



การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย: โมเดลเชิงทฤษฎี

Physician Retention in Community Hospitals of Thailand: A Theoretical Model

นิลเนตร วีระสมบัติ* Nilnetr Virasombat

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรม การคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท ประกอบด้วย การพัฒนาโมเดลเชิงทฤษฎีการสรรหาและการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท 3 โมเดล และโมเดลการคงอยู่ของแพทย์ผู้บริหาร 1 โมเดล งานวิจัยเกี่ยวกับการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท ในประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร ญี่ปุ่น และประเทศไทย การพัฒนาโมเดลเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย ประกอบด้วย ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนหรือเขตชนบท มี 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความต้องการส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความต้องการของโรงพยาบาลชุมชน และปัจจัยด้านความต้องการของชุมชนในเขตชนบท ปัจจัยทั้ง 3 ด้านส่งผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน การปรับโมเดลเชิงทฤษฎีด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทที่เป็นจริงของประเทศไทย และการทดสอบลักษณะทั่วไปของโมเดลด้วยการวิจัยเชิงปริมาณเป็นการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป

คำสำคัญ: การคงอยู่ของแพทย์ เขตชนบท โมเดล

* นักศึกษารัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการบริหารทรัพยากรมนุษย์ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
118 ถนนเสรีไทย แขวงคลองจั่น เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240
นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสูงเนิน
โรงพยาบาลสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา 30170
E-mail: nilnetrv@gmail.com

Abstract

This paper was literature review about physician retention in rural areas. It was composed of three models for recruitment and retention physicians in rural areas, one model for physician executive retention and researches about physician retention in rural areas in United States, Canada, United Kingdom, Australia, Japan and Thailand. A theoretical model for physician retention in community hospitals or rural areas was composed of 3 main factors, that is, individual need factor, community hospital need factor and community need factor in rural areas. This theoretical model should be modified by qualitative study in order to be suitable for real rural context in Thailand and generalization the model by quantitative study should be conducted in the next step.

Keywords: Physician retention, Rural areas, Model

บทนำ

บริบทของชนบท (rural context) มีความแตกต่างระหว่างงานสุขภาพในเมืองและชนบท ตั้งแต่การเข้าถึงบริการของประชาชน ความพร้อมในการให้บริการของบุคลากร พหุวัฒนธรรม และทัศนคติในการดูแลสุขภาพที่ต่ำกว่าคนเมือง สัมผัสความเสี่ยงจากธรรมชาติมากกว่า ภาระโรคที่มากกว่า และหนักกว่าคนในเมือง ในด้านภาระโรคที่เป็นเป้าหมายสหัสวรรษของโลกเน้นที่การดูแลมารดาและทารก การควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและมาเลเรีย ซึ่งมีหลักฐานพอเพียงว่า จำนวนและคุณภาพของบุคลากรสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความครอบคลุมการได้รับภูมิคุ้มกัน การได้รับการดูแลปฐมภูมิ และความน่าจะเป็นในการรอดชีวิตของมารดาและเด็ก บุคลากรสุขภาพที่มีปัญหาการขาดแคลนระดับโลกที่สำคัญ คือ แพทย์ พยาบาลและผดุงครรภ์ กลุ่มที่มีปัญหาสำคัญมากที่สุดได้แก่ บุคลากรแพทย์ในเขตชนบท ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาการกระจายบุคลากร ไม่เท่าเทียมกันทั่วโลกและปัญหาการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท (World Health Organization, 2006) บริบทของชนบทในประเทศไทยไม่แตกต่างจากต่างประเทศมากนัก แต่การคิดเชื้อของโรคอาเจียนแรงน้อยกว่าในเมือง การแพร่กระจายในบางโรคเช่น ไข้หวัดนกจะรุนแรงกว่า ซึ่งบริบทของชนบทและงานสุขภาพในชนบท เป็นปัจจัยที่ดึงดูดบุคลากรให้ คงอยู่ในพื้นที่ชนบทได้น้อย โดยเฉพาะแพทย์ ซึ่งมีทางเลือกในตลาดแรงงานมากมาย ปัญหาการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบทพบได้ในเขตชนบททั่วโลก ตั้งแต่ประเทศที่พัฒนาแล้วตัวอย่างเช่น ประเทศอเมริกา (Daniels et al., 2007) ประเทศแคนาดา (Richards, 2001) และประเทศออสเตรเลีย (Schoo et al., 2005) ประเทศในกลุ่มลาตินอเมริกาเช่น ประเทศเอกวาดอร์ (Cavender and Alban, 1998) ประเทศในกลุ่มเอเชีย เช่น ประเทศอินโดนีเซีย (Chomitz et al., 1997)

¹ ศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องเช่น Bernanke (1983), Bernanke and Gertler (1995) และ Kiyotaki and Moore (1997)

² Allen and Gale (2000) และ Abreu and Brunnermeier (2003) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการขายตัวของภาวะฟองสบู่และผลกระทบของภาวะการฉีกแตกของฟองสบู่อะบบเศรษฐกิจ

ในประเทศไทย เขตชนบทสำหรับการคงอยู่ของแพทย์ คือ โรงพยาบาลชุมชน ชื่อเดิมคือ สถานีอนามัยชั้น 1 มีนายแพทย์อนามัยอำเภอขึ้นตรงต่อนายอำเภอ ต่อมาเปลี่ยนการบริหารขึ้นตรงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เปลี่ยนชื่อเป็นศูนย์การแพทย์และอนามัยชนบท ในปี พ.ศ. 2515 และศูนย์การแพทย์และอนามัยในปี พ.ศ. 2517 เมื่อรัฐบาลมีนโยบายจัดตั้งโรงพยาบาลทุกอำเภอทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2518 จึงได้รับการยกฐานะเป็น “โรงพยาบาลอำเภอ” (district hospital) และ ในปี พ.ศ. 2525 เปลี่ยนชื่อเป็น “โรงพยาบาลชุมชน” (community hospital) ซึ่งหมายถึงโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในอำเภอต่าง ๆ นอกเขตอำเภอเมือง มุ่งให้บริการด้านการสาธารณสุขแก่ประชาชน ภายในขอบเขตอำเภอนั้น ๆ มีขนาดที่กำหนดโดยจำนวนเตียงคนไข้ใน ตั้งแต่ 10 - 120 เตียง (ปริดาเต็อรักษ์และคณะ, 2543) ในปัจจุบันแบ่งตามลักษณะบริการและจำนวนประชากร ตามสารสนเทศเชิงภูมิศาสตร์ (Geographical Information System-GIS) เป็นระดับ 2.1-2.3 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารกลุ่มกฎหมาย, 2551) จากการสำรวจโดยชมรมแพทย์ชนบทในปี พ.ศ. 2547 พบว่า แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 2,700 กว่าคน ประมาณร้อยละ 52 เป็นแพทย์ใช้ทุนที่ทำงานมาไม่ถึง 3 ปี ส่วนแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนนานเกิน 10 ปี มีเพียงร้อยละ 25 โดยเฉพาะในส่วนของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แพทย์ที่อยู่ทำงานเกิน 10 ปี มีเพียงร้อยละ 16.67 เท่านั้น (พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์, 2549)

ปัจจัยหลักที่ทำให้แพทย์ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนเลิกระยะการใช้ทุน ในกลุ่มที่ปฏิบัติงานมานานเกินกว่า 5 ปี คือ ความพึงพอใจต่องาน รู้สึกว่าได้ทำงานที่เป็นประโยชน์งาน โรงพยาบาลชุมชนเหมาะกับตนเอง และได้รับการยอมรับนับถือจากประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ข้อเสนอจากกลุ่มแพทย์ใหม่ที่ย้ายออกไปแล้วคือ การมีทีมงานที่มีความพร้อม ระบบการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ การมีแพทย์เพียงพอ ได้ปฏิบัติงานในพื้นที่ใกล้บ้าน และค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับวิชาชีพในปัจจุบัน (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์และคณะ, 2542) นโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมามุ่งเน้นทางด้านการผลิตแพทย์เพิ่มให้มากที่สุดและมาตรการบังคับใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชน แรงจูงใจให้ส่วนหนึ่งคือ ค่าตอบแทนพิเศษในการไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว เงินวิชาชีพแพทย์ และค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงเมียจ่าย การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งในอดีตสร้างความแตกต่างไม่มากนักกับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในเขตเมือง ปัจจุบันมีการออกกระเบียบค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยง เมียจ่ายฉบับใหม่ จัดสรรให้เฉพาะแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเป็นอัตราก้าวหน้าตามระยะเวลาที่คงอยู่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ตามข้อเสนอของชมรมแพทย์ชนบท มีผลบังคับในเดือนธันวาคม 2551 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารกลุ่มกฎหมาย, 2551) แต่จากการสำรวจที่ผ่านมาพบว่าค่าตอบแทนสูงใจที่เป็นตัวเงิน ไม่ใช่ปัจจัยหลักเพียงปัจจัยเดียวในการทำให้แพทย์คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์และคณะ, 2542)

อะไรคือปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเขตชนบท ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะแตกต่างกันในกลุ่มแพทย์ที่ปฏิบัติงานครบใช้ทุน 3 ปี โดยเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ 1 ปี ในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 2 ปี แบ่งการตัดสินใจของแพทย์เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มแพทย์ที่ตัดสินใจย้ายออกหรือลาออกจากโรงพยาบาลชุมชนเพื่อไปศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง 2) กลุ่มแพทย์ที่ตัดสินใจคงอยู่เป็นแพทย์ประจำในโรงพยาบาลชุมชนโดยไม่ไปศึกษาต่อปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจการคงอยู่โรงพยาบาลชุมชนของแพทย์ นำมาพัฒนาโมเดลหรือตัวแบบการคงอยู่ของแพทย์ ในบริบทเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนของแพทย์ ซึ่งต้องอาศัยทั้งกลยุทธ์การกระจายแพทย์ในพื้นที่ขาดแคลน และยังต้องมีมาตรการหรือกลยุทธ์การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนร่วมด้วย ซึ่งกลยุทธ์เหล่านี้มิใช่มีแค่ค่าตอบแทนสูงใจที่เป็นตัวเงินเท่านั้น

ในบทความนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ใน โรงพยาบาลชุมชนเขตชนบท และนำมาสู่การพัฒนาโมเดลเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ใน โรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย อันประกอบด้วย ตัวแปรต่างๆ และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร แนวทางการทบทวนใช้วิธีเชิงบูรณาการแบบพรรณนา (Narrative literature review) โดยค้นหาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรอิสระหรือปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2550) การค้นหาวรรณกรรมประกอบด้วย รายงานการทบทวนวรรณกรรม (ดวงใจ เล็กสมบุญ, 2550) รายงานการวิจัยเอกสารทางวิชาการ และบทความทั้งในและต่างประเทศระหว่างปี พ.ศ. 2533–2550 เพิ่มเติมทาง internet ใน Medline, Science direct และการค้นหาข้อมูลทาง internet ของห้องสมุดสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ คำสำคัญ (keyword) ที่ใช้ในการค้นหาได้แก่ physician retention, rural physician, retention factors, rural area วรรณกรรมที่รวบรวมและได้คัดเลือกสำหรับวิเคราะห์ ได้แก่เอกสาร บทความทั้งในและต่างประเทศที่มีการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการหรือตำราและมีเนื้อหาตรงกับการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท บทความนี้ แบ่งเป็น 4 ส่วน ส่วนแรก เป็นบทนำ ส่วนที่ 2 กล่าวถึงมุมมองเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท ส่วนที่ 3 เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท ส่วนที่ 4 เป็น โมเดลเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ใน โรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย และส่วนสุดท้ายเป็นบทสรุปและข้อเสนอแนะ

มุมมองเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท (Theoretical Perspectives)

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ เริ่มต้นพัฒนาโมเดลในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1990 และ 1997 มีการปรับโมเดลในประเทศออสเตรเลียในปี ค.ศ. 2005 แพทย์ผู้บริหารมีบทบาทผสมของผู้บริหารและวิชาชีพแพทย์จึงมีการพัฒนาโมเดลการคงอยู่ของแพทย์ผู้บริหารปี ค.ศ. 2001

Crandall, Dwyer and Duncan (1990) พัฒนาโมเดลที่มีฐานคติจากระบบการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมของบุคลากรวิชาชีพ โดยเสนอโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการสรรหา และการคงอยู่ของแพทย์ในเมืองเล็กและชุมชนเขตชนบท 4 แบบ

1) โมเดลความสัมพันธ์ใกล้ชิด (affinity models): โดยพยายามสรรหาบุคลากรวิชาชีพแพทย์จากเขตชนบท กระตุ้นให้เกิดความคุ้นเคยและสนใจในการปฏิบัติงานในเขตชนบท ตั้งแต่เริ่มต้นศึกษาวิชาชีพแพทย์ โมเดลนี้มีสมมติฐานว่าถ้าวิชาชีพแพทย์มีความพอใจในการปฏิบัติงานในเขตชนบทมากเท่าไร จะนำไปสู่อัตราการคงอยู่ในเขตชนบทที่สูงขึ้น กลยุทธ์จากโมเดลนี้ เช่น การตั้งโรงเรียนแพทย์ในเขตชนบท

2) โมเดลแรงจูงใจเชิงเศรษฐกิจ (economic incentive models): ปรับเปลี่ยนกลไกการจ่ายค่าตอบแทน เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในเขตชนบท

3) โมเดลการปฏิบัติงานในเขตชนบท (practice characteristics models): ปรับลักษณะโครงสร้างการปฏิบัติงานในเขตชนบท โดยสนับสนุนด้านเทคนิคจากรัฐบาล ความรู้จากมหาวิทยาลัย และการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อลดความรู้สึกลดเดี่ยวภาระงานหนัก หรืออยู่ชายขอบของกลุ่มแพทย์ชนบท ตัวอย่างเช่น บริการอยู่เวรปฏิบัติงานแทนแพทย์ชนบท (locum replacement services) และการศึกษาทางไกลผ่านดาวเทียม (telemedicine) และการสนับสนุนพยาบาลเพื่อช่วยลดภาระงาน

4) โมเดลสัญญาผูกมัด (indenture models): ข้อตกลงหรือสัญญาการปฏิบัติงานในเขตชนบทเป็นช่วงเวลา ที่กำหนด เช่น ใช้ทุนหลังกลับจากเรียนจบ 1-2 เท่าของเวลาที่ใช้ในการเรียน การศึกษาในช่วงต่อมาพบว่า แม้ว่าแพทย์ที่มีพื้นเพมาจากชนบทจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติงานในเขตชนบท แต่ไม่ได้หมายความว่าเขาเหล่านั้นจะตัดสินใจ

ในการคงอยู่ปฏิบัติงานต่อเนื่องในชุมชนเขตชนบท งานวิจัยเสนอว่าความสามารถในการปรับตัวกับการปฏิบัติงานในชนบท โดยเฉพาะชีวิตความเป็นอยู่ในชนบท (*rural life*) น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญในการคงอยู่

Cutchin (1997) เสนอกรอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการสำหรับการคงอยู่ของแพทย์ชนบท จากการสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่ปฏิบัติงานในชนบทเป็นเวลานาน 14 คนในรัฐ Kentucky ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานในบริบทชนบทเหล่านั้นให้คะแนนความรู้สึกที่แสดงถึง “ความปลอดภัย (*security*) ความเป็นอิสระ (*freedom*) และความเป็นเอกลักษณ์ (*identity*)” โดยเรียกมุมมองเชิงทฤษฎีของการคงอยู่นี้ว่า “การบูรณาการในพื้นที่เชิงประสบการณ์” (*experiential place integration*) หมายถึง การติดต่อและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบริบทพื้นที่ การบูรณาการนี้เป็นองค์ประกอบสำคัญของการคงอยู่ของแพทย์ในชนบท เป็นการสร้างสิ่งพันธนาการให้ผูกติดแพทย์ไว้กับพื้นที่ชนบท

กระบวนการบูรณาการมี 3 ขอบข่าย (*domain*) ได้แก่ ตัวบุคคลากรแพทย์ (*self*) สังคมวิชาชีพแพทย์ (*medical community*) และชุมชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ (*community-at-large*) ขอบข่ายเหล่านี้เป็นพื้นฐานสำหรับการแลกเปลี่ยนที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่หรือโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งจะมากขึ้นกับความต่อเนื่องของกิจกรรมในโรงพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ ในพื้นที่ มี 3 รูปแบบ ได้แก่ แผนงาน โครงการ และข้อตกลงผูกพันในอนาคต ในการทำกิจกรรมดังกล่าวอาจมีผลกระทบจากชุมชนภายนอก (*extra-local effects*) เข้ามาแทรกแซง กระบวนการบูรณาการมีหลักการหรือมิติที่สำคัญ 3 ประการ

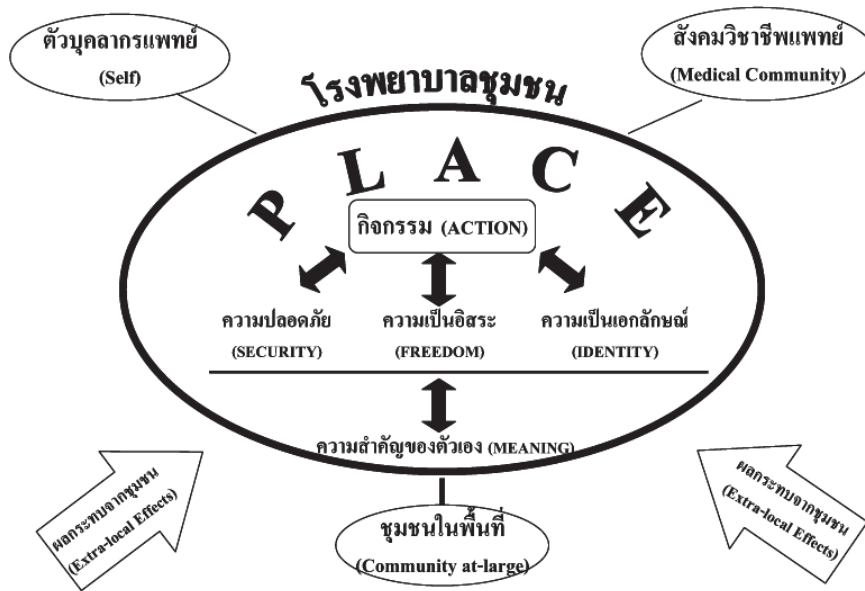
1) **มิติความปลอดภัย (*security*)** คือ ระดับของความปลอดภัย ความมั่นคงและความมั่นใจในความสำเร็จของการปฏิบัติงาน ได้แก่ 1.1) ความมั่นใจในการรักษาด้านการแพทย์ 1.2) การยอมรับเป้าหมายของวิชาชีพ 1.3) การตอบสนองความต้องการของครอบครัว (ความสุขของคู่ชีวิต และการศึกษา) 1.4) ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจจากสังคมวิชาชีพแพทย์และโรงพยาบาล 1.5) ภาระงานที่ไม่หนักจนเกินไป 1.6) มีเครือข่ายเชิงสังคมและวัฒนธรรม 1.7) ได้รับการยอมรับจากชุมชนในพื้นที่และสังคมวิชาชีพแพทย์

2) **มิติความเป็นอิสระ (*freedom*)** คือ ระดับของการกระทำตามความปรารถนา เลือกในการปรับ หรือขยายกิจกรรมตามเป้าหมายของตนเอง ตามบริบทสถานการณ์ในพื้นที่นั้น ได้แก่ 2.1) ความท้าทายและความหลากหลายในงานบริการทางการแพทย์ เป็นบุคลิกภาพเฉพาะ (*personality trait*) สำหรับแพทย์ชนบท 2.2) มีเวลาเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย 2.3) มีการร่วมมือกับสังคมวิชาชีพแพทย์และชุมชนในพื้นที่ 2.4) มีบทบาทสั่งการในการดูแลผู้ป่วย 2.5) สามารถพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วย 2.6) มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน 2.7) มีเวลาทำกิจกรรมของตัวเองและครอบครัว 2.8) พัฒนามุมมองและอาณาจักรของตัวเอง

3) **มิติความเป็นเอกลักษณ์ (*identity*)** คือ การเชื่อมโยงมุมมองของตัวเองกับผู้อื่น กลุ่มทางสังคม ชุมชน หรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งจุดแข็งของความเป็นเอกลักษณ์มาจากระดับที่แน่นอนของความปลอดภัยและความเป็นอิสระในบริบทพื้นที่ ได้แก่ 3.1) สูญเสียการไม่ระบุชื่อ 3.2) มีทีมผูกพันทางใจร่วมปฏิบัติงาน (*like-minded practice group*) 3.3) มีบทบาทความรับผิดชอบในโรงพยาบาลและชุมชน 3.4) ได้รับการนับถือจากสังคมวิชาชีพแพทย์และชุมชนในพื้นที่ 3.5) อุทิศทุกกลุฬายใจเพื่องาน 3.6) มองว่าตัวเองมีชุมชนเป็นเจ้าของ 3.7) รู้ว่าตัวเองต้องดูแลบริบทพื้นที่ตลอดเวลา 3.8) สร้างเป้าหมายในอนาคตโดยไม่ย้ายออกนอกพื้นที่

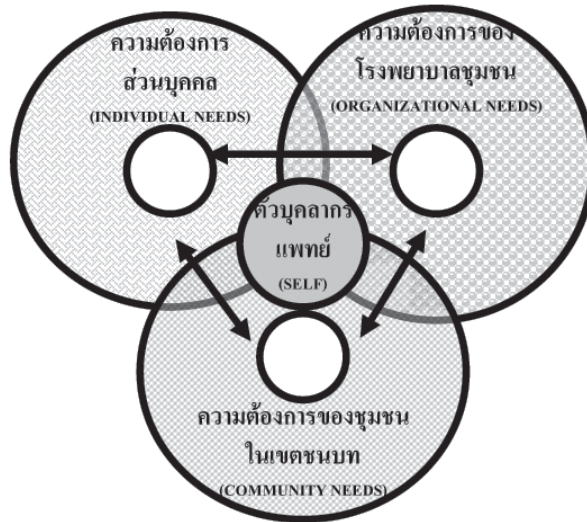
มิติทั้ง 3 ส่งเสริมให้เกิดความตระหนักในความสำคัญของตัวเอง (*meaning*) ในบริบทพื้นที่ หรือ โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีขึ้นโดยผ่านประสบการณ์ และการทำกิจกรรมในบริบทพื้นที่เฉพาะเป็นเวลานาน รวมถึงความทรงจำและการอุทิศทุกกลุฬายใจในการทำงาน (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดสำหรับกระบวนการบูรณาการตัวบุคลากรแพทย์กับโรงพยาบาลชุมชน



การเสนอโมเดลการสรรหาและการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท ของรัฐ Victoria ประเทศออสเตรเลีย โดยวิพากษ์โมเดลของ Crandall, Dwyer and Duncan (1990) ว่าอธิบายปรากฏการณ์เพียงด้านเดียวของการปฏิบัติงานทางการแพทย์ ขาดการสนองความต้องการของประชาชน (needs) เพื่อให้โมเดลแสดงปรากฏการณ์การคงอยู่ที่ยั่งยืน ต้องเพิ่มความต้องการและความรับผิดชอบที่สมดุลภายใน 3 ขอบข่าย ได้แก่ 1) วิชาชีพด้านสุขภาพ (Health Professionals) รวมถึงครอบครัว วิชาชีพ เพื่อน อาชีพและรายได้ 2) องค์กรที่ทำงาน (Organizations or agencies) รวมถึงเทศบาลรัฐ ซึ่งมีผลต่อองค์การตามกฎหมาย 3) ชุมชนที่ให้บริการ (Communities) กลุ่มคนในสังคมที่ใช้บริการหรือสนับสนุนทางการเงิน เมื่อสมาชิกในกลุ่มทั้ง 3 ขอบข่าย ได้แลกเปลี่ยนและยอมรับ การคงอยู่อย่างยั่งยืนก็จะเกิดขึ้นจากการสำรวจพบว่า 45% ของวิชาชีพที่ได้รับการสนับสนุนในงานมีแนวโน้มการคงอยู่มากกว่า 2 ปี (ภาพที่ 2) (Schoo A.M. et al., 2005)

ภาพที่ 2 โมเดลสำหรับการสรรหาและการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ



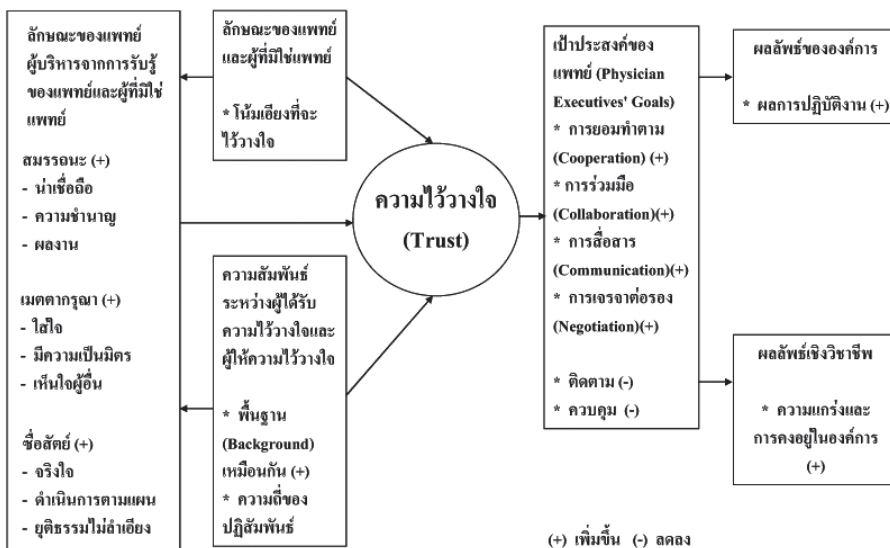
ที่มา: Schoo A.M. et al., 2005

แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนอาจแบ่งได้เป็น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และแพทย์ประจำการ ซึ่งแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (Physician medical director) ต้องสวมบทบาทเป็นทั้งผู้บริหารโรงพยาบาล (Hospital director) และแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย (clinical role) ซึ่งเป็นวิชาชีพลูกผสม (hybrid profession) อาจเรียกว่า แพทย์ผู้บริหาร (Physician executive) หมายถึง 1) แพทย์ที่อยู่ในตำแหน่งผู้จัดการที่ต้องจัดการ และดูแลระบบการบริการผู้ป่วย ร่วมกับทีมงานบริการสุขภาพ ภายใต้บริบทเชิงคลินิกของพื้นที่ 2) ให้คำแนะนำแก่ประชาชน และผู้เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ ในการตัดสินใจเพื่อจัดการเกี่ยวกับกระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิก 3) เปรียบเทียบหรือทำสัญญาเพื่อธำรงรักษาบทบาทของวิชาชีพแพทย์ ในการใกล้เคียง บุคลากร หรือเลือกแนวทางการให้บริการสุขภาพภายใต้บริบทและวัฒนธรรมของพื้นที่ (Schneller et al., 1997) บทบาทของแพทย์ผู้บริหารต้องทำให้เกิดความสมดุลระหว่างความต้องการขององค์กร กับความปรารถนาเชิงวิชาชีพ ผ่านกระบวนการสร้าง **ความไว้วางใจ (trust)** ซึ่งหมายถึง การยินยอมของหน่วยงานหนึ่งต่อการกระทำของอีกหน่วยงานหนึ่ง โดยอยู่บนความคาดหวังว่าอีกฝ่ายจะกระทำการที่ถูกต้อง โดยไม่ต้องมีการติดตามหรือควบคุมในการดำเนินการ (Mayer et al., 1995) ในสถานการณ์ให้บริการทางการแพทย์ที่มีความเปลี่ยนแปลงสูง ความไม่แน่นอน และความคลุมเครือแผ่ขยายมากมาย ความจำเป็นในการเสี่ยงของการรับบริการย่อมมีบ้าง การกระตุ้นให้เกิดการยอมทำตามที่แพทย์แนะนำ การร่วมมือกันและการพูดจาสื่อสารกับญาติผู้ป่วย การเจรจาต่อรองเรื่องการรักษาและค่าใช้จ่ายในการให้บริการ โดยให้ความไว้วางใจซึ่งกันและกันในการปฏิบัติตามสัญญา ให้มีการติดตามและควบคุมน้อยที่สุด เป็นบทบาทของแพทย์ผู้บริหารหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาล

Montgomery (2001) เสนอโมเดลของการพัฒนาและผลลัพธ์ความไว้วางใจแพทย์ผู้บริหาร เริ่มด้วยปัจจัยที่นำมาก่อน เกี่ยวข้องกับการยอมรับลักษณะของแพทย์ผู้บริหาร ในด้านสมรรถนะ ความเมตตากรุณาและความซื่อสัตย์จากแพทย์ประจำการและเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาล สมรรถนะวัดจากการศึกษา ทักษะผลงานที่ผ่านมาของแพทย์ผู้บริหาร

ความเมตตากรุณาวัดจากการกระทำที่แสดงถึงความใส่ใจ และเห็นใจผู้อื่น ความซื่อสัตย์วัดจากขนาดที่แพทย์ผู้บริหารกระทำหรือพูดจาด้วยความจริงใจ ยุติธรรม ไม่ลำเอียงอย่างสม่ำเสมอ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ความไว้วางใจ (แพทย์ประจำการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล) กับผู้ได้รับความไว้วางใจ (แพทย์ผู้บริหาร) ที่สำคัญ 2 ด้าน คือ พื้นฐานที่เหมือนกัน คือเป็นแพทย์เหมือนกันหรือเป็นบุคลากรสาธารณสุขเหมือนกัน กับความถี่ของการมีปฏิสัมพันธ์หรือการมีกิจกรรมร่วมกัน โมเดลใช้สัญลักษณ์ (+) หมายถึงเพิ่มความไว้วางใจ (trust) แพทย์ผู้บริหาร ความไว้วางใจส่งผลให้เกิดการยอมทำตามที่แพทย์ผู้บริหารแนะนำ เกิดความร่วมมือ เจรจาต่อรอง และมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องอย่างเป็นระบบเพิ่มขึ้น (+) โดยไม่ต้องติดตามหรือควบคุมมากมาย โมเดลใช้สัญลักษณ์ (-) หมายถึง ลดการติดตามและควบคุม ซึ่งส่งผลที่สุดท้ายต่อผลการปฏิบัติงานองค์การ และผลลัพธ์เชิงวิชาชีพเพิ่มมากขึ้นให้กับองค์การ (+) ทำให้แพทย์ผู้บริหารมีความแกร่งและคงอยู่ในองค์การเป็นเวลานาน (+) (ภาพที่ 3)

ภาพที่ 3 โมเดลของการพัฒนาและผลลัพธ์ของความไว้วางใจแพทย์ผู้บริหาร



งานวิจัยเกี่ยวกับการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท

ปัญหาการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท พบได้ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ทั้งเขตชนบทและเขตชนบทที่ห่างไกล ถ้าเป็นทั้งประเทศก็จะเกิดภาวะสมองไหลออกนอกประเทศไปสู่ประเทศพัฒนา เช่นประเทศแอฟริกาไหลออกสู่ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และแคนาดา รวมทั้งประเทศไทยในอดีตที่เคยไหลออกสู่สหรัฐอเมริกา จนต้องมีมาตรการบังคับชดใช้ทุนในประเทศแต่ภายในประเทศต่าง ๆ เหล่านี้ก็ยังมิใช่เขตชนบทที่มีการไหลออกภายในประเทศเช่นกัน

สมาคมบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service Corps-NHSC) ของสหรัฐอเมริกามีโปรแกรมเพื่อสนับสนุนให้แพทย์คงอยู่ในเขตชนบท การเสนอเชิงนโยบายการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท เน้นการรับรู้ของแพทย์ว่ามีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานคงอยู่ในเขตชนบทหรือไม่ โดยแบ่ง เป็น 3 ประการ 1) การเติมเต็มในวิชาชีพ (professional fulfillment) ลดความโดดเดี่ยวเชิงวิชาชีพ โดยสนับสนุนการสื่อสารทางไกลผ่านดาวเทียม

โปรแกรมการศึกษา และการสนับสนุนพยาบาล 2) ค่าตอบแทนเชิงตัวเงิน (*financial remuneration*) เพิ่มงบประมาณสนับสนุนในเขตชนบทที่ขาดแคลนแพทย์ และ 3) **วิถีทางการดำเนินชีวิต** (*lifestyle*) การสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานแทนในเขตชนบทในช่วงแพทย์ลาพักผ่อนกับครอบครัวหรือศึกษาต่อ โปรแกรมสำหรับคู่วิถีและบุตรของแพทย์ (Phillips and Dunlap, 1998) การสำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวพบว่า การเตรียมตัวในการปฏิบัติงานในเขตชนบทรวมถึงความสามารถในการปรับตัวในการปฏิบัติงาน และชีวิตความเป็นอยู่ในชนบทเป็นปัจจัยสำคัญของการคงอยู่ซึ่งพบว่าคงอยู่นานเป็น 2 เท่า หรืออย่างน้อย 6 ปี เมื่อเทียบกับแพทย์ที่ไม่มีการเตรียมตัวมาก่อน (Pathman, 1999) การสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสรรหาและการคงอยู่ของบุคลากรวิชาชีพทางสุขภาพรวมวิชาชีพแพทย์พบว่ากลุ่มที่ยังคงอยู่ในชนบทมีการพิจารณาขนาดของชุมชน และการกลับไปปฏิบัติงานในภูมิลำเนาเดิม มากกว่ากลุ่มที่ออกจากชนบทอย่างมีนัยสำคัญ (Daniels et al., 2007)

ในเขตชนบทของประเทศแคนาดาเช่น Nova Scotia, British Columbia และ Ontario รัฐบาลมีกลยุทธ์การสรรหาแพทย์เพื่อทำงานในเขตชนบทที่เข้มข้น แต่ขาดการปรับปรุงการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท กลยุทธ์การคงอยู่หลายประการมีแนวคิดมาจากโมเดล 4 แบบที่กล่าวมาคือ โมเดลความสัมพันธ์ใกล้ชิด โมเดลแรงจูงใจเชิงเศรษฐกิจ โมเดลการปฏิบัติงานในเขตชนบท และ โมเดลสัญญาผูกมัด ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสรรหาและคงอยู่เพื่อเพิ่มจำนวนแพทย์ในเขตชนบทของประเทศ มี 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) **ปัจจัยด้านการศึกษา**: การรับนักศึกษาแพทย์จากเขตชนบท และศึกษาในมหาวิทยาลัยภูมิภาค เพื่อให้มีทัศนคติที่ดีต่อชนบท 2) **ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพ**: การอยู่เป็นกลุ่มในเขตชนบท มีช่วงเวลาทำงานที่เหมาะสม มีการพักผ่อนจากงาน มีผู้ปฏิบัติงานหมุนเวียนทดแทน มีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากองค์กรวิชาชีพและรัฐบาลส่วนกลาง เช่น การศึกษาทางไกลผ่านดาวเทียม (*telemedicine*) การสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพเพื่อช่วยลดภาระงาน รวมถึงการยกย่องเชิงวิชาชีพ หรือการให้คุณค่ากับแพทย์ชนบท 3) **ปัจจัยด้านการเงิน**: การจ่ายค่าตอบแทนสำหรับการปฏิบัติงานนอกเวลา และทักษะของแพทย์ในเขตชนบท สัญญาและทุนการศึกษาให้กลับมาปฏิบัติงานในเขตชนบท 4) **ปัจจัยด้านการควบคุม**: การให้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การกำหนดพื้นที่ทำงานของแพทย์และสิทธิพิเศษภายในโรงพยาบาล 5) **ปัจจัยด้านชุมชน**: การต้อนรับในชุมชน การจ้างงานสำหรับคู่สมรสของแพทย์ การศึกษาของบุตร กิจกรรมในชุมชนเมื่อว่างจากงานซึ่งเกี่ยวข้องกับขนาดของชุมชน การเดินทางและความห่างไกลของชุมชนจากตัวเมือง และ 6) **ปัจจัยส่วนบุคคล**: พื้นเพจากชนบท ความสนใจและความชำนาญ วิถีทางการดำเนินชีวิตในเขตชนบทของตัวบุคลากรแพทย์หรือคู่สมรส และการสนับสนุนจากครอบครัว (Nestman, 1998; BCMA Rural Issues Committee, 1998; Richards, 2001; Rourke, 2008)

การสำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (*General Practice*) จำนวน 1,400 คนในเขตชนบทของประเทศออสเตรเลีย ปี ค.ศ. 2001 โดยเรียงลำดับความสำคัญ ใน 3 ประเด็น คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพแพทย์ (*professional factors*) ปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคล (*social factors*) ปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับชุมชนและพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ (*community factors*) แบ่งเป็นรายละเอียด 6 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) **ความหลากหลายของการปฏิบัติงานในเขตชนบท** 2) **การสนับสนุนเชิงวิชาชีพ**: จากแพทย์เฉพาะทางในการปฏิบัติงาน และจากองค์กรวิชาชีพแพทย์ในการศึกษาต่อ 3) **การจัดการปฏิบัติงานนอกเวลาที่ดี**: รวมถึงเวลาหยุดพักงานในวันหยุดสุดสัปดาห์ 4) **การบริการให้กับครอบครัวในชนบท**: การศึกษาสำหรับบุตรและโอกาสในการทำงานสำหรับคู่สมรส 5) **การอยู่ใกล้เมืองใหญ่** และ 6) **สิ่งดึงดูดในเขตชนบท**: เช่น ใกล้ทะเลหรือสวนสาธารณะ วิเคราะห์โดยการจับคู่เปรียบเทียบปัจจัยการคงอยู่ กับการผันแปรตาม กลุ่มแพทย์ที่อยู่ในเขตชนบทและเขตชนบทที่ห่างไกลอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการปฏิบัติงานในเขตชนบท และภาระหน้าที่ในโรงพยาบาล แม้ว่าจะมีปัจจัยที่

มีการชี้ข้อบ่งชี้ระหว่างการสรรหา และการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท แต่ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่จะมาจากบริบทการปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่า ประเด็นกลุ่มปัจจัยเชิงวิชาชีพมีความสำคัญมากที่สุดในการคงอยู่ของแพทย์ โดยปัจจัยหลัก ได้แก่ การจัดการปฏิบัติงานนอกเวลาที่ดี ทำให้แพทย์มีเวลาพักกับครอบครัว และได้ศึกษาต่อเนื่อง ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ พื้นที่เขตชนบทที่เล็กและห่างไกลตัวเมือง ปัจจัยที่สำคัญรองลงมาได้แก่ การสนับสนุนเชิงวิชาชีพ ความหลากหลายของการปฏิบัติงานในเขตชนบท การบริการให้ครอบครัวในชนบท สิ่งดึงดูดในเขตชนบท และการอยู่ใกล้เมืองใหญ่ตามลำดับ (Humphreys et al., 2002) การสำรวจตัวชี้วัดของการคงอยู่ในเขตชนบทตามกรอบแนวคิดการบูรณาการในพื้นที่เชิงประสบการณ์ 3 มิติ ได้แก่ มิติความปลอดภัย ความเป็นอิสระ และความเป็นเอกลักษณ์ (Cutchin, 1997) โดยสัมภาษณ์เชิงลึกกับแพทย์ 17 คนที่ออกจากเขตชนบท ในรัฐ Queensland ในมิดี้อยู่ 27 มิติพบว่าไม่พบมิติดังกล่าว (Veitch and Crossland, 2002)

ในประเทศสหราชอาณาจักร มีการสำรวจตัวทำนายการคงอยู่ของวิชาชีพสุขภาพในชนบทโดยส่งแบบสอบถามเกี่ยวกับ สถานที่เกิดและการศึกษา ความตั้งใจในการคงอยู่หรือลาออกจากพื้นที่ ความโดดเดี่ยวเชิงวิชาชีพ การเข้าถึงความเจริญในเมือง และการยอมรับว่าเป็นคนของพื้นที่ ให้กับวิชาชีพสุขภาพที่ทำงานในเขตชนบท บริเวณที่ราบสูงของ Scotland จำนวน 2,070 คน มีอัตราการตอบกลับ 53 % พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับในเขตเมือง กลุ่มที่คงอยู่ในเขตชนบท ส่วนใหญ่จะเกิดในเขตชนบท ได้รับการศึกษาและการฝึกอบรมเชิงวิชาชีพภายนอก Scotland จำนวนหนึ่งในสามคงอยู่ในชนบทมานานมากกว่า 10 ปี ส่วนใหญ่ยอมรับว่าโดดเดี่ยวจากวิชาชีพ ยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน สามารถเข้าถึงความเจริญและระบบบริการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร งานสำหรับคู่สมรส และการบริการสุขภาพ มียกเว้นการศึกษาขั้นปฐมภูมิที่เข้าถึงได้ยากที่สุด (Richards, Farmer and Selvaraj, 2005) การสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลพื้นฐานด้านการ ศึกษาของแพทย์ชนบท กับความตั้งใจในการคงอยู่ในชนบทของประเทศญี่ปุ่น โดยสำรวจแพทย์ในโรงพยาบาลและคลินิกภาครัฐ จำนวน 4,896 คน มีอัตราการตอบกลับ 64 % พบว่า 26 % จะยังคงปฏิบัติงานในเขตชนบท ปัจจัยการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง สัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการคงอยู่ในชนบท ปัจจัยด้านภูมิลาเนาในเขตชนบท การศึกษาพื้นฐานในเขตชนบท การหมุนเวียนในการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางในเขตชนบท และตำแหน่งการบริหารในปัจจุบัน สัมพันธ์เชิงบวก กับความตั้งใจในการคงอยู่ชนบท ในขณะที่การทำงานร่วมกับโรงเรียนแพทย์สัมพันธ์เชิงลบกับการคงอยู่ในชนบท (Matsumoto et al., 2005)

การสำรวจปัจจัยการคงอยู่ของแพทย์ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพชุมชน (Community and Migrant Health Centers) ของประเทศสหรัฐอเมริกา 610 คน โดยวัด 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ 1) มิติความพึงพอใจ มี 4 มิติย่อย 1.1) ความสัมพันธ์กับผู้บริหารระดับสูง 1.2) การจัดการเวลาในการปฏิบัติงาน 1.3) การดูแลผู้ป่วยและ 1.4) การสนับสนุนทางคลินิกจากทีมงานในหน่วยงาน 2) มิติด้านบทบาทและหน้าที่ มี 4 มิติย่อย 2.1) ภาวะผู้นำเชิงบริหาร 2.2) การปฏิบัติงานเชิงคลินิก 2.3) ความสัมพันธ์กับทีมบริหาร (board) ที่ควบคุมการทำงานของศูนย์ 2.4) บทบาทของทีมบริหารต่อผู้อำนวยการ และ 3) ปัจจัยส่วนบุคคลและขนาดของศูนย์ ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ประสบการณ์ในการทำงาน เงินเดือน ภาระงานในการดูแลผู้ป่วย การประเมินทักษะของผู้อำนวยการ ขนาดของศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีผลตอบรับและความรับผิดชอบของผู้อำนวยการ ในส่วนความน่าจะเป็นในการคงอยู่วัดโดย 2 คำถาม 1) ตั้งใจจะคงอยู่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพในตำแหน่งเดิมหรือไม่และ 2) ถ้าไม่เป็นผู้บริหาร มีแผนจะคงอยู่เป็นแพทย์ประจำศูนย์สุขภาพหรือไม่ สํารวจโดยใช้แบบสอบถาม อัตราการตอบกลับ 68.3% พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะเป็นในการคงอยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ 1) ภาวะผู้นำเชิงบริหาร 2) การจัดการเวลาในการปฏิบัติงาน 3) ความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับผู้บริหารระดับสูง 4) การปฏิบัติงานเชิงคลินิก 5) ความพึงพอใจในการสนับสนุนทางคลินิกจากทีมงานในหน่วยงาน และ 6) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์ในการทำงาน (Cochran et al., 2003)

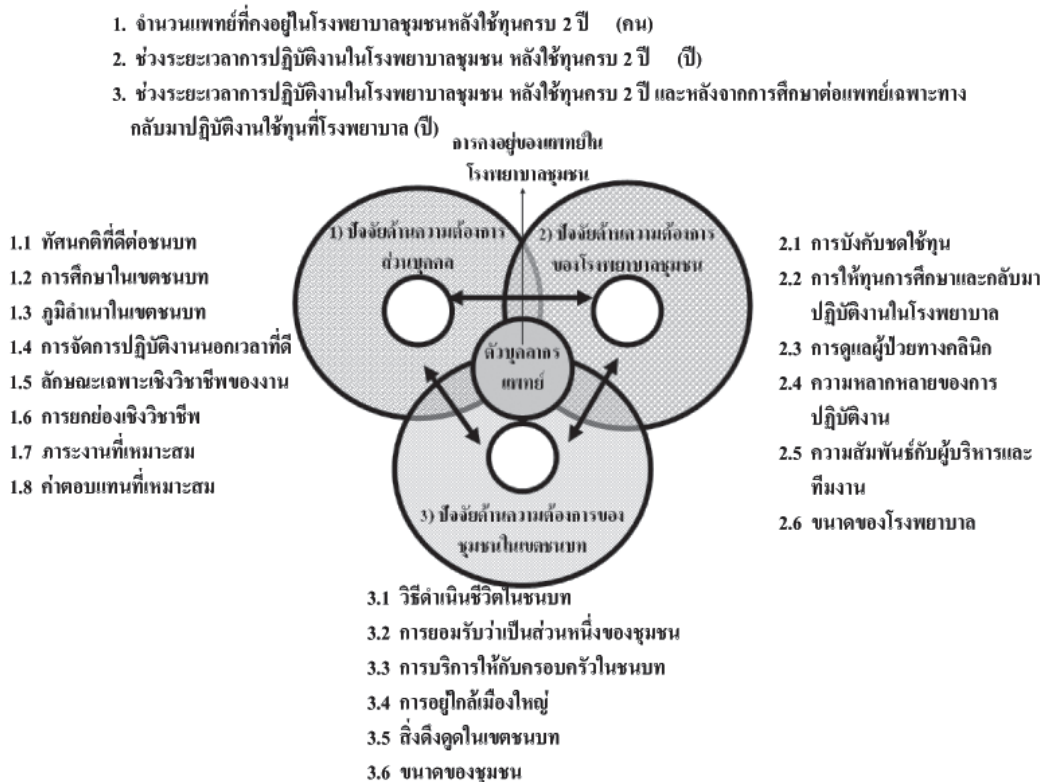
การสำรวจความคิดเห็นของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในรพ.ชุมชนมากกว่า 5 ปี ในประเทศไทยจำนวน 184 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่รพ.ชุมชนน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 193 คน ปี พ.ศ. 2540 - 2541 พบว่า กลุ่มแพทย์เก่ามีความพอใจต่อการปฏิบัติที่รพ.ชุมชนสูงกว่าแพทย์ใหม่ แม้จะรู้สึกว่าปฏิบัติงานหนักกว่า แต่ก็รู้สึกว่า มีคุณค่าในการ ทำงานที่รพ.ชุมชนสูง แพทย์ผู้อำนวยการมีแนวโน้มความรู้สึกที่ดี และมีความพึงพอใจสูงกว่าแพทย์ ประจำ สาเหตุการคงอยู่ของแพทย์ พบปัจจัยที่ทำให้แพทย์ปฏิบัติงานที่รพ.ชุมชนนานเลยระยะการใช้ทุน คือ การที่ รู้สึกว่าตนเองทำประโยชน์ได้มากกว่าที่อื่น รู้สึกว่างานที่รพ.ชุมชนเหมาะสมกับตนเอง บรรยากาศการทำงานดี สนุกกับงาน ผู้ร่วมงานและผู้บริหารดี รู้สึกลงตัวเรื่องครอบครัวเรื่องรายได้การเดินทางและติดต่อสื่อสารสะดวกและ อยู่ใกล้ภูมิลำเนา เรียงตามลำดับ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ, 2542) การสำรวจปัจจัยที่มีผลทำให้แพทย์คงอยู่ใน รพ.ชุมชนในกลุ่มแพทย์ที่มีอายุราชการ 2 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นแพทย์ที่ครบใช้ทุนการปฏิบัติงานใน รพ.ชุมชน ในปี พ.ศ. 2550 ใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ในกลุ่มแพทย์จำนวน 2,959 คน อัตราตอบกลับ ร้อยละ 30.95 (916 ราย) ใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวแปรที่มีผลต่อการเลือกที่จะปฏิบัติงานในรพ.ชุมชน ระหว่างกลุ่มแพทย์ที่ตั้งใจจะ ปฏิบัติงานต่อในรพ.ชุมชน กับกลุ่มที่ตั้งใจจะย้ายออกจากรพ.ชุมชน โดยตัดกลุ่มที่กำลังจะลาศึกษาออก พบว่า มีตัวแปร 15 ตัวที่มีผลต่อการเลือกที่จะปฏิบัติงานในรพ.ชุมชน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (6 ตัวแปร) ได้แก่ เพศ อายุ ภาวที่เกิด สถานศึกษาในระดับมัธยมปลาย โรงเรียนแพทย์ที่จบ และสถานภาพสมรส 2) ปัจจัยด้านองค์การ (1 ตัวแปร) ได้แก่ ขนาดของโรงพยาบาล 3) ปัจจัยเกี่ยวกับงาน (4 ตัวแปร) ได้แก่ บทบาทหน้าที่ในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน การมีการผ่าตัดใน โรงพยาบาล และการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาล 4) ปัจจัยด้านค่าตอบแทน (4 ตัวแปร) ได้แก่ รายได้ทั้งจากภาครัฐและนอกภาครัฐ การมีคลินิก และ การทำงานนอกเวลาที่โรงพยาบาลเอกชน (ทินกร โนรี, 2550)

โมเดลเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย

การคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท มีการพัฒนาโมเดลการสรรหาและการคงอยู่ของแพทย์ กรอบแนวคิด สำหรับกระบวนการบูรณาการตัวบุคลากรแพทย์กับ โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่เขตชนบท จากประสบการณ์ที่เป็นจริง จากแพทย์ที่ยังคงอยู่ในชนบท มี 3 มิติหลัก ได้แก่ ความปลอดภัย ความเป็นอิสระ และความเป็นเอกลักษณ์ มีการพัฒนา โมเดลการคงอยู่ของแพทย์ผู้บริหาร และมีการพัฒนาต่อเนื่องของโมเดลการสรรหาและการคงอยู่ของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งเชื่อมโยงกับชุมชนในเขตชนบท ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในรพ.ชุมชน หรือสถานบริการเขต ชนบท ครอบคลุมทั้งแพทย์ผู้บริหารหรือผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และแพทย์ประจำ รวบรวมจากประเทศต่างๆ รวมถึง ประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 (ค.ศ. 1998) จนถึง พ.ศ. 2550 ปัจจัยแต่ละด้านส่งผลต่อเชิงบูรณาการต่อการคงอยู่ ของแพทย์ใน โรงพยาบาลชุมชนเขตชนบท ความสัมพันธ์ต่างๆ ของปัจจัยผู้วิจัยได้นำมาสังเคราะห์เป็น โมเดลเชิงทฤษฎี (Theoretical model) การคงอยู่ของแพทย์ใน โรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย โมเดลเชิงทฤษฎีนี้พัฒนาต่อเนื่องมาจาก โมเดลการสรรหาและการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (ภาพที่ 2) โดยนำเอาตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งจากประเทศไทยและต่างประเทศมาบรรจุใน โมเดลเชิงทฤษฎี (ภาพที่ 4) โมเดลการสรรหาและการคงอยู่ของบุคลากร สุขภาพในประเทศออสเตรเลีย มีความเหมือนในการคงอยู่ของแพทย์ใน โรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากเป็นเขตชนบท (rural area) เหมือนกัน แต่บริบทของชนบทของไทยมีความแตกต่างจากออสเตรเลีย รวมถึงการบริหารจัดการ ในการแก้ ปัญหาระดับประเทศ ออสเตรเลียเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว มีแรงดึงดูดแรงงานแพทย์ จากประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ประเทศจากทวีปแอฟริกา รวมถึงประเทศไทย มีนโยบายแห่งชาติที่ชัดเจนในการสร้างความเท่าเทียมในการศึกษา ต่อเนื่อง ความสมดุลของชีวิตกับงาน และแรงจูงใจที่ชัดเจนในการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท ซึ่งแตกต่างจาก

ประเทศไทย ในภาพรวมของความต้องการของ 3 ขอบข่าย ได้แก่ ความต้องการส่วนบุคคล (individual needs) องค์การ (organizational needs) และชุมชนในเขตชนบท (community needs) ตรงกับปัจจัยด้านความต้องการส่วนบุคคล โรงพยาบาลชุมชน และชุมชนในเขตชนบท ที่ส่งผลต่อบุคลากรแพทย์ในคงอยู่ใน โรงพยาบาลชุมชนเขตชนบท แต่ในรายละเอียดของปัจจัยย่อยในกลุ่มปัจจัย ตัวอย่างเช่น การบังคับใช้ทุนปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชนเป็นเวลา 2 ปี และการให้ทุนการศึกษาแพทย์เฉพาะทางและกลับมาปฏิบัติงานใช้ทุนใน โรงพยาบาลชุมชน มาตรการเหล่านี้ไม่มีในประเทศออสเตรเลีย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยต่างๆ ที่ค้นพบจากวรรณกรรมมาบรรจุในโมเดลของประเทศไทย

ภาพที่ 4 โมเดลเชิงทฤษฎีสำหรับการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย



ปัจจัยทั้ง 3 ด้านที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ ปัจจัยด้านความต้องการส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความต้องการขององค์กรหรือ โรงพยาบาลชุมชน และปัจจัยด้านความต้องการของชุมชน ในเขตชนบท มีขอบข่ายเป็นวงกลม 3 วงซ้อนกัน พื้นที่ส่วนที่อยู่ตรงกลางเป็นส่วนที่เป็นผลร่วมกันของทั้งสามปัจจัย ที่ส่งผลต่อตัวบุคลากรแพทย์ (self) ในภาพรวมเป็นการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน มีได้ 3 ความหมาย 1) จำนวนแพทย์ที่คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนหลังใช้ทุนครบ 2 ปี 2) ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชน หลังจากใช้ทุนครบ 2 ปี และ 3) ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชน หลังจากใช้ทุนครบ 2 ปี และหลังจากกลับจากการศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง (ยังอยู่ในการปฏิบัติงาน ใช้ทุนแพทย์เฉพาะทาง) กลุ่มปัจจัยทั้ง 3 ด้านจะมีปัจจัยย่อย ๆ ที่ส่งผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ใน โรงพยาบาลชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยด้านความต้องการส่วนบุคคล: ปัจจัยแรกเป็นปัจจัยด้านความต้องการส่วนบุคคล เป็นความต้องการของวิชาชีพแพทย์ ได้แก่ 1.1) ทัศนคติที่ดีต่อชนบท เช่น รู้สึกว่าตนเองเป็นประโยชน์มากกว่าที่อื่น รักชนบท 1.2) การศึกษาหรือฝึกอบรมในเขตชนบท 1.3) ภูมิถิ่นในเขตชนบท 1.4) การจัดการปฏิบัติงานนอกเวลาที่ดี ทำให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบท มีเวลาหยุดพักผ่อน หรือไปฝึกอบรมพัฒนาความรู้ของตนเอง โดยมีระบบการปฏิบัติงานหมุนเวียนทดแทน 1.5) ลักษณะเฉพาะเชิงวิชาชีพของงาน (job characteristics) เช่นการปฏิบัติงานในบทบาทของแพทย์เฉพาะทาง 1.6) การยกย่องเชิงวิชาชีพ (professional recognition) 1.7) ภาระงานที่เหมาะสมเป็นปริมาณงานในการตรวจผู้ป่วย งานเชิงคุณภาพในการบริการสุขภาพ และงานบริหาร ในโรงพยาบาล เป็นงานที่ได้รับการจัดสรรกับแพทย์ที่ปฏิบัติงานร่วมกันในโรงพยาบาล 1.8) ค่าตอบแทนที่เหมาะสมในเขตชนบท ซึ่งควรมีความแตกต่างจากเขตเมือง เพื่อชดเชยความขาดแคลนในเขตชนบท

2) ปัจจัยด้านความต้องการโรงพยาบาลชุมชน ปัจจัยที่สองเป็นปัจจัยด้านความต้องการของโรงพยาบาลชุมชน เป็นความต้องการขององค์กรซึ่งต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านความต้องการของผู้รับบริการ ชุมชน ผู้ให้บริการทั้งแพทย์และผู้ที่มิใช่แพทย์ และงบประมาณในการบริหารองค์การ ได้แก่ 2.1) การบังคับใช้ทุนและการให้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เป็นนโยบายจากภาครัฐเพื่อให้เกิดการกระจายแพทย์สู่เขตชนบท 2.2) การให้ทุนการศึกษาและกลับมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เป็นทุนการศึกษาของแพทย์ชนบทที่มีภูมิลำเนาในเขตชนบทและทุนการศึกษาแพทย์เฉพาะทาง 2.3) การดูแลผู้ป่วยทางคลินิกในโรงพยาบาลชุมชน เป็นการสนองตอบความต้องการของประชาชนในพื้นที่เขตชนบท 2.4) ความท้าทายและความหลากหลายของการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน เป็นการเปิดโอกาสให้แพทย์ได้ปฏิบัติงานที่ตรงกับความสามารถของตนเองและรับผิดชอบงานที่หลากหลายภายในโรงพยาบาล 2.5) ความสัมพันธ์กับผู้บริหารและทีมงาน การทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับแพทย์ผู้บริหารและทีมงานในการให้บริการ เพื่อลดภาระงานและความเสี่ยงในการให้บริการผู้ป่วย 2.6) ขนาดของโรงพยาบาล เป็นจำนวนเตียงของโรงพยาบาล 10-120 เตียง ซึ่งในปัจจุบันได้รับการจัดตามระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (GIS) เป็นโรงพยาบาลระดับ 2.1 - 2.3 ส่งผลต่อการจัดการสิ่งอำนวยความสะดวกและสวัสดิการให้กับแพทย์ในโรงพยาบาล 3) ปัจจัยด้านความต้องการของชุมชนในชนบท เป็นสภาพแวดล้อมของอำเภอที่เป็นสถานที่ตั้งของโรงพยาบาล ได้แก่ 3.1) วิถีการดำเนินชีวิตในชนบท (lifestyle): เช่น ชอบใช้ชีวิตในชนบท ชอบธรรมชาติ 3.2) การยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เช่น ประชาชนหรือชุมชนเป็นผู้ให้ทุนในการเรียนแพทย์ 3.3) การบริการให้กับครอบครัวในชนบท เช่น การศึกษาของบุตรในโรงเรียนชนบท การทำงานของคู่สมรสในเขตชนบท 3.4) การอยู่ใกล้เมืองใหญ่เป็นระยะทางใกล้หรือไกลจากตัวเมือง ทำให้หาสิ่งอำนวยความสะดวกได้ง่าย 3.5) สิ่งดึงดูดใจในเขตชนบท เช่นชายทะเล สถานที่ท่องเที่ยว 3.6) ขนาดของชุมชน เป็นความเจริญของชุมชน ซึ่งสามารถหาสิ่งอำนวยความสะดวกได้ง่าย

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเขตชนบท ทั้งแพทย์ผู้บริหารหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาล และแพทย์ประจำการ มีผลต่องานสุขภาพในเขตชนบท (Rural health) ซึ่งมีความเสี่ยงต่อภาระโรคที่มากกว่าและหนักกว่าคนในเมือง โมเดลเชิงทฤษฎีการสรรหาและคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท 3 โมเดลจากประเทศสหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย มีจุดเด่นที่มีความแตกต่างกันอยู่บ้าง ในการอธิบายปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์

โมเดลของ Crandall, Dwyer and Duncan (1990) มีจุดเด่นในการเสนอ โปรแกรมเพื่อส่งเสริมการสรรหาและแก้ปัญหาการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท ทั้ง 4 โมเดลย่อย ซึ่งมีการประยุกต์ต่อเนื่องในนโยบายด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา และออสเตรเลีย แต่ขาดการบูรณาการเชื่อมโยงของปัจจัยต่าง ๆ ในแต่ละ โมเดลกับความต้องการของชุมชนในเขตชนบท โมเดลของ Cutchin (1997) มีจุดเด่นในการเสนอภาพการบูรณาการตัวบุคลากรแพทย์กับโรงพยาบาลชุมชนเขตชนบท โดยสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบทเป็นเวลานาน 10 ปีขึ้นไป มี 2 คนที่ทำงาน 30 ปี ทำให้เข้าใจการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท แต่ไม่สามารถจำแนกปัจจัยต่าง ๆ ออกได้ชัดเจน โมเดลของ Schoo A.M. et al (2005) พัฒนาต่อเนื่องจากโมเดลของ Crandall, Dwyer and Duncan (1990) เป็นการบูรณาการของกลุ่มปัจจัย 3 ขอบข่ายที่มีอิทธิพลต่อตัวบุคลากรแพทย์ ทำให้มีผลต่อการคงอยู่ของแพทย์เป็น โมเดลที่พลวัตและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนเขตชนบทของประเทศไทย รวมทั้งสื่อความหมายได้ง่ายต่อความเข้าใจ แต่ขาดปัจจัยต่าง ๆ ที่ชัดเจนของแต่ละกลุ่มผู้วิจัยจึงได้พัฒนา โมเดลเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย โดยนำปัจจัยต่าง ๆ ที่ค้นพบจากวรรณกรรมมาบรรจุในโมเดล

กลุ่มปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนในเขตชนบท มี 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านความต้องการส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความต้องการของโรงพยาบาลชุมชน และปัจจัยด้านความต้องการของชุมชนในเขตชนบท มีปัจจัยย่อย ๆ หรือตัวแปรอิสระต่าง ๆ ในแต่ละกลุ่มปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนหรือตัวแปรตาม ปัจจัยย่อยในแต่ละกลุ่มปัจจัย ผู้วิจัยสังเคราะห์มาจากการงานวิจัยเกี่ยวกับการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ไม่มีมาตรการบังคับใช้ทุนเช่นเดียวกับในประเทศไทย จึงพัฒนาเป็นโมเดลสำหรับการสรรหาและการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบท แต่ในประเทศไทยแพทย์ต้องปฏิบัติงานขาดใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชนเขตชนบท 2 ปี การคงอยู่ของแพทย์จะแน่นอนหลังใช้ทุนครบ 2 ปี ผู้วิจัยจึงเลือกพัฒนาเป็นโมเดลการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ในส่วนปัจจัยย่อยที่บรรจุในโมเดล อาจไม่สอดคล้องกับบริบทของชนบทที่เป็นจริงของประเทศไทยในปัจจุบัน เนื่องจากบางตัวแปรนำมาจากงานวิจัยจากต่างประเทศ และบางตัวแปรนำมาจากงานวิจัยในอดีตของประเทศไทย โมเดลเชิงทฤษฎีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีตัวแปรหลายระดับ (Multi-level) ทั้งตัวแปรระดับปัจเจกบุคคล และตัวแปรระดับองค์การ ตัวแปรในแต่ละกลุ่มมีความซ้ำซ้อนและมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้ยากแก่การทดสอบเชิงปริมาณ

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาโมเดล ไปใช้ในการทำนายการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย และนำไปใช้ประโยชน์ในการทำข้อเสนอกลยุทธ์และนโยบายการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย จึงควรเริ่มด้วยการปรับโมเดลเชิงทฤษฎีให้สอดคล้องกับบริบทที่เป็นจริงในปัจจุบัน โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ การปรับตัวแปรในโมเดลที่เป็นตัวแปรหลายระดับ ให้เป็นตัวแปรระดับปัจเจกบุคคลระดับเดียว และทดสอบลักษณะทั่วไปโดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณ เป็นขั้นตอนที่ต้องพิจารณาดำเนินการ ในการพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย

ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ที่ค้นพบจากงานวิจัยในต่างประเทศ มีความแตกต่างจากประเทศไทยเป็นประโยชน์ในการให้ข้อเสนอกลยุทธ์และนโยบายการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเบื้องต้น ซึ่งผู้บริหารที่เกี่ยวข้องอาจนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่

1) ปัจจัยด้านความต้องการส่วนบุคคลเป็นการเติมเต็มในวิชาชีพ ลดความโดดเดี่ยว โดยสนับสนุนการสื่อสารทางไกลผ่านดาวเทียม (Telemedicine) การมีบริการอยู่เวรปฏิบัติงานแทนแพทย์ชนบท (locum replacement service) ในช่วงแพทย์ลาพักพ่วงกับครอบครัวหรือลาศึกษาการสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพเพื่อช่วยลดภาระงาน และระบบการให้ค่าตอบแทนเชิงตัวเงิน โดยเพิ่มงบประมาณสนับสนุนในเขตชนบทที่ขาดแคลนแพทย์ ระบบการควบคุมในต่างประเทศให้การให้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การกำหนดพื้นที่ทำงานของแพทย์ และสิทธิพิเศษภายในโรงพยาบาล

2) ปัจจัยด้านความต้องการของโรงพยาบาลชุมชนในเขตชนบท การปฏิบัติงานด้วยความไว้วางใจ (Trust) ระหว่างแพทย์ผู้บริหารหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลกับแพทย์ประจำการ เป็นการลดความขัดแย้งในการปฏิบัติงานในองค์กร ส่งผลให้สุดท้ายต่อผลการปฏิบัติงานองค์กรที่ดีและการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาล

3) ปัจจัยด้านความต้องการของชุมชนในเขตชนบท เป็นการบริการให้กับครอบครัวในชนบทโดยการเสนอโปรแกรมสำหรับคูชีวิตและบุตรของแพทย์ เช่น การศึกษาของบุตร และโอกาสในการทำงานสำหรับผู้สมรสเป็นความสมดุลของชีวิตกับงาน ส่งผลให้แพทย์คงอยู่ในเขตชนบทได้ยาวนานยิ่งขึ้น

โดยสรุป กลุ่มปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มในโมเดลเชิงทฤษฎีการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย มีปัจจัยย่อย ๆ หลายปัจจัย สามารถนำมาประยุกต์ข้อเสนอกฤษฎีและนโยบายการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนในเบื้องต้น การค้นหาปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อนำไปพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย ควรพิจารณาปรับโมเดลโดยการวิจัยเชิงคุณภาพ และการทดสอบโมเดลโดยการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นขั้นตอนที่ควรดำเนินการต่อไป

คำนิยาม

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทรัพยากรมนุษย์ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ขอขอบพระคุณสมาคมแพทย์สตรีแห่งประเทศไทย และสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- ดวงใจ เล็กสมบูรณ์. (2550). รายงานการทบทวนวรรณกรรม การบริหารจัดการและการสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ. นนทบุรี: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวก.).
- ทินกร โนรี. (2550). ปัจจัยที่มีผลทำให้แพทย์คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน. ใน: *วิกฤต กำลัง “คน” ด้านสุขภาพ ทางออกหรือทางตัน*. ทินกร โนรี บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: กราฟิโก ซิสเต็มส์. หน้า 5-11.
- ปรีดา เต๋ออารักษ์, ปานปติ เอกะจัมปะกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, สุรศักดิ์ อธิมานนท์, วริยา สินธุเสก, คะเนิงนิจ สมบูรณ์และคณะ. (2543). รายงานการศึกษาภาพลักษณ์และกลยุทธ์การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในสองทศวรรษหน้า ในมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิ. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์. (2549). ใน: *การสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ทำงานอยู่ในชนบทได้ยาวนาน. การดำเนินงานของชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ 21 แพทย์ชนบท...จิตวิญญาณที่ไม่เคยเปลี่ยนแปลง เนื่องในงานประชุมวิชาการแพทย์ชนบทประจำปี 2549*. พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์, เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, อารักษ์ วงศ์วรชาติ และ คณะกรรมการชมรมแพทย์ชนบท. กรุงเทพมหานคร: สร้างสื่อ. หน้า 48-75.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหาร กลุ่มกฎหมาย. (28 พฤศจิกายน 2551). ที่ สช 0201.042.1/ว 994. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายค่าตอบแทน แบนท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2551.
- สมศักดิ์ หอมหรรค์, สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, อารี วัลยะเสวี. (2542). รายงานวิชาการ “การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย”. นนทบุรี: Health management and Financing Study Project ADB TA. 2997-THA.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพมหานคร: สามลดา.
- BCMA Rural Issues Committee. (1998). *Attracting and Retaining Physicians in Rural British Columbia*. British Columbia: BCMA Rural Issues Committee.
- Cavender, Anthony and Alban, Manuel. (1998). *Compulsory Medical Service in Ecuador: 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 and Widiyarti. (1997, November 19). *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. Retrieved July 24, 2007, from <http://www.worldbank.org/research/projects/rural/doctor/pub1/index.htm>
- Cochran, Christopher and Peltier, James W. (2003). *Retaining Medical Directors in Community Health Centers: The Importance of Administrative Relationships*. *Journal of Ambulatory Care Management*. 26 (July-September): 250-259.

- 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, Magaret L and Rhyne, Robert L. (2007). *Factors in Recruiting and Retaining Health Professionals for Rural Practice. National Rural Health Association. (Winter) 23*: 62-71.
- Humphreys, John S; Jones, Michael P; Jones, Judith A. and 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, Kazuo and 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.
- Mayer, Roger C; Davis, James H; and Schoorman, F. David. (1995). *An Integrative Model of Organization Trust. Academy of Management Review. 20*: 709-734.
- Montgomery, Kathleen. (2001). *Physician Executives: The Evolution and Impact of A Hybrid Profession. Advances in Health Care Management. 2*: 215-241. Retrieved May 6, 2008, from Electronic Book Series.
- Nestman, Natasha Alynn. (1998). *The Retention of Physicians in Rural Areas: The Case of Nova Scotia. Queen's University, Ontario: IRC Press.*
- Phillips, Debra M and 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*
- Pathman, D.E; Steiner, B.D; Jones, B.D and et al. (1999). *Preparing and retaining rural physicians through medical education. Acad.Med. 74*: 810-820.
- 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.
- Richards, H.M; Farmer, J and Selvaraj, S. (2005). *Sustaining the rural primary healthcare workforce: survey of healthcare professionals in the Scottish Highlands. The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy. 5*(March): 1-14. Retrieved June 15, 2007, from www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_365.pdf
- 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>
- Schneller, E.S; Greenwald, H.P; Richardson, M.L. and Ott, J. (1997). *The physician executive: Role in the adaptation of American medicine. Health Care Management Review. 22*: 90-96.

- 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
- Veitch, C; Crossland, L.J. (2002). *Exploring indicators of experiential place integration in a sample of Queensland rural practitioners: A research note. The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy.* 2(April 5): 1-9. Retrieved January 27, 2006, from <http://rrh.deakin.edu.au/>
- World Health Organization. (2006). *The World Health Report: 2006: working together for Health.* Geneva: World Health Organization. Retrieved January 22, 2008, from <http://who.int/>