

ความเป็นมาของปัญหา

การผลิตแพทย์ในสมัยก่อน ไม่ได้มีการอบรมเป็นกลุ่มแบบโรงเรียน แต่เป็นการถ่ายทอดวิชาจากพ่อถึงลูก จากครูถึงศิษย์โดยส่วนตัว จนกระทั่งถึงรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พระองค์ทรงเล็งเห็นความจำเป็นและประโยชน์ของโรงพยาบาลในการที่จะช่วยบำบัดโรคพยาธิของประชาชน จึงได้โปรดให้สร้างโรงพยาบาลขึ้น ณ ตำบลวังหลัง ซึ่งภายหลังได้ชื่อว่าโรงพยาบาลศิริราช และประกาศเปิดโรงเรียนแพทย์ ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ เมื่อ พ.ศ. ๒๔๓๒ นับแต่นั้นมาการผลิตแพทย์จึงได้กระทำกันในลักษณะของโรงเรียนและวิชาแพทย์ได้ปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงจากแพทย์แผนโบราณเป็นแพทย์แผนปัจจุบัน ความเจริญของสังคมในด้านการศึกษา การเกษตรกรรม และอื่น ๆ ตลอดจนการเพิ่มของประชาชนในอัตราที่สูง เป็นสาเหตุให้ความต้องการด้านการแพทย์มากขึ้นเป็นลำดับ จึงได้มีการเพิ่มปริมาณการผลิตแพทย์ โดยรับนักศึกษาแพทย์เพิ่มขึ้นในโรงเรียนแพทย์เดิม และจัดตั้งโรงเรียนแพทย์แห่งใหม่ที่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เมื่อ พ.ศ. ๒๔๕๐ ที่โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๑ และจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี เมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๐

✓ แพทย์เป็นอาชีพที่มีภาระหน้าที่ผูกพันกับสังคมในทางยกระดับสาธารณสุขของสังคม นับตั้งแต่การรักษาโรคภัยไข้เจ็บ การป้องกันโรคติดต่อ ตลอดจนการแนะนำสุขบัญญัติ และให้ความรู้ความอนามัยแก่สมาชิกในสังคม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกมีคุณภาพอนามัยดี อันเป็นการเสริมสร้างประสิทธิภาพของทรัพยากรกำลังคนของสังคม ทั้งนี้การผลิตแพทย์ที่มีคุณภาพที่เหมาะสมและปริมาณที่เพียงพอที่จะให้บริการแก่ประชาชนจึงเป็นปัญหาที่สำคัญระดับชาติปัญหาหนึ่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ประวัติจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (พระนคร: โรงพิมพ์ของสมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย, ๒๕๑๐), หน้า ๔๑๔ - ๔๒๑.

๒. ไชวง เรียงสุวรรณ, การจัดส่วนราชการ (พระนคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, ๒๕๑๒), หน้า ๒๕๘.

ปัญหาการผลิตแพทย์ที่มีคุณภาพที่เหมาะสมนั้น ได้รับความสนใจและได้พัฒนามาเรื่อย ๆ ตั้งแต่เริ่มมีการศึกษาแพทย์แผนปัจจุบันในปี ๒๔๗๖ หลักสูตรการสอนเริ่มจาก ๓ ปี ได้ขยายจนถึง ๖ ปี ความรู้เบื้องต้นของผู้มีสิทธิเข้าศึกษาเพิ่มจากประถมศึกษา เป็นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ และมัธยมศึกษาปีที่ ๘ เป็นลำดับมา ต่อมามูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ได้ช่วยปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตร์ให้เข้ามาตรฐานชั้นปริญญาของต่างประเทศ โดยแบ่งการเรียนเป็นขั้นเตรียมแพทย์มีกำหนด ๒ ปี ในคณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และแพทยศาสตร์มีกำหนด ๔ ปี ในคณะแพทยศาสตร์ แพทย์ปริญญารุ่นแรกได้สำเร็จหลักสูตรใหม่ในปี พ.ศ. ๒๔๙๒ ต่อมาได้มีวิชาแพทย์แขนงใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น คณะแพทยศาสตร์ก็ค่อย ๆ เพิ่มชั่วโมงการสอนขึ้นในปี พ.ศ. ๒๔๙๕ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์โดยความช่วยเหลือขององค์การไอซีเอ และโซนาเมคิลลอร์ค แห่งนิวยอร์ก จัดให้มีการประชุมอบรมศึกษาแพทยศาสตร์ของประเทศไทยครั้งแรกขึ้น ปัญหาสำคัญอันหนึ่งซึ่งที่ประชุมได้พิจารณาคือ การพิจารณาวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อให้สอดคล้องกับสภาวะการขาดแคลนแพทย์ และการกระจายแพทย์สู่ส่วนภูมิภาค โดยเห็นว่าพลเมืองของประเทศส่วนใหญ่อยู่ในส่วนภูมิภาค แต่จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ส่วนใหญ่อยู่ในเมืองหลวง จึงเห็นสมควรให้เน้นวัตถุประสงค์ของการศึกษาแพทย์ว่า เพื่อผลิตแพทย์ผู้เหมาะสมจะออกไปปฏิบัติหน้าที่ในชนบท โดยมีความรู้ทั่ว ๆ ไป สามารถปฏิบัติรักษาโรคภัยไข้เจ็บปกติได้ มีความรู้ในค่านิยมกรรมพหุที่จะทำการผ่าตัดลงาย ๆ ด้วยตนเองได้ รู้จักปฏิบัติค่านิยมกรรมและสิทธิกรรมฉุกเฉิน นอกจากนี้แล้วจะต้องมีความรู้พอสมควรในค่านิยมป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับสุขาภิบาลท้องถิ่น สุขศึกษา และเรื่องอาหาร นอกจากการปรับปรุงหลักสูตร ที่ประชุมได้พิจารณาวันจันฉัดถึงคุณค่าของแพทย์ใหม่ การประเมินผลของที่ประชุมสรุปว่า ยังมีความค้อยในค่านิยมวิชาการ และความบกพร่องในค่านิยมของแพทย์ใหม่ สืบเนื่องจากการประชุมครั้งนั้น ใน พ.ศ. ๒๕๐๔ ได้มีพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลป์ (ฉบับที่ ๖) เกิดขึ้น ซึ่งกำหนดให้ผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิตต้องทำการฝึกหัดในโรงพยาบาลที่คณะกรรมการประกอบโรคศิลป์ รับรองอีกไม่น้อยกว่า ๑ ปี และเป็นที่พอใจ จึงขอประกอบโรคศิลป์ได้

มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, รายงานการประชุมอบรมศึกษาแพทยศาสตร์ของประเทศไทย ครั้งแรก ณ บางแสน ชลบุรี วันที่ ๒๔ - ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๑๑ (พระนคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดศิวิล, ๒๕๐๐), หน้า ๔, ๑๔๙ - ๑๕๐.

ต่อมาในปี ๒๕๐๓ ได้มีการประชุมอบรมศึกษาแพทยศาสตร์ของไทยครั้งที่สอง โดยได้รับความช่วยเหลือจากไชนาเมดิคัลบอร์ดแห่งนิวยอร์ก และองค์การบริหารวิเทศกิจ (ยูซอม) ในการประชุมครั้งนี้ได้พิจารณาเรื่องต่าง ๆ สืบเนื่องจากการประชุมครั้งก่อน ได้สรุปวัตถุประสงค์ของการอบรมศึกษาแพทยศาสตร์ว่าจะผลิตแพทย์ชั้นมูลฐานซึ่ง เมื่อจบหลักสูตรแพทยศาสตร์แล้วจะมีพื้นความรู้เพียงพอที่เมื่อได้รับการฝึกอบรมเวชปฏิบัติในฐานะแพทย์ฝึกหัดอีก ๑ ปีแล้ว จะสามารถออกไปเป็นแพทย์รักษาโรคทั่วไปได้ด้วยตนเอง แพทย์ชั้นมูลฐานนี้จะมีคุณลักษณะ ๔ ประการ คือ มีความรู้ด้านวิชาการสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ มีศีลธรรมจรรยาแพทย์ และมีนิสัยในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มพูนความรู้ให้กับตนเอง ในหัวข้อการวินิจฉัยคุณค่าของแพทย์ที่สำเร็จไปนั้น ที่ประชุมมีความเห็นว่ายังไม่ดีขึ้น หลังจากการประชุมครั้งก่อน และเห็นสมควรจะขอความเห็นจากหน่วยราชการต่าง ๆ และจากแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ว่าแพทย์ที่สำเร็จตามหลักสูตรที่ได้ดำเนินการมาแล้วมีสมรรถภาพในการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งได้รับมอบหมายเป็นประการใด ยังมีอะไรที่บกพร่องและสมควรแก้ไขให้ถูกต้องตามความประสงค์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรศึกษาค้นคว้าหาสาเหตุที่แพทย์สำเร็จใหม่ไม่ประกอบอาชีพแพทย์ อันเป็นเหตุให้การลงทุนการผลิตแพทย์ได้ผลไม่คุ้มค่า

ในคำปริมาณการผลิตนั้น จากเริ่มมีโรงเรียนแพทย์แห่งแรก ซึ่งสามารถผลิตแพทย์ปริญญาได้ ๑๒ คน ในปี พ.ศ. ๒๔๙๒ จนกระทั่งปัจจุบันนี้มีโรงเรียนแพทย์ ๔ แห่ง ซึ่งสามารถผลิตประมาณปีละ ๓๒๐ คน^๒ ในจำนวนผู้สำเร็จปริญญาทางแพทยศาสตร์นี้ พบว่ามีจำนวนไม่น้อยที่ไปประกอบอาชีพในต่างประเทศ^๓ ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระของปัญหาการขาดแคลนแพทย์

^๑มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, รายงานการประชุมอบรมศึกษาแพทยศาสตร์ของไทย ครั้งที่สอง ณ ศาลาดนตรีธรรม วันที่ ๑๓ - ๒๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๐๓ (พระนคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๐๔), หน้า ๓๕๖ - ๓๖๕.

^๒วิบูล วิราญวัฑฒ์, "การพัฒนากำลังบุคคลากรอนามัย" วิจัยวิทย์, ๑๒ (มกราคม ๒๕๑๓), หน้า ๒๓

^๓จิตต์ เหมะจุฬา และคณะ "รายงานเบื้องต้นเกี่ยวกับการศึกษาสถิติแพทย์และพยาบาลไปต่างประเทศและกลับเข้าประเทศ" กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๑๓. (อักษฺาเนา)

จากการสำรวจของกองวางแผนกำลังคน สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ พบว่า ใน พ.ศ. ๒๕๐๘ ประเทศไทยมีแพทย์ขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลป์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จำนวน ๔,๕๙๐ คน จำนวนนี้มีปฏิบัติงานจริง (ไม่รวมแพทย์ในโรงพยาบาลโรคจิต โรคประสาท สังกัดกรมการแพทย์ ซึ่งมีประมาณ ๑๒ คน) เป็นจำนวน ๔,๒๓๘ คน เมื่อเฉลี่ยแล้วแพทย์หนึ่งคนต้องรับภาระรักษานักเรียน ออมาย์ของประชาชนประมาณ ๘,๒๐๐ คน ซึ่งเป็นภาระหนักเกินไป เมื่อเทียบกับอัตราส่วนมาตรฐาน แพทย์หนึ่งคนต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรของเรานี้ เมื่อพิจารณาถึงความจริง พบว่าอัตราส่วนในท้องถิ่นต่าง ๆ ในประเทศไม่เท่ากัน ในพระนคร - ธนบุรี มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร เป็น ๑ ต่อ ๑,๓๔๘ คน ส่วนในส่วนภูมิภาคนั้น มีอัตราส่วนที่สูง บางแห่งเช่นในจังหวัดบุรีรัมย์ สูงถึง ๑ ต่อ ๕๔,๔๓๖ คน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเรากำลังเผชิญปัญหา ๒ ลักษณะ คือ การขาดแคลนแพทย์ และการกระจายแพทย์ออกทั่วประเทศ

ผู้วิจัยในฐานะ เป็นข้าราชการคนหนึ่งของกองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล มีความสนใจและได้รับการสนับสนุนจากอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ให้ทำการศึกษาปัญหาการเรียนการสอนแพทยศาสตร์ จึงได้เลือกศึกษาคิดตามลัทธิทางแพทยศาสตร์ ด้วยความเชื่อมั่นว่าข้อค้นพบจะมีประโยชน์ต่อวงการศึกษแพทยศาสตร์ของไทยดังนี้

๑. ข้อค้นพบจะช่วยให้ทราบกำลังแพทย์ที่ผลิตได้ว่าจะประกอบอาชีพแพทย์จริงมากน้อยเท่าไร และการกระจายทั่วประเทศในลักษณะใด
๒. ข้อค้นพบจะช่วยให้ทราบลักษณะงานที่แพทย์ทำ ซึ่งจะช่วยในการพิจารณาการผลิตบุคคลากรผู้ช่วยแพทย์ในสถานต่าง ๆ
๓. ข้อค้นพบจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการผลิตแพทย์ว่าสมควรจะรับนักศึกษาชายและหญิงเป็นอัตราส่วนเท่าไร เพื่อการพัฒนาการเรียนแพทย์ให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุดในวงจำกัดของทรัพยากรในสังคมปัจจุบัน

Manpower Planning Division, Manpower Study on Machine Repair and Maintenance Industry (Bangkok: Manpower Division, National Economic Development Board, 1967), pp. 75 - 78.

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- ๑. สํารวจอาชีพของบัณฑิตทางแพทยศาสตร์
- ๒. สํารวจการกระจายของบัณฑิตที่ประกอบอาชีพแพทย์
- ๓. สํารวจลักษณะงานของบัณฑิตที่ประกอบอาชีพแพทย์
- ๔. เปรียบเทียบความแตกต่างในการประกอบอาชีพระหว่างบัณฑิตชายและหญิง

ขอบเขตของการวิจัย

๑. การวิจัยครั้งนี้เป็นการติดตามผลบัณฑิตทางแพทยศาสตร์ ในขอบเขตที่จะสํารวจอาชีพ การกระจายและลักษณะงานของบัณฑิตที่ประกอบอาชีพแพทย์ และเปรียบเทียบการทำงานของบัณฑิตชาย และหญิง

๒. บัณฑิตทางแพทยศาสตร์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำกัดเฉพาะบุคคลที่สำเร็จหลักสูตร แพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ. ๒๔๘๕ - พ.ศ. ๒๕๐๘ รวม ๒๐ รุ่น จากคณะแพทยศาสตร์ ๓ คณะ คือ

- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลนคร เชียงใหม่

๓. การสํารวจการประกอบอาชีพของบัณฑิตจะแบ่ง เป็น ๔ ลักษณะใหญ่ ๆ ดังนี้

- ๓.๑ อาชีพแพทย์
- ๓.๒ อาชีพที่ไม่ใช่แพทย์
- ๓.๓ ประกอบอาชีพในต่างประเทศ
- ๓.๔ อื่น ๆ อันได้แก่ ผู้ป่วยทุพพลภาพ หรือตาย

๔. การสํารวจการกระจายของบัณฑิตที่ประกอบอาชีพแพทย์ แบ่งการกระจายออกเป็น

- ๔.๑ การกระจายตามเขตความเจริญของท้องถิ่น แบ่งเป็น ๓ ระดับ
 - ๔.๑.๑ นครหลวงกรุงเทพมหานคร
 - ๔.๑.๒ ในเขตอำเภอเมืองของจังหวัดต่าง ๆ
 - ๔.๑.๓ นอกเขตอำเภอเมืองของจังหวัดต่าง ๆ

- ๔.๒ การกระจายตามภาคต่าง ๆ ทางภูมิศาสตร์ แบ่งเป็น ๗ ภาค ดังนี้
- ๔.๒.๑ นครหลวงกรุงเทพมหานคร
 - ๔.๒.๒ ภาคกลาง
 - ๔.๒.๓ ภาคตะวันออก
 - ๔.๒.๔ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
 - ๔.๒.๕ ภาคเหนือ
 - ๔.๒.๖ ภาคใต้
 - ๔.๒.๗ ภาคตะวันตก
- ๔.๓ การกระจายตามลักษณะของหน่วยงาน แบ่งเป็น ๕ ประเภท
- ๔.๓.๑ โรงเรียนแพทย์
 - ๔.๓.๒ โรงพยาบาล
 - ๔.๓.๓ ศูนย์บริการอนามัย และสถานอนามัย
 - ๔.๓.๔ คลินิกเอกชนและหน่วยบริการอนามัยของบริษัท องค์กรต่าง ๆ
 - ๔.๓.๕ หน่วยงานอื่น ๆ คำนการแพทย์ ที่ไม่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการบริการ และสอนโดยตรง เช่น สำนักงานกรมการแพทย์ กรมอนามัย ศูนย์วิจัยพยาธิวิทยา เป็นต้น
- ๔.๔ การกระจายตามหน่วยงานที่ตั้งกัก แบ่งเป็น ๒ ประเภท
- ๔.๔.๑ สังกัดรัฐบาล
 - ๔.๔.๒ สังกัดเอกชน
๕. การสำรวจลักษณะงานของบัณฑิตที่ประกอบอาชีพแพทย์ ไล่แบ่งตามลักษณะใหญ่ ๆ ดังนี้
- ๕.๑ เวชกรรม
 - ๕.๒ สอ วิชาแพทย์ และวิทยาศาสตร์การแพทย์
 - ๕.๓ วิจัยด้านการแพทย์ และวิทยาศาสตร์การแพทย์
 - ๕.๔ บริหารในหน่วยงานเกี่ยวกับแพทย์
 - ๕.๕ เบ็ดเตล็ด ใ้แก่งานต่าง ๆ ที่ไม่เข้าข่ายลักษณะดังกล่าวข้างต้น เช่น งานคานสถิติผู้ป่วย งานจัดการอบรมแพทย์ เป็นต้น

๖. การสำรวจลักษณะงานต่าง ๆ ของแพทย์ โดยจะสำรวจตามลักษณะงานหลักที่แพทย์ปฏิบัติ



สมมุติฐานของการวิจัย

ผู้วิจัยได้อาศัยข้อเท็จจริง บทความ และผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นรากฐานในการตั้งสมมุติฐานดังนี้

๑. เนื่องจากแพทย์เป็นวิชาชีพชั้นสูง ผู้เรียนจะต้องใช้ความพยายาม เวลา และทุนทรัพย์จึงจะสามารถสำเร็จได้ และอาชีพแพทย์เป็นอาชีพที่มีเกียรติได้รับการยกย่องอย่างสูงในสังคม จึงพบว่าผู้สำเร็จวิชาชีพนี้จะประกอบอาชีพแพทย์เป็นส่วนใหญ่ แต่ในระยะไม่กี่ปีพบว่าแพทย์เดินทางไปต่างประเทศจำนวนมาก และในช่วงระยะที่มีบัณฑิตแพทย์ปริญญา ๔๒ ปีมานี้ มีแพทย์ได้ตั้งแก่กรรมไปบ้าง ทว่าการไปบ้าง ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมุ่งทดสอบสมมุติฐานว่า การประกอบอาชีพของบัณฑิตทางแพทยศาสตร์มีความแตกต่างกัน และส่วนมากจะประกอบอาชีพแพทย์ในประเทศ

๒. วิthur แสงสิงแก้ว ได้แสดงถึงแนวความคิดและความเข้าใจของแพทย์ปัจจุบันอันเป็นเหตุที่ทำให้แพทย์ไม่นิยมประกอบอาชีพในส่วนภูมิภาค แต่นิยมทำงานในโรงเรียนแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากขณะที่เป็นนักศึกษาแพทย์อยู่นั้นมีโอกาสศึกษาสภาพชนบทน้อยมาก แต่ได้เห็นตัวอย่างอาจารย์ที่มีความก้าวหน้าควยการเป็นแพทย์ในเมืองใหญ่ นอกจากนี้ยังมีความเข้าใจว่าการเป็นอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์หรือโรงพยาบาลในพระนครธนบุรี เป็นสิ่งที่มีหน้ามีตา และมีโอกาสไปศึกษาคือในต่างประเทศได้ง่าย วิทยาลัยแมกซ์เวลล์^๒ ได้ทำการสำรวจนักศึกษาแพทย์และได้ผลที่สอดคล้อง-

^๒วิthur แสงสิงแก้ว, "ปัญหาบางประการและแนวทางปรับปรุงสาธารณสุขของประเทศไทย" เอกสารวิจัยและข้อคิดเห็นส่วนบุคคล, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. ๒๕๑๖, หน้า ๖ - ๗. (อัคราเนา)

^๒William Maxwell, Thai Medical Students and Rural Health Service (Bangkok: USOM, 1967), pp. iii - iv.

คล่องกัน ดังนั้นการวิจัยนี้จึงจะทดสอบสมมุติฐานที่ว่า การกระจายของบัณฑิตที่ประกอบอาชีพแพทย์มีความแตกต่างกันตามลักษณะความเจริญของท้องถิ่น ภาคต่าง ๆ ทางภูมิศาสตร์ ลักษณะหน่วยงาน และหน่วยงานที่ตั้งกัก

๓. ในการปฏิบัติงานของแพทย์ มีลักษณะต่าง ๆ กันคือ การให้การรักษาและป้องกันโรค การสอน การวิจัย การบริหาร และ เบ็ดเตล็ดอื่น ๆ แพทย์จะปฏิบัติงานหนักไปในลักษณะใดลักษณะหนึ่งตามตำแหน่งหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย การวิจัยนี้จึงจะทดสอบสมมุติฐานที่ว่า ลักษณะงานของบัณฑิตที่ประกอบอาชีพแพทย์มีความแตกต่างกัน

๔. จากรายงานการวิจัยของวิลเลียม แมกซ์เวลล์ พบว่า นักศึกษาแพทย์ปีที่ ๔ ชายมีความสนใจที่จะทำงานในชนบทมากกว่าหญิงเล็กน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้กำหนดสมมุติฐานเพื่อทดสอบดังนี้ การประกอบอาชีพของบัณฑิตชายและหญิงมีความแตกต่างกัน

คำจำกัดความ

บัณฑิตทางแพทยศาสตร์ หมายถึงบุคคลที่สำเร็จหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ. ๒๔๘๘ ถึง พ.ศ. ๒๕๐๘ จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลนคร เชียงใหม่

อาชีพแพทย์ หมายถึงอาชีพแพทย์ที่ประกอบในประเทศเท่านั้น

อาชีพที่ไม่ใช่แพทย์ หมายถึงอาชีพอื่น ๆ ที่ไม่ใช่แพทย์ที่ประกอบในประเทศเท่านั้น เช่น ค้าขาย กสิกรรม แขนวน เป็นต้น

ประกอบอาชีพในต่างประเทศ หมายถึงผู้ที่ไปประกอบอาชีพในต่างประเทศ โดยที่บุคคลนั้นไม่มีเงื่อนไขผูกพันที่จะต้องกลับมาทำงานให้หน่วยงานของรัฐ หรือองค์การในประเทศ

Maxwell, Ibid., p. iv.

ภาค ในพื้นที่แบ่งภาคตามคณะกรรมการพัฒนาภาคต่าง ๆ แต่ผู้วิจัยได้แยกนครหลวง
กรุงเทพมหานครไว้ต่างหาก เนื่องจากจังหวัดที่มีลักษณะความเจริญด้านการแพทย์มากเป็นพิเศษ จึงแบ่ง
ภาคต่าง ๆ เป็น ๗ ภาคดังนี้ (จังหวัดต่าง ๆ ในแต่ละภาคดูภาคผนวก)

- ๑. นครหลวงกรุงเทพมหานคร
- ๒. ภาคกลาง
- ๓. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ๔. ภาคตะวันตก
- ๕. ภาคเหนือ
- ๖. ภาคใต้
- ๗. ภาคตะวันออก



โรงเรียนแพทย์ หมายถึงสถาบันที่มีหน้าที่รับผิดชอบในด้านการสอน การบริการ และการวิจัย
ทางด้านการแพทย์โดยตรง อันได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และ
คณะอายุรศาสตร์ เขตรัตน มหาวิทยาลัยมหิดล

โรงพยาบาล หมายถึงสถานที่ให้บริการด้านการแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้เป็น
โรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลในสังกัดของกรมการแพทย์ เช่น โรงพยาบาลหญิง
โรงพยาบาลพระพุทธบาท เป็นต้น โรงพยาบาลในสังกัดกรมอนามัย เช่น โรงพยาบาลวันโรค
โรงพยาบาลบาราตาราตูลู เป็นต้น โรงพยาบาลในสังกัดกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวง
มหาดไทย เช่น โรงพยาบาลกลาง เป็นต้น โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม เช่น โรงพยา
บาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นต้น และโรงพยาบาลเอกชนต่าง ๆ เช่น
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน โรงพยาบาลแมคคอมมิค จังหวัดเชียงใหม่ เป็นต้น

ศูนย์บริการอนามัยและสถานีอนามัย หมายถึงสถานที่ให้บริการด้านการแพทย์ ซึ่งจัดเป็น
ศูนย์หรือสถานีอนามัย เช่น ศูนย์ฝึกและอบรมการอนามัยแม่และเด็ก สังกัดกรมอนามัย สถาบันบำบัก

โรคผิวหนังสังคายน์กรมการแพทย์ ศูนย์บริการสาธารณสุขต่าง ๆ ของเทศบาล เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขประจำเขตเมือง เป็นต้น และสถานีอนามัยจังหวัดและอำเภอต่าง ๆ ของกรมอนามัย

หน่วยบริการอนามัยของบริษัท องค์กรต่าง ๆ หมายถึงหน่วยงานซึ่งให้บริการด้านอนามัยเฉพาะกลุ่มบุคคล เช่น สถานพยาบาล ร.ต.พ. แผนกสวัสดิการองค์การโทรศัพท์แห่งประเทศไทย แผนกอนามัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และศาลคดีเด็กและเยาวชนกลาง เป็นต้น

หน่วยงานอื่น ๆ ด้านการแพทย์ หมายถึงหน่วยงานที่เกี่ยวกับด้านการแพทย์ที่ไม่ได้มีหน้าที่รับผิดชอบในด้านการตรวจรักษาโรคโดยตรง แต่มีหน้าที่บริหารด้านการแพทย์ หรือ ค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์ เช่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานเลขาธิการกรมการแพทย์ กองโชนาการกรมอนามัย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นต้น

สังกัดรัฐบาล หมายถึงหน่วยงานของรัฐบาลหรือกึ่งรัฐ เช่น โรงพยาบาลโรงงานยาสูบ เป็นต้น

สังกัดเอกชน หมายถึงหน่วยงานที่มีเจ้าของรัฐหรือกึ่งรัฐ เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิกส่วนตัว เป็นต้น

เวชกรรม หมายถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำเพื่อให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโดยตรง รวมทั้งกิจกรรมที่ทำเพื่อประโยชน์ในการรักษาโดยตรงด้วย เช่น งานด้านรังสีวิทยา วิสัญญี และพยาธิวิทยา เป็นต้น

สอน หมายถึงการสอนวิชาทางด้านการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วยวิชาทางปรีคลินิก และคลินิก แก่นักศึกษาแพทย์และแพทย์ และรวมการสอนวิชาด้านการแพทย์แก่บุคคลอื่น ๆ เช่น นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาวิศกรรมสาธารณสุขบาล เป็นต้น

วิจัย หมายถึงการทำการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการแพทย์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ รวมทั้งงานประเภททดลองทางวิทยาศาสตร์ เช่น งานวิเคราะห์เครื่องแก้วและอาหาร เป็นต้น

บริหาร หมายถึงงานบริหารด้านการแพทย์ ด้านบุคคลากร และอื่น ๆ ซึ่งแพทย์ที่เข้ารับตำแหน่งบริหารจะต้องทำ

ลักษณะงานหลัก หมายถึงลักษณะงานที่มีบันทึกไว้ใช้เวลาในการปฏิบัติคิดเป็นชั่วโมงต่อสัปดาห์แล้วมากกว่าลักษณะงานอื่น ๆ ที่มีบันทึกไว้ในปฏิบัติ.