



ระดับการพัฒนาและการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรม ของนักศึกษาแพทยรามาริบติชั้นปีที่ 1, 4 และ 6

ศิริไชย หงษ์สงวนศิริ พบ.*, อวยชัย โรจนนิรันดร์กิจ วทม.(จิตวิทยาคลินิก)*,
มณฑิรา พรศาลนุวัฒน์ พบ.*, สุวรรณมา สีสัมประสงค์**, รณชัย คงสกนธ์ พบ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบระดับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมและการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาแพทยรามาริบติชั้นปีที่ 1, 4 และ 6 โดยใช้แบบทดสอบ Defining Issues Test (DIT) ฉบับภาษาไทย

วิธีการ นักศึกษาแพทยรามาริบติชั้นปีที่ 1, 4 และ 6 ในปีการศึกษา 2547 ทุกคนจะได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมการศึกษาโดยการตอบแบบทดสอบ DIT ฉบับภาษาไทย ในวันปฐมนิเทศสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 และ 4 และในวันปัจฉิมนิเทศสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 6 แบบทดสอบ DIT เป็นแบบทดสอบสำหรับประเมินระดับคุณธรรมจริยธรรมและการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมตามทฤษฎีพัฒนาการด้านคุณธรรมของ Kohlberg

ผลการศึกษา นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 จำนวน 104 คน (ร้อยละ 88.1) ชั้นปีที่ 4 จำนวน 128 คน (ร้อยละ 90.1) และชั้นปีที่ 6 จำนวน 91 คน (ร้อยละ 61.9) เข้าร่วมในการศึกษาและตอบแบบทดสอบ DIT ฉบับภาษาไทยได้สมบูรณ์ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 มีระดับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมขั้นที่ 4 (หลักการทำตามกฎหมายและคำสั่งแบบแผน) จำนวน 71 คน (ร้อยละ 68.3) และขั้นที่ 5 (หลักการทำตามสัญญาที่สังคมกำหนด) จำนวน 25 คน (ร้อยละ 24.0) นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 มีระดับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมขั้นที่ 4 และ 5 จำนวน 90 คน (ร้อยละ 70.3) และ 29 คน (ร้อยละ 22.7) ตามลำดับ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 มีระดับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมขั้นที่ 4 และ 5 จำนวน 66 คน (ร้อยละ 72.5) และ 21 คน (ร้อยละ 23.1) ตามลำดับ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1, 4 และ 6 มีระดับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมไม่แตกต่างกัน (Chi-square = 1.07, df = 4, p = 0.90) และมีคะแนนการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมระดับเหนือกฎเกณฑ์ไม่แตกต่างกัน (29.9 + 9.5, 29.2 + 9.6, และ 27.9 + 8.5 ตามลำดับ, F = 0.9, p = 0.41) นักศึกษาแพทย์ชายและหญิงของทั้งชั้นปีที่ 1, 4 และ 6 มีระดับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมไม่แตกต่างกัน และนักศึกษาแพทย์ชายและหญิงชั้นปีที่ 1 และ 4 มีคะแนนการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมระดับเหนือกฎเกณฑ์ไม่แตกต่างกัน แต่นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 เพศหญิงมีคะแนนสูงกว่าเพศชาย (29.3 + 8.9 vs 25.2 + 7.3, F = 4.09, p = 0.048)

สรุป นักศึกษาแพทยรามาริบติชั้นปีที่ 1 (ก่อนเริ่มการศึกษา) ชั้นปีที่ 4 (จบชั้นปรีคลินิก) และชั้นปีที่ 6 (จบการศึกษา) มีระดับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมไม่แตกต่างกันทั้งเพศชายและเพศหญิง แต่นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 เพศหญิงมีคะแนนการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมระดับเหนือกฎเกณฑ์สูงกว่าเพศชาย

คำสำคัญ การพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม การใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรม นักศึกษาแพทย์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549; 51(3): 189-200.

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบติ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400

** งานกิจการนักศึกษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบติ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400



The of moral development and moral reasoning in the 1st, 4th, and 6th year Ramathibodi medical students

Sirichai Hongsanguansri MD.*, Ouaychai Rotjananirankit M.Sc (clinical psychology)*
Montira Pornsalnuwat MD.*, Suwanna Sisomprasong**, Ronnachai Kongsakon MD.*

Abstract

Objective: To compare the stage of moral development and moral reasoning in the 1st, 4th, and 6th year medical students at the faculty of medicine, Ramathibodi hospital by using the Defining issues Test (DIT), Thai version.

Method: All of the 1st, 4th, and 6th year medical students were invited to participate in the study and complete the questionnaire, DIT, Thai version on the start day for the 1st, and 4th year medical students and at the end for the 6th year medical students. The DIT, Thai version is a questionnaire to assess the stage of moral development and moral reasoning according to Kohlberg's moral development theory.

Results: 104 (88.1%) of the 1st year, 128 (90.1%) of the 4th year, and 91 (61.9%) of the 6th year medical students participated in the study and completed the DIT, Thai version. Of the 1st year medical students, 71 (68.3%) were on the 4th stage (law and order orientation), and 25 (24.0%) were on the 5th stage (autonomous and social contract orientation) of moral development. Of the 4th year students, 90 (70.3%) were on the 4th stage, and 29 (22.7%) were on the 5th stage, and of the 6th year students, 66 (72.5%) were on the 4th stage, and 21 (23.1%) were on the 5th stage of moral development. The 1st, 4th, and 6th year medical students did not differ in the stage of moral development (Chi-square = 1.07, df = 4, p = 0.90). The scores of postconventional moral reasoning were also not significantly different between the 1st, 4th, and 6th year medical students (29.9 + 9.5, 29.2 + 9.6, and 27.9 + 8.5 respectively, F = 0.9, p = 0.41). The stage of moral development in the 1st, 4th, and 6th year medical students did not differ between males and females. In the 1st, and 4th year medical students, the scores of postconventional moral reasoning were not differ between sexes, but in the 6th year medical students, female medical students had a higher scores (29.3 + 8.9 vs 25.2 + 7.3, F = 4.09, p = 0.048).
Conclusions: The 1st year (before medical education), 4th year (after complete preclinic year), and 6th year (after complete medical education) medical students did not differ in the stage of moral development, and the scores of postconventional moral reasoning in both sexes, except in the 6th year medical students that females had a higher scores on postconventional moral reasoning.

Keywords: dyslexia, detainees, IQ, learning disorder

J Psychiatr Assoc Thailand 2006; 51(3): 189-200.

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400

** Division of Student Affairs, Office, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400

บทนำ

โรงเรียนแพทย์ทุกแห่งมีจุดมุ่งหมายผลิตแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถและมีคุณธรรมจริยธรรมตามหลักวิชาชีพเวชกรรมที่สืบทอดมาจากคำปฏิญาณของฮิปโปเครติส “บิดาแห่งการแพทย์” (Hippocratic oath) และพระราชดำริของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก “พระบิดาแห่งการแพทย์ไทย” รวมทั้งพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลปัจจุบัน “จรรยาแพทย์ เป็นทั้งวินัยและกฎเกณฑ์ที่ไม่มีผู้ใดบังคับให้ปฏิบัติ แต่แพทย์ทุกคนต้องบังคับตัวเองให้ปฏิบัติอย่างเคร่งครัดครบถ้วนอยู่เสมอตลอดชีวิต มิฉะนั้นจะกลายเป็นผู้ที่ทำลายตนเองทำลายสถาบันแพทย์ และสถาบันสังคม”^{1,2}

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต) กล่าวว่า “แพทย์ต้องไม่เพียงแต่เป็นผู้มีจริยธรรมเท่านั้น แต่จะต้องเป็นแบบอย่างในการประพฤติและรักษาจริยธรรมรวมทั้งเป็นผู้นำในการส่งเสริมจริยธรรมด้วย”³ พระธรรมโกศาจารย์ (ปัญญานันทภิกขุ) กล่าวว่า “นักศึกษาแพทย์เป็นเด็กที่มีสติปัญญาเฉลียวฉลาดอยู่เป็นทุนแล้วเปรียบเหมือนดินดีต้องปั้นให้เป็นเซรามิกให้ได้ ต้องสอนให้เป็นแพทย์ที่ทำงานคู่กับการปฏิบัติธรรมด้วย และมีความกล้าหาญทางจริยธรรม”² นอกจากนี้บุคคลทั้งในและนอกวิชาชีพเวชกรรมหลายท่านได้กล่าวถึงความสำคัญของการเรียนการสอนด้านจริยธรรมในโรงเรียนแพทย์ เพราะเป็นสิ่งที่สังคมคาดหวังให้เป็นคุณลักษณะของแพทย์ และได้เสนอแนะแนวทางส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมของแพทย์ไว้หลายประการ¹⁻⁹

แม้โรงเรียนแพทย์ทุกแห่งมีจุดมุ่งหมายผลิตแพทย์ที่มีคุณธรรมจริยธรรม แต่สถานการณ์ปัญหาจริยธรรมของแพทย์ และกรณีแพทย์ถูกฟ้องคดีในประเทศไทยกลับมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น^{1,2,10-14} จนแพทยสภาต้องจัดให้มีการประชุมสัมมนาด้านจริยธรรมเพื่อหาแนวทางแก้ไขหลายครั้ง^{15,16} และสนับสนุนให้มีการวิจัยเพื่อวิเคราะห์สาเหตุและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว^{2,13}

ในต่างประเทศก็ประสบปัญหาด้านจริยธรรมของแพทย์และการฟ้องคดีแพทย์มากขึ้นเช่นเดียวกัน การประชุมร่วมของโรงเรียนแพทย์ในสหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ.1983 ได้มีข้อเสนอแนะให้โรงเรียนแพทย์ทุกแห่งมีหลักสูตรเกี่ยวกับจริยธรรมวิชาชีพที่ชัดเจน การจัดการเรียนการสอนควรมีหลายวิธี และเน้นให้นักศึกษาแพทย์มีความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และมีความประพฤติถูกต้อง โรงเรียนแพทย์เกือบทุกแห่งในสหรัฐอเมริกาได้ดำเนินการตาม และเมื่อติดตามผลก็พบว่าแพทย์สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้^{17,18} ในสหราชอาณาจักรแพทยสภาได้กำหนดมาตรการให้โรงเรียนแพทย์ทุกแห่งมีหลักสูตรจริยธรรมวิชาชีพแพทย์อย่างชัดเจน โดยกำหนดหัวข้อที่ต้องสอน แต่ให้โรงเรียนแพทย์มีอิสระในการกำหนดวิธีการสอน¹⁹ แสดงว่าหลายประเทศให้ความสำคัญและมีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมในการสอนจริยธรรมวิชาชีพแพทย์อย่างจริงจัง

ในการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 7 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2497 ได้เริ่มมีข้อเสนอให้โรงเรียนแพทย์ผลิตแพทย์ที่มีศีลธรรมและจรรยาแพทย์อย่างจริงจัง ตั้งแต่การประชุมอบรมแพทยศาสตร์ศึกษาครั้งที่ 2 เป็นต้นมา โดยกล่าวถึงการคัดเลือกนักศึกษาว่าต้องคำนึงถึงทักษะด้านการเรียนรู้ สุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณลักษณะด้านคุณธรรมจริยธรรมด้วย และการจัดหลักสูตรต้องมีการส่งเสริมด้านจริยธรรมวิชาชีพอย่างจริงจัง การประชุมอบรมแพทยศาสตร์ศึกษาครั้งที่ 4 มีข้อเสนอว่าหากมีการประเมินคุณสมบัติอื่นนอกเหนือจากความรู้ในการคัดเลือกนักศึกษาต้องใช้แบบทดสอบที่มีความแม่นยำและความเชื่อถือได้สูงพอ การประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 7 ในปี พ.ศ.2544 มีข้อสรุปส่วนที่เกี่ยวกับคุณธรรมจริยธรรมได้แก่ ควรพัฒนาวิธีการคัดเลือกนักศึกษาแพทย์ให้ครอบคลุมเรื่องคุณธรรม ปรับปรุงการเรียนการสอนเวชจริยศาสตร์ให้เป็นรูปธรรม สนับสนุนให้นักศึกษาทำกิจกรรมเสริมหลักสูตรและเสริมสร้างคุณธรรม

จริยธรรมมากขึ้น และส่งเสริมการเรียนรู้ด้าน
เวชจริยศาสตร์อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น แต่การประชุม
ทุกครั้งที่ผ่านมายังไม่มีข้อเสนอเกี่ยวกับการประเมิน
ด้านคุณธรรมจริยธรรมที่เป็นรูปธรรม²⁰

เฉลิม วราวิทย์ และคณะ ได้ทบทวนงานวิจัย
ด้านแพทยศาสตร์ศึกษาจนถึงปี พ.ศ. 2541 พบว่ามี
การวิจัยมากกว่า 400 เรื่อง แต่ไม่มีรายงานการวิจัย
ที่เกี่ยวกับการสอนเวชจริยศาสตร์และการประเมินผล
นักศึกษาแพทย์ด้านคุณธรรมจริยธรรมเลย²¹ วณิช
วรรณพฤษ และคณะ ได้วิเคราะห์ผลการจัดประชุม
สัมมนาด้านจริยธรรมในประเทศไทย 13 ครั้ง ระหว่างปี
พ.ศ.2540-พ.ศ.2544 พบว่าเนื้อหาการประชุมจะเน้น
เรื่องสภาพปัญหาด้านจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพ
เวชกรรมและแนวทางการแก้ไข เช่น การพัฒนาหลักสูตร
และการเรียนการสอนด้านจริยธรรม การพัฒนา
อาจารย์แพทย์ด้านคุณธรรมจริยธรรม เป็นต้น แต่ไม่มี
การกล่าวถึงการประเมินด้านคุณธรรมจริยธรรม และ
พบว่าคณะอนุกรรมการส่งเสริมจริยธรรมนักศึกษาแพทย์
สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา ได้ร่วมกับโรงเรียน
แพทย์ทุกแห่งสนับสนุนให้มีการจัดโครงการจริยธรรม
สัมพันธนิสิตนักศึกษาแพทย์ตั้งแต่ปี พ.ศ.2542
เป็นต้นมาแต่ยังไม่มีการกล่าวถึงการประเมินด้านคุณธรรม
จริยธรรมของนักศึกษาแพทย์เช่นเดียวกัน²

การประเมินด้านคุณธรรมจริยธรรมเป็นเรื่องยาก
แต่เป็นเรื่องที่โรงเรียนแพทย์ต้องพิจารณาดำเนินการ
ทั้งในการคัดเลือกนักศึกษาแพทย์ และระหว่างการศึกษา
แพทยศาสตร์^{2,7,20-24} การประเมินโดยการทดสอบ
ความรู้เกี่ยวกับจริยธรรมไม่สามารถวัดระดับการพัฒนา
และการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษา
แพทย์ได้ เพราะนักศึกษาส่วนใหญ่สามารถใช้เหตุผล
ในการตอบข้อสอบได้ดี²⁴ ทองจันทร์ หงส์ดารมภ์
กล่าวถึงเป้าหมายของการสอนเวชจริยศาสตร์ว่าต้อง
ให้แพทย์มีความรู้สึกไวต่อปัญหาทางจริยธรรม มี
ความสามารถวิเคราะห์ปัญหาจริยศาสตร์ มีความ

รับผิดชอบทั้งทางจริยศาสตร์และทางกฎหมาย และ
ยังต้องให้ความเคารพต่อค่านิยมทางวัฒนธรรม
ประเพณี และความคิดของประชาชนด้วย⁷ การประเมิน
ระดับการพัฒนาและการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรม
จึงเหมาะสมสำหรับการวัดความสามารถในการ
วิเคราะห์ปัญหาจริยศาสตร์มากกว่าการประเมินความรู้
และการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมนี้ จะเป็นสิ่ง
กำหนดพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของแต่ละบุคคล^{7,24-28}
และยังมีการศึกษาที่พบว่า การใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม
สัมพันธ์กับทฤษฎีปฏิบัติอีกด้วย^{29,30}

ในต่างประเทศได้มีการพัฒนาแบบทดสอบ
ประเมินการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรม โดยอาศัย
ความรู้จากทฤษฎีพัฒนาการด้านคุณธรรมของ Kohlberg
ที่ใช้สำหรับการศึกษาวิจัยด้านคุณธรรมจริยธรรม
ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่หลายแบบทดสอบ และได้มีการ
นำไปทดสอบในหลายเชื้อชาติ วัฒนธรรม และฐานะ
ทางเศรษฐกิจ พบว่ามีความแม่นยำดี^{25,31} แบบทดสอบ
ที่มีการนำมาใช้ศึกษาวิจัยด้านคุณธรรมจริยธรรม
ของนักศึกษาแพทย์ ได้แก่ Defining Issues Test (DIT),³²⁻³⁸
Defining Issues Test, Version 2 (DIT-2),^{27,39,40} และ Moral
Judgment Interview (MJII)⁴¹⁻⁴⁴ เป็นต้น ผลการศึกษา
ส่วนใหญ่พบว่าหลักสูตรการเรียนการสอนแพทยศาสตร์
ไม่ได้ส่งเสริมการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม^{26,37,38,40-45}
หลายการศึกษาพบว่า นักศึกษาแพทย์มีการใช้เหตุผล
เชิงจริยธรรมลดลง^{26,38,40,41,43-45} แต่บางการศึกษาพบว่า
นักศึกษามีการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมดีขึ้น³⁶ และมีหลาย
การศึกษาที่พบว่า การเรียนการสอนเวชจริยศาสตร์
ช่วยให้นักศึกษามีการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมและการ
ตัดสินใจแก้ปัญหาด้านจริยธรรมดีขึ้น^{33-37,42,45}

แบบทดสอบที่พัฒนามาจากทฤษฎีพัฒนาการ
ด้านคุณธรรมของ Kohlberg นี้ บางแบบทดสอบได้รับ
การแปลเป็นภาษาไทย เพื่อใช้ในการวิจัยด้านคุณธรรม
จริยธรรมของเยาวชนไทยอยู่แล้ว^{28,46} แต่ยังไม่เคยมีการ
วิจัย เพื่อประเมินระดับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม

และการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาแพทย์ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบทดสอบ DIT ฉบับภาษาไทย มาศึกษาระดับการพัฒนาและการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยเปรียบเทียบระดับการพัฒนาและการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรม ของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 (ก่อนเข้าศึกษา) นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 (หลังจบชั้นปริคณิน) และนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 (เมื่อจบการศึกษา) และเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในต่างประเทศ

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ชั้นปีที่ 1, 4 และ 6 ในปีการศึกษา 2547 ทุกคนจะได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในการศึกษา โดยการทำแบบทดสอบ DIT ฉบับภาษาไทยด้วยความสมัครใจ ในวันปฐมนิเทศนักศึกษาชั้นปีที่ 1 และ 4 และวันปัจฉิมนิเทศของนักศึกษาชั้นปีที่ 6 ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบว่า ข้อมูลในการทำแบบทดสอบนี้ถือเป็นความลับและไม่มีผลต่อการคัดเลือกนักศึกษาหรือการเรียนการสอนในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตต่อไป นักศึกษาชั้นปีที่ 1 เป็นกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตเลย นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 เป็นนักศึกษาที่จบชั้นปริคณินแล้วและกำลังจะเริ่มศึกษาชั้นคลินิก และนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 เป็นกลุ่มที่จบการศึกษาตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตแล้ว

เครื่องมือ แบบทดสอบที่ใช้ในการศึกษานี้ คือแบบทดสอบ DIT ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยสวนว พงษ์พัฒนกุล และได้ทำการทดสอบความเชื่อถือได้และความแม่นยำแล้ว (ข้อมูลที่ไม่ได้ตีพิมพ์) และ อวยชัย โรจนนิรันดร์กิจ ได้ทำการทดสอบ test-retest reliability พบว่ามีค่าสหสัมพันธ์ 0.5747

แบบทดสอบ DIT เป็นแบบทดสอบที่ Rest พัฒนาขึ้นโดยอาศัยพื้นฐานความรู้จากทฤษฎีพัฒนาการด้านคุณธรรมของ Kohlberg เป็นแบบทดสอบที่ประกอบด้วยกรณีตัวอย่างที่มีสถานการณ์ขัดแย้งและผู้ตอบแบบทดสอบต้องใช้เหตุผลด้านคุณธรรมในการตัดสินใจจำนวน 6 กรณี ในแต่ละกรณีจะมีคำตอบที่ผู้ตอบแบบทดสอบใช้เป็นเหตุผลประกอบในการตัดสินใจที่สอดคล้องกับระดับพัฒนาการด้านคุณธรรมแต่ละขั้นรวม 12 ข้อ และให้ผู้ตอบแบบทดสอบพิจารณาตามลำดับความสำคัญ โดยใช้เวลาในการทำแบบทดสอบประมาณ 20-30 นาที ส่วนตัวอย่างคำถามคำตอบและวิธีการให้คะแนนไม่สามารถเปิดเผยโดยละเอียดได้ เพราะจะมีผลต่อการนำเครื่องมือไปใช้ในการศึกษาต่อไป แบบทดสอบ DIT ได้รับการทดสอบแล้วว่า มีความเชื่อถือได้และความแม่นยำสูงและมีผู้นำไปใช้ศึกษาระดับการพัฒนาและการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมอย่างแพร่หลายทั้งในเด็กและผู้ใหญ่^{32,48}

แบบทดสอบ DIT เป็นแบบทดสอบที่ใช้ประเมิน

1. ระดับการพัฒนาคุณธรรม ตามทฤษฎีของ Kohlberg ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ และ 6 ขั้น^{31,46,48} ดังนี้

1. ระดับก่อนกฎเกณฑ์ (Preconventional level) คือ บุคคลจะประพฤติดีหรือถูกต้อง อาศัยการที่เขาจะถูกลงโทษ หรือการได้รับคำชมเชยและการยอมรับมาเป็นหลักในการยอมทำตามกฎเกณฑ์หรือคำสั่งของผู้ใหญ่ โดยแบ่งเป็น 2 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 หลักการหลีกเลี่ยงการลงโทษหรือทำตามคำสั่ง (Punishment and obedience orientation) (อายุ 2-7 ปี) บุคคลจะประพฤติดีและปฏิบัติตามคำสั่งผู้ใหญ่เพราะกลัวการถูกลงโทษ โดยยังไม่เข้าใจผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้อื่น ผลต่อร่างกายของตนเองเท่านั้นที่กำหนดว่าสิ่งใดดีหรือไม่ดี

ขั้นที่ 2 หลักการใช้สื่อสัมพันธ์เป็นเครื่องมือ (Instrumental relativistic orientation) (อายุ 7-10 ปี) บุคคล

จะประพฤติดี เพราะการกระทำดีทำให้ได้รับรางวัล และการชมเชย และทำให้ผู้อื่นพอใจ บุคคลจะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นเป็นรางวัล จึงเลือกกระทำในสิ่งที่จะนำความพอใจมาให้ตนเอง

2. ระดับกฎเกณฑ์ (Conventional level) คือ บุคคลจะเข้าใจความคาดหวังของบุคคลในครอบครัว และสังคม ยอมรับค่านิยมของกลุ่มและกฎเกณฑ์สังคม และยอมปฏิบัติตาม คุณธรรมจริยธรรมในระดับนี้ยังต้องการการควบคุมจากภายนอก แต่บุคคลสามารถเข้าใจความคาดหวังจากผู้อื่นได้ แบ่งเป็น 2 ชั้น คือ

ชั้นที่ 3 หลักการปรองดองและการมีมิตรภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal concordance orientation) (อายุ 10-13 ปี) บุคคลจะประพฤติดีเพื่อต้องการเป็นที่ชื่นชอบและยอมรับของพ่อแม่ เพื่อน และบุคคลที่ตนเองรู้จัก สามารถเอาความคาดหวังและพฤติกรรมของผู้อื่นมาพิจารณาและปรับตนเพื่อให้เป็นที่ชื่นชอบและยอมรับ

ชั้นที่ 4 หลักการทำตามกฎหมายและคำสั่งแบบแผน (Law and order orientation) (อายุ 13-16 ปี) บุคคลจะประพฤติดีไปตามหน้าที่ที่ตนเองรู้สึกว่าจะต้องเคารพต่อกฎเกณฑ์ที่สังคมกำหนด ต้องรักษาระเบียบวินัยของสังคม และการฝ่าฝืนกฎเกณฑ์จะทำให้สังคมส่วนรวมเสียหาย

3. ระดับเหนือกฎเกณฑ์ (Postconventional level) คือ บุคคลมีการพัฒนาถึงขั้นกำหนดคุณค่าของคุณธรรมจริยธรรมในตนเอง รู้จักพิจารณาเหตุผลในเชิงคุณธรรมได้ด้วยตัวเอง โดยไม่ต้องใช้อำนาจใดมากำหนด แบ่งเป็น 2 ชั้น คือ

ชั้นที่ 5 หลักการทำตามสัญญาที่สังคมกำหนด (Autonomous and social contract orientation) (อายุ 17 ปีขึ้นไป) พฤติกรรมจะถูกกำหนดโดยความรู้สึกว่าเป็นความรับผิดชอบที่ต้องทำตามสัญญาและมาตรฐานของสังคมเพื่อให้สังคมสงบสุข ยึดถือผลประโยชน์ของสังคมมากกว่าผลประโยชน์ส่วนตัว

ชั้นที่ 6 หลักการยึดหลักคุณธรรมจริยธรรมสากล (Universal ethical principle orientation) (ผู้ใหญ่) บุคคลจะประพฤติดีด้วยความยึดมั่นในมโนธรรม (conscience) ยึดหลักคุณธรรมจริยธรรมสากล เช่น ความยุติธรรม ความเท่าเทียมกัน การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล เป็นต้น

2. **คะแนนการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมระดับเหนือกฎเกณฑ์** หมายถึง อัตราส่วนร้อยละของการใช้เหตุผลระดับเหนือกฎเกณฑ์ในการพิจารณาปัญหาทางจริยธรรมเปรียบเทียบกับการใช้เหตุผลทั้งหมด ประกอบการตัดสินใจกรณีตัวอย่างในแบบทดสอบ DIT ฉบับภาษาไทย เป็นค่าที่ใช้เพื่อการเปรียบเทียบแต่ไม่มีการกำหนดค่าปกติ

การวิเคราะห์ทางสถิติ ผู้วิจัยใช้ Chi-square test เปรียบเทียบระดับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมระหว่างนักศึกษาแพทย์ 3 ชั้นปีดังกล่าว ใช้ ANOVA สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมระดับเหนือกฎเกณฑ์ และวิเคราะห์ post hoc analysis โดยวิธี Bonferroni และใช้ unpaired t-test เปรียบเทียบการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมระดับเหนือกฎเกณฑ์ระหว่างนักศึกษาแพทย์ชายและหญิงของแต่ละชั้นปี

ผลการศึกษา

จากจำนวนนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1, 4, และ 6 ทั้งหมด 118, 142, และ 149 คน ตามลำดับ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 เข้าร่วมการศึกษาโดยการตอบแบบทดสอบ จำนวน 108 คน (ร้อยละ 91.5) ชั้นปีที่ 4 จำนวน 133 คน (ร้อยละ 93.7) และชั้นปีที่ 6 จำนวน 105 คน (ร้อยละ 70.5) และมีนักศึกษาที่ตอบแบบทดสอบได้ครบสมบูรณ์ จำนวน 104 คน (ร้อยละ 88.1, ชาย 48 คน หญิง 56 คน), 128 คน (ร้อยละ 90.1, ชาย 74 คน หญิง 54 คน), และ 91 คน (ร้อยละ 61.9, ชาย 40 คน หญิง 51 คน) ตามลำดับ

ระดับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 มีระดับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมขั้นที่ 3 (หลักการปรองดองและการมีมิตรภาพระหว่างบุคคล) จำนวน 8 คน (ร้อยละ 7.7) ขั้นที่ 4 (หลักการทำตามกฎหมายและคำสั่งแบบแผน) จำนวน 71 คน (ร้อยละ 68.3) และขั้นที่ 5 (หลักการทำตามสัญญาที่สังคมกำหนด) จำนวน 25 คน (ร้อยละ 24.0) นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 มีระดับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมขั้นที่ 3 จำนวน 9 คน (ร้อยละ 7.0) ขั้นที่ 4 จำนวน 90 คน (ร้อยละ 70.3) และขั้นที่ 5 จำนวน 29 คน (ร้อยละ 22.7) นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 มีระดับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมขั้นที่ 3, 4, และ 5 จำนวน

4 คน (ร้อยละ 4.4), 66 คน (ร้อยละ 72.5), และ 21 คน (ร้อยละ 23.1) ตามลำดับ (ตารางที่ 1) นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1, 4, และ 6 มีระดับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square = 1.07, df = 4, p = 0.90)

การเปรียบเทียบระดับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมระหว่างนักศึกษาเพศชายและหญิง ของทั้งนักศึกษาชั้นปีที่ 1 (Chi-square = 0.6, df = 2, p = 0.73) นักศึกษาชั้นปีที่ 4 (Chi-square = 1.5, df = 2, p = 0.47) และนักศึกษาชั้นปีที่ 6 (Chi-square = 1.3, df = 2, p = 0.53) พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 ระดับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาแพทย์

ระดับชั้นปี	ระดับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม		
	ขั้นที่ 3 คน (ร้อยละ)	ขั้นที่ 4 คน (ร้อยละ)	ขั้นที่ 5 คน (ร้อยละ)
นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1			
ชาย	3 (6.3)	32 (66.7)	13 (27.1)
หญิง	5 (8.9)	39 (69.6)	12 (21.4)
รวม	8 (7.7)	71 (68.3)	25 (24.0)
นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4			
ชาย	5 (6.8)	55 (74.3)	14 (18.9)
หญิง	4 (7.4)	35 (64.8)	15 (27.8)
รวม	9 (7.0)	90 (70.3)	29 (22.7)
นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6			
ชาย	2 (5.0)	31 (77.5)	7 (17.5)
หญิง	2 (3.9)	35 (68.6)	14 (27.5)
รวม	4 (4.4)	66 (72.5)	21 (23.1)
รวม			
ชาย	10 (6.2)	118 (72.8)	34 (21.0)
หญิง	11 (6.8)	109 (67.7)	41 (25.5)
รวม	21 (6.5)	227 (70.3)	75 (23.2)

คะแนนการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมระดับ เหนือกฎเกณฑ์

นักศึกษาระดับชั้นปีที่ 1, 4 และ 6 มีคะแนนการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรม ระดับเหนือกฎเกณฑ์ เท่ากับ 29.9 ± 9.5 , 29.2 ± 9.6 , และ 27.9 ± 8.5 ตามลำดับ ($F = 0.9$, $p = 0.41$) เมื่อเปรียบเทียบการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรม ระหว่างนักศึกษาระดับชั้นปีที่ 1 และ 6 (29.4 \pm 9.1 vs 31.3

± 10.1 , $F = 0.08$, $p = 0.77$) และชั้นปีที่ 4 (29.0 ± 9.2 vs 29.4 ± 10.2 , $F = 0.53$, $p = 0.47$) พบว่าคะแนนการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมระดับเหนือกฎเกณฑ์ไม่แตกต่างกัน แต่นักศึกษาระดับชั้นปีที่ 6 เพศหญิงมีคะแนนการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมระดับเหนือกฎเกณฑ์สูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (29.3 ± 8.9 vs 25.2 ± 7.3 , $F = 4.09$, $p = 0.048$)

ตารางที่ 2 คะแนนการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมระดับเหนือกฎเกณฑ์

ระดับชั้นปี	ทั้งหมด (mean \pm S.D.)	จำแนกตามเพศ		p-value
		ชาย (mean \pm S.D.)	หญิง (mean \pm S.D.)	
นักศึกษาระดับชั้นปีที่ 1	29.9 + 9.5	29.4 + 9.1	31.3 + 10.1	0.77
นักศึกษาระดับชั้นปีที่ 4	29.2 + 9.6	29.0 + 9.2	29.4 + 10.2	0.47
นักศึกษาระดับชั้นปีที่ 6	27.9 + 8.5	25.2 + 7.3	29.3 + 8.9	0.048

สรุปและวิจารณ์

จากผลการศึกษานี้พบว่านักศึกษาระดับชั้นก่อนเข้ารับการศึกษา นักศึกษาที่จบชั้นปริคณิสิกแล้ว กำลังจะเริ่มศึกษาชั้นคลินิกและนักศึกษาที่จบการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตแล้ว มีระดับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมตามทฤษฎีพัฒนาการด้านคุณธรรมของ Kohlberg จากการประเมินโดยใช้แบบทดสอบ Defining Issues Test (DIT) ฉบับภาษาไทยไม่แตกต่างกัน และจากการประเมินการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรม ซึ่งเป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมทางคุณธรรมจริยธรรมของแต่ละบุคคลในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณธรรมจริยธรรม^{7,24-28} พบว่านักศึกษาระดับชั้นปีที่ 1, 4 และ 6 มีคะแนนการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมระดับเหนือกฎเกณฑ์ไม่แตกต่างกันเช่นเดียวกัน แต่นักศึกษาระดับชั้นปีที่ 6 มีคะแนนการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมระดับเหนือกฎเกณฑ์ต่ำกว่าชั้นปีอื่นเล็กน้อย

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าหลักสูตรการเรียนการสอนแพทยศาสตร์ไม่ได้ส่งเสริมการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมเท่าที่ควร^{26,37,38,40-45} และหลายการศึกษายังพบว่านักศึกษาระดับชั้นปริญญาตรีที่มีการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมลดลงอีกด้วย^{26,38,40,41,43-45} ผลการศึกษาดังกล่าว อาจเนื่องมาจากหลักสูตรการเรียนการสอนที่ไม่ได้เน้นการพัฒนาคุณธรรมและการแก้ปัญหาเชิงจริยธรรม ตามวัตถุประสงค์ของการจัดการเรียนการสอนแพทยศาสตร์ศึกษาอย่างพอเพียง ดังเช่น ผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าเมื่อจัดให้มีการเรียนการสอนเวชจริยศาสตร์อย่างจริงจัง สามารถช่วยให้นักศึกษามีการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมและการตัดสินใจแก้ปัญหาด้านจริยธรรมดีขึ้น^{33-37,42,45} จากผลสรุปดังกล่าวทำให้นักศึกษามีการทบทวนการเรียนการสอนเวชจริยศาสตร์กันอย่างจริงจังและ

ให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น ตามข้อเสนอนี้และการประชุม
แพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 7 ที่ผ่านมา²⁰

ก่อนการอภิปรายผลการศึกษานี้ต่อไปขอกล่าวถึง
ข้อจำกัดบางอย่างของการศึกษานี้เสียก่อน ข้อแรกแม้ว่า
แบบทดสอบ DIT นี้ ได้ถูกนำมาใช้ในการศึกษาวิจัย
ด้านคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาแพทย์ใน
ต่างประเทศหลายการศึกษา แต่ยังไม่มีความชัดเจน
เพียงพอที่จะยืนยันได้ว่าเป็นแบบทดสอบที่มีความไวพอ
สำหรับวัดการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม จากการ
จัดการเรียนการสอนแพทยศาสตร์ศึกษา จึงอาจไม่ได้
เป็นแบบทดสอบที่ดีสำหรับวัดการเปลี่ยนแปลงได้
ข้อสอง เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการตอบแบบ
ทดสอบของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ที่ผู้วิจัยได้ดำเนิน
การในวันปัจฉิมนิเทศ ซึ่งเป็นวันที่นักศึกษามีความ
ยินดีที่ได้จบการศึกษา จึงอาจไม่อยู่ในบรรยากาศที่
ร่วมมือในการตอบแบบทดสอบอย่างเต็มที่ และในวัน
เดียวกันนั้น มีการวิจัยเรื่องอื่นที่ต้องการข้อมูลจาก
นักศึกษาโดยไม่ได้นัดหมายมาก่อน นักศึกษาจึงต้อง
ตอบแบบสอบถามอื่นอีกหลายแบบสอบถามด้วย อัตรา
การร่วมมือตอบแบบทดสอบและการตอบแบบทดสอบ
ได้ครบสมบูรณ์จึงต่ำกว่าของนักศึกษาแพทย์ปีที่ 1
และ 4 มาก จึงเป็นข้อควรระวังในการแปลผลการศึกษา
ครั้งนี้ด้วย อย่างไรก็ตาม จากการตรวจสอบคำตอบ
ของนักศึกษาที่ตอบแบบทดสอบได้สมบูรณ์ย้อนกลับ
พบว่า มีความสอดคล้องกันมาก และผลการศึกษา
ที่ไม่ต่างจากผลการศึกษาของนักศึกษาแพทย์ในต่าง
ประเทศ แสดงว่านักศึกษาที่ตอบแบบทดสอบได้
สมบูรณ์ให้ความร่วมมือในการตอบแบบทดสอบดีพอ
สมควร

ผลการศึกษาที่มีความสำคัญอีกประเด็นหนึ่ง คือ
นักศึกษาแพทย์อยู่ในวัยที่ควรจะมีการพัฒนาระดับ
คุณธรรมจริยธรรมจากขั้นที่ 4 (หลักการทำตามกฎหมาย
และคำสั่งแบบแผน) เป็นขั้นที่ 5 (หลักการทำตาม
สัญญาที่สังคมกำหนด)^{26,31,49} แต่ผลการศึกษาพบว่า

นักศึกษาส่วนใหญ่ยังคงมีระดับการพัฒนาอยู่ที่ขั้นที่ 4
ผลการศึกษาดังกล่าวอาจเกิดสืบเนื่องมาจากสถานการณ์
ปัญหาการถูกฟ้องคดีของแพทย์ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น^{1,2,10-14}
ทำให้บรรยากาศการเรียนการสอน เน้นในเรื่องการ
ป้องกันและหลีกเลี่ยงการถูกฟ้องร้อง ด้วยการใช้เหตุผล
เชิงคุณธรรมจริยธรรมในการตัดสินใจแบบยึดกฎหมาย
และคำสั่งแบบแผนเป็นหลัก จนอาจจะละเลยการเรียน
การสอนให้นักศึกษาเรียนรู้การใช้เหตุผลเชิงคุณธรรม
จริยธรรมระดับที่สูงกว่า ประเด็นนี้เห็นได้ชัดเจนจาก
การตอบแบบทดสอบกรณีที่ 6 ซึ่งเป็นกรณีเดียว
ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทางการแพทย์ คือ
สถานการณ์เมตตามรณะ (euthanasia) พบว่านักศึกษา
ชั้นปีที่ 6 ใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมในขั้นที่ 4
หรือต่ำกว่าในการพิจารณาปัญหาหากมากที่สุด

ส่วนประเด็นที่พบว่านักศึกษาปีที่ 6 เพศหญิง
มีคะแนนการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรมระดับเหนือ
กฎหมายสูงกว่าเพศชายนั้น คงไม่สามารถอธิบาย
เหตุผลจากผลการศึกษานี้ได้ เนื่องจากไม่ได้ศึกษา
ปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องตั้งแต่ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้อง
กับผลการศึกษาของนักศึกษาแพทย์ในต่างประเทศ
ที่มีการวิเคราะห์การใช้เหตุผลเชิงคุณธรรมจริยธรรม
จำแนกตามเพศ²⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่ม
ประชากรทั่วไปในวัยเดียวกันที่เพศหญิงจะมีการพัฒนา
ทางด้านคุณธรรมดีกว่าเพศชายเล็กน้อย^{26,41,49}

การประเมินนักศึกษาแพทย์ด้วยแบบทดสอบ
ในการศึกษานี้คงไม่ได้เป็นวิธีการเดียว หรือวิธีการ
ที่เหมาะสมที่สุดในการประเมินด้านคุณธรรมจริยธรรม
ของนักศึกษาแพทย์ แต่เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษา
ในเรื่องนี้มาก่อนในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงได้เริ่มนำมา
ใช้ศึกษา เพื่อเป็นแนวทางให้มีการวิจัยในเรื่องการ
ประเมินผลด้านคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาแพทย์
มากขึ้นต่อไป นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ
ระหว่างโรงเรียนแพทย์ที่มีรูปแบบการเรียน การสอน
เวชจริยศาสตร์แตกต่างกัน ว่านักศึกษาแพทย์มีระดับ

การพัฒนาคุณธรรมและการใช้เหตุผลเชิงคุณธรรม
จริยธรรมแตกต่างกันอย่างไร และควรมีการศึกษา
ติดตามว่า นักศึกษาที่ได้รับการประเมินคุณธรรม
จริยธรรมด้วยวิธีนี้มีความแตกต่างกันในเรื่องความ
ประพฤติด้านคุณธรรมจริยธรรมอย่างไรและหากมีรูปแบบ
หรือวิธีการประเมินคุณธรรมที่ดีกว่า และเชื่อถือได้
อย่างอื่นก็ควรนำมาศึกษาในเรื่องนี้ให้มากขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สุจินต์ อุบลวัตร. รายงานการวิจัยเรื่อง การเปลี่ยนแปลงของจริยธรรมด้านการแพทย์และแนวทางการจัดการ. วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2535.
2. วณิช วรรณพุกษ์, เฉลิม วราวิทย์, มาลี พูลคล่องตัน, และคณะ. รายงานการวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เรื่อง จริยธรรมสำหรับการศึกษาศาสตร์. สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ, 2544.
3. พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์. กรุงเทพมหานคร: กรมสาร, 2542.
4. สิวลี ศิริไล. จริยธรรมของแพทย์ในยุคคอมพิวเตอร์. สารศิริราช 2524; 33:198-200.
5. สุลักษณ์ ศิวรักษ์. จริยธรรมสำหรับแพทย์. แพทยสภาสาร 2531; 17:403-18.
6. ประเวศ วะสี. ศักยภาพของแพทย์. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, 2531.
7. ทองจันทร์ หงส์ดามรงค์. ปาฐกถาพิเศษเรื่องยุคโลกาภิวัตน์: บทบาทของแพทย์กับความหวังของคนไข้. ใน: รายงานการประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ เรื่อง แพทยศาสตร์ศึกษากับมนุษยศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กรุงเทพมหานคร, 2538.
8. สุจิตต์ เฝ้าสวัสดิ์, สุรศักดิ์ สุวานิชกุล, เยื่อน ต้นนิรันดร, ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์, เฮนรี ไวลด์, บรรณานิการ. จริยธรรมในเวชปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
9. เกษม วัฒนชัย. “คุณธรรม-คุณภาพ” กุญแจแก้วิกฤติแพทย์ !!. Medical Progress 2006; 5:64-8.
10. สารี อ่องสมหวัง, สุภรนต์ โรจน์ไพรวงศ์, อภิญญา ต้นทวีวงศ์, และคณะ. กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
11. พรหมมินทร์ หอมหวาน. วิทยานิพนธ์เรื่อง การร้องเรียนแพทย์กรณีเวชปฏิบัติ: ศึกษาจากการร้องเรียนในหนังสือพิมพ์ พ.ศ.2533-2540. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
12. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมสากล. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2543.
13. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, แสง บุญเฉลิมวิภาส, อเนก ยมจินดา, วีรวรรณ บุญทริก, อภิวัน อินสร, บรรณานิการ. การศึกษาปัญหาการฟ้องคดีเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2544.
14. Pruksapong C, Phaosavasdi S, Wilde H, Tannirandorn Y. Malpractice and medical litigation. J Med Assoc Thai 1998; 81:559-64.
15. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. การสัมมนาปัญหาการฟ้องร้องเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 19 พ.ย. 2540.
16. แพทยสภา. การประชุมวิชาการเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพ. อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี กรุงเทพมหานคร, 27 ก.ย. 2545.
17. Loewy EH. Teaching medical ethics to medical students. Med Educ 1986; 61:661-5.

18. Pellegrino ED, Hart RJ, Henderson SR, Loeb SE, Edwards G. Relevance and utility of courses in medical ethics: a survey of physicians' perceptions. *JAMA* 1985; 253:49-53.
19. Doyal L, Gillon R. Medical ethics and law as a core subject in medical education. *BMJ* 1998; 316:1623-4.
20. กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. รายงานการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 7. อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี กรุงเทพมหานคร, 9-11 เมษายน 2544.
21. เฉลิม วรวิทย์, วณิช วรณพฤกษ์, นภาธร บานชื่น, มาลี พูลคลองตัน, อาวุธ ศรีสุกรี. การวิจัยด้านแพทยศาสตร์ศึกษา: แผนกกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ กลุ่มกลไกเกี่ยวเนื่องสุขภาพ, 2541.
22. Goldie J. Review of ethics curricular in undergraduate medical education. *Med Educ* 2000; 34:108-19.
23. Self DJ, Baldwin DC Jr. Should moral reasoning serve as a criterion for student and resident selection? *Clin Orthop Relat Res* 2000; 378: 115-23.
24. Lowe M, Kerridge I, Bore M, Munro D, Powis D. Is it possible to assess the "ethics" of medical school applicants? *J Med Ethics* 2001; 27:404-8.
25. Rest JR. Development in judging moral issues. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1979.
26. Rest JR. Moral development: advances in research and theory. New York: Praeger, 1986.
27. Hren D, Vujaklija A, Ivanisevic R, Knezevic J, Marusic M, Marusic A. Students' moral reasoning, Machiavellianism and socially desirable responding: implications for teaching ethics and research integrity. *Med Educ* 2006; 40:269-77.
28. ดวงเดือน พันธุมนาวิณ, เพ็ญแข ประจันปัจฉิม. รายงานการวิจัยเรื่อง จริยธรรมของเยาวชนไทย. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2520.
29. Baldwin DC Jr, Adamson TE, Self DJ, Sheehan TJ, Oppenberg AA. Moral reasoning and malpractice: a pilot study of orthopedic surgeons. *Am J Orthopedics* 1996; 25:481-4.
30. Adamson TE, Baldwin DC Jr, Sheehan TJ, Oppenberg AA. Characteristics of surgeons with high and low malpractice claim rates. *West J Med* 1997; 166:37-44.
31. Kohlberg L. Essays on moral development vol 2: the psychology of moral development. San Francisco: Harper and Row, 1984.
32. Rest JR. Guide for the Defining Issues Test. Center for the study of ethical development, University of Minnesota; 1993.
33. Self DJ, Wolinsky FD, Baldwin DC Jr. The effects of teaching medical ethics on medical students' moral reasoning. *Acad Med* 1989; 64:755-9.
34. Self DJ, Baldwin DC, Wolinsky FD. Evaluation of teaching medical ethics by an assessment of moral reasoning. *Med Educ* 1992; 26:178-84.
35. Holm S, Nielsen GH, Norup M, Vegner A, Guldman F, Andreasen PH. Changes in moral reasoning and the teaching of medical ethics. *Med Educ* 1995; 29:420-3.
36. Self DJ, Olivarez M, Baldwin DC Jr. Clarifying the relationship of medical education and moral development. *Acad Med* 1998; 73:517-20.
37. Bebeau MJ. The Defining Issues Test and the four component model: contributions to professional education. *J Moral Educ* 2002; 3:271-95.

38. Akabayashi A, Slingsby BT, Kai I, Nishimura T, Yamagishi A. The development of a brief and objective method for evaluating moral sensitivity and reasoning in medical students. *BMC Med Ethics* 2004; 5:E1.
39. Rest JR, Narvaez D. A guide for using the Defining Issues Test, version 2. Center for the study of ethical development, University of Minnesota, 1998.
40. Fleisher WP, Kristjanson C, Bourgeois-Law G, Magwood B. Pilot study of the defining issues test. *CMAJ* 2003; 169:1145-6.
41. Colby A, Kohlberg L. The measurement of moral judgement, vol 1: standard issue scoring manual. New York: Cambridge University Press, 1987.
42. Self DJ, Schrader DE, Baldwin DC Jr, Wolinsky FD. The moral development of medical students: a pilot study of the possible influence of medical education. *Med Educ* 1993; 27:26-34.
43. Patenaude J, Niyonsenga T, Fafard D. Changes in students' moral development during medical school: a cohort study. *CMAJ* 2003; 168: 840-4.
44. Patenaude J, Niyonsenga T, Fafard D. Changes in the components of moral reasoning during students' medical education: a pilot study. *Med Educ* 2003; 37:822-9.
45. Self DJ, Baldwin DC. Does medical education inhibit the development of moral reasoning in medical students? A cross-sectional study. *Acad Med* 1998;73 (suppl 10): 91-3.
46. ดวงเดือน พันธมนาวิน, บรรณานิการ. พฤติกรรมศาสตร์ เล่ม 2 จิตวิทยาจริยธรรมและจิตวิทยาภาษา. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2524.
47. อวยชัย โรจนนิรันดร์กิจ. วิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิในพุทธศาสนาต่อการพัฒนาการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
48. วัฒนเพ็ญ บุญประกอบ. พัฒนาการบุคลิกภาพของเด็กและวัยรุ่น. ใน: วินัดดา ปิยะศิลป์, พนมเกตุมาน, บรรณานิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: ปิยะอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2545:1-31.
49. Rest JR, Davidson M, Robbins S. Age trends in judging moral issues: a review of cross-sectional, longitudinal, and sequential studies of the defining issues test. *Child Dev* 1978;49: 263-79.