไป หรือไม่บริษัทเขาอยากพัฒนาคนเขาก็ลงทุน แต่ถ้าเอกชนอย่างไรเขาเป็นความก้าวหน้าเฉพาะตัว แต่ถ้าราชการเขาจะมีงบประมาณบ้างบริษัทยาออกให้บ้าง ซึ่งอันนี้โดยเชิงจริยธรรมไม่ควรนะ เพราะมันมีผลประโยชน์ทับซ้อน
- ไม่เห็นด้วยในประเด็นที่พิสูจน์ได้ยากมาก ธรรมเนียมของคนไทยเหมือนกับว่าบุญคุณต้องตอบแทน บริษัทยาต้องการสนับสนุนความก้าวหน้าทางวิชาการ แต่ไม่ใช่ว่าสนับสนุนตัวบุคคล ถ้าสนับสนุนก็ต้องจริงใจ ไม่ใช่เป็นเรื่องโฆษณาการขาย เช่น บริษัทผลิตยาหัวใจ ก็สนับสนุนยาหัวใจเพื่อไปสัมมนามันไม่ถูก อยากเห็นระบบว่าการสนับสนุนทางวิชาการนั้น เป็นการสนับสนุนโดยที่ไม่ได้ไปผูกกับตัวบุคคล ในบางประเทศใช้ความโปร่งใสในการที่จะจัดการกับระบบนี้ นั่นคือว่าบริษัทสนับสนุนแพทย์คนไหนไปอย่างไรนั้น คุณจะต้องไปโชว์ข้อมูลนี้ในเว็บไซต์ พอมีความโปร่งใสแพทย์เองก็จะระวังตัว บริษัทเองก็จะระวังตัว ปัญหาตรงนี้มันแก้ปัญหาได้สองทางคือ

๑) หน่วยงานที่แพทย์อยู่นั่นไม่ว่าจะเป็นมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลสถานพยาบาล คุณต้องจัดระบบที่จะมาสับสนุนในการมาสัมมนาทางวิชาการของแพทย์

๒) ทำให้เกิดการโปร่งใสของการสับสนุนข้อมูลเหล่านี้ต้องเผยแพร่สาธารณะใครได้ไปไหนอย่างไร อะไร โดยทุนของใคร

- เหมือนให้สินบน เมื่อบริษัทยาเอาแพทย์ไปดูงาน ไปต่างประเทศไปสัมมนา แน่นอนคนไทยเราใครมีบุญคุณกับเราเราไม่ลืมคนนั้น มียาอะไรบ้างยาที่คุ้นเคยกันหรือเปล่าเคยดูช่วยเหลือซึ่งกัยและกัน วิธีการแบบนี้ไม่เห็นด้วย อันที่จริงระบบการจ่ายยาน่าจะมีเป็นคณะกรรมการให้พิจารณาให้ชัดเจน จะเอายาตัว

ไหนมารักษาผู้ป่วย ถ้าให้ในนามโรงพยาบาลพอรับได้เพราะเกิดความโปร่งใสขึ้นบ้าง โรงพยาบาลก็จะคัดเลือกคนที่เหมาะสม แต่การพิจารณาก็น่าจะเป็นแบบคณะกรรมการ

- ทุกอย่างเป็นไปตามกฎหมาย ปปช. แม้จะเขียนกฎหมายก็จริงมันไม่ได้อยู่ที่กฎหมาย มันอยู่ที่สำนึกของคน บางทีมันเป็นค่านิยมหรือธรรมเนียมที่ผิดมันเป็นพลังของอำนาจที่มันแฝงอยู่จากตำแหน่งก็ได้ที่ผู้มีเงินมีโอกาสได้รับการรักษาที่ดีกว่าผู้ไม่มีเงิน

๒.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับทุนจากบริษัทยาเพื่อวิจัยยา ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยาของบริษัท ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- ในเรื่องของการวิจัยนั้น คุณจะต้องมาพิจารณาทุกงานวิจัยอยู่แล้ว การที่คุณไม่พิจารณาในส่วนของงบสนับสนุนนั้น ผิดจริยธรรมเลย เพราะอันนี้เป็นข้อกำหนดของงานวิจัย เพราะว่ามันทำให้คนที่อ่านวิชาการของคุณเขาประเมินได้

- ไม่แปลกอะไร เพราะงบประมาณวิจัยบ้านเราถ้าเปรียบเทียบกับต่างประเทศนั้นน้อยมาก งานวิจัยมันได้ประโยชน์ บ้านเราควรให้งบสนับสนุนงานวิจัย ต่างประเทศมีหลายเปอร์เซ็นต์ถ้าเรามองภาพรวม

- ก็สำคัญ แต่มันก็มีกระบวนการมันต้องไปด้วยกันทั้งหมด คนที่อยู่ในสายวิชาการเขาต้องการที่จะเพิ่มพูนความรู้ซึ่งไม่มีทุนแต่พอเราได้วิชาการแล้วคนที่เอาไปใช้คือนักธุรกิจเอาไปต่อยอด แล้วผลคือคนใช้ก็ดีขึ้น แต่ถ้าเขาตัดวงจรนี้ออกไปกระบวนการที่จะพัฒนาก็ไม่เกิดผลกระทบมันก็นิ่งพอนิ่ง ก็มีจุดดีของแต่ละส่วน

๒.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับแจกสิ่งของเล็กๆ น้อยๆ ในกรณีที่แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท เช่น ปากกา ทิชชู สมุด ตำรา ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- เรื่องนี้มีมานานและซับซ้อนขึ้น เดิมเชื่อว่า แพทย์ไม่ค่อยคิดอะไร แต่ปัจจุบันมีความสัมพันธ์กันมากขึ้น มีผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้องกันมากขึ้น อาจจะต้องมีกฎหมาย ให้คนรับรายงาน (Report) อยู่ที่หลักพื้นฐานของแพทย์ หลักการต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน คิดว่าไม่ได้ถึงกับอัตคัด ที่ต้องรับตรงนี้เพราะงบประมาณในการจัดประชุมภาครัฐเดี๋ยวนี้มีเยอะ มีมากมันไม่ได้อัตคัดว่าไม่มีเงินจัดประชุมเดี๋ยวนี้มันมีจนเกิน มันไม่มีความจำเป็น เพียงแต่ว่ามันก็จะมีวัฒนธรรม เดี๋ยวนี้สิ่งอำนวยความสะดวกมากขึ้น มีของอะไรพวกนี้มากขึ้น แล้วในการประชุมก็มีการเจอคนในวิชาชีพเพื่อนเจอฝูง เจออาจารย์ ก็มีความเป็นวิชาการระดับหนึ่ง ก็มีการยกระดับคล้ายๆพัฒนาด้านวิชาการอย่างต่อเนื่อง แต่ตรงนี้แพทย์เองก็สามารถที่จะมีรายได้จัดตรงนี้ได้มากพอ และต้องไม่จัดการประชุมที่ฟุ่มเฟือย เพราะตอนนี้การประชุมก็ไปพักที่มีค่าใช้จ่ายสูง ก็ถือเป็นการประชุมแล้วไปพักผ่อนไปด้วย ไปเที่ยวด้วย คือมีสามอย่างในหนึ่งเดียว ไม่ใช่วิชาการอย่างเดียว ถ้ามันเป็นวิชาการถ้าเราประชุมกันจริงๆ ค่าใช้จ่ายจะประหยัดมากเพราะสามารถจัดในมหาวิทยาลัย ในโรงพยาบาลต่างๆเพียงพอ แต่ถ้าจัดในโรงพยาบาลบางครั้งความสนใจที่จะมาน้อย เพราะว่าคนที่มาเพราะชอบอย่างอื่น เช่นอาคารสถานที่ เพราะโดยพื้นฐานคนไทย

ไม่ได้รักวิชาการที่จะยอมแบบลงทุน แต่ถ้าจะต้องลงทุนน้อย หรือความก้าวหน้า ของแพทย์หรือของราชการ คือถ้าก้าวหน้าในระบบราชการมันไม่ได้อยู่ที่ใครเก่งวิชาการแล้วจะก้าวหน้า ในระบบราชการไทยมันไม่เป็นแบบนี้เลย เช่น ถ้าคุณจะเอาคนนี้เป็นผู้อำนวยการ คนนี้ต้องเก่งมาก มีการตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการ ก็จะมีแรงเสริมที่ช่วยให้คนทำเปเปอร์วิชาการ ถึงจะมีสิทธิ์ที่จะมาเป็นผู้อำนวยการ ในการแต่ส่วนใหญ่จะเป็น การเมือง เส้นสาย เงินทอง เพราะฉะนั้นก็เสียระบบ ไม่ได้เจริญก้าวหน้าด้วยวิชาการแล้ว คิดว่าในอดีต อาจารย์แพทย์รุ่นเก่าๆ จะอาศัยความสามารถมาก แพทย์เก่งต้องยอมรับ แต่เดี๋ยวนี้ไม่ใช่แล้ว อย่างผู้บริหารในกระทรวงแต่ละคนไม่รู้จักเลย ผู้ว่าก็ไม่รู้จัก ผู้บริหารก็ไม่รู้จัก ไม่เหมือนคนที่ประชาชนรักแล้วเอาขึ้นมาในในอดีต ต่างกันเยอะ

- พอกติกาออกมาอย่างหนึ่ง เพราะฉะนั้นในเรื่องของจรรยาบรรณนั้นก็เลยมีกติกาเพิ่มเติมนิดหน่อยว่าได้กี่ครั้ง ไม่อย่างนั้นจะเป็นอย่างนี้ สามพันได้ทุกวัน การพูดอย่างนี้ไม่เห็นด้วยกับส่วนบุคคล อย่างไรเสียก็ต้องมีผล คือถ้าสมมติว่าไปให้ในระบบการจัดอาหารกลางวันก็ไม่ใช่บริษัทจัด

- เรื่องการโฆษณาแปรงสีฟัน ยาสีฟัน แพทย์ส่วนใหญ่วิจัยนิยมให้เป็นอันดับหนึ่งใช้ยี่ห้อหนึ่ง เท่ากับว่าอย่างนี้เขาก็ให้ของล็กๆน้อยๆกับแพทย์อยู่แล้ว แต่ว่าเราเคยลงโทษแพทย์ที่โฆษณาเช่นนี้ทำให้เกิดความเข้าใจผิด ถามว่าอันดับหนึ่งคุณวิจัยมาอย่างไรทันตแพทย์มีไม่กี่ร้อยคนคุณบอกว่าแพทย์ส่วนใหญ่ ถือว่าการวิจัยนี้ยังไม่ถูกต้อง กรรมการโฆษณาเลยลงโทษ

- ทุกอย่างที่ให้แฝงหมดมันเข้าไปฝังอยู่ในหัวพอซึมเข้าไปอันนี้ดีแล้ว

๒.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในกรณีที่แพทย์มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามองค์กร หรือในนามส่วนตัว ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- ไม่เห็นด้วย เป็นการเพิ่ม ค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น เช่น มีการร้องเรียน แม้จะให้ในนามองค์กร ให้เป็นสวัสดิการ ก็ไม่เห็นด้วย เป็นการทำให้ผู้ป่วย อาจต้องใช้บริการนั้น ทำให้เพิ่มต้นทุนโดยไม่จำเป็น ระบบนี้ไม่ควรสนับสนุน

- โดยหลักในจริยธรรมทางการแพทย์ไม่ควร ถ้าเราจะเป็นแพทย์โดยหลักการเราจะต้องเป็นอาชีพท่คนนับถือและศรัทธา แล้วถ้ามันศรัทธาในกรณีการฟ้องร้องจะน้อย แต่ตอนนี้ประชาชนก็เริ่มแล้ว ความศรัทธามันลดลง ถ้าเราเทียบแพทย์พื้นบ้านแทบกรณีนี้ เราก็ดูคลิปวิดีโอแพทย์พื้นบ้าน เด็กกระดูกหักแล้วให้แพทย์พื้นฐานใส่แล้วรักษาเสร็จ เด็กก็ร้องไห้เจ็บ เพราะไม่มียาชาไม่มีอะไร พ่อยังมาช่วยจับเลยนะ แต่ถ้าเป็นแพทย์ออโถแล้วดึงแบบนี้รับรองโดนฟ้อง ถูกหรือไม่ อะไรคุณไม่ให้ยาชาฉันเลย ลูกฉันเจ็บ แต่นี่เขาศรัทธาแพทย์พื้นบ้านแล้วพ่อก็มาช่วยจับอีก เพราะฉะนั้นอยู่ที่ความศรัทธา แล้วเขาก็รู้ว่าเจตนาของแพทย์พื้นบ้านไม่ใช่เจตนาประกอบวิชาชีพ ซึ่งจะแตกแล้ว แพทย์แผนปัจจุบันเป็นวิชาชีพ มีผลประโยชน์ที่เป็นเงินเดือน หรือถ้าเป็นเอกชนก็เก็บจากผู้ป่วยแทนอยู่แล้ว ถ้าให้บริการไม่ดีก็โดนฟ้อง

เอกชนจะฟ้องง่ายที่สุด แต่เอกชนจะมีความพร้อมกว่า การฟ้องก็น้อย นอกจากว่ากรณีที่เกิดสูญเสียเสียหายก็ฟ้องแน่นอน ภาครัฐก็อาจมีกรณีแต่อาจมองว่าเป็นเรื่องของกำไร โดยหลักจริงๆถ้าแพทย์ยังเป็นอาจารย์แพทย์ที่ผมยังเรียนอยู่ ถ้าจริงๆมาแต่เช้าเจ็ดโมงเช้ามาออกตรวจในตึกผู้ป่วย แล้วเลิกงานตอนเย็น การประกอบอาชีพก็มีบ้างแต่ก็ไม่ได้มากมาย นอกเวลาตอนเย็นก็ไปดูผู้ป่วย เวลามีเคสบางทีก็ยังมาดูผู้ป่วยเสาร์อาทิตย์ด้วย แพทย์ในอดีตคืออาจารย์จริงๆแพทย์จริงๆ เพราะฉะนั้นความศรัทธาตรงนี้มันทำให้ผู้ป่วยนับถือ ปัจจุบันแพทย์รุ่นใหม่อาจมองว่าการตอบแทนเรื่องเศรษฐกิจมีคุณค่ามากกว่าเรื่องอื่น ก็อาจจะใช้เวลากับตรงนี้มากขึ้นกว่ารุ่นเก่าๆ

- ไม่เห็นด้วยเลย เพราะประโยชน์คุณได้โดยตรง (ทีเสกน) หนึ่งครั้งคุๆได้พันบาท คุณก็สั่งใหญ่เลย ในนามองค์กร ไมเชื่อว่าเขาจะให้เยอะแยะอาจจะให้เล็กๆน้อยๆ อันนั้นก็ทำไปไม่มีปัญหามากกนัก ประเด็นคือว่าอย่าให้แพทย์โดยตรง เพราะผู้มีอำนาจในการสั่งโดยตรง ตอนนนี้เขาพริกแพลงมากขนาดเดี๋ยวนี้มีบริษัทที่เขาทำรับ เช่น MRI ก็จะมีเครื่องรับ MRI บริษัทนี้ก็จะดิวกับโรงพยาบาล แต่ถ้าโรงพยาบาลที่ดีเขาจะดิวเรื่องราคาด้วย แต่ถ้าโรงพยาบาลไปทำการค้ากับหน่วยอย่างนี้ แล้วไม่ดูแลเรื่องราคา คิดว่าผิดจริยธรรม เพราะว่าคุณมีอำนาจต่อรองซื้อแทนผู้บริโภคแต่คุณไม่ทำในมิติของราคา เพราะว่าผู้บริโภคเองไปต่อรองเรื่องราคาได้อย่างไร จึงต้องมีกติกาว่า คุณต้องรับผิดชอบ ดูแลเขาด้วยว่าเขาไม่ต้องถูกเอาเปรียบด้านของราคาและคุณภาพ

- ถ้าทำในรูปกรรมการ การสั่งของบางอย่างมาเก็บไว้เยอะๆใช้ในแต่ละปีมันเหลือมันเสื่อมมูลค่าลงไป สินค้าก็เสื่อมลง การสั่งของควรสัมพันธ์กับที่โรงพยาบาลจ่ายให้กับผู้ป่วย ไม่ใช่สั่งมาเก็บเพื่อหวังผลประโยชน์

- ตัวนี้เป็นผล กำลังหาเหตุที่เกิดขึ้นมาจริงๆเราจะดัลผลที่มันเกิด มันสะสมมาเรื่อยใครเป็นเกณฑ์ใครเป็นหลัก ความเป็นแพทย์ไม่ได้ไปตัดสินเรื่องต่างๆ ถ้าเป็นศาลอยู่ใกล้ใครก็ไม่ได้มีสิทธิ์โน้มเอียง แต่แพทย์มันรักษาอย่างนี้ผลก็เป็นอย่างนี้ถ้าคุณให้ยาแบบนี้ผลมันก็โน้มเอียงทำไมต้องจ่ายยาแพงเพื่อให้เราต้องใช้เงินเพราะผลเพื่อจะได้เปอร์เซ็นต์เพราะเราผูกอาชีพอื่นเข้ามาด้วยไม่ใช่วินิจฉัยทางการแพทย์

<u>ประเด็นที่ ๓ ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม</u>

๓.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ" ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- ยังมีความไม่เป็นธรรมอยู่ ที่มีทั้งประกันสังคม ข้าราชการ และบัตรทอง ซึ่งประกันสังคมยังคงต้องจ่ายสมทบอยู่กลุ่มเดียว

- โดยหลักพื้นฐานแล้วถูกต้อง คือจะไม่มองเรื่องของแพทย์เป็นเรื่องของการสงเคราะห์ ต้องเปิดกว้างเป็นเรื่องของสิทธิมนุษยชน พอมองเรื่องสิทธิ แพทย์ก็เลยกลัว พอเป็นกฎหมายก็ถูกบังคับให้ทำ แต่ถ้าเรามองอีกด้านนึงก็เป็นโอกาสที่ดี แพทย์จะได้ไปส่งเสริมเรื่องสิทธิของมนุษย์ท่านต้องมองกลับด้วย
- คิดว่าเป็นเรื่องดี ประกาศสิทธิผู้ป่วยออกมาแล้ว ก็แสดงให้เห็นว่าจะปฏิเสธผู้ป่วยไม่ได้ และในเรื่องเวชระเบียน ก็มีประเด็นว่าในเวชระเบียนนั้น เป็นสมบัติของใคร
- ประกาศมาโดยแพทยสภาร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข อันนี้มันต้องมีการสะท้อนมาที่หน่วยงานของสำนักงานคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ) เองก็ไม่มีร้องเรียนเรื่องนี้เข้ามา เพราะคนส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากแพทย์แล้วเขาจะไปร้องที่กระทรวงสาธารณสุข เพราะฉะนั้นประเด็นนี้ที่ประกาศแล้วนำไปติดแล้วแพทย์ปฏิบัติตามนั้นจริงหรือไม่ แต่มีข้อสังเกตุตรงนี้ว่าต้องติดไว้ให้ชัดเจนต้องตัวใหญ่ เพราะไปติดไว้จุดใดจุดหนึ่งผู้ป่วยไม่เห็น เพราะโรงพยาบาลป้ายอะไรเต็มไปหมด อันนี้ทำอย่างไรให้ผู้บริโภคเห็นชัดเจน คืออย่างน้อยผู้บริโภคเห็นแล้วรู้ว่าตัวเองมีสิทธิอย่างนี้ เขาได้รับบริการไม่เป็นตามสิทธิเขาก็สามารถที่จะโต้แย้งได้ อีกเรื่องหนึ่งเรื่องราคาบริการ ในกรณีของเอกชนต้องติดไว้ชัดเจน ปัจจุบันนี้มองว่าราคาสูง ไม่มีหน่วยงานเข้ามาดูแลค่าบริการ เช่น กำหนดว่าผ่าตัดไส้ติ่งไม่เกินราคาเท่านี้ บางครั้งฉุกเฉินก็จริงเขาถามว่าคุณมีเงินหรือเปล่าไม่มีเขาก็ไม่รับ โรงพยาบาลถ้ามุ่งหวังการค้าเพื่อกำไรเป็นหลัก คิดว่าขาดคุณธรรม เพราะมันไม่ใช่การประกอบการค้าเหมือนกับอย่างอื่น ในเมื่อเขามีเจตณาที่จะเปิดโรงพยาบาลเพื่อรักษาผู้ป่วย ถ้าฉุกเฉินขึ้นมาคุณจะปฏิเสธให้เขาไปผจญภัยขึ้นมาเสี่ยงตายเอาดาบหน้ามันไม่ถูก อย่างน้อยต้องมีคุณธรรม จริยธรรม รักษาก่อนส่วนเงินจะได้มากน้อยขนาดไหนอาจจะต้องจัดกันในกองทุน เช่น โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งรวมกันจัดทำกองทุน เอาผลกำไรมารวมกันช่วยส่วนนี้ มันจะทำให้ผู้ป่วยจะถูกไม่ปฏิเสธ ก็เป็นรัฐธรรมนูญที่กำหนดให้ผู้ป่วยมีสิทธิ์ได้รับการดูแลรักษา ติดไว้ให้ชัดเจน
- ผ่านตาแต่ก็ไม่ค่อยมีใครสนใจ ไกลเกินตัว ขนาดเราว่าคนที่พอมีความรู้อยู่บ้างอ่านแล้วเรายังไม่ค่อยเข้าใจมากนัก ไม่รู้จะไปอย่างไรเป็นหลักลอยมาก ชาวบ้านเขาไม่ค่อยเข้าใจ ไปหาแพทย์ขึ้นอยู่ที่เป้าหมายคือรักษาให้หาย ถ้าแพทย์รักษาให้หายแพทย์ก็คือรักษาดีที่สุดจะไม่สนใจเรื่องอื่น ดูที่เป้าหมายความต้องการตรงกันหรือเปล่า ความเข้าใจความเชื่อใจความมั่นใจต้องเกิด

๓.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๒ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิด้านการเมือง เพศ อายุและลักษณะของการเจ็บป่วย” ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- ถ้าจะเอาข้อนี้ น่าจะต้องเขียนใหม่ ควรปรับปรุง ควรไม่ควรถูกเลือกปฏิบัติ จากการจ่ายเงิน จากแหล่งเงินที่แตกต่างกัน จากฐานของผู้ป่วยที่จะใช้สิทธิที่แตกต่างกัน แตกต่างกันด้วยระบบคุณภาพที่ไม่เหมือนกัน ที่จ่ายไม่เหมือนกัน อาจจะส่งผลต่อการให้บริการ ตามสิทธิเหล่านั้น
- โดยหลักการต้องเป็นแบบนี้ และไม่ใช่หลักการเมืองไทยอย่างเดียวนะ จำได้อย่างเรื่องผู้ที่อยู่กับกลุ่มเสื้อสีหนึ่ง ที่แพทย์ปฏิเสธจะไม่รักษาผู้ป่วย ซึ่งโดยหลักแล้วคงทำไม่ได้ เพราะว่าไม่งั้นจะเกิดการแบ่งพวก อย่างบางครั้งมันต้องมีบางวิชาชีพก็ต้องทำหน้าที่โดยเอามนุษย์เป็นตัวตั้งหรือเอาเป้าหมาย คือเขาจะดีจะเลวอย่างไรก็ต้องรักษา เพราะเราเชื่อว่าสักวันนึงถ้าเขาเห็นข้อเท็จจริงหรือความจริงได้ งั้นในหลักนี้มันไม่ควรนะ อย่างที่เป็นแพทย์หรือเป็นนักบินแล้วไม่รับอะไรอย่างนี้ มันไม่ควร โดยหลักยกเว้นว่าคุณไปเปิดคลินิกส่วนตัว แต่จริงๆ โดยหลักก็ไม่ควร เพราะว่าเราต้องยกเว้น ไม่งั้นฆ่าแพทย์ทหารหมด โดยหลักสากลจะต้องไม่ทำร้ายแพทย์ทหาร ไม่งั้นคุณก็ต้องฆ่าแพทย์ฝั่งตรงข้าม บางวิชาชีพคุณก็ต้องสงวนไว้เพื่อไปช่วยเพื่อนมนุษย์ทั้งสองฝ่าย มันมีกติการ่วมกัน แม้กระทั่งชเลยยังไม่ฆ่าเลยเรายังดูแลอย่างดี เพราะต้องคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน
- เห็นด้วย ทั้ง ๑๐ ข้อนี้คิดว่าได้ผ่านขบวนการของคณะกรรมการมาระดับหนึ่ง

๓.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๓ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน เพื่อสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมและไม่ยินยอมให้การรักษาพยาบาล” ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- ข้อมูลนี้ถูกบังคับใช้น้อยมาก เนื่องจากมีข้อจำกัดเยอะ ต้องมีวิธีที่จะทำให้โดยมีข้อมูลที่เพียงพอ
- ผู้ป่วยอาจจะเยอะ และฐานความเข้าใจต้องยอมรับว่ามีฐานความเข้าใจต่างกัน บางครั้งให้ข้อมูลทางการแพทย์ชาวบ้านไม่เข้าใจ เพราะฉะนั้นต้องมีการสื่อสารอย่างแพทย์เป็นคนชนชั้นกลางมาเรียน เพราะฉะนั้นวัฒนธรรมต่างกันกับชาวบ้าน ซึ่งต่างกับแพทย์พื้นบ้านแพทย์ชนบทที่เขาโตมากับชุมชนแล้วเข้าใจกัน แต่แพทย์นั้นส่วนใหญ่คนเก่งเข้ามาเรียน มีส่วนกลางคือพวกมหาวิทยาลัย พอออกไปก็ไม่เข้าใจเรื่องวัฒนธรรม
- ก็ดีอย่างน้อยผู้ป่วยจะได้รู้ว่าใครเป็นผู้รักษาเขา เพื่อมีปัญหาข้อพิพาทจะได้บอกชื่อได้ถูกต้อง เพราะตอนนี้ข้อพิภาษระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ก็มากขึ้น
- อันนี้แพทย์น้อยไม่มีเวลา จะมีเสียงตามสายหาแพทย์ เราต้องรอแพทย์ความรู้บางครั้งไม่ต้องเกิดจากการเรียนรู้ มีพสม.ก็ดีขึ้นไม่ต้องไปหาแพทย์หมด

๓.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๔ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือโดยรีบด่วน ตามความจำเป็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะขอร้องหรือไม่” ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- เป็นเรื่องคาบเกี่ยวกฎหมาย คือถ้าเป็นเรื่องฉุกเฉินไม่เป็นไร แต่กรณีฉุกเฉินต้องช่วยชีวิตไว้ก่อน ในกรณีฉุกเฉินนะ โดยในแง่ทางการแพทย์ต้องช่วยชีวิต ช่วยอวัยวะ อันนี้คือหลักการพื้นฐาน เพราะถ้าไม่ช่วยคือผิด แต่ถ้าช่วยแล้วผิดมันเบาหน่อย ผิดระเบียบผิดอะไรนิดหน่อย แต่ถ้าขึ้นศาลเขามีเจตนาไม่ได้มายึดตัวความ คือศาลเวลาพิจารณาเขาไม่ได้ยึดตัวหนังสือนะ ไม่ได้มีเจตนารมณ์ว่าผู้ป่วยมาเป็นลมแล้วคุณช่วยชีวิตมันไม่ได้หรอก หรือเป็นเด็กๆ โดนรถชนอยู่หน้าโรงพยาบาลอย่างไรก็ต้องช่วยชีวิต จะรอพ่อแม่มาอนุมัติ แต่ถ้าผ่าไปแล้วเสียชีวิต อันนี้ก็เป็นอีกกรณึงว่าเราได้ทำสุดความสามารถหรือยัง ก็ต้องไปพิสูจน์ในขั้นศาลว่าผู้ป่วยมาแพทย์ได้ช่วยเต็มที่แล้ว แต่แพทย์ก็ต้องทำใจตรงนี้ด้วย ถ้าคิดว่าเราทำถูกต้อง ทำด้วยวิชาชีพ เราไม่ใช่เอกชนหรืออะไร ไม่ได้จะเอาเงินเอาทองเขาโรงพยาบาลของรัฐไม่มีประเด็นนี้ แต่ถ้าได้เงินต้องผ่าตัดอะไรแบบนี้ก็ต้องอีกประเด็นนึง แต่อย่างไรก็ต้องช่วยชีวิตไว้ก่อน

- เจอปัญหาเยอะ เนื่องจาก แพทยสภาประกาศสิทธิ รัฐบาลก็ประกาศเกี่ยวกับเรื่องฉุกเฉินก็น่าจะดีขึ้น

- โดยหลักถ้าคุณจะส่งเสริมเรื่องวิชาชีพ อันดับแพทย์ให้มันเป็นที่ยอมรับและศรัทธา โดยหลักอย่างไรก็ต้องช่วย ถึงแม้จะเป็นโรงพยาบาลเอกชนคนเป็นลม โดยหลักควรจะต้องช่วย ช่วยขั้นพื้นฐาน อย่างคนแก่เป็นลมตรงนี้ก็ไม่ได้มีตังค์อะไรมากมาย อย่างไรก็ต้องช่วย แล้วก็ไม่ควรคิดเงินคิดทองอะไรด้วยซ้ำโดยหลักนะ ถ้าเขาไม่มีปัญญาจ่าย คือช่วยให้เขาพ้นจากภาวะวิกฤติฉุกเฉิน

- เป็นสิทธิของผู้ป่วยอยู่แล้วที่เราจะปฏิเสธไม่ให้รักษา แต่ถ้าจะเปลี่ยนโรงพยาบาลอื่นแต่อยู่ในสภาพที่ย่ำแย่ต่อไปจะเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต แพทย์อาจใช้ดุลพินิจว่าไม่ให้ออกไปต้องดูเป็นกรณี หลักการนี้น่าจะให้สิทธิ์ผู้ป่วยเขามีโอกาสเลือก

- โรงพยาบาลรัฐเองก็ไม่ได้แตกต่างจากโรงพยาบาลเอกชน ความแตกต่างแทบหาไม่เจอ แตกต่างที่สุดที่เจอคือการบริการแต่ไม่บอกถึงการรักษาที่แตกต่าง

๓.๕ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๕ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับทราบ ชื่อสกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้บริการตน” ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- มักถูกเขียนไว้ในกระดาษ ผู้ป่วยมักจะยังไม่รู้ ต้องเพิ่มทั้งสองฝ่าย ทั้งความสนใจของผู้ป่วยที่อยากจะรู้และแพทย์ก็ไม่มีระบบที่จะทำแบบนั้น

- การสื่อสารมันดี ถ้าแพทย์ได้บอกผู้ป่วยหรือพยาบาลควรจะแนะนำไม่ต้องให้แพทย์แนะนำตัว พยาบาลต้องบอกมีแพทย์ชื่อนี้ รักษาทางด้านนี้ บางครั้งโรงพยาบาลดีขึ้นก็แจกนามบัตร กลายเป็นแพทย์ประจำตัวให้ผู้ป่วย แพทย์สามารถติดต่อได้ ว่าผู้ป่วยคนนี้เตียงนี้เป็นแพทย์อะไรเป็นเจ้าของไข้ ซึ่งทำให้เกิดการสื่อสารของทางโรงพยาบาล เพราะว่าบางครั้งแพทย์มาดูผู้ป่วยสั้นมาก ผู้ป่วยปรึกษาอะไรก็ปรึกษาพยาบาล พยาบาลก็โทรหาแพทย์ แพทย์ก็ไม่อยากรับโทรศัพท์นี่คือเรื่องจริง จะมานั่งอธิบายกับพยาบาลก็ไม่มีทาง เพราะว่าต้องไปออกคลินิกอีก เพราะฉะนั้นตรงนี้คิดว่าการสื่อสารสำคัญมาก จะต้อง

เกิดการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาล หรือแพทย์กับผู้ป่วยให้มากขึ้น เพราะการสื่อสารจะช่วยลดความขัดแย้งได้ดี แต่ว่าจะใช้ช่องทางอย่างไรก็อีกเรื่องหนึ่ง ที่ฟ้องร้องกันคือ สื่อสารไม่รู้เรื่อง สื่อสารไม่ได้ สื่อสารไม่เพียงพอ เหมือนกับพยาบาลที่ผู้ป่วยบอกแล้วแต่พยาบาลก็ติดต่อแพทย์ไม่ได้ เป็นการสื่อสารติดต่อไม่ดีพอ เพราะแพทย์สื่อสารไม่เก่งไม่ได้เรียนมา การจะสื่อสารกับผู้ป่วยน้อย และโรงเรียนแพทย์ไม่เคยสอน สอนน้อยมาก จะเจรจากับผู้ป่วย ภาวะวิกฤติ มีบางประเทศที่จะมีการสอนว่าควรจะพูดจาท่าทีกับผู้ป่วยอย่างไร ต้องมีการอบรมทักษะการสื่อสารของแพทย์

๓.๖ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๖ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนเองและมีสิทธิขอเปลี่ยนผู้บริการและสถานบริการได้” ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- คิดว่าในส่วนของประเทศไทยยังยากที่จะทำเรื่อง Second opinion ให้มีระบบที่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ คิดว่าสังคมควรจะมาพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในเรื่องนี้ด้วยความรู้
- เป็นปัญหาในเรื่องการ นำเข้ากฎหมายรัฐธรรมนูญ ให้องค์กรตามรัฐธรรมนูญสามารถคุ้มครองผู้บริโภค และสามารถจะฟ้องร้องได้ แต่ถูกคัดค้านจากแพทย์ในการนำเข้ารัฐสภา
- โดยเจตนาได้อยู่แล้ว แต่ถ้าเปลี่ยนแพทย์ในโรงพยาบาลก็จะเป็นปัญหาอยู่บ้าง ว่าบางครั้งโรงพยาบาลก็มีแพทย์อยู่คนเดียว ผู้เชี่ยวชาญถ้าเปลี่ยนจะเอาใคร ถ้าเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ก็ไม่มีปัญหา หรือบางครั้งพอเปลี่ยนแพทย์แพทย์บางคนเขาก็ไม่อยากจะมารักษาแล้ว ก็แพทย์คนนี้ก็ดูได้แล้วทำไมต้องมาเปลี่ยนให้ฉัน อันนี้คนไทยยังไม่มีวัฒนธรรมตรงนี้เท่าไหร่ ถ้าเปลี่ยนแพทย์เปลี่ยนโรงพยาบาลเลยก็จบ แต่ถ้าเปลี่ยนแพทย์ในโรงพยาบาลเดียวกันก็จะยุ่งยาก แต่ถ้าโรงพยาบาลก็สามารถจัดการได้ ก็จะมี Case Conference ซึ่งการใช้ Case Conference จะช่วยได้ หมายถึงว่าใช้ระดมความรู้ของแพทย์หลายคน ถ้าโรงพยาบาลที่มีแพทย์สองสามคนก็อาจดำเนินการยาก หรือบางแห่งจะมีห้าถึงหกคนก็ใช้วิธีนี้ได้ หมายถึงว่ากรณีนี้ผู้ป่วยจะเปลี่ยนแพทย์เป็นเรื่องใหญ่ ผู้ป่วยเองตัดสินใจจะเปลี่ยนไม่ใช่เรื่องใหญ่ ว่าผู้ป่วยอยากจะเปลี่ยนไม่ใช่เพราะรูปร่างหน้าตา ต้องเปลี่ยนเพราะรู้สึกไม่เชื่อมั่น งั้นการที่เขาจะตัดสินใจตรงนี้ได้มักจะเปลี่ยนโรงพยาบาล แต่ถ้าโรงพยาบาลสร้างกลไกขึ้นมาว่ามี Case Conference ว่าผู้ป่วยคนนี้มีปัญหาก็เอามาเข้า Case Conference หรือบางทีบางครั้งการออกตรวจในตึกผู้ป่วยจะช่วยได้ ในอดีตจะมีแพทย์ที่ออกตรวจในตึกผู้ป่วยเป็นทีม แต่ตอนนี้มักจะตัวใครตัวมันแล้ว คือแพทย์จะเดินตรวจผู้ป่วยแยกกัน เพราะว่าสะดวกเวลาของแพทย์แต่ละคน แต่ถ้าสัปดาห์หนึ่งสามารถจะตรวจผู้ป่วยร่วมกันของแพทย์จะง่าย เพราะแพทย์เป็นอาจารย์ที่ดูแลในตึกผู้ป่วย แต่ถ้าโรงพยาบาลทั่วไปก็จะกำหนดแพทย์ผู้ปฏิบัติ แต่บางโรงพยาบาลไม่รู้ใครเป็นคนดำเนินการ เพราะฉะนั้นหัวหน้าตึกผู้ป่วยก็ต้องมาออกตรวจผู้ป่วยเอง ซึ่งก็มักจะทำได้น้อย เพราะฉะนั้นตรงนี้ถ้าสามารถออกตรวจผู้ป่วยรวมได้สัปดาห์ละครั้งก็จะช่วยลดตรงนี้ อย่างแพทย์คนนี้ดูแลเป็นหลักจริงแต่ก็มีแพทย์คนอื่นมาช่วยเสริมด้วย

เพราะฉะนั้นการเปลี่ยนแพทย์ตรงนี้จะเปลี่ยนหรือไม่เปลี่ยนก็จะไม่เป็นสาระ ยกเว้นแพทย์คนนั้นแย่มากๆก็เป็นอีกเรื่องหนึ่ง

- การที่ไม่รู้ทำให้ต้องคอยระวัง ถ้าไม่ได้ตามความมุ่งหวังมันจะเกิดเป็นปัญหาหมด ถึงมาฟ้องร้องเยอะเป็นไปได้หรือไม่ที่จะมีศูนย์ประสานงานเอาความศัพท์แพทย์มาพูดให้คนเข้าใจ ทางการแพทย์ไม่ใช่การรักษาอย่างเดียวต้องมีส่วนอื่นประกอบเขามีสัญญาเซ็นต์กันไว้ เข้าร่วมก็ได้ ถอนเมื่อไหร่ก็ได้ ในบริบทของคนไทยไม่ชอบอ่านไม่ใช่เรื่องนี้เรื่องเดียวเรื่องทั่วไปด้วย คิดว่าข้อตกลงมีความชัดเจนอยู่แล้วแต่เราไม่สนใจที่จะอ่านเท่านั้นเองไม่สนใจที่ศึกษาก่อนที่จะไปลงลายมือชื่อ

๓.๗ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๗ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติตามกฎหมาย” ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- คิดว่ามีการเลือกใช้อยู่ในปัจจุบัน เมื่อต้องการเปิดเผยก็จะบอกว่า เป็นการป้องกันโรค ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์
- มีอยู่แล้วแพทย์จะมาบอกอาการผู้ป่วย คือในสถานพยาบาลมีการรักษาความลับผู้ป่วยอยู่แล้วเป็นระบบอยู่แล้วไม่น่ามีปัญหา สามารถรู้ได้ว่ารั่วไหลโดยใครถ้าระบบมันดีในการทำงานมันก็จะชัดเจน เพราะฉะนั้นแพทย์ไม่เห็นน่ากลัวอะไรเลย
- ถ้าไม่บอกเลยแล้วผู้ป่วยคนนั้นเป็นโรคที่จะกระจายไปสู่คนอื่นหรือคนที่มาดูแลต่อ เช่น พยาบาลมาดูแลต่ออาจทำให้ติดเชื้อแพร่กระจายมันก็เสี่ยง แพทย์ควรใช้ดุลพินิจได้ว่าถ้าเป็นโรคที่แพร่กระจายได้ควรจะบอกเพราะเกิดการที่จะเสี่ยงผลกระทบต่อคนอื่น ต้องดูเป็นกรณี
- มันมีข้อยกเว้นถ้าเรื่องนั้นเป็นประโยชน์กว่า ม่ใช่เปิดไปแล้วทำให้เขาเสียชื่อเสียง แต่ถ้าเป็นโรคใหม่แล้วเราปิดแล้วคนอื่นละควรระแวดระวังป้องกันอย่างไร

๓.๘ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๘ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินในเข้าร่วม/ถอนตัว จากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ” ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- คิดว่ามีความจำเป็น คือในระเบียบมีอยู่แล้วต้องแจ้งอยู่แล้ว เป็นข้อบังคับเลย ในอาสาสมัครก็ต้องอ่านและก็จะถอนตัวเมื่อไหร่ก็ได้
- จัดเป็นรหัส เช่น บาร์โคช อยากให้เป็นข้อมูลที่รัฐเอาไปเก็บซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลการที่จะให้ไปรัฐต้องขออนุญาตขอข้อมูลก่อน

๓.๙ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๙ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิ ที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้บุคคลอื่น” ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- ผู้ป่วยเจ้าของเวชระเบียนจะบอกว่า เปิดเผยไม่ได้ ควรจะได้ถ่าย เวชระเบียนทั้งหมด จะมาบอกว่าแพทย์มีสิทธิ์จากการเขียนไม่ได้ “เวชระเบียนต้องเป็นของผู้ป่วย” ต้องมาดูกันว่า “การเขียนไม่ครบไม่ใช่ว่าจะบกพร่อง” แต่ก็มีการทำเรื่องเท็จขึ้นมา เช่น การเอาเลนส์ตาออก ผู้ป่วยไม่มีค่าใช้จ่าย แต่แพทย์เขียนว่าติดเชื้อเพราะเอาเลนส์ตาคืน
- แพทย์ต้องบันทึกแบบวิชาการ แล้วต้องรู้ระบบการบันทึกที่ปลอดภัย อย่างเช่น บางครั้งชอบบันทึกตามคำบอกเล่า กรณีผู้ป่วยมาติดเชื้อ แพทย์ก็เขียนมาติดเชื้อ แล้วก็มาขอใบรับรองแพทย์ แล้วผู้ป่วยไปกินยาที่ดังๆในอดีต เป็นนายตำรวจอะไร มาเอายาติดเชื้อเอดส์ก็มาขอใบรับรองแพทย์ที่โรงพยาบาล ที่โรงพยาบาลก็บอกว่าผู้ป่วยติดเชื้อ ไม่ได้เจาะเลือด พอผู้ป่วยไปกินยานี้ ไปเจาะเลือดใหม่เขาไม่ติดเชื้อ เขาหายแล้ว กรณีเหล่านี้เขาก็เลยถามว่าที่เขียนว่ากรณีติดเชื้อได้เจาะเลือดหรือไม่ ปรากฏว่าไม่ได้มีการเจาะเลือด กรณีนี้ทำให้เจ้าหน้าที่ผูกคอตายไปคนนึง บางครั้งถ้าบันทึกตามคำบอกเล่า เพราะฉะนั้นตรงนี้แพทย์ต้องเขียนให้เป็นผู้ป่วยได้แจ้งว่า ตัวเองติดเชื้อ อะไรที่สำคัญต้องระบุไว้ เช่นไม่ได้เจาะเลือด ต้องระบุไว้เพื่อป้องกันตัวเองเพราะว่ามันจะเกิดกรณีเหล่านี้มากขึ้น หรือการบันทึกว่าถูกทำร้ายร่างกาย ถ้าแพทย์เขียนว่าผู้ป่วยถูกทำร้ายร่างกาย มันมีกรณีในเรื่องฟ้องศาลว่า เขาฟ้องคนที่ตีหัวฉัน หรือถูกข่มขืน แพทย์ไม่สามารถระบุว่าถูกข่มขืน การวินิจฉัยโรคห้ามเขียนว่าผู้ป่วยติดเชื้อ หรือห้ามเขียนว่าผู้หญิงถูกข่มขืน เราก็เขียนได้แค่ว่ามีร่องรอยในการบาดเจ็บตรงนี้ๆ เท่านั้นเอง ส่วนสาเหตุอย่าไปลงมันไม่ใช่เรื่องทางการแพทย์ มันคาบเกี่ยวกับเรื่องอื่นมากขึ้น เพราะฉะนั้นแพทย์เองอาจจะต้องรู้การบันทึกมากขึ้น ถ้าเป็นกรณีที่เราคิดว่ามันเบี่ยงเบนหรือมันอาจจะเกี่ยวโยงกับเรื่องอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับทางกฎหมาย การบันทึกยิ่งละเอียดเท่าไหร่ยิ่งดีแต่อย่าระบุวินิจฉัยว่าเป็นจากสิ่งนั้นสิ่งนี้
- ตอนนี้ในเวชระเบียนมันเป็นสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย เพราะว่าแพทย์รักษาผู้ป่วยๆก็มีสิทธิที่จะรู้ว่าแพทย์ทำอะไรไปบ้าง ถ้าทำด้วยความบริสุทธิ์ใจจริงสิ่งนี้ก็จะปรากฏชัดว่าคุณทำเพื่อประโยชน์ผู้ป่วย แต่ถ้าทำไม่บริสุทธิ์ใจสิ่งนี้ก็เป็นตัวบอกเหมือนกัน แล้วจะกลัวอะไรกับตรงนี้ อันนี้เป็นสิทธิ์ของผู้ป่วยเลย ตอนนี้เวชระเบียนทำผ่านคอมพิวเตอร์ด้วยซ้ำ ตรงนั้นเองเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยจะรู้เพราะว่าแพทย์มาทำกับตัวผู้ป่วย แพทย์ต้องอธิบายได้ แพทย์มักจะบอกว่าอันนั้นเป็นศิลปะของการรักษา เพราะฉะนั้นเป็นสิทธิ์ของแพทย์ซึ่งไม่เปิดเผยก็ได้ซึ่งมันแปลก ที่ว่าแพทย์ให้ยาอะไร ไม่กล้าที่จะไปบอกหรืออย่างไร เพราะว่าตรงนั้นมันไม่ได้เขียนอะไรเลยเป็นเรื่องของการรักษา รายละเอียดตรงนั้นแหละที่ทำให้เห็นว่าแพทย์ตั้งใจหรือไม่ตั้งใจในการรักษา ทำให้เป็นการไม่ไว้วางใจกัน คนเราผิดพลาดได้มันอยู่ที่ตั้งใจหรือไม่ตั้งใจถ้าคุณไปแก้เวชระเบียนนั่นแหละเป็นสิ่งที่คุณทำผิดแล้วยังแก้ มันเป็นความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์มากขึ้น

- ข้อมูลตรงนี้สามารถที่จะเปิดเผยได้อยู่แล้ว ประเด็นปัญหาที่ไม่อยากเปิดเผยหรือเปิดเผย คิดว่าอาจจะมีอะไรที่รักษาไม่ถูกวิธี ถ้าแพทย์รักษาถูกต้องโดยวิชาชีพแพทย์อย่างนี้ไม่มีอะไรที่ตัวเองจะต้องปกปิด ถ้าขอไม่ให้ต้องใช้สิทธิ์คณะกรรมการข้อมูลข่าวสาร
- เป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่ราชการเก็บไว้ไม่ใช่เป็นข้อมูลราชการ เขาใช้มาตรการอะไรเก็บไว้ เหมือนทะเบียนราษฎร์มีวัตถุประสงค์อะไร แต่เวชระเบียนเรามีวัตถุประสงค์อะไรที่เอาไปเก็บถ้าถามต้องตอบได้ว่าเอาไปเก็บเพื่อวัตถุประสงค์อะไร เมื่อรัฐเอาไปเก็บก็ต้องเพื่อรัฐเพื่อภาพรวมของประเทศ การขอเวชระเบียนขอยาก ถ้าอยู่ในระบบออนไลน์คุณอยู่ที่ไหนก็เปิดได้ไม่ต้องมาขอเพราะคุณจะให้ใครก็เป็นสิทธิของผู้ป่วย แต่ขอไม่ได้สักทีต้องใช้เวลาหลายวัน ถ้าหมายถึงว่ารัฐเก็บไว้จะให้ใครต้องถามข้อมูลแต่ถ้าเป็นของส่วนบุคคลจะให้ใครต้องถามเจ้าตัว แพทย์กังวลเรื่องอะไร หรือกลัวถูกฟ้องร้อง

๓.๑๐ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑๐ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “บิดา มารดา โดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี บริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายและทางจิต ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้” ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- เราสามารถบอกโดยทั่วไปได้ว่า โดยหลักข้อมูลผู้ป่วยรู้แค่เฉพาะครอบครัว แต่ถ้าบังเอิญข้อมูลเฉพาะตัว ที่เขาเป็นโรคติดต่อ เราก็สามารถตอบได้ หรือจัดระบบป้องกันให้บุคลากร เรื่องของปัญหาสุขภาพของคนที่ต้องการดูแล เช่น วัณโรค ติดเชื้อแน่นอนอย่างไรต้องติดเชื้ออยู่แล้ว หรือจะเป็นโรคติดเชื้ออย่างอื่น ก็ต้องบอกว่ามภาวะติดเชื้อคอยระวัง แต่ถ้าไม่บอกว่าคนนี้ติดเชื้อเอดส์ก็ได้ แต่ผู้ให้การรักษาต้องได้รับรู้ข้อมูล แต่ปัญหาก็คือสามีเป็นเอดส์ภรรยามาถามสามีเป็นอะไร ตรงนี้ไม่ทราบว่าจะเป็นอย่างไร แต่ข้อมูลนี้อยู่ในข้อมูลเฉพาะตัว ในการบันทึก ก็อยู่ในระบบเอกสารปกติ โดยหลักการผู้เก็บเอกสารตรงนี้ก็ไม่สามารถนำไปเผยแพร่ได้ บางคนก็มาเจาะๆข้อมูลเป็นชั้นๆได้เหมือนกัน แต่ต่างประเทศไม่ยอม ซึ่งบ้านเรายังไม่มีระบบตรงนี้ ในครอบครัวไม่มี งั้นตรงนี้เองถามว่าปกปิดไปเพื่ออะไร เท่านั้นเอง
- เด็กยังเป็นผู้เยาว์อยู่ ทำอะไรต้องได้รับความยินยอมจากพ่อแม่ ถ้าเกิดอันตรายขึ้นมาแพทย์ต้องรับผิดชอบ
- เห็นใจแพทย์มาก แพทย์เหนื่อย มองว่าสิ่งที่แพทย์จะทำต้องดูว่าสิ่งที่แพทย์อนุญาตเรื่องคอขาดบาดตายทั้งนั้น เขาทำถูกต้องแล้วอยู่ในเกณฑ์จรรยาบรรณของอาชีพไม่ได้ผิดทางกฎหมาย ข้อที่ควรประพฤติปฏิบัติ ซึ่งตอนนี้พยายามเอาจรรยาบรรณมาเป็นกฎหมาย จริยธรรมเพื่อสะสมคนดีแล้วมาตรการที่จะใช้ในจริยธรรมไม่ใช่มาตรฐานทางกฎหมาย แต่ถ้าคุณเอาไปเข้าในกระบวนการกฎหมายของศาล สามถึงสี่ปีกว่าจะตัดสิน

<u>ประเด็นที่ ๔ การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง</u>

๔.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ ใครจะเป็นคนทำ ถ้าแพทย์คนที่ดูแลผู้ป่วยปฏิเสธ ในกรณีที่มีบัญญัติไว้ในกฎหมาย ให้ผู้ป่วยสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตายหรือการยื้นโดยญาติ ในกรณีนี้ถ้าแพทย์ผู้รับผิดชอบ (หมอเจ้าของไข้)ปฏิเสธในการที่จะปฏิบัติตามเนื่องจากไม่ตรงกับแนวคิดทางจริยธรรมที่แพทย์คนนั้นเห็นด้วย แล้วปฏิเสธในการดำเนินการตามหนังสือโดยการขอถอนตัวจากความรับผิดชอบดังกล่าว แล้วแพทย์ท่านใดจะเป็นผู้ดำเนินการต่อในเรื่องนี้ ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- สนับสนุนให้มีการดำเนินการในเรื่องเหล่านี้ ให้มีการกำหนดให้ชัดเจนในประเด็นนี้ว่าใครจะเป็นคนดำเนินการ คิดว่าต้องมีคุยกันในรายละเอียดร่วมกันหลายฝ่าย โดยให้ทุกฝ่ายเสนอในส่วนที่ตนเองมีแนวความคิดที่แตกต่างกันออกมา แล้วนำมาพิจารณาร่วมกัน
- โดยหลักการปฏิเสธได้ แต่ว่าสถานพยาบาลไม่ได้ปฏิเสธในการรักษา ถ้าแพทย์ไม่อยากทำก็หาแพทย์คนอื่นได้เหมือนกัน แต่ถึงจุดนึงก็น่าจะให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ อย่างกรณีพระผู้ใหญ่บางรูปเมื่อถึงจุดที่นั่นแล้ว ท่านก็เตรียมพร้อม สังขารมันไป ท่านยืดได้แต่ท่านคิดว่าไม่มีความจำเป็นที่จะอยู่ต่อ ยกเว้นว่าบังเอิญเอายาที่สามารถรักษาให้หายนี่ก็อีกเรื่องนึง ฉะนั้นแพทย์ปฏิเสธได้ เพราะบางครั้งแพทย์ก็รู้สึกทำใจไม่ได้ แต่สถานพยาบาลไม่ได้ปฏิเสธในการรักษา
- เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ไม่เคารพ จริงๆมันเป็นสิทธิ์ของผู้ป่วยในชีวิตของผู้ป่วย ถ้าแพทย์อธิบายแล้วผู้ป่วยยังยืนยันมันเป็นสิทธิ์ของผู้ป่วย
- เท่ากับว่าการไปดึงสายยางออกเหมือนฆ่าคนตาย โดยเจตนาโดยซ้ำไปในแง่ของแพทย์ก็เข้าใจ แต่ถ้าปล่อยให้อยู่อย่างนั้นผู้ป่วยก็ไม่มีโอกาสที่จะฟื้น แพทย์เรียนมาเพื่อช่วยคนอย่างเดียวทุกคนเรียนมาเหมือนกันหมด ไม่มีใครเอาให้ญาติเป็นคนดึง
- หลักธรรมชาติ เราไม่มีสิทธิ์ฆ่าคนอื่นในขณะเดียวกันเราก็ไม่มีสิทธิ์ฆ่าตัวเราเองการฆ่าตัวเองมันเป็นบาป ไม่เห็นด้วยถ้าถึงวาระสุดท้ายแล้วคนอื่นมาทำให้ตาย แม้แต่ตัวเองยังไม่มีสิทธิ์ทำให้ตัวเองตายแล้วจะมาบังคับให้คนอื่นมาทำให้ตัวเองตายได้อย่างไร อันนี้เป็นหลักธรรมชาติของมนุษย์ มนุษย์เกิดมาเพื่อสร้างและก็ช่วย จะมีการแก้ประเด็นการเลี้ยงไข้ก็เลยมาแก้ตั้งมาตรการ

๔.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การลงความเห็นที่ญาติไม่เห็นด้วย เพราะอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติไปฟ้องร้องได้ ในกรณีที่แพทย์ลงความเห็นเกี่ยวกับในเรื่องการการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ตรงกับความเห็นของญาติทุกคน และอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติอาจไปฟ้องร้องได้ ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- แพทย์ต้องอยู่ประจำครอบครัว ไว้วางใจกัน จะทำให้สามารถดำเนินการในเรื่องเหล่านี้ได้ง่ายขึ้น
- คิดว่าแพทย์ต้องให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอย่างเต็มที่ แล้วให้มีการตัดสินใจร่วมกันของทุกฝ่าย

- ถ้าผู้ป่วยไม่ได้เขียนไว้ ตัดสินใจไม่ได้ ก็ให้ญาติตัดสินใจ อาจเป็นลูกหลานพ่อแม่ต้องมีคนตัดสินใจแทน เพราะว่าบางครั้งมันเป็นปัญหาในสังคม แพทย์ต้องแนะนำให้ข้อมูล ๒วิธี

๑) ยืดชีวิตออกไปต้องทำอะไรบ้าง ค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง จะยืดชีวิตได้นานแค่ไหน เกิดผลข้างเคียงอะไรบ้าง

๒) ถ้าไม่ทำแล้วจะเกิดอะไรบ้างให้ญาติผู้ป่วยต้องตัดสินใจ แพทย์ให้ข้อมูลอย่างเดียวแล้วญาติก็ตัดสินใจ แต่แพทย์ก็มีความรู้สึกบางครั้งไม่อยากให้ญาติตัดสินใจก็จะยืดเลย คิดว่าจริงๆถ้าถึงภาวะแบบนี้แล้วญาติต้องเป็นคนตัดสินใจ

- แพทย์เองต้องทำการรักษาไปตามเทคโนโลยีที่ตัวเองมีและก็ต้องอธิบายให้ญาติเขาฟัง และถ้าญาติเขายังต้องการที่จะทำก็เป็นสิทธิของญาติที่จะให้ได้รับการรักษาต่อ

- แพทย์ไปทำอะไรตามความเข้าใจของแพทย์เองโดยขัดต่อความรู้สึกของญาติมันจะเกิดการฟ้องร้องเกิดขึ้น แพทย์ต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยถ้าอยู่ต่อไปต้องทนทุกข์มากขนาดไหนและเป็นผลดีอะไรกับเขาหรือเปล่า แพทย์ต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ

- หลักการที่ได้เรียนมาแต่ตอนต้น ถ้าเราคิดว่าเราไม่สามารถทำให้ใครตายได้มันจะอยู่ของมัน เราเอาอย่างอื่นมาจับเราเอาสามสิบบาทมาผู้ป่วยบอกว่ายังไม่อยากตายแต่ญาติบอกว่าหมดเงินแล้วจะทำอย่างไร แพทย์ก็บอกว่าถ้าไม่มีเงินรักษาแล้วก็ไม่รู้จะรักษาทำไม จริยธรรมอันแรกก็หายไปแล้วถ้าเราเอามาผูกกันหมดมันก็ไม่มีทางออก เราไม่ยึดทางคุ้มค่าเข้ามาจับต่อไปใครจะมาสั่งให้ใครตายก็ได้ หลักประชาธิปไตยมันเป็นเหตุเป็นผลกัยอยู่ตลอดเวลา

<u>ประเด็นที่ ๕ การให้การศึกษาด้านจริยธรรม</u>

๕.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การจัดให้มีการเรียนด้านจริยธรรมสำหรับนักศึกษาแพทย์ ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- อยากเห็นว่าเรื่องเหล่านี้โปร่งใสมากขึ้น เช่น การทำ Death Conference อาจเอา Case เรื่องพวกนี้ มาสู่การเรียนการสอน น่าจะเอาคนที่เกี่ยวข้องกับการตายมาคุยกัน อาจจะหากรณีจริยธรรมมาให้นักศึกษาวิพากษ์วิจารณ์มากขึ้น

- ต้องมีการนำข้อกำหนดจากภายนอกเข้ามาร่วมพิจารณามากขึ้น เช่น ข้อกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกานำมาดูว่าเกี่ยวข้องกับจริยธรรมอย่างไร

- โดยหลักต้องเรียน แต่จะเรียนอย่างไรยากหน่อย เพราะเรียนในห้องเรียนไม่ได้ คือแพทย์เองต้องเป็นแบบอย่าง ซึ่งเดี๋ยวนี้แพทย์เองก็สำคัญนะในโรงเรียนแพทย์ คิดว่าเป็นค่าของสังคม คือสังคมไทยมัน

เปลี่ยนไปมากเรื่องของทุนนิยมกับบริโภค แล้วก็จะเห็นสิ่งต่างๆไปกระตุ้นการบริโภค ตรงนี้เองวิชาชีพแพทย์ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ถูกกระตุ้น แล้วก็เป็นวิชาชีพที่มีโอกาสสูงที่จะไปเรื่องของการหารายได้

- คือตอนนี้มันมีอยู่ แต่ว่าอยากให้มีการเรียนจริยธรรมเรียนโดยใช้กรณีศึกษาที่มันเกิดขึ้นจริงในสังคมไทย ไม่ใช่เป็นการเรียนที่มีเรื่องต่างๆแล้วมันก็ไม่ได้ซึมซับ ใช้กรณีจริงแล้วมีการถกเถียงเกิดการพัฒนาของความเข้าใจของเรื่องจริยธรรมแท้จริง อันนี้เป็นเรื่องของข้างในมันไม่มีเป็นกฎหมายที่ชัดเจน แต่หลายคนก็ไม่ให้ความสำคัญหรือสนใจในเรื่องนี้

- แพทย์มีจริยธรรมแล้ว ต้องเรียนรู้หลายๆอย่างเรื่องกฎหมายบางอย่างที่ใกล้ตัวแพทย์ แพทย์ถูกฟ้องโดยง่ายๆ จากความประมาท

- มันเหมือนปลายเหตุ สามัญสำนึกหายไป ในโรงเรียนอะไรที่จะบอกว่าสามัญสำนึกได้เรื่องของการศึกษามันก็บ่มเพาะส่วนหนึ่ง แต่ก็ไม่ได้ทั้งหมด ถ้าพูดแต่จริยธรรมคิดว่ามันน้อยไป

๕.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนาขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- ก็เป็นส่วนหนึ่ง ในการพัฒนาจริยธรรม

- ต้องให้รู้ไว้ ต้องสัมผัส มีผลบ้างแต่อาจน้อย กระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญต้องอยู่กับวิถีชีวิต ตั้งแต่ลำดับชาวบ้านมันก็เปลี่ยนไปมาก

- เรื่องนี้มันต้องซึมต้องต่อเนื่องอยู่ในระบบการศึกษาแต่การที่สอบผ่านเข้าแพทยศาสตร์แล้วไม่ได้บอกว่าจะมีคุณธรรม

๕.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- ก็น่าจะเป็นส่วนหนึ่ง ให้ไปทำงานชนบทก่อนจบ

- ชุมชนต้องมีการคัดสรรแล้ว อยู่ในชุมมชนต้องมีความก้าวหน้า นักศึกษาแพทย์ที่จบแล้วต้องอยู่ได้ เข้าไปสัมผัสส่วนนึงเขาอาจจะอยากเข้าไปทำงาน

- หรือไปทำงานกับผู้ด้อยโอกาสในสังคมจะได้ซึมซับของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้เสียเปรียบในสังคมอย่างนี้จะซึมซับเขามากทำให้เขาเข้าใจ ชีวิตที่จริง ไม่ใช่อยู่แต่ในโรงพยาบาลหรือหอผู้ป่วยพิเศษก็เห็นแต่คนรวย

- เห็นด้วย เพราะแพทย์บางคนไม่อยากทำงานราชการเพราะไม่อยากใช้ทุน อยู่โรงพยาบาลเอกชนดีกว่าโรงพยาบาลรัฐคนเยอะไม่มีเวลา การไปฝึกงานในชนบทได้เห็นสังคมความยากจน ดูแลช่วยเหลือกันอย่างไร อยากให้ชดใช้ทุนกันนานๆ จะได้ช่วยเหลือประชาชนก่อน

- เป็นโครงการที่ดี ต้องมีกิจกรรม เราจะบอกว่าจิตอาสาก็ไม่ได้ต้องบังคับอีก สังคมไม่ได้สนับสนุนกลุ่มคนพร้อมที่จะอยู่พร้อมที่จะไป พร้อมที่จะช่วยเหลือ เราไม่ได้ไปสนใจตรงนั้นมาก สินน้ำใจที่มีเงินซื้อไม่ได้

๕.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การปฏิบัติให้เป็นประจำ และทำให้นักศึกษาแพทย์เห็นเป็นตัวอย่าง ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง ขององค์กรที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง

- อาจารย์แพทย์ก็เป็นส่วนที่จะลำบากมากขึ้นในอนาคต เนื่องจาก Medical Hub มากขึ้น อาจจะต้องประสานกับ เอกชนมากขึ้น น่าจะมีเงื่อนไขบางอย่างให้อาจารย์แพทย์มากขึ้น เช่น ค่าตอบแทนทางสังคม ให้กับอาจารย์แพทย์ด้วย

- เป็นเรื่องยาก มันต้องฝืนเพราะแรงกระตุ้นต่างๆมันสูง ต้องควบคุมพวกสื่อ ต้องดึงสังคมมาให้อยู่ในความปกติให้ได้ ไม่เช่นนั้นสิ่งต่างๆมันเปลี่ยนไปมาก ต้องดึงกลับมา เช่นการใช้แนวทางเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อต้านกระแสโลกไม่ให้เป็นไปอย่างนั้น

- ต้องเป็นตัวอย่างที่ดีสำคัญทีสุด อาจารย์แพทย์ต้องทำเป็นตัวอย่างที่ดีขระเดียวกันกลไกในสังคมเองประเมิณแค่ว่าอาจารย์แพทย์นั้นต้องการแค่เงินคิดว่าไม่ใช่มันมีหลายสิ่งที่จะช่วยหล่อหลอม ตอนนี้ในสังคมไทยเรามักจะตีค่าเป็นเงินอยู่อย่างเดียวและพูดกันด้วยเงิน คิดแต่ว่าโรงพยาบาลเอกชนให้เงินแพทย์แค่นี้กลัวถูกดึงตัวไป ซึ่งบางทีมันสู้กันด้วยเงินมันสู้กันไม่ได้หรอก แต่ความภาคภูมิใจในอดีตที่มันเคยมี เหมือนมีเกียริติภูมิ มีความเก่ง มีเมตตา มีอะไรตรงนี้ มันหายไปเกือบจะหมดแล้วในสังคมไทย การดึงตัวไปยิ่งดึงง่าย

- คนที่เป็นอาจารย์ที่สอนอยู่เขาก็ต้องเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับลูกศิษย์ ต้องปลูกฝังให้เห็นถึงความสำคัญของประชาชนมากกว่าที่จะไปมุ่งหารายได้ แพทย์ถ้าอยู่ในอาชีพราชการมาเปิดคลินิกก็พอแล้วก็ช่วยเหลือประชาชนได้ระดับหนึ่ง เพราะแพทย์ตอนนี้ถ้าเทียบกับปริมาณคนแพทย์ยังน้อยมาก ทำให้คนรวยเท่านั้นที่เข้าถึงทางการแพทย์กับโรงพยาบาลเอกชน

- อาจารย์แพทย์ที่ดีก็มีในสังคมนี้แต่อาจมีน้อย ตอนนี้ในใจก็มีการต่อรองต่อต้านกันอยู่ระหว่างจะเลือกอาแบบไหน คนที่ถูกปลูกฝังมาดีก็ยึดเอาสิ่งดี

๒.๓ องค์กรที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย ประกอบด้วย ผู้พิพากษา อัยการ ทนายความ และตำรวจ จำนวน ๑๐ คน

๒.๓.๑ ตำรวจ

ได้ผลการศึกษาดังนี้

<u>ประเด็นที่ ๑ ประเด็นความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล</u>

๑.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ในกรณีในการที่แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อยเช่นปวดหัว ตัวร้อนเล็กน้อย หรือนอนไม่หลับ ของตำรวจ

- ไม่เห็นด้วยในการที่แพทย์จะสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ เพราะเป็นหน้าที่ที่รับผิดชอบอยู่ การที่พบแพทย์จะได้พูดคุย แต่ที่สำคัญต้องมีแพทย์ประจำที่คอยให้คำปรึกษาได้ จะได้รักษาผู้ป่วยให้หาย ต้องมีค่าตอบแทนให้แพทย์ที่อยู่นอกเวลาในอัตราที่เหมาะสม เพราะแพทย์อยู่ช่วยรักษาให้ สรุปเรื่องนี้ต้องมีแพทย์ประจำอยู่จริงๆ
- ไม่เห็นด้วย ต้องอยู่วินิจฉัยอาการผู้ป่วย ถ้าทางโทรศัพท์อาจไม่รู้ แพทย์มีความรู้มากกว่าพยาบาล การปล่อยให้พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วย
- แต่ถ้าเป็นแพทย์ผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์มากก็คิดว่าไม่น่ามีปัญหาค่อยมาดูหลังจากนั้น แต่ถ้าเป็นแพทย์ใหม่ต้องมาอยู่ต่อหน้าผู้ป่วยเพราะมีประสบการณ์น้อยอาจมีความผิดพลาดได้ง่าย
- เป็นปัญหาเฉพาะบุคคล แพทย์บางคนก็ทุ่มเทเรื่องความตั้งใจทำงาน แต่บางคนก็เหมือนมีคลินิก ไปอยู่โรงพยาบาลเอกชนที่มีเงินเยอะกว่าเขาก็บริการดีกว่าสำหรับคนที่มีเงิน แต่มันก็ไม่เสมอไปทุกคน ที่ยังเลือกปฏิบัติ ต้องมีเส้นสาย การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ต้องดูข้อเท็จจริงเขารักษาผู้ป่วยแล้วรักษาไปทุกขั้นตอนแล้วรู้รายละเอียดหมดแล้วและก็ไปพบมาหลายครั้งแล้ว แต่ถ้าครั้งหลังไปพบแล้วไม่อยู่ติดต่อแพทย์ทางโทรศัพท์ แพทย์ก็อาจสั่งการได้ แต่ถ้าเป็นกรณีแรกๆมันก็ผิดแน่ๆ จะไปฟังข้อมูลพื้นฐานจากพยาบาลหรือว่าหน่วยอุบัติเหตุมันไม่ถูก แพทย์ที่อยู่เวรควรจะอยู่ แพทย์ไม่มีนอกเวลาเพราะเวลาคนจะป่วยมันไม่มีเวลา เช่น ตำรวจมีคนมาแจ้งตอนกลางคืนบอกว่าตำรวจไม่อยู่ไม่ได้ เพราะโจรปล้นไม่ได้เลือกเวลา แพทย์ไม่มีเวลาทำการ อ้างว่าเป็นนอกเวลาทำการไม่ได้ ต้องทำการตลอด แล้วโดยหลักปฏิบัติต้องมีแพทย์เวรอยู่ และต้องอยู่ที่ระบบด้วย การที่เรามีการอลุ่มอล่วยเป็นสิ่งที่ดี เวลาการตรวจผู้ป่วยทางออนไลน์โดยเห็นภาพด้วยก็พอได้ แต่การแพทย์ต้องมีเทคนิคตรงนี้ และแพทย์จะสั่งจริงๆต้องมีภาพผู้ป่วยมี จะไปเชื่อการรายงานของพยาบาลอย่างเดียวไม่ได้ เพราะคนละวิชาชีพ ถ้าตรงนี้เขาจะเอาใช้จริงๆแพทย์ต้องพัฒนาในเรื่องเครื่องมือให้มากขึ้น ในต่างประเทศก็มีการรักษาทางออนไลน์

๑.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ ในกรณีที่แพทย์นั้นเมื่อจบแพทย์ออกมาแล้วก็จะมีความเชี่ยวชาญเป็นสาขาไป แต่ในการรักษาจริงนั้นต้องทำการรักษาทุกโรค ในทุกสาขา ในกรณีที่มีการเปิดคลินิกหรือโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น พยาธิแพทย์จะตรวจชิ้นเนื้อ แต่เวลาเปิดคลินิกจะต้องทำการรักษาโรคทุกโรค

- ต้องบอกให้ประชาชนทราบ ว่าแพทย์มีความเชี่ยวชาญด้านไหน ต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้รู้ประชาชนจะได้ตัดสินใจได้ว่าจะรักษาที่ใด แต่คิดว่าในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ก็มีความชัดเจนในเรื่องนี้

อยู่แล้ว แต่ในคลินิกเอกชนก็จะยังไม่ค่อยทราบในเรื่องความเชี่ยวชาญของแพทย์ว่าเชี่ยวชาญในด้านใด แพทย์ควรจะประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยวิธีการใดก็ได้

- ถ้ารักษาเบื้องต้นแพทย์คงรักษาได้อยู่ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือไม่
- ในคลินิกควรจะต้องติดประเภทการรักษา ความเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ชัดเจน
- ก่อนที่เขาจะไปทางเฉพาะทางเขาต้องเรียนทั่วไปก่อน คิดว่าน่าจะรักษาได้ดูจากระบบการศึกษาก็ต้องเรียนแพทย์ทั่วไปก่อน ต้องมีหน่วยคัดกรองผู้ป่วยว่าผู้ป่วยเป็นอะไรแล้วส่งไปเฉพาะทาง และถ้าส่งไปตรวจแล้วไม่ใช่ทางนั้นจริงๆ ก็ต้องส่งผู้ป่วยไปทางอื่นอีก คลินิกมีปิดใบประกาศตามกระทรวง แต่บางคลินิกเขาไปจบแพทย์ฟิลิปฟินล์มาไม่ปิดก็มี คิดว่าเป็นเรื่องที่ควรจะทำและต้องปิดเป็นภาษาไทยด้วย ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ ควรจะโปร่งใส อยู่ในความรับผิดชอบของแพทยสภา และของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยต้องเข้ามาดูแล กระทรวงสาธารณสุขไม่ค่อยจริงจัง เห็นร้านขายยาก็ไม่มีเภสัชกร

๑.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การให้เวลากับผู้ป่วยของแพทย์ ในกรณีที่แพทย์โดยทั่วไปต้องมีการตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก งานล้น หรือเหตุผลอื่นๆ ของแพทย์ ทำให้มีเวลาให้กับผู้ป่วยน้อย ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง ของตำรวจ

- ปริมาณแพทย์ ภาครัฐต้องทุ่มให้กับบุคลากรแพทย์ เป็นเรื่องของรัฐที่จะต้องผลิตแพทย์ที่มีคุณธรรมจริยธรรม คิดว่าถ้าปริมาณแพทย์มีมากพอก็จะแก้ปัญหาในเรื่องนี้ได้
- แพทย์ในโรงพยาบาลผู้ป่วยจำนวนมาก แต่โรงพยาบาลบางที่แพทย์ก็ตรวจละเอียด ขึ้นอยู่กับลักษณะของแพทย์บางท่าน ซึ่งมีความเป็นเฉพาะของแพทย์ที่แตกต่างกันไป
- การที่แพทย์ไม่อธิบายก็อาจเกิดปัญหาความไม่เข้าใจ เพราะเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดการฟ้องร้องกันก็มาจากความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ทั้งนั้น
- คิดว่าการบริหารจัดการยังไม่ค่อยดี โรงพยาบาลทุกโรง แพทย์เรียนสูง เก่งมาก แต่การบริหารจัดการยังไม่ดี เช่น ผู้ป่วยไปยื่นขอตรวจแล้วรอเรียก รอเป็นวัน ทำไมไม่บอกว่าด้คิวที่ยี่สิบมาบ่ายสองโมง ถึงเวลาได้มาเอง คิดว่าง่ายทำไมแพทย์ไม่ทำ ทุกโรงพยาบาลไม่มีใครทำแบบนี้เลย เขาต้องประเมินได้ว่าผู้ป่วยคนหนึ่งต้องใช้เวลาตรวจกี่นาที บางโรงพยาบาลที่มีระบบนัดแล้ว หากผู้ป่วยไม่มาเจ้าหน้าที่ก็จะข้ามไป การนัดตรวจก็ดีสามารถนัดเวลาเข้าพบเข้าตรวจได้ การที่คนไปโรงพยาบาลมันมีความสำคัญเป็นเรื่องสุขภาพชีวิต โรงพยาบาลใหญ่ระดับประเทศ หรือเป็นโรงพยาบาลระต้นๆของประเทศไม่ควรรับผู้ป่วยที่ไม่ได้นัดหมาย (Walk in) เข้ามา แต่ควรรับจากโรงพยาบาลอื่นอีกที ถ้าเขาวางระบบนี้ได้ดีมแล้วระบบนัดจะแน่นอน แล้วผู้ป่วยที่จะส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่นๆจะไม่ต้องรอและเข้าคิวด้วย แล้วคัดกรองได้ว่าคนไหนจำเป็น ใครไม่สบายควรไปโรงพยาบาลใกล้บ้านก่อนให้ที่นั่นตรวจคัดกรองหากรักษาได้ก็ได้รักษา หากต้องส่งก็ส่งจองคิวมาที่โรงพยาบาลใหญ่ โรงพยาบาลต่างจังหวัดก็ได้มีงานทำด้วย ในปัจจุบันมันไม่สมดุลโรงพยาบาลไหนดีคนก็แห่ไปกัน

๑.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสั่งยาที่มีสารเคมีแบบเดียวกันแต่ผลิตในประเทศ ในกรณีที่แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย หรือที่เรียกกันว่า ยาที่ผลิตในประเทศแต่มีสารเคมีชนิดเดียวกัน (Copy) ของตำรวจ

- คุณภาพของยาจะเท่ากับของต่างประเทศหรือไม่ เห็นด้วยที่ประเทศไทยผลิตยาเอง ผู้ผลิตจะได้มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น
- ภาครัฐควรจะเข้ามาดูแลในเรื่องประสิทธิภาพของยา ต้องให้แพทย์ได้ข้อมูลในเรื่องประสิทธิภาพของยา
- แพทย์ต้องบอกว่าเป็นยาไหนยาผลิตในประเทศยาไหนที่ผลิตในต่างประเทศ จะจ่ายยาตัวไหนไม่เป็นไรแต่แพทย์ต้องแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวรายละเอียดยา คุยให้ผู้ป่วยเข้าใจบ้างในเรื่องของยาจะได้ตัดสินใจได้
- ถ้าเอกชนคิดว่ากลไกตลาดจะเป็นเรื่องที่กำหนดคุณภาพของมันเอง เป็นเรื่องของการตลาดการแข่งขัน คุณภาพยาอยู่ที่การโฆษณาความเชื่อถือของคนกิน ต่อไปมันต้องควบคุมด้วยผลงานของมันเองแต่ถ้าราชการก็ไม่ควรจะนิ่งเฉย เหมือนที่ว่าถ้าอนุญาตไปแล้วก็น่าจะมีการสุ่มตรวจตลอด ปกป้องผู้บริโภคให้หน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภค ไปเก็บยามาตรวจสอบ สำคัญกว่าไปเก็บน้ำปลา น้ำพริก ข้าวปลาอาหารแห้ ซึ่งยังไม่กระทบเท่ายาที่ไม่มีคุณภาพ ยาไม่มีคุณภาพคนก็ไม่ทราบ ปล่อยให้ คณะกรรมการอาหารและยาหรือองค์การเภสัชกรรมมาดูแล เพราะเป็นคนวงในทั้งหมด ต้องรู้ข้อเท็จจริงว่ามันเป็นอะไร คนที่เป็นเจ้าของโรงงานผลิตยาต้องจบเภสัชกรหรืออยู่ในวงการมาก่อนแล้วก็ซื้อสูตรการผลิต มาผลิตในเมืองไทย

<u>ประเด็นที่ ๒ ปัญหาเรื่องสินบนแพทย์</u>

๒.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนา ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ ทั้งที่มีการรับในนามโรงพยาบาลและในนามส่วนตัวของตำรวจ

- นำความรู้มาเผยแพร่ให้ประชาชน ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร ก็จะเป็นประโยชน์กับแพทย์และประชาชนแต่อาจเป็นแรงจูงใจให้แพทย์มีความคิดลำเอียงในการสั่งยาได้ คิดว่าถ้าเป็นการให้กับโรงพยาบาลน่าจะเหมาะสมกว่าให้กับแพทย์ แต่อย่างไรก็ดีหัวหน้าหน่วยงานก็ต้องมีธรรมาภิบาล
- มองว่าเป็นเรื่องปกติของหน่วยงาน ในความคิดส่วนตัวคิดว่า มันเหมือนการประมูล เป็นสิทธิ์ของแพทย์ นำเสนอส่วนดีของยาที่นำมาจากบริษัทนั้นๆ อย่าไปคิดเรื่องผลประโยชน์
- มองว่าไม่ดี สินบนแพทย์ในต่างจังหวัดเท่าที่ทราบก็มีเยอะ ฝากพิเศษเวลาไปฝากท้องทั้งที่เขาอยู่ในโรงพยาบาลฝากประจำอยู่ แต่เวลาเจ็บท้องใกล้คลอดแพทย์ก็จะมาทำให้ด้วยตัวเองแล้วก็ใส่ซองกันไป เพราะผู้ป่วยเขาอยากได้รับบริการที่ดีทุกคนแพทย์คนไหนดัง ดีที่สุด เขาก็อยากให้คนนี้มา ถ้าให้ในนาม

โรงพยาบาลได้ดี เป็นเรื่องของสวัสดิการกองทุน เรื่องของบริจาค แต่แพทย์ก็ไม่ควรเอาความรู้สึกส่วนนี้มาบริการ เช่น คนนี้บริจาคมาสามสิบล้าน

๒.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับทุนจากบริษัทยาเพื่อวิจัยยา ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยาของบริษัท ของตำรวจ

- ถ้าให้ทุนแก่โรงพยาบาลเห็นด้วย เพราะเป็นเงินอุดหนุนช่วยเหลือโรงพยาบาล
- บุคลากรที่รับทุนต้องมีคุณธรรม
- ในส่วนของผู้ให้ก็ต้องดูที่เป้าหมายของการให้ทุน
- คิดว่ายาตัวอื่นที่ไม่ได้ให้ทุนวิจัยก็ไม่ได้ด้อยกว่า เพราะยาเหมือนกัน ราคาเท่ากัน เรื่องเหล่านี้ถือเป็นเรื่องปกติที่สามารถดำเนินการได้
- รับได้ แต่การกำหนดผู้วิจัยเป็นหน้าที่ของกระทรวง ของหน่วยงานว่าจะเลือกใคร ไม่ใช่ว่าบริษัทยาเป็นผู้กำหนดมา ต้องเข้ากองกลาง ต้องให้กระทรวงพิจารณามา เหมือนสำนวนผู้พิพากษาว่าคดีเข้ามาเขาไม่รู้หรอกว่าจะเป็นใครพอถึงเวลาเขาก็จ่ายไปไม่สามารถจะกำหนดไว้ล่วงหน้าได้ว่าจะไปสิ้นสุดที่ผู้พิพากษาคนไหน และเป็นความลับ

๒.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับแจกสิ่งของเล็กๆ น้อยๆ ในกรณีที่แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท เช่น ปากกา ทิชชู สมุด ตำรา ของตำรวจ

- ภาครัฐต้องตอบแทนเงินที่ดี คนจะได้ไม่ต้องหวังผลประโยชน์
- คนที่ได้รับในส่วนนี้ถ้ามีธรรมาภิบาลก็จะแก้ไขได้ทุกอย่าง ไม่จำเป็นต้องกำหนดอะไรในเรื่องนี้ เพราะคิดว่าเป็นเรื่องของธรรมาภิบาลของคนทำงานมากกว่า
- มองว่าเป็นเรื่องปกติ ถ้าไม่ทำให้แพทย์เอนเอียงในการสั่งยา
- แค่ไปทานข้าวด้วยกัน ตีกอลฟ์ด้วยกันก็ผิดแล้ว ถ้าเป็นระบบปกติได้ แต่ถ้าจะขออนุญาตตัวยาใดตัวยาหนึ่งแล้วไปนัดเขากินข้าว คิดว่าผิดแน่ๆ ยกตัวอย่างในประเทศสหรัฐอเมริกาคนไหนที่เป็นลูกขุนจะโดนกักตัวไว้ในโรงแรม ห้ามออกไปข้างนอก โทรศัพท์ก็ติดต่อใครไม่ได้รุ่งขึ้นก็ตัดสินกันเลย และคนเป็นลูกขุนจะไม่รู้ตัวว่าจะเป็นลูกขุนด้วย ไม่ให้ใครมาวิ่งเต้นได้เลยของอเมริกาเขารัดกุมมาก หรือบางทีแพทย์เขามีฐานะเขาไม่เอนเอียงในเรื่องอย่างนั้น แพทย์เป็นคนมีความรู้ดี คิดว่าทาง ปปช. เขากรองแล้วเขาถึงกำหนดมาอย่างนั้น

๒.๔ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในกรณีที่แพทย์มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามองค์กร หรือในนามส่วนตัว ของตำรวจ

- เป็นเรื่องของจริยธรรมในวิชาชีพ ที่แพทย์จะรับหรือไม่รับค่าตอบแทนนี้ เพราะการสั่งที่ได้รับประโยชน์ตอบแทนนั้นคงเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับจริยธรรมของแพทย์

- อาจเป็นเรื่องของการสั่งโดยทั่วไปด้วยก็ได้ ที่แพทย์มีการสั่งการตรวจกับอุปกรณ์ต่างๆ ไม่เท่าเทียมกัน นอกเหนือจากการได้รับค่าตอบแทนจากการสั่งตรวจ ซึ่งเรื่องนี้ต้องมองที่รัฐเหมือนกัน แสดงว่าประเทศไทยไม่ใช่รัฐสวัสดิการที่แท้จริง และการสั่งการรักษาต่างๆ ก็ยังไม่เท่าเทียมกัน เช่น ผู้ป่วยที่มีประกันชีวิตก็จะสั่งให้เต็มที่ แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีสิทธิก็จะดูแลไม่เท่ากัน
- ในการสั่งอุปกรณ์แต่ละบริษัทมีค่าตอบแทนมาให้อยู่แล้ว แต่ถ้าได้ค่าตอบแทนจากการสั่งการรักษาเห็นว่าไม่สมควร แพทย์นึกถึงรายได้เป็นหลักก็จะผิดจริยธรรมอยู่แล้ว ซึ่งจริยธรรมต้องอยู่ในแต่ละบุคคล
- ไม่ดีเลยมันมองเหมือนเด็กเชียร์เบียร์ ถ้าขายเบียร์ได้ลังหนึ่งได้สองร้อยถ้าสี่ลังได้แปดร้อย ควรจะห้ามให้ดูว่าเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด แม้จะให้ในนามโรงพยาบาลก็ควรหลีกเลี่ยง ให้โรงพยาบาลอาจส่งผลให้ผู้อำนวยการมาสั่งกับแพทย์ได้อีกก็ทำให้เบี่ยงเบนได้ ถ้าแพทย์ทำได้สั่งได้ตามเป้าน่ากลัวมากเพราะการที่มีธุรกิจแฝงจะส่งผลต่อความเชื่อถือแพทย์ลดลง แต่ไม่ได้โทษว่ามันผิดจริยธรรมแต่ความเสื่อมศัทธามันน้อยลง

<u>ประเด็นที่ ๓ ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม</u>

๓.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ" ของตำรวจ
- คิดว่าไม่จำเป็นต้องติดให้ประชาชนทราบก็ได้ เพราะเรื่องนี้ต้องอยู่ในใจของผู้ให้บริการอยู่แล้ว คิดว่าการประกาศสิทธิเอาไว้ก็เป็นเพียงตัวหนังสือเท่านั้น
- เพิ่มเติมไม่ต้องเพิ่มเติมอะไร ติดเอาไว้ก่อน เชื่อว่าผู้ป่วยไม่เรียกร้องอะไรผู้ป่วยมักอ่อนน้อมถ่มตนชีวิตฝากไว้กับแพทย์ แพทย์สั่งอย่างไรก็อย่างนั้น สิทธิ เสรีภาพ ราคา ผู้ป่วยเราทุกคนยอม รัฐธรรมนูญคืออะไร ไว้ว่าอย่างไร สิทธิ์อะไรบ้าง ตาสีตาสาจะรู้ได้อย่างไร

๓.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๒ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิด้านการเมือง เพศ อายุและลักษณะของการเจ็บป่วย" ของตำรวจ
- ประกาศสิทธิ์ของผู้ป่วยไม่ต้องประกาศหรอก แต่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องทำหน้าที่ให้ดี อยู่ที่ตัวผู้ให้บริการ ถ้าติดไปแต่ผู้ให้บริการไม่มีใจก็เท่านั้น

๓.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๓ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน เพื่อสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมและไม่ยินยอมให้การรักษาพยาบาล" ของตำรวจ

- คิดว่าบางทีแพทย์ก็เหนื่อยที่จะมาอธิบายมากมาย เพราะว่าคนเข้ามาใช้บริการมันสลับซับซ้อน แพทย์อาจจะพูดสั้นๆง่ายๆ เท่านี้ก็ถือว่าดี การที่ให้พยาบาลมาพูดบางทีอาจทำให้ผิดเพี้ยนไปได้ แพทย์อาจจะต้องทุ่มเทหน่อยอธิบายว่ากินยาตัวนี้แล้วจะเป็นอย่างไรมีอาการข้างคียงอย่างไร ผู้ป่วยควรจะรู้จะได้ตัดสินใจถูกต้อง

๓.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๔ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือโดยรีบด่วน ตามความจำเป็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะขอร้องหรือไม่” ของตำรวจ

- คิดว่าในข้อนี้ก็มีปัญหาอยู่ซึ่งสะท้อนถึงประเทศไทยไม่ใช่รัฐสวัสดิการที่แท้จริง แพทย์ก็จะให้การรักษากับคนที่มีสิทธิที่แตกต่างกันออกไป ด้วยความไม่เท่าเทียมกัน

- ไม่ได้ คิดว่าต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบก่อนหรือว่ากับผู้เกี่ยวข้องที่ทำการรักษา เข้าใจจริยธรรมแพทย์คนจะเป็นจะตายต้องให้รอด ถ้าหากมีโอกาสได้พูดได้คุยเอาความสมัครใจก่อนที่จะรักษา ถ้าไม่มีโอกาสก็ต้องช่วยชีวิตไว้ก่อน ถูกต้องอาการฉุกเฉินแพทย์เจอบ่อยไม่ตื่นเต้นอะไรเลย แต่ผู้ป่วยไม่เคยเจอก็วิตกกังวลมาก อันนี้เป็นเรื่องธรรมดา ข้อควรปฏิบัติจริงๆก็คือแพทย์ก็ต้องสำนึกตลอดเวลาว่าผู้ป่วยไม่เคยเป็นต้องตื่นเต้นก็ต้องเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและแพทย์ต้องให้บริการ

๓.๕ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๕ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับทราบ ชื่อสกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้บริการตน” ของตำรวจ

- ไม่ต้องแนะนำตัว แต่ถ้าอยากจะทราบก็ได้ต้องเปิดเผย แม้แต่ประวัติของผู้ป่วยที่เขียนถ้าผู้ป่วยอยากจะรู้ต้องให้ผู้ป่วยบางทีไม่พอใจต้องการรักษาที่อื่น ต้องปักหรือติดชื่อที่เสื้อกาว

๓.๖ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๖ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนเองและมีสิทธิขอเปลี่ยนผู้บริการและสถานบริการได้” ของตำรวจ

- การที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนแพทย์ หรือเปลี่ยนสถานพยาบาลก็ต้องมีเหตุผลจากผู้ป่วยที่ขอเปลี่ยนบริการนั้นๆ แพทย์จะได้นำไปปรับปรุง

- ก็ควรจะเป็นอย่างนั้น แต่ข้อนี้คิดว่าแพทย์ทุกคนไม่ชอบ ผู้ป่วยมารักษาแต่ไปปรึกษากับแพทย์คนอื่นแล้วมาเถียงอีก เหมือนกับว่ากล่าวหาว่าแพทย์ไม่เก่ง แพทย์คนที่สองอย่าไปทับถมแพทย์คนแรก แพทย์คนแรกก็ควรรักษาอย่างระมัดระวังมากขึ้น แต่เรื่องนี้ไม่อยากให้แพทย์ประกอบอาชีพแพทย์กันมากขึ้นเพราะในปัจจุบันแข่งขันกันสูงมาก เมื่อแข่งขันกันเข้ามาก็ต้องมีจริยธรรมกันมากขึ้น

๓.๗ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๗ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติตามกฎหมาย” ของตำรวจ

- ที่จะไม่บอกเป็นเพราะผู้รักษาเขาละอาย แต่ถ้ามีผลกระทบกับคนอื่นคิดว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์ เพราะว่าแพทย์ไม่ใช่รักษาผู้ป่วยอย่างเดียวต้องรักษาสามี ภรรยาผู้ป่วยด้วยถือว่าคนนั้นคือผู้ป่วยอันนี้ไม่ใช่เป็นการเปิดเผยแต่เป็นการรักษา ต้องคิดว่าอย่างนี้ อย่าคิดว่าเป็นเรื่องเปิดเผย เรื่องของการเปิดเผยเป็นเรื่องที่น่าอับอาย สังคมผู้ป่วยจะเสียก็เป็นอีกเรื่องหนึ่ง

๓.๘ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๘ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินในเข้าร่วม/ถอนตัว จากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ” ของตำรวจ

- คิดว่าแพทย์ไม่จำเป็นต้องบอกผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ต้องรับรู้

-ดี เป็นสิทธิมีค่าของคนตลอดเวลาที่เขามีสติสมบูรณ์อยู่

๓.๙ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๙ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิ ที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้บุคคลอื่น” ของตำรวจ

- การขอข้อมูลแพทย์ควรจะสรุปให้ คิดว่าจะเหมาะสมกว่าในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย

- ในอดีตแพทย์จะมองเรื่องจิตใจเป็นเรื่องสำคัญ กฎหมายของต่างประเทศสามารถที่จะเลือกตายได้ อาจจะเป็นสิทธิเท่ากันในเรื่องข้อมูล ถ้าไม่มีผู้ป่วยแพทย์จะไปเอาข้อมูลมาได้อย่างไร

๓.๑๐ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑๐ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “บิดา มารดา โดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี บริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายและทางจิต ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้” ของตำรวจ

- คิดว่าข้อนี้คงไม่มีปัญหา และไม่จำเป็นจะต้องกำหนดไว้เพราะคิดว่าแพทย์คงใช้ดุลยพินิจได้ว่าจะดำเนินการตามความเร่งด่วนหรือไม่ ให้บริการไปอย่างเต็มที่ก็คงไม่มีปัญหาอะไร แต่ถ้าจะดำเนินการเรื่องนี้ให้ได้ผลและไม่ส่งผลต่อการดำเนินการให้บริการก็ต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ครบถ้วน

- ตามกฎหมายก็มีอยู่แล้ว ก็สามารถดำเนินไปตามกฎหมาย ก็อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์อยู่แล้ว เรื่องนี้ไม่น่าจะเกี่ยวกับจริยธรรม

- ก็โอเคเพราะวุฒิภาวะ เกินกว่าสิบแปดก็ยังได้ คือถ้าเขายังอยู่ในการอุปการะของบิดามารดา คิดว่าการยินยอมคือการรักษา แต่แค่ตรวจเป็นสิทธิเสรีภาพของเขา การลงมือผ่าตัดการลงมือให้ยาซึ่งอาจมีผลข้างเคียงเสี่ยง ผู้ปกครองควรรับรู้ แต่กรณีที่เป็นสิวไปตรวจรักษาพ่อแม่ไม่ต้องพาไปถ้าไม่มีความ

เสี่ยงคงไม่ต้อง ควรจะมีหลักเกณฑ์ของจริยธรรมของแพทย์วางไว้ ไม่ใช่วางกว้างจนเกินไป จำกัดอายุ แต่ไม่จำกัดการรักษา

ประเด็นที่ ๔ การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง

๔.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ ใครจะเป็นคนทำ ถ้าแพทย์คนที่ดูแลผู้ป่วยปฏิเสธ ในกรณีที่มีบัญญัติไว้ในกฎหมาย ให้ผู้ป่วยสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตายหรือการยื้นโดยญาติ ในกรณีนี้ถ้าแพทย์ผู้รับผิดชอบ (หมอเจ้าของไข้)ปฏิเสธในการที่จะปฏิบัติตามเนื่องจากไม่ตรงกับแนวคิดทางจริยธรรมที่แพทย์คนนั้นเห็นด้วย แล้วปฏิเสธในการดำเนินการตามหนังสือโดยการขอถอนตัวจากความรับผิดชอบดังกล่าว แล้วแพทย์ท่านใดจะเป็นผู้ดำเนินการต่อในเรื่องนี้ ของตำรวจ

- แพทย์ต้องรักษาให้สุดความสามารถในวิชาชีพของตนเอง แต่ก็ต้องมีแพทย์ที่มีปริมาณเพียงพอในการดูแลรักษาดังกล่าว บางครั้งการรักษาเกินความสามารถของมนุษย์ แพทย์ก็อาจจะงานมาก ก็ต้องเข้าใจถึงสุขภาพแพทย์ด้วย แพทย์ก็ป่วยเหมือนกัน ไม่เห็นด้วยที่จะทำตามผู้ป่วยหรือญาติทุกอย่างเพราะแพทย์มีดุลยพินิจในเรื่องนี้และถ้าดำเนินการรักษาโดยมีธรรมาภิบาล
- ก็เป็นสิทธิ์ของแพทย์คนนั้น ก็ให้แพทย์คนอื่นมาดูต่อ
- แพทย์ก็คงต้องมองถึงข้อจำกัดต่างๆ ประกอบกัน รวมถึงในเรื่องค่าใช้จ่ายด้วย ก็เป็นเรื่องปกติ ไม่ได้ผิดจริยธรรมแต่อย่างใด
- ปัจจุบันก้าวไปไกลแล้ว ถ้าไม่ป่วยแต่เขาอยากจะตายแพทย์ยังต้องทำให้เขาเลย เพราะนรกสวรรค์ไม่เกี่ยวว่าจะเป็นทางวิทยาศาสตร์หรือทางการแพทย์ ถ้าผู้ป่วยสั่งอย่างนั้นจริง แพทย์ควรเช็คเรื่องจิตใจของผู้ป่วยก่อนถ้าไม่ได้เป็นโรคจิตก็ควรอนุญาตไม่ผิดจริยธรรมของแพทย์ บางคนไม่รู้สึกตัวแต่ต้องอยู่บนที่นอนตลอดเป็นเวลานานๆทุกข์ทรมารเคลื่อนไหวไม่ได้ เขาน่าจะมีโอกาสตัดสินใจใช้สิทธิ แต่ก็ต้องมีเงื่อนไขตามที่ผู้ป่วยร้องขอ ต้องให้ความรู้เขาว่าเขาจะหายได้หรือไม่อย่างถ่องแท้จริงๆ ควรมีคณะกรรมการมาเข้าร่วม อย่างน้อยเป็นคณะกรรมการทำให้รู้สึกกระจายความรู้สึก ควรมีญาติ มีจิตแพทย์ เข้าร่วม แต่ท้ายที่สุดให้น้ำหนักไปทางตัวแทนของผู้ป่วย

๔.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การลงความเห็นที่ญาติไม่เห็นด้วย เพราะอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติไปฟ้องร้องได้ ในกรณีที่แพทย์ลงความเห็นเกี่ยวกับในเรื่องการการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ตรงกับความเห็นของญาติทุกคน และอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติอาจไปฟ้องร้องได้ ของตำรวจ

- ญาติต้องเข้าในในการรักษาของแพทย์ ต้องคิดถึงชีวิตผู้ป่วยเป็นหลักให้เขามีชีวิตรอด ก็ต้องมีความเข้าใจในญาติด้วย เพราะญาติก็มองว่ายังมีหวังอยู่ แพทย์ก็ต้องดูแลอย่างเต็มความสามารถของตัวเอง
- คิดว่า ก็ควรทำตามญาติของผู้ป่วย ถ้าแพทย์อธิบายแล้วแต่ญาติไม่เห็นด้วย ก็ทำตามที่ญาติบอก แพทย์มีหน้าที่อธิบายให้ญาติเข้าใจและใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจ

- เจอกรณีนี้คิดว่าถ้าตนเองในฐานะแพทย์ก็ไม่ทำเหมือนกัน แต่ต้องบอกพี่น้องลูกหลานเขา และถ้าจะทำก็ไปถอดกันเอาเอง บางคนกลัวคนอื่นจะว่าไม่กตัญญูเลยให้รักษาอยู่อย่างนั้น ในอนาคตข้างหน้าการตัดสินใจของญาติอาจจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ญาติบางทีรู้อยู่แก่ใจแต่ให้รักษาจนวาระสุดท้ายและก็ดีที่สุดด้วย ควรให้ความรู้กับประชาชนว่าถ้าคุณจะเข้ามาเกี่ยวข้องการรักษาผู้ป่วย คุณเป็นญาติเป็นเจ้าของไข้หรือจะมอบอำนาจให้ใคร แพทย์จะได้บอกกับคนนั้นคนเดียว และถ้ามีอะไรเกิดขึ้นคนอื่นจะมาฟ้องร้องไม่ได้ แต่ก่อนอื่นต้องประชาสัมพันธ์ให้ทราบก่อน
- ไม่เห็นด้วย อย่างไรก็ต้องรักษา ญาติพี่น้องอาจไม่เข้าใจในเทคนิคการรักษา แพทย์ต้องรักษาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย

<u>ประเด็นที่ ๕ การให้การศึกษาด้านจริยธรรม</u>

๕.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การจัดให้มีการเรียนด้านจริยธรรมสำหรับนักศึกษาแพทย์ ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม ของตำรวจ

- เห็นด้วย มันต้องเป็นวิชาบังคับทุกสถาบัน ต้องมีวิชาจริยธรรมต้องมีการปฏิบัติให้เข้าใจ นอกจะรู้วิชาเทคนิควิชาชีพต้องตนเองแล้ว มีกรณีศึกษาให้ศึกษาที่ตรวจสอบได้เป็นเรื่องจริง เมื่อสามารถตรวจสอบได้ แพทย์จะได้เข้าใจว่าสังคมบ้านเราเป็นอย่างไร ต้องหล่อหลอมเรื่องจริยธรรมตั้งแต่ปีแรกที่เรียน
- เห็นด้วยมาก ถือเป็นเรื่องสำคัญมาก โดยเฉพาะ ศาล, แพทย์, ตำรวจ เพราะต้องรักษาจรรยาบรรณในวิชาชีพอย่างมาก ควรมีวิชาบังคับให้มีการศึกษาในเรื่องนี้
- นักศึกษาแพทย์ต้องปลูกฝังมาตั้งแต่เด็กๆ บางคนไม่สังคมเลยไม่สัมผัสเลย พอเขาเป็นแพทย์เขาก็อยู่ด้านเดียวด้านแพทย์ ยกตัวอย่างโรงเรียนนายร้อยเขามีหลักสูตรให้นักเรียนไปอยู่กับพ่อแม่สมมติ เป็นชาวนา ไปอยู่เลี้ยงหมู เลี้ยงไก่ ปลูกมะม่วง ไปอยู่ที่นั่นเป็นเดือนๆคลุกคลีว่าชาวบ้านที่นั่นเป็นอย่างไร ลำบากทำมาหากินอย่างไร เหนื่อยแค่ไหน ผลตอบรับดีขึ้น ปรากฏว่านักเรียนนายร้อยรุ่นหลังๆบริการโดยไม่เลือก ถ้าแพทย์มีโครงการอย่างนี้ดีไปอยู่กับผู้ป่วยที่ต้องไปหาแพทย์ทุกวี่วันไปกินนอนบ้านคนเป็นโรคเบาหวาน ถ้าทำอย่างนี้ได้ดีกว่าพูด ดีกว่าสอน เพราะไม่ซึ้ง ถ้าเขาเจอเขาถึงจะรู้

๕.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนาของตำรวจ

- ต้องมีการดำเนินการในเรื่องนี้ คิดว่าเป็นเรื่องที่ดีมาก ต้องนำเสนอในสิ่งที่เป็นคุณธรรมจริยธรรมที่เป็นสิ่ง ไม่ใช่ให้พระมานั่งสอนแล้วนั่งหลับตา ต้องให้แพทย์เข้าใจในเรื่องทางธรรมด้วย และในเรื่อง

ทางโลกแพทย์ก็ควรได้รับรู้ในเรื่องโครงสร้างของประเทศเป็นอย่างไร วิถีชีวิตในสังคมเราเป็นอย่างไร สภาวะเศรษฐกิจเป็นอย่างไร

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะพุทธศาสนาคิดว่าเป็นพื้นฐานทางจิตใจที่สมควรดำเนินการให้มี จะทำให้มีจริยธรรมมากยิ่งขึ้น

- ก็ดีนะ ศาสนาช่วยได้อยู่ในใจเขาเป็นกลไกที่ดี แต่ละศาสนามีคำสอนของเขา

๕.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท ของตำรวจ

-ไม่จำเป็นต้องไปฝึกงานชนบท ถ้าแพทย์จบมาแล้วเข้าใจโลกทัศน์อย่างเดียว ประเทศไทยจะไม่ลำบากอะไรเลย ไม่ต้องแบ่งสังคมเมืองหรือสังคมชนบท ถ้าแพทย์เข้าใจจรรยาบรรณในวิชาชีพ เข้าใจสังคม มีโลกทัศน์ที่กว้างไกล มองมุมกว้างเข้าใจ ไปอยู่ไหนก็อยู่ได้หมด

- เห็นด้วย ได้เห็นคนที่เดือดร้อนจริงๆ ได้เห็นคนที่ยากลำบาก รับรู้ถึงความเป็นอยู่ของคนในชนบท จะได้วินิจฉัยโดยไม่มีค่าตอบแทน ได้เรียนรู้ชีวิตจริง แต่จะนำมาใช้หรือไม่ก็แล้วแต่ตัวบุคคล อย่างที่เคยได้ฝึกการใช้ชีวิตกับประชาชนในชนบทก็ส่งผลต่อการที่เราเข้าใจคนเหล่านั้นมากขึ้น การให้บริการต่อคนเหล่านั้นก็จะเข้าใจเขามากยิ่งขึ้น

- อาจจะไปฝึกกับหน่วยงานอาสาสมัคร เช่น ปอเต๊กตึ้ง อาจตรงประเด็นมากกว่า เอาคนเจ็บผู้ป่วยไปส่งโรงพยาบาลแล้วพอไปถึงโรงพยาบาลแล้วแพทย์ไม่อยู่ในตอนดึก ฝึกในส่วนมี่เกี่ยวข้อง เรื่องร้ายๆที่เกิดขึ้นกับวงการแพทย์ หรืออาจมีการฝึกให้ขับรถแท็กซี่รับผู้ป่วยไปส่งบ้านแค่นี้ก็ซึ้งหลังจากรักษาแล้ว

๕.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การปฏิบัติให้เป็นประจำ และทำให้นักศึกษาแพทย์เห็นเป็นตัวอย่าง ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง ของตำรวจ

- คิดว่าถ้ามีตัวอย่างเป็นอาจารย์แพทย์ที่ดี เพราะการหล่อหลอมคนต้องซึมซับไปเรื่อยๆ และปฏิบัติด้วย เพราะนักศึกษาแพทย์แต่ละคนมาจากที่หลากหลายทำให้อยู่ในกรอบเดียวกันได้

- อาจารย์แพทย์ หรืออาจารย์ในมหาวิทยาลัยต้องทำให้เป็นตัวอย่าง ทำตัวเป็นแบบอย่าง ได้เห็นการกระทำของอาจารย์ ได้ยินคำพูดของอาจารย์ก็ฟจะส่งผลต่อตัวนักศึกษา ซึ่งเหมือนเป็นการได้เรียนรู้นอกจากการเรียนในห้องในเรื่องของวิชาการ

- การเป็นแค่ครูไม่พอต้องมีประสบการณ์ด้วย และการสอนต้องมีกรณีที่มาให้แพทย์รับรู้ให้มากขึ้น การคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยโรค ใช้ตำราที่ดี ครูเก่งๆหน้าตาดีๆเทคโนโลยีสูงๆ ไม่เท่าคนที่มีประสบการณ์นอกเหนือจากตำรา คนที่อ่านอย่างเดียวแต่พูดไม่เก่งก็ไม่ได้ ปัญหาคือการถ่ายทอดให้กับผู้เรียนได้ดีจริงๆ การคัดสรรเราไม่มีตัววัดอย่างอื่นนอกจากการสอบ แต่เชื่อว่าคนที่สอบแพทย์ไม่ได้ก็

สามารถที่จะเป็นแพทย์ได้ แต่ไม่มีวิธีการเราจะเอาอะไรมาวัด จะสัมภาษณ์อย่างเดียวมันก็ทุจริตได้ จะไปใช้ความรู้สึกก็ไม่ได้ หรือรับให้เยอะๆเข้าไว้พอพ้นปีหนึ่งก็คัดเหลือครึ่งเดียว เพราะเวลาเรียนมันจะเริ่มออกแวว และแพทย์เองก็พอดูออกว่าใครจะไปได้ ที่เหลือก็อาจจะให้ไปเรียนทางเทคนิคการแพทย์หรือเวชระเบียน

๒.๓.๒ ผู้พิพากษา

ประเด็นที่ ๑ ประเด็นความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล

๑.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ในกรณีในการที่แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อยเช่นปวดหัว ตัวร้อนเล็กน้อย หรือนอนไม่หลับ ของผู้พิพากษา

- ในการโทรศัพท์มาหาแพทย์มันน่าจะเป็นลักษณะการแนะนำ การช่วยเหลือมากกว่า ตามความเข้าใจในการรักษาเราปฏิเสธแพทย์ไม่ได้เลย แต่ในทางโทรศัพท์เราจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามก็ได้ แต่โดยทั่วไปก็คงอยากมาพบแพทย์มากกว่า
- ในส่วนของการรักษาพยาบาลที่แพทย์โทรศัพท์เข้ามาสั่งการรักษา เมื่อผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยเดิมก็น่าจะทำได้โดยให้พยาบาลผู้ช่วยหรือเลขาเป็นผู้สรุปอาการแล้วโทรศัพท์หาแพทย์เพื่อแจ้งอาการ การที่แพทย์ได้ใกล้กับผู้ป่วย พบกับผู้ป่วยก็จะเป็นข้อมูลจากการสัมผัสอย่างใกล้ชิดก็ทำให้แพทย์ได้ข้อมูลในการตรวจรักษาได้มากกว่า เป็นประเด็นในการรักษาที่น่าจะได้ผลมากกว่า
- ในการให้การรักษาทางโทรศัพท์ไม่เป็นไร ถ้าไม่เกิดปัญหาเกิดขึ้น แต่การเกิดปัญหานั้นเกิดจากความประมาทของแพทย์เองในการให้การรักษา น่าจะสละเวลามาเพื่อผู้ป่วยทำการรักษาให้ดีจะได้ไม่เกิดปัญหา เพราะการสั่งการรักษาทางโทรศัพท์นั้นแม้จะดูเป็นเรื่องเล็กน้อย แต่ถ้ามีปัญหาเกิดขึ้นจากการสั่งการนั้นเมื่อไหร่ก็จะมีปัญหา เพราะถ้าแพทย์มีเวลาไปดูซักเล็กน้อยก็จะไม่มีปัญหาเกิดขึ้น ซึ่งที่เกิดขึ้นนั้นเวลามีปัญหาเกิดขึ้นเพราะแพทย์คิดว่าไปเป็นอะไร
- ถ้าเคยเป็นผู้ป่วยเก่าแล้วก็น่าจะสามารถทำได้ แต่คนโดยส่วนใหญ่จะพยายามดูแลตนเองก่อนที่จะไปขอรับคำปรึกษาจากแพทย์ เพราะถ้าไม่เต็มที่ก็จะไม่ไปหาแพทย์ ดังนั้นโดยส่วนตัวคิดว่ากรณีเล็กน้อย ที่จะมาโรงพยาบาลจึงยังมีน้อย ดังนั้นแพทย์จึงควรมาทำการรักษาด้วยตนเอง
- ถ้าเป็นเรื่องที่มีการโทรศัพท์ไปปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลอันนี้ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่ง เพราะแม้ไม่ได้คุยกับแพทย์โดยตรงก็ไม่เสียหายอะไร

๑.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ ในกรณีที่แพทย์นั้นเมื่อจบแพทย์ออกมาแล้วก็จะมีความเชี่ยวชาญเป็นสาขาไป แต่ในการรักษาจริงนั้นต้องทำการรักษาทุกโรค ในทุกสาขา ในกรณีที่มี

การเปิดคลินิกหรือโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น พยาธิแพทย์จะตรวจชิ้นเนื้อ แต่เวลาเปิดคลินิกจะต้องทำการรักษาโรคทุกโรค ของผู้พิพากษา

- แพทย์ต้องดูขอบเขตความสามารถของตนเองว่าสามารถรักษาได้ไหม ต้องใช้สามัญสำนึกว่าชัดเจนแค่ไหนในการรักษา ถ้าตนเองมีความเชี่ยวชาญก็รักษาโดยดูสิ่งรอบข้างที่เป็นบริบทด้วย
- ต้องดูในเรื่องของการที่มีการปกปิด หรือเปิดเผยว่าเป็นเรื่องของจริยธรรมหรือประโยชน์ทางธุรกิจ
- ถ้าดูกันในเรื่องโครงสร้างต้องดูในประเด็นต่างๆ โดยเฉพาะในเรื่องของความขาดแคลนแพทย์ ก็สามารถดูว่ามีการทดแทนกันได้หรือไม่ แต่ในเรื่องนี้ก็ส่งผลต่อการส่งต่อเหมือนกัน เพราะการส่งต่อเพราะตัวเองไม่เชี่ยวชาญหรือส่งต่อที่อาจดำเนินการกันมากเกินไป โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นระบบราชการซึ่งอาจเป็นข้ออ้างถึงความไม่เชี่ยวชาญซึ่งอาจดูความชัดเจนในเรื่องนี้ได้ยาก ว่าส่งต่อนั้นถูกต้องเหมาะสมหรือไม่
- ในเรื่องของการจะต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญนั้นก็คงมีหลายประเด็น แต่ในส่วนที่ถ้าเกิดเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กก็สามารถบอกได้ว่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่พร้อมแต่ถ้าเกิดอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และไม่ได้มีความชำนาญโดยตรงก็สามารถส่งต่อไปให้แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญอื่นได้ คิดว่าเป็นเรื่องในส่วนนี้มากกว่า คือสรุปว่าแพทย์สามารถจะอ้างได้ถึงความไม่เป็นผู้เชี่ยวชาญในกรณีโรงพยาบาลขนาดเล็ก และตัวเองไม่ชำนาญโดยตรง
- โดยภาพรวมของประเทศในการใช้งานไม่ถูกกับงานก็ทำให้ประเทศต้องใช้ทรัพยากรอย่างมากที่จะให้ไปเรียนในสาขานั้นๆ น่าจะใช้คนให้ถูกกับทางสายที่แพทย์เชี่ยวชาญ แต่ถ้าจำเป็นจริงๆเมื่อไม่ทราบก็ควรหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทยืผู้เชี่ยวชาญต่อไป
- แพทย์ที่จะเปิดคลินิกก็ต้องมีความรับผิดชอบสูง จึงควรที่จะต้องแจ้งให้ชัดเจนที่คลินิกในเรื่องความเชี่ยวชาญ

๑.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การให้เวลากับผู้ป่วยของแพทย์ ในกรณีที่แพทย์โดยทั่วไปต้องมีการตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก งานล้น หรือเหตุผลอื่นๆ ของแพทย์ ทำให้มีเวลาให้กับผู้ป่วยน้อย ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง ของผู้พิพากษา

- ก็คงต้องดูว่าเราเอาอะไรมาวัด ในความเป็นจริงต้องดูกันเป็นกรณีไป แล้วแต่แพทย์ว่าจะมีการคัดกรองผู้ป่วยว่าหนักแค่ไหนตามอาการผู้ป่วย และดูจากความสามารถของแพทย์ว่างานเยอะแค่ไหนจัดสรรค์เวลาได้ไหม ในเรื่องนี้เป็นเรื่องของนโยบายระดับประเทศ เพราะถ้าเกิดจากกรณีที่สัดส่วนต่อแพทย์กับผู้ป่วยไม่มีความเหมาะสมจะต้องดำเนินการโดยรัฐ อาจมีการคัดกรองผู้ป่วยจากหนักไปเบาจะได้กำหนดเวลาที่ควรจะเป็นในการตรวจรักษาและให้เวลากับผู้ป่วยได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น
- ก็ต้องยอมรับในกรณีที่เกิดขึ้นจริง คือการจะได้คุยกับแพทย์นั้นน้อยมาก แต่จำนวนผู้ป่วยก็มีจำนวนมาก จนต้องมีความเห็นใจแพทย์เช่นเดียวกัน เรื่องนี้ต้องดูที่ปริมาณของผู้ป่วยด้วย ถึงจะบอกได้ว่าที่

ได้รับการคุยกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยนั้นน้อยตามเหตุที่ควรจะเป็นหรือไม่ แพทย์ไม่มีเวลาให้ผู้ป่วยก็คิดว่าอาจจะเกิดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยได้เหมือนกัน เรื่องนี้จึงอยู่ที่ว่าอยู่ในกรณีที่ขึ้นกับจำนวนผู้ป่วยว่ามากหรือน้อยจึงต้องดูเป็นรายกรณีไป

- เป็นที่โครงสร้างของไทยมากกว่าที่ไม่สามารถศักยภาพที่จะเพิ่มจำนวนของแพทย์ให้เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยได้ ในส่วนนี้เวลาจึงไม่เกี่ยวกับจริยธรรมของแพทย์ แต่ถ้าในกรณีที่สามารถให้ข้อมูลได้ มีเวลามากพอสมควรแต่ไม่ได้ให้ข้อเท็จจริงหรือไม่ชี้แจงอะไรในกรณีนี้ก็จะมีปัญหาได้

๑.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสั่งยาที่มีสารเคมีแบบเดียวกันแต่ผลิตในประเทศ ในกรณีที่แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย หรือที่เรียกกันว่า ยาที่ผลิตในประเทศแต่มีสารเคมีชนิดเดียวกัน (Copy) ของผู้พิพากษา

- น่าจะเป็นระเบียบการใช้ยามากกว่า แพทย์น่าจะมองในเนื้อหาของตัวยา ไม่ได้ยึดติดว่าจะผลิตที่ไหน ขอแค่หายโดยการมุ่งผลสำเร็จ แต่ก็ต้องมาคิดว่าทำอย่างไรถึงจะคุ้มครองในเรื่องนี้ได้อย่างเหมาะสม
- แพทย์ก็จะต้องดูคนดูฐานะของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร ส่วนเรื่องคุณภาพก็บอกไม่ได้ว่าอย่างไหนดีกว่ากัน ก็เป็นเรื่องที่แพทย์ก็ต้องดูโดยภาพรวมเช่นอาจสังเกตจากลักษณะของผู้ป่วยได้ เพราะการที่จะสั่งยาที่อาจมีผลไม่ต่างกันนักแต่มีราคาถูกลงมาก็อาจเหมาะสมกับผู้ป่วยได้เหมือนกัน
- สิ่งที่คุณภาพเท่ากัน ปริมาณเท่ากัน แต่ราคาถูกกว่า ถ้าเราสามารถประหยัดได้ก็สมควรที่จะทำ คิดว่าต้องเคารพในวิชาชีพของแพทย์ในการใช้ดุลยพินิจ แต่โดยส่วนตัวคิดว่าก็ยังไม่แน่ระหว่างผลของยานอกกับยาที่เป็นยาผลิตในประเทศ ต้องเคารพดุลยพินิจทั้งของแพทย์และของผู้ป่วย

<u>ประเด็นที่ ๒ ปัญหาเรื่องสินบนแพทย์</u>

๒.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนา ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ ทั้งที่มีการรับในนามโรงพยาบาลและในนามส่วนตัวของผู้พิพากษา

- ปัญหาที่มองต้องมองภาพรวมของแพทย์ว่าส่งผลกระทบต่อมาตรฐานทางกฎหมายหรือสังคมหรือไม่ ถ้าส่งผลต่อองค์รวมต่อองค์กรแพทย์ที่จำเป็นต้องห้ามในเรื่องนี้ เพราะต้องดูว่าเกิดเรื่องนี้แล้วทำให้แพทย์มีจิตใจไขว้เขวหรือไม่ เรื่องที่ดีก็คือแพทย์ได้รับข้อมูลในเรื่องยา ในเรื่องวิชาการที่ได้ไปสัมมนา แต่ก็มีผลเสียในเรื่องของการรู้สึกถึงบุญคุณของผู้ให้ทุน
-ในการรับทุนนั้นแพทย์มีหน้าที่ต้องสั่งยาจึงเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาถึงความชอบธรรม ว่าคนที่ได้รับทุนนั้นเป็นคนที่มีอำนาจในการสั่งยาหรือไม่ ถ้าทำในลักษณะขององค์กรก็ถือว่ายอมรับได้ แต่ถ้าเป็นเรื่องส่วนตัวก็ไม่เห็นด้วย

- ขึ้นอยู่กับจิตสำนึกของแพทย์แต่ละคนว่าสมควรทำหรือไม่ เพราะอย่างไรก็ตามก็ขึ้นอยู่กับตอนที่แพทย์สั่งยาอยู่ดี ถ้าแพทย์สั่งยาให้ผู้ป่วยโดยไม่มีอคติจากการรับทุนดังกล่าวก็รับได้ แต่อย่างไรก็ตามระบบอุปถัมภ์ ก็ยังมีอยู่ในสังคมไทย ดังคำที่ว่า “ความคุ้นเคยเป็นญาติอย่างยิ่ง”

๒.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับทุนจากบริษัทยาเพื่อวิจัยยา ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยาของบริษัท ของผู้พิพากษา

- มีอยู่ ๒ ประเด็น

๑.อาจจะเป็นที่ข้อมูลของยาว่าแพทย์ได้มาอย่างจำกัด

๒.เป็นการตอบแทนบุญคุณหรือไม่บางทีต้องแยกแยะให้ถูกต้องใช้ดุลยพินิจที่ถูกต้อง

ซึ่งก็ต้องมาพิจารณาว่าเป็นประเด็นใดมากกว่า ถ้าเป็นเพราะแพทย์ต้องการรู้ในเรื่องของข้อมูลก็เป็นเรื่องที่ดี แต่เมื่อไหร่ก็ตามมีการทดแทนในเรื่องของบุญคุณก็จะมีผลต่อจริยธรรมของแพทย์ได้

- เป็นการส่งเสริมในการทำงานซึ่งมีผลต่อความรู้ที่เพิ่มขึ้นของแพทย์ในการทำงาน ต้องมีหลักเกณฑ์ไม่เช่นนั้นแล้สผลประโยชน์ตรงนี้ก็จะเป็นเรื่องเฉพาะคน ควรที่จะมีการดำเนินการเป็นรูปแบบคณะกรรมการมากกว่า

๒.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับแจกสิ่งของเล็กๆ น้อยๆ ในกรณีที่แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท เช่น ปากกา ทิชชู สมุด ตำรา ของผู้พิพากษา

- ถ้าได้มาก็ถือว่าเป็นขวัญกำลังใจในการทำงานของแพทย์ ถ้าผู้ป่วยอยากจะให้เพราะความพึงพอใจในการรักษาก็ไม่น่าจะผิดอะไร
- ต้องดูว่ามีผลกระทบต่อการตัดสินใจของแพทย์หรือไม่ ถ้าไม่มีก็ถือว่าไม่ได้ผิดจริยธรรมแต่อย่างใด
- มีความคิดเห็นในลักษณะเดียวกันว่าควรดำเนินการในลักษณะขององค์กร ไม่ควรมีการับแจกเป็นรายบุคคล เพราะการที่จะได้รับในนามองค์กรก็ไม่น่าจะมีปัญหาที่จะส่งผลในการสั่งยาของแพทย์
- ระบบคนไทยเป็นระบบอุปถัมภ์ ต้องมองที่เจตนาของผู้ให้และผู้รับ ต้องดูที่เจตนาว่าต้องการผูกใจแพทย์หรือไม่ เพื่อที่จะต้องการจูงใจกันหรือไม่
- คิดว่าการหาช่องว่างของกฎหมายก็จะมีในทุกวงการ ต้องดูที่เจตนา และในเรื่องของการให้ก็ไม่ควรปิดกั้นเพราะอาจให้ด้วยความบริสุทธิ์ใจก็ได้

๒.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในกรณีที่แพทย์มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามองค์กร หรือในนามส่วนตัว ของผู้พิพากษา

- ต้องดูถึงเป้าหมายว่าทำเพื่ออะไร ว่าแพทย์ต้องดูแลองค์กรของตนเองด้วย โดยทางองค์กรมีการผลักให้แพทย์ในการดูแล เพราะแพทย์เป็นอาชีพที่สามารถส่งเสริมได้ในการใช้งานอุปกรณ์ แต่โดยหน้าที่แพทย์ควรที่จะทำการรักษาอย่างเดียวทางองค์กรหรือผู้บริหารต้องดูแลในเรื่องการใช้งานอุปกรณ์ ที่

ผ่านมาในบางโรงพยาบาลเป็นการผลักภาระไปที่แพทย์หรือไม่ที่จะต้องดำเนินการเพื่อให้คุ้มทุนต่ออุปกรณ์ทางการแพทย์เหล่านั้น

- เรื่องนี้เป็นช่องว่างในการที่จะตรวจสอบ คิดว่าน่าจะเป็นในส่วนโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าที่จะมีปัญหาในเรื่องนี้ น่าจะต้องมีการดำเนินการตั้งคณะกรรมการในการรับค่าตอบแทนในส่วนนั้น ให้เป็นรูปธรรมถ้าจะมีค่าตอบแทนจริงๆ และโดยส่วนตัวคิดว่าที่ผ่านมาน่าจะมีผู้กระทำผิดแต่แพทยสภาก็ไม่เคยลงโทษแพทย์ได้

- มันเป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพชีวิตของคน จึงไม่ควรที่จะมีในเรื่องการตอบแทนแบบนี้ ถ้าจะมีก็สมควรให้มาในนามการบริจาคเพื่อเป็นการบำรุงโรงพยาบาลมากกว่าเพื่อประโยชน์ในการให้บริการที่ดีขึ้น ไม่ควรให้เป็นค่าตอบแทนของแพทย์

- ถ้าเป็นการบริจาคในในอดีตจะมีประโยชน์มากเพราะเป็นการให้เพื่อต้องการให้มีการบริการที่ดี แต่ปัจจุบันเปลี่ยนไปมาก ต้องดูที่เจตนาเป็นหลัก

<u>ประเด็นที่ ๓ ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม</u>

๓.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ" ของผู้พิพากษา

- ต้องมาจากพื้นฐานของความเป็นจริงมากกว่าว่าออกกฎมาแล้วเป็นอย่างไรเหมาะสมกับลักษณะของคนไทยเราหรือไม่ ควรต้องมีการมองว่ามาจากพื้นฐานตามความเป็นจริงหรือปล่าว เป้าหมายสูงสุดอยู่ที่ตรงไหน ควรจะบอกไว้ว่าปฏิบัติจริง ข้อไหนสำคัญ ควรจะบอกไว้ตามความเป็นจริง

- คิดว่าแพทย์มีการประกาศสิทธิในเรื่องนี้เพื่อตัวของแพทย์เองมากกว่าเป็นการประกาศเพื่อป้องกันตัวเอง คิดว่าประชาชนก็อาจจะไม่ได้อ่าน เพราะการที่ประชาชนไปพบแพทย์ก็อยากเจอแพทย์เพื่อทำการรักษาเท่านั้น

- ในส่วนที่กฎหมายกำหนดก็ต้องสามารถทำได้อยู่แล้ว ในทางปฏิบัติถ้าสามารถทำได้ก็ดี เพราะแม้จะมีการปิดประกาศเอาไว้ก็จริงแต่ถ้าไม่เกิดในทางปฏิบัติก็ถือว่าเป็นการติดไว้เพื่อเป็นการป้องกันตนเองเท่านั้น

๓.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๒ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิด้านการเมือง เพศ อายุและลักษณะของการเจ็บป่วย" ของผู้พิพากษา

- ก็ดีแต่ควรมีการประชาสัมพันธ์โดยอาจมีทีมประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลมาประชาสัมพันธ์ให้ทราบ

๓.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๓ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน เพื่อสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมและไม่ยินยอมให้การรักษาพยาบาล” ของผู้พิพากษา

- เป็นเรื่องที่ประเทศไทยควรมี แต่ที่ผ่านมาเป็นการเริ่มมาจากข้างบน ควรจะมีการเริ่มมาจากฐานเนื่องจากประชาชนยังมีความยากจนอยู่ ไม่มีเวลาคิดในเรื่องนี้ และคิดว่าผู้ป่วยมีสิทธิในการเลือกการรักการรักษาอยู่แล้วแล้วแต่วิจารณญานในการเลือกสิ่งที่ดีที่สุด

๓.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๔ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือโดยรีบด่วน ตามความจำเป็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะขอร้องหรือไม่” ของผู้พิพากษา

- คิดว่าเป็นเรื่องของภาพรวมของประเทศมากกว่าที่มักมีการต่อสู้กันด้วยการนำความคิดไปเป็นตัวอักษรแล้วบัญญัติเอาไว้ให้ชัดเจน คนทำผิดจะได้ไม่มีข้ออ้างเท่านั้น เรื่องนี้ก็เข้าทำนองเดียวกันพยายามจะดำเนินการให้เป็นการบัญญัติไว้เท่านั้น ควรจะดำเนินการให้เป็นรูปธรรมมากกว่า

๓.๕ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๕ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับทราบ ชื่อสกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้บริการตน” ของผู้พิพากษา

- ก็ควรจะรู้เพราะไม่ใช่เรื่องที่จะต้องปกปิดอะไร คิดว่าเป็นเรื่องดีเพื่อจะได้ประกอบการตัดสินใจ

๓.๖ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๖ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนเองและมีสิทธิขอเปลี่ยนผู้บริการและสถานบริการได้” ของผู้พิพากษา

- คิดว่าส่วนใหญ่ในฐานะประชาชนในการที่จะเข้าไปเข้ารับการรักษาก็ไม่มีทางเลือกอยู่แล้ว ข้อนี้จึงไม่น่าจะมีผลอะไร เพราะประชาชนจะไม่มีทางเลือกอยู่แล้ว
- มันไม่น่าจะถูกต้องถ้าโรงพยาบาลจะปกปิดข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ต่อผู้ป่วย เพราะถ้าทางโรงพยาบาลทำดีแล้วหรือให้การบริการที่ดีผู้ป่วยก็ไม่น่าจะเปลี่ยนไปรักษาที่อื่น
- การที่ผู้ป่วยได้ทราบในเรื่องของการรักษาจากความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาก็จะได้ตัดสินใจได้มากขึ้น ก็เป็นเรื่องที่ดี

๓.๗ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๗ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติตามกฎหมาย” ของผู้พิพากษา

- สมควรจะปกปิดเมื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

๓.๘ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๘ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม/ถอนตัว จากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ” ของผู้พิพากษา

- ก็เป็นเรื่องที่ควรจะได้รับข้อมูลจากแพทย์ผู้ทำการวิจัย

๓.๙ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๙ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิ ที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้บุคคลอื่น” ของผู้พิพากษา

- น่าจะเป็นข้อมูลที่สามารถเปิดเผยต่อผู้ป่วยได้ ซึ่งผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะคัดถ่ายเอกสารไม่ว่าจะไปทำอะไรก็ได้ เพราะว่าถ้ายิ่งปกปิดก็ยิ่งอยากรู้เป็นเรื่องธรรมดา

๓.๑๐ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑๐ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “บิดา มารดา โดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี บริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายและทางจิต ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้” ของผู้พิพากษา

- คิดว่าข้อนี้ถ้าแพทย์มีจรรยาบรรณก็สามารถให้ข้อมูลกับญาติได้อยู่แล้ว คิดว่าในส่วนข้อนี้ไม่น่าจะมีประโยชน์อะไรในการกำหนดเอาไว้มากนัก

<u>ประเด็นที่ ๔ การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง</u>

๔.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ ใครจะเป็นคนทำ ถ้าแพทย์คนที่ดูแลผู้ป่วยปฏิเสธ ในกรณีที่มีบัญญัติไว้ในกฎหมาย ให้ผู้ป่วยสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตายหรือการยื้นโดยญาติ ในกรณีนี้ถ้าแพทย์ผู้รับผิดชอบ (หมอเจ้าของไข้)ปฏิเสธในการที่จะปฏิบัติตามเนื่องจากไม่ตรงกับแนวคิดทางจริยธรรมที่แพทย์คนนั้นเห็นด้วย แล้วปฏิเสธในการดำเนินการตามหนังสือโดยการขอถอนตัวจากความรับผิดชอบดังกล่าว แล้วแพทย์ท่านใดจะเป็นผู้ดำเนินการต่อในเรื่องนี้ ของผู้พิพากษา

-จากที่ดูแล้วไม่น่าจะผิด น่าจะดูจากวิธีการในการรักษา น่าจะเป็นเรื่องของผู้ป่วยกับแพทย์มากกว่าหรือหาใครมาช่วยในการตัดสินใจ เมื่อถอนตัวไปแล้วก็ควรที่จะหาคนอื่นเข้ามาแทน แต่คิดว่าไม่ควรจะถอนตัวเพราะจะดูว่าเป็นการหนีปัญหา

- ปัญหาคือไม่ว่าจะมีการกำหนดวิธีการออกมาอย่างไร แต่อยู่ที่เจตนามากกว่าในทางกฎหมาย

- ก็ต้องให้แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญคนอื่นดูแลต่อไป ถ้าด้วยจรรยาบรรณของแพทย์ก็น่าจะพูดอาการตามจริงแก่ญาติ

- โดยธรรมชาติถ้าแพทย์จะไม่ทำอย่างนั้นก็ต้องส่งต่อไปให้แพทย์คนอื่นต่อไปและแพทย์คนอื่นก็จะสามารถปฏิเสธการรักษาได้เหมือนกัน ถ้าจะปฏิเสธต้องมีมาตรการในการปฏิเสธในการรักษาว่าจะดำเนินการอย่างไรให้มีคนทำหน้าที่นั้น ต้องดำเนินการจัดทำช่องทางเอาไว้ ถ้าแพทย์ส่วนใหญ่ยอมรับ

ได้ก็น่าจะดีเพราะเป็นเรื่องของวิชาชีพที่ต้องกำหนด เพราะในหนทางต่างๆก็อาจเป็นไปได้ทั้งหมด บางครั้งก็อาจทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจริงๆก็ได้

๔.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การลงความเห็นที่ญาติไม่เห็นด้วย เพราะอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติไปฟ้องร้องได้ ในกรณีที่แพทย์ลงความเห็นเกี่ยวกับในเรื่องการการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ตรงกับความเห็นของญาติทุกคน และอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติอาจไปฟ้องร้องได้ ของผู้พิพากษา

- คิดว่าเป็นสิทธิ์ของแต่ละบุคคลทั้งแพทย์และญาติโดยดูขอบเขตของกฎและระเบียบ มุมมองทางกฎหมายเรื่องนี้ก็ไม่ได้มีความผิดอะไร แต่ในเรื่องนี้สิทธิและหน้าที่ก็ควรจะไปด้วยกัน แพทย์ก็ต้องบอกว่าผู้ป่วยจะไปได้แค่ไหนอย่างไร ต้องบอกให้ใช้สิทธิในการที่จะเลือก
- ถ้าแพทย์ได้รักษาอย่างเต็มที่แล้วก็ควรที่จะบอกญาติตรงๆ แล้วอธิบายเหตุผลอย่างแท้จริง และตอบรับเจตนาของผู้ป่วยเป็นหลัก
- ในกรณีนี้ต้องดูมาตั้งแต่ต้นว่าแพทย์มีความใส่ใจตั้งแต่แรกหรือไม่ แพทย์ต้องดูว่าผู้ป่วยเคยบอกหรือแสดงเจตนาใดไว้หรือไม่ ซึ่งญาติก็ต้องรู้สถานะของผู้ป่วยด้วย
- โดยสรุปในเรื่องนี้จะขึ้นอยู่กับสองเรื่องสำคัญคือ

    ๑. ความจริง

    ๒. ความใส่ใจ

    ถ้ามีสองเรื่องนี้และดำเนินการอย่างเหมาะสมก็คงไม่เกิดปัญหาอย่างแน่นอน

- เมื่อมีการให้สิทธิผู้ป่วยไปแล้วก็ต้องทำตามผู้ป่วย ต้องอธิบายให้ญาติเข้าใจ และอธิบายอาการลักษณะแต่ถ้าญาติไม่ยอมหรือจะเปลี่ยนคณะแพทย์ในการรักษาก็ว่ากันไปตามระเบียบ
- ต้องมีการให้สิทธิกับญาติ ให้ญาติได้มีโอกาสทำบันทึกถึงแพทย์ในการรักษาต่อ หรืออาจเปลี่ยนแพทย์เปลี่ยนคณะแพทย์ในการรักษาได้

<u>ประเด็นที่ ๕ การให้การศึกษาด้านจริยธรรม</u>

๕.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การจัดให้มีการเรียนด้านจริยธรรมสำหรับนักศึกษาแพทย์ ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม ของผู้พิพากษา

- การสอนเรื่องนี้จะมีผลต่อนักศึกษาโดยตรง หรือแม้กระทั้งผู้ใหญ่ก็จะมีผล แต่ในความเป็นจริงนั้นควรที่จะสอนตั้งแต่อนุบาลไม่ใช่เฉพาะนักศึกษาแพทย์ มันเป็นเรื่องของภายในจิตใจ ต้องมีการพัฒนามาตั้งแต่เด็ก

-ควรดำเนินการให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดกันในเรื่องจริยธรรม ให้ได้แนวความคิด น่าจะมีประโยชน์มากกว่า

- เห็นด้วยอย่างยิ่งที่จะดำเนินการให้มีในเรื่องนี้ เพราะเป็นแพทย์ที่ดีอย่างเดียวแต่ไม่มีจิตบริการ ก็คงไม่ดี ดังนั้นแพทย์จึงควรมีวิชาจริยธรรม ควรมีกฎข้อบังคับที่เหมาะสมกับวิชาชีพแพทย์
- ควรที่จะจัดการเรียนการสอนให้เป็นวิชาหลัก แต่อย่างไรก็ตามในการสร้างแพทย์ให้ดีนั้นขึ้นอยู่กับนักศึกษาแพทย์เอง เพราะคิดว่าด้วยการพัฒนาในวิชาชีพการจะสอนให้ผ่าตัด ให้รักษาผู้ป่วยนั้นคงทำได้ไม่ยากนัก แต่จะสร้างให้นักศึกษาแพทย์ได้เห็นชีวิตของผู้อื่นเป็นเรื่องสำคัญนั้นยาก เมื่อเรื่องนี้ยากก็ต้องไม่ละเลยในเรื่องจริยธรรม คิดว่าในปัจจุบันนักศึกษาเป็นคนในปัจจุบันที่ไม่ได้มีวิถีแบบเดิมแล้วที่มีปู่ยาตายายคอยสอนจริยธรรม พาไปวัดทำบุญ ไหว้พระ ฟังธรรม

๕.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนาของผู้พิพากษา

- ทางด้านวิชาการคิดว่าน่าจะตกผลึกในเรื่องนี้ว่าน่าจะเป็นเรื่องที่ดี ดังนั้นในส่วนของมหาวิทยาลัยก็ควรที่จะนำไปทำกิจกรรม
- เห็นด้วยกับเรื่องนี้ เพราะว่าแพทย์เรียนอย่างเดียวจะมีความรู้ในเรื่องชีวิตน้อยจะได้พัฒนาในส่วนนี้ด้วย
- เห็นด้วยอย่างยิ่งที่จะนำนักศึกษาออกไปทำกิจกรรม ก็เหมาะสมกับอาชีพซึ่งแพทย์ต้องมีจริยธรรม ศีลธรรม พอมีปัญหาอะไรมากๆจะได้แก้ปัญหาได้ แล้วก็จะทำให้แพทย์คิดอะไรได้มากขึ้น เข้าจะธรรมชาติมากขึ้น เข้าใจอะไรหลายๆอย่างมากขึ้น ควรมีการปฏิบัติธรรมเพราะคิดว่าการที่ได้ปฏิบัติธรรมโดยไม่พูดกับใครได้อยู่กับตัวเองตลอดเวลาบ้างในบางครั้งก็จะทำให้มีการพัฒนาในด้านจิตใจของแพทย์มากยิ่งขึ้น เหมือนที่ทางผู้พิพากษาเคยได้ดำเนินการในเรื่องนี้โดยมีการทำวิปัสสนา คิดว่าแพทย์ก็ควรนำไปทำน่าจะมีประโยชน์เป็นอย่างมาก

๕.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท ของผู้พิพากษา

- อยู่ที่ความคิดของแต่ละบุคคลแล้วเราเสนอความคิดเข้าไปให้เด็กว่าควรจะทำแบบไหน แล้วยิ่งนักศึกษาได้ไปเจอได้ไปอยู่ที่ชนบทก็อาจจะทำได้ดีขึ้น
- คิดว่าดี แพทย์ต้องให้บริการคนทุกระดับ เป็นการปลูกฝังว่า หน้าที่ของแพทย์ต้องบริการทุกระดับ ทั้งยากจน ฐานะดี ก็ต้องให้บริการที่เท่าเทียมกัน
- ก็ดีให้ได้เห็นชีวิตพื้นฐานจริงๆ ของสังคม ได้เห็นการเพาะปลูก ปลูกผัก เห็นชีวิตจริงๆ ว่าเป็นอย่างไร สำหรับนักศึกษาแพทย์บางคนที่ได้เคยเห็นในเรื่องนี้ เมื่อจบแพทย์แล้วจะได้คิดถึงคนเหล่านี้ด้วย มีความเข้าใจคนในแต่ละท้องถิ่น

๕.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การปฏิบัติให้เป็นประจำ และทำให้นักศึกษาแพทย์เห็นเป็นตัวอย่าง ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง ของผู้พิพากษา

- ต้องหาตัวอย่างที่ดีให้นักศึกษาแพทย์ดูว่าทำอย่างไรถึงจะถูกต้อง ต้องมีการจัดในเรื่องการดูแลฐานะครอบครัวกับเรื่องความรับผิดชอบในหน้าที่แพทย์ให้มีความสมดุลกันในชีวิตของแพทย์
- นักศึกษาแพทย์ก็ต้องเลือกดึงตัวอย่างที่ดีนำมาปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองมากที่สุด นักศึกษาหลายส่วนที่จะเป็นไปตามอาจารย์ คนที่มีความเป็นตัวเองมากมีจิตใจเข้มแข็งหน่อยก็จะแยกแยะได้ ไม่ได้เป็นไปตามอาจารย์ อาจารย์จึงต้องเป็นคนดีเป็นแบบอย่างที่ดีก็จะเป็นที่ยึดเหนี่ยวของนักศึกษาแพทย์สำหรับคนที่จิตไม่แข็งจะได้ทำตามในทางที่ถูกต้อง

๒.๓.๓ อัยการ

<u>ประเด็นที่ ๑ ประเด็นความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล</u>

๑.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ในกรณีในการที่แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อยเช่นปวดหัว ตัวร้อนเล็กน้อย หรือนอนไม่หลับ ของอัยการ

- น่าจะมีการได้มาตรวจเพื่อจะได้เห็นสภาพของผู้ป่วย เขาเจ็บจริงอย่างไรจะอธิบายได้มากกว่าทางโทรศัพท์ การสื่อสารทางโทรศัพท์อาจอธิบายได้ไม่ชัดเจนหรือผิดพลาดได้มาก ยิ่งถ้ามีการสื่อสารผ่านพยาบาลอีกเป็นบุคคลที่สามทำให้การสื่อสารโอกาสผิดพลาดขึ้นได้อีก ควรมาตรวจดีกว่า
- การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในมุมมองผมไม่เห็นด้วยเพราะมีโอกาสวินิจฉัยผิดพลาดได้ นึกแม้ว่าเป็นไข้หวัดเล็กๆน้อยๆ ถ้าเราไม่ได้พบแพทย์โดยตรงผิดพลาดได้ ถ้าเป็นไปได้อยากให้มาตรวจสังเกตอาการ
- อธิบายไปโดยไม่เห็นผู้ป่วยมันเสี่ยง ถ้าเกิดไปดูร่างกายจะวินิจฉัยได้ แต่ถ้าให้ยาไปกินโดยการสั่งไม่เห็นผู้ป่วยเกิดการผิดพลาดขึ้นมาทำให้เสี่ยงในทางกฎหมายได้

๑.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ ในกรณีที่แพทย์นั้นเมื่อจบแพทย์ออกมาแล้วก็จะมีความเชี่ยวชาญเป็นสาขาไป แต่ในการรักษาจริงนั้นต้องทำการรักษาทุกโรค ในทุกสาขา ในกรณีที่มีการเปิดคลินิกหรือโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น พยาธิแพทย์จะตรวจชิ้นเนื้อ แต่เวลาเปิดคลินิกจะต้องทำการรักษาโรคทุกโรค ของอัยการ

- ถ้าเป็นโรคที่ทั่วๆไปแพทย์ก็น่าจะรักษาได้ เช่นปวดหัวตัวร้อนเป็นไข้ แพทย์ทั่วไปจบมาก็น่าจะรักษาได้ ถ้าเป็นแพทย์เฉพาะทาง เช่น เป็นโรคผิวหนัง ทันตกรรม คงไม่ไปรักษาผู้ป่วยอย่างอื่นได้ ควรจะปิดประกาศให้ชัดเจนว่าแพทย์มีความสามารถด้านใด ตอนนี้มีข่าวอยู่เหมือนกัน คนที่จบพยาบาลไปเปิด

รักษาผู้ป่วยก็มี แล้วเปิดอยู่ได้อย่างไร แล้วคนก็เรียกพยาบาลว่าแพทย์ เพราะว่าการวินิจฉัยโรคการตรวจสู้แพทย์เขาไม่ได้เพราะไม่ได้เรียนมาโดยตรง

- ถ้าเป็นแพทย์ที่เราเชื่อถือ มีความเชี่ยวชาญ มุมมองของผู้ป่วยได้พบแพทย์แล้วแพทย์ควรรักษาทั่วๆไปทุกโรค แต่ถ้าเป็นไปได้อยากให้เชี่ยวชาญจะได้วินิจฉัยได้แน่นอนและก็แม่นมากกว่า แต่สังคมเราบางทียังไม่พร้อมแพทย์ยังน้อย จำเป็นวินิจฉัยพื้นๆไปก่อน

- แพทย์ที่เรียนเฉพาะทางต้องมีพื้นฐานทั่วไป ต้องดูเป็นรายกรณีที่มีความรู้แพทย์ แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยเฉพาะทางมาปรึกษารักษา อาจทำให้มีปัญหาตรงนี้ได้ เว้นแต่เป็นเหตุด่วน ฉุกเฉิน จำเป็นต้องช่วยไม่ทำอันตรายแต่ต้องอยู่ในขอบเขต

๑.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การให้เวลากับผู้ป่วยของแพทย์ ในกรณีที่แพทย์โดยทั่วไปต้องมีการตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก งานล้น หรือเหตุผลอื่นๆ ของแพทย์ ทำให้มีเวลาให้กับผู้ป่วยน้อย ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง ของอัยการ

- รัฐน่าจะมีนโยบายในการผลิตนักศึกษาแพทย์ จบมาก็ลาออกบ้างก็ไปอยู่เอกชน บ้างก็ไปศึกษาต่อ ต้องมีมาตราการของการควบคุมจริยธรรมแพทย์ และผลิตแพทย์ให้มากขึ้น

- การตรวจมีเวลาน้อย ความเห็นอยากให้แพทย์มาตรงเวลา นัดแรกที่นัดผู้ป่วยไว้ไม่เป็นไรทำเรื่องเวลาไม่ได้แต่นัดต่อไปให้ล็อควันเวลาไว้

- ตอนนี้มี ข้อกฎหมายข้อกำหนดสิทธิผู้ป่วยออกมาจากแพทยสภาให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการรักษา แพทย์ต้องปิดประกาศให้ทราบแต่ถ้าไม่ประกาศมีปัญหาได้ ต้องเป็นหน้าที่ของผู้ป่วยด้วยที่ควรจะรู้

๑.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสั่งยาที่มีสารเคมีแบบเดียวกันแต่ผลิตในประเทศ ในกรณีที่แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย หรือที่เรียกกันว่า ยาที่ผลิตในประเทศแต่มีสารเคมีชนิดเดียวกัน (Copy) ของอัยการ

- ทุกโรงพยาบาลควรจะให้มีการจัดยาอย่างดีให้แก่ผู้ป่วย เช่น จัดยาลดไขมันให้ยาตัวที่มีคุณภาพต่ำๆ ผู้ป่วยทานเข้าไปก็มีอาการข้างเคียงแทนที่ผู้ป่วยจะดีขึ้นก็มีอาการข้างเคียงขึ้นมา การแก้ปัญหาเห็นว่าควรจะให้ยาตัวดีๆไปเลย ยาดีๆถึงจะแพงแต่คุณภาพดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย ให้แต่ยาถูกๆ อาจมีผลข้างเคียงไปทำอันตรายตับ หรืออย่างอื่นได้

- ถ้าคุณภาพเหมือนกันประสิทิภาพเหมือนกัน แพทย์สามารถทำได้

- ยาที่แพทย์สั่งยาต้นบับจริงๆมันแพง ยาที่ผลิตในประเทศ (Copy or Local made) ราคาถูกกว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยก็มีหลายระดับ คนมีเงินก็ไม่มีปัญหา แต่ในจรรยาบรรณแพทย์หรือแม้แต่คนในวงการ ยา Copy หรือ Local made น่าจะได้ผลบ้างถึงแม้ไม่มาก อยู่ในดุลพินิจของแพทย์ กินไปแล้วไม่ได้เสียหายอะไรมากนัก กินแล้วสองวันหรือสิบวันหายก็น่าจะได้ แต่ไม่ใช้ว่าจะทำแบบนี้กับผู้ป่วย

ทุกราย ถ้ายา Copy หรือ Local made กินแล้วมีแต่เปลืองไม่หายคิดว่ารัฐน่าจะช่วยเหลือในบางส่วนดีกว่าเพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ยาที่ดี

ประเด็นที่ ๒ ปัญหาเรื่องสินบนแพทย์

๒.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนา ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ ทั้งที่มีการรับในนามโรงพยาบาลและในนามส่วนตัวของอัยการ

- เรื่องประโยชน์ในลักษณะที่เป็นทรัพย์สิน อ้างว่าไปดูงาน ไปสัมมนา ถ้าพูดจริงๆก็คือไปเที่ยว การที่ได้ราคายาที่สูงหรือแพง เพราะบางทีพ่อค้ายาบวกจากตรงนี้ไปด้วยแล้วก็อาจมีส่วนเป็นไปได้
- ก็ดีเป็นการเพิ่มพูนประสบการณ์ความรู้ โดยทางรัฐบาลไม่ต้องไปลงทุนอะไร คิดว่ามันไม่น่าเสียหายทางจริยธรรม แพทย์ไปได้ความรู้มาก็เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย ถ้าให้ในนามองค์กรนั้นดีกว่า องค์กรก็จัดการไปเป็นส่วนรวม
- ถ้าไม่มีกฎหมายห้ามน่าจะทำได้โดยหลักการ แต่แพทย์ต้องมีจรรยาบรรณไปแล้วต้องสั่งแต่ยาบริษัทนั้นก็เป็นเรื่องไม่ดี แต่ถ้าไปเพื่อราชการมีประโยชน์กลับมาแล้วนำความรู้มาอันนี้ทำได้ แต่ถ้าไปด้วยการแอบแฝงด้วยการทำธุรกิจอันนี้ไม่ดีควรมีการตรวจสอบ

๒.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับทุนจากบริษัทยาเพื่อวิจัยยา ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยาของบริษัท ของอัยการ

- เป็นลักษณะเดียวกันกับให้ทุนไปสัมมนา ความเห็นก็คล้ายกันถ้าเป็นประโยชน์ก็สามารถทำได้
- ให้มามีแต่ได้ไม่มีข้อผูกพันก็ดี แต่ถ้ารับแล้วต้องผูกพันกับบริษัทยานั้นไม่ควรทำ

๒.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับแจกสิ่งของเล็กๆ น้อยๆ ในกรณีที่แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท เช่น ปากกา ทิชชู สมุด ตำรา ของอัยการ

- ก็ถือว่าเป็นการรับประโยชน์คือทรัพย์สินแต่เป็นทางอ้อม
- ไม่ควรรับของขวัญเกินสามพันบาท แต่ถ้าให้แบบซอยหลายครั้งแล้วเกิน เขาเรียกว่าเลี่ยงมากกว่า แต่เจตนาจริงแล้วน่าจะห้ามด้วย

๒.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในกรณีที่แพทย์มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามองค์กร หรือในนามส่วนตัว ของอัยการ

- เรื่องเปอร์เซ็นต์นี้แน่นอนแพร่หลายไปหมด คำว่าให้ ถ้าให้โดยไม่มีค่าตอบแทนอย่างนี้ก็ยอมรับได้ แต่ถ้าให้แล้วมีค่าตอบแทนถือว่าติดสินบน แต่ถ้าเป็นการให้ด้วยสิ่งของอุปกรณ์การแพทย์หรือโรงพยาบาลแล้วโรงพยาบาลไปจัดสรรว่าจะให้ส่วนไหนบ้างหรือจะกระจายให้โรงพยาบาลต่างจังหวัดอย่างนี้ถือว่าดี

- ถ้าให้ในนามของบุคคลหรือแพทย์ ไม่เห็นด้วย ถ้าเป็นในนามโรงพยาบาลก็เห็นด้วย
- กลายเป็นธุรกิจแล้ว จริงๆไม่ควรที่จะมี มีก็ไม่บริสุทธิ์ทำเพื่อหวังสิ่งตอบแทน เหมือนสินบนอย่างหนึ่งที่ไม่มีกฎหมายแค่นั้นเอง

ประเด็นที่ ๓ ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม

๓.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ" ของอัยการ

- ประกาศไว้ก็ดี แต่บางคนก็ไม่รู้ที่เป็นชาวบ้านต้องมีรายละเอียดให้ชัดเจนด้วยว่ารัฐธรรมนูญคืออะไร
- เห็นด้วยกับข้อนี้ ส่วนมากแพทย์ไม่ค่อยพูด
- อันนี้เป็นเรื่องมิติใหม่ของรัฐธรรมนูญไทย ที่กำหนดเรื่องสิทธิผู้ป่วยไว้ เพื่อเป็นกฎหมายบังคับ และเมื่อออกมาเป็นอย่างนี้แล้วก็ควรให้มีผลทางปฏิบัติ ควรออกกฎหมายลูกให้เป็นรูปธรรม อย่าเพียงเขียนไว้ลอยๆ

๓.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๒ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิด้านการเมือง เพศ อายุและลักษณะของการเจ็บป่วย" ของอัยการ

- เป็นหลักการทั่วไปอยู่แล้ว
- ถูกต้องในเรื่องที่เกี่ยวกับความเสมอภาคกัน บางทีประเทศที่ไม่ถูกกับเรามารักษาแพทย์ยังช่วยเหลือดีมาก

๓.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๓ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน เพื่อสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมและไม่ยินยอมให้การรักษาพยาบาล" ของอัยการ

- ส่วนมากสิทธิ์ชาวบ้านไม่ค่อยรู้
- ต้องบอกให้เข้าใจ แพทย์บางคนไม่ค่อยบอกไม่ค่อยพูด หากทำความเข้าใจไม่ค่อยมีปัญหา ผู้ป่วยไม่อยากฟ้องแพทย์เขามองแพทย์เหมือนเทวดา มาหาแพทย์แล้วสบายใจแล้วขอให้แพทย์พูดเปิดอก
- อันนี้สำคัญ เราประกาศให้ชาวบ้านรู้ตอนไหน ปิดประกาศตามโรงพยาบาล หรือเสียงตามสาย ต้องให้ชัดชาวบ้านบางคนก็ไม่รู้ ผู้ป่วยมาบางคนอ่านหนังสือไม่ออกก็มี

๓.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๔ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือโดยรีบด่วน ตามความจำเป็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะขอร้องหรือไม่" ของอัยการ

- โรงพยาบาลเอกชนเข้าไปต้องเสียเงินก่อน
- ใช่ถูกต้องช่วยชีวิตคนสำคัญไว้ก่อน โรงพยาบาลเอกชนต้องช่วยก่อนเบื้องต้นตามความจำเป็น
- เรื่องนี้แล้วแต่หลักสากล บางประเทศบอกว่าสิทธิของมนุษย์สำคัญที่สุด บางประเทศเขาไม่ให้แพทย์มายุ่งเพราะฉะนั้นแพทย์จะทำไม่ได้ แต่ประเทศไทยเห็นผู้ป่วยจะตายหรือฉุกเฉินก็รีบจะช่วย มีกฎหมายอาญาเห็นคนใกล้จะตายช่วยได้แต่ไม่ช่วยก็จะเป็นปัญหาได้

๓.๕ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๕ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับทราบ ชื่อสกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้บริการตน” ของอัยการ

- ควรจะรายงานตัวก่อนดี เพราะบางทีไม่รู้ใครเป็นใครและก็มีความสามารถรักษาด้านไหน สมมติมีคดีเกิดปองร้ายขึ้นมาในแง่กฎหมายปลอมตัวเป็นขึ้นไม่รู้เรื่อง เอายาพิษมาใส่ ผู้ป่วยมีศัสตรูเยอะ แต่ถ้ารายรายตัวก็สามารถหาต้นตอหลักฐานได้ มองทางด้านคดี ผู้ป่วยสบายใจ
- ควรที่จะบอกให้ทราบ หากเป็นแพทย์เวร เพราะแพทย์เจ้าของไข้จะรู้ชื่อกันอยู่แล้ว
- ต้องทำบอกชื่อ สาขาอะไร ถ้าแพทย์ไม่บอกบางทีก็ไม่อาจทราบว่าเป็นแพทย์จริงหรือไม่

๓.๖ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๖ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนเองและมีสิทธิขอเปลี่ยนผู้บริการและสถานบริการได้” ของอัยการ

- เป็นสิทธิ์ของผู้ป่วยถ้าเขาไม่พอใจก็ควรจะเปลี่ยน ถ้าเปลี่ยนแพทย์ๆอาจจะไม่พอใจ เปลี่ยนแล้วกลับมารักษาอีกเขาจะรับรองได้ว่าเขาจะไม่ดูก็ได้เพราะไม่เชื่อฟังเขาแล้ว การแก้ไขอยู่ที่ความพึงพอใจไม่สามารถที่ไปบังคับแพทย์ได้ ผู้ป่วยก็ไปบังคับไม่ได้
- ถ้าผู้ป่วยจะเปลี่ยนควรมีเหตุผล
- เห็นควรที่เปลี่ยนได้ ไม่ทราบว่ามีความคิดเก่าๆอยู่หรือเปล่า ว่าผู้ป่วยมีปัญหาถ้าหลบได้ก็หลบ แต่เดี๋ยวนี้แพทย์เขามีการอบรมสั่งสอน และแพทย์ก็รู้จรรยาบรรณตรงนี้เป็นอย่างดี ต้องให้สิทธิ์ผู้ป่วย

๓.๗ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๗ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติตามกฎหมาย” ของอัยการ

- ควรบอกในกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง แต่คนที่ไม่เกี่ยวข้องไม่ควรบอกเพราะทำให้เขาเสียชื่อเสียง ต้องมองด้วยหลักการไม่ตายตัว แพทย์ปิดเป็นความลับ ความลับที่ว่าถ้าไปกระทบกับคนภายนอกหรือสังคมก็มีทางออกให้แพทย์พูด หรือคนที่ติดเชื้อแพทย์ไม่บอกเลยปรากฏว่าโรคนั้นระบาดติดคนออกไปทั่วได้ ต้องยืดหยุ่นได้

- ควรบอกคนในครอบครัวต้องทำความเข้าใจ หากไม่บอกจะอันตราย หรืออาจถูกฟ้องได้ว่าทำไมไม่บอก หากแพทย์บอกแล้วโดนฟ้องสามารถที่จะแก้ต่างได้ และต้องบอกผู้ที่ต้องทำหน้าที่เกี่ยวข้องแต่รู้แล้วต้องมีจริยธรรม ไม่กระจายให้คนนอกรู้
- ถ้าจะปกปิดต้องมีขอบเขตไม่ควรเปิดเผยต่อสื่อมวลชน แต่ถ้าในกลุ่มแพทย์ที่เกี่ยวข้องก็ต้องรู้ ยกตัวอย่างเหมือนกับนักร้องชื่อดังไปเปิดภาพคลิปออกสื่อ อย่างนั้นไม่ควร ถ้าในครอบครัวก็มีสิทธิ์รู้ บ้างว่าแค่ไหนควรขีดเส้น ถ้าไม่บอกมันจะสียหาย กฎหมายไม่ใช่ดูที่อักษรอย่างเดียวดูที่เจตนารมณ์ที่บอกด้วย

๓.๘ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๘ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม/ถอนตัว จากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ” ของอัยการ

- ข้อนี้คิดว่าต้องดำเนินการตามนี้อย่างแน่นอน เพราะแล้วแต่ผู้ป่วยจะเลือกและสันทัด

๓.๙ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๙ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิ ที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้บุคคลอื่น” ของอัยการ

- ให้สรุปว่าผู้ป่วยป่วยโรคอะไรดีกว่า ความเห็นไม่ควรให้ถ่ายเวชระเบียน แต่แพทย์ต้องสรุปให้ถ้าไม่ให้ผิด
- ก็ควรสรุปให้มากกว่า ไม่ใช่ถ่ายให้ไปล้วนๆต้องพิจารณาข้อมูลข่าวสารด้วยว่ามีสิทธิ์ให้ได้แค่ไหนอย่างไร ไม่ใช่ว่าจะถ่ายไปทุกจุดทุกอักษร
- เวชระเบียนเหมือนดาบสองคม แต่ถ้าถูกต้องทุกอย่างมันก็ไม่มีปัญหาเว้นแต่ว่ามีการผิดพลาด ช่วงประมาณ พศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒ เวชระเบียนที่แพทย์สั่งยาเขาเก็บหมดจะไม่ให้ แพทย์ส่วนใหญ่เป็นคนดี แต่อาจมีการผิดพลาดบ้างแต่ส่วนน้อย การรักษาตามวิชาการคนอื่นไม่เข้าใจ เวลามีการฟ้องร้องต้องตั้งคณะกรรมการสอบ

๓.๑๐ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑๐ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “บิดา มารดา โดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี บริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายและทางจิต ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้” ของอัยการ

- แพทย์ไม่กล้าทำการรักษา แต่ถ้าเร่งด่วนฉุกเฉินต้องทำเลยไม่ต้องรอ เป็นจริยธรรมของแพทย์ต้องทำ

ประเด็นที่ ๔ การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง

- แพทย์รักษาได้เลยถ้าถูกต้อง แต่ถ้าไม่ทำผิดจริยธรรม ถ้ามีปัญหาอย่างนี้เราแก้ต่างให้
- เรื่องนี้ใช้ในกฎหมายแพ่งไม่ได้หากไม่ยินยอม ไม่มีสิทธิ์จริงแต่มีสิทธิ์จำเป็นน่าจะยกเว้น เพราะถ้าปล่อยไว้ผู้ป่วยจะถึงแก่ความตาย เว้นแต่เพราะอะไร

ประเด็นที่ ๔ การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง

๔.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ ใครจะเป็นคนทำ ถ้าแพทย์คนที่ดูแลผู้ป่วยปฏิเสธ ในกรณีที่มีบัญญัติไว้ในกฎหมาย ให้ผู้ป่วยสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตายหรือการยื้นโดยญาติ ในกรณีนี้ถ้าแพทย์ผู้รับผิดชอบ (หมอเจ้าของไข้)ปฏิเสธในการที่จะปฏิบัติตามเนื่องจากไม่ตรงกับแนวคิดทางจริยธรรมที่แพทย์คนนั้นเห็นด้วย แล้วปฏิเสธในการดำเนินการตามหนังสือโดยการขอถอนตัวจากความรับผิดชอบดังกล่าว แล้วแพทย์ท่านใดจะเป็นผู้ดำเนินการต่อในเรื่องนี้ ของอัยการ

- สงสารแพทย์เหมือนกัน ก็ให้เปลี่ยนแพทย์ไป มองถึงความเป็นมนุษย์เขาสมัครใจไม่อยากอยู่ในโลกนี้แล้ว ก็ไม่น่าจะมีปัญหาอะไร เพราะรักษาไปก็ไม่มีประโยชน์
- ถ้าแพทย์ตัดสินใจเปลี่ยนใจก็ได้ เห้นด้วย มองได้สองมุมแต่เพื่อความสะดวกใจทั้งผู้ป่วยและแทพย์
- ส่วนตามสิทธิไม่มีปัญหา แต่เรื่องจิตใจ แพทย์เขาไม่ให้ผู้ป่วยตายต่อหน้า

๔.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การลงความเห็นที่ญาติไม่เห็นด้วย เพราะอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติไปฟ้องร้องได้ ในกรณีที่แพทย์ลงความเห็นเกี่ยวกับในเรื่องการการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ตรงกับความเห็นของญาติทุกคน และอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติอาจไปฟ้องร้องได้ ของอัยการ

- แพทย์เห็นมาเยอะแล้ว แต่ญาติรอปฏิหารย์
- แพทย์ต้องให้ข้อมูลและทำความเข้าใจกับญาติ แล้วญาติก็ตัดสินใจ ในปัจจุบันที่ฟ้องร้องกันส่วนมากจะเกิดจากความไม่เข้าใจกันและไม่พูดกัน แพทย์จะไม่ค่อยพูดอธิบายผู้ป่วยหรือญาติ ถ้าฟ้องไปก็จะมีคนที่คอยยุให้มีการฟ้องร้องกันอยู่แล้ว
- ถ้าวินิจฉัยลึกๆแล้วผู้ป่วยเป็นอย่างนั้นจริง ก็ไม่น่าหยุดช่วยเหลือก็ต้องทำตามที่ญาติยอมรับสภาพได้ แต่แพทย์ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าถ้าอยู่ต่อไปต้องเป็นอย่างนี้ และต้องเสียงบประมาณเสียค่าใช้จ่าย ให้เขารู้ถึงสภาพทั้งหมดเขาถึงจะตัดสินใจได้

ประเด็นที่ ๕ การให้การศึกษาด้านจริยธรรม

๕.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การจัดให้มีการเรียนด้านจริยธรรมสำหรับนักศึกษาแพทย์ ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม ของอัยการ

- แน่นอนต้องเรียนหนักเลย เพราะส่วนใหญ่นักศึกษาแพทย์จบออกมาแล้วเห็นแก่ตัวเอาแต่เก่งเรื่องหนังสืออย่างเดียว
- ควรมีหลักสูตรจริยธรรม เพราะมาจากร้อยพ่อพันแม่มาอยู่ในฐานะอีกอย่าง ความเห็นประสบการณ์ไม่เหมือนกัน เอามาหลอมให้เป็นอันเดียวกันได้ดี จะได้เห็นอกเห็นใจกัน
- ไม่มีวิชาเหล่านี้อันตราย

๕.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนาของอัยการ

- ดีมาก จะได้มีการยึดมั่นถือมั่นในตนเองลดน้อยลง
- ควรจะทำ แต่จะมีเวลาแค่ไหนหรือจะมีสักชวงก่อนนักศึกษาแพทย์จบ

๕.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท ของอัยการ

- ดี จะได้เห็นภาพของคนทุกข์ยาก เพราะส่วนใหญ่คิดอย่างเดียวคือความร่ำรวย ได้ดูวิถีชีวิตคนชนบท ได้เห็นความยากลำบาก
- ดีจะได้เห็นคนชนบทที่ทุกข์ยาก คนจนในชนบทที่มีฐานะยากจนบางทียากจนมากแทบไม่มีอะไรจะกิน

๕.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การปฏิบัติให้เป็นประจำ และทำให้นักศึกษาแพทย์เห็นเป็นตัวอย่าง ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง ของอัยการ

- การใช้ชีวิต ครองตน ครองคน ครองงาน เป็นแบบอย่างให้กับนักศึกษาแพทย์ ถ้าตัวอย่างบ้าๆบอๆ ลูกน้องก็บ้าๆบอๆนิสัยก็เหมือนกัน คนที่จะเป็นแม่พิมพ์จะต้องเป็นแบบอย่างในการครองตัว ครองตน ครองงาน น้องๆเขาก็ตามเอง
- อาจารย์แพทย์ควรเป็นแบบอย่างอยู่แล้ว

๒.๓.๔ ทนายความ

<u>ประเด็นที่ ๑ ประเด็นความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล</u>

๑.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ในกรณีในการที่แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อยเช่นปวดหัว ตัวร้อนเล็กน้อย หรือนอนไม่หลับ ของทนายความ

- มีทั้งบวกและลบ บวกคือรวดเร็ว ที่แพทย์สั่งการทางโทรศัพท์ ทางลบคือแพทย์อาจผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค พูดในด้านกฎหมายอาจเป็นแง่ในการปกป้องคุ้มครองผู้บริโภค แพทย์จะส่งผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลใหญ่หมด

๑.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ ในกรณีที่แพทย์นั้นเมื่อจบแพทย์ออกมาแล้วก็จะมีความเชี่ยวชาญเป็นสาขาไป แต่ในการรักษาจริงนั้นต้องทำการรักษาทุกโรค ในทุกสาขา ในกรณีที่มี

การเปิดคลินิกหรือโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น พยาธิแพทย์จะตรวจชิ้นเนื้อ แต่เวลาเปิดคลินิกจะต้องทำการรักษาโรคทุกโรค ของทนายความ

- แพทย์ก็ต้องรู้เองว่ามีความชำนาญมากน้อยเพียงใด และต้องมีความละเอียด รอบครอบในการให้บริการ

๑.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การให้เวลากับผู้ป่วยของแพทย์ ในกรณีที่แพทย์โดยทั่วไปต้องมีการตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก งานล้น หรือเหตุผลอื่นๆ ของแพทย์ ทำให้มีเวลาให้กับผู้ป่วยน้อย ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง ของทนายความ

- แพทย์ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบโดยการสร้างจิตสำนึกให้กับตัวแพทย์เองว่าจะพูดจะให้เวลากับผู้ป่วยได้ขนาดไหน

๑.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสั่งยาที่มีสารเคมีแบบเดียวกันแต่ผลิตในประเทศ ในกรณีที่แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย หรือที่เรียกกันว่า ยาที่ผลิตในประเทศแต่มีสารเคมีชนิดเดียวกัน (Copy) ของทนายความ

- จะเป็นยาจากภายในประเทศหรือภายนอกประเทศถ้าผลของยาที่ออกมามีค่าเท่ากันหรือหายเหมือนกันก็ไม่ต่างอะไรกันแต่ต้องมีมาตรฐาน

<u>ประเด็นที่ ๒ ปัญหาเรื่องสินบนแพทย์</u>

๒.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนา ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ ทั้งที่มีการรับในนามโรงพยาบาลและในนามส่วนตัวของทนายความ

- ต้องดูเงื่อนไขของทุนว่าเป็นอย่างไร อยู่ที่จิตสำนึกของแพทย์ว่าได้รับอะไร ดูที่เลื่อนไขถ้าเป็นประโยชน์มากกว่าถ้าเป็นส่วนน้อยก็แลก ถ้ามีประโยชน์ก็ทำถ้าไม่ดีก็ไม่ทำ

๒.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับทุนจากบริษัทยาเพื่อวิจัยยา ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยาของบริษัท ของทนายความ

- ถ้าคิดในแง่บวกถ้ารับทุนจากบริษัทยาก็จะทำให้ประเทศพัฒนาและพัฒนาตัวบุคลากรด้วย

๒.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับแจกสิ่งของเล็กๆ น้อยๆ ในกรณีที่แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท เช่น ปากกา ทิชชู สมุด ตำรา ของทนายความ

- ดูว่าเจตนารมณ์ของกฎหมายคืออะไร ผมมองดูว่าเจตนานั้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดคอร์รัปชั่น ละเว้นการปฏิบัติมากกว่าอยู่ที่การตีความและเจตนาของทั้งผู้ให้และผู้รับ ต้องสร้างทัศนะคติที่ดีงานในการรับ

๒.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในกรณีที่แพทย์มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามองค์กร หรือในนามส่วนตัว ของทนายความ

- ไม่มีผู้ใดให้ความคิดเห็นในประเด็นนี้

ประเด็นที่ ๓ ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม

๓.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ" ของทนายความ

- ปัญหาว่าสิ่งที่บัญญัติไว้นั้นเป็นกรอบ เพราะกฎหมายบัญญัติเอาไว้ ถามว่าประชาชนรู้ไหมว่าผู้ป่วยได้สิทธิ์ตามรัฐธรรมนูญแค่ไหน ถ้ารู้ก็ไม่มีปัญหาใด แต่ประชาชนจะรู้หรือไม่ ต้องเป็นการให้ความรู้กับประชาชน เนื่องจากว่าต้องยอมรับว่าคนระดับรากหญ้าส่วนใหญ่จะขาดความรู้สิทธิพื้นฐานทางกฎหมายต่างๆ สภาทนายความตอนนี้มีโครงการให้เผยแพร่ความรู้ทางกฎหมายให้กับประชาชน ตามจังหวัดต่างสภาทนายความทำโครงการนี้ ในสิ่งที่ชาวบ้านควรจะรู้กฎหมายในเรื่องต่างๆ อย่างเรื่องนี้สิทธิในการรักษาพยาบาล การทำมาหากินของประชาชน ทางการแพทย์ก็จะมีโครงการ ทางสภาทนายความก็น่าจะร่วมกันในการดำเนินการเรื่องนี้

๓.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๒ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิด้านการเมือง เพศ อายุและลักษณะของการเจ็บป่วย" ของทนายความ

- ถ้าเป็นผู้ป่วยนอก เวลาไปนั่งรอรักษาเขาก็จะเรียกชื่อก็โอเค แต่ถ้าผู้ป่วยในก็ต้องมีแพทย์เจ้าของไข้ บนหัวเตียงก็จะมีชื่อแพทย์ผู้รักษา ชื่อผู้ป่วย แต่บางครั้งเวลาแพยท์เข้าไปตรวจก็จะมีนักษาแพทย์เข้าไปด้วยเพื่อเข้าไปศึกษา ถามว่าต้องรายงานทุกคนไหม คิดว่าไม่น่าจะรายงานกับผู้ป่วยทุกคน แต่โดยทั่วไปในกรณีนี้เข้าใจว่าตัวผู้ป่วยเองหรือญาติผู้ป่วยก็อยากจะรู้ เวลามีไรจะได้ไปตามง่ายขึ้น ในส่วนบุคลากรอื่นก็น่าจะรู้ข้อมูลตรงนี้อยู่แล้ว

๓.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๓ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน เพื่อสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมและไม่ยินยอมให้การรักษาพยาบาล" ของทนายความ

- ตรงนี้เองในแต่ละฝ่ายวิชาชีพจะมีความแตกต่างกัน ยกตัวอย่างอย่างวิชาชีพทนายความ ในการช่วยเหลือคนนั้นไว้ก็จะให้คนๆนั้นไว้เป็นนายความคิด ถ้าคนๆนั้นเขาจะเปลี่ยน เขาต้องมีเหตุผล ไม่ใช่นึกอย่างจะเปลี่ยนก็เปลี่ยนได้ ไม่อย่างนั้นก็จะเสียระบบ อย่างบางคนพูดนิดถึงไม่พอใจอารมณ์เสียนิดนึงก็เปลี่ยนหัวหน้าทนายความก็อนุมัติให้ยากถ้าเป็นสภาทนายความ แต่ถ้าในฐานะสำนักงานลูกความอยากเปลี่ยนก็ให้เปลี่ยนเพราะระบบไม่ถึง อย่างแพทย์ต้องเป็นไปตามกฎหมาย การตั้งเป้ารังเกียจ ในการเปลี่ยนแพทย์ต้องมีเหตุผล ไม่ใช่นึกอยากจะเปลี่ยนก็เปลี่ยนทำให้ไม่เป็นระบบ แพทย์ก็

ต้องรู้อาการแล้วถ้าเปลี่ยนแพทย์ใหม่ก็ต้องตั้งต้นรักษาอาการใหม่ แต่ถ้าแพทย์คนนั้นไม่ฟังผู้ป่วยเลยก็แย่

๓.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๔ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือโดยรีบด่วน ตามความจำเป็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะขอร้องหรือไม่” ของทนายความ

- พูดยากว่าแพทย์ต้องแจ้งหรือไม่แจ้งอย่างไร คือถ้าแจ้งก็เกิดผลกระทบกับผู้ป่วย ถ้าไม่แจ้งก็มีผลร้ายแรงที่อาจเกิดกับผู้ร่วมงานสหวิชาชีพ คิดว่าอยู่ที่แพทย์เองว่าจะแจ้งอาการของผู้ป่วยให้ทราบ ในกรณีที่เชื้ออาจจะแพร่ได้ ส่งผลต่อความร้ายแรงที่จะกระทบกับครอบครัวเขา กับเพื่อนร่วมงานต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้ปกป้อง แต่ถ้าเป็นการร้ายแรงของการเจ็บป่วยแต่ไม่ติดต่อ เช่น มะเร็ง อันนี้แพทย์ไม่ควรบอกผู้ป่วยเลย เว้นเสียแต่อยู่ในภาวะที่ประเมินแล้ว สรุปว่า “บอกดีกว่าไม่บอก” ประเด็นหลักแล้วร้อยละ ๙๐ ผู้ป่วยจะหมดกำลังใจเสียก่อนในการรักษา ในเมื่อตัวหมดกำลังใจเสียก่อนโรคก็รุมเร้า ขนาดไม่รู้ไม่มีกำลังใจยังทำให้เสียชีวิตเร็ว หลังจากที่รู้ไม่เกินสามเดือนต้องรู้ระยะที่สี่แล้วก็ยังไม่รู้ ในความเห็นแล้วแพทย์ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ

๓.๕ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๕ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับทราบ ชื่อสกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้บริการตน” ของทนายความ

- ในปัจจุบันมันก็ยังโยงมาเรื่องการให้ความยินยอม เป็นผู้เยาว์ยังไม่สามารถคือมีกรณีกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้แพทย์ก็เกิดปัญหา เกิดอะไรขึ้นก็บอกว่าลูกฉันยังเป็นผู้เยาว์อยู่ ฉันยังไม่ยินยอม แพทย์ทำโดยพลการ คือการรับผิดชอบของแพทย์นั้นมันมีแต่เสมอตัว ส่วนตรงนี้ซึ่งมันเกิดปัญหาถ้าจะพบกันครึ่งทางน่าจะอยู่ที่กฎหมายต้องให้ความคุ้มครองแพทย์ ประเด็นความยินยอมนั้นตัวผู้เยาว์เองไม่สามารถตัดสินใจได้ ในกรณีรักษาพยาบาลฉุกเฉินไม่เช่นนั้นแพทย์ก็มีปัญหา แล้วการยินยอมนี้คิดว่าศาลจะตีความโดยต้องมองเป็นกรณีๆไป แพทย์ก็ทำงานลำบาก ถ้าหายแพทย์ได้ความภาคภูมิใจที่ได้เรียนมาเอาวิชาความรู้ประสบการณ์ตรงเนี้ยมาดูแลรักษาผู้ป่วย นั่นเป็นความภาคภูมิใจ ไม่มีเงินพิเศษที่จะได้จากการรักษาหาย แต่ถ้าไม่หาย เป็นกรณีเหตุสุดวิสัย แล้วบอกว่าแพทย์ต้องรับผิดชอบ ผู้ป่วยเป็นอะไรไปต่อหน้าต่อตาแพทย์ แพทย์ก็โดนว่าอีกถึงเรื่องความไม่มีจรรยาบรรณ เหมือนกับทนายที่ รู้อยู่แล้วว่าคนนี้เป็นโจร เคยทำร้ายร่างกาย ถ้าสมมติว่าถึงเวลาต้องไปดูแลเขา เพราะการเป็นทนายไม่ใช่ไปให้เขาพ้นคดีนะ แต่ไปดูแลรักษาสิทธิในทางกฎหมายของเขา ว่าเขามีสิทธิทางกฎหมายอะไรบ้าง

๓.๖ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๖ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนเองและมีสิทธิขอเปลี่ยนผู้บริการและสถานบริการได้” ของทนายความ

- ในกรณีนี้คิดว่า อธิบายลำบาก ต้องมาทำความเข้าใจว่า การทำหน้าที่ของแพทย์ถึงจุดๆหนึ่งแล้ว ในเมื่อกฎหมายรองรับ มีเรื่องสิทธิของผู้ป่วย สิทธิของญาติผู้ป่วย ภาพรวมแล้วแพทย์เองก็ต้องยอมรับ จะเอาความรู้สึกของตนเองไม่ได้

๓.๗ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๗ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติตามกฎหมาย” ของทนายความ

- ไม่มีท่านใดให้ความคิดเห็นในประเด็นนี้

๓.๘ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๘ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม/ถอนตัว จากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ” ของทนายความ

- ไม่มีท่านใดให้ความคิดเห็นในประเด็นนี้

๓.๙ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๙ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิ ที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้บุคคลอื่น” ของทนายความ

- ไม่มีท่านใดให้ความคิดเห็นในประเด็นนี้

๓.๑๐ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑๐ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “บิดา มารดา โดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี บริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายและทางจิต ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้” ของทนายความ

- ไม่มีท่านใดให้ความคิดเห็นในประเด็นนี้

<u>ประเด็นที่ ๔ การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง</u>

๔.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ ใครจะเป็นคนทำ ถ้าแพทย์คนที่ดูแลผู้ป่วยปฏิเสธ ในกรณีที่มีบัญญัติไว้ในกฎหมาย ให้ผู้ป่วยสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตายหรือการยื้นโดยญาติ ในกรณีนี้ถ้าแพทย์ผู้รับผิดชอบ (หมอเจ้าของไข้)ปฏิเสธในการที่จะปฏิบัติตามเนื่องจากไม่ตรงกับแนวคิดทางจริยธรรมที่แพทย์คนนั้นเห็นด้วย แล้วปฏิเสธในการดำเนินการตามหนังสือโดยการขอถอนตัวจากความรับผิดชอบดังกล่าว แล้วแพทย์ท่านใดจะเป็นผู้ดำเนินการต่อในเรื่องนี้ ของทนายความ

- ไม่มีท่านใดให้ความคิดเห็นในประเด็นนี้

๔.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การลงความเห็นที่ญาติไม่เห็นด้วย เพราะอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติไปฟ้องร้องได้ ในกรณีที่แพทย์ลงความเห็นเกี่ยวกับในเรื่องการการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ตรงกับความเห็นของญาติทุกคน และอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติอาจไปฟ้องร้องได้ ของทนายความ

- เรื่องนี้มันสร้างความหนักใจให้กับแพทย์ เพราะถ้าแพทย์ใช้ดุลยพินิจ แม้แต่กฎหมายยังว่าแพทย์ดุลยพินิจ ในกรณีอย่างนี้ต้องใช้ดุลพินิจของแพทย์ในการถอดเครื่องช่วยหายใจ ปัญหาอาจไม่จบแค่นั้น อาจจะตามมาในข้อกฎหมาย อย่างที่ว่าใครหมดลมก่อน หมดลมหลัง ตามกฎหมายแล้วมันจะมีเรื่องอื่นตามมา ซึ่งถ้าเป็นแพทย์ก็ต้องดูแลตัวแพทย์เอง อาจจะเกิดปัญหาตามมา ต้องเลือกทำ เพราะไม่เช่นนั้นแล้วรับผิดชอบไม่ไหว ผู้ป่วยตั้งหลายคนมีรัฐบาลช่วย แต่เวลาถูกดำเนินคดีใครช่วย เพราะฉะนั้นก็ต้องดูแลตัวเอง เพราะมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตั้งเยอะ ตรงนี้เองในกรณีที่เกิดปัญหาขึ้นมา ถึงแม้จะมีกฎหมายให้แพทย์ใช้อำนาจได้ แต่ปัญหามันไม่ได้จบ อย่างในโรงพยาบาลเอกชนให้ผู้ป่วยค่อยๆ หมดลมเอง

<u>ประเด็นที่ ๕ การให้การศึกษาด้านจริยธรรม</u>

๕.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การจัดให้มีการเรียนด้านจริยธรรมสำหรับนักศึกษาแพทย์ ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม ของทนายความ

- คิดว่าจำเป็นอย่างยิ่งเลยครับ การให้ความรู้ของการปลูกจิตสำนึกเกี่ยวกับจริยธรรม ถามว่าทำไม เพราะว่าสิ่งต่างๆเหล่านี้มันจะเป็นการปูพื้นฐานก่อนที่จะออกไปทำหน้าที่แพทย์อย่างเต็มตัว คือปูพื้นฐานตรงนี้ให้มีการเรียนหรือการสอน ฝึกในเรื่องของจริยธรรม มันไม่ใช่แค่สิ่งที่เรามองธรรมดาแล้วคิดว่าเป็นไปได้ แต่มันมีหลายสิ่งหลายอย่าง ที่มันจะให้นักศึกษาแพทย์มีโอกาสที่จะซึมซับสิ่งเหล่านี้แล้วก็จะส่งผลไปในเรื่องของการทำหน้าที่ของการที่จะใช้เวลาในการดูแลรักษา ในการที่จะไปเปิดคลินิก ข่าวเกี่ยวกับการสัมภาษณ์อาจารย์ระดับผู้บริหารในมหาวิทยาลัยเอกชน ก็มีประเด็นอาจารย์ไปเปิดสอนนอกเวลา แล้วปรากฏว่าผู้บริหารเรียกมาสอบถาม อาจารย์ท่านนั้นก็บอกว่าท่านไม่ผิด เพราะท่านสอนในมหาวิทยาลัยเต็มเวลาทุกอย่าง ท่านไม่ได้เอาเวลาของมหาวิทยาลัยไปทำงานข้างนอก แต่สิ่งที่อาจารย์คนนี้ทำผิดหรือไม่ อาจารย์ที่เป็นผู้บริหารบอกว่าเป็นสิ่งที่ผิดแล้วเนื่องจากว่าอาจารย์ที่สอนมหาวิทยาลัยในยุคหลังๆ ส่วนใหญ่ไม่ได้มีพื้นฐานของการเรียนครูมาตั้งแต่ต้น เพราะฉะนั้นจิตวิญญาณตรงนี้มันหายไปมาก เพราะตรงนี้เริ่มจะเกิดปัญหา คิดว่าของแพทย์ก็เหมือนกันศีลธรรมเป็นเรื่องจำเป็นของทนายความเวลาจบกฎหมายมาแล้วจะต้องมีใบประกอบวิชาชีพทนายความ จะต้องมาผ่านการอบรมหลักสูตรของสภาทนายความในการอบรมนั้นเราจะมีเกี่ยวกับกฎหมายเรื่องทั่วๆไปแล้ว เราจะมีเกี่ยวกับเรื่องอนุญาตทนายความ จริยธรรม จรรยาบรรณทนายความ และในข้อสอบมีเรื่องอนุญาตทนายความอีก หลักทนายความปฏิบัติตนอย่างไร อะไรที่ผิดสัญญาแล้วในชั่วโมงสุดท้ายสอบข้อเขียนเสร็จแล้วก่อนที่จะได้ใบอนุญาตทนายความ เราจะมีอบรมเกี่ยวกับเรื่องจริยธรรม เพื่อที่จะให้มีการซึมซับ คืออย่างน้อยเขาออกไปแล้วเขานำไปใช้ไม่ใช้ ให้เราได้มีโอกาสบอกเขา

๕.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา ของทนายความ

- มองว่าเป็นสิ่งที่ดี เพราะว่าในเรื่องศาสนา ศีลธรรมจริยธรรมเป็นเรื่องบริสุทธิ์ มันเป็นสิ่งที่ดี แล้วก็อีกอย่านึงผมคิดว่า การที่ให้นักศึกษาแพทย์ได้มีโอกาส ไปถือศีลหรือไปนั่งสมาธินั่นเป็นการฝึก เป็นสิ่งที่ถ้าสามารถดำเนินการได้ ก็เป็นสิ่งที่ดี การไปนั่งสมาธิทำให้จิตร่มเย็นเนี้ยจะได้มีเมตตา เพราะว่าวิชาแพทย์นั้นต้องมีเมตตา ในการรักษาชีวิต

๕.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท ของทนายความ

- เป็นเรื่องที่น่าสนับสนุน การมีโอกาสได้ออกไปชนบทให้นักศึกษาแพทย์ได้ไปสัมผัสชีวิตในชนบท สัมผัสความเป็นอยู่สัมผัสความยากลำบาก อยู่แต่ในเมืองมีแต่สิ่งอำนวยความสะดวก ตรงนี้ผมคิดว่าถึงแม้จะได้ผลตอบรับมาหนึ่งเปอร์เซ็นหรือไม่ถึง มันก็จะสร้างสมไปเรื่อยๆ ไม่งั้นมันจะขาดแพทย์ชนบทนะ ที่จะมีจิตอาสาออกไป ที่จะมีใจไปอยู่ เครื่องปรับอากาศในโรงพยาบาลก็ไม่มี เขาจะได้เรียนรู้การเป็นอยู่ของชาวบ้าน

๕.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การปฏิบัติให้เป็นประจำ และทำให้นักศึกษาแพทย์เห็นเป็นตัวอย่าง ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง ของทนายความ

-ไม่มีท่านใดให้ความคิดเห็นในประเด็นนี้

กลุ่มที่ ๓ เป็นกลุ่มผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัวจำนวน ๔๐ คน

ได้ผลการศึกษาดังนี้

<u>ประเด็นที่ ๑ ประเด็นความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล</u>

๑.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ในกรณีในการที่แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อยเช่นปวดหัว ตัวร้อนเล็กน้อย หรือนอนไม่หลับ ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- ไม่เห็นด้วย เนื่องจากแพทย์ไม่ได้ใช้เครื่องมือทางการแพทย์ตรวจ แต่ถ้าเป็นข้อแนะนำทั่วไปหรือปรึกษาอาจจะได้เพราะรักษาตามอาการเบื้องต้น
- ไม่เห็นด้วย เนื่องจากแพทย์อาจจะสั่งยาผิดจากอาการเจ็บป่วยที่แท้จริง ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย อาจจะเป็นการรักษาที่ไม่ถูกต้อง

- เห็นว่า มีความเสี่ยงต่อการผิดพลาดในการตรวจรักษาได้ โอกาสให้ข้อมูลผิดพลาดมีสูง การจะเป็นแพทย์ต้องรักษาผู้ป่วยตามอาการ ผู้ป่วยซึ่งควรมาพบแพทย์ให้ทำการตรวจรักษาจริงๆ
- ไม่ดี เพราะแพทย์ไม่สามารถเห็นอาการของผู้ป่วยที่แท้จริงว่ามีอาการรุนแรงขนาดไหน ทางที่ดีที่สุดคือแพทย์ไม่ควรสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ต้องมาทำการรักษาด้วยตัวเอง
- ถ้าแพทย์สั่งให้ผู้ป่วยไปซื้อยารับประทานเอง แพทย์คงต้องวินิจฉัยจากต้นสายปลายเหตุของโรค
- เห็นด้วยกับการที่แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยจริง เนื่องจากแพทย์มีภาระในการรักษาผู้ป่วยเยอะมากบางโรงพยาบาลแพทย์มีจำนวนไม่เพียงพอจึงจำเป็นต้องมีการสั่งการผ่านทางโทรศัพท์แต่หากผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง แพทย์ไม่ควรสั่งการทางโทรศัพท์เพราะอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้
- รู้สึกไม่พอใจกับพฤติกรรมของแพทย์แบบนี้ ซึ่งในปัจจุบันเป็นแบบนี้ส่วนมากมันเป้นการเอาเปรียบผู้อื่นที่ให้การบริการอยู่ และอาจเกิดการผิดพลาดในการรักษาได้
- ไม่เห็นด้วย เพราะบางครั้งการคิดว่าเป็นการเจ็บป่วยเล็กๆน้อยๆ แต่ในความเป็นจริงอาจเป็นมากกว่าที่เป็นอยู่ก็ได้
- น่าที่จะรักษาได้ เพราะไม่ต้องเสียเวลาไปโรงพยาบาล
- ไม่เห็นด้วย เพราะในการรักษาควรมีการตรวจร่างกายละเอียดและควรมีการประเมินการเบื้องต้น เพราะชีวิตทุกชีวิตมีค่ามากเราควรให้ความสำคัญไม่ควรมองข้ามในบางจุด เพราะอาจเป็นจุดที่สำคัญได้
- มันเป็นความสะดวกสบายกับการเดินทางไปพบแพทย์เพราะเราแค่เจ็บป่วยเล็กน้อย
- ไม่เห็นด้วย ในการสั่งการรักษาทางโทรศัพท์เพราะเกิดข้อผิดพลาดได้ง่ายกว่าแพทย์จะมารักษาด้วยตนเอง ในเมื่อเป็นแพทย์ก็ควรจะทำหน้าที่ของตนให้เต็มที่และคุ้มกับค่าตอบแทนที่ได้รับ
- หากเป็นอาการเจ็บป่วยเล็กๆน้อยๆ ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาเองได้ ถ้าโทรปรึกษาแพทย์ แล้วแพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ก็สามารถทำได้ เพราะเป็นเพียงการเจ็บป่วยเล็กน้อย แต่แพทย์ควรที่จะหมั่นโทรตรวจเช็คอาการว่าดีขึ้นเพียงใด เพื่อใส่ใจอาการผู้ป่วย หากยังไม่ดีขึ้นก็ควรนัดพบผู้ป่วยเพื่อตรวจรักษาต่อไป
- เห็นด้วย เพราะในปัจจุบันสถาบันพยาบาลปฏิบัติเช่นนั้นอยู่แล้ว
- ไม่สมควร ยกเว้นในบางกรณี เช่น ไปประชุมหรือธุระด่วน แต่ถ้าสั่งการรักษาในขณะที่อยู่บ้านนั้นเห็นว่าไม่สมควร ถือว่าเป็นความเห็นแก่ตัวในเวลาที่ปฏิบัติงานก็สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ก็ไม่ควร
- ไม่ค่อยเห็นด้วยเท่าไหร่ เพราะแพทย์มีหน้าที่อยู่เวรต้องรับผิดชอบผู้ป่วยในเวลาเวรของตัวเอง จึงไม่ควรสั่งยาหรือรักษาทางโทรศัพท์ควรมาด้วยตัวเองดีที่สุด
- ในความเห็นส่วนตัวแล้ว ไม่เห็นด้วยกับการที่แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ถึงแม้ว่าจะเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็ตาม เพราะบางทีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยเหล่านั้นอาจแฝงโรคร้ายก็เป็นได้ อย่างไรก็ตาม

จรรยาบรรณของแพทย์ก็ควรจะต้องมาดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยตัวเอง ไม่ใช่ฟังจากอาการแล้วก็ทำการรักษา เพราะอาจทำให้การรักษานั้นคลาดเคลื่อนได้

- ในมุมมองของธุรกิจหรือนักบริหาร เห็นด้วยเนื่องจากเป็นโรคไม่ร้ายแรง ทำให้สามารถมีเวลาเหลือไปตรวจผู้ป่วยที่มีอาการหนักต่อไป เพราะปัจจุบันแพทย์เป็นวิชาชีพที่ขาดแคลน แต่หากมองในมุมของผู้ป่วยที่มารับบริการ ก็ต้องการพอแพทย์อย่างใกล้ชิดทำให้อุ่นใจมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตยิ่งขึ้น
- ไม่อยากให้มีเหตุการณ์นี้เกิดขึ้น เพราะการทำงานจากคนบางครั้งอาจจะเกิดความผิดพลาด (Error) ได้ อาจจะมีการสื่อสารผิดพลาด เช่น เรื่องการสั่งยา ผู้ป่วยอาจแพ้ยาตัวที่แพทย์สั่ง เพราะแพทย์ไม่ได้เห็นประวัติ หรือผู้รับคำสั่งอธิบายไม่ครอบคลุม
- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดหัวตัวร้อนเล็กน้อย คิดว่าสามารถจ่ายยาหรือรักษาทางโทรศัพท์ได้ เพราะเป็นแค่อาการเบื้องต้น แต่ทั้งนี้แพทย์ต้องทราบประวัติส่วนตัวของผู้ป่วยด้วย
- ไม่เห็นด้วย เพราะว่าถึงแม้จะเป็นอาการที่ไม่ได้รุนแรงมากนัก แต่แพทย์ก็ควรจะทำการตรวจรักษาด้วยตนเอง เพราะอาจจะมีอาการอย่างอื่นที่พยาบาลตกหล่นไป ซึ่งอาจก่อให้เกิดอาการรุนแรงได้
- ไม่สมควรทำ น่าจะประสานแพทย์คนอื่นที่ปฏิบัติงานให้มาตรวจแทน
- ไม่เห็นด้วย เพราะโรคร้ายแรงอาจแฝงมากับอาการเล็กๆน้อยๆ แพทย์ควรตรวจอย่างละเอียด
- ไม่เห็นด้วย เนื่องจากอาการเจ็บป่วยจากการประเมินโดยผู้ประกอบอาชีพอื่นๆนั้น อาจขาดความเข้าใจในกระบวนการดำเนินโรคบางประการ
- เท่าที่พบมาพยาบาลจะโทรรายงานอาการทางโทรศัพท์ให้แพทย์ทราบและแพทย์บางท่านก็สั่งยาให้ผู้ป่วยทางโทรศัพท์
- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ปวดหัว ตัวร้อน แพทย์สามารถรักษาทางโทรศัพท์ได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการรุนแรง แต่พทย์ควรทราบประวัติผู้ป่วยก่อน
- ไม่เห็นด้วย แม้จะเป็นอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย แต่อาจจะให้ผู้ป่วยเกิดอาการหนักขึ้นในครั้งต่อๆไปได้
- เป็นสิ่งไม่ควร ในเมื่อเวรนั้นเป็นเวรของคุณ คุณควรจะดูแลรับผิดชอบทุกการกระทำ ควรจะอยู่ในสถานที่ปฏิบัตงานนั้น
- แพทย์ต้องเป็นผู้ประเมินอาการผู้ป่วยเองไม่ใช่มาสอบถามอาการทางโทรศัพท์
- แพทย์ควรให้ความสำคัญกับผู้ป่วยทุกคนไม่ว่าการรักเจ็บป่วยนั้นจะมากน้อยเพียงใด แพทย์ควรมารักษาด้วยตนเอง
- ไม่สมควร เพราะผู้ป่วยที่มาตรวจรักษานอกจากจะต้องดูแลทางร่างกายแล้วยังต้องดูแลทางด้านจิตใจด้วย
- แพทย์ไม่ควรสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ถึงแม้จะเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อยก็ตามควรจะเข้าตรวจผู้ป่วยให้แน่ชัด และให้คำแนะนำผู้ป่วย

- ไม่เห็นด้วย หากคิดค่าเงินค่าเวรที่แพทย์ได้รับแพทย์ควรอยู่ประจำจุดตรวจเพื่อตรวจร่างกายจริงให้ผู้ป่วย
- เป็นเรื่องธรรมดาที่แพทย์สามารถทำได้ แพทย์โทรศัพท์มาสั่งการรักษาควรจะให้แพทย์ที่ประจำอยู่ ณ เวลานั้นเป็นผู้ดูอาการผู้ป่วย น่าจะดีกว่า
- ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยใน (IPD) ซึ่งแพทย์ได้ตรวจอาการเบื่องต้นหรือได้ไปตรวจประจำวันแล้ว คิดว่าสามารถทำได้แพทย์บางคนโทรศัพท์มาถามอาการก็มี หรือสั่งให้พยาบาลรายงานให้ทราบภายหลัง ๓๐ นาที หรือ ๑ ชั่วโมง
- ไม่ค่อยเห็นด้วย เพราะแทพย์ต้องดูแลใส่ใจผู้ป่วยเป็นสำคัญและใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยนั้นหายจากอาการดังกล่าวและเกิดความพึงพอใจ เพราะเป็นหน้าที่และจรรยาบรรณของแพทย์อยู่แล้ว
- แพทย์ควรมีความใส่ใจดูแลรักษาผู้ป่วย อย่างมีความสัมพันธ์ที่ดี การที่ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บป่วยก็ต้องการช่วยเหลือ ดังนั้นการตรวจรักษาที่ได้พบหน้า พูดคุยปรึกษากัน ก็จะเกิดผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง
- ไม่เห็นด้วย เพราะการที่ผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องการความชัดเจนของโรคที่ตนเป็นอยู่
- ในเหตุการณ์ที่จำเป็น มีความคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดา เพราะเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อยเท่านั้น
- ตามสภาพความเป็นจริงที่ได้พบมา เรื่องเล็กน้อยในการเจ็บป่วย แพทย์จะไม่ค่อยสั่งการรักษาทางโทรศัพท์จะให้อำนาจการรักษากับพยาบาลเวรเลยแล้วลงนามกำกับ
- ถ้าจะต้องดำเนินการเรื่องนี้ตามความจำเป็นจริงๆ แพทย์ควรซักถามผู้ป่วย ให้ได้รายละเอียดของอาการเจ็บป่วย หรือหาสาเหตุให้ได้จริงๆ แล้วจึงควรสั่งยาหรือถ้าไม่แน่ใจควรให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์จะดีที่สุด

๑.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ ในกรณีที่แพทย์นั้นเมื่อจบแพทย์ออกมาแล้วก็จะมีความเชี่ยวชาญเป็นสาขาไป แต่ในการรักษาจริงนั้นต้องทำการรักษาทุกโรค ในทุกสาขา ในกรณีที่มีการเปิดคลินิกหรือโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น พยาธิแพทย์จะตรวจชิ้นเนื้อ แต่เวลาเปิดคลินิกจะต้องทำการรักษาโรคทุกโรค ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- เห็นด้วยที่แพทย์จบมาแล้วจำเป็นต้องสามารถประเมินขั้นต้นในการรักษาโรคได้ทุกโรค เพื่อช่วยบรรเทาอาการหรือช่วยเหลือปฐมพยาบาลได้เพื่อนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้อง ส่วนกรณีทีมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของแพทย์ก็เป็นความรู้สามารถเฉพาะด้านที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรักษาได้ตรงจุด ส่วนกรณีเปิดคลินิกนั้นเห้นว่าควรมีการควบคุมการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตลอดจนจรรยาบบรณแพทย์ในการปฏบัติจริง ซึ่งเป็นการโฆษณาหรืออวดอ้างหรือไม่เชิงพาณิชย์มากไปหรือไม่
- ไม่เห็นด้วยกับการที่แพทย์ ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน แต่เปิดคลินิกรักษาทุกโรค ควรจะเป็นแพทย์เฉพาะทางเหมือนตามโรงพยาบาล
- เห็นว่า แพทย์มีสิทธิรักษาผู้ป่วยตามสิทธิที่กฎหมายกำหนดไว้

- ไม่ยุติธรรมต่อผู้รับบริการ เพราะอาจทำให้วินิจฉัยผิดพลาด และอาการของผู้ป่วยก็อาจจะรุนแรงกว่าเดิม แพทย์ที่ให้การรักษาควรมีความชำนาญในการตรวจทางด้านนั้นๆโดยเฉพาะ
- ปัจจุบันแพทย์ที่จบออกมาจะรักษาโรคทั่วๆไปที่ไม่ใช่โรคร้ายแรงก็พอเชื่อถือได้ แต่ถ้าเป็นโรคที่ร้ายแรงหรือเป็นที่ไม่เคยพบมาก่อนก็คงต้องหาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือแพทย์เฉพาะสาขาที่เป็น
- ปัจจุบันผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาและมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาจากแพทย์ได้ ฉะนั้นการที่แพทย์ทำหน้าที่รักษาผู้ป่วยและทำการเปิดคลินิกโดยรักษาโรคและตรวจชิ้นเนื้อด้วยถือเป็นการให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วยอีกด้านหนึ่ง แต่แพทย์ควรมีการเขียนแจ้งแก่ผู้ป่วยให้เห็นอย่างชัดเจนหรืออธิบายก่อนทำการรักษาเพื่อเป็นการเคารพสิทธิของผู้ป่วย
- มองในแง่ดีอาจจะได้รับการรักษาที่ดีขึ้น แต่คงไม่ยุติธรรมหากวินิจฉัยโรคผิดพลาดทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
- ไม่เห็นด้วย เพราะบางครั้งผู้ป่วยเป็นโรคเฉพาะทางศัลย์ แต่เวลามารักษากลับรักษากับแพทย์ทางอายุรกรรมอาจทำให้ส่งผลในทางลบกับผู้ป่วยได้
- ควรเปิดคลินิกเฉพาะสาขา หรือควรมีแพทย์ในสาขาอื่นๆด้วย เพื่อให้การรักษาได้ผลดีสำหรับผู้ป่วยในทุกๆโรค
- ไม่เห็นด้วย ในการที่จะทำการเอง ควรจะมรการจ้างเจ้าหน้าที่เฉพาะทางมาช่วยงานบ้างในบางกรณีไม่ควรที่จะทำเอง เพราะอาจจะเกิดความผิดพลาดได้
- เพื่อเป็นการทบทวนทักษะของตัวผู้เป็นแพทย์เองด้วย เพื่อให้มีความถนัดในการรักษาทุกด้านไป
- ควรทำเฉพาะทางที่ตนเองเชียวชาญ
- แพทย์ควรมีความรู้ด้านการรักษารอบด้าน แม้จะเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เมื่อจบออกมาเปิดคลินิก แต่เมื่อตนเชี่ยวชาญเฉพาะด้านก็ควรจะเปิดทำการรักษาเฉพาะด้านเท่านั้น ไม่ควรเปิดรักษาทุกอย่าง เพราะถ้าหากเกิดการรักษาที่ผิดพลาดจะก่อให้เกิดปัญหาตามมา แต่ถ้าเกิดเหตุการณ์ฉุกฉินพบเจอคนได้รับบาดเจ็บ แพทย์ก็ควรจะมีเครื่องมือพร้อมที่จะช่วยเหลือเล็กๆน้อยๆ ก่อนถึงมือแพทย์เชี่ยวชาญที่ควรแก่การรักษาในด้านนั้น
- ถ้าเป็นอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดหัวตัวร้อนเป็นหวัดก็สามารถทำได้ แต่โดยจรรยาบรรณของแต่ละวิชาชีพต้องรู้ว่าตนเองสามารถทำได้หรือไม่
- ควรที่จะปฏิบัติเฉพาะทางเท่านั้น เพราะมีความชำนาญดีกว่าและดูน่าเชื่อถือกว่า
- แพทย์ก่อนจะเรียนเฉพาะสาขาได้ ต้องเรียนความรู้ทั่วไปก่อน ดังนั้นจึงคิดว่าไม่มีปัญหาอะไร แต่ถ้าไม่ได้รักษานานๆอาจไม่มีความชำนาญ ควรแนะนำหรือต่อไป ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจะดีที่สุด

- แพทย์ที่จบออกมานั้นทุกคนจำเป็นจะต้องมีความรู้พื้นฐานในการรักษาโรคพื้นฐานอยู่แล้ว แต่ในกรณีเปิดคลินิกพิเศษควรจะเป็นแพทย์ที่จบมาโดยตรง เพราะจำเป็นต้องอาศัยความชำนาญในการรักษาโรคนั้นๆ
- แพทย์สมควรที่จะรู้ในหลายๆโรคให้มากที่สุด เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยเบื้องต้นและเบื้องลึก
- การที่แพทย์จบหรือเชี่ยวชาญสาขาใด ควรเปิดคลินิกในด้านนั้น เพราะความรู้ความสามารถที่จะรักษาได้ดีมากกว่าทุกโรค
- คิดว่าแพทย์เองก็ควรตระหนักในหน้าที่และความสามารถของตนเองว่ามีความสามารถแค่ไหนในการรักษา แพทย์ที่ทำการรักษาต้องเป็นแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะโรคนั้นๆเท่านั้น
- เห็นว่าไม่มีปัญหา ถ้าแพทย์ผู้นั้นทำการตรวจรักษาโรคทั่วไป เพราะว่าก่อนที่แพทย์จะรียนเฉพาะทางก็ต้องเรียนโรคทั่วไปก่อน แต่ถ้าหากตรวจแล้วทราบว่าผู้ป่วยควรพบแพทย์เฉพาะทางก็ควรแนะนำให้ไปพบแพทย์เฉพาะทาง
- ขาดความสำนึกในวิชาชีพ เห็นแก่เงิน ควรมีกฎระเบียบควบคุม
- ไม่เห็นด้วย เพราะแพทย์เรียนเฉพาะทางมา ควรรักษาผู้ป่วยเฉพาะทาง
- เห็นด้วย เพราะแพทย์ต้องทำการรักษาทุกโรคทุกสาขาในกรณีที่ต้องทำงานที่โรงพยาบาลขนาดเล็กเนื่องจากบริบทและขนาดของโรงพยาบาลเป็นข้อจำกัดในการทำงาน
- การรักษาโรคนั้นแพทย์ทุกท่านที่จบมาจะมีความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวกับโรคทั่วๆไปอยู่แล้วถ้าเป็นกรณีที่โรคไม่ร้ายแรงมาก การรักษาตามอาการขั้นต้นก็ไม่น่าจะมีปัญหาอะไร แต่ถ้าเป็นกรณีโรคเฉพาะทางเป็นโรคร้ายแรงที่แพทย์ไม่เชี่ยวชาญก็ควรส่งต่อให้โรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางสาขานั้นๆ
- แพทย์ควรตระหนักถึงหน้าที่และความสามารถในการรักษาพยาบาล ถ้าเกินความสามารถก็ไม่ควรยื้อที่จะรักษาผู้ป่วยกับตัวเอง
- แพทย์นั้นต้องสามารถรักษาในทุกๆโรคด้วยความถนัดของและบุคคล แต่ถ้าจะเปิดคลินิกก็ควรที่จะศึกษาและให้ความสำคัญกับการรักษาในทุกๆด้านไป
- ควรจะรักษาโรคเฉพาะทางนั้น เพราะในทางการแพทย์จรรยาบรรณของวิชาชีพข้อหนึ่งว่า ห้ามให้การรักษานั้น ดูแล้วเป็นการรักษาในทางธุรกิจ ที่ว่าการโฆ ซึ่งจะผิดหลักจรรยาบรรณวิชาชีพ
- ไม่เห็นด้วย เพราะแพทย์อาจเกิดข้อผิดพลาดในการรักษาได้
- ถ้าจะเปิดคลินิกต่อควรศึกษาเพิ่มเติม และอุปกรณ์การแพทย์ควรได้มาตรฐาน แต่ควรจะส่งไปรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยตรงดีกว่า
- ก่อนจบแพทย์เฉพาะทางแพทย์จะจบโรคทั่วไปก่อน ในโรงพยาบาลขนาดเล็กแพทย์ไม่เพียงพอจึงจำเป็นต้องรักษาโรคทั่วไปด้วย

- การที่แพทย์ต้องทำการรักษาทุกโรค เป็นเรื่องจำเป็น เพราะประเทศเรายังขาดบุคลากรทางด้านการแพทย์ เช่น แพทย์เฉพาะทางยังมีไม่เยอะ
- การเป็นแพทย์เชี่ยวชาญเป็นสาขา เห็นว่ามีความจำเป็นอย่างมาก แต่บางครั้งไม่ได้ใช้งานจริงก็น่าเห็นใจแพทย์เหมือนกัน
- แพทย์ทุกสาขาวิชาจะต้องมีความรู้พื้นฐานในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องทุกคน
- ถ้าจะเปิดคลินิกพิเศษควรจะเป็นสาขาที่แพทย์นั้นๆ มีความรู้ความชำนาญมากกว่าจะเปิดการรักษาเกือบทุกโรค
- เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กและแพทย์ขาดแคลน ความเป็นแพทย์จึงต้องรักษาได้ในทุกโรค
- เห็นด้วย ที่แพทย์จะเปิดคลินิกหรือโรงพยาบาลขนาดเล็ก ถ้าไม่ทำแบบนี้ผู้ป่วยก็จะไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่อย่างเดียวเป็นจำนวนมาก และโรงพยาบาลให้บริการไม่ทันเกิดปัญหาตามมา
- แพทย์เฉพาะทางก็ควรจะทำการรักษาเฉพาะทาง เพราะอาจทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยได้ และอาจเกิดการฟ้องร้องทางกฎหมายได้ ทำให้ได้รับผลดีมากว่าผลเสีย
- ในเมื่อแพทย์จบวิชาเฉพาะทางแล้ว ในการงานต้องรักษาเฉพาะโรคที่ตัวเองได้เรียนมา
- ไม่เห็นด้วย ความรู้ของแพทย์เฉพาะทางจะลดลงตามกาลเวลาและประสบการณ์
- ในการเปิดคลินิกส่วนใหญ่แพทย์จะระบุอยู่แล้วว่ารักษาเฉพาะด้านไหน แพทย์จะไม่เปิดรักษาทุกโรคนอกจากจะมีทีมแพทย์หลายคนในคลินิก

๑.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การให้เวลากับผู้ป่วยของแพทย์ ในกรณีที่แพทย์โดยทั่วไปต้องมีการตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก งานล้น หรือเหตุผลอื่นๆ ของแพทย์ ทำให้มีเวลาให้กับผู้ป่วยน้อย ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- เห็นว่า ควรเพิ่มบุคลากรด้านนี้มากขึ้นด้วยให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ต้องคัดแยกอาการให้ชัดเจนก่อน
- กรณีแพทย์มีน้อยมาก มาจากผลผลิตของสถาบันการศึกษาด้วยตลอดจนคุณภาพ บ่อยครั้งที่เห็นว่าแพทย์ที่เก่งชำนาญจะมีผู้ป่วย หรือผู้ป่วยมากเพราะเชื่อมั่นในการรักษาหรือบางครั้งแพทย์ก็ไปเปิดคลินิกส่วนตัว เช้าไปทำงานส่วนตัว สายไปทำงานประจำตามโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยรอเป็นวันๆ ถ้าอาชีพแพทย์มีผู้ช่วยแพทย์ที่คัดกรองรายงานอย่างดีแล้วแพทย์ก็จะมีเวลาวินิจฉัยผลได้,ตัดสินใจได้ และทำงานเอาใจใส่ได้มากขึ้น,หรือสรุปรายงานแจ้งผู้ป่วยเป็นจดหมายหรือส่งสายอื่นๆได้ง่าย
- ควรเพิ่มปริมาณแพทย์ และบุคลากรทางการศึกษา ให้มีปริมาณเพียงพอกับจำนวนของผู้ป่วย
- จากการตรวจรักษาของแพทย์ ตามที่พบเห็นผู้ป่วยไม่มีปัญหา หรือมีปัญหาน้อยมากเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ จะพบปัญหาในขั้นตอนของโรงพยาบาลก่อนพบแพทย์อยู่เสมอ ความล่าช้าของการรักษาพยาบาลไม่ได้เกิดจากแพทย์ แต่เกิดจากเจ้าหน้าที่ในขั้นตอนต่างๆก่อนพบแพทย์

- แพทย์ต้องตรวจโรคอย่างละเอียด มีเวลาให้ผู้ป่วยได้ซักถามมากขึ้น เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยให้เหมือนญาติมิตรมากกว่าทำงานเพื่อธุรกิจควรมีจรรยาบรรณวิชาชีพให้มากกว่านี้
- แพทย์ควรให้ความสำคัญกับผู้ป่วยทุกคนเท่าเทียมกัน การเป็นแพทย์ที่ดีนั้นควรเริ่มต้นจากการเสียสละ การให้คำแนะนำ ให้ความคิดเห็น
- เป็นเรื่องที่แพทย์ต้องบริหารจัดการเวลา เพื่อให้เหมาะสมต่อจำนวนของผู้ป่วยที่มารับบริการเพราะถือว่าเป็นเสียประโยชน์ของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยทุกคนก็ต้องการความเอาใจใส่จากแพทย์เช่นกัน
- แพทย์ก็เหมือนกับเจ้าหน้าที่คนอื่นควรจะให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเท่าๆกับงานอื่น จะอ้างว่าไม่มีเวลาๆไม่ได้
- คิดว่าไม่ควรมากๆ เพราะนั้นคือสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับทราบข้อมูลที่สำคัญ
- มีความรู้สึกว่าแพทย์ไม่ให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วย หรืออาจจะวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้อง เพราะผู้ป่วยใช้เวลาในการคอยพบแพทย์นานมากในโรงพยาบาลของรัฐบาล
- ไม่เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยควรจะได้รับการแนะนำจากแพทย์ผู้รักษา เพราะถ้าหากผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำอาจจะปกิบัติตนผิดและอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เรื่องการแนะนำเป็นสิ่งที่แพทย์ทำการแนะนำ
- การให้การรักษาผู้ป่วยและคำแนะนำควรทำให้ถูกต้องละเอียดต้องไม่รีบเร่งแม้จะมีผู้ป่วยรออยู่มากก็ตาม ทั้งนี้ต้องให้ความเป็นธรรมแก่ผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมกันในเมื่อราเป็นผู้รักษาแล้วต้องทำให้ดีที่สุด
- การตรวจรักษาผู้ป่วยไม่ควรมีข้ออ้างใดๆทั้งสิ้น เพราะอาชีพแพทย์คือการให้คำปรึกษาและรักษาผู้ป่วยจะงานล้นมือแค่ไหน แพทย์ก็ต้องทำงานอย่างเต็มที่
- ในความเป็นจริงแพทย์ต้องเจอผู้ป่วยมากมายจนงานล้นมือ ทำให้มีเวลาให้กับผู้ป่วยน้อยลง แต่แพทย์ควรที่จะทำการบันทึกอาการ อาการเจ็บป่วยการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายละเอียดอย่างครบถ้วนชัดเจนเพื่อประโยชน์ในการรักษาครั้งต่อไป เพื่อที่จะได้รักษาได้ครบถ้วน และควรแบ่งเวลาเล็กน้อยเพื่อพูดคุยไถ่ถามผู้ป่วยบ้าง ที่สำคัญควรยิ้มแย้มแจ่มใส
- แพทย์ควรจะอธิบายรายละเอียดโรค/อาการที่ผู้ป่วยเป็นให้ชัดเจนและวิธีการรักษาให้มากขึ้น เพราะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะรู้สึกได้ว่าแพทย์ใส่ใจกับอาการของผู้ป่วยมาก/น้อยแค่ไหน
- ในกรณีที่แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญให้กับผู้ป่วยอาจจะทำคำแนะนำลงในกระดาษแล้วห้ติดตัวผู้ป่วยไป
- เข้าใจว่าแพทย์มีภาระงานมาก แต่ควรตรวจด้วยความรอบคอบและละเอียดถี่ถ้วนด้วย คำแนะนำอาจให้พยาบาลเป็นผู้แนะนำได้

- อาจจะต้องมีการจัดเวลา แพทย์ ๑ คน รักษาผู้ป่วยใช้เวลา ๑๐-๑๕ นาทีต่อ ๑ คน เวลาประมาณนี้แพทย์สามารถบอกให้ผู้ป่วยทราบถึงการรักษาและโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ได้พอสมควร
- น่าจะมอบหมายให้พยาบาลแนะนำเรื่องสุขศึกษาต่างๆ
- เห็นด้วย เพราะด้วยภาวะงานและบุคลากรแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัด ผู้ป่วยมีจำนวนมากที่คอยการรักษา จึงให้แพทย์ใช้เวลากับผู้ป่วยน้อย ควรเพิ่มปริมาณแพทย์ให้เพียงพอกับอัตราส่วนของผู้ป่วยให้เหมาะสม
- ตามหลักความเป็นจริงแล้วแพทย์ต้องเป็นคนให้แนะนำเกี่ยวกับโรคที่ได้วินิจฉัยให้กับผู้ป่วย แต่กรณีที่งานล้นมือก็น่าจะตกลงกับพยาบาลว่าควรแนะนำให้ผู้ป่วยทราบอย่างไร
- ไม่เห็นด้วย เพราะรายละเอียดในการดูแลรักษาตนเองที่แพทย์ควรแนะนำนั้นสำคัญต่อผู้ป่วยมาก หากไม่มีมีเวลาจริงๆก็ควรจะมีพยาบาลที่คอยทำหน้าที่นี้แทน
- ไม่ควรทำ น่าจะรอได้ หากแพทย์ได้แจ้งในเรื่องการซักถามพูดคุยในอาการเจ็บป่วย ควรคำนึงถึงผลที่จะเกิดตามมาหากไม่เข้าใจเรื่องการเจ็บป่วย
- การให้คำแนะนำกับผู้ป่วย ถือเป็นเรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม ดังนั้นควรเพิ่มบุคลากรแพทย์ให้พอกับผู้ป่วยตามสายของโรงพยาบาล
- จากภาระงานในปัจจุบันที่มีปริมาณผู้ป่วยเพิ่มขึ้น แพทย์จึงเป็นวิชาชีพที่น่าเห็นใจ
- กรณีที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐก็น่าเห็นใจแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ตามโรงพยาบาลต่างจังหวัดที่ต้องรักษาผู้ป่วยเป็นจำนวนมากเนื่องจากแพทย์กับผู้ป่วยไม่สมดุลกัน
- ในกรณีไม่มีเวลา ก็ควรให้พยาบาลเป็นคนแนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงโรค อาการ และผลการรักษาว่าเป็นอย่างไร
- ก็ต้องมีการจัดบุคลกรทางการแพทย์ให้มากขึ้นกว่าเดิม เพื่อให้เพียงพอต่อผู้ป่วย
- เห็นด้วย กับโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยมากๆ ให้เวลาของแพทย์ที่จะคุยหรือแนะนำผู้ป่วยนั้นน้อยมาก
- แพทย์ควรเน้นแต่เรื่องที่จำเป็นต่อผู้ป่วย โดยบอกถึงต้นเหตุสำคัญเป็นหลัก และบริหารเวลาตามความเหมาะสม
- แพทย์ควรแนะนำในเรื่องที่ต้องแก้ไขก่อน เพราะไม่ว่าอย่างไรผู้ป่วยหรือชีวิตคนสำคัญกว่า
- ปัจจุบันโรงพยาบาลรัฐแพทย์มีภาระงานมากดูแลผู้ป่วยจำนวนมากทำให้มีเวลากับผู้ป่วยน้อย ถ้าเพิ่มแพทย์ไม่ได้ก็ให้พยาบาลให้คำแนะนำแทน
- เป็นเรื่องปกติ เพราะแพทย์มีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับปริมาณผู้ป่วย จึงทำให้ไม่มีเวลาให้คำแนะนำ แต่ถึงอย่างไรก็ควรจะให้คำแนะนำถึงแม้ว่าเวลาจะไม่มี
- เห็นว่าควรเพิ่มแพทย์ หากแพทย์โรงพยาบาลนั้นปฏิบัติงานเต็มเวลาแล้ว แต่หากยังเปิดคลินิกช่วงเช้าอย่างเดียว ก็ควรเพิ่มเวลาตรวจช่วงบ่ายด้วย
- เวลาที่แพทย์ตรวจ แพทย์บางท่านก็ดีอธิบายจนข้าใจ บางท่านก็ไม่ค่อยอธิบาย

- เนื่องจากปัจจุบันมีผู้ป่วยจำนวนมากในแต่ละแผนก จึงทำให้พทย์มีเวลาน้อยในการตรวจผู้ป่วย ดังนั้นจึงต้องมีข้อมูลให้ครอบคลุมกับอาการของผู้ป่วยป่วยมากที่สุด
- เข้าใจในความเป็นแพทย์ว่าต้องมีผู้ป่วยเยอะไม่ค่อยมีเวลา ถ้าไม่มีเวลาจริงๆ ก็สั่งให้พยาบาลให้คำแนะนำแทน
- ในการรักษาผู้ป่วยปัจจุบันก็น่าเห้นใจแพทย์ เพราะว่าผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เมื่อมีเวลาน้อยแพทย์ก็ควรใช้เวลนั้นพูดคุยกบผู้ป่วยและให้กำลังใจผู้ป่วยให้ดีมากที่สุด
- บางครั้งเป็นการดีสำหรับการลดระยะการรอคอยของผู้รับบริการคนอื่นที่จะได้ไม่ต้องรอนานเกินไป

๑.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสั่งยาที่มีสารเคมีแบบเดียวกันแต่ผลิตในประเทศ ในกรณีที่แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย หรือที่เรียกกันว่า ยาที่ผลิตในประเทศแต่มีสารเคมีชนิดเดียวกัน (Copy) ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- เห็นว่า ยาที่ผลิตในประเทศ ยา Local made หรือ ยา Copy นั้นมีมาตรฐานการผลิต การรับรองผล ตัวยาคุณภาพเท่ากันหรือไม่ มีผลข้างเคียงอื่นๆหรือไม่ ถ้าผลิตได้ในประเทศก็จะดีมาก ลดการนำเข้ายา แต่มาตรฐานการควบ การตรวจสอบของประเทศเราเป็นที่ยอมรับได้หรือไม่ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบแบะเครือข่ายตรวจสอบเพียงพอหรือไม่ การทุจริต การโกง ผลประโยชน์ เพราะยาที่มีสารเคมีคุณภาพนั้นสำคัญ รวมถึงผลข้างเคียงมีหรือไม่ ถ้าแพทย์จะใช้ก็ต้องมีมาตรฐานรับรอง คณะกรรมการอาหารและยารับรอง ไม่ใช่ทำส่งเดชและต้องรับผิดชอบในการสั่งใช้
- เห็นด้วย ถ้ายานั้นมีคุณภาพเท่ากับยาที่ผลิตจากต่างประเทศซึ่งมีราคาแพงกว่า ก็ควรซื้อยาที่ผลิตในประเทศ
- ไม่ยุติธรรมของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยทุกคนไม่ว่าจะยากดีมีจนก็มีสิทธิผู้ป่วยเท่าเทียมกัน ถ้ามีการกระทำเช่นนี้เรื่อยไปจะทำให้คนจนมีโอกาสในการหายจากการเป็นโรคน้อย ซึ่งไม่ยุติธรรมต่อพวกเขาเหล่านั้น ทั้งที่พวกเขาก็มีสิทธิเท่าเทียมกันในฐานะที่เป็นมนุษย์คนนึงของสังคม
- ยาที่ผลิตในประเทศมีคุณภาพเท่าเทียมกับยาที่ผลิตในต่างประเทศหรือไม่ ถ้ามีคุณภาพเท่าเทียมกันก็ไม่เป็นไรแต่คุณภาพด้อยกว่าแล้วรักษาไม่หายแพทย์ก็ไม่ควรทำ
- ถ้าหากยาชนิดนั้นมีประสิทธิภาพและทำให้ผู้ป่วยหายขาดก็น่าสนใจ แต่ถ้าหากยาชนิดนั้นมีผลร้ายต่อผู้ป่วยหรือประสิทธิภาพของยาไม่ดีพอก็ไม่ควรนำมาใช้ในการรักษา บางครั้งยา Local made หรือ ยา Copy อาจเป็นช่องทางที่ไม่ดีสำหรับอีกหลายๆอย่างด้วย
- ในการที่มียาที่ต้นทุนถูกกว่าก็เป็นเรื่องดี แต่คุณภาพของยาจะเท่ากับของแท้ๆหรือเปล่า หากคุณภาพดีเท่ากันมันก็เป็นทางเลือกที่จะใช้ของถูก
- คิดว่าน่าจะดี ถ้าคุณสมบัติของยามีส่วนประกอบที่เหมือนกันถึงแม้จะผลิตในประเทศแต่ก็ลดค่าใช้จ่ายไปเยอะ

- ในกรณีที่เบิกค่ายาได้ต้องการยาที่ดีมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าผู้ป่วยเบิกไม่ได้ก็น่าที่จะประหยัดให้กับผู้ป่วย
- เห็นด้วย ถ้ายาชนิดนั้นขาดแคลนในประเทศและถ้ายา Local made หรือ ยา Copy นั้นสรรพคุณไม่แตกต่างกัน
- การสั่งยาในตัวที่มีสารเคมีตัวเดียวกันมันก็มีผลการรักษาเหมือนกัน แต่ต่างกันที่แหล่งผลิตเท่านั้น
- ไม่แนะนำให้ใช้ เพราะอาจมีผลข้างเคียงได้
- ยารักษาโรคทุกชนิดควรมีใบรับรองคุณภาพความปลอดภัย แม้จะผลิตในประเทศไทยก็ควรมีสิ่งบ่งชี้ชัดว่ายาตัวนี้ปลอดภัยมีคุณภาพเช่นกัน จึงจะควรแก่การจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้รักษาอาการเจ็บป่วย
- แพทย์อาจมองว่ายาที่มียาตัวเดียวกันอาจให้ผลการรักษาที่เหมือนกันและเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย
- ถ้ายา Local made หรือ ยา Copy ในที่นี้มีประสิทธิภาพเหมือนกันก็ใช้ยาที่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วยก็จะดี
- ถ้าคุณภาพยาเท่ากัน แต่ต้นทุนถูกก็ควรใช้ เพราะสามารถช่วยลดต้นทุนในการรักษาได้ และควรมีทางเลือกให้ผู้ป่วยเลือกว่าอาจใช้ยาประเภทไหน เพราะผู้ป่วยบางรายสามารถจ่ายค่ารักษาได้อย่างเต็มที่
- คุณภาพอาจจะเป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่ประสิทธิภาพอาจจะไม่เหมือนกัน เพียงแต่ว่าการผลิตในประเทศไทย อาจต้องทำให้ได้ตามมาตรฐานการผลิต เนื่องจากผู้ป่วยทุกคนต้องการรับการบริการทางสุขภาพที่ดี
- หากยาออกฤทธิ์เหมือนกันและผลข้างเคียงเหมือนกันก็น่าจะยอมรับได้ เพื่อลดรายจ่ายของประเทศสามารถนำเงินที่เหลือไปพัฒนาประเทศได้หลายด้าน
- หากฤทธิ์ยาหรือคุณภาพยาเหมือนกัน และต้นทุนถูกกว่าก็เป็นการดี แต่ยานั้นต้องได้รับการตรวจและได้มาตรฐานถูกต้องตามคณะกรรมการอาหารและยา
- หากยาที่สั่งมามีคุณสมบัติในการรักษาดีเท่ากับยาต้นฉบับ และไม่มีผลข้างเคียงก็เห็นว่าไม่มีปัญหาอะไร เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่าย
- หากยาที่ไม่มีคุณภาพแต่มีตัวยาเดียวกันก็ไม่ควรนำมาใช้ในการรักษา
- ถ้าเป็นตัวยาส่วนประกอบเท่ากัน แต่ผลิตในไทยก็น่าจะใช้ได้ เพราะยานอกอาจมีราคาแพง
- เห็นด้วยในกรณีที่ยาให้ผลเช่นเดียวกับยาต้นแบบและไม่มีผลข้างเคียง เนื่องจากราคาหรือภาระที่ผู้ป่วยต้องจ่ายจะถูกลงแต่ได้รับการรักษาที่ดี ทั้งนี้แพทย์ต้องไม่เลือกปฏิบัติในการสั่งยา
- ถ้ามีอัตราส่วนของส่วนผสมที่เท่าเทียมกันกับของต่างประเทศ ก็คิดว่าไม่น่าจะมีปัญหา ถ้าสูตรหรือส่วนผสมของยาเหมือนกัน

- ถ้าเป็นยาที่ผลิตในประเทศไทยก็ไม่เป็นไร แต่ขอให้ผ่านคณะกรรมการอาหารและยาและได้มาตรฐานในองค์การเภสัชกรรม
- ต้องดูว่ายาที่ผลิตในประเทศให้ผลข้างเคียงหรือไม่ ในทางที่ดีควรจะใช้ยาจากประเทศที่ผลิตจะดีที่สุด
- ความรู้ทางการแพทย์ด้านการปรุงยาในประเทศไทย อาจจะได้รับการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีให้มีความทันสมัยเทียบเท่ากับต่างชาติ การที่เราสามารถผลิตยาได้เองถือเป็นเรื่องดี แต่ถ้า Copy ยาของที่อื่นที่มีการจดลิขสิทธิ์แล้วนั้นถือเป็นเรื่องผิด ควรจะปรุงยาที่มีสูตรใกล้เคียง
- ไม่เห็นด้วย กับการนำยาที่ผลิตในประเทศ หรือ ยา Local made หรือ ยา Copy มาใช้ในการรักษา ซึ่งอาจเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยได้
- แพทย์ควรสั่งยาตัวเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับอยู่ตลอด ถ้ามีการเปลี่ยนยากะทันหันอาจมีผลต่อผู้ป่วย
- ตัวยาเดียวกันผลิตคนละบริษัทกัน ผลการรักษาน่าจะไกลเคียงกัน เลือกยาที่ต้นทุนถูกเพื่อลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงก็ควรเปลี่ยนยาให้ผู้ป่วยแม้ยาอีกตัวจะแพงก็ตาม
- ถ้ายาที่แพทย์สั่ง ถึงเป็นยาที่ผลิตในประเทศแต่มีสารเคมีชนิดเดียวกัน แต่ว่ามีกระบวนการผลิตสารเคมีที่ใช้ได้มาตรฐานผ่านการทดลองการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ก็คงไม่มีอะไร
- ถ้ายานั้นมีการรายงานวิจัย ที่แสดงว่ายานั้นมีประสิทธิภาพเท่ากัน ก็ควรใช้ได้ถ้าไม่มีก็ไม่ควรใช้
- คุณภาพยาและประสิทธิภาพในการรักษาโรคน่าจะเป็นมาตรฐานอย่างเดียวกัน เพียงแต่ว่าผลิตที่ไหนเท่านั้นเอง
- ถ้าตัวยานั้นมีคุณภาพที่สามารถรักษาได้คิดว่าก็สามารถใช้ได้
- ถ้ามีสารเคมีที่เป็นยาผลิตในประเทศแล้ว ก็ไม่ควรไปสั่งจากต่างประเทศ จะได้ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการนำเข้า
- ไม่เห็นด้วยที่จะจ่ายยา Local made หรือ ยา Copy ให้ผู้ป่วย เพราะอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงและอาจเกิดปัญหาต่างๆตามมา
- ถ้าประสิทธิภาพของยาในการรักษาโรคเท่าเทียมกับยาในประเทศ คิดว่าไม่มีความเสียหาย ช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลได้
- ก็ดีสำหรับมีอีกทางเลือกหนึ่ง ถ้ามไลองก็ไม่รู้ว่ายังมีสิ่งดีๆ แต่ราคาถูก

<u>ประเด็นที่ ๒ ปัญหาเรื่องสินบนแพทย์</u>

๒.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนา ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ ทั้งที่มีการรับในนามโรงพยาบาลและในนามส่วนตัวของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- กรณีโรงพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นหน่วยงานที่ตนสังกัดทำงาน ก็ต้องมีการคัดเลือกคนไปให้เหมาะสมกับเรื่องที่จะไปสัมมนา เห็นว่าควรสนับสนุนส่งเสริมเพราะได้เรียนรู้ สร้างความเข้าใจในการนำมาใช้ให้เกิดประสิทธิผล และต้องนำกลับมาเผยแพร่เพื่อนอาชีพที่อาจจะไม่มีโอกาสให้รู้ด้วย
- กรณีส่วนตัวมี ๒ ประเด็น

๑) แพทย์สนใจเองและเป็นความชำนาญมีผลงานจึงได้รับทุนเป็นกรณีไป

๒) บริษัทเชิญเอง เนื่องจากต้องการโปรโมทยา และต้องการเผยแพร่ผลิตภัณฑ์ยาใหม่หรือให้องค์ความรู้แก่แพทย์

ทั้ง ๒ กรณี เป็นการปฏิบัติตนตามจรรยาบรรณแพทย์ที่มีสำนึกส่วนตนและหน่วยงาน, ผลประโยชน์,ความเห็นแก่ได้มาเกี่ยวได้หากแพทย์ผู้นั้นไม่มีจรรยาบรรณ

- เห็นด้วย เพราะผู้ที่ได้รับทุนจะได้มีความขยันที่จะศึกษาค้นคว้าและถือว่าแพทย์ผู้ที่ได้รับทุนเป็นผู้ที่มีความสามารถ จะได้แพทย์ที่เก่งมีขวัญและกำลังใจในการศึกษาหาความรู้
- ไม่เหมาะ เพราะแพทย์จะไม่มีจรรยาบรรณวิชาชีพ มัวแต่เห็นถึงประโยชน์ส่วนตน
- ในการรับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนา ถ้าไม่มีข้อผูกมัดใดของบริษัทก็จะดีแต่ถ้ามีข้อแม้ว่าต้องใช้ยาของบริษัทที่ให้ทุนไปสัมมนาก็เหมือนการรับสินบนเพื่อต้องตอบแทนให้บริษัท เป็นการไม่ถูกต้องแต่แพทย์ส่วนใหญ่คงทำ
- ข้อเสนอแนะ ผู้จะมาเรียนแพทย์ทุกคนควรกลั่นกรองด้านศีลธรรมจริยธรรมมาก่อนไม่ใช่เลือกแต่คนเรียนเก่งแต่เห็นแก่ตัว เพราะคนเรียนแพทย์ควรรู้จักเสียสละ,ให้,ไม่เอาเปรียบคนในสังคม ไม่เห้นแก่ได้เรียนเพื่อให้ตัวเองร่ำรวย
- ถือเป็นเรื่องที่ไม่ควรกระทำเพราะอาจมีการเอื้อผลประโยชน์ต่อกัน ระหว่างบริษัทกับทางโรงพยาบาลหรือตัวแพทย์เอง ซึ่งถือเป็นเรื่องที่ผิด
- ไม่เหมาะ เพราะมันเป็นการรับสินบนโดยไม่รู้ตัว ทำให้เสื่อมเสียศักดิ์ศรี บริษัทยาดูหมิ่น
- เห็นด้วย ถ้าหน้าที่หลักของแพทย์ไม่เป็นการลดหย่อนประสิทธิภาพในการทำงานประจำ
- เป็นการรับสินบน ซึ่งอาจให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีคุณภาพไม่ดีเท่าที่ควร
- เห็นด้วย ถ้าในการสัมมนานั้นเกิดปรพโยชน์ในทางส่วนรวมและสามารถนำมาสร้างประโยชน์ได้มาที่สุด
- เป็นการที่แพทย์จะได้รับความรู้เพิ่มเติมเพื่อมมาต่อยอดการรักษาในประเทศเรา และได้มีความรู้ใหม่ในการรักษาและทำให้เกิดชื่อเสียงต่อโรงพยาบาลอีกด้วย
- ก็เป็นแรงจูงใจในการสั่งยา แต่ดีไม่ดีที่ได้ไปแค่แพทย์อย่างเดียว ต้องมีการจัดสรรปันส่วนให้กับผู้ที่ฟังสัมมนาไปบ้าง

- ยาคือสิ่งที่รักษาอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้บรรเทาลดลง และหายจากอาการเจ็บป่วย ไม่ใช่สินค้าแฟชั่นแบรนด์ต่างๆ เหมือนตามท้องตลาด ใสมควรที่แพทย์จะได้รับทุนไปสัมมนา นั้นก็คือการไปเที่ยว ตอบรับคำขอบคุณการบริษัทยา เป็นการแสดงให้เห็นว่าเป็นการสนับสนุนการขายยี่ห้อนั้น ส่อให้เห็นถึงการมุ่งการขายทางการตลาดไม่ใช่แพทย์ที่ดี
- ในความเป็นจริงได้รับค่าตอบแทนจากการทำงานแล้ว หากได้รับทุนไปสัมมนาหากขอเปลี่ยนเป็นทุนเพื่อบริจาคให้ทางโรงพยาบาลน่าจะได้ประโยชน์มากกว่า
- เห็นด้วย เพราะแพทย์จะได้มีความรู้เพิ่มมากขึ้นและเป็นผลดีต่อประเทศต่อไปในภายภาคหน้า
- ถ้านำความรู้ที่ได้จะจากสัมมนาใช้ในการรักษาผู้ป่วยก็จะเกิดประโยชน์มากที่สุด แต่ถ้าไม่ได้ความรู้มาใช้ก็สูญเปล่า ไม่ว่าจะรับทุนในนามโรงพยาบาลหรือส่วนตัว ดังนั้นจึงอยู่กับสามัญสำนึกของแต่ละบุคคล
- เป็นสิ่งที่ดี เนื่องจากจะได้ทราบถึงวิวัฒนาการของตัวยาที่ใช้ในการรักษาโรคในปัจจุบัน ซึ่งเป็นประโยชน์ทั้งของตัวเองและเป็นประโยชน์ของโรงพยาบาลด้วย
- เป็นการดีหากแพทย์ได้พัฒนาและเพิ่มพูนทักษาให้กับตัวเอง ผู้ที่ได้ประโยชน์ก็คือประชาชนผู้ใช้บริการ
- หากแพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาแล้วไปเรียนรู้ถึงตัวยาใหม่ของบริษัทนั้น แล้วคิดว่ายาตัวนั้นสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ดีกว่าก็น่าจะเป็นการดี และอีกอย่างได้เป็นการพัฒนาการรักษาอีกด้วย
- เห็นว่าจะทำให้เกิดความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างบริษัทกับตัวแพทย์เอง ทำให้เกิดความไม่ยุติธรรมไม่ยุติธรรมในการพิจารณาการสั่งซื้อยา ซึ่งถ้ายาที่สั่งมาไม่มีคุณภาพแพทย์ก็ไม่สนใจ ทำให้ผู้ป่วยเดือดร้อน
- ไม่เห็นด้วย ควรนำทุนนั้นมาเปลี่ยนเป็นเงิน นำไปใช้จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ในโรงพยาบาล
- ไม่เห็นด้วยที่แพทย์จะรับทุนจากบริษัมยาเพื่อไปสัมมนา เนื่องจากเป็นการสร้างสายสัมพันธ์แห่งผลประโยชน์ต่อกันในอนาคต
- เห็นว่าเรื่องดังกลล่าวมีส่วนที่สำคัญในการทำลายจริยธรรมวิชาชีพของหลายๆวิชาชีพ ดังนั้น ทางออกที่ดีก็คือ บุคลากรทางการแพทย์ต้องรู้จักวางตัวให้เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ของตน
- ไม่เห็นด้วย ที่ได้รับทุนสัมมนา จะทำให้แพทย์มีความรู้เพิ่มขึ้น และวนำมาพัฒนาโรงพยาบาลต่อไป
- ถ้าทุนที่ได้รับนั้นเป็นการผ่านโดยแพทย์โดยตรงก็ไม่ควรกระทำ เพราะเป็นการติดสินบน
- การได้รับทุนถือเป็นเรื่องดีในการส่งเสริมการศึกษา แต่ขึ้นอยู่กับเจตนาและข้อตกลง ข้อผูกมัดมากกว่าว่าการให้ครั้งนี้ต้องการผลตอบแทนเป็นอะไร อย่างไร
- ไม่เห็นด้วย เพราะแพทย์ควรใส่ใจในการรักษา ไม่สมควรที่จะเห็นประโยชน์ส่วนตน มากกว่าประโยชน์ส่วนรวม

- ถ้าแพทย์นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาโรงพยาบาลก็ไม่เป็นไร แต่ถ้านำความรู้ที่ได้เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตนก็ไม่สมควร
- เป็นเรื่องทั่วไปที่พบเห็นได้ ถ้าแพทย์ไม่ได้ทำความเสียหายให้แก่โรงพยาบาลก็ไม่ผิดจริยธรรม
- เป็นการเพิ่มพูนทักษะ เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลให้ดีขึ้น เพราะเขาต้องกลับมาพัฒนาโรงพยาบาล
- ควรยกเลิกทุนในลักษณะนี้ แต่ควรให้บริษัทยาเหล่านั้นลดค่ายาแทนจะดีกว่า
- ถ้าไปในนามของโรงพยาบาลควรจะไป แต่ถ้าในนามของแพทย์เองก็แล้วแต่เจตนาของแพทย์ว่าต้องการความรู้มาพัฒนาอาชีพของตน หรือแค่ต้องการไปเที่ยว
- ในเมื่อยาที่ใช้ในโรงพยาบาลนั้น เป็นของบริษัทที่ให้ทุน บางมุมอาจมองว่าลดต้นทุนพัฒนาบุคลากรซึ่งเป็นงบของโรงพยาบาลลงได้บางส่วน ซึ่งอย่างไรแล้วก็ต้องใช้ยาของบริษัทนั้นอยู่แล้ว
- ถือว่าเป็นโอกาสที่ดี ทำให้แพทย์สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ได้อย่างถูกต้องในโรงพยาบาลที่ตนเองทำอยู่ได้
- ไม่เห็นด้วย อย่างไรก็ตาม เงื่อนไขในการซื้อยาของบริษัทเข้าโรงพยาบาลอยู่ดี อาจจะถูกบวกกำไรเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม และบริษัทยาที่ให้ทุน เป็นยาที่มีคุณภาพแค่ไหนก็ไม่รู้
- ก็ยังดีที่แพทย์ได้ไปสัมมนา ในบางโอกาสบุคลากรอื่นๆ ในโรงพยาบาลก็อาจจะได้รับความรู้เพิ่มเติมจากการไปสัมมนาจากแพทย์ท่านนั้นก็ได้

๒.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับทุนจากบริษัทยาเพื่อวิจัยยา ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยาของบริษัท ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- เห็นด้วย เพื่อจะได้พัฒนาตัวยาใหม่หรือเข้าใจ และสร้างยาที่มีคุณภาพ ส่วนมุมมองเรื่องผลประโยชน์และการตอบแทนคุณในspace เฉพาะบริษัทนั้น เห็นว่าเป็นเรื่องของชนิดยา คุณสมบัติ คุณภาพมากกว่าที่ขนาดจำเป็นต้องกำหนด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจรรยาบรรณและจิตสำนึกของแพทย์
- เป็นความสามารถส่วนตัวที่แพทย์ผู้นั้น สมควรจะได้รับทุนสนับสนุน เป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์อย่างยิ่ง
- ดีที่แพทย์ได้เรียนรู้เกี่ยวกับยาที่หลากหลายประเภท แต่มีข้อเสียคือแพทย์จะกลายเป็นผู้ส่งเสริมการขายธุรกิจ ขยายตลาดยาของบริษัทนั้นๆมากเกินไป แพทย์ที่มีความเกรงใจบริษัทยานั้นๆมากไปด้วย
- การได้รับทุนจากบริษัทยาเพื่อทำวิจัยยาของบริษัทนั้นๆถ้าทำแบบตรงไปตรงมา ยาของบริษัทนั้นมีคุณภาพดีจริงมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคได้จริงก็เป็นเรื่องที่ดี แต่ถ้าทำการวิจัยเพื่อช่วยให้ยาบริษัทนั้นขายดีแต่ไม่มีประสิทธิภาพและคุณภาพในการรักษาถือว่าแพทย์ผู้นั้นไม่มีจรรยาบรรณของแพทย์ ทำเพื่อผลประโยชน์ของตนเองเห็นแก่ศิลบนที่เขาให้ไม่สมควรเป็นแพทย์
- ไม่ควรกระทำเนื่องจากอาจมีการเอื้อผลประโยชน์ต่อกันได้

- การได้รับทุนจากใครก็เป็นผลประโยชน์ทางธุรกิจทั้งสิ้น แต่ก็เป็นการดีที่จะได้มีการพัฒนาตัวยาใหม่ๆให้มีใช้หลากหลายมากขึ้น
- เห็นด้วย ถ้าหน้าที่หลักของแพทย์ไม่เป็นการลดหย่อนประสิทธิภาพในการทำงานประจำ
- เห็นด้วย แต่แพทย์จะนำยานั้นมาทำการวิจัยอย่างไร? ที่ไหน? กับใคร? เมื่อไหร่? แพทย์ควรตระหนักด้วย
- ทำให้แพทย์มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้นและมีโอกาสได้พัฒนาทักษะไปได้ไกล ทำให้เกิดกระบวนการใหม่ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยและตัวแพทย์กับโรงพยาบาลจะได้มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักยอมรับของผู้ป่วย
- ทำให้แพทย์ได้เรียนรู้จากการปฏบัติงานจริง แต่ในทางตรงกันข้ามยาที่ทำการวิจัยอาจจะยังไม่สามารถนำมาใช้ได้จริงในผู้ป่วยอาจจะมีผลต่อผู้ป่วย หากรับทุนเพื่อวิจัยยาควรชี้แจ้งรายละเอียดให้ผู้ป่วยทราบด้วยหากนำไปใช้กับผู้ป่วย
- เห็นด้วย เพราะมันเป็นการวิจัยของบริษัทนั้นๆ บริษัทก็ควรที่จะเป็นผู้ให้การสนับสนุน
- เห็นด้วย เพราะอะมีอะไรใหม่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา แต่แพทย์ไม่ควรเอาเวลาในการตรวจผู้ป่วยไปทำการวิจัย ควรใช้เวลาส่วนตัวในการทำดีที่สุด
- ควรมีการพัฒนายาไปเรื่อยๆ จนกว่าจะได้รับข้อมูลของยาที่แท้จริง เนื่องจากวิวัฒนาการของโรคที่เกิดขึ้นนั้นดำเนินไปอย่างไม่สิ้นสุด ดังนั้นการวิจัยยา จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาไปพร้อมๆกับโรคที่เกิดขึ้น
- ประชาชนได้รับประโยชน์ไปด้วย ดีกว่าไม่มีการทำอะไรเลยแล้วแพทย์ก็ไม่มีการดพิ่มพูนทักษะ
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะผลที่ออกมาจะได้จัดคุณภาพยาของบริษัทนั้นๆ
- เห็นว่าถ้าแพทย์ทำการวิจัยอย่างมีจรรยาบรรณและมีจริยธรรมก็ไม่คิดว่ามีผลเสียอะไร
- การวิจัยหากไม่มีผลกระทบหรือไม่ได้นำมาทดลองก็น่าจะทำได้ แพทย์ไม่ควรดำเนินการหากต้องมาใช้วิจัยกับผู้ป่วย
- เห็นด้วย เพราะจะได้มียาที่รักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีก แต่ที่สำคัญแพทย์ไม่ควนนำมาใช้กับผู้ป่วย
- ดีเสียอีก เผื่อได้มียาดีๆให้ผู้ป่วยใช้มากขึ้น
- เห็นด้วย เมื่อได้รับทุนแล้วก็ควรทำวิจัย เพื่อนำมาบอกถึงประโยชน์ว่าเป็นอย่างไรบ้าง
- ถือเป็นสิ่งดี ในการศึกษาความรู้ใหม่ๆ แต่ต้องดูเขชจตนาหรือวัตถุประสงค์ในการให้ทุนนั้นๆ
- ในกรณีที่แพทย์ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับยา ทำให้แพทย์ได้มีความรู้และประสลการณ์มากขึ้น ทำให้สามารถจ่ายยาให้กับผู้ป่วยได้ถูกต้อง และตรงจามอาการที่ผู้ป่วยเป็นได้ ทำให้เกิดผลดีมากขึ้น
- แพทย์จะได้มีความรู้เพิ่มเติม ได้ประโยชน์ทั้งเป็นผู้ให้และผู้รับ มีนักวิจัยสมัยใหม่ มีตัวยาใหม่และทางเลือกใหม่ในการรักษา

- ก็ดี เพื่อนำความรู้มาใช้ผลิตเองในโรงพยาบาล
- ข้อดี ทำการวิจัยได้พัฒนายาชนิดใหม่ๆ ข้อเสีย ตัวผู้ป่วยเอง มีผลเสีย ถ้ายาที่ทำการไม่มีประสิทธิภาพส่งผลเสียต่อตาผู้ป่วย อาจจะโดยการยินยอมหรือไม่ยินยอมก็ตาม
- การที่แพทย์ได้รับทุนทำวิจัย อาจจะเป็นผลดีที่แพทย์ได้เพิ่มพูนความรู้ ทดลอง และ อาจจะเป็นประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วย
- ในการรับทุนเพื่อทำการวิจัยเรื่องยาก็เป็นเรื่องที่เป็นประโยชน์ แต่ถ้ามีผลประโยชน์แฝงก็ไม่ควรรับดีกว่า
- ไม่เห็นด้วย หากทำการวิจัยเพื่อมุ่งผลต่อบริษัทยานั้น และผลประโยชน์ของตนเอง เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยนั้นไม่ใช่การทดลอง เพื่อสร้างมูลค่าให้กับบริษัทยา
- เป็นการทำงานส่วนตัวและอาจจะความคิดโน้มเอียงให้กับบริษัทที่ทำวิจัย
- โดยหลักแล้วคนเรามีหน้าที่หลายอย่างด้วยกัน ถ้าเราสามารถแยกแยะหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองได้ชัดเจนก็จะไม่เกิดปัญหา
- คิดว่าแพทย์มีผลประโยชน์แอบแฝง
- แพทย์ควรเอาเวลาไปทุ่มเทกับงานรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล เพราะงานในโรงพยาบาลยังมีอยู่อีกมากมาย ควรให้ความใส่ใจผู้ป่วย งานวิจัยยาควรเป็นหน้าที่ของบริษัทนั้นๆ ที่จะหาทางดำเนินการเอง
- ไม่เห็นด้วย เพราะทางบริษัมยาคงเล็งเห็นถึงความสามารถของแพทย์ที่ให้ไปทำวิจัยกับบริษัทของตนเอง
- แพทย์ส่วนใหญ่ควรจะให้ความสำคัญกับการรักษาบริการสุขภาพของผู้ป่วยมากกว่า เพราะเป็นหน้าที่ที่แพทย์ต้องรับผิดชอบและกระทำอย่างต่อเนื่อง
- ไม่ควรนำยาที่ยังอยู่ในขั้นของการวิจัยมาใช้กับผู้ป่วย ควรมีการพัฒนายาไปตลอด เพราะวิวัฒนาการของโรคดำเนินไปอย่างไม่สิ้นสุด
- การได้รับทุนจากบริษัทเพื่อการวิจัย อาจเกิดเป็นความเสี่ยงต่อการวิจัยจากการทดลอง เป็นช่องทางการพัฒนาการรักษาโรค

๒.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับแจกสิ่งของเล็กๆ น้อยๆ ในกรณีที่แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท เช่น ปากกา ทิชชู สมุด ตำรา ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- เป็นการสร้างค่านิยมรับสินบนเป็นสิ่งไม่ดี เพราะจะติดเป็นนิสัยและปฏิบัติกันทั้งระบบ เสื่อมเสียเกียรติ

- ไม่ควรรับแม้แต่จะเป็นสิ่งของชิ้นเล็กหรือชิ้นใหญ่ เพราะเมื่อได้แล้วมันจะกลายเป็นความเคยชิน จนเป็นนิสัย แพทย์ต้องรักษาโดยไม่ต้องหวังสิ่งตอบแทน เพราะหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของแพทย์โดยตรงอยู่แล้ว
- เข้าข่ายการคอรัปชั่น ทำให้เกิดการฝึกนิสัย การรับสินบน ทำให้เกิดความไขว่เขวได้ในการปฏิบัติงาน
- ไม่เห็นด้วย กรณีพทย์รับของแจก เพราะถ้าแพทย์รับจะกลายเป็นความคุ้นเคย สร้างความสนิทสนม ทำให้ผู้ป่วยอาจจะคาดหวัง เวลาเข้ารับบริการ
- ไม่ควรรับ เพื่อตัดเส้นการมอบสินบนของบริษัทยา
- ถ้าได้รับมาควรแบ่งให้ครบทุกหน่วยงานภายในสถานพยาบาล
- การที่แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท ก็ไม่น่าจะมีความเสียหายอันใด แต่ถ้าเป็นไปได้ หากเป็นการติดสินบนแพทย์ไม่ควรรับ
- เห็นด้วย เป็นไปได้ เนื่องจากคนทำงานนั้นอาจจะทำได้ดี บริการดี รักษาดีผู้ป่วยช่วย หรือการใช้ของจากบริษัทยาเพราะคุณภาพดี จึงอาจเป็นผลสะท้อนกลับมาให้ผู้สั่งใช้ แต่ถ้ามองอีกมุมก็อาจเป็นเรื่องผลประโยชน์, จรรยาบรรณสำนึก, นิสัย ควรจะสร้างมาตรการในการกำกับพฤติกรรมของแพทย์ เพราะแพทย์ก็เป็นปุถุชนธรรมดา,เป็นอาชีพหนึ่งๆเท่านั้น
- การได้รับของแจกเป็นสิทธิของแต่ละคน แต่ละหน่วยงาน เห็นด้วยถ้าแพทย์จะได้รับแจกสิ่งของบ้าง
- การที่แพทย์รับของแจกจากผู้ป่วยที่มารักษาไม่ใช่เรื่องแปลกผู้ผู้ป่วยเต็มใจที่จะให้ เพราะแพทย์มิได้เรียกร้องจากผู้ป่วย ผู้ป่วยให้ด้วยความพอใจในการดูแลรักษา แต่ถ้าแพทย์ไปเรียกร้องจากผู้ป่วยว่ารักษาหายแล้วจะต้องให้ของนั้นๆเป็นการไม่สมควรเพราะผู้ป่วยแต่ละคนมีฐานะไม่เท่ากัน บางคนมีมากให้ได้ บางคนไม่มีให้ไม่ได้ แพทย์จะไม่รักษาเขาหรือ จะให้หรือไม่ให้แพทย์ควรรักษาผู้ป่วยให้หายถือเป็นหน้าที่ ส่วนของได้ถือเป็นรางวัล
- เป็นเรื่องที่ไม่ผิดต่อกฎหมายสามารถทำได้ถือว่าเป็นน้ำใจเล็กๆน้อยๆ แต่ก็ไม่ควรรับไว้ เพราะอาจผิดต่อจรรยาบรรณได้
- เห็นด้วย เพราะถ้าไม่มีข้อกำหนดไว้อาจจะเป็นการแข่งขันกันในการให้สินน้ำใจ และอาจจะเป็นการมัดตัวแพทย์ไว้เป็นของตนเอง โดยการใช้สิ่งของนี้มูลค่ามากมายและจำทำให้ขาดจริยธรรมและศีลธรรมในการปฏิบัติงาน
- ก็ไม่ทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณโดยใช่เหตุ
- ถือว่าเป็นสินน้ำใจไม่ร้ายแรงเท่าไหร่ ได้มาก็แจกจ่ายให้กับผู้ปฏิบัติงานต่อไป
- ไม่เสียหายอะไร หากแพทย์จะรับของแจกจากบริษัทยาต่างๆ แต่ในความเป็นจริงในการรักษาผู้ป่วยนั้น แพทย์ควรรักษาอย่างถูกวิธี และจ่ายยาที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย แพทย์ควรรักษาอย่างถูกวิธี และจ่ายยา

ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย เพื่อรักษาผู้ป่วยตามอาการโรคไม่ให้ความเอนเอียงต่อบริษัทยาที่ได้รับของแจก ควรนึกถึงอาการผู้ป่วย

- เห็นด้วย การกำหนดถือเป็นข้อกำหนดที่จะละเมิดไม่ได้และเป็นข้อกำหนดกฎเกณฑ์ที่ต้องปฏิบัติกันไม่ควรละเลย
- รับได้ แต่ควรแต่ควรมีพยานผู้เห็น เพื่อเป็นการป้องกันตัวเองจากข้อกล่าวหา และของที่ได้ควรนำมาใช้ในส่วนรวม
- สามารถทำได้ แต่ไม่ควรทำไปเพื่อประโยชน์อย่างอื่น
- คิดว่าเป็นสิทธิ์ส่วนบุคคลของแพทย์ รับของมาแล้วจะมีข้อเสนอหรือไม่ แล้วแพทย์จะยอมรับข้อเสนอขึ้นอยู่กับจรรยาบรรณของแพทย์
- หากเป็นสิ่งของที่มูลค่าไม่มาก เป็นสิ่งกำนัลเล็กๆน้อยก็รับได้
- เห็นว่าไม่ผิดอะไร เนื่องจากของแจกแบบดังกล่าวสินค้าประเภทอื่นๆก็มีให้เห็นคนทั่วไปก็รับกันได้
- น่าจะทำได้ เพราะประเพณีมีตั้งแต่โบราณกาล ควรสร้างจิตสำนึกและจริยธรรมให้สูงขึ้น
- รู้สึกว่า ไม่ค่อยเห็นด้วย น่าจะเป็นของส่วนกลางมากกว่า
- ไม่เห็นด้วย เพราะการทุจริตหรือเห็นแก่ผลประโยชน์เล็กน้อยเป็นเหตุทำให้เกิดความไม่ละอายในการรับสินบนอื่นๆในอนาคต
- ขึ้นอยู่กับการวางตัวของแพทย์แต่ละท่านเพราะในแต่ละโรงพยาบาลก็จะมีการบริหารที่แตกต่างกัน บางโรงพยาบาลผู้บริหารเป็นผู้ตัดสินใจในหลายๆเรื่อง
- ถ้าแพทย์รับของเล็กๆน้อย ก็ไม่เป็นไร น่าจะรับได้
- ถ้าเป็นของที่มีมูลค่าไม่มากก็รับได้ ถ้ามูลค่ามากก็ไม่ควรรับ เพราะผิดจรรยาบรรณของแพทย์
- แพทย์สามารถรับสิ่งนั้นได้ แต่ควรบริสุทธิ์ใจในการรับ
- เป็นสินน้ำใจเล็กๆน้อยๆ ถ้าไม่ได้เรียกร้องขอก็ไม่ผิดไม่ได้ทำความเสียหายให้แก่หน่วยงาน
- เป็นสิ่งที่กระทำได้ แต่แพทย์ไม่ควรนำไปเป็นข้อผูกมัดทางใจ เพื่อผลประโยชน์ในภายหน้า
- ก็ดี แพทย์จะได้ใช้ และเป็นสิ่งของเล็กๆน้อยๆไม่เป็นไร
- ถือว่าไม่ผิดจรรยาบรรณแพทย์ เพราะเป็นของแจกเล็กๆน้อยๆไม่ใช่การตัดสินบน
- ก็ให้เป็นความดีความชอบของแพทย์ไป เพราะว่าเป็นขวัญกำลังใจในการทำงาน
- เป็นภาวะที่เอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน

๒.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในกรณีที่แพทย์มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามองค์กร หรือในนามส่วนตัว ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- คอมมิชชั่น ได้เงินจากค่าเปอร์เซ็นกำไรสัดส่วน การทำยอดขายเป็นไปตามสเป็ค

- คอรัปชั่น ได้เงินจากการโกง การตัดทอนงาน ลดคุณภาพ ลดสเป็ค ทั้งสองอย่างขึ้นอยู่ว่าได้ค่าตอบแทนแบบไหน
- ควรกำหนดมาตรฐานการจัดซื้อ จัดจ้าง ให้โปร่งใส มีคณะกรรมการตรวจสอบ การออกข้อกำหนดใดควรมีส่วนร่วม,ผู้บริหารต้องมีคุณธรรมแพทย์ที่ต้องการใช้ต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบ
- ถ้าแพทย์ได้รับสัดส่วนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ถ้าอุปกรณ์ที่สั่งมามีคุณภาพตรงตามมาตรฐานและมีราคาตามที่กำหนด ถ้าแพทย์จะได้รับค่าตอบแทนจากการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์จากบริษัทถือว่าเป็นการแบ่งกำไรให้แพทย์บ้าง โดยที่ไม่กระทบต่อระบบการจัดซื้อจัดจ้างก็เป็นสิทธิ์ของผู้ซื้อและผู้ขาย
- ไม่ควรรับ เพราะมันจะกลายเป็นความเคยชินจนติดเป็นนิสัย แพทย์ก็จะกลายเป็นคนเห็นแก่ได้ เห็นแก่ประโยชน์ทางธุรกิจแต่คนที่ได้รับการรักษาจากอุปกรณ์นั้นๆ อาจได้รับการรักษาที่ไม่ดีพอ เพราะเครื่องมือทางการแพทย์ไม่ได้มาตรฐาน
- ปัจจุบันการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ไม่ว่าแพทย์หรือวิชาชีพอื่น เช่น ซื้อรถยนต์ เครื่องมือช่างต่างๆ ก็มีส่วนค่าตอบแทนให้ผู้ซื้ออยู่แล้ว ถ้าตอบว่าเป็นเรื่องปกติของบ้านเราก็คงได้แต่ถ้าเป็นเรื่องของการรักษาอาจมีความรู้สึกไม่ค่อยดีกับแพทย์ เพราะอุปกรณ์ทางการแพทย์มีราคาแพงอยู่แล้ว และคนมองว่าแพทย์ควรเป็นผู้ให้ไม่ใช่ผู้รับ
- ไม่เหมาะสม ซึ่งในปัจจุบันมีมากมายกับเรื่องแบบนี้เป็นการทำให้องค์กรแย่ลง เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตัว ซึ่งค่าสัดส่วนที่ได้รับมันก็ได้จากเงินงบประมาณที่โรงพยาบาลต้องเสียไป
- เห็นด้วย ถ้าอุปกรณ์ทางการแพทย์นี้สิ่งนั้นจำเป็นจริงๆและนำมาใช้กับผู้ป่วยด้วย และอุปกรณ์นั้นจำเป็นต่อการนำมา
- ค่าตอบแทนขึ้นอยู่กับการสั่งอุปการณ์ทางการแพทย์มาตลอดซึ่งก็ไม่ใช่เรื่องแปลกที่บริษัทจะทำส่วนลดกับแพทย์และโรงพยาบาล
- ถ้ามีได้ค่าตอบแทนเช่นนี้ ควรจะเอาเข้าเงินบำรุงโรงพยาบาลเพื่อประโยชน์ร่วมกันอย่าเห็นแก่ตัวรับไปเพียงผู้เดียว
- เช่นเดียวกับการรับของแจก ไม่เสียหายที่จะรับ แต่ควรจะนำเงินไปบริจาคตู้ในโรงพยาบาล และแพทย์ควรให้ความสำคัญในการรักษาโรคของผู้ป่วยตามอาการ ไม่เอนเอียงต่อบริษัทอุปกรณ์ทางการแพทย์นั้นๆ
- ได้รับค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ หากได้รับมาแล้วบริจาคต่อให้หน่วยงาน/สถานพยาบาล เพราะค่าใช้จ่ายที่ซื้อเป็นของสถานพยาบาล
- ไม่เห็นด้วย ถึงอุปกรณ์การแพทย์จะเป็นสิ่งที่สำคัญ แต่การรับค่าสัดส่สนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ก็ไม่ควรมี เพราะถือว่าเป็นการทำเพื่อผลประโยชน์ของตัวเอง

- ถ้าในนามองค์กรก็ถือเป็นเรื่องดีที่มีองค์กรมาสนับสนุนในการรักษา เพราะผู้ป่วยเองก็ได้รับประโยชน์
- ในส่วนตัวของแพทย์แล้ว ไม่ควรได้รับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ แต่ถ้าในนามขององค์กรก็อาจเป็นสิ่งที่ดี เนื่องจากช่วยลดค่าใช้จ่ายขององค์กรลงไปด้วย
- ไม่ควร เพราะผู้ป่วยอาจไม่ได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพพอ โรงพยาบาลควรหามาตรการควบคุม
- ไม่เห็นด้วย เพราะผลตอบแทนควรเป็นขององค์กร ไม่ควรเป็นการได้รับในนามส่วนตัวแพทย์
- ไม่น่าจะรับเป็นเงินเพื่อเข้ากระเป๋าตนเอง แต่ถ้าได้มาจริงๆก็ควรจะบริจาคให้โรงพยาบาล
- ไม่เห็นด้วย และคิดว่าถ้าทางบริษัทจัให้เงินค่าสัดส่วนในการซื้อของก็ควรจะเอาเข้าส่วนกลางของโรงพยาบาลไม่ควรเก็บเป็นของส่วนตัว
- ไม่ควรทำ ถ้าตรวจพบต้องมีการลงโทษแพทย์ที่กระทำนั้นๆ
- ไม่เห็นด้วย ซึ่งในนามโรงพยาบาลจึงเป้นส่วนที่โรงพยาบาลต้องได้ประโยชน์มากที่สุด
- ไม่เห็นด้วย เพราะเป็นการขัดต่อจริยธรรมอันดีโดยหาประโยชน์จากอาชีพที่ตนทำอยู่ และเป็นการทำให้ราคาอุปกรณ์แพงขึ้น
- ในการรับสินบนไม่ว่าจะเป็นในองค์กรก็ตาม ทางออกของเรื่องนี้ก็คือ การมอบอำนาจตัดสินใจให้อยู่ในรูปของคณะกรรมการทางโรงพยาบาล
- ไม่เห็นด้วย ถ้ารับไว้เอง แต่ถ้าบริจาคให้โรงพยาบาลก็จะเห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วย ค่าตอบแทนควรที่จะได้มาจากการทำงานมากกว่าการซื้ออุปกรณีทางการแพทย์มากกว่า
- ไม่เห็นด้วย ถือเป็นการคอรัปชั่นอีกอย่าง เพราะถือว่าเป็นหน้าที่ในการรับผิดชอบที่จะอนุมัติ ในการสั่งอุปกรณ์ต่างๆ ตามความจำเป็นของการใช้อุปกรณ์นั้นๆ
- ถ้านำมาทำบุญหรือแจกผู้ป่วยถือว่าไม่ผิด แต่ถ้านำมาใช้ประโยชน์ส่วนตัวถือว่าผิดเป็นอย่างมาก
- การรับในนามองคกรเห็นด้วย แต่ถ้าในนามส่วนตัวไม่ควรจะรับไว้ เพราะอาจสูญเสียจรรยาบรรณได้
- ไม่สมควร เป็นสิ่งผิด ออกคิดเห็นไม่ได้แต่รู้ว่าผิด
- อาจจะดูไม่เหมาะสม แต่คงไม่เป็นไร เพราะเราต้องติดต่อกับตัวผู้ขาย อาจจะเป็นสินน้ำใจเล็กน้อยระหว่างกัน
- ไม่ควรรับเป็นอย่างยิ่งเพราะช่องทางนี้ทำให้แพทย์ไม่มำการรักษาอย่างเป็นธรรม แค่เป็นนิดหน่อยไม่ถึงกับต้องทำ แพทย์ก็จะสั่งให้ทำทันทีได้อาจเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย
- ถ้าสั่งในนามองค์กรคิดว่าเป็นสิ่งที่ดี ส่วนค่าสัดส่วนค่าตอบแทนนั้นถือเป็นค่าดำเนินงานของแพทย์ แต่ถ้าในนามส่วนตัวก็แล้วแต่แพทย์เพราะสามารถทำได้
- ถ้าในส่วนของโรงพยาบาลเอกชน เมื่อได้รับค่าสัดส่วนตอบแทนมาในนามองค์กรถือว่าเป็นการดี ส่วนภาครัฐถือว่าไม่เหมาะสม

- อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆเป็นความจำเป็นอยู่แล้วที่แพทย์ทำการรักษาผู้ป่วย พบว่าขาดอุปกรณ์และอุปกรณ์อะไรที่ไม่จำเป็นต้องใช้ในหการรักษา ดังนั้นค่าตอบแทนพิเศษก็ไม่เห็นสมควรที่จะต้องให้เพราะทางโรงพยาบาลต้องจ่ายค่าอุปกรณ์อยู่แล้ว
- ต้องใช้สิทธิของความเป็นแพทย์ ในจัดซื้อของมาเป็นส่วนตัว บริษัทก็ให้เครดิตอยู่แล้ว
- บริษัทได้บวกราคากับอุปกรณ์ทางการแพทย์แล้ว และนำส่วนที่บวกเพิ่มมาปันส่วนเป็นค่าตอบแทนแพทย์
- ดีกว่าไม่ได้รับส่วนลดเลย ผู้รับบริการก็ได้รับบริการ องค์กรก็ได้ประโยชน์ร่วมกัน

<u>ประเด็นที่ ๓ ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม</u>

๓.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ" ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นการแสดงให้เห้นความเท่าเทียมกัน และเปิดรับให้โอกาสเสมอภาคของคนทุกระดับ
- ควรมีมาตรการรองรับอย่างชัดเจนกับกลุ่มคนทุกระดับ คือ เด็ก,ผู้ใหญ่,คนชรา,คนพิการ
- การปฏิบัติให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญถือว่าเป็นผลดีต่อประชาชนผู้เจ็บป่วย เป็นประโยชน์ต่อประชาชนโดยตรง และเสมอภาคเท่าเทียมกัน เห็นชอบตามประกาศ
- เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับการบริการทางด้านสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน ในฐานะที่เป็นมนุษย์คนหนึ่งของสังคม ไม่ว่าจะยากดีมีจนก็ควรได้การบริการทางด้านสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน
- ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการบริการด้านการรักษาพยาบาลเท่าเทียมกัน
- เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยทุกคนที่เป็นคนไทยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษา
- เห็นด้วย เพราะคนทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกัน ไม่ควรที่จะมีการแบ่งชนชั้นวรรณะในการรักษา
- ผู้ป่วยย่อมมีสิทธิในการรักาในความพึงพอใจของตนเองได้ และต้องมีการได้รับบริการด้านสุขภาพทุกประการตามที่กระทรวงได้บัญญัติไว้
- เป็นผลดีต่อผู้ป่วยแต่ก็ต้องมีบัญญัติทั้ง ๒ ฝ่าย คือ ผู้มารับบริการและให้บริการต้องมีความยุติธรรมทั้งสองฝ่าย
- ประชาชนทุกคนมีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน ควรได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง และถูกกฎหมาย เพราะงานทางการแพทย์เป็นงานของรัฐ ที่พร้อมจะให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชนทุกคน

- เห็นด้วย เพราะมันเป็นความเสมอภาคและสิทธิเสรีภาพที่เท่าเทียมกันและเป็นการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่เท่าเทียมกัน
- ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิในการรักษาสุขภาพ และได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมเท่าเทียมกัน ไม่ใช่ว่าบริการด้านสุขภาพเฉพาะคนที่มีเงินเพียงอย่างเดียว แต่คนระดับล่าง กลาง ก็ควรได้รับสิทธิได้รับบริการด้านสุขภาพที่ดีนั้นด้วย
- เห็นด้วย เพราะเป็นการบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ หากผู้ป่วยมีสุขภาพดีอาจนำไปสู่การพัฒนาได้เช่นกัน
- คิดเห็นว่า ควรจะแจกแจงรายละเอียดสิทธิดังกล่าวว่ามีอะไรบ้าง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากก็เป็นทั่วไปคงไม่รู้ว่าสิทธิของตนเองมีอะไรบ้าง
- ผู้ป่วยหรือผู้ที่มารักษาจะได้ทราบบทบาทของตัวเอง เพื่อให้ทราบถึงประกาศดังกล่าวควรมีการรณรงค์ตามช่องทางต่างๆ เพื่อให้ผู้มารับบริการรับทราบ
- เห็นว่าเรื่องนี้มีแต่ข้อบัญญัติแต่ไม่มีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยรับทราบสิทธิของตนเอง
- ถึงแม้ไม่ได้บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ผู้ป่วยก็ควรได้รับสิทธิในเรื่องนี้อยู่แล้ว เพราะบริการสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น
- ตามคำประกาศสิทธินั้นข้าพเจ้าเห็นด้วย แต่ในความเป็นจริงแล้ว คิดว่ายังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามคำประกาศ จึงอยากจะให้มีการสอนหรืออบรมให้คนมีจิตสำนึกให้มากๆ

๓.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๒ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิด้านการเมือง เพศ อายุและลักษณะของการเจ็บป่วย” ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะการเจ็บไข้ได้ป่วยของคนเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นประจำทุกที่ ทุกเวลา มนุษย์ต้องช่วยมนุษย์ด้วยกันเสมอ
- ควรกำหนดมาตรการหรือมาตรฐานการให้บริการอย่างชัดเจน วิเคราะห์กลุ่มและให้เสมอภาค
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะคนทุกคนไม่ว่าเชื้อชาติหรือศาสนาใด เมื่อเจ็บป่วยก็ต้องได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียมกัน ขอให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติหน้าที่โดยเคร่งครัด
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ถ้ามีการเลือกปฏิบัติผู้ที่ยากจนก็จะหายจากการเจ็บป่วยได้น้อย เพราะโอกาสในการได้รับการรักษาน้อย รัฐควรส่งเสริมจรรยาบรรณวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพให้มากขึ้นมีมาตรการการลงโทษต่อผู้กระทำผิดต่อจรรยาบรรณวิชาชีพให้หนักขึ้น

- ผู้ป่วยจะต้องได้รับการบริการจากแพทย์ของรัฐ ในด้านการรักษาสุขภาพ อนามัย เท่าเทียมเสมอกัน จะต้องไม่เลือกปฏิบัติกับผู้ป่วยไม่ว่าจะเรื่องใดๆก็ตาม เช่น คนละสีกัน เป็นคู่กรณีกัน แพทย์ต้องมีจรรยาบรรณของแพทย์และรู้หน้าที่ของตน ไม่เอาเรื่องส่วนตัวของตนมาปนกับหน้าที่
- เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยทุกคนไม่ว่าจะเชื้อชาติไหนก็มีสิทธิของความเป็นคนเช่นเดียวกัน
- เห็นด้วย เพราะมีสิทธิเท่าเทียมกันมีสิทธิได้รับการบริการด้านสาธารณสุขเหมือนๆกัน
- เห็นด้วย เพราะชนชั้นวรรณะ เชื้อชาติศาสนาหรือฐานะ ฯลฯ ต่างๆ คือมนุษย์ทุกคนในโลกควรที่จะได้รับสิทธิเท่าเทียมกัน
- คิดว่าเป็นสิ่งที่ดีเพราะวิชาชีพจรรยาบรรณเราไม่ควรเลือกปฏิบัติตามการแต่งกายหรือฐานะของผู้ป่วย โดยไม่ควรเอาสิ่งนอกกายมาวัดคุณค่าของคน
- ผู้ป่วยทุกคนเป็นมนุษย์เหมือนกัน มีความเสมอภาคเท่าเทียมกันไม่แบ่งแยกชนชั้น แพทย์มีหน้าที่รักษาผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมกันตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพ
- เห็นด้วย เพราะหากไม่มีประกาศนี้ขึ้น ก็มีการบริการที่ไม่เป็นธรรมกับชนชั้นอื่นๆ
- เห็นด้วยกับคำประกาศสิทธิผู้ป่วยนี้ เพราะคนทุกๆคนต่างก็เท่าเทียมกัน ดังนั้นจึงมีสิทธิที่ได้รับบริการโดยแพทย์ในการบริการด้านสุขภาพ
- เห็นด้วย เพราะ ความเสมอภาค ความยุติธรรมสามารถป้องกันการขัดแย้งได้ ควรจัดตั้งเป็นนโยบายของสถานพยาบาล
- เห็นว่าเป็นเรื่องที่ดี เพราะทุกคนมีความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกัน ดังนั้นในการมารับบริการการรักษา ก็ควรจะได้ความเท่าเทียมกันโดยไม่แบ่งแยก
- สิทธิข้อนี้เป็นแค่คำประกาศที่ตั้งไว้ให้สวยหรูเท่านั้น ในทางปฏิบัติแล้วก็ยังมีการเลือกปฏิบัติอยู่จำนวนมากในเฉพาะโรงพยาบาลเอกชน
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะเมื่อเราเป็นบุคลากรทางการพทย์ ไม่ควรเลือกปฏิบัติกับผู้ป่วย เพียงเพราะเหตุผลด้านความแตกต่าง ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกัน
- ในประเด็นนี้ แพทย์จะต้องรู้ว่าจะต้องรักษาคนทุกคนให้เสมอภาคกันไม่ว่าบุคคลนั้นจะจนหรือรวย พิการ ไม่สมประกอบ สกปรก ฯลฯ ก็ต้องให้การรักษาทุกๆคนเหมือนกัน

๓.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๓ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน เพื่อสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมและไม่ยินยอมให้การรักษาพยาบาล” ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง การที่ได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน ย่อมสร้างผลดีต่อผู้รับบริการ เพราะจะได้สร้างความเข้าใจและถูกต้องต่อผู้ป่วยรวมถึงปัญหาหรือสิ่งที่ต้องปฏิบัติหรือไม่ควรปฏิบัติ ทั้งยังมองเห็นแนวทางในอนาคตต่อไปที่ช่วยในการตัดสินใจ ผลดี ผลเสีย ความบกพร่องของใคร
- ควรมีมาตรการรองรับชี้แจ้งให้ชัดเจน มีระบบปิดและเปิด สามารถให้ตรวจสอบได้ ควรโปร่งใส
- เห็นด้วยกับประกาศ เพราะมำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะทำการรักษาได้ ทำให้ผู้ป่วย ได้รับความสะดวก ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง เพราะถ้าหากให้แพทย์ตัดสินใจเพียงคนเดียวอาจกลายเป็นหนูทดลองของแพทย์นั้นๆก็ได้
- ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไรจากแพทย์และการอธิบายข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับโรคที่เป็นหน้าที่ของแพทย์รวมถึงวิธีการรักษา ตัวเลือกในการรักษา เป็นเรื่องที่ถูกต้อง
- ข้อเสนอแนะ แพทย์ควรแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นและวิธีการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ถ้าผู้ป่วยรักษาไม่หายหรือแพทย์เกิดรักษาแล้วผิดพลาดจะได้ไม่มีความผิด เพราะเป็นการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วย
- เห็นด้วย เพราะเป็นการเปิดโอกาสและให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วยในการตัดสินใจเพื่อรับการรักษา
- เห็นด้วย เพราะในปัจจุบันผู้ให้บริการไม่ค่อยอธิบายละเอียดเท่าไหร่ทำให้ผู้ป่วยไม่มีทางเลือกในการรักษา
- เห็นด้วย เพราะเราควรเคารพสิทธิของผู้ป่วย และผู้ป่วยอาจจะมีเหตุผลบางประการ แต่ถ้าเป็นไปได้เราก็จะเป็นให้ถ้าปรึกษาด้วย
- ถูกต้องมาก ตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยซึ่งมีสิทธิที่จะรักษาต่อหรือไม่ ซึ่งแพทย์จะต้องยอมรับฟังความต้องการของผู้ป่วยอยู่แล้ว
- ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะทำการรักษาพยาบาล หรือปฏิเสธการรักษา และได้รับข้อมูลเพียงพอก่อนการรักษาจากแพทย์เพื่อการตัดสินใจในการรักษา แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นผู้ป่วยก็ไม่ควรถือทิฐิเกินไป ควรฟังคำอธิบายของแพทย์บ้าง เพื่อประโยชน์ของตนเองที่จะได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี และหายจากอาการเจ็บป่วยจากโรคนั้นๆ
- เห็นด้วย เพราะการตัดสินใจที่จะรับการตัดสินใจนั้นควรจะได้ทราบข้อมูลนั้นๆก่อนดำเนินการรักษา
- เห็นด้วย เพราะคนทุกๆคนเมื่อเข้าทำการรักษา หรือเข้าไปรับบริการด้านสุขภาพ จะต้องได้รับข้อมูลการรักษาของตนเองอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบว่าตัวเองมีสุขภาพเป็นเช่นไร เมื่อทราบว่าตัวเองมีความผิดปกติอะไรกับร่างกายสิ่งเหล่านี้ก็จะช่วยในการตัดสินใจในการทำการรักษาต่อกับโรงพยาบาลด้วย

- มันคงเป็นเรื่องยากที่จะให้พยาบาลมาอธิบายสิทธิให้ผู้ป่วยฟังทุกราย และคงเป็นการยากถ้าจะให้ผู้ป่วยทุกรายอ่านสิทธิตามป้ายที่ติดไว้
- เห็นด้วย เพราะชีวิต ทรัพย์สิน เงินทองเป็นของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกเอง
- เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยคือเจ้าของร่างกายตนเอง ดังนั้นมีสิทธิ์ในการตัดสินใจรับการรักษา
- สิทธิผู้ป่วยข้อนี้ ก็ยังมีข้อจำกัดในการรับทราบข้อมูลเพราะ ในทางปฏิบัติไม่ว่าองค์กรใดก็ตามก็จะปกป้องชื่อเสียงขององค์กรตนเองอยู่แล้ว
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้รับบริการควรจะได้รับสิทธิตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย เพื่อการตัดสินใจ กรณีมีข้อผิดพลาดในการรักษาจะได้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ว่าเราชี้แจงผู้รับบริการแล้ว

๓.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๔ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือโดยรีบด่วน ตามความจำเป็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะขอร้องหรือไม่” ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง ในสถานการณ์นั้นๆ การช่วยเหลือจะเลือกกระทำไม่ได้ต้องปฐมพยาบาลก่อนตามหลักการช่วยเหลือชีวิต และเลือกปฏิบัติมิได้เพราะผู้ป่วยอาจได้รับขณะนั้น หรือญาติไม่สามารถตัดสินใจแทนใครได้เพราะว่าฉุกเฉิน
- ควรมีมาตรการกำหนดอย่างมีแบบแผนให้ช่วยเหลือตามมาตรฐานการแพทย์ โดยต้องใช้เป็นที่ยอมรับและสามารถตรวจสอบกระบวนการได้
- เห็นด้วย เพราะการเจ็บป่วยไม่สามารถที่จะคำนวณล่วงหน้าได้หรือไม่สามารถกำหนดหรือคาดหมายได้ เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน ก็ควรได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน
- เห็นด้วย ตามจรรยาบรรณวิชาชีพผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพก็ควรช่วยเหลือผู้ป่วยให้หายจากความเจ็บป่วย ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องรีบด่วนอยู่แล้ว
- ผู้ป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉินโดยเฉพาะที่ไม่รู้สึกตัว จะต้องการให้ช่วยหรือไม่ให้ช่วยเหลือ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะต้องช่วยเหลือทันที ถือเป็นจรรยาบรรณด้านวิชาชีพด้วย คนกำลังจะตายควรจะช่วยให้ตายหรือช่วยให้ตื่น ก็คงขึ้นอยู่กับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
- เห็นด้วย เพราะหากรอให้ผู้ป่วยอนุญาตในภาวะที่ฉุกเฉินหรือผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวผู้ป่วยอาจเสียชีวิตก่อนได้
- เห็นด้วย ตามจรรยาบรรณวิชาชีพผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพก็ควรช่วยเหลือผู้ป่วยให้หายจากความเจ็บป่วย
- เห็นด้วย เพราะอยู่ในภาวะฉุกเฉินเราควรที่จะคิดถึงชีวิตคนก่อนเป็นอันดับแรก

- ถูกต้องมาก เพราะผู้ป่วยฉุกเฉินขึ้นอยู่กับแพทย์แล้วว่าจะช่วยเหลืออย่างไรให้รอดปลอดภัยโดกไม่จำเป็นต้องรับการยินยอมจากผู้ป่วย
- ภาวะฉุกเฉินไม่ใช่เวลาที่ผู้ป่วยจะมานั่งคิดตัดสินใจว่าจะทำการรักษาดีหรือไม่ เพราะเวลานี้สำคัญที่ควรจะได้รับการรักษาโดยรีบด่วนเพื่อให้พ้นจากภาวะอันตรายนั้นๆโดยทันที
- เห็นด้วย เพราะการช่วยเหลือที่แท้จริงไม่จำเป็นต้องขอความร้องขอหรือการช่วยเหลือนั้น คือการไม่หวังสิ่งตอบแทน
- ในกรณีที่เกิดสภาวะฉุกเฉิน การที่ได้รับการช่วยเหลือโดยรีบด่วนถือเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยจะได้รับ เพราะในวินาทีนั้นอาจมีความจำเป็นโดยเร่งด่วนที่จะต้องทำการรักษา เพราะอาจจะทำให้ถึงแก่ชีวิตได้
- หากเป็นผู้ทำการรักษาก็จะหนักใจ เพราะต้องพิจารณาความเร่งด่วนหากผู้ป่วยไม่ยินยอม แต่ผู้ทำการรักษาคิดว่าน่าจะทำได้ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นก็ต้องรักษาตามมาตรฐาน
- เห็นด้วย เนื่องจากประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ก็มีจรรยาบรรณที่ไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และผู้ป่วยที่มาในภาวะฉุกเฉินก็ไม่สามารถให้คำยินยอมได้
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องต่อความเป็นความตายของมนุษย์ ถ้าคนๆนั้นมีชีวิตรอดจากภาวะฉุกเฉินครั้งนี้ก็จะสร้างคุณประโยชน์ให้กับสังคมได้อีกมากมาย
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะถ้ายังไม่รีบให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิต ทั้งที่เราสามารถช่วยได้

๓.๕ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๕ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับทราบ ชื่อสกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้บริการตน” ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะจะได้รับรู้ซึ่งกันและกันว่าใครทำอะไรมีคุณสมบัติอย่างไร เพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการในการอ้างอิง ตรวจสอบได้
- มีความคิดว่า ควรต้องแจ้งชื่อและนามสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการ เพราะเมื่อเกิดปัญหาขัดข้องในการรักษาเกิดขึ้นผู้รับการรักษาสามารถที่จะติดต่อหรือ แจ้งปัญหาที่เกิดกับตัวเองได้
- เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยจะได้ทราบ ชื่อ-สกุลของผู้ที่ให้การรักษาพยาบาลตนรู้ว่าผู้ประกอบวิชาชีพนั้นๆเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญทางด้านนั้นๆจริง ผู้ป่วยจะได้มีความมั้นใจในการที่จะรับการรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
- ผู้รับบริการควรจะรู้ชื่อสกุลของผู้ให้บริการมีความเห็นทั้งด้านบวกและด้านลบ

ด้านบวก ถ้าผู้รับบริการได้รับบริการอย่างดีจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้รับบริการก็จะพูดต่อๆไปทำให้ผู้ให้บริการมีชื่อเสียง

ด้านลบ ถ้ารับบริการได้รับบริการไม่ดีจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้รับบริการก็จะพูดต่อๆไปให้ผู้ให้บริการเสียหายหรือเกิดการฟ้องร้องกันได้

- เห็นด้วย เพราะการที่ผู้ป่วยจะยินยอมให้แพทย์หนึ่งคนรักษาผู้ป่วยควรจะรู้จักว่าแพทย์ท่านนั้นคือใคร
- เห็นด้วย เพราะเมื่อทราบประกอบวิชาชีพนั้นๆ เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญจริงๆทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในการรักษา
- เพื่อที่นำมาประกอบการพิจารณาในการรักษาและความสบายใจของผู้รับบริการ
- เห็นด้วย เพราะเราจะได้รู้ว่าเราเข้าทำการรักษาโดยใคร และมีความชำนาญทางด้านใดบ้างและจะได้เป็นเหตุผลในการตัดสินใจว่า เราควรที่จะทำการรักษาหรือไม่
- เป็นการทำให้ทราบถึงตัวแพทย์ที่เราทำการรักษาด้วยซึ่งเป็นผลดีในการรักษาต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับทราบชื่อสกุลและประเภทของวิชาชีพผู้รักษาตน เพราะความมั่นใจว่าได้รักษาถูกคน ปลอดภัยไม่เป็นอันตราย แต่ในความเป็นจริงหากเข้ารักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยก็ไม่ควรจะถามให้เสียเวลา เพราะบุคลากรของโรงพยาบาลถูกต้องตามหลักวิชาชีพอยู่แล้ว
- เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยมีสิทธิรับรู้ว่าตัวผู้ที่ให้บริการตนเองเป็นใคร มีความรู้ด้านที่ให้บริการเพียงใด
- เห็นด้วย เพราะมันเป็นสิทธิที่ผู้ถูกรักษาควรทราบว่าผู้รักษาตนคือใคร ทว่าสามารถขอคำแนะนำที่ถูกต้อง
- เห็นด้วย ผู้ป่วยควรทราบของผู้ที่รักษาตัวเอง เพราะถ้าเกิดอะไรผิดพลาดจะได้ฟ้องได้ถูกคน และมีผู้รับผิดชอบในความผิดนั้น
- เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยจะได้ทราบถึงชื่อ-สกุลและประเภทของแพทย์ที่ทำการรักษาเรา เพราะถ้าหากเราไม่ทราบว่าใครเป็นผู้ดูแลรักษา ทำให้เสียสิทธิในการรับรู้ เช่น ไปรักษาด้วยอาการเป็นไข้ เหนื่อยหอบ แต่ไม่ทราบว่าแพทย์ที่ทำการตรวจชื่ออะไร เนื่องจากหน้าห้องไม่ได้ติดชื่อแพทย์ไว้และไม่ได้รับข้อมูลจากพยาบาลว่าแพทย์ชื่ออะไร เกิดอาการแพ้ยาขึ้นมาผู้ป่วยก็ไม่สามารถบอกได้ว่าแพทย์คนไหนเป็นคนตรวจต่อให้ผู้ป่วยเสียสิทธิ์ไป หรือบางทีอาจเกิดอันตรายต่อชีวิตได้
- มีสิทธิ เพราะการรักษานั้นต้องรู้ว่าใครรักษา เพื่อจะได้บอกได้ถูกต้องว่าใครคนรักษา และหากเกิดกรณีฟ้องร้อง สามารถสืบพยายบุคคลได้ถูกต้อง
- เห็นด้วย เนื่องจากถ้าหากการรับการรักษามีปัญหา ผู้ป่วยจะได้ทราบว่าแพทย์,พยาบาล คนใดที่รักษาและสามารถไปศึกษาประวัติของแพทย์ผู้นั้นได้
- เห็นด้วย เพื่อกระตุ้นให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญในการให้บริการทีมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
- เห็นด้วย เพราะการทราบชื่อสกุลจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยในอนาคต หากเกิดข้อผิดพลาดหรือปัญหากับผู้ป่วย จะได้ทราบประวัติของผู้ประกอบวิชาชีพ และดำเนินการได้ถูกต้อง

๓.๖ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๖ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่นที่มิได้เป็นผู้

ให้บริการแก่ตนเองและมีสิทธิขอเปลี่ยนผู้บริการและสถานบริการได้" ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะเป็นทางเลือกในการใช้บริการที่ดีที่สุดกับผู้รับบริการ เพราะแพทย์หรือสถานที่บริการ ต่างมีความรู้ ความสามารถต่างกันตลอดจนเครื่องมือที่ใช้รักษา การบริการ การดูแล ความสะอาด สบาย คล่องตัว บริการแพทย์พยาบาล
- ควรกำหนดและเปิดโอกาสให้เกิดทางเลือกในการให้บริการ แต่ต้องมีแบบแผนขั้นตอน การตรวจสอบ การถ่ายโอนงานข้อมูลอย่างถูกต้องไม่ปิดกั้น ตรวจสอบได้
- เห็นด้วย เพราะบางครั้งแพทย์กับผู้ป่วยอาจจะมีการกระทบกระทั่งกันบ้างเพื่อให้การบริการเกิดประสิทธิภาพ และให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องสะดวกรวดเร็ว
- เห็นด้วย ผู้มารับบริการมีสิทธิในการตัดสินใจขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลในการประกอบการตัดสินใจในการที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาล และถ้าผู้ป่วยได้รับบริการจากผู้บริการนั้นๆแล้วไม่พอใจก็สามารถเปลี่ยนผู้ให้บริการใหม่ได้ เช่น ขอเปลี่ยนแพทย์ที่จะเข้ารับการรักษาตน เป็นต้น
- ถ้าผู้รับบริการขอเปลี่ยนผู้บริการและสถานบริการได้อาจเป็นการดีกับทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ เพราะจะได้ในสิ่งที่พอใจทั้งคู่ แต่สถานที่บริการและผู้บริการแห่งแรกจะเสียหายจากการเปลี่ยนบริการ ถ้าบุคคลภายในรู้และไม่เข้าใจ
- เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยมีสิทธิ์ในการเป็นเจ้าของชีวิตและร่างกายของตน การขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่นจึงเป็นสิทธิ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเอง
- เห็นด้วย ผู้มารับบริการมีสิทธิในการตัดสินใจ ความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลตัดสินใจในการรักษา
- หากผู้รับบริการได้รับการบริการที่ไม่ดี ย่อมได้รับสิทธิที่จะเปลี่ยนผู้มห้บริการ เพื่อความสบายใจของผู้รับบริการ
- เห็นด้วย เพราะข้อมูลในบางเรื่องผู้มารับบริการก็อาจจไม่มีความรู้มากมายก็ควรที่จะให้คำปรึกษากับผู้มารับบริการบ้าง เพราะได้คิดว่าผู้มารับบริการเปรียบเสมือนญาติเราคนหนึ่ง
- ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอเปลี่ยนสถานที่บริการได้ หากคิดว่ารักษาครั้งนี้ไม่เกิดผล ไกลบ้าน เป็นต้น
- ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะขอคำแนะนำจากบุคลากรอื่นและขอเปลี่ยนผู้บริการ หากเห็นว่าผู้รักษาไม่น่าไว้วางใจที่จะให้รักษาต่อไป
- ผู้ป่วยมีสิทธิปรึกษา/ขอความคิดเหฌนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่น แต่ในทางปฏิบัติที่เป็นอยู่ขณะนี้คือ จำนวนผู้ให้บริการมีจำนวนน้อยกว่าผู้รับบริการ

- เห็นด้วย เพราะเป็นความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ผู้บริการควรให้บริการที่ดีต่อผู้มารับบริการโดยไม่คำนึงถึงผลประโยชน์ฝ่ายเดียว
- เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนโรงพยาบาลที่รักษาได้ ถ้าผู้ป่วยเกิดความไม่พอใจในการรักษาถือเป็นสิทธิของผู้ป่วย
- เพื่อประกอบการรักษา และการนำมาสู่สุขภาพของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกผู้ให้บริการได้ตามข้อกำหนด การตั้งเบิกค่ารักษา แต่สถานพยาบาลต้องให้คำแนะนำกรณีมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น
- เห็นด้วย เนื่องจากหากการรับการบริการเดิมไม่มีคุณภาพหรืออาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะได้มีสิทธิในการเปลี่ยนแพทย์ ซึ่งเป้าหมายคือให้อาการดีขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วย
- เห็นด้วย เราะผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคนก็มีความสามารถที่ไม่เท่าเทียมกันทุกคนอยู่แล้ว ดังนั้นก็เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะเลือกใช้บริการที่ใด
- เห็นด้วย เพราะผู้รับบริการอาจจะไม่มีความรู้หรือการปฏิบัติ ฉะนั้นหน้าที่ผู้บริการสุขภาพจำเป็นต้องชี้แจง แนะนำให้ผู้มารับบริการทราบและถ้าผู้ป่วยไม่พอใจ เป็นสิทธิของผู้มารับบริการที่จะเปลี่ยนผู้บริการและสถานบริการ
- ควรจะพบแพทย์เฉพาะทางแล้วให้แพทย์ท่านนั้นๆวินิจฉัย ให้คำปรึกษาว่าควรจะเปลี่ยนแพทย์หรือไม่ดีกว่าให้ผู้ป่วยตัดสินใจเอง

๓.๗ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๗ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติตามกฎหมาย” ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อมูลส่วนตัวบางอย่างควรรู้เฉพาะกลุ่มที่เกี่ยวข้อง
- เห็นด้วย เพราะการเจ็บป่วยบางอย่างเป็นเรื่องที่น่าอาย ไม่ควรเปิดเผยให้ผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ เว้นแต่ญาติของผู้ป่วย
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้รับบริการมีสิทธิ์ที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนอยู่แล้ว ฉะนั้นผู้ที่ให้การรักษาผู้ป่วยห้ามเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยแต่ถ้าหากผู้ป่วยให้ความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลได้ก็ควรเปิดเผยเฉพาะที่ผู้ป่วยอนุญาตเท่านั้น
- ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับความปกปิดข้อมูลของตนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ให้บริการไม่มีสิทธิ์เผิดเผยข้อมูลของผู้รับบริการนอกจากจะยินยอม การเปิดเผยข้อมูลอาจทำให้ผู้รับบริการเกิดความเสียหายในหลายๆเรื่อง เช่น ถ้าผู้ป่วยเป็นเอดส์แล้วถูกเปิดเผยอาจจะอยู่ในสังคมไม่ได้ ฯลฯ
- เห็นด้วย เนื่องจากข้อมูลผู้ป่วยทุกอย่างและประวัติการรักษาผู้ป่วยทุกอย่างเป็นของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงมีสิทธิ์ที่จะปกปิดหรือเปิดเผยได้หากการเปิดเผยนั้นไม่ก่อให้เกิดการเสียหายต่อผู้อื่น

- เห็นด้วย ผู้รับบริการมีสิทธิจะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนอยู่และฉะนั้นผู้ที่ให้การรักษาผู้ป่วยห้ามเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย แต่ถ้าหากผู้ป่วยให้ความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลได้ก็ควรเปิดเผย เฉพาะที่อนุญาตเท่านั้น
- เห็นด้วย เพราะเป็นการเคารพสิทธิของบุคคล เพราะผู้มารับบริการบางท่านอาจมีความจำเป็นในบางกรณีและอาจจะกระทบกับการดำรงชีวิตของผู้มารับบริการได้
- ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยไม่ควรเข้าไปยุ่งวุ่นวาย และไม่ควรเอามาวิจารณ์กันและเปิดเผย เพราะถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคลและเป็นความลับ
- ผู้ป่วยควรได้รับการปกปิดความลับหากเจ้าตัวไม่ยินยอมให้เปิดเผย เป็นสิทธิของตัวผู้ป่วยที่ควรได้รับ
- ข้อมูลความเจ็บป่วยเป็นข้อมูลของผู้ป่วยและบุคคลผู้ให้บริการ ควรจะปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิ์และเกี่ยวข้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพด้วย
- เห็นด้วย เพราะข้อมูลของผู้มาขอรับบริการถือเป็นสิ่งสำคัญและเป็นการรักษาข้อมูลของผู้มารับบริการนั้นเกี่ยวข้องกับผู้มารับบริการ
- เห็นด้วย เพราะ ผู้ป่วยบางคนไม่ยินดีหรือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลในการรักษา เพราะบางคนอาจมีผลต่อการอยู่ในสังคม ดังนั้นถ้าจะเปิดเผยข้อมูลต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยก่อนเสมอ
- เห็นด้วย เนื่องจากข้อมูลการรักษาบางอย่างของผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องปกปิด เนื่องจากมนุษย์เราเป็นสัตว์สังคม ดังนั้นอาการป่วยบางอย่างที่ไม่สามารถเปิดเผยต่อสังคมได้ ผู้ป่วยจึงควรได้รับสิทธิที่จะปกปิดข้อมูลการรักษาของตัวเอง
- เห็นด้วย เพราะหากเกิดกรณีการรักษาโรคที่สังคมรังเกียจหรือไม่ยอมรับ อาจทำให้ผู้ป่วยนั้นอยู่ในสังคมยาก ผู้ป่วยย่อมมีสิทธิในการปกปิดชื่อเสียงมิให้เสียชื่อเสียง
- เห็นด้วย เพราะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน ตามหลักรัฐธรรมนูญอยู่แล้ว

๓.๘ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๘ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม/ถอนตัว จากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ” ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพื่อความปลอดภัยและผลประโยชน์ที่จะได้รับส่วนได้ส่วนเสีย ควรมีข้อตกลงสัญญากันก่อน การแสดงความยินยอมการอุทิศตัว มีพยานมีกระบวนการที่ยอมรับ โปร่งใสทุกฝ่าย
- ไม่เห็นด้วย เพราะการทำการทดลองต้องทำอย่างต่อเนื่อง เว้นแต่ผู้นั้นจะเกิดอาการแพ้จนไม่สามารถจำทำการทดลองได้ ควรให้แพทย์ผู้ทำการทดลองใส่ใจในผู้รับการทดลองด้วย

- เห็นด้วย เพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่จะถูกทดลองในการวิจัย หรือทำการรักษาประเภทใหม่ๆ จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ หากผู้ป่วยไม่ยินยอมในการทดลองดังกล่าวก็มีสิทธิปฏิเสธไม่เข้าก็ได้ แต่ถ้ายินยอมก็มิสิทธิที่จะเข้าร่วมการวิจัยดังกล่าวได้
- ผู้รับบริการได้เอาตัวเองเข้าไปเสี่ยงโดยเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ควรได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจร่วมหรือถอนตัว เพราะว่าถ้าเกิดการทดลองแล้วทำให้ผู้รับบริการเจ็บ ป่วย หรือมีปัญหาด้านสุขภาพในภายหลังการทดลอง จะมีใครรับผิดชอบผู้ทดลองเหล่านั้นหรือไม่
- เห็นด้วย เนื่องจากการทดลองหรือวิจัยยังไม่ทราบผลแน่ชัดว่าจะส่งผลต่อตัวผู้ถูกทดลองหรือไม่ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างละเอียดครบถ้วนโดยไม่ถูกปิดบัง
- เห็นด้วย เพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล หากไม่ยินยอมในการทดลองสามารถปฏิเสธได้
- เห็นด้วย เพราะในการทำวิจัยไม่ควรจะบังคับให้ผู้อื่นเข้าร่วมการทดลองควรให้เข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ
- มันเป็นสิทธิของผู้ป่วยในทุกด้าน ทั้งนี้แพทย์จะต้องได้รับความยินยอมก่อน
- งานวิจัย คือการทดลอง ผู้ถูกทดลองควรเป็นผู้ที่เต็มใจให้ความร่วมมือ ผู้รับบริการควรได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนก่อนตัดสินใจร่วมมือด้วย
- หากมีการวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวกับผู้ป่วยควรมีการชี้แจงรายละเอียดให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้
- เห็นด้วย เพราะผู้รับบริการนั้นมีสิทธิที่ได้ทราบข้อมูลต่างๆก่อนการทดลองในการวิจัย และการเคารพการตัดสินใจของผู้มารับบริการ
- เห็นด้วย การที่จะให้ผู้ป่วยเป็นผู้ถูกทดลองอะไรก็ตาม ควรที่จะมรการชี้แจงรายละเอียดต่างๆให้ผู้ป่วยรับทราบก่อนเสมอ
- เห็นด้วย เมื่อพูดถึงเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัย ผู้รับบริการควรได้รับสิทธิในข้อมูลอย่างละเอียดและครบถ้วน เพราะนี่หมายถึงชีวิต
- เห็นด้วย เพราะการทดลองอาจมีผลกระทอต่อสุขภาพอาจจะในทางที่ดีหรือแย่ลง ผู้ถูกทดลองมีสิทธิทราบเพื่อปรพกอบการตัดสินใจ
- เห็นด้วย เพราะการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนแก่ผู้มารับการรับการบริการ จะทำให้นำไปใช้ในการตัดสินใจ ดังนั้นผู้วิจัยควรจะบอกรายละเอียดทุกอย่างตามความเป็นจริงและถูกต้องอย่างละเอียด
- เห็นด้วย เพราะถ้าผู้ถูกทดลองไม่ทราบข้อมูลที่ครบถ้วนก็จะทำให้เกิดผลเสียกับผู้ที่ถูกทดลองได้

- เป็นสิทธิมนุษยชน ผู้ป่วยสามารถเลือกจะถูกเป็นผู้ทดลองได้ โดยทราบข้อมูลอย่างละเอียดว่าจะมีผลดีผลเสียอย่างไร
- เห็นด้วย การทดลองถือเป็นความเสี่ยง อาจจะส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย หรือจิตใจของผู้ป่วยได้ จึงจำเป็นต้องได้รับข้อมูลครบถ้วนก่อนตัดสินใจ
- ผู้ที่ตัดสินใจเข้าร่วมการทดลองหรือการทำวิจัยทางการแพทย์นั้น ต้องเป็นผู้ที่เสียสละหรือสามารถรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้
- เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยมีสิทธิจะตัดสินใจในการที่จะโดนกระทำต่างๆจากการทำวิจัย เพราะอาจเกิดได้ทั้งผลดีและผลเสียต่อผู้ป่วยเอง

๓.๕ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๕ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิ ที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้บุคคลอื่น” ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพื่อจะได้รักษาสิทธิไม่ให้ถูกละเมิดหรือสาเหตุที่เกิดจากความบกพร่องของแพทย์หรือพยาบาล หรือการใช้ยาผิด ให้ยาผิด วินิจฉัยผิดๆ
- ควรสร้างบรรทัดฐาน หรือข้อมูลอ้างอิงให้ผู้รับบริการทราบในสิทธิและหน้าที่ของผู้มารับบริการให้ชัดเจน โปร่งใส ตรวจสอบได้
- เห็นด้วย ผู้ป่วยมีสิทธิจะทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเฉพาะข้อมูลส่วนตนเท่านั้นไม่มีสิทธิจะทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของผู้อื่น เพราะผู้อื่นไม่อยากให้ใครทราบข้อมูลส่วนตนเหมือนกัน ให้รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา
- เห็นด้วย ที่ผู้รับบริการจะได้ทราบข้อมูลต่างๆในการรักษาเฉพาะของตน ข้อมูลของคนอื่นก็ไม่สมควรจะไปรู้
- เห็นด้วย เพราะข้อมูลทุกอย่างในเวชระเบียนของผู้ป่วยเองดังนั้นการจะรับทราบข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยจึงสามารถทำได้หากไม่ส่งผลเสียหายต่อผู้อื่น
- เห็นด้วย ดังที่กล่าวมาว่าเพราะผู้อื่นไม่อยากให้ใครทราบข้อมูลของตนเอง
- เห็นด้วย เพราะที่ได้รับข้อมูลต่างๆจะช่วยในการตัดสินใจของผู้มารับบริการ ว่าผู้มารับบริการจะได้ใช้ข้อมูลในการพิจารณาและบางเหตุผลต่างๆในการรักษา
- เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะดีรับทราบข้อมูลในการที่แพทย์ได้รักษาให้ตนเพื่อความพึงพอใจ และมั่นใจที่จะปฏิบัติตน และทำการรักษาต่อไป แต่ก็ต้องรับรู้แค่ข้อมูลของตนเองไม่ก้าวก่ายสิทธิของผู้อื่น
- เห็นด้วย เพราะการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้อื่นเป็นสิ่งที่ไม่สมควรอย่างยิ่งในการปฏิบัติงาน

- ไม่เห็นด้วย เพราะสามารถรับรู้ข้อมูลได้แค่เฉพาะตน ไม่สามารถรับรู้ของผู้อื่นได้ และการจะเปิดเผยข้อมูลจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย
- เห็นด้วย เพราะปกติการรับบริการด้านสุขภาพเป็นข้อมูลเฉพาะส่วนบุคคล เราไม่สามารถขอทราบข้อมูลของผู้ป่วยท่านนั้นได้ เพราะถือว่าไปละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยท่านอื่น
- เห็นด้วย เพราะทุกคนต่างก็มีความเป็นส่วนตัว
- เห็นด้วย เพราะว่าข้อมูลของใครๆก็หวง ถ้าจะถูกนำไปเปิดเผยต่อสาธารณชนก็ไม่ยอม
- สิทธินี้ป้องกันผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล ถ้าเกิดความผิดพลาดในการให้การบริการผู้ป่วยเสียหาย ผู้ป่วยสามารถขอประวัติการรักษาเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายได้
- เห็นด้วย ผู้ป่วยควรทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ผลการรักษา เพื่อผู้ป่วยจะได้ประเมินตัวเองและพิจารณาถึงผลการรักษา วิธีการรักษา และผู้ให้บริการรักษาได้
- ถูกต้อง เพราะลักษณะทางกายภาพของแต่ละคนไม่เหมือนกัน ยาบางชนิดอาจจะฝช้ไม่ได้กับทุกคน ถ้าอยากทราบข้อมูลการรักษาเพิ่มเติมก็ควรจะถามแพทย์จะดีกว่า
- เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลในการรักษา เพื่อที่จะได้พิจารณาในการตัดสินใจรักษาต่อไป

๓.๑๐ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑๐ ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “บิดา มารดา โดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี บริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายและทางจิต ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้” ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- เห็นด้วย เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะและยังอยู่ในการดูแลปกครองเลี้ยงดูของพ่อแม่ ควรชัดเจนผู้บกพร่องทางกายและทางจิต
- ควรเพิ่มมาตรการรองรับ การเท่าเทียม ขอบเขตสิทธิได้ชัดเจน โปร่งใส
- เห็นด้วย เพราะบุคคลดังกล่าวยังไม่สามารุตัดสินใจด้วยตนเองได้ ต้องให้บิดามารดาหรือผู้อุปการะตัดสินใจแทน
- เห็นด้วย เพราะเด็กอายุไม่ถึง ๑๘ ปี หรือผู้ที่มีความผิดปกติทางกายและใจ ไม่สามารถที่จะกระทำการหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนได้ บิดามารดาหรือผู้ปกครองจึงมีสิทธิที่จะอนุญาตหรือไม่อนุญาตให้ทำการรักษาพยาบาลแทนได้
- การที่บิดามารดาใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี ผู้บกพร่องทางกายและทางจิต เห็นว่าไม่ควรกำหนดอายุ เพราะว่าถ้าผู้ป่วยต้องอยู่ในความดูแลของบิดามารดาตลอดไปไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ถ้าเกิน ๑๘ ปีผู้ป่วยเหล่านี้ก็ยังคงไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตัวเองได้อยู่ดี เช่น ถ้าเป็นผู้หญิงปัญญาอ่อนพูดไม่ได้ ถ้าบิดามารดาไม่พาไปทำหมันเกิดโดนใครข่มขืนแล้วตั้งครรภ์จะทำอย่างไร

- เห็นด้วย เพราะบุคคลเหล่านี้ตัดสินใจเองไม่ได้ต้องอาศัยผู้ปกครองดูแล
- เห็นด้วย เพราะเด็กอายุไม่ถึง ๑๘ ปี หรือผู้ที่มีความผิดปกติทางกายและใจ จำเป็นต้องให้ผู้ปกครองยินยอม
- เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยมีความบกพร่องทางกายและจิตผู้ปกครองควรใช้สิทธิ
- เห็นด้วย เพราะบุคคลเหล่านี้ควรอยู่ในการดูแลของบิดา-มารดา และที่บกพร่องทางกายและทางจิตก็ไม่สามารถที่ตัดสินใจด้วยตนเองหรือถ้าได้ก็อาจจะได้ไม่ดีเท่าที่ควร ควรอยู่ในการดูแลของผู้ปกครองหรือบิดา-มารดา
- บุคคลที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะซึ่งจะต้องมีผู้ปกครองที่อยู่ในความดูแลเป็นผู้จัดการให้
- ผู้ป่วยอายุไม่ถึง ๑๘ ปี คือผู้ที่ยังไม่ชอบบรรลุนิติภาวะ รวมถึงผู้บกพร่องทางกายและทางจิต บุคคลเหล่านี้ถือเป็นบุคคลที่ยังดูแลตัวเองไม่ได้ ต้องมีผู้ปกครองดูแลและให้การตัดสินใจแทน แต่ก็ควรศึกษาอาการของบุคคลเหล่านี้ให้แน่ชัดก่อนการตัดสินใจแทน แต่ก็ควรศึกษาอาการของบุคลากรเหล่านี้ให้แน่ชัดก่อนการตัดสินใจแทน
- ผู้ป่วยอายุไม่เกิน ๑๘ ปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายและทางจิต ควรมีบิดามารดาที่ดูแลผู้ป่วยได้
- เห็นด้วย เพราะบิดามารดาคือผู้แทนโดยชอบธรรม สามารถที่จะรับรู้ข้อมูลต่างๆได้และการตัดสินใจได้
- เห็นด้วย เด็กที่ไท่เกิน ๑๘ ปี เป็นผู้บกพร่องทางกายและทางจิต ควรมีผู้ดูแลและควรมีผู้ปกครองในการรักษาสิทธิต่างๆ รวมทั้งการรักษาพยาบาลด้วย
- เห็นด้วย เนื่องจากผู้ป่วยที่อายุไม่เกิน ๑๘ ปี ยังคงเป็นผู้เยาว์ ดังนั้นบิดามารดาโดยชอบธรรมจึงสามารถตัดสินใจในการใช้สิทธิแทนผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ เพราะการทำการรักษาบางอย่างจำเป็นที่จะต้องใช้ผู้ปกครองลงรายมือชื่อเพื่อทำการรักษาต่อ
- เห็นด้วย เพราะบุคคลเหล่านี้ยังไม่บรรลุนิติภาวะในการตัดสินใจ ควรเพิ่มผู้แทนในกรณีผู้ป่วยไม่มีพ่อแม่
- เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยตามที่กล่าวมานั้นมีวุฒิภาวะยังไม่ดีพอ จึงควรให้บิดามารดาดูแลสิทธิของตนเอง แต่โรงพยาบาลก็ควรตรวจดูเอกสารต่างๆให้ครบถ้วน เพื่อแก้ปัญหาการปลอมแปลงเอกสาร
- เห็นด้วย เนื่องจากกฎหมายไทยได้กำหนดให้มีการคุ้มครองผู้เยาว์และผู้บกพร่องให้อยู่ภายใต้การดูแลของผู้ปกครอง แต่ในกรณีเร่งด่วนผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเองและขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์
- เห็นด้วย เพราะสิทธิข้อนี้กฎหมายได้คำนึงถึงสภาพความพร้อมของบุคคลที่เกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้หย่อนความสามารถ การใช้สิทธิเหล่านี้ก็ถือเป็นเรื่องที่ดี
- สิทธินี้เพื่อให้ผู้ปกครองช่วยตัดสินใจในการยอมรับการรักษาหรือไม่เพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย น่าจะให้สิทธิผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย

- เห็นด้วย เพราะผู้มีความพกพร่องไม่สามารถใช้สิทธิตัวเองได้ เนื่องจากจะมีปัญหาการสื่อสาร หรือเรื่องอื่นๆ ผู้แทนโดยชอบทำสามารถตัดสินใจได้
- เห็นด้วย เพราะบุคคลเหล่านี้ยังไม่มีภาวะที่จะสามารถตัดสินใจเองได้ หรือถ้ามีก็อาจจะทำให้เกิดปัญหาบางประการตามมาภายหลังได้

<u>ประเด็นที่ ๔ การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง</u>

๔.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ ใครจะเป็นคนทำ ถ้าแพทย์คนที่ดูแลผู้ป่วยปฏิเสธ ในกรณีที่มีบัญญัติไว้ในกฎหมาย ให้ผู้ป่วยสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตายหรือการยื้นโดยญาติ ในกรณีนี้ถ้าแพทย์ผู้รับผิดชอบ (หมอเจ้าของไข้)ปฏิเสธในการที่จะปฏิบัติตามเนื่องจากไม่ตรงกับแนวคิดทางจริยธรรมที่แพทย์คนนั้นเห็นด้วย แล้วปฏิเสธในการดำเนินการตามหนังสือโดยการขอถอนตัวจากความรับผิดชอบดังกล่าว แล้วแพทย์ท่านใดจะเป็นผู้ดำเนินการต่อในเรื่องนี้ ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- คงปฏิเสธไม่ได้ เนื่องจากแพทย์รักษาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่เริ่มต้น ก็ควรจะต้องดำเนินการต่อไปตามหน้าที่ของตนเองที่รับผิดชอบให้จบกระบวนการนั้น การที่จะมีการแสดงเจตนาเป็นอย่างอื่นนั้นเห็นว่าพิจารณาจากองค์ประกอบหลายด้าน เพราะไม่มีใครจะต่อสู้กับความตายได้เหตุสุดวิสัยที่ตรวจสอบได้เป็นเรื่องของความจริงที่พิสูจน์ก็สามารถกระทำได้ ไม่ใช่เกิดจากความบกพร่องทางการแพทย์ ความประมาทของกลุ่มผู้รักษาพยาบาลควรมีคณะกรรมการพร้อมวินิจฉัย ไม่ใช่ปล่อยแพทย์ตามลำพัง มีการทำรายงานฝ่ายกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางแพทย์ช่วยพิจารณาด้วย
- เห็นด้วย เพราะแพทย์บางคนอาจจะไม่สามารถทำตามที่ผู้ป่วยร้องขอได้ จึงเห็นควรให้แพทย์สามารถปฏิเสธและถอนตัวได้
- แพทย์ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลแก่ญาติผู้ป่วย แพทย์ผู้ที่จะดำเนินการต่อควรเป็นแพทย์ที่มีความรู้ ความยุติธรรม หรือมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เพราะจะง่ายต่อการทำความเข้าใจของญาติด้วย
- ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการปฏิเสธการรักษาของแพทย์ในการยื้อชีวิต ด้วยเมื่อการเจ็บป่วยที่ไม่หาย เห็นว่าควรยุติการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วย
- กรณีนี้ต้องมีการตกลงกันระหว่างแพทย์ด้วยกันเพื่อให้การรักษายังดำเนินการต่อไป เพราะหากแพทย์เห็นว่ายังสามารถทำการรักษาต่อไปได้และมีโอกาสรอดหรือรักษาให้ถึงที่สุดแพทย์ก็ควรทำ เพราะหากแพทย์ละเลยก็มีผลทำให้แพทย์อาจผิดจรรยาบรรณได้และไม่ควรทำอย่างยิ่ง
- แพทย์ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลแก่ญาติผู้ป่วย แพทย์ผู้ที่จะดำเนินการต่อการเป็นแพทย์ให้ความรู้ มนุษย์สัมพันธ์ที่ดีด้วย เพราะง่ายต่อการทำความเข้าใจของญาติ
- แพทย์ท่านที่ดูแลผู้ป่วยคนที่ ๒ รองจากคนแรกหรือไม่ก็แพทย์ในวันนั้น ที่ควรจะให้คำปรึกษาเป็นคนต่อไป

- แพทย์อาจทำตามจรรยาบรรณแต่ทั้งนี้ต้องประเมินสภาวะของผู้ป่วยด้วย ว่าร่างกายพร้อมที่จะมีชีวิตอยู่หรือไม่ หรือเป็นการทรมานตัวผู้ป่วยหรือเปล่า ถ้าหากเป็นการทรมานที่ได้กล่าวมาแพทย์ก็ไม่ควรที่จะยื้อชีวิตเอาไว้
- อย่ายึดกับทัศนคติของตนเอง ต้องมองในสังคมที่ตนเองอยู่ด้วย และปรับตัวให้เข้ากับสังคมนั้นๆ สิ่งที่สำคัญคือ อย่าทำร้ายจิตใจและความหวังของผู้มีความต้องการ
- ญาติและผู้ป่วยควรมีการพูดคุยปรึกษาแพทย์กันก่อนจะทำหนังสือแสดงเจตนา ดดยต่างฝ่ายควรให้เหตุผลที่ฟังขึ้นและสมควร เพื่อให้การทำหนังสือเป็นไปอย่างเรียบร้อย หรือให้การรักษาเป็นไปอย่างเรียบร้อยไม่ให้เกิดปัญหาต่อกัน หากผู้ป่วยและญาติแสดงเจตนารมณ์ที่จะไม่ยื้อชีวิตต่อแล้วโดยเหตุผลที่เหมาะสม แพทย์ก็ควรที่จะยอมรับและทำตาม
- เป็นความต้องการผู้ป่วยเอง หากแพทย์มีความคิดเห็นไม่ตรงกันและขอถอนตัว ตามความคิดเห็นของข้าพเจ้า บุคคลที่ควรดำเนินการต่อคือ ผู้บังคับบัญชาของแพทย์ท่านนั้น และควรอธิบายเหตุผลของการที่แพทย์ปฏิเสธตามเจตนาของผู้ป่วยว่าเพราะเหตุใด
- อธิบายถึงเหตุผลให้กับญาติของผู้ป่วย อธิบายถึงความสามารถและคำแนะนำต่างๆ ด้วยจรรยาบรรณวิชาชีพของแพทย์ ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยตายโดยไม่ทำอะไรเลยไม่ได้ ดังนั้นแพทย์จึงปฏิเสธที่จะทำแบบนั้นกับผู้ป่วย แพทย์จึงควรอธิบายให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจ ถ้าญาติกับผู้ป่วยยังดื้อที่จะทำ ก็ให้แพทย์ท่านอื่นมารับผิดชอบดูแลต่อไป
- หากเป็นเจตนาของผู้ป่วยและญาติแล้วแพทย์ก็ควรทำตาม แต่ถ้าแพทย์ผู้รักษา (เจ้าของไข้) ไม่สามารถรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยได้ แต่อาจจะให้แพทย์ท่านอื่นช่วยดูแลแทนได้
- ไม่เห็นด้วย เนื่องจากการรักษาชีวิตและการช่วยชีวิตควรจะทำอย่างเต็มที่ และสุดความสามารถโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานความถูกต้อง
- ต้องเปลี่ยนแพทย์เจ้าของไข้ก่อน หรือไม่ก็ต้องบอกเหตุผลที่แท้จริงอธิบายให้แพทย์เข้าใจโดยไกล่เกลี่ยกับระหว่างแพทย์และญาติผู้ป่วย
- แพทย์ควรทำตามความต้องการของญาติ เพราะมีหนังสือที่ญาติเขียนเป็นหลักฐาน ก่อนการเขียนหนังสือทางแพทย์และพยาบาลก็ต้องประเมินอาการของผู้ป่วยแล้วก่อนหน้านี้แล้ว
- เห็นว่าเป็นเรื่องที่ตัดสินใจได้ยากในการที่จะบอกได้ว่าควรจะเป็นแพทย์ท่านใดที่ดำเนินการต่อเนื่องจากเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนเกี่ยวกับความเป็นความตายและขัดต่อจริยธรรมอันดีของแพทย์
- กฎหมายที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นทางแพทย์หรือทางผู้ป่วย อาจจะมีข้อขัดแย้งกันอยู่ในบางเรื่องก็ควรที่หาข้อยุติ ก่อนที่จะเกิดปัญหาในอนาคต
- คิดว่าเป็นสิทธิของผู้ป่วยและญาติถ้าเขาปฏิเสธที่จะยื้อชีวิตก็ต้องทำตาม ถึงแม้จะขัดต่อจริยธรรมก็ตาม

- แพทย์ควรจะทำตามความต้องการของญาติ แต่ก็ควรพูดคุยปรึกษาบอกขั้นตอนในการรักษาระหว่างแพทย์และญาติของผู้ป่วยกันก่อน
- ตัดสินใจไม่ได้เหมือนกัน แต่ถ้าเป็นญาติของเรายินยอมพร้อมใจ ถามความคิดเห็นปรึกษากันแล้ว ถ้าไม่อยากทรมานผู้ป่วยก็ขออนุญาตกลับบ้าน จำหน่าย ไม่สมัครใจอยู่
- กรณีนี้ จำเป็นจะต้องมีการประชุมองค์กรการแพทย์ เพื่อปรึกษาหรือร่วมกันเนื่องจากถ้าทำไปก็จะผิดจริยธรรมวิชาชีพแพทย์ ดังนั้นเมื่อมีการประชุมจากหลายฝ่าย แล้วชี้แจงให้ญาติรับทราบถึงผลดีผลเสีย ญาติอาจจะยอมทำตามคำแนะนำของแพทย์
- ควรเปลี่ยนเป็นแพทย์ท่านอื่นให้มาดูแล เพราะญาติผู้ป่วยอาจมีเหตุผลที่ตนเองได้รับรู้ และเกิดความต้องการที่จะเปลี่ยนแพทย์
- ไม่สมควรสักเท่าไหร่ ในทางทฤษฎี ถึงแม้ว่าในทางกฎหมายแล้วสามารถทำได้ก็ตาม เพราะว่าการที่เรามาเป็นแพทย์แล้ว หน้าที่ของการรักษาผู้ป่วยนั้น ต้องแพทย์ผู้มารับผิดชอบ ไม่ว่าจะเหตุการณ์ใดก็ตาม
- ถ้าจะส่งต่อ (Refer) ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น ให้แพทย์เป็นผู้ถอดสายออกซิเจนออก ตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย

๔.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การลงความเห็นที่ญาติไม่เห็นด้วย เพราะอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติไปฟ้องร้องได้ ในกรณีที่แพทย์ลงความเห็นเกี่ยวกับในเรื่องการการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ตรงกับความเห็นของญาติทุกคน และอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติอาจไปฟ้องร้องได้ ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- ต้องมีหลักฐานการทำงานทุกขั้นตอน แพทย์ไม่ควรตัดสินใจเพียงคนเดียวต้องมีการคานอำนาจกันระหว่างแพทย์ผู้รักษา เพื่อความโปร่งใส บริสุทธิ์ใจ ไม่ได้กลั่นแกล้ง เพราะสูญเสียคนที่รักย่อมสร้างผลกระทบทางด้านจิตใจของกลุ่มคนได้ และการให้ความช่วยเหลือคนต้องทำอย่างสุดความสามารถจริงๆและไม่ใช่ดันทุรังหรือจำใจทำ พยาน และคนที่ตัดสินใจเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อต้องมีความเห็นที่แตกต่างกัน
- ก็เป็นสิทธิ์ของญาติผู้ป่วย แต่ผลเป็นประการใดก็ให้ยอมรับตามที่ศาลได้ตัดสิน เมื่อเกิดการพิพาทกัน
- เห็นว่า ต้องเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด
- ต้องให้ความเป็นธรรมต่อทั้ง ๒ ฝ่าย อาจพิจารณาจากเหตุผลต่างๆเป็นข้อๆไป ตามเหตุและผลของแต่ละฝ่าย แต่ต้องอยู่บนพื้นฐานของความถูกต้องและหลักนิติธรรม
- แพทย์มีความคิดเห็นอย่างไร ก็ให้แพทย์รักษาไปตามอาการของผู้ป่วย ถ้าญาติไม่ยอมแพทย์ก็ควรทำหนังสือให้ญาติยินยอมในการรักษาเพื่อป้องกันความผิดพลาดอันเกิดจากการรักษา
- เห็นด้วย เพราะหากญาติไม่เข้าใจก็ควรมีการนำสิ่งที่เป็นขั้นตอนและมีความยุติธรรมทั้งสองฝ่าย

- ต้องให้ความเป็นธรรมกับทั้งคู่ เพราะเหตุผลทางการแพทย์อาจจะทำให้เกิดการตัดสินใจ ซึ่งบางครั้งการรักษาอาจจะไม่เป็นผลแล้ว
- แพทย์ควรให้คำแนะนำหากญาติไม่เห็นด้วย หรือความเห็นขัดแย้งแพทย์คงจะปฏิบัติได้ยาก แพทย์อาจจะโดนฟ้องร้องได้ซึ่งน่าเห็นใจแพทย์ ฉะนั้นในการปฏิบัติควรให้ญาติเซ็นการรับรองการรักษาก่อนการปฏิบัติ
- ควรจะมีการเรียกญาติของผู้ป่วยมาปรึกษาเรื่องอาการและอธิบายรายละเอียดต่างๆของอาการผู้ป่วยให้ญาติเข้าใจตั้งแต่เริ่มรักษาจนถึงปัจจุบันว่าเป็นอย่างไรอย่างละเอียด แล้วให้ญาติเข้าใจ
- แพทย์อาจมีมุมมองที่แตกต่างจากญาติผู้ป่วย ทั้งนี้แพทย์จะต้องปรึกษาและอธิบายกับทางญาติให้เข้าใจกันก่อนที่จะเกิดเรื่องราวใหญ่โตจนถึงขั้นฟ้องร้องกัน
- ถ้าหลีกเลี่ยงความจริงบางอย่างเพื่อประโยชน์อีกหลายๆฝ่าย บางครั้งก็ต้องยอมกระทำ
- การรักษาในวาระสุดท้าย เป็นสิทธิการตัดสินใจของผู้เองที่จะทำการรักษาต่อยื้อชีวิตหรือไม่ ซึ่งเป็นสัญญาที่ผู้ป่วยควรทำก่อนถึงอาการทรุดนั้น หากไม่ยินยอมให้ยื้อชีวิตต่อก็ควรปรึกษากับญาติพี่น้องให้ยิมยอมกันด้วย และมีการลงนามกำกับไว้เป็นหลักฐาน
- หากแพทย์มีความเห็นไม่ตรงกันกับญาติ ควรมีการชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรและให้ทั้งสองฝ่ายเซ็นต์รับทราบ
- การพูดคุยกันถึงเหตุผลต่างๆ แพทย์ควรมีการอธิบายและคำปรึกษาต่างๆให้กับญาติ
- แพทย์จะต้องอธิบายรายละเอียดของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และอธิบายว่าทำไมแพทย์ถึงลงความเห็นเป็นเช่นนั้น เพราะบางอย่างที่อยู่ในช่วงทำการรักษา แพทย์ไม่ควรบอกหรืออธิบายให้ญาติทราบได้ แพทย์ก็ควรให้การรักษาอย่างเต็มที่ไม่ว่าญาติจะร้องขอหรือไม่ก็ตาม
- เมื่อแพทย์ยืนยันในเรื่องการรักษา ในฐานะผู้เป็นเจ้าของไข้ เพื่อป้องกันตัวเองควรที่จะบันทึกหลักฐานที่มีอยู่ เพื่อป้องกันกรณีฟ้องร้อง เช่นรายละเอียดการรักษาของผู้ป่วยนั้นๆ
- เห็นว่าควรฟังเหตุผลทั้งสองฝ่าย แม้สุดท้ายแล้วก็ควรดำเนินการให้เป็นไปตามหลักของนิติธรรมและกฎหมาย แพทย์ก็ต้องระวังตนเองตัดสินใจการกระทำตามกฎหมาย เพื่อที่หากมีการฟ้องร้องจะได้มีหลักฐานในการปกป้องตนเอง
- ปัญหาทางสังคมหลายๆด้านก่อให้เกิดปัญหา ดังนั้น น่าจะจัดให้มีการพูดคุยตกลงสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยเพื่อเน้นทางออกที่ดี
- ถ้าญาติจะฟ้องร้องก็ให้ฟ้องไป เพราะคิดว่าแพทย์น่าจะวินิจฉัยดูแล้วว่าสมควรทำแบบไหน ถ้าคิดไม่ตรงก็หาข้อมูลการรักษาไปยืนยัน
- แพทย์จะต้องอธิบายเหตุผลความจำเป็นหรืออื่นๆอย่างเพียงพอต่อญาติ จากนั้นให้ลงรยามือเพื่อเป็นหลักฐานเป็นการป้องกันในกรณีที่เกิดเหตุตามมาในภายหลัง

- ให้ญาติเลือกสิทธิจะรักษาต่อหรือขอไปรับการรักษาต่อที่อื่น เขียนใบส่งตัวประวัติการรักษาให้
- บางครั้งการที่ญาติผู้ป่วยรับรู้การรักษาวาระครั้งสุดท้ายซึ่งเป็นการสูญเสียเป็นเรื่องปกติที่ญาติอาจไม่เข้าใจ แพทย์เจ้าของไข้ควรอธิบายชี้แจงให้ญาติผู้ป่วยทราบ
- ถ้าแพทย์เห็นแล้วว่าไม่สามารถรักษาต่อได้ก็ควรจะอธิบายให้กับญาติพี่น้องของผู้ป่วยโดยละเอียดเพื่อให้เกิดความเข้าใจในอาการของผู้ป่วย
- ควรยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ผู้ป่วยและญาติอาจมีเหตุผลที่เห็นสมควร แพยท์ควรรับฟังและพิจารณาอย่างมีเหตุผล
- บางทีการที่แพทย์ตัดสินใจ อาจจะไม่ตรงกับการตัดสินใจของญาติ แพทย์ควรที่จะให้เหตุผลในการตรวจรักษาผู้ป่วยให้ชัดเจน
- หาวิธีที่ให้ทั้งสองฝ่ายมีทางออกที่ดี ด้วยการประนีประนอม อาจจะต้องพึ่งตำรวจมาเป็นตัวกลางลงความเห็น ในกรณีที่มีความคิดเห็นไม่ลงรอยกัน

<u>ประเด็นที่ ๕ การให้การศึกษาด้านจริยธรรม</u>

๕.๑ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การจัดให้มีการเรียนด้านจริยธรรมสำหรับนักศึกษาแพทย์ ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง การที่ได้เรียนรู้ประสบการณ์และการมีส่วนร่วมถือว่าสำคัญมากๆ การรักษาดูแลชีวิตคนเป็นเรื่องสำคัญมากที่สุด การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตความหลักศาสนามาช่วย เพื่อสร้างแพทย์ที่มีจิตใจดีมีจิตสำนึกรับผิดชอบ
- ควรสร้างการมีส่วนร่วมในการทำกิจสาธารณะ และศึกษาธรรม ในระหว่างเรียนและปฏิบัติจริง
- เห็นด้วยที่มีการเรียนที่แน่นอน เพราะจริยธรรมในแพทย์ต้องมีมากกว่าบุคคลธรรมดา
- เห็นว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะแพทย์จะได้มีจริยธรรม จรรณยาบรรณทางวิชาชีพที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้มากขึ้นจากการได้แสดงความคิดเห็น เจตคติต่อจริยธรรมจากกรณีศึกษาต่างๆ
- เห็นด้วยกับการให้นักศึกษาแพทย์ได้เรียนด้านจริยธรรมเพื่อนักศึกษาที่เรียนแต่ด้านวิชาการไม่ได้ศีลธรรม จริยธรรม จะได้รู้เรื่องการอยู่ร่วมกันในสังคม
- เห็นด้วย เพื่อเป็นการปลูกฝังจริยธรรมให้อยู่ในอุปนิสัยของแพทย์
- เห็นด้วย เพราะการมีจริยธรรมที่ดีจะทำให้สามารถไปอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

เห็นด้วย เพราะศีลธรรมจริยธรรมช่วยให้สังคมดีได้ พูดได้ว่าเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้

- เห็นด้วยเป็นอย่างมาก เพราะคนเราในปัจจุบันขาดคุณธรรมจริยธรรม โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งอยู่กับความเป็นความตายของมนุษย์
- เห็นด้วย ในการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมเพราะมนุษย์ทุกคนควรจะได้รับความรู้เรื่องจริยธรรมและถ้าได้ประกอบอาชีพนี้ก็จะได้ตระหนักในด้านจริยธรรมได้มากขึ้น
- เป็นการปลูกฝังที่ดีที่แพทย์ควรได้เรียนรู้ให้รู้จักการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ในทุกๆระดับไม่แบ่งแยกเป็นการเรียนรู้ด้านศีลธรรมที่ดีงาม
- น่าจะมีเรียนจริยธรรมต้องนานแล้ว เพราะแพทย์สมัยนี้หาที่มีจิตวิญญาณการเป็นแพทย์ที่แท้จริงนั้นน้อยมาก เจอแต่แพทย์ที่หวังผลประโยชน์ส่วนตนและแพทย์ใช้ทุนก็ลาออกจากโรงพยาบาลของรัฐมาอยู่เอกชนกันก็มาก เนื่องจากค่าตอบแทนมากกว่า
- เช่นเดียวกับการเรียนวิชาบังคับพื้นฐานทางสังคม ที่แพทย์ไม่ควรแค่เก่งวิชาแต่ควรเก่งด้านสังคมจิตใจคนด้วย เพราะแพทย์ที่ดีควรรักษาเก่งแล้วก็มีจิจตใจดี เอื้อเฟื้อไมตรีต่อผู้มารับบริการ เพื่อความเป็นแพทย์ที่สมบูรณ์แบบที่สุด ควรจัดให้มีการเรียนทุกๆมหาวิทยาลัย
- เป็นการสอนที่ดี ทำให้นักศึกษาแพทย์มีจริยธรรมมากขึ้นและทำให้แสดงถึงหลักจริยธรรมที่ดีเมื่อนักศึกษาแพทย์จบออกไปปฏิบัติงาน
- เห็นด้วย เพราะปัจจุบันมีความรู้สึกว่า แพทย์บางคนเงินเป็นหลัก การรักษาเป็นรอง
- เห็นด้วยอย่างมาก เพราะในปัจจุบันแพทย์บางคนอาจจลืมจรรยาบรรณของความเป็นแพทย์ เนื่องจากปัจจุบันการแข่งขันด้านนี้มีมาก จรรยาบรรณเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต การทำงานที่บุคคลคนหนึ่งพึงจะมี
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดระหว่างนักเรียนแพทย์และระหว่างอาจารย์เพื่อหาทางออกร่วมกัน
- เห็นด้วย เพราะจริยธรรมสามารถขัดเกลาจิตใจ เป็นกรอบให้ปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้ปฏิบัติในด้านดี
- เห็นด้วย เพราะแพทย์นอกจากจะมีความรู้ในการรักษาแล้ว ควรจะมีจริยธรรมด้วย
- เห็นด้วย เนื่องจากจริยธรรมนั้นสำคัญมากในการเป็นแพทย์ เพราะแพทย์ต้องอยู่กับชีวิตผู้ป่วย จะปฏิบัติได้ถูกต้องและดีงามในการรักษา
- เป็นสิ่งที่ดีและเหมาะสม เพราะแนวทางด้านจริยธรรมของแพทย์ปัจจุบันคงเปลี่ยนไปมาก จากมองผู้ป่วยเป็นการมองเงินแทนผู้ป่วยไปแล้ว
- เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นการเรียนรู้ที่จะเห็นใจเข้าใจผู้อื่น ซึ่งวิชาชีพแพทย์จะต้องมีคุณบัติด้านนี้เป็นพิเศษ
- เห็นด้วย เพื่อให้นักศึกษาแพทย์ได้เรียนรู้ถึงแนวทางการปฏิบัติงานโดยมีกรอบจริยธรรมมาคอยกำกับ

- เห็นด้วย เพราะนอกจากแพทย์จะมีความรู้ในการรักษาแล้วก็ควรจะมีความรู้ในเรื่องจริยธรรมด้วย จะได้นำมาควบคู่ในการทำงาน
- ถูกต้องที่สุด ความเก่งและความดีควรคู่ไปด้วยกัน การรักษาควรเห็นแก่ผู้ป่วยเป็นสำคัญ ควรสร้างจิตสำนึกที่ดีควบคู่กันไป
- เห็นด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพจะได้รับการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรม เพราะอาชีพนี้เป็นอาชีพที่ปฏิบัติกับผู้มารับการบริการด้านสุขภาพควรคำนึงถึงชีวิตเป็นสำคัญ
- เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากปัจจุบันมีการแข่งขันกันอย่างรุนแรง ทำให้แพทย์บางส่วนอาจลืมจรรยาบรรณ ควรปลูกฝังไปตลอด
- เห็นด้วย เพราะจริยธรรมมีความจำเป็นต่อทุกคนและทุกวิชาชีพ เพื่อการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามหลักจริยธรรม
- นักศึกษาแพทย์บางคนไม่สนเรียนวิชาแบบนี้ สนใจแต่วิชาที่เป็นวิชาชีพไม่ให้ความสำคัญกับวิชาด้านจริยธรรม
- ก็ดี อย่าว่าแต่นักศึกษาแพทย์เลย วิชาชีพทุกวิชาชีพก็ควรมีหลักสูตรนี้กันทุกหลักสูตร เพื่อลดความขัดแย้งในการทำงาน และความขัดแย้งทางบริบทสังคม

๕.๒ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนาของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะจะทำให้แพทย์มีจิตใจที่ดี สงบ สติ ปัญญา มีสำนึก รู้จัก คุณธรรม ไม่เห็นแก่ตัว ได้ปลงและเข้าใจชีวิตเห็นผู้อื่นเดือดร้อน
- ศาสนา สอนให้เป็นคนดีอยู่แล้ว
- เป็นการให้ความรู้จิตสำนึกในการปฏิบัติหน้าที่ทำความดีละเว้นความชั่ว ทำให้แพทย์สามารถที่ประยุกต์การรักษาให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยได้ ควรจัดกิจกรรมต่อไป
- เห็นด้วยกับการที่นักศึกษาได้ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนาให้มากๆ เพราะแพทย์จะต้องมีคุณธรรมจริยธรรมมากกว่าคนปกติ
- เห็นด้วย เพราะแพทย์ก็เป็นคนธรรมดาคนหนึ่ง ไม่ควรหลงระเริงกับเกียรติยศ ชื่อเสียง เงินทอง มากจนเกินไป การไปทำกิจกรรมทางด้านศาสนาอาจทำให้มีการขัดเกลาจิตใจของแพทย์ให้ละเอียดขึ้น ไม่มองเห็นคนอื่นเป็นคนไร้ค่า น่ารักเกียจ ดูถูกหรือเหยียดหยามในวิชาชีพอื่น
- เห็นด้วย เพื่อปลูกฝังจิตสำนึกให้รู้ใน ผิด ถูก ชั่ว ดี ต่อการทำงานกับชีวิตของคน
- เห็นด้วย เพราะเป็นการขัดเกลาจิตใจให้แพทย์มีสติสมาธิในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วยมากกว่าทำเพื่อเงิน

- เห็นด้วย เพราะคนเราต้องมีและเรียนรู้ รู้จักศีลธรรมและจรรยาบรรณที่ดีงาม
- เห็นด้วย ถ้านักศึกษาแพทย์ไปทำกิจกรรมทางศาสนาจะทำให้นักศึกษาแพทย์มีจิตใจที่อ่อนโยนมีคุณธรรม เพื่อจะได้เป็นแพทย์ที่ดีมีคุณธรรมในอนาคต
- เห็นด้วย เพราะเป็นการดีที่จะทำให้ตระหนักถึงความสำคัญทางด้านศาสนาและจะได้เป็นการเตือนสติในด้านการปฏิบัติตนในทางที่ถูกที่ควรจะได้ตระหนักตนเองอยู่ตลอดเวลา
- มีการกระทำที่สมควรที่จะทำให้นักศึกษาแพทย์ออกไปสัมผัสการใช้ชีวิตที่ดำเนินไปตามพระพุทธศาสนา เช่น กิจกรรมช่วยเหลือ พัฒนา อาสา เป็นต้น
- เห็นสมควรอย่างยิ่ง จะได้มีศีลในการปฏิบัติหน้าที่มีสมาธิและช่วยในการตัดสินใจวินิจฉัยโรคได้ละเอียดขึ้น
- เป็นสิ่งที่ดีแพทย์จะได้คลายเครียดด้วย และได้เห็นสังคมภายนอกได้ผ่อยคลาย การไปวัดทำบุญเป็นการบ่มจิตใจไม่ให้ยึดติดและเคร่งเกินไป มีศีลธรรม คุณธรรมอันดี ได้ปฏิบัติสิ่งดีๆ
- เห็นด้วย เพราะควรทำกิจกรรมทางศาสนาเป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์เข้าใจถึงหลักธรรมและสามารถนำไปใช้ในการทำงานได้
- เห็นด้วย เพราะจะได้ขัดเกลากิเลส ไม่ดูถูกคนอื่น
- เป็นสิ่งที่ดีที่จะทำให้แพทย์อยากไปทำกิจกรรมทางด้านศาสนา เพราะศาสนาเป็นสิ่งที่ทำให้ขัดเกลาจิตใจทำให้มีสมาธิ มีสติ มีจริยธรรม ดังนั้นศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของการผลิตแพทย์เพื่อที่จะทำให้นักศึกษาแพทย์ที่จบออกไปมีจริยธรรม มีสติ มีสมาธิในการทำหน้าที่ของตนเอง
- เห็นด้วย เพราะจะช่วยขัดเกลาทางจิตใจให้กับนักศึกษาแพทย์และเป็นที่พึ่งทางจิตใจให้กับนักศึกษา
- เห็นด้วย เพื่อให้นักศึกษาแพทย์รู้จักพระธรรม คำสอน ความสงบในจิตใจ ส่งเสริมให้ความคิดดี รู้ถึงความดีความชั่ว สามารถนำไปใช้ในการประกอบวิชาชีพได้
- เห็นด้วย เพราะการเรียนรู้ในเรื่องศาสนา ทำกิจกรรมในด้านศาสนาจะส่งเสริมจิตใจ สามารถนำไปผสมผสานในการรักษาผู้ป่วย
- อาจจะช่วยได้ หากแต่จิตใต้สำนึกจากการถูกดูแลเลี้ยงดูเพื่อให้เป็นแพทย์พาณิชย์มากเกินไปก็คงแก้ยาก
- เห็นด้วย เนื่องจากกิจกรรมเป็นสิ่งที่จะช่วยเหลือ หล่อหลอมจิตใจรวมทั้งเห็นภาพสัจธรรมของชีวิต
- เห็นด้วย เพราะจะทำให้นักศึกษาแพทย์ได้มีมุมมองทางสังคมที่หลากหลายจะได้เข้าใจบริบททางสังคมแต่ละสังคมแล้วนำมาปรับใช้ในการทำงาน
- เห็นด้วย เพราะ จะช่วยส่งเสริมด้านจิตใจ และจรรยาบรรณในวิชาชีพ ทำให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

- เห็นด้วย ซึ่งเป็นการส่งเริมและสร้างคุณธรรม จริยธรรมให้กับแพทย์ ฝึกสมาธิกับแพทย์ เพราะปัจจุบันแพทย์จะเน้นการบริการในทางธุรกิจมากกว่าการบริการและดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยจิตวิญญาณของแพทย์ที่ควรมี
- ศาสนาเป็นหลักยึดและกล่อมเกลาจิตใจ ควรมีแก่มนุษย์ทุกคนยิ่งเป็นนักศึกษาแพทย์ เป็นการสมควรที่ทำกิจกรรมนี้ เพื่อบำเพ็ญประโยชน์แก้ผู้คน เป็นจิตสำนึกในจิตใจ
- เห็นด้วย เพราะนักศึกษาแพทย์จะได้ปฏิบัติจริง ความรู้ที่ได้จะดีกว่าศึกษาทฤษฎี
- น่าจะเป็นสิ่งดี เพราะทำให้เกิดสมาธิ แพทย์ควรจะมีจิตใจที่เข้มแข็งเพราะจะต้องพบเจอกับเหตุการณ์ที่หลากหลาย จะได้มีสติในการคิด
- เห็นด้วย แพทย์จะได้มีจิตสำนึกที่ดี มีจริยธรรมมากยิ่งขึ้น เพราะบางคนอาจมองข้ามไปสนใจแต่หนังสือเรียน
- เป็นความคิดที่ดี อยากให้ไปวัดป่า ตัดขาดจากโลกภายนอก ตัดขาดจากโลกเทคโนโลยี
- ก็ดี ช่วยกันทำนุบำรุงศาสนาที่ดีงาม และช่วยชำระล้างจิตใจให้ผ่องแผ้วและมีเมตตามากขึ้น

๕.๓ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง ชนบทนั้นห่างไกล ตลอดจนทุระกันดาล ความไม่สะดวกในหลายด้าน วิถีชีวิต และความเชื่อต่างกัน แพทย์ไปฝึกงานจะได้รู้วัฒนธรรมท้องถิ่น และเข้าใจในความทุกข์ยากของคนชนบทและความไม่สะดวก
- เห็นด้วย เพราะแพทย์จะได้รับรู้ ถึงปัญหาสังคมชนบทวัฒนธรรม และการดำรงชีวิตของคนในชนบท ความต้องการด้านการรักษา ควรให้แพทย์ทุกคนได้ไปสัมผัสกับโรงพยาบาลตามชนบท
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะแพทย์จะได้ไปสัมผัสกับชนบท ได้ทราบความเป็นอยู่ ความยากลำบากของชาวบ้าน ความชนบทว่ามีความเป็นอยู่อย่างไร การเข้ารับการรักษาทางพยาบาลหรือทางด้านสุขภาพยังต้องมีการพัฒนาทางด้านใดบ้าง นักศึกษาแพทย์จะได้ไม่หลงลืมธรรมชาติเพราะมัวแต่หลงวัตถุ ค่านิยมเกียรติยศ มากจนเกินไป
- เห็นด้วย การที่แพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท แพทย์จะได้มีประสบการณ์มากขึ้น
- เห็นด้วย เพราะชนบทเป็นอะไรที่ห่างไกลความเจริญไม่มีเงินทองหรือของมีค่าล่อใจ ดังนั้นเป็นการปลูกฝังจิตสำนึกที่ดีอีกอย่างหนึ่งในการที่แพทย์จะรักษาผู้ป่วยด้วยความทุ่มเททั้งกายใจโดยไม่หวังแก่สิ่งที่จะได้รับตอบแทนมา
- เห็นด้วย เพราะจะได้เข้าถึงสภาพแวดล้อมของสังคมชนบทว่าใช้ชีวิตกันอย่างไร จะได้เข้าใจถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น และเรียนรู้กับมนุษย์สัมพันธ์ของคนในพื้นที่จะได้นำสิ่งดีๆมาใช้กับการทำงาน

- เห็นด้วย เพราะจะได้เรียนรู้ถึงความเป็นอยู่ที่ต่างกัน
- เห็นด้วย นักศึกษาแพทย์จะได้สัมผัสชีวิตชนบทถึงความเป็นอยู่ของชาวบ้านที่อยู่ห่างไกลความเจริญก้าวหน้าเพราะนักศึกษาแพทย์บางคนไม่เคยสัมผัสชีวิตในชนบท
- เห็นด้วย เพราะในเขตโรงพยาบาลชนบทเป็นเขตพื้นที่ที่กันดารอาจจะเป็นสาเหตุที่จะทำให้มีการเกิดโรคที่มากมายและหลากหลายและอาจจะมีจำนวนผู้มารับบริการที่มากและได้ถือเป็นการปฏิบัติจริงและได้เรียนรู้ชีวิตการเป็นของชาวชนบทด้วย
- เป็นการได้เรียนรู้การรักษา ประเมินสภาวะผู้ป่วยได้เรียนรู้ชีวิตในชนบท ช่วยเหลือผู้ที่ได้โอกาสจะทำให้นักศึกษาแพทย์สามารดำเนินชีวิตในแนวทางพอเพียงได้
- เห็นด้วย เพราะจะได้เห็นสภาพที่แท้จริงของความเป็นอยู่ในชนบท
- เห็นด้วย เพราะจะได้รับรู้ ถึงความทุกข์สุขในการดำรงชีวิตในชุมชน
- เห็นด้วย เพราะจะได้รู้ถึงวิถีชีวิตของชาวชนบท ว่ามีการดำเนินชีวิตอย่างไรบ้าง ปัจจัยอะไรที่เกี่ยวข้องในการเกิดโรค
- เห็นด้วย เพราะแพทย์จะเจอโรคที่แปลกแตกต่างจากชุมชนเมือง ไม่ว่าจะเป็นภาษา วัฒนธรรม ทำให้เกิดความหลากหลายและเป็นการเรียนรู้ที่ดีกว่าในห้องเรียน
- แพทย์จะได้ประสบการณ์ใหม่ๆ ได้เรียนรู้งานในโรงพยาบาลและสังคมชนบท ได้เรียนรู้การดำเนินชีวิตชนบทแพทย์จะได้ไม่ถือตัวจนเกินไป ได้ปฏิบัติตนเป็นกันเองกับชาวบ้าน ว่าชีวิตคือการดำเนินแบบเรียบง่าย
- ทำให้แพทย์ได้ฝึกปฏิบัติจริง เพราะโรงพยาบาลในชนบทขาดแคลนแพทย์อยู่แล้ว แต่ควรมีอาจารย์แนะนำและทำให้นักศึกษาแพทย์ได้เห็นถึงปัญหาที่เท็จจริงในชนบท
- เป็นสิ่งที่ดีที่ให้นักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท เนื่องจากชนบทขาดแคลนแพทย์อยู่แล้ว จึงเป็นสิ่งที่สมควรที่จะให้นักศึกษาแพทย์ออกไปทำการรักษา เพราะอาจจะได้รับความรู้ใหม่ๆ ที่ไม่สามารถเจอในเมืองหลวงก็ได้ และสามารถยกระดับการได้รับบริการทางด้านสุขภาพแก่ชนบททำให้ชาวชนบทมีสุขภาพที่ดี เพราะบางพื้นที่ก็อยู่ห่างไกลจากแหล่งบริการสุขภาพมาก
- เห็นด้วย เพราะจะได้มีการนำวิทยาการหรือความรู้ใหม่ๆไปพัฒนาชนบท แต่ในทางตรงกันข้ามชาวบ้านในชนบทก็ควรจะมีสิทธิเลือกว่าจะเลือกที่จะเริ่มรักษาจากแพทย์คนไหน อย่างไร
- เห็นด้วย เพื่อที่จะฝึกให้แพทย์รับรู้พัฒนาสุขภาพของคนชนบท สามารถวิเคราะห์ปัญหาการรักษาได้ดี ฝึกความอดทนในด้านความเป็นอยู่ของแพทย์ เพื่อกระจายแพทย์สู่ชนบท ให้รักการทำงานในชนบทและชนบทจะมีแพทย์เพิ่มขึ้น
- เห็นด้วย เพราะจะได้ทำให้แพทย์ได้เห็นชีวิติชนบท เมื่อจบเป็นแพทย์แล้วทำงานจริงจะได้ไม่เกิดปัญหาเมื่อต้องพบผู้ป่วย

- เป็นสิ่งที่ดี และพอจบเป็นแพทย์แล้วน่าจะเปลี่ยนจากเดิมใช้ทุนน้อยให้เป็นจำนวนหลายปี เพราะจะได้รับรู้ถึงการเจ็บป่วยที่แท้จริง
- เห็นด้วย เพราะนักศึกษาแพทย์จะได้สัมผัสกับผู้ป่วยที่ขาดแคลนโอกาสด้านการรักษาโดยตรง
- เห็นด้วย ส่วนหนึ่งเป็นการบริการสังคมที่อยู่ห่างไกลและให้นักศึกษาแพทย์ได้เรียนรู้สังคมที่แตกต่าง
- เห็นด้วย เพราะอาจพบโรคที่นอกเหนือจากการเรียน และจะทำให้เกิดความชำนาญในการรักษา เรียนรู้ที่จะปฏิบัติตนเองในชุมชน
- เห็นด้วย การฝึกในโรงพยาบาลชนบทจะทำให้นักศึกษาแพทย์ได้พูดคุยซักถามผู้ป่วยมากกว่าอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ เป็นการทดลองให้อยู่กับชุมชนได้อย่างดี
- เห็นด้วย เป็นการช่วยเหลือสังคม สร้างสัมพันธ์อันดีกับชุมชนระหว่างแพทย์กับคนในชุมชน
- เป็นการฝึกก่อนปฏิบัติงานจริงเรียนรู้การทำงาน ที่ต้องไปปฏิบัติโดยมีพี่เลี้ยงดูแล และป้องกันความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น ฝึกความชำนาญ เมื่อไปปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- เห็นด้วย ที่แพทย์ได้ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลในชนบทเพราะส่วนมากต้องไปใช้ทุนในโรงพยาบาลชนบทห่างไกล เป็นการเตรียมตัวเตรียมความพร้อมในการทำงานได้ดี
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะการแพทย์ในชนบทยังไม่ค่อยจะได้รับงบประมาณหรือบุคลากรทางการแพทย์
เห็นด้วย นักศึกษาแพทย์จะได้เรียนรู้ชีวิตชนบท เห็นชีวิตผู้ป่วยทุกคนสำคัญไม่เลือกปฏิบัติกับผู้ป่วย
- เห็นด้วย เพราะโรงพยาบาลในชนบท ยังขาดการพัฒนามาก อาจทำให้แพทย์เกิดความคิดและจิตสำนึกที่ดีในการที่อยากจะมาพัฒนาและช่วยเหลือผู้ป่วย
- เห็นด้วย เพราะแพทย์ต้องรักษาผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย ทุกเชื้อชาติ ศาสนา ไม่เลือกปฏิบัติ จะได้เจอโรคที่เกิดในชนบทอีกด้วย
- ดี เพราะจะได้เรียนรู้และใกล้ชิดประชาชนมากขึ้น เรียนรู้วิถีชุมชน และเข้าใจบริบทสังคมชุมชนมากขึ้น

๕.๔ ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การปฏิบัติให้เป็นประจำ และทำให้นักศึกษาแพทย์เห็นเป็นตัวอย่าง ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง ของผู้รับบริการทางการแพทย์และครอบครัว

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะอาจารย์แพทย์คือ ครูบาอาจารย์ที่มีความรู้ความสามารถ ชำนาญการเป็นทั้งแพทย์ในตัว เป็นครู เป็นแบบอย่าง
- แพทย์ที่ได้เรียนและฝึกประจำ ควรตั้งใจและยึดนำสิ่งที่ดีที่อาจนำไปสอนไปใช้งาน นักเรียนแพทย์ก็เป็นนักเรียนที่ต้องการจบ ไม่ควรมีเล่ห์เลี่ยมควรเคารพตนเองและความรู้สึกนึกที่จะต้องไปรักษาชีวิตคน เพื่อน ญาติ พี่น้อง
- ควรมีมาตรการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างแพทย์ที่ทำงานและประสบความสำเร็จมาช่วยสร้างแรงบันดาลใจ

- เป็นการดีที่อาจารย์แพทย์จะทำให้เป็นแบบอย่างที่ดีต่อนักศึกษา เพื่อนักศึกษาแพทย์จะได้เป็นบุคลากรที่ดี และรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะการฝึกปฏิบัติเป็นประจำ จะทำให้มีความรู้ความชำนาญมากยิ่งขึ้นรวมถึงการปฏิบัติเป็นประจำจะทำให้กลายเป็นนิสัย และความเคยชินของจิตใจในการทำสิ่งดีงาม และการที่อาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่างเป็นสิ่งที่ดี ถูกต้องที่สุดเพราะนักศึกษาแพทย์จะได้เห็นได้ปฏิบัติตามดังคำกล่าวที่ว่า ตัวอย่างที่ดีมีค่ากว่าคำสอนมากมาย
- เห็นด้วย กับการที่แพทย์ได้มีการฝึกปฏิบัติเป็นประจำทำให้แพทย์มีประสบการณ์มากขึ้นได้ฝึกปฏิบัติมากขึ้น
- เห็นด้วย บางครั้งการกระทำนั้นดังกว่าคำพูด การจะสอนให้คนเข้าใจและตระหนักในสิ่งหนึ่งสิ่งใดอาจไม่จำเป็นต้องใช้คำพูดที่วกวนซับซ้อน การกระทำให้เห็นและให้โอกาสเขาได้ทำตามไปด้วยในสิ่งที่เขาเห็นอาจได้ประโยชน์กว่ามากแบบอย่างที่ดีที่เป็นประโยชน์ชัดเจนและเสียงดังกว่าคำพูดมากที่สุด
- เห็นด้วย ถ้าอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป้นตัวอย่างที่ดีก็จะทำให้ลูกศิษย์ปฏิบัติตาม ดีกว่าจะสอบแค่ในตำราเรียน ตัวอาจารย์ควรเป็นตัวอย่างที่ดีให้เห็นจะดีกว่า
- เห็นด้วย ถือเป็นการปลูกฝังปูพื้นฐานไปในตัวเองให้กับนักศึกษาแพทย์
- นักศึกษาแพทย์ก็ย่อมเดินทางหรือตัวอย่างของอาจารย์แพทย์ หากอาจารย์เป็นตัวอย่างที่ดี จะทำให้นักศึกษาแพทย์ปฏิบัติในทางที่ดีต่อไปในอนาคต
- เห็นด้วย เพราะการที่อาจารย์แพทย์ทำให้เป็นตัวอย่างทุกๆครั้งจะได้ทำให้นักศึกษาตระหนักในการปฏิบัติงานด้วย
- ทำให้มีการพัฒนาทักษะด้านการจดจำ การเรียนรู้ เพราะทั้งนี้จะต้องมีผู้เชี่ยวชาญสอนควบคู่ไปเพื่อมิให้เกิดผิดพลาด
- เห็นด้วย และอย่าสอนให้แพทย์เป็นเทวดา
- เป็นสิ่งที่ดี การฝึกปฏิบัติเป็นประจำก่อให้เกิดความเคยชิน ชำนาญและเชี่ยวชาญ เช่นเดียวกับการอ่านหนังสือ อ่านมากก็ได้ความรู้มาก
- เป็นการฝึกนักศึกษาแพทย์ให้เห็นและได้ฝึกปฏิบัติจริงเป็นการฝึกทักษะให้เกิดความชำนาญและแม่นยำมากขึ้น
- เห็นด้วย เพราะการเป็นตัวอย่างที่ดีนั้นมีค่ากว่าคำสอนมากมาย
- เห็นด้วย เพราะถือเป็นการทบทวนสิ่งที่เรียนรู้มา การปฏิบัติบ่อยๆจะทำให้เกิดความชำนาญ
- เห็นด้วย เพราะในยุคปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปมากรวมถึงโรคภัยไข้เจ็บด้วย ดังนั้นการฝึกปฏิบัติเป็นประจำก็จะสามารถทำให้แพทย์มีความชำนาญเชี่ยวชาญมนการรักษาโรคที่มีวิวัฒนาการไปเรื่อยๆ
- เห็นด้วย เพื่อฝึกปฏิบัติให้มีความเคยชินและพร้อมสำหรับปฏิบัติงานจริง

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง การฝึกปฏิบัติจะทำให้เกิดความชำนาญ ความถูกต้องแม่นยำ สร้างความมั่นใจให้กับแพทย์ การฝึกปฏิบัติของแพทย์ควรเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ
- เป็นสิ่งที่ดี เพราะควรฝึกปฏิบัติเป็นประจำจะช่วยให้เกิดความชำนาญ ในด้านการรักษามากขึ้น ซึ่งจะเป็นผลดีต่อผู้รับบริการ
- เห็นด้วย เพราะวิชาชีพแพทย์เป็นวิชาชีพที่เป็นความเสี่ยงสูงมาก ต้องรักษาชีวิตคน ถ้ามีความรู้ทฤษฎีเพียงอย่างเดียวไม่ได้ ต้องมีความเชี่ยวชาญในทางปฏิบัติด้วย
- เป็นสิ่งที่ดี ควรกระทำอย่างยิ่งและดำเนินการให้เป็นรูปธรรมตลอด
- เห็นด้วย ดีมากๆเป็นการสอนคนที่ใช้การลงทุนน้อยที่สุดแต่หน้าจะได้ผลดีมากที่สุด
เห็นด้วย เนื่องจากการฝึกปฏิบัติให้เห็นเป็นประจำทำให้เกิดความชำนาญมากขึ้น
- เห็นด้วย เป็นการฝึกทักษะได้ดีดว่าการอ่านหนังสือ การปฏิบัติลงมือทำย่อมดีกว่าการอ่านเพียงทฤษฎีอยู่แล้ว
- เห็นด้วย เพื่อเป็นการฝึกปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน เพื่อการทำงานร่วมกัน และทีแนวทางปฏิบัติเดียวกันก่อให้เกิดความเชียวชาญ แม่นยำ
- ผู้ใหญ่ทำสิ่งดีๆเป็นตัวอย่าง เด็กๆนักศึกษาก็ทำสิ่งดีๆตาม ทำจนเป็นนิสัย ทำจนเกิดความชำนาญ
- เห็นด้วย ถ้าฝึกปฏิบัติบ่อยจะทำให้เกิดความเชี่ยวชาญ และเป็นการดีที่มีอาจารย์แพทย์ทำให้เป็นตัวอย่าง
- เห็นด้วย แต่แพทย์เองควรจะมีการประยุกต์หรือพัฒนาองค์ความรู้กับความรู้ที่ตนมี เพื่อให้เกิดการรักษพยาบาลใหม่ๆที่มีประโยชน์ เพราะในปัจจุบันโรคภัยไข้เจ็บมีมากมาย บ้างก็รักษาหาย บ้างก็ไม่หาย
- เห็นด้วย แพทย์จะได้เกิดทักษะ ความรู้เพิ่ม จะได้นำไปปฏิบัติในวิชาชีพได้ถูกต้อง
- เห็นด้วย แพทย์จะได้เกิดความรู้ และมีประสบการณ์ มีแนวทางในการปฏิบัติในวิชาชีพของตนอย่างถูกต้อง
- เห็นด้วย เพราะแพทย์จะต้องได้รับการสอนจากผู้เชี่ยวชาญชำนาญการ ประสบการณ์ยิ่งเยอะยิ่งดี

สรุปรวมจากการศึกษาแนวคิดในประเด็นย่อยจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์กลุ่มต่างๆ จำนวน ๘๐ คน

ประเด็นที่ ๑ ประเด็นความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล

๑.๑ การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๒๓	๔๐	๑๗	-
๒๘.๗๕%	๕๐%	๒๑.๒๕%	-

<u>เห็นด้วย คิดว่าไม่ผิดจริยธรรม</u> เพราะ

โรงพยาบาลขนาดเล็กยังมีความจำเป็น เพราะแค่เจ็บป่วยเล็กน้อยเท่านั้น และในเรื่องนี้ก็มีหลักเกณฑ์ในการดำเนินการอยู่แล้ว ในกรณีที่มีผู้ป่วยมากอาจมีการโทรศัพท์ให้พยาบาลดำเนินการก่อนในกรณีที่รู้จักผู้ป่วยอยู่แล้ว แต่ต้องกลับมาดูแลและเซ็นต์ชื่อกำกับการดำเนินการในช่วงที่มีการสั่งรักษาทางโทรศัพท์ แพทย์ควรใช้การสั่งการที่ต้องอยู่บนพื้นฐานของความไม่ประมาท ส่วนใหญ่ก็ให้ความเห็นว่าทำได้ในกรณี ง่ายๆ แต่ถ้าฉุกเฉินต้องไปทันที ถ้าสั่งแล้วต้องมีการไปเซ็นต์กำกับด้วย และมีบางส่วนเห็นว่าไม่ควรไปกำหนดไว้มากนัก เพราะในบางกรณีอาจเป็นการช่วยรักษาชีวิตคนได้ แต่ถ้าไม่เคยเห็นผู้ป่วยเลยก็ไม่สมควร

<u>ไม่เห็นด้วย คิดว่าผิดจริยธรรม</u> เพราะ

การที่แพทย์จะรักษาผู้ป่วยนั้นน่าจะต้องมาเห็นผู้ป่วย แพทย์ต้องตรวจต่อหน้า ต้องจัดให้มีแพทย์เวรตลอดเวลา ต้องมีแพทย์อยู่ประจำ ทางโทรศัพท์แพทย์ไม่ได้ใช้เครื่องมือตรวจอาจผิดพลาดได้มีโอกาสผิดพลาดสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ชรา เด็ก ถ้าไม่เห็นผู้ป่วยอาจเกิดความผิดพลาดได้ หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ ในความคิดเห็นนั้นแพทย์ควรได้พบกับผู้ป่วย เพราะการรักษานั้นสำคัญมากคือการได้เห็นผู้ป่วย ถ้าไม่เห็นผู้ป่วยอาจจะสั่งยาผิดจากอาการเจ็บป่วยที่แท้จริง ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ไม่เห็นผู้ป่วยจะทำให้เสี่ยงมากในการรักษาควรมีการตรวจร่างกายละเอียดและควรมีการประเมินการเบื้องต้นเพราะชีวิตทุกชีวิตมีค่ามากเราควรให้ความสำคัญไม่ควรมองข้ามในบางจุด เพราะอาจเป็นจุดที่สำคัญ การคิดว่าเป็นการเจ็บป่วยเล็กๆน้อยๆ แต่ในความเป็นจริงอาจเป็นมากกว่าที่เป็นอยู่ก็ได้ ถ้าได้ตรวจกับแพทย์โดยตรงคิดว่าจะได้พูดคุยกับแพทย์ แพทย์จะมีความรู้มากกว่าพยาบาลต้องอยู่ตรวจผู้ป่วยแม้จะอาการไม่มาก ยกเว้นการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่สามารถทำได้

<u>ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์จะผิดจริยธรรมหรือไม่</u> เพราะ

น่าจะทำได้กับผู้ป่วยที่เคยรักษาและรู้จักกันดีอยู่แล้ว ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน คนไข้เดิมน่าจะทำได้ ดูว่าผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์แบบใด ดูจากสถานการณ์และข้ออยู่กับเจตคติของแพทย์ว่าทำไปเพราะขี้เกียจหรือเพราะอยู่ในสถานการณ์ที่จำเป็น ต้องดูเป็นรายกรณี ว่าหน้าที่ถูกออกแบบอย่างไร ถ้าจะสั่งการรักษาทางโทรศัพท์แพทย์ต้องรู้จักกับผู้ป่วยเป็นอย่างดี ต้องดูว่าสั่งรักษาไปแล้วผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดีแล้วไม่มาตรวจด้วยตัวเองถือว่าบกพร่องทางจริยธรรมหรืออาจเป็นเรื่องกระจายอำนาจด้วย ซึ่งปัจจุบันก็ไม่มีการกระจายอำนาจไปยังคนอื่น เช่น พยาบาล และคิดว่าต้องดูเป็นรายกรณีไป ซึ่งอาจแบ่งออกเป็นหลายประเด็น เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย ก็จำเป็นต้องใช้ คิดว่าแพทย์ต้องพัฒนาเครื่องมือให้มากขึ้น เช่นการรักษาออนไลน์ และมีการพัฒนาเรื่องเทคโนโลยีไปมาก อยู่ที่จะเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยหรือไม่

๑.๒ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๓๐	๒๒	๒๘	-
๓๗.๕%	๒๗.๕%	๓๕%	-

เห็นด้วย คิดว่าไม่ผิดจริยธรรม เพราะ

คิดว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีความสามารถที่จะรักษาโรคทั่วไปทุกโรคได้ คิดว่าทำในส่วนที่มีความรู้อยู่ก็ไม่มีปัญหา คิดว่าเป็นการช่วยให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ฝึกและพัฒนาการตรวจโรคทั่วไปด้วยจะได้ชำนาญทุกด้าน และคิดว่าตรวจได้ถือเป็นทางเลือกของผู้ป่วย

ไม่เห็นด้วย คิดว่าผิดจริยธรรม เพราะ

คิดว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไม่น่าจะต้องดำเนินการในเรื่องของ GP แล้ว แพทย์เฉพาะทางไม่ควรตรวจรักษาทุกโรค ถ้าไม่ชำนาญแล้วก็อาจทำให้เสี่ยงเกินไป ควรทำแต่ที่ตนเองถนัดเท่านั้นควรมีแต่ในคลินิคเฉพาะสาขา แพทย์ก็มีเหมือนเป็นฉลากความเชี่ยวชาญไปแล้ว คิดว่าไม่ยุติธรรมต่อผู้มารับบริการอาจเกิดผลทางลบต่อผู้ป่วย ต้องบอกให้ประชาชนทราบว่าเชี่ยวชาญทางด้านใด

ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์จะผิดจริยธรรมหรือไม่ เพราะ

เห็นด้วยแต่ต้องมีการคัดกรองให้มากขึ้น แพทย์ทุกคนก็ควรระบุสาขาไว้ที่ห้องตรวจหรือที่คลินิกให้ชัดเจน ไม่น่าจะเป็นเรื่องจริยธรรม แต่คิดว่าอยู่ที่การประเมินความสามารถตนเองและการส่งต่อผู้ป่วยในภาวะที่เหมาะสม อยู่ที่การจัดการมากกว่า อยู่ที่ความจำเป็นในการที่จะต้องให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญต้องดำเนินการ แพทย์ต้องรู้ความสามารถของตนเอง ต้องดูเป็นรายกรณีอยู่ที่ความเอาใจใส่ของแพทย์มากกว่า แม้จะทำได้แต่ก็ต้องพิจารณาตนเองว่าสามารถทำได้หรือไม่ อาจต้องพิจารณาร่วมกับพยาบาลว่าจะแนะนำผู้ป่วยอย่างไร เพราะบางทีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอาจมีความสามารถในการตรวจทั่วไปลดน้อยลง และถ้าไม่ชำนาญหรือสงสัยก็ต้องมีการส่งต่อ

๑.๓ การให้เวลากับผู้ป่วยของแพทย์

เห็นด้วย (ให้เวลาน้อยเกินไป-น่าจะผิด)	ไม่เห็นด้วย (คิดว่าดีแล้ว)	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๒๗	๙	๔๓	๑
๓๓.๗๕%	๑๑.๒๕%	๕๓.๗๕%	๑.๒๕%

เห็นด้วย คิดว่าแพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยเกินไปน่าจะผิดจริยธรรม เพราะ

แพทย์นั้นต้องออกตรวจให้ตรงเวลา มีเวลาในการให้กับผู้ป่วยที่เหมาะสมและอาจต้องมีผู้ช่วยในการให้ข้อมูล เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับทราบข้อมูล แพทย์ต้องอธิบายให้ละเอียดว่าทำแล้ว ผ่าตัดแล้วจะเจออะไรบ้างหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่คิดว่าแพทย์ไม่ค่อยอธิบาย แพทย์ไม่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย

หรือแพทย์ให้ความสำคัญกับการให้เวลาต่อผู้ป่วยน้อย และอาจส่งผลให้วินิจฉัยโรคไม่ถูกต้อง แพทย์ใส่ใจไปที่การรักษาด้วยยามากเกินไป เพราะผู้ป่วยมีจำนวนมากเกินไป ปริมาณแพทย์กับผู้ป่วยไม่สมดุลกัน แพทย์ต้องบริหารจัดการเวลา การให้การรักษาผู้ป่วยและคำแนะนำควรทำให้ถูกต้องละเอียดต้องไม่รีบเร่งแม้จะมีผู้ป่วยรออยู่มากก็ตาม แพทย์มีน้อยมาก ต้องดูว่า ระบบใดควรจะมีการแยกแผนก ควรจะได้รับการปรับปรุง ควรเพิ่มปริมาณแพทย์ อยู่ที่ความใส่ใจของโรงพยาบาลด้วย และคิดว่าการบริหารจัดการไม่ดี โรงพยาบาลขนาดใหญ่ไม่ควรจะรับคนที่ไม่ได้นัด ต้องวางระบบให้ดี ควรอธิบายให้มากขึ้น

<u>ไม่เห็นด้วย คิดว่าแพทย์ก็ให้เวลาและหรือข้อมูลต่อผู้ป่วยดีอยู่แล้ว</u> เพราะ

คิดว่าแพทย์ก็แนะนำได้ดีอยู่แล้ว แต่ในโรคเรื้อรังควรมีสหวิชาชีพเข้ามาให้ข้อมูลร่วมด้วย ผู้ป่วยควรมีสมุดประจำตัวที่จะต้องจดจากการที่แพทย์แนะนำหรือบอกด้วย คิดว่ามีการให้ข้อมูล แต่ในบางเรื่องพยาบาลอาจให้ข้อมูลได้ดีกว่าแพทย์ ต้องดูเป็นรายๆไป ว่าเพียงพอหรือไม่ และคิดว่าเป็นเรื่องของปัญญาระดับนโยบาย ต้องจัดระบบที่ดีไม่ใช่จริยธรรมของแพทย์ เป็นที่โครงสร้างของประเทศมากกว่าที่ไม่สามารถศักยภาพที่จะเพิ่มจำนวนของแพทย์ให้เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยได้ ในส่วนนี้เวลาจึงไม่เกี่ยวกับจริยธรรมของแพทย์

<u>ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์จะผิดจริยธรรมหรือไม่</u> เพราะ

คิดว่าเป็นเรื่องระบบใหญ่ของรัฐ ระบบของประเทศ อยู่ที่การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข อยู่ที่ระบบมากกว่าอยู่ที่แพทย์ ควรมีการได้พบกับแพทย์ที่ตรวจรักษาทั่วไปในด่านแรกก่อนที่จะถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทำให้แพทย์อาจมีเวลามากขึ้น เรื่องนี้ที่มีปัญหาอยู่เป็นที่ระบบใหญ่ไม่น่าจะอยู่ที่เรื่องจริยธรรมของแพทย์ ควรทำเป็นสหวิชาชีพในการช่วยกันอาจต้องมีหน่วยสุขศึกษามาให้ข้อมูลด้วยเพราะเป็นปัญหาใหญ่ คิดว่าแพทย์ก็มีปัญหาเรื่องของการสื่อสารมากกว่า บางครั้งแพทย์อาจต้องตรวจโรคอย่างละเอียด เพราะอาชีพแพทย์คือการให้คำปรึกษาและรักษา ต้องให้คำแนะนำเต็มที่ แม้เวลาน้อยแต่ควรบันทึกประวัติการตรวจ การรักษาให้ละเอียด หรือแพทย์บางคนก็อาจอธิบายมาก ขึ้นอยู่กับแพทย์แต่ละคน ต้องดูว่าเอาอะไรมาวัดว่าพอไม่พอ ต้องดูเป็นรายกรณีไป การให้เวลาก็ขึ้นอยู่กับโรคด้วย แพทย์อาจต้องเขียนบนกระดาษให้ผู้ป่วยไป คิดว่าควรรักษา ๑๐-๑๕ นาทีต่อคน คิดว่าต้องเห็นใจซึ่งกันและกัน และต้องผลิตแพทย์ให้มากขึ้น

๑.๔ การสั่งยาที่มีสารเคมีแบบเดียวกันแต่ผลิตในประเทศ

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๕๒	๘	๑๗	๓
๖๕%	๑๐%	๒๑.๒๕%	๓.๗๕%

เห็นด้วย คิดว่าไม่ผิดจริยธรรม เพราะ

คิดว่าอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์คิดว่าแพทย์ก็คงพิจารณาแล้ว ยา Local made ก็มียาที่ดีจำนวนมาก เอื้อต่อการพัฒนา และยา Local made มีความสำคัญต่อการใช้ภายในประเทศ แพทย์ต้องดูภาพรวม รวมถึงฐานะของผู้ป่วยด้วย ถ้ามีมาตรฐานรับรองผ่าน คณะกรรมการอาหารและยาแล้วมีคุณภาพเท่าเทียมกันสิ่งที่คุณภาพเท่ากัน ปริมาณเท่ากัน แต่ราคาถูกกว่า ถ้าเราสามารถประหยัดได้ก็สมควรที่จะทำ ควรสนับสนุนให้มีการซื้อภายในประเทศ ต้นทุนถูกก็จะเป็นเรื่องดี ลดค่าใช้จ่ายลงได้ ประหยัดให้ผู้ป่วยได้ เพราะการสั่งยาแพงหรือสั่งแต่Originalโรงพยาบาลก็ได้กำไรมากขึ้นเช่นกัน ควรใช้ในการรักษาเริ่มต้นก็จะเหมาะสมและถ้าไม่ดีขึ้นก็ค่อยปรับมาใช้ Original เป็นความจำเป็นที่หลีกเลี่ยงยาก แต่แพทย์ต้องอธิบายให้ละเอียด ยกเว้นยาช่วยชีวิตที่สำคัญและยาที่มีประวัติบางตัว ก็เป็นเพียงบางกลุ่มยา ในบางกลุ่มอาจจำเป็นต้องใช้ยากลุ่มของ Original อยู่ที่ความคุ้มค่า แต่ก็ต้องมีการตรวจจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้มากขึ้น ต้องมีการตรวจสอบ คิดว่ายาไหนก็ทำให้หายได้เหมือนกัน

ไม่เห็นด้วย คิดว่าผิดจริยธรรม เพราะ

ผู้ป่วยต้องได้รับยาที่เท่าเทียมกัน ต้องมีการจ่ายยาเป็นมาตรฐานเดียวกัน แพทย์ไม่ควรคำนึงถึงเรื่องเศรษฐกิจ แพทย์ต้องบอกผลของยาให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจบ้าง อาจมีผลข้างเคียง ยาที่ไม่ดีอาจส่งผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยได้ เพราะไม่ได้มีการควบคุมยา Local made อย่างจริงจัง

ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์จะผิดจริยธรรมหรือไม่ เพราะ

เป็นเรื่องของจิตใจมากกว่าในการเลือกใช้ยา และผู้ป่วยก็เข้าใจมากขึ้น ปัจจุบันการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยมากขึ้น มีการรับทราบข้อมูลยามากขึ้น อยู่ที่สรรพคุณของยาว่าดีหรือไม่ การตัดสินใจใช้ยา Original หรือยา Local made อาจต้องดูว่าใช้ยาอะไร เป็นแต่ละชนิดไป เช่น ยาแก้อักเสบทั่วไปก็คงใช้ยากที่ผลิตในประเทศได้ แต่ถ้าเป็นโรคสำคัญส่วนตัวคิดว่ายาต้นฉบับนั้นน่าจะปลอดภัยและสบายใจที่จะใช้มากกว่า ไม่แน่ใจว่าจะมีคุณสมบัติและสรรพคุณเทียบเท่ากันหรือไม่ ต้องมีการสุ่มตรวจยาด้วยโดยให้ส่วนคุ้มครองผู้บริโภคดำเนินการด้วย คิดว่าเป็นเรื่องทางวิชาการ คิดว่ายามีความแตกต่างกันจริง แต่ก็มีบริบทของการใช้อยู่มาก การจะแก้ไขในเรื่องนี้คงต้องมีการรวมกองทุนต่างๆ และต้องไม่เกรงใจบริษัทยาต่างๆ ที่จะต้องมีการตรวจสอบยาที่ผลิตในประเทศ ต้องทำวิจัยเพื่อทำการตรวจสอบถึงประสิทธิภาพของยา

ประเด็นที่ ๒ ปัญหาเรื่องสินบนแพทย์

๒.๑ การรับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนา

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๒๒	๓๑	๒๓	๔
๒๗.๕%	๓๘.๗๕%	๒๘.๗๕%	๕%

เห็นด้วย คิดว่าไม่ผิดจริยธรรม เพราะ

คิดว่าอยู่ที่ใจคนรับ เรื่องนี้เป็นประเด็นจริยธรรมแต่ไม่มีใครบอกได้ว่าผิดหรือถูก เมื่อรับมาแล้วแต่ไม่ได้ลำเอียงก็ไม่ได้ผิดอะไร ผู้รับทุนจะได้มีความขยันที่จะศึกษาค้นคว้า เป็นการเพิ่มพูนประสบการณ์ความรู้ โดยทางรัฐบาลไม่ต้องไปลงทุน ถ้าในการสัมมนานั้นเกิดประโยชน์ในทางส่วนรวมและสามารถนำมาสร้างประโยชน์ และคิดว่าการพัฒนาของแพทย์มีผลดีต่อผู้ป่วย เป็นเรื่องปกติของทุกหน่วยงาน ทุกฝ่ายได้ประโยชน์อยู่ที่การบริหารจัดการให้เกิดระบบที่ดีมากกว่า

ไม่เห็นด้วย คิดว่าผิดจริยธรรม เพราะ

ถือว่าเป็นการรับสินบน ส่งผลต่อยาทำให้มีราคาแพง ควรใช้ช่องทางอื่นไปสัมมนา เพราะความผูกพันความเป็นมิตรก็จะเกิดความโน้มเอียง กลายเป็นเรื่องบุญคุณต้องทดแทน ยาไม่ใช่สินค้าทั่วไปที่มุ่งการตลาดมากเกินไป

ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์จะผิดจริยธรรมหรือไม่ เพราะ

คิดว่าไม่ได้อยู่ที่การรับทุนไปสัมมนาแต่อยู่ที่ความลำเอียงในการสั่งยาของแพทย์มากกว่า คิดว่าเรื่องนี้ไม่ใช่สินบนต้องดูตามความเหมาะสม งานวิจัยที่เป็นกลางๆ ก็เห็นด้วย ต้องดูเป็นรายกรณีไป อยู่ที่ความเห็นแก่ตัวของแพทย์ ขึ้นอยู่กับแพทย์แต่ละคนว่าไม่มีอคติจากการรับทุนดังกล่าวก็รับได้ อาจมีประโยชน์แต่ก็อาจมีความลำเอียงในการสั่งยาต้องดูที่เงื่อนไขของทุนว่าจะมีประโยชน์หรือไม่ แม้จะมีผลดีก็มีผลเสียคือการรู้สึกถึงบุญคุณของผู้ให้ ควรทำในนามองค์กร และควรมีการจัดทำบัญชีในเรื่องนี้

๒.๒ การรับทุนจากบริษัทยาเพื่อวิจัยยา

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๓๕	๑๒	๓๐	๓
๔๓.๗๕%	๑๕%	๓๗.๕%	๓.๗๕%

เห็นด้วย คิดว่าไม่ผิดจริยธรรม เพราะ

งบประมาณของประเทศมีน้อย ประเทศยังไม่มีเงินมากพอ เป็นเรื่องปกติที่ดำเนินการได้ แต่ต้องมาดูเรื่องข้อผูกมัด ไม่ควรมีข้อผูกพัน แพทย์ควรได้รับทุนสนับสนุน เพื่อจะได้พัฒนาตัวยาใหม่ ทุนที่ทำให้มีการพัฒนาประเทศ และพัฒนาบุคลากรถือ เป็นการเพิ่มพูนประสบการณ์ความรู้ โดยทางรัฐบาลไม่ต้องไปลงทุน แพทย์ก็ใช้ดุลยพินิจในการดำเนินการอยู่แล้ว ซึ่งต้องทำตามหลักการวิจัย มีจริยธรรมการวิจัยควบคุมอยู่แล้ว อีกทั้งยาบางประเภทเป็นยาที่สำคัญแต่ไม่มียาใหม่ เช่น ยาของโรคเขตร้อน โรคพยาธิ ก็น่าจะดีในการรับทุน แต่บริษัทต้องไม่มีการกำหนดลงไปว่าแพทย์ท่านใด ควรให้องค์กรเป็นผู้กำหนด คิดว่าบริษัทในปัจจุบัน ไม่มีบริษัทยามาจ้างโดยตรง แต่จะมีบริษัทกลางมาดำเนินการหรือจัดการให้

ไม่เห็นด้วย คิดว่าผิดจริยธรรม เพราะ

มีผลประโยชน์แอบแฝง-เป็นการทำงานส่วนตัวและอาจจะความคิดโน้มเอียงให้กับบริษัทที่ทำวิจัย ควรใช้ช่องทางอื่นไปวิจัย เพราะการได้รับทุนแบบนี้อาจเป็นผลประโยชน์ทับซ้อน ซึ่งอาจส่งผลต่อยาทำให้มีราคาแพง ควรให้กับโรงพยาบาลไม่ควรให้ส่วนตัว และคิดว่าแพทย์ควรเอาเวลาไปทุ่มเทกับการตรวจรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์จะผิดจริยธรรมหรือไม่ เพราะ

ต้องดูเป็นรายกรณีไป คิดว่ากระแสทุนในปัจจุบันมีความรุนแรงมากทำให้แพทย์ก็อาจเป็นไปตามสิ่งชักจูง หรือสิ่งแวดล้อมได้ อยู่ที่ว่าแพทย์คิดว่าเป็นหนี้บุญคุณหรือไม่ถ้าแพทย์คิดโครงการเองแล้วขอทุนแล้วตั้งใจในการทดลองกับประเทศไทยก็จะเป็นประโยชน์ บุญคุณนั้นอาจส่งผลต่อจริยธรรมแพทย์ได้ แต่ถ้าเราทำดีก็จะเป็นประโยชน์ ประเด็นนี้แพทย์ต้องมีการประกาศว่าได้รับทุนจากบริษัทยาอะไร อย่างไร ต้องเปิดเผย ไม่มีการปกปิดใดๆ ต้องดูเรื่องความโปร่งใสของการสนับสนุน โรงพยาบาลขนาดเล็กไม่น่าจะเกี่ยวเป็นเรื่องของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ น่าจะให้ในนามโรงพยาบาลมากกว่า ต้องเป็นการส่งเสริมในการทำงานซึ่งมีผลต่อความรู้ที่เพิ่มขึ้นของแพทย์ในการทำงาน ต้องมีหลักเกณฑ์ขึ้นอยู่กับแพทย์แต่ละคนว่าไม่มีอคติจากการรับทุนดังกล่าวก็รับได้

๒.๓ การรับแจกสิ่งของเล็กๆ น้อยๆ

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๒๘	๒๕	๒๗	๑
๓๕%	๓๑.๒๕%	๓๓.๗๕%	๑.๒๕%

เห็นด้วย คิดว่าไม่ผิดจริยธรรม เพราะ

เป็นเพียงแค่การโปรโมทสินค้าธรรมดา ไม่ต้องมาดูเรื่องเล็กน้อยขนาดนี้ ถือว่าไม่ผิด ถือว่าเป็นเพียงสินน้ำใจ ทำให้ไม่เปลืองงบประมาณ อาจนำมาใช้ช่วยผู้ป่วย แต่ก็อาจเป็นเรื่องผลประโยชน์ เป็นสิทธิของแพทย์แต่ละคน แต่ละหน่วยงานที่จะได้รับการแจกสิ่งของบ้าง ถ้าทำอย่างเปิดเผย เป็นเพื่อพัฒนาวิชาการ เช่นหนังสือ ตำรา แต่ต้องบริหารจัดการในเรื่องนี้ให้ดี และต้องไม่ส่งผลโดยตรงต่อการสั่ง

ไม่เห็นด้วย คิดว่าผิดจริยธรรม เพราะ

แม้จะเล็กน้อยก็มีผลต่อแพทย์ คิดว่าไม่ได้ถึงกับอัตคัด ที่ต้องรับตรงนี้ คิดว่ามีหลากหลายรูปแบบมากขึ้น ภาครัฐควรมีเงินให้ค่าตอบแทนที่เพียงพอ แพทย์ต้องไม่หวัง และอาจต้องมีกฎหมายให้คนรับต้องรายงาน

ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์จะผิดจริยธรรมหรือไม่ เพราะ

เป็นเพียงสินน้ำใจ คงไม่มีผลร้ายแรง ทำได้ถ้าไม่มีผลต่อความเอนเอียงในการสั่งยา ต้องดูว่ามีผลต่อการตัดสินใจของแพทย์หรือไม่ คิดว่าไม่มีผลมาก ไม่ทำให้แพทย์ถึงขนาดต้องสั่งยาตามบริษัทได้ เป็นเรื่องเล็กน้อยไม่ควรนำมาเป็นประเด็น เพราะมีการให้กันอย่างมากมายอยู่แล้วในปัจจุบัน เพราะในการสั่งยานั้นถ้าแพทย์ดูจากคุณภาพของยาเป็นหลัก และแพทย์ที่รับบ่อยๆ คนก็สามารถรับรู้ในเรื่องนี้ได้ และคิดว่าได้รับมาควรแบ่งให้ครบทุกหน่วยงานภายในสถานพยาบาล ควรให้กับองค์กร

๒.๔การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๓	๕๗	๑๘	๒
๓.๗๕%	๗๑.๒๕%	๒๒.๕%	๒.๕%

เห็นด้วย คิดว่าไม่ผิดจริยธรรม เพราะ

การรับในนามองค์กรคิดว่าเป็นสิ่งที่ดี ส่วนค่าสัดส่วนค่าตอบแทนนั้นถือเป็นค่าดำเนินงานของแพทย์ แต่ถ้าในนามส่วนตัวก็แล้วแต่แพทย์เพราะสามารถทำได้ ให้กับโรงพยาบาล

ไม่เห็นด้วย คิดว่าผิดจริยธรรม เพราะ

เรื่องนี้เป็นเรื่องไม่ดี เป็นคอรัปชั่นโดยตรง ผิดจริยธรรม คิดว่าไม่ควรมีในเรื่องนี้ ทำให้เสื่อมเสียวิชาชีพแพทย์ต้องคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นหลัก เป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น ถ้าจะลดราคาก็ลดให้กับผู้ป่วย แม้จะให้ในนามองค์กรก็ไม่เห็นด้วย ผู้บริโภคต้องได้รับการดูด้วยว่าจะไม่ถูกเอาเปรียบด้านของราคาและคุณภาพ

ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์จะผิดจริยธรรมหรือไม่ เพราะ

ต้องดูเป็นรายกรณีไป ต้องดูที่เหตุผลในการสั่ง ดูที่เป้าหมายของแพทย์ว่าทำเพื่ออะไร จากการยึดประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ถ้าอุปกรณ์มีคุณภาพ และเป็นการแบ่งกำไรให้แพทย์บ้างไม่กระทบกับระบบการจัดซื้อก็เป็นสิทธิของผู้ซื้อ ผู้ขาย เป็นเรื่องปกติของการซื้อขาย ถ้าเป็นส่วนลดกับแพทย์และโรงพยาบาลก็เป็นเรื่องปกติ ถ้าจะทำต้องทำในนามโรงพยาบาล ควรนำเงินเข้าโรงพยาบาล ควรทำในรูปกรรมการ

ประเด็นที่ ๓ ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม

๓.๑ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๖๐	๓	๑๖	-
๗๕%	๓.๗๕%	๒๐%	-

เห็นด้วย คิดว่าที่แพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิว่าด้วย "ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ" เพราะ

การปฏิบัติให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญถือว่าเป็นผลดีต่อประชาชนผู้เจ็บป่วย เป็นประโยชน์ต่อประชาชนโดยตรง ต้องให้ประชาชนมีความรู้ ต้องติดไว้ให้ชัดเจนให้ประชาชนทราบ

ไม่เห็นด้วย คิดว่าแพทย์ก็สามารถดำเนินการโต้แย้งสิทธิในข้อนี้ เพราะ

มีแต่สิทธิ์อย่างเดียวแต่ไม่มีหน้าที่ การคิดเรื่องสิทธิมากไปทำให้ลืมหน้าที่ ไม่เป็นการยุติธรรมกันทั้งสองฝ่าย สิทธิกับหน้าที่ต้องมาด้วยกันเป็นเพียงนามธรรม จับต้องไม่ได้ และคิดว่าข้อนี้ไม่จำเป็นต้องบอก

ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดในการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อนี้ เพราะ

สิทธิผู้ป่วยที่มีนั้นดี แต่ผู้ป่วยเข้าใจหรือปล่าว เพราะประชาชนยังมีปัญหาในการศึกษาอยู่ เช่น การที่แพทย์อธิบายจนละเอียด แต่สุดท้ายผู้ป่วยก็ยังให้แพทย์ตัดสินใจอยู่ดี ต้องมีการรณรงค์ในเรื่องเหล่านี้มากขึ้น คิดว่ามีก็ยังรักษาเหมือนเดิม –คนอ่านรัฐธรรมนูญน้อยมาก –ต้องมีรายละเอียดทั้งผฝ่ายแพทย์และฝ่ายผู้ป่วย คิดว่าผ่านตาแต่ไม่ค่อยมีใครให้ความสนใจ ต้องดูว่าเหมาะกันคนไทยหรือไม่ ควรจะบอกไว้ว่าปฏิบัติจริง ข้อไหนสำคัญ มองว่าเป็นการเขียนโดยทั่วไป ควรแจงแจงให้มากกว่านี้ ยังขาดการประชาสัมพันธ์

๓.๒ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๒

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๖๘	๑	๗	๔
๘๕%	๑.๒๕%	๘.๗๕%	๕%

เห็นด้วย คิดว่าที่แพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิว่าด้วย “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิด้านการเมือง เพศ อายุและลักษณะของการเจ็บป่วย” เพราะ

ข้อนี้เป็นเรื่องของจริยธรรมโดยตรงที่แพทย์ต้องปฏิบัติให้ได้ตามนั้น แต่การที่จะมีการเลือกปฏิบัติได้นั้นก็คงจะเป็นสาเหตุมาจากความหนักเบาของโรคมากกว่า คิดว่าทุกคนไม่ว่าเชื้อชาติหรือศาสนาใด เมื่อเจ็บป่วยก็ต้องได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียมกัน ขอให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติหน้าที่โดยเคร่งครัด

ไม่เห็นด้วย คิดว่าแพทย์ก็สามารถดำเนินการโต้แย้งสิทธิในข้อนี้ เพราะ

ควรเปลี่ยนเป็น “ไม่ควรถูกเลือกปฏิบัติ จากการจ่ายเงิน จากแหล่งเงินที่แตกต่างกัน จากฐานของผู้ป่วยที่จะใช้สิทธิที่แตกต่างกัน” คิดว่าไม่ต้องประกาศควรอยู่ในใจของผู้ให้บริการมากกว่า และคิดว่าไม่เขียนก็ทำอยู่แล้ว

ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดในการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อนี้ เพราะ

แพทย์ก็ปฏิบัติอยู่แล้ว และไม่ต้องรายงานทุกคน เช่น มีนักศึกษาแพทย์ไปด้วยก็ไม่ต้องรายงานตัวทุกคน มีชื่อที่หัวเตียง คิดว่าในประเทศไทยอาจต้องอาศัยเวลาที่ให้ผู้ป่วยเข้าใจก็คงเพียงพอ

๓.๓ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๓

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๖๗	-	๙	๕
๘๓.๗๕%	-	๑๑.๒๕%	๖.๒๕%

เห็นด้วย คิดว่าที่แพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิว่าด้วย “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน เพื่อสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมและไม่ยินยอมให้การรักษาพยาบาล” เพราะ

สำคัญมากควรประกาศให้ชัด เห็นด้วยและควรปฏิบัติทุกวันที่ดูแลผู้ป่วย ต้องไม่ปกปิดแต่ต้องมีวิธีบอกที่เหมาะสม เช่นในเรื่องของโรคร้าย หากได้รับข้อมูลที่เพียงพอและชัดเจนก็จะดีมาก เพื่อการตัดสินใจ ต้องมีการสื่อสารกันให้มากขึ้น

ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดในการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อนี้ เพราะ

ข้อนี้ถูกบังคับใช้น้อยมาก เนื่องจากมีข้อจำกัดเยอะ ต้องมีวิธีที่จะทำให้โดยมีข้อมูลที่เพียงพอการให้มากไปตามสิทธิข้อนี้ก็มีปัญหา ต้องมีหน่วยให้ข้อมูลเพราะแพทย์ไม่มีเวลา การให้ข้อมูลอย่างเพียงพออยู่ที่ความเหมาะสม แต่บางทีไม่สามารถให้ทั้งหมดร้อยเปอร์เซ็นต์ได้ต้องเก็บไว้บางส่วน ระหว่างผู้ป่วยกับญาติ เช่น โรคร้าย ต้องดูสภาพว่าผู้ป่วยรับได้หรือไม่ ตัวญาติรับได้หรือไม่ คิดว่าการที่ต้องเซ็นต์เอกสารมากมายในปัจจุบันทำให้เกิดความห่างเหินกันมากขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และถ้าจะเปลี่ยนแพทย์เปลี่ยนโรงพยาบาลก็ต้องมีเหตุผล

๓.๔ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๔

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๖๖	-	๙	๕
๘๒.๕%	-	๑๑.๒๕%	๖.๒๕%

เห็นด้วย คิดว่าที่แพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิว่าด้วย “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือโดยรีบด่วน ตามความจำเป็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะขอร้องหรือไม่” เพราะ

แพทย์ต้องช่วยชีวิตก่อนแล้วค่อยดูอีกทีว่าจะต้องทำอย่างไรต่อไป ต้องช่วยให้พ้นวิกฤติก่อนเป็นสิ่งที่ดีเพราะได้รักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ และคิดว่าแพทย์ต้องอธิบายว่าได้ช่วยอะไรไปบ้างในการช่วยฉุกเฉิน

ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดในการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อนี้ เพราะ

ต้องดูเป็นรายๆไป ว่าได้ใช้ดุลพินิจและการดูแลที่เหมาะสมหรือไม่
ต้องเข้าใจ คำว่า ฉุกเฉิน ของผู้ป่วยให้ดี ต้องมีการคัดกรองอย่างดี คิดว่าเป็นไปได้จำกัด องค์กรยังปกป้องชื่อเสียงของตนเอง ไม่รู้จะเอาตรงไหนเป็นบรรทัดฐาน ต้องลงในรายละเอียด แล้วแต่หลักสากลว่าจะดำเนินการเรื่องนี้อย่างไร ว่าจะให้แพทย์เข้าไปทำตอนไหนอย่างไร คิดว่าผู้ป่วยได้รับการบริการที่มากเกินไปจนส่งผลให้มีการกดดันแพทย์มากเกินไป และบางส่วนคิดว่าประเทศไทยไม่ใช่รัฐสวัสดิการที่แท้จริง

๓.๕ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๕

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๖๖	-	๑๗	๑๕
๘๒.๕%	-	๒๑.๒๕%	๑๘.๗๕%

<u>เห็นด้วย คิดว่าที่แพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิ</u>ว่าด้วย “สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับทราบ ชื่อสกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้บริการตน” เพราะ

เป็นพื้นฐานที่ต้องรู้ ต้องมีการบอกชื่อ สาขา ของแพทย์ให้ชัดเจน เป็นความโปร่งใสในชื่อ ตำแหน่ง ของแพทย์ที่จะได้ ความคิดเห็น รับผิดชอบในการรักษา ในข้อต่างๆ ต้องแจ้งชื่อแพทย์ เมื่อเกิดปัญหาขัดข้องในการรักษาเกิดขึ้นผู้รับการรักษาสามารถที่จะติดต่อหรือ แจ้งปัญหาที่เกิดกับตัวเองได้ หรือเพื่อที่นำมาประกอบการพิจารณาในการรักษาและความสบายใจผู้รับบริการ แพทย์ควรแขวนป้ายชื่อ ควรมีฟอร์มให้ชัดเจน เพราะมักถูกเขียนไว้ในกระดาษ ผู้ป่วยมักจะยังไม่รู้ ต้องให้พยาบาลเป็นผู้ช่วยแนะนำ ต้องมีการอบรมทักษะในการสื่อสารของแพทย์

<u>ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดในการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อนี้</u> เพราะ

คงไม่ต้องถึงกับการรายงานตัวต่อผู้ป่วย ในบางครั้งแพทย์ต้องรายงานตัวกับทุกคนก็คงลำบากในการดำเนินการ แต่ให้ถามได้ บนหัวเตียงก็มีชื่อแพทย์อยู่แล้ว คิดว่าไม่ต้องแนะนำตัวแต่ดำเนินการอย่างเปิดเผย

<u>๓.๖ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๖</u>

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๗๒	๒	๓	๕
๘๐%	๒.๕%	๓.๗๕%	๖.๒๕%

<u>เห็นด้วย คิดว่าที่แพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิ</u>ว่าด้วย “ผู้มารับบริการมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนเองและมีสิทธิขอเปลี่ยนผู้บริการและสถานบริการได้” เพราะ

ทุกคนมีสิทธิที่จะเปลี่ยน ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะขอความคิดเห็น แพทย์จะได้เข้าใจว่าตัวเองไม่ได้รู้ทุกด้าน แพทย์จะต้องรับฟังถึงปัญหา หากผู้รับบริการได้รับการบริการที่ไม่ดี ย่อมได้รับสิทธิที่จะเปลี่ยนผู้ให้บริการ เพื่อความสบายใจของผู้รับบริการ และคิดว่าเป็นเรื่องสำคัญ ต้องมีการแลกเปลี่ยนความรู้ในเรื่องนี้กันให้มากขึ้น ถ้าผู้ป่วยเปลี่ยนแพทย์ แพทย์ท่านนั้นจะได้ปรับปรุง

ไม่เห็นด้วย คิดว่าแพทย์ก็สามารถดำเนินการโต้แย้งสิทธิในข้อนี้ เพราะ

คิดว่าประชาชนไม่มีทางเลือกอยู่แล้ว และถ้าเปลี่ยนข้ามโรงพยาบาลคงไม่มีปัญหาแต่ถ้าเปลี่ยนในโรงพยาบาลขนาดเล็กบางทีอาจไม่มีแพทย์ให้เปลี่ยน

ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดในการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อนี้ เพราะ

ต้องดูว่าการรักษานั้นอาจไม่เหมือนกันแต่ทำให้หายเหมือนกันหรือไม่ เรื่องนี้จึงเป็นเรื่องของการรักษาให้อยู่ในมาตรฐานโดยทั่วไปมากกว่า เพราะแพทย์คนหลังบางทีก็รักษาได้ง่ายกว่าในบางโรค และต้องกำหนดขอบเขตของการเปิดเผยให้ชัดเจน

๓.๗ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๗

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๖๔	๑	๖	๔
๘๖.๒๕%	๑.๒๕%	๗.๕%	๕%

เห็นด้วย คิดว่าที่แพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิว่าด้วย “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติตามกฎหมาย” เพราะ

เพราะบางครั้งข้อมูลของเด็กวัยรุ่นก็อาจต้องได้รับการปกปิดแม้แต่ผู้ปกครองก็ต้องเอาสิทธิ์ของเด็กเป็นสำคัญ ถ้าให้ข้อมูลไปแล้วส่งผลร้ายต่อเด็กก็ต้องปกปิด เพราะการเจ็บป่วยบางอย่างเป็นเรื่องที่น่าอาย ไม่ควรเปิดเผยให้ผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ เป็นข้อมูลส่วนตัว ไม่ควรเปิดเผยให้สาธารณชน คิดว่าเป็นเรื่องของความประพฤติของคนที่สายวิชาชีพอื่นเขาใช้กัน และเป็นขั้นพื้นฐานของสายอาชีพแพทย์ในการรักษาความลับของผู้มารับบริการ แต่ในสถานพยาบาลภาครัฐในการเก็บความลับผู้ป่วยไม่ค่อยได้มาตรฐานสักเท่าไหร่ ในประเด็นที่กฎหมายให้ปกปิดก็ต้องปกปิด เช่น ในโรคร้ายแรงอย่างโรคเอดส์ แพทย์ก็ต้องมีความระมัดระวังในเรื่องนี้ ต้องมีการเปิดเผยอย่างเหมาะสม และควรรับรู้ทั้งผู้ป่วยและทีมรักษาถ้าเป็นโรคร้ายแรงและสามารถติดต่อได้เช่น HIV ต้องพิจารณาผู้ป่วยให้ดีว่าจะรับข้อมูลได้หรือไม่

ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดในการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อนี้ เพราะ

ผลบางอย่างให้ผู้ป่วยไปแต่ไม่ได้บันทึกไว้ในเวชระเบียนก็มีปัญหาได้ น่าจะเพิ่มในส่วนที่บอกว่า โดยไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน ต้องพิจารณาให้ละเอียดมากขึ้น ต้องมีการเลือกใช้ การเปิดเผยก็จะบอกเพื่อให้มีการป้องกันโรค ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ และคิดว่ามีระบบในสถานพยาบาลอยู่แล้ว

๓.๘ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๘

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๖๔	๒	๓	๑๑
๘๐%	๒.๕%	๓.๗๕%	๑๓.๗๕%

เห็นด้วย คิดว่าที่แพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิว่าด้วย “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินในเข้าร่วม/ถอนตัว จากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ” เพราะ

หากมีการวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวกับผู้ป่วยควรมีการชี้แจงรายละเอียดให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้

ไม่เห็นด้วย คิดว่าแพทย์ก็สามารถดำเนินการโต้แย้งสิทธิในข้อนี้ เพราะ

คิดว่าไม่จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องรู้ และการทำการทดลองต้องทำอย่างต่อเนื่อง เว้นแต่ผู้นั้นจะเกิดอาการแพ้จนไม่สามารถจำทำการทดลองได้

ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดในการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อนี้ เพราะ

อยู่ในจริยธรรมการวิจัยเป็นเรื่องที่มีจริยธรรมการวิจัยครอบคลุมอยู่แล้ว และเรื่องนี้มีการดำเนินการเป็นปกติอยู่แล้ว ที่แพทย์ต้องแจ้งให้ละเอียด คิดว่าไม่น่ามีปัญหาในส่วนนี้

๓.๙ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๙

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๖๘	-	๖	๖
๘๕%	-	๗.๕%	๗.๕%

เห็นด้วย คิดว่าที่แพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิว่าด้วย “ผู้มารับบริการมีสิทธิ ที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้บุคคลอื่น” เพราะ

คิดว่าผู้ป่วยเป็นเจ้าของเวชระเบียน ประวัติเป็นของผู้ป่วยแพทย์ต้องพร้อมเปิดเผย เป็นสิทธิที่ผู้ป่วยจะรู้ แพทย์ควรต้องดำเนินการให้กับผู้ป่วยในเรื่องของประวัติต่างๆ ผู้ป่วยสมควรจะได้รับการถ่ายเอกสารทั้งหมดจากเวชระเบียน ผู้มารับบริการจะได้ใช้ข้อมูลในการพิจารณาและเหตุผลต่างๆ ในการรักษา แพทย์ก็ต้องเขียนในลักษณะวิชาการ ต้องเรียนรู้การบันทึกให้มากขึ้น

ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดในการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อนี้ เพราะ

เห็นด้วยแต่ต้องมีเหตุผลชัดเจนในการขอข้อมูล ไม่เห็นด้วยที่จะให้ถ่ายเอกสารออกไป แพทย์ควรสรุปให้ ไม่ควรให้ถ่ายเอกสารออกไปคือให้แต่ควรเป็นสรุปเวชระเบียน แพทย์ควรสรุปให้อย่างเดียวไม่ควรถ่ายเอกสารออกไป คิดว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องสลับซับซ้อนมาก ต้องพิจารณาให้ดีในเรื่องของเวชระเบียน ถ้าสำเนาต้องระวังในขั้นตอนการถ่ายสำเนาด้วย และคิดว่าคงไม่มีประโยชน์เพราะถือว่าศาลเป็นสิ่งสูงสุดก็น่าจะต้องขึ้นกับคำสั่งศาล

๓.๑๐ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑๐

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๖๔	๔	๙	๓
๘๐%	๕%	๑๑.๒๕%	๓.๗๕%

เห็นด้วย คิดว่าที่แพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิว่าด้วย “บิดา มารดา โดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี บริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายและทางจิต ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้” เพราะ

เพราะผู้ปกครองควรรับรู้ถ้ามีความเสี่ยง ภาวะเป็นเด็กหรือผู้ที่มีความบกพร่องทางกายและจิตเวลาจะตัดสินใจอะไรอาจผิดพลาดได้ คือผู้ที่ภาวะไม่ถึงก็อาจตัดสินใจผิดพลาด ผู้ปกครองก็ต้องตัดสินใจแทน แพทย์คงใช้ดุลยพินิจได้ในเรื่องนี้ แพทย์อาจต้องตัดสินใจว่าเป็นกรณีเร่งด่วนที่อาจถึงแก่ชีวิตหรือไม่ ถ้าใช่ก็ดำเนินการได้เลย แต่ถ้ารอได้ก็ต้องมีการสอบถามบิดา มารดาก่อน ควรมีระบบมาช่วยแพทย์

ไม่เห็นด้วย คิดว่าแพทย์ก็สามารถดำเนินการโต้แย้งสิทธิในข้อนี้ เพราะ

คิดว่าเด็กควรตัดสินใจเองให้มากขึ้นเพราะเขามีสิทธิ์ เด็กมีสิทธิ์เป็นของตนเอง แต่ผู้ปกครองอาจใช้สิทธิ์แทนได้เท่านั้น ในกรณี ๑๘ ปี น่าจะเป็น ๑๕ ปี ผู้ป่วยที่อายุเกิน ๑๕ ปี น่าจะมีสิทธิของการรักษาพยาบาลตามตนเองต้องการได้อย่างอิสระเสรี และมีบางส่วนคิดว่าน่าจะเป็นดุลยพินิจของแพทย์เป็นหลัก

ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดในการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อนี้ เพราะ

ไม่น่าจะมีประโยชน์อะไรในการกำหนดเอาไว้มากนัก ต้องมีการพิจารณาไปเป็นรายกรณี อาจต้องกำหนดกรณีต่างๆ ไว้ให้ชัดเจน คิดว่าต้องมีคนทำหน้าที่ติดต่อญาติ

ประเด็นที่ ๔ การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง

๔.๑ ใครจะเป็นคนทำ ถ้าแพทย์คนที่ดูแลผู้ป่วยปฏิเสธ

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๑๕	๒๔	๓๙	๒
๑๘.๗๕%	๓๐%	๔๘.๗๕%	๒.๕%

เห็นด้วย คิดว่าไม่ผิดจริยธรรม เพราะ

แพทย์มีสิทธิในการใช้ดุลพินิจ แพทย์บางคนอาจจะไม่สามารถทำตามที่ผู้ป่วยร้องขอได้ จึงเห็นควรให้แพทย์สามารถปฏิเสธและถอนตัวได้ แพทย์จำเป็นต้องปกป้องตัวเองเหมือนกัน เป็นสิทธิของแพทย์ที่จะทำได้ แต่ก็ต้องมีรายละเอียดมาแลกเปลี่ยนเรื่องนี้กันให้มากขึ้น โดยหลักการปฏิเสธได้ แต่ว่าสถานพยาบาลไม่ได้ปฏิเสธในการรักษา ถ้าแพทย์ไม่อยากทำก็หาแพทย์คนอื่นได้ หาคนอื่นเข้ามาแทนให้แพทย์คนต่อไปเป็นคนทำได้ คิดว่าไม่ได้เป็นเรื่องจริยธรรมแต่เป็นเรื่องที่กลัวกฎหมายมากกว่า และผู้บังคับบัญชาต้องอธิบายเหตุผล และรับมาดำเนินการต่อ

ไม่เห็นด้วย คิดว่าผิดจริยธรรม เพราะ

แพทย์ต้องไม่ปฏิเสธ แพทย์จะปฏิเสธไม่ได้ แพทย์มีหน้าที่ต้องรักษาให้สุดความสามารถ แพทย์ต้องทำตามผู้ป่วย แพทย์ต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย แพทย์ไม่ทำตามก็เหมือนดูถูกผู้ป่วย ควรทำตามที่ผู้ป่วยต้องการ ถ้าผู้ป่วยและญาติแสดงเจตนารมณ์แล้วแพทย์ควรทำตาม ปฏิเสธก็เหมือนขาดคุณธรรม และไม่มีจรรยาบรรณในวิชาชีพ และแพทย์มีความรู้แพทย์ต้องดำเนินการ ถ้าจะปฏิเสธก็จะเป็นภาระกับคนต่อไป

ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์จะผิดจริยธรรมหรือไม่ เพราะ

ถ้าความคิดเห็นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไม่ตรงกัน ก็ควรทำตามผู้ป่วยแต่แพทย์ก็มีสิทธิ์เสนอในการรักษาถ้ามองว่ามีทางที่ดีกว่า คิดว่าถึงเป็นผู้ป่วยก็ไม่มีสิทธิมาต้องการที่จะให้ตัวเองตาย ในบางกรณีแพทย์ต้องเลือกในทางที่ต้องปกป้องตัวเอง เป็นประเด็นในเรื่องความคิดเห็นมากกว่า เพราะเป็นกรณีที่แพทย์อาจจะมีที่ไม่อยากรักษา หรือทำตามที่มีการกำหนดไว้ โดยรวมคิดว่าประเด็นนี้ต้องดูเป็นรายกรณีไป คิดว่ามีข้อจำกัดมากในเรื่องนี้ ต้องพิจารณาถึงความบริสุทธิ์ใจของแพทย์ แพทย์ต้องอธิบาย มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ตกลงกันระหว่างแพทย์ คิดว่าแพทย์ต้องคุยกับญาติ เพราะอาจต้องคิดถึงเงินทองที่รักษาด้วย ตามสภาพความเป็นจริงควรคุยกับผู้เกี่ยวข้องให้รับทราบในหลายๆด้าน ซึ่งประเด็นนี้ยังไม่ชัดเจนในปัจจุบัน แพทย์ต้องทำตามผู้ป่วยและก็อาจให้แพทย์ท่านอื่นช่วยดูแลแทนได้ โรงพยาบาลต้องเข้ามาช่วยเหลือแพทย์ด้วย โรงพยาบาลอาจต้องจัดแพทย์คนอื่นมาแทน ต้องประชุมแพทย์เพื่อหาทางดำเนินการ เป็นเรื่องที่ผู้อำนวยการต้องดำเนินการ ต้องให้ความรู้ และดำเนินการในรูปคณะกรรมการ

๔.๒ การลงความเห็นที่ญาติไม่เห็นด้วย เพราะอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติไปฟ้องร้องได้

เห็นด้วย(ตามญาติ)	ไม่เห็นด้วย(ตามแพทย์)	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๒๗	๗	๔๔	๑๑
๓๓.๗๕%	๘.๗๕%	๕๕%	๑๓.๗๕%

เห็นด้วย คิดว่าควรดำเนินการตามที่ญาติต้องการถ้าไม่ดำเนินการตามญาติก็น่าจะผิดจริยธรรม เพราะ

เป็นสิทธิ์ของญาติผู้ป่วย ต้องทำตามญาติ แพทย์ควรเรียกญาติไปคุย และปรึกษา อธิบายรายละเอียดให้ญาติเข้าใจ ญาติต้องเป็นผู้ตัดสินใจให้ญาติที่ใกล้ชิดตัดสินใจ แพทย์ให้ข้อมูลมีอะไรก็คุยกับญาติ ต้องให้ข้อมูลเต็มที่ และถ้าญาติเขายังอยากที่จะทำก็เป็นสิทธิของญาติที่เขาจะได้รับการรักษา แพทย์ต้องทำงานเต็มที่ไม่ว่าญาติหรือผู้ป่วยจะร้องขอหรือไม่ก็ตาม

ไม่เห็นด้วย คิดว่าควรจะดำเนินการตามที่แพทย์ต้องการที่ไม่ทำตามญาติก็ไม่ผิดจริยธรรม เพราะ

เห็นด้วยกับแพทย์ เพราะแพทย์เห็นมาเยอะแล้ว ส่วนใหญ่ถ้าเป็นญาติจะรอปาฏิหาริย์มากกว่า แต่ต้องทำโดยมีหลักฐานการทำทุกขั้นตอน และไม่ควรตัดสินใจคนเดียว

ไม่แน่ใจว่าจะดำเนินการตามญาติหรือแพทย์ต้องดูในรายละเอียด เพราะ

ขึ้นอยู่กับสองเรื่องสำคัญคือ ๑) ความจริง และ ๒) ความใส่ใจ ถ้ามีสองเรื่องนี้และดำเนินการอย่างเหมาะสมก็คงไม่เกิดปัญหา แพทย์ต้องให้ข้อมูลอย่างละเอียด บอกในทุกๆอย่างที่สามารถบอกได้ ต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระหว่างแพทย์กับญาติผู้ป่วย จะได้เข้าใจซึ่งกันและกันทั้งสองฝ่าย แล้วให้ญาติเป็นฝ่ายตัดสินใจ ในส่วนของแพทย์อาจต้องประชุมร่วมกันเป็นคณะในการดำเนินการในเรื่องนี้ ต้องมีคณะกรรมการ เพื่อพิจารณา คำว่า “รักษาถึงที่สุด” ต้องเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด ต้องเป็นธรรมทั้งสองฝ่าย การปฏิบัติควรให้ญาติเซ็นต์การรับรองการรักษา ก่อนการปฏิบัติ คิดว่าควรชี้แจงแบบมีลายลักษณ์อักษร มีคณะกรรมการกลางตัดสินใจ ให้องค์คณะเป็นผู้พิจารณา บางส่วนคิดว่าอาจให้คนกลาง เช่น ตำรวจมาเป็นคนกลางลงความเห็นแพทย์ก็ต้องบอกว่าผู้ป่วยจะไปได้แค่ไหนอย่างไร ต้องบอกให้ใช้สิทธิในการที่จะเลือก คิดว่าเป็นเรื่องที่อาจมีผลสืบเนื่องตามมา แพทย์นั้นต้องเลือกทำให้เหมาะสมเพราะเวลาเกิดปัญหาขึ้นก็ต้องช่วยเหลือตนเอง ควรทำในรูปแบบคณะกรรมการ หรือมีผู้อำนวยการช่วยตัดสินใจ

ประเด็นที่ ๕ การให้การศึกษาด้านจริยธรรม

๕.๑ การจัดให้มีการเรียนด้านจริยธรรมสำหรับนักศึกษาแพทย์

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๖๖	-	๑๓	๑
๘๒.๕%	-	๑๖.๒๕%	๑.๒๕%

เห็นด้วย คิดว่าจะมีผลต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ เพราะ

เป็นแพทย์ที่ดีอย่างเดียวแต่ไม่มีจิตบริการ ก็คงไม่ดี ดังนั้นแพทย์จึงควรมีวิชาจริยธรรม เพราะแพทย์ต้องรักษาจรรยาบรรณของวิชาชีพ จะเป็นการปูพื้นฐานก่อนที่จะออกไปทำหน้าที่แพทย์อย่างเต็มตัว นักศึกษาแพทย์ได้เรียนด้านจริยธรรมเพื่อนักศึกษาที่เรียนแต่ด้านวิชาการไม่ได้ศีลธรรม จริยธรรมจะได้รู้เรื่องการอยู่ร่วมกันในสังคม คนเราในปัจจุบันขาดคุณธรรมจริยธรรม โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งอยู่กับความเป็นความตายของมนุษย์ ศีลธรรมจริยธรรมช่วยให้สังคมดีได้ พูดได้ว่าเป็นพื้นฐานในการ

ดำรงชีวิตได้ คิดว่าถ้าได้รับความรู้เรื่องจริยธรรมและถ้าได้ประกอบอาชีพนี้ก็จะได้ตระหนักในด้านจริยธรรมได้มากขึ้น คิดว่าควรมีการทำ Death Conference มาสู่การเรียนการสอน –หากรณีจริยธรรมมาให้นักศึกษาวิพากษ์วิจารณ์มากขึ้น ต้องมาดูว่าจะให้มีการเรียนอย่างไร ต้องมีกรณีศึกษา และในเรื่องของนักศึกษาแพทย์นั้น ถ้ามีประเด็นที่อยากเรียนแพทย์เพราะอยากรวย ต้องพึงระวังในเรื่องนี้ร่วมกันด้วย

<u>ยอมรับว่าจะมีผลต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียด</u> เพราะ

จริยธรรมเกิดขึ้นจากการปลูกฝัง การเห็นแบบอย่าง เป็นค่านิยม ปลูกฝังสะสมกันมา ต้องเรียนกี่โมงถึงจะได้ผล ไม่มีใครรับประกันได้ คิดว่ามีอยู่แล้ว จริยธรรมมันไม่ได้เกิดขึ้นด้วยวิชาที่เรียน มองว่ามันเกิดขึ้นจากพื้นชีวิตหลายเรื่อง ต้องสอนต้องปลูกผังมาตั้งแต่เด็ก เป็นเรื่องปลายเหตุ ควรดำเนินการให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดกันในเรื่องจริยธรรม ให้ได้แนวความคิด น่าจะมีประโยชน์มากกว่า คิดว่าปัจจุบันก็มีอยู่แล้ว แต่ต้องสอนอย่างต่อเนื่อง และควรมีการสอนทางสังคมศาสตร์ มนุษยวิทยา ให้นักศึกษาแพทย์มากขึ้น

๕.๒ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๗๒	-	๗	๑
๙๐%	-	๘.๗๕%	๑.๒๕%

<u>เห็นด้วย คิดว่าจะมีผลต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์</u> เพราะ

เห็นด้วยแพทย์จะต้องมีคุณธรรมจริยธรรมมากกว่าคนปกติ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะพุทธศาสนาคิดว่าเป็นพื้นฐานทางจิตใจที่สมควรดำเนินการให้มี จะทำให้มีจริยธรรมมากยิ่งขึ้น ศาสนามีคำสอนที่ดีควรทำอย่างเอาจริงเอาจังด้วย เพื่อหลอมจิตใจนักศึกษาให้ได้ก่อนที่จะเรียน ต้องมีและเรียนรู้ รู้จักศีลธรรมและจรรยาบรรณที่ดีงาม นักศึกษาแพทย์ไปทำกิจกรรมทางศาสนาจะทำให้นักศึกษาแพทย์มีจิตใจที่อ่อนโยนมีคุณธรรม เพื่อจะได้เป็นแพทย์ที่ดีมีคุณธรรมในอนาคต ตระหนักถึงความสำคัญทางด้านศาสนาและจะได้เป็นการเตือนสติในด้านการปฏิบัติตนในทางที่ถูกที่ควร ให้นักศึกษาแพทย์สัมผัสกับศาสนา และเรียนรู้ชีวิต คิดว่าแพทย์เรียนอย่างเดียวจะมีความรู้ในเรื่องชีวิตน้อยจะได้พัฒนาในส่วนนี้ด้วย แต่ไม่ควรบังคับ แล้วแต่ความสมัครใจ

<u>ยอมรับว่าจะมีผลต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียด</u> เพราะ

คิดว่าน่าจะเสริมด้านสังคม แต่ละศาสนาก็ไม่เหมือนกันและต้องทำอย่างต่อเนื่องถึงจะได้ผล

๕.๓ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๗๐	๒	๘	-
๘๗.๕%	๒.๕%	๑๐%	-

เห็นด้วย คิดว่าจะมีผลต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ เพราะ

ให้นักศึกษาได้อยู่กับชาวบ้าน ได้เข้าใจมากขึ้น ได้มีประสบการณ์มากขึ้น ให้แพทย์ได้เห็นสังคมความยากจนได้เห็นคนที่เดือดร้อนจริงๆ ได้เห็นคนที่ยากลำบาก ทำให้นักศึกษาได้เห็นชีวิต ได้คลุกคลีกับชาวบ้าน รับรู้ถึงความเป็นอยู่ของคนในชนบท จะได้วินิจฉัยโดยไม่มีค่าตอบแทน ได้เรียนรู้ถึงความเป็นอยู่ที่ต่างกัน นักศึกษาแพทย์จะได้สัมผัสชีวิตชนบทถึงความเป็นอยู่ของชาวบ้านที่อยู่ห่างไกลความเจริญ เขตพื้นที่ที่กันดารอาจจะเป็นสาเหตุที่จะทำให้มีการเกิดโรคที่มากมายและหลากหลายและอาจจะมีจำนวนผู้มารับบริการที่มากและได้ถือเป็นการปฏิบัติจริง และได้เรียนรู้ชีวิตการเป็นของชาวชนบท อาจส่งผลให้อยากไปทำงานในชนบท แพทย์ต้องให้บริการคนทุกระดับ เป็นการปลูกฝังว่า หน้าที่ของแพทย์ต้องบริการทุกระดับ ทั้งยากจน ฐานะดี ก็ต้องให้บริการที่เท่าเทียมกัน

ไม่เห็นด้วย คิดว่าไม่น่าจะมีผลต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ เพราะ

คิดว่าไม่จำเป็นต้องฝึกในชนบท ไม่ต้องแบ่งสังคมเมืองกับชนบท ขอให้แพทย์มีจริยธรรมก็พอ

ยอมรับว่าจะมีผลต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียด เพราะ

คิดว่ามีอยู่แล้ว ต้องดูที่บริบทของความต้องการว่าต้องการให้นักศึกษาแพทย์คนนั้นเป็นอย่างไร อยู่ที่ความคิดของแต่ละบุคคล แพทย์มีการตั้งเป้าแตกต่างกัน เห็นด้วยกับมาตราการที่ใช้เชิงบังคับใช้ทุนออกชนบท ต้องมีวัตถุประสงค์การออกให้ชัด ทุกคนได้รับทราบได้รับประสบการณ์ตรงนี้ก็ดี บางทีการออกโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน้าที่แพทย์หรือเปล่า เพราะชุมชนไม่เข้าใจสิ่งแวดล้อม ถ้าป้องกันได้ดีกว่ามารักษา นักศึกษาบางคนได้ไปเจอได้ไปอยู่ที่ชนบทก็อาจจะทำได้ดีขึ้น และคิดว่าน่าจะนำคนจากชนบทมาเรียนแพทย์จะเหมาะสมกว่า และอาจไปทำกับผู้ด้วยโอกาสในสังคมก็ได้

๕.๔ การปฏิบัติให้เป็นประจำ และทำให้นักศึกษาแพทย์เห็นเป็นตัวอย่าง

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	ไม่มีความคิดเห็น
๗๒	-	๖	๒
๙๐%	-	๗.๕%	๒.๕%

เห็นด้วย คิดว่าจะมีผลต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ เพราะ

คิดว่าสำคัญมาก อาจารย์แพทย์เป็นตัวอย่างที่ดี ที่สำคัญทีสุด เพราะนักศึกษาแพทย์จะซึมซับจากอาจารย์แพทย์ ได้เป็นอย่างมาก อาจารย์แพทย์ก็ต้องเอาใจใส่ทั้งผู้ป่วย ทั้งนักศึกษาแพทย์ มาทำงานให้ตรงเวลา ควรจะเคร่งครัดในการปฏิบัติงานให้มากกว่าแพทย์คนอื่นๆ เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับนักศึกษา

แพทย์ คิดว่าเป็นการปลูกฝังปูพื้นฐานไปในตัวเอง และทำให้นักศึกษาได้เห็นเป็นตัวอย่าง อาจารย์เป็นตัวอย่างที่ดี จะทำให้นักศึกษาแพทย์ปฏิบัติในทางที่ดีต่อไปในอนาคต อาจารย์แพทย์ทำให้เป็นตัวอย่างทุกๆครั้งจะทำให้นักศึกษาตระหนักในการปฏิบัติงานด้วย อาจารย์แพทย์ หรืออาจารย์ในมหาวิทยาลัยต้องทำให้เป็นตัวอย่าง ทำตัวเป็นแบบอย่าง ได้เห็นการกระทำของอาจารย์ ได้ยินคำพูดของอาจารย์ก็จะส่งผลต่อตัวนักศึกษา ซึ่งเหมือนเป็นการได้เรียนรู้นอกจากการเรียนในห้องในเรื่องของวิชาการ คิดว่าควรให้ทางแพทยสภาร่วมกับคณะแพทย์ต่างๆคิดมาตรการ และสอนนักศึกษาแพทย์ให้ดีหากร่วมกันดูแล เพราะปัจจุบันแรงกระตุ้นทางสังคมสูง อาจส่งผลต่อต้นแบบได้ ครูแพทย์ต้องมีประสบการณ์ ต้องหาตัวอย่างที่ดีให้เด็กดูว่าทำอย่างไรถึงจะถูกต้อง ต้องมีการจัดในเรื่องการดูแลฐานะครอบครัวกับเรื่องความรับผิดชอบในหน้าที่แพทย์ให้มีความสมดุลกันในชีวิตของแพทย์ ต้องดูจากระบบการคัดเลือกอาจารย์แพทย์ต้องส่งเสริมแพทย์ศาสตร์ศึกษา อย่างจริงจัง ควรมีรางวัลสำหรับครูแพทย์ ไม่ควรให้รางวัลเป็นรายคน ควรมีการให้เป็นทีมน่าจะดีกว่า

ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์จะผิดจริยธรรมหรือไม่ เพราะ

คิดว่าอาจารย์รุ่นเก่าๆก็ดีอยู่แล้ว เป็นเรื่องของรายบุคคลมากกว่า ในอดีตไม่เห็นต้องทำอะไรเยอะ คิดว่าอยู่ที่การบริหารจัดการมากกว่า คิดว่าอาจารย์ก็ไม่ได้เป็นต้นแบบที่ดีทุกคน นักศึกษาแพทย์ต้องเลือกที่จะดำเนินตาม

บทที่ ๕
ผลการศึกษาทัศนคติต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

การศึกษาโดยแบบสอบถามจำนวน ๕๐๘ ตัวอย่าง

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทัศนคติต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จำนวน ๕๐๘ ตัวอย่าง โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ ๓ แสดงเพศของทุกกลุ่มตัวอย่าง

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	๒๕๐	๔๙.๒
หญิง	๒๕๘	๕๐.๘

จำนวนผู้ให้ทัศนคติต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีศึกษาในแต่ละประเด็น และแนวทางในการพัฒนาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ แบ่งตามอายุ ทั้งสองเพศอยู่ในปริมาณที่ใกล้เคียงกันมาก โดยมีจำนวนผู้หญิงมีมากกว่าเล็กน้อย

ตารางที่ ๔ แสดงอายุของทุกกลุ่มตัวอย่าง

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า ๒๐ ปี	๗	๑.๔
๒๑-๓๐ ปี	๑๒๓	๒๔.๒
๓๑-๔๐ ปี	๑๖๓	๓๒.๑
๔๑-๕๐ ปี	๑๑๕	๒๒.๖
๕๑-๖๐ ปี	๗๐	๑๓.๘
๖๑ ปีขึ้นไป	๓๐	๕.๙

จำนวนผู้ให้ทัศนคติต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีศึกษาในแต่ละประเด็น และแนวทางในการพัฒนาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ แบ่งตามกลุ่มอายุ โดยมีกลุ่มอายุที่อยู่ระหว่าง ๓๑-๔๐ ปีมากที่สุด ประมาณกว่าร้อยละ ๓๐ รองลงมาจะเป็นกลุ่มอายุ ๒๑-๓๐ ปี กลุ่มอายุ ๔๑-๕๐ ปี ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันกลุ่มละประมาณกว่าร้อยละ ๒๐ กลุ่ม ๕๑-๖๐ ปี อีกประมาณร้อยละ ๑๕ และมีสัดส่วนของกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปและน้อยกว่า ๒๐ ปี อีกเล็กน้อย

ตารางที่ ๕ แสดงรายได้ของกลุ่มทุกตัวอย่าง

รายได้ต่อเดือน	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	๕๒	๑๐.๒
๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท	๗๔	๑๔.๖
๑๕,๐๐๑-๒๐,๐๐๐ บาท	๕๘	๑๑.๔
๒๐,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาท	๖๖	๑๓.๐
๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาท	๙๑	๑๗.๙
๕๐,๐๐๑-๑๐๐,๐๐๐ บาท	๙๖	๑๘.๙
๑๐๐,๐๐๑ บาท ขึ้นไป	๗๑	๑๔.๐

จำนวนผู้ให้ทัศนคติต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีศึกษาในแต่ละประเด็น และแนวทางในการพัฒนาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ แบ่งตามกลุ่มรายได้ ที่ใกล้เคียงกันในทุกกลุ่มรายได้อยู่ในช่วงร้อยละ ๑๐-๒๐ โดยมีกลุ่มรายได้ ๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน มากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มรายได้ ๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน และกลุ่มรายได้ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน มีจำนวนน้อยที่สุด

ตารางที่ ๖ แสดงระดับการศึกษาของทุกกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	๙	๑.๘
มัธยมต้น	๘	๑.๖
มัธยมปลาย	๓๐	๕.๙
อนุปริญญา	๓๖	๗.๑
ปริญญาตรี	๓๒๐	๖๓.๐
ปริญญาโท	๘๑	๑๕.๙
ปริญญาเอก	๒๔	๔.๗

จำนวนผู้ให้ทัศนคติต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีศึกษาในแต่ละประเด็น และแนวทางในการพัฒนาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ แบ่งตามกลุ่มระดับการศึกษา โดยส่วนใหญ่นั้นอยู่ในระดับปริญญาตรีถึงร้อยละกว่า ๖๐ รองลงมาจะเป็นกลุ่มระดับปริญญาโทประมาณร้อยละ ๑๕ และมีกลุ่มระดับการศึกษาอื่นๆ ทั้งระดับปริญญาเอก ระดับอนุปริญญา และมัธยมปลาย รวมกันทั้งสามกลุ่มประมาณเกือบร้อยละ ๒๐ ที่เหลือจะเป็นมัธยมต้นและประถมศึกษาอีกประมาณร้อยละ ๓

ตารางที่ ๗ แสดงกลุ่มตัวอย่างต่างๆ ในการศึกษา

ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
แพทย์	๑๐๕	๒๐.๗
องค์กรวิชาชีพแพทย์	๕๐	๙.๘
ตำรวจ	๒๘	๕.๕
ทนายความ	๒๒	๔.๓
อัยการ	๒๐	๓.๙
ผู้พิพากษา	๓๐	๕.๙
องค์กรเฝ้าระวังฯ	๕๐	๙.๘
ผู้รับบริการฯหรือครอบครัว	๒๐๓	๔๐.๐
รวม	๕๐๘	๑๐๐.๐

จำนวนผู้ให้ทัศนคติต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีศึกษาในแต่ละประเด็น และแนวทางในการพัฒนาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ แบ่งตามกลุ่มอาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ตามสัดส่วน จากการรวบรวมตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน ๕๐๘ คน แบ่งออกเป็น ผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว จำนวนร้อยละ ๔๐ แพทย์และแพทย์จากองค์กรวิชาชีพแพทย์ประมาณร้อยละ ๓๐ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย ทั้งจากผู้พิพากษา อัยการ ทนายความ และตำรวจ ประมาณร้อยละ ๒๐ และองค์กรเฝ้าระวังอีกประมาณร้อยละ ๑๐

ตารางที่ ๘ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากทุกกลุ่มตัวอย่าง

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ผลเชิงคุณภาพ
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่นปวดหัว ตัวร้อนเล็กน้อย หรือนอนไม่หลับ	๒.๒๑	.๖๔๖	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่นปวดหัว ตัวร้อนเล็กน้อย หรือนอนไม่หลับ	๒.๔๗	๑.๑๕๓	ผิดระดับต่ำ
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค	๒.๐๗	.๗๐๙	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค	๒.๗๘	๑.๓๐๕	ผิดระดับปานกลาง

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ผลเชิงคุณภาพ
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่นการที่แพทย์สาขาอื่นมาทำศัลยกรรมตกแต่ง หรือ ดมยาสลบโดยไม่ใช่วิสัญญีแพทย์	๑.๕๑	.๖๘๔	ยอมรับไม่ได้
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่นการที่แพทย์สาขาอื่นมาทำศัลยกรรมตกแต่ง หรือ ดมยาสลบโดยไม่ใช่วิสัญญีแพทย์	๓.๗๑	๑.๓๖๕	ผิดระดับสูง
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง	๑.๘๑	.๕๕๘	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง	๒.๗๘	๑.๑๘๗	ผิดระดับปานกลาง
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง	๑.๕๒	.๖๖๘	ยอมรับไม่ได้
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง	๓.๔๕	๑.๓๑๑	ผิดระดับสูง
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย	๒.๓๑	.๖๒๖	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย	๒.๓๔	๑.๒๐๓	ผิดระดับต่ำ
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ	๒.๑๕	.๖๖๐	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ	๒.๖๘	๑.๒๖๔	ผิดระดับปานกลาง
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา	๒.๒๖	.๖๓๔	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา	๒.๕๔	๑.๒๓๗	ผิดระดับต่ำ

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ผลเชิงคุณภาพ
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท เช่น ปากกา ทิชชู สมุด ตำรา ฯลฯ	๒.๒๙	.๖๙๓	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท เช่น ปากกา ทิชชู สมุด ตำรา ฯลฯ	๒.๓๑	๑.๒๕๐	ผิดระดับต่ำ
ระดับการยอมรับในเรื่องที่มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามโรงพยาบาล	๑.๖๑	.๗๑๙	ยอมรับไม่ได้
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามโรงพยาบาล	๓.๔๒	๑.๓๘๐	ผิดระดับสูง
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามส่วนตัว	๑.๔๓	.๖๖๒	ยอมรับไม่ได้
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามส่วนตัว	๓.๗๓	๑.๓๗๓	ผิดระดับสูง
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ๑	๑.๔๕	.๖๖๘	ยอมรับไม่ได้
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ๑	๓.๘๕	๑.๓๓๕	ผิดระดับสูง
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๒	๑.๔๗	.๖๔๐	ยอมรับไม่ได้
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๒	๓.๘๑	๑.๓๒๖	ผิดระดับสูง
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๓	๑.๔๘	.๖๖๗	ยอมรับไม่ได้

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ผลเชิงคุณภาพ
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๓	๓.๗๕	๑.๒๘๒	ผิดระดับสูง
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๔	๑.๔๑	.๖๕๒	ยอมรับไม่ได้
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๔	๓.๘๕	๑.๒๕๕	ผิดระดับสูง
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๕	๑.๕๘	.๖๔๗	ยอมรับไม่ได้
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๕	๓.๔๕	๑.๒๘๖	ผิดระดับสูง
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๖	๑.๖๒	.๖๖๑	ยอมรับไม่ได้
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๖	๓.๔๖	๑.๒๓๒	ผิดระดับสูง
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๗	๑.๕๔	.๖๕๕	ยอมรับไม่ได้
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๗	๓.๖๕	๑.๒๔๑	ผิดระดับสูง
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๘	๑.๔๗	.๖๗๔	ยอมรับไม่ได้
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๘	๓.๘๒	๑.๒๘๖	ผิดระดับสูง
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๙	๑.๕๔	.๖๘๓	ยอมรับไม่ได้
๒.๒๐bแพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๙	๓.๖๕	๑.๒๘๒	ผิดระดับสูง
ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๑๐	๑.๖๐	.๖๕๑	ยอมรับไม่ได้
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๑๐	๓.๕๗	๑.๒๖๑	ผิดระดับสูง

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ผลเชิงคุณภาพ
ระดับการยอมรับในเรื่องที่กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำใบแสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตาย แต่แพทย์ไม่ดำเนินการตามนั้นเพราะคิดว่าไม่อยากทำให้ผู้ป่วยตาย	๑.๙๐	.๖๒๘	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำใบแสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตาย แต่แพทย์ไม่ดำเนินการตามนั้นเพราะคิดว่าไม่อยากทำให้ผู้ป่วยตาย	๒.๙๙	๑.๒๓๑	ผิดระดับปานกลาง
ระดับการยอมรับในเรื่องที่กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์	๑.๗๙	.๖๕๐	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์	๓.๒๙	๑.๒๘๑	ผิดระดับปานกลาง
ระดับการยอมรับในเรื่องที่โดยรวมด้านจริยธรรมแล้วท่านคิดว่าแพทย์ในปัจจุบันที่ให้การรักษาอยู่โดยทั่วไปในโรงพยาบาลของรัฐ ปฏิบัติตัวเป็นอย่างไร	๒.๑๖	.๖๑๑	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ โดยรวมด้านจริยธรรมแล้วท่านคิดว่าแพทย์ในปัจจุบันที่ให้การรักษาอยู่โดยทั่วไปในโรงพยาบาลของรัฐ ปฏิบัติตัวเป็นอย่างไร	๒.๗๖	๑.๑๒๔	ผิดระดับปานกลาง
ระดับการยอมรับในเรื่องที่โดยรวมด้านจริยธรรมแล้วท่านคิดว่าแพทย์ในปัจจุบันที่ให้การรักษาอยู่โดยทั่วไปในโรงพยาบาลเอกชน ปฏิบัติตัวเป็นอย่างไร	๒.๑๗	.๕๙๙	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ โดยรวมด้านจริยธรรมแล้วท่านคิดว่าแพทย์ในปัจจุบันที่ให้การรักษาอยู่โดยทั่วไปในโรงพยาบาลเอกชน ปฏิบัติตัวเป็นอย่างไร	๒.๘๓	๑.๑๓๔	ผิดระดับปานกลาง

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ผลเชิงคุณภาพ
ระดับการยอมรับในเรื่องที่โดยรวมด้านจริยธรรมแล้วท่านคิดว่าแพทย์ในปัจจุบันที่ให้การรักษาอยู่โดยทั่วไปในคลินิคของแพทย์ ปฏิบัติตัวเป็นอย่างไร	๒.๑๔	.๕๘๘	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ โดยรวมด้านจริยธรรมแล้วท่านคิดว่าแพทย์ในปัจจุบันที่ให้การรักษาอยู่โดยทั่วไปในคลินิคของแพทย์ ปฏิบัติตัวเป็นอย่างไร	๒.๘๒	๑.๑๑๒	ผิดระดับปานกลาง

ในส่วนของระดับการยอมรับในเรื่องจากกรณีศึกษาในประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ โดยรวมในการศึกษาครั้งนี้มีระดับที่ยอมรับไม่ได้มากกว่าระดับยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียดอยู่เล็กน้อย โดยไม่มีกรณีใดเลยที่ยอมรับได้เลย โดยค่าที่มีระดับการยอมรับสูงใน ๓ ลำดับแรกโดยมีกรณีที่มีค่าการยอมรับสูงสุดในการศึกษาคือ เรื่องที่แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย รองลงมาคือ เรื่องที่แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท และ เรื่องที่แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา ตามลำดับ โดยในเรื่องที่ไม่สามารถยอมรับได้โดยรวมทั้งหมด ๑๔ กรณี โดยค่าที่ยอมรับไม่ได้ในระดับที่น้อย ๓ ลำดับแรก โดยมีกรณีที่มีค่าการยอมรับต่ำสุดคือ เรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๔ “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือโดยรีบด่วน ตามความจำเป็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะขอร้องหรือไม่” รองลงมาคือ เรื่องที่แพทย์มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามส่วนตัว และ เรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ๑ “ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ” ตามลำดับ

ในส่วนของระดับความผิดถ้าคิดว่ากรณีนั้นผิดจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ส่วนใหญ่ คิดว่าผิดอยู่ในระดับสูงถึง ๑๔ กรณี จากการศึกษาทั้งหมด ๒๖ กรณีศึกษา โดยมีผิดระดับปานกลาง ๘ กรณี และผิดในระดับต่ำ ๔ กรณี โดยในกรณีที่คิดว่ามีความผิดระดับสูง จากสูงที่สุดในลำดับที่ ๑ ถึง ๕ นั้นเป็นเรื่องของการไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๔,๑,๘ และ๓ ตามลำดับ รองลงมาคือ กรณีแพทย์มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว, กรณีแพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ตามลำดับ กรณีที่มีค่าระดับความผิดต่ำจากต่ำที่สุด คือ กรณีแพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท, กรณีแพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย, กรณีแพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย และแพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา ตามลำดับ

ตารางที่ ๙ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับกับระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมจากทุกกลุ่มตัวอย่าง

ข้อ	กรณีประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์	ค่าความสัมพันธ์	ระดับการแปลผล
๑	แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่นปวดหัว ตัวร้อนเล็กน้อย หรือนอนไม่หลับ	-.๑๕๖**	ต่ำ
๒	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค	-.๓๓๖**	ค่อนข้างต่ำ
๓	แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่นการที่แพทย์สาขาอื่นมาทำศัลยกรรมตกแต่ง หรือ ดมยาสลบโดยไม่ใช่วิสัญญีแพทย์	-.๓๖๓**	ค่อนข้างต่ำ
๔	แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง	-.๓๓๘**	ค่อนข้างต่ำ
๕	แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง	-.๓๒๙**	ค่อนข้างต่ำ
๖	แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย	-.๔๗๕**	ปานกลาง
๗	แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ	-.๓๘๓**	ค่อนข้างต่ำ
๘	แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา	-.๓๒๔**	ค่อนข้างต่ำ
๙	แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท เช่น ปากกา ทิชชู สมุด ตำรา ฯลฯ	-.๓๙๒**	ค่อนข้างต่ำ
๑๐	มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามโรงพยาบาล	-.๔๘๐**	ปานกลาง
๑๑	แพทย์มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามส่วนตัว	-.๔๕๑**	ปานกลาง
๑๒	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ๑ “ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ”	-.๒๘๐**	ค่อนข้างต่ำ

ข้อ	กรณีประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์	ค่าความสัมพันธ์	ระดับการแปลผล
๑๓	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๒ “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิด้านการเมือง เพศ อายุและลักษณะของการเจ็บป่วย”	-.๓๑๘**	ค่อนข้างต่ำ
๑๔	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๓ “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน เพื่อสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมและไม่ยินยอมให้การรักษาพยาบาล”	-.๓๒๕**	ค่อนข้างต่ำ
๑๕	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๔ “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือโดยรีบด่วน ตามความจำเป็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะขอร้องหรือไม่”	-.๓๓๖**	ค่อนข้างต่ำ
๑๖	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๕ “สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับทราบ ชื่อสกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้บริการตน”	-.๓๕๖**	ค่อนข้างต่ำ
๑๗	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๖ “ผู้มารับบริการมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนเองและมีสิทธิขอเปลี่ยนผู้บริการและสถานบริการได้”	-.๒๗๐**	ค่อนข้างต่ำ
๑๘	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๗ “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติตามกฎหมาย”	-.๒๘๕**	ค่อนข้างต่ำ
๑๙	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๘ “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินในเข้าร่วม/ถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ”	-.๒๘๔**	ค่อนข้างต่ำ

ข้อ	กรณีประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์	ค่าความสัมพันธ์	ระดับการแปลผล
๒๐	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๙ “ผู้มารับบริการมีสิทธิ ที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้บุคคลอื่น”	-.๓๒๑**	ค่อนข้างต่ำ
๒๑	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๑๐ “บิดา มารดา โดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี บริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายและทางจิต ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้”	-.๓๐๑**	ค่อนข้างต่ำ
๒๒	กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำใบแสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตาย แต่แพทย์ไม่ดำเนินการตามนั้นเพราะคิดว่าไม่อยากทำให้ผู้ป่วยตาย	-.๓๕๔**	ค่อนข้างต่ำ
๒๓	กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์	-.๔๖๙**	ปานกลาง
๒๔	โดยรวมด้านจริยธรรมแล้วท่านคิดว่าแพทย์ในปัจจุบันที่ให้การรักษาอยู่โดยทั่วไปในโรงพยาบาลของรัฐ ปฏิบัติตัวเป็นอย่างไร	-.๒๘๗**	ค่อนข้างต่ำ
๒๕	โดยรวมด้านจริยธรรมแล้วท่านคิดว่าแพทย์ในปัจจุบันที่ให้การรักษาอยู่โดยทั่วไปในโรงพยาบาลเอกชน ปฏิบัติตัวเป็นอย่างไร	-.๒๒๗**	ค่อนข้างต่ำ
๒๖	โดยรวมด้านจริยธรรมแล้วท่านคิดว่าแพทย์ในปัจจุบันที่ให้การรักษาอยู่โดยทั่วไปในคลินิคของแพทย์ ปฏิบัติตัวเป็นอย่างไร	-.๒๐๗**	ค่อนข้างต่ำ

** ระดับความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๑

ค่าระดับความสัมพันธ์กันของการยอมรับและระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมในแต่ละกรณีศึกษาตามประเด็นที่กำหนด ๒๖ ประเด็น มีค่าสอดคล้องเป็นไปในลักษณะเดียวกันทั้งหมด คือมีค่าความสัมพันธ์เป็นค่าที่เป็นทิศทางตรงกันข้าม คือถ้าการยอมรับสูงค่าระดับที่เห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมก็จะต่ำ เป็นไปในทำนองเดียวกันในทุกรายกรณี เมื่อคิดคำนวณค่าโดยรวมของทุกกลุ่มที่

ทำการศึกษาในแต่ละกรณี มีค่าความสัมพันธ์กันในระดับสูงสุดแค่ระดับปานกลางจำนวน ๔ กรณี สัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างต่ำถึง ๒๑ กรณี และสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ๑ กรณี โดยค่าที่มีความสัมพันธ์กันสูงสุดคือ กรณี การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามโรงพยาบาล รองลงมาคือ การสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย, กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์, การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามส่วนตัว ตามลำดับ ค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ จะมีอยู่กรณีเดียวคือ แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย

ตารางที่ ๑๐ ผลการวิเคราะห์ค่าการยอมรับและระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในรายประเด็นจากทุกกลุ่มตัวอย่าง

ประเด็น	ค่าการยอมรับ			ระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม		
	Mean	SD	ระดับการแปลผล	Mean	SD	ระดับการแปลผล
ประเด็นความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล	๑.๙๒๒	.๓๗๒๑	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด	๒.๙๔๑๖	.๘๓๖๕	ผิดระดับปานกลาง
ปัญหาเรื่องสินบนแพทย์	๑.๙๕๐๕	.๔๒๗๔	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด	๒.๙๗๗	.๙๓๕๑	ผิดระดับปานกลาง
ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม	๑.๕๑๙๒	.๕๓๓๕	ยอมรับไม่ได้	๓.๖๘๘๑	๑.๐๗๒	ผิดระดับสูง
การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง	๑.๘๔๖๗	.๕๒๗๔	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด	๓.๑๕๐๗	๑.๑๑๔๐	ผิดระดับปานกลาง

แพทย์ในโรงพยาบาลรัฐ โดยรวม	๒.๑๖	.๖๑๑	ยอมรับได้ แต่ต้องดู รายละเอียด	๒.๗๖	๑.๑๒๔	ผิดระดับ ปานกลาง
แพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน โดยรวม	๒.๑๗	.๕๙๙	ยอมรับได้ แต่ต้องดู รายละเอียด	๒.๘๓	๑.๑๓๔	ผิดระดับ ปานกลาง
แพทย์ในคลินิกแพทย์โดยรวม	๒.๑๔	.๕๘๘	ยอมรับได้ แต่ต้องดู รายละเอียด	๒.๘๒	๑.๑๑๒	ผิดระดับ ปานกลาง
รวมทุกประเด็นจากการศึกษา	๑.๗๙๒	.๓๐๘๓๕	ยอมรับได้ แต่ต้องดู รายละเอียด	๓.๒๔๕	.๗๓๕๐	ผิดระดับ ปานกลาง

ในการศึกษาเป็นรายประเด็น กรณีที่ค่าที่ยอมรับไม่ได้และมีความผิดอยู่ในระดับสูง คือ ประเด็นปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม ที่แพทย์ไม่ยอมปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย นอกจากนั้นประเด็นอื่นๆ จะมีค่าอยู่ที่ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียดและมีระดับความผิดที่คิดว่าน่าจะผิดอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด รวมถึงค่าการยอมรับโดยรวมของแพทย์ทั้งในโรงพยาบาลรัฐ เอกชน และในคลินิค ก็มีค่าการยอมรับ อยู่ที่ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียดและมีระดับความผิดที่คิดว่าน่าจะผิดอยู่ในระดับปานกลาง เหมือนกันทั้งหมด โดยค่าของการยอมรับในเรื่องจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐสูงสุด รองลงมาคือ แพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน และแพทย์ในคลินิกมีค่าการยอมรับต่ำสุด และโดยรวมทุกประเด็นก็มีค่าอยู่ที่ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียดและมีระดับความผิดที่คิดว่าน่าจะผิดอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน

ตารางที่ ๑๑ ผลการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ในรายประเด็นระหว่างการยอมรับกับระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม

ประเด็นที่	เรื่อง	ค่าความสัมพันธ์	ระดับการแปลผล
๑	ประเด็นเรื่อง ความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล	-๐.๓๐๑**	ค่อนข้างต่ำ
๒	ประเด็นเรื่อง สินบนแพทย์	-๐.๔๐๓**	ปานกลาง

ประเด็นที่	เรื่อง	ค่าความสัมพันธ์	ระดับการแปลผล
๓	ประเด็นเรื่อง สิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม	-๐.๓๑๖**	ค่อนข้างต่ำ
๔	ประเด็นเรื่อง การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง	-๐.๔๒๖**	ปานกลาง
รวม	ทุกประเด็น	-๐.๒๑๗**	ค่อนข้างต่ำ

** ระดับความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๑

ค่าระดับความสัมพันธ์ ก็มีค่าสอดคล้องเป็นไปในลักษณะเดียวกันทั้งหมด คือมีค่าความสัมพันธ์เป็นค่าที่เป็นทิศทางตรงกันข้าม คือถ้าการยอมรับสูงค่าระดับที่เห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมก็จะต่ำ เป็นไปในทำนองเดียวกันในทุกประเด็นทั้ง ๔ ประเด็นที่ทำการศึกษา และเมื่อรวมทุกประเด็นก็เป็นไปในทำนองเดียวกัน โดยค่าความสัมพันธ์ของ ประเด็นเรื่อง การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง มีค่าความสัมพันธ์ระหว่างค่าการยอมรับกับระดับความเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมสูงสุด รองลงมาคือ ประเด็นเรื่อง สินบนแพทย์, ประเด็นเรื่อง สิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม และประเด็นเรื่อง ความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล ตามลำดับ

ตารางที่ ๑๒ ผลการวิเคราะห์แนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากทุกกลุ่มตัวอย่าง

ประเด็นการศึกษา	ค่าฉลี่ย	SD	ระดับการแปลผล
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม	๔.๔๔	.๗๖๕	มากที่สุด
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา	๔.๒๒	.๘๗๘	มาก
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท	๔.๔๖	.๘๐๑	มากที่สุด
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง	๔.๕๓	.๗๒๖	มากที่สุด

แนวทางในการดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากทุกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาให้ทัศนคติต่อ เรื่องที่ควรดำเนินการอยู่ในระดับมากที่สุด ๓ ประเด็น และระดับมาก ๑ ประเด็น ในส่วนของระดับมากที่สุดเรียงตามลำดับคือ กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง รองลงมาคือ กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท และ กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม ตามลำดับ ส่วน ที่เห็นด้วยในระดับมากมีอยู่ ๑ แนวทางคือ กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา

ผลการศึกษาในรายกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสอบถามประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีศึกษาที่ผู้วิจัยกำหนด ซึ่งจะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นรายกลุ่มจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้วแบ่งตามสัดส่วนโควต้ากระจายออกตามกลุ่มต่าง ๆ จำนวนไม่น้อยกว่า ๕๐๐ ตัวอย่าง โดยในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๕๐๘ คน ดังนี้

<u>กลุ่มที่ ๑ แพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา</u>

จำนวนไม่ต่ำกว่า ๑๐๐ คน ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๑๐๕ คน

ตารางที่ ๑๓ แสดงเพศของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	๕๒	๔๙.๕
หญิง	๕๓	๕๐.๕

กลุ่มเพศของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา มีจำนวนใกล้เคียงกันทั้งแพศหญิงและเพศชาย

ตารางที่ ๑๔ แสดงอายุของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า ๒๐ ปี	-	-
๒๑-๓๐ ปี	๕๕	๕๒.๔

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
๓๑-๔๐ ปี	๓๘	๓๖.๒
๔๑-๕๐ ปี	๖	๕.๗
๕๑-๖๐ ปี	๕	๔.๘
๖๑ ปีขึ้นไป	๑	๑.๐

กลุ่มอายุของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง ๒๑ – ๔๐ ปี โดยมีจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในช่วง ๒๑-๓๐ ปี มากที่สุดถึงกว่ากึ่งหนึ่งเล็กน้อย และช่วง ๓๑-๔๐ ปีถึงเกือบร้อยละ ๔๐

ตารางที่ ๑๕ แสดงรายได้ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

รายได้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	-	-
๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท	๑	๑.๐
๑๕,๐๐๑-๒๐,๐๐๐ บาท	๕	๔.๘
๒๐,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาท	๗	๖.๗
๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาท	๒๕	๒๓.๘
๕๐,๐๐๑-๑๐๐,๐๐๐ บาท	๔๑	๓๙.๐
๑๐๐,๐๐๑ บาท ขึ้นไป	๒๖	๒๔.๘

ช่วงรายได้ของแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษาในการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง ๕๐,๐๐๑-๑๐๐,๐๐๐ บาท เกือบถึงร้อยละ ๔๐ รองลงมาก็จะเป็นช่วง ๑๐๐,๐๐๑ บาท ขึ้นไป และ ๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาท ถึงช่วงละเกือบร้อยละ ๒๕

ตารางที่ ๑๖ แสดงระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	-	-
มัธยมต้น	-	-
มัธยมปลาย	-	-
อนุปริญญา	-	-
ปริญญาตรี	๙๓	๘๘.๖
ปริญญาโท	๙	๘.๖

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาเอก	๓	๒.๙

ระดับการศึกษาของ แพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษาที่ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี มีระดับปริญญาโทและปริญญาเอกอีกเล็กน้อยรวมกันประมาณกว่าร้อยละ ๑๐ เล็กน้อย

ตารางที่ ๑๗ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของการยอมรับ จากกลุ่มตัวอย่างแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย	๒.๔๒	.๕๓๓	ยอมรับได้
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค	๒.๔๕	.๕๘๘	ยอมรับได้
แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	๑.๔๘	.๕๕๖	ยอมรับไม่ได้
แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง	๒.๑๑	.๔๘๗	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง	๑.๖๗	.๖๑๕	ยอมรับไม่ได้
แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย	๒.๕๘	.๕๕๑	ยอมรับได้
แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ	๒.๑๘	.๔๗๖	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา	๒.๒๘	.๔๗๒	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท	๒.๓๐	.๖๗๘	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล	๑.๕๐	.๖๓๗	ยอมรับไม่ได้
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว	๑.๓๒	.๕๘๑	ยอมรับไม่ได้
แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย	๑.๔๓๑๔	. ๔๐๓๙๐	ยอมรับไม่ได้
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำใบแสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตาย แต่แพทย์ไม่ดำเนินการตามนั้นเพราะคิดว่าไม่อยากทำให้ผู้ป่วยตาย	๑.๗๑	.๕๓๗	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์	๑.๖๒	.๖๒๘	ยอมรับไม่ได้
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ	๒.๑๓	.๕๓๙	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน	๒.๐๙	.๕๐๙	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในคลินิก	๒.๐๗	.๔๙๓	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป

ผลการยอมรับในประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา ยอมรับได้ ๓ กรณี และในประเด็นที่เหลือจะมีค่าอยู่ที่ ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด โดยที่ยอมรับได้คือ กรณีแพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย มีค่าการยอมรับสูงสุด รองลงมาคือ กรณีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค และ กรณีแพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ตามลำดับ ส่วนกรณีที่มีค่าการยอมรับน้อยที่สุดของกลุ่มแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษาคือ กรณีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว ถัดมาคือ กรณีแพทย์ไม่ปฏิบัติ

ตามสิทธิผู้ป่วย และ กรณีแพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ตามลำดับ โดยค่าการยอมรับโดยรวมต่อแพทย์ทั้งจากโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิก ก็มีค่าการยอมรับอยู่ที่ ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป

ตารางที่ ๑๘ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของ ค่าระดับความผิดจริยธรรม จากกลุ่มตัวอย่างแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย	๒.๑๕	.๙๓๖	ผิดระดับต่ำ
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค	๒.๐๑	๑.๐๓๒	ผิดระดับต่ำ
แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	๓.๔๓	๑.๒๙๐	ผิดระดับสูง
แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง	๒.๓๖	๑.๑๓๕	ผิดระดับต่ำ
แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง	๒.๙๓	๑.๑๘๔	ผิดระดับปานกลาง
แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย	๑.๘๘	.๙๘๐	ผิดระดับต่ำ
แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ	๒.๓๐	.๙๓๐	ผิดระดับต่ำ
แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา	๒.๓๒	.๙๕๘	ผิดระดับต่ำ
แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท	๒.๑๕	๑.๑๕๔	ผิดระดับต่ำ

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล	๓.๔๒	๑.๒๘๒	ผิดระดับสูง
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว	๓.๘๗	๑.๒๔๐	ผิดระดับสูง
แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย	๓.๖๗	.๘๗๒	ผิดระดับสูง
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำใบแสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตาย แต่แพทย์ไม่ดำเนินการตามนั้นเพราะคิดว่าไม่อยากทำให้ผู้ป่วยตาย	๓.๒๑	๑.๐๔๙	ผิดระดับปานกลาง
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์	๓.๓๙	๑.๑๓๘	ผิดระดับปานกลาง
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ	๒.๖๓	.๙๔๖	ผิดระดับปานกลาง
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน	๒.๗๓	.๙๕๑	ผิดระดับปานกลาง
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในคลินิก	๒.๗๘	.๙๗๕	ผิดระดับปานกลาง

ผลของค่าระดับความผิดจริยธรรม จากกลุ่มตัวอย่างแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา พบว่าผิดในระดับสูง ๔ กรณีคือ การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว มีค่าสูงสุด รองลงมาเป็น กรณีแพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย, แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล ตามลำดับ ผิดระดับต่ำ ๗ กรณี คือ แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย ต่ำที่สุด ถัดมาคือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่

โรงพยาบาลหรือคลินิค, แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท, แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย, แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ, แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา และ แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง ตามลำดับ กรณีอื่นๆ ทีเหลือจะอยู่ในระดับผิดระดับปานกลาง

ตารางที่ ๑๕ ผลการวิเคราะห์แนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากกลุ่มตัวอย่างแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

ประเด็นการศึกษา	Mean	SD	ค่าการแปลผล
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม	๔.๔๔	.๗๑๒	มากที่สุด
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา	๔.๐๒	.๘๗๕	มาก
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท	๔.๕๕	.๖๒๓	มากที่สุด
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง	๔.๖๑	.๖๑๖	มากที่สุด

แพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา เห็นว่ากรณีที่ปีนแนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์นั้น อยู่ในระดับมากที่สุดเกือบทั้งหมดยกเว้น กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งมีค่าความเห็นด้วยอยู่ในระดับมาก

มีแพทย์ให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ จำนวน ๑๐ ราย ดังนี้

-ควรจัดทำแนวทางจริยธรรมให้แก่แพทย์ให้มาก มีการให้ประโยชน์แก่ผู้ป่วย รักษาให้ดีที่สุด โดยทั่วไปที่พบมา จะมีการเห็นแก่รายได้มากกว่าอย่างอื่น โดยเฉพาะทางโรงพยาบาลเกือบทุกแห่งจะมุ่งหวังรายได้ให้มากที่สุด ทำให้ผู้มีรายได้น้อยได้รับการรักษาที่น้อย

-ควรมีการประเมินการปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด ละเอียดตั้งแต่ตอนเป็นนักศึกษาแพทย์ ปี ๔ ถึงปี ๖ โดยผู้ประเมินต้องเป็นผู้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานจริง เช่น พยาบาล แพทย์พี่เลี้ยง และมีการนำผลการประเมินไปใช้จริง เพราะถ้าหากให้จบเป็นแพทย์แล้วจะไม่สามารถดำเนินการได้อีกเลย

-ควรมีการประเมินการปฏิบัติงานของอาจารย์แพทย์อย่างต่อเนื่องด้วยเช่นกัน เพราะเป็นต้นแบบของนักศึกษา

-ตอนสอบเข้าศึกษาแพทย์ ต้องมีการตรวจสอบทัศนคติของผู้ปกครองต่อวิชาชีพแพทย์ด้วย

-ปรับปรุงค่าปรับกรณีออกก่อนกำหนด เพื่อให้เข้ากับยุคสมัย ๔๐๐,๐๐๐ บาท น้อยเกินไป

-การส่งนักศึกษาไปฝึกงานในโรงพยาบาลต่างๆ ควรให้นักศึกษา วิพากษ์วิจารณ์การปฏิบัติงานของรุ่นพี่ด้วย โดยดำเนินการเป็นความลับ เพื่อประเมินทัศนคติต่อสิ่งที่นักศึกษาแพทย์ได้เห็น เพื่อให้รู้จักแยกแยะตัวอย่างที่ดีและตัวอย่างที่ไม่ดี

-ควรจัดให้นักศึกษาและอาจารย์มีความใกล้ชิดกัน มีปฏิสัมพันธ์กันมากๆ ดูแลกันอย่างใกล้ชิดมากที่สุด เพราะขณะศึกษาอยู่เร่งรัดให้เก็บ Case มากเกินไปไม่มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดจริยธรรม ไม่ได้เรียนรู้เท่าที่ควร

-ควรสอนจริยธรรมตั้งแต่เป็นนักศึกษาแพทย์ในทุกชั่วโมงการสอน โดยสอนสอดแทรกไปในวิชาการ เพราะจริยธรรม คุณธรรมเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ในวิชาชีพแพทย์

-โรงเรียนแพทย์ควรมีหลักสูตรที่เน้นเรื่องการ Counseling ผู้ป่วยมากขึ้น เพราะหลายๆครั้งไม่ใช่เรื่องไม่มีจริยธรรม แต่เป็นเรื่องความเข้าใจ คลาดเคลื่อนทำให้เป็นเรื่องใหญ่โต

-ควรสั่งสอนเรื่องการมีสัมมาคาราวะ ต่อผู้ใหญ่ แพทย์รุ่นใหม่อ่อนเรื่องการอ่อนน้อมถ่อมตัว คิดว่าแพทย์ที่จบใหม่มักพูดจากับผู้ป่วยด้วยคำพูดที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น

-ปัจจุบันรูปแบบการให้บริการ และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเปลี่ยนไป เนื่องจากกระแสโลกาภิวัฒน์ เงินเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลและตัวกำหนด รูปแบบการรักษา

-ในส่วนของราชการ มีการตกลงเรื่องค่ารักษาโดยให้ผู้ป่วยจ่ายให้เป็นการส่วนตัว ถ้าไม่ได้ก็จะไม่ได้รับการรักษาในเวลาที่กำหนด เป็นเรื่องที่น่านำมาพิจารณาถึงจริยธรรมแพทย์ ส่วนภาคเอกชนค่าใช้จ่ายในการรักษาก็แพงมากจนแพทย์ลืมนึกถึงผู้ป่วยเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นผลให้เกิดการฟ้องร้อง คิดว่ามาจากจริยธรรมแพทย์เช่นกัน

- ควรมีการแนะนำ ชี้แนวทาง และอบรมบุคลากรทางการแพทย์เรื่องจริยธรรม และคุณธรรมให้มากขึ้น เพื่อเตือนสติซึ่งกันและกัน

-อาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ควรทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีให้นักศึกษาแพทย์ เป็นการแก้ปัญหาเรื่องจริยธรรมแพทย์ที่ดี

-สิทธิผู้ป่วยนั้นเป็นอุดมคติ ไม่ตรงกับความจริง คิดว่าเป็นการคัดลอกมาจากต่างประเทศ น่าจะมาดูการทำงานจริงของประเทศไทย

-คิดว่าการดำเนินการเรื่องจิริยธรรมไม่มีประโยชน์ เพราะมีการศึกษามาตั้งแต่เด็กแต่มีคนเข้าใจน้อยมาก น่าจะเสียเวลาปล่าว

-คิดว่าในปัจจุบันแพทย์โรงพยาบาลเอกชนมักจะให้การตรวจค้นเพื่อการวินิจฉัย และรักษาเกินกว่ามาตรฐาน (Over standard) ในขณะที่โรงพยาบาลของรัฐก็จะทำตามมาตรฐาน (Standard) อยู่แล้ว แต่ไม่ดีเท่าเอกชนทำให้ประชาชนมองว่าแพทย์โรงพยาบาลของรัฐให้การรักษาต่ำกว่ามาตรฐาน (Under standard)

-คิดว่าแพทย์มีความเชี่ยวชาญ หรือมีถนัดที่แตกต่างกัน สำหรับกรณีที่ไม่อันตรายถึงชีวิต แพทย์น่าจะปฏิเสธการรักษาได้ถ้าคิดว่าตนเองไม่เชี่ยวชาญพอ

-เห็นว่าแพทย์สามารถเลี่ยงปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่หยาบคาย พูดจาดูถูก ในกรณีที่ไม่ฉุกเฉินได้

-ควรมีการปกป้องแพทย์จากการฟ้องร้อง หรือคำพูดจาดูถูก กล่าวหาสิ่งที่ไม่เป็นความจริงจากผู้ป่วย

<u>กลุ่มที่ ๒ องค์กรวิชาชีพแพทย์ เช่น แพทยสภา และสมาคมแพทย์</u>

จำนวนไม่ต่ำกว่า ๕๐ คน ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๕๐ คน

ตารางที่ ๒๐ แสดงเพศของกลุ่มตัวอย่างองค์กรวิชาชีพแพทย์

เพศ	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ชาย	๒๓	๔๖.๐
หญิง	๒๗	๕๔.๐

กลุ่มเพศของกลุ่มองค์กรวิชาชีพแพทย์ ที่ให้ข้อมูลในการศึกษา มีจำนวนที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเล็กน้อย

ตารางที่ ๒๑ แสดงอายุของกลุ่มตัวอย่างองค์กรวิชาชีพแพทย์

อายุ	**จำนวน**	**ร้อยละ**
น้อยกว่า ๒๐ ปี	-	-
๒๑-๓๐ ปี	-	-
๓๑-๔๐ ปี	๗	๑๔.๐
๔๑-๕๐ ปี	๕	๑๐.๐
๕๑-๖๐ ปี	๑๖	๓๒.๐
๖๑ ปีขึ้นไป	๒๒	๔๔.๐

กลุ่มอายุของกลุ่มองค์กรวิชาชีพแพทย์ มีกลุ่มอายุ ๖๑ ปีขึ้นไปมีจำนวนสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ ๕๑-๖๐ ปี ซึ่งสองกลุ่มนี้รวมกันมีมากถึงร้อยละ ๗๖ ที่เหลือเป็นกลุ่ม ๓๑-๔๐ ปี และ๔๑-๕๐ ปี ซึ่งมีจำนวนแตกต่างกันไม่มากนัก

ตารางที่ ๒๒ แสดงรายได้ของกลุ่มตัวอย่างองค์กรวิชาชีพแพทย์

รายได้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	-	-
๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท	-	-
๑๕,๐๐๑-๒๐,๐๐๐ บาท	-	-
๒๐,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาท	๓	๖.๐
๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาท	๓	๖.๐
๕๐,๐๐๑-๑๐๐,๐๐๐ บาท	๒๐	๔๐.๐
๑๐๐,๐๐๑ บาท ขึ้นไป	๒๔	๔๘.๐

กลุ่มรายได้ของกลุ่มองค์กรวิชาชีพแพทย์ มีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ที่ ๑๐๐,๐๐๑ บาท ขึ้นไป รองลงมาคือ กลุ่มรายได้ ๕๐,๐๐๑-๑๐๐,๐๐๐ บาท โดยสองกลุ่มนี้รวมกันมากถึง เกือบร้อยละ ๘๐ และมีกลุ่มรายได้ ๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาท และกลุ่ม๒๐,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาท ในจำนวนเท่าๆ กันอีกกลุ่มละร้อยละ ๖

ตารางที่ ๒๓ แสดงระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างองค์กรวิชาชีพแพทย์

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	-	-
มัธยมต้น	-	-
มัธยมปลาย	-	-
อนุปริญญา	-	-
ปริญญาตรี	๒๔	๔๘.๐
ปริญญาโท	๘	๑๖.๐
ปริญญาเอก	๑๘	๓๖.๐

ระดับการศึกษาของกลุ่มองค์กรวิชาชีพแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นระดับปริญญาตรีประมาณเกือบกึ่งหนึ่ง รองลงมาก็จะเป็นระดับปริญญาเอก และระดับ

ตารางที่ ๒๔ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของการยอมรับ จากกลุ่มตัวอย่างองค์กรวิชาชีพแพทย์

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วย	๒.๓๖	.๕๔๘	ยอมรับได้

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
เล็กน้อย			
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค	๒.๔๖	.๕๔๒	ยอมรับได้
แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	๑.๖๔	.๖๓๑	ยอมรับไม่ได้
แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง	๑.๘๘	.๕๒๑	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง	๑.๔๖	.๕๔๔	ยอมรับไม่ได้
แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย	๒.๓๖	.๖๓๑	ยอมรับได้
แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ	๒.๒๘	.๕๗๓	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา	๒.๔๐	.๕๗๑	ยอมรับได้
แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท	๒.๓๖	.๖๕๓	ยอมรับได้
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล	๑.๖๕	.๗๑๓	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว	๑.๓๗	.๖๐๒	ยอมรับไม่ได้
แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย	๑.๓๕	.๔๒๖	ยอมรับไม่ได้
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำใบแสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตาย แต่แพทย์ไม่ดำเนินการตามนั้นเพราะคิดว่าไม่อยากทำให้ผู้ป่วยตาย	๑.๘๑	.๖๘๐	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์	๑.๖๗	.๖๖๘	ยอมรับไม่ได้

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ	๒.๔๓	.๖๑๗	ยอมรับได้
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน	๒.๓๒	.๕๙๔	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในคลินิก	๒.๒๘	.๕๗๙	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป

ผลการวิเคราะห์ของการยอมรับ จากกลุ่มตัวอย่างองค์กรวิชาชีพแพทย์ พบว่า กรณีที่ยอมรับได้ ๖ กรณี คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค มีค่าสูงสุด ถัดมาคือ การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ, แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา, แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย, แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย และแพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาทตามลำดับ ยอมรับไม่ได้ ๕ กรณี คือ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย มีค่ายอมรับต่ำสุด ถัดมาคือ การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว, แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง, แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษา แต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์ ตามลำดับ

ตารางที่ ๒๕ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของ ค่าระดับความผิดจริยธรรม จากกลุ่มตัวอย่างองค์กรวิชาชีพแพทย์

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย	๒.๓๘	๑.๑๖๓	ผิดระดับต่ำ
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค	๒.๓๕	๑.๒๕๒	ผิดระดับต่ำ
แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	๓.๔๕	๑.๔๖๘	ผิดระดับสูง

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง	๒.๖๖	๑.๑๒๒	ผิดระดับปานกลาง
แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง	๓.๐๐	๑.๒๑๙	ผิดระดับปานกลาง
แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย	๒.๐๖	๑.๑๔๕	ผิดระดับต่ำ
แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ	๒.๒๗	๑.๑๑๙	ผิดระดับต่ำ
แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา	๒.๑๕	๑.๑๐๘	ผิดระดับต่ำ
แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท	๒.๒๕	๑.๒๓๕	ผิดระดับต่ำ
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล	๓.๐๒	๑.๔๕๖	ผิดระดับปานกลาง
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว	๓.๕๙	๑.๓๔๓	ผิดระดับสูง
แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย	๓.๓๙	๑.๒๔๐	ผิดระดับปานกลาง
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำใบแสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตาย แต่แพทย์ไม่ดำเนินการตามนั้นเพราะคิดว่าไม่อยากทำให้ผู้ป่วยตาย	๒.๘๓	๑.๒๗๙	ผิดระดับปานกลาง
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์	๓.๔๗	๑.๓๙๐	ผิดระดับสูง
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ	๒.๔๗	๑.๑๗๙	ผิดระดับต่ำ
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน	๒.๗๔	๑.๐๘๓	ผิดระดับปานกลาง
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในคลินิก	๒.๗๑	๑.๐๘๘	ผิดระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ค่าระดับความผิดจริยธรรม จากกลุ่มตัวอย่างองค์กรวิชาชีพแพทย์ พบว่า ผิดระดับสูง ๓ กรณี คือ การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว มีค่าสูงสุด รองลงมาคือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์ และแพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ตามลำดับ ผิดระดับต่ำ ๗ กรณีคือ แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย ผิดต่ำสุด ถัดมาคือ แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา, แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท, แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ, ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค, แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย และการปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐตามลำดับ กรณีอื่นๆ จะผิดอยู่ที่ระดับปานกลางทั้งหมด

ตารางที่ ๒๖ ผลการวิเคราะห์แนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากกลุ่มตัวอย่างองค์กรวิชาชีพแพทย์

ประเด็นการศึกษา	Mean	SD	ค่าการแปลผล
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม	๔.๓๕	.๘๑๒	มากที่สุด
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา	๔.๒๑	.๘๙๘	มากที่สุด
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท	๔.๓๘	.๘๑๕	มากที่สุด
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง	๔.๕๘	.๖๔๗	มากที่สุด

กลุ่มองค์กรวิชาชีพแพทย์ให้ความเห็นเกี่ยวกับแนวทางจริยธรรมในวิชาชีพทั้ง ๔ กรณี อยู่ในระดับที่มากที่สุดทั้งหมด โดยมีค่าในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง มีค่าสูงสุด รองลงมาคือ กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาล

ชนบท, กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม และกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา ตามลำดับ

มีบุคลากรจากองค์กรวิชาชีพแพทย์ให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ จำนวน ๑๕ ราย ดังนี้
-แพทย์สมัยปัจจุบันไม่ค่อยมีจริยธรรม ไม่เคารพรุ่นพี่ รุ่นน้องคิดว่าตัวเองเก่ง เป็นประเภทego สูง ไม่เข้าใจถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย รักษาแบบไม่มองหน้า ไม่อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ เวลาเป็นเงินเป็นทอง อยากให้มีการเรียนการสอนจริยธรรมแบบเข้ม และส่งไปฝึกงานในโรงพยาบาลตามชนบทเยอะๆ จะได้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ที่สำคัญจะได้เห็นแก่ตัวน้อยลง เสียสละมากขึ้น
-จริยธรรมแพทย์ในประเทศไทยต่ำลงเรื่อยๆ
-ไม่ค่อยมีความเอื้อเฟื้อแม้แต่ในองค์กรแพทย์ด้วยกัน ไม่กล้า comment แผนการรักษาต่อกัน
-ไม่ค่อยได้พูดคุยกับผู้ป่วย ไม่ค่อยมีความเห็นใจผู้ป่วย
-แพทย์ไม่ค่อยลงมาดูผู้ป่วย นอกเวลา ในกรณีผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินมักจะสั่งทางโทรศัพท์ โดยไม่มา
-แพทย์จบใหม่ถูกเลี้ยงมาแบบคุณหนู คนทำงานด้วยได้แต่น้ำท่วมปากพูดอะไรไม่ได้ เพราะคิดว่าวิชาชีพเป็นวิชาชีพที่ขาดแคลน
-ต้องปลูกฝังตั้งแต่ครอบครัว เพราะค่านิยมของครอบครัวที่มีเป้าหมายว่า เงินเยอะ รวยเร็ว คนกราบไหว้ ถ้าเป็นแบบนี้ เรื่องจริยธรรมก็ไม่มีความหมาย
-สถาบันการศึกษาต้องมีบรรยากาศ จริยธรรม และสนับสนุนกิจกรรมที่ส่งเสริมจริยธรรมที่เป็นรูปธรรม เช่น ธรรม, วัฒนธรรม, จิตอาสา
-โรงเรียนแพทย์และครอบครัวต้องให้ความสำคัญในการปลูกฝังจริยธรรม ให้แก่ นิสิต นักศึกษา แพทย์ อย่างจริงจัง จนติดเป็นนิสัยหรือวัฒนธรรม
-ควรมีการเรียนการสอนอย่างเป็นรูปธรรมในสถาบันการศึกษาต่างๆ ควรเน้นการเรียนการสอนตอนเป็นนักศึกษาแพทย์
-ต้องเริ่มที่โรงเรียนแพทย์ ปลูกฝังเรื่องจริยธรรมให้เข้มข้น โดยให้มีผลต่อการเลื่อนชั้นและการจบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต และให้มีความเข้มข้นเพิ่มขึ้นอีกตอนที่มีการเรียนเฉพาะทางเป็นแพทย์ประจำบ้าน และควรทำต่อเนื่องจนเป็นกิจวัตร
-ควรมีการตรวจประเมิน การเรียนการสอนในสถาบันโดยองค์กรอื่นๆ
-ทุกสถาบันควรมีระเบียบข้อบังคับของสถาบันเกี่ยวกับจริยธรรม เช่นการมีความสัมพันธ์กับบริษัทผลิตภัณฑ์สุขภาพ

-ควรมีระเบียบกฎเกณฑ์เรื่องการคิดค่าแพทย์ของโรงพยาบาลที่แสวงหากำไร
-ควรมีการแก้ไขระเบียบต่างๆ ของแพทยสภา เช่นการตัดสินคดีที่ล่าช้ามาก และควรมีวิชาชีพอื่นร่วมตัดสินคดีต่างๆ กรรมการแพทยสภาควรมีระยะเวลา เช่น ไม่ควรเป็นประธานกรรมการเกิน ๒ วาระ อายุเกิน ๗๒ ไม่ควรเป็นกรรมการอีก
-ควรเป็นนโยบายระดับรัฐ เพื่อเป็นการทวนกระแสของทุนนิยม วัตถุนิยม ในการจัดกิจกรรมต่างๆ ด้านจริยธรรม
-ควรมีการจัดอบรมจริยธรรมของแพทย์ ให้แพทย์เข้ารับการอบรมปีละ ๑ ครั้ง
-แพทย์ต้องมีจรรยาบรรณ จริยธรรม สูงสุดเพราะต้องดูแลรักษาผู้ป่วย
-ควรขยายทุนแพทย์ให้ โรงพยาบาลชนบท และต่างจังหวัดที่ยังขาดแคลน
-แพทย์ควรศึกษาด้านจริยธรรมให้มากกว่าค่าตอบแทนที่ได้รับ
-นำทฤษฎีพอเพียงมาใช้ประยุกต์การเรียนการสอน
-แพทย์ในไทยส่วนใหญ่ยังเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีฐานะการเงินไม่ดี จะได้รับการรักษาอย่างไม่เต็มที่ ทางเลือกน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีฐานะทางการเงินสูง

<u>กลุ่มที่ ๓ ผู้เฝ้าระวัง เช่น สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค หรือองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง</u>

จำนวนไม่ต่ำกว่า ๕๐ คน ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๕๐ คน

ตารางที่ ๒๗ แสดงเพศของกลุ่มตัวอย่างองค์กรผู้เฝ้าระวังฯ

เพศ	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ชาย	๒๑	๔๒.๐
หญิง	๒๙	๕๘.๐

กลุ่มองค์กรผู้เฝ้าระวังฯ มีจำนวนเพศหญิงสูงกว่าเพศชายในสัดส่วนที่ไม่มากนัก

ตารางที่ ๒๘ แสดงอายุของกลุ่มตัวอย่างองค์กรผู้เฝ้าระวังฯ

อายุ	**จำนวน**	**ร้อยละ**
น้อยกว่า ๒๐ ปี	-	-
๒๑-๓๐ ปี	๑๐	๒๐.๐
๓๑-๔๐ ปี	๑๙	๓๘.๐
๔๑-๕๐ ปี	๑๑	๒๒.๐
๕๑-๖๐ ปี	๙	๑๘.๐
๖๑ ปีขึ้นไป	๑	๒.๐

กลุ่มองค์กรผู้เฝ้าระวังฯ ในกลุ่มอายุ ๓๑-๔๐ ปี มีจำนวนมากที่สุดรองลงมาเป็นกลุ่มอายุ ๔๑-๕๐ ปี กลุ่มอายุ ๒๑-๓๐ ปี และกลุ่มอายุ ๕๑-๖๐ ปีในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ตามลำดับ และมีกลุ่มอายุ ๖๑ ปีขึ้นไปอีกจำนวนเล็กน้อย โดยไม่มีกลุ่มอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี

ตารางที่ ๒๙ แสดงรายได้ของกลุ่มตัวอย่างองค์กรผู้เฝ้าระวังฯ

รายได้	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	๖	๑๒.๐
๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท	๑๔	๒๘.๐
๑๕,๐๐๑-๒๐,๐๐๐ บาท	๑๐	๒๐.๐
๒๐,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาท	๘	๑๖.๐
๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาท	๘	๑๖.๐
๕๐,๐๐๑-๑๐๐,๐๐๐ บาท	๓	๖.๐
๑๐๐,๐๐๑ บาท ขึ้นไป	๑	๒.๐

กลุ่มองค์กรผู้เฝ้าระวังฯ มีรายได้มากที่สุดอยู่ในกลุ่ม ๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน รองลงมาเป็น กลุ่ม๑๕,๐๐๑-๒๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน โดยในกลุ่มรายได้ในกลุ่ม๒๐,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน และกลุ่ม๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาท มีสัดส่วนเท่ากันอยู่ที่ร้อยละ ๑๖ ที่เหลือก็จะเป็นกลุ่ม ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน ๕๐,๐๐๑-๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน และ ๑๐๐,๐๐๑ บาท ขึ้นไป ตามลำดับ

ตารางที่ ๓๐ แสดงระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างองค์กรผู้เฝ้าระวังฯ

ระดับการศึกษา	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ประถมศึกษา	๑	๒.๐
มัธยมต้น	-	-
มัธยมปลาย	๒	๔.๐
อนุปริญญา	๓	๖.๐
ปริญญาตรี	๒๖	๕๒.๐
ปริญญาโท	๑๖	๓๒.๐
ปริญญาเอก	๒	๔.๐

กลุ่มองค์กรผู้เฝ้าระวังฯ ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับ ปริญญาตรีอยู่ถึงเกินกึ่งหนึ่งเล็กน้อย รองลงมาก็จะเป็นระดับปริญญาโท อีกกว่าร้อยละ ๓๐ ที่เหลือก็จะมีระดับอนุปริญญา ปริญญาเอก มัธยมปลาย และประถมศึกษาอีกกลุ่มละเล็กน้อย

ตารางที่ ๓๑ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของการยอมรับ จากกลุ่มตัวอย่างองค์กรผู้เฝ้าระวังฯ

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย	๒.๐๐	.๖๓๕	ยอมรับแต่ต้องดูในรายละเอียด
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค	๑.๕๔	.๖๘๒	ยอมรับแต่ต้องดูในรายละเอียด
แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	๑.๔๘	.๖๗๗	ยอมรับไม่ได้
แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง	๑.๘๒	.๕๒๓	ยอมรับแต่ต้องดูในรายละเอียด
แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง	๑.๔๓	.๖๗๗	ยอมรับไม่ได้
แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย	๒.๒๔	.๖๒๕	ยอมรับแต่ต้องดูในรายละเอียด
แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ	๑.๗๑	.๗๐๗	ยอมรับแต่ต้องดูในรายละเอียด
แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา	๑.๕๘	.๖๒๕	ยอมรับแต่ต้องดูในรายละเอียด
แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท	๒.๐๐	.๗๐๗	ยอมรับแต่ต้องดูในรายละเอียด
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล	๑.๔๑	.๖๑๐	ยอมรับไม่ได้
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว	๑.๓๑	.๕๘๕	ยอมรับไม่ได้
แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย	๑.๔๒	.๔๕๖	ยอมรับไม่ได้
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำใบแสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตาย แต่แพทย์ไม่ดำเนินการตามนั้นเพราะคิดว่าไม่อยากทำให้ผู้ป่วยตาย	๑.๘๐	.๕๓๕	ยอมรับแต่ต้องดูในรายละเอียด
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและ	๑.๘๒	.๕๙๖	ยอมรับแต่ต้องดูในรายละเอียด

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
พิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์			
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ	๑.๕๖	.๕๔๔	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน	๒.๐๔	.๔๕๕	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในคลินิก	๒.๐๖	.๕๑๗	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป

กลุ่มผู้เฝ้าระวังฯ มีทัศนคติในการยอมรับจากประเด็นในกรณีศึกษาครั้งนี้ โดยไม่มีที่ยอมรับได้เลย ส่วนใหญ่จะเป็นระดับยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด โดยมีค่าการยอมรับในกรณี แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย มีค่าสูงสุด รองลงมาคือ แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย และ แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท ตามลำดับ โดยมีจำนวนกรณีที่ไม่สามารถยอมรับได้จำนวน ๔ ประเด็นคือ กรณีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว มีค่าการยอมรับได้ต่ำสุด รองลงมาคือ การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล, แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย, แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง และแพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ตามลำดับ ในส่วนของการปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในองค์กรต่างๆ กันนั้น กลุ่มผู้เฝ้าระวังฯ เห็นว่ายอมรับอยู่ในระดับที่ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไปโดยค่าการยอมรับ แพทย์ในคลินิคมีค่าสูงสุด รองลงมาจะเป็น แพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน และแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐมีค่าการยอมรับต่ำสุด

ตารางที่ ๓๒ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของค่าระดับความผิดจริยธรรม จากกลุ่มตัวอย่างองค์กรผู้เฝ้าระวังฯ

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย	๒.๘๕	๑.๑๐๐	ผิดระดับปานกลาง

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค	๓.๑๓	๑.๒๕๘	ผิดระดับปานกลาง
แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	๓.๙๔	๑.๓๕๘	ผิดระดับสูง
แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง	๓.๐๒	๑.๑๑๓	ผิดระดับปานกลาง
แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง	๓.๙๑	๑.๒๔๘	ผิดระดับสูง
แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย	๒.๙๓	๑.๓๐๑	ผิดระดับปานกลาง
แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ	๓.๖๙	๑.๒๒๓	ผิดระดับสูง
แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา	๓.๖๒	๑.๐๕๔	ผิดระดับสูง
แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท	๓.๑๓	๑.๒๔๔	ผิดระดับปานกลาง
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล	๓.๘๕	๑.๓๐๔	ผิดระดับสูง
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว	๔.๑๒	๑.๒๓๑	ผิดระดับสูง
แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย	๔.๑๕	.๙๑๗	ผิดระดับสูง
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำใบแสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตาย แต่แพทย์ไม่ดำเนินการตามนั้นเพราะคิดว่าไม่อยากทำให้ผู้ป่วยตาย	๓.๕๑	๑.๑๙๖	ผิดระดับสูง
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์	๓.๔๗	๑.๒๓๑	ผิดระดับสูง
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ	๓.๓๓	.๙๖๙	ผิดระดับปานกลาง

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน	๓.๕๖	.๘๙๓	ผิดระดับสูง
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในคลินิก	๓.๓๖	.๙๐๘	ผิดระดับปานกลาง

ค่าระดับความผิดในกรณีต่างๆ ถ้าคิดว่าผิดจริยธรรม ของกลุ่มผู้เฝ้าระวังฯ มีค่าที่คิดว่ามีระดับความผิดสูง ๙ กรณี โดยกรณีแพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย มีค่าระดับความผิดสูง มีค่ามากที่สุดรองลงมา ก็คือกรณีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว และแพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ตามลำดับ ผิดระดับปานกลาง ๕ กรณี และใน ๓ กรณีที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในองค์กรที่แตกต่างกันอีก ๓ กรณีนั้น การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน อยู่ในระดับสูง ส่วนในคลินิค และ ในโรงพยาบาลของรัฐ อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ ๓๓ ผลการวิเคราะห์แนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากกลุ่มตัวองค์กรผู้เฝ้าระวังฯ

ประเด็นการศึกษา	Mean	SD	ค่าการแปลผล
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม	๔.๕๘	.๖๗๓	มากที่สุด
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา	๔.๑๘	.๙๔๑	มาก
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท	๔.๕๘	.๗๘๕	มากที่สุด
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง	๔.๕๔	.๗๓๔	มากที่สุด

กลุ่มผู้เฝ้าระวังฯ มีความเห็นด้วยกับแนวทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในระดับมากที่สุด ๓ กรณี คือ กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท และ กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์

กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม มีค่ามากที่สุดเท่ากัน รองลงมาคือ กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำและอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง ส่วนกรณี กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา มีค่าอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเห็นด้วยในระดับที่น้อยที่สุด

มีผู้เฝ้าระวังให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติมจำนวน ๑๒ ราย ดังนี้

- การรับบุคคลเข้าศึกษาทางด้านการแพทย์ ขั้นแรกควรมีการทดสอบทั้งทางทฤษฎีและทางปฏิบัติ เพื่อให้มั่นใจว่า เป็นบุคคลที่มีคุณธรรม จริยธรรม จิตใจดีงาม ยินดีช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทนใดๆ และช่วงระหว่างภาคเรียนแต่ละภาค ให้มีการเข้าค่ายปฏิบัติธรรมอย่างน้อย ๑ ครั้ง ระยะเวลา ๓-๕ วัน

-จัดหลักสูตรที่ทำให้ นักศึกษาแพทย์มีความเข้าใจผู้ป่วย สังคม ชุมชน ในแง่มุมที่หลากหลาย และอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง

-แพทย์ควรมีจรรยาบรรณหรือคุณธรรมของอาชีพอย่างสูงสุดและควรเรียนรู้หรือศึกษาเรื่องนี้โดยเคร่งครัด ควรมุ่งสร้างจริยธรรมให้มากขึ้น

-ควรปลูกฝังจิตสำนึก จิตสาธารณของแพทย์ ให้นึกถึงประโยชน์ส่วนรวม มากกว่าตนเอง เพราะในปัจจุบันการให้บริการของแพทย์เข้าถึงได้ยากมีลักษณะทำงานแบบขอไปที เหมือนจะให้หมดไปวันๆ และไปทำงานในคลินิกพิเศษมากกว่า ซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันระหว่างชนชั้น ไม่ควรจะมีในสังคมปัจจุบัน

-ควรรณรงค์ให้ปลูกจิตสำนึกแก่แพทย์ทุกคนตั้งแต่เริ่มเข้ารับการศึกษาในสถาบันผลิตแพทย์ เกี่ยวกับการมีจริยธรรมแพทย์ ในการรักษาผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ โดยปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย

-นักเรียนทุนต้องทำงานให้โรงพยาบาลรัฐอย่างมีน้ำใจ ไม่คิดว่าตัวเองอยู่เหนือผู้ป่วย ต้องเท่าเทียมกับคนทั่วไป ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยอย่างพี่น้อง

-แพทย์ยังมีบางคนที่ใช้เวลาไม่ได้เต็มที่ในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล ไม่ทุ่มเทเวลา กำลังกายและสติปัญญากับการรักษาผู้ป่วยที่ไม่มีทุนทรัพย์ ไม่มีพวกพ้อง

-การรักษาผู้ป่วยไม่ควรคำนึงว่าจะมีเงินรักษาหรือไม่ ควรคำนึงถึงค่าของความเป็นคนเพราะคนที่ดีย่อมมีประโยชน์ต่อประเทศชาติ

-ควรจัดสรรค่าตอบแทนแพทย์ให้เหมาะสม ให้สูงพอเหมาะกับการดำเนินงานของแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์

-การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ ควรทำงานด้วยความมุ่งมั่น ตั้งใจ อุทิศเวลาอย่างเต็มที่

-ผู้ป่วยหนักต้องรีบรักษาด้วย

-คิดว่าเปิดคลินิกแล้วเก็บค่าใช้จ่ายกับประชาชนสูงเกินไป รวมถึงเบียดบังเวลาราชการด้วย
-ให้ความสำคัญกับจริยธรรมแพทย์ให้มากกว่าปัจจุบัน
- ควรมีการตรวจรักษาตามอาการ ไม่ใช้ตรวจรักษาตามฐานะทางสังคม
-ควรให้แพทย์มีบทบาทด้านการรักษาพยาบาล และบริหารบุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมากกว่าต้องมาแบบภาระบริหารเรื่องการเงิน เพื่อการอยู่รอดขององค์กร
-ควรมีกระบวนการให้แพทย์ ต่างจังหวัดและแพทย์ในเมือง มีภาระรักษาผู้ป่วยไม่ให้แตกต่างกันมากเหมือนปัจจุบัน
-จริยธรรม เน้นเรื่อง การเคารพสิทธิมนุษยชน
-คิดว่าแพทย์นั้นทำงานหนัก แต่การบริการประชาชนนั้นต้องมีความเท่าเทียมกัน และควรมีอัธยาศัยที่ดีกับผู้ป่วย
-แพทย์ควรเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้ข้อแนะนำที่ถูกต้อง และควรเป็นกันเองกับผู้ป่วย ไม่เลือกปฏิบัติต้องมีคุณธรรมสูงสุด

<u>กลุ่มที่ ๔ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับทางด้านกฎหมาย</u>

<u>๔.๑ ผู้พิพากษา, อัยการ จำนวนไม่ต่ำกว่า ๕๐ คน</u> ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้พิพากษาตอบแบบสอบถามจำนวน ๓๐ คน และมีอัยการตอบแบบสอบถามจำนวน ๒๐ คน รวม ๕๐ คน

ตารางที่ ๓๔ แสดงเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้พิพากษา, อัยการ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	๓๐	๖๐.๐
หญิง	๒๐	๔๐.๐

กลุ่มผู้พิพากษาและอัยการ ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนเพศชายมากกว่าเพศหญิงอยู่ในสัดส่วนร้อยละ ๖๐ : ๖๐

ตารางที่ ๓๕ แสดงอายุของกลุ่มตัวอย่างผู้พิพากษา, อัยการ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า ๒๐ ปี	-	-
๒๑-๓๐ ปี	-	-
๓๑-๔๐ ปี	๒๓	๔๖.๐
๔๑-๕๐ ปี	๒๓	๔๖.๐

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
๕๑-๖๐ ปี	๔	๘.๐
๖๑ ปีขึ้นไป	-	-

กลุ่มผู้พิพากษาและอัยการ ส่วนใหญ่มีกลุ่มอายุในระหว่าง ๓๑-๕๐ ปี โดยในกลุ่มอายุ ๓๑-๔๐ ปี และกลุ่มอายุ ๔๑-๕๐ ปี มีสัดส่วนที่เท่ากันอยู่ที่ร้อยละ ๔๖ ที่เหลือก็จะเป็นกลุ่มอายุ ๕๑-๖๐ ปี

ตารางที่ ๓๖ แสดงรายได้ของกลุ่มตัวอย่างผู้พิพากษา, อัยการ

รายได้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	-	-
๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท	-	-
๑๕,๐๐๑-๒๐,๐๐๐ บาท	๒	๔.๐
๒๐,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาท	-	-
๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาท	๘	๑๖.๐
๕๐,๐๐๑-๑๐๐,๐๐๐ บาท	๒๒	๔๔.๐
๑๐๐,๐๐๑ บาท ขึ้นไป	๑๘	๓๖.๐

กลุ่มผู้พิพากษาและอัยการ มีรายได้ ๕๐,๐๐๑ ขึ้นไปเกือบทั้งหมด โดยมีรายได้อยู่ในกลุ่ม ๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาทต่อเดือนอยู่ประมาณร้อยละ ๑๕ และมีกลุ่มอัยการที่มีรายได้ ๑๕,๐๐๑-๒๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน อีกเล็กน้อย

ตารางที ๓๗ แสดงระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้พิพากษา, อัยการ

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	-	-
มัธยมต้น	-	-
มัธยมปลาย	-	-
อนุปริญญา	-	-
ปริญญาตรี	๓๑	๖๒.๐
ปริญญาโท	๑๙	๓๘.๐
ปริญญาเอก	-	-

กลุ่มผู้พิพากษาและอัยการ มีระดับการศึกษาทั้งหมดอยู่ในระดับปริญญาตรีและปริญญาโท โดยมีสัดส่วนโดยประมาณอยู่ที่ร้อยละ ๖๐ : ๔๐

ตารางที่ ๓๘ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของการยอมรับ จากกลุ่มตัวอย่างผู้พิพากษา, อัยการ

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย	๒.๒๐	.๔๙๕	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค	๑.๙๘	.๕๘๙	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	๑.๓๐	.๕๔๔	ยอมรับไม่ได้
แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง	๑.๘๐	.๔๙๕	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง	๑.๑๘	.๓๘๘	ยอมรับไม่ได้
แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย	๒.๕๔	.๕๐๓	ยอมรับได้
แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ	๒.๑๖	.๖๑๘	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา	๒.๒๘	.๕๗๓	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท	๒.๖๖	.๔๗๕	ยอมรับได้
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล	๑.๑๖	.๓๗๐	ยอมรับไม่ได้
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว	๑.๑๒	.๓๒๘	ยอมรับไม่ได้
แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย	๑.๒๗	.๒๘๕	ยอมรับไม่ได้

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำใบแสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตาย แต่แพทย์ไม่ดำเนินการตามนั้นเพราะคิดว่าไม่อยากทำให้ผู้ป่วยตาย	๑.๙๖	.๔๕๐	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์	๑.๗๐	.๕๔๔	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ	๒.๓๐	.๖๕๗	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน	๒.๓๔	.๕๒๒	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในคลินิก	๒.๑๗	.๔๘๑	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป

ในประเด็นการยอมรับต่อกรณีต่างๆ กลุ่มผู้พิพากษาและอัยการ ยอมรับได้ ๒ กรณี คือ แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท และแพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย โดยมีค่าการยอมรับตามลำดับ ยอมรับไม่ได้ ๔ กรณี คือกรณี การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว มีค่าการยอมรับต่ำสุด ถัดมาคือ การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล, แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง, แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย และแพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ส่วนประเด็นที่เหลือ อีก ๗ กรณี ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด และ ในส่วนของการปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในองค์กรที่แตกต่างกันพบว่า อยู่ในระดับที่ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป โดยมีค่าการยอมรับ ต่อแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนมีค่ามากสุด รองลงมา คือแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ และแพทย์ในคลินิคมีค่าต่ำสุด

ตารางที่ ๓๙ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของ ค่าระดับความผิดจริยธรรม จากกลุ่มตัวอย่างผู้พิพากษา, อัยการ

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย	๒.๐๕	.๙๖๒	ผิดระดับต่ำ
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค	๒.๗๘	๑.๓๓๓	ผิดระดับปานกลาง
แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	๔.๐๘	๑.๑๘๗	ผิดระดับสูง
แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง	๒.๔๕	๑.๐๐๑	ผิดระดับต่ำ
แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง	๓.๗๓	๑.๔๔๐	ผิดระดับสูง
แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย	๑.๔๔	.๗๘๖	ผิดระดับต่ำมาก
แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ	๒.๖๒	๑.๒๑๐	ผิดระดับปานกลาง
แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา	๒.๒๗	๑.๐๔๕	ผิดระดับต่ำ
แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท	๑.๖๐	.๘๘๑	ผิดระดับต่ำมาก
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล	๓.๙๒	.๙๖๖	ผิดระดับสูง
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว	๔.๔๔	.๗๓๓	ผิดระดับสูงมาก
แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย	๔.๐๑	.๗๗๑	ผิดระดับสูง
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำใบแสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตาย แต่แพทย์ไม่ดำเนินการตามนั้นเพราะคิดว่าไม่อยากทำให้ผู้ป่วยตาย	๒.๖๗	๑.๑๔๙	ผิดระดับปานกลาง
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์	๓.๐๗	๑.๔๒๑	ผิดระดับปานกลาง

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ	๒.๕๖	๑.๐๒๗	ผิดระดับต่ำ
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน	๒.๖๑	.๘๖๔	ผิดระดับปานกลาง
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในคลินิก	๒.๔๘	.๙๓๙	ผิดระดับต่ำ

ในประเด็นระดับการผิดจริยธรรม กลุ่มผู้พิพากษาและอัยการมีความเห็นว่า มีความผิดสูงมากอยู่กรณีเดียวคือ การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว ผิดในระดับสูง ๔ กรณี คือ กรณีแพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน, กรณีแพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย, กรณีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล และกรณีแพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย ผิดระดับต่ำ ๓ กรณี คือ กรณีแพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง, กรณีแพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา และแพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ตามลำดับ ผิดในระดับต่ำมากอยู่ ๒ กรณี คือ กรณีแพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท และแพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย ตามลำดับ ที่เหลือจะอยู่ในระดับความผิดปานกลาง โดยในกรณีของการปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในองค์กรที่แตกต่างกัน โดย การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน อยู่ในระดับปานกลางซึ่งมีค่ามากสุด ถัดมาคือในโรงพยาบาลของรัฐ อยู่ในระดับต่ำ และ ในคลินิค อยู่ในระดับต่ำและมีค่าต่ำสุด

ตารางที่ ๔๐ ผลการวิเคราะห์แนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากกลุ่มตัวอย่างผู้พิพากษา, อัยการ

ประเด็นการศึกษา	Mean	SD	ค่าการแปลผล
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม	๔.๖๐	.๖๓๙	มากที่สุด
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา	๔.๕๐	.๗๐๗	มากที่สุด

ประเด็นการศึกษา	Mean	SD	ค่าการแปลผล
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท	๔.๕๐	.๗๘๙	มากที่สุด
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง	๔.๕๒	.๖๔๖	มากที่สุด

กลุ่มผู้พิพากษาและอัยการ มีความเห็นด้วยกับแนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์อยู่ในระดับมากที่สุดทุกกรณี โดยมีกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม รองลงมาคือ กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง

มีผู้พิพากษาให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ จำนวน ๗ ราย ดังนี้

-แพทย์ที่มีจริยธรรมมีอยู่เป็นส่วนมาก แต่เหตุที่ทำให้การรักษาและวิธีการเปลี่ยนไปเป็นเพราะเกิดจากการอุดหนุนของภาครัฐที่ไม่สมดุลระหว่างแพทย์กับจำนวนผู้ป่วย หากแพทย์ต้องรักษาผู้ป่วย ๕๐ คนต่อครึ่งวันเช้า แพทย์ใช้เวลา ๕ นาทีต่อผู่ป่วย ๑ ราย เท่ากับต้องใช้เวลา ๔ ชั่วโมง หมายถึงทำงาน ๘ โมงเช้าเลิกเที่ยง ซึ่งหนักเกินไปและเป็นไปไม่ได้ หากมีกรณีที่ต้องใช้เวลามากต่อผู่ป่วยที่มีอาการร้ายแรงยังใช้เวลามากขึ้น แพทย์จึงเหลือรักษาผู้ป่วยเพียง ๑-๒ นาที่ต่อราย เช่นนี้ ย่อมไม่อาจสอบข้อมูลของผู้ป่วยต่อรายเพียง ๑-๒ นาที เช่นนี้ ย่อมไม่อาจ สอบข้อมูลของผู้ป่วยได้อย่างถี่ถ้วน ซึ่งเรื่องนี้ไม่น่าจะเป็นปัญหาจริยธรรมแต่ควรเป็นเรื่องที่ภาครัฐต้องแก้ไขให้สมดุล

-รายได้จากภาครัฐต้องจัดให้สมดุล ไม่ใช่ให้หารายได้จากแหล่งอื่นๆ เช่น บริษัทยา แต่ควรมีรูปแบบชัดเจน และไม่ควรให้มีการจ่ายเงินพิเศษแก่แพทย์ในการรักษาผู้ป่วย

-การให้ทุนแพทย์ในการศึกษาจนจบการศึกษา ควรให้ชดใช้ทุนด้วยตนเอง ไม่ใช่ให้บริษัทอื่นมาซื้อตัว ซึ่งทำให้ไม่มีสำนึกในการรับใช้ประชาชน คิดว่าควรศึกษาเรื่องนี้ด้วย

-ควรให้หน่วยงานทางแพทยสภา เข้ามามีบทบาทมากกว่านี้ ควบคุมให้ได้ผล ควรมีการทดสอบทางด้านจริยธรรม และทางด้านวิชาการอย่างสม่ำเสมอ

-แพทย์ควรให้ความสำคัญต่อสิทธิผู้ป่วยให้มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ด้วย

-แพทย์ควรสนใจต่อจิตใจผู้ป่วยและควรรับฟังความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของผู้ป่วยบ้าง

-คิดว่าอาชีพแพทย์เป็นอาชีพที่ทำบุญแล้วครึ่งหนึ่ง อีกครึ่งหนึ่งเป็นเรื่องของจิตสำนึกที่มีต่อวิชาชีพความเมตตาต่อผู้ป่วย

-น่าจะพิจารณาว่าในแนวทางจริยธรรมนั้นข้อใดเป็นข้อต้องห้ามหรือต้องปฏิบัติ ข้อใดเป็นเพียงแนวในการยึดถือปฏิบัติ
-ปัญหาที่เกิดขึ้นมากในปัจจุบันคือแพทย์ถูกฟ้องร้องเนื่องจาก เมื่อรักษาผู้ป่วยแล้วไม่พูดหรืออธิบายถึงวิธีการรักษาให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติทราบ หากรักษาไปในแนวนี้ผลจะเป็นอย่างไร จะมีผลดีผลเสียมากกว่ากันอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติได้รับทราบและตัดสินใจเลือกการรักษาตามที่แพทย์แนะนำ
-อยากให้ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้จริง ไม่ใช้เป็นเพียงผลการวิจัยที่อยู่ในกระดาษ บางครั้งเหตุที่เกิดขึ้นไม่ได้มาจากจริยธรรมของแพทย์โดยตรง แต่เป็นด้วยเหตุปัจจัยหลายๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นจำนวนผู้ป่วยที่มากเกินต่อแพทย์คนหนึ่ง ต้องใช้ชีวิตด้วยความกดดันต่อการทำหน้าที่ซึ่งเป็นกรณีที่น่าเห็นใจแพทย์

มีอัยการให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ จำนวน ๓ ราย ดังนี้
-แพทย์ในโรงพยาบาลรัฐมีจำนวนน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ ดังนั้นจึงมีข้องผิดพลาดทางการรักษาได้ง่าย แต่เห็นว่าควรยกระดับคุณธรรม จริยธรรมในการรักษาผู้ป่วยให้มากกว่าในปัจจุบัน เพราะแพทย์ผู้รักษามักพิจารณาถึงรายได้ค่าตอบแทนเป็นหลัก เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน
-ควรจัดให้มีแพทย์ประจำโรงพยาบาลต่างๆ ให้เพียงพอกับผู้ป่วย
-แพทย์มักคิดว่าตนเองอยู่เหนือผู้ป่วยทั้งที่ได้รับเงินเดือนมาจากผู้ป่วย
-ผู้ป่วยมีความรู้แตกต่างกัน แพทย์จึงต้องอธิบายให้ผู้ป่วยที่มีความรู้น้อยเข้าใจด้วย โดยไม่ใช้อารมณ์
-แพทย์ต้องตั้งอยู่ในความไม่ประมาท เพราะทำงานอยู่กับชีวิต
-แพทย์ไม่ควรแสวงหาผลประโยชน์จากการปฏิบัติงาน

<u>๔.๒ ตำรวจ, ทนายความ จำนวนไม่ต่ำกว่า ๕๐ คน</u> ในการศึกษาครั้งนี้มีตำรวจตอบแบบสอบถามจำนวน ๒๘ คน และมีทนายความตอบแบบสอบถามจำนวน ๒๒ คน รวมจำนวน ๕๐ คน

ตารางที่ ๔๑ แสดงเพศของกลุ่มตัวอย่างตำรวจ, ทนายความ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	๔๐	๘๐.๐
หญิง	๑๐	๒๐.๐

กลุ่มตำรวจและทนายความ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งมีมากเป็น ๔ เท่าของเพศหญิง

ตารางที่ ๔๒ แสดงอายุของกลุ่มตัวอย่างตำรวจ, ทนายความ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า ๒๐ ปี	-	-
๒๑-๓๐ ปี	๑๗	๓๔.๐
๓๑-๔๐ ปี	๑๔	๒๘.๐
๔๑-๕๐ ปี	๑๒	๒๔.๐
๕๑-๖๐ ปี	๗	๑๔.๐
๖๑ ปีขึ้นไป	-	-

กลุ่มตำรวจและทนายความ ในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในกลุ่มอายุ ๒๑-๓๐ ปี มากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ ๓๑-๔๐ ปี, กลุ่มอายุ ๔๑-๕๐ ปี และกลุ่มอายุ ๕๑-๖๐ ปีตามลำดับ

ตารางที่ ๔๓ แสดงรายได้ของกลุ่มตัวอย่างตำรวจ, ทนายความ

รายได้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	-	-
๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท	๑๐	๒๐.๐
๑๕,๐๐๑-๒๐,๐๐๐ บาท	๙	๑๘.๐
๒๐,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาท	๒๐	๔๐.๐
๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาท	๑๐	๒๐.๐
๕๐,๐๐๑-๑๐๐,๐๐๐ บาท	๑	๒.๐
๑๐๐,๐๐๑ บาท ขึ้นไป	-	-

กลุ่มตำรวจและทนายความ ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในระดับ ๒๐,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาทต่อเดือนถึงร้อยละ ๔๐ รองลงมาคือ กลุ่มรายได้๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน กลุ่ม ๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน และกลุ่ม๑๕,๐๐๑-๒๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน กลุ่มละประมาณร้อยละ ๒๐ และมีกลุ่มรายได้ ๕๐,๐๐๑-๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อเดือนอีกเล็กน้อย

ตารางที่ ๔๔ แสดงระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างตำรวจ, ทนายความ

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	-	-
มัธยมต้น	-	-
มัธยมปลาย	๖	๑๒.๐
อนุปริญญา	๑	๒.๐

ปริญญาตรี	๔๐	๘๐.๐
ปริญญาโท	๓	๖.๐
ปริญญาเอก	-	-

กลุ่มตำรวจและทนายความ มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี โดยมีระดับมัธยมปลาย, ปริญญาโท และอนุปริญญา อีกเล็กน้อยตามลำดับ

ตารางที่ ๔๕ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของการยอมรับ จากกลุ่มตัวอย่างตำรวจ, ทนายความ

กรณีประเด็นจริยธรรม	**Mean**	**SD**	**ค่าการแปลผล**
แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย	๑.๗๘	.๗๖๔	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค	๒.๒๔	.๖๘๗	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	๒.๗๒	.๘๖๘	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง	๒.๑๒	.๖๒๗	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง	๒.๗๐	.๗๖๗	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย	๑.๘๘	.๕๔๔	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ	๑.๘๘	.๗๑๘	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา	๑.๗๘	.๗๐๘	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท	๑.๘๒	.๖๖๑	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล	๒.๑๖	.๘๔๒	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว	๒.๒๔	.๗๕๗	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย	๒.๓๔	.๕๘๐	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำใบแสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตาย แต่แพทย์ไม่ดำเนินการตามนั้นเพราะคิดว่าไม่อยากทำให้ผู้ป่วยตาย	๑.๙๔	.๗๔๐	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์	๒.๒๐	.๗๐๐	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ	๒.๐๔	.๖๙๙	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน	๒.๐๐	.๗๒๘	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในคลินิก	๑.๙๘	.๗๔๒	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป

การยอมรับต่อประเด็นต่างๆ กลุ่มกลุ่มตำรวจและทนายความ ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียดในทุกกรณี โดยมีกรณี แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย มีค่ามากสุด และแพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา มีค่าการยอมรับต่ำสุด ส่วนในกรณีการปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในองค์กรที่แตกต่างกัน อยู่ในระดับยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป โดยมีค่า การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ มีค่ามากสุด รองลงมาคือ ในโรงพยาบาลเอกชน และในคลินิค มีค่าน้อยที่สุด

ตารางที่ ๔๖ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของ ค่าระดับความผิดจริยธรรม จากกลุ่มตัวอย่างตำรวจ, ทนายความ

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย	๒.๕๐	๑.๔๘๘	ผิดระดับต่ำ
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค	๒.๙๔	๑.๔๒๐	ผิดระดับปานกลาง
แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	๓.๗๒	๑.๔๒๙	ผิดระดับสูง

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง	๒.๙๘	๑.๒๐๔	ผิดระดับปานกลาง
แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง	๓.๓๖	๑.๓๐๖	ผิดระดับปานกลาง
แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย	๒.๗๒	๑.๒๑๓	ผิดระดับปานกลาง
แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ	๒.๘๔	๑.๔๙๐	ผิดระดับปานกลาง
แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา	๒.๗๖	๑.๔๐๘	ผิดระดับปานกลาง
แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท	๒.๗๘	๑.๔๑๘	ผิดระดับปานกลาง
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล	๓.๓๔	๑.๕๙๙	ผิดระดับปานกลาง
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว	๓.๑๐	๑.๖๙๓	ผิดระดับปานกลาง
แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย	๓.๔๕	๑.๑๖๙	ผิดระดับสูง
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำใบแสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตาย แต่แพทย์ไม่ดำเนินการตามนั้นเพราะคิดว่าไม่อยากทำให้ผู้ป่วยตาย	๓.๑๖	๑.๔๓๔	ผิดระดับปานกลาง
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์	๓.๔๒	๑.๒๖๓	ผิดระดับสูง
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ	๓.๓๒	๑.๒๕๓	ผิดระดับปานกลาง
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน	๓.๒๒	๑.๒๖๖	ผิดระดับปานกลาง
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในคลินิก	๓.๒๐	๑.๒๗๘	ผิดระดับปานกลาง

ในส่วนของระดับความผิดถ้าคิดว่าแพทย์ผิดจริยธรรมในกรณีต่างๆ กลุ่มตำรวจและทนายความเห็นว่าผิดอยู่ในระดับสูง ๓ กรณี คือ กรณีแพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีค่ามากสุด รองลงมาคือ กรณีแพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย และ กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์ ตามลำดับ มีความเห็นว่ามีความผิดอยู่ในระดับต่ำกรณีเดียวคือ กรณีแพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย นอกนั้นก็จะเป็นความผิดระดับปานกลาง ส่วนในกรณีการปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในองค์กรที่แตกต่างกัน อยู่ในระดับผิดระดับปานกลาง โดยมีค่า แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ มีค่ามากสุด รองลงมาคือ ในโรงพยาบาลเอกชน และในคลินิคมีค่าน้อยสุด

ตารางที่ ๔๗ ผลการวิเคราะห์แนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากกลุ่มตัวอย่างตำรวจ, ทนายความ

ประเด็นการศึกษา	Mean	SD	ค่าการแปลผล
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม	๔.๔๖	.๘๖๒	มากที่สุด
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา	๔.๔๐	.๘๕๗	มากที่สุด
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท	๔.๓๘	.๕๖๗	มากที่สุด
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง	๔.๕๔	.๘๑๓	มากที่สุด

ความคิดเห็นเรื่องแนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ กลุ่มตำรวจและทนายความ มีความเห็นด้วยอยู่ในระดับมากที่สุดทุกกรณี โดยมีค่าของ กรณีกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง รองลงมาคือ

กรณีกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม

มีตำรวจให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ จำนวน ๙ ราย ดังนี้
- แพทย์ควรมีจรรยาบรรณ และจริยธรรมแพทย์อย่างสูง
- ประเทศไทยขาดแพทย์ อยากให้บรรจุแพทย์ให้ได้อัตราส่วนประชาชนที่พอเพียง
- ชีวิตร่างกายเป็นทรัพยากรที่สำคัญ ทุกชีวิตฝากไว้กับแพทย์
- การรักษาโรค สำคัญจะต้องมีผู้ควบคุมระดับอาจารย์แพทย์คอยควบคุมเสมอ
- บุคลากรทางการแพทย์จะต้องเป็นบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญเท่านั้น
- อยากให้แพทย์ตรวจผู้ป่วยอย่างละเอียด ให้เวลาพอเหมาะกับผู้ป่วย
- ไม่อยากให้แพทย์วินิจฉัยโรคผิด
- อยากให้ทุกโรงพยาบาลมีมาตรฐานการตรวจพื้นฐาน อยู่ในมาตรฐานเดียวกัน อยู่ในความพึงพอใจของผู้ป่วย

มีทนายความให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ จำนวน ๑๒ ราย ดังนี้
- ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น ตามอำเภอเล็กๆ มีแพทย์ประจำอยู่น้อย ควรส่งแพทย์มาประจำให้มากกว่านี้ และไม่ควรให้แพทย์เวรในโรงพยาบาลขนาดเล็กนี้ลงชื่อรับรองการรักษา ซึ่งรักษาโดยพยาบาล หรือควรให้แพทย์เวร อยู่ในโรงพยาบาลตลอดเวลาที่อยู่เวร ไม่ควรละทิ้งเวร ไม่ควรผลักภาระให้กับพยาบาล ดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง ไม่ว่าผู้ป่วยหนักหรือว่าเล็กน้อย
- ให้แพทย์อบรมผู้ร่วมงาน เช่นพยาบาล มีหน้าที่ในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยอย่างเอาใจใส่ ไม่ตะคอกหรือทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัว
- แพทย์ควรให้ความเอาใจใส่กับผู้ป่วยให้มากขึ้น และควรวางตัวในสังคมให้เป็นที่ยอมรับมากกว่านี้
- ควรให้ความสำคัญกับหน้าที่ทางโรงพยาบาลเป็นหลัก คลินิกเป็นรอง
- สำหรับโรงพยาบาลของรัฐ ไม่แตกต่างจากโรงฆ่าสัตว์ ทั้งแพทย์และพยาบาล ทำตัวปีนนายประชาชน เพราะตัวระบบคือแพทยสภาทำตัวเป็นหัวหน้ามาเฟียเสียเอง กฎหมายต้องเคร่งครัดมากกว่านี้ บุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ต้องมีคุณธรรมและจริยธรรมมาก่อนเป็นอันดับแรก ถ้าบุคคลดังกล่าวมุ่งความร่ำรวยแข่งขันด้านวัตถุ ประชาชนคือเหยื่อไม่มีวันจบสิ้น
- จริยธรรมที่มีอยู่ภายใต้การสอบวิชาชีพ เพราะฉะนั้นจริยธรรมต้องคู่กับมนุษย์ และผู้ปฏิบัติการรักษาเพื่อนมนุษย์ ด้วยความสามารถในกรอบแห่งวิชาชีพ ด้วยบริสุทธิ์ใจ จะได้เป็นที่ยอมรับของการแพทย์

ในอนาคตได้ เพราะจริยธรรมนั้นเป็นพื้นฐานสำคัญของทุกคน เป็นการจัดระบบจิตใจของทุกอาชีพ ต้องมีจริยธรรมสำหรับแพทย์ ที่เป็นมาตรฐานต่อไป

- สร้างความเชื่อมั่นในระบบวิชาชีพแพทย์ กับมนุษย์ย่อมคู่กันตลอด ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อไป
- ในแวดวงแพทย์นั้นน่าจะมีการฝึกอบรม ในด้านของจริยธรรม และการปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยให้มากกว่านี้ อีกทั้งให้กวดขันเกี่ยวกับระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ และให้ความเป็นธรรมเสมอภาคกับผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน ไม่เลือกปฏิบัติในการรักษา อีกทั้งควรสอดส่องดูแลบุคลากร เช่นพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลให้มากกว่านี้
- อยากให้มีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง และพบปะผู้ป่วยให้มีเวลาพอสมควร
- แพทย์มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่น้อย มีการประมาทในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น ไม่มีความเห็นใจผู้ป่วย ความสนใจในการรักษาผู้ป่วยน้อย
- จริยธรรมของแพทย์น่าจะดีกว่านี้ เอาจริงเอาจังกับแพทย์ให้มากขึ้น เมื่อแพทย์ทำผิดในหน้าที่
- ควรจัดให้มีกฎหมายกำหนดให้มีแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่รักษาผู้ป่วยเพียงพอต่อประชากรแต่ละพื้นที่ และปฏิบัติหน้าที่ด้วยความละเอียดรอบคอบ ด้วยใจบริสุทธิ์ และมีศรัทธาในการช่วยเหลือผู้ป่วย
- ควรยึดทางจริยธรรมให้มากกว่าทางกฎหมาย
- เมื่อแพทย์ทำผิดจริยธรรมให้มีบทลงโทษที่ชัดเจน ไม่เห็นแก่พวกพ้อง
- ควรจัดรักษาด้วยความรวดเร็ว ไม่มีการรอคิวนาน และไม่มีการแซงคิว
- ไม่ควรมีการจองคิวการรักษาทางโทรศัพท์หรือมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจองคิวให้
- ปรับปรุงการดำเนินงานของแพทย์ในชนบท ให้มีเครื่องมือในการรักษาที่เพียงพอ
- มีพรหมวิหาร ๔ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา และควรมีจิตอาสาเพื่อสังคมในทุกด้าน
- มีการเรียนวิชาจริยธรรม และต้องสอบผ่านในระดับร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป
- ไม่ควรนำนักศึกษาแพทย์ไปปฏิบัติหน้าที่รักษาผู้ป่วย เสมือนกับแพทย์ เพราะไม่มีความชำนาญ อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย จากการรักษาที่ผิดพลาดได้

<u>กลุ่มที่ ๕ ผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว จำนวนไม่ต่ำกว่า ๒๐๐ คน</u> ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๒๐๓ คน

ตารางที่ ๔๘ แสดงเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	๘๔	๔๑.๔

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
หญิง	๑๑๕	๕๘.๖

กลุ่มผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว มีจำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชายอยู่ในสัดส่วนประมาณ ร้อยละ ๖๐ : ๔๐

ตารางที่ ๔๕ แสดงอายุของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า ๒๐ ปี	๗	๓.๔
๒๑-๓๐ ปี	๔๑	๒๐.๒
๓๑-๔๐ ปี	๖๒	๓๐.๕
๔๑-๕๐ ปี	๕๘	๒๘.๖
๕๑-๖๐ ปี	๒๕	๑๔.๓
๖๑ ปีขึ้นไป	๖	๓.๐

กลุ่มผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว อยู่มในกลุ่มอายุ ๓๑-๔๐ ปี มากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ๔๑-๕๐ ปี, กลุ่มอายุ ๒๑-๓๐ ปี, กลุ่มอายุ๕๑-๖๐ ปี, กลุ่มอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี และกลุ่มอายุ ๖๑ ปีขึ้นไป ตามลำดับ

ตารางที่ ๕๐ แสดงรายได้ของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว

รายได้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	๔๖	๒๒.๗
๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท	๔๕	๒๔.๑
๑๕,๐๐๑-๒๐,๐๐๐ บาท	๓๒	๑๕.๘
๒๐,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาท	๒๕	๑๔.๓
๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาท	๓๖	๑๗.๗
๕๐,๐๐๑-๑๐๐,๐๐๐ บาท	๕	๔.๔
๑๐๐,๐๐๑ บาท ขึ้นไป	๒	๑.๐

กลุ่มผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว มีรายได้อยู่ในช่วง ๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน รองลงมาคือ ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน ส่วนในกลุ่ม ๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน, ๑๕,๐๐๑-๒๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน และกลุ่ม๒๐,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกันที่

ประมาณร้อยละ ๑๕ และมีกลุ่ม ๕๐,๐๐๑-๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน กับกลุ่ม ๑๐๐,๐๐๑ บาทต่อเดือนขึ้นไป อีกเล็กน้อย

ตารางที่ ๕๑ แสดงระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	๘	๓.๙
มัธยมต้น	๘	๓.๙
มัธยมปลาย	๒๒	๑๐.๘
อนุปริญญา	๓๒	๑๕.๘
ปริญญาตรี	๑๐๖	๕๒.๒
ปริญญาโท	๒๖	๑๒.๘
ปริญญาเอก	๑	.๕

กลุ่มผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีถึงกว่าร้อยละ ๕๐ ที่เหลือก็มีในทุกระดับการศึกษา คือ อนุปริญญา, ปริญญาโท, มัธยมปลาย ตามลำดับ และในส่วนของ ระดับมัธยมต้น, ประถมศึกษา และปริญญาเอกอีกเล็กน้อย

ตารางที่ ๕๒ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของการยอมรับ จากกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย	๒.๒๒	.๖๕๖	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค	๑.๗๙	.๗๐๓	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	๑.๓๗	.๕๘๔	ยอมรับไม่ได้
แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง	๑.๘๑	.๕๗๒	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง	๑.๓๖	.๕๘๖	ยอมรับไม่ได้

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย	๒.๒๒	.๖๑๙	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ	๒.๒๘	.๖๘๗	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา	๒.๔๑	.๖๔๖	ยอมรับได้
แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท	๒.๓๗	.๖๗๓	ยอมรับได้
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล	๑.๖๖	.๗๒๓	ยอมรับไม่ได้
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว	๑.๔๒	.๖๑๒	ยอมรับไม่ได้
แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย	๑.๔๙	.๔๘๗	ยอมรับไม่ได้
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำใบแสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตาย แต่แพทย์ไม่ดำเนินการตามนั้นเพราะคิดว่าไม่อยากทำให้ผู้ป่วยตาย	๒.๐๓	.๖๖๒	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์	๑.๘๒	.๖๔๒	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ	๒.๑๕	.๖๐๔	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน	๒.๒๐	.๖๓๘	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในคลินิก	๒.๑๕	.๖๒๓	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป

ระดับการยอมรับในกรณีต่างๆ ของกลุ่มผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว มีค่ายอมรับได้ ๒ กรณีคือ กรณีแพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา มีค่ามากสุด รองลงมาคือกรณีแพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท มีค่ายอมรับไม่ได้ ๕ กรณี คือกรณีแพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง มีค่าการยอมรับน้อยสุด ถัดมาคือ กรณีแพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน, กรณีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทน

ในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว, กรณีแพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย และกรณีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล ตามลำดับ นอกจากนั้นมีค่าอยู่ในระดับยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด ในส่วนของการยอมรับโดยรวมต่อการปฏิบัติตัวของแพทย์ในองค์กรที่แตกต่างกัน อยู่ในระดับยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป โดยในโรงพยาบาลเอกชน มีค่าการยอมรับมากสุด รองลงมาคือในคลินิค และในโรงพยาบาลของรัฐมีค่าน้อยสุด

ตารางที่ ๕๓ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของ ค่าระดับความผิดจริยธรรม จากกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย	๒.๖๑	๑.๑๔๓	ผิดระดับปานกลาง
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค	๓.๑๑	๑.๒๔๑	ผิดระดับปานกลาง
แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	๓.๗๔	๑.๓๘๕	ผิดระดับสูง
แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง	๒.๔๔	๑.๒๑๗	ผิดระดับปานกลาง
แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง	๓.๖๕	๑.๒๗๕	ผิดระดับสูง
แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย	๒.๕๓	๑.๑๘๔	ผิดระดับต่ำ
แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ	๒.๖๗	๑.๒๕๔	ผิดระดับปานกลาง
แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา	๒.๔๕	๑.๒๗๑	ผิดระดับต่ำ
แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท	๒.๒๐	๑.๑๘๘	ผิดระดับต่ำ
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล	๓.๒๔	๑.๔๑๕	ผิดระดับปานกลาง
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว	๓.๕๗	๑.๔๑๓	ผิดระดับสูง

กรณีประเด็นจริยธรรม	Mean	SD	ค่าการแปลผล
แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย	๓.๖๔	๑.๑๕๑	ผิดระดับสูง
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำใบแสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตาย แต่แพทย์ไม่ดำเนินการตามนั้นเพราะคิดว่าไม่อยากทำให้ผู้ป่วยตาย	๒.๘๒	๑.๒๒๔	ผิดระดับปานกลาง
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์	๓.๑๗	๑.๓๐๔	ผิดระดับปานกลาง
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ	๒.๖๔	๑.๑๒๕	ผิดระดับปานกลาง
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน	๒.๖๕	๑.๑๕๓	ผิดระดับปานกลาง
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในคลินิก	๒.๖๕	๑.๑๔๖	ผิดระดับปานกลาง

ระดับความคิดเห็นว่าน่าจะมีความผิดในระดับใดจากกรณีศึกษา ของกลุ่มผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว มีระดับค่าความผิดในระดับสูง ๔ กรณี คือ กรณีแพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีค่ามากสุด รองลงมาคือ แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง, แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย และการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว มีค่าความผิดน้อยสุด มีค่าความผิดอยู่ในระดับต่ำ ๓ กรณี คือ กรณีแพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท มีค่าน้อยสุด ถัดมาคือ กรณีแพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา และกรณีแพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย ตามลำดับ ในกรณีอื่นๆ มีค่าความผิดในระดับปานกลาง ส่วนในกรณีการปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในองค์กรที่แตกต่างกัน ก็มีค่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยแพทย์ในคลินิค มีค่ามากสุด รองลงมาคือ ในโรงพยาบาลเอกชน และในโรงพยาบาลของรัฐน่าจะผิดน้อยสุด

ตารางที่ ๕๔ ผลการวิเคราะห์แนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว

ประเด็นการศึกษา	Mean	SD	ค่าการแปลผล
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการ	๔.๓๕	.๘๐๒	มากที่สุด

ประเด็นการศึกษา	Mean	SD	ค่าการแปลผล
เรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม			
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา	๔.๒๒	.๘๘๓	มากที่สุด
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท	๔.๔๑	.๘๔๒	มากที่สุด
กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง	๔.๔๗	.๗๕๐	มากที่สุด

ในกรณีแนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ตามความเห็นของกลุ่มผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว มีความเห็นด้วยในระดับมากที่สุดทั้ง ๔ กรณี โดยมีค่าความเห็นด้วยในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง มีค่ามากสุด รองลงมาคือ กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม

มีผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัวให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม จำนวน ๔๕ ราย ดังนี้

- การปฏิบัติของพยาบาลและแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐต่อผู้ป่วยไม่สุภาพ มีการดูถูกผู้ป่วย พูดจาไม่สุภาพ บริการต่อผู้ป่วยไม่ดี และตรวจไม่ละเอียด ไม่เหมือนกับตรวจตามคลินิกของตนเอง
- ลดความเหลื่อมล้ำของการรักษา เพราะไม่ว่าคนมี คนยาก เมื่อเป็นโรคแล้วก็อยากหายเหมือนกันทุกคน
- เห็นด้วยหากแพทย์ได้นำจริยธรรมเหล่านี้ไปปฏิบัติ และพัฒนาเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนสูงสุด
-สมควรอย่างยิ่งในการสร้างเสริมจริยธรรมในแพทย์ รวมทั้งประเมินก่อนที่จะจบการศึกษาว่ามีวุฒิภาวะหรือจริยธรรมเพียงพอหรือไม่ อย่างไร เพราะในปัจจุบันอาจจะถือได้ว่าจริยธรรมในวิชาชีพถูกกลืนโดยสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่มีอิทธิพลหรือชักจูงให้นักศึกษาแพทย์และแพทย์มีการไขว้เขว หรือละทิ้งจริยธรรมในวิชาชีพ
-ควรมีการประเมินจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์บ่อยครั้งเพื่อให้มีมาตรฐานของแพทย์ไทย

-ควรวัดระดับจริยธรรมเป็นระยะ ตั้งแต่ก่อนเป็นนักศึกษาแพทย์ ตอนเป็นนักศึกษาแพทย์ ควรเป็นทุก ๒ ปี ร่วมกับการวัดระดับสภาพจิตใจ เพื่อเป็นการป้องกันการละเมิดจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์
-ควรส่งเสริมด้านศีลธรรม จริยธรรม ควบคู่ไปกับการเรียน เพราะในปัจจุบันวิชาชีพแพทย์บางสาขามุ่งเน้นธุรกิจมากกว่า คิดว่าจะทำให้ดีขึ้น
-คิดว่าปัจจุบันจริยธรรมแพทย์น้อยลงมากคิดเรื่องธุรกิจเป็นหลัก ใช้ใบประกอบวิชาชีพของตนเป็นเครื่องมือหาผลประโยชน์ให้กับตนเองมากกว่าที่จะรักษาชีวิต มีวิธีคิดไม่แตกต่างไปจากนักธุรกิจ
-เสนอแนะ ว่า ควรวางพื้นฐานตั้งแต่ระดับมัธยมปลายก่อนจะมาเลือกเรียนแพทย์ ควรเพิ่มเรื่องจริยธรรมในการสอบเข้าด้วย เพราะที่ผ่านมานักเรียนด้านวิทยาศาสตร์ที่เลือกเรียนแพทย์จะมุ่งเน้นแต่วิชาการมาก ความเห็นแก่ตัว เห็นแก่เงินจะค่อนข้างสูง เมื่อได้เรียนแพทย์ก็จะกอบโกยหาผลประโยชน์ให้มากที่สุด แต่ก็มีบางส่วนที่เป็นคนดี
-อยากให้ภาครัฐมีเงินตอบแทนให้แพทย์ที่คุ้มค่าที่แพทย์ดีๆ ต้องเสียสละเพื่อช่วยเหลือชีวิตผู้อื่น
-คิดว่าแพทย์ใช้เงินไปจำนวนมากในการศึกษาปัจจุบัน ทำให้เมื่อจบการศึกษาออกมาเป็นแพทย์ทำให้คิดถึงในส่วนของการให้ได้เงินมาชดเชยจากที่ใช้ไปให้เร็วที่สุด และในระหว่างการศึกษานั้นมีการแข่งขันทั้งกับเพื่อนนักศึกษาและรวมถุงตนเองทำให้แพทย์ส่วนใหญ่มีความเห็นแก่ตัวมากที่สุด จึงต้องมีการแก้ไขที่ระบบการศึกษาแพทยศาสตร์
-การปฏิบัติของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐต่อผู้ป่วยไม่ค่อยสุภาพ บางครั้งมีถึงดูถูกผู้ป่วย มีการตรวจไม่ละเอียดเหมือนตรวจในคลินิกของตนเอง
-แพทย์ส่วนใหญ่มีความเมตตา แต่มีบางส่วนที่แตกต่างไปให้มีความเมตตาต่อผู้ป่วยด้วย เพราะผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยก็ฝากความหวังไว้กับแพทย์
-ไม่ค่อยได้รับความสะดวกในการเข้ารับการบริการในโรงพยาบาลของรัฐ และในส่วนของเอกชนก็แพงมากมีการคิดค่าบริการของแพทย์ด้วย ทำให้แต่ละครั้งที่เป็นโรคเล็กๆน้อยๆ กลับต้องมีค่าใช้จ่ายถึงครั้งละประมาณ ๒,๐๐๐ บาท
-ควรมีการแนะนำผู้ป่วยให้มากกว่านี้
-แพทย์ไม่ควรปฏิบัติตัวให้เหมือนธุรกิจเอกชนเกินไป จนลืมมองประชาชนที่ด้อยกว่า ซึ่งต้องการมารับความช่วยเหลือจากแพทย์ทั้งกายและใจ
-แพทย์ควรถือตัวให้น้อยลง เป็นกันเองกับผู้ป่วยให้มากขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ รวมทั้งเต็มใจให้ข้อมูลกับผู้ป่วยให้มากขึ้นด้วย
-คิดว่าการที่แพทย์ต้องไปตรวจตอนเช้าที่คลินิกก่อนทำให้ประชาชนต้องรอตรวจจนสาย แพทย์ควรเปิดคลินิกเฉพาะตอนเย็นเมื่อเลิกงานจากงานประจำไปแล้ว ตอนเช้าควรรีบตรวจผู้ป่วยที่โรงพยาบาล
-แพทย์ควรมีกิจกรรมการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยให้มากขึ้น

-คิดว่าโรงพยาบาลของรัฐกับเอกชนให้บริการที่แตกต่างกัน ในส่วนของเอกชนนั้นบริการได้ดีกว่าในเกือบทุกด้าน
-จรรยาบรรณของแพทย์ต้องตั้งใจตั้งแต่ตอนจะเป็นแพทย์ว่าจะดูแลรักษาผู้ป่วย
-แพทย์ควรบอกกล่าวให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องของโรคที่เป็นอยู่ และปัจจุบันมีการตรวจด้วยคอมพิวเตอร์มากขึ้น การได้พบปะพูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้น้อยลงไปมาก
-คิดว่าแพทย์แค่ยึดมั่นในการมีวิชาชีพที่ดีของตนก็พอ
-แพทย์ต้องมีจริยธรรม ไม่ควรเน้นประโยชน์ส่วนตนมากเกินไป มีส่วนน้อยที่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม ต้องมีการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากอาชีพแพทย์เป็นอาชีพที่ช่วยเหลือผู้อื่น
-ควรปลูกฝังทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาชีพแพทย์ คือ มุ่งหวังเพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ ไม่ใช่อาชีพที่เป็นช่องทางขูดรีดเงินทองจากผู้ป่วย ซึ่งจากประสบการณ์ที่พบมาคือแพทย์มักคิดค่ายาและค่ารักษาพยาบาลที่แพงเกิน ทำให้มีคนจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ
-แพทย์ควรมีส่วนร่วมรับผิดชอบในกรณีที่เกิดความผิดพลาดจากการตรวจรักษาที่เกิดจากความประมาทของแพทย์เอง ไม่ควรปัดความรับผิดชอบให้เป็นเรื่องฟ้องร้องกันจนเสื่อมเสียสถาบัน ซึ่งต้องร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ซึ่งก็ต้องเห็นใจแพทย์ผู้รักษาด้วย เพราะแพทย์ก็เป็นคนธรรมดาที่อาจจะทำงานผิดพลาดได้เหมือนวิชาชีพอื่นๆ
-แพทย์ไม่ควรถือตัวว่ามีอภิสิทธิ์เหนือผู้ป่วย ควรรับฟังผู้ป่วยอย่างรอบคอบ ไม่ประมาทเพราะคิดว่าตนเองมีความรู้มากกว่า ควรเคารพสิทธิ์และศักดิ์ศรีของผู้ป่วยด้วย
-แพทย์ควรได้รับการปลูกฝังจริยธรรมที่ดี มีทัศนคติที่ดีต่อผู้อื่น ควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ และเป็นคนมีคุณธรรม
-คิดว่าแพทย์ทุกคนมีจริยธรรมอยู่แล้ว แต่มากน้อยขึ้นอยู่กับพื้นฐานส่วนบุคคล และการได้รับการอบรมทางจริยธรรมมากน้อยเพียงใด การจัดให้มีการอบรมจริยธรรมสม่ำเสมอ จะเป็นการกระตุ้นให้แพทย์ดำรงอยู่ในจริยธรรมอย่างสม่ำเสมอ
-แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐควรมีความกระตือรือร้นในการรักษาผู้ป่วยให้มากกว่านี้ ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยนอนเจ็บปวดทรมานเป็นเวลานานๆ คิดว่าจริยธรรมของแพทย์ต้องมีมากกว่านี้ รักษาผู้ป่วยต้องเร็วกว่านี้ มีการลงตรวจ ๑๐ โมง ๑๑ โมง ทำให้ผู้ป่วยต้องรอนานมากๆ
-แพทย์ควรให้ความเคารพในสิทธิต่างๆ ของผู้ป่วยและผู้ที่ร่วมปฏิบัติงานด้วย ไม่ควรเหยียดหยามหรือพูดด้วยคำที่ไม่ไพเราะ
-ควรมีจริยธรรมให้มากกว่านี้ ปัจจุบันน้อยมาก
-อยากให้แพทย์มีการฝึกสมาธิ ปฏิบัติธรรมโดยตรงในแต่ละปี

-ขอให้ยึดถือ หน้าที่ และ คุณธรรม ของอาชีพซึ่งจะนำไปสู่ เมตตาธรรม แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการทางการแพทย์
-ในปัจจุบันจริยธรรมของแพทย์จะน้อยมากเมื่อเทียบกับยุคก่อนเพราะอิงเรื่องเงินมากกว่า อยากให้แพทย์ที่จบใหม่มีโอกาสไปทำงานในชนบทก่อนจะได้ซึมซับความลำบากของผู้คนทุกชนชั้น และได้เอาใจเขามาใส่ใจเรามากขึ้น แต่ก็มีแพทย์ที่ดีอยู่ปะปนกันไป
-รัฐควรมีนโยบายหรือเน้นให้โรงเรียนแพทย์ผลิตบัณฑิตที่มีจรรยาบรรณต้องช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างเร่งด่วนไม่ว่าจะกำลังปฏิบัติหน้าที่อยู่หรือไม่ โดยปฏิบัติตามหลักมนุษยธรรม
-คิดว่าแพทย์กับผู้ป่วยมีช่องว่างอยู่มาก การเพิ่มจริยธรรมให้แพทย์ก็จะแก้ปัญหาได้
-ควรมีการจัดอบรมจริยธรรมในทุกสัปดาห์หรือทุกเดือนเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้รับข้อมูลจริยธรรมที่ถูกต้อง และควรจัดให้มีการฝึกสมาธิให้แก่นักเรียนแพทย์
-แพทย์ไม่ควรเลือกปฏิบัติน่าจะเป็นจริยธรรมที่สำคัญที่สุด ไม่ควรแบ่งแยกชนชั้นในการรักษาผู้ป่วย
-แพทย์ไม่ควรเลือกปฏิบัติ ควรรักษาอย่างเต็มความสามารถ
-ในโรงพยาบาลของรัฐการให้บริการควรรักษาให้เท่าเทียมกัน เสมอภาคกัน
-ควรให้ความเท่าเทียมกัน เพราะชีวิตของทุกคนมีความสำคัญเท่ากัน
-ในโรงพยาบาลของรัฐควรจะพูดจาในการให้บริการประชาชนทุกคนเท่ากัน ไม่ควรแบ่งชนชั้น แบ่งจากฐานนะการเงิน และควรได้รับสิทธิในการรักษาเท่าเทียมกัน
-ต้องลดความเหลื่อมล้ำในการรักษา เพราะไม่ว่าคนรวยหรือคนจนเมื่อเป็นโรคก็อยากหายเหมือนกัน
-แพทย์ควรใส่ใจผู้ป่วยให้มากกว่านี้ ปฏิบัติตนไม่ให้มี ๒ มาตรฐาน
-ควรรักษาผู้ป่วยทุกระดับด้วยจรรยาบรรณการแพทย์ที่เสมอกัน
-แพทย์ควรอุทิศเวลาในการรักษาผู้ป่วยให้เต็มที่
-คิดว่าในบางกรณีแพทย์คือพระเจ้า ในบางกรณีแพทย์คือซาตาน ซึ่งการแบ่งกันก็มาจากจริยธรรมของแพทย์ว่าจะเป็นพระเจ้าหรือซาตาน
-คิดว่าจำนวนของแพทย์ไม่สอดคล้องกับจำนวนประชากร ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติที่ไม่ทั่วถึงส่งผลต่อจริยธรรมในวิชาชีพด้วย
-ควรจัดทำแนวทางจริยธรรมสำหรับนักศึกษาแพทย์
-แพทย์ควรไปตรวจผู้ป่วยที่โรงพยาบาลให้ตรงเวลา
-ควรเพิ่มแพทย์ที่จบใหม่ให้มากขึ้น
-แพทยสภาต้องมีบทบาทมากขึ้น
-มีช่องทางในการรับเรื่องร้องเรียน เช่น สายด่วน
-แพทย์ไม่ควรใช้คำพูดในทำนองว่ากล่าวผู้ป่วย ควรจะใช้คำที่รักษาน้ำใจผู้ป่วย

-เห็นด้วยกับงานวิจัยนี้อย่างมาก หากแพทย์ได้นำแนวทางไปปฏิบัติจะเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน
-คิดว่างานวิจัยนี้มีประโยชน์ในการไปปรับใช้กับนักศึกษาแพทย์เป็นอย่างมาก
-เห็นด้วยกับผู้วิจัยในการจัดทำแนวทางจริยธรรม เพราะจะนำซึ่งสัมฤทธิ์ผลในการอาชีพด้านนี้
-ควรใช้สื่อประชาสัมพันธ์ด้านจริยธรรมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้แพทย์ได้ตระหนักถึงภารกิจของตนอยู่เสมอ

ตารางที่ ๕๕ ผลการวิเคราะห์สรุปรวมของการยอมรับ ระดับความผิดจริยธรรม และค่าความสัมพันธ์ระหว่างกันจากตัวอย่างทั้งหมด

กรณีประเด็นจริยธรรม	การยอมรับ	ระดับความผิดจริยธรรม	ค่าความสัมพันธ์
แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด	ผิดระดับต่ำ	ต่ำ
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด	ผิดระดับปานกลาง	ค่อนข้างต่ำ
แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	ยอมรับไม่ได้	ผิดระดับสูง	ค่อนข้างต่ำ
แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด	ผิดระดับปานกลาง	ค่อนข้างต่ำ
แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง	ยอมรับไม่ได้	ผิดระดับสูง	ค่อนข้างต่ำ
แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด	ผิดระดับต่ำ	ค่อนข้างต่ำ
แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด	ผิดระดับปานกลาง	
แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด	ผิดระดับต่ำ	ค่อนข้างต่ำ
แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด	ผิดระดับต่ำ	ค่อนข้างต่ำ

กรณีประเด็นจริยธรรม	การยอมรับ	ระดับความผิดจริยธรรม	ค่าความสัมพันธ์
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล	ยอมรับไม่ได้	ผิดระดับสูง	ปานกลาง
การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามส่วนตัว	ยอมรับไม่ได้	ผิดระดับสูง	ปานกลาง
แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย	ยอมรับไม่ได้	ผิดระดับสูง	ค่อนข้างต่ำ
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำใบแสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตาย แต่แพทย์ไม่ดำเนินการตามนั้นเพราะคิดว่าไม่อยากทำให้ผู้ป่วยตาย	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด	ผิดระดับปานกลาง	ค่อนข้างต่ำ
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์	ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด	ผิดระดับปานกลาง	ปานกลาง
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป	ผิดระดับปานกลาง	ค่อนข้างต่ำ
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป	ผิดระดับปานกลาง	ค่อนข้างต่ำ
การปฏิบัติตัวโดยรวมเกี่ยวกับด้านจริยธรรมของแพทย์ในคลินิก	ยอมรับได้แต่ต้องดูเป็นรายกรณีไป	ผิดระดับปานกลาง	ค่อนข้างต่ำ

ค่าการยอมรับและค่าความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมในประเด็นต่างๆ มีความสัมพันธ์กันค่อนข้างต่ำ และส่วนใหญ่พบว่ามีระดับการยอมรับอยู่ในระดับยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียดหรือเป็นรายกรณีไป ส่วนระดับความผิดก็จะมีระดับอยู่ที่คิดว่าน่าจะผิดในระดับปานกลาง โดยจะยอมรับไม่ได้ในเรื่อง แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน, แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง, การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล และ ในนามส่วนตัว โดยในกรณีเหล่านี้ที่ยอมรับไม่ได้ค่าระดับที่คิดว่าน่าจะผิดจริยธรรมก็จะมีค่าสูงด้วยในทุกกรณีซึ่งมีความสอดคล้องกัน แต่ก็ยังมีความเห็นที่แตกต่างกันออกไปมากพอสมควร เพราะระดับความสัมพันธ์ก็ยังคงค่อนข้างต่ำ ยกเว้นในเรื่องการรับค่าตอบแทนในการ

สั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ในนามโรงพยาบาล และ ในนามส่วนตัว ที่เห็นด้วยไปแบบเดียวกันมากกว่า เพราะมีค่าความสัมพันธ์สูงขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ ๕๖ วิเคราะห์เปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มเพศ ในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์

รายการ	t
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์ ระหว่างกลุ่มเพศหญิงและชาย	๒.๔๔๗*

* มีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๕

เพศชายมีค่าการยอมรับเฉลี่ยอยู่ที่ระดับ ๑.๘๒๖ ในการกระทำโดยรวมของแพทย์ มากกว่า เพศหญิงที่มีค่าการยอมรับเฉลี่ยอยู่ที่ ๑.๗๕๕ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

ตารางที่ ๕๗ วิเคราะห์เปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มเพศ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์

รายการ	t
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ ระหว่างกลุ่มเพศหญิงและชาย	-๒.๖๕๔**

**มีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๑

เพศชายมีค่าระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ เฉลี่ยที่ ๓.๑๕๖ ซึ่งน้อยกว่าค่าระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ ซึ่งเฉลี่ยที่ ๓.๓๓๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

ตารางที่ ๕๘ วิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มอายุ ในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์

รายการ	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่มอายุ	๑.๐๐๖	๕	.๒๐๑	๒.๑๔๑
รายการ	**SS**	**df**	**MS**	**F**
ภายในกลุ่มอายุ	๔๗.๒๐๐	๕๐๒	.๐๙๔	
รวม	๔๘.๒๐๗	๕๐๗		

- ไม่มีระดับนัยสำคัญ

ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มอายุ ในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์ ไม่มีกลุ่มอายุใดที่มีค่าแตกต่างออกไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกกลุ่มอายุก็มีค่าการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์อยู่ในระดับพอๆ กัน

ตารางที่ ๕๙ วิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มอายุ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์

รายการ	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่มอายุ	๑๑.๗๕๔	๕	๒.๓๕๑	๔.๕๐๕**
ภายในกลุ่มอายุ	๒๕๕.๑๖๐	๔๘๙	.๕๒๒	
รวม	๒๖๖.๙๑๔	๔๙๔		

** มีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางการวิเคราะห์ความแปรปรวน ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มอายุ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ มีอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มอายุ ที่มีค่าแตกต่างออกไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ๐.๐๑

ตารางที่ ๖๐ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มอายุ หลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มอายุ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์

กลุ่มอายุ	การแบ่งกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕	
	๑	๒
น้อยกว่า ๒๐ ปี	๒.๘๘๖๐	
๖๑ ปีขึ้นไป	๒.๘๙๒๙	
๕๑-๖๐ ปี	๓.๑๑๓๐	๓.๑๑๓๐
๒๑-๓๐ ปี	๓.๑๓๓๖	๓.๑๓๓๖
๓๑-๔๐ ปี		๓.๓๕๐๒
๔๑-๕๐ ปี		๓.๔๐๖๑

กลุ่มอายุ น้อยกว่า ๒๐ ปี และกลุ่มอายุ ๖๑ ปีขึ้นไป มีค่าระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ น้อยออกไปจากกลุ่ม ๓๑-๔๐ ปี และกลุ่ม ๔๑-๕๐ ปี ซึ่งมีความคิดะเห็นว่าน่าจะมี

ความผิดในระดับที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มอายุอื่นก็ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕

ตารางที่ ๖๑ วิเคราะห์เปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มรายได้ ในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์

รายการ	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่มรายได้	๑.๔๓๑	๖	.๒๓๙	๒.๕๕๕*
ภายในกลุ่มรายได้	๔๖.๗๗๕	๕๐๑	.๐๙๓	
รวม	๔๘.๒๐๗	๕๐๗		

* มีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๕

ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มรายได้ ในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์ อย่างน้อยมีหนึ่งกลุ่มรายได้ที่แตกต่างออกไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

ตารางที่ ๖๒ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มรายได้ หลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มรายได้ ในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์

กลุ่มอายุ	การแบ่งกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕	
	๑	๒
๕๐,๐๐๑-๑๐๐,๐๐๐ บาท	๑.๗๓๑๓	
๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาท	๑.๗๖๓๑	
๑๐๐,๐๐๑ บาท ขึ้นไป	๑.๗๖๖๓	
ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	๑.๗๖๘๓	
๒๐,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาท	๑.๘๒๒๗	๑.๘๒๒๗
๑๕,๐๐๑-๒๐,๐๐๐ บาท	๑.๘๒๔๗	๑.๘๒๔๗
๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท		๑.๘๙๖๐

กลุ่มรายได้ ๕๐,๐๐๑-๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน, ๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน และกลุ่ม ๑๐๐,๐๐๑ บาทต่อเดือน ขึ้นไป มีค่าการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์ น้อยกว่ากลุ่มอื่น และกลุ่มรายได้ ๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน มีค่าการยอมรับมากกว่ากลุ่มอื่นออกไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ โดยกลุ่มรายได้กลุ่มอื่นไม่แตกต่างไปจากทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ ๖๓ วิเคราะห์เปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มรายได้ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์

รายการ	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่มรายได้	๖.๗๓๖	๖	๑.๑๒๓	๒.๑๐๖
ภายในกลุ่มรายได้	๒๖๐.๑๗๘	๔๘๘	.๕๓๓	
รวม	๒๖๖.๘๑๔	๔๙๔		

-ไม่มีระดับนัยสำคัญ

ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มรายได้ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ ไม่มีกลุ่มใดแตกต่างออกไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ ๖๔ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มรายได้ หลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มรายได้ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์

กลุ่มอายุ	การแบ่งกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕	
	๑	๒
๑๐๐,๐๐๑ บาท ขึ้นไป	๓.๐๔๓๘	
๑๕,๐๐๑-๒๐,๐๐๐ บาท	๓.๒๐๕๓	๓.๒๐๕๓
๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท	๓.๒๐๘๔	๓.๒๐๘๔
๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาท	๓.๒๑๒๘	๓.๒๑๒๘
๕๐,๐๐๑-๑๐๐,๐๐๐ บาท	๓.๒๙๖๒	๓.๒๙๖๒
ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	๓.๓๐๑๙	๓.๓๐๑๙
๒๐,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาท		๓.๔๗๐๖

กลุ่มรายได้ ๑๐๐,๐๐๑ บาทต่อเดือน ขึ้นไป มีค่าระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ ต่ำที่สุดแตกต่างออกไปจากกลุ่ม ๒๐,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน ซึ่งมีค่าสูงออกไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ โดยกลุ่มรายได้อื่นไม่แตกต่างไปจากสองกลุ่มนี้

ตารางที่ ๖๕ วิเคราะห์เปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มระดับการศึกษา ในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์

รายการ	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่มระดับการศึกษา	.๕๒๐	๖	.๐๘๗	.๙๑๑
ภายในกลุ่มระดับการศึกษา	๔๗.๖๘๗	๕๐๑	.๐๙๕	
รวม	๔๘.๒๐๗	๕๐๗		

-ไม่มีระดับนัยสำคัญ

ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีกลุ่มใดแตกต่างออกไป ในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์

ตารางที่ ๖๖ วิเคราะห์เปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มระดับการศึกษา ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์

รายการ	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่มระดับการศึกษา	๗.๖๕๘	๖	๑.๒๗๖	๒.๔๐๒*
ภายในกลุ่มระดับการศึกษา	๒๕๙.๒๕๖	๔๘๘	.๕๓๑	
รวม	๒๖๖.๙๑๔	๔๙๔		

*มีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางการวิเคราะห์ความแปรปรวน กลุ่มอายุของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ มีอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความคิดเห็นแตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ๐.๐๕

ตารางที่ ๖๗ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มระดับการศึกษา หลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มระดับการศึกษา ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์

กลุ่มอายุ	การแบ่งกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕	
	๑	๒
ประถมศึกษา	๒.๗๒๙๐	
ปริญญาเอก	๒.๘๗๙๐	๒.๘๗๙๐

กลุ่มอายุ	การแบ่งกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕	
	๑	๒
มัธยมต้น	๓.๑๒๐๙	๓.๑๒๐๙
ปริญญาตรี	๓.๒๓๘๒	๓.๒๓๘๒
อนุปริญญา		๓.๒๗๑๘
มัธยมปลาย		๓.๒๘๗๕
ปริญญาโท		๓.๔๑๒๖

จากผลการวิเคราะห์หลังการวิเคราะห์ความแปรปรวน ของแต่ละกลุ่มระดับการศึกษา ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษานั้นมีค่าต่ำที่สุดแตกต่างออกไป จากระดับอนุปริญญา, มัธยมปลาย และระดับปริญญาโท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ส่วนระดับอื่นๆ ไม่แตกต่างออกไปจากทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ ๖๘ วิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์

รายการ	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๑๐.๖๕๙	๗	๑.๕๒๓	๒๐.๒๗๖**
ภายในกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๓๗.๕๔๘	๕๐๐	.๐๗๕	
รวม	๔๘.๒๐๗	๕๐๗		

** มีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางการวิเคราะห์ความแปรปรวน ประเภทของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์ มีอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความคิดเห็นแตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ๐.๐๑

ตารางที่ ๖๙ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ หลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์

กลุ่มอายุ	**การแบ่งกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕**			
	๑	๒	๓	๔
ผู้พิพากษา	๑.๖๓๓๗			
กลุ่มอายุ	**การแบ่งกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕**			
	๑	๒	๓	๔
องค์กรเฝ้าระวังฯ	๑.๖๖๘๕	๑.๖๖๘๕		
อัยการ	๑.๗๒๓๑	๑.๗๒๓๑		
ผู้รับบริการฯหรือครอบครัว		๑.๗๗๔๔		
แพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา		๑.๗๗๖๗		
แพทย์ในองค์กรวิชาชีพแพทย์		๑.๗๗๘๘		
ตำรวจ			๑.๙๖๗๐	
ทนายความ				๒.๓๙๘๖

ประเภทของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์ กลุ่มผู้พิพากษา มีค่าการยอมรับต่ำสุด โดยมีกลุ่มองค์กรเฝ้าระวัง และอัยการ ก็มีค่าการยอมรับน้อย แตกต่างออกมาจากกลุ่มอื่น ในกลุ่มแพทย์ และแพทย์ในองค์กรวิชาชีพแพทย์ มีค่าการยอมรับที่สูงขึ้นแตกต่างออกไป ส่วนกลุ่มตำรวจก็มีระดับการยอมรับที่สูงขึ้นไปอีกที่แตกต่างออกไป โดยกลุ่มทนายความมีค่าการยอมรับสูงสุดแตกต่างไปจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

ตารางที่ ๗๐ วิเคราะห์เปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์

รายการ	**SS**	**df**	**MS**	**F**
ระหว่างกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๑๘.๓๙๓	๗	๒.๖๒๘	๕.๑๔๙**
ภายในกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๒๔๘.๕๒๒	๔๘๗	.๕๑๐	
รวม	๒๖๖.๙๑๔	๔๙๔		

**มีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางการวิเคราะห์ความแปรปรวน ประเภทของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ มีอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความคิดเห็นแตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ๐.๐๑

ตารางที่ ๗๑ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์หลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์

กลุ่มอายุ	**การแบ่งกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕**		
	๑	๒	๓
แพทย์ในองค์กรวิชาชีพแพทย์	๒.๕๗๗๕		
แพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา	๓.๑๒๖๘	๓.๑๒๖๘	
ตำรวจ	๓.๑๗๐๓	๓.๑๗๐๓	
ผู้รับบริการฯหรือครอบครัว	๓.๒๑๔๕	๓.๒๑๔๕	
ทนายความ	๓.๒๕๒๐	๓.๒๕๒๐	
ผู้พิพากษา		๓.๓๖๔๗	
อัยการ		๓.๔๖๒๕	๓.๔๖๒๕
องค์กรเฝ้าระวังฯ			๓.๗๔๒๑

ประเภทของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ แพทย์ในองค์กรวิชาชีพแพทย์ มีความคิดเห็นว่าน่าจะผิดต่ำสุด แต่ก็ไม่ได้แตกต่างกับกลุ่ม แพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา, ตำรวจ, ผู้รับบริการฯหรือครอบครัว และทนายความ โดยในส่วนของผู้พิพากษา และอัยการ จะมีความคิดเห็นว่าผิดในระดับที่สูงขึ้นไปอย่างแตกต่างจากกลุ่มเดิม ส่วนในกลุ่มองค์กรเฝ้าระวังนั้นเห็นว่ามีความผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์อยู่ในระดับสูงสุดที่แตกต่างออกไปอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๕

วิเคราะห์แยกในแต่ละประเด็น

ประเด็นที่ ๑ ประเด็นเรื่อง ความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล

ตารางที่ ๗๒ วิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความยอมรับ ในประเด็นเรื่อง ความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล ของแพทย์

รายการ	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๑๔.๔๓๒	๗	๒.๐๖๒	๑๘.๔๘๑**
ภายในกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๕๕.๗๘๑	๕๐๐	.๑๑๒	
รวม	๗๐.๒๑๓	๕๐๗		

**มีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๑

จากค่าในตารางการวิเคราะห์ความแปรปรวน ระดับการยอมรับของตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอาชีพที่แตกต่างกัน มีอย่างน้อย ๑ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการยอมรับในประเด็นเรื่อง ความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล ของแพทย์ แตกต่างออกไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

ตารางที่ ๗๓ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ หลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความยอมรับ ในประเด็นเรื่อง ความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล ของแพทย์

กลุ่มประเภท	การแบ่งกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕			
	๑	๒	๓	๔
ผู้พิพากษา	๑.๗๗๗๘			
ผู้รับบริการฯหรือครอบครัว	๑.๗๕๖๒			
องค์กรเฝ้าระวังฯ	๑.๘๒๑๓			
ตำรวจ	๑.๘๖๓๑			
อัยการ	๑.๕๑๖๗	๑.๕๑๖๗		
แพทย์ในองค์กรวิชาชีพแพทย์		๒.๐๓๑๓	๒.๐๓๑๓	
แพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา			๒.๑๑๗๕	
ทนายความ				๒.๔๑๖๗

ประเภทของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ที่มีค่าการยอมรับในประเด็นเรื่อง ความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล ของแพทย์ ส่วนที่มีค่าน้อยแตกต่างมาจากกลุ่มอื่นคือ กลุ่มผู้พิพากษา, ผู้รับบริการทางการแพทย์หรือครอบครัว, องค์กรเฝ้าระวัง, ตำรวจ และอัยการ ส่วนแพทย์ในองค์กรวิชาชีพแพทย์ และแพทย์หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา มีค่าการยอมรับในเรื่องนี้สูงขึ้นแตกต่างออกมา และในส่วนของกลุ่มทนายความมีค่าการยอมรับที่มากที่สุดและแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ ทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๕

ตารางที่ ๗๔ วิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง ความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล ของแพทย์

รายการ	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๓๔.๗๔๕	๗	๔.๔๗๑	๗.๗๔๕**
ภายในกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๓๐๗.๓๗๖	๔๘๒	.๖๓๘	
รวม	๓๔๒.๑๗๑	๔๘๔		

**มีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๑

ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง ความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล ของแพทย์ อย่างน้อยมีหนึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความคิดเห็นแตกต่างออกไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

ตารางที่ ๗๕ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ หลังการวิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง ความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล ของแพทย์

กลุ่มประเภท	การแบ่งกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕			
	๑	๒	๓	๔
แพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา	๒.๕๓๐๑			
แพทย์ในองค์กรวิชาชีพแพทย์	๒.๖๕๗๘	๒.๖๕๗๘		
ผู้พิพากษา	๒.๘๕๓๔	๒.๘๕๓๔	๒.๘๕๓๔	

กลุ่มประเภท	การแบ่งกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕			
	๑	๒	๓	๔
ตำรวจ	๒.๘๙๘๘	๒.๘๙๘๘	๒.๘๙๘๘	
อัยการ		๒.๙๕๐๐	๒.๙๕๐๐	๒.๙๕๐๐
ผู้รับบริการฯหรือครอบครัว			๓.๑๐๕๔	๓.๑๐๕๔
ทนายความ			๓.๒๑๒๑	๓.๒๑๒๑
องค์กรเฝ้าระวังฯ				๓.๓๒๘๕

กลุ่มแพทย์หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา มีค่าระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง ความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล ของแพทย์ ต่ำสุด แตกต่างจากกลุ่มอัยการซึ่งมีระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมสูงขึ้นเป็นกลุ่มที่ ๒ ส่วน แพทย์ ผู้พิพากษา และตำรวจก็ไม่แตกต่างจากกลุ่มแรกและกลุ่มที่ ๒ ผู้รับบริการฯหรือครอบครัวและทนายความ มีระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมสูงขึ้นเป็นกลุ่มที่ ๓ โดยกลุ่มผู้พิพากษา ตำรวจ และอัยการ ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ ๒ และกลุ่มที่ ๓ โดยมีองค์กรเฝ้าระวังฯ มีค่าระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมในประเด็นนี้สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยกลุ่ม อัยการ ผู้รับบริการฯหรือครอบครัว และกลุ่มทนายความ ก็ไม่แตกต่างจากกลุ่ม ๓ และกลุ่ม ๔

<u>ประเด็นที่ ๒ ประเด็นเรื่อง สินบนแพทย์</u>

ตารางที่ ๓๖ วิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความยอมรับ ในประเด็นเรื่อง สินบนแพทย์

รายการ	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๗.๗๓๕	๗	๑.๑๐๕	๖.๕๑๑**
ภายในกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๘๔.๕๑๒	๔๙๘	.๑๗๐	
รวม	๙๒.๒๔๗	๕๐๕		

**มีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๑

ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความยอมรับ ในประเด็นเรื่อง สินบนแพทย์ มีอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการยอมรับแตกต่างออกไปอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๑

ตารางที่ ๗๗ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ หลังการวิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความยอมรับ ในประเด็นเรื่อง สินบนแพทย์

กลุ่มประเภท	**การแบ่งกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕**			
	๑	๒	๓	๔
องค์กรเฝ้าระวังฯ	๑.๖๘๑๖			
ผู้พิพากษา	๑.๗๘๐๐	๑.๗๘๐๐		
ตำรวจ	๑.๘๑๔๓	๑.๘๑๔๓		
แพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา		๑.๙๑๙๐	๑.๙๑๙๐	
อัยการ			๒.๐๒๐๐	๒.๐๒๐๐
ผู้รับบริการฯหรือครอบครัว			๒.๐๒๔๐	๒.๐๒๔๐
แพทย์ในองค์กรวิชาชีพแพทย์			๒.๐๓๒๐	๒.๐๓๒๐
ทนายความ				๒.๑๘๑๘

กลุ่มองค์กรเฝ้าระวังฯ มีค่าการยอมรับในประเด็นเรื่องสินบนแพทย์ต่ำสุด แตกต่างจากกลุ่มแพทย์หรือแพทย์ผู้ให้การรักษาที่มีค่าการยอมรับสูงขึ้น โดยกลุ่มผู้พิพากษา และตำรวจ ก็ไม่แตกต่างจากกลุ่ม ๑ และกลุ่ม ๒ โดยกลุ่มอัยการ, กลุ่มผู้รับบริการฯหรือครอบครัว และแพทย์ในองค์กรวิชาชีพมีระดับการยอมรับสูงขึ้นเป็นกลุ่มที่ ๓ ซึ่งกลุ่มแพทย์หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ๒ และกลุ่ม ๓ ส่วนกลุ่มทนายความมีค่าการยอมรับในประเด็นนี้สูงสุดแตกต่างออกไปเป็นกลุ่มที่ ๔ โดยกลุ่ม อัยการ, ผู้รับบริการฯหรือครอบครัว และแพทย์ในองค์กรวิชาชีพไม่แตกต่างจากกลุ่ม ๓ และกลุ่ม ๔

ตารางที่ ๗๘ วิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง สินบนแพทย์

รายการ	**SS**	**df**	**MS**	**F**
ระหว่างกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๔๒.๒๖๘	๗	๖.๐๓๘	๗.๕๕๕**
ภายในกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๓๘๓.๖๔๓	๔๘๐	.๗๙๙	
รวม	๔๒๕.๙๑๑	๔๘๗		

**มีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๑

ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง สินบนแพทย์ มีอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มประเภทตัวอย่างที่มีค่าแตกต่างออกไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

ตารางที่ ๗๙ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์หลังการวิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง สินบนแพทย์

กลุ่มประเภท	**การแบ่งกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕**	
	๑	๒
แพทย์ในองค์กรวิชาชีพแพทย์	๒.๖๘๖๒	
ผู้รับบริการฯหรือครอบครัว	๒.๘๕๓๑	
แพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา	๒.๘๕๖๒	
ทนายความ	๒.๙๓๖๔	
อัยการ	๒.๙๕๐๐	
ตำรวจ	๒.๙๘๕๗	
ผู้พิพากษา		๓.๕๓๖๗
องค์กรเฝ้าระวังฯ		๓.๖๙๐๓

กลุ่มแพทย์ในองค์กรวิชาชีพแพทย์, ผู้รับบริการฯหรือครอบครัว, แพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา, ทนายความ, อัยการ และตำรวจ มีค่าระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมในประเด็นเรื่องสินบนแพทย์น้อยกว่า ผู้พิพากษา และองค์กรเฝ้าระวัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

<u>ประเด็นที่ ๓ ประเด็นเรื่อง สิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม</u>

ตารางที่ ๘๐ วิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความยอมรับ ในประเด็นเรื่อง ประเด็นเรื่อง สิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม ของแพทย์

รายการ	**SS**	**df**	**MS**	**F**
ระหว่างกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๔๓.๒๒๕	๗	๖.๑๗๕	๓๐.๕๖๔**
รายการ	**SS**	**df**	**MS**	**F**
ภายในกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๑๐๐.๘๑๔	๔๙๙	.๒๐๒	
รวม	๑๔๔.๐๓๙	๕๐๖		

**มีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๑

ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความยอมรับ ในประเด็นเรื่อง ประเด็นเรื่อง สิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอมของแพทย์ มีอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มประเภทตัวอย่างที่มีระดับความยอมรับในประเด็นนี้แตกต่างออกไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

ตารางที่ ๘๑ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ หลังการวิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความยอมรับ ในประเด็นเรื่อง ประเด็นเรื่อง สิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม ของแพทย์

กลุ่มประเภท	**การแบ่งกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕**		
	๑	๒	๓
อัยการ	๑.๒๗๐๐		
ผู้พิพากษา	๑.๒๗๐๐		
แพทย์ในองค์กรวิชาชีพแพทย์	๑.๓๕๐๐		
องค์กรเฝ้าระวังฯ	๑.๔๒๓๘		
แพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา	๑.๔๓๑๔		
ผู้รับบริการฯหรือครอบครัว	๑.๔๘๘๕		
ตำรวจ		๒.๑๐๓๖	
ทนายความ			๒.๖๔๐๘

กลุ่มอัยการ, กลุ่มผู้พิพากษา, กลุ่มแพทย์ในองค์กรวิชาชีพแพทย์, องค์กรเฝ้าระวัง และกลุ่มผู้รับบริการฯหรือครอบครัว มีค่าการยอมรับในประเด็นสิทธิผู้ป่วยฯ อยู่ในระดับที่น้อยกว่ากลุ่มตำรวจ ซึ่งมีค่าการยอมรับสูงขึ้นในประเด็นนี้ และกลุ่มทนายความ มีค่าการยอมรับสูงสุดในประเด็นนี้แตกต่างออกไป

ตารางที่ ๘๒ วิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง ประเด็นเรื่อง สิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม ของแพทย์

รายการ	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๒๗.๕๑๑	๗	๓.๙๓๐	๓.๕๔๐**
ภายในกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๕๓๖.๑๖๔	๔๘๓	๑.๑๑๐	
รวม	๕๖๓.๖๗๕	๔๙๐		

**มีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๑

ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง ประเด็นเรื่อง สิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม ของแพทย์ มีอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มมีค่าระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมในประเด็นนี้แตกต่างออกไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

ตารางที่ ๘๓ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ หลังการวิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง ประเด็นเรื่อง สิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม ของแพทย์

กลุ่มประเภท	การแบ่งกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕			
	๑	๒	๓	๔
ตำรวจ	๓.๒๗๕๐			
แพทย์ในองค์กรวิชาชีพแพทย์	๓.๓๘๖๒	๓.๓๘๖๒		
ผู้รับบริการฯหรือครอบครัว	๓.๖๓๕๐	๓.๖๓๕๐	๓.๖๓๕๐	
ทนายความ	๓.๖๖๓๖	๓.๖๖๓๖	๓.๖๖๓๖	

กลุ่มประเภท	การแบ่งกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕			
	๑	๒	๓	๔
แพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา	๓.๖๖๘๖	๓.๖๖๘๖	๓.๖๖๘๖	
ผู้พิพากษา		๓.๘๓๓๕	๓.๘๓๓๕	๓.๘๓๓๕
องค์กรเฝ้าระวังฯ			๔.๑๕๒๓	๔.๑๕๒๓
อัยการ				๔.๒๗๗๘

กลุ่มตำรวจ มีระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมในประเด็นเรื่องที่แพทย์ไม่ทำตามสิทธิผู้ป่วย อยู่ในระดับต่ำสุด แต่ต่างจากกลุ่มผู้พิพากษาซึ่งมีระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมสูงขึ้นเป็นกลุ่มที่ ๒ โดยกลุ่มแพทย์ในองค์กรวิชาชีพ, ผู้รับบริการฯหรือครอบครัว, ทนายความ และแพทย์หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ ๑ และกลุ่มที่ ๒ กลุ่มองค์กรเฝ้าระวังฯ จะมีระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมสูงขึ้นแตกต่างออกไปเป็นกลุ่มที่ ๓ โดยกลุ่มผู้รับบริการฯหรือครอบครัว, ทนายความ, แพทย์หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา และผู้พิพากษา ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ ๒ และกลุ่มที่ ๓ แต่มีกลุ่มอัยการที่มีระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมในเรื่องนี้สูงมากที่สุดแตกต่างออกไป โดยกลุ่มผู้พิพากษา และกลุ่มองค์กรเฝ้าระวังมีค่าไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ ๓ และกลุ่มที่ ๔

<u>ประเด็นที่ ๔ ประเด็นเรื่อง การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง</u>

ตารางที่ ๘๔ วิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความยอมรับ ในประเด็นเรื่อง การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ของแพทย์

รายการ	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๘.๑๒๙	๗	๑.๑๖๑	๔.๓๗๓**
ภายในกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๑๓๐.๓๙๓	๔๙๑	.๒๖๖	
รวม	๑๓๘.๕๒๒	๔๙๘		

**มีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๑

ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความยอมรับ ในประเด็นเรื่อง การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ของแพทย์ มีอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มที่มีค่าการยอมรับในเรื่องนี้แตกต่างออกไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

ตารางที่ ๘๕ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ หลังการวิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความยอมรับ ในประเด็นเรื่อง การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ของแพทย์

กลุ่มประเภท	การแบ่งกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕		
	๑	๒	๓
แพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา	๑.๖๖๐๒		
แพทย์ในองค์กรวิชาชีพแพทย์	๑.๗๓๔๐		
องค์กรเฝ้าระวังฯ	๑.๘๑๐๐	๑.๘๑๐๐	
ผู้พิพากษา	๑.๘๑๖๗	๑.๘๑๖๗	
อัยการ	๑.๘๕๐๐	๑.๘๕๐๐	
ผู้รับบริการฯหรือครอบครัว	๑.๙๒๗๑	๑.๙๒๗๑	๑.๙๒๗๑
ตำรวจ		๒.๐๓๕๗	๒.๐๓๕๗
ทนายความ			๒.๑๑๓๖

กลุ่มแพทย์หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา และกลุ่มแพทย์จากองค์กรวิชาชีพ มีระดับการยอมรับในประเด็นเรื่อง การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ของแพทย์ ต่ำที่สุด แตกต่างจากกลุ่มตำรวจ ซึ่งมีค่าการยอมรับที่สูงขึ้นเป็นกลุ่มที่ ๒ โดยมีกลุ่ม องค์กรเฝ้าระวังฯ, ผู้พิพากษา และอัยการ ไม่แตกต่างจากลุ่มที่ ๑ และกลุ่มที่ ๒ และกลุ่มทนายความมีค่าการยอมรับสูงที่สุดแตกต่างไปจากกลุ่มอื่น โดยผู้รับบริการฯหรือครอบครัวและกลุ่มตำรวจ มีค่าไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ ๒ และกลุ่มที่ ๓

ตารางที่ ๘๖ วิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ของแพทย์

รายการ	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๒๒.๙๐๑	๗	๓.๒๗๒	๒.๗๐๓**
ภายในกลุ่มประเภทตัวอย่าง	๕๖๐.๓๙๖	๔๖๓	๑.๒๑๐	
รวม	๕๘๓.๒๙๗	๔๗๐		

**มีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๑

ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ของแพทย์ มีอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มมีค่าระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมในเรื่องนี้ แตกต่างออกไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

ตารางที่ ๘๗ วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ หลังการวิเคราะห์ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม ในประเด็นเรื่อง การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ของแพทย์

กลุ่มประเภท	**การแบ่งกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕**		
	๑	๒	๓
ทนายความ	๒.๘๖๓๖		
ผู้พิพากษา	๒.๘๖๕๔		
ผู้รับบริการฯหรือครอบครัว	๒.๙๙๗๔	๒.๙๙๗๔	
อัยการ	๓.๐๕๐๐	๓.๐๕๐๐	๓.๐๕๐๐
แพทย์ในองค์กรวิชาชีพแพทย์	๓.๑๕๔๘	๓.๑๕๔๘	๓.๑๕๔๘
แพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา	๓.๓๑๕๘	๓.๓๑๕๘	๓.๓๑๕๘
องค์กรเฝ้าระวังฯ		๓.๔๘๙๔	๓.๔๘๙๔
ตำรวจ			๓.๖๒๕๐

กลุ่มทนายความ และผู้พิพากษา มีระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมในประเด็นเรื่อง การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ของแพทย์ต่ำสุด แตกต่างจากองค์กรเฝ้าระวังฯ ซึ่งมีค่าระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมในเรื่องนี้มากขึ้นเป็นกลุ่มที่ ๒ โดยมีกลุ่มผู้รับบริการฯหรือครอบครัว, อัยการ, แพทย์ในองค์กรวิชาชีพแพทย์ และแพทย์หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา ไม่แตกต่างจากลุ่มที่ ๑ และกลุ่มที่ ๒ และมีกลุ่มตำรวจที่มีค่าระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมในเรื่องนี้สูงสุดแตกต่างจากกลุ่มอื่นออกไป โดยกลุ่มอัยการ, แพทย์ในองค์กรวิชาชีพแพทย์, แพทย์หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา และองค์กรเฝ้าระวัง ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ ๒ และกลุ่มที่ ๓

บทที่ ๖
สรุป อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

สรุปประเด็นจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย

จากการศึกษาผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๑๑ ราย พบว่าผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ผลของการศึกษาในส่วนของแนวคิดนั้นสรุปที่เป็นประเด็นหลักดังนี้

๑. จริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ไม่เข้มแข็งพอจึงตกอยู่ในอำนาจของเศรษฐกิจ ที่ถูกครอบงำจาก ๒ ธุรกิจใหญ่ คือ ธุรกิจยา และธุรกิจโรงพยาบาล การนำโรงพยาบาลเข้าตลาดหุ้นนับเป็นการถูกครอบงำจากธุรกิจที่มีความผิดปกติ และความแปรผันต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์เป็นอย่างมาก

๒. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ในปัจจุบันมีความเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด จากที่เคยเคารพบูชาเป็นผู้มีพระคุณในการช่วยรักษายามทุกข์ยาก มาเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะพันธสัญญา ที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ต้องแลกด้วยเงินทองในการรักษาในฐานะผู้ป่วยเป็นผู้บริโภค

๓. แพทย์ต้องกระทำต่อผู้ป่วยด้วยเจตนาดี หลีกเลี่ยงจากอันตรายที่จะเกิดขึ้น และต้องเลือกสรรการรักษาโดยพิจารณาให้ตรงกับคนที่เหมาะสมที่สุด

๔. ต้องมีการผลักดันจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ให้เกิดเป็นบรรทัดฐานทางสังคม และนำไปสู่การปฏิบัติ

๕. การปฏิบัติตนตามหลักการสำคัญสองประการในการรักษาคือ ๑) ทำตามหน้าที่ ๒) ทำตามหลักวิชาการแพทย์

๖. การดำเนินการทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมาจะมีแนวทางที่จะยึดตามบางประเทศที่มีการนำกฎหมายมาใช้มากมาย มีมุมมองแต่ทางด้านเทคนิคไม่ได้มีมุมมองด้านจิตใจ ต้องพึงระวังในเรื่องกฎหมายที่อาจส่งผลทำให้เกิดความแตกแยก ปัญหาตามมาในประเด็นอื่น และการยึดถือเพียงสิทธิเป็นสำคัญแต่อย่างเดียวก็อาจส่งผลเสียได้ถ้าไม่มีการนำเรื่องหน้าที่เป็นสิ่งสำคัญที่ทุกฝ่ายต้องยึดถือก่อน

๗. ประเด็นในเรื่องเกี่ยวกับสินบนมีความสลับซับซ้อนขึ้นมากในปัจจุบัน เช่นมีการต่อต้านการออกหน่วยให้รักษาฟรีเพราะแพทย์ในพื้นที่เสียรายได้ การจัดเลี้ยงอาหารในที่ทำงานจากบริษัท หรือการให้ค่าตอบแทน ให้สัดส่วนร้อยละตอบแทน สิ่งตอบแทนที่มีความซับซ้อนมากขึ้น มีการจ่ายเงิน ให้เป็นสิ่งของ ให้เป็นผลิตภัณฑ์กันหลากหลายรูปแบบมากขึ้น จึงเป็นประเด็นทั้งประเด็นที่เกี่ยวกับบริษัทยา ประเด็นที่เกี่ยวกับผู้บริหาร และประเด็นต่อผู้ป่วย

๘. ในเรื่องสิทธิต่างๆ มีเพียงพอ แต่ต้องบังคับใช้ มีกระบวนการพิสูจน์ที่ดี และต้องมีการควบคุมหลังเกิดเหตุ ไม่ควรมีเวชระเบียนหายไปหลังเกิดเหตุ และอาจมีบางข้อที่อาจมีความคิดเห็นแตกต่างกันออกไป

๙. แพทย์อยู่ในฐานะที่เหนือกว่าผู้ป่วยและญาติในเรื่องการรักษาพยาบาล ให้คุณให้โทษกับผู้ป่วยได้ ควรมีจริยธรรมที่เหนือกว่า

๑๐. คำสอนของพระราชบิดา เป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องที่แพทย์ มองคนเป็นคนและปฏิบัติต่อเขาเห็นประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นที่หนึ่ง ซึ่งการเห็นประโยชน์ตนเป็นที่สองนี้ น่าจะเป็นคำสอนที่ดีที่สุด ใน เรื่องจริยธรรมแพทย์

สรุปประเด็นที่สำคัญ เพื่อดำเนินการจัดทำหัวข้อให้เป็นรายกรณีเพื่อเทียบเคียงในการตัดสินใจในประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ที่สำคัญ มีประเด็นดังนี้

ประเด็นที่ ๑ ประเด็นความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล

ประเด็นที่ ๒ ปัญหาเรื่องสินบนแพทย์

ประเด็นที่ ๓ ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม

ประเด็นที่ ๔ การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง

ประเด็นที่ ๕ การให้การศึกษาด้านจริยธรรม

สรุปความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ในประเด็นที่ย่อยจากประเด็นที่สำคัญ

จากการศึกษาประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้ผลดังนี้

<u>ประเด็นที่ ๑ ประเด็นความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล</u>

๑.๑ <u>การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์</u>

ในการที่แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อยเช่นปวดหัว ตัวร้อนเล็กน้อย หรือนอนไม่หลับ นั้นพบว่าในเรื่องนี้ส่วนใหญ่นั้นไม่เห็นด้วยเพราะคิดว่าผิดจริยธรรม โดยมีคำตอบที่ไม่เห็นด้วยเพราะคิดว่าแพทย์ผิดจริยธรรม ร้อยละ ๕๐ เห็นด้วย คิดว่าทำได้แพทย์มีเหตุผลและไม่ได้ผิดจริยธรรม ร้อยละ ๒๘.๗๕ และคิดว่ายอมรับได้โดยมีเงื่อนไขต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์จะผิดจริยธรรมหรือไม่ ร้อยละ ๒๑.๒๕

ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย คิดว่าผิดจริยธรรม เพราะการที่แพทย์จะรักษาผู้ป่วยนั้นน่าจะต้องมาเห็นผู้ป่วย แพทย์ต้องตรวจต่อหน้า ต้องจัดให้มีแพทย์เวรตลอดเวลา ต้องมีแพทย์อยู่ประจำ ทางโทรศัพท์แพทย์ไม่ได้ใช้เครื่องมือตรวจอาจผิดพลาดได้มีโอกาสผิดพลาดสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ชรา หรือ เด็ก ถ้าไม่เห็นผู้ป่วยอาจเกิดความผิดพลาดได้ หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ แพทย์ควรได้พบกับผู้ป่วย เพราะการรักษานั้นสำคัญมากคือการได้เห็นผู้ป่วย ถ้าไม่เห็นผู้ป่วยอาจจะสั่งยาผิดจากอาการเจ็บป่วยที่แท้จริง

ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ไม่เห็นผู้ป่วยจะทำให้เสี่ยงมากในการรักษาควรมีการตรวจร่างกายละเอียดและควรมีการประเมินการเบื้องต้นเพราะชีวิตทุกชีวิตมีค่ามากเราควรให้ความสำคัญไม่ควรมองข้ามในบางจุด เพราะอาจเป็นจุดที่สำคัญ การคิดว่าเป็นการเจ็บป่วยเล็กๆน้อยๆ แต่ในความเป็นจริงอาจเป็นมากกว่าที่เป็นอยู่ก็ได้ ถ้าได้ตรวจกับแพทย์โดยตรงจะได้พูดคุยกับแพทย์ แพทย์จะมีความรู้มากกว่าพยาบาลต้องอยู่ตรวจผู้ป่วยแม้จะอาการไม่มาก ยกเว้นการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่สามารถทำได้

๑.๒ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ

ในกรณีที่แพทย์นั้นเมื่อจบแพทย์ออกมาแล้วก็จะมีความเชี่ยวชาญเป็นสาขาไป แต่ในการรักษาจริงนั้นต้องทำการรักษาทุกโรค ในทุกสาขา ในกรณีที่มีการเปิดคลินิกหรือโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น พยาธิแพทย์จะตรวจชิ้นเนื้อ แต่เวลาเปิดคลินิกจะต้องทำการรักษาโรคทุกโรค นั้นพบว่าในเรื่องนี้ส่วนใหญ่นั้นเห็นด้วยเพราะคิดว่าไม่ผิดจริยธรรม โดยมีคำตอบที่เห็นด้วยว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก็ยังทำการตรวจรักษาโรคทั่วไปได้ทุกโรคโดยไม่ผิดจริยธรรม ร้อยละ ๓๗.๕ คิดว่ายอมรับได้โดยมีเงื่อนไขต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะผิดจริยธรรมหรือไม่ ร้อยละ ๓๕ และไม่เห็นด้วยเพราะคิดว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเหล่านั้นผิดจริยธรรม ร้อยละ ๒๗.๕

ส่วนใหญ่เห็นด้วย คิดว่าไม่ผิดจริยธรรม เพราะคิดว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีความสามารถที่จะรักษาโรคทั่วไปทุกโรคได้ ทำในส่วนที่มีความรู้อยู่ก็ไม่มีปัญหา เป็นการช่วยให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ฝึกและพัฒนาการตรวจโรคทั่วไปด้วยจะได้ชำนาญทุกด้าน และคิดว่าตรวจได้ถือเป็นทางเลือกของผู้ป่วย

๑.๓ การให้เวลากับผู้ป่วยของแพทย์

ในกรณีที่แพทย์โดยทั่วไปต้องมีการตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก งานล้น หรือเหตุผลอื่นๆ ของแพทย์ ทำให้มีเวลาให้กับผู้ป่วยน้อย ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง นั้นพบว่าในเรื่องนี้ส่วนใหญ่นั้นยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขต้องดูในรายละเอียด โดยมีคำตอบที่คิดว่ายอมรับได้โดยมีเงื่อนไขต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์จะผิดจริยธรรมหรือไม่ ร้อยละ ๕๓.๗๕ คิดว่าเห็นด้วยว่าแพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อย ไม่ได้แนะนำเรื่องสำคัญกับผู้ป่วยจริงและคิดว่าผิดจริยธรรม ร้อยละ ๓๓.๗๕ คิดว่าแพทย์ได้ให้เวลากับผู้ป่วยที่เพียงพออยู่แล้วไม่ได้ทำผิดจริยธรรมแพทย์ในเรื่องนี้ ร้อยละ ๑๑.๒๕ และไม่มีความคิดเห็นในเรื่องนี้ร้อยละ ๑.๒๕

ส่วนใหญ่ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์จะผิดจริยธรรมหรือไม่ เพราะคิดว่าเป็นเรื่องระบบใหญ่ของรัฐ ระบบของประเทศ อยู่ที่การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข อยู่ที่ระบบมากกว่าอยู่ที่แพทย์ ควรมีการได้พบกับแพทย์ที่ตรวจรักษาทั่วไปในด่านแรกก่อนที่จะถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทำให้แพทย์อาจมีเวลามากขึ้น ที่มีปัญหาอยู่เป็นที่ระบบใหญ่ไม่น่าจะอยู่ที่เรื่องจริยธรรมของแพทย์ ควรทำเป็นสหวิชาชีพในการช่วยกันอาจต้องมีหน่วยสุขศึกษามาให้ข้อมูลด้วยเพราะเป็นปัญหาใหญ่ คิดว่าแพทย์ก็มีปัญหาเรื่องของการสื่อสารมากกว่า บางครั้งแพทย์อาจต้องตรวจ

โรคอย่างละเอียด เพราะอาชีพแพทย์คือการให้คำปรึกษาและรักษา ต้องให้คำแนะนำเต็มที่ แม้เวลาน้อย แต่ควรบันทึกประวัติการตรวจ การรักษาให้ละเอียด หรือแพทย์บางคนก็อาจอธิบายมาก ขึ้นอยู่กับแพทย์แต่ละคน ต้องดูว่าเอาอะไรมาวัดว่าพอไม่พอ ต้องดูเป็นรายกรณีไป การให้เวลาก็ขึ้นอยู่กับโรคด้วย แพทย์อาจต้องเขียนบนกระดาษให้ผู้ป่วยไป คิดว่าควรรักษา ๑๐-๑๕ นาทีต่อคน ต้องเห็นใจซึ่งกันและกัน และต้องผลิตแพทย์ให้มากขึ้น

๑.๔ <u>การสั่งยาที่มีสารเคมีแบบเดียวกันแต่ผลิตในประเทศ</u>

ในกรณีที่แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย หรือที่เรียกกันว่า ยาที่ผลิตในประเทศแต่มีสารเคมีชนิดเดียวกัน (Copy) นั้น พบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยที่จะให้แพทย์สั่งยาประเภทนี้ให้ผู้ป่วย โดยเห็นด้วยเพราะแพทย์ทำดีอยู่แล้วในการสั่งยาแบบนี้ร้อยละ ๖๕ คิดว่ายอมรับได้โดยมีเงื่อนไขต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์จะผิดจริยธรรมหรือไม่ ร้อยละ ๒๑.๒๕ คิดว่าไม่เห็นด้วยที่แพทย์สั่งยาแบบนี้ให้ผู้ป่วยน่าจะผิดจริยธรรม ร้อยละ ๑๐ และไม่มีความคิดเห็นเรื่องนี้ ร้อยละ ๓.๗๕

ส่วนใหญ่เห็นด้วยคิดว่าไม่ผิดจริยธรรม เพราะคิดว่าอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์คิดว่าแพทย์ก็คงพิจารณาแล้ว ยาที่ผลิตในประเทศ (Local made) หรือยาที่ผลิตในประเทศแต่มีสารเคมีชนิดเดียวกัน (Copy) ก็มียาที่ดีจำนวนมาก เอื้อต่อการพัฒนา และยา Local made มีความสำคัญต่อการใช้ภายในประเทศ แพทย์ต้องดูภาพรวม รวมถึงฐานะของผู้ป่วยด้วย ถ้ามีมาตรฐานรับรองผ่าน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้วมีคุณภาพเท่าเทียมกันสิ่งที่คุณภาพเท่ากัน ปริมาณเท่ากัน แต่ราคาถูกกว่า ทำให้ประหยัดลงได้ ควรสนับสนุนให้มีการซื้อภายในประเทศ ต้นทุนถูกก็จะเป็นเรื่องดี ลดค่าใช้จ่ายลงได้ ประหยัดให้ผู้ป่วยได้ เพราะการสั่งยาแพงหรือสั่งแต่ ยาประเภท Originalโรงพยาบาลก็ได้กำไรมากขึ้นเช่นกัน

ควรใช้ยา Local made ในการรักษาเริ่มต้นจะเหมาะสม ถ้าไม่ดีขึ้นก็ค่อยปรับมาใช้ ยาประเภท Original การใช้ยาที่ผลิตในประเทศเป็นความจำเป็นที่หลีกเลี่ยงยาก แพทย์ต้องอธิบายให้ละเอียด ยกเว้นยาช่วยชีวิตที่สำคัญและยาที่มีประวัติบางตัว ก็เป็นเพียงบางกลุ่มยา ในบางกลุ่มอาจจำเป็นต้องใช้ยากลุ่มของ ยาประเภท Original อยู่ที่ความคุ้มค่า แต่ก็ต้องมีการตรวจจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้มากขึ้น ต้องมีการตรวจสอบ และคิดว่ายาไหนก็ทำให้หายได้เหมือนกัน

<u>ประเด็นที่ ๒ ปัญหาเรื่องสินบนแพทย์</u>

๒.๑ การรับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนา

ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ ทั้งที่มีการรับในนามโรงพยาบาลและในนามส่วนตัว นั้นพบว่าส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยที่แพทย์รับทุนจากบริษัทยาไป

สัมมนา โดยคิดว่าไม่เห็นด้วยเป็นการทำผิดจริยธรรม ร้อยละ ๓๘.๗๕ คิดว่ายอมรับได้โดยมีเงื่อนไขต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์จะผิดจริยธรรมหรือไม่ ร้อยละ ๒๘.๗๕ คิดว่าเห็นด้วยที่แพทย์จะสามารถรับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาได้โดยไม่ผิดจริยธรรม ร้อยละ ๒๗.๕๐ และไม่มีความคิดเห็นในเรื่องนี้ ร้อยละ ๕

ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย คิดว่าผิดจริยธรรม เพราะถือว่าเป็นการรับสินบน ส่งผลต่อราคายาทำให้มีราคาแพง ควรใช้ช่องทางอื่นไปสัมมนา เพราะความผูกพันความเป็นมิตรก็จะเกิดความโน้มเอียงกลายเป็นเรื่องบุญคุณต้องทดแทน ยาไม่ใช่สินค้าทั่วไปที่มุ่งการตลาดมากเกินไป

๒.๒ การรับทุนจากบริษัทยาเพื่อวิจัยยา

ในกรณีที่แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยาของบริษัทนั้นๆ พบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยที่แพทย์จะรับทุนจากบริษัทยาเพื่อวิจัยยา โดยคิดว่าเห็นด้วยในเรื่องนี้แพทย์สามารถรับทุนได้โดยไม่ผิดจริยธรรม ร้อยละ ๔๓.๗๕ คิดว่ายอมรับได้โดยมีเงื่อนไขต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์จะผิดจริยธรรมหรือไม่ ร้อยละ ๓๗.๕ คิว่าไม่เห็นด้วยน่าจะผิดจริยธรรม ร้อยละ ๑๕ และไม่มีความคิดเห็นในเรื่องนี้ ร้อยละ ๓.๗๕

ส่วนใหญ่เห็นด้วย คิดว่าไม่ผิดจริยธรรม เพราะงบประมาณของประเทศมีน้อย ประเทศยังไม่มีเงินมากพอ เป็นเรื่องปกติที่ดำเนินการได้ แต่ต้องดูเรื่องข้อผูกมัด ไม่ควรมีข้อผูกพัน แพทย์ควรได้รับทุนสนับสนุน เพื่อจะได้พัฒนาตัวยาใหม่ ทุนที่ทำให้มีการพัฒนาประเทศ และพัฒนาบุคลากรถือ เป็นการเพิ่มพูนประสบการณ์ความรู้ โดยทางรัฐบาลไม่ต้องไปลงทุน แพทย์ก็ใช้ดุลยพินิจในการดำเนินการอยู่แล้ว ซึ่งต้องทำตามหลักการวิจัย มีจริยธรรมการวิจัยควบคุมอยู่แล้ว อีกทั้งยาบางประเภทเป็นยาที่สำคัญแต่ไม่มียาใหม่ เช่น ยาของโรคเขตร้อน ยาโรคพยาธิ เป็นการดีในการรับทุน แต่บริษัทต้องไม่มีการกำหนดลงไปว่าแพทย์ท่านใด ควรให้องค์กรเป็นผู้กำหนด ในปัจจุบัน ไม่มีบริษัทยามาจ้างโดยตรง แต่จะมีบริษัทกลางมาดำเนินการหรือจัดการให้

๒.๓ การรับแจกสิ่งของเล็กๆ น้อยๆ

ในกรณีที่แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท เช่น ปากกา ทิชชู สมุด ตำรา ฯลฯ นั้นพบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าแพทย์สามารถรับของแจกเหล่านั้นได้แต่ก็อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกันกับที่มีความคิดว่าไม่เห็นด้วยที่จะรับของเหล่านั้น โดยคิดว่าเห็นด้วยว่ารับของแจกได้โดยไม่ผิดจริยธรรม ร้อยละ ๓๕ คิดว่ายอมรับได้โดยมีเงื่อนไขต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์จะผิดจริยธรรมหรือไม่ ร้อยละ ๓๓.๗๕ คิดว่าไม่เห็นด้วยเพราะแม้จะเป็นของเพียงเล็กน้อยแพทย์ก็ไม่ควรรับ ร้อยละ ๓๑.๒๕ และไม่มีความคิดเห็นในเรื่องนี้ ร้อยละ ๑.๒๕

ส่วนใหญ่เห็นด้วย คิดว่าไม่ผิดจริยธรรม เพราะเป็นเพียงแค่การโปรโมทสินค้าธรรมดา ไม่ต้องมาดูเรื่องเล็กน้อยขนาดนี้ ถือว่าไม่ผิด ถือว่าเป็นเพียงสินน้ำใจ ทำให้ไม่เปลืองงบประมาณ อาจนำมาใช้

ช่วยผู้ป่วย แต่ก็อาจเป็นเรื่องผลประโยชน์ เป็นสิทธิของแพทย์แต่ละคน แต่ละหน่วยงานที่จะได้รับการแจกสิ่งของบ้าง ถ้าทำอย่างเปิดเผย เป็นเพื่อพัฒนาวิชาการ เช่น หนังสือ ตำรา แต่ต้องบริหารจัดการในเรื่องนี้ให้ดี และต้องไม่ส่งผลโดยตรงต่อการสั่งยาหรือเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล

๒.๔ การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์

ในกรณีที่แพทย์มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามองค์กร หรือในนามส่วนตัว นั้นพบว่าส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยคิดว่าผิดจริยธรรม โดยคิดว่าไม่เห็นด้วยที่แพทย์จะรับค่าตอบแทนเหล่านี้เป็นการรับสินบน ร้อยละ ๗๑.๒๕ คิดว่ายอมรับได้โดยมีเงื่อนไขต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์จะผิดจริยธรรมหรือไม่ ร้อยละ ๒๒.๕๐ คิดว่าเห็นด้วยแพทย์น่าจะรับค่าตอบแทนเหล่านี้ได้เพราะเป็นเรื่องปกติในการค้าขายโดยไม่ผิดจริยธรรม ร้อยละ ๓.๗๕ และไม่มีความคิดเห็นในเรื่องนี้ ร้อยละ ๒.๕

ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย คิดว่าผิดจริยธรรม เพราะเรื่องนี้เป็นเรื่องไม่ดี เป็นคอรัปชั่นโดยตรง ผิดจริยธรรม คิดว่าไม่ควรมีในเรื่องนี้ ทำให้เสื่อมเสียวิชาชีพแพทย์ต้องคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นหลัก เป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น ถ้าจะลดราคาก็ลดให้กับผู้ป่วย แม้จะให้ในนามองค์กรก็ไม่เห็นด้วย ผู้บริโภคต้องได้รับการดูด้วยว่าจะไม่ถูกเอาเปรียบด้านของราคาและคุณภาพ

<u>ประเด็นที่ ๓ ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม</u>

๓.๑ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑

ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ" พบว่าส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดเห็นด้วยที่แพทย์จะต้องทำตามสิทธิข้อนี้โดยคิดว่าแพทย์ต้องทำตามและกำหนดไว้ให้ชัดเจน

ส่วนใหญ่เห็นด้วย คิดว่าแพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิว่าด้วย "ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ" เพราะการปฏิบัติให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญถือว่าเป็นผลดีต่อประชาชนผู้เจ็บป่วย เป็นประโยชน์ต่อประชาชนโดยตรง ต้องให้ประชาชนมีความรู้ ต้องติดไว้ให้ชัดเจนให้ประชาชนทราบ

๓.๒ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๒

ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิด้านการเมือง เพศ อายุและลักษณะของการเจ็บป่วย" พบว่าส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดเห็นด้วยที่แพทย์จะต้องทำตามสิทธิข้อนี้โดยคิดว่าแพทย์ต้องทำตาม

ส่วนใหญ่เห็นด้วย คิดว่าแพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิว่าด้วย “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิด้านการเมือง เพศ อายุและลักษณะของการเจ็บป่วย” เพราะข้อนี้เป็นเรื่องของจริยธรรมโดยตรงที่แพทย์ต้องปฏิบัติให้ได้ตามนั้น แต่การที่จะมีการเลือกปฏิบัติได้นั้นก็คงจะเป็นสาเหตุมาจากความหนักเบาของโรคมากกว่า คิดว่าทุกคนไม่ว่าเชื้อชาติหรือศาสนาใด เมื่อเจ็บป่วยก็ต้องได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียมกัน ขอให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติหน้าที่โดยเคร่งครัด

๓.๓ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๓

ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจนเพื่อสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมและไม่ยินยอมให้การรักษาพยาบาล” พบว่าส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดเห็นด้วยที่แพทย์จะต้องทำตามสิทธิข้อนี้โดยคิดว่าแพทย์ต้องทำตาม

ส่วนใหญ่เห็นด้วย คิดว่าแพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิว่าด้วย “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน เพื่อสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมและไม่ยินยอมให้การรักษาพยาบาล” เพราะสำคัญมากควรประกาศให้ชัด เห็นด้วยและควรปฏิบัติทุกวันที่ดูแลผู้ป่วย ต้องไม่ปกปิดแต่ต้องมีวิธีบอกที่เหมาะสม เช่นในเรื่องของโรคร้าย หากได้รับข้อมูลที่เพียงพอและชัดเจนก็จะดีมาก เพื่อการตัดสินใจ ต้องมีการสื่อสารกันให้มากขึ้น

๓.๔ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๔

ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือโดยรีบด่วน ตามความจำเป็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะขอร้องหรือไม่” พบว่าส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดเห็นด้วยที่แพทย์จะต้องทำตามสิทธิข้อนี้โดยคิดว่าแพทย์ต้องทำตาม

ส่วนใหญ่เห็นด้วย คิดว่าแพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิว่าด้วย “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือโดยรีบด่วน ตามความจำเป็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะขอร้องหรือไม่” เพราะแพทย์ต้องช่วยชีวิตก่อนแล้วค่อยดูอีกทีว่าจะต้องทำอย่างไรต่อไป ต้องช่วยให้พ้นวิกฤติก่อน เป็นสิ่งที่ดีเพราะได้รักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ และคิดว่าแพทย์ต้องอธิบายว่าได้ช่วยอะไรไปบ้างในการช่วยฉุกเฉิน

๓.๕ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๕

ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับทราบ ชื่อสกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้บริการตน” พบว่าส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดเห็นด้วยที่แพทย์จะต้องทำตามสิทธิข้อนี้โดยคิดว่าแพทย์ต้องทำตาม

ส่วนใหญ่เห็นด้วย คิดว่าแพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิว่าด้วย “สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับทราบ ชื่อสกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้บริการตน” เพราะเป็นพื้นฐานที่ต้องรู้ ต้องมีการบอกชื่อ สาขา ของแพทย์ให้ชัดเจน เป็นความโปร่งใสในชื่อ ตำแหน่ง ของแพทย์ที่จะได้ ความคิดเห็น รับผิดชอบในการรักษา ในข้อต่างๆ ต้องแจ้งชื่อแพทย์ เมื่อเกิดปัญหาขัดข้องในการรักษาเกิดขึ้นผู้รับการรักษาสามารถที่จะติดต่อหรือ แจ้งปัญหาที่เกิดกับตัวเองได้ หรือเพื่อที่นำมาประกอบการพิจารณาในการรักษาและความสบายใจผู้รับบริการ แพทย์ควรแขวนป้ายชื่อ ควรมีฟอร์มให้ชัดเจน เพราะมักถูกเขียนไว้ในกระดาษ ผู้ป่วยมักจะยังไม่รู้ ต้องให้พยาบาลเป็นผู้ช่วยแนะนำ ต้องมีการอบรมทักษะในการสื่อสารของแพทย์

๓.๖ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๖

ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนเองและมีสิทธิขอเปลี่ยนผู้บริการและสถานบริการได้” พบว่าส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดเห็นด้วยที่แพทย์จะต้องทำตามสิทธิข้อนี้โดยคิดว่าแพทย์ต้องทำตาม

ส่วนใหญ่เห็นด้วย คิดว่าแพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิว่าด้วย “ผู้มารับบริการมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนเองและมีสิทธิขอเปลี่ยนผู้บริการและสถานบริการได้” เพราะทุกคนมีสิทธิที่จะเปลี่ยน ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะขอความคิดเห็น แพทย์จะได้เข้าใจว่าตัวเองไม่ได้รู้ทุกด้าน แพทย์จะต้องรับฟังถึงปัญหา หากผู้รับบริการได้รับการบริการที่ไม่ดี ย่อมได้รับสิทธิที่จะเปลี่ยนผู้ให้บริการ เพื่อความสบายใจของผู้รับบริการ และคิดว่าเป็นเรื่องสำคัญ ต้องมีการแลกเปลี่ยนความรู้ในเรื่องนี้กันให้มากขึ้น ถ้าผู้ป่วยเปลี่ยนแพทย์ แพทย์ท่านนั้นจะได้ปรับปรุง

๓.๗ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๗

ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติตามกฎหมาย” พบว่าส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดเห็นด้วยที่แพทย์จะต้องทำตามสิทธิข้อนี้โดยคิดว่าแพทย์ต้องทำตาม

ส่วนใหญ่เห็นด้วย คิดว่าแพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิว่าด้วย “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติตามกฎหมาย” เพราะบางครั้งข้อมูลของเด็กวัยรุ่นก็อาจต้องได้รับการปกปิดแม้แต่ผู้ปกครองก็ต้องเอาสิทธิ์ของเด็กเป็นสำคัญ ถ้าให้ข้อมูลไปแล้วส่งผลร้ายต่อเด็กก็ต้องปกปิด เพราะการเจ็บป่วยบางอย่างเป็นเรื่องที่น่าอาย ไม่ควรเปิดเผยให้ผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ เป็นข้อมูลส่วนตัว ไม่ควรเปิดเผยให้สาธารณชน คิดว่าเป็นเรื่องของความประพฤติของคนที่สายวิชาชีพอื่นเขาใช้กัน และเป็นขั้นพื้นฐานของสายอาชีพแพทย์ในการรักษาความลับของผู้มารับบริการ แต่ในสถานพยาบาลภาครัฐในการเก็บความลับผู้ป่วยไม่ค่อยได้มาตรฐานสักเท่าไหร่ ในประเด็นที่กฎหมายให้ปกปิดก็ต้องปกปิด เช่น ใน

โรคร้ายแรงอย่างโรคเอดส์ แพทย์ก็ต้องมีความระมัดระวังในเรื่องนี้ ต้องมีการเปิดเผยอย่างเหมาะสม และควรรับรู้ทั้งผู้ป่วยและทีมรักษาถ้าเป็นโรคร้ายแรงและสามารถติดต่อได้ เช่น HIV ต้องพิจารณาผู้ป่วยให้ดีว่าจะรับข้อมูลได้หรือไม่

๓.๘ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๘

ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินในเข้าร่วม/ถอนตัว จากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ” พบว่าส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดเห็นด้วยที่แพทย์จะต้องทำตามสิทธิข้อนี้โดยคิดว่าแพทย์ต้องทำตาม

ส่วนใหญ่เห็นด้วย คิดว่าแพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิว่าด้วย “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินในเข้าร่วม/ถอนตัว จากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ” เพราะหากมีการวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวกับผู้ป่วยควรมีการชี้แจงรายละเอียดให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้

๓.๙ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๙

ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิ ที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้บุคคลอื่น” พบว่าส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดเห็นด้วยที่แพทย์จะต้องทำตามสิทธิข้อนี้โดยคิดว่าแพทย์ต้องทำตาม

เห็นด้วย คิดว่าแพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิว่าด้วย “ผู้มารับบริการมีสิทธิ ที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้บุคคลอื่น” เพราะคิดว่าผู้ป่วยเป็นเจ้าของเวชระเบียน ประวัติเป็นของผู้ป่วยแพทย์ต้องพร้อมเปิดเผย เป็นสิทธิที่ผู้ป่วยจะรู้ แพทย์ควรต้องดำเนินการให้กับผู้ป่วยในเรื่องของประวัติต่างๆ ผู้ป่วยสมควรจะได้รับการถ่ายเอกสารทั้งหมดจากเวชระเบียน ผู้มารับบริการจะได้ใช้ข้อมูลในการพิจารณาและเหตุผลต่างๆในการรักษา แพทย์ก็ต้องเขียนในลักษณะวิชาการ ต้องเรียนรู้การบันทึกให้มากขึ้น

๓.๑๐ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑๐

ในกรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “บิดา มารดา โดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี บริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายและทางจิต ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้” พบว่าส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดเห็นด้วยที่แพทย์จะต้องทำตามสิทธิข้อนี้โดยคิดว่าแพทย์ต้องทำตาม

ส่วนใหญ่เห็นด้วย คิดว่าแพทย์ควรจะต้องทำตามสิทธิว่าด้วย “บิดา มารดา โดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี บริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายและทางจิต ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้” เพราะผู้ปกครองควรรับรู้ถ้ามีความเสี่ยง ภาวะเป็นเด็กหรือผู้ที่มีความบกพร่องทางกายและจิตเวลาจะตัดสินใจอะไรอาจผิดพลาดได้ คือผู้ที่ภาวะไม่ถึงก็อาจตัดสินใจผิดพลาด ผู้ปกครองก็ต้องตัดสินใจแทน แพทย์คงใช้ดุลยพินิจได้ในเรื่องนี้ แพทย์อาจต้องตัดสินใจว่าเป็นกรณีเร่งด่วนที่อาจถึงแก่

ชีวิตหรือไม่ ถ้าใช่ก็ดำเนินการได้เลย แต่ถ้ารอได้ก็ต้องมีการสอบถามบิดา มารดาก่อน ควรมีระบบมาช่วยแพทย์

ประเด็นที่ ๔ การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง

๔.๑ ใครจะเป็นคนทำ ถ้าแพทย์คนที่ดูแลผู้ป่วยปฏิเสธ

ในกรณีที่มีบัญญัติไว้ในกฎหมาย ให้ผู้ป่วยสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตายหรือการยื้นโดยญาติ ในกรณีนี้ถ้าแพทย์ผู้รับผิดชอบ (หมอเจ้าของไข้)ปฏิเสธในการที่จะปฏิบัติตามเนื่องจากไม่ตรงกับแนวคิดทางจริยธรรมที่แพทย์คนนั้นเห็นด้วย แล้วปฏิเสธในการดำเนินการตามหนังสือโดยการขอถอนตัวจากความรับผิดชอบดังกล่าว แล้วแพทย์ท่านใดจะเป็นผู้ดำเนินการต่อในเรื่องนี้ พบว่าส่วนใหญ่ยอมรับได้ว่าแพทย์สามารถปฏิเสธได้แต่ก็ต้องดูเงื่อนไขหรือรายละเอียดในการดำเนินการและเหตุผลประกอบ โดยคิดว่าต้องดูในรายละเอียดของการปฏิเสธนั้นถึงจะพิจารณาได้ว่าแพทย์ผิดจริยธรรมหรือไม่ ร้อยละ ๔๘.๗๕ คิดว่าไม่เห็นด้วยแพทย์ไม่ควรปฏิเสธต้องดำเนินการตามที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาไว้ ร้อยละ ๓๐ คิดว่าเห็นด้วยที่แพทย์สามารถปฏิเสธได้โดยไม่ผิดจริยธรรม ร้อยละ ๑๘.๗๕ และไม่มีความคิดเห็นในเรื่องนี้ ร้อยละ ๒.๕

ส่วนใหญ่ยอมรับได้โดยมีเงื่อนไขคิดว่าต้องดูในรายละเอียดว่าแพทย์จะผิดจริยธรรมหรือไม่ เพราะถ้าความคิดเห็นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไม่ตรงกัน ก็ควรทำตามผู้ป่วยแต่แพทย์ก็มีสิทธิ์เสนอในการรักษาถ้ามองว่ามีทางที่ดีกว่า คิดว่าถึงเป็นผู้ป่วยก็ไม่มีสิทธิมาต้องการที่จะให้ตัวเองตาย ในบางกรณีแพทย์ต้องเลือกในทางที่ต้องปกป้องตัวเอง เป็นประเด็นในเรื่องความคิดเห็นมากกว่า เพราะเป็นกรณีที่แพทย์อาจจะมีที่ไม่อยากรักษา หรือทำตามที่มีการกำหนดไว้ โดยรวมคิดว่าประเด็นนี้ต้องดูเป็นรายกรณีไป คิดว่ามีข้อจำกัดมากในเรื่องนี้ ต้องพิจารณาถึงความบริสุทธิ์ใจของแพทย์ แพทย์ต้องอธิบาย มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ตกลงกันระหว่างแพทย์ คิดว่าแพทย์ต้องคุยกับญาติ เพราะอาจต้องคิดถึงเงินทองที่รักษาด้วยตามสภาพความเป็นจริงควรคุยกับผู้เกี่ยวข้องให้รับทราบในหลายๆด้าน ซึ่งประเด็นนี้ยังไม่ชัดเจนในปัจจุบัน แพทย์ต้องทำตามผู้ป่วยและก็อาจให้แพทย์ท่านอื่นช่วยดูแลแทนได้ โรงพยาบาลต้องเข้ามาช่วยเหลือแพทย์ด้วย โรงพยาบาลอาจต้องจัดแพทย์คนอื่นมาแทน ต้องประชุมแพทย์เพื่อหาทางดำเนินการ เป็นเรื่องที่ผู้อำนวยการต้องดำเนินการ ต้องให้ความรู้ และดำเนินการในรูปคณะกรรมการ

๔.๒ การลงความเห็นที่ญาติไม่เห็นด้วย เพราะอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติไปฟ้องร้องได้

ในกรณีที่แพทย์ลงความเห็นเกี่ยวกับในเรื่องการการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ตรงกับความเห็นของญาติทุกคน และอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติอาจไปฟ้องร้องได้ นั้นพบว่าส่วนใหญ่ยอมรับได้ว่าแพทย์สามารถลงความเห็นได้แต่ก็ต้องดูจากเงื่อนไขต่างๆ เป็นรายกรณีไปไม่แน่ใจว่าจะผิดจริยธรรมหรือไม่ในเรื่องนี้ โดยคิดว่ายอมรับได้โดยมีเงื่อนไข ต้องพิจารณาในรายละเอียดถึงจะพิจารณาได้ว่า

แพทย์ผิดจริยธรรมหรือไม่ ร้อยละ ๕๕ คิดว่าเห็นด้วยที่จะต้องทำญาติ แพทย์นั้นไม่ควรดำเนินการที่แตกต่างไปจากความต้องการของญาติ ถ้าแพทย์ดำเนินการไม่ตรงกับญาติก็จะผิดจริยธรรม แพทย์มีหน้าที่ให้ข้อมูลเท่านั้น ญาติจะต้องเป็นฝ่ายตัดสินใจ ร้อยละ ๓๓.๗๕ คิดว่าเห็นด้วยที่แพทย์จะดำเนินการแม้จะไม่ตรงกับความต้องการของญาติโดยไม่ผิดจริยธรรม ร้อยละ ๘.๗๕ และไม่มีความคิดเห็นในเรื่องนี้ถึงร้อยละ ๑๓.๗๕

ส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าจะดำเนินการตามญาติหรือแพทย์ต้องดูในรายละเอียด เพราะขึ้นอยู่กับสองเรื่องสำคัญคือ ๑) ความจริง และ ๒) ความใส่ใจ ถ้ามีสองเรื่องนี้และดำเนินการอย่างเหมาะสมก็คงไม่เกิดปัญหา แพทย์ต้องให้ข้อมูลอย่างละเอียด บอกในทุกๆ อย่างที่สามารถบอกได้ ต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระหว่างแพทย์กับญาติผู้ป่วย จะได้เข้าใจซึ่งกันและกันทั้งสองฝ่าย แล้วให้ญาติเป็นฝ่ายตัดสินใจ ในส่วนของแพทย์อาจต้องประชุมร่วมกันเป็นคณะในการดำเนินการในเรื่องนี้ ต้องมีคณะกรรมการ เพื่อพิจารณา คำว่า “รักษาถึงที่สุด” ต้องเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด ต้องเป็นธรรมทั้งสองฝ่าย การปฏิบัติควรให้ญาติเซ็นต์การรับรองการรักษา ก่อนการปฏิบัติ คิดว่าควรชี้แจงแบบมีลายลักษณ์อักษร มีคณะกรรมการกลางตัดสินใจ ให้องค์คณะเป็นผู้พิจารณา บางส่วนคิดว่าอาจให้คนกลาง เช่น ตำรวจมาเป็นคนกลางลงความเห็นแพทย์ก็ต้องบอกว่าผู้ป่วยจะไปได้แค่ไหนอย่างไร ต้องบอกให้ใช้สิทธิในการที่จะเลือก คิดว่าเป็นเรื่องที่อาจมีผลสืบเนื่องตามมา แพทย์นั้นต้องเลือกทำให้เหมาะสม เพราะเวลาเกิดปัญหาขึ้นก็ต้องช่วยเหลือตนเอง ควรทำในรูปแบบคณะกรรมการ หรือมีผู้อำนวยการช่วยตัดสินใจ

<u>ประเด็นที่ ๕ การให้การศึกษาด้านจริยธรรม</u>

๕.๑ การจัดให้มีการเรียนด้านจริยธรรมสำหรับนักศึกษาแพทย์

ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม นั้นพบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยที่จะให้มีการเรียนด้านนี้ โดยคิดว่าเห็นด้วยกับการจัดให้มีการเรียนการสอนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ ร้อยละ ๘๒.๕ ไม่มีในส่วนที่ไม่เห็นด้วย คิดว่าเห็นด้วยแต่ก็ต้องมีแนวทางอื่นหรือไม่แน่ใจว่าจะมีผลต่อจริยธรรมได้จริงเพราะต้องมีการปลูกฝังมาตั้งแต่เป็นเด็ก ร้อยละ ๑๖.๒๕ และไม่มีความคิดเห็นเรื่องนี้ ร้อยละ ๑.๒๕

ส่วนใหญ่เห็นด้วย คิดว่าจะมีผลต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ เพราะเป็นแพทย์ที่เก่งอย่างเดียวแต่ไม่มีจิตบริการ ก็คงไม่ดี ดังนั้นแพทย์จึงควรมีวิชาจริยธรรม เพราะแพทย์ต้องรักษาจรรยาบรรณของวิชาชีพ จะเป็นการปูพื้นฐานก่อนที่จะออกไปทำหน้าที่แพทย์อย่างเต็มตัว นักศึกษาแพทย์ได้เรียนด้านจริยธรรมเพื่อนักศึกษาที่เรียนแต่ด้านวิชาการไม่ได้ศีลธรรม จริยธรรม จะได้รู้เรื่องการอยู่ร่วมกันใน

สังคม คนเราในปัจจุบันขาดคุณธรรมจริยธรรม โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งอยู่กับความเป็นความตายของมนุษย์ ศีลธรรมจริยธรรมช่วยให้สังคมดีได้ พูดได้ว่าเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้ คิดว่าถ้าได้รับความรู้เรื่องจริยธรรมและถ้าได้ประกอบอาชีพนี้ก็จะได้ตระหนักในด้านจริยธรรมได้มากขึ้น คิดว่าควรมีการทำ Death Conference มาสู่การเรียนการสอน หากรณีจริยธรรมมาให้นักศึกษาวิพากษ์วิจารณ์มากขึ้น ต้องมาดูว่าจะให้มีการเรียนอย่างไร ต้องมีกรณีศึกษา และในเรื่องของนักศึกษาแพทย์นั้น ถ้ามีประเด็นที่อยากเรียนแพทย์เพราะอยากรวย ต้องพึงระวังในเรื่องนี้ร่วมกันด้วย

๕.๒ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา

ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา พบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยที่มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา โดยคิดว่าเห็นด้วยในการนำนักศึกษาออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ ๙๐ ไม่มีในส่วนที่ไม่เห็นด้วย คิดว่าเห็นด้วยแต่ก็ต้องมีแนวทางอื่นหรือไม่แน่ใจว่าจะมีผลต่อจริยธรรมได้จริง ร้อยละ ๘.๗๕ และไม่มีความคิดเห็นในเรื่องนี้ ร้อยละ ๑.๒๕

ส่วนใหญ่เห็นด้วย คิดว่าจะมีผลต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ด้วยแพทย์จะต้องมีคุณธรรมจริยธรรมมากกว่าคนปกติ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะพุทธศาสนาคิดว่าเป็นพื้นฐานทางจิตใจที่สมควรดำเนินการให้มี จะทำให้มีจริยธรรมมากยิ่งขึ้น ศาสนามีคำสอนที่ดี ควรทำอย่างเอาจริงเอาจังด้วย เพื่อหลอมจิตใจนักศึกษาให้ได้ก่อนที่จะเรียน ต้องมีและเรียนรู้ รู้จักศีลธรรมและจรรยาบรรณที่ดีงาม นักศึกษาแพทย์ไปทำกิจกรรมทางศาสนาจะทำให้นักศึกษาแพทย์มีจิตใจที่อ่อนโยนมีคุณธรรม เพื่อจะได้เป็นแพทย์ที่ดีมีคุณธรรมในอนาคต ตระหนักถึงความสำคัญทางด้านศาสนาและจะได้เป็นการเตือนสติในด้านการปฏิบัติตนในทางที่ถูกที่ควร ให้นักศึกษาแพทย์สัมผัสกับศาสนา และเรียนรู้ชีวิต คิดว่าแพทย์เรียนอย่างเดียวจะมีความรู้ในเรื่องชีวิตน้อยจะได้พัฒนาในส่วนนี้ด้วย แต่ไม่ควรบังคับ แล้วแต่ความสมัครใจ

๕.๓ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท นั้นพบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยที่จะให้มีการนำนักศึกาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท โดยคิดว่าเห็นด้วยกับการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท ไปสัมผัสชีวิตของคนชนบทไปเรียนรู้ชีวิตจริงและความทุกข์ยากของคนชนบท ร้อยละ ๘๗.๕๐ คิดว่าไม่แน่ใจว่าการไปฝึกงานในชนบทดังกล่าวจะมีผลต่อจริยธรรมของแพทย์หรือไม่ ร้อยละ ๑๐ และคิดว่าไม่เห็นด้วยที่จะไปฝึกงานในชนบท ร้อยละ ๒.๕๐

ส่วนใหญ่เห็นด้วย คิดว่าจะมีผลต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ เพราะให้นักศึกษาได้อยู่กับชาวบ้าน ได้เข้าใจมากขึ้น ได้มีประสบการณ์มากขึ้น ให้แพทย์ได้เห็นสังคมความยากจนได้เห็นคนที่เดือดร้อนจริงๆ ได้เห็นคนที่ยากลำบาก ทำให้นักศึกษาได้เห็นชีวิต ได้คลุกคลีกับชาวบ้าน รับรู้ถึงความ

เป็นอยู่ของคนในชนบท จะได้วินิจฉัยโดยไม่มีค่าตอบแทน ได้เรียนรู้ถึงความเป็นอยู่ที่ต่างกัน นักศึกษาแพทย์จะได้สัมผัสชีวิตชนบทถึงความเป็นอยู่ของชาวบ้านที่อยู่ห่างไกลความเจริญ เขตพื้นที่ที่กันดารอาจจะเป็นสาเหตุที่จะทำให้มีการเกิดโรคที่มากมายและหลากหลายและอาจจะมีจำนวนผู้มารับบริการที่มากและได้ถือเป็นการปฏิบัติจริง และได้เรียนรู้ชีวิตการเป็นของชาวชนบท อาจส่งผลให้อยากไปทำงานในชนบท แพทย์ต้องให้บริการคนทุกระดับ เป็นการปลูกฝังว่า หน้าที่ของแพทย์ต้องบริการทุกระดับ ทั้งยากจน ฐานะดี ก็ต้องให้บริการที่เท่าเทียมกัน

๕.๔ การปฏิบัติให้เป็นประจำ และทำให้นักศึกษาแพทย์เห็นเป็นตัวอย่าง

ในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำและอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง นั้นพบว่า ส่วนใหญ่เห็นด้วยที่จะให้อาจารย์แพทย์ทำเป็นตัวอย่างและปฏิบัติให้นักศึกษาแพทย์เห็นเป็นตัวอย่าง โดยคิดว่าอาจารย์แพทย์จะเป็นตัวอย่างที่มีผลถ้าได้ปฏิบัติให้นักศึกษาแพทย์ได้เห็นอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ ๙๐ ไม่มีในส่วนที่ไม่เห็นด้วย คิดว่าก็เป็นเรื่องแล้วแต่บุคคลไม่แน่ใจว่าจะมีผลต่อจริยธรรมของแพทย์หรือไม่ ร้อยละ ๗.๕ และไม่มีความคิดเห็นในเรื่องนี้ ร้อยละ ๒.๕๐

ส่วนใหญ่เห็นด้วย คิดว่าจะมีผลต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ เพราะคิดว่าสำคัญมาก อาจารย์แพทย์เป็นตัวอย่างที่ดี ที่สำคัญทีสุด เพราะนักศึกษาแพทย์จะซึมซับจากอาจารย์แพทย์ ได้เป็นอย่างมาก อาจารย์แพทย์ก็ต้องเอาใจใส่ทั้งผู้ป่วย ทั้งนักศึกษาแพทย์ มาทำงานให้ตรงเวลา ควรจะเคร่งครัดในการปฏิบัติงานให้มากกว่าแพทย์คนอื่นๆ เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับนักศึกษาแพทย์ คิดว่าเป็นการปลูกฝังปูพื้นฐานไปในตัวเอง และทำให้นักศึกษาได้เห็นเป็นตัวอย่าง อาจารย์เป็นตัวอย่างที่ดี จะทำให้นักศึกษาแพทย์ปฏิบัติในทางที่ดีต่อไปในอนาคต อาจารย์แพทย์ทำให้เป็นตัวอย่างทุกๆครั้งจะทำให้นักศึกษาตระหนักในการปฏิบัติงานด้วย อาจารย์แพทย์ หรืออาจารย์ในมหาวิทยาลัยต้องทำให้เป็นตัวอย่าง ทำตัวเป็นแบบอย่าง ได้เห็นการกระทำของอาจารย์ ได้ยินคำพูดของอาจารย์ก็จะส่งผลต่อตัวนักศึกษา ซึ่งเหมือนเป็นการได้เรียนรู้นอกจากการเรียนในห้องในเรื่องของวิชาการ

สรุปผลการศึกษาในประเด็นทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากแนวคิดกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง

ประเด็นสำคัญที่สุดที่มีผู้ไม่เห็นด้วยและคิดว่าน่าจะเป็นประเด็นทางจริยธรรมแพทย์ในประเด็นหลักตามลำดับจำนวนสัดส่วนความคิดเห็น จากการสรุปประเด็นความคิดเห็นที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันมากที่สุดเรียงไปตามลำดับ ดังนี้คือ

สรุปประเด็นที่เห็นด้วย

ประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีที่ส่วนใหญ่มีความเห็นด้วยว่าแพทย์สามารถดำเนินการไม่น่าจะผิดจริยธรรม มี ๔ ประเด็นหลัก ดังนี้คือ

๑. การให้แพทย์ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยทั้ง ๑๐ ข้อ

มีค่าที่เห็นด้วยร่วมกันมากที่สุดในกรณีที่จะต้องให้แพทย์ทำตามสิทธิว่าด้วยข้อที่กำหนดไว้ ข้อ ๑ ถึง ข้อ ๑๐ โดยแพทย์จะต้องดำเนินการสิทธิผู้ป่วย ถ้าไม่ดำเนินการตามนั้นก็จะผิดจริยธรรม แต่ก็ยังเห็นว่ายังมีการประชาสัมพันธ์และความเข้าใจของประชาชนโดยทั่วไปยังมีน้อย จึงต้องมีการประชาสัมพันธ์และทำความเข้าใจให้มากขึ้น เพื่อทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้มารับบริการ

๒. การสั่งยาที่มีสารเคมีแบบเดียวกันแต่ผลิตในประเทศ

เป็นดุลยพินิจของแพทย์ในการพิจารณาใช้ยาที่ผลิตภมยในประเทศ (Local made) ซึ่งก็มียาที่ดีจำนวนมาก เอื้อต่อการพัฒนา แพทย์ต้องดูภาพรวม รวมถึงฐานะของผู้ป่วยด้วย ถ้ามีมาตรฐานรองรับแต่ราคาถูกกว่า ประหยัดได้ก็สมควรที่จะทำ ควรสนับสนุนให้มีการใช้ ช่วยประหยัดให้ผู้ป่วยได้ เพราะการสั่งยาแพงหรือสั่งแต่ Originalโรงพยาบาลก็ได้กำไรมากขึ้นเช่นกัน ควรใช้ในการรักษาเริ่มต้นก็จะเหมาะสมและถ้าไม่ดีขึ้นก็ค่อยปรับมาใช้ Original เป็นความจำเป็นที่หลีกเลี่ยงยาก แต่แพทย์ต้องอธิบายให้ละเอียด ยกเว้นยาช่วยชีวิตที่สำคัญและยาที่มีประวัติบางตัว ก็เป็นเพียงบางกลุ่มยา ในบางกลุ่มอาจจำเป็นต้องใช้ยากลุ่มของ Original

๓. การรับทุนจากบริษัทยาเพื่อวิจัยยา

เห็นด้วยในประเด็นนี้เพราะประเทศยังคงมีงบประมาณไม่มาก เป็นเรื่องปกติที่ดำเนินการได้อยู่ที่ข้อผูกมัด ข้อผูกพันธ์ การได้รับสนับสนุนจะได้พัฒนาตัวยาใหม่ ทุนที่ทำให้มีการพัฒนาประเทศและพัฒนาบุคลากรถือ เป็นการเพิ่มพูนประสบการณ์ความรู้ โดยทางรัฐบาลไม่ต้องไปลงทุน ควรมีการใช้ดุลยพินิจในการดำเนินการต้องทำตามหลักการวิจัย มีจริยธรรมการวิจัยควบคุมอยู่แล้ว รวมถึงยาบางประเภทเป็นยาที่สำคัญแต่ไม่มียาใหม่ เช่น ยาของโรคเขตร้อน โรคพยาธิ ก็น่าจะดีในการรับทุน บริษัทยาที่ให้ทุนต้องไม่เฉพาะไปที่แพทย์ท่านใด ควรให้องค์กรเป็นผู้กำหนด คิดว่าบริษัทในปัจจุบัน ไม่มีบริษัทยามาจ้างโดยตรง แต่จะมีบริษัทกลางมาดำเนินการหรือจัดการ

๔. ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนใหญ่ก็ยังมีความเห็นในประเด็นนี้ว่าเห็นด้วยว่าแพทย์สามารถดำเนินการได้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีความสามารถที่จะรักษาโรคทั่วไปทุกโรคได้ คิดว่าทำในส่วนที่มีความรู้อยู่ก็ไม่มีปัญหา คิดว่าเป็นการช่วยให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ฝึกและพัฒนาการตรวจโรคทั่วไปด้วยจะได้ชำนาญทุกด้าน และคิดว่าตรวจได้ถือเป็นทางเลือกของผู้ป่วย

สรุปประเด็นที่ไม่เห็นด้วย

ประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีที่ส่วนใหญ่มีความไม่เห็นด้วยคิดว่าแพทย์ไม่สามารถดำเนินการในเรื่องนั้น น่าจะผิดจริยธรรม มี ๓ ประเด็นหลัก ดังนี้คือ

๑. การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์การแพทย์

การรับค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์นั้นเห็นว่าเป็นเรื่องที่ผิดทางจริยธรรมสูงสุดในการศึกษาจากผู้เกี่ยวข้องทุกกลุ่ม เป็นเรื่องที่เป็นการรับสินบนโดยตรง เป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วย จึงต้องมาพิจารณาเรื่องนี้ในส่วนของจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ที่ต้องดำเนินการป้องการในเรื่องนี้ ไม่ให้มีการดำเนินการในองค์กรทางการแพทย์อย่างเข้มงวดต่อไป

๒. การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์

การสั่งการรักษาแม้จะเป็นเพียงอาการเล็กน้อย แต่ผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ก็ให้ความเห็นว่าเป็นเรื่องที่ผิดจริยธรรม แต่ในกรณีนี้ผลการศึกษามีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ในส่วนขององค์กรวิชาชีพแพทย์และแพทย์ผู้ให้การรักษาให้ความส่วนใหญ่ว่าไม่ผิดจริยธรรมสามารถดำเนินการได้ แต่ในส่วนของตำรวจ ทนายความ อัยการ ผู้พิพากษา ผู้เฝ้าระวัง รวมถึงผู้รับบริการและครอบครัวส่วนใหญ่เห็นว่าผิดจริยธรรม จึงเป็นเรื่องที่ต้องนำมาพิจารณาในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ หรือการประชาสัมพันธ์การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบปะพูดคุยกันในวงกว้างให้มากขึ้นเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันในเรื่องนี้ เพราะอาจส่งผลต่อความเข้าใจที่ไม่ตรงกันในทางจริยธรรม และอาจนำไปสู่การฟ้องร้องกันมากขึ้นในอนาคต

๓. การรับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนา

การที่แพทย์รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนา ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าไม่ควรทำเป็นการทำผิดจริยธรรม เพราะอาจส่งผลให้มีความเอนเอียงในการสั่งยา อาจไม่ได้มองผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการสั่งยาเพื่อการรักษาพยาบาล แต่ก็มีความคิดเห็นแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม โดยแพทย์, ผู้เฝ้าระวังด้านคุ้มครองบริโภคหรือองค์กรเอกชน และส่วนของตำรวจทนายความส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยให้มีการรับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนา แต่ในกลุ่ม ผู้รับบริการหรือครอบครัว และองค์กรวิชาชีพแพทย์กลับเห็นต่างและทำให้เป็นความคิดเห็นส่วนใหญ่ที่เห็นด้วยว่าแพทย์นั้นสามารถรับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาได้โดยไม่ผิดจริยธรรม ซึ่งอาจต้องทำความเข้าใจร่วมกันในเรื่องนี้

สรุปประเด็นที่มีความคิดเห็นกลางๆ

ประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีที่ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่กลางๆ จำนวนมากกว่าความคิดเห็นว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย มี ๓ ประเด็นหลัก ดังนี้คือ

๑.การลงความเห็นที่ญาติไม่เห็นด้วย เพราะอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติไปฟ้องร้องได้

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตนาไว้ แพทย์ไม่ดำเนินการตามที่ญาติต้องการเพราะแพทย์คิดว่าผู้ป่วยทรมานแล้วแต่ญาติก็ต้องการที่จะยื้อชีวิตต่อไป แม้จะมีความเห็นว่าเห็นด้วยที่จะต้องดำเนินการตามที่ญาติต้องการ แม้จะเป็นการยื้อชีวิตของผู้ป่วยที่แพทย์นั้นพิจารณาแล้วเห็นว่าไม่ควรที่จะยื้อต่อไป เพราะจะส่งผลต่อความทรมานของผู้ป่วยและไม่มีหนทางที่จะดีขึ้นก็ตาม แต่ก็มีผู้ที่ไม่สามารถพิจารณาได้ในเรื่องนี้ต้องดูในรายละเอียดเป็นกรายกรณีไปเพื่อพิจารณาถึงจริยธรรมของแพทย์ได้ ยังไม่แน่ใจอาจเนื่องจากความเข้าใจในเรื่องนี้ยังไม่ชัดเจนและมีความเข้าใจที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละกลุ่ม มีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้เข้าใจตรงกันให้มากขึ้นถึงภาระหน้าที่และอำนาจในการตัดสินใจของแต่ละฝ่ายให้ชัดเจน และควรจัดให้มีการดำเนินการในเรื่องนี้ในรูปของคณะกรรมการ

๒.การให้เวลากับผู้ป่วยน้อย

ในกรณีที่แพทย์โดยทั่วไปต้องมีการตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก งานล้น หรือเหตุผลอื่นๆ ของแพทย์ ทำให้มีเวลาให้กับผู้ป่วยน้อย ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง นั้นส่วนใหญ่ก็มีความคิดว่าแพทย์นั้นให้เวลากับผู้ป่วยน้อยเกินไป ไม่ได้แนะนำสิ่งที่สำคัญกับผู้ป่วยจริง เป็นประเด็นที่แพทย์ไม่ค่อยมีจริยธรรมในเรื่องนี้ รวมถึงการเข้าทำงานไม่ตรงเวลาทำให้ผู้ป่วยต้องรอคอยเป็นเวลานาน แต่ก็มีจำนวนมากที่ยังคิดว่ามีเงื่อนไขในการพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมของแพทย์ในเรื่องนี้เพราะมีความเห็นว่าเป็นที่ระบบของรัฐในการดำเนินการและบริหารจัดการ แพทย์มีจำนวนน้อยไม่สมดุลย์กับจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนมากในแต่ละวัน และนโยบายในการรักษาฟรีโดยไม่มีการจ่ายร่วมจากผู้มารับบริการก็มีผลต่อการเกิดกรณีนี้เป็นอย่างมาก จึงต้องมีการพิจารณาแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ให้มีระบบการนัดที่มีประสิทธิภาพไม่รับผู้ป่วยที่ไม่ได้นัดในโรงพยาบาลบางแห่งที่จะต้องมีการกำหนดให้ชัดเจน

๓.การที่แพทย์ปฏิเสธที่จะทำตามที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาไว้ในป่วยที่สิ้นหวัง

โดยเห็นว่าไม่เคารพต่อเจตนาของผู้ป่วยที่ได้แสดงไว้อย่างชัดเจน และควรให้แพทย์ดำเนินการในเรื่องนี้ในลักษณะของคณะกรรมการ แม้จะมีความคิดเห็นว่าถ้าแพทย์ปฏิเสธที่จะไม่ทำตามเจตนารมย์ของผู้ป่วยมากกว่าที่จะให้ดำเนินการตามที่แพทย์ต้องการปฏิเสธการรักษาถ้าตนคิดว่าไม่สะดวกใจที่จะดำเนินการหยุดการรักษาตามที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาไว้ แต่ส่วนใหญ่ก็ยังไม่แน่ใจในเรื่องนี้ว่าแพทย์ที่ปฏิเสธจะผิดจริยธรรมหรือไม่ แสดงให้เห็นถึงความไม่เข้าใจร่วมกันในเรื่องนี้จำเป็นที่จะต้องดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น ทำความเข้าใจร่วมกันทุกฝ่ายให้มากขึ้น

สรุปประเด็นแนวทางในการพัฒนาจริยธรรมเกี่ยวกับการให้การศึกษาทางจริยธรรม

ในประเด็นที่มีความเห็นร่วมกันให้ดำเนินการเพื่อการพัฒนาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ใน ๔ กรณีที่มีผู้เกี่ยวข้องให้ความคิดเห็นเป็นไปในทำนองเดียวกันทั้งหมด คือมีความเห็นด้วยในการศึกษาและพัฒนาจริยธรรมในส่วนการจัดการเรียนการสอน การฝึกปฏิบัติต่างๆ ของโรงเรียนแพทย์หรือสถานศึกษาที่จัดให้มีการเรียนการสอนทางแพทยศาสตร์ เรียงตามลำดับของจำนวนความเห็นด้วย มีดังนี้คือ

๑. อาจารย์แพทย์ปฏิบัติให้นักศึกษาแพทย์เห็นเป็นตัวอย่าง

อาจารย์แพทย์นั้นมีบทบาทต่อจริยธรรมของนักศึกษาแพทย์และส่งผลต่อการมีจริยธรรมในวิชีพแพทย์ และมีแนวทางคือควรให้ทางแพทยสภาร่วมกับคณะแพทย์ต่างๆคิดมาตรการ และสอนนักศึกษาแพทย์ให้ดีหากร่วมกันดูแล เพราะปัจจุบันแรงกระตุ้นทางสังคมสูง อาจส่งผลต่อต้นแบบได้ ครูแพทย์ต้องมีประสบการณ์ ต้องหาตัวอย่างที่ดีให้เด็กดูว่าทำอย่างไรถึงจะถูกต้อง ต้องมีการจัดในเรื่องการดูแลฐานะครอบครัวกับเรื่องความรับผิดชอบในหน้าที่แพทย์ให้มีความสมดุลกันในชีวิตของแพทย์ ต้องดูจากระบบการคัดเลือกอาจารย์แพทย์ต้องส่งเสริมแพทย์ศาสตร์ศึกษา อย่างจริงจัง ควรมีรางวัลสำหรับครูแพทย์ ไม่ควรให้รางวัลเป็นรายคน ควรมีการให้เป็นทีมน่าจะดีกว่า

๒. การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา

การนำนักศึกษาออกไปทำกิจกรรมทางศาสนาจะส่งผลต่อการมีจริยธรรมในวิชีพแพทย์ จึงควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในเรื่องนี้เพื่อการพัฒนาจริยธรรมในวิชาชีพ

๓. การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท

การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบทจะเป็นการส่งเสริมการมีจริยธรรมในวิชาชีพมากขึ้นจากการสัมผัสชีวิตในชนบท ได้เรียนรู้ในเรื่องของชีวิตมากขึ้น จึงต้องมีแนวทางในการดำเนินการในเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ มีการประเมินผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

๔. การจัดให้มีการเรียนด้านจริยธรรมสำหรับนักศึกษาแพทย์

การเรียนด้านจริยธรรมของนักศึกษาแพทย์ ส่งผลต่อการมีจริยธรรมในวิชีพแพทย์ จึงควรทีจะต้องดำเนินการในเรื่องนี้ให้เป็นระบบ แต่ก็มีอยู่บางส่วนที่เห็นว่าการเรียนด้านจริยธรรมต้องมีการปลูกผังมาตั้งแต่เด็ก การมาเรียนในช่วงนี้อาจเป็นที่ปลายเหตุ แต่การเรียนก็ยังมีผลจากแนวความคิดโดยส่วนใหญ่จำเป็นที่จะต้องดำเนินการ แต่ก็มีข้อแนะนำให้ทำเป็นกรณีศึกษาให้มากขึ้น และดำเนินการอย่างเอาจริงเอาจังอย่างเป็นรูปธรรม

สรุปทัศนคติต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

จากการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในจำนวนไม่ต่ำกว่า ๕๐๐ คน มีผู้ตอบแบบสอบถามในการแสดงทัศนคติต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกลุ่มอาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นกลุ่มแพทย์หรือแพทย์ผู้ให้การรักษาจำนวน ๑๐๕ คน แพทย์ในองค์กรวิชาชีพแพทย์จำนวน ๕๐ คน ตำรวจจำนวน ๒๘ คน ทนายความจำนวน ๒๒ คน อัยการจำนวน ๒๐ คน ผู้พิพากษาจำนวน ๓๐ คน บุคลากรจากองค์กรเฝ้าระวัง จำนวน ๕๐ คน และผู้รับบริการหรือครอบครัวจำนวน ๒๐๓ คน รวมทั้งสิ้น ๕๐๘ คน โดยมีจำนวนเพศชายและหญิงอยู่ในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่นั้นอยู่ในระดับปริญญาตรี โดยมีกลุ่มรายได้ ๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน มากที่สุด ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงกลุ่มอายุที่อยู่ระหว่าง ๓๑-๔๐ ปี

สรุปค่าทัศนคติในการยอมรับต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

สรุปค่าทัศนคติในการยอมรับต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ประเด็นหลัก

๑. ประเด็นปัญหาเรื่องสินบนแพทย์ มีค่าการยอมรับสูงสุดเป็นอันดับ ๑ อยู่ในระดับ ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด

๒. ประเด็นความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล มีค่าการยอมรับอันดับที่ ๒ อยู่ในระดับ ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด

๓. ประเด็นการปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง มีค่าการยอมรับอันดับที่ ๓ อยู่ในระดับยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด

๔. ประเด็นการไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม มีระดับการยอมรับต่ำสุด ใน ๔ ประเด็นที่ทำการศึกษา อยู่ในระดับ ยอมรับไม่ได้

<u>สรุปค่าทัศนคติในการยอมรับต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ประเด็นย่อย</u>

<u>ยอมรับได้แต่ต้องดูในรายละเอียด</u> เรียงตามลำดับมากไปน้อย

๑. ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย

๒. ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท เช่น ปากกา ทิชชู สมุด ตำรา ฯลฯ

๓. ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา

๔. ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดหัว ตัวร้อนเล็กน้อย หรือนอนไม่หลับ

๕. ระดับการยอมรับในเรื่องที่โดยรวมด้านจริยธรรมแล้วท่านคิดว่าแพทย์ในปัจจุบันที่ให้การรักษาอยู่โดยทั่วไปในโรงพยาบาลเอกชน ปฏิบัติตัวเป็นอย่างไร

๖. ระดับการยอมรับในเรื่องที่โดยรวมด้านจริยธรรมแล้วท่านคิดว่าแพทย์ในปัจจุบันที่ให้การรักษาอยู่โดยทั่วไปในโรงพยาบาลของรัฐ ปฏิบัติตัวเป็นอย่างไร

๗. ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ

๘. ระดับการยอมรับในเรื่องที่โดยรวมด้านจริยธรรมแล้วท่านคิดว่าแพทย์ในปัจจุบันที่ให้การรักษาอยู่โดยทั่วไปในคลินิคของแพทย์ ปฏิบัติตัวเป็นอย่างไร

๙. ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค

๑๐. ระดับการยอมรับในเรื่องที่กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำใบแสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตาย แต่แพทย์ไม่ดำเนินการตามนั้นเพราะคิดว่าไม่อยากทำให้ผู้ป่วยตาย

๑๑. ระดับการยอมรับในเรื่องที่กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์

<u>ยอมรับไม่ได้</u> เรียงลำดับจากมากไปน้อย (ค่ายิ่งน้อยหมายถึงยิ่งยอมรับไม่ได้)

๑. ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๖ “ผู้มารับบริการมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนเองและมีสิทธิขอเปลี่ยนผู้บริการและสถานบริการได้”

๒. ระดับการยอมรับในเรื่องที่มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามโรงพยาบาล

๓. ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๑๐ “บิดา มารดา โดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี บริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายและทางจิต ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้”

๔. ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๕ “สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับทราบ ชื่อสกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้บริการตน”

๕. ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๙ “ผู้มารับบริการมีสิทธิ ที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้บุคคลอื่น”

๖. ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๗ “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติตามกฎหมาย”

๗. ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง

๘. ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่นการที่แพทย์สาขาอื่นมาทำศัลยกรรมตกแต่ง หรือ ดมยาสลบโดยไม่ใช่วิสัญญีแพทย์

๙. ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๓ “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน เพื่อสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมและไม่ยินยอมให้การรักษาพยาบาล”

๑๐. ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๘ “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินในเข้าร่วม/ถอนตัว จากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ”

๑๑. ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๒ “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิด้านการเมือง เพศ อายุและลักษณะของการเจ็บป่วย”

๑๒. ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ๑ “ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ”

๑๓. ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามส่วนตัว

๑๔. ระดับการยอมรับในเรื่องที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๔ “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือโดยรีบด่วน ตามความจำเป็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะขอร้องหรือไม่”

สรุปทัศนคติระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

<u>สรุปทัศนคติระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ประเด็นหลัก</u>

๑. ประเด็นการไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย (Patients’ Rights) และการให้ความยินยอม มีระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรม สูงสุดเป็นอันดับ ๑ อยู่ในระดับ ผิดระดับสูง

๒. ประเด็นการปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง มีระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมอันดับที่ ๒ อยู่ในระดับ ผิดระดับปานกลาง

๓. ประเด็นปัญหาเรื่องสินบนแพทย์ มีระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมอันดับที่ ๓ อยู่ในระดับ ผิดระดับปานกลาง

๔. ประเด็นความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล มีระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมต่ำสุด อยู่ในระดับ ผิดระดับปานกลาง

<u>สรุปทัศนคติระดับความคิดเห็นว่าน่าจะผิดจริยธรรมต่อประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ประเด็นย่อย ผิดระดับสูง</u> เรียงตามลำดับมากไปหาน้อย

๑. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๔ “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือโดยรีบด่วน ตามความจำเป็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันที โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะขอร้องหรือไม่”

๒. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ๑ “ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ”

๓. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๘ “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินในเข้าร่วม/ถอนตัว จากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ”

๔. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๒ “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิด้านการเมือง เพศ อายุและลักษณะของการเจ็บป่วย”

๕. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๓ “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน เพื่อสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมและไม่ยินยอมให้การรักษาพยาบาล”

๖. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามส่วนตัว

๗. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่นการที่แพทย์สาขาอื่นมาทำศัลยกรรมตกแต่ง หรือ ดมยาสลบโดยไม่ใช่วิสัญญีแพทย์

๘. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๗ “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติตามกฎหมาย”

๙. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๙ “ผู้มารับบริการมีสิทธิ ที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้บุคคลอื่น”

๑๐. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๑๐ “บิดา มารดา โดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี บริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายและทางจิต ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้”

๑๑. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๖ “ผู้มารับบริการมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนเองและมีสิทธิขอเปลี่ยนผู้บริการและสถานบริการได้”

๑๒. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๕ “สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับทราบ ชื่อสกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้บริการตน”

๑๓. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง

๑๔. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามโรงพยาบาล

<u>ผิดระดับปานกลาง</u> เรียงตามลำดับมากไปหาน้อย

๑. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์

๒. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำใบแสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตาย แต่แพทย์ไม่ดำเนินการตามนั้นเพราะคิดว่าไม่อยากทำให้ผู้ป่วยตาย

๓. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ โดยรวมด้านจริยธรรมแล้วท่านคิดว่าแพทย์ในปัจจุบันที่ให้การรักษาอยู่โดยทั่วไปในโรงพยาบาลเอกชน ปฏิบัติตัวเป็นอย่างไร

๔. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ โดยรวมด้านจริยธรรมแล้วท่านคิดว่าแพทย์ในปัจจุบันที่ให้การรักษาอยู่โดยทั่วไปในคลินิคของแพทย์ ปฏิบัติตัวเป็นอย่างไร

๕. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง

๖. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค

๗. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ โดยรวมด้านจริยธรรมแล้วท่านคิดว่าแพทย์ในปัจจุบันที่ให้การรักษาอยู่โดยทั่วไปในโรงพยาบาลของรัฐ ปฏิบัติตัวเป็นอย่างไร

๘. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ

<u>ผิดระดับต่ำ</u> เรียงลำดับจากมากไปน้อย

๑. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา
๒. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่นปวดหัว ตัวร้อนเล็กน้อย หรือนอนไม่หลับ
๓. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย
๔. ระดับความผิดจริยธรรมในเรื่องที่ แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท เช่น ปากกา ทิชชู สมุด ตำรา ฯลฯ

สรุปค่าการยอมรับโดยรวมต่อจริยธรรมของแพทย์ในองค์กรที่แตกต่างกัน

ค่าการยอมรับโดยรวมของแพทย์ทั้งในโรงพยาบาลรัฐ เอกชน และในคลินิค ก็มีค่าการยอมรับอยู่ที่ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียดและมีระดับความผิดที่คิดว่าน่าจะผิดอยู่ในระดับปานกลางเหมือนกันทั้งหมด โดยค่าของการยอมรับในเรื่องจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ในแต่ละองค์กร เรียงตามลำดับดังนี้
๑. แพทย์ในโรงพยาบาลรัฐ มีค่าการยอมรับว่ามีจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์มากที่สุด อยู่ในระดับ ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
๒. แพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน มีค่าการยอมรับว่ามีจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์เป็นลำดับ ๒ อยู่ในระดับ ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด
๓. แพทย์ในคลินิก มีค่าการยอมรับว่ามีจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ต่ำสุด อยู่ในระดับ ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด

โดยรวมทุกประเด็นก็มีค่าอยู่ที่ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียดและมีระดับความผิดที่คิดว่าน่าจะผิดอยู่ในระดับปานกลาง เหมือนกันทั้งหมด

สรุปทัศนคติเรื่องความเห็นด้วยต่อแนวทางเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

๑. กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง มีค่าความเห็นด้วยสูงสุด อยู่ในระดับมากที่สุด
๒. กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท มีค่าความเห็นด้วยอยู่ในอันดับ ๒ อยู่ในระดับมากที่สุด
๓. กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม มีค่าความเห็นด้วยอยู่ในอันดับ ๓ อยู่ในระดับมากที่สุด

๔. กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา มีค่าความเห็นด้วยน้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก

อภิปรายผลการศึกษาประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

การเข้ามามีบทบาทอย่างสูงต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ทั้งธุรกิจยาและธุรกิจโรงพยาบาล ซึ่งก็เป็นแนวทางการดำเนินการของบริษัทยาที่จะอาศัยช่องทางการดำเนินการผ่านช่องทางองค์กรหรือแพทย์พันธมิตรของบริษัทยา ซึ่งก็คือหน่วยงานที่เป็นโรงพยาบาลกับแพทย์ที่บริษัทยาสามารถเข้าถึงได้เพราะการสื่อสารไปยังกลุ่มประชาชนโดยตรงกระทำได้ยาก เพราะมีข้อจำกัดต่างๆ ดังที่ นันทรัตน์ จิตตุรงค์อาภรณ์ ได้เคยกล่าวไว้ในงานศึกษาเกี่ยวกับธุรกิจยา คือ ข้อจำกัดของกฎหมายและการควบคุมของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่ไม่อนุญาตให้โฆษณาหรือประชาสัมพันธ์ที่ระบุชื่อยา คุณสมบัติหรือประโยชน์ทางอ้อมของยา ส่งผลต่อการจำกัดช่องทางการดำเนินธุรกิจของบริษัทยาเป็นอย่างมาก จึงพยายามที่จะใช้ช่องทาง ผ่านโรงพยาบาลโดยอาศัยแพทย์ที่ตนสามารถสร้างพันธมิตรในการดำเนินการ (นันทรัตน์ จิตตุรงค์อาภรณ์, ๒๕๕๓) ในกระแสของการแข่งขันทางธุรกิจ บริษัทยาจึงใช้ความสามารถในช่องทางนี้อย่างเต็มรูปแบบ หลากหลายกลยุทธ์ในการผลักดันยาของบริษัทออกสู่ตลาด การให้ค่าตอบแทนแก่แพทย์จึงมีหลากหลายรูปแบบมาก ทั้งการให้สิ่งอำนวยความสะดวกในห้องพักแพทย์ อาหารกลางวัน โดยในปัจจุบันมีการดำเนินการตั้งแต่แพทย์ผู้บริหาร แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการให้มีการสั่งยาจากบริษัทของตน ไปจนถึงกลุ่มนักศึกษาแพทย์ที่กำลังฝึกงานหรือแพทย์ที่เพิ่งจบใหม่ เพื่อให้คุ้นเคย คุ้นชินกับชื่อยา ชื่อบริษัทยา การติดสติกเกอร์ที่อุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้แพทย์ได้คุ้นชิน และมีการตอบแทนในสัดส่วนที่มากขึ้นในช่วงของการแข่งขันระหว่างบริษัทยาด้วยกัน การให้ทุนในทุกรูปแบบทั้งแก่องค์กรแพทย์ โรงพยาบาล ตัวแพทย์เอง จนถึงการดำเนินการให้กับคลินิคของแพทย์เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยน อิทธิพลเหล่านี้มีบทบาทสูงขึ้นในกระแสของการแข่งขันในธุรกิจยา จนทำให้แพทย์ที่ไม่มั่นคงในจริยธรรมเกิดการไขว้เขวไปตามสิ่งยั่วยวนเหล่านั้น

ธุรกิจโรงพยาบาล เป็นธุรกิจที่แผ่ขยายอิทธิพลจนครอบจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ อันส่งผลต่อทัศนคติของสังคมโดยรวมต่อวิชาชีพแพทย์เป็นอย่างมาก เสียงสะท้อนจากการศึกษาครั้งนี้มีแนวโน้มที่เห็นได้ชัดจากทัศนคติ หรือความรู้สึกต่างๆ ที่มองไปยังวิชาชีพแพทย์ที่ถูกปกคลุมด้วยเมฆหมอกที่ดำทมิฬของธุรกิจโรงพยาบาล จากการศึกษาแนวโน้มของธุรกิจที่ศึกษาโดยศูนย์วิจัยกสิกรไทยในปี ๒๕๕๖ มีธุรกิจที่มีการขยายตัวและมีแนวโน้มที่มีผลประกอบการดีเป็นอย่างมาก ๗ ชนิดธุรกิจ หนึ่งในนั้นคือธุรกิจโรงพยาบาลที่จะมีผลการดำเนินการประมาณ ๑๑๐,๐๐๐-๑๑๔,๐๐๐ ล้านบาท มีอัตราการขยายตัวประมาณร้อยละ ๑๕.๐-๒๐.๐ อันส่งผลต่อ ธุรกิจเครื่องมือแพทย์ และธุรกิจยา ให้ทรงอิทธิพล

มากขึ้นตามไปด้วย (Biztempnews, ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๕) นอกจากนี้หุ้นกลุ่มโรงพยาบาลมีกำไรมากมาย สามารถจ่ายปันผลให้อย่างคุ้มค่ากับผู้ถือหุ้นในกลุ่มโรงพยาบาลแทบจะทุกโรงพยาบาลมีผลกำไรหลายร้อยล้านบาทต่อปี ในช่วงปี ๒๕๕๓ หุ้นในกลุ่ม ๘ โรงพยาบาลที่เข้าตลาดหลักทรัพย์ มีกำไรถึง ๕,๐๐๐ กว่าล้านบาท และเพิ่มขึ้นอีกในปี ๒๕๕๔ เป็น เกือบ ๘,๐๐๐ ล้านบาท เพิ่มขึ้นเกือบ ๓,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี (eFinanceThai, ๒๕๕๕) จากการศึกษาครั้งนี้จะพบว่าธุรกิจที่เข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์ส่งผลในหลายๆ ประเด็นทางจิรยธรรมทางการแพทย์ มุมมองในเรื่องของธุรกิจการบริการเป็นฐานคิดหลักใหญ่ที่เปลี่ยนแปลงรูปแบบไป กลายเป็นการแข่งขันในเชิงธุรกิจ ซึ่งเป้าหมายคือการหวังผลกำไรมาสู่ผู้ลงทุนในการปันผลรายปี ส่งผลให้เกิดผลทั้งการฟ้องร้อง และการเปลี่ยนแปลงไปในรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย สอดคล้องกับ ข้อเขียนของนายแพทย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส ที่ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยหรือญาติ กับแพทย์ถือว่ามีความสำคัญมาก งานวิจัยต่างๆ ยืนยันตรงกันว่า สาเหตุการร้องเรียนหรือฟ้องร้องเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ที่ไม่ดี. ยิ่งในในปัจจุบันวิชาชีพแพทย์ซึ่งมีพื้นฐานมาจากการให้ช่วยเหลือกันในเชิงมนุษยธรรม สถานพยาบาลหลายแห่งได้ ถูกแปรเปลี่ยนไปเป็นการทำกำไรในเชิงธุรกิจ ซึ่งแพทย์ส่วนหนึ่งมีความคิดเช่นนี้. และที่เลวร้ายไปกว่านั้นก็คือ นักธุรกิจส่วนหนึ่ง มองความเจ็บป่วยของเพื่อนมนุษย์ด้วยกันว่าเป็นกิจการที่จะทำกำไรได้ จึงมีการลงทุนแสวงหากำไรจากสิ่งที่เรียกว่า ธุรกิจโรงพยาบาล โดยอาศัยแพทย์เป็นผู้มีบทบาทที่จะช่วยให้ธุรกิจนี้บรรลุผล. เมื่อเป็นเช่นนี้ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติ จึงถูกเปลี่ยนไป โดยปริยาย ประชาชนที่เคยมาพบแพทย์ด้วยความรู้สึกที่นับถือไว้วางใจ ที่เรียกว่า "fiduciary relationship" ได้กลับกลายเป็นความรู้สึกที่ว่ามาโรงพยาบาลเพื่อมาใช้บริการ มิใช่มารับบริการ พูดให้ตรงกว่านั้นก็คือ เขาคิดว่าเขามาซื้อบริการ ความสัมพันธ์จึงเป็นไปในเชิงสัญญามิใช่ความนับถือส่วนบุคคล เมื่อเขาไม่ได้รับบริการตามที่คาดหมาย หรือตามที่โรงพยาบาลโฆษณาไว้ การเรียกร้องจึงเกิดขึ้น (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, ๒๕๕๑)

แม้จะมีกฎหมายมีบัญญัติเพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลา แต่ก็ยังมีปัญหาในประเด็นจริยธรรมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในวิชาชีพแพทย์ จำเป็นอย่างยิ่งที่แพทย์จะต้องมีความรับผิดชอบทางจริยธรรม เพราะการเข้าสู่ธุรกิจการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการรักษาพยาบาลไปเป็นอย่างมาก เมื่อมีการประกอบการในลักษณะธุรกิจโรงพยาบาลก็จะต้องมีความรับผิดชอบทางจริยธรรม (Ethical responsibilities) ด้วย ซึ่งตามหลักการของ Carroll ได้อธิบายถึงความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กรโดยมองว่าความรับผิดชอบต่อสังคมเป็นพันธสัญญาที่ประกอบด้วยความรับผิดชอบทางเศรษฐกิจ, ทางกฎหมาย, ทางจริยธรรม และความรับผิดชอบในการใช้ดุลยพินิจในการดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้คือ จำเป็นที่องค์กรที่ดำเนินการทางธุรกิจทั้งธุรกิจยาและธุรกิจโรงพยาบาลต้องมีความรับผิดชอบทางจริยธรรม ที่จะต้องดำเนินการให้อยู่ในขอบเขตของบรรทัดฐาน

มาตรฐาน คุณค่า ยุติธรรม ถูกต้องและเหมาะสม จึงต้องมีจิตสำนึกในการดำเนินธุรกิจด้วย (Carroll, ๑๙๙๑) โดยแพทย์จะต้องมีเกราะป้องกันด้วยจริยธรรมในตนเอง เพื่อคัดง้างต่ออิทธิพลอันทรงพลังจากทั้ง ธุรกิจยา และธุรกิจโรงพยาบาล

ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ได้พบประเด็นสำคัญในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงไปของความสัมพันธ์ จากความสัมพันธ์ในลักษณะของการพึ่งพา ความเห็นอกเห็นใจกัน มาเป็นความสัมพันธ์แบบพันธสัญญา นับเป็นวิกฤติความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย อันส่งผลต่อความศรัทธาที่สังคมเคยมีให้กับวิชาชีพแพทย์เป็นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นทางวิชาการของ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ที่ได้อธิบายไว้ในวารสารหมออนามัยว่า แพทย์กับผู้ป่วยนั้นต้องพึ่งพาอาศัยกันแยกกันไม่ได้ เป็นเรื่องของความเห็นอกเห็นใจกัน แต่จากการรักษาพยาบาลที่มีเป้าหมายทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการป่วย แต่ยิ่งทำมากก็ยิ่งมีความเสี่ยงมาก เสี่ยงที่จะเกิดปัญหาแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์ขึ้นมาได้ เช่น ติดเชื้อ มีโรคแทรกซ้อน บาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิต เป็นต้น ซึ่งสาเหตุอาจมาจากผลแทรกซ้อนจากหยูกยาหรือหัตถการที่ใช้ หรือจากระบบที่บกพร่องที่จุดใดจุดหนึ่ง หรือจากความผิดพลาดคลาดเคลื่อนของหมอ คนไข้ หรือผู้เกี่ยวข้อง หรือจากเหตุอันสุดวิสัย ก็เป็นไปได้ทั้งนั้น และเมื่อเกิดการฟ้องร้องเพื่อให้ศาลพิสูจน์ว่าปัญหาเกิดจากอะไร หรือใครผิดใครถูก ซึ่งเสียเวลาและค่าใช้จ่ายอีกมาก และทำให้ทั้งสองฝ่ายกลายเป็นคู่ขัดแย้งกัน เป็นทุกข์ด้วยกันทั้งฝ่ายผู้ป่วยและฝ่ายแพทย์ (อำพล จินดาวัฒนะ, ๒๕๕๓) สอดคล้องกับความคิดเห็นของนักวิชาการที่ว่าความสัมพันธ์ในทางสัญญา เกิดจากการรับผู้ป่วยเข้ารักษา โดยผู้ป่วยก็ได้แสดงเจตนา เข้ารักษากับแพทย์หรือสถานพยาบาลนั้นๆ ในกรณีเช่นนี้ถือว่าสัญญาเกิดแล้ว โดยไม่จำเป็นต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษร. ประเด็นที่น่าพิจารณาในอีกจุดหนึ่งก็คือ หากมีการแสดงเจตนาเข้ารักษา แพทย์หรือสถานพยาบาลจะปฏิเสธการรักษาได้หรือไม่ หากพิจารณาเฉพาะในแง่มุมของกฎหมายโดยไม่กล่าวถึงจริยธรรมแห่งวิชาชีพ. ถ้าเป็นสถานการณ์ปกติที่มิใช่ความจำเป็นรีบด่วน แพทย์มีสิทธิที่จะรับรักษาหรือไม่ก็ได้ ถือว่ายังไม่มีสัญญาเกิดขึ้น แต่แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐโดยหลักไม่สามารถปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยได้ เพราะถือว่า เป็นบริการสาธารณะซึ่งจะต้องให้กับประชาชน ทุกคนโดยไม่เลือกว่าเป็นใคร แม้จะไม่สามารถรับตัวไว้รักษาได้เนื่องจากเตียงเต็ม ขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ ขาดเครื่องมือหรือเหตุผลอื่นใดก็ตามก็จะต้องรับผิดชอบในการปฐมพยาบาล และดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลแห่งอื่น (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, ๒๕๕๑) และสอดคล้องกับความคิดเห็นของนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ นักมานุษยวิทยาการแพทย์ว่า สาเหตุหลักของความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ก็คือ ความไม่ไว้วางใจ และความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรมของผู้รับบริการ การใช้อำนาจของผู้ให้บริการ และปัญหาการสื่อสาร ที่สำคัญคือ โครงสร้างของระบบบริการทางการแพทย์ในปัจจุบันเองก็เป็นสาเหตุพื้นฐานของการก่อให้เกิดความขัดแย้ง เนื่องจาก

๑. มีลักษณะใช้ระบบวิธีคิดแบบแยกส่วน ไม่ใช้ระบบวิธีคิดแบบองค์รวม สนใจแต่กาย ไม่ใส่ใจความรู้สึกและจิตใจ

๒. ใช้อำนาจและวัฒนธรรมแห่งวิชาชีพในการสร้างความสัมพันธ์ที่เหนือกว่าผู้รับบริการ

๓. เป็นระบบบริการที่แยกขาดจากชุมชน ทำให้ห่างเหินและเกิดช่องว่างกับชุมชนที่มีระบบวิธีคิดและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

๔. เป็นระบบการจัดการสมัยใหม่ ที่เน้นเทคโนโลยี และขาดมิติทางจิตวิญญาณ รวมทั้งมีโครงสร้างและขั้นตอนที่ซับซ้อน สร้างความรู้สึกแปลกแยกแก่ผู้รับบริการ และเป็นระบบทุนนิยม ที่สร้างความสัมพันธ์แบบผู้ซื้อและผู้ขายบริการ ก่อให้เกิดความขัดแย้งด้านผลประโยชน์ และความไม่ไว้วางใจของผู้รับบริการ (สุรเกียรติ อาชานุภาพ, ๒๕๕๑) และมีความเกี่ยวเนื่องในประเด็นความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างแพทย์กับผู้ป่วยยังมีเหตุปัจจัยจากกระบวนการคิดให้ การเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นการเข้าไปใช้บริการเหมือนการดำเนินการของการบริการทางธุรกิจอื่นๆ ซึ่งในความเป็นจริงผู้ป่วยไม่ใช่ผู้บริโภค มีบริบทที่มีความแตกต่างกันมากมาย เมื่อมีแนวคิดนี้ก็จะส่งผลโดยตรงต่อทัศนคติของสังคมต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ สอดคล้องกับความคิดเห็นของ Paul Krugmanผู้ได้รับรางวัลโนเบล Nobel Prize Economist ๒๐๐๘ ที่อธิบายถึงในกรณีผู้ป่วยไม่ใช่ผู้บริโภค : Patients are not Consumers From the New York Times, April ๒๑,๒๐๑๑ ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์นั้นเคยเป็นความสัมพันธ์ในรูปแบบพิเศษซึ่งอาจจะถือได้ว่าเป็นความยกย่องนับถือและให้เกียรติซึ่งกันและกันโดยเฉพาะ แต่ในปัจจุบันนี้บรรดานักการเมืองหรือพวกที่อ้างว่าเป็นนักปฏิรูปมักกล่าวถึงงานทางด้านการรักษาพยาบาลในลักษณะที่ไม่ต่างไปจากการทำธุรกรรมในเชิงพาณิชย์ และสิ่งเดียวที่พวกเขายังไม่พอใจก็คืองานทางด้านการรักษาพยาบาลที่ยังไม่เป็นธุรกิจได้เพียงพอตามที่พวกเขาต้องการเท่านั้น ตามที่ผมได้เคยกล่าวไว้ก่อนหน้านี้ว่าถือเป็น ความผิดพลาดอย่างมหันต์กับความเห็นที่ว่า “คนไข้ คือ ผู้บริโภค” และ “การรักษาพยาบาลคือการทำธุรกรรมทางการเงินธรรมดาๆ” (สุกัญญา คันธาวัฒน์, วิสุทธิ์ ลัจฉเสวี, ๒๕๕๕) และความรุนแรงที่ส่อเค้าถึงความสัมพันธ์ที่ร้าวฉานมากขึ้นอย่างต่อเนื่องระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ดังสถิติของประเทศจีนที่ระบุว่า ในช่วงปีที่ผ่านมา มีเหตุรุนแรงเกิดขึ้นในโรงพยาบาลจีน ๑๗,๐๐๐ คดีต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล มากกว่าในช่วง ๕ ปีก่อน ถึง ๑๐,๐๐๐ คดี โดยวารสารแพทย์ฉบับหนึ่งถึงกับระบุว่า สถานการณ์นี้ทำให้แพทย์จีนอยู่ใน และว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยได้ทำให้อาชีพแพทย์ในเมืองจีนกลายเป็นอาชีพมีความเสี่ยงสูงไปแล้ว นอกจากนี้ เมื่อเดือนก.ค. ได้เกิดคดี ชายรายหนึ่งก่อเหตุแทงเจ้าหน้าที่พยาบาลเสียชีวิต ๔ รายในโรงพยาบาลเมืองฮาร์บิน แต่ผลการสำรวจความคิดเห็นกลับพบว่า ชาวจีนสนับสนุนการกระทำของผู้ป่วยชายรายนี้ โดยส่วนใหญ่เห็นอกเห็นใจเขา (มติชน, ๒๕๕๕)

การฟ้องร้องแพทย์ก็ส่งผลต่อทัศนคติทางสังคมโดยรวมที่มีต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ แนวทางการดำเนินการกรอบจิรยธรรมของแพทย์ต้องดำเนินการเพื่อป้องกันการฟ้องร้อง จัดทำแนวทางจริยธรรมในสังคมได้รับทราบความพยายามในการดำเนินการจัดทำกรอบจริยธรรมที่เข้มข้น เอาจริงเอาจังไม่เล่นพรรคเล่นพวก มีการดำเนินการอย่างตรงไปตรงมา โปร่งใสทั้งในประเด็นกฎหมายและจรรยาบรรรในวิชาชีพที่มีมาตรฐาน เป็นการผลักดันให้เป็นบรรทัดฐานของสังคม และสังคมได้เห็นความใส่ใจในกระบวนการทั้งหมดนี้ที่มาจากจริยธรรมที่มีมากกว่าคนทั่วไปของแพทย์ ปัญหาการฟ้องร้องต่อแพทย์มีจำนวนมากขึ้นมาเป็นลำดับด้วยเหตุผลและบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปหลายประการ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำเรื่องนี้มาเป็นเรื่องสำคัญในการจัดทำแนวทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ สอดคล้องกับเอกสารของ ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ที่ว่า ปัญหาเกี่ยวกับการฟ้องร้องแพทย์ แพทยสภาจะเข้าไปดูแลหลายเรื่องทั้งในส่วนของ พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๕๑ พระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. ๒๕๕๑ และคดีอาญาต่างๆ โดยเรื่องหนึ่งที่ต้องทำคือ การทำความเข้ามจกับทั้งผู้พิพากษาและประชาชนก่อนว่าความผิดพลาดกับความประมาทเป็นคนละเรื่องกัน ความผิดพลาดเกิดได้ในมนุษย์ ทั้งๆที่แพทย์ก็พยายามอย่างเต็มที่เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย และเมื่อมีกฎหมายที่เอื้อต่อการฟ้องร้องแพทย์เกิดขึ้น ผลที่ตามมาก็คือจะไม่มีคนรักษาผู้ป่วยทุกคนก็จะหนี เพราะมันไม่คุ้มที่จะเสี่ยง หากเกิดการฟ้องร้องขึ้นมาครั้งหนึ่งเงินทองที่สะสมมาตลอดชีวิตอาจต้องหมดไปเลยก็ได้ และถึงแม้ว่าศาลจะตัดสินว่าแพทย์ไม่ผิด แต่ก็ยังต้องมีค่าใช้จ่าย ต้องเสียค่าทนายอยู่ดี ซึ่งเป็นข้อเสียของระบบและเสียกำลังใจ หดหู่ ซึมเศร้า หมดความมั่นใจ และไม่อยากเป็นแพทย์ต่อไป สำหรับคดีในส่วนจริยธรรมที่ฟ้องไปยังแพทยสภา อยากให้มีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และเป็นกลางมาร่วมในการพิจารณาคดีด้วย เพื่อความโปร่งใสของระบบ และขณะนี้กำลังปรับปรุงให้การดำเนินคดีเร็วขึ้น แม้ว่าจะต้องพิจารณาอย่างละเอียด ทิ้งจากแพทย์ ผู้ป่วย และผู้เชี่ยวชาญ ส่วนการตัดสินคดีในศาล อยากให้มีผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เข้าร่วมพิจารณาหรือให้ข้อมูลแก่ผู้พิพากษาด้วย ถ้าผู้พิจารณาไม่มีพื้นฐานความรู้ก็จะฟังจากโจทก์และจำเลย รวมทั้งพยานกลายเป็นการฟังการโต้วาที คนที่พูดเก่งอาจชนะโดยที่ข้อมูลไม่ถูกต้อง (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, ๒๕๕๕) จากการศึกษาครั้งนี้ก็แสดงให้ห็นถึงประเด็นการฟ้องร้อง ทั้งจากส่วนของทนายความ และตำรวจต่างเห็นเป็นไปในทำนองเดียวกันว่าในประเทศไทยมีการฟ้องร้องแพทย์เพิ่มขึ้น โดยบางส่วนนั้นแพทย์ก็ให้ความเห็นว่ามีทนายความบางกลุ่มที่อยากให้มีการฟ้องร้อง และหลายกลุ่มก็เห็นตรงกันว่ามีแพทย์บางกลุ่มที่มีส่วนผลักดันผู้ป่วยให้มีการฟ้องร้องแพทย์ด้วยกัน ในส่วนของอัยการและผู้พิพากษาส่วนใหญ่มีความเข้าใจแพทย์ในเรื่องนี้ แต่ก็ให้แพทย์มีกรอบจริยธรรมที่ชัดเจนไม่ต้องกังวลหรือกลัวในเรื่องทางกฎหมายมากนัก กระบวนการยุติธรรมมีกระบวนการที่ดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนและพิจารณาไปตามความจริง พร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ที่ถูกกลั่นแกล้ง แต่ส่วนใหญ่อัยการมองว่าแพทย์มักกลัวที่จะเป็นข่าว

และเสื่อมเสียชื่อเสียงมากกว่า เรื่องมักไม่ค่อยมาถึงอัยการมากนัก ทั้งๆที่อัยการก็พร้อมที่จะให้ความเป็นธรรมอยู่ตลอด เรื่องนี้นับเป็นประเด็นทางสังคมเป็นอย่างมากในปัจจุบัน

ในทัศนคติของสังคมจากทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมวิชาชีพนั้น เห็นว่าการที่แพทย์ไม่ดำเนินการให้เป็นไปตามสิทธิผู้ป่วยนั้นคงจะยอมรับไม่ได้และคิดว่าผิดจริยธรรมสูงสุด เพราะได้กำหนดไว้ชัดเจนแตกต่างจากเรื่องอื่นๆ ซึ่งเป็นกรณีที่ไม่ได้กำหนดชัดเจนเป็นข้อๆ ออกมา และการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในเรื่องสิทธิอื่นๆ กระทำกันอย่างมากมายในช่วงที่ผ่านมา ทำให้สังคมในวงกว้างใดยินและรับรู้ในคำว่าสิทธิมากขึ้น เมื่อกำหนดว่าเป็นสิทธิผู้ป่วยจึงคิดว่ามีความสำคัญที่จะต้องรักษาสิทธิตรงนั้นไว้ โดยไม่ได้ดูในรายละเอียดว่าเป็นสิทธิอย่างไร เข้าใจในสิทธินั้นเพียงใด และมีเงื่อนไขหรือดุลยพินิจอื่นๆ ของบริบทในการใช้สิทธินั้นๆ แต่เมื่อเป็นกรณีว่าไม่ปฏิบัติตามสิทธิจึงเห็นว่าเป็นความผิดของคนที่ไม่ดำเนินการตามสิทธินั้นทันที สอดคล้องกับข้อมูลของนายแพทย์เฉลิม บุญเฉลิมวิภาส ในเรื่องนี้คือ ความรู้และการรับรู้สิทธิของประชาชน ซึ่งกล่าวถึง ในโลกสมัยใหม่ที่เต็มไปด้วยข้อมูลข่าวสาร ประชาชนได้รับความรู้และรับรู้สิทธิของตนมากขึ้น การให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยหรือญาติจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนการรักษาหรือแม้เมื่อเกิดความเสียหายขึ้น ก็ต้องอธิบายด้วยข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ การใช้คำรวมๆ ว่า สิ่งที่เกิดขึ้นเพราะแพ้ยา ดูเหมือนจะไม่เหมาะสมในสังคมในปัจจุบัน การบันทึกขั้นตอนการรักษาในเวชระเบียนจึงถือเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญและถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะขอดูได้ (เฉลิม บุญเฉลิมวิภาส, ๒๕๕๑) สิทธิผู้ป่วยได้ถูกนำมาเผยแพร่กันอย่างกว้างขวางเพื่อให้ประชาชนได้รับทราบ โดยมีการรับรองสิทธิผู้ป่วย ดังที่ พรรณิภา บูรพาชีพ ได้อธิบายไว้ในเรื่องของสิทธิผู้ป่วยโดยข้อบังคับว่าด้วยจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๔๙ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย ได้มีข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมมาเป็นลำดับ สำหรับข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพที่ใช้ในปัจจุบัน (พรรณิภา บูรพาชีพ, ๒๕๕๕) โดบมีสาระสำคัญสำหรับเป็นแนวทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์โดยสรุปดังนี้

- ดำรงตนให้สมควรในสังคมโดยธรรม และเคารพต่อกฎหมาย
- ไม่ประพฤติหรือกระทำการใดๆ อันอาจเป็นเหตุให้เสื่อมเสีย
- มีเจตนาดีต่อคนทุกกลุ่ม
- ไม่โฆษณาความรู้ ความชำนาญทางการแพทย์ ถ้าจะแจ้งก็เพียงบางอย่างได้ตามที่กำหนดไว้ โดยไม่ไปจูงใจ หรือหลอกลวง ให้คนมารับบริการเพื่อผลประโยชน์ตน
- รักษามาตรฐานแพทย์ในระดับดีที่สุดในสถานการณ์นั้น
- ไม่รับสินจ้างรางวัล

- ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยสุภาพ ไม่มีการบังคับ ขู่เข็ญ เห็นแก่ความปลอดภัย และความไม่สิ้นเปลืองของผู้ป่วย
- ไม่ใช้ยาตำรับลับ หรืออุปกรณ์ที่ไม่เปิดเผยส่วนประกอบ
- ไม่เจตนาทุจริตออกใบรับรองแพทย์
- ไม่ให้ความเห็นโดยไม่สุจริตต่อวิชาชีพแพทย์
- ไม่เปิดเผยความลับผู่ป่วย
- ไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจาการเจ็บป่วย
- ไม่สนับสนุนการแพทย์ใดที่ผิดกฎหมาย (แพทยสภา, ๒๕๔๙)

ซึ่งประเด็นสำคัญเหล่านี้ที่กำหนดไว้เป็นข้อบังคับในเรื่องจริยธรรมวิชาชีพก็เน้นไปในส่วนของสิทธิผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ การไม่ดำเนินการตามสิทธิผู้ป่วย จึงเป็นประเด็นที่อยู่ในข้อบังคับเรื่องจริยธรรมโดยตรงอยู่แล้วจำเป็นที่จะต้องมีแนวทางโดยยึดหลักสิทธิผู้ป่วยที่ประกาศไปแล้วและมีการกำหนดบริบทอื่นๆ เอาไว้เป็นแนวทางสำหรับแพทย์สามารถมีแนวทางในการปฏิบัติตนให้เป็นไปตามแนวทางแห่งจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ และเป็นที่ยอมรับของสังคมในวงกว้างเรื่องการมีจริยธรรมของแพทย์

กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง เป็นกรณีที่มีผู้เห็นด้วยสูงสุดในการที่จะกำหนดให้เป็นแนวทางในการดำเนินการเพื่อการพัฒนาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ เพราะครูหรืออาจารย์แพทย์ในฐานะของความเป็นครูจะส่งผลโดยตรงต่อนักศึกษาอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ สมเดช นิลพันธุ์ ที่เคยศึกษาเรื่องการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมสำหรับนักเรียนนายร้อยตำรวจ แล้วพบว่า รูปแบบและวิธีการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมที่อยู่ในระดับสูงสุดในการศึกษาครั้งนั้นคือ ครู อาจารย์ ประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่นักเรียนนายร้อยตำรวจ เพราะครูเป็นผู้ที่นักเรียนใกล้ชิดมากที่สุด เห็นแบบอย่างที่ควรประพฤติปฏิบัติจาก ครู อาจารย์ ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกันกับแนวคำสอนของพระพุทธเจ้าที่ทรงใช้โดยทรงทำได้จริงอย่างที่สอน เป็นตัวอย่างที่ดี ทำให้ประชาชนเชื่อมั่นในคำสอน (สมเดช นิลพันธุ์, ๒๕๔๖) ส่วนในกรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง, มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนาหรือนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา เป็นแนวทางที่จัดกระทำให้นักศึกษาแพทย์ได้พัฒนาในเรื่องของจิตใจ หากมีการดำเนินการจะเป็นประโยชน์อย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับกรณีของการศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเลยที่พบว่า การสร้าง “บรรยากาศทางจริยธรรม” ก็จะทำให้นักศึกษาได้ “ซึมซับ” จริยธรรมได้โดยอัตโนมัติและมองเห็นข้อดีของจริยธรรมไปด้วย เพราะเมื่อได้พบกับสิ่งใดก็จะซึมซับความดีของสิ่งนั้นได้ด้วย เช่น การเข้าวัดไป

ในที่สงบก็จะเห็นข้อดีของความสงบไปด้วย และนักศึกษาที่ได้ทำกิจกรรมในบรรยากาศทางจริยธรรม ดังกล่าวเป็นกิจกรรมเสริมในหลักสูตรก็จะทำให้นักศึกษาได้รับการซึมซับทางจริยธรรมไปด้วยเช่นกัน (ฐาปนีย์ พสิษฐ์เนาวกุล, ๒๕๕๓) การให้ความสำคัญกับการดำเนินการในการพัฒนาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ โดยการดำเนินการตามแนวทางที่จะพัฒนากับนักศึกษาแพทย์และกรณีที่เกี่ยวข้องกับแนวทางต่างๆ ที่ดำเนินการจัดทำแนวทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ก็สอดคล้องกับแนวทางของศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขาที่เคยเขียนถึงจริยธรรมทางการแพทย์ในการจัดทำเอกสารประกอบการประชุมกลุ่มจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ณ โรงพยาบาลราชวิถี ในช่วงวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๕๕ ว่า เกี่ยวกับจริยธรรมด้านการแพทย์ที่ผ่านมาอาจจะมีข้อบังคับออกมาว่าแพทย์ต้องทำอย่างไร หากทำผิดก็ต้องมีการลงโทษ แต่ขณะนี้กำลังดำเนินการปรับปรุงจรรยาบรรณวิชาชีพแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับแพทย์ที่ดีว่าควรปฏิบัติตนอย่างไร เรื่องบางอย่างแม้ว่าไม่มีการลงโทษ ไม่มีข้อห้าม แต่ก็ไม่ควรทำ นอกจากนี้มีหลายกรณีที่แพทย์ควรปฏิบัติ เช่นพูดจาไพเราะ รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ไม่คิดค่าตรวจรักษาเพื่อนแพทย์ด้วยกัน ถึงแม้ว่าจะไม่มีข้อบังคับหรือมีการทำโทษถ้าไม่ปฏิบัติ นอกจากนั้นยังสอดแทรกหลักสูตรจริยธรรมทางการแพทย์เข้าไปในการเรียนการสอนนักเรียนแพทย์ ตลอดจนการบรรยายเรื่องจริยธรรมทางการแพทย์ในงานประชุมวิชาการต่างๆ รวมทั้งมีการให้รางวัลแก่แพทย์ที่ทำความดี เพื่อเป็นการส่งเสริมจริยธรรมในวงการแพทย์ด้วย (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, ๒๕๕๕)

สรุปความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตัวโดยรวมของแพทย์จากมุมมองในแต่ละกลุ่มของผู้เกี่ยวข้อง

๑. ทัศนคติต่อจริยธรรมในแต่ละกลุ่มประเภทตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในส่วนของการยอมรับในการกระทำโดยรวมของแพทย์ ผู้รับบริการหรือครอบครัวกับแพทย์นั้นยอมรับต่อการมีจริยธรรมแพทย์ในภาพรวมไม่แตกต่างกัน มีผู้พิพากษา,อัยการ และกลุ่มผู้เฝ้าระวังฯเท่านั้นที่ยอมรับได้น้อยกว่า ส่วนตำรวจและทนายความกลับยอมรับได้โดยรวมมากกว่ากลุ่มอื่น

๒. แพทย์ทั้งในส่วนของแพทย์ผู้ให้การรักษาและแพทย์ในองค์กรวิชาชีพแพทย์ คิดว่าแพทย์โดยรวมปฏิบัติตนผิดจริยธรรมน้อยที่สุด แต่ก็ไม่ได้ต่างไปจากผู้รับบริการหรือครอบครัว มีในส่วนของผู้พิพากษา อัยการ และผู้เฝ้าระวังเท่านั้นที่เห็นว่าการปฏิบัติตัวโดยรวมของแพทย์น่าจะผิดจริยธรรมสูงกว่ากลุ่มอื่น

สรุปความคิดเห็นต่อประเด็นจริยธรรมหลักของแพทย์โดยรวมจากมุมมองในแต่ละกลุ่มของผู้เกี่ยวข้อง

๑. ประเด็นเรื่อง ความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล

<u>เรื่องการยอมรับ</u> กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับด้านกฎหมาย และประชาชนยอมรับได้น้อยกว่ากลุ่มแพทย์ที่คิดว่ายอมรับในกลุ่มแพทย์ด้วยกันเองในเรื่องนี้ได้มากกว่า

<u>เรื่องการคิดว่าน่าจะผิดจริยธรรม</u> แพทย์คิดว่าแพทย์ด้วยกันเองน่าจะผิดจริยธรรมในประเด็นนี้น้อยกว่าที่กลุ่มอื่นให้ทัศนคติไว้ โยกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับกฎหมายเห็นว่าผิดมากขึ้น และกลุ่มองค์กรเฝ้าระวังเห็นว่าน่าจะผิดมากสุด

๒. ประเด็นเรื่อง สินบนแพทย์

<u>เรื่องการยอมรับ</u> แพทย์คิดว่ายอมรับแพทย์ด้วยกันเองได้ในประเด็นนี้อยู่กลางๆ โดยมีกลุ่มองค์กรเฝ้าระวังฯ ยอมรับเรื่องสินบนได้น้อยสุด ผู้เกี่ยวข้องกับด้านกฎหมายก็มีความคิดเห็นแตกต่างกันออกไป โดยผู้พิพากษากับตำรวจนั้นยอมรับได้น้อยแต่อัยการและตำรวจยอมรับได้มากกว่าในส่วนทนายความกับยอมรับได้มากสุด ในกลุ่มแพทย์กับประชาชนผู้รับบริการยอมรับได้มากไม่แตกต่างกัน

<u>เรื่องการคิดว่าน่าจะผิดจริยธรรม</u> แพทย์กับผู้รับบริการคิดว่าน่าจะผิดน้อยกว่า กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับด้านกฎหมายและองค์กรเฝ้าระวังฯ

๓. ประเด็น สิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม

<u>เรื่องการยอมรับ</u> โดยรวมแล้วยอมรับได้ไม่แตกต่างกันยกเว้น ตำรวจและทนายความ

<u>เรื่องการคิดว่าน่าจะผิดจริยธรรม</u> แพทย์กับผู้รับบริการคิดว่ามีความผิดไม่แตกต่างกันโดยคิดว่าผิดน้อยกว่ากลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับด้านกฎหมาย และองค์กรเฝ้าระวังฯ

๔. ประเด็น ประเด็นเรื่อง การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง

<u>เรื่องการยอมรับ</u> กลุ่มแพทย์คิดว่ายอมรับแพทย์ด้วยกันเองในการใช้ดุลยพินิจในประเด็นนี้ได้น้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ที่กลับมองว่ายอมรับแพทย์ได้มากกว่าในการใช้ดุลยพินิจและการปฏิบัติตัวโดยรวมในประเด็นนี้

<u>เรื่องการคิดว่าน่าจะผิดจริยธรรม</u> ในประเด็นที่คิดว่าน่าจะผิดจริยธรรมโดยรวมของแพทย์ในประเด็นนี้ไม่แตกต่างจากกลุ่มอื่น ยกเว้นองค์กรเฝ้าระวังและตำรวจที่คิดว่าน่าจะผิดมากกว่ากลุ่มอื่นออกไป

ในประเด็นความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล ในกรณีเรื่องการสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ การให้เวลากับผู้ป่วย และการสั่งยาที่มีสารเคมีชนิดเดียวกันแต่ผลิตในประเทศ แพทย์ยังมทัศนคติแตกต่างไปจาก นักกฎหมาย และประชาชนผู้มาใช้บริการ จำเป็นที่จะต้องดำเนินการให้แพทย์ได้ตระหนักถึงความแตกต่างนี้ และจัดทำแนวทางในเรื่องเหล่านี้ให้ชัดเจนเป็นกรอบในการปฏิบัติให้มากขึ้น เพื่อส่งผลให้ทัศนคติของสังคมต่อแพทย์เป็นไปในทิศทางเดียวกันมากขึ้นเพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น

ในประเด็นสินบนแพทย์ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยโดยรวมทั้ง ๑๐ ข้อและการให้ความยินยอม แม้แพทย์จะคิดว่ายังยอมรับได้อยู่ในระดับกลางๆ เมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น และคิดว่าผิดไม่แตกต่างไปจากกลุ่มผู้รับบริการแต่ก็ยังคิดว่าที่แพทย์ดำเนินการอยู่นั้นผิดน้อยกว่าที่กลุ่มที่กลุ่มนักกฎหมายคิด ซึ่งอาจเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการจัดทำแนวทางในเรื่องนี้ให้เป็นที่เข้าใจของทุกฝ่ายในบริบทของตนเองในการดำเนินการเรื่องประเด็นการรับสินบนของแพทย์และเรื่องสิทธิผู้ป่วย เมื่อคิดว่าผิดต่างกันก็อาจส่งผลต่อการฟ้องร้อง และการมีมาตรการทางกฎหมายจากนักกฎหมายออกมาอย่างมากมายในประเด็นเรื่องที่เกี่ยวกับการรับสินบนของแพทย์กับเรื่องสิทธิผู้ป่วยนี้ อันจะส่งผลต่อภาพลบของจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

แนวทางในการจัดทำจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

แนวทางในการดำเนินการจัดทำจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญพบว่า ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความสำคัญของการทำกรอบเพื่อดูความสัมพันธ์ของสังคม เพื่อให้มีการขับเคลื่อน ทางสังคมแทนที่จะใช้กฎหมายหรือข้อบังคับเพียงอย่างเดียว โดยคำนึงถึงประเด็นหลักๆ ดังนี้

๑. แพทย์ต้องมองถึงประโยชน์ส่วนรวมเป็นหลัก

๒. แพทย์ต้องคำนึงถึงความเป็นธรรมต่อผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยเป็นหลัก

๓. แพทย์ต้องศรัทธาในความดี

๔. ใช้คำสอนของพระราชบิดาเป็นแบบอย่าง ซึ่งเป็นแนวคิดที่จะต้องปฏิบัติให้เหมือนกับปฏิบัติต่อตนเองหรือญาติของตนเอง

๕. การไม่ทำตามหน้าที่ของแพทย์

๖. ไม่ทำตามหลักวิชาการของแพทย์

แนวทางในการกำหนดประเด็นหลักในการจัดทำกรอบจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ต้องดำเนินการโดยให้ความสำคัญต่อประเด็นที่สังคมมีทัศนคติว่าไม่สามารถยอมรับได้ และ/หรือ คิดว่าน่าจะมีระดับความผิดในระดับสูงถ้าแพทย์กระทำหรือไม่กระทำตามรายประเด็นนั้นๆ มากำหนดเป็นกรอบในเรื่องของข้อกำหนดหรือข้อห้ามสำหรับวิชาชีพแพทย์ โดยมีแนวทางดังนี้

๑. ในเรื่องของผู้ป่วยที่มาฉุกเฉิน แพทย์ต้องดำเนินการช่วยเหลืออย่างรีบด่วนโดยทันที โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยหรือญาติหรือผู้เกี่ยวข้องจะขอร้องหรือไม่ แพทย์จำเป็นต้องเข้าไปไต่ถามหรือลงมือช่วยเหลือหลังจากการพิจารณาถึงความถูกต้องตามหลักวิชาการและสถานการณ์ที่ไม่เกิดอันตรายหรือสุ่มเสี่ยงต่อตนเอง เมื่อแพทย์อยู่ในโรงพยาบาลไม่ว่าจะในฐานะใดก็ต้องผลักดัน ใช้อำนาจที่มีอยู่ เพื่อการเอื้อต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินจนเต็มความสามารถ ไม่อาจที่จะนำข้อมูลในเรื่องของค่าใช้จ่าย

มาคำนึงได้ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่กับภาวะฉุกเฉินนั้น ต้องให้พ้นจากภาวะฉุกเฉินก่อน หรือได้ดำเนินการช่วยเหลือในฐานะความเป็นแพทย์ตามบริบทของสถานที่ และสภาวะนั้นๆ จนเต็มที่แล้ว จึงค่อยมาพิจารณาในเรื่องความเหมาะสมอื่นๆ ยกเว้น แพทย์ได้ใช้ความรู้ความสามารถตามหลักวิชาการในการพิจารณาถึงความเหมาะสมที่จะส่งให้ผู้อื่นได้ช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย ซึ่งจะยังผลดีแก่ผู้ป่วยมากกว่าการดำเนินการของตนในบริบทขณะนั้น แต่ก็ต้องอธิบายให้ผู้คนเกี่ยวข้องเข้าใจในบริบทตามหลักวิชาการนั้นๆ ด้วย

๒. ในเรื่องที่แพทย์มีการรับค่าสัดส่วนตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามส่วนตัวแพทย์ ถือเป็นประเด็นสำคัญที่จะใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการจัดทำกรอบจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ เนื่องจากสังคมมีทัศนคติที่ไม่สามารถยอมรับในประเด็นนี้ได้ แพทย์จักต้องงดรับในส่วนของค่าตอบแทนชนิดนี้ แม้จะเป็นเรื่องของการดำเนินการกันในหลายภาคส่วนในปัจจุบันที่เป็นการให้การตอบแทนในเชิงธุรกิจ แต่แพทย์ไม่ได้มีความลำบากในเรื่องของรายได้ และการดำเนินการดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อความเสื่อมถอยทางจิตใจและการยอมรับโดยรวมต่อวิชาชีพ อาจเป็นการรับค่าตอบแทนโดยการสั่งซื้อเมื่อได้ตามยอดรวมในการจัดซื้อ ก็จะมีการจัดสรรค่าตอบแทนเป็นสัดส่วนร้อยละที่แพทย์จะได้เป็นสัดส่วนค่าตอบแทน หรืออาจเป็นการให้ค่าตอบแทนจากการสั่งให้มีการตรวจด้วยหัตถการหรือตรวจด้วยเครื่องมือต่างๆ ที่มีการจัดซื้อในโรงพยาบาลเอง หรือส่งไปตรวจตามศูนย์เครื่องมือต่างๆ ที่มีการคิดค่าตรวจกับผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วยที่จะต้องจ่ายค่าตรวจมากขึ้น หรืออาจส่งผลต่อแรงจูงใจในการที่แพทย์จะสั่งให้มีการส่งตรวจมากขึ้นเกินความจำเป็น เนื่องจากมีความคาดหวังต่อสัดส่วนค่าตอบแทน

๓. แนวทางในส่วนที่แพทย์จะต้องเห็นความสำคัญของสิทธิที่คนทุกคนจะได้รับการบริการด้านสุขภาพที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ไม่ว่าจะเป็นกฎหมายสูงสุดคือรัฐธรรมนูญหรือกฎหมายอื่นใดที่มีการกำหนดการมีสิทธิของประชาชนให้เข้าถึงการบริการทางสุขภาพ วิชาชีพแพทย์มีความเกี่ยวข้องในเรื่องนี้อยู่ในหลายมิติ ในส่วนของแพทย์ที่มีความเกี่ยวข้องในการมีส่วนร่วมผลักดัน กำหนด ร่าง แก้ไข หรือมีความเกี่ยวข้องอื่นใดเกี่ยวกับกฎหมายที่ว่าด้วยการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ จำเป็นจะต้องใช้ความรู้ความสามารถในวิชาการและประสบการณ์ทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล เพื่อจะยังประโยชน์ต่อสิทธิของประชาชนในการมีสุขภาพที่ดีและการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อมีปัญหาสุขภาพหรือเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ในมิติของผู้บริหารองค์กรที่จะต้องให้การบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนก็จำเป็นจักต้องดำเนินการจัดให้องค์กรนั้นๆ หรือบังคับบัญชาบุคลากรทางการแพทย์ในองค์กรนั้นๆ เอื้อต่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพของประชาชนให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพสูงสุด ส่วนในมิติของแพทย์ผู้ให้การรักษาก็ต้องเห็นความสำคัญของการเข้ามารับบริการสุขภาพของประชาชนตาม

กฎหมายที่กำหนดไว้ มีความพยายามอย่างเต็มที่ที่จะให้ประชาชนได้เข้าถึงการบริการสุขภาพนั้นๆ ให้ตรงกับปัญหาสุขภาพ และมีผลต่อสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ของประชาชนทุกคน

๔. แนวทางที่แพทย์จะต้องไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่ว่าจะแตกต่างกันด้วยฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิด้านการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของการเจ็บป่วย แพทย์ต้องไม่ให้สิ่งที่แตกต่างกันเหล่านั้นมาส่งผลต่อการรักษาพยาบาลของแพทย์ต่อผู้ป่วยนั้นๆ ต้องดำเนินการรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐาน และตามหลักวิชาการเหมือนกันไม่ว่าผู้ที่ตนให้การรักษาอยู่นั้นเป็นใคร โดยเฉพาะจากการศึกษาครั้งนี้ที่มีการให้ค่าตอบแทนพิเศษกับแพทย์นั้นก็จะส่งผลต่อการได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ที่แตกต่างกัน อันเป็นหนทางสู่ความเสื่อมของจริยธรรมในวิชาชีพเช่นเดียวกัน จำเป็นที่จะต้องกำหนดกรอบจริยธรรมให้คำนึงถึงการตรวจรักษาที่เท่าเทียมกันของผู้รับบริการทางสุขภาพทุกคน

๕. ในประเด็นที่จะดำเนินการให้เป็นแนวทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะที่เป็นผู้เข้าร่วมในกระบวนการวิจัยของแพทย์ ผู้ป่วยหรือประชาชนที่เข้าร่วมเหล่านั้นต้องได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนจากแพทย์ แพทย์จะต้องมีกระบวนการชี้แจงข้อมูลต่อผู้ป่วยหรือประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยของแพทย์ดังกล่าวด้วยภาษาที่สามารถเข้าใจได้ ไม่เป็นเชิงวิชาการมากจนเกินไปที่ทำความเข้าใจได้ยาก เพื่อการตัดสินใจของตัวผู้ป่วยหรือประชาชนที่จะเข้าร่วมเป็นตัวอย่างในงานวิจัยได้นำไปพิจารณาตัดสินใจอย่างรอบคอบ และสามารถเข้าใจหลักเกณฑ์ผลได้ ผลเสีย สิ่งที่จะเกิดขึ้น สิ่งที่จะได้รับต่างๆ อย่างละเอียด และสามารถตัดสินใจในการถอนตัวโดยไม่ถูกกดดันจากแพทย์ ซึ่งแม้จะมีจริยธรรมงานวิจัยครอบคลุมเรื่องนี้อยู่แล้ว แต่ทัศนคติของสังคมโดยรวมก็ยังมีความกังวลในเรื่องนี้อยู่ เพราะการเข้าเป็นผู้ถูกทดลองในกระบวนการรักษาพยาบาลอาจมีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยหรือผู้ถูกทดลองได้ง่าย

๖. ประเด็นที่แพทย์จักต้องให้ความเคารพในการตัดสินใจว่าจะยินยอมหรือไม่ยินยอมที่จะรักษาพยาบาล เป็นสิทธิของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการที่จะปฏิเสธหรือไม่ยินยอมที่จะรักษาพยาบาลแบบใด ด้วยวิธีใดก็เป็นดุลยพินิจของผู้ป่วยโดยแพทย์จะต้องให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอ ถึงกระบวนการรูปแบบของการรักษาพยาบาลแต่ละแบบ เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วย แพทย์ต้องไม่กดดันเพื่อให้มีการรักษาในแบบใดแบบหนึ่งตามที่ตนต้องการหรืออยากให้เป็นไปตามแบบวิธีของตน แพทย์มีหน้าที่ที่จะต้องบอกรายละเอียดในทุกวิธีการรักษา หรือวิธีที่ตนถนัดว่าเป็นอย่างไร มีกระบวนการผลดี ผลเสีย อย่างไร แล้วให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะยินยอมในการรักษาพยาบาลหรือไม่

๗. การดำเนินการในเรื่องที่ต้องใช้ทักษะของความเป็นแพทย์ผู้เชียวชาญ แพทย์ที่ตรวจรักษาโรคทั่วไปไม่ได้เป็นแพทย์ในสาขาใดสาขาหนึ่งที่ผ่านการเรียนมาทางด้านนั้นโดยเฉพาะที่องค์กรแพทย์ให้การยอมรับในแต่ละสาขา หรืออาจมีการดำเนินการที่ไม่ตรงกับสาขาของตนเองเมื่อการดำเนินการทางการรักษาหรือให้บริการทางสุขภาพนั้นเป็นเรื่องเฉพาะที่จะต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญมาดำเนินการ ตามหลัก

วิชาการหรือมาตรฐานที่องค์กรวิชาชีพแพทย์กำหนดไว้ ด้าน เช่น การที่แพทย์สาขาอื่นมาทำศัลยกรรมตกแต่ง หรือ ดมยาสลบโดยไม่ใช่วิสัญญีแพทย์ เป็นประเด็นที่สังคมมีทัศนคติไม่ยอมรับในเรื่องนี้ และเป็นประเด็นในข้อกฎหมายที่กำหนดไว้ซึ่งเมื่อดำเนินการไปแล้วอาจส่งผลต่อความเสื่อมเสีย ในบางครั้งหรือบางสถานการณ์แม้จะมีเจตนาดีในการดำเนินการ แต่เมื่อมีปัญหาก็จะส่งผลต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์เป็นอย่างมาก จำเป็นที่จะต้องมีแนวทางในการกำหนดในเรื่องนี้เอาไว้ให้ชัดเจนตามบริบทของการรักษาด้วย

๘. ในประเด็นที่แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง แม้จะมีปัญหาที่สังคมหลายภาคส่วนให้ความคิดเห็นว่าในเรื่องนี้เป็นประเด็นปัญหาของการจัดการภาครัฐ ในเรื่องของการดำเนินการให้แพทย์มีจำนวนที่เพียงพอ หรือการลดปริมาณผู้ป่วยในการตรวจแต่ละวันให้สมดุลกับจำนวนแพทย์ แต่ก็ยังเป็นหน้าที่ของแพทย์โดยตรงในการที่จะให้ข้อมูลของการรักษา แนะนำผู้ป่วย การได้พูดคุยอธิบายผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญมากจากการศึกษาครั้งนี้ เพราะการฟ้องร้อง ขัดแย้งต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยหรือญาติ กับแพทย์ผู้ให้การรักษามักมีต้นตอมาจากการที่แพทย์มีเวลาให้ผู้ป่วยน้อยจนเกินไป ไม่อธิบาย ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติได้เข้าใจในสิ่งที่แพทย์ให้การรักษาอยู่ หรือดำเนินการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยด้วยวิธีที่อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์อยู่ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อการมีทัศนคติของสังคมต่อแพทย์ เมื่อเกิดการฟ้องร้องขึ้นซึ่งอาจมีมาจากหลายสาเหตุ แต่การไม่อธิบายหรือแนะนำเรื่องต่างๆเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยทราบโดยตรงจากแพทย์มักเป็นสาเหตุสำคัญในอันดับแรกๆ ที่เป็นชนวนให้มีการฟ้องร้องเกิดขึ้นในหลายกรณี กรอบประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จึงต้องมีการกำหนดในเรื่องของการแนะนำหรืออธิบายว่าควรจะต้องดำเนินการอย่างไร ด้วยเวลาที่เหมาะสมในขั้นต้นอย่างไร ในการตรวจรักษาทั้งที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ว่าจะมีการดำเนินการที่เหมาะสมอย่างไร

๙. ในเรื่องของการมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ แพทย์จะต้องให้ความสำคัญอย่างมากในการปกปิดข้อมูลสำคัย และต้องดำเนินการจัดทำกรอบจริยธรรมในการดำเนินการเรื่องการปกปิดข้อมูลของผู้ป่วย และหลักเกณฑ์เพิ่มเติมที่แพทย์จักต้องทำความเข้าใจร่วมกันในเรื่องการปกปิดข้อมูลตามสิทธิของผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยยินยอมให้มีการเปิดเผยจะมีกระบวนการที่เหมาะสมอย่างไรในการเปิดเผยให้เป็นไปตามกฎหมายโดยไม่ละเมิดในสิทธิของผู้ป่วย การดำเนินการของแพทย์ในฐานะที่เป็นผู้รักษาผู้ป่วย กับบทบาทในฐานะของหัวหน้าทีมในการรักษาผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และในฐานะที่เป็นผู้เก็บข้อมูลต่างๆ ซึ่งบางครั้งการที่จะปกปิดอย่างเดียวอาจส่งผลเสียอย่างร้ายแรงต่อลูกทีมที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ หรืออาจส่งผลต่อญาติที่ติดต่อสัมพันธ์กับผู้ป่วย แม้จะมีกฎหมายกำหนดไว้ในเรื่องนี้อยู่แต่ก็จำเป็นต้องดำเนินการจัดทำกรอบจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์เอาไว้ให้ชัดเจนเพื่อเป็น

แนวทางในการดำเนินการในเรื่องนี้สำหรับแพทย์ทุกคน ในการตัดสินใจว่าจะบอกให้ผู้ป่วยมีการเปิดเผยในบางเรื่องอย่างไร แพทย์มีขอบเขตชัดเจนแค่ไหนในการเปิดเผยเพื่อปกป้องทีมบุคลากรในการช่วยกันรักษาพยาบาลที่อาจส่งผลเสีย และมีแนวทางดำเนินการกับญาติอย่างไรให้เป็นไปด้วยดี ไม่ผิดจริยธรรมในวิชาชีพ

๑๐. ในประเด็นที่ผู้มารับบริการมีสิทธิ ที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้บุคคลอื่น จะเป็นประเด็นที่มีความคาบเกี่ยวกับเรื่องการที่จะได้รับคำอธิบาย คำแนะนำจากแพทย์ และการที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง โดยในประเด็นนี้เป็นแนวทางในเรื่องการที่จะรับทราบข้อมูลของตนเองในการรักษา ซึ่งโดยทั่วไปเป็นข้อมูลที่มีการดำเนินอยู่ในเวชระเบียนของโรงพยาบาลที่แพทย์และบุคลากรทีมรักษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ดำเนินการ โดยประเด็นของความเป็นเจ้าของเวชระเบียนก็ยังมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันอยู่ว่า ผู้ป่วยน่าจะสามารถถ่ายสำเนาเอกสารประวัติการรักษาหรือเวชระเบียนไปได้ทั้งหมดในทุกกรณีหรือไม่ อย่างไร หรือต้องให้แพทย์ที่เป็นผู้บันทึกดำเนินการพิจารณาเขียนสรุปให้ ในเงื่อนไข กรณีไหนอย่างไร ซึ่งประเด็นนี้จำเป็นจะต้องทำกรอบแนวทางการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามกรอบจริยธรรมของแพทย์ เพราะที่ผ่านมาเคยมีผู้ร้องเรียนในเรื่องของหลักฐานที่เป็นประวัติสูญหายในกรณีที่เกิดเรื่องร้องเรียนกัน ซึ่งส่งผลต่อทัศนคติของสังคมโดยรวมต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

๑๑. ประเด็นที่ผู้ป่วยหรือประชาชนที่จะมารับบริการทางการแพทย์ในสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้นมีสิทธิที่จะได้รับทราบ ชื่อ-สกุล และประเภท หรือความเชี่ยวชาญของแพทย์บุคคลนั้นๆ ก็มีการดำเนินการที่แตกต่างกันไปในแต่ละองค์กร บางองค์กรก็มีการกำหนดให้มีการใส่ฟอร์มมีบัตรบอกถึงรายละเอียดทั้งที่ติดตัวหรือติดป้าย แต่ก็มีอีกจำนวนมากที่ยังไม่มี จึงเป็นประเด็นทางจริยธรรมที่จะต้องกำหนดกรอบของการดำเนินการเรื่องนี้ตามสิทธิของผู้มารับบริการ ที่แพทย์จักต้องดำเนินการให้มีความเหมาะสม ไม่ส่งผลต่อทัศนคติที่ไม่ดีของสังคมต่อการถูกมองว่าปกปิดข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ที่ให้การรักษา ไม่โปร่งใส ตรงไปตรงมา เมื่อจะให้บริการแก่ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการต้องมีการแสดงตนอย่างไรถึงจะถูกต้องเหมาะสมเป็นไปตามหลักการ และมีจริยธรรมในวิชาชีพที่โปร่งใส

๑๒. ประเด็นที่บิดา มารดา โดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี บริบรูณ์ ผู้บกพร่องทางกายและทางจิต ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้ แพทย์ในฐานะที่ต้องดำเนินการให้เป็นไปตามสิทธิของประชาชนทุกคน แต่ก็มีหน้าที่ในการที่จะต้องช่วยเหลือยามฉุกฉินต่อผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน ต้องรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยโดยไม่เลือกปฏิบัติในทุกเพศ ทุกวัย จึงเป็นประเด็นที่มีความคาบเกี่ยวกับประเด็นที่จะต้องคำนึงถึงการใช้สิทธิของผู้ปกครอง ในกรณีของเด็กที่อายุไม่เกิน ๑๘ ปี หรือผู้บกพร่องทางกายและจิต ซึ่งแพทย์ก็ต้องใช้ดุลยพินิจในการตัดสินในในกรณีที่เป็นผู้ป่วยใน

กลุ่มนี้ ที่จะต้องมีการดำเนินการให้ผู้ปกครอง คือบิดา มารดาโดยชอบธรรม มาใช้สิทธิตัดสินใจแทนบุคคลดังกล่าว ซึ่งเป็นประเด็นที่สังคมยังให้ทัศนคติในการไม่ยอมรับดุลยพินิจของแพทย์ในการตัดสินใจทำการรักษาพยาบาลโดยมองข้ามในประเด็นของการตัดสิทธิหรือตัดสินใจแทนบิดา มารดาโดยชอบธรรม แม้จะมีความคิดเห็นในเรื่องนี้แตกต่างกันอยู่ โดยมีกลุ่มที่คิดว่าเด็กย่อมมีสิทธิในการกำหนดชีวิตของตนเอง ในการใช้สิทธิใดๆก็ตาม รวมถึงเรื่องการรักษาที่จะยินยอมให้แพทย์กระทำการรักษาหรือกระทำการบางอย่างเพื่อสุขภาพของตนเอง แต่สังคมโดยรวมก็ยังมีความคิดเห็นว่าแพทย์ต้องดำเนินการตามสิทธิของบิดา มารดา โดยชอบธรรมก่อน จึงเป็นประเด็นที่จะต้องมีการพิจารณาจัดทำกรอบจริยธรรมในวิชาชีพเรื่องนี้ให้ชัดเจนมากขึ้น

๑๓. ประเด็นการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามโรงพยาบาล ในประเด็นนี้ที่มีการรับค่าตอบแทนในนามส่วนตัวนั้น ทัศนคติของสังคมโดยรวมนั้นมองว่ายอมรับไม่ได้อย่างยิ่ง และแม้จะแพทย์จะรับค่าตอบแทนมาในนามโรงพยาบาลก็ตาม จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่าประเด็นการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์นั้น ทัศนคติของสังคมโดยรวมก็ยังคงเห็นว่าเป็นการรับสินบนแบบหนึ่งที่ไม่ควรไม่ยุ่งเกี่ยว หรือรับค่าตอบแทนจากเรื่องนี้เลย แพทย์ต้องไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลของธุรกิจหรือเงินตรา การที่โรงพยาบาลยอมรับค่าสัดส่วนตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ส่วนใหญ่ยังคงเห็นว่าผลสุดท้ายก็จะส่งผลต่อค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นจากการซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่แพงขึ้น น่าจะลดราคาค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์เหล่านั้นลงจะดีกว่า ซึ่งก็จะส่งผลต่อการลดลงค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย แม้ว่าโรงพยาบาลจะนำมาใช้ประโยชน์เพื่อผู้ป่วยหรือกระบวนการรักษาพยาบาลและมีบางกลุ่มไม่เห็นว่าเรื่องนี้เป็นความผิดก็ตาม สังคมโดยรวมก็ยังคงมีทัศนคติว่าไม่เหมาะสมที่โรงพยาบาลจะรับค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ ทางการแพทย์ จึงจำเป็นต้องมีกรอบจริยธรรมในส่วนของแพทย์ผู้รับผิดชอบ ผู้ดูแลโรงพยาบาล หรือผู้เกี่ยวข้องในการสั่งซื้อ และ/หรือบริหารในเรื่องนี้ของโรงพยาบาล ว่าจะดำเนินการป้องกัน และหลีกเลี่ยงไม่ให้มีกรณีของการรับค่าตอบแทนในการสั่งอบุปกรณ์หรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ ทางการแพทย์

๑๔. ประเด็นที่ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญอื่น ที่ไม่ใช่แพทย์ที่ให้บริการตน และสามารถที่จะเปลี่ยนแพทย์ผู้ให้บริการหรือโรงพยาบาลได้ เป็นประเด็นทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ที่จะต้องดำเนินการในฐานะที่ต่างกัน เพื่อให้เป็นไปตามกรอบจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ในฐานะแรกเป็นแพทย์ที่ให้บริการ ตรวจรักษาผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล กรอบแนวทางจริยธรรมในการดำเนินการที่จะเปิดโอกาสอย่างเต็มใจ ด้วยความปราถนาดี หรือสามารถแนะนำผู้เชี่ยวชาญอื่นที่ตนพิจารณาเห็นว่าเหมาะสมกว่าในการให้ผู้ป่วย และ/หรือญาติ สามารถขอความคิดเห็น หรืออาจไปตรวจกับแพทย์ดังกล่าวในขณะที่รักษาประจำกับตน เพื่อให้ได้ข้อมูลในการ

รักษาที่แตกต่างกันออกไป โดยเอาประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ หลังจากนั้นถ้าผู้ป่วยโดยตัวผู้ป่วยเอง และ/หรือญาติพิจารณาที่จะเปลี่ยนสถานที่รักษาก็ให้เคารพสิทธิ พร้อมให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ไม่อคติเข้าข้างตนเองหรือเข้าข้างโรงพยาบาลที่ตนสังกัดอยู่ และมีความเป็นกัลยาณมิตรที่พร้อมจะให้คำแนะนำหรือรักษาต่อเนื่องต่อไปด้วยความยินดีถ้าหากผู้ป่วยเปลี่ยนใจกลับมารักษากับตนอีกในอนาคต ส่วนในอีกฐานะหนึ่งแพทย์ที่อยู่ในฐานะของแพทย์ที่เป็นแพทย์ที่ได้รับการปรึกษาจากแพทย์หรือมีผู้ป่วยเปลี่ยนไปรักษากับตน หรือโรงพยาบาลที่ตนสังกัดอยู่ ก็เป็นแนวทางของกรอบจริยธรรมในประเด็นนี้ด้วยในการปฏิบัติตัวที่อยู่ในกรอบแนวทางจริยธรรม ที่จะไม่ไปให้ร้าย หรือกล่าวถ้อยคำที่ส่งผลต่อแพทย์ที่รักษามาก่อนหน้าไปในทางที่ไม่ดี หรือรักษาไม่ได้มาตรฐาน ไม่มีคุณภาพ อันจะส่งผลต่อทัศนคติของสังคมต่อจริยธรรมแพทย์โดยรวมด้วย แพทย์ที่รักษาต่อมาจึงต้องมีกรอบจริยธรรมในการปฏิบัติให้ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในบริบทของตนเอง เพราะโรคบางโรคเมื่อใช้เวลานานก็มีอาการที่ดีขึ้นรักษาง่ายขึ้น แสดงอาการของโรคเด่นชัดมากขึ้น หรืออื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างกับแพทย์ก่อนหน้าที่ให้การรักษา จึงไม่ควรเปรียบเทียบตัวเองว่าเก่งกว่า หรือรักษาได้ดีกว่า อันจะส่งผลต่อความเชื่อมั่นต่อแพทย์ของผู้ป่วยโดยรวม และเป็นการประพฤติที่ไม่เหมาะสม

ส่วนแนวทางที่จะพัฒนาจริยธรรมแพทย์ โดยการดำเนินการในส่วนของโรงเรียนแพทย์และสถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ ต้องมีการกำหนดแนวทางในการดำเนินการเพื่อพัฒนาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ โดยความคิดเห็นจากผู้เชียวชาญและกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ให้ความเห็นว่าในเรื่องจริยธรรมนั้นควรมีการดำเนินการก่อนหน้าที่จะเป็นแพทย์ ถ้าอยู่ในช่วงก่อนเป็นแพทย์สิ่งที่สามารถดำเนินการในการกำหนดแนวทางครั้งนี้ก็คงจะดำเนินการได้ในสองประเด็นใหญ่ๆ คือ

๑. ดำเนินการในเรื่องของการพิจารณารับนักศึกษาแพทย์

๒. ดำเนินการในเรื่องจริยธรรมในขณะที่เป็นนักศึกษาแพทย์.

เพราะหากมีการดำเนินการก่อนหน้านี้ ก็เป็นเรื่องของการศึกษาในระดับปฐมวัย ประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษา ซึ่งอยู่นอกเหนือจากกรอบของการจัดทำแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ เป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานเฉพาะ ไม่สามารถที่จะดำเนินการได้ ในการดำเนินการเรื่องพิจารณารับนักศึกษาแพทย์ ก็เป็นแนวทางสำหรับโรงเรียนแพทย์และสถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ ที่สังกัดหน่วยงานต่างๆ ทั้งมหาวิทยาลัยของรัฐ มหาวิทยาลัยเอกชน สถาบันสมทบต่างๆ ต้องพิจารณาจากการศึกษาครั้งนี้เพื่อกำหนดเงื่อนไขในการพิจารณารับนักศึกษาเข้าศึกษาต่อในวิชาแพทยศาสตร์ เพื่อให้ได้นักศึกษาแพทย์ที่มีคุณภาพ มีความเหมาะสมที่จะเป็นแพทย์ที่ดี มีคุณธรรมจริยธรรมและสร้างความก้าวหน้าให้กับวิชาชีพแพทย์ ซึ่งต้องอาศัยดุลยภาพระหว่างการมีคุณธรรมจริยธรรมของบุคคล กับความสามารถด้านวิชาการที่จะส่งเสริมให้มีการพัฒนาวิชาการด้วย ส่วนในเรื่องของการดำเนินการในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์และสถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์นั้นต้อง

คำนึงถึงประเด็นที่สังคมมีทัศนคติเห็นด้วยให้มีการดำเนินการ โดยสามารถนำมาเป็นกรอบแนวทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ได้เรียงตามลำดับดังนี้

๑. กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง ต้องมีการดำเนินการในเรื่องของกรอบแนวทางการพัฒนาครูแพทย์หรืออาจารย์แพทย์อย่างเป็นระบบ แนวทางการพัฒนาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จำเป็นจะต้องดำเนินการพัฒนาจริยธรรมในอาจารย์แพทย์ ทั้งในส่วนของการสรรหา การรับเข้าปฏิบัติงานในฐานะครูหรืออาจารย์แพทย์ ต้องมีกรอบที่ชัดเจน มีแนวทางที่เป็นรูปธรรมในการพัฒนาครูหรืออาจารย์แพทย์ ทุกภาคส่วนในการศึกษาครั้งนี้เห็นว่าครูหรืออาจารย์แพทย์เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ การที่ครูหรืออาจารย์แพทย์ปฏิบัติตนให้เป็นตัวอย่าง นักศึกษาแพทย์ก็จะดำเนินชีวิตไปตามตัวอย่างสามารถปฏิบัติตนให้อยู่ในกรอบจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ดังที่ได้เห็นครูหรืออาจารย์แพทย์ปฏิบัติให้เห็นอย่างสม่ำเสมอ นอกเหนือจากกระบวนการรับ คัดเลือกบุคลากรในการเข้าปฏิบัติงานในตำแหน่งครูหรืออาจารย์แพทย์แล้ว ก็ยังต้องมีกรอบแนวทางในการพัฒนาครูหรืออาจารย์แพทย์อย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาทั้งในเรื่องของคุณธรรมจริยธรรม ความแข้มแข็งทางวิชาการ ทั้งการสอนและงานวิจัย รวมถึงการให้รางวัลและการยกย่องครูหรืออาจารย์แพทย์ที่เป็นต้นแบบทางจริยธรรมมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้คนที่ตั้งใจทำความดี ไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของธุรกิจ และเงินตราที่มายั่วยวนแพทย์อยู่อย่างมากมายในปัจจุบัน

๒. กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบทซึ่งยังเป็นโรงพยาบาลที่ยังไม่พร้อมในหลายๆ ด้าน นักศึกษาได้ซึมซับความแตกต่างทั้งฐานะ ความเป็นอยู่ และการประกอบอาชีพของคนในชนบท ความลำบากในการดำรงชีพ ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ที่ยังคงมีอยู่ในสังคมชนบท ที่นับวันจะมีความแตกต่างไปจากสังคมเมืองอย่างเห็นได้ชัด นักศึกษาแพทย์จะได้เข้าใจในความเป็นมนุษย์มากขึ้น เข้าใจบริบทของสังคมมากขึ้น เมื่อจบออกไปก็สามารถเข้าใจในบริบทของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันอันจะส่งผลต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ต่อไป ทุกกลุ่มวิชาชีพต่างมีความเห็นไปในทำนองเดียวกันว่าการได้ฝึกงานในชนบทจะส่งผลดีต่อการพัฒนาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ การกำหนดแนวทางในเรื่องนี้จึงมีความจำเป็น

๓. กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม ต้องมีการกำหนดในเรื่องการจัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาแพทย์ไว้เป็นแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนานักศึกษา โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องเห็นว่าต้องมีการจัดทำเป็นกรณีศึกษาทางจริยธรรมในช่วงที่มีการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์ ควรมีการดำเนินการจัดทำ Death Conference

เพื่อให้มีการเรียนการสอนทางจริยธรรมมากขึ้น ควรมีการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมทั้งในช่วงแรกเข้า ช่วงกลาง และช่วงก่อนจบการศึกษา โดยมีการหยิบยกประเด็นจริยธรรมเป็นกรณีศึกษาขึ้นให้มีการอภิปราย ถกเถียงกันอย่างกว้างขวางในประเด็นจริยธรรม รวมถึงการประเมินในเรื่องของจริยธรรมที่จะต้องกำหนดแนวทางในการประเมินทางด้านจริยธรรม อย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าแพทย์จักต้องมีจริยธรรมสูงกว่าคนทั่วไป จึงจำเป็นที่จะต้องกำหนดแนวทางให้มีกรอบการดำเนินการของการจัดการเรียนการสอนทางด้านจริยธรรมและการประเมินควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่อง เมื่อจบการศึกษาแพทยศาสตร์ ไปปฏิบัติงานเป็นแพทย์แล้วก็ควรมีการพัฒนาในเรื่องของการอบรมทางจริยธรรมต่อไป และมีการประเมินเป็นระยะ

๔. กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา เป็นประเด็นที่จะกำหนดเป็นแนวทางในการพัฒนาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ โดยให้นักศึกษาออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา เป็นการพัฒนาทางด้านจิตใจควบคู่ไปกับการพัฒนาทางด้านความรู้ความเชี่ยวชาญในวิชาชีพแพทย์ แม้จะมีผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องบางส่วนเห็นว่าในประเด็นนี้อาจจะต้องให้เป็นความสมัครใจควรมีกรอบแนวทางไว้คร่าวๆ เป็นแนวเท่านั้น เพราะกิจกรรมทางศาสนานั้นมีหลากหลายและมีความแตกต่างกันในแต่ละศาสนา ควรดำเนินการในเรื่องจิตอาสาควบคู่กันไปด้วย หรืออาจมีการให้ออกไปในการช่วยเป็นอาสาสมัครกู้ภัยภาคสนามต่างๆ ก็อาจช่วยให้มีการพัฒนาทางด้านจิตใจที่ไม่เห็นค่าตอบแทนเป็นปัจจัยหลักในการทำงาน สร้างค่านิยมที่ดีงามให้นักศึกษาแพทย์ การได้ดำเนินการนำนักศึกษาออกไปทำกิจกรรมในสถานที่ที่มีกิจกรรมทางศาสนา จะส่งผลต่อการพัฒนาด้านจิตใจโดยตรง แต่ก็ต้องดำเนินการจัดทำกรอบแนวทางให้ โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการให้เหมาะสมกับบริบทของสถานที่ศึกษาและนักศึกษาแพทย์ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ นั้นๆ

ข้อเสนอแนะ

ในส่วนของข้อเสนอแนะที่สำคัญจากการศึกษาจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ได้พบความสลับซับซ้อนในประเด็นทางจริยธรรมมากมาย ประเด็นในเรื่องของการรับสินบนของแพทย์นั้นมีทั้งที่เป็นแบบ ขาว/ดำ ชัดเจน และแบบที่เป็นเทาๆ ไม่สามารถกำหนดชี้ชัดได้ จำเป็นที่จะต้องดำเนินการแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องของสินบนทางการแพทย์ต่อไป เพื่อกำหนดในเรื่องของแนวทางเรื่องนี้ให้ชัดเจนในแต่ละประเด็นว่า สิ่งใดสามารถดำเนินการได้ด้วยเหตุผลใด และมีเงื่อนไขประการใดบ้าง เพื่อให้ทุกฝ่ายได้ดำเนินการไปตามรูปแบบที่มีมาตรฐาน ลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการรับผลประโยชน์โดยมิชอบของแพทย์ และอาจส่งผลต่อจริยธรรมของแพทย์ที่เผยแพร่ออกสู่สังคมวงกว้างสร้างความเสื่อมเสียให้กับวงการวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการดำเนินการเพื่อพัฒนาเรื่องจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นจากการศึกษาครั้งนี้ มีดังนี้คือ

- ในองค์กรของสภาที่ดูแลวิชาชีพแพทย์ คือ แพทยสภาต้องมีการดำเนินการให้ประชาชนมีความมั่นใจในการธำรงไว้ซึ่งจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์สูงสุด ไม่ลำเอียงเข้าข้างแพทย์ด้วยกัน และองค์กรควรมีการปรับเปลี่ยนให้ตัวแทนจากทุกภาคส่วนเข้าไปมีส่วนร่วมมากขึ้น เพื่อให้มีแนวความคิดจากทุกภาคส่วนนอกเหนือจากแพทย์ เช่น พระ, นักกฎหมาย, นักสังคมศาสตร์, องค์กรเฝ้าระวัง เข้าไปร่วมด้วย และแพทยสภาต้องดำเนินการอย่างจริงจัง ทำในเชิงรุก และควรมีระบบไกล่เกลี่ยที่ดีเพื่อลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้น
- ควรประกาศให้เป็นรูปธรรมในวงการแพทย์ ให้ประชาชนได้รับรู้รับทราบในสิทธิ์ของผู้ป่วยและสิทธิของแพทย์ เมื่อทุกฝ่านทราบในสิทธิของตนเองโดยละเอียดแล้วเหตุการณ์ความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วยคงไม่เกิดขึ้น และการฟ้องร้องอาจจะน้อยลง ปัญหาที่เกิดขึ้นเพราะไม่เข้าใจกันแพทย์ก็ไม่กล้ารักษา คนป่วยก็ไม่กล้าหาแพทย์
- ควรมีการสอนวิธีการสื่อสารสำหรับแพทย์ วิธีการบอกข่าวร้าย บริบทของการสื่อความหมายระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ระหว่างแพทย์กับญาติ ระหว่างแพทย์กับบุคลากรทางการแพทย์ และระหว่างแพทย์ด้วยกัน จะส่งผลต่อการลดความขัดแย้งและการฟ้องร้องจนเป็นประเด็นจริยธรรมกันอย่างมากมายในปัจจุบัน ในกรณีการบอกข่าวร้ายกับผู้ป่วยก็ต้องรู้ในเรื่องการ “ชลอการบอก” ไม่ใช่ “ไม่บอก” ซึ่งต้องดูความเหมาะสมในบริบทต่างๆ ด้วย
- การมีคำปฏิญานของสถาบันก็เป็นเรื่องที่น่าสนใจในการปลูกฝังจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เมื่อเป็นแพทย์แล้วก็อาจส่งผลต่อการยึดมั่นในคำปฏิญานดังกล่าว เช่น คำปฏิญานของแพทย์ศิริราช เป็นต้น
- ควรกำหนดประเด็นจริยธรรมไว้ และให้สามารถทำการเพิ่มเติม (Advance) ในประเด็นจริยธรรมเหล่านั้นได้ เพราะบางครั้งบริบทหรือความซับซ้อนอาจมีเพิ่มเติมมากขึ้นจากประเด็นจริยธรรมที่กำหนดเอาไว้แต่เดิม
- เมื่อมีสิทธิผู้ป่วยก็ควรจะมีหน้าที่ผู้ป่วยคู่กันด้วย การมีสิทธิก็ต้องมีหน้าที่กำกับในสิทธินั้นๆ หน้าที่ผู้ป่วยนั้นก็สำคัญมาก เช่น การที่ผู้ป่วยมีหน้าที่ต้องบอกรายละเอียดกับแพทย์ที่ตรงกับความเป็นจริง เพราะถ้าไม่บอกความจริงกับแพทย์อาจส่งผลต่อการรักษาได้ เมื่อผิดพลาดก็จะคิดว่าแพทย์รักษาไม่ดี ไม่ได้มาตรฐานได้
- ควรต้องมีการกำหนดมาตรฐานออกมาให้ชัดเจนในการดำเนินการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วย เพราะมาตรฐานที่สังคมรับทราบโดยทั่วไปอาจมาจากฐานคิดจากการได้ประสบที่ต่างกัน ในการรักษากับโรงพยาบาลเอกชน อาจมีการตรวจค้นเพื่อการวินิจฉัย และรักษาเกินกว่ามาตรฐาน (Over standard)

ในขณะที่โรงพยาบาลของรัฐก็จะทำตามมาตรฐาน (Standard) อยู่แล้ว แต่ไม่ดีเท่าเอกชนทำให้ประชาชนมองว่าแพทย์โรงพยาบาลของรัฐให้การรักษาต่ำกว่ามาตรฐาน (Under standard)

- ควรให้สิทธิแพทย์ในการปฏิเสธต่อผู้ป่วยที่พูดจาหยาบคาย ดูถูก ไม่ให้เกียรติต่อแพทย์ และควรมีมาตรการที่จะปกป้องแพทย์จากการฟ้องร้อง กล่าวหาในสิ่งที่ไม่เป็นความจริง จนแพทย์ต้องตกเป็นจำเลยทั้งทางกฎหมายและจำเลยสังคมโดยไม่เป็นธรรม
- ควรให้แพทย์มีบทบาทด้านการรักษาพยาบาล และบริหารบุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมากกว่าต้องมาแบบภาระบริหารเรื่องการเงิน เพื่อการอยู่รอดขององค์กร
- ควรยึดแนวทางจริยธรรมให้มากกว่าทางกฎหมาย
- จำนวนของแพทย์ไม่สอดคล้องกับจำนวนประชากร ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติที่ไม่ทั่วถึงส่งผลต่อจริยธรรมในวิชาชีพด้วย รัฐต้องแก้ไขในเรื่องของสัดส่วนระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และดำเนินการให้ในบางโรงพยาบาลนั้นตรวจเฉพาะผู้ป่วยนัดอย่างเดียว ยกเว้นอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- ควรมีช่องทางการร้องเรียน เช่น สายด่วนร้องเรียนการบริการรักษาพยาบาล เพื่อให้มีช่องทางในการได้ร้องทุกข์ ร้องเรียน และการชี้แจงของแพทย์อย่างเป็นรูปธรรม ที่สภาและองค์กรวิชาชีพเข้ามามีบทบาทในการดำเนินการที่ไม่เข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งดำเนินการด้วยความเป็นธรรม และควรมีระบบไกล่เกลี่ยที่ดีเพื่อลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ควรจัดให้มีระบบไกล่เกลี่ย เช่น คณะกรรมการไกล่เกลี่ยที่แพทยสภา เพื่อบรรเทาเบาบางในส่วนของความขัดแย้ง อันนำไปสู่การฟ้องร้องและข้อพิพาทระหว่างผู้ป่วยและ/หรือญาติกับแพทย์ผู้ให้การรักษา

<u>ข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต</u>

ในการศึกษาครั้งนี้ยังขาดประเด็นบางอย่างที่ผู้เชี่ยวชาญไม่ได้มีความคิดเห็นในเรื่องของ การประมาทเลินเล่อ หรือการทอดทิ้งผู้ป่วย และผู้วิจัยก็ขาดการศึกษาในประเด็นนี้ ดังที่มีกรณีเหตุเกิดขึ้นจากการตัดสินของศาลปกครองกลางได้วินิจฉัยให้แพทย์ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งมีความผิดฐานประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ทอดทิ้งผู้ป่วยซึ่งอยู่ในภาวะที่พึงได้รับการดูแลจากแพทย์จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นการไม่รักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุด ของข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ (สุรชาติ ณ หนองคาย, ๒๕๕๕) ซึ่งประเด็นนี้เป็นเรื่องที่น่าสนใจ แต่ไม่ได้มีประเด็นจากผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนี้ และไม่ได้นำมาศึกษาซึ่งเรื่องนี้ก็เป็นเหตุที่เกิดการฟ้องร้องกันในทางกฎหมายกันเป็นจำนวนมาก จึงน่าจะได้ศึกษาในส่วนของความประมาทเลินเล่อ หรือการทอดทิ้งผู้ป่วยเพิ่มเติมในเชิงลึกด้วย และในประเด็นนี้การตัดสินของศาลปกครองกลางนั้นมีคำพิพากษาเพิกถอนมติและคำสั่งของแพทยสภาด้วย จึงเป็นเรื่องที่น่าศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของแนวทางการพัฒนาแพทยสภาเพื่อความเชื่อมั่นด้านจริยธรรมของสังคมที่มีต่อสภาวิชาชีพ

ของแพทย์ในประเทศไทยต่อยอดเพิ่มเติมจากการศึกษานี้ การศึกษาในเรื่องของสินบนแพทย์ในเชิงลึกก็ควรมีการดำเนินการต่อยอดงานวิจัยนี้เพื่อสืบค้นหาความจริงที่เกิดขึ้นในสังคม และการเรียกรับผลประโยชน์ในรูปแบบต่างๆ ที่ทำให้สังคมได้เฝ้าระวัง และองค์กรวิชาชีพจะได้กำหนดเพื่อหาแนวทางป้องการไม่ให้มีการแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบของแพทย์ในระดับต่างๆ หรือป้องกันสภาพที่เอื้อต่อการให้มีการดำเนินการในทางที่มิชอบเหล่านั้น การศึกษาในประเด็นอื่นๆ ที่มีความละเอียดอ่อนและความเกี่ยวเนื่องกันทั้งทางกฎหมายและทางจิตใจ เช่น ประเด็น Euthanasia, การรับจ้างตั้งครรภ์, ประเด็นการปฏิเสธการรักษาในการยื้อชีวิต ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพเพื่อรับทราบถึงความรู้สึกพฤติกรรม หรือรายละเอียดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกันทางสังคม ที่มีบทบาทต่อประเด็นดังกล่าวในเชิงลึก จะมีประโยชน์ต่อการนำมาพิจารณาทั้งในทางกฎหมายและจริยธรรมในวิชาชีพเป็นอย่างมาก และการศึกษาในเชิงระบบ ทั้งในเรื่องการรวมศูนย์อำนาจ โครงสร้างองค์กรแพทย์ และธุรกิจที่เข้าไปครอบงำระบบ ก็เป็นเรื่องที่น่าสนใจในการศึกษาเพิ่มเติมในระบบต่างๆ ดังกล่าว เพื่อการจัดทำกรอบบรรทัดฐานในวิชาชีพที่เกิดจากระบบต่างๆ ดังกล่าวต่อไป

<u>ข้อเสนอแนะของผู้วิจัย</u>

๑. ควรมีการประชาสัมพันธ์ในเรื่องของจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์อย่างต่อเนื่อง

๒. ควรมีการผลักดันให้มีการดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาจริยธรรมในระดับชาติ

๓. ควรมีการจัดการประชุมวิชาการด้านจริยธรรมในวิชาชีพในประเทศไทย

๔.ควรมีการสนับสนุนให้มีการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมในทุกระดับชั้น ตั้งแต่ระดับประถมศึกษาจนถึงระดับบัณฑิตศึกษา

๕. การจัดทำประเด็นจริยธรรมของแพทยสภาไทย ควรมีการนำออกมาเผยแพร่ให้สังคมในวงกว้างได้รับทราบในประเด็นจริยธรรมเหล่านั้นด้วย

๖. นำประเด็นการศึกษาไปเป็นแนวทางในการผลักดันให้องค์กรวิชาชีพแพทย์ นำไปดำเนินการพิจารณาใช้ให้เป็นรูปธรรม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

_____ . (๒๕๕๕). ๗ ธุรกิจที่จะเติบโตอย่างโดดเด่น. เอกสารออนไลน์. ค้นจาก http://www.biztempnews.com/index.php/economics/. ค้นเมื่อ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๖.

_____ . (๒๕๕๕). หุ้นโรงหมอสุดฮอต. เอกสารออนไลน์. ค้นจาก http://www.eFinanceThai.com. ค้นเมื่อ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๕๕.

ฐาปนีย์ พสิษฐ์เนาวกุล. (๒๕๕๓). การศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเลย. เลย : มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.

มติชน. (๒๕๕๕). ข่าวต่างประเทศ. มติชนออนไลน์ ฉบับวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๕.

นันทรัตน์ จิตตุรงค์อาภรณ์. (๒๕๕๓). การศึกษาการดำเนินงานด้านความรับผิดชอบต่อสังคมของธุรกิจยา. คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน. กรุงเทพ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต). (๒๕๕๓). การแพทย์แนวพุทธ. ธรรมนิพนธ์ พิมพ์ครั้งที่ ๗. นครปฐม : วัดญาณเวศกวัน.

พรนพ พุกกะพันธุ์. (๒๕๔๓). จริยธรรมทางธุรกิจ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จามจุรีโปรดักท์.

พรรณิภา บูรพาชีพ. (๒๕๕๕). สิทธิผู้ป่วย. สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. ภาควิชาสังคมศาสตร์. นครปฐม : คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิชาญ พัฒนา, (๒๕๐๙). ความเป็นมาของการแพทย์เมืองไทย. กรุงเทพฯ : อักษรบริการ; หน้า ๒๐ – ๒๕.

แพทยสภา. (๒๕๔๙). ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.๒๕๔๙. นนทบุรี : แพทยสภา.

ประกิต วาทีสาธกกิจ. (๒๕๓๑). ภาพพจน์ของแพทย์ในเวชปฏิบัติภาคเอกชน. แพทยสภาสาร ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๓๑. กรุงเทพฯ : แพทยสภา.

ระวี ภาวิไล. (๒๕๑๓). พุทธปรัชญา. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.

วิทูร อึ้งประพันธ์. (๒๕๓๐). นิติเวชสาธก ฉบับกฎหมายกับเวชปฏิบัติ. โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมเดช นิลพันธุ์. (๒๕๔๖). การปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมสำหรับนักเรียนนายร้อยตำรวจ. เอกสารออนไลน์. สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ. นครปฐม : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.ค้นจาก http://tdc.thailis.or.th/tdc/ ค้นเมื่อ ๒๘ มกราคม ๒๕๕๖.

สภาอาจารย์ศิริราช. (๒๕๒๖). สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก. สภาอาจารย์ศิริราช, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, พิมพ์ครั้งที่ ๓, กรุงเทพฯ : ไพศาลศิลป์การพิมพ์.

สมาพันธ์แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. (๒๕๕๕). สมเด็จพระราชบิดาแห่งการแพทย์ไทย. (เอกสารออนไลน์) เว็บไซต์ : http://www.thaihospital.org/. ค้นเมื่อ : ๒๘ ธันวาคม ๒๕๕๕.

สุกัญญา คันธาวัฒน์ และ วิสุทธิ์ ลัจฉเสวี. (๒๕๕๕). ผู้ป่วยไม่ใช้ผู้บริโภค. เอกสารออนไลน์. ค้นจาก http://www.mat.or.th/file_attach/๒๒Mar๒๐๑๒-๐๕-AttachFile๑๓๓๒๓๗๖๔๔๕.pdf. ค้นเมื่อ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖.

สุจินต์ อุบลวัตร. (๒๕๓๗).การเปลี่ยนแปลงจริยธรรมด้านการแพทย์ และแนวทางจัดการ ภาควิชาอายุรศาสตร์ กองการศึกษา กรุงเทพฯ : วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.

สุภางค์ จันทวานิช. (๒๕๕๔). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ ๑๙). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (๒๕๕๑). บทบรรณาธิการ การแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์. วารสารคลินิก เล่มที่ ๒๗๙ ประจำเดือน มีนาคม ๒๕๕๑.

สุรชาติ ณ หนองคาย. (๒๕๕๕). จริยธรรมวิชาชีพกับจรรยาบรรณวิชาชีพสาธารณสุข. วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย. ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๑ (มกราคม – มิถุนายน ๒๕๕๕), ๓๘-๕๑.

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. (๒๕๕๕). จริยธรรมทางการแพทย์. เอกสารประกอบการประชุมกลุ่ม จริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๕๕.

เสถียร โกเศศ. (๒๕๒๔). วัฒนธรรมเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : ราชบัณฑิตยสถาน.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (๒๕๕๑). ปัญหาการฟ้องร้องทางการแพทย์และแนวทางแก้ไข. วารสารคลินิก เล่มที่ ๒๘๐ ประจำเดือน เมษายน ๒๕๕๑.

อำพล จินดาวัฒนะ. (๒๕๕๓). ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้. วารสารหมออนามัย ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ ประจำเดือน กันยายน – ตุลาคม ๒๕๕๓, ๑.

อมรา เล็กเริงสินธุ์. (๒๕๔๒). คุณธรรมจริยธรรมสำหรับผู้บริหาร. กรุงเทพมหานคร: คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏสวนดุสิต.

อุทัยวรรณ ธีระพันธ์พงศ์. (๒๕๔๕). A Study of Ethical Concepts and Ethical Issues in Sport. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

A.O. Goldstein. (๑๙๘๗). "Gift to Physician from Industry," (Letter) in Journal of the American Medical Association; ๒๖๕:๕๐๑.

A.O. Goldstein. (๑๙๙๗). "Gift to Physician from Industry," (Letter) in Journal of the American Medical Association. ๒๖๕:๕๐๑.

Australian Medical Association. (๑๙๙๔). "AMA-Position Statement: Access to Medical Rewards by Doctors Who Are Not Treating the Patients' Concern" May ๑๙๙๔.

Balay, Diane Huie. (๒๐๑๐). "Who should Decide What Medical Ethics Are?" http://www.wnv.org/Ht death &htm.

Bricker, E.M. (๑๙๘9). "Industrial Marketing and Medical Ethics," in New England Journal of Medicine; ๓๒๐-๑๖9๐-๒.

British Medical Association. (๑๙๙๓). "Medical Ethics Today: Its Practice and Philosophy"

Canadian Medical Assobyciation. (๑๙๙๖). Code of Ethics of the Canadian Medical Association Approved by the General Council ๑๙๙๖.

Carroll, A.B. (๑๙๙๑). The pyramid of corporate social responsibility : Toward the moral management of organization stakeholders. Business Horizons, ๓๔Z๔X, ๓9-๔๘.

CMDS. (๒๐๑๐). Ethical Statement – Christian Physicians' Oath. http://www.goein.com/ends/phyoath.htm. Retrieved on ๑ July ๒๐๑๐.

Collier, P.T. and Son. (๑9๑๐) "Oath and Law of Hippocrates," in Harvard Classic. Vol.๘.

Council of Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association. (๑๙๙๑). "Gift to Physicians From Industry," (Editorial) in Journal of the American Medical Assiociation; ๒๖๕:๕๐๑.

Diane Huie Balay, (๒๐๑๐). "Who Should Decide What Medical Ethics Are?" http : //www.wnv.org/HTdeath& htm, Retrieved on ๑ July ๒๐๑๐.

E.M.Bricker. (๑9๘9). "Industrial Marketing and Medical Ethics," in New England Journal of Medicine; ๓๒๐-๑๖9๐-๒.

E.M.Goldfinger. (๑9๘๗). "A Matter of Influence," in New England Journal of Medicine ;๓๑๖:๑๔๐๘-9.

Goldfinger, E.M. (๑9๘๗). "A Matter of Influence," in New England Journal of Medicine. ๓๑๖:๑๔๐๘-9.

Hughes. J. J. (๑99๕). "Buddhism and Medical Ethics : A Blibiographical Introduction," in Journal of Buddhist Ethics. Vol.๒.

James J. Hughes. (๑99๕). "Buddhism and Medical Ethics : A Bibliographical Introduction," Journal of Buddhist Ethics, Vol.๒.

M.D.Rawlins. (๑9๘๔). "Doctors and the Drug Makers," Lancet ;๒:๒๗๖-๘.

Medical Association of South Africa. (๑99๖). Draft MASA HZV/AZDS Ethical Guidelines (Revise). ๑ March ๑99๖.

Medical Association of South Africa. (๒๐๑๐). Code of Conduct, in http://www.Masa.co.za/ law/code.html. Retrieved on ๑ July ๒๐๑๐.

Orr, Robert. (๒๐๑๐). "Study of the Hippocratic Oath," http://ccme-mac๔.uchicago. Edu/ccMEPPolicies/med codes/hippo. Retrieved on ๒ July ๒๐๑๐.

P.T. Collier and Son, (๑9๑๐). "Oath and Law of Hippocrates", in Harvard Classic, Vol.๘.

Rawlins. M.D. (๑9๘๔). "Doctors and the Drug Makers," in Lancet; ๒:๒๗๖-๘.

Robert Orr, "Study of the Hippocratic Oath," http : //ccme – mac๔. bsd. Uchicago. Edu/ccMEP Policies/med codes/hippo. Retrieved on ๑ July ๒๐๑๐.

World Medical Association. (๑9๔9). "International Code of Medical Ethics of the World Medical Association," World Medical Association Bulletin, Vol. ๑ No. ๓ October ๑9๔9; pp ๑๐9 – ๑๑๑

ภาคผนวก

แบบสัมภาษณ์

โครงการวิจัย จริยธรรมในวิชาชีพ

(แบบสัมภาษณ์ในเชิงลึกเพื่อศึกษากรอบประเด็นหลักจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์)

เรื่อง จริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ (แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ / แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ)

วัตถุประสงค์

- เพื่อทำการศึกษากรอบประเด็นจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ยศ ชื่อ สกุล.....

ตำแหน่งปัจจุบัน.....

วันเวลา สัมภาษณ์.....

ตอนที่ ๒ ประเด็นข้อสัมภาษณ์

ประเด็นที่ ๑ กรอบประเด็นจริยธรรมที่สำคัญในวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย

- ท่านคิดว่าประเด็นจริยธรรมใดที่สำคัญที่สุดในวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย
- ประเด็นจริยธรรมอื่น ๆ ที่ควรมีในวิชาชีพแพทย์ตามความเห็นของท่านคืออะไรบ้าง

ประเด็นที่ ๒ การเปรียบเทียบกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ในต่างประเทศกับประเทศไทย

ท่านเห็นว่าจริยธรรมในต่างประเทศกับประเทศไทยต่างกันอย่างไร

(ในกรณีที่ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่ามีประเด็นจริยธรรมที่แตกต่างกัน)

ตามความเห็นของท่านคิดว่า จริยธรรมใดที่น่าจะนำมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทย

ประเด็นที่ ๓ ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับประเด็นจริยธรรมในเรื่องอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากข้อบังคับที่มีอยู่ในปัจจุบัน

- การช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (Euthanasia)
- การรับจ้างตั้งครรภ์

ประเด็นที่ ๔ ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับประเด็นจริยธรรมเหล่านี้

- การประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยประมาทหรือขาดมาตรฐาน
- ปัญหาการให้สินบนแก่แพทย์
- ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม
- การทดลองในมนุษย์
- การรักษาความลับผู้ป่วย
- การรับจ้างตั้งครรภ์
- การทำแท้ง
- การตรวจหาเชื้อเอดส์และการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์
- การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย
- มาตราการทางศาสนา ต่อจริยธรรมแพทย์ในประเทศไทย
- การให้การศึกษาด้านจริยธรรมแพทย์

ประเด็นที่ ๕ แนวคิดและประเด็นย่อยของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

- ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรในการทำวิจัยในครั้งนี้ที่จะนำกรอบประเด็นหลักจริยธรรมจากแพทย์อาวุโสหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อจัดทำประเด็นย่อยของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับจริยธรรมแพทย์
- ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรในการนำกรณีตัวอย่างที่เป็นปัญหาถกเถียงและวิพากษ์วิจารณ์ในสังคมที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์เพื่อศึกษาแนวคิดและจัดทำประเด็นย่อย

ประเด็นที่ ๖ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ ในการศึกษาเพื่อจัดทำแนวทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

- ท่านมีข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอะไรบ้าง เกียวกับการการศึกษาเพื่อจัดทำแนวทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ในครั้งนี้

ตอนที่ ๓ ลำดับความสำคัญของปัญหาจริยธรรม ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ

ต่อเนื่องจากประเด็นความคิดเห็นของท่าน ท่านสามารถให้ลำดับความสำคัญของจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ ตามลำดับเป็นอย่างไร

..... - การประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยประมาทหรือขาดมาตรฐาน

..... - ปัญหาการให้สินบนแก่แพทย์

..... - ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย

..... - การทดลองในมนุษย์

..... - การรักษาความลับผู้ป่วย

……. - การรับจ้างตั้งครรภ์

..... - การทำแท้ง

..... - การตรวจหาเชื้อเอดส์และการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์

..... - การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

..... - มาตราการทางศาสนา ต่อจริยธรรมแพทย์ในประเทศไทย

..... - การให้การศึกษาด้านจริยธรรมแพทย์

..... - ปัญหาจริยธรรมอื่น (ระบุ).....

แบบสัมภาษณ์

โครงการวิจัย จริยธรรมในวิชาชีพ

(แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสอบถามประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์จากกรณีศึกษา)

เรื่อง จริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ (บุคคลที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมวิชาชีพแพทย์)

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม

ยศ ชื่อ สกุล.....

ตำแหน่งปัจจุบัน.....

วันเวลา สัมภาษณ์.....

ประเด็นข้อคำถาม

<u>ประเด็นที่ ๑ ประเด็นความตั้งใจ ความเอาใจใส่ของแพทย์ในการรักษาพยาบาล</u>

<u>๑.๑ การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์</u>

การที่แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อยเช่นปวดหัว ตัวร้อนเล็กน้อย หรือนอนไม่หลับ นั้นท่านมีความเห็นในเรื่องดังกล่าวอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

<u>๑.๒ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ</u>

กรณีที่แพทย์นั้นเมื่อจบแพทย์ออกมาแล้วก็จะมีความเชี่ยวชาญเป็นสาขาไป แต่ในการรักษาจริงนั้นต้องทำการรักษาทุกโรค ในทุกสาขา ในกรณีที่มีการเปิดคลินิกหรือโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น พยาธิแพทย์จะตรวจชิ้นเนื้อ แต่เวลาเปิดคลินิกจะต้องทำการรักษาโรคทุกโรค ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

<u>๑.๓ การให้เวลากับผู้ป่วยของแพทย์</u>

กรณีที่แพทย์โดยทั่วไปต้องมีการตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก งานล้น หรือเหตุผลอื่นๆ ของแพทย์ ทำให้มีเวลาให้กับผู้ป่วยน้อย ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

<u>๑.๔ การสั่งยาที่มีสารเคมีแบบเดียวกันแต่ผลิตในประเทศ</u>

กรณีที่แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย หรือที่เรียกกันว่า ยาที่ผลิตในประเทศแต่มีสารเคมีชนิดเดียวกัน (Copy) นั้น ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

ประเด็นที่ ๒ ปัญหาเรื่องสินบนแพทย์

๒.๑ การรับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนา

กรณีที่แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ ทั้งที่มีการรับในนามโรงพยาบาลและในนามส่วนตัว ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

๒.๒ การรับทุนจากบริษัทยาเพื่อวิจัยยา

กรณีที่แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยาของบริษัทนั้นๆ ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

๒.๓ การรับแจกสิ่งของเล็กๆ น้อยๆ

กรณีที่แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท เช่น ปากกา ทิชชู สมุด ตำรา ฯลฯ ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

๒.๔การรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์

กรณีที่แพทย์มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามองค์กร หรือในนามส่วนตัว ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

ประเด็นที่ ๓ ปัญหาสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights) และการให้ความยินยอม

๓.๑ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑

กรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ" ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

๓.๒ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๒

กรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิด้านการเมือง เพศ อายุและอายุลักษณะของการเจ็บป่วย" ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

๓.๓ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๓

กรณีที่มีการประกาศไว้ว่า "ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน เพื่อสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมและไม่ยินยอมให้การรักษาพยาบาล" ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

๓.๔ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๔

กรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือโดยรีบด่วน ตามความจำเป็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะขอร้องหรือไม่” ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

๓.๕ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๕

กรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับทราบ ชื่อสกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้บริการตน” ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

๓.๖ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๖

กรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนเองและมีสิทธิขอเปลี่ยนผู้บริการและสถานบริการได้” ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

๓.๗ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๗

กรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติตามกฎหมาย” ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

๓.๘ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๘

กรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม/ถอนตัว จากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ” ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

๓.๙ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๙

กรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “ผู้มารับบริการมีสิทธิ ที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้บุคคลอื่น” ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

๓.๑๐ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อที่ ๑๐

กรณีที่มีการประกาศไว้ว่า “บิดา มารดา โดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายและทางจิต ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้” ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

ประเด็นที่ ๔ การปฏิเสธการรักษายื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง

๔.๑ ใครจะเป็นคนทำ ถ้าแพทย์คนที่ดูแลผู้ป่วยปฏิเสธ

กรณีที่มีบัญญัติไว้ในกฎหมาย ให้ผู้ป่วยสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตายหรือการยื่นโดยญาติ ในกรณีนี้ถ้าแพทย์ผู้รับผิดชอบ (หมอเจ้าของไข้)ปฏิเสธในการที่จะปฏิบัติตาม

เนื่องจากไม่ตรงกับแนวคิดทางจริยธรรมที่แพทย์คนนั้นเห็นด้วย แล้วปฏิเสธในการดำเนินการตามหนังสือโดยการขอถอนตัวจากความรับผิดชอบดังกล่าว แล้วแพทย์ท่านใดจะเป็นผู้ดำเนินการต่อในเรื่องนี้ ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

๔.๒ การลงความเห็นที่ญาติไม่เห็นด้วย เพราะอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติไปฟ้องร้องได้

ในกรณีที่แพทย์ลงความเห็นเกี่ยวกับในเรื่องการการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ตรงกับความเห็นของญาติทุกคน และอาจมีกฎหมายอื่นที่ญาติอาจไปฟ้องร้องได้ ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

ประเด็นที่ ๕ การให้การศึกษาด้านจริยธรรม

๕.๑ การจัดให้มีการเรียนด้านจริยธรรมสำหรับนักศึกษาแพทย์

กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

๕.๒ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา

กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

๕.๓ การนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในชนบท

กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

๕.๔ การปฏิบัติให้เป็นประจำ และทำให้นักศึกษาแพทย์เห็นเป็นตัวอย่าง

กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

แบบสอบถาม

โครงการวิจัย จริยธรรมในวิชาชีพแพทย์

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย✓ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

๑. เพศ ☐ชาย ☐หญิง

๒. อายุ ☐ น้อยกว่า ๒๐ ปี ☐ ๒๑ – ๓๐ ปี ☐ ๓๑ – ๔๐ ปี
☐ ๔๑ – ๕๐ ปี ☐ ๕๑ - ๖๐ ปี ☐ ๖๑ ปีขึ้นไป

๓. รายได้ต่อเดือน ☐ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท ☐ ๑๐,๐๐๑ - ๑๕,๐๐๐ บาท
☐๑๕,๐๐๑ - ๒๐,๐๐๐ บาท ☐ ๒๐,๐๐๑ - ๓๐,๐๐๐ บาท
☐ ๓๐,๐๐๑ - ๕๐,๐๐๐ บาท ☐ ๕๐,๐๐๑ บาท – ๑๐๐,๐๐๐
☐ ๑๐๐,๐๐๑ บาท ขึ้นไป

๔. ระดับการศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมต้น ☐ มัธยมปลาย
☐ อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโท ☐ ปริญญาเอก

๕. อาชีพ (ที่ตนเองทำงานเกี่ยวข้องกับจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ตามรายหัวข้อ)
☐ แพทย์ ☐ องค์กรวิชาชีพแพทย์ ☐ ตำรวจ ☐ ทนายความ
☐ อัยการ ☐ ผู้พิพากษา ☐ องค์กรเฝ้าระวังฯ
☐ ประชาชนผู้รับบริการทางการแพทย์ฯหรือครอบครัว
☐ อื่นๆ.....

ตอนที่ ๒ แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อแนวคิดและประเด็นจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์
คำแนะนำ โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ลงในช่องว่างสองส่วน ส่วนที่ ๑ เป็นการพิจารณาว่าท่านยอมรับได้หรือไม่ และในส่วนที่ ๒ พิจารณาว่าถ้าผิดจริยธรรมจะผิดอยู่ในระดับใด โดย ๕ คือ สูงมาก, ๔ คือ สูง, ๓ คือ ปานกลาง, ๒ คือ ต่ำ และ ๑ คือ ต่ำมาก

ส่วนที่ ๑ กา ✓ ได้ ๑ ช่อง	ส่วนที่ ๒ กา ✓ ได้ ๑ ช่อง

ข้อ	รายการ	ยอมรับได้	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด	ยอมรับไม่ได้	ระดับของการผิดจริยธรรม				
					๕	๔	๓	๒	๑
๑	แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ในบางครั้งที่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่นปวดหัว ตัวร้อนเล็กน้อย หรือนอนไม่หลับ								
๒	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งแต่มารักษาทุกโรคทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิค								
๓	แพทย์ทั่วไปแต่ต้องรักษาในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่นการที่แพทย์สาขาอื่นมาทำศัลยกรรมตกแต่ง หรือ ดมยาสลบโดยไม่ใช่วิสัญญีแพทย์								
๔	แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยน้อยในการตรวจแต่ละครั้ง								
๕	แพทย์ไม่มีเวลาแนะนำเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแพทย์โดยตรง								
๖	แพทย์มีการสั่งยาที่มีสารเคมีเช่นเดียวกันแต่ผลิตในประเทศในการรักษาผู้ป่วย								
๗	แพทย์ได้รับทุนจากบริษัทยาไปสัมมนาทั้งภายในและต่างประเทศ								
๘	แพทย์ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทยาให้ทำการวิจัยยา								
9	แพทย์รับของแจกซึ่งเป็นสิ่งที่มีมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท เช่น ปากกา ทิชชู สมุด ตำรา ฯลฯ								
๑๐	มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามโรงพยาบาล								
๑๑	แพทย์มีการรับค่าสัดส่วนค่าตอบแทนในการสั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เลนส์ตาเทียม, เครื่องถ่างหลอดเลือด ในนามส่วนตัว								
๑๒	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ๑ “ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ”								
๑๓	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๒ “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการ								

ข้อ	รายการ	ยอมรับได้	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด	ยอมรับไม่ได้	ระดับของการผิดจริยธรรม				
					๕	๔	๓	๒	๑
	บริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิด้านการเมือง เพศ อายุและอายุลักษณะของการเจ็บป่วย”								
๑๔	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๓ “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน เพื่อสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมและไม่ยินยอมให้การรักษาพยาบาล”								
๑๕	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๔ “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือโดยรีบด่วน ตามความจำเป็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะขอร้องหรือไม่”								
๑๖	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๕ “สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับทราบ ชื่อสกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้บริการตน”								
๑๗	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๖ “ผู้มารับบริการมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนเองและมีสิทธิขอเปลี่ยนผู้บริการและสถานบริการได้”								
๑๘	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๗ “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติตามกฎหมาย”								
๑9	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๘ “ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินในเข้าร่วม/ถอนตัว จากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ”								
๒๐	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ 9 “ผู้มารับบริการมีสิทธิ ที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้บุคคลอื่น”								
๒๑	แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อ ๑๐ “บิดา มารดา โดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี บริบูรณ์ ผู้								

ข้อ	รายการ	ยอมรับได้	ยอมรับได้แต่ต้องดูรายละเอียด	ยอมรับไม่ได้	ระดับของการผิดจริยธรรม				
					๕	๔	๓	๒	๑
	บกพร่องทางกายและทางจิต ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้”								
๒๒	กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำใบแสดงเจตนาไว้ว่าจะไม่รับการรักษาเพื่อยืดการตาย แต่แพทย์ไม่ดำเนินการตามนั้นเพราะคิดว่าไม่อยากทำให้ผู้ป่วยตาย								
๒๓	กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำใบแสดงเจตนาไว้ โดยแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยคงได้รับความทุกข์ทรมานแล้วและพิจารณาว่าควรยุติการรักษาแต่ญาติทุกคนไม่เห็นด้วยตามแพทย์								
๒๔	โดยรวมด้านจริยธรรมแล้วท่านคิดว่าแพทย์ในปัจจุบันที่ให้การรักษาอยู่โดยทั่วไปในโรงพยาบาลของรัฐ ปฏิบัติตัวเป็นอย่างไร								
๒๕	โดยรวมด้านจริยธรรมแล้วท่านคิดว่าแพทย์ในปัจจุบันที่ให้การรักษาอยู่โดยทั่วไปในโรงพยาบาลเอกชน ปฏิบัติตัวเป็นอย่างไร								
๒๖	โดยรวมด้านจริยธรรมแล้วท่านคิดว่าแพทย์ในปัจจุบันที่ให้การรักษาอยู่โดยทั่วไปในคลินิคของแพทย์ ปฏิบัติตัวเป็นอย่างไร								

ข้อคำถามในเรื่องแนวทางการแก้ไขจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ พิจารณาว่าเห็นด้วยอยู่ในระดับใด โดย ๕ คือ มากที่สุด, ๔ คือ มาก, ๓ คือ ปานกลาง, ๒ คือ น้อย และ ๑ คือ น้อยที่สุด

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด (๕)	มาก (๔)	ปานกลาง (๓)	น้อย (๒)	น้อยที่สุด (๑)
๑	กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการจัดการเรียนด้านจริยธรรมให้กับนักศึกษาแพทย์ เป็นชั่วโมงการเรียนที่แน่นอน ให้นักศึกษาแพทย์ได้วิพากษ์วิจารณ์ กรณีศึกษาต่างๆ ทางจริยธรรม					
๒	กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปทำกิจกรรมทางศาสนา					
๓	กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ มีการนำนักศึกษาแพทย์ออกไปฝึกงานในโรงพยาบาลชนบท					
๔	กรณีที่โรงเรียนแพทย์ สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติให้เป็นประจำ และอาจารย์แพทย์ทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง					

ท่านมีความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ หรือแนวทางในการจัดทำแนวทางจริยธรรมแพทย์ใน ประเทศไทย บ้างหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

รายนามแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ / ผู้ทรงคุณวุฒิ

๑. ศ.นพ.พิจารณ์ พาณิชย์ แพทย์อาวุโส นายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล

๒. นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา แพทย์อาวุโส อดีตนายกแพทยสภา

๓. นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ แพทย์อาวุโส

๔. รศ.นพ.ศิริพงศ์ สวัสดิ์พาณิชย์ แพทย์ผู้บริหาร โรงพยาบาลศิริราช อดีตผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศิริราช

๕. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๖. รศ.พญ. สุภาวดี ลิขิตมาศกุล แพทย์ผู้บริหาร โรงพยาบาลศิริราช

๗. นพ.นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ แพทย์อาวุโส สมาชิกวุฒิสภา คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

๘. นพ.บุรณัชย์ สมุทรักษ์ ขณะดำรงตำแหน่ง โฆษกพรรคประชาธิปัตย์

๙. นพ.เทพ เวชวิสิฐ ที่ปรึกษาเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์

๑๐. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สป.สธ.

๑๑. นพ.สุรินทร์ ทองมา ฝ่ายกฎหมายแพทยสภา

สนับสนุนทุนวิจัยจาก
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
(สกว.)

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

โรงพยาบาลราชวิถี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข