

【綜 論】

國內外安寧緩和醫學教育現況

姚建安 邱泰源 胡文郁 陳慶餘

摘要

照顧瀕死的病患和其家屬是醫療人員的核心專業，更是一門藝術，醫學教育有責任讓醫學院學生具備此一末期照顧的能力。緩和醫學提供在照顧瀕死病患的適切性有更多的誘因，有關末期照顧醫學教育主要課程領域包括：與病人和家屬做有效的和人性化的溝通，有效處理末期疾病的疼痛和其他惱人的症狀，提供全方位、可近性和高品質的安寧療護，完成病患未了的心願，了知末期疾病治療的有限性，瞭解末期照顧的倫理議題，尊重病患的價值觀，醫療團隊合作的模式，認知個人對死亡和失落的態度、感覺和期望。本文回顧英、美、加拿大等先進國家的末期照顧與緩和醫療的教學經驗，提出專家共同研擬的增進緩和醫療教學的基本原則，以擴大末期照顧及緩和醫療的世界觀，並檢視國內現存的末期照顧與緩和醫療教學情況，以提升醫學院學生對末期照顧與緩和醫學課程的重視。

(安寧療護 2004; 9; 1: 28-43)

Key words : palliative care end-of-life care medical education

台大醫院家庭醫學部 †台大醫學院護理學系
通訊作者：陳慶餘 台北市中山南路7號 台大醫院家庭醫學部

前 言

早在1960年代晚期，先進國家醫學院課程關於病患末期照顧的課題，已經受到明顯的重視，通常注重臨床前死亡和瀕死的教導課程¹。過去25年來，緩和醫療醫學教育也普遍引起廣泛的注意，其原因如下：1. 對於死亡和瀕死關注增加。2. 安寧療護計畫(hospice program)的發展，並且融入在傳統的照顧中。3. 關心「高花費的瀕死」。4. 重視疼痛的處理，並且將疼痛和緩和醫療的問題納入醫師執照的考試範圍中。5. 對於全國性爭論的醫師協助自殺和安樂死的議題積極尋求解決之道。由於安寧療護及“死亡和瀕死”現代運動的創立，緩和醫療更加受到社會大眾和專家的關注²。

國內安寧緩和醫療運動，從民國76年馬偕紀念醫院成立安寧照顧小組開始，民國79年2月更在該院設立安寧病房，台灣自此正式有安寧療護。台灣安寧緩和醫學會於民國88年成立，其宗旨乃在提升國內安寧療護暨緩和醫學水準，促進學術研究發展，推動緩和醫療專科醫師制度，加強國際學術交流。在該學會的努力向衛生署爭取，目前緩和醫療亦成為國內的醫學專科。民國89年5月立法院通過「安寧緩和醫療條例」，在有法源基礎下，台灣的緩和醫療也逐漸邁向已開發國家的水準。可惜國內的醫學院校緩和醫療課程

仍未受到教育當局和專家的重視，顯示台灣緩和醫療教育向下紮根的工作有待發展，勢必影響醫療專業的提升。

先進國家緩和醫學教育現況

美國

美國最近全國的焦點集中在末期照顧的議題，許多公私立地區團體嘗試找出醫師養成必備的部分。早期傾向使用的一般術語“死亡和瀕死”，也被更明確定義的末期照顧相關內容所取代。緩和醫療已成為大眾矚目的焦點，普遍認為需包括「伴隨對治癒性療法沒有反應的疾病所承受的身體、心理、社會和靈性受苦的、層面，達到可接受的一系列的處置模式」³。提供緩和醫療強調需要有系統的寬廣知識和技能，包括溝通技巧、舒緩身體不適的能力，和願意照料病患的不安情緒⁴。所以末期照顧可視為緩和醫療的一部份。同樣地，在末期照顧的主題群還包括疼痛緩解和症狀控制等。對於末期照顧的重視包括要求醫學教育課程的改變，醫學院校目標計畫(The Medical School Objectives Project)認為所有的醫學院學生在畢業時，都應該具備“在醫學的主要倫理兩難情境，尤其是由生命的開始和結束所衍生出來”的知識，和“有關緩解病患的疼痛和受苦的知識”等兩項學習成果⁵。一般醫學生對於和病患討論末期

照顧議題缺乏準備⁶。緩和醫學義乃研究和處置急性、進行性和非常末期疾病的患者，其存活期有限，照顧的焦點在於病人的生活品質⁷。世界衛生組織則揭示如下的定義：「對治癒性療法沒有反應的病患，提供主動的全面性照顧。對於疼痛和其他症狀、心理、社會和靈性問題的控制很重視，其目標是讓病患和其家屬達到最好的生活品質⁷。」因此緩和醫療的教育包括死亡與瀕死(death and dying), 安寧療護(hospice), 末期照顧(care near the end of life), 悲傷和失落(grief and loss), 以及支持性和舒適照顧(supportive and comfort care)。

學生進入醫學院對病患的態度和想法，將會持續地受到醫學專業的改造與影響，例如由醫學的門外漢進入人體解剖課時，他們有機會將一連串的態度、價值、動機和理念，內化成為他們目前學生的角色和成為未來醫師的角色。照顧瀕死的病人是一門藝術，應該儘量表現出幫忙他們在生命末期時，於複雜的醫療環境中調適。Dickinson⁸等針對美國醫學院對有關末期病患教育全國性的普查，分別在1975, 1985, 和1995年實施後的情況作探討，整體而言，提供死亡教育的醫學院校逐漸增加，但是以提供短暫的演講和短期課程，通常併入在其他的課程中，所

佔的比例最多(約在80% 到 90% 之間)，很多學校提供悲傷和失落，緩和醫療和安寧療護在短期的課程當中，而且至少有七成以上的學生接受學校的死亡教育課程，在1995年的普查發現，學校大約都有10年以上提供死亡教育課程的沿革，使用團隊教學模式也由六成左右增加到四分之三強，團隊中又以醫師為主要的指導老師，其他的成員包括神學家、心理學家、哲學家、社工專家、社會學家和護理人員，在過去二十年來則沒有顯著的改變，所佔的比例也幾乎相同，但最顯著的改變則是律師的比例增加(由一成增加到四分之一左右)。調查中也發現醫學院似乎因為課程繁湊，而容不下再開設的完整的課目。另外對於有關「安樂死」(euthanasia)所引發的倫理兩難議題，經由完整死亡教育的課程可提供其解決之道。團隊模式的教學方式可讓學生在未來照顧末期病患時，整理多方面資訊和倫理決策時有所助益。而且將「病人視為學生最好的老師」的教學模式，學生與末期病患接觸的機會愈多，則其學習與病患和其家屬的溝通技能將更增進，工作關係更良好，減少學生面對瀕死和死亡患者時的焦慮。繼續以醫療專家當作指導者，可以反映醫學教育者考量病患需求和解決倫理議題的真實希望。

英國

英國具有影響力的陶德報告(Todd Report)（醫學教育皇家委員會1968）對於醫學生的教育沒有提到有關瀕死和死亡的參考文獻，直到1980年Wilkes報告⁹才建議醫學生的訓練應該包括末期照顧。緩和醫學專科在1987年成立，提供在醫學領域內關心照顧瀕死病人的適當性更多的動力。在1991年大不列顛和愛爾蘭緩和醫學會(Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland)¹⁰設立工作小組提供醫學生、一般科醫師、醫院醫師和緩和醫療專科醫師有關末期照顧教學的詳細指引。1992年常設醫學諮詢委員會/常設護理和助產士委員會(Standing Medical Advisory Committee/Standing Nursing and Midwifery Committee)¹¹發表聯合報告，建議所有需要緩和醫療的病患應該得到這些服務，並且非癌症的瀕死病患接受末期照顧也應該要發展，為了達到這些建議，該報告認為教育至少要及於醫學生和畢業後醫師的程度。一般醫學議會(The General Medical Council)¹²的教育委員會在1993年，強調將照顧末期病人這個主題納入醫學教育核心課程的重要性。根據David Field¹³在1983年和1994年的研究，英國醫學院有關死亡，瀕死和哀慟教育的數量和種類有顯著增加，其與緩和醫療和末期照顧的教育呈現多樣性，同一所

醫學校的師資也包括不同專業。平均的教學時間由6小時增到13小時，大多醫學校教育有六個主題：對死亡和瀕死的態度，哀慟，和病人溝通，和病人親友溝通，瀕死經驗(疼痛和焦慮等)，瀕死的社會背景。教學方法主要的改變是在臨床學年，依次為小組討論、上課聽講、參觀安寧病房、臨床個案討論、模擬病人、錄影帶和影片教學及角色扮演等。師資方面，在1983年以心理學家和社會學家佔了臨床前學年的大多數，而於1994年的同時期，多了一般科醫師，緩和醫療病房醫師和其他有照顧末期疾病工作經驗的專家。至於臨床學年的課程，在1983年仍以一般科醫師和精神科醫師為最多數，到了1994年則以一般科醫師，緩和醫療病房醫師，緩和醫學專家和護理專家為主要老師。整體來看，在這領域的教學將會持續發展，並成為許多醫學院校完整的課程之一。一般醫學議會建議，教育將需貫通臨床前學年，臨床學年和畢業後，以醫學生的層級可能特別將焦點放在緩和醫療的技巧，並且充分地強調與實際病患接觸的末期照顧的一般原則。英國安寧照護國家議會(National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Service, NCH-SPCS)¹⁴於1996年對於安寧照護的教育準則提出下列五項：1, 儘可能提升病患的生活品質到最佳程度。2, 提供全人的照護。3, 將瀕死

的患者與關心病患的所有人都納入照護的範疇中。4, 尊重患者的自主權和其所有的決策。5, 在所有的溝通會談中能夠保持開放性和敏感性。

加拿大

加拿大在1990年組成醫學生加拿大緩和醫療課程委員會(Undergraduate Canadian Palliative Care Curriculum Committee)¹⁵，該委員會提出一系列的學習目標，概述醫學生畢業時應該具備的緩和醫療的知識內容，特定態度和技能。在1998年該課程更新與「以案例為基礎的緩和醫療訓練手冊」(case-based training manual in palliative care)¹⁶的出版有關，該委員會乃目前大家所熟知的加拿大緩和醫療教育組(Canadian Palliative Care Education Group)，它是加拿大緩和醫療醫師協會(Canadian Society of Palliative Care Physicians)的一個委員會，每兩年會針對16所醫學院校的緩和醫療教學的可近性和內容評估做分析。這些監測的分析發現課程無法以學生的觀點提供在緩和醫療的適當訓練，也無法讓學生在社區醫療的課程當中接觸緩和醫療，似乎也因而造成獲得有關學生對緩和醫療教育的觀點的資訊非常貧乏⁶。

各國緩和醫學教育比較

Oneschuk D等¹⁷，在1997和1998年分兩批以有九項問題組的問卷，郵寄給隨機抽樣現行各國的醫學院院長，探討現行世界各國醫學生接觸緩和醫療相關課程的大致情形。有緩和醫療必修課程的比例以英國為最高，佔了63.6%，在美、加和西歐國家則只有10.8%，14.3%和18.6%。在緩和醫療的選修課程方面英國仍是最高，計有81.8%，西歐國家只有30.2%，美、加的比例則大幅提高，分別是62.2%和71.4%。緩和醫療的授課時數平均由4到6小時皆有，提供緩和醫療教材和讀物的比例，以西歐最低，只有30%左右，其他國家則都有六成以上。在提供緩和醫療教職比例，以美國和西歐國家最低，分別是13.9%和21.4%，而加拿大和英國則有61.5%和54.6%。至於緩和醫療授課地點，英國身為hospice數目最多的國家(全國超過200間)，有81.8%的課程是在hospice上課的，而美加和西歐國家則大多在急性照顧醫院上課的。至於上課的方式，各國以個案討論和小組討論為最多，但只有英國實施電腦化教學，不過比例仍低(9.1%)。關於緩和醫療課程評量方面，沒有一間醫學院有專為緩和醫療課程設計的測驗，採用類似其他課程的評量方法佔了45.7%，使用案例報告、案例討論方法來測驗學生學習成效的佔了35.7%。採取筆試在美、英、加和西歐各國分別是5.3%，

22.7%, 21.4%和18.6%，使用口試則分別為68.4%, 27.3%, 50.5%和41.9%。從其中發現若想提升緩和醫療整體的教育，相關的教職員額也需要相對地增加。另外根據調查，只有低於5%的學生選擇緩和醫療當作選修的課程，其中的原因可能和相關課程的不普及，相關資料收集不易(和其他大科如消化學，循環學等比較起來)，學生害怕接觸瀕死病人或害怕死亡過程等有關。由此調查結果發現，當時現行國際間的緩和醫療教育仍嫌不足，為了確保緩和醫療工作的進步，緩和醫療教育的推廣和普及，應該是全世界各醫學院校的重要課題之一。

緩和醫學教育指引

Billings等人²提出一套基本原則或「最好的教學操作」，用來當作緩和醫療醫學教育的指引：

原則1：照顧瀕死患者和其家屬是醫師的核心專業任務。醫學院有責任讓學生具有提供熟練和熱誠的末期照顧能力。

原則2：下列幾項和末期照顧有關的關鍵領域必須在醫學教育中適當地闡明：a) 有效且有人性化地與患者及家屬溝通，b) 熟練地處理常發生在末期疾病的疼痛和擾人的症狀，c) 提供可親近性、全面性高品質的居家和安寧照顧，以及急性的住院照顧，d) 找出

並執行病人末期照顧的心願，而且瞭解末期疾病治療的有限性，e) 明瞭末期照顧的倫理議題，尊重病患的個人價值，接受不同的文化、語言和靈性的差異性，f) 多重專業團隊合作提供全面性和協同性的照顧，g) 感謝照顧瀕死患者的專業工作，並對其個人壓力予以回應，h) 發展出關於死亡和失落瞭解自己的態度、感覺和期望。

原則3：醫學教育應該鼓勵學生發展出對瀕死患者和其家屬正向的感覺，對於醫師的末期照顧角色亦復如是。在現在的教學醫院對末期疾病厭惡、無助和無望的感覺，會阻礙醫學生猶豫不決去接近病患的受苦，醫學教育應該協助學生尤其在接近臨床見、實習的階段，發展出正面的照顧，並對於學生受歡迎的行為給予鼓勵，提供好的角色模式，並經由不同的管道加強希望學生做到的態度，糾正他們不合宜的行為。

原則4：有關死亡，瀕死和哀慟的加強教學應該在所有醫學教育的歷程，學習有關末期照顧應該納入現有的教育活動中。

原則5：教育的內容和過程應該適合於學生的發展階段。在醫學生的訓練過程中，他們對於處理威脅生命的疾病通常有習慣性的恐懼，其可能成為學習的阻力或助力。不同的年級關心的重點也不同，低年級可能很在意未來是否因為說錯話而對病人造成傷

害，而高年級則因為重視疾病的評估與治療，而且即將面臨照顧責任的到來，所以比較有興趣瞭解特別的溝通技能，以便如何向病人透露壞消息和討論進一步的照顧計畫等。

原則6：最好的學習是由直接與病人和家屬當中產生，特別是學生能有機會長期地追蹤病患，並與受苦的病人發展出親密感和可辦到的個人責任感。瀕死的患者可帶來末期照顧任務豐富，真實且立即的感受，也烘托出末期照顧醫師角色的重要性。

原則7：有關死亡，瀕死和哀慟的教學與學習應該強調人性化的態度。人性化的態度特別重要，以確保疼痛和症狀控制的科學知識、技巧和照顧上不可少的技術層面，都能對病患和家屬充滿真誠人性化的導向。藉由小組討論讓學生彼此學習，以問題為導向的教學和開創性的文獻都是不錯的方式。

原則8：教學應該闡明溝通技能。教導與瀕死患者的溝通，Cicely Saunders提到「不在於你向病人說甚麼，而是讓病人告訴你甚麼」。溝通技能最好在教師的監督下，經由與病人的談話中進行，或角色扮演，示範，使用模擬病人，和以病人為中心的臨床教學。

原則9：學生需要看見醫師對瀕死病人和其家屬提供優良的醫療照顧，並於其中發現工作的意義。學生應該被鼓勵在能提供良

好的緩和醫療的醫師旁邊一段時間，而且可以自在地與其討論。學生在多重專業人員的學習也很重要，不過學生的教學不應該過份委託給非醫師的同事。

原則10：醫學教育應該在迫近死亡和瀕死時，培養尊敬病患的個人價值，接受文化和靈性上的差異性。良好末期照顧的首要目標，就是協助病患以符合他們自己的價值觀和意願的方式死亡，這可能與醫學生的想法有極大的差異。教學應該探討有關末期照顧關鍵層面在醫學生，專家，病人和其家屬的差異性(例如告知真相，表達情感，醫療決策個人和家屬的角色，傳統和另類醫療處置的價值，有限的治療或加速死亡，死後的世界，和瀕死及死亡的禮儀)，以及這些差異對提供適切照顧的意涵為何。

原則11：教學過程本身應該反映醫師可望照顧病人的價值。學生從教師身上看到他們的角色並學習，其次才是聽他們如何說。因此教學過程本身應該納入對他人的層面好奇，熱誠和興趣，並尊重個人差異和自主性。

原則12：當學生與多專業專家工作在一起，才能加強全面性的、完整的瞭解和契入死亡，瀕死和哀慟。這種全面性的關鍵技能在其他醫學課程的領域是很少教到的。緩和醫療的教育應該包括護理人員、社工人員、牧靈諮詢者、哀慟諮詢者和志工。同樣地，

一些非醫師的團隊包括社會和行為學家、哲學家、倫理學家、歷史學家、視覺藝術和文學的學者及律師等，對醫學生的教學都有重要的貢獻。

原則13：教師們應被教導如何教授末期照顧，包括如何成為指導者和塑立理想的行為和技能。所以教師必須時常學習新的臨床技能、知識和新的教學方法。

原則14：學生處理有關死亡，瀕死和哀慟的能力應該加以評估。評估才會帶動學習。固定的評估方法乃在告示學生和教師們一整套要熟習的知識和技能。可用經常發生在照顧瀕死病人的模擬臨床狀況和問題來評量學生，溝通技能，疼痛評估，心理評估和處置，和倫理問題的解決都可以被評量的。

原則15：教育過程應該使用藝術的狀態(*state-of-the-art*)的方法來評量。雖然許多努力致力於教導緩和醫療，但對其成效卻少有系統性的資料。為了改善緩和醫療教育的教育介入，其評估應留意學生的學習結果，病患和家屬對照顧的滿意度和費用。

原則16：外加的資源將被用來執行這些改變。機構執行這些計畫的改革將招致教育計畫發展中教師團隊所花費的時間，教師團隊的發展，和計畫的評估設計的起始成本，以及教師團隊教學時間，評估和執行的進行成本。這種教學的成本應該加以監測。可

使用其他機構已使用和評估的教育計畫讓機構成本能夠減到最低。

緩和醫療教學方法評論

Billings²等也對目前國家癌症研究院資助的，或提供給美國死亡計畫(Project on Death in America)的緩和醫療教學方法加以回顧和批判如下幾點：

一、有關緩和醫療的教學放在精神科，行為科學，倫理學或人類學的零星課程中，其形式乃是臨時的演講或短期的一系列演講。只有少數醫學中心提供的課程專門在緩和醫療上，但卻是選修的。教學很少與相關課程或臨床經驗結合。課程的同步化，重複性和再加強的機會都付之闕如。

二、訓練大多是選修的。

三、教學首重在知識而非態度和技能。主要的教學形式是演講，雖然許多現代教育者質疑這種“成人學習”方法的效用，尤其是在闡述有關死亡和瀕死的個人態度上。和病人的接觸有限，然而Bloch¹⁸教育研究建議學生和病人的個別接觸可造就高度有效的教學和未來學習的強力誘因。

四、正式的教學絕大多數在臨床前的時期，大多數臨床學年的教學不正式，沒有系

統性，且沒有對緩和醫療有興趣或專才的老師來授課。

五、較少提供學生反思(reflection)的機會，Hill¹⁹的研究指出反思在死亡教育的重要性。

六、較不重視讓學生有角色模範或良師益友，來傳遞在末期照顧的熱誠與興趣，以及用緩和醫療的價值的溝通當作臨床的專業。事實上，非精神科的醫師正擔任這種在緩和醫療當中的角色。

七、在教學醫學中心的文化維持對末期疾病的“積極”治療，仍有著死亡代表醫學失敗的觀念，並有忽略在疾病中的心理社會議題的傾向。然而這些訊息構成了“隱藏課程”²⁰，其含藏了許多形成有效和熱誠末期照顧基礎的態度。

八、末期癌症強調的安寧療護模式，教導很多有關瀕死病患和其家屬的照顧，但可能無法容易地與醫學生或住院醫師在訓練過程中所遇到的末期病患者有所關連。

九、非急性和門診照顧，尤其是居家照顧和護理之家照顧，較少用於正式的醫學訓練，無法讓學生發展在這些地方“善終”的洞察力。

安寧緩和護理教育

安寧療護的護理教育，在Corner²¹1993年的調查中發現，護理教育是呈現負向的情況。Birch²²在同年的研究，護理人員表示在成為正式的護理人員前的學校教育，並無法讓她們獲得充分的準備以照顧瀕死的病人和其家屬，護理課程中大部分沒有適當地探討照護的行為層面的問題。Field和Kitson²³在1986年所發表的報告指出，在英國一百九十二所護理學校中，有關死亡和瀕死問題的課程，平均只有十小時，且大多是以課堂上的講述為主。Hockley²⁴在1989年的研究，發現一年級的護生覺得難以調適臨床實習中的情緒問題。這個結果與Hurtig和Stewin²⁵在1990年的研究結果相呼應---理論與臨床是有差距的。在臨床環境中，大部分比較重視所從事的一般或治療性相關的護理活動，比較不重視與瀕死患者和家屬發展並維繫適當的護病關係以及症狀處理的方法。他們建議採用臨床學習，而非單由課堂授課的方式來從事死亡和瀕死的教學。1980年代所做出的研究與前二十年的相關研究的發現是十分類似的。在接觸到臨床的複雜狀況時，即可瞭解許多照護的觀點與態度，是由親身經歷而非單由課堂教學可獲得，護理人員可在與其他團隊人員共事時，學習到如何面對和處理死亡和瀕死的議題。護理人員也會因為焦慮而產生

防禦機轉，例如：產生距離感，讓自己處於忙碌的狀態，以及僅提供常規的照護等情況，這和Mills等人所做出的結果是相呼應的²⁶。瀕死患者長期處於孤獨的狀態，比起其他患者接受到來自醫護人員的關注也比較少。由上述種種顯示護理人員無法適時地發現，並且從事症狀和相關問題的持續管理措施。Corner²¹於1993年指出，目前可以選擇的教育課程與日俱增，但若不能針對所有層級的護理人員提供相關的課程，其所能達到的成效也是很有限的。Davies和O'Berle²⁷在1990年探索安寧療護中護理人員的要素，其研究目的主要是敘述護理人員在安寧療護的角色，以田野研究的方式收集資料，經過持續比較分析，護理人員具有多種要素。基於發現研究者發展出安寧療護護理人員的照顧模式，最主要乃以六個要素：價值、連結、授權、執行、運用發現意義以及保存完整等交集所構成。在這幾個要素中，部分可視為態度，其他則可視為任務導向，但整體而言最主要是支持的過程。

台灣緩和醫學教育現況

根據邱泰源等對全台灣有關緩和醫療教育的醫護學校實施情形，進行問卷和電話訪問，根據調查問卷回收資料顯示初步結果，在醫學系的部分，從民國61年就有高雄醫學

院開設安寧緩和醫療相關課程 - 「醫學倫理」，為必修課程，可見台灣很早就將「安寧緩和醫療」這個主題納入醫學教育中。後來在民國86年台灣大學醫學院也開設「生死學」，為安寧緩和醫療相關的課程，也是必修課，課程中也安排醫學系五年級學生到緩和醫療病房上半天的課，實際瞭解並接觸緩和醫療病房的相關事務。民國89年國防醫學院相繼開設「安寧療護之概論」。也是一門必修課，可知醫學院的教育相當重視安寧療護的議題，大都將其列入必修的課程，專門課程的開設，可見台灣對於安寧療護的議題更趨重視，也視其為醫學專業的一部份。截至目前為止，共有九所大學院校的醫學系開設安寧療護的相關課程，共有22門課，其中有4門是專門課程。在護理學(科)系的部分，民國74年台灣大學護理學系在「內外科護理學」的必修課程中即開始加入安寧療護的講題，民國76年在「小兒科護理學」必修課程中也加入此方面的主題。民國83年國防醫學院和台北護理學院也相繼開設相關課程，民國84年弘光技術學院首先開設安寧療護之專門課程--「安寧護理學」，不過是「選修」性質，民國85年成功大學與元培技術學院陸續開設「臨終照顧」與「安寧護理」的專門課程。在民國89年慈濟技術學院與美和技術學院更開設「安寧療護」的「必修」專門課程，此後

以安寧療護為課程名稱所開設的課程日益增多，至今共有32所大學護理學(科)系有安寧療護的相關課程，共62門課，其中有26門是專門課程。開設安寧緩和醫療相關課程，醫學系佔了82%(9/11)，護理學(科)系佔了94% (32/34)，課程性質比例，在醫學系則必修與選修各佔一半，護理學(科)系的部分，必修約四成，選修則六成左右。開課類型在醫學系方面，專門課程為18%(4/22)，相關主題課程約為82%(18/22)，而護理學(科)系的部分，專門課程有42%(26/62)，相關主題課程則有58%(36/62)。授課類型在醫學系方面則以課堂講授最多，其次是小組討論，安寧緩和病房參訪，臨床個案討論，媒體教學，實際接觸末期病人，座談會等。在護理學(科)系部分，最多的還是課堂講授、媒體教學、小組討論、臨床個案討論，安寧緩和病房參訪，技術示教、座談會、角色扮演、模擬病人及見習等。

張氏等²⁸評估一般課程階段醫學生對緩和醫療認知，經過一週訓練過程後，學生在緩和醫療認知改變的情形，以民國九十年至九十二年兩年間，在「人與醫學」為期一週的課程中，選修緩和醫療病房實習的80位醫學生為對象，以「醫學生緩和醫療認知量表」評估學生對緩和醫療的理念、基本處置與倫理情況思考的認知，緩和醫療病房實習課程

前後，進行評估性研究。結果：學生對緩和醫療理念回答的得分較高，緩和醫療的一般處置知識則表現較差，但一週後也有顯著進步；在四個癌末常見倫理困境思考的認同度方面，課程前以出院安排為最高，課程後則以病情告知最被認同，而癌末不必使用人工水分營養的論點，則不論課程前後，認同度皆最低，不論哪一種議題認同程度課程後均有顯著上升。透過適當的緩和醫療課程訓練，可增進一般課程階段醫學生對緩和醫療的認知，並改變倫理決策的態度。這些進步可期望奠定醫學教育中末期醫療訓練的良好基礎。國內的緩和醫療教學經驗，台大醫學院有一門「人與醫學」的服務課程，讓一、二年級的醫學生選修，利用寒暑假一週的時間到緩和醫療病房來學習，每梯次約十到十二位學生，每個學生負責一位病人，每天皆有一位醫療團隊的專家先對學生教導緩和醫療理念與實務，然後讓學生到病床旁與病人和其家屬幫忙，並教導學生觀察緩和醫療團隊與病人和其家屬的互動，每天皆安排一位教師與學生討論，並協助解決學生的問題，課程結束後學生繳交心得報告。由學生的報告可看出，學生在心裡的衝擊很大，因為他們都還很年輕，很少有機會面對末期病人在身心方面所受的衝擊，以及人際關係的互動情形。一般人認為死亡是不好的、悲傷的事

情，是生命的終結，人生不再有甚麼希望。這些問題對於初步面對瀕死病人的學生而言是一個衝擊，這衝擊是好是壞，由學生的報告中發現，大致上還是正面的，表示學生看到醫療團隊對病人的照顧，不只是疾病的本身而已。對病人而言，病情只有一路壞下去，死亡本身是無法逃避的，必須要以人的角度來看，因為病患本身也有他的家庭、社會和人的角色，所以會有身體、情緒和心裡靈性的問題，而一般人只看到生病期間的診斷治療及處置，在治療結束後就不見了，完全忽略在治療當中的情緒反應、信仰的對話、人生的學習及心裡靈性的問題等。面對死亡的課題時，醫師要由治療疾病的角，跳躍到全人照顧的角色，這點在末期照顧的醫學教育是非常重要的。尤其是學生在臨床實習階段，若沒有對死亡議題深入的學習，那麼對死亡的迷思與恐懼是很難改變的。醫療工作者或健康事業工作者若沒有這方面的體驗，很難改變整個社會對死亡的看法，所以將來我們要把安寧緩和醫療教育放在全人照顧中的重要課題。在台大醫學院護理學系有關末期照顧之教育課程，一年級學生在修習護理學導論及二年級學生在修習人類發展學的科目中，有機會到醫院安寧緩和醫療病房參觀或見習，對末期照顧之醫療模式有初

步的認識，三年級學生在內外科護理學的必修課程，則全班有一半的學生有機會到安寧緩和醫療病房實際照顧末期病人，以瞭解並學習末期病人照顧之學理與倫理方面的知識、態度與技能，以及實際參與醫療團隊之運作。未去過的學生則在暑習和臨床選習課程時，仍有機會選擇到安寧病房實習，對於已具備臨床實習經驗之四年級學生，則可以選修「安寧緩和護理學」的課程，以對末期照顧有更深一層的瞭解。期待大學部護生能透過參觀、見習、實習以及課程講授的教學方式，依其成長階段及臨床經驗而有不同程度的學習末期病人的照顧。故大學課程中培養學生能感受到臨牀上照顧末期病人將會面臨哪些困境，以及如何正向地去面對與處理，是教學的首要目標。其中大學部學生對臨終病人照顧的理念與態度的轉化，是大學教育養成過程中，學生學習末期病人照顧最主要的關鍵。一般來說，護生經過一個多月的臨床實習，面對死亡的態度大部分會有正向轉化的潛能，但仍有些學生的態度未能轉化，對死亡還是會有恐懼。學生若能在大學教育的過程中，學習面對且願意照顧臨終病人是重要且難能可貴的，若要在大學教育中即教導學生學會能夠解決病人身心靈社會及家屬所有的健康照顧問題，在實際的教學執

行上，仍有其軟硬體的限制，可能需待護生進入職場後，透過在職教育，來增強其照顧末期病人之知識與態度。

結論

照顧瀕死的病患和其家屬是醫療人員的核心專業，醫學教育有責任讓醫學院學生具備此一末期照顧的能力。有關末期照顧醫學教育主要課程領域包括：與病人和家屬做有效的和人性化的溝通，有效處理末期疾病的疼痛和其他惱人的症狀，提供全方位、可近性和高品質的安寧療護，完成病患未了的心願，了知末期疾病治療的有限性，瞭解末期照顧的倫理議題，尊重病患的價值觀，醫療團隊合作的模式，認知個人對死亡和失落的態度、感覺和期望。醫學教育應該鼓勵學生對瀕死患者及其家屬發展出正向的感覺，對末期照顧當中醫療人員所扮演的角色也持正面的態度，教導死亡、瀕死和哀傷，並強調人性化的醫療態度，對於不同年級的學生施予不同的教育內容和過程，鼓勵在專業團隊的監督下，讓學生與末期病患及其家屬相處，直接學習照顧的責任。學生應有機會向優秀的末期照顧醫療人員學習，學習課程應該用“state-of-the-art”的方法評估。國內醫學教育仍缺乏有系統的課程設計，發展末期照顧的醫學教育，則醫療人員面對瀕死病患

時會有更充分的自信，藉此推動社會對死亡和瀕死採取正面的看法。同時也要喚起各醫療專科對末期照顧醫學教育的重視，並且共同成立緩和醫療課程設計委員會，及負責定期評估課程實施的成效。教學的方式也應該更多樣化，除了傳統的課堂講授、小組討論外，更應該強化媒體教學、角色扮演、模擬病人和緩和醫療病房的參訪見習等。末期照顧的臨床專業師資應該加強，緩和醫療的課目名稱應該明確讓學生一目了然，爭取專門課程的成立和教育資源的奧援，臨床實見習末期照顧的場所需要標準化，更需要衛生主管機關的協助訂定教學的標準，建議國家醫療專業執照考試加入末期照顧與緩和醫學的內容，提升醫學生對末期照顧與緩和醫學課程的重視。

參考文獻

1. Liston EH. Education on death and dying: a survey of American medical school. *J Med Educ* 1973; 48: 577-8.
2. Billings JA, Block S. Palliative Care in Undergraduate Medical Education. *JAMA* 1997; 278: 733-8.
3. United States General Accounting Office. Suicide Prevention: Efforts to Increase Research and Education in Palliative Care.

安寧緩和醫學教育現況

- GAO/HEHS-98-128.
4. Block S, Billings JA. Nurturing Humanism through Teaching Palliative Care. *Acad Med*. 1998; 73: 763-5.
5. The Medical School Objectives Writing Group. Learning objectives for medical student education: guidelines for medical schools: Report I of the Medical School Objectives Project. *Acad Med*. 1999, 74: 13-8.
6. Buss MK, Marx ES, Sulmasy DP. The Preparedness of students to discuss end-of-life issues with patients. *Acad Med*. 1998; 73: 418-22.
7. Doyle D, Hanks G, MacDonald N. Introduction. In: Doyle D; Hanks G, MacDonald N. *The Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford, England: Oxford University Press; 1993: 3.
8. Dickinson GE, Mermann AC. Death Education in U.S. Medical Schools, 1975-1995. *Acad Med*. 1996; 71(12): 1348-9.
9. Standing Medical Advisory Committee: Report of the Working Group on Terminal Care (Wilkes Report). Standing Medical Advisory Committee, London. 1980.
10. Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland: *Palliative Medicine Curriculum*. APMGBI, Southampton. 1991.
11. Standing Medical Advisory Committee/Standing Nursing and Midwifery Committee: *The Principles and Provision of Palliative Care*. HMSO, London. 1992.
12. General Medical Council. *Tomorrow's Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education*. GMC, London. 1993.
13. David Field. Education for Palliative Care: Formal Education about Death, Dying and Bereavement in UK Medical Schools in 1983 and 1994. *Med. Educ* 1995; 29: 414-9.
14. NCHSPCS 1996a Education in palliative care. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, London, Occasional paper 9.
15. MacDonald N, Maunt B, Boston W, et al. The Canadian Palliative Care Undergraduate Curriculum. *J Cancer Educ*. 1993; 8: 197-201.
16. MacDonald N, ed: *Palliative Medicine A Case-Based Manual*. Oxford: Oxford University Press, 1998.
17. Oneschuk D, Hanson J, Bruera E. An International Survey of Undergraduate Medical Education in Palliative Medicine. *J*

- Pain Sympt Manag, 2000; 20(3): 174-9.
18. Bloch S. Teaching medical students how to care for the dying. In: Sxhoenberg B, Carr AC, Kutscher AH, et al, eds. Education of the Medical Student in Thanatology. New York, NY: Arno Press; 1981: 129- 39.
19. Hill TP. Treating the dying patient: the challenge for medical education. Arch Intern Med. 1995; 155:1265-9.
20. Hafferty FW, Frank R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. Acad Med. 1994; 69: 861-71.
21. Corner J. Education and Training in Palliative Care: the Nursing Perspective. In: Doyle D, Hanks G, MacDonald N (eds). Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford Medical Publications, Oxford, 1993: 781-90.
22. Birch JA. Anxiety and Conflict in Nurse education. In: Davis B (ed) Research into Nurse Education. Croom Helm, London. 1993: 11-25.
23. Field D, Kitson C. Formal Teaching about Death and Dying in UK Schools of Nursing. Nurse Education Today, 1986(6): 270-6.
24. Hockley J. Care for the Dying in Acute Hospitals. Nursing Times, 1989(85): 47-50.
25. Hurtig W, Stewin L. The Effect of Death Education and Experience on Nursing Students' Attitude towards Death. J of Advanced Nursing, 1990(15): 29-34.
26. Mills M, Davies HTO, Macrae WA. Care of dying patients in hospital. BMJ 1994, 309: 583-5.
27. Davies B, O'Berle K. Dimensions of the Supportive Role of the Nurse in Palliative Care. Oncology Nurses Forum 1990; 17: 87-94.
28. 張皓翔，胡文郁，邱泰源等. 「人與醫學」課程醫學生緩和醫療認知之介入性研究. 醫學教育2003; 7: 150- 60.

Current State of Hospice Palliative Medical Education in Developed Countries and Taiwan

Chien-An Yao Tai-Yuan Chiu Wen-Yu Hu¹ Ching-Yu Chen

Abstract

The care of dying patients and their family is the core professional task of medical personnel, and much more an art. Medical education have a responsibility to prepare the medical students to provide the end-of-life care. Palliative medicine supplies some more inducement to the appropriateness of caring the dying patients. The following key content areas related to end-of-life care related to undergraduate medical education include: communicating effectively and humanely with the patient and family; skillfully managing pain and other distressing symptoms commonly occurring in end-stage disease; providing accessible, comprehensive, high-quality home and hospice care, as well as other alternatives to acute hospital care; eliciting and implementing patients' end-of-life wishes, and appreciating the limitations of treatment in advanced disease; understanding ethical issues in end-of-life care and respecting patients' personal values; working with and inter-disciplinary team to provide comprehensive, coordinated care; developing an awareness of one's own attitudes, feelings, and expectations regarding death and loss. This article reviews the experiences of undergraduate medical education about end-of-life care and palliative care in developed countries, such as United Kingdom, United States, Canada and so on. It also provides the basic principles for and extended worldwide views of enhancing undergraduate medical education in palliative care. Finally, it exhibits the present situations about undergraduate medical education about end-of-life and palliative care, emphasizes the increase of clinically professional faculty of teachers and core content of medical education curriculum.

(*Taiwan J Hosp Palliat Care* 2004 ; 9 : 1 : 28-43)

關鍵字： 緩和醫療，末期照顧，醫學教育

Department of Family Medicine National Taiwan University Hospital

¹Nursing Department College of Medicine National Taiwan University