



## ปัจจัยที่ส่งผลต่อการลาออกของแพทย์ในภาครัฐ

โดย

น.พ. กำธร พดุกษานานนท์	รหัส 4420122140
น.พ. วิรุพท์ พรพัฒน์กุล	รหัส 4420122175
น.พ. เกริกยศ ชลายนเดชะ	รหัส 4420122103
รอ. ลักษณ์นันท รัตนคูหา	รหัส 4420122118
นาง กมลทิพย์ ดุลยเกษม	รหัส 4420122123

เสนอ

อาจารย์ ดร. วีระวัฒน์ ปันนิตามัย

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิชา รอ.800  
สัมมนาเชิงปฏิบัติการว่าด้วยการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน  
หลักสูตรการจัดการภาครัฐและภาคเอกชนมหาบัณฑิต  
ภาคพิเศษ กรุงเทพมหานคร รุ่นที่ 7  
คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

พ.ศ. 2546



เลขหมู่.....  
 พ ๑๔ ครุฑ ๒๒  
 ๒๕๔๖ - ๕๒  
 เลขทะเบียน..... 54854  
 วันเดือนปี..... ๒๑ ต.ค. ๕๖

b.1655 9368  
 i.209๕ 5๗๗๐

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทคัดย่อ



ภาคนิพนธ์:                    ปัจจัยที่ส่งผลต่อการลาออกของแพทย์ในภาครัฐ

คณะผู้วิจัย:                กำธร                    พฤษยานานนท์  
    วิรุฬห์                    พรพัฒน์กุล  
    เกริกยศ                ชลาชนเดชะ  
    ลักษณ์ันท์            รัตนคูหา  
    กมลทิพย์              ดุลยเกษม

อาจารย์ที่ปรึกษา:            อาจารย์ ดร.วีระวัฒน์ ปิ่นนิตามัย

ชื่อปริญญา:                    การจัดการภาครัฐและภาคเอกชนมหาบัณฑิต

ปีการศึกษา:                    2546

สถานการณ์การลาออกของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ ที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา เป็นหัวข้อที่อยู่ในความสนใจของประชาชน และ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นอย่างมาก วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ เพื่อที่จะวิเคราะห์หา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการลาออกของแพทย์ในภาครัฐ และ สร้างโมเดลสมการเชิงโครงสร้าง ที่สามารถอธิบายปัจจัยอิทธิพลต่อการลาออก โดยใช้โปรแกรม LISREL สมมติฐานการวิจัย ได้แก่ ประการแรก สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น เพศ อายุ ภูมิลำเนา รายได้ และ ครอบครัว ส่งผลต่อการลาออก ประการที่สอง ลักษณะงาน เช่น ภาระงานหนัก ความจำเจ ส่งผลต่อการลาออก ประการที่สาม การขาดการกระตุ้นขวัญและกำลังใจ ในส่วนที่เกี่ยวกับงาน เช่นค่าตอบแทนที่ไม่เป็นธรรม การขาดโอกาสก้าวหน้า และการลาศึกษาต่อ มีความสัมพันธ์กับการลาออก ประการที่สี่ นโยบายและระบบบริหาร เกี่ยวข้องกับการทำให้แพทย์ลาออก ประการที่ห้า ความพึงพอใจในงาน ส่งผลลบกับการลาออก และ ประการสุดท้าย ความผูกพันกับองค์กร เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลาออก สถิติที่ใช้วิเคราะห์ และ ทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ ไค-สแคว์ t-test multiple regression การวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และ LISREL

กลุ่มตัวอย่างได้แก่แพทย์ที่ลาออกจากราชการในช่วง 1 มกราคม 2544 ถึง 15 มีนาคม 2546 จำนวน 1105 คน แบบสอบถามจำนวน 958 ชุด ถูกส่งไปยังแพทย์ที่ลาออกทุกคน ตามที่สามารถหา

ที่อยู่ได้จากแพทยสภา แบบสอบถามจำนวนได้รับการตอบกลับมา 312 ชุด คิดเป็นร้อยละ 32.57 ซึ่ง 278 ชุด (ร้อยละ 29.02) มีข้อมูลเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และ ปัจจัยด้านนโยบาย ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการลาออกอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ ลักษณะงาน การขาดขวัญและกำลังใจ ความพึงพอใจในงาน ตลอดจนความผูกพันกับองค์กร ส่งผลต่อการตัดสินใจลาออก

การวิเคราะห์ปัจจัยอิทธิพลของแพทย์ผู้ลาออก โดยโมเดลสมการโครงสร้าง ด้วยโปรแกรม LISREL พบว่า โมเดลแสดงให้เห็นถึงปัจจัยอิทธิพลต่างๆส่วนมากส่งผลในเชิงบวกต่อการลาออกของแพทย์ ค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 2.218 ( $p=0.330$ ,  $df=2$ ,  $GFI=0.998$ ) แสดงว่ามีความสอดคล้องของโมเดล และข้อมูลเชิงประจักษ์ ปัจจัยความผูกพันกับองค์กรส่งผลสูงสุดต่อการลาออก (0.698) ปัจจัยเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลในทางลบต่อความผูกพันกับองค์กร (-0.049) ขณะที่ปัจจัยด้านขวัญและกำลังใจ (0.515) และ ด้านความพึงพอใจในงาน (0.112) ส่งผลในทางบวก ปัจจัยเศรษฐกิจและสังคม (0.275) และขวัญกำลังใจ (0.185) มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในงาน แต่ลักษณะงาน (-0.28) และนโยบาย (-0.039) ส่งผลลบต่อความพึงพอใจ

ผลของการศึกษานี้สรุปได้ว่า ปัจจัยเรื่องความพึงพอใจในงาน และความผูกพันกับองค์กร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการลาออกของแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากคำถามปลายเปิดและการสัมภาษณ์แพทย์ที่ลาออกจากภาครัฐ

<b>Title of Dissertation:</b>	Factors Affecting Physicians Turnover from Public Hospitals in Thailand.
<b>Authors:</b>	Kamthorn Pruksananonda, Virul Pornpatkul, Krirkkos Jalayondeja, Luksanun Rattanakooha, Kamontip Dulyakasem.
<b>Advisor:</b>	Werawat Punnitamai, Ph.D.
<b>University:</b>	National Institute of Development Administration. The Graduate School of Public Administration.
<b>Year:</b>	2003

---

### Abstract

The recently increasing turnover rate of Thai physicians from public hospitals is a phenomenon of immense interest to public and policy makers. One of the major objectives of this study is to determine factors affecting the physicians turnover from public hospitals in Thailand leading to developing this research structural equation model. The hypotheses of the study are as follows: First, the socioeconomic factors such as age, sex, hometown, income, and family, have positive influence on the physicians turnover. Second, the job characteristic, for instance, work load and routine task, have positive influence on the resignation. Third, the lack of work-related motivation - pay and promotion inequity, continuing education opportunity may have causal link leading to the turnover. Fourth, the government initiated policy and public health administration system exhibits significant impact for the physicians to quit their jobs. Fifth, the overall job satisfaction has negative effect on the resignation. Lastly, the organization commitment yield negative influence on the turnover. The statistical techniques employed for the hypotheses testing were chi-square, t-test, multiple regression analysis, Pearson's Product Moment correlation analysis, and LISREL.

The respondents of this study were a number of 1105 physicians who resigned from public hospitals during January 1,2001- May 15,2003. A total number of 958 questionnaires was sent out to all resigned physicians whose addresses could be identified by the Medical Council of Thailand. The number of 312 out of 958 questionnaires was returned with the response rate at 32.57%. However, 278 questionnaires (29.02%) had adequate information for further data analysis.

Data analysis revealed that, the socioeconomic factors and the government policy were not considered as potential significance on the turnover. However, problems related to job characteristics, the lack of work-related motivation, job satisfaction, and their organization commitment factors did produce causal effects leading to the resignation.

The structure equation model for physicians turnover has been constructed and tested using LISREL. The model showed that most of the factors have positive effects to the physician reassignment. The chi-square of 2.218 ( $p=0.330$ ,  $df=2$ ,  $GFI=0.998$ ) confirmed the model-data fit. The causal effect of organization commitment was the strongest to turnover (0.698). Socioeconomic factors (-0.049) had negative effect to organization commitment while motivation (0.515) and job satisfaction (0.112) had positive effects. Socioeconomic factors (0.275) and motivation (0.185) exhibited positively to job satisfaction, but job characteristic (-0.280) and policy (-0.039) negatively influence job satisfaction.

The results of this study led to the conclusion that job satisfaction and organization commitment were the strongest determining factors of the physicians turnover. In addition, the result of open-end questionnaire and preliminary interviews of resigned physicians strongly confirmed in accordance to the research findings.



## กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยเรื่อง **ปัจจัยที่ส่งผลต่อการลาออกของแพทย์ในภาครัฐ** ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิชา การสัมมนาเชิงปฏิบัติการ(รอ.800) การศึกษาหลักสูตร การจัดการภาครัฐและภาคเอกชนมหาบัณฑิต (ภาคพิเศษ) คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ โดยมี อาจารย์ ดร.วีระวัฒน์ ปันนิตามัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้ให้คำแนะนำในด้านการวิจัย และ ถ่ายทอดองค์ความรู้ ให้ข้อคิด ประสพการณ์ในด้านต่างๆ อันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย รวมทั้งกรุณาสละเวลาอันมีค่าตรวจแก้ไขรายงานการวิจัยให้แก่คณะผู้วิจัยเป็นอย่างดียิ่ง คณะผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.วีระวัฒน์ ปันนิตามัย เป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พินิจ กุลละวณิชย์ เลขธิการแพทยสภา ที่ให้คำแนะนำ และได้เอื้อเฟื้อ มอบรายชื่อและที่อยู่ของแพทย์ผู้ลาออกจากภาครัฐ ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.นงลักษณ์ วิรัชชัย ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้คำแนะนำการวิเคราะห์ปัจจัยอิทธิพลด้วยโปรแกรม LISREL อาจารย์ ดร.อุไร จักร์ตรีมงคล ศูนย์วิจัยเอแบค มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ที่ให้คำแนะนำด้านสถิติที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยในครั้งนี้ และศูนย์วิจัยแพทยศาสตรศึกษา คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ช่วยกรุณาให้คำแนะนำในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม

อนึ่ง การวิจัยในครั้งนี้จะไม่สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ หากคณะผู้วิจัยไม่ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากแพทย์ผู้ลาออกจากภาครัฐทุกท่าน ในการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด อันนำมาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย บางท่านถึงกับส่ง ไปรษณีย์ลงทะเบียนด่วนพิเศษมาเพื่อร่วมให้ข้อมูล จึงขอขอบคุณผู้ที่มีความปรารถนาดีทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จของการวิจัยนี้

คณะผู้วิจัย

10 ตุลาคม 2546

## สารบัญ



## หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	i
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	iii
กิตติกรรมประกาศ.....	v
สารบัญ.....	vi
สารบัญตาราง.....	viii
สารบัญแผนภูมิ.....	x
บทที่	หน้า
<b>1. บทนำ</b>	<b>1</b>
สภาพปัญหา ความจำเป็น และความสำคัญของการวิจัย.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	18
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	18
ขอบเขตของการวิจัย.....	18
คำนิยามศัพท์.....	
<b>2. แนวคิดแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	<b>20</b>
คำจำกัดความ.....	20
แนวคิด และ ทฤษฎี.....	20
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลกับการลาออก.....	28
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานกับการลาออก.....	33
สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	35
สมมุติฐานการวิจัย.....	41
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	43
<b>3. ระเบียบวิธีวิจัย</b>	<b>45</b>
ประชากร.....	45
กลุ่มตัวอย่าง.....	45
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	45
วิธีการวิจัย.....	47



## สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
<b>4. ผลการวิจัย</b>	<b>55</b>
ข้อมูลทั่วไป.....	55
ข้อมูลเชิงประจักษ์เหตุผลการลาออกที่ได้จากแบบสอบถาม.....	71
การทดสอบสมมติฐาน.....	80
การวิเคราะห์ปัจจัยอิทธิพล.....	85
ข้อมูลเชิงประจักษ์จากแบบสอบถามปลายเปิด.....	95
ข้อมูลเพิ่มเติมจากแบบสอบถาม.....	100
<b>5. บทสรุป</b> .....	<b>102</b>
สรุปผลงานวิจัย.....	102
ข้อเสนอแนะ.....	112
<b>บรรณานุกรม</b> .....	<b>116</b>
<b>ภาคผนวก</b>	
ภาคผนวก ก. แบบสอบถาม.....	124
ภาคผนวก ข. ค่าอัตราส่วนความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Ratio) ของแบบ สอบถาม คำนวณตามวิธีของLawshe.....	130
ภาคผนวก ค. การวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม (Reliability Analysis) คำนวณโดย Cronbach's alpha.....	131
ภาคผนวก ง. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมLISRELสำหรับ โมเดลปัจจัยที่ส่งผล ต่อการลาออกของแพทย์.....	132

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1.1 ข้อมูลแพทย์ลาออกปี 2542-2546 รวบรวม โดยแพทยสภา ถึงวันที่ 15 มีนาคม 2546	13
1.2 จำนวนแพทย์ที่จบใหม่ ขอกลับเข้ารับราชการ และลาออก	14
3.1 ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมุติฐาน	51
4.1 กลุ่มที่ตอบแบบสอบถาม เมื่อเทียบกับลักษณะประชากรของแพทย์ที่ลาออกทั้งหมด	56
4.2 เพศของผู้ลาออกที่ตอบแบบสอบถาม	56
4.3 ช่วงอายุของผู้ลาออก	57
4.4 สถานภาพสมรส	58
4.5 ภูมิภาคแบ่งตามภาค	59
4.6 สถาบันที่สำเร็จการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถาม	60
4.7 สาขาที่เชี่ยวชาญ	61
4.8 พันธะการชดใช้ทุน	62
4.9 สถานะ	62
4.10 ระดับชั้นตำแหน่ง (ซี) ก่อนลาออก	63
4.11 อายุราชการของผู้ลาออกที่ตอบแบบสอบถาม	64
4.12 รายได้รวมทุกประเภทก่อนลาออก บาทต่อเดือน	65
4.13 จังหวัดที่ปฏิบัติงานแบ่งตามภาค	66
4.14 โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานของผู้ลาออก	67
4.15 ภาระงานด้านต่างๆของผู้ลาออก	68
4.16 ปริมาณงานงานของผู้ลาออก	69
4.17 สาเหตุของการลาออกเรียงตามลำดับ	71
4.18 สาเหตุของการลาออกที่เลือกเป็นลำดับที่ 1	72
4.19 นโยบายที่คิดว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการลาออกเรียงตามลำดับ	73
4.20 นโยบายที่เกี่ยวข้องในลำดับที่ 1	74
4.21 แนวทางแก้ไขการลาออกเรียงตามลำดับ	75
4.22 แนวทางแก้ไขการลาออกที่เลือกเป็นลำดับที่ 1	76
4.23 ลักษณะของผู้ลาออกและสาเหตุ นโยบายที่เกี่ยวข้อง และทางแก้ไข	77
4.24 ค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่เป็นสาเหตุของการลาออก เรียงตามลำดับคะแนน	79

## สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4.25 การวิเคราะห์ multiple regression สมมติฐานที่1 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ .....	80
4.26 การวิเคราะห์ multiple regression สมมติฐานที่2 ปัจจัยลักษณะงาน .....	81
4.27 การวิเคราะห์ multiple regression สมมติฐานที่3 ปัจจัยด้านขวัญและกำลังใจ .....	82
4.28 การวิเคราะห์ multiple regression สมมติฐานที่4 ปัจจัยด้านนโยบาย .....	83
4.29 การวิเคราะห์ multiple regression สมมติฐานที่5 ปัจจัยความพึงพอใจในงาน .....	84
4.30 การวิเคราะห์ multiple regression สมมติฐานที่6 ปัจจัยพันธะผูกพันกับองค์กร .....	85
4.31 ผลการวิเคราะห์ของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และค่าสถิติกับการวิเคราะห์ อิทธิพลโมเดลโอกาสในการลาออกจากราชการ .....	92
4.32 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร .....	93
4.33 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากคำถามในแบบสอบถาม .....	95
4.34 การทำงานหลังการลาออกจากราชการ .....	100
4.35 ความตั้งใจที่จะกลับเข้ารับราชการ .....	101

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1.1 จำนวนแพทย์ที่ลาออก ปี 2538-2545 .....	13
2.1 ตัวแบบแรงจูงใจของมาร์ชและไซมอน .....	21
2.2 ตัวแบบของตัวแปรการลาออกเจมส์ ไพร์ซ์ .....	22
2.3 ตัวแบบการลาออกของ ไพร์ซ์และมุลเลอร์ .....	23
2.4 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการลาออกของมอบลีย์และคณะ .....	24
2.5 ตัวแบบการลาออกของมอบลีย์ .....	26
2.6 ตัวแบบการลาออกตามแนวคิดของ ฮอม .....	27
2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย ปัจจัยที่ส่งผลต่อการลาออกของแพทย์ภาครัฐ .....	44
4.1 โมเดลการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบการเชิงยืนยันตัวแปรแฝงปัจจัยทางเศรษฐกิจ และ สังคม .....	86
4.2 โมเดลการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบการเชิงยืนยันตัวแปรแฝงปัจจัยแรงจูงใจและปัจจัย ลักษณะงาน .....	88
4.3 โมเดลการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบการเชิงยืนยันตัวแปรแฝง นโยบายและระบบ .....	90
4.4 โมเดลการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบการเชิงยืนยันตัวแปรแฝง ความผูกพันกับองค์กร ความพึงพอใจในงานและการลาออก .....	91
4.5 โมเดลรูปแบบอิทธิพลต่อการลาออกจากราชการของแพทย์ .....	94

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. สภาพปัญหา ความจำเป็น และความสำคัญของการวิจัย

ทรัพยากรบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดประการหนึ่ง ในการผลักดันให้องค์การ ประสบความสำเร็จ และบรรลุเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากคนเป็นผู้ลงมือลงแรง ออกความคิด นำนโยบายต่างๆ ไปปฏิบัติให้เกิดผล ทุกองค์การจึงมีความจำเป็นยิ่งที่จะต้องดำเนินการพัฒนาทรัพยากรบุคคล และผดุงรักษาไว้ เพื่อให้ทรัพยากรบุคคลสามารถสร้างสรรค์งาน หรือให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด

ได้มีการประมาณไว้ว่า ต้นทุนของการบริการสาธารณสุข หดไปกับค่าใช้จ่าย เกี่ยวกับโครงสร้างบริการและทรัพยากรบุคคลเป็นจำนวนไม่น้อยในแต่ละปี เฉพาะในด้านทรัพยากรบุคคลนั้น องค์กรอนามัยโลก ได้ประมาณการว่า งบประมาณดำเนินการของการจัดบริการสาธารณสุข ในประเทศกำลังพัฒนาจะหมดไปเป็นค่าใช้จ่ายทางด้านทรัพยากรบุคคลเสียประมาณร้อยละ 60 ถึง 70 สำหรับประเทศไทย น.พ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ ได้เคยรายงานว่า กระทรวงสาธารณสุข ได้ใช้เงินงบประมาณจ่ายเป็นค่าเงินเดือนในแต่ละปีประมาณร้อยละ 50-60 ของงบประมาณดำเนินการทั้งหมด ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรบุคคลจึงจัดว่ามีความสำคัญยิ่ง

#### 1.1 การเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันกับโครงสร้างบริการและทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข

ระบบบริการสาธารณสุขมีความเป็นพลวัต เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพแวดล้อมต่างๆที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นจะต้องพิจารณาถึงกระแสการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันให้ชัดเจนเพื่อให้ได้กรอบที่สามารถพัฒนาความรู้ที่ต้องการ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน โดยเฉพาะในด้านสาธารณสุขที่อาจจะส่งผลกระทบต่อารเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างบริการและทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข ได้แก่

1.1.1 การถดถอยทางเศรษฐกิจ ประเทศไทยที่เคยมีการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่องได้เกิดภาวะวิกฤต โดยที่รัฐและประชาชนไม่ได้คาดคิดหรือเตรียมตัวล่วงหน้ามาก่อน GDP (Gross Domestic Product) ที่เคยเติบโตลดถอยจากอัตราเพิ่ม 6% ในปี 2539 เหลือเพียง 2% ในปี 2540 ค่าเงินบาทตกลงเกือบ 2 เท่า เงินสดที่หมุนเวียนในระบบหายไปกว่า 1 ใน 4 และดุลการค้าและดุล

บัญชีเดินสะพัดล้วนแต่อยู่ในสภาพที่ติดลบ วิกฤตทางเศรษฐกิจส่งผลกระทบต่องบประมาณรายจ่ายของรัฐบาล ซึ่งรวมไปถึงงบประมาณรายจ่ายทางด้านสาธารณสุข ขณะเดียวกัน ภาคเอกชนก็เกิดภาวะขาดสภาพคล่องและมีภาวะทวิคูณของการเป็นหนี้ที่ต้องชดใช้ต่างประเทศจากเงินที่ได้กู้มา การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ล้วนมีผลที่อาจจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาโครงสร้างบริการและทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข

**1.1.2 การปฏิรูประบบราชการ** ด้วยภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจ รวมทั้งกระแสโลกาภิวัตน์ ซึ่งมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมไทย ทำให้เกิดความจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดการในระบบราชการไม่ว่าจะเป็นการลดขนาดของระบบราชการ (downsizing) การแปรรูปสถานพยาบาลของรัฐเป็นลักษณะแบบบริษัท (coporatization) การเน้นการผสมผสานบริการของรัฐและเอกชน (private-public mix) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อการขยายหรือขาดการหดตัวรวมทั้งการบริหารจัดการของโครงสร้างบริการและทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข

**1.1.3 การเปลี่ยนแปลงในรัฐธรรมนูญใหม่** รัฐธรรมนูญใหม่ พ.ศ.2540 ได้มีเจตจำนงในการเปลี่ยนแปลงที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขอย่างน้อย 2 ประการคือ

ก. การกระจายอำนาจและการส่งเสริมองค์การท้องถิ่นและเอกชน รัฐธรรมนูญได้มีการส่งเสริมการกระจายอำนาจและองค์การท้องถิ่นและเอกชนหลายประการ โดยเฉพาะในหมวด 3 มาตรา 52 ได้กำหนดไว้ว่า การบริการสาธารณสุขของรัฐจะต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

ข. การประกันสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนและการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย รัฐธรรมนูญใหม่ พ.ศ.2540 ได้ประกันสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนไว้หลายประการ เช่น การกำหนดสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทยในหมวด 3 มาตรา 52 ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

นอกจากนี้ยังได้กำหนดแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐในหมวด 5 มาตรา 82 ว่า รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

**1.1.4 การประกันคุณภาพโรงพยาบาล** กระแสการตื่นตัวของผู้บริโภคทำให้เกิดมีความต้องการในด้านคุณภาพบริการมากขึ้นจนเกิดความริเริ่มในการประเมินคุณภาพสถานพยาบาล เช่น สถานพยาบาลทุกแห่งที่เป็นคู่สัญญาหลักของสำนักงานประกันสังคมจะต้องได้รับการประเมินคุณภาพสถานพยาบาลก่อน หรือการที่เกิดภาคีความร่วมมือในการประเมินคุณภาพสถานพยาบาล (Forum for Hospital Accreditation) ซึ่งใช้วิธีการประเมินคุณภาพสถานพยาบาลโดยความสมัครใจที่ต้องการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) ของสถานพยาบาลเอง

ทำให้เกิดกระบวนการ การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลในสถานพยาบาลหลายแห่งในขอบข่ายทั่วประเทศ

ขณะเดียวกันองค์การวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา สภากาพยาบาล ทันตแพทยสภา และสภาเภสัชกรรมได้ร่วมกันออกคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจากบุคลากรในวิชาชีพต่างๆ ความเปลี่ยนแปลงทางการคุ้มครองสุขภาพ ของประชาชนเหล่านี้ ก็อาจจะส่งผลต่อการพัฒนา โครงสร้างบริการ และทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข

## 1.2 สถานการณ์การกระจายแพทย์ในประเทศไทย

### 1.2.1 ด้านปริมาณ

ในปีพ.ศ. 2543 ประเทศไทยมีแพทย์ที่ยังคง ปฏิบัติอยู่จริงประมาณ 18,025 คน คิดเป็นอัตราส่วน แพทย์ 1 คนต่อประชากร 3,427 คน ซึ่งเมื่อเทียบกับประเทศในแถบภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก(ประกอบด้วยประเทศบรูไน อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม) พบว่าประเทศไทยยังขาดแคลนแพทย์มาก กล่าวคือประเทศไทยมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรมากกว่าเพียงประเทศเดียวเท่านั้นคือประเทศอินโดนีเซียโดยมีการคาดประมาณว่าในปี 2550 จะมีความต้องการแพทย์ทั้งหมดประมาณ 27,250 คน ดังนั้นจึงมีความขาดแคลนแพทย์ทั้งหมดประมาณ 9,225 คน

ปัจจุบันประเทศไทยสามารถผลิตแพทย์ได้ปีละประมาณ 1,000 คน และคาดว่าจะผลิตเพิ่มเป็นปีละ 1,745 คนในอีก 20 ปีข้างหน้า

การขาดแคลนแพทย์มีความรุนแรงมากในชนบท และมักจะดีขึ้นภายหลังวิกฤติเศรษฐกิจ และพบว่าอีก 2 ทศวรรษการขาดแคลนแพทย์ในภาพรวมจะลดลง แต่หากขาดการจัดการที่ดี ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทก็จะยังคงมีปัญหายอยู่

### 1.2.2 ด้านการกระจายตามภูมิศาสตร์

แพทย์ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลขนาดกลาง-ใหญ่ในภาคกลาง อย่างไรก็ตามช่องว่างระหว่างกรุงเทพมหานคร และชนบทมีแนวโน้มดีขึ้นเรื่อยๆตั้งแต่ พ.ศ. 2522 จนถึง พ.ศ. 2532 และหลังจากนั้น (พ.ศ.2532-2540) ช่องว่างระหว่างกรุงเทพมหานครและชนบทมีแนวโน้มคงที่และเลวลง เนื่องมาจากการขยายตัวของสถานพยาบาลเอกชน ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ ภายหลังวิกฤติเศรษฐกิจมีแนวโน้มการกระจายแพทย์ดีขึ้น แพทย์เอกชนมีสัดส่วนลดลง โดยแพทย์ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนและจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะชนบทในเขตเมือง

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีส่วนแพทย์ต่อประชากรน้อยที่สุด โดยมีสัดส่วนน้อยกว่าภาคกลาง 2.2 เท่า และน้อยกว่ากรุงเทพมหานครถึง 10.68 เท่า

หากมองย้อนลงไปถึงระดับอำเภอจะยังเห็นถึงปัญหาการกระจายแพทย์อย่างชัดเจนมากขึ้น กล่าวคือ มีสัดส่วนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเฉลี่ยทั่วประเทศในปี 2544 เพียง 1 คนต่อประชากร 14,714 คน โดยจังหวัดที่มีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนน้อยที่สุดคือจังหวัดหนองบัวลำภู คือมีแพทย์ 1 คนต่อประชากรถึง 23,187 คน ถึงแม้ว่าหลังจากมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2545 สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนเฉลี่ยทั่วประเทศจะดีขึ้นคือเหลือเพียงแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 13,668 คน และจังหวัดหนองบัวลำภูดีขึ้นเหลือเพียงแพทย์ 1 คนต่อประชากร 15,458 คนก็ตาม แต่ก็ยังแตกต่างจากคนในเขตเมืองมากถึง 9.5 เท่า และแตกต่างจากกรุงเทพมหานครถึง 18-20 เท่า

### 1.2.3 การกระจายตามสังกัด

การกระจายแพทย์ตามสังกัดในช่วงปี พ.ศ. 2532-2538 ภาครัฐจะมีสัดส่วนแพทย์ลดลง(จากร้อยละ 93.3 ในปีพ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 76.3) ในขณะที่ภาคเอกชนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น(จากร้อยละ 6.7 ในปีพ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 23.7 ในปีพ.ศ. 2538)

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจในปีพ.ศ. 2540 แพทย์โรงพยาบาลเอกชนลดลงเป็นร้อยละ 18.76-21.75 ในขณะที่ภาครัฐเพิ่มเป็นร้อยละ 78.25-81.24 แต่ส่วนใหญ่ยังอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และอยู่ในโรงพยาบาลขนาดกลาง-ใหญ่ในภาคกลาง

### 1.2.4 การกระจายตามสาขาเฉพาะทาง

แพทย์ในประเทศไทยนิยมศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปีพ.ศ. 2541 มีแพทย์ได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะทางในสาขาต่างๆ รวมกันถึงร้อยละ 54.89 (12,476 คน) แต่ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เฉพาะทางสูงถึงร้อยละ 69.4

ผลจากการที่แพทย์นิยมศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง โดยขาดการควบคุมจำนวนในภาพรวม ประกอบกับแพทย์สภาเปิดโควตาศึกษาต่อจำนวนมากในจำนวนที่ใกล้เคียงกับจำนวนที่แพทย์จบมาในแต่ละปี รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขขาดการควบคุม ถ่วงดุล เปิดโอกาสให้แพทย์ได้ศึกษาต่อ ก่อนเข้าอิสระ จึงทำให้มีผู้ลาศึกษาต่อมาก และทำให้มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป สูญเสียจากโรงพยาบาลชุมชนเกือบหมด แต่ไปเพิ่มให้กับโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ปีละประมาณ 500 โควตาในรูปแบบของแพทย์เฉพาะทาง

ผลจากการที่มีการสูญเสียแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชน ในรูปของการลาศึกษาต่อและเป็นโควตาของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ รวมทั้งการให้ทุนส่วนตัวลาศึกษาต่อ ในแต่ละปี



จำนวนมาก ทำให้ในปี พ.ศ. 2545 มีแพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 723 แห่ง ซึ่งดูแลประชากรกว่า 38 ล้านคน(ร้อยละ 74) เพียง 2,814 คน(ร้อยละ 31) คิดเป็นอัตราแพทย์ 1 คนต่อประชากร 13,668 คน ในขณะที่ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ 92 แห่ง ซึ่งดูแลประชากรประมาณ 13 ล้านคน(ร้อยละ 26) กลับมีแพทย์ถึง 6,036 คน(ร้อยละ 69)

### 1.3 การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย

นับแต่วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2544 รัฐบาลได้ประกาศนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และในที่สุดได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อเดือน พฤศจิกายน 2545 นับได้ว่านโยบายดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยครั้งใหญ่หลวง จนอาจเรียกได้ว่าเป็นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศไทยครั้งสำคัญ

นโยบายดังกล่าวมีวัตถุประสงค์หลัก 4 ประการคือ

1. สร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการของประชาชนทั้งประเทศ
2. สร้างระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า สมประโยชน์
3. ประชาชนมีทางเลือกในการเข้าถึงบริการ เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการสุขภาพพัฒนาคุณภาพ จนได้มาตรฐานตามที่กำหนด เพื่อให้เป็นที่พึงพอใจต่อประชาชนที่มาขึ้นทะเบียนและรับบริการ
4. สร้างระบบบริการสุขภาพที่เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ

โครงการ หลักประกันสุขภาพ นี้เริ่มต้นโดยการปฏิรูปการจัดสรรงบประมาณ ที่เปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณแบบเดิมที่เน้นหน่วยบริการ(supply side) เป็นการเน้นที่ภาคประชาชน(demand side)เป็นหลัก โดยใช้การจัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากร(capitation) แทนระบบเดิมที่จัดสรรงบประมาณตามขนาดของโรงพยาบาล ทำให้กล่าวได้ว่ารัฐบาลได้เริ่มใช้ยุทธศาสตร์งบประมาณเป็นธรรมาภิบาล เพื่อกระตุ้น เสริมสร้างให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนชาวไทยทั้งประเทศ กล่าวคือได้จัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพให้กับประชาชนชาวไทยทั้งประเทศเท่าเทียมกันจำนวน 1,052 บาทต่อหัวประชากร รวมเงินเดือนแต่ไม่รวมงบลงทุน นับว่าได้สร้างความเสมอภาคครั้งยิ่งใหญ่อย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน เนื่องจากเดิมนั้นในปีงบประมาณ 2543(ก่อนมีนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) จังหวัดที่ได้รับงบประมาณสูงสุดคือจังหวัดราชบุรี ได้รับงบประมาณบริการสุขภาพจำนวน 2,973 ต่อหัวประชากร ซึ่งมากกว่าจังหวัดที่ได้รับงบประมาณน้อยที่สุดคือจังหวัดหนองบัวลำภู ได้รับงบประมาณบริการสุขภาพจำนวน 476 บาทต่อ

หัวประชากร ถึงกว่า 6.2 เท่า และได้รับการคาดว่าจะเป็นสัดส่วนเช่นนี้หรือมากกว่านี้ไปอีกนาน หากไม่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การจัดสรรงบประมาณให้เท่าเทียมกัน ยังไม่สามารถสร้างความเสมอภาค ในการเข้าถึง บริการของประชาชนและบรรลุดัตถุประสงค์หลักทั้ง 4 ประการข้างต้นได้ทันที เนื่องจากจำเป็น อย่างยิ่งที่ประชาชนทุกคนจักต้องได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอ และเสมอภาคกัน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวนี้ล้วนเป็นการผสมผสานปัจจัยนำเข้าต่างๆ(input) อย่างเพียงพอ เสมอ ภาคลมกลืนกันเช่น กำลังคน(man) วัสดุ(material) ครุภัณฑ์เครื่องมือต่างๆ(machine) รวมทั้ง ระเบียบวิธีปฏิบัติ (method) ที่ยืดหยุ่น สอดคล้องกับสถานการณ์ด้วย ดังนั้นถึงแม้จะมีงบประมาณ อย่างเสมอภาค เพียงพอในทันที สุขภาพดีถ้วนหน้าก็ยังไม่สามารถเกิดขึ้นได้ เนื่องจากยังมีปัจจัย นำเข้าที่สำคัญด้านอื่น ๆ ยังไม่ได้รับการแก้ไขได้ทันที เช่น ไม่สามารถเคลื่อนย้ายกำลังคน สิ่ง ก่อสร้าง ครุภัณฑ์ มาอยู่ในที่ขาดแคลนได้ทันทีเหมือนระบบงบประมาณ รวมทั้งไม่สามารถแก้ไข ระเบียบต่างๆเพื่อรองรับการปฏิรูปได้ทันที เนื่องจากระเบียบและกฎหมายหลายฉบับผูกติดกับ หน่วยงานอื่น ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขและยังขาดความรู้ความเข้าใจ ในกระบวนการ บริการสุขภาพอย่างมาก

งบประมาณที่ให้ไปจึงยังไม่อาจแก้ปัญหาความไม่เสมอภาคได้ในทันที โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุคลากรด้านสุขภาพ เนื่องจากระบบเดิมนั้นมีปัญหาด้านการกระจายเป็นอย่างมาก ทั้งในด้าน ปริมาณและคุณภาพ ทั้งในเชิงกว้าง เชิงลึก ทั้งในระหว่างภาครัฐและเอกชน ทั้งในระดับพื้นที่ ทั้ง ในด้านภูมิศาสตร์ ทั้งในด้านสังกัด ทั้งในระดับวิชาชีพ เนื่องจากในอดีตมีการจัดสรรอัตรากำลังและ ทรัพยากรต่างๆตามขนาดของหน่วยบริการ(supply side) โดยไม่ได้คำนึงถึงด้านประชาชน(demand side) อีกทั้งระบบการจ้างงานภาครัฐเดิมนั้น การจ่ายเงินเดือนของข้าราชการเป็นการจ่ายเงินเดือน (labor cost) จากส่วนกลางและแยกต่างหากจากงบดำเนินการ(management cost) และเป็นงบ ปลายเปิด ทำให้หน่วยบริการขนาดใหญ่และหน่วยบริการที่อยู่ในพื้นที่เจริญ จึงมีแรงดึงดูดบุคลากร มาอยู่มาก ผู้บริหารหน่วยงานเหล่านี้จึงไม่มีแรงจูงใจที่จะผลักดันบุคลากรที่เข้ามาใหม่จากพื้นที่ขาด แคลน เนื่องจากไม่ต้องรับภาระค่าจ้างงานบุคลากรเหล่านี้ จึงทำให้เกิดการกระจุกตัวของบุคลากร ในเขตเมือง โดยเฉพาะในภาคกลางและปริมณฑลเป็นอย่างมากในขณะที่รัฐบาลต้องมีการ ใช้จ่ายเงินเดือนให้บุคลากรประจำในภาครัฐถึงกว่าร้อยละ 60-80 ของงบประมาณทั้งหมด จึงทำให้เกิด ความเหลื่อมล้ำของบุคลากรด้านสุขภาพในระหว่างพื้นที่ ระหว่างภาค ระหว่างจังหวัด และแตกต่าง กันระหว่างเขตเมืองและชนบทเป็นอย่างยิ่ง

นโยบายนี้ได้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมหลายประการ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นลูกค้ารายใหญ่ ในระยะแรกได้มีการเปลี่ยนแปลงระบบเพื่อรองรับต่อ นโยบายดังกล่าว โดยนอกจากจัดสรรงบประมาณเป็นรายหัวประชากรลงสู่จังหวัดต่างๆแล้ว ยังได้ เน้นที่จะให้มีการกระจายบุคลากรลงสู่พื้นที่ขาดแคลนมากขึ้น โดยใช้ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary

Care Unit, PCU) เป็นกลไกในการนำบริการไปสู่ประชาชนอย่างใกล้ชิดบ้านใกล้ใจ โดยคาดหวังว่าบริการดังกล่าว จะนำมาสู่การสร้างสุขภาพ มากกว่าการซ่อมสุขภาพ และมีคุณภาพ จนนำมาสู่ประสิทธิภาพที่รัฐบาลคาดหวังไว้ในระยะยาวในที่สุด

ศูนย์สุขภาพชุมชน(Primary Care Unit, PCU) เป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดกับประชาชนที่สุด ได้ถูกกำหนดมาตรฐานไว้หลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรฐานด้านกำลังคน เช่นแพทย์ควรมีไม่ต่ำกว่า 1 คนต่อประชากร 10,000 คน และเน้นการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ พยาบาลควรมีไม่ต่ำกว่า 1 คนต่อประชากร 1,250 คน โดยในจำนวนดังกล่าวจะต้องมีพยาบาลวิชาชีพไม่ต่ำกว่า 1:5,000 ทันตแพทย์ควรมีไม่ต่ำกว่า 1 คนต่อประชากร 20,000 คน เป็นต้น นำมาสู่การปฏิรูประบบทรัพยากรบุคคลครั้งยิ่งใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุข ทำให้มีการกระจายที่เกี่ยวของกับกำลังคนและการบริหารจัดการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการบริหารจัดการบุคลากรที่มีแนวโน้มไปในทิศทาง การ ปฏิรูปเป็นอย่างยิ่ง เช่น

1. มีการยกเลิกกรอบอัตรากำลังรอบที่ 3 ของสำนักงาน ก.พ. ซึ่งถือเป็นเครื่องมือสร้างความไม่เสมอภาคในการกระจายบุคลากรด้านสุขภาพในอดีต พร้อมทั้งมีการปรับโครงสร้างในกระทรวงสาธารณสุขใหม่
2. เปลี่ยนแปลงระบบการจ้างงาน ลูกจ้างชั่วคราวกับกรมบัญชีกลาง เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการจ้างงานมากขึ้น
3. ได้มีการออกระเบียบเงินบำรุงใหม่ รวมทั้งเปลี่ยนแปลงระบบการจ่ายเงิน ค่าตอบแทนให้ยืดหยุ่น คล่องตัว สอดรับกับความเป็นจริงมากขึ้น ทำให้พื้นที่ห่างไกลได้รับความเป็นธรรมและมีอำนาจการซื้อสูงขึ้น

กล่าวคือในอดีตพื้นที่ห่างไกล ทุรกันดารมักมีบุคลากรน้อย ทำให้นอกจากต้องอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ทุรกันดาร นำมาซึ่งการสูญเสียโอกาสในเกือบทุกด้านแล้ว ยังต้องทำงานหนักมาก จึงทำให้บุคลากรเหล่านี้ในพื้นที่ทุรกันดาร ห่างไกลได้ไม่นาน จึงทำให้นับวันพื้นที่ชนบทห่างไกลจะยังมีบุคลากรน้อยลงไปเรื่อยๆ ช่องว่างระหว่างคนจนและคนรวย ก็จะยิ่งห่างไปทุกที ดังนั้นการปฏิรูปงบประมาณตามรายหัวที่ได้รวมเงินเดือนในงบประมาณก้อน ดังกล่าวไว้ด้วยรวมทั้งการที่ระบบงบประมาณเป็นแบบปลายปิด(cost containment) ร่วมกับการปฏิรูประเบียบดังกล่าว ส่งผลให้หน่วยงานที่มีบุคลากรมากเริ่มปรับตัว ไม่รับบุคลากรเพิ่มหรือจ้างเพิ่มโดยไม่จำเป็น หน่วยงานที่ขาดแคลนบุคลากรก็จะมียังงบประมาณเพิ่มขึ้นประกอบกับระเบียบที่เอื้ออำนวยมาจ้างบุคลากรมากขึ้น รวมทั้งทำให้บุคลากรย้ายจากพื้นที่ขาดแคลนลดลงเนื่องมีแรงจูงใจที่ดีในระดับหนึ่ง ที่สามารถชดเชยการสูญเสียโอกาส(opportunity cost) และชดเชยการทำงานหนักได้เป็นอย่างดี (จดหมายข่าว ชมรมแพทย์ชนบท, มิถุนายน 2546)

## 1.4 การเปลี่ยนแปลงภายในกระทรวงสาธารณสุข ที่ส่งผลต่อทรัพยากรบุคคล

ในช่วงปี 2544 ถึง ปัจจุบันนั้นมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุข ทุกปีและเปลี่ยนแปลงผู้ที่รับผิดชอบ โครงการหลักประกันสุขภาพ (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) ดังกล่าวอยู่ตลอดเวลา ทำให้รูปแบบการดำเนินงานตามนโยบายมีการเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา การวิเคราะห์ผลกระทบทางด้านจึงต้องวิเคราะห์เป็นรายปีจึงจะสามารถเห็นภาพที่แท้จริงชัดเจนยิ่งขึ้น (จดหมายข่าว ชมรมแพทย์ชนบท, มิถุนายน 2546)

### 1.4.1 ช่วงที่ 1 : 6 ก.พ. 2544-30 ก.ย. 2544

เป็นช่วงแรกที่มีการทดลองนำนโยบายหลักประกันสุขภาพดังกล่าวมาใช้กับ 6 จังหวัด เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงระเบียบต่างๆเพื่อรองรับค่อนโยบาย งบประมาณลงสู่จังหวัดต่างๆตามรายหัว ประชากร ประกอบกับจังหวัดที่ทดลองส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดเป็นจังหวัดที่เคยได้รับงบประมาณน้อยในอดีต จึงทำให้ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นจากอดีตเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ โยบายนดังกล่าวส่งผลกระทบกับประชาชนในเชิงบวกอย่างชัดเจน ทำให้ทุกจังหวัดถูกประชาชนและกระแสสังคมบีบให้ต้องเข้าร่วม โครงการนี้ทั้งประเทศ และเนื่องจากผู้บริหารยุคนี้เป็นผู้บริหารที่มีแนวคิดในการปฏิรูปเป็นพื้นฐาน และเป็นผู้ที่ร่วมเสนอนโยบายนี้ จึงพยายามผลักดัน โครงการหลักประกันสุขภาพนี้อย่างเต็มที่

การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนในปีดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นการเตรียมการด้านระเบียบ และหลักเกณฑ์ที่ต้องใช้เวลา ส่วนที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนโดยตรงเช่นการปรับสัดส่วนการจัดสรรแพทย์เฉพาะทางให้เน้นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเพิ่มขึ้นจากเดิมมีผู้สมัครเพียงปีละ 8-30 คน ทำให้ปีดังกล่าวมีผู้สมัครเรียนถึง 120 คน นอกจากนี้ยังลดจำนวนแพทย์เฉพาะทางในภาพรวมลงจากเดิมมีโควตาแพทย์ประจำบ้านรวมปีละประมาณ 700 โควตา เหลือเพียง 400 โควตาเศษเท่านั้น และเปลี่ยนสัดส่วนสังกัดโควตาแพทย์ประจำบ้าน โดยโรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลศูนย์ จากเดิมเคยได้รับถึงปีละ 600-700 โควตา เหลือเพียง 250 โควตา ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเดิมเคยได้เพียงปีละ 25-50 โควตา ในปีดังกล่าวได้รับถึง 150 โควตา และเริ่มนำระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (Geographic Information System, GIS) มาใช้ในการกำหนดจำนวนแพทย์เฉพาะทาง และ

ในระหว่างนี้ได้แก้ไขระเบียบหลักเกณฑ์ต่างๆเช่น

1.ยกเลิกกรอบอัตรากำลังกรอบที่ 3 ซึ่งเดิมกรอบนี้สร้างปัญหาให้กับหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานเป็นจำนวนมาก เช่น โรงพยาบาลชุมชน บางแห่งมีประชากรในความรับผิดชอบมากก็กำหนดอัตรากำลังให้น้อยมากไม่เพียงพอ และยังไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงเช่นฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและฝ่ายสุขภาพจิตซึ่งต้องทำหน้าที่ดูแลงานเวชปฏิบัติครอบครัว รวมทั้งสถานีอนามัยมีน้อย

มาก ไม่เพียงพอต่อความต้องการ ด้านเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานไม่ตรงตามตำแหน่งก็ไม่สามารถเติบโตตามสายงานได้ จึงได้มีการยกเลิกกรอบอัตรากำลังดังกล่าว ผลของการยกเลิกทำให้สามารถย้ายตำแหน่งให้ตรงตามผู้ปฏิบัติงาน ทำให้สามารถวิเคราะห์งบประมาณด้านบุคลากรได้ชัดเจนขึ้น และรองรับต่อวิธีการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวที่รวมเงินเดือนไว้ด้วย และกรอบอัตรากำลังสามารถยืดหยุ่นได้ภายในกระทรวงสาธารณสุข และการที่กำหนดไม่ให้มีการย้ายจากหน่วยบริการไปหน่วยบริหาร ทำให้มีบุคลากรปฏิบัติงานบริการมากขึ้นทันที

2. แก้ไขระเบียบการจ้างลูกจ้างชั่วคราวกับกรมบัญชีกลาง จนสามารถจ้างบุคลากรจากภายนอก เพื่อทดแทนการจัดสรร การกระจายที่ไม่มีคุณภาพ ไม่เพียงพอในอดีตได้สะดวก คล่องตัวทันเวลามากขึ้น ทำให้การดำเนินการจ้างบุคลากรลดขั้นตอน จากเดิมที่ทุกอัตราต้องขอผ่านกรมบัญชีกลาง ในปัจจุบันผู้บริหารหน่วยงานในพื้นที่สามารถอนุมัติการจ้างได้ทันที รวมทั้งการขยายกลุ่มวิชาชีพ ทำให้สามารถจ้างวิชาชีพต่างๆ เช่น นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ ฯลฯ เพื่อมาดูแลประชาชนในพื้นที่ได้สะดวกมากยิ่งขึ้น ดังเช่นในโรงพยาบาลชุมชนภูกระดึง รพ.ชุมพวง รพ.ด่านซ้าย รพ.สิชล รพ.บางน้ำเปรี้ยว ฯลฯ ในขณะที่ในอดีตนอกจากไม่มีงบประมาณแล้วถึงมีงบประมาณการจ้างแต่ละครั้งแต่ละตำแหน่งยากมากเพราะต้องขอล่วงหน้าเป็นปี และบางครั้งกรมบัญชีกลางก็ไม่อนุมัติ เนื่องจากกรมบัญชีกลางดูตามกรอบอัตรากำลังที่สำนักงาน ก.พ.กำหนด ซึ่งไม่เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของกระแสโลก

3. ได้มีการเตรียมการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่นกระทรวงการคลัง สำนักงบประมาณกรมบัญชีกลาง สำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อเปลี่ยนแปลงระเบียบเงินบำรุง และปรับปรุงระเบียบค่าตอบแทนและข้อบังคับว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนจนสามารถลงนามได้ในเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2544 ในที่สุด โดยปรับระเบียบดังกล่าวให้ยืดหยุ่น คล่องตัว สอดรับกับความเป็นจริงมากขึ้น ทำให้พื้นที่ห่างไกล ทุรกันดาร ได้รับความเป็นธรรมและมีอำนาจการซื้อสูงขึ้น ดังที่ได้กล่าวเบื้องต้นไปแล้ว

#### 1.4.2 ช่วงที่ 2 : 1 ต.ค. 2544-30 ก.ย. 2545

เป็นช่วงที่ทุกจังหวัดประกาศตนร่วมโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ภายใต้ผู้บริหารคนใหม่ที่มีแนวโน้มมีแนวคิดด้านอนุรักษ์ ในขณะที่ฝ่ายนโยบายยังคงมุ่งมั่น จริงจัง ในการปฏิรูป จึงทำให้ฝ่ายที่ต่อต้านนโยบายเป็นไปค่อนข้างลำบาก เนื่องจากเกิดแรงเฉื่อยจากปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากรในระดับจังหวัด (capitation ระดับจังหวัด) แต่งบประมาณจากจังหวัดลงสู่อำเภอ (Contracting Unit for Primary Care, CUP) มีความหลากหลาย บางแห่งรวมเงินเดือนระดับอำเภอ บางแห่งรวมเงินเดือนระดับจังหวัด บางแห่งใช้แบบผสม ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือในกรณีจังหวัดที่มีการรวมเงินเดือนระดับอำเภอ ผู้บริหารทั้งหมดเริ่มมีจิตสำนึกด้านการกระจายบุคลากรมากขึ้น ทำให้หน่วยงานที่มีบุคลากรมากเริ่มคลายบุคลากรออก

และไม่รับบุคลากรที่จะย้ายเข้ามาใหม่รวมทั้งโควตานักเรียนทุนจบใหม่ที่มีเพียงพอแล้ว เช่นจังหวัด พังงาราชบุรี อุทัยธานี และหลายจังหวัดในภาคกลาง เช่นสิงห์บุรี นครนายก อ่างทอง เป็นต้น

หลายจังหวัดที่ขาดแคลนบุคลากรมาก แต่กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนให้ไม่เพียงพอ และไม่ทันการ เมื่อมีงบประมาณเพียงพอ ก็แสวงหาและรับบุคลากรจากหน่วยงานอื่นๆเช่นจังหวัด ศรีสะเกษ ส่งรถบัสไปรับพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ถึงมหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดนครราชสีมาใช้ เงินจ้างบุคลากรไปเรียนเพิ่มเติมจากโควตาที่ได้รับจัดสรรปกติ โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งจ้าง พยาบาลและบุคลากรอื่นเช่นนักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ มาทำงานเสริมจาก ข้าราชการและพนักงานของรัฐเป็นจำนวนมาก เช่นโรงพยาบาลเดชอุดม ต้องจ้างพยาบาลและ บุคลากรอื่นเพิ่มไม่ต่ำกว่า 40 คน เพื่อให้พอต่อการรองรับการเข้าถึงบริการของประชาชนในศูนย์ สุขภาพชุมชน แต่เนื่องจากนโยบายยังเป็นไปอย่างกระท่อนกระแท่น บางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึง ยังไม่สามารถปรับตัวได้ทัน เช่น ยังจัดสรรโควตานักเรียนของกระทรวงสาธารณสุข เป็นไปใน แบบเดิมคือแปรตาม supply side โดยยังจัดให้ภาคกลางที่มีบุคลากรมากแล้วเท่ากับภาคอีสานที่ขาด แคลนบุคลากรมาก

ส่วนกรณีการจัดสรรแพทย์ไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ได้ปรับให้สอดคล้องกับ นโยบาย โดยจัดสรรตามจำนวนประชากร ทำให้หลายจังหวัดในอดีตที่ขาดแคลนแพทย์อย่างรุนแรง ได้รับการจัดสรรให้มีความเสมอภาคกับจังหวัดอื่น เช่นจังหวัดหนองบัวลำภูได้รับการจัดสรรถึง กว่า 40 คน จังหวัดอุบลราชธานีได้รับการจัดสรรถึง 120 คน จังหวัดศรีสะเกษได้รับการจัดสรรถึง 100 คน ซึ่งหากยึดกรอบเดิม ซึ่งยึดตามขนาดโรงพยาบาล(supply side) จังหวัดเหล่านี้ก็จะแทบ ไม่ได้แพทย์เลย การที่สามารถปรับให้โรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศมีความเสมอภาคกันในด้าน ปริมาณงาน(เฉลี่ยความขาดแคลน) และชดเชยโอกาสจากระบบค่าตอบแทนทำให้แพทย์บางท่าน ยอมเปลี่ยนใจอาสาสมัครย้ายจากพื้นที่เจริญมาที่ห่างไกล เช่นแพทย์โควตาจังหวัดสุโขทัยขอย้ายมา ปฏิบัติงานที่รพ.กันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ในอดีตหลายคนเมิน รวมทั้งการจัดสรรแพทย์ ประจำบ้านก็ได้มีการใช้ GIS เป็นเครื่องมือและปรับสัดส่วนการจัดสรรแพทย์เฉพาะทางใน ภาพรวมลดลงเป็น 333 โควตา(จากเดิมเป็น 600-700และ400 อัตรา) และปรับสัดส่วนให้ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ลดลงจากเดิม 250-600-700 โควตา ลงเหลือเพียง 133 โควตา และโรงพยาบาลชุมชนจากเดิมมีโควตาเพียง 25-50-150 โควตา ก็ได้รับโควตาเป็น 200 โควตา ซึ่ง ไม่ค่อยปรากฏมาก่อนในประวัติศาสตร์ชาติไทยที่โรงพยาบาลชุมชน 726 แห่งจะได้รับโควตามากกว่า โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ 92 แห่ง และเริ่มมีการเปิดแพทย์เฉพาะทางสาขารองบางสาขา เช่นจักษุแพทย์ หูคอจมูก ให้โรงพยาบาลชุมชน ขนาดใหญ่มาๆด้วยเช่น รพ.ทุ่งสง รพ.ชุมแพ รพ. เดชอุดม รพ.นางรอง เป็นต้น หลายหน่วยงานหลังจากที่ดำเนินงานไประดับหนึ่งเริ่มกระจาย บุคลากรลงสู่สถานีอนามัยมากขึ้น และพยายามพัฒนาให้เป็นไปตามนโยบาย ที่ต้องการให้เกิด บริการใกล้บ้านใกล้ใจ จึงนำแพทย์และบุคลากรลงไปบริการยังศูนย์สุขภาพชุมชน(PCU) บางแห่ง

สามารถกระจายพยาบาล ไปอยู่สถานีอนามัยได้อย่างมากมาย เกือบเต็มอัตรากำลังเช่นรพ.ภูกระดึง รพ.ปางศิขลน รพ.น้ำพอง รพ.ระโนด เป็นต้น บางแห่งสามารถขยายบริการนอกเวลาราชการมากขึ้น ขยายทั้งแนวตั้งและแนวนอน เช่นขยายบริการทั้งในวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์ รวมทั้งขยายเวลาเลขกว่า 16.30 น. ไปอีก บางแห่งสามารถจ้างแพทย์เฉพาะทางมาดูแลผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลชุมชน โดยไม่ต้องส่งผู้ป่วยไปรพ.ขนาดใหญ่ไกลๆ เช่นเจริญศัลยแพทย์ จักษุแพทย์มาผ่าตัดที่โรงพยาบาลชุมชน เช่นรพ.สิชล รพ.ชุมพวง รพ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.บ้านนา เป็นต้น ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น หลายหน่วยงานได้เริ่มดำเนินงานเชิงรุกอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดบริการใกล้บ้านใกล้ใจ สร้างสุขภาพ ทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง ผู้ป่วยในลดลงอย่างมาก ค่าใช้จ่ายของประชาชนและรัฐบาลลดลงอย่างมาก ทำให้เกิดประสิทธิภาพกับระบบโดยรวม

ส่วนจังหวัดที่ไม่รวมเงินเดือน ก็มีการปรับตัวบ้างแต่น้อยกว่าจังหวัดที่รวมเงินเดือน เนื่องจากระบบงบประมาณยังไม่ส่งผลกระทบ กระตุ้นให้ผู้บริหารปรับตัวมากพอ

### 1.4.3 ช่วงที่ 3 : 1 ค.ศ. 2545-ปัจจุบัน

ทิศทางผู้บริหารชุดนี้ค่อนข้างชัดเจนในแนวคิดด้านการอนุรักษ์ ถึงแม้รัฐมนตรีว่าการจะเป็นคนเดิม (รัฐมนตรีช่วยว่าการเปลี่ยนใหม่) มีการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลนโยบายใหม่ โดยเฉพาะผู้ดูแลเรื่องงบประมาณและกำลังคน กล่าวคือด้านงบประมาณเกิดความสับสน ไม่แน่นอน เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุข ที่มีอำนาจตามบทเฉพาะกาล เปลี่ยนแปลงแนวคิดและหลักการการจัดสรรงบประมาณตลอดเวลา ทำให้ในระดับพื้นที่สับสนเป็นอย่างมากว่า สุดท้ายแล้วกระทรวงสาธารณสุขจะยึดหลักการแบบใด จะเป็นตามรายหัวประชากร หรือเป็นไปตามขนาดโรงพยาบาล หากจัดสรรตามรายหัวเป็นรายหัวประชากรจะรวมเงินเดือนระดับจังหวัด หรือระดับประเทศ

ถึงที่สุดแล้วกระทรวงสาธารณสุขจะจัดสรรงบประมาณแบบใดก็ยังไม่แน่ชัด ทำให้ทุกหน่วยงาน ไม่สามารถวางแผนการจัดการในระยะยาวได้ ทำให้หลายหน่วยงาน ที่มีความกระตือรือร้นในการพัฒนาเริ่มเกิดความท้อถอย หหมดกำลังใจ ไม่มั่นใจในแนวทางการปฏิรูป ทำให้เกือบทั้งประเทศขณะนี้ดำเนินการแบบกลับหลังหัน คือถอยและดึงแพทย์และพยาบาลกลับโรงพยาบาลหมดสิ้น เนื่องจากงบประมาณหลังผ่านไป 8 เดือน พบว่างบประมาณกลับได้รับเพียงร้อยละ 56 เท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลชุมชนในภาคอีสานต้องมีหนี้สินมาก

ผลของการจัดสรรงบประมาณและทิศทางที่ไม่ชัดเจนดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ปีนี้แพทย์ลาออกจากโรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 600 คนอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน เนื่องจากขาดแรงจูงใจดังกล่าว และไม่เห็นอนาคตในโรงพยาบาลชุมชนประกอบกับทิศทางการกระจายแพทย์ สับสนอย่างมาก แทนที่จะพิจารณาตามเกณฑ์ประชากร กลับพิจารณาตามใจผู้จัดทำให้ 22 จังหวัดทั้งประเทศมีแพทย์ลดลง เช่นจังหวัดภูเก็ตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนลดลงไปร้อยละ 50 จังหวัดชุมพรแพทย์ลดลงร้อยละ 30 รพ.นาแห้ว จ.เลยซึ่งห่างไกลจากจังหวัดเลยถึง 125 ก.ม.เดิมมีแพทย์ 2

คน กลับต้องเหลือแพทย์เพียง 1 คน รพ.ภูกระดึง จ.เลยที่ดูแลประชากรกว่า 60,000 คน เดิมเคยมีแพทย์ 4 คน กลับเหลือแพทย์เพียง 3 คน ทำให้เดิมเคยจัดแพทย์และทีมงานไปจัดบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนทุกวัน ไม่มีวันหยุดราชการก็ต้องบริการในวันหยุดราชการไปอย่างน่าเสียดาย ทำให้ประชาชนกว่า 24,000 คนเดือดร้อนเป็นอย่างยิ่ง เป็นต้น ในขณะที่ในภาคกลางกระทรวงสาธารณสุขกลับจัดสรรแพทย์ไปให้เพิ่มขึ้นอย่างมากเช่นจังหวัดปทุมธานี นอกจากรับแพทย์ที่โยกย้ายมาแล้วยังได้รับจัดสรรแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 อีก 10 คน เป็นต้น ทำให้คาดการณ์ได้ระหว่างปีนี้และปีหน้าแพทย์จะยิ่งลาออกมากขึ้นอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน และอาจจะเกิดปรากฏการณ์ที่โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งไม่มีแพทย์เลยเหมือนในปี 2540 เพราะนอกจากโรงพยาบาลชุมชนที่ห่างไกล ทูรกันดารจะไม่มีงบประมาณแล้ว แพทย์ที่ปฏิบัติงานยังมีโอกาสน้อยในการย้ายกลับภูมิลำเนา เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขให้รุ้น้องไปอยู่ก่อนแล้ว และหากให้ไปอีก แพทย์ที่เหลืออยู่ในโรงพยาบาลชุมชนไกลๆจะยังมีแพทย์ลดลง แต่ละคนก็จะทำงานหนักมากขึ้นและยังขาดแรงจูงใจก็จะยิ่งลาออกมากขึ้น ในชนบทก็จะยิ่งขาดแคลนมากจนเป็นวงจรในที่สุด (จดหมายข่าวชมรมแพทย์ชนบท, มิถุนายน 2546)

### 1.5 สถานการณ์การลาออกของแพทย์ในภาครัฐ

รายงานการสำรวจจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่าแพทย์ในสังกัดกระทรวง ได้ยื่นใบลาออกจากราชการเป็นจำนวนมาก นับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 จนถึงเดือน มี.ค. 2546 พบว่ามีแพทย์ที่เป็นข้าราชการและพนักงานของรัฐลาออกทั้งสิ้น 950 คน แยกเป็นปี 2544 จำนวน 271 คน (พนักงานของรัฐ 83 คน) ปี 2545 จำนวน 538 คน (พนักงานของรัฐ 162 คน) และปี 2546 จนถึงเดือน มี.ค. จำนวน 141 คน (พนักงานของรัฐ 73 คน) จำนวนแพทย์ที่ลาออกคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอีกเนื่องจากในวันที่ 31 มี.ค. ของทุกปีจะเป็นวันครบกำหนดของการใช้ทุนในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ ซึ่งตัวเลขดังกล่าวเมื่อเทียบกับในอดีตจะสูงกว่าปกติที่มีแพทย์ลาออกจากราชการเฉลี่ยปีละประมาณ 200 คนเท่านั้น ทำให้โรงพยาบาลบางแห่งเกิดวิกฤติขาดแคลนแพทย์ต้องใช้วิธีรับสมัครจ้างแพทย์มาทำงานรับค่าตอบแทนเดือนละ 4 หมื่นบาท เช่น โรงพยาบาลหาดใหญ่ มีแพทย์ลาออกไปในปี 2545 จำนวน 14 คน หรือโรงพยาบาลบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม แพทย์ลาออกไป 3 คน เป็นต้น (“เคลนิวิสต์”, 31 มีนาคม 2546)

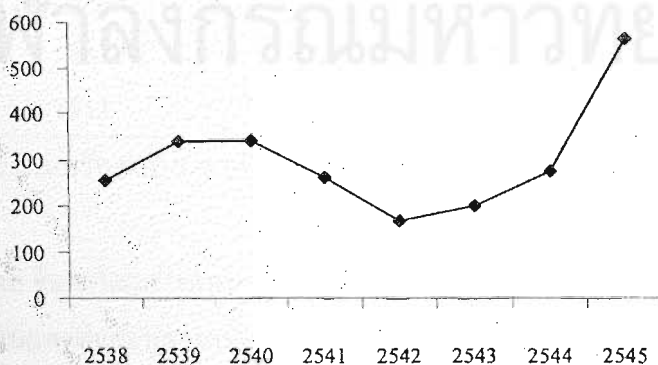
จากการรวบรวมข้อมูลของแพทยสภา พบว่าแพทย์ลาออกจากกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในปี 2545 โดยมีแพทย์ที่ลาออก ในช่วงตั้งแต่ปี 2544 ถึง 15 มีนาคม 2546 รวมทั้งสิ้น 1105 คน



ตารางที่ 1.1 : ข้อมูลแพทย์ลาออกปี 2542-2546 รวบรวมโดยแพทยสภา ถึงวันที่ 15 มีนาคม 2546

	2542	2543	2544	2545	2546
1. กระทรวงสาธารณสุข	210	221	329	599	177
2. คณะแพทยศาสตร์					
- ศิริราชพยาบาล	7	10	23	15	12
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	7	7	1	5	2
- มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	23	32	23	24	18
- มหาวิทยาลัยขอนแก่น	28	34	28	27	10
- รามาธิบดี	6	4	6	9	4
- มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	20	16	26	28	21
- พระมงกุฎเกล้า	2	-	1	-	1
- มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	5	-	1	-	-
- วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กทม.	1	3	6	4	14
- มหาวิทยาลัยนเรศวร	-	3	5	5	7
3. กรมแพทยทหารบก	7	13	21	11	23
4. กรมแพทยทหารอากาศ	19	21	32	34	14
5. กรมแพทยทหารเรือ	7	7	6	17	16
6. สนง.แพทย์ใหญ่ตำรวจ	-	4	5	4	8
7. สำนักงานแพทย์ กทม.	8	7	4	20	7
<b>รวม</b>	<b>350</b>	<b>382</b>	<b>517</b>	<b>802</b>	<b>334</b>

แผนภูมิที่ 1.1 : จำนวนแพทย์ที่ลาออก ปี 2538-2545



(ที่มา: น.พ.ทักษพล ธรรมรังสี สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)

ในกลุ่มแพทย์ที่ลาออกในช่วงปี พ.ศ.2544 และ 2545 นี้ พบว่า แพทย์กลุ่มนี้มักเป็นแพทย์ที่มีอายุน้อย จบการศึกษามาไม่นาน มีค่ามัธยฐานอายุที่ 28 ปี ร้อยละ 63.27 เป็นแพทย์ทั่วไป และ ร้อยละ 21.2 มีสถานภาพเป็นพนักงานของรัฐ ซึ่งแสดงว่าในกลุ่มพนักงานของรัฐที่ลาออกนี้ยังไม่หมดพันธะการใช้ทุนรัฐบาล 3 ปี เนื่องจากการบรรจุพนักงานของรัฐเริ่มในปี พ.ศ.2543 และ ร้อยละ 55 มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล สถานที่ปฏิบัติงานสุดท้ายก่อนลาออกพบว่ากว่าครึ่งหนึ่งเป็นการลาออกจากโรงพยาบาลชุมชน

จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่า จำนวนแพทย์ที่ลาออกจากระบบราชการ โดยเฉพาะจากหน่วยงานในสังกัด ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้บริการในเขตภูมิภาค นั้นเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในปี 2545 จนมีอัตราการสูญเสียจากระบบมากถึง ร้อยละ 32.2 ดังแสดงใน ตารางที่ 1.2 และมีความน่าจะเป็นที่ขนาดของปัญหาจะคงที่และเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 1.2: แสดงจำนวนแพทย์ที่จบใหม่ ขอกลับเข้ารับราชการ และลาออก

ปี	แพทย์ที่จบใหม่	ขอกลับเข้ารับราชการ	แพทย์ที่ลาออก	สูญเสียสุทธิ (ร้อยละ)
2537	526	0	42	8
2538	576	0	71	12.3
2539	568	0	98	17.3
2540	579	30	205	30.2
2541	618	93	117	3.8
2542	830	168	63	-12.6
2543	893	92	133	4.6
2544	883	67	135	7.7
2545	913	22	316	32.2

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์

น.พ.อำพล จินดาวัฒนะ(จดหมายข่าว ชมรมแพทย์ชนบท, มิถุนายน 2546) แสดงความเห็น ว่าปัญหาขาดแคลนแพทย์และบุคลากรในชนบทมีความอ่อนไหวมาก เมื่อใดที่ปัจจัยสำคัญในสังคมเปลี่ยนแปลง ปัญหานี้จะถูกกระทบรุนแรงทันที ช่วงที่เศรษฐกิจดี แพทย์ไหลออกจากชนบทมากตามแรงดึงดูดของธุรกิจการแพทย์เอกชนที่เฟื่องฟู พอเข้าสู่ช่วงวิกฤตเศรษฐกิจสถานการณ์กลับกัน มาถึงวันนี้

เกิดปรากฏการณ์แพทย์ไหลออกจากชนบทรุนแรงอีก แต่ครั้งนี้มีปัจจัยสำคัญเข้ามาเสริมแรงกระทบพร้อมกันถึงสามปัจจัยสำคัญได้แก่

1. รัฐบาลยกเลิกการบรรจุแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุขจบใหม่ เข้าเป็นข้าราชการตามนโยบายลดขนาดกำลังคนภาครัฐ ตั้งแต่ปี 2543 ทำให้บุคลากรอยู่ในฐานะพนักงานของรัฐที่มีความมั่นคงน้อยกว่า พอถึงปี 2545 แพทย์ทำงานชดใช้ทุนครบ 2 ปี เมื่อมีทางไปที่ดีกว่า จึงไม่ลังเลที่จะไหลเข้าเมือง ยังมีปัจจัยอีก 2 ข้อคั่นและดึง จึงลาออกกันมากและจะมากขึ้นไปอีก ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเชื่อว่าเป็นเหตุทำให้แพทย์และบุคลากรและสาธารณสุขในชนบทขาดความมั่นคง และขอเรียกร้องรัฐบาลให้บรรจุเป็นข้าราชการทั้งหมดเหมือนเดิม

2. โครงการหลักประกันสุขภาพ (30 บาทรักษาทุกโรค) ซึ่งวางอยู่บนหลักการจัดสรรงบประมาณต่อหัวประชากร (capitation) เพื่อส่งไปให้โรงพยาบาลจัดบริการประชาชนอย่างถ้วนหน้า เงินนี้รวมค่ายา ค่าใช้จ่ายทุกชนิด เงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุขอยู่ด้วย การจะทำให้ระบบเดินไปได้ดี กระทรวงสาธารณสุขต้องเกลี้ยคน เกลี้ยทรัพยากร เกลี้ยเงินจากโรงพยาบาลใหญ่ที่มีทรัพยากรเกิน โดยเกลี้ยคนที่ส่งลงไปโรงพยาบาลเล็กในชนบท แต่ในทางปฏิบัติยังทำได้น้อยมาก แถมนี่ข้อมูลชัดเจนว่า เงินยังลงไปโรงพยาบาลใหญ่ในเมืองในสัดส่วนที่สูงกว่าลงไปโรงพยาบาลเล็กในชนบทอีกด้วย งานในโรงพยาบาลเล็กก็ล้นมือมากขึ้นเพราะประชาชนใช้สิทธิมากขึ้น ในขณะที่คนจำกัด เงินจำกัด ประกอบกับกลัวปัญหาถูกฟ้องร้องหากทำอะไรผิดพลาด จึงเป็นแรงผลักดันให้แพทย์ไหลออกจากชนบทโดยไม่ลังเลใจ (ซึ่งพบว่าเกิดทั้งกับแพทย์ที่ชดใช้ทุนยังไม่ครบ ที่ครบใหม่ๆ และแพทย์ที่จบมานานแล้วด้วย) ภาวะเช่นนี้จะรุนแรงมากขึ้นจนถึงขั้นวิกฤตในเร็ววันนี้อย่างแน่นอน ถ้าไม่แก้ไขให้ตรงจุด

3. แรงดูดของธุรกิจการแพทย์เอกชน ซึ่งกำลังเติบโตอย่างมาก ตามทิศทางนโยบายของรัฐบาลทำให้แพทย์ไหลเข้าเมือง

หลังวิกฤตเศรษฐกิจปี 2540 รัฐบาลมีนโยบายดึงชาวต่างประเทศเข้ามาใช้บริการแพทย์ในประเทศไทยในหลายๆ รูปแบบ โดยคาดว่าจะมีรายได้เข้าประเทศปีละ 8,000 ล้านบาท (ปี 2544) และเพิ่มเป็นปีละ 50,000 ล้านบาท ในอนาคตอันใกล้ธุรกิจการแพทย์เอกชนขานรับนโยบายนี้อย่างรวดเร็ว มีข้อมูลว่าปี 2544 เฉพาะ โรงพยาบาลเอกชนเพียง 7 แห่งใน กรุงเทพฯ มีชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการเกือบ 5 แสนคน ถ้ารวมทั้งประเทศคาดว่ามียกกว่า 1 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

นอกจากนั้น ผลจากการประชุมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อกำหนดท่าทีในการเจรจาการค้าบริการใน World Trade Organization (WTO) รอบ Doha (Doha Development Agenda) มีข้อเสนอให้ขอให้ประเทศร่ำรวยที่รัฐบาลของเขาจัดหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนของตน ขอมให้ประชาชนของเขามารับบริการแพทย์ในประเทศไทย โดยเบิกค่าใช้จ่ายจากกองทุนในประเทศของเขาได้ ซึ่งถ้าเจรจาได้สำเร็จ ก็จะมีชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการแพทย์ในเมืองไทยเพิ่มอีกเป็นจำนวนมาก นำเงินเข้าประเทศได้มาก แต่ในขณะที่เดียวกันก็จะเป็นแรง

คู่มือแพทย์ไหลออกจากชนบทและส่วนภูมิภาคเข้า กรุงเทพฯและเมืองใหญ่เพิ่มขึ้น ("Bangkok Post", 15 สิงหาคม 2546)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) เปิดเผยว่า ในการประชุมคณะกรรมการ สศช.หรือบอร์ด ซึ่งมีนายทอง พิทยะ เป็นประธานได้รับทราบรายงานการประเมินโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขลาออกเป็นจำนวนมาก ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 จนถึงเดือน มี.ค.2546 ปัญหาที่พบคือบุคลากรขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานและความไม่แน่นอนในอนาคต เนื่องจากระบบกฎระเบียบในทางปฏิบัติไม่ชัดเจนและเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ ทำให้ผู้ให้บริการไม่สามารถคาดการณ์อนาคตของตัวเองได้ด้วยความมั่นใจ และไม่กล้าวางแผนดำเนินงานในระยะยาว และกระทรวงสาธารณสุขเองก็ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะสถานพยาบาลในระดับอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงสถานีอนามัย ("มติชน", 18 มิถุนายน 2546)

น.พ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายแพทย์สภา เปิดเผยว่า สถานการณ์แพทย์ลาออกจากราชการถือเป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง โดยเฉพาะหากตัวเลขการลาออกมีอยู่เกือบ 1,000 คน ในรอบ 3 ปี สำหรับสาเหตุสำคัญของการลาออกเชื่อว่าเหตุผลสำคัญมีหลายส่วนที่ต้องมาวิเคราะห์ อาทิ แพทย์ที่ใช้ทุนครบ 3 ปีแล้วอยากไปเรียนต่อในสาขาที่ต้องการแต่ต้นสังกัดไม่ส่งไปศึกษาจึงลาออกแล้วไปสมัครเรียนเอง หรือกรณีแพทย์ที่อยู่มานานแล้วลาออก เชื่อว่ากลุ่มนี้จะเป็นผลมาจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคและ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพราะแพทย์ต้องทำงานหนักมากขึ้นแต่มีความเสี่ยงที่จะถูกฟ้องร้องมากกว่าเดิม เมื่อลาออกไปอยู่โรงพยาบาล เอกชน เงินเดือนก็ได้มากกว่า เหนื่อยน้อยกว่า และโอกาสที่จะถูกฟ้องร้องก็จะน้อยลงตามไปด้วย และคาดว่ากระทรวงสาธารณสุข จะมีแพทย์ทยอยลาออก เพิ่มขึ้นอีก เพราะเมื่อแพทย์เหลือน้อยก็ต้องทำงานหนักและโอกาสเสี่ยงก็สูงขึ้นเป็นเงาตามตัว ("เดลินิวส์", 31 มีนาคม 2546)

สถานการณ์การขาดแคลนแพทย์ และ อัตราการลาออกของแพทย์ ดังกล่าว ทำให้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการสูญเสีย และ ต้องการทราบปัญหาและสาเหตุการตัดสินใจลาออกที่แท้จริง เนื่องจากไม่แน่ใจว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคและพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีภาระฟ้องไล่เบียดหมอบ ซึ่งทำให้แพทย์และสาขาใกล้เคียงต้องมีการระงับงานหนักขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็มีความเสี่ยงมากขึ้น หรือเหตุผลในเรื่องค่าตอบแทน โอกาสในการศึกษาต่อเนื่อง สถานะที่ไม่มั่นคงของพนักงานของรัฐเป็นเหตุผลสำคัญในการตัดสินใจ ลาออก

นางสุภารัตน์ เกตุราพันธ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวยอมรับว่ามีแพทย์ลาออกจริง แต่การระบุว่าแพทย์ลาออกเป็นเพราะโครงการ 30 บาท เป็นข้อมูลที่หายาก การที่แพทย์ลาออกมากเนื่องจากระบบราชการที่ไม่มีตำแหน่งรองรับ ไม่มีตำแหน่งเป็นข้าราชการ ดังนั้นเมื่อแพทย์ใช้ทุนเป็นเวลา 3 ปีครบ จึงลาออกจากราชการ ("มติชน", 20 มิถุนายน 2546)

น.พ.รัช สุนทรอาจารย์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวถึงภาพรวมทั่วประเทศปี 2546 มีแพทย์ลาออกมากกว่าทุกปีคือ จำนวน 569 ราย โดยในปี 2545 มีลาออกจำนวน 564 ราย 70% เป็นข้าราชการ ที่เหลือเป็นพนักงานของรัฐ และ ในปี 2546 แพทย์ลาออก 569 คน 64% เป็นพนักงานของรัฐ ที่เหลือเป็นข้าราชการ สาเหตุหลักอันดับ 1.ประกอบอาชีพส่วนตัว 2. ลาศึกษาต่อ 3.เหตุผลอื่น ๆ นอกจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นแล้ว เรื่องของรายได้ค่าตอบแทนภาครัฐ น้อยกว่าเอกชน ตลอดจนภาระงานที่มากขึ้น รวมทั้งยังมี พระราชบัญญัติชั้นสูตรพลิกศพ ที่ทำให้แพทย์ต้องออกชั้นสูตรศพด้วยตนเอง ทำให้แพทย์ลาออกจากราชการ (“กรุงเทพธุรกิจ” ,30 สิงหาคม 2546)

ด้านนางสาวสารี อ๋องสมหวัง เลขธิการมูลนิธิผู้บริโภค กล่าวว่า โครงการ 30 บาทไม่ได้เป็นต้นเหตุให้แพทย์ลาออกจากระบบ ซึ่งจริงๆ แล้ว ระบบ 30 บาท เป็นเหมือนกระโถนที่องพระโรงในช่วงที่คนตื่นตัวกับระบบสุขภาพ และอยากเห็นระบบสุขภาพ เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ดังนั้น สิ่งที่รัฐบาลควรกังวลและห่วงควรจะเป็นเรื่องที่กระทรวงสาธารณสุข จะต้องปรับระบบให้สอดคล้องกับโครงสร้างใหม่ ขณะเดียวกันสาเหตุที่กระทรวงสาธารณสุข จะต้องตระหนักน่าจะเป็นเรื่องที่แพทย์ลาออกเพราะสมองไหลในเรื่อง health tour มากกว่า เนื่องจากรัฐบาลส่งเสริมให้มีการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หรือล่องสเคย์ โดยที่นักท่องเที่ยวที่เป็นผู้สูงอายุเข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพของไทย ซึ่งขณะนี้ โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งได้จัดโครงการดังกล่าวและให้ค่าตอบแทนกับแพทย์มาอยู่ในระบบที่สูงกว่ารัฐบาล หรือคิดเป็น 1 ใน 3 ที่อยู่ในภาคเอกชน ขณะนี้จากแพทย์ทั้งหมด 30,000 คน (“กรุงเทพธุรกิจ” . 18 มิถุนายน 2546)

ปัญหาการสูญเสียทรัพยากรบุคคล เป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากสามารถส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อองค์กร ประการแรก เป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในกระบวนการลาออก ค่าใช้จ่ายในการหาคนทดแทน ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมต่างๆ ประการที่สอง การสูญเสียความสามารถในการผลิตและการบริการ เช่น โรงพยาบาลก็อาจดูแลผู้ป่วยได้น้อยลง ประการที่สาม การส่งผลกระทบต่อคุณภาพ เนื่องจากกำลังบุคลากรมีไม่เพียงพอ และ ผู้มาใหม่อาจยังไม่มีความรู้ความชำนาญ ประการที่สี่ การสูญเสียโอกาสในการพัฒนาองค์กรให้ก้าวหน้า เนื่องจากคนที่เป็นกำลังสำคัญอาจลาออกไปแล้ว ประการที่ห้า การเพิ่มภาระงานของการบริหาร เนื่องจากต้องมาแก้ปัญหาที่ความมาจากการลาออกแทนที่จะเอาเวลาและทรัพยากรไปใช้ประโยชน์อย่างอื่น และ ประการสุดท้ายคือ การสูญเสียขวัญและกำลังใจของคนที่ยังอยู่ (Hom and Griffeth, 1995. Employee turnover . p.13)

คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่า ปัญหา การลาออกของแพทย์มีความสำคัญยิ่งต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ และเป็นเรื่องที่กำลังอยู่ในความสนใจของประชาชน ควรจะได้มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจลาออกของแพทย์ ในมุมมองที่เปิดกว้าง และเป็นกลาง เพื่อจะได้นำไปเป็นแนวทางในการหาทางแก้ไขให้เหมาะสม อันจะนำไปสู่การพัฒนา ระบบสาธารณสุข เพื่อตอบสนองเป้าหมาย และเพื่อก่อประโยชน์แก่ประเทศชาติและประชาชนสืบไป

## 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาถึง

- 2.1.1 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของแพทย์ภาครัฐ
- 2.1.2 ความคิดเห็นของแพทย์ต่อแนวทางในการแก้ปัญหาการลาออก
- 2.1.3 รูปแบบโครงสร้างปัจจัยอิทธิพลที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของแพทย์

## 3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 3.1 เพื่อเป็นข้อมูล ในการวางแผน แก้ปัญหาการสูญเสียทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์ในโรงพยาบาลภาครัฐ
- 3.2 เพื่อเป็นเครื่องมือในการปรับปรุงระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลและการกำหนดนโยบายการบริหารงานบุคคลทางการแพทย์

## 4. ขอบเขตของการวิจัย

- 4.1 กลุ่มเป้าหมาย : แพทย์ที่เคยปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขก่อนการลาออก ทั้งที่เป็นข้าราชการและพนักงานของรัฐ
- 4.2 ช่วงระยะเวลา : เป็นผู้ที่ได้รับอนุมัติให้ลาออกในช่วงตั้งแต่ 1 มกราคม 2544 ถึง 15 มีนาคม 2546
- 4.3 ตัวแปร : ศึกษาปัจจัยตัวแปรในเรื่อง เศรษฐกิจและสังคม แรงจูงใจ ลักษณะงาน นโยบาย ความผูกพันกับองค์กร และ ความพึงพอใจในงาน อันส่งผลกระทบต่อการทำงาน

## 5. คำนิยามศัพท์

แพทย์ภาครัฐ หมายถึง แพทย์ที่เคยสังกัดกระทรวงสาธารณสุขก่อนลาออก ทั้งที่เป็นข้าราชการและพนักงานของรัฐ

การลาออก หมายถึง การได้รับการอนุมัติให้ออกจากราชการโดยสมัครใจ

ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม หมายถึง ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น เช่น เพศ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา รายได้ ตำแหน่ง

ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่องานโดยภาพรวม ความรู้สึกนี้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความแตกต่างของความคาดหวังของบุคคลที่จะได้รับจากองค์กร กับสิ่งที่ได้รับจริง

การจูงใจ หมายถึง ปัจจัยที่กระตุ้นให้แพทย์มีขวัญและกำลังใจในการทำงาน เช่น การยกย่องให้เกียรติ ระบบสวัสดิการ ระบบค่าตอบแทนที่เหมาะสม ความมั่นคง

นโยบาย หมายถึง แนวคิดและแนวทางปฏิบัติที่กำหนดโดยรัฐ และประกาศให้ทราบทั่วกัน เช่น นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค

ภาระงาน หมายถึง หมายถึงสิ่งที่ได้รับมอบหมายให้ทำ ทั้งงานบริหาร งานวิชาการ งานบริการ

ค่าตอบแทน หมายถึง ค่าจ้างหรือค่าตอบแทนต่างๆที่บุคคลได้รับเนื่องมาจากการทำงานในองค์กร



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คณะผู้ศึกษาวิจัยได้ ทำการศึกษาหลักการ ทฤษฎี และแนวคิด จากหนังสือ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อ เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยนำเสนอตามลำดับดังนี้

#### 2.1 คำจำกัดความ

กรมแรงงานและสวัสดิการสังคม ได้ให้คำจำกัดความของการลาออก คือการสมัครใจที่จะ ออกจากองค์การ เช่น การลาออกเพื่อไปศึกษาต่อ ลาออกเพื่อไปประกอบอาชีพใหม่ เป็นต้น

#### 2.2 แนวคิด และ ทฤษฎี

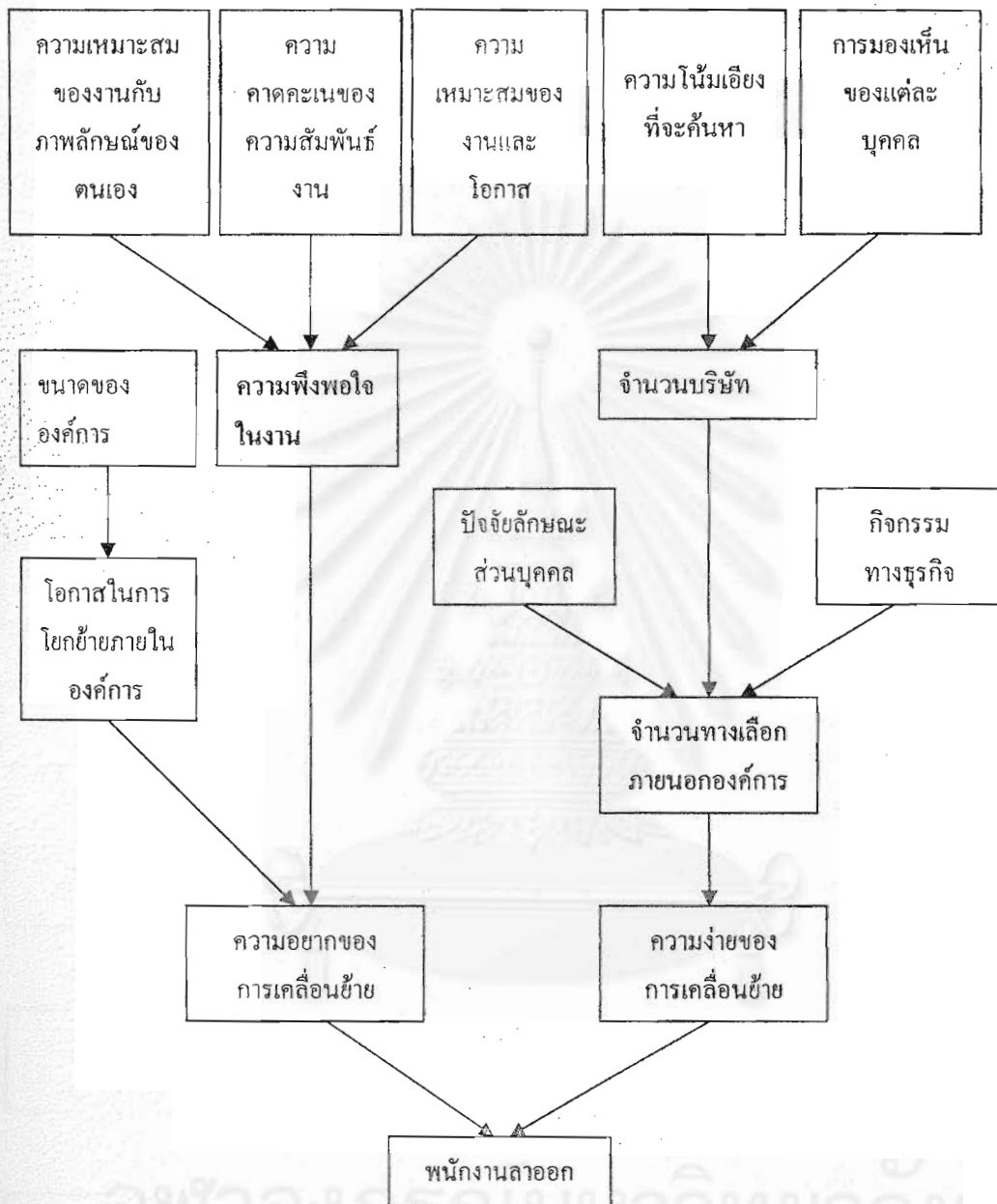
##### 2.2.1 ตัวแบบการลาออกตามแนวคิดของ มาร์ช และ ไชมอน (March and Simon)

มาร์ชและ ไชมอน (1958) เสนอทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับ ขวัญและกำลังใจของบุคคลากร เรียกว่า "Equity theory" ทฤษฎีนี้อธิบายความสัมพันธ์ของ ความสามารถขององค์การในการเสนอ ค่าตอบแทนแก่บุคคลากร ซึ่งจะตอบแทนโดยสร้างผลผลิตภาพ ให้กับองค์การ องค์การจะพยายามอย่าง ยิ่งที่จะกระตุ้นขวัญและกำลังใจบุคคลากรอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อให้สามารถทำงานได้ดีในระดับที่ องค์การคาดหวัง ดังนั้นการกระตุ้นขวัญและกำลังใจจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการรักษาบุคคลากรไว้

มาร์ชและ ไชมอน ชี้ให้เห็นปัจจัยที่ส่งผลต่อ ความพึงพอใจในงาน (แผนภูมิที่ 2.1) ซึ่ง ประกอบด้วย ธรรมชาติของงาน การกำกับดูแล ค่าตอบแทน ระดับการศึกษา และ ความเหมาะสม ของงาน นอกเหนือจากความพึงพอใจในงานแล้ว ขนาดขององค์การก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งด้วย



แผนภูมิที่ 2.1: ตัวแบบแรงจูงใจของมาร์ชและไซมอน



ที่มา: Hom and Griffeth (1995). Employee Turnover. South-Western College Publishing, Cincinnati, Ohio.

2.2.2 ตัวแบบการลาออกตามแนวคิดของ ไพรซ์ (Price)

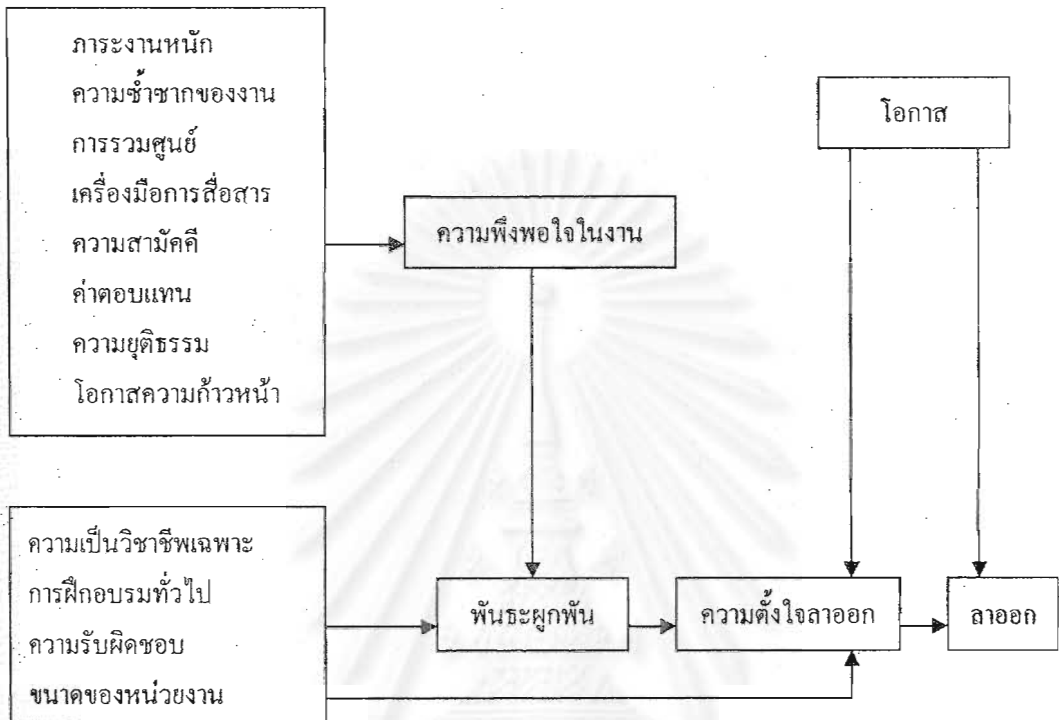
ตัวแบบการลาออกตามแนวคิดของ ไพรซ์ (1977) (แผนภูมิที่ 2.2) ไพรซ์ กล่าวว่า ค่าตอบแทน ความสามัคคีของพนักงาน ข้อมูลข่าวสารที่ส่งระหว่างพนักงาน และวิธีการสื่อสารที่เป็นทางการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลาออก แต่การรวมอำนาจ เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการลาออก และความพึงพอใจในงานกับโอกาสในการเลือกงานใหม่ เป็นตัวแปรที่กำหนดว่าบุคคลจะลาออกจากงานหรือไม่ กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความพึงพอใจในงานมาก จะเปลี่ยนงานน้อย และความไม่พึงพอใจในงานจะมีผลทำให้บุคคลตัดสินใจเปลี่ยนงาน ก็ต่อเมื่อบุคคลมีโอกาสในการเลือกงานใหม่สูง

แผนภูมิที่ 2.2 ตัวแบบของตัวแปรการลาออกเจมส์ ไพรซ์



ที่มา: Mobley WH (1982). Employee Turnover: Causes, Consequences, and Control. Addison-Wesley Publishing Company.

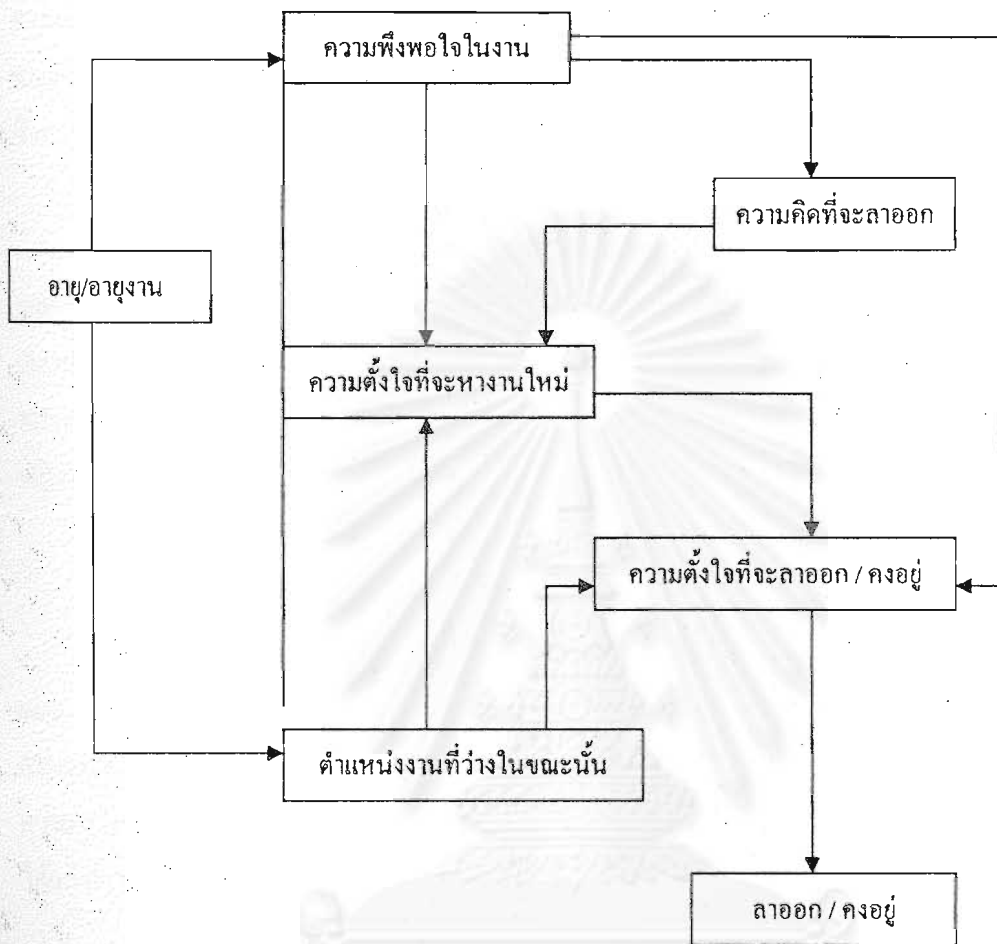
### แผนภูมิที่ 2.3 : ตัวแบบการลาออกของ ไพรซ์และมุลเลอร์



ที่มา : Price J and Mueller C (1986). Absenteeism and turnover of hospital employees. Greenwich, Conn., JAI Press.

ไพรซ์และมุลเลอร์ (1986) ได้ทำการวิจัย การขาดงานและการลาออกของบุคลากรในโรงพยาบาล และได้ปรับปรุงตัวแบบเดิม โดยทำเป็นรูปแบบโครงสร้างปัจจัย (Structural Model) งานวิจัยนี้พบว่า ภาระงานที่มากเกินไป ความซ้ำซาก การรวมอำนาจ โอกาสก้าวหน้า อาจส่งผลต่อความพึงพอใจในงานและความผูกพันต่อองค์กร เช่นเดียวกับ ความเป็นวิชาชีพ และการได้รับการฝึกอบรม

แผนภูมิที่ 2.4 : ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการลาออกของ มอบเลย์ และคณะ (Mobley and others)



ที่มา: Mobley, Horner and Hollingworth (1978). Journal of Applied Psychology.

2.2.3 ตัวแบบการลาออกตามแนวคิดของ มอบเลย์ และคณะ (Mobley, Horner and Hollingworth)

งานวิจัยที่ทำในบุคลากรของโรงพยาบาลอีกงานหนึ่ง ได้แก่ มอบเลย์ ฮอร์เนอร์ และ โฮลลิงเวิร์ธ (1978) ได้เสนอตัวแบบเกี่ยวกับการลาออกโดยสมัครใจ (แผนภูมิที่ 2.4) ซึ่งอธิบายว่า ความไม่พึงพอใจในงานของบุคคลเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้บุคคลคิดถึงการลาออก จากนั้นบุคคลจะเริ่มหางานใหม่ และถ้าบุคคลสามารถที่จะหางานใหม่ได้ บุคคลก็จะต้องตัดสินใจว่าจะทำงานอยู่ต่อไป หรือจะลาออก และเกิดเป็นพฤติกรรมการอยู่หรือลาออกจากองค์กรของบุคคลในที่สุด โดยมีตัวแปรที่สำคัญในกระบวนการของการลาออก คือ ตำแหน่งงานที่ว่างในขณะนั้น

มอเบเลย์ และคณะ ได้ทดสอบตัวแบบนี้กับบุคลากรที่ทำงานเต็มเวลาในโรงพยาบาล จำนวน 203 คน โดยใช้สมการถดถอยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ถึงแม้ว่าจะไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างความพึงพอใจในงานกับการลาออกจากงานโดยตรง แต่จากผลการวิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ความไม่พึงพอใจในงาน มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะลาออก ซึ่งความตั้งใจที่จะลาออกนั้น มีผลโดยตรงกับการลาออกจากงาน

นอกจากนี้ ได้มีนักวิชาการหลายท่าน ทำการศึกษาเพื่อทดสอบแนวคิดนี้ เช่น มิลเลอร์ เคเตอร์เบิร์ก และฮิวลิน ; โคเวอร์เดล และเทอร์เบิร์ก (Miller, Katerberg and Hulin, 1979 ; Coverdale and Terborg, 1980 , อ้างถึงใน สุทธาสินี พุทธิกำพล, 2529, p. 21 ) พบว่า ความตั้งใจที่จะลาออกและความพึงพอใจในงาน จะเป็นสิ่งที่คาดการณ์ลาออกหรือเปลี่ยนงานของบุคคลได้เป็นอย่างดี ซึ่งเป็นการสนับสนุนตัวแบบตามแนวคิดของมอเบเลย์ และคณะ (แผนภูมิที่ 2.5)

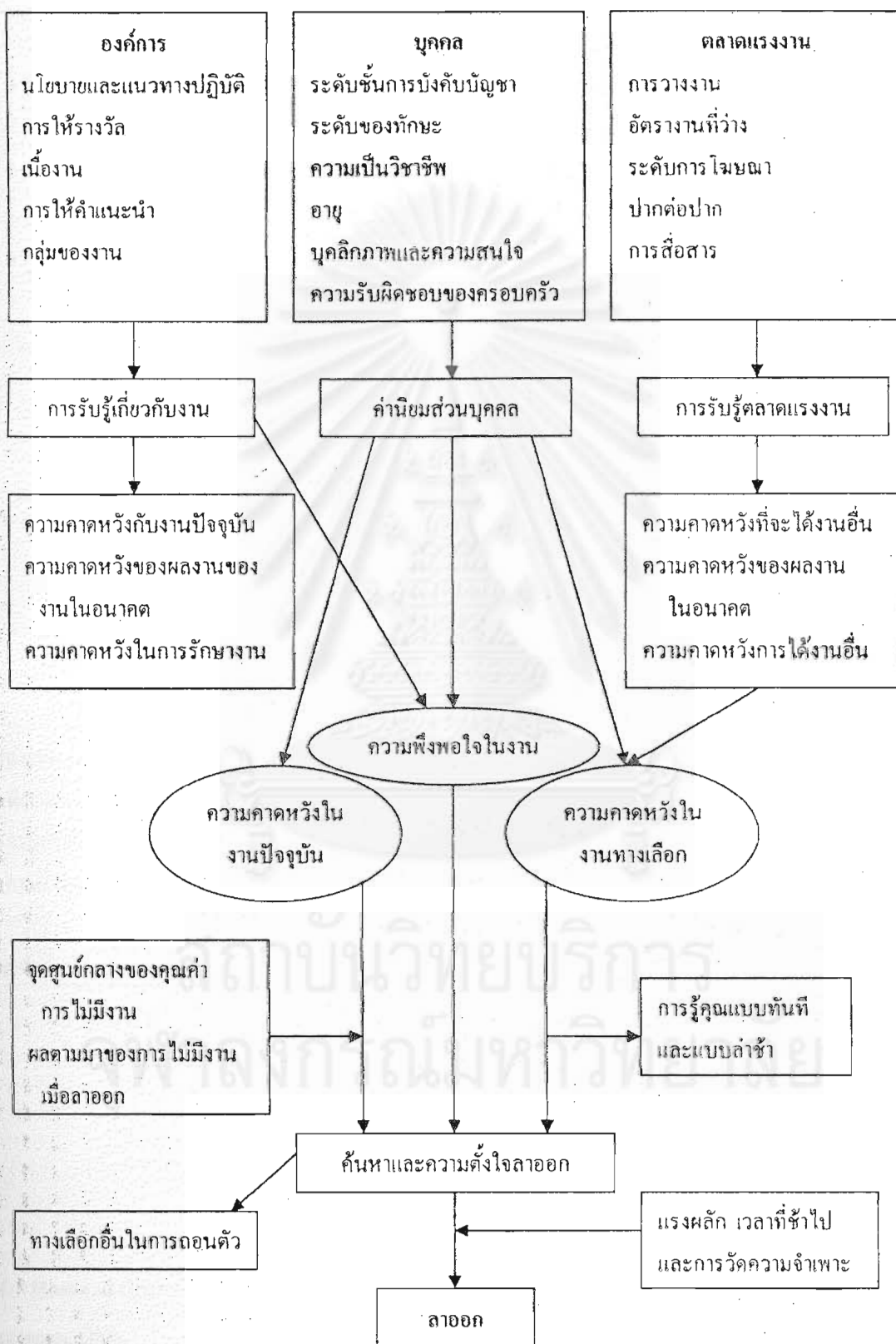
#### 2.2.4 ตัวแบบการลาออกตามแนวคิดของ Hom และ Griffeth

Hom และ Griffeth (แผนภูมิที่ 2.6) ได้วิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยต่างๆ แบบ meta-analysis พบความสัมพันธ์ของ ความผูกพันต่อองค์กร และ ความพึงพอใจในงาน กับ การแยกตัว การแสวงหางานใหม่ และการลาออก องค์ประกอบของความพึงพอใจ ได้แก่ ขอบเขตของงาน ความเครียด ความสามัคคีของกลุ่ม ค่าตอบแทน ความคาดหวัง ส่วนในด้านความผูกพันกับองค์กร ได้แก่ ความยุติธรรม ความมั่นคง การลงทุนในงาน เป็นต้น

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 2.5 ตัวแบบการลาออกของมอบลีย์



ที่มา : Mobley, Griffeth, Hand, and Meglino (1979). Psychological Bulletin.

แผนภูมิที่ 2.6 ตัวแบบการลาออกตามแนวคิดของ Hom



ที่มา : Hom and Griffeth (1995). Employee Turnover. South-Western College Publishing, Cincinnati, Ohio.

## 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลกับการลาออก

### 2.3.1 เพศ อายุและสถานภาพสมรส

กนกวิชการ สำนักงาน ก.พ. (2531) ทำรายงานการวิจัยเรื่องปัญหาการสูญเสียกำลังคนระดับสมองในข้าราชการพลเรือน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการที่ขอลาออกจากราชการในช่วง 1 ตุลาคม 2527 - 30 กันยายน 2530 จำนวน 1,684 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ พบว่า กลุ่มที่มีอัตราการลาออกสูงสุด ได้แก่ เพศชาย ช่วงอายุ 18-30 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี

กิตติพงษ์ มหารัตนวงศ์ (2532) ได้ศึกษาถึง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกของพนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค” โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า กลุ่มพนักงานที่มีการลาออกมากที่สุด คือ กลุ่มพนักงานที่มีอายุน้อย และยังเป็น โสดอยู่

เกริกเกียรติ ศรีเสริมโภค (2536) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจที่จะลาออกจากองค์การ : ศึกษากรณีสหกรณ์การเกษตรในประเทศไทย” โดยการใช้แบบสอบถามถามพนักงานฝ่ายจัดการของสหกรณ์ การเกษตรจำนวน 231 คน พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะลาออกจากองค์การอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุและรายได้ ในขณะที่ ตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส ตำแหน่ง ระยะเวลาในการทำงาน และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะลาออกจากองค์การ

เกสรรัตน์ สุขเกษม (2533) ทำการวิจัยเรื่อง “การสูญเสียบุคลากรในองค์การอาสาสมัครเอกชน : ศึกษาเฉพาะกรณีองค์การคาทอลิก รีฟ เซอร์วิสเซส” โดยใช้แบบสอบถามถามเจ้าหน้าที่ที่เป็นคนไทยจำนวน 62 คน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลความต้องการลาออกของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ อายุ ส่วนอิทธิพลของสถานภาพสมรส มีผลกระทบต่อความต้องการลาออกน้อย

ภัทรา ศรีเจริญ (2534) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการเปลี่ยนงานของพยาบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีพยาบาลในโรงพยาบาลศิริราช” โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการที่ทำงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป จำนวน 380 คน พบว่า ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อ ความต้องการเปลี่ยนงานของพยาบาล 3 ปัจจัย คือ ชีวิตส่วนตัว การควบคุมบังคับบัญชา และเงินเดือน/ค่าตอบแทน ส่วนปัจจัยรองที่มีอิทธิพล ได้แก่ ทักษะคิดวิเคราะห์ และอายุงานแต่ไม่มีอิทธิพลของสถานภาพสมรสกับการเปลี่ยนงาน



จริยาสวัสดิ์ สุขสวัสดิ์ (2535) ทำการวิจัยเรื่อง “ภาวะการขาดแคลนวิศวกรและนักประมวลผลข้อมูลของการไฟฟ้านครหลวง ศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2528-2533” โดยกลุ่มตัวอย่างเป็น วิศวกรและนักประมวลผลข้อมูลที่ยังคงทำงานอยู่และลาออกไปแล้ว นุเคราะห์ระดับบริหาร และระดับอำนาจการ และนักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์ภาคการศึกษาสุดท้ายในระดับอุดมศึกษาของรัฐ จำนวนทั้งสิ้น 251 คน โดยการใช้แบบสอบถาม พบว่า วิศวกรและนักประมวลผลข้อมูลที่ได้ลาออกจากการไฟฟ้านครหลวง ส่วนใหญ่เป็นชาย อายุ 26-30 ปี เป็นโสด การศึกษาระดับปริญญาตรี และรายได้ 10,001-15,000 บาทต่อเดือน

จूरिพร กาญจนการุณ (2536) ได้ศึกษา “ปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวโน้มการลาออกจากองค์กร : ศึกษากรณีข้าราชการมหาวิทยาลัยมหิดลในสาขาวิชาขาดแคลน” โดยการสอบถามข้าราชการในสาขาวิชาที่ขาดแคลนจำนวน 556 คน เกี่ยวกับแนวโน้มการลาออกจากองค์กร ความพึงพอใจในงานโดยรวม และความพึงพอใจในงานเฉพาะด้านต่าง ๆ พบว่า ข้าราชการส่วนใหญ่ที่มีอายุน้อย เพศหญิง และผู้ที่เป็็น โสดจะมีระดับแนวโน้มการลาออกจากองค์กรมากกว่า ข้าราชการที่มีอายุมาก เพศชาย และผู้ที่สมรสแล้ว

อารมณั์ จินดาพันธ์ (2536) ได้ศึกษา “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะเปลี่ยนงานของข้าราชการครู สำนักงานคณะกรรมการศึกษาเอกชน” โดยการใช้แบบสอบถามข้าราชการครูที่ปฏิบัติงานในหน่วยศึกษานิเทศก์ สำนักงานศึกษาริการเขต สำนักงานศึกษาริการจังหวัด โรงเรียนเอกชน ศาสนาอิสลาม และโรงเรียนเอกชนการกุศลของวัดในพุทธศาสนาจำนวน 484 คน โดยศึกษาตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะเปลี่ยนงาน 4 กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ ปัจจัยด้านงาน ได้แก่ ความหลากหลายของทักษะที่ใช้ เอกลักษณะของภาระกิจ ความสำคัญของภาระกิจ ความมีอิสระในการปฏิบัติงาน ข้อมูลย้อนกลับจากภาระกิจ และทัศนคติที่มีต่อระบบราชการ ปัจจัยด้านความพึงพอใจในงาน ได้แก่ ลักษณะของงาน เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา การเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่ง และรายได้ และปัจจัยด้านบทบาท ได้แก่ ความขัดแย้งในบทบาท ความคลุมเครือในบทบาทและภาระงานตามบทบาท พบว่า ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนงานของข้าราชการครูมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทุกด้าน โดยที่อายุและประสบการณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจที่จะเปลี่ยนงาน

อิกบาเรีย และซีกัล (Igbaria and Siegel, 1992) ได้ศึกษาถึงความตั้งใจลาออกจากงานของพนักงานสารสนเทศจำนวน 464 คน โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า อายุ อายุงาน ระยะเวลาที่ทำงาน ในตำแหน่งปัจจุบัน และจำนวนปีที่ทำงานในสายงานคอมพิวเตอร์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจลาออกขณะที่ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจลาออก

อิคบาเรีย และกรีนเฮ้าส์ (Igbaria and Greenhaus, 1992) ได้ศึกษาถึงตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจลาออกของพนักงานฝ่ายสารสนเทศ พบว่า ความพึงพอใจในงานมีอิทธิพลโดยตรงต่อความตั้งใจลาออก และผู้ที่มีอายุน้อยกว่า และมีการศึกษาสูงกว่า จะมีความต้องการลาออกมากกว่า

### 2.3.2 ตำแหน่งงาน

กมลวดี รุ่งเจริญไพศาล (2528) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “การลาออกของข้าราชการมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2522-2525” โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นข้าราชการที่ลาออกจำนวน 59 คน จากจำนวน 231 คน และมีแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล พบว่า ผู้ที่ลาออกส่วนใหญ่มีอายุ 26-35 ปี อายุราชการไม่ถึง 10 ปี และมีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ส่วนสาเหตุในการลาออกนั้น เป็นเพราะที่ทำงานแห่งใหม่ให้ค่าตอบแทนมากกว่า และมีโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงานสูงกว่าเดิม และเหตุผลที่สำคัญในการตัดสินใจลาออกจากราชการ ได้แก่การมีโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงานมากกว่า

สุชาติ วัชรโยธิน (2535) ได้ศึกษา “ปัญหาการลาออกจากงานของบุคลากรในองค์การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นระดับบริหารของธนาคาร กรุงไทย จำกัด” โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาถึงปัญหาการลาออกจากงานของพนักงานระดับบริหารของธนาคารกรุงไทยจำกัดที่ลาออกจากงานในปีพ.ศ. 2534 จำนวน 442 คน โดยการส่งแบบสอบถาม 220 ชุด และได้รับกลับคืน 63 ชุด พบว่า สาเหตุที่ทำให้พนักงานตัดสินใจลาออกเพราะได้รับค่าตอบแทนมากกว่า โอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงานสูงกว่า

ฮาร์ท โรเบิร์ตสัน ลิชเนอร์ และโรเซนเบลท (Hart, Robertson, Lishner and Rosenblatt, 1993) ได้สอบถามถึงเหตุผลในการลาออกของผู้ที่ทำงานในสายงานธุรการในโรงพยาบาลจำนวน 148 แห่ง พบว่า ในกลุ่มผู้ที่มีอายุงานน้อยกว่า 4 ปี ได้ระบุถึงเหตุผลในการลาออกจากงานที่มีความสำคัญอันดับแรก คือ ต้องการตำแหน่งที่ดีกว่า

### 2.3.3 เงินเดือน / ค่าตอบแทน

เนตรนภา ขุมทอง (2524) ศึกษาเรื่อง “ปัญหาการสูญเสียแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐสู่โรงพยาบาลเอกชน” พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐออกมาทำงานเต็มเวลาในโรงพยาบาลเอกชน คือ รายได้ต่ำ ส่วนสาเหตุที่ทำให้แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐออกมาทำงานบางเวลาในโรงพยาบาลเอกชน เนื่องมาจาก แรงจูงใจด้านรายได้เป็นสำคัญ

ชุตีศ รัตนทัศนีย์ (2525) ได้ศึกษาเรื่อง “การสูญเสียกำลังพลของกองทัพเรือ : ศึกษาเฉพาะกรณีลาออกจากราชการของนายทหารสัญญาบัตร” โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนายทหารชั้นสัญญาบัตรจำนวน 90 คน และใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ผลจากการศึกษาพบว่า ปัญหาที่สำคัญที่สุดของการลาออกของนายทหารสัญญาบัตรของกองทัพเรือ ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ

มณีมัย รัตนมณีและอนันต์ เกตุวงศ์ (2526) ได้ทำรายงานวิจัยเรื่องการลาออกของข้าราชการ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการพลเรือนทุกระดับของทุกกระทรวงทบวงกรมที่ลาออกในปี 2524 จำนวน 282 คน โดยใช้แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล พบว่า ผู้ที่ลาออกส่วนใหญ่ เป็นข้าราชการชั้นผู้น้อย (ระดับ 1-3) มีรายได้ต่ำ อายุราชการไม่ถึง 4 ปี อายุไม่เกิน 35 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อลักษณะงาน ไม่พอใจต่อปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของการทำงาน ได้แก่ นโยบายการบริหาร การควบคุมบังคับบัญชา เงินเดือน และสถานะการทำงาน และเหตุผลที่สำคัญในการลาออกจากราชการ คือ รายได้

จารุภรณ์ เกาละทัต (2528) ทำการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อการจูงใจในการทำงาน : ศึกษาเฉพาะกรณีเจ้าหน้าที่สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น” โดยการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่จำนวน 24 คน และทำการสัมภาษณ์ผู้ที่ลาออก / โอนย้ายจำนวน 11 คน พบว่า มูลเหตุของการลาออก / โอนย้าย เกิดจากการได้รับเงินเดือน / ค่าตอบแทนที่ไม่เป็นธรรม

สุทธาสินี พุทธิกำพล (2529) ทำการศึกษาเรื่อง “ทัศนคติของข้าราชการกรุงเทพมหานครสามัญที่ลาออกจากราชการ” โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ข้าราชการกรุงเทพมหานครสามัญที่สังกัดสำนักต่าง ๆ ของกรุงเทพมหานคร รวม 11 สำนัก และลาออกจากราชการในช่วงปี 2525-2528 จำนวน 176 คน พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ลาออกจากราชการ คือ ปัญหาเรื่องรายได้และผลประโยชน์ที่ได้รับ

กองวิชาการ สำนักงานก.พ. (2531) พบว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญอันดับแรกต่อการลาออก คือ ค่าตอบแทน โดยมุ่งประเด็นไปที่ เงินเดือนของทางราชการไม่เพียงพอแก่การครองชีพและจัดสวัสดิการไม่ดีพอ ความแตกต่างของเงินเดือน สำหรับงานลักษณะเดียวกัน ในภาครัฐบาล รัฐวิสาหกิจ และเอกชน การกำหนดค่าตอบแทนของทางราชการที่ไม่เป็นธรรม เนื่องจากไม่ได้คำนึงถึงหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นหลัก แต่คำนึงถึงจำนวนปีที่ศึกษา แต่ไม่ได้คำนึงถึงผลงาน กล่าวคือ ไม่ว่าจะทำงานมากหรือน้อยก็ได้รับเงินเดือนเท่ากัน

เกสรรัตน์ สุขเกษม (2533) พบว่า ระดับเงินเดือน มีผลกระทบต่อความต้องการลาออกน้อย

สุชาติ วัชรโยธิน (2535) พบว่า สาเหตุที่ทำให้พนักงานตัดสินใจลาออก เพราะได้รับค่าตอบแทนมากกว่า และเมื่อย้ายไปทำงาน ณ ที่แห่งใหม่แล้ว จะมีสภาพทางเศรษฐกิจดีกว่าเมื่อทำงานที่ธนาคารกรุงไทย จำกัด

ชุมพล เวสสุบุตร (2535) ศึกษาเรื่อง “ปัญหาการลาออกจากงานของบุคลากรในองค์การ: ศึกษาเฉพาะกรณีวิศวกรไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย” โดยการใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นพนักงานที่ได้ลาออกไปจำนวน 138 คน เมื่อสอบถามถึงการกลับเข้าทำงานในการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยอีก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่กลับเข้าทำงานอีก เพราะเงินเดือนต่ำเกินไป

เนลสัน (Nelson, 1990) ได้ทำการสำรวจถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงที่ทำงานดูแลเด็กในช่วงกลางวัน เปลี่ยนไปทำงานอาชีพอื่น โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า 1 ใน 3 ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องต่อการเปลี่ยนอาชีพ คือ รายได้ที่ได้รับและรายได้รวมของครอบครัว

อิกบาร์เรีย และซีเกิ้ล (Igbaria and Siegel, 1992) ได้ศึกษาถึงความตั้งใจลาออกจากงานของพนักงานสารสนเทศจำนวน 464 คน โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า เงินเดือน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจลาออก

ปาร์คเกอร์ และ ไรริน (Parker and Rhine, 1991) ได้ทำการทดสอบทฤษฎีที่ว่าองค์การจะมีอิทธิพลต่อการลาออก โดยการเปลี่ยนแปลงระดับของค่าตอบแทน หรือ มีการจ่ายค่าตอบแทนหลายแบบผสมกัน โดยการรวบรวมข้อมูลจากการจ้างงานและรายได้ที่ได้รับในช่วงปี 1958-1980 ของกรมแรงงาน สหรัฐอเมริกา พบว่า บริษัทที่มีการจ่ายบำเหน็จบำนาญและค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น จะมีอัตราการลาออกของพนักงานลดลง นั่นคือ บริษัทที่มีการจ่ายค่าจ้างในอัตราที่สูงกว่า จะมีอัตราการลาออกน้อยกว่า

อิกบาร์เรีย และ กรีนเฮาส์ (Igbaria and Greenhaus, 1992) พบว่า ผู้ที่มีเงินเดือนน้อยกว่า และมีโอกาสก้าวหน้าในอาชีพน้อยกว่า จะมีแนวโน้มการลาออกมากกว่า

ฮาร์ท โรเบิร์ตสัน ลิชเนอร์ และโรเซนแบลท ได้สอบถามถึงเหตุผลในการลาออกของผู้ที่ทำงานในสายงานธุรการในโรงพยาบาลจำนวน 148 แห่ง พบว่า ในกลุ่มผู้ที่มีอายุงานน้อยกว่า 4 ปี ได้ระบุถึงเหตุผลในการลาออกจากงานข้อหนึ่ง คือ เงินเดือนไม่เพียงพอ

## 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานกับการลาออก

### 2.4.1 ความพึงพอใจในงานโดยรวม

เขาวลัคน์ เลาหะจินดา (2518) ได้ศึกษาถึงสภาพความพึงพอใจในงาน และความตั้งใจที่จะทำงานอยู่หรือลาออกของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มที่มีความตั้งใจทำงานกับองค์กรต่อไปส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในงานโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ตั้งใจลาออก

กิติพงษ์ มหารัตนวงศ์ (2532) พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายแนวโน้มการลาออกจากราชการได้เรียงตามลำดับความสำคัญ คือ ความพึงพอใจในงานโดยรวม ความพึงพอใจในงานด้านความมั่นคง ความพึงพอใจในงานด้านมิตรสัมพันธ์ และความพึงพอใจในงานด้านผู้บังคับบัญชา

มอเบย์ ฮอร์เนอร์ และ โฮลลิงเวิร์ธ (Mobley, Homer and Hollingworth, 1978) ได้ศึกษาสาเหตุหลักของการเปลี่ยนงานของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยการสอบถามถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน ความคิดและความตั้งใจลาออก และโอกาสในการหางานใหม่ จากพนักงานในโรงพยาบาล จำนวน 203 คน หลักจากนั้น 47 สัปดาห์ ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการลาออกของพนักงานกลุ่มนั้น พบว่า ความพึงพอใจในงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความคิดที่จะออกจากงาน และความตั้งใจที่จะแสวงหางานใหม่ โดยที่ความตั้งใจที่จะแสวงหางานใหม่ มีผลทำให้เกิดความตั้งใจที่จะลาออก ซึ่งจะก่อให้เกิดการลาออกจากราชการในที่สุด

เวสแมน อเล็กซานเดอร์ (Veisman, Alexander and Chase quoted in Weisman, 1982) ได้ศึกษาถึงเหตุผลในการลาออกของพยาบาล พบว่า ระดับความพึงพอใจในงานมีอิทธิพลต่อการลาออกจากราชการของพยาบาล โดยพยาบาลที่ไม่มีความพึงพอใจในงานมีแนวโน้มที่จะแสวงหางานใหม่มากขึ้น ซึ่งส่งผลให้พยาบาลลาออกจากราชการมากขึ้นตามไปด้วย

เนลสัน (Nelson, 1990) ได้ทำการสำรวจถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงที่ทำงานดูแลเด็กในช่วงกลางวันเปลี่ยนไปทำงานอาชีพอื่น โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า 1 ใน 3 ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องต่อการเปลี่ยนอาชีพ คือ ความพึงพอใจในงาน

### 2.4.2 ความพึงพอใจในงานด้านต่าง ๆ

สุทธสินี พุทธิกาพล (2529) พบว่า สาเหตุรองที่ทำให้ข้าราชการลาออกจากราชการ คือ ปัญหาสภาพการทำงาน ลักษณะงาน และผู้บังคับบัญชา

อาร์มณีน จินดาพันธ์ (2536) ได้ศึกษา ตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะเปลี่ยนงาน 4 กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ ปัจจัยด้านงาน ได้แก่ ความหลากหลายของทักษะที่ใช้ เอกกักษณ์ของภาระกิจ ความสำคัญของภาระกิจ ความมีอิสระในการปฏิบัติงาน ข้อมูลย้อนกลับจากภาระกิจ และทักษะที่มีต่อระบบราชการ ปัจจัยด้านความพึงพอใจในงาน ได้แก่ ลักษณะของงาน เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา การเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่ง และรายได้ และปัจจัยด้านบทบาท ได้แก่ ความขัดแย้งในบทบาท ความคลุมเครือในบทบาท และภาระงานตามบทบาท พบว่า ในปัจจัยด้านความพึงพอใจในงานนั้น ลักษณะงานและเพื่อนร่วมงานเป็นตัวทำนายความตั้งใจที่จะเปลี่ยนงานได้ดีที่สุด

มณีนัย รัตนมณีและอนันต์ เกตุวงศ์ (2526) พบว่า ข้าราชการพลเรือนส่วนใหญ่ มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อลักษณะงาน ไม่พอใจต่อปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของการทำงาน ได้แก่ นโยบายการบริหาร การควบคุมบังคับบัญชา เงินเดือนและสภาวะการทำงาน

ภัทรา ศรีเจริญ (2534) พบว่า ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อความต้องการเปลี่ยนงานของพยาบาล 3 ปัจจัย คือ ชีวิตส่วนตัว การควบคุมบังคับบัญชา และเงินเดือน/ค่าตอบแทน

จุรีพร กาญจนการุณ (2536) พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายแนวโน้มการลาออกจากรองค์การได้เรียงตามลำดับความสำคัญ คือ ความพึงพอใจในงานโดยรวม ความพึงพอใจในงานด้านความมั่นคง ความพึงพอใจในงานด้านมิตรสัมพันธ์ และความพึงพอใจในงานด้านผู้บังคับบัญชา

กมลวดี รุ่งเจริญไพศาล (2528) พบว่า เหตุผลของข้าราชการในการลาออกจากรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้แก่ การมีโอกาสดำเนินงานในหน้าที่การงานมากกว่า

ซัลซ์ (Schulz, 1991) สาเหตุรองลงมาในการลาออก ได้แก่ เวลาในการทำงานที่ไม่แน่นอน สภาพการทำงานไม่เหมาะสม และขาดโอกาสดำเนินงานในอาชีพ

อิกบาเรีย และซีกัล (Igarria and Siegel, 1992) ความเกี่ยวข้องกับงาน สายงานอาชีพ โอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง เงินเดือน ความผูกพันต่อองค์กร ความพึงพอใจในงาน ความพึงพอใจในความก้าวหน้า การเลื่อนตำแหน่ง ค่าจ้าง และสถานภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจลาออก

อิกบาเรีย และ กรีนเฮาส์ (Igarria and Greenhaus, 1992) พบว่า ผู้ที่มีเงินเดือนน้อยกว่า และมีโอกาสดำเนินงานในอาชีพน้อยกว่า จะมีแนวโน้มการลาออกมากกว่า

แลนเดอร์ รีนสไตน์ และเฮนสัน (Lander, Reinstein and Henson, 1993) ได้ทำการ สอบถามผู้ตรวจสอบบัญชีประมาณ 20,000 คน ถึงสาเหตุของการลาออกจากการเป็นผู้ตรวจสอบ บัญชี พบว่า ผู้ที่ลาออกไปมีความพึงพอใจในเรื่องของรายได้และผลประโยชน์ตอบแทนน้อยมาก

## 2.5 สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.5.1 ปัจจัยส่วนบุคคลกับแนวโน้มที่จะลาออกจากองค์การ

จากข้อมูลของกองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ (2530) และจรรยาสวัสดิ์ สุขสวัสดิ์ (2535) พบว่า กลุ่มพนักงานที่ลาออกส่วนใหญ่เป็นชาย ในขณะที่ จุรีพร กาญจนการคุณ (2536) พบว่า เพศหญิง มีแนวโน้มการลาออกมากกว่าเพศชาย ส่วนเกริกเกียรติ ศรีเสริมโภค (2533) พบว่า ตัวแปรเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะ ลาออกจากองค์การ และเกศรัตน์ สุขเกษม (2533) พบว่า เพศมีผลกระทบต่อความต้องการลาออก น้อย แต่ผู้วิจัยเชื่อว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจลาออก โดยเชื่อว่า เพศชายมีแนวโน้มในการ ลาออกมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมีความทะเยอทะยาน ต้องการความก้าวหน้าและ การศึกษาต่อมากกว่า ตลอดจนความเสี่ยงในการปฏิบัติหน้าที่มีมากกว่า ผู้วิจัยจึงตั้งเป็นสมมุติฐาน ข้อที่ 1.1 ว่า เพศน่าจะมีความสัมพันธ์กับการลาออก

บลูดอร์น (Bluedorn, 1982) พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลาออก โดยตรง ได้แก่ อายุ แต่ผลการวิจัยของ จุรีพร กาญจนการคุณ (2536) อิกบาเรีย และ กรีนเฮาส์ (Igbaria and Greenhaus, 1992) ที่พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าจะมีความต้องการลาออกมากกว่า เนื่องจากบุคคลที่มีอายุน้อยกว่าสามารถที่จะเปลี่ยนงานได้ง่ายกว่าบุคคลที่อายุมากกว่า ผู้วิจัยจึงตั้ง เป็นสมมุติฐานข้อที่ 1.2 ว่า พนักงานที่มีอายุน้อยกว่า มีแนวโน้มที่จะลาออกจากองค์การมากกว่า พนักงานที่มีอายุมากกว่า

สุทธาสินี พุทธิกำพล (2529) และกิตติพงษ์ มหารัตนวงศ์(2532) พบว่า ผู้ที่เป็นโสด มี แนวโน้มการลาออกมากกว่าผู้ที่สมรสแล้ว ในขณะที่ เกศรัตน์ สุขเกษม (2533) ภัทรา ศรีเจริญ (2534) และ บลูดอร์น ไม่พบความสัมพันธ์กับความตั้งใจลาออก โดยเชื่อว่า ผู้ที่เป็นโสด น่าจะมี ความต้องการลาออก หรือสามารถที่จะลาออกได้ง่ายกว่าผู้ที่มีครอบครัวแล้ว เพราะว่ายังไม่มีความ รับผิดชอบต่อครอบครัวมาก เท่ากับผู้ที่มีครอบครัวแล้ว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งเป็นสมมุติฐานที่ว่า พนักงานที่เป็นโสด มีแนวโน้มที่จะลาออกจากองค์การมากกว่าพนักงานที่สมรสแล้ว

สุชาติ วัชรโยธิน (2535) และซัลซ์ (Schulz, 1991) พบว่า สาเหตุที่หนึ่งที่ทำให้พนักงานตัดสินใจลาออก คือ โอกาสก้าวหน้าในอาชีพ ดังนั้น ตำแหน่งงานของบุคลากรในองค์กร จึงเป็นตัวเลือกอีกตัวหนึ่งที่ผู้วิจัย เชื่อว่า มีอิทธิพลต่อการลาออก เนื่องจาก ตำแหน่งงานเป็นสิ่งที่แสดงถึงสถานะทางสังคมของบุคคลคนนั้น บุคคลที่มีตำแหน่งงานในองค์กรที่ต่ำกว่า น่าจะมีแนวโน้มที่จะลาออกจากองค์กร เพื่อทำงานในตำแหน่งงานที่สูงขึ้นกว่าปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงตั้งเป็นสมมุติฐานที่ว่า พนักงานที่มีตำแหน่งงานในองค์กรต่ำกว่า มีแนวโน้มที่จะลาออกจากองค์กรมากกว่าพนักงานที่มีตำแหน่งงานสูงกว่า

ชุมพล เวสสุบุตร (2535) ซัลซ์ (Schulz, 1991) และปาร์คเกอร์ และ ไรน์ (Rarker and Rhine, 1991) พบว่า เงินเดือนและค่าตอบแทน เป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำให้บุคคลลาออก ในขณะที่ เกสร์ตัน สุขเกษม (2533) และ บลูดอร์น (Bluedorn, 1982) ไม่พบความสัมพันธ์ของค่าตอบแทนกับการลาออก ส่วนผู้วิจัย เชื่อว่า เงินเดือนและค่าตอบแทน เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการลาออก เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจที่บีบบังคับบุคคลต้องแสวงหาเงินเพื่อตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต ให้เพียงพอต่อตนเอง และครอบครัว ดังนั้นถ้าบุคคลใดก็ตามที่ได้รับเงินเดือน/ค่าตอบแทนไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตแล้ว บุคคลผู้นั้น น่าจะมีแนวโน้มที่จะลาออกไปทำงานในองค์กรที่สามารถจ่ายค่าจ้าง/ค่าตอบแทนได้เพียงพอต่อการดำรงชีพของตนเองและครอบครัวได้ และขณะเดียวกัน ตัวแปรอีกตัวหนึ่งที่ผู้วิจัยเชื่อว่า จะมีอิทธิพลร่วมกับเงินเดือนและค่าตอบแทนที่จะเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญต่อแนวโน้มที่จะลาออกจากองค์กรของบุคคล ได้แก่ ความรับผิดชอบทางการเงินต่อครอบครัว โดยผู้วิจัยเชื่อว่า กลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะลาออกมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับเงินเดือน/ค่าตอบแทนน้อย แต่มีความรับผิดชอบทางการเงินต่อครอบครัวมาก และกลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะลาออกน้อยที่สุด ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับเงินเดือน/ค่าตอบแทนมาก แต่มีความรับผิดชอบทางการเงินต่อครอบครัวน้อย แต่ในกลุ่มที่ได้รับเงินเดือน/ค่าตอบแทนน้อย และมีความรับผิดชอบทางการเงินต่อครอบครัวน้อย กับกลุ่มที่ได้รับเงินเดือน/ค่าตอบแทนมากและความรับผิดชอบทางการเงินต่อครอบครัวมากนั้น ผู้วิจัยไม่แน่ใจว่ากลุ่มใดมีแนวโน้มที่จะลาออกเป็นอย่างไร ผู้วิจัยจึงตั้งเป็นสมมุติฐานที่ 1.5 ว่า เงินเดือน/ค่าตอบแทน มีอิทธิพลต่อแนวโน้มที่จะลาออกจากองค์กร

จากสมมุติฐานย่อยดังกล่าวข้างต้นว่า ปัจจัยส่วนบุคคล จะมีผลต่อแนวโน้มที่จะลาออกจากองค์กร ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งเป็นสมมุติฐานที่ว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน เงินเดือน/ค่าตอบแทน กับแนวโน้มที่จะลาออกจากองค์กร



## 2.5.2 ความพึงพอใจในงาน

### 2.5.2.1 ความหมายของความพึงพอใจในงาน

แอปเปิลไวท์ (Applewhite, 1965, p.8) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานเป็นความรู้สึกส่วนตัวของบุคคลในการทำงาน และความพึงพอใจในงาน มีความหมายรวมถึง ความพึงพอใจในสภาพแวดล้อมทางกายภาพในที่ทำงานด้วย เช่น การมีความสุขที่ได้ทำงานกับเพื่อนร่วมงานที่เข้ากันได้ มีทัศนคติที่ดีต่องานและมีความพอใจเกี่ยวกับรายได้ เป็นต้น

ลอว์เลอร์ (Lowler, 1973, p. 64) อธิบายว่า ความพึงพอใจในงานสามารถใช้ตัดสินความแตกต่างระหว่างปัจจัยที่มีอยู่ และปัจจัยที่บุคคลรู้สึกว่าจะควรมี ดังนั้น ความพึงพอใจในงาน คือ ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่บุคคลคาดว่าจะได้รับจากงาน กับสิ่งที่เขาได้รับจากงานจริง ๆ สามารถแบ่งความหมายของความพึงพอใจในงานออกได้เป็น 2 ด้าน คือ

1. ความพึงพอใจในงานโดยรวม (Overall Job Satisfaction) เป็นความรู้สึกชอบพอและพอใจของบุคคลที่มีต่องานโดยรวม
2. ความพึงพอใจในงานเฉพาะด้าน (Facet Job Satisfaction) เป็นความรู้สึกชอบพอและพอใจของบุคคลที่มีต่องานเฉพาะด้าน

แฮคแมน และ โอลแฮม (Hackman and Oldham, 1975, p.159) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในงานเป็น 2 ด้าน คือ

1. ความพึงพอใจในงานโดยทั่วไป (General Job Satisfaction) ซึ่งเป็นการวัดโดยส่วนรวมถึงระดับที่บุคคลมีความสุขกับงาน
2. ความพึงพอใจเฉพาะเกี่ยวกับงาน (Specific Job Satisfaction) ซึ่งพิจารณา 5 ด้าน คือ รายได้ ความมั่นคง มิตรสัมพันธ์ ผู้บังคับบัญชา และความก้าวหน้า

กิลเมอร์ (Gilmer, 1966 p.279-283) องค์ประกอบของความพึงพอใจในงาน มี 10 ประการ คือ

1. ความมั่นคงปลอดภัย เป็นความมั่นคงในการทำงาน ความมั่นคงของหน่วยงานที่ให้ความรู้
2. สัตว์ที่น่าเชื่อถือไว้วางใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน
3. โอกาสก้าวหน้าในการทำงาน
4. สภาพที่ทำงานและการจัดการ
5. ค่าจ้างหรือรายได้
6. ลักษณะที่แท้จริงของงานที่ทำ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน

7. เพราะถ้าผู้ปฏิบัติงานได้ทำงานตามที่เขานัดแล้ว เขาจะเกิดความพึงพอใจในงาน
8. การควบคุมดูแลหรือผู้บังคับบัญชา
9. ลักษณะทางสังคม
10. การติดต่อสื่อสาร ได้แก่ การรับ ส่งข้อสนเทศ คำสั่ง การติดต่อทั้งภายในและภายนอกบริษัท
11. สภาพการทำงาน เช่น สภาพอุณหภูมิ แสง เสียง ห้องทำงาน เป็นต้น
12. ผลประโยชน์ตอบแทน ได้แก่ เงินบำเหน็จบำนาญ ค่ารักษาพยาบาล วันหยุดพักผ่อนต่างๆ

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัย นิยามว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่องานด้านต่าง ๆ โดยรวม และจะทำการศึกษาความพึงพอใจในงานเป็น 4 ด้าน ดังนี้คือ

1. ความพึงพอใจในงานด้านสภาพการทำงาน หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่องานในหน้าที่ที่บุคคลรับผิดชอบ ภายใต้ระบบราชการ
2. ความพึงพอใจในงานด้านอาชีพ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อวิชาชีพแพทย์
3. ความพึงพอใจในงานด้านค่าตอบแทนเมื่อเทียบกับภาระงาน หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อรายได้เมื่อเทียบกับปริมาณและคุณภาพของงานที่รับผิดชอบ
4. ความพึงพอใจในงานด้านรายได้เมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่น หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อค่าจ้างหรือค่าตอบแทนที่ตนได้รับจากการทำงานเมื่อเทียบกับอาชีพอื่นๆที่มีลักษณะงานที่ใช้วิชาชีพและความรับผิดชอบเช่นเดียวกัน

#### 2.5.2.2 ความพึงพอใจในงานกับแนวโน้มที่จะลาออกจากองค์กร

สุชาติ วัชรโยธิน (2535) พบว่า สาเหตุที่ทำให้พนักงานตัดสินใจลาออก เพราะได้รับค่าตอบแทนมากกว่า และโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงานสูงกว่า อารมณี จินดาพันธ์ (2536) พบว่า ปัจจัยด้านความพึงพอใจในงานที่พยากรณ์ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนงาน ได้ดีที่สุด คือ ลักษณะงาน และเพื่อนร่วมงาน เนลสัน (Nelson, 1990) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเปลี่ยนอาชีพปัจจัยหนึ่ง คือ ความพึงพอใจในงาน อิกบาร์เรีย และซีเกิล (Igbaria and Siegel, 1992) พบว่า โอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง ความพึงพอใจในงาน ความพึงพอใจในความก้าวหน้า ค่าจ้าง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจลาออก อิกบาร์เรีย และ กรีนเฮาส์ (Igbaria and Greenhaus, 1992) พบว่า ความพึงพอใจในงาน มีอิทธิพลโดยตรงต่อความตั้งใจลาออก และถึงแม้ว่าผู้วิจัยยังไม่พบงานวิจัยที่ได้ศึกษาผลของความพึงพอใจในงานด้านสวัสดิการที่มีต่อการลาออก ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำตัวแปรนี้มาศึกษาด้วย เพราะเชื่อว่า ความพึงพอใจในงานด้านสวัสดิการจะเป็นตัวแปรตัวหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อ

การลาออกเช่นกัน ผู้วิจัยจึงตั้งเป็นสมมุติฐานที่ว่า ความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับ แนวโน้มที่จะลาออกจากองค์การ

### 2.5.2.3 ความพึงพอใจในงานโดยรวม

เยวลักษณ์ เลาหะจินดา (2518) ได้ศึกษาถึงสภาพความพึงพอใจในงาน และความตั้งใจที่จะทำงานอยู่หรือลาออกของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มที่มีความตั้งใจทำงานกับ องค์การต่อไปส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในงานโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ตั้งใจลาออก

กิติพงษ์ มหารัตนวงศ์ (2532) พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายแนวโน้มการลาออกจาก องค์การได้เรียงตามลำดับความสำคัญ คือ ความพึงพอใจในงานโดยรวม ความพึงพอใจในงานด้าน ความมั่นคง ความพึงพอใจในงานด้านมิตรสัมพันธ์ และความพึงพอใจในงานด้านผู้บังคับบัญชา

มอบเลย์ ฮอร์เนอร์ และ โฮลลิงเวิร์ธ (Mobley, Horner and Hollingworth, 1978 quoted in Greenberg and Baron, 1993) ได้ศึกษาสาเหตุหลักของการเปลี่ยนงานของพนักงานในโรงพยาบาล โดยการสอบถามถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน ความคิดและความตั้งใจลาออก และ โอกาสในการหางานใหม่ จากพนักงานในโรงพยาบาล จำนวน 203 คน หลักจากนั้น 47 สัปดาห์ ได้ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการลาออกของพนักงานกลุ่มนั้น พบว่า ความพึงพอใจในงาน มี ความสัมพันธ์ทางลบกับความคิดที่จะออกจากงาน และความตั้งใจที่จะแสวงหางานใหม่ โดยที่ ความตั้งใจที่จะแสวงหางานใหม่ มีผลทำให้เกิดความตั้งใจที่จะลาออก ซึ่งจะก่อให้เกิดการลาออก จากงานในที่สุด

เวสแมน อเล็กซานเดอร์ (Veisman, Alexander and Chase quoted in Weisman, 1982, p.24-31) ได้ศึกษาถึงเหตุผลในการลาออกของพยาบาล พบว่า ระดับความพึงพอใจในงานมีอิทธิพล ต่อการลาออกจากงานของพยาบาล โดยพยาบาลที่ไม่มีความพึงพอใจในงานมีแนวโน้มที่จะ แสวงหางานใหม่มากขึ้น ซึ่งส่งผลให้พยาบาลลาออกจากงานมากขึ้นตามไปด้วย

เนลสัน (Nelson, 1990) ได้ทำการสำรวจถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงที่ทำงานดูแลเด็กในช่วง กลางวันเปลี่ยนไปทำงานอาชีพอื่น โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า 1 ใน 3 ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องต่อการ เปลี่ยนอาชีพ คือ ความพึงพอใจในงาน

#### 2.5.2.4 ความพึงพอใจในงานด้านต่างๆ

สุทธาสินี พุทธิกำพล (2529) พบว่า สาเหตุรองที่ทำให้ข้าราชการลาออกจากราชการ คือ ปัญหาสภาพการทำงาน ลักษณะงาน และผู้บังคับบัญชา

อารมณ จินดาพันธ์ (2536) ได้ศึกษา ตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะเปลี่ยนงาน 4 กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ ปัจจัยด้านงาน ได้แก่ ความหลากหลายของทักษะที่ใช้ เอกสิทธิ์ของภาระกิจ ความสำคัญของภาระกิจ ความมีอิสระในการปฏิบัติงาน ข้อมูลย้อนกลับจากภาระกิจ และทัศนคติที่มีต่อระบบราชการ ปัจจัยด้านความพึงพอใจในงาน ได้แก่ ลักษณะของงาน เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา การเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่ง และรายได้ และปัจจัยด้านบทบาท ได้แก่ ความขัดแย้งในบทบาท ความคลุมเครือในบทบาท และภาระงานตามบทบาท พบว่า ในปัจจัยด้านความพึงพอใจในงานนั้น ลักษณะงานและเพื่อนร่วมงานเป็นตัวทำนายความตั้งใจที่จะเปลี่ยนงานได้ดีที่สุด

มณีนัย รัตนมณีและอนันต์ เกตุวงศ์ (2526) พบว่า ข้าราชการพลเรือนส่วนใหญ่ มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อลักษณะงาน ไม่พอใจต่อปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของการทำงาน ได้แก่ นโยบายการบริหาร การควบคุมบังคับบัญชา เงินเดือนและสภาวะการทำงาน

ภัทรา ศรีเจริญ (2534) พบว่า ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อความต้องการเปลี่ยนงานของพยาบาล 3 ปัจจัย คือ ชีวิตส่วนตัว การควบคุมบังคับบัญชา และเงินเดือน/ค่าตอบแทน

จุรีพร กาญจนการุณ (2536) พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายแนวโน้มการลาออกจากรองค์การได้เรียงตามลำดับความสำคัญ คือ ความพึงพอใจในงานโดยรวม ความพึงพอใจในงานด้านความมั่นคง ความพึงพอใจในงานด้านมิตรสัมพันธ์ และความพึงพอใจในงานด้านผู้บังคับบัญชา

กมลวดี รุ่งเจริญไพศาล (2528) พบว่า เหตุผลของข้าราชการในการลาออกจากรมหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ ได้แก่ การมีโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงานมากกว่า

ชัลซ์ (Schulz, 1991) สาเหตุรองลงมาในการลาออก ได้แก่ เวลาในการทำงานที่ไม่แน่นอน สภาพการทำงานไม่เหมาะสม และขาดโอกาสก้าวหน้าในอาชีพ

อิกบาเรีย และซีเกิล (Igbaria and Siegel, 1992) ความเกี่ยวข้องกับงาน สายงานอาชีพ โอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง เงินเดือน ความผูกพันต่อองค์กร ความพึงพอใจในงาน ความพึงพอใจ

ในความก้าวหน้า การเลื่อนตำแหน่ง ค่าจ้าง และสถานภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจลาออก

อิกบาเรีย และ กรีนเฮาส์ (Igbaria and Greenhaus, 1992) พบว่า ผู้ที่มีเงินเดือนน้อยกว่า และมีโอกาสก้าวหน้าในอาชีพน้อยกว่า จะมีแนวโน้มการลาออกมากกว่า

แลนเดอร์ รินสไตน์ และเฮนสัน (Lander, Reinstein and Henson, 1993) ได้ทำการสอบถามผู้ตรวจสอบบัญชีประมาณ 20,000 คน ถึงสาเหตุของการลาออกจากการเป็นผู้ตรวจสอบบัญชี พบว่า ผู้ที่ลาออกไปมีความพึงพอใจในเรื่องของรายได้และผลประโยชน์ตอบแทนน้อยมาก

#### 2.5.2.5 ความพึงพอใจในงานกับแนวโน้มที่จะลาออกจากองค์กร

สุชาติ วัชรโยธิน (2535) พบว่า สาเหตุที่ทำให้พนักงานตัดสินใจลาออก เพราะได้รับค่าตอบแทนมากกว่า และโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงานสูงกว่า อารมณ จินดาพันธ์ (2536) พบว่า ปัจจัยด้านความพึงพอใจในงานที่พยากรณ์ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนงาน ได้ดีที่สุด คือ ลักษณะงาน และเพื่อนร่วมงาน เนลสัน (Nelson, 1990) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเปลี่ยนอาชีพปัจจัยหนึ่ง คือ ความพึงพอใจในงาน อิกบาเรีย และซีเกิล (Igbaria and Siegel, 1992) พบว่า โอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง ความพึงพอใจในงาน ความพึงพอใจในความก้าวหน้า ค่าจ้าง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจลาออก อิกบาเรีย และ กรีนเฮาส์ (Igbaria and Greenhaus, 1992) พบว่า ความพึงพอใจในงาน มีอิทธิพลโดยตรงต่อความตั้งใจลาออก

## 2.6 สมมุติฐานการวิจัย

### 2.6.1 สมมุติฐานที่ 1

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเศรษฐกิจสังคม (Socio economic factors) ได้แก่ เพศ อายุตัว อายุราชการ ครอบครัว ภูมิลำเนา ตำแหน่งหน้าที่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน วุฒิการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการลาออกของแพทย์ภาครัฐ

สมมุติฐานที่ 1.1: เพศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการลาออก

สมมุติฐานที่ 1.2: อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการลาออก

สมมุติฐานที่ 1.3: ครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการลาออก

สมมุติฐานที่ 1.4: ภูมิลำเนามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการลาออก

สมมุติฐานที่ 1.5: รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อการลาออก

### 2.6.2 สมมุติฐานที่ 2

ลักษณะของงาน (Job Characteristics) ได้แก่ ภาระงาน ความตื่นเต้นและท้าทายของงาน มีความสัมพันธ์กับการลาออกของแพทย์ภาครัฐ

สมมุติฐานที่ 2.1: ภาระงานหนักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลาออกของแพทย์ภาครัฐ

สมมุติฐานที่ 2.2: ความตื่นเต้นและท้าทายของงานมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการลาออกของแพทย์

### 2.6.3 สมมุติฐานที่ 3

แรงจูงใจในการทำงาน (Motivation) ได้แก่ ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ความก้าวหน้าตามที่คาดหวัง ค่าตอบแทน และโอกาสในการลาศึกษาต่อ มีความสัมพันธ์กับการลาออกของแพทย์ภาครัฐ

สมมุติฐานที่ 3.1: ค่าตอบแทนมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการลาออกของแพทย์ภาครัฐ

สมมุติฐานที่ 3.2: ความก้าวหน้าตามที่คาดหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับการลาออกของแพทย์

สมมุติฐานที่ 3.3: โอกาสในการลาศึกษาต่อมีความสัมพันธ์ทางลบกับการลาออกของแพทย์

### 2.6.4 สมมุติฐานที่ 4

นโยบายและระบบขององค์การ (Policy and system) ได้แก่ ระบบการบริหารและนโยบายขององค์การ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท) นโยบายดึงดูดชาวต่างชาติมารักษาในไทย (Health Tour) กฎ / ระเบียบต่างๆของกระทรวง ความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง มีความสัมพันธ์กับการลาออกของแพทย์ภาครัฐ

สมมุติฐานที่ 4.1: ระบบการบริหารและนโยบายขององค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลาออกของแพทย์

สมมุติฐานที่ 4.2: พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลาออกของแพทย์

สมมุติฐานที่ 4.3: นโยบายดึงดูดชาวต่างชาติมารักษาในไทย (Health Tour) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลาออกของแพทย์

สมมุติฐานที่ 4.4: กฎ / ระเบียบต่างๆของกระทรวง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลาออกของแพทย์

สมมุติฐานที่ 4.5: ความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลาออก

### 2.6.5 สมมุติฐานที่ 5

ความพึงพอใจในงาน (Job Satisfaction) ความพึงพอใจในสภาพการทำงาน ความพึงพอใจในอาชีพแพทย์ ความพึงพอใจในรายได้เมื่อเทียบกับภาระงาน ความพึงพอใจในรายได้จากการเป็นแพทย์เมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่น มีความสัมพันธ์กับการลาออกของแพทย์ภาครัฐ

สมมุติฐานที่ 5.1: ความพึงพอใจในสภาพการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการลาออก

สมมุติฐานที่ 5.2: ความพึงพอใจในอาชีพแพทย์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการลาออก

สมมุติฐานที่ 5.3: ความพึงพอใจในรายได้เมื่อเทียบกับภาระงานมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการลาออก

สมมุติฐานที่ 5.4: ความพึงพอใจในรายได้จากการเป็นแพทย์เมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่นมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการลาออก

### 2.6.6 สมมุติฐานที่ 6

ความผูกพันในองค์การ (Organization Commitment) ได้แก่ ความมั่นคงในงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลใน ร.พ. มีความสัมพันธ์กับการลาออกของแพทย์ภาครัฐ

สมมุติฐานที่ 6.1: ความมั่นคงในงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับการลาออกของแพทย์

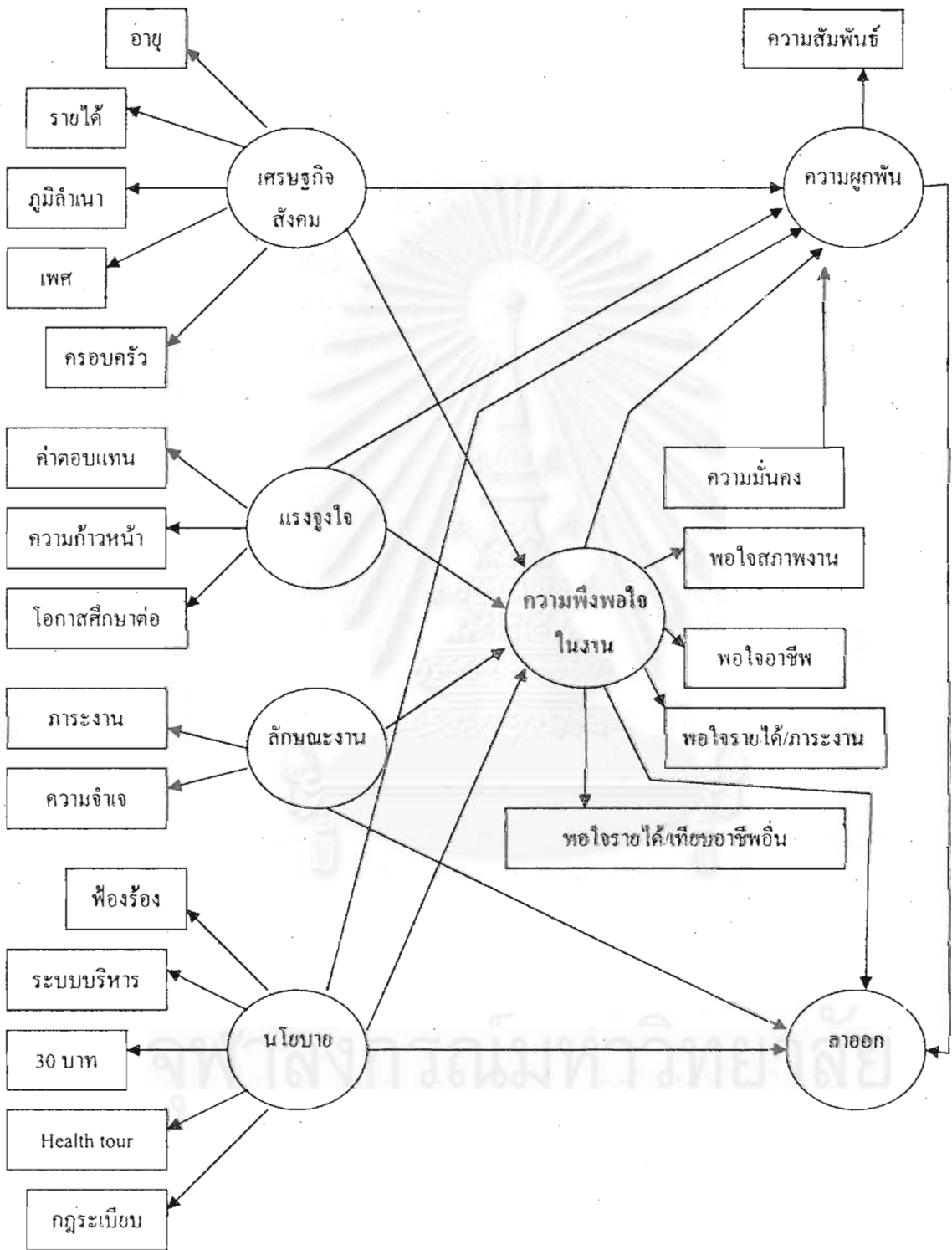
สมมุติฐานที่ 6.2: ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลใน ร.พ. มีความสัมพันธ์ทางลบกับการลาออกของแพทย์

## 2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ทำให้กำหนดสมมุติฐานและกรอบแนวคิดได้ แผนภูมิที่ 2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย ปัจจัยที่ส่งผลต่อการลาออกของแพทย์ภาครัฐ

ตามกรอบแนวคิดการวิจัยได้ตั้งสมมุติฐาน กลุ่มของตัวแปรอิสระที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกทั้งสิ้น 6 กลุ่ม น่าจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน เช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมมีอิทธิพลต่อความผูกพันกับองค์การ และความพึงพอใจในงาน เช่นเดียวกับปัจจัยแรงจูงใจ ส่วนปัจจัยลักษณะงาน และนโยบายส่งผลต่อความพึงพอใจและการลาออก ขณะเดียวกันปัจจัยความผูกพันกับองค์การและความพึงพอใจในงาน มีอิทธิพลต่อการลาออกของแพทย์ภาครัฐ ซึ่งแผนภูมิตามสมมุติฐานจะทำให้เข้าใจปัจจัยที่ส่งผลถึงกันและผลกระทบต่อเนื่อง เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนแก้ไขปัญหาการลาออกของแพทย์ต่อไป

แผนภูมิที่ 2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย ปัจจัยที่ส่งผลต่อการลาออกของแพทย์ภาครัฐ





## บทที่ 3

### ระเบียบวิธีวิจัย

ในการวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น คำรายงานวิจัย แบบสอบถาม บทสัมภาษณ์ ข้อมูลจากการประชุมสัมมนาในประเด็นปัญหานี้ รวมทั้งข้อมูลจากสื่อต่างๆ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแบบสอบถาม และสมมุติฐานสำหรับแบบสอบถามในการวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยได้พัฒนาเพื่อให้มีมาตรฐานเป็นที่เชื่อถือได้ โดยมี การคำนวณค่าเที่ยง(Content Validity) และคำนวณค่าความเชื่อมั่น(Reliability) ได้มีการนำแบบสอบถามนี้ให้กลุ่มตัวอย่างทดสอบการตอบซึ่งได้แก่แพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปสู่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อหาข้อมูลนำมาใช้ในการทดสอบสมมุติฐานตามที่ตั้งไว้ ทำการวิเคราะห์,สรุปและอภิปรายผลตามลำดับ

#### 3.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ลาออกจากราชการ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2544 ถึง 15 มีนาคม 2546 ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาของการเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพไปสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30 บาทรักษาทุกโรค)

#### 3.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ลาออกจากราชการ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2544 ถึง 15 มีนาคม 2546 มีจำนวนทั้งสิ้น 278 คน โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ลาออกจากราชการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2546 จำนวนทั้งสิ้น 1,105 คน โดยคณะผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากแพทย์สภาในการส่งมอบรายชื่อและที่อยู่ของแพทย์ที่ลาออกทุกคนที่หาได้ 958 คน โดยได้รับการตอบกลับมา 312 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.57 มีข้อมูลการตอบกลับที่สมบูรณ์พอสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ เป็นจำนวนทั้งสิ้น 278 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.02

#### 3.3 ตัวแปรที่ใช้

ในการวิจัยนี้ได้กำหนดให้มีตัวแปรอิสระทั้งสิ้น 6 กลุ่ม และมีตัวแปรตาม 1 ตัว ตัวแปรอิสระทั้ง 6 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลด้านเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic factors) ได้แก่
  - 1.1 เพศ
  - 1.2 อายุ
  - 1.3 ภูมิลำเนา
  - 1.4 รายได้
  - 1.5 ครอบครัว
2. ตัวแปรด้านลักษณะของงาน (Job Characteristic) ได้แก่
  - 2.1 ภาระงาน
  - 2.2 ความน่าสนใจของงาน
3. ตัวแปรแรงจูงใจในการทำงาน (Motivation) ได้แก่
  - 3.1 ค่าตอบแทน
  - 3.2 ความก้าวหน้า
  - 3.3 โอกาสในการศึกษาต่อ
4. ตัวแปรด้านนโยบายและระบบขององค์การ (Policy and System) ได้แก่
  - 4.1 ความเสี่ยงต่อการถูกฟ้อง
  - 4.2 ระบบการบริหารและนโยบายขององค์การ
  - 4.3 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
  - 4.4 นโยบายดึงชาวต่างชาติมาศึกษาในไทย
  - 4.5 กฎ / ระเบียบต่างๆของกระทรวง
5. ตัวแปรด้านความพึงพอใจในงาน (Job Satisfaction) ได้แก่
  - 5.1 ความพึงพอใจในสภาพการทำงาน
  - 5.2 ความพึงพอใจในอาชีพแพทย์
  - 5.3 ความพึงพอใจในรายได้เมื่อเทียบกับภาระงาน
  - 5.4 ความพึงพอใจในรายได้จากการเป็นแพทย์เมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่น
6. ตัวแปรด้านพันธะผูกพันในองค์การ (Organization Commitment)
  - 6.1 ความมั่นคงในงาน
  - 6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในองค์การ

ตัวแปรตามมี 1 ตัว คือ

การลาออกจากระบบราชการ (Turnover)

ตัวแปรทั้งหมดที่นำมาใช้ในงานวิจัยนี้เป็นตัวแปรที่ได้มาจากการศึกษาทบทวนจากแหล่งต่างๆ เช่น ข้อมูลจากการสัมภาษณ์, การสัมภาษณ์, รายงานข่าวจากสื่อต่างๆ, ข้อมูลจากงานวิจัย และข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

### 3.4 วิธีการวิจัย

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั้งหมดของงานวิจัย โครงการวิจัยนี้จึงกำหนดวิธีการวิจัยออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

- 3.4.1 การกำหนดเครื่องมือเพื่อใช้ในงานวิจัย ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้กำหนดให้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย
- 3.4.2 การพัฒนาแบบสอบถามซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ
- 3.4.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม นำไปวิเคราะห์ผลทางสถิติ และประเมินผลสรุปจากผลทางสถิติที่ผ่านการวิเคราะห์แล้ว

#### 3.4.1 การกำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยนี้ได้กำหนดให้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คำถามต่างๆ ที่ใช้ในแบบสอบถามนี้เป็นคำถามที่ตั้งขึ้นจากการศึกษาในเอกสาร งานวิจัย ข้อมูลทฤษฎีภูมิต่างๆ รวมทั้งบทสัมภาษณ์จากผู้ที่อยู่ในวงการแพทย์ และนำมาเรียบเรียงเป็นแบบสอบถาม ที่มีลักษณะต่างๆตามตัวแปรที่ได้กำหนดขึ้น มีการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ สำหรับตัวแปรบางตัวซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรมเพื่อสื่อสารให้ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเข้าใจที่ตรงกับคณะผู้วิจัย แบบสอบถามในการวิจัยนี้มีทั้งหมด 5 หน้าแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ตอบแบบสอบถามได้แก่ เพศ อายุตัว อาชวราชการ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา พันธะการชดใช้ทุน สถานะทางราชการ ภูมิลาเนา ตำแหน่งหน้าที่ ภาระงาน เงินเดือน/รายได้ งานพิเศษและอาชีพภายหลังการลาออกจากราชการ

ลักษณะของการตอบแบบสอบถาม จะให้ผู้ตอบทำเครื่องหมาย / หรือ ✕ หรือ ✓ หรือ กรอกข้อมูลลงในช่องว่างที่กำหนดให้

ส่วนที่ 2 เป็นส่วนที่สอบถามความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามในประเด็นที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ปัจจัยที่ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามลาออกจากราชการ ปัจจัยจากผลของนโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาล และกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลต่อการลาออกของผู้ตอบแบบสอบถาม และวิธีการแก้ไขปัญหาการลาออกจากราชการในความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม

ในการวัดความพึงพอใจของผู้ตอบแบบสอบถาม จะแบ่งความพึงพอใจออกเป็น 4 ส่วน คือ ความพึงพอใจในสภาพการทำงาน ความพึงพอใจในวิชาชีพแพทย์ ความพึงพอใจต่อรายได้เมื่อ

เทียบกับภาระงาน และความพึงพอใจของรายได้เมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่น ลักษณะของการตอบแบบสอบถามจะเป็นการเลือกตอบโดยให้ทำเครื่องหมายหน้าคำตอบ ซึ่งประกอบด้วย

พอใจมาก       พอใจ       ไม่พอใจ       ไม่พอใจมาก

ในการสอบถามปัจจัย ที่ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามลาออกจากราชการ เป็นการเรียงลำดับจากสาเหตุต่างๆ ที่ได้เคยมีการกล่าวถึง ทั้งจากการทบทวน วรรณกรรม บทสัมภาษณ์ หรือ การสื่อสาร ในหัวข้อนี้ในที่ต่างๆ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามใส่หมายเลขหน้าข้อเรียงตามลำดับความสำคัญ ซึ่งในข้อสุดท้ายได้กำหนดให้เป็นปัจจัยอื่นๆซึ่งเป็นคำตอบปลายเปิดให้ผู้ตอบแบบสอบถามระบุส่วนที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ไม่ได้ระบุไว้ในแบบสอบถาม

ในแง่ของปัจจัยที่ทำให้ลาออกนั้นปัจจัยด้านนโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข เป็นปัจจัยใหญ่ที่มีการกล่าวถึงมาก รวมทั้งเป็นหัวข้อที่กว้าง มีประเด็นปัญหา มาก ดังนั้น คณะผู้วิจัยได้จัดทำเป็นหัวข้อแยกเฉพาะและกำหนดหัวข้อย่อย ๆ ของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับนโยบาย เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถาม เรียงลำดับความสำคัญ 5 ลำดับ และมีหัวข้ออื่นๆ ซึ่งเป็นคำตอบปลายเปิดให้ผู้ตอบแบบสอบถามระบุส่วนที่เป็นนโยบายสำคัญในความเพื่อหาผู้ตอบที่ไม่ได้ระบุไว้ในแบบสอบถาม

ในการสอบถามความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาลาออก ใช้วิธีการเดียวกับข้ออื่นๆในข้างต้น คือ กำหนดหัวข้อให้ผู้ตอบแบบสอบถามเรียงลำดับ รวมทั้งมีคำตอบอื่นๆ ให้ระบุเป็นคำตอบ ปลายเปิดเช่นเดิม

### ส่วนที่ 3 แบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 เป็นการสอบถามปัจจัยที่ทำให้แพทย์ลาออก คล้ายกับในตอนที่ 2 แต่เป็นการศึกษาโดยใช้มาตร ลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 มาตร ซึ่งเป็นคำถามที่มีความหมายไปในทิศทางในเชิงบวกเหมือนกัน ดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ค่าคะแนน 4
- เห็นด้วย ให้ค่าคะแนน 3
- ไม่เห็นด้วย ให้ค่าคะแนน 2
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ค่าคะแนน 1

ให้ผู้ตอบทำเครื่องหมาย ✕ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ สำหรับคำถามในส่วนนี้จะไม่แตกต่างจากคำถามในส่วนที่ 2 และ 3 เป็นการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของคำตอบที่ได้จากผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นการทดสอบความน่าเชื่อถือได้ (reliability) อย่างหนึ่ง

ตอนที่ 2 เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเพื่อให้บุคลากรยังคงอยู่ในระบบราชการต่อไป ลักษณะการตอบแบบสอบถามเป็นการให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการลาออกได้โดยอิสระ การตอบ

คำถามในตอนที่ 2 ของส่วนที่ 3 นี้ จะเป็นการทวนสอบความน่าเชื่อถือได้ (reliability) ของคำตอบในเรื่องความคิดเห็นในการแก้ปัญหาซึ่งอยู่ในตอนท้ายของส่วนที่ 2

### 3.4.2 การพัฒนาแบบสอบถามให้มีคุณภาพ

การสร้างและปรับปรุงแบบสอบถาม โดยการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารงานวิจัย, บทสัมภาษณ์ ผลการประชุม สัมมนา และข้อมูลทุติยภูมิจากสื่อต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในบทที่ 1

#### 3.4.2.1 การทดสอบความตรง (validity)

การทดสอบความตรงชั้น โดยผู้เชี่ยวชาญ คณะผู้วิจัย ได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษา คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ และผู้เชี่ยวชาญในด้านทรัพยากรมนุษย์ตรวจสอบเพื่อประเมินความตรงของแบบสอบถามในขั้นต้น เพื่อขอคำแนะนำในการตรวจสอบแก้ไขก่อนนำไปเก็บข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยอาศัยสูตร Content Validity Ratio ของลอว์ชี (Lawshe, 1975 p.563-575) โดยนำไปให้แพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ซึ่งผ่านหลักสูตรระเบียบวิธีวิจัยแล้ว จำนวน 15 คน ตอบแบบสอบถาม โดยกำหนดให้ค่าอัตราส่วนตรงตามเนื้อหาต้องไม่ต่ำกว่า 0.49 จึงจะมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หัวข้อใดที่มีอัตราส่วนตรงตามเนื้อหาต่ำกว่า 0.49 ผู้วิจัยได้ตัดหัวข้อนั้นทิ้งไป

#### 3.4.2.2 การทดสอบความน่าเชื่อถือได้ (reliability)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของตัวแปร เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม ทำโดยใช้โปรแกรมทางสถิติ SPSS-PC คำนวณ สัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach เพื่อตรวจสอบชุดของคำถามที่นำมาใช้

### 3.4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัยวิธีการทางสถิติ

เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนมาทางไปรษณีย์แล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรม SPSS-PC

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ซึ่ง ได้แก่ อายุ เพศ ภูมิภาค รายได้ ระดับตำแหน่ง เป็นต้น
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ในการทดสอบสมมุติฐาน โดย
  - 2.1 รวบรวมข้อมูลทั้งหมดนำมาคิดคะแนนโดยแบ่งออกเป็นด้านต่างๆ ทั้งสิ้น 6 ด้าน คือ ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ด้านลักษณะของงาน ด้านแรงจูงใจในการทำงาน ด้านนโยบายและระบบขององค์กร ด้านความพึงพอใจในงาน และความผูกพันต่อองค์กร
  - 2.2 กำหนดสมมุติฐานและทำการทดสอบสมมุติฐาน โดยการใช้วิธีการทางสถิติต่างๆ เพื่อการทดสอบ ตัวแสดงในตารางที่ 1

2.3 ใช้สมการการวิเคราะห์ถดถอย (Multiple Regression) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการลาออกจากราชการ

3. วิเคราะห์ปัจจัยอิทธิพล

กำหนดโมเดลของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกจากราชการของแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการสร้างโมเดลวิเคราะห์ลีสเรล(LISREL) เนื่องจากงานวิจัยนี้ไม่ใช่งานวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งคณะผู้วิจัยไม่สามารถจัดกระทำตัวแปรและกระบวนการสุ่มได้ คณะผู้วิจัยจึงกำหนดโมเดลขึ้น และทำการทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรว่ามีความใกล้เคียงกันหรือไม่ เพื่อเป็นการทดสอบความถูกต้องของโมเดลที่กำหนดขึ้นทำให้สามารถระบุอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ที่ได้กำหนดขึ้นต่อการลาออกของแพทย์ได้อย่างชัดเจน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3.1 แสดงค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมุติฐาน

สมมุติฐานการวิจัย	สถิติที่ใช้
<p><b>สมมุติฐานที่ 1 :</b> ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเศรษฐกิจสังคม(Socioeconomic factors) ได้แก่ เพศ อายุ ครอบครัวยุทธศาสตร์ ภูมิฐานะ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการลาออกของแพทย์ภาครัฐ</p> <p><b>สมมุติฐานที่ 1.1 :</b> เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลาออก</p> <p><b>สมมุติฐานที่ 1.2 :</b> อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการลาออก</p> <p><b>สมมุติฐานที่ 1.3 :</b> ครอบครัวยุทธศาสตร์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการลาออก</p> <p><b>สมมุติฐานที่ 1.4 :</b> ภูมิฐานะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลาออก</p> <p><b>สมมุติฐานที่ 1.5 :</b> รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการลาออกของแพทย์ภาครัฐ</p>	<p>Multiple Regression LISREL</p> <p>Pearson's Correlation</p> <p>Pearson's Correlation</p> <p>Pearson's Correlation</p> <p>Pearson's Correlation</p> <p>Pearson's Correlation</p> <p>Pearson's Correlation</p>
<p><b>สมมุติฐานที่ 2 :</b> ลักษณะของงาน ( Job Characteristics ) ได้แก่ ภาระงาน ความตื่นเต้นและท้าทายของงาน มีความสัมพันธ์กับการลาออกของแพทย์ภาครัฐ</p> <p><b>สมมุติฐานที่ 2.1 :</b> ภาระงานหนักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลาออกของแพทย์ภาครัฐ</p> <p><b>สมมุติฐานที่ 2.2 :</b> ความตื่นเต้นและท้าทายของงานมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการลาออกของแพทย์</p>	<p>Multiple Regression</p> <p>Pearson's Correlation</p> <p>Pearson's Correlation</p>

สมมุติฐานการวิจัย	สถิติที่ใช้
<p><b>สมมุติฐานที่ 3 :</b> แรงจูงใจในการทำงาน ( Motivation ) ได้แก่ ขวัญและกำลังใจ ในการปฏิบัติงาน ความก้าวหน้าตามที่คาดหวัง ค่าตอบแทน และโอกาสในการลาศึกษาต่อ มีความสัมพันธ์กับการลาออก ของแพทย์</p> <p><b>สมมุติฐานที่ 3.1 :</b> ค่าตอบแทนมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการลาออกของ แพทย์</p> <p><b>สมมุติฐานที่ 3.2 :</b> ความก้าวหน้าตามที่คาดหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับ การลาออกของแพทย์</p> <p><b>สมมุติฐานที่ 3.3 :</b> โอกาสในการลาศึกษาต่อมีความสัมพันธ์ทางลบกับการ ลาออกของแพทย์</p>	<p>Multiple Regression LISREL</p> <p>Pearson's Correlation</p> <p>Pearson's Correlation</p> <p>Pearson's Correlation</p>
<p><b>สมมุติฐานที่ 4 :</b> นโยบายและระบบขององค์กร ( Policy and system ) ได้แก่ ระบบการบริหารและนโยบายขององค์กร พระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ( 30 บาท ) นโยบายดึง ชาวต่างชาติมารักษาในไทย ( Health Tour ) กฎ / ระเบียบต่างๆ ของกระทรวง ความเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง มีความสัมพันธ์กับ การลาออกของแพทย์ภาครัฐ</p> <p><b>สมมุติฐานที่ 4.1 :</b> ระบบการบริหารและนโยบายขององค์กรมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับการลาออกของแพทย์</p> <p><b>สมมุติฐานที่ 4.2 :</b> พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ( 30 บาท ) มี ความสัมพันธ์ทางบวกกับการลาออกของแพทย์</p>	<p>Multiple Regression LISREL</p> <p>Pearson's Correlation</p> <p>Pearson's Correlation</p>



สมมุติฐานการวิจัย	สถิติที่ใช้
<p><b>สมมุติฐานที่ 4.3 :</b> นโยบายดึงดูดชาวต่างชาติมารักษาในไทย ( Health Tour ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลาออกของแพทย์</p>	Pearson's Correlation
<p><b>สมมุติฐานที่ 4.4 :</b> กฎ / ระเบียบต่างๆของกระทรวง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลาออกของแพทย์</p>	Pearson's Correlation
<p><b>สมมุติฐานที่ 4.5 :</b> ความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลาออก</p>	Pearson's Correlation
<p><b>สมมุติฐานที่ 5 :</b> ความพึงพอใจในงาน ( Job Satisfaction ) ความพึงพอใจในสภาพการทำงาน ความพึงพอใจในอาชีพแพทย์ ความพึงพอใจในรายได้เมื่อเทียบกับภาระงาน ความพึงพอใจในรายได้จากการเป็นแพทย์เมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่น มีความสัมพันธ์กับการลาออก</p>	Multiple Regression LISREL
<p><b>สมมุติฐานที่ 5.1 :</b> ความพึงพอใจในสภาพการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับการลาออก</p>	Pearson's Correlation
<p><b>สมมุติฐานที่ 5.2 :</b> ความพึงพอใจในอาชีพแพทย์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการลาออก</p>	Pearson's Correlation
<p><b>สมมุติฐานที่ 5.4 :</b> ความพึงพอใจในรายได้จากการเป็นแพทย์เมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับการลาออก</p>	Pearson's Correlation

สมมุติฐานการวิจัย	สถิติที่ใช้
<p><b>สมมุติฐานที่ 6 :</b>            พันธะผูกพันในองค์กร ( Organization Commitment) ได้แก่            ความมั่นคงในงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในร.พ. มี            ความสัมพันธ์กับการลาออกของแพทย์ภาครัฐ</p> <p><b>สมมุติฐานที่ 6.1 :</b>            ความมั่นคงในงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับการลาออก            ของแพทย์</p> <p><b>สมมุติฐานที่ 6.2 :</b>            ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลใน ร.พ. มีความสัมพันธ์ทาง            ลบกับการลาออกของแพทย์</p>	<p>Multiple Regression            LISREL</p> <p>Pearson's correlation</p> <p>Pearson's correlation</p>

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยในบทนี้จะแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ส่วนแรก เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 จะเป็นข้อมูลที่พบจากการศึกษา ส่วนที่ 3 เป็นการทดสอบสมมุติฐาน ส่วนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยอิทธิพล และสร้างตัวแบบของการลาออกของแพทย์ภาครัฐ

จากแบบสอบถามแพทย์ที่ลาออกจากภาครัฐในช่วง 1 มกราคม 2544 ถึง 15 มีนาคม 2546 ทั้งสิ้น 1105 คน มีที่อยู่ที่สามารถระบุได้จากแพทยสภา 958 คน ส่งออกไปทั้งสิ้น 958 ชุด ทางไปรษณีย์ ได้รับตอบกลับมาทั้งสิ้น 312 ชุด คิดเป็นร้อยละ 32.57 จากการตรวจสอบ พบว่าแบบสอบถามมีความสมบูรณ์พอที่จะนำมาวิเคราะห์ได้ 278 ชุด คิดเป็นร้อยละ 29.02 ของแบบสอบถามทั้งหมด ส่วนใหญ่ของแบบสอบถามได้รับกลับคืนมาภายใน 2 สัปดาห์แรก แสดงให้เห็นถึงความสนใจของผู้ตอบแบบสอบถาม บางฉบับผู้ตอบได้ส่งไปรษณีย์ลงทะเบียนด่วนพิเศษ (EMS) เพื่อให้แน่ใจว่าผู้วิจัยได้รับข้อมูลทันเวลา

#### 4.1 ข้อมูลทั่วไป

ในส่วนแรกของแบบสอบถาม จะเป็นข้อมูลทั่วไปทาง สังคมและเศรษฐกิจ ของแพทย์ที่ได้ลาออก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ภูมิลำเนา รายได้ ตำแหน่งงาน อายุราชการ เป็นต้น

จากการเปรียบเทียบข้อมูล เพื่อดูความเป็นตัวแทนประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยเทียบกับข้อมูลทุติยภูมิ แพทย์ที่ลาออกทั้งหมดในช่วงปี 2544-2545 จำนวน 716 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากร

ตารางที่ 4.1 กลุ่มที่ตอบแบบสอบถาม เมื่อเทียบกับลักษณะประชากรของแพทย์ที่ลาออกทั้งหมด

	แพทย์ลาออก *	กลุ่มตัวอย่าง
	ทั้งหมด	
อายุเฉลี่ย (ปี)	31	33
เพศชาย	54.7%	61.2%
ภูมิลำเนา กรุงเทพฯ	55.2%	54.0%
ปฏิบัติงาน กทม+ภาคกลาง	28.2%	35.5%
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	28,261	25,001-35,000

- ที่มา : น.พ. ทักษพล ธรรมรังษี : สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
- \* ข้อมูลแพทย์ที่ลาออก ช่วงปี 2544-2545 รวม 716 คน

ตารางที่ 4.2 เพศของผู้ลาออกที่ตอบแบบสอบถาม

เพศ	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละของผู้ตอบ คำถามนี้
ชาย	170	61.2	61.2
หญิง	108	38.8	38.8
รวม	278	100	100

Chi-Square=13.827 p=0.00

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง กล่าวคือเป็นเพศชาย 170 คน คิดเป็นร้อยละ 61.2 และเพศหญิง 108 คน คิดเป็นร้อยละ 38.8 ข้อมูลนี้สอดคล้องกับข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากการรวบรวมแพทย์ที่ลาออกทั้งหมด โดยนายแพทย์ ทักษพล ธรรมรังษี พบว่ามีแพทย์ชายลาออกมากกว่าแพทย์หญิง คือ ร้อยละ 54.7 เป็นไปได้ว่าแพทย์ชายยินดีตอบแบบสอบถามมากกว่าเล็กน้อย

ตารางที่ 4.3 ช่วงอายุของผู้ลาออก

ช่วงอายุ	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละของผู้ตอบ คำถามนี้
ต่ำกว่า 25 ปี	20	7.2	7.2
26-30 ปี	124	44.6	44.6
31-35 ปี	54	19.4	19.4
36-40 ปี	40	14.4	14.4
41-45 ปี	14	5.0	5.0
46-50 ปี	6	2.2	2.2
51-55 ปี	3	1.1	1.1
56 ปีขึ้นไป	17	6.1	6.1
รวม	278	100	100

Chi-Square=392.727 p=0.00

กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 26-30 ปีมากที่สุด คือ 124 คน คิดเป็นร้อยละ 44.6 ซึ่งกลุ่มนี้คือแพทย์วัยหนุ่มสาวที่กำลังแสวงหาความก้าวหน้า และเพิ่งจะพ้นพ้นภาระใช้ทุน รองลงมาคือ 31-35 ปี มีจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 19.4 และ 36-40 ปี มี 40 คน คิดเป็นร้อยละ 14.4 ซึ่งช่วงนี้จะตรงกับช่วงอายุที่เป็นผู้สำเร็จการศึกษาก่อร่างเป็นแพทย์เฉพาะทางแล้ว และกำลังปฏิบัติงานเป็นหัวแรงสำคัญของโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งจะเป็นการสูญเสียบุคลากร ชั้นมันสมองไป นอกจากนี้ยังพบว่าในช่วงอายุ ต่ำกว่า 25 ปี มีถึง 20 คน คิดเป็นร้อยละ 7.2 ซึ่งเป็นไปได้ว่า เป็นการลาออกตั้งแต่ยังไม่ครบพ้นภาระใช้ทุน ส่วนผู้ที่เกษียณอายุก่อนกำหนด (Early retirement) ในกลุ่มอายุมากกว่า 56 ปี ขึ้นไปก็มีถึง 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.4 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละของผู้ตอบ คำถามนี้
โสด	152	54.7	54.7
สมรส	124	44.6	44.6
หม้าย/หย่า	2	0.7	0.7
รวม	278	100	100

Chi-Square=137.295 p=0.00

พบว่า แพทย์ที่เป็นโสดลาออกมากกว่า โดยมี 152 คน คิดเป็นร้อยละ 54.7 แพทย์ที่สมรสแล้วมี 124 คน คิดเป็นร้อยละ 44.6 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง อายุยังน้อย หรืออาจเนื่องจากแพทย์ที่ยังโสด จะสามารถแสวงหาโอกาสในการศึกษาต่อ โดยมีข้อจำกัดน้อยกว่าแพทย์ที่สมรสแล้ว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.5 ภูมิลำเนาแบ่งตามภาค

ภูมิลำเนา	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละของผู้ตอบ คำถามนี้
กรุงเทพ	148	53.2	54.0
ภาคกลาง	38	13.7	13.9
ภาคใต้	26	9.4	9.5
ภาคเหนือ	25	9.0	9.1
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	22	7.9	8.0
ภาคตะวันออก	10	3.6	3.6
ภาคตะวันตก	5	1.8	1.8
ไม่ระบุ	4	1.4	
รวม	278	100	100

Chi-Square=371.277 p=0.00

แพทย์ที่มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร อยู่ในกลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่ง คือมีถึง 148 คน คิดเป็นร้อยละ 54 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทัศนคติของแพทย์ผู้ลาออกทั้งหมด อาจเนื่องด้วยมีจำนวนแพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด หรือ ผู้ที่อยู่กรุงเทพฯ มีโอกาสมากที่สุดในการศึกษาต่อหรือหางานใหม่ รองลงมาคือ ภาคกลาง 38 คน คิดเป็นร้อยละ 13.7 ส่วนภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนใกล้เคียงกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.6 สถาบันที่สำเร็จการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถาม

สถาบัน	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละของผู้ตอบ คำถามนี้
ศิริราชพยาบาล	74	26.6	27.4
จุฬาลงกรณ์	52	18.7	19.3
เชียงใหม่	39	14.0	14.4
สงขลานครินทร์	23	8.3	8.5
ขอนแก่น	17	6.1	6.3
รามาริบดี	16	5.8	5.9
ศรีนครินทรวิโรฒ	16	5.8	5.9
วชิรพยาบาล	11	4.0	4.1
พระมงกุฎเกล้า	8	2.9	3.0
ธรรมศาสตร์	8	2.9	3.0
รังสิต	3	1.1	1.1
ต่างประเทศ	3	1.1	1.1
ไม่ระบุ	8	2.9	
รวม	278	100	100

แพทย์ในกลุ่มตัวอย่างที่ลาออก สำเร็จการศึกษาจาก ศิริราชพยาบาล จำนวน 74 คน คิดเป็น ร้อยละ 26.6 รองลงมาคือ จุฬาลงกรณ์ 52 คน คิดเป็นร้อยละ 18.7 และ เชียงใหม่ 39 คน เป็นร้อยละ 14.0 อาจเนื่องจากจำนวนบัณฑิตแพทย์ของศิริราช มีมากที่สุด เป็นที่น่าสังเกตว่า โรงเรียนแพทย์ใหม่บางแห่งก็มีผู้ลาออกมากเมื่อเทียบกับปริมาณบัณฑิต เช่น มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มี 16 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.8 และ ธรรมศาสตร์ มี 8 คน เป็นร้อยละ 2.9



ตารางที่ 4.7 สาขาที่เชี่ยวชาญ

สาขาวิชา	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละของผู้ตอบ คำถามนี้
เวชปฏิบัติทั่วไป	137	49.3	
เฉพาะทาง			
อายุรศาสตร์	36	12.9	25.5
ศัลยศาสตร์	31	11.2	22.0
กุมารเวชศาสตร์	23	8.3	16.3
สูติศาสตร์นรีเวชวิทยา	12	4.3	8.5
วิสัญญี	11	4.0	7.8
อื่นๆ	28	10.1	19.9
รวม	278	100	100

Chi-Square=108.993 p=0.00

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เป็นกลุ่มที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุด โดยรวมถึงแพทย์ใช้ทุน และแพทย์ที่ปฏิบัติงาน โดย ยังไม่ได้เข้าฝึกอบรม เป็นแพทย์เฉพาะทาง รวมทั้งสิ้น 137 คน คิดเป็น ร้อยละ 49.3 ในส่วนที่เป็นแพทย์เฉพาะทางนั้น สาขาอายุรศาสตร์มีผู้ตอบมากที่สุด 36 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.9 รองลงมาคือ ศัลยศาสตร์ 31 คน ร้อยละ 11.2 อาจเนื่องจากการะงานของอายุรแพทย์ และศัลยแพทย์ จะค่อนข้างหนัก นอกจากนั้นยังมีความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานมากด้วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.8 พันธะการชดใช้ทุน

พันธะใช้ทุน	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละของผู้ตอบ คำถามนี้
ครบแล้ว	202	72.7	74.8
ยังไม่ครบ	68	24.4	25.2
ไม่ระบุ	8	2.9	
รวม	278	100	100

แพทย์ผู้ตอบแบบสอบถาม หมดพันธะการชดใช้ทุนแล้วก่อนลาออก 202 คน คิดเป็นร้อยละ 74.8 น่าสังเกตว่า มีแพทย์ที่ยังไม่หมดพันธะใช้ทุนในทุกกระดับ ลาออกด้วย จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 25.2

ตารางที่ 4.9 สถานะก่อนลาออก

สถานะ	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละของผู้ตอบ คำถามนี้
ข้าราชการ	130	46.8	47.1
พนักงานของรัฐ	146	52.5	52.9
ไม่ระบุ	2	0.7	
รวม	278	100	100

Chi-Square=222.217 p=0.00

ในกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถาม มีผู้ที่เคยเป็นข้าราชการ 130คน คิดเป็นร้อยละ 46.8 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่เป็นพนักงานของรัฐ ที่มี 146 คน คิดเป็นร้อยละ 52.5 ซึ่ง พนักงานของรัฐส่วนมากจะเป็นแพทย์ใช้ทุนจบใหม่ในช่วง 2-3 ปีนี้

ตารางที่ 4.10 ระดับขั้นตำแหน่ง (ซี) ก่อนลาออก

ระดับซี	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละของผู้ตอบ คำถามนี้
4	54	19.5	22.0
5	99	35.6	40.4
6	22	7.9	9.0
7	35	12.6	14.3
8	26	9.4	10.6
9	5	1.8	2.0
10	4	1.4	1.6
ไม่ระบุ	33	11.9	
รวม	278	100	100

Chi-Square=246.004 p=0.00

กลุ่มแพทย์ที่ลาออกนั้น ส่วนมากมีอัตราเงินเดือนอยู่ในลำดับขั้น ซี 5 จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 40.4 ขณะที่ ระดับ 4 หรือแพทย์จบใหม่ ก็มีมากเช่นกัน คือ 54 คน คิดเป็นร้อยละ 22.0 เป็นที่น่าสังเกตว่า แพทย์ระดับ 7 ก็มีมากถึง 35 คน หรือร้อยละ 14.3 ซึ่งเป็นการสูญเสียที่มีความสำคัญ เพราะเป็นระดับที่มีความรู้ความชำนาญแล้ว เมื่อรวมกับระดับ 8 อีก 26 คน หรือ ร้อยละ 10.6 จะเห็นว่าเสียกำลังสำคัญไปถึงกว่าร้อยละ 24

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.11 อายุราชการของผู้ลาออกที่ตอบแบบสอบถาม

อายุราชการ	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละของผู้ตอบ คำถามนี้
ต่ำกว่า 5 ปี	158	56.8	56.8
6-10 ปี	43	15.5	15.5
11-15 ปี	28	10.1	10.1
16-20 ปี	17	6.1	6.1
21-25 ปี	3	1.1	1.1
26-30 ปี	15	5.4	5.4
มากกว่า 30 ปี	14	5.0	5.0
รวม	278	100	100

Chi-Square=434.993 p=0.00

แพทย์ในกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากมีอายุราชการ ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 158 คน คิดเป็น ร้อยละ 56.8 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลอายุและระดับ ซี รองลงมาคือ 6-10 ปี 43 คน คิดเป็นร้อยละ 15.5 สังเกตได้ว่า อีกกลุ่มที่สำคัญคือกลุ่มที่มีอายุราชการเกินกว่า 25 ปี ที่มีรวมกันถึง 29 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.4 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีอายุราชการ ถึงเกณฑ์ที่จะได้ รับบำนาญแล้ว จึงตัดสินใจลาออก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.12 รายได้รวมทุกประเภทก่อนลาออก บาทต่อเดือน

รายได้	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละของผู้ตอบ คำถามนี้
น้อยกว่า= 15,000	20	7.2	7.2
15,001-25000	63	22.7	22.7
25,001-35,000	105	37.8	37.8
35,001-45,000	37	13.3	13.3
45,001-55,000	27	9.7	9.7
มากกว่า= 55,001	26	9.4	9.4
รวม	278	100	100

Chi-Square=114.115 p=0.00

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า ผู้ที่ลาออก มีรายได้รวมในช่วง 25,000 -35,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 37.8 จะเห็นได้ว่า กว่า 2 ใน 3 มีรายได้รวมทั้งหมดทุกประเภท ต่ำกว่า 35,000 บาทลงมา



ตารางที่ 4.13 จังหวัดที่ปฏิบัติงานแบ่งตามภาค

ภูมิลำเนา	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละของผู้ตอบ คำถามนี้
กรุงเทพ	23	8.3	8.7
ภาคกลาง	71	25.5	27.0
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	49	17.6	18.6
ภาคใต้	46	16.5	17.5
ภาคเหนือ	39	14.0	14.8
ภาคตะวันออก	19	6.8	7.2
ภาคตะวันตก	16	5.8	6.1
ไม่ระบุ	15	5.4	
รวม	278	100	100

Chi-Square=62.380 p=0.00

จังหวัดในภาคกลาง เป็นจังหวัดที่ กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานมากที่สุด โดยมีจำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5 รองลงมาคือ ตะวันออกเฉียงเหนือ 49 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6 ใกล้เคียงกับ ภาคใต้ 46 คน หรือ ร้อยละ 16.5 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัญหาการกระจายแพทย์ ไร่ก็ตาม แม้ว่า จะมีแพทย์ผู้มีภูมิลำเนาในกรุงเทพค่อนข้างมาก แต่ผู้ลาออกปฏิบัติงานอยู่ในกรุงเทพเพียง 23 คน หรือร้อยละ 8.3 เท่านั้น

ตารางที่ 4.14 โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานของผู้ลาออก

โรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละของผู้ตอบ คำถามนี้
ชุมชน	57	20.5	25.6
ชุมชน+ทั่วไป	57	20.5	25.6
ชุมชน+ศูนย์	20	7.2	9.0
ชุมชน+ทั่วไป+ศูนย์	6	2.2	2.7
ทั่วไป	29	10.4	13.0
ศูนย์	54	19.4	24.2
ไม่ระบุ	55	19.8	
รวม	278	100	100

Chi-Square=319.920 p=0.00

แพทย์ผู้ลาออก กว่าครึ่งหนึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โดยรวมแพทย์ที่ปฏิบัติงาน สลับกับโรงพยาบาลทั่วไปและ โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข รวม 140คน คิดเป็นร้อยละ 62.8 ส่วนแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่เฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ มี 54 คน โรงพยาบาลทั่วไป 29 คน คิดเป็นร้อยละ 24.2 และ 13.0 ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.15 ภาระงานด้านต่างๆของผู้ลาออก

ภาระงานที่ทำ	ความถี่	ร้อยละ	ร้อยละของผู้ตอบ คำถามนี้
บริหาร	278	100	100
ต่ำกว่า 30 %	276	99.3	99.3
31-60 %	1	0.4	0.4
61-90 %	1	0.4	0.4
มากกว่า 90 %	0	0	0
บริการ	278	100	100
ต่ำกว่า 30 %	24	8.6	8.6
31-60 %	60	21.6	21.6
61-90 %	136	48.9	48.9
มากกว่า 90 %	58	20.9	20.9
วิชาการ	278	100	100
ต่ำกว่า 30 %	243	87.4	87.4
31-60 %	21	7.6	7.6
61-90 %	4	1.4	1.4
มากกว่า 90 %	10	3.6	3.6

แพทย์ผู้ลาออกส่วนมากใช้เวลาทำ ภาระงานทางด้านบริการ เกือบทั้งหมด โดยทำงานด้านบริการ เกินกว่า ร้อยละ 90 ถึง 58 ราย คิดเป็น ร้อยละ 20.9 ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาในการบริหาร และที่น่ากังวลใจกว่านั้นคือ งานทางวิชาการน้อยมาก โดยทำต่ำกว่า ร้อยละ 30 ถึง 243 คน คิดเป็นร้อยละ 87.4 ของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาจทำให้มีปัญหาด้านความเสี่ยงและคุณภาพบริการได้ต่อไป



ตารางที่ 4.16 ปริมาณงานงานของผู้ลาออก

ปริมาณงานที่ทำ	ความถี่	ร้อยละ	ร้อยละของผู้ตอบ คำถามนี้
เวลาทำงาน ต่อสัปดาห์	278	100	100
40 ช.ม.ลงมา	200	71.9	72.2
> 40 ช.ม.	77	27.7	27.8
ไม่ระบุ	1	0.4	
อยู่เวร ต่อเดือน	278	100	100
10 วันลงมา	167	60.1	60.3
11-20 วัน	60	21.6	21.6
มากกว่า 20 วัน	26	9.4	9.4
ไม่ระบุ	1	0.4	
ผู้ป่วยนอก ต่อวัน	278	100	100
1- 30 ราย	35	12.6	13.6
31-60 ราย	89	32.0	34.5
61-100 ราย	90	32.4	34.9
มากกว่า 100 ราย	44	15.8	17.1
ไม่ระบุ	20	7.2	
ผู้ป่วยใน ต่อวัน	278	100	100
1-10 ราย	43	15.5	16.7
11-20 ราย	63	22.7	24.5
21-30 ราย	72	25.9	28.0
มากกว่า 30 ราย	79	28.4	30.7
ไม่ระบุ	21	7.6	

เมื่อดูปริมาณงานที่ทำ พบว่าส่วนมากมีปริมาณงานมากเกินมาตรฐาน ในกลุ่มตัวอย่างมีแพทย์ 77 คน ที่ทำงานเกิน 40 ช.ม. ต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 27.8 และมี 26 คน หรือร้อยละ 9.4 ที่อยู่เวร เกินกว่า 20 วันต่อเดือน หรืออยู่เวรเกือบทุกวัน นอกจากนี้ มีแพทย์ 44 คน หรือ คิดเป็นร้อยละ 17.1 ที่ตรวจคนไข้ นอก เกินกว่าร้อยละรายต่อวัน ซึ่งเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานประกันสังคม และแพทย์ในกลุ่มนี้ 79 ราย หรือ ร้อยละ 30.7 ยังต้องดูแลคนไข้ในอีกกว่า 30 รายต่อวัน

สรุปผลการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่าง แพทย์ลาออกผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะดังนี้คือ

มีอายุเฉลี่ย 33 ปี	
เพศชาย	ร้อยละ 61.2
เป็นโสด	ร้อยละ 54.7
รับราชการอยู่ในระดับ ซี 5	ร้อยละ 35.6
มีรายได้เฉลี่ยรวมทั้งสิ้น ประมาณ 25,001- 35,000 บาทต่อเดือน	ร้อยละ 37.8
สถานะเป็น พนักงานของรัฐและลูกจ้าง	ร้อยละ 52.5
ภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพ	ร้อยละ 54.0
ปฏิบัติงานอยู่ในกรุงเทพและภาคกลาง	ร้อยละ 35.5
ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติทั่วไป	ร้อยละ 48.9
สำหรับแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรแล้ว สาขาอายุรศาสตร์ ลาออกมากที่สุด	ร้อยละ 25.5

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 4.2 ข้อมูลเชิงประจักษ์เหตุการณ์ลาออกที่ได้จากแบบสอบถาม

ในส่วนนี้จะเป็นการสรุปและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม

### 4.2.1 สาเหตุการลาออก

แพทย์ในกลุ่มตัวอย่าง ได้ให้สาเหตุของการลาออก เรียงตามลำดับดังนี้

ตารางที่ 4.17 สาเหตุของการลาออกเรียงตามลำดับ

สาเหตุ	ลำดับ1	ลำดับ2	ลำดับ3	ลำดับ4	ลำดับ5	ทุกลำดับ
ภาระงาน	50	43	36	26	19	174
คุณภาพชีวิต	38	46	35	23	29	171
ระบบบริหาร	31	25	29	27	27	139
ความเสี่ยง	14	32	34	33	20	133
รายได้	14	15	31	19	30	109
ขวัญกำลังใจ	16	20	16	34	17	103
ลาศึกษา	43	15	16	11	10	95
ครอบครัว	19	13	14	15	32	93
สภาพแวดล้อม	5	10	24	24	18	81
ก้าวหน้า	10	21	15	16	14	76
ไม่ตรงคาด	4	6	5	15	17	47
อื่นๆ	20	7	2	3	5	37
ไม่มั่นคง	2	5	3	7	12	29
ทำอาชีพอื่น	2	3	0	3	1	9
	268	261	260	256	251	

จากตารางที่ 4.17 พบว่า เมื่อรวมทุกอันดับทั้งหมด แพทย์ในกลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ภาระงาน เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด ที่ทำให้ตัดสินใจลาออก คือ 174 คน เลือกปัจจัยนี้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงพรรณนาข้างต้น สาเหตุอื่นๆที่แพทย์ให้ความสำคัญได้แก่ คุณภาพชีวิต และระบบบริหาร ตามลำดับ

ตารางที่ 4.18 สาเหตุของการลาออกที่เลือกเป็นลำดับแรก

สาเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
ภาระงาน	50	18.66
การศึกษา	43	16.04
คุณภาพชีวิตไม่ดี	38	14.18
ระบบบริหาร	31	11.57
อื่นๆ	20	7.46
ครอบครัว	19	7.09
ขวัญกำลังใจ	16	5.97
ความเสี่ยง	14	5.22
รายได้	14	5.22
ก้าวหน้า	10	3.73
สภาพแวดล้อม	5	1.87
ไม่ตรงคาดหวัง	4	1.49
ความมั่นคง	2	0.75
ทำอาชีพอื่น	2	0.75
	268	100

เมื่อพิจารณาเฉพาะสาเหตุที่แพทย์ให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก พบว่า ภาระงานเป็นสาเหตุอันดับแรกของ แพทย์ 50 คน คิดเป็นร้อยละ 18.66 ตามมาด้วยการลาศึกษาต่อ 43 คน คิดเป็นร้อยละ 16.04 และคุณภาพชีวิตไม่ดี 38 คนคิดเป็นร้อยละ 14.18 เป็นที่น่าสังเกตว่า ปัจจัยที่มีการพูดถึงกันมาก เช่น เรื่องนโยบายและระบบบริหาร รวมถึงความไม่มั่นคงในงาน เช่นการเป็นพนักงานของรัฐ ไม่ใช่สาเหตุหลักที่แพทย์ผู้ลาออกให้ความสำคัญเป็นลำดับแรก

ตารางที่ 4.19 นโยบายที่คิดว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการลาออกเรียงตามลำดับ

นโยบาย	ลำดับ1	ลำดับ2	ลำดับ3	ลำดับ4	ลำดับ5	ทุกลำดับ
ค่าตอบแทน	88	58	35	24	20	225
หลักประกันสุขภาพ	51	60	46	30	15	202
ชั้นยศยศพล	10	25	44	35	27	141
ลาศึกษา	45	17	20	17	15	114
อัตราค่าจ้าง	16	22	20	32	21	111
พนักงานของรัฐ	12	28	21	21	16	98
HA	7	15	23	20	29	94
กระจายอำนาจ	4	11	11	23	21	70
อื่นๆ	13	4	5	4	14	40
ไม่มี	18				1	19
ต่างชาติรักษา			1		2	3
	264	240	226	206	181	

เมื่อพิจารณาถึงเฉพาะในส่วนของนโยบายที่อาจมีผลกระทบต่อการตัดสินใจลาออก พบว่าอันดับแรก คือเรื่องค่าตอบแทน เป็นปัจจัยที่ได้รับการระบุนมากที่สุดในทุกลำดับ รวม 225 คน ตามมาด้วย นโยบายหลักประกันสุขภาพ 202 คน และการชั้นยศพลยศพล 141 คน จะเห็นได้ว่านโยบายเรื่องพนักงานของรัฐ และการดึงชาวต่างชาติเข้ามารักษาในไทย ไม่ใช่ นโยบายสำคัญที่ส่งผลต่อการลาออก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.20 นโยบายที่เกี่ยวข้องในลำดับที่ 1

นโยบาย	จำนวน	ร้อยละ
ค่าตอบแทน	88	33.33
หลักประกันสุขภาพ	51	19.31
ลาศึกษา	45	17.04
ไม่มี	18	6.82
อัตรากำลัง	16	6.06
อื่นๆ	13	4.92
พนักงานของรัฐ	12	4.55
ชั้นสูตร	10	3.79
การรับรองคุณภาพ HA	7	2.65
กระจายอำนาจ	4	1.52
ต่างชาติ	0	0
	264	100

ถ้าพิจารณาเฉพาะนโยบายของรัฐ และ กระทรวงสาธารณสุข ที่แพทย์คิดว่ามีความเกี่ยวข้องโดยตรงในลำดับแรก จะพบว่า ในเรื่องของค่าตอบแทน ที่กระทรวงสาธารณสุขใช้กรอบเดียวกันกับข้าราชการอื่นๆทั่วไป แม้ว่าภาระงานและความรับผิดชอบ จะแตกต่างกันอย่างมากนั้น ส่งผลต่อการตัดสินใจลาออก ถึง 88 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนนโยบายหลักประกันสุขภาพ ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน 51 คน คิดเป็น ร้อยละ 19.31 และนโยบายการลาศึกษาต่อ เป็นนโยบายที่มีความเกี่ยวข้องเป็นอันดับแรก 45 คน คิดเป็นร้อยละ 17.04

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.21 แนวทางแก้ไขการลาออกเรียงตามลำดับ

ทางแก้ไข	ลำดับ1	ลำดับ2	ลำดับ3	ลำดับ4	ลำดับ5	ทุกลำดับ
ค่าตอบแทน	110	66	31	22	15	244
ภาระงาน	41	70	50	43	17	221
แก้กฎหมาย	25	34	58	44	32	193
ศึกษาต่อ	19	21	36	33	23	132
ความก้าวหน้า	3	24	30	29	36	122
บรรจุเป็น						
ข้าราชการ	13	14	16	28	34	105
แยกจาก ก.พ.	19	12	16	23	25	95
ปรับนโยบาย	14	7	6	9	21	57
ผลิตแพทย์เพิ่ม	5	10	10	5	10	40
อื่นๆ	11	4	2	3	7	27
ไม่ต้องแก้ไข	6			1	2	9
	266	262	255	240	222	

เมื่อถามถึงแนวทางแก้ไข แพทย์ที่ลาออกให้ความสำคัญกับเรื่องค่าตอบแทนมากที่สุด เมื่อรวมทุกลำดับ จะมีถึง 244 คน ซึ่งแนวทางแก้ไข จะสอดคล้องกับสาเหตุที่ทำให้ลาออก และนโยบายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นเรื่องของค่าตอบแทนเช่นเดียวกัน รองลงมาคือเรื่องภาระงาน 221 คน และการปรับแก้กฎหมายที่มีส่วนเพิ่มการฟ้องร้องแพทย์ 193 ราย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.22 แนวทางแก้ไขการลาออกที่เลือกเป็นลำดับที่ 1

ทางแก้	จำนวน	ร้อยละ
ค่าตอบแทน	110	41.35
ภาระงาน	41	15.41
แก้กฎหมาย	25	9.40
แยกจาก ก.พ.	19	7.14
ศึกษาต่อ	19	7.14
ปรับนโยบาย	14	5.26
บรรจุข้าราชการ	13	4.89
อื่นๆ	11	4.14
ไม่ต้องแก้	6	2.26
ผลิตแพทย์เพิ่ม	5	1.88
ความก้าวหน้า	3	1.13
	266	100

สำหรับทางแก้ที่แพทย์คิดว่าสำคัญที่สุดเป็นลำดับแรก คือ การปรับปรุงเรื่องค่าตอบแทน มี 110 คน คิดเป็นร้อยละ 41.35 รองลงมาได้แก่ภาระงาน 41 คน ร้อยละ 15.41 และ แก้กฎหมาย ฟ้องร้องแพทย์ 25 คน ร้อยละ 9.40 ซึ่งทางแก้ที่แพทย์ให้ความสำคัญเป็นลำดับแรก สอดคล้องกับ ภาพรวมแนวทางแก้ไขทั้งหมดทุกลำดับ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 4.23 ลักษณะของผู้ลาออกและสาเหตุ นโยบายที่เกี่ยวข้องและทางแก้ไข

ลักษณะกลุ่ม	สาเหตุลาออก	นโยบายที่เกี่ยวข้อง	ทางแก้ไข
1. เพศ			
- ชาย	1.ภาระงาน 2.คุณภาพชีวิต 3.ระบบบริหาร	1.ค่าตอบแทน 2.หลักประกันสุขภาพ 3.การศึกษาต่อ	1.ปรับค่าตอบแทน 2.ปรับภาระงาน 3.แยกระบบจาก ก.พ.
- หญิง	1.ลาศึกษาต่อ 2.ภาระงาน 3.คุณภาพชีวิต	1.ค่าตอบแทน 2.การศึกษาต่อ 3.หลักประกันสุขภาพ	1.ปรับค่าตอบแทน 2.ปรับภาระงาน 3.แก้กฎหมายฟ้องร้อง
2. อายุ			
- 30ปี ลงมา	1.ลาศึกษาต่อ 2.ภาระงาน 3.คุณภาพชีวิต	1.การศึกษาต่อ 2.ค่าตอบแทน 3.หลักประกันสุขภาพ	1.ปรับค่าตอบแทน 2.ปรับภาระงาน 3.ระบบการศึกษาต่อ
- มากกว่า 30 ปี	1.ภาระงาน 2.ระบบบริหาร 3.คุณภาพชีวิต	1.ค่าตอบแทน 2.หลักประกันสุขภาพ 3.จัดสรรอัตรากำลัง	1.ปรับค่าตอบแทน 2.ปรับภาระงาน 3.แยกระบบจาก ก.พ.
3. สาขาปฏิบัติงาน			
- เวชปฏิบัติทั่วไป	1.ลาศึกษาต่อ 2.ภาระงาน 3.คุณภาพชีวิต	1.การศึกษาต่อ 2.ค่าตอบแทน 3.หลักประกันสุขภาพ	1.ปรับค่าตอบแทน 2.ปรับภาระงาน 3.ระบบการศึกษาต่อ
- ผู้เชี่ยวชาญ	1.ภาระงาน 2.ระบบบริหาร 3.คุณภาพชีวิต	1.ค่าตอบแทน 2.หลักประกันสุขภาพ 3.ไม่เกี่ยวกับนโยบาย	1.ปรับค่าตอบแทน 2.ปรับภาระงาน 3.แก้กฎหมายฟ้องร้อง
4. สถานะ			
- ข้าราชการ	1.ภาระงาน 2.ระบบบริหาร 3.คุณภาพชีวิต	1.ค่าตอบแทน 2.หลักประกันสุขภาพ 3.การศึกษาต่อ	1.ปรับค่าตอบแทน 2.ปรับภาระงาน 3.แก้กฎหมายฟ้องร้อง
- พนักงานของรัฐ	1.ลาศึกษาต่อ 2.ภาระงาน 3.คุณภาพชีวิต	1.ค่าตอบแทน 2.การศึกษาต่อ 3.หลักประกันสุขภาพ	1.ปรับค่าตอบแทน 2.ปรับภาระงาน 3.ระบบการศึกษาต่อ

เมื่อมองภาพรวม จำแนกตามลักษณะของแพทย์ จะพบว่าแพทย์ชายและหญิงมองปัญหาต่างกันเล็กน้อย โดยแพทย์ชายให้ความสำคัญกับ ภาระงาน คุณภาพชีวิต และ ระบบบริหาร ส่วนแพทย์หญิงให้ความสำคัญกับการลาศึกษาต่อมากกว่า ในส่วนของแนวทางแก้ไข แพทย์ชายให้ความสำคัญกับ ค่าตอบแทน ภาระงาน และการแยกระบบบริหารบุคลากรจากกรอบของ ก.พ. ในขณะที่แพทย์หญิง เป็นห่วงในเรื่องความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานเช่นการถูกฟ้องร้อง

เมื่อพิจารณากลุ่มอายุ ที่ต่ำกว่า 30 ปี พบว่าปัจจัยเรื่องการลาศึกษาเป็นสาเหตุหลัก แต่กลุ่มที่อายุมากกว่า 30 ปี จะเป็นเรื่องภาระงานและค่าตอบแทน

สำหรับสาขาที่ปฏิบัติงาน พบว่าแพทย์ที่ทำงานเวชปฏิบัติทั่วไป ต้องการการลาศึกษาต่อ แต่แพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ ให้ความสำคัญกับภาระงานและค่าตอบแทน

ในส่วนของสถานะ พบว่าแพทย์ที่เป็นข้าราชการ จะมีความเป็นห่วง เรื่องของ ภาระงาน และค่าตอบแทนเป็นหลัก แต่ในส่วนพนักงานของรัฐจะเป็นเรื่องการลาศึกษาต่อ

ทุกกลุ่มต้องการให้ปรับปรุงเรื่องค่าตอบแทนและภาระงาน รวมถึงเรื่องอื่น เช่นระบบการลาศึกษาต่อ และแก้กฎหมายฟ้องร้องแพทย์ เป็นต้น

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### 4.2.2 ความคิดเห็นต่อความสำคัญของสาเหตุที่ลาออก

ตารางที่ 4.24 ค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่เป็นสาเหตุของการลาออก เรียงตามลำดับคะแนน

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย	Std Deviation
ได้ค่าตอบแทนไม่เหมาะสม	3.61	.549
มีภาระงานหนักเกินไป	3.53	.601
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ	3.36	.787
ระบบการบริหารนโยบาย	3.35	.677
มีความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนฟ้องร้อง	3.26	.761
ขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน	3.23	.685
กฎ / ระเบียบต่างๆของกระทรวง	3.13	.742
ไม่ได้ทุนหรือการส่งเสริมในการลาศึกษาต่อ	3.03	.782
ไม่มีความก้าวหน้าตามที่คาดหวัง	2.77	.742
เหตุผลเรื่องครอบครัว	2.69	.868
ไม่มีความมั่นคงในงาน	2.47	.851
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในโรงพยาบาล	2.39	.854
นโยบายดึงชาวต่างชาติมารักษาในไทย	2.24	.816
งานไม่น่าตื่นเต้นหรือท้าทายพอ	1.99	.674

t-test df = 277, p=0.00

กลุ่มแพทย์ที่ตอบแบบสอบถาม มีความคิดเห็นว่า ปัจจัยเรื่องค่าตอบแทน มีน้ำหนักมากที่สุด ในการทำให้แพทย์ลาออก โดยมีคะแนน 3.61 ตามมาด้วยภาระงาน 3.53 คะแนน พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ 3.36 คะแนน และระบบบริหาร 3.35 คะแนนตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุ และวิธีแก้ไข ที่แพทย์กลุ่มนี้ได้ให้ความเห็นไว้

#### 4.3 การทดสอบสมมติฐาน

##### สมมติฐานที่ 1 :

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเศรษฐกิจสังคม ( Socio economic factors ) ได้แก่ เพศ อายุ ครอบครัว ภูมิภาค รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการลาออกของแพทย์ภาครัฐ ผลของการทำ multiple regression analysis เป็นดังนี้

ตารางที่ 4.25 การวิเคราะห์ multiple regression สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม

ตัวแปร	B	Std Error B	Beta	t	Sig
อายุ	-0.012	0.005	-0.144	-2.121	*0.035
รายได้	-1.634	0.000	-0.064	-0.949	0.344
ภูมิภาค	0.028	0.087	0.020	0.320	0.749
เพศ	0.180	0.091	0.127	1.979	*0.049
ครอบครัว	-0.001	0.051	-0.001	-0.021	0.983

R	R Square	Adjusted R Square	Std Error of Estimation	F Change	Sig F Change
0.199	0.040	0.020	0.68293	2.046	0.073

จากตารางแสดงให้เห็นว่า โดยรวมแล้ว ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการลาออก อย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ 0.05 และปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมสามารถอธิบายการลาออกได้เพียงร้อยละ 4

มีเพียงตัวแปรอายุ และเพศเท่านั้นที่สัมพันธ์กับการลาออกที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

## สมมติฐานที่ 2 :

ลักษณะของงาน ( Job Characteristics ) ได้แก่ ภาระงาน ความตื่นเต้นและท้าทายของงาน มีความสัมพันธ์กับการลาออกของแพทย์ภาครัฐ

ตารางที่ 4.26 การวิเคราะห์ multiple regression สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยลักษณะงาน

ตัวแปร	B	Std Error B	Beta	t	Sig
ภาระงาน	0.298	0.069	0.258	4.301	*0.000
งานจำเจ	0.076	0.061	0.074	1.234	0.218

R	R Square	Adjusted R Square	Std Error of Estimation	F Change	Sig F Change
0.274	0.075	0.068	0.66548	10.486	*0.000

R	R Square	Adjusted R Square	Std Error of Estimation	F Change	Sig F Change
0.199	0.040	0.020	0.68293	2.046	0.073

ลักษณะงานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ กับการลาออก ตัวแปรภาระงาน มีความสัมพันธ์กับการลาออก อย่างมีนัยสำคัญ ตัวแปรลักษณะงานโดยรวม สามารถทำนายการลาออกได้ ร้อยละ 7.5

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### สมมติฐานที่ 3:

แรงจูงใจในการทำงาน ( Motivation ) ได้แก่ ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ความก้าวหน้าตามที่คาดหวัง ค่าตอบแทน และโอกาสในการลาศึกษาต่อ มีความสัมพันธ์กับการลาออกของแพทย์

ตารางที่ 4.27 การวิเคราะห์ multiple regression สมมติฐานที่3 ปัจจัยด้านแรงจูงใจ

ตัวแปร	B	Std Error B	Beta	t	Sig
ค่าตอบแทน	0.262	0.070	0.207	3.753	*0.000
ความก้าวหน้า	0.350	0.054	0.376	6.526	*0.000
ได้ศึกษาต่อ	0.073	0.051	0.082	1.443	0.150

R	R Square	Adjusted R Square	Std Error of Estimation	F Change	Sig F Change
0.490	0.240	0.231	0.60454	27.019	*0.000

แรงจูงใจความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการลาออก ตัวแปรค่าตอบแทน และ ความก้าวหน้า มีความสัมพันธ์กับการลาออกอย่างมีนัยสำคัญ ตัวแปรแรงจูงใจโดยรวม สามารถทำนายการลาออกได้ ร้อยละ 24

#### สมมติฐานที่ 4 :

นโยบายและระบบขององค์กร ( Policy and system ) ได้แก่ ระบบการบริหารและนโยบายขององค์กร พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ( 30 บาท ) นโยบายดึงชาวต่างชาติมารักษาในไทย ( Health Tour ) กฎ / ระเบียบต่างๆของกระทรวง ความเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง มีความสัมพันธ์กับการลาออก ของแพทย์ภาครัฐ

#### ตารางที่ 4.28 การวิเคราะห์ multiple regression สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยด้านนโยบาย

ตัวแปร	B	Std Error B	Beta	t	Sig
ฟ้องร้อง	0.083	0.059	0.091	1.390	0.166
บริหาร	0.054	0.068	0.054	0.791	0.430
30บาท	0.081	0.062	0.092	1.314	0.190
Health tour	-0.026	0.054	-0.031	-0.491	0.624
กฎระเบียบ	0.098	0.066	0.105	1.488	0.138

R	R Square	Adjusted R Square	Std Error of Estimation	F Change	Sig F Change
0.235	0.055	0.037	0.67651	2.990	0.120

นโยบายและระบบขององค์กร โดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับการลาออกอย่างมีนัยสำคัญ ที่ 0.05 ได้แก่ ระบบการบริหารและนโยบายขององค์กร พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ( 30 บาท ) นโยบายดึงชาวต่างชาติมารักษาในไทย ( Health Tour ) กฎ / ระเบียบต่างๆของกระทรวง ความเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง ตัวแปรกลุ่มนี้สามารถทำนายการลาออกได้ ร้อยละ 5.5

### สมมติฐานที่ 5:

ความพึงพอใจในงาน ( Job Satisfaction ) ความพึงพอใจในสภาพการทำงาน ความพึงพอใจในอาชีพแพทย์ ความพึงพอใจในรายได้เมื่อเทียบกับภาระงาน ความพึงพอใจในรายได้จากการเป็นแพทย์เมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่น มีความสัมพันธ์กับการลาออก

ตารางที่ 4.29 การวิเคราะห์ multiple regression สมมติฐานที่ 5 ปัจจัยความพึงพอใจในงาน

ตัวแปร	B	Std Error B	Beta	t	Sig
สภาพงาน	0.022	0.058	0.022	0.372	0.710
พอใจอาชีพ	0.047	0.057	0.047	0.825	0.410
เทียบภาระงาน	-0.305	0.069	-0.333	-4.390	*0.000
เทียบอาชีพอื่น	0.180	0.063	-0.214	-2.924	*0.004

R	R Square	Adjusted R Square	Std Error of Estimation	F Change	Sig F Change
0.484	0.234	0.222	0.60809	19.528	*0.000

ความพึงพอใจในงาน โดยรวมสัมพันธ์กับการลาออกอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถทำนายการลาออกได้ร้อยละ 23.4 ความพึงพอใจเมื่อเทียบภาระงานและเทียบอาชีพอื่น สัมพันธ์กับการลาออกอย่างมีนัยสำคัญ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### สมมติฐานที่ 6 :

ความผูกพันในองค์กร ( Organization Commitment ) ได้แก่ ความมั่นคงในงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลใน โรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการลาออกของแพทย์ภาครัฐ

ตารางที่ 4.30 การวิเคราะห์ multiple regression สมมติฐานที่ 6 ปัจจัยความผูกพันในองค์กร

ตัวแปร	B	Std Error B	Beta	t	Sig
ความสัมพันธ์	-0.344	0.045	-0.429	-7.641	*0.000

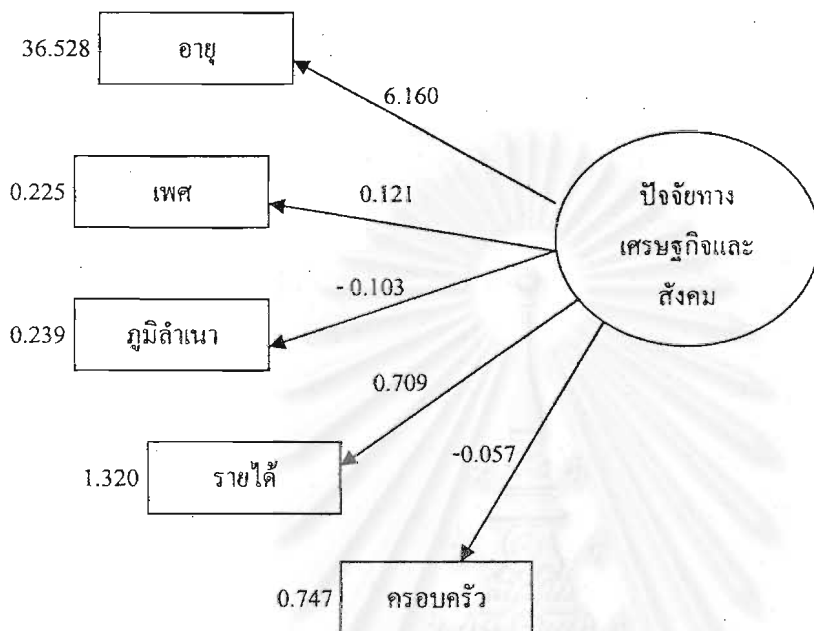
R	R Square	Adjusted R Square	Std Error of Estimation	F Change	Sig F Change
0.429	0.184	0.181	0.62391	58.387	*0.000

ความผูกพันในองค์กร ส่งผลต่อการลาออกอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถทำนายการลาออกได้ ร้อยละ 18.4

#### 4.4 การวิเคราะห์ปัจจัยอิทธิพล

ผู้วิจัยได้สร้างโมเดล LISREL เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย หรือสมมติฐานวิจัยในรูปความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นระหว่างตัวแปร โดยมีพื้นฐานจากทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์โมเดล LISREL คือการตรวจสอบว่า ข้อมูลเชิงประจักษ์กลมกลืนสอดคล้องกับโมเดล LISREL ที่พัฒนาขึ้นหรือไม่อย่างไร LISREL สามารถใช้ได้ดีในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ไม่ใช่การทดลอง โดยให้ผลการวิเคราะห์ที่ถูกต้องมากขึ้น (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542 ; ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์, 2537)

### โมเดลแสดงรูปแบบอิทธิพลต่อโอกาสในการลาออกจากราชการ



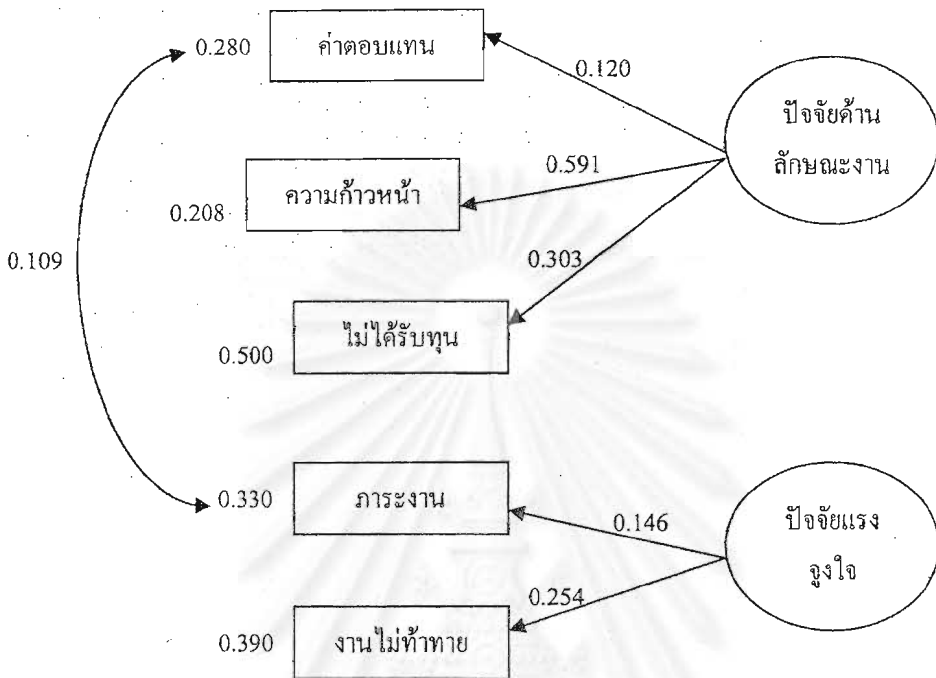
แผนภูมิที่ 4.1 โมเดลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบการเชิงยืนยันตัวแปรแฝง  
ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม

ตัวแปร	เมทริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบ			R-SQUARE	เมทริกซ์ สัมประสิทธิ์ คะแนนองค์ประกอบ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และสังคม
	ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม สัมประสิทธิ์	SE	t		
อายุ	6.160	1.155	8.333	0.510	0.067
เพศ	0.121	0.039	3.126	0.061	0.212
ภูมิลำเนา	-0.103	0.039	-2.640	0.043	-0.171
รายได้	0.709	0.144	4.904	0.275	0.212
ครอบครัว	-0.057	0.067	-0.852	0.004	-0.030

Chi-square goodness of fit = 5.472, df=5, p=0.361

จากแผนภูมิที่ 4.1 แสดงถึงโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสำหรับองค์ประกอบปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic status) พบว่า มีค่าสถิติและดัชนีตรวจสอบความตรงของโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ได้แก่ ค่าไค-สแควร์ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 5.472 ( $p=0.361$ ,  $df=5$ ) แสดงว่า โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันนี้มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

น้ำหนักองค์ประกอบส่วนใหญ่ มีค่าแตกต่างจากศูนย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ยกเว้น ตัวแปร ครอบครัว ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบไม่แตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นที่น่าสังเกตว่า น้ำหนักองค์ประกอบสำหรับตัวแปรภูมิลำเนา (home) และตัวแปร ครอบครัว มีค่าเป็นลบ แสดงว่าตัวแปรภูมิลำเนาและตัวแปร ครอบครัว มีลักษณะของความแปรผันของค่าของตัวแปรในลักษณะตรงกันข้ามกับองค์ประกอบ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม สำหรับค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R-square) ซึ่งเป็นค่าที่ได้จากสมการถดถอยที่มีตัวแปรสังเกตได้เป็นตัวแปรตาม และองค์ประกอบเป็นตัวแปรต้น ดังนั้น ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์นี้จึงเป็นค่าที่บอกสัดส่วน ความแปรผัน ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ กับองค์ประกอบร่วม อันเป็นองค์ประกอบที่ต้องการวัด และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ในที่นี้คือ ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัว พบว่า ตัวแปรอายุ (age) และตัวแปรรายได้ต่อเดือน (earn) มีค่าความเที่ยงสูงกว่าตัวแปรเพศ (sex) ตัวแปรภูมิลำเนา (home) และตัวแปร ครอบครัว



แผนภูมิที่ 4.2 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในตัวแปรแฝง  
ปัจจัยแรงจูงใจและปัจจัยลักษณะงาน

ตัวแปร	เมตริกชี้ให้เห็นองค์ประกอบ						เมตริกสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ		
	แรงจูงใจ			ลักษณะงาน			R-SQUARE	แรงจูงใจ	ลักษณะงาน
	สัมประสิทธิ์	SE	t	สัมประสิทธิ์	SE	t			
ค่าตอบแทน	0.120	0.043	2.772				0.049	0.120	-0.010
ความก้าวหน้า	0.891	0.121	4.879				0.630	0.952	0.615
ไม่ได้รับทุน	0.303	0.075	4.053				0.155	0.201	0.130
ภาระงาน				0.146	0.060	2.428	0.061	0.055	0.261
งานไม่ท้าทาย				0.254	0.094	2.702	0.143	0.139	0.379

Corr(MOTIVE, JOB CHA)=0.711, SE=0.251, t=2.834

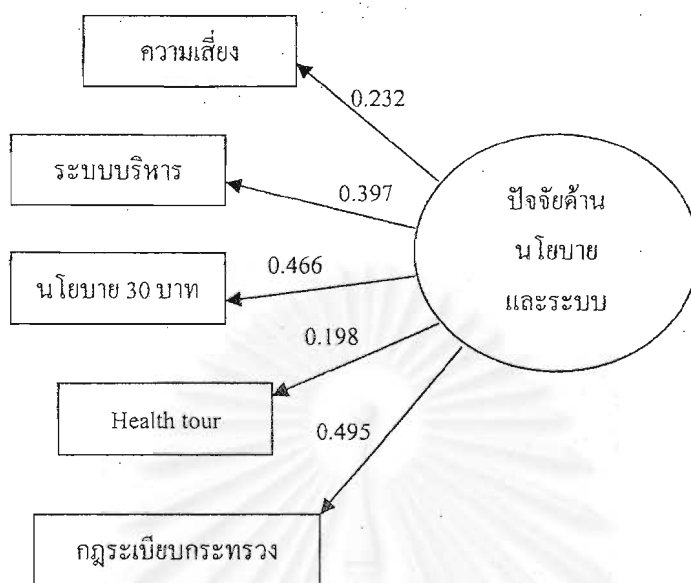
Chi-square goodness of fit = 2.383, df=3, p=0.497

จากแผนภูมิที่ 4.2 แสดงถึงโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสำหรับองค์ประกอบแรงจูงใจ (Motivation: Motive) และองค์ประกอบคุณลักษณะของงาน (Job Characteristic: Jobcha) พบว่ามีค่าสถิติ และดัชนีตรวจสอบความตรง ของโมเดลการวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยัน ได้แก่ ค่าไค-สแควร์ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 2.383 ( $p=0.497$ ,  $df=3$ ) แสดงว่า โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันนี้มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

น้ำหนักองค์ประกอบทั้งหมด มีค่าแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R-square) หรือค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของตัวแปรสังเกตได้ แต่ละตัว พบว่า ตัวแปรอายุ ความก้าวหน้า มีค่าความเที่ยงสูงกว่าตัวแปร วิชาชีพ, งานจ้าง, ภาระงาน และ ค่าตอบแทน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิที่ 4.3 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันตัวแปรแฝงปัจจัยนโยบายและระบบ

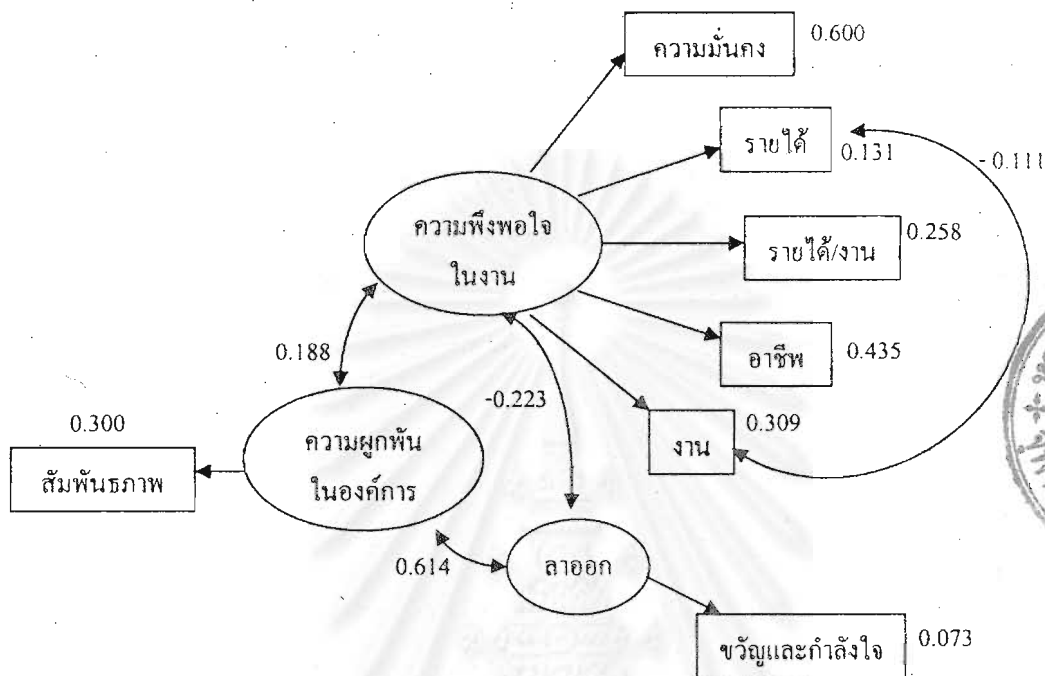
ตัวแปร	เมทริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบ Policy นโยบายและระบบ			R-SQUARE	เมทริกซ์ สัมประสิทธิ์ คะแนนองค์ประกอบ นโยบายและระบบ
	สัมประสิทธิ์	SE	t		
ความเสี่ยง	0.232	0.058	3.969	0.095	0.102
ระบบบริหาร	0.397	0.050	8.020	0.339	0.439
นโยบาย 30 บาท	0.466	0.058	8.047	0.352	0.378
Health tour	0.198	0.058	3.406	0.062	0.114
กฎระเบียบ กระทรวง	0.495	0.056	8.784	0.436	0.532

Chi-square goodness of fit = 5.140, df=5, p=0.273

จากแผนภูมิที่ 4.3 แสดงถึงโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสำหรับองค์ประกอบด้านนโยบาย(Policy) พบว่ามีค่าสถิติและดัชนีตรวจสอบความตรงของโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ได้แก่ ค่าไค-สแควร์ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 5.140 ( $p=0.273$ ,  $df=5$ ) แสดงว่า โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันนี้มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

น้ำหนักองค์ประกอบทั้งหมดมีค่าแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R-square) หรือค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัว พบว่า ตัวแปรอายุ ภาระงาน พ.ร.บ.30บาท และตัวแปร ระบบบริหาร มีค่าความเที่ยงสูงกว่าตัวแปร ความเสี่ยงฟ้องร้อง และ Health tour



แผนภูมิตี่ 4.4 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบการเชิงยืนยันตัวแปรแฝงปัจจัยความผูกพันกับองค์การ ความพึงพอใจในงานและการลาออก

ตัวแปร	เมทริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบ									R-SQUARE	เมทริกซ์สัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ		
	ความผูกพัน			พึงพอใจงาน			ลาออก				ความผูกพัน	พึงพอใจงาน	ลาออก
	สัมประสิทธิ์	SE	t	สัมประสิทธิ์	SE	t	สัมประสิทธิ์	SE	t				
สัมพันธภาพ	0.672	0.048	14.143							0.601	-0.103	-0.103	-0.451
งาน				0.235	0.060	3.936	-0.276	0.057	-4.808	0.342	0.014	0.014	0.012
อาชีพ				0.187	0.044	4.263				0.075	0.069	0.069	0.069
รายได้/งาน				0.558	0.059	9.504				0.547	0.085	0.085	-0.227
รายได้/เทียบอาชีพ				0.707	0.068	10.364				0.793	-0.028	-0.028	-0.064
ความมั่นคง				0.076	0.053	-1.424				0.008	0.815	0.815	0.395
ขวัญกำลังใจ							0.388	0.047	8.325	0.334	0.234	0.234	0.581

Corr.(COMMIT,JOBSAT)=0.188, SE=0.083 t=2.272

Corr.(COMMIT,QUIT)=0.614, SE=0.107 t=5.736

Corr.(JOBSAT,QUIT)=-0.223, SE=0.112 t=-1.987

Chi-square goodness of fit = 13.768, df=10, p=0.184

จากแผนภูมิที่ 4.4 แสดงถึงโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสำหรับองค์ประกอบ ความพึงพอใจในงาน (Job Satisfaction: Jobsat) องค์ประกอบความผูกพันกับองค์กร (Organization Commitment: Commit) และองค์ประกอบโอกาสในการลาออกจากราชการ (Quit) พบว่า มีค่าสถิติและดัชนีตรวจสอบความตรงของโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ได้แก่ ค่าไค-สแควร์ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 13.768 ( $p=0.184$ ,  $df=10$ ) แสดงว่า โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันนี้มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

น้ำหนักองค์ประกอบส่วนใหญ่มีค่าแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้น ตัวแปร ความมั่นคง และ ความพอใจสภาพงาน ที่มีค่าไม่แตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R-square) หรือค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัว พบว่า ตัวแปรอายุ ความพอใจรายได้เทียบกับอาชีพอื่น ความพอใจรายได้เทียบกับงาน พื่อใจสภาพงาน ความสัมพันธ์ในองค์กร และตัวแปร ขวัญกำลังใจ มีค่าความเที่ยงสูงกว่าตัวแปร ความพอใจอาชีพ และ ความมั่นคงในงาน

ตารางที่ 4.31 ผลการวิเคราะห์ของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และค่าสถิติกับการวิเคราะห์อภิมโนเดลโอกาสในการลาออกจากราชการ

ตัวแปรผล ตัวแปรสาเหตุ	ความพึงพอใจในงาน			ความผูกพัน			ลาออก		
	TE	IE	DE	TE	IE	DE	TE	IE	DE
เศรษฐกิจและ สังคม	0.275 (0.061)	-	0.275 (0.061)	-0.019 (0.046)	0.031 (0.014)	-0.049 (0.047)	-0.086 (0.046)	-0.086 (0.046)	-
แรงจูงใจ	0.185 (0.148)	-	0.185 (0.148)	0.536 (0.048)	0.021 (0.091)	0.515 (0.044)	0.324 (0.051)	0.324 (0.051)	-
ลักษณะงาน	-0.280 (0.190)	-	-0.280 (0.190)	-0.031 (0.025)	-0.031 (0.025)	-	0.040 (0.062)	0.053 (0.048)	-0.013 (0.039)
นโยบาย	-0.039 (0.058)	-	-0.039 (0.058)	0.085 (0.044)	-0.004 (0.007)	0.090 (0.044)	0.149 (0.044)	0.070 (0.033)	0.079 (0.026)

ค่าสถิติ

Chi-square=2.218, P=0.330, df=2; GFI=-0.998

สมการโครงสร้างตัวแปร	ความพึงพอใจในงาน	ความผูกพัน	ลาออก
R-SQUARE	0.078	0.365	0.747

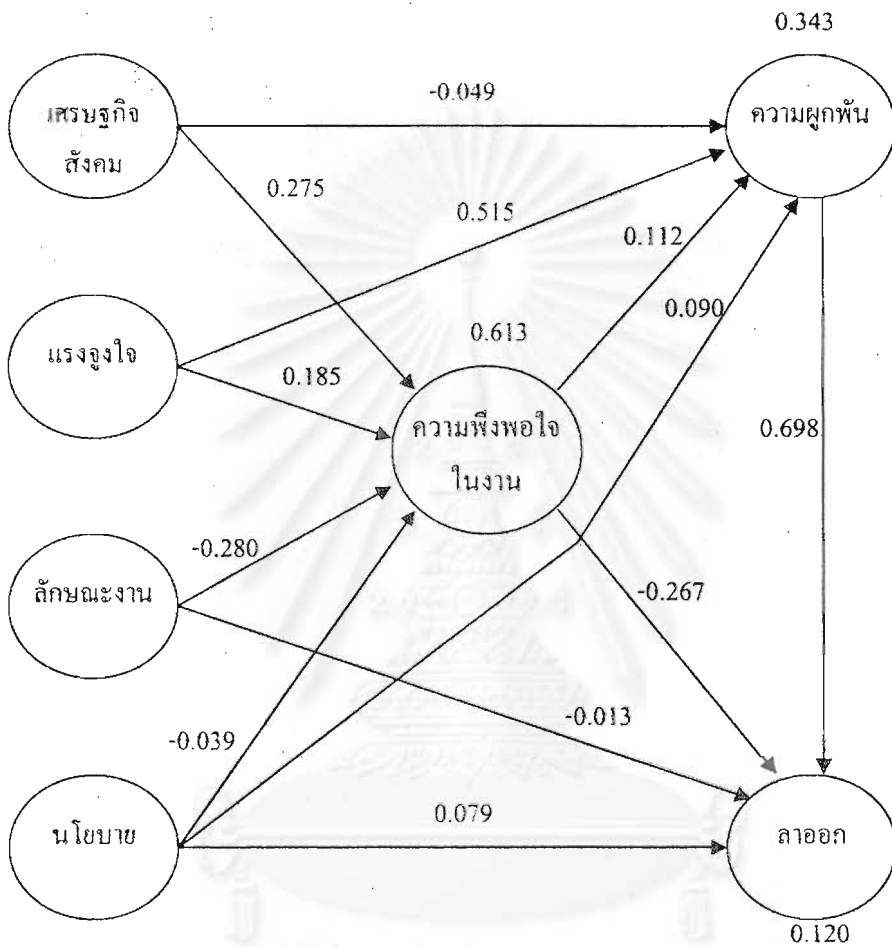


ตารางที่ 4.32 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

	เศรษฐกิจ และสังคม	แรง จูงใจ	ลักษณะ งาน	นโยบาย	ความพึงพอใจ ในงาน	ความ ผูกพัน	ลาออก
เศรษฐกิจ และสังคม	1.000						
แรงจูงใจ	-0.123	1.000					
ลักษณะงาน	-0.110	0.937	1.000				
นโยบาย	0.056	0.118	0.133	1.000			
ความพึงพอใจ ในงาน	0.271	-0.071	-0.083	-0.032	1.000		
ความผูกพัน	-0.084	0.584	0.562	0.161	0.066	1.000	
ลาออก	-0.150	0.469	0.445	0.223	-0.497	0.704	1.000

TE=Total Effect, IE= Indirect Effect, DE=Direct Effect

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิที่ 4.5 โมเดลรูปแบบอิทธิพลต่อการลาออกจากราชการ(QUIT) ของแพทย์

จากแผนภูมิที่ 4.5 แสดงถึงการผลการวิเคราะห์รูปแบบอิทธิพล (effect) ต่อโอกาสในการลาออกจากราชการ มีค่าสถิติและดัชนีตรวจสอบความตรงของโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงซ้อน ได้แก่ ค่าไค-สแควร์ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 2.218 ( $p=0.330$ ,  $df=2$ ,  $GFI=0.998$ ) แสดงว่า โมเดลองค์ประกอบเชิงซ้อนนี้มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

จะเห็นได้ว่าตัวแปรส่วนใหญ่มีอิทธิพลที่มีเป็นบวก และมีเพียง 5 เส้นอิทธิพลเท่านั้นที่มีลักษณะเป็นลบ โดยองค์ประกอบความพึงพอใจในงานมีอิทธิพลทั้งบวกและลบ ซึ่งได้รับอิทธิพลในเชิงที่แปรผันตามกัน (เชิงบวก) จากตัวแปร ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม และตัวแปรแรงจูงใจ และมีจำนวน 2 ตัวแปรที่ส่งผลต่อองค์ประกอบนี้ในทิศทางที่แปรผันตรงข้ามกัน ได้แก่ตัวแปร

คุณลักษณะของงาน และตัวแปรนโยบาย สำหรับองค์ประกอบความผูกพันกับองค์กร มีค่าอิทธิพลที่เป็นลบเพียงตัวแปรเดียวคือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม โดยตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์ที่มีอิทธิพลต่อองค์ประกอบความผูกพันกับองค์กรสูงที่สุดได้แก่ ตัวแปรแรงจูงใจ

และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบโอกาสในการลาออกจากราชการพบว่า มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับองค์ประกอบอื่น ๆ โดยมีทั้งน้ำหนักที่มีค่าเป็นบวกและเป็นลบ ซึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรความผูกพันกับองค์กรสูงที่สุดได้แก่ ตัวแปรความพึงพอใจในงาน แสดงว่า หากแพทย์มีความพึงพอใจในงานสูงแล้วโอกาสที่จะมีการลาออกจากราชการจะลดลง

#### 4.5 ข้อมูลเชิงประจักษ์จากแบบสอบถามปลายเปิด

สำหรับส่วนของคำถามปลายเปิด คณะวิจัยได้สอบถามแพทย์ที่ลาออกจากระบบราชการเกี่ยวกับข้อเสนอแนะที่คิดว่าควรปรับปรุง โดยเป็นคำถามปลายเปิด เมื่อได้ทำการเก็บรวบรวมแบบสอบถามแล้วพบว่า มีแพทย์ที่ลาออกจากระบบราชการสนใจแสดงความคิดเห็นในส่วนนี้เป็นจำนวนมาก ดังนั้นคณะผู้ศึกษาวิจัยจึงได้เก็บรวบรวมคำตอบในส่วนนี้มาแสดงไว้ดังตารางที่ 4.16 โดยแยกตามปัจจัยต่างๆตามที่คณะผู้วิจัยได้กำหนดไว้ในสมมติฐานการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลเพิ่มเติมและเพื่อให้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ตารางที่ 4.33 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากคำถามในแบบสอบถาม

ข้อเสนอแนะ	ความถี่
ควรเพิ่มค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับภาระงาน	168
ควรยกเลิก แก้ไขกฎหมายชั้นสูตรพลิกศพ	127
เพิ่มสวัสดิการด้านต่างๆ	109
ควรบรรจุแพทย์เป็นข้าราชการแทนพนักงานของรัฐ	103
ควรปรับปรุงนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค	96
ควรเพิ่มโอกาสในการศึกษาต่อของแพทย์	81
ควรเพิ่มอัตราการบรรจุแพทย์ ให้สอดคล้องกับภาระงาน	79
รวม	763

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเศรษฐกิจสังคม ( Socioeconomic factors ) ได้แก่ เพศ อายุตัว อายุราชการ ครอบครัว ภูมิลำเนา ตำแหน่งหน้าที่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน วุฒิการศึกษา

- ด้านครอบครัว มีแพทย์ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อประเด็นนี้คือ “ ควรมีนโยบายให้สามารถย้ายตามสามีภรรยาหรือครอบครัวได้โดยมีขั้นตอนง่ายกว่าปัจจุบันเพราะจริงๆแล้วยังอยาก

รับราชการอยู่แต่เมื่อกระบวนกรเข้าไม่เอื้ออำนวยจึงตัดสินใจลาออกคิดว่า แล้วเมื่อออกมาอยู่  
เอกชนแล้วก็คิดได้ว่าอยู่ระบบเอกชนดีกว่ารับราชการในทุกแง่ทำให้สมองไหลเรื่อยๆ ”

“ขอให้แพทย์มีเวลาให้กับการดูแลสุขภาพของตัวเองบุคคลในครอบครัวและเวลาอยู่กับครอบครัว”

**ลักษณะของงาน ( Job Characteristics )** ได้แก่ ภาระงาน ความเสี่ยงจากการประกอบวิชาชีพ ความ  
ตื่นเต้นและท้าทายของงาน มีความสัมพันธ์กับการลาออกของแพทย์ภาครัฐ

- ด้านภาระงาน มีแพทย์ได้ให้ความเห็น ไว้ว่า “ ควรให้มีการปรับปรุงภาระงาน ความ

รับผิดชอบให้เหมาะสมกับเวลาทำงาน ยกตัวอย่างข้าพเจ้าเองเป็นแพทย์ที่เป็นหัวหน้ากลุ่ม  
งาน ต้องทำงานบริหาร และรับงานประสานกรรมการต่างๆ ของโรงพยาบาลอีกหลายอย่าง  
ขณะเดียวกัน งานบริการ ตรวจ-รักษา-ผ่าตัด ก็ยังต้องทำเท่ากับแพทย์คนอื่นๆ ในกลุ่มงาน มีงาน  
สอนนักศึกษาแพทย์ตาม โครงการร่วมมือผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทอีกปีละ 4 เดือน ไม่สามารถ  
บริหารจัดการเวลาได้เหมาะสม มาทำงานตั้งแต่ 8.30 – 16.30 น. บางวันมีประชุม 3 อย่าง ต้อง  
ตรวจคนไข้นอก 40 คน ไม่นับคนไข้ในอีก บางวันคนไข้ในที่ต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินทำ  
ให้เหนื่อย – เครียดมาก ”

“ทำงานแทบไม่มีเวลาพัก ยิ่งกว่ากรรมกร แพทย์ถูกตามได้ตลอดเวลา ผมเคยถูกตามกิน  
เดียว 14 ครั้ง พอรุ่งเช้าต้องตรวจคนไข้ในต่อ พอตอนสายต้องตรวจคนไข้ในนอก ตกบ่ายผ่าตัด...”

- ด้านความเสี่ยงจากการประกอบวิชาชีพ แพทย์ได้แสดงความรู้สึกว่า “ แพทย์ที่ยังคงอยู่เป็น  
ผู้ที่เสียสละชีวิตส่วนตัว มีเวลาให้ครอบครัวน้อยกว่าคนปกติ ควรเห็นใจเข้าใจแพทย์ให้มากยิ่งขึ้น  
ไม่มีแพทย์ใดที่หวังร้ายต่อผู้ป่วยโดยเจตนา ดังนั้น ไม่ควรฟ้องร้องโดยไม่มีเหตุอันสมควรจนขาด  
ขวัญกำลังใจท้อแท้ไม่อยากเป็นแพทย์ต่อไปทำอาชีพอื่นดีกว่า ”

**แรงจูงใจในการทำงาน ( Motivation )** ได้แก่ ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ความก้าวหน้า  
ตามที่คาดหวัง ค่าตอบแทน และโอกาสในการลาศึกษาต่อ

- ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน มีแพทย์ได้แสดงความคิดเห็นว่า “ ผู้บริหาร  
ระดับกระทรวง ต้องมีความจริงใจ ในการแก้ไขปัญหาให้โรงพยาบาลเพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้  
ผู้ปฏิบัติงาน เช่น ปัญหาขาดแคลนแพทย์ ปัญหาการขาดทุนของโรงพยาบาล การขาดแคลน  
เครื่องมือ กระทรวงน่าจะรู้ ไอที สำหรับผู้ปฏิบัติงานอาจเป็นระดับประเทศระดับฝ่ายเฉพาะเขต  
เพื่อให้แพทย์ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระบายนปัญหาหาทางแก้ไข กระทรวงควรปรับปรุงการทำงาน  
ของทีมผู้ตรวจการ เพราะที่ปฏิบัติอยู่น่าจะเป็นการสิ้นเปลืองกำลังคน งบประมาณ จะมารับรู้ช่วย  
แก้ปัญหา ดังนั้น ห้ามใช้มาตรการเข้มงวดโรงพยาบาลอยู่เฉพาะในห้องประชุมห้องอาหารเท่านั้น ”

“ เมื่อเกิดปัญหาด้านการบริการผู้บังคับบัญชาระดับสูงๆ ขึ้นไปควรมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ  
ไม่รับแต่ความชอบ ส่วนความผิดตกอยู่กับคนที่ทำงาน แล้วจะมีใครมีขวัญและกำลังใจในการ  
ทำงาน เพราะผลแล้วต้องรับผิดชอบคนเดียว ซึ่งศักยภาพของผู้ทำงานกับภาวะที่ต้องรับผิดชอบ

มันไม่ชัดเจน เช่นแพทย์ทั่วไป แต่ต้องทำตลอดทั้งที่ตนเองไม่ใช่สูติแพทย์แต่ไม่ทำไม่ได้เกิดปัญหา ก็ต้องรับผิดชอบเหมือนตัวเองเป็นสูติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ความคิดเท่ากันทั้งที่เราไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ แต่ก็ไม่มีสิทธิปฏิเสธ”

- คำตอบแทน แพทย์ได้เสนอความคิดเห็นว่า “ คำตอบแทนวิชาชีพตั้งแต่แพทย์จบใหม่ ควรสูงกว่านี้ และระบบขึ้นเงินเดือนที่เพิ่มก็ควรสูงกว่านี้ ปรับปรุงชั่วโมงการทำงาน/สัปดาห์ และ คำตอบแทนในการทำงานล่วงเวลา ส่งเสริมการพัฒนาด้านความรู้ ทักษะ ปรับปรุงการพิจารณา ตำแหน่งที่สูงขึ้น ”

- ด้านสวัสดิการด้านต่างๆ แพทย์ได้แนะนำว่า “ สวัสดิการทางบ้านพัก และ อื่นๆ ที่ทำให้คุณภาพชีวิตแพทย์ดีขึ้น แพทย์ที่ถูกบรรจุห่างไกล โดยเฉพาะแพทย์สตรี ควร มีมาตรการคำนึงถึงความปลอดภัย การพิจารณาเรื่องความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน ควร โปร่งใส และมีมาตรฐานแน่นอน ”

- โอกาสในการลาศึกษาต่อ แพทย์ได้ให้ความคิดเห็นว่า “ เพิ่มทุนการเรียนต่อเป็นแพทย์ เฉพาะทางในต่างจังหวัดอำเภอต่างๆ ยังต้องการแพทย์เฉพาะทางอยู่จะได้ไม่ต้องเข้ามา load ใน โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลเล็กๆ จะได้มีรายได้ไม่ต้องขาดทุนจากการ Refer 30 บาท จะได้ ช่วยเหลือคนไข้ได้ ”

“แพทย์ควรได้รับการสนับสนุนด้านการศึกษาต่อตามที่ต้องการ ควรให้แพทย์สามารถศึกษาต่อได้ โดยไม่ต้องออกจากราชการ ”

**นโยบายและระบบขององค์กร ( Policy and system )** ได้แก่ ระบบการบริหารและนโยบายของ องค์กร พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ( 30 บาท ) นโยบายดึงดูดชาวต่างชาติมารักษา ในไทย ( Health Tour ) กฎ / ระเบียบต่างๆของกระทรวง

- ระบบการบริหารและนโยบายขององค์กร แพทย์ได้ให้ความคิดเห็นว่า “ แพทย์สภา ควรจะจัดบทบาทหน้าที่ในการกำกับดูแลแพทย์มากกว่านี้ แพทย์ควรทำงานโดยปราศจากอคติไม่มีเครื่องมือทางการเมือง เพราะประสบการณ์ที่พบมา การเมืองอาศัยการแพทย์แสวงหาผลประโยชน์มาก ไม่ว่าจะเป็นทางการหาเสียง หรือหาผลประโยชน์ต่อ % ”

- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ( 30 บาท ) มีแพทย์ได้เสนอว่า “ ควร ยกเลิกนโยบาย 30 บาท เนื่องจากคนไทยยังไม่มีความพร้อมในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง และยังมีโครงการนี้ทุกคนไม่ดูแลสุขภาพเพราะไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและมีโรค ซึ่งติดจากการกระทำของผู้ป่วยเองแต่มาใช้สิทธิ 30 บาท เช่น ทำแท้งแล้วตกเลือดมารักษาฟรีที่ โรงพยาบาล กินเหล้ามากจนดับแข็ง ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยไม่ดี เพราะผู้ป่วย คาดหวังมากและเรียกร้องสิทธิในการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและการรักษาที่มากกว่าที่จำเป็น

ทำลายองค์การแพทย์ มึงบังคับต้องรักษาให้ได้มาตรฐานระดับหนึ่ง ไม่มีการพัฒนาวิชาความรู้ เทคโนโลยี การวิจัย ฯลฯ งานหนักไม่มีเวลาหาความรู้ พี่นพวิชากร ไม่มีขวัญกำลังใจ”

“นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค เห็นด้วยกับโครงการนี้เพราะช่วยชาวบ้านคนจนจริงๆ แต่ว่าทางรัฐบาลควรจะจ่ายค่ารายหัวให้จังหวัดเต็ม 100% เพราะปัจจุบันได้เพียง 30% เท่านั้น ทำให้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายต่างๆ ของ โรงพยาบาล ”

“นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรคนอกจากประกาศสิทธิแล้วควรระบุหน้าที่โดยละเอียดด้วย เช่น ต้องนำบัตรประชาชนมาด้วยทุกครั้ง ใช้ต่างโรงพยาบาลไม่ได้ในกรณีไม่ฉุกเฉินข้อกำหนดบางโรค ไม่ครอบคลุมสิทธิลดแรงกดดันจากผู้บริหารระดับสาธารณสุขจังหวัด ไม่ให้มากดดันผู้ปฏิบัติงาน เช่น กรณีใช้สิทธิ 30 บาท ข้ามชั้นตอนกรณีไม่ฉุกเฉินไม่ควรให้มีปัญหาเพราะต้นเหตุมาจากขาดการประชาสัมพันธ์ที่ดี”

- กฎ/ระเบียบต่างๆของกระทรวง / นโยบายชั้นสูตรพลิกศพ แพทย์ได้ให้ความคิดเห็นต่อนโยบายชั้นสูตรพลิกศพ ว่า “ไม่เห็นด้วย เนื่องจากพื้นที่บางแห่งไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ที่เป็นผู้หญิงบางครั้งต้องดูแลโรงพยาบาลคนเดียว ต้องออกไปชั้นสูตร ไม่มีแพทย์ดูแล ผู้ป่วยที่มาตรวจที่โรงพยาบาล”

“น้องที่เป็นหมอบใหม่ ออกไปชั้นสูตรพลิกศพลากลางดึก กลางป่าเขา ขากลับประสบอุบัติเหตุรถตกเหว มีปัญหาทางสมอง...”

“ตำรวจเขารู้ว่ามันเสี่ยง เขาให้หมอบเป็นคนพลิกศพ เจอระเบิดอยู่ได้ศพ...”

“แพทย์เป็นอาชีพที่มีคุณภาพชีวิตต่ำมากงานมีความรับผิดชอบสูง นโยบายให้แพทย์ซึ่งได้เรียนวิชานิติเวชเป็นเวลาไม่ถึง 4 สัปดาห์/6 ปี บวก ทำงานตลอดชีวิตด้านชั้นสูตรพลิกศพลานานที่เป็นนโยบายที่คิดขึ้นโดยคนที่ไม่เคยออกมาปฏิบัติงานจริงที่ โรงพยาบาลชุมชน ที่อยู่ชนบทห่างไกล”

“อย่าบีบบังคับแพทย์ในภาครัฐที่ตั้งใจทำงานงานจะล้นมือ มีการระดมมายอยู่แล้ว อีกทั้งรายได้ก็ต่างกับภาคเอกชนเป็น 10 เท่า กรุณาอย่าออกกฎกระทรวงนโยบายต่างๆ มาบีบบังคับให้เกิดความเครียดในการทำงานมากกว่านี้อีกเลย ช่วยเหลือด้วย แพทย์ในภาครัฐดูแลผู้ป่วยมีจำนวนมากกว่าแพทย์ในภาคเอกชนหลายเท่า แต่เมื่อเกิดความผิดพลาด ภาคเอกชนก็มีความรับผิดชอบ ผู้บริหารร่วมรับผิดชอบ แต่ในภาครัฐมีอะไรช่วยรับผิดชอบช่วยจ่ายเงินบ้าง ให้ความยุติธรรม แพทย์ที่ตั้งใจทำงานคนไข้จะมากไม่มีเวลาไปเคลียหัวหน้า”

**ความพึงพอใจในงาน ( Job Satisfaction )** ความพึงพอใจในสภาพการทำงาน ความพึงพอใจในอาชีพแพทย์ ความพึงพอใจในรายได้เมื่อเทียบกับภาระงาน ความพึงพอใจในรายได้จากการเป็นแพทย์เมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่น

- ด้านความพึงพอใจในสภาพการทำงาน แพทย์ได้ให้ความคิดเห็นว่า “กรุณาอย่ากดดันแพทย์ แพทย์ที่จบใหม่ประสบการณ์ก็น้อย แต่ต้องรับผิดชอบทุกอย่าง และสถานภาพก็ไม่ใช่ว่าราชการ ความมั่นคงไม่มี เงินเดือนก็น้อย ยังใช้ระบบ 30 บาท เงินโรงพยาบาล ก็ร่อยหรอติด

ลบ แล้วจะเอาเงินที่ไหนมาจัดสรรเพื่อทำสวัสดิการ ถ้าคุณภาพชีวิตดีขึ้นคนที่เลือกเรียนแพทย์ส่วนใหญ่จะเป็นคนเก่ง เรียนหนักมา 6 ปี ชีวิตวัยรุ่นก็แทบจะไม่มีจบออกมา ทั้งเงินเดือน บวกคุณภาพชีวิตแย่กว่าเพื่อนๆ ที่เรียนไม่เก่งแต่เรียนในสาขาวิชาชีพอื่นระบบการฟ้องร้องในปัจจุบัน ทำให้ความสัมพันธ์แพทย์ – คนไข้ต่างไปจาก 40 – 50 ปีก่อนตอนนี้คงต้องใช้คำว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ – ผู้ซื้อบริการ ศักดิ์ศรีและความภูมิใจของแพทย์แทบไม่เหลือ อยากถ้าสมเด็จพระราชบิดาได้มาเห็นสภาพแพทย์ในปัจจุบันจริงๆ ปณิธานของพระองค์คงเลื่อนหายไปกับกาลเวลา (ไปกับโลกที่เปลี่ยนแปลง)”

- ความพึงพอใจในรายได้เมื่อเทียบกับภาระงาน แพทย์ได้ให้ความคิดเห็นว่า “ควรเพิ่มรายได้ตาม workload (ซึ่งมีการตรวจสอบจากคณะกรรมการว่าทำจริง ยากง่าย เวลา) ไม่ใช่ทุกวันนี้หมอบางคนทำงาน 2 วัน ในหนึ่งสัปดาห์แต่เงินเดือนก็เท่ากัน แต่บางคนชอบขยันนอกเวลา (เพราะได้ตั้งเค้ยกะกว่า) เอาคนไข้ไปผ่าตัดตอนกลางคืน มีประกันเอื้ออาทรให้หมอมั่งซี! เจ็บป่วยมีรายได้ต่อวันให้ พิกัดมีเงินให้ ตายไปมีเงินให้ลูกเมียครอบครัว ควบคุมเวลาทำงาน ห้ามทำงานติดกันเกิน 8 ชม. ถ้าอยู่เวรคืนไหนเช้ามีคนมาต่อแล้วให้ไปพักผ่อน ไม่งั้นจะลำบาก การรักษาก็จะทำได้ไม่ดี ตัวเองเคยไม่ได้นอน 1 วัน รู้สึกแย่มากตรวจคนไข้ก็ผิดพลาด ”

- ความพึงพอใจในรายได้จากการเป็นแพทย์เมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่น แพทย์ได้ให้ความคิดเห็นว่า “กฎกระทรวงสาธารณสุข ควรมีแนวทางในการดำเนินงานสร้างแรงจูงใจ แก่บุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะเงินเดือนความก้าวหน้าทางอาชีพ ให้เสมอภาคเมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรสาขาอื่นเช่นผู้พิพากษาอัยการ”

“ควรเพิ่มอัตราเงินเดือนของแพทย์ให้ใกล้เคียงกับผู้พิพากษาและอัยการ”

**ความผูกพันในองค์กร ( Organization Commitment )** ได้แก่ ความมั่นคงในงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในโรงพยาบาล

- ด้านความมั่นคงในงาน แพทย์ได้ให้ความคิดเห็นว่า “ข้าพเจ้าคิดว่ากรณีที่บรรจุเป็นข้าราชการกับพนักงานของรัฐให้ความรู้สึกต่างกันมาก ทางรัฐอาจไม่รู้สึกเพราะคิดว่าสวัสดิการก็เหมือนกัน แต่อย่างไรก็ตามข้าราชการได้บรรจุเป็นราชการยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญอยู่คนที่จะออกก็จะรู้สึกเสียดายความเป็นข้าราชการ แต่พนักงานของรัฐไม่ทำให้รู้สึกถึงความภาคภูมิใจเมื่อเทียบกับข้าราชการ นโยบายเกี่ยวกับ การพิจารณาด้านความก้าวหน้าควรปรับปรุงให้มีความชัดเจนและง่ายขึ้นรวมถึงเงินเดือนและขั้นด้วย ควรให้สถานอานามัยมีบทบาทมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ ”

- ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในโรงพยาบาล แพทย์ได้ให้ความคิดเห็นว่า “ มีการแตกแยกในระหว่างผู้ร่วมงานสูงมากขึ้น จิตใจของผู้ร่วมงานมีเอื้อเฟื้อกัน แต่ผู้บริหารมักจะเป็นเผด็จการมุ่งหาเสียงกับประชาชนมากเกินไป โดยไม่ศึกษาอย่างมีระบบและปัญหาหรือความเสียหายในอนาคต ไม่มีการพิจารณาโอกาสที่ขึ้นไปได้ ” “บางทีรู้สึกห่างเหินกับผู้บริหาร พอ. หรือ รอง

ผอ. น่าจะเป็นกันเอง ใกล้ชิดเข้าถึงได้สนิทกันมากกว่านี้ เวลาปฐมนิเทศน่าจะให้หัวหน้าพยาบาล กับพวกพี่หัวหน้า ward มาพูดคุยทำความเข้าใจกับความรู้สึกเปิดใจให้เป็นกันเองด้วย ”

#### 4.6 ข้อมูลเพิ่มเติมจากแบบสอบถาม

เป็นที่น่าสนใจว่าแพทย์ที่ลาออกเหล่านี้ หลังลาออก ไปทำอะไร และยังมีความคิดจะกลับเข้ารับราชการอีกหรือไม่

#### ตารางที่ 4.34 แสดงการทำงานหลังการลาออกจากราชการ

การทำงาน	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละของผู้ตอบ คำถามนี้
ประกอบวิชาชีพเวชกรรม	249	89.5	90.5
ประกอบอาชีพอื่น	26	9.4	9.5
ไม่ระบุ	3	1.1	
รวม	278	100	100

พบว่าหลังลาออกแล้ว แพทย์ในกลุ่มที่ตอบแบบสอบถาม 249 คน คิดเป็นร้อยละ 90.5 ยังคงประกอบวิชาชีพเวชกรรมอยู่ในคลินิก และโรงพยาบาลเอกชน หรือ เข้าฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญต่อ ดังนั้นจึงอาจไม่ใช่การสูญเสียไปจากวงการสาธารณสุขเสียทีเดียว เพราะยังสามารถให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชนได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 4.35 แสดงความตั้งใจที่จะกลับเข้ารับราชการ

ลักษณะกลุ่ม	กลับ	ไม่กลับ
1. เพศ		
- ชาย	69 (43.40%)	90 (56.60%)
- หญิง	59 (54.13%)	40 (45.87%)
2. อายุ		
- 30ปี ลงมา	79 (60.77%)	51 (39.23%)
- มากกว่า 30 ปี	49 (38.28%)	79 (61.72%)
3. สาขาปฏิบัติงาน		
- เวชปฏิบัติทั่วไป	69 (54.33%)	58 (45.67%)
- ผู้เชี่ยวชาญ	58 (44.96%)	71 (55.04%)
4. สถานะ		
- ข้าราชการ	52 (42.98%)	69 (57.02%)
- พนักงานของรัฐ	74 (54.81%)	61 (45.19%)

จากข้อมูลแบบสอบถาม พบว่า แพทย์หญิง อยากกลับมามากกว่า แพทย์ชาย แพทย์ที่อายุน้อยกว่า 30 ปี อยากกลับมามากกว่าแพทย์อายุมาก แพทย์ที่ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติทั่วไป อยากกลับมามากกว่า แพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และ แพทย์ที่เคยมีสถานะเป็นพนักงานของรัฐ อยากกลับมามากกว่าแพทย์ที่เป็นข้าราชการ

ดังนั้น เมื่อพิจารณาในรายละเอียด มิติต่างๆ แล้ว จะทำให้มองเห็นปัญหา และโอกาสได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้อาจเป็นประโยชน์ในการ แก้ไขปัญหาการลาออกจากราชการของแพทย์ภาครัฐได้ต่อไป

## บทที่ 5

### บทสรุป

#### 5.1 สรุปผลงานวิจัย

การลาออกของแพทย์ภาครัฐ ในช่วง 2-3 ปี ที่ผ่านมามีพบว่าการลาออกของแพทย์มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจนน่าวิตก ส่วนหนึ่งเป็นแพทย์ที่ครบใช้ทุนแต่จำนวนไม่น้อยของแพทย์ที่ลาออกก็เป็นแพทย์เฉพาะทางที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้วย แพทย์แต่ละคนที่ลาออกก็มีความแตกต่างกันไป ในอดีตการตัดสินใจเรื่องการลาออกของแพทย์ในระบบราชการยังมีไม่มากนัก แต่ในปัจจุบันมีกระแสต่างๆ ที่ได้เข้ามาเกี่ยวข้องกับการทำงานและชีวิตความเป็นอยู่ของแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของสิทธิผู้ป่วย ปัญหาการฟ้องร้อง ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบที่มากขึ้น ความรู้และวิทยาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว หรือแม้กระทั่งเรื่องของค่าครองชีพที่เพิ่มขึ้น จนทำให้บางครั้งแพทย์อาจปรับตัวรับกับสภาพต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ทัน ซึ่งแพทย์หลายท่านที่ลาออกได้มาร่วมแสดงความคิดเห็นในงานสัมมนา ปัญหาการลาออกของแพทย์ จากระบบราชการ ซึ่งจัดโดยแพทยสมาคมเมื่อ 15 สิงหาคม 2546 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยสาเหตุ จากงานวิจัยนี้ พบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์จากการให้สัมภาษณ์ก่อนหน้านี้โดย นายแพทย์ ตฤณ ฦ อัมพร นายแพทย์ วราวุธ สุรพลฤกษ์ และ นายแพทย์ สยาม พิเชษฐสินธุ์ ดังนี้

##### 5.1.1 ภาระงาน

จากผลการวิจัยพบว่าสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้แพทย์ลาออกเรื่องภาระงาน มีแพทย์ในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่ตรวจคนไข้กว่า 100 รายต่อวัน หรืออยู่เวรเกินกว่า 20 วันต่อเดือน

สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งของแพทย์ที่รับราชการคือ การอยู่เวร และที่สำคัญก็คือไม่มีภาระบวไว้ ในระเบียบของทางราชการว่าแพทย์จะต้องอยู่เวรไม่เกินกี่ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรืออายุเท่าไรจึงจะไม่ต้องอยู่เวร (ในเวลาราชการแพทย์ต้องมาทำงานทุกวันอยู่แล้ว) นั้นหมายความว่าชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ขึ้นอยู่กับจำนวนแพทย์ที่มีในแผนกเป็นสำคัญ เช่น ถ้ามีแพทย์ในแผนก 2 คนต้องทำงาน 108 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ถ้ามีแพทย์ 3 คน ต้องทำงาน 85 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ถ้ามีแพทย์ 4 คนจะต้องจะทำงาน 74 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ถ้ามีแพทย์ 5 คน จะทำงาน 68 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งยังไม่รวมเวรห้องฉุกเฉิน เวรชั้นสูตรพลศึกษา และเวรอื่นๆ อีก ซึ่งหมายความว่าถ้าไปทำงานในโรงพยาบาลที่มีแพทย์เป็นจำนวนมากเท่าใด คุณภาพชีวิตก็จะดีมากขึ้นเท่านั้น มีอายุยืนยาวและสุขภาพแข็งแรงพอที่จะดูแลประชาชนได้นานขึ้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้

5.1.1.1 แพทย์อาวุโส ซึ่งส่วนใหญ่อายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ที่ยังมีภาระต้องอยู่เวรนอกเวลาราชการไม่สามารถอยู่เวรนอกเวลาราชการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในการทำงานหลังเที่ยงคืน ซึ่งจะทำให้สุขภาพกายและใจทรุดโทรม ตอนเช้าก็จะรู้สึกไม่สดชื่น ประสิทธิภาพในการทำงานก็จะลดลงซึ่งแพทย์อาวุโสเหล่านี้ถ้าทนอยู่ได้ก็อยู่ไป ถ้าอยู่ไม่ได้ก็อาจจะคุยกันในแผนกก่อน ถ้าแพทย์ในแผนกมีน้อยอยู่แล้วและจำเป็นต้องอยู่เวร ก็ลาออกจากราชการไป ซึ่งพบได้บ่อยๆ และเป็นที่น่าเสียดายซึ่งแพทย์อาวุโสเหล่านี้เป็นแพทย์ที่มีประสบการณ์และยังทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในเวลาราชการ

5.1.1.2 เกิดผลกระทบแบบโดมิโน(Domino effect) ในการทำงานของแพทย์จะเน้นการทำงานเป็นทีม มีการปรึกษาหารือเกี่ยวกับผู้ป่วย มีการช่วยกันทำงานของแพทย์ ช่วยกันอยู่เวรในแผนก ถ้าเกิดมีแผนกในทีมลาออกไป จะทำให้แพทย์ที่เหลือมีความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้นทั้งในและนอกเวลาราชการ ถ้าทนได้ทน ทนไม่ได้ก็ลาออกไป ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบไปเรื่อยๆ จนหมดแผนก หรือจนกว่าจะรับแพทย์เข้ามาใหม่

นอกจากนั้นในวันหยุดราชการ แพทย์ยังคงต้องมาดูแลผู้ป่วยประจำวันในตอนเช้า (Ward Round) ทั่วๆ ที่ไม่ได้ได้อยู่เวร (จึงไม่ได้ค่าแรงที่มาทำงานนอกเวลาราชการ แต่แพทย์ส่วนใหญ่ก็ยังคงทำอยู่ เพื่อผู้ป่วยและจรรยาบรรณของแพทย์) ซึ่งการทำงานนอกเวลาที่มากเกินไปทำให้แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีเวลาออกกำลังกาย ขาดเวลาทำกิจกรรมที่ทำให้คลายความเครียดจากการทำงาน ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แพทย์มีอายุเฉลี่ย 59 ปี

ในประเทศฝรั่งเศส มีกฎหมายห้ามแพทย์ทำงานเกิน 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แต่แพทย์ส่วนใหญ่คิดว่าคงยังไม่ต้องถึงขนาดนั้น แต่ก็ควรจะมีการประชุมแก้ไขปัญหาลำไ้ เช่น การเพิ่มค่าตอบแทนนอกเวลาราชการและพิจารณาชั่วโมงการทำงานของแพทย์ให้เหมาะสม เพิ่มสวัสดิการเป็นพิเศษให้กับแพทย์อาวุโสที่จำเป็นต้องอยู่เวรนอกเวลาราชการ เช่น อายุราชการทวีคูณ หรือผลประโยชน์อื่นๆ ที่เหมาะสม

## 5.1.2 ค่าตอบแทน

เนื่องจากอัตราบัญชีเงินเดือนของแพทย์ที่รับราชการขึ้นกับ อัตราบัญชีเงินเดือนของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ซึ่งต่างกับอัตราบัญชีเงินเดือนของสาขาวิชาชีพอื่นที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน เช่น ผู้พิพากษา อัยการ ทำให้แพทย์ส่วนใหญ่ที่มีภาระต้องดูแลครอบครัว มีความจำเป็นที่จะต้องหารายได้เพิ่มเติม นอกจากการเปิดคลินิก ทำงานนอกเวลาเพิ่มในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งจะทำให้เวลาพักผ่อนและเวลาของครอบครัวลดน้อยลง การลาออกจากราชการเพื่อมาทำงานเต็มเวลาในโรงพยาบาลเอกชน (พบว่าแพทย์ที่จบใหม่มีค่าตอบแทนมากกว่าบุคคลส่วนอื่นที่ทำงานมาแล้ว 10-20 ปี) หรือเปิดคลินิกส่วนตัวเต็มเวลา ซึ่งจะทำรายได้มากกว่าการรับราชการ 5-10 เท่าขึ้นไป ก็เป็นทางเลือกวิธีหนึ่ง

คำว่า รายได้ไม่เพียงพอ นั้นยังมีความหมายในเชิงเปรียบเทียบกับ หมายความว่า ไม่เหมาะสม ต่อศักดิ์ศรีของวิชาชีพ วิชาชีพที่จะต้องรับผิดชอบชีวิต และสุขภาพของมนุษย์ ค่าตอบแทนในการทำงานควรจะแปรผันโดยตรงกับความรู้ ความสามารถ และที่สำคัญที่สุดคือ ความรับผิดชอบต่อสังคมและเพื่อนมนุษย์ เช่น ผู้พิพากษา อัยการ ทำหน้าที่ดูแลและตัดสินเกี่ยวกับความยุติธรรมในสังคม ก็ได้เงินเดือนระดับหนึ่ง นักการเมืองที่ทำหน้าที่ฝ่ายบริหารและฝ่ายนิติบัญญัติ ก็ได้เงินเดือนในอีกระดับหนึ่ง โดยที่แพทย์จบใหม่ได้เงินเดือน 8,200 บาท จมมา 10 ปี ได้เงินเดือนประมาณ 13,500 บาท ส่วนเงินที่ไม่ใช่ค่าเวชปฏิบัติส่วนตัวจำนวน 10,000 บาทนั้น ไม่ใช่ค่าตอบแทนของการแก้ปัญหา เพราะแพทย์ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่รับเพียง 10-15% และที่รับก็มักจะเป็นแพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์เฉพาะทางที่ไม่ใช่สาขาหลัก เพราะไม่สามารถเปิดคลินิกได้ ไม่มีโรงพยาบาลเอกชนให้ทำนอกเวลาหรือไม่มีแรงจะทำงานเพิ่มอีก (เพราะงานในโรงพยาบาลทั้งในและนอกเวลาก็หนักพอแล้ว)

นอกจากเรื่องเงินเดือนที่ต่ำแล้ว ค่าตอบแทนในการทำงานนอกเวลาก็ยังต่ำในภาคเอกชน 10-20 เท่าอีกด้วย (รัฐบังคับให้อยู่เวรนอกเวลาราชการด้วยค่าตอบแทน 400-900 บาท ต่อ 8 ชั่วโมง) ดังนั้น ทางภาครัฐจึงควรจะแยกบัญชีเงินเดือนของแพทย์ที่รับราชการออกจากข้าราชการส่วนอื่น โดยมีการประชุมร่วมของทุกฝ่ายด้วยความจริงใจเพื่อหาฐานเงินเดือนที่เหมาะสม ค่าตอบแทนที่เป็นธรรม และร่วมกับการปรับเงินเดือนเพิ่มเป็นพิเศษตามความกัณการของท้องถิ่น (เพิ่มในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง หรือโรงพยาบาลจังหวัดที่อยู่ไกลมาก ไม่ใช่เงินค่าเบี้ยกัณการ 10,000-20,000 บาท ที่ทำอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะจุด ไม่ยั่งยืนและโรงพยาบาลที่อยู่ในข่ายก็มีจำนวนน้อย ไม่เป็นการแก้ปัญหาในภาพรวม) ซึ่งจะทำให้การกระจายตัวของแพทย์ดีขึ้นกว่าที่ผ่านมา

### 5.1.3 ความก้าวหน้าทางการศึกษาต่อเนื่อง

โดยส่วนใหญ่หลังจากแพทย์ใช้ทุนหมดพันธะการใช้ทุนกับรัฐแล้ว แพทย์ใช้ทุนบางส่วนจะเอาทุนจากรัฐไปศึกษาต่อเฉพาะทาง เพื่อเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางต่อไป (เกือบทั้งหมดจะเป็นทุนของโรงพยาบาลจังหวัด) บางส่วนก็ลาออกจากราชการเพื่อไปสมัครศึกษาต่อเฉพาะทางเอง (free training) ซึ่งมีจำนวนไม่มากนัก แต่ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมาจะพบว่ามีการลาออกของแพทย์ใช้ทุนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากทางกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้กำหนดทุนให้กับโรงพยาบาลต่างๆ ที่เป็นของรัฐ ได้จัดสรรทุนโดยเน้นไปยังแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อสนองนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค และได้ลดจำนวนทุนแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นลงไปอย่างมาก ซึ่งการจัดสรรดังกล่าวไม่ตอบสนองต่อความต้องการของแพทย์ใช้ทุนส่วนใหญ่ ซึ่งต้องการศึกษาต่อเพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมากกว่าเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จึงทำให้มีการลาออกของแพทย์ใช้ทุนเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากมีการเพิ่มขึ้นของการศึกษาต่อแบบ free-training อย่างมากในโรงเรียนแพทย์

ต่างๆ ซึ่งผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการที่รัฐคิดอยู่ฝ่ายเดียว ยึดติดกับรูปแบบเดิมๆ คือรัฐเป็นผู้กำหนดนโยบายโดยไม่ปรึกษาหรือสอบถามความต้องการศึกษาต่อของแพทย์ใช้ทุน และคาดว่าผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอีก 4-5 ปีข้างหน้า คือ ผู้ป่วยที่จะมารักษาต่อกับแพทย์เฉพาะทางจะต้องเข้าคิวรอนานขึ้นอย่างมาก เนื่องจากแพทย์เฉพาะทางจะมีจำนวนลดลง แต่ความต้องการของผู้ป่วยที่จะมาพบแพทย์เฉพาะทางจะมีจำนวนมากขึ้น ส่วนแพทย์เฉพาะทางที่จบแบบ free training และต้องการที่จะกลับเข้ารับราชการอีกก็ค่อนข้างลำบาก เพราะเลขที่ตำแหน่งของข้าราชการจะมีจำนวนลดน้อยลง ถึงแม้จะมีก็อาจจะไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาลที่ต้องการ ทำให้พอมองเห็นภาพในอนาคตว่าคงจะเกิดวิกฤตขึ้นแน่

กระทรวงสาธารณสุขควรจะต้องเปิด ศูนย์ศึกษาต่อเนื่องของแพทย์เฉพาะทาง (ให้แยกจำนวนทุนที่จัดสรรออกมา จากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) เพื่อให้แพทย์ใช้ทุน ได้มาแจ้งความจำนงเกี่ยวกับสาขาและโรงพยาบาลที่ต้องการ แล้วจึงประสานงานกับโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นจึงจัดสรรทุนออกมา ซึ่งจะทำให้แพทย์ใช้ทุนลาออกจากราชการน้อยลงอย่างมาก และกระทรวงสาธารณสุขควรจะต้องเปิดตำแหน่งข้าราชการไว้พอสมควร ให้กับโรงพยาบาลที่ขอตำแหน่งสำหรับแพทย์ที่ต้องการจะกลับเข้ารับราชการอีกครั้ง

#### 5.1.4 คุณภาพชีวิตและครอบครัว

โดยที่แพทย์แต่ละคนมีสภาพพื้นฐานทางครอบครัวและสังคมแตกต่างกัน บางคนบิดามารดา ต้องการให้กลับมาอยู่ด้วยกัน บางคนบิดามารดา มีสุขภาพไม่แข็งแรงทำให้ต้องกลับไปดูแลใกล้ชิด บางคนไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขในจังหวัดหรือโรงพยาบาลที่ไปทำงานอยู่ บางคนต้องกลับไปอยู่กับบุตรและภรรยา บางคนต้องย้ายเพื่อไปหาสถานศึกษาหรือสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้กับครอบครัว ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ไม่มีใครคิดและบางครั้งไม่สามารถกำหนดเวลาล่วงหน้าได้ ทำให้แพทย์ที่กลับไปทำงานในจังหวัดที่ไปรับทุนมาศึกษาต่อหรือโดยทุนส่วนกลาง มีความจำเป็นที่จะต้องย้ายข้ามโรงพยาบาลหรือย้ายข้ามจังหวัด ซึ่งบางครั้งวิสัยทัศน์ของผู้บริหารหรือระเบียบของทางราชการที่นำมาบังคับใช้กับแพทย์ ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีคุณค่า มีปัญหาเช่น ผู้บริหารไม่ยอมให้ย้าย ไม่มีเลขที่ตำแหน่งรองรับ ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ต้องมีความยืดหยุ่นและมีข้อยกเว้นสำหรับแพทย์ที่ตั้งใจจะรับราชการต่อ

การแก้ปัญหาเหล่านี้ ควรจะมีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง เปิดโอกาสให้แพทย์ที่ต้องการย้ายเข้าไปคุยถึงเหตุผล สามารถเปิดตำแหน่งข้าราชการให้ได้ในโรงพยาบาลปลายทางที่ต้องการรับแพทย์เป็นวิชาชีพที่มีทางออกในช่องทางการทำงาน เมื่อขอย้ายไปรับราชการต่อใกล้บ้านแล้วถูกปฏิเสธ แต่มีความจำเป็นต้องย้าย แพทย์ส่วนมากจึงต้องใช้วิธีการลาออกเพื่อไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนหรือเปิดคลินิกส่วนตัว นอกจากนั้นยังมีแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนอีก

บางส่วนซึ่งมีความต้องการที่จะกลับเข้ารับราชการ แต่ไม่มีตำแหน่งให้ ทั้งๆ ที่โรงพยาบาลของรัฐ ยังขาดแคลน

นอกจากนั้น รัฐยังต้องเร่งสร้างความเจริญให้ทั่วถึง โดยเฉพาะตามชนบทที่ห่างไกล และต้องเน้นในเรื่องระบบการศึกษา พัฒนาสถานศึกษาให้มีความเจริญทัดเทียมกัน ในทุกภูมิภาคของประเทศ ซึ่งจะทำให้แพทย์ส่วนหนึ่งมีความสุขเพียงพอที่จะรับราชการในจังหวัดเดิมหรือในจังหวัดที่ห่างไกลจากกรุงเทพฯ

### 5.1.5 สาเหตุเนื่องจากความเลี่ยนงในวิชาชีพมากขึ้น ได้แก่

5.1.5.1 ความเสี่ยงในการถูกฟ้องร้อง ในปัจจุบันผู้ป่วยมีการฟ้องร้องเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์เพิ่มมากขึ้น ทั้งๆ ที่โดยเกือบจะทั้งหมดจะเกิดจากสาเหตุสุควิสัยต่างๆ ในการรักษา หรือเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษาซึ่งพบได้ในตำรารักษาโรค โดยที่มีปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ไม่มีแพทย์คนใดต้องการให้เกิดขึ้น ซึ่งสาเหตุของความเสี่ยงในการฟ้องร้อง ได้แก่

- (1) แพทย์มีเวลาดูแลรักษาผู้ป่วยน้อยลง เพราะจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐมีจำนวนมากขึ้น ทำให้แพทย์ส่วนใหญ่ต้องตรวจผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นตั้งแต่ 50-100 คนต่อแพทย์หนึ่งคนต่อวัน ในการตรวจและอธิบายถึงสาเหตุของโรค วิธีการรักษา ผลของการรักษา และภาวะแทรกซ้อนของการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจ ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 15-20 นาที ขึ้นไปต่อผู้ป่วยหนึ่งคน (ซึ่งจะมีส่วนทำให้การฟ้องร้องลดน้อยลง) เพราะฉะนั้น ถ้าทำงานโดยไม่หยุดพักเลยใน 1 วันทำการ แพทย์จะรักษาผู้ป่วยได้ไม่เกิน 30 คนต่อวัน แต่ในความจริงแล้วเป็นไปได้ที่แพทย์จะทำเช่นนั้น เพราะจะมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ต้องรอดตรวจ จึงทำให้เกิดคำพูดที่ว่า "ตรวจผู้ป่วยมาก ถูกฟ้องมาก ตรวจผู้ป่วยน้อยถูกฟ้องน้อย ทำงานมากถูกฟ้องมาก ทำงานน้อยถูกฟ้องน้อย"
- (2) ผู้ป่วยมีความคาดหวังในการรักษาสูง ผู้ป่วยส่วนมากเข้าใจว่าเวลาพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาจะต้องได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษาที่ถูกต้อง ต้องรักษาหาย และไม่มีภาวะแทรกซ้อนแม้ว่าแพทย์จะได้อธิบายถึงความเสี่ยงของการรักษา (morbidity and mortality) แล้ว แต่บางครั้งผู้ป่วยก็ไม่เข้าใจหรือไม่พยายามเข้าใจ ในความจริงของการรักษาโรคนั้น อาการบางอย่างหรือโรคบางอย่างจะมีลักษณะที่คล้ายหรือใกล้เคียงกัน ทำให้ต้องใช้เวลาในการวิเคราะห์วินิจฉัยโรค หรือบางครั้งต้องรอดูอาการของโรคเพื่อหาคำตอบสุดท้าย ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยไม่เข้าใจคิดว่าแพทย์ที่ตนเองกำลังรักษาอยู่นั้นไม่เก่ง ก็จะย้ายโรงพยาบาลไปหาแพทย์คนอื่น ซึ่งก็อาจจะต้องตรวจหรือดูอาการต่อไปอีก และผู้ป่วยก็อาจจะย้ายไปอีกจนแพทย์คนสุดท้าย ซึ่งก็อาจจะวินิจฉัยโรคได้

เพราะได้ข้อมูลมาพร้อม ผู้ป่วยแสดงอาการของโรคที่ชัดเจนขึ้นจนตัดโรคอื่นๆ ได้หมด ถ้ารักษาจนหายก็อาจจะไม่มีเรื่อง (หรือแพทย์คนแรกๆ อาจถูกต่อว่าหรือตำหนิได้) แต่ถ้ารักษาไม่หายหรือเสียชีวิต แพทย์ที่รักษาคนแรกก็อาจจะถูกฟ้องได้ว่ารักษาโดยไม่รอบคอบหรือประมาท ทั้งๆ ที่แพทย์คนแรกอาจจะเก่งและดูแลผู้ป่วยดี แต่เนื่องจากเป็นโรคที่ยากทำให้ต้องใช้เวลาในการวินิจฉัยหรือเป็นโรคที่มีความเสี่ยงในการรักษาสูง ซึ่งลักษณะเช่นนี้พบได้บ่อยๆ จนหลายครั้งทำให้แพทย์หมดกำลังใจในการรักษาได้

- (3) ความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและสังคมของแพทย์ โรคบางโรคมีความซับซ้อน มีความเสี่ยง และค่อนข้างยากต่อการรักษาหรือผ่าตัด ถ้าแพทย์ทุกคนหรือแพทย์ส่วนใหญ่ไม่กล้าที่จะรักษา หรือกลัวที่จะถูกฟ้องร้อง ถ้าผลของการรักษาของแพทย์ ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติแพทย์จึงต้องส่งต่อผู้ป่วย ไปรับการรักษา ที่โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงเรียนแพทย์แทน ผู้ป่วยก็จะได้รับผลกระทบ ที่แน่นอนก็คือ จะได้รับการรักษาที่ช้าลง เนื่องจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่จะรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นจำนวนมาก ทำให้ต้องคอยคิวนานขึ้นในการรักษา ทั้งๆ ที่การรักษาอาจทำได้เหมือนกันในโรงพยาบาลทั่วไป แต่การรักษาก็ย่อมมีความเสี่ยง แพทย์ที่ทำการรักษา บางครั้งเหมือนยอมแบกรับความเสี่ยงด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับโอกาสในการรักษาที่รวดเร็วขึ้น ซึ่งถ้าผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจ และถ้ามีปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนในการรักษาเกิดขึ้นมา แพทย์ก็อาจจะถูกฟ้องร้องได้ว่าไม่ยอมส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือรักษาโดยประมาท นอกจากนั้น การเดินทางเข้าโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงเรียนแพทย์ก็ต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการไปเยี่ยมไปเฝ้า ทำให้ต้องสูญเสียเงินทองตามมามากเป็นจำนวนมาก

นอกจากนั้น โรคบางโรคอาจต้องใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ หรือการตรวจทางรังสีเพื่อให้ได้ผลการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องตามตำราที่แพทย์ได้ศึกษามา (มักจะเป็นตำราต่างประเทศ) ซึ่งจะต้องมีค่าใช้จ่ายสูง แพทย์ส่วนใหญ่มีความเข้าใจถึงสภาพเศรษฐกิจของประเทศ ว่าประเทศไทยไม่ใช่ประเทศที่ร่ำรวย ต้องนำเข้าเทคโนโลยีในการรักษาเป็นจำนวนมาก เพราะฉะนั้นในบางครั้งแพทย์ก็ตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจทางรังสีไม่ครบตามตำราที่ได้ศึกษา (ตรวจตามความจำเป็น ไม่ใช่เป็นการประมาท) เนื่องมาจากงบประมาณอันมีจำกัด ด้วยสาเหตุเหล่านี้ ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจและเอาข้ออ้างเหล่านี้มาฟ้องร้องแพทย์ ต่อไปแพทย์ก็จะต้อง

ตรวจและอธิบายผู้ป่วยอย่างละเอียด ส่งผู้ป่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการและทางรังสีทูลอกอย่างที่มีในตำรา จนบางครั้งอาจกลายเป็นการส่งตรวจเพื่อป้องกันตนเองในกรณีที่มีการฟุ้งร้อง (protective medicine) ซึ่งแน่นอนจะทำให้ผู้ป่วยต้องรอคอยการรักษาที่นานขึ้น (แพทย์ตรวจได้ไม่เกินวันละ 30 คน) และจะทำให้งบประมาณของระบบสาธารณสุขไทยจะต้องเพิ่มขึ้นและบานปลายมากกว่าปัจจุบันอีกหลายเท่าตัว ซึ่งคงไม่มีรัฐบาลไหนอยากเจอสภาพเช่นนี้

- (4) การทำงานนอกเวลาราชการ (โดยเฉพาะหลังเที่ยงคืน) แพทย์ซึ่งทำงานมาแล้วทั้งวันในเวลาราชการ จะมีความอ่อนล้า อิดโรย การทำงานของสมองและการตัดสินใจเริ่มเฉื่อยลง แต่ผู้ป่วยที่มีอาการหนักมักจะมาตอนกลางคืน ทำให้การรักษาอาจผิดพลาดได้ ซึ่งไม่ได้เกิดจากความตั้งใจ แต่เกิดจากความไม่พร้อมของร่างกายและจิตใจของแพทย์ ซึ่งมีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ
- (5) การขาดประสบการณ์ ของแพทย์ใช้ทุน ที่ทำงาน ในโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายจัดส่งแพทย์ซึ่งสำเร็จการศึกษา ไปทำงานในจังหวัดต่างๆ เพื่อช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยซึ่งเรียกว่าไปเป็นแพทย์ใช้ทุน แต่ประชาชนทั่วไปกลับเข้าใจว่า แพทย์ที่ส่งไปนั้นมีความสามารถรอบด้าน ซึ่งในความเป็นจริงถึงแม้ว่าน้องๆ แพทย์ใช้ทุนเหล่านี้จะจบแพทย์แล้ว แต่ยังคงขาดประสบการณ์ ในการวิเคราะห์และรักษาโรค โดยเฉพาะในการทำหัตถการต่างๆ ทำให้เหมือนกับว่าส่งน้องๆ แพทย์ใช้ทุนไปขึ้นเตียงรอวันผิดพลาด และอย่างที่ทราบว่าเป็นปัจจุบันนี้ผู้ป่วยมีความคาดหวังสูง ถ้าแพทย์ทำผิดพลาดเมื่อใด ก็จะต้องถูกฟุ้งร้อง แม้ว่าจะเกิดจากสาเหตุสุดวิสัยหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ก็ตามและที่สำคัญก็คือ การขาดประสบการณ์ในการดูแลและรักษาเบื้องต้นในผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยเฉพาะภาวะฉุกเฉินในเรื่องการคลอด ซึ่งมารดาที่มาคลอดและญาติมาโรงพยาบาลด้วยความหวังที่จะมีสมาชิกใหม่เกิดขึ้น ถ้าเกิดภาวะฉุกเฉินที่เกี่ยวกับการคลอดในการดูแลของแพทย์ใช้ทุน แล้วมีการสูญเสียขึ้น เรื่องคงจะไม่จบง่ายๆ ซึ่งพบได้เรื่อยๆ ดังนั้นทางกระทรวงสาธารณสุข จึงควรปรึกษากับโรงเรียนแพทย์ ให้เน้นในเรื่องภาวะฉุกเฉินต่างๆ ก่อนที่จะจบการศึกษาประมาณ 1 เดือน และถ้าเป็นไปได้ให้ทุกคนอยู่ในโรงพยาบาลจังหวัด 1-2 เดือนก่อนที่จะส่งไปโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเสริมทักษะในหัตถการต่างๆ ให้แน่น ความเสี่ยงต่างๆ จะได้ลดลง (เนื่องจากพบว่า การฟุ้งร้อง แพทย์ใช้ทุนจะพบบ่อยที่สุด ในช่วงเดือน พฤษภาคมและมิถุนายน เพราะเป็นช่วงที่แพทย์ใช้ทุนเริ่มไปทำงาน) และ



กระทรวงสาธารณสุขควรยอมรับความจริง และบอกกับประชาชนว่าแพทย์ใช้ทุนเหล่านี้เป็นผู้เสียสละมาทำงานในชุมชน แต่ยังคงขาดประสบการณ์ จึงควร จะมีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ซึ่งถ้าแพทย์ใช้ทุนเหล่านี้ลาออก ก็คง จะไม่มีแพทย์มาทำงานในโรงพยาบาลชุมชน

จากที่กล่าวมาทั้งหมดเกี่ยวกับการฟ้องร้องแพทย์นั้น นอกจากแพทย์ อาจจะต้องเสียเงิน เสียเวลา เสียชื่อเสียง ผลกระทบที่สำคัญที่สุดคือด้านจิตใจ แพทย์บางคนรักษาผู้ป่วยมาตลอดชีวิต ดูแลผู้ป่วยให้หายเป็นพันเป็นหมื่นคน แต่กลับมากถูกฟ้องร้อง ในเรื่องที่ไม่ได้ตั้งใจหรือเป็นเหตุสุดวิสัยที่หลีกเลี่ยง ไม่ได้ จึงทำให้แพทย์หลายคนลาออกจากระบบราชการ เพราะไม่ว่าอยู่ที่ ไหนก็ถูกฟ้องได้ มาอยู่ระบบเอกชนดีกว่า เพราะงานเบากว่า (หรืออาจจะ พอกัน) แต่รายได้ดีกว่ามาก แพทย์บางคนถึงกับเลิกอาชีพ เช่น ไปประกอบ ธุรกิจส่วนตัวหรือธุรกิจขายตรงต่างๆ เป็นตัวแทนขายประกันชีวิต ไปสอบ เป็นผู้พิพากษา เป็นต้น ซึ่งนับวันก็จะมีแพทย์ลาออกจากราชการมากขึ้นเรื่อยๆ และเป็นที่น่าสังเกตว่า ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้มีการผลิต แพทย์ขึ้นโดยตรง โดยไม่ได้ผ่านระบบโรงเรียนแพทย์เหมือนที่ผ่านมา ทำให้ แพทย์ส่วนใหญ่เริ่มตั้งข้อสังเกตและเป็นห่วงถึงมาตรฐานและคุณภาพของ แพทย์ที่จะจบออกมา ซึ่งอาจจะมีส่วนทำให้การฟ้องร้องเพิ่มขึ้นได้

5.1.5.2 ความเสี่ยงในการติดเชื้อจากผู้ป่วย เชื้อที่พบบ่อยได้แก่ ไวรัสโรคมูมิคัมกันบกร่อง (เอคส์) ไวรัสตับอักเสบ เชื้อวัณโรค ซึ่งถ้าแพทย์ติดเชื้อจากผู้ป่วยก็จะทำให้เกิดผลร้ายแรงต่อ ตนเองและครอบครัว ซึ่งผลที่ตามมาจะหนักหรือเบาขึ้นอยู่กับตัวเชื้อโรคที่ได้รับ กระทรวง สาธารณสุขควรจะจัดอุปกรณ์และเครื่องมือที่ได้รับมาตรฐานและเพียงพอแก่แพทย์และบุคลากร ทางการแพทย์เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น และมีมาตรการชัดเจน สวัสดิการที่เหมาะสมและเป็น ธรรมแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ติดเชื้อจากผู้ป่วย

5.1.5.3 ความเสี่ยงจากอุบัติเหตุ บ่อยครั้งที่แพทย์เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถยนต์ ที่เป็นเช่นนี้ก็ เนื่องจากการอยู่เวรนอกเวลาราชการในเวลาตอนกลางคืนจนถึงเช้า ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย นอนไม่ พอเพียงกับความต้องการ หลังจากออกเวรในตอนเช้า อาจจะมีอาการจำเป็นต้องขับรถกลับบ้านหรือ ไปทำธุระส่วนตัว ทำให้อาจหลับในจนเกิดอุบัติเหตุ บางครั้งก็ร้ายแรงจนถึงแก่ชีวิตได้

5.1.5.4 ความเสี่ยงของสถาบันครอบครัว เนื่องจากเงินเดือนของแพทย์ที่รับราชการไม่ เพียงพอต่อการใช้จ่าย ทำให้แพทย์ส่วนมากต้องทำงานเสริมนอกเวลาราชการ ไม่เปิดคลินิกก็ทำงาน พิเศษในโรงพยาบาลเอกชน จนบางครั้งทำให้ไม่มีเวลาดูแลให้ความอบอุ่นแก่ครอบครัว และอบรม สั่งสอนบุตร บางครั้งอาจก่อให้เกิดผลเสียหายตามมาได้ จนกลายเป็นปัญหาสังคม หรือแม้แต่ตัว ของแพทย์เองที่มีอายุเฉลี่ยประมาณ 59 ปี ซึ่งเกิดจากการทำงานหนัก สะสมความเครียดในการดูแล

รักษาผู้ป่วย ถ้าเกิดแพทย์ผู้นั้นมีอันเป็นไปก่อนวัยอันสมควร ไม่ว่าจะเกิดจากอุบัติเหตุหรือโรคภัยไข้เจ็บ จะทำให้ครอบครัวที่อยู่ข้างหลังลำบากที่จะต้องสู้ชีวิตต่อไปโดยลำพัง ซึ่งก็อาจจะเกิดปัญหาสังคมได้อีก ถ้าไม่มีทุนทรัพย์เพียงพอ

### 5.1.6 สาเหตุจากปัจจัยเสริมอื่นๆ

5.1.6.1 ปัญหาในเรื่องแพทย์ที่เป็นพนักงานของรัฐ พนักงานของรัฐ มีความแตกต่างกับข้าราชการค่อนข้างมากในเรื่องของความมั่นคงในวิชาชีพ เพราะต้องถูกประเมินทุกปี (ทำให้บางครั้งไม่กล้าเสนอความคิดเห็น หรือเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานไปสู่สิ่งที่ดีขึ้นได้ เพราะอาจไปขัดใจผู้บังคับบัญชาได้) อำนาจในการสั่งการโดยตรงต่อข้าราชการก็ทำได้ไม่เต็มที่ กฎ ระเบียบต่างๆ ก็ยังไม่พร้อม ทำให้แพทย์ส่วนใหญ่ที่เป็นพนักงานของรัฐรู้สึกไม่มั่นคงในอาชีพการทำงาน

5.1.6.2 กฎหมายต่างๆ ที่ออกมาบังคับใช้กับแพทย์ เช่น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติยา (โดยเฉพาะมาตราที่ห้ามแพทย์ รวมถึงทันตแพทย์ สัตวแพทย์ จ่ายยาที่คลินิก แต่กลับไม่ห้ามร้านขายยาที่ขายยาโดยไม่มีใบสั่งแพทย์เหมือนกับมี double standard ซึ่งถ้าต้องการให้เป็นมาตรฐานสากล ก็ควรห้ามเภสัชกรขายยาโดยไม่มีใบสั่งแพทย์ด้วย มิเช่นนั้นอาจทำให้ดูเหมือนมีเงื่อนไขซ่อนอยู่ พบว่าในสหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่น แพทย์สามารถตรวจ วินิจฉัย และจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยได้ที่คลินิก และร้านขายยาห้ามขายยา โดยไม่มีใบสั่งแพทย์) กฎหมายชั้นสูตรพลิกศพ (โดยเฉพาะถ้าต้องไปชันสูตร ในพื้นที่ที่เป็นป่าเขา หุบเหว หรือที่ห่างไกลความเจริญ และถ้าเป็นในเวลากลางคืน ทำให้เป็นห่วงสวัสดิภาพและความปลอดภัยของแพทย์ โดยเฉพาะถ้าเป็นแพทย์ผู้หญิง นอกจากนั้นยังเบียดบังเวลาที่จะไปดูแลผู้ป่วยที่รอตรวจและผู้ป่วยฉุกเฉินอีกด้วย) ซึ่งกฎหมายต่างๆ ที่ออกมาบังคับใช้กับแพทย์ส่วนใหญ่พบว่าผู้ที่เร่งกฎหมายแทบจะไม่มีส่วนในการถูกบังคับใช้กฎหมาย แต่แพทย์เกือบทั้งหมดที่ไม่ได้มีส่วนรับรู้มาก่อน กลับต้องมาถูกบังคับใช้โดยคนเพียงไม่กี่คน ไม่เคยมีการสอบถามความคิดเห็นหรือปรึกษาหารือโดยแพทย์มาก่อน ซึ่งสะท้อนให้เห็นมุมมองของรัฐกับแพทย์ซึ่งเป็นผู้ให้บริการ

### 5.1.6.3 จากนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค ซึ่งมีส่วนทำให้

- (1) โรงพยาบาลบางแห่งมีเงินบำรุงลดลงทำให้การรับแพทย์เฉพาะทาง เข้ามาช่วยงานและดูแลผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้นเป็นไปได้ยาก หรือเป็นไปได้ยาก (เพราะเงินเดือนที่จะต้องจ่ายให้แพทย์รวมอยู่ในงบรายหัวของประชากร ซึ่งต่างจากสมัยก่อนที่รับจากกระทรวงการคลัง) ซึ่งมีผลทำให้แพทย์ที่มีอยู่เดิมทำงานหนักเกินไป จนมีการลาออกกันอย่างมาก และจากการที่มีเงินบำรุงลดลง พบว่าโรงพยาบาลบางแห่งได้ตัดค่าเวรของแพทย์ (รวมข้าราชการส่วนอื่นด้วย) บางแห่งตัดถึง 20-25 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งค่าเวรของแพทย์ที่รับราชการก็ต่ำอยู่แล้ว ทำให้แพทย์ที่ต้องพบกับสภาพเช่นนี้หรือแพทย์ที่ได้

ทราบข่าวหมดกำลังใจในการทำงาน ทั้งๆ ที่แพทย์ไม่ได้มีส่วนผิดเลยแม้แต่  
น้อย

- (2) ผู้ป่วยมีความคาดหวังกับการรักษาสูงมากขึ้น มีการฟ้องร้องมากขึ้น ทั้งๆ ที่  
ไม่ว่าจะมีหรือไม่มีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค แพทย์ก็รักษาผู้ป่วย  
เหมือนเดิม ไม่แตกต่างกัน ตามกำลังความรู้ความสามารถ และเงินบำรุงที่มี  
ในโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยและรัฐกลับลืมนึกว่า "ไม่มีของดี ราคาถูก บนโลก  
ใบนี้" และผู้ป่วยส่วนหนึ่งคิดว่าแพทย์จะต้องรักษาให้ได้ทุกอย่าง โดยที่ไม่  
ยอมดูแลสุขภาพตนเองเลย ยังดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เที่ยวกลางคืน ไม่ออกกำลังกาย  
นอกจากนั้นยังมีเรื่องของอุบัติเหตุต่างๆ เมมาแล้วขับ ทะเลาะวิวาท ซึ่ง  
สาเหตุต่างๆ เหล่านี้อาจทำให้การรักษาไม่เป็นไปดังความคาดหวังของ  
ผู้ป่วยและแพทย์ และผู้ป่วยบางคนไม่เข้าใจและต่อว่าหรือฟ้องร้องแพทย์  
โดยที่ลืมนึกไปว่าโรคร้ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นก็ล้วนแต่ทำตัวเองทั้งสิ้น
- (3) ภายหลังจากมีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค รัฐเอาใจใส่ ดูแลห่วงใย  
ผู้รับบริการมากเป็นพิเศษ แต่รัฐกลับลืมนึกถึงตัวที่สำคัญที่สุดในระบบ  
สาธารณสุข นั่นคือ ผู้ให้บริการ โดยเฉพาะแพทย์ รัฐบาลความเอาใจใส่  
ดูแลแพทย์ด้วยความจริงใจ รัฐดูแลแพทย์เหมือนข้าราชการธรรมดาทั่วไป  
ซึ่งคงไม่ผิด ถ้าแพทย์ไม่ได้รับผิดชอบชีวิตเพื่อนมนุษย์ รัฐได้เพิ่มงานต่างๆ  
ให้กับแพทย์ที่รับราชการ เช่น งานออกหน่วยปฐมภูมิ โดยที่แพทย์เกือบ  
ทั้งหมด ไม่ได้มีความต้องการที่จะทำ ซึ่งเป็นการใช้คนไม่ตรงกับงาน และ  
งานในโรงพยาบาลก็มีมากพออยู่แล้ว และถ้ามองลึกลงไปหน่วยงาน  
ราชการต่างๆ ของรัฐ จะพบว่าหน่วยงานที่มีภาคเอกชนให้การบริการคู่กับ  
ภาครัฐ นอกจากหน่วยงานการศึกษาแล้ว ก็ยังมีหน่วยงานทางสาธารณสุข  
นั่นเอง ซึ่งถ้ารัฐไม่ดูแลแพทย์ในระบบราชการให้ดีแล้ว ก็เหมือนเป็นการ  
บังคับให้ย้ายไปอยู่ในภาคเอกชน ซึ่งถ้ารัฐไม่ดูแลแพทย์ในระบบราชการให้  
ดีแล้ว ก็เหมือนเป็นการบังคับให้ย้ายไปอยู่ในภาคเอกชน ซึ่งจะส่งผล  
กระทบต่อการบริการทางสาธารณสุขในภาครัฐ และก็ทำให้ดูเหมือนว่ารัฐ  
ได้ไล่ผู้ป่วยให้ไปสู่ระบบเอกชนโดยอ้อมนั่นเอง

กล่าวโดยสรุป คือ แนวทางในการแก้ปัญหาแพทย์ลาออกจากภาครัฐ ควรให้ความ  
สนใจในเรื่องของสภาพความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต สภาพการทำงานและความเสี่ยงต่างๆ ที่จะเกิด  
ขึ้นกับแพทย์ นั่นก็คือ การกำหนดเรื่องของเงินเดือนและค่าตอบแทนที่เป็นธรรม กำหนดชั่วโมง  
การทำงานที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจ การป้องกันความเสี่ยงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับแพทย์

และช่วยเหลือเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น เป็นต้น เพื่อผู้ป่วยและสิทธิผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและปฏิบัติอย่างดีที่สุด

## 5.2 ข้อเสนอแนะ

### 5.2.1 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร

จากการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกของแพทย์ ภาครัฐ พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการลาออก ได้แก่ ตัวแปรความพึงพอใจด้านต่างๆ และปัจจัยความผูกพันกับองค์กร

และผลจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พบข้อที่น่าสนใจจากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว และยังสามารถสอบถามแพทย์ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการลาออก เพื่อเป็นข้อมูลที่ฝ่ายบริหารสามารถที่จะนำไปเป็นข้อมูลประกอบการปรับปรุงองค์กร เพื่อให้แพทย์งานลดแนวโน้มที่จะลาออกจากองค์กรและเป็นการเพิ่มการจูงใจในการทำงานในองค์กรให้มากยิ่งขึ้นด้วย ดังต่อไปนี้

5.2.1.1 ตัวงาน ควรทำให้แพทย์เกิดความพึงพอใจในงานที่ทำ (Costley and Todd, 1991,p.53) อาจทำโดยจัดคนให้เหมาะสมกับงาน การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจนในคำบรรยายลักษณะงาน (Job description) และการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบ/วิธีการทำงาน เพื่อให้แพทย์ได้เปลี่ยนรูปแบบในการทำงานที่ไม่เกิดความซ้ำซากจำเจจนทำให้แพทย์เกิดความรู้สึกเบื่อ งานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน นอกจากนี้แล้วควรสร้างให้ แพทย์เกิดความรู้สึกต้องการที่จะทำงาน ให้มากขึ้น เช่น การออกแบบงานใหม่ (Job redesign) หรือการเปลี่ยนหน้าที่การทำงาน (Job rotation) หรือการให้ปริมาณงานที่เหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบในตำแหน่งนั้นๆ เพราะถ้าแพทย์ไม่สามารถแก้ปัญหาเหล่านั้นได้แล้ว ความคิดที่จะลาออกจกงาน ก็จะพัฒนาไปสู่การลาออกจกองค์กรได้ในที่สุด ซึ่งจะทำให้องค์กรต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในกระบวนการสรรหาว่าจ้างแพทย์คนใหม่แทนแพทย์คนที่ลาออกไป

5.2.1.2 ความก้าวหน้า องค์กรควรมีระบบการพัฒนาความก้าวหน้าในการทำงานให้กับแพทย์ (Costley and Todd, 1991, p.53) เพราะแพทย์ที่ทำงานในแต่ละที่ย่อมมีความต้องการที่จะเติบโตในหน้าที่การทำงานด้วยกันทุกคน การที่กระทรวงสาธารณสุขสามารถจัดระบบที่ช่วยในการพัฒนาความรู้ความสามารถของแพทย์ให้มากยิ่งขึ้น ย่อมทำให้แพทย์เกิดความพึงพอใจที่จะทำงานที่นี้เพราะเกิดความรู้สึกที่ดีต่อองค์กรในการที่องค์กรเห็นความสำคัญของการพัฒนาแพทย์ และเห็นโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานที่มีมากยิ่งขึ้น และยังจะทำให้แพทย์มีความต้องการที่จะทำงานในองค์กรต่อไป (Miner and Crane, 1995, p.409-411) และนอกจากการพัฒนาความรู้ความสามารถในงานจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานแล้วยังส่งผลให้องค์กรได้ทราบถึงศักยภาพของแพทย์ที่สามารถพัฒนาไปสู่การเลื่อนตำแหน่งได้ต่อไป

โดยผู้ที่มีความสามารถจะได้รับการเลื่อนตำแหน่งไปสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ในขณะที่ผู้ที่ยังไม่มีความสามารถหรือศักยภาพไม่เพียงพอ ก็จะสามารถพัฒนาความรู้ความสามารถในส่วนที่ยังขาดได้ต่อไป ซึ่งทั้งหมดจะส่งผลในการช่วยลดหรือแก้ไขปัญหาลาออกได้อีกทางหนึ่งด้วย

5.2.1.3 ความมั่นคง ควรมีการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แพทย์ได้เข้าใจถึงความมั่นคงในการทำงานในองค์กรเพื่อที่แพทย์จะได้มีความตั้งใจและทุ่มเทการทำงานในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มที่ นอกจากนี้แล้วการที่องค์กรได้สร้างความมั่นคงให้เกิดขึ้นแก่แพทย์ที่เข้ามาทำงานในองค์กรยังเป็นการสร้างความผูกพันในองค์กร และเป็นการให้แพทย์ได้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการทำงานที่นี้มากยิ่งขึ้น การมีระบบสวัสดิการที่ช่วยเหลือแพทย์ในด้านต่างๆ ตามที่แพทย์ได้กล่าวถึง เช่น การรักษาพยาบาล การประกันชีวิต การจ่ายค่าตอบแทนอื่นๆ หรือการให้เงินช่วยเหลืออื่นๆ แก่แพทย์ (Miner and Crane, 1995, p.116-117) ซึ่งนอกจากจะเป็นส่วนที่สามารถสร้างความรู้สึกมั่นคงและความรู้สึกใส่ใจที่องค์กรมีต่อแพทย์แล้ว ยังช่วยสร้างความผูกพันต่อองค์กรและเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้เกิดขึ้นกับแพทย์อีกด้วย นอกจากนี้แล้ว เมื่อแพทย์ได้เห็นถึงความสำคัญที่องค์กรให้ต่อพวกเขาแล้ว การที่แพทย์จะคิดถึงการลาออกเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นไม่ยากนัก (Edwin B. Flippo, p.520 อ้างถึงในอุทัย หิรัญโต) ซึ่งจะทำให้เกิดเป็นแนวทางที่ช่วยลดปัญหาลาออกได้อีกทางหนึ่งด้วย

5.2.1.4 รายได้ควรมีระบบการจ่ายเงินเดือน/ค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบ (เสรี เวชชาชีวะ, 2505 อ้างถึงในอุทัย หิรัญโต และ (Miner and Crane, 1995, p.447) เพราะเมื่อใดก็ตามที่แพทย์เกิดความรู้สึกว่าองค์กรให้เงินเดือน/ค่าตอบแทนน้อยกว่าที่พวกเขาควรจะได้รับ ย่อมจะทำให้พวกเขาเกิดความไม่พึงพอใจต่อการทำงานที่นี้ ซึ่งจะมีผลต่อการแสวงหางานใหม่และส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงด้วย ดังนั้น องค์กรควรมีการจัดระบบการจ่ายเงินเดือน/ค่าตอบแทนที่ชัดเจนและเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบของแพทย์ นั่นหมายถึงการจ่ายเงินเดือน/ค่าตอบแทนให้คุ้มค่ากับที่แพทย์ได้ทุ่มเทให้กับองค์กร และควรจ่ายเงินเดือน/ค่าตอบแทนให้กับผู้ทำงานจริงๆ ไม่ใช่ที่ไม่สามารถทำงานได้จริงแต่อาศัยเพียงผลงานของผู้อื่นเท่านั้น และถ้าองค์กรสร้างความรู้สึกที่ไม่ยุติธรรมให้เกิดขึ้นกับแพทย์แล้ว มีโอกาสที่องค์กรนั้นจะสูญเสียแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถ แต่ได้รับค่าตอบแทนจากองค์กรไม่คุ้มค่ากับการทุ่มเทจะสูงตามไปด้วย

5.2.1.5 ประเด็นที่น่าสนใจอื่นๆ จากคำถามปลายเปิด แพทย์ได้เสนอแนวทางการแก้ปัญหาลาออกจากองค์กรนั้น พบว่า ปัญหาที่น่าสนใจในการกล่าวถึงในที่นี้ก็คือปัญหาลาออกจากระบบการบริหารที่ดี เช่น การขาดมาตรฐานกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือขอบข่ายที่ชัดเจนของงานในตำแหน่งต่างๆ ทำให้แพทย์ไม่มีความชัดเจนในเรื่องของหน้าที่ความรับผิดชอบของตัวเอง หรือปัญหาของสภาพแวดล้อม เช่น สถานที่ทำงานที่ไม่ให้ความรู้สึกน่าทำงาน ไม่ซ้ำซากจำเจ รวมถึงความพร่ำพร้อมของเครื่องมือเครื่องใช้การทำงานของแพทย์ ซึ่งจะเห็นว่า เป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้

โดยการจัดระบบการทำงานใหม่ หรือการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและขอบข่ายการทำงานที่ชัดเจน หรือแม้กระทั่งการประชุมหรือการสังสรรค์ระหว่างแพทย์และผู้อำนวยการ หรือระหว่างเพื่อนร่วมงานด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างหัวหน้ากับลูกน้องหรือระหว่างเพื่อนร่วมงาน จะทำให้มีความผูกพันกับองค์กรมากขึ้นและจะเป็นการช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาลาออกที่อาจเกิดขึ้นได้

### 5.2.2. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้วิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการที่จะลาออกของแพทย์ในภาครัฐ และผลการวิจัยพบว่า ไม่มีตัวแปรส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อแนวโน้มที่จะลาออกจากองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความพึงพอใจในงาน และความผูกพันกับองค์กรมีอิทธิพลต่อแนวโน้มที่จะลาออกจากองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงหวังว่า การวิจัยครั้งนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นของการศึกษาการลาออกในวงการสาธารณสุขทั้งระบบต่อไป โดยผู้วิจัยมีข้อที่น่าสนใจและข้อที่น่าสังเกต ดังนี้คือ

5.2.2.1 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการลาออกในรูปแบบของการศึกษาความคิดของบุคคลที่มีต่อลาออก ณ เวลาปัจจุบันซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น และเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น ณ เวลานั้น ภายใต้อาณัติหนึ่ง ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป เพื่อให้ได้รู้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกจริงๆ นั้นคืออะไร ควรศึกษาการลาออกจากบุคคลที่ยังทำงานอยู่และที่กำลังจะลาออกหรือได้ยื่นใบลาออกแล้ว โดยใช้การสัมภาษณ์ผู้ที่ได้ยื่นใบลาออกแล้ว โดยวิธีที่เรียกว่า การสัมภาษณ์ก่อนออกจากงาน (Exit Interview) เพื่อจะได้ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริงของการลาออกว่าเกิดจากอะไร และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีอิทธิพลต่อการลาออกอย่างแท้จริง เนื่องจากโดยทั่วไปแล้ว เหตุผลที่แพทย์ได้ระบุไว้ในใบลาออกนั้น มักไม่ใช่เหตุผลที่แท้จริงของการลาออก และเพื่อที่จะให้รู้เหตุผลที่แท้จริงของการลาออกจึงควรทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกโดยวิธีดังกล่าว (Miner and Crane, 1995, p. 298)

5.2.2.2 การศึกษาปัจจัยความพึงพอใจในงานกับการลาออกนั้น ยังมีตัวแปรความพึงพอใจในงานด้านอื่นๆ ที่งานวิจัยครั้งนี้มิได้นำมาศึกษา เช่น สภาพแวดล้อมในการทำงาน การสื่อสารในการทำงาน หรือระบบการบริหารงานขององค์กร เป็นต้น ซึ่งรูปแบบเหล่านี้เป็นสิ่งที่มิแพทย์กล่าวถึง iva เป็นปัจจัยที่ทำให้แพทย์ตัดสินใจลาออกเช่นกัน ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป น่าที่จะให้ความสนใจกับตัวแปรความพึงพอใจในงานตัวอื่นๆ ด้วย

5.2.2.3 การศึกษาเพื่อขยายผลของแนวโน้มที่จะลาออกจากองค์กรที่มีประสิทธิภาพการทำงานทั้งในช่วงก่อนการลาออกจากงาน (ซึ่งจะพบสถิติการหยุดงานและการมาสายที่สูงขึ้น) และหลังจากการลาออกจากงานของบุคคลแล้ว (ในช่วงเวลาของการคัดเลือกแพทย์ใหม่ที่จะมาทำหน้าที่แทนผู้ที่ลาออกไป) และการศึกษาถึงอิทธิพลของขวัญกำลังใจในการทำงาน และความผูกพันต่อ

องค์กร ที่มีแนวโน้มที่จะลาออกจากองค์กร เนื่องจากขวัญกำลังใจในการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กร เป็นตัวแปรที่แพทย์ได้กล่าวถึงว่า สามารถที่จะช่วยลดปัญหาการลาออกจากองค์กรได้

5.2.2.4 จากการวิจัยนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกเพียงด้านเดียวเท่านั้น สิ่งที่น่าสนใจในการทำการศึกษาคือ เพื่อให้การศึกษาลาออกเกิดความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น คือ การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลที่ทำให้แพทย์ยังคงทำงานอยู่ในองค์กร เพื่อเข้าใจถึงปัจจัยเหล่านั้นว่ามีความคล้ายคลึงหรือแตกต่างจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกหรือไม่ อย่างไร เพื่อที่จะได้เข้าใจ

5.2.2.5 จากผลการวิจัยนี้ ไม่พบอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อแนวโน้มที่จะลาออก จากองค์กรของแพทย์ ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อแนวโน้มที่จะลาออกจากองค์กรของแพทย์ในกลุ่มนี้ ไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลก็เป็นได้ แต่อาจขึ้นอยู่กับตัวแปรที่บุคคลรับรู้ คือ ความพึงพอใจในงาน ซึ่งถ้าในงานที่เขาทำอยู่สามารถก่อให้เกิดความพึงพอใจในงานได้ก็จะมีส่วนที่ทำให้การลาออกลดน้อยลงได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการวิจัยจะไม่พบอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อแนวโน้มที่จะลาออกจากองค์กรที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 แต่มีปัจจัย 2 ตัว ที่น่าจะนำมาศึกษาเพิ่มเติม เงินเดือน/ค่าตอบแทนและความรับผิดชอบทางการเงินต่อครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยเสนอให้ผู้ที่ต้องการทำการวิจัยเกี่ยวกับอิทธิพลของ เงินเดือน / ค่าตอบแทนและความรับผิดชอบทางการเงินต่อครอบครัวต่อการลาออก ศึกษาปัจจัย 2 ตัวนี้อีกครั้ง โดยขยายความเกี่ยวกับปัจจัยทั้ง 2 ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

5.2.2.6 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ แพทย์ที่ลาออกจากกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้น ในการศึกษาค้างต่อไปควรศึกษาในกลุ่มอื่นเช่น แพทย์ที่เป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย แพทย์ในสังกัดศาสนา และในกลุ่มที่ยังไม่ลาออกด้วย เพื่อขยายผลของการวิจัยให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น เพราะในกลุ่มที่แตกต่างกัน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแนวโน้มที่จะลาออกจากองค์กร อาจแตกต่างกัน นอกจากนั้นแล้ว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอายุน้อย ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป ควรเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มอายุ เพื่อให้ผลของการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้สูงสุด

## บรรณานุกรม

กมลวดี รุ่งเจริญไพศาล.

2528. “การลาออกของข้าราชการมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2522-2525.”

สารนิพนธ์มหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์, สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

2530. รายงานการศึกษา การเข้า-ออกกำลังคนของรัฐ. สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

กองวิชาการ, สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน.

2531. รายงานการวิจัยเรื่องการสูญเสียกำลังคนระดับสมองในราชการพลเรือน. กรุงเทพฯ :

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน.

กิติพงษ์ มหารัตนวงศ์.

2532. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกของพนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค”. สารนิพนธ์

มหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เกศรัตน์ สุขเกษม.

2533. “การสูญเสียบุคลากรในองค์การอาสาสมัครเอกชน : ศึกษาเฉพาะกรณีองค์การคาทอลิกรีรีฟ

เซอร์วิสเซส”. สารนิพนธ์มหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เกริกเกียรติ ศรีเสริมโภค.

2533. “ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจที่จะลาออกจากองค์การ : ศึกษากรณีสหกรณ์การเกษตรใน

ประเทศไทย”. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จารุภรณ์ เกาชะทัต.

2528. “ปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อการจงใจในการทำงาน : ศึกษาเฉพาะกรณีเจ้าหน้าที่

สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น”. สารนิพนธ์มหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.



จริยาสวัสดิ์ สุขสวัสดิ์.

2535. “ภาวะการขาดแคลนวิศวกรและนักประมวลผลข้อมูลของการไฟฟ้านครหลวง ศึกษา  
ระหว่างปี พ.ศ. 2528–2533”. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จรีพร กาญจนการุณ.

2536. “ปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวโน้มการลาออกจากองค์การ : ศึกษากรณีข้าราชการมหาวิทยาลัยมหิดล  
ในสาขาวิชาที่ขาดแคลน”. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาอุตสาหกรรมและองค์การคณะ  
ศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ชมรมแพทย์ชนบท.

2546.จดหมายข่าว, มิถุนายน.

ชุมพล เวสสุบุตร.

2535. “ปัญหาการลาออกจากงานของบุคลากรในองค์การ : ศึกษาเฉพาะกรณีวิศวกรในการไฟฟ้า  
ฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย”. สารนิพนธ์มหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ชูทิศ รัตนทัศนีย์.

2525. “การสูญเสียกำลังพลของกองทัพเรือ : ศึกษาเฉพาะกรณีการลาออกจากราชการของนาย  
ทหารสัญญาบัตร”. สารนิพนธ์มหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ทักษพล ธรรมรังสี.

2543. “ประสบการณ์แพทย์ลาออก มองให้ชัด แก้ให้ตรง”. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่าง  
ประเทศ.

เนตรนภา ขุนทอง.

2525. “ปัญหาการสูญเสียแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐโรงพยาบาลเอกชน”. วารสารสังคมศาสตร์  
การแพทย์.

นงลักษณ์ วิรัชชัย.

2542. โมเดลอิสระ : สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญเรียง ขจรศิลป์.

2537. สถิติวิจัย II. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : หจก. เบสท์กราฟฟิคเพรส.

ปุระชัย เปี่ยมสมบูรณ์ และสมชาติ สว่างเนตร.

2535. การวิเคราะห์แนวโน้มด้วยอิสระ: สถิติสำหรับนักวิจัยทางวิทยาศาสตร์สังคมและพฤติกรรม. กรุงเทพฯ : โครงการส่งเสริมเอกสารวิชาการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ภัทรา ศรีเจริญ.

2534. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเปลี่ยนงานของพยาบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช”. สารนิพนธ์มหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มณีมีข รัตน์มณี และอนันต์ เกตุวงศ์.

2526. รายงานวิจัยเรื่องการลาออกของข้าราชการ. กรุงเทพฯ : คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มนิสรา โอมะคุปต์.

2535. “การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลาออกของพนักงานธนาคาร”. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาอุตสาหกรรม) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

มานพ ชูนิล.

2536. “ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้และการยอมรับการประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงาน”. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เยาวลักษณ์ เลาหะจินดา.

2518. “สภาพความพึงพอใจในงานและความตั้งใจที่จะทำงานต่อไปหรือลาออกของพยาบาลในมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร”. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัตนา ศิริพานิช.

2533. หลักการสร้างแบบสอวัดทางจิตวิทยาและทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์การพิมพ์.

วินัส พิษวณิชช์ และสมจิต วัฒนาศากุล.

2532. สถิติสำหรับนักสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล

ศิริชัย กาญจนวาสี.

สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรึ.

2536. รายงานผลการสำรวจแรงงาน (การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร)

ที่วราชอาณาจักร. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ร.ส.พ.

แสวง รัตน์มงคลมาศ และคณะ.

2528. การสรรหา การคงอยู่ และการลาออกจากอาชีพราชการอาจารย์มหาวิทยาลัย :

บทวิเคราะห์เชิงทัศนะ. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สุทธาสินี พุทธิกำพล.

2529. “ทัศนคติของข้าราชการกรุงเทพมหานครสามัญที่ลาออกจากราชการ”. สารนิพนธ์มหาบัณฑิตคณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุชาติ วัชรโยธิน.

2535. “ปัญหาการลาออกจางานของบุคลากรในองค์การ : ศึกษาเฉพาะกรณีพนักงานระดับ

บริหารของธนาคารกรุงไทยจำกัด.” สารนิพนธ์มหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เสรี เวชชาชีวะ.

2505. “วิธีการกำหนดอัตราเงินเดือนสำหรับตำแหน่ง”. เอกสารประกอบความรู้การประชุม สทท. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น.

อุทัย หิรัญโต.

2531. หลักการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ โอ.เอส. พรินติ้งเฮ้าส์.

อารมณ จินดาพันธ์.

2536. “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะเปลี่ยนงานของข้าราชการครู สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน” ปรินญาการศึกษาคุณวุฒิบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

Applewhite, Phillip B.

1965. **Organization and Behavior**. New York: Prentice-Hall.

Cherrington, David J.

1989. **Organizational Behavior : The Management of individual and Organizational performance**. 2nd. U.S.A.: Allyn and Bacon.

Cooper, Alfred M.

1958. **How to Supervise People**. New York: McGraw-Hill.

Costley, Dan L. Todd, Ralph.

1991. **Human Relations in Organizations**. 4th. U.S.A.: West Publishing Company.

French, Wendill.

1964. **The Personnel Management Process: Human Resource Administration**. Boston: Houghton Miffling.

Ghiselli, Edwin E. Clarence, Brown W.

1955. **Personnel and Industrial Psychology**. 2nd. New York: McGraw-Hill.

Guildford, J.P. Frutcher, Benjamin.

1978. **Fundamental Statistics in Psychology and education**. 6th. Tokyo: McGraw-Hill.

Gilmer, B. Van, Haller.

1966. **Applied Psychology: Problem in Living and Work**. New York: McGraw-Hill.

Gilmer, B. Van Haller.

1971. **Industrial and Organizational Psychology**. 3rd. New York: Prentice-Hall.

Hom , P.W. Griffeth, R.W. and Sellaro.

1984. **The validity of Mobley's 1977 model of employee turnover. Organizational Behavior and Human Performance**.

Hom , P.W. Griffeth, R.W.

1991. **Structural equations modeling test of a turnover theory: Cross-sectional and longitudinal analysis**. Journal of Applied Psychology.

Hom, P.W. Miller, J.S.

1992. **Determinants of product commitment in concurrent engineering teams**. Washington, D.C.: National Science Foundation.

Hom , P.W. Griffeth, R.W.

1995. **Employee turnover**. Cincinnati: South-Western College Publishing Company.

Igbaria, Magid and Greenhaus, Jeffrey H.

1992. **Determinants of MIS employees' intentions: A structural equation model**. Communications of the ACM 35(February): 34-49

Igbaria, Magid and Siegel, Sidney R.

1992. **The reasons for turnover of information Systems Personnel.** Information & Management 23 (December):321-330

Lawshe C.H.

1975. **A quantitative approach to content validity.** Personnel Psychology 28:563-575

Miner, J.B. Crane, D.P.

1995. **Human resource management: The strategic perspective.** New York: Harper Collin College Publishers.

Mobley, W.H. Horner, S.O. and Hollingsworth A.T.

1978. **An evaluation of precursors of hospital employee turnover.** Journal of applied Psychology.

Mobley, W.H. Griffeth, R.W. Hand, H.H. and Meglino B.M.

1979. **Review and conceptual analysis of the employee turnover process.** Psychological Bulletin.

Mobley, W.H.

1982. **Employee turnover: Causes, consequences and control.** New York: Addison-Wesley Publishing Company.

Prices, J.L.

1977. **The Study of turnover.** Ames, Iowa State University Press.

Prices, J.L. Bluedorn, A.C.

1979. **Test of a casual model of turnover from organization.** In The International Yearbook of Organizational Studies. Labor turnover and retention. Girdford: Biddles Ltd.

Prices, J.L. Mueller, C.W.

1981. **A casual model of turnover for nurses.** Academy of management journal.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ก

## แบบสอบถาม

## เรื่อง

## ปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกของแพทย์ในภาครัฐ

## คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการลาออกของแพทย์จากระบบราชการ โดยนักศึกษาปริญญาโทการจัดการภาครัฐและเอกชน ภาคพิเศษ กรุงเทพมหานคร คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

1. แบบสอบถามมีทั้งหมด 5 หน้า แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ใช้เวลาในการตอบประมาณ 15 นาที
  - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
  - ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นปัจจัยต่าง ๆ ต่อการตัดสินใจลาออก
  - ส่วนที่ 3 ระดับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม

2. แบบสอบถามนี้ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลคำตอบตามความเป็นจริงที่รับจากท่าน นอกจากจะใช้เพื่อประโยชน์ของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้อันแล้ว ยังจะเอื้อต่อการกำหนดนโยบายการบริการด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมของประเทศ โดยเฉพาะในการบริหารงานด้านบุคลากรในวงการแพทย์

3. ขอความกรุณาท่านผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบให้ครบทุกข้อ รายงานข้อมูลตามความเป็นจริง

4. คณะผู้วิจัยขอรับรองว่าจะนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้ไปใช้ในทางที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อวงการแพทย์และจะเป็นความลับ โดยผู้ตอบไม่จำเป็นต้องแสดงตนในการตอบแบบสอบถาม

5. หากท่านประสงค์จะขอรับผลงานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว กรุณาติดต่อสอบถามหรือขอรับผลสรุปของการศึกษาวิจัยได้ที่ E-Mail : pkamthom@thai.com

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

คณะผู้วิจัย

ขอความกรุณาท่านส่งแบบสอบถามกลับคืน ภายในวันที่ 8 กันยายน 2546



## แบบสอบถามแพทย์ภาครัฐที่ลาออกจากราชการ

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- สำหรับเจ้าหน้าที่
1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า
4. จบแพทยศาสตรบัณฑิต ปี พ.ศ.....สถาบัน.....
5. ปฏิบัติงาน  เวชปฏิบัติทั่วไป  ได้รับอนุมัติบัตร/วุฒิบัตร สาขา.....
6. พันธะการชดใช้ทุน  ครบแล้ว  ยังเหลืออีก.....ปี
7. สถานะ  ข้าราชการ  พนักงานของรัฐ  อื่นๆ
8. ภูมิลำเนา  กรุงเทพมหานคร  จังหวัด.....
9. หน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน ที่จังหวัด..... ปี พ.ศ.....
- โรงพยาบาลชุมชน
- โรงพยาบาลทั่วไป
- โรงพยาบาลศูนย์
- อื่นๆ ระบุ.....
10. ลาออกจากราชการเมื่อปี พ.ศ..... ระดับ ซี..... อายุราชการ.....ปี
11. ภาระงาน ด้านบริหาร.....% ด้านบริการ.....% ด้านวิชาการ.....%
12. ก่อนท่านลาออก ระยะเวลาทำงาน/สัปดาห์ (งานปกติในเวลาราชการและอยู่เวรนอกเวลา) ในเวลาราชการ..... ชม./สัปดาห์ อยู่เวรนอกเวลา..... วัน/เดือน
13. งานบริการผู้ป่วย ตรวจรักษาโรค ต่อ 1 วัน
- 13.1 ผู้ป่วยนอก  1-30 ราย  31-60ราย  61-100  มากกว่า100ราย
- 13.2 ผู้ป่วยใน  1-10 ราย  11-20ราย  21-30  มากกว่า 30ราย
- 13.3 ผ่าตัด/ทำหัตถการสัปดาห์ละ
- 0-10 ราย  11-20ราย  21-30  มากกว่า 30ราย
14. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (เงินเดือน รวมรายได้พิเศษทุกประเภท).....บาท
15. การประกอบเวชปฏิบัติส่วนตัวขณะรับราชการ...  ทำ  ไม่ทำ
- ทำที่  คลินิก  โรงพยาบาลเอกชน

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็น

17. ระหว่างที่รับราชการท่านมีความพึงพอใจในสภาพการทำงาน หรือไม่ สำหรับเจ้าหน้าที่
- พพอใจมาก  พพอใจ  ไม่พพอใจ  ไม่พพอใจมาก
18. ท่านมีความพึงพอใจในอาชีพแพทย์หรือไม่
- พพอใจมาก  พพอใจ  ไม่พพอใจ  ไม่พพอใจมาก
19. ท่านมีความพึงพอใจในรายได้เมื่อเทียบกับภาระงาน หรือไม่
- พพอใจมาก  พพอใจ  ไม่พพอใจ  ไม่พพอใจมาก
20. ท่านเปรียบเทียบรายได้ของท่านกับวิชาชีพอื่น ท่านคิดว่าน่าพพอใจหรือไม่
- พพอใจมาก  พพอใจ  ไม่พพอใจ  ไม่พพอใจมาก
21. ปัจจัยที่ทำให้ท่านลาออกจากราชการเรียง 5 ลำดับความสำคัญโดยใส่หมายเลขหน้าข้อ
- ..... ไม่มี
- .....ภาระงานหนักเกินไป
- .....มีโอกาสดในการหารายได้ที่ดีกว่าที่อื่น
- .....ความมั่นคงในตำแหน่ง
- .....ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน
- .....โอกาสในการลาศึกษาต่อในสาขาที่ต้องการ
- .....ระบบการบริหาร
- .....ความเสี่ยงจากการประกอบวิชาชีพเช่นถูกฟ้องร้อง ถูกร้องเรียน
- .....รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตไม่ดีเท่าที่ควร
- .....ขาดขวัญและกำลังใจ
- .....สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานไม่ดี
- .....ไม่ตรงกับความคาดหวัง และ เป้าหมายชีวิต
- .....เหตุผลด้านครอบครัว
- .....ต้องการไปประกอบอาชีพอื่นๆ ระบุ.....
- .....ปัจจัยอื่นๆ ระบุ.....
- 22.ท่านคิดว่านโยบายของรัฐบาล/กระทรวงสาธารณสุขข้อใดที่มีผลต่อการลาออกของแพทย์ที่รับราชการ (เรียง 5 ลำดับความสำคัญโดยใส่หมายเลขหน้าข้อ)
- ..... ไม่มี
- .....นโยบายด้านการลาศึกษาต่อ
- แพทย์ถูกจำกัดไม่ให้ลาศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางตามที่ต้องการ
- .....นโยบายเรื่องพนักงานของรัฐ
- แพทย์ไม่ได้รับการบรรจุเข้ารับราชการ เนื่องจากถูกจำกัดอัตรา
- .....นโยบายด้านการจ่ายค่าตอบแทน
- การจ่ายค่าตอบแทนไม่เป็นธรรม ไม่สอดคล้องกับภาระงาน

## สำหรับเจ้าหน้าที่

.....นโยบายด้านการปฏิรูปและการกระจายอำนาจสู่การปกครองท้องถิ่น

- สถานพยาบาลต้องอยู่ในการกำกับดูแลของการปกครองส่วนท้องถิ่น

.....นโยบายด้านหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (๓๐บาทรักษาทุกโรค)

- ร.พ.มีรายรับไม่พอกับรายจ่ายมีผลต่อการให้บริการผู้ป่วย

.....นโยบายการจัดสรรอัตราค่าจ้างแพทย์

- การกระจายแพทย์ไปสู่สถานพยาบาลต่างๆ ไม่เหมาะสมเกิดการกระจุก  
ในร.พ. ส่วนกลางหรือจังหวัดใหญ่ๆ

.....นโยบายรับชาวต่างชาติมาตรวจรักษาในไทย

- เพิ่มภาระงานและแพทย์ต้องปรับตัวในการให้การดูแลรักษาชาวต่างชาติ

.....นโยบายเกี่ยวกับการชั้นสูตรพลิกศพ

- แพทย์ต้องออกไปนอกพื้นที่ร่วมกับพนักงานสอบสวน เป็นการเพิ่มภาระ  
งานและเสี่ยงอันตราย

.....นโยบายพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน

- ทำให้แพทย์ต้องปรับตัวให้เข้าสู่ระบบควบคุมและตรวจสอบให้เป็นไปตาม  
มาตรฐานวิชาชีพ

.....อื่นๆ ระบุ.....

23. ความเห็นของท่านวิธีแก้ปัญหาแพทย์ลาออกจากระบบราชการ ได้ดีที่สุด(เรียง 5 ลำดับความสำคัญโดยใส่เลขหน้าข้อ)

.....ไม่ต้องแก้

.....มีระบบบริหารบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขแยกเป็นอิสระจาก ก.พ.

.....ปรับปรุง ค่าตอบแทนให้เหมาะสม เมื่อเปรียบเทียบกับภาระงาน

.....ปรับปรุงความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

.....ปรับปรุงภาระงาน/ความรับผิดชอบ ให้เหมาะสมกับเวลาทำงาน

.....ปรับปรุงระบบการศึกษาต่อของแพทย์ให้สอดคล้องกับความต้องการของแพทย์  
และหน่วยงาน

.....แก้กฎหมายเกี่ยวกับการฟ้องร้องแพทย์ เพื่อลดความเสี่ยงในการประกอบวิชาชีพ  
เวชกรรม

.....บรรจุแพทย์ให้เป็นข้าราชการของรัฐ โดยเลิกระบบพนักงานของรัฐ

.....ผลิตแพทย์ให้เพียงพอต่อความต้องการ และทดแทนแพทย์ที่ลาออก

.....ปรับปรุงระเบียบ/นโยบาย.....

.....อื่นๆ ระบุ.....

.....นโยบายเรื่องพนักงานของรัฐ

24. ถ้ามีโอกาส ท่านจะกลับเข้ารับราชการอีกหรือไม่

ใช่

ไม่ใช่

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการลาออกของแพทย์ภาครัฐ

ท่านคิดว่าแพทย์ที่ลาออก เกิดจากสาเหตุอะไร

โปรดกาเครื่องหมายกากบาท x ในช่องที่สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคิดเห็น/ปัจจัย ที่ทำให้แพทย์ลาออก	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	หมายเหตุ
1. มีภาระงานหนักเกินไป					
2. ค่าตอบแทนไม่เหมาะสม					
3. ไม่มีความมั่นคงในงาน					
4. ไม่มีความก้าวหน้าตามที่คาดหวัง					
5. งานไม่น่าตื่นเต้นหรือท้าทายพอ					
6. ไม่ได้ทุนหรือการส่งเสริมในการ ลาศึกษาต่อตามต้องการ					
7. ขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน					
8. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลใน โรงพยาบาล					
9. เหตุผลเรื่องครอบครัว					
10. มีความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียน ฟ้องร้องในการประกอบอาชีพ					
11. ระบบการบริหารนโยบาย					
12. พระราชบัญญัติหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (๓๐ บาท)					
13. นโยบายดึงชาวต่างชาติมารักษา ในไทย (Health tour)					
14. กฎ/ระเบียบต่างๆของกระทรวง					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อเสนอแนะ ท่านคิดว่าควรปรับปรุง

1. ด้านมาตรการแรงจูงใจจาก ระดับกระทรวง

.....

.....

.....

.....

.....

2. ด้านขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน ระดับ โรงพยาบาล

.....

.....

.....

.....

.....

3. นโยบายของรัฐบาล

.....

.....

.....

.....

.....

4. ปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์สำหรับแพทย์ที่ยังคงอยู่รับราชการ

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

## ภาคผนวก ข

ค่าอัตราส่วนความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Ratio) ของแบบสอบถาม คำนวณตามวิธีของ Lawshe

ความคิดเห็นของแพทย์กลุ่มทดสอบ 15 คน ที่มีต่อข้อความว่ามีประโยชน์หรือไม่

ข้อความ สาเหตุที่ทำให้แพทย์ลาออก	ข้อความ		CVR
	มี ประโยชน์	ไม่มี ประโยชน์	
1. มีภาระงานหนักเกินไป	15	0	1.00
2. ได้คำตอบแทนไม่เหมาะสม	14	1	0.87
3. ไม่มีความมั่นคงในงาน	13	2	0.73
4. ไม่มีความก้าวหน้าตามที่คาดหวัง	13	2	0.73
5. ไม่มีความสุขในการปฏิบัติงาน	11	4	0.47*
6. งานไม่น่าตื่นเต้นหรือท้าทายพอ	12	3	0.60
7. ไม่ได้ทุนหรือการส่งเสริมในการลาศึกษาต่อตามต้องการ	14	1	0.87
8. ขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน	13	2	0.73
9. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในโรงพยาบาล	12	3	0.60
10. เหตุผลเรื่องครอบครัว	12	3	0.60
11. มีความเสี่ยงต่อการถูกรื้อเรียน ฟ้องร้องในการประกอบอาชีพ	14	1	0.87
12. ระบบการบริหารนโยบาย	13	2	0.73
13. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30บาท)	14	1	0.87
14. นโยบายดึงชาวต่างชาติมารักษาในไทย (Health tour)	12	3	0.60
15. กฎ/ระเบียบต่างๆของกระทรวง	14	1	0.87

Lawshe's Content Validity Ratio  $CVR = \frac{ne-N/2}{N/2}$

N/2

N= กลุ่มทดสอบทั้งหมด ne = จำนวนผู้ที่ตอบว่าข้อความมีประโยชน์

ข้อความที่มีค่า CVR ต่ำกว่า 0.49 จะตัดทิ้งไป ดังนั้น ข้อที่ต้องตัดทิ้งไปคือข้อ 5 คงเหลือข้อความ 14 ข้อ มีค่า CVR เฉลี่ย 0.76

## ภาคผนวก ค

การวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม (Reliability analysis) ดำเนินโดย Cronbach's alpha

ข้อคำถาม	Mean	Standard Deviation	Alpha if item deleted
สาเหตุที่ทำให้แพทย์ลาออก			
1. มีภาระงานหนักเกินไป	3.5271	0.5993	0.6059
2. ได้ค่าตอบแทนไม่เหมาะสม	3.6124	0.5482	0.6111
3. ไม่มีความมั่นคงในงาน	2.4729	0.8469	0.5867
4. ไม่มีความก้าวหน้าตามที่คาดหวัง	2.7636	0.7500	0.5760
5. งานไม่น่าตื่นเต้นหรือท้าทายพอ	1.9961	0.6805	0.6197
6. ไม่ได้ทุนหรือการส่งเสริมในการลา ศึกษาต่อตามต้องการ	3.0233	0.7788	0.6230
7. ขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน	3.2171	0.6942	0.5721
8. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลใน โรงพยาบาล	2.4070	0.8694	0.6264
9. เหตุผลเรื่องครอบครัว	2.6822	0.8687	0.6515
10. มีความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียน ฟ้องร้องในการประกอบอาชีพ	3.2636	0.7591	0.5913
11. ระบบการบริหารนโยบาย	3.3411	0.6776	0.5946
12. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (30 บาท)	3.3527	0.8010	0.5819
13. นโยบายดึงชาวต่างชาติมารักษาในไทย (Health tour)	2.2442	0.8172	0.6122
14. กฎระเบียบต่างๆของกระทรวง	3.1163	0.7550	0.5872

ผลการทดสอบพบว่า ชุดคำถามที่ใช้มีความเชื่อถือได้ (Cronbach's alpha = 0.623)

## ภาคผนวก ง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม LISREL สำหรับ โมเดลปัจจัยที่ส่งผลต่อการลาออกของแพทย์

DATE: 10/10/ 3

TIME: 0:39

DOS LISREL 8.10

BY

KARL G JORESKOG AND DAG SORBOM

This program is published exclusively by  
Scientific Software International, Inc.  
1525 East 53rd Street - Suite 530  
Chicago, Illinois 60615, U.S.A.

Voice: (800)247-6113, (312)684-4920, Fax: (312)684-4979

Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-93.

Partial copyright by Microsoft Corp., 1993 and Media Cybernetics Inc., 1993.

Use of this program is subject to the terms specified in the  
Universal Copyright Convention.

The following lines were read from file c:\kamthorn\path1.dat:

path analysis

da ni=7 no=278 ma=cm

la

'ses' 'motive' 'jobcha' 'policy' 'jobsat' 'commit' 'quit'

km

1.000

-0.123 1.000

-0.110 0.937 1.000

0.056 0.118 0.133 1.000

0.271 -0.071 -0.083 -0.032 1.000

-0.084 0.584 0.562 0.161 0.066 1.000

-0.150 0.469 0.445 0.223 -0.497 0.704 1.000

me

2.8699 4.1358 3.7293 4.9835 3.8943 2.8995 1.4120

sd

0.7816 0.8195 0.6496 0.8215 0.8152 0.7347 0.6893

se

5 6 7 1 2 3 4

mo ny=3 nx=4 be=sd,fi ga=fu,fi ps=fu,fi ph=sy,fr



fr be 2 1 be 3 1 be 3 2 ga 2 1 ga 1 1 ga 2 2 ga 1 2 ga 1 3 ga 3 3 ga 1 4  
 fr ga 3 4 ps 1 1 ps 2 2 ps 3 3 ps 3 1 ga 2 4  
 ou se tv ef mi rs ss fs nd=3 ad=off

path analysis

NUMBER OF INPUT VARIABLES 7  
 NUMBER OF Y - VARIABLES 3  
 NUMBER OF X - VARIABLES 4  
 NUMBER OF ETA - VARIABLES 3  
 NUMBER OF KSI - VARIABLES 4  
 NUMBER OF OBSERVATIONS 278

path analysis

COVARIANCE MATRIX TO BE ANALYZED

	jobsat	commit	quit	ses	motive	jobcha
jobsat	.665					
commit	.040	.540				
quit	-.279	.357	.475			
ses	.173	-.048	-.081	.611		
motive	-.047	.352	.265	-.079	.672	
jobcha	-.044	.268	.199	-.056	.499	.422
policy	-.021	.097	.126	.036	.079	.071

COVARIANCE MATRIX TO BE ANALYZED

	policy
policy	.675

path analysis

PARAMETER SPECIFICATIONS

BETA

	jobsat	commit	quit
jobsat	0	0	0
commit	1	0	0
quit	2	3	0

GAMMA

ses motive jobcha policy

	4	5	6	7
jobsat	4	5	6	7
commit	8	9	0	10
quit	0	0	11	12

## PHI

	ses	motive	jobcha	policy
ses	13			
motive	14	15		
jobcha	16	17	18	
policy	19	20	21	22

## PSI

	jobsat	commit	quit
jobsat	23		
commit	0	24	
quit	25	0	26

## path analysis

Number of Iterations = 12

## LISREL ESTIMATES (MAXIMUM LIKELIHOOD)

## BETA

	jobsat	commit	quit
jobsat	--	--	--
commit	.112 (.045) 2.480	--	--
quit	-.267 (.097) -2.763	.698 (.031) 22.749	--

## GAMMA

	ses	motive	jobcha	policy
jobsat	.275 (.061)	.185 (.148)	-.280 (.190)	-.039 (.058)

	4.510	1.250	-1.479	-.664
commit	-.049 (.047)	.515 (.044)	--	.090 (.044)
	-1.042	11.718		2.053
quit	--	--	-.013 (.039)	.079 (.026)
			-.322	3.066

## COVARIANCE MATRIX OF Y AND X

	jobsat	commit	quit	ses	motive	jobcha
jobsat	.665					
commit	.044	.541				
quit	-.276	.356	.474			
ses	.168	-.049	-.075	.611		
motive	-.040	.352	.257	-.079	.672	
jobcha	-.044	.261	.194	-.056	.499	.422
policy	-.021	.097	.126	.036	.079	.071

## COVARIANCE MATRIX OF Y AND X

	policy
policy	.675

PHI

	ses	motive	jobcha	policy
ses	.611 (.052) 11.683			
motive	-.079 (.039) -2.017	.672 (.057) 11.683		
jobcha	-.056 (.031) -1.807	.499 (.044) 11.297	.422 (.036) 11.683	
policy	.036 (.039) .924	.079 (.041) 1.936	.071 (.033) 2.178	.675 (.058) 11.683

## PSI

	jobsat	commit	quit
jobsat	.613 (.052) 11.683		
commit	--	.343 (.029) 11.683	
quit	-.128 (.062) -2.072	--	.120 (.027) 4.464

## SQUARED MULTIPLE CORRELATIONS FOR STRUCTURAL EQUATIONS

jobsat	commit	quit
.078	.365	.747

## GOODNESS OF FIT STATISTICS

CHI-SQUARE WITH 2 DEGREES OF FREEDOM = 2.218 (P = 0.330)  
 ESTIMATED NON-CENTRALITY PARAMETER (NCP) = 0.218  
 90 PERCENT CONFIDENCE INTERVAL FOR NCP = (0.0 ; 8.328)

MINIMUM FIT FUNCTION VALUE = 0.00812  
 POPULATION DISCREPANCY FUNCTION VALUE (F0) = 0.000799  
 90 PERCENT CONFIDENCE INTERVAL FOR F0 = (0.0 ; 0.0305)  
 ROOT MEAN SQUARE ERROR OF APPROXIMATION (RMSEA) = 0.0200  
 90 PERCENT CONFIDENCE INTERVAL FOR RMSEA = (0.0 ; 0.124)  
 P-VALUE FOR TEST OF CLOSE FIT (RMSEA < 0.05) = 0.544

EXPECTED CROSS-VALIDATION INDEX (ECVI) = 0.199  
 90 PERCENT CONFIDENCE INTERVAL FOR ECVI = (0.198 ; 0.228)  
 ECVI FOR SATURATED MODEL = 0.205  
 ECVI FOR INDEPENDENCE MODEL = 4.431

CHI-SQUARE FOR INDEPENDENCE MODEL WITH 21 DEGREES OF FREEDOM = 1195.749  
 INDEPENDENCE AIC = 1209.749  
 MODEL AIC = 54.218  
 SATURATED AIC = 56.000  
 INDEPENDENCE CAIC = 1242.143  
 MODEL CAIC = 174.536

SATURATED CAIC = 185.573

ROOT MEAN SQUARE RESIDUAL (RMR) = 0.00316

STANDARDIZED RMR = 0.00576

GOODNESS OF FIT INDEX (GFI) = 0.998

ADJUSTED GOODNESS OF FIT INDEX (AGFI) = 0.968

PARSIMONY GOODNESS OF FIT INDEX (PGFI) = 0.0713

NORMED FIT INDEX (NFI) = 0.998

NON-NORMED FIT INDEX (NNFI) = 0.998

PARSIMONY NORMED FIT INDEX (PNFI) = 0.0951

COMPARATIVE FIT INDEX (CFI) = 1.00

INCREMENTAL FIT INDEX (IFI) = 1.00

RELATIVE FIT INDEX (RFI) = 0.981

CRITICAL N (CN) = 1151.307

path analysis

FITTED COVARIANCE MATRIX

	jobsat	commit	quit	ses	motive	jobcha
jobsat	.665					
commit	.044	.541				
quit	-.276	.356	.474			
ses	.168	-.049	-.075	.611		
motive	-.040	.352	.257	-.079	.672	
jobcha	-.044	.261	.194	-.056	.499	.422
policy	-.021	.097	.126	.036	.079	.071

FITTED COVARIANCE MATRIX

	policy
policy	.675

FITTED RESIDUALS

	jobsat	commit	quit	ses	motive	jobcha
jobsat	.000					
commit	-.004	-.001				
quit	-.003	.001	.002			
ses	.005	.001	-.006	--		
motive	-.007	-.001	.008	.000	.000	
jobcha	--	.007	.005	.000	.000	.000
policy	.000	.000	--	--	.000	.000

FITTED RESIDUALS

policy

-----

policy --

SUMMARY STATISTICS FOR FITTED RESIDUALS

SMALLEST FITTED RESIDUAL = -.007  
 MEDIAN FITTED RESIDUAL = .000  
 LARGEST FITTED RESIDUAL = .008

STEMLEAF PLOT

- 6|3  
 - 4|50  
 - 2|8  
 - 0|980000000000000000  
 0|685  
 2|  
 4|90  
 6|1  
 8|2

STANDARDIZED RESIDUALS

jobsat    commit    quit    ses    motive    jobcha

-----

jobsat	.000					
commit	-1.193	-1.193				
quit	-1.193	.640	.751			
ses	1.193	1.193	-1.193	--		
motive	-1.193	-1.193	1.193	.000	.000	
jobcha	--	.887	.887	.000	.000	.000
policy	.000	.000	--	--	.000	.000

STANDARDIZED RESIDUALS

policy

-----

policy --

SUMMARY STATISTICS FOR STANDARDIZED RESIDUALS

SMALLEST STANDARDIZED RESIDUAL = -1.193  
 MEDIAN STANDARDIZED RESIDUAL = .000  
 LARGEST STANDARDIZED RESIDUAL = 1.193

STEMLEAF PLOT

-10|999999  
 - 8|  
 - 6|

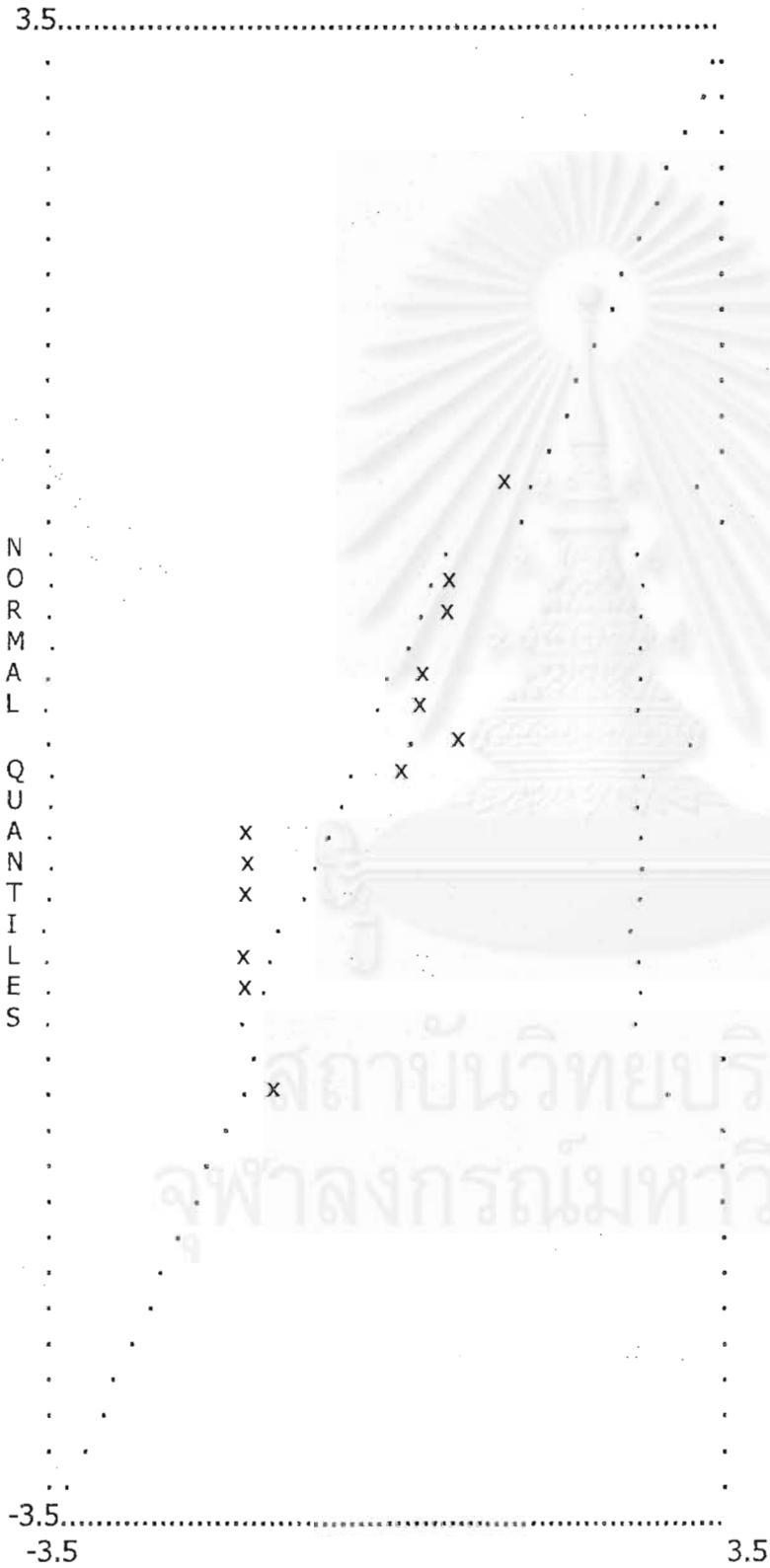
- 4|
- 2|
- 0|0000000000000000
- 0|
- 2|
- 4|
- 6|45
- 8|99
- 10|999



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

path analysis

QPLOT OF STANDARDIZED RESIDUALS



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## STANDARDIZED RESIDUALS

path analysis

MODIFICATION INDICES AND EXPECTED CHANGE

MODIFICATION INDICES FOR BETA

	jobsat	commit	quit
	-----	-----	-----
jobsat	--	.251	.251
commit	--	--	1.858
quit	--	--	--

EXPECTED CHANGE FOR BETA

	jobsat	commit	quit
	-----	-----	-----
jobsat	--	-.278	-.398
commit	--	--	-.684
quit	--	--	--

STANDARDIZED EXPECTED CHANGE FOR BETA

	jobsat	commit	quit
	-----	-----	-----
jobsat	--	-.464	-.710
commit	--	--	-1.352
quit	--	--	--

MODIFICATION INDICES FOR GAMMA

	ses	motive	jobcha	policy
	-----	-----	-----	-----
jobsat	--	--	--	--
commit	--	--	.786	--
quit	1.422	1.422	--	--

EXPECTED CHANGE FOR GAMMA

	ses	motive	jobcha	policy
	-----	-----	-----	-----
jobsat	--	--	--	--
commit	--	--	.139	--
quit	-.135	.091	--	--

STANDARDIZED EXPECTED CHANGE FOR GAMMA

	ses	motive	jobcha	policy
	-----	-----	-----	-----
jobsat	--	--	--	--
commit	--	--	.123	--

quit -.154 .109 -- --

NO NON-ZERO MODIFICATION INDICES FOR PHI

MODIFICATION INDICES FOR PSI

	jobsat	commit	quit
	-----	-----	-----
jobsat	--		
commit	.251	--	
quit	--	1.422	--

EXPECTED CHANGE FOR PSI

	jobsat	commit	quit
	-----	-----	-----
jobsat	--		
commit	-.095	--	
quit	--	-.057	--

STANDARDIZED EXPECTED CHANGE FOR PSI

	jobsat	commit	quit
	-----	-----	-----
jobsat	--		
commit	-.159	--	
quit	--	-.113	--

MAXIMUM MODIFICATION INDEX IS 1.86 FOR ELEMENT ( 2, 3) OF BETA

path analysis

FACTOR SCORES REGRESSIONS

Y

	jobsat	commit	quit	ses	motive	jobcha
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
jobsat	4.691	-5.478	6.966	-1.591	-3.055	4.521
commit	.277	.517	-.339	.072	-2.415	3.336
quit	.000	.000	1.000	.000	.000	.000

Y

	policy
	-----
jobsat	-.753
commit	.071
quit	.000

X

	jobsat	commit	quit	ses	motive	jobcha
ses	.000	.000	.000	1.000	.000	.000
motive	.000	.000	.000	.000	1.000	.000
jobcha	.000	.000	.000	.000	.000	1.000
policy	.000	.000	.000	.000	.000	.000

X

	policy
ses	.000
motive	.000
jobcha	.000
policy	1.000

path analysis  
STANDARDIZED SOLUTION

BETA

	jobsat	commit	quit
jobsat	--	--	--
commit	.124	--	--
quit	-.316	.746	--

GAMMA

	ses	motive	jobcha	policy
jobsat	.264	.186	-.223	-.039
commit	-.053	.574	--	.100
quit	--	--	-.012	.095

CORRELATION MATRIX OF Y AND X

	jobsat	commit	quit	ses	motive	jobcha
jobsat	1.000					
commit	.073	1.000				
quit	-.493	.703	1.000			
ses	.263	-.085	-.140	1.000		
motive	-.060	.585	.455	-.123	1.000	
jobcha	-.083	.547	.435	-.110	.937	1.000
policy	-.032	.161	.223	.056	.118	.133

CORRELATION MATRIX OF Y AND X

policy  
-----  
policy 1.000

PSI

	jobsat	commit	quit
	-----	-----	-----
jobsat	.922		
commit	--	.635	
quit	-.229	--	.253

## REGRESSION MATRIX Y ON X (STANDARDIZED)

	ses	motive	jobcha	policy
	-----	-----	-----	-----
jobsat	.264	.186	-.223	-.039
commit	-.020	.597	-.028	.095
quit	-.098	.386	.038	.178

path analysis

TOTAL AND INDIRECT EFFECTS

## TOTAL EFFECTS OF X ON Y

	ses	motive	jobcha	policy
	-----	-----	-----	-----
jobsat	.275 (.061) 4.510	.185 (.148) 1.250	-.280 (.190) -1.479	-.039 (.058) -.664
commit	-.019 (.046) -.402	.536 (.048) 11.186	-.031 (.025) -1.270	.085 (.044) 1.934
quit	-.086 (.046) -1.865	.324 (.051) 6.388	.040 (.062) .657	.149 (.044) 3.356

## INDIRECT EFFECTS OF X ON Y

	ses	motive	jobcha	policy
	-----	-----	-----	-----
jobsat	--	--	--	--
commit	.031 (.014) 2.173	.021 (.019) 1.116	-.031 (.025) -1.270	-.004 (.007) -.642

quit	-.086	.324	.053	.070
	(.046)	(.051)	(.048)	(.033)
	-1.865	6.388	1.107	2.134

## TOTAL EFFECTS OF Y ON Y

	jobsat	commit	quit
jobsat	---	---	---
commit	.112	---	---
	(.045)		
	2.480		
quit	-.189	.698	---
	(.102)	(.031)	
	-1.859	22.749	

LARGEST EIGENVALUE OF B\*B' (STABILITY INDEX) IS .560

## INDIRECT EFFECTS OF Y ON Y

	jobsat	commit	quit
jobsat	---	---	---
commit	---	---	---
quit	.078	---	---
	(.032)		
	2.466		

path analysis

## STANDARDIZED TOTAL AND INDIRECT EFFECTS

## STANDARDIZED TOTAL EFFECTS OF X ON Y

	ses	motive	jobcha	policy
jobsat	.264	.186	-.223	-.039
commit	-.020	.597	-.028	.095
quit	-.098	.386	.038	.178

## STANDARDIZED INDIRECT EFFECTS OF X ON Y

	ses	motive	jobcha	policy
jobsat	---	---	---	---

commit	.033	.023	-.028	-.005
quit	-.098	.386	.050	.083

## STANDARDIZED TOTAL EFFECTS OF Y ON Y

	jobsat	commit	quit
jobsat	---	---	---
commit	.124	---	---
quit	-.224	.746	---

## STANDARDIZED INDIRECT EFFECTS OF Y ON Y

	jobsat	commit	quit
jobsat	---	---	---
commit	---	---	---
quit	.093	---	---

THE PROBLEM USED 11808 BYTES (= 4.7% OF AVAILABLE WORKSPACE)

TIME USED: 1.2 SECONDS

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้วิจัย

### นายแพทย์ กำธร พดุกษานานนท์

การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยม)  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์ ระดับ 9  
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย  
สถานที่ทำงาน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### นายแพทย์ วิรุพห์ พรพัฒน์กุล

การศึกษา วิทยาศาสตร์บัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2)  
แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
ตำแหน่ง นายแพทย์ ระดับ 9  
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลนครนายก

### นายแพทย์ เกริกยศ ชลาชนเดชะ

การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต ศิริราชพยาบาล  
ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางการบริหารเศรษฐกิจสาธารณสุข  
สถาบันพระปกเกล้า  
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล  
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ รัตนาธิเบศร์

### เรืออากาศเอกหญิง ถิ่นนันท รัตนอุทา

การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ  
ตำแหน่ง ผู้จัดการฝ่ายทรัพยากรบุคคล  
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลเวชธานี

### นาง กมลทิพย์ ดุลยเกษม

การศึกษา บริหารธุรกิจบัณฑิต สาขาการจัดการทั่วไป  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำแหน่ง หัวหน้างานสำรวจและเร่งรัดภาษีอากรต่าง  
สถานที่ทำงาน สำนักงานสรรพากรพื้นที่กรุงเทพมหานคร 6