

วิกฤต

กำลัง “คน” ข้ามสู่สภาพ
ทางออก
หรือ
ทางตัน



วิกฤต

กำลัง “คน” ด้านสุขภาพ
ทางออก
หรือ
ทางตัน

หนังสือเล่มนี้เป็นผลงานส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยแผนงาน
พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย และการพิมพ์เป็นหนังสือ
จาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ทิดนกร โนรี

กองบรรณาธิการ

นงลักษณ์ พะโกยะ

กาญจนา ปานูราช

สัณญา ศรีรัตนะ

ฉวีวรรณ เย็นจิตร

สถานที่ติดต่อ

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนทางด้านสุขภาพ

ชั้น 3 อาคารคลังพัสตุ ซ.สาธารณสุขฯ 6

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2590 2366 โทรสาร 0 2590 2385 www.ihpp.thaigov.net



พิมพ์ครั้งแรก สิงหาคม 2550

ISBN 978-974-8062-35-8

พิมพ์ที่

บริษัท กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด

177/9-11 สุภาลัยเพลส ซ.พร้อมพงษ์ (สุขุมวิท 39)

ถ.สุขุมวิท แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

โทร. 0 2662 1355-9 โทรสาร 0 2662 1364

E-mail : graphico_sys@yahoo.com



คำนำ

กำลังคนด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินการระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากคนเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ อีกทั้งเป็นทั้งผู้สร้างและผู้ใช้เทคโนโลยีที่เกี่ยวกับสุขภาพ

ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ เป็นวิกฤตปัญหาที่เกิดขึ้นต่อเนื่องมายาวนาน โดยมีสาเหตุที่ซับซ้อนหลายประการ ตั้งแต่ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่เพิ่มขึ้น จากการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่ทำให้มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ ทำให้ประชาชนโดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส และคนยากไร้สามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้ง่ายขึ้น การเจริญเติบโตของธุรกิจสถานพยาบาลเอกชนทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายกำลังคนจำนวนมากออกนอกภาครัฐ รวมทั้งการตื่นตัวของประชาชนในการต้องการบริการที่มีคุณภาพและก่อให้เกิดความคาดหวังที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ สาเหตุต่างๆ เหล่านี้ล้วนแล้วจะทำให้ปัญหาความขาดแคลนรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท

ทางสำนักงานวิจัยและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจในการสร้าง และจัดการองค์ความรู้ในเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายเพื่อแก้ปัญหา กำลังคนด้านสุขภาพในแง่มุมต่างๆ ได้จัดการสัมมนาวิชาการ เรื่อง "วิกฤต กำลังคน ด้านสุขภาพ : ทางออกหรือทางตัน" ในการประชุมวิชาการประจำปีกระทรวงสาธารณสุข ปี 2550 และจัดทำหนังสือประกอบการสัมมนาขึ้น โดยมุ่งหวังเพื่อนำเสนอ ข้อเท็จจริงในแง่มุมต่างๆ ของปัจจัยที่ "ผลึก" และ "คิง" กำลังคนในระบบบริการสุขภาพ ผ่านการนำเสนอผลงานทางวิชาการ และการนำเสนอเรื่องราว มุมมองการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย เพื่อจุดประกายของการร่วมกันแสวงหาทางออกที่เหมาะสมสำหรับ "วิกฤต" ดังกล่าวต่อไป

ทิณกร โนรี

17 สิงหาคม 2550

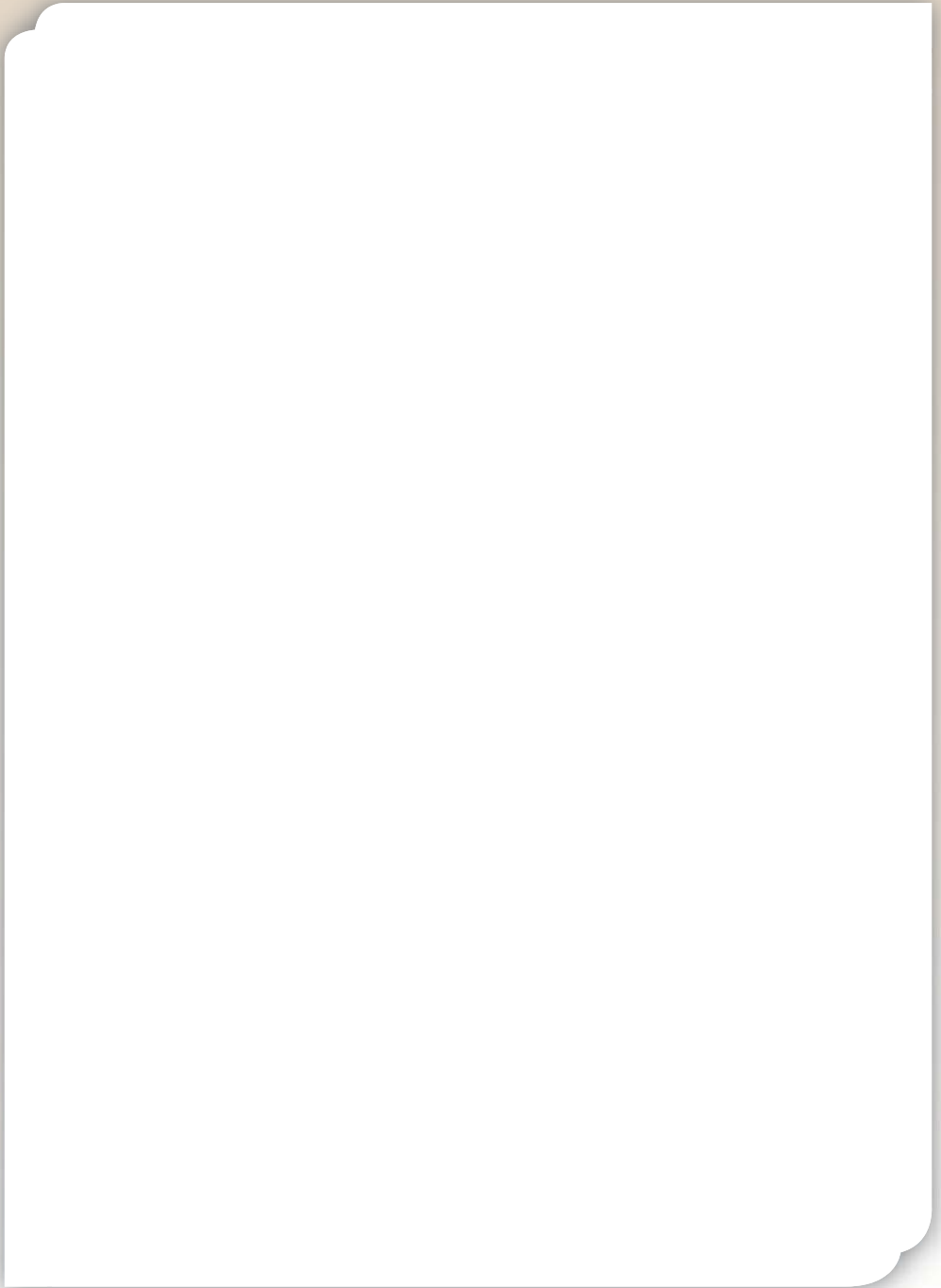
สารบัญ

	หน้า
การศึกษาปัจจัยการดำรงอยู่ของกำลังคนด้านสุขภาพในระบบสุขภาพ ปัจจัยที่มีผลทำให้แพทย์คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน (Factors Influenced a Retention of Physicians in Community Hospital)	5
การเคลื่อนย้ายและกระจายกำลังคนของเภสัชกรในประเทศไทย : จากอดีตถึงปัจจุบัน (Migration and distribution of pharmacists in Thailand : past and present)	13
ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความตั้งใจที่จะออกจากงานของเภสัชกรไทย (Relationships of Job Satisfaction, Organizational Commitment and Intention to Quit among Thai Pharmacists)	19
การวิเคราะห์ระบบผลตอบแทนการทำงานเภสัชกร (An Analysis of Pharmacists Attended Remuneration System)	25
การเคลื่อนย้ายทันตแพทย์ในระบบบริการสุขภาพช่องปาก พ.ศ. 2518-2548	35
การดำรงอยู่อย่างพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Retention and work satisfaction of primary care health workforce)	43
สถานการณ์ด้านกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย (Professional Nurses Manpower in Thailand)	49



	หน้า
การคงอยู่ของพยาบาล ในสถานบริการสุขภาพของรัฐ (Nurse Retention in Governmental Health care Facilities)	57
ปาฐกถา "แพทยศาสตร์ศึกษากับการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์" Medical Education and Humanized Health Care : Envisioning Compassionate Medicine	65
ระบบบริการที่มีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์กับแรงจูงใจจากการทำงานในพื้นที่ บัณฑิตแพทย์ที่มีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์	85
PCU Corner : primary care จะช่วยลด medical cost ของโรคเรื้อรังได้บ้างหรือไม่	88
แรงจูงใจที่ไม่ใช่เงินกับ "พลังใจในการทำงาน"	92
แรงจูงใจในการทำงาน ประสบการณ์จากพื้นที่	96
แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550-2559	99
สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) Human Resources for Health Research and Development Office (HRDO)	112
ภาคผนวก	117





เรื่องราวของปัญหาที่ผ่านการบอกเล่า
จากกลุ่มบุคคลผู้เกี่ยวข้องในสายวิชาชีพ
ตั้งแต่ระดับรากแก้วจนถึงระดับนโยบาย รวมถึงประชาชนผู้เข้ารับบริการ
ซึ่งกลุ่มบุคคลเหล่านี้เปรียบเสมือนภาพต่อ
ที่ล้วนมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันอย่างเป็นสายใย
หากภาพต่อใดหลุดหายหรือฉีกขาดเพียงชิ้น ภาพที่ได้ก็คงไม่สมบูรณ์
เฉกเช่นเดียวกับปัญหาด้านกำลังคนที่เกิดขึ้นและมีแนวโน้มถึงขั้นวิกฤต
ถือเป็นความจริงที่ทุกฝ่ายต้องร่วมกันวิพากษ์
เพื่อหาทางออกและแนวทางในการแก้ไขต่อไป

... ถ้าเราทำระบบ จะเรียกว่า ระบบบริการสาธารณสุข หรือระบบบริการสุขภาพ ให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เหมือนร่างกายของเรา มันต้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันทั้งระบบร่างกาย ระบบร่างกาย เรามีสมอง มีหัวใจ มีตับ มีปอด มีอะไรต่างๆ ซึ่งหลากหลายมาก มากกว่าระบบสุขภาพอีก แต่มันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เราเรียนรู้จากครั้งนี้ได้

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี

... มันคงจะไม่ใช่เป็นคนจากองค์กรหนึ่งองค์กรใด มันก็จะต้องมีองค์กรที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันพิจารณา ในเรื่องนี้...

นายแพทย์มงคล ณ สงขลา

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

... แนวทางสำคัญที่สุด ก็คือต้องแก้ที่เดียวทั้งระบบ ไม่ใช่ไปแก้ครั้งนั้นนิตหนึ่ง ครั้งนี้ นิตหนึ่งตรงโน้นนิตหนึ่ง ถ้าแก้ที่เดียวทั้งระบบได้ มันก็จะทำให้สิ่งที่แก้ไขมันเชื่อมโยงและเกิดสภาพที่ดีขึ้นได้

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข

... เราควรจะมาสร้างยุทธศาสตร์ต่างๆ ร่วมกัน ให้ผลผลิตพยาบาล ผลิตแพทย์ ผลิตบุคลากรสาธารณสุขให้พอเพียง อันนี้ก็เป็นการพยายามที่จะทำขึ้น ที่ผ่านมาก็พยายามแต่ว่ามันไม่เกิด เราอยากให้เกิดเพื่อที่จะได้หันหน้าเข้ามาคุยกัน

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ

นายกสภาการพยาบาล

... ๒ เป็นเรื่องที่ต้องทำกันหลายฝ่ายและต้องร่วมไม้ร่วมมือ กระทรวงสาธารณสุขเองทำฝ่ายเดียวไม่ได้ เพราะถ้ากระทรวงสาธารณสุขทำฝ่ายเดียวได้ ปานนี้ทำสำเร็จไปนานแล้ว เพราะกระทรวงสาธารณสุขมีมาตั้งนาน

คุณสารี อ๋องสมหวัง

ผู้จัดการมูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค

... ๓ ใ้ถามองให้ลึกจริงๆ ก็คือ สุขภาพก็เป็นเรื่องของคนในชุมชนนั้นๆ ชุมชนอีกชุมชนหนึ่งก็อีกคนหนึ่ง ชุมชนอีกชุมชนก็อีกคน เป็นอย่างนั้น แต่เรามองว่าสุขภาพที่แท้จริงแล้วก็เรียกว่าเป็นของเฉพาะตัวของคน สุขภาพต้องมองอย่างนั้น ทำอย่างไรเราต้องไปเสริมสร้างความรู้กับชุมชน กับคนในชุมชน ให้เขารู้ว่า สุขภาพเป็นของเขา เป็นหน้าที่เขาต้องช่วยกันดูแลไว้ด้วย ไม่ใช่มอบภาระทั้งหมดให้หมอ ให้โรงพยาบาล ให้ผู้ที่รักษา เท่านั้นเอง

พ่อลักษ์ หนูประคิษฐ์

ปราชญ์ชาวบ้าน จ.สงขลา

การศึกษาปัจจัยการดำรงอยู่ของกำลังคน ด้านสุขภาพในระบบสุขภาพ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากโครงการวิจัยแผนงาน
พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ปัจจัยที่มีผลทำให้แพทย์คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน (Factors Influenced a Retention of Physicians in Community Hospital)

ทิณกร โนรี

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลให้แพทย์คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล กลุ่มประชากรตัวอย่างคือแพทย์ที่มีอายุราชการ 2 ปีขึ้นไปทุกคน ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนในช่วงเวลาเดือนมีนาคม-เมษายน 2550 จำนวนทั้งสิ้น 2,959 คน มีแพทย์ตอบแบบสอบถามกลับมาจำนวนทั้งสิ้น 916 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.95 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัจจัย 4 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic factors) ปัจจัยด้านองค์กร (Organization factors) ปัจจัยเกี่ยวกับงาน (Work factors) และปัจจัยด้านรายได้ (Income factors) รวมตัวแปรที่สังเกตได้จำนวนทั้งสิ้น 25 ตัวแปร ใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแพทย์ที่ตั้งใจจะปฏิบัติงานต่อในโรงพยาบาลชุมชน กับกลุ่มที่ตั้งใจจะย้ายหรือลาออกจากโรงพยาบาลชุมชน ผลการวิเคราะห์พบว่า มีตัวแปรทั้งสิ้น 15 ตัว ที่มีผลต่อการเลือกที่จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โดยสำหรับปัจจัยส่วนบุคคล ตัวแปรที่มีผล ได้แก่ เพศ อายุ ภาวที่เกิด สถานศึกษา ในระดับมัธยมปลาย โรงเรียนแพทย์ที่จบ และสถานภาพสมรส สำหรับปัจจัยเกี่ยวกับองค์กร มีเพียงตัวแปรเดียวที่มีผล คือ ขนาดของโรงพยาบาล ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับงาน มีตัวแปรที่มีผลคือ บทบาทหน้าที่ในโรงพยาบาล แยกระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน การมีการผ่าตัดในโรงพยาบาล และการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (HA) ของโรงพยาบาล ในขณะที่ปัจจัยเกี่ยวกับรายได้ มีตัวแปรที่มีผล คือ รายได้ทั้งจากภาครัฐ และนอกภาครัฐ การมีคลินิก และการทำงานนอกเวลาที่โรงพยาบาลเอกชน จะเห็นได้ว่านอกเหนือจากปัจจัยเรื่องรายได้ที่เป็นมาตรการหลักของรัฐในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ ปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ ตั้งแต่ภูมิลำเนาเกิด การศึกษาในระดับมัธยม และอุดมศึกษามีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นแนวนโยบายของรัฐ ที่ว่า rural recruitment local training and hometown placement ยังเป็นนโยบายที่ต้องสนับสนุนอย่างเข้มแข็งต่อไป

คำสำคัญ : แพทย์, การคงอยู่, ปัจจัยคุก, ปัจจัยผลัก

ความเป็นมา

ประเทศไทยประสบปัญหาการขาดแคลนแพทย์ ในมิติของปัญหาที่หลากหลาย ทั้งเรื่องจำนวนที่ไม่เพียงพอ (shortage) และการกระจายที่ไม่สมดุล (inequitable distribution) ปัญหาเหล่านี้ได้มีการดำรงอยู่เป็นระยะเวลานาน และยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจะส่งผลถึงประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชน ปัญหาการลาออกของแพทย์นั้นเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีปัจจัยเกี่ยวข้องที่หลากหลายและรูปแบบความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านั้นมีความสัมพันธ์เชิงซ้อน การศึกษาการลาออกของแพทย์ในอดีตล้วนแต่ให้ความสนใจในเรื่องปัจจัย "ผลักดัน" ที่ทำให้แพทย์ลาออกจากระบบราชการ ในขณะที่แพทย์จำนวนไม่น้อยที่สามารถปฏิบัติงานได้ต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีผลให้แพทย์คงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน จึงเป็นการศึกษาถึงปัจจัย "ดูด" ที่มีผลให้แพทย์ยังสามารถปฏิบัติงานได้ในโรงพยาบาลชุมชน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ กลุ่มประชากรตัวอย่างคือแพทย์ที่มีอายุราชการ 2 ปีขึ้นไปทุกคน ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนในช่วงเวลาเดือนมีนาคม-เมษายน 2550 จำนวนทั้งสิ้น 2,959 คน ภายหลังได้แบบสอบถามกลับมา ได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ t-test และ Chi square

ผลการศึกษา

มีแพทย์ตอบแบบสอบถามกลับมาจำนวนทั้งสิ้น 916 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.95 เมื่อวิเคราะห์เทียบกับกลุ่มประชากรทั้งหมดในด้านเพศ การกระจายของอายุ และบทบาทหน้าที่แล้วพบว่าไม่มีความแตกต่างกับกลุ่มประชากรทั้งหมด จึงถือว่าข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงได้

1. ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ที่ตอบแบบสอบถาม

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic factors)

แพทย์ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.5) มีอายุระหว่าง 24-59 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 32.8 ปี โดยเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 28.8 ปี ซึ่งมีอายุเฉลี่ยต่ำกว่าเพศชาย 35.4 ปี โดยแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.5) มีอายุระหว่าง 24-27 ปี ซึ่งอยู่ในระหว่างใช้ทุน และจำนวนครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.5) ของแพทย์ทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีอายุไม่เกิน 30 ปี โดยบทบาทหน้าที่ในโรงพยาบาลของแพทย์ เป็นแพทย์ประจำร้อยละ 69.7) และเป็นผู้อำนวยการร้อยละ 30.3

แพทย์ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 25.6) รองลงมาคือ กรุงเทพฯ (ร้อยละ 23.3) ภาคเหนือ (ร้อยละ 20.2) ภาคกลาง (ร้อยละ 19.2) และภาคใต้ (ร้อยละ 11.6) ตามลำดับ แพทย์ส่วนใหญ่ จบการศึกษาจากโรงเรียนมัธยมที่ตั้งในอำเภอเมือง (ร้อยละ 41.5) และจบการศึกษาในระดับมัธยมปลายจากโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนร้อยละ 35 มีเพียงร้อยละ 11.4 ที่จบการศึกษาในระดับมัธยมปลายจากอำเภออื่นที่ไม่ใช่อำเภอเมือง โดยแพทย์ส่วนมาก (ร้อยละ 56) จบการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ในส่วนกลางโดยมีสัดส่วนแต่ละมหาวิทยาลัยที่ไม่แตกต่างกัน แพทย์ส่วนใหญ่ผ่านระบบการคัดเลือกเข้าเรียนโดยการสอบเข้ามหาวิทยาลัย (ร้อยละ 47.6) โครงการแพทย์ชนบท และโควตาของมหาวิทยาลัยในส่วนภูมิภาคในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 18.9 และ 17.1 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าแม้ระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัยยังเป็นระบบหลักของ การคัดเลือกเข้าเรียนแพทย์สำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ในขณะที่เดียวกัน ระบบที่เน้น การคัดเลือกคนจากพื้นที่ ได้แก่ โครงการแพทย์ชนบท หรือ โควตาพิเศษสำหรับโรงเรียนแพทย์ในส่วนภูมิภาคเอง ก็ยังมีความสำคัญ โดยมีสัดส่วนเป็นลำดับสองและสามตามลำดับ และเป็นสัดส่วนที่สูงขึ้นในกลุ่มแพทย์ที่มีอายุมากขึ้น

แพทย์ที่ตอบแบบสอบถามร้อยละ 43.6 แต่งงานมีครอบครัวแล้ว โดยคู่สมรสส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ในวิชาชีพสาธารณสุข ร้อยละ 57.3 และปฏิบัติงานอยู่ในอำเภอเดียวกัน ร้อยละ 52.3 จากข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ศึกษาของบุตรพบว่า แพทย์ให้บุตรศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น จนถึงมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอ

เมืองร้อยละ 66, 75.8 และ 65.7 ตามลำดับ ในขณะที่การส่งบุตรเข้าเรียนในกรุงเทพฯ มีแนวโน้มสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเมื่อการศึกษาบุตรสูงขึ้น ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ปัจจุบันพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55) ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลปัจจุบันไม่เกิน 2 ปี โดยมีแพทย์ประจำเพียง ร้อยละ 3 ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนปัจจุบันมาเกิน 15 ปี และมีค่าเฉลี่ยของการทำงานในโรงพยาบาลปัจจุบันอยู่ที่ 3.8 ปี ในขณะที่กลุ่มผู้อำนวยการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปัจจุบันมาเป็นเวลาเกิน 15 ปีมีสูงถึงร้อยละ 22.4 และมีค่าเฉลี่ยของการทำงานอยู่ที่ 7.4 ปี

1.2 ปัจจัยเกี่ยวกับองค์กร (Organization factors)

แพทย์มีกระจายการปฏิบัติงานอยู่ในภาคต่างๆ ดังนี้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 36.7 ภาคกลางเท่ากับภาคเหนือ คือร้อยละ 25.1 และค่าที่สุกคือภาคใต้ ร้อยละ 9.6 โดยแพทย์ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง (ร้อยละ 53.3) และโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.1) มีระยะทางถึงตัวจังหวัด ไม่เกิน 50 กิโลเมตร มีระยะทางเฉลี่ยจากตัวจังหวัดเท่ากับ 54.4 กิโลเมตร จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 2 ถึง 27 คน โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.9) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีแพทย์ไม่เกิน 5 คน มีแพทย์ร้อยละ 8 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีแพทย์เพียง 2 คน และร้อยละ 8.8 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีแพทย์มากกว่า 10 คน โดยมีค่าเฉลี่ยของจำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลเท่ากับ 5.6 คน

1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวกับงาน (Work factors)

จากข้อมูลพบว่าแพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยนอกต่อวัน ตั้งแต่ 49-820 คน โดยแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.7) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยนอกต่อวันไม่เกิน 200 คน โดยมีจำนวนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อวันอยู่ที่ 250.8 คน โดยที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.5) ให้บริการตรวจผู้ป่วยนอก แพทย์ร้อยละ 77 ตรวจผู้ป่วยนอกไม่เกิน 80 คนต่อคนต่อวัน (เท่ากับชั่วโมงละประมาณ 12 คน) ในระหว่างเวลา 8.00-16.00 น. และจำนวนผู้ป่วยนอกที่แพทย์ตรวจเฉลี่ย 68 คนต่อวัน

แพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.3) ปฏิบัติงานอยู่เวรนอกเวลาราชการ โดยที่ร้อยละ 78.6 อยู่เวร ไม่เกินสัปดาห์ละ 50 ชั่วโมง (ประมาณ 3 วันต่อสัปดาห์ ถ้ากำหนดให้อยู่เวร 16 ชั่วโมงต่อวัน) ในขณะที่จำนวนชั่วโมงของเวรนอกเวลาเฉลี่ยต่อสัปดาห์อยู่ที่ 45.3 ชั่วโมง

1.4 ปัจจัยด้านรายได้ (Income factors)

แพทย์ที่ตอบแบบสอบถามมีรายได้จากภาครัฐระหว่าง 6,800-112,120 บาท โดยร้อยละ 60 มีรายได้ระหว่าง 30,001-50,000 บาท ร้อยละ 25 ที่มีรายได้เกิน 50,000 บาท ต่อเดือน ในขณะที่มีแพทย์เพียงร้อยละ 13.8 ที่มีรายได้ต่ำกว่า 30,000 บาทต่อเดือน โดยเฉลี่ยแล้วแพทย์มีรายได้จากภาครัฐ 46,236 บาทต่อเดือน สำหรับรายได้อื่นนอกภาครัฐพบว่าแพทย์ร้อยละ 35.6 มีรายได้อื่นนอกภาครัฐ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.5) ทำคลินิกเอกชน และทำโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 15.4 โดยมีรายได้อื่นนอกภาครัฐอยู่ระหว่าง 1,000-400,000 บาทต่อเดือน มีแพทย์ร้อยละ 18 ที่มีรายได้มากกว่า 80,000 บาทต่อเดือน โดยเฉลี่ยแล้วแพทย์มีรายได้อื่นนอกภาครัฐอยู่ที่ 55,257 บาทต่อเดือน สำหรับรายได้ที่แพทย์เห็นว่าสมควรจะได้อยู่ระหว่าง 10,000-750,000 บาท โดยแพทย์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 23.8 คาดหวังรายได้อยู่ระหว่าง 90,001-100,000 บาทต่อเดือน ในขณะที่ร้อยละ 11 คาดหวังรายได้มากกว่า 100,000 บาทต่อเดือน โดยมีค่าเฉลี่ยรายได้ที่คาดหวังเท่ากับ 52,832 บาทต่อเดือน

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของแพทย์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน

หากพิจารณาลักษณะการเคลื่อนย้ายของแพทย์ การศึกษาพบว่าแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามมีประสบการณ์การย้ายสถานที่ทำงานเริ่มตั้งแต่ 1 ถึง 8 ครั้ง โดยแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.8) มีประสบการณ์ในการย้ายโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง โดยมีค่าเฉลี่ยการย้ายที่ทำงานอยู่ที่ 2.1 ครั้ง จากข้อคำถามถึงความตั้งใจเกี่ยวกับสถานที่ปฏิบัติงานในปีหน้า พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.1 มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลเดิม ในขณะที่ร้อยละ 12 มีความคิดที่จะย้ายไปโรงพยาบาล ชุมชนแห่งใหม่ โดยแพทย์ทั้งสองกลุ่มนี้ตั้งใจที่จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนต่อไปอีกโดยเฉลี่ย 8 ปี นอกจากนี้มีแพทย์ร้อยละ 4.5 ที่คิดจะย้ายออกจากการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน มีแพทย์ร้อยละ 22.3 มีความ

ตั้งใจที่จะลาศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง ในขณะที่แพทย์จำนวนร้อยละ 7.1 มีความตั้งใจที่จะลาออกจากราชการ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลการดำรงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน โดยแบ่งกลุ่มปัจจัยออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic factors) จำนวน 8 ตัวแปร ปัจจัยด้านองค์กร (Organization factors) จำนวน 4 ตัวแปร ปัจจัยเกี่ยวกับงาน (Work factors) จำนวน 8 ตัวแปร และปัจจัยด้านรายได้ (Income factors) จำนวน 5 ตัวแปร รวมตัวแปรที่สังเกตได้จำนวนทั้งสิ้น 25 ตัวแปร ใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแพทย์ที่ตั้งใจจะปฏิบัติงานต่อในโรงพยาบาลชุมชน กับกลุ่มที่ตั้งใจจะย้ายหรือลาออกจากโรงพยาบาลชุมชน โดยไม่ได้นำกลุ่มที่กำลังจะลาศึกษาต่อมาวิเคราะห์ด้วย

**ผลการวิเคราะห์พบว่า มีตัวแปรทั้งสิ้น 15 ตัว
ที่มีผลต่อการเลือกที่จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนดังนี้**

กลุ่มปัจจัย	ตัวแปรที่มีผล	ตัวแปรที่ไม่มีผล
1. ปัจจัยส่วนบุคคล	เพศ อายุ ภูมิภาคที่เกิดสถานศึกษาในระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนแพทย์ที่จบและสถานภาพสมรส	ระบบการคัดเลือกเข้าเรียนแพทย์ สถานที่ปฏิบัติงานของกลุ่มสมรส
2. ปัจจัยด้านองค์กร	ขนาดของโรงพยาบาล	ภาคที่ตั้งโรงพยาบาล ระยะห่างจากตัวจังหวัด จำนวนแพทย์ทั้งหมดในโรงพยาบาล
3. ปัจจัยเกี่ยวกับงาน	บทบาทหน้าที่ในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน การมีการผ่าตัดในโรงพยาบาล และการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (HA)	จำนวนผู้ป่วยนอกของ รพ. จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจต่อวัน จำนวนชั่วโมงของการอยู่เวรต่อสัปดาห์ การต้องออกตรวจ PCU
4. ปัจจัยด้านค่าตอบแทน	รายได้ทั้งจากภาครัฐ และนอกภาครัฐ การมีคลินิก และการทำงานนอกเวลาที่โรงพยาบาลเอกชน	รายได้ที่คาดหวังต่อเดือน

ข้อสรุป

ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทเป็นปัญหาที่เรื้อรังมานานกว่า 20 ปี การเพิ่มจำนวนโดยการผลิตเพิ่มเป็นมาตรการหนึ่ง แต่การที่จะผลิตแพทย์ออกมา 1 รุ่นนั้นใช้เวลานาน ขณะเดียวกันก็มิได้มีหลักประกันในอนาคตว่าแพทย์กลุ่มดังกล่าวจะกระจายออกไปยังพื้นที่ขาดแคลน และสามารถสร้างผลผลิตภาพให้กับภาครัฐได้อย่างยาวนาน แต่การป้องกันมิให้แพทย์ลาออก โดยพยายามดำรงรักษาให้แพทย์เหล่านั้นสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข เป็นมาตรการที่ใช้เวลาสั้น และในบางมาตรการซึ่งงบประมาณไม่มากนักจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีปัจจัยหลากหลายที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนของแพทย์ ปัญหาเรื่องภาระงานที่เพิ่มขึ้นภายหลังนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป็นที่กล่าวอ้างกันว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แพทย์ลาออกจากภาครัฐ แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาระงานไม่มีผลต่อการตัดสินใจที่จะอยู่หรือไม่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน และนอกเหนือจากปัจจัยเรื่องรายได้แล้ว ปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ ตั้งแต่ภูมิลำเนาเกิด การศึกษาในระดับมัธยม และอุดมศึกษามีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้น แนวนโยบายของรัฐ ที่ว่า Rural recruitment local training and hometown placement ที่พยายามขยายโอกาสการศึกษาแพทย์ไประดับพื้นที่มากขึ้น ยังเป็นนโยบายที่ต้องสนับสนุนอย่างเข้มแข็งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1) สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ (2548) การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547
- 2) ทักษพล ธรรมรังสี, พนา พงศ์ชานะภักย์, ปิยะ หาญวรงค์ชัย (2548) รายงานสาเหตุการลาออกของแพทย์จากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ.2545-2546
- 3) ทักษพล ธรรมรังสี. การวิเคราะห์ข้อมูล กำลังคนทางสุขภาพ จากการสำมะโนประชากรและการเคหะ ปี พ.ศ.2533 และ 2543, กุมภาพันธ์ 2548
- 4) รายงานการศึกษารวิจัย เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย โดยคณะกรรมการการศึกษาปัญหาการขาดแคลนแพทย์, ธันวาคม 2540
- 5) Wibulpholprasert S., Pengpaibon P. (2003) Intregrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand : four decades of experience
- 6) Lexomboon, D (2004). Retention of dentists at rural in Thailand. PHD Thesis. University of Liverpool.
- 7) Noree T, Chokchaichan H, Mongkolporn V. (2005) Abundant for the few, shortage for the majority :The inequitable distribution of doctors in Thailand

การเคลื่อนย้ายและกระจายกำลังคนของเภสัชกรในประเทศไทย : จากอดีตถึงปัจจุบัน (Migration and distribution of pharmacists in Thailand: past and present)

กรแก้ว จันทภาษา, รัชชวร ใจสะอาด, บุศราพร เกษสมบุรณ์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเคลื่อนย้ายและการกระจายกำลังคน ของวิชาชีพเภสัชกร ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 1,500 คน โดยสุ่มตัวอย่างจากเภสัชกรที่ยังมีชีวิตอยู่ และขึ้นทะเบียนกับสภาเภสัชกรรม การสุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 ช่วงตามปีที่จบการศึกษา คือ ก่อนการบังคับใช้ทุน (พ.ศ.2518-2531) ระหว่างที่มีการบังคับใช้ทุน (พ.ศ.2532-2547) และหลังการบังคับใช้ทุน (พ.ศ.2548-2549) มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น ร้อยละ 43.27 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.78 เคยย้ายงาน โดยมีการย้ายงานเฉลี่ย 1.8 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการย้ายงานจากสถานที่ทำงานแห่งแรกไปยังสถานที่ทำงานปัจจุบันแตกต่างกันตามช่วงเวลาที่ยังจบการศึกษา การจากทบทวนสถานการณ์การกระจายกำลังคน เภสัชกร พบว่าหลังปี พ.ศ.2532 มีการกระจายเภสัชกรไปยังส่วนภูมิภาคมากขึ้น การกระจายของเภสัชกรตามหน่วยงานต่างๆ ณ จุดเวลา พบว่าโรงพยาบาลรัฐบาลเป็นหน่วยงานที่เภสัชกรไปปฏิบัติงานมากที่สุดในแต่ละจุดเวลา เมื่อเปรียบเทียบการกระจายเภสัชกรระหว่างภาครัฐ และภาคเอกชน พบว่า มีเภสัชกรกระจายอยู่ในภาครัฐมากกว่าภาคเอกชน ในทุกจุดเวลา ผลการศึกษานี้ให้เห็นว่ามีความไม่สมดุลระหว่างการกระจายกำลังคนของวิชาชีพเภสัชกรในภาครัฐและเอกชน ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบายการให้ทุนในอดีต ทำให้อาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนาของเภสัชกรรมของประเทศในภาพรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของอุตสาหกรรมยา และร้านยา ดังนั้น การพิจารณาสมดุลของการกระจายเภสัชกรไทย ทั้งในภาครัฐและเอกชน จึงเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาต่อไป

คำสำคัญ : กำลังคน, เภสัชกร, การกระจาย, การเคลื่อนย้าย

ความเป็นมา

ความเหมาะสมของการกระจายกำลังคนด้านสาธารณสุขเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในทุกวิชาชีพ เห็นได้จากการที่บุคลากรทางด้าน การแพทย์กระจายตัวอยู่ในเขตเมืองเป็นจำนวนมากโดยเฉพาะเมืองใหญ่ๆ เช่น กรุงเทพมหานคร เกษชกรเป็นบุคลากรทางการแพทย์สาขาหนึ่งที่มีปัญหาในด้านการกระจายกำลังคน ผลการศึกษาในอดีตชี้ให้เห็นว่า การกระจายของวิชาชีพเกษชกรยังมีความเหลื่อมล้ำทั้งในส่วนของ การกระจายตามพื้นที่ และการกระจายตามสังกัด พบว่ามีการกระจายของวิชาชีพเกษชกรเหลื่อมล้ำระหว่างภูมิภาค ภาคกลางมีอัตราส่วนประชากรต่อเกษชกรน้อยที่สุดคือ 2,583 : 1 ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วนประชากรต่อเกษชกรมากที่สุดคือ 14,308 : 1 ในส่วนของการกระจายตามสังกัด พบว่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีเกษชกรในภาครัฐเพิ่มมากขึ้น ในภาคเอกชนเพิ่มน้อย ซึ่งตรงกันข้ามกับสถานการณ์ในช่วงก่อนมาตรการบังคับใช้ทุน นอกเหนือจากปัญหาการกระจายกำลังคนข้างต้นแล้วในปัจจุบันวิชาชีพเกษชกรอาจประสบกับปัญหาดนลันงาน เนื่องจากการยกเลิกนโยบายการใช้ทุนซึ่งเป็นผลมาจากมาตรการลดขนาดกำลังคนภาครัฐ ขณะที่สถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชนยังคงผลิตเกษชกรเช่นเดิม การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาสถานการณ์การเคลื่อนย้ายและการกระจายกำลังคนของวิชาชีพเกษชกรเพื่อนำไปสู่การกำหนดทิศทางของการพัฒนาและการกระจายกำลังคนของวิชาชีพเกษชกรในอนาคต

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey) ใช้แบบสอบถามซึ่งผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล มีประชากรและกลุ่มตัวอย่างดังนี้ ประชากรคือ เกษชกรที่ขึ้นทะเบียนกับสภาเกษชกรที่มีชีวิตอยู่ ประมาณ 22,000 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ เกษชกรตามช่วงเวลาที่เกิดเกษชกรจบการศึกษาและเข้าสู่ตลาดแรงงานจำนวน 1,500 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ช่วงก่อนบังคับใช้ทุน (ปี พ.ศ.2518-2531) ช่วงที่ 2 ช่วงบังคับใช้ทุน (พ.ศ.2532-2547) และช่วงที่ 3 หลังบังคับใช้ทุน (พ.ศ.2548-2549)

จริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ.2549

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาคั้งนี้มีผู้ตอบกลับแบบสอบถามทั้งสิ้น ร้อยละ 43.3 เป็นเภสัชกรที่จบการศึกษาในระหว่างที่มีการบังคับใช้ทุนร้อยละ 36.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 75 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61 มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ร้อยละ 72.9 เป็นโสด ร้อยละ 74.1 ประกอบวิชาชีพในภาครัฐ ร้อยละ 41.5 ของกลุ่มตัวอย่างประกอบวิชาชีพเสริม โดยปฏิบัติงานเป็นเภสัชกรร้านยา ร้อยละ 57.5 เมื่อพิจารณารายได้ต่อเดือน พบว่า ผู้ที่ปฏิบัติงานในภาครัฐส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าผู้ที่ปฏิบัติงาน ในภาคเอกชน โดยผู้ที่ปฏิบัติงานในภาครัฐ ร้อยละ 38.5 มีรายได้หลักต่อเดือน อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 27.9 มีรายได้ 20,001- 30,000 บาท ผู้ที่ปฏิบัติงานในภาคเอกชนส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน

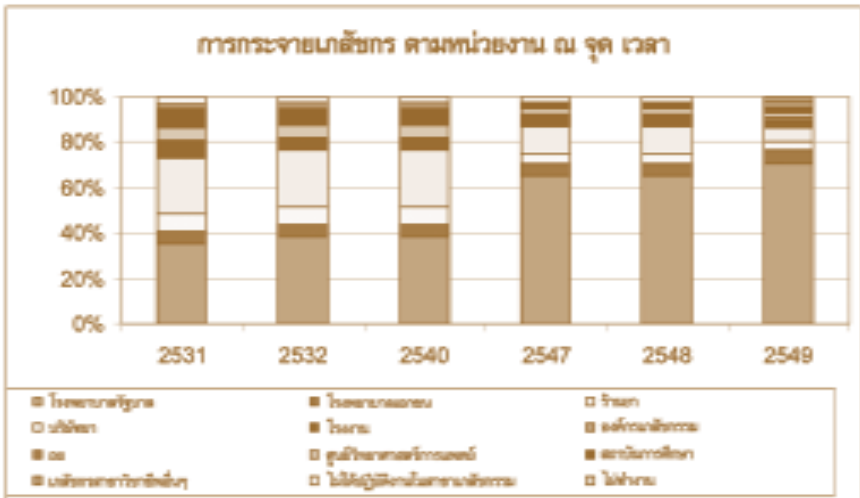
2. สถานการณ์การเคลื่อนย้ายกำลังคนของเภสัชกร

เภสัชกรร้อยละ 59.8 เคยย้ายงาน ขณะที่ร้อยละ 40.2 ไม่เคยย้ายงาน กลุ่มตัวอย่างมีการย้ายงานเฉลี่ย 1.8 ครั้ง ร้อยละ 1.6 มีการย้ายงานสูงสุดถึง 6 ครั้ง เหตุผลหลัก 5 อันดับแรกที่เป็นเหตุให้เภสัชกรเคลื่อนย้ายงาน คือ ความห่างไกลภูมิลาเนา ความจำเป็นของครอบครัว (บุพการี คู่สมรส หรือ บุตร) ความต้องการศึกษาต่อ ความต้องการค่าตอบแทนเพิ่ม และอื่นๆ เช่นการได้รับการชักชวนจากหน่วยงานอื่น สำหรับเหตุผล 5 อันดับแรกที่ทำให้เภสัชกรไม่เปลี่ยนสถานที่ทำงาน คือ การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บังคับบัญชา ความจำเป็นของครอบครัว (บุพการี คู่สมรส หรือ บุตร) การได้รับค่าตอบแทนเพียงพอ ความอิสระในงานที่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงานหรือลูกน้อง

3. สถานการณ์การกระจายกำลังคนของเภสัชกร

สำหรับการกระจายกำลังคนของเภสัชกร พบว่าหลังปี พ.ศ.2532 มีการกระจายเภสัชกรในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้มากขึ้น เมื่อพิจารณาการกระจายของเภสัชกรตามหน่วยงานต่างๆ ณ จุดเวลา พบว่าโรงพยาบาลรัฐบาลเป็นหน่วยงาน ที่เภสัชกรไปปฏิบัติงานมากที่สุดในแต่ละจุดเวลา โดยในปี พ.ศ.2547, 2548 และ 2549 มีเภสัชกรที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 60 ในแต่ละจุดเวลา ขณะที่ร้านยามีแนวโน้มที่เภสัชกรจะไปปฏิบัติงานลดลงเช่นเดียวกับบริษัทยา

เมื่อเปรียบเทียบการกระจายเภสัชกรระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน พบว่า มีเภสัชกรกระจายอยู่ในภาครัฐมากกว่าภาคเอกชนในทุกจุดเวลา โดยสัดส่วนการกระจายในภาครัฐสูงกว่าในภาคเอกชนอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2547, 2548 และ 2549 ตามแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 การกระจายของเภสัชกรตามหน่วยงาน ณ จุดเวลา

เมื่อพิจารณาการกระจายสิทธิของการเคลื่อนย้ายสถานที่ทำงานตามลักษณะภูมิศาสตร์ แยกตามปีที่จบการศึกษา พบว่าการกระจายสิทธิของการเคลื่อนย้ายสถานที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระหว่างปี พ.ศ.2515-2531 ซึ่งเป็นรุ่นที่ยังไม่มีการใช้ทุน เกือบร้อยละ 60 เริ่มต้นปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานครเป็นแห่งแรก มีการกระจายไปสู่จังหวัดอื่น ๆ ไม่มากนัก ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2532-2535 ซึ่งเป็นช่วงที่เริ่มมีการใช้ทุน เริ่มปฏิบัติครั้งแรกโดยการกระจายสู่ส่วนภูมิภาคอย่างชัดเจน มีการปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานครไม่ถึงร้อยละ 5 จากการศึกษาค้นคว้า ประเมินครั้งหนึ่งของเภสัชกรกลุ่มนี้ย้ายออกจากโรงพยาบาลของรัฐ หลังจากชดใช้ทุนครบ 2 ปี และในปัจจุบัน (พ.ศ.2549) มีเภสัชกรที่ยังคงปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐอยู่ ประมาณร้อยละ 40

เมื่อเปรียบเทียบกับเภสัชกรที่ทำสัญญาใช้ทุนในระยะต่อมา (หรือจบการศึกษาในปีพ.ศ.2536-2547) พบว่า มีเภสัชกรเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น ที่ย้ายออกจากโรงพยาบาลของรัฐหลังจากปฏิบัติงานครบ 2 ปี หรือหลังชดใช้ทุนครบ 2 ปี และปัจจุบันเภสัชกรกลุ่มนี้ ยังคงปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ของรัฐอยู่สูงถึงร้อยละ 66-71 สำหรับกลุ่มเภสัชกรที่ไม่ได้ทำสัญญาใช้ทุน (จบการศึกษาในปี พ.ศ.2548-2549) พบว่า ร้อยละ 80 ของเภสัชกรกลุ่มนี้ ปฏิบัติงานแห่งแรกในโรงพยาบาลของรัฐ และครั้งหนึ่งย้ายออกจากโรงพยาบาลของรัฐ หลังจากทำงานครบ 2 ปี

ข้อสรุป

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่านโยบายการบังคับใช้ทุนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายและการกระจายกำลังคนของวิชาชีพเภสัชกร หลังจากเริ่มที่มีการบังคับใช้ทุน (ปี พ.ศ.2532) มีเภสัชกรกระจายไปปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาคมากขึ้น เมื่อพิจารณาการกระจายของเภสัชกรตามหน่วยงาน พบว่าโรงพยาบาลรัฐบาลเป็นหน่วยงานที่เภสัชกรไปปฏิบัติงานมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบการกระจายเภสัชกรระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน พบว่า มีเภสัชกรกระจายอยู่ในภาครัฐมากกว่าภาคเอกชนเป็นจำนวนมาก การบังคับใช้ทุนจึงส่งผลต่อสมดุลระหว่างการกระจายกำลังคนของวิชาชีพเภสัชกรในภาครัฐและเอกชน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเภสัชกรรมของประเทศในภาพรวม

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของอุตสาหกรรมยา และร้านยา การพิจารณาสมมูลของการกระจายเภสัชกรไทยทั้งในภาครัฐและเอกชนจึงเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาค่าต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1) นภคกุล ทองนพเนื้อ และคณะ การพัฒนาและการจัดการทรัพยากรมนุษย์ในระบบยา ใน: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, วิชัย โชควิวัฒน์ และศรีเพ็ญ ตันติเวส (บรรณาธิการ) ระบบยาของประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2545. หน้า 497-532.
- 2) หน่วยติดตามสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก, กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
- 3) เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข, ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุวัฒนา จุฬาวินทล. การศึกษาอัตรากำลังคนด้านสาธารณสุข: เภสัชกรในประเทศไทย กรุงเทพมหานคร: สภาเภสัชกรรม; 2549
- 4) กิตติ พิทักษ์นิตินันท์. ทิศทางนโยบายและการดำเนินงานของสภาเภสัชกรรมในรอบ 12 ปีที่ผ่านมา ทิศทางสู่การพัฒนาวิชาชีพอย่างยั่งยืน เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาเภสัชกรรมแห่งชาติ ครั้งที่ 3; 30-31 สิงหาคม 2549; ณ อิมแพคเมืองทองธานี นนทบุรี; 2549.
- 5) สมพล ประคองพันธ์และคณะ การผลิตและความต้องการเภสัชกรรมของประเทศไทย เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาเภสัชกรรมแห่งชาติ ครั้งที่ 3; 30-31 สิงหาคม 2549; ณ อิมแพคเมืองทองธานี นนทบุรี; 2549.
- 6) สำนักงาน ก.พ.กองวิชาการ. สาเหตุการขาดใช้ทุนแทนการปฏิบัติราชการของแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ก.พ.; 2534.

**ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการทำงาน
ความผูกพันต่อองค์กร และความตั้งใจที่จะออกจากงานของเภสัชกรไทย
(Relationships of Job Satisfaction, Organizational
Commitment and Intention to Quit among Thai Pharmacists)**

*วรรณิ ชัยเฉลิมพงษ์, นุศราพร เกษสมบุรณ์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความตั้งใจที่จะออกจากงานของเภสัชกรไทย และเปรียบเทียบอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อ ความพึงพอใจในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความตั้งใจที่จะออกจากงานของเภสัชกรที่ทำงานในภาครัฐและเอกชน พัฒนาโมเดลโดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กลุ่มประชากรคือ เภสัชกรที่มีรายชื่อในทะเบียนสภาเภสัชกรรมและปฏิบัติงานอยู่ในองค์กรทางวิชาชีพในปัจจุบัน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถามอันประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปความพึงพอใจในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความตั้งใจที่จะออกจากงาน มีค่าความเที่ยงในการวัดจากตัวแปรสังเกตได้ตั้งแต่ 0.63-0.94 เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 542 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากรโดยใช้ t-test และวิเคราะห์สมการโครงสร้าง โดยใช้โปรแกรม LISREL 8.72 ผลการวิจัยพบว่า เภสัชกรที่ทำงานในภาคเอกชนมีระดับความพึงพอใจในการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กรสูงกว่าเภสัชกรในภาครัฐ รูปแบบความสัมพันธ์ประกอบด้วยตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความตั้งใจที่จะออกจากงาน ตัวแปรที่มีอิทธิพลรวมสูงสุดต่อความตั้งใจที่จะออกจากงานคือ ความผูกพันต่อองค์กรตัวแปรในรูปแบบสามารถอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจที่จะออกจากงานได้ร้อยละ 45.0 รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรแฝงไม่มีความแตกต่างกันทั้งในเภสัชกรที่ทำงานภาครัฐและเภสัชกรที่ทำงานในภาคเอกชน

คำสำคัญ : เภสัชกร, ความพึงพอใจในการทำงาน, ความผูกพันต่อองค์กร, ความตั้งใจลาออก

ความเป็นมา

เภสัชกรปฏิบัติวิชาชีพในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนในฐานะส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพในด้านต่างๆ ที่หลากหลาย การที่จะทำให้เภสัชกรในทุกภาคส่วนปฏิบัติภารกิจบรรลุผลตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของแต่ละองค์กรซึ่งต่างมีความสำคัญและเกี่ยวโยงกัน อย่างใกล้ชิดอย่างมีประสิทธิภาพได้นั้น การพัฒนาบุคลากรในองค์กรจึงเป็นประเด็นที่ควรเอาใจใส่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มประสิทธิภาพของบุคลากรที่สามารถดำเนินการได้ด้วย การเพิ่มความรู้สึกพึงพอใจในการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กรนั้นๆ เมื่อบุคลากรมีความพึงพอใจในการทำงาน มีความผูกพันต่อองค์กรย่อมส่งผล ให้มีความตั้งใจที่จะออกจากงานน้อยลง ผลต่อเนืองที่ได้คือ เพิ่มการคงอยู่ในองค์กรและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรในที่สุด การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความตั้งใจที่จะออกจากงานของเภสัชกรไทย และเปรียบเทียบอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความตั้งใจที่จะออกจากงานของเภสัชกรที่ทำงานในภาครัฐและเอกชน

Hertzberg, F. และคณะ กล่าวว่า ความพึงพอใจในการทำงาน (job satisfaction) เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่องานที่ปฏิบัติอยู่ ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับการตอบสนอง ทั้งปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน Porter และคณะ และ Mowdy และคณะ ได้กล่าวไว้ว่าความผูกพันต่อองค์กร ประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 ประการ ได้แก่ ความเชื่ออย่างแรงกล้า การยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร ความเต็มใจที่จะใช้ความพยายามอย่างมากในการปฏิบัติงาน และความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะคงไว้ซึ่งความเป็นสมาชิกขององค์กร Kong และคณะ ให้ความหมายของความตั้งใจที่จะออกจากงานไว้ว่าเป็นความตั้งใจของพนักงานในการที่จะลาออกจากหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่โดยสมัครใจ โดยไม่รวมถึงการถูกไล่ออกจากงาน จากผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความตั้งใจที่จะออกจากงานข้างต้น สรุปได้ว่าตัวแปรที่อยู่ในรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กรและความตั้งใจที่จะออกจากงานนั้น ประกอบด้วย ตัวแปรแฝงภายนอก 1 ตัว คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สาขาที่ปฏิบัติวิชาชีพ ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถแยก

ตามสาขาที่ปฏิบัติวิชาชีพได้อย่างชัดเจนเนื่องด้วยข้อจำกัดของขนาดตัวอย่าง จึงจัดกลุ่มเป็น เกสัชกรที่ทำงานในภาครัฐ และเอกชน ระยะเวลาที่ปฏิบัติวิชาชีพ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในองค์กร และชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์ ตัวแปรแฝงภายใน 3 ตัวคือ ตัวแปรความพึงพอใจในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความตั้งใจที่จะออกจากงาน

วิธีการศึกษา

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้คือ เกสัชกรที่มีรายชื่อในทะเบียนสภาเภสัชกรรม และปฏิบัติงานอยู่ในองค์กรทางวิชาชีพในปัจจุบัน เก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามจากเกสัชกรที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเภสัชกรรมคลินิกเรื่อง Advance Pharmacotherapeutics 2 ระหว่างวันที่ 8-12 มกราคม 2550 จำนวน 222 ฉบับ นอกจากนั้นแล้ว ใช้วิธีส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ โดยใช้ชื่อที่อยู่ที่ได้จากสภาเภสัชกรรมในช่วงเดือนธันวาคม 2549 จำนวน 1,700 ฉบับ โดยให้มีการกระจายตามรุ่นต่างๆ ตามสัดส่วนจำนวนที่มีรายชื่อของเกสัชกรที่จบการศึกษาในแต่ละรุ่น ได้แบบสอบถามที่ข้อมูลสมบูรณ์ จำนวน 320 ฉบับ รวมเป็นแบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับ 542 ฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้อาศัยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ t-test, chi-square วิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งหมด โดยใช้โปรแกรมลิสเรล 8.72

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า จำนวนแบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับสมบูรณ์ทั้งหมด จำนวน 542 ฉบับ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถามเท่ากับ 30.2 ปี (SD. 6.1) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพอยู่ในภาคราชการ(ร้อยละ 79.3) เกสัชกรที่ทำงานในภาคเอกชนมีแนวโน้มที่จะมีชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์มากกว่าเกสัชกรในภาครัฐ และเกสัชกรในภาครัฐมีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่ารายได้เมื่อเทียบกับเกสัชกรในภาคเอกชน

ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการทำงานของเกสัชกรไทยอยู่ในระดับปานกลาง ความผูกพันต่อองค์กร อยู่ในระดับค่อนข้างมาก และความตั้งใจที่จะออกจากงานอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย เมื่อพิจารณาแยกรายกลุ่มพบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการทำงานของ

กลุ่มเภสัชกรที่ทำงานในภาคเอกชนมีค่าในระดับมาก ส่วนในกลุ่มเภสัชกรในภาครัฐมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการทำงานในระดับปานกลางค่าเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กร ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยในระดับค่อนข้างมากแต่ในกลุ่มเอกชนยังคงมีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มภาครัฐ สำหรับค่าเฉลี่ยความตั้งใจที่จะออกจากงานนั้นทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยในระดับค่อนข้างน้อย

เภสัชกรในภาครัฐมีความพึงพอใจในเรื่องผลประโยชน์ตอบแทนอื่นๆ สูงกว่าเภสัชกรในภาคเอกชน แต่มีความพึงพอใจในลักษณะงาน การได้รับการยอมรับ และค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน ตลอดจน ถึงมีความผูกพันต่อองค์กรในเรื่องความเชื่อถือและยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร และความเต็มใจ ที่จะทุ่มเทความพยายามที่จะปฏิบัติงานเพื่อองค์กรน้อยกว่าเภสัชกรที่ทำงานในภาคเอกชนรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กรและความตั้งใจที่จะออกจากงานของเภสัชกรไทยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่า chi-square เท่ากับ 118.91 ค่าองศาอิสระเท่ากับ 99 ค่าความน่าจะเป็น (p) 0.08436 ค่าดัชนีวัดความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.97 เมื่อพิจารณาอิทธิพลรวมที่ส่งผลต่อตัวแปรความตั้งใจที่จะออกจากงาน พบว่า ความผูกพันต่อองค์กรมีอิทธิพล รวมสูงสุดในทิศทางที่เป็นลบ รองลงมาคือ ความพึงพอใจในการทำงาน และปัจจัยส่วนบุคคลตามลำดับ โดยมีทิศทางเป็นลบเช่นกัน และความพึงพอใจในการทำงานมีอิทธิพลรวมต่อความผูกพันต่อองค์กรสูงสุดในทิศทางที่เป็นบวก เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ในกลุ่มเภสัชกรภาครัฐและภาคเอกชน พบว่าไม่มีความแตกต่างในรูปแบบแต่มีค่าพารามิเตอร์อิทธิพลเชิงสาเหตุจากตัวแปรภายนอกแฝงไปยังตัวแปรภายในแฝงไม่เท่ากัน

ข้อสรุป

การที่ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการทำงานของเภสัชกรในภาคเอกชนมีค่ามากกว่าเภสัชกรในภาครัฐนั้น เนื่องจากการที่เภสัชกรในภาคเอกชนมีความพึงพอใจต่อองค์ประกอบความพึงพอใจในการทำงานมากกว่าเภสัชกรในภาครัฐในหลายองค์ประกอบ เช่น องค์ประกอบเรื่องลักษณะงานการได้รับการยอมรับค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และคุณธรรมในการทำงาน โดยที่เภสัชกรในภาครัฐมีความพึงพอใจในเรื่องผลประโยชน์ตอบแทนอื่นๆมากกว่าเภสัชกรในภาคเอกชนเพียงองค์ประกอบเดียวเท่านั้น สำหรับองค์ประกอบเรื่องการปกครองนั้นเภสัชกรทั้งสองภาคส่วนมีความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน

เมื่อนำค่าน้ำหนักองค์ประกอบความพึงพอใจในการทำงานของเภสัชกรภาครัฐมาพิจารณาประกอบ พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่บอกถึงความสำคัญขององค์ประกอบย่อยจากมากไปน้อยเรียงตามลำดับดังนี้ การปกครอง ลักษณะงาน การได้รับการยอมรับเพื่อนร่วมงาน ผลประโยชน์อื่น ค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน และคุณธรรมในการทำงาน

ผลการศึกษาดังกล่าวได้แสดงให้เห็นในประเด็นที่น่าสนใจเรื่องค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน และไม่เป็นตัวเงิน ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ได้แสดงให้เห็นว่าเภสัชกรภาครัฐยังคงมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่มีมากกว่ารายได้ มีความพึงพอใจเรื่องค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินต่ำกว่าเภสัชกรในภาคเอกชน แต่อย่างไรก็ตามองค์ประกอบเรื่องค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินนั้น ไม่ใช่องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในการที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน ดังนั้น เพื่อเพิ่มความพึงพอใจในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร ซึ่งจะส่งผลต่อไปถึงประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการทำงาน นอกจากจะต้องพิจารณาทบทวนเรื่องค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินแล้ว ควรให้ความสำคัญในการพิจารณาทบทวนลักษณะงานของเภสัชกร ให้มีความเป็นอิสระและท้าทายให้ผู้ที่ทำงานได้แสดงความสามารถ และได้ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1) Hertzberg, F., Mausner, B., a Snyderman, B. The motivation to work. New York: Wiley; 1959. [cited 2006 July 22]. Available from : <http://www.ashp.org/emplibrary /StaffSurvey2003.pdf>.
- 2) นพรัตน์ อารยพัฒนกุล ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ กับความพึงพอใจ ในการปฏิบัติงาน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
- 3) Muthueloo, R. & Che Rose, R. Antecedents and Outcomes of Organizational Commitment among Malaysian Engineers. American J. of Applied Sciences; 2005; 2 (6): 1095-1100.
- 4) วไลภา ศรีบุญพิมพ์สวย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

- กระทรวงสาธารณสุข (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบทันติต การบริหารการพยาบาล) มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
- 5) Mowday, R. T., Porter, L. W., & Steer, R. M. Employee-organizational linkages: The psychology of commitment, absenteeism, and turnover. New York: Academic Press; 1982.
 - 6) Kong, Sheldon Xiaodong, Wertheimer, A.I., Serradell, J. & McGhan, W.F. Psycho metric Evaluation of Measures of Organizational Commitment and Intention to Quit Among Pharmaceutical Scientists. *Pharmaceutical Research*; 2004; 11 (1): 171-180.
 - 7) Maio, Vittorio. Et al. "Pharmacists' Job Satisfaction: Variation by Practice Setting." *P&T*; 2004; 29(3): 184-190.
 - 8) Coezee, M. The fairness of affirmative action: an organizational justice perspective. Pretoria: SA; 2004.
 - 9) Schulz, M.Richard. & Bigoness, William J. "Determinant of Turnover Intentions among Retail Pharmacists." *Journal of Retailing*; 1987; 63 (1): 89-98.
 - 10) Sourdif, Jacynthe. "Predictors of nurses' intent to stay at work in a university health center." *Nursing and health Sciences*; 2004; 6: 59-68.
 - 11) Prici, James L. "A Causal Model of Turnover for Nurse." *Academy of Management Journal*; 1981; 24 (3): 543-565.
 - 12) Tett, R.P. and Meyer, J.P. "Job Satisfaction, Organization Commitment, Turnover Intention, and Turnover: Path Analyses Based on Meta-analytic Findings." *Personal Psychology*; 1993; 46(2): 259.
 - 13) Hayes, Laureen J. "Nurse Turnover: A Literature Review." *International Journal of Nursing Studies*; 2006; 43: 237-263.
 - 14) Slattery, Jeffrey P. Antecedents to Temporary Employee's Turnover Intentions. Document submitted for possible inclusion in the program for the Organization Behavior and Organization Theory track; March 31-April 2, 2005; Midwest of Academy of Management Annual Meeting. [cited 2006 July 22]. Available from: [http://www.midwestacademy.org/Proceedings/2005/papers/Slattery Selvarajan%20revision.doc](http://www.midwestacademy.org/Proceedings/2005/papers/Slattery%20revision.doc)

การวิเคราะห์ระบบผลตอบแทนการทำงานเภสัชกร (An Analysis of Pharmacists Attended Remuneration System)

ศิริพา อุดมอักษร

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายรูปแบบระบบการให้ผลตอบแทนการทำงานที่เภสัชกรได้รับ วิเคราะห์เชิงประเมินระบบผลตอบแทนการทำงานที่ได้รับ และสังเคราะห์ข้อเสนอรูปแบบระบบผลตอบแทนการทำงาน วิธีการศึกษา ให้ผู้วิจัยทำการรวบรวมรูปแบบระบบผลตอบแทนการทำงานรูปแบบต่างๆ ทั้งที่ใช้ในภาครัฐ และภาคเอกชนจากเอกสาร การสัมภาษณ์ และอภิปรายกลุ่มย่อย การวิเคราะห์เชิงประเมินระบบผลตอบแทนการทำงาน จากข้อมูลการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบระบบผลตอบแทนการทำงานถูกอธิบายครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ตั้งแต่ รูปแบบรายได้เป็นตัวเงิน สวัสดิการอื่นๆ การติดตามและการประเมินผล ไปจนถึงการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลตอบแทนการทำงาน วิเคราะห์ระบบผลตอบแทนการทำงานในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานตามคุณลักษณะ 6 ด้านได้แก่ ความเท่าเทียมเรื่องเงินเดือน ความเท่าเทียมเรื่องสวัสดิการ ความโปร่งใส ความสนับสนุนองค์กรความเป็นธรรม (Fairness) และความรู้สึกมั่นคงในชีวิต (Security) หากความสัมพันธ์ของคุณลักษณะด้านต่างๆ ของระบบผลตอบแทนการทำงานกับความพึงพอใจในงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความตั้งใจที่จะออกจากงาน โดยทำการวิเคราะห์แยกเป็นกลุ่มย่อยตามภาคส่วนที่สังกัด และอายุการทำงาน นำผลการวิเคราะห์ที่ได้มาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอระบบผลตอบแทนการทำงานสำหรับแต่ละภาคส่วนโดยเฉพาะภาครัฐ และสำหรับกลุ่มคนที่มีอายุการทำงานต่างๆ กัน พร้อมกับข้อเสนอกลยุทธ์การปรับปรุงคุณลักษณะระบบผลตอบแทนการทำงานด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถดึง และรักษาผู้ปฏิบัติงานไว้ในองค์กร

คำสำคัญ : ความเท่าเทียม, ความโปร่งใส, ความสนับสนุนขององค์กร, ความเป็นธรรม, ความมั่นคงในชีวิต

ความเป็นมา

องค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่ง องค์ประกอบหนึ่งในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ คือ ระบบการให้ผลตอบแทนการทำงาน ระบบการให้ผลตอบแทนที่มีประสิทธิภาพ นอกจากจะเป็นปัจจัยลำดับต้นๆ ในการตัดสินใจเข้าทำงาน และรักษาคณาทำงานไว้ในองค์กร แล้วยังเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนก่อให้เกิดผลได้ขององค์กรในทิศทาง และเป้าหมายที่วางไว้ อีกด้วย จนถึงปัจจุบันยังมีการศึกษา และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบการให้ผลตอบแทนการทำงานของเกสซกรไม่มากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิเคราะห์ในเชิงประเมินระบบการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายรูปแบบระบบการให้ผลตอบแทนการทำงานที่เกสซกรได้รับ วิเคราะห์เชิงประเมินระบบผลตอบแทนการทำงานที่ได้รับ และสังเคราะห์ข้อเสนอรูปแบบระบบผลตอบแทนการทำงาน

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยทำการรวบรวมรูปแบบระบบผลตอบแทนการทำงานรูปแบบต่างๆ ทั้งที่ใช้ในภาครัฐ และภาคเอกชน การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์เชิงประเมินระบบผลตอบแทนการทำงาน โดยการออกแบบสอบถาม เป็นข้อคำถาม 36 ข้อ 5 ระดับความเห็น ซึ่งครอบคลุมคุณลักษณะของระบบผลตอบแทนการทำงานที่ 4 ด้าน ได้แก่ จะต้องก่อให้เกิดความรู้สึกเท่าเทียม (Equity) เมื่อเปรียบเทียบกับงานอื่นๆ หรือตำแหน่งอื่นๆ ผลตอบแทนทำให้ผู้รับรู้สึกว่ามีความเป็นธรรมเหมาะสมกับภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ (Fairness) ระบบการให้ผลตอบแทนการทำงานต้องมีความโปร่งใส (Transparency) ในความรู้สึกของผู้ทำงาน และระบบจะต้องทำให้ผู้รับเกิดความรู้สึกอยากสร้างผลผลิตภาพทั้งในแง่คุณภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายองค์กร (Supporting organization)

ภาพรวมของข้อมูล และวิธีการเก็บข้อมูลในการศึกษานี้นำมาสรุปอยู่ในตารางดังนี้

ข้อมูล	ศึกษาจากเอกสาร	สัมภาษณ์/อภิปรายกลุ่ม	สำรวจทางไปรษณีย์
รูปแบบระบบผลตอบแทนการทำงาน	✓	✓	
การวิเคราะห์เชิงประเมินระบบฯ			✓
สังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะ		✓	✓

ผลการศึกษา

1. รูปแบบระบบผลตอบแทนการทำงาน

1.1 รูปแบบรายได้เป็นตัวเงิน

ภาครัฐ เงินเดือนข้าราชการสาย ข, เงินค่าไม่ปฏิบัติวิชาชีพ (5,000 บาท), ค่าเวรจากการทำงานนอกเวลา, โบนัส, เบี้ยเลี้ยงเมื่อออกทำงานนอกสถานที่, เงินประจำตำแหน่งเฉพาะซี 7 ขึ้นไป, เงินทดแทนการทำงานในพื้นที่ห่างไกล, เงินทดแทนการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคติดต่อยุติธรรม

ภาคเอกชน ส่วนที่เป็นรายได้ประจำ ได้แก่ เงินเดือน, เบี้ยเลี้ยง 24 วัน/เดือนรวมทั้งพัก, ค่าเช่ารถ, น้ำมันรถเป็น feed card ส่วนที่เป็นรายได้ตามผลการปฏิบัติงานทำข้อตกลงความเป้าหมาย-ผลตอบแทนเป็นรายบุคคล และทำข้อตกลงเป้าหมาย-ผลตอบแทนเป็นทีมทำงาน, Stock option

1.2 สวัสดิการอื่นๆ

ภาครัฐ สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการที่คุ้มครองทั้งผู้ทำงาน พ่อแม่ และลูก โดยไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายใดๆ; การพัฒนาตนเองด้วยการเข้าร่วมประชุมวิชาการปีละ 1-2 ครั้ง; ระบบบำเหน็จบำนาญ จากรัฐโดยไม่ต้องมีการสมทบ และการสมทบจากผู้ทำงานโดยสมัครใจเข้ากองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.)

ภาคเอกชน องค์กรจ่ายประกันอุบัติเหตุ และประกันสุขภาพเอกชน คุ้มครองเฉพาะผู้ทำงานพ่อแม่ และลูกสามารถซื้อเพิ่มได้ในราคาพิเศษ ระบบประกันสังคมซึ่งผู้ทำงานต้องร่วมจ่ายกับองค์กรร่วมจ่ายกับองค์กรในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ; การพัฒนาตนเองผู้ทำงาน

แต่แต่ละคนจะมีโปรแกรมการอบรมรายบุคคลจากฝ่ายเทรนนิ่ง เป็นระยะๆ 2-3 ครั้ง/ปี; ผู้ทำงานและบริษัทจะต้องร่วมกันสมทบเงินเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพตามสัดส่วนที่กำหนด

1.3 การติดตาม และการประเมินผล

ภาครัฐ ทำการประเมินปีละ 2 ครั้ง ได้เลื่อนขึ้น 1 ชั้นอัตโนมัติประเมินความดีความชอบโดยหัวหน้าสายตรง มีหลักเกณฑ์ในการประเมินแค่ การตัดสินใจเด็ดขาดอยู่ที่หัวหน้าสายตรง ประกอบมีโควตาความดีความชอบจำกัดสำหรับแต่ละฝ่าย ทำให้ต้องแข่งขันกับงานอื่นๆ ทั้งที่เนื้องานเปรียบเทียบกันไม่ได้

ภาคเอกชน เริ่มกระบวนการประเมินโดยการทำการตกลงระหว่างหัวหน้าสายตรงกับผู้ปฏิบัติงาน ไว้ตั้งแต่ต้นปี กลางปีจะมีการทบทวนข้อตกลงกันใหม่ และประเมินผลปลายปีโดยหัวหน้าสายตรงโดยตัวผู้ปฏิบัติงานเองมีระบบข้อมูลขององค์กรที่บอกว่าจะได้รายได้เท่าไรในแต่ละรอบการประเมิน ในขณะที่ผู้บริหารถูกประเมินโดยระบบ stakeholder system พิจารณาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดรวมทั้งลูกน้องสายตรงด้วย

1.4 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลตอบแทนการทำงาน

ภาครัฐ ผู้ปฏิบัติงานรับทราบจากสลิปเงินเดือนซึ่งบอกเฉพาะเงินเดือนตามขั้นที่ได้รับส่งโดยตรงถึงผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน ในขณะที่เงินรายได้ประเภทอื่นๆ จะแจ้งรวมๆ ไม่เจาะจงคน โดยใช้จดหมายเวียนไปตามหน่วยงาน

ภาคเอกชน แจ้งเป็นเอกสาร แจ้งรายได้สุทธิถึงผู้ปฏิบัติงานเป็นรายบุคคล โดยแจ้งรายละเอียดย่อยแต่ละรายการ ส่วนผลตอบแทนที่เกิดจากผลการปฏิบัติงานที่แต่ละคนได้รับ จะถูกปิดเป็นความลับไม่แจ้งเป็นเอกสาร

2. การวิเคราะห์เชิงประเมินระบบ

การสำรวจในโครงการวิจัยนี้ได้ทำไปพร้อมกับการสำรวจโครงการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อองค์กรและความพึงพอใจในการทำงานในเกสซกรไทย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน ได้รับแบบสอบถามกลับมาทั้งหมด 542 ชุด ในจำนวนนี้ร้อยละ 79 เป็นเกสซกรที่ทำงานในภาครัฐร้อยละ 21 เป็นเกสซกรภาคเอกชน

2.1 ยืนยัน และค้นหาคำตอบประกอบ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์โดยใช้วิธี Factor analysis เพื่อยืนยันว่าข้อคำถามแต่ละข้อสังกัดอยู่ในองค์ประกอบที่ตั้งใจหรือไม่ พร้อมทั้งค้นหาว่ามีองค์ประกอบอื่นที่น่าสนใจ ซ่อนอยู่ในชุดคำถามหรือไม่ ผู้วิจัยพบว่าสามารถแยกข้อคำถามบางข้อออกมาเป็นองค์ประกอบใหม่ได้อีก 2 องค์ประกอบ รวมเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเท่าเทียมในเรื่องของเงินเดือน (Equity in salary) ความเท่าเทียมเรื่องสวัสดิการ (Equity in benefit) ความโปร่งใส ความสนับสนุนองค์กร (Supporting organization) ความมั่นคงในชีวิต (Work security) และความเป็นธรรมเหมาะสมกับภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ (Fairness)

2.2 คุณลักษณะระบบผลตอบแทนการทำงานกับความพึงพอใจในงาน

คุณลักษณะต่างๆ ของระบบผลตอบแทนการทำงานสามารถอธิบาย หรือมีอิทธิพลต่อระดับความพึงพอใจในงานของเกษตรกรภาครัฐเพียง 22.18% นั่นหมายความว่า ระบบผลตอบแทนการทำงานไม่ได้เป็นปัจจัยหลักในการเพิ่ม หรือลดระดับความพึงพอใจในงานของเกษตรกรในภาครัฐ แต่มีปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยที่ไม่เป็นตัวเงินทั้งหลายส่งผลด้วยอย่างไรก็ตาม หากจะเพิ่มระดับความพึงพอใจในงานของเกษตรกรภาครัฐจะต้องทำให้ระบบผลตอบแทนการทำงานมีความโปร่งใส สนับสนุนองค์กร และก่อให้เกิดความมั่นคงมากขึ้น ระดับความพึงพอใจในงานของเกษตรกรภาคเอกชน ถูกอธิบายได้ด้วยคุณลักษณะของระบบผลตอบแทนการทำงานถึง 42.61% โดยระดับความพึงพอใจในงานจะเพิ่มขึ้นจากการที่ระบบผลตอบแทนการทำงานมีความเที่ยงธรรม (เหมาะสมกับภาระงาน) โปร่งใส และก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงมากขึ้น

2.3 คุณลักษณะระบบผลตอบแทนการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กร

คุณลักษณะของระบบผลตอบแทนการทำงานด้านต่างๆ สามารถอธิบายความแปรปรวนของระดับความผูกพันต่อองค์กรของเกษตรกรที่ทำงานในภาครัฐ 30.10% และภาคเอกชน 37.22% โดยคุณลักษณะของระบบผลตอบแทนการทำงานที่มีผลต่อระดับความผูกพันต่อองค์กรของเกษตรกรภาครัฐอย่างมีนัยสำคัญ และมีขนาดอิทธิพลจากมากไปน้อย

ตามลำดับ คือ ความสนับสนุนองค์กร ความโปร่งใส และความเป็นธรรม ในขณะที่ความผูกพันต่อองค์กรของเภสัชกรในภาคเอกชนสามารถเพิ่มขึ้นได้จากระบบผลตอบแทนการทำงานที่เอื้อ หรือกระตุ้นให้พนักงานอยากเพิ่มผลิตภาพในงานของคนทั้งคุณภาพ และปริมาณเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร

2.4 คุณลักษณะระบบผลตอบแทนการทำงานกับความตั้งใจที่จะออกจากงาน

คุณลักษณะของระบบผลตอบแทนการทำงานสามารถอธิบายระดับความตั้งใจที่จะออกจากงาน ของผู้ทำงานได้น้อยมาก (7.23% และ 15.41% ในภาครัฐ และภาคเอกชน ตามลำดับ) แสดงว่าการที่ผู้ทำงานจะออกจากงานหรือไม่ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับระบบผลตอบแทนการทำงานเป็นหลักแสดงว่ามีปัจจัยอื่น เช่น ปัจจัยภายในที่ไม่ใช่ตัวเงิน จากผลการศึกษาพบว่า ความสนับสนุนองค์กรเป็นคุณลักษณะของระบบผลตอบแทนการทำงานเพียงคุณลักษณะเดียวเท่านั้นที่มีผลต่อความตั้งใจที่จะออกจากงานของเภสัชกรทั้งในภาครัฐ และภาคเอกชน

2.5 การวิเคราะห์กลุ่มย่อยแยกตามอายุการทำงาน

ผู้วิจัยมีสมมติฐานว่า ผู้ทำงานที่มีอายุการทำงานต่างกันน่าจะให้ความสำคัญกับคุณลักษณะต่างๆ ของระบบผลตอบแทนการทำงานต่างกัน จึงได้ทำการวิเคราะห์กลุ่มย่อยเพิ่มเติมจากการแบ่งกลุ่มเป็นภาครัฐ และภาคเอกชน โดยทำการวิเคราะห์แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามอายุการทำงานออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุการทำงานน้อย (5 ปี หรือน้อยกว่า) กลุ่มอายุการทำงานปานกลาง (6-10 ปี) และกลุ่มอายุการทำงานมาก (มากกว่า 10 ปี) พบว่าสมมติฐานดังกล่าวเป็นจริง การออกแบบระบบผลตอบแทนการทำงานเพื่อดึงคนทำงานให้อยู่ในองค์กรสำหรับผู้ทำงานที่มีอายุการทำงานต่างกัน จะต้องมีความที่แตกต่างกัน กล่าวคือ

- กลุ่มอายุการทำงานน้อย ผลการวิเคราะห์พบว่า เภสัชกรที่มีอายุการทำงานน้อยในระบบผลตอบแทนการทำงานที่เอื้อ หรือกระตุ้นให้พยายามเพิ่มผลิตภาพในงานของคน และผลตอบแทนที่ได้รับมีความเท่าเทียมทั้งในเรื่องของเงินเดือน และสวัสดิการเมื่อเปรียบเทียบกับงานอื่นๆ จะส่งผลให้กลุ่มอายุการทำงานน้อยความ

ผูกพันต่อองค์กรสูง และมีความตั้งใจที่จะออกจากงานน้อย ในขณะที่ความพึงพอใจในงานของกลุ่มอายุการทำงานน้อยจะเพิ่มขึ้นได้ด้วยระบบผลตอบแทนการทำงานที่มีความโปร่งใส นอกเหนือจากคุณลักษณะสนับสนุนองค์กร และความเท่าเทียมในเรื่องเงินเดือน

- กลุ่มอายุการทำงานปานกลาง ผลการวิเคราะห์พบว่า ความผูกพันต่อองค์กรของคนกลุ่มนี้ สามารถอธิบายได้ 53.54% ด้วยคุณลักษณะของระบบผลตอบแทนการทำงาน ด้วยระบบผลตอบแทนการทำงานที่เอื้อ หรือกระตุ้นให้พยายามเพิ่มผลิตภาพในงานของคน มีความโปร่งใส และก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง มีอิทธิพลเพิ่มระดับความผูกพันต่อองค์กรในกลุ่มอายุการทำงานปานกลาง ในขณะที่ระบบผลตอบแทนการทำงานที่มีความโปร่งใส และเป็นธรรมเหมาะสมกับภาระงานจะมีส่วนช่วยเพิ่มความพึงพอใจในงานสำหรับคนกลุ่มนี้ แต่หากจะลดความตั้งใจที่จะออกจากงานสำหรับกลุ่มอายุการทำงานปานกลางต้องมีระบบผลตอบแทนการทำงานที่ก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงในชีวิต
- กลุ่มอายุการทำงานมาก การตัดสินใจจะอยู่ หรือออกจากงานของคนกลุ่มนี้ไม่สามารถทำนายได้ด้วยระบบผลตอบแทนการทำงาน นั่นหมายความว่าคนกลุ่มนี้หากจะอยู่ในองค์กรก็อยู่ด้วยปัจจัยภายใน หรือจะไปจากองค์กรก็จะไปด้วยปัจจัยภายใน โดยไม่เกี่ยวกับระบบผลตอบแทนการทำงานเลย อย่างไรก็ตามระบบผลตอบแทนการทำงานที่เอื้อ หรือกระตุ้นให้พยายามเพิ่มผลิตภาพในงานของคนมีความโปร่งใส จะมีส่วนช่วยเพิ่มความผูกพันต่อองค์กรสำหรับคนกลุ่มนี้ ในขณะที่ระบบซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงในชีวิต และมีความโปร่งใสมีผลเพิ่มระดับความพึงพอใจในงานของกลุ่มอายุการทำงานมากได้

3. ข้อเสนอแนะและข้อเสนอระบบผลตอบแทนการทำงาน

3.1 ข้อเสนอแนะระบบผลตอบแทนการทำงานสำหรับเกษตรกรภาครัฐ

ระบบผลตอบแทนการทำงานสำหรับภาครัฐควรปรับปรุงให้มีคุณลักษณะที่เอื้อ หรือกระตุ้นให้ผู้ทำงานเกิดความพยายามที่จะเพิ่มผลิตภาพในงานของคนทั้งเชิงคุณภาพ และปริมาณเป็นหลัก เพิ่มความโปร่งใสให้กับระบบการประเมิน ผูกคึกกับผลงาน พิจารณาเพิ่ม

รายได้ให้เป็นธรรม และเหมาะสมกับภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ(ไม่จำเป็นต้องเท่าเทียมกับงานอื่นๆ) พร้อมกับคงคุณลักษณะของระบบที่ก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงในชีวิตซึ่งเป็นจุดแข็งของระบบผลตอบแทนการทำงานภาครัฐอยู่แล้วเอาไว้

3.2 ข้อเสนอระบบผลตอบแทนการทำงานสำหรับเกษตรกรในภาคเอกชน

ระบบผลตอบแทนการทำงานภาคเอกชนสามารถรักษาคงไว้ได้เพราะระบบที่ที่เอื้อหรือกระตุ้นให้ผู้ทำงานเกิดความพยายามที่จะเพิ่มผลผลิตภาพในงานของคนทั้งเชิงคุณภาพ และปริมาณผูกติดกับผลงาน มีระบบการประเมินที่โปร่งใส และมีผลตอบแทนที่เป็นธรรมเหมาะสมกับภาระงานที่รับผิดชอบ จุดอ่อนเดียวของระบบผลตอบแทนการทำงานภาคเอกชนคือ กลไกประกันความเสี่ยงในชีวิต คุณลักษณะของระบบซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงในชีวิตยังค้ำดีกว่าภาครัฐ หากเพิ่มคุณลักษณะนี้จะทำให้ผู้ทำงานมีความพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้นอีก

3.3 ข้อเสนอระบบผลตอบแทนการทำงานสำหรับกลุ่มอายุการทำงานน้อย (เปรียบเทียบแข่งขัน)

กลุ่มอายุการทำงานน้อยมีลักษณะที่จำเพาะ เป็นกลุ่มผู้ทำงานกลุ่มเดียวที่ให้ความสำคัญกับระบบผลตอบแทนการทำงานในเรื่องความเท่าเทียมทั้งเงินเดือน และสวัสดิการ เมื่อเปรียบเทียบกับงานอื่นๆ ดังนั้น ระบบผลตอบแทนการทำงานที่จะรักษา หรือดึงดูดกลุ่มนี้ไว้ในองค์กรจะต้องก่อให้เกิดความรู้สึกเท่าเทียมกับงานอื่นๆ ที่มีภาระรับผิดชอบใกล้เคียงกันเป็นหลัก ในขณะที่คุณลักษณะของระบบผลตอบแทนการทำงานที่เอื้อ หรือกระตุ้นให้ผู้ทำงานเกิดความพยายามที่จะเพิ่มผลผลิตภาพในงานของคนทั้งเชิงคุณภาพ และมีระบบการประเมินที่โปร่งใсыังคงเป็นระบบผลตอบแทนการทำงานที่ทำให้คนกลุ่มอายุการทำงานน้อยเกิดความรู้สึกที่ค้ำต่องาน และผูกพันต่อองค์กรได้

3.4 ข้อเสนอระบบผลตอบแทนการทำงานสำหรับกลุ่มอายุการทำงานปานกลาง (หาความมั่นคง)

ระบบผลตอบแทนการทำงานสำหรับกลุ่มอายุการทำงานปานกลาง ซึ่งจะไม่ได้เปรียบเทียบตัวเองกับงานอื่นๆ อีก ความเท่าเทียมจึงไม่มีผลใดๆ กับคนกลุ่มนี้ กลุ่มอายุการ

ทำงานปานกลางจะมองหาคุณลักษณะอีกอย่างหนึ่งจากระบบผลตอบแทนการทำงาน นั่นคือระบบที่สร้างความมั่นคงในการทำงาน มีกลไกการประกันความเสี่ยงให้กับชีวิตในระยะยาวเป็นหลัก ระบบผลตอบแทนที่มีความเป็นธรรมเหมาะสมกับภาระงานจะเพิ่มความพึงพอใจในงาน ระบบผลตอบแทนการเอื้อ หรือกระตุ้นให้ทำงานเกิดความพยายามที่จะเพิ่มผลิตภาพในงานของตนทั้งเชิงคุณภาพ และมีระบบการประเมินที่โปร่งใสยังคงเป็นระบบผลตอบแทนการทำงานที่เพิ่มความรู้สึกภาคภูมิใจต่อองค์กรสำหรับคนกลุ่มนี้

3.5 ระบบผลตอบแทนการทำงานสำหรับกลุ่มอายุการทำงานมาก (ผูกไว้ด้วยใจ)

การอยู่ หรือออกจากงานของกลุ่มอายุการทำงานมากไม่สามารถทำนายได้จากระบบผลตอบแทน การทำงานน่าจะเกิดจากปัจจัยภายในมากกว่า แต่คุณลักษณะของระบบผลตอบแทนการทำงานเอื้อ หรือกระตุ้นให้ทำงานเกิดความพยายามที่จะเพิ่มผลิตภาพในงานของตนทั้งเชิงคุณภาพ และมีระบบการประเมินที่โปร่งใสสามารถเพิ่มความผูกพันต่อองค์กรได้ กลไกประกันความเสี่ยงซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงในชีวิตเพิ่มความพึงพอใจในงานสำหรับกลุ่มนี้

4. ข้อเสนอเชิงกลยุทธ์

4.1 กลยุทธ์เพิ่มความสนับสนุนองค์กร Supporting Organization

- พัฒนาระบบผลตอบแทนการทำงานที่ผูกติดกับผลงานอย่างจริงจัง ทางเลือกระบบเงินเดือน บวกเพิ่มด้วยผลตอบแทนที่เกิดจากผลการปฏิบัติงาน (performance incentive) เป็นทางเลือกที่มีความเป็นไปได้
- มีการพัฒนาคนทำงานอย่างเป็นระบบสอดคล้องกับตำแหน่งหน้าที่ที่รับผิดชอบเพื่อสร้างผลงานมากขึ้น
- การเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่งควรอยู่บนความเชี่ยวชาญทุกคนเข้าถึงได้ ไม่ใช่ตำแหน่งบริหารที่น้อยคนเท่านั้นที่จะเข้าถึง

4.2 กลยุทธ์เพิ่มความโปร่งใสของระบบผลตอบแทนการทำงาน (Transparency)

- การประเมินจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stake holder) ที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งงาน

นั้นๆ ทั้งหมด แจ้งผลการประเมินและรายได้อย่างละเอียดเป็นรายการๆ อธิบายที่มาที่ไปได้

- มีระบบการประเมินผลที่ตกลงวางเป้าหมายที่จำเพาะสำหรับแต่ละคน และสามารถตรวจสอบสถานภาพผลงานของตนเองตลอดเวลา

4.3 กลยุทธ์เพิ่มความเป็นธรรมให้กับระบบผลตอบแทนการทำงาน (Fairness)

- ต้องปรับฐานเงินเดือนขั้นต่ำเพื่อที่จะ retain คนใน 3-5 ปีแรก ซึ่งยังไม่ผูกพันกับงาน รายได้รวมเริ่มต้นควรไม่ต่ำกว่า 25,000-30,000 บาท
- แก้ไขความไม่สอดคล้องกันของกรอบกำลังคน กับความลึกของการบริการ โรงพยาบาลศูนย์เกษัชรน้อยกว่าในโรงพยาบาลขนาดเล็กกว่าทั้งที่มีรายการยาเยอะ และต้องให้บริการที่มีความลึกมากกว่า

4.4 กลยุทธ์เพิ่มความรู้สึกมั่นคงในชีวิต (Security)

- ระบบการหักเงินเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพแบบทวีภาคี กำหนดให้องค์กรมีส่วนร่วมมากขึ้นเมื่อพนักงานอยู่ในองค์กรนานขึ้น
- ลดการแข่งขันจากระบบการจ่ายผลตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน โดยส่งเสริมการทำงานเป็นทีม มีเป้าหมายของทีม ผลงานของหัวหน้าทีมเกิดจากผลงานของลูกน้องรวมกัน
- ให้มีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าขององค์กรมากขึ้น เช่น ในภาคเอกชนจะมีการขายหุ้นให้กับพนักงานในราคาพิเศษต่ำกว่าราคาตลาด (Stock option)

การเคลื่อนย้ายทันตแพทย์ในระบบบริการสุขภาพช่องปาก

พ.ศ. 2518-2548

สุนี ผลศิโยม

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเคลื่อนย้ายของทันตแพทย์ในระบบบริการสุขภาพช่องปาก พ.ศ. 2518-2548 ในเรื่องการกระจายเมื่อจบการศึกษา อายุราชการเฉลี่ยก่อนลาออกปัจจัยที่ทำให้ลาออก เวลาทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และเวลาเฉลี่ยก่อนเข้าศึกษาต่อของทันตแพทย์ โดยส่งแบบสอบถามไปยังทันตแพทย์ (ร้อยละ 49.6) ที่ปฏิบัติงานปี พ.ศ. 2518, 2523, 2528, 2533, 2538, 2540, 2542, 2544, 2546, 2547 และ 2548 ระหว่างพฤศจิกายน 2549 - มกราคม 2550 ได้รับการตอบกลับจำนวน 450 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 31.1

ผลการศึกษา ทันตแพทย์มีอายุระหว่าง 24-59 ปี ส่วนใหญ่เป็นทันตแพทย์หญิงร้อยละ 73.1 ทันตแพทย์รุ่น 2518-2528 รับราชการร้อยละ 68.4 รุ่นอื่นๆ เป็นทันตแพทย์คู่สัญญาที่ต้องรับราชการเป็นเวลา 3 ปี ลาออกทันทีโดยไม่รับราชการรุ่นแรกๆ มีมาก (ร้อยละ 10.1) รุ่นต่อๆ มาลดลง (ร้อยละ 0.6) ทันตแพทย์ภาครัฐลาออกร้อยละ 20.9-26.9 โดยกลุ่มที่ไม่เคยย้ายที่ทำงานรุ่น 2518-2528 ลาออกเมื่อทำงานได้ 1.8 ปี รุ่นคู่สัญญาแรกๆ ทำงานครบ (3.7 ปี) จึงลาออก แต่รุ่น 2540-2548 ทำงานไม่ครบ (1.7-2.6 ปี) ส่วนกลุ่มที่เคยย้ายที่ทำงานตั้งแต่ 1-4 แห่งทำงานได้นานกว่า (3.4-11.2 ปี) จึงลาออก แต่รุ่น 2546-2548 ทำงานได้เพียง 2.8 ปี สาเหตุหลักที่ออกคือ กลับภูมิลำเนา แต่งงานมีครอบครัวมีลูก ต้องการศึกษาต่อ ทำงานคลินิกตนเอง/คลินิกผู้อื่น ปัจจัยทำนายการลาออกของรุ่น 2540-2544 ($R^2 = .579$) คือ ภาระงานมากเกินไป ไม่ได้ทำงานอยู่ในจังหวัดเดียวกับภูมิลำเนา และไม่มี การเปลี่ยนระบบ การประเมินผลการทำงาน ปัจจัยทำนายการลาออกของรุ่น 2546-2548 ($R^2 = .813$) คือ มี ภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานครและเขตอำเภอเมือง อายุราชการน้อย และไม่ได้ทำงานบริหาร

ทันตแพทย์ภาคเอกชนให้บริการทันตกรรม 34.4-40.8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ส่วนภาค รัฐ 21.5-38.8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์และทำงานอื่นอีก 6.6-17.0 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ รายได้ที่เป็น เงินเดือนของทันตแพทย์ภาครัฐคิดเป็นร้อยละ 20.6-36.8 ของภาคเอกชน แต่เมื่อรวมค่า คอบแทนอื่นๆ จากมาตรการจูงใจต่างๆ ของภาครัฐจะเป็นร้อยละ 40.9-59.7 เวลาเฉลี่ยก่อน เข้าศึกษาต่อของทันตแพทย์รุ่นจบภายหลังเร็วกว่า (1-2 ปี) รุ่นจบแรกๆ (5-7ปี)

คำสำคัญ : ทันตแพทย์, การเคลื่อนย้าย, การกระจาย, การขาดแคลน

ความเป็นมา

การศึกษาเรื่องการเคลื่อนย้ายทันตแพทย์ในระบบบริการสุขภาพช่องปาก พ.ศ. 2518-2548 โดยการสนับสนุนของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเกิดขึ้นเนื่องจากความตระหนักต่อปัญหาการสูญเสียทันตแพทย์ในระบบราชการ โดยเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุข นับตั้งแต่ พ.ศ. 2546 มีการลาออกจำนวนมากทุกปี การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเคลื่อนย้ายของทันตแพทย์ในระบบบริการสุขภาพช่องปากในเรื่องการกระจายเมื่อจบการศึกษา อายุราชการเฉลี่ยก่อนลาออก ปัจจัยที่ทำให้ลาออก เวลาทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และเวลาเฉลี่ยก่อนเข้าศึกษาต่อของทันตแพทย์

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงปริมาณเป็นหลัก ประชากรที่ศึกษาคือทันตแพทย์ที่จบการศึกษาในปี พ.ศ. 2518, 2523, 2528, 2533, 2538, 2540, 2542, 2544, 2546, 2547 และ 2548 โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือส่งไปยังกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.6 ระหว่างพฤศจิกายน 2549 -มกราคม 2550 ได้รับการตอบกลับจำนวน 450 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 31.1 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย chi-square, t-test, anova, logistic regression และ Kaplan-Meier survival function

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ส่วนใหญ่เป็นทันตแพทย์หญิงคิดเป็นร้อยละ 73.1 อายุระหว่าง 24-59 ปี หากแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ รุ่น พ.ศ. 2518-2528 เป็นกลุ่มที่สมัครใจรับราชการ รุ่น พ.ศ. 2533-2538 เป็นกลุ่มที่ต้องรับราชการตามสัญญาเป็นเวลา 3 ปี รุ่นแรกๆ (รุ่นที่ 1 เริ่มรับราชการปี พ.ศ.2532) รุ่น พ.ศ.2540-2544 เป็นกลุ่มที่ต้องรับราชการ และก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งหลังวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศไทย รุ่น พ.ศ. 2546-2548 เป็นกลุ่มที่ต้องรับราชการและมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งอยู่ในระยะที่มีการปรับการทำงานของหน่วยงานภาครัฐในเรื่องการประเมินผลการทำงาน

การประกันคุณภาพบริการ ทันตแพทย์ทั้ง 4 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร และเขตอำเภอเมือง โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตชนบทประมาณไม่เกินร้อยละ 25.0 ผู้ที่มีสถานที่ทำงานในจังหวัดตรงกับภูมิลำเนา มีร้อยละ 51.3 ผู้ที่จบจากสถาบันในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 56.0

2. การลาออกจากราชการ

ร้อยละของการลาออกอยู่ ระหว่าง 20.9-26.9 คูเหมือนใกล้เคียงกันทุกรุ่น แต่รุ่น 2518-2528 นับถึงปัจจุบันประมาณ 22-32 ปี เมื่อเทียบกับรุ่น 2546-2548 ประมาณ 2-4 ปี แสดงว่ารุ่นหลังๆ ลาออก จำนวนมากและเร็วมากขึ้น ยืนยันได้ด้วยอายุราชการเฉลี่ยลคน้อยลง ใช้ทุนไม่ครบ 3 ปีก็ลาออก แม้กลุ่มที่เคยย้ายที่ทำงานก็เช่นเดียวกัน ถึงจะอยู่ได้นานกว่าก็ตาม สาเหตุหลักที่ออก คือ กลับภูมิลำเนา มีครอบครัว ศึกษาค่อ และทำงานภาคเอกชน ปัจจัย ทำนายการลาออกของรุ่น 2540-2544 ($R^2=.579$) คือ ภาระงานมากเกินไป ไม่ได้ทำงาน อยู่ในจังหวัดเดียวกับภูมิลำเนา และไม่มีการเปลี่ยนระบบการประเมินผลการทำงาน ปัจจัย ทำนายการลาออกของรุ่น 2546-2548 ($R^2=.813$) คือ มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร และเขตอำเภอเมือง อายุราชการน้อย และไม่ได้ทำงานบริหาร

รุ่น	2518-2528	2533-2538	2540-2544	2546-2548
ร้อยละที่ลาออก	26.9	23.9	26.7	20.9
ร้อยละที่ลาออกทันที (ไม่รับราชการ)	-	10.1	3.7	0.6
อายุราชการเฉลี่ยก่อนออกเป็นปี (กลุ่มไม่เคยย้ายที่ทำงาน)	1.8	3.8	2.6	1.7
อายุราชการเฉลี่ยก่อนออกเป็นปี (กลุ่มที่เคยย้ายที่ทำงาน)	11.2	6.4	3.4	2.8
สาเหตุที่ลาออก	กลุ่มภูมิลำเนา มีครอบครัว เงินเดือนน้อย ไม่ชอบระบบ ราชการ ไม่ชอบงาน ที่ทำ	กลับภูมิลำเนา มีครอบครัว ใช้ทุนครบ ศึกษาต่อ	กลับภูมิลำเนา มีครอบครัว ศึกษาต่อ ไม่ชอบระบบ ราชการ เปิดคลินิก ตนเอง	กลับภูมิลำเนา ศึกษาต่อ ทำคลินิก เอกชน

3. เวลาทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์

ภาคเอกชนเป็นเวลาทำงานให้บริการทันตกรรม ส่วนภาครัฐเป็นเวลาทำงานให้บริการทันตกรรม และเวลาทำงานอื่นๆ เวลาทำงานของภาครัฐและเอกชนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พ.ศ.	ภาคเอกชน	ภาครัฐ
2518-28	37.5	$21.5 + 17.0 = 38.5$
2533-38	34.4	$32.4 + 11.8 = 44.2$
2540-44	40.8	$33.8 + 6.7 = 40.5$
2546-48	39.6	$35.6 + 6.6 = 42.2$

4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

เงินเดือนภาครัฐเมื่อเทียบกับเอกชนคิดเป็นร้อยละ 20.6-36.8 ของภาคเอกชน เมื่อรวมเงินค่าตอบแทนอื่นๆ จากมาตรการจูงใจต่างๆ ของภาครัฐ (เงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย, เงินไม่ทำเวชปฏิบัติฯ, เงิน พตส., เงินประจำตำแหน่ง) คิดเป็นร้อยละ 40.9-59.7 ของภาคเอกชน

พ.ศ.	ร้อยละเงินเดือน	ร้อยละรวมเงินเดือนและค่าตอบแทน
2518-28	36.8	59.7
2533-38	25.3	47.8
2540-44	20.6	40.9
2546-48	20.9	52.6

5. เวลาเฉลี่ยก่อนเข้าศึกษาต่อ

ทันตแพทย์รุ่นจบภายหลัง เข้าศึกษาต่อเร็วกว่ารุ่นจบแรกๆ

รุ่น	เวลาเฉลี่ย (ปี)
2518-28	5-7
2533-38	4-5
2540-44	3-4
2546-48	1-2

6. การย้ายที่ทำงาน

ผู้ที่ยังทำงานภาครัฐส่วนใหญ่จะย้ายที่ทำงาน สาเหตุหลักคือ ย้ายกลับภูมิลำเนา มีครอบครัว ศึกษาต่อ เพิ่มประสบการณ์และเดินทางลำบาก *ปัจจัยทำนายการย้ายที่ทำงาน* ของรุ่น 2540-2544 ($R^2=.780$) คือ ได้รับมอบหมายงานที่ไม่ใช่งานทันตกรรม มากเกินไป มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และไม่มีการเพิ่มงานประกันคุณภาพบริการ *ปัจจัยทำนายการย้ายที่ทำงาน* ของรุ่น 2546-2548 มี 2 สมการ *หนึ่ง* ($R^2=.543$) คือ ไม่ได้ทำงานในเขตอำเภอเมือง ไม่ได้ทำงานอยู่ในภูมิลำเนา มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จบจาก

สถาบันที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร การได้ศึกษาต่อ และอายุราชการมาก สอง ($R^2 = .509$) คือ ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมทันตแพทย์ในจังหวัดที่ทำงาน ไม่ได้ทำงานอยู่ในภูมิภาค ไม่ ได้ทำงานอยู่ในชุมชนที่ดี ได้รับสวัสดิการอื่นนอกจากเงิน ไม่มีความสุขในการทำงาน และมีการเพิ่มงานประกันคุณภาพบริการ

รุ่น	2518-2528	2533-2538	2540-2544	2546-2548
ร้อยละที่ย้ายที่ทำงาน	57.9	87.0	75.0	44.8
เวลาเฉลี่ยก่อนย้ายครั้งที่ 1 (ปี)	5.5	4.2	2.6	1.6
สาเหตุการย้ายครั้งที่	กลับภูมิลำเนา มีครอบครัว	กลับภูมิลำเนา มีครอบครัว	กลับภูมิลำเนา มีครอบครัว เพิ่ม ประสบการณ์	กลับภูมิลำเนา ศึกษาต่อ เดินทางลำบาก เพิ่ม ประสบการณ์
เวลาเฉลี่ยก่อนย้ายครั้งที่ 2 (ปี)	2.2	2.2	2.0	0.9
สาเหตุการย้ายครั้งที่ 2	กลับภูมิลำเนา	กลับภูมิลำเนา	กลับภูมิลำเนา มีครอบครัว ศึกษาต่อ	กลับภูมิลำเนา
เวลาเฉลี่ยก่อนย้ายครั้งที่ 3 (ปี)	5.5	1.8	1.0	-
สาเหตุการย้ายครั้งที่ 3	-	กลับภูมิลำเนา	-	-

7. การรับราชการโดยไม่เคยย้ายที่ทำงาน

ทันตแพทย์ที่รับราชการครั้งแรกแล้วไม่เคยย้ายที่ทำงานส่วนใหญ่จะเป็นรุ่น 2518-2528 เพราะสามารถเลือกสถานที่ทำงานได้ ส่วนรุ่น 2546-2548 จำนวนมากที่ไม่ย้ายที่ทำงานเนื่องจากคิดเงินเดือนของสัญญา 3 ปี

พ.ศ.	2518-2528	2533-2538	2540-2544	2546-2548
ร้อยละที่ ไม่เคยย้าย	42.1	13.0	25.0	55.2
สาเหตุ การไม่ย้าย	ได้ทำงาน ในภูมิลำเนา ชอบงานที่ทำ	ชอบงานที่ทำ	ได้ทำงาน ในภูมิลำเนา ผู้ร่วมงานดี	ได้ทำงาน ในภูมิลำเนา ชอบงานที่ทำ ผู้ร่วมงานดี คิดสัญญา 3 ปี มีความสุข

ข้อสรุป

1. โครงการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ โดยกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับราชการ เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์ (ทำงานตามสัญญา 3 ปี) ยังมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อทดแทนทันตแพทย์ที่ลาออกไป
2. มาตรการจูงใจต่างๆ ยังคงคงไว้ เพื่อเป็นสิ่งที่ทำให้ทันตแพทย์คงอยู่ในระบบราชการต่อไป เนื่องจากเฉพาะเงินเดือนไม่เพียงพอ แม้ว่าจะเพิ่มแล้วทำให้รายได้เป็นเพียงร้อยละ 40.9-59.7 ของภาคเอกชน
3. ในการผลิตทันตแพทย์เพิ่ม ไม่ควรคัดเลือกนักศึกษาจากพื้นที่กรุงเทพมหานครหรืออำเภอเมือง ควรเป็นพื้นที่อำเภอชนบท (อำเภอที่ไม่ใช่อำเภอเมือง) เพราะทันตแพทย์ในที่สุดจะกลับไปทำงานในภูมิลำเนา
4. แนวโน้มทันตแพทย์ที่จบอยากศึกษาต่อมากขึ้น ควรมีการศึกษาและวางแผนเรื่องนี้ให้รัดกุม เพื่อไม่ให้เกิดสภาวะทันตแพทย์ต้องเป็น specialist เหมือนแพทย์
5. ปัจจัยที่ทำให้ทันตแพทย์รุ่นเพิ่งจบจะทำงานได้ดี คือ ผู้ร่วมงานดี ทำงานมีความสุข ดังนั้นสถาบันการผลิตควรมีการเตรียมทันตแพทย์ให้สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างดี โดยเฉพาะทันตแพทย์ด้วยกันเอง และสถานที่ทำงานภาครัฐควรมีการบริหารจัดการที่ดี

การดำรงอยู่อย่างพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Retention and work satisfaction of primary care health workforce)

นงลักษณ์ พะโกยะ, เอกชัย คำนชาญชัย, ยลฤดี คัมภลสิทธิ์, พูนทรัพย์ โพนสิงห์
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำรงอยู่และสถานการณ์การย้ายของบุคลากรสาธารณสุข ปัจจัยการย้ายและการดำรงอยู่ ตลอดจนมาตรการที่เหมาะสมในการดำรงอยู่อย่างพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โดยระเบียบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยภาคตัดขวางดำเนินการใน 8 จังหวัด ครอบคลุม 4 ภาค กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย บุคลากรปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย (1,820 คน) และบุคลากรที่จบหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุข และเริ่มปฏิบัติงานครั้งแรกที่สถานีอนามัย จำนวน 1,820 คน เครื่องมือเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมกลุ่มย่อย ผลการศึกษาพบว่าการโยกย้ายส่วนใหญ่ย้ายระหว่างสถานีอนามัยกลุ่มอายุราชการ 1-5 ปี มีการโยกย้ายมากที่สุด และเหตุผลการโยกย้ายจะเกี่ยวข้องกับภาระงานมากเกินไป คุณภาพครอบครัว/กลับภูมิลำเนา งบประมาณไม่เพียงพอ ตำแหน่งขาดความก้าวหน้า ค่าตอบแทนและสวัสดิการอื่นๆ ไม่เหมาะสม ส่วนปัจจัยการดำรงอยู่ ได้แก่ การมีผู้บังคับบัญชาที่ดี ลักษณะงานมีความอิสระ ค่าตอบแทนนอกเหนือจากเงินเดือนที่รัฐจัดให้ ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ/ครุภัณฑ์อย่างเพียงพอ และทำงานอยู่ใกล้ครอบครัว ดังนั้น มาตรการในการดำรงบุคลากรให้ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยอย่างมีความสุข ได้แก่ การคัดเลือกคนในพื้นที่เข้ามาศึกษาและเน้น พัฒนาการมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานชุมชน นโยบายของรัฐควรให้ความสำคัญกับบุคลากรระดับสถานีอนามัย ส่งเสริมการทำงานแนวราบเพื่อเตรียมพร้อมการถ่ายโอนอำนาจ พัฒนาความก้าวหน้าในตำแหน่ง ตลอดจนพัฒนาค่าตอบแทนให้สัมพันธ์กับงาน/ความกดดันของพื้นที่

คำสำคัญ : บุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ การดำรงอยู่ ภาระงาน ค่าตอบแทน

ความเป็นมา

การเปลี่ยนแปลงของบริบทของประเทศและท้องถิ่น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ/สังคม การปฏิรูประบบราชการ การกระจายอำนาจ โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า นโยบายการสร้างเสริม สุขภาพ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรและระบาดวิทยา ล้วนส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิตลอดทั้งส่งผลกระทบต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือสถานีอนามัย ในขณะที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยนั้นมีข้อจำกัดในด้านการขาดแคลนบุคลากร การขาดแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งส่งผลต่อการขาดความพึงพอใจในการทำงาน และส่งผลท้ายสุดต่อปัญหาการโยกย้ายของบุคลากร ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลให้บุคลากรสถานีอนามัย ค้ำรงอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์การดำรงอยู่และสถานการณ์การย้ายของบุคลากรสาธารณสุข ปัจจัยการโยกย้ายของบุคลากรสาธารณสุข ปัจจัยการดำรงอยู่และมาตรการที่เหมาะสมในการดำรงอยู่อย่างพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยภาคตัดขวาง ดำเนินการใน 8 จังหวัด ครอบคลุม 4 ภาค ได้แก่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย บุคลากรปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย (ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค) และบุคลากรที่จบหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขและเริ่มปฏิบัติงานครั้งแรกที่สถานีอนามัย ทั้งหมดชုคละ 1,820 คน ตลอดทั้งตัวแทนจากสถานีอนามัยที่มีผลงานดี เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามส่งกลับทางไปรษณีย์ 2 ชุด การสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อระดมความเห็น

ผลการศึกษา

การย้ายและปัจจัยการย้าย

แบบสอบถามได้รับการตอบกลับ 1,312 จาก 1,820 คิดเป็น 72% บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มีอายุราชการอยู่ระหว่าง 11- 15 ปี ระดับการศึกษาาระดับปริญญาตรีขึ้นไปและมี

ภูมิลำเนาอยู่ในเขตชนบท จากการแบ่งกลุ่มตามระยะเวลาที่เริ่มรับราชการช่วงละ 5 ปี พบว่าถึงแม้แต่ละกลุ่มจะมีการโยกย้ายแค่ส่วนใหญ่เป็นการโยกย้ายระหว่างสถานีอนามัย และเมื่อเทียบระหว่างการย้ายออกจากสถานีอนามัยในแต่ละรุ่น พบว่า รุ่นที่จบการศึกษา หลังๆ มีแนวโน้มจะย้ายออกจากสถานีอนามัยเร็วขึ้น แต่เป็นที่น่าสนใจว่ารุ่นที่จบการศึกษา ในปี 2536-2540 ซึ่งพบแนวโน้มที่ต่างไป กล่าวคือระยะเวลาที่ผ่านไป 15 ปี พบโอกาส การดำรงอยู่สูงกว่ารุ่นก่อนหน้านั้น โดยมีประมาณ 80% ในขณะที่โอกาสการดำรงอยู่ของ รุ่นหลัง ได้แก่รุ่นปี 2541-45 และรุ่นปี 2546-2549 ก็ไม่สูงนักเมื่อเทียบกับรุ่นปี 2536-2540 ซึ่งอาจจะอธิบายได้ว่าในช่วงเวลานั้นกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินโครงการทศวรรษแห่งการ พัฒนาสถานีอนามัย (2534-2543) ซึ่งในช่วงดังกล่าวมีการพัฒนาสถานีอนามัยหลายด้าน ทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน สนับสนุนครุภัณฑ์/วัสดุ และเพิ่มการผลิตบุคลากรสาธารณสุข เพื่อไปปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย และสถานีอนามัยได้รับการให้ความสนใจจากผู้กำหนด นโยบายระดับกระทรวงเป็นอย่างมาก อาจจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ของบุคลากร สาธารณสุขในยุคนี้

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้บุคลากรสาธารณสุขโยกย้ายในแต่ละกลุ่มอายุราชการ พบว่ากลุ่มอายุราชการ 1-5 ปีมีการโยกย้ายมากที่สุด และเหตุผลการโยกย้ายจะเกี่ยวข้องกับ การกลับไปดูแลครอบครัว/ภูมิลำเนา การบริหารจัดการกำลังคน และการหาประสบการณ์/ ความก้าวหน้า ส่วนการย้ายในช่วงอายุที่สูงขึ้น ปัจจัยหลักได้แก่ ครอบครัว และการแสวงหา ความก้าวหน้าในตำแหน่ง

ส่วนด้านการย้ายออกจากสถานีอนามัยนั้น พบว่าปัจจัยหลัก ได้แก่ จำนวนบุคลากร ไม่เพียงพอกับภาระงานและภาระงานมากเกินไป ซึ่ง 2 ประเด็นนี้มีความสัมพันธ์กัน รอง ลงไปได้แก่ ดูแลครอบครัว งบประมาณของสถานีอนามัยไม่เพียงพอ ตำแหน่งขาดความ ก้าวหน้า ค่าตอบแทนและสวัสดิการอื่นๆ ไม่เหมาะสม เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความ สัมพันธ์กับการย้ายของบุคลากรสาธารณสุข พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ อายุ ราชการ ระดับการศึกษา และภูมิลำเนา ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น โดย อายุราชการมากขึ้นก็มีแนวโน้มย้ายมากขึ้น เหตุผลการย้ายประการหนึ่งคือการแสวงหา ความก้าวหน้าและจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์จึงพบว่าระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป พบการย้ายมากกว่าระดับต่ำกว่าปริญญาตรี และการย้ายสาเหตุหลักคือต้องการกลับภูมิลำเนา

และอยู่กับครอบครัว และมีข้อค้นพบว่าบุคลากรที่มีภูมิลำเนาอยู่เขตเมืองมีอัตราการย้ายออกจากสถานีนอมนัยมากกว่าบุคลากรที่มีภูมิลำเนาอยู่ที่ชนบท

การดำรงอยู่และปัจจัยการดำรงอยู่

จากการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างด้านความตั้งใจการดำรงอยู่ พบว่ามีบุคลากรตั้งใจจะย้ายออกจากองค์กร ประมาณ 39% โดยต้องการจะย้ายไปทำงานที่สถานีนอมนัยอื่น (41%) และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (28%) ส่วนผู้ที่ตั้งใจดำรงอยู่ในองค์กรประมาณ 61.0% โดยเหตุผลในการดำรงอยู่นั้นเกี่ยวข้องกับ การมีผู้บังคับบัญชาที่ดี ลักษณะงานมีความอิสระ ค่าตอบแทนนอกเหนือจากเงินเดือนที่รัฐจัดให้ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ที่ทำงานได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ/ครุภัณฑ์อย่างเพียงพอ และทำงานอยู่ใกล้ครอบครัว ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความตั้งใจอยู่และย้ายของบุคลากร ได้แก่ รายได้ การมีงานอื่นที่น่าสนใจ ความทุรกันดารของสถานที่ปฏิบัติงาน ภาระงาน การสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ ความเหมาะสมของระบบการบริหาร การยอมรับนับถือจากสังคม ความพึงพอใจต่อลักษณะงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน สภาพแวดล้อม และความปลอดภัยของสถานที่ปฏิบัติงาน

ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่ามีความสอดคล้องกันกับข้อมูลเชิงปริมาณ กล่าวคือปัจจัยเอื้อให้บุคลากรดำรงอยู่ในสถานีนอมนัยได้อย่างมีความสุข ได้แก่ การมีผู้บังคับบัญชาที่ดี การได้รับการยอมรับนับถือจากชุมชน การทำงานร่วมกับภาคีนอกกระทรวงสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงานและการทำงานเป็นทีม การมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานสถานีนอมนัยและชุมชน การสนับสนุนในด้านต่างๆ อย่างเพียงพอจากโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ ค่าตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรม เป็นต้น

มาตรการการดำรงบุคลากร

ในด้านมาตรการการดำรงบุคลากรนั้นกลุ่มที่ย้ายและตั้งใจจะย้ายออกจากสถานีนอมนัยและกลุ่มที่ยังคงอยู่ในสถานีนอมนัย มีความเห็นต่อมาตรการการดำรงบุคลากรใกล้เคียงกัน ได้แก่ การเพิ่มค่าตอบแทน การมีผู้บริหารที่ดี การพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ การสนับสนุนอย่างเพียงพอของในด้าน กำลังคน วัสดุ/อุปกรณ์ การบริหารจัดการ และการเงิน

และมีสวัสดิการดี คูแลนุตร บ้านพัก จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า การที่จะดำรงบุคลากรให้อยู่ในสถานีนอนามัยได้นานนั้น มาตรการต่างๆ ที่ควรดำเนินการดังต่อไปนี้ การพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ พัฒนาระบบการบริหารจัดการของสถานีนอนามัย สถานีนอนามัยมีทิศทางการทำงานเพื่อชุมชนอย่างชัดเจน สนับสนุนการทำงานเป็นทีมทั้งภายในสถานีนอนามัยและหน่วยงานอื่นในระดับตำบล การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาอย่างเพียงพอในด้าน คนงบประมาณ วัสดุ/อุปกรณ์ การเพิ่มค่าตอบแทนแบบผูกติดกับเงื่อนไข การคัดเลือกคนในท้องถิ่นไปศึกษาและกลับมาพัฒนาท้องถิ่น

ในด้านมาตรการการเงิน ซึ่งได้รับการให้ความสำคัญมาก ซึ่งเกือบทั้งหมดเห็นว่าการเพิ่มค่าตอบแทนเป็นมาตรการอันดับต้นในการดำรงบุคลากร และเมื่อวิเคราะห์จำนวนที่ต้องการเพิ่มนั้น ไม่เห็นความสัมพันธ์กับอายุการทำงาน การตั้งใจอยู่หรือย้าย หรือรายภาค แต่เป็นตัวเลขที่ใกล้เคียงกันคือประมาณ 4,000-5,000 บาท ทั้งนี้ อาจจะเนื่องมาจากเกิดการเปรียบเทียบกับวิชาชีพที่ใกล้เคียงกันหรือทำงานร่วมกัน และบุคลากรหน่วยงานอื่นที่ทำงานในระดับตำบลด้วยกัน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และครู เป็นต้น ซึ่งมีผลทำให้บุคลากรรู้สึกถึงความไม่เป็นธรรม

สรุป

การโยกย้ายของบุคลากรสาธารณสุขแม้จะมีมากแต่เป็นการย้ายระหว่างสถานีนอนามัย อย่างไรก็ตามก็บ่งบอกถึงความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน ดังนั้น ในการดำเนินมาตรการให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างมีความสุขจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยการย้าย ปัจจัยการดำรงอยู่เป็นสำคัญ ดังนั้น มาตรการควรประกอบด้วย การคัดเลือกคนในพื้นที่เข้ามาศึกษาและเน้นพัฒนาการมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานชุมชน นโยบายของรัฐควรให้ความสำคัญกับบุคลากรระดับสถานีนอนามัย ส่งเสริมการทำงานแนวราบเพื่อเตรียมพร้อมการถ่ายโอนอำนาจ พัฒนาความก้าวหน้าในตำแหน่ง ตลอดจนทั้งพัฒนาค่าตอบแทนให้สัมพันธ์กับงาน/ความกันดารของพื้นที่ และระยะเวลาปฏิบัติงานที่สถานีนอนามัย

เอกสารอ้างอิง

- 1) จักรสันต์ เลยหยุด (2549) ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน
ระบาคติวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดขอนแก่น
ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 2) ปณัฎฐา วณิชชานนท์ (2533) ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานกับ
สมรรถภาพในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดสงขลา
วิทยานิพนธ์ (วท.ม.) สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- 3) ครุณ นุณหนา (2548) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขยายของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดชัยภูมิ วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 4) นรินทร์ สังข์รักษา 2536 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ
หัวหน้าสถานีอนามัยในภาคกลางตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานี
อนามัย (ทสอ.) พ.ศ.2535-2544. วิทยานิพนธ์ (วท.ม.) สาขาวิชาเอกบริหาร
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- 5) พรหมมาตร์ ปฏิสังข์ (2547) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในงานของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดจันทบุรี
วิทยานิพนธ์ (ศศ.ม.) สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 6) วีระ คีมั่น (2542) ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ระดับตำบลกับแบบภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดพิจิตร วิทยานิพนธ์
(วท.ม.) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- 7) Davis K and Newstrom, JW (1985). HUMAN BEHAVIOR AT WORK:
Organizational behavior. 7th Edition. National Book Store, Inc.
- 8) Lexomboon, D (2004). Retention of dentists at rural in Thailand. PH
D Thesis. University of Liverpool

สถานการณ์ด้านกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย (Professional Nurses Manpower in Thailand)

กฤษฎา แสงดี

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

การศึกษาสถานการณ์ด้านกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายเกี่ยวกับอุปทานของพยาบาลวิชาชีพภายในประเทศ ในด้านของโครงสร้างและขนาดของกำลังคน แนวโน้มการเพิ่มและการสูญเสียกำลังคน รวมทั้งสถานการณ์การขาดแคลนกำลังคนพยาบาลวิชาชีพเมื่อเปรียบเทียบกับความต้องการ โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ข้อมูลผู้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของสภาการพยาบาล ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2548 และข้อมูลการออกจากราชการของพยาบาลวิชาชีพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษาพบว่า ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2548 มีพยาบาลวิชาชีพ ในวัยทำงานทั้งหมด 97,942 คน เป็นผู้ประกอบวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพประมาณ 88,440 คน หรือร้อยละ 90.3 ในขณะที่ความต้องการพยาบาลวิชาชีพของประเทศในช่วงเวลาเดียวกันนี้ ควรจะมีพยาบาลวิชาชีพ 119,700 อัตราเต็มกำลัง (FTEs) เมื่อคำนวณตามความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน ดังนั้น จึงยังขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพอยู่ประมาณ 31,260 อัตราเต็มกำลัง ท่ามกลางความต้องการบริการสุขภาพภายในประเทศที่สูงขึ้นนี้ การเพิ่มขนาดกำลังคนกลับลดลงโดยพบว่า การเพิ่มของพยาบาลวิชาชีพในปี 2548 ลดลงถึงร้อยละ 35.3 เมื่อเทียบกับ ปี 2543 ซึ่งเป็นผลจากการลดกำลังการผลิตพยาบาลวิชาชีพ ลงกว่า ร้อยละ 40 ตั้งแต่ปี 2542-2548 และมีการสูญเสียพยาบาลออกจากวิชาชีพเพิ่มขึ้น จากอัตราร้อยละ 2.4 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 4.2 ในปี 2548 ซึ่งส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยในการทำงานสั้นลงเหลือเพียงเฉลี่ย 22 ปีจากเมื่อเริ่มทำงานหรือโดยเฉลี่ยพยาบาลจะทำงานถึงอายุ 45 ปี เท่านั้น และหากต้องการพยาบาลวิชาชีพในขนาดที่ต้องการจะต้องผลิตเพิ่มถึงปีละประมาณ 9,000 คน ซึ่งเกินกำลังการผลิตพยาบาลวิชาชีพที่มีอยู่ในประเทศ นอกจากนี้ยังพบว่า การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพอาจเข้าสู่ภาวะวิกฤติในอีกประมาณ 5 ปี

ข้างหน้าทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการมีพยาบาลที่อายุ 45 ปีขึ้นไปในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 20.1

ดังนั้น จึงควรต้องมียุทธศาสตร์กำลังคนด้านการพยาบาลในระดับชาติรวมทั้งพัฒนากรอบการผลักดันนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านการพยาบาลผ่านรัฐบาลและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง และควรกำหนดมาตรการทั้งระยะสั้นและระยะยาวเกี่ยวกับ การพัฒนา นโยบาย และกระบวนการวางแผนกำลังคน การพัฒนาหลักสูตร พัฒนาผลิตภาพ กำลังคน รวมทั้งการบริหารจัดการเกี่ยวกับการใช้กำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการ คำนการกระจาย และการดำรงรักษากำลังคนด้านการพยาบาล

คำสำคัญ : กำลังคน, พยาบาลวิชาชีพ, ขนาดและโครงสร้างอายุ, การขาดแคลน, อัตราการสูญเสีย

ความเป็นมา

ปัจจุบันปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพเกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกคาดว่า จากประชากรพยาบาลที่มีอยู่เดิมประมาณ 24 ล้านคน ทั่วโลกยังมีความต้องการกำลังคนกลุ่มนี้เพิ่มอีกอย่างน้อย 4 ล้านคน จึงจะสามารถบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ สำหรับการขาดแคลนกำลังคนด้านการพยาบาลในประเทศไทยนั้น เป็นปัญหาที่สะสมมาเรื่อยๆ ตั้งแต่เมื่อประมาณ 40 ปีที่แล้ว ต่อมาเมื่อมีการเร่งขยายกำลังการผลิตพยาบาลทั้งระดับวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค โดยการขยายสถาบันการศึกษาพยาบาลทั่วประเทศ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4-7 เป็นต้นมา (พ.ศ.2520-พ.ศ.2539) ทำให้ความรุนแรงของการขาดแคลนเริ่มมีแนวโน้มลดลง แต่ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของประเทศ ปัจจุบันการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย เริ่มมีความรุนแรงขึ้นอีกครั้ง เนื่องจากมีจำนวนพยาบาลไม่เพียงพอต่อความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และการมีข้อจำกัดในการผลิตพยาบาลเพิ่มขึ้นต่อความต้องการ ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยสำคัญคือ 1) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีการเพิ่มขึ้นทั้งขนาด และการเพิ่มสัดส่วนประชากรสูงอายุ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงแบบแผนความเจ็บป่วยของประชาชนซึ่งเป็นไปในทางที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง ซับซ้อน และเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้น 2) การสร้างหลักประกันสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ส่งผลให้ความต้องการและการใช้บริการสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก จึงก่อให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างภาระงานปริมาณกำลังคนของพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบัน 3) นโยบายส่งเสริมการส่งออกบริการสุขภาพ ที่มุ่งให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์ในภูมิภาคเอเชีย (Medical Hub) ทำให้ปริมาณการใช้บริการสุขภาพของชาวต่างชาติภายในประเทศและการขยายตัวของบริการสุขภาพภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่การวางแผนกำลังคนในอดีตที่ผ่านมาไม่ได้วางแผนเพื่อรองรับความต้องการกำลังคนในภาคเอกชน ประเด็นความไม่สมดุลของกำลังคนด้านสุขภาพระหว่างภาครัฐและเอกชน จึงเป็นเรื่องที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น และ 4) การลดกำลังการผลิตพยาบาลลงกว่าร้อยละ 40 ในรอบเวลากว่า 5 ปีที่ผ่านมา เพื่อตอบสนองมาตรการการลดขนาดกำลังคนภาครัฐของรัฐบาลต่างๆ ที่หากมองจากความต้องการบริการของประชาชนแล้ว ปริมาณของพยาบาลในปัจจุบันยังขาดแคลนและมีจำนวนน้อยกว่าความต้องการของประชาชนอยู่มาก การบริหารจัดการ

เพื่อตอบสนองนโยบายนี้ โดยไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้ความต้องการพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นดังกล่าว จึงเป็นเครื่องสะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางของการวางแผนกำลังคนด้านการพยาบาล การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสถานการณ์อุปทานของพยาบาลเกี่ยวกับ โครงสร้างและขนาดของกำลังคน แนวโน้มการเพิ่มและการสูญเสียกำลังคนรวมทั้งสถานการณ์การขาดแคลนกำลังคนพยาบาลวิชาชีพเมื่อเปรียบเทียบกับความต้องการ เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบาย และแนวทางการวางแผนกำลังคนพยาบาลวิชาชีพต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ทำการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่สำคัญได้แก่ ข้อมูลผู้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพระหว่างปี พ.ศ. 2543-2548 ของสภาการพยาบาล ข้อมูลการออกจากราชการของพยาบาลวิชาชีพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นข้อมูลระดับบุคคล และผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการรวมทั้งผลการสำรวจสถานพยาบาลเอกชน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ผลการศึกษา

ขนาดกำลังคนของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2548 มีพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี จำนวน 97,942 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ประกอบวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพประมาณ 88,440 คน หรือร้อยละ 90.3 เป็นอาจารย์พยาบาล ร้อยละ 3.4 และไม่ประกอบวิชาชีพ อีกประมาณร้อยละ 6.3 จึงอาจกล่าวได้ว่าอัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพมีเพียงร้อยละ 93.7 โครงสร้างอายุของพยาบาลวิชาชีพมีลักษณะเป็นโครงสร้างกำลังแรงงานสูงอายุ (Aging Workforce) เช่นเดียวกับหลายประเทศในยุโรป และสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ มีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพที่อายุน้อยกว่า 30 ปีอยู่เพียงร้อยละ 18.2 อายุ 30-44 ปี ร้อยละ 61.7 และพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนร้อยละ 20.2 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.8 ปี การที่มีพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป ในสัดส่วนที่สูงนี้ เป็นผลจากการสูงอายุขึ้นเรื่อยๆ ของพยาบาลวิชาชีพในประเทศ ประกอบกับ การขาดแคลนพยาบาลอายุน้อย เข้าสู่ระบบ

เนื่องจากการลดกำลังการผลิตพยาบาลวิชาชีพลงเป็นเวลานานกว่า 5 ปี ในขณะที่ยังคงมีพยาบาลเทคนิคที่สำเร็จการศึกษาต่อเนื่องเข้าสู่ระบบอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบุคลากรกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 30 ปีเมื่อสำเร็จการศึกษาระดับวิชาชีพ

การสูญเสียพยาบาลวิชาชีพ พบว่าแนวโน้มการสูญเสียพยาบาลยังมีทิศทางสูงขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 เป็นต้นมา จากอัตราร้อยละ 2.4 เป็นร้อยละ 4.2 ในปี 2548 หรือคิดเป็นอัตราเฉลี่ยร้อยละ 3.3 ต่อปี และอัตราเพิ่มกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในปี พ.ศ. 2548 ลดลงอย่างมากถึงร้อยละ 35.3 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2543 ทั้งนี้ปัจจัยกำหนดที่สำคัญคือการออกจากวิชาชีพก่อนวัยอันควร และการสูงอายุดังกล่าว จึงส่งผลให้การเพิ่มขนาดของกำลังคนเป็นไปอย่างช้าๆ เพราะการเข้างานสุทธิมีเพียงเฉลี่ยปีละ 4,997 คนเท่านั้นจากกำลังการผลิตพยาบาลวิชาชีพในประเทศที่มีถึง 7,800 คนต่อปี สำหรับการออกจากราชการนั้นจากการวิเคราะห์ข้อมูลพยาบาลวิชาชีพที่ออกจากราชการจำนวน 2,011 ราย พบว่าผู้ที่อายุระหว่าง 30-35 ปี เป็นกลุ่มที่ออกจากราชการมากที่สุดในส่วนร้อยละ 20 รองลงมาเป็นผู้ที่อายุระหว่าง 36-39 ปี ร้อยละ 17 โดยมีเหตุผลสำคัญ คือ ต้องการออกไปประกอบอาชีพอื่น (ร้อยละ 30.4) และโอนไปหน่วยงานอื่นที่ไม่ต้องขึ้นเวร (ร้อยละ 17.3) เมื่อนำข้อมูลอัตราการสูญเสียไปสร้างแบบจำลองตารางชีพการทำงานของพยาบาล อัตราการสูญเสียที่เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 3.3 ต่อปี และการออกจากวิชาชีพของคนที่ยุ่่น้อยในสัดส่วนที่สูงนี้ ส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพลดลง ทั้งนี้พบว่าพยาบาลไทยจะมีอายุการทำงานเฉลี่ยประมาณ 22 ปีเท่านั้นจากปีที่เริ่มทำงาน หรืออาจกล่าวได้ว่าพยาบาลวิชาชีพจะทำงานในวิชาชีพถึงอายุประมาณ 45 ปีเท่านั้น และหากลดอัตราการสูญเสียลงเหลือร้อยละ 2 ต่อปี อายุการทำงานเฉลี่ยของพยาบาลจะเพิ่มขึ้นเป็น 27 ปี ดังนั้น ในระยะเวลาอีกประมาณ 5-10 ปีข้างหน้า การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งในด้านปริมาณ และผลผลิตภาพ หากไม่มีการเพิ่มการผลิตพยาบาลใหม่ และการเร่งพัฒนาศักยภาพของพยาบาลที่มีอยู่อย่างต่อเนื่อง

การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ จากการวิเคราะห์ผลการสำรวจและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติระหว่างปี พ.ศ.2544-2548 ชี้ให้เห็นว่าอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก และป่วยในของประชาชนในปี พ.ศ.2548 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2544 ถึงร้อยละ 16.6 และร้อยละ 16 ตามลำดับ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของการให้บริการดังกล่าว หากคำนวณความต้องการ

กำลังคนด้วยวิธี Health Demand Method ภายใต้มาตรฐานการทำงานที่สหวิชาชีพ กำหนด ควรจะต้องมีพยาบาลวิชาชีพประมาณ 115,000 อัตราเต็มกำลัง (FTE) เพื่อรองรับ ความต้องการนี้ นอกจากนั้นในช่วงเวลาดังกล่าว ความต้องการพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้บริการ สุขภาพแก่ชาวต่างชาติที่เข้ามาให้บริการในประเทศ อันเป็นผลจากนโยบายที่มุ่งให้ประเทศไทย เป็นศูนย์กลางการแพทย์ในภูมิภาคเอเชีย ก็เพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งจากการคาดประมาณพบว่า ต้องการพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 4,700 อัตราเต็มกำลัง ดังนั้น จะเห็นได้ว่า เรายังขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพรวมทั้งประเทศอยู่ประมาณ 31,260 อัตราเต็มกำลัง ซึ่งหาก ต้องการพยาบาลวิชาชีพในขนาดที่ต้องการคือประมาณ 120,000 คน ภายใต้อัตราการสูญเสีย เฉลี่ยร้อยละ 3.3 ดังกล่าว จะต้องผลิตเพิ่มถึงปีละประมาณ 9,000 คน ซึ่งเกินกำลังการผลิต พยาบาลวิชาชีพที่มีอยู่ในประเทศ แต่ถ้ามีมาตรการใดๆ ที่สามารถลดอัตราการสูญเสียให้ อยู่ในระดับร้อยละ 2 ต่อปี ก็จะต้องมีการผลิตเพิ่มเพียง 8,000 คนต่อปี การขาดแคลน พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย ที่เกิดขึ้นจึงเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยรวมทั้งในภาครัฐ และเอกชน แม้ว่าความรุนแรงของความขาดแคลนอาจผันแปรไปตามพื้นที่ และภาระงานของ สถานพยาบาลแต่ละประเภท แต่การลดกำลังการผลิตเพื่อตอบสนองนโยบายการลดขนาด กำลังคนภาครัฐ และการมุ่งวางแผนกำลังคนเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะในภาครัฐ ดังเช่นในอดีตที่ผ่านมา จึงเป็นเครื่องสะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางของการวางแผน กำลังคนด้านการพยาบาล ที่ไม่มีตัวพยากรณ์ที่แม่นยำเพียงพอในการตรวจสอบความสมดุล ของอุปสงค์และอุปทาน จึงอาจนำมาซึ่งความด้อยประสิทธิภาพและคุณภาพของระบบ บริการสุขภาพในที่สุด ดังนั้น จึงควรต้องมียุทธศาสตร์กำลังคนด้านการพยาบาลในระดับชาติ รวมทั้งพัฒนากรอบการผลักดันนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านการพยาบาลผ่าน รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และควรกำหนดมาตรการทั้งระยะสั้นและระยะยาวดังนี้

(1) การกำหนดนโยบายและการวางแผนกำลังคนด้านการพยาบาล ทั้งด้านการผลิต การใช้และการพัฒนากำลังคน การกระจายกำลังคน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการบริการ ด้านสุขภาพทั้งภายในและต่างประเทศในภาพรวม ให้สามารถรองรับยุทธศาสตร์ทั้งในด้าน นโยบายการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(2) เพิ่มศักยภาพผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการพยาบาล โดยสร้างความร่วมมือ ระหว่างภาครัฐและเอกชน เพื่อเพิ่มกำลังการผลิตพยาบาลใหม่เข้าสู่ระบบ และการแสวงหา

แนวทางการเพิ่มผลผลิตภาพและพัฒนาขีดความสามารถของกำลังคนพยาบาลที่มีอยู่ในระบบบริการสุขภาพ หรือที่ไม่ได้ประกอบวิชาชีพในปัจจุบันอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความพร้อม และ คงไว้ซึ่งสมรรถนะที่จำเป็นในการทำงานตลอดอายุการทำงาน

(3) กำหนดมาตรการด้านการบริหารจัดการเกี่ยวกับการใช้ และการกระจายพยาบาล โดยการวิเคราะห์บทบาท ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ และความสัมพันธ์ระหว่าง การมีพยาบาลหลากหลายทักษะภายในวิชาชีพ และการบริหารจัดการเกี่ยวกับความสัมพันธ์ ของทักษะของพยาบาลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อแสวงหาแนวทางการเพิ่มผลผลิตภาพของ พยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้กรอบแนวคิด Skill Mix Team รวมทั้งการสนับสนุน ทุนการศึกษาเพื่อให้สามารถจัดการกระจายพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

(4) พัฒนาระบบการจ้างงานพยาบาลให้มีความหลากหลาย สอดคล้องกับการ เปลี่ยนแปลงของสังคมเศรษฐกิจ เช่น การจ้างงานพยาบาลวิชาชีพ ที่ปัจจุบันไม่ได้ประกอบ วิชาชีพ แต่มีความพร้อมที่จะทำงาน โดยการจ้างงานแบบบางเวลา หรือสามารถเลือกเวลา ในการทำงานได้ หรือการจ้างพยาบาลอาวุโสภายหลังเกษียณอายุราชการเพื่อทำงานในบาง หน้าที่ที่เหมาะสม รวมทั้งการขยายอัตราตำแหน่งราชการเพื่อบรรจุพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ ขาดแคลน

(5) พัฒนาระบบการตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลคงอยู่ในวิชาชีพ และ อยู่ในภาคการบริการสุขภาพทั้งกลไกทางการเงิน และกลไกอื่นที่ไม่ใช่เงิน เช่น การพัฒนา ความก้าวหน้าและความพึงพอใจในการทำงาน การพัฒนาความก้าวหน้าอาชีพ รวมทั้งการจัดระบบสนับสนุนอื่นเพื่อขยายอายุการทำงานของพยาบาลในภาคบริการให้ ยาวนานขึ้น ทั้งนี้โดยใช้หลักฐานจากการศึกษาวิจัยในการพิจารณากำหนดมาตรการต่างๆ รวมทั้งการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- 1) World Health Organization. World Health Report 2006 : Working together for health. Geneva ,2006
- 2) สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543. กรุงเทพฯ โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ , 2547
- 3) ICN . Nursing Workforce Profile, 2004 . Geneva : International Council of Nurses.2004
- 4) สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2544 กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544
- 5) สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2546 กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546
- 6) สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2547 กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547
- 7) สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2548 กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548
- 8) สภาการพยาบาล มาตรฐานบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสถานพยาบาล ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ สภาการพยาบาล, 2548

การคงอยู่ของพยาบาล ในสถานบริการสุขภาพของรัฐ (Nurse Retention in Governmental Health care Facilities)

วรรณภา ประไพพานิช, สุภาณี เสนาคิสัย, ยุวดี ภาษา

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่และลาออกของพยาบาลในสถานบริการสุขภาพภาครัฐทุกระดับทั้งในเขตเมืองและชนบท และเพื่อสังเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายในการสร้างแรงจูงใจในการคงไว้ซึ่งบุคลากรพยาบาลในภาครัฐ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบพรรณนา รวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนวรรณกรรม การสนทนากลุ่ม และการวิพากษ์โดยผู้เชี่ยวชาญ ดำเนินการสนทนากลุ่ม 10 กลุ่ม เป็นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 5 กลุ่ม กลุ่มผู้บริหารการพยาบาล 5 กลุ่ม โดยสุ่มตัวอย่างจากรายชื่อสถานบริการสุขภาพ โดยเป็นตัวแทนของทุกระดับการบริการสุขภาพและสังกัด และทุกภูมิภาค มีผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม 81 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 56.8 ผู้บริหารการพยาบาลร้อยละ 43.2 ผู้เชี่ยวชาญที่ร่วมในการวิพากษ์มาตรการที่ได้จากการสนทนากลุ่มเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลจากสถานบริการสุขภาพ การศึกษา และองค์กรวิชาชีพจำนวน 18 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกของพยาบาลได้แก่สถานภาพการว่าจ้างไม่เป็นข้าราชการ ภาระงานที่ไม่เหมาะสม ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่น้อย สภาพแวดล้อมในการทำงานรวมทั้งอุปกรณ์สนับสนุนไม่เหมาะสมไม่ปลอดภัย ความเครียดจากการทำงาน ขาดความก้าวหน้าในงานและการศึกษาต่อ ความไม่ยุติธรรมในการบริหาร การทำงานเวรในช่วงบ่ายและช่วงดึก ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ที่แตกต่างกันจากปัจจัยลาออกได้แก่ ความรู้สึกว่างานมีคุณค่าได้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้รับการยกย่อง ยอมรับ ความมีอิสระในการทำงานภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ การบริหารแบบมีส่วนร่วม และการทำงานในองค์กรที่มีชื่อเสียง ข้อเสนอแนะมาตรการทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับเงินในการสร้างแรงจูงใจให้กับพยาบาลคงอยู่ในภาครัฐได้แก่ การมีตำแหน่งบรรจุเป็นข้าราชการ การปรับเพิ่มค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับภาระงานและเป็นธรรม และการมีสวัสดิการที่พิก การมีภาระงานที่เหมาะสมและตรงกับวิชาชีพ การมีทรัพยากรสนับสนุนการทำงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงานปลอดภัย การมีความก้าวหน้าในวิชาชีพที่ชัดเจน การบริหารที่ยุติธรรมเอื้ออาทรและส่งเสริมการมีส่วนร่วม ในส่วนของกระบวนการผลิตควรรักษาไว้ค่าและทุนการศึกษาแก่ผู้เข้าเรียนพยาบาลจากท้องถิ่นโดยมีสัญญาผูกพันใช้ทุน

คำสำคัญ: การคงอยู่, การลาออก, พยาบาลวิชาชีพ, แรงจูงใจ

ความเป็นมา

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ การที่จะให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพจะต้องมีพยาบาลที่มีระดับการศึกษาที่เหมาะสมกับงาน ประสบการณ์ และจำนวนที่พอเหมาะ จากการศึกษาพบว่าระดับความรู้และจำนวนพยาบาลที่มีไม่เพียงพอก่อให้เกิดผลข้างเคียงหลายอย่างต่อผู้ป่วย

จากปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในอดีต คณะรัฐมนตรีจึงได้มีมติให้วิชาชีพพยาบาลเป็นสาขาวิชาชีพขาดแคลนเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ.2535 และมีนโยบายให้เพิ่มการผลิตพยาบาลวิชาชีพในช่วงปี พ.ศ.2535-2544 ถึงแม้ว่าจะเพิ่มอัตรากำลังผลิตพยาบาลเข้าสู่ตลาดแรงงานในช่วงเวลา 10 ปีดังกล่าว แต่มีรายงานการสูญเสียพยาบาลที่ลาออกจากโรงพยาบาลภาครัฐไปสู่โรงพยาบาลเอกชนและสู่วิชาชีพอื่นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้จากการสำรวจของสถาบันพระบรมราชชนกพบว่าพยาบาลจบใหม่ในปี พ.ศ.2548 อย่งน้อยร้อยละ 23 ไม่รับราชการ ดังนั้นการเพิ่มกำลังผลิตอย่างเดียวยังไม่สามารถเป็นยุทธวิธีที่จะทำให้จำนวนพยาบาลเพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพในสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคตที่มีการขยายหน่วยงานการให้บริการสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพการบริการ

ในการวางแผนเพื่อรักษาให้พยาบาลคงอยู่ในภาครัฐให้เพียงพอต่อการให้บริการจำเป็นต้องทราบปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องและมีผลกับการตัดสินใจลาออกไอนย้ายของพยาบาลเพื่อสะท้อนให้เห็นสภาพปัญหาที่ชัดเจน แม้ว่าจะเคยมีรายงานการศึกษาภาวะการขาดแคลนพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แต่ในช่วงระยะไม่กี่ปีที่ผ่านมาได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากของระบบการบริการสุขภาพของประเทศไทย การเปลี่ยนแปลงของสังคมและเศรษฐกิจ และอุบัติการณ์การแพร่ระบาดของโรคใหม่ๆ การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง การขยายการให้บริการสุขภาพของภาคเอกชนและการเพิ่มขึ้นของการเรียกร้องสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีผลต่อการเคลื่อนย้ายกำลังคนของบุคลากรพยาบาล การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการลาออกไอนย้ายของพยาบาลในปัจจุบัน และมาตรการที่มีประสิทธิภาพเพื่อดำเนินการให้มีการคงอยู่ของพยาบาลในภาครัฐทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายและการดำเนินงานในการวางแผนและจัดการกำลังคน เพื่อให้มีบุคลากรพยาบาลที่เพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบพรรณนา รวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนวรรณกรรม การสนทนากลุ่ม และการวิพากษ์โดยผู้เชี่ยวชาญ มีประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการสนทนากลุ่ม คือ ผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการพยาบาลระดับต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ได้แก่ ผู้บริหารการพยาบาล 35 คน และพยาบาลวิชาชีพจากสถานบริการสุขภาพภาครัฐทุกระดับการบริการสุขภาพและสังกัดและทุกภูมิภาค ผู้เชี่ยวชาญในการวิพากษ์มาตรวจการในการสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ผู้บริหารการพยาบาล 18 คน จากสถานบริการสุขภาพทุกระดับ สถานศึกษา และองค์กรวิชาชีพ

จริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทย-ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ.2549

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ร่วมในการดำเนินการสนทนากลุ่ม 81 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด เป็นพยาบาลร้อยละ 56.8 ผู้บริหารการพยาบาลร้อยละ 43.2 ประกอบวิชาชีพในภาครัฐ ร้อยละ 96.3 ร้อยละ 28.4 และร้อยละ 22.2 เป็นผู้ปฏิบัติงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง รวมทั้งกรุงเทพมหานครตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 71.6 มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกของพยาบาลในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกของพยาบาลได้แก่

- 1) สถานภาพการว่างไม่เป็นข้าราชการเป็นลูกจ้างไม่มีเกียรติ การไม่ได้รับสิทธิต่างๆ น้อยหรือไม่ได้ เช่น ค่ารักษาพยาบาล เงินบำเหน็จ บำนาญ เมื่อครบอายุการทำงาน
- 2) ภาระงานที่ไม่เหมาะสม อัตรากำลังน้อยกว่าที่ควรเป็น ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น

ทั้งจากปริมาณผู้ป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการขยายขอบเขตภาระงาน และการปฏิบัติงานที่เกินบทบาทหรือทดแทนวิชาชีพอื่น

3) ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่น้อยเมื่อเทียบกับภาระงานและไม่เท่าเทียมกับวิชาชีพอื่น เช่น ไม่มีที่พักให้หรือมีแต่คับแคบ อัตราค่าเวรที่ต่ำ ค่าเสี่ยงภัยค่าเบี้ยกันครที่น้อยไม่เป็นธรรม

4) ความเครียดจากภาระงานที่เพิ่มขึ้น ต้องรับภาระงานที่ไม่เชี่ยวชาญเช่นการหมุนเวียนไปทำงานในสถานบริการปฐมภูมิโดยไม่ได้รับการเตรียมไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม กลัวการผิดพลาดเนื่องจากมีการถูกร้องเรียนฟ้องร้องเพิ่มมากขึ้น การต้องอยู่กับความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานตลอดเวลา

5) สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น ร้อน แออัด ไม่มีที่พักผ่อน สภาพแวดล้อมไม่ปลอดภัยเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายจากผู้ป่วยและผู้อื่นเช่นการอยู่เวรยามวิกาลในสถานบริการปฐมภูมิคนเดียว การไปส่งต่อผู้ป่วยยามวิกาลและห่างไกล โดยโดยสารรถพยาบาลไปกับพนักงานขับรถ ขาดอุปกรณ์หรือสิ่งสนับสนุนเช่นเครื่องมือแพทย์ไม่พร้อมใช้ไม่เพียงพอ ไม่มีรถเยี่ยมบ้าน ต้องใช้รถส่วนตัว และไม่สามารถเบิกค่าน้ำมันรถ

6) ขาดความก้าวหน้าในงานและการศึกษาต่อ หน่วยงานบางแห่งไม่สนับสนุนการศึกษาต่อ ไม่มีกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าที่ชัดเจน

7) ความไม่ยุติธรรมในการบริหาร เช่นการพิจารณาความดีความชอบ การกำหนดผู้เข้าสู่ตำแหน่งบริหาร

8) การทำงานเวรในช่วงป่วยและช่วงศึก และวันหยุดราชการ

9) ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานมีน้อย และ

10) ปัจจัยส่วนตัวอื่นๆ ได้แก่ กลับไปทำงานในภูมิลำเนาเดิม ย้ายตามครอบครัว ภาระทางครอบครัว

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ

ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่มีความคล้ายคลึงกับปัจจัยที่ทำให้ลาออกแต่ในทิศทางตรงข้าม ได้แก่

1) ปัจจัยสถานภาพการว่าจ้างที่เป็นข้าราชการ

- 2) ภาระงานที่เหมาะสม
- 3) ค่าตอบแทน เช่น ค่าเวรเหมาะสม มีสวัสดิการที่เพียงพอเช่นมีที่พัก สหกรณ์ ออมทรัพย์
- 4) สภาพแวดล้อมในการทำงานควรมีมุมพักผ่อน มีกิจกรรมสันทนาการ สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานดี
- 5) รู้สึกมีคุณค่า ได้ช่วยเหลือผู้อื่น มีความภูมิใจในวิชาชีพ ได้รับการยกย่อง และยอมรับทั้งจากผู้บริหาร ผู้ร่วมงาน ผู้ป่วย และชุมชน
- 6) หน่วยงานสนับสนุนความก้าวหน้าในการทำงาน การศึกษาต่อ
- 7) ความมีอิสระในการทำงานในขอบเขตของวิชาชีพ สามารถตัดสินใจโดยอิสระ
- 8) การบริหารที่ยุติธรรม โปร่งใส การบริหารแบบมีส่วนร่วมรับฟังความคิดเห็น
- 9) องค์กรมีชื่อเสียง มีความเข้มแข็งทางวิชาการ มีวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้ออาทร
- 10) การไม่ต้องอยู่เวรในช่วงบ่ายและช่วงดึก และ
- 11) สถานที่ทำงานใกล้บ้านหรืออยู่ในภูมิลำเนา

4. ข้อเสนอมาตรการในการสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลคงอยู่ในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ

ข้อเสนอในส่วนของมาตรการในการสร้างแรงจูงใจสอดคล้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกและการคงอยู่ซึ่งประกอบด้วยส่วนของกระบวนการผลิตและกระบวนการดำรงรักษาในงานกระบวนการผลิตประกอบด้วย

- 1) การให้โควตาเข้าเรียนและทุนการศึกษาผู้เข้าเรียนพยาบาลแก่คนในท้องถิ่น และมีสัญญาใช้ทุนให้กับหน่วยงานในท้องถิ่น
- 2) มีระบบการคัดเลือกเพื่อให้ได้ผู้เรียนที่เหมาะสมและมีใจรักในวิชาชีพ
- 3) ปลูกฝังความรักท้องถิ่นตลอดระยะเวลาการศึกษา ซึ่งข้อเสนอแนะนี้เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลได้ปฏิบัติงาน ในภูมิลำเนาโดยเฉพาะในเขตชนบท กระบวนการดำรงรักษาประกอบด้วย
 - 1) การบรรจุในตำแหน่งข้าราชการ
 - 2) การปรับเพิ่มค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับภาระงานและเป็นธรรมเท่าเทียมกับวิชาชีพอื่น เช่น อัตราค่าเวรบ่ายดึก ค่าเสียงภัย

- 3) มีสวัสดิการที่พอเพียงและเหมาะสมโดยเฉพาะเรื่องที่พัก มีบำเหน็จ/บำนาญ หรือกองทุนที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงเมื่อครบอายุการทำงานในกรณีที่เป็นพนักงานของรัฐ มีมุมพักผ่อนและกิจกรรมสันทนาการในที่ทำงาน
- 4) มีอัตราค่าจ้างที่เหมาะสมกับภาระงานโดยมีระบบการคำนวณอัตราค่าจ้างที่สอดคล้องกับภาระงานจริง
- 5) กำหนดภาระงานที่เหมาะสมและตรงกับวิชาชีพไม่ทำงานแทนวิชาชีพอื่น ว่าจ้างบุคลากรสายสนับสนุนทำงานธุรการ เช่น เสมียนหอผู้ป่วย
- 6) มีทรัพยากรสนับสนุนการทำงานที่เพียงพอและพร้อมใช้งานได้ เช่น มีเครื่องให้สารน้ำรดสำหรับออกเยี่ยมบ้าน หรือสามารถเบิกจ่ายค่าน้ำมันในการเยี่ยมบ้าน
- 7) ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยโดยเฉพาะสถานบริการสุขภาพในชุมชนที่ห่างไกลต้องอยู่เวรคนเดียว หรือในกรณีที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยในยามวิการและห่างไกล
- 8) มีบันไดความก้าวหน้าในวิชาชีพที่ชัดเจนโดยมีการวางแผนพัฒนาอย่างเป็นระบบและตรงกับความต้องการของหน่วยงาน
- 9) พัฒนาระบบการบริการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลปฏิบัติงานเต็มศักยภาพและสามารถปฏิบัติงานโดยอิสระภายในขอบเขตวิชาชีพ
- 10) มีการบริหารที่ยุติธรรมเอื้ออาทร ส่งเสริมการมีส่วนร่วม และมีช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลครบถ้วนและทันเหตุการณ์ และ
- 11) การกำหนดช่วงอายุผู้ที่ไม่ต้องปฏิบัติงานเวรป่วยคึกหรือจัดตารางการปฏิบัติงานที่ยืดหยุ่นเพื่อให้ผู้ที่อายุมากไม่ต้องปฏิบัติงานเวรในช่วงป่วยและช่วงคึก

ข้อสรุป

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกและคงอยู่ของพยาบาลในสถานบริการสุขภาพภาครัฐมีความคล้ายคลึงกันหลายปัจจัย แต่เป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม ได้แก่ สถานภาพการว่าจ้างไม่เป็นข้าราชการ ภาระงานที่ไม่เหมาะสม ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่น้อย สภาพแวดล้อมในการทำงานรวมทั้งอุปกรณ์สนับสนุนไม่เหมาะสมไม่ปลอดภัย ขาดความก้าวหน้าในงานและการศึกษาต่อ ความไม่ยุติธรรมในการบริหาร การทำงานเวรป่วยคึก และปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ที่แตกต่างกันจากปัจจัยลาออก ได้แก่

ความรู้สึกว่างานมีคุณค่าได้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้รับการยกย่อง ยอมรับ ความมีอิสระในการทำงานภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ การบริหารแบบมีส่วนร่วม และการทำงานในองค์กรที่มีชื่อเสียง และการทำงานในภูมิลำเนา ข้อเสนอแนะมาตรการการจูงใจให้พยาบาลคงอยู่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งกับกระบวนการผลิตและการรักษาในหน่วยงานที่พยาบาลปฏิบัติงานทั้งที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวกับเงิน จะเห็นว่าข้อเสนอแนะหลายมาตรการหน่วยงานสามารถดำเนินการได้เอง ขณะที่มาตรการที่เป็นข้อเสนอแนะในลำดับต้นๆ ได้แก่ การให้ทุนการศึกษา สภาพการว่าจ้าง และค่าตอบแทนเป็นมาตรการระดับนโยบายโดยรวมที่มีผลอย่างกว้างขวางของสถานบริการทุกระดับในการดำรงรักษาพยาบาลไว้ในภาครัฐ

เอกสารอ้างอิง

- 1) Aiken, L, Clarke, S, Cheung, R, Sloane, D, & Silber, J. Relationship Between Patient Mortality and Nurses' Level of Education. JAMA. 291(11), 1322-1323 ; 2004.
- 2) Clarke, S, & Aiken, L. Failure to Rescue: Needless deaths are prime examples of the need for more nurses at the bedside. AJN, American Journal of Nursing. 103(1), 42-47; 2003.
- 3) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข รายงานการศึกษาวิจัยการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษหน้า กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2540
- 4) แสงทอง ประสุวรรณ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2541
- 5) สถาบันพระบรมราชชนก การสำรวจการตัดสินใจในการปฏิบัติงานของผู้สำเร็จการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ปี 2548 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ; 2549

จริงๆ แล้วคนทุกคนมีเมล็ดพันธุ์แห่งความดีอยู่ในหัวใจทุกคนแหละ
แต่บางทีเราไม่ได้เอาออกมา เราไปมุ่งทางอื่นมากกว่า
คำว่าคนใจมีสองพยางค์เท่านั้น
แต่แพทย์มักจะเห็นแต่ใจ แต่ไม่เห็นคน

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี

ปาฐกถา "แพทยศาสตร์ศึกษากับการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์" Medical Education and Humanized Health Care: Envisioning Compassionate Medicine

โดย นายแพทย์ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

สวัสดีครับ

ผมได้รับการเชิญเชิญให้มาช่วยนำเสนอแนวคิดเรื่องการเป็นแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์สำหรับแพทยศาสตร์ศึกษาคับ ผมใช้หัวข้อเป็นภาษาอังกฤษว่า "Medical Education and Humanized Health Care" โดยมีชื่อรองว่า "Envisioning Compassionate Medicine" ที่ใช้คำว่า Compassionate medicine เพราะอยากมองการแพทย์ในฐานะที่เป็นวิทยาศาสตร์ที่มีความเอื้ออาทร ต่อความเป็นมนุษย์ หรือ Compassionate Science ซึ่งอาจจะนำพาเราไปสู่จินตนาการหรือความเป็นไปได้ใหม่ๆ ได้บ้าง คำว่า คอมแพสชั่น (Compassion) นี้มีรากศัพท์มาจากคำว่า Com ซึ่งมีความหมายว่า ร่วมกัน กับคำว่า Passion ที่แปลว่าความทุกข์ คำว่า Compassion จึงหมายถึงความรู้สึกร่วมในความทุกข์ยากของคนอื่น ครั้งหนึ่งนักวิทยาศาสตร์ชั้นนำกับนักปรัชญาจากมหาวิทยาลัยต่างๆ ได้จัดเวทีเสวนาพูดคุยกับองค์ทะไลลามะขึ้น เป็นการเสวนาในเรื่องความเมตตากรุณาหรือความเอื้ออาทรจากมุมมองของวิทยาศาสตร์ ซึ่งในที่ประชุมได้ตั้งข้อสังเกตไว้น่าสนใจว่า จริงๆ แล้ว วิทยาศาสตร์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเมตตากรุณาหรือความเอื้ออาทรน้อยมาก

ลำพังเรื่องเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกนั้นก็เป็นเรื่องที่วิทยาศาสตร์ให้ความสนใจน้อยอยู่แล้ว แต่เมื่อมาศึกษาเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก วิทยาศาสตร์ก็จะให้ความสำคัญกับอารมณ์รุนแรงและเป็นอารมณ์ร้าย เช่น ความกร้าวร้าย มากกว่าเรื่องอารมณ์ที่ละเอียดอ่อน

จากเวทีเครือข่ายการพัฒนาาระบบสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ (คสม.)

เรื่อง "HHC ใส่หัวใจให้ระบบสุขภาพ" วันอังคารที่ 5 มิถุนายน เวลา 08.00 - 20.00น.

ณ ห้องประชุมเอกาทศรถ 9 ชั้น 3 อาคารสิรินธร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

เช่น เรื่องของความเมตตาการุณาหรือความเอื้ออาทร และเวลาพูดถึงเรื่องความกรุณาหรือความเอื้ออาทร วิทยาศาสตร์จะมาส้ารวจความกรุณาว่าเกิดจากสารเคมีอะไรบ้างในสมอง คือ มองความกรุณาหรือความเอื้ออาทรอยู่ที่อื่น ที่ประชุมครั้งนั้นได้ตีพิมพ์ผลการประชุม และได้เสนอว่า ความรู้ที่เราต้องการอาจไม่ใช่คำอธิบายของวิทยาศาสตร์ว่าความกรุณาเกิดจากอะไร แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงในตัววิทยาศาสตร์เอง ให้เป็น คอมแพสชันเนต ไซยน์ (Compassionate science) คือเป็นวิทยาศาสตร์ที่มีความละเอียดอ่อนและรู้สึกรู้สมกับ ความทุกข์ร่วมกันของมนุษย์ ผมคิดว่าการแพทย์ที่เราอยากจะทำคือการไปข้างหน้า คือ การแพทย์ที่มีความละเอียดอ่อนเข้าอกเข้าใจ ชีวิตและความทุกข์ของมนุษย์เช่นกัน

ฟื้นคืนอุดมคติ พันธกิจวิญญานของการแพทย์

ผมอยากเริ่มด้วยการเล่าเรื่องของพยาบาลชุมชนที่ทำงานในชุมชนภาคเหนือ เป็น เรื่องของผู้ป่วยคนหนึ่งที่เขาได้เข้าไปดูแล ผู้ป่วยคนนี้ชื่อคุณมนัส มนัสมีอาชีพรับจ้างทาสี อาคารบ้านเรือนต่างๆ ใหญ่บ้างเล็กบ้าง วันหนึ่งเขาได้ไปรับจ้างทาสีอาคารใหญ่แห่งหนึ่ง ซึ่งต้องปีนไปบนหลังคาและใช้ลูกกลิ้งที่ต่อค้ำไม้ให้ยาว เพื่อทาสีไปบนอาคารได้สูงๆ ค้ำไม้ที่ใช้ ต่อกับลูกกลิ้งนั้นทำจากท่อประปา เมื่อมนัสทาสีได้พักหนึ่ง จังหวะที่เขาหันกลับมาเพื่อจะเอา ลูกกลิ้งจุ่มลงในถังสี ค้ำไม้ของลูกกลิ้งก็ไปพาดเข้ากับสายไฟฟ้าแรงสูง ค้ำไม้จับเป็นท่อประปา โลหะทำให้เกิดไฟฟ้าลัดวงจร มนัสถูกไฟช็อตจนหมดสติตกจากหลังคาอาคารแห่งนั้น นอนสลบอยู่ด้านล่าง พอรู้สึกตัวขึ้นอีกครั้งหนึ่งก็พบว่าแขน 1 ข้างของเขาที่ถูกไฟฟ้ช็อตนั้น ถูกตัดออกเสมอไหล่ จากคนที่เคยต่อสู้เพื่อเลี้ยงครอบครัวด้วยน้ำพักน้ำแรงของตนเอง ใน ฐานะหัวหน้าครอบครัว กลายเป็นคนที่ทำอะไรไม่ได้เลย พยาบาลชุมชนที่ไปติดตามเยี่ยม หลังผ่าตัด เมื่อเห็นหน้าของ มนัสก็รู้ทันทีว่าปัญหาที่เขากำลังต้องให้การดูแลนั้นไม่ใช่การ รักษาแผลหลังผ่าตัด แต่เป็นปัญหาที่ยิ่งใหญ่กว่ามาก เป็นปัญหาของการที่จะทำอย่างไรให้ คนๆ หนึ่งซึ่งตอนนี้มีชีวิตที่ล้มทรุดลง พุคอย่างเดียวว่าอยากตาย ทำอย่างไรให้เขาลุกขึ้นมา ผู้ชีวิตต่อได้ ภารกิจการมาทำแผลหลังผ่าตัดนั้นง่าย แต่ภารกิจการฟื้นชีวิต ของคนที่สูญเสีย ความหวังให้ลุกขึ้นมาสู้ใหม่อีกครั้งเป็นเรื่องที่ยาก

พยาบาลคนนี้ได้เรียนมาทางด้านการศึกษาฟื้นฟูอะไรมากมาย แต่ด้วยจิตใจดีงาม เธอ ได้คุยกับคนไข้มาก หาท่างช่วยทุกอย่าง โดยคิดหาทางแก้ปัญหามาแบบง่ายๆ มนัสบอกว่าเขา

รู้สึกแย่ที่ช่วยตัวเองไม่ได้เลย ที่มีชีวิตอยู่ก็เพื่อเป็นภาระให้กับภรรยาอย่างเดียว คิดจะฆ่าตัวตายอยู่เสมอ พยาบาลที่เข้าไปดูแล ก็เริ่มหาทางให้เขาช่วยเหลือตนเองในเรื่องง่ายๆ ครัวเริ่มค้นด้วยเอาแปรงสีฟันไปตอกใส่ประตูกงบห้องน้ำ แล้วให้เขาแปรงฟันโดยใช้ปากอมแปรงที่ตอกไว้ แล้วโยกหัวไปมาเพื่อทำความสะอาดฟัน แล้วไปดูในห้องส้วม มันสบอกว่าสิ่งที่เขาไม่ชอบที่สุดคือ การที่ต้องให้ภรรยาล้างก้นให้เมื่อถ่ายอุจจาระ พยาบาลชุมชนจึงช่วยต่อท่อทำเป็นก๊อกน้ำออกมา แล้วทำให้ปลายท่อสูงขึ้นมาอยู่ในระดับที่สะดวกในการชำระล้าง และให้สามารถใช้ขาเหยียบเปิดปิดก๊อกได้ ทำให้เขาล้างชำระด้วยตัวเองได้

ไม่นานนัก มันส์ก็ค่อยๆ พื้นตัวขึ้น แต่ก็ยังไม่ยอมออกไปไหน อยู่แต่ในบ้าน มันส์มีลูกสาวอยู่คนหนึ่งที่เขาตั้งใจทำงานส่งเรียนจนจบมหาวิทยาลัยราชภัฏ วันที่ลูกจบการศึกษา ลูกสาวอยากให้พ่อไป รับปริญญา แต่พ่อไม่กล้าไป พยาบาลที่ดูแลมันส์ถามเขาว่า มันส์ได้ทุ่มเทส่งเสริมลูกมาตลอด ทำไมไม่ไป งานรับปริญญาลูก มันส์บอกว่าเขากลัวลูกจะต้องอายเพื่อนที่มีพ่อพิการ กลัวเพื่อนๆ ของลูกจะดูถูกลูก พยาบาลที่ดูแลก็ต้องคุยกับมันส์อยู่นานหาทางทุกอย่างจนในที่สุดมันส์ยอมไปงานรับปริญญาของลูกสาว เมื่อเขากลับมาก็มาขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลคนนี้มาก บอกกับพยาบาลว่าวันนี้เป็นวันที่เขามีความสุขที่สุด เพื่อนๆ ของลูกไม่มีเลยสักคนที่รังเกียจคนพิการอย่างเขา หลังเหตุการณ์ครั้งนั้นเป็นต้นมา เขาเห็นมันส์ลุกขึ้นได้อีกครั้ง

ผมคิดว่าในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์นั้น บริการทางการแพทย์กับเรื่องของความเป็นมนุษย์นั้นอยู่ติดติดกันเหมือนกับเหรียญสองด้าน แต่เรามักมองไม่เห็นเหรียญด้านที่เป็นชีวิต ที่สะท้อนเรื่องราวความเป็นมนุษย์ เพราะมุมมองทางการแพทย์ที่เราคุ้นเคยและได้ร่ำเรียนมา รวมทั้งวัฒนธรรมการทำงานที่ได้ถูกตอกย้ำปลูกฝังให้กับบุคลากรทางการแพทย์ได้ทำให้เราขาดความใส่ใจในมิติของความเป็นมนุษย์ไปโดยไม่รู้เนื้อรู้ตัว กระบวนการที่จะเปลี่ยนมุมมองให้สามารถเห็นอีกด้านหนึ่งของชีวิตหรือความเจ็บป่วย คือเห็นความเจ็บป่วยที่มีโฉมหน้าของมนุษย์อยู่ด้วยนั้น ผมคิดว่าเป็นภารกิจที่ทำหายการศึกษาในยุคสมัยปัจจุบันเป็นอย่างยิ่ง

หากเรามองสุขภาพจากมุมมองของความเป็นมนุษย์แล้ว เราอาจกล่าวได้ว่า สุขภาพหรือสุขภาพะนั้นก็คือสภาวะของความเป็นมนุษย์ที่เต็มเปี่ยมสมบูรณ์ การแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์จึงดูแลผู้ป่วยในฐานะที่เป็นมนุษย์คนหนึ่ง ซึ่งย่อมมีสิทธิ์ที่จะไฝ่ฝัน มีสิทธิ์ที่

จะมุ่งมั่นสร้างชีวิตของตัวเองให้ได้ตามความฝันและไม่ควรเป็นชีวิตที่พ่ายแพ้หรือต้องล้มเหลว เพียงเพราะว่าเกิดความเจ็บป่วยหรือความพิการทางร่างกายขึ้นเท่านั้น จากมุมมองของความเป็นมนุษย์นี้ภารกิจของเราจะไปพ้นจากการแพทย์ที่เป็นไปเพียงเพื่อการซ่อมอวัยวะ ไปสู่การสร้างสรรค์ชีวิต ไปสู่การเติมเต็มเป็นมนุษย์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น การแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในภารกิจทางการแพทย์ในทุกๆ เจ็ดวันไม่ว่าจะอยู่ที่เวิร์ดชุมชน ไม่ว่าจะป็นงานด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ถ้าเราสามารถจะสร้างมุมมองต่อนิยามสุขภาพในความหมายกว้างเช่นนี้ การขับเคลื่อนระบบบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์น่าจะเป็นเรื่องที่ไม่ยากเกินความมุ่งมั่นของเรา

สุขภาพกับความเป็นมนุษย์

หากเราเริ่มจากการมองว่า สุขภาวะหรือสุขภาพดีของทุกคนเป็นศีลธรรมพื้นฐานของสังคม เราก็จะเห็นมิติทางมนุษยธรรมของการแพทย์ได้อย่างชัดเจนว่าการแพทย์กับเรื่องศีลธรรมเป็นเรื่องเดียวกัน ซึ่งปัจจุบันเรามักคิดว่าเรื่องมนุษยธรรมหรือศีลธรรมเป็นเรื่องทางความคิดหรือปรัชญา ไม่ใช่เรื่องของความรู้แบบวิทยาศาสตร์ แต่ถ้าเรามองย้อนกลับไปในประวัติศาสตร์ของวิทยาการการแพทย์แต่ดั้งเดิม ในปรัชญากรีกนั้น วิทยาศาสตร์กับปรัชญาเป็นเรื่องที่ไม่ได้แยกขาดจากกัน วิทยาศาสตร์เป็นส่วนหนึ่งของวิชาปรัชญาธรรมชาติ (Natural Philosophy) ซึ่งไม่แยกว่า เป็นวิทยาศาสตร์กายภาพ (Physical Science) หรือว่าเป็นเรื่องทางปรัชญาอื่นๆ แต่ถือเป็นการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ธรรมชาติทั้งหมดซึ่งรวมทั้งปรากฏการณ์ของชีวิตด้วย การไม่แยกขาดจากกันระหว่างวิทยาศาสตร์กับปรัชญาทำให้วิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะการแพทย์ซึ่งเป็นศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของชีวิตมีมิติทางค่านิยมการันหรืออุดมคติเป็นองค์ประกอบสำคัญ

แต่ในปัจจุบัน การแพทย์ถูกทอนลงไปจนเป็นเพียงความรู้ทางเทคนิคการรักษาโรคเป็นสำคัญ การแยกขาดจากมิติทางสังคมและการขาดการไตร่ตรองในเชิงปรัชญาทำให้การแพทย์ดำรงอยู่ไม่มีมิติเชิงปรัชญาหรืออุดมการณ์ที่ชัดเจน นักเรียนแพทย์จึงเรียนวิชาแพทย์เพียงเพื่อรักษาโรคให้เป็นเท่านั้น เราเรียนเราสอนแค่เฉพาะสิ่งที่ป็นเทคนิควิธีการว่าต้องทำอะไร (Technical Know-How) แต่เราไม่ได้เรียนว่า เราเรียนแพทย์ไปทำไม (Know-Why) เราเรียนแพทย์เพราะเป็นอุดมคติส่วนหนึ่งของชีวิต ที่คิของเราใช้ไหม หรือ

เพียงเพราะว่าเป็นอาชีพที่เราใช้ทำมาหากินได้ คำถามเหล่านี้ไม่ถูกถาม เพราะคำถามเหล่านี้จะนำไปสู่คำถามต่อไปจนถึงคำถามที่ว่า ชีวิตมีไว้เพื่ออะไร ชีวิตที่ดีเป็นอย่างไร เราจะเลือกใช้เวลาในชีวิตที่มีอยู่อย่างจำกัดนี้อย่างไรดี เมื่อคำถามเชิงปรัชญาถูกปฏิเสธ การแพทย์ทั้งระบบจึงถูกทำให้กลายเป็นระบบความรู้ทางเทคนิคที่ไม่ต่างจากการซ่อมเครื่องยนต์หรือเทคนิคการทำมาหากินอื่นๆ จะดีกว่าก็ตรงที่ทำงานได้มากกว่าเท่านั้น

จากเดิมที่การแพทย์เป็นศาสตร์ของการเยียวยาความทุกข์ของมนุษย์ เป็นอุดมการณ์ทางสังคมอย่างหนึ่ง เป็นวิชาชีพที่เป็นไปเพื่อการมีชีวิตที่ดีร่วมกันของสังคม แต่คำถามเชิงอุดมการณ์ทางสังคมของการแพทย์ที่วันนี้ไม่เป็นคำถามในระบบการแพทย์และการศึกษาของแพทย์อีกต่อไปแล้ว การแพทย์กลายเป็นเรื่องทางเทคนิคที่นำไปใช้อย่างแยกขาดจากสังคม ปัญหาที่เป็นใจหายใหญ่ของเรา ก็คือ ทำอย่างไรให้การแพทย์เป็นอุดมการณ์ในทางสังคมพร้อมกับที่เป็นเทคนิคในการรักษาโรค เพราะหากการแพทย์ขาดมิติทางอุดมการณ์ก็จะถูกลดทอนคุณค่าลงเหลือแค่เทคนิคของการผ่า การเย็บ และการจ่ายยาเท่านั้น เราไม่สามารถสร้างการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ได้หากการแพทย์มีแค่เพียงคุณค่าทางเทคนิคและปราศจากคุณค่าในทางสังคม การฟื้นคืนมิติทางอุดมคติหรืออุดมการณ์มาสู่การแพทย์จึงต้องมาพิจารณาการแพทย์และสุขภาพในเชิงศีลธรรมของสังคม

ผมไม่รู้ว่าพวกเราเคยดูรายการโทรทัศน์ประเภท "วงเวียนชีวิต" หรือ "สติปัญญชีวิต" หรือเปล่า ตกเย็น หลังจากการทำงานที่เหน็ดเหนื่อยทั้งวัน เมื่อกลับบ้านถึงบ้าน คั้งใจจะเปิดโทรทัศน์ดูเพื่อความผ่อนคลายก็ปรากฏว่ามีรายการ "วงเวียนชีวิต" ออกอากาศให้เราดู เรียกว่าคนไทยกินข้าวเย็นแก่ล้มความทุกข์ของเพื่อนร่วมสังคมทุกวัน ผมดูรายการนี้แล้วมีความรู้สึกหลายอย่างผสมกัน แต่มีความรู้สึกหตุใจเป็นหลัก ทุกครั้งอดรู้สึกไม่ได้ว่าสังคมไทยอับจนขั้นแค่ไหนขนาดนี้เขี้ยวหรือ ถึงกับต้องให้คนจนคนทุกข์ยากมาออกอากาศขอความเมตตา สงสารทุกวันทางจอโทรทัศน์ หลายคนเจ็บป่วยหมดสิ้นหนทาง ที่จะคืนรณรักษาโรค ผมคิดว่าสังคมไทยคงไม่ได้อับจนขนาดนั้น การที่สังคมไทยอนุญาตให้คนทุกข์ยากต้องระงำลำบาก เช่นนี้สะท้อนว่า สังคมไทยคงจะมีความบกพร่องในทางศีลธรรมพื้นฐานบางประการ ระบบและกลไกทางสังคมจึงละเลยและเพิกเฉยจนคนจน คนทุกข์ยากต้องมาออกอากาศขอความเมตตาจากสาธารณชนเช่นนี้

ผมคิดว่าเรื่องราวทำนองนี้กำลังตั้งคำถามเชิงอุดมคติกับการแพทย์ไทยว่า สถาบัน

การแพทย์มีความอ่อนไหวต่อปัญหาทางมนุษยธรรมแค่ไหน การแพทย์ไทยกำลังทำอะไรอยู่ จึงยอมให้มีคนที่ป่วยเป็นโรคต่างๆ นอนรอการเยียวยารักษาอย่างไม่มีความหวัง และต้องมาออกอากาศขอความเมตตาจากสาธารณชนให้ช่วยสงเคราะห์บริจาคเงินเพื่อให้เขาได้มีโอกาสเยียวยาโรคร้ายไข้เจ็บที่เกิดขึ้นบ้าง หากเรามองการแพทย์ในฐานะอุดมการณ์ทางสังคม คงจะต้องตั้งคำถามว่า เรื่องราวความทุกข์ของคนยากจน เหล่านี้เป็นสิ่งที่สถาบันทางการแพทย์ที่ใส่ใจในความทุกข์ของผู้คนยอมให้เกิดขึ้นอย่างซ้ำซากจำเจเช่นนี้ได้อย่างไร เพราะการแพทย์ไม่ได้เป็นเพียงแค่ความรู้เชิงเทคนิคแต่ยังมีฐานะเป็นอุดมการณ์ทางสังคมที่ได้สร้างข้อผูกมัดทางศีลธรรมให้กับเราด้วย

คำถามที่สำคัญก็คือว่า ทำอย่างไรเราจึงจะฟื้นคืนมิตินทางอุดมการณ์ของการแพทย์ขึ้นมาได้ อุดมการณ์ที่ว่าเป็นการเชื่อมโยงการแพทย์เข้ากับคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การแพทย์เป็นไปเพื่อเติมเต็มความเป็นมนุษย์ให้สมบูรณ์ หัวใจของการแพทย์จึงแยกไม่ออกจากความเคารพในคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลมนุษย์อย่างที่มีมนุษย์ควรได้รับการดูแลและเป็นการต่อสู้เพื่อไม่ให้ชีวิตของผู้คนต้องถูกความเจ็บป่วยมาเป็นอุปสรรคในการที่จะพัฒนาไปสู่การเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์กว่า การแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์จึงเป็นไปเพื่อการเอื้ออาทรและเกื้อกูลให้มนุษย์ได้บรรลุซึ่งศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์ ในแง่นี้ผมคิดว่าเราจำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดเรื่องคุณค่า และศักยภาพของความเป็นมนุษย์พอสมควร ที่เราค้นเคยกันก็คือความจำเป็นและความต้องการของมนุษย์ในระดับต่างๆ ของ Maslow ที่ว่ามนุษย์

มีความต้องการและศักยภาพที่จะบรรลุความพึงพอใจต่อชีวิตเป็นระดับขั้นที่เริ่มจากความต้องการทางกายภาพ พูดย่างๆ คือ กินอิ่ม นอนอุ่น จากนั้นจะเป็นความต้องการความมั่นคงปลอดภัย และการเป็นที่รัก และยอมรับของกลุ่ม นี่เป็นสามระดับแรก



เราอาจจำเป็นต้องมาคิดทบทวนไม่น้อยกว่า ชีวิตของแพทย์และนักเรียนแพทย์ทุกวันนี้ คับขันและสรวนอยู่ กับ 2-3 ความต้องการพื้นฐานระดับล่างหรือเปล่า คือ การแสวงหาทางวัตถุ และการต้องการความมั่นคงของชีวิต วิชาชีพแพทย์คงสามารถตอบสนองเราในสองเรื่องนี้ได้ และเอาเข้าจริงๆ อาชีพแพทย์คงสามารถตอบสนองสองความต้องการนี้ได้โดยไม่มีที่สิ้นสุด ผมว่าโจทย์ที่สำคัญคือ เราจะจินตนาการแพทยศาสตร์ศึกษาใหม่อย่างไร เพื่อให้ให้นักศึกษาแพทย์ของเราเรียนรู้ถึงศักยภาพที่จะก้าวพ้นไปจากความต้องการพื้นฐานเหล่านี้ ไปสู่ศักยภาพที่สูงขึ้นที่มีอยู่แล้วในทุกคน ให้กระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษาแพทย์พาเขาเข้าถึงความพึงพอใจจากการได้เข้าใจและรู้จักตนเอง ได้ทุ่มเททำงานที่คนเห็นคุณค่ามากกว่าที่จะทำงานเพียงเพราะเป็นอาชีพอย่างหนึ่ง เพื่อให้มีเงินเดือนซื้อบ้านสักหลัง รถยนต์สักคันเท่านั้น

เมื่อครั้งเป็นนักเรียนแพทย์ ผมเคยมีความรู้สึกประหลาดใจกับการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์อยู่ประการหนึ่งครับ คือในชั้นเรียนของผมสมัยนั้นที่คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีนักศึกษาอยู่ 100 คน เรียนเก่งบ้าง อ่อนบ้าง บางคนเก่งมากเลย รู้ทุกเรื่อง บางคนจะสอบที่แทบเอาตัวรอดไม่ได้ ผมเคยสงสัยว่า ถ้าเราเรียนแพทย์โดยมีภารกิจพื้นฐานว่า เมื่อจบออกไปแล้วทุกคนต้องไปดูแลชีวิตของผู้คนในชนบทบ้าง ในเมืองบ้าง ทำไมเรายอมให้มีเพื่อนบางคนของเราเรียนอ่อน โดยที่ทั้งชั้นเรียนละเลยไม่เข้าไปให้ความช่วยเหลือ ทำไมยอมให้เพื่อนบางคนสอบตก โดยไม่ถือเป็นภารกิจร่วมกันของชั้นเรียนว่า ถ้าเรามีเพื่อนคนหนึ่งเรียนอ่อนกว่าคนอื่น แล้วเขาจบการศึกษาแต่ไปรับผิดชอบชีวิตคนป่วยไม่ได้ อาจทำให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิต จะเป็นความผิดพลาดและเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของชั้นเรียนเราทั้งชั้น แต่วิถีคิดแบบนี้ไม่มีนะครับ เราต่างคนก็ต่างเรียนกันไป จะมีบ้างที่รวมกลุ่มตัวกันกินในฐานะที่เป็นเพื่อนกันเท่านั้นเอง ไม่ใช่ในฐานะที่เป็นอุดมการณ์ทางสังคมร่วมกัน

การยกระดับไปสู่ความพึงพอใจที่สูงขึ้นในการได้ทำงานที่เราอยากทุ่มเทนั้น ผมคิดว่าเปรียบได้กับศิลปินผู้ยืนต่อหน้าศิลปะที่ตนกำลังทุ่มเทสร้างสรรค์อยู่ เขาก้าวพ้นความต้องการพื้นฐานไปได้เพราะมันไม่ได้สลักสำคัญอะไรนัก เช่น อาจได้กินข้าวบ้างไม่กินข้าวบ้าง ได้นอนบ้าง แต่อ่อนบ้าง แต่ก็มีชีวิตที่เต็มเปี่ยมและมีความหมาย เพราะเป็นชีวิตที่มีเป้าหมายและเต็มไปด้วยพลังสร้างสรรค์ที่มุ่งมั่นไปสู่การสร้างสรรค์ผลงานที่สำคัญกับชีวิต เราอาจพานักศึกษาก้าวไปได้ด้วยวิธีนี้ แทนที่เขาจะกังวลว่าเพื่อนไปทำงานโรงพยาบาลเอกชน ได้เงินเดือนๆ ละแสน

สองแสน เขายังมีเงินเดือนอยู่แค่นี้เอง เพราะเราเชื่อมั่นในศักยภาพของความเป็นมนุษย์ที่จะพัฒนาก้าวพ้นไปสู่ชีวิตที่สมบูรณ์มากกว่าชีวิตที่มีแค่เรื่องรายได้ เพราะมนุษย์เป็นไปได้มากกว่านั้นและไปได้สูงที่สุด คือการก้าวพ้นจากความบีบคั้นคับข้องไปสู่อิสรภาพของมนุษย์ไปสู่อิสรภาพที่มีชีวิตอย่างที่ไม่เสียภายในบอกเขาว่าใช่ ชีวิตที่เลือกจะมี ไม่ใช่มีชีวิตเหมือนเศษสวะหรือขอนไม้ที่ลอยอยู่ในแม่น้ำ จะมีคลื่นซัดไปทางซ้ายก็เบี่ยงไปทางซ้าย น้ำไหลทางขวาก็ไปทางขวาโดยไม่มีสติยังคิดว่าชีวิตจริงๆ ของเขานั้นเขาต้องการให้เป็นอย่างไรกันแน่ และเขาจะพาตัวเองไปสู่อิสรภาพ เพื่อจะไปสู่ความมุ่งมั่นไฝ่ฝันนั้นอย่างไรบ้าง

ผมไปร่วมประชุมนิเทศแพทย์ประจำบ้านที่คณะแพทยศาสตร์แห่งหนึ่ง มีแพทย์ประจำบ้านมาฝึกหัดเป็นสูติแพทย์เฉพาะทางปีหนึ่งๆ รวาลิคน ผมถามเขาว่า เรียนทำไมจึงคิดมาเรียนสูตินรีเวช มีแรงบันดาลใจอะไร เขาไม่รู้จะตอบอย่างไร เพราะคำถามเหล่านี้ไม่เคยเป็นคำถามที่แพทย์คิด ไม่มีคำพูด หรือภาษาจะตอบมากไปกว่าคำตอบที่ว่า ไป เช่น เรียนเพราะเป็นวิชาชีพเฉพาะที่น่าสนใจ งานดี เงินดี ไม่มีสักคนที่แสดงให้เห็นว่าเขามีไฟ มี Passion หรือวิญญานของการเป็นแพทย์ที่ได้คิดกับชีวิตและเลือกที่จะทุ่มเทให้กับวิชาสูตินรีเวช ผมคิดว่าที่เป็นเช่นนี้เพราะโจทย์เหล่านี้เป็นโจทย์ที่เราไม่เคยแม้แต่จะโยนออกไปให้นักศึกษาแพทย์ได้คิดหรือได้ช่วยกันตอบ ถ้าเราจะพาเขาไปสู่การเป็นแพทย์ที่มีความละเอียดอ่อน ลุ่มลึกต่อความเป็นแพทย์มากขึ้น เราหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องเชิญชวนให้นักศึกษาแพทย์ตอบคำถามและพูดถึงเรื่องราวเหล่านี้

ระบบการแพทย์กับการลดทอนความเป็นมนุษย์

ระบบงานทางการแพทย์ที่ดำรงอยู่นั้นเป็นปัญหาอุปสรรคพอสมควรในการที่เราจะสร้างแพทย์ที่ละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์ ที่ว่ามีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์นี้ไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น ที่เราต้องใส่ใจและเคารพความเป็นมนุษย์ของเขา แพทย์หรือนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาทุกวิชาชีพก็เป็นมนุษย์เหมือนกัน เขามีสิทธิและมีศักยภาพที่จะก้าวพ้นเงื่อนไขของชีวิตที่ทำให้ไม่สามารถพัฒนาไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ของเขาได้ แต่ว่าในระบบงานที่เราทำงานกันอยู่เป็นระบบที่สามารถลดทอนความเป็นมนุษย์อย่างมาก เมื่อเราเติบโตในระบบที่ขาดความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์ เราก็ซึมซับเอาความคิดและวิถีปฏิบัติที่ไม่ใส่ใจต่อมิติของความเป็นมนุษย์ในงานที่เราทำ ผมว่าไม่

ต่างไปจากระบบราชการที่ข้าราชการเรียนรู้และซึมซับวิถีปฏิบัติต่อผู้มาติดต่อราชการจากการทำงานในระบบราชการจากประสบการณ์การปฏิบัติงานในชีวิตประจำวันมากกว่าการเรียนรู้ที่เป็นทางการ ถ้าระบบที่เราทำงานอยู่เป็นระบบที่ลกดทอนศักดิ์ศรีหรือคุณค่าความเป็นมนุษย์ของเรา ก็คงจะเป็นการยาก ที่จะเรียกร้องให้คนในระบบใส่ใจในความเป็นมนุษย์ของคนอื่น เพราะฉะนั้น สองค่านี้อาจแยกกันไม่ออกเลย

ผมเคยพาแม่ไปตรวจรักษากับเพื่อนแพทย์รุ่นเดียวกัน เขาเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านกระดูกที่เลิศสิน พอผมเปิดประตูเข้าไปในห้องตรวจ คนไข้เต็มห้องไปหมด ทั้งแน่นทั้งร้อน นั่งตรวจกันเหงื่อไหลโคลย้อย พอเขาเห็นผมเปิดประตูเข้าไป เขาบอกว่าโกมาตราบาก็ดีแล้ว กำลังหาตำแหน่งจะย้ายเข้ากระทรวงอยู่พอดี คือเขาเห็นว่าผมทำงานอยู่ที่กระทรวงและเขาก็เป็อกับงานที่หนักและบั่นทอนชีวิตของเขาเต็มทีแล้วผมก็มองไปรอบๆ ห้อง เห็นคนไข้ นั่งอยู่เต็มไปหมด คนไข้คงรู้สึกว่ หมือนบ่นว่าเบื่อ จิตใจคนไข้จะรู้สึก อย่างไร แต่เขาน่าจะทุกข์จากระบบที่ต้องดูแลคนไข้มากเกินไป ผมไม่รู้จะบอกเขาอย่างไร เลยบอกเขาว่าอย่าเพิ่งย้ายเข้าวังหลวงเลย ในวังหลวงนั้นผู้คนต่อสู้แย่งชิงอำนาจกัน แม้จะมีคนทำงานมากหน้าหลายตา แต่ก็เหงาและโดดเดี่ยว คือผมจำคำพูดนี้มากจากเรื่องแคจจิมเมื่อตอนที่เขาเข้าไปในวังหลวง ผมบอกเพื่อนผมว่าแม้แต่แคจจิมยังออกไปทำงานที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเลย เขาก็อึ้งๆ ไป ผมคิดว่าในระบบการทำงานของเรามีลักษณะที่ลกดทอนความเป็นมนุษย์ เพราะเห็นมนุษย์เป็นเครื่องมือมากกว่าเป้าหมายของการพัฒนา พอเราเข้าไปทำงานก็กลายเป็นเครื่องมือของระบบ ต้องทำโน่นทำนี่ ระบบไม่เคยคิดว่าเรามีความไฝ่ฝันอะไรอยู่บ้าง ผมรู้จักเพื่อนคนนี้ดีและคิดว่าเขายังมีความไฝ่ฝันเหลืออยู่ แต่อาจจะเหลืออยู่ได้อีกไม่นาน

การทำงานที่ไม่อนุญาติให้เราคิด ให้เราฝัน เป็นการทำงานที่สร้างคามทุกข์ คือเราทำงานโดยไม่มีความสุขเลย การออกโอพีดี (OPD) หรือการตรวจผู้ป่วยนอกจะเป็นทุกข์ที่สุด เพราะเราถือเอาการแพทย์เป็นความรู้ทางเทคนิค ในทางเทคนิค การออกโอพีดีนั้นไม่ได้ต้องอาศัยทักษะหรือความรู้ทางเทคนิคที่น่าสนใจหรือน่าตื่นเต้นอะไรเลย ส่วนใหญ่ก็เป็นความเจ็บป่วยแบบพื้นๆ จ่ายยาแบบง่าย ๆ งาน ที่ไม่ท้าทายอย่างนี้ทำให้เราเบื่อ ส่วนใหญ่การออกโอพีดีจึงเป็นทำงานด้วยความทุกข์ การทำงานในลักษณะเช่นนี้ทำให้คนถูกทำร้ายและทำร้ายคนอื่นได้ง่าย นำไปสู่ความขัดแย้ง ความรุนแรง ที่สำคัญคือในระบบเช่นที่ว่านี้เป็นระบบที่ทำให้คนคิดท้อแท้ หมกครึทธาในความคิด และหมกกำลังใจในการทำงาน นี่เป็น

ปรากฏการณ์ที่เราพบเห็นได้ทั่วไป การขับเคลื่อนทางด้านการแพทย์ที่มีหัวใจของความ เป็นมนุษย์ จึงต้องคอบใจอยู่ในเรื่องของระบบงานที่ลดทอนคุณค่าความเป็นมนุษย์นี้ อยู่พอสมควร

การลดทอนความเป็นมนุษย์ในวิชาชีพสุขภาพ

การลดทอนความเป็นมนุษย์ของนักวิชาชีพสุขภาพนั้นมีรูปธรรมการ แสดงออกที่ หลากหลายไม่ว่าจะเป็นการขาดความภาคภูมิใจในวิชาชีพ การรู้สึกไม่ได้รับความ เป็นธรรม อย่างเท่าเทียมกันก็มีความสำคัญ เพราะในระบบการแพทย์มีความเหลื่อมล้ำทางวิชาชีพอยู่ ซึ่งระบบแบบนี้จะไปลดทอนความเป็นคุณค่าทางมนุษย์ของคนตัวเล็กตัวน้อย อย่างเจ้าหน้าที่ อื่นๆ ที่ไม่ใช่แพทย์ แม้แต่พยาบาลก็มีความเหลื่อมล้ำล้นหลาม คือระบบจะให้คุณค่ากับงาน ต่างๆ ไม่เท่ากัน อย่างพยาบาลเรียนจบมาด้วยกัน คนหนึ่งทำงานบนวอร์ด คนหนึ่งไป ทำงานปฐมภูมิในชุมชน เรายังให้ค่าตอบแทนเขาไม่เท่ากัน ทั้งที่งานในชุมชนเหนื่อยและ หนักกว่า แต่เราก็ไม่ได้ให้คุณค่าของงานในลักษณะนี้ เหมือนกับถือว่างานชุมชนเป็นงาน เกรดต่ำกว่า การลดทอนคุณค่าที่คนทำก็เป็นการลดทอนคุณค่าความเป็นมนุษย์ของเขาด้วย แพทย์ เองก็เช่นกัน แพทย์ที่จบบอร์ดก็ดูจะมีศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์มากกว่าคนที่ไม่ได้ เรียนเฉพาะทาง จบบอร์ดจากต่างประเทศก็ยิ่งสูงส่งขึ้นไปอีก ระบบเช่นนี้ให้คุณค่าความ เป็นมนุษย์จากเครื่องตกแต่งปลอมๆ ภายนอก

งานเป็นสิ่งที่ให้คุณค่าแก่ชีวิต การลดทอนการงานให้ เป็นเพียงการหารายได้จึง เป็นการลดทอน ความหมายของการทำงานและเป็นการลดทอนคุณค่าของชีวิตด้วย งานที่ ถูกแยกย่อยชอยเป็นชิ้นเล็กๆ ที่คนทำงานไม่รู้จักความหมายหรือคุณค่าของงานที่ตัวเองทำว่ามี ส่วนช่วยสร้างสรรค์งานโดยรวมอย่างไรก็เป็นการลดคุณค่าของคน เช่น เจ้าหน้าที่ในห้อง แลบตรวจปัสสาวะ โดยไม่เคยรู้เลยว่าปัสสาวะที่ตรวจเป็นของใคร เขามีความทุกข์อย่างไร การทำงานที่ต้องก้มหน้าก้มตาทำโดยไม่รู้ว่างานนั้นเป็นประโยชน์อย่างไรและไม่สามารถ ภาควิชาอยู่กับงานนั้นได้ก็เป็นการทำงานที่เป็นความทุกข์ได้

ผมรู้จักเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคนหนึ่งที่อยู่ลา ก็เหมือนกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ทั่วไปที่ไม่ชอบงานทำผล แกกงทำผลจนเบื่อ มีอยู่คราวหนึ่งแกต้องไปทำผลของผู้หญิง ชาวบ้านที่ป่วยเป็นเบาหวาน มีอาชีพทำนาผักบุ้ง เป็นผลเรื้อรังที่ทำไม่หายสักที เมื่อ

เจ้าหน้าที่คนนี้ไปคุยที่บ้านจึงเห็นว่าผลคงไม่หาย ง่าย ๆ เพราะอาชีพทำนาผักบุง คั้นเข้ามา ก็ต้องย่อลงไปบนสระน้ำ ซึ่งพื้นเป็นโคลน มีแก้วแตก มีกิ่งไม้ มีหินคมๆ ต้องเหยียบไป ต้องลงไปแต่งแพผักบุงและเก็บผักบุงมามีคขายเพื่อหาเงินเลี้ยงดูตัวเอง ผลสกปรกบ่อยๆ เลยเรื้อรังไม่หาย สามีก็จนปัญญาที่จะพากรรยาไปทำผลที่สถานีอนามัยทุกวัน กรรยาจึงคัดสินใจฆ่าตัวตาย ชวนสามีซื้อยาฆ่าแมลงมากินกันเพื่อจะได้พ้นภาระกับชีวิตที่ทุกข์ยาก เมื่อเจ้าหน้าที่ไปทำผลที่บ้านให้ ผู้ป่วยแทบจะกราบไหว้ เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มาทำผลให้ที่บ้านเหมือนกับนางฟ้ามาโปรด มาช่วยชีวิตของเขาไว้ ผมคิดว่างานเล็กๆ อย่างตรวจปัสสาวะ ทำผลอย่างนี้เมื่อมีความหมายเชื่อมโยงกับมิติของความเป็นมนุษย์ งานง่ายๆ ที่ไร้คุณค่าทางเทคนิคก็กลายเป็นงานที่หล่อเลี้ยงอุดมคติไว้ได้ แต่ถ้าการงานนั้นหลุดออกจากรบพิตรชีวิตผู้คนแล้ว เป็นงานที่ไม่ได้ไปสัมผัสและเชื่อมโยงกับชีวิตคนอื่นต่อไป คนจะแปลกแยกกับงานเพราะหาความหมายหรือคุณค่าของงานไม่ได้

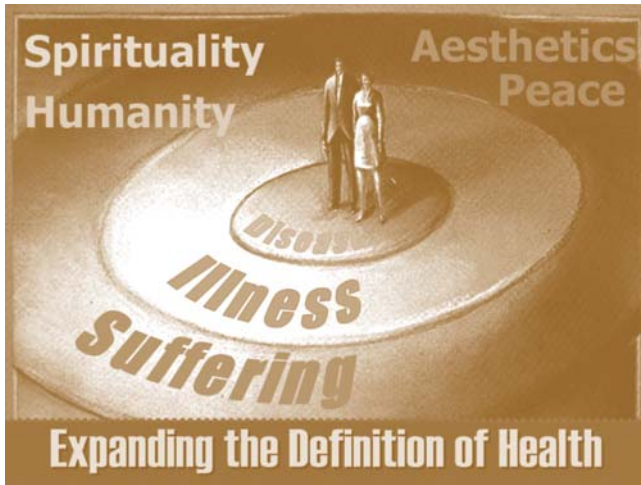
งานทางการแพทย์นั้นอาศัยเครื่องมือในการทำงาน ซึ่งเครื่องมือเหล่านี้ ไม่ว่าจะเป็น การซักประวัติ การตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เราจะพบว่าเครื่องมือเหล่านี้มีรากฐานทางปรัชญาอยู่ด้วย ปรัชญาเป็นเสมือนรากเหง้าหรือคันทอที่ผลิตออกอผลเป็นเครื่องมือ ผมเคยไปบรรยายที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ เดินผ่านออฟทีดีเอดิว ได้เห็นคุณแม่คนหนึ่งอุ้มลูกมาที่โรงพยาบาลเธอกำลังถูกควาดจากเจ้าหน้าที่เพราะมาผิควัน ผมไม่รู้ว่าเกิดอะไรขึ้น ทำไมเธอจึงมาไม่ตรงวันนัด แต่เมื่อมองไปที่เด็กแล้วรู้สึกเศร้าใจ แทนแม่เด็กมาก เด็กทารกที่เธออุ้มมาหาหมอนั้นตัวเล็กนิดเดียว เหมือนลูกแมวที่ห่อไว้ในผ้า โผล่ออกมาเฉพาะใบหน้าซึ่งปรากฏว่าเป็นเด็กพิการ ปากแหว่งเพดานโหว่เป็นโพรง หมดทั้งริมฝีปากและเพดานปาก เข้าใจว่าเด็กคงกินอะไรไม่ได้เพราะจะสำลักอาหาร อย่างดีคงทำได้แค่เอาน้ำหยอดเพื่อประทังชีวิตเท่านั้น แต่แม่ที่คั่งทุกข์ยากและเศร้าโศกอย่างมาคนั้น ก็ยังถูกเจ้าหน้าที่ของเราควาดเพราะมาตรวจผิควัน ผมคิดว่าที่เราไม่รู้รู้สึกรู้สมกับความทุกข์ของผู้คนที่มารักษากับเรานี้อาจเป็นเพราะเครื่องมือการทำงานของเรามีส่วนมากำหนดจิตใจของเราไม่น้อย เช่น การพูดคุยกับคนไข้หรือการซักประวัติ การใช้เครื่องมือการตรวจรักษาเหล่านี้ถือป็นรากฐานวิชาชีพ เมื่อเราเขียนประวัติผู้ป่วยอย่างในกรณีนี้เราก็เขียนเพียงแต่ ว่า "ผู้ป่วยเด็กไทย ปากแหว่งเพดานโหว่มาแต่กำเนิด" แค่นี้ก็เสร็จแล้ว เราเขียนเฉพาะข้อเท็จจริงทางชีววิทยาเป็นหลัก เราไม่ต้องรู้ว่าผู้หญิงคนนี้ทุกข์อย่างไร ต้องร้องไห้มากเท่าไร

เมื่อคลอคลุกออกมาวินาทีแรกที่เจ้าหน้าที่เอาลูกมาให้ดู สำหรับคนทั่วไปแล้วการที่แม่ได้เห็นหน้าลูก เป็นครั้งแรกนั้นถือเป็นเรื่องอัศจรรย์ของชีวิตมาก แต่แม่คนนี้รู้สึกอย่างไร เวลาเราซักประวัติการเจ็บป่วย เราสนใจแต่เรื่องของอวัยวะที่ผิดปกติเป็นประวัติอวัยวะ โดยที่เราแทบไม่ต้องใส่ใจกับเรื่องราวชีวิตและความทุกข์ของแม่นี้เลย ที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะเครื่องมือมันสอนเราอย่างนั้นทุกวัน

หลายท่านคงเคยอ่านคำสอนปรินาเซน ที่บอกว่า "คนจัดดอกไม้ ดอกไม้จัดคน" การเขียนก็เหมือนกับการที่เราใช้เครื่องมือต่างๆ ในขณะที่เราใช้เครื่องมือชิ้นนั้น เครื่องมือที่เราใช้นั้นก็กำลังใช้เราอยู่ เพราะเครื่องมือเป็นผลผลิตของวิถีคิด เมื่อเราใช้เครื่องมือไปนานเข้า วิถีคิดที่ติดมากับเครื่องมือก็ค่อยๆ ซัดกลาเรา ให้เรามีความรู้สึกนึกคิดไปตามปรัชญาที่กำกับเครื่องมือชิ้นๆ อยู่โดยเราอาจไม่รู้ตัว

ในแง่นี้ ผมคิดว่าเราทำงานอยู่ในระบบวัฒนธรรมชนิดหนึ่งที่มีบรรทัดฐาน ค่านิยม ที่ถูกปลูกฝังอยู่ในระบบงานและเครื่องมือที่เราใช้งานอยู่ทุกเมื่อเชื่อวัน ซึ่งเราอาจเรียกว่าเป็นอคติที่มีอยู่ในระบบองค์กรก็ได้ ผมคิดว่าการทำงานเพื่อสร้างการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์จะต้องถอดถอนอคติที่มีอยู่ในระบบองค์กรที่เป็นอยู่อย่างน้อยสามเรื่องได้แก่

เรื่องแรก คือ **อคติในวิถีวิทยาของการสร้างความรู้** แบบแผนการทำงานและวิถีคิดของเราแฝงเอาไว้ด้วยอคติในเชิงวิถีวิทยาโดยเรามักไม่รู้ตัว เมื่อเราต้องมาทำงานเกี่ยวกับเรื่องการแพทย์ให้มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ก็มักมีการใช้วิถีคิดแบบวิทยาศาสตร์วัตถุนิยมกลไกมากำกับ เช่น เราอาจถูกถามว่าเรื่องแบบนี้มันไม่เป็นวิทยาศาสตร์กระมัง ไม่ว่าจะถูกถามโดยตรงหรือจะถามโดยอ้อม ถามโดยอ้อม เช่น ถามว่านิยามของการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์คืออะไร มันมีกฎเกณฑ์อย่างไร หรือตัวชี้วัดของมันคืออะไร วิถีคิดที่ลดทอนสิ่งต่างๆ ลงมาให้เหลือเฉพาะสิ่งที่วัดได้เป็นวิถีคิดที่มีฐานคิดว่าสิ่งต่างๆ จะดีว่ามีอยู่จริงได้ต้องสามารถวัดได้อย่างเป็นภาวะวิสัย ในแง่นี้โลกทางอุดมคติ อุดมการณ์ทางสังคม หรือมิติทางจิตวิญญาณและคุณค่าความหมายทางวัฒนธรรมเป็นเรื่องที่ไม่มีอยู่จริง เพราะตรวจวัดในเชิงปริมาณไม่ได้ หรือว่าวัดได้ยากมาก แล้วเมื่อระบบงานเรานั้นการวัดได้ก็ทำให้การทำงาน ในมิติที่ยากต่อการวัดไม่ได้รับการสนับสนุนเท่าที่ควร เพราะถูกดูแลกันว่าไม่เป็นวิทยาศาสตร์ คำถามคือว่า เรื่องความเป็นมนุษย์หรือศักยภาพของความเป็นมนุษย์นี้ เราจะสามารถลดทอนลงมาเหลือเป็นตัวชี้วัดได้หรือเปล่า ถ้าหากได้ ตัวชี้วัดนั้นๆ ควรมี



การทำระบบการแพทย์ให้มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

ผมคิดว่าการทำงานเพื่อสร้างการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์น่าจะสามารถอาศัยแนวคิด หลักๆ อยู่ 3-4 ประการด้วยกัน

แนวคิดประการแรก เราต้องไม่มองเรื่องความเป็นมนุษย์เฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเท่านั้น เราควรมองเรื่องความเป็นมนุษย์ของบุคลากรทางการแพทย์หรือนักวิชาชีพหน้าและนักศึกษาต่างๆ ด้วย ถ้าเราจะหล่อหลอมแพทย์รุ่นใหม่ให้มีความละเอียดอ่อนและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้คน เขาจะต้องได้รับปฏิบัติต่ออย่างที่จะทำให้เขาเติบโตเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ เป็นมนุษย์ที่ก้าวพ้นไปจากตัวตนที่คับแคบ ก้าวพ้นไปจากความต้องการพื้นฐาน และการตอบสนองที่ไม่รู้จักจบสิ้นในเรื่องทางวัตถุเรื่องความมั่นคง การมีอยู่มีกิน แต่ให้เขามีชีวิตในทางอุดมคติ มีความใฝ่ฝัน มีอุดมการณ์ของชีวิตได้ค้นพบสิ่งที่ชีวิตสั้นๆ ของเขาอยากจะได้ทุ่มเทให้

ผมคิดว่าในฐานะของมนุษย์ เราทุกคนมีพรอยู่ 4 ข้อ ข้อแรก คือค้นพบสิ่งที่ตัวเองอยากจะทำในชีวิตนี้ คนที่ค้นพบว่าชีวิตนี้จะทุ่มเทให้กับอะไร ถือได้ว่าได้รับพรอันประเสริฐข้อแรก พรข้อที่สอง คือเมื่อรู้ว่าอยากจะทำอะไรแล้ว มีโอกาสได้ไปทำเรื่องนั้น ถือว่าได้พรเพิ่มขึ้นอีกข้อหนึ่ง บางคนรู้ว่าตนอยากทำอะไร แต่ไม่มีโอกาสได้ทำ อาจเป็นเพราะขาดเงื่อนไข ระบบไม่เอื้อ หรือไม่มีความกล้าหาญพอ ก็ถือว่าไม่ได้รับพรข้อที่สอง

ของความเป็นมนุษย์ ข้อที่สาม คือเมื่อได้ไปทู่มเทินเรื่องทีตัวเองอยากทำ ยังสามารถทำจนประสบความสำเร็จอีกด้วย ถือว่าได้รับเป็นพรสามชั้น ส่วนพรข้อที่สี่ ถ้าจะมีก็มิ ถ้าไม่มาก็ไม่เป็นอะไร คือถ้าได้ทำสิ่งที่คนเลือกจนสำเร็จตามความใฝ่ฝันแล้ว ยังเป็นที่ยอมรับทางสังคม มีชื่อเสียงหรือร่ำรวยอีกด้วย ถือว่าเป็นพรของแถม แต่ในสังคมส่วนใหญ่ข้อนี้จะมีมาเป็นอันดับหนึ่ง จึงทำให้ข้ออื่นๆ หมคความสำคัญไปโดยปริยาย

แนวคิดประการที่สอง ผมคิดว่าเราต้องกลับมาองการแพทย์ในฐานะของอุดมการณ์ทางสังคมคือ **การแพทย์ในฐานะภารกิจทางมนุษยธรรม** คือเราพูดถึงความเป็นมนุษย์ คำว่า ฮิวแมนิตี้ (Humanity) ความจริงแล้วมีความหมายเทียบเท่ากับมนุษยธรรม ในแง่นี้เราอาจเห็นได้ไม่ยากว่าความเจ็บป่วยของมนุษย์นั้นเป็นโอกาสสำคัญในทางมนุษยธรรม งานทางการแพทย์ที่ต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและความทุกข์ยากจึงเป็นเงื่อนไขที่ดีของการทำงานเพื่อมนุษยธรรม ผมมีเพื่อนคนหนึ่งชื่อสุภาพ พงศ์พฤกษ์ เธอเสียชีวิตไปแล้วด้วยมะเร็งเต้านม เธอได้ใช้ช่วงเวลาที่เธอป่วยเตรียมตัวจะเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบสันติ ความทีเธอเป็นคนทำบุญกับผู้คนมาเยอะมาก พอเธอใกล้จะเสียชีวิต ก็มีเพื่อนพ้องน้องพี่จำนวนมากเดินทางมาดูแลเธอที่บ้าน มากันมากจนต้องจัดคิวให้ บางคนมาเพื่อจะภาวนา ร่วมกับเธอ สวดมนต์ร่วมกัน บางคนเธอเคยให้โอกาสในการฝึกคนตรี ก็จะมาเล่นคนตรีให้ฟังทุกเย็นเป่าขลุ่ยบ้าง ตีจิมบ้าง เพื่อปลอบโยนจิตใจของเธอให้เป็นสุข เราไปถามคุณสุภาพว่ารู้สึกอย่างไรบ้างกับการที่มีคนมาเยอะแยะแบบนี้ เธอบอกว่า เธอดีใจไม่ใช่ดีใจเพราะมีคนมากมายมาดูแล แต่ดีใจว่าความทุกข์ที่เกิดขึ้นในตัวเธอ ได้ไปเร้ากุศลจิตและมนุษยธรรมที่มีอยู่แล้วในหมู่พี่ๆ เพื่อนๆ ให้ได้แสดงออกมา

การทำงานทางการแพทย์ที่เป็นเรื่องของความเจ็บป่วยหรือความทุกข์จึงเป็นโอกาสสำคัญที่จะปลูกเร้ามนุษยธรรมหรือเมล็ดพันธุ์แห่งความดีทีทุกคนมีอยู่เป็นพื้นอยู่แล้วให้ได้แสดงออกและงอกงาม การได้เข้าใจและรู้สึกู้สมกับความทุกข์หรือการร่วมทุกข์นั้นในทุกศาสนาคือถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญเพื่อเข้าถึงสำนึกร่วมของความเป็นมนุษย์ที่เป็นหนึ่งเดียวกันหรือ Common Humanity ถ้านักศึกษาแพทย์ของเราได้เรียนรู้ ได้เห็นและเข้าใจความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของมนุษย์ทั้งมวล ความเป็นมนุษย์ที่มีอยู่ทั้งในตัวเขาและในตัวผู้ป่วยทีเขาดูแล ผมคิดว่าเขาจะเป็นแพทย์ที่อ่อนโยนต่อชีวิต และเราจะสามารถ สร้างระบบการบริการทีมีหัวใจของความเป็นมนุษย์ขึ้นมาได้

จากแนวคิดที่ว่ามานี้ อาจพอช่วยให้เราเห็นได้ว่าเรื่องที่เราจะต้องคุยกันต่อเพื่อแปลแนวคิดไปสู่การปฏิบัติอาจมีเรื่องอะไรที่จะทำได้บ้าง เช่น

หนึ่ง เรื่องการขยายกรอบแนวความคิดเรื่องสุขภาพให้กว้างขึ้น เป็นแนวคิดสุขภาพในกระบวนทัศน์ใหม่ที่เชื่อมโยงกันทั้งมิติทางกาย ใจ สังคมและมีมิติทางจิตวิญญาณ

สอง เรื่องการฝึกให้นักศึกษาแพทย์ได้เรียนรู้ทั้งเรื่องโรค (คือสิ่งที่เกิดกับอวัยวะ) เรื่องความเจ็บป่วย (คือสิ่งที่เกิดกับคน) และเรื่องความทุกข์ (คือสิ่งที่เกิดกับมนุษย์)

สาม เรื่องการเรียนรู้จากเรื่องเล่า มหาวิทยาลัยแพทย์ในต่างประเทศหลายแห่งมีโปรแกรมทำนองนี้ครับ อย่างเช่นคณะแพทยศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยเยล มีโปรแกรมที่เรียกว่า Medical Humanity Program ซึ่งน่าสนใจมาก เขาเอาแพทย์ประจำบ้านหรือเรสซิเดนต์ ซึ่งเขามีปัญหาว่ายิ่งเรียนสูงมากขึ้นก็ยิ่งขาดความละเอียดอ่อนในความเป็นมนุษย์ เอาแพทย์เหล่านี้ไปทำเวิร์คช็อปกับกวีและนักเขียน ฝึกให้อ่านบทกวีและเขียนเรื่องสั้น เมื่อติดตามเรสซิเดนต์กลุ่มนี้ไปเพื่อคว้ามืออะไรเปลี่ยนแปลงไปบ้าง ข้อสรุป ที่เขาค้นพบที่น่าสนใจมาก คือเรสซิเดนต์ที่ผ่านกระบวนการทำนองนี้ จะเกิดความละเอียดอ่อนใน 3 ข้อ ซึ่งมักไม่พบในระบบการสอนแพทย์แบบปกติ

ข้อที่หนึ่ง จะเกิดการระมัดระวังในการใช้ภาษาเมื่อมีการสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วย เพราะเมื่อเรียน เรื่องภาษาในบทกวี หรือเขียนเรื่องสั้น จะรู้ว่าภาษามีหลายแง่มุม เข้าใจไปได้ต่างๆ กัน และมักเข้าใจผิด กันได้ง่าย แพทย์เหล่านี้จึงมีความระมัดระวังในเรื่องภาษาที่ใช้พูดคุยกับคนไข้มากขึ้น

ข้อที่สอง จะเกิดความละเอียดอ่อนในแง่ที่รู้จักคิดและรู้สึกแทนคนอื่นได้ ถ้าพวกเราเคยเขียนเล่า เรื่องอะไรมาบ้าง จะเห็นชัดว่า เวลาเราเริ่มเล่าถึงคนๆ หนึ่ง เราต้องเข้าไปรู้สึกแทนเขา สมมติตัวเองไปอยู่ในฐานะของเขา ทำไม่เขาถึงเป็นแบบนี้เขาจะทุกข์ใจอย่างไรบ้าง เมื่อฝึกเขียนไปและฝึกคิดแบบนี้ เมื่อมาตรวจคนไข้ก็จะมีวิธีคิดแบบนี้คิดเข้ามาในเวลาคุณแลคนไข้ด้วย

ข้อที่สาม มีสิ่งที่เรียกว่า การไตร่ตรองครุ่นคิดกับคุณค่าชีวิตของตัวเอง (Deep Reflection) มากขึ้น มีการตรองตรวจสอบว่าชีวิตที่กำลังไข้อยู่ เป็นชีวิตที่ดีหรือมีคุณค่าหรือไม่ คำถามทำนองนี้ ผมคิดว่าเราไม่ค่อยได้ถามกัน ซึ่งงานวิจัยของมหาวิทยาลัยเยลนี่ในที่สุดเขาก็ได้เปิดเป็นเว็บไซต์ เป็นโครงการให้คนในคณะแพทย์และผู้ป่วยส่งเรื่องเล่า

ของตนเองเข้ามา และมีการเผยแพร่เรื่องเล่าเหล่านี้ด้วย

ประการที่สี่ คือเรื่องการส่งเสริมโอกาสในการทำงานกับคนทุกชนชั้น เรื่องนี้ชัดเจนอยู่แล้วและเป็นสิ่งที่ได้ผลมากที่สุดในการปลูกฝังอุดมการณ์ทางการแพทย์

ประการที่ห้า ส่งเสริมการเรียนรู้อุดมคติของชีวิต รวมทั้งในเรื่องจิตอาสาด้วย เรื่องอุดมคติของชีวิตน่าจะถูกบูรณาการเข้ามาในโรงเรียนแพทย์ได้ คือผมจำได้ว่าสมัยเป็นนักศึกษาแพทย์ ผมจะไม่เคยรู้จักอาจารย์แพทย์ในฐานะมนุษย์ที่มีความไม่ฝืน มีอุดมคติ ผมไม่เคยได้รับรู้เรื่องราวของอาจารย์แพทย์ที่ทุ่มเทชีวิตให้กับการสร้างสรรคงานทางการแพทย์ที่ท่านรักเป็นชีวิตจิตใจ ไม่ใช่ว่าโรงเรียนแพทย์จะไม่มีครูแพทย์ที่มีความไม่ฝืน มีอุดมคติ หรือมุ่งมั่นทุ่มเท เพียงแต่เราที่เป็นนักศึกษาแพทย์จะรู้จักอาจารย์แพทย์ ในฐานะผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิคทางการแพทย์มากกว่า เช่น รู้ว่าเป็นอาจารย์ด้าน GI (Gastrointestinal - ระบบทางเดินอาหาร) ที่จบบอร์คจากต่างประเทศ เป็นนิวโรศัลย์ฝีมือดี (Neurosurgery - ศัลยกรรมประสาท) แต่ผมไม่เคยรู้ว่าอาจารย์ไม่ฝืนอะไร มีอุดมคติของชีวิตอย่างไร ชีวิตที่ผ่านมาเคยทุ่มเทให้กับการแพทย์หรือการเรียนการสอนแพทย์อย่างไร จะรู้จักโดยบังเอิญมากกว่า เช่นรู้ว่า มีอาจารย์บางคนพากันออกหน่วยไปผ่าตัดหูน้่านวนกให้กับเด็กในชนบท ทำงานแบบอาสาสมัครช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์โดยไม่คิดเงิน แต่เรื่องเล่าเหล่านั้นจะได้ฟังกันบ้างในหมู่เล็กๆ ของคนที่ทำงานตามชมรมพัฒนาชนบท เรื่องราวของครูแพทย์ในฐานะของมนุษย์มีอุดมคติของชีวิต มีความคิดความไม่ฝืนและความเสียสละเป็นเรื่องที่เราได้ยินบ่อยมาก

ผมเคยเดินดูในโรงเรียนแพทย์ต่างๆ และเห็นมีชื่ออาจารย์แพทย์ติดอยู่ที่นั่นบ้าง ที่นี้บ้าง ชื่อของอาจารย์แพทย์บางท่านเป็นชื่อห้องประชุม ห้องสมุด หรือเป็นชื่อตึก ท่านเหล่านี้คงจะต้องมีคุณงามความดีแน่ ชีวิตของท่านคงจะต้องเคยทุ่มเทให้กับบางสิ่งบางอย่างที่ท่านไม่ฝืนจะให้เกิดในวงการแพทย์ไทยแน่ อาจารย์แพทยศาสตร์บางท่านเคยทุ่มเทให้กับเรื่องแพทยศาสตร์ศึกษา บางท่านเป็นผู้ริเริ่มเวชศาสตร์สาขาต่างๆ บางคนริเริ่มบุกเบิกการผ่าตัด คิดค้นเรื่องราวต่างๆ ทำการศึกษาวิจัย อะไรอยู่เบื้องหลังแรงบันดาลใจ อะไรอยู่เบื้องหลังพลังที่จะทำงานต่างๆ เหล่านั้น เราไม่เคยเรียนรู้เลย ผมคิดว่า การเรียนเรื่องอุดมคติของชีวิตจะกลับมาที่โรงเรียนแพทย์ได้จากการให้นักศึกษาแพทย์เรียนรู้เรื่องราวของครูแพทย์ในฐานะมนุษย์ ให้นักศึกษาแพทย์มีเวลาคุยกับอาจารย์แพทย์ให้ชีวิตได้เรียนรู้จากชีวิต ให้ชีวิตได้สัมผัสกับชีวิต ความเป็นมนุษย์มาสัมผัสกัน ให้นักศึกษาแพทย์ได้เห็นว่าคุณครูแพทย์ก็มี

ความใฝ่ฝันและเราก็ต้องมี อาจารย์แพทย์ได้ทุ่มเทชีวิตให้กับอะไรบางอย่างและเราก็ต้องทุ่มเท แต่เรื่องแบบนี้ไม่ค่อย เกิดขึ้นในโรงเรียนแพทย์ครับ

ประการที่หก คือการเรียนรู้และปลูกฝังเรื่องสุนทรียภาพและความงาม ผมคิดว่า ในระบบการศึกษาแพทย์หลายๆ แห่งทั่วโลกพยายามทำสิ่งนี้ วิธีมองโลกมองชีวิตที่เห็น ความงามหรือความละเอียดอ่อนของชีวิตจะช่วยให้แพทย์หรือนุคลิกกรทางการแพทย์มีความอ่อนน้อมต่อธรรมชาติและอ่อนโยนต่อชีวิต มากขึ้น เพราะเป็นวิถีคิดวิธีมองโลกที่เน้น ความเป็นองค์รวมมากกว่าที่จะมองแยกออกเป็นส่วนๆ ผมเคย เขียนบทความบทหนึ่งว่า ลูกชายผม ซึ่งขณะนั้นเรียนชั้น ป.6 เขาทำหนังสือเตรียมสอบ ผมถามว่าเรียนวิชาอะไรอยู่ เขาบอกว่าวิชาชีววิทยา ที่กำลังเตรียมสอบเป็นเรื่องชีววิทยาของพืชซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ส่วนประกอบของดอกไม้ ผมถามว่าดอกไม้ประกอบด้วยอะไรบ้าง เขาตอบว่าประกอบด้วย กลีบดอกกลีบเลี้ยง เกสรตัวผู้ และเกสรตัวเมีย ครบถ้วนตามหลักวิทยาศาสตร์ แล้วผมถามว่า ความงามไม่ได้เป็นส่วนประกอบส่วนหนึ่งของดอกไม้หรือ ลูกชายผมก็ซังกง เออ มันใช่ไหม น่าจะใช่ล่ะ เพราะว่าดอกไม้ก็มีความงามอยู่ แต่มันก็ไม่ได้ระบุไว้ในตำราเรียนเสียด้วย ที่ ความงามไม่สามารถเป็นส่วนหนึ่งของ วิชาชีววิทยาได้ก็เพราะวิธีการศึกษาแบบวิทยาศาสตร์ เน้นวิธีศึกษาแบบผ่าออกมาดู (dissect) ว่าสิ่งต่างๆ มีองค์ประกอบอะไรบ้าง ในขณะที่เรา แยกสลายมัน ความเป็นองค์รวมของดอกไม้จะหมดไปทันที ความงามก็หมดไปด้วย เพราะ ความงามเป็นคุณสมบัติขององค์รวม อย่างเช่นถ้าเราเอานางงามจักรวาลมาแยกส่วนๆ เป็น ลำไส้ใหญ่ ลำไส้เล็ก กระเพาะปัสสาวะ อะไรทำนองนี้ ก็คงไม่เหลือความงามและไม่เหลือ คุณสมบัติของความเป็นมนุษย์ ในการฝึกแพทย์ก็เช่นกัน วิธีฝึกของเราจะสอนให้เขามองแบบ แยกส่วนอยู่แล้วโดยปริยาย โดยเราจะสอนให้นักศึกษาแพทย์แยกร่างกายออกเป็นระบบย่อยๆ จากระบบย่อยแยกเป็นอวัยวะ จากอวัยวะเป็นเนื้อเยื่อ จากเนื้อเยื่อเป็นเซลล์ และเป็นสารเคมี ในเซลล์ลงไปอีก สิ่งที่เราต้องเอามาเยียวยาการมองแบบแยกส่วน คือการฝึกมองแบบเห็น ความงามขององค์รวม ความงามในที่นี้ไม่ได้มีอยู่แค่ในวัตถุเท่านั้น แต่ยังมีอยู่ในความสัมพันธ์ของมนุษย์ มีความงามอยู่ในความเอื้ออาทร และมีความงามอยู่ในมิตรภาพที่เขาจะ ให้กับผู้ป่วยด้วย การเรียนรู้ที่จะทำงานศิลปะบทกวี หรือการชื่นชมดื่มด่ำในสุนทรียภาพของ การเข้าถึงชีวิตที่ดี หรือการเข้าถึงความดี ความงามความจริงของชีวิต เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ที่จะมีความรู้สึกนึกคิดที่ละเอียดอ่อน ไม่หยาบกระด้าง

ประการที่เจ็ด คือการสร้างรูปแบบการจัดตั้งเชิงอุดมการณ์ขึ้น โครงสร้างและระบบที่เป็นอยู่ไม่สามารถหล่อเลี้ยงอุดมคติทางสังคมของแพทย์ไว้ได้ เพราะระบบงานทางการแพทย์ที่เป็นอยู่เป็นผลผลิตของระบบวิถีคิดที่แยกขาดชีวิตการทำงานกับอุดมคติทางสังคม หมายความว่า แพทย์ที่มีความกระตือรือร้นที่จะทำความดีมักต้องดิ้นรนไปหาทางทำดีที่อื่น เช่น ไปเป็นอาสาสมัคร หรือไปทำงานสมาคมสาธารณประโยชน์ต่างๆ ผมคิดว่าเราจำเป็นต้องคิดถึงรูปแบบการจัดตั้งทางสังคมที่ให้ความช่วยเหลือต่อกันในอันที่จะรักษาชีวิตเชิงอุดมคติ เช่น การมีชมรมสมาคม หรือการรวมกลุ่มก้อนของคนในลักษณะไม่เป็นทางการที่จะมาช่วยหล่อเลี้ยงศรัทธาในความดีไว้ไม่ให้เสื่อมสูญไปง่ายๆ ตัวอย่างที่ได้แก่เช่น กลุ่มเพื่อนมหิดล ซึ่งเป็นกลุ่มนักศึกษาที่ทำกิจกรรมกันมาตั้งแต่สมัยเป็นนักศึกษาในมหาวิทยาลัยมหิดล จากหลาย คณะมารวมกัน ไม่ใช่เฉพาะแพทย์ โดยที่คนกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีอุดมการณ์ทางสังคมต่อสู้เพื่อความเป็นธรรมของสังคมมาก่อน และยังสามารถรักษาอุดมการณ์ไว้ได้ยาวนาน จนถึงปัจจุบัน ก็ยังคงดูแลเอาใจใส่กันอยู่ เพื่อนคนไหนทอดอภัยก็คอยไปเยี่ยมไปหาให้กำลังใจไม่ให้ท้อ

ประการสุดท้าย จำเป็นต้องมีการปรับโครงสร้างและระบบบริการของโรงเรียนแพทย์ให้โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์เป็นระบบบริการที่มีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์อยู่ด้วยไม่ใช่ว่าระบบบริการของโรงเรียนแพทย์เป็นไปอย่างขาดมิติของความเป็นมนุษย์ เพราะสิ่งที่นักศึกษาแพทย์เรียนรู้นั้นมาจากสิ่งที่อาจารย์แพทย์ทำให้เห็นมากกว่าสิ่งที่อาจารย์แพทย์พูดให้ฟัง และที่สำคัญการเรียนรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมาก เช่น ข้าราชการจะเรียนรู้ที่จะปฏิบัติตัวแบบข้าราชการจากการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวันมากกว่าจากการอบรมวินัยข้าราชการหรือการปฐมนิเทศ แม้การอบรมจะมีเนื้อหาดีแต่เมื่อออกมาอยู่ในระบบแบบเดิม ระบบนั้นก็ผลิตซ้ำวิถีการปฏิบัติของตัวเองไปได้เรื่อยๆ ระบบบริการของโรงเรียนแพทย์จึงต้องเป็นต้นแบบของการให้บริการที่เข้าใจมิติของความเป็นมนุษย์เพราะโรงเรียนแพทย์และครูแพทย์เป็นน้ำหลวมนักศึกษาแพทย์ ที่สำคัญ การเรียนรู้และการเข้าถึงความเป็นมนุษย์เป็นภารกิจของทุกชีวิตที่ต้องพัฒนาตนเอง ไม่ใช่สิ่งที่เราปลูกฝังให้กับนักศึกษาโดยที่เราไม่ต้องมี

ขอบคุณมากครับ สวัสดิ์ศรีครับ

ระบบบริการที่มีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ กับ แรงจูงใจจากการทำงานในพื้นที่

"ร่วมเรียนรู้ผ่านมุมมองและประสบการณ์ที่หลากหลาย
จากผู้คนตัว "เล็กๆ" ในสังคม
ที่เรามิอาจมองข้ามแนวคิด และแรงบันดาลใจที่
"ยิ่งใหญ่" ของพวกเขาเหล่านั้นได้"

บัณฑิตแพทย์ที่มีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

นายแพทย์สกล สิงหะ

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อาชีพหมอ พยาบาล ก็มีความสำคัญโดยตรงไม่น้อย เพราะเราทำงานเพื่อ "คุณภาพชีวิต" ของประชาชน ดังนั้น เป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง ที่หลักสูตรการฝึกอบรมผลิตแพทย์ พยาบาล จะต้อง มี "วิธี" กระบวนการ การจัดประสบการณ์ ที่เอื้อต่อการพัฒนา value เรื่องคุณธรรม จริยธรรม ที่จะนำไปสู่ stage of consciousness หรือ ระดับจิตร่วม เพื่อ "เราทั้งหมด" อยู่ในตัวบัณฑิตแพทย์ พยาบาลอันพึงประสงค์ของสังคม



1. ชีวิตและสังคม

การเรียนรู้เรื่องชีวิตนี้ไม่เพียงแต่ค่าน biology แต่หมายถึงค่านอื่นๆ ของชีวิตด้วย ได้แก่ อารมณ์ความรู้สึก ความรัก จินตนาการ หากเราเรียนแต่ "วิทยาศาสตร์ชีวภาพ" เพียงอย่างเดียว จะเกิดการรับรู้ที่บิดเบี้ยวของการคงอยู่ในสังคม จะเกิด concept ของ self ที่เป็น "ฉัน" หรือ "I" เพียงเท่านั้น มองไม่เห็น "เธอ" และยิ่งมองไม่เห็น "เรา" รวมทั้งไม่มีทางไปถึง "เราทั้งหมด" ได้ พื้นฐานองค์ประกอบของสังคม เช่น ปรัชญา จริยศาสตร์กฎหมาย ล้วนเป็นรากฐานของการเข้าใจ "เธอ" และ "เราทั้งหลาย" ที่จะต้องพัฒนากลายเป็น "เรา" และ "เราทั้งหมด"

2. สุนทรียศาสตร์

สุนทรียศาสตร์ ทำให้คน "อ่อนนุ่มลง" และมีใจกว้าง รับรู้ความแตกต่างอย่างปราศจากความกลัว ปราศจาก prejudice หรือการด่าว่าตัดสิน value ของสิ่งที่ตนเองไม่เห็นด้วย กระทั่งหรือวันในการเรียนรู้ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้อื่น อย่างที่สุนทรียศาสตร์จะตระเตรียมให้ จะเป็นพื้นฐานอันสำคัญในการปรับ "ระดับจิตรวม" หรือ state of consciousness ให้ได้ เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตอารมณ์ นั่นเอง

3. Self Reflection Competency

หนทางหนึ่งที่ตัวเราจะมี awareness ว่า ณ ขณะนี้เราทำอะไรอยู่ คือ ความสามารถในการสะท้อนตนเอง หรือ self reflection competency บัณฑิตในระดับผู้ใหญ่ (andragogy หรือ adult learner) มีหน้าที่ดูแลตนเอง ทราบดีว่าตนเองจะต้องทำอะไร เข้าใจในเป้าหมายวิถีชีวิตของตนเอง บัณฑิตแพทย์จะต้องพัฒนา competency ในการเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ให้มากที่สุด ก่อนที่จะสามารถไปเข้าใจความทุกข์ และบริบทของผู้อื่นได้ ถ้าลำพังตนเองยังไม่สามารถดูแลได้แล้ว การไปดูแลคนอื่นก็จะขาดความสมบูรณ์ ขาดมนโสนำนึก หรือความศรัทธาในสิ่งที่ตนเองพูด ในสิ่งที่ตนเองกำลังแนะนำ ก็จะนำไปสู่ความล้มเหลวในการสื่อสาร

4. Interpersonal competency

การอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ และมีขั้นตอนของการพัฒนา มีมิติหรือพิสัยของความสามารถด้านต่างๆ ต้องอาศัยการฝึกฝนเป็นอย่างดี skill ที่สำคัญพื้นฐานที่สุด คือ การฟังอย่างลึกซึ้ง เป็นการห้อยแขวนการตัดสิน เมื่อห้อยสามารถฟังอย่างลึกซึ้ง เวลาถ่ายทอดออกมา ก็จะเป็นการถ่ายทอดสิ่งที่ใคร่ครวญ สิ่งที่ได้ใคร่ครวญไปแล้ว การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม การเอาใจเขามาใส่ใจเรา หรือ empathy (อคตาคัน อุปม่ กร) ก็จะพัฒนาขึ้น เกิดขึ้นได้ และ empathy นี้เอง เป็นองค์ประกอบเบื้องต้นที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของการพัฒนาจริยธรรม ในข้อ principle of autonomy ได้

5. Cultural competency

ข้อเท็จจริงอีกประการก็คือ "คนเราต่างกัน" เมื่อคนเราต่างกัน คุณภาพชีวิตที่ดี ความหมายของชีวิตอันอุดม ก็แตกต่างกันไปด้วย ในการดูแลรักษาคนไข้ และครอบครัวนั้น เราไม่ได้ดูแลให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี "แบบเรา" แต่ต้องเป็นการดูแล "ตามวาระของเขา" หมอและพยาบาล จะต้องเปิดกว้าง รับรู้ และยอมรับในความต่างของวัฒนธรรมประเพณี ศาสนา ความเชื่อได้อย่างเต็มที่

Interconnectedness

อาจจะกล่าวได้ว่า เป็นความรู้ที่สำคัญและลึกซึ้งในการที่จะดำรงชีวิต และเป็นพื้นฐานความรู้จำเป็นในการที่จะสร้างกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) ให้เกิดขึ้นทุกสิ่งทุกอย่างมีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยง (อิทัปปัจจยตา) มีเหตุอันเป็นการกำเนิดวงล้อแห่งชีวิต (Dependent origination ปฏิจจสมุปบาท)

PCU Corner : primary care จะช่วยลด medical cost ของโรคเรื้อรังได้นั่งหรือไม่

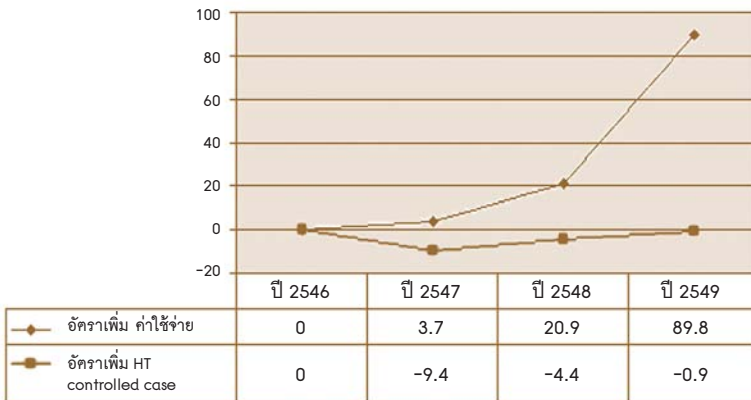
น.พ.สุธี สุคติ

นายแพทย์ 7 โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
และศูนย์แพทย์ชุมชน ห้วยชะียง อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี

(คัดลอกบางส่วนของบทความจาก Blog <http://gotoknow.org/blog/humanized-heart/96928>)

ในงาน 8th HA National Forum อาจารย์ น.พ.ประเวศ วะสี บอกไว้ตอนหนึ่งว่า เมื่อเรามีการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จะเกิดผลที่มากขึ้นอยู่ 4 เรื่อง และมีเรื่องที่ลดลง 2 เรื่อง การดูแลที่ต่อเนื่อง และการดูแลที่มากกว่า การรับยาจ่ายยาใน OPD เป็นงานสำคัญของการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ที่เคยเวลเคยรับ จากกราฟ ที่เคยเสนอไว้

เปรียบเทียบอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายต่อครั้ง เทียบกับ อัตราการเพิ่มของเปอร์เซ็นต์ผู้ป่วยที่ควบคุม HT ได้



อัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายต่อครั้งที่ ร.พ.วารินฯ ในการรักษาผู้ป่วย HT สูงมากครับ ผมลอง นึกในใจ ว่าอัตราเงินเพื่อ เทียบจากราคาทอง เมื่อ 4-5 ปีก่อน เพิ่มขึ้น 25-30% (แปลว่าเมื่อก่อน ใช้เงินประมาณ 7,500-8,000 บาท ซื้อทองได้ หนัก 1 บาท ตอนนี้อยู่ ต้อง

ใช้เงินประมาณ 10,000 บาท ถึงจะซื้อทองได้ หนัก 1 บาท) หักค่ายาที่แพงขึ้นตามอัตราเงินเฟ้อแล้ว อัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายก็ยังสูงมากอยู่ดีครับ ขณะที่ % controlled case ไม่ได้เพิ่มขึ้นเลย

ผมมีตัวอย่างที่เคยเล่ามาแล้วแต่อยากเอามาเล่าใหม่ เพราะมันเกี่ยวข้องกับบันทึกนี้ และก็มีผลลัพธ์ที่ไม่ได้บันทึกไว้เพิ่มเติมครับเมื่อสองวันก่อน ผมสอนนักศึกษาพยาบาลเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เอาจูบนี้ให้คุณ



บอกว่าซื้อยายเฟื่อง เป็นความคันโลหิตสูง และ ไตวาย อยู่กับสามี ที่อายุมากกว่าแกสัก 2-3 ปี มาอย่างเนี้ยครับ ผมถามว่าเห็นแล้วรู้สึกอย่างไร นักศึกษาคนหนึ่ง พูดยกเบาๆ ว่า "สงสาร" ผมบอก ลองนึกต่อชีว่า แกจะอยู่ จะกินยังงัย นักศึกษา บอก "น่าอนะสิ" วันนั้นที่มา BP 190/80 mmHg ผมนึกถึงเวลาอยู่โรงพยาบาลคุยกับคุณยายถึงงัย ถามเรื่องการกินยาถึงงัย คนที่พามาก็ไม่ค่อย ได้มีโอกาสมาคุยครับถ้าเป็นอย่างนี้ ก็หนีไม่พ้น เพิ่มยา แนะนำเรื่องอาหารการกิน (ที่เราเองก็ไม่รู้ว่าแกกินยังงัย) ก็ได้เท่านั้นแหละครับ เพราะ มีเวลาให้แก่น้อยเหลือเกิน

ผมเองตอนอยู่ที่โรงพยาบาลก็มักจะถูกกำหนดให้เป็นแบบนี้ ค่ายบริบทของสถานบริการ แยกได้ยากความดันโลหิตสูงประมาณ 3 ชนิด ยาโรคไตวายอีก 4-5 ชนิด ยาอื่นๆ อีก 2 ชนิด กินต่างกรรม ต่างวาระกัน มีตั้งแต่ 1 เวลา จนถึง 3 เวลา รวมทั้งมีก่อนนอน ค่ายที่ **PCU เหมาะมากครับที่จะทำงานที่ต้องใช้การดูแลต่อเนื่อง** เพราะเป็นระบบบริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ทั้งคนไข้เข้าถึงการบริการ และเจ้าหน้าที่เข้าถึงคนไข้และครอบครัว ผมและเจ้าหน้าที่ก็ตามไปเยี่ยมบ้านบ่อยๆเลย เห็นนี่เลยครับ



เป็นยาที่ผมเป็นคนสั่งจ่ายเองเสียเสียค่ายวันต่อมา แก่ก็ถูกส่งไปโรงพยาบาล เพราะห้องเสีย (อันนี้ไม่เกี่ยวกับที่ผมไปเยี่ยมบ้านนะครับ) ผมก็ตามไปรักษาที่โรงพยาบาล ค่อ เพราะเจอแอกตอน รวามัวร์ค้เข้า (เป็นพวกกบ พวกเขียด ยังไงไม่รู้ เคี้ยวอยู่ PCU เคี้ยวอยู่โรงพยาบาล) เราเริ่มคิดใหม่ ทำยังไงจะ **ทำให้ยายกินยาได้ง่าย** แล้วก็ **สม่ำเสมอ** ผมจำได้ว่า เกสัชฯ นุ่มที่โรงพยาบาล เคยเล่าให้ฟัง (ระหว่างนั่งรถไป PCU) ถึงการจัดยาเป็นซองๆ ได้รางวัล นวัตกรรมอะไรทำนองนี้ เลยให้เกสัชฯ นุ่ม มาดู คุณยาย ลองเอามาใช้ดู แล้วก็ให้ PCU ลองตามไปดูต่อว่า ใช้ได้ดีหรือไม่ อีก 2-3 ครั้งครับ

ช่วงหลังผมลดยา HT และยาอื่นลง จัดยาแบบ พอดีพอดียา HT เหลือเพียงชนิดเดียวเองครับ แล้วก็กินวันละครั้งเม็ดเวลาเคี้ยวด้วย หยิบเป็นซองๆ กินง่ายดีครับ BP ออกมาดีมากเลย คีมาจนถึงทุกวันนี้ 3 - 4 เดือนมาแล้ว ลองเอาราคายาก่อนเจอแก่ที่บ้าน กับช่วงหลัง **มูลค่าลดลง 60 กว่าเปอร์เซ็นต์**เลยครับ

เราได้เรียนรู้อะไรบ้าง

1. การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะระบบ primary care น่าจะลดค่าใช้จ่ายได้จริงเหลือแต่ระบบบริการที่จะต้องจัดให้ ตอบสนองต่อปัญหา และได้ใช้จุดเด่นของงาน **primary care** ให้เต็มที่

2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สามารถเกิดได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับว่าเราจะเห็นเป็นโอกาส หรือเป็นอากาศ งานนี้ เป็นเพราะเกสต์ซุ่ม เล่าให้ฟังระหว่างนั่งรถแท็กซี่ ระหว่างนั่งรถคุยกันก็ยิ่งเกิด ความรู้ และที่สำคัญ วันหนึ่งก็ได้มีโอกาสนำมาใช้ได้จริง

3. อ.ประเวศ บอกว่า โรคจะหายได้มากขึ้น ค่าใช้จ่ายจะลดลง และจะเกิดนวัตกรรมอีกมากมาย เห็นท่าจะจริง ที่สำคัญ เรามีความสุขมากขึ้น กับการดูแลคนไข้ อันนี้จริงแท้แน่นอน

4. **Primary care & secondary care** เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ข้อจำกัดของหมอคนเดียวคนที่ secondary care สามารถชดเชยได้ที่ งาน primary care

แรงจูงใจที่ไม่ใช่เงินกับ "พลังใจในการทำงาน"

นางปราณี เชื้อไทย

พยาบาลวิชาชีพ 7

สถานีอนามัยบ้านท่าหัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

"เปลวเทียนละลายแห่ง
ชีวิตมลายไป

ยังเปล่งแสงอันอำไพ
เหลือสิ่งใด.....ให้แผ่นดิน"

ด้วยคำประพันธ์บทนี้เป็นความประทับใจของข้าพเจ้าตั้งแต่ข้าพเจ้าเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และข้าพเจ้าก็ใช้กลอนบทนี้เป็นคำถามที่ใช้ถามตนเองตลอดมาเมื่อต้องถึงเวลาตัดสินใจทำอะไรสักอย่างหนึ่งในชีวิต และเมื่อได้มีโอกาสได้มาทำงานที่โรงพยาบาลแม่ฮาย อดีตท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแม่ฮาย นายแพทย์ไกร คาบธรรมก็ได้ชี้แนะคติในการทำงานของบุคลากรในองค์กรว่า เมื่อต้องตัดสินใจทำอะไรสักอย่างหนึ่งให้ถามตนเองเสมอว่าสิ่งที่เราจะทำนั้น 1.ตัวเรามีความสุขหรือไม่? 2.องค์กรได้อะไร? และ 3.ประชาชนได้อะไร? ถ้าได้รับคำตอบว่าทั้งสามส่วนไม่มีใครได้รับความเสียหาย ทุกส่วนได้รับประโยชน์ร่วมกัน ให้ตัดสินใจทำไปเลยแม้บางครั้งดูเหมือนว่าไม่ใช่บทบาทในรอบที่กระทรวงกำหนดให้เราต้องทำเพื่อประเมินความก้าวหน้าในวิชาชีพก็ตาม เพราะในบทบาทของบุคลากรด้านสุขภาพเราไม่สามารถจำกัดกิจกรรมของเราให้หยุดอยู่เพียงแค่การบริการด้านสุขภาพเท่านั้น เพราะเราปฏิเสธไม่ได้ว่าปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวยุคใหม่และสังคมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพเสมอ ไม่ทางตรงก็ทางอ้อม

ดังนั้นเมื่อข้าพเจ้าได้ขอย้ายตนเองกลับภูมิลำเนาจึงขออาสาสมัครมาปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยใกล้บ้านตนเอง ในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิตำบลโป่งน้ำร้อน ซึ่งสถานที่ทำงาน อยู่ห่างจากแนวชายแดนประเทศไทย-พม่า ไม่ถึง 10 กิโลเมตร เป็นสถานีอนามัยขนาดเล็กเก่าคร่ำครึ ทรุคโทรม ก่อสร้างมาตั้งแต่ปี 2525 มีพื้นที่ใช้สอยภายในตัวอาคารเพียงแค่ 60 ตารางเมตร ก่อสร้างขึ้นในผืนแผ่นดินที่ชาวบ้านบริจาคให้มาประมาณ 2 งานครึ่ง และได้ต่อเติมพื้นที่ใช้สอยภายในตัวอาคารเพิ่มขึ้นด้วยงบประมาณ

การบริจาคจากชาวบ้านเช่นเดียวกันจนปัจจุบันมีพื้นที่ใช้สอยในตัวอาคาร ประมาณ 120 ตารางเมตรตามภาระงานที่เพิ่มขึ้นเมื่อสถานีอนามัยถูกยกระดับให้เป็น PCU ของตำบล ซึ่งตามกรอบมาตรฐานด้านบุคลากรของ PCU กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ถึง 8 อัตรา แต่ที่นี่...มีเพียงเรา 2 คนพี่น้อง คือพยาบาลวิชาชีพ 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คน เทียบกับกรอบมาตรฐานแล้วเรามีอัตรากำลังเพียงแค่ 1 ใน 4 เท่านั้น

คงไม่ต้องบรรยายถึงภาระงานที่ต้องรับผิดชอบว่าเป็นเช่นไร? หนักหนาสาหัสแค่ไหน? บ่อยครั้งที่ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยล้า

ข้าพเจ้าถามตนเองว่าคิดถูกหรือเปล่า? ที่ตัดสินใจอยากกลับมาทำงานที่นี่ และ...ในที่สุดข้าพเจ้าก็ได้คำตอบให้กับตัวเองว่า

ข้าพเจ้าต้องการรอยยิ้มของมวลชน ที่สื่อสารมาด้วยความจริงใจ ต้องการเห็นความสุขภาพสบายใจของญาติพี่น้องร่วมแผ่นดินเกิดมีที่พึ่งด้านสุขภาพด้วยสัมพันธภาพแบบเครือญาติโดยไม่มีพรมแดนความรู้สึกร้าวกัน...เพียงเท่านั้นจริงๆ ที่ข้าพเจ้าต้องการสิ่งนี้แหละเป็นคำตอบสุดท้ายที่หล่อเลี้ยงจิตใจของข้าพเจ้าให้มีความสุขในงานที่ทำแม้ว่าในสายตาของหลายคนมองดูว่าเป็นการถอยหลังเข้าคลองในด้านความก้าวหน้าของวิชาชีพ หรือถูกมองว่าเป็นบุคลากรปลายแถวก็ตาม...

และเช่นเดียวกันข้าพเจ้าเชื่อว่ายังมีบุคลากรด้านสุขภาพอีกหลายคนที่พวกเขาเป็นเพื่อนร่วมอุดมการณ์ มีเส้นทางเดินร่วมกัน มีความคิดมีความรู้สึกเฉกเช่นเดียวกับข้าพเจ้า เพียงแค่ว่าพวกเขาเหล่านั้นอาจจะไม่มีโอกาสในการได้มาบอกเล่าประสบการณ์ ของตนเอง จัดเป็นบุคลากรประเภทที่ 1 คือ...พวกอยู่ทน... แต่...ขณะเดียวกันข้าพเจ้าก็เชื่อว่ามีบุคลากรอีกกลุ่มหนึ่งที่กำลังท้อแท้เหนื่อยหน่าย และไม่มีความสุขกับงานที่ทำ จัดเป็นบุคลากรประเภทที่ 2 คือ ...พวกที่ทนอยู่... มีแรงกดดันต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตการทำงาน แต่ข้าพเจ้าก็ไม่ทราบเหมือนกันว่า กลุ่มไหนจะมีสมาชิกมากกว่ากัน เพื่อเป็นการรักษาสมดุลของการพัฒนาฝ่าวิกฤตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศที่พวกเราต้องเผชิญอยู่ในขณะนี้ ข้าพเจ้าขออัญเชิญพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช มาเป็นแนวทางที่จะบรรเทาวิกฤตในงานด้านสุขภาพ ซึ่งพระองค์ทรงตรัสไว้ว่า "ในสังคมทุกวันนี้ คงไม่สามารถสร้างให้ทุกคนเป็นคนดีเสียสละเพื่อแผ่นดินได้ แต่เราควรสนับสนุนให้คนที่ทำความดีมีกำลังใจ และศรัทธาในการกระทำความดีต่อไป เพราะไม่เช่นนั้นแล้วก็จะไม่มีใครที่

คิดจะทำความดีเพื่อแผ่นดินอีกต่อไป" ข้าพเจ้ารู้สึกภาคภูมิใจที่กระทรวงสาธารณสุขของเราเป็นองค์กรที่ทำให้คุณค่าของความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง มีความพยายามในการจัดการประเด็นเรื่อง **Non-financial incentive** และเปิดโอกาสให้ข้าพเจ้าเป็นตัวแทนของบุคลากรตัวเล็กๆ ที่ปฏิบัติงานในชุมชนได้มีโอกาสสะท้อนมุมมองในฐานะเพื่อนร่วมวิชาชีพคนหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะนำไปพัฒนาในการจัดการเชิงนโยบายสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากรของเราต่อไป แม้ว่าเส้นทาง การขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น อาจจะต้องใช้เวลาที่ยาวนานก็ตาม ซึ่งข้าพเจ้าถือว่าข้าพเจ้าได้รับเกียรติและเป็นการได้รับโอกาสที่ทรงคุณค่าอย่างยิ่งสำหรับตัวข้าพเจ้า ดังนั้นข้าพเจ้าจึงใคร่ขอเป็นตัวแทนของเพื่อนร่วมวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในถิ่นกันดารเสนอแนวทางการจัดการเชิงนโยบายเพื่อสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากรของเราดังนี้

1. ด้านการศึกษา น่าจะมีระบบแบบใกล้บ้านใกล้ใจ เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ของเราได้เข้าถึงระบบการศึกษาได้มากขึ้น โดยไม่ให้แหล่งการศึกษากระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ๆ เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ได้ทำงานไปด้วยเรียนไปด้วยโดยไม่ต้องลาศึกษาต่อแบบเต็มเวลา วิกฤตกำลังคนแบบนี้โอกาสที่จะลาศึกษาต่อมีน้อยมาก

2. ด้านความก้าวหน้าในวิชาชีพ ของบุคลากรหลังจากที่เรียนจบแล้วให้สามารถสอบเทียบจากเกณฑ์มาตรฐานความรู้ความสามารถของบุคลากร แทนการระบุตำแหน่งว่ากรอบนี้ต้องอยู่ในองค์กรขนาดใหญ่เท่านั้นถ้าอยากก้าวหน้าก็ต้องย้ายเข้ามารับตำแหน่งในเมือง ซึ่งทุกวันนี้บุคลากรด้านสุขภาพถูกประเมินความรู้ ความสามารถตามขนาดขององค์กรและวุฒิการศึกษา ซึ่งแท้จริงแล้วคุณคุณภาพอยู่ที่ไหนก็สร้างคุณค่าของตัวเองได้ คุณภาพไม่ได้ขึ้นกับขนาดขององค์กรเลย โดยเฉพาะการขับเคลื่อนด้านสุขภาพในชุมชนนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยคนคุณภาพมาฝังตัวอยู่จึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ดังนั้นการให้คุณค่าแก่บุคลากรที่ทำงานในชุมชนน่าจะเป็นแรงจูงใจที่ดีและมีพลังสูง เพราะการสร้างสุขภาพเป็นงานที่ลงทุนน้อยแต่ได้ผลประโยชน์ต่อส่วนรวมมาก เพราะต้องใช้ศาสตร์และศิลป์หลายสาขามานบูรณาการ เป็นเวทีแห่งการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงล้วนๆ วันนี้คุณค่าของบุคลากรเหล่านี้ถูกมองข้ามไปจนแทบไม่มีโอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพ น่าจะมีช่องทางในการเปิดโอกาสให้มีความรู้ความสามารถมาสอบเทียบเพื่อให้ได้ใบอนุญาตบัตรเพิ่มเติมเหมือนการศึกษานอกระบบ สร้างความภาคภูมิใจให้บุคลากรและกระตุ้นการเรียนรู้

ตลอดเวลาโดยไม่ต้องรอลงไปศึกษาในระบบเพียงอย่างเดียว ซึ่งบางครั้งอาจจะไม่สามารถนำมาปรับใช้กับงานได้เลย

3. ด้านการประเมินผลงาน น่าจะมีการปรับมาตรฐานตามขนาดขององค์กรและอัตรากำลังคนแทนการประเมินแบบนโยบายเสียไหล กำหนดให้ผ่านมาตรฐาน PCU ทั้ง 4 ด้าน 26 องค์ประกอบต่างๆ ที่มาตรฐานนั้นเป็นเกณฑ์สำหรับประเมิน PCU ที่มีอัตรากำลังเพียงพอ แต่ความจริงมีเจ้าหน้าที่เพียง 1 ใน 4 มีหน้าที่การประเมินความคิดความชอบของเจ้าหน้าที่ขึ้นกับสัดส่วนของบุคลากร ในเมืองมีเจ้าหน้าที่มากกว่าก็ได้โควตาขึ้นพิเศษมากกว่า แล้วเมื่อไหร่ล่ะ? คนจึงจะสามารถทำงานในท้องถิ่นห่างไกล

4. ด้านการจัดระบบป้องกันความเสี่ยงต่อชีวิตผู้ป่วย ความเสี่ยงด้านวิชาชีพและจิตใจของบุคลากร ที่มีโอกาสเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานเกินหน้าที่ เกินอัตรา กำลังคนที่มีอยู่ ถ้าความผิดพลาดเกิดขึ้น 1 ชีวิตใครจะรับผิดชอบ? โดยเฉพาะคราบาป รอยแผลเป็นในหัวใจของบุคลากรที่จำเป็นต้องทำเพราะคำว่า...มาตรฐาน PCU ต้องให้บริการครบทุกกิจกรรม

แรงจูงใจในการทำงาน ประสบการณ์จากพื้นที่

นายแพทย์อารักษ์ วงศ์วรชาติ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล นครศรีธรรมราช

ผมเป็นเด็กชนบทต่างจังหวัด เกิดมาในครอบครัวที่ค่อนข้างลำบากฐานะพออยู่พอกิน พ่อเป็นครูประจำตำบล แม่ทำโรงสีข้าวแลกรำกับปลายข้าวเลี้ยงหมูขายและตัดผมเป็นอาชีพเสริม เรียนระดับประถมโรงเรียนประจำอำเภอที่พ่อสอนอยู่ ในตัวอำเภอไม่มีโรงเรียนระดับมัธยม ถ้าจะเรียนต่อต้องไปกรุงเทพมหานครหรือ โรงเรียนมัธยมในตัวเมือง พ่อเลือกให้ผมไปสอบต่อโรงเรียนในเมือง ซึ่งไม่ได้คาดหวังอะไรมาก การแข่งขันค่อนข้างสูง ผมเองก็ไม่ใช้คนที่มีความสามารถเรียนอยู่หัวแถว แต่พอสอบได้ จึงเป็นที่พึงหวังของพ่อแม่อยากให้ผมเรียนแพทย์ตั้งแต่เริ่มเรียนมัธยม จบม.ปลายครูประจำชั้นเห็นว่าวิชาหลักพอไปได้ จึงแนะนำให้เลือกคณะแพทย์สอบโควต้าแพทย์ชนบทของศิริราช และสอบโควต้ารับตรงของ มอ.ผมสอบผ่านทั้งสองทางในที่สุดเลือกที่จะเรียนที่ มอ.เพราะเห็นว่าใกล้บ้าน

ผมจบจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เมื่อปีการศึกษา 2529 เลือกที่จะทำงานในโรงพยาบาล ชุมชนในภาคใต้ เลือกได้อำเภอปะทิว จ.ชุมพร เป็นอำเภอเล็กๆ ยิ่งห่างไกลจากความเจริญมาก ไปเห็นสภาพโรงพยาบาลครั้งแรก คิดในใจว่าคงอยู่ได้สักปีกก็คงขอย้ายเมื่อทำงานครบสามปีก็จะไปเรียนต่อสาขาศัลยกรรมเพราะรู้สึกว่ามันท้าทายดี ช่วงแรกผมตรวจคนไข้ไม่มากนักวันละ 10 คนเท่านั้น ทั้งๆ ที่คนไข้วันละ 40-50 คน แต่มาทราบอีกทีว่าส่วนใหญ่หัวหน้าพยาบาลเป็นคนตรวจเพราะคนไข้ศรัทธามากกว่าไม่ขอตรวจกับแพทย์ เนื่องจากที่ผ่านมามีไม่ค่อยพบแพทย์ และแพทย์ตรวจรักษาก็ไม่เห็นว่าจะต่างกันตรงไหน ผมจึงเลือกที่จะดูแลผู้ป่วยใน ผู้ป่วยหนักที่ต้องผ่าตัดทำหัตถการ ต่อมาก็เป็นที่เลือกลือไปทั่วว่ามีหมอใหญ่ที่เก่งคนไข้ก็เริ่มไว้วางใจ เพียงปีเศษ โรงพยาบาลก็คึกคักไปถนัดตา ต่อมาประชาชนเริ่มลงขันกันมาช่วยสร้างอาคารที่พักผู้ป่วย แต่เริ่มแล้วฐานะยากก็เกิดวาทภัยได้ผู้แทนโรงพยาบาลเสียหายหมดไม่อยู่ในวิสัยที่จะซ่อมได้ต้องสร้างใหม่อย่างเดียว

สถานการณ์จากวาทภัยเป็นจุดเปลี่ยนชีวิตของผม เห็นความทุกข์ยากของคนไข้ของประชาชน ความทุกข์ของเจ้าหน้าที่ ประกอบกับมีกำลังใจจากผู้ใหญ่ระดับผู้บริหาร

(รองปลัดปรีชา คีสวัสดิ์) จากพี่ๆ ชมรมแพทย์ชนบท มูลนิธิแพทย์ชนบท จากอาจารย์ศิริราชนำทีมโดยศ.นพ.ธีระ ลิ้มศิลา ที่มาเยี่ยมเยียนเน้นการบำรุงขวัญทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่เป็นหลัก รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขนพ.ปรีชา คีสวัสดิ์ ได้รับมอบหมายคุณพื้นที่ ได้ให้ความมั่นใจและตัดสินใจสั่งการให้การสนับสนุนสิ่งที่เราต้องการแก้ปัญหาเพื่อประชาชนได้อย่างรวดเร็วทำให้ผมมีกำลังใจอย่างมาก คุณหมอซูชัย ศุภวงศ์ ประธานชมรมแพทย์ชนบทในสมัยนั้นไปเยี่ยมให้กำลังใจ เป็นสิ่งที่มีค่ามากกว่าเงินทองที่ได้รับเพียง 30,000 บาทเทียบไม่ได้กับทรัพย์สินของใช้ส่วนตัวที่เสียหาย จึงเลิกล้มความตั้งใจที่จะเรียนต่อ มุ่งมั่นที่จะฟื้นฟูโรงพยาบาลให้เสร็จโดยเร็ว ระหว่างนั้นอาศัยผู้คอนเทนเนอร์เป็นโรงพยาบาลสนามปรับปรุงให้สามารถบริการประชาชนได้ทุกอย่างทั้งรักษา ผ่าตัด ทำคลอด ทำฟัน และออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในตำบลที่อยู่ห่างไกล การฟื้นฟูโรงพยาบาลมีอุปสรรคค่อนข้างมากเคยมืดคิดว่าปีครึ่งก็จบเสร็จแต่เอาเข้าจริง 4 ปี ถึงจะเรียบร้อย

เมื่อการฟื้นฟู รพ.ปะทิวแล้วเสร็จทำงานครบ 5 ปีเต็มเริ่มมีครอบครัว อยากเปลี่ยนที่ทำงานใหม่ ขอย้ายไปโรงพยาบาลสิชล ซึ่งขณะนั้นเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงอยู่สิชลก็เหมือนกลับบ้านเกิดจึงมีความมุ่งมั่นสูงมาก ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากอำเภอสิชล อยู่ห่างจากตัวจังหวัดถึง 80 กิโลเมตร และอำเภอขนอม บ้านเกิดอยู่เหนือขึ้นไปอีกกว่า 30 กิโลเมตร ผมเริ่มทำงานทันทีโดยไม่รีรอ ก่อนอื่นต้องประกาศเจตนารมณ์ร่วมกันภายในองค์กร แล้วศึกษาข้อมูลสำรวจพื้นที่ วางแผนกำหนดขั้นคอนการพัฒนา เข้าหาผู้นำชุมชนขอความร่วมมือจากทุกฝ่ายและที่สำคัญความสุจริต ร่วมคิด ร่วมทำ ถ้าคัดค้านใจไม่เห็นแก่ตัว และต้องประกาศต่อสาธารณะให้ชัดเจนเป็นลำดับแรกที่ต้องทำ เพียง 6 ปีสามารถพัฒนาโรงพยาบาลสิชลยกระดับจากโรงพยาบาล 30 เตียงเป็น 120 เตียงด้วยการพึ่งพาตนเอง ปัจจุบันมีแพทย์เฉพาะทางสาขาหลักครบทุกสาขา มีขีดความสามารถไม่ด้อยไปกว่าโรงพยาบาลทั่วไปบางแห่งและริเริ่มให้มีการตั้งกองทุนมูลนิธิโรงพยาบาลสิชลบริหารจัดการโดยประชาชนทำงานร่วมกับโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด แม้ว่าจะเพิ่มศักยภาพด้านรักษาพยาบาลแต่งงานสาธารณสุขชุมชนยังเป็นหัวใจหลักของการพัฒนา

กว่า 20 ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมาจนถึงทุกวันนี้เงินและความก้าวหน้าในราชการไม่ใช่สิ่งสำคัญสำหรับผมและอีกเพื่อนแพทย์ชนบทอีกหลายๆ คน แต่ที่ยังอยู่ทุกวันนี้และต่อไปก็เพราะระลึกถึงพระบรมราชาบาทของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในพิธี

พระราชทานปริญญาบัตร ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2512 ความว่า "ทุกคนมีชาติบ้านเมืองเป็นที่เกิดอาศัย ทุกคนจะมีความสุขความเจริญได้ ก็เพราะบ้านเมืองเป็นปกติมั่นคง ผู้ที่ทำงานให้เกิดประโยชน์แก่ส่วนรวมย่อมได้รับประโยชน์เป็นส่วนของคนด้วย ผู้ที่ทำงานโดยเห็นแก่ตัวเบียดเบียนประโยชน์ส่วนรวม ย่อมบั่นทอนทำลายความมั่นคงของประเทศชาติ และในที่สุดตนเองก็จะเอาตัวไม่รอด ขอให้ทุกคนเตรียมกายเตรียมใจทำงานเพื่ออนาคตของชาติไทยของเราต่อไป"

ปัจจัยเกี่ยวข้องที่คำรณบุคลการทางสุขภาพดำรงอยู่ในภาครัฐ ประกอบด้วย ปัจจัยเฉพาะตัวส่วนบุคคล เช่น พื้นฐานของครอบครัวมาจากชนบท การหล่อหลอมในวัยเด็กให้รักชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์ ความรู้จักพอ พ่อแม่สนับสนุนส่งเสริม พ่อแม่มีญาติพี่น้องคนอื่นดูแลไม่เป็นภาระให้ต้องกังวลใจ ได้ทำงานภูมิสำเนาเดิม ความลงตัวของคู่ชีวิต ปัจจัยด้านวิชาชีพ เช่นโอกาสในการต่อยอดสาขาเฉพาะทางโดยไม่ต้องเสียเวลาศึกษาต่อ โอกาสในการเข้าร่วมอบรมประชุมวิชาการ มีเพื่อนกลุ่มแพทย์ชนบทจากหลากหลายสถาบันแต่มีความลงตัวอุดมการณ์เดียวกัน มีโอกาสในการแสดงความสามารถพัฒนาองค์กรได้อย่างเต็มที่ ความเป็นเอกภาพของแพทย์ในโรงพยาบาลมีทักษะด้านการรักษาที่ต้องใช้ให้ผลการพอสมควร ความภาคภูมิใจที่ได้รับการยกย่องเชิดชูเกียรติจากองค์กรต่างๆ ปัจจัยด้านสังคมและชุมชนที่ปฏิบัติงาน เช่น การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน การยอมรับของชุมชน ได้รับการยกย่องเชิดชูเกียรติจากองค์กรในชุมชน ความเอื้ออาทรและมีน้ำใจของผู้ป่วย ความร่วมมือของบุคลากรในหน่วยงาน ปัจจัยด้านโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาล เช่น อาคารสถานที่เหมาะสมได้รับการสนับสนุนให้มีการพัฒนาตามสมควร มีอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ทันสมัย มีความพร้อมด้านระบบสาธารณูปโภค สวัสดิการบ้านพัก ยานพาหนะในการส่งต่อและปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น การคมนาคมระหว่างอำเภอกับตัวเมือง การคมนาคมในการเดินทางเข้ากรุงเทพมหานครหรือเมืองใหญ่ มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน สถานศึกษาสำหรับลูก ธนาคาร ร้านค้า เป็นต้น ปัจจัยด้านการจัดการของกระทรวงสาธารณสุข เช่น มีผู้บริหารระดับสูงเป็นต้นแบบที่ดี มีผู้บริหารที่เข้าใจกล้าตัดสินใจ ผู้บริหารมีความผูกพันให้เอ็นดูเป็นเหมือนลูกหลานลูกศิษย์ ปัญหาสุขภาพของ คนในครอบครัวได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษเมื่อถึงคราวเจ็บป่วย

แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550-2559

1. ขอบเขตคำจำกัดความ

กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resources for Health)

หมายถึง บุคคล หรือ กลุ่มคนที่รวมตัวกัน ที่มีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งรวมทั้งบุคลากรในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ บุคลากรสายสนับสนุน บุคลากรการแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำและเครือข่ายสุขภาพ ซึ่งอยู่ในภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน

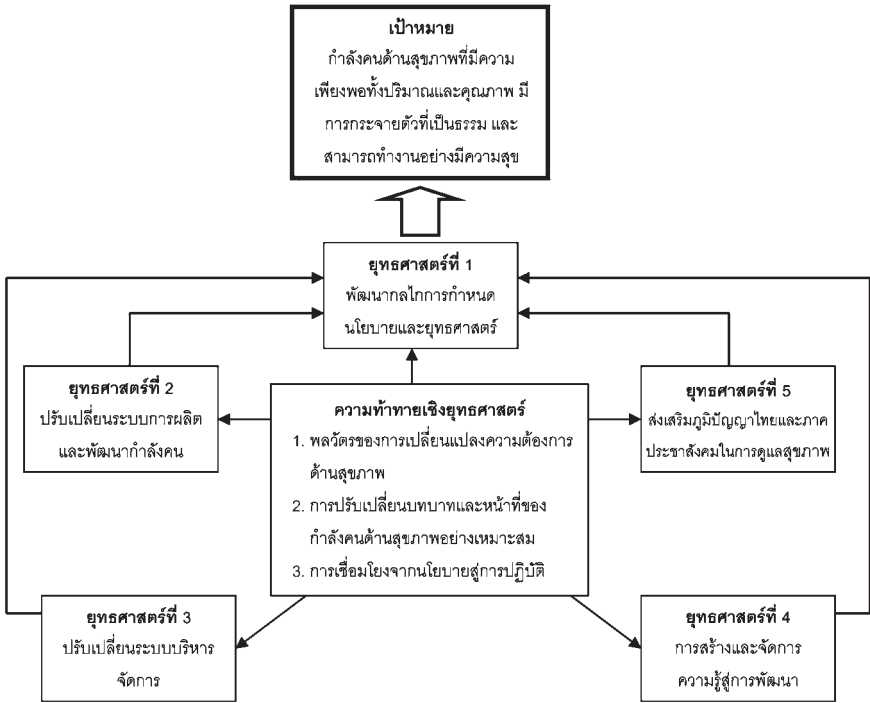
2. ทิศทางและเป้าหมายหลักของแผนยุทธศาสตร์

ทิศทาง : ประกอบด้วย

- 4.1 ขยายบริบทการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้กว้างกว่าวิชาชีพหลัก โดยให้ครอบคลุมถึงผู้ดูแลสุขภาพในชุมชน และภูมิปัญญาท้องถิ่น
- 4.2 การวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ และตอบสนองกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ
- 4.3 กระจายบทบาทการวางแผน พัฒนาและจัดการกำลังคนลงไปในระดับพื้นที่
- 4.4 สร้างการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคท้องถิ่นและภาคประชาชนในทุกระดับ

เป้าหมาย : กำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ มีการกระจายตัวที่เป็นธรรม สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข

3. กรอบแนวคิดของแผนยุทธศาสตร์



4. แผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างและพัฒนากรอบในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศ

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างกลไกในระดับพื้นที่และระดับประเทศ ที่มีประสิทธิภาพในการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ โดยมีกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางจากทุกฝ่าย รวมทั้งพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีศักยภาพดังกล่าวด้วย

เป้าหมาย

1. มีหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ ที่ทำหน้าที่เชื่อมประสานให้เกิดการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ

2. บุคคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ มีการพัฒนาศักยภาพในการวางแผนและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

3. มีกลไกและระบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และการติดตามกำกับนโยบาย จากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

4. มีกลไกและมาตรการทางการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

กลยุทธ์

1.1 จัดตั้ง "คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ"

ทำหน้าที่เป็นคณะทำงานกลางระดับชาติ เพื่อดูแลนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ ในภาพรวมของประเทศโดยเฉพาะ ในระยะแรกคณะกรรมการได้รับการแต่งตั้งโดยมคิคณะรัฐมนตรี ต่อมาเมื่อมี "พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ" คณะกรรมการชุดดังกล่าวจะอยู่ภายใต้การดูแลของ "คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ"

โครงสร้างของกรรมการ

คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยคณะบุคคลจาก หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนผู้วางแผนระดับนโยบาย หน่วยการผลิตและผู้ใช้งาน ทั้งจากภาครัฐทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ รวมทั้งภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม โดยมีองค์ประกอบดังนี้

ในระยะเริ่มต้นให้คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งคณะบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมมาเป็นคณะกรรมการ ดังกล่าว ต่อมาเมื่อมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ออกระเบียบวิธีการได้มาของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพต่อไป

บทบาทหน้าที่

1. ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในการขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดผลเป็นรูปธรรม

2. ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ ตามที่หน่วยงานต่างๆ เสนอคณะรัฐมนตรี ตามที่คณะรัฐมนตรี หรือคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

3. กำกับ ติดตาม ประเมินผลความสำเร็จตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

4. แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง ตามความจำเป็น

5. หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมายจากคณะรัฐมนตรี

1.2 จัดตั้ง "คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด"

ซึ่งผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้แต่งตั้ง เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยประสานงานและดำเนินการในการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ และทำงานเชื่อมโยงกับหน่วยประสานงานกลางระดับประเทศ โดยให้มีองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ ดังนี้

โครงสร้างของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธาน และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นคณะกรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการประกอบด้วย ผู้แทนจากหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งจากภาครัฐทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ภาคการศึกษา ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม

บทบาทหน้าที่

1.2.1 กำหนดทิศทาง การดำเนินนโยบายกำลังคนของจังหวัด ที่สอดคล้องกับทิศทางหลักของประเทศ

1.2.2 วางแผนความต้องการกำลังคนของจังหวัด ที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ

และความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

1.2.3 ประสานงานระหว่างหน่วยวางแผน หน่วยผลิตและผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่

1.2.4 ติดตาม กำกับและประเมินนโยบายกำลังคนของจังหวัด

1.2.5 หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

1.3 สร้างภาวะผู้นำ (Leadership) ในทุกระดับ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการกำหนดทิศทาง และดำเนินไปสู่เป้าหมายของการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพทั้งในระดับประเทศ และระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.1 พัฒนานุคลากร/หน่วยงานทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน ให้มีศักยภาพในการวางแผนและพัฒนานโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ

1.3.2 สนับสนุนองค์กร/สภาวิชาชีพ ให้มีบทบาทของการเป็นตัวแทนภาคประชาชนอย่างแท้จริง ในการกำกับดูแลมาตรฐานวิชาชีพ ให้สอดคล้องกับทิศทางนโยบายการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ

1.3.3 สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการเป็นแกนนำในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพของพื้นที่

1.3.4 เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคประชาสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ควรได้รับการ ดูแลพิเศษ ได้แก่ ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ เป็นต้น ให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดและติดตามนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ

1.4 สร้างกลไกและมาตรการทางการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ ในการส่งเสริมการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว

1.5 สร้างกลไกที่ทำให้เกิดการสื่อสารกับสาธารณะ ที่มีความเชื่อมโยงทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ เพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ในการกำหนดและการติดตาม กำกับนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ปรับเปลี่ยนระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้กำลังคนที่เพียงพอ สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน มีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพและระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การสร้างความเสมอภาคในระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอต่อความต้องการของประเทศ มีขีดความสามารถทางวิชาการ มีคุณธรรม จริยธรรม และจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม อีกทั้งมีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ และระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ภายใต้การวางแผนการผลิตและระบบการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

เป้าหมาย

1. มีกำลังคนในประเภทต่างๆ ที่เหมาะสม เพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ โดยมีขีดความสามารถทางวิชาการ มีคุณธรรม จริยธรรม และจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม
2. มีระบบการผลิตกำลังคนที่สอดคล้องต่อความต้องการด้านสุขภาพ ภายใต้ความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม
3. มีระบบการพัฒนากำลังคนระหว่างทำการเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการปฏิบัติงาน

กลยุทธ์

2.1 มีการวางแผนการผลิตกำลังคน ให้เพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของระดับพื้นที่และระดับประเทศ โดยคำนึงถึงความต้องการของของภาคเอกชน และให้มีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพของประเทศ

โดยทิศทางการผลิตจะต้องเน้นบุคคลากรดังนี้

- เน้นการผลิตกำลังคนในกลุ่มที่มีทักษะในการทำงานด้านกว้าง (Generalist) มากกว่าการทำงานเฉพาะเจาะจง (Specialist) โดยคำนึงถึงความเหมาะสมในแต่ละระดับของบริการ

- เน้นผลผลิตบุคลากรที่ทำหน้าที่การสร้างเสริมสุขภาพ

2.2 พัฒนาระบบการคัดเลือกบุคคลโดยตรงจากพื้นที่ (ได้แก่ นักเรียน หรือ อสม.) โดยยึดแนวคิด Rural recruitment Local training and hometown placement เพื่อเข้าสู่ระบบการศึกษา ภายใต้ความร่วมมือระหว่างผู้ผลิต ผู้ใช้งานในระดับพื้นที่และชุมชน อีกทั้งมีระบบการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการศึกษา เช่น รูปแบบการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน ในอันที่จะส่งเสริมการกระจายกำลังคนอย่างเป็นธรรมและยั่งยืน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค ตามสิทธิที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ

2.3 พัฒนาระบบการผลิตกำลังคนและหลักสูตรการศึกษา ให้มีความสอดคล้องกับความต้องการ ด้านสุขภาพของพื้นที่และระดับประเทศ อีกทั้งสอดคล้องกับระบบสุขภาพในอนาคต ที่เน้นการสร้างเสริม สุขภาพของประชาชน และมีความเอื้อต่อวิถีชุมชน และภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยอาศัยความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่นและภาคประชาสังคม เพื่อให้ได้บุคลากรที่มีขีดความสามารถทางวิชาการ และมีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ มีคุณธรรม จริยธรรม มีจิตสำนึกที่รับผิดชอบต่อสังคม

2.4 สร้างระบบการพัฒนาคนระหว่างทำการอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อพัฒนาศักยภาพของกำลังคนและเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของงาน ให้มีความครอบคลุมทั้งในส่วนผู้ให้บริการ และผู้สนับสนุนระบบบริการ โดยเน้นรูปแบบการเรียนการสอนทางไกล ที่ใช้สถานที่ปฏิบัติงานจริงเป็นฐานการฝึกอบรม

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้มีการกระจายบุคลากรอย่างเป็นธรรม สามารถคงอยู่ในระบบ และบุคลากรเหล่านั้นสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ภายใต้ความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการกระจายบุคลากรเหล่านั้นอย่างเป็นธรรม และบุคลากรเหล่านั้นสามารถปฏิบัติงานในระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสุข

เป้าหมาย

1. มีระบบการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพอย่างเป็นธรรม เพื่อให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน
2. มีระบบแรงจูงใจและระบบสนับสนุนให้กำลังคนด้านสุขภาพปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข
3. มีระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพร่วมกัน ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม อย่างมีประสิทธิภาพ
4. พัฒนาระบบการจัดการปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ที่มีประสิทธิภาพ และเกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย

กลยุทธ์

3.1 กำหนดนโยบายและมาตรการที่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการกระจายกำลังคน โดยใช้มาตรฐานความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่เป็นตัวกำหนด เพื่อให้เกิดความสอดคล้องและเป็นธรรม ในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

- ระหว่างเขตเมืองและชนบท (Rural/Urban)
- ระหว่างระดับของสถานบริการ (Primary/Secondary/Tertiary)
- ระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public/Private mix)
- ระหว่างวิชาชีพ (Skill mix)
- ระหว่าง Generalist/Specialist ของแต่ละวิชาชีพ

3.2 พัฒนาระบบสนับสนุนให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างยาวนาน (Retention) มีประสิทธิภาพ (Efficiency) และมีความสุข

- สร้างระบบแรงจูงใจ (Incentive system) ที่มีประสิทธิภาพ สามารถสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Performance-based) และมีความเสมอภาคทั้งระหว่างภาครัฐ/เอกชน และระหว่างวิชาชีพ
- พัฒนาระบบหน้าที่ (Job description) ระหว่างวิชาชีพ ในแต่ละระดับของสถานบริการให้มีความเหมาะสม
- ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน (Work environment) ให้เหมาะสม

- พัฒนาระบบการบริหารจัดการบุคคลากร (Personnel system) เช่น กระจายความก้าวหน้าในวิชาชีพให้มีความเสมอภาคทั้งในส่วนกลางและพื้นที่
- ปรับปรุงกฎระเบียบต่างๆ (Laws/Regulations) ที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

3.3 พัฒนารูปแบบการใช้ (Utilization) ทรัพยากรกำลังคนด้านสุขภาพร่วมกันระหว่างรัฐเอกชนและท้องถิ่น โดยคำนึงถึงว่ากำลังคนด้านสุขภาพเป็น National asset เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยใช้ความต้องการด้านสุขภาพและบริการของประชาชนเป็นเป้าหมายร่วมกัน

3.4 ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการบริหารจัดการกำลังคนของพื้นที่ ตั้งแต่การวางแผนความต้องการ การมีส่วนร่วมในการผลิตและการรับเข้าปฏิบัติงาน ภายหลังจากการศึกษา โดยให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่ โดยการสนับสนุนด้านองค์ความรู้และเทคโนโลยีจากรัฐส่วนกลาง

3.5 พัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและประชาชนอย่างสมานฉันท์ โดยคำนึงถึงความเป็นธรรมทั้งผู้ให้บริการและประชาชนที่ได้รับผลกระทบดังกล่าว

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างและการจัดการความรู้ เพื่อไปสู่การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพของประเทศ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่อยู่บนฐานการใช้ข้อมูล และองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และของประเทศ

เป้าหมาย

1. มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้ที่ผ่านการรวบรวมอย่างเป็นระบบเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจวางแผน การพัฒนา และการประเมินนโยบายด้านกำลังคนทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ
2. มีระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีความถูกต้อง

ครอบคลุม และมีการพัฒนาให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง

3. นักวิจัยและผู้รับผิดชอบนโยบายด้านกำลังคนมีศักยภาพในด้านการวางแผนและพัฒนากำลังคน และมีการทำงานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายในทุกกระดับ

กลยุทธ์

4.1 พัฒนานักวิจัยทั้งในระดับพื้นที่และในส่วนกลาง ให้มีศักยภาพในด้านการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทปัญหาของพื้นที่ โดยสนับสนุนการท้าวิจัยและพัฒนางานวิจัยร่วมกันระหว่างหน่วยงานและสถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ

4.2 ส่งเสริมการจัดการความรู้ (Knowledge management) ในเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพโดยเฉพาะในระดับพื้นที่ เช่น สนับสนุนการจัดเวทีวิชาการเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge sharing)

4.3 พัฒนาเครือข่ายระหว่างบุคคล สถาบัน และองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดการประสานงานร่วมกันในการพัฒนาความรู้และจัดกระบวนการนำความรู้ไปกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

4.4 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ

4.4.1 พัฒนาชุดข้อมูลด้านกำลังคนพื้นฐาน (Minimal HRH data set) สำหรับหน่วยงานต่างที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการวางแผนกำลังคน

4.4.2 พัฒนาตัวชี้วัดหลัก (HRH Core indicators) ในการติดตามประเมินผลการพัฒนากำลังคนทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ

4.4.3 พัฒนากลไกเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของระบบฐานข้อมูลด้านกำลังคนให้เกิดความสะดวกในการนำมาใช้วางแผนและพัฒนา

4.4.4 พัฒนาศักยภาพของหน่วยงานต่างๆ ที่คู่แลฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพในการจัดการข้อมูล เช่น การเก็บ การตรวจสอบความถูกต้อง การวิเคราะห์ และการนำไปใช้

4.5 พัฒนากลไกและระบบในการสร้างและการจัดการความรู้ (Knowledge

generation and management) ในเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนข้อเสนอแนะทางวิชาการให้แก่ผู้กำหนด นโยบาย และประเมินนโยบายของรัฐ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมและพัฒนาภูมิปัญญาไทยและผู้ดูแลสุขภาพในชุมชน ให้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่และส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เครือข่ายประชาสังคมที่ดูแลปัญหาสุขภาพในพื้นที่ สามารถจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยพื้นฐานทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นภายใต้การร่วมมือระหว่างภาคประชาชน ภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เป้าหมาย

1. การแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาไทย สามารถมีบทบาทในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชน ได้อย่างทัดเทียมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน
2. ขยายเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพลงในระดับชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่

กลยุทธ์

1. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของการแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาไทย
2. พัฒนาศักยภาพของผู้ที่ดูแลสุขภาพในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการในชุมชน เพื่อขยายการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพลงไปในระดับชุมชน
3. สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนดูแลตนเองและครอบครัว โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและสนับสนุนภาคีสุขภาพในระดับพื้นที่ ให้มีส่วนร่วมการสร้างเสริมสุขภาพ

รายชื่อคณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

- | | | |
|---|---|-----------------------------|
| 1. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ | ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข | ประธาน |
| 2. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ผู้ทำงาน |
| 3. ผู้แทนสำนักงาน ก.พ. | | ผู้ทำงาน |
| 4. ผู้แทนสำนักงาน ก.พ.ร. | | ผู้ทำงาน |
| 5. ผู้แทนสำนักงานงบประมาณ | | ผู้ทำงาน |
| 6. ผู้แทนกรมบัญชีกลาง | | ผู้ทำงาน |
| 7. ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | | ผู้ทำงาน |
| 8. ผู้แทนแพทยสภา | | ผู้ทำงาน |
| 9. ผู้แทนทันตแพทยสภา | | ผู้ทำงาน |
| 10. ผู้แทนสภาเภสัชกรรม | | ผู้ทำงาน |
| 11. ผู้แทนสภาการพยาบาล | | ผู้ทำงาน |
| 12. ผู้แทนกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ | | ผู้ทำงาน |
| 13. ผู้แทนเครือข่ายหมออนามัย | | ผู้ทำงาน |
| 14. นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | ผู้ทำงาน |
| 15. ดร.สุปรีดา อุดุลยานนท์ | สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ | ผู้ทำงาน |
| 16. นส.กาญจนา ปานูราช | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข | ผู้ทำงาน |
| 17. ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก | | ผู้ทำงาน |
| 18. ผู้อำนวยการสำนักงานโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท | | ผู้ทำงาน |
| 19. ผู้อำนวยการกองทุนสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | | ผู้ทำงาน |
| 20. พญ.สุพัศตรา ศรีวณิชชากร | สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข | ผู้ทำงาน |
| 21. ผู้แทนชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป | | ผู้ทำงาน |
| 22. ผู้แทนชมรมแพทย์ชนบท | | ผู้ทำงาน |
| 23. นส.พินทุสุทธ์ เหมพิสุทธ์ | กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย | ผู้ทำงาน |
| 24. ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ | คณะทำงานแลเลขานุการ | |
| 25. ผอ.กลุ่มแผนงานและทรัพยากร | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ | |
| | | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |
| 26. นพ.ทิดกร โนรี | แผนงานพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |
| 27. หัวหน้างานแผนงานกำลังคน | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |

ขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

	กิจกรรม	ช่วงเวลา
1	แต่งตั้งคณะกรรมการร่างแผนยุทธศาสตร์ โดยกระทรวงสาธารณสุข	มีนาคม 2549
2	เวทีระดมความคิดเห็นเพื่อทบทวนคำกักความ สร้างวิสัยทัศน์และพันธกิจ	เมษายน 2549
3	เวทีระดมความเห็นจากคณะกรรมการร่างแผนยุทธศาสตร์	มีนาคม, พฤษภาคม, ตุลาคม 2549
4	เวทีระดมความเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้องจากใน ส่วนกลาง	สิงหาคม 2549
5	แบบสอบถามความเห็นจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง 165 คน	กันยายน 2549
6	แบบสอบถามความเห็นจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง 65 องค์กร	กันยายน 2549
7	เวทีระดมความเห็นผู้ที่เกี่ยวข้องในส่วนภูมิภาค	ตุลาคม 2549
8	การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ	ตุลาคม 2549
9	เวทีประชาพิจารณ์ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2549	28 ตุลาคม 2549
10	สังเคราะห์ข้อเสนอทั้งหมดเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการกำหนดนโยบาย	พฤศจิกายน - ธันวาคม 2549
11	เวทีระดมความเห็นจากคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงาน ตามนโยบายสุขภาพคณะที่ 5 ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์มงคล ณ สงขลา)	มกราคม 2550
12	เข้าพิจารณาในคณะกรรมการกลั่นกรองเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี	4 เมษายน 2550
13	ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีอนุมัติในหลักการของแผนยุทธศาสตร์ และแต่งตั้งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ	24 เมษายน 2550

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) Human Resources for Health Research and Development Office (HRDO)

เป็นหน่วยงานในเครือข่ายของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ตั้งขึ้นเมื่อเดือน ตุลาคม 2548 โดยเป็นหน่วยงานทางวิชาการ มีบทบาทในการสร้างและจัดการองค์ความรู้ เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ มีความเป็นอิสระจากระบบราชการ และทำหน้าที่สนับสนุน ทางวิชาการกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน สภาวิชาชีพ และอื่นๆ โดยทั้งนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บทบาทหน้าที่

1. ศึกษา วิจัย ค้นคว้า เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ
2. พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ
3. พัฒนาศักยภาพ และความรู้ของนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ
4. ขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการต่างๆ ในการวางแผน พัฒนาและแก้ไขปัญหา กำลังคนด้านสุขภาพ
5. ติดตาม และประเมินผลสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงกำลังคนด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ในการทำงาน

ทางสำนักงานดำเนินการ ภายใต้อ 4 แผนงานหลัก ดังนี้

แผนงานที่ 1 แผนการพัฒนาข้อมูลข่าวสารกำลังคน

(Development of HRH information system)

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทั้งในส่วน
ของตัวข้อมูล ระบบการจัดการข้อมูล และหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความ
ถูกต้อง ทันสมัย ในการนำไปใช้กำหนดและประเมินนโยบายด้านกำลังคน

เป้าหมาย

1. มีระบบการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการเก็บ การตรวจสอบ
ความถูกต้องการวิเคราะห์ และการนำไปใช้ ทั้งในระดับประเทศและระดับหน่วยงานย่อย
2. มีกลไกเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของระบบฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่มี
ประสิทธิภาพ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนและพัฒนา
3. มีระบบการเฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ
ที่มีความสำคัญ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงนโยบาย

แผนงานที่ 2 แผนการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ (Knowledge generation)

ของกำลังคนด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์

สร้างและพัฒนาองค์ความรู้กำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในที่ประเด็น
สำคัญ และเร่งด่วนเพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบาย การวางแผน การดำเนินการ การพัฒนา
และการประเมินผลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ
และความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่

เป้าหมาย

1. สร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการบริการที่เปลี่ยนไปเพื่อนำไปสู่การวางแผนกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ
2. สร้างองค์ความรู้ในเรื่องความขาดแคลนและการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชน
3. สร้างองค์ความรู้ในเรื่องการบริหารจัดการและระบบสนับสนุน เพื่อให้กำลังคนสามารถถึงอยู่ในระบบและปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ
4. สร้างองค์ความรู้ในเรื่องการผลิตกำลังคน เพื่อให้ได้กำลังคนที่มีความสามารถสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน

แผนงานที่ 3 แผนพัฒนากลไกการจัดการความรู้ไปสู่การเปลี่ยนแปลง (Development mechanism to policy change)

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างระบบและกลไกที่มีประสิทธิภาพในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยอยู่บนฐานของการใช้องค์ความรู้ และ ข้อมูลด้านกำลังคนที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศ

เป้าหมาย

1. แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นเครื่องมือในการกำกับทิศทาง นโยบายการพัฒนากำลังคน
2. มีหน่วยงานกลาง ที่ทำหน้าที่เชื่อมประสานให้เกิดการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพของประเทศ
3. มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้ที่ผ่านการรวบรวมอย่างเป็นระบบเพื่อ สนับสนุนการตัดสินใจวางแผน การพัฒนา และการประเมินนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ จนถึงเกณฑ์วิธีปฏิบัติระดับปฏิบัติการ

4. มีกลไกการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และการติดตามกำกับนโยบายจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

แผนงานที่ 4 แผนการพัฒนาศักยภาพด้านการวางแผนและพัฒนากำลังคน (Development of Capacity on HRH Management)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านกำลังคนทั้งนักบริหารและนักวิชาการ ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ ให้มีศักยภาพในการวางแผน การผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
2. เพื่อให้เกิดการพัฒนาเครือข่าย นักวิจัย และนักจัดการความรู้ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ จนถึงระดับที่สามารถสืบสานภารกิจสร้างและจัดการความรู้เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

เป้าหมาย

1. มีนักวิชาการด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญในการวางแผนและพัฒนากำลังคนอย่างเพียงพอ
2. ผู้บริหารที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ มีศักยภาพที่เพียงพอ
3. มีเครือข่ายผู้บริหารและนักวิชาการด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในระดับประเทศและพื้นที่

เป้าหมายหลักของหน่วยงาน

1. สร้างองค์ความรู้ในเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพที่ผ่านกระบวนการวิจัยอย่างเป็นระบบ ทั้งในประเด็นที่เป็นปัญหาเร่งด่วน และการพัฒนากำลังคนในระยะยาว
2. มีระบบฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ ที่มีความเชื่อมโยงในทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ สามารถนำไปสู่กระบวนการการสร้างและประเมินนโยบายกำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. บุคคลากรที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพทั้งในระดับผู้บริหาร และนักวิชาการ ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ มีศักยภาพในการวางแผน และพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

4. สร้างเครือข่ายบุคคลากรที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้ผลิตผู้ใช้ กลุ่มองค์กรต่างๆ และภาคประชาสังคม

5. สร้างข้อเสนอและทางเลือกเชิงนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ ที่ผ่านกระบวนการวิจัยอย่างเป็นระบบ ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในการกำหนดนโยบาย ผู้ผลิต ผู้ใช้งานและผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง

6. สร้างระบบและกลไกติดตามและประเมินสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

โครงสร้างการทำงาน

ผู้จัดการสำนักงาน	นายแพทย์ทินกร โนรี	E-mail: thinakorn@ihpp.thaigov.net
คณะทำงาน	ดร.นงลักษณ์ พะไถยะ	E-mail: cnonglak@yahoo.com
	คุณกาญจนา ปานูราช	E-mail: ganjana@hsri.or.th
ผู้ประสานงาน	คุณสัญญา ศรีวิคนะ	E-mail: sanya@ihpp.thaigov.net

ที่ตั้งหน่วยงาน

ในสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

อาคารคลังพัสดุ ชั้น 3 ซอยสาธารณสุข 6 ภายในกระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนธ์ 11000

โทรศัพท์ 66 2 590 2366-7 โทรสาร 66 2 590 2385

ภาคผนวก

การสัมมนาวิชาการห้องย่อยกำลังคนด้านสุขภาพ
ในการประชุมวิชาการประจำปี กระทรวงสาธารณสุข ปี 2550
วันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ.2550 เวลา 09.30-16.30 น.
โรงแรมปางสวนแก้ว จ.เชียงใหม่

กำหนดการ

- 09.30-10.00 น. เล่าสู่กันฟัง "แผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ: ความเป็นมาและ
จังหวะก้าวในอนาคต"
โดย ดร.นงลักษณ์ พะโกยะ
- 10.00-12.00 น. การนำเสนอผลงานทางวิชาการ เรื่อง "การคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ
ในสถานบริการของรัฐ : ความจริงที่คุณต้องรู้"
ผู้นำเสนอ
1. กลุ่มแพทย์
2. กลุ่มทันตแพทย์
3. กลุ่มเภสัชกร
4. กลุ่มพยาบาล
5. กลุ่มบุคลากรปฐมภูมิ
ผู้ดำเนินรายการ น.พ.พงษ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์
- 12.00-13.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00-13.15 น. วัตถุประสงค์ "ปัญหาวิกฤติกำลังคน: ความจริงที่ต้องวิพากษ์"
- 13.15-15.00 น. เวทีเสวนา "เงิน สำคัญจริงหรือ : Humanized health care และ
Non-financial incentive ทางออกที่ไม่ควรมองข้าม"
ผู้ร่วมเสวนา
1. นพ.สกล สิงหะ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. นพ.อารักษ์ วงศ์วรชาติ ผู้อำนวยการ รพ.สิชล จ.นครศรีธรรมราช
3. นพ.สุธี สุคติ แพทย์ประจำ รพ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี
4. คุณปราณี เชื้อไทย พยาบาลวิชาชีพ สอ.ท่าหัก อ.ฝาง จ.เชียงใหม่
ผู้ดำเนินรายการ นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์
- 15.00-16.30 น. การนำเสนอผลงานวิชาการเกี่ยวกับการพัฒนางานกำลังคนด้านสุขภาพ

ประวัติวิทยากร

นายแพทย์อารักษ์ วงศ์วรชาติ

ตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล (นายแพทย์ระดับ 8)

สถานที่ปฏิบัติงาน

โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

การศึกษา

- คณะแพทยศาสตร์
จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ปี พ.ศ.2529)
- อนุมัติบัตรความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน จากแพทยสภา (ปี พ.ศ.2535)
- ประกาศนียบัตร สาขาอาชีพเวชศาสตร์ จากกรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2540
- ผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง
จากสถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2544

นพ.ดร.สกล สิงหะ

ตำแหน่ง

ผู้ช่วยคณบดีวศสสัมพันธ

รองหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์

ประธานหน่วยชีวนตาศึกษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประธานมูลนิธิชีวนคารักษ์ (Hospice Foundation of Thailand)

วุฒิการศึกษา

MD., Ph.D., Thai Board of General Surgery

สถานที่ปฏิบัติงาน

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผลงานเด่น/ประทับใจ

อาจารย์แพทย์

ข้อคิด/หลักในการปฏิบัติงาน

งานคือการปฏิบัติธรรม เพื่อมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย

นายแพทย์สุธี สุคดี

ตำแหน่ง

นายแพทย์ 7

วุฒิการศึกษา

พบ. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ.2533

อ.ว เวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ.2545

สถานที่ปฏิบัติงาน

โรงพยาบาลวารินชำราบ จ.อุบลราชธานี

ศูนย์แพทย์ชุมชน ห้วยชะยุ่ง อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี

ผลงานเด่น/ประทับใจ

อาจารย์แพทย์

ข้อคิด/หลักในการปฏิบัติงาน

ตัวอย่างที่ดี มีค่ากว่าคำสอน

นางปราณี เชื้อไทย

ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ 7

วุฒิการศึกษา

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรจารย์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
(เทียบเท่าปริญญาตรี)

ประกาศนียบัตรผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้น

สถานที่ปฏิบัติงาน

สถานีนอนามัยบ้านท่าหัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอฝาง
จังหวัดเชียงใหม่

ผลงานเด่น/ประทับใจ

1. ได้รับรางวัลนักสังคมสงเคราะห์ดีเด่นแห่งชาติประจำปี 2546 จากมูลนิธิศาสตราจารย์ปกรณ์ อังศุสิงห์ (สาขาผู้ปฏิบัติงานในชุมชนดีเด่น)
2. ได้รับเกียรติเป็นกรรมการบริหารสถานศึกษาและเป็นที่ปรึกษาของโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 30 อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่ โดยได้รับการแต่งตั้งจากประธานคณะกรรมการบริหารมูลนิธิราชประชานุเคราะห์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

ข้อคิด/หลักในการปฏิบัติงาน

"การให้ที่มีคุณค่าสูงที่สุด คือ การให้โอกาสและส่งเสริมให้คนได้ทำ
ความดี"



เพราะโลกมันเจ็บป่วยมันต้องการเยียวยา
ฉะนั้นตัวระบบสุขภาพที่ดี
มันจะดึงผู้คนในสังคมเข้ามา
เพื่อไปเยียวยาโลกที่ป่วย



ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี



สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนทางด้านสุขภาพ

ชั้น 3 อาคารคลังพัสตุ ซ.สาธารณสุข 6 ถ.ติวานนท์ อ.เมือง นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2590 2366 โทรสาร 0 2590 2385