

การศึกษาเรื่อง การจัดการความขัดแย้งในสถานพยาบาลของรัฐระดับจังหวัดนี้ ได้แบ่งการศึกษาทั้งหมดออกเป็น 2 ขั้นตอน โดยใช้แนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ การวิจัยขั้นที่ 1 มีขั้นตอน ดังนี้ (1) การวิจัยเชิงเอกสาร (2) การสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การวิจัยในขั้นที่ 1 นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา สภาพปัญหาและเพื่อค้นหาปัจจัยสาเหตุความขัดแย้งของระบบสาธารณสุขในจังหวัดพิษณุโลก และเพื่อศึกษาวิธีการจัดการที่ผู้บริหารใช้ในการจัดการ แก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลรัฐ การวิจัยขั้นที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจที่มีแบบสอบถาม เป็นเครื่องมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้บริหารสถานพยาบาลของรัฐ จำนวน 200 คน และได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนมาจำนวน 181 ราย (ร้อยละ 90.5) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลได้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายคุณสมบัติต่าง ๆ ของตัวแปร และนอกจากนั้น ยังใช้สถิติอนุมาน (inferential statistics) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรและทดสอบสมมติฐาน

1. สภาพปัญหาความขัดแย้ง ของสถานพยาบาลในจังหวัดพิษณุโลก พบได้ปกติ ในทุกสถานพยาบาล และมีตั้งแต่ระดับความขัดแย้งแฝง ไปจนถึงมีการร้องเรียน ซึ่งผู้บริหารส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่า สถานการณ์ความขัดแย้งเหล่านั้น สามารถควบคุม และจัดการแก้ไขได้ โดยไม่มีความรุนแรงตามมา

2. ปัจจัยสาเหตุทั้งหมดสรุปได้ 5 กลุ่ม ได้แก่ (1) การจัดสรรผลประโยชน์และงบประมาณ (2) ค่านิยม การรับรู้ การตีความหมายและความคาดหวัง (3) โครงสร้างองค์การ โครงสร้างอำนาจและกระบวนการบริหาร (4) ความสัมพันธ์ (5) ข้อมูลข่าวสาร และการติดต่อสื่อสาร และผลการทดสอบความมีอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุความขัดแย้ง ต่อพฤติกรรมความขัดแย้ง พบว่า ปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านข้อมูลข่าวสาร

3. วิธีการจัดการความขัดแย้ง ที่ผู้บริหารสถานพยาบาลเลือกใช้ มาก 3 อันดับ ดังต่อไปนี้ อันดับที่ 1 วิธีร่วมกันแก้ไขปัญหา (collaboration) อันดับที่ 2 วิธีการประนีประนอม (compromising) และอันดับที่ 3 แบบ โอนอ่อน ผ่อนตาม หรือแบบเน้นความปรองดอง (accommodation or smoothing)

จากผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้เสนอแนะ แบบจำลอง วิธีการจัดการความขัดแย้งที่มีประสิทธิภาพ คือ DR TIP-MC² model ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 8 ปัจจัย ได้แก่ (1) การสานเสวนา (dialogue) (2) กฎ ระเบียบ (regulation) (3) ทีมงาน (team management) (4) ข้อมูล สารสนเทศ (information/data) (5) การมีส่วนร่วม (participation) (6) ไกล่เกลี่ยคนกลาง (mediation) (7) กระบวนการติดต่อสื่อสาร (communication) (8) สภาวิชาชีพ (professional' councils)

This study of conflict management in provincial public health organizations was conducted on the basis of both qualitative and quantitative methods. The study itself is divided into two parts. The first part involved documentary research, while the second part involved semi-structured interviews and non-participative observation.

The objectives of the consequent research were threefold. The first objective was to study the problems of provincial public health services stemming from administrative and medical service conflicts. The second objective was to explore causes of conflict, whereas the third objective was to investigate the styles of conflict management evinced by medical administrators.

The second objective entailed using quantitative methods for the sake of verifying and confirming the results obtained from using qualitative methods. To this end, two hundred (200) questionnaires were distributed to hospital administrators nationwide with one hundred and eighty-one (181 = 90.5%) responses returned. Descriptive statistics were used to describe the variables, whereas inferential statistics were used to explain variable correlation with the hypothesis undergoing testing.

The findings are as follows:

1. Problems of conflict in Phitsanulok's public health organizations are common to every public health organization. Conflicts were found at all levels in a range from latent conflicts to emergent conflicts leading to grievance complaints. Almost all administrators believe that conflicts can be managed constructively, and so also believe that no conflict should take a violent turn.

2. Factors in or causes of conflicts in provincial public health organizations were divided into five groups, to wit, (1) management conflicts regarding interests and budget, (2) value, perception, interpretation and expectation conflicts, (3) organizational, power structure and management conflicts, (4) relationship conflicts, and (5) data, information and communication conflicts. The most influential cause of behavioral conflicts was found to be in the area of data, information and communication conflicts (Adjusted $R^2 = 0.430$).

3. Medical administrators exhibited three types of conflict management styles, to wit, (1) collaboration, (2) compromising, and (3) accommodating or smoothing.

Finally, proposed was a model, the *DR TIP-MC² model*, held to be conducive to efficiently managing conflict management. The components of this model comprise (1) dialogue, (2) regulations/laws, (3) team management, (4) information/data, (5) participation, (6) mediation, (7) the communicative process, and (8) professional councils.