

积极老龄化背景下我国老年人善终现状及启示

薛云珍¹, 马婷¹, 王偌敏², 李丽珠³, 周旻¹

Good death in the elderly under the background of active ageing in China and the enlightenment Xue Yunzhen, Ma Ting, Wang Ruomin, Li Lizhu, Zhou Min

摘要:随着医疗技术的发展,人类的预期寿命普遍延长,同时患有非传染性疾病的负担却越来越大。因缺乏相应的应对方式,大部分老年人在低质量的生存状态下度过余生。本研究引入积极老龄化的理论,从健康和参与两个方面入手,探讨了积极老龄化在实现善终中的意义,并将其应用于善终教育中,旨在为提升我国老年人晚年生活质量,推动善终教育事业提供发展提供参考。

关键词:积极老龄化; 老年人; 善终; 生活质量; 临终关怀; 缓和医疗; 国际功能、残疾和健康分类

中图分类号:R473.72 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2021.14.106

由于生活方式和环境变化、医疗技术的提高,人类预期寿命普遍延长,非传染性疾病包括冠心病、脑卒中、癌症、2型糖尿病和慢性肾脏疾病等成为目前全球成人死亡和残疾的主要原因^[1]。随着人口的增加,特别是老年人口的增加,非传染性疾病的全球负担将进一步增加。其中,60岁以上的全球人口是受非传染性疾病影响最严重的年龄组,预计在2000~2050年期间人数将翻一番^[2]。在这种情况下,患者的死亡过程可能会延长,患有严重疾病和相关问题的患者会活上几个月到几年^[3]。随着年龄的增长,症状负担不断加重,甚至出现失能或者半失能状况,致使大部分老年人晚年生活质量低^[4]。中国传统文化讲究“五福”,包括长寿、富贵、康宁、有德以及善终。作为五福之一的善终,是所有老年人希望的结局,在现实生活中,一些老年人因遭受病痛折磨而痛不欲生,越来越多的个体面对衰老和死亡缺乏应对。有研究提出临终关怀和舒缓医疗能在一定程度上提高老年患者的生活质量,最终实现善终,但受传统文化的影响,以及专业人才的缺失,大部分老年人在生命末期难以得到良好的照护^[5]。积极老龄化是在应对人口老龄化挑战中提出的重要政策和重要战略计划^[6],指的是一种使人们能够实现其终身福祉的潜力。立足本土,将积极老龄化作为理论指导植入善终教育,关怀老年人生活质量,有助于打造老年人善终教育及人文关怀的中国模式。

1 相关概念

1.1 积极老龄化 2002年世界卫生组织在第2次世界老龄大会上正式提出积极老龄化概念,并将其定义为老年人不仅要维持身心健康,还应积极参与社会经济、政治、精神文化和社会公务等,在保障晚年生活

质量的同时,还可以为社会创造价值,此外,在需要时能够得到社会的保障。通过这种良性循环提高老年人晚年生活质量。终身学习被认为是积极老龄化的另一个组成部分^[7]。根据欧洲的积极老龄政策,积极老龄化的对象既涉及一般健康的老年人,还包括需要照顾的虚弱和残疾老年人,通过健康、参与和保障三大核心要素使得老年人能够在整个生命过程中实现其身体、社会和心理健康的潜力^[8]。其核心思想在于以老年获得感的正能量来平衡老年丧失的负能量^[9]。积极老龄化为我国探索适用于中国国情的老龄人口养老和发展之路提供了全新的视角,也为老年人在老年期维持身心的良好状态、实现生命价值提供了重要指导意义。

1.2 善终的概念及内涵 对于什么是善终,人们还没有达成共识。1972年,Weisman教授^[10]最先对善终进行了定义,他提出善终是每个人意识到并接受即将来临的死亡,且能够妥善处理重要的事情,安详离世。1997年,美国医学研究所对善终的定义是:对患者、家人和照顾者来说,没有遭受可避免的痛苦和疼痛;大体上符合患者和家属的意愿;与临床、文化和道德标准合理地一致^[11]。但有学者认为并没有所谓的善终的外部标准,更多地取决于临终者的观点^[12]。1998年,Emanuel等^[13]提出了善终的重要环节:患者的个人特点、可变化的经历、照护系统的干预和总体结果,并将自我的完整性和获得尊重作为衡量善终的指标。之后不同学者先后对善终的概念进行研究,但由于个人感知、信仰和社会文化背景的不同,善终并没有被普遍定义。在我国,善终被认为是一件喜庆之事,是人人期望的结局,且经常会涉及个人伦理责任的完成或重要事情的交代。中国人在面对死亡时,大多数人首先会想到或考虑的是人伦责任未尽的问题,一个人只有完成了正常的家庭生活,履行了家庭责任,“才有脸见列祖列宗”,才算实现了善终^[14]。周玲君等^[15]指出:有尊严地去世、没有疼痛、不会成为亲人的负担、重要事情已处理或已交待,是善终最应具

作者单位:1.山西医科大学人文社会科学学院(山西太原,030001);2.

山西信托股份有限公司;3.山西省精神卫生中心

薛云珍,女,博士,教授,系主任, xueyunzhen@sxmu.edu.cn

科研项目:国家社会科学基金项目(19BSH168)

收稿:2021-02-26;修回:2021-04-20

备的条件。

虽然善终的概念经常被强调为一种非常个性化的目标,且随着疾病进展到生命的终点,人们对死亡的主观看法往往会发生改变^[16]。但可以确定的是,与侵入性治疗相比,老年人可能更希望能够自主和拥有更好的认知和生理功能^[17],同时还包括不成为负担、人生使命的完成、没有遗憾和安详离世等。

1.3 临终关怀、缓和医疗和国际功能、残疾和健康分类(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)的概念及内涵 临终关怀是一种专注于在患者生命末期,帮助患者控制症状、减轻疼痛的同时,还为其提供心理、社会和精神方面的全面照护。最终目的是使其可以没有疼痛、安静、有尊严地离世^[18]。缓和医疗是指从疾病的诊断到生命末期,通过减轻疼痛和控制症状,给予患者及家属心理、社会和精神上的支持来提高其生活质量^[19]。缓和医疗倡导的三大理念,即人本理念、整体观和积极生死观,可以全面提升患者的生活质量,促使在亲人的陪伴中安详、没有痛苦以及有尊严离世,真正实现生死两相安,生死两无憾的善终^[20]。ICF 是世界卫生组织颁布的用来描述健康及与之相关的理论和应用模式,可广泛应用于保健、社会保障、就业、科学研究、制定计划和政策和人类发展等各个领域^[21]。其通过分析疾病、残疾和其他健康状况对身体功能与构造、活动与参与、背景、环境和个人的影响,构建了相关的理论框架和分类体系,整合了生物、心理、社会、环境各方面的因素,对于为人们提供更好的保健和服务,提升生活质量具有重要的意义^[22]。

2 我国老年人善终实现中的问题

2.1 我国老年人善终现状 在“重生讳死”的传统文化中,出于对死亡的畏惧,或者对失去亲人的恐慌,人们重复选择带走生命活力的、侵入性的过度治疗方法。大部分老年人的晚年在病痛中挣扎,难以善终。当下研究者高度关注患者死亡质量,并将人生命末期的死亡质量等同于人走向死亡过程中如何减少身心痛苦的问题^[23]。根据 2015 年《经济学者》智库发布的全球死亡质量指数报告^[24],中国大陆居民的死亡质量综合得分在 80 个国家中仅排在第 71 位,综合得分 23.3 分(百分制),低死亡质量下,善终必然难以实现。当代医疗技术的不断发展,除了提高预期寿命外,还对人口的死因模式产生了深远影响^[25]。对于老年人而言,除了突发性死亡与癌症导致的死亡以外,大部分老年人面临长期消耗性的临终状态,如慢性病。多重慢病下,老年人发生残障和死亡的风险提高,且随着年龄的增长,这种状态严重损伤了老年人的功能状态和生活质量。一项关于癌症患者善终现状的研究发现,大部分癌症患者除了承受灾难性的经济负担外,还经历了极大的身体痛苦和死亡焦虑^[26]。

张韵等^[27]基于中国老年人健康长寿影响因素调查中的死亡老人数据,分析了老年人临终状态及影响因素,发现近一半的老年人是在痛苦中离世的。

2.2 我国老年人善终干预的现状 国内外大量研究结果表明,在临床中对癌症患者进行临终关怀教育干预能显著减轻其癌症相关症状,改善心理状态,提高临终前生活质量^[28]。但目前,我国国内临终关怀服务尚未普及,临终关怀教育得不到重视^[29]。随着医疗服务模式的转变,慢性病等非传染性疾病的发病率和病死率的增高,缓和医疗在慢性疾病领域的应用得到越来越多学者的关注。研究结果表明,缓和医疗能够显著改善患者与健康相关的生活质量^[30-31]。但与临终关怀相似的是,舒缓医疗在我国的可及性有限,且整体质量相对较低^[32],难以满足大部分老年人的照护需求。ICF 目前已经广泛应用于临床护理。相关研究结果表明,在 ICF 模式下,不仅能有效缓解患者的疼痛症状,同时,还能提高其日常生活能力和社会参与,显著提高患者的生活质量^[33],对于帮助患者实现善终具有重要的指导意义。还有研究者探讨了如何将 ICF 应用于社区康复服务体系,结果表明,对于增强社区人群健康、康复、教育,提高社区居民生活质量方面具有积极的促进作用^[34]。

综上,当前的善终干预措施在我国发展比较缓慢,且主要集中于临床。事实上,只有在实现临终姑息护理可及性之时,善终才有可能出现,而且只有在临终姑息护理从可及性升至优质化后,优逝善终的可能性才能变得更大^[23]。王树生^[35]通过梳理现代临终关怀运动的议题、理论资源与实践经验,最终提出临终不属于医护机构、社会工作机构及临终者亲属,而是临终者的生命本身。与对职业生涯、身心健康、社会保障等个人事务的管理相似,衰老、临终与死亡方式的规划应当成为“自我生活规划”的重要组成部分。但很少有研究对此提出切实可行的指导建议。

3 积极老龄化在善终中的应用

有研究者提出,虽然死亡前几小时或几天很重要,但重点应放在死亡前几个月和几年症状以及需求增加时,干预措施可对患者和家庭的福祉产生重大影响^[36]。全社会普遍缺乏老年人功能衰退和失能预防的理念,大多数只关注失能失智后的康复和照护,其实应该把关口前移,在政策和务实层面更加注重预防。因此,应关注死亡之前的所有时间,而不是死亡前几分钟,这样更有价值和意义。相对于保障,健康和参与更侧重于老年人自身意愿和需求,因此本研究主要从这两方面进行论述。

3.1 健康在实现善终中的积极意义 健康是个体生存和实现自身价值最基本的条件。积极老龄化中健康是指通过一系列广泛的政策干预措施,包括预防、有效治疗、减少孤独和孤立的社会支持,预防和减轻

残疾、慢性疾病和过早死亡的负担^[37]。对于老年人来说,随着年龄的增加,发生心血管疾病、癌症、糖尿病和痴呆等非传染性疾病的危险因素逐年增加。即使没有非传染性疾病,老年人的功能和独立性也通常由于认知和身体能力(如肌肉力量、平衡、心血管耐力)的下降而降低^[38]。在善终教育中,鼓励更好地老龄化或积极老龄化可以确保老年人积极进行健康管理,最大限度地享受他们的生活^[39]。积极老龄化健康还强调减少孤独和孤立的社会支持。世界卫生组织认为,社会支持是积极老龄化的关键决定因素,因为强大的社会联系对老年人的生活满意度和主观幸福感具有重要意义^[40]。也有研究表明,随着年龄的增长,支持性的社会关系与自我效能感的提高相关^[41],能够显著降低抑郁^[42]和全因死亡风险^[43],因此可以促进积极情绪,也可以作为压力的缓冲器^[44]。积极老龄化能够指导老年人维持良好的身心状况,对于实现善终具有重要意义。

3.2 参与在实现善终中的积极意义 参与是指持续参与社会经济活动^[45],在这一过程中老年人不仅可以创造社会价值,同时也是对自我价值的认可,还可以达到丰富老年人精神文化生活的目的。这一阶段的个人通常已经退休,在为不可避免的死亡做准备的同时反思他们之前的生活。当个体接近死亡时,他们面临着对生命整体的评估和对自我的接受。获得完整的人会自我接受和宽容他人,对自己的生活感到满意^[46]。有研究者将老年生活满意度描述为一种基于宽泛的、抽象的价值(如做了重要的事情,是一个好人等),而不是实现具体的目标^[47]。在这之前,个人可能拥有许多机会体验一个更积极的衰老体验,如继续参与学习,获得更多技能和知识,不仅有助于延长工作寿命,而且有助于提高老年人自力更生的能力^[48]。另外,持续参与社会活动,在活动过程中提高自我效能感,有助于老年人保持一定的认知和生理功能。持续参与社会活动,还有助于老年人更好地融入社会,过上有尊严的晚年生活。在参与的维度下,积极老龄化有助于老年人实现晚年生命价值,对于实现善终具有重要意义。

4 积极老龄化对我国善终教育的启示

在积极老龄化的背景下,老年人被看作创造社会价值的重要群体,被鼓励独立、参与、照顾、自我充实和尊严。同时,积极老龄化概念避免直接从死亡角度对老年人进行干预,更容易让老年人接受。基于以上分析结果,并结合我国实际情况,笔者提出以下政策建议,以期提高老年人的积极老龄化水平,对未来有更适合自己的规划,实现善终。①树立积极老龄化的观念,即使停止有偿工作,进入居家护理,也可以积极地选择和授权。首先通过生命教育,使老年人认识到人口老龄化本质上只是一种自然过程,是一个中性词

根,鼓励在老年人间形成一种友好氛围,并积极参与社会活动,而非与社会隔离。其次,对老年人进行积极老龄化教育宣讲,使其认识到人口老龄化现状,并形成一种积极养老观,鼓励老年人独立、自我照顾、自我充实。鼓励老年人做一些力所能及的事情,提高自我效能感的同时,实现生命价值。②努力维持健康,预防和减轻残疾以及慢性疾病,同时延缓与衰老有关的精神问题,提高生存质量。首先需要引导老年人认识衰老和预防衰老,可以结合 ICF 相关理论和方法,指导老年人根据自身情况,合理进行个体健康规划,汲取知识性技能,坚持健康生活方式,并适当进行身体活动,维持健康体能。其次,需要指导老年人构建积极的社会支持网络,寻求来自家庭、社区和社会更多的社会支持。最后,鼓励老年人学会独立生活以及与孤独相处,对现实环境有正确的认知,并进行适应性的自我调整。③积极参与社会活动,维持对人类有意义的社会角色和活动,实现自身的社会价值。首先,可以向老年人宣讲居家不出对身心的损害,以及积极参与社会活动的意义,提高其参与的热情。其次,定期组织社区活动,鼓励老年人充分参与,在参与的过程中体验参与活动的满足感,并收获友谊和情感支持。最后,终身学习是积极变老的有效方法,需要鼓励老年人不断学习,并尝试新的事物,如通信技术的使用等。

参考文献:

- [1] Mendis S, Davis S, Norrving B. Organizational update: the World Health Organization global status report on noncommunicable diseases 2014; one more landmark step in the combat against stroke and vascular disease [J]. *Stroke*, 2015, 46(5):121-122.
- [2] Muka T, Imo D, Jaspers L, et al. The global impact of non-communicable diseases on healthcare spending and national income: a systematic review [J]. *Eur J Epidemiol*, 2015, 30(4):251-277.
- [3] Clark J, Barnes A, Campbell M, et al. A life or "good death" situation? A worldwide ecological study of the national contexts of countries that have and have not implemented palliative care [J]. *J Pain Symptom Manage*, 2019, 57(4):793-801.
- [4] Davidson P M, Phillips J L, Dennison-Himmelfarb C, et al. Providing palliative care for cardiovascular disease from a perspective of sociocultural diversity: a global view [J]. *Curr Opin Support Palliat Care*, 2016, 10(1):11-17.
- [5] 马文敏. 医生如何促进善终的达成——谈善终与缓和医疗 [J]. *中国医学人文*, 2018, 4(6):10-12.
- [6] Foster L, Walker A. Active and successful aging: a European policy perspective [J]. *Gerontologist*, 2015, 55(1):83-90.
- [7] Stenner P, McFarquhar T, Bowling A. Older people and

- active ageing: subjective aspects of ageing actively[J]. *J Health Psychol*, 2011, 16(3):467-477.
- [8] Walker A, Maltby T. Active ageing: a strategic policy solution to demographic ageing in the European Union [J]. *Int J Soc Welf*, 2012, 21(1):117-130.
- [9] 宋晓莹, 曹洁. 积极老龄化视域下社会网络对老年人再就业的影响效应研究[J/OL]. *中国矿业大学学报(社会科学版)*: 1-15 (2020-12-04) [2021-02-22]. <http://202.207.193.112:8000/rwt/CNKI/http/NNYHGLUDN3WXTLUPMW4A/kcms/detail/32.1593.c.20201202.1145.004.html>.
- [10] Weisman A. *On dying and denying*[M]. New York: Behavioral Publications, 1972:65-78.
- [11] Field M J, Cassel C K. Approaching death: improving care at the end of life[J]. *Geriatr Nurs*, 2010, 19(6):344-345.
- [12] Scarre G. Can there be a good death[J]. *J Eval Clin Pract*, 2012, 18(5):1082-1086.
- [13] Emanuel E J, Emanuel L L. The promise of a good death [J]. *Lancet*, 1998, 351(Suppl 2):21-29.
- [14] 尚海明. 善终、凶死与杀人偿命——中国人死刑观念的文化阐释[J]. *法学研究*, 2016, 38(4):61-78.
- [15] 周玲君, 郭向丽, 赵继军. 临床护士对善终观念认识的调查分析[J]. *解放军护理杂志*, 2008, 25(24):25-27.
- [16] Raisio H, Vartiainen P, Jekunen A. Defining a good death: a deliberative democratic view[J]. *J Palliat Care*, 2015, 31(3):158-165.
- [17] Fried T R, O'Leary J, Van Ness P, et al. Inconsistency over time in the preferences of older persons with advanced illness for life-sustaining treatment [J]. *J Am Geriatr Soc*, 2007, 55(7):1007-1014.
- [18] 陆宇晗. 我国安宁疗护的现状与发展方向[J]. *中华护理杂志*, 2017, 52(6):659-664.
- [19] 杨萍, 严金川, 刘培晶, 等. 缓和医疗在慢性心力衰竭治疗中的应用进展[J]. *实用老年医学*, 2020, 34(12):1223-1226.
- [20] 马文敏. 医生如何促进善终的达成——谈善终与缓和医疗[J]. *中国医学人文*, 2018, 4(6):10-12.
- [21] 邱卓英. 《国际功能、残疾和健康分类》研究总论[J]. *中国康复理论与实践*, 2003, 9(1):7-10.
- [22] 燕铁斌, 章马兰, 于佳妮, 等. 国际功能、残疾和健康分类(ICF)专家共识[J]. *中国康复医学杂志*, 2021, 36(1):4-9.
- [23] 景军, 王健, 冷安丽. 生命代价之重与优逝善终之难——一项有关晚期癌症患者调查研究的启示[J]. *社会学评论*, 2020, 8(4):62-76.
- [24] The economist. The 2015 Quality of death index: ranking palliative care across the world. (2015) [EB/OL]. (2015-08-18) [2021-01-17]. <https://www.linkedin.com/pulse/quality-death-index-2015-economist-insights-reno-sio>.
- [25] 黄婉婷. 中国高龄老人临终照护对临终状态的影响研究[J]. *现代商贸工业*, 2020, 41(7):74-75.
- [26] Addington-Hall J M, Karlsen S. Age is not the crucial factor in determining how the palliative care needs of people who die from cancer differ from those of people who die from other causes[J]. *J Palliat Care*, 1999, 15(4):13-19.
- [27] 张韵, 陆杰华. 痛苦抑或安详: 中国老年人临终状态及其影响因素的实证探究[J]. *人口与发展*, 2017, 23(2):80-91.
- [28] 韩燕, 尤佳. 临终关怀对老年癌症患者生活质量的影响[J]. *当代护士*, 2019(7):70-72.
- [29] 王明丽, 蔡芳芳. 我国临终关怀教育面临的问题[J]. *吉林医药学院学报*, 2020, 41(6):431-433.
- [30] 侯莉. 前言——缓和安宁疗护在非癌疾病治疗中的应用现状[J]. *实用老年医学*, 2020, 34(12):1217-1222.
- [31] 杨萍, 严金川, 刘培晶, 等. 缓和医疗在慢性心力衰竭治疗中的应用进展[J]. *实用老年医学*, 2020, 34(12):1223-1226.
- [32] 韩娜, 于世英, 褚倩. 安宁疗护的核心症状和常用药物[J]. *医学与哲学*, 2018, 39(4):10-13.
- [33] 魏进, 高修明. 基于 ICF 炎症性肠病简要版的综合护理在溃疡性结肠炎病人康复护理中的应用[J]. *护理研究*, 2020, 34(17):3133-3137.
- [34] 杨桃, 王国祥, 邱卓英, 等. 基于 ICF 的社区体育活动服务架构与指导方法研究[J]. *中国康复理论与实践*, 2019, 25(11):1241-1247.
- [35] 王树生. 超越孤寂: 文明进程中的临终关怀及死亡[J]. *社会科学*, 2020(12):79-89.
- [36] Emanuel E J, Emanuel L L. The promise of a good death [J]. *Lancet*, 1998, 351(1):21-29.
- [37] Walker A, Zaidi A. New evidence on active ageing in Europe[J]. *Inter Econ*, 2016, 51(3):139-144.
- [38] Singh M A F. Exercise comes of age: rationale and recommendations for a geriatric exercise prescription[J]. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2002, 57(5):262-282.
- [39] Smith G L, Banting L, Eime R, et al. The association between social support and physical activity in older adults: a systematic review[J]. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 2017, 14(1):1-21.
- [40] Marmot M. The solid facts: the social determinants of health[J]. *Health Promot J Austr*, 1999, 9(2):133-134.
- [41] Kouvonen A, De Vogli R, Stafford M, et al. Social support and the likelihood of maintaining and improving levels of physical activity: the Whitehall II Study[J]. *Eur J Public Health*, 2012, 22(4):514-518.
- [42] Schnitger R I B, Wherton J, Prendergast D, et al. Risk factors and mediating pathways of loneliness and social support in community-dwelling older adults[J]. *Aging Ment Health*, 2012, 16(3):335-346.
- [43] Valtorta N, Hanratty B. Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? [J]. *J R Soc Med*, 2012, 105(12):518-522.
- [44] Fiori K L, Antonucci T C, Cortina K S. Social network typologies and mental health among older adults[J]. *J*