

# การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ของประเทศไทย: กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา

นิลเนตร วีระสมบัติ

โรงพยาบาลสูงเนิน นครราชสีมา

## บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การย้ายออกและการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ค้นหาปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน พัฒนาตัวแบบการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย วิธีการศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน 1) ทบทวนปรากฏการณ์การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จากอดีตจนถึงปัจจุบันร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม นำมาพัฒนาเป็นตัวแบบเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย 2) วิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรก ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ใช้ทุนครบจากงานการเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 65 คน ส่วนที่สองใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ใช้ทุนครบที่คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา 39 คน ในเดือนเมษายน 2551 นำสิ่งที่ค้นพบมาปรับตัวแบบเชิงทฤษฎี 3) วิจัยเชิงปริมาณ ทดสอบตัวแบบโดยการสำรวจแพทย์ที่คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ การศึกษาในขั้นตอนที่สอง พบว่า แพทย์ที่คงอยู่ทั้งหมดมีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 9 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.4, พิสัย 2.2-26.2) ช่วงอายุ 25-30 ปี มีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยต่ำสุด (3.1 ปี) และอายุมากกว่า 50 ปี มีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยสูงสุด (23.5 ปี) การคงอยู่ของแพทย์ผันแปรไปตาม อายุ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา บ้านเกิดหรือการตั้งถิ่นฐานที่อยู่ ตำแหน่ง และรูปแบบการศึกษา การสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของแพทย์มี 3 กลุ่มปัจจัย 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ทัศนคติที่ดีต่อชนบท ภาระงานที่เหมาะสม และค่าตอบแทนสูงใจที่เหมาะสม 2) ปัจจัยด้านโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ ขนาดโรงพยาบาลชุมชน ระบบบริหารในการดูแลสุขภาพทางคลินิก และความสัมพันธ์กับผู้บริหารและทีมงาน 3) ปัจจัยด้านชุมชนในเขตชนบท ได้แก่ ความเจริญของชุมชน การยกย่องเชิงสังคม และความรับผิดชอบต่อครอบครัว ผู้วิจัยได้ปรับตัวแบบการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อทำการทดสอบเชิงปริมาณกับแพทย์โรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศต่อไป ผลการศึกษานำมาใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมาและพัฒนา นโยบายการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย.

**คำสำคัญ:** การคงอยู่ของแพทย์, โรงพยาบาลชุมชน, จังหวัดนครราชสีมา

## บทนำ

บุคลากรแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน น่าจะถือเป็นบุคลากรที่มีการโยกย้ายสูงสุด ถ้าเปรียบเทียบกับองค์การภาครัฐด้วยกัน จากการสำรวจโดยชมรมแพทย์

ชนบท ในปี 2547 พบว่า แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 2,700 กว่าคน ประมาณร้อยละ 52 เป็นแพทย์ใช้ทุนที่ทำงานมาไม่ถึง 3 ปี ส่วนแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนนานเกิน 10 ปี มีเพียงร้อยละ 25 โดย

เฉพาะในส่วนของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แพทย์ที่อยู่ทำงานเกิน 10 ปีมีเพียงร้อยละ 16.67 เท่านั้น<sup>(1)</sup> คิดเป็นอัตราการคงอยู่ของแพทย์ที่ใช้ทุนครบร้อยละ 48 ด้านปัญหาการกระจายแพทย์ พบว่า จำนวนแพทย์ประมาณครึ่งหนึ่งของประเทศปฏิบัติงานอยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีประชากรประมาณ 6 ล้านคน ในขณะที่แพทย์ อีกครึ่งหนึ่งต้องดูแลประชากรที่เหลืออีก 57 ล้านคน พื้นที่ชนบทส่วนที่ขาดแคลนแพทย์มากที่สุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเมื่อแยกสภาพปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในส่วนภูมิภาค พบว่า พื้นที่ที่อยู่นอกอำเภอเมืองหรือนอกเขตเทศบาลขาดแคลนแพทย์สูงมาก<sup>(2)</sup>

การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน เกี่ยวเนื่องกับการผลิตแพทย์เพิ่มและการจัดสรรให้แพทย์ไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทุกปี จากการสำรวจพบว่าอัตราการคงอยู่ของแพทย์ที่ใช้ทุนครบลดลง อัตราการไปฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าแพทย์ใช้ทุนส่วนใหญ่จะไปศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางหลังจากใช้ทุนครบในปีที่ 3 และจะไปศึกษาต่อเกือบหมดภายใน 5 ปี แม้ว่าได้โควตาศึกษาต่อจากโรงพยาบาลชุมชน แต่เมื่อสำเร็จการศึกษามีจำนวนน้อยมากที่กลับมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนตามสัญญา ส่วนใหญ่ลาออกไปทำงานโรงพยาบาลเอกชน ย้ายไปทำงานในโรงพยาบาลใหญ่หรือเขตเมือง ส่งผลต่อภาระงานที่เพิ่มขึ้นกับแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่เดิมในโรงพยาบาลชุมชน<sup>(3)</sup> เมื่อเปรียบเทียบปริมาณผู้ป่วนอกที่แพทย์ต้องดูแลในระดับต่าง ๆ พบว่าแพทย์โรงพยาบาลชุมชนมีภาระมากที่สุด เมื่อเทียบกับแพทย์ในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร และเอกชน<sup>(4)</sup> แม้ว่าจากอดีตจนถึงปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขพยายามแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ด้วยกลวิธีค่อนข้างหลากหลาย แต่ไม่ได้มีการประเมินประสิทธิผลของมาตรการดังกล่าวอย่างชัดเจน รวมทั้งปัญหาการลาออกของแพทย์ยังมีอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการผลิตและจัดสรรแพทย์เพิ่มขึ้นให้กับโรงพยาบาลชุมชนที่ขาดแคลนแพทย์ กลยุทธ์ที่กระทรวงสาธารณสุขและผู้

ที่เกี่ยวข้องด้านนโยบายอาจจะเลยหรือไม่ได้เน้นหนัก น่าจะเป็นประเด็นการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งปัจจุบันมีการออกกระเบียบค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายฉบับใหม่ จัดสรรให้เฉพาะแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เป็นอัตราก้าวหน้าตามระยะเวลาที่คงอยู่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตามข้อเสนอของชมรมแพทย์ชนบท มีผลบังคับในเดือนธันวาคม 2551<sup>(5)</sup>

ในปี 2551 จังหวัดนครราชสีมา มีโรงพยาบาลชุมชน 26 แห่ง มีศูนย์แพทย์ชุมชนที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ 1 คนจำนวน 4 แห่ง คือ สีดา ชามสะแกแสง เทพารักษ์ และพระทองคำ โรงพยาบาลชุมชนเกือบทุกแห่ง ประสบปัญหาการคงอยู่ของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน โดยพบว่าจำนวนแพทย์ใช้ทุนครบที่คงอยู่ในโรงพยาบาลมีต่ำสุด 1 คน สูงสุด 6 คน มีโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งที่ไม่มีแพทย์ใช้ทุนครบคงอยู่ คือโรงพยาบาลบ้านเหลื่อม และโรงพยาบาลเสิงสาง ยกเว้นโรงพยาบาลปากช่องแห่งเดียวที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนในระดับ 150 เตียง หรือ 2.3 ตามระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (GIS) มีแพทย์คงอยู่ 22 คน แพทย์ทั้งหมดในจังหวัดนครราชสีมา รวมทั้งศูนย์แพทย์ชุมชน มีจำนวน 138 คน เมื่อตัดโรงพยาบาลปากช่องออก เหลือแพทย์จำนวน 116 คน เป็นแพทย์ที่ใช้ทุนครบ 65 คนคิดเป็นอัตราการคงอยู่ร้อยละ 56.03 ผู้วิจัยจึงเลือกจังหวัดนครราชสีมา เป็นพื้นที่ในการศึกษา เพราะเป็นจังหวัดที่ใหญ่ที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทส่วนที่ขาดแคลนแพทย์มากที่สุด<sup>(2)</sup> แม้ว่าจะมีสภาพเศรษฐกิจที่ค่อนข้างดี แต่ก็ยังประสบปัญหาการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การย้ายออกและคงอยู่ตลอดจนค้นหาปัจจัยหลักเพื่อพัฒนาตัวแบบ (model) ในการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย

## วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ แบ่งการศึกษาเป็น 3 ขั้นตอน

1) ทบทวนการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายปรากฏการณ์การย้ายออกและคงอยู่ของแพทย์พัฒนาเป็นต้นแบบเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน 2) วิจัยเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแพทย์ที่ยังคงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน การบริหารคนในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนั้น นำผลมาพัฒนาต้นแบบการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน 3) วิจัยเชิงปริมาณ โดยสร้างแบบสอบถามสำรวจแพทย์ที่ปฏิบัติงานหลังใช้ทุนครบในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ เพื่อทดสอบต้นแบบว่าสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นจริงหรือไม่ บทความนี้เป็นผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 2 ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนย่อย **ส่วนแรก** รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ใช้ทุนครบที่คงอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ศึกษาในช่วงเดือนเมษายน 2551 จากงานการเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 65 คน โดยตัดโรงพยาบาลปากช่องซึ่งมีแพทย์คงอยู่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลทั่วไปและเป็นโรงพยาบาลระดับ 150 เตียงออกจากกรวิจัย ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย **ส่วนที่สอง** เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ใช้ทุนครบ 39 คน ที่คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา โดยสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามสัดส่วนข้อมูลส่วนบุคคล และประเภทของแพทย์ ซึ่งได้วิเคราะห์มาแล้วในส่วนแรก

### ผลการศึกษา

**1) ต้นแบบเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย:** ปรากฏการณ์การย้ายออกและคงอยู่ของแพทย์จากอดีตถึงปัจจุบัน ในภาพกว้างเกี่ยวข้องกับทฤษฎีเศรษฐศาสตร์แรงงานแพทย์ไหลออกและคงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน เป็นไปตามช่วงขึ้นลงของภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ในภาพแคบเกี่ยวข้องกับทฤษฎีแรงจูงใจและจิตวิทยาเชิงพฤติกรรม

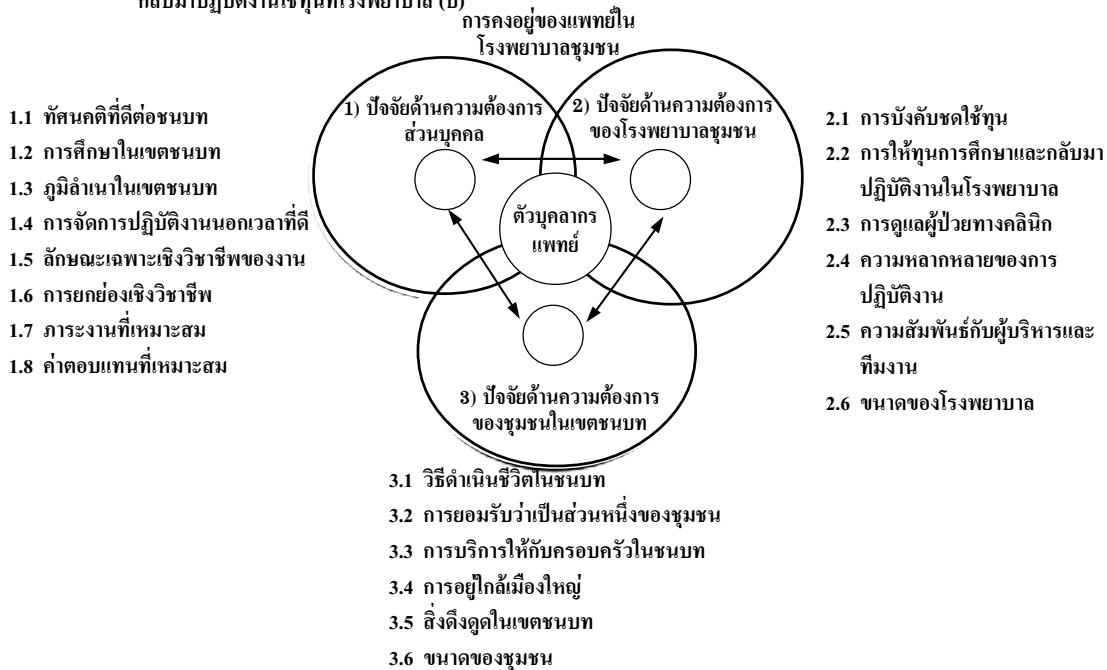
นำมาสู่ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน มี 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านความต้องการส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความต้องการของโรงพยาบาลชุมชน และปัจจัยด้านความต้องการของชุมชนในชนบท ความสัมพันธ์ของปัจจัย นำมาสู่ต้นแบบเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน (รูปที่ 1)

**2) ข้อมูลทั่วไปการคงอยู่ของแพทย์:** ข้อมูลแพทย์ครบใช้ทุน 65 คนในจังหวัดนครราชสีมา (ยกเว้นโรงพยาบาลปากช่อง) พบว่า แพทย์ทั้งหมดมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 9 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (69.2%) ช่วงอายุ 25-30 ปี มีจำนวนสูงสุด (26.2%) มีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยต่ำสุด (3.1 ปี) อายุมากกว่า 50 ปี มีจำนวนน้อยสุด (9.2%) แต่มีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยสูงสุด (23.5 ปี) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสและมีบุตร (50.8%) ภูมิลำเนาส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดนครราชสีมา (67.7%) รองลงมาเป็นตั้งถิ่นฐานที่อยู่ใหม่ในจังหวัดนครราชสีมา (23.1%) ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ประจำการ (64.6%) และเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (53.8%) การเข้าศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่เป็นไปตามระบบการคัดเลือกเข้ามหาวิทยาลัย (64.6%) และเรียนในมหาวิทยาลัยส่วนกลาง (46.2%) (ตารางที่ 1)

**3) ปัจจัยด้านความต้องการส่วนบุคคล:** จากการสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ที่คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 39 คน โดยการวิเคราะห์ตามช่วงอายุ 5 กลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

*3.1 ช่วงการพัฒนาวิชาชีพ (อายุ 25-30 ปี):* นักศึกษาเริ่มเข้าระบบการคัดเลือกเข้ามหาวิทยาลัยเมื่ออายุ 18 ปี หลังจากเรียน 6 ปี จบแพทยศาสตรบัณฑิตในอดีตผ่านระบบแพทย์ฝึกหัด (Intern) 1 ปี และใช้ทุน 2 ปีในโรงพยาบาลชุมชน ปัจจุบันเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะในปีที่ 1 และใช้ทุน 2 ปีในโรงพยาบาลชุมชน ถ้าเรียนต่อแพทย์เฉพาะทางจะใช้เวลา 3 ปี ยกเว้นแพทย์ศัลยกรรมกระดูกที่ใช้เวลา 4 ปี ในภาพรวมของช่วงอายุนี้นับเป็นการพัฒนาวิชาชีพ กลุ่มที่ไปเรียนของแพทย์ชนบทมีถึงร้อยละ 60 (9/15) ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในกลุ่ม

1. จำนวนแพทย์ที่คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนหลังใช้ทุนครบ 2 ปี (คน)
2. ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หลังใช้ทุนครบ 2 ปี (ปี)
3. ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หลังใช้ทุนครบ 2 ปี และหลังจากการศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง กลับมาปฏิบัติงานใช้ทุนที่โรงพยาบาล (ปี)



รูปที่ 1 ตัวแบบเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย

ที่ไม่ได้ไปเรียน ได้แก่ ทักษะดีต่อความรู้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเพียงพอในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ความหลากหลายในการปฏิบัติงาน ภูมิลำเนาในเขตชนบท ภาระงานมีการช่วยเหลือกันในทีมงานและค่าตอบแทนเหมาะสมกับงานในโรงพยาบาล แพทย์กล่าวว่า“...จบแพทย์ GP (เวชปฏิบัติทั่วไป) มา เพียงพอทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ไม่ต้องเรียนต่อ ถ้าอยากศึกษาเพิ่ม อบรมเป็นระยะไม่ต้องไปเรียน 3 ปี”

3.2 ช่วงการหารายได้ (อายุ 31-35 ปี): เมื่อเรียนจบเป็นแพทย์เฉพาะทาง เริ่มมีการผิผัสความไม่กลับมาปฏิบัติงานใช้ทุนต้นสังกัดโดยไหลออกภายนอกไปยังภาคเอกชน ช่วงวัยนี้แพทย์ส่วนใหญ่เริ่มแต่งงานและมีบุตร เป็นช่วงการหารายได้ แพทย์โรงพยาบาลชุมชนในอำเภอใหญ่เปิดคลินิกส่วนตัวควบคู่กับการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ปัจจัยหลักที่เพิ่มขึ้นมาคือ รายได้จากการทำคลินิกส่วนตัวควบคู่กับการปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาลชุมชน การบริหารระบบในโรงพยาบาลที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานแพทย์เฉพาะทางตามศักยภาพในสาขาที่เรียนมา ค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับงานวิชาชีพทั่วไปและวิชาชีพเฉพาะ ช่วงอายุนี้อาจเริ่มมีปัจจัยการดูแลรับผิดชอบครอบครัวอย่างใกล้ชิด ซึ่งเข้าสู่ช่วงความสมดุลของชีวิตกับงานระยะต้น แพทย์กล่าวว่า “...สองจุดที่ไม่ชอบ คือ เวิร์ GP (เวชปฏิบัติทั่วไป) และการตรวจ GP (เวชปฏิบัติทั่วไป)...ตรวจ GP (เวชปฏิบัติทั่วไป) ไม่ควรเป็น case (ผู้ป่วย) ที่ซับซ้อน” “...คลินิกพออยู่ได้ รายได้พอเหลือกิน พอสร้างอนาคตลูกได้...”

3.3 ช่วงความสมดุลของชีวิตกับงานระยะต้น (อายุ 36-40 ปี): เป็นช่วงการลงตัวของครอบครัว แพทย์ชายส่วนใหญ่จะแต่งงานและมีบุตรแล้ว แพทย์หญิงส่วนใหญ่เป็นโสด แต่จะอยู่ใกล้ชิดครอบครัวเพื่อดูแลพ่อแม่ ปัจจัยหลักในช่วงนี้คือความตั้งใจในการพัฒนางานในโรงพยาบาลชุมชน และการตอบสนองเชิง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปการคงอยู่ของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ปี 2551 (n = 65 คน)

ที่	หัวข้อ	ข้อมูลทั่วไป	แพทย์คงอยู่ คน (%)	ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย (ปี) (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) (พิสัย)
1	เพศ	ชาย	45 (69.2)	10.1 (7.8) (2.2-26.2)
		หญิง	20 (30.8)	6.5 (5.6) (2.2-22.2)
2	อายุ (ปี)	25-30	17 (26.2)	3.1 (0.9) (2.2- 5.5)
		31-35	14 (21.5)	4.6 (1.7) (2.4- 8.1)
		36-40	13 (20.0)	7.2 (2.7) (3.5-12.2)
		41-50	15 (23.1)	15.6 (5.9) (2.6-24.2)
		> 50 ปี	6 (9.2)	23.5 (2.2)(21.2-26.2)
3	สถานภาพสมรส	โสด	27 (41.5)	5.7 (5.0) (2.2-22.2)
		สมรสไม่มีบุตร	5 (7.7)	4.8 (3.0) (2.4-10.0)
		สมรสมีบุตร	33 (50.8)	12.4 (7.9) (3.1-26.2)
4	ภูมิลำเนาบ้านเกิด	กรุงเทพมหานคร	3 (4.6)	14.3(10.4) (2.6-22.2)
		จังหวัดเดียวกับที่ทำงาน	44 (67.7)	7.4 (6.5) (2.2-26.2)
		ภูมิภาคใกล้เคียงกับที่ทำงาน	3 (4.6)	6.7 (4.9) (2.4-12.2)
		ตั้งถิ่นฐานครอบครัวใหม่ในจังหวัด เดียวกับที่ทำงาน	15 (23.1)	13.0 (8.2) (3.0-24.2)
5	ตำแหน่ง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	23 (35.4)	14.7 (7.8) (2.4-26.2)
		แพทย์ประจำ	42 (64.6)	9.0 (7.4) (2.2-26.2)
6	วิชาชีพเฉพาะ	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP)	35 (53.8)	10.3 (7.8) (2.2-26.2)
		แพทย์เฉพาะทาง (specialist)	30 (46.2)	7.5 (6.6) (2.4-22.9)
7	การรับเข้าศึกษา	แพทย์ชนบท	17 (26.2)	8.3 (7.5) (2.2-20.2)
		แพทย์พันธุ์ใหม่ (new tract)	6 (9.2)	8.6 (2.0) (4.9-10.1)
		ระบบเอ็นทรานซ์ (entrance)	42 (64.6)	9.3 (7.9) (2.4-26.2)
8	รูปแบบการศึกษา	อบรมกับศูนย์แพทยศาสตรศึกษา	9 (13.8)	2.7 (0.8) (2.2- 4.2)
		หลักสูตรการเรียนรู้จากปัญหาผู้ป่วย (problem-based learning)	6 (9.2)	8.6 (2.0) (4.9-10.1)
		มหาวิทยาลัยส่วนภูมิภาค	20 (30.8)	10.9 (7.5) (2.9-24.2)
		มหาวิทยาลัยส่วนกลาง	30 (46.2)	9.0 (7.4) (2.2-26.2)
		<b>รวม</b>	<b>แพทย์คงอยู่ทั้งหมด</b>	<b>65(100.0)</b>

บริหารในโรงพยาบาล เป็นระบบการปฏิบัติงานที่เอื้อต่อแพทย์เฉพาะทาง และงานท้าทายสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ส่วนปัจจัยด้านภูมิลาเนาหรือการตั้งถิ่นฐานครอบครัวเป็นปัจจัยด้านความต้องการส่วนตัวที่แพทย์ตัดสินใจในการเลือกโรงพยาบาลเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ถ้าแพทย์หาจุดลงตัวไม่ได้ก็อาจต้องย้ายไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งใหม่ที่ใหญ่ขึ้นและใกล้เมืองมากขึ้น แพทย์กล่าวว่า “...งานผูกเราไว้ เดิมวางแผนไว้ 5 ปี อยู่ไปอยู่มา งานไม่เสร็จ.....บรรยากาศโรงพยาบาลดี ผู้ร่วมงานดี พยาบาลดี ให้ทะเลาะกันอย่างไร เดียวก็ดีขึ้น...ที่ทีมงานที่คุยรู้เรื่องจิตใจให้อยู่...”

**3.4 ช่วงความสมดุลของชีวิตกับงานระยะปลาย (อายุ 41-50 ปี):** เป็นช่วงการลงตัวของครอบครัวที่เข้าที่มากขึ้น ปัจจัยหลักคือทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เห็นคุณค่าในการทำงานกับชาวบ้านและชุมชน มีพันธะผูกพันกับงานที่ตนเองได้พัฒนาสร้างขึ้นร่วมกับทีมงานในโรงพยาบาล มีรายได้จากการทำคลินิกส่วนตัวร่วมกับการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และการรับผิดชอบครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นผู้ดำเนินการโรงพยาบาล สามารถจัดระบบการบริหารให้ลงตัวกับครอบครัว แพทย์ประจำมีเป็นส่วนน้อย มีปัจจัยเสริมด้านโอกาสความก้าวหน้าในราชการในการทำผลงานทางวิชาการระดับ 9 เทียบเท่ากับแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป การไหลออกจากโรงพยาบาลช่วงนี้จะมีน้อย ส่วนใหญ่วางแผนในโรงพยาบาลจนถึงเกษียณอายุ แพทย์กล่าวว่า “...เป็นงานที่เราทำได้ ไม่กล้าทิ้งไป ไม่อยากเห็นสิ่งที่ทำมาแยะลง...”

**3.5 ช่วงการยกย่องเชิงสังคม (อายุมากกว่า 50 ปี):** ช่วงสุดท้ายของการบูรณาการใน พื้นที่เชิงประสบการณ์และการฝังตัวในงานพัฒนาเพิ่มมากขึ้น ต่อเนื่องจากช่วงความสมดุลของชีวิตกับงานระยะปลาย แพทย์ที่อยู่มานานถึงช่วงนี้ ปัจจัยหลักคือ การได้รับความศรัทธาจากชาวบ้านและชุมชน รวมถึงบุคลากรโรงพยาบาลที่พัฒนางานมาร่วมกันจนประสบความสำเร็จ ซึ่งเป็นการยกย่องเชิงสังคม แตกต่างจากการยกย่อง

เชิงวิชาชีพที่ได้รับจากองค์กรวิชาชีพแพทย์ ปัจจัยนี้เชื่อมโยงกับปัจจัยด้านความต้องการของโรงพยาบาลและชุมชน แพทย์กล่าวว่า “...มีคุณค่าที่ได้รับในอำเภอเดินไปไหนคนใช้รู้จัก ประชาชนในตลาดยอมรับว่าเป็นสมาชิกของอำเภอ นั่งคุยกับพ่อค้าในตลาด รู้จักสนิทสนม มีปัญหาที่ช่วยแก้...”

**4) ปัจจัยด้านความต้องการของโรงพยาบาลชุมชน:** เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์การที่มีผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจากโมเดลเชิงทฤษฎีในการวิจัยครั้งนี้ค้นพบ 3 ปัจจัย

**4.1 ระดับหรือขนาดโรงพยาบาลชุมชน:** พบว่าโรงพยาบาลชุมชนแต่ละระดับ มีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยของแพทย์ใกล้เคียงกันคือ 9.1-9.4 ปี ต่างจากศูนย์แพทย์ชุมชน ซึ่งมีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยน้อยกว่า (5.2 ปี) เนื่องจากเป็นองค์การใหม่ที่เพิ่งตั้งขึ้น บางแห่งยังบริหารร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่าจะมีแพทย์ที่มีอาวุโสสูงสุดเป็นผู้ดำเนินการ มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 14.7 ปี ส่วนแพทย์ประจำมีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 9.0 ปี (ตารางที่ 1)

**4.2 ระบบบริหารในการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก:** พบว่า แพทย์เฉพาะทางต้องการทำงานตรงสาขาของตนเอง ถ้าต้องช่วยงานเวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ต้องการทำให้เหตุการณ์ที่ไม่ยากจนเกินไป ส่วนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปต้องการความหลากหลายของการปฏิบัติงาน การอยู่เวรเวชปฏิบัติทั่วไปของแพทย์เฉพาะทางต้องการปริมาณที่ไม่มากเกินไป และต้องการอยู่เวรปรึกษาเฉพาะทางมากกว่า โดยเสนอให้มีสัดส่วนของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์เฉพาะทาง 1:1 แพทย์ผู้บริหารต้องทำหน้าที่ทั้งบริหารและบริการ ทำให้ไม่สามารถช่วยรับภาระด้านบริการผู้ป่วยได้เต็มที่

**4.3 ความสัมพันธ์กับผู้บริหารและทีมงาน:** พบว่า การที่แพทย์มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บริหารและทีมงานส่งผลต่อบรรยากาศโรงพยาบาลที่ดี ทำให้ภาระงานในโรงพยาบาลเป็นเรื่องแบ่งงานกันทำด้วยความสนุก ไม่น่าเบื่อ เกิดพันธะผูกพันในการคงอยู่ในโรงพยาบาลโดย

ไม่ย้ายไปปฏิบัติงานในที่แห่งอื่น

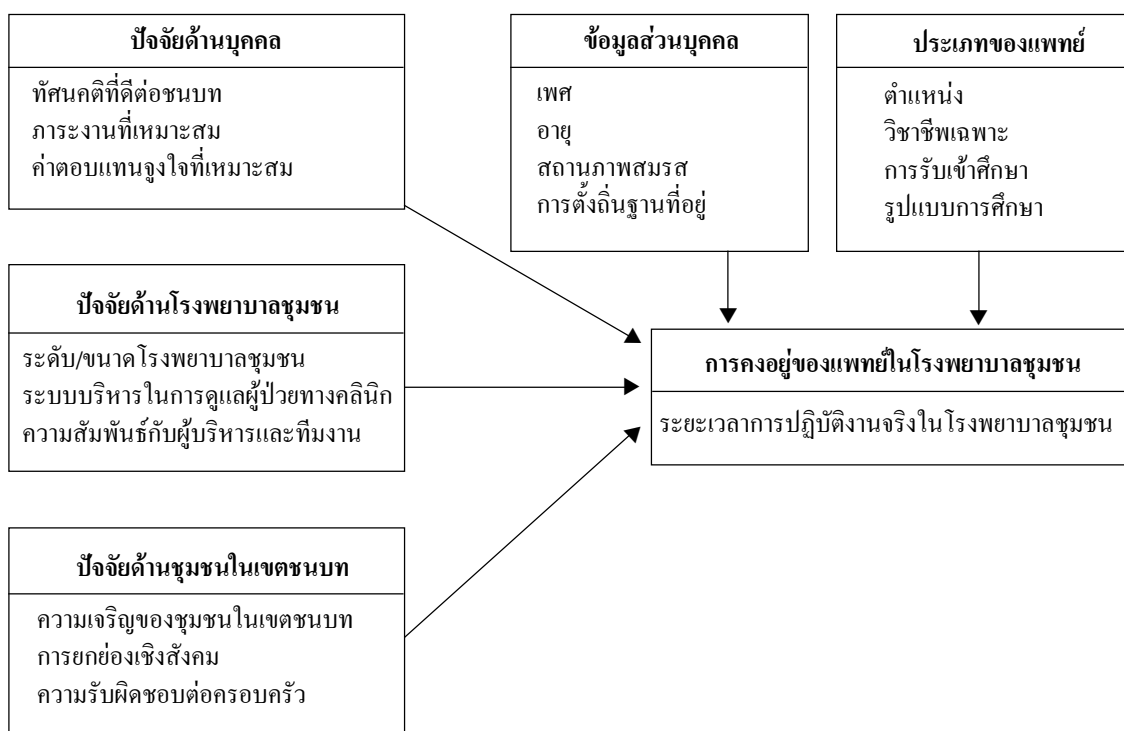
**5) ปัจจัยด้านความต้องการของชุมชน:** ในการวิจัยครั้งนี้ค้นพบ 3 ปัจจัย

**5.1 ความเจริญของชุมชนในเขตชนบท:** ทำให้แพทย์คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่นั้น ในทางตรงกันข้าม ความกันดารและความห่างไกลของชุมชนจะเป็นปัจจัยที่ทำให้แพทย์ย้ายออกจากพื้นที่นั้น โรงพยาบาลที่เป็นอำเภอขนาดเล็ก ห่างไกลจากอำเภอเมือง เป็นอำเภอที่ถูกจัดอยู่ในระดับกันดาร ส่วนใหญ่จะมีแพทย์ครบใช้ทุนอยู่เพียงคนเดียว ยกเว้นโรงพยาบาลวังน้ำเขียวที่มีแพทย์ 3 คน และมีอยู่ 2 แห่งที่ไม่มีแพทย์ครบใช้ทุนคงอยู่ ผู้อำนวยการที่คงอยู่ในอำเภอเขตกันดารเหล่านี้กล่าวว่า “...แพทย์เอาโรงพยาบาลที่อยู่ไกล อำเภอเล็ก ความเจริญน้อย เป็นโรงพยาบาลทางผ่านระยะสั้นตามหน้าที่ใช้ทุน มีส่วนร่วมน้อยกับทีมงาน ไม่สนใจงานชุมชน...”

**5.2 การยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน:**

ตรงกับกรยกย่องเชิงวิชาชีพ ที่เป็นการให้รางวัลแพทย์ดีเด่นในชนบท เสริมขวัญกำลังใจแพทย์ชนบทที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเป็นเวลานาน และมีผลงานดีเด่นเชิงประจักษ์ การยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนเป็นการยกย่องเชิงสังคม ความหมายจะกว้างกว่าการยกย่องเชิงวิชาชีพ เป็นการทำงานในโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการยอมรับและศรัทธาจากชาวบ้าน แพทย์ที่คงอยู่ชนบทมาเป็นเวลานานจะได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน แพทย์กล่าวว่า “...เดินไปไหน คนใช้รู้จัก...”

**5.3 ความรับผิดชอบต่อครอบครัว:** มาตรการหนึ่งที่จะให้แพทย์คงอยู่ชนบทในต่างประเทศ ต้องมีการเสนองานให้กับภรรยาของแพทย์ในพื้นที่เดียวกัน โรงเรียนของลูกในพื้นที่ใกล้เคียงที่มีคุณภาพไม่แตกต่างจากในเมือง เป็นการสร้างความสมดุลของชีวิตกับงานตั้งแต่เริ่มต้น<sup>(6)</sup> ในขณะที่ประเทศไทยแพทย์ชนบทต้องมีการแสวงหาความลงตัวของสูตรเหล่านี้ด้วยตนเอง



รูปที่ 2 ตัวแบบ (model) การคงอยู่เชิงสาเหตุของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน

จากข้อมูลทั่วไปและกลุ่มปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน นำมาปรับรูปแบบเชิงทฤษฎีการคงอยู่เชิงสาเหตุของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน (รูปที่ 1) และนำมาสู่ตัวแบบการคงอยู่เชิงสาเหตุของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา (รูปที่ 2) แบ่งเป็น 1) ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นกลุ่มตัวแปรที่บริหารเปลี่ยนแปลงไม่ได้ คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรสและภูมิลำเนาบ้านเกิดหรือการตั้งถิ่นฐานที่อยู่ 2) ประเภทของแพทย์ เป็นตัวแปรที่บริหารเปลี่ยนแปลงได้ คือ ตำแหน่ง วิชาชีพเฉพาะ การรับเข้าศึกษา และรูปแบบการศึกษา 3) ปัจจัยด้านบุคคล คือ ทักษะที่ดีต่อชนบท ภาระงานที่เหมาะสม และค่าตอบแทนจูงใจที่เหมาะสม 4) ปัจจัยด้านโรงพยาบาลชุมชน คือ ขนาดโรงพยาบาลชุมชน ระบบบริหารในการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก และความสัมพันธ์กับผู้บริหารและทีมงาน 5) ปัจจัยด้านชุมชนในเขตชนบท คือ ความเจริญของชุมชนในเขตชนบท การยกย่องเชิงสังคม และความรับผิดชอบต่อครอบครัว ตัวแปรทั้ง 5 กลุ่ม ส่งผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งหมายถึง ระยะเวลาการปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน

## วิจารณ์

การศึกษาการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและประเภทของแพทย์ พบว่า แพทย์ที่คงอยู่ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สมรสมีบุตร และอยู่ในจังหวัดเดียวกับที่ทำงาน แสดงว่าการมีภาระหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว มีความจำเป็นในการรับผิดชอบครอบครัวในพื้นที่เดียวกับที่ปฏิบัติงาน เช่น การดูแลบุตร เป็นความสมดุลของชีวิตกับงาน มีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลาการปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาล ข้อมูลนี้สนับสนุนนโยบายการเลือกนักศึกษาในพื้นที่เขตชนบทมาเรียนแพทย์ ในอดีตการรับเข้าศึกษาเป็นตามระบบเอ็นทรานซ์ (entrance) และอบรมในหลักสูตรแบบเดิม ในปัจจุบัน

มีการรับเข้าศึกษาโดยการคัดเลือกจากนักศึกษาในเขตชนบทโดยตรง การรับนักศึกษาสายวิชาสุขภาพ เช่น เภสัช สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมาแล้ว โดยเรียกว่า แพทย์พันธุ์ใหม่ (new tract) และมีรูปแบบการศึกษาที่พัฒนาโดยอบรมร่วมกับศูนย์แพทยศาสตรศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในเขตภูมิภาค เป็นรูปแบบให้นักศึกษามีความคุ้นเคยในการสัมผัสกับชีวิตความเป็นอยู่ของปัญหาชาวบ้านและบริบทของโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงหลักสูตรการเรียนรู้จากปัญหาผู้ป่วยเป็นฐาน (problem-based learning) ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับระยะเวลาปฏิบัติงานจริงของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา (ตารางที่ 1)

ในปัจจัยด้านบุคคล พบว่า แพทย์คงอยู่มีทัศนคติที่ดีต่อชนบท เนื่องจากส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในเขตชนบท และทัศนคติต่อความรู้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปว่าเพียงพอในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งถ้าต้องการพัฒนาวิชาชีพเพิ่ม ให้อบรมเป็นระยะโดยไม่ต้องไปเรียนต่อ 3 ปี เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาเชิงนโยบาย การศึกษาต่อของแพทย์ โดยจัดระบบหลักสูตรการอบรมต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน ได้อนุมัติบัตรจากแพทย์สภาเป็นแพทย์ผู้ชำนาญการพิเศษหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาเช่นเวชศาสตร์ครอบครัว โดยไม่ต้องลาศึกษา การมีภาระงานที่เหมาะสม และค่าตอบแทนจูงใจที่เหมาะสม เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านโรงพยาบาลชุมชน และปัจจัยด้านชุมชนเขตชนบทที่ส่งผลให้แพทย์คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน

ปัจจัยด้านโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ขนาดของโรงพยาบาลชุมชน มีผลต่อจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง ระบบบริหารในการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกของโรงพยาบาล ที่เอื้อต่อการให้แพทย์เฉพาะทางได้ปฏิบัติงานตรงสาขาของตนเอง และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปได้ปฏิบัติงานหลากหลาย มีสัดส่วนของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางเหมาะสม มีความ



สัมพันธ์กับระยะเวลาการคงอยู่ของแพทย์ สามารถนำมาเป็นแนวทางในการจัดสรรแพทย์เฉพาะทางและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บริหารและทีมงาน มีผลกับความผูกพันของแพทย์ในการคงอยู่ในโรงพยาบาล มีความเกี่ยวข้องกับนโยบายการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล ส่งผลต่อบรรยากาศโรงพยาบาลที่ดีในการทำงานเป็นทีม

ปัจจัยด้านชุมชนในเขตชนบท พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ต้องการอยู่ในพื้นที่เขตชนบทที่ห่างไกล แต่ก็มีแพทย์ส่วนหนึ่งที่พอใจในเขตชนบท ได้รับการยกย่อง เชิงสังคม ได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน มีความจำเป็นในการดูแลครอบครัวในเขตชนบทใกล้สถานที่ทำงาน ซึ่งเป็นความสมดุลของชีวิตกับงาน เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่รัฐควรเสนอแรงจูงใจทั้งตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงินให้กับแพทย์ เช่น เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายให้แพทย์ในอัตราก้าวหน้าตามระยะเวลาที่คงอยู่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่เพิ่งประกาศใช้<sup>(5)</sup> การเสนองานให้กับคู่ชีวิตในพื้นที่เดียวกัน และการได้โควตาเรียนของบุตรในโรงเรียนที่มีคุณภาพในเขตชนบท

การศึกษาการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมีการสำรวจในกลุ่มแพทย์ที่มีอายุราชการ 2 ปีขึ้นไป ในปี 2550 โดยใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวแปรที่มีผลต่อการเลือกที่จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ระหว่างกลุ่มแพทย์ที่ตั้งใจจะปฏิบัติงานต่อในโรงพยาบาลชุมชน กับกลุ่มที่ตั้งใจจะย้ายออกหรือลาออกจากโรงพยาบาลชุมชน โดยตัดกลุ่มที่กำลังจะลาศึกษาออก พบว่า มีตัวแปร 15 ตัวที่มีผลต่อการเลือกที่จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (6 ตัวแปร) คือ เพศ อายุ ภาคที่เกิด สถานศึกษาในระดับมัธยมปลาย โรงเรียนแพทย์ที่จบและสถานภาพสมรส 2) ปัจจัยด้านองค์การ (1 ตัวแปร) คือ ขนาดของโรงพยาบาล 3) ปัจจัยเกี่ยวกับงาน (4 ตัวแปร) คือ บทบาทหน้าที่ในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน การมีการผ่าตัดในโรงพยาบาล และการเข้าร่วมกิจกรรม

พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล 4) ปัจจัยด้านค่าตอบแทน (4 ตัวแปร) คือ รายได้ทั้งจากภาครัฐ และนอกภาครัฐ การมีคลินิก และการทำงานนอกเวลาที่โรงพยาบาลเอกชน<sup>(7)</sup> การสำรวจนี้เป็นการเปรียบเทียบของกลุ่มที่ตั้งใจจะคงอยู่และกลุ่มที่ตั้งใจจะย้ายออกหรือลาออก ซึ่งต้องมีการติดตามในช่วงต่อมาด้วยว่าแพทย์ทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมเป็นจริงตามที่สำรวจหรือไม่ แม้ว่าข้อค้นพบจะใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้ แต่ขาดตัวแปรหลักที่สำคัญ ได้แก่ ทศนคติที่ดีต่อชนบท และกลุ่มปัจจัยด้านชุมชน เช่น การยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และความรับผิดชอบต่อครอบครัว ปัจจัยด้านชุมชนพบชัดเจนขึ้นในการศึกษาปัจจัยคงอยู่ของแพทย์ผู้บริหารในจังหวัดยะลา ปี 2551 ได้แก่ สนุกกับการทำงานกับทีมงาน ทำงานมีความสุขแม้ในภาวะวิกฤต โอกาสในการพัฒนางาน ในฐานะผู้นำต้องดูแลเจ้าหน้าที่ ความรู้สึกที่ดีของชาวบ้านที่มีต่อโรงพยาบาล และรักบ้านเกิดภูมิภคานา<sup>(8)</sup>

## สรุป

ปัญหาการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทยพบมากที่สุดใภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การทบทวนปรากฏการณ์การย้ายออกและการคงอยู่ของแพทย์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม สังเคราะห์เป็นตัวแบบเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน การวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ที่ใช้ทุนครบที่คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา นำมาปรับเป็นตัวแบบเชิงสาเหตุ การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อนำมาทดสอบการวิจัยเชิงปริมาณในขั้นตอนต่อไป ผลการศึกษานำมาใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา และพัฒนานโยบายการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย

## กิตติกรรมประกาศ

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์รัฐประศาสน-

ศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทรัพยากรมนุษย์  
คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์  
ขอขอบคุณ แพทย์โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา  
ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์จนการวิจัยสำเร็จ  
ตามวัตถุประสงค์ ขอขอบคุณ สมาคมแพทย์สตรีแห่งประเทศไทย และสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ใน  
การสนับสนุนทุนในการทำวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

1. พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์. การสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ทำงาน  
อยู่ในชนบทได้ยาวนาน. ใน: พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์,  
เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, อารักษ์ วงศ์วรชาติ, บรรณาธิการ.  
การดำเนินงานของชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ 21 แพทย์  
ชนบท...จิตวิญญาณที่ไม่เคยเปลี่ยนแปลง. กรุงเทพมหานคร:  
สร้างสื่อ; 2549. หน้า 48-75.
2. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, อารี วัลยะเสวี.  
รายงานวิชาการ “การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่  
ชนบทของประเทศไทย”. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัย  
ระบบสาธารณสุข; 2542. Health Management and Finan-  
cing Study Project ADB TA. 2997-THA.
3. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. การศึกษาเรื่องอัตราการศึกษาค่าของ  
แพทย์เป็นแพทย์เฉพาะทาง. กรุงเทพมหานคร: กระทรวง  
สาธารณสุข; 2535.
4. พินิจ ฟ้าอำนวยผล, ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, รุจิรา ทวีรัตน์, นิธิศ  
วัฒนมะโน. บทที่ 6 ระบบบริการสุขภาพไทย. ใน: สุวิทย์ วิบูล-  
ผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550.  
กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550. หน้า  
249-333.
5. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข  
การจ่ายค่าตอบแทน แขนงท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข  
ว่าด้วยการจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วย  
บริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2551,  
(ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2551).
6. Humphreys JS, Jones MP, Jones JA, Mara PR.  
Workforce retention in rural and remote Australia:  
determining the factors that influence length of prac-  
tice. Medical J Australia 2002; 176:472-76.
7. ชินกร โนรี. ปัจจัยที่มีผลทำให้แพทย์คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน.  
ใน: ชินกร โนรี, บรรณาธิการ. วิฤต กำลั้ง “คน” ด้านสุขภาพ  
ทางออกหรือทางตัน. กรุงเทพมหานคร: กราฟิโก ซิสเต็มส์;  
2550. หน้า 1-12.
8. มรุต จิรเศรษฐสิริ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ปฏิบัติงาน  
และการย้ายของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้:  
กรณีศึกษาจังหวัดยะลา ปี 2551. ยะลา: สำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดยะลา; 2551.

**Abstract**    **Physician Retention in Community Hospitals of Thailand: A Case Study of Changwat Nakhon Ratchasima**

**Nilnetr Virasombat**

Sung Noen Hospital, Changwat Nakhon Ratchasima

*Journal of Health Science* **2009; 18:526-36.**

The objectives of this study were to explain phenomena of physician turnover and retention in community hospitals of Thailand; search for main factors related to physician retention in community hospitals; develop model of physician retention in community hospitals of Thailand. Methodology was divided into 3 steps: 1) review of physician retention phenomena from the past until present and relevant literatures to develop theoretical model of physician retention in community hospitals of Thailand; 2) qualitative study divided into 2 parts, firstly by analyzing general information of 65 existing physicians from the Personnel Division, Nakhon Ratchasima Provincial Health Office and secondly by in-depth interviewing 39 existing physicians (60%) in April, 2008 and then to modify the model; 3) quantitative study which tested generalization of the model by existing physicians survey in community hospitals all over country. In the second step, it was found that average length of stay in community hospitals of existing physicians in Changwat Nakhon Ratchasima was 9 years (SD 7.4, min-max 2.2 - 26.2); lowest (3.1 years) in age interval 25 - 30 years; highest (23.5 years) in age interval more than 50 years. Physician retentions varied with age, marital status, hometown or habitation, position and type of learning. The in-depth interview revealed that 3 factors related to physician retention: 1) Personnel factors: good rural attitude, suitable work load, suitable income to motivate physician retention ; 2) Community hospital factors: hospital size, hospital administration, relationship with hospital administrators and staffs; 3) Community factors: developed community size, social recognition, and kinship responsibility. A causative model for physician retention in community hospitals was proposed in this study. Quantitative study on existing physicians nationwide should be conducted. The results were contributed to solve physician retention problems in Changwat Nakhon Ratchasima and develop physician retention policy of Thailand.

**Key words:**    **physician retention, community hospital, Changwat Nakhon Ratchasima**