

# “粉红花园”医疗社会工作中的 关怀关系再生产\*

——医学人文关怀实践的新探索

刘蔚玮<sup>1</sup> 佟新<sup>2</sup> 王雪霏<sup>3</sup> 郭海凌<sup>3</sup> 龙一方<sup>3</sup> 关竞红<sup>3△</sup> 周易冬<sup>3△</sup>

**摘要:** 针对医疗体系中医患关系紧张与患者社会心理支持不足的问题,以北京协和医院“粉红花园”组织为例,从关怀伦理视角解析医患协同的医疗社会工作模式及其运行机制。研究发现,“粉红花园”通过整合医护人员专业性与患者志愿者主体性,构建了“医学权威-社会支持”双重赋能路径。该模式不仅提供可信的医疗信息与全人式社会心理服务,更通过关怀关系再生产机制,实现了从医护关怀到患者互助的可持续转型,验证了医患协同模式在中国医疗社会工作发展中的可行性。

**关键词:** 粉红花园, 医疗社会工作, 关怀伦理, 医学人文关怀, 医患协同

**中图分类号:** R-05 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002-0772(2026)05-0077-05

**DOI:** 10.12014/j.issn.1002-0772.2026.05.15

**The Reproduction of Caring Relationships in the "Pink Garden" Medical Social Work: A New Exploration in the Practice of Medical Humanistic Care** LIU Weiwei<sup>1</sup>, TONG Xin<sup>2</sup>, WANG Xuefei<sup>3</sup>, GUO Hailing<sup>3</sup>, LONG Yifang<sup>3</sup>, GUAN Jinghong<sup>3</sup>, ZHOU Yidong<sup>3</sup>. 1. School of Sociology, Beijing University of Technology, Beijing 100124, China; 2. Department of Sociology, Peking University, Beijing 100091, China; 3. Department of Breast Surgery, Peking Union Medical College Hospital, Beijing 100031, China

**Abstract:** This study addresses the prevalent issues of strained doctor-patient relationships and insufficient psychosocial support for patients within the modern healthcare system. Taking the "Pink Garden" initiative at Peking Union Medical College Hospital as a case study, this paper analyzes the medical social work model and its operational mechanisms constructed through doctor-patient collaboration from the perspective of care ethics. The research finds that the "Pink Garden" builds a dual empowerment pathway of "medical authority-social support" by integrating the professionalism of healthcare staff with the agency of patient volunteers. This model not only provides credible medical information and holistic psychosocial services, but also through the mechanism of reproducing caring relationships, achieves a sustainable transition from healthcare provider care to patient mutual aid. It validates the feasibility of the doctor-patient collaborative model in the development of medical social work in China.

**Key Words:** Pink Garden, medical social work, care ethics, medical humanistic care, doctor-patient collaboration

1921年,我国第一个社会服务部在北京协和医院成立,将社会工作理念引入中国医疗体系,自此孕育了我国本土医院社会工作“医疗+社会”的综合服务理念,医疗社会工作被认为是医院治疗的一个重要组成部分,帮助患者解

决社会问题,恢复其社会上原有地位<sup>[1]</sup>。这种综合治疗的视角为中国医院社会工作的发展奠定了基础。2009年,北京协和医院“粉红花园”组织成立,这是北京协和医院社会服务在当代的重要发展和延续。“粉红花园”组织由乳腺外科医生关竞红发起,时任主任孙强倡导,并在院领导、北京协和医学基金会、院团委、社会工作部等多部门支持下创立,该组织定位是为乳腺癌患者提供规范治疗支持、心理社会康复服务及医患沟通的桥梁<sup>[2]</sup>。“粉红花园”从以病房探访、门诊咨询为主的基础服务体系建设开始,2000年转向深度“疗愈”,构建“衣食住行”多维度患者互助社群,2023年引入绘画、音乐等形式的艺术疗愈项目,进一步提升患者自我效能感,强化患者互助网络。2024年,“粉红花园”从全国1001个进入决赛的项目中脱颖而出,在共青团中央、中央社会工作部、民政部、国家卫生健康委员会等多部门共同举办的第七届中国青年志愿服务项目大赛中获得金奖。

\*基金项目:2023年北京市社会科学基金决策咨询项目(23JCC130)

1. 北京工业大学社会学院 北京 100124

2. 北京大学社会学系 北京 100091

3. 北京协和医院乳腺外科 北京 100031

作者简介:刘蔚玮(1981—),女,博士,助理研究员,硕士生导师,研究方向:医疗社会工作、女性社会学。

通信作者:关竞红(1968—),女,主治医师,研究方向:乳腺疾病的诊治。E-mail: guanjh@pumch.cn

周易冬(1973—),男,硕士,主任医师,研究方向:乳腺疾病的诊治。E-mail: zhouyd@pumch.cn

△为共同通信作者

“粉红花园”的医疗社会工作以医患协同为核心运作模式,整合医护专业力量与患者志愿者主体性,形成“医学权威-社会支持”双重赋能路径。其特色在于开创了术后患者志愿者服务围手术期患者、患者社群互助与医护深度指导参与的医院社会工作模式,为患者构建了“医疗-心理-社会”全链条支持体系。本文将“粉红花园”为切入点,对其医患协同的医疗社会工作实践逻辑进行深入分析,并讨论符合中国本土经验的医疗社会工作模式及可持续机制。

## 1 分析框架与研究方法

### 1.1 分析框架

关怀伦理学为解析患者志愿组织的生成逻辑、互动机制及动力结构提供了理论框架。赫尔德<sup>[3]</sup>在其关怀伦理学框架中指出,关怀关系突破了传统私人领域的范畴,延伸至社会纽带建构与制度性联结层面,强调通过跨群体协作形成的社会性关怀网络,能够修复个体与社会的断裂,并形塑更具韧性的生存共同体。这种纽带式关怀不仅重构主体间关系,更通过“关怀实践”培育新型主体性,使个体在协作中提升生活能力与社会化潜能<sup>[4]</sup>。关怀伦理的奠基人 Tronto<sup>[5]</sup>提出了关怀四阶段理论,包含以下核心环节:(1)关注(caring about),即识别他者需求并建立伦理敏感性;(2)责任承担(taking care of),将需求转化为行动责任并制定系统性回应策略;(3)关怀实践(care-giving),通过专业技能、劳动投入及伦理判断实现具身化关怀;(4)反馈循环(care-receiving),被关怀者的主体性回应构成关系再生产的动力基础。该理论揭示关怀本质上是动态的、互构的实践过程,其效能依赖于从认知到行动、从施予到反馈的完整闭环。本研究基于 Tronto 的关怀四阶段理论,构建分析框架,系统阐释“粉红花园”志愿组织的互助机制演进路径及其内生动力。

### 1.2 研究方法与资料来源

本研究采用典型案例研究法,并结合参与观察、深度访谈与文本分析等方法多维度收集资料。研究对象聚焦“粉红花园”组织中的关键行动者:选取第一代患者志愿者(服务时长10年~15年、康复时长10年~20年的四大患者社群社长)4人,志愿组织创始志愿者1人,志愿者骨干3人,典型受助患者代表1人。研究周期覆盖2022年1月—2024年5月,通过以下途径获取数据:(1)对医护人员、患者志愿者开展的半结构化访谈(N=12次);(2)患者志愿者公开发表的抗癌自述文本(N=25篇)。研究采用主题驱动案例选择策略确保信息饱和,重点关注关怀关系再生产中的互动过程与意义建构,对行动者的情感表达、决策逻辑及实践情境进行解释性分析。研究对象基本情况见表1。

本研究遵循自愿和知情同意原则。对被采访的患者志愿者进行了研究的介绍和说明,包括研究的主旨、过程和目标,征求其同意后与其签署了知情同意书。本研究遵

守尊重个人隐私和保密的原则,研究过程中及以后未经允许不会暴露被访者身份和私人信息。本研究已通过北京工业大学科技伦理委员会的审查,审核编号:WF202403。

表1 访谈对象基本情况表

研究对象	年龄/岁	癌龄/岁	志愿服务年限/岁
圆圆(患者志愿者)	72	18	16
然然(患者志愿者)	33	4	4
竹溪(患者志愿者)	48	10	10
徐凌(患者志愿者)	57	16	16
美茵(患者志愿者)	56	16	16
雅威百合(患者志愿者)	44(去世)	8	8
小美(患者志愿者)	57	24	16
夏夏(患者志愿者)	48	6	6
百变小花(患者)	48	17	-

注:本研究征求被访者意见是否对其姓名进行匿名化处理,并接受被访者自愿的化名和愿意显示的真实姓名。

## 2 医者的关怀实践

### 2.1 从“技术实施”向“全人关怀”转型

关竞红医生回顾“粉红花园”建立的初衷以及医者视角的转型时回忆道:“我刚做大夫的时候,一个实习医生对患者说:‘你这没事,两周就长好了,没问题的。’后来病人单独和我说:‘你们大夫说的那么轻松,但是她都不知道我的乳房没了对一个女性来说,怎么能两周就康复呢?’这个当时对我的触动很大,我们做医生不是把人家的伤口给缝好了,她就好了,其实她心里的伤口远远还没有好,没有愈合。我之后看了很多国外的研究,发现国外这方面的人文研究已经很丰富,他们除了医疗,还在关照这些病人的心理社会康复,我开始想在这方面多做事情。”实习医生对患者术后康复的“两周愈合”论断,暴露了临床实践中技术理性主导的局限,忽略了疾病对女性身份认同、社会角色及心理安全的系统性破坏。关医生通过患者反馈,开始以整体观认识创伤,意识到医疗关怀需超越器官修复,延伸至心理社会康复。关医生对患者需求的深度识别和伦理敏感性推动医生的医疗开始从“技术实施”向“全人关怀”转型。

百变小花,17年前在25岁时罹患乳腺癌,治疗结束之后婚恋和生育成为了她最焦灼的问题。“我当时有了心仪的男孩,但是我不知道该怎么讲述我的病情,‘粉红花园’的关大夫给我出了一个绝妙的主意,带着已经结婚怀孕的病友和我现在的先生一起玩,等大家熟悉的时候,让他知道我们年轻患者可以正常结婚生子,打消他的疑虑。我们后来顺利结婚生子了。”在关大夫和患友姐妹们的帮助下,百变小花如愿走入了婚姻,还生育了三个孩子,至今已经有17年了。医生不但治好了小花的疾病,还帮助她实现了结婚和生子的人生大事。“让我的人生变得如此不同,这也是当时的我无法想象的,医生还可以做这么多。”

医疗照护实践中信任关系的建构,本质上依赖于医者对患者疾病叙事的认知和共情<sup>[6]</sup>。基于生物心理社会医学模式的全人照护框架,女性患者得以实现生物性康复、心理创伤修复与社会角色重建的三维整合。“粉红花园”的实践表明,当临床干预从单纯的症状管理延伸至疾痛意义的辅助建构时,患者的康复轨迹将突破生物学边界,转向自我认同的重构过程。在此过程中,医患互动模式发生根本性转型,治疗目标从“疾病消除”升级为“疾痛治疗”,医者角色从技术权威转型为疾痛关怀者。

## 2.2 医疗权威+社会支持的协同支持网络建构

2009年10月29日,乳腺外科医生、护士加上患者共12个人共同上台宣誓,宣告“粉红花园”正式成立。时任乳腺外科孙强主任说:“我们全科医生、护士都是志愿者,都要为‘粉红花园’做事情。”乳腺外科医护团队与患者共同缔结服务契约,标志着中国医院场域内医患协同型社会支持组织的诞生。科室主任首先确立“全员志愿者”制度框架,将科室医护纳入志愿服务责任体系;之后通过参与式领导深化组织建设,构建医患双向互动的情感联结机制。在系统运作层面,医护团队展现出三重核心职能:(1)跨学科资源整合者。联动乳腺外科、康复医学科等8个学科构建多学科协作康复支持体系,为术后患者提供持续康复服务。(2)项目化服务设计者。引入艺术治疗理论框架,开发绘画疗愈、音乐干预等循证实践项目,实现服务模式从基础支持向专业疗愈的范式转型。(3)系统性支持网络建构者。医护团队通过慈善募捐机制,与16家公益机构及企业建立战略伙伴关系,累计筹措资金逾300万元,保障服务项目的可持续运行。“粉红花园”通过“制度嵌入-专业赋能-资源动员”三维机制,重构了传统医患关系中的权力结构,医护人员从单一医疗服务提供者转型为协同治理网络的关键节点,在需求识别、服务供给及组织发展等方面构建全方位支持系统。

## 2.3 医者的具身化关怀实践与患者互助的形成

“粉红花园”医患曾经深度合作创作《“粉红花园”我的家》《生命的礼物》等多首原创歌曲,这些歌曲由医护协调资源组织患者志愿者共同演唱完成,并制成光碟在“粉红花园”发放,光碟的封面上是献给所有患者们的寄语:“不论你是否完美,你都是我们心中的宝贝。”在这个过程中医者组织歌曲创作本身构成了一种具象的关怀实践,医患合作模式突破了生物学模式下“施治-受治”的单向度互动,通过艺术符号的共同生产,实现主体间性的情感联结。

圆圆回忆起13年前,第一次参加“粉红花园”医患活动时,医生与患者共融的场景:“医生怎么能和患者这么贴近呢?事先并没有预想到百忙之中的医生会参与这样的患者活动,而且还会和患者一起在台上念诗,这样的画面不是亲眼看到,真的难以想象。”这种感动让她

毅然报名成为了花园的志愿者,开始了自己的志愿服务之旅。小美16年前在为“粉红花园”一周年庆典摄影时,看到医护在台下鼓励地看着患者演绎自己的患病历程——《点亮生命色彩》时装秀,被瞬间感动:“我是抱着完成任务的心态去的,但是看到在医护的支持和鼓励下,患者姐妹倾情自信的演出时,我瞬间就爱上了‘粉红花园’,正式成为一名志愿者。”

医患的共同参与是构建和谐医患关系的重要要素<sup>[7]</sup>,这种超越传统医患关系的共融体验和医者具身在场的互动参与对患者产生了强烈的情感触动。这种情感触动打破了患者对医患关系的固有认知(医生作为权威角色与患者保持距离),同时激发了她们对医生创办的这个“粉红花园”志愿组织的认同感和参与意愿。圆圆的丈夫曾经这样评论圆圆的志愿服务参与:“让她去给人提鞋,她都心甘情愿!”

## 3 患者的非对称性回馈与关怀关系再生产

### 3.1 关怀的反馈与循环

从患者身份到志愿者身份的转变形成了一种间接的“回馈”机制。这种模式突破了传统交换理论中的“一对一”回报逻辑,展现了关怀的超越性——关怀的价值不在于直接回馈(医护人员),而在于其对社会关系(医患关系、患者间关系)的整体改善,关怀通过链式传递,形成一种社会性的关怀网络,如夏夏所言:“我一边赤脚行走,一边把什么地方有荆棘、什么地方有甘泉写下来,如果每一个人都给身后走来的人留下甘泉和绿叶,这个世界就会永远变得美好而生机勃勃。”医护的关怀通过患者志愿者服务这个中介,完成了患者间互助网络的搭建。

患者在互助中也逐渐形成了伦理责任的接续和传递。雅威百合,“粉红花园”中的第一个志愿者,她和医生护士共同建立了“粉红花园”,2005年手术之后从事患者服务,2013年去世。“粉红花园”中的志愿者们对她的评价是:“哪个姐妹有问题,她放下自己的事情,随叫随到,她总让人感受到在需要的时候,永远可以得到帮助。”这种精神鼓励了更多的患者成为志愿者。雅威百合去世后,圆圆接过了她手中的接力棒,成为了“粉红花园”志愿者们的总领队,这份责任持续至今已有16年。圆圆时刻感受着身上的责任,也感受着付出关怀的欣喜:“我来到‘粉红花园’之后,想像雅威百合一样帮助别人,但是做着做着发现自己收获更多。每次组织完活动看到那么多姐妹这么开心,觉得辛苦不算什么,不知不觉地走了十几年了。”美茵在治疗结束之后利用自己的专长在“粉红花园”做起了志愿者,负责给“粉红花园”的姐妹进行形象设计,帮助她们在治疗期间更好地装扮自己,提升自信,至今已有16年。美茵这样描述愿意继续坚持下来做志愿者的动力:“当你进入这个助人的洪流之后,就会被推动着往前走,因为你的身边都是在帮助其他人的姐妹。我也在这个过程中感受到被需要。”

患者以从事志愿服务作为感恩回报,建立去人格化的互惠结构。然则在化疗的前一天心里生发出难以抑制的恐惧,她开始向“粉红花园”求助。当天值班志愿者圆圆作为一个有着18年患癌经历的老病友,对化疗流程细致的讲解、耐心细致的陪伴与鼓励伴她度过了化疗期前夜的心理恐惧期。“我至今仍然记得圆圆姐和我说:‘我就是这样走过来的,现在不也挺好的嘛,你不要害怕它,当你走过来再回看的时候,你会发现一个坚强而新生的自己。’”圆圆的帮助极大鼓励了然然,她相信自己的经验也可以鼓励其他新病友,手术之后她就加入了“粉红花园”,成为了一名活跃在各个社群中的志愿者。她认为“自己是被‘粉红花园’拯救的”,所以特别想传递这份帮助,回馈花园给予自己新生的机会:“我也问过自己能做多久的志愿者?我不能给一个答案,但是我在花园中收获了很多,一直觉得特别感恩,就这个动力会推动我一直想做下去。”

### 3.2 关怀关系的培育:情感共同体的建构与意义共享

徐凌,57岁,据她所说自己的人生经历了很多角色,但是她最喜欢的还是现在的身份——“粉红花园”志愿者,这个角色让她获得了一个“娘家”。“我患病期间,先生突发心梗离世,陪伴13年的爱犬也随他而去。在人生的这个至暗时刻是‘粉红花园’志愿者的姐妹陪我走过来的。一年后我又查出直肠癌,当时也是花园志愿者姐妹给足了关爱和支持。‘粉红花园’一直陪伴着我。”在个体遭遇重大生命危机(如丧偶、二次患癌)时,“粉红花园”通过“拟家庭”角色定位,形成拟家庭关系的强情感联结。

竹溪,48岁罹患乳癌,化疗结束后立刻加入了志愿者队伍,至今已有10年了。“我作为摄影师去给其他人拍摄的时候,看到很多人的笑挺假的,故意摆设出来的,但是在这里大家的笑容都是那么真挚。我喜欢这种特别纯粹的地方,也就一直想在里面做事情。”“粉红花园”通过建构“疾病身份-情感共鸣”的准入规则,消解了社会角色面具带来的交往异化。这种基于疾病共在性的本真性交往,形成布迪厄所指的“纯粹礼物交换”关系,使组织成为抵御工具理性侵蚀的情感之地。关怀打开了一条处理与陌生人之间关系的通道<sup>[8]</sup>。“粉红花园”就是这样一个负载情感的关系之网和共同体,能够使得由个人组成的群体变成像家庭一样的社会实体,成员在其间共享价值、规范、意义和认同<sup>[9]</sup>。

“粉红花园”建立16年,“粉红花园”里最老一批志愿者们也服务了16年。有像雅威百合这样,将自己对花园的公益服务一直持续至生命的终点,有像美茵、然然和倩倩这样在治疗期间就加入其中从事志愿服务至今。“粉红花园”通过“娘家”的拟亲缘关系的构建、“纯粹地方”的非工具性互动建构、“上辈人遗产”的伦理

责任传递、“感恩回馈地”的去人格化互惠结构建立,形成了一个具有共享意义的家园。“粉红花园”的实践证明,当疾病摧毁了身体的生物完整性时,却可能催生其社会灵性,病痛中的身体可以从治疗对象升华为联结生命共同体的伦理主体,患者之间的互助在这种共同体纽带中实现再生产,并得以延续。

## 4 讨论

“粉红花园”的医疗社会工作实践拓展了Tronto提出的关怀四阶段模型。在医疗照护的语境下,关怀行为起源于医护人员对患者的初步关注,标志着关怀意向的确立,为第一阶段。随后,进入第二阶段,医护人员确认并承担对患者的具体关怀责任,这一过程涉及对患者需求的深入理解和积极响应。第三阶段,医护人员通过实际行动实施关怀,将关怀具象化为具体的医疗措施和情感支持。值得注意的是,在第四阶段,患者作为被关怀者,并非如Tronto提出的关怀四阶段理论中的直接回应——向医护人员回馈,而是通过非对称性的方式将接收到的关怀转化为对后续患者的关怀行为。这种患者间的接续式关怀,不仅体现了关怀的传递性,也构成了对医生初始关怀行为的间接回应(indirect care-receiving)。由此,从医护人员的初步关注到患者间的关怀传递,形成了一个动态的、循环往复的关怀关系再生产机制,这一机制不仅是医患关系有机链接与建构的核心要素,也是患者组织如“粉红花园”可持续发展的内在驱动力。患者尤其是癌症患者之间的互助是其康复和提高生命质量的重要社会支持力量<sup>[10-12]</sup>，“报恩”作为一种韧性建构机制在女性乳腺癌患者的社会心理康复中发挥重要作用<sup>[13]</sup>,患者之间的互助不仅提升了自我的生存质量,同时也为医疗系统提供了额外的社会资本,间接提升了医疗服务的效率和质量,并且扩大了医护关怀的个体效应。

2024年9月,国家卫生健康委员会同教育部办公厅、国家中医药局综合司、国家疾控局综合司共同发布《关于印发医学人文关怀提升行动方案(2024—2027)的通知》,在加强医疗卫生机构人文关怀建设方面重点提出加强社会工作和志愿者服务,通过多渠道鼓励医务人员为患者提供志愿服务。“粉红花园”模式为中国医院落地医学人文关怀,深入开展医疗社会工作提供了经过时间检验的模本,它不但探索出了医患协同的工作模式,还发展出了“患者-志愿者”身份融合的志愿者队伍建设之路,更在中国本土语境下将制度性支持与医患情感共同体建构相结合,为医疗社会工作的发展提供了情感治理的中国方案,为关怀伦理学贡献了东方经验的理论增量。

在中国专业医疗社会工作尚处发展初期的现实背景下,“粉红花园”模式凸显了医护人员在医疗社会工作发展中的关键引领作用与多重角色转型。医护人员凭借其专业权威与患者信任基础,成为医疗社会工作本土化的重

要推动者。医患协同模式重塑了医护角色的社会功能,使其从单纯的疾病治疗者发展为健康社会关系的建构者。该模式构建了低成本、可持续的关怀再生产机制——通过激活患者的主体性与互助潜能,将单向的医护关怀转化为患者社群的自我发展能力,对健康社会治理具有重要价值。未来还需要在其他病种患者组织及基层医疗机构中进一步验证此模式的可推广价值。

(致谢:感谢“粉红花园”中的每一位志愿服务者,你们的关怀精神和助人实践为本研究提供了丰富的思想来源、研究素材和精神动力。以此文纪念“粉红花园”成立16周年。)

#### 参考文献

- [1] 宋思明,邹玉阶. 医院社会工作[M]. 石家庄:河北教育出版社, 2014: 66-67.
- [2] 北京协和医院乳腺外科. 协和乳腺健康粉红宝典[M]. 北京:电子工业出版社, 2019: 1.
- [3] 赫尔德. 关怀伦理学[M]. 苑莉均,译. 北京:商务印书馆, 2014: 26-27.
- [4] HELD V. Feminist Morality[M]. Chicago: University of Chicago Press, 1993: 223.

- [5] TRONTO J C. Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care[M]. New York: Routledge, 1993: 127.
- [6] 卡伦. 叙事医学: 尊重疾病的故事[M]. 郭莉萍,译. 北京:北京大学医学出版社, 2015: 3-4.
- [7] 黄成华. 身体哲学视域下医患命运共同体的构建[J]. 医学与哲学, 2022, 43(17): 20-25.
- [8] 斯洛特. 关怀伦理与移情[M]. 韩玉胜,译. 南京:译林出版社, 2022: 15.
- [9] 姚大志. 正义与善: 社群主义研究[M]. 北京:人民出版社, 2014: 14.
- [10] 刘蔚玮. 患者自组织中的志愿互助与健康赋能过程: 以北京H癌症患者自组织为例[J]. 医学与哲学, 2024, 45(18): 59-63.
- [11] 邵振艳, 邱红丽. 病友互助模式对肺癌患者术后希望、幸福感、呼吸功能、生活质量的影响[J]. 河南医学研究, 2023, 32(16): 3051-3055.
- [12] 王晓娟, 张雪雪, 王秀静. 病友互助模式对肝癌介入手术患者不良情绪、主观幸福感及生活质量的影响[J]. 癌症进展, 2021, 19(20): 2145-2148.
- [13] LIU W, LIU M, CHEN X. Repaying kindness and resilience: Cultural insights for nursing care in Chinese breast cancer recovery[J]. Nurs Open, 2025, 12(10): e70319.

收稿日期: 2025-06-24

修回日期: 2026-02-06

(本文编辑: 王德顺)

(上接第60页)

#### 4 结语

健康风险分担是实现“人人享有健康”的重要机制。在风险社会化加剧情况下,健康遭受很多风险因素影响。在预防和减少健康风险中,要强调健康风险分担。健康风险分担,实质是公平合理地承担预防和减少健康风险的责任,包含了两个维度:一方面,健康风险强调社会主体的“风险”共担意识,只有在共担风险的意识中,承担预防和减少健康风险的责任才具有深刻意义。另一方面,健康责任分担强调社会主体对责任的“各司其职”,只有社会主体严格地履行预防和减少健康风险的职责和义务,才能真正促进并实现“人人享有健康”的权利。

#### 参考文献

- [1] 刘喜珍. 老龄健康风险的特征、来源及其伦理规制[J]. 医学与哲学, 2019, 40(23): 25-28.
- [2] 郭航远. 生活方式医学[M]. 杭州:浙江大学出版社, 2021: 4.
- [3] 李宇阳, 郁希阳. 个人健康责任的内涵、理论基础、影响因素与政策应用研究: 基于近40年国内外相关文献的综述[J]. 宁夏社会科学, 2019(6): 117-124.
- [4] 高兆明. 黑格尔《法哲学原理》导读[M]. 北京:商务印书馆, 2010.
- [5] 刘远明. 健康与疾病的划界: 困境与出路[J]. 医学与哲学(人文社会医学版), 2006, 27(5): 25-26.

- [6] 刘远明. 健康价值、行为与责任[M]. 北京:中国广播电视出版社, 2009: 215.
- [7] 健康中国行动推进委员会. 健康中国行动: 2019—2030年[EB/OL]. (2019-07-15)[2025-04-26]. <http://www.gov.cn/guihuaxxs/c100133/201907/2a6ed52f1c264203b5351bdbbadd2da8.shtml>.
- [8] 刘远明. 健康价值与健康责任[J]. 贵州社会科学, 2002(4): 54-58.
- [9] 惠春寿. 公共理性: 共识还是聚合[J]. 哲学动态, 2024(7): 83-92.
- [10] 罗尔斯. 政治自由主义[M]. 万俊人,译. 南京:译林出版社, 2000: 225.
- [11] 贝·克. 风险社会: 新的现代性之路[M]. 张文杰,何博闻,译. 南京:译林出版社, 2018.
- [12] 王红漫. 医学社会学读本: 全球健康国际卫生攻略[M]. 北京:北京大学医学出版社, 2010.
- [13] 焦开山. 老年健康及其寿命: 基于社会学的研究[M]. 北京:社会科学文献出版社, 2019: 57.
- [14] 刘远明. 健康责任主体的推定与责任范围的划分[J]. 贵州社会科学, 2013(6): 26-31.
- [15] 郝亚明, 常健. 公务员人权培训学员用书[M]. 北京:国家行政学院出版社, 2016: 20.
- [16] 刘俊香. 基本医疗卫生服务改革的公平性研究[M]. 北京:清华大学出版社, 2017.
- [17] 邱仁宗. 健康公平与健康责任[J]. 社会观察, 2007(12): 20-21.

收稿日期: 2025-07-28

修回日期: 2026-02-07

(本文编辑: 高峰)