

向医学生教授灵性：系统评价

艾米·施莱歇尔，约翰娜·克罗齐尔，玛丽·戈德法布，德娜·格林尼

隶属机构：美国医学院

摘要：尽管已经越来越清楚，宗教和灵性是整个患者护理的重要方面，但对于如何向医学生教授这个主题却知之甚少。本系统评价检查了向医学生教授灵性的课程结构，并评估了它们对学生成绩的影响。2020年10月，作者对1926年至2020年的文献进行了系统回顾，以确定已发表的描述医学院灵修课程的文章。纳入的研究是英语文章，描述了主要为医学生设计的灵性课程，指定了课程结构，并评估了课程的结果。作者使用医学教育研究质量工具（MERSQI）来评估纳入研究的质量，并总结课程结构、课程内容和研究成果。1889条评论中的19篇出版物符合纳入标准，即研究质量中等（平均MERSQI=9.9）。大多数课程是在美国医学院教授的，课程在必修课和选修课之间平均分配，必修课的持续时间更短，学生总参与度更高。大多数具有明确学生成绩评估的研究都有前测和后测设计。整个课程的主题包括教授如何了解精神历史，描绘精神与宗教之间的差异，以及体验与患者互动的牧师。对文献的广泛系统回顾揭示了少量但越来越多的研究，这些研究描述了教授医学生灵性的特定课程结构和课程。对于最简洁的方法，就是一个简短的强制性教学课程，然后与标准化或住院患者一起应用。要解决的重要主题包括宗教与灵性之间的差异、认识精神痛苦、如何记录精神历史以及精神与学生幸福的相关性。除了知识和态度的变化外，衡量学生的成果还应包括患者护理期间的行为变化。建议的评估方法包括反思性写作和在客观结构化临床检查（OSCE）中添加一个标准化的患者案例，而其中患者处于精神痛苦中。

关键词：牧师；医学生；灵性；系统评价；教学

Teaching Spirituality to Medical Students: A Systematic Review

Amy Schleicher, Johanna Crozier, Mary Goldfarb, Dena Greene

Affiliation: College of Medicine, USA

Abstract: Though it has become increasingly clear that religion and spirituality are important aspects of whole patient care, little is known about how this topic is taught to medical students. This systematic review examined the structure of courses teaching spirituality to medical students and assessed their impact on reported student outcomes. In October 2020, the authors conducted a systematic review of the literature from 1926 to 2020 to identify published articles describing medical school spirituality curricula. Included studies were English-language articles that described spirituality courses predominantly designed for medical students, specified a curricular structure, and evaluated outcomes of the course. The authors used the Medical Education Research Study Quality Instrument (MERSQI) to assess the quality of the included studies and summarized course structures, curricular content, and study outcomes. Nineteen publications of the 1889 reviewed met the inclusion criteria. These studies were of moderate quality (mean MERSQI = 9.9). The majority of curricula were taught in United States medical schools. Courses were evenly split between mandatory versus elective classes, with mandatory courses having a shorter duration and higher total student participation. Most studies with clear student outcome evaluation had a pre- and post-test design. Common themes throughout the curricula included teaching how to take a spiritual history, delineating differences between spirituality and religion, and experience shadowing chaplains interacting with patients. This broad systematic review of the literature revealed a small but growing number of studies describing specific course structure and curricula for teaching spirituality at the medical student level. For the most concise approach, one short, mandatory didactic session followed by

application with standardized or hospital patients can be an effective method of introducing students to the importance of spirituality. Important topics to address include the differences between religion and spirituality, recognizing spiritual distress, how to take a spiritual history, and the relevance of spirituality to student well-being. Measured student outcomes should encompass behavioural changes during patient care in addition to changes in knowledge and attitudes. Suggested methods of evaluation include reflective writing and adding a standardized patient case in which the patient is in spiritual distress in an Objective Structured Clinical Examination (OSCE).

Keywords: Chaplains; medical students; spirituality; systematic review; teaching

引言:

疾病期间的精神关怀减轻了患者、家庭和临床医生的痛苦。此外,解决患者的精神需求可以减少无效治疗的使用,从而降低医疗成本。随着人们越来越意识到满足患者及其家人的精神需求对医疗保健的好处,护理人员本身的好处也越来越清楚。随着对精神需求的关注,患者和医生之间有更好的融洽和沟通。对于医生来说,有更强烈的使命感,是避免倦怠的重要因素。

尽管许多国家和全球组织越来越多地呼吁将灵性作为以患者为中心的护理的一部分,但在临床环境中仍然没有定期解决灵性问题。一项研究表明,尽管大多数(89%)癌症患者认为精神护理很重要,但只有10%的人从他们的医疗保健提供者那里接受了任何形式的精神护理。同样值得注意的是,灵性会影响患者一生的健康,而不仅仅是在姑息治疗或临终情况下。因此,迫切需要更好地教育医生和医学生如何与患者接触关于灵性的话题。

在制定医学生水平的医学灵性课程时,专家建议这些课程侧重于教授技能组合,并根据美国研究生医学教育学院(ACGME)的患者护理和沟通技巧能力评估学生。一些专家进一步提倡富有同情心的新能力。专门的课程时间很重要,因为对精神护理培训的回顾得出结论,医疗保健提供者需要“时间和空间来评估他们的信仰和整体情况,然后再将精神融入他们的专业范围”。然而,尽管美国超过84%的医学院表示他们的课程涉及灵性与健康之间的关系,但许多关于该主题的专门课程是选修课。此外,虽然许多机构的院长承认与患者讨论灵性问题的重要性,但只有25%的机构会增加课程时间来讨论这个话题。关于不同的医学院如何教授灵性在医疗保健中的作用,以及如何评估这些课程对学生成绩的影响,我们知之甚少。

为了指导我们医学院灵性和医学研讨会的发展,我们对医学院如何教授医学灵性进行了系统的文献回顾。本系统评价侧重于课程结构、所涉及的主题以及学生和课程评估的方法。

一、地点

大多数研究来自美国的医学院15/20(75%)。在这些研究中,5/15(33%)位于中西部,5/15(33%)位于东北部,4/15(27%)位于东南部,1/15(7%)位于西部美国。其余5/20(25%)的研究来自英国、澳大利亚、巴西和圣马丁。尽管还审查了来自世界其他地区(包括印度、伊朗、土耳其和中国)的研究,但它们侧重于识别医学生的精神问题,而不是向医学生教授灵性的方法,因此被阅读但未包含在我们的审查中。

二、临床前与临床

课程的时间在临床前和临床之间平均分配。在10门临床前课程中,有6门是为美国一年级和二年级学生设计的必修课程,而选修课程包括:2门来自英国医学院本科课程,1门来自巴西,1门是为了美国的二年级医学生。在临床年度和临床前研究中开设的10门课程平均分为选修课和必修课。一半需要作为临床见习轮换的一部分,包括精神病学、家庭医学、外科/麻醉学、医学(ICU)和姑息治疗。

三、必修课与选修课的效果

总的来说,11/20的20门课程中有一半以上(55%)是学生必修课。正如预期的那样,必修课的平均受众比选修课多(中位数;必修课:146名学生,选修课:26名学生)。虽然大多数强制性课程报告全员出席,但一门2小时的临床前课程报告了75%的出席率,尽管其本质上是强制性的。必修课的长度也往往比选修课短,6/11的必修课由1节课组成。多数必修课程通常有单独的临床经验课程,包括跟随牧师和练习从医院患者或标准化患者那里获得精神历史。

在9门选修课中,5/9是美国和澳大利亚的三年级和四年级医学生可以选择的临床选修课。可供临床前医学生选择的选修课程包括:英国2/9(22%)和巴西1/9(11%)的本科医学生,以及美国二年级医学生临床前选修课程的1/9。这些选修课程中的大多数都在8/9的多个课程中进行,时间从2周到12周不等,而单节课只开设一门选修课。

四、教学资源

大多数课程指定了用于教授学生灵性的资源 14/20 (70%)。值得注意的是,一半的课程使用来自研究文章或国家医疗保健差异报告的数据来介绍解决患者灵性在医学中的重要性。此外,许多课程为 7/10 (35%) 的学生指定了准备材料,所有这些课程本质上都是选修课。准备材料包括精选读物、DVD 和在线资源。选定的阅读材料包括科学研究以及涉及灵性和健康的小说和非小说类书籍。

在包括研究讨论的两门课程中,学生最不可能认为研究文章有用或令人愉快。然而,来自一门课程的学生反馈表明,他们认为所有材料都是有用且相关的,因此不建议从课程中删除对这些研究的讨论。此外,学生建设性地反馈,可在必修课后分配阅读材料。

五、精神历史

大多数课程教导学生如何学习精神历史 13/20 (65%)。其中提到的帮助记录精神历史的具体助记工具包括 FICA (信仰和信仰、重要性、社区、护理中的地址)、HOPE (希望的来源、有组织的宗教的作用、个人灵性和实践、对医疗保健的影响) 和 FEPICATA (信仰和信仰、存在意义、宗教或精神实践、重要性或影响、社区、在实践中需要帮助、对终结或终结的影响生活护理、治疗中的行动),以及菲切特的 7 × 7 精神评估模型。

在课后调查中,学生们一致表示,他们在课程结束后对学习精神历史更有信心。然而,这些研究报告了关于这些课程对患者护理造成不同结果的影响。Musick 及其同事的随机研究结果表明,花了六周时间讨论一个突出的灵性主题案例的学生比讨论其他案例的学生更有信心学习灵性历史,但他们的能力没有显著差异。关于标准化患者面谈的平均得分普遍偏低 (51%),这表明该面谈可能过于具有挑战性。另一方面,另外两项研究报告说,与对照组相比,接受灵性训练的学生在标准化病人考试中的表现有所提高。除了病人护理的变化,向学生传授灵性也对他们将灵性纳入医学的态度产生了积极影响。研究前后的问卷普遍表明,课程结束后,学生更有可能同意与患者讨论灵性相关课题。

六、宗教与灵性

大多数课程 11/20 (55%) 专门报告讨论宗教和灵性之间的差异。一项研究表明,虽然大多数学生在课前将灵性与宗教等同起来,但学生们在课后能够区分两者。即使在没有专门比较宗教和灵性的课程中,学生们也始

终高度重视与同龄人公开讨论他们的宗教和灵性经历的能力。

七、自我反省

大多数课程 14/20 (70%) 包括自我反思的一部分。这些课程中的反思途径包括写作 6/14 (43%)、小组讨论 4/14 (28.5%) 或两者兼而有之 4/14 (28.5%)。学生们经常提到在小组环境中进行自我反省的机会是一种优势。特别是,Baruch 和他的同事报告说,在与医疗 ICU 的牧师一起四处走动后,学生们发现讨论和反思他们的经历的能力是治疗性的。书面反思通常在课程结束时提交,而定性分析被用来评估学生的学习成果。

八、病人和牧师的经历

绝大多数课程报告了患者护理的体验或实践部分 17/20 (85%)。这些经验包括讨论患者情景 3/17 (18%)、跟随医生或牧师 4/17 (23.5%)、练习通过角色扮演或采访医院或标准化患者 6 (35%) 或组合来了解精神历史情景、阴影和采访 4 (23.5%)。值得注意的是,不包括实际应用的 3 门课程是在临床见习期间开设的;其中 2 门课程使用标准化患者来评估学生的学习成果,但在课程本身期间没有报告任何患者体验。

此外,大多数课程让学生了解医院牧师在患者护理中的作用 13/20 (65%)。在这些课程中,牧师通常是 5/13 (38%) 辅导员,在查房时被跟随以更好地了解他们在医院的日常实践 7/13 (54%),或两者兼而有之 1/13 (8%)。研究中反复出现的一个主题是,在这些课程中加入牧师可以让学生更好地理解精神关怀的资源,并增加与牧师一起工作的舒适度。

九、学生接待

学生通过李克特式问卷 3/20 (15%)、书面反馈 5/20 (5%) 或两者 11/20 (55%) 评估课程。只有一项研究没有报告学生对课程的反馈。总体而言,无论课程是选修课还是必修课,灵性课程都深受学生欢迎。学生通常提到的优势领域包括为公开讨论创造一个安全的空间,与医生和牧师进行个人接触,以及学习可转移到患者护理的具体技能的能力。需要改进的领域包括增加对各种宗教的教学接触以及花费更多时间与患者互动。

十、学生学习评估

课程通过多种途径检查学生的学习情况,包括课前或课后李克特量表问卷 7/20 (35%)、书面反思或报告 5/20 (25%)、标准化患者考试成绩 2/20 (10%),或这三个 6/20 (30%) 的组合。通过问卷评估,报告了增加的理论知识、引出精神历史的能力和有关精神护理资源

的知识。然而，两项研究报告说，获得的技能落后于知识的增长，这说明了患者实践经验的重要性。书面反思的主题包括对分享自己故事的教职员和患者的赞赏，增加就医的动力，以及在跟随牧师后对患者体验的新视角。

有三项研究（20%）将干预组与对照组进行了比较，以评估灵性训练对临床患者互动的影响。如前所述，Musick 及其同事表明，在标准化的患者就诊过程中，对照组和干预组之间的表现没有显著差异。相比之下，Oso'rio 及其同事报告说，干预组的学生在理论知识测试和标准化患者的技能评估中得分更高。同样，Schmidt 及其同事证明，干预队列中的学生在短期内标准化患者就诊期间使用 FICA 的比率更高。最后，Chibnall 及其同事报告说，女性显示出从宗教意识培训中受益，标准化的患者在记录精神历史时报告“更好的情感行为”。

只有三项研究（30%）系统地评估了学生学习的长期成果。Atkinson 及其同事对参加课程后的学生进行了长达 15 个月调查，报告称许多学生有时（42%）或总是（12%）将宗教和灵性纳入患者管理。此外，38% 的学生建议为患者进行牧师会诊。Schmidt 及其同事报告说，虽然干预组在研讨会后 4 个月的标准化患者接触中使用 FICA 的比率较高（干预：88%，对照组：72%），但在对照组中的学生使用 FICA 的比例同样低，研讨会后几个月（干预：64%，控制：63%）。同样，King 及其同事报告说，在年终标准化患者考试中，65% 的学生认识到患者的精神关注，其中只有 57% 的学生提出了至少一个后续问题。

十一、讨论

我们的系统评价显示，关于培训医学生灵性课程的已发表论文数量虽少但数量不断增加，而过去十年发表的系统评价中包含 13/20 20（64%）项研究。这些计划分为医学院的临床前和临床，重点是改善患者护理，并尊重患者有权按照联合委员会的要求满足他们的精神需求。大多数课程包括关于如何学习精神历史或如何进行精神评估的教育。此外，接触牧师在患者护理中所扮演的角色是一个反复出现的主题，许多课程都使用牧师作为教师，并为学生提供一对一跟随牧师的机会。了解如何以及何时转诊患者，以进行精神护理咨询可能是确保患者在医疗期间的精神需求得到满足的最重要工具之一。几项研究中提到的另一个学习目标是描述宗教和灵性之间的区别。这种差异说明了为什么医生需要解决所有患者的精神问题，无论他们的患者或他们自己的宗教

信仰如何。最后，反思性写作和讨论是已确定课程 14/20（70%）的大部分课程的主要组成部分。许多专家指出，为学生提供一个安全的保密空间来反思案例和概念对学生非常有帮助。对过去经历的反思可以帮助学生理解我们自己的历史，有时，偏见会影响我们对患者表达同情心和同理心的方式，并且可以帮助确定个人需求并培养情绪恢复力。

在课程结构方面，只需要一半的课程，教授医学生灵性知识所需的时间从 1 到 2 小时到几周的完整课程（总共最多 32 小时）不等。可以理解的是，必修课的平均观众人数是选修课的四倍，但通常只持续一堂课。那些报名参加精神问题选修课的学生很可能是在向合唱团讲道；这些学生通常已经确信灵性在患者护理中的相关性和重要性，或者至少愿意学习更多。另一方面，必修课程可以帮助那些可能还不了解为患者甚至可能为自己解决精神痛苦的重要性的人。即使一门课程不能在短时间内说服这些人，让学生接触灵性主题可以引发其对作用在患者健康中的反思。几项研究表明，即使通过标准化的患者体验或跟随牧师来短暂接触精神痛苦的患者，也可以挑战学习者在患者护理中解决灵性问题的先入之见，并使他们更敏感地接受其对全人护理的影响。

通过论文或李克特量表问卷等方法，对课程和学生学习的评估大多是主观的。此外，在几门课程中，对学生进行精神历史的能力以及他们解决所发现问题进行了评估。讨论患者情景和角色扮演，包括使用标准化的精神困扰患者，是临床前几年几门课程的一部分，旨在评估学生的学习技能和课程内容的有效性。但是，对于如何评估这些技能并没有统一的标准。此外，只有 3 项研究系统地评估了该课程的长期结果。两项通过标准化患者考试的研究表明，只有大约 65% 的学生认识到患者的精神问题并记录了精神历史。

在我们的系统评价中，学生对课程的主观反馈总体上是积极的。学生们普遍认为患者体验、牧师在患者护理中的作用以及在小组中反思和讨论的机会是课程中最有价值的方面。常见的改进建议包括增加对所教宗教的接触和多样性，以及更多时间用于患者访谈。

十二、限制

最重要的限制是可用的研究数量少，并且难以评估课程的有效性。具有稳健评估的研究在短时间内包括少数学生。显然，可能有更多的学校将这个主题作为其他课程的一部分来教授。医生的榜样也没有在这里评估，也很难衡量，对个别学生来说可能非常重要。

十三、建议

虽然这篇综述重申越来越重视教授精神护理技能以改善患者护理,但仍有几个问题没有得到解答。其中一些未知因素包括评估课程影响的最佳方法、整个课程中课程的时间安排(临床前、临床或两者的需要)以及学生对解决患者护理中的灵性的态度的变化。理想情况下,未来的研究也将研究该课程的长期影响,因为目前文献中很少有研究报告长期结果。课程对个别学生的重要性也很难评估,但理解起来非常重要。

作者建议,向医学生教授医学灵性的实用方法将是一个简短的强制性课程,该课程可以是独立的研讨会,也可以嵌入现有的沟通技巧课程中。本次会议要解决的重要主题包括教学生宗教和灵性之间的区别、如何记录精神历史、如何识别处于精神困境中的患者,以及牧师在跨专业医疗团队中的作用。此外,学生应该有机会应用他们学到的技能,最好是通过直接的患者访谈,或者通过标准化的患者访谈、与其他学生的角色扮演或讨论案例场景。最后,应该为学生提供安全的空间来讨论和反思他们的经历。

本系统评价中的几项研究计划了与牧师进行1-2轮班的一对一跟随机会。同样,我们学校的三年级学生会会在住院临终关怀服务部门度过一天,在姑息治疗服务部门度过一天,以进一步让他们与患者及其家人就灵性和宗教进行艰难的讨论。在整个医学院鼓励反思性写作也是我们学校教授终身学习和个人成长的一种方法。

参考文献:

[1]Cook, D. A., & Reed, D. A. (2015). Appraising the quality of medical education research methods: The medical education research study quality instrument and the Newcastle - Ottawa Scale-Education. *Academic Medicine*, 90(8), 1067 - 1076.

[2]Culliford, L. (2009). Teaching spirituality and health care to third-year medical students. *The Clinical Teacher*, 6(1), 22 - 27.

[3]DeFoor, M. T., Moses, M. M., Flowers, W. J., & Sams, R. W. (2020). Medical student reflections: Chaplain shadowing

as a model for compassionate care training. *Medical Teacher*, 1 - 7.

[4]Fitchett, G. (2002). *Assessing spiritual needs: A guide for caregivers*. Lima, OH: Academic Renewal Press.

[5]Frazier, M., Schnell, K., Baillie, S., & Stuber, M. L. (2015). Chaplain rounds: A chance for medical students to reflect on spirituality in patient-centered care. *Academic Psychiatry*, 39(3), 320 - 323.

[6]Gomez, S., White, B., Browning, J., & DeLisser, H. M. (2020). Medical students' experience in a trauma chaplain shadowing program: A mixed method analysis. *Medical Education Online*, 25(1), 1710896.

[7]Smothers, Z. P. W., Tu, J. Y., Grochowski, C., & Koenig, H. G. (2019). Efficacy of an educational intervention on students' attitudes regarding spirituality in healthcare: A cohort study in the USA. *BMJ Open*, 9(4), e026358.

[8]Talley, J. A., & Magie, R. (2014). The integration of the "spirituality in medicine" curriculum into the osteopathic communication curriculum at Kansas City University of medicine and biosciences. *Academic Medicine*, 89(1), 43 - 47.

[9]The Joint Commission. (2010). *Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care: A roadmap for hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission.

[10]Trzeciak, S., & Mazzarelli, A. (2019). *Compassionomics: The revolutionary scientific evidence that caring makes a difference*. Pensacola: Studer Group.

[11]VanderWeele, T. J., Balboni, T. A., & Koh, H. K. (2017). Health and spirituality. *JAMA*, 318(6), 519.

[12]Wachholtz, A., & Rogoff, M. (2013). The relationship between spirituality and burnout among medical students. *Journal of Contemporary Medical Education*, 1(2), 83 - 91.

[13]Yoon, J. D., Daley, B. M., & Curlin, F. A. (2017). The association between a sense of calling and physician well-being: A national study of primary care physicians and psychiatrists. *Academic Psychiatry*, 41(2), 167 - 173.