

第十八章 临终关怀

1. 正确解释下列概念：临终、临终关怀、濒死、脑死亡。
2. 正确说出临终关怀的组织形式。
3. 正确陈述临终关怀的主要内容及基本原则。
4. 简述对临终患者及丧亲者的心理护理要点。
5. 利用护理模型人正确完成尸体护理的操作，要求步骤正确、连贯，态度严肃认真。
6. 举例说明临终患者的心理变化并制订相应的护理措施。

案例

张某，男，50岁，因食欲缺乏、面色灰暗、进行性消瘦近1个月，在家属陪同下到某医院就诊，经过近一周的检查，确诊为“胰腺癌晚期伴肝转移”，建议保守治疗。

问题：

1. 患者得知病情可能会出现哪些心理反应？
2. 患者的家人和朋友可以提供怎样的帮助？
3. 护士该如何正确帮助患者度过剩余的时间？
4. 护士应如何帮助家属并实施死亡教育？

第一节 临终关怀

人生都要经历从生到死的过程。死亡作为一种不可避免的客观存在，是每个人都无法抗拒的命运。临终是人生必然的发展阶段，在人生的最后旅途中最需要的是关爱和帮助。护理人员在临终护理中发挥着重要的作用，所以应掌握相关的理论知识和技能，了解患者身心两方面的反应，帮助临终患者减轻痛苦，提高生存质量，树立正确的死亡观，使他们能正确面对死亡，并能安详、舒适、平静、有尊严地接受死亡，让家属在患者死亡后没有留下任何遗憾和阴影；同时护士需对临终患者家属给予疏导和安慰，以保持其身心健康。

一、临终关怀的概念和意义

(一) 临终关怀的概念

1. 临终 临终(dying)又称濒死，一般指由于各种疾病或损伤而造成人体主要器官能趋于衰竭，经积极治疗后仍无生存希望，各种迹象显示生命活动即将终结的状态。临终是生命的最后阶段，但对于临终的时限，不同的国家有不同的界定标准。美国认为无治疗意义，估计只能存活6个月以内的患者为临终患者。日本以2~6个月存活时间为终末阶段。我国以2~3个月预计寿命为临终状态。

2. 临终关怀 临终关怀(hospice care)又称善终服务、终末护理、安宁照顾等。英文原意

是"招待所"、"济贫院"、"小旅馆"的意思，随着现代医学模式的改变，临终关怀的内涵发生了改变。目前认为临终关怀是向临终患者及其家属提供包括生理、心理、社会、灵性等全面的医疗与护理照顾。其宗旨是满足临终患者身心的需要，使其能舒适、安详、有尊严地度过人生最后的时期。因此临终关怀不仅是一种服务，而且更是一门以探讨临终患者的生理、心理需求和为临终患者提供全面照料及减轻患者家属精神压力的学科临终关怀符合人类追求生命质量的客观要求;是社会文明进步的标志;也是我国卫生保健体系自我完善的社会系统工程。临终关怀把医学对人类所承担的人道主义精神体现得更加圆满。

(二) 临终关怀的意义

1. 对临终患者的意义 通过对临终患者实施全面照料，使他们的生命意义得到尊重，疾病症状得到控制，生存质量得到提高，使其在临终时能够无痛苦、安宁、舒适地走完人生的最后旅程。临终关怀符合人类追求高水平生命质量的客观要求。

2. 对患者家属的意义 能够减轻患者家属的精神痛苦，帮助他们接受亲人死亡的现实，顺利度过居丧期，尽快适应亲人离去的生活，缩短悲伤过程。同时，还可以使家属的权利和尊严得到保护，获得情感支持，让家属在患者死亡后尽可能地减少遗憾。

3. 对医学的意义 临终关怀是以医学人道主义为出发点，是以提高人的生命质量及服务宗旨的医学人道主义精神和生物、心理、社会医学模式的具体体现。开展临终关怀服务是顺应医学模式转变，完善我国卫生保健体系的必然趋势。作为一种新的医疗服务项目，是对现行医疗服务体系的重要补充。

4. 对社会的意义 临终关怀是社会文明的标志，它是非物文化中的信仰、价值观、伦理道德、审美意识、宗教、风俗习惯、社会风气等的集中体现。每个人都希望生的顺利、死的安详，临终关怀正是为了让患者尊严、舒适到达人生彼岸而开展的一项社会公益事业。

5. 对提高职业道德的意义 医护职业道德的核心内容就是尊重患者生命的尊严，包括生命价值和人格尊严;临终关怀则通过对患者实施人性化护理，用科学的心理关怀方法、高超精湛的临床护理手段，以及姑息、支持疗法等最大限度地帮助患者减轻躯体和精神上的痛苦，提高生命质量，平静地走完生命的最后阶段。医护人员作为具体实施者，充分体现了以提高生命价值和生存质量及服务宗旨的高尚医护职业道德。

二、临终关怀的发展

临终关怀的历史，在西方可追溯到中世纪的西欧修道院为重病濒死的朝圣者、旅游者所提供的照护和死亡后的善后处理，在中国可追溯到两千多年前春秋战国时期人们对老者和濒死者的关怀和照顾。现代意义上的临终关怀运动始于 1967 年英国桑德斯博士（Saunders C）

在伦敦创办"圣·克里斯多佛临终关怀医院", 被誉为"点燃了临终关怀运动的灯塔"。目前, 世界上已有美国、法国、加拿大、澳大利亚、芬兰、日本、以色列和我国等 60 多个国家开展了临终关怀服务, 许多国家还对此开展了理论和实践的研究。我国于 1988 年 7 月, 在美籍华人黄天中士的支持和天津医学院崔以泰教授等专家学者的努力下, 在天津医学院成立了我国第一个临终关怀研究中心。在积极开展学术研究的同时, 着手筹建临终关怀病房, 并于 1990 年 10 月开始收治患者。之后, 中国心理卫生协会临终关怀委员会和临终关怀基金会也相继成立。迄今, 我国大陆已有 120 余家临终关怀研究机构、医院或病房提供临终服务或研究。

三、临终关怀的研究内容

作为一门新兴的独立学科, 临终关怀以临终患者为特定对象, 探讨和研究临终患者及其家属的需求以及如何为他们提供全面护理的实践规律。其研究内容包括:

1. 临终患者及家属的需求 ①临终患者的需求:包括生理、心理及社会方面的需求; ②临终患者家属的需求:包括家属对临终患者的治疗和护理要求、心理要求及为其提供优质的居丧服务等。

2. 临终患者的全面照护 包括患者医疗护理、生活护理、心理护理, 尤其应注意控制临终患者的疼痛, 并给予相应的心理照护。临终关怀的核心是控制疼痛及其他主要的不适症状, 如恶心、呕吐、便秘、食欲减退、口腔炎、吞咽困难、焦虑、抑郁、意识障碍、惊厥及呼吸困难等, 因为这些不适时刻困扰着患者并使他们产生焦虑甚至恐惧。

3. 临终患者家属的照护 主要是为其提供情感支持, 包括:①尽可能满足家属照顾患者的需要, 鼓励并指导家属参与患者的日常照顾; ②多与家属沟通, 建立良好的关系, 耐心倾听, 鼓励家属说出内心的感受, 鼓励家属表达情感; ③尽可能满足家属自身生理、心理和社会方面的需求。

4. 死亡教育 死亡教育是探讨生与死的教学过程, 是运用与死亡有关的医学、护理学、心理学及精神、经济、法律、伦理学等知识对人们进行教育, 帮助人们树立正确的生死观、生命价值观、生命伦理观, 使受教育者更加珍爱生命、欣赏生命、减少盲目的轻生和不必要的死亡,并正确对待和接受死亡。

5. 临终关怀的模式 由于东西方文化的不同导致患者对死亡的态度存在着很大差异, 这种差异决定了中国的临终关怀项目应具有中国特色。因此, 探讨适合我国国情的临终关怀模式和特点, 并从社会学角度寻求因地制宜地开展临终关怀的途径成为临终关怀研究的重要内容之一。

6. 其他 包括研究临终关怀机构所采用的医疗体系；临床医护人员应遵循的医疗护理原则；临终关怀机构的管理、实施的研究与实践；临终关怀工作人员的构成与培训；临终关怀与其他学科的关系；临终关怀与社会发展的关系等。

四、临终关怀的基本原则和组织形式

(一)临终关怀的基本原则

临终患者是一个特殊的群体，从事临终关怀的医护人员要遵守临终关怀的基本原则。

1.提供照顾为主的原则 临终关怀是针对各种疾病的末期，治疗无效而生命即将终结者。对于这些患者，已经从过去以治疗为主，转向以全面照顾为主，为他们提供姑息性治疗，控制症状，解除疼痛，消除焦虑和恐惧，给患者提供心理社会方面的支持，使其得到最后的安宁。

2. 提高生命质量的原则 随着人们对生命质量认识的提高，对临终患者已从单纯延长生命，转向如何去丰富有限的人生.提高生命质量。让临终患者在有限的时间里，能有清醒的头脑，在可控制的痛苦中，享受关怀，与家人共度温馨生活，感受人生的余晖。临终关怀重视患者生命的质量，充分彰显人类对生命的热爱。

3. 尊重患者尊严和权利的原则 临终患者是濒临死亡，但尚未死亡的患者，只要患者没有进入昏迷状态，就仍有思维、意识、情感;仍有个人的尊严及权利。临终关怀强调尊重生命的原则，要求医护人员应注意保持和维护临终患者的尊严及权利，在临终照料中应允许患者保留原有的生活方式，尽量满足患者合理的要求，尊重患者的隐私权利，让患者参与医护方案的制订等。

4. 注重心理支持的原则 临终阶段是人生旅途的最后一站.此时患者的心理十分复杂，护理人员应向患者提供良好的心理护理,帮助患者建立起新的心理平衡，减少悲痛，使患者能在生命的最后一刻体现自身的价值和意义，正确看待生与死并能坦然地接受死亡。临终护理的效果与家属的积极配合是密不可分的，注重对家属提供心理支持，可使他们保持健康的心态，在患者临终阶段的心理和精神方面起到别人所不能替代的作用。

(二) 临终关怀的组织形式

当前，世界范围内临终关怀的服务形式呈现多样化、本土化的特点。英国的临终关怀服务以住院照料为主，即注重临终关怀院的发展。美国则以家庭临终关怀服务为主，即开展社区服务。我国正在探索符合我国国情的临终关怀服务方式，从目前发展状况来看，以临终关怀病房的形式较为普遍。

1. 临终关怀专门机构 一般都有比较完善的医疗设备，有一定的娱乐设施、病房家庭

化设置、人员配备比较齐全，照护技术趋于专业化、规范化，组织管理科学，不隶属于任何护理或其他医疗保健机构，能行使其独立的服务职能，为临终患者提供服务。如桑德斯博士创建的圣·克里斯多佛临终关怀院。

2. 综合性医院内附设临终关怀病房 指在有条件的综合性医院、肿瘤医院或老年护理院设置的临终关怀病区或专科病房，配备必要的设施和固定的专业工作人员，专为癌症晚期、疾病终末期及衰老病危的老年人提供临终关怀服务。由于其依附于现有的医院、护理院或其他医疗卫生单位，这些单位的医疗和护理服务功能可能成为其可以利用的资源，成为临终关怀机构服务功能的补充和延伸，成为不断提高临终关怀服务质量的有利条件和保证，是最常见的一种临终关怀服务机构。

3. 居家照料 晚期患者在家中由家属提供基本的日常照料，由家庭临终关怀机构向晚期患者及家属提供其所需的各种临终关怀专业服务，医护人员根据患者的病情每日或每周进行数次访视，并提供临终照料。在医护人员的指导下，由患者家属进行基本的日常照料，居家照顾患者，可使他们感受到亲人的关心和体贴，从而减轻生理和心理上的痛苦，最后安宁、舒适地离开人间。这类机构通常以社区为基础，以家庭为单位开展临终关怀服务工作。

4. 癌症患者俱乐部 这是一个具有临终关怀性质的群众自发组织，而不是医疗机构。其宗旨是促进癌症患者互相关怀、互相帮助，愉快地度过生命的最后历程。

第二节 临终护理

一、临终患者的身心护理

(一) 临终患者的生理变化及护理

1. 临终患者的生理变化

(1) 循环系统改变：表现为脉搏细速、不规则，逐渐变弱而消失，心音低弱，血压下降甚至测不出，皮肤苍白、湿冷，口唇、指甲呈灰白或青紫色，四肢发绀。

(2) 呼吸系统改变：表现为呼吸表浅，急促或呼吸变慢而费力、张口呼吸及潮式呼吸等呼吸困难症状，因无力咳嗽，分泌物堆积，出现痰鸣音及鼾声呼吸。

(3) 消化道与泌尿系统改变：表现为食欲缺乏、呃逆、恶心、呕吐、腹胀、口干、严重者出现脱水，还可发生大小便失禁、便秘或尿潴留等症状。

(4) 肌肉张力改变：表现为肌肉失去张力，全身软弱无力，不能进行自主活动，无法维持舒适体位，患者吞咽困难，大小便失禁。

(5) 面容、感知觉改变：面部外观改变呈希氏面容，即面部消瘦、呈浅灰色、眼眶凹陷、下颌下垂、嘴微张、双眼半睁、目光呆滞。感知觉改变表现为视觉逐渐减退，由视觉模糊发

展到只有光感;**听觉是最后消失的感觉**。临终患者常常存在不同程度的疼痛症状,表现为烦躁不安,血压及心率改变,呼吸变慢或变快,瞳孔放大、疼痛面容如眉头紧锁等。

(6) 神经系统的改变:语言逐渐困难、混乱;若病变未侵犯中枢神经系统,患者可始终保持神志清醒,病灶在颅内,则很快出现意识改变,表现出意识模糊、嗜睡、昏睡或昏迷。

2. 临终患者生理反应的护理

(1) 改善循环和呼吸功能:密切观察体温、脉搏、呼吸及血压变化。当桡动脉脉搏测不到时,可测颈动脉、股动脉或听心音。观察四肢颜色及温度变化,注意保温,必要时采用热水袋保暖。呼吸困难者可给予氧气吸入,病情允许时可采取半坐卧位或抬高床头;神志不清者,采取侧卧或仰卧位头偏向一侧,以利于呼吸道分泌物引流,必要时吸痰,保持呼吸道通畅;张口呼吸者可用液状石蜡润滑口唇,并用湿纱布盖于口部,以湿润呼吸道。

(2) 控制疼痛:应观察疼痛的性质、部位、持续的时间,帮助患者选择最有效的止痛方法,某些非药物控制方法有一定的镇痛效果,如松弛术、音乐疗法、催眠疗法、外周神经阻断术、针灸疗法等。若为晚期肿瘤疼痛患者,目前 WHO 建议应用三阶梯疗法控制疼痛。护士采用同情、安慰、鼓励方法与患者交谈沟通,稳定情绪,并适当引导使其注意力转移以减轻疼痛。

(3) 改善营养状况:为提高患者生活质量,护士应了解患者的饮食习惯,尽量满足患者最后的饮食要求,注意食物的色、香、味,适量喂食喂水,少食多餐,以减轻恶心,增进食欲。必要时鼻饲或采用完全胃肠外营养,保证患者营养的供给。

(4) 做好基础护理:每日进行口腔护理 2~3 次,有活动义齿者感到不适时应取出,口唇干裂者涂液状石蜡。大小便失禁者应及时擦洗干净,保持会阴部皮肤清洁干燥,必要时留置导尿管。维持舒适的体位,勤翻身,勤按摩,保持床单位清洁、干燥和平整,以防压疮的发生。

(5) 减轻感知觉改变的影响:可提供单独病室,环境安静,光照适宜,以增加安全感。如患者双眼半睁,应用手轻轻将其眼睑闭合,定时涂眼膏,并用 0.9%氯化钠溶液纱布覆盖,防角膜感染与干燥。当神志清醒患者视力丧失时,应用语言和触觉与患者保持联系,以协助定位。听力往往最后消失,护理中应避免在患者周围窃窃私语,以免增加患者的焦虑,不可在床旁讨论病情,避免不良刺激,护士说话应清晰,语气柔和,可配合触摸患者的非语言交流方式,使患者感到即使在生命的最后时刻,也并不孤独。

(二) 临终患者的心理变化及护理

1. 临终患者的心理变化 临终患者的心理反应是十分复杂的。美国医学博士伊丽莎白·库勒·罗斯(Dr. Elisabeth Kubler. Ross)曾经和数百位临终前期患者谈过话,罗斯通过观察提出

临终患者通常经历五个心理反应阶段，即否认期、愤怒期、协议期、忧郁期和接受期。

(1) 否认期：当患者听到自己患不治之症，即将面临死亡时，常会说"不，可能搞错了，不是我。"几乎所有患不治之症的患者都有短暂的否认期，以降低不良刺激的影响，有更多的时间来调整自我。他们会迫切求医，抱着侥幸的心态，希望是误诊。这些反应是一种心理防卫机制，它可减少不良信息对患者的刺激，以使患者躲避现实的压迫感，有较多的时间来调整自己面对死亡。其时间长短因人而异，大部分患者能很快停止否认，但有些人甚至会持续否认至死亡。

(2) 愤怒期：当病情趋于加重，否认难以维持，患者常表现为生气与激怒，会愤怒地想："为什么是我，这多么不公平！"因此经常抱怨、挑剔甚至斥责家属和医护人员。处于此期的患者充满怨恨与嫉妒的心理，往往将愤怒的情绪向家属、亲友、医护人员等接近他的人发泄，或对医院的制度、治疗等方面表示不满，变得难以接近或不合作。

(3) 协议期：愤怒的心理消失后，患者开始接受自己患有不治之症的事实。为了延长生命，有些患者许愿或做善事，希望能扭转死亡的命运；有些人则对过去做的错事表示悔恨，变得很和善。此期患者对自己的病情抱有希望，愿意努力配合治疗，以换取生命的延续。

(4) 忧郁期：随着病情的进展，患者清楚地看到自己正接近死亡，任何努力都无济于事，因而表现出明显的忧郁和深深地悲哀，产生很强的失落感，出现悲哀、退缩、情绪低落、沉默、哭泣等反应，甚至有轻生的念头。此时有的患者开始交代后事或请求会见亲朋好友，喜欢由自己喜爱的人陪伴照顾。

(5) 接受期：此时患者经过一切的努力、挣扎之后，对死亡已有所准备，恐惧、焦虑、悲哀也许都已消失，患者变得很平静，情感减退，对外界反应冷漠，有的进入嗜睡状态，静等死亡的来临。以上五个阶段不应视为临终患者一成不变的固定模式，每个患者因情况不同在次序和程度上会有所差异。每个人不一定会依次经历这五个阶段，因人而异，有的会交错出现，有的会缺失，各个阶段持续时间也不一样。临终患者的心理变化十分复杂，需认真细致地观察。

2.临终患者心理反应的护理

(1) 否认期护理：护士与患者之间应坦诚沟通，但不要直接揭穿患者的防卫机制。应根据患者对其病情的认识程度进行沟通，坦诚温和地回应患者对病情的询问，注意与其他医护人员及家属保持口径一致，耐心倾听患者的诉说，维持患者适当的希望，顺势诱导，给予关心和支持，并经常陪伴患者，使他安心并感受到护士的关怀。

(2) 愤怒期护理：护士应切记患者的愤怒是发自内心的恐惧与绝望，不宜回避。面对患

者的不礼貌行为应忍让克制，同时做好家属的工作，要尽量让患者表达其愤怒，以宣泄内心的不快，充分理解患者的痛苦，加以安慰和疏导，多陪伴患者，并注意保持其自尊心。

(3) 协议期护理:此期的心理反应对患者是有利的，因为他能配合治疗并试图延长生命。护士应主动关心患者，鼓励其说出内心的感受，尊重他们的信仰，尽可能满足他们提出的各种要求。使患者更好地配合治疗，以减轻痛苦，控制症状。

(4) 忧郁期护理：护士应给予同情和照顾，允许家属陪伴，允许患者表达其失落、悲哀的情绪，给予精神支持，尽可能满足患者需要，并加强安全保护，防止患者自杀。

(5) 接受期护理:护士应提供舒适、安静的环境，不要过多打扰患者，不要勉强患者与他人交谈，尊重其选择，继续陪伴患者，保持与患者的沟通，加强生活护理，让其安详、平静地离开人世。

二、临终患者家属的护理

临终关怀实质是一种立体化、全方位的社会性卫生服务，其中对临终患者家属的关怀是临终关怀的重要组成部分，临终患者家属也经历着痛苦的感情折磨.也需要护士的安抚和关怀。因此，对临终患者家属给予心理安抚与护理，鼓励他们战胜心理危机，促进其心理的健康发展，是护士的职责之一。

(一) 临终患者家属的心理反应

患者的临终过程也是其家属心理应激的过程，临终患者常给家庭带来生理、心理、社会等压力。医生总是先将患者临近死亡的预测告诉家属，当家属获知患者患有绝症或病情已到无法医治时，家属首先要承受精神上的打击，会表现不理解、不知所措和惶恐等，他们在感情上难以接受即将失去亲人的现实，继而出现难以抑制的悲痛心理，在行动上表现为四处求医以求得奇迹出现，延长亲人的寿命。当看到亲人死亡不可避免时，他们的心情十分沉重、苦恼、烦躁不安，产生愤怒、无助及怨恨自己的情绪。临终患者家庭可出现以下改变-

1.个人需要的推迟或放弃 一人生病，牵动全家，尤其是面对临终患者，更会造成经济状况的改变、平静生活的失调、精神支柱的坍塌。家庭成员在考虑整个家庭的状况后，会对自我角色与职责的扮演进行调整，如放弃升学、就业机会，延迟婚礼等。

2. 家庭中角色与职位的调整与再适应 家庭重新调整有关成员的角色，如慈母兼严父、长姐如母、长兄如父，以保持家庭的稳定，维系家庭的完整性。

3. 压力增加，社会交往减少 照护临终患者期间，家属因精神的哀伤，体力、财力的消耗，而感到自身疲惫不堪，正常的工作与生活秩序被打乱,长期照患者减少了与亲友、同志间的社会互动。尤其是我国有着与西方国家不同的文化背景、风俗习惯、伦理道德观念等，

常常倾向于对患者隐瞒病情，避免其知晓后产生不良后果而加速病情的发展，因此，家属要压抑自我的哀伤，又要隐瞒患者的病情，更加重了患者家属的身心压力。

(二) 临终患者家属的护理

1. 满足家属照顾患者的需要

- (1) 适当为家属提供与患者单独相处的时间与环境。
- (2) 安排家属同患者的主管医生会谈，使他们正确了解患者的病情进展及预后。
- (3) 与家属共同讨论患者的身心变化并制订相应的护理计划。

2. 鼓励家属表达情感

- (1) 要与家属积极沟通，建立良好的关系，取得家属信任。
- (2) 倾听家属表达自己的情感，与家属会谈时提供安静、隐私的环境，鼓励家属说出内心感受和遇到的困难。

- (3) 积极解释临终患者生理、心理变化的原因，减少家属的疑虑。

3. 指导家属对患者进行生活照顾指导、解释、示范有关的护理技术，允许他们为患者做适当的护理，使家属在照料亲人的过程中获得心理慰藉。

4. 协助维持家庭的完整性

- (1) 劝说家属在患者面前控制悲伤的情绪。
- (2) 协助家属在医院安排日常的家庭活动，如共进晚餐、看电视、下棋等。以增进患者的心理调适，保持家庭完整性。

5. 满足家属本身生理、心理和社会方面的需要

- (1) 体贴关心家属，帮助其安排陪伴期间的的生活，尽量解决实际困难。
- (2) 调动患者的社会关系，如亲朋好友、单位领导、同事等关心家属，为家属分忧并解决他们的具体困难。

第三节 死亡教育

一、死亡教育的含义

(一) 死亡教育发展概况

美国是开办死亡教育大学课程最早的国家之一。美国人埃里欧特(T. S. Elliot)于 1955 年提出了死亡教育与性教育同等重要的观点，并于 1959 年在美国南加州大学医学院开设全美首个"死亡学"课程。美国的死亡教育大致可分为 3 个发展阶段，即 1928~1957 年的探索期，1958~1967 年的发展期，1968~1977 年的普及期。美国从 1960 年开始将死亡教育列为学校教育中的必修课程，从幼儿园、小学、中学、大学以及医院、社会服务机构等都开设死亡

教育课程，并受到政府的重视。美国的"死亡学"和"死亡教育"相关研究在世界范围内产生了巨大而深远的影响，法国、英国、德国、荷兰等许多发达国家的大、中、小学都相继开设了"死亡教育"课程，并通过相关研究在死亡教育领域取得了许多进展。与西方发达国家相比，中国的死亡教育起步较晚但发展迅速。在中国，现代死亡教育从 20 世纪 80 年代开始兴起。1988 年 7 月天津医学院成立了国内首家临终关怀研究机构，并于 1996 年在昆明召开了以死亡教育为主题的全国性学术会议。此后许多关于死亡学、死亡教育的著作、论文、译著相继问世。国内一些大学也相继开设了死亡教育课程或专题讲座，许多高等医学院校的伦理学课程中都加入了有关安乐死和死亡道德部分。中华医学会医学伦理专业委员会和中国心理卫生协会临终关怀专业委员会都十分重视开展死亡教育工作。多家知名国家级学术期刊分别发表了大量关于死亡问题的文章。这些工作为开展死亡教育教学和研究工作奠定了扎实的理论和实践基础。

(二) 死亡教育含义

以死亡学的理论为指导，帮助人们了解死亡，了解生命的教育过程称为死亡教育，死亡教育是"全人教育"、"生命教育"，是有关死亡知识社会化和大众化的过程。不同专家对于死亡教育的定义有不同论述。列温顿(Leviton)在《死亡教育》杂志上将死亡教育定义为："向社会大众传达与死亡相关的知识，并使人们在态度和行为上有所转变的一种持续的过程。"沃斯(Wass)等人则认为："狭义的死亡教育是指把教授死亡课程作为正式的教学活动，包括教学目标、课程内容、教学方法以及教学评价的教育体系和完整的教育实施过程。广义的死亡教育除了指正式教学之外，还涵盖着非正式的、自然的、偶发的、定期的、不定期的和非直接的与死亡相关的教学活动。"

(三) 死亡观

法国启蒙思想家霍尔巴赫在《自然的体系》一书中指出："死亡就是停止思维和感觉，停止享乐和受苦。"德国哲学家马丁·海德格尔(Martin Heidegger)认为："死亡是人生的自然终点，人应该怀着敬畏的心情面对自己的死亡。"海德格尔认为死是生的本质意义，只有死亡才能彰显生命的意义。人是因为有死的可能及必然才使生活更有意义，更珍惜生活和生命。在我国不同的学派对此有不同的理论观点。儒家的死亡观：①死亡是对生命的否定；②死亡是人生价值的最终评定；③重视丧葬和祭祀，儒家讲究以孝治天下，尽孝不仅是对父母生前赡养和尊重，还包含对父母死后丧葬和祭祀。道家的死亡观则认为生死是一个整体：①人的生死是气的聚散循环过程，生命过程是生死交替的过程，死亡对每个人而言都是平等的，无论富贵贫贱都会走向死亡；②死亡是自然之事，人不应该畏惧死亡，应该平静地面对死亡，

生时应该珍惜生命，死时要从容面对，更应视死如归。

二、死亡态度的类型

临近死亡时，临终患者对待生死问题往往会出现矛盾心理，即在要求加速死亡的同时，还表现出强烈的求生欲望，为此，临终患者对待死亡的态度，大致可分为以下几种类型-

1. 乐观开朗型 认为既然死是必然的、不可避免的结局，自己整天沉浸在死亡的恐惧中是十分愚蠢的。人生不是以活着的时间长短论好坏，而是以生命质量论高低。快乐地过一天比烦恼地过一年更有意义。

2. 寻求解脱型 能够认识到死亡迟早会降临，死亡的痛苦要小于生活中的苦难，因此能平静地面对死亡,甚至会主动选择结束生命。

3. 顺从接受型 患者认为死亡不是一种痛苦，更不是人生悲剧。因此，常常能以明智而平和的心态迎接死亡到来，平静地告别人世。

4. 悲观恐惧型 极其害怕死亡，害怕死亡会夺走他们的生命，夺走他们美好的生活，是一种悲观、无可奈何对待死亡的态度。

5. 死亡逃避型 死亡逃避是指人们尽可能地回避与死亡相关的事物，以及可引发死亡恐惧的象征物，尽量不去想死亡及讨论死亡。

三、死亡教育的意义

1. 有利于确立正确的人生观和价值观 人生观是对人生目的、意义和道路的根本看法和态度。人生观包括幸福观、苦乐观、生死观、荣辱观、恋爱观等。生死观的形成和发展对人生观的确立具有重大影响，死亡教育是死亡观确立的重要影响因素。死亡教育是将死亡与濒死，以及与生命相关知识传递给个体及社会的教育过程。死亡教育表面上是在讨论死亡，但实质是在探讨人生，阐述生命的意义，死亡教育的本质是建立唯物主义全新生命观。

2. 有利于促进人类文明，提高社会整体素质 死亡教育是提高生命质量的重要组成部分，提高生命质量是人类改善自身生存环境的客观条件，有助于促进人类社会文明进步。死亡文明具有三个环节:文明终——临终抢救的科学和适度；文明死——从容、尊严地接受死亡现实;文明葬——丧葬的文明化改革。文明死是死亡文明的核心环节，由于精神文明发展的滞后性，使得目前社会上对于死亡的认识还比较落后和愚昧，只有加强健康的生死观和死亡文明教育，充分发挥伦理学、心理学、社会学等学科在死亡教育中的作用，才能促进社会形成崇尚科学、崇尚文明的新风尚，推动人类社会文明的进步。

3. 有利于提高社会成员生活质量死亡教育可以引导人们对死亡本质做深层次的思考，进而追寻人生意义和探寻内心深层次的精神世界，开展死亡教育还可以使人们正确地认识死

亡和濒死，珍惜生命，乐观对待人生，使人生更加充实、有意义。

4. 有利于临终关怀工作开展和普及

- (1) 可以减轻临终患者的恐惧和焦虑。
- (2) 有利于帮助患者平静地接受死亡。
- (3) 可以使死者家属得到安慰。
- (4) 有利于提高临终关怀工作人员的整体素质。

四、 死亡教育的内容

死亡学是由多学科组成的交叉学科，内容包括一切涉及濒死与死亡领域的知识和问题。死亡教育内容相当广泛，凡是哲学、宗教、伦理学、心理学、社会学、人类学、医学、生物学、经济学、法学、文学艺术等学科所探讨的有关死亡问题,都是死亡教育内容。死亡教育所涉及的具体内容，不同专家有不同论述。雅博(yaboo)认为死亡教育应包括死亡定义、原因和阶段、社会学关于死亡的定义、有关死亡文化的观点、死亡的社会资源、生命周期、葬礼仪式和选择、哀悼、尸体处理方式、器官移植与捐赠、自杀和自毁行为、对亲人和朋友的吊唁、宗教对死亡的解释、法律和经济对死亡的解释、了解濒死亲友的需要、死亡准备及安乐死等。中国台湾地区一些学者认为死亡教育应包括生命探讨和对死亡认识两个基本方面。死亡教育的重点应放在对生命意义的阐述上，而不是将重点放在熟悉死亡后处理程序上，倡导生命教育，让受教育者学会珍惜生命、热爱生命。

五、死亡教育的对象与方法

(一)死亡教育对象

医护人员是人类与死亡作斗争的重要群体之一，医护人员的职业宗旨就是防治疾病、促进健康、恢复健康、减少痛苦、减少死亡。因此，医护人员是开展死亡教育的主体;临终患者及家属是死亡教育的主要对象，通过死亡教育，可以降低对死亡的恐惧，最终接受死亡现实，家属不会因患者去世而过度悲伤，能够平稳度过居丧期；在校学生尤其是医学院校的学生是进行死亡教育的重点对象，在这个群体开展死亡教育，对提高全社会死亡教育效果具有重要意义；向社区居民开展死亡教育，是提高全民死亡教育水平的基础。由于社区居民社会阶层、社会背景、教育背景、经济状况的差异性，使得死亡教育复杂性增加、难度加大，根据不同社区、不同人群开展不同类型不同形式的死亡教育，是提高全社会死亡教育水平的关键。

(二) 死亡教育方式

在学校开设死亡教育课程是死亡教育的基本方式。学校进行死亡教育应该与生命教育有

机结合，应强调教学过程中认知、情感、技能等各方面的目标实现；民间社会团体和学术组织开展死亡教育活动，是死亡教育的有效方式。其中健康者死亡教育组织以日本的“生与死思考协会”最具代表性。而临终患者固定型死亡教育组织则以英国圣克里斯多佛临终关怀院为代表。该类组织目的在于使临终患者在生命的最后阶段得到很好的心身照护。目前在全社会范围内开展死亡教育已成趋势，国家政府部门应制订政策，建立死亡教育管理机构 and 宣传机构，为推行死亡教育提供人力、物力、资金等方面支持。社会舆论导向是实施死亡教育的关键，应充分利用大众媒体广泛宣传实施死亡教育的必要性、重要性、迫切性，出版有关死亡教育专著，建立死亡教育基地。死亡教育工作者应充分利用广播、电视、报纸、杂志等各种传媒，利用学校、团体等各种形式进行广泛的宣传教育。

第四节 濒死与死亡

一、濒死和死亡的定义

濒死(dying)又称临终，一般指由于各种疾病或损伤而造成人体主要器官功能趋于衰竭，经积极治疗后仍无生存希望，各种迹象显示生命活动即将终结的状态。濒死是生命活动的最后阶段。

死亡(death)是生命活动不可逆的终止，是人的本质特征的永久消失，是机体完整性的破坏和新陈代谢的永久停止。

二、死亡的标准

1951 年美国《Black 法律词典》对死亡的定义是：“生命之终结，在于血液循环完全停止，呼吸、脉搏停止之时。”基于这种传统的死亡概念，生物医学模式下的死亡标准是指心肺死亡。即临床患者呼吸、心跳停止，瞳孔散大而固定，所有反射均消失，心电波平直，即可宣布临床死亡。随着医学科学的发展，对自身心肺功能停止的患者，还可以依靠机器维持。然而当大脑出现不可逆的破坏即脑死亡时，则提示人的生命已经结束。目前医学界逐渐开始主张以脑死亡作为死亡的诊断依据。

脑死亡(brain death)即全脑死亡，包括大脑、中脑、小脑和脑干的不可逆死亡。其诊断基本沿用 1968 年美国哈佛大学医学院死亡定义审查特别委员会提出的四条标准：①不可逆的深度昏迷；②自发呼吸停止；③脑干反射消失；④脑电波消失。上述标准 24 小时反复复查无改变，并排除体温过低（低于 32.2° C）及大量服用中枢神经系统抑制剂的影响，即可做出脑死亡的诊断。中华医学会也于 20 世纪 90 年代提出了脑死亡的判断标准，一般以枕骨大孔以上全脑死亡作为脑死亡的标准，**脑死亡应该符合以下六个标准：①自主呼吸停止，需要不停地进行人工呼吸；②不可逆性深昏迷；③脑干神经反射消失；④脑电图呈平直线；**

⑤脑血液循环完全停止；⑥脑死亡的诊断标准必须持续 12 小时以上。

三、死亡过程的分期

死亡不是生命的骤然结束，而是一个逐渐进展的过程，一般分为三个阶段，即**濒死期**、**临床死亡期**、**生物学死亡期**。

(一) 濒死期

濒死期是死亡过程的开始阶段。此时机体各系统的功能严重紊乱，中枢神经系统脑干以上功能处于抑制状态,表现为意识模糊或丧失，呼吸、循环衰竭，代谢紊乱，机体各系统功能严重障碍。濒死期的持续时间可随患者机体状况及死亡原因而异，年轻强壮者、慢性病患者较年老体弱者及急性病患者濒死期长。此期生命处于可逆阶段，若得到及时有效地抢救治疗，生命仍可复苏;反之，则进入临床死亡期。猝死、严重的颅脑损伤等患者可直接进入临床死亡期。

(二) 临床死亡期

临床死亡期是死亡过程的延续。此期延髓处于深度抑制状态，主要表现为心跳、呼吸停止，各种反射消失。此期各种组织细胞仍有微弱的代谢活动,持续时间极短，但在特殊情况下如低温，尤其是头部降温脑耗氧量降低时此期则可延长。此外，因触电、溺水、大出血等原因死亡的患者，在此期各重要器官的代谢活动尚未停止，若能及时采取积极有效的急救措施仍有复苏的可能。

(三) 生物学死亡期

生物学死亡期是死亡过程的最后阶段。此期，从大脑皮质开始，整个神经系统以及各器官的新陈代谢相继停止，并出现不可逆的变化，整个机体已不能复活。随着生物学死亡期的进展，相继出现**尸冷**、**尸斑**、**尸僵**、**尸体腐败**等现象。

1. 尸冷 是指死亡后体温丧失，是死亡后最先发生的改变。死亡后，机体产热停止，散热继续,尸体温度会逐渐下降，一般死后 10 小时内尸温下降速度约为每小时 1℃，10 小时后为 0.5℃，大约 24 小时左右与环境温度相同。

2. 尸斑 是指尸体皮肤出现暗红色斑块或条纹。死亡后血液循环停止，由于地心引的缘故，血液向身体最低部位坠积而形成尸斑。一般死亡后 2~4 小时出现尸斑。

3. 尸僵 是指尸体出现肌肉僵硬，关节固定现象。由于 ATP 酶缺乏，肌肉收缩而使尸体变硬。一般于死后 1~3 小时出现在下颌部，4~6 小时扩延至全身，12~16 小时达到最大僵硬程度，24 小时后尸僵开始减弱，肌肉逐渐变软，称为尸僵缓解。

4. 尸体腐败 是指死亡后机体组织的蛋白质、脂肪、碳水化合物因腐败细菌的作用而

分解的过程。一般在死亡后 24 小时出现。患者生前存在于口腔、呼吸道、消化道的各种细菌,可在死亡后侵入血管和淋巴管,并在尸体内大量生长繁殖,体外细菌也可侵入繁殖,尸体成为腐败细菌生长繁殖的场所。尸体腐败常见的表现有尸臭、尸绿现象。尸臭是肠道内有机物分解的腐败气体从口、鼻、肛门溢出产生的气味。尸绿是尸体腐败时出现的色斑,一般死亡后 24 小时先在下腹部出现,逐渐扩展至全身。

第五节死亡后的护理

生命是神圣的,生老病死是人类自然发展的客观规律,尽管科学技术的发展可以延长人的生命,但终究都无法避免死亡。死亡是人生旅途的终点。

一、尸体护理

尸体护理是对临终患者整体护理的继续和最后的步骤,是临终关怀的重要内容。做好尸体护理目的是使死者整洁,姿势良好,易于辨认,这不仅是对死者人格的尊重,而且有利于家属心灵上的安慰,体现了人道主义精神。

【目的】

1. 使尸体清洁,维持良好的尸体外观,易于辨认。
2. 使家属得到安慰,减轻悲痛。

【告知】

1. 请家属暂离病房,若家属不在现场,应通知尽快来院探望遗体。
2. 告知家属配合尸体护理的注意事项及禁忌的问题。
3. 清点患者遗物交返家属。
4. 询问死者家属是否有其他特殊需求,以尽可能满足。

【准备】

1. 护士准备 衣帽整洁,洗手、戴口罩,态度严肃认真。
2. 用物准备 治疗盘内备衣裤、尸体识别卡 3 张(表 18-1)、血管钳、不脱脂棉花、绷带、剪刀、头梳。有伤口者需备换药敷料,按需准备擦洗用物,必要时备隔离衣和手套。
3. 环境准备 安排单独房间或用床旁拉帘、屏风遮挡。

表 18-1 尸体识别卡表

姓名_____	住院号_____	年龄_____	性别_____
病区_____	床号_____	籍贯_____	诊断_____
地址_____			
死亡时间_____年_____月_____日_____时_____分			
			护士签名_____
			_____医院

【操作规程】

见表 18-2

表 18-2 尸体护理操作规程

操作流程	操作步骤	要点说明
备齐用物	•洗手、戴口罩，填写尸体识别卡，备齐用物携至床旁，用屏风遮挡	•物品准备齐全，可减少多次进出病房而引起家属的不安，屏风遮挡,维护死者的隐私及尽量减少影响病室其他患者的情绪
劝慰家属	•劝慰家属节哀保重，让其暂离病室	•若家属不在，应尽快通知家属来院探望遗体
撤去治疗	•拔除气管内管，移除呼吸机、除颤器等抢救仪器，去除尸体身上的各种导管	
安置患者	•将床放平，使尸体仰卧头下置一枕头，双臂放于身体两侧，用大单遮盖尸体	•仰卧、垫枕可防止面部淤血变色
整理遗容	•清洁面部，协助闭上眼睑。如有义齿代为装上，口不能闭合者，轻揉下颌或用四头带托住	•装上义齿可避免脸型改变，使脸部稍显丰满，口、眼闭合维持尸体外观，符合习俗
清洁全身	•脱去衣裤，依次擦洗上肢、胸、腹、背、臀及下肢，更衣梳发。如有胶布痕迹用松节油擦净。有伤口者更换敷料，如有引流管者应拔出后缝合	•保持尸体清洁，无渗液，维持良好的尸体外观

	伤口或用蝶形胶布封闭并包扎	
包裹尸体	•系一尸体识别卡在死者的手腕部，撤去大单，	•便于尸体运送及识别
	用尸单包裹尸体;先将尸单下端遮盖双脚，再将左右边整齐的包好，最后将尸单上端盖住头部；在胸部、腰部、踝部用绷带固定，系第二张尸体识别卡在胸前尸单上	
运送尸体	•将尸体送太平间，置于停尸屉内，将第三张尸体识别卡插于停尸屉外	•避免尸体辨认错误
终末消毒	•清洁、消毒死者用过的一切物品，病床单位的处理与出院患者的处理相同	•如死者为传染患者，应按传染病人的终末消毒处理
整理病例	•填写死亡通知单，并在当日体温单 40~42℃之间用红笔纵写死亡时间，按出院手续办理结账；	•停止一切药物、治疗、饮食等
	有关医疗文件的处理方法同出院患者	
清点遗物	•清理患者遗物交给家属	•若家属不在，应由两人共同清点，将物品列出清单交护士长保管

【注意事项】

1. 医生开出死亡通知，并征得到家属许可后，护士方可进行尸体护理。
2. 患者死亡后应及时进行尸体护理，以防尸体僵硬。
3. 操作中态度严肃，尊重死者，注意维护尸体的隐私权。
4. 非传染病患者的床单位按一般出院患者方法处理；传染病患者则要求进行终末消毒处理。

二、丧亲者的护理

丧亲者即死者家属（主要指失去父母、配偶、子女等直系亲属）失去亲人，是一个重大的生活事件，直接影响丧亲者的身心健康。因此，对丧亲者做好护理工作是十分重要的。

(一)丧亲者的心理反应

丧亲者的心理特征主要表现为悲伤。根据学者派可斯(Parkes)的观点，可分为四个阶段。

1. **震惊与麻木阶段** 这是丧失亲人后的第一个反应，无论死者的病程长短都会经历此过程。病程较短或突发意外死亡，震惊与麻木程度更重，丧亲者可出现发呆症状几小时至几天不等，且无法发泄自己的悲伤。极个别的人因经受不了这种致命打击而自杀。

2. 渴望与思念阶段 在震惊、麻木之后逐渐从麻木中解脱出来，继而产生悲伤心理，意识到亲人确实死亡，痛苦、无助、气愤情绪伴随而来，哭泣是主要的表现方式，并伴有强烈的思念之情。渴望亲人奇迹般地复原，表现出对亲人遗物的珍爱，对其音容笑貌的思念，有时仿佛看到亲人的身影，或听到他的声音，常常觉得亲人还在身边。

3. 颓丧阶段 随着时间的流逝，丧亲者能理智地承认既成的事实，但同时由于亲人逝去而带来常规生活的改变，伴随着无所适从的感觉，孤独、颓丧，对一切事物不感兴趣，对人产生淡漠、空虚的感觉。

4. 恢复阶段 此过程是渐进的，丧亲者认清亲人已逝，折磨已成为过去，逐渐从颓丧中解脱出来，重新对新生活产生兴趣，重新寻找生活的方向，将亲人永远怀念。

(二) 丧亲者的护理

护士应认识到丧亲者的痛苦开始于亲人死亡之前，其过程比死去的亲人所经历的心路历程更为漫长和痛苦。死亡是临终患者痛苦的结束，但同时又是丧亲者悲哀的高峰，护士应对丧亲者给予同情、理解和帮助，给予心灵上的抚慰。

1. 做好死者的尸体护理 体现对死者的尊重，对家属心灵上的安慰。

2. 鼓励家属宣泄情感 护士应认真倾听他们的诉说，鼓励他们尽情宣泄长期抑郁和痛苦的感情。

3. 心理疏导与支持 提供有关知识，安慰家属面对现实，帮助他们疏导悲痛，使其意识到安排好未来的工作和生活是对亲人最好的悼念，以使家属的身体状况和心理情绪尽快恢复到正常水平。

4. 提供生活指导与建议 根据具体对象和情况，给予经济上、家庭组合、社会支持系统等方面的指导和建议，使丧亲者感受到人世间的温暖。

5. 必要时随访 目前在国外的临终机构通过信件、电话、访视对死者家属进行追随访。

【要点提示】

1. 在本章的学习中重点掌握死亡的分期及其各期特点，主要包括濒死期、临床死亡期、生物学死亡期。
2. 通过本章节的学习，需要重点掌握临终患者生理及心理反应。
3. 掌握临终关怀的基本原则及临终患者的护理。
4. 掌握对于丧亲者的护理内容。
5. 本章护理操作的重点是尸体护理，包括操作准备，清洁尸体，包裹尸体，清理床单位、处理文件。

思考题

1. 如何理解临终关怀的理念？
2. 怎样为临终患者及其家属提供帮助？
3. 死亡过程分几期，各期具有哪些特点？
4. 对否认期的临终患者如何提供恰当的心理护理？
5. 目前临终关怀提供的主要服务内容有哪些？
6. 脑死亡的标准包括哪几个方面？
7. 如何正确实施尸体护理？

8. 赵某，男性，42岁，既往嗜烟酒，肝硬化10年，近1个月来因家中老人生病住院，工作家庭两头忙，2周前出现体乏，食欲缺乏，面色萎黄等不适来院就诊，经过检查，诊断为肝硬化晚期。患者骂老天不公，自己正处在事业的黄金时期，且父亲年迈住院，该是需要尽孝的时候，如此倒霉的事情为什么发生在自己身上？

- (1) 请根据患者的情况，分析该患者出现的心理反应属于哪一期？
- (2) 应给此期患者提供怎样的心理护理？
- (3) 患者家属会有什么心理反应？护士该给他们提供怎样的帮助？