

试谈安宁疗护在中西文化传播中的殊途同归

张萌秋、许静、李臻怡¹

Abstract

Hospice care was systematically developed in different cultures. Modern hospice care initiated in the West was introduced to China and now localized at policy and practice levels. Through discourse analysis on the evolution of hospice care in both the West and China, we argue that ultimately hospice care will overcome cultural barriers and become universal shared values and practices because it is not simply medicine, but humanity.

安宁疗护，古已有之，但是，系统化、理论化、制度化的当代安宁疗护，一百多年前始于西方，之后引入中国，现在分别在东西方不同文化中扩散。回顾这百年历史变迁，我们注意到，接纳当代安宁疗护理念和实践的文化虽然不同，但是人本主义的关爱、文化对于生死观念的吸纳，导致安宁疗护在历史变迁中，呈现殊途同归的样式。试论如下。

问题的提出

2017年2月9日，当时的中国国家卫计委（今卫健委）发布了关于《安宁疗护中心基本标准和管理规范（试行）》和《安宁疗护实践指南（试行）》，作为各地安宁疗护中心的建设、管理和服务的指导和规范。试行中规定安宁疗护中心是为“疾病终末期患者在临终前通过控制痛苦和不适症状，提供身体、心理、精神等方面的照护和人文关怀等服务，以提高生命质量，帮助患者舒适、安详、有尊严离世的医疗机构”。自此安宁疗护及其安宁疗护中心被中国正式作为一个政策性文件在社会体系中扩散。

安宁疗护这一观念作为一个政策文件在社会结构中扩散，突显了一个问题：安宁疗护虽然古已有之，却需要通过文件的形式来传播，在具体的扩散过程中，显示了推进的主体是政府，而推进的路上看来有各种障碍或摩擦。这些障碍或摩擦是什么呢？

思考的角度

创新扩散理论家罗杰斯曾说：创新不仅是一个技术活，还是一个社会化的过程。因此，首先，我们应回溯安宁疗护的历史话语与当代话语，把这一观念的传播放在一个社会话语下去认识，才能看清历史变迁。其次，政策是一种暂时性的社会结构，从某种程度上说是一个时段内人们观念的话语表达，我们更愿意对这一观念的话语进行更深入的历时理解。最后，当代安宁疗护整体概念的确立和发展是西方世界的产物，从一个社会体系到另一个社会体系的传播现象会在异质化环境中受到哪些社会系统的影响本身就值得注意和研究。我们尝试就以上三个

¹ 张萌秋，北京大学传播与新闻学院博士生，对本文的主要贡献是材料的搜集与对比、初稿的写作；许静，北京大学传播与新闻学院教授，对本文的主要贡献是对研究的指导；李臻怡，加拿大皇家大学传播与文化学院教授，对本文的主要贡献是研究思路的确立与终稿的写作。

问题作出解答，以期对安宁疗护的在不同文化中的健康传播深入理解。

创新扩散理论是由美国学者罗杰斯在 20 世纪 60 年代提出来的，罗杰斯指出创新意指“当一个观点、方法或物体被某个人或团体认为是‘新的’时候，它就是一种创新。创新的定义和它是否为客观上的新、是否为第一次使用等关系不大”²；而扩散是指“创新通过一定的渠道随着时间在社会系统的成员之间传播的过程”³。罗杰斯认为创新扩散更多的是一个过程，且这个过程必须满足“某创新在某时间段内通过特定的沟通渠道在某社会体系成员里传播”⁴，简单来说，一个新的观念、政策、技术等在社会体系中的扩散研究应包括四大要素：创新、沟通渠道、时间和社会体系。罗杰斯在传播学中开辟了创新扩散研究的先河，但这一研究的历史传统并非传播学的专利，早在 19 世纪，社会学和人类学作为新的社会科学就已有扩散理论的相关基础。社会学家塔尔德提出过模仿定律，即当一项创新越接近已被接受的创新，它越容易被大家采用，这意味着个体会模仿体系里其他成员而决定是否创新。

可见创新扩散作为一个社会化过程，除了对扩散的过程进行实证分析外，认识社会才是其根本。Morton Deutsch 和 Harold Gerard 两位心理学家把人的心理需求分成两类，一是信息对人的影响，二是规范对人的影响，以让自身符合他人期望和社会规范。⁵类似的，哈佛大学心理学家 Herbert Kelman 在研究中发现社会对人的影响主要有三种途径，即服从、认同和内化，从 Kelman 的社会影响理论来看人的心理需求达到了两种社会结果，一是信息对人的影响是让公众接受，二是规范对人的影响是让公众遵从。⁶传播学学者 Clark 和 Delia 对经典的社会影响理论的修正突破了有意识的“说服”和“顺从”的框架，引进了传播学中“消息”、“意义”和“互动”三个重要概念，从多个角度突破了经典的“社会影响理论”，开创了“当代社会影响理论”，进一步强调了观察健康传播需要关注其理论与实践社会化的过程。

因此，我们把创新扩散和当代社会影响理论结合起来，强调社会体系中现实景况和社会规范对某一观念、话语、知识的影响，做好对安宁疗护历时、跨文化的观察和解释。

研究的意义

安宁疗护是一种特殊的服务，指由多学科、多方面的专业人员组成团队，为当前医疗条件下尚无治愈希望的临终病人及其家属提供全面的舒缓疗护，缓解临终病人的病痛，维护临终病人的尊严。

当代中国有关临终关怀的事业发展起步晚，发展慢，80 年代后期临终关怀理论和实践才被引入。2017 年，国家卫计委发布的关于安宁疗护试行以及实践指南中，正式把临终关怀命名为安宁疗护。

基于此，我们的研究寻求以下意义和贡献：首先，当代安宁疗护作为中国政策导向在当前社会结构下扩散具有一定现实意义，这一政策的发布以及对这一观

² [美]E.M.罗杰斯：《创新的扩散(第五版)》，唐兴通译，电子工业出版社 2016 年版，第 14 页。

³ [美]E.M.罗杰斯：《创新的扩散(第五版)》，唐兴通译，电子工业出版社 2016 年版，第 7 页。

⁴ [美]E.M.罗杰斯：《创新的扩散(第五版)》，唐兴通译，电子工业出版社 2016 年版，第 13 页。

⁵ Deutsch, M. & Gerard, H. B. (1955). "A study of normative and informational social influences upon individual judgment" (PDF). *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 51 (3): 629–636.

⁶ Kelman, H. (1958). "Compliance, identification, and internalization: Three processes of attitude change" (PDF). *Journal of Conflict Resolution*. 2 (1): 51–60.

念扩散的研究旨在解决三大现实问题。一、老龄化社会的到来。当前中国老龄化逐年增加,据全国老龄办发布的数据显示,截至 2017 年底,中国 60 岁及以上老年人口有 2.41 亿人,占总人口 17.3%。⁷而老年群体作为安宁疗护的主要群体,随着“临终救护”的人口基数日益庞大,社会化的临终关怀服务日益凸显出巨大的必要性和迫切性。因此如何从安宁疗护的医学观念上对老年人等群体进行身、心与灵性的帮助尤为重要。二、现代性医学的使命:如何看待死亡。有学者认为中国的安宁疗护“是从学术科研机构开始,理论探讨居多,实践规模小,覆盖面窄,死亡教育缺乏,政策支持较少,这些正是中国临终关怀事业发展的困境”。而死亡一直是中国人文化观念上的一个避讳之处,在古代,皇帝死了,只能说崩了,老百姓死了,也是用“过世”、“走了”等委婉语来表达,而不能说死了,“死”、“死亡”作为一种文化上的隐喻体现中国人根深蒂固的思想观念和价值判定;同时,中西之间“死亡观的迥然不同,直接影响了当前临终关怀、器官捐献等与死亡相关的医学课题在中西方的不同发展进程”⁸。因此,对安宁疗护的创新扩散的深入研究,可以帮助解决这一跨文化困境,为现代医学提倡的“尊严死”寻找合适的文化土壤和话语环境。三、2015 年经济学人智库发布了 80 个国家死亡质量指数排名,中国排名 71,在老龄化进程加快的现实国情下,中国目前的整体表现令人担忧,且各国对姑息治疗需求的正在快速增加,如何对这一现状进行改善,应是安宁疗护事业中亟待解决的现实问题。因此,理解安宁疗护政策、观念及其创新扩散是健康传播领域应关注的问题之一,即在此意义上以安宁疗护的观念为切入点以考察安宁疗护的扩散与社会语境之间的关系,以为安宁疗护在中国的传播提出可行性建议。

材料的搜集

20 世纪以来出现的语言学转向使得社会科学开始注重语言研究,尤其是福柯对语言和权力的关注让语言研究从微观的文本义到与社会结构的结合,让语言研究越来越倾向于一种批判的话语分析法。费尔克拉夫在语言学家(如辛克莱、库尔萨德)和社会学家(如阿尔杜塞、福柯)的基础之上提供了一种综合的批判话语分析方法,以对文本的三个维度进行分析:文本维度、话语实践维度和社会实践维度。

首先,本文不仅关注安宁疗护创新扩散的历史,更是关注安宁疗护观念的变迁,我们采用话语分析这一研究方法对安宁疗护的观念进行定性的文本研究,以分析中西安宁疗护话语的产生、形成和发展的历史变迁过程,以说明安宁疗护的话语在不同社会体系下的能指和所指。其次,安宁疗护话语作为符号性的文本能寻找话语之间的断裂之处,从话语入手研究安宁疗护的创新扩散是一个更具操作性的途径,以更好地理解其社会语境。费尔克拉夫认为,话语不仅反映和描述社会实体和社会关系,话语还建造或“构成”社会实体与社会关系以及以不同的方式将人们置于不同的主体地位;⁹话语另一个重要的关注点是历史变化:“不同的话语如何在不同的社会条件下结合起来,以建造一个新的、复杂的话语。”最后,批判话语分析方法是一种建构知识、社会关系和社会身份变化着的话语实践,

⁷ CY306. 2018 年中国人口老龄化现状分析、老龄化带来的问题及应对措施[EB/OL]. <http://www.chyxx.com/industry/201805/637022.html>, 2018 - 05 - 4/2019 - 03 - 09.

⁸ 柏宁,尹梅. 医学视阈下对中西方死亡文化差异的分析[J]. 医学与哲学(A),2014,35(05):21-23.

⁹ [英]诺曼·费尔克拉夫:《话语与社会变迁》[M],殷晓蓉译,北京华夏出版社 2003 年版,第 3 页.

这与当代社会影响理论注重从参与者的社会实践理解现实规范和社会规范具有一致性。

发现之一：西方安宁疗护观念的产生、形成及其话语变迁

结合前人的归纳和整理，我们在文献语料搜索中，认为国外安宁疗护的发展实现了两个转向：传统社会医学上的宗教转向和现代社会医学上的科学转向。

有学者曾提出“为消解现代临终关怀发展的某些困境，一个可能的路径就是回归临终关怀的精神本体——基督教，这不仅因为临终关怀有着深刻的基督教渊源，而且基督教的生死智慧可以为临终关怀的发展提供启示”¹⁰。在基督教大力提倡创世、原罪、救赎、复活观念下，西方在国外正式创立临终关怀院之前就已有临终关怀服务的宗教机构，且已有数百年历史。孟宪武在梳理临终关怀方案时指出临终关怀的理念萌芽于欧洲 11 世纪，主要是指修道院附近的慈善机构，以为朝圣者提供中途休息、食物、衣物和暂时住所等各项服务，但是因为旅途艰苦以及交通不便等原因，很多人在中途就面临死亡。因此，修道院的牧师、修女便承担起了照顾临终旅客们的义务，在某种意义上修道院也就具有了隐形的医疗服务功能。同时，除了朝圣者外，他们也因饥荒和时疫蔓延的平民提供最基本的生活救助和医疗照护，比如当时著名的圣伯纳德修道院。¹¹

此外，具有明显宗教来源的 1096-1291 的十字军东征历史事件也是宗教和临终关怀之间源与流的有力证据。在此期间，宗教机构设立了许多军队医院，并同意把沿途的病人收纳进来进行临终照护。¹²到 14 世纪初，耶路撒冷圣约翰骑士团在罗德开设了第一家收容所（hospice），目的是为旅行者提供庇护所，以照顾生病和垂死的人。随着十字军东征的结束，很多收容所、济贫院和教会医院也逐渐衰落。直到 17 世纪，具有临终关怀服务的相关机构才由法国圣文森特·德·保罗慈善机构的相关人员相继设立。比如珍妮·加尼尔在 1843 年创建的加尔瓦尔圣母院 L'Association of L'Dames du Calvaire 临终关怀院，此后，又有六所临终关怀院相继开业创建。¹³

可以看出临终关怀的源起大多都具有基督教的宗教背景。宗教意义上的临终关怀虽还不具有现代医学意义上的临终关怀服务，但这种宗教意义上慈善机构的外延性服务，即传统上的临终关怀是旅行者在继续长途旅行之前休息，以让身体和精神再更新的地方，¹⁴开启了社会机构开始关注临终者在医学意义上的医疗服务功能。比如提供救助和抚慰，或提供休息、使身与心得到恢复和更新。与此同时，这种宗教关怀传统虽没有文字记载，但却保留了下来。教皇医师 Paolo Zacchia 认为，“爱他的邻居”的诫命就表达了 17 世纪许多医学从业者的观点，使得医生对缓解绝症病人的痛苦方面具有责任意识，¹⁵这种观念给当时已经接受过培训的医学生留下了深刻的印象。比如在 1580 年，一名被授予医学博士学位的劳伦

¹⁰ 郑金林. 基督教的生死智慧与临终关怀[J]. 医学与哲学(人文社会医学版),2011,32(02):25-27.

¹¹ 孟宪武:《优逝: 全人全程全家临终关怀方案》[M], 浙江大学出版社, 2005 年版, 第 18 页

¹² Connor, Stephen R. (1998). Hospice: Practice, Pitfalls, and Promise. Taylor & Francis. p. 4. ISBN 1-56032-513-5.

¹³ Lewis, Milton James (2007). Medicine and Care of the Dying: A Modern History. Oxford University Press US. p. 20. ISBN 0-19-517548-4.

¹⁴ Marcil, W. M. (2006). The Hospice Nurse and Occupational Therapist: A Marriage of Expedience. Home Health Care Management & Practice, 19(1), 26-30. <https://doi.org/10.1177/1084822306292514>

¹⁵ Zaccia, Questiones(1651), p.392-393.

特·朱伯特（Laurent Joubert）说，博士帽是希望医生不能失去对绝症病人进行人性照顾的关怀之心。¹⁶正如宗教社会学家罗德尼·斯塔克在《基督教的兴起》所说：“基督教给予信徒最基本的礼物就是人性。”¹⁷其中体现最深刻的莫过于现代临终关怀的创始人桑德斯对关怀的理解——上帝之爱(love of God)——并将其视为自己的天职。¹⁸

随着时间推移，临终关怀更多地指向一种医疗服务理念，一种生死观。医护人员成为其理论和实践发展的主体，临终关怀基本理念在护理学的基础之上得到了进一步建构。当然仅有护理学还不足以完成临终关怀的知识空间建构，也不足以支持“缓解患者痛苦”这一医学意识。在 19 世纪后半期，尤其是第二次世界大战期间，医学界针对“镇痛”知识展开了重要的医学研究，而桑德斯就是在前人的研究之上确立了临终关怀的核心观点：“仔细分析病人的各种症状，评估疼痛的类型和严重程度，定期给药。”¹⁹桑德斯还把这一基本理念发表在了 1963 年的《皇家医学会进展》杂志上。在“护理”学的发展和 20 世纪中期“整体疼痛”概念确立后，临终关怀研究初具雏形并在医学研究的进展下进一步确认其核心要素，这使得临终关怀及其临终关怀学的创立成为可能。

到了 19 世纪后期，国外逐渐兴起了姑息治疗学。姑息治疗术语在理念上主要指向临床意义上的医学治疗手段，²⁰由加拿大医生 Balfour Mount 在 1973 年首次提出 Palliative Care 这个专业术语。1975 年，加拿大开办了临终关怀院并命名其为 Palliative Care Service。1982 年，世界卫生组织 WHO 癌症小组正式采用 Palliative Care，并在全球推广。1988 年，英国将临终关怀纳入医学领域，将之称为姑息医学。²¹目前，世界卫生组织也常使用 Palliative Care 指代临终关怀。Palliative Care 术语从时间形成上来看晚于现代临终关怀机构的建立，但是姑息（Palliative）一词作为一种缓解疼痛的医疗手段出现在中世纪晚期。Michael Stolberg 在《A History of Palliative Care, 1500-1970》中就找到了当时使用姑息术语的手稿资料。²²但鉴于姑息是早在前现代就已有的术语和相关概念，而临终关怀研究及其理念是在现代科学发展下的话语产物，笔者不再对二者进行历时地分析，但可以认为姑息治疗学的兴起和研究让临终关怀关注医疗手段，并把姑息治疗术语划入到临终关怀的话语范畴之内。从这一层面而言，姑息治疗是临终关怀理念和模式的扩展和延伸，也是 20 世纪末期临终关怀界重点关注的核心要素。

至此，我们认为临终关怀话语从创建到后期的发展经历了机构意义上的实践到学科意义上的医学实践。而临终关怀话语本身也包含了多重关注对象，如疾病、病人及其家属。同时，宗教意义上的生死观念，以及现代科学话语下的姑息治疗学都是临终关怀的核心要素。

¹⁶ Laurent Joubert, *Oratio de praesidiis futuri excellentis medici*, Geneva: Stoer 1580, p. 15.

¹⁷ 罗德尼·斯塔克.基督教的兴起:一个社会学家对历史的再思[M].黄剑波,高民贵,译.上海:上海古籍出版社,2005:257.

¹⁸ 李晋.佛教、医学与临终关怀实践[J].社会科学,2007(9):94.

¹⁹ Diego Grarica,“Palliative Care and the Historical Background”, in Hank ten Have and David Clark eds,*The Ethics of Palliative Care:European Perspectives*,Buckingham:Open University Press,2002,p.27.

²⁰ Hank ten Have&David Clark, *The Ethics of palliative Care: European Perspective*, Buckingham: Open University Press, 2002, p.1.

²¹ 施永兴:《临终关怀学概论》[M],复旦大学出版社,2015年版,第18-19页

²² Michael Stolberg:《A History of Palliative Care, 1500-1970 : Concepts, Practices, and Ethical challenges》[M], Translated by Logan Kennedy and Leonhard Unglaub, Springer Nature, 2017, p.18. ISBN 978-3-319-54177-8.

Poor, Belinda; Gail P. Poirrier (2001). *End of Life Nursing Care*. Boston ; Toronto: Jones and Bartlett. p. 121. ISBN 0-7637-1421-6.

发现之二：中国安宁疗护观念的产生、形成及其话语变迁

当代安宁疗护观念起源于西方，在中国还是一个引进不久的新事物和新观念，然而，中国古代社会就已有相似的话语文本和载体。

在中国古代，承担慈善服务功能的主要来自于政府、民间两个主体。其中政府的慈善事业主要为解决重大灾害下平民的生产生活以及稳定社会秩序的群体救助等问题，²³是为施行仁政、巩固民心。比如先秦时期的官办慈善事业主要表现在以“救灾减灾”为主旨的荒政、官府以平抑物价为目的的“平糴、通糴制度”措施等几个方面。²⁴而与安宁疗护最为贴切的话语理念有春秋时期的“司徒以保息六，养万民，一曰慈幼；二曰养老；三曰振穷；四曰恤贫；五曰宽疾；六曰安富”²⁵。先秦时期，如何对老人进行社会意义上的赡养和救助已有相关的文字记载。可见，我国的养老事业不仅在古代就已存在，还受到统治阶级的重视。而以民间为主体的慈善机构主要来自于宗教的教义支持和血缘的宗族支持。两汉时期，我国慈善事业进一步发展，此时，佛教已传入我国，道教在此时兴盛，出于宗教目的的一些宗教慈善机构在民间盛行并承担了主要的医疗救助功能。《三国志·张鲁传》所附《典略》就记载了东汉的太平道和五斗米教为民众治病的事迹和方法。在政府的慈善事业中，儒家思想赋予了统治者对社会弱势群体的救助和社会关爱的治国理念。比如，在征收徭役上，政府规定各类重症病人可免除征收义务。²⁶北魏时，世宗永平三年（510年），诏“太常立馆，使京畿内外疾病之徒，咸令居处，严敕医署分师救疗”²⁷，政府成立了专门针对疾病之徒的医疗机构。唐宋时期，我国古代的慈善事业已趋向成熟。这一阶段，佛教的盛行，大量寺院的建立，使得收治贫困孤病恶疾之人的病坊相继创立。值得一提的是，从唐朝建立以来，政府建立了配套的制度化设施建设，以官方为主体的医疗慈善事业开始主导中国古代的社会保障体系。其中最具代表性的乃唐朝的悲田养病坊。

“悲田养病坊是中国古代以来第一个较为成熟的专门对鳏寡孤独、老弱病残以及其他贫困人口慈善救助机构”。²⁸悲田养病坊始于武则天时期，由政府指派官员监督各地方州道的寺院，并在各寺院建立慈善救助机构，在前期由佛教创立的慈善事业也逐渐由政府收编。唐玄宗时，政府还给予寺院慈善机构一定的经费支持。有文字记载“开元五年，宋璟奏：悲田养病，从长安以来，置使专知，国家矜孤恤穷，敬老养病”²⁹、“至(开元)二十二年，断京城乞儿，悉令病坊收管，官以本钱收利给之”³⁰。可以看出，唐朝中后期后，中国古代的慈善事业机构具有了官营性质。同时，宗教的先行作用以及政府的主导在中国古代慈善事业的发展中起到了重要的推动作用。这些进步与此前政府在特殊时期才建立的暂时机构和救助措施不仅有了实质性的不同，也为宋朝官方相关医疗救助系统的确立积累了创办经验。

宋朝自建立以来，延续了唐朝政府关于社会救助事业的理念。比如政府在东

²³ 谢忠强,李云. 试论我国古代慈善事业的历史沿革[J]. 延边大学学报(社会科学版),2010,43(02):126-130.

²⁴ 周秋光,曾桂林.中国慈善简史[M].北京:人民出版社,2006年版,第69,163,111页.

²⁵ 郑玄注.周礼.地官[M].上海:上海书店,1989.

²⁶ 甄尽忠.先秦社会救助思想研究[M].郑州:中州古籍出版社,2008年版,第195,196,198,206页.

²⁷ 《魏书》卷8,世宗本纪.

²⁸ 谢忠强,李云. 试论我国古代慈善事业的历史沿革[J]. 延边大学学报(社会科学版),2010,43(02):126-130.

²⁹ 《唐会要》卷49

³⁰ 王溥.唐会要[M].北京:中华书局,1989.863.

京开设了福田院，以收养“京师老疾孤穷丐者”，直到北宋末年，福田院渐被废止。另外，宋朝还发行了“居养制”。崇宁五年，在宋徽宗、蔡京等人的大力助推之下“居养院”被正式命名，其主要内容包括：“鳏寡孤独贫乏不能自存者，州知州通判、县令佐验实，官为居养之。疾病者仍给医药。”³¹其中，“疾病者仍给医药”理念体现了中国古代社会对病人的重视。苏轼在为官期间推广“安济坊”的功德发扬了这一理念。安济坊设有医生，为救治病人服务，后来，安济坊被合并到居养院机构中。南宋时期，类似机构“安乐庐”在健康创办，主要为沿途生病的士兵和商人提供庇护之所。³²此外，与“生死”密切相关的官方慈善机构漏泽园也在北宋实行开来，是为专门安葬的机构。有学者认为，宋朝的慈善事业具有划时代的意义，且其规模建设在中国古代历史上是空前绝后的。³³王德毅先生称：“其关于养老慈幼之政，自两汉以下再没有比宋代规模之更宏远，计划之更周密，设施之更详尽的了。”³⁴到元明清时期，政府对日常的社会救助工作日益重视。元明清政府除了赈灾、居养外，在前人的经验上继续开办惠民药局、漏泽园、养居院等救助机构，比如元代的济众院、安乐堂：“各处安乐堂，益为过往病军所置”³⁵。安乐堂主要服务士兵群体，但其救助功能也会兼顾到患病的流民，如“屋凡三间，以处流民之病者”³⁶。明朝建立后，明太祖朱元璋诏谕养济院的社会救助对象为“凡鳏寡孤独废疾之人，贫穷无亲属倚倚不能自存者”³⁷，并延续了宋元的社会慈善体系：“国初，立养济院以初无告，立义冢以座枯骨、累朝推广恩泽，又有惠民药局、漏泽园，幡竿蜡烛二寺。其余随时给米给棺之惠，不一而足毗”³⁸。此保障措施在一定程度上解决了老无所依者在生存上的衣食住行及疾病等问题。值得注意的是，明清时期慈善事业的机构主体逐渐由官方下放至民间、私人。尤其在清朝，包含医疗救助的社会服务力量多来自于乡绅和地方官员的支持。比如善堂善会等慈善组织创办了为贫民看病的药局；顺治时代的扬州府开设了饱舍诊脉、贮药、制药等多方位医疗服务的药王堂，还为专门“老而病的人”提供两层楼高的收容所。³⁹

有学者提出，我国古代社会保障体系的建设虽离不开官方所为，但因为物质有限、医学发展水平难以惠及全民范围等一系列社会原因，致使古代中国乡村社会向来缺乏组织化的医疗救助体系，以及弥散的医疗资源让民众更多的时候是病无所依。⁴⁰且我们认为，古代社会保障体系的建立从先秦时期的萌芽、唐宋的日渐成熟、明清体系的逐渐完善都强调其在身份意义上的“鳏寡孤独弱势群体”，并且还有相关史料记载，如无亲人可以依靠才具资格得到官方的社会救助。《大明律》就严格规定：“凡鳏寡孤独及笃疾之人，贫穷无亲属倚倚不能自存，所在官司应收养而不收养杖六十。”可见，在我国古代以血缘关系为纽带的宗族社会中，家人、亲眷和族群是主要的主动关怀义务方，官方的社会救助力量有限且覆盖范围小。其次，我国古代具有社会普及性质的安宁疗护机构在初期主要由宗教机构

³¹ 《长编》卷五三，元符元年十月壬午。

³² 梅原郁：《宋代の救济制度——都市の社会史によせて——》，收入中村贤二郎编《都市の社会史》，シネルウェア书房 1983 年。

³³ 王卫平.唐宋时期慈善事业概说[J].史学月刊,2000(03):95-102.

³⁴ 王德毅：《宋代的养老与慈幼》[M].台湾中央图书馆特刊《庆祝蒋慰堂先生七十荣庆论文集》，1968 年

³⁵ 柯劭忞.新元史[M].长春:吉林人民出版社,2007.2021.

³⁶ [元]俞希鲁.至顺镇江志[M].南京:江苏古籍出版社,1999.557.

³⁷ [明]李东阳《大明会典》卷八十《恤孤贫》[M].江苏广陵古籍刻印社,1989年,第1261页.

³⁸ [明]《大明律》卷四《户律一·收养孤老》[M].明洪武刻本,第298页.

³⁹ 许三春.古代中国乡村社会医疗救助初探[J].社科纵横,2013,28(06):141-143.

⁴⁰ 许三春.古代中国乡村社会医疗救助初探[J].社科纵横,2013,28(06):141-143.

承担,比如道教、佛教在民间开办的救助机构。在唐朝时期,宗教慈善在政府的推动之下,才使得慈善事业演变为官营性质的机构,直到明清时期,官方主导的慈善事业逐渐衰落。这足以可见中国古代社会的医疗救助事业的发展虽离不开政治力量,但宗教在民间的救助力量不可小觑。另外,中国古代有关对患者的身体、心理以及社会支持的话语观念一直依附于整个古代慈善事业中,这与西方临终关怀理念的发展脱胎于慈善机构如出一辙,也使得中西方依托于不同的哲学思想和理念产生的话语文本具有了社会文本的互文性。

西医传入中国的时候,医学这一话语体系开始了翻天覆地的变化。列强对近代中国的争夺,除了战争这一武力手段外,也同时并用文化、科学之路以影响中国的对外接受度。其中,中医让位于西医的改革之路就是其中重要一环。在传统中医话语体系中,以宗族社会为纽带的中国古代的医疗场所主要以家庭为中心,家人是进行身心灵照护的主要群体,在此社会结构下,西医传教士和教会医院要在中国城乡得到足够的支持,首先需要改变近代国人传统观念上的医疗空间,即从家庭到医院。其次,治疗方法也要从讲求身体机理平衡的中医理念转向以干预为主的西医理念。而严格来说,医院是在近代才出现的概念。虽然我国在古代有类似的医疗服务机构,但都是为皇权服务的慈善组织,比如上文所提到的悲田院等。有学者认为近代中国在接受这一转变过程时并不是纯净化⁴¹的,近代整个医学体系的建立虽受到西方话语的主流影响,但在中国本土化的发展过程中经历了漫长的观念史变革和复杂的社会医学实践活动。西医在手术疗法上的进步以及能治疗过去的不治之症应是西医在近代中国落地生根的重要原因,像白内障、眼病的成功防治、牛痘接种技术的传入、外科手术在中国的推广,说服更多的国人走出家庭,接受医院,信任医生。《东西洋考每月统记传》曾刊载过外国传教士在近代中国开设的第一所西医《医院》一则:“病人不远一千里而来,得医矣。传说此事者亲眼看医院之士民云集,拥挤,老幼男女如蚁来。莫说广东各府厅州县之人,就是福建、浙江、江西、江苏、安徽、山西各省居民亦来求医矣。儒农官员,各品人等病来愈去矣。”⁴²由此可见,西医的传播实现了前现代话语难以想象的委托制——把病人交给医生。同时,在并非纯净化的传播过程中,西医传教士和教会医院出于拯救灵魂而治疗的宗教目的也逐渐让位于以拯救身体而治疗的医学目的。⁴³

近代中国的医疗事业,除了外来文化、科学的浸染,国人也在民族救亡运动启蒙中发声发力。有学者提出目前近代中国的医疗事业研究还基本限于教会医院,忽视了本土视角。像清末时期政府为应对危机开设的京师内、外城官医院,它效仿的便是西方医政,由此可见,政府进行社会救济的方式开始发生改变,不再是通过养济院等的设立,而是开始向西方学习,采取现代的救济理念,是全民的官方救济机构。⁴⁴除了官方推行西医外,很多民间社团也参与到西医的传播中来。1898年缪禹臣在苏州创办医学会,同时还开设义诊“溧阳缪禹臣茂才夙精医理,久寓苏城,近与各同志在苏分社医会,施诊送药,不取分文……特此告白。”⁴⁵1910年,翰林院侍读学士恽毓鼎在北京建立医学研究会,旨在沟通中西医学。到20

⁴¹ 纯净化:杨念群在《再造病人》中认为以往的医疗传播史研究不仅仅限于关注西医传播的渠道和过程,而且对这种传播的内涵作了“纯净化”的处理。杨念群力在证明西医的传播并非一个纯净的过程,而是与当地社会文化反复互动后达到某种平衡的结果。

⁴² 黄时鉴整理:《东西洋考每月统记传》, [M].北京:中华书局出版社, 1997: 404-405.

⁴³ 杨念群:《再造病人》[M].北京:中国人民大学出版社, 2013.

⁴⁴ 丁芮. 京师内、外城官医院的医疗救济研究[J]. 北京社会科学,2014,(02):81-88.

⁴⁵ 《苏州医会告白》,《时务日报》1898年7月19日.

世纪初，民间医学社团已有 21 个。到民国时期，一大批医疗卫生组织也陆续诞生。民国政府曾在 1913 年颁布《中华民国教育新法令》，这一法令首次把中医排斥在教育体系之外，1922 年，北洋政府颁布《医师（医士）管理法令》⁴⁶“西医称医师，中医称医士”，各地中医人士抗议法令并要求中医的合法地位，最后教育部以不合教育原理为由不予通过。可见，西医在中国的传播最终得到了官方和民间的支持。⁴⁷总的来说，教会医院作为西医传播的先锋，民间社团以及政府是为救亡图存而推行西医的主阵地，都为西医在近代中国医疗事业史上取得合法地位作出了贡献。

在近代中国，整个社会结构在内忧外患下亟需从传统转向现代，而西医这一分支也是在传统与现代争夺背景下中西医话语权转换的历史。可以说西医在中国的传播改变了三大宏观话语：从需要社会支持的医学群体话语上来看，传统主要关注的鳏寡孤独弱势群体扩展到现代医学意义上的病人群体，病人是主体，而不仅限于贫穷无亲属倚靠不能自存者；从执行这一功能的组织话语上来看，由传统的官方、宗族、宗教组织转移到现代管理理念的专业化机构和群体——医院和医生；从社会文化话语实践来看，以道德教化为主导的照护传统转向了医学学科体系的科学霸权。西医在中国的传播和医学话语的重塑为依附于古代慈善事业的安宁疗护话语走向现代概念奠定了历史转向。

在汉语文化中，台湾、香港率先引进安宁疗护概念，香港称之为“善终服务”，台湾称之为“安宁疗护”，中国大陆现代安宁疗护的开端起源于 1988 年 7 月中国天津医学院临终关怀研究中心的成立，之后上海等多家医院开展了临终关怀医院服务。在安宁疗护发展之初，多用临终关怀以及缓和医疗相关概念。2017 年国家卫计委正式颁布安宁疗护相关条例后，各专家及政府机构为考虑公众的接受度达成了“安宁疗护”这一话语共识。有学者认为“临终关怀的本土化过程首先表现为它同中国传统文化之间的协商，也就是其命名过程所反映出的价值判断以及人们对此的接受情况”⁴⁸。我们认为命名的变化除了本身的文化隐喻以及价值判断外，还伴随着社会体系的两次创新，即第一次是基于医学研究的专业创新，第二次是基于社会改革的政策创新，两次创新是创新与再创新的过程，也是观念引进与本土化的扩散过程。

结论

回溯安宁疗护在东西文化发展演变的历史以及当代安宁疗护跨文化传播的变迁，不难看出：安宁疗护发展的第一阶段，一般都是由一些人按道德和人性自发地实践，其依据多为宗教或儒家等涉及人生哲学的部分，文化虽然不同，但是差异不明显。第二阶段，该实践被医学和科学认可并且逐步理论化、系统化、乃至机构化。这样“三化”、特别是机构化的过程中，文化差异特别明显，因为“三化”涉及到社会的方方面面，而每个社会又都是文化的产物。当代安宁疗护，是始于西方的第二阶段的产物，因此，引入中国的时候，势必产生“文化冲突”和“本土化”的需求。最后，我们看到，安宁疗护发展的第三阶段，也就是被当地文化吸纳并且本土化之后，深入人心，成为习俗，进入文化内核中，成为理所当然的价值观和做法了，就再一次超越文化差异，达成在道德和人性层面的“趋同”，

⁴⁶ 邓铁涛：《中医近代史》[M]. 广州：广东高等教育出版社，1999：275.

⁴⁷ 范铁权：《近代科学社团与中国的公共卫生事业》[M].北京：人民出版社，2013:57.

⁴⁸ 苏永刚. “健康中国”视域下的临终关怀[J]. 中国医学伦理学,2019,32(03):287-292.

成为普世的人生哲学。因此，我们认为，今天中国从政策推广安宁疗护的理论和实践，就是从第二阶段到第三阶段演进的必然过渡，而安宁疗护，作为人类文明对生死的回应，必然克服文化差异，殊途同归，成为人类对生命、对死亡、对个体尊严、对疗护质量、对疗护参与等问题提交的共同答卷。