



南京某高校医学生对死亡与舒缓医学的认知调查

王静丹¹,洪礼喆²,王长青^{1,3},曾彦英⁴,朱 亚¹

1. 南京医科大学健康江苏研究院, 2. 第一临床医学院, 3. 全球健康中心, 江苏 南京 211166; 4. 南京医科大学第一附属医院老年神经内科, 江苏 南京 210029

摘要:通过微信平台对南京市某高校570名医学生进行问卷调查,调查医学生对死亡与舒缓医学的认知情况、理念及相关知识的学习意愿,为相关课程设置提供支撑和参考。结果显示,共回收有效问卷504份,有效回收率88.4%;291人(57.8%)认为需要培训舒缓医学课程;在希望进一步了解死亡相关资料、舒缓医疗理念及认为安乐死等同于舒缓医疗方面,临床、护理及其他专业3组学生存在显著差异($P < 0.05$)。应在医学生教育中增设死亡与舒缓医学相关课程,加强医学生对舒缓医学的认知,提升姑息治疗的实践能力,并对我国未来医学生死亡与舒缓医学教育展开思考。

关键词:医学生;死亡;舒缓医学;认知;医学教育

中图分类号:G642.3

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2019)06-494-003

doi:10.7655/NYDXBSS20190617

舒缓医学,以往被称作姑息治疗,起源于欧洲,20世纪80年代引入我国,倡导尊重生命,不加速也不延缓死亡,而是将死亡视为生命的正常过程。根据世界卫生组织的定义,它是一门通过疼痛与症状控制、社会心理与灵性照顾、沟通与家属支持等方式,为患有致命性疾病的患者及其家属全面维护其生活质量的一门学科^[1]。2016年,《柳叶刀》(*The Lancet*)发布的全球疾病负担调查数据显示,全球人口预期寿命延长到了72.5岁,慢性非传染性疾病导致死亡的人数占全世界总死亡人数的72.3%^[2],由此引发现代医学的一个重要思考——临终关怀。

舒缓医学近几十年间在发达国家发展迅速,在我国对于姑息治疗接受程度较低,发展较为缓慢,但随着我国逐步进入老龄化社会以及恶性肿瘤发病率的逐年提升,推广舒缓医学教育刻不容缓。2017年2月,国家卫计委发布《安宁疗护中心基本标准和管理规范(试行)》,从政策层面对缓和医疗/安宁疗护给予了支持^[3],积极推动舒缓医学的发展,但

由于医护人员对相关理念和知识缺乏了解,致使无法满足人民群众的需求。

医学生是我国卫生健康事业发展的未来,但目前对医学生的舒缓医学教育并不普及,仅部分医学院校开设了相关课程,且授课方式与评定方式单一,开展并加强舒缓医学教育刻不容缓^[4]。本研究就医学生对死亡与舒缓医学的认知情况进行调查分析,为后续医学教育课程设置提供参考。

一、对象和方法

(一)研究方法和内容

随机抽取南京市某高校在校本科生作为研究对象。自行设计舒缓医学知晓现状调查问卷,通过微信问卷星系统发放。问卷内容包括:基本信息、与死亡相关的个人经历、是否阅读过资料或接受过教育培训、对舒缓医学及疾病最终状态的认知程度等。

(二)统计学分析

使用Excel软件录入问卷建立数据库,用SPSS 22.0进行统计分析。计数资料以百分率表示,多组

基金项目:国家自然科学基金“耦合视角下中国失能老人医养结合养老模式研究”(71573139);江苏高校哲学社会科学优秀创新团队

收稿日期:2019-09-19

作者简介:王静丹(1993—),女,黑龙江哈尔滨人,硕士,助理研究员,研究方向为公共健康与卫生事业管理;曾彦英(1974—),女,广东潮汕人,博士,主任医师,副教授,硕士生导师,研究方向为舒缓医疗及老年神经学,通信作者,yy_zeng@njmu.edu.cn;朱亚(1978—),女,江苏镇江人,博士,副教授,硕士生导师,研究方向为健康政策与卫生事业管理,通信作者,leola_zhuya@njmu.edu.cn。

间比较采用卡方分析, $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

(一)基本情况

共发放570份问卷,有效回收504份,有效回收率88.4%。女生344人(68.3%),男生160人(31.7%);年龄17~23岁;汉族493人(97.8%),其他民族11人(2.2%);临床专业学生269人(53.4%),护理专业学生60人(11.9%),其他医学专业学生175人(34.7%)。

(二)对死亡的认知情况

504名医学生中,有284人(56.3%)读过死亡方面的相关资料,其中269人(94.7%)为临床专业学生,临床、护理及其他专业3组间差异有统计学意义($P < 0.05$);有399人(79.2%)希望进一步了解死亡相关资料,3组间差异有统计学意义($P < 0.05$);50人(9.9%)接受过死亡相关的教育或培训,其中34人(68.0%)是临床学生;377人(74.8%)有面对亲人死亡的经历(表1)。

表1 医学生对死亡的认知情况

[n(%)]

对死亡的认知	临床	护理	其他	总人数	χ^2 值	P值
阅读过死亡方面的资料	269(94.7)	15(5.3)	0(0.0)	284(56.3)	3.817	0.023
接受过死亡相关的教育或培训	34(68.0)	5(10.0)	11(22.0)	50(9.9)	2.294	0.102
有面对亲人死亡的经历	207(54.9)	48(12.7)	122(32.4)	377(74.8)	0.595	0.552
希望进一步了解死亡相关资料	216(54.1)	51(12.8)	132(33.1)	399(79.2)	5.377	0.005

(三)对舒缓医学的认知情况

临床、护理及其他专业3组间,在是否了解舒缓医疗、是否认同安乐死等同于舒缓医疗、是否了解疾病终末期的概念方面差异有统计学意义($P < 0.05$)。504名医学生中,36人(7.1%)了解或完全了

解舒缓医疗,67人(13.3%)认为安乐死等同于舒缓医疗,70人(13.9%)了解或完全了解疾病终末期的概念。310人有处理濒临死亡患者的经历,47人(9.3%)听别人说过如何面对或者照顾生命期有限的患者,291人(57.8%)认为需要舒缓医学培训课程(表2)。

表2 医学生对舒缓医学的认知情况

[n(%)]

对舒缓医学的认知	临床	护理	其他	总人数	χ^2 值	P值
您对舒缓医疗是否了解?					4.473	0.012
完全了解	8(3.0)	2(3.3)	3(1.7)	13(2.6)		
了解	11(4.1)	4(6.7)	8(4.6)	23(4.5)		
一般	76(28.3)	14(23.3)	50(28.6)	140(27.8)		
不了解	137(50.9)	30(50.0)	74(42.3)	241(47.8)		
完全不了解	37(13.8)	11(18.3)	39(22.3)	87(17.3)		
您认为安乐死等同于舒缓医疗吗?					10.289	<0.001
是	59(21.9)	1(1.6)	7(4.0)	67(13.3)		
否	210(78.1)	60(98.4)	167(96.0)	437(86.7)		
您对疾病终末期的概念了解吗?					9.672	<0.001
完全了解	13(4.8)	1(1.6)	2(1.1)	16(3.2)		
了解	37(13.8)	4(6.6)	13(7.5)	54(10.7)		
一般	136(50.5)	30(49.2)	70(40.2)	236(46.8)		
不了解	69(25.7)	18(29.5)	59(33.9)	146(29.0)		
完全不了解	14(5.2)	8(13.1)	30(17.3)	52(10.3)		
您是否有处理过濒临死亡的患者?					0.888	0.412
是	168(62.5)	39(63.9)	103(59.2)	310(61.5)		
否	101(37.5)	22(36.2)	71(40.8)	194(38.5)		
您是否听别人说过如何面对或者照顾生命期有限的患者?					0.322	0.725
是	31(11.9)	5(8.2)	11(6.3)	47(9.3)		
否	238(88.1)	56(91.8)	163(93.7)	457(90.7)		
您需要舒缓医学培训课程吗?					1.486	0.227
非常需要	40(14.9)	7(11.5)	31(17.8)	78(15.5)		
需要	124(46.1)	29(47.5)	60(34.5)	213(42.3)		
一般	82(30.5)	20(32.8)	55(31.6)	157(31.2)		
不太需要	14(5.2)	5(8.2)	16(9.2)	35(6.9)		
没必要	3(1.1)	0(0.0)	4(2.3)	7(1.4)		
不知道	6(2.2)	0(0.0)	8(4.6)	14(2.8)		

三、讨 论

近年来,舒缓医学在我国快速发展并得到广泛关注,但在发布的《2015年度死亡质量指数》报告中,全球80个国家和地区“死亡质量指数”的调查排名,我国仅位列第71位^[5]。

舒缓医学引入我国的时间较晚,相对于卫生健康事业的发展,舒缓医学在我国的发展较慢,医生、患者及其家庭对于舒缓医学这一理念接受程度不高。医学生作为未来我国医药卫生事业发展的主力军,对死亡及舒缓医学认知水平较低。随着人口老龄化、慢性病患率升高、临终照护技术的发展,各种因素都提示了医学生学习舒缓医学的必要性^[4]。虽然在本次调查中,临床专业学生全部阅读过死亡相关的资料,明显高于护理及其他专业学生,对疾病终末期概念的认识略高于护理及其他专业学生,但人数占比不高;并且有些临床专业学生对安乐死是否等同于舒缓医疗方面的认知有偏差,这都源于我国医学生课程设置中缺少对死亡和舒缓医学的教育教学。在美国、加拿大、英国等地区,舒缓医学已是必修课,从业者考试合格后方可上岗,对应的舒缓医学服务、教学、研究机构数量逐年递增,发展迅速^[6]。而我国舒缓医学理论体系尚不完整,仅有少数医学院校尝试设计舒缓医学课程,但无统一教材,仅在“医学伦理学”等课程的部分章节中涉及,远不能满足医学生的学习需要。

目前,舒缓医学尚未纳入到我国高等医学院校教育教学体系中,单独进行课程设计和设置比较困难。建议将舒缓医学的理念、内容及知识点科学合理地拆解成小模块,采用课程整合的方式,融入到其他医学相关学科课程中,使舒缓医学的理念与相关医疗服务相结合。在设置课程时,需要整合教学资源,以知识传递效果最优为目的,按照不同年级医学生的专业知识水平设置明确的学习目标,实现目标达成式的教学。

舒缓医学通过给予患者积极和全面的照顾,

提高、改善患者和家属的生活质量,注重以人为本,与健康中国战略的大健康理念相吻合。帮助医学生理解生命、尊重生命,通过人文关怀更好地安抚家属、抚慰患者。可在校园中围绕生与死的主题开设讲座;组织微电影大赛、辩论赛等文体活动;利用新媒体推广网络课程,鼓励师生交流,共同参与;邀请相关专业的老师共同授课,组织案例学习与小组讨论;参观舒缓医疗中心,与患者和医疗团队成员接触沟通等。以医学院校和实习基地为依托,建立区域性的舒缓医学科研培训组织,制定指南、标准,指导舒缓医学课程的设置。结合我国医学教育改革实际,从政策角度予以支持,发布专家共识或指南性文件科普舒缓医学教育,引起多方共同关注,医教协同推动我国舒缓医学教育的发展。

参考文献

- [1] World Health Organization. WHO definition of palliative care [EB/OL]. [2019-07-31]. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- [2] GBD 2016 Mortality Collaborators. Global, regional, and national under-5 mortality, adultmortality, age-specific mortality, and lifeexpectancy, 1970—2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 [J]. *Lancet*, 2017, 390(10100): 1084-1150
- [3] 国家卫生和计划生育委员会.《安宁疗护中心基本标准和管理规范(试行)》[J]. *中国护理管理*, 2017, 17(3): 289-290
- [4] 宋爽, 宁晓红. 国外面向医学生的舒缓医学教育发展及启示[J]. *中国医学科学院学报*, 2018, 40(3): 385-389
- [5] The Economist Intelligence Unit. White paper quality of death index 2015 [EB/OL]. [2015-10-07]. <http://www.eiu.com/home.aspx>
- [6] 刘胜男, 李文硕, 秦源, 等. 国外缓和医疗的政策经验及启示[J]. *医学与哲学*, 2019, 40(12): 24-27