

## • 教学探索 •

## 缓和医疗教学对医学本科生临终关怀态度的影响\*

叶玲, 曾胜, 董莉妮, 张湘瑜, 张慧<sup>△</sup>

(中南大学湘雅二医院老年医学科, 长沙 410011)

**[摘要]** 目的 探讨缓和医疗教学对医学本科生临终关怀态度的影响。方法 选取 2022 年中南大学湘雅医学院选修老年医学的本科生作为研究对象, 在老年医学课程中设置缓和医疗课程, 比较授课前后一般情况及中文版佛罗梅尔特临终关怀态度 B 量表(FATCOD-B)得分。结果 授课前后, 调查对象在性别、年龄、年级、生源地、独生子女、自愿选择医学专业、宗教信仰、愿意照顾临终患者、照护终末期患者及家属经历、近 1 年内丧失亲人经历方面比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 在接受临终关怀教育经历方面比较, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。在所有项目中, 得分最高的为第 1 项, 得分最低的为第 17 项。授课前后第 22、25、27 项得分及 FATCOD-B 总分比较, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 在老年医学课程中开展缓和医疗教学可使医学本科生临终关怀态度更积极。

**[关键词]** 缓和医疗; 临终关怀态度; 医学本科生; 老年医学

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2024.01.037

中图法分类号: G642.0

文章编号: 1009-5519(2024)01-0177-04

文献标识码: C

随着老龄化程度日益加剧, 生命终末期患者的医疗照护备受关注。2021 年公布的第七次人口普查数据显示, 我国 60 岁及以上老年人口达 2.64 亿, 占总人口的 18.7%<sup>[1]</sup>。在日常生活活动能力方面, 4.8% 的老年人处于重度失能, 7% 处于中度失能<sup>[2]</sup>。缓和医疗是通过镇痛、控制各种症状, 减轻精神、心理、灵性痛苦, 给予终末期患者及家属全面的综合治疗和照护<sup>[3]</sup>。缓和医疗不仅能够帮助患者有尊严地走完人生的最后一程, 还为其家属提供各种支持<sup>[4]</sup>。缓和医疗在很多欧美国家被广为接受。近年来, 在政府的积极倡导下, 我国缓和医疗工作得以迅速发展, 但是也面临一些困难, 譬如缺乏专业的从业人员。医学生是未来缓和医疗的实践者, 如何对医学生进行有效的缓和医疗教育, 值得深入探索。一项调查显示, 84% 的医学院校不支持开展专门的缓和医疗课程, 而更愿意将缓和医疗教学融入已有课程<sup>[5]</sup>。中南大学湘雅医学院在老年医学课程中设置了缓和医疗教学。本研究探讨了缓和医疗教学对医学本科生临终关怀态度的影响。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2022 年中南大学湘雅医学院选修老年医学的本科生 60 名, 其中 2018 级临床医学专业 20 名, 2018 级精神卫生医学专业 6 名, 2019 级预防医学专业 34 名。所有调查对象均知情同意且自愿参加本研究。

**1.2 方法** 在老年医学课程中设置缓和医疗课程,

共 1 课时, 教师采用以问题为导向教学方法进行课堂讲授, 主要介绍缓和医疗的定义及原则、临终患者常见症状及管理、与临终患者及家属的交流沟通、帮助患者制定生前遗嘱等。

采用问卷星将一般情况调查表与中文版佛罗梅尔特临终关怀态度 B 量表(FATCOD-B)<sup>[6-7]</sup>整合制成网络问卷。(1)一般情况调查表: 查阅国内外相关文献制定问卷, 内容包括性别、年龄、生源地、独生子女、自愿选择医学专业、宗教信仰、近 1 年内丧失亲人经历、接受临终关怀教育经历等。(2)FATCOD-B: 该量表主要用于测量所有医务工作者和医学生的临终关怀态度, 共有 29 项(汉化过程中根据结构效度删除原文中第 10 项), 按 likert 5 级评分法计分, 总分 29~145 分。其中, 1、2、4、12、16、18、20~27、30 项为正向计分, 非常不同意、不同意、不确定、同意、非常同意分别计 1、2、3、4、5 分, 其余项均为反向计分。得分越高表明对待终末期患者态度越积极。该量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.79, 具有良好信效度。在缓和医疗课前 1 周及课后 1 周将问卷发放给调查对象, 通过问卷星平台回收问卷。教学前收到有效问卷 56 份, 有效回收率为 93.3%; 教学后收到有效问卷 49 份, 有效回收率为 81.7%。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS18.0 软件对数据进行统计分析。计数资料以率或百分比表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验; 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 组间比较采用独立样本  $t$  检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

\* 基金项目: 湖南省长沙市自然科学基金项目(kg2202398); 中南大学教育教学改革研究项目(2021jy183)。

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: 510202335@qq.com。

## 2 结 果

**2.1 一般情况比较** 授课前后,调查对象在性别、年龄、年级、生源地、独生子女、自愿选择医学专业、宗教信仰、愿意照顾临终患者、照护终末期患者及家属经历、近 1 年内丧失亲人经历方面比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),在接受临终关怀教育经历方面比较,

差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

**2.2 FATCOD-B 评分比较** 在所有项目中,得分最高的为第 1 项,得分最低的为第 17 项。授课前后第 22、25、27 项得分及 FATCOD-B 总分比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

表 1 一般情况比较( $n=56$ )

项目	授课前( $n=56$ )	授课后( $n=49$ )	$\chi^2/t$	$P$
性别[ $n(\%)$ ]			0.034	0.854
男	25(44.64)	21(42.86)		
女	31(55.36)	28(57.14)		
年龄( $\bar{x}\pm s$ ,岁)	21.63 $\pm$ 0.95	21.57 $\pm$ 0.94	0.291	0.772
年级[ $n(\%)$ ]			0.001	0.979
2019 级	31(55.36)	27(55.10)		
2018 级	25(44.64)	22(44.90)		
生源地[ $n(\%)$ ]			0.007	0.934
农村	19(33.93)	17(34.69)		
城市	37(66.07)	32(65.31)		
独生子女[ $n(\%)$ ]			0.082	0.774
是	27(48.21)	25(51.02)		
否	29(51.79)	24(48.98)		
自愿选择医学专业[ $n(\%)$ ]			0.000	1.000
是	51(91.07)	44(89.80)		
否	5(8.93)	5(10.20)		
宗教信仰[ $n(\%)$ ]			0.000	1.000
有	4(7.14)	3(6.12)		
无	52(92.86)	46(93.88)		
愿意照顾临终患者[ $n(\%)$ ]			0.065	0.799
是	47(83.93)	42(85.71)		
否	9(16.07)	7(14.29)		
接受临终关怀教育经历[ $n(\%)$ ]			12.055	0.002
接受过专门临终课程	4(7.14)	4(8.16)		
没有学习专门课程,但有涉及相关内容	43(76.79)	45(91.84)		
从未接触过相关知识	9(16.07)	0		
照护终末期患者及家属经历[ $n(\%)$ ]			0.000	1.000
有	2(3.57)	2(4.08)		
无	54(96.43)	47(95.92)		
近 1 年内丧失亲人经历[ $n(\%)$ ]			0.131	0.937
丧失关系密切的亲人	2(3.57)	2(4.08)		
丧失关系一般的亲人	13(23.21)	10(20.41)		
没有丧失亲人	41(73.21)	37(75.51)		

表 2 FATCOD-B 评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

条目	授课前( $n=56$ )	授课后( $n=49$ )	$t$	$P$
1. 临终关怀是一件有意义的事情	4.73 $\pm$ 0.45	4.61 $\pm$ 0.53	1.239	0.218
2. 死亡不是发生在人身上最糟糕的事	3.82 $\pm$ 0.96	4.14 $\pm$ 0.91	-1.756	0.082
3. 跟临终患者谈论即将来临的死亡,会让我觉得不舒服	2.96 $\pm$ 0.99	3.04 $\pm$ 0.96	-0.401	0.689
4. 在患者临终期间及死亡后都要对患者家属进行关怀	4.46 $\pm$ 0.60	4.29 $\pm$ 0.68	1.431	0.156

续表 2 FATCOD-B 评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

条目	授课前( $n=56$ )	授课后( $n=49$ )	$t$	$P$
5. 我不想照料临终患者	3.77±0.76	3.63±0.73	0.926	0.357
6. 医务人员应避免与临终患者谈论死亡	3.57±0.91	3.80±0.76	-1.373	0.173
7. 长时间照料临终患者使我感到沮丧	2.95±0.92	2.96±0.96	-0.069	0.945
8. 当我主管的临终患者失去治疗信心时,我会很难过	2.25±0.90	2.33±0.80	-0.458	0.648
9. 与临终患者建立亲密关系是一件很难的事	3.16±0.76	3.29±0.76	-0.840	0.403
11. 当患者问:我是不是快要死了?我认为最好把话题转移到一些开心的事情上	3.02±0.88	3.06±0.85	-0.255	0.799
12. 家属应协助照料临终患者的日常生活	4.38±0.49	4.39±0.57	-0.123	0.902
13. 如果我照料的患者去世,我希望我不在场	3.30±0.89	3.43±0.84	-0.735	0.464
14. 我害怕与临终患者成为朋友	3.25±0.94	3.49±0.87	-1.351	0.180
15. 当患者去世时,我会选择不在他/她身边	3.57±0.74	3.57±0.76	0.000	1.000
16. 家属需要情感支持来接受临终患者的行为改变	4.27±0.45	4.29±0.58	-0.175	0.861
17. 当患者快要去世时,应让家属多陪伴他/她	1.68±0.51	1.71±0.58	-0.337	0.737
18. 家属应关心和帮助临终患者让其更好地度过生命剩余的时光	4.46±0.50	4.45±0.58	0.145	0.885
19. 不允许临终患者对自己的日常生活护理做决定	3.98±0.70	4.10±0.68	-0.884	0.379
20. 家属应尽可能地让临终患者所处环境保持常态	4.02±0.56	4.04±0.64	-0.196	0.845
21. 临终患者用言语来表达自己的感受对其自身有利	4.05±0.48	4.18±0.53	-1.319	0.190
22. 医务人员应该照料临终患者家属	3.68±0.81	3.98±0.72	-2.012	0.047
23. 医务人员应该允许临终患者享有灵活的被探视时间	4.07±0.68	4.24±0.56	-1.409	0.162
24. 临终患者和家属应是决策的主导者	3.91±0.92	4.14±0.76	-1.395	0.166
25. 临终患者不需要考虑对止痛药成瘾问题	3.14±1.17	3.61±0.91	-2.314	0.023
26. 如果我走进疾病终末期患者的房间并发现他/她在哭,我会感到不舒服	2.29±0.82	2.65±1.15	-1.861	0.066
27. 我们应该如实地告知临终患者病情	3.27±0.67	3.65±0.69	-2.882	0.005
28. 医务人员没有责任对家属进行关于死亡及临终的教育。	4.02±0.84	4.10±0.87	-0.503	0.616
29. 陪护临终患者的家庭成员常常干扰医护人员对患者的治疗	3.07±0.78	3.14±0.87	-0.444	0.658
30. 医务人员有可能帮助患者面对死亡	4.16±0.60	4.27±0.45	-1.006	0.317
总分	103.27±7.92	106.51±8.71	-1.998	0.048

注:量表第 10 项被删除。

### 3 讨 论

**3.1 国内外缓和医疗教育现状** 目前,缓和医疗被欧美多国的医学专业委员会认证为医学亚专业<sup>[8]</sup>,其在本科 3~4 年级设有缓和医疗课程,在研究生阶段设置缓和医疗专业。此外,在医学生实习阶段和住院医师规范化培训中也纳入了该项内容<sup>[9-10]</sup>。我国台湾地区在缓和医疗方面走在前列,在 20 余年前就开始培养缓和医疗专科医生<sup>[11]</sup>。2014—2015 年对参加北京协和医院夏令营的医学生进行调查时发现,仅 21.9% 接受过缓和医疗相关教育<sup>[12]</sup>。近年来,在政府积极倡导与重视下,我国在缓和医疗教育与实践方面都取得了较大进步。北京协和医学院在 2014 年开展舒缓医学课程,该课程在 2019 年成为临床专科硕士必修课<sup>[13]</sup>。本研究结果显示,“接受过专门临终课程”的医学生占 7.14%,“没有学习专门课程,但有涉及相关内容”的医学生占 76.79%。提示近年来国内缓和医疗教育受到重视,很多医学院校即使没有开设专门

的缓和医疗课程,也在现有的课程中整合了缓和医疗教育理念。《2021 年全球死亡质量专家评估的跨国比较》系统地对全球 81 个国家或地区(代表世界人口的 81%)的生命终末期照护质量进行了评估,我国大陆排名相较于 2015 年的 71 名,提升至 53 名<sup>[14]</sup>。但是,我国缓和医疗水平与世界先进水平相比还有很大差距。

**3.2 临终关怀态度** 缓和医疗是全人、全家、全程的支持系统,需要由包括医生、护士在内的专业团队来完成。在照护临终患者或面对患者死亡时,医护人员可能会出现悲伤、自责、恐惧、无助等不良情绪。研究显示,积极的临终关怀态度能帮助医护人员有效进行心理调节和适应,从而促进缓和医疗工作高质量地完成<sup>[15]</sup>。FATCOD-B 在实际使用中 2 点事项需要注意:(1)该量表有正向和反向计分,若全部按正向条目计分,势必影响研究结果;(2)国内有多个 FATCOD-B 版本,王丽萍等<sup>[7]</sup>引入的汉化版根据结构效度删除

了原文中的第 10 项,只有 29 项。因此,如果采用不同版本的量表,研究结果不能直接横向比较。本研究结果显示,授课前 FATCOD-B 总分为(103.27±7.92)分,高于其他研究结果<sup>[16]</sup>,其原因可能与调查对象的人文关怀意识、既往曾进行相关课程的学习相关。授课后 FATCOD-B 总分为(106.51±8.71)分,与授课前比较,有显著差异。提示即使之前接受过相关课程,但相关概念和核心技术的介绍仍能使医学生的临终关怀态度更积极。本研究中有些项目改善较明显,如第 22、25 和 27 项,授课后医学生的态度较之前积极很多。

综上所述,在老年医学课程中开展缓和医疗教学可使医学本科生临终关怀态度更积极。目前,人们对缓和医疗的需求越来越高,缓和医疗教育已经成为医学教育中不可或缺的内容之一<sup>[17]</sup>。但是,如何面对死亡具有非常明显的文化特点,国外的理论、做法不可照搬。如何进行缓和医疗教学,需要进行大量探索和完善。未来,希望在老年医学课程中探索更有效的缓和医疗教学模式,以期帮助医学生在今后的临床工作中为临终患者制定更合适的医疗决策。本研究在实施阶段取消了缓和医疗的临床实践课,采用的教学模式仅是课堂教师讲授缓和医疗的核心理念。虽然实践证明这种教学方法能显著提高医学生的临终关怀态度,但是缓和医疗教育的内涵远大于此。增加课时、实现教学手段多样化(如对临床实际案例的分析和演练)、进一步提高教学效果将是未来努力的方向。

## 参考文献

- [1] 国家统计局.第七次全国人口普查公报(第五号)[EB/OL].(2021-05-11)[2023-08-10].[http://www.stats.gov.cn/xxgk/sjfb/zxfb2020/202105/t20210511\\_1817200.html](http://www.stats.gov.cn/xxgk/sjfb/zxfb2020/202105/t20210511_1817200.html).
- [2] 中国保险行业协会,中国社会科学院人口与劳动经济研究所.2018-2019 中国长期护理调研报告[EB/OL].(2020-07-06)[2023-08-10].<http://www.iachina.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=38c14c4ed2b84339a46ea921c105fbdc.pdf>.
- [3] SCHLICK C J R, BENTREM D J. Timing of palliative care: When to call for a palliative care consult[J]. *J Surg Oncol*, 2019, 120: 30-34.
- [4] MILAZZO S, HANSEN E, CAROZZA D, et al. How effective is palliative care in improving patient outcomes? [J]. *Curr Treat Options Oncol*, 2020, 21(2): 12.
- [5] SULLIVAN A M, WARREN A G, LAKOMA M D, et al. End-of-life care in the curriculum: A national study of medical education deans[J]. *Acad Med*, 2004, 79(8): 760-768.
- [6] FROMMELT K H. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families[J]. *Am J Hosp Palliat Care*, 1991, 8(5): 37-43.
- [7] 王丽萍. 中文版佛罗梅尔特临终关怀态度量表(FATCOD-B)的修订及应用研究[D]. 广州: 南方医科大学, 2016.
- [8] MURNANE S, PURCELL G, REIDY M. Death, dying and caring: exploring the student nurse experience of palliative and end-of-life education[J]. *Br J Nurs*, 2023, 32(11): 526-531.
- [9] DAHLIN C, DESANTO-MADEYA S, HURLEY S L, et al. Understanding primary palliative nursing education in undergraduate nursing programs[J]. *J Prof Nurs*, 2023, 46: 205-212.
- [10] IOANNIDES P J, WEI R L. Radiation oncology resident education in palliative care[J]. *Ann Palliat Med*, 2019, 8(3): 305-311.
- [11] 张崇楷, 黄子芯, 原彰. 中国台湾安宁疗护的发展经验与启示[J]. *现代医药卫生*, 2022, 38(12): 2133-2138.
- [12] 杨锡宇, 潘慧, 赵峻, 等. 医学生缓和医疗认知的调查研究[J]. *中华医学教育杂志*, 2019(02): 98-104.
- [13] 北京协和医院安宁缓和医疗建设历程[J]. *中国医学科学院学报*, 2021, 43(01): 1-2.
- [14] Finkelstein Eric A, Bhadelia Afsan, Goh Cynthia, et al. Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2022, 63: e419-e429.
- [15] Xu Yifan, Zhang Shiwen, Wang Jingrong, et al. Nurses' practices and their influencing factors in palliative care [J]. *Front Public Health*, 2023, 11: 1117923.
- [16] 付洋, 马俊玲, 刘雪婷, 等. 医养结合背景下医学生临终关怀与死亡态度现状及其相关性研究[J]. *中国医学伦理学*, 2021, 34(11): 1509-1513.
- [17] 纪敬敏, 邸淑珍, 冯莉莉, 等. 开设安宁疗护课程在医学院校教育中的意义[J]. *医学研究与教育*, 2020, 37(01): 71-75.

(收稿日期:2023-06-16 修回日期:2023-10-21)