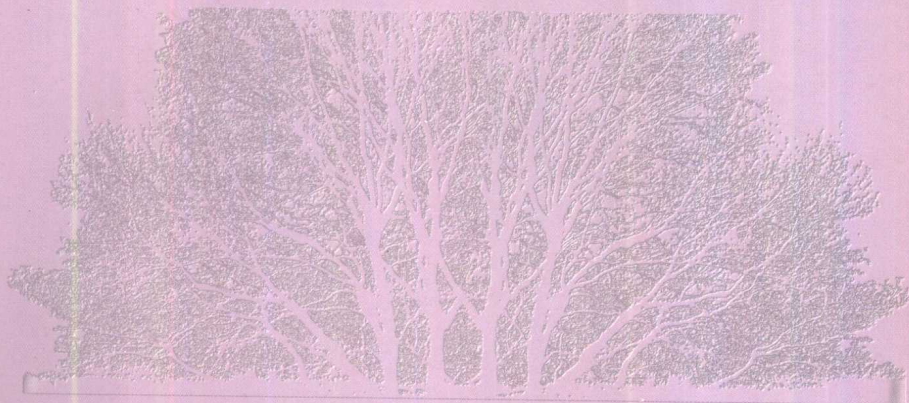


临终关怀学

李义庭 李伟 刘芳 付丽 李芳 著

中国科学技术出版社



临终关怀学



李义庭 李 伟 刘 芳 著
付 丽 李 芳

中国科学技术出版社
·北京·

图书在版编目 (CIP) 数据

临终关怀学 / 李义庭等著 .—北京: 中国科学技术出版社 .2000.12

ISBN 7-5046-2985-5

I. 临... II. 李... III. 临终关怀 IV. R48

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2000) 第 83134 号



中国科学技术出版社出版

北京市海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码: 100081

电话: 62179148 62173865

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经营

北京印刷学院实习工厂印刷

*

开本: 850 毫米 × 1168 毫米 1/32 印张: 8.5 字数: 225 千字:

2000 年 12 月第 1 版 2000 年 12 月第 1 次印刷

印数: 1-5000 册 定价: 20.00 元

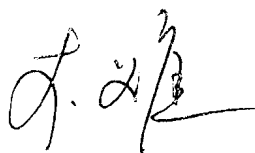
医学职业的神圣，就在于它能够挽救人的生命；

医学职业的崇高，就在于它能够为人类创造生命和幸福；

医学职业的悲哀，就在于它没有能正确地把握医学目的；

医学职业的遗憾，就在于它误导了人们去追求不可能实现的个体生命的永生。

让我们把握神圣、追求崇高、战胜悲哀、永不遗憾，去创造 21 世纪生命健康的辉煌。

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. Zhang' (张纪), written in a cursive style.

2000年10月9日于北京



当秋天到来的时候，人们的勤奋耕耘终于赢得了丰硕的果实，我们也可以松一口气了——这部历经三载的著作终于划上了句号。尽管我们对此书尚有很多遗憾，但付梓之际，的确值得欣慰。

我们所研究的是一个非常敏感的课题，是一个与传统医学目的、传统道德相悖的命题，所以我们才感到非常沉重与不安。正因为如此，我们在这片处女地上的垦荒才更有意义。也正因为如此，我们对此书的编写绝不敢有丝毫的懈怠。撰写大纲由李义庭、刘芳、李伟提出后，反复酝酿、修改，尽管每个作者承担了具体章节的撰写，但整部书稿经参编者共同修改，融入了每一位作者的心血和思想。全书最后由李义庭、刘芳定稿。

在本书撰写过程中，我们参考了大量学术界同仁的论述，在此致谢。文字录入工作由首都医科大学李颖嘉、付丽两位老师完成，工作之余增加重负，毫无怨言，可钦可敬。

世纪更新，千年交替，这是我们酝酿已久的世纪梦想和千年情结。携着20世纪的辉煌，我们走进了朝霞满天新世纪的晨曦。

新的千年、新的世纪，需要新的理念；新的观念、新的思路，需要新的创造。在世纪之交这个举世瞩目的庄严时刻，我们将《临终关怀学》作为厚礼奉献给社会，奉献给全人类，奉献给新世纪。

李义庭 刘芳

2000年10月于北京

前 言

临终关怀一词源于英文 hospice，是指专门收容不治之症患者的场所。因此也可以将 hospice 译成“安息所”。也有的国外专家将临终关怀表述为：“end-of-life-care”。实际上临终关怀的本质是对无望救治病人的临终照护，它不以延长临终病人生存时间为目的，而是以提高病人临终生命质量为宗旨；对临终病人采取生活照顾、心理疏导、姑息治疗，着重于控制病人的疼痛，缓解病人痛苦，消除病人及家属对死亡的焦虑和恐惧，使临终病人活得尊严，死时安逸。还应为家属提供包括居丧期在内的心理、生理关怀，咨询及其他项目服务。

临终关怀事业的蓬勃兴起，不得不使我们追溯生命的起源。在生命进化的长河中，人和动物一样，都是自然界的产物。人类自从与动物揖别而作为高级生命诞生以来，已有近千亿的人依照生老病死的规律一代代地繁衍着，并推动着人类社会的发展与进步。个体生命从出生开始，就注定要走向死亡。我们的祖先与前辈面对生命死亡的现实，曾经用尽了各种方法去追求永远不可能实现的个体生命的永生，希望的破灭以至于虚幻出各种神话来“安慰”主体。最终，人类不得不承认这个残酷的、无法改变的事实：个体生命死亡的客观规律是不可抗拒的。历史发展到现代，人类才真正站到唯物观、历史观的基点上，用辩证法的思想来面对死亡及死亡方式，才开始了对临终关怀的探索与实践。

公元 1600 年，法国传教士在巴黎成立了“慈善修女会”，开辟院舍，专门收容孤寡老人、贫困者以及濒死无助的病人，初次显露出现代临终关怀的雏形。但是，开辟临终关怀先河的是英国。世界上第一个临终关怀机构（hospice）——“圣克里斯托弗

2 临终关怀学

安息所”于1967年在英国伦敦东南方的希登汉设立，它是由英国的桑德丝博士创立的，目的是为临终病人提供服务。目前，世界上已有70多个国家和地区建有临终关怀机构，英国已有100多所；美国1971年建立第一所，现发展较快。国际上已有专职从事临终关怀的专业人员，且发展较快，已受到了全社会的普遍重视。

我国在两千多年前成立的“庇护所”，是对临终病人关怀的雏形。以后的“养病房”、“安济房”、“普善堂”、“救济院”，都带有慈善和照顾病人、老人的意向。20世纪80年代以来，真正意义上的临终关怀在我国开始起步，并逐渐地引起了全社会的关注。1988年以来，临终关怀事业有所发展，但在全国各地发展得极不平衡。国内学术界也开始对临终关怀进行了有益的探索，个别的临终关怀医院开始建立，北京松堂临终关怀医院、天津医科大学临终关怀研究中心、上海市南江县退休职工护理医院、北京朝阳门医院第二病区相继建立，北京医学伦理学会专门设立了临终关怀专业委员会。社区医院、社区卫生服务、家庭病房的兴起，也正在改变我国以家庭善终为主的传统方式。另外，对临终关怀的研究和交流业已展开，北京、天津等地已分别召开过国际、海峡两岸临终关怀的研讨会，也有了从事临终关怀的专业人员，为临终关怀事业的发展奠定了基础，展示了临终关怀事业的美好前景。

但是，临终关怀进入我国仅仅十年多的时间，此项事业对公民甚至相当一部分医务人员来说还是个陌生的概念，许多人尚不能正确地理解临终关怀的真正意义。又由于几千年来传统死亡文化的桎梏，人们的生死观、尤其是死亡观还存在着很大的误区。临终关怀医院少，缺乏专业技术人员；缺乏医疗规范，临床操作程序的随意性较大；大医院大多未开设临终关怀病房；社区卫生服务远不能满足要求；由于传统死亡文化的影响，临终关怀还仅

局限在家庭范围内。临终病人自杀和医生“谋杀”或协助自杀的案例也并非罕见。

临终关怀是刚刚起步且又面向未来的伟大事业，仅从人口老龄化和居民死因顺位现实与未来的情况表明，要大力发展临终关怀事业、创造临终关怀模式已时不我待。

人口老龄化作为 21 世纪人类社会发展的主要特征，已引起全世界的广泛关注。联合国社会发展委员会在 1997 年召开的第 35 届会议上，提醒各会员国要“铭记 21 世纪老龄化是人类前所未有的，对任何社会都是一项重大的挑战”。国际上老年型社会通用的标准是，60 岁以上人口占总人口的比重达到 10%（或 65 岁以上人口占总人口的比重达到 7%）为人口老年型社会（或地区）。按照这个标准，我国的上海市、江苏省、北京市、浙江省和天津市已分别在 1979 年（10.2%）、1986 年（10.06%）、1987 年（10.36%）、1989 年（10.7% 和 10.4%）进入人口老龄化社会。我国在 1999 年已达到老龄化社会的标准。目前全国 60 岁以上的老年人口以每年 3.2% 的速度增长。2025 年 60 岁以上的老人将达到 2.8 亿，占总人口 18.4% 左右；2050 年将达到 4 亿左右，占总人口的 1/4 以上。老龄化社会的到来，使老年人（群体）对社会的需求与依赖性增强，使医疗、保健、临终关怀的任务加重。

据 1998 年全国卫生事业发展情况统计公报表明（《参见健康报》1999 年 4 月 17 日）1998 年城市地区居民死亡率为 6.17‰，居民病伤死亡原因中前五位死因顺位为：恶性肿瘤（139.28/10 万）、脑血管病（137.72/10 万）、心脏病（106.58/10 万）、呼吸系统疾病（86.84/10 万）、损伤和中毒（38.73/10 万）；农村地区前五位死因顺位为：呼吸系统疾病（142.06/10 万）、脑血管病（113.05/10 万）、恶性肿瘤（105.57/10 万）、心脏病（80.07/10 万）、损伤和中毒（69.22/10 万）。除损伤和中毒外，前四种死因

均与年龄相关。老年人患慢性病的人数呈上升趋势，有人预测，到2020年，世界发展中国家有3/4的死亡与老年病有关。人口老龄化对临终关怀是一个巨大的挑战。

构建中国的临终关怀模式是我们最根本的任务，也是医学专家的历史使命。模式，是对事物本质性看法的体现。临终关怀模式就是从总体上对临终关怀进行把握。从我国人口老龄化现实出发，借鉴国外临终关怀的经验，面向21世纪，可将临终关怀模式构建为：“一、三、九——PSD模式”。具体表述为“一个中心、三个方位、九个结合”。

“一个中心”：以解除临终患者的病痛为中心。临终患者在临终前是非常痛苦的，是常人难以忍受的，应给予临终者以特殊的政策。对临终者使用镇痛剂（如吗啡）应以病人的需要为前提，国家应给予相应的政策保证。临终关怀对临终患者进行姑息、心理治疗、护理、生活照顾是必须的，但是最核心的问题是为病人解除痛苦，这样才能使临终病人尊严、安逸地辞世，表现为对人的最大尊重，对人的本质、人的生命认识上的深化。临终关怀事业的开展将有利于减轻家庭成员精神、心理和经济的负担；有利于家庭和谐、发展，为社会创造更大财富；有利于为社会和人类节省人力和物力资源，使资源分配更加合理，促进经济发展和社会主义现代化建设。

“三个方位、九个结合”：在服务层面上，坚持临终关怀医院、社区临终关怀服务与家庭临终关怀病房相结合。要将临终关怀事业的发展，列入我国卫生事业和区域性卫生规划内，并认真组织实施。每个城市都建立具有一定规模的临终关怀医院，大城市以建立具有80~120张床位的6~8所医院为宜；中等城市应建立3~5所。还可以依据城区医院的布局，有计划地在综合大医院设立临终关怀病房。临终关怀医院应有专职临终关怀的医务人员（临床医生、心理医生、护师、护理员），并在医院建立医

学伦理临终关怀委员会，由医护专家、伦理专家、心理专家、法律专家和管理专家组成，负责处理临终患者的临终问题。由于临终关怀医院服务对象的特殊性，在医院的选址、环境营造、氛围、卫生等方面，应比其他的医院要求更严格、更优化。社区卫生服务的区域，城市应以街道医院、农村以乡镇医院为依托，来推动社区临终关怀事业。目前，或者在相当长的时间内，还应重点加强家庭临终关怀病房的建设，并同临终关怀医院一样建立规范化的操作规程。

在服务主体上，坚持国家、集体、民营相结合，共办临终关怀事业。发展具有中国特色的临终关怀事业，是一项庞大的系统工程，需要全社会的广泛参与，才能不断地将临终关怀事业引向深入。国家、集体是从事临终关怀事业的最重要主体，国家要制定相关政策、法规，以及相关的法律条文，并认真地组织实施。民办临终关怀事业是一支重要的力量，应充分支持与发展，使之发挥更大的效能。

动员全社会力量，大力开展死亡教育和临终关怀知识的普及和宣传工作，扩大临终关怀在公众中的影响，引起社会的重视与关注，使人们逐渐树立起与时代相适应的优死观；加强对临终关怀专业人员的培训，编写相关科普文章、教材，举办各种培训班、讲习班，在医科院校增设“死亡学”、“临终关怀学”等课程，逐渐形成一支临终关怀的专家骨干队伍；设立临终关怀学科专业，加强对临终关怀基本理论的研究，对传统生死观（儒家、道家、佛教、基督教）、死亡哲学、人性、医学模式、医学目的、安乐死、优死论、病人的权利、临终关怀服务模式、大卫生观、姑息治疗、善终、社会效益和经济效益等进行全面的研究。确定临终关怀的实施规程，规范优死程序，实行遗嘱和预嘱制度，使临终关怀在实践的治疗、操作、管理、善终等各个环节上规范化和科学化，为临终关怀的实践提供依据。

在服务费用上，坚持国家、集体和社会（团体或个人捐助）投入相结合。国家应拨专项经费支持临终关怀事业的发展，各级政府、国家企事业单位和集体单位也应对临终关怀有专项经费的投入，同时呼吁社会团体和个人予以捐助，设立临终关怀基金会，建立监督机制，保证基金的正常、合理使用。不断推进医疗保险制度的改革，促使临终关怀事业有较大的进展。

李义庭 刻芳

2000年12月



作者简介

李义庭,法学学士,教授,首都医科大学和北京市优秀中青年骨干教师、学科带头人,国家有突出贡献的专家,享有政府特殊津贴。

现兼任中华医学会医学伦理学会理事,全国高等医学院校医学伦理教学研究会常务副理事长,北京医学伦理学会副理事长、秘书长并任临终关怀专业委员会主任委员。

从事医学伦理学和生命伦理学研究20余年,共出版专著、著作和教科书10部(其中专著1部,主编6部),发表科研论文40余篇,总字数约180余万字,曾有7项研究成果获奖。

前言

第一章 临终关怀的实践与探索

- 第一节 临终关怀的历史…………… (2)
 - 一、临床关怀的追溯…………… (3)
 - 二、人类早期临终关怀的概况…………… (5)
- 第二节 临终关怀的现状…………… (8)
 - 一、现代临终关怀的发展…………… (8)
 - 二、国外著名临终关怀院简介…………… (9)
 - 三、我国较著名的临终关怀医院…………… (13)
- 第三节 临终关怀的发展趋势…………… (17)
 - 一、对临终关怀的理性思考…………… (17)
 - 二、临终关怀的临床实践发展…………… (20)
 - 三、临终关怀的规范化管理…………… (24)

第二章 临终关怀的本质

- 第一节 “社会沃母”界说…………… (30)
 - 一、“社会沃母”的提出…………… (31)
 - 二、“社会沃母”的实施…………… (32)
- 第二节 临终关怀的概念和特点…………… (34)
 - 一、临终关怀的概念…………… (34)
 - 二、临终关怀的特点…………… (41)
- 第三节 临终关怀的研究对象…………… (43)
 - 一、临终关怀的研究对象…………… (43)
 - 二、临终关怀的理论建设…………… (44)
 - 三、临终关怀的实践问题…………… (44)

四、临终关怀工作人员的从业要求	(45)
第三章 临终关怀的理论基础	(48)
第一节 人的本质	(48)
一、生物的进化	(49)
二、人的社会属性	(52)
第二节 后现代医学模式	(54)
一、生物医学模式	(54)
二、生物—心理—社会医学模式	(55)
三、生物—心理—社会—环境医学模式	(57)
第三节 医学目的	(60)
一、对医学目的的重新审视	(61)
二、目的选择	(63)
第四章 临终关怀与生命质量	(70)
第一节 生命本体论	(70)
一、生命的起源	(71)
二、人的生命	(73)
第二节 生命神圣论	(79)
一、历史背景及历史意义	(79)
二、生命神圣论的局限性	(82)
第三节 生命质量与生命价值	(86)
一、生命质量论	(87)
二、生命价值论	(90)
第五章 临终关怀道德	(94)
第一节 道德	(94)
一、道德	(95)
二、道德的社会地位和作用	(96)

第二节 医学道德	(99)
一、医德的功能	(100)
二、医德的理论基础	(102)
三、医德的内涵	(106)
第三节 临终关怀的道德原则	(108)
一、医德基本原则	(108)
二、临终关怀的道德原则	(111)
第六章 临终关怀与安乐死	(116)
第一节 我国传统的死亡观	(116)
一、儒家的死亡观	(116)
二、道家的死亡观	(119)
三、佛教的死亡观	(122)
第二节 死亡哲学	(124)
一、宗教理论中生与死的辩证法	(125)
二、哲人对死亡问题的回答	(126)
三、医学与哲学对死亡的认定	(129)
第三节 安乐死在临终关怀中的地位	(132)
一、安乐死的概念	(132)
二、安乐死的伦理之争	(134)
三、临终关怀与安乐死的异同	(137)
第七章 临终患者的心理治疗	(140)
第一节 临终者心理治疗的基础知识	(140)
一、心理学的历史发展	(140)
二、老年人的心理特点	(144)
第二节 对临终患者的心理关怀	(156)
一、临终者的心理反应	(156)
二、临终者的心理关怀	(158)

第三节 临终者的心理分析和治疗·····	(163)
一、心理分析·····	(163)
二、心理治疗·····	(164)
三、心理治疗的程序和步骤·····	(166)
第八章 临终关怀的服务模式·····	(170)
第一节 临终关怀的传统服务模式·····	(170)
一、人口老龄化的压力·····	(171)
二、传统的家庭养老方式的衰微·····	(173)
三、“单位”养老·····	(178)
第二节 养老保险与临终关怀机构·····	(179)
一、保险制度·····	(179)
二、临终关怀医院与普通医院的差异·····	(183)
三、临终关怀医院的基本标准·····	(184)
第三节 临终关怀的实践方式·····	(186)
一、家庭病床关护·····	(187)
二、社区卫生服务网络·····	(188)
三、多种关怀方式的结合·····	(192)
第九章 临终患者的姑息治疗·····	(196)
第一节 姑息治疗与积极治疗·····	(196)
一、临终者的姑息治疗·····	(196)
二、各系统疾病的姑息治疗方案·····	(199)
第二节 疼痛的控制·····	(206)
一、药物控制疼痛·····	(207)
二、非药物控制疼痛·····	(207)
三、药物剂量及给药方法·····	(208)
第三节 不适症状的解除·····	(209)

第十章 临终关怀与护理	(212)
第一节 护理在临终关怀中的地位	(213)
一、护理在临终关怀中的重要意义	(213)
二、临终关怀护理的注意事项	(215)
第二节 临终护理的特征与原则	(219)
一、临终护理的特征	(219)
二、临终护理的原则	(221)
第三节 生活护理与对家属的关怀	(225)
一、一般生活护理	(225)
二、几种老年常见病的特殊护理	(229)
三、对年轻临终患者及其家属的关怀	(232)
第十一章 临终关怀的解除	(236)
第一节 临终过程与临终方式	(237)
一、老年人的生死观	(237)
二、临终过程	(238)
三、临终方式	(240)
第二节 善终	(242)
一、我国的善终习俗	(242)
二、临终前的准备	(246)
第三节 善后	(249)
一、送终	(249)
二、居丧期家属的心理特征	(250)
三、善后	(250)
参考资料	(252)