

——高等医学院校护理学专业教材——

护理伦理学

丛亚丽 \ 主编



北京大学医学出版社

高等医学院校护理学专业教材

护理伦理学

主编 丛亚丽
编委 孙福川 郭乡村 卢启华
曹永福 梁 莉 兰礼吉

北京大学医学出版社

HULI LUNLIXUE

图书在版编目 (CIP) 数据

护理伦理学/丛亚丽主编. —北京: 北京医科大学出版社, 2002.8

高等医学院校护理学专业教材

ISBN 7-81071-310-8

I. 护… II. 丛… III. 护理学: 医学伦理学 - 医学院校 - 教材 IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 058077 号

护 理 伦 理 学

主 编: 丛亚丽

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumppress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 莱芜市圣龙印务书刊有限责任公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 暴海燕 责任校对: 王怀玲 责任印制: 郭桂兰

开 本: 787mm × 1092mm 1/16 印张: 13.75 字数: 347 千字

版 次: 2002 年 8 月第 1 版 2005 年 2 月第 3 次印刷 印数: 16001 - 24000 册

书 号: ISBN 7-81071-310-8/R · 310

定 价: 19.90 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

“受过培训的护士是人类的一大幸事，与医师和牧师相比，她的使命并不亚于任何一位”——《剑桥医学史》

本书的目的不只是告诉你如何成为一名合格的护士，而是帮助你如何成为优秀的护士。

前 言

《护理伦理学》是为我国护理专业的本科生和临床护士编写的一本教材，本书的特点在于它的实用性，不仅体现在安排了典型案例34个，更体现在内容的安排不是以普通伦理学的体系，而是根据护理行为的实施来安排护理伦理学内容，希望这样能更贴近读者的工作环境，利于对护理伦理学问题的理解。

一般在每章或每节前面安排与本章节内容相关的案例，由它引出问题，在论述每章节内容时，穿插对案例的分析，目的是使教材不致枯燥，并有可参照的线索。读者在学习每章节前，可通过案例先自发地思考此案例将要说明什么问题，你是怎么分析的，然后对照书中的分析过程，看看自己的思路是否与书上的吻合，是否对书上的内容能进行补充。

另外，本书还有一本辅导教材，高度概括了教材中的理论知识，补充了一些可读性资料，并通过一些题目和案例分析来加深和巩固本教材中的内容。

由于做了大胆的尝试，本书无论是在体例上，还是在论述上都会有不少的错误，希望读者在学习过程中不吝指正，以利于今后的修改。

编者

目 录

导读 - 护士的一天	(1)
绪论	(4)
第一节 护理学与伦理学	(4)
第二节 护理伦理学	(9)
第三节 护理伦理学的学习意义	(13)
第四节 护理道德与法律的关系	(15)
第五节 护理伦理学的学习方法	(17)
第一章 护患关系及其道德规范	(25)
第一节 护患关系	(25)
第二节 护理关系和护理道德规范	(28)
第三节 护理道德规范(一)——护患关系的道德规范	(34)
第二章 护士的不同角色、关系和道德规范	(37)
第一节 门、急诊护士的不同角色、关系和规范	(37)
第二节 病房护士的不同角色、关系和规范	(41)
第三节 手术室护士的角色、关系和规范	(45)
第四节 护理道德规范(二)——其他护理关系和道德规范	(48)
第三章 护患双方的权利和义务	(56)
第一节 权利和义务的道德和法律涵义	(56)
第二节 护士的权利和义务	(59)
第三节 患者的权利和义务	(65)
第四节 对护患双方权利和义务的再认识	(74)
第四章 护患情感和信任的建立与维持	(77)
第一节 建立护患情感 增进信任友谊	(77)
第二节 护患沟通的技巧	(80)
第三节 应用沟通技巧 了解你的患者	(82)
第四节 防范和解决护患矛盾 维持护患关系结束后的友谊	(86)
第五章 护理行为实施过程中的伦理问题及分析(一)	(89)
第一节 妇产科病人护理道德	(89)
第二节 儿科病人护理道德	(92)
第三节 老年病人护理道德	(96)
第四节 几种特殊病人的护理道德	(99)
第六章 护理行为实施过程中的伦理问题及分析(二)	(107)
第一节 手术病人的护理道德	(107)
第二节 护理科研道德	(111)
第三节 危重病人和临终关怀的护理道德	(115)

第四节 安乐死的护理道德	(124)
第七章 护理伦理学基本原则	(131)
第一节 不伤害原则	(131)
第二节 行善原则	(133)
第三节 尊重原则	(134)
第四节 公正原则	(142)
第八章 护理伦理学理论基础	(145)
第一节 进行道德评价的原因和方式	(145)
第二节 护理伦理学理论基础	(147)
第三节 结果论和非结果论	(149)
第四节 与道德评价关系密切的伦理学范畴	(153)
第九章 护理道德教育和修养	(155)
第一节 护士道德品质	(156)
第二节 护理道德教育	(156)
第三节 护理道德修养	(158)
第十章 护理伦理学历史回顾和展望	(165)
第一节 护理伦理学的历史回顾	(165)
第二节 护理道德现状	(172)
第三节 21 世纪护理伦理学的机遇与挑战	(174)
第四节 护理伦理学再认识	(176)
附录	(178)

导读——护士的一天

护士 A：不想做护士，我真的不想做护士了

护士太累：一天到晚忙忙碌碌，想想一天所做，却没啥可说，细细数，早上晨间护理，铺床叠被，更换脏被子，翻身，检查皮肤，一个个病人问过去，早上好，还好吗？然后头上一层灰，身上一身汗地回来。接下去就是领药、加药、打点滴、病情评估书写病历，健康宣教，换盐水，还有杂七杂八的事，什么病床坏了灯坏了，什么结账出院，联系各种检查，消毒……等等干不完的活，还有整整两米长的桌子，整整一桌的盐水，这一天得一瓶一瓶挂完，中午人最少，常常是呼叫的铃声此起彼伏，护士们这时候也最好穿上溜冰鞋。……

护士太严：一周一小考，一月一大考，理论考，三基考，操作考……什么时候才能不考！大检查，小检查，检查不断。……

护士太苦：一年三分之一的时间在上夜班，更有甚者，五天翻班，简直快不见天日了。……

护士太忙：工作忙，学习也忙，有了自学考，还有医院各种各样的科内学习，院内学习，休息天参加才有学分拿。

护士太紧张：回到家还常常想着，今天有没有什么忘做了，会不会出什么差错？还有什么忘交班了？

太无奈，太琐碎，……

护士 B：别说你好苦

当你时时刻刻穿梭于形形色色的病人间，反反复复做着不很复杂却很繁琐的护理工作时，别说你好苦。

当你不管在晨光微露的清晨，还是暮色沉沉的傍晚，不管在众声喧哗的白昼，还是万家灯火的夜里，都要按时按点颠倒着生物钟开始工作的时候，别说你好苦。

当你全身心地投入工作，却遭到别人的讥讽和鄙视的时候，别说你好苦。……

别说你好苦，因为你是护士。是护士，就该为你的病人营造生命的绿色；是护士，就该承担起点燃生命，重塑生命的职责。虽然，我们的工作不曾惊天动地，也不会流芳百世，但我们无须为这种没有扭转乾坤之力而悲哀。因为，当我们精心护理好一个病人，避免了一场生死离别的凄惨；当我们亲眼看到患者大病初愈后对生命独有的热爱，我们何须再追求那种所谓建功立业的伟大？！

别说你好苦，因为你拥有。在紧张如簧的抢救中，你拥有了信心与坦荡；在帮助病人战胜死神后，你拥有了欣慰与成功；在家属亲人热切企盼的眼神中，你拥有了被人依靠的伟岸。有时候，你很累很累，是因为别人的职业太炫目，映衬你点滴的平凡愈发触目惊心；有时候你好苦好苦，是因为你生活在蜜罐里，舌头沾了一点苦涩便情不自禁地大惊小怪。

别说你好苦，作为护士，也许不会有人谈论这一职业的艰辛，也没有人歌颂这一职业的伟大，但只要自我赞美，我们的今天是为明天亲人们能够团聚身旁，欢歌笑语体味家的温馨，又何必在乎别人的谈吐？……

别说你好苦，当你看到同龄少女一身漂亮的时装，一件时髦的皮大衣，一件随意的休闲服，那种洒脱，那种摩登，那种悠闲，也许确实使你羡慕过一番，但你可曾关注过自己那一袭飘然白衣，一顶别致的燕尾帽，也是何等自然，精干！

别说你好苦，当你选择了护理事业，便选择了“春蚕到死丝方尽，蜡烛成灰泪始干”的奉献。

真的，别说——你好苦、好苦！（摘自仁济医院护理网页首页：别说你好苦——记心内科永不放弃的抢救护理）

这是两个护士在网上发表的见解，同样是护士，从网上却深刻体验到完全不同的心声。但从内心里对这两个护士都是同样的喜欢，因为她们都同样辛苦，更同样坦荡。但正是由于她们不同的观念，才一个很苦，一个很甜。若从伦理学上说，小A是处于道德的他律阶段，每天在尽义务，对工作责任心很强，但情感稍显不足，感觉很累；小B已经上升到道德的自律阶段，有丰富的感情，已经有把护理当作事业的事业感，体会到职业的幸福。

现在护理领域的伦理学问题很多，护士每天都在参与或帮助病人做出决定，但确实存在使护士不平衡的地方，如学术上大部分讨论此问题的文章，很少把护士的意见考虑进去，对护士扮演的角色未加以足够重视。但实际的情况是，护士在决定有关道德的问题上，起着重要的作用，因为是她们担负照顾病人的义务，帮助病人做出对病人最有利的决定。不管“三分治疗，七分护理”是否能使人得出护理重于治疗的结论，仅从住院病人在医院中的多数时间是护士在观察药物的作用、为医生提供及时准确的反馈信息、进行术后的护理、安排各种检查等，所以护士是在临床上与病人接触时间最长的人，因而护士最清楚病人的有关情况。尤其是新生儿、昏迷者的生命皆在护士的手中，可在有问题时，他人却很少询问护士的意见，但当病人遇到问题时，护士往往是被首先求助的对象，那么护士在这些道德困境中到底有什么权利呢？当护士自身的价值观和她的职业规范冲突时，怎么办？当护士发现病人并未完全理解医生告知的病情时，怎么办？当医生告诉护士不要把疾病的真实诊断告诉患者，可面对已与自己建立相互信任关系的患者在询问病情时，护士该怎么办？

本书的主要目的是通过了解护理伦理学的研究对象、基本原则、护士和患者各自的权利义务等基本内容，熟悉这一领域的道德规范，并把伦理学应用到护理临床实践中，同时注意提高自身的修养。更根本的是从意识上对护理伦理学予以重视，对伦理学问题敏感起来，从理论和实践上提高对护理伦理问题或护理伦理难题的分析和解决能力，这是以后成为一个优秀护士的基础。

护理伦理学，包括任何应用伦理学，它的功能不在于为伦理学体系制定原则，而是在于学习已经公认的伦理学原则和规范，并把它们应用到具体的实践中，当然最终效果是以此可反过来完善伦理学。但是，当我们在熟悉和理解了伦理学规范、原则和理论之后，不能想当然地以为凡是遇到伦理学问题便能自动地知道如何应用学到的知识，顺理成章地能推理出解决伦理学问题的答案。另外，也不是在学了伦理学之后，个人的道德修养会自动提高。要明确，伦理学本身就是个实践性学科，而护理伦理学作为应用伦理学的一种，更是如此，只有在实践中应用和体会才能觉出它的效果。如果我们在学这门课之前，已有了以上正确的观念，那么在学完之后，就不会为自己可能还不能很好地解决护理伦理学问题而苦恼，而是知

道以后将如何更好地解决问题，使你的护理生涯充满希望。

不是伦理学专家，也不是护理伦理学专家，而是你们——白衣天使自己是解决护理伦理学问题真正的专家，就像你们能把药品轻松溶入生理盐水中一样，你们也必能把伦理学完美地融入到护理过程中。

本书的章节安排是这样的：绪论介绍护理伦理学这门学科的基本概念，对这门学科有初步的了解，然后是开始建立护患关系（第一章）。建立护患关系之后，护士的核心任务便是为患者提供服务。但单凭护患关系是无法为患者服务的，因为无论是医生还是护士（或医院其他成员），都是服务系统中的一分子，彼此之间需要合作，每个护士都有自己的特殊角色，这样就决定了发生在每个护士身上的除护患关系（可以理解为纵向的关系）之外的众多的其他关系（可以理解为横向关系），如医护关系、护护关系、护际关系等的必要性和特殊性（第二章）。在补充了护患关系的主要内容——权利和义务（第三章）的知识之后，学习如何与患者沟通，如何认识了解你的患者，建立信任关系（第四章）。第五、六章是应用性质的内容，论述临床护理行为中面对不同的特殊病人可能会产生的伦理问题和与这些问题关系密切的道德规范和范畴。之后是从护理实践中归纳总结出护理伦理学基本原则（第七章）。护理伦理学的理论（第八章）既是指导人们实践的依据，也是从不同角度对人们道德实践活动的反思的结果。护理道德评价，护理道德教育和修养（第九章）是护理道德的活动部分。最后（第十章）是护理伦理学回顾和展望，即在结束学习时重新对这门学科有个整体性的认识，并客观评价此学科的长处和短处。这样安排的一个目的是说明护理伦理学从实践到理论，再用理论指导自身活动的过程。

附录在本书占有重要地位，这也是本书与其他教材一个不同的地方。不仅因为附录中新翻译有大量的最新版本的国际上的护理道德规范和法典，更关键的是本书中护士的责任等内容是直接参考附录得来的，读者也要参考附录，补充新的你认为重要的更适合自己的道德规范。

绪 论

第一节 护理学与伦理学

一、护理学

案例1 患者男, 33岁, 已婚, 某工厂副总工程师, 有一子, 7岁, 夫妻关系融洽。27岁时被诊断为类风湿性关节炎, 一直坚持治疗, 无临床症状出现, 并一直在工厂的技术工作中担任重要职务。1996年5月, 因病情复发而入院。出现疲乏, 双腕、肘、膝关节疼痛、僵硬及畸形, 日常活动受限, 如穿衣、进餐、翻身等也需别人协助。此后患者一反常态, 逐渐对自己的家、孩子、妻子、工作及周围环境等失去兴趣, 并对一直在身边陪护的妻子恶语相伤, 这个原来自信、外向、幽默的人一下子变得情绪低落, 并两次企图自杀^[1]。

(一) 人、社会需要护理

自从有了人类, 就有生老病死, 也就有了对病人的照护的需要。需要是人类社会进行活动的基本动因, 人类有物质生活的需要, 也有精神生活的需要。任何一本护理学的专业书都会提到马斯洛的人类需要层次理论, 从下至上是生理的需要(包括食物、空气、水、休息、排泄、住所、性等)、安全的需要(生理的安全、心理的安全感和被保护)、爱的需要(爱与被爱、归属感、亲密感)、自尊的需要(尊重和自尊)和自我实现的需要。

这些需要在表现时有轻有重, 但经常交织在一起。案例1中的患者由于关节痛苦、僵硬、畸形、活动受限及疲乏等原因, 严重影响了患者的生理需要, 另外, 这些生理的受限又影响其性功能及性生活的质量, 这既是生理上的需要, 也会影响到与妻子的亲密感, 担心妻子还会不会爱他等, 于是通过对妻子恶语伤害, 来减少作为男性的自尊和失败感。每日的生活需要由妻子或他人来协助的现实也是影响其自尊的主要因素。事业上的成功因为健康的原因而将毁灭, 使患者不得不放弃所热爱的事业, 这是非常巨大的心理反差, 是直接使自我实现的需要不能得到满足的原因, 因而产生厌世的想法。所以, 他迫切需要帮助, 不仅是医疗上的, 更主要是护理上。由于这种病的医疗效果差, 护理将担负主要责任; 即便是那些医疗效果好的, 护理也是重要因素, 否则医疗的努力将功亏一篑。可见, 人需要护理, 社会需要护理, 还有医生也需要护理, 需要护士的协助, 这是医疗的一部分。

(二) 人、社会的变化发展导致对护理需要的变化发展

预防疾病和促进健康一直是医护人员的天职, 但对健康的认知并不是一致的, 既有医学模式的影响, 又有社会和个人的差异。如有的人把心理的健康奉为最高标准, 对一点不适都会烦躁不安。现在比较权威的健康定义是WHO的“健康是生理、心理和社会三方面的完好状态”, 即不仅仅是指没有生理方面的疾病, 还指心理健康和社会交往等方面的良好。另外, 健康要因人而异, 护士在面对不同的病人时都把达到对这个病人而言的最佳的健康状态为目标(不可能每个人都达到WHO的标准), 这样就充分实现了自己的职责。

同对健康的看法一样, 对人和社会的需要的看法也是如此。从横向来看, 人类的需要因

时代的变迁、环境的改变、社会文化的差异等而有不同。从纵向来看,一个社会随着经济的发展和技术的进步等推动作用,社会中的个人和多数人的需要也会发生变化。在衣食住行基本满足之后,必然会更多地有“爱”和“自尊”以及“自我实现”的需要。有这样的怪现象:现在医疗越来越发达了,可患者越来越不满意了,医患纠纷越来越多了。其中原因很复杂,但有一个原因就是改革开放之后,人们的生活水平和经济状况提高了,对健康更加关注了,不仅是关注纯粹生理的健康,而且也关注精神的完好,对自我的权利开始重视,对自尊的需要更加强调,若医护人员仅注重生理的健康就不能满足患者的需要。所以医护人员若从需要的理论考虑这种现象,就不会感到特别奇怪了。护士需要帮助病人自己康复,充分尊重病人的权利,而不是什么事情都替病人做,否则病人并不感到舒适。因此,担负维护人们健康职责的护士们,无论是在工作内容还是方法上,都要有所改变,要增加许多精神和心理方面的服务。从另一个角度说,病人对护理的需求越来越高,护理在医疗领域独立性也越来越强。

(三) 功能制护理向整体护理的转变

南丁格尔创立了现代护理,她本人事业的发展是在克里米亚战场上的与本国军医的矛盾(开始时军医对护士团采取抵制的态度,主张没有医生的指示,护士们不准参与医护工作)和合作(南丁格尔有目共睹的成绩使军医接受了护士并寻求协助)中前进的。传统上,护理一直附属于医疗,二战前后,由于护理领域实际的需要,护理职业本身科学性的进步和生物医学模式的指导,护士头脑中的观念主要是一种实用主义的护理理念,与此密切相关的就是功能制护理的工作方式,强调的是工作的分派与效率,着眼点是伤残、诊断及疾病,而非病人这个“人”,更不是他的家庭,病人变成了床号^[2]。

美国护理学会 1984 年将护理定义为:“诊断及处理人类对各种已存在及潜在性健康问题的反应工作”,把护理看作是一门科学,包含有人文、社会科学等因素。从功能护理制转为整体护理的根本在于我们如何看待医学,如何看待健康。人的健康与否,不仅与病毒、各种感染有关,而且与人的心理、家庭、环境和社会状态等有关。新的医学模式在 20 世纪 70 年代就已提出,一种完整意义上的医学应当包括科学文化与人文文化两个方面已是共识。面对由于人口结构、疾病结构的变化及社会环境、生活行为方式致病作用导致的人文社会因素对疾病健康作用的增长,医疗高新技术的广泛应用引发的医学的非人性化、医患关系的物化、医疗费用的剧增等社会问题愈来愈多,医疗和护理必须在生物、心理、社会、环境诸多因素中寻求调节与平衡,即医疗护理的内在的人文因素要求医疗和护理的模式必须改变。这就是功能制护理向整体护理转变的“生理”基础,简单地说:人们的生活目的和价值观发生了变化了,那么护士对人的照护方式和理念能不变化吗?

整体护理就是以病人为中心,以现代护理观为指导,以护理程序为基础框架,并且把护理程序系统化地运用到临床护理和护理管理的思想和方法。其体系应该包括护理程序在内的护理哲理、护士职责与行为评价、病人入院及住院评估、病人标准护理计划及标准护理教育计划、护理记录和护理品质保证等内容。整体护理的目标是为病人提供包括生理、心理、社会、文化等方面的护理服务及护理教育。护理学是现代科学体系中一门综合自然科学和社会科学为一体的学科。目前的整体护理首先是针对以往功能护理仅仅作为执行医嘱境况而进行改革,把护理作为独立的整体的联系过程来对待。整体护理观的整体,应当包含以下六个层次:一是病与病人是一个整体;二是生物学的病人与社会心理的病人是一个整体;三是病人的物质生活与病人的社会文化生活是一个整体;四是病人与社会是一个整体;五是病人与

整个生态环境是一个整体；六是病人从入院到出院、在院内与院外是一个整体^[3]。

另外，各国的现状已说明了，随着社会的老龄化和疾病谱的变化，慢性病的增多，社区医疗的加强，护士在卫生保健工作中的作用日益增强和提高，护士的工作地点将从医院向社区和家庭扩展，这就越来越要求护士对自己的工作做出独立的判断和决策。即便是在医院中，尤其是在ICU护理中，护士的技能和独立操作和对病人照护的空间越来越大，独立性越来越强。从病人的角度来看，护士在整体护理中的角色与功能已是多重的：照护者、决策者、教师、管理者、沟通者、舒适者、康复者、病人的代言人等，自然地，护士身上的职责大大加重了。

二、护理与道德

记得曾看过这样的一个录像资料：一个晚期癌症女性病人，在住院期间与护士建立了很好的护患关系。在平时的交谈中患者告诉护士如果出现了危重的情况不要使用心肺复苏器械抢救，护士答应了她，并在结束谈话离开前为她的手擦了润肤霜。一段时间后，医生查房，发现患者出现临终状况，便紧急通知相关部门搬来了器械并做心肺复苏，是护士最后阻止了这些做法，告诉医生这位患者是DNR（Do Not Resuscitate Order）（即填过放弃临终抢救的表格）。

这件事情说明了临床上类似的安乐死和临终关怀等问题，其实这些问题的本质已不是医学问题，而主要是医学中的人文方面的问题。随着社会的变化，护理人文含义变化，护士的价值观从“救死扶伤”向“尊重生命”、“维护尊严”、“尊重患者权利”、“减轻痛苦”等理念转变。这种转变背后的东西是适应人的需要的变化和对人的尊重。虽然随着职业的独立性和社会价值观的变化，护理的方式和理念等发生变化，但不变的是护理这个职业对病人的关怀照顾本身，护理行业就是对病人的关怀照顾，护士就是实践着对病人的关怀照顾。与医疗相比，护理更侧重于这方面，这是护理学与其他学科或专业不同的根本所在。关怀照顾的内容之一就是提供使病人感到舒适的措施，让病人即使在面临疼痛、极端衰弱，甚至临终时仍能保持人格尊严，并使病人最大限度地参与健康的恢复。作为一门专业，护理学的根本职责是促进健康，预防疾病，恢复健康，以及减轻痛苦。若从人道主义角度理解，护理就是给（病）人以关爱，这是纯粹的“善”，而善是“道德”概念所特有的含义，仅此一点就说明了护理学这一专门从事的人的照护；是对人和社会有益的善举，这本身也说明了它是一门实践道德的专业。因为它以关怀照顾他人为目的，是关心他人、发扬人道的专业，这样，护理学这门学科和专业就与道德有了内在的联系^[4]。

任何一个职业，都需要也都存在本专业的道德，但护理同其他领域不同之处，在于护理本身又是一个道德的职业（moral profession），这个职业本身就是善。既然选择这个职业，就意味着，你能承担或有准备承担起这个职业本身的道德责任。

所以，护理与道德的关系是内在的，表现为护理本身的关怀、爱、照护等就是伦理学基本概念、范畴，是护理道德本身。

三、伦理学

伦理学就是研究道德的学科，也称道德哲学。

（一）道德

1. 道德的概念

一提到道德，人们心中老大不情愿，好像道德就是对我们的束缚、约束，就是用常人达不到的规范要求我们。其实，不论我们喜欢与否，道德是一个社会现象，是人类特有的精神生活。要正确地认识道德，需要认清人和社会的关系。用一种直白的表示就是：人在社会中生存，社会是由一个个的人组成的，人与人之间只要有社会关系存在就可能利益冲突，个人利益和社会利益联系在一起，既有一致的地方，也有冲突的地方，所以，社会就需要公正地分配利益，即对每个人都有约束，要求每个人都遵守一定的规则，尊重他人的权利、私利，这样每个人才能享受到最大的自由。这种用来调节关系的行为原则、规范就是道德。

简单地讲，道德是调节人与人、人与自然之间相互关系的行为原则和规范的总和。道德这一领域特有的词是“善、恶”。若严格地说，道德是由一定的社会经济关系决定的，依靠社会舆论、传统习俗和人们的内心信念来维系的，表现为善恶对立的心理意识、原则规范和行为活动的总和^[5]。

道德的核心词是“关系”。对道德的理解的另一个关键是这些“要求”（道德规范就是要求）是必然的，不是个人所能决定的，而是社会的意志，因为这是社会稳定、和谐和发展的条件。从字源上看，道德和伦理是非常相近的两个词，现实中人们对二者常混用。我们常说，“这个人不讲道德”，但不说“这个人不讲伦理”，其中可体会出道德有一种精神、意识、个人修养等方面的内涵，而伦理没有。“道”是指规律、法则、原则，“德”是指得道于己而形成的个人德性或品德。道德作为社会意识形态是指调节人与人、人与自然之间关系的行为规范的总和。所以，道德有两个方面的含义，一是同政治、法律、文学、宗教等都一样的社会意识形态，二是个人的德性、品德。这也可以从下面道德的结构来深入理解。“伦理”可以说是个有中国特色的词，在中国传统文化中占有重要的地位。中国文化讲“伦”，重在关系，是指辈分、类分和秩序，“理”即条理、治理、料理，引申意义指道理、理则。这样，伦理有双重含义：一是指人伦关系，二是指人伦关系之理，即伦理一词的本义是人与人之间应有的关系和道理。但“伦理”主要是指人伦关系，即人与人之间应有的关系。需要强调的是，这里的人伦关系是“实体性”关系（即在社会中确实存在的现象），如医患关系、护患关系、父子关系等。由于这种实体性关系有其客观依据和合理性，因此就有体现其必然性和必要性的应然性，即“伦理”中的“理”。这“理”就是应该如何维系这种关系在道德、法律或政策等方面的要求。为什么护士应尊重、爱护患者，不仅是法律的要求，更基本的是因为他们之间实实在在的人伦关系所产生的道德要求。同理，破坏护患关系可能出于法律上的原因，也可能是道德等方面的原因。何时和在什么界限上是道德的因素，何时和在什么界限上是法律的因素并不都是截然分开的，除非有法律条文明确规定。但在现实中，二者是融为一体的，法律不可能把生活中的所有情况都列出条文来，所以进行护理伦理学研究既要研究道德，又要了解法律的基本思想和部门。黑格尔认为伦理关系是“合理的社会秩序中的关系”，他把道德和伦理的学说都归入《法哲学》，只不过有实然法和应然法之别。从这个角度来看，道德是调节关系的一种方式，即“应然”的方式，而法律是另外一种方式，即“实然”的方式^[6]。

2. 道德的结构

道德是一个社会现象，也可作为一个系统来研究，它是由相互关联、相互制约、相互渗透、相互作用的三种要素，即道德意识、道德关系、道德实践活动构成的有机整体^[7]。

道德意识是对一定社会的道德必然性的认识，由道德规范意识和道德思想意识两个因素构成。从本质上看，道德规范意识就是社会群体道德意识，是一定民族、阶级、社会集团乃

至整个人类的某种群体的道德意识，一经形成，便成为一种制约和影响人们思想和行为的客观的社会力量；道德思想意识就是个体对社会道德的认识和实践后所达到的道德境界，包括个人的道德观念、情感、信念、意志、理想和道德理论体系等，是个体进行行为选择的内在机制^[8]。

道德关系是指在一定的道德意识、原则和规范的支配下形成的，并以某种特有的活动方式而存在的特殊的、相对稳定的社会关系体系。故道德关系的形成是不以个别人的意志为转移的，是社会中的稳定联系的一个侧面。作为一种社会关系，道德关系是道义上的关系，表现为个人同群体、个人同个人、群体同群体三个层次的关系。

道德活动是指人们依据一定的道德观念、原则和规范所进行的各种具有善恶意义的行动，包括道德行为选择、道德评价、道德教育、道德修养等形式。道德意识如何和道德活动如何都是发生在道德关系中。

具体在护理领域中如何理解道德结构，可见后面的护理伦理学的研究对象部分。

3. 道德结构三要素的相互关系

各种道德关系都是人们的道德意识的直接表现，并且客观地体现在人们的道德活动中，所以，道德关系既是主观的又是客观的特殊的社会关系。道德关系的客观性在上面已经说明了，主观性表现在道德关系是通过人们的意识而形成的，表达了人们的道德动机、欲望、情感，它来自人们的义务和良心，人们可以在一定的道德关系所形成的道德处境中进行自己的道德评价和自由选择。道德关系表现为已经完成的行为，道德活动则表现为一定的道德要求所规定的人们用什么方式所要完成的行为，既有现行的风尚，也有过时的行为。正是通过道德活动，人们的道德意识和道德关系才能或者得以巩固和发展，或得以改造和更新。

这三个要素彼此之间是相互联系、相互制约的。道德意识是道德关系形成的思想前提，又是道德活动的支配力量；道德关系是道德意识的现实表现，又是以道德活动为载体，并且制约着人们的道德活动；道德活动不仅是道德意识形成的现实基础，而且是道德关系得以表现、保持、变化和更新的重要条件。在这三要素构成的整体中，道德原则处于核心地位，它既是道德意识的灵魂，又是道德关系的支撑点和道德活动的指导方针^[9]。

(二) 伦理学

一提到伦理学，有人便认为伦理学是和政治联系在一起的。我国是有这种现象，尤其是在传统的封建社会，道德是和社会治理密切相关的。西方多认为伦理学是研究人类行为的学科，特别注重分析何种行为是对、错、善、恶等。

伦理学是哲学的一个分支，是专门研究道德的学科，也可以称作道德哲学。伦理学与社会学、心理学、美学等关系密切，其中一个原因是这些学科也在一定程度上研究道德。

伦理学是个历史悠久的学科，人们创造出不同的伦理学体系，具体来说，主要有三种：规范伦理学、元伦理学和描述伦理学^[10]，也可以说成是三种不同类型的伦理学。规范伦理学是狭义的伦理学，也是中国传统所讲的伦理学，即凡是主张有道德标准和原则的伦理学都称为规范伦理学，把义务、原则、行为和道德品质判断作为基本内容加以研究。护理伦理学、医学伦理学等都是规范伦理学，只不过是应用在了具体的领域中，严格地说是应用规范伦理学。元伦理学是关于道德术语的意义和道德判断的确证的科学，描述伦理学是对客观的道德现象进行描述，不做价值判断，也不建立原则和标准。

其实我们每个人都或多或少地做过类似的哲学思考，如：人为什么要活着？我要成为什么样的人？人为什么要讲道德？整体护理的道德本质是什么？等等。这个问题在其他领域是

很棘手的，但在护理领域好像不是一个问题，因为护理行业本身和护士自身就是在从事着“善”的事情，即在做道德的事情的同时就是在工作，从道理上说，这应是一个最能使人心愉悦的工作。有一本教材曾被美国和加拿大普遍采用，教材的名称一直为《护理的科学、艺术和精神》，原因是护士自己感觉到：护理艺术与科学只是一张三脚椅的两只脚，护理精神也是一样重要。“护理的科学性是指护士能了解护理活动与技术的科学原理；护理的艺术性表现于执行护理工作时的能力、技巧和信心；护理的精神是表现护士对一个需要她照顾的人整体的了解，而非仅对病人的了解”^[11]。护理精神可以理解为护理的伦理层面。虽然随着人的需要的变化，护理的职责一直在改变，但护理精神、内在的善永远不变。

（三）护理观

护理观简单地讲就是每个人对护理工作的看法。对某件事的态度可以反映了一个护士的价值观。如，怎样进行护理活动，有很多选择，不同的选择能够反映不同的护理观。也就是说，护士自己持有怎样的护理观，自己该怎样去生活，自己的生存意义和生存价值等都可通过护士在职业中的表现反映出来。

护理就是保护生命，生命对于每个人的重要性，就是护理对于整个社会的重要性。整体护理，就是对人和社会更加全面的呵护，试想，两个患者患的都是相同名称的疾病，但病人的个人感受绝对不同，因为人不是机器。以前在妇产科，产妇生产后的第二天经常被护士训斥说“别人能下床，你怎么就不能？”这既说明护士可能忽视患者的特殊问题，而且说明了对不同的病人用的是相同的眼光，这就不符合照护的本质了。因为照护是对人的照护，而人的需要是不同的，心理是不同的，反应是不同的，抵抗力是不同的，所以同样的外因在病人身上表现的是不同的症状，同样的疾病在不同的病人身上有轻重之别，有耐受强弱之分。如果护士这样说：“别人都能下地，你不能，让我看看你哪儿不舒服？”那么这说的则是护士在整体护理的观念上认识不同了。

有时观念上是一念之差，反映在沟通上有时也是一字之别，但在病人的感受上则是天上人间。

第二节 护理伦理学

一、护理伦理学的学科独立性

伦理与道德两者有内在的联系，这已是不容置疑的了。随着整体护理的实施，护士对病人的照护无论是从范围还是从深度上都增加了很多，担负的责任也越来越大。不仅在我国，其他国家的护理领域也都有个特殊的现象，即护士天天在不停地学习，如参加高自考、护理大专、护理本科、专升本、护理硕士等等的学习和考试。由于功能制护理向整体护理转变，临床上新的技术和设备的出现，对护士的科学知识和人文素质方面的要求越来越高，原来的旧的护理教育已经不能满足临床上护士的需要，关键的原因是现在护理教育越来越发达，护理领域内护士自身已经明显有独立的意识，对自身不足的部分予以弥补。随着护理在专业上越来越自信和70年代“护理诊断”等概念的提出，护士自身的独立意识和自主意识逐渐增强，除了配合医生外，还有能力去思考、判断、决定对病人最有利的护理措施等。护士身上的角色在转变，从单纯的疾病护理，到整体护理、心身护理，从单纯的医生的辅助者，到现在的合作者、对病人的教育者、咨询者以及护理科研者等，并对临床上可能存在的对护士和

护理职业的不公正的事情提出自己独立的见解。比如有的医生可能重医轻护，常说“不靠我们开出医嘱你们还有活儿干吗？”“病人可都是慕我们的名而来的！”这些话反映的是部分医生和医院的管理者没有对护理工作做出公正的判断，而护士在这不平等面前是有权利发表自己的见解并为不平等现象的彻底改变做出努力。

护理诊断与医疗诊断是完全不同的。医疗诊断是对个体病理、生理变化的一种临床判断，描述的是一种疾病，是由医生进行诊断和决定的治疗措施，是在医疗职责范围内进行处理，仅用于个体的疾病。护理诊断则是对病人、家庭现存的或潜在的健康问题的一种临床判断。是对个体健康问题的说明，是由护士对病人健康问题的反应做出的诊断和治疗，是在护理职责范围内进行处理。因此，随着护理行业的独立，传统上存在的医疗领域对护理的偏见在新的历史条件下是不公正的，需要伦理学的基本原则为其论证，这是护理行业的内在的要求。同人的需要发展相似，护理行业在经过发展之后，“自尊的需要”这种内在的需要越来越强，对一些不公正的对待等要发表自己的见解。

以往，护理伦理学是附属于医学伦理学的，这并不是因为人们对护理伦理学的误解，而主要是因为护理学在实践中还未独立出来。随着护理学成为一门独立的专业以及护士越来越独立发挥作用后，就要求护士在护理工作范围内独立做出决策，不能简单地从医学伦理学原则规范推演出与自身工作侧重点不同的护理伦理学的道德规范，这客观上推动了护理伦理学的发展。对护理伦理学的发展起推动作用的还有 20 世纪 70 年代的生命伦理学和 90 年代的女性主义及其关怀伦理学。女性主义者提出了与西方主流伦理学不同的伦理学，这种伦理学强调女性的道德经验，强调要将母性的关怀（care）作为伦理学的中心。因而这种女性主义伦理学又称为关怀伦理学。而护理学的中心任务就是关怀照顾，因而女性主义关怀伦理学与护理伦理学就发生了自然的联系^[12]。

二、护理伦理学

护理伦理学是研究护理道德的学科，它是应用规范伦理学。

（一）护理伦理学的含义

历史上对护理伦理学（nursing ethics）曾有如下的理解：

- 护理伦理学被指称护理职业的伦理学规范，如用来指导护士的日常实践活动的价值、美德、原则等。
- 护理伦理学被指称描述性的，即现实中实际指导护士实践行为的原则和价值，而不是指导行动的理想观念。
- 护理伦理学现在被指称护理实践中的伦理学范畴，是一个知识领域，而不是单指某些理想的或实际的规范^[13]。

综合起来，可以这样定义护理伦理学：护理伦理学是研究护理道德的学科，它用伦理学的原则、理论和规范等来指导护理实践，协调护理领域中的人际关系，对护理实践中的伦理问题进行分析、讨论并提出解决方案。

（二）护理伦理学和生命伦理学的关系

由于高新科技的发展和文化及观念的改变，人们重新对生与死、对疼痛的忍受、对自己生命的权利、对他人和社会的义务等进行思考，于是产生了一个新的领域——生命伦理学。生命伦理学是一个新学科，产生于 20 世纪 60 年代末的美国，它代表一种全新的观念，不仅指开创了一个新领域（伦理学和生命科学的交叉），而且代表一种学术思想、政策、政治因素