

引用格式：张红玉. 从善终之术到善生之道：终身善终力理论框架下善生力与善终力的辩证统一及实践路径 [J]. 华人生死学, DOI: 10.12209/j.hrssx.XXXXXXX01.



# 从善终之术到善生之道：终身善终力理论框架下善生力与善终力的辩证统一及实践路径

张红玉

**摘要：**本文以“善终力”（生命末期实现自主尊严谢幕的综合能力）为核心切入点，首先明确定义善终力，揭示善终力作为个体内在能力目标的本质。进而提出，善终力的实现依赖于“善生力”（贯穿生命全程的生存智慧）的奠基作用。通过解析二者辩证关系（善生力为根，善终力为果），构建善生力的“六力模型”（觉知力、放下力、临在力、联结力、精简力、传承力）与善终力的“三角支撑模型”（个体内在、关系联结、系统适应能力）。最终整合提出“终身善终力”概念体系（终身善终力=善生力+善终力），揭示其通过重构生死观以提升生命质量的核心价值。实践层面提出阶梯式培养路径及社会支持体系，为安宁疗护从“终末干预”转向“全程赋能”提供理论范式，为临终关怀实践前移、生命教育体系重构及公共卫生政策制定提供新范式。

责任编辑：

收稿日期：

接受日期：

发表日期:XXXX/XX/XX

**关键词：**善终力；善生力；终身善终力；安宁疗护；生命质量；生死观

**中图分类号：** 文献标志码： 文章编号：2957-370X (XXXX) XX-0001-15

生命终章的安宁与尊严——“善终”，是人类普遍的深切渴望。然而，现实中充斥着被监护仪声响、未竟遗憾与临终恐惧所占据的病房图景，它揭示了一个核心悖论：我们虽渴望善终，却常在生命尾声才仓促求索，将“善终”狭隘地理解为终末期医疗技术的应用（如疼痛控制、遗嘱订立）或身后事务的安排。这种传统视角，如同只关注大树最后的落叶，而忽略了其整个生命周期的萌芽、生长与滋养。当个体与家庭直至生命终点才直面死亡，沉重的心理冲击、未了的关系纠葛及迟来的生命意义追问，往往使“善终”的愿景步履维艰甚至遥不可及。安宁疗护的介入，在此情境下常沦为激流中的临时筑坝，而非源头的根本疏导。

深刻的临床观察与实践反思促使我们重新审视“善终”的本质。我们提出，“善终”绝非生命终点的孤立事件，而应被视为一场贯穿一生的、关于“如何好好活”的毕业设计。它要求我们重构生与死的认知图景：向终而生，思考“终”，恰恰是为了更好地“生”。基于此，本文将以“善终力”为核心切入点，系统探讨其内涵、支撑基础及贯穿生命全程的实践体系。



## 一、善终力的理论内核：定义、辨析与支撑基础

本文所指“善终”，并非仅指生理上的无痛离世，而是涵盖身、心、社、灵四个维度的整全状态，包括：躯体舒适、心理安宁、关系和解、精神平静，以及个人意愿的尊重与实现。这一界定综合了WHO对安宁疗护的定义与中国传统文化中“五福”之一的“考终命”内涵。传统善终观虽在文化中有深厚根基，但在现代医疗与社会结构中常被窄化为技术性终末事务，缺乏对生命全程准备的系统性关注。

### （一）传统善终观的局限性

当前主流善终实践存在显著的认知与实践脱节：其焦点高度集中于生命终末期的技术性干预，如疼痛控制（如阿片类药物滴定）、遗嘱法律效力完善及殡葬流程标准化，忽视生命全程的心理社会准备。这种“终末事务导向”模式虽在缓解躯体痛苦与规范身后安排层面发挥基础作用，但也暴露出三重结构性局限：

#### 1. 时间维度的滞后性

现有研究表明，终末期患者普遍面临未化解的关系冲突与存在性焦虑，显示了“善终需始于善生”的迫切性。具体而言，根据作者实际临床观察，临终患者因重大人际关系冲突或早期创伤经历导致情绪对抗期持续；刘芯言（2023）研究指出，超过43%的晚期癌症病人报告存在中度至重度的死亡焦虑，其中存在性痛苦（如对生命意义的困惑）与医疗决策冲突（如治疗意愿与医疗现实的矛盾）是主要诱因，而死亡焦虑严重影响癌症病人的生活质量、身心健康及预后，缓解死亡焦虑是姑息治疗、安宁疗护、临终照护中的必要内容。

当个体与家庭直至生命终点才直面死亡议题，沉重的心理冲击、长期积压的情感纠葛及迟滞的生命意义追问，往往使善终的实践空间被急剧压缩。传统模式如同在激流下游筑坝，虽能短暂拦截问题，却无力疏导源头的社会心理淤积。

#### 2. 内涵维度的窄化

将善终等同于“无痛离世+遗嘱生效”的技术组合，本质上将生命完整性割裂为“生-死”二元对立阶段。这种认知忽略善终的精神内核——它应是生命整体质量的终极映照。临床常见困境是：患者虽获得躯体症状缓解，但因未完成的道歉、未传递的爱意或未厘清的生命价值而深陷精神痛苦，致使医疗技术干预的效果被大幅消解。

#### 3. 系统协同的缺失

现行医疗体系缺乏跨生命周期的资源整合机制。安宁疗护团队通常在疾病终末期介入，此时患者身心衰竭、家庭决策混乱，专业力量被迫在有限时间内同时应对躯体症状、心理创伤及伦理争议。这种“救火式”介入导致两大后果：一是社会心理支持效能降低（如关系修复需长期信任建立），二是引发资源错配（如过度急救，违背患者真实意愿）。



#### 4. 理论的局限性

现有研究存在二维割裂：哲学领域聚焦生死观（如海德格尔“向死而生”），缺乏实操路径；临床医学专注症状管理，忽视生命全程准备。

### （二）善终力的定义与能力维度

善终力意指个体在生命末期或面对重大生命转折（如晚期诊断）时，通过整合科学认知、心理调适、社会支持与灵性资源，实现身心安宁、保有尊严、自主、妥善安排，并坦然告别的综合能力。其核心目标在于生命有限期内在有限时间内，最大化实现个体意愿，包括减轻痛苦、修复关系、完成心愿、自主决策，最终以舒适、安宁、平和与尊严走向终点。

基于对上千例临终关怀实践的深入分析，本研究提炼出善终力的“三角支撑模型”，该模型由三个相互关联的能力维度构成，如表1所示：

表1 善终力的三角支撑模型

维度	核心能力	内涵与行动指向
死亡认知整合力	深度接纳生命终点，不回避、不抗拒（如：“我已准备好与生命和解”）	
个体内在能力	终末自主决策力	清晰表达医疗护理意愿（预立医疗指示、拒绝过度治疗），掌控生命尾声的主动权。
	生命意义统合力	通过生命回顾、未了心愿完成、精神传承，找到归宿感（如：撰写回忆录、安排纪念仪式）。
	关键对话引导力	主动、开放地讨论死亡、身后事、情感。（如：“我希望这样告别”）
关系联结能力	社会支持网络力	有效调动亲友、社区、专业团队的支持（如：组建“临终关怀小组”）
	临终关系修复力	寻求和解、宽恕、表达爱与感谢。（如：“谢谢你的陪伴”“我原谅”）
	医疗系统导航力	理解并有效利用安宁疗护资源（如：选择居家安宁服务、理解镇痛方案）
系统适应能力	文化框架调适力	在自身信仰体系内规划告别仪式（如：融合传统祭奠与现代追思）
	生态持续影响力	考虑并选择环保、符合价值观的身后安排（殡葬方式、遗产处理）

善终力本质上是在特定生命阶段（末期）应用的具体能力集合，是关于生命“终章”优化的技术与艺术，其核心目标是提升生命终点的质量。

### （三）善生力：为善终力奠基的生命全程能力

要实现善终力，其根本在于贯穿生命全程的内在能力培养，即善生力。善生力意指个体在深刻理解并接纳生命必然终结的前提下，通过日常实践主动培养的一种贯穿一生的综合性生存能力。其核心哲学可概括为“因知死，故惜生；因惜生，故放下；因放下，故自在”的生命实践哲学。善生力的核心目标在于通过持续的觉知与行动，引导个体活在当下，减少人生遗憾，活出充实、平和、有意义的人生，从而为最终的“谢幕”积累内在的安宁与坦然。

为系统阐释善生力的内涵与实践路径，本研究首次提出善生力的“六力模型”（详见表2）。该模型构成了善生力的核心操作框架，具体包括：

表2清晰展示了善生力六力模型的具体能力项、功能指向及代表性实践案例。善生力如同培育善终力之花的土壤，其日常修习为生命终点的从容奠定了坚实基础。从本质揭示，善生力并非抽象理



表2 善生力六力模型

能力	功能指向	实践案例
觉知力	死亡认知转化	每日微觉察：“若今日即终点，我当何为？”
放下力	消耗性执着剥离	执着清单分类法（可改/不可改/真重要？）
临在力	当下体验深化	五感锚定训练（5看-4听-3触-2闻-1尝）
联结力	关系网络优化	“四清单”实践（爱意/感谢/道歉/宽恕）
精简力	核心价值聚焦	价值观筛选法（去壳留核）
传承力	生命意义延续	“回声清单”（无形/有形/影响传承）

论，而是一套积极的生命管理哲学与日常实践体系。它直指“生”的智慧——通过每一日的觉知、放下、临在与联结，主动减少“生”的遗憾。当个体持续践行这套“操作系统”，自然为生命终点的从容奠定根基。牢记善终的起点不在病房，而在你此刻呼吸的瞬间。

#### （四）善终力与善生力的共生关系及终身善终力整合

善生力与善终力并非相互割裂的概念，而是构成一个有机统一的动态能力系统。基于此，本文整合提出“终身善终力”概念。终身善终力意指个体从生命早期开始培养，通过持续觉知生命有限性、放下消耗性执着、深化当下联结，最终在生命终点实现自主尊严谢幕的动态能力系统。其本质是实践海德格尔“向死而生”的智慧——以对“死”的觉知重构“生”的意义。终身善终力的内核由善生力（生命全程的能力储备）与善终力（终末期的能力应用）构成，二者辩证统一，形成终身善终力=善生力+善终力的整合框架（见图1）。

图1直观呈现了终身善终力的整体模型架构。

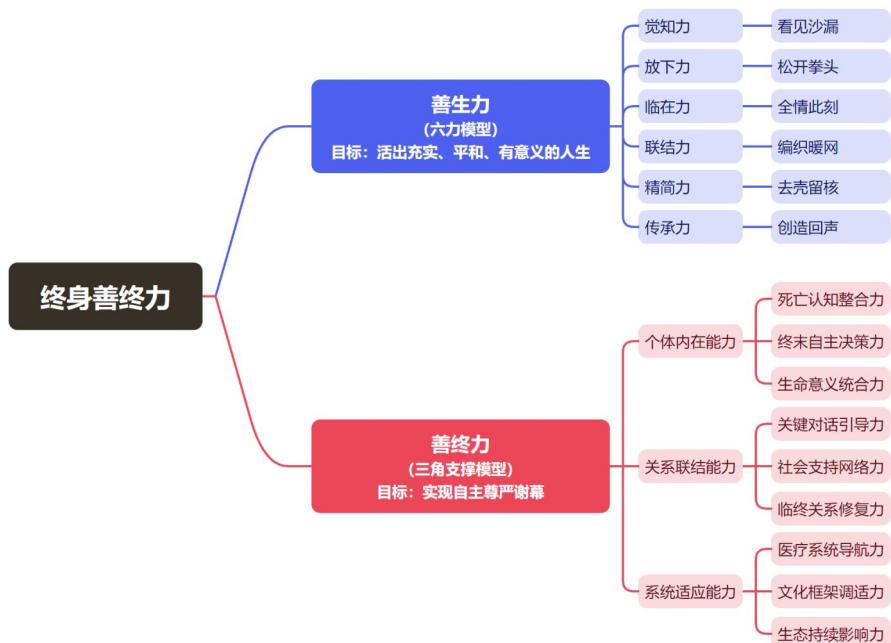


图1 终身善终力的模型架构



终身善终力的意义在于系统性地将“生”与“死”置于同一生命连续中审视。二者绝非割裂，而是动态互构的共生体，善生力与善终力，共同构成“终身善终力”概念的完整拼图，并在个体生命全程中持续交互作用、动态演化。

善生力为根，善终力为果：日常对生命有限性的觉知（如通过放下力训练）为终末期的接纳（善终力）奠定心理基础；而生命终局的质量，则是善生力长期积累的集中展现。如同土壤与花朵的关系，没有日常对“死”的深刻觉知（善生力），就难以在终点获得对“生”的坦然（善终力）。

善生力是耕耘，善终力是收获：生命每一刻对“活在当下”（善生力，如临在力）的践行，都在为最终的“谢幕”（善终力）积蓄能量与减少遗憾。善终力的终极目标，正是让个体在生命终点能够坦然言说：“我真正活过，我准备好离开。”

善生力防患，善终力纾困：善生力具有强大的预防性，其日常实践能有效减少临终时可能出现的心理社会危机和“未完成遗憾”；而善终力则是在生命终点临近时提供关键干预与支持，聚焦末期症状控制与核心心愿达成。

简言之，善生力与善终力之间呈现基础与升华、过程与结果、预防与干预的辩证统一关系（核心内涵总结见表3）。忽视善生力的根基建设（如回避死亡讨论），终末期的从容便成为无源之水、空中楼阁。

终身善终力并非善生力与善终力的简单叠加，而是一个有机统一的动态能力系统。善生力贯穿一生，其核心能力的培养（觉知、放下、临在、联结、精简、传承）为善终力的实现奠定坚实基础；而生命后期对善终力的需求与实践（如决策、关系修复、意义整合），又会反过来强化和深化对善生力核心能力的理解与运用，促使个体更积极地投入当下的“善生”。二者相互依存、相互促进，共同服务于个体在知晓生命有限性前提下，追求生命全程的充实、安宁与最终的从容谢幕。

表3 善生力与善终力的共生关系

关系维度	核心隐喻	内涵解析
基础与升华	善生力为根善终力为果	没有日常对生命有限性的觉知（善生力），很难在临终时真正接纳（善终力）；没有平时练习放下与联结（善生力），临终时的关系修复与放下重担会异常艰难（善终力）。忽视日常修炼，临终从容便是无源之水。
过程与结果	生之耕耘终之收获	善生力是贯穿一生的修炼过程，善终力是这一过程在生命终点希望达成的相对理想结果之一（一个更安宁、少遗憾的终点）。
预防与干预	善生力防患善终力纾困	善生力具有强大的预防性，能有效减少临终时的心理社会危机；善终力则是在终点临近时的关键干预与支持。善生力减少“未完成遗憾”；善终力则聚焦末期症状控制与心愿达成。

终身善终力模型是根本性的范式转换：善终实践需从“终末事务管理”升维至“全生命过程赋能”。其革新核心在于：

#### 1. 前置干预节点

将死亡教育与生命规划嵌入健康生命周期（如青壮年阶段），通过早期培育个体的“善生力”（如



觉知力、联结力等），从源头预防“未完成遗憾”的累积。

## 2. 重构善终内涵

建立“善终即善生之果”的认知框架，将医疗技术、心理调适、关系整合与精神超越纳入统一系统（如“三角支撑模型”）。

## 3. 重建协同网络

推动医疗系统、社区支持与文化场域的资源整合，例如通过预立医疗指示（AD）法律保障实现患者意愿的前置表达，或借力社区“终身善终力服务站”，提供连续性社会支持。

终身善终力是衔接“生死认知-生命实践-终末质量”的核心枢纽，其意义是该范式不仅回应了终末期患者的社会心理需求，更推动安宁疗护从“终末抢救”转向“全程赋能”，为系统性提升生命质量提供可操作路径。

## 二、终身善终力的核心价值：个体赋权、系统转型与社会文化重构的三维变革

终身善终力理论的价值不仅在于优化生命终末体验，更通过重构生死认知范式，在个体、医疗系统及社会文化三个层面引发系统性变革（见表4）。其核心突破在于将“善终”从技术性终末干预升维至全生命周期的能力建设，形成“以终为始”的生命质量提升路径。

表4 终身善终力的三维价值体系

维度	变革焦点	核心机制
个体赋权	生命自主性提升	死亡焦虑转化→心理韧性强化→决策权保障
系统转型	医疗价值导向重塑	服务前移→目标升级→评估标准化
社会文化重构	死亡禁忌破除与资源优化	沟通去污名化→资源合理配置→哀伤健康化

### （一）个体层面：生命终末期的质量提升与主体性彰显

终身善终力通过重构生死认知显著提升个体生命质量，具体体现在：

#### 1. 死亡认知重构与焦虑转化

善终力干预策略（如基于正念的觉知力训练、生命回顾、死亡教育）有助于个体重构对死亡的认知，将潜在的死亡恐惧或焦虑转化为珍惜当下、赋予生命意义的内在动力源。实证研究表明，死亡焦虑的根源在于存在性恐惧与失控感。善终力通过“觉知力”训练（如每日死亡反思）促进认知重构，使个体在健康期即建立“有限性生存框架”。刘芯言（2023）对晚期癌症患者的追踪显示，接受早期死亡教育的实验组死亡焦虑得分显著低于对照组。其机制在于：当死亡从“禁忌话题”转化为“生命坐标”，存在性焦虑可转化为生命意义驱动的行动力（如传承力实践）。

#### 2. 心理韧性提升与痛苦应对

善生力的“放下力”与“临在力”构成抗逆力核心。通过“执着清单分类法”（区分可控/不可控事件）及“五感锚定训练”，个体在重大疾病冲击下保持情绪稳态。美国姑息治疗协会（AAHPM）



2022年指南指出，此类能力可降低终末期抑郁风险达37%，其效果源于神经可塑性改变——正念实践可增强前额叶对边缘系统的调控（Hölzel et al., 2011），并改善其整体痛苦体验。通过正念临在（Mindful Presence）等技能训练，善终力显著提升个体在严重疾病（尤其是晚期）状态下的心理韧性。

### 3. 终极自主权的制度化保障

善终力的核心理念强调尊重个体在生命终末期的医疗自主权。预立医疗指示（Advance Directive, AD）的签署与执行是实现这一目标的关键工具。上海浦东新区试点显示签署AD的患者终末期过度医疗率下降。关键在于善终力将自主权从“临终紧急决策”前置为“常态化生命规划”，避免失能后的代理决策冲突。大量流行病学研究证实，AD的普及与终末期过度医疗干预（如非意愿的插管、心肺复苏、ICU过度入住）呈显著负相关，有力保障了患者意愿得以遵循。参考芮爱菊等（2021）的调研结果，预立医疗照护计划的开展能减少过度医疗，有助于提高晚期肿瘤患者临终生命质量，维护其尊严。这揭示AD制度对“患者赋权-医疗合规”双重目标的实现路径，契合医患沟通的结构化对话框架。

## （二）系统转型：从生命维持竞赛到生命品质护航

终身善终力理念深刻推动医疗系统，特别是安宁疗护服务的范式转型，目标从单纯延长生命转向优化生命终末品质：

### 1. 服务重心前移与对象拓展

突破传统安宁疗护主要服务晚期癌症老年患者的局限，终身善终力倡导将安宁理念与支持性服务前移至更早的疾病阶段（如慢性病进展期、生命末期预测期）和更广泛的人群（如中青年重症患者）。传统安宁疗护集中于终末期（生存期<6个月），而终身善终力推动介入时点前移至疾病早期甚至健康期。WHO姑息治疗发展倡议（2021）强调：“将死亡教育纳入慢性病管理可减少终末期心理社会危机”。实践上，日本“终活咖啡馆”（鼓励健康老人参与生前整理、遗嘱撰写等活动）的探索表明，早期干预有助于降低末期医疗费用。类似地，国内实践探索如“善终力成长营”等项目，已覆盖25–65岁面临生命意义或重大疾病挑战的群体，提供早期心理社会支持和生命规划指导。

### 2. 照护目标深度升级

服务目标超越基础的躯体症状控制（如疼痛、恶心、呼吸困难），整合“生命圆满”的多维内涵。这包括协助患者处理未竟事宜、促进关系和解、实现生命意义感与价值感的传承（如通过口述史、遗产项目、伦理遗嘱等“传承力建设”活动），达到身、心、社、灵的整全关怀，突破症状控制的物理层面。

### 3. 评估与服务能力标准化

为实现上述目标，需建立标准化的评估与服务能力体系。善终力推动发展基于“三角支撑模型”的结构化需求评估工具（如整合患者自述、家属观察、专业评估多维数据），确保对患者生理、心理、社会及灵性需求的精准识别与个性化干预方案的制定，基于“六力模型”开发《善生力自评量表》，



涵盖觉知力（例：“我常思考生命有限性”）、联结力（例：“我主动修复重要关系”）等。该工具使医疗机构可在健康管理阶段识别高风险人群，实现精准资源投放。

### （三）死亡文化重构：破解禁忌与资源困境

终身善终力的文化价值在于颠覆“死亡隐匿化”的传统范式，通过解构禁忌、优化资源与重塑哀伤文化，构建“向死而生”的社会支持生态。其变革路径聚焦三重突破：

#### 1. 死亡禁忌的消解，从文化缄默到开放对话

文化基因的痛点：传统社会将死亡污名化为“不祥之事”，导致个体回避死亡讨论、家庭隐瞒病情、医疗系统以技术术语替代真实沟通。这种集体缄默加剧终末期的决策冲突与精神孤立，如家属在ICU外陷入“是否放弃治疗”的道德困境，实则源于生前从未探讨过生命价值观。

终身善终力的破局机制有以下几个方面：

社区对话场域：通过“死亡茶会”“生命咖啡馆”等非医疗场景，将死亡议题融入日常社交。参与者以“四清单”（爱意/感谢/道歉/宽恕）为工具，在咖啡香气中自然表达遗愿与恐惧，使死亡从“不可言说”变为“可探讨的生命课题”。

代际传递革新：鼓励长辈在家族聚会中分享遗嘱安排与人生感悟（如“传承力”实践），打破“保护式沉默”的代际隔阂。当年轻人参与长辈的善终规划，死亡教育得以自然浸润，形成“预立意愿-家庭共识”的良性循环。善终力强调培养个体及家庭的“关键对话引导力”（如沟通技巧培训、家庭会议引导），以促进关于生命末期愿望、价值观和医疗偏好的坦诚交流。

#### 2. 医疗资源配置优化

系统困局的症结在于现行医疗体系陷入“延命竞赛”悖论——终末期过度治疗（如无效插管、ICU延命）消耗大量的医疗资源，却以牺牲患者尊严为代价。根源在于：患者失能后无法自主表达意愿，家属因愧疚感选择尽力抢救，系统缺乏前置决策机制。

终身善终力一方面使意愿前置化：借力预立医疗指示（AD）与“医疗愿望卡”，将个体“终末自主决策力”转化为具有法律效力的文书。基于患者明确意愿，可显著减少无效或非意愿的激进性急救措施（如终末期心肺复苏）。当患者明确“要舒适而非急救”，医疗行为从“默认延命”转向“尊重意愿”，避免呼吸机上的被动消耗。另一方面实现资源再配置：社区“终身善终力服务站”扮演分流枢纽——识别高风险家庭（如独居老人、重大疾病患者），早期导入安宁资源（居家疼痛管理、心理陪伴）。通过将终末期照护从三甲医院转向社区/居家，释放的ICU床位与经费可反哺慢性病防控，形成资源循环。

#### 3. 哀伤过程健康化

终身善终力理念倡导社会对哀伤过程的理解与接纳，支持发展符合时代特征与文化多样性的哀悼仪式。当前哀伤处理侧重殡葬仪式的合规性，却忽视遗属的精神重建。未化解的关系冲突（如未尽道歉）、仓促的遗产分割常引发家族裂痕，甚至演变为复杂性哀伤障碍。善生力的治愈逻辑，一方面是



生前关系闭环：个体通过“联结力”实践（如临终宽恕对话、预立遗嘱），在生命终章前完成关键关系的和解。当遗属手持父亲亲笔写的“宽恕信”，哀伤不再是遗憾的刺痛，而是爱的延续。另一方面传承式哀悼：“回声清单”将物质遗产（房产存款）升维至精神遗产（人生智慧、家风家训）。孙女在清明节点亮祖母设计的灯笼仪式，将哀悼转化为跨代际的文化传承，实现“肉体消逝，精神在场”的超越性抚慰。

### 三、终身善终力的实践路径：全周期赋能与操作化体系

终身善终力的培养需超越碎片化干预，构建贯穿生命全程的阶梯式能力发展模型。本部分基于“善生力-善终力”辩证框架，整合“六力模型”与“三角支撑模型”，提出系统性实践路径，涵盖能力发展阶段、工具化支持及社会协同机制。

本模型的设计基于发展心理学与生命教育理论。例如，埃里克森的心理社会发展理论提出婴幼儿期通过具象体验建立安全感；马希耳在认同状态理论指出青少年期通过价值探索促进自我认同；美国社会理论家纽加顿在老年生命周期理论中，提到了中年期则结合认知成熟与社会责任进行生命整合。各阶段目标与行动均对应其心理社会发展的关键任务，旨在实现善生力与善终力的阶梯式积累。

#### （一）阶梯式能力培养模型

终身善终力的培养需分阶段激活善生力（日常修炼）与善终力（终末准备），下表按生命周期细化实践路径，形成递进式能力图谱：

需要特别澄清的是，在实践中推广这个模型有时会遇到观念上的阻力。有人或许会认为，在青壮年时期就讨论遗嘱或身后事是一种不吉利的“诅咒”。然而，恰恰相反，这种未雨绸缪的思考和准备，是对自己生命最大的负责与珍视。因为培养终身善终力的宝贵窗口期，永远存在于我们觉得“似乎还有点早”的那个阶段，而绝不会在我们感叹“已经太晚”的时候敞开。把握“早”而非等待“晚”，才是真正的生命智慧。

本模型关于生前预嘱教育阶段的设定，基于国际学界对预立医疗指示（AD）的共识性定义及其与发展心理学理论的契合。现代观点认为，AD是一个始于成年早期并贯穿一生的、以价值观念沟通为核心的准备过程，而非仅在临终前完成的法律行为（Sudore et al., 2017）。因此，在青壮年阶段引入AD的启蒙教育，符合该时期个体价值观趋于稳定、开始承担家庭与社会责任的心理发展特点（参照埃里克森心理社会发展阶段理论）。此时进行教育，目标在于培养沟通能力与建立意识，为后续在中年期（46–65岁）认知与决策能力最为成熟时完成正式签署奠定基础。

#### （二）日常训练工具箱：从微行动到系统性准备

要将终身善终力的理念真正融入生活，离不开具体可操作的练习。这些练习分为提升内在韧性的善生力和聚焦生命终局准备的善终力。基于许多实践者的真实反馈，我们提炼出一些最高效的练习组合，融合了善生力的日常修习和善终力的系统准备。



表5 生命周期导向的终身善终力培养:善生力奠基与善终力准备

生命周期	核心目标	关键行动	家庭/社会支持系统
婴幼儿期(0-6岁)	死亡认知启蒙	1. 通过自然现象理解生命周期 2. 用绘本温和解释“离开” 3. 建立安全型依恋关系	• 家长死亡教育指导手册• 幼儿园生命教育绘本角• 儿童哀伤支持玩具(记忆盒子)
儿童期(7-12岁)	情感韧性培育	1. 参与家庭哀悼仪式 2. “五感探索”自然课程(感知当下) 3. 价值观萌芽引导	• 小学“生命花园”课程• 家庭死亡话题对话指南• 社区生命体验营(种植-收获-凋零)
青少年期(13-19岁)	自主意识觉醒	1. 书写“人生100件心动小事”清单 2. 正念情绪日记 3. 预立“青春遗嘱”	• 中学死亡教育必修模块• 青少年心理韧性工作坊• 数字遗产管理启蒙课
青壮年(20-45岁)	播种善生力根基	1. 觉知力: 每日微觉察练习 2. 临在力: 单任务专注训练 3. 联结力: 即时表达爱/感谢 4. 精简力: 价值观梳理 5. 反思个人在生命末期的医疗护理偏好	• “六力启航”线上课程• 企业EAP善终力模块• 生命沙漏青年工作坊
中年(46-65岁)	深化善生力+启动善终力准备	1. 放下力: 执着清单分类 2. 传承力: 生命故事记录 3. 终末决策力: 预立医疗指示、遗嘱 4. 关键对话力: 家庭死亡茶话会(年度)	• AD法律咨询绿色通道• “生命传承”数字档案馆• 社区临终关怀志愿者培训 家庭对话指南工具包
老年/疾病期(65+岁)	善生力持续应用+善终力全面启动	1. 生命回顾: 整合人生意义(绘制生命地图) 2. 关系修复: 宽恕练习/道歉信(未了心愿清单) 3. 医疗规划: 明确安宁疗护偏好 4. 身后安排: 环保葬选择、数字遗产托管	• 心愿协调师1v1服务• 医疗意愿区块链存证• 居家安宁疗护上门团队 • “无憾谢幕”全流程护航• 哀伤支持前置介入• 灵性陪伴专业团队
生命末期	善终力的从容应用	1. 症状导航: 专业团队定制舒缓方案 2. 关系圆满: 告别仪式设计(文化定制) 3. 灵性安宁: 传承仪式(书信/影像馈赠)	

在善生力层面，日常的修习是根基。这包括培养觉知力的“每日微觉察”和“生命里程碑回顾”；提升临在力的“五感锚定法”和“单任务专注”；激活联结力的“即时表达”和“定期联结”；训练放下力的“执着清单”和“心态断舍离”；以及强化精简力的“价值观梳理”和记录人生智慧的“生命故事记录”。这些练习如同肌肉训练，日积月累地增强我们面对生命起伏的内在力量。

表6 善生力每日修习

练习	作用	操作指南	耗时
晨间微觉察	强化觉知力	醒后问: 若今日是最后一日, 我最想_____? → 立即执行	2分钟
五感锚定法	提升临在力	焦虑时: 5看+4听+3触+2闻+1尝(聚焦当下)	3分钟
情绪断舍离	训练放下力	写烦恼清单, 分三类(可改/不可改/真重要?) → 行动/接纳	每周10分钟
联结闪电战	激活联结力	想到谁立刻联系: “谢谢你_____, 这对我很重要”	即时

善终力的准备则更为具体，关乎生命终章的自主与安宁。它涉及四个关键维度：

内在整合：主动学习死亡相关知识，深入反思个人生命的意义与价值，并通过书写或口述的方式记录下自己的生命故事、感悟与希望传承的智慧。



表7 善生力六力模型渗透全周期表

能力	儿童期案例	中年期案例	理论依据
觉知力	观察昆虫生命周期	每日微觉察练习	将死亡认知转化为珍惜当下的动力源
放下力	烦恼投递箱(绘画情绪)	季度情绪断舍离	识别消耗性执着,释放能量
临在力	蒙眼嗅辨花草	单任务专注(品茶)	注意力锚定当下体验
联结力	家族故事拼图游戏	爱意清单实践	减少来不及说的遗憾
精简力	玩具捐赠日	价值观筛选法	剥离冗余为生命减负
传承力	种植纪念树	生命故事录制	创造个人价值的回声

关系修复：鼓起勇气主动开启那些关于生命与告别的“关键对话”，真诚地表达爱意与感谢，寻求或给予宽恕与道歉，用心维护生命中重要的支持网络。

事务规划：这是善终力准备的核心！提前、明确地进行规划：签署具有法律效力的预立医疗指示（AD）和生前预嘱，订立清晰的遗嘱，表达关于葬礼仪式的个人意愿，妥善安排财务事宜。同时，主动了解本地可用的安宁疗护资源和服务。

系统适配：了解与生命终局相关的法律法规、医疗流程、符合个人或家庭信仰的文化习俗，并探索符合个人价值观（如环保）的殡葬选项。

表8 善终力系统准备

领域	核心任务	关键工具
内在整合	生命意义统合	《人生十问》手册：我最自豪的3件事；想留下的精神遗产等
关系修复	临终关系净化	“四清单法”：爱意清单（表达计划）；宽恕清单（书面释放）
事务规划	终末自主决策	预立医疗指示（AD）+ 遗嘱 + 数字遗产密钥
系统适配	文化/生态适配	殡葬选择评估表：宗教仪式需求；碳足迹计算（树葬 vs 火葬）

这些练习并非沉重的负担，而是赋予我们生命掌控感的切实路径。善生力的日常修习，让我们在每一个当下活得更清醒、更坚韧、更联结；善终力的主动规划，则是在生命终点为我们赢得宝贵的自主与尊严。无论是花2分钟的自问，还是完成一份重要的记录文件，每一步都在悄然累积着面对生命终极课题的力量与从容。终身善终力的培养，归根结底，是关于如何更充分地“生”，并最终得以更自主、更少遗憾地“告别”。它邀请我们，不是被动地等待终局，而是主动地、有觉知地塑造生命全程的质量，直至最后的谢幕。让告别，成为生命最后一场主动选择的仪式。

## 四、构建终身善终力友好型社会：倡议与展望

终身善终力理论的实践效能，不仅依赖于个体能力的内化与提升，更亟需社会结构、文化氛围及制度体系的协同支撑。当前，社会对死亡议题的系统性回避、死亡教育资源的匮乏以及临终关怀服务体系的滞后性，构成了阻碍终身善终力广泛培育与应用的深层壁垒。因此，推动构建“终身善终力友好型社会”，是实现理论价值从个体赋能向群体福祉、社会文明跃迁的必然要求。本部分提出多维度的推进策略与未来研究方向。



## （一）多维度推进策略，社会治理建议

构建终身善终力友好型社会，需在认知基础、制度保障与服务网络三个关键维度实施协同变革：

### 1. 教育奠基：将死亡认知融入生命全程教育体系

核心目标是系统性破除死亡禁忌，培育社会成员对生命有限性的理性认知与积极态度，为善生力的早期培育奠定心理基础。具体路径有以下几个方面：

将死亡教育有机融入国民教育体系，可以借鉴德国、日本等国的成熟经验，在基础教育和高等教育阶段逐步引入适合不同年龄段的课程内容。这些课程不应仅停留在讲解生命终结的生物学知识，更应引导学生展开对生命意义、人际关系价值以及失去体验的哲学思考与实践探索。例如，可以通过分享生命故事、开展伦理讨论、鼓励艺术创作等多种方式，帮助学生在认知与情感上建立对生命的整体理解。

同时，建议将“善生能力”与“善终能力”，即全生命周期的临终规划意识，纳入国家公民健康素养的核心指标之中。政府可通过公共卫生宣传、社区健康讲座、媒体科普栏目等渠道，向公众传递“向死而生”的生命态度，并以通俗易懂的方式阐释“善终力”的内涵——例如对其“六力模型”进行大众化解读，从而提升社会对生命晚期准备的普遍认知与实际行动力。

在专业人才培养方面，应在医学、护理、社会工作、心理学及教育学等相关学科中，加强有关善生善终理念、临终沟通技巧以及哀伤辅导等核心能力的课程设计与实操训练。这不仅能提升专业人才的综合素养，也将为构建更人性化的社会服务体系储备必要的人力资源。

### 2. 制度保障：构建尊重个体终末意愿的法律与政策框架

为保障每个人在生命末期都能按照自己的意愿做出医疗决策，核心在于建立有效的制度支持，让个人意愿——特别是失能状态下的——得以被尊重和执行。

具体来说，可以从以下几个方向推进：

首先，是推动预立医疗照护计划（AD）的立法与普及。我们需要在法律层面确立AD的有效性，明确其签署流程、生效条件和执行保障，并建立医疗代理人机制。同时，可以借助电子健康档案或区块链等技术，搭建方便、可靠的AD登记与查询系统，确保患者的意愿在需要时能被医疗机构快速获取并严格执行。此外，还应面向公众和医务人员，广泛开展AD的认知普及和签署支持服务。

其次，是将安宁疗护服务全面纳入医保。建议把符合规范的居家、社区及机构安宁疗护服务，系统纳入基本医疗保险的报销范围，减轻家庭经济负担。在此基础上，逐步建立以服务质量与患者感受为核心的评价和支付机制，关注症状控制效果、患者尊严维护以及家属的哀伤程度，引导服务真正回归人的需求。

最后，要重视遗产与数字资产的法律衔接。随着数字时代到来，个人在社交媒体、虚拟货币、云端数据等数字遗产的处理需求日益突出。相关法律法规应适时完善，为个人妥善安排身后数字事务提供明确依据与执行保障，帮助人们更好地实现资产的有序传承。



### 3. 服务下沉：建立社区为本的终身善终力支持网络

核心目标是将终身善终力培育与临终关怀服务前置化、普及化、在地化，触达更广泛的人群，实现服务的早期介入与连续性支持。

将服务真正下沉到基层，是构建社区为本的终身善终支持网络的关键。这一举措旨在将善终理念及相关服务前移并普及到基层，实现早期介入和持续支持，让更广泛的人群能够受益。

具体而言，可以在社区卫生中心、街道乡镇综合服务设施或社会工作站中，嵌入“善终支持服务”功能模块。这些站点主要承担资源引导工作，例如提供本地安宁疗护机构、法律咨询、哀伤支持小组等信息；同时开展早期识别与干预，通过筛查或主动服务，发现存在“未尽事宜”或死亡焦虑风险的个人或家庭，并提供初步心理支持、死亡教育或专业转介。此外，站点还会组织基础服务活动，如社区“生命茶话会”“人生回顾工作坊”及基础哀伤辅导，并负责培训和管理在地化的善终服务志愿者队伍。

在服务体系建设方面，需要重点发展由多学科团队（医生、护士、社工、心理咨询师、志愿者等）支撑的专业化居家安宁疗护服务。通过医保政策倾斜、服务标准制定、人员培训认证等手段，提升服务的覆盖面、专业性与可及性，使更多患者能在熟悉环境中获得有尊严的临终照护，践行“系统适应能力”。

同时，要着力推动跨领域协同机制的建立，促进医疗机构、社区服务站、社会组织、宗教文化团体及殡葬服务单位之间的有效转介与合作。这样才能确保在生命末期及家属哀伤阶段，服务能够连续、无缝衔接，形成完整的全程支持体系。

## （二）未来研究方向

终身善终力理论体系的完善与实践效能的提升，亟需持续深入的科学研究作为支撑。未来研究应重点关注以下方向：

### 1. 终身善终力量化评估工具的标准化开发与检验

开发具有良好信效度的《善生力量表》，涵盖“六力模型”各维度，可用于大规模人群筛查、干预效果评估及影响因素研究。开发适用于不同疾病阶段、文化背景的《善终力评估工具》，聚焦“三角支撑模型”能力在生命末期的具体表现与达成度，为个性化安宁疗护方案制定提供依据。

### 2. 阶梯式能力培养模型的实证效果检验

设计严谨的随机对照试验或准实验研究，系统评估基于生命周期的阶梯式善生力干预项目对不同年龄群体（特别是青壮年、中年）的死亡焦虑水平、生命意义感、心理韧性、临终决策准备度，以及最终临终质量（如症状控制、尊严感、遗属哀伤程度）的短期与长期干预效果。

### 3. 数字技术在善终力实践中的应用与伦理边界探索

从应用层面来看，研究如何有效利用数字技术（如：基于AI的生命故事记录与传承平台、区块链存证的预立医疗指示与遗嘱管理系统、VR/AR技术用于死亡教育或哀伤辅导、在线善生力和善终力课



程与支持社区）提升终身善终力培育的便捷性、互动性与覆盖面。从伦理层面来看，深入探讨数字遗产管理、在线哀悼空间、算法在临终决策辅助中的应用等新兴领域所引发的隐私保护、数据安全、数字鸿沟、情感异化等伦理问题，构建兼顾技术创新与人文关怀的伦理框架和治理准则。

#### 4. 文化敏感性研究与社会政策影响评估

深入研究不同地域、民族、信仰背景下的善终观念与实践差异，及其对善终力模型文化适应性调适的启示，确保理论推广的文化契合性与实践有效性。评估前文所述政策倡议（如死亡教育入课、社区服务站建设）在实施过程中的成本效益、社会接受度、公平性及对医疗资源利用模式、社会死亡文化变迁的长期影响。

终身善终力理论通过系统解构传统临终关怀中“善终即终末事件”的认知局限，确立了“善终是善生的自然延伸与终极体现”这一核心命题。其理论突破性在于系统性将“生”与“死”置于同一生命连续中进行审视，揭示了善生力（作为贯穿生命全程的生存智慧与能力储备）是生命质量的基石，而善终力（作为生命末期的从容谢幕能力）则是善生力能力在终末阶段的集中展现与质量保障。

这一理论模型的价值不仅在于有效回应了临终关怀实践中长期存在的“介入滞后”困境——通过以善终力为靶点，将善生力培育前移至生命早期，从源头上减少“未完成遗憾”的累积；更在于其深刻的社会文化意义：它倡导“善终力-善生力”的整合逻辑，推动社会形成“向死而生”的生命观，促使个体与社会重新审视生命的有限性与完整性，将善终力从技术性终点升维至生命教育的核心场域。终身善终力理论为医疗人文关怀的范式转型提供了关键支撑，指引其从过度聚焦技术性“延命逻辑”转向对善终力目标与善生力根基的协同关注。

最终，当终身善终力理念被社会广泛接纳与实践，其深远影响将超越个体的终末体验，铭刻于社会文明的肌理之中。个体的生命终点，不再被未完的遗憾所定义，而是转化为对“我因善生而无憾，我借善终而圆满”这一生命价值的庄重体认。终身善终力理论不仅为优化临终关怀实践提供了可操作的路径，更是以善终力为起点、善生力为根基、终身善终力为整合框架的辩证统一，为“健康中国”战略注入了不可或缺的人文精神内核，为实现生命全程的高质量发展奠定了坚实的理论基础。

## 参考文献

- [1] 刘芯言. 晚期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑现状及影响因素研究[D]. 成都中医药大学, 2023.
- [2] Khoury B, Sharma M, Rush SE, et al. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis[J]. Journal of Psychosomatic Research, 2015, 78(6):519-528.
- [3] Holzel KB, Carmody J, Vangel M, et al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density [J]. Psychiatry Research:euroimaging, 2011, 191(1):36-43.
- [4] AAHPM. Palliative Care Communication Competencies [EB/OL]. 2022. <https://aahpm.org/publications/communication-guide>.
- [5] 芮爱菊, 李秀珍, 邢霄. 晚期肿瘤患者预立医疗照护计划干预模式实施意愿及可行性研究[J]. 齐鲁护理杂志,



2021,27(17):116-119.

- [6] WHO. Integrating palliative care into health systems [EB/OL]. 2021. <https://www.who.int/publications/item/9789240035166>.
- [7] Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition from a Multidisciplinary Delphi Panel (S740)[J]. Journal of Pain and Symptom Management,2017,53(2):431-432.

## **From the Art of Graceful Dying to the Pathway of Mindful Living: The Dialectical Unity of Mindful-Living Competence and End-of-Life Competence within the Lifelong Graceful End-of-Life Competence Theoretical Framework and Practical Pathways**

**Abstract:** This paper takes "End-of-Life Competence" (the comprehensive ability to achieve an autonomous and dignified closure at life's end) as its core starting point. It first clearly defines End-of-Life Competence, revealing its essence as an individual's intrinsic capability and objective. It further proposes that the realization of End-of-Life Competence relies on the foundational role of "Mindful-living competence"(the wisdom of living cultivated throughout the entire life course). By analyzing the dialectical relationship between the two (Mindful-living competence as the root, End-of-Life Competence as the fruit), the paper constructs the "Six-Capacity Model" of Mindful-living competence (Awareness Capacity, Letting-Go Capacity, Presence Capacity, Connection Capacity, Simplification Capacity, Legacy Capacity)and the "Triangular Support Model" of End-of-Life Competence(Intrapersonal Competence, Interpersonal Competence, Systemic Adaptability). Ultimately, it integrates and proposes the conceptual framework of" Lifelong Graceful End-of-Life Competence"(Lifelong Graceful End-of-Life Competence=Mindful-living competence + End-of-Life Competence), revealing its core value in enhancing life quality through reshaping the life-death perspective. At the practical level, it proposes a stepwise training path and a social support system, providing a theoretical paradigm for shifting palliative care from "end-of-life intervention" to "whole-life empowerment," and offering new paradigms for advancing palliative care practice, reconstructing life education systems, and formulating public health policies.

**Key words:** End-of-Life Competence, Mindful-living competence, Lifelong Graceful End-of-Life Competence, Palliative care, Quality of Life, Life-death perspective