



全国高等教育自学考试指定教材 护理学专业(专科)

护理伦理学

附：护理伦理学自学考试大纲

[2008年版]

组编／全国高等教育自学考试指导委员会
主编／丛亚丽

北京大学医学出版社

全国高等教育自学考试指定教材
护理学专业（专科）

护理伦理学

（2008 年版）

（附：护理伦理学自学考试大纲）

全国高等教育自学考试指导委员会 组编

主 编 丛亚丽

编 者 （按姓氏笔画为序）

王经纬 丛亚丽 仝丽娟 杨卫华

张洪君 张晓虎 梁 莉 魏 琳

主 审 杜治政

参 审 李本富 孙宏玉

北京大学医学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

护理伦理学: 2008 年版/丛亚丽主编. —北京: 北京大学医学出版社, 2008. 4

全国高等教育自学考试指定教材. 护理学专业 (专科)

ISBN 978-7-81116-394-0

I. 护… II. 丛… III. 护理学: 医学伦理学—高等教育—自学考试—教材 IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 040135 号

护理伦理学 (2008 年版)

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.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 莱芜市圣龙印务有限责任公司

责任编辑: 简 浦 责任校对: 金彤文

开 本: 787mm×1092mm 1/16 印张: 9.75 字数: 240 千字

版 次: 2008 年 4 月第 1 版 2008 年 4 月第 1 次印刷 印数: 1—5000 册

书 号: ISBN 978-7-81116-394-0

定 价: 16.00 元

版权所有 不得翻印 违者必究

本书如有质量问题请与教材供应部门联系

组 编 前 言

21 世纪是一个变幻莫测的世纪，是一个催人奋进的时代。科学技术飞速发展，知识更替日新月异。希望、困惑、机遇、挑战，随时随地都有可能出现在每一个社会成员的生活之中。抓住机遇，寻求发展，迎接挑战，适应变化的制胜法宝就是学习——依靠自己学习，终身学习。

作为我国高等教育组成部分的自学考试，其职责就是在高等教育这个水平上倡导自学、鼓励自学，为每一个自学者铺就成才之路。组织编写供读者学习的教材就是履行这个职责的重要环节。毫无疑问，这种教材应当适合自学者增强创新意识、培养实践能力、形成自学能力，也有利于学习者学以致用，解决实际工作中所遇到的问题。具有如此特点的书，我们虽然沿用了“教材”这个概念，但它与那种仅供教师讲、学生听，教师不讲、学生不懂，以“教”为中心的教科书相比，已经在内容安排、形式体例、行文风格等方面都大不相同了。希望读者对此有所了解，以便从一开始就树立起依靠自己学习的坚定信念，不断探索适合自己的学习方法，充分利用已有的知识基础和实际工作经验，最大限度地发挥自己的潜能，达到学习的目标。

祝每一位读者自学成功。

本教材由全国考委医药学类专业委员会遴选作者、安排编写、组织审稿，保证了医药学类自考教材的质量。

欢迎读者提出意见和建议。

全国高等教育自学考试指导委员会

2008 年 3 月

目 录

护理伦理学

第一章 绪 论	(1)
第一节 护理与护理伦理学	(1)
第二节 护理伦理学的历史发展	(6)
第三节 护理伦理学的学习意义和学习方法	(9)
第二章 护理关系	(13)
第一节 护患关系	(13)
第二节 医护关系	(18)
第三节 其他护理关系	(21)
第三章 护理道德范畴与护理道德规范	(23)
第一节 护理道德范畴	(23)
第二节 护理道德规范	(28)
第四章 护患双方的道德权利和义务	(36)
第一节 权利和义务的概念	(36)
第二节 患者的道德权利和义务	(37)
第三节 护士的道德权利和义务	(40)
第五章 护患沟通伦理	(45)
第一节 护患沟通的概念	(45)
第二节 护患沟通的技巧	(47)
第三节 护患沟通的实践	(51)
第六章 护理伦理学基本原则	(55)
第一节 患者利益至上原则	(55)
第二节 不伤害原则	(56)
第三节 关爱原则	(57)
第四节 尊重原则	(58)
第五节 平等与公正原则	(61)
第六节 甘于奉献原则	(62)
第七章 护理伦理实践总论	(64)
第一节 基础护理与专科护理中的护理道德	(65)
第二节 整体护理道德	(70)

第八章 护理伦理实践各论——特殊病人的护理道德（一）	(75)
第一节 手术病人的护理道德	(75)
第二节 妇产科和儿科病人的护理道德	(81)
第三节 老年病人的护理道德	(85)
第九章 护理伦理实践各论——特殊病人的护理道德（二）	(88)
第一节 精神科病人的护理道德	(88)
第二节 肿瘤病人的护理道德	(90)
第三节 ICU 病人的护理道德	(93)
第四节 临终病人的护理道德	(96)
第十章 生物医学新进展与伦理问题	(100)
第一节 生殖医学高科技与伦理	(100)
第二节 安乐死的伦理难题	(101)
第三节 器官移植伦理问题	(103)
第四节 护理科研道德	(104)
第十一章 护理道德之实现——教育、修养与评价	(107)
第一节 护理道德教育	(107)
第二节 护理道德修养	(109)
第三节 护理道德评价	(112)
参考文献	(116)
附录一 护士条例	(117)
附录二 21 世纪中国护士伦理准则	(121)
附录三 护士和病人的权利与责任	(122)
附录四 国际护士理事会 (ICN) 护士伦理法典 (二版)	(123)
附录五 加拿大护理学会护理伦理法典	(124)
附录六 职业行为法典 (英国)	(125)
附录七 美国护理学会 (ANA) 护士伦理法典	(126)
后记	(127)

附 护理伦理学自学考试大纲

护理伦理学课程自学考试大纲出版前言	(131)
目录	(132)
I 课程性质与设置目的	(133)
II 课程内容与考核目标	(134)
III 关于大纲的说明与考核实施要求	(145)
附录：试题类型举例	(147)
后记	(149)

第一章 绪 论

第一节 护理与护理伦理学

一、护理与伦理

(一) 护理专业的伦理属性

南丁格尔从最实际的空气、阳光、温度、饮食、噪声等方面解读护理的内涵,这是理解护理的人文本质的最佳方式。任何一个职业,都需要、也都存在本职业的道德,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),这个职业本身与善有着本质的联系。那么,护理与伦理有什么内在关系?我们需要了解护理的本质。

如何定义“护理”一直是护理界学者研讨的课题。护理的概念也在历史地发生变化,从以疾病护理为中心,向以病人护理为中心,到现在的以人的健康为中心。^{〔1〕}1966年, Virginia Henderson 在《The Nature of Nursing》中提出:“护士的独特功能是协助患病的或健康的人,实施有利于健康、健康的康复或安详死亡等活动。这些活动,在个人拥有体力、意愿与知识时,是可以独立完成的,护理也就是协助个人尽早不必依靠他人来执行这些活动。”^{〔2〕}作为一种护理理念,整体护理概念的提出,应与社会对健康的全面理解密切相关,也反映出时代与环境的变迁反映出来社会对护理需要的不同。最新的护理定义是:“护理是综合应用人文、社会和自然科学知识,以个人、家庭及社会群体为服务对象,了解和评估他们的健康状况和需求,对人的整个生命过程提供照顾,以实现减轻痛苦、提高生存质量、恢复和促进健康的目的。”^{〔3〕}

随着护理职业的独立和社会价值观的变化,护理的方式和理念等也发生变化,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。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和极端衰弱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”,而善就是道德的特有的概念,仅此一点就说明了护理学因实践对人的照护而成就对人和社会的善举,这本身就说明了它是一门实践道德的职业。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自然就与伦理学有了内在的联系。

〔1〕 殷磊主编. 护理学基础. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2005. 25-26

〔2〕 同上, P. 25

〔3〕 黄人健等. 护理定义的研究. 中华护理杂志, 2005, 40 (7): 540-541

美国和加拿大曾普遍使用一本教材——《护理的科学、艺术和精神》，原因是此教材能使护士感觉到：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。”所谓护理精神主要就是指护理的伦理层面。虽然随着人的需要的变化，护理的具体职责一直在改变，但护理精神永远不变。

曾看过这样的一个教学录象：一个晚期癌症女性病人，在住院期间与护士建立了良好的护患关系。在平时的交谈中患者告诉护士如果出现了某些危重的情况不要使用心肺复苏器械抢救，护士答应了她，并按规定让患者填写了 DNR 表（即放弃复苏的申请），并在离开她时给她的手搽润肤霜。过了一段时间，医生查房，发现患者出现了 DNR 表上的一些临终状态，便紧急通知相关部门搬来了器械并准备做心肺复苏，是这位护士最后拿出了患者的这个申请，并阻止了医生的这些做法。这说明了临床的某些问题，如安乐死和临终关怀等领域的问题，已不是医疗和护理的技术问题，而主要是整个医疗领域中的人文方面的问题。这是个美国的临床情况，如果发生在中国可能会由于文化背景的不同而采取不同的措施。但这个例子说明的是护士能给病人的关照很多：不仅是其生命晚期时的友谊，也是生命的最好托付——DNR；不仅是心理的支持，更包括像给患者的手搽润肤霜等类似的细微护理。

可见：

- 护理是对病人生理上的帮助，减轻病人的痛苦，是对病人真正的照顾；
- 护理是对病人精神上的关爱，是对病人心理上的支持，是真正的关怀；
- 护理是对社会健康需求的关注和满足，是社会健康真正的守护神。

护理至少是两个人之间的活动，护士的行为必然为患者带来好的或不好的结果，也自然就出现了不同的伦理问题；如何帮助患者进行护理决策，如何处理在护理实践中已经出现的伦理问题，护士需要学习和了解符合护理专业要求的伦理原则，而非依据个人喜好来决定。即，正如最新的护理定义所说：护理是综合应用人文、社会和自然科学知识，以个人、家庭及社会群体为服务对象，了解和评估他们的健康状况和需求，对人的整个生命过程提供照顾，以实现减轻痛苦、提高生存质量、恢复和促进健康的目的。因此，护理与伦理的关系是内在的，表现为护理本身的关怀、爱、照护等就是伦理学最基本概念、范畴；护士是人道主义忠实的执行者，无论病人高低贵贱、贫富、种族和其他不同都一律同等对待、一视同仁。这些都反映出护理的伦理属性，展示了护理道德本身。

（二）护士的角色和职责

下面的说法虽然不普遍，但能反映出当今的部分现实。例如，某医院党委书记在阐述医护关系时说：“病人到医院来是找大夫的，不是找护士做护理的……”于是在护士中引起一片哗然。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！”如果说社会对护理的认识还不足的话，那么医院医务人员也如此认为则说明事态的严重性。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，没有认识到整体护理的重要性和意义。

那么，目前护理都存在什么问题？

我们知道，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。这决定了护士在医护过程中越来越大的主导和主动地位。但目前的状况并不乐观,医生群体中出现的自我保护意识也影响到护士角色和职责的发挥,如护理记录(一般护理记录单、危重症护理记录单、手术护理记录单)不再有护士的分析意见,只能就护理工作所见进行所谓的客观记录。而既往体现护理水平并作为护理病历重要部分的病人入院评估表、病人住院评估表、护理诊断项目表、健康教育计划表等,在许多医院已成为可有可无的东西,理由仅仅是为了规避纠纷等风险,避免与医生记录的不一致,但护士从此就成为一个真正意义上机械被动的观察者和纯粹的执行者,成为医生延伸了的手脚,又回到了被动从属的地位!一个没有主动分析、思维意识的护士,又怎么能在临床观察处理病人过程中积极主动,又怎样去提高护理水平?^[1]

到底如何看待护理工作?护理是否像目前表象出来的过剩?即患者已经得到充分的护理?但为什么同时又有相当多的患者家属单独雇佣护工?社会对护理工作的偏见,背后的原因是什么?我们护士是否也对自身的角色认识得不正确?

自南丁格尔创立了现代护理,南丁格尔本人事业的发展也是在与本国克里米亚战场上的军医的矛盾(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护士的协助)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。新的医学模式在20世纪70年代就已提出,大大转变了医护人员的观念。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?当然具体的职责也会有所变化。

以美国为例,在20世纪60年代护理学就已经具有了专业认同感,它不再依赖于医学而存在,并认识到护理学对病人的康复有特殊贡献。到70年代,许多护理学的领军人物撰写了护理学的理论基础——描述与护理相关的基本组成,包括病人、促进健康或引起疾病的环境、护理的特征及健康与疾病的特征。同时对专业目标及护理责任做出理论分析。^[2]

护士的角色和职责,以及工作重点从来不是一成不变的。从国外的现状也可以部分预测出我国未来的部分状况。以对老年人群的护理为例,西方国家老年人生活的一个重要特点是独居,但独居可能会增长忧郁情绪,也可能会加快衰老。因此,对老年人的护理就要从身心两方面着手,帮助老年人培养生活目标,指导其社会交往,这些工作都会使护理工作者涉及各个层面的问题。同时也意味着护理工作者要倾听老年人讲述的各种各样的事情,一旦老年人感到自己在社会上还有价值,他们的身心健康状况就能改善。

随着护理专业水平的提高和护士自身独立意识和自主意识的逐渐增强,护士除了配合医

[1] 陈卫春. 对当前护理工作的一些思考和建议. 中华护理杂志, 2006, 41 (5): 450-451

[2] [美] Joy Hinson Penticuff. 美国护理伦理学: 历史及特征. 医学与哲学, 1998, 19 (12): 647-650

生，还有能力去思考、判断、决定对病人最有利的护理措施。例如在 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，对临床上对护士和护理职业的不公正的事情提出自己独立的见解。

总之，护士身上的角色在转变，即：

- 从单纯的疾病护理者，到整体护理和心身护理者；
- 从单纯的护理医疗活动执行者，到护理计划制定和实施者；
- 从单纯的医生的辅助者，到现在的合作者；
- 从被动执行医嘱，到主动对病人实行健康教育和健康咨询者；
- 从围绕临床日常的实践工作，到实施护理科研的研究者。

从病人的观点来看，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，当然护理的重要性也自然显现出来。

目前正处于非常强调和需要人文护理的时代。伦理学作为人文学科的核心，将辅助护士做好人文护理，帮助护理实现其本身的“善”的价值并赢得更公正的社会地位。

二、伦理学与护理伦理学

（一）道德与伦理学

作为一种社会现象，道德是人类特有的精神生活。要正确地认识道德，需要认清社会和人的关系。简单地理解，社会是由一个个的人组成的，个人利益和社会利益联系在一起，有一致的地方，也有冲突的地方。社会被公众所期许的最重要的一个价值就是公正，所以，社会就需要公正地分配利益，既要约束每个人，又要尊重每个人，使民众享受到最大的自由。这种用来调节人与人之间关系的行为原则和规范的总和，就是道德的基本内涵。

其实道德所调节的关系不限于人与人，还包括人与自然之间的关系。道德领域特有的词是“善、恶”，道德的核心词是“关系”，另外一个对理解道德的关键是这些“要求”（即道德规范）。这些要求不是个人随意制定的，而是社会的意志，因为这是社会稳定、和谐和发展的条件。

道德作为一个社会现象，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、相互作用的三种因素，即道德意识、道德关系、道德实践活动构成的有机整体。这三种因素构成道德结构。

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。从本质上说，道德规范意识就是社会群体的道德意识，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。

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，表现为个人和群体、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。

伦理学是哲学的一个分支,也可以称作道德哲学。

其实我们每个人都或多或少做过类似的哲学思考,如:我要成为什么样的人?人为什么要讲道德?怎样才能幸福?这些看似很普通的问题是再深奥不过的哲学问题。哲学中对于人生的探讨是我们常说的人生哲学,是伦理学的主要内容。人们研究伦理学的方法、角度和重点有种种不同,从而人们理解或强调的伦理学的形态也不同。规范伦理学一直是传统伦理学的主流,一直到19世纪末,理论伦理学与规范伦理学都是同一概念,其实目前仍然普遍认为伦理学主要是侧重研究规范的。根据其研究问题侧重角度的不同,伦理学可以分成理论伦理学和应用伦理学,或者说规范伦理学中分出应用伦理学分支。医学伦理学和护理伦理学等,都是应用伦理学,同时也是规范伦理学,即应用规范伦理学。

(二) 护理道德与护理伦理学

1. 护理道德的概念

正如伦理学是研究道德的,护理伦理学是研究护理道德的。

护理道德是一种职业道德。凡能称为职业的,都有职业道德。它是在一定的职业活动中所应遵循的,具有自身职业特征的道德原则和规范的总和。具体到护理领域,护理道德是指护士在执业过程中应遵循的,用以调节护士与患者之间、与其他医务人员以及与社会之间关系的行为原则和规范的总和。

2. 护理伦理学的概念

护理伦理学(nursing ethics),作为一门学科,它是研究护理道德的。是依据伦理学基本原则来帮助护士解决其在执业活动中所面临的伦理问题而形成的学科体系。它是护理与伦理的交叉,是应用规范伦理学。

但客观地说,这门学科仍然年轻,仍然没有完全脱开医学伦理学的框架,没有完全独立……护士与其他医务人员一样需要清楚伦理学框架,需要了解 Beauchamp 和 Childress 在《生物医学伦理学原理》一书中提出的不伤害、有利、尊重和自主的原则,但仍然需要从不同的文化视角深思护理领域的伦理问题,并紧紧围绕国际护士理事会(ICN)颁布的国际护理法典。^[1]

也有专家透彻地提出:21世纪的护理伦理目前仍然主要关注两个方面的问题:描述“好”护士的特点和分辨出护理实践中的伦理问题。如果护患关系在现在已经有所变化,诸如没有很多的时间做护患沟通,护士人数缺乏等,那么护患关系和道德规范也应该随之变化。^[2]

3. 护理伦理学研究的基本内容

护士经常面临的伦理问题,就是护理伦理学研究的基本内容。

首先需要区分什么是伦理问题。例如一个护士在家的时候喜欢音乐,但如果在班上也不

[1] Joan McCarthy. A pluralist view of nursing ethics. *Nursing Philosophy*, 2006, 7 (3): 157-164 可以通过如下网址获得: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1111/j.1466-769X.2006.00272.x>

[2] Sara T. Fry. Defining nurses' ethical practices in the 21st century, 2002 International Council of Nurses. *International Nursing Review*, 49, 1 - 3. 可以通过如下网址获得: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1466-7657.2002.00113.x>

停地唱，就有伦理问题，因为她这样做对患者、护士和医生等都会产生影响，而对他人产生的不一定有利的影响是因为护士自身的喜好而非工作本身。简单地讲，我们可按照这样的路线思考下去：伦理学是研究道德的，从关键词“关系”来看，即至少涉及两个人，涉及的核心词经常与“善恶”、“应该”等相关。规范伦理学的表述一般为，某某应该或不应该做某事。即如果一个行为不对任何人产生影响，那么这个行为与道德无关，即对他不做道德判断，即此护士在家唱歌便不需进行道德评价（除非对邻居等产生影响）。

一般来说，护士经常面临的伦理问题有：如何建立融洽的护患关系、在对病人的关怀照顾中如何帮助病人权衡利害得失以让患者充分知情、如何保护病人的自主权、如何和其他医护人员打交道、如何避免因为医务人员之间的不和谐而对患者造成伤害？对于患有绝症的患者，是否告知真相？是否答应患者实施安乐死的请求？

4. 护理伦理学的特殊性

护理伦理学虽然历史发展短，而且主要是在医学伦理学的框架下发展起来，但作为一门独立的学科，护理伦理学仍然有其自己的特点。具体体现在：在护理伦理学的范畴方面，如护理领域更强调关怀、圣洁、温柔、信任、合作等范畴；在护理伦理学基本原则方面，它有生命不言放弃、平等、互补协作、甘于奉献等；另外，在护理不同类型的病人时将面临的不同的具体的伦理问题，如临终关怀和肿瘤患者的护理等方面，护理重于治疗，体现了护理领域的特点。最后，很多伦理学内容将落实在具体的道德规范方面，如亲切和蔼等。

第二节 护理伦理学的历史发展

一、古代（含欧洲中世纪）护理道德

中国古代医护药并不分工，没有护理道德的专论，但一直很重视调养（护理）在医疗中的作用，认为人体是一个有机的整体，从阴阳五行、辨证施治的角度进行医疗护理，重视预防保健。与护理有关的道德观念仍然是传统的医德思想，儒家伦理占非常重要的地位。

与中国不同，古印度护士是专门职业。公元前5世纪的名医妙闻在他的《妙闻集》中对护士的素质提出如下具体要求：雇佣的侍者（护士）应具有良好的行为和清洁习惯，要忠于他的职务，要对病人有深厚的感情，满足病人的需要，遵从医生的指导。在古印度的古代经典著作《吠陀》一书中谈及对产妇的护理，要求助产士和医生剪短指甲和头发，每日沐浴，以免对产妇造成伤害。公元前225年，印度国王阿索卡（Asoka）建了18所医院兼医学院，当时社会妇女受着许多束缚，不能外出工作，只有在这些医院里担任护理工作。当时对护士的要求是：“护士必须聪慧而敏捷，应献身于对病人的护理工作；必须懂得如何配药、配餐，具备为病人洗浴、按摩肢体和搬运病人的技巧；能熟练地清洁床铺，对病人应有耐心。”

古阿拉伯从公元700年至公元1300年，医学处于强盛时期，医院、医学院、图书馆等设备比较齐全，而且还建立了世界上第一所药学院，并颁布了第一部药典。为了减轻病人的痛苦，手术一般是在麻醉状态下进行的，而且还注重护理。无论男、女都可被医生雇佣当护士，并在医生的指导下工作。我们熟知的《迈蒙尼提斯祷文》在阿拉伯世界影响力极大，堪与古希腊的《希波克拉底誓言》相媲美。

古希腊的希波克拉底（约公元前460年—公元前377年）是西方医学的奠基人，被称为

“医学之父”。希氏对护理非常重视，在他的论文集中有这样一段话：“命令你的学生，护理病人时要按照你的指示执行，并要进行治疗，要选择有训练的人担任护理，以便在施行治疗时能采用应急措施，以免危险，而且在你诊治病人之后的短短时间里能帮助你观察病人，否则，如果发生了医疗事故，则是你的责任。”他强调身体是一个综合的整体，教学生帮助病人使体液达到平衡，教学生如何热敷、泥敷，建议心脏病人洗漱口腔和有规律的营养调节，……即用最简便易行的办法来达到使病人康复的目的，这样给病人带来的益处也是最大的。总之，他提出的这些医护措施对日后产生了极大的影响。对后世影响最大的要属希波克拉底誓言：“……无论至于何处，遇男或女，贵人及奴婢，我之唯一目的，为病家谋幸福，并检点吾身，不做各种害人及恶劣行为……。”由于医护合一，护理道德未以独立的身份出现。

古罗马沿袭古希腊的医护思想，同时还非常重视环境卫生，拥有引水管、排水管、下水道及男女公共浴池等公共设施。医院只收容奴隶和士兵，由品格优良的妇女和老年男士做护士工作。在古罗马遗址中发现许多护理用的器皿，如灌肠器械、管形材料、药膏瓶等。古罗马末期，一些贵族妇女在新兴的基督教的影响下走出家庭，访贫问苦。有的捐建医院，收容贫困的病人和难民，甚至把病人接到家中进行护理，这在上层社会形成了良好的护理风尚。如公元 300 年的贵族妇女 Marcella、Fabiola、Paulla 出于对基督的信任和跟随而对护理工作做了很大的贡献。她们积极地护理贫困病人，对后世产生了很好的影响。当时妇女不是唯一的承担护理服务的群体，在 3 世纪，罗马有个由男人组成的组织，叫 Parabolani 兄弟会 (Parabolani brotherhood)，在 Alexandria 的瘟疫大流行时期为生病和临终病人提供照顾。

从公元 4 世纪起，欧洲进入了长达千年的中世纪。受基督教观点的影响，教徒们把对病人的护理看成是他们的宗教职责，并成立各种姊妹会和兄弟会，以便更好地护理病人。当时男女护士的比例是 1 : 1，他们来自社会的各个阶层。

二、近代护理道德的发展

南丁格尔，不只是护理领域的鼻祖，也是护理伦理学的先驱。虽然那个年代还没有形成这门学科，但护理伦理学的本质已经通过她的作品完美地表现出来。除了在战场上护理伤员，和战争结束后开展护理教育，南丁格尔根据她丰富的实践经验编著的《护理札记》(Notes on Nursing) 一书，充分把护理伦理的本质展现出来。在此书的前言中，南丁格尔写到：“如果病人感到冷、用餐后不适或得了褥疮，一般说来这不是疾病的原因，而是护理不当所致。护士应该做什么，可用一个词来解释，即让病人感觉更好。”

全书共十三章，加上前言和结论也只不过是个五万字左右的小册子，但它的内容十分丰富，涉及的问题非常具体，语言平实而亲切，观察细腻且准确，处处蕴含着对病人的关心和爱护。内容包括：通风与温暖，住房卫生，微细的处理，声音，多样化，进食，何种饮食，床及床上物，光线，房间及墙壁清洁，个人清洁，闲谈希望与劝告，观察患者，总结。

为了使病人能尽快恢复健康，她从各个细微之处入手，保证病人得到更好的照护，完全把病人的利益放在第一位，很好地履行了护士的职责。例如，根据亲身经验，她在第一章提出了护理的首要规则，即应使室内空气清新，同时不应使病人有冷的感觉。在第二章，她提出合格的房间的五条标准：纯净的空气、纯净的水、有效的地下排水系统、清洁和光线。在第四章，她强调不必要的噪声对病人的危害。她说，不要把睡着的病人吵醒，因为病人由于

疼痛很难入睡，打断其睡眠便可能使之失去再次入睡的能力，这样不但不会减少病人的痛苦，反而还会增加病人的痛苦。在第八章，她提出床的高度不要超过 3.5 英尺（106.7cm），床头桌应高于床，因为如果病人不能翻身，床头桌可能会有用处。为病人的利益着想，使得南丁格尔甚至注意到了人们容易忽视的细节，例如她在第十章提出，病房中最好用地板铺地，最不宜用地毯，因为脏地毯会给房间带来污染；关于墙壁，她认为用纸糊的墙壁是最不好的，其次是石灰墙，最好的是油漆墙，因为可用水清洗。南丁格尔不仅考虑到病人的生理健康，还考虑到病人的心情愉快否。例如在第九章她强调光线对生理和心理的重要性，她说，应尽量让病人接受日光浴，病房中不能使用颜色昏暗的窗帘。夜间她提灯巡视病房时，发现病人睡觉时就像植物一样把脸朝向有光的一面，于是，她认为光线对病人心理是个安慰。南丁格尔不仅在这些细微之处给病人以照护，而且还积累许多科学的数据，以期给病人更科学的护理。从南丁格尔以上的言行中可体会出她具有高尚的护理道德情操，确实做到了：关心体贴、细致入微；钻研奉献、精益求精；自尊自强、坚韧执着……

鸦片战争之后，西医连同西方文化一同进入中国，我国护理的发展和护理道德的发展都受到外籍护士的影响。1907 年，在华工作的美国护士辛普森（Simpson）建议成立中华护士会。1909 年，九名外籍护士、医生在江西庐山牯岭成立“中国护士会”。这是我国成立最早的学术团体之一。1909 年，中国最早的护士学会组织——中国看护组织联合会正式成立。1926 年，中华医学会制定了《医学伦理法典》，全文共 2339 字，其中涉及到中国医生和外国护士之间的关系。

毛泽东同志 1939 年的《纪念白求恩》一文极大地鼓舞了广大医务工作者，1941 年 5 月 12 日，中华护士学会延安分会成立，毛泽东主席亲笔为大会题词：“护士工作有很大的政治重要性”。1942 年 5 月，毛泽东主席再次为护士题词：“尊重护士，爱护护士。”

三、当代护理和护理伦理发展面临的挑战

（一）护理工作面临的挑战

随着社会人口的老龄化和疾病谱的变化、慢性病的增多以及社区医疗的加强，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。我国目前也正在大力推行社区医疗，护理将在其中起越来越大的和相对独立的作用。这越来越要求护士对自己的工作做出独立的判断和决策。

另外，新的医学模式和整体护理模式对如何更人道地为患者服务提出挑战。理论上不难理解，但如何在实践中真正将护理工作关注的重点从病人的疾病或生理缺陷转向完整的病人身上，将病人视为一个有灵魂的生命，家庭及社会的一员，身体与精神的统一体，通过控制症状、心理护理、精神护理来确保病人的生存质量，需护理伦理学进一步细致阐述。对于长期卧床病人的家庭护理、慢性疾病（糖尿病、心脏病、过度肥胖等）等的护理，和越来越多主要由生活方式引起的疾病的护理，不仅需要类似全科护士的人员，也需要专科护士，甚至护理专家，以及全社区的护理教育等。

近年，随着各种传染病的出现和爆发流行，如各种性病的传播、艾滋病的蔓延以及 2003 年出现的 SARS 等，对护理领域提出了新挑战。与我国一样，加拿大的医护人员也是在这几十年来第一次面对治疗无效的可怕传染病，数十名医护人员（其中多数是护士）因为工作感染了 SARS。除了家人的健康是护士要考虑的因素，更棘手的是：医护人员是否在明

知有生命危险的情况下，还要救治病人？医护人员的职业风险在此淋漓尽致地展现在我们面前。社会各方面和医院为医护人员尽全力提供各种保护措施是无疑的，但护士在自己的生命健康与患者的生命健康相冲突时，有无义务牺牲自己？伦理学肯定是非常崇尚这种境界的，就像消防员在他人往外跑逃生的情况下，仍然要冲向火海一样，是我们这个职业本身的风险所在。在实践中，大多数西方社会采取的是比较温和的政策，他们并不认为为了病人的利益，医疗专业人员有义务，无论在任何情况下都必须做出最大可能的牺牲。但是他们同时也认为医疗专业人员为了病人承担一定的风险是必要的，例如在给传染病患者治疗的过程中承担被传染的危险。一般而言，西方大多数的医疗专业人员也接受了这个社会责任。^{〔1〕}无畏的牺牲是不提倡的，尺度的把握也并不明晰，但患者的利益是医护人员首先应该考虑的。

还有，护理领域也正在大大加强护理科研，但由于科研本身需要特殊的训练，需要一系列的训练支撑，但为了提高护理质量，护理科研是必须跨越的挑战。

当然，护理教育、护理学制等也是提高护理质量的必要保证，但在高素质的护士人数的培养方面，仍然面临很长的路要走。

（二）护理伦理面临的挑战

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。为了能胜任不断增加的工作任务，除了在技术方面要应对挑战，护士还要在人文方面充实自身。这就需要在护理道德教育和实践方面发展本学科，掌握最新的国际国内规范。例如 2000 年修订的国际护士伦理法典，2000 年中华护理学会与香港护理界合作起草的《新世纪中国护士伦理准则》和之后的加拿大护理学会的规范等，都需要了解。

除此之外，我国随着市场经济进入医疗领域，护理伦理问题出现了不同的类型和转变，护德护风遇到了强大的挑战，护理质量有所滑坡，护理纠纷时有发生。整体护理要求护士的决策有独立的空间，但此独立性如何体现？护士是否对患者的康复决策有同等的建议权？传统上认为医生是一个建筑的设计者，护士是建筑的实施者，但在临床如果因为医疗决策出了问题，医生和护士却又需要同样负责，或护士也需要负连带责任。这个挑战使护士经常在面临决策时存在困惑。

护理伦理素质和决策水平的提高与护理质量的提高，二者是相辅相成的。如果说整体护理是一棵大树，那么人文精神则是其赖以生存的土壤，人文精神是整体护理内在发展的动力和灵魂。二者相互促进，相得益彰。

第三节 护理伦理学的学习意义和学习方法

一、学习护理伦理学的意义

伦理学中的很多内容是我们日常生活的常识，只不过我们没有把它系统化。护士对护理伦理学的知识也是同样，有些停留在直觉的层面，有些停留在个人喜好的层面，有些还没有上升到对护理专业的认识高度。所以，学习护理伦理学有助于我们从学科的角度对护理伦理

〔1〕. 许志伟. 医患关系的本质：医生的专业视角及其伦理意蕴. 医学与哲学, 2005, 26 (2): 5-8

问题进行客观的分析,帮助我们对伦理问题做决策,并学习如何进行自身修养等。

护理行业不同于一般的职业,它涉及到病人的生命健康,是人最珍视的部分,其中的伦理学问题远比日常生活中涉及的判断复杂得多,对患者和其家庭的影响也至关重要,需要一定的知识做依托;护士自身的情感、价值观和对健康与疾病的看法等都会影响到患者的健康,影响到护理的质量,继而便与护理伦理有着不可分割的联系;另外,护士与很多病人接触,而这些病人是有着不同的道德教育背景,也来自不同的文化环境,对伦理学问题有着不同的反应方式,因此,护士在护理实践中的道德决策与日常生活中的决策肯定是不一样的,这是因为护士必须考虑到与她有着不同道德视角的病人(和家属),必须遵守相关的道德规范。由于医学技术,如生命维持器械,即现代的医学和护理使医护人员“操纵”人的生命的力量更大了,这使卫生保健领域的情况更不同于日常生活,护士介入到了与以往的生活和工作完全不同的道德难题中,必然地,护士仅依靠日常的道德判断已不可能应付这种情况的道德判断了。还有,护士身上的角色很多——要同病人、医生、家庭、社区甚至法院等发生关系,可能在某一个时刻,某方面的角色要优先。但究竟哪个应优先,优先顺序的确定涉及到不同人的利益,而涉及到利益必然要引出伦理学问题,因此,如何使行为更符合伦理学的要求,是需要学习的。

学习护理伦理学,可使护士增加对于她们所护理的病人、其他专业人员甚至自己身上的不同的价值观的了解,可提供作为照料者、决定者的能力。她们能判断出潜在的冲突情况,且在真实冲突爆发前加以预防。应深刻认识到,伦理学不是附加在护理工作之外,而是每一个护士在她们与病人和其他人的每日的接触中必不可少的组成部分。不论护士承认与否,护士的每一个行为都含有伦理学因素,护士每日都牵涉在伦理中,并且在决定伦理问题的解决方法上扮演一个重要的角色。如果护士意识到护理工作中的伦理学因素,并愿意将伦理行为有意识地整合到护理实践中,体现在与病人的接触和交往的方方面面,那么,护士对社会的贡献将是不可估量的。其最大的好处是可能减轻科学技术与医疗护理之间的冲突,是在护理中加入对人性尊严的尊重,通过帮助他人找到更富尊严的生命,这样也使护士自己对自我的价值得到承认而欣慰。

二、护理伦理学的学习方法

(一) 护理伦理学的学习方法介绍

护理伦理学的学习方法包括理论联系实际的方法、系统的方法、比较的方法、逻辑分析的方法、社会调查法、学科间交叉法、探讨或讨论法等,目前比较提倡的是案例分析方法。

所谓案例分析方法,既是教学方法,也是一种学习方法。就是通过对一个护士常见的或经历的事例(最好实际发生,但也不排除编撰)的陈述,从中引申出伦理学课将要研讨的问题,这样比较自然地把理论问题带入到实践领域。这种方法因新颖、不枯燥而现在被广为应用。

作为一门学科,伦理学不是要告诉人们,你们要做这个,不要做那个,即简单地按照规范要求的,而是同人们一起探讨,你在追求什么,你真正的理想是什么?即做一件事情的伦理学根据,所决定要采取的行为的背后的原因和合理性。为避免每次都进行烦琐或杂乱无章的分析,可通过一些程序步骤,使问题简化。伦理学实践就是帮助我们渐渐形成做出行为选择的价值观,没有这些价值观,我们只能以个人自身的利益或政治、法律来选择,而后者是

经常变的，而且其基础应该是“善”，即伦理学的核心价值。

（二）护理伦理学案例分析方法

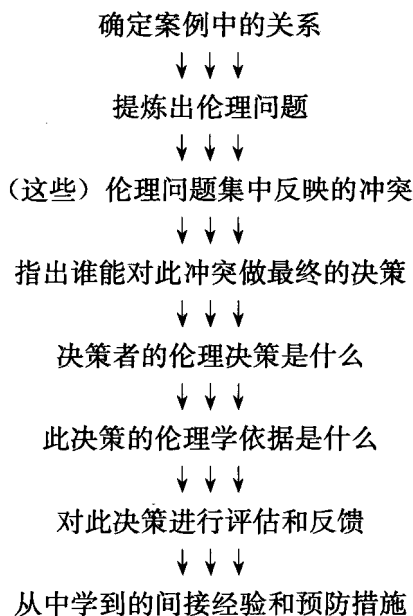
进行案例分析，其实不一定需要固定的程序和方法，只要把问题分析透彻、有说服力即可。但如果学习一些基本的方法，会有助于我们把案例分析得更清楚。

关于案例分析的方法有多种，每种都有可借鉴的地方。本书主要介绍汤普森提出的生命伦理学决策模式。

汤普森的决策模式具体为：

- 了解所发生的情况，决定健康问题是什么，需要做的决定是什么，与伦理有关的因素和关键的人物
- 收集其他的信息以澄清情况
- 确认此境况的伦理学问题是什么
- 明确个人和专业对这些问题的道德立场
- 清楚所涉及到的关键人物的道德立场和观点
- 明确价值观的冲突都有哪些
- 决定谁能做最后的决定
- 确认行动的范围和预期的结果
- 决定行动方案并付诸实践
- 评估决策和行动的结果

一般我们可把此模式简化为：



在澄清各方面事实情况的基础上，找出案例中存在的关系。一般会涉及护患关系、医护关系、护护关系和护士与社会的关系。护患关系中的患方可包括患者本人、患者家属、患者的监护人、患者单位、患者所投保的保险公司等。

伦理学问题有哪些？一般的伦理问题包括隐私、知情同意、权利是否被尊重、人格尊严