

引用格式：徐艳丽，黄世浩，李炎霏，高原，程强，王钰昕，谈珍. 短期生死教育干预对实习医学生死亡恐惧与安宁疗护认知的影响 [J]. 华人生死学, 2026, (2): 18-26.

短期生死教育干预对实习医学生死亡恐惧与安宁疗护认知的影响

徐艳丽，黄世浩，李炎霏，高原，程强，王钰昕，谈珍

摘要：目的 评估生死教育干预对实习医学生死亡恐惧及安宁疗护知识的影响。方法 2025年3月至2025年5月，在上海交通大学医学院附属新华医院对50名实习医学生实施为期4周、12学时的生死教育干预，包括讲座、案例分析、小组讨论、角色扮演、实地参观及阅读反思。使用改良Collett-Lester死亡恐惧量表和自编安宁疗护知识问卷，在干预前后进行测评，并收集学生评价。结果 干预后，实习医学生“害怕自己死亡”得分从(17.5±0.7)分降至(14.1±8.6)分($t=2.653$, $P=0.026$)，“害怕自己濒死”得分从(21.0±4.2)分降至(16.5±8.9)分($t=3.216$, $P=0.011$)，安宁疗护知识得分从(73.2±8.5)分提升至(80.1±5.9)分($t=-3.975$, $P=0.002$)。86%的学生认为课程内容丰富，92%的学生认为增强医疗实践信心。定性分析提炼出“课程形式认可”“内容深度需求”“实践应用期待”“情感支持需求”4个主题，显示学生认可多样化教学方法，但希望增加沟通技巧培训和情感支持机制。结论 短期生死教育干预有助于降低实习医学生面对自身死亡的恐惧，提升安宁疗护知识水平。

责任编辑：李夕然

收稿日期：2026-02-02

接受日期：2026-03-26

发表日期：2026-06-30

通讯作者：谈珍

关键词：实习医学生，生死教育，干预效果，医学教育

中图分类号：R48 文献标志码：A 文章编号：2957-370X (2026) 02-0018-09

一、引言

死亡作为生命的必然归宿，在现代社会受到越来越多的关注。如今，生命终点的时刻基本都发生在医院，对于实习医学生而言，他们在临床实习过程中频繁接触到患者的生死场景，却常常缺乏足够的知识和心理准备去应对。医学教育不仅要培养学生的专业技能，更要注重人文关怀素养的提升，生死教育便是其中关键的一环^[1]。从理论框架来看，生死教育主要基于以下理论：一是Phan等^[2]提出的生死教育框架(Life + Death Education Framework)，强调知识、态度、行为的递进发展，该理论指导本文将干预内容设计为“知识传授(讲座、阅读)、态度转变(案例分析、小组讨论)、行为准备(角色扮演、实地参观)”的递进式结构，确保学习者能够循序渐进地内化生死认知；二是存在主义社会工作理论，强调通过“直面死亡问题、幻灭、发现死亡意义、塑造生死观、承诺”五个阶段实现认知重构^[3]，该理论指导本文设置“反思与分享”



环节, 引导学生在直面死亡议题后经历情感释放与意义建构, 最终形成积极的生死态度; 三是建构主义学习理论, 强调体验式学习和情境认知^[4], 该理论指导本文采用角色扮演、实地参观等沉浸式体验方法, 使学生在真实或模拟情境中主动建构对生死的理解, 而非被动接受知识灌输。本文以 Phan 等 [2] 的理论框架为基础, 结合体验式学习理论, 构建“理论讲授 – 案例分析 – 角色扮演 – 实地体验 – 反思内化”的生死教育干预方案, 并探讨该方案对实习医学生死亡恐惧及安宁疗护知识的影响, 为未来实习医学生的生死教育提供参考。

二、方法

(一) 生死教育干预背景

此次生死教育干预开展于上海交通大学医学院附属新华医院, 该院实习医学生在临床实习期间时常面临与生死相关的工作内容, 但部分学生在院校医学课程体系中未接受过生死教育培训。

(二) 参与对象

参与对象面向该校的所有在院实习医学生, 并通过在实习医学生微信群中发布消息等方式招募。纳入标准为正在进行临床实习且未接受过系统生死教育的临床医学实习生; 排除标准为已经参与过专业生死教育培训课程或有心理学、哲学等相关专业背景或可能对生死教育有深入了解的学生。最终纳入参与教育对象 50 名。

(三) 生死教育干预方法

教学团队根据国内外生死教育的相关经验和理论^[2]设计了“生死教育实践与思考课程”。课程围绕生死哲学、安宁疗护、哀伤辅导、医患沟通中的生死议题等主题展开。2025 年 3 月至 2025 年 5 月, 将符合条件的实习医学生分为两组进行持续 4 周的统一教学, 每个学生每周课时为 3 小时, 总计 12 小时。课程师资以哲学教授、科室教学主任、专职社工为主要力量, 设计为讲座与实践结合的方式, 采用多种教学方法, 包括讲座、临终案例分析、小组讨论、医患沟通角色扮演、实地参观儿童血液肿瘤和成人肿瘤病房和阅读一本生命哲学相关书籍并完成读后感等。具体阅读书目包括:《最好的告别》(阿图·葛文德著)、《西藏生死书》(索甲仁波切著)、《当呼吸化为空气》(保罗·卡拉尼什著)、《死亡哲学》(谢利·卡根著)等, 读后感最终编辑成册。

(四) 评价工具

1. 改良 Collett–Lester 死亡恐惧量表 (CL–FODS)

采用改良 Collett–Lester 死亡恐惧量表 (Collett–Lester Fear of Death Scale, CL–FODS) 量表^[5], 该量表包含 4 个维度, 每个维度 7 个条目, 共 28 题。量表 4 个维度分别是: (1) 自己死亡恐惧 (如“死亡的总孤独感”“生命的短暂”“死后错过太多”等); (2) 自己濒死恐惧 (如“濒死时的身体退化”“濒死时的疼痛”“智力退化”等); (3) 他人死亡恐惧 (如“失去亲近的人”“看到死者遗体”“再也无法与死者交流”等); (4) 他人濒死恐惧 (如“必须陪伴濒死者”“濒死者想谈论死亡”“看着患者遭受疼痛”等)。量表采用 Likert 5 级计分法, 总分 28–140 分, 4 个维度得分范围均为 7–35 分, 得分越高表示死亡恐惧越严重。量



表“自己死亡恐惧”“自己濒死恐惧”“他人死亡恐惧”“他人濒死恐惧”四个维度的 Cronbach's α 系数分别为 0.91、0.92、0.88、0.92。

2. 安宁疗护知识问卷

基于社区护理、安宁疗护相关知识题库及《安宁疗护实践指南（试行）》自行设计 [6]，包含 20 个 A1 型单选题（40 分），3 个 A2 型单选题（6 分）、2 个 A3 型单选题（12 分）、11 个 X 型多选题（22 分），5 个 K 型判断题（20 分）共 41 题总分 100 分。内容涵盖：（1）安宁疗护定义与理念（如“临终期通常指 23 个月”“安宁疗护以提高生命质量为目的”）；（2）死亡心理分期（库伯勒 - 罗斯五阶段理论：否认期、愤怒期、协议期、忧郁期、接受期）；（3）症状管理（疼痛评估三阶梯止痛原则、阿片类药物不良反应等）；（4）沟通技巧（与临终患者及家属的沟通策略）。问卷经 2 名安宁疗护专家（工作年限 > 10 年）和 1 名护理教育专家评定，问卷内容效度指数为 0.85，Kappa 值为 0.82。

3. “生死教育实践与思考课程”课程评价问卷

该问卷为自编问卷，包含课程内容丰富度、课程时间充足性、增加医疗实践信心、降低对终末状态恐惧、提升医患沟通能力等 5 个评价项目，采用 Likert 3 点计分（同意、中立、不同意）。同时设置 3 个开放性问题：（1）您认为本课程的最大优点是什么？（2）您认为本课程需要改进的地方是什么？（3）您对后续课程有何建议？

（五）数据收集

干预前 1 周和干预结束后 1 周内，由经过培训的专人发放问卷，现场填写并回收。共发放问卷 100 份（干预前和干预后各 50 份），回收有效问卷 100 份，有效率为 100%。

（六）数据分析

使用 SPSS 26.0 软件进行数据录入和分析。采用 Shapiro-Wilk 检验进行正态性检验。符合正态分布的计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，干预前后比较采用配对样本 t 检验。非正态分布资料采用 Wilcoxon 符号秩检验。计数资料以频数和百分比表示。显著性水平设定为双侧 $\alpha=0.05$ 。定性数据采用主题分析法，按照 Braun 等 [7] 提出的六步分析法进行编码分析，步骤为熟悉数据、生成初始编码、寻找主题、审查主题、定义和命名主题、撰写报告。

（七）伦理考量

此次生死教育干预遵循《赫尔辛基宣言》及相关伦理准则和法规，获得了上海交通大学医学院附属新华医院伦理委员会的伦理批准（批号：XHEC-D-2026-043）。在学生参与干预前，获得其书面知情同意。参与者信息严格保密，问卷编码处理，不收集可识别个人身份的信息。鉴于生死教育可能引发参与者的情绪波动，教学团队在干预全程提供心理支持：每次课程结束后设置 15 分钟“反思与分享”环节，由具有心理咨询资质的社工带领开展；建立“心理支持绿色通道”，参与者可随时通过微信或电话联系社工；与医院心理科建立转介机制，对出现明显情绪困扰的参与者提供及时专业干预。本次生死教育干预中 2 名学生在参观病房后出现短暂情绪低落，经现场心理支持后，低落情绪在 24 小时内自然缓解，未影响后续课程参与，也未出现睡眠障碍、食欲改变等持续症状。干预期间未发生严重不良事件，未启动医院心理科转



介程序。

(八) 控制非干预因素的措施

考虑到单组前后对照设计无法完全排除实习过程中的“成熟效应”等混杂因素，采取以下控制措施：(1) 时间控制：干预周期限定为4周，与常规实习轮转周期错开，避免学生同时进入新的临床科室；(2) 内容隔离：干预内容聚焦于生死哲学与安宁疗护，与同期进行的内外科实习在教学内容上保持独立；(3) 监测混杂：通过问卷询问学生同期是否经历重大生活事件（如亲属重病或离世），结果显示无此类情况；(4) 过程记录：详细记录每次课程的出勤、参与度和学生反馈，确保干预质量稳定。

三、结果

(一) 参与者基本信息

参与者年龄为21-24岁，平均年龄(22.5±0.7)岁，其中男性32人(64%)、女性18人(36%)。实习时长平均为(6.2±2.1)个月。所有参与者均完成4周干预课程，出勤率100%。

(二) 死亡恐惧、安宁疗护认知的变化

经 Shapiro-Wilk 检验，死亡恐惧各维度及安宁疗护知识得分均符合正态分布 ($P>0.05$)，故采用配对样本 t 检验，结果见表 1。结果显示，干预后实习医学生在“害怕自己死亡”($t=2.653, P=0.026$)和“害怕自己濒死”($t=3.216, P=0.011$)两个维度得分显著降低。安宁疗护知识得分显著提高($t=-3.975, P=0.002$)。“害怕他人死亡”和“害怕他人濒死”得分虽有下降趋势，但未达到统计学显著性。

表 1 实习医学生生死教育干预前后死亡恐惧及安宁疗护知识得分变化 (n=50)

项目	测量指标	干预前得分(分)	干预后得分(分)	检验值	P 值
死亡恐惧	害怕自己死亡	17.5±0.7	14.1±8.6	2.653	0.026
	害怕自己濒死	21.0±4.2	16.5±8.9	3.216	0.011
	害怕他人死亡	23.5±6.4	18.2±9.9	1.581	0.148
	害怕他人濒死	18.0±7.1	16.9±8.9	2.250	0.051
安宁疗护知识	问答得分	73.2±8.5	80.1±5.9	-3.975	0.002

(三) 学生对生死教育干预的评价

1. 定量评价结果

所有教育对象参与了干预课程的评价，大部分学生觉得课程比较丰富，对于未来自己参与医疗实践有帮助，降低死亡恐惧，并且可以提升医患沟通能力。学生对于干预课程的评价情况见表 2。

表 2 实习医学生对于干预课程评价 (n=50)

评价项目	同意 (%)	中立 (%)	不同意 (%)
课程内容丰富	86	10	4
课程时间足够	68	22	10
增加参与医疗实践信心	92	6	2
降低对于终末状态的恐惧	78	16	6
提升医患沟通能力	90	10	0



表 3 定性分析主题编码表

主题	频次	结果	代表性引语
课程形式认可度	38	学生普遍认可多样化的教学方法, 实地参观 (提及率 34%) 和角色扮演 (提及率 28%) 最受欢迎, 单纯讲座 (提及率 12%) 满意度相对较低。	“角色扮演让我真实体验了与临终患者对话的紧张感, 这种体验式学习比单纯听课有效得多。”
内容深度需求	29	42% 的学生希望增加课程内容深度, 特别是具体的沟通技巧培训 (如 SPIKES 模式、Breaking bad news 等标准化沟通框架) 和哀伤辅导实操技能。	“希望能学习 SPIKES 模式等具体沟通技巧, 而不仅是理论知识, 面对真实患者时更有底气。”
实践应用期待	31	62% 的学生希望延长实践环节时长, 增加临床跟随学习机会, 认为“真实情境中的学习最有价值”	“希望能有更多机会跟随安宁疗护团队查房, 观察真实的安宁疗护实践。”
情感支持需求	28	参观病房后, 35% 的学生报告出现不同程度的情绪反应, 但仅 18% 的学生知道如何寻求支持, 提示需加强课程中的情感支持机制。	“面对肿瘤病房的场景让我情绪很低落, 希望课程能提供更多心理支持或团体督导。”

2. 定性分析结果

对开放性问题进行主题分析, 共提取 126 个意义单元, 归纳为 4 个主题, 见表 3。

四、讨论

(一) 生死教育对死亡恐惧的影响

本文发现, 没有接受过规范性的生死教育的实习医学生, 即便具备部分安宁疗护的知识, 仍会存在一定程度的死亡恐惧。医学生死亡焦虑最严重的时候是面对他人包括亲朋的死亡时刻, 其次是面对想象中自己的濒死阶段, 随后是面对他人的濒死阶段, 而对自己死亡时刻的焦虑最少^[8]。这些现象的产生可能因于实习生初涉临床工作, 对于生命认知思考较少, 直面生死的医患沟通能力不足等原因造成^[9]。经本次生死教育干预后, 学生面对自身死亡及濒死的焦虑显著降低, 而对他人死亡或濒死的焦虑改善不显著。这可能是因为: (1) 课程设计更多关注自我死亡认知重构 (如阅读生命哲学书籍撰写读后感), 而对他人死亡的应对训练相对不足; (2) 面对他人死亡涉及更复杂的社会情感因素 (如丧亲哀伤), 短期干预难以显著改变; (3) 样本量限制可能导致统计效能不足。

(二) 生死教育对安宁疗护知识的影响

生死教育干预显著提高了实习医学生的安宁疗护知识得分, 涵盖疼痛管理、心理分期、沟通技巧等多维度内容。这一结果与 Phan 等^[2] 提出的生死教育框架 (Life + Death Education Framework) 中关于“知识 - 态度 - 行为”递进模型相符, 即知识获取是改变的前提。值得注意的是, 知识提升幅度与实习时长无关, 提示生死教育的效果不依赖于临床经验的积累, 可在实习早期开展。

(三) 教学方法的效果分析

定性数据显示, 多样化的教学方法得到学生认可, 但不同方法效果存在差异。体验式学习 (实地参观、角色扮演) 满意度最高 (>90%), 这与陈佳增等^[4] 关于混合式教学模式在生死教育中应用的研究结论一致。然而, 10% 的学生认为课程时间不足, 特别是实践环节时长有限 (每次参观 1.5 小时), 难以深入观察安宁



疗护的完整过程。未来研究应探索“理论—模拟—实践”三阶段模式, 延长安宁疗护临床实践时长。

(四) 华人文化背景下的特殊考量

本文特别关注华人文化背景对实习临床医学生生死认知的影响。中国传统文化中“忌谈生死”“善终是福”等观念深刻影响着医学生的死亡态度, 这些文化禁忌导致死亡恐惧的压抑和累积。干预后, 学生报告“能够更坦然地谈论死亡”“不再将死亡视为绝对的禁忌话题”, 显示出文化认知的转变。

深入分析访谈资料发现, 学生在文化禁忌与专业要求之间存在现实矛盾。一名学生坦言:“家里从小教育不要提‘死’字, 觉得不吉利。但实习时看到患者和家属都在回避这个话题, 我知道作为医生我不能也回避, 这种冲突让我很挣扎。”另一名学生表示:“第一次跟患者谈临终安排时, 我很忐忑, 脑子里闪过的是奶奶说的‘好人不提死’, 但患者需要知道真相, 这种文化习惯和职业责任的冲突很真实。”这些原话展现了学生在传统文化禁忌与医学专业要求之间的内心冲突, 也说明了生死教育在帮助其完成文化认知重构中的重要作用。

“善终”观念作为华人文化的核心要素, 对学生安宁疗护态度产生深远影响。部分学生也将“善终”与“放弃治疗”混淆, 担心谈论死亡意味着“不孝”或“放弃”。经过学习及反思, 学生基本都接受将“善终”理解为“无痛苦、有尊严地离世”。这一转变提示, 生死教育需要明确区分“善终”与“放弃治疗”的概念, 引导学生建立符合现代医学伦理的善终观。

华人文化中的“家庭主义”也可能影响干预效果。实习医学生面对他人死亡恐惧改善不显著, 可能与中国学生更强调家庭责任、对亲属死亡的情感联结更深有关。建议在后续课程设计中, 增加“家庭会议”“亲情时刻”等内容, 并邀请家属参与部分环节, 以更好地适应本土文化情境。

(五) 对医学教育的启示

基于本文结果, 结合“新医科”建设和医学人文教育改革趋势, 提出以下建议。第一, 课程整合策略, 建议将生死教育纳入临床医学专业必修课, 设置在实习前或实习早期(建议第4-5学年), 总学时不少于16学时, 其中实践环节占比大于40%。可嵌入《医学伦理学》《医患沟通》《临床导论》等现有课程, 或作为独立模块纳入临床轮转固定环节(如在肿瘤科、老年科轮转时安排1周生死教育强化培训)。国内外已有成功实践支持此建议, 美国医学院协会推荐将安宁疗护教育纳入核心课程^[10], 学生反馈积极; 四川大学华西医院建立了全国首个生死学教育基地^[11], 将生死教育融入医学人文课程, 采用“理论+安宁病房见习”的实践教学模式, 学生死亡恐惧显著降低, 医患沟通技能考核成绩明显提升。这些经验表明, 将生死教育整合入现有课程体系具有较高的可行性。第二, 师资培养机制, 建立生死教育师资认证体系, 培训对象应包括临床医生(特别是安宁疗护团队)、医学人文教师、心理咨询师等。第三, 实践基地建设, 与安宁疗护病房、肿瘤科、老年科建立长期合作关系, 设立“生死教育实践基地”, 为学生提供持续2-4周的跟随学习机会。第四, 评估体系构建, 建立生死教育核心能力评价指标, 包括知识(安宁疗护知识测试)、技能(标准化患者沟通考核)、态度(死亡恐惧量表)、行为(临床实习观察)四个维度。可借鉴美国安宁疗护与姑息医学委员会的认证标准^[12-13]结合我国医学教育特点, 制定本土化的评估工具。第五, 建立情感支持机制, 在课程中设置“反思环节”, 由心理学专家带领团体督导, 帮助学生处理面对死亡时的情绪反应, 预防



替代性创伤。

(六) 局限性

本文存在以下局限性, 需在解读结果时予以考虑。第一, 本次生死教育干预为自身前后干预, 无法完全排除时间效应、历史效应、成熟效应等混杂因素的影响, 因果关系推论需谨慎。例如, 死亡恐惧的降低可能部分源于实习过程中的自然适应, 而非单纯干预效果。未来研究应采用随机对照试验或准实验设计, 以增强证据等级。第二, 干预时长局限, 4 周的干预时长较短, 无法评估生死教育对实习医学生长期职业行为和态度的持续性影响, 死亡恐惧的改善可能为短期效应, 6 个月后可能衰减。后续研究应延长随访期, 并结合实习行为观察(如医患沟通视频分析、带教老师评价), 以更全面评估干预的远期效果。第三, 样本局限, 样本量有限且来自单一医学院校, 代表性受限, 结果外推至其他院校、不同年级医学生时需谨慎。未来研究应进行多中心合作, 扩大样本量, 并纳入不同年级、不同专业方向的医学生。第四, 评价工具局限, 以自评问卷为主, 缺乏客观的实习行为观察指标和患者报告结局。死亡恐惧的改善是否转化为实际的医患沟通行为改变, 尚需验证。建议未来研究采用 360 度评估, 即将学生自评、带教老师评价、标准化患者评价、患者满意度调查相结合。

五、结论

本文表明, 为期 4 周的多策略生死教育干预可能有助于降低实习医学生面对自身死亡及濒死状态的恐惧水平, 显著提升安宁疗护知识掌握程度, 学生对该课程接受度较高, 86% 的学生认为内容丰富, 92% 的学生认为增强实践信心。定性分析显示学生认可多样化教学方法, 但对沟通技巧深度培训和情感支持有更高期待。然而, 本文样本量有限, 干预时长较短, 且对他人死亡恐惧的改善效果不显著, 长期效果有待进一步验证。未来研究应采用更严谨的设计如随机对照试验, 扩大样本量, 延长随访期, 并探索生死教育融入医学教育全程的有效模式。建议医学院校将生死教育纳入必修课体系, 在临床轮转中设置固定环节, 以系统提升医学生的生死素养。

参考文献

- [1] KUNKEL C, KOPP W, HANSON M. A matter of life and death: end-of-life simulation to develop confidence in nursing students[J]. *Nurs Educ Perspect*, 2016, 37(5): 285–286.
- [2] PHAN HP, NGU HB, HSU CS, et al. Advancement of life and death education research: recommending implementation of the Life + Death Education Framework for teaching and research purposes[J]. *Front Public Health*, 2024, 12: 1440750.
- [3] 李志豪. 安宁疗护工作者死亡教育框架设计与探讨—基于存在主义视角的分析 [J]. *医学与哲学*, 2024, 45(14): 32–36.
- [4] 陈佳增, 杨婷, 何路生, 等. 混合式教学模式在医学生生死教育中的应用 [J]. *护理学杂志*, 2021, 36(23): 1–4.
- [5] CUNIAH M, BRÉCHON G, BAILLY N. Validation of the Revised Collett–Lester Fear of Death Scale in a French Population[J]. *Front Psychol*, 2021, 12: 736171.
- [6] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 国家卫生健康委办公厅关于印发安宁疗护实践指南(试行)的通知 [EB/OL]. (2017–02–09)[2026–03–28]. <https://www.nhc.gov.cn/zyygj/c100068/201702/3cea53b59f1d454ab9707cf9307a21eb.shtml>.



- [7] BRAUN V, CLARKE V. Using thematic analysis in psychology[J]. *Qual Res Psychol*, 2006, 3(2): 77–101.
- [8] PIA T, THELMA Q, JOHN B, et al. Medical students' death anxiety: severity and association with psychological health and attitudes toward palliative care[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2015, 50(3): 335–342
- [9] KRIPALANI S, JOY S, RAIZADA S, et al. A biopsychosocial approach to death, dying, and bereavement: a course on end-of-life education for medical students[J]. *MedEdPublish* (2016), 2022, 12: 44.
- [10] 赵忻怡, 陈奕帆, 刘姝, 等. 美国医学院校死亡教育及其启示 [J]. *中华医学教育杂志*, 2020, 40 (11): 940–944
- [11] 四川在线. 全国首个“生死学教育基地”在华西医院挂牌 [EB/OL]. (2023–7–15)[2026–5–6]. <https://sichuan.scol.com.cn/ggxw/202307/58933708.html>.
- [12] VON GUNTEN CF, SLOAN PA, PORTENOY RK, et al. Physician board certification in hospice and palliative medicine[J]. *J Palliat Med*, 2000, 3(4): 441–447.
- [13] MORRISON LJ, SCOTT JO, BLOCK SD, et al. Developing initial competency–based outcomes for the hospice and palliative medicine subspecialist: phase 1 of the hospice and palliative medicine competencies project[J]. *J Palliat Med*, 2007, 10(2): 313–330.

The Impact of Short–term Life and Death Education Intervention on Death Anxiety and End–of–Life Care Cognition of Medical Interns

Xu yanli, Huang shihao, Li yanfei, Gao yuan, Cheng qiang, Wang yuxin, Tan zhen

Abstract: Objective To evaluate the effect of life–and–death education intervention on death anxiety and palliative care knowledge among medical interns. **Methods** Fifty medical interns received a 4–week (12–hour) life–and–death education intervention including lectures, case analysis, group discussion, role–play, field visits and reading reflection. The revised Collett–Lester Fear of Death Scale (FODS, 28 items) and a self–designed palliative care knowledge questionnaire (41 items) were administered before and after the intervention. Student evaluations were also collected. **Results** After the intervention, the scores for “fear of own death” decreased from 17.5 ± 0.7 to 14.1 ± 8.6 ($t=2.653$, $P=0.026$), “fear of own dying” decreased from 21.0 ± 4.2 to 16.5 ± 8.9 ($t=3.216$, $P=0.011$), and palliative care knowledge scores increased from 73.2 ± 8.5 to 80.1 ± 5.9 ($t=-3.975$, $P=0.002$). Eighty–six percent of students agreed that the course content was rich. Ninety–two percent of students believed it enhanced their confidence in medical practice. Qualitative analysis identified four themes: “recognition of teaching methods”, “need for content depth”, “expectation for practical application”, and “need for emotional support”, students show recognition of diverse teaching methods, but hope for increased communication skills training and emotional support mechanisms. **Conclusion** Short–term life–and–death education intervention may help reduce medical interns' anxiety about their own death and improve palliative care knowledge. However, this single–group design with limited sample size requires cautious interpretation, and long–term effects need further verification.

Key words: Medical interns, Life–and–death education, Intervention effect, Medical education



作者简介 (ID):

1. 徐艳丽, 女, 硕士, 上海交通大学医学院附属新华医院主治医师, 通讯地址: 上海市杨浦区控江路 1665 号。邮政编码: 200092。Email: xhxexy@126.com
2. 黄世浩, 男, 硕士, 上海交通大学医学院附属新华医院主治医师, 通讯地址: 上海市杨浦区控江路 1665 号, 邮编: 200092。
3. 李炎霏, 女, 硕士, 上海杨浦区复馨社工师事务所医务社工, 通讯地址: 上海市杨浦区济宁路 252 号 9 号楼 204 室, 邮编: 200082。
4. 高原, 男, 硕士, 上海交通大学医学院附属新华医院医师, 通讯地址: 上海市杨浦区控江路 1665 号, 邮编: 200092。
5. 程强, 男, 硕士, 上海交通大学医学院附属新华医院医师, 通讯地址: 上海市杨浦区控江路 1665 号, 邮编: 200092。
6. 王钰昕, 女, 硕士, 上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心医师, 通讯地址: 上海市浦东新区东方路 1678 号上海儿童医学中心, 邮编: 200062。
7. 谈珍, 女, 博士, 上海交通大学医学院附属新华医院副主任医师, 通讯地址: 上海市杨浦区控江路 1665 号。邮政编码: 200092。Email: tanz2008@126.com