

ทัศนคติและการเลือกงานในชนบทของแพทย์จบใหม่

บงลักษณ์ พะโกยะ*,†

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร†

วิษย์ เกษมทรัพย์‡

อภิชาติ จันทนิสร*,†

สัญญา ศรีรัตน*,†

กฤษดา วงษ์วินยอ*,†

บทคัดย่อ

สถานการณ์การขาดแคลนแพทย์ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะการขาดแคลนแพทย์ในชนบท งานวิจัยนี้จึงศึกษาทัศนคติและปัจจัยที่ทำให้แพทย์เลือกงานในชนบท โดยการเก็บข้อมูลของบัณฑิตแพทย์กลุ่มที่สำเร็จการศึกษาในปี ๒๕๕๔ จำนวน ๑,๒๑๙ คน โดยใช้แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ร้อยละ และ logistic regression

ผลการศึกษาพบว่า แพทย์ที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด เป็นบัณฑิตแพทย์จากระบบปกติ ๕๒๗ คน จากโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ๓๑๓ คน ซึ่งแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยประมาณ ๒๔ ปี กลุ่มแพทย์เพื่อชาวชนบทประมาณครึ่งหนึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเมือง และส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยส่วนภูมิภาค ในขณะที่กลุ่มแพทย์ระบบปกติส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเมือง และสำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยในกรุงเทพฯและปริมณฑล สำหรับปัจจัยการเลือกงานของแพทย์จบใหม่ ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงานนั้นไม่ไกลจากภูมิลำเนา ใ่อต่อการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะ และมีการดูแลจากแพทย์พี่เลี้ยง ส่วนของความตั้งใจที่จะเลือกที่ปฏิบัติงานนั้นมีเพียงส่วนน้อยตั้งใจที่จะทำงานในโรงพยาบาลชุมชนภายหลังหมดสัญญาใช้ทุน ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกปฏิบัติงานในชนบท คือ ภูมิลำเนาในชนบท และการจบการศึกษาจากมหาวิทยาลัยส่วนภูมิภาค

คำสำคัญ: แพทย์จบใหม่, ทัศนคติและการใช้ชีวิตในชนบท, ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกงาน, การวางแผนกำลังคน

Abstract

Attitude and rural job of choices of newly graduated doctors

Nonglak Pagaiya*,†, Viroj Tangcharoensathien†, Viji Kasemsup‡, Apichart Chantanisr*,†, Sanya Sriratana*,†, Krisda Wongwinyoo*,†

*Human Resources for Health Research and Development Office, †International Health Policy Program, ‡Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Doctor shortage has long hindered the development of Thai health service system. It is thus crucial to understand attitudes towards working and living in rural areas and factors driving job of choices of doctors. The cross-sectional study conducted with 1,219 newly graduated doctors in 2011 was conducted. Self-administered questionnaire comprising individual characteristic information, questions on attitude towards working and living in rural areas, factors affecting their jobs of choice was used. Statistics used were percentage, and Logistic regression.

The results showed that of the population 1,219 (527 from normal track and 313 from rural doctor track), the majority of doctors were female. Half of the rural track doctors were from regional areas, and the majority graduated from regional universities. Whereas, the majority of normal track doctors were

*สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

†สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

‡คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

from Bangkok and vicinity, and graduated from universities located in Bangkok and vicinity. Factors were likely to affect their job of choices were workplace that : close to their hometown, enhance their learning experience, provide case consultancy. With regards to their intention to work, few of them intended to work at rural areas after 3 year and factors associated with their intention to work in rural areas were: rural background and regional training.

Key words : newly graduated doctors, attitude towards working and living in rural, health workforce planning

ภูมิหลังและเหตุผล

สถานการณ์การขาดแคลนแพทย์ นับเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะการขาดแคลนแพทย์ในชนบท เมื่อพิจารณาจากสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศนั้นพบว่า การกระจายของแพทย์ระหว่างภูมิภาคยังคงเป็นปัญหา โดยในปี ๒๕๕๓ สัดส่วนประชากรต่อแพทย์ ๑ คน ในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ที่ ๖๒๘ คน ในขณะที่พื้นที่อื่นๆ มีสัดส่วนสูงกว่าหลายเท่า โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วน ๔,๖๘๒ ประชากรต่อแพทย์ ๑ คน หรือประมาณ ๗ เท่าของเขตกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ แพทย์ที่ให้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนหรือในชนบทมีเพียง ๑๗ % ของแพทย์ทั้งหมด แม้ชนบทจะเป็นพื้นที่ที่ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศอาศัยอยู่ ซึ่งสิ่งนี้บ่งบอกถึงความไม่เป็นธรรมในการกระจายแพทย์

กระทรวงสาธารณสุขได้มีความพยายามในการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทโดยใช้หลากหลายมาตรการ เช่น การเพิ่มการผลิต พบว่า ในรอบ ๑๐ ปีที่ผ่านมา มีการเพิ่มจำนวนการผลิตแพทย์ จาก ๑,๓๐๐ คนในปี ๒๕๔๓ มาเป็น ๒,๒๘๒ คนในปี ๒๕๕๔^(๒) มาตรการการบังคับใช้ทุนซึ่งเริ่มดำเนินการในปี ๒๕๑๐ เพื่อผูกมัดให้แพทย์ทำสัญญาชดเชยทุนกับกระทรวงสาธารณสุขไปปฏิบัติงานในชนบท ๓ ปี นอกจากนี้ยังมีมาตรการการเพิ่มค่าตอบแทนให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบท เช่น เบี้ยกันดาร ค่าวิชาชีพ และอื่นๆ วิธีนี้ดำเนินการมาต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๑๘ จนกระทั่งในปี ๒๕๕๒ ส่วนมาตรการที่ไม่เป็นตัวเงินต่างๆที่ใช้เพื่อสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ปฏิบัติงานในชนบท ประกอบด้วย ความก้าวหน้าในสายงานราชการสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบท โอกาสการ

ศึกษาต่อและฝึกอบรมเฉพาะทาง รวมถึงกระบวนการทางสังคมที่มีการตั้งรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่นเพื่อมอบให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ห่างไกล นอกจากนี้ในปี ๒๕๒๑ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ริเริ่มจัดโครงการส่งเสริมการศึกษาแพทย์สำหรับชาวชนบท (Medical Education for Students in Rural Area Project-MESRAP) เป็นครั้งแรกของประเทศ โดยคัดเลือกนักเรียนจากชนบทให้เข้ามาศึกษาแพทยศาสตร์ โดยมีเงื่อนไขต้องกลับไปทำงานในชนบท ผลของโครงการพบว่าสามารถรักษาคนไข้ในพื้นที่ชนบทได้ดีขึ้น^(๓) ต่อมาในปี ๒๕๓๖ มีโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (Collaborative Project to Increase production of Rural Doctor - CPIRD) เกิดขึ้น เป็นความร่วมมือระหว่างคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อลดอัตราการลาออกของแพทย์ มีเป้าหมายผลิตแพทย์เพิ่มสู่ชนบทปีละ ๓๐๐ คน เป็นระยะเวลา ๑๐ ปี และขยายเวลารับนักศึกษาไปถึงปี ๒๕๕๖ และในปี ๒๕๔๘ กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มโครงการหนึ่งแพทย์หนึ่งอำเภอ (One district one doctor: ODD) โดยคัดเลือกนักเรียนจากระดับอำเภอเข้าศึกษาเพื่อหวังว่าเมื่อแพทย์กลุ่มนี้จบออกมาจะกลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ภูมิลำเนาของตนเอง^(๔)

อย่างไรก็ตามการขาดแคลนแพทย์ในชนบทยังคงเป็นปัญหาสำคัญ เมื่อเทียบกับอัตราส่วนของประชากรต่อแพทย์ที่แผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุขกำหนดไว้คือ แพทย์ ๑ คนต่อประชากร ๑,๘๐๐ คน พบว่าในปี ๒๕๔๙ ยังมีอัตราส่วนอยู่ที่ ๒,๔๒๘ คน ต่อแพทย์ ๑ คน^(๒) และมีการกระจายในพื้นที่ต่างๆแตกต่างกันมากดังที่กล่าวมาข้างต้นซึ่งเป็นสิ่งบ่งชี้ให้เห็นว่า



ยังมีแพทย์ไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชากร แม้จะมีแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาเพิ่มขึ้นจากปีละ ๑,๒๐๐ คนในปี ๒๕๕๒ เป็นจำนวน ๑,๓๐๔ ในปี ๒๕๕๓ และมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่พบว่าแพทย์ที่ลาออกจากกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆเช่นกัน โดยแพทย์ลาออก ๒๗๖ คนในปี ๒๕๕๔ เพิ่มสูงขึ้นเป็น ๗๗๕ คน ในปี ๒๕๕๐ และลดลงเป็น ๖๐๒ คนในปี ๒๕๕๓^(๕) และพบว่าแพทย์จำนวนไม่น้อยที่ลาออกจากราชการก่อนกำหนดการใช้ทุน

สภาพปัญหาเช่นนี้ส่งผลต่อจำนวนแพทย์ที่คงอยู่ในชนบท และจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน การที่จะพัฒนามาตรการจูงใจแพทย์ให้อยู่ในระบบรัฐและชนบทนั้นจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจถึงแรงจูงใจสำหรับแพทย์จบใหม่ในการเลือกงาน ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาทัศนคติต่อชนบท และปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกสถานที่ปฏิบัติงานของบัณฑิตแพทย์ และเปรียบเทียบระหว่างแพทย์ที่เป็นผลผลิตระหว่างโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทและระบบปกติ เพื่อนำข้อมูลมาใช้พัฒนานโยบายในการดึงดูดและธำรงแพทย์ในชนบทต่อไป

ระเบียบวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย : การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลภาคตัดขวางของบัณฑิตแพทย์กลุ่มที่สำเร็จการศึกษาในปี ๒๕๕๔ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ ๓๑ มีนาคม - ๑ เมษายน ๒๕๕๔

ประชากรและขนาดตัวอย่าง : กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยบัณฑิตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาในปี ๒๕๕๔ ที่ทำสัญญาใช้ทุนกับกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ซึ่งเป็นบัณฑิตแพทย์จากโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทจำนวน ๓๙๙ คน (เป็นแพทย์จากโครงการหนึ่งแพทย์หนึ่งอำเภอ จำนวน ๓๕ คน) และเป็นบัณฑิตแพทย์จากระบบปกติจำนวน ๙๕๖ คนและในกลุ่มนี้เป็นบัณฑิตแพทย์ที่สมัครเป็นแพทย์ใช้ทุนต่อในศูนย์แพทยศาสตรศึกษาจำนวน ๑๗๑ คนดังนั้นกลุ่มตัวอย่างบัณฑิตแพทย์ระบบปกติจึงเหลือ ๗๘๕ คน

เครื่องมือและวิธีในการเก็บข้อมูล : เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บตัวอย่างเป็นแบบสอบถาม ซึ่งคำถามประกอบด้วย ข้อมูล

ส่วนบุคคลของผู้ร่วมการศึกษา สภาพภาพของบิดา-มารดา ทัศนคติต่อการทำงานในชนบท ปัจจัยการเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน ความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานในอนาคต ความรู้-ทักษะและความสามารถ โดยเก็บข้อมูลภายหลังจากที่บัณฑิตแพทย์เสร็จสิ้นการเลือกจังหวัดปฏิบัติงานเรียบร้อยแล้ว

แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล : การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละ สถิติการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เชิงถดถอย (Logistic regression) เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการเลือกทำงานในเขตชนบทภายหลังการใช้ทุน

ผลการศึกษา

บัณฑิตแพทย์ที่เข้าร่วมการศึกษารวมทั้งหมดจำนวน ๑,๓๙๐ คนที่ตอบแบบสอบถามได้สมบูรณ์ต่อการนำมาวิเคราะห์จำนวน ๘๔๐ คน (๗๐.๕%) เป็นบัณฑิตแพทย์จากระบบปกติ จำนวน ๕๒๗ คนจาก ๗๘๕ คน คิดเป็น ๖๗.๑% เป็นบัณฑิตแพทย์จากโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (แพทย์เพื่อชนบท) จำนวน ๓๑๓ คน จาก ๓๙๙ คน คิดเป็น ๗๘.๔% (เป็นแพทย์จากโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท จำนวน ๒๙๙ คน และแพทย์จากโครงการหนึ่งแพทย์หนึ่งตำบล จำนวน ๑๔ คน) ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยในกลุ่มแพทย์เพื่อชนบทเป็นเพศหญิง ๖๔.๕% และแพทย์ระบบปกติ ๕๙.๖% อายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมการศึกษารวมทั้งสองกลุ่มประมาณ ๒๔ ปี ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่มนั้นมีภูมิลำเนาแตกต่างกัน โดยกลุ่มแพทย์เพื่อชาวชนบทมีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพและปริมณฑล ๔.๕% และกระจายอยู่ในภูมิภาคต่างๆ โดยภาคเหนือมากที่สุด ๒๙.๔% และภาคกลางน้อยที่สุด ๑๗.๙% ในขณะที่กลุ่มแพทย์ระบบปรกตินั้น ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล คิดเป็น ๔๓.๖% และรองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็น ๑๗.๔% และจากภาคใต้น้อยที่สุด ๑๐.๐% เมื่อแบ่งภูมิลำเนาตามพื้นที่เมืองและชนบท พบว่ากลุ่มแพทย์เพื่อชาวชนบทมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเมือง ๕๔.๖% และชนบท ๔๕.๔% ในขณะที่กลุ่มแพทย์ระบบปรกติมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเมือง ๗๓.๕% และชนบท ๓๖.๕%

อย่างไรก็ตาม ทั้งกลุ่มแพทย์เพื่อชาวชนบทและแพทย์ระบบปกติ สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจากอำเภอเมือง และมีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนมากถึง ๘๔-๘๖% ที่สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนในอำเภอเมือง สำหรับสถาบันการศึกษาคณะแพทยศาสตร์นั้น พบว่ากลุ่มแพทย์ระบบปกติโดยส่วนใหญ่ สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ในขณะที่แพทย์เพื่อชาวชนบทส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยส่วนภูมิภาค (ตารางที่ ๑)

ในด้านอาชีพและการศึกษาของบิดา พบว่า ในกลุ่มแพทย์เพื่อชาวชนบทนั้น บิดามีภูมิลำเนาในเขตเมืองประมาณครึ่งหนึ่ง (๕๒.๗%) และในกลุ่มแพทย์ระบบปกตินั้น บิดามีภูมิลำเนาอยู่ในเมืองมากกว่าชนบท สำหรับอาชีพของบิดานั้น กลุ่มแพทย์เพื่อชาวชนบทมีบิดาเป็นข้าราชการหรือพนักงานราชการมากที่สุด รองลงมาคือประกอบธุรกิจส่วนตัว คิดเป็น

๔๗.๘% และ ๒๘.๖% ตามลำดับ และมีเพียง ๙.๐% ที่มีอาชีพเป็นเกษตรกร และ ๒.๗% ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ สำหรับอาชีพของบิดาในกลุ่มแพทย์ระบบปกติ มีสัดส่วนใกล้เคียงกันระหว่างอาชีพข้าราชการกับธุรกิจส่วนตัว โดยคิดเป็น ๓๗.๑% และ ๓๙.๖% และมีเพียง ๒.๖% ที่มีอาชีพเป็นเกษตรกร และ ๓.๔% ไม่ได้ประกอบอาชีพ

สำหรับการศึกษาสูงสุดของบิดา พบว่าบิดาของแพทย์เพื่อชาวชนบทที่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีสัดส่วนสูงกว่าบิดาของแพทย์ในระบบปกติ (๔๔% เทียบกับ ๓๗%) โดยบิดาของแพทย์เพื่อชาวชนบทสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็น ๔๐.๗% รองลงมาได้แก่ มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา, ประถมศึกษาและต่ำกว่า และปริญญาโทขึ้นไปในสัดส่วน ๒๔.๙%, ๑๙.๐% และ ๑๕.๔% ตามลำดับ ในกลุ่มแพทย์ระบบปกติพบว่าส่วนใหญ่มีบิดาที่จบการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุดเช่นกัน โดยคิดเป็น ๔๒.๔%

ตารางที่ ๑ ข้อมูลพื้นฐานของแพทย์เพื่อชาวชนบทและแพทย์ระบบปกติสำเร็จการศึกษายปี ๒๕๕๔

	ลักษณะ	แพทย์เพื่อชาวชนบท	แพทย์ระบบปกติ
		จำนวน (%)	จำนวน (%)
เพศ	ชาย	๑๑๑ (๓๕.๕%)	๒๑๓ (๔๐.๔%)
	หญิง	๒๐๒ (๖๔.๕%)	๓๑๔ (๕๙.๖%)
ภูมิภาคของภูมิลำเนา	กรุงเทพฯและปริมณฑล	๑๔ (๔.๕%)	๒๓๐ (๔๔.๑%)
	ภาคเหนือ	๕๒ (๒๕.๔%)	๖๓ (๑๒.๑%)
	ภาคกลาง	๕๖ (๑๗.๕%)	๘๓ (๑๕.๗%)
	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	๘๐ (๒๕.๖%)	๕๒ (๑๐.๔%)
	ภาคใต้	๓๐ (๑๐.๐%)	๕๓ (๑๐.๐%)
	Missing	๑ (๐.๓๒%)	๖ (๑.๑๔%)
ภูมิลำเนาในเมือง/ชนบท	เขตเมือง	๑๓๑ (๕๔.๖%)	๓๘๗ (๗๓.๔%)
	เขตชนบท	๑๐๒ (๔๕.๔%)	๑๔๐ (๒๖.๖%)
จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย	เขตเมือง	๒๖๒ (๘๓.๗%)	๔๕๒ (๘๕.๘%)
	เขตชนบท	๕๑ (๑๖.๓%)	๗๕ (๑๔.๒%)
สำเร็จการศึกษาคณะแพทย์	มหาวิทยาลัยในส่วนกลาง (กรุงเทพฯและปริมณฑล)	๑๑๐ (๓๕.๑%)	๓๐๔ (๖๐.๖%)
	มหาวิทยาลัยส่วนภูมิภาค	๑๕๖ (๖๒.๖%)	๑๕๘ (๓๐.๔%)



รองลงมาได้แก่ มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา, ปริญญาโทขึ้นไป และประถมศึกษาและต่ำกว่า ในสัดส่วน ๒๕.๙%, ๒๑.๑% และ ๑๐.๗% ตามลำดับ

ทัศนคติต่อการทำงานในชนบท

คำถามเกี่ยวกับทัศนคติในชนบทนั้นได้ดำเนินการปรับตามแนวทางของกมลันท์ ม่วงยิ้ม และคณะ^(๖) ซึ่งคำถามประกอบด้วย ๗ ประเด็นหลัก เป็นคำถามเชิงบวก ๔ คำถามและคำถามเชิงลบ ๓ คำถาม แต่ละคำถามจะมีค่าคะแนน ๑(ไม่เห็นด้วยมากที่สุด) - ๕ (เห็นด้วยมากที่สุด) คำถามดังกล่าวนี้ได้มีการตรวจสอบเนื้อหา และ face validity โดยผู้เชี่ยวชาญ ๓ ท่าน และทดลองใช้กับแพทย์ที่จบการศึกษาในปี ๒๕๕๓ จำนวน ๗๖ คน แล้วหาความเชื่อมั่นที่ Cronbach's alpha = ๐.๗๑๔ จากนั้นจึงนำมาพัฒนาปรับปรุงคำศัพท์ให้ดีขึ้น

โดยผลการศึกษาพบว่าแพทย์ระบบปกติเห็นด้วยในประเด็น “ประชาชนในชนบทมีความเป็นกันเองสูง” มากที่สุด (๘๔.๐๙%) และรองลงมาคือ “การไปทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ท่านต้องเตรียมตัวเพื่อการเรียนรู้วิถีแก้ไขปัญหอย่างหลากหลายในชีวิตจริง” (๘๐.๘๗%) เห็นด้วยน้อยที่สุดในประเด็น การทำงานในชนบททำให้ขาดโอกาสพบปะกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ และประเด็นการทำงานในชนบทหมายถึงท่านต้องโดดเดี่ยวจากเพื่อนๆและครอบครัว (๒๗.๔๖%) สำหรับในกลุ่มแพทย์เพื่อชนบทเห็นด้วยมากที่สุดในประเด็น การไปทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ท่านต้องเตรียมตัวเพื่อการเรียนรู้วิถีแก้ไขปัญหอย่างหลากหลายในชีวิตจริง (๘๗.๘๖%) รองลงมาคือ ประชาชนในชนบทมีความเป็นกันเองสูง (๘๗.๒๒%) และเห็นด้วยน้อยที่สุดในประเด็น การทำงานในชนบทหมายถึงท่านต้องโดดเดี่ยวจากเพื่อนๆและครอบครัว (๔๘.๕๖%) (ตารางที่ ๒)

ตารางที่ ๒ ภูมิลำเนา อาชีพ และระดับการศึกษาของบิดาของแพทย์เพื่อชาวชนบทและแพทย์ระบบปกติสำเร็จการศึกษาปี ๒๕๕๔

	ลักษณะ	แพทย์เพื่อชาวชนบท	แพทย์ระบบปกติ
		จำนวน (%)	จำนวน (%)
ภูมิลำเนาปัจจุบัน	ในเมือง	๑๖๕ (๕๒.๗%)	๓๖๗ (๖๕.๗%)
	ชนบท	๑๔๘ (๔๖.๓%)	๑๖๐ (๓๐.๓%)
อาชีพ	ข้าราชการ/พนักงานราชการ	๑๔๔ (๔๖.๘%)	๑๕๑ (๓๖.๗%)
	พนักงาน/ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ	๑๐ (๓.๓%)	๒๔ (๔.๖%)
	ลูกจ้างเอกชน	๑๖ (๕.๓%)	๔๒ (๘.๓%)
	ประกอบธุรกิจส่วนตัว	๘๖ (๒๘.๖%)	๒๐๑ (๓๘.๖%)
	เกษตรกร	๒๖ (๘.๐%)	๑๓ (๒.๖%)
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	๘ (๒.๖%)	๑๖ (๓.๔%)
	อื่นๆ	๑๐ (๓.๓%)	๑๕ (๓.๖%)
	Missing	๑๒ (๓.๘๓%)	๒๐(๓.๘๐%)
การศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	๗ (๒.๓%)	๓ (๐.๖%)
	ประถมศึกษา	๕๑ (๑๖.๖%)	๕๒ (๑๐.๑%)
	มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา	๗๖ (๒๔.๕%)	๑๓๔ (๒๕.๕%)
	ปริญญาตรี	๑๒๔ (๔๐.๖%)	๒๑๕ (๔๒.๔%)
	ปริญญาโท	๔๓ (๑๔.๑%)	๘๗ (๑๖.๘%)
	ปริญญาเอก	๔ (๑.๓%)	๒๒ (๔.๓%)
	Missing	๘ (๒.๕๖%)	๑๐(๑.๘๐%)

๓)

การประเมินทักษะด้านการแพทย์

การประเมินทักษะด้านการแพทย์โดยใช้การประเมินทักษะด้วยตนเองประกอบด้วย ๑๔ คำถาม แต่ละคำถามจะมีค่าคะแนน ๑(มั่นใจน้อยที่สุด) - ๕ (มั่นใจมากที่สุด) ให้ผู้ตอบเลือกตอบ พบว่ากลุ่มแพทย์เพื่อชนบทมีความมั่นใจในประเด็น “ความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วยและชุมชน” มากที่สุด รองมาคือ “ทักษะด้านหัตถการทางการแพทย์” และ “ความสามารถด้านวิชาการและหัตถการการแพทย์” คิดเป็น ๗๖.๐๔%, ๖๕.๘๑% และ ๖๐.๓๘% ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มแพทย์ระบบปรกติมีความมั่นใจในประเด็น “ความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วยและชุมชน” มากที่สุด รองมาคือ “ความสามารถในการทำงานในที่มรสุมสภาพ” และ “ความมั่นใจในการส่งต่อผู้ป่วย” คิดเป็น ร้อยละ ๕๙.๒๘%, ๕๑.๗๐% และ ๔๖.๐๒% ตามลำดับ อย่างไรก็ตามในประเด็นที่แพทย์มีความ

มั่นใจค่อนข้างน้อยทั้งสองกลุ่มได้แก่ การดูแลผู้ป่วยคลอดยากในโรงพยาบาลชุมชน การบริหารงานสาธารณสุข การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในชนบท การดูแลผู้ป่วยด้านสูติกรรม และด้านกุมารเวช เป็นต้น (ตารางที่ ๔)

การเลือกงานและปัจจัยการเลือกงานของแพทย์

สำหรับประเด็นปัจจัยการเลือกงานของแพทย์จบใหม่ ได้ให้ผู้ตอบแบบสอบถามระบุปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกงานเรียงตามลำดับที่ ๑-๓ และนำมาพิจารณาให้คะแนน โดยหัวข้อที่ระบุเป็นอันดับ ๑ - ๓ จะคิดเป็น ๓, ๒ และ ๑ คะแนนตามลำดับ พบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเลือกงานของทั้ง ๒ กลุ่มมีความคล้ายกัน ๓ ลำดับแรก ได้แก่ “ระยะทางจากภูมิลำเนาไม่ไกลมากนัก” รองลงมาคือ “เป็นแหล่งที่เอื้อต่อการได้รับความรู้และประสบการณ์จากการทำงาน” และ “มีการดูแลจากแพทย์พี่เลี้ยงที่ทั่วถึงและเพียงพอ” ส่วนลำดับรองลงไปกลุ่มแพทย์เพื่อชนบทให้ความสำคัญกับ “ปริมาณของงานที่

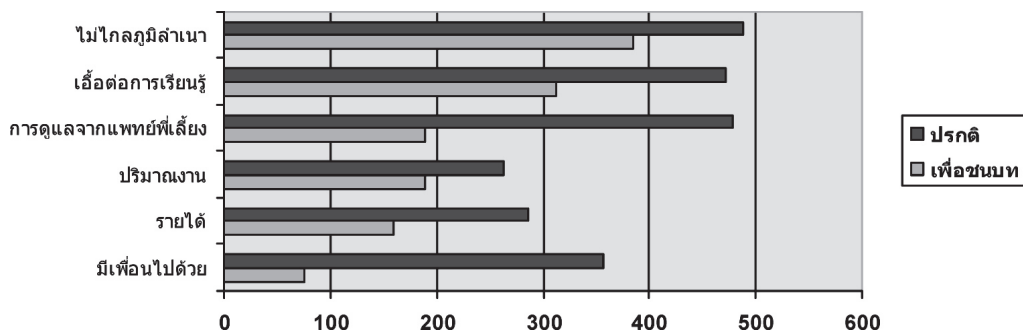
ตารางที่ ๓ ทักษะคิดการทำงานในพื้นที่ชนบทของแพทย์เพื่อชาวชนบทและแพทย์ระบบปรกติสำเร็จการศึกษาปี ๒๕๕๔

	เห็นด้วย (คน)		ไม่เห็นด้วย (คน)	
	แพทย์เพื่อชนบท	แพทย์ระบบปรกติ	แพทย์เพื่อชนบท	แพทย์ระบบปรกติ
การทำงานในชนบทเปิดโอกาสให้ใช้ทักษะในหลายๆด้านมากกว่า	๒๒๐ (๓๐.๒๕%)	๓๘๔ (๓๒.๗๓%)	๕ (๒.๘๘%)	๑๗ (๓.๒๒%)
ผู้ร่วมงานในชนบทมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกันมากกว่า	๒๗๐ (๓๖.๒๖%)	๔๒๖ (๓๖.๖๘%)	๖ (๑.๕๒%)	๓ (๐.๕๗%)
การทำงานในชนบททำให้ขาดโอกาสพบปะกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ	๘๘ (๒๘.๑๒%)	๒๐๐ (๓๗.๘๘%)	๑๑๓ (๓๖.๑๐%)	๑๔๕ (๒๗.๔๖%)
การทำงานในชนบทเปิดโอกาสให้มีความเป็นอิสระในการทำงานมากกว่า	๒๐๕ (๖๖.๗๗%)	๓๕๑ (๓๔.๐๕%)	๑๐ (๓.๑๕%)	๘ (๑.๕๒%)
ในชนบทมีสิ่งอำนวยความสะดวก ความบันเทิง น้อยมาก	๑๓๔ (๔๒.๘๑%)	๒๔๓ (๔๖.๐๒%)	๕๕ (๑๗.๕๗%)	๖๒ (๑๑.๓๔%)
ประชาชนในชนบทมีความเป็นกันเองสูง	๒๗๓ (๘๗.๒๒%)	๔๔๔ (๘๔.๐๕%)	๕ (๑.๖๐%)	๓ (๐.๕๗%)
การทำงานในชนบทหมายถึงท่านต้องโดดเดี่ยวจากเพื่อนๆและครอบครัว	๖๑ (๑๕.๔๕%)	๑๕๕ (๓๖.๕๓%)	๑๕๒ (๔๘.๕๖%)	๑๔๕ (๒๗.๔๖%)
การเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน มีความสำคัญที่สุดต่อระบบบริการสุขภาพ	๒๔๒ (๓๑.๗๒%)	๓๘๕ (๓๒.๕๒%)	๗ (๒.๒๔%)	๑๐ (๑.๘๕%)
หลักสูตรแพทย์ที่ท่านเรียนได้เตรียมความพร้อมของท่านสำหรับการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชนบท	๒๒๔ (๓๑.๕๗%)	๓๐๖ (๕๗.๕๕%)	๘ (๒.๕๖%)	๓๘ (๗.๒๐%)
หลักสูตรแพทย์ที่ท่านเรียนทำให้ท่านอยากไปทำงานในโรงพยาบาลชุมชน	๑๕๗ (๖๒.๕๔%)	๒๖๑ (๔๕.๔๓%)	๑๔ (๔.๔๗%)	๔๒ (๗.๕๕%)
การทำงานในโรงพยาบาลชุมชนเป็นเรื่องที่ทำหาย	๒๓๘ (๓๖.๐๔%)	๓๘๕ (๓๓.๖๗%)	๑๐ (๓.๑๕%)	๑๕ (๒.๘๔%)
การไปทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ท่านต้องเตรียมตัวเพื่อการเรียนรู้วิถีแก้ไขปัญหาอย่างหลากหลายในชีวิตจริง	๒๗๕ (๘๗.๘๖%)	๔๒๗ (๘๐.๘๗%)	๒ (๐.๖๔%)	๓ (๐.๕๗%)



ตารางที่ ๔ การประเมินความมั่นใจด้านทักษะด้านการแพทย์และสาธารณสุขของแพทย์เพื่อชาวชนบทและแพทย์ระบบปรกติสำเร็จการศึกษาปี ๒๕๕๕

ทักษะด้านการแพทย์และสาธารณสุข	ความมั่นใจมากจำนวน (%)		ความไม่มั่นใจจำนวน (%)	
	แพทย์เพื่อชนบท	แพทย์ระบบปรกติ	แพทย์เพื่อชนบท	แพทย์ระบบปรกติ
ความสามารถในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในชนบท	๑๑๑ (๓๕.๗๘%)	๑๓๗ (๑๕.๕๕%)	๒๐๑ (๖๔.๒๒%)	๓๕๐ (๓๙.๐๐%)
ความสามารถในการบริหารงานสาธารณสุข	๖๑ (๑๙.๘๑%)	๙๕ (๑๑.๕๕%)	๒๕๑ (๘๐.๑๙%)	๔๓๒ (๔๗.๕๕%)
ความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วย และชุมชน	๑๓๗ (๓๖.๐๔%)	๓๑๓ (๕๙.๑๘%)	๗๕ (๒๓.๕๖%)	๒๑๔ (๒๓.๖๖%)
ความสามารถในการทำงานในทีมสุขภาพ	๑๘๐ (๕๗.๕๕%)	๑๗๓ (๕๑.๗๐%)	๑๓๓ (๔๒.๔๕%)	๒๕๔ (๒๘.๒๐%)
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยด้านอายุรกรรม	๑๖๙ (๕๓.๕๕%)	๑๑๙ (๑๓.๗๐%)	๑๔๔ (๔๖.๐๑%)	๒๙๘ (๓๓.๕๕%)
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยด้านสูติกรรม	๑๑๗ (๓๗.๓๓%)	๑๕๕ (๑๙.๓๖%)	๑๙๖ (๖๒.๖๖%)	๓๗๒ (๔๑.๕๕%)
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยด้านกุมารเวชกรรม	๑๑๗ (๓๗.๓๓%)	๑๖๐ (๓๐.๓๐%)	๑๙๕ (๖๒.๖๖%)	๓๖๗ (๔๐.๖๖%)
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยด้านศัลยกรรม	๑๔๙ (๔๖.๖๖%)	๑๘๑ (๒๑.๕๕%)	๑๖๘ (๕๒.๕๕%)	๓๔๕ (๓๘.๕๕%)
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย โรคทั่วไป เช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง HIV/AIDS	๑๔๖ (๔๖.๖๖%)	๑๑๗ (๑๓.๗๐%)	๑๖๗ (๕๒.๕๕%)	๓๑๐ (๓๔.๕๕%)
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยคลอดยากในโรงพยาบาลชุมชน	๕๘ (๑๘.๕๕%)	๕๘ (๑๐.๕๕%)	๒๕๕ (๗๘.๕๕%)	๔๖๙ (๕๑.๕๕%)
ความมั่นใจในการส่งต่อผู้ป่วย	๑๘๔ (๕๗.๗๗%)	๑๔๓ (๑๖.๐๑%)	๑๒๙ (๓๘.๒๒%)	๒๘๔ (๓๑.๕๕%)
ความสามารถด้านวิชาการและหัตถการการแพทย์	๑๘๙ (๖๐.๓๓%)	๑๙๓ (๒๖.๕๕%)	๑๒๔ (๓๙.๖๖%)	๓๓๔ (๓๗.๓๓%)
ความรู้ด้านหัตถการการแพทย์	๑๘๕ (๕๙.๑๑%)	๑๐๑ (๓๗.๑๖%)	๑๒๗ (๓๘.๘๘%)	๓๒๕ (๓๖.๖๖%)
ทักษะด้านหัตถการการแพทย์	๑๐๖ (๖๕.๘๑%)	๑๐๔ (๓๗.๖๖%)	๑๐๗ (๓๔.๑๙%)	๓๒๓ (๓๖.๒๒%)



รูปที่ ๑ เหตุผลในการเลือกงานของแพทย์เพื่อชาวชนบทและแพทย์ระบบปรกติสำเร็จการศึกษาปี ๒๕๕๕

อยู่ในความรับผิดชอบ” และ “รายได้” ตามลำดับ ในขณะที่ แพทย์ระบบปรกติ ให้ความสำคัญกับการมีเพื่อนที่รู้จักไปด้วย รายได้ และภาระงาน ตามลำดับ ดังรูปที่ ๑

จากการสอบถามความตั้งใจที่จะไปภายหลังสิ้นสุดการเพิ่มพูนทักษะ (๑ ปี) และภายหลังสิ้นสุดสัญญาใช้ทุน (๓ ปี) พบว่าทั้ง ๒ กลุ่ม มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนภายหลังสิ้นสุดการเพิ่มพูนทักษะมากที่สุด (๖๖.๘% ใน

กลุ่มแพทย์เพื่อชนบท และ ๕๘.๙% ในกลุ่มแพทย์ระบบปรกติ) รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป คิดเป็น ๑๖.๓% และ คีชีชาต่อ ๑๓.๕% ส่วนกลุ่มแพทย์ระบบปรกติ เลือกที่จะศึกษาต่อ ๑๘% และ จะปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ๑๒.๕%

สำหรับความตั้งใจภายหลังสิ้นสุดการใช้ทุนนั้น ทั้งสองกลุ่มมีความตั้งใจจะศึกษาต่อมากที่สุด (๗๓.๑% ในกลุ่ม

แพทย์เพื่อชนบท และ ๖๑.๑% ในกลุ่มแพทย์ระบบปรกติ) สัดส่วนแพทย์ที่จะเลือกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม โดยแพทย์เพื่อชนบทตั้งใจจะคงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ๑๑.๘๒% เทียบกับ ๑๒.๑๒% ของกลุ่มแพทย์ระบบปรกติ และประมาณ ๑๐% ของทั้งสองกลุ่มจะปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ ในขณะที่ประมาณ ๑๐% ของแพทย์ระบบปรกติจะไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และเมื่อเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานที่เวลา ๑ ปี และ ๓ ปี พบว่าทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มที่จะอยู่ในชนบทลดลง และไปศึกษาต่อเพิ่มขึ้น (ตารางที่ ๕)

ความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจจะปฏิบัติงานที่ชนบท และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับความตั้งใจที่จะทำงานในโรงพยาบาลชุมชนหลังสิ้นสุดสัญญาใช้ทุน โดยใช้ตัวแปรต้น คือ เพศ ภูมิลำเนาในเขตเมืองหรือชนบท จบการศึกษาระดับมัธยมในเขตเมืองหรือชนบท สำเร็จการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ในกรุงเทพฯและปริมณฑล หรือส่วนภูมิภาค และแพทย์จบการศึกษาจากระบบปรกติหรือระบบแพทย์เพื่อชนบท นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะทำงานในชนบท หลังสิ้นสุดสัญญาใช้ทุน โดยใช้ Logistic Regression

ตารางที่ ๕ ความตั้งใจที่จะไปปฏิบัติงานหลังการเพิ่มทุนทักษะและหลังสิ้นสุดสัญญาใช้ทุนของแพทย์เพื่อชาวชนบทและแพทย์ระบบปรกติสำเร็จการศึกษาปี ๒๕๕๔

สถานที่ปฏิบัติงาน	หลังสิ้นสุดการเพิ่มทุนทักษะ		หลังสิ้นสุดการใช้ทุน	
	เพื่อชนบท	ระบบปรกติ	เพื่อชนบท	ระบบปรกติ
โรงพยาบาลชุมชน	๒๐๕ (๖๖.๘%)	๒๕๘ (๕๘.๕%)	๓๗ (๑๑.๘%)	๖๔ (๑๒.๕%)
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	๕๐ (๑๖.๓%)	๖๓ (๑๒.๕%)	๓๑ (๑๐.๑%)	๕๖ (๑๐.๕%)
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	๕ (๑.๖%)	๒๓ (๔.๕%)	๑๒ (๓.๕%)	๕๔ (๑๐.๕%)
โรงพยาบาลรัฐอื่นๆ	๓ (๑.๐%)	๑๓ (๒.๖%)	๑ (๐.๓%)	๑๘ (๓.๕%)
โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน	๑ (๐.๓%)	๒ (๐.๔%)	๑ (๐.๓%)	๔ (๐.๘%)
ศึกษาต่อ	๔๑ (๑๓.๔%)	๕๕ (๑๘.๐%)	๒๒๒ (๖๓.๑%)	๓๑๓ (๖๑.๑%)
ลาออก	๒ (๐.๗%)	๑๒ (๒.๓%)	๑ (๐.๓%)	๔ (๐.๘%)
Missing	๖ (๑.๙%)	๒๑(๔.๐%)	๘ (๒.๖%)	๑๔ (๒.๗%)

ตารางที่ ๖ Logistic Regression ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับความตั้งใจที่จะทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ภายหลังจากสิ้นสุดสัญญาใช้ทุน

ตัวแปร	Coefficient (SE)	t	Sig.
constant	๐.๒๖๑ (.๐๕๒)	๔.๘๗๒	<๐.๐๐๑
เพศ	- ๐.๐๑๓ (.๐๒๔)	- ๑.๗๘๔	๐.๐๗๕
ภูมิลำเนาปัจจุบันอยู่เขตเมือง	๐.๐๕๒ (.๐๒๗)	-๓.๕๕๐	๐.๐๐๑
จบการศึกษาระดับมัธยมในเขตเมือง	๐.๐๐๓ (.๐๓๕)	๐.๐๗๕	๐.๙๓๗
สำเร็จการศึกษาคณะแพทย์จากเขตกรุงเทพฯ	-๐.๐๗๘ (.๐๒๔)	-๓.๒๒๑	๐.๐๐๑
แพทย์เพื่อชนบท	- ๐.๐๔๕ (.๐๒๕)	- ๑.๗๘๔	๐.๐๗๕



ความตั้งใจ หลังสิ้นสุดสัญญาการใช้ทุนพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีภูมิลำเนาในเขตเมืองหรือชนบท และการสำเร็จการศึกษาคณะแพทยศาสตร์ในกรุงเทพฯและปริมณฑลหรือส่วนภูมิภาค โดยแพทย์ที่มีภูมิลำเนาในเขตเมือง หรือแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยในกรุงเทพฯและปริมณฑล มีแนวโน้มที่จะตั้งใจเลือกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนหลังหมดสัญญาใช้ทุนน้อยกว่าแพทย์ที่มีภูมิลำเนาในชนบท หรือ แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ในส่วนภูมิภาค (ตารางที่ ๖)

สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาอาจจะมีข้อจำกัดบางประการ ประการแรกคือ แพทย์ระบบปกติจำนวน ๑๗๑ คนสมัครเป็นแพทย์ใช้ทุนในศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาจึงตัดออกจากกลุ่มตัวอย่างทำให้มีสัดส่วนตัวแทนจากแพทย์ระบบปกติน้อยลง จึงอาจจะมีข้อจำกัดในการเป็นตัวแทนแพทย์ระบบปกติ ประการที่สองการศึกษาความตั้งใจเลือกปฏิบัติงานในอนาคตอาจจะเป็นแค่ความเห็นไม่ใช่การเลือกงานจริง

อย่างไรก็ตามจากข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา ทั้งสองกลุ่ม พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มแพทย์เพื่อชนบทจะมีภูมิลำเนาอยู่ในต่างจังหวัดเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่กลุ่มแพทย์ระบบปรกติ นั้น เกือบครึ่งหนึ่งจะมีภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล และเมื่อพิจารณาแยกเป็นเขตเมืองและชนบทแล้ว จะพบว่ากลุ่มแพทย์เพื่อชนบทจะมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเมืองและชนบทใกล้เคียงกัน ในขณะที่กลุ่มแพทย์ระบบปรกตินั้น ส่วนใหญ่จะมาจากเขตเมือง ส่วนการสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร์นั้น กลุ่มแพทย์เพื่อชนบทจะสำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยส่วนภูมิภาคมากกว่ามหาวิทยาลัยในกรุงเทพฯและปริมณฑล ในขณะที่กลุ่มแพทย์ระบบปรกตินั้นสำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยในกรุงเทพฯและปริมณฑลมากกว่า เมื่อดูสถานภาพของครอบครัวพบว่า ทั้งสองกลุ่มมาจากครอบครัวข้าราชการหรือประกอบธุรกิจ อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มแพทย์เพื่อชนบทส่วนใหญ่มาจาก

ครอบครัวที่มีการศึกษาดีและมีภูมิลำเนาในเขตเมือง จึงอาจไม่ใช่แพทย์ที่มีพื้นเพจากชนบทมากนัก ในด้านทัศนคติต่อการทำงานในชนบทนั้น โดยภาพรวมพบว่าแพทย์เพื่อชนบทมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติต่อการทำงานในชนบทเป็นเชิงบวกมากกว่าแพทย์ระบบปรกติ

สำหรับการประเมินตนเองในทักษะด้านต่างๆนั้น ทั้งสองกลุ่มจะมั่นใจในความสามารถด้านการสื่อสารมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มแพทย์เพื่อชนบทจะมั่นใจในทักษะด้านหัตถการทางการแพทย์และความสามารถด้านวิชาการและหัตถการด้านการแพทย์ ในขณะที่กลุ่มแพทย์ระบบปรกติจะมั่นใจในการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพและการส่งต่อผู้ป่วย ส่วนประเด็นที่ทั้งสองกลุ่มไม่มั่นใจมากที่สุดคือการดูแลผู้ป่วยคลอดยากในโรงพยาบาล ความสามารถในการบริหารงานด้านสาธารณสุข การดูแลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และการบริหารงานสาธารณสุข

ในการเลือกงานของแพทย์นั้น ปัจจัยต่างๆที่มีส่วนในการตัดสินใจเลือกงานได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงานนั้นไม่ไกลจากภูมิลำเนา ื่อต่อการเพิ่มพูนความรู้และทักษะ และมีการดูแลจากแพทย์พี่เลี้ยง ส่วนความตั้งใจในการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานนั้น ส่วนใหญ่ตั้งใจที่จะทำงานในโรงพยาบาลชุมชนภายหลังการเพิ่มพูนทักษะ แต่ตั้งใจที่จะศึกษาต่อภายหลังหมดสัญญาใช้ทุน โดยผู้ที่ยังคงเลือกทำงานในโรงพยาบาลชุมชนหลังหมดสัญญาใช้ทุนมีสัดส่วนไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มแพทย์เพื่อชนบทและแพทย์ระบบปรกติ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกปฏิบัติงานในชนบทหลังสิ้นสุดสัญญาใช้ทุน พบว่า ภูมิลำเนาในชนบทและการจบการศึกษาจากมหาวิทยาลัยส่วนภูมิภาคมีความสัมพันธ์กับการเลือกปฏิบัติงานในชนบท

จากการทบทวนงานวิจัยที่หลากหลาย^(๗) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยที่จะสามารถดึงดูดกำลังคนด้านสุขภาพมาปฏิบัติงานในชนบทได้ประกอบด้วยปัจจัยที่หลากหลาย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น มีภูมิลำเนาในชนบท มีค่านิยมชอบชนบท หรือเป็นผู้มีจิตสาธารณะ ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น มีโรงเรียนสำหรับลูก สิ่งอำนวยความสะดวก หรือ มีจิตวิญญาณเพื่อชุมชน ปัจจัยด้านการเงินและรายได้ ปัจจัยด้านความก้าวหน้าในอาชีพ

เช่น มีโอกาสในการศึกษาต่อ มีโอกาสไต่สูงตำแหน่งที่สูงขึ้น มีที่เลี้ยง/การติดตามงานที่ดี ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น มีโครงสร้างพื้นฐาน ทรัพยากรเพียงพอ มีบ้านพัก ปัจจัยด้านการบังคับ เช่น การชดเช้ทุนตามสัญญาที่ผูกมัด และในการพัฒนาข้อเสนอแนะที่ตั้งอยู่บนข้อมูลเชิงประจักษ์ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ระบุว่า มาตรการด้านการศึกษาที่สำคัญในการที่จะดึงดูดกำลังคนไปสู่ชนบท ได้แก่ การคัดเลือกคนจากชนบทเข้ารับการศึกษ การจัดหลักสูตรในสถาบันภูมิภาค การจัดหลักสูตรที่สอดคล้องกับชนบท และฝึกภาคปฏิบัติในชนบท และนอกนั้นต้องมีการจัดโอกาสการศึกษาต่อสำหรับผู้ปฏิบัติงานในชนบทอีกด้วย ซึ่งมาตรการดังกล่าวมีงานวิจัยรองรับ เช่น การศึกษาเพื่อประเมินโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทของมหาวิทยาลัย Jichi Medical University ประเทศญี่ปุ่น^(๔) เพื่อประเมินการคงอยู่ในชนบท พบว่าผลผลิตจากโครงการผลิตแพทย์เพิ่มมีแนวโน้มจะอยู่ในชนบทหลังสัญญาชดเช้ทุน(๔ ปี)มากกว่ากลุ่มแพทย์ปรกติ และพบว่าแพทย์ที่มีภูมิลำเนาในชนบท และแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในชนบท

งานวิจัยนี้แม้จะเป็นเพียงการศึกษาความตั้งใจในการปฏิบัติงาน แต่อาจเป็นแนวทางชี้ให้เห็นว่า แม้โอกาสการคงอยู่ในชนบทหลังสิ้นสุดสัญญาการชดเช้ทุนจะไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มแพทย์เพื่อชนบทและแพทย์ระบบปรกติ แต่งานวิจัยได้ยืนยันให้เห็นว่าการมีภูมิลำเนาในชนบท และการศึกษาในมหาวิทยาลัยภูมิภาคมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจจะดำรงอยู่ในชนบท ดังนั้นโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทควรจะต้องมีการพัฒนาโครงการในประเด็นเหล่านี้อย่างจริงจังเพื่อให้สามารถผลิตแพทย์ไปอยู่ในชนบทได้นานขึ้น ควรมีการปรับในระบบการคัดเลือกนักศึกษาแพทย์เพื่อ

เป็นการขยายโอกาสของคนชนบทเข้ามาศึกษาในมหาวิทยาลัยภูมิภาคและกลับไปปฏิบัติงานในภูมิลำเนา ซึ่งจะสามารถตอบสนองต่อปัจจัยการเลือกงานที่แพทย์ระบุความประสงค์ที่จะปฏิบัติงานใกล้ภูมิลำเนาและยังสร้างโอกาสการเข้าถึงการศึกษาสำหรับคนชนบทด้วย นอกจากนั้นการเสริมสร้างศักยภาพให้โรงพยาบาลชุมชนมีระบบที่เลี้ยงและเอื้อโอกาสต่อการเรียนรู้ รวมทั้งให้โอกาสแพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบทได้มีโอกาสศึกษาต่อ จะช่วยทำให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถดึงดูดธำรงแพทย์ได้นานขึ้น

เอกสารอ้างอิง

๑. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๕๐. นนทบุรี สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๑.
๒. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. ฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ [online].
๓. Wibulpolprasert S, Pengpaiboon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Hum Resour Health* 2003;1:12.
๔. ทิณกร โนรี. ปัจจัยที่มีผลทำให้แพทย์คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน. ใน: ทิณกร โนรี, บรรณาธิการ. วิกฤตกำลังคนด้านสุขภาพ ทางออกหรือทางตัน. กรุงเทพมหานคร: กราฟิโก ซิสเต็มส์; ๒๕๕๐.
๕. กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักบริหารกลาง. ฐานข้อมูลการลาออกของกำลังคนด้านสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๔ [ไม่ได้ตีพิมพ์].
๖. กมลนันทน์ ม่วงอ้อม, นงลักษณ์ พะโกยะ, สัญญา ศรีรัตนะ และคณะ. รายงานการศึกษาความเสมอภาคในการเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีแพทย์ในประเทศไทย. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ; 2551.
๗. WHO Increasing access to health workers in remote and rural areas through improve retention: Global policy recommendation. Geneva: WHO; 2010.
๘. Matsumoto M, Inoue K, Kajii E. A contract-based training system for rural physicians: follow-up of Jichi University graduates (1978-2006) *J Rural Health* 2008;24:360-8.