



## บทที่ 4 อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาความแตกต่างของคะแนนจรรยาวิพากษ์ของแพทย์ไทยชาย-หญิงที่มีระดับประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน อภิปรายผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยพบว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี แพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงาน 6-10 ปี และแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ทั้งสามกลุ่มนั้นจะมีระดับจรรยาวิพากษ์ชั้น P (Principle morality stage) แพทย์ที่มีจรรยาวิพากษ์ในระดับนี้ จะมีความสามารถในการตัดสินความถูกต้องด้วยจิตสำนึกที่สอดคล้องกับหลักแห่งความยุติธรรม ความเท่าเทียมเสมอภาคกันระหว่างสมาชิกในสังคม เข้าใจ เห็นชอบ และให้ความร่วมมือกับกฎเกณฑ์ของสังคม ค่านิยมและความคิดเห็นของคนส่วนใหญ่ในสังคม แต่เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางพบว่า ผลหลัก (Main Effect) ของประสบการณ์การทำงาน ( $F= 5.822, P < .05$ ) มีนัยสำคัญ จากนั้นผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบรายคู่ระดับประสบการณ์การทำงานโดยวิธีของ Scheffe' ซึ่งพบว่า แพทย์ที่มีระดับประสบการณ์การทำงาน 6-10 ปี มีคะแนนจรรยาวิพากษ์ชั้น P ( $M= 40.47$ ) มากกว่าแพทย์ที่มีระดับประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ( $M= 32.70$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอภิปรายได้ว่า แพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงาน 6-10 ปี จะมีระดับจรรยาวิพากษ์สูงกว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระดับจรรยาวิพากษ์ของแพทย์คือ การศึกษาในวิชาด้านเวชจริยศาสตร์ พบว่าในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในประเทศไทยนั้นเมื่อ 10 ปีก่อนการสอนจริยธรรมแพทย์เน้นเพื่อให้ความรู้ขั้นพื้นฐานที่เกี่ยวกับกฎหมายพระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรม ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป ประมวลกฎหมายอาญา และพระราชบัญญัติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงพบว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี มีแนวโน้มของคะแนนจรรยาวิพากษ์ในชั้น 4 สูง ดังแสดงในตารางที่ 5 ซึ่งจรรยาวิพากษ์ชั้นที่ 4 นั้นเป็นจริยธรรมแห่งการปฏิบัติตามกฎหมายและหน้าที่ของสังคม (The morality of law and duty to the social order) บุคคลรับทราบว่าจะอะไรคือ ความคาดหวังที่ถูกต้องตามกฎหมาย บุคคลจะปฏิบัติตามกฎหมายและทำตามหน้าที่ความรับผิดชอบ แต่ในปัจจุบันพบว่าหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในประเทศไทยนั้นได้ให้ความสำคัญกับการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมมากขึ้นยกตัวอย่างเช่น

หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2546 และหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นการปรับปรุงหลักสูตรล่าสุด (แสดงรายละเอียดในภาคผนวก ค) ได้มีการปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ให้มีภาคทฤษฎีและปฏิบัติอบรมทางจริยธรรม รวมทั้งกิจกรรมนอกหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับวิชาจริยธรรมมากขึ้น (ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546; ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548) การที่แพทย์ได้มีโอกาสเรียนพื้นฐานความรู้ด้านปรัชญา ทฤษฎีจริยศาสตร์ และทักษะในการคิดเชิงวิจารณ์และการคิดแก้ปัญหา ในลักษณะของ problems based หรือการเรียนรู้โดยใช้ปัญหานั้นจะทำให้แพทย์มีความรู้ ความสามารถในการคิดแก้ปัญหาในลักษณะของ Moral Dilemma มากขึ้น (ทองจันทร์ หงส์ดารมภ์, 2540) ซึ่ง Moral dilemma หมายถึง สถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจเลือก ตัวเลือกที่ไม่ดีทั้งคู่ (Unflavour) เป็นประเด็นทางจริยธรรม ยกตัวอย่างสถานการณ์ในแบบวัดจรรยาวิพากษ์เพื่อประกอบความเข้าใจ เช่น เรื่องที่ 1 เป็นเรื่องเกี่ยวกับการขโมยยาของนายเล็กจากเภสัชกรที่ผลิตยา เพื่อช่วยชีวิตของภรรยาที่กำลังป่วยด้วยโรคมะเร็ง Moral Dilemma ในเรื่องนี้คือ นายเล็กควรขโมยยาแล้วอมติดคุก หรือ ไม่ควรขโมยยาแล้วปล่อยให้ภรรยาของตนเองเสียชีวิตลง

เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงหลักสูตรการเรียนการสอนจึงมีผลทำให้แนวคิดของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันและทำให้แพทย์ที่มีประสบการณ์ 6-10 ปีมีจรรยาวิพากษ์ชั้น P สูงกว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ยกตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Auvinen, Suominen, Kilpi & Helkama (2004) ได้ศึกษาพัฒนาการทางจรรยาวิพากษ์ในกลุ่มนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่หนึ่งและปีสุดท้ายในประเทศฟินแลนด์เพื่อศึกษาผลของการสอนจริยธรรม โดยการใช้ The Defining Issues Test แบบสอบถามส่งไปยังสถาบันสอนวิชาชีพพยาบาลจำนวน 4 แห่งทางตอนใต้ของประเทศฟินแลนด์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่หนึ่ง 52 คนและเป็นนักเรียนพยาบาลชั้นปีสุดท้าย 54 คน ผลการศึกษาพบว่านักเรียนคนที่มีโอกาสได้แก้ปัญหาทางจริยธรรมขณะฝึกปฏิบัติงานจะมีคะแนนจรรยาวิพากษ์สูงกว่าคนที่ไม่มีโอกาสได้แก้ปัญหา

นอกจากนี้ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระดับจรรยาวิพากษ์ของแพทย์ทั้งสองกลุ่มให้มีความแตกต่างกันนั้นสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ในอดีตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นในลักษณะที่ผู้ป่วยไว้ใจ ฟังพาให้แพทย์รับผิดชอบแทนตนเอง แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจเลือกว่าอะไรควร อะไรไม่ควร ดีหรือไม่ดีให้แก่ผู้ป่วยโดยมักจะไม่ได้อธิบายทางเลือกในการรักษา และผลที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาแต่ละวิธีให้ผู้ป่วยเข้าใจและตัดสินใจเลือกเอง ในปัจจุบันสภาพสังคมและระบบข่าวสารต่างๆได้เปลี่ยนแปลงไป เทคโนโลยีในการรักษาพยาบาลมีความซับซ้อน และมีข้อพิจารณาในการเลือกใช้ ทำให้ผู้ป่วยได้เรียกร้องสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการรักษาพยาบาลที่จะมีผลต่อตนเอง

(สุทธิต ผ่องสวัสดิ์, 2543) ทำให้แพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ซึ่งพบว่าในเรียนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตที่เน้นในเรื่องจรรยาบรรณของแพทยสภาและกฎหมายพระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรม เมื่อประกอบกับประเด็นของสิทธิผู้ป่วย จึงทำให้แพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี มีแนวคิดของจริยธรรมแห่งการปฏิบัติตามกฎหมายและหน้าที่ของสังคม (The morality of law and duty to the social order) มากขึ้นด้วย

นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบรายคู่ระดับประสบการณ์การทำงานโดยวิธีของ Scheffe พบว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปีและแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงาน 6-10 ปี มีจรรยาวิพากษ์ชั้น P ไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากแพทย์ทั้งสองกลุ่มนั้นเรียนในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตเดียวกัน ซึ่งมีหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับวิชาจริยธรรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ และการอบรมทางจริยธรรม การที่แพทย์ได้มีโอกาสเรียนพื้นฐานความรู้ด้านปรัชญา ทฤษฎีจริยศาสตร์ และทักษะในการคิดเชิงวิจารณ์และการคิดแก้ปัญหา จึงทำให้แพทย์ทั้งสองกลุ่มมีความรู้ ความสามารถในการคิดแก้ปัญหาที่เรียกว่า Moral Dilemma ได้ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงทำให้มีจรรยาวิพากษ์ไม่แตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบรายคู่ระดับประสบการณ์การทำงานโดยวิธีของ Scheffe พบว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปีและแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี มีจรรยาวิพากษ์ชั้น P ไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ในประเด็นของการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ พบว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปีนั้นเป็นแพทย์จบใหม่แม้ว่าจะเรียนในหลักสูตรแผนใหม่ซึ่งเน้นเรื่องทฤษฎีจริยศาสตร์ และทักษะในการคิดเชิงวิจารณ์และการคิดแก้ปัญหามากขึ้นก็ตามแต่แพทย์ยังอยู่ในกระบวนการของการนำความรู้ที่ได้เรียนมาประยุกต์กับสถานการณ์จริงในสังคมมีผลทำให้แนวความคิดยังไม่ชัดเจนในเรื่องนี้ ส่วนแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปีนั้นเรียนในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตที่เน้นเรื่องจรรยาบรรณของแพทยสภาและกฎหมายพระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรมทำให้มีแนวคิดที่เน้นเรื่องกฎหมาย จรรยาบรรณของวิชาชีพมากกว่าแนวคิดของการคิดแก้ปัญหาที่เรียกว่า Moral Dilemma

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง พบว่า ผลหลัก (Main Effect) ของเพศ ( $F = 1.576$ ) ไม่มีนัยสำคัญ ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า คะแนนจรรยาวิพากษ์ของแพทย์ไทยทั้งเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับการวิจัยของ Bussey & Maughan (1982) ที่กล่าวว่าตัวแปรด้านเพศไม่มีผลต่อระดับจรรยาวิพากษ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วณี ออมสิน (2522) และ สุสารี วิวัฒน์ศุกร (2544) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรด้านเพศไม่มีผลต่อระดับจรรยาวิพากษ์ นอกจากนี้ไม่พบปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างระดับประสบการณ์การทำงาน และเพศ ที่ส่งผลต่อคะแนนจรรยาวิพากษ์

ผลการวิจัยนี้สามารถอภิปรายได้ว่า เนื่องมาจากแพทย์ทั้งชายและหญิงนั้นเรียนในหลักสูตรแพทยศาสตร์เดียวกัน ซึ่งมีหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับวิชาจริยธรรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ และการอบรมทางจริยธรรม การที่แพทย์ได้มีโอกาสเรียนพื้นฐานความรู้ด้านปรัชญา ทฤษฎีจริยศาสตร์ และทักษะในการคิดเชิงวิจารณ์และการคิดแก้ปัญหา จึงทำให้แพทย์ทั้งสองเพศมีความรู้ความสามารถในการคิดแก้ปัญหาที่เรียกว่า Moral Dilemma ได้ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงทำให้แพทย์ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีประสบการณ์การทำงานต่างกันจึงมีจรรยาวิพากษ์ไม่แตกต่างกัน