



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการของรัฐ ที่ตั้งอยู่ในจุดยุทธศาสตร์ที่สำคัญต่อการพัฒนาชนบท เป็นจุดเชื่อมระหว่างเมืองและชนบท มีความใกล้ชิดประชาชนรับรู้ปัญหาต่างๆของชนบท ทำให้โรงพยาบาลชุมชนมีขอบข่ายงานกว้างขวางทั้งงานส่งเสริมสุขภาพ งานควบคุมและป้องกันโรค การวินิจฉัยและรักษาโรค ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ประเวศ วะสี, 2531)

ในอดีตที่ผ่านมาโรงพยาบาลชุมชน ได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนามาโดยลำดับคือ เดิมโรงพยาบาลชุมชนมีชื่อเรียกว่าสุขศาลา ถ้าสุขศาลาใดตั้งอยู่ในชุมชนที่มีประชากรหนาแน่นทางราชการก็จะจัดส่งแพทย์ไปประจำ สุขศาลาประเภทนี้เรียกว่าสุขศาลาชั้นหนึ่ง ถ้าสุขศาลาที่ไม่มีแพทย์ประจำเรียกว่าสุขศาลาชั้นสอง ต่อมาในปี พ.ศ. 2495 มีพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวงทบวงกรมใหม่ สุขศาลาจึงถูกเปลี่ยนชื่อเป็นสถานีอนามัย โดยแบ่งเป็นสถานีอนามัยชั้นหนึ่ง และสถานีอนามัยชั้นสองเช่นเดียวกับสุขศาลา ต่อมาในปี พ.ศ. 2515 กรมการแพทย์และอนามัยกระทรวงสาธารณสุข และด้วยความเห็นชอบของสำนักงาน ก.พ. จึงได้เปลี่ยนชื่อสถานีอนามัยชั้นหนึ่งเป็นศูนย์การแพทย์และอนามัยชนบทมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2515 ในปี พ.ศ. 2517 มีการประชุมนายแพทย์ใหญ่จังหวัดทั่วประเทศที่ประชุมมีมติให้ตัดคำว่า "ชนบท" ออก และได้ทำความตกลงกับสำนักงาน ก.พ. ซึ่งสำนักงาน ก.พ. ให้ความเห็นชอบจึงใช้ชื่อว่าศูนย์การแพทย์และอนามัย ต่อมาในปี พ.ศ. 2518 มีการจัดตั้งรัฐบาลชุดใหม่ที่มาจากการเลือกตั้ง มีผู้แทนราษฎรจำนวนมาก ได้รับคำเรียกร้องให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลประจำอำเภอขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ตั้งหลักเกณฑ์ยกฐานะศูนย์การแพทย์ และอนามัยชั้นหนึ่งเป็นโรงพยาบาลอำเภอ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2525 เพื่อให้การจัดแบ่งโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับขีดความสามารถและภารกิจที่สมควรเน้นเป็นพิเศษ ดังนั้นโรงพยาบาลอำเภอจึงถูกเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลชุมชน (วิชัย โชควิวัฒน์, 2529)

การบริหารงานในโรงพยาบาลชุมชน

การบริหารงานของโรงพยาบาลชุมชน ตั้งแต่มีชื่อว่าสุขศาลาชั้น 1 จนเป็นโรงพยาบาลอำเภอ เป็นหน่วยงานในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมาตลอด มีอยู่ระยะหนึ่งที่นายแพทย์หัวหน้าสถานีอนามัยชั้นหนึ่งได้ดำรงตำแหน่งนายแพทย์อนามัยอำเภอ มีอำนาจบังคับบัญชาสถานีอนามัยชั้นสอง และสำนักงานผดุงครรภ์ชั้นสองในเขตท้องที่ที่รับผิดชอบ โดยฐานะอันนี้นายแพทย์อนามัยอำเภอต้องขึ้นอยู่กับนายอำเภอ ทำให้มีปัญหาในการบริหารบางประการ เกิดขึ้น ดังนั้นในปี พ.ศ. 2506 กระทรวงสาธารณสุขจึงให้นายแพทย์ในสถานีอนามัยชั้นหนึ่ง ดำรงตำแหน่งเป็นนายแพทย์หัวหน้าสถานีอนามัยเท่านั้น ไม่ต้องทำหน้าที่นายแพทย์อนามัยอำเภอ (วิชัย โชควิวัฒน์, 2529)

ระบบการบริหารภายในของสถานีอนามัยแต่เดิมไม่มีการแบ่งฝ่าย แม้จะพัฒนาเป็นศูนย์การแพทย์และอนามัยแล้วก็ตาม แต่ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีชื่อเรียกว่าโรงพยาบาลอำเภอ เป็นระยะเดียวกันที่ประเทศไทยได้เริ่มมีการนำระบบการจำแนกตำแหน่งเข้ามาใช้ในระบบราชการ โรงพยาบาลอำเภอในขณะนั้นจึงมีการแบ่งฝ่ายออกเป็น 4-5 ฝ่ายคือ ฝ่ายธุรการ ฝ่ายรักษาพยาบาล ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรค สำหรับฝ่ายทันตสาธารณสุขจะมีในโรงพยาบาลอำเภอที่มีขนาดตั้งแต่ 30 เตียงขึ้นไปและมีทันตแพทย์ประจำ ในปี พ.ศ. 2522 สำนักงาน ก.พ. ได้ขยายกรอบอัตรากำลังเพิ่มในโรงพยาบาลทุกขนาด ทำให้โรงพยาบาลชุมชนทุกขนาดมีฝ่ายทันตสาธารณสุขได้เมื่อมีทันตแพทย์ประจำ

ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนในโรงพยาบาลชุมชน

งานเภสัชกรรมในโรงพยาบาล (Hospital Pharmacy) มีหน้าที่ที่สำคัญในการจัดหาเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ การให้บริการแก่ผู้ป่วย การผลิตยา ตลอดจนการวิจัย และการฝึกอบรมแก่บุคลากรทั้งในโรงพยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Hassan, 1981) หน่วยงานเภสัชกรรมจะต้องมีผู้รับผิดชอบที่มีความรู้ความสามารถ ปัจจุบันหัวหน้างานเภสัชกรรมมีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งด้านการบริหาร และการบริการในโรงพยาบาล (Gouveia, 1990)

ในระบบการบริหารโรงพยาบาล เกษีกรมีบทบาทอย่างยิ่งต่อค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น
ในโรงพยาบาล (Van Etter, 1985) เช่นเดียวกันกับการรักษาผู้ป่วย เกษีกร
มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยในสถานบริการ
(Slotfeldt, 1985)

กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงความสำคัญของเกษีกรจึงจัดให้มี
เกษีกรในสถานบริการทุกระดับ สำหรับโรงพยาบาลชุมชนในระยะแรกยังไม่
มีเกษีกรไปปฏิบัติงาน งานเกษีกรรวมทั้งเป็นงานหนึ่งในฝ่ายการพยาบาล
และสายบังคับบัญชาขึ้นกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ในปี พ.ศ. 2520 สำนักงาน
ก.พ. ได้กำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนมีตำแหน่งเกษีกรได้ 1 ตำแหน่งตามหนังสือ
ที่ สร. 0705/67492 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2520 แต่สายบังคับบัญชายังขึ้น
กับฝ่ายการพยาบาลเช่นเดิม

ในปี พ.ศ. 2522 ได้เริ่มมีเกษีกรออกไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
อำเภอมากขึ้น ในระยะแรกลักษณะของการปฏิบัติงานยังไม่ชัดเจน ในปี 2524
กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำคู่มือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอำเภอ ของงาน
เกษีกรรวมทั้งให้ขอบเขตงานชัดเจนขึ้น ส่วนโครงสร้างการบริหารงานนั้นได้
แยกงานเกษีกรออกจากฝ่ายการพยาบาลโดยให้ขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการ
โรงพยาบาล (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข , 2529)

ในปี พ.ศ. 2527 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับระบบงานของ
โรงพยาบาลชุมชนใหม่โดยแบ่งงานออกเป็น 6 ฝ่ายคือ ฝ่ายการพยาบาล ฝ่าย
บริหารงานทั่วไป ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรค ฝ่าย
ทันตสาธารณสุข และได้ยกงานเกษีกรรวมในโรงพยาบาลชุมชนที่มีเกษีกรปฏิบัติ
งาน ขึ้นเป็นฝ่ายเกษีกรรวมชุมชนเป็นฝ่ายที่ 6 ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งได้
แบ่งงาน ในฝ่ายออกเป็น 6 งาน คือ

1. งานบริหารเวชภัณฑ์
2. งานบริการเกษีกรรวม
3. งานการผลิตยา
4. งานวิชาการเกษีกรรวม
5. งานเกษีกรรวมชุมชน
6. งานบริหารทั่วไปภายในฝ่าย

เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า จึงทำให้เกิดโครงการพิเศษ และนวัตกรรมทางการสาธารณสุขในชุมชน ดังนั้นฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนจึงได้รับงานโครงการพิเศษต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน เป็นงานที่ 7 ในความรับผิดชอบของฝ่าย เรียกว่า งานโครงการพิเศษ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โดยที่โรงพยาบาลชุมชนมีหน้าที่เป็นทั้งโรงพยาบาลประจำอำเภอและเป็นสถานอนามัยประจำตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล นอกจากนั้นโรงพยาบาลชุมชน ยังเป็นสถานบริการสาธารณสุขในระดับปลายสุดของรัฐที่มีแพทย์ปริญญาประจำอีกด้วย ในปีพ.ศ. 2533 จำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศมีทั้งสิ้น 604 แห่ง และโรงพยาบาลสาขา (Extended OPD) จำนวน 76 แห่ง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2534) การให้บริการมีแนวโน้มว่าประชาชนจะมาใช้บริการมากขึ้น (วิทยา ชวลิตสกุลชัย, บัณฑิตย์ บุญผลิตและอรวรรณ สุขวัจน์, 2523) จากข้อมูลกองสาธารณสุขภูมิภาคกระทรวงสาธารณสุขในด้านการครอบคลุมระบบบริการสาธารณสุข โดยดูจากจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในปี 2520 เปรียบเทียบกับปี 2529 พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปเพิ่มขึ้น 1.3 เท่า สถานอนามัยเพิ่มขึ้น 3 เท่า และโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น 3.9 เท่าในช่วงเวลาเดียวกัน

1. ความสามารถในการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน

สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ และคณะ (2531) ได้ศึกษาขีดความสามารถในการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดพบว่า โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงขึ้นไปมีขีดความสามารถสูงกว่าโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ซึ่งก็จะมีขีดความสามารถสูงกว่าโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนที่สำคัญได้แก่ ขนาดของโรงพยาบาล อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล จำนวนแพทย์ในโรงพยาบาล และความอาวุโสของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่วนด้านความสามารถในการให้บริการของฝ่าย

เภสัชกรรมชุมชนองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ การมีเภสัชกร ผู้ช่วยเภสัชกร และจำนวนแพทย์ในโรงพยาบาล

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนพบว่า โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงมีการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สำเร็จ แห่งกระทก, 2527) ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ (2530) ที่ศึกษาการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พบว่ากิจกรรมที่โรงพยาบาลชุมชนสนับสนุนสถานีนอามียต์บาลได้แก่ การนิเทศงานสถานีนอามียต์บาล การเผยแพร่เอกสารทางวิชาการแก่สถานีนอามียต์และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลพบว่า โรงพยาบาลขนาด 30 เตียงมีศักยภาพในการปฏิบัติงานได้มากกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 รัฐบาลมีนโยบายที่ชัดเจนในการกระจายระบบบริการสาธารณสุขไปสู่ชนบท โดยมีเป้าหมายจะจัดสร้างโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอ แต่ในปี 2528 ได้มีการปรับแผนพัฒนาสาธารณสุข เนื่องจากมีข้อจำกัดทางงบประมาณ คณะกรรมการพิจารณาปรับแผนได้ข้อสรุปว่า ยังไม่มีความจำเป็นที่จะสร้างโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ให้นำเงินส่วนที่เหลือไปเพิ่มขีดความสามารถในโรงพยาบาลชุมชน 10 เตียง ที่สร้างขึ้นใหม่ แต่ปรากฏในเวลาต่อมาว่า งบประมาณส่วนนี้ได้นำไปสร้างโรงพยาบาลสาขา (Extended OPD)

ในการให้บริการในโรงพยาบาลสาขา พบว่าโรงพยาบาลสาขาทำหน้าที่ได้เพียงครั้งหนึ่งหรือไม่ถึงครั้งหนึ่งของบทบาทหน้าที่ที่โรงพยาบาลควรจะต้องทำ โรงพยาบาลสาขาหลายแห่งจัดบริการประชาชนในระดับต่ำกว่าสถานีนอามียต์ประจำอำเภอ เพราะไม่มีการทำคลอด ไม่มีบริการนอกเวลาราชการ เช่น สถานีนอามียต์ประจำอำเภอเคยมี (อำพล จินดาวัฒนะ, 2529) ซึ่งผลการศึกษานี้มีความแตกต่างกับผลการศึกษาในจังหวัดนครราชสีมาที่พบว่า ประสิทธิภาพของการให้บริการของโรงพยาบาลสาขาเทียบเท่าหรือใกล้เคียงกับโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง นอกจากนี้โรงพยาบาลสาขายังมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการเลือกใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชนในอำเภอนั้นๆในทางที่ดีขึ้น และงบประมาณในการจัดสร้างโรงพยาบาล

สาขายังน้อยกว่าการจัดสร้างโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง (สำเร็จ
แห่งกระโทก, 2531)

2. ปัญหาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน การศึกษาปัญหา
การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนได้มีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มแพทย์เท่านั้น
โดยลักษณะการปฏิบัติงานของแพทย์และเภสัชกรมีลักษณะที่ใกล้เคียงกันดังนั้นจึงจะ
นำเสนอในลักษณะปัญหาในการปฏิบัติงานของแพทย์เป็นข้อเปรียบเทียบ

วรรณดี แสงประทีปทอง และเฉลิม วรวิทย์ (2525) ได้ศึกษา
ปัญหาในการปฏิบัติงานของแพทย์รับทุน ในระหว่างใช้ทุนในต่างจังหวัดและศึกษา
แนวทางเลือกสถานที่ทำงานของแพทย์หลังจากทำงานใช้ทุนเสร็จสิ้นแล้ว พบว่าใน
ระหว่างการใช้ทุน แพทย์ที่ทำงานต่อในต่างจังหวัดและแพทย์ที่ย้ายไปทำงานใน
กรุงเทพ มีปัญหาการทำงานในระดับปานกลาง แพทย์ที่ย้ายไปทำงานในกรุงเทพฯ
มีปัญหาการทำงานมากกว่าแพทย์ที่ยังทำงานต่อในโรงพยาบาลต่างจังหวัด ใน
เรื่องต่อไปนี้เป็นคือ ขาดแคลนความรู้ในการบริหารงาน มีความขัดแย้งในการ
ประสานงานกับฝ่ายปกครองของอำเภอ ขาดเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์
ขาดยาที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ขาดยาที่ใช้ในการป้องกันโรค ขาดบุคลากรใน
การป้องกันโรค

ส่วนปัญหาในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดดำเนินการใหม่
ซึ่ง ศิริวัฒน์ ทิพย์ชราดล (2525) ได้ให้ความเห็นว่า โรงพยาบาลชุมชนที่เปิด
ใหม่จะมีปัญหาในการดำเนินงานมากกว่าโรงพยาบาลที่เปิดมานาน ปัญหาที่พบใน
โรงพยาบาลชุมชนที่เปิดใหม่ได้แก่ เรื่องที่ดินและสิ่งก่อสร้าง ปัญหาเรื่องวัสดุ
ครุภัณฑ์ ปัญหาเรื่องกำลังเจ้าหน้าที่ ปัญหาเรื่องเงินบำรุง ปัญหาเรื่องฮาน
พาหนะ แต่ปัญหาเรื่องฐานะทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชน จากการ
ศึกษาของ สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ และคณะ (2531) พบว่าโรงพยาบาลชุมชน
โดยทั่วไปมีฐานะทางการเงินค่อนข้างดี มีโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 6 เท่านั้น
ที่มีปัญหาทางการเงิน ส่วนปัญหาของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน
มยุรา กุสุมภ์ (2528) ได้ให้ทัศนะว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน
คือ

-ปัญหาในการบริหารงาน ซึ่งแพทย์ขาดความรู้และทักษะในการบริหาร
งานอย่างเป็นระบบ ขาดประสบการณ์ในการบริหาร ความไม่ต่อเนื่องของผู้บริหาร

- ปัญหางานบริการ ซึ่งแพทย์ขาดความรู้ความชำนาญหัตถการต่าง ๆ
- ปัญหาการสอน แพทย์มีปัญหาในการสื่อความหมายในการสอน และแพทย์ไม่เห็นความสำคัญของการสอนสุขศึกษา ทั้งต่อตัวบุคคล และต่อกลุ่มชน

ซึ่งทัศนคติต่อปัญหาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนนี้ สอดคล้องกับ แนวความคิดของ ทรงกิจ อติวณิชพงษ์ (2528) คือแพทย์มีปัญหาเรื่องการบริการ และการบริหาร แพทย์ที่จบใหม่ต้องออกปฏิบัติงานในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ความรู้ด้านบริหารที่ได้รับจากมหาวิทยาลัยมีน้อยมาก

3. ปัญหาบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน

กรอบอัตรากำลังของโรงพยาบาลชุมชนในปี 2528 โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง , 30 เตียง และ 60 เตียง จะมีข้าราชการ 48 , 63 และ 92 ตำแหน่ง ตามลำดับส่วนลูกจ้างจะมี 14 คน ในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง 27 คน ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงและ 43 คน โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2528)

จากการศึกษาของสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (2531) พบว่า ในโรงพยาบาลชุมชนจะมีอัตรากำลังโดยเฉลี่ยร้อยละ 56 ของกรอบอัตรากำลังที่สำนักงาน ก.พ. กำหนด ประเภทของเจ้าหน้าที่ขาดแคลนมากคือ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวิสัญญีพยาบาล

ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน แม้จะลดน้อยลงเนื่องจากมาตรการการบังคับใช้ทุน แต่แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมากกว่าร้อยละ 54 เป็นแพทย์ที่อยู่ระหว่างการใช้ทุน ซึ่งแต่ละปี แพทย์ร้อยละ 22 ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจะย้ายออกจากโรงพยาบาลชุมชน (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2530) โดยเฉลี่ยแล้วโรงพยาบาลชุมชนจะเปลี่ยนผู้อำนวยการ 2 ปีต่อครั้ง และโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 42 จะมีแพทย์เพียงคนเดียว ซึ่งส่วนมากจะเป็นโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2531) นอกจากนี้ปัญหาขาดแคลนทางด้านปริมาณของบุคลากรแล้ว บุคลากรส่วนใหญ่มักจะเป็นเจ้าหน้าที่ที่จบใหม่ยังขาดทักษะและประสบการณ์ ทั้งแพทย์และบุคลากรใน

ระดับรองลงไป (ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, 2525)

ด้านบุคลากรของงานเภสัชกรรมในโรงพยาบาลอำเภอจากการศึกษาของ อภิญญา สัมณะไชย (2526) ในโรงพยาบาลชุมชน 42 แห่งใน 9 จังหวัดของสาธารณรัฐเขต 5 พบว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงทุกแห่งใช้บุคลากรต่างประเภท ทำหน้าที่ในงานเภสัชกรรมโดยไม่เคยผ่านอบรมเฉพาะมาก่อน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างระดับ มศ.3-5 ส่วนโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงพบว่าร้อยละ 36 มีเภสัชกรประจำ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานของบุคลากร

1. ภูมิลาเนา จากการศึกษารายชื่อของ ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร (2523) ได้ศึกษาทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ต่อการเรียนและปฏิบัติงานสาธารณรัฐ ในชนบท พบว่านักศึกษาแพทย์จะเลือกสถานที่ประกอบอาชีพตามสถานที่เกิด ความสัมพันธ์นี้จะสูงในนักศึกษาแพทย์ที่เกิดในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือภาคตะวันออก นักศึกษาแพทย์ของโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพฯ จะเลือกประกอบอาชีพในกรุงเทพฯ ร้อยละ 27.3 ส่วนนักศึกษาแพทย์ของโรงเรียนแพทย์ต่างจังหวัดเลือกประกอบอาชีพในกรุงเทพฯ ร้อยละ 4.3 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ และแพทย์ฝึกหัดต่อการปฏิบัติงานอนามัยชนบทที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่พบว่านักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่ต้องการกลับไปทำงาน ในภูมิลาเนาเดิมของตนเอง (พิชัย สุพิทชาพร และ สมศรี สอาดเอี่ยม, 2514)

และจากการศึกษาของ มณี โชติวิวัฒน์ (2527) พบว่าภูมิลาเนาของแพทย์มีความสัมพันธ์กับความคิด ในการที่จะเลือกทำงานต่อในโรงพยาบาลชุมชน หลังจากหมดภาระชุดใช้ทุน

2. ด้านเศรษฐกิจ จากการศึกษารายชื่อของ เนตรนภา โภไศสวรรณกุล (2524) พบว่าปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้แพทย์มาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของเอกชน ทั้งทำเต็มเวลาและบางเวลาคือรายได้ที่ได้รับจากโรงพยาบาลเอกชน มากกว่าได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐหลายเท่า และปัจจัยที่ผลักดันให้แพทย์ออกจากโรงพยาบาลของรัฐมาทำงานในโรงพยาบาลเอกชน คือ รายได้ต่ำไม่เพียงพอกับฐานะทางสังคมของแพทย์ เช่นเดียวกับแนวความคิดของ สันต์ หัตถิวัฒน์ (2523) ที่กล่าวว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ชอบทำงานในชนบท เพราะต้องการ

ว่ารายเร็วมีเงินมีเกียรติ เช่นเดียวกับกับผลของการศึกษาในลักษณะเดียวกันของ เอ้ออารี ยศโสภณ (2518) จากผลการศึกษาของ มณี โชติวิวัฒน์ (2527) พบว่าปัจจัยทางด้านสังคม และเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของ แพทย์ในการที่จะเลือกทำงานต่อในโรงพยาบาลชุมชน โดยที่แพทย์ที่มีรายได้เฉลี่ยรวมต่อเดือนมากในขณะที่ใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชน มีแนวโน้มที่จะเลือกทำงานต่อในโรงพยาบาลชุมชน หลังจากหมดภาระชดใช้ทุนในโรงพยาบาลมากกว่า แพทย์ที่มีรายได้เฉลี่ยรวมต่อเดือนต่ำ

3. การศึกษาต่อ จากผลการศึกษาพบว่า เหตุผลส่วนตัวที่ทำให้ แพทย์เลือกทำงานในกรุงเทพฯ หลังหมดสัญญาการทำงานใช้ทุนในต่างจังหวัด ได้แก่ ต้องการอยู่ใกล้แหล่งวิชาการ ต้องการงานเฉพาะด้านรักษาพยาบาล โอกาสศึกษาต่อมีมาก (วรรณดี แสงประทีปทอง , เฉลิม วราวิทย์, 2525) เช่นเดียวกับการศึกษาของ รจิต บุรี และคณะ (2524) พบว่าแพทย์ที่อยู่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอำเภอมีแนวโน้มจะศึกษาต่อ เนื่องจากต้องการเป็นแพทย์เฉพาะทาง เพราะกลัวว่าวิชาการจะไม่ทันคนอื่นไม่ได้รับการยกย่องเท่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง การอยู่ในโรงพยาบาลอำเภอจะไม่ก้าวหน้าและแพทย์เฉพาะทางมีเกียรติมากกว่าแพทย์รักษาโรคทั่วไป ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สอดคล้องกับความคิดเห็นของแพทย์กำลังใช้ทุน พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ต้องการศึกษาต่อเพราะรู้สึกต่ำต้อยทางวิชาการ โดยเฉพาะผู้ที่ใช้ทุนในโรงพยาบาลจังหวัด ต้องการศึกษาต่อทุกคน เพื่อการยอมรับของแพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัดด้วยกัน ส่วนแพทย์ในโรงพยาบาลอำเภอมีเพียงร้อยละ 17.39 ต้องการที่จะทำงานต่อในโรงพยาบาลอำเภอ เนื่องจากชอบการบริหารอซากจะทำประโยชน์ให้กับชุมชน อซากใช้ชีวิตที่สงบและอซากแก้ปัญหาสาธารณสุขให้ดีขึ้น สำหรับการศึกษาคต่อ แพทย์กลุ่มนี้ มีความคิดเห็นว่าเป็นเรื่องน่าเบื่อและไม่แน่ใจว่าเรียนไปแล้วจะคุ้มค่ากับเวลาที่เสียไปหรือไม่ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2524)

4. ปัจจัยอื่น ๆ

เพศ จากการศึกษาพบว่าในเขตกรุงเทพฯ และชนบุรี ร้อยละของแพทย์ชายน้อยกว่าร้อยละของแพทย์หญิง แต่ในเขตอำเภอเมืองและเขตอำเภออื่น ๆ ที่มีใช้กรุงเทพฯ และชนบุรี มีร้อยละของบัณฑิตชายมากกว่าร้อยละของ

บัณฑิตหญิง (ภาวิณี อริยกุลกาญจน์, 2515) และจากการศึกษาของจำรูญ มีชนอน (2510) พบว่านักศึกษาแพทย์ที่เป็นเพศหญิงและชาย มีความเห็นในการเลือกสถานที่ ประกอบอาชีพแตกต่างกันคือ นักศึกษาหญิงต้องการประกอบอาชีพในบริเวณพระนคร-ธนบุรี สูงกว่านักศึกษาชายแต่ผลการศึกษาของ ฐิติพงษ์ นิยมเสน (2528) ในนักศึกษาแพทย์ปีสุดท้ายของโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพ 3 แห่งพบว่า เพศของนักศึกษาไม่มีผลต่อการเลือกสถานที่ประกอบอาชีพของนักศึกษาแพทย์

นอกจากปัจจัยเหล่านี้แล้วยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจของบุคลากรในการเลือกสถานที่ทำงานคือปัจจัยทางด้านอุปสรรคทางการแพทย์ คืออุปสรรคทางการแพทย์ที่ทันสมัยมีผลทำให้นักศึกษาแพทย์มีความคาดหวังที่จะศึกษาต่อและเลือกทำงานในภาคเอกชนในกรุงเทพมหานคร มากกว่าต่างจังหวัด (ฐิติพงษ์ นิยมเสน , 2528) ระบบการทำงานเป็นเหตุผลหนึ่งที่แพทย์ออกจากโรงพยาบาลของรัฐ คือระบบราชการไม่มีความคล่องตัว ซึ่งการทำงานในโรงพยาบาลเอกชนจะมีความคล่องตัว และการทำงานไม่ต้องอยู่ในระเบียบวินัยของราชการ (เนตรนภา โกไคยสุวรรณมาศ , 2524)

5. ความพึงพอใจในการทำงาน

ความพึงพอใจของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป พบว่าเภสัชกรมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง และพบว่าเภสัชกรที่มีระดับตำแหน่งสูงและมีเวลารับราชการนาน จะมีความพึงพอใจสูงกว่าเภสัชกรระดับตำแหน่งต่ำและมีระยะเวลาในการรับราชการสั้น ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความพึงพอใจของเภสัชกร คือการได้รับเลื่อนเงินเดือนเป็นกรณีพิเศษ 2 ขั้นและการได้รับเครื่องราชอิสริยาภรณ์ (เสาวณีย์ ตติยภัณฑรักษ์, 2529)

ส่วนความก้าวหน้าและการเลื่อนระดับที่สูงขึ้น ในการรับราชการของเภสัชกร พบว่าการเรียนในหลักสูตรเภสัชศาสตร์ที่ใช้ระยะเวลาศึกษา 5 ปี จะได้รับการเลื่อนระดับที่สูงขึ้นไป ซ้ำกว่าสาขาอื่นๆที่ใช้เวลาศึกษา 4 ปีหรือ 6 ปี (กลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน , 2532 ; สโมสรนิสิตนักศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2532)

การศึกษาสภาพกำลังคนวุฒิเภสัชศาสตร์ในราชการพลเรือนของ บุญร่วม นภาโชติ(2529) พบว่าผู้มีวุฒิเภสัชศาสตร์ มีความคิดที่จะลาออก

จากรายการร้อยละ 44.27 ซึ่งเหตุผลสนับสนุนที่คิดจะลาออกจากราชการ คือ ภาระหน้าที่รับผิดชอบมีมาก และขาดการสนับสนุนด้านกำลังคน ระบบราชการไม่มีสิ่งจูงใจที่ดี ลักษณะของงานในบางตำแหน่งต้องทำงานเสี่ยงกับสารเคมี ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ส่วนสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนกำลังคนที่มีวุฒิเภสัชศาสตร์ในส่วนราชการ คือลักษณะงานบางตำแหน่งไม่น่าสนใจ สวัสดิการในต่างจังหวัดไม่ดีพอ มีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบหลายด้าน เช่น ตำแหน่งเภสัชกรประจำโรงพยาบาล ขาดกำลังใจในการทำงาน และผู้มีวุฒิเภสัชศาสตร์สามารถเลือกประกอบอาชีพได้หลายด้าน เช่น เปิดร้านขายยา ทำงานกับบริษัท หรือโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งการขาดแคลนผู้มีวุฒิเภสัชศาสตร์ในภาคเอกชนมีจำนวนมาก (ทบวงมหาวิทยาลัย, 2528) การดำเนินโครงการการแก้ไขการกระจายเภสัชกร โดยกำหนดเงื่อนไขเข้าศึกษาเภสัชศาสตร์ของรัฐบาลทำให้ภาคเอกชนได้รับผลกระทบโดยตรง จากการขาดแคลนเภสัชกร ทำให้มีความต้องการเภสัชกรเป็นจำนวนมาก (ชรินทร์ ศรีชาติ และชงยุทธ โสศุภกาญจน์, 2531)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย