

**การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน
ของประเทศไทย**
(Physician Retention in Community Hospitals
of Thailand)

นิลเนตร วีระสมบัติ¹

Nilnetr Virasombat

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) อธิบายปรากฏการณ์การย้ายออก และการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน (2) ค้นหาปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน (3) พัฒนาโมเดลการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย วิธีการศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน (1) ทบทวนปรากฏการณ์การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จากอดีตจนถึงปัจจุบันร่วมกับทบทวนวรรณกรรม นำมาพัฒนาเป็นโมเดลเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย (2) วิจัยเชิงคุณภาพ ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ใช้ทุนครบที่คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา นำสิ่งที่ค้นพบมาปรับโมเดลเชิงทฤษฎี (3) วิจัยเชิงปริมาณ ทดสอบโมเดล โดยสำรวจข้อมูลจากแพทย์ประจำที่คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน หลังใช้ทุนครบ 2 ปี ทั่วประเทศไทย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น ช่วงเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2552 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ระยะต้น (อายุ ≤ 35 ปี) มี 4 ตัวแปร

¹ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา nilnetrv@gmail.com

1) สถานภาพสมรส 2) ความพึงพอใจของแพทย์ 3) ลักษณะของงาน และ 4) บริบทของชุมชน โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัวร่วมกันอธิบายการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 13.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางอ้อมมี 6 ตัวแปร 1) วิชาชีพทั่วไป 2) ลักษณะรายได้ 3) บริบทของงาน 4) บริบทของชุมชน 5) การจัดการปฏิบัติการทางการแพทย์ และ 6) เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเขตปกติ/กึ่งดาร์ ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนระยะปลาย (อายุ > 35 ปี) มี 6 ตัวแปร 1) เพศ 2) สถานภาพสมรส 3) วิชาชีพทั่วไป 4) รูปแบบการศึกษา 5) ลักษณะรายได้ และ 6) บริบทของงาน โดยตัวแปรทั้ง 6 ตัวร่วมกันอธิบายการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 38.8 ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางอ้อมมี 2 ตัวแปร 1) การจัดการปฏิบัติการทางการแพทย์ และ 2) เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเขตปกติ/กึ่งดาร์ การศึกษานี้ให้ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านกลยุทธ์การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ในการจัดการปฏิบัติการทางการแพทย์ให้เกิดภาระงานที่เหมาะสม ค่าตอบแทนจูงใจที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน สนับสนุนนโยบายพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลเพื่อสร้างบริบทของงานที่ดี เสนองานให้กับคู่ชีวิตของแพทย์ในพื้นที่เดียวกับโรงพยาบาลชุมชน และบุตรของแพทย์ได้เข้าเรียนในโรงเรียนพื้นที่เดียวกัน เพื่อสร้างความสมดุลของชีวิตกับงาน

คำสำคัญ : การคงอยู่ของแพทย์, โรงพยาบาลชุมชน, ประเทศไทย

Abstract

The objectives of this study were: (1) to explain phenomena of physician turnover and retention in community hospitals of Thailand; (2) to search for the main factors related to physician retention in community hospitals; (3) to develop a model for physician retention in community hospitals of Thailand. The methodology was divided

into 3 steps: (1) review of physician retention phenomena from the past until the present and relevant literatures to develop a theoretical model of physician retention in community hospitals of Thailand; (2) qualitative study through in-depth interviews of existing physicians in April, 2008, and then modifying the model; (3) quantitative study, which tested generalization of the model through existing surveys of physicians in community hospitals all over country. The questionnaire was constructed and mailed to existing physicians after two years of working in community hospitals from March to May, 2009. The path analysis technique was used to analyze the complicated data. It was found that the factors that directly influenced early physician retention in community hospitals (age $\leq$ 35 yrs) were composed of 4 variables: 1) marital status; 2) physician satisfaction; 3) job content; and 4) community context. All 4 variables accounted for physician retention at 13.3 percent. The factors that indirectly influenced early physician retention were composed of 6 variables: 1) general practice physicians; 2) income characteristics; 3) job context; 4) community context; 5) medical operation management, and 6) district supplement compensation in normal and hardship level communities. The factors that directly influenced late physician retention in community hospitals (age $>$ 35 yrs) were composed of 6 variables: 1) sex; 2) marital status; 3) general practice physicians; 4) type of learning; 5) income characteristics; and 6) job context. All 6 variables accounted for physician retention at 38.8 percent. The factors that indirectly influenced late physician retention were composed of 2 variables: 1) medical operation

management and 2) district supplement compensation in normal and hardship level communities. Policy recommendations for physician retention strategies in community hospitals include the following: the establishment of effective medical operation management to achieve a suitable work load system; an incentive compensation system to work in community hospitals; hospital accreditation policy support to develop a good work environment; work offers for physician's spouses and school quotas for physician's offspring in the same area of community hospitals to develop a work-life balance.

Keywords: Physician retention, Community hospital, Thailand

บทนำ

“คน” (human resource) เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญที่สุดขององค์กร คนแต่ละคนในองค์กรถือเสมือนว่าเป็นทุนที่องค์กรได้ลงไว้หรือเรียกว่า “ทุนมนุษย์” (human capital) ด้วยเหตุนี้การสูญเสียคนไปจากองค์กร ไม่ว่าจะด้วยเหตุใดก็ตาม ย่อมเท่ากับองค์กรต้องสูญเสียต้นทุนไปโดยองค์กรได้รับผลตอบแทนที่ไม่คุ้มค่า ปัญหาความขาดแคลนทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพในเขตชนบทเป็นปัญหาที่พบได้มากน้อยต่างกันทั่วโลก เป็นปัญหาการสรรหาบุคลากรเข้าสู่ชนบทและการคงอยู่ของบุคลากร ซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการจัดการทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญระดับประเทศ กลุ่มที่เป็นปัญหาสำคัญมากที่สุดคือบุคลากรแพทย์ในเขตชนบท เป็นความเหลื่อมล้ำของการกระจายบุคลากรไม่เท่าเทียมกันทั่วโลก ซึ่งในปี พ.ศ. 2543 ประเทศไทยมีแพทย์ 22,435 คน อัตราความหนาแน่นของแพทย์ต่อประชากร 0.37 ต่อพันประชากร เป็น 1 ใน 30 ประเทศที่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีอัตราความหนาแน่นของแพทย์ต่อประชากรต่ำ เปรียบเทียบกับ กลุ่มประเทศที่มีอัตราความหนาแน่นของแพทย์ต่อประชากรสูงและอัตราการตายของประชากรต่ำเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว 34 ประเทศ ตามการจัดอันดับขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีค่า

เฉลี่ยของโลกอยู่ที่ 4 ต่อพันประชากร (World Health Organization, 2004) ในปัญหาการคงอยู่ของแพทย์พบปัญหาการลาออกหรือย้ายออกหมุนเวียนจากเขตชนบทไปสู่เขตเมือง การคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบทอยู่ในช่วงระยะเวลาสั้นเฉลี่ย 2-3 ปี ตามระยะเวลาบังคับใช้ทุนตามสัญญาที่ทำกับแพทย์ของภาครัฐ ปัญหาดังกล่าวนี้นพบในเขตชนบททั่วโลก ตั้งแต่ประเทศที่พัฒนาแล้วเช่น สหรัฐอเมริกา (Daniels et al., 2007) แคนาดา (Richards, 2001) ออสเตรเลีย (Schoo et al., 2005) ประเทศในกลุ่มลาตินอเมริกา เช่น เอกวาดอร์ (Cavender & Alban, 1998) ประเทศในกลุ่มเอเชีย เช่น อินโดนีเซีย (Chomitz et al., 1997) รวมถึงประเทศไทย ซึ่งจากการสำรวจโดยชมรมแพทย์ชนบทในปี พ.ศ. 2547 พบว่า แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 2,700 กว่าคน ร้อยละ 52 เป็นแพทย์ใช้ทุนที่ทำงานมาไม่ถึง 3 ปี ส่วนแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนนานเกิน 10 ปี มีเพียงร้อยละ 25 โดยเฉพาะในส่วน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แพทย์ที่อยู่เกิน 10 ปี มีเพียงร้อยละ 16.67 เท่านั้น (พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์, 2549) คิดเป็นอัตราการคงอยู่ของแพทย์ใช้ทุนครบร้อยละ 48 ปัญหาการกระจายแพทย์ พบว่า จำนวนแพทย์ประมาณครึ่งหนึ่งของประเทศ ปฏิบัติงานอยู่ในกรุงเทพมหานครซึ่งมีประชากรประมาณ 6 ล้านคน ในขณะที่แพทย์อีกครึ่งหนึ่งต้องดูแลประชากรที่เหลืออีก 57 ล้านคน พื้นที่ชนบทส่วนที่ขาดแคลนแพทย์มากที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเมื่อแยกสภาพปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในส่วนภูมิภาค พบว่า พื้นที่ที่อยู่นอกอำเภอเมือง หรือนอกเขตเทศบาลมีความขาดแคลนแพทย์สูงมาก (สมศักดิ์ ชุณหรัศม์ และคณะ, 2542)

การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน เกี่ยวเนื่องกับการผลิตแพทย์เพิ่ม และการจัดสรรให้แพทย์ไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทุกปี จากการสำรวจพบว่า อัตราการคงอยู่ของแพทย์ที่ใช้ทุนครบลดลง อัตราการไปฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าแพทย์ใช้ทุนส่วนใหญ่จะไปศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางหลังจากใช้ทุนครบในปีที่ 3 และจะไปศึกษาต่อเกือบหมดภายใน 5 ปี แม้ว่าจะได้โควตาศึกษาต่อจากโรงพยาบาลชุมชน แต่เมื่อสำเร็จการศึกษามีจำนวนน้อยมากที่จะกลับมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนตามสัญญา ส่วนใหญ่ลาออกไปทำงานโรงพยาบาลเอกชน ย้ายไป

โรงพยาบาลใหญ่ ส่งผลต่อภาระงานที่เพิ่มขึ้นกับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2535) เมื่อเปรียบเทียบปริมาณผู้ป่วยนอกที่แพทย์ต้องดูแลในระดับต่างๆ พบว่าแพทย์โรงพยาบาลชุมชนมีภาระมากที่สุดเมื่อเทียบกับแพทย์ในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร และเอกชน (พินิจ พ้าอำนวยการผล และคณะ, 2550) ปัจจัยหลักที่ทำให้แพทย์ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนเลยระยะการใช้ทุนในกลุ่มที่ปฏิบัติงานมานานเกินกว่า 5 ปีคือ ความพึงพอใจต่องาน รู้สึกว่าได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ งานโรงพยาบาลชุมชนเหมาะกับตนเอง และได้รับการยอมรับนับถือจากประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ข้อเสนอจากแพทย์กลุ่มใหม่ที่ย้ายออกไปแล้วคือ การมีทีมงานที่มีความพร้อมระบบบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ การมีแพทย์เพียงพอ ได้ปฏิบัติงานในพื้นที่ใกล้บ้าน และค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับวิชาชีพในปัจจุบัน (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ, 2542) แม้ว่าจากอดีตจนถึงปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขพยายามแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ด้วยกลวิธีค่อนข้างหลากหลาย แต่ไม่ได้มีการประเมินประสิทธิผลชัดเจนของมาตรการดังกล่าว รวมทั้งปัญหาการย้ายออกหรือลาออกของแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนยังมีอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการผลิตและจัดสรรแพทย์เพิ่มขึ้นให้กับพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนที่ขาดแคลนแพทย์ กลยุทธ์สำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องด้านนโยบายอาจไม่ได้เน้นหนัก น่าจะเป็นการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์นำมาพัฒนาโมเดลการคงอยู่ของแพทย์ ในบริบทเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนของแพทย์ ซึ่งต้องอาศัยทั้งกลยุทธ์การกระจายแพทย์ในพื้นที่ขาดแคลน และกลยุทธ์การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนร่วมด้วย ซึ่งกลยุทธ์เหล่านี้มิใช่มีแค่ค่าตอบแทนจูงใจที่เป็นตัวเงินเท่านั้น

วัตถุประสงค์

(1) เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การย้ายออกและคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย

(2) เพื่อค้นหาปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย

(3) เพื่อพัฒนาโมเดลหรือตัวแบบการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย

วิธีการศึกษา

ปรากฏการณ์การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจากอดีตจนถึงปัจจุบัน มีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของแพทย์ในการย้ายออกหรือคงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน บริบทของโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละช่วงเวลาก็มีสถานการณ์ที่ซับซ้อนแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงเลือกการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ แบ่งการศึกษาเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) **ขั้นตอนแรก:** เป็นการทบทวนปรากฏการณ์การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การย้ายออกและการคงอยู่ของแพทย์ และพัฒนาเป็นโมเดลเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน (2) **ขั้นตอนที่ 2:** เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ใช้ทุนครบที่คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 39 คน ในช่วงเดือนเมษายน 2551 เพื่อตอบคำถามว่า ทำไมแพทย์จึงยังคงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ปัจจัยอะไรที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลแห่งนั้น การบริหารคนในโรงพยาบาลนั้นเป็นอย่างไร จึงทำให้แพทย์ตัดสินใจคงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ตัวแปรเชิงบริบทที่ค้นพบนำมาปรับโมเดลเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน (3) **ขั้นตอนที่ 3:** เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อเป็นการทดสอบโมเดลที่พัฒนาขึ้นว่า สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นจริงของประเทศไทยหรือไม่ โดยสร้างแบบสอบถามสำรวจแพทย์ที่ปฏิบัติงานหลังใช้ทุนครบ 2 ปีในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศไทย ช่วงมีนาคม ถึงพฤษภาคม 2552 ได้รับตอบกลับจากแพทย์ใช้ทุนครบ 613 คน จากโรงพยาบาลชุมชน 461 แห่ง (ร้อยละ 62.89) วิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัยเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง

ผลการศึกษาและข้อวิจารณ์

แบ่งเป็น 3 ส่วน ตามขั้นตอนการศึกษา ส่วนที่ 4 เป็นข้อวิจารณ์ มีรายละเอียดดังนี้

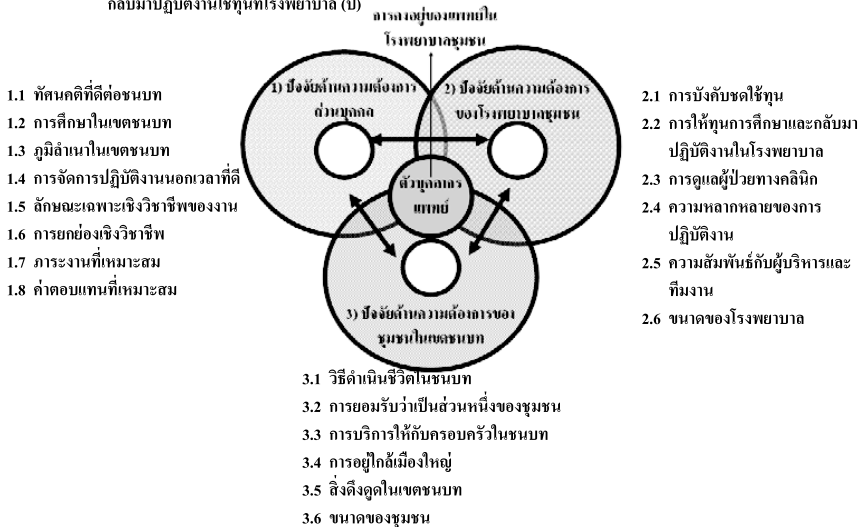
(1) **ขั้นตอนแรก:** เป็นการอธิบายปรากฏการณ์การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ร่วมกับนำทฤษฎีทางสังคมมาอธิบายและทำความเข้าใจปรากฏการณ์ สังเคราะห์เป็นโมเดลหรือตัวแบบเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย

(1.1) **ปรากฏการณ์การย้ายออกและคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย:** จากอดีตที่ผ่านมา พบปัญหาการกระจายแพทย์ตามเขตภูมิภาค อัตราส่วนประชากรในการดูแลของแพทย์ 1 คน สูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเมื่อเทียบกับกรุงเทพมหานคร การวิเคราะห์สถานการณ์การย้ายออกและการคงอยู่ของแพทย์ในสี่ทศวรรษที่ผ่านมา สอดคล้องไปกับช่วงภาวะเศรษฐกิจของประเทศ โดยพบว่าในช่วงที่เศรษฐกิจหดตัวและวิกฤตเศรษฐกิจ การย้ายออกและการคงอยู่ของแพทย์จะค่อนข้างดี โดยเฉพาะในอดีต เป็นสถานการณ์ที่ยอมรับว่ามีการกระจายตัวของแพทย์ที่มีความเท่าเทียมระดับหนึ่ง แต่เมื่อวงจรเศรษฐกิจของประเทศเข้าสู่ช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ และช่วงเศรษฐกิจฟื้นตัว สถานการณ์การย้ายออกและการคงอยู่ของแพทย์ก็เริ่มแยกลง กลยุทธ์ที่นำไปสู่มาตรการต่างๆ ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหาการกระจายแพทย์ลงสู่เขตชนบท แต่พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนเขตชนบท เป็นช่วงระยะเวลาสั้นของการบังคับใช้ทุนเพียง 3 ปี บางส่วนไหลออกภายในสู่ภาคเอกชนหรือโรงเรียนแพทย์เพื่อศึกษาต่อก่อนกำหนด อัตราการคงอยู่ของแพทย์ที่ใช้ทุนครบแล้วไม่เกิน ร้อยละ 50 ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ปัจจัยภายนอกที่สำคัญได้แก่ สถานการณ์เศรษฐกิจที่พลวัตรแปรเปลี่ยน มีผลค่อนข้างมากในการย้ายออกและการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน แต่เมื่อวิเคราะห์กลยุทธ์ที่ใช้ในการแก้ปัญหา ก็จะพบจุดอ่อนมากมายพอสมควรในเชิงปฏิบัติ ในแต่ละช่วงวิกฤตของการลาออกของแพทย์ที่ตรงกับเศรษฐกิจที่ดีของประเทศ มีการศึกษาสาเหตุการลาออก แต่แนวทางในการแก้ปัญหาจะไม่ประสาน

กลมกลืนกันระหว่างสถาบันผู้ผลิตแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขผู้รับผิดชอบและวางแผนการกระจายแพทย์ โรงพยาบาลชุมชนผู้ให้บริการและบริหารแพทย์ภายในองค์การขาดการประเมินผลลัพธ์กลยุทธ์ที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในการผลิตและกระจายแพทย์ลงสู่ชุมชน กลยุทธ์และนโยบายบางอย่างที่ได้ผลในอดีต บางครั้งขาดการสนับสนุนในช่วงระยะหนึ่ง ตัวอย่างเช่นนโยบายการเพิ่มการผลิตแพทย์ชนบท รวมทั้งยังขาดการประเมินผลอัตราการคงอยู่ของแพทย์ชนบทว่าเพิ่มขึ้นหรือไม่ อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ของกลยุทธ์ที่ผ่านมา ทำให้การกระจายแพทย์ลงสู่ในชนบทปัจจุบันดีขึ้นกว่าเดิม แต่ยังไม่สามารถเพิ่มอัตราการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนหลังใช้ทุนครบได้ กลยุทธ์และนโยบายการวางแผนผลิตแพทย์ชนบทมีการกำหนดค่อนข้างชัดเจน ขาดแต่ผู้บริหารทุกระดับจะนำไปปฏิบัติอย่างบูรณาการ และประเมินผลสัมฤทธิ์ของกลยุทธ์และนโยบายอย่างต่อเนื่อง

(1.2) โมเดลเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย: ปรากฏการณ์การย้ายออกและคงอยู่ของแพทย์ในอดีตที่ผ่านมา ในภาพกว้างเกี่ยวข้องกับทฤษฎีเศรษฐศาสตร์แรงงานและการอพยพ แพทย์ไหลออกและคงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนเป็นไปตามช่วงขึ้นลงของภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ในภาพแคบเกี่ยวข้องกับทฤษฎีการตัดสินใจของปัจเจกบุคคล ทฤษฎีแรงจูงใจและจิตวิทยาเชิงพฤติกรรม ทฤษฎีกลยุทธ์ในการจัดการทรัพยากรมนุษย์ในองค์การ และทฤษฎีทุนมนุษย์ นำมาสู่ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน มีปัจจัยหลัก 3 กลุ่มปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้านความต้องการส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความต้องการของโรงพยาบาลชุมชน และปัจจัยด้านความต้องการของชุมชนในชนบท ความสัมพันธ์ต่างๆ ของปัจจัยนำมาสังเคราะห์เป็นโมเดลเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย (ภาพที่ 1) (นิลเนตร วีระสมบัติ, 2553)

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



ภาพที่ 1: โมเดลเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย

(2) **ขั้นตอนที่ 2:** เป็นผลการสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ 39 คน จากแพทย์ใช้ทุนครบ 65 คน (ร้อยละ 60) แพทย์ที่ให้สัมภาษณ์เป็นแพทย์ใช้ทุนครบ 2 ปีและปฏิบัติงานต่อเนื่องในโรงพยาบาล อาจเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทางที่กลับมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนอย่างน้อย 1 ปี หลังจากเรียนจบ ผู้วิจัยได้คัดบางตัวแปรออกจากการตัวแปรที่ซ้ำซ้อน ปรับเป็นโมเดลการคงอยู่เชิงสาเหตุของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน (ภาพที่ 2) (นิลเนตร วีระสมบัติ, 2552)

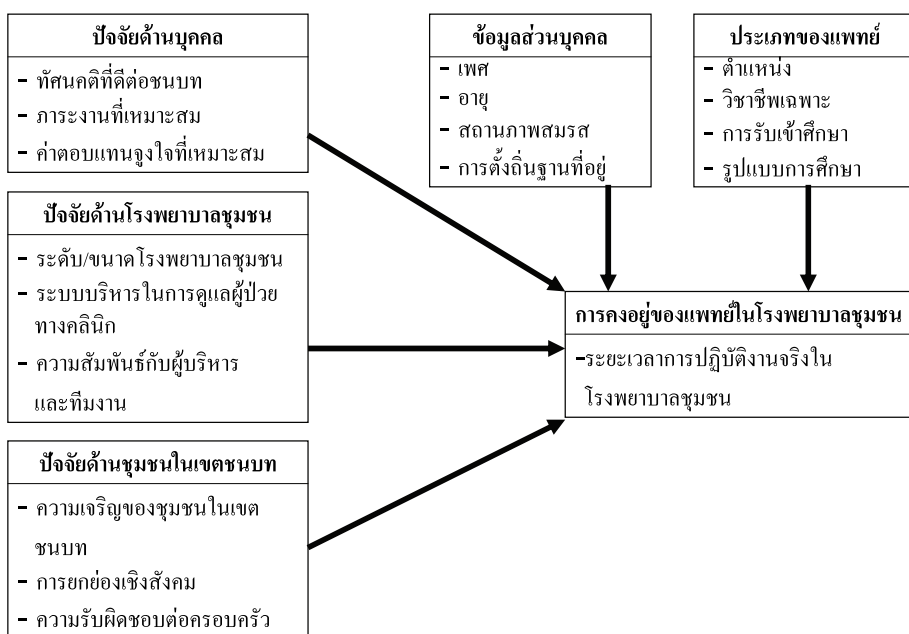
(2.1) **ข้อมูลส่วนบุคคล:** กลุ่มตัวแปรที่บริหารเปลี่ยนแปลงไม่ได้ คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และภูมิลำเนาบ้านเกิดหรือการตั้งถิ่นฐานที่อยู่

(2.2) **ประเภทของแพทย์:** กลุ่มตัวแปรที่บริหารเปลี่ยนแปลงได้ คือ ตำแหน่งวิชาชีพเฉพาะ การรับเข้าศึกษา และรูปแบบการศึกษา

(2.3) **ปัจจัยด้านบุคคล:** ทักษะที่ดีต่อชนบท ภาระงานและ ค่าตอบแทน จูงใจที่เหมาะสม

(2.4) ปัจจัยด้านโรงพยาบาลชุมชน: ขนาดโรงพยาบาลชุมชน ระบบบริหารในการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก และความสัมพันธ์กับผู้บริหารและทีมงาน

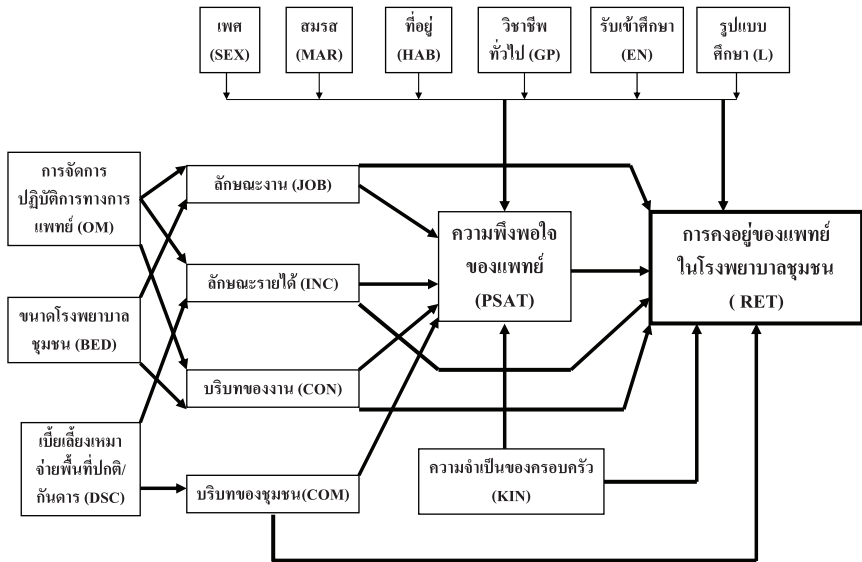
(2.5) ปัจจัยด้านชุมชนในเขตชนบท คือ ความเจริญของชุมชนในเขตชนบท การยกย่องเชิงสังคม และความรับผิดชอบต่อครอบครัว ตัวแปรทั้ง 5 กลุ่ม ส่งผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งหมายถึง ระยะเวลาการปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน



ภาพที่ 2: โมเดลการคงอยู่เชิงสาเหตุของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย

(3) ขั้นตอนที่ 3: โมเดลเชิงสาเหตุการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน เป็นโมเดลของตัวแปรหลายระดับที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ทำให้ไม่สามารถทำการทดสอบได้เชิงปริมาณ ผู้วิจัยจำเป็นต้องวัดในระดับปัจเจกบุคคลระดับเดียว จึงจะทำการทดสอบเชิงปริมาณได้ ได้วิเคราะห์จำแนกตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจคงอยู่ของแพทย์ตามลำดับก่อนหลัง ปรับตัวแปรในโมเดลเชิงสาเหตุการคงอยู่ของแพทย์

(ภาพที่ 2) เป็นโมเดลการทดสอบเชิงปริมาณการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน (ภาพที่ 3) ในโมเดลนี้ผู้วิจัยได้ตัดตัวแปรตำแหน่งออกไปเพราะได้แยกเฉพาะกลุ่มแพทย์ที่ใช้ทุนครบ ทั้งตำแหน่งผู้อำนวยการและแพทย์ประจำทั้งหมดมาวิเคราะห์ และตัดตัวแปรอายุ ซึ่งส่วนใหญ่จะผันแปรไปตามระยะเวลาการคงอยู่ของแพทย์โดยตรง โดยตัวแปรตำแหน่งและอายุเป็นตัวแปรควบคุม แบ่งกลุ่มแพทย์คงอยู่เป็น 2 กลุ่มตามช่วงอายุของแพทย์จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ (นิลเนตร วีระสมบัติ, 2552) ได้แก่ **1) ช่วงคงอยู่ระยะต้น (อายุ ≤ 35 ปี):** เป็นช่วงพัฒนาวิชาชีพ (อายุ 25-30 ปี) แพทย์ใช้ทุนครบส่วนใหญ่จะใช้โอกาสไปศึกษาต่อ แต่แพทย์คงอยู่จะเลือกการอบรมเป็นระยะแทน และช่วงหารายได้ (อายุ 31-35 ปี) เป็นการแสดงถึงช่วงชีวิตหลังใช้ทุนครบช่วงต้นที่แพทย์ตัดสินใจคงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน **2) ช่วงคงอยู่ระยะปลาย (อายุ > 35 ปี):** เป็นช่วงสมดุลของชีวิตกับงานระยะต้น (อายุ 36-40 ปี) สมดุลของชีวิตกับงานระยะปลาย (อายุ 41-50 ปี) และช่วงยกย่องเชิงสังคม (อายุ > 50 ปี) เป็นการแสดงถึงช่วงชีวิตหลังใช้ทุนครบในช่วงระยะปลาย วิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เส้นทางซึ่งใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบปกติ (multiple regression analysis) และใช้โปรแกรม SPSS version 15.0



ภาพที่ 3: โมเดลการทดสอบเชิงปริมาณการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน

(3.1) สมการโครงสร้างเชิงสาเหตุ: มีทั้งหมด 6 สมการ

1. (RET) = β_1 (SEX) + β_2 (MAR) + β_3 (HAB) + β_4 (GP) + β_5 (EN) + β_6 (L) + β_7 (PSAT) + β_8 (KIN) + β_9 (JOB) + β_{10} (INC) + β_{11} (CON) + β_{12} (COM)
2. (PSAT) = β_{13} (SEX) + β_{14} (MAR) + β_{15} (HAB) + β_{16} (GP) + β_{17} (EN) + β_{18} (L) + β_{19} (KIN) + β_{20} (JOB) + β_{21} (INC) + β_{22} (CON) + β_{23} (COM)
3. (JOB) = β_{24} (OM) + β_{25} (BED)
4. (INC) = β_{26} (OM) + β_{27} (DSC)
5. (CON) = β_{28} (OM) + β_{29} (BED)
6. (COM) = β_{30} (DSC)

* β =ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางหรือสัมประสิทธิ์ถดถอยปรับมาตรฐาน *รหัสของตัวแปรในสมการดูตารางที่ 1

(3.2) ตัวแปร นิยามปฏิบัติการและระดับการวัด: เพื่อให้กลุ่มตัวแปรในส
มการโครงสร้างนำมาศึกษาการวิจัยเชิงปริมาณได้ชัดเจน ผู้วิจัยได้นำตัวแปรมากำหนด
นิยามปฏิบัติการและระดับการวัด จัดทำเป็นตารางกำหนดตัวแปร มีตัวแปรทั้งหมด
16 ตัวแปร (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1: ตัวแปร นิยามปฏิบัติการ และระดับการวัด

ตัวแปร	รหัส	นิยามปฏิบัติการ	หน่วย	ระดับการวัด
ตัวแปรตาม	RET	ระยะเวลาการปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน	ปี	อัตราส่วน
1. การคงอยู่ของแพทย์				
ตัวแปรอิสระ				
2. เพศ	SEX	1) ชาย 2) หญิง	คน	กลุ่ม
3. สถานภาพสมรส (Marital Status)	MAR	1) โสด 2) สมรสแต่ไม่มีบุตร 3) สมรสและมีบุตร 4) หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ไม่มีบุตร 5) หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ และมีบุตรต้องดูแล	คน	กลุ่ม
4. การตั้งถิ่นฐานที่อยู่/ภูมิลำเนา บ้านเกิด (Habitat)	HAB	1) กรุงเทพมหานคร 2) จังหวัดเดียวกับสถานที่ทำงาน 3) จังหวัดใกล้เคียงกับสถานที่ทำงาน 4) ตั้งถิ่นฐานที่ใหม่ในจังหวัดเดียวกับที่ทำงาน	คน	กลุ่ม
5. วิชชีพทั่วไป (General Practice)	GP	1) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) 2) แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (Specialist-major) 3) แพทย์เฉพาะทางสาขารอง (Specialist-minor)	คน	กลุ่ม
6. การรับเข้าศึกษา (Entrance)	EN	1) แพทย์ชนบท 2) แพทย์พันธุ์ใหม่ (New Tract) 3) โควตพิเศษสำหรับมหาวิทยาลัยส่วนภูมิภาค 4) รับตรงที่โรงเรียนแพทย์ (Direct Admission) 5) ระบบการสอบคัดเลือกเข้ามหาวิทยาลัยในระบบเดิม (Entrance)	คน	กลุ่ม
7. รูปแบบการศึกษา (Type of Learning)	L	1) หลักสูตรเดิมของมหาวิทยาลัยแพทย์ 2) หลักสูตร Problem-based Learning-PBL 3) อบรมร่วมกับศูนย์แพทยศาสตรศึกษา	คน	กลุ่ม
8. ความพึงพอใจของแพทย์ (Physician Satisfaction): ความพึงพอใจทางอารมณ์ความรู้ สึกที่เป็นผลจากงานหรือ ประสบการณ์ที่ได้จากการทำงาน เป็นผลจากทัศนคติที่ดีต่อชนบท ของแพทย์	PSAT	1) มิติด้านงาน: พึงพอใจต่อภาระงานที่เหมาะสม 2) มิติด้านรายได้: พึงพอใจต่อรายได้ที่ได้รับทั้งจาก ภาครัฐและการทำเวชปฏิบัติส่วนตัว 3) มิติด้านสภาพแวดล้อมของงาน: พึงพอใจต่อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยกับบุพชญาและเพื่อนร่วมงาน 4) มิติด้านชุมชน: พึงพอใจต่อการยอมรับว่าเป็นส่วน หนึ่งของชุมชน และการยกย่องเชิงสังคม	คน	ช่วง

ตารางที่ 1: (ต่อ)

ตัวแปร	รหัส	นิยามปฏิบัติการ	หน่วย	ระดับการวัด
9. ความจำเป็นของครอบครัว (Kinship Responsibility): ความรับผิดชอบต่อครอบครัวที่ เป็นความเสมอภาคของชีวิตกับงาน	KIN	1) ต้องรับผิดชอบด้านการเงินและเลี้ยงดูบิดา/ มารดา หรือญาติใกล้ชิด 2) จำเป็น ต้องกลับไปดูแล บิดา/มารดา 3) การรับ-ส่งบุตรที่โรงเรียนใกล้บ้าน 4) สามี/ภรรยา ทำงานในที่ทำงานใกล้บ้าน 5) การหารายได้เสริมในการอยู่เวรโรงพยาบาล ชุมชนอื่น ใกล้บ้านที่ทำงาน 6) การหารายได้เสริมในการทำคลินิกใกล้บ้าน 7) การหารายได้เสริมในการอยู่เวรโรงพยาบาล เอกชนใกล้บ้าน	คน	ช่วง
10. ลักษณะของงาน(Job Content): สภาพเนื้อหาของงานที่ทำให้แพทย์เกิด ความพึงพอใจในมิติด้านงาน	JOB	1) ปริมาณงานที่ไม่หนักจนเกินกำลังของแพทย์ที่แผนก ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อวัน ทั้งในและนอกเวลา ราชการ 2) ลักษณะเฉพาะของงานที่ตรงกับความรู้ความชำนาญ ของแพทย์เฉพาะทาง 3) ลักษณะงานหลากหลายที่ตรงกับความสามารถ ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	คน	อัตราส่วน/ช่วง
11. ลักษณะของรายได้ (Income Characteristic): รายได้ที่ทำให้แพทย์ เกิดความพึงพอใจในมิติด้านรายได้	INC	1) ค่าตอบแทนภาครัฐที่แตกต่างระหว่างรพ.ชุมชนกับ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/กรุงเทพฯ 2) รายได้อื่นจากภาคเอกชนในพื้นที่นั้น	คน	อัตราส่วน
12. บริบทของงาน (Job Context): สภาพแวดล้อมของงานที่ทำให้แพทย์เกิด ความพึงพอใจในมิติด้านสภาพแวดล้อม ของงาน	CON	1) ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บังคับบัญชาและ เพื่อนร่วมงาน 2) ความขัดแย้งที่แก้ไขได้ระหว่าง ผู้บังคับบัญชากับเพื่อนร่วมงาน 3) นโยบายโรงพยาบาลที่ส่งผลต่อแพทย์ 4) ระเบียบกฎเกณฑ์ของโรงพยาบาล/ระบบ ราชการที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของแพทย์ 5) สภาวะเงื่อนไข/สภาพแวดล้อมในการทำงาน 6) ความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือทาง การแพทย์ และบุคลากรผู้ช่วยเหลือ	คน	ช่วง
13. บริบทของชุมชน (Community Context): สภาพแวดล้อม และลักษณะของชุมชนที่ ทำให้แพทย์เกิดความพึงพอใจในมิติด้าน ชุมชน	COM	1) ได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน 2) ได้รับความศรัทธาจากชาวบ้าน 3) ได้รับรางวัลแพทย์ดีเด่น 4) ชุมชนเจริญ สามารถหารายได้เสริมจาก คลินิกในเขตชุมชนที่ตั้งโรงพยาบาล 5) ชุมชนเฝ้าระวัง สามารถอยู่ได้ด้วย ความสันโดษในชุมชน	คน	ช่วง

ตารางที่ 1: (ต่อ)

ตัวแปร	รหัส	นิยามปฏิบัติการ	หน่วย	ระดับการวัด
14. การจัดการปฏิบัติการทางการแพทย์ (Medical Operation Management): เป็นระบบบริหารที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพของแพทย์เฉพาะทางและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP)	OM	1) การแบ่งงานบริการดูแลผู้ป่วยระหว่างแพทย์ในโรงพยาบาล 2) การแบ่งงานคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย 3) การปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ GP 4) ระบบการอยู่เวรนอกเวลาราชการของแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ GP 5) การจัดหาเครื่องมือทางการแพทย์ 6) ระบบสวัสดิการของแพทย์ 7) ระบบการบริหารค่าตอบแทนของแพทย์ในโรงพยาบาล	คน	ช่วง
15. ขนาดโรงพยาบาล(Size Level): จำแนกองค์การที่แพทย์ปฏิบัติงานว่าใหญ่หรือเล็ก เดิมแบ่งตามจำนวนเตียง ปัจจุบันแบ่งตามระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (GIS)	BED	1) ศูนย์แพทย์ชุมชน (CMU) 2) ขนาด 10 เตียง (ระดับ 2.1) 3) ขนาด 30 เตียง (ระดับ 2.1) 4) ขนาด 60 เตียง (ระดับ 2.1-2.2) 5) ขนาด 90 เตียง (ระดับ 2.2) 6) ขนาด 120 เตียง (ระดับ 2.2-2.3) 7) ขนาด > 120 เตียง (ระดับ 2.3)	คน	กลุ่ม
16. เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายพื้นที่ปกติ/ก้นดาร์ (District Supplement Compensation): อัตราเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในพื้นที่ปกติ/ก้นดาร์ ทั้งในอัตราเดิมซึ่งไม่แบ่งตามขนาดโรงพยาบาล(จำนวนเตียง)และอัตราใหม่ที่แบ่งตาม GIS (2.1-2.3) และจำนวนปีที่อยู่ในโรงพยาบาล แสดงระดับก้นดาร์/บริบทชุมชนที่โรงพยาบาลตั้งอยู่	DSC	1) อัตราเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในพื้นที่ปกติ แบ่งตามระดับโรงพยาบาล 2.1-2.3 และจำนวนปีที่อยู่ในโรงพยาบาล (อัตราใหม่) 2) อัตราเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในพื้นที่ก้นดาระดับ 1-2 แบ่งตามระดับโรงพยาบาล 2.1-2.3 และจำนวนปีที่อยู่ในโรงพยาบาล (อัตราใหม่) 3) เขตอำเภอที่ตั้งโรงพยาบาลอยู่ / เคยอยู่ในเขตก้นดาร์ / เสียภัย 4) ระยะทางระหว่างโรงพยาบาลกับอำเภอเมืองของตัวจังหวัด	คน	อัตราส่วน

(3.3) เครื่องมือและมาตรวัดที่ใช้: เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนหลัก 1) เลือกคำตอบเพียงข้อเดียว 2) ส่วนที่สร้างเป็นมาตรวัดเลือกคำตอบแบบทวิ (0-1) เนื่องจากผู้ตอบสามารถเลือกว่า ใช่หรือไม่ใช่ ตรงกับข้อเท็จจริงในสถานการณ์ปัจจุบันของผู้ตอบ 3) ส่วนที่สร้างเป็นมาตรวัด 5 point Likert-scale

เป็นการสำรวจความคิดเห็นของผู้ตอบ ตั้งแต่ เห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน จนถึง เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน 4) คำถามปลายเปิด เพื่อเสนอแนะเชิงนโยบายในการ คงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ในส่วนมาตรวัดได้นำไปตรวจสอบความตรง (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา ทดสอบความเที่ยง (Reliability) กับกลุ่มแพทย์ที่คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา 107 คน ผ่านเกณฑ์ สัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha 0.7

ตารางที่ 2: คุณสมบัติพื้นฐานของตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์เส้นทาง ช่วงคงอยู่ระยะต้น (อายุ ≤ 35 ปี)

ที่	ชื่อ	รหัส	นิยามปฏิบัติการ	หน่วย	คุณสมบัติตัวแปร		valid cases	พิสัย	
					ค่าเฉลี่ย	S.D.		max	min
1	การคงอยู่ของแพทย์	RET	ระยะเวลาการปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน	ปี	3.41	2.182	293	10	1
2	เพศ	SEX	เพศของแพทย์ (ชาย=1)	คน	0.57	0.496	293	1	0
3	สถานภาพสมรส	MAR	สถานภาพสมรส (สมรส=1)	คน	0.52	0.501	293	1	0
4	การตั้งถิ่นฐานที่อยู่	HAB	การตั้งถิ่นฐานที่อยู่/ภูมิลำเนาเดิม (ชนบท=1)	คน	0.87	0.340	293	1	0
5	วิชาชีพทั่วไป	GP	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เฉพาะทาง (GP=1)	คน	0.66	0.475	293	1	0
6	การรับเข้าศึกษา	EN	การรับเข้าศึกษาแพทย์ (แพทย์ชนบท=1)	คน	0.44	0.497	293	1	0
7	รูปแบบการศึกษา	L	หลักสูตรเดิม/PBL (PBL=1)	คน	0.46	0.499	293	1	0
8	ความพึงพอใจ	PSAT	ความพึงพอใจของแพทย์ (1-5)	คน	3.6271	0.582	293	5.00	1.33
9	ความจำเป็น	KIN	ความจำเป็นของครอบครัว (0,1)	คน	0.27	0.238	293	1	0
10	ลักษณะงาน	JOB	จำนวนผู้ป่วย OPD ที่แพทย์ตรวจเฉลี่ยต่อวัน	คน	73.40	37.101	291	300	0
11	ลักษณะรายได้	INC	ค่าตอบแทนภาครัฐทั้งหมดที่ได้รับต่อเดือน	บาท	74,855.89	20,318.86	287	140,000	30,000
12	บริบทของงาน	CON	สภาพแวดล้อมของงานที่ทำให้แพทย์พอใจ(0,1)	คน	0.69	0.176	291	1	0

ตารางที่ 2: (ต่อ)

ที่	ชื่อ	รหัส	นิยามปฏิบัติการ	หน่วย	คุณสมบัติตัวแปร		valid cases	พิสัย	
					ค่าเฉลี่ย	S.D.		max	min
13	บริบท ของชุมชน	COM	สภาพแวดล้อมชุมชน ที่ทำให้แพทย์พอใจ(0,1)	คน	0.59	0.281	292	1	0
14	การจัดการ ปฏิบัติการ	OM	ระบบบริหารที่เอื้อต่อ การปฏิบัติงานแพทย์ (0,1)	คน	0.61	0.223	292	1	0
15	ขนาด โรงพยาบาล	BED	ตามจำนวนเตียง(>60=1)	คน	0.48	0.501	293	1	0
16	เบี้ยเลี้ยง เหมาจ่าย	DSC	อัตราในพื้นที่ปกติ/ก้นดว	บาท	32,201.37	8,120.48	293	60,000	20,000

ตารางที่ 3: คุณสมบัติพื้นฐานของตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์เส้นทางช่วงคงอยู่ระยะปลาย (อายุ > 35 ปี)

ที่	ชื่อ	รหัส	นิยามปฏิบัติการ	หน่วย	คุณสมบัติตัวแปร		valid cases	พิสัย	
					ค่าเฉลี่ย	S.D.		max	min
1	การคงอยู่ของแพทย์	RET	ระยะเวลาการปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน	ปี	14.06	6.716	320	34	1
2	เพศ	SEX	เพศของแพทย์ (ชาย=1)	คน	0.85	0.358	320	1	0
3	สถานภาพสมรส	MAR	สถานภาพสมรส (แต่งงาน=1)	คน	0.83	0.372	320	1	0
4	การตั้งถิ่นฐานที่อยู่	HAB	การตั้งถิ่นฐานที่อยู่/ภูมิลำเนาเดิม (ชนบท=1)	คน	0.78	0.418	320	1	0
5	วิชาชีพทั่วไป	GP	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เฉพาะทาง (GP=1)	คน	0.62	0.487	320	1	0
6	การรับเข้าศึกษา	EN	การรับเข้าศึกษาแพทย์ (แพทย์ชนบท=1)	คน	0.47	0.500	320	1	0
7	รูปแบบการศึกษา	L	หลักสูตรเดิม/PBL (PBL=1)	คน	0.23	0.420	320	1	0
8	ความพึงพอใจ	PSAT	ความพึงพอใจของแพทย์ (1-5)	คน	3.8769	0.591	320	5.00	1.73
9	ความจำเป็น	KIN	ความจำเป็นของครอบครัว (0,1)	คน	0.31	0.237	320	1	0
10	ลักษณะงาน	JOB	จำนวนผู้ป่วย OPD ที่แพทย์ตรวจเฉลี่ยต่อวัน	คน	60.87	30.938	315	180	0
11	ลักษณะรายได้	INC	ค่าตอบแทนภาครัฐทั้งหมดที่ได้รับต่อเดือน	บาท	88,257.29	24,556.90	314	172,650	30,000
12	บริบทของงาน	CON	สภาพแวดล้อมของงานที่ทำให้แพทย์พอใจ(0,1)	คน	0.75	0.172	317	1	0
13	บริบทของชุมชน	COM	สภาพแวดล้อมชุมชนที่ทำให้แพทย์พอใจ(0,1)	คน	0.69	0.284	319	1	0
14	การจัดการปฏิบัติการ	OM	ระบบบริหารที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานแพทย์ (0,1)	คน	0.68	0.200	319	1	0
15	ขนาดโรงพยาบาล	BED	ตามจำนวนเตียง(>60=1)	คน	0.61	0.489	320	1	0
16	เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย	DSC	อัตราในพื้นที่ปกติ/กันดาร	บาท	38,203.13	9,975.172	320	70,000	20,000

ตารางที่ 4: การวิเคราะห์โมเดลเบื้องต้น (Initial model) การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย
ระยะต้น (อายุ ≤ 35 ปี)

ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม				
	ลักษณะงาน (JOB)	ลักษณะรายได้ (INC)	บริบทงาน (CON)	บริบทชุมชน (COM)	ความพึงพอใจ (SAT)
เพศ (ชาย=1)					.074 -0.085
สถานภาพสมรส (สมรส=1)					-.021 2.46***
การตั้งถิ่นฐานที่อยู่ (ชนบท=1)					-.053 -0.049
วิชาชีพทั่วไป (GP=1)					.167** .037
การรับเข้าศึกษา (แพทย์ชุมชน=1)					-.003 -0.059
รูปแบบศึกษา (PBL=1)					.028 -0.101
ความพึงพอใจของแพทย์ (PSAT)(1-5)					.122 .122
ความจำเป็นของครอบครัว (KIN) (0,1)					.052 -0.086
ลักษณะงาน (JOB)					-.056 .147*
ลักษณะรายได้ (INC)					.141* .035
บริบทของงาน (CON) (0,1)					.407*** .015
บริบทของชุมชน (COM) (0,1)					.177** .130*
จัดการปฏิบัติงานทางแพทย์(OM)(0,1)	.038	-.058	.559***		
ขนาดของโรงพยาบาล (>60เตียง =1)	-.088		.020		
เฉลี่ยเลี้ยงหมาราย (DSC)		.514***		.143*	
R ²	.007	.270***	.319***	.020*	.261***
SEE	37.125	17418.411	.146	.279	.51005
					2.061

หมายเหตุ: (*) นัยสำคัญที่ .05 (**) นัยสำคัญที่ .01 (***) นัยสำคัญที่ .001

ตารางที่ 5: การวิเคราะห์โมเดลเบื้องต้น (Initial model) การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย
ระยะปลาย (อายุ > 35 ปี)

ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม					
	ลักษณะงาน (JOB)	ลักษณะรายได้(INC)	บริบทงาน (CON)	บริบทชุมชน (COM)	ความพึงพอใจ (PSAT)	การคงอยู่ (RET)
เพศ (ชาย=1)					.016	.102 [*]
สถานภาพสมรส (สมรส=1)					-.028	.214 ^{***}
การตั้งถิ่นฐานที่อยู่ (ชนบท=1)					.106 [*]	-.025
วิชาชีพทั่วไป (GP=1)					.088	.278 ^{***}
การรับเข้าศึกษา (แพทย์ต้นท=1)					-.019	-.042
รูปแบบศึกษา (PBL=1)					.050	-.178 ^{***}
ความพึงพอใจต่อแพทย์(PSAT)(1-5)						-.092
ความจำเป็นของครอบครัว(KIN)(0,1)					.049	-.039
ลักษณะงาน (JOB)					-.065	.008
ลักษณะรายได้ (INC)					.215 ^{***}	.261 ^{***}
บริบทของงาน (CON) (0,1)					.381 ^{***}	.151 ^{**}
บริบทของชุมชน (COM) (0,1)					.176 ^{***}	.107 [*]
จัดการปฏิบัติการทางแพทย์(OM)(0,1)	-.116	.004	.546 ^{***}			
ขนาดของโรงพยาบาล (>60เตียง =1)	-.028		.022	.273 ^{***}		
เบี้ยเลี้ยงหม้าย (DSC)		.554 ^{***}				
R ²	.016	.306 ^{***}	.305 ^{***}	.075 ^{***}	.311 ^{***}	.401 ^{***}
SEE	30.835	20548.544	.144	.274	.50461	5.346

หมายเหตุ: (*) นัยสำคัญที่ .05 (**) นัยสำคัญที่ .01 (***) นัยสำคัญที่ .001

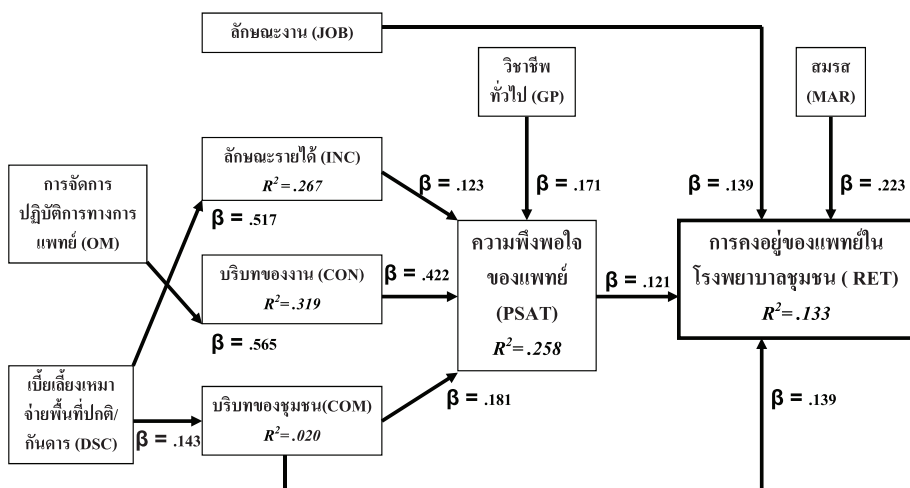
(3.4) คุณสมบัติพื้นฐานของตัวแปร: ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด 16 ตัว นำมาวิเคราะห์แบ่งกลุ่มตามช่วงอายุเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ช่วงคงอยู่ระยะต้น (อายุ ≤ 35 ปี) 293 คน และ ช่วงคงอยู่ระยะปลาย 320 คน ได้คำนวณหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย (ตารางที่ 2-3) ข้อมูลที่มีความครบถ้วนของตัวแปร 16 ตัว นำมาวิเคราะห์เข้าสมการได้มีจำนวนมากเพียงพอ ได้แก่ ช่วงอายุ ≤ 35 ปี จำนวน 283 ตัวอย่าง และช่วงอายุ > 35 ปี จำนวน 306 ตัวอย่าง

(3.5) โมเดลการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย: ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง อาศัยสมการโครงสร้างเชิงสาเหตุ 6 สมการเป็นตัวนำทาง ได้ผลลัพธ์เป็นโมเดลการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทยระยะต้น (อายุ ≤ 35 ปี) และระยะปลาย (อายุ > 35 ปี) (ตารางที่ 4-5) สมการหลัก (RET) การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนระยะต้น (อายุ ≤ 35 ปี) พบปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ 4 ตัวแปร ได้แก่ 1) สถานภาพสมรส 2) ความพึงพอใจของแพทย์ 3) ลักษณะของงาน และ 4) บริบทของชุมชน ตัวแปรทั้ง 4 ตัว ร่วมกันอธิบายการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 13.3 ($R^2 = .133$) (ภาพที่ 4) การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนระยะปลาย (อายุ > 35 ปี) พบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ 6 ตัวแปร ได้แก่ 1) เพศ 2) สถานภาพสมรส 3) วิชาชีพทั่วไป 4) รูปแบบการศึกษา 5) ลักษณะของรายได้ และ 6) บริบทของงาน ตัวแปรทั้ง 6 ตัว ร่วมกันอธิบายการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 38.8 ($R^2 = .388$) (ภาพที่ 5) จาก 2 โมเดลนี้สามารถอธิบายอิทธิพลของตัวแปรอิสระต่อตัวแปรตามในสมการ ทั้งอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อการคงอยู่ของแพทย์ เป็นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลโดยรวม อิทธิพลทางอ้อม หมายถึง สาเหตุที่เกิดผ่านตัวแปรอื่นๆ ตามเส้นทางก่อนถึงตัวแปรตาม

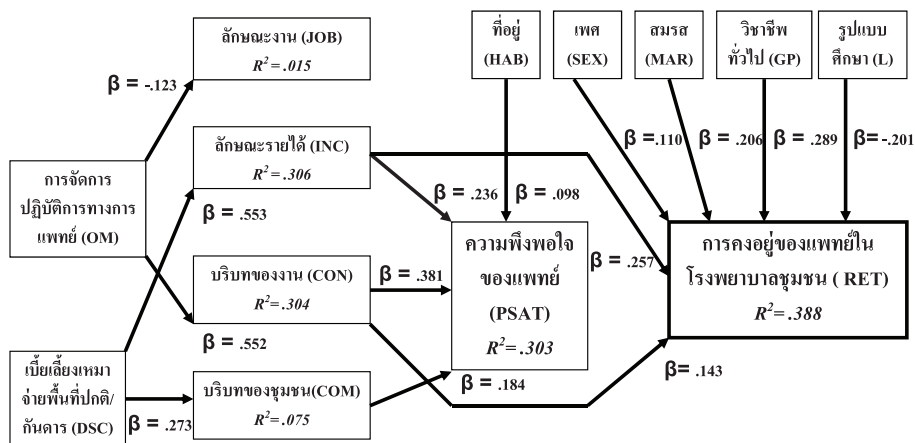
การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนระยะต้น (อายุ ≤ 35 ปี) มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลกับ 9 ตัวแปร 1) สถานภาพสมรส (MAR): เป็นอิทธิพลทางตรง .223 2) วิชาชีพทั่วไป (GP): เป็นอิทธิพลทางอ้อม .021 3) ความพึงพอใจแพทย์ (PSAT): เป็นอิทธิพลทางตรง .121 4) ลักษณะงาน (JOB):

เป็นอิทธิพลทางตรง .139 5) ลักษณะรายได้ (INC): เป็นอิทธิพลทางอ้อม .015 6) บริบทของงาน (CON): เป็นอิทธิพลทางอ้อม .051 7) บริบทของชุมชน (COM): เป็นอิทธิพลทางตรง 139 ทางอ้อม .022 โดยรวม .161 8) การจัดการปฏิบัติการทางแพทย์ (OM): เป็นอิทธิพลทางอ้อม 029 และ 9) เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเขตปกติ / ก้นดาร์ (DSC): เป็นอิทธิพลทางอ้อม .031 (ตารางที่ 6) (ภาพที่ 4)

การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนระยะปลาย (อายุ > 35ปี) มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลกับ 8 ตัวแปร 1) เพศ (SEX): เป็นอิทธิพลทางตรง 110 2) สถานภาพสมรส (MAR): เป็นอิทธิพลทางตรง 206 3) วิชาชีพทั่วไป (GP): เป็นอิทธิพลทางตรง .289 4) รูปแบบการศึกษา (L): เป็นอิทธิพลทางตรง -.201 5) ลักษณะรายได้ (INC): เป็นอิทธิพลทางตรง 257 6) บริบทของงาน (CON): เป็นอิทธิพลทางตรง .143 7) การจัดการปฏิบัติการทางการแพทย์ (OM): เป็นอิทธิพลทางอ้อม 079 และ 9) เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเขตปกติ/ก้นดาร์ (DSC): เป็นอิทธิพลทางอ้อม 142 (ตารางที่ 7) (ภาพที่ 5)



ภาพที่ 4: โมเดลสุดท้ายการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย
ระยะต้น (อายุ ≤ 35 ปี)



ภาพที่ 5: โมเดลสุดท้ายการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย
ระยะปลาย (อายุ > 35 ปี)

ตารางที่ 6: ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลระหว่างตัวแปรในโมเดลสุดท้ายการคงอยู่
ของแพทย์ระยะต้น (อายุ ≤ 35 ปี)

ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร	อิทธิพล	อิทธิพลทางอ้อม		รวมความ
	ทางตรง [*]	เส้นทางที่ผ่านแต่ละจุด		สัมพันธ์เชิง
	(β)	Σ(β1) (β2)..... (βn)	รวม	สาเหตุและผล
การคงอยู่ของแพทย์ (RET) กับ				
1. สมรส (MAR)	.223	-	-	.223
2. วิชาชีพทั่วไป (GP)	-	(.171)(.121)	.021	.021
3. ความพึงพอใจแพทย์ (PSAT)	.121	-	-	.121
4. ลักษณะงาน (JOB)	.139	-	-	.139
5. ลักษณะรายได้ (INC)	-	(.123)(.121)	.015	.015
6. บริบทของงาน (CON)	-	(.422)(.121)	.051	.051
7. บริบทชุมชน (COM)	.139	(.181)(.121)	.022	.161
8. การจัดการปฏิบัติการทางแพทย์ (OM)	-	(.565)(.422)(.121)	.029	.029
9. เบี่ยงเลียงเหมาะสมจ่ายปกติ/ ก้นดาร์ (DSC)	-	(.143)(.139)+(.143)(.181)(.121)	.031	.031
		+ (.517)(.123)(.121)		

* $R^2 = .133$

ตารางที่ 7: ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลระหว่างตัวแปรในโมเดลสุดท้ายการคงอยู่ของแพทย์ระยะปลาย (อายุ > 35 ปี)

ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร	อิทธิพล ทางตรง [*] (β)	อิทธิพลทางอ้อม		รวมความ สัมพันธ์เชิง สาเหตุและผล
		เส้นทางที่ผ่านแต่ละจุด		
		Σ(β1) (β2)..... (βn)	รวม	
การคงอยู่ของแพทย์ (RET) กับ				
1. เพศ (SEX)	.110	-	-	.110
2. สมรส (MAR)	.206	-	-	.206
3. วิชาชีพทั่วไป (GP)	.289	-	-	.289
4. รูปแบบการศึกษา (L)	-.201	-	-	-.201
5. ลักษณะรายได้ (INC)	.257	-	-	.257
6. บริบทของงาน (CON)	.143	-	-	.143
7. การจัดการปฏิบัติการทางแพทย์ (OM)	-	(.552)(.143)	.079	.079
8. เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายปกติ/ ก้นดาร์ (DSC)	-	(.553)(.257)	.142	.142

* $R^2 = .388$

ในภาพรวมโมเดลการคงอยู่ของแพทย์คงอยู่ระยะต้น มีสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R^2) (.133) น้อยกว่าโมเดลการคงอยู่ของแพทย์ระยะปลาย (.388) แสดงว่า ตัวแปรอิสระมีอำนาจในการอธิบายการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่า ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการคงอยู่ของแพทย์ทั้ง 2 กลุ่มคือ สถานภาพสมรส ทางอ้อมคือ การจัดการปฏิบัติการทางการแพทย์ และเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเขตปกติ/ก้นดาร์ ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลทางตรงเฉพาะการคงอยู่ของแพทย์ระยะต้น มี 3 ตัวแปรคือ ความพึงพอใจของแพทย์ ลักษณะงาน และบริบทของชุมชน ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลทางตรงเฉพาะการคงอยู่ของแพทย์ระยะปลาย มี 5 ตัวแปร คือ เพศ วิชาชีพทั่วไป รูปแบบการศึกษา ลักษณะรายได้ และบริบทของงาน ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลทางอ้อมเฉพาะการคงอยู่ของแพทย์ระยะต้น มี 4 ตัวแปรคือ วิชาชีพทั่วไป ลักษณะรายได้ บริบทของงาน และบริบทของชุมชน ตัวแปรอิสระที่ไม่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ทั้ง 2 กลุ่ม มี 4 ตัวแปร ได้แก่ การตั้งถิ่นฐานที่อยู่ การรับเข้าศึกษา ความจำเป็นของครอบครัว และขนาดของโรงพยาบาล (ภาพที่ 4-5)

4) ข้อวิจารณ์: การพัฒนาโมเดลการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย เป็นการนำปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์มาพัฒนาเป็นโมเดลเชิงสาเหตุ (Causal Model) โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) ข้อจำกัดของการสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) จะเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่สำคัญในช่วงนั้น แต่อาจคงอยู่หรือเปลี่ยนแปลงไปในอนาคต ซึ่งอาจทำให้โมเดลมีอำนาจการทำนายในอนาคตไม่แน่นอน ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรทั้งหมดที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์มาอภิปรายทั่วไป เปรียบเทียบกับวรรณกรรมการคงอยู่ของแพทย์และบุคลากรสุขภาพในเขตชนบท ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลกับการคงอยู่ของแพทย์ ระยะต้นและระยะปลาย มี 11 ตัวแปร โดยเป็นลักษณะส่วนบุคคล 4 ตัวแปร และตัวแปรอื่นอีก 7 ตัวแปร

(4.1) ลักษณะส่วนบุคคล

(4.1.1) เพศ: มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลทางตรงเฉพาะกับการคงอยู่ของแพทย์ระยะปลาย (อายุ > 35 ปี) .110 หมายความว่า แพทย์ชายอายุ > 35 ปี มีการคงอยู่มากกว่าแพทย์หญิง แพทย์คงอยู่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.60) มีระยะเวลาคงอยู่เฉลี่ย 10.40 ปี มากกว่าเพศหญิงที่มีระยะเวลาคงอยู่เฉลี่ย 5.37 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sig $< .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของทักษพล ธรรมรังสี (2547) พบว่า เพศชายมีอายุราชการมากกว่าเพศหญิง และการสำรวจปัจจัยการคงอยู่ของแพทย์ พบว่า เพศมีผลต่อการเลือกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (ทินกร โนรี, 2550)

(4.1.2) สถานภาพสมรส: เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการคงอยู่ของแพทย์ทั้ง 2 ช่วง อายุ แพทย์ที่สมรสทั้งที่มีบุตรและไม่มีบุตรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระยะเวลาการคงอยู่ของแพทย์ระยะต้น (อายุ ≤ 35 ปี) และระยะปลาย (อายุ > 35 ปี) .223 และ .206 ตามลำดับ แพทย์คงอยู่ทุกช่วงอายุส่วนใหญ่สมรสทั้งที่มีบุตรและไม่มีบุตร (ร้อยละ 68.2) สอดคล้องกับการสำรวจปัจจัยการคงอยู่ของแพทย์ พบว่า สถานภาพสมรสมีผลต่อการเลือกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (ทินกร โนรี, 2550)

(4.1.3) วิชาชีพทั่วไป: มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลทางอ้อมกับ แพทย์คงอยู่ระยะต้น (อายุ ≤ 35 ปี) .021 ผ่านความพึงพอใจแพทย์ และสัมพันธ์ทาง ตรงกับแพทย์คงอยู่ระยะปลาย (อายุ > 35 ปี) .289 หมายความว่า แพทย์เวชปฏิบัติ ทั่วไป(GP) มีระยะเวลาการคงอยู่มากกว่าแพทย์เฉพาะทาง โดยมีอิทธิพลในช่วงอายุ > 35 ปี มากกว่า อายุ ≤ 35 ปี แพทย์คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนทุกช่วงอายุส่วนใหญ่ เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (ร้อยละ 63.6) การสัมภาษณ์เชิงลึกของแพทย์ในโรงพยาบาล พบว่าระบบบริหารในการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกของโรงพยาบาลที่เอื้อต่อการให้แพทย์ เฉพาะทางได้ปฏิบัติงานตรงสาขาของตนเอง แพทย์ GP ได้ปฏิบัติงานหลากหลายมี สัดส่วนของแพทย์ GP และแพทย์เฉพาะทางเหมาะสมสัมพันธ์กับระยะเวลาการคงอยู่ ของแพทย์ เป็นการบอกโดยอ้อมว่า ระบบบริหารในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชน ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทาง มีผลให้คงอยู่น้อยกว่าแพทย์ GP เมื่อเทียบ กับงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ GP ในเขต ชนบทของประเทศออสเตรเลีย มีปัจจัยการสนับสนุนเชิงวิชาชีพจากแพทย์เฉพาะทาง ในการปฏิบัติงาน และจากองค์การวิชาชีพแพทย์ในการศึกษาต่อเนื่องในเขตชนบท (Humphreys et al., 2002) แสดงว่า แพทย์ GP ไม่จำเป็นต้องลาศึกษาต่อเป็นแพทย์ เฉพาะทาง แต่ควรได้รับการสนับสนุนเชิงวิชาชีพจากแพทย์เฉพาะทาง และอาจได้รับ การอบรมเป็นระยะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

(4.1.4) รูปแบบการศึกษา: มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลทาง ตรงเฉพาะกับการคงอยู่ของแพทย์ระยะปลาย (อายุ > 35 ปี) -.201 หมายความว่า แพทย์ช่วงอายุ > 35 ปี ที่ได้รับการศึกษาหลักสูตรแนวใหม่ได้แก่ การอบรมหลักสูตร PBL หรืออบรมร่วมกับศูนย์แพทยศาสตรศึกษา มีการคงอยู่น้อยกว่าแพทย์ที่ศึกษาหลัก สูตรเดิมของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ซึ่งไม่เป็นไปตาม สมมติฐานที่ว่าแพทย์ที่ศึกษาหลักสูตรแนวใหม่ น่าจะมีการคงอยู่มากกว่าแพทย์ที่ศึกษา หลักสูตรเดิม การศึกษาหลักสูตรแนวใหม่ มีฐานคติให้นักศึกษาแพทย์เรียนรู้ร่วมกับ โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ปฏิบัติงานค่อนข้างมาก เพื่อให้แพทย์มีความผูกพัน รักชนบท ซึ่งพบว่าแพทย์คงอยู่ทั้งหมดส่วนใหญ่จบจากหลักสูตรเดิม (ร้อยละ 66.1) มีระยะเวลา

การคงอยู่เฉลี่ย 10.52 ปี มากกว่าหลักสูตรแนวใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{sig} < .05$) เปรียบเทียบกับการสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่แพทย์ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ตัวแปรสถานศึกษาในระดับมัธยมปลาย โรงเรียนแพทย์ที่จบมีผลต่อการเลือกปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลชุมชน (ทินกร โนรี, 2550) การสำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสรรหา และคงอยู่ เพื่อเพิ่มจำนวนแพทย์ในชนบทของประเทศแคนาดา พบ ปัจจัยด้านการศึกษา ในเขตชนบท โดยรับนักศึกษาแพทย์จากเขตชนบท และศึกษาในมหาวิทยาลัยภูมิภาค ทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อชนบท (BCMA Rural Issues Committee, 1998) เช่นเดียวกับในประเทศญี่ปุ่นพบว่า การศึกษาพื้นฐานในเขตชนบท การหมุนเวียนในการฝึกอบรม แพทย์เฉพาะทางในเขตชนบท สัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการคงอยู่ชนบท (Matsumoto et al., 2005) การสำรวจครั้งนี้ แม้ว่าแพทย์คงอยู่ส่วนใหญ่จะได้รับการศึกษา ในหลักสูตรเดิม (ร้อยละ 65.6) แต่ในหลักสูตรเดิมของแต่ละมหาวิทยาลัยในอดีต เช่นโรงพยาบาลรามาริบติ มีหลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชนซึ่งให้นักศึกษาแพทย์ได้มีเวลา เรียนรู้และสัมผัสโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงมีแพทย์ชนบทที่เป็นแบบอย่างที่ดี (role model) มาพูดคุยแลกเปลี่ยนกับนักศึกษาแพทย์ น่าจะมีส่วนในการทำให้นักศึกษาหลักสูตรเก่ามีทัศนคติที่ดีต่อชนบทร่วมด้วย จึงทำให้แพทย์รุ่นเก่ายังคงอยู่ในชนบทได้นาน ส่วนนักศึกษาในหลักสูตรแนวใหม่ยังมีจำนวนไม่มาก เนื่องจากเริ่มมาไม่นานและยังคงมีการพัฒนาต่อเนื่อง จึงยังไม่สามารถสรุปผลว่ามีอิทธิพลต่อระยะเวลาการคงอยู่ของ แพทย์ได้ชัดเจน

(4.2) ความพึงพอใจของแพทย์: มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลทางตรง เฉพาะกับการคงอยู่ของแพทย์ระยะต้น (อายุ ≤ 35 ปี) .121 และมีความสัมพันธ์ รวมกับการคงอยู่ของแพทย์ระยะปลาย (อายุ > 35 ปี) .149 ความพึงพอใจแพทย์ เป็นความพึงพอใจทางอารมณ์ความรู้สึกที่เป็นผลจากทัศนคติที่ดีต่อชนบทของ แพทย์ รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์มากกว่าที่อื่น ประกอบด้วย 4 มิติ คือ มิติด้านงาน ด้านรายได้ บริบทของงาน และบริบทของชุมชน เป็นตัวแปรกลางที่มีปัจจัยเชิงสาเหตุ ที่มาก่อน คือ ลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะงาน ลักษณะรายได้ บริบทของงาน และ บริบทของชุมชน และผลที่ตามมาคือ การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ความ

พึงพอใจของแพทย์คงอยู่ระยะต้นและระยะปลายมีค่าเฉลี่ย 3.6271 และ 3.8769 ตามลำดับ (ตารางที่ 2-3) แม้ว่าจะมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปานกลางค่อนข้างสูง เมื่อวิเคราะห์เส้นทางความพึงพอใจคงอยู่ระยะต้นอยู่ในสมการโครงสร้างแต่ความพึงพอใจของแพทย์คงอยู่ระยะปลายถูกตัดออกจากสมการ แพทย์คงอยู่ระยะต้นมีสัดส่วนเพศหญิง (ร้อยละ 43.0) สูงกว่าแพทย์ระยะปลาย (ร้อยละ 15.0) เป็นโสด (ร้อยละ 48.5) มากกว่าแพทย์ระยะปลาย (ร้อยละ 16.6) ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ประจำ (ร้อยละ 77.5) มากกว่าแพทย์ระยะปลายที่มีสัดส่วนของผู้อำนวยการมากกว่า (ร้อยละ 54.4) แพทย์คงอยู่ระยะต้นเป็นแพทย์ประจำการและมีสัดส่วนของเพศหญิงมากกว่า จะมีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ โดยผ่านตัวแปรกลางความพึงพอใจของแพทย์ซึ่งมีหลายมิติ เป็นไปตามสมมติฐาน ในขณะที่แพทย์คงอยู่ระยะปลายเป็นแพทย์ผู้อำนวยการและมีสัดส่วนของเพศชายมากกว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ เป็นผลทางตรงไม่ผ่านตัวแปรกลาง จึงทำให้ผลการวิเคราะห์ที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อย่างไรก็ตามความพึงพอใจของแพทย์คงอยู่ระยะปลายยังมีความสัมพันธ์รวมกับการคงอยู่ของแพทย์ ($r = .149$)

(4.3) ลักษณะงาน: มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลทางตรงเฉพาะกับการคงอยู่ของแพทย์ระยะต้น (อายุ ≤ 35 ปี) .139 หมายความว่า เมื่อแพทย์มีปริมาณงานในการตรวจผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวันเพิ่มมากขึ้น การคงอยู่ของแพทย์จะเพิ่มขึ้น โดยในกลุ่มแพทย์คงอยู่ระยะปลายลักษณะงานในความหมายของภาระงานไม่เข้ามาในสมการ ในสมมติฐานของผู้วิจัย ลักษณะงานในความหมายของปริมาณงาน เป็นภาระงานที่เหมาะสม และถ้าปริมาณงานเพิ่มมากขึ้น แพทย์จะมีความพึงพอใจน้อยลง และการคงอยู่ลดลง ซึ่งผลการวิเคราะห์เส้นทางในโมเดลการคงอยู่ระยะต้นไม่เป็นไปตามสมมติฐาน จำนวนผู้ป่วยนอกที่แพทย์ตรวจเฉลี่ยต่อวัน ของแพทย์คงอยู่ระยะต้นและระยะปลายใกล้เคียงกัน (73.40 และ 60.87 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2-3) จากการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า ภาระงานที่มีการช่วยเหลือกันในที่งานมีผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ (นิลเนตร วีระสมบัติ, 2552) ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น มีผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ ในการศึกษาครั้งนี้ น่าจะเป็นภาระงานที่เหมาะสม โดยมีจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 60-70 คน

และมีการช่วยเหลือกันในทีมงาน ทำให้แพทย์คงอยู่มีความสุขกับงาน

(4.4) ลักษณะรายได้: มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลทางอ้อมกับการคงอยู่ของแพทย์ระยะต้น (อายุ ≤ 35 ปี) .015 ผ่านความพึงพอใจแพทย์ และสัมพันธ์ทางตรงกับการคงอยู่ของแพทย์ระยะปลาย (อายุ > 35 ปี) .257 หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับค่าตอบแทนภาครัฐต่อเดือนมาก มีการคงอยู่มากกว่าแพทย์ที่ได้รับค่าตอบแทนน้อย โดยมีอิทธิพลในกลุ่มแพทย์คงอยู่ระยะปลายมากกว่าระยะต้น ค่าตอบแทนภาครัฐทั้งหมดที่แพทย์คงอยู่ระยะต้นและระยะปลายได้รับเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 74,855.89 และ 88,257.29 บาท ตามลำดับ ต่ำสุด 30,000 บาท สูงสุด 172,650 บาท (ตารางที่ 2-3) ข้อมูลนี้แพทย์แต่ละท่านประมาณการโดยรวมทั้งจากเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง เงินวิชาชีพแพทย์ (พ.ต.ส.) เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายอัตราใหม่เขตปกติ/เขตกันดาร เงินค่าตอบแทนไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว และเงินค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลา (OT) การที่เลือกตัวแปรค่าตอบแทนที่ได้จากภาครัฐทั้งหมดต่อเดือน แทนที่จะเป็นรายได้ทั้งหมดต่อเดือน เนื่องจากเป็นข้อมูลที่แน่นอนและครบถ้วนมากที่สุด ค่าตอบแทนภาครัฐที่แตกต่างกันชัดเจนระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปรวมถึงกรุงเทพมหานคร คือ เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเขตปกติ/กันดาร (District Supplement Compensation) เป็นระเบียบค่าตอบแทนฉบับใหม่ (ฉบับที่ 4) ให้เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเฉพาะแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทั้งพื้นที่ปกติ/กันดารระดับ 1 และ 2 และพื้นที่เขตเสี่ยงภัย 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นอัตราก้าวหน้าตามระยะเวลาที่คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน และระดับโรงพยาบาล (2.1-2.3) ตามระบบ GIS (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สำนักบริหาร. กลุ่มกฎหมาย, 2551) เบี้ยเลี้ยงดังกล่าวเป็นการชดเชยต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity Cost) ของแพทย์ที่ต้องปฏิบัติงานในเขตชนบทซึ่งด้อยพัฒนา ขาดสิ่งอำนวยความสะดวก และโอกาสในการได้รับรายได้จากการทำคลินิกส่วนตัวน้อยกว่าในตัวเมือง แพทย์คงอยู่ระยะปลายอยู่โรงพยาบาลนานกว่าจะได้รับเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายมากกว่าแพทย์คงอยู่ระยะต้น จึงอาจมีอิทธิพลน้อยกว่าระยะปลาย เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจปัจจัยที่มีผลทำให้แพทย์คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ปัจจัยด้านค่าตอบแทน ได้แก่ รายได้ทั้งจากภาครัฐและนอกภาครัฐ การมีคลินิก และ

การทำงานนอกเวลาที่โรงพยาบาลเอกชน มีผลต่อการเลือกที่จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (ทินกร โนรี, 2550) งานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการเสนอโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการสรรหาและคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท เป็นโมเดล แรงจูงใจเชิงเศรษฐกิจ ปรับเปลี่ยนกลไกการจ่ายค่าตอบแทน เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในเขตชนบท (Crandall, Dwyer & Duncan, 1990) มีการกำหนดในสมาคม บริการสุขภาพแห่งชาติ เรื่องค่าตอบแทนเชิงตัวเงิน ในการเพิ่มงบประมาณสนับสนุนในเขตชนบทที่ขาดแคลนแพทย์ (Phillips & Dunlap, 1998) ในประเทศแคนาดา พบ ปัจจัยด้านการเงินมีอิทธิพลต่อการสรรหาและคงอยู่ เพื่อเพิ่มจำนวนแพทย์ในเขตชนบท (BCMA Rural Issues Committee, 1998) การปรับเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายอัตราใหม่ที่มีที่มาจากข้อเสนอของชมรมแพทย์ชนบท ต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2551 เป็นผลมาจากการศึกษาดูงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ประเทศอังกฤษของชมรมแพทย์ชนบท โดยนำแนวคิดของการจ่ายค่าตอบแทน สำหรับการดูแลประชาชนในเขตกันดาร ร่วมกับการจ่ายเงินเดือนตามจำนวนปีที่ทำงาน มาประยุกต์กับการจ่ายเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายของแพทย์อัตราใหม่ ผลข้างเคียงของการเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายอัตราใหม่ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างวิชาชีพอื่นในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่ได้เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย รวมถึงบุคลากรวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ซึ่งผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขจะมีการทบทวนระเบียบในปีงบประมาณ 2553

(4.5) บริบทของงาน: มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลทางอ้อมกับการคงอยู่ของแพทย์ระยะต้น (อายุ ≤ 35 ปี) .051 ผ่านความพึงพอใจแพทย์ และสัมพันธ์ทางตรงกับการคงอยู่ของแพทย์ระยะปลาย (อายุ > 35 ปี) .143 หมายความว่า บริบทของงานหรือสภาพแวดล้อมของงานในโรงพยาบาลชุมชนที่ทำให้แพทย์พึงพอใจ มีผลต่อระยะเวลาการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น บริบทของงานเป็นตัวแปรเชิงองค์ประกอบ เป็นข้อคำถาม (0,1) เกี่ยวกับความขัดแย้งระหว่างผู้บังคับบัญชากับเพื่อนร่วมงาน การปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล และสภาพแวดล้อมเชิงกายภาพภายในโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยในกลุ่มแพทย์ระยะต้นและระยะปลายเท่ากับ 0.69 และ 0.75 ตามลำดับ (ตารางที่ 2-3) แสดงว่า แพทย์คงอยู่ระยะปลายมีความพอใจต่อบริบท

ของงานมากกว่าแพทย์คงอยู่ระยะต้น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้อำนวยการและแพทย์ประจำ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อคำถามแยกออก พบว่า ส่วนใหญ่สนทนาแลกเปลี่ยนเป็นบางครั้งตามความจำเป็น ผ่านที่ประชุมแพทย์มีเป็นส่วนน้อย ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ประจำอยู่ในเกณฑ์ดีกว่า มีการสนทนาแลกเปลี่ยนอย่างสม่ำเสมอแบบไม่เป็นทางการ บริบทของงานโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation-HA) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Hospital-HPH) จะมีบรรยากาศการทำงานที่ดี สอดคล้องกับความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยกับญาติ และเพื่อนร่วมงาน ส่งผลต่อความพึงพอใจของแพทย์ในมิติด้านงาน และทำให้แพทย์คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนได้นานขึ้น เปรียบเทียบกับการสำรวจปัจจัยการคงอยู่ของแพทย์ในปี พ.ศ. 2550 พบปัจจัยเกี่ยวกับงาน ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีผลต่อการเลือกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (ทินกร โนรี, 2550) สอดคล้องกับโมเดลการปฏิบัติงานในเขตชนบท เพื่อส่งเสริมการสรรหาและคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบทของสหรัฐอเมริกา ที่เสนอให้มีการปรับลักษณะโครงสร้างการปฏิบัติงานในเขตชนบท โดยสนับสนุนด้านเทคนิคจากรัฐบาล ความรู้จากมหาวิทยาลัย และการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อลดความรู้สึกลดเดี่ยวและภาระงานหนัก (Crandall, Dwyer & Duncan, 1990)

(4.6) บริบทของชุมชน: มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลเฉพาะกับการคงอยู่ของแพทย์ระยะต้น (อายุ ≤ 35 ปี) ทางตรงและทางอ้อม .161 และสัมพันธ์รวมกับแพทย์ระยะปลาย (อายุ > 35 ปี) .277 หมายความว่า บริบทของชุมชนหรือสภาพแวดล้อมของชุมชนที่ทำให้แพทย์พอใจ มีผลต่อระยะเวลาการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น โดยมีอิทธิพลกับแพทย์คงอยู่ระยะต้นมากกว่าระยะปลาย แพทย์คงอยู่ส่วนใหญ่ อยู่ในชุมชนขนาดเล็กถึงขนาดกลาง เงียบสงบ สันโดษในการปฏิบัติงาน ได้อย่างมีความสุข ผู้คนรู้จักทั่วทั้งอำเภอ มีเป็นส่วนน้อยที่อยู่ในชุมชนขนาดใหญ่ การศึกษาบริบทของชุมชนจะสอดคล้องกับกรอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการสำหรับการคงอยู่ของแพทย์ชนบท หมายถึง การติดต่อและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริบทในพื้นที่ เป็นการสร้างสิ่งพันทนาการให้ผูกติดแพทย์ไว้กับพื้นที่ชนบท กระบวนการบูรณาการมี

3 ขอบข่ายคือ ตัวบุคลากรแพทย์ สังคมวิชาชีพแพทย์ และชุมชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ (Cutchin, 1997) สอดคล้องกับความหมายของบริบทของชุมชน ที่เป็นการยอมรับว่า เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือการยกย่องเชิงสังคม โมเดลสำหรับการ สรรหา และการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย พบว่า การคงอยู่ที่ยั่งยืนของแพทย์ต้องเพิ่มความต้องการ และความรับผิดชอบที่สมดุล 3 ขอบข่าย ได้แก่ วิชาชีพด้านสุขภาพ องค์การที่ทำงาน และชุมชนที่ให้บริการ ในขอบข่ายของชุมชน ได้แก่ กลุ่มคนในสังคมที่ใช้บริการหรือสนับสนุนทางการเงิน อาจเป็นการให้ทุนการศึกษาโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Schoo A.M. et al., 2005) สอดคล้องกับการสำรวจในประเทศแคนาดา พบปัจจัยด้านชุมชนคือ การต้อนรับของชุมชน เกี่ยวข้องกับขนาดของชุมชน การเดินทาง และท่าทีของชุมชนจากตัวเมือง มีผลต่อการสรรหาและคงอยู่เพื่อเพิ่มจำนวนแพทย์ในเขตชนบท (Rourke, 2008)

(4.7) การจัดการปฏิบัติการทางการแพทย์: มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลทางอ้อมเฉพาะการคงอยู่ของแพทย์ระยะต้น (อายุ ≤ 35 ปี) .029 ผ่านบริบทของงานและความพึงพอใจแพทย์ สัมพันธ์กับแพทย์ระยะปลาย (อายุ > 35 ปี) ผ่านบริบทของงาน .079 หมายความว่า การจัดการปฏิบัติการทางการแพทย์ที่ดี มีประสิทธิภาพทำให้บริบทของงานดี แพทย์มีความพึงพอใจ ส่งผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน การจัดการปฏิบัติการทางการแพทย์เป็นตัวแปรเชิงองค์ประกอบ (0.1) หมายถึงระบบบริหารที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพของแพทย์เฉพาะทางและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป มี 2 มิติหลัก มิติแรก เป็นการแบ่งงานปฏิบัติงานของแพทย์ประจำการในโรงพยาบาลในด้านการให้บริการผู้ป่วยทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ การแบ่งงานคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย มิติที่สอง เป็นการจัดการด้านเครื่องมือ ระบบสวัสดิการแพทย์ และระบบการจ่ายค่าตอบแทนของแพทย์ มีค่าเฉลี่ยของแพทย์คงอยู่ระยะปลาย (.68) มากกว่าแพทย์คงอยู่ระยะต้น (.61) (ตารางที่ 2-3) แสดงว่า แพทย์คงอยู่ระยะปลายมีความพึงพอใจต่อการจัดการปฏิบัติการทางการแพทย์มากกว่าแพทย์คงอยู่ระยะต้น เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาปัจจัยการคงอยู่ของแพทย์ในต่างประเทศ พบว่า ในประเทศแคนาดาพบปัจจัยด้านการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพ ได้แก่ การอยู่เป็นกลุ่มในเขตชนบท

มีช่วงเวลางานที่เหมาะสม มีการพักผ่อนจากงาน มีผู้ปฏิบัติงานหมุนเวียนทดแทน และปัจจัยด้านการเงิน ได้แก่ การจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสมสำหรับการปฏิบัติงานนอกเวลา (Rourke, 2008) ในประเทศออสเตรเลีย พบปัจจัยการสนับสนุนเชิงวิชาชีพจากแพทย์เฉพาะทางในการปฏิบัติงาน และการจัดการปฏิบัติงานนอกเวลาที่ดีทำให้แพทย์มีเวลาพักกับครอบครัว (Humphreys et al, 2002) สอดคล้องกับการจัดการปฏิบัติการทางการแพทย์ที่ดี เพื่อให้เกิดผลต่อลักษณะงานที่มีภาระงานที่เหมาะสม ลักษณะรายได้ที่เหมาะสมและสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่ดีทำให้แพทย์พึงพอใจและคงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน

(4.8) เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเขตปกติ/ก้นดาร์: มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลทางอ้อมกับการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนระยะต้นและระยะปลาย .031 และ .142 ตามลำดับ หมายความว่า กลุ่มแพทย์คงอยู่ระยะต้น เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเขตปกติ/ก้นดาร์ยิ่งมากขึ้น เส้นทางหนึ่งส่งผลเชิงบวกทางอ้อมผ่านบริบทของชุมชน อีกเส้นทางหนึ่งผ่านบริบทชุมชนและความพึงพอใจแพทย์ และอีกเส้นทางหนึ่งผ่านลักษณะรายได้และความพึงพอใจแพทย์ ทุกเส้นทางรวมกันมีผลทางอ้อมต่อการคงอยู่ของแพทย์ระยะต้น กลุ่มแพทย์คงอยู่ระยะปลาย เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเขตปกติ/ก้นดาร์ยิ่งมากขึ้น ส่งผลเชิงบวกต่อลักษณะรายได้ และส่งผลทางอ้อมต่อการคงอยู่ของแพทย์โดยอิทธิพลทางอ้อมในกลุ่มแพทย์คงอยู่ระยะปลายมากกว่าระยะต้น เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายที่แพทย์ระยะต้นและระยะปลายได้รับเฉลี่ย 32,201.37 และ 38,203.13 บาทต่อเดือน ตามลำดับ ต่ำสุด 20,000 บาท สูงสุด 70,000 บาท (ตารางที่ 2-3) แพทย์คงอยู่ทั้งหมดอยู่ในเขตปกติ/ก้นดาร์ระดับ 1 และระดับ 2 ร้อยละ 79.1, 11.9 และ 9.0 ตามลำดับ ระยะทางห่างจากอำเภอเมืองเฉลี่ย 44.96, 80.75 และ 93.59 กม. ตามลำดับ เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเขตปกติ/ก้นดาร์ เป็นตัวแปรที่บอกรายละเอียดบริบทของชุมชนในรูปแบบเชิงปริมาณที่สามารถวัดได้ เป็นต้นทุนเสียโอกาส (Opportunity Cost) ที่แพทย์โรงพยาบาลชุมชนเขตชนบทไม่ได้ปฏิบัติงานในเขตเมือง ที่เป็นบริบทของความครบถ้วน มีความสะดวกสบายในความเป็นอยู่ร่วมกับครอบครัว และแพทย์เพื่อนร่วมงานพร้อมบริบูรณ์ มีโอกาสเข้าถึงความก้าวหน้าในวิชาชีพมากกว่า แตกต่างโดยสิ้นเชิงกับบริบท

ของงานสุขภาพในเขตชนบท (Rural Health Context) เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรการแรงจูงใจด้านค่าตอบแทนต่อแพทย์จบใหม่ในการเข้าทำงานในเขตชนบทของประเทศแคนาดา พบว่า การให้ค่าตอบแทนในเขตทุรกันดาร จูงใจให้แพทย์จบใหม่เข้าทำงานในเขตทุรกันดาร และเขตทุรกันดารห่างไกล ร้อยละ 33.2 และ 33.5 ตามลำดับ (Bolduc, Fortin & Fournier, 1996) ในประเทศไทยแม้ว่ามีการใช้มาตรการการเงินมานาน แต่ไม่เคยมีการประเมินผลกันชัดเจนว่ามีการเพิ่มการคงอยู่ของแพทย์ในชนบท เบี่ยงเลียงเหมาะสมจ่ายอัตราใหม่ครั้งนี้ ถือได้ว่าเป็น “ยาแรง” สมควรอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการประเมินผล รวมทั้งปรับมาตรการให้เหมาะสม และสร้างสมานฉันท์ระหว่างวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน เริ่มต้นด้วยการทบทวนปรากฏการณ์การย้ายออกและการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จากอดีตจนถึงปัจจุบัน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม นำมาสู่โมเดลเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย การวิจัยเชิงคุณภาพในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา นำมาสู่การปรับโมเดลเชิงทฤษฎีสู่โมเดลเชิงสาเหตุการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน และโมเดลการทดสอบเชิงปริมาณการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง ได้โมเดลการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย 2 โมเดล คือ โมเดลการคงอยู่ของแพทย์ระยะต้น (อายุ ≤ 35 ปี) และระยะปลาย (อายุ > 35 ปี) ประกอบด้วย ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนระยะต้น 4 ตัวแปร ระยะปลาย 6 ตัวแปร โดยตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนระยะต้นและระยะปลาย ร้อยละ 13.3 และ 38.8 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนระยะต้น 6 ตัวแปร และระยะปลาย 2 ตัวแปร การศึกษาครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนดังนี้

กลยุทธ์การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน เสนอให้มีการจัดการปฏิบัติการทางการแพทย์ที่ดีให้เกิด 1) ภาระงานที่เหมาะสม โดยมีจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 60-70 คน และมีการช่วยเหลือกันในทีมงาน ทำให้แพทย์คงอยู่มีความสนุกกับงาน มีระบบการจัดการปฏิบัติงานนอกเวลาที่ดี และระบบที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทาง 2) ค่าตอบแทนจูงใจที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โดยมีการจ่ายเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเขตปกติ/ก้นดา เป็นอัตราก้าวหน้าตามระยะเวลาที่คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนและระดับโรงพยาบาล (2.1-2.3) ตามระบบ GIS ที่แพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ได้รับน้อยกว่า 2-3 เท่า ตามระเบียบค่าตอบแทนฉบับใหม่ 3) สนับสนุนนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อสร้างบริบทของงานที่ดี 4) การเสนองานให้กับคู่ชีวิตของแพทย์ เช่น มีตำแหน่งพยาบาลย้ายตามแพทย์ที่เป็นสามีในพื้นที่เดียวกันในโรงพยาบาลชุมชน และการให้บุตรของแพทย์ได้โควตาเข้าเรียนในโรงเรียนที่มีคุณภาพในพื้นที่เดียวกัน เพื่อสร้างความสมดุลของชีวิตกับงาน

กลยุทธ์ด้านอุปทานของแพทย์ เสนอรูปแบบการศึกษาในหลักสูตรแบบการเรียนจากปัญหาผู้ป่วยในการอบรมร่วมกับศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อโรงพยาบาลชุมชน กลยุทธ์ด้านอุปสงค์ของแพทย์ เสนอให้มีการติดตามประเมินผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามสัญญา และสำรวจการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเป็นประจำทุกปี เพื่อประเมินปัญหาและประสิทธิผลของมาตรการที่กำหนดไว้

โมเดลการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน สามารถนำมาใช้ในการทำนายการคงอยู่ของแพทย์ได้เพียงช่วงเวลาสั้น เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมภายนอกที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การศึกษาต่อไปในอนาคต เสนอให้ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยการคงอยู่ของแพทย์กับปัจจัยที่แพทย์ย้ายออกจากโรงพยาบาลชุมชน ศึกษาปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์แต่ละประเภทแยกจากกัน เช่น ผู้อำนวยการ และแพทย์ประจำ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและเฉพาะทาง เพื่อความชัดเจนในการพัฒนากลยุทธ์และนโยบายการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย.

บรรณานุกรม

- ทินกร โนรี. (2550). ปัจจัยที่มีผลทำให้แพทย์คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน. ใน *วิกฤตกำลัง “คน” ด้านสุขภาพ ทางออกหรือทางตัน*. กรุงเทพฯ: บริษัท กราฟิก ชิสเต็มส์ จำกัด.
- พินิจ พ้าอานวยผล, ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, รุจิรา ทวีรัตน์ และ นิธิศ วัฒนมะโน. (2550). บทที่ 6 ระบบบริการสุขภาพไทย. ใน *การสาธารณสุขไทย 2548-2550*. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. หน้า 249-333, 29 พฤศจิกายน 2550. http://www.moph.go.th/ops/health_50
- พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์. (2549). การสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ทำงานอยู่ในชนบท ได้อยาวนาน. ใน *การดำเนินงานของชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ 21 แพทย์ชนบท... จิตวิญญาณที่ไม่เคยเปลี่ยนแปลง เนื่องในงานประชุมวิชาการแพทย์ชนบท ประจำปี 2549*. พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์, เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, อารักษ์ วงศ์วรชาติ และคณะกรรมการชมรมแพทย์ชนบท. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด. หน้า 48-75.
- นิลเนตร วีระสมบัติ. (2552). การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย: กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 18 (กรกฎาคม-สิงหาคม), 526-536.
- นิลเนตร วีระสมบัติ. (2553). การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย: โมเดลเชิงทฤษฎี. *วารสารพัฒนบริหารศาสตร์*. 50(1), 1-21.
- สมศักดิ์ ชุนห์ศรี, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, และ อารี วัลยะเสวี. (2542). รายงานวิชาการ “การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย”. Health management and Financing Study Project ADB TA. 2997-THA.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. (2535). *การศึกษาเรื่องอัตราการศึกษาคือของแพทย์เป็นแพทย์เฉพาะทาง*. กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหาร กลุ่มกฎหมาย. 2551

(28 พฤศจิกายน). ที่ สธ 0201.042.1/ว. 994. หลักเกณฑ์ วิธีการ และ
เงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทน แนนทำยข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วย
การจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2551. กระทรวงสาธารณสุข.

BCMA Rural Issues Committee. (1998). *Attracting and Retaining Physicians in Rural British Columbia*. British Columbia: BCMA Rural Issues Committee.

Bolduc, D., Fortin, B. & Fournier, M.A. (1996). The effect of incentive policies on the practice location of doctors: a multinomial probit analysis. *Journal of Labor Economics*. 14, 703-732.

Cavender, Anthony & Alban, Manuel. (1998). Compulsory Medical Service in Equador: The Physician's Perspective. *Social Science and Medicine*. (December): 1937-1946. Retrieved July 28, 2007. from ScienceDirect.

Chomitz, Kenneth M., Setiadi, Gunawan., Azwar, Azrul., Ismail, Nusye & Widiyarti. (1997). *What do doctors want?: Two empirical estimates of Indonesian physicians' preferences regarding service in rural and remote areas*. World Bank and Indonesian Ministry of Health. (November 19): 1-44. Retrieved July 24, 2007 from <http://www.worldbank.org/research/projects/rural/doctor/pub1/index.htm>

Crandall, Lee A., Dwyer, Jeffrey W., Duncan, R. Paul. (1990). Recruitment and Retention of Rural Physicians: Issues for the 1990s. *The Journal of Rural Health*. 6 (January), 19-38. Retrieved May 10, 2008. from Blackwell-synergy.

-
- Cutchin, Malcolm P. (1997). Physician retention in rural communities: the perspective of experiential place integration. *Health & Place*. 3, 25-41. Retrieved May 10, 2008. from Elsevier Science.
- Daniels, Zina M., VanLeit, Betsy J., Skipper, Betty J., Sanders, Margaret L & Rhyne, Robert L. (2007). Factors in Recruiting and Retaining Health Professionals for Rural Practice. *National Rural Health Association*. (Winter), 62-71.
- Humphreys, John S., Jones, Michael P., Jones, Judith A. & Mara, Paul R. (2002). Workforce retention in rural and remote Australia: determining the factors that influence length of practice. *The Medical Journal of Australia*. 176 (May), 472-476. Retrieved July 7, 2007. from www.mja.com.au/public/issues/176_10_200502/hum10169_fm.pdf
- Matsumoto, Masatoshi., Okayama, Masanobu, Inoue, Kazuno & Kajii, Eiji (2005). Factors associated with rural doctors' intention to continue a rural career: A survey of 3072 doctors in Japan. *Aust. J. Rural Health*. 13, 219-225.
- Phillips, Debra M & Dunlap, Phillip G. (1998). *Physician Recruitment and Retention*. An Issue Paper Prepared by the National Rural Health Association. Retrieved June 17, 2007. from www.dhh.louisiana.gov
- Richards, Arlene. (2001). Physician Recruitment and retention: shortage and utilization. *International Journal of Health Care Quality Assurance incorporating Leadership in Health Services*. 14 (1), 7-14.

- Rourke, James. (2008). Increasing the number of rural physicians. *Canadian Medical Association Journal*. 178 (January), 322-325. Retrieved May 7, 2008 from. <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/178/3/322.pdf>
- Schoo, AM., Stagnitti, KE., Mercer, C., Dunbar, J. (2005). A conceptual model for recruitment and retention: Allied health workforce enhancement in Western Victoria, Australia. *The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy*. 5(December 23), 1-18. Retrieved January 27, 2006. from www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_477.pdf
- World Health Organization. (2004). *The World Health Report: 2004: changing history*. Geneva: World Health Organization. Retrieved January 6, 2008. from <http://who.int/>