二十一世纪医护专业精品课程教材

护理管理学

◎主编　张玉芳

北京理工大学出版社
BEIJING INSTITUTE OF TECHNOLOGY PRESS

责任编辑：王俊洁
装帧设计：OOICA原创生线

二十一世纪医护专业精品课

- 内科护理学
- 儿科护理学
- 中医护理学
- 妇产科护理学
- 外科护理学
- 社区护理学
- 急危重症护理学
- 护理学基础
- 护理心理学
- 护理学导论
- 健康评估
- 护理伦理学
- 护理管理学
- 老年护理学
- 医用化学基础
- 医用物理基础
- 医用语文基础
- 医用生物化学
- 医用数学基础

ISBN 978-7-5640-8433-2

定价：33.00元

二十一世纪医护专业精品课程教材

护理管理学

HU LI GUAN LI XUE

主　编　张玉芳

副主编　刘志梅　杨春涛　王艳华

编　委　沈　玮　尹　征　王　博

许　霞　梁　丹　王若维

张　荣

北京理工大学出版社

BEIJING INSTITUTE OF TECHNOLOGY PRESS

版权专有　侵权必究

图书在版编目（CIP）数据

护理管理学 / 张玉芳主编 . — 北京 : 北京理工大 学出版社 , 2013.10
ISBN 978-7-5640-8433-2

Ⅰ . ①护… Ⅱ . ①张… Ⅲ . ①护理学 - 管理学 - 教材 Ⅳ . ① R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2013）第 244486 号

出版发行 / 北京理工大学出版社有限责任公司
社　　址 / 北京市海淀区中关村南大街 5 号
邮　　编 / 100081
电　　话 / （010）68914775（总编室）
　　82562903（教材售后服务热线）
　　68948351（其他图书服务热线）
网　　址 / http：//www.bitpress.com.cn
经　　销 / 全国各地新华书店
印　　刷 / 北京通县华龙印刷厂
开　　本 / 787 毫米 ×1092 毫米　1/16
印　　张 / 18.25
字　　数 / 428 千字
版　　次 / 2013 年 10 月第 1 版　2013 年 10 月第 1 次印刷
定　　价 / 33. 00 元

责任编辑 / 王俊洁
责任校对 / 陈玉梅
责任印制 / 边心超

图书出现印装质量问题，请拨打售后服务热线，本社负责调换

编写说明

《护理管理学》坚持以护理管理的基本理论、基本知识和基本技能为基础，以护理院校本专科学生为主要对象，把握思想性、科学性、先进性、启发性和适用性相结合的特点进行编写。本教材紧紧围绕培养护理管理应用型专门人才为目标，概念清晰、强化应用，突出针对性和实用性，重点培养学生分析和解决护理管理实际问题的能力。适用于护理专业教育，也可以作为临床护理人员继续教育的教材和护理管理工作者的参考书。

全书以管理过程理论为框架构建基本内容。共分十二章：第一、二章着重介绍管理学和护理管理学的基本概念、基本理论、基本方法及发展趋势，是护理管理学的基础；第三章至第八章从理论的系统性出发，结合护理的实践，介绍计划、组织、人事、领导、控制等管理职能的相关知识与技能；第九章至第十二章着重介绍相关理论与技能在护理实践中的应用，并从护理管理的实践和发展出发，增加了医院感染管理和社区护理管理的内容，注重以管理实务提高护理工作效率和护理质量。本书的特点为：①教材内容在保留成熟的管理学和护理管理学基本理论、知识和技能的基础上，注重增加国内外管理学研究的新理论、新成果和新方法，以管理学的最新发展开阔读者的视野和思路。②教材还注重应用适当的图示、图表配合文字说明，保证知识的深入浅出，易于同学对管理知识的理解。教材通俗易懂、层次分明、阐述清楚、理论联系实践，有利于读者理解和掌握管理知识和技能，培养管理思维。

本教材在编写过程中，参考、借鉴了有关著作和文献资料，在此，谨向有关作者致以诚挚的谢意。本教材的编写也得到了各编者所在单位的大力支持，在此一并表示感谢。

护理管理学是一门年轻的学科，护理管理学的理论和实践体系也在不断的构建、完善和发展中。由于水平和时间的局限，不妥之处请读者批评指正。

主　编

目　录

第一章　绪论 …… 1
第一节　管理概述 …… 1
一、管理的内涵 …… 1
二、管理的基本特征 …… 6
三、管理学及其研究内容 …… 7
第二节　护理管理学概述 …… 8
一、护理管理的概念 …… 9
二、护理管理学研究范围 …… 9
三、护理管理者的任务 …… 10
四、护理管理者的基本素质 …… 11
第三节　护理管理发展趋势 …… 12
一、管理的制度化和规范化 …… 13
二、管理的程序化 …… 13
三、管理的数量化 …… 13
四、管理的人性化 …… 13
五、管理方法的多样化和管理模式的个性化 …… 13
六、护理信息管理网络化 …… 13
七、护理经济学的研究和应用 …… 14
八、护理管理研究的开展和深入 …… 14
九、护理管理法律法规的建立健全 …… 14

第二章　管理理论和原理 …… 15
第一节　古典管理理论 …… 15
一、泰勒的科学管理理论 …… 15
二、法约尔的管理过程理论 …… 17
三、韦伯的行政组织理论 …… 18

第二节　行为科学管理理论 …… 19
一、人际关系学说 …… 19
二、人类需要层次理论 …… 20
三、人性管理理论 …… 23
第三节　现代管理理论 …… 25
一、管理理论丛林 …… 25
二、管理理论新发展 …… 26
第四节　管理原理和原则 …… 29
一、系统原理 …… 29
二、人本原理 …… 32
三、弹性原理 …… 34
四、效益原理 …… 36

第三章　计　　划 …… 38
第一节　计划概述 …… 38
一、计划的基本概念和特征 …… 38
二、计划的种类 …… 39
三、计划的步骤 …… 42
第二节　职业生涯规划 …… 44
一、职业生涯规划相关概念 …… 44
二、职业生涯规划理论 …… 45
三、护理人员职业生涯规划的基本原则 …… 47
四、护理人员职业生涯规划 …… 48
第三节　目标管理 …… 49
一、目标 …… 49
二、目标管理 …… 51
第四节　时间管理 …… 54
一、时间管理概述 …… 54
二、时间管理的过程 …… 55
三、有效时间管理的方法 …… 56

第四章　组　　织 …… 60
第一节　组织概述 …… 60
一、组织的概念及基本要素 …… 60
二、组织类型 …… 62
三、组织的管理原则 …… 63

四、组织结构 …… 66
五、组织的变革与发展 …… 69
第二节 我国的医疗卫生组织系统 …… 74
一、卫生组织的分类和功能 …… 74
二、医院组织系统 …… 76
三、医院的特点和功能 …… 77
四、护理管理组织系统 …… 79
第三节 组织文化 …… 80
一、组织文化概述 …… 80
二、组织文化在管理活动中的意义和作用 …… 85
三、护理组织文化的定义与内容 …… 86
四、护理组织文化建设和管理 …… 87
第四节 学习型组织 …… 89
一、学习型组织应包括五项要素 …… 89
二、学习型组织的组织特点和学习特点 …… 91

第五章 人力资源管理 …… 92
第一节 人力资源管理概述 …… 92
一、护理人力资源管理的目标和特点 …… 92
二、护理人力资源管理体系 …… 94
三、护理人力资源管理职能 …… 94
第二节 护理人员招聘 …… 96
一、职务分析 …… 96
二、寻求符合护理岗位要求的候选人 …… 96
三、招聘考核和面试 …… 97
四、录用体检和试用考察 …… 98
五、录用决策及招聘工作评估 …… 98
第三节 医院护理人员配置 …… 99
一、医院护理人员配置 …… 99
二、护理管理岗位职责及任职资格 …… 101
三、护理人力资源分配 …… 103
第四节 护理人员绩效评价 …… 104
一、护理人员绩效评价的作用 …… 105
二、护理人员绩效评价的基本原则 …… 105
三、护理人员绩效评价工具及评价责任 …… 107
四、绩效评价程序 …… 109

第五节　护理人员培训 …… 110
一、护理人员培训的目的及功能 …… 110
二、护理人员培训的原则 …… 111
三、护理人员培训程序 …… 112
四、护理人员培训教育形式和方法 …… 113

第六章　领导 …… 115
第一节　领导概述 …… 115
一、领导和领导者的概念 …… 115
二、领导与管理 …… 115
三、领导者与管理者 …… 116
四、领导的作用 …… 116
五、领导者的权力和影响力 …… 117
第二节　领导理论 …… 119
一、特征领导理论 …… 119
二、行为领导理论 …… 120
三、权变领导理论 …… 123
第三节　新型领导 …… 126
一、魅力型领导 …… 126
二、变革型领导 …… 127
三、学习型领导 …… 127
四、共同领导 …… 127
五、团队领导 …… 128
第四节　项目管理和压力管理 …… 129
一、项目管理 …… 129
二、压力管理 …… 131
第五节　管理中的激励 …… 135
一、激励的概念 …… 135
二、激励的模式 …… 135
三、激励的原则 …… 136
四、激励理论 …… 137

第七章　组织沟通与信息技术 …… 144
第一节　沟通 …… 144
一、沟通概述 …… 144
二、沟通原则 …… 145

三、沟通要素与基本过程 …… 146
四、沟通方式与网络 …… 146
五、沟通的技巧 …… 150
六、影响沟通的因素与有效沟通策略 …… 151
第二节 冲突 …… 155
一、冲突的概念 …… 155
二、冲突的分类 …… 156
三、冲突的基本过程 …… 157
四、冲突的处理 …… 158
第三节 护理信息技术 …… 161
一、信息技术对管理沟通的影响 …… 161
二、护理信息及其特点 …… 161
三、护理信息的分类与来源 …… 162
四、护理信息系统和护理信息管理的基本内容 …… 163
五、护理信息管理方法 …… 165

第八章 控制 …… 167
第一节 控制概述 …… 167
一、控制的基本含义 …… 167
二、控制的理论基础 …… 167
三、控制的功能 …… 168
四、控制类型 …… 169
五、控制的基本原则 …… 170
第二节 控制技术 …… 171
一、控制的系统 …… 171
二、控制的对象 …… 172
三、控制过程 …… 173
四、控制技术 …… 177
五、有效控制系统的特征 …… 178
第三节 控制在护理管理中的应用 …… 179
一、风险管理与护理安全管理 …… 179
二、护理成本控制 …… 182

第九章 护理质量管理 …… 187
第一节 质量管理概述 …… 187
一、质量管理相关概念 …… 187

二、质量管理过程 …… 188
三、ISO9000系列标准 …… 189
第二节 护理质量概述 …… 190
一、护理质量管理的概念 …… 190
二、护理质量管理的原则 …… 191
三、护理质量缺陷 …… 192
第三节 护理质量管理的基本方法 …… 194
一、PDCA循环管理 …… 194
二、QUACERS模式 …… 195
三、以单位为基础之护理品质保证模式 …… 196
四、美国JCAHO tens teps品质管理模式 …… 196
第四节 护理质量标准与标准化管理 …… 197
一、护理质量标准的基本概念 …… 197
二、护理质量标准的分类 …… 197
三、常用护理质量标准 …… 198
四、护理质量标准化管理 …… 200
第五节 护理质量评价与持续改进 …… 202
一、护理质量评价指标 …… 202
二、护理质量评价方式 …… 203
三、护理质量评价的内容与方法 …… 203
四、护理质量评价结果的分析 …… 204
五、护理质量的改进 …… 207
第六节 预防护理不良事件管理 …… 208
一、护理不良事件概述 …… 208
二、护理告知 …… 208
三、患者安全管理目标 …… 211

第十章 护理管理与法律法规 …… 213
第一节 与护理管理相关的法律法规 …… 213
一、卫生法 …… 213
二、护理法 …… 214
三、我国与护理管理相关的法律、法规 …… 216
第二节 护理管理中常见的法律问题 …… 220
一、依法执业问题 …… 220
二、执业安全问题 …… 222

第十一章　医院感染管理 …… 224
第一节　医院感染的概述 …… 224
一、医院感染的概念 …… 224
二、医院感染的分类及发生的形式 …… 225
三、医院感染的流行环节 …… 225
四、医院感染监测 …… 225
第二节　医院感染的预防与护理管理 …… 226
一、医院感染的危险因素 …… 226
二、医院感染的预防 …… 226
三、加强护理管理，减少医院感染 …… 229
四、常见医院感染的控制 …… 231

第十二章　社区护理管理 …… 234
第一节　社区护理概述 …… 234
一、概念 …… 234
二、社区卫生服务与社区护理 …… 234
三、我国人口老龄化、经济发展与社区护理需求 …… 235
第二节　社区护理管理 …… 236
一、社区护理的工作特点 …… 236
二、社区护理的管理 …… 237

附录1 …… 244
附录2 …… 249
附录3 …… 258
附录4 …… 263
参考文献 …… 279

第一章 绪 论

护理管理学既属于护理学学科范围，又属于管理学范围，是护理学和管理学的交叉学科。学习护理管理学，目的是掌握管理的科学规律，应用管理学的理论、原理和原则指导护理管理实践。

第一节 管理概述

一、管理的内涵

（一）管理的概念

所谓管理（Management），是指管理者通过计划、组织、领导、控制等职能，合理有效地协调和利用组织资源，与被管理者共同实现组织目标的过程。要准确理解这一概念，需要明确以下几点：①管理的对象是组织所拥有的资源，包括人、财、物、时间和信息五个方面。其中人是管理的主要对象，人际关系是管理的核心问题；由于时间具有不可逆性，所以时间是管理过程中最稀有、最特殊的资源；②管理要解决的基本矛盾是有限的资源与互相竞争的多种目标之间的矛盾；③管理是为实现组织目标服务的，它是一个有意识、有目的的行为过程。管理过程如图1-1所示。

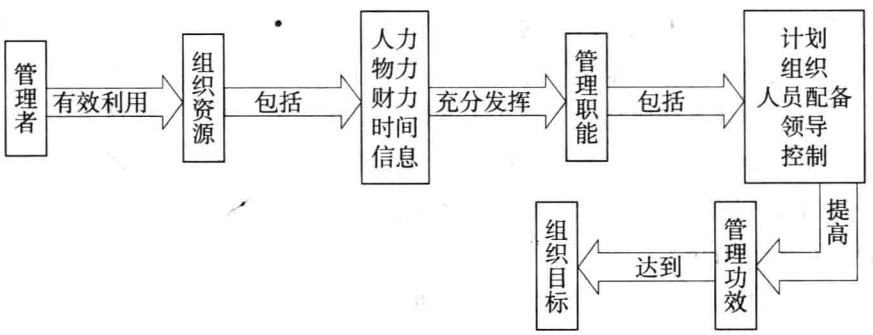


图1-1 管理过程示意图

（二）管理的职能

管理的职能，也就是管理的作用或功能，与管理者的职能是统一的。管理的职能还有另外一种含义，即它是管理过程中的基本要素或主要步骤。人们对管理的职能有多种不同的划分，本书按目前管理界公认的四职能学说，从计划、组织、领导、控制四个方面来论述管理职能。

1. 计划（Planning）

计划是为实现组织既定目标而对未来行动方案做出选择和安排的工作过程。具体说就是确定做什么（What）、为什么做（Why）、什么人去做（Who）、什么时间做（When）、在什么地点（Where）和怎样去做（How）。虽然计划工作不可能完全准确地预测未来，但是，如果没有计划，医院的护理管理工作就会陷入盲目状态，医院的护理管理目标的实现就没有保障。好的计划可以促进和保证管理人员在今后的工作中开展有效的管理，从而有助于将预期的目标变成现实。

2. 组织（Organizing）

“组织”一词具有双重的含义：作名词用，主要指组织形态；作动词用，即指组织工作，是指对人员角色安排和任务分配。这两层含义在医院和护理管理中都要涉及，但主要是第二层含义，即动词意义上的组织工作。组织职能的主要内容包括医院和护理管理的结构设计、人员配备、医院护理管理的规划与变动、医院护理管理授权等。组织是分配和安排医院护理管理成员之间的工作、权力和资源，实现医院护理管理目标的过程。不同的目标有不同的组织结构。关系和时间是医院护理管理行为的核心。组织职能使医院护理管理当中的各种关系结构化，从而保证计划得以实行。人事或人员配备（Staffing）也属于组织职能，是指管理者根据医院和护理管理内部的人力资源供求状况，所进行的人力资源招聘和选拔，培训与发展，计划、预测和控制，配置与保障，工作分析与设计，考评与激励等一系列活动或过程，其目的是配备合适的人员去充实医院护理管理中的各项职务，以保证医院护理管理活动的正常进行，进而实现医院护理管理的既定目标。人员配备包括选人、用人、评人、育人和留人五个方面。

3. 领导（Leading）

领导是指导和督促组织成员去完成任务的一项管理职能。领导就是管理者带领和指挥组织的全体成员同心协力地执行组织的计划，实现组织的目标的活动过程。由于领导总是伴随着服从，而下属一般是愿意服从于那些他们认为可以使自己的需要、愿望和要求得到满足的领导者。所以，领导工作成功的关键在于选好、用好人才，创造和保持一个良好的工作环境。领导工作是一种行为活动，需要运用影响力、激励、沟通等多种手段。目前，已有许多学者专门予以研究和探讨，并逐渐形成了领导科学，成为管理科学一个新的分支。

4. 控制（Controlling）

控制就是为实现组织目标，以计划为标准，由管理者对被管理者的行为、活动的检查、监督、调整等管理过程。计划职能与控制职能密不可分。计划是控制的前提，它为控制提供了目标和标准；控制是实现计划的手段，没有控制，计划就不能顺利实现。有

效的控制，需要提高预见性，在偏差发生之前及时采取预防措施，把问题消灭在萌芽之中，还要迅速及时建立完善的信息管理系统，加强信息的收集、分析和反馈。

一般而言，制订好计划后，就要进行医院和护理管理设计和安排、实施领导。计划、组织、领导、控制这几项职能在具体的管理实践活动中的次序不是一成不变的，多项职能常常同时进行，而且交织在一起，既相互联系、相互影响，又互为条件、共同发生作用。

总而言之，管理工作就是要设计和保持一种环境，使所处其中的人们能够协调地开展工作，从而最大限度地利用各种资源，有效地实现组织的目标。

（三）管理者（Managers）

1. 概念

一般组织成员可以分为操作者和管理者。管理者是直接从事指挥别人活动的人。操作者直接从事某项工作或任务，不具有监督其他人工作的职责，如护理员、卫生员。相反，管理者不仅对自己的工作负责，而且要对别人的工作负责。他们位于操作者之上的组织层次中。假定作为一个管理者，一定要有下级。管理者通过协调其他人的活动达到与别人一起或者通过别人实现组织目标的目的，如图1-2所示。

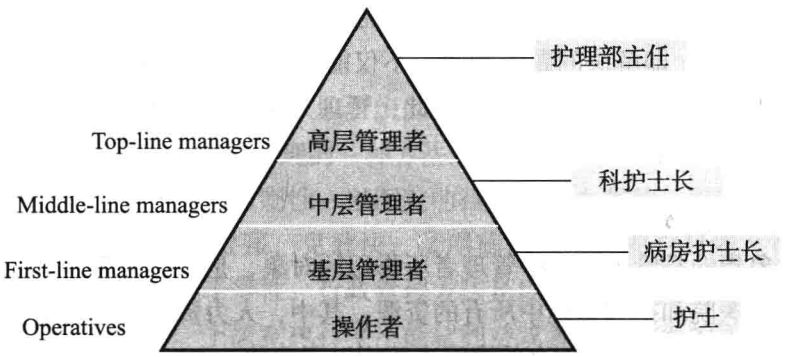


图1-2 医院护理组织层次

2. 不同组织层次管理者需要具备的管理技能

组织内的管理者，可以划分为基层管理者、中层管理者和高层管理者。所有的管理者无论处在哪个层次上，都要制定决策，都要履行计划、组织、领导和控制职能，都要为组织中的成员创造并保持一种环境，使成员发挥聪明才智，使组织取得预期效果。管理学家们指出，在从事管理活动时，所有的管理人员都应具备四种管理技能：专业技能、人际交往技能、理性技能和设计技能。然而不同组织层次的管理者，花在管理职能上的时间有很大差别，即他们在履行管理职能的程度和重点有所不同。就职能来说，随着管理者在组织中的晋升，即职务越高，就会越从事更多的计划工作和更少的直接监督工作。所以，管理者所需的管理技能构成会因组织层次的不同有差异，如图1-3所示。

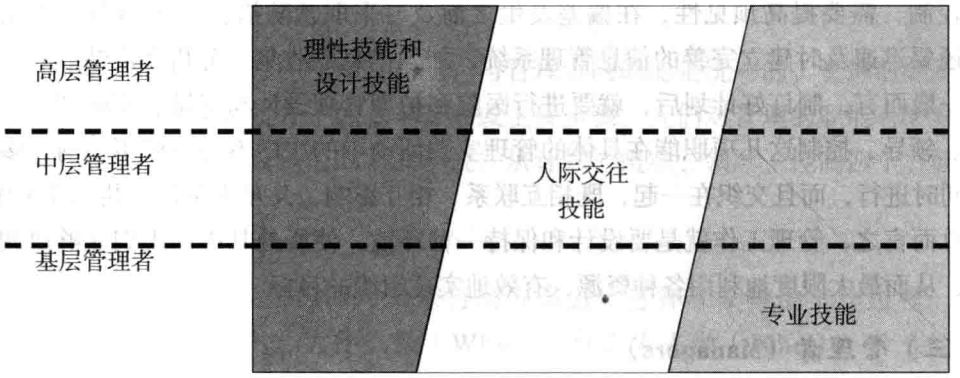


图1-3　组织层次与管理技能

（1）专业技能：即在专业方面所需要的知识和水平，包括利用工具和特殊技术指导部属的能力。例如护理管理者需要的护理专业知识和技术、技能。

（2）人际交往技能：即与他人一起工作的能力，包括协作精神、团队精神，以及创造一个使员工感到安全和能够自由发表意见的环境的能力。

（3）理性技能：即能够总揽大局，有大局观念；有在复杂的环境中辨认重要因素和理解各要素相互关系的能力。有人称之为概念技能。

（4）设计技能：即解决问题的能力，不仅能发现问题，而且能解决问题；如果仅是“看到问题的人”，他们是不合格的；因此，管理人员必须能够依据所面临的问题发现并找出解决问题的可行方法。

（四）管理的对象

管理的对象指的是管理过程中管理者所作用的对象，是管理的客体。管理的对象是包括人员在内的，医院和护理管理中所有的资源。其中，人力资源是最重要的管理对象。作为管理对象的医院和护理管理拥有的资源主要指以下几种：

1. 人力资源

人具有思维和创造性，在医院护理管理中，人力资源是最为重要的资源。如果这种创造性得以发挥，就能够产生极大的能量。同时，人具有感情，其工作效率、生产积极性的发挥都会受感情因素的影响。而感情因素是最难以定量化、模式化的因素。由此决定了人是医院护理管理中难度最大，也最能够体现和需要艺术性的管理对象。正因为如此，现代管理才特别强调要以人为本。充分开发、利用医院内的人力资源，积极争取医院护理管理所缺乏的外部的人力资源。在人尽其才的基础上，积极地对员工进行培训，不断地提高成员的素质。

2. 财力资源

在市场经济中，财力资源既是各种经济资源的价值体现，又是具有一定独立性和运动规律的特殊资源。任何一个组织，都可以从财力资源运用的角度来考察其管理的水平与成效。管理财力资源，目标就是要实现财尽其力，通过聚财、以财生财，对资金实行有效管理，保证管理计划的圆满完成。

3. 物力资源

物是人们从事社会实践活动的物质基础。任何一所医院的生存与发展都离不开物质基础。随着知识经济时代的到来，一所医院的物力资源不仅包括医院的有形资产，还应当包括无形资产。而且在这些无形资产中，有相当一部分是与人力资源紧密相结合的。要遵循客观事物发展规律，根据医院和护理管理目标和实际情况，对各种物力资源进行最优配置和最佳利用，做到物尽其用。

4. 信息资源

信息是物质属性和关系的表征。宇宙中的万事万物都是通过各自的信息来显示其固有特征的。在医院护理管理中，信息是不可缺少的构成要素。随着信息社会的到来，广泛地收集信息、精确加工和提取信息、快速准确地传递处理信息成为信息管理的重要内容。作为管理者，应该时刻保持对信息的敏感性，并具有对信息迅速做出反应的能力。

5. 时间资源

时间是运动着的物质的存在形式，物质与时间和空间都是客观存在且不可分割的。时间是无形的，却是有价值的。成功者与不成功者具有相同的时间，但实现的价值却不尽相同。管理者要善于管理和安排时间，在最短的时间内完成更多的事情，创造更多的财富。

（五）管理的方法

1. 行政方法

行政方法是指在一定的组织内部，以组织的行政权力为依据，运用行政手段，按照行政隶属关系来执行管理职能，实施管理的一种方法。

行政方法的特点：①一定的强制性：以医院的行政权力为基础，以下级服从上级为原则，因此，行政方法的时效性很强，见效快；②明确的范围：即它只能在行政权力所能够管辖的范围内起作用；③不平等性：行政管理方法是以组织的权力为基础，以服从为原则。上级对下级发出的命令，下级在执行中不能就利益或者其他方面的要求讨价还价。所以，在医院护理管理中，应用行政方法实施管理，下级与上级的地位是不平等的。

2. 经济方法

经济方法是指以人们的物质利益的需要为基础，按照客观经济规律的要求，运用各种物质利益手段来执行管理职能，实现管理目标的方法。

经济方法的特点：①利益性：经济方法主要利用人们对经济利益和物质利益的追求，来引导被管理者；②交换性：经济方法实际上是以一定的交换为前提的。管理者运用一定的报酬手段影响被管理者去完成所承担的任务；③关联性：经济方法使用的范围十分广泛，影响面宽，与各个方面都有着直接或者间接的联系。

要注意的是，经济方法虽然具有多方面的积极意义，但也有相当的局限性。因为人们的需求不可能仅仅只有物质利益，决定人们行为积极性的也并非只有对经济利益的追求。在具体的实践中要注意这一点。否则，会导致“一切向钱看”的倾向。

3. 教育方法

教育是按照一定的目的、要求对受教育者从德、智、体诸方面施加影响，使受教育者

改变行为的一种有计划的活动。

教育方法的特点：①教育是一个较缓慢的过程：以转变人的思想、价值观为特征，以提高人的素质为目的。②教育是一个互动过程：在教育的过程中，教育者和受教育者都在提高，是一个相互学习、相互影响的活动。教育要起作用，教育者必须为人师表、以身作则，身体力行。③教育的形式是多样的：教育的具体方法很多，如思想政治工作、企业文化建设、工作岗位培训、对员工的感情投资等都是行之有效的教育方法。

管理发展史表明，教育的方法虽不是万能的，但缺少教育的管理也是不行的。因为人们在任何一个社会组织中，除了谋求一定的物质利益、社会归属、自我价值的实现之外，还包括自身的成长、自我的完善。这些方面的要求是报酬、职位所不能满足的。对员工进行教育，是提高管理效率、增强医院和护理管理的凝聚力、调动员工积极性的重要方法。

4. 数量分析方法

数量分析方法是建立在现代的系统论、信息论、控制论等科学基础上的一系列数量分析、决策方法。数量分析方法在现代管理中的运用越来越普遍。这种方法运用得当，可以提高管理的科学性、决策的准确性。数量分析方法在医院护理管理的物力资源和财力资源的管理中运用的空间极其广阔，在人力资源管理中也有一定的适用范围。

数量分析方法的特点：①模型化：指在假定的前提条件下，运用一定的数理逻辑分析，对需要解决的问题建立起一定的模型；②客观性强：在使用这些方法时，除了假定前提条件和选择分析的数量分析方法之外，在建立模型和进行推导的过程中，基本上不受人为因素的影响，具有较强的客观性。

二、管理的基本特征

（一）管理的二重性

管理具有二重性：一是自然属性，二是社会属性。管理的自然属性，是指管理过程对人、财、物、时间、空间、信息等资源进行组合、协调和利用中，包含着许多客观的、不因社会制度和社会文化的不同而变化的规律和特性。管理的这种不因生产关系、社会文化的变化而变化，只与生产力发展水平相关的属性，就是其自然属性。管理的社会属性，是指因为人生存在一定的生产关系条件下和一定的社会文化和政治、经济制度中，必然要受到生产关系的制约和社会文化、政治、经济制度的影响。不同的生产关系、不同的社会文化和经济制度都会使管理思想、管理目的以及管理的方式方法呈现出一定的差别，从而使管理具有特殊性和个性，这就是管理的社会属性。

管理的自然属性为我们学习、借鉴发达国家管理经验提供了理论依据，使我们可以大胆地引进国外成熟的管理经验，以便迅速提高我国的管理水平。而管理的社会属性则告诉我们，绝不能全盘照搬国外做法，必须考虑国情，建立有中国特色的管理模式。

（二）管理既是科学又是艺术

1. 管理的科学性

科学是反映自然社会和思维等客观规律的知识体系。管理的理论是由一系列的概念、

原理、原则和方法构成的知识体系，而这些知识是从假设、实验和分析发展而成的，反映了管理活动的科学性。

2. 管理的艺术性

管理的艺术性是指能够熟练地运用知识，并且通过巧妙的技能来达到某种效果。而有效的管理活动正需要如此。真正掌握了管理学知识的人，应该能够熟练灵活地把这些知识应用于实践，并能根据自己的体会不断创新。

管理实践活动是一门艺术，而指导这种实践活动的知识体系——管理学则是一门科学。所以，管理既是科学又是艺术，是科学性和艺术性的辩证统一。

（三）管理的普遍性与目的性

管理广泛存在于人类的各种活动之中，涉及社会每一个角落，与人们的各项社会活动息息相关。管理同其他社会实践活动一样，都是有意识、有目的的活动，管理的一切活动都要为实现组织目标服务。正是因为有了共同的目标，不同的管理职能、管理活动才能成为一个整体，组织才能求得生存和发展。

（四）管理或管理人员任务的一致性

管理过程就是要设计和维持一种系统，使得在这一系统中共同工作的人们，用尽可能少的支出（包括人力、物力、财力、时间以及信息），去实现医院护理管理预定的目标。虽然管理人员处于不同的层次，执行的任务也不尽相同，但管理人员的基本职能是相同的。不同的是上层主管（护理部主任）比基层主管（护士长）更侧重计划职能。但是，所有的成员都需要为医院和护理管理创造一种环境，使人们在其中可以通过努力去实现他们的目标，这便是他们共同的任务。

三、管理学及其研究内容

（一）管理学的概念

管理学，是研究管理活动的基本规律与方法的一门科学。管理学发展到今天，已经形成一个庞大的管理学谱系，几乎每一个专门领域都已经形成了专门的管理学。如：为企业经营要求形成的企业管理学以及为医院护理管理服务的护理管理学等。

（二）管理学的特点

1. 实践性

管理学的理论直接来源于管理的实践活动，并且直接为管理实践活动提供指导。管理学是通过对众多的管理实践活动进行深入的分析、总结，并在此基础上形成理论的科学。

2. 综合性

人们的管理活动，除了受生产力、生产关系、上层建筑等因素的影响之外，还要受到自然的、心理的甚至还有感情等因素的影响，要做好管理工作，提高管理效率，管理者必须考虑组织内外所存在的多种影响因素，掌握多种学科的知识，如心理学、数学、社会学、经济学、政治学等学科的知识。综合运用现代自然科学、社会科学的理论和方法，去

解决现代科学技术发展带来的各种复杂社会现象和问题。

3. 社会性

管理学研究的是管理活动中的各种关系及其一般规律。在管理活动中，人既是管理的主体，也是管理的客体。所以，管理学研究的主要是对人的管理。这就决定了管理学必然带有很强的社会性特征。

（三）管理学的研究内容

管理的普遍性决定了管理学研究内容的广泛性。根据管理的性质和管理学的研究对象与特点，管理学的研究内容大体上有以下几个方面。

1. 根据管理的二重性，从三个角度研究管理学

（1）从生产力角度看，管理学主要研究如何合理规划组织生产力，包括如何合理分配和充分利用组织中的人、财、物、时间、信息，以适应组织目标及社会的需求，求得最佳经济效益和社会效益。

（2）从生产关系角度看，主要研究如何建立和完善组织机构和管理体制，如何正确处理组织中人与人之间的相互关系，如何有效地实施激励，最大限度地调动各方面积极性和创造性，实现组织目标。

（3）从上层建筑角度看，主要研究如何使组织内部环境与组织外部环境相适应的问题，即如何使组织中各项规章制度、劳动纪律、文化氛围与社会政治、经济、法律、道德等上层建筑保持一致，从而维持正常的生产关系，促进生产力的发展。

2. 从历史的角度出发，研究其思想及理论，通过对管理学古典管理理论阶段、行为科学阶段、现代管理理论阶段等三个阶段的学习，研究管理思想及理论的形成演变和发展。

3. 从管理者的角度出发，研究管理过程

（1）从管理活动有哪些职能着手，研究管理过程。

（2）从各项职能涉及的要素研究管理过程。

（3）从执行职能中应遵循的原理、采用的方法及程序和技术出发研究管理过程。

（4）从执行职能过程中遇到的障碍和阻力，以及如何克服这些障碍和阻力着手研究管理过程。

第二节　护理管理学概述

护理管理学是管理科学在护理管理事业中的具体应用，是研究医院护理管理活动的基本规律与方法的一门科学，是管理分支学科。它结合护理工作的特点，研究护理的规律性，在实现护理学科目标中提供一种重要手段及根本保证。在大量的护理实践中，护理人员要运用科学管理的方法，执行护理职责、完成护理任务。因此，护理管理也是护理工作的重要组成部分。

一、护理管理的概念

护理管理作为一门学科是从近代护理学创始人佛罗伦斯·南丁格尔（Florence Nightingale）时期开始的。她首先提出医院管理要采用系统化方式、创立护理行政制度、注重护士技术操作的训练等。她无论是在伦敦的看护所还是在克里米亚战争中，都注重采光、给水、通风、清洁等环境对患者康复的影响。由于她的科学管理，奇迹般地降低了战地医院伤员的感染率，同时使伤员死亡率从50%降到2.2%。

科学的护理管理是促进护理学科发展，提高护理质量的保证。二次世界大战后，各国护理管理者相继学习南丁格尔的护理管理模式，使护理管理事业有了较快发展。近代，随着先进的管理思想和管理方法的渗透和引入，护理管理已逐渐由经验管理走上科学管理的轨道。

联合国世界卫生组织（WHO）护理专家委员会认为："护理管理是为提高人类健康水平，系统地发挥护士的潜在能力及有关人员或设备、环境及社会活动作用的过程。"美国护理专家吉利斯（Gillies）认为：护理管理过程包括资料收集、规划、组织、人事管理、领导与控制的过程。他认为护理管理者若能具备规划、组织、领导、控制的能力，对人力、财力、物力、时间能做最经济有效的运用，必能达到最高效率并收到最大效果。

护理管理是以提高护理质量和工作效率为主要目的活动过程。管理中要对护理工作的诸输入要素，进行科学的计划、组织、领导、控制、协调，以便使护理系统实现最优运转，为服务对象提供最优的护理服务输出。

二、护理管理学研究范围

根据管理学的研究内容和特点，凡护理学研究的领域或护理活动所涉及的范围都是护理管理者的研究范围。美国护理专家芭芭拉·J·史蒂文（Barbara J. Stevens）博士提出了一个护理管理模型，如图1–4所示。

该模型表示护理管理作为一个过程所涉及的范围。护理实践、护理教育、护理科研、护理理论都是管理应研究的部分。人、物、空间、信息是管理的要素，是主要的资源。人力资源包括工作人员的数量、智力类型；物质资源包括仪器、设备、物资和工程应用技术；空间资源包括建筑设计布局和规模；信息资源将提供社会和环境对护理服务的影响及反映等。

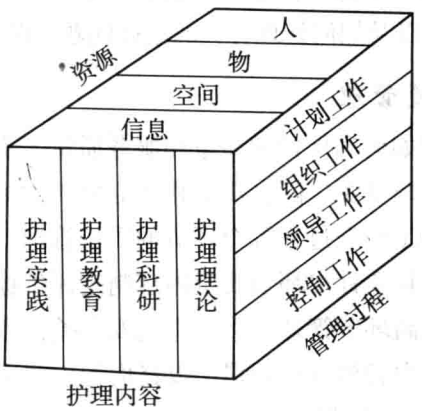


图1–4 护理管理模型

三、护理管理者的任务

我国的护理管理经过了20多年的磨炼，已取得一定成就，但距离国际先进管理水平仍有很大差距。从广义上讲，目前我国护理管理学面临的任务是总结我国护理管理的经验，研究并借鉴国外先进的护理管理经验和方法，创立适应我国的护理管理理论。具体内容是：完善护理服务内容体系；建立护理服务评估体系；实施护理项目成本核算，实现护理成本核算标准化、系统化、规范化的管理；探寻护理管理工作规律，向人们提供高品质的护理服务。从狭义上讲，按《美国护士会》（ANA）最新公布的护理程序，实践标准分为评估、诊断、明确结果、计划、实施和评价6个部分，每个部分中都规范了护理管理者的任务，其核心是建立、维持和评价护士完成护理程序各步骤的支持系统和程序，支持和帮助护士参与护理实践。

管理工作就是要设计和保持一种环境，使所处其中的人们能够协调地开展工作，有效地实现组织的目标。要实现上述目标，护理管理者需做好以下工作：

（一）加强护理人员的素质管理

1. 加强政治思想教育

树立正确的人生观和价值观，明确人的价值，正确对待苦与乐、得与失、奉献与索取的关系，安心本职工作，爱岗敬业。

2. 加强职业道德教育

从事护理事业，必须有良好的道德修养，必须增强服务意识和责任感，努力培养勤奋工作的态度，塑造细致认真、热情周到的职业形象。

3. 加强业务素质管理

既要重视规范化管理，又要加强基础知识的学习，培养护士“爱学、会学、学会”的终生学习能力，鼓励他们参加继续教育学习，为他们创造外出学习的机会，通过不断地学习理论、技术、操作训练和评价，调动大家的学习热情，达到持续提高护士业务素质的目的。

4. 加强法制管理

教育和引导广大护理人员学法、懂法、执法、守法，明确自身的法律责任，懂得如何运用法律保护病人和自己，以及如何处理有关的法律问题，防范差错事故的发生。

（二）加强监控和质量管理

在实施现代护理模式中如何确保护理质量和服务质量，不断提高病人的满意度，是护理管理的中心任务，要把好质量关，除各项工作建立完善的规章制度，使操作规范化、工作程序化外，必须加强护理工作全过程各个环节的质量管理，每个环节质量各有其具体的质量特征和质量内容，护士长要针对环节质量内容制定评价标准，规范护理行为，定期搞好检查和随机抽查工作，提高环节管理水平，避免发生差错事故。还需要及时地评估下属们的工作表现，对于工作不力者要进行处罚，以督促他们改进工作；对于业绩突出者，要予以必要的表彰，以鼓励他们更加努力地工作。

（三）做好协调工作

协调是做好管理的核心，也是护理管理者从事领导工作的关键。协调的作用在于求同存异，通权达变，减少矛盾，提高管理绩效，促进工作效率。护理管理者处于院领导和护理人员之间，其沟通协调职能主要是上传下达，协调左右内外关系，使护理工作在医院内运行起来上下融洽。有时还需要和病员及其家属进行有效沟通。所以，提高协调和沟通能力对护理管理者来说是至关重要的。护理管理者只有协调好本人和上级、下级、同事、患者的关系，协调好本部门和其他部门的关系，才能顺利地开展工作。护理管理的基本程序包括计划、组织、领导、控制，而在整个管理活动中只有不断地加以协调，才能使各项护理管理活动得以顺利开展。

（四）做好人才培养工作

许多管理者都感觉自己很累，却又无法放权，因为自己身边没有足以让自己放心、可以被授权的人才。但管理者一天不突破这一怪圈，就一天不能轻松。培育人才也许是管理者最重要的任务，却也因为其无法在短期内取得效果而被大部分人忽略。我们都知道，中国有一段时间内一些最优秀的企业因为没有或者没有找到合适的接班人而动荡不已。一个现代企业应该是离开任何一个人都能正常运营的企业。管理者同时也是领导者，是指引方向的带路人，也是下属们依赖、信赖的对象，每一个下属都在看着你的一举一动，期待着你能够做正确的决策，引导大家朝正确的方向前进。合格的管理者必须满足下属们的这一心理需求，承担起负责人、引路人的重任。遇到困难的时候，管理者必须第一个站出来，解决那些最棘手的问题，给下属以信心。而工作顺利时，又不能够与下属一起过于乐观，要保持一丝冷静，及时发现工作中的隐忧。以恰当的方式与下属互动，鼓励、带领大家一起完成任务。

管理过程有两项重要任务，应引起管理者的重视：一是发现人才、用好人才、培育人才，维持激励机制；二是协调工作，它是做好管理的核心。

四、护理管理者的基本素质

护理管理者的素质一般可以分为身体素质、思想素质、知识素质、能力素质和心理素质五个方面。

（一）身体素质

身体素质是个人最基本的素质。没有健全的体魄和良好的身体素质，护理管理者就失去了事业成功的最起码的条件。身体素质包括以下几个方面：体质、体力、体能、体型和精力。

（二）思想素质

思想素质是指个人从事社会政治活动所必需的基本条件和基本品质，它是个人政治思想、政治方向、政治立场、政治观点、政治态度、政治信仰的综合表现。护理管理者的思想政治素质与其在社会生活中的位置、政治生活经历有密切关系，它是随着个人的成长，在长期社会生活实践中逐步形成、发展和成熟起来的。

（三）知识素质

知识素质是指个人做好本职工作所必须具备的基础知识与专业知识。基础知识是护理管理者知识结构的基础。通过公共科目的考试，测试应试者对护理管理者应具备的基本理论、基本知识和基本方法的掌握程度，特别是运用这些理论、知识和方法解决护理管理工作中实际问题的能力。

专业知识是护理管理者知识结构的核心，也是区别于其他专业领域人才知识结构的主要标志。护理管理者要具备一定的专业知识，主要是指要熟悉本部门、本单位的技术知识和专业知识，受过专门的教育训练，掌握护理管理工作的基本原理和基本方法。

（四）能力素质

护理管理者的能力从广义上来说，是人们认识、改造客观世界和主观世界的本领。从狭义上来说，是指胜任某种工作的主观条件。是护理管理者从事管理活动必须具备的并直接和活动效率有关的基本心理特征。它是胜任护理管理工作、行使其权力、承担责任的主观条件。护理管理者的能力素质是一个综合的概念，它是技术能力、决策能力和交往协调能力等各种能力的有机结合。它包括科学决策能力、组织能力、交往协调能力以及识人用人的能力等。就能力的主体而言，不同的护理管理岗位需要的能力素质不一样，高层的护理管理者主要需要科学决策能力，中层的护理管理者主要需要较强的交往协调能力，而基层的护理管理者则偏重于技术方面的能力。

（五）心理素质

所谓人的心理素质，是指人在感知、想象、思维、观念、情感、意志、兴趣等多方面心理品质上的修养。它是一个内容非常广泛的概念，涉及人的性格、兴趣、动机、意志、情感等多方面的内容。心理素质是管理者素质的一个重要组成部分，从某种意义上说，它制约和影响着护理管理者的素质。良好的心理素质即指心理健康或具备健康的心理。护理管理者的心理素质包括：事业心、责任感、创新意识、权变意识、心理承受能力、心理健康状况、气质类型和护理管理风格等。

第三节　护理管理发展趋势

传统的经验管理正由科学管理所代替。随着管理学科理论的发展和新的管理模式、管理方法的不断涌现，护理管理也得到了一定的发展。但是我国社会环境和卫生改革的大环境影响着护理实践中的问题，如护理人才和护理管理人才的短缺和流失问题、新知识新技术的产生和应用问题、新的管理模式和方法的使用问题，这些问题都使护理管理正面临前所未有的挑战。但社会的需要、卫生改革的深入和护理专业本身的发展给护理管理也带来了新的机遇。未来护理管理的发展趋势可概括为以下几个方面：

一、管理的制度化和规范化

制度就是组织要求各成员共同遵守的办事规程及行动准则。制度化管理或管理的制度化，就是在一个正式组织中，制定、公布、推行成文的制度，人人都在制度的约束下工作，事事都有制度的规范。制度的确立有以下作用：规定行为准则保证组织秩序，明确成员权利、义务与职责，是划定行动正确与否的界限。制度化管理的关键：制度面前人人平等，严禁个人擅自更改制度和规定，强化监督检查，纠正违规错误。管理的制度化和规范化是科学管理的表现。

二、管理的程序化

程序化，简单地说就是事情进行的先后次序。管理的程序化，就是指对拟定完成的工作制定周密的程序，并且严格按照程序进行操作的管理模式。程序化管理的重要作用：通过制定科学的程序，严格执行程序，保证每个环节的工作质量，从而保证预期的工作结果。程序化管理有助于对管理过程进行控制，防止权力滥用，保证合理分工，提高管理效率。管理的程序化也是科学管理的表现。

三、管理的数量化

管理的数量化指的是在管理中普遍运用量化指标，对工作的要求与标准予以说明，并以此作为对员工工作进行考核和奖惩的管理方法。量化管理的积极作用：员工能准确把握工作的要求与标准，管理者能准确评价员工的贡献。量化指标体系是科学管理的重要标志。

四、管理的人性化

管理的人性化就是在管理的制度、管理的方法、管理的过程都力求符合人性的要求，体现以人为本，尊重人性，有助于人的发展。人性化管理的实现：树立人格平等的管理理念，建立护理管理者与成员共同发展的管理目标，使用有利于成员生理心理健康的管理模式。人性化管理是科学管理发展到较高阶段的反映。

五、管理方法的多样化和管理模式的个性化

护理管理的对象是为人类健康服务的护理人员及组织所拥有的为健康服务的其他资源，由于护理人员服务对象的特殊性，要求护理管理区别于企业管理，这就需要在管理学科发展的大前提下不断探索适合临床护理和社区护理的管理模式和方法，提高管理效率和护理质量。

六、护理信息管理网络化

随着医院信息系统的完善，计算机在护理工作和护理管理中已应用到各个方面。例如建立护理专家咨询系统、情报检索系统，临床应用计算机处理医嘱，观察病情，人员、财

务、物资、质量、教学等行政管理，从而提高了工作自动化程度，提高了效率和质量。

七、护理经济学的研究和应用

随着我国卫生工作的市场化经营和加入WTO后的形势发展，医疗机构之间的竞争加剧，所以医疗机构不但要重视社会效益，还要重视经济效益。护理经济学方面的研究将会增加，护理人员将参与制定体现护理人员技术劳务价值的定价体系工作，护理人员在工作中也将承担医、药费用收支和成本核算工作。在工作中怎样以最少的投入获得最大最优的收益，是护理经济学研究的核心。

八、护理管理研究的开展和深入

护理管理学研究主要集中在两个方面：一是护理管理理论研究；二是护理管理实践研究。作为一个学科，护理管理学仍然有待完善，包括护理管理学理论体系的建立和独特的管理模式、管理方法的形成和发展。这些都需要不断吸取现代管理科学的理论和方法，并结合护理学的特点在护理管理实践中不断探索，从而加强护理管理学科的建立。

九、护理管理法律法规的建立健全

1994年，卫生部颁布了我国第一部法规文件《中华人民共和国护士管理办法》。2008年1月国务院颁布了《中华人民共和国护士管理条例》（见附录1），为护理管理提供了法律依据。

第二章　管理理论和原理

自管理科学成为独立的学科以来，大体经历了三个发展阶段：古典管理理论阶段、行为科学理论阶段、现代管理理论阶段。

第一节　古典管理理论

古典管理理论阶段的管理学注重管理的科学性、精确性、法理性和纪律性，把管理的对象视为管理被动的受支配者和经济理性人、机器的附属物。这一阶段的管理理论以泰勒的科学管理理论、法约尔的管理过程理论和韦伯的行政组织理论为代表。

一、泰勒的科学管理理论

泰勒（Frederick Winslow Taylor，1856—1915年），美国古典管理学家，科学管理理论的创始人，被誉为“科学管理之父”。他第一次系统地把科学方法引入管理实践，集前人管理思想和实践经验之大成，创立了科学管理，开西方管理理论研究之先河，使管理从此真正成为一门科学，并得到发展。“科学管理”理论的核心是设法最有效地控制作为机器附属物的工人，以提高生产率。泰勒把人视为受金钱驱使的经济物，认为物质刺激是调动人积极性的最重要手段。1911年，泰勒的《科学管理原理》一书出版，他在书中提出了生产作业标准化、工时利用科学化等原则。当时美国推广了泰勒制，运用“胡萝卜加大棒”的方法，结果使30多个工种的劳动生产率超出欧洲的3倍。泰勒的主要著作有《科学管理原理》（1911年）和《科学管理》（1912年）。

泰勒针对美国工厂中管理落后、工人劳动生产率低下的状况，进行了一系列的探索，主要反映在他的3个最有名的实验研究中：搬运铁块实验、铁砂和煤炭的铲掘实验以及金属切削实验。通过实验研究，他提出了提高劳动生产率、改进管理制度和方法的一整套设计。在这些研究的基础上，他提出了科学管理理论。泰勒的科学管理思想和理论的基本要点如下：

1. 制定工作定额原理

要想提高劳动生产率，就必须为工作制定合理的劳动时间定额，进行工时和运作研究。

也就是选择合适且技术熟练的工人，研究其工作时动作的合理性，去掉多余动作，改善必要动作，并规定完成每一单位操作的标准时间，即每一项动作、每道工序所使用的时间，加上必要的休息时间和其他延误时间，从而得出完成该项工作所需要的总时间，据此确定科学的操作方法和劳动时间定额，以便有效地利用工时，提高工效。

2. 明确工人工作能力和工作适应性

为了提高劳动生产率，必须为每一项工作挑选“第一流的工人”。所谓“第一流的工人”，是指愿意做这些工作，并适合做这项工作的人。人的欲望、天赋和才能不同，一个工人只有适合做分配给他的工作，而他又愿意尽力去做，才能做好工作。所以健全的人事管理基本原则是使工作能力和工作适应性兼顾。管理阶层的责任在于选择合适的工人，并把他们安排在合适的岗位，以激励其尽最大力量做好工作。

3. 提高工效的工具标准化

制定科学的工艺规程，使工具、机器、材料标准化，并对作业环境标准化，用文件形式固定下来，这就是所谓的标准化原理。也就是用科学方法对工作的操作方法、工具、劳动和休息时间的搭配、机器的安放和作业环境的布置等进行研究分析，清除不合理因素，并把各最好的因素结合起来，形成一种最好的方法，以保证有最恰当的工具和最适宜的环境。

4. 激励性计件工资报酬制度

包括三点内容：通过工时研究和分析，制定一个有科学依据的工作定额或标准；采用“差别计件制”的付酬制度，即计件工资率按完成定额或达到标准的程度而浮动；根据实际工作表现而不是工作类别来支付工资，促使工人提高劳动生产率。

5. 计划职能和执行职能分开

即变经验工作法为科学工作法。泰勒认为，要明确计划职能和执行职能，由专门的计划部门来进行调查研究，为定额和操作方法提供科学依据；制定科学的定额和标准化的操作方法及工具；拟定计划，并发布批示和命令；比较“标准”和“实际工作情况”，进行有效控制等工作；管理者和劳动者在工作中密切配合，以保证工作按标准的设计程序进行。

6. 直线职能制

以直线制为基础，在各级生产行政领导者之下设置相应的职能部门，作为该级领导的参谋部。职能部门拟定的计划、方案以及有关的指令，由生产行政领导批准下达。职能部门对下级领导和下属职能部门，只能起业务指导作用。

7. 组织机构的管理控制实行例外原则

规模较大的企业组织的管理，必须应用例外原则，即企业的高级主管人员把例行的一般日常事务授权下级管理人员去处理，自己只保留对例外事项的决定权和监督权。

8. 培训员工，提高其技术水平

劳动生产率的高低与个人的技术水平密切相关，员工技术水平的提高并不是与生俱来的，应通过培训实现其技术水平的提高。

9. “经济人”假设

所谓“经济人”假设，是指“人们的基本行为是在约束与限制下追求自身的福利，当

面对能够带来不同福利效果的种种方案的选择时，人们更愿意选择那些能够给自己带来较多福利的方案，而不是相反的。”管理者和劳动者主要关心的是以较低的劳动成本和较高的收入所表示出来的经济收益或福利。

10. 科学管理的实质——“革命精神”

泰勒倡导的革命精神，是实施科学管理的核心问题。泰勒的科学管理相信雇主和员工的利益是一致的。事业使雇主和员工利益联系在一起，事业的发展不仅给员工带来较丰厚的工资，更意味着充分发挥其个人潜质，满足自我实现的需要。只有雇主和员工相互协作，才会达到较高的绩效水平。这种革命精神就是科学管理的实质。

泰勒科学管理揭开了几千年来罩在管理上的“神秘”面纱，谱写了管理理论和实践史上新的一页，成为人类管理思想史上的一个里程碑。人们把泰勒所处的时代称为“泰勒时代”，把他的管理理论称为“泰勒制”。虽然他已作古近百年，但他的科学管理思想对于经济比较落后、管理水平不高的国家，仍然有着现实的理论意义和实践意义。

二、法约尔的管理过程理论

亨利·法约尔（Henri Fayol，1841—1925年），法国古典管理理论学家，一般管理理论的先驱，被称为“一般管理理论之父”，他与韦伯、泰勒并称为西方古典管理理论的三位先驱。代表作是《工业管理和一般管理》（1916年）。

一般管理（Ecumenical Management）理论的要点如下：

1. 从企业经营活动中提炼出管理活动

经营和管理是不同的概念，管理包含在经营之中。通过对企业的全部活动分析，将管理从经营活动（包括技术、商业、财务、安全和会计五大活动）中提炼出来，称为经营的第六项活动。不同的管理层次，对管理者有不同的能力要求。随着企业由小到大、职位由低到高的变化，管理能力在管理者必要能力中的相对重要性不断增加，而其他诸如技术、商业、财务、安全、会计等能力的重要性则会相对下降。

2. 提出了管理的五大职能说

即管理就是具备计划、组织、指挥、协调和控制五大职能，从而形成了一个完整的管理过程。法约尔也因此被称为“管理过程学派的创始人”。

3. 提出14项管理原则

（1）工作分工：这条原则与亚当·斯密的“劳动分工”原则是一致的。专业化分工使雇员们的工作更有效率，从而提高工作的成果。

（2）职权：管理者必须有命令下级的权力，职权赋予管理者的就是这种权力。但是，责任应当是权力的孪生物，凡行使职权的地方就应当建立责任。

（3）纪律：雇员必须遵守和尊重统治组织的规则，良好的纪律是有效的领导者造就的。对管理者与工人间关系的清楚认识关系到组织的规则。明智地运用惩罚以对付违反规则的行为。

（4）统一指挥：每一个雇员应当只接受来自一位上级的命令。

（5）统一领导：每一组具有同一目标的组织活动，应当在一位管理者和一个计划的指导下进行。

（6）个人利益服从整体利益：任何雇员个人或雇员群体的利益不应当置于组织的整体利益之上。

（7）报酬：对工作人员的服务必须付给公平的工资。

（8）集中：是指下级参与决策的程度。决策的制定是集中还是分散，只是一个适合程度的问题，管理当局的任务是找到在每种情况下最适合的集中程度。

（9）等级链：从最高层管理到最低层管理的直线职权代表了一个等级链，信息应当按等级链传递。但是，如果遵循等级链会导致信息传递的延迟，则可以允许横向交流，前提条件是所有当事人同意和通知各自的上级。

（10）秩序：人员和物料应当在恰当的时候处在恰当的位置上。

（11）公平：管理者应当和蔼地和公平地对待下级。

（12）人员的稳定：雇员的高流动率导致生产的低效率，管理当局应当提供有规划的人事计划，并保证有合适的人选接替职务的空缺。

（13）首创精神：允许雇员发起和实施他们的计划将会极大地调动他们的热情。

（14）团结精神：鼓励团队精神将会使组织变得和谐与团结。

法约尔的一般管理理论凝练出了管理的普遍原则，至今仍被作为我们日常管理的指南。

三、韦伯的行政组织理论

马克斯·韦伯（Max Weber，1864—1920年），德国古典管理理论学家，被尊称为“组织理论之父”。主要著作有《新教伦理与资本主义精神》《一般经济史》《社会和经济组织的理论》等。韦伯在组织管理方面的思想主要有以下两方面：

（一）权力与权威是组织形成的基础

韦伯认为组织中存在三种纯粹形式的权力与权威：一是法定的权力与权威（Legal Authority），是以组织内部各级领导职位所具有的正式权力为依据的；二是传统的权力（Traditional Authority），是以古老传统的不可侵犯性和执行这种权力的人的地位的正统性为依据的；三是超凡的权力（Charisma Authority），是以对别人的、特殊的、神圣英雄主义或模范品德的崇拜为依据的。韦伯强调，组织必须以法定的权力与权威作为组织体系的基础。对经济组织而言，只有以合理、合法的权力为基础，才能保障组织连续和持久的经营目标。而规章制度是组织得以良性运作的保证，是组织中合法权力的基础。

（二）韦伯构建理想行政组织体系的特点

理想的行政组织模式为以下几种：

1. 明确的分工

组织内存在明确的分工，每个职位的权利和责任都应有明确的规定。

2. 自上而下的等级系统

组织内的各个职位，按照等级原则进行法定安排，形成自上而下的等级系统。

3. 人员的考评和教育

组织中人员的任用，要根据职位的要求，通过正式的教育培训，考核合格后任用。

4. 职业管理人员

管理人员有固定的薪金和明文规定的升迁制度，组织成员的任用必须一视同仁，严格掌握标准。

5. 遵守规则和纪律

管理人员必须严格遵守组织中规定的规则和纪律。

6. 组织中人员之间的关系

组织中人员之间的关系完全以理性准则为指导，不受个人感情的影响。

韦伯认为这种理想的行政组织是最符合理性原则的，其效率是最高的，在精确性、稳定性、纪律性和可靠性方面优于其他组织形式。具备上述6项特征的组织应表现出高度的理性化，其成员工作行为能达到预期效果，组织目标也能最终顺利达成。韦伯对理想的行政组织模式的描述，为行政组织指明了一条制度化的组织准则，追求行政组织的准确性、连续性、纪律性、严整性和可靠性，这是他在管理思想上的最大贡献。韦伯这种强调规则、强调能力、强调知识的行政组织理论为社会发展提供了一种高效率、合乎理性的管理体制。目前普遍采用的高、中、低三层次管理就是源于他的理论。

第二节　行为科学管理理论

管理学中的行为科学理论，应用心理学、社会学、人类学及其他相关科学，对管理过程中人的行为以及这些行为产生的原因进行分析研究，对人的特性进行全面把握，实现提高管理效率的目的。行为科学管理理论研究的主要内容包括对人的本性和需要的研究、对行为动机的研究、对人际关系的研究等。具有代表性的理论包括人际关系学说、人类需要层次理论、人性管理理论等。

一、人际关系学说

梅奥（George Elton Myao，1880—1949年），原籍澳大利亚的美国行为科学家，人际关系理论的创始人，其与合作者通过著名的霍桑实验（Hawthorne Experiments），形成了较为完整的、全新的管理理论——人际关系（Human Relationship）理论。主要著作有《组织中的人》和《管理和士气》。

梅奥在英国西方电器公司霍桑工厂进行了长达九年的著名的霍桑实验，真正揭开了对组织中的人的行为研究的序幕。霍桑实验共分四阶段：照明实验、福利实验、访谈实验和群体实验。霍桑实验的初衷是试图寻找改善外部条件与环境以提高劳动生产率的途径，但

结果表明影响生产率的根本因素不是外部工作条件，而是工人自身因素和被团体接受的融洽感和安全感。

梅奥的人际关系理论基本要点是以下几点：

1. 工人是社会人，不是单纯意义上的经济人

人们的行为并不单纯出自追求金钱的动机，还有社会方面、心理方面的需要，即追求人与人之间的友情、安全感、归属感和受人尊重等，而后者更为重要。因此，必须首先从社会心理方面考虑合理的组织和管理。

2. 企业中存在非正式组织

企业中除了存在古典管理理论所研究的为了实现企业目标而明确规定各成员相互关系和职责范围的正式组织之外，还存在着非正式组织，这种非正式组织的作用在于维护其成员的共同利益，使其免受由于其内部个别成员的疏忽和外部人员的干涉所造成的损失。非正式组织中有自己的核心任务或领袖，有大家共同遵循的观念、价值标准、行为准则和道德规范等。非正式组织与正式组织存在着重大差别，前者以效率逻辑为行为规范，后者则以感情逻辑为行为规范。因此，必须重视非正式组织的作用，注意在正式组织效率逻辑与非正式组织的感情逻辑之间保持平衡，以促进管理人员与工人之间充分协作。

3. 工人的工作态度以及周围个体的关系是影响工作效率的关键因素

工作条件、工资报酬等并不是影响劳动生产率的首要因素，劳动生产率的高低主要取决于“士气”或员工满意度，而高的“士气”或满意度来源于工人的个人需求，包括物质需求和精神需求的有效满足。

4. 新的领导能力在于正确处理人际关系

新的领导能力就是管理者要善于倾听和沟通员工的意见，满足员工的个人社会需求，即提高工人的满意度。管理者不仅要善于了解人们合乎逻辑的行为，而且要善于了解人们依情感而不合乎逻辑的行为。

此后，许多管理学家、社会科学家和心理学家展开了对于管理过程中的行为研究，形成了一系列的理论，使得行为科学成为管理科学发展的重要阶段。这些研究主要集中在研究个体行为、团体行为与组织行为方面。

二、人类需要层次理论

马斯洛（Abraham. H. Maslow，1908—1970年），美国心理学家，提出人类需要层次论学说，代表作是《人类动机理论》。

（一）马斯洛的人类动机理论

马斯洛理论把需求分成生理需求、安全需求、社交需求、尊重需求和自我实现需求五类，依次由较低层次到较高层次。

1. 生理需求

对食物、水、空气和住房等需求都是生理需求，这类需求的级别最低，人们在转向较高层次的需求之前，总是尽力满足这类需求。一个人在饥饿时不会对其他任何事物感兴

趣，他的主要动力是得到食物。即使在今天，还有许多人不能满足这些基本的生理需求。管理人员应该明白，如果员工还在为生理需求而忙碌时，他们所真正关心的问题就与他们所做的工作无关。当努力用满足这类需求来激励下属时，我们基于这种假设，即人们为报酬而工作，主要是关于收入、舒适等，所以激励时要利用增加工资、改善劳动条件、给予更多的业余时间和工间休息、提高福利待遇等来激励员工。

2. 安全需求

安全需求包括对人身安全、生活稳定以及免遭痛苦、威胁或疾病等的需求。和生理需求一样，在安全需求没有得到满足之前，人们唯一关心的就是这种需求。对许多员工而言，安全需求表现为工作安全而稳定以及有医疗保险、失业保险和退休福利等。受安全需求激励的人，在评估职业时主要把它看作不致失去基本需求满足的保障。如果管理者认为对员工来说安全需求最重要，他们就在管理中着重利用这种需要，强调规章制度、职业保障、福利待遇，并保护员工不致失业。如果员工对安全需求非常强烈，管理者在处理问题时就不应标新立异，并避免或反对冒险，而员工们也将循规蹈矩地完成工作。

3. 社交需求

社交需求包括对友谊、爱情以及隶属关系的需求。当生理需求和安全需求得到满足后，社交需求就会突显出来，进而产生激励作用。在马斯洛需求层次中，这一层次与前两层次截然不同。这些需要如果得不到满足，就会影响员工的精神，导致高缺勤率、低生产率、对工作不满及情绪低落。管理者必须意识到，当社交需求成为主要的激励源时，工作被人们视为寻找和建立温馨和谐人际关系的机会，能够提供同事间社交往来机会的职业会受到重视。管理者感到下属努力追求满足这类需求时，通常会采取支持与赞许的态度，十分强调能为共事的人所接受，开展有组织的体育比赛和集体聚会等业务活动，并且遵从集体行为规范。

4. 尊重需求

尊重需求既包括对成就或自我价值的个人感觉，也包括他人对自己的认可与尊重。有尊重需求的人希望别人按照他们的实际形象来接受他们，并认为他们有能力，能胜任工作。他们关心的是成就、名声、地位和晋升机会。这是由于别人认识到他们的才能而得到的。当他们得到这些时，不仅赢得了人们的尊重，同时因对自己价值的满足而充满自信。不能满足这类需求，就会使他们感到沮丧。如果别人给予的荣誉不是根据其真才实学，而是徒有虚名，也会对他们的心理构成威胁。在激励员工时应特别注意有尊重需求的管理人员，应采取公开奖励和表扬的方式。布置工作要特别强调工作的艰巨性以及成功所需要的高超技巧等。颁发荣誉奖章、在组织的刊物上刊登表扬文章、公布优秀员工光荣榜等手段都可以提高人们对自己工作的自豪感。

5. 自我实现需求

自我实现需求的目标是自我实现，或是发挥潜能。达到自我实现境界的人，接受自己也接受他人，解决问题能力增强，自觉性提高，善于独立处事，要求不受打扰地独处。一个人要满足这种尽量发挥自己才能的需求，他应该已在某个时刻部分地满足了其他的需

求。当然自我实现的人可能过分关注这种最高层次的需求的满足，以至于自觉或不自觉地放弃满足较低层次的需求。自我实现需求起支配地位的人，会受到激励，在工作中运用最富于创造性和建设性的技巧。重视这种需求的管理者会认识到，无论哪种工作都可以进行创新，创造性并非管理人员独有，而是每个人都期望拥有的。为了使工作有意义，强调自我实现的管理者，会在设计工作时考虑运用适应复杂情况的策略，会给身怀绝技的人员委派特别任务以施展才华，或者在设计工作程序和制定执行计划时为员工群体留有余地。

（二）马斯洛的人类需要层次的四点基本假设

马斯洛把人的需要，按其优先次序可以排成梯式的层次，其中包括四点基本假设：

（1）已经满足的需求不再是激励因素。人们总是在力图满足某种需求，一旦这种需求得到满足，就会有另一种需求取而代之。

（2）大多数人的需要结构很复杂，无论何时都有许多需求影响行为。

（3）一般来说，只有在较低层次的需求得到满足之后，较高层次的需求才会有足够的活力驱动行为。

（4）满足较高层次需求的途径多于满足较低层次需求的途径。

马斯洛需求层次理论假定，人们被激励起来去满足一项或多项在他们一生中很重要的需求。更进一步来讲，任何一种特定需求的强烈程度取决于它在需求层次中的地位，以及它和所有其他更低层次需求的满足程度。马斯洛的理论认为，激励的过程是动态的、逐步的、有因果关系的。在这一过程中，一套不断变化的“重要”的需求控制着人们的行为，这种等级关系并非对所有人都是一样的。社交需求和尊重需求这样的中层需求尤其如此，其排列顺序因人而异。不过马斯洛也明确指出，人们总是优先满足生理需求，而自我实现的需求则是最难以满足的。

马斯洛的需求层次理论阐明人们究竟会重视哪些目标，也说明了哪些类型的行为将影响各种需求的满足，但很少涉及为什么会产生需求。这些理论也指出，大多数人都存在着较高层次的需求，而且只要环境不妨碍这些较高层次的出现，这些需求就能激励大多数人。

许多研究表明，高层管理人员和基本管理人员相比，高层管理人员更能够满足他们较高层次的需求。因为一方面，高层管理人员面临着有挑战性的工作，在工作中他们能够自我实现；另一方面，基层管理人员更多地从事常规的工作，满足较高层次需求就相对困难一些。而且需求的满足根据一个人在组织中所做的工作、年龄、公司规模以及员工文化背景等因素的不同而有所差异。生产指挥系统的管理人员在安全、社交、尊重和自我实现方面比科室人员感到更大的满足，双方在尊重和自我实现需求上的差距最大。在尊重和自我实现的需求方面，年轻员工（25岁或以下）的要求比年长的员工（36岁或以上）更强烈。低层次的管理部门和小公司的管理人员比在大公司工作的管理人员更易感到需求得到满足。

事实表明，个人和组织中的事件能够而且确实能改变需求。组织中的习惯做法会强烈地影响许多高层次需求的产生并给予满足。例如，根据过去胜任工作而给予的晋升能够激发员工的尊重需求。而且，随着管理人员在组织中的发展，安全需求逐渐减弱，而社交、

尊重和自我实现的需求则相应增强。

（三）马斯洛的人类需求层次理论的主要研究发现

（1）需求可以认为是个人努力争取实现的愿望。

（2）只有满足较低层次的需求，高层次需求才能发挥激励作用。

（3）除了自我实现，其他需求都可能得到满足，这时它们对于个人来说，重要性就下降了。

（4）在特定时间内，人可能受到各种需求的激励。任何人的需求层次都会受到个人差异的影响，并且会随时间的推移而发生变化。

三、人性管理理论

道格拉斯·麦格雷戈（Douglas M. McGregor，1906—1964年）是美国著名的行为科学家，他在1924年还是一个服务站的服务员，后在韦恩大学取得文学学士学位；1935年，他取得哈佛大学哲学博士学位后留校任教；1937—1964年在麻省理工学院任教，其中1948—1954年在安第奥克学院任学院院长，任院长期间，他对当时流行的传统的管理观点和对人的特性的看法提出了疑问，其后，他在1957年的美国《管理评论》杂志11月号上发表了《企业的人性方面》一文，提出了有名的X理论—Y理论，该文1960年以书的形式出版。

麦格雷戈认为，有关人的性质和人的行为的假设对于决定管理人员的工作方式来讲是极为重要的。各种管理人员以他们对人的性质的假设为依据，可用不同的方式来组织、控制和激励人们。基于这种思想，他提出了X理论—Y理论。

（一）X理论

麦格雷戈把传统的管理观点叫作X理论，其主要内容是：

（1）大多数人是懒惰的，他们尽可能地逃避工作。

（2）大多数人都没有什么雄心壮志，也不喜欢负什么责任，而宁可让别人领导。

（3）大多数人的个人目标与组织目标都是自相矛盾的，为了达到组织目标必须靠外力严加管制。

（4）大多数人都是缺乏理智的，不能克制自己，很容易受别人影响。

（5）大多数人都是为了满足基本的生理需要和安全需要，所以他们将选择那些在经济上获利最大的事去做。

（6）人群大致分为两类，多数人符合上述假设，少说多做的人能克制自己，这部分人应当负起管理的责任。

根据X理论的假设，管理人员的职责和相应的管理方式是：

（1）管理人员关心的是如何提高劳动生产率、完成任务，他的主要职能是计划、组织、经营、指引、监督。

（2）管理人员主要是应用职权，发号施令，使对方服从，让人适应工作和组织的要

求，而不考虑在情感上和道义上如何给人以尊重。

（3）强调严密的组织和制定具体的规范和工作制度，如工时定额、技术规程等。

（4）应以金钱报酬来收买员工的效力和服从。

由此可见，此种管理方式是“胡萝卜加大棒”的方法：一方面，靠金钱的收买与刺激；另一方面，靠严密的控制、监督和惩罚迫使其为组织目标努力。麦格雷戈发现在当时的企业中，对人的管理工作以及传统的组织结构、管理政策、实践和规划都是以X理论为依据的。

然而麦格雷戈认为，虽然当时工业组织中人的行为表现同X理论所提出的各种情况大致相似，但是人的这些行为表现并不是固有的天性所引起的，而是现有工业组织的性质、管理思想、政策和实践造成的。他确信X理论所用的传统的研究方法建立在错误的因果观念基础上。通过对人的行为动机和马斯洛的需要层次的研究，他指出，在人们的生活还不够丰裕的情况下，“胡萝卜加大棒”的管理方法是有效的；但是当人们达到了丰裕的生活水平时，这种管理方法就无效了。因为，那时人们行动的动机主要是追求更高级的需要而不是“胡萝卜”（生理需要、安全需要）了。

（二）Y理论

麦格雷戈认为，由于上述的以及其他许多原因，需要有一个关于人员管理工作的新理论，把它建立在对人的特性和人的行为动机更为恰当的认识基础上，于是他提出了Y理论，其主要内容是：

（1）一般人并不是天生就不喜欢工作的，工作中体力和脑力的消耗就像游戏和休息一样自然。工作可能是一种满足，因而自愿去执行；也可能是一种处罚，因而只要可能就想逃避，到底怎样做要视环境而定。

（2）外来的控制和惩罚并不是促使人们为实现组织的目标而努力的唯一方法。它对人甚至是一种威胁和阻碍，使人放慢了成熟的脚步。人们愿意实行自我管理和自我控制来完成应当完成的目标。

（3）人的自我实现的要求和组织要求的行为之间是没有矛盾的。如果给人提供适当的机会就能将个人目标和组织目标统一起来。

（4）一般人在适当条件下，不仅学会了接受职责，而且学会了谋求职责。逃避责任、缺乏抱负以及强调安全感，通常是经验的结果而不是人的本性。

（5）大多数人而不是少数人，在解决组织的困难问题时都能发挥较高的想象力、聪明才智和创造性。

（6）在现代工业生活的条件下，一般人的智慧潜能只是部分得到了发挥。

根据以上假设，相应的管理措施为：

（1）管理职能的重点。在Y理论的假设下，管理者的重要任务是创造一个使人的才能得以发挥的工作环境，发挥出员工的潜力，并使员工在为实现组织的目标贡献力量时，也能达到自己的目标。此时的管理者已不是指挥者、调节者或监督者，而是辅助者，从旁给员工以支持和帮助。

（2）激励方式。根据Y理论，对人的激励主要是给予来自工作本身的内在激励，让他担当具有挑战性的工作，担负更多的责任，促使其做出工作成绩，满足其自我实现的需要。

（3）在管理制度上给予员工更多的自主权，实行自我控制，让员工参与管理和决策，并共享权力。

第三节　现代管理理论

现代管理是在科学管理不断发展的基础上，应用运筹学、系统理论、统计学等原理和方法，结合行为科学的应用，把组织看成由人和物所组成的完整系统而进行的综合性管理。

一、管理理论丛林

第二次世界大战以后，随着科学技术和社会格局的巨大变化，诸多学者从不同的学科、不同的角度出发，运用不同的方法对管理展开研究，形成了各种各样的管理学派。1961年，美国加州大学洛杉矶分校的哈罗德·孔茨（Harold Koontz）认为，管理学至少形成了6大学派。1980年，他又进一步把管理学派划分为11个，他认为，现代管理学派林立，形成了“管理理论丛林”现象。这11个学派包括以下几种：

1. 管理过程学派

管理过程学派又称管理职能学派。这一学派以管理过程或者管理职能作为研究对象，认为管理就是在组织中通过别人或与别人共同完成任务的过程。管理的职能和过程包括计划、组织、领导和控制。他们试图通过对管理过程或者职能的分析研究，从理性上加以概括，把用于管理实践的概念、原则、理论和方法结合起来，构成管理的科学理论。他们的学说都是围绕管理过程或职能的分解和设定开始的，其他的管理学内容，则多归入所划分的管理过程或职能之中。

2. 社会系统学派

这一学派从社会学的角度研究管理，认为社会的各级组织都是一个协作系统，进而把组织中人们的相互关系看成是一种协作系统。其主要观点是：组织是由人组成的协作系统，由3个因素构成，即协作的意愿、共同的目标和信息的沟通。管理人员在组织中的作用，就是在信息沟通系统中作为相互联系的中心，并通过信息沟通来协调组织成员的协作活动，以保证组织的正常运转，实现组织的共同目标。管理人员的主要职能有3项：①建立和维持一个信息沟通系统。②确定组织的共同目标及各部门的具体目标。③选拔任用组织成员，使组织成员为这些目标的实现做出贡献，同时保证协作系统的生命力。

3. 管理科学学派

管理科学学派认为，管理中的人是理性人，组织是追求自身利益的理性结构，经济效果是其最根本的活动标准，管理过程是一个合乎逻辑的系统过程，因此，管理活动可以运

用数学的方法来分析和表达。科学管理学派主张，采取数学模型和程序来分析和表达管理的逻辑过程，借助于计算机和运筹学，求出最佳答案，实现管理目标。科学管理学派创设了若干管理研究的定量分析方法，如决策树方法、线形规划方法、网络技术方法、动态规划方法、模拟方法、对策方法等。

4. 系统管理学派

系统管理理论运用系统论的范畴和原理，对组织的管理活动和过程进行分析和研究。系统管理学派认为，组织是一个整体的系统，它由若干子系统组成。组织中任何子系统的变化都会影响其他子系统的变化，为了更好地把握组织的运行过程，就要研究这些子系统和它们之间的相互关系，以及它们如何构成了一个完整的系统。同时，组织又是社会系统中的一个子系统，它受到其他社会子系统的影响，组织系统必须通过和周围环境的相互作用，并通过内部和外部信息的反馈，不断进行自我调节，以适应自身发展的需要。对于组织的管理分析，应该按照系统的原则进行，即以系统的整体最优为目标，对组织的各方面进行定性或定量的分析，选择最优方案。

5. 决策理论学派

决策理论学派是以社会系统理论为基础，吸收了行为科学、系统理论、运筹学和计算机科学等学科内容而发展起来的，是西方有较大影响的管理学派。这一学派认为，管理活动的全部过程都是决策过程，因此，管理就是决策。决策过程分为4个阶段：收集情报、拟订计划、选择计划和评价计划。他们特别强调信息联系在决策过程中的作用。决策学派的代表人物西蒙等人把社会系统理论同心理学、行为科学、系统理论、计算机技术、运筹学结合起来考察人们在决策中的思维过程，并分析了程序化决策和非程序化决策及其使用的传统技术和现代技术，提出了目标分析法等决策的辅助工具，被人们认为对管理人员的决策确有帮助，并在今后对人工智能等问题的深入研究提供了基础。决策理论得到了人们的较高评价，西蒙因此获得了诺贝尔经济学奖。

6. 权变理论学派

权变理论学派认为，组织和成员的行为是复杂的、多变的，这是一种固有的性质。而环境的复杂性又给有效的管理带来困难，所以没有一种理论和方法适合于所有的情况。必须根据管理的条件和环境随机变化，通过观察和分析大量的案例，从中分析管理方法技术与条件环境的联系，寻求管理的基本类型和模式。权变理论强调随机应变，灵活应用过去各学派的特色。权变理论是能把各种管理的基本原理统一起来的理论，但权变理论对于管理理论没有突破性的发展，是对已往理论的灵活应用。

另外，管理理论丛林还包括行为科学学派、经验主义学派、经理角色学派、社会—技术学派和经营管理学派。

二、管理理论新发展

20世纪80年代，尤其是90年代以来，随着知识经济的崛起、全球经济一体化进程的加快、市场竞争的日益激烈以及员工需求的深切呼唤等企业内外环境的变化，企业管理面

临许多前所未有的新情况和新问题，而对这些新情况和新问题的探讨与研究的结果，便产生了众多新的、颇具建设性的管理理论，它们分别从不同的视角提出了企业管理的发展思路。尽管有些管理理论尚不成熟，还处于发展之中，但它们所体现出来的管理思想和观点是不容忽视的，值得深入研究。我国东北大学工商管理学院的张兰霞博士对20世纪80年代以来，尤其是90年代以来出现的新的管理理论进行了系统的研究，并相对于孔茨的“管理理论丛林”称之为“新管理理论丛林”，主要有以下几种：

1. 核心能力理论

新管理理论的发展经历了三个阶段：经典战略理论阶段、产业结构分析阶段（波特阶段）和核心能力理论阶段。核心能力理论代表了战略管理理论在20世纪90年代的最新进展，它是由美国学者普拉哈拉德和英国学者哈默（C. K. Prahalad & G. Hamel）于1990年首次提出的，他们在《哈佛商业评论》所发表的《公司的核心能力》（“The Core Competence of the Corporation”）一文已成为最经典的文章之一。核心能力理论是当今管理学和经济学交叉融合的最新理论成果之一，源于战略管理理论、经济学理论、知识经济理论、创新理论等对企业持续竞争优势之源的不断探索，体现了各学科的交叉融合。

核心能力理论认为，并不是企业所有的资源、知识和能力都能形成持续的竞争优势。区分核心能力和非核心能力主要在五个方面：①价值性。核心竞争能力必须对用户看重的价值起重要作用。②异质性。一项能力要成为核心能力必须是为某公司所独有的、稀缺的，并没有被当前和潜在的竞争对手所拥有。③不可模仿性。其他企业无法通过学习获得，不易为竞争对手所模仿。④难以替代性。没有战略性等价物。⑤延展性。从公司总体来看，核心竞争能力必须是整个公司业务的基础，能够产生一系列其他产品和服务，能够在创新和多元化战略中实现范围经济。

只有当企业资源、知识和技能同时符合上述五项标准时，它们才成为企业的核心能力，并形成企业持续的竞争优势。

2. 竞争合作理论

竞争合作理论的主要代表作《协作型竞争》一书的开篇写道：“对多数全球性企业来说，完全损人利己的竞争时代已经结束。驱动公司与同行业其他公司竞争，驱动供应商之间、经销商之间在业务方面不断竞争的传统力量，已不可能再确保赢家在这场达尔文游戏中拥有最低成本、最佳产品或服务，以及最高利润。”“很多跨国公司日渐明白，为了竞争必须合作，以此取代损人利己的行为……跨国公司可以通过有选择地与竞争对手以及与供应商分享和交换控制权、成本、资本、进入市场的机会、信息和技术，为顾客和股东创造最高价值。”这就是竞争合作理论的核心。贡献、亲密、远景是竞争合作成功的三要素，“双赢”或“多赢”是竞争合作的目标。

3. 团队管理理论

著名的《团队的智慧》的作者卡曾巴赫和史密斯认为：“团队就是少数有互补技能、愿意为了共同的目的、业绩目标和方法而相互承担责任的人们组成的群体。”在这个定义中，他们强调团队有五个基本要素：①人数不多。一般在2~25人，多数团队的人数达不到

10人。②互补的技能。③共同的目的和业绩目标。④共同的方法。⑤相互承担责任。责任与信任是从两个方面支持团队的保证。

团队进行有效运转必备的四个相互关联的条件：一是团队内必须充满活力，活力可通过员工创造性的主动发挥、员工出成就的高度热情、员工和睦相处的精神氛围体现出来；二是团队内必须有一套为达到目标而设置的控制系统；三是团队必须拥有完成任务所需的专业知识；四是团队必须有一定的影响力，特别是团队要有那样一小部分人，他们不仅对团队内部有影响力，而且对团队以外的更大范围也有影响力。

优秀的团队领导必须做到6点：①使团队的目的、业绩目标和行动方法恰当而有意义。②建立每个人和团队整体的责任感和自信心，尽量提供积极的建设性鼓励。③为强化团队的综合技能、提高技术水平，应鼓励成员做必要的冒险或经常变换任务和人员。④处理好与团队外的关系，包括排除障碍。⑤为团队或团队成员提供创造业绩的机会。⑥同团队中的每个人一样，尽可能地干实事。

4. 情境管理理论

情境管理理论的提出，是基于对古典管理理论的一个假设的反思，即认为所有情境中的管理都存在着一个统一的普遍适用的原则、过程和一个“最好的方法”。然而，实际并非如此。纵观管理发展的历史不难看出，不同时代有不同的管理方式，处于不同组织层次上的管理人员有不同的管理类型。因此，巴赫认为，决定情境的主要因素划分为两类：一类是组织层次；另一类是组织文化。组织层次不同，企业采取的管理类型就不同；组织文化不同，企业所具有的管理风格就会有差异。也就是说，管理职能的执行应与特定的情境相匹配。情境管理理论实际上是权变管理理论的发展。

5. 流程再造理论

迈克尔·哈默，美国著名管理学家，他在20世纪80年代末发明了“再造”一词，用来描述应用信息技术彻底对业务过程重新改造以实现业绩的突飞猛进。这一概念最早引起关注是在《哈佛商业评论》中，后来该词通过一系列畅销书使哈默成为20世纪90年代初最有影响的管理学家之一。

按照迈克尔·哈默的定义，“流程再造”是指：“根本地重新思考，彻底翻新作业流程，以便在现今衡量表现的关键问题上，如成本、品质、服务和速度等获得戏剧性的改善”。这一定义包括四个关键词：一是根本，指企业必须就公司的运营方式提出一些根本性问题，如：“我们为什么要做我们所做的事情？”“为什么我们要用现在的工作方式做事情？”，通过这些根本性问题的提出，引发人们认识到过去所遵循的规则与假设不但过时，甚至是错误的，必须重新改造过去的流程，这就需要跳出原有的思维定势进行创造性思维；二是彻底，就是要抛弃一切过时的陈规陋习，创造出全新的工作方式，对原有的工作流程进行重新彻底的改造，而不是肤浅的改变或修修补补；三是显著，即企业要通过流程再造取得显著的业绩的提高，获得突变性的“飞跃”；四是流程，流程是企业为实现某一目标而进行的一系列相关活动的有序组合，它强调的是工作如何进行，是流程再造关注的焦点。

迈克尔·哈默认为，企业流程再造应包括四个要素：根本（Fundamental）、彻底（Radical）、显著（Dramatic）和流程（Process）。

企业流程再造的原则为：整合工作流程、由员工下属决定、同步进行工作、流程的多样化、打破部门界限、减少监督审核、减少扩充协调、提供单点接触、集权分权并存。

其特色为：①在崭新的资讯技术支持下，以流程为中心，大幅度地改善管理流程。②放弃陈旧的管理做法和程序。③评估管理流程的所有要素对于核心任务而言是否重要。专注于流程和结果，不注重组织功能。在方法上以结果为导向、以小组为基础、注重顾客，要求严格衡量绩效，详细分析绩效评估的变化。

现代管理新理论还包括智力资本理论、知识管理理论、局限管理理论、可持续发展理论、企业文化理论和6σ理论等。

第四节　管理原理和原则

管理原理（Principle of Management）是对管理工作的本质及其基本规律的科学分析和概括。管理原则是根据对管理原理的认识和理解而引申出的管理活动中所必须遵循的行为规范。管理原理和原则对管理实践具有普遍的指导意义。现代管理的基本原理包括：系统原理、人本原理、弹性原理和效益原理等，每项原理又包含若干原则。

一、系统原理

（一）系统及其特征

1. 系统的含义

系统（System）是指由若干相互联系、相互作用的要素组成的，在一定的环境中具有特定功能的有机整体。

在自然界和人类社会中，一切事物都是以系统的形式存在的，任何事物都可以看作是一个系统。系统如果按照与环境的关系分类，可分为封闭系统和开放系统。封闭系统又称孤立系统，指与外界没有联系或联系较少的系统；开放系统是与环境保持密切的物质、能量、信息交换的系统，开放系统具有输出某种产物的功能，这种输出必须以从环境中输入为基础，经过处理之后才能得到，再加上反馈的调节便构成了一个完整的开放系统。

系统按组成要素的自然属性分类，可分为自然系统和人工系统。自然系统，是自然生成的系统，如生态系统、气象系统、太阳系等；人工系统，是人们为达到某种目的而建立的系统，如法律系统、卫生系统、护理系统等。

2. 系统的特征

系统的一般特征包括整体性、相关性、层次性、动态平衡性、目的性、环境适应性。

（1）整体性：这是系统最基本的特征。系统的整体性表现为系统是由两个或两个以上

相互区别的要素，按照一定的方式和目的，有秩序地排列而成的，系统的功效大于各要素的功效之和。

（2）相关性：系统的相关性即组成系统的各要素之间存在着相互作用、相互联系的关系，正是这些作用和联系，才能使各要素结合成一个整体。分析系统必须分析系统内部存在的各种联系。

（3）层次性：作为系统的各种组织，它属于更大、层次更高的系统的一个组成部分，同时，它本身也包含着若干子系统，这是系统的层次性的一个方面的表现；另外，系统内部各组成要素的排列组合，也是按照一定的层次进行的，处于不同层次的系统要素，其功能和作用也不一样。

（4）动态平衡性：系统是不断运动、发展、变化的，以维持动态平衡，并通过反馈来控制动态平衡。凡是封闭的系统，都具有“消亡”的倾向，这一特性可以用一个科学名词“熵”（Enfropy）来表示，在管理系统中的“熵”是指把宇宙间的物质和能量经过衰变而达到的最后状态。封闭的系统得到正熵的结果，开放的系统从外界环境接受输入，如果这些输入的能量和信息与系统本身消耗及输出的能量和信息一样多，甚至大于输入的能量和信息，则可能取得负熵的结果，该系统不会消亡，而是发展壮大。

（5）目的性：系统活动最终趋于有序和稳定，这是因为有序方向正是系统的目标方向。任何一个系统都有明确的总目标，子系统为完成系统的总目标而协调工作，而子系统还有自己的分目标。

（6）环境适应性：任何系统的状态与功能都不是一成不变的，系统不仅作为一种功能实体而存在，而且作为一种运动而存在，这种运动表现为系统内部的联系和系统与环境的相互作用。系统的功能只有在对环境的动态适应过程中，才能得以充分体现。

（二）与系统原理相对应的管理原则

1. 整分合原则

整分合原则是指在管理中把统一领导与分级管理有机地结合起来，在整体规划下明确分工，在分工基础上进行有效的综合。整体把握、科学分解、组织综合，是整分合的主要含义。例如：护理质量控制的目标管理必须遵循整分合原则。护理质量是由不同层次的护理部门的工作质量体现的，各级护理部门必须明确各自的责任分工协作保证各自的护理质量。最终护理质量的实现是通过各部门严密有效的合作完成的。

2. 反馈原则

任何管理系统虽然都因与外部环境有输入和输出关系而具有开放性，但就其内部而言，则必须构成一个各个环节首尾衔接、互相约束、互相促进的连续封闭的回路，在这个封闭系统中，反馈起着关键作用，这样才能有效地发挥管理中各个环节的功能和作用，从而形成有效的管理，这就是反馈原则。只有在管理体制上保证信息反馈的有效运转，才能使管理工作充满活力。例如：护理部下达任务后，为保证各科室按要求执行，同时要制定反馈方案，进行定期检查，以验证效果，发现问题，及时纠正，才能保质保量完成任务。

（三）系统管理理论要点

西方的系统管理学派盛行于20世纪60年代，侧重以系统观点考察组织结构及管理基本职能，代表人物是美国的弗理蒙特·卡斯特（F. E. Kast）、罗森茨威克（J. E. Rosenzweig）。

系统管理理论，即把一般系统理论应用到组织管理之中，运用系统研究的方法，兼收并蓄各学派的优点，融为一体，建立通用的模式，以寻求普遍适用的模式和原则。是运用一般系统论和控制论的理论和方法，考察组织结构和管理职能，以系统解决管理问题的理论体系。该理论主要应用系统理论的范畴、原理，全面分析和研究企业和其他组织的管理活动和管理过程，重视对组织结构和模式的分析，并建立起系统模型以便于分析。系统管理理论向社会提出了整体优化、合理组合、规划库存等管理新概念和新方法。因而，系统管理理论被认为是20世纪最伟大的成就之一，是人类认识史上的一次飞跃。这一理论是在卡斯特（F. E. Kast）、罗森茨威克（J. E. Rosenzweig）和约翰逊（R. A. Johnson）等美国管理学家在一般系统论的基础上建立起来的。

1. 系统管理理论要点

（1）企业是由人、物资、机器和其他资源在一定的目标下组成的一体化系统，它的成长和发展同时受到这些组成要素的影响，在这些要素的相互关系中，人是主体，其他要素则是被动的。

（2）企业是一个由许多子系统组成的、开放的社会技术系统。企业是社会这个大系统中的一个子系统，它受到周围环境（顾客、竞争者、供货者、政府等）的影响，也同时影响环境。它只有在与环境的相互影响中才能达到动态平衡。

（3）运用系统观点来考察管理的基本职能，可以提高组织的整体效率，使管理人员不至于只重视某些与自己有关的特殊职能而忽视了大目标，也不至于忽视自己在组织中的地位与作用。

2. 系统管理的四个特点

（1）以目标为中心，始终强调系统的客观成就和客观效果。

（2）以整个系统为中心，强调整个系统的最优化而不是子系统的最优化。

（3）以责任为中心，分配给每个管理人员一定的任务，而且要能衡量其投入和产出。

（4）以人为中心，每个员工都被安排做具有挑战性的工作，并根据其业绩支付报酬。

同时，在系统管理中，有四个紧密联系的阶段：创建系统的决策、系统的设计、系统的运转和控制以及系统运转结果的检查和评价。

（四）系统原理在护理管理工作的应用

从整体要求出发，制定护理管理系统的目的和战略措施；根据科学的分解，明确各科室和部门的目标，进而在合理分工的基础上进行总体综合，从而保证护理管理目标的顺利实现。这就是系统原理对管理活动的基本要求。在护理管理活动中，坚持系统原理要做到以下几点：

1. 具有全局观念

拥有全局观念是充分发挥护理管理系统整体功能、实现整体效应的前提条件。这就要求护理管理者在错综复杂的实际工作中，不能孤立地看问题，必须把握整体和全局，用系统分析的方法，分析实际问题。要正确处理护理系统内部与外部、局部与全局、眼前与长远利益的关系。这也是衡量护理管理者能否做好管理工作的基本标准之一。

2. 关注护理系统结构的状况

系统的结构在护理管理系统的整体性能发挥中起着重要的作用。护理管理工作必须根据面临的不同环境、不同任务、不同内部条件，适时、适当地进行结构调整，这是保证护理管理系统整体性能优化的重要条件之一。这也指导护理管理系统合理运用所需各种要素和资源。护理管理必须在整体规划下有明确的分工，又在分工的基础上有效地合作。

3. 处理好管理宽度和管理层次之间的关系

由于管理者本身能力的限制，当他直接领导的下属人员超过一定数量时，就不能对其有效管理，所以必须划分管理层次，逐级进行管理。护理管理需要有合理、适度的管理层次和宽度。例如：我国卫生部规定，县和县以上医院及300张床以上的医院都要设护理部，实行在护理副院长之下的护理部主任、科护士长、病房护士长三级负责制管理。

二、人本原理

（一）人本原理的基本内容

1. 人本原理的含义

管理作为一种社会活动，其主体和客体都是人，人是管理过程的关键和根本。一个组织的竞争力主要取决于人，人的积极性和创造性的充分发挥，是现代管理活动成功的保证。在管理中，应当把人看作最主要的管理对象和最重要的资源，确立以人为本的指导思想及依靠广大员工实现组织发展，运用各种激励手段，调动和充分发挥人的积极性和创造性。

2. 人本管理思想

①管理活动坚持以人为本，强调尊重人，充分信任员工，紧紧依靠员工实现组织发展。②做好人的工作，首先要抓好人的思想，这是调动员工积极性的根本途径。③组织为人的需要而存在，为人的需要而产生，主张人和组织的共同发展。

3. 人本管理战略

人本管理战略主要表现为全面开发人力资源的战略，主要任务包括：①人才的吸引和补充。②保持组织正常运转所需的人才和合格劳动力。③员工的培训和专门人才的储备。④充分发挥既有人才的作用。

（二）与人本原理相对应的管理原则

1. 能级原则

能级原则就是管理者在从事管理活动时，为了使管理活动高效、有序、稳定和可靠，必须在组织系统中建立一定的管理层次，设置各管理层次相应的管理职责和工作要求，然后按照管理系统中组织成员的自身特点、能力和素质情况，安排在各个职位上，使人尽

其才。遵循能级原则要求管理工作必须做到以下几点：①准确全面地掌握下属的能力和特长。②对各种工作岗位进行科学的职位分析。③员工能力与岗位相匹配。④不同的能级应该拥有不同的权力、责任和利益。

2. 动力原则

人的行为是需要动力的，管理的动力原则是指管理者在从事管理活动时，必须正确认识和掌握管理的动力源，运用有效的管理动力机制，使被管理者的行为聚集到组织整体目标的方向上。遵循动力原则，首先，要正确认识和综合运用各种管理动力。在管理中有3种不同而又相互联系着的动力：物质动力、精神动力和信息动力。要正确认识和把握这三种动力的作用和关系，综合协调地运用各种动力，调动被管理者的积极性。其次，要建立有效的动力机制，使动力的作用方向与组织目标保持一致。

（三）人本原理主要观点

人本原理观点认为：在管理中应该把人看作最主要的管理对象和最重要的资源，一切管理活动都要围绕调动人的工作积极性、自主性和创造性进行，在实现组织目标的同时，最大限度实现组织成员的自我价值。人本原理的基本内容和特点是尊重人、依靠人、发展人、为了人。

主要观点有以下几种：

1. 职工是企业的主体

（1）要素发展阶段——泰勒“科学管理”阶段。

早期的管理理论基本上限于把劳动者视为生产过程中的一个必不可少的因素。泰勒之后的几十年中，几乎所有对劳动和劳动力的研究大多都未摆脱把人视为机器附属物的基本观点和方法。

（2）行为研究阶段——马斯洛、赫茨伯格等。

“二战”后，一部分管理学家和心理学家开始意识到劳动者的行为决定了企业的生产效率、质量和成本。劳动者的需要是多方面的，经济需要只是其中的一种。

（3）主体研究阶段。

20世纪70年代以后，企业界逐渐意识到职工在企业生产经营活动中的重要性，逐渐形成了以人为中心的管理思想。

2. 有效管理的关键是职工参与

有效管理的实现有两种不同的途经：

（1）高度集权，从严治厂，依靠严格的管理使得企业目标统一，行动一致，从而实现高的工作效率。

（2）适度分权，民主治厂，依靠科学管理和职工参与使个人利益和企业利益联系在一起，使职工为了共同的目标而自觉努力地奋斗，从而实现高的工作效率。

两种途经的根本不同之处在于：前者职工处于被动地位，职工是管理的客体；后者职工处于主动地位，职工是管理的主体。

3. 现代管理的核心是使人性得到最完美的发展

4. 管理是为人服务的

（1）企业要在这种思想的指导下，研究市场需求的特点及发展趋势，据此确定企业的经营和产品发展的方向。

（2）企业要从用户的角度出发，提高设备和材料的使用效率，降低成本。

（3）企业要在这种思想的指导下研究企业的消费者。

（四）人本原理在护理管理中的应用

1. 加强护理文化建设

通过组织文化的综合功能，来保证人本管理原理得以充分地运用。同时，护士在良好的护理文化中感受更多的人本关怀。

2. 加强护理人力资源管理

在护理管理中要以人本原理为基础，吸引护理人才，注重护理人才的选拔、培养、考核和使用，充分发挥护理人才的作用。人员的任用要遵循能级原则，使岗位要求与任职资格相匹配，做到“职、责、权、利”四位一体。

3. 建立有效的激励机制

了解不同的护理人员的需求，对其动力源进行分析识别，建立有效的激励机制，充分调动护理人员的工作积极性。

三、弹性原理

（一）弹性原理的基本内容

弹性指物体在外力的作用下能做出反应并维持自身稳定性的能力和特性。弹性又可分为系统内部弹性（如“弹性工作时间”“弹性工资”）和系统整体弹性（如“弹性计划”）。

弹性原理是管理的原则性和灵活性的统一，即通过一定的管理手段，使管理对象在一定条件的约束下，具有一定的自我调整、自我选择、自我管理的余地和适应环境变化的余地，以实现动态管理的目的。弹性原理最突出的特征就是“留有余地”，或者说，在一定弹性限度内有一个弹性范围。

（二）弹性原理主要观点

根据弹性原理的类型与性质划分有局部弹性和整体弹性、积极弹性和消极弹性。

1. 局部弹性

局部弹性就是任何一类管理必须在一系列管理环节中保持可以调节的弹性，特别是在重要的关键环节要保持足够的余地。例如，在确定任务目标时，在大目标确定的前提下，各子系统任务目标应该有一定的弹性，允许下级管理人员在许可的范围内自行调整；在制定计划时，在保证总体计划目标实现的前提下，在大计划中要有小自由，以充分发挥下属的积极性。同时应当有多种方案供选择使用，以保持弹性，而且要有备用的机动计划；在人员使用上要有弹性；经费上除应划拨的经费外，必须留有可供调节的机动经费；在物资

使用上也应有弹性，必须有一定的贮备，以应付突然出现的情况。如防疫部门平时应考虑到适当贮备一些防疫用品，以备应急之需；血站系统在耗材使用上也要有一定的弹性贮备等；在时间的安排上更应有可调节的弹性，留有必要的机动时间。在这些管理的环节上保持了弹性，就使管理目标的实现有了更多的保证。

2. 整体弹性

整体弹性是指每一个层次的管理系统都应具有适应情况变化的应变能力，它对任何一级管理系统和任何一个管理者都是必要的。整体弹性要对客观环境有很强的适应性，即可塑性，对变化了的情况要有灵活的应变能力。如何才能具备和不断提高整体弹性，对一个管理系统来说，应从三个方面努力：①建设具有较大弹性的知识结构，必须建立起纵横交错的三维知识结构，才能有较强的应变能力。如一个血站，如管理者知识面单一狭窄，整体弹性就会下降；一个科技和管理者也要不断学习和终身学习，不断拓宽自己的知识面，以提高自己的整体弹性；②保持有较大弹性的知识技术水平，只有知识和技术水平提高，才能建立起应变的知识结构。如一个血站或血液中心，要有与其任务水平相对应的具有较高知识技术水平的人才，并且具有各类科学技术人才比例合理的知识结构，此血站或血液中心的整体弹性就大，就必然容易出成绩、上水平；③建立有弹性的组织结构，不论是技术队伍还是干部队伍，都应有几个梯队，以适应多变的情况。如果一个卫生单，位在干部队伍或技术队伍都有一定数量的梯队或后备贮备，此单位整体弹性就大。

3. 积极弹性

根据管理的需要，保持适当的可调节性，称之为积极弹性。它不是遇事“留一手”，而是遇事“多一手”，多一个保险措施，有备无患，以防不测。充分发挥人的智慧，进行科学预测，不仅在一个系统的关键环节上保持适当的可调性，又事先预备好可供选择的多种调节方案。因此，作为现代管理者要保持和加强积极弹性，并要充分利用这种弹性。如一个血液中心在考虑应急采供血方案时，要考虑可能发生的不同情况，制定多种应急方案或预案；一个重大科研项目的实施，也要在不同的关键环节保持可供调节的积极弹性，以便能够应付自如，保证项目顺利完成。

4. 消极弹性

超过了管理的需要，宽打窄用，或压低任务指标，称之为消极弹性。它的出发点是为了“留一手”，计划订得越松越好，任务指标压得越低越好，人员、经费、设备越多越好，“头顶三尺帽，不怕砍一刀”，就是消极弹性的生动写照，因此，作为现代管理者要坚决防止和克服消极弹性。在日常管理工作中这种现象还是很普遍的，如在有的医疗卫生单位或科研机构，有的管理人员有意把计划订得松，预算造得宽，申请人员数量多、配置仪器超前甚或不考虑实际等，其结果势必造成人才、物资的浪费，最终是管理效益或效率低下。所以每一级管理者都应尽量避免或杜绝消极弹性，以有效地提高其管理效率，实现其管理目标。

（三）弹性原理在护理管理中的应用

1. 坚持刚柔并济，防止怀柔倾向

推行弹性管理不是弱化刚性管理，弹性管理“人本中心”的原则，使其成为刚性管理

的升华和润滑剂，对于避免和缓解护理管理中的矛盾具有十分重要的作用。而夸大弹性管理的作用会造成决策、管理上的随意性和盲目性，最终有害。一定程度内的刚性是弹性管理的质量保证，能有效避免弹性管理偏离正确方向。两者应该互为补充。

2. 要重视人才的作用

人才是弹性管理的核心，具体的弹性管理工作都是围绕人这一最活跃的因素进行的。重视人才的作用包括两层意思：

（1）要有人本观念，护理管理一定要把护士的作用摆在突出位置。

（2）要正确任用人才，相应的职位对应相应的能力，要根据护士的特点和特长把她们安排到合适的岗位。

3. 要注意实施弹性管理的条件

实施弹性管理必须有良好的软硬环境的支撑。

（1）护理人员的素质是能否实施护理弹性工作制的重要因素。

（2）要有良好的沟通和协调机制，避免护士们各自形成“知识孤岛”。

（3）实施弹性工作制应有良好的物质基础设施支撑，计算机、网络、通信设备是护士交流知识、分享知识的重要工具。

四、效益原理

（一）效益原理的基本内容

效益原理是指在管理中要讲求实际效益，以最小的消耗和代价，获取最佳的经济效益和社会效益。经济效益是指人们经济活动所取得的收益性成果。社会效益是指人们的社会实践活动对社会发展所起的积极作用和所产生的有益效果。

效益原理要求每个管理者必须时刻不忘管理工作的根本目的在于创造出更多更好的经济效益和社会效益，能为社会提供有价值的贡献，充分发挥管理的生产力职能。坚持效益原理还要区别效益和效率的概念，效益=正确的目标×效率。由此公式可以看出，提高现代管理效益不仅要有高的工作效率，而且必须要有正确的工作目标。可见效益体现了效果与效率的统一。

（二）与效益原理相对应的管理原则

管理学中的价值是指衡量事物有益程度的尺度，是功能与费用的综合反映。管理者应使用财力资源、物力资源、人力资源、时间资源和信息资源，以最少的耗费达到最高的效用，以满足服务对象的需要。提高服务价值的途径有五种：功能不变，降低成本；费用不变，提高功能；功能提高，费用减低；费用略有提高，功能大幅度提高；功能略有降低，费用大幅度下降。

（三）效益原理的主要观点

（1）管理效益的直接形态是通过经济效益而得到表现的。

（2）影响管理效益的因素很多，其中主题管理思想正确与否占有相当重要的地位。

（3）追求局部效益必须同追求全局效益协调一致。

（4）管理应追求长期稳定的高效益。

（5）建立管理活动的效益观。

（四）效益原理在护理管理中的应用

护理管理要遵循效益原理，必须做到两个方面：首先，遵循效益原理要加强科学管理。科学管理可以根据具体的内外部环境变化的情况，把护理工作中的各种要素、关系以最佳的方式组合起来，使其协调有序地朝着预期目标发展，达到提高护理工作效益的目的；其次，遵循效益原理要不断发展护理方法和技术。护理技术的发展是提高科学管理水平的基础，可以为护理工作提供新观念、新方式和新手段。护理技术转化为生产力，可以提高护理工作效益。流程管理就是很好的遵循效益原理的例子。

第三章　计　划

计划是关于组织未来的蓝图，是对组织在未来一段时间内目标的实现途径的策划和安排，没有计划，组织活动就会出现混乱和低效。计划工作是管理职能中最基本的职能，它存在于组织各个层次的管理活动中。计划工作的核心问题是实现组织目标的正确的决策，它包括组织目标的选择和确立、实现组织目标的方法的确定和抉择、计划原则的确立、计划的编制以及计划的实施，它是一项科学性很强的管理活动。

第一节　计划概述

一、计划的基本概念和特征

（一）计划的基本概念

计划（Plan）是为实现组织目标而对未来的行动规划进行的工作安排。计划有狭义和广义之分。狭义上的计划是指制订计划的活动过程，要根据实际情况通过科学预测，权衡客观的需要，提出在未来一定时间内要达到的目标以及实现目标的途径。广义上的计划是指制订计划、实施计划以及检查评价计划三阶段的工作过程。制订计划实质上是决策过程，美国护理管理学家吉利斯（Gillies）认为，组织的计划工作是由一系列步骤组成的行动过程，包括社会环境的调查评估、组织系统及主要子系统结构图的勾勒、组织宗旨和任务的制定、组织目标的建立、组织资源和自身能力的评估、可能的行动方案的确定、所有备选方案优劣势的分析、行动方案的抉择以及执行计划的合适人员的挑选。

计划需要回答下面几个问题：即通常所说的“5W1H”问题。（What）预先决定要做些什么？明确计划工作的具体任务和要求。（Why）论证为什么要这样做？明确计划工作的宗旨、目标战略。（When）什么时间开始做，规定计划中各项工作的开始和完成的进度，以便有效的控制。（Where）在什么地方做？规定计划的实施地点或场所。掌握计划实施的环境条件和控制。（Who）由何人来做？指由何人监督、执行。（How）如何制定实施计划的措施、相应的政策和规则。

（二）计划的特征

1. 计划的目标性

任何组织和个人计划都是为了有效地达到某种目标，但是在计划工作开始之前，这种目标可能不十分具体，计划就是起始于这种不具体的目标。在计划工作的最初阶段，制定具体、明确的目标是其首要任务，其后的所有工作都是围绕目标进行的。

计划工作要使今后的行动集中于目标，要预测哪些行动有利于达到目标，哪些行动不利于达到目标或与目标无关，从而指导今后的行动朝着目标的方向迈进。

2. 计划的首要性

计划工作在管理中处于首要地位，这主要是由于管理过程中的其他职能都是为了支持、保证目标的实现。因此这些职能只有在计划工作确定了目标之后才能进行。

一位管理者只有在明确目标之后才能确定合适的组织结构、下属的任务和权利、伴随权利的责任以及怎样控制企业和个人的行为不偏离计划等。所有这些组织、领导、控制职能都是依计划而转移的。

3. 计划的普遍性

计划是各级管理人员的一个共同职能。高层管理者不可能也不必要对自己组织内的一切活动做出确切的说明，这是有效管理者所必须遵循的一条原则，高层管理人员仅对企业活动制定结构性计划。换句话说，高层管理人员只负责制定战略性计划，而那些具体的计划由下属完成。现代组织中的工作是如此繁杂，即使是最聪明最能干的领导人，也不可能包揽全部计划工作。因此，授予下属某些制定计划的权力，有助于调动下属的积极性，挖掘下属的潜在能力。这无疑对贯彻执行计划，高效地完成组织目标大有好处。

4. 计划的效率性

计划的经济效益可用计划的效率来衡量。

计划的效率=所得利益 / 所有耗损=所有产出 / 所有投入

如果一个计划能够达到目标，但它需要的代价太大，这个计划的效率就很低，因此不是一份好计划。在制定计划时要时时考虑计划的效率，不仅要考虑经济方面的利益和耗损，还要考虑非经济方面的利益和耗损。

5. 计划的预见性

计划是对未来的活动进行安排，计划不能消除变化，但应能预见未来的变化，预测变化对组织的影响，并具备对策，这样才能保证计划的可行性。所以说计划是对未来的管理。

二、计划的种类

计划的种类很多，可按不同的标准分类。通常，计划是根据它的形式、广度、时间跨度和约束程度进行分类的。

（一）按计划的形式分类

按不同的表现形式，可以将计划分为宗旨、目标、战略、政策、程序、规则、规划和与预算等类型。

1. 宗旨

宗旨是组织或系统对其信仰和价值观的表述，宗旨回答一个组织是干什么的，应该干什么。护理工作的宗旨应该包括护理活动、病人、护士三个方面，其中“护理活动”包括对护理理论、护理教育、护理实践、护理科研、护理行政、护理管理以及护理在整个组织中的地位等问题的认识和观点。

2. 目标

目标是在任务的指导下，整个组织活动要达到的最终的、可测量的具体成果。目标不仅是计划工作的终点，也是组织工作、人员管理、领导和指导以及控制工作等活动所要达到的结果。目标必须具备具体、可测量和可评价的特性。如：本年度使全院护士护理技术操作考试合格率达90%、两年内使40%以上的护士参加大专学历的学习。

3. 战略

战略是为实现组织的长远目标所选择的发展方向、所确定的行动路线以及资源分配方案的一个总纲。战略是指导全局和长远发展的方针。凡存在竞争且竞争获胜取决于长期准备和持续努力的场合，都需要制定战略。对一家组织来说，制定战略的根本目的，是使组织有效地比竞争对手占有持久的优势。因此，组织战略就是以最有效的方式，努力提高组织相对于竞争对手的实力。除了长期竞争需要战略外，那些涉及长远发展、全局部署的管理活动也需要制定战略。

4. 政策

政策是组织为达到目标而制定的一种限定活动范围的计划。具体地说，它规定了组织成员行动的方向和界限。政策一般比较稳定，政策由组织最高管理层确定，政策赋予目标实际意义，因此它对于目标来说更具体，操作性更强。组织制定的政策有三个基本作用：①为组织成员指出行动方向；②保证组织成员活动协调一致；③树立和维护组织尊严。如护士的晋升政策、医院奖金分配政策和工资浮动政策等。

5. 程序

程序是根据时间顺序而确定的一系列相互关联的活动。因此它规定了处理问题的例行方法、步骤，是执行政策的具体实施方法。如护理程序规定了处理护理问题的步骤、各种护理技术操作方法等。

6. 规则

规则是根据具体情况对是否采取某种特定行为所做出的规定。规则也可以理解为规章制度、操作规则。规则的优势在于约束执行者的行为，避免错误。规则可被作为要求员工为实现计划而努力的行为规范。规则与政策的区别在于规则在应用中不具有自由处置权，例如护理技术操作常规。而规则与程序的区别在于规则不规定时间顺序，如在医院中挂“禁止吸烟”的规则，则与程序无关。

7. 规划

规划是为实施既定方针所采取的目标、政策、程序、规则、资源分配的复合体。它是计划过程的综合产物，例如“十一五”规划的战略重点和主要任务：一是建设社会主义新

农村；二是加快推进经济结构调整和增长方式转变；三是促进区域协调发展等。一个主要规划可能要求有许多派生计划。例如护理部制定的护士继续教育三年发展规划中各层次的护理人员不同的培训计划、培训目标、相关政策、培训方法、时间安排、经费等。

8. 预算

预算是用数字表示预期结果的一种数字化的计划。预算是文字计划实施的支持及保障，它使计划更加精确和科学。管理人员通过预算可控制业务指导工作，明确本部门与整个组织目标之间的关系。例如护理部关于护士继续教育的经费预算、某医院扩建工程经费预算等。

（二）按时间跨度分类

1. 长期计划

长期计划（Long-term Plan）一般指5年以上的计划，长期计划由高层管理者制定。对组织具有战略性、纲领性的指导意义。多为重大的方针、策略。长期计划要建立在对未来发展趋势充分预测、论证和研究的基础上，以科学的态度、正确的步骤进行。如A医院创建三级甲等医院达标计划。

2. 中期计划

中期计划（Medium-term Plan）一般指1~5年的计划。中期计划一般由中层管理者制定。具有战役性特点，要求根据组织的总体目标，抓住主要矛盾和关键问题以保证总体目标的实现。中期计划的制定要注意与长期计划、短期计划的衔接。如创建三级甲等医院达标计划中的人员配备、培养计划。

3. 短期计划

短期计划（Short-term Plan）一般指1年或1年以下的计划。由基层管理者制定。指对未来较短时间内的工作安排及一些短期内需完成的具体工作部署。具有战术性特点。如病房护理的年度计划、月计划。如创建三级甲等医院达标计划中人员培养计划的护理人员新知识新技术的学习计划。

（三）按计划的广度分类

1. 战略性计划

战略性计划（Strategic Plan）指整个组织的目标和发展方向的计划。战略性计划一旦确定，则不易更改。战略性计划一般是长期计划，包括目标及达到目标的基本方法、资源的分配等，例如卫生部门修建新的健康保健机构的计划。

2. 战术性计划

战术性计划（Tactical Plan）指针对具体工作问题，在较小范围内和较短时间内实施的计划。战术性计划具有灵活性的特征，是某些战略性计划的一部分。例如护士排班计划、病房预算计划、病人入院计划、设备维护计划等。

（四）按计划约束程度分类

1. 指令性计划

指令性计划（Mandatory Plan）由主管部门制定，以指令的形式下达给执行单位，规定计划

的方法和步骤，要求严格遵照执行的具有强制性的计划。如政策、法规。

2. 指导性计划

指导性计划（Guidance Plan）上层管理阶层下达各执行单位，需要以宣传教育以及经济调节等手段来引导其执行的计划。指导性计划一般只规定完成任务的方向、目标及指标，对完成任务的方法不做硬性规定。例如各科室业务学习计划。

三、计划的步骤

计划是管理的一项最基本的职能，是一种连续不断的程序，经过此程序，组织可预测其发展方向，建立其整体目标，发展行动方案以达到组织目标。计划工作一定要体现目的性、纲领性、普遍性、效率性和前瞻性的特点。

计划的步骤大致可分为以下八个阶段：分析形势、确定目标、评估资源、拟定备选方案、比较方案、选定方案、制定辅助计划、编制预算，如图3-1所示。

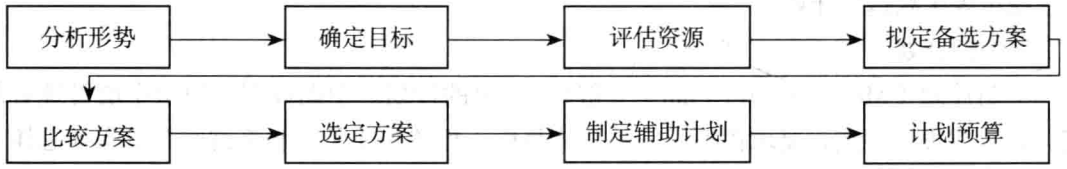


图3-1　计划的步骤

（一）分析形势

对系统或组织现存形势的分析和估量是计划工作的第一步，通过社会调查，预测、分析掌握组织的现状以及未来发展获取一定的背景材料，调查的目的是全面掌握整体情况，使计划建立在充分了解情况的基础上。在调查时管理人员应深入实际，对组织计划内历史及现状进行完整的了解并进行相应的评估。调查分析的内容包括：①社会需求，社会环境，社会对组织的影响因素；②组织的资源情况；③组织内部的实力，现状、政策，包括人力资源的利用；④服务对象的需求。例如医院护理部门计划开设家庭护理服务项目，第一步应该评估社会对家庭护理的需求；医院所处社区对家庭护理的需求；医院的地理位置；开展家庭护理服务的人力、物力资源状况；其他医院开展家庭护理的有关信息资料。

（二）确定目标

计划工作的第二步是在分析形势的基础上为组织或个人制定目标。通常在确定组织的总目标后，组织中各部门按照总目标拟定各部门的分目标，而各部门的分目标又控制其基层下属单位的目标。如此层层控制，可有效地把握全体员工努力的方向。制定目标要有时间安排，内容要清晰准确，操作性强。例如国家提出了“十一五”时期经济社会发展的主要目标。一是今后五年国内生产总值年均增长7.5%。这个目标是建立在优化结构、提高效益和降低消耗基础上的。二是提出了“十一五”期间单位国内生产总值能源消耗降低20%

左右、主要污染物排放总量减少10%等目标。这是针对资源环境压力日益加大的突出问题提出来的，具有明确的政策导向。

（三）评估资源

评估资源就是确定有利于计划实施的前提条件和期望环境。前提条件了解得越细致透彻并应用于制定计划中，则计划的可行性就越强。护理管理者必须对其部门及所属下级部门进行彻底地评估，勾勒出该组织的一幅完整而精确的图形。前提条件包括外部条件和内部条件。外部条件指社会大系统的经济、技术、人口、政策、法令、设备等；内部条件指内部的人力、政策、技术力量、物资、经费等。也可以归纳为SWOT分析，其中S(Strength)指组织内部的优势，W(Weakness)指组织内部的劣势，O(Opportunity)指来源于组织外部可能存在的机遇，T(Threats)指来源于组织外部可能的威胁或不利影响。例如；某医院护理部计划开设家庭护理服务项目，经评估，S——人力资源可得到保证，有一批有志于此业的经验丰富的护理人员；W——建立家庭护理中心的场所难于落实；O——可向上级部门申请一定的经费支持；T——医院所处社区已有开展家庭护理的机构。

（四）拟定备选方案

根据资源评估和调查，根据目标提出备选方案。一个计划往往同时有几个备选方案，应在分析的基础上，从备选方案中选择出最有成功希望的一个或几个方案，这样可使计划同时具有合理性和创造性。拟定备选方案应考虑到：①方案与组织目标的相关程度；②可预测的投入与效益之比；③公众的接受程度；④下属的接受程度；⑤时间因素等。例如护理部的目标是提高护理人员的业务素质，则可行的备选方案是聘请护理专家进行专题讲课、招聘一定数量大学毕业的护理人员、加强护士在职培训、加强护士学历教育等。

（五）比较方案

计划工作的特点是变化和不确定性。一般情况下可将几个备选方案的可变因素和限定条件并列排列，论证每一个方案，论证的内容包括计划的可靠性、科学性、可行性、经费预算的合理性、效益的显著性。例如在职护士培养计划，方案1：可将护士送到本市三级甲等医院学习进修，其优点是易联系、路程近、费用低、学费少等；缺点是学习效果比外地差。方案2：可将护士送到北京三级甲等医院学习进修，其优点是学习效果好；缺点是不易联系、路程远、费用高、学费多等。

（六）选定方案

这一步是计划工作的关键，对备选方案按上述步骤进行分析、比较、排列优先次序后，舍去不合理或者不可行的方案，选择出适当的方案。确定有可行性、满意度高、低投入和高产出的方案。选择方案通常是在经验、实验和研究分析的基础上进行的。

（七）制订辅助计划

选定方案后，一般要有派生计划以辅助和扶持该方案的落实，即总计划下的分计划，例如，建立家庭护理服务的总计划有设备添置计划、资金使用计划等辅助计划。

（八）编制预算

预算是数字化了的计划。通过分析、比较、选定方案后，将计划转化为预算的形式，使之数字化。编制预算实质上是资源的分配计划，包括人员、设备、经费、时间等方面的内容。通过编制预算，组织对各类计划进行汇总和综合平衡，控制计划的完成进度，才能保证计划目标的实现。

第二节　职业生涯规划

职业发展观是关于个人职业的实现、个人职业发展如何与组织岗位匹配和发展的理论、观点和思想。20世纪70年代，欧美一些国家的企业管理者意识到组织和管理者可以帮助员工在组织内部实现个人目标，员工获得职业满意感对组织的生存和发展也是有利的。由此，职业生涯管理应运而生。现代职业发展观是指组织为组织成员构建职业开发与职业发展、通过工作历程通道，使之与组织的职业岗位需求相匹配、协调和融合，以达到满足组织及成员各自需求，彼此受益的目标。护士职业生涯管理是护理人力资源管理的重要内容，是组织和护理人员通过制定职业生涯规划等一系列活动、满足护理人员个人、组织和管理者三者发展需要的动态过程。

一、职业生涯规划相关概念

（一）职业和职业生涯

职业（Career）是一个人在他（她）生涯历程中选择从事工作的行为过程。职业生涯是指一个人在其一生中所承担工作的相继历程，主要指专业或终身工作的历程，职业生涯是个体获得职业能力、培养职业兴趣、职业选择、就职、到最后退出职业劳动的完整职业发展过程。职业生涯概念包括个体、职业、时间、发展和动态几方面的含义。护士职业生涯是指护理人员在从事的护理专业领域内的行为历程。

（二）职业计划和职业发展

职业计划（Career Planning）是个人制定所要从事的工作目标、确定实现目标手段的不断发展过程。职业计划的核心是个人职业目标与现实可得到的机会的配合。职业发展（Career Development）是组织为确保在需要时可以得到具备合适资格和经历人员而采取的措施。

（三）护理职业路径

护理职业路径（Career Pathway of Nursing）是组织为本单位护理人员设计的自我认知、成长通道的管理方案。护理职业路径在于帮助护理人员了解自我的同时让组织掌握护

士的职业需求，以便从组织和部门的角度为护士提供和创造发展的条件，帮助护士满足需要。同时，组织和管理者也可通过合理的引导，使护理人员的职业目标和发展计划与组织或护理岗位的需要结合起来，利于双方的共同发展。良好的护理职业路径设计不仅能激发护理人员的工作热情，开发护士的工作潜能，还有利于吸引和留住优秀护理人才，提高护理队伍的整体素质。

（四）职业期望和职业动机

职业期望（Career Expectancy）是一个人为实现目标而采取行动的内在动力；职业动机（Career Motivation）是个体希望从事某职业的态度倾向性（个体对某一职业的愿望和向往）。

（五）护士职业素质

护士职业素质（Nursing Professional Diatnesis）是指驱动护理人员胜任工作、创造良好工作业绩各种个性特征的总和。护士职业素质是判断护理人员能否胜任特定护理岗位的起点，是决定并区分护士个人工作成绩差异原因的个人特征总和。护士职业素质主要由个人品质、工作态度、价值观、自我形象、专业知识和技能等要素构成。

二、职业生涯规划理论

每个人对自己所要从事的工作都要经历一番职业选择的过程，最终相对稳定在一个能做到退休的岗位，人们在每一个职业发展阶段的时间长短不一，但大部分工作的人都要经历职业发展的几个阶段。

（一）格林豪斯的职业生涯理论

格林豪斯认为人在不同年龄处于不同的职业发展阶段，人的一生在职业生涯发展方面有5个阶段：职业准备阶段、职业探索阶段、职业生涯初期、中期和后期。在职业准备阶段，人的主要任务是发展职业想象，对职业进行评估和选择，接受必需的职业教育；在职业探索阶段，个人的主要任务是争取在一个理想的组织中获得适当的职位，尽量获取足够的信息，以选择适合自己、较为满意的职业；在职业生涯初期，个人在努力学习职业技术的基础上不断提高自己的工作能力，逐步适应职业工作，适应并融入组织，为未来职业成功做好准备；在职业生涯中期，个人的主要任务是对自己早期的职业生涯重新进行评估，强化或转变自己的职业理想，选择职业努力工作，争取有所成就；在职业生涯后期，个人的主要任务是保持已有职业成就，维护自尊，准备引退。

（二）斯蒂芬职业生涯发展阶段理论

美国管理学和组织行为学专家斯蒂芬认为人的职业生涯包括5个阶段：职业探索阶段；职业建立阶段；职业稳定发展阶段；职业成熟阶段；职业衰退阶段。对于多数人员而言，职业探索阶段开始于学校的学习并持续到毕业后走上工作岗位，其年龄一般在15~25岁。在这一阶段，新员工开始形成对职业生涯的一种预期，其中一些预期可能与客观现实不相

符或认为差别较大，导致有人在职业选择上受到挫折而离开岗位。经历了职业探索阶段的历练后，进入职业建立阶段的人员开始真正的职业认识和磨练，在工作岗位上开始尝试错误、成功或失败的职业内涵，通过不断从挫折和错误中的反思分析不断调整自我，使工作表现得到逐步改进，以适应岗位的职业要求。

进入职业稳定期的人员在特定的岗位上已经不再是一个“学习者”，其工作能力比职业建立阶段进一步增强，并根据其个人努力程度其绩效水平可能会持续改进，或保持稳定，或有下降趋势。经过考验的人可能获得组织信任并开始承担更大责任，有的人对自身能力进行再评价后开始接受短期培训或继续教育，以适应环境变化的需要。资深专业人员在不同岗位上发挥着骨干作用；进入职业衰退阶段的人员主要是努力维持自己现有职业的成就，发挥自己的能力指导新员工并做好退休准备。

（三）施恩的职业锚理论

1. 职业锚的概念

职业锚是由美国著名职业指导专家施恩（Edgar. H. Sehein）提出的。施恩教授认为，人的职业生涯发展是一个持续不断探索的过程，在这个过程中，每个人都会根据个人的能力、动机、天分、需要、态度和价值观等逐渐形成较为明显与职业有关的自我概念和明显占主导地位的职业定位（职业锚）。职业锚（Career Anchor）是指人们通过实际的工作经验达到自我满足和补偿的一种长期的职业定位。职业锚的概念包括以下几层意思：职业锚以员工习得的工作经验为基础；职业锚不是预测，而是选择和确定的职业定位；人们选择和发展自己职业所围绕的中心是自我意向，职业锚是员工的动机、需要、价值观和能力相互作用和逐步整合的结果；员工个人及其职业锚不是固定不变的。

2. 职业锚的功能

职业锚能够清楚反映个人的职业追求与抱负，可以帮助个人确定自己的职业成功标准和发展方向与途径；个人的职业发展方向与组织对人力资源的开发与管理有着十分紧密的关系，个人职业锚的确定能有效促进员工预期心理契约的发展。同时，组织也可以根据个人发展意向针对性地进行合理有效的职业发展途径，利于个人与组织稳固的相互接纳，从而加深个人的职业归属感和对组织的认同感；明确的职业成功标准和发展方向有助于组织成员积累职业技能和工作经验，为个人中后期职业发展奠定基础，对促进个人工作效率和组织生产率不断提高具有积极作用。

3. 职业锚的类型

（1）技术或功能型职业锚：特点是强调实际技术或功能等业务工作，注重个人在专业技能领域的进一步发展，不喜欢全面管理工作。

（2）管理型职业锚：特点是追求承担管理责任，且责任越大越好，具有很强的升迁动机和价值观，具有将分析能力、人际关系能力和感情能力相结合的技能，以提升等级和收入作为衡量成功的标准。这类人很大程度上具有对组织的依赖性。

（3）创造型职业锚：特点在某种程度上与其他类型职业锚有重叠，这类人有强烈的创

造需求和欲望，意志坚定，勇于冒险，总是力图以坚忍不拔、百折不挠的精神和行为赢得创造的实现。

（4）安全稳定型职业锚：追求安全稳定的职业前途，在行为上倾向于根据组织提出的要求行事，不越雷池一步，对组织有较强依赖性，个人职业生涯的开发与发展受到限制。

（5）自主型职业锚：特点是最大限度地摆脱组织约束，在工作方面主要要求随心所欲，追求施展个人职业能力的工作环境，在自主型职业工作中显得愉快，享有个人自由，有职业认同感，把工作成果与自身努力相连接。

4. 护理人员职业锚的个人开发

护理人员的职业锚是在护理实践工作经验中获得，并直接反映护理人员个人职业发展的潜在需求和动机。护理人员职业锚的个人开发策略主要有以下几点：

（1）确认个人能力特点，提高个人对护理专业的适应性；奋斗目标专一，在职业活动的动态发展中适应护理职业环境，拓展知识结构，做好本职工作。

（2）借助组织和护理管理部门的职业发展计划表，选定职业目标，发展职业角色形象。

（3）培养和提高自我职业决策能力和决策技术，扬长避短，发挥个人优势，分阶段实现职业发展目标。

三、护理人员职业生涯规划的基本原则

职业生涯规划原则是指组织和个人在职业生涯设计时应把握的方向和准绳。主要内容包括以下几点：

（一）个人特长和组织社会需要相结合的原则

个人的职业生涯发展离不开组织环境，有效的职业生涯设计就应该将个人优势在组织和社会需要的岗位上充分发挥。认识个人的特征及优势是职业生涯发展的前提，在此基础上分析所处环境、具备的客观条件和组织需要，从而找到自己恰当的职业定位。只有找准个人和组织需要最佳的结合点，才能保证个人和组织共同发展达到双方利益的最大化。

（二）长期目标和短期目标相结合的原则

目标的选择是职业发展的关键，明确的目标可以成为个人追求成功的行为动力。目标越简明具体，越容易实现，越能促进个人发展。长期目标是职业生涯发展的方向，是个人对自己所要成就职业的整体设计，短期目标是实现长期目标的保证。长短期目标结合更有利于个人职业生涯目标的实现。

（三）稳定性与动态性相结合的原则

人才的成长需要经验的积累和知识的积淀，职业生涯发展需要一定的稳定性。但人的发展目标并不是一成不变的，当内外环境条件发生改变时，就应该审时度势，结合外界条件调整自己的发展规划，这就是职业生涯发展的动态性。

（四）动机与方法相结合的原则

有了明确的发展目标和职业发展动机，还必须结合所处环境和自身条件选择自己的发展途径。设计和选择科学合理的发展方案是避免职业发展障碍、保证职业发展计划落实、个人职业素质不断提高的关键。

四、护理人员职业生涯规划

（一）护理人员职业生涯规划

护理人员职业生涯规划包括自我评估、内外环境分析（职业生涯机会评估）、职业发展途径选择、设置个人职业生涯目标、行动计划与措施、评估与调整几项主要活动。

1. 自我评估

护理人员职业生涯规划的自我评估是对个人在职业发展方面的相关因素进行全面、深入、客观认识和分析的过程。评估内容包括个人的职业价值观、个人做人做事的基本原则和追求的价值目标、分析自己掌握的专业知识与技能、个人人格特点、兴趣等相关因素。通过评估，了解自己的职业发展优势和局限，在此基础上形成自己的职业发展定位，如专科护士、护理教师、护理管理人员等。

2. 内外环境分析

环境为每个人提供了活动的空间、发展的条件和成功的机遇。个人如果能够有效利用内外环境，就有助于事业的成功。护理人员在制定职业发展规划时要分析的环境因素有：环境的特点、环境的发展变化、个人职业与环境的关系、个人在环境中的地位、环境对个人提出的要求、环境对自己职业发展有利和不利的因素等。护理人员发展的组织环境评估内容有组织发展战略、护理人力资源需求、组织护理队伍群体结构、组织护理人员的升迁政策等。通过对上述因素的评估，确认适合自己职业发展的机遇与空间环境，才能准确把握自己的奋斗目标和方向。

3. 职业发展途径选择

护理人员职业发展途径的选择是以个人评估和环境评估的结果为决策依据的。发展方向不同，其发展要求和路径也就不同。如果选择的路径与自己和环境条件不相适合，就难以达到理想的职业高峰。如优秀的护士不一定会成为成功的护理管理者；有效的管理者和领导者，不一定就是一名合格的护理教师。另外，护士个人的职业发展意愿还受到外在条件、组织需求、机遇等因素的限制，这时就需要个人对自己的职业定位进行调整。由此可见，职业发展途径的选择是个人条件和环境条件的有机结合。

4. 设置个人职业生涯目标

确定了职业生涯发展途径后，就需要设置职业生涯目标。目标设置的基本要求是：适合个人自身特点、符合组织和社会需求、目标的高低幅度要适当、目标要具体、同一时期不要设定过多的目标。护理人员制定的个人职业生涯发展目标要以实际环境和条件为基础，每个人的背景不同，则设置的目标也应有所区别。就整个护理职业生涯而言，一个远大的目标很少能在短时间内一气呵成，有针对性地制定阶段目标更为切实可行。因此，目

标设定应该是多层次、分阶段、长期目标与短期目标相结合的。

5. 行动计划与措施

职业目标的实现依赖于个人各种积极的具体行为与有效策略和措施。护理人员实现目标的行为不仅包括个人在护理工作中的表现与业绩，还包括超越现实护理工作以外的个人发展的前瞻性准备，如业余时间的学习提高等。护理人员实现目标的策略还包括有效平衡职业发展目标与个人生活目标、家庭目标等其他目标之间的相互关系、在组织中建立良好的人际关系、岗位轮转、提高个人学历、参与社会公益活动等。

6. 评估与调整

在实现职业生涯发展目标过程中，由于内外环境等诸多因素的变化，可能会对目标的达成带来不同程度的阻碍，这就需要个人根据实际情况，针对面临的问题和困难进行分析和总结，及时调整自我认识和对职业目标的重新界定。

第三节 目标管理

一、目标

目标是在宗旨和任务指导下，整个组织要达到的可测量的、最终的具体成果。在确立目标之前，组织必须明确其宗旨、任务。宗旨是组织的中心思想和信念，任务是组织的基本职能。

（一）目标的作用

目标决定着各种管理活动的内容，决定着管理方法的选择，决定着管理的结构、层次的确定和人员的配备等。

1. 主导作用

目标决定着管理活动的内容、管理方法的选择、人员的配备、组织的设置等。目标直接影响组织活动及组织成员的行为，关系到组织的兴衰存亡。管理者只有明确组织目标，才能判断组织的正确方向。

2. 激励作用

具体明确而又切实可行的组织目标，能使个人的需要与组织目标有机地结合起来，提高组织成员的自觉性及责任感，激励组织成员完成组织任务，达到组织目标的要求。

3. 协调作用

目标规定了组织成员的具体任务及责任范围，对组织各部门及成员的思想和行动具有统一和协调作用，可以使上、下、左、右的思想和行动协调一致，从而提高工作效率。

4. 推动作用

目标具有推动作用，确定的目标使管理者、被管理者受到激励而转化为强大的推动力，

可使他们尽最大努力完成组织任务。目标反映社会、集体、个人对某种需要的愿望和要求，一个明确具体而切实可行的目标，可以激发动力，鼓舞士气同时也提高自觉性和责任感。

5. 标准作用

目标具有标准作用，是评价工作的衡量尺度。目标可成为衡量工作成效的尺度，可评价工作成绩和质量。如三级综合医院评审标准包括入院诊断与出院诊断符合率≥95%、手术前后诊断符合率≥90%等内容。

（二）目标的性质

1. 目标的层次性

一个组织从结构上看是分层次的系统组织。因此组织的目标也是层层分解，构成一个系统的。组织目标有总目标和次级目标，次级目标为总体目标的实现提供良好条件。

2. 目标的网络性

目标和具体的计划构成网络，组织的目标通常是通过各种活动在网络中的相互联系、相互促进来实现的。要做到目标之间左右关联、上下贯通、彼此呼应、融合成一体。

3. 目标的多样性

目标的多样性表现在目标按优先次序分主要目标和次要目标，按目标的性质分有定性目标和定量目标。按时间长短分有长期目标和短期目标。

（三）确定目标应满足的条件

确立目标应符合SMART原则，即是：①目标必须是具体的（Specific）；②目标必须是可以衡量的（Measurable）；③目标必须是可以达到的（Attainable）；④目标必须和其他目标具有相关性（Relevant）；⑤目标必须具有明确的截止期限（Time-based）。确定目标应满足的条件具体表现为：

1. 目标的陈述方式

目标的陈述包括主语—谓语—宾语—状语（主体—行为—行为标准或行为结果）。目标的叙述应词义表达明确，应清楚地表示出可供观察的行为，例如："使ICU的护士熟悉呼吸机的使用"就是一个模糊的目标。"在ICU工作的护士会独立使用呼吸机"则目标较为明确。

2. 强调时间概念

目标必须要有期限，强调时间概念。如一年内全院护士护理技术操作考试合格率达到90%。

3. 明确约束条件

例如：在提高护理质量的前提下，一年内床位的周转率提高10%。

4. 目标适宜能够落实

目标要适宜不可太高，虽然目标应具有一定的难度，具有挑战性，但如果目标高不可攀也会挫伤员工的积极性。目标不是空洞的，必须可以逐层落实。只有下一级的目标实现了，上一级的目标才有实现的保证，本部门的目标必须根据上级的目标和部门实际情况制定。

5. 目标可以测量或评价

要对目标的实施进行监督检查，必须按时考核、测评。因此，目标必须有可以测量或评价的指标，方法是使目标数量化或具体化。所谓数量化，就是给目标规定明确的数量界限。例如使用率、百分比、评分等方法。所谓具体化，就是对目标的描述尽可能详细和明确以便于操作。

二、目标管理

目标管理（Management By Objectives，MBO）的概念是由美国著名企业管理专家彼德·德路克（Peter Drucker）在1954年的《管理的实践》一书中提出的。当时科学管理理论和行为科学管理理论得到了充分的发展，然而在泰勒、法约尔管理思想指导下，形成了只重视生产效率的监督式、压迫式管理方法，梅奥的行为科学理论提出了人性化管理，在这种情况下需要一种管理方法将两种思想综合起来，将实现组织目标所需的工作和做这些工作的人结合起来，目标管理正是两者的结合产物。彼德·德路克关于目标管理的主张在当时的企业界产生了巨大的影响，一个组织的宗旨及任务必须转化为特定目标，各级管理者通过特定目标领导下级并以目标衡量每个成员的贡献，从而保证组织目标的实现。目标管理通过鼓励员工参与管理，使之在工作中满足了自我实现，同时也使组织目标得以实现。因此，目标管理作为一种管理方法和措施广泛应用。

（一）目标管理的含义

目标管理是一种管理思想，也是一种管理方法。目标管理（MBO）是由组织中的管理者和被管理者共同参与目标制定，在工作中实行自我控制并努力完成工作目标的管理方法。或者说目标管理就是在组织内管理人员与下属在具体和特定的目标上达成协议，并写成书面文件，定期以共同制定的目标为依据来检查和评价目标达到情况的一种管理方法。

（二）目标管理的特点

1. 强调管理者和被管理者共同参与

根据组织的总目标制定部门目标，每名职工根据本部门的目标和个人职责制定个人目标，形成目标连锁。目标管理是由上、下级共同参与制定目标及目标的衡量方法。每个部门各成员明确自己的任务、方向、考评方式，相互配合共同完成组织目标。

2. 强调自我管理

在目标管理中，下级不是按上级硬性规定的程序和方法行动的，而是进行自主管理和自我控制，这样可提高员工的工作积极性、创造性和责任感。

3. 强调自我评价

在执行目标管理的过程中，各层管理人员定期评价，通过检查、考核反馈信息，并在反馈中强调由员工自我检查，制定一系列的奖惩措施，以促使员工更好地发挥自身作用。

4. 强调整体性管理

目标管理将组织的总目标逐层分解落实。每一部门和每一成员各自的分目标以总目标为

导向，使员工明确各自工作目标与总目标的关系，共同完成总目标。

5. 强调目标特定性

目标特定性是指下级目标与上级目标的一致性。由于下级与上级共同参与将组织目标转换为具体可行可测评的部门或个人目标的过程，使目标具有特定性，有利于员工自检和自查，有利于上级的评价，也促进了上下级的合作和关系的协调，以共同达到组织总目标。

（三）目标管理的过程

目标管理分为制定目标体系、组织实施、检查评价三个阶段。

1. 制定目标体系

制定一套完整的目标体系是实施目标管理的第一步，同时也是最重要的一步。目标制定越合理明确则后阶段具体过程的管理和评价就越容易。这一阶段可分为四个步骤：

（1）高阶层领导制定总体目标：根据组织的长远计划和客观环境，必须与下级充分讨论研究后制定出总体目标。

（2）审议组织结构和职责分工：目标管理要求每一个目标和分目标都要成为落实到个人的确切责任，因此在制定总体目标之后，需要重新审查现有组织结构，做出若干改变，以明确职责分工。

（3）制定下级目标和个人目标：在总体目标的指导下，要制定下级目标和个人目标，分目标一定要支持总目标。个人目标要与组织目标协调。在制定具体目标时应注意：目标必须要有重点，不宜过多；而且尽量具体化、定量化，以便测量；目标还应有挑战性以激励士气。但目标太高会挫伤信心，如医院护理目标是提高护理质量、病房目标是不出现差错事故。

（4）形成目标责任：上级和下级就实现各目标所需要的条件及实现目标后的奖惩事宜达成协议，并授予下级以相应的支配人、财、物及对外联络等权力。双方商妥后，由下级写成书面协议。形成目标责任的步骤包含多次协商，以及正式或非正式的沟通。

2. 组织实施

目标管理强调执行者自主、自治、自觉和自行解决实现目标，但不等于达成协议后领导可以放手不管，相反由于形成了目标体系，牵一发而动全身，因此上级应对工作定期指导、检查。检查方法是自下而上，由下级主动提出问题和报告，上级主要是协助、支持、提供良好的工作环境和信息情报。上下级要定期检查双方协议的执行情况。

3. 检查评价

（1）考评成果：在达到预定的期限之后，要及时进行检查和评价，以各自目标及目标值为依据，对目标实施的结果进行考核，评价管理绩效。

（2）实施奖惩：目标实施者自检后，上级领导与自检者商谈，通过预先制定的评价和奖惩协议实施奖惩，如工资、奖金、职务的提升和降免、物质奖励等。

（3）考核评价：将目标管理中的经验及教训进行总结找出不足，并同时讨论下一轮的目标，开始新的循环。在此阶段，新资料、信息、资源的输入，应随时提供给下属。如果目标没有完成，上级在评价中应主动承担必要的责任，并启发下级自检，以维持相互信任

的气氛，为下一循环奠定基础。

（四）目标管理的优点

1. 调动各级人员的积极性

目标管理促使领导者适当地分权给下属，使下属相应获得锻炼管理能力的机会和分担组织成败的责任心，也有助于改进组织结构和职责分工。提高各阶层工作效率，由于上级与下属共同设定目标，使每名员工朝着组织的整体目标努力。充分发挥每个人的内在潜力和积极性提高工作效率。

2. 提高管理效率

目标管理保证目标的可行性，需要管理人员考虑实施目标的人力、物力、财力等资源的合理分配，整体考虑实施过程中出现的问题，可以提高管理的协调性和科学性，提高了管理效率。明确各级人员的职责和任务，上级与下属之间对目标进行具体化的、操作性的协商和讨论后，可清楚地划分上、中、下层领导的职责范围和工作呈报关系。

3. 提高生产力

员工自行制定目标比被迫遵循目标更具生产力。目标管理是一套科学周密的管理方法，通过目标体系实现对目标的分解，而目标分解要求各目标相互支持，如此环环紧扣，把各方面的力量、积极性以及可能采取的措施都汇集起来，从而提高了生产力。

4. 启发员工自觉性

目标管理调动员工的主动性、积极性，从而提高了士气。由于目标是经过协商的，它明确了员工自己的工作在整体工作中的地位和作用，有授权，并得到了支持。通过目标实现和奖励，将个人利益和组织利益紧密联系在一起，员工能够主动掌握自己的命运。目标管理对组织和个人的评价标准是目标的达到程度，这种评价比较公正、客观。

5. 目标管理有利于控制

目标管理使考核目标明确，并作为管理者监督控制的标准。对在执行中出现的偏差可及时发现、及时纠正，做到有效的控制。上级领导在指导下属确定问题、收集资料、衡量优先次序、选定目标、拟定行动计划以及评价结果的过程中，可正确评价员工的知识和态度，员工可得到较公正的考核。同时在目标管理中，定期的检查、督促、反馈、小结可及时发现工作中的偏差，并给予纠正和调整。

（五）目标管理的局限性

目标管理虽然在不同的组织中对生产力的改进颇具成效，但亦存在一些缺点：

1. 目标制定有难度

某些目标难以具体化和定量化（例如责任心）；下级对整体目标与个人目标的关系尚未理清；组织在结构上、制度上以及职权上存在问题，很难制定目标；下级为测量方便而选择安全且易于达到的目标，而影响了整体目标的实现。

2. 限制管理者管理能力的发挥

目标管理注重短期或可见性问题的处理，而忽略了培养管理者对应急事件的应变能

力、压力处理和组织间的协作能力培养。由于目标管理特别重视未来的结果，常会忽视常规工作的管理，则可能导致工作秩序混乱。

3. 费时费力

目标的商定很费时间，几上几下，多向沟通协商讨论，并写成书面形式，需要精力、时间及费用，而且目标管理易使员工为争取好成果而不注重方法，易滋长本位主义，急功近利，较少去寻求省时、省力、省钱的方法。

4. 缺乏灵活性

目标管理在制定目标后，不宜更改，否则会导致目标体系不一致，造成连锁性的工作困难。

（六）目标管理在护理管理中的应用

护理目标管理是目标管理应用在护理管理中，将护理部整体目标转化为各部门、各个层次及个人目标，建立管理的目标体系，实施具体化的管理行为，并最终实现总目标的过程。目标管理在护理管理中的具体应用是护理部根据医院的整体规划制定总目标，再通过建立目标体系，制定各部门、各病房及护理人员个人的目标，确定目标和工作标准、职责分工、工作期限、评定方法以及奖惩措施，通过指导实施、定期检查、终末考核等措施实现全院护理工作总目标。

第四节　时间管理

一、时间管理概述

富兰克林曾说：“时间是构成生命的基本材料”。因此时间是珍贵的财富和资源。人们认为时间是生命、是金钱、是速度。时间是一条永不回头的直线，一去不复返。时间是宝贵的资源，在现代社会，快节奏的时代步伐使人们对时间的价值得到了进一步的认识。

（一）时间的本质

时间的本质是一种有价值的无形资源。时间赋予每一个人的是固定（一天24小时，一年365天）而有限的。做任何事情都需要花费时间。但对时间而言一个人在单位时间内所付出的劳动所获得的社会价值及个人价值是不同的。

从管理上看，时间是分配各种活动过程所需要的周期及其起点和终点，规定各种活动衔接和循环的连续性。时间是管理者要考虑的重要资源，需要精确地计算时间的分配。

（二）时间的特征

1. 客观性

时间是无形的但又同物质一样客观存在。

2. 方向性

时间的流逝具有“一维性”，以一定的方向、一定的规律运动。时间一旦过去，将永远失去。

3. 无储存性

时间虽然是一种资源，但这种资源无法储存。不论如何利用时间，时间总是在消耗、流失。

（三）时间管理的概念

时间管理（Time Management）是指在同样的时间消耗情况下，为提高时间的利用率和有效率而进行的一系列活动，它包括对时间进行的计划和分配，以保证重要工作的顺利完成，并留出足够的余地处理那些突发事件或紧急变化。

（四）时间管理的意义和作用

1. 提高工作效率

通过研究时间消耗的规律，认识时间的特征以探索科学地安排和使用时间的方法可以提高工作效率。时间管理可使管理者自行控制时间而不被时间控制，控制自己的工作而不被工作左右，从而对时间资源进行科学的使用。

2. 有效利用时间

管理者如果能有效地管理时间，就可以最小的资源投入获得最大的效益，做到事半功倍。护理管理人员常常被时间的安排和管理困扰，因此护理管理人员应学会把握自己的时间，并有效率地运用时间以完成组织和个人的目标。

3. 激励员工的事业心

时间管理是发展生产力的客观需要，也是实现个人价值对社会做贡献和成就的需要。有效利用时间可以使员工获得更多的成功和业绩，从而激发成就感和事业心，满足自我实现的需要。

二、时间管理的过程

（一）评估时间使用情况

每一名管理者都应有一本日志或记事本，按时间顺序记录所从事的活动，评估时间是如何消耗的，每一项护理活动需要多少时间，时间安排的依据是什么，你的处理方法是什么？紧急的事务是什么？自己每日最佳的工作时段、效率最低的工作时段是何时。这样可以让管理者了解花在每一项活动上的时间有多少，当记录条目足以代表管理者的工作活动内容时，再计算每一类活动所消耗的时间占整个工作日时间的百分比，如果分析结果显示时间分配不平均或与重要程度不符合，则管理者必须重新修正工作方针，以提高管理效率。

（二）了解个人时间浪费的原因

浪费时间是指所花费的时间对实现组织和个人目标毫无意义的现象，评价浪费时间是时间管理的重要一环。造成时间浪费的原因有主观原因和客观原因两个方面。详见表3-1。

表3-1 浪费时间的原因

主观原因	客观原因
1. 缺乏有效使用时间的意识和知识 2. 工作日程计划不周或无计划 3. 未制定明确目标和优先次序 4. 工作目标不当或不足 5. 不善于拒绝非本职工作、非自己熟悉工作、非感兴趣的工作 6. 处理问题犹豫不决，缺乏果断性 7. 缺乏决策力 8. 文件、物品管理无序 9. 工作时精神不集中，有拖拉习惯 10. 随时接待来访者	1. 意外的电话或来访 2. 计划内或计划外的会议过多 3. 无效或不必要的社交应酬过多 4. 信息不够丰富 5. 沟通不良或反复澄 清误会 6. 缺乏反馈 7. 合作者能力不足 8. 政策程序要求不清晰 9. 文书工作过多、手续繁杂 10. 上级领导工作无序无计划

（三）充分认识个人最佳工作时间

充分认识个人最佳工作时间，评估时间的利用情况，认识自己在每日、每周、每月、每年不同的身体功能的周期性，并充分了解自己何时精力最旺盛，何时处于低潮，然后依照个人内在生理时钟来安排工作内容。从生理学角度讲，25～50岁是最佳工作年龄，作为管理者，一般35～55岁是最佳工作年龄。充分利用时间表现在感觉精神体力最好的时段里，宜于安排从事须集中精神及创造性的活动，而在精神体力较差的时段中宜从事团体活动，以通过人际关系中的互动作用，提高时间利用率。

三、有效时间管理的方法

（一）ABC时间管理法

美国管理学家莱金（Lakein）建议为了有效管理及利用时间，每个人都需要将自己的目标分为三个阶段，即今后5年内欲达到的目标（长期目标），今后半年实现的目标（中期目标），现阶段要达到的目标（短期目标）。将其各阶段的目标分为ABC三个等级，A级为最优先（必须完成的）目标，B级为较重要（很想完成的）目标，C级为不重要（可暂时搁置的）的目标。

建立长、中、短期目标的优先次序很重要，因为管理者往往没有足够的时间去了解任何一阶段中所有的目标。使用ABC目标管理法，可以帮助管理者对紧急、重要的事件立即做出判断，提出处理措施，提高工作效率。

1. ABC时间管理法的核心

ABC时间管理法的核心是抓住主要问题，解决主要矛盾，保证重点工作，兼顾全面，有效的利用时间，提高工作效率。ABC时间管理法的特征及管理要点见表3-2。

表3-2 ABC时间管理法的特征及管理要点表

分类	占工作总量的百分比/%	特征	管理要点	占工作时数百分比/%
A	20～30	最重要、最迫切 后果影响大	必须做好、现在就做、 亲自去做	60～80
B	30～40	重要、一般迫切 后果影响不大	最好亲自做、授权	20～40
C	40～50	无关紧要、不迫切 后果影响小	授权	0

2. ABC时间管理的步骤

（1）列清单：每天工作开始时列出全天工作日程清单。

（2）工作分类：对清单上的工作进行归类，如果是常规性工作，如晨间交班等，即按程序办理。

（3）工作排序：根据事件的特征、重要性以及紧急程度确定ABC顺序。

（4）划出分类表：ABC类别分配工作项目、各项工作预计的时间安排以及实际完成的时间记录，见表3-3。

（5）实施：首先全力投入A类工作，直到完成；取得效果再转入B类工作，若有人催问C类工作时，可将其纳入B类；大胆减少C类工作，以避免浪费时间。

（6）总结：每日进行自我训练，并不断总结评价。

表3-3 ABC工作分类卡

类别		工作项目	时间预分配	实际完成时间
A	（1） （2） ⋮			
B	（1） （2） ⋮			
C	（1） （2） ⋮			

（二）时间管理统计法

管理人员在时间控制上所遇到的问题是一些活动或任务的范围、深度、广度难以精确掌握。时间管理统计法是事先拟订活动时间进度表。时间进度表应力求详细，尽可能地把将来发生的情况安排到计划之中并留有余地，以防出现意外事件时束手无策。

时间管理统计法的目的是对时间进行记录和总结，并分析浪费的原因。评价时间的应用情况以采取适当的措施节约时间。记录时注意真实性和准确性，并做到及时，以达到时间管理的目的。记录的方法可利用台历或效率手册，如表3-4所示。

表3-4 效率手册记录表

	上午	下午
2006年5月1日 星期一	8am 9am 10am 11am	2pm 3pm 4pm 5pm
2006年5月2日 星期二	8am 9am 10am 11am	2pm 3pm 4pm 5pm

（三）确定优先工作的方法

根据时间管理的原理，管理者达到良好的工作努力/工作效益比率，必须优先处理最有价值、最紧急的任务。将每日的工作列出先后次序，然后根据先后次序安排时间，工作时要精神集中，全身心地投入到工作中去，避免各种干扰，从最重要的工作做起，依次类推。一件事情完成以前，不要开始做另一件事情，以免再回到前一件事情时，必须花费时间及精力重新进入工作状态。同时建立时间管理系统，使用先进的管理方法及各种通信设备、现代化办公设备，如计算机、复印机、电话、传真、电子信箱等。

（四）授权

护理管理者可通过适当授权来增加自己的工作时间。授权是领导者授予下属一定的权利与责任使其在领导的监督下有适当的自主权、行动权和完成任务的责任。

由于某些原因，管理者常不愿意将责任转移给下属，其中最主要的原因是：所处理的工作是一些软性的、言语性的、非文字性的信息，授权有难度；对下属的工作能力无信心；害怕因此而失去管理权；不愿向下属请求协助。疑心下属或上级认为授权即代表自己工作的无能、害怕有能力的下属会超越自己而接管自己的职位。事实上，在自我反省或征求自己所信任的同事的意见之后，便会发现上述的想法都是不切实际的，而且，不懂得如何授权的管理者才是徒有其名的管理者。

管理者计划授权的工作内容包括该项工作要分配给何人，如何使这些下属有权利和动力做好所授予的工作。授权应该是一种法定和约行为，管理者和下属都应该了解和同意授权行为以及附加的条件。为了执行工作的方便，管理者应赋予下属一些特定的权利，并以书面通知的形式向其他相关人员说明该员工已获授权，可以运用必要的资源、接受必要的指示、实施必要的管理、提出必要的报告等。

（五）拒绝艺术

为使时间得到有效的利用，护理管理者应该学会拒绝。因为某些事情会干扰自身工作目标的实现。多数人很难拒绝同事的一个合理的请求，但在下列情况下管理者必须拒绝承

担不属于自己工作范围的责任：请求的事项不符合个人的专业或职务目标；请求的事项非力所能及，且需花费很多时间；请求的事项是自身感到很无聊或不感兴趣的；承担该请求后会阻碍个人做另一件更吸引人且有益于自己的工作时。

为了避免内疚以及预防因拒绝同事的请求而人缘尽失的后果，管理者一定要学会如何巧妙而果断地说“不”，最好不要解释为什么“不要”，因为对方会将这些解释作为条件性的拒绝，而会想出理由来反驳。拒绝时要注意时间、地点及场合，避免伤害他人。

（六）养成良好的工作习惯

护理管理者处理的问题往往千头万绪，因此在日常工作中应该讲求节约时间和提高工作效率。养成良好的工作习惯：①减少电话的干扰，打电话要尽量抓住要点，电话边上放置纸、笔，便于记录重要事项，避免打社交性的电话，以减少不必要的干扰。②在办公室以外的走廊或过道谈话，如发现事情重要，再请到办公室细谈。③尽量缩短谈话时间，如交谈中觉察内容不重要，可站起来，或看看表，或向门口走去，或礼貌地直接解释手中正在处理一件紧急文件，表示谈话可以结束。④鼓励预约谈话，对护理人员可安排在每日工作不忙的下午等时间。⑤对于护理有关档案资料要进行分档管理。按重要程度或使用频繁程度而分类放置，并及时处理、阅读，抓住要领。⑥减少会议，缩短会议时间，并提高会议效果，准时开始，做到不开无准备的会议，不开无主题的会议。

（七）保持心理健康

保持心理健康可使人们有高涨的工作热情，提高办事效率。心理健康既有心理因素，又有复杂的社会因素，管理者要学会控制自己的情绪，正确估计的能力。一个心理健康的人，能够做到在几分钟内从忧愁的思想中解脱出来肃清胸中快乐和成功的仇敌，使管理者高效地利用时间，提高工作效率。

第四章　组　织

第一节　组织概述

一、组织的概念及基本要素

（一）组织的概念

组织是随着人类社会的出现而出现的。人在与自然界的抗争中，只有依靠集体的力量才能生存和发展，才能实现自己的目标，满足自己的愿望。这样，人们为了生存的目标，建立了各种生产组织。而作为社会的人，还有自己的社会需求，为了实现各种社会目标，又产生了各种社会组织。无论是生产组织还是社会组织，都说明组织是人们为实现某种目标而形成的群体或集合。

对于组织的含义，有许多不同的表述。在我国古代，组织一词的含义是编织，即将麻织成布帛。唐代著名学者孔颖达首先把组织这个词引申到社会管理中，认为组织就是把事物的构成部分组合为整体。我国《辞海》把组织定义为："按照一定的目的、任务和形式加以编制。"在西方，英文中的组织一词来源于医学中的"器官"，因为器官是自成系统的、具有特定功能的细胞结构。《牛津大辞典》中的组织一词被定义为："为特定目的所做的、有系统的安排。"

从管理学角度，组织（Organization）是人们为实现某一特定目标经由分工和合作，形成不同层次的权利和责任制度，从而构成人群的集合。组织有一个特定的目标，由一群人组成，有一个系统化的结构。

具体来说，组织主要包含以下几个方面含义：

1. 组织指各种各样的社会组织

包括企业、政府、军队、医院、学校等一切社会组织结构。这里说的组织，既有一定的组织结构，同时又具有一定的规模、历史、空间位置、技术、发展战略、业务种类、物质设备及人员构成等特性。

2. 组织是一种部署、安排、活动、功能，如管理职能中的组织就是这种含义

如将这层含义衍生开来，组织就是指经过一定的安排和部署所形成的一种时间和空间状态，如医院中的工会组织等。

3. 管理组织

这是指在管理过程中所形成的权责结构。这种权责结构会相应地表现为一定的决策结构、领导结构、控制结构和信息结构。如医院管理结构中，院领导为顶层，职能科室（如护理部、医务部等）为中层，各业务科室为底层。

4. 有机的系统整体

如医院既是工作关系的技术系统，又是各种人际关系的社会系统。

（二）组织的基本要素

组织作为一个有机整体，由一些基本要素构成。这些要素可以分为有形要素和无形要素两种类型。

1. 构成组织的有形要素

（1）人员：这是组织构成的核心要素，只有人才能使组织运转起来，并充满生机和活力。

（2）职务：组织中的人员必须从事一定的工作，承担一定的义务，人员从事的工作和承担的义务必须是实现组织目标所必需的。

（3）职位：同一种工作或业务由一个人完成是不可能的，需要设置多个从事相同或相关的工作或业务的岗位，即职位。

（4）关系：担任不同职务、处于不同职位、承担不同职责的人员之间必然存在某种联系，这就是关系。

（5）生存条件：一个组织要生存和发展，必须要有一定的社会条件，主要是物质条件，如组织运行所必需的资金、工作场所等。

2. 构成组织的无形要素主要指道义及精神层面

（1）共同目标：组织如果没有目标，就不会有所发展。这种目标是组织运营和协调所必需的，也是为组织成员所理解和接受的，同时又能根据组织环境变化而不断调整。

（2）协作意愿：指组织成员对组织共同目标做出贡献。若组织内无协作意愿，不但目标无法达到，而且组织必将趋于散乱。对组织成员来说，其协作意愿的强弱主要取决于组织成员对于自己在组织中所做的贡献与所取得的报酬之间的比较。如果所得报酬大于贡献，则会刺激继续做贡献的热情，反之趋于消极，甚至使协作意愿消失，导致组织关系失衡。

（3）信息沟通：信息沟通是组织内一切活动的基础。组织的共同目标和成员的协作意愿只有通过信息沟通将二者联系和统一起来，才具有意义和效果。如果缺少信息沟通，组织将无法统一协调，并不能为实现目标而采取合理的行为。

对于任何一个正式组织来说，有形要素和无形要素都是其存在的必要条件，尤其是无形要素，如果缺少任何一个，组织都将趋于解体。

二、组织类型

（一）按组织的性质分类

1. 经济组织

经济组织是人类社会最基本、最普遍的社会组织，它担负着为人们提供物质生活资料的任务，履行社会的经济职能。经济组织分为生产组织、商业组织、金融组织等。

2. 政治组织

它与阶级和政权密切相连，代表着本阶级的利益和意志的政党，为本阶级提出奋斗目标，制定方针政策。包括政党组织和国家政权组织。国家政权组织是国家用以管理社会的重要组织形式。

3. 文化组织

这类组织以满足人们的文化需要为目标，以文化活动为基本活动内容。文化组织包括学校、图书馆、文艺团体等。

4. 群众组织

是指社会各阶层、各领域的人民群众为更有效地开展活动而形成的社会团体。例如工会、共青团等。

5. 宗教组织

是以某种宗教信仰为宗旨而形成的组织，它代表宗教界的合法利益，组织正常的宗教活动。

（二）按组织的形式分类

1. 正式组织

是指为有效实现组织目标，而明确规定组织成员之间职责、任务和相互关系的一种结构，其组织制度和规范对成员具有正式的约束力。巴纳德认为，如果有两个或两个以上的人，按照某一既定目标而有意识地协调他们的活动时，就可以看出是正式组织。孔茨认为，正式组织是通过对角色职务结构的刻意设计而产生的，主要表现在指挥链、职权和责任关系及功能作用。组织工作就是把管理的职权授予管理者，规定组织结构中的职权关系、责任关系和利益关系，要设计一个良好的结构，从而为组织成员提供一个能有效地为组织目标做出贡献的环境。同时，正式组织还必须具有灵活性，能尊重组织成员的喜好并充分发挥其才能。由此可见，正式组织是经过刻意设计的，为达成组织共同目标而按一定程序建立的，具有严密的组织结构和明确的职责关系与协作关系的群体。

2. 非正式组织

非正式组织是指人们在共同工作或活动中，由于具有共同的兴趣或爱好，以共同的利益和需要为基础而自发形成的团体。巴纳德认为，任何没有自觉的共同目的的共同个人活动，即使是有助于共同的结果，也是非正式组织。非正式组织没有自觉的共同目标，也没有正式的组织结构，它是基于共同感情而建立起来的。正式组织因为有共同的感情基础，所以具有较强的凝聚力，同时还往往有一套约定俗成的行为规范。在任何一个组织中，都会产生一些非正式组织，这是组织成员在满足特定需要的心理引导下，比较自然地形成的

团体，其中蕴藏着浓厚的感情因素。非正式组织的最大特性是感情的联系和快速的信息沟通。因而，非正式组织可以表述为："并不是由正式组织所建立或所需要的，而是由于人们互相联系而自发形成的个人和社会关系的网络。"

（三）按组织的社会功能分类

美国著名社会学家帕森斯（T. Parsons）认为，应按组织的社会功能和社会效益将组织分为：

1. 以经济活动为导向的组织

这类组织以经济活动为核心，其任务包括生产物质产品和提供劳务，范围非常广泛，包括公司、工厂、银行等。

2. 以政治为导向的组织

这类组织的社会功能在于实现某种政治目的，因此其重点在于权力的架构和分配，如政府部门等。

3. 整合组织

这类组织的社会功能在于协调各种冲突，引导人们向某种固定的目标发展，以保持一定的社会秩序，如法院，政党等。

4. 模型维持组织

这类组织的功能在于维持特定的社会形势，以确保社会的平衡发展，如学校、社团、教会等。

（四）按组织内人员的控制管理方式分类

以组织内人员的控制管理方式为标准对组织进行分类，可将其分为：

1. 强制性组织

这类组织用高压或威胁等强制手段控制成员，如监狱、精神病院等。

2. 功利性组织

这种组织以金钱或物质媒介为手段控制其成员，如各工商组织等。

3. 正规组织

这类组织主要以荣誉、鼓励的方式管理成员，且组织的运作比较规范，属于这类组织的有政党、机关、学校等。

三、组织的管理原则

任何社会活动都应是有组织的活动，任何组织都有一个与其功能和目标相适应的组织机构及设置原则。尽管由于客观条件和所承担任务的不同，不同层次的组织其具体的社会职能有所侧重和差异，但组织设置得科学、合理与否，直接关系着组织的功能能否有效发挥，组织管理一般应遵循以下原则：

（一）任务目标原则

任何组织都有特定的任务和目标，每个组织及其组成部分都应与这一目标相关

联；组织的调整、增加、合并或取消，都应该以能否实现目标为标准，做到分工合理，职责明确。各部门及成员的工作范围、相互关系、协作方法、权利责任等，都应有明确规定。

（二）因人设岗与因事设岗辩证使用的原则

从管理学理论上讲，因事设岗是正确的，而因人设岗是不科学的。但在实践中，中国的很多组织都在采用因人设岗的原则。一些咨询公司为客户按照因事设岗原则设计的组织结构遭到了失败，而一些组织灵活运用“因人设岗”却取得了成功。比如医院为了引进高水平专业技术人才，就会为人才破格设立专门的岗位，出现因人设岗现象。灵活、辩证运用因人设岗和因事设岗原则，需要注意以下几个方面：

（1）对于高层岗位要采用因人设岗原则。因为高层管理人员属于稀缺资源，组织能够找到完全适合自己的人才是非常困难的。如果一个单位无法招聘到合适的管理者，咨询公司提供的科学规范的因事设岗方案就无法推行下去。

（2）为了留住核心竞争力人才（一般是高级技术人才或高级专业人才），可以采用因人设岗原则。

（3）一旦组织的高层人员老化，为了及时培养接班人可以采用因人设岗原则。

（4）对于普通岗位来说，可选择的余地很大，因事设岗、因人设岗均可灵活运用。

（三）集权和分权相结合的原则

集权与分权的关系是辩证统一的，一般表现为统一领导、分级管理。集权到什么程度，应该以不妨碍下级积极性为限；分权到什么程度，应该以上级不失去对下级的有效控制为限。分权要使结果可控，必须有控制系统辅助，可以使授权的上级放心分权，做到“用人不疑”，也可以防止受权者不滥用权力，保证分权能够达到预期效果。特别是地域范围很广的驻外机构，一定要在总部设立控制系统，才不会出现管理失控现象。

（四）命令统一的原则

从管理的常识来看，组织要做到统一指挥。实质上也就是要进行统一领导，消除多头领导和无人负责现象。当然在特殊情况、特殊部门和特殊岗位，有时则要采用双重领导机制。遵循命令统一原则要注意：

（1）在确定管理层次时，保证上下级之间形成一条连续的、上下级的职责、权力和联系方式明确的级链。

（2）只能一个人负责一级组织，实行首长负责制。

（3）正职领导副职，副职对正职负责。

（4）下级组织只接受一个上级组织的命令和指挥，个人只对一个上级汇报工作的原则贯彻得越彻底，在上级指示中发生矛盾的问题就越少，个人对最终成果的责任感也就越大。一人同时接受两位以上主管管理，将使其产生无所适从的感觉。

（5）下级只能向直接上级请示工作，下级必须服从上级的命令和指挥，如有不同意见，可以越级上诉；上级不能越级指挥下级，但可以越级检查工作。

（6）职能管理部门一般只做同级直线指挥系统的参谋，无权对下级直线领导者下达命令和指挥。

（五）管理幅度与管理层级适度的原则

管理幅度（或称管理宽度、管理跨距、控制界限、管理跨度）指平均每位干部管理下属员工的数量配备。管理层级指最高管理者到最基层员工之间设了几层机构。

管理幅度与管理层级是对应的关系：管理幅度越大，管理层级就越少；管理幅度越小，管理层级就越多。管理者由于精力有限，有效管理幅度要受到一定限制。管理幅度过小，造成越级指挥、多头指挥、越权指挥；管理幅度越宽，对干部素质要求越高，虽可降低管理中间层次，但管理幅度超过一定范围，势必导致管理人员负担过重，无法对下属人员给予必要的监督和有效的指导，从而影响工作效率。

1. 最适当的管理幅度

最适当的管理幅度设计并无一定的法则，一般是3～15人。

（1）高阶层管理幅度3～6人。

（2）中阶层管理幅度5～9人。

（3）低阶层管理幅度7～15人。

2. 设定管理幅度要考虑的要素

（1）人员素质：主管或部属能力强、学历高、经验丰富者，可以加大控制。

（2）沟通渠道：组织目标、决策制度、命令可迅速而有效地传达者，主管可加大控制。

（3）职务内容：工作性质单纯、标准化者，可加大控制层面。

（4）幕僚运用：利用幕僚机构作为沟通协调者，可扩大控制层面。

（5）追踪控制：设有良好、彻底、客观追踪执行工具、机构或人员者，可扩大控制层。

（6）组织文化：具有追根究底风气与良好的制度、文化背景的公司可加大控制。

（7）所辖地域：地域近可多管，地域远则少管。

（六）责权利相对应的原则

要求职务要实在、责任要明确、权力要恰当、利益要合理。职权或职责不清将使工作发生重复或遗漏、推诿现象，易使员工产生挫折感。有权无责或权大责小就很容易产生瞎指挥、滥用权力的官僚主义；有责无权或责大权小则会束缚管理人员的积极性、主动性和创造性，使组织缺乏活力。

（七）精干高效的原则

机构精简，队伍精干，是组织联系和运转的要求。精干高效原则包括精简机构、减少层次和精简人员、实行合理定员两个方面。精干不等于人员和层次越少越好，而是不多不少，一层顶一层，一个顶一个，保证需要最好。组织层次并非越多越好。

（1）层次多使管理费用增多，导致管理费用或所谓的“一般行政费用”增加而不是直

接成本的增加。

（2）部门的多层次使部门间的交流复杂化，影响组织的运作。

（3）层次是信息的“过滤器”，当信息由上往下传达或由下往上传递时，信息会在层次间的流动中被遗漏、歪曲及逐渐减少，造成“阳奉阴违”等贯彻不力的局面，影响组织任务的完成和目标的实现。

（4）众多的层次会使计划与控制工作难于开展，容易使计划失去协调和明确性，对管理人员的控制也将更加困难。

（八）稳定性与适应性相结合的原则

组织的变动，涉及人员、分工、职责、协调等各方面的调整，对人员的情绪、工作方法、工作习惯会产生各种影响，因此组织机构应当保持相对的稳定性。此外，组织机构还是实现经营战略的重要工具，而经营战略是随着内外环境变化而发展的，所建立的组织结构越灵活，就越能充分地实现其目的。这一原则更证明，组织结构的设计必须考虑到可能的环境因素的变化、对变化做出的各种战略以及技术等。稳定性与灵活性既是矛盾对立的，也是辩证统一的。原则上是应该在考虑稳定的基础上考虑其灵活性。这就要求我们在设计组织结构时，既要考虑当前的情况，又要考虑未来可能产生的各种变化。

组织机构设置模式是长期实践的经验总结，有其一定的合理性、实用性和内在规律性。随着事业的发展，社会需求的变化，组织机构也将随之改变，以适应新形势下功能的变化需要。因此，组织机构的设置，既要有一定的稳定性和继承性，又要在充分论证的基础上审慎进行，切忌凭主观臆断和采取短期行为，以免造成工作上的混乱和人心不稳定。组织机构从今后发展的趋势看，业务机构向专业化精细分工与多学科综合协作相结合的方向发展，而管理职能机构将更体现多职能、少而精、高效率的设置原则。

（九）执行和监督分设的原则

监督要公正、客观，必须不直接参与执行，对执行的结果不承担责任。执行与监督合二为一，等同于自我监督，导致监督的功能消失。只有执行机构和监督机构分开设置，监督机构才能真正起到监督作用，才更有利于暴露问题和解决矛盾。如医院的财务部门与审计部门分离；质量管理部门与质量生成部门的分离等。

四、组织结构

（一）概念

组织结构（Organization Structure）是由任务、工作和责任关系，以及连接组织各部门的沟通渠道所构成的系统模式。它是描述组织的框架体系，组织也是由结构来决定其形状的。组织结构的完善程度在很大程度上决定了组织能否达到其目标，以及能否发挥其最大效用。组织结构可以被分解为三种成分：复杂性、正规化和集权化。

复杂性（Complexity）指的是组织分化的程度。

正规化（Formalization）是指组织依靠规则和程序引导员工行为的程度。

集权化（Centralization）考虑决策制定权力的分布。在一些组织中，决策是高度集中的；而在另外的一些组织中，决策权力被授予下层人员，这被称作分权（Decentralization）。

（二）组织结构的基本类型

组织结构有五种基本的类型，即直线型、职能型、直线—职能参谋型、矩阵式以及委员会组织。自20世纪80年代开始，为了适应不断发展变化的形势、加强组织的竞争力和运行效率、增强灵活性和工作的主动性，一些组织的主管人员开始设计新型的组织结构，如团队结构、虚拟组织、无边界组织、女性化组织等。权威管理学家称传统意义上的组织结构为机械式组织，意为坚持统一指挥下的正式职权层级结构，高度劳动分工、高层管理主要使用规划条例，工作常规化、标准化、专业化、部门化。对新型的组织结构称为有机式组织；这类组织是一种松散、灵活、具有高度适应性能，其特点为低复杂性、低正规化和分权化的组织。

1. 直线型（Pure Line Structure）

直线型组织又称单线型组织，是最简单的一种组织类型。它有一个纵向的权力线，从最高领导逐步到基层一线管理者，从而构成直线结构，如图4-1所示。设立这种直线权力的主要目的是维持组织的正常运转，实现组织目标。这种结构的特点是组织的各层次管理负责行使该层次的全部管理工作。直线权力给管理人员提供了指挥他人、要求下属行为与组织目标保持一致的权利。直线组织结构使各级管理人员能明确知道他们在组织内向谁发布指令，同时应该执行谁的命令。直线组织结构的优点在于组织关系简明，各部门目标清晰，为评价各部门或个人对组织目标的贡献提供方便。直线组织结构的局限性在于组织结构较简单，不适用于较大规模、业务复杂的组织。另外，直线结构权力高度集中于最高领导人，有造成掌权者主观专断、滥用权力的倾向。

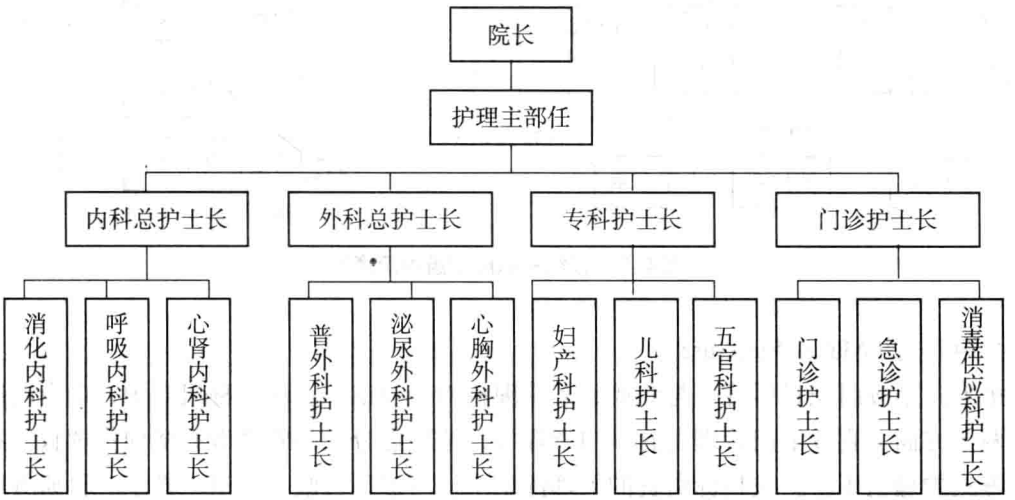


图4-1 直线型组织示意图

2. 职能型（Functional Structure）

职能型又称多线型，如图4-2所示。职能部门或岗位是为分管某项业务而设立的单位，

有一定的职权。各职能部门在分管业务范围内直接指挥下属。优点是管理分工较细，能充分发挥职能机构专业管理作用，减轻上层管理者的负担。缺点是多头领导，不利于组织统一指挥；职能机构横向联系差；当环境变化时适应性差。实际工作中，纯粹的此类结构较少。

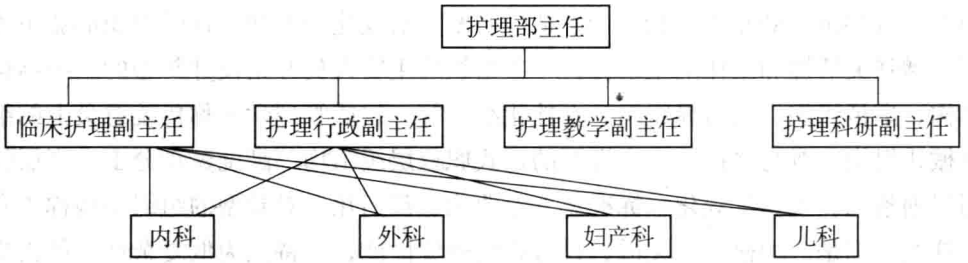


图4-2　职能型组织示意图

3. 直线—职能参谋型（Line and Staff Structure）

此类型特点是下层成员除接受一位上级的命令外，又可以接受职能参谋人员的指导。直线指挥人员在分管的职责范围内具有一定职权；职能参谋人员可提建议与业务指导，在特殊的情况时可指挥下属，并对直线主管负责。其优点是既可统一指挥、严格责任制，又可依分工不同和授权程度，发挥职能人员的作用，如图4-3所示。

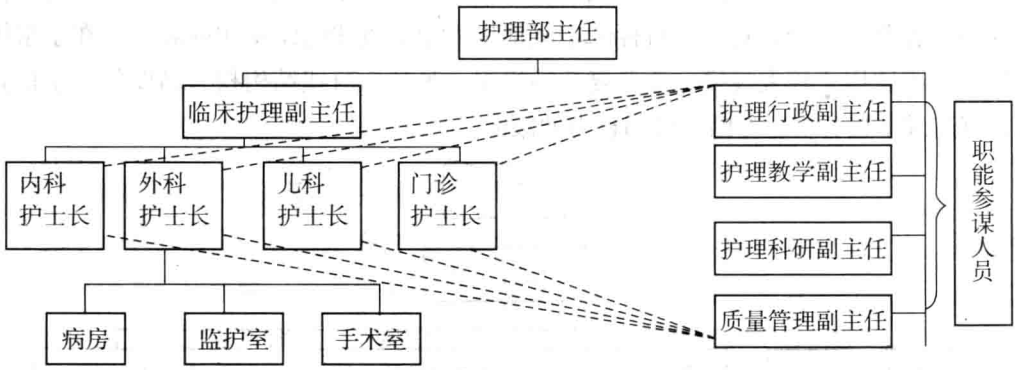


图4-3　直线—职能型组织示意图

4. 矩阵式（Matrix Structure）

矩阵式是按组织目标管理与专业分工管理相结合的组织。在此种组织中，命令路线有纵横两个方面。直线部门管理者有纵向指挥权，按职能分工的管理者有横向指挥权。在一个矩阵式护理组织中，按目标负责的护理部副主任与护理行政、质量、教学、科研等职能的副主任共同负责各护理单位工作。部门管理者对工作任务的完成负全面职责，职能部门的管理者拥有分管职能的重要领导作用。护理部主任居于矩阵之外，基本职能是协调，包括平衡权力、处理各种关系和建立工作标准与目标，如图4-4所示。

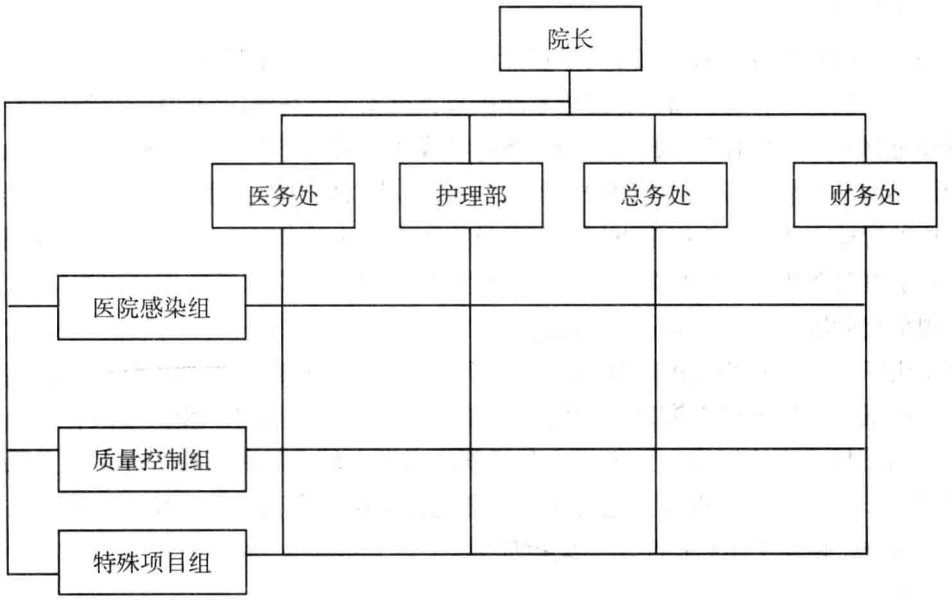


图4-4 矩阵式组织示意图

5. 委员会（Committee）

委员会组织常与上述组织机构相结合，主要起咨询、合作、协调作用，由来自不同单位的专业人员和相关人员组成，研究各种管理问题。

委员会组成要考虑的因素有：①成员应具有高度的个人意愿。即所谓的使命感、时间及精力等；②应由具有不同工作经验及教育背景的成员组成，如护理职称评定委员会应由护理专家、护理行政领导者等组成。

委员会的优点是可以集思广益；防止权力过分集中；利于沟通；能够代表集体利益；具有一定的权威性，易获得群众的信任；促进管理人员的成长。缺点是费时间；职责分离，有些参与讨论的人不负责执行决议或责任少，对落实组织决定不利。

五、组织的变革与发展

（一）组织的生命周期

组织像任何有机体一样有其生命周期。一个组织的生命周期大致可以分为创业、聚合、规范化、成熟、再发展或衰退五个阶段。在每个阶段，组织的结构、领导方式、管理体制和员工心态都不同，每个阶段的发展后期都会遇到管理难题、导致组织发展危机，都需要进行组织变革来解决这些危机，以达到组织不断发展的目的。

1. 创业阶段

这是组织的创业初期。在这个时期，组织的规模较小，组织关系较为单纯，多采用家长式的集中领导方式。组织的一切活动均由创业者去决策、指挥、组织，效率非常高。但是，随着组织的发展，管理问题日益复杂，创业者受个人知识、能力所限，越来越难以有效地进行决策指挥，组织内部管理问题层出不穷，从而产生“领导危机”。

2. 聚合阶段

这是组织快速发展时期。在经历了创业阶段并成功地克服了领导危机之后，组织的生命力非常旺盛，组织人员迅速增长，规模不断扩大，员工士气高涨，对组织有较强的归属感。创业者经过磨炼成为具有管理技能的决策指挥者或者聘请引进了有经验的专门管理人才。这时，为了明确在创业阶段尚不清晰的组织目标，往往以集权的管理方式统一意志，集中管理。在这种管理方式下，组织中下层管理人员往往由于缺乏自主性而感到不满，而高层主管已经习惯于集权管理，一时难以改变，就会产生“自主性危机”。

3. 规范化阶段

这是组织发展相对稳定的时期。这时组织已具有一定规模，增加了许多部门和下属单位，甚至形成了跨区域经营和多元化发展。这时，组织要谋求进一步的发展，就必须适当分权，采用分权式组织结构，使组织中各级管理者拥有较多的决策权。但是日久又使高层主管感到由于采取过分分权及自主管理，各部门、单位各自为政，本位主义盛行，相互协调及监控困难，使整个组织产生了“失控危机”。

4. 成熟阶段

为了应付“失控危机”，组织又适度回收权力，将许多原属中下层管理者的决策权重新收回至组织高层。但是，由于分权的好处已为大多数中下层管理者所感受和认同，重新回到高度集权的管理方式已不再可能。于是，往往采用加强规划，建立信息系统，注重横向协调和配合等措施来解决管理中出现的问题，以保证组织的正常运行。在组织形式上，成立委员会或采用矩阵式组织，既发挥部门的积极性，又有利于组织运行的监控。这样一来，组织就必须拟订更多的规章制度。这些规章制度随着组织的进一步发展往往又成了妨碍效率的官样文章，从而产生“官僚主义危机”。

5.再发展或衰退的阶段

这一阶段的组织，其发展前景既可以通过组织变革获得再发展，趋向更稳定和成熟，还可能由于不适应内外环境的变化而走向衰亡。这时，组织必须注重文化的培养，强调合作精神，增加组织的弹性，不断采取新的变革措施以适应组织发展的需要。

当然，组织的发展并不一定都按上述的阶段顺序发展，但却说明了组织在不同发展时期应采用不同的管理方式，任何组织要生存和发展都需要变革，只有变革才有新的发展。

（二）组织变革的动因

组织变革的主要动因可以归纳为两个方面：

1. 组织外部环境的变化

作为社会大环境系统的一个子系统，对于外部环境的变化，组织无力控制而只能主动适应。对于组织而言，只有针对外部环境的变化进行相应的自身变革，才能更好地生存和发展。

在外部环境的变化中，主要有以下几方面会导致组织的变革：①科学技术的进步；②国家有关法律、法规的颁布和修订；③国家宏观经济调控手段的改变；④国家产业政策的调整与产业结构的优化；⑤国际经济形势的变化；⑥国内经济形势及政治制度的变化；⑦国际外

交形势及本国外交形势的变化；⑧国际、国内市场需求的变化及市场竞争激烈程度的加剧。

2. 组织内部条件的变化

①管理技术条件的变化；②管理人员的调整与管理水平的提高；③组织运行政策与目标的改变；④组织规模的扩张与规模的发展；⑤组织内部运行机制的优化；⑥组织员工对工作的期望与个人价值观念的变化；⑦当前的组织无效率，主要表现为决策效率低下，信息沟通受阻，职能部门失误频繁，对外部环境缺乏适应性等。

上述因素均会影响到组织目标，为实现目标所需的组织结构及权力配置系统等的调整和修订，从而引起组织的变革。比如，随着组织内管理人员管理水平的提高，其有效的管理幅度就会相应增大，此时就可以减少管理层次，精简管理机构和管理人员，并重新进行专业化分工，重新划分职责范围，很显然组织管理水平的提高和管理人员的调整导致了一场全方位、多层次的组织变革。

3. 组织成员的期望与实际情况的差异也会形成促使组织变革的驱动力

管理学家华尔顿（R. E. Waliton）认为成员的期望与组织的实际情况之间存在着六点差异：

（1）成员希望得到富有挑战性、能充分发挥个人潜能并促进个人成长的工作，但组织为提高单个工作的效率仍然倾向于基于专业化分工的工作简化，因而限制了成员的成长与全面发展。

（2）成员逐渐倾向于参与式的民主管理模式，他们希望得到公平，但组织仍然倾向于采取以等级层次、地位差别和垂直式的等级链为特性的集权管理模式。

（3）成员对组织的忠诚程度和投入程度，逐渐取决于工作本身所能产生的内在利益，包括员工所获得的人性的尊严与成就感以及员工在组织中所能产生的归属感，而实际上组织仍在强调物质报酬、成员安全，忽略了成员更高层次的需求。

（4）成员希望从组织的职位中获得的是目前即刻的满足，但组织当前所设计的职位阶层及职位升迁系统，仍然是假设成员是如同从前一样，期望获得事后的满足。

（5）成员更加关注组织生活中的情感因素，如个人的自尊、人际间的坦诚等，然而组织仍过度强调理性，较少注重组织成员的情感需要。

（6）成员正逐渐厌倦同事之间过度的竞争，期望代之以相互间的合作和协调，但管理人员却仍然以过去高度竞争的方法来设计职位、组织工作以及制定报酬制度。

（三）组织变革的方式

组织针对所面临的各种变化以及组织内部存在的各种组织无效现象，应根据所选定的组织变革方向目标和变革所涉及的内容，采取适当的方式对现有组织进行切实的变革。组织变革的方式，可以有不同的划分方法。在选择变革方式时，组织必须根据所处的具体形式和条件采用的相应的组织变革方式。

1. 量变式与质变式

按照一次变革的程度大小，可以将变革分为量变式与质变式两种。

（1）量变式：量变式是以改变组织局部结构和增减人员数量为主要内容的一种变革

方式。其变革相对比较简单，适于在组织中的横纵关系结构、权责体制和行为规范等方面都基本适宜的情况下，用以解决机构臃肿、人员过多、管理费用开支过大等较为单一的问题，并对强化或弱化某一管理职能也有一定的效果。这种变革只涉及组织中的表层问题，可以看作一种以控制管理组织的规模为目的的变革。

（2）质变式：质变式是以解决组织的深层次问题为重点，能使组织效能和内部原有各种关系发生根本变化的一种变革方式。根据质变的广度区分，质变式变革既可以是局部式的，也可以是全局式的。组织内某部门的组织形态发生质变，一定会使整个组织也发生质变。部分质变对全局性质变的影响程度既取决于该部门在整个组织中所处地位的重要性，同时还取决于它和其他部门联系的密切程度，一个部门在组织中所处地位越靠近中心，与其他部门的联系越紧密，那么它对整个组织变革的影响程度就越大。比如承担关键职能的部门的组织形式的变革，一般而言将会引发整个组织的质变。再从质变的深度看，质变可以发生于组织较浅的层次，也可能发生于较深的层次。越是深层次变革，越是要涉及对于原有基本价值观念和制度体系的改变。

2. 主动思变式和被动应变式

根据变革的力量来源不同，可以将变革划分为主动思变式和被动应变式。

（1）主动思变式：这种变革方式的动力来源于组织内部，并且在预先预见的基础上做出变革的决策。由于组织变革一般需要较长的时间才能生效，如果组织能在问题产生或危机来临之前就开始进行组织变革，就可以避免在绩效迅速恶化或者生死存亡之际，仓促进行组织变革所引发的各种问题。

（2）被动应变式：这种变革方式的动力其实来源于外部的压力，如市场状况不佳产生的压力以及宏观经济政治环境产生的压力等，这种变革是被动的而不是主动的，是应变的而不是思变的。

3. 自下而上式、自上而下式和上下结合式

按照首先进行变革的组织层次及扩展趋势，变革可以区分为自下而上式、自上而下式和上下结合式。

（1）自下而上式：就是先从基层组织的变革入手，再考虑中上层组织的变革。这种方式便于在组织内分部门分层次进行变革，待收到局部效果后再扩及整个组织，但由于组织作为一个整体系统，其中的许多问题往往相互牵连，所以这种变革方式会拖延变革的进程。

（2）自上而下式：就是从变革中、上层管理组织入手，再扩展到整个组织。这种变革方式便于对总体组织做出调整，但因涉及范围广，需要进行周密的计划，而且从减少阻力方面考虑宜限于较浅层次的变革。

（3）上下结合式：这种变革方式对组织的上下各层同时进行变革。即在组织变革推行过程中将上下各方面结合起来，进行统筹安排。

上述对变革方式所做的各种区分是相对的，实际应用中往往可以相互融合。组织应根据实际情况综合地运用以上各种变革方式，充分发挥它们各自的功效，取得整体最佳的变革效果。

（四）组织发展的趋势

在当今全球化、市场化和信息化的三大时代大潮的背景下，组织环境呈现出更加复杂多变的趋势。为了适应环境的变化，组织变革的速度越来越快，组织结构形式也呈现多样化的趋势。总的来说，组织结构变化的趋势是扁平化、柔性化、网络化和分立化。

1. 扁平化

组织结构的扁平化是为了适应组织环境的日益复杂化所提出的挑战，其目的就是要精简机构，提高效率，增强组织的适应能力。这需要具备两个重要条件：一是现代信息处理和传输技术的巨大进步。先进的信息处理和传输技术能够对大量繁杂的信息进行快捷而准确的处理，大大缩减了原有的中间管理层次。二是组织成员具有较高的素质，有着很强的独立工作能力。在扁平化的组织中，员工承担着较大的责任，他们享有与责任同等的权力，必须具备较强的自主管理能力。

2. 柔性化

组织结构柔性化的目的是增强组织对环境变化的适应能力，充分利用组织资源。表现为集权与分权的统一、稳定和变革的统一。

（1）集权和分权的统一：尽管组织发展的趋势是分权，但并不是一味强调分权，而是为了避免过度分权带来的消极影响，在分权的同时实行必要的集权。

（2）稳定和变革的统一：组织结构中存在这样两种组织机构：一是为了完成组织经常性工作而常设的组织机构，如医院的医务部、护理部等。这些组织机构基本长期保持稳定。二是为了完成临时性工作任务而成立的临时机构，如抗击非典指挥部等。这些组织机构在任务完成后就会取消，属于变革中的组织机构。

3. 网络化

在组织精简机构的时候，为了提高竞争力，会重新设计小型的、自主的单元，构成以横向一体化为主要特征的网络化组织形式。网络化组织形式中的每个经营单元，都可以独立地以各种方式借用外部资源，进行重新组合，创造出巨大的竞争优势。

4. 分立化

分立化就是从一个组织中分离出几个相对独立的小的组织，这些小组织和原组织有着密切的业务关系，比如目前许多医院设立分院。分立的形式有两种，①横向分立，这种分立是按组织中若干业务种类进行分立的，这样可以最大限度地提高每个单元组织的自主权，以便形成竞争优势。②纵向分立，这种分立是按某种业务的不同阶段进行分立，也就是按照某种业务上下游关系进行分立，这样可以进一步集中力量，提高企业的专业化经营水平。

第二节　我国的医疗卫生组织系统

一、卫生组织的分类和功能

（一）卫生组织分类

按照性质和职能，我国卫生组织大致分为三类：卫生行政组织、卫生事业组织和群众性卫生组织。

具体如图4-5所示。

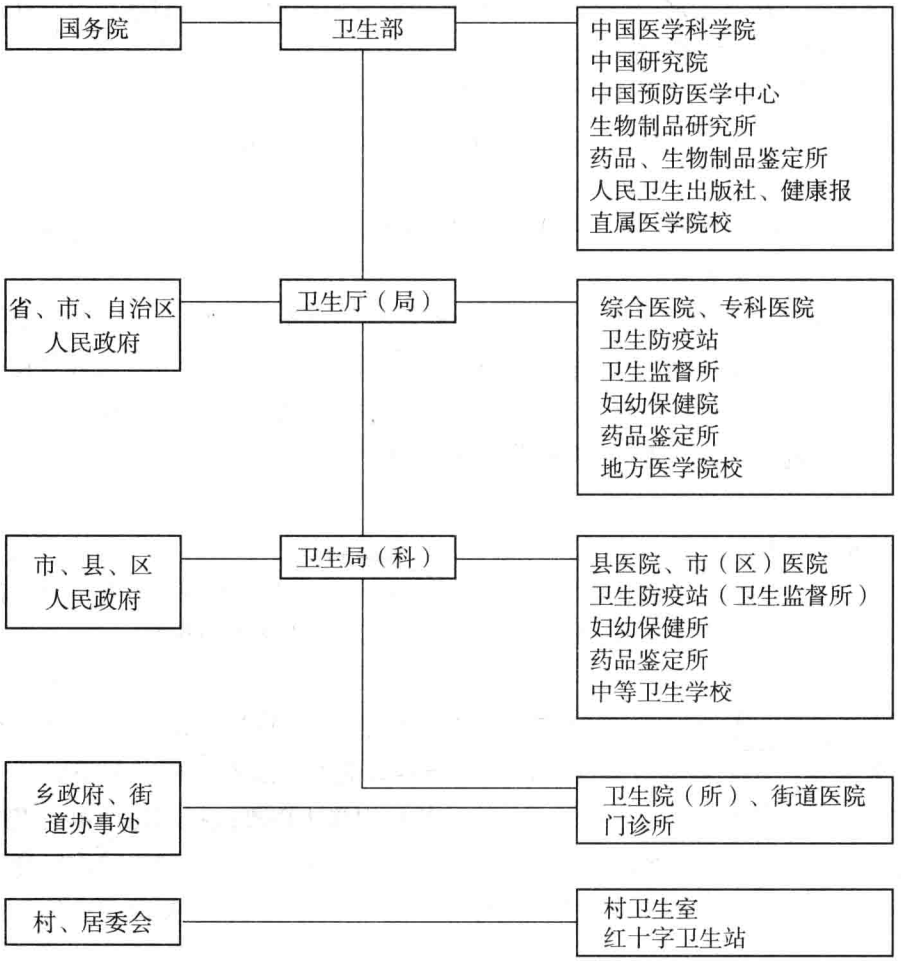


图4-5　卫生部门组织系统

1. 卫生行政组织

从中央、省（自治区、直辖市）、行政署、省辖市、县（市、省辖市所辖区）直到乡镇各级人民政府均设有卫生行政机构。中央有卫生部，省、市、自治区设卫生厅（局），行政公署、省辖市设卫生局，市、县、区设卫生局（科），在乡或城市街道办事处设卫生

专职干部，负责所辖地区的卫生工作。

2. 卫生事业组织

卫生事业组织是具体开展卫生业务工作的专业机构。按照工作性质可以分为：医疗预防机构；卫生防疫机构；妇幼保健机构；有关药品、生物制品、卫生材料的生产、供销及管理、检测机构；医学教育机构和医学研究机构。

3. 群众性卫生组织

群众性卫生组织是由专业或非专业人员在行政部门的领导下，按照不同任务所设置的机构。可以分为由国家机关和人民团体的代表组成的群众卫生组织、由卫生专业人员组成的学术性团体、由广大群众卫生积极分子组成的基层群众卫生组织三类。

（二）卫生组织的功能

1. 卫生行政组织

卫生行政组织是贯彻执行党和政府的卫生工作方针政策，领导全国和地方卫生工作，制定卫生事业发展规划，制定医药卫生法规和督促检查的机构系统。

2. 卫生事业组织

卫生事业组织是具体开展卫生业务工作的机构。包括：

（1）医疗预防机构：医疗预防机构是以承担治疗疾病任务为主的业务组织，是分布最广、任务最重、卫生人员最多的卫生组织。包括综合医院、专科医院、医疗保健所、门诊部、疗养院等。

（2）卫生防疫机构：卫生防疫机构是承担预防疾病任务为主的业务组织。防治疾病，并对危害人群健康的影响因素进行监测、监督。包括各级疾病与预防控制中心，寄生虫病、地方病、职业病防治机构及国家卫生检疫机构。

（3）妇幼保健机构：妇幼保健机构承担保护妇女儿童健康的任务。包括妇幼保健院（站、所）、产科医院、儿童医院等。计划生育专业机构也属于妇幼保健机构。

（4）药品、生物制品、卫生材料的生产、供销及管理、检测机构。包括药品鉴定所、生物制品研究所等。主要承担并保障国家用药任务及用药安全。

（5）医学教育机构：医学教育机构由高等医学院校、中等卫生学校及卫生进修学院（校）等组成。是培养和输送各级、各类卫生人员，对在职人员进行专业培训的专业组织。

（6）医学研究机构：这类组织的主要任务是推动医学科学和人民卫生事业的发展，为我国的医学科学的发展奠定基础。包括中国医学科学院等。此外，各省市自治区有医学科学院的分院及各种研究所。医学院校及其他卫生机构也有附属医学研究所（室）。

3. 群众性卫生组织

群众性卫生组织包括以下几点：

（1）由国家机关和人民团体的代表组成的团体。主要任务是：协调有关方面的力量，推进卫生防病的群众性卫生组织。如爱国卫生运动委员会。

（2）由卫生专业人员组成的学术性团体，包括中华医学会、中华护理学会等。这类组

织的主要任务是组织会员学习，开展学术活动，提高医药卫生技术，交流工作经验，对提高学术水平尤为重要。

（3）由广大群众卫生积极分子组成的基层群众卫生组织，主要任务是发动群众开展卫生工作，宣传卫生知识，组织自救互救活动，开展社会服务活动和福利救济工作等。

二、医院组织系统

（一）医院的分类

根据不同划分标准，可将医院划分为不同类型。按照收治范围不同，可分为综合医院和专科医院；按照经营目的不同，可分为非营利性医疗机构和营利性医疗机构；按照所有制不同，可分为全民、集体、个体和中外合资医院；按照特定任务不同，可以分为军队医院、企业医院、医学院附属医院；按照分级管理，又可分为一级医院（甲、乙、丙等）、二级医院（甲、乙、丙等）、三级医院（甲、乙、丙等）。

综合医院：是设有一定数量的病床，分内、外、妇产、儿等各专科及药剂、检验、影像等医技部门和相应人员、设备的医疗服务机构。

专科医院：是为防治专科疾病而设置的医院。如传染病医院、结核病医院、精神卫生中心、肿瘤医院、口腔医院等。设置专科医院有利于集中人力、物力、财力，充分发挥技术设备优势，开展专科疾病的预防、治疗、护理。

非营利性医疗机构：指为社会公众利益而设立和运营的医疗机构，不以营利为目的，其收入用于弥补医疗服务成本，实际运营中的收支结余不能用于投资者的回报，只能用于自身的发展，如改善医疗条件、引进技术、开展新的医疗服务项目等。

营利性医疗机构：指医疗服务所得收益可用于投资者经济回报的医疗机构。其医疗服务项目和价格依法由市场进行调节。

1989年我国医院开始实行分级管理制度，医院实行标准化管理，实施分级管理，我国的医院机构设置已初步形成模式。根据医院的功能和相应规模、服务地域范围和隶属关系、技术力量、管理水平及服务质量等综合水平，将医院划分为三级（一、二、三级）、十等（每级分甲、乙、丙，三级医院增设特等）。

一级医院：是直接向具有一定人口（≤10万）的社区提供医疗、护理、预防保健和康复服务的基层医疗卫生机构。一级医院是提供初级卫生保健的主要机构。如乡镇卫生院、地市级的区医院和某些企事业单位的职工医院。

二级医院：是向多个社区（半径人口在10万以上）提供连续的医疗、护理、预防保健和康复服务的卫生机构，能与医疗相结合开展教学科研工作及指导基层卫生机构开展工作。如一般的市、县医院和直辖市的区医院。

三级医院：是指国家高层次的医疗卫生服务机构，是省（自治区、直辖市）或全国的医疗、预防、教学和科研相结合的技术中心，提供全面连续的医疗、护理、预防保健、康复服务和高水平的专科服务。并指导一、二级医院的业务工作和相互合作。如省级医院和医学院校的附属医院。

（二）医院的组织机构

不同级别的医院在机构的设置规模上有所不同。医院的组织机构（如图4-6所示例的某一种）分医院的行政管理组织机构和医院的业务组织机构两大类。根据医院各组织中的不同职能作用，医院的组织系统分为：

1. 党群组织系统

包括党组织书记、党委办公室、工会、共青团、妇女、宣传、统战、纪检、监察等部门。

2. 行政管理组织系统

包括院长、院长办公室、医务、科教、人事、护理、设备、信息、财务、总务、基建、门诊等部门。

3. 临床业务组织系统

包括内、外、妇、儿、口腔、皮肤、麻醉、中医、传染等临床业务科室。

4. 护理组织系统

包括病房、急诊、供应室、手术室及有关医技科室的护理岗位。

5. 医技组织系统

包括药剂、检验、放射、病理、理疗、超声、心电图、同位素、中心实验室等部门。

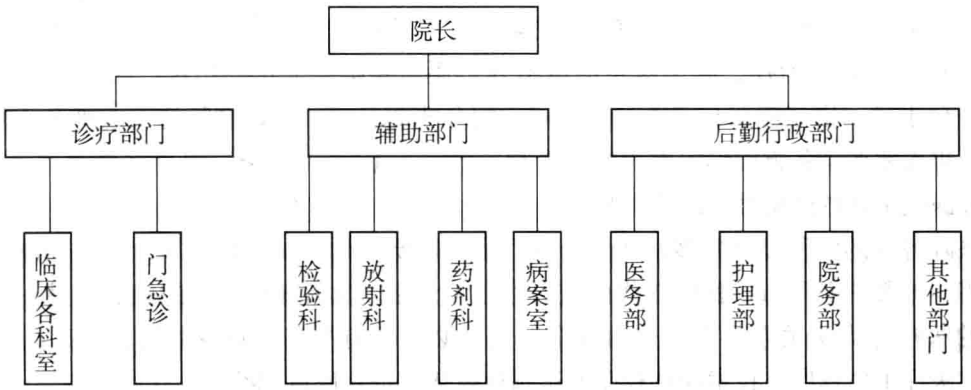


图4-6 医院组织结构图

在大型医院的组织系统中，为进一步做好协调和联系各部门的工作，也可增设某些管理系统，如专家委员会、院务会等以专家为主的智囊团组织，为领导决策提供参谋作用，或协调各职能部门的工作。这些组织机构可采取兼职或与相应机构兼容的方式，不一定独立设置，以达到精简增效的原则。

三、医院的特点和功能

（一）医院的概念

医院（Hospital）是对个人或特定人群进行防病治病的场所，备有一定数量的病床设施、医疗设备和医务人员等，运用医学科学理论和技术，通过医务人员的集体协作，对住院或门诊病人实施诊治与护理的医疗事业机构。

（二）医院的基本性质

随着我国卫生改革与发展，政府已确定卫生事业是公益的福利事业，属于第三产业，卫生事业的性质决定了医院的性质。卫生部颁发的《全国医院工作条例》指出：医院是治病防病、保障人民健康的社会主义卫生事业单位，必须贯彻党和国家的卫生工作方针政策，遵守政府法令，为社会主义现代化建设服务。

（三）医院工作的特点

1. 以病人为中心，医疗为主体

医院的一切部门都要围绕病人进行工作。要保证病人的安全，强调医疗质量和医疗效果，加强医务人员的职业道德和技术水平，不断提高医疗服务质量。医疗是医院工作的主体，医疗质量是医院的生命线，而医疗工作就是为病人服务的。

2. 医院工作的科学性和技术性强

医院是以医学科学技术为服务手段的，而病人又是一个非常复杂的有机整体，因此要求医务人员按照生物—心理—社会的现代医学模式去工作，没有扎实的医学基础知识和熟练的技术操作能力，是无法完成医疗任务的，医护人员必须得按照医疗规律，借助现代科学仪器设备，进行专业性技术操作。

3. 医院工作的整体性与协作性强

医院是一个有机统一、各科室相互协调配合的整体，在工作过程中要讲求团结协作，互相支持。病人的治疗，除了医生的诊治外，还需要护理人员的护理、后勤人员的服务等。一台手术，也是需要众多医护人员同心配合才能完成。搞好医院的工作离不开社会的支持，也需要调动各方面的因素为医疗服务。

4. 医院工作的随机性与规范性强

医院各科的病种复杂繁多，病情千变万化，需要临时调配人员，加上突发事件和难测性灾害等抢救任务很重，医院工作的随机性很大，必须具有随机应变的能力。另一方面，医院的医疗行为又关系到人的生命安全，因此必须要有严格的规章制度，明确岗位责任制，在医疗工作程序、技术操作程序上达到规范化，符合质量标准。

5. 医院工作的时间性和连续性强

医院在诊治抢救工作中必须分秒必争。时间就是生命，但是在抢救过程中，既要严密又要连续不断地观察病情，所以医院的工作是长年日夜不断的，医院管理要顺应这个特点安排工作时间。

（四）医院的基本功能

1. 医疗

医疗为医院的主要功能和中心任务。诊疗、护理两大业务为医疗工作的主体，并和医院的医技及其他辅助科室协作配合形成医疗整体。医院医疗一般分为门诊医疗、住院医疗、康复医疗和急救医疗。门诊、急诊医疗是医疗工作的第一线，住院医疗是对较复杂或疑难危重病人进行诊疗的重要方式。康复医疗是利用理疗或体育、心理等方法对疾病或外伤等原因造成的功能障碍进行诊治和调节，以促进体能和器官功能恢复到良好状态。

2. 教育

临床医学是实践医学，一个合格的医务人员不可缺少医院实践训练和技能培养。因此，除了承担医疗服务的任务外，医院还应承担一定的教学任务。按医学教育的对象划分，医院的医学教育可分为：①医学院校学生临床教育与毕业实习；②毕业后继续教育；③继续医学教育。无论哪一层次、哪一类型的医院，医学教育总是其基本任务之一，只是各医院的医学教育任务占医学任务的比重不同而已。

3. 科研

疾病诊断和治疗的复杂性及其临床上新问题新困难的不断出现使科研成为医院的另一项重要任务。医学的许多课题，首先在临床实践中提出，又通过临床观察和实践得以完成，并以此来实现医疗质量的提高和医疗技术的发展。

4. 预防和社区卫生保健服务

要提高居民的健康水平，单凭院内的医疗服务是很难实现的。随着医学模式的转变，加强预防和社区卫生保健工作已成为医院的一个发展动向。医院必须对社会保健做出自己的贡献，要扩大预防，指导基层，开展计划生育的技术工作，同时要开展健康咨询、门诊和住院体格检查、疾病普查、妇幼保健指导、卫生宣教等业务。

四、护理管理组织系统

（一）各级卫生行政护理管理组织机构

我国卫生行政部门的护理管理系统是：国务院卫生部下设医政司护理处，是卫生部主管护理工作的职能机构，负责为全国城乡医疗机构制定有关护理工作的政策法规、人员编制、规划、管理条例、工作制度、职责和技术质量标准等；配合教育人事部门对护理教育、人事等进行管理；并通过“卫生部护理中心”进行护理质量控制、技术指导、专业骨干培训和国际合作交流。

各省、自治区、直辖市政府卫生厅下设医政处以及地（市）、自治州政府卫生局下设的医政科，普遍配备了一名主管护师（或主管护师以上技术职称者）全面负责本地区的护理管理，部分县（市）卫生局也配备了专职护理干部。此外，卫生厅（局）均有一名副厅长（副局长）分管医疗和护理工作，对加强护理管理工作发挥了重要的作用。

（二）医院护理管理组织系统

护理管理组织架构的基本要求是：300张病床以上的医院设护理部，实行护理部主任、科护士长、病室护士长三级负责制；300张病床以下的医院实行科护士长、病室护士长二级负责制；100张病床以上或3个护理单元以上的大科，以及任务繁重的手术室、急诊科、门诊部设科护士长一名，在护理部主任领导和科主任的业务指导下，全面负责本科的护理管理工作，有权在本科范围内调配护理人员。病房护理管理试行护士长负责制，病房护士长在科护士长领导下和病房主治医师配合做好病室管理工作。目前，我国医院护理管理体制主要有以下三种：

（1）在院长领导下，护理副院长—护理部主任—科护士长—病室护士长，实施垂直管理。

（2）在医疗副院长领导下，护理部主任—科护士长—病区护士长，实施半垂直管理。

（3）病床不满300张，规模较小的医院，不设护理部，只设总护士长。

（三）医院护理部的地位和作用

护理管理是医院医疗质量和实现医疗工作目标的关键。护理部发挥作用主要体现在以下几个方面：

1. 护理部在医院管理中的作用

护理管理是医院管理工作的重要组成部分，良好的护理管理是搞好整个医院工作的重要环节，护理水平的高低很大程度上影响着医院的管理水平。

2. 护理部在完成医疗护理任务中所起的作用

护理工作既要与医生配合完成诊疗任务，又要完成对病人的身心两方面的护理，应加强部门管理，制定与医院工作效率和质量符合的护理工作标准，使护理服务及管理达到标准化、规范化、程序化、系统化。同时通过建立各种护理制度、操作流程、各项护理质量标准等，使医院护理工作得到各方面的支持和配合，提高护士工作积极性，达到为病人提供最佳服务的目的。这些方面体现在护理服务过程中，护理部起着决定性作用。

3. 护理部在教学、科研、预防保健工作中的作用

医院除了完成医疗工作外还承担不同层次的医、护、药、技等专业学生的临床实习和在职专业人员的培训进修任务。护理部负责护理专业的本科、大专、中专学生临床实习的计划、组织、实施和检查考核。随着护理学专业教育的发展，有的医院护理部分管教学工作的主任兼管护理学教研室主任的工作，这样更有利于护理教学和科研工作的开展，对培养临床带教人员，提高护理师资队伍的整体水平具有积极作用。

第三节　组织文化

一、组织文化概述

（一）组织文化的内涵

有人对组织文化的定义作过统计，共有180多种，几乎每一个管理学家和组织文化学家都有自己的定义。下面列举一些国内外学者的定义，以便于我们更好地理解这一概念。

1. 彼德斯和沃特曼（Peters，Waterman，1982年）认为：组织文化就是员工做出不同凡响的贡献，从而也就产生有高度价值的目标感，这种目标感来自对生产、产品的热爱，提高质量、服务的愿望和鼓励革新，以及对每个人的贡献给与承认和荣誉。

2. 迪尔和肯尼迪（Deal，Kennedy，1982年）认为：组织文化是各个层次上的员工的价

值观和行为的总体以及由此表现出的组织外在形象。

3. 霍夫斯泰德（Hofstede，1980年）认为：组织文化是一种“组织心理”即组织的潜意识，它一方面在组织成员们的行为中产生，另一方面又作为“共同的心理程序”引导这些成员的行为。

4. 科特和赫斯科特（JohnP. Kotter，JamesL. Heskett，1997年）认为：组织文化是指一个企业中各个部门，至少是企业高层管理者们所共同拥有的那些企业价值观念和经营实践。组织文化是指企业中一个分部的各个职能部门或地处不同地理环境的部门所拥有的那种共同的文化现象。

5. 沙因（Edgar Schein，1985年）认为：组织文化是由既定群体创造、发现和发展的，用以解决外部适应与内部整合问题的基本假设模式。如果实施效果良好则被认为是有效的模式，并作为认知、思考和探索相关问题的正确方式传授给新成员。

6. 刘光明（2002年）认为：组织文化所包含的价值观念、行为准则等意识形态和物质形态均为该组织成员所共同认可。

在这些定义中比较经典的是麻省理工学院的埃德加·沙因（Edgar Schein，1985年）在他的《组织文化与领导》一书中给组织文化下的定义，这个定义不管在国内还是国外也是为多数人认可的。

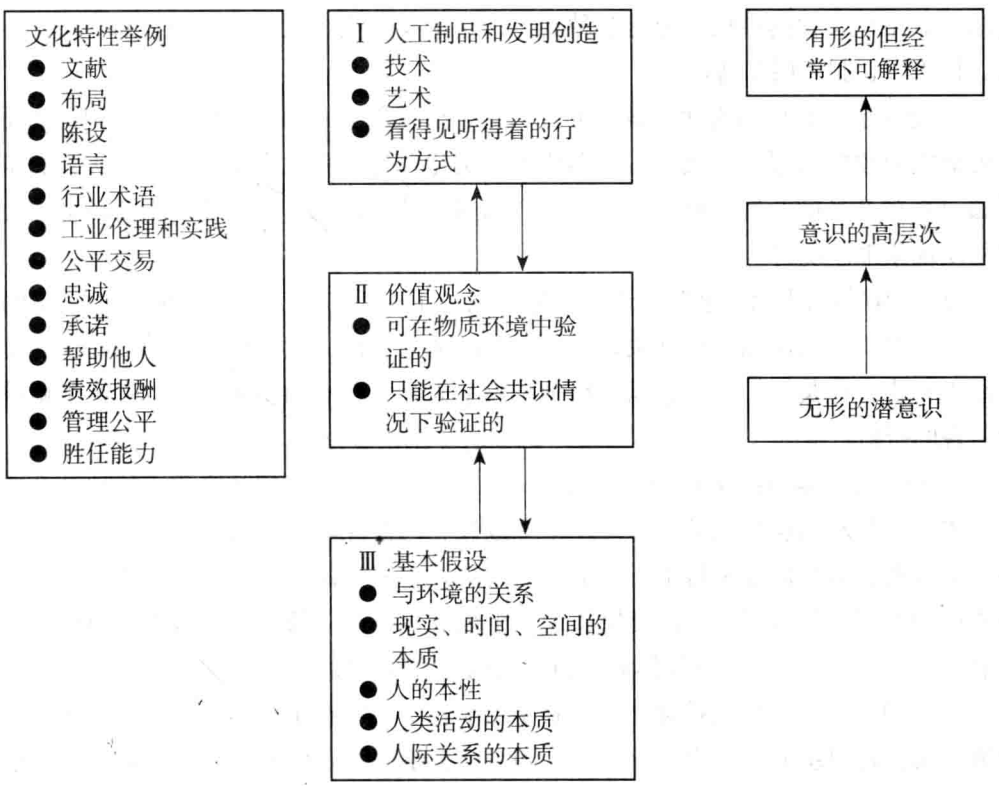


图4-7 沙因的三层次组织模型

（资料来源：AdaptedfromE. H. Schein，“Does Japanese Management Style Havea Message for American Managers?”Sloan Management Review，Fall 1981，p. 64）

沙因的定义指出文化涉及假设、适应、认知与学习。他进一步指出，像迪士尼、J·C·彭尼（J. C. Penney）、IBM等企业的组织文化有三个层次。第一层次：人造文化，文化最可见的层次就是它的人造产品和创造物，即人们可以看见的物理空间、小组的技术输出、书面语和演讲语言、艺术的成果和其他成员的外部行为——有形但经常难以解释。第二层次：价值观念，在某种意义上说，所有的文化学习都完全反映着他们认为“应当是什么”与“事实是什么”的区别。价值观念是有意识地表达感情的要求和需要。第三层次是人们建立的用来指导他们行为的基本假设。当解决问题的方法被反复运用后，就会变成理所当然的。沙因的组织文化三层次模型如图4-7所示。

沙因提出的组织文化理论是西方管理理论中的一个重要流派，他的有关组织文化的定义以及对组织文化进行三层次的划分，对于我们今天研究组织文化都有重要的理论借鉴意义。

（二）组织文化的结构及内容

1. 组织文化结构

文化是各种行为方式和思考方式的整体，作为文化的生活方式，代表民族特点。其中包括物质文化、社会文化（又称行为文化）和精神文化。组织文化也是一种文化，它有自己的结构。组织文化的结构划分有多种观点，这里我们把组织文化划分为四个层次，即物质层、行为层、制度层和精神层。

（1）物质层：是组织文化的表层部分，它是组织创造的物质文化，是一种以物质形态为主要研究对象的表层组织文化，是形成组织文化精神层和制度层的条件。优秀的组织文化是通过重视产品的开发、服务的质量、产品的信誉和组织生产环境、生活环境、文化设施等物质现象来体现的。

（2）行为层：即组织行为文化，它是组织员工在生产经营、学习娱乐中产生的活动文化。包括组织经营活动、公共关系活动、人际关系活动、文娱体育活动中产生的文化现象。组织行为文化是组织经营作风、精神风貌、人际关系的动态体现，也是组织精神、核心价值观的折射。

（3）制度层：是组织文化的中间层次，把组织物质文化和精神文化有机地结合成一个整体。主要是指对组织和成员的行为产生规范性、约束性影响的部分，是具有组织特色的各种规章制度、道德规范和员工行为准则的总和。它集中体现了组织文化的物质层和精神层对成员和组织行为的要求。制度层规定了组织成员在共同的生产经营活动中应当遵守的行为准则，主要包括组织的领导体制、组织机构和管理制度等三个方面。

（4）精神层：即组织的精神文化，它是组织在长期实践中所形成的员工群体心理定势和价值取向，是组织的道德观、价值观，即组织哲学的综合体现和高度概括，反映全体员工的共同追求和共同认识。组织精神文化是组织价值观的核心，是组织优良传统的结晶，是维系组织生存发展的精神支柱。主要是指组织的领导和成员共同信守的基本信念、价值标准、职业道德和精神风貌。精神层是组织文化的核心和灵魂。

2. 组织文化内容

组织文化不仅有自己的结构，还有其研究内容，从组织文化的形式看，其内容可以分为显性和隐性两大类。

（1）组织文化的显性内容。

所谓显性内容就是指那些以精神的物化产品和精神行为为表现形式的，人通过直观的视听器官能感受到的又符合组织文化实质的内容。它包括组织的标志、工作环境、规章制度和经营管理行为等几部分。

①组织标志：是指以标志性的外化形态，来表示本组织的组织文化特色，并且和其他组织明显地区别开来的内容，包括厂牌、厂服、厂徽、厂旗、厂歌、商标、组织的标志性建筑等。

②工作环境：是指职工在组织中办公、生产、休息的场所，包括办公楼、厂房、俱乐部、图书馆等。

③规章制度：并非所有的规章制度都是组织文化的内容，只有那些以激发职工积极性和自觉性的规章制度，才是组织文化的内容，其中最主要的就是民主管理制度。

④经营管理行为：再好的组织哲学或价值观念，如果不能有效地付诸实施，就无法被职工所接受，也就无法成为组织文化。组织在生产中以“质量第一”为核心的生产活动、在销售中以“顾客至上”为宗旨的推销活动、组织内部以“建立良好的人际关系”为目标的公共关系活动等，这些行为都是组织哲学、价值观念、道德规范的具体实施，是它们的直接体现，也是这些精神活动取得成果的桥梁。

显性内容主要表现为以上四个方面，它们是组织文化的重要组成部分，但它们毕竟是精神的外化，还不是组织文化的根本内容，因此，我们必须进一步研究组织文化的隐性内容。

（2）组织文化的隐性内容。

组织文化的隐性内容是组织文化的根本，是最重要的部分。组织文化的隐性内容包括组织哲学、价值观念、道德规范、组织精神几个方面。

①组织哲学：是一个组织全体职工所共有的对世界事物的一般看法。组织哲学是组织最高层次的文化，它主导、制约着组织文化其他内容的发展方向。从组织管理史角度看，组织哲学已经经历了“以物为中心”到“以人为中心”的转变。

②价值观念：是人们对客观事物和个人进行评价活动在头脑中的反映，是对客观事物和人是否具有价值以及价值大小的总的看法和根本观点，包括组织存在的意义和目的，组织各项规章制度的价值和作用，组织中人的各种行为和组织利益的关系等。

③道德规范：组织的道德规范是组织在长期的生产经营活动中形成的，人们自觉遵守的道德风气和习俗，包括是非的界限、善恶的标准和荣辱的观念等。

④组织精神：是指组织群体的共同心理定势和价值取向。它是组织的组织哲学、价值观念、道德观念的综合体现和高度概括，反映了全体职工的共同追求和共同的认识。组织精神是组织职工在长期的生产经营活动中，在组织哲学、价值观念和道德规范的影响下形成的。

以上就是组织文化的四个主要隐性内容。除此之外，组织文化的隐性内容还包括组织的美学意识、组织心理、组织的管理思维方式等内容，这些都是我们在进行更深入的研究中要加以注意的。

（三）组织文化的特点

组织文化是社会文化的一种，具有社会文化和民族文化的共同属性，而它又是与管理密切结合的，所以有自己的管理特性：

1. 一般特性

（1）实践性：每个组织的文化，都不是凭空产生或依靠空洞的说教就能够建立起来的，它只能在生产经营管理和生产经营的实践过程中有目的地培养形成。同时，组织文化又反过来指导、影响生产实践。

（2）独特性：每个组织都有自己的历史、类型、性质、规模、心理背景、人员素质等因素。这些内在因素各不相同，因此在组织经营管理的发展过程中必然会形成具有本组织特色的价值观、经营准则、经营作风、道德规范、发展目标等。

（3）可塑性：组织文化的形成，虽然受到组织传统因素的影响，但也受到现实的管理环境和管理过程的影响。而且，只要充分发挥能动性、创造性，积极倡导新准则、精神、道德和作风，就能够对传统的精神因素择优汰劣，从而形成新的组织文化。

（4）综合性：组织文化包括了价值观念、经营准则、道德规范、传统作风等精神因素。这些因素不是单纯地在组织内发挥作用，而是经过综合的系统的分析、加工，使其融合成为一个有机的整体，形成整体的文化意识。

组织文化的这几个特性并不是包含一切的，而且这些特征中的每一个都有争论，受到不同程度的研究支持，然而，我们必须承认，一定程度的整合在任何合适地发挥功能的文化中都是必要的，我们不应当假设完全的和谐是必须的。只要各个部分是合理整合在一起的，那么组织文化就会充分合理地运行，反之，组织文化危机的情景就会接踵而至。

2. 管理特性

（1）组织文化的核心是组织价值观。

任何一个组织总是要把自己认为最有价值的对象作为本组织追求的最高目标、最高理想或最高宗旨，一旦这种最高目标和基本信念成为统一本组织成员行为的共同价值观，就会构成组织内部强烈的凝聚力和整合力，成为统领组织成员共同遵守的行动指南。因此，组织价值观制约和支配着组织的宗旨、信念、行为规范和追求目的。在这个意义上来说，组织价值观是组织文化的核心。

（2）组织文化的中心是以人为主体的人本文化。

人是整个组织中最宝贵的资源和财富，也是组织活动的中心和主旋律，因此组织只有充分重视人的价值，最大限度地尊重人、关心人、依靠人、理解人、凝聚人、培养人和造就人，充分调动人的积极性，发挥人的主观能动性，努力提高组织全体成员的社会责任感和使命感，使组织和成员成为真正的命运共同体和利益共同体，这样才能不断增强组织的内在活力和实现组织的既定目的。

（3）组织文化的管理方式是以柔性管理为主。

组织文化是以一种文化的形式出现的现代管理方式，也就是说，它通过柔性的而非刚性的文化引导，建立起组织内部合作、友爱、奋进的文化心理环境，以及协调和谐的人群氛围，自动地调节组织成员的心态和行动，并通过对这种文化氛围的心理认同，逐渐地内化为组织成员的主体文化，使组织的共同目标转化为成员的自觉行动，使群体产生最大的协同合力。事实证明，由柔性管理所产生的协同力比刚性管理制度有着更为强烈的控制力和持久力。

（4）组织文化的重要任务是增强群体凝聚力。

组织中的成员来自于五湖四海，不同的风俗习惯、文化传统、工作态度、行为方式、目的愿望等都会导致成员之间的摩擦、排斥、对立、冲突乃至对抗，这通常不利于组织目标的顺利实现。而组织文化通过建立共同的价值观和寻找观念共同点，不断强化组织成员之间的合作、信任和团结，使之产生亲近感、信任感和归属感，实现文化的认同和融合，在达成共识的基础上，使组织具有一种巨大的向心力和凝聚力，这样才有利于组织成员采取共同行动。

二、组织文化在管理活动中的意义和作用

由于组织文化涉及分享期望、价值观念和态度，它对个体、群体及组织都有影响。组织文化除了提供组织的身份感之外，还有稳定感。虽然关于组织文化及其作用的扎实的理论基础和令人信服的实证研究还比较肤浅，但是我们仍然不能否认组织文化在组织中确实发挥了一定的作用。具体来说有以下几个方面：

（一）整合作用

传统的科学管理法或科学管理职能约束住员工的行为，但不能赢得员工的心。而强有力的组织文化，却能成为激发员工积极性、使员工全心全意工作的动力。在一个富有凝聚力的组织文化中，组织价值观念深入人心，员工把组织当成自己的家，愿意为了组织目标共同努力，贡献自己的力量，使得员工和组织融为一体。

组织文化能从根本上改变员工的旧有价值观念，建立起新的价值观念，使之适应组织正常实践活动的需要。一旦组织文化所提倡的价值观念和行为规范被接受和认同，成员就会做出符合组织要求的行为选择，倘若违反了组织规范，就会感到内疚、不安甚至自责，会自动修正自己的行为。从这个意义上说，组织文化具有很强的整合作用。

（二）提升绩效

科特和赫斯科特（1992）经过研究认为：①组织文化对企业长期经营业绩有着重大的作用；②组织文化在下一个10年内很可能成为决定企业兴衰的关键因素；③对企业良好的长期经营业绩存在负面作用的组织文化并不罕见，这些组织文化容易孳延，即便在那些汇集了许多通情达理、知识程度高的人才的企业中也是如此；④组织文化尽管不易改变，但它们完全可以转化为有利于企业经营业绩增长的组织文化。

（三）完善组织作用

组织在不断的发展过程中所形成的文化积淀，通过无数次的辐射、反馈和强化，会不断地随着实践的发展而更新和优化，推动组织文化从一个高度向另一个高度迈进。也就是说，组织文化不断地深化和完善一旦形成良性循环，就会持续地推动组织本身的上升发展，反过来，组织的进步和提高又会促进组织文化的丰富、完善和升华。国内外成功组织和企业的事实表明，组织的兴旺发达总是与组织文化的自我完善分不开的。

（四）塑造产品

组织文化作为一种人类的创造物，它最好的表现形态是企业的产品。当企业的产品都浸润了组织文化时，其产品的生命力将会是其他任何企业不可以相提并论的。组织文化对于塑造企业产品有极为重要的作用，企业依据组织文化进行产品设计、生产和销售，只有符合企业文化的产品才能在市场上立足立稳。反过来，企业产品的畅销则会使消费者进一步了解企业的组织文化，这是一种相互促进和发展的关系。

三、护理组织文化的定义与内容

护理组织文化包括以下内容：①一个核心：组织精神和组织价值观。②二类范畴：护理哲理和护理形象。③三个层面：精神层面、制度层面和物质层面。④五大内容：护理目标、护理价值观、护理群体意识与传统、护理职业形象、护理领导风格。

（一）护理组织文化的定义

护理组织文化是在一定的社会文化基础上形成的具有护理专业自身特征的一种文化。是在特定环境下，全体护理人员在工作和生活中创造出来的物质成果和精神成果的集中表现，是在护理活动中形成的特定的文化观念和历史传统，以共同的价值标准、道德标准和文化信念为核心，最大限度地调动护理人员的积极性和潜在能力，将护理组织内各种力量聚集于共同的宗旨和哲理之下，齐心协力地实现护理组织的目标。

（二）护理组织文化的内容

1. 护理组织环境

（1）内环境：指护理人员的工作环境和人际关系。

（2）外环境：医院所处社会中的经济、文化传统、政治等方面的环境。

2. 护理组织目标

护理组织目标不仅是指一定时期内所预期达到的质量和数量指标，而且是护理服务的最佳效益和护理组织文化的期望结果。

3. 护理组织制度

护理组织制度是医院文化建设的重要组成部分，切实可行、行之有效的各项规章制度是保证护理工作正常运行、协调各级各部门之间的关系以及护理组织与其他组织的纽带。

4. 护理组织精神

护理组织精神是指护理人员对本院护理发展方向、命运、未来趋势所抱有的理想和希

望，也是对护理组织前途的一种寄托。

5. 护理组织形象

护理组织形象是社会公众和内部护理人员对护理组织的整体印象和总体评价，是护理服务质量、人员素质、技术水平、公共关系等在社会上和病人心目中的总体印象。

四、护理组织文化建设和管理

（一）护理组织文化创建的过程

1. 分析、诊断

首先全面收集资料，对组织存在的文化进行系统分析，自我诊断。确定组织已经形成的传统作风、行为模式和工作特点；现有文化中哪些是积极向上的，哪些是保守落后的，以确定文化建设的目标。

2. 条理化

在分析诊断的基础上，进一步归纳总结，把最优秀的文化内容加以完善和条理化，用富有哲理的语言表达出来，形成制度、规范、口号、守则。

3. 自我设计

在现有的组织文化基础上，按照护理组织的特色，发动组织全体成员参与组织文化的设计。通过各种设计方案的归纳、比较、融合、提炼，集组织成员的信念、意识和行为准则于一身，融共同理想、组织目标、社会责任和职业道德于一体，设计具有特色的组织文化。

4. 倡导、强化

通过各种途径大力倡导新文化，使新观念人人皆知。在组织管理过程中，管理者要通过各种手段强化新的价值观念，使之约定俗成，被广大成员接受和认可。

5. 实践、提高

用新的价值观指导实践，在活动中进一步把感性认识上升为理性认识，从实践上升到理论，把少数人的看法变成全员的观念，不断提高组织文化的层次。

6. 适时发展

在组织发展的不同阶段，组织文化应有不同的内容、风格，应根据形势的发展和需要，使组织文化在不断更新中再塑造和优化。

（二）护理组织文化的建设应注意的问题

1. 可接受性和可操作性

可接受性是指护理组织文化应当被护理管理者和护理人员了解、认同和接受。尤其是在制度文化和精神文化建设中，要对文化建设的理论做更深入的宣传、发动、探索和研究，引导护理人员从文化角度研究护理组织，增进管理人员和护理人员的认同感。从现实情况看，不少人都能认识到文化建设的必要性，但涉及实践就感到很棘手和惘然，这就是要注意可操作性问题，应以护理精神为重点，循序渐进地进行，逐步创造出自身的护理组织文化体系。

2. 管理者与护理人员的共同参与

护理组织文化涉及每一个护理人员，必须有广大护理人员的参与。组织文化作为一种新的管理理论更需要护理管理者的重视，通过管理者做好文化建设的协调工作。文化内涵中包含着共同的特征：公正、仁慈、自尊、博爱、正直、诚实、品质、服务和耐性，是放之四海皆准的美德。这些美德及其永恒不衰的原则性仿若指南针，引导着管理者把组织推向深远而非深渊组织文化，通过组织、群体、个体的行为和语言表现出来，但组织文化需要管理者来设计并创建。换言之，管理者有什么样的品质和人格，组织就有什么样的文化。管理者是组织文化的领导者、传播者、驾驭者。

3. 要同步提高护理人员的素质

文化的主体是人。抓住护理人员的素质培养与提高，才是护理文化建设和发展的要本。护理文化建设应以“人”为中心，培养护理人员的价值取向，如乐于奉献的精神、主人翁精神、敬业爱岗的精神等。世界顶级优秀企业以它们的实践告诉我们：企业文化中十分重要的一环，是对员工的道德培训。员工道德培训的主题是：做可靠的员工，不做任何损害组织及同事的不合法或不恰当的事，为顾客着想。

4. 完善文化设施和美化环境

美化环境是护理组织文化建设的前提，因为它可使护理人员和病人的需要得到满足，有利于陶冶护理人员的情操和病人的修养，还可以对护理人员的心理起到平衡、充实的作用。环境美化可以多方面运用文化仪式的力量，创造一种气氛。如护理部组织的歌曲、徽章，新护士上岗的授帽仪式，老护理人员的退休仪式等，把价值观念戏剧化，行为规范形象化，在具体的活动中感受到组织文化的意义所在。

5. 立足自身，突出重点

护理组织文化建设是一项系统工程，既要考虑共性要求，又要根据自身的实际情况，找出薄弱环节，重点建设。如有的医院制度不健全，秩序混乱，则可把制度文化建设作为重点；有的医院医德医风需进一步改善，则可把精神文化建设作为重点；有的医院中缺少护理专业人才，技术水平落后，则可指导将重点放在物质文化的建设上。总之，护理组织文化的建设要立足主客观条件和实际需要，逐步积累，循序渐进。

（三）营造护理组织文化的形式

1. 言谈举止

高层管理人员通过言谈举止和各种教育活动将护理行为准则和组织期望渗透到护理群体中。护理活动也可通过护理人员的相互作用和各自的行为表现使组织成员感悟到应遵守的规则。

2. 文字、符号

书面材料、标语、口号、护理人员守则等方式都是护理文化的表现形式。

3. 实物形象

实物和艺术构思的内容也可用来反映护理组织文化。如医院标志、南丁格尔塑像等。

4. 视听设备

利用现代化的视听设备表现和宣传护理组织文化的途径和形式较多，如网络、广播、电视等。

5. 其他形式

如文艺演出、知识竞赛、表彰先进等活动都是宣传护理组织文化的手段。

（四）护理文化的管理

护理组织文化建立后，对组织文化实行目标管理，护理组织文化目标管理的步骤是：①确定当前组织文化的宗旨、目标；②分析环境；③发现机会和威胁；④分析组织的资源；⑤识别优势和劣势；⑥重新评价组织文化的宗旨和目标；⑦制定战略；⑧实施战略；⑨评价结果。

第四节 学习型组织

美国学者彼得·圣吉（Peter. M. Senge）在《第五项修炼》（The Fifth Discipline）一书中提出学习型组织（Learning Organization）概念，指出企业应建立学习型组织，其含义为面临变化剧烈的外在环境，组织应力求精简、扁平化、弹性因应、终生学习、不断自我组织再造，以维持竞争力。

一、学习型组织应包括五项要素

（一）建立共同愿景（Building Shared Vision）

愿景可以凝聚组织上下的意志力，透过组织共识，大家努力的方向一致，个人也乐于奉献，为组织目标奋斗。共同愿景（Shared Vision）是指愿望与远景，由三个要素组成：目标、价值观、使命观。共同愿景对学习型组织至关重要，它为学习聚焦、提供能量，只有当人们致力于实现共同的理想和共同关注的远景时，才会产生自觉学习的动力，才会真诚地奉献和投入，从而取代员工的抱怨以及对领导个人的被动服从。一个组织光有目标还不行，必须有共同的价值观和使命感来作为达到目标的保证。组织的价值观就是组织精神的灵魂，是组织保持正确航向的指挥棒。价值观是一个体系，有了一个明确的价值体系才能使全体员工向一个方向迈进。如果我们观察那些屹立商海数十年不倒，而且蒸蒸日上的企业，会发现它们有一个共同的特点，就是企业始终有一个真正被员工衷心渴望的共同愿景。一个缺少全体衷心共有目标、价值观与使命的组织，必定难成大器。美国通用电气公司的总裁韦尔奇制订了一个不断修正的价值体系，使通用电气成为世界上最赚钱的公司。使命是企业肩负的重任，是一种境界，一个没有使命感的企业是不会成功的。长虹就以振兴民族电子工业为己任，这些年的发展表明，长虹成为中国彩电业的老大，与它拥有坚定

的使命是密切相关的。

（二）团队学习（Team Learning）

团队智慧应大于个人智慧的平均值，以做出正确的组织决策，透过集体思考和分析，找出个人弱点，强化团队向心力。

过去企业要取胜，关键靠一两个领导人，只要把劳动力组织好，企业就能成功。现在是信息社会、知识经济时代，企业要成功就要靠知识，靠组织团队学习，开发整个团队的人力资源。宝钢一期工程主要是从日本引进的，宝钢先后有一千多人去日本学技术，学管理，回来很快大家认识一致，形成了强大的合力。团队学习的方式有个人学习和深度会谈，个人学习是团队学习的基础，深度会谈是团队学习的关键。团队学习与传统的集体学习不同，团队学习的目的是为了使学习力转化为生产力，而传统的集体学习往往变成大家在一起发牢骚。

为什么会存在团队学习的障碍呢？“习惯性防卫”是团队学习的障碍，它是隐藏于人们心智模式中根深蒂固的习性，用来保护自己或他人免于说出真实想法而受窘或受到威胁。习惯性防卫主要表现为四种妥协：①为了保护自己，不提没有把握的问题；②为了维护团结，不提分歧性的问题；③为了不使大家难堪，不提质疑性的问题；④为使大家接受，只发表折中性的意见。

（三）改变心智模式（Improve Mental Models）

组织的障碍多来自于个人的旧思维，例如固执己见、本位主义，唯有透过团队学习和标杆学习，才能改变心智模式，有所创新。

心智模式有三个特点：①根深蒂固；②自我感觉良好；③人无完人。

心智模式是一个人思考问题、观察世界的基本模式。个人很难意识到它的存在，这阻碍了个人思考能力的进步，举个尽人皆知的简单例子，两个鞋厂的推销员都到同一个岛上考察，看到岛上的人都不穿鞋，一个推销员给老板的报告是：鞋在这里没有市场，这儿的人都不穿鞋；另一个人却报告说：快点发货，这儿的人都没鞋穿。这就是两种截然不同的心智模式，一个人看到的是障碍，另一个人看到的却是机会。负面的心智模式使人一叶障目，不见泰山，当它成为组织共有的心智模式时，影响就深且广了。

怎样改善心智模式呢？①学会照镜子。必须把镜子转向自己，看看自己的心智模式有哪些不妥。人只有不断地审视自己，反思自己，才能持续进步。②学会有效地表达自己的想法。表达无效，还要别人理解，那就是强人所难了。③学会开放心灵，容纳别人的想法。别人的想法不管对错，都能对自己的思维方式起到一定的启示作用，不要一味地排斥别人的想法，有可能你能从别人想法中实现创新和突破。

（四）自我超越（Personal Mastery）

自我超越是一个人、一个组织不断进取的精神基础，它使每个人不断理清并加深个人的真正愿望，集中精力，培养耐心，并客观地观察现实。具有这种能力的人，对待生命的态度就像对待艺术作品一样，全身心投入、不断创造和超越，是一种真正的“终身学

习”。组织整体的学习意愿和学习能力，根植于个别成员的自我超越能力。

（五）系统思考（System Thinking）

应透过资讯搜集，掌握事件的全貌，以避免“见树不见林”，培养纵观全局的思考能力，看清问题的本质，有助于清楚了解因果关系。

系统思考是第五项修炼，圣吉认为第五项修炼最重要，这就是为什么《第五项修炼》讲的是五项修炼而却以此命名。改善心智模式和团队学习是基础，自我超越和建立共同愿景是向上的张力，系统思考是核心，好比是火箭的发动机。

学习是心灵的正向转换，组织如果能够顺利导入学习型组织，不仅能够达到更大的组织绩效，而且更能增强组织的生命力。

二、学习型组织的组织特点和学习特点

（一）学习型组织的特点

（1）学习型组织是愿景驱动型的组织；
（2）学习型组织是善于不断学习的组织；
（3）学习型组织是自主管理的扁平型组织；
（4）学习型组织是具有创造能量的组织；
（5）学习型组织是员工家庭与事业相平衡的组织。

（二）学习型组织的学习特点

（1）学习型的学习，强调自主学习；
（2）学习型的学习，强调持久的、终身的学习；
（3）学习型的学习，强调“工作学习化，学习工作化”；
（4）学习型的学习，强调“双环学习”；
（5）学习型的学习，强调学会学习；
（6）学习型的学习，强调学后有新行为；
（7）学习型的学习，强调组织学习。

第五章　人力资源管理

本章将重点围绕医院护理人力资源规划、人员招聘和使用、绩效考核、培训和职业发展、人员薪酬管理进行讨论。

第一节　人力资源管理概述

资源（Resources）是指组织或社会用来进行价值增值的财富，包括自然资源和人力资源。由于人力资源内涵的特殊性，对人力资源概念的理解仍然是仁者见仁、智者见智。目前较为统一的认识是：人力资源（Human Resources）又称劳动力资源，是依附于个体的经济资源，用以反映人所拥有的劳动能力，对组织的效益和发展具有积极作用的劳动能力总和。

人力资源管理（Human Resources Management，HRM）是有效利用人力资源实现组织目标的过程。人力资源管理概念包括两个主要内容：一是吸引、开发和保持一个高素质的员工队伍，二是通过高素质的员工实现组织使命和目标。人员是组织中最有创造力最有价值的资本，因此，人力资源管理是组织竞争和发展的关键。医院的护理人力资源管理就是为组织寻求高素质护理人才，使他们在组织中得到支持和发展，并能够在实现医院目标的同时提高自己的职业价值，达到组织和成员利益最大化的人力资源管理目的。

一、护理人力资源管理的目标和特点

（一）护理人力资源管理的目标

护理人力资源管理的根本目的是让平凡的人在具体护理岗位上做出不平凡的事来。让组织中每个护理人员的长处都能得到发挥并取得最好的护理工作绩效，进而最大限度提高组织效率。具体讲，护理人力资源管理在护理管理中的主要目标包括：通过对护理人员的个体行为的统一规范，促进实现组织目标；有效利用护理人员的工作技能使医院护理服务能力更有成效；运用科学方法解决护理人事问题，为医院提供训练有素的护理人员；营造良好工作氛围，注重满足护理人员的多层次需求，提高护理人员的工作满意感；提供护理人员职业发展空间，创造成长条件，让护理人员在组织中得到个人职业生涯的最大发展；

适应社会发展和内外环境的变化，不断完善组织护理人力资源管理模式，提高管理效率。

归纳起来讲，护理人力资源管理需要做好三方面的工作：一是人与岗位的匹配。做到事得其才，才尽其用。二是人与人的科学匹配。使组织中护理人员结构优势互补，提高群体工作效率。三是人的需求与工作报酬的匹配。使组织薪酬发挥有效激励作用，达到酬适人需，人尽其力的最佳工作状态。

（二）护理人力资源的特点

1. 人的主观能动性

护理人力资源是组织护理人员综合能力的总和，这种能力依附于医院护理人员个体的存在，资源作用的发挥通过护理人员的工作绩效反映出来。护理人力资源的主观能动性主要是指护理人力资源作用的发挥取决于护士个体的实际工作状况。这种实际工作状况主要从护理人员个体在医疗护理服务机构中的工作态度和行为两方面来理解。一方面，护理人员的主观能动性表现在个体对组织目标的认同和对护理工作任务的态度上；另一方面，护理人员对自己劳动能力的使用程度和方式直接受本人意志支配，就是说，护理人员在工作中的努力程度和工作方式，主要由护士本人所确定，因此说护理人力资源具有主观能动性。

2. 人力资源的可变性

在护理活动过程中，护理人员的工作能力不是一成不变的。多数情况下，一个护理人员实际表现出来的工作能力只是个人全部能力的一部分。管理者如何充分发挥护理人员的潜在能力是提高组织管理效率的关键。管理部门和管理者可以通过不同的方法和多种培训途径对护理人员的潜在工作能力进行开发利用，不断提高组织护理人力资源的效能。这种不断提高人力资源价值的过程体现了人力资源的可塑造性、再生性和开发性的特点。

3. 人力资源的组合性

两个护理人员共同协作工作发挥的作用可以达到1+1>2的效果或出现1+1<2的现象，体现了人力资源的组合性，科学合理的人员组合是人力资源管理的重要内容。护理管理者在进行人员岗位安排时如果注意了护理人员之间个人能力的互补作用，使每一个护理人员的潜在能力都能够充分发挥，就可以提高组织护理人力资源的使用价值。反之，就可能由于人员安排不当而影响个人能力的发挥或因此而产生人员的耗损，从而直接影响护理工作效率和组织人力资源使用价值。

4. 人力资源闲置过程的消耗性

一般来说，自然资源，如森林资源、水力资源等，不开发、不使用，就不具有消耗性。与自然资源不同的是，处于闲置状态的人力资源也具有消耗性。这是因为为了维持其本身的存在，人力资源必须消耗一定数量的其他资源，如什么都不做的人也有衣、食、住等基本需求，就必然会消耗一定数量的其他资源，如粮食、水、能源等。因此，有效的护理人力资源管理就应该注重护理人才的有效使用和开发，降低其消耗性。

5. 人力资源的流动性

护理人力资源的流动性主要表现为人员的流动和人力派生资源，如由人创造的科技成果，在不同空间上的流动。护理人员的流动主要有人员跨部门、跨单位、跨地区、跨国度

的流动；中国进入世界贸易组织后，人力资源的国际市场化步伐加快，资源共享和成果转让，使护理人力资源以及由人力派生的成果资源在空间上的流动也越来越频繁。

6. 人力资源的可塑性

人的质量不是一成不变的。护理人力资源的可塑性是指在特定的时间和职业范围内，通过工作经验的积累和不同形式的培训和教育，护理人员的职业素质和综合素质都会有不同程度的变化，如认识提高了，技能加强了，由此强化了胜任岗位的能力，这种护理人员工作能力从量变到质变的过程体现了人力资源可塑性的特点。

二、护理人力资源管理体系

护理人力资源管理活动需要通过医院人力资源管理部门与护理人力资源管理体系及其相关部门共同完成，由此构成组织的人力资源管理系统。医院护理人力资源管理组织架构一般分三个层次：高层、中层和基层（或一线管理）。从管理者角色和功能的角度讲，组织中所有护理管理者都不同程度涉及人员计划、选择、训练、评价、奖惩等人力资源管理内容，都具有承担人力资源管理的职责。但不同管理层次在护理人力资源管理职责的侧重点上有所区别。

高层护理管理者，如护理部主任的主要任务是护理人事决策，根据组织发展目标制定护理人力资源发展规划，对中层护理管理岗位的配置设计、护理人员的任用和选择、绩效评价、参与组织护理人事政策的策划制定等。

中层护理管理者，如科护士长，在人力资源管理方面主要承担三种职能：直线主管职能，直接指挥自己的下属（病房护士长或护士）进行工作；协调职能，对所管辖护理单元在执行护理人力资源管理过程中出现的问题和矛盾进行协调处理，确保护理的人事目标政策在部门中正确贯彻执行；服务职能，为自己所属的护理单元提供人力资源管理相关的业务服务，包括护理人员选择、培训、奖酬、晋升、指导下级护理管理者执行组织有关护理人事管理的相关政策法规，协助科室处理劳动纠纷等。

基层护理管理者，指对所管辖护理人员进行直接护理业务活动管理的人，如医院的护士长，又称一线主管或经理。一线护理主管的人力资源管理内容主要包括：指导进入本护理单元的新人熟悉护理岗位工作；训练新护士掌握相关护理工作技能；根据护理人员个人特点安排适当的工作岗位；对所管辖的护理人员进行绩效评估；提出本护理单元护士薪资分配方案，调动人员的工作积极性、控制本单元护理人力资源成本；开发护理人员的工作潜力，促进职业发展；提供安全的工作环境，维护护理人员的身心健康等。

医院护理人力资源管理职责是指护理管理者在护理人员管理方面需要承担的责任和任务。医院护理人力资源管理评价指标是对上述各方面管理职能的效果进行衡量，主要指标包括：劳动生产率、人工费用率、护理人员流动率、岗位考核合格率、护理人才开发率等。

三、护理人力资源管理职能

医院护理人力资源管理职能主要包括：护理人力资源规划、护理人员招聘、护理人员

培训、护理人员绩效评价、护理人员开发及发展、护理人员的薪酬管理及劳动保护。

（一）护理人力资源规划

护理人力资源规划是医院人力资源管理部门和护理职能部门根据组织护理业务范围评估和确认护理人力资源需求并做出策划的过程。人力资源规划概念的要素包括确认、分析、预测和规划护理工作领域内护理人员在数量和质量上的需求，使护理人员适应医院的护理服务活动。护理人力资源规划将帮助医院明确护理部门哪些岗位需要护理人员以及这些岗位需要的护理人员需要具备哪些资格。

（二）护理人员招聘

招聘是组织及时吸引足够数量具备应聘条件的个人并与具体工作岗位匹配的过程。招聘活动的关键点是：寻求足够数量具备岗位任职资格的相关岗位的申请人，以供组织在护理人员的选择上具有更大自主性，保证组织护理人员的质量。

（三）护理人员培训

是通过对医院护理人员的工作指导、教育和业务技能训练，使护理人员在职业态度、知识水平、业务技能和工作能力等方面得到不断提高和发展的过程。护理人员的培训对帮助护理人员在工作岗位上保持理想的职业水平、高效率完成组织和部门工作任务、促进个人职业的全面发展和自我实现具有积极的现实意义。

（四）护理人员绩效评价

护士绩效评价是为护理人员提供发扬成绩、改正工作中存在不足的检查机会，其目的是帮助护理人员把今后的工作做得更好、更富有成效。护理人员的绩效评价结果还是护理管理人员、部门和组织做出对护理人员关于奖惩、培训、调整、升迁、离退、解雇等人事决策的依据。

（五）护理人员开发及发展

为组织保留优秀人员是护理人力资源管理必不可少的环节之一，主要措施包括：分析人力资源现状，有效利用人力资源；充分发挥护理人员的主观能动性，为护理人员提供个人发展空间；营造良好的工作氛围；按照护理人员的个人贡献确定工资和奖金的分配，做到奖惩分明；按照个人需求采取不同激励措施，调动护理人员的工作主动性和积极性，减少护理人员的流失。

（六）护理人员的薪酬管理及劳动保护

医院护理人力资源管理还包括在组织内建立合理的护理人员薪酬体系。管理者应根据各级护理人员的岗位、资历、工作能力、工作表现和绩效等方面因素制定科学合理、具有吸引力的薪酬标准和制度并有效实施。此外，采取有效措施为护理人员提供健康、安全的工作环境，按照国家劳动政策提供相应的医疗保险、养老保险、劳动保护和福利也是人力资源管理的内容。

第二节　护理人员招聘

人员招聘的前提是人力资源规划，聘用到具备护理职业资格和能力的护理人员，是组织实现目标和保证护理服务质量的基础。护理人员招聘过程主要包括职务分析、寻找符合护理岗位候选人、招聘考核和面试、录用体检与试用考察、录用决策及招聘工作评估几个步骤。

一、职务分析

工作分析（Job Analysis）又称职务分析，是指通过观察和研究，对某岗位性质进行全面评价获得确切信息的过程。职务分析的概念包括几个要素：分析岗位的工作内容，确定职务固有的性质和组织内职务之间的相互关系和特点，确定组织成员在履行职务时应具备的知识、技术、能力和责任。职务分析一般分为四个阶段：准备阶段、信息收集阶段、分析阶段和提出分析报告阶段。职务分析的结果是职务说明书。职务说明书一般包括两大部分：工作描述和任职资格。

工作描述（Job Description）又称工作说明，是对岗位的性质、任务、责任、工作内容、处理方法等与工作相关的环节所做的书面说明。护理工作分析是通过收集数据、工作要素分析、对特定护理工作（如专科护士、辅助护士、临床教学老师、护士长等）的实质进行评价，确定工作的具体特征，由此形成工作描述。护理工作描述包含工作名称、工作活动和程序（包括工作任务、职责、工作流程、工作中的上下级关系等）、工作条件和物理环境、社会环境（如同事的特征及相互关系）。任职资格是根据工作描述拟订的工作资格，主要内容包括文化程度、工作经验、有关岗位的技术和能力要求、工作态度、生活经历和健康状况以及各种特殊能力要求等。

护理工作分析在组织中的应用：工作分析的结果可为组织的护理人事决策提供多方面依据，包括为护理人员的招聘／选择提供挑选的标准；确定任职的基本条件；明确护理人员的具体岗位职责和工作权限；掌握护理人员的培训需要，确定培训方案；是护理人员绩效评价的依据，促进绩效改进；判断具体岗位的工作价值，确定薪酬标准等。

二、寻求符合护理岗位要求的候选人

在组织护理空缺岗位分析的基础上，医院护理管理和人事部门的工作就是寻求足够数量符合岗位标准的职位申请人，将合适的人安排在合适的岗位上，满足组织用人需求。护理人员招聘（Nurses Recruiting）是指医院采取科学有效的方法寻找、吸引具备资格的个人到医院应聘、医院根据需要和应聘者条件从中选出适合人选予以录用的管理过程。招聘宣传是传播招聘信息、动员潜在合格人员参与应聘的过程。一旦护理人员招聘决策做出后，如何吸引更多的应聘护理人员供组织和部门挑选就成为人员选择的首要任务。招聘途径多种多样，如直接申请、员工推荐、职业介绍机构推荐、招聘广告等，招聘广告为最常见的途径。应聘人员填写求职申请表是人员选择的首要环节，主要用于用人单位或部门的资格

审查。求职申请表格内容可根据岗位要求设计。为保证招聘宣传的有效性，招聘广告应包括以下基本内容：招聘医院简介、招聘的职位或工作种类及其特点、招聘职位或工作的工资等报酬待遇、应聘者的资格条件（性别、年龄、学历、专业、工作经历、身体条件以及对知识技能的特殊要求等）、申请时间、地点、程序以及其他有关信息。

三、招聘考核和面试

（一）招聘考核

招聘考核的目的是将适当的人放在适当的岗位上，为了保证应聘人员的质量能够满足护理工作岗位的需要，进行知识和技能考核是必要的环节。考核的方式主要包括理论知识考核、工作相关技能考核、面试、真实工作考核等。知识考核主要是通过笔答的形式进行，以了解应聘护士对要求的专业知识深度和广度的掌握程度。由于所有应聘人员都参加同样的笔试内容，同时笔试结果也是录用的依据之一，因此笔试考核具有公平性和客观性，能够较好地反映应试者的知识水平。由于护理是一门应用学科，对应聘护士的专业技能考核也十分必要。考核内容针对具体护理岗位的职责要求选择。一般情况下，对应聘护理人员的理论考核内容重点是护理基础知识、专科护理知识及护理相关知识；技能考核主要是基础护理操作和专科护理操作技能。如果是选择护理管理人员，除上述考核内容外，还有必要进行管理相关知识和能力的考核。

（二）招聘面试

对应聘者仅仅通过笔试和操作考核是不够的。面对初选合格的应聘者，真正直接可以了解本人具体情况并能对众多的应聘者进行比较的方法就是招聘面试。面试是组织评价者与应聘者面对面进行的，可以了解到一些笔试无法知晓的关于应聘者的信息，因此面试具有直观性。另外，与笔试相比，面试的内容可以根据招聘岗位的不同要求选择不同的测试方式，因而具有灵活性。面试的主要目的为用人单位和主考人员提供了解和观察应聘护士的机会，面试主要了解应聘护理人员三方面的信息：专业技术能力、个人特点和个人潜力。通过面试，主考人员可以对应聘者的专业知识，沟通表达能力、判断能力、思维能力、反应等有一个初步了解，以考察应试者对护理岗位的适合程度。主考人员根据招聘表格内容进行询问，得到有关信息。表格的设计可根据招聘岗位的要求而定。但无论哪种表格，都应简单明了，易于操作。

（三）招聘测试的可靠性和有效性

组织对申请人测试的目的是对人准确的预测。管理者要做出正确的人员筛选决策，就需要采用不同的测试技术。不论选择哪种方法进行测试，组织都必须确定所提供信息的可靠性和有效性。

1. 测试信度

信度（Reliability）指测试的方法在不同的测试条件下具有稳定性或可重复性，反映测评结果的准确性和一致性。评价可靠性的常用方法是比较申请人在同种测试中的两次测量

结果。一个测量结果如果具有可靠性，那么在相同情况下重复进行时，获得的测评结果应该基本一致。当测试工具是个人的主观判断（招聘面试）时，可靠性通常是依靠两个或更多面试者评价结果的相互一致程度。

2. 测试效度

效度（Validity）指收集的资料预示候选人能够获得多大程度的成功。主要反映测试的目标是什么以及测量的准确程度如何。招聘测试技术的效度就是对应聘者将来胜任工作的可能性进行准确预测。护理人力资源管理涉及的主要效度是内容有效性。内容有效性指考试、面试或绩效考评对技能、知识和工作能力能够测量到什么程度的测试，如对急诊科应聘护士进行预检分诊、心肺复苏等知识和技能测试，这种测试能基本反映急诊护士真实工作时所做的工作，那么就认为这种测试具有内容有效性。

四、录用体检和试用考察

通过对应聘护士的资格认定、专业知识和技能测试、面试等综合分析后，组织人力资源管理部门就需要对具有合格资格应聘人员进行录用体格检查。体检的主要目的是确认应聘护士身体状况是否达到岗位要求，胜任工作。医院是否对应聘者提供工作也要根据体检的结果而定。健康检查作为招聘程序之一具有灵活性，一些医院在招聘护士时没有进行这一步骤。但从对组织和应聘者个人负责的观点看，进行有关项目的健康检查还是有必要的。

在上述所有程序完成后做出初步录用决策，但并不马上与应聘者签订聘用合同。而是采取试用的办法在实际工作中对拟聘护理人员进行真实工作能力的考察，以提高人员招聘的有效性。试用时间一般为3个月。试用期满后，具体试用部门对拟聘护士在试用期的表现是否符合条件和是否胜任工作做出鉴定，以供医院人事和护理管理部门在招聘决策时参考。对在试用期中不符合录用条件的人员，可给予辞退。

五、录用决策及招聘工作评估

录用的过程是对应聘者筛选的过程，护理管理部门和人事部门应对应聘者的所有资料进行全面审查，同时进行背景调查，包括信用状况、护士执业许可证等以保证为组织挑选出合格的候选人。通过将应聘人员与任职岗位要求比较和应聘人员之间的相互比较，使候选人的数量逐步接近组织或部门需要的数量。在人员录用决策中，应尽量避免错误的录用和错误的淘汰。参与和最终做出用人决策的人应当是熟悉护理人力资源的护理管理部门和医院人事部门。

护理人员招聘活动的最后步骤是评价。主要活动包括测算获得的求职护理人员数量和质量情况，每位受聘人员的工作胜任和工作成功程度，以及整个招聘过程投入和产出效率的总结分析。

第三节　医院护理人员配置

一、医院护理人员配置

（一）护理人员配置依据和方法

护理人力资源配置是医疗卫生保健机构为满足社会对护理服务的需要，科学分配护理人力，使人员与护理服务活动合理匹配的过程。护理人力资源配置主要包括两项活动：一是人员在组织内各部门或单元间的分配，二是人力资源在部门内的科学排列和组合。护理人力资源配置是护理人力资源管理的重要环节。护理人员配置管理的主要作用是对护理人力的有效组合，侧重于对护理人力资源潜力高层次的开发和利用。

护理人力资源配置受许多直接、间接因素的影响，主要依据是：我国卫生行政主管部门的相关政策和规定；国家卫生人事制度改革和各地卫生部门的要求；社会对护理服务的需求；医疗卫生的业务服务范围；护理单元承担护理工作量的大小；护理群体素质的数量和质量标准；组织支持系统及资源保障情况及其他有关因素。护理人员配置的方法包括以经济、法律、行政政策为依据进行人员配置的宏观预测；运用护理任务定性定量指标分析作为护理人员数量规划制定的依据；运用操作程序简单的直接护理工作量，综合平衡各护理单元的微观人员配置。

1. 按卫生部在1978年提出的《关于县及县以上综合性医院组织编制原则（试行）草案》为依据的计算方法

（1）医院人员总编制计算方法。

《编制原则》根据医院规模和担负的任务，将医院分为三类：

300张床位以下的按1∶1.3~1∶1.4计算

300~450张床位按1∶1.4~1∶1.5计算

450张床位以上的按1∶1.6~1∶1.7计算

（2）各类人员比例如表5-1所示。

表5-1　医院各类人员的比例　%

卫生技术人员	医师	护理人员	药剂人员	检验人员	放射人员	其他医技	行政管理人员	工勤人员
70~72	25	50	8	4.6	4.4	8	8~10	18~22

2. 按工作量和工时单位计算法

配置医院护理人员影响因素很多，应依据医院类别、专科特点、质量要求及其他因素，通过直接的或间接的工时测定确定实际工作量，再进一步计算出编制人数和设置比例，科学合理的配置护理人员，主要是根据其所承担的工作量及完成这些工作量所需消耗的时间。

（1）工时测定：指对完成某项工作任务全过程的每一环节必须进行的程序和动作所耗费时间的测定。

（2）工时单位：指完成某项工作任务所消耗的平均工时，通常以“分”计算。

（3）工时单位值：指每小时完成的工时单位，用工时单位/小时表示，用于分析人员劳动效率的单位值。日常工作最理想的工时单位值为45工时单位/小时，即每小时内个人最有效的劳动效率时间为45分钟。

（4）工时测定方法和步骤：

①确定被测定者：被测定者应选择能正确熟练地掌握测定项目的操作技术和方法，其技术水平具有代表性的人员，不要选择最优或最差者。

②列出所测项目的全部操作步骤和环节：如口腔护理，从准备到完成的每个必需操作程序要列出。

③测定工时：用秒表测定每一操作步骤所耗费的时间，累计之和为该项目的总工时。

④测定平均工时值：在不同环境、时间里反复测定，找出所测项目误差的百分比，取得相对正确的工时测定值。如个体在情绪、技术水平等影响下，造成的测定误差，必要时采取权重处理。

⑤被测定者抽样数量：要有一定的覆盖面，集体操作可取其平均值。

（5）按工作量计算护理人员编制：根据我国分级护理要求内容，计算每名病人在24小时内所需的直接护理和间接护理的平均时数，即“平均护理时数”为依据计算工作量。目前护理工时主要是利用国家规定的标准工时进行推算，大多数综合性医院，根据南京护理学会7所医院1980年测定，一级护理病人，每日所需护理时数为4. 5小时；二级护理为2. 5小时；三级护理为0. 5小时；间接护理40张床日均护理时间为13. 3小时，利用已测定的平均工时表，间接推算劳动量，对每个具体单位和个人不一定完全一致，应结合本单位具体情况对比、校正。

计算编制公式：每名护理人员日有效工时值为360分钟（8×45）计算，机动数按25%计算。卫生部规定病床使用率：一级≥60%；二级85%~90%；三级93%。

$$\text{应编护士数}=\frac{\text{床位数}\times\text{床位使用率}\times\text{每个患者日均所需护理时数}}{\text{每名护理人员日有效工时值}}+\text{机动数}$$

（二）护理人员配置原则

护理人员配置，是护理系统人员管理的重要组成部分，在护理管理中占有重要地位。人员配置是否正确合理，比例是否合适，直接影响到工作效率、护理质量、服务道德、成本消耗，甚至影响护理人员的流动及流失率。

护理人员配置遵循的基本原则有：

1. 科学配置原则

人员的科学配置是指组织人员的配置数额与组织任务要求具有科学性。护理管理部门

应在分析护理业务范围、种类和服务对象需求的基础上确定人员配置数额。基本方法有：①比例配置法：按照医院规模和床位数，根据卫生部要求床位与人员比例进行护理人员配置；②分类法：按照病人分类、病种分类等测算护理人力需要；③工时测定法：通过对护理工作量和消耗时间之间相互关系的研究确定护理人员数量。

2. 成本效率原则

人力资源管理的出发点及最终目的都是提高组织效率。因此，在护理人力资源配置过程中，管理者要重视护理人员的能级对应，做到人尽其才，才尽其用。此外，对护理人力资源的合理排列和组合，根据护理工作任务和工作量的变化及时调整人员配置也是提高工作效率、降低人员成本的途径。

3. 结构合理原则

我国医院分级管理标准规定：二级、三级医院护理人员占卫生技术人员总数的50%，医师数量与护理人员数量之比为1∶2，病房床位数量与护理人员数量之比为1∶0.4。护理人员编设不仅要考虑数量，而且要考虑人员群体的结构比例，要设置合理，包括护理人员的分类比例和质量比例，从事行政管理、教学科研、临床护理人员数量中所占的比例为分类比例，护理人员所具有的不同学历和专业职务所占的比例为质量比例。

4. 个人岗位对应原则

护理人员的个体素质包括个人的年龄、性格、智能、气质、价值观、工作动机、专业技术水平、工作经验等。这些因素不仅对部门的护理工作有直接影响，而且同个人素质各要素之间也存在一定的制约关系。管理者在分析个人特点与岗位要求的基础上实现个体与具体岗位的最佳组合，也是有效利用护理人力资源，调动护理人员工作积极性的配置原则之一。

二、护理管理岗位职责及任职资格

按照中华人民共和国卫生部等级医院标准要求，护理管理层次可以根据医院的规模设置两个或三个层次。我国的三级医院要求三级管理体系，即护理部主任或护理行政主管（Executive）、科护士长或管理协调者（Coordinator）、护士长或护士管理者（Nurse Manager），两级管理体制主要是护理部主任（或总护士长）—护士长两个层次。

成为护理管理人员的基本要求包括：必须有临床和管理经验，能全面地履行管理者角色所固有的责任。护理管理者掌握以下实践领域的知识和技能：组织中护理人员的行为基础、管理知识体系和管理程序、护理实践标准、临床护理工作指南、护理工作相关法律法规、护理常规和伦理、健康照顾经济、健康和公共卫生政策、关于护理服务的有关问题、护理服务和人员的评价和结果测评、财政管理基本知识等。

（一）护理部主任岗位职责及任职资格

1. 护理部主任职责

护理部主任的基本活动包括：规划、组织、人事、领导、合作、促进和评价。每一项活动都在营造和维持一个发展的环境，支持护理专业实践。在医院护理管理活动中，护理

部主任与所有相关的管理者合作，履行下述责任：以决策者角色参与医院的发展策略和远期规划的制定；在临床护理和护理管理的目标和方向中起领导作用；负责组织制定为完成临床护理和护理管理目标而设立的功能和程序；获取和分配与实现组织目标相关的护理人力、物力和财力资源；制定和评价护理服务标准和程序，推进护理服务预期目标的实现；运用评判性思维在护理组织中起领导作用；在护理人力资源的培养、使用和管理等方面起领导作用；确保对护理服务单元和护理整体服务质量进行连续的评价和改革；促进临床护理、健康管理和护理管理领域中科学研究的实施、总结和应用；作为护理专业角色模范和顾问，激励、培养、招收和保留未来的护理管理人才；作为改革者帮助所有护理人员理解变革的重要性、必要性、作用以及变革的过程。

2. 护理部主任任职资格

护理部主任任职基本条件包括：国家注册护士；护理专业学士或管理硕士学位；接受过管理方面专业知识和技能的培训和教育；10年以上护理工作经验；5年以上护理管理经验；良好的语言和书面沟通能力；出色的人际交往能力；高度的责任心和敬业精神；良好的组织才能；身心健康，满足岗位需要。

（二）科护士长岗位职责及任职资格

1. 科护士长职责

根据我国医院等级评审要求，三级以上医院均需要设置三级护理管理体制：护理部主任—科护士长—护士长。科护士长的工作职责和工作内容主要包括：信息管理，确保对医院信息处理的及时和准确，负责将医院及上级护理管理部门的宗旨、目标、规划转化为本部门护理人员的行动；负责所管辖科室的护理质量，参与护理部门临床护理质量的督察与评价、护理人力资源管理、病室环境管理、所管辖科室相关护理活动的组织、沟通与交流、积极参与各级护理专业活动，负责个人及管辖科室护理人员的专业发展、科室临床护理教学、意外事件和特殊任务的协调处理等。

2. 科护士长任职资格

科护士长的任职资格因医院要求和地区而异。建议任用的基本条件包括：国家注册护士；护理专业学士或硕士学位；接受过管理专业知识和技能培训；5年以上护理实践经验；至少3年以上护理管理经验；具有良好的沟通能力和人际关系能力；高度的责任心；良好的组织能力；身心健康，满足职位需要。

（三）护士长岗位职责及任职资格

1. 护士长职责

护士长对科室主任和护理部主任负责，管理一个或若干个护理单元。在小的医疗机构，护士长也可能负责管理整个部门和服务。为上级护理主管提供相关信息咨询，以作为决策参考依据，同时也将上级要求传达给下属。护士长协调本护理单元的有关工作，协调护士之间、护士与其他工作人员之间团结合作。护士长对本护理单元的护理工作目标、任务、计划和护理服务标准的实施负有主要的责任。护士长有责任保障良好的临床治疗和护

理环境，保证日常护理工作的正常运作。评价护理服务的质量和安全性；为下属提供工作指南并对下属的日常护理服务活动进行督导，以病人为中心，协调配合与其他健康专业人员的医疗服务；根据需要参与护理人员的招收、选拔和保留；负责本护理单元护理人员工作安排和排班；负责本护理单元的护理人员资格认证、培训、教育和继续专业发展；评价本护理单元护理人员的绩效和工作表现；参与所在单元成本监督管理；参与并带领本部门护理人员参与临床护理科研活动；参与护理教学和教学管理，为护理专业和其他专业的学生创造有益于教育的气氛。

2. 护士长任职资格

护士长的任职资格因医院要求和地区而异。基本条件包括：国家注册护士；护理专业学士或硕士学位；接受过管理专业知识和技能培训；5年以上护理实践经验；具备护理管理经验；具有良好的沟通能力和人际关系能力；高度的责任心；良好的组织能力；身心健康，满足职位需要。

三、护理人力资源分配

（一）护理人员排班的原则

1. 满足需求原则

满足需要是指各班次的护理人力在质量和数量上要能够完成所有当班护理活动，从整体角度满足病人需要。除了满足服务对象的需要外，从人性化管理和管理的服务观点出发，管理者在排班过程中不要忽略了值班护理人员的需求。护士长在具体安排时要注意考虑不同年龄段护理人员的特点和个人需求，在两者不发生冲突的情况下，护士长应做到合理调整和安排，尽量为下属提供方便。

2. 结构合理原则

科学合理地对各班次护理人员进行搭配是有效利用人力资源，保证临床护理质量的关键。护理人员合理搭配的基本要求是：基本做到各班次护理人员的专业能力和专科护理水平相对均衡，尽量缩小各班次护理人员在技术力量上的悬殊；保证每个护理班次都有能够处理临床护理疑难问题的资深护理人员，从而避免因人力安排不当出现的护理薄弱环节，保证各班护理质量。

3. 效率原则

护理管理者排班面临的另一挑战是在保证质量前提下，用尽可能少的人力成本，完成尽可能多的护理任务。在具体排班时，护士长应结合本护理单元每天护理工作量对护理人员进行合理组织和动态调整，护理人员调整参照指标包括病房当日实际开放床位数、病危人数、等级护理工作量、手术人数、治疗业务配合需求、当班护理人员实际工作能力等。有效的护理人力管理是在保证护理质量的前提下把人员的成本消耗控制在最低限度。

4. 公平原则

受到公平对待是每一个人的基本需求，也是成功管理的关键，在护理人员班次的安排上也不例外。护士长应根据护理工作需要，合理安排各班次和节假日值班护理人员，做

到一视同仁。是否受到公平对待对加强组织凝聚力、调动护理人员工作积极性具有直接影响，管理者应该重视。

5. 按职上岗原则

除上述原则外，护士长还应结合护理人员的专业技术职称进行工作安排。基本原则是：高年资护理人员承担专业技术强、难度大、疑难危重病人的护理工作；低年资护士承担常规和一般病人的护理工作。这样可以从职业成长和发展规律的角度保证护理人才培养和临床护理质量。

（二）护理人员排班方法

1. 周排班法

排班以周为周期的方法称为周排班法。一般由病房护士长根据病房护理工作情况进行安排。国内许多医院都采用周排班方法。周排班的特点是对护理人员的值班安排周期短，有一定灵活性，护士长可根据具体需要对护理人员进行动态调整，做到合理使用护理人力；一些不受护士欢迎的班次，如夜班、节假日班等可由护理人员轮流承担。但较为费时费力，较为频繁的班次轮转是周排班的局限。

2. 周期性排班法

周期排班又称为循环排班。一般以四周为一个排班周期，依次循环。其特点是排班模式相对固定，每位护士对自己未来较长时间的班次可以做到心中有数，从而提前做好个人安排，为满足护理工作的同时兼顾护士个人需要提供了方便。由于周期性排班可以为护士长节约大量排班时间，因此还具有排班省时省力的特点。这种排班方法适用于病房护理人员结构合理稳定，病人数量和危重程度变化不大的护理单元。国外许多医院采用周期性排班，以满足不同护理人员的需要。

3. 自我排班法

是一种班次固定，由护理人员根据个人需要选择具体工作班次的方法。这种排班方法适用于护理人员整体成熟度较高的护理单元，国外一些医院采用这种排班方法。自我排班能较好满足护理人员的个人需求，但也给管理者带来一些问题。因为一般情况下，多数护理人员更愿意上白班，不愿意节假日和晚上值班。这种情况需要由护士长做好协调工作。

第四节　护理人员绩效评价

绩效评价（Performance Appraisal）是组织采取特定的方法和工具对组织成员的工作效果进行考查评价的过程。由于护理人员工作行为和效果受诸多因素影响，使绩效评价工作的客观性、准确性、公正性等均增加了难度。如何科学有效地进行护理人员绩效评价并发挥绩效评价的作用，是新时期护理管理人员面临的挑战。

一、护理人员绩效评价的作用

（一）人事决策作用

医院护理人员的晋升晋级、培训、人事调整、奖惩、留用、解聘等护理人事管理决策都是以绩效评价结果为依据的。科学合理的绩效评价机制，有利于护理管理者对护理人员做出公正的评价，为医院和部门正确识别人才和合理使用护理人员提供了客观依据。

（二）诊断作用

绩效评价结果的分析能帮助护理管理人员确认护理人员的职业素质与护理岗位任职要求之间的差距。在掌握个人或护理单元绩效结果的基础上，管理者可利用决策树方法将护理人员存在绩效问题的原因进行分析归类，诊断导致绩效不良的主客观因素。问题诊断主要包括与绩效直接相关的组织因素、管理者因素、环境资源、部门管理因素、护理人员个人因素等几个方面，目的是寻求提高组织和个人绩效的措施和方法；促进绩效持续改进。

（三）激励作用

奖优罚劣是护理人员管理中起重要作用的激励和约束机制，对调动人员的积极性具有促进作用。绩效评价结果可以帮助护理管理人员确认护士对组织的贡献大小，以此作为组织奖惩决定的依据。对成绩优异的护理人员给予奖励，进行成就激励，使组织期望行为得到强化和巩固；对绩效低劣者进行批评惩罚，进行危机激励，促进不良工作表现的及时改进。

（四）教育和管理作用

绩效考核的教育作用是在绩效诊断的基础上确定培训需求，制定有针对性的培训计划，通过人员知识技能等相关培训，达到组织期望的绩效水平。绩效评价的主要目标是促进与维持组织成员绩效的高水平。绩效评价的管理是管理者结合岗位要求和个人特点，对绩效水平持续达不到组织要求的人员采取调整、培训、转岗、留聘等多种措施，以促进绩效改进的过程。

二、护理人员绩效评价的基本原则

护理人员绩效评价需要获得的信息包括：被评价人员在工作中取得了哪些成果；取得这些成果的组织成本投入是多少；取得这些成果对组织的经济收益及社会收益带来多大影响。换言之，就是考核和评价护理人员工作的效果、效率、效益。在进行护理人员绩效评价时应遵循以下基本原则。

（一）评价标准基于工作的原则

护士绩效考评标准应根据工作岗位内容来建立，而不是根据完成这项工作的人来建立。用以评价护理人员业绩的标准必须与其工作相关，否则评价将失去意义。制定标准的依据是具体的岗位职责。如一般护士、护士长、护理部主任的岗位职责在内容上有不同要求，其评价指标就应当有所区别。另一点值得注意的是，制定评价标准时应尽量使用可衡量的描述，以便提高评价标准的可操作性。

（二）评价标准公开化原则

建立的护理人员工作评价标准应尽量具有客观性，经有关专业人员审定后应在事前公之于众，使护理人员明确知道组织对其的期望行为和业绩水准，从而定准自己努力的方向。如果护理人员对绩效考评标准了解不够，则在工作中不能确定努力方向，从而影响工作绩效。同样，使用护理人员一无所知的标准来衡量他们的工作成果也达不到绩效评价的目的。

（三）评价标准化原则

绩效评价的标准化有几层含义：①是指对同一负责人领导下从事同种工作的人员来说，应使用同一评价方法对其工作进行评价。②评价的间隔时间应该是基本相同的。虽然目前年度评价是最为普遍的间隔时间，但世界上许多具有创新观念的企业所进行的评价更为频繁。③定期安排所有人员的评价反馈会议和评价面谈时间。④提供正式的评价文字资料，被评价人应在评价结果上签字。

（四）评价激励原则

绩效评价的目的是激励下属更加努力工作，而不是让组织成员丧失工作热情。对工作出色的护理人员要进行肯定奖励，实行成就激励，以巩固和维持组织期望的业绩；对工作表现不符合组织要求的护理人员要给予适当批评教育或惩罚，帮助其找出差距，建立危机意识，促进工作改进。通过绩效评价结果比较，使护理人员之间拉出区别距离，以此作为医院人事或管理部门使用、晋升、奖惩、培训的依据。

（五）评价结果公开化原则

大多数护理人员都渴望知道自己的业绩如何以及组织对自己工作的评价。好的评价体系会随时保持向护理人员提供持续性的反馈，以帮助他们把工作做得更好。从提高护理人员的业绩的观点看，不公布评价结果不利于工作持续改进。护理人员不明组织对自己工作的评价结果，就可能影响对工作的投入程度，最终影响医院和部门的工作效率。允许护理人员询问评价结果，也就是允许他们发现任何可能或已经出现的错误。

（六）评价面谈原则

评价面谈为管理者和下属双方提供了一个交流思想的极好机会，无论护理管理人员工作多么繁忙，都必须进行绩效评价面谈，面谈对护理人员本身的发展也是极为重要的。评价面谈一般包括三方面内容：讨论被考评人的工作业绩；帮助被评人确定改进工作的目标；提出实现这些目标所采取措施的建议。评价面谈一般安排在评价期结束后不久进行。

有效评价面谈的基本原则包括：建立和维护彼此信任；明确说明面谈目的；鼓励下属说话；管理者认真倾听下属陈述；沟通过程优缺点并重，避免对立和冲突；面谈焦点集中在绩效及工作方面，而不是被评价人的性格特征方面；当面谈目的达到或交谈状况不利继续时，应适时终止面谈；谈话重点侧重于未来而不是过去；以积极的方式结束面谈。

三、护理人员绩效评价工具及评价责任

（一）绩效评价工具

护理人员绩效评价方法的选择取决于绩效考评目的。为了达到评价目的，评价方法必须具备可靠性和有效性。选择评价方法主要考虑的因素包括：体现组织目标和评价目的；评价能对护理人员的工作起到积极正面引导作用和激励作用；使用的评价方法能客观真实的评价护理人员的工作；评价方法简单有效易于操作；评价方法节约成本。目前运用的绩效评价方法较多，下面分别介绍。

1. 绩效评价表

绩效评价表（Rating Scales Method）是一种根据限定因素对员工表现进行考核的工作效果衡量方法。其具体操作是根据评定表上所列出的指标（评价要素），对照被评价人的具体工作进行判断并记录。

护理人员所选择的指标一般具有两种类型：一是与工作相关的指标，如工作质量、工作数量；二是与个人特征相关的指标，如积极性、主动性、适应能力、合作精神等。除了设计评价指标外，还应对每一项指标给出不同的等级，评价者通过指明最能描述被评价人及其业绩的各种指标比重来完成评价工作。对各项指标和等级定义得越确切，其评价结果就会越完善可靠。当每一个评价者对每个指标和等级都按同样的方法解释时，就会取得整个组织评价的一致性。

2. 排序法

排序法（Ranking Method）是评价者把同一部门或小组内的所有人员按照总业绩的顺序排列起来进行比较的评价方法。如病房里绩效最好成绩的护士排在最前面，最差的排在最后面。排序评价法的特点是简单、省时、省力、便于操作。其主要局限是当护士业绩水平相近时难以进行排序。平行比较法（Paired Comparison）是排序法的一种演变。这种方法是将每个成员的绩效与团队中其他成员的绩效进行比较，这种比较常基于一个单一的标准，如总绩效。在所有比较人员中获得对比结果最多的员工被排列在最高的位置。

3. 比例分布法

比例分布法（Distribution Method）是将工作单元或小组的所有人员分配到一种近似于正态频率分布的有限数量的类型中去的一种评价方法。如将一个病房中最好的5%的护士放在优秀等级组中，其次20%的护士放在良好等级的小组中，再次之的50%放在中间的平均水平等级组中，再次的20%放在低于平均水平等级组中，剩下的5%在最低的等级组中。比例分布法基于一个有争议的假设，即所有组织和部门中都有优秀、良好、一般、合格、较差表现的员工分布。

4. 描述法

描述法（Essay Method）是评价者用陈述性文字对组织人员的能力、工作态度、业绩状况、优势和不足、培训需求等方面做出评价的方法。这种方法侧重于描述组织成员在工作中的突出行为，而不是日常业绩。使用这种方法与评价者的写作技巧和能力关系较大。描

述法由于没有统一的标准，在进行护理人员之间的评价比较时有一定难度，使用时应视评价目的和用途结合其他方法。但一些管理者认为，描述法不仅是最简单的评价方法，而且是对员工评价的最好方法。

5. 关键事件法

关键事件法（Critical Incident Method）是将被评价人员在工作中的有效行为和无效或错误行为记录下来作为评价依据的方法。当护士的某种行为对部门或组织的工作和效益产生无论是积极还是消极的重大影响时，护理管理人员应当及时把它记录下来，这样的事件称为关键事件。使用这种方法进行的绩效评价应贯穿于整个评价阶段，而不仅仅集中在工作的最后几周或几个月里。在绩效评价后期，评价者应综合这些记录和其他资料对护士业绩进行全面评价。

6. 目标管理法

目标管理（Management By Objective）评价重视成员对组织或部门的个人贡献，是一种有效评价员工业绩的方法。运用目标管理评价可以将评价关注的重点从护理人员的工作态度转移到工作业绩方面，评价人的作用则从传统评价法的公断人转变为工作顾问和促进者；被评价护理人员在评价中的作用也从消极的旁观者转变成积极的参与者。护理绩效目标管理过程是护理人员同自己的直接主管（如护士长）一起建立绩效目标，但在如何达到目标方面，护士长会给予护理人员一定的自由度。参与目标的建立使护理人员成为过程的一部分，这种目标责任的增加强化了成员实现目标的可能性。

7. 360度绩效评价方法

360度绩效评价（360-degree Feedback）又称为全视角评价（Full-circle Appraisal），是由被评价者的上级、同事、下级和（或）客户（包括内部和外部客户）以及被评价者本人从多个角度对被评价者工作业绩进行的全方位衡量并反馈的方法。由于此种评价方法强调反馈，以达到促进行为改进提高绩效的目的，因此360度绩效评价法又称为360度绩效反馈评价、全方位反馈评价或多源反馈评价。360度绩效评价的出发点是扩大评价者的范围和类型，从不同层次的人员中收集关于被评价者的绩效信息，集中各种评价者的优势，多视角对组织成员进行综合客观评价，使评价结果公正全面。360度绩效评价与传统自上而下评价的本质区别是信息来源具有多样性，由此保证了评价的准确性、客观性。

（二）绩效评价责任

1. 直接领导评价

护士绩效评价责任应该由那些能直接观察到护士工作业绩的人员来承担，护士的绩效评价一般由所在护理单元的护士长进行。理由是：直接主管——护士长对自己所辖的护理单位负有管理责任，通常处于最有利的地位观察其下属的工作表现和业绩。如果将评价自己下属的任务完全交给其他人，护士长的威信有可能会受到削弱。直接领导评价的局限性是：一是管理者在评价下属绩效时会强调业绩的某一方面，而忽略其他方面；另外，管理者操纵评价，对下属的奖酬分配、加薪、晋升等决策带来影响的现象也时有发生。为了保证评价工作的可靠性和连贯性，护士长和参与评价的人员应接受必要的培训。

2. 同行评价

长期以来，同行评价的形式在许多组织的员工绩效评价中广泛使用。有关专家认为，如果在一个长时期内工作小组的成员比较稳定，并且共同完成需要相互配合影响的工作任务，那么同行评价的方法是可行的。护理同行评价的优点是：同工作部门的护理人员比其他人对彼此的业绩都更为了解，能较为准确的做出评价；来自本部管理同行适当的压力对护理人员自身的工作来说是一个积极的促进因素。同行评价反映的是众多人的观点，而不是某一个人的观点，相对来说较为客观。同行评价的局限是：在实施评价前需要进行必要的培训，以保证评价质量。

3. 下属评价

一些管理者认为，由直接下属对管理者的业绩进行评价的形式是可行的。其理由是：直接下属处于一个很有利的位置来观察自己领导的管理效果，如果管理者重视达到岗位职责的要求，会尽力将管理工作做得更好。反对下属评价的观点是：管理者会人为地采取一些行为以获得好的评价结果，而下属则会担心实事求是的评价会遭到报复。如果使用下属评价的话，则对评价人的姓名进行保密就十分必要。但这一点有时很难做到。

4. 组合评价

上述介绍的绩效评价形式并不是相互排斥的。事实上许多组织都是采用多种评价方式的组合，包括组织外部的服务对象的评价。事实证明，多种评价方式的组合可提高绩效评价结果的可靠性和有效性，从而使评价工作更具有实质意义。多重方式评价较之单一的评价会花费较多的时间和经费，管理者应根据单位的具体情况选用评价方式。但无论怎样，员工的绩效评价是任何组织都必不可少的管理环节。同时，在评价系统中，评价培训和参与者之间的信任是保证评价工作卓有成效的关键。

四、绩效评价程序

绩效考评是一个系统的过程。一个有效的绩效评价系统一般由三部分组成：确定绩效标准，即界定绩效的具体考核指标以及各指标的内容和权重；评价绩效，即制定出有效的、可操作性强的考评方案并实施的过程；反馈绩效，即部门或管理人员与被考评者沟通和应用绩效考评结果的过程。

（一）确定绩效标准

护理人员的绩效评价必须与某一个固定的标准相比较才可能得出较公正的结果。护士的工作标准越明确，绩效评价的结果才越有效。评价标准要以具体岗位描述为依据，结合考核目的和要求综合制定。绩效评价的标准一般包括两类基本内容，一方面，应明确被评价者应该做什么，这类指标包括：工作职责、工作的质和量以及一些相关指标。另一方面，明确被评价者做到什么程度，其相应的指标有具体的工作要求和工作表现标准。由于各项评价指标对工作的影响存在程度上的差异，因此，应给予每项岗位职务的各项评价指标不同的权重数，以反映各个工作要素的相对重要程度。

（二）评价绩效

实施绩效评价是组织绩效评价的关键环节，主要活动包括：制定绩效评价实施计划，落实评价人员、确定评价对象和时间；比较选择科学实用、操作性强的评价工具；将被评价对象如护理人员或护理管理人员的实际工作表现与所制定标准进行比较；评价信息的收集、处理、分析、综合总结并将评价结果向相关领导和部门报告等。绩效评价不是完成一朝一夕的工作任务，而是一项长期复杂的工作过程。管理者对护理人员的绩效评价应注重将定期正式的综合评价、部门的过程或阶段性评价与经常性的日常工作表现等几方面结合起来，强调平时护理活动中护理人员在工作中的自我约束和规范，从而更准确、客观、公正地评价每一个护理人员。

（三）反馈绩效

一旦绩效评价工作结束，对管理人员来说，重要的工作就是将人员的整体评价结果提供给人力资源部门以作为组织认识决策的依据，同时将个人的评价结果告诉被评价者本人。反馈绩效的目的是让被考评护士了解自己的工作情况，促进管理者与护士一起分析工作中存在的不足以及确定改进措施。由于评价反馈时管理者必须传递表扬和建设性批评两方面的信息，这对护理管理人员和护士来说都是一个考验。因为信息反馈方式不当或提法不妥，都将会给被评价者带来消极的影响，对今后的工作极为不利。管理者的重点是既强调护士工作表现中的积极方面，又必须就护士在工作中需要改进的方面进行讨论，并共同制定改进计划，以提高今后的工作绩效。

第五节　护理人员培训

组织的竞争就是人才的竞争。护理人员的培训是组织和部门优化护理人力资源结构，激发护理人力资源潜力，提高人力资源使用效率的有效措施。培训是指组织有计划、有组织地对组织成员实施的系统学习和开发潜力的行为过程。

一、护理人员培训的目的及功能

（一）护理人员培训的目的

对护理人员进行培训教育的主要目的是：帮助护理人员适应组织内外环境的变化、满足市场人才竞争和护士自身发展的需要、提高部门和组织效率、建立医院组织文化。通过培训使护士在知识、技能、能力和态度四个方面得到提高，保证护理人员有能力按照工作岗位要求的标准完成所承担或将要承担的工作和任务。护理人员培训还是医院创造护士群体智力资本的重要途径，培训可以使护理人员具有不断学习的能力，学会在工作环境中知识共享，并运用所掌握的知识和技能优化护理服务过程。培训目标的建立一般围绕以下几

方面进行：通过培训，使护理人员在工作数量上和工作质量上得以提高；使护理服务工作得到不断改善；使服务成本消耗不断降低。

（二）护理人员培训的功能

护理人员的培训在医院和组织中发挥下列功能：帮助护理人员掌握工作所需要的基本方法；帮助新上岗护理人员尽快进入所承担的工作角色，使护理工作更富有成效；帮助护理人员了解组织和护理工作的宗旨、价值观和发展目标；改善护理人员的工作态度，强化护理人员的职业素质；提高护理人员的工作效率；提高和增进护理人员对组织的认同感和归属感；协助护理人员结合个人特点制定职业生涯发展规划，使护理人员在完成组织任务的同时个人素质不断提高，个人潜能得到最大限度发展。

二、护理人员培训的原则

（一）按需施教，学用一致原则

护理人员培训要从护理人员的知识结构、能力结构、年龄情况和岗位的实际需要出发，注重将培训结果向生产力转化的实际效果。培训结果要能够促进组织、部门和护理人员的竞争优势的发挥和保持，使人员的职业素质和工作效率得到不断的提高，使组织培训效益达到最大化。

（二）与组织战略发展相适应原则

护理人员培训首先要从组织的发展战略出发，结合医疗组织和部门的发展目标进行培训内容、培训模式、培训对象、培训规模、培训时间等综合方案的设计，以达到培训为组织发展服务、培训促进组织战略目标实现的目的。

（三）综合素质与专业素质培训相结合原则

护理人员培训除了要注意与护理岗位职责衔接，提高护理人员专业素质外，还应包括组织文化建设的内容，使护理人员从工作态度、文化知识、理想、信念、价值观、人生观等方面符合组织文化要求。帮助护理人员在提高职业素质的同时，完成在组织中的社会化过程。

（四）重点培训和全员培训相结合原则

医院的培训需要投入成本，因此，培训工作必须要有侧重点，这个重点就是首先对医院护理工作的发展影响力大的护理技术骨干力量，特别是护理管理人员进行培训。另外，组织中的每一个护理人员都有接受培训和教育的权利，管理者在制定培训计划时既要注意对组织中的骨干进行培训提高，同时又不要忽略护理队伍整体素质的提高，做到全员培训。

（五）长期性与急用性相结合的原则

科学技术发展的日新月异要求组织对人员的培训必须坚持长期性原则。护理人员只有不断学习，不断接受新的知识和信息才能保持自己的专业能力适应发展要求；另外，护理人员培训目的是为了更好地完成本职工作，如果岗位职责和工作内容发生变化，就应该及时针对岗位需要增加急需的知识和技能，满足组织和部门新业务、新技术、改革项目等对

人员素质的基本要求。

三、护理人员培训程序

护理人员培训程序分为确认培训需求、制定和实施培训计划和培训评价。

（一）确认培训需求

确认培训需求的主要任务是了解培训对象的特点，进行培训需求分析。为了制定一个行之有效的培训计划，了解受训护士的个人需求和岗位要求特点是培训成功的第一步。护理人员培训需求分析可从医院发展、工作岗位以及护理人员个人三个方面进行，以保证组织提供的培训与护理人员工作和个人发展需要直接相关。如新进护士、资深护士、临床护理教师、护士长等岗位职责不同，培训需求的侧重点也就有所不同。护理人员学习需求分析主要内容有：回顾具体护理岗位的职责和绩效期望；确定目前和将来岗位需要的知识和技能的类别；确定护士在知识和技能方面与岗位要求之间存在的差距等。对护理管理部门而言，护理人员的培训需求分析既是确定培训目标、制定培训计划的依据，也是进行培训效率评价的基础。

（二）制订和实施培训计划

在确认培训需求的基础上，培训者要根据目标制定出有针对性的培训计划。培训计划应包括培训的组织管理人员、受训对象、培训内容和方式、培训师资、执行培训的具体时间地点、培训资料选择、培训考核方式、培训费用预算等内容。

培训实施就是落实培训计划，并在执行过程中根据实际情况进行必要调整。护理人员培训面临的最重要的任务是确保受训护理人员能够把学到的知识和技能应用于护理工作，解决实际问题，提高工作效率。因此，在执行培训计划时要注重实现预期的培训效果。选择培训内容和培训方式是制定计划的关键。如果是帮助新护士掌握静脉穿刺技术，培训者就可通过采用在岗技术操作培训步骤，获得较满意的效果。如果需要提高护理管理人员的管理技能，那么培训的内容和方式的选择就比单纯的操作技能培训复杂得多。因为管理技能涉及的范围较广，很难同时对不同的管理人员进行同样内容的培训，这就要求培训者采用综合培训的方法实现培训目标。如课堂培训、自学、角色扮演、经验交流、培训者指导、案例学习等，通过多种形式获得期望效果。

在培训过程中，不仅要给护理人员充分的时间讨论如何运用新知识和技能，还要留有时间让他们做有针对性的练习，以保证学以致用。另一个保证因素是护理主管人员的参与，他们必须了解培训的内容和要求，以保证在培训前后给予护理人员必要的支持和帮助。培训结束时，通过组织学员的讨论或学习反思，帮助学员制定如何在实际工作中运用新知识新技能的行动计划，保证培训内容和工作能力提高的紧密结合。

（三）培训评价

培训评价是保证培训有效性的重要环节，主要活动包括培训过程监控、培训环节和培训效果评价、培训投入成本与培训产出的效益评价。培训评价以培训目标为依据，并尽

量采用一些可衡量的指标或行为改变来进行评价。评估培训效果有多种方式，常用的方法有：用书面评估表来评价课堂理论培训效果，这种评估能够通过对受培训人员的态度、认知、行为等方面信息的了解，提供有关培训内容、方法及效果的反馈意见，但对新技能和新知识在实际工作中的应用程度评估意义不大。对技能培训的效果评价可在培训2~3个月后在实际工作环节中针对受训人员的行为进行追踪评估。其他可采用的评价方法有：以讨论的形式让护理人员自己讲述学习收获和对培训的合理化建议；学习后测验；让护理人员自己定出行动计划，用行动证明学习结果；观察受训护理人员的工作情况以及在实际工作中使用新知识和技能的情况；比较护理人员培训前后的工作表现；了解护士在工作中发生什么样的变化；培训后护士能掌握的专业技术等。识别培训带来的一些可测量变化，包括新技术新业务开展率、操作合格率、差错减少率、病人满意率、成本消耗下降率等。培训目标越具体，测量培训效果就越具有操作性。

四、护理人员培训教育形式和方法

（一）培训形式

1. 脱产培训

脱产培训是一种较正规的人员培训，根据医院护理工作的实际需要选派不同层次有培养前途的护理骨干，集中时间离开工作岗位，到专门的学校、研究机构或其他培训机构进行学习。这种培训有一定深度，并较系统，但培训成本高。

2. 在职培训

护士在日常护理工作中一边工作一边学习的过程。操作技能培训是在职培训的主要内容之一。护理操作培训主要包括以下步骤：解释操作程序；示范操作程序；让初学者提问，并回答他们提出的问题；让学习者自己动手操作；给操作者反馈并提供必要的练习机会。这种培训方法多为导师制。导师制是指由处于职业生涯的成熟期的高年资护士指导处于职业起点护士的一种工作支持和帮助的教育培养过程。这种指导关系不仅体现在操作技能方面对低年资护士进行帮助，同时，对价值观的形成、人际关系的建立、合作精神等方面都有责任进行指导。这是一种有经验的护士向缺乏经验的护士传送知识和技能的过程。这种在职培训不仅使缺乏工作经验的护士受益，还可以使处于指导地位的高年资护士从别人分享他的成功经验中得到满足。

此外，护士工作岗位轮转也是在职培训的主要方式。通过岗位轮转，使护理人员在工作经历方面积累更多的临床护理经验，拓宽专业知识和技能，增强解决临床护理问题的能力，使其胜任多方面的工作，并为今后的职业发展打下良好的专业基础。也为在组织内形成护理人才的合理流动，更加有效地安排护理人力资源创造了条件。

3. 岗前培训

岗前培训又称定位（Orientation）教育，是使新员工熟悉组织、适应环境和岗位的过程。对刚进入工作单位的护士来说，最重要的是学会如何去做自己的工作，保持与自己角色相适应的行为方式。护士岗前教育就是帮助新护士放弃自己与组织要求不相适应的理念、价值观和行为方式，以便尽快适应新组织的要求，学习新的工作准则和有效的工作方

法。首先，要使新到护士在和谐的气氛中融入工作环境，为其今后有效工作打下良好的基础。其次，要使护士了解医院的组织文化、经营思想和发展目标；帮助护士熟悉胜任工作的必要知识技能和职业道德规范，了解医院和护理系统的有关政策、规章制度和运转程序，熟悉岗位职责和工作环境。岗前教育是为护士开始一项新工作提供帮助，以后的职业培训则是满足护士继续发展的需要。

4. 护理管理人员的培训

管理人员对组织生存发展具有重要意义。对管理人员的培训和提高是组织进行有效管理的关键环节。护理管理人员培训的重点内容包括管理理论，管理技能以及与管理岗位相关的知识和技能如基本的计算机能力、交流能力、监控能力、相应知识和技术能力、新方法、顾客服务关系、个人发展等。护理管理人才培训的主要目的是向管理人员提供管理岗位所需要的知识和技能，使管理人员的管理能力得以不断提高。虽然医院的培训提供了护理管理岗位需要的关键知识和能力，但培训目标的实现离不开每一位管理者的个人努力。护理管理人才的培养是一个长期、有计划的工作过程，不可能在短期内完成。

（二）培训方法

护理人员培训方法多种多样，培训人员应根据医院的自身条件要求等因素进行选择。常用的培训方法有以下几种：

1. 讲授法

是一种以教师讲解为主，学习对象接受为辅的传统知识传授方法。这种方法的优点是有利于受训人员较系统地接受新知识，利于教学人员控制学习进度，通过教学人员的讲解可帮助学员理解有一定难度的内容，可同时对数量较多的人员进行培训。这种方法的局限性是讲授的内容具有强制性，受训人员不能自主选择学习内容；学习效果容易受教师讲授水平的影响，没有反馈，受训人员之间不能讨论等。

2. 演示法

是借助实物和教具通过实际示范，使受训者了解某种工作是如何完成的一种教学方法，如六步洗手法演示、胰岛素注射程序演示、监护仪的使用演示等。演示法的主要优点有：感官性强，能激发学习者的学习兴趣；有利于加深对学习内容的理解，效果明显。局限：适应范围有限，准备工作较费时。

3. 讨论法

是一种通过受训人员之间的讨论来加深学员对知识的理解、掌握和应用，并能解决疑难问题的培训方法。优点：参与性强，受训者能够提出问题，表达个人感受和意见；集思广益，受训者之间能取长补短，利于知识和经验交流；促使受训者积极思考，利于能力锻炼和培养。局限：讨论题目的选择和受训者自身的水平将直接影响培训效果，不利于学员系统掌握知识，有时讨论场面不能很好控制。

4. 视听和多媒体教学法、角色扮演、案例学习等教学方法

这些方法均可选择性地运用于护理人员的培训教育。计算机网络技术的发展、远程教育手段等新教育技术为护理人员的培训提高提供了更加广阔的前景。

第六章 领 导

第一节 领导概述

领导职能是关于组织中人的问题的基本职能。它是一门非常奥妙的艺术，所谓管理的艺术性主要体现在该职能中，它贯穿在整个管理活动中。

一、领导和领导者的概念

领导（Leadership）是指管理者通过影响下属达到实现组织和集体目标的行为过程。此定义说明了领导的三个属性：①领导是一种过程，而不是某一个体；②领导的本质是人际影响，即领导者拥有影响被领导者的能力或力量；③领导的目的是群体或组织目标的实现。领导职能的内容就是管理者通过自己的指令和行为，使下属心甘情愿地为组织目标而奋斗。领导是一种人际交往的过程，因此领导者在引导下属实现组织目标的同时，要注意满足下属的需要，并为他们提供施展才华的机会，这也是有效领导的关键之一。领导者（Leader）是一种社会角色，特指领导活动的行为主体，即能实现领导过程的人。

管理学大师彼得·德鲁克（Peter F. Drucker）在为《未来领导者》一书所写的序言中，把对领导及领导者的看法归纳为以下几点：

（1）领导者的唯一定义是：一个拥有跟随者的人。有些人是思想家，有些人是预言家。两种人都重要，都为社会所急需。但是，如果没有跟随者，就不可能成为领导者。

（2）有效的领导者并不一定是一个深受爱戴的人。他或她是一个拥有能正确做事的跟随者的人。受欢迎程度并不代表领导力。

（3）领导者经常露面。他们因此树立榜样。

（4）领导不是等级、特权、名誉或金钱。它是一种责任。

二、领导与管理

人们往往把领导和管理看作一回事，看起来似乎的确如此，即最有效的管理者几乎

肯定是一位有效的领导者，同时领导工作也是管理者的根本任务，但实质上两者是有区别的。

从本质上说，管理是建立在合法的、有报酬的和强制性权力基础上的对下属命令的行为，下属必须遵循管理者的命令。领导则不同，领导作为一种影响别人的能力，虽然是来自于职位赋予领导者的合法权力，但更多的是来自于个人影响力。这是与个人的品质和专长有关而与职位无关的。

管理和领导构成同一过程中既相互区别又相互补充的两个体系，它们各自有自身的功能和特点，同时又是组织取得成功必不可缺少的组成部分。

三、领导者与管理者

从事管理性工作的人就是管理者，从事领导性工作的人就是领导者。一个人可能既是管理者，又是领导者，但有的管理者不一定是个领导者，有的领导者也不一定是个管理者。

领导的本质就是被领导者的追随和服从，它不是由组织赋予的职位和权力所决定的，而是取决于追随者的意愿。因此，那些没有部下追随的管理者，也就不是真正意义上的领导者。

因此，领导者不一定是管理者，但每一位管理者都应努力把自己塑造成为一个有效的领导者。

四、领导的作用

领导在指挥、带领、引导、鼓励和影响组织中个体和群体，为实现组织目标而努力的过程中，发挥以下几种作用。

（一）指挥

指挥是组织中领导者的一项基本工作。实现正确指挥，领导者必须用好手中的权力。要大胆谨慎，坚持原则；要善于学习，建立威信，创出成绩，使指挥有权威；在指挥过程中要敢于争取、敢于取胜，使指挥有魄力；要善于听取他人意见，多谋善断，使指挥正确。

（二）协调

领导者在引导组织成员达到共同目标的过程中，把组织内人员的利益融合在一起，使组织内部建立合作的人际环境。协调需要遵守的原则有：及时性原则，即发现问题和矛盾及时解决；关键性原则，即抓住重大和根本问题，标本兼治；激励性原则，即合理使用激励手段，预防问题发生；沟通和信息传递原则，即及时准确全面地传递信息，促使沟通建立。

（三）沟通

有效的领导可以促使员工积极交流思想和信息，使员工的分歧趋于一致，增强组织的凝聚力，提高组织工作效率。

（四）激励

领导的一个职能就是领导者充分了解员工的需要，有针对性地为他们解决困难，满足他们的需要，激发和鼓舞员工的工作热情，调动工作积极性。

五、领导者的权力和影响力

领导者重要的任务是“影响”个体或群体的行为。所谓影响力（Power）是指一个人在与他人交往中，影响和改变他人心理行为的能力。影响力的基础是指挥下级的权和促使下级服从的力，其来源主要有两个方面：一是来自职位的权力，这种权力因领导者处于组织中的某一管理层次，而由上级和组织赋予，并随着职位的变动而变动，人在职位则有此权力，不在职位则无此权力。一般出于压力和习惯，人们不得不服从这种职位权力。二是来自个人的权力。这种权力是因自身的某些特殊条件才具有的。

（一）领导者的权力

1. 职位权力（Authority）

职位权力是指由于工作职位带来的权力。包括以下三类：

（1）合法权力（Legitimate Authority）：是根据个人在组织中所处的职位而被正式授予的权力，其内容包括任命权、罢免权等。其形式具有非人格性、制度性特征。合法权通常具有明确的隶属关系，从而形成组织内部的权力等级关系。

（2）奖赏权力（Reward Authority）：是对依照其命令行事的作用对象拥有分配价值资源的权力。奖赏权的实施方式包括物质性奖赏和非物质性奖赏，主要包括提薪、发奖、晋级、表扬等。

（3）强制权力（Coercive Authority）：是建立在惧怕基础上的，对不服从要求或命令的人进行惩罚的权力。组织中强制权的实施手段主要有批评、训斥、分配不称心工作、降薪、解聘等。

2. 个人权力（Private Authority）

个人权力是指源于个人特征的权力，包括以下两类：

（1）专家权力（Expert Authority）：是指由于具有他人承认的知识、技能而产生的权力。下属听从有专家权力的上级的意见是因为他确信这些意见将有助于更好地完成任务。

（2）参照权力（Referent Authority）：又称模范权，是指由于具有他人喜欢、仰慕的人格特征而产生的力量。下属听从有参照权的上级的指示是因为对领导者高度的认可，愿意学习、模仿他的言行，借以满足个人的需要。

（二）领导者影响力

领导者的影响力根据其性质可以分为权力性影响力和非权力性影响力。与职位权力有关的影响力属于权力性影响力，与个人权力有关的影响力属于非权力性影响力。

1. 权力性影响力（Authority Power）

权力性影响力是指领导者运用上级授予的权力强制下属服从的一种能力。这种由外界赋予领导者的影响力对被领导者具有强迫性和不可抗拒性。如护士长安排某护士临时顶替他人值夜班，尽管该护士内心极不情愿，但行动上也只能服从安排，这是由权力性影响力的强迫性和不可抗拒性决定的。这种影响力主要由以下三种因素构成：

（1）职位因素：处于某一职位的领导者由于组织授权，使其具有强制下级的力量。领导者的职位越高，权力越大，下属对他的敬畏感就越强，其影响力也越大。如护理部主任的影响力要比科护士长的影响力大，科护士长的影响力要比护士长的影响力大。由职位因素而获得的影响力是组织赋予领导者的力量，任何人只要处于领导职位，都能获得相应的影响力。

（2）传统因素：指长期以来人们对领导者所形成的一种历史观念，认为领导者不同于普通人，他们有权、有才干，比普通人强，从而使人们产生了对他们的服从感。这些观念逐步成为某种社会规范，不同程度地影响着人们的思想和行为。这种影响力在领导者还没有确定之前就已经存在了，只要成为一个领导者就自然地获得了这种影响力。

（3）资历因素：资历指领导者的资格和经历。资历的深浅在一定程度上决定着领导者的影响力。如一位有多年工作经验的护士长在一线管理职位上资历较深，往往使人产生一种敬重感，他的言行容易使下属从心理上信服，其影响力也比新任护士长的要大。

这三种因素构成的权力性影响力，其核心是权力的拥有。其特点是：对他人的影响带有强制性，以外推力的形式发挥作用。在这种影响力作用下，被影响者的心理与行为主要表现为被动服从。因此，权力性影响力对下属的心理和行为的影响是一种外在的因素，其影响程度是有限的。

2. 非权力性影响力

非权力性影响力是指由领导者自身素质和现实行为形成的自然性影响力。它既没有正式规定，也没有合法权力形式的命令与服从的约束力。在它的作用下，被影响者更多地表现为顺从和依赖。这种影响力由以下四种因素构成：

（1）品格因素：一个人的品德主要包括道德、品行、修养、个性特征、工作生活作风等方面。领导者的品格反映在他的一切言行中。高尚的道德品质会使领导者有较大的感召力和吸引力，使下属产生敬爱感。通常说的“榜样的力量是无穷的”，其中的道理就在于此。有经验的护士长往往也会注意，要求护士做到一分，自己就要做到十分。无论职位多高，如果道德品质得不到下属的认可，其影响力的大小将会大打折扣。因此，各级护理领导者要注重自身道德品格方面的修养。

（2）能力因素：领导者的能力主要反映在工作成效和解决实际问题的有效性方面。一个才能出众的领导者，不仅为成功达到组织目标提供了重要保证，还能增强下属达到目标的信心，使下属产生敬佩感，从而自觉接受领导者的影响。

（3）知识因素：知识就是力量。丰富的知识、扎实而先进的技术为实现组织目标提供了保证。一个人掌握的知识越丰富，对下属产生的影响力就越大，更容易使下属产生信赖感。例如，一位护士长在病房的护理管理活动中，会遇到许多问题，有行政管理方面的，

也有业务技术方面的，有病房内部的，也有病房外部的。如果她拥有丰富的业务知识和正确处理问题的能力，使下属基本满意或十分满意，那么她在下属中就具有较强的影响力。这种影响力赋予了护士长一种威信，依靠这种威信，在行使护士长职权时就有协同作用，大大提高工作效能。所以，提高业务知识和能力是提高医院中护理领导者影响力的有效途径。相反，知识面狭窄的领导者工作上缺少与人交流的平台，其影响力也会大大降低。

（4）感情因素：感情是指人们对外界事物的心理反应。如果领导者和蔼可亲、平易近人，体贴关心下属，与下属的关系融洽，就能使下属产生亲切感，与其心心相印，甘愿与之一起为组织目标而奋斗。与下属有良好感情关系的领导者，其影响力不是来自强制因素，而是来自下属一种发自内心的服从和接受。相反，如果领导者与下属的关系紧张，就会拉大双方的心理距离，降低领导者的影响力。

非权力性影响力具有以下特征：对他人的影响不带有强制性，无约束力。这种影响力以内在感染的形式潜在地发挥作用。被影响者的心理和行为表现为主动随从和自觉服从。

在领导者的影响力中，非权力性影响力占主导地位，起决定性作用。非权力性影响力制约着权力性影响力。当领导者的非权力性影响力较大，他的权力性影响力也会随之增强。因此，提高领导者影响力的关键在于不断提高其非权力性影响力。

第二节 领导理论

西方行为学家和心理学家十分重视对领导理论的研究，从20世纪40年代起，学者们从领导者的特征入手，对领导的行为和领导环境因素等方面作了大量的研究，试图找出有效领导的途径。领导理论按照其发展阶段大致分成三种：特征领导理论、行为领导理论和权变领导理论。

一、特征领导理论

早期领导理论的研究主要集中于领导者的个人特征上。一些人认为领导者的特征是与生俱来的。起初人们试图找出“伟人”具有的特征，从身体、能力、个性、社会多个方面进行了研究，即特征理论（Trait theory）。目的是希望能制定出一种有效领导者的特征标准，以此作为选拔领导者和预测领导有效性的依据。其中较为经典的研究有以下几个。

（一）吉塞利的领导品质论

美国心理学家吉塞利（E. Ghiselli）对领导的研究历时20多年，通过对美国具有代表性的306位中级管理人员进行研究来确定领导者的素质特征，同时采用因素分析方法，对研究结果进行了处理，将领导特征分为个性特征（P）、能力特征（A）和激励特征（M），并按各种素质特征在管理中的重要性分值进行排序，其结果如表6-1所示。

表6-1 领导者个人特征价值表

素质特征重要性	重要性分值	素质特征
非常重要	100	督察能力（A）
	76	事业心、成就欲（M）
	64	才智（A）
	63	自我实现欲（M）
	62	自信（P）
	61	决断能力（P）
	54	安全的需要（M）
	47	与下属的关系亲近（P）
次重要	34	首创精神（A）
	20	高额金钱报酬（M）
	10	权力需要（M）
	5	成熟程度（P）
最不重要	0	性别（P）

（二）斯托格笛尔的领导个人因素论

斯托格笛尔（R. M. Stogdill）在全面研究了关于有效领导者应具备的素质要求的文献后，总结了领导者的个人特征，包括：①五种身体特征：精力、外貌、身高、年龄、体重；②两种社会特征：社会经济地位、学历；③四种智力特征：果断性、说话流利、知识渊博、判断分析能力强；④十六种个性特征：适应性、进取心、热心、自信、独立性、外向、机警、支配力、有主见、急性、慢性、见解独到、情绪稳定、作风民主、不随波逐流、智慧；⑤六种与工作有关的特征：责任感、事业心、毅力、首创性、坚持、对人关心；⑥九种社交特征：能力、合作、声誉、人际关系、老练程度、正直、诚实、权力的需要、与人共事的技巧。

（三）鲍莫尔的领导品质论

美国的经济学家鲍莫尔（W. J. Baumol）提出了作为一名领导者应具备的十个条件：合作精神、决策能力、组织能力、精于授权、善于应变、敢于求新、勇于负责、敢担风险、尊重他人和品德高尚。

特征领导理论试图从领导者的先天因素中找到成功领导的答案，忽视了领导者与环境因素的互动，所以，特征理论有其局限性。领导者的素质特征可以成为影响领导者有效性的一个因素，却不是唯一决定性因素。但是，这些理论内容为管理者培养个人特征提供了一定的方向。如果护理管理者能够具备以上领导特征，无疑有利于护理管理工作的开展。

二、行为领导理论

由于领导特征理论不能说明领导者与一般人的根本区别，从20世纪50年代开始，行为科学家和心理学家将研究的重点转向了领导行为的研究，试图从领导者的行为方式中来探

索有效的领导模式。领导行为理论（Behavioral Pattern Theory）研究领导者的风格和领导方式，将领导者的行为划分为不同的类型，分析各类领导行为的特点与领导有效性的关系，并将各类领导行为、领导方式进行比较。以下介绍三种有代表性的理论。

（一）三种作风理论

德国心理学家卢因（Kurt Lewin）最早提出领导作风理论。该理论研究领导者工作作风类型以及工作作风对职工的影响，以期寻求最佳的领导作风。领导方式论以权力定位为基本变量，把领导者在领导过程中表现出来的极端行为分为三种类型。

1. 专制式领导

这是一种独断专行的领导行为，靠权力和强制命令让人服从。其特点是：独断专行，从不考虑别人意见。做决策时不与他人商量，从不把任何消息告诉下级，下级没有任何参与决策的机会，下级只有服从，奉命行事。靠行政命令、纪律约束、训斥和惩罚使人服从。预先安排一切工作程序和方法。领导者很少参加群体的社会活动，与下级保持较远的心理距离。这种领导行为，权力高度集中，管理的中心主要落在工作任务和技术方面。

2. 民主式领导

这种领导方式靠鼓励和信任使下属积极主动工作。领导者以理服人，以身作则。他们使每个人做出自觉的、有计划的努力，各尽所能，分工合作。其特点是：所有政策是在领导鼓励和协作下由群体讨论而决定。分配工作时尽量照顾个人能力、兴趣和爱好。下属的工作不安排得那么具体，使其有选择性和灵活性。主要运用个人权力和威信使人服从。领导者积极参加团队活动，与下级无任何心理距离，领导者和下级有较为协调的双向沟通。领导者从人际关系方面考虑管理，认为下级只有在受到激励后才会主动工作，并富有创造力。

3. 放任式领导

这是一种放任自流的领导行为，依靠充分授权让下属有最少的监控。其特点是：领导行为是一种俱乐部式的领导行为，领导只是从福利方面考虑管理，对工作无事先布置和事后检查，权力授予个人，由每个人自己决定目标和行为。

卢因进行了不同领导风格对群体绩效影响的一系列研究，结果发现：从产量上看，专制式领导最高，但员工缺乏责任感，管理者不在场，产量立即下降；从质量上看，民主式领导工作效率最高，管理者不在场，产量无变化，而且成员间关系融洽，工作主动积极；放任式领导工作效率最低，只达到社交目标，而完不成工作目标。在实际工作中这三种极端的领导作风并不常见。卢因认为，大多数领导者采取的领导作风是多种领导方式的混合。

（二）领导行为四分图理论

美国俄亥俄州立大学工商企业研究所对大型组织的1790种领导行为做了一系列深入研究后，经过筛选概括，最后归纳出两类主要领导行为，一类是任务型领导，另一类是关心型领导。任务型领导以工作任务为中心，注重利用各种组织资源实现组织目标。总是把焦点放在完成工作任务上，严格要求员工维持一定水平的工作绩效，强调组织目标的按期

实现。关心型领导注意人际关系及下属的需要，乐于同下属建立相互信任、相互尊重的关系，关心并考虑员工的意见和感情，主动帮助员工解决个人问题，对员工一视同仁。上述两种不同的领导行为，互相结合形成四种基本的领导风格，即领导行为四分图，如图6-1所示。许多研究发现，高任务高关心人的领导风格，相对于其他三种领导风格更能使员工在工作中取得高绩效并获得工作满足感。

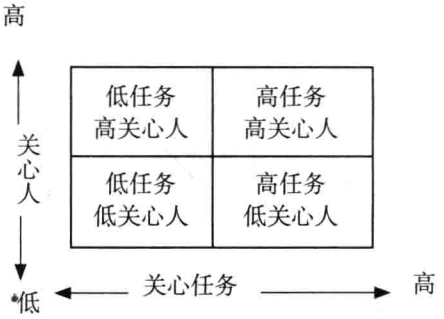


图6-1　领导行为四分图

（三）管理方格理论

在俄亥俄领导行为四分图的基础上，美国得克萨斯大学的工业心理学家布莱克（Blake）和莫顿（Mouton）于1964年出版了《管理方格》一书，书中提出管理方格理论（Managerial Grid Theory），并构造了管理方格理论模型图，如图6-2所示。横坐标表示管理者对生产的关心程度，纵坐标表示对人的关心程度。纵横坐标共组成81个小方格，每一方格代表一种领导方式。其中5种典型的领导风格是：

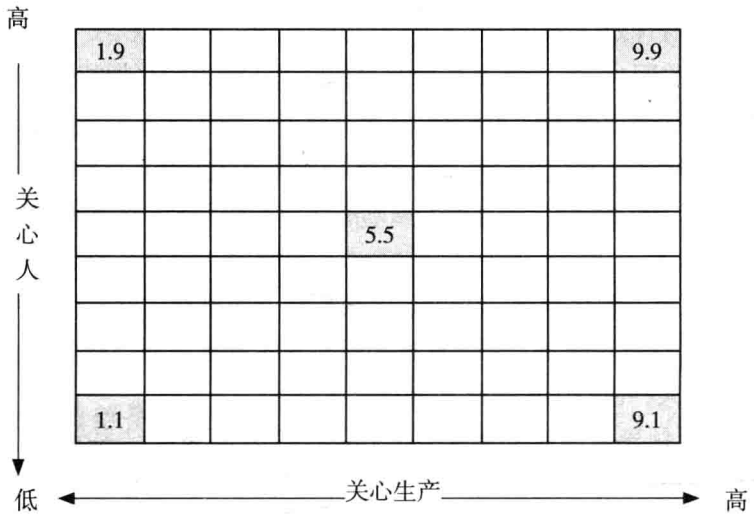


图6-2　管理方格理论模型

1. 协作式管理

协作式管理即9.9型管理。管理者对生产和人的关心都有高标准的要求，上下级关系协调，充分调动员工的积极性，任务完成出色。布莱克和莫顿认为这是最理想有效的领导类型，但较难做到，应是领导者努力的方向。

2. 中庸式管理

中庸式管理即5.5型管理。管理者对工作和人都要适度的关心，保持工作与满足人的需要之间的平衡，维持一定的工作效率与士气。

3. 俱乐部式管理

俱乐部式管理即1.9型管理。这种类型的领导对人高度关心，为员工创造友好的组织气氛，领导者友好待人、态度轻松，但对生产很少关心，其理由是只要员工心情舒畅，其生产绩效自然会上去。

4. 权威式管理

权威式管理即9.1型管理。这种管理偏重任务完成，对生产高度关心，虽能达到一定的工作效率，但不注意人的因素，不关心人，很少注意下属们的发展和士气。

5. 贫乏式管理

贫乏式管理即1.1型管理。这种领导对工作和人都不关心，只是以最小的努力来完成必须做的工作及维持人际关系。

管理方格理论为管理者正确评价自己的领导行为，培训发展管理人员，掌握最佳的领导方式提供了有效的指南。

行为领导理论虽然在特征理论的基础上有较大的发展，但仍然有局限性。人们发现领导者的成功远比仅仅具有某些特征和表现某些行为更为复杂，上面介绍的几种行为领导理论，都存在着忽视环境因素对领导有效性的影响，科学家们开始进行环境因素对领导有效性影响的研究，形成了权变领导理论。

三、权变领导理论

权变理论家认为，领导是一种动态的过程，领导的有效性依赖于领导行为与情境的匹配和协调一致。许多理论家试图找出影响领导有效性的关键情境因素。研究表明，常见的影响因素包括：工作结构性、上下级关系、领导者职权大小、下属角色明确性、团体规范是否明确、组织内上下级沟通渠道是否畅通、下属的成熟程度等。

（一）费德勒的权变理论

美国华盛顿大学心理学家和管理专家费德勒（Fred Fiedler）在大量研究的基础上提出了有效领导的权变理论（Contingency Model）。他指出，任何领导方式均可能有效，其有效性完全取决于所处的环境是否适应。

权变理论不认为有能适用于一切环境的唯一最佳领导风格，而认为各种领导风格在对应的不同的环境中最有效。所以，领导者应首先清楚自己及下属的领导风格，争取自己和下属被安排到适合各自风格的环境中。

费德勒用“最不愿与之共事的同事”（Least Preferred Coworker，LPC）问卷来测定一个人的领导风格，LPC分高的人表现了重关系的风格，LPC分低的人则侧重任务。

LPC分高和低的人分别在不同的环境下有效。费德勒提出影响领导有效性的情境因素有三种：①上下级关系，指下属对领导者的信任、尊重、喜爱和愿意追随的程度。如果双方高度信任、互相支持，则属相互关系好，反之，属关系差。②工作任务结构，指下属承担的工作任务结构的明确程度。当任务是常规、具体、明确、容易理解、有章可循，则任务结构明确性高，反之，当工作任务复杂、无先例、没有标准程序，则属任务结构明确性

低或不明确。③领导者职权，指与领导者的职务相关联的正式权力，以及领导者在整个组织中从上到下所取得的支持程度。如果领导者对下属的工作任务分配、职位升降和奖罚等有决定权，则属职位权力强，反之，则属职位权力弱。

费德勒发现，三种环境因素的重要性并不相同，对环境控制影响最大的是上下级关系，其次是工作任务结构明确性，职权大小最不重要。根据三个主要因素，费德勒分析了对领导效果最有利和最不利的环境因素，三个条件都具备是最有利的条件，三个条件都不具备则是最不利的条件，并分出了8种环境类型，如表6-2所示。不同的环境类型适合的领导风格不同，二者有良好匹配，才能取得有效的领导。从表6-2中可见，如果领导者与下属的关系好，工作任务结构明确性高，领导者职权大，则适宜采取以完成任务为目标的领导方式。如仅是领导者与下属的关系好，而工作任务结构明确性低，领导者职权小，则适宜采取以人际关系为目标的领导方式。当环境条件处于最好和最不好的两个极端时，都适宜采取以完成任务为目标的领导方式。

表6-2　费德勒权变理论模型

对领导的有利性	有利				中间状态			不利
上下级关系	好	好	好	好	差	差	差	差
工作任务结构	明确	明确	不明确	不明确	明确	明确	不明确	不明确
领导者职权	强	弱	强	弱	强	弱	强	弱
领导方式	指令型		宽容型				指令型	

（二）情境领导理论

情境领导理论（Situational Leadership Theory）又称领导生命周期理论（Life Cycle Theory of Leadership），由管理学家赫尔塞（P. Hersey）和布兰查德（K. Blanchard）提出。该理论的主要观点是：领导者的风格应适应其下属的成熟程度。

成熟度（Mature Degree）是指个体完成某一具体任务的能力和意愿。成熟度包括工作成熟度和心理成熟度。工作成熟度（Work Mature Degree）是指一个人从事工作所具备的知识和技术水平。工作成熟度越高，在组织中完成任务的能力越强，越不需要他人的指导。心理成熟度是指从事工作的动机和意愿。人的心理成熟度越高，工作的自觉性越强，越不需要外力激励。工作成熟度和心理成熟度高低的结合，可以形成四种类型的成熟度构型：①M1型：工作能力低，动机水平低；②M2型：工作能力低，但有工作意愿；③M3型：工作能力高，动机水平低；④M4型：工作能力高，动机水平高；如图6-3所示。

根据下属的成熟程度，情境理论确定了四种相对应的领导风格：

1. 命令型（S1）

对于低成熟度（M1型）的下属，他们不能自觉承担工作责任，领导者可以采取高工作、低关系的命令型领导风格，与下属采取单向沟通的方式，明确规定工作目标和工作规程，告诉他们做什么，如何做，何时做，在何地做等。

2. 说服型（S2）

对于较不成熟（M2型）的下属，他们初知业务，并愿意担负起工作责任，但尚缺乏工

作技巧，领导者可以采取高工作、高关系的说服型领导风格，这种方式任由领导者对绝大多数工作做出决定，但需要以双向沟通的方式对员工的意愿和热情加以支持，并向员工推销决定，通过解释和说服获得下属的认可和支持，给予直接的指导。

3. 参与型（S3）

对于比较成熟（M3型）的下属，他们的工作经验逐渐丰富，不仅具备了工作所需要的技术和经验，而且工作信心和自尊心增强。领导者如对他们有过多的控制和约束，将被看作不信任而影响他们的积极性。领导者可以采取低工作、高关系的参与型领导风格，加强交流，鼓励下属参与决策，对下属的工作尽量不做具体指导。

4. 授权型（S4）

对于高度成熟（M4型）的下属，他们不仅具备了独立工作的能力，而且愿意并具有充分的信心来主动完成任务并承担责任。领导者可以采取低任务、低关系的授权型领导风格，充分授权下属，放手让下属自己做决定并承担责任。

在实际工作中，究竟采取哪种类型的领导风格，要根据下属的成熟程度。只有领导方式适应了下属的成熟程度，领导的有效性才成为可能。

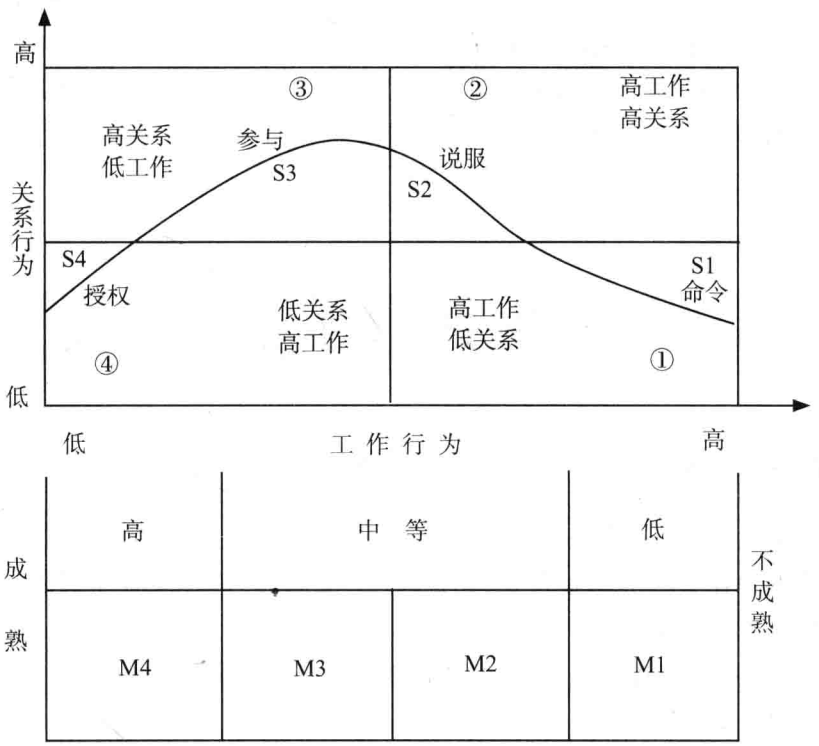


图6-3 下属成熟度与领导行为匹配关系

（三）路径—目标理论

路径—目标理论（Path-goal Theory）是由加拿大多伦多大学教授埃文斯（M. Evans）首先提出，由其同事豪斯（Robert House）和华盛顿大学教授米切尔（Terence Mitchell）扩

充和发展。之所以称为路径—目标理论，是因为它认为领导的主要职能是为下属在工作中提供获得满足需要的机会（即目标）和帮助下属找到达成目标的途径或方法。路径—目标理论关心两大主题：一是下属如何建立工作目标和工作方法、路径；二是领导者所扮演的角色，即如何帮助下属完成工作的路径—目标循环。

这一理论认为，有四种领导方式可供同一领导者在不同环境下选择使用：①指示型领导行为。让下属明确任务的具体要求、工作方法、工作日程，决策都由领导者做出。②支持型领导方式。与下属友善相处，领导者平易近人，关心下属的福利，公平待人。③参与型领导方式。与下属商量，征求下属的建议，允许参与决策。④成就导向型领导方式。提出有挑战性的目标，要求下属有高水平的表现，鼓励下属并对下属的能力表示充分的信心。

路径—目标理论提出领导方式要适应情境因素。该理论特别关注两类情境因素，一类是下属的个人特点，另一类是工作场所的环境特点。个人特点主要包括下属对自身能力的认识和控制轨迹（指人们对自己行为所造成的结果究竟是主要受外因还是受内因控制的一种认识）。如下属认为自己能力不强，则喜欢指示型领导；相信内因决定事情成败的人喜欢参与型领导方式；而相信外因决定事情成败的人则宁可采取指示型领导方式。环境特点主要包括任务结构、职权制度和工作群体的特点。当任务结构明确时，就不需要采用指示型领导方式；如果正式职权都规定得很明确，则下属会更欢迎非指示型的领导方式；如果工作群体为个人提供了社会上的支持和满足，则支持型的领导方式就显得多余了。

第三节　新型领导

一、魅力型领导

20世纪80年代，美国宾夕法尼亚大学沃顿商学院组织行为学教授罗伯特·豪斯是魅力型领导的极力倡导者。他和其他一些研究者认为，要转变当时美国企业界悲凉的局面，必须进行彻底改造，起用魅力型的领导。

豪斯和其他一些研究者认为，具备魅力的领导者有如下几种特点：

（1）他们有一个远景目标。

（2）他们能够清晰生动地描述这个目标。

（3）他们愿意为了实现这个目标而勇于前进，不惧失败。

（4）他们对环境限制及下属的需要十分敏感。

（5）他们的行为表现常常超乎常规。

该理论还认为，从跟随者的反应中也能辨认出魅力型领导者。例如，跟随者对领导者

的信念和眼光深信不疑，并相应地调整自己的信念。他们对领导者不折不扣的接受意味着他们对领导者完全彻底地服从。他们把自己的感情与领导者的目标和任务联系在一起，并试图以一切方式为最后胜利做贡献。

既然魅力型领导如此理想，人们是否可以通过学习而成为具有魅力的领导者?大多数学者认为，可以通过培训使个体展现出领导魅力。

当下属的工作包含意识形态方面的转化或者当下属处于高压和不确定环境中时，这种领导方式最有效。这一点可以解释为什么魅力型领导者更多在政治、宗教活动中，在战争时期，在企业处于创业阶段或生存死亡之时存在。

二、变革型领导

早期的大多数领导理论都是针对事务型领导者，即通过澄清工作角色与要求，指导并激励下属向着既定目标前进。而变革型领导者鼓励下属为了组织利益而超越自身利益，并能对下属产生超乎寻常的深远影响。

变革型领导者关注每一个下属的兴趣与发展需要，帮助下属用新视角看待老问题从而改变下属对问题的看法，激励、调动和鼓舞下属为实现群体目标付出更大的努力。他们把每一天都当作参加工作的第一天，以崭新的视角审视自己的工作；他们经常不断地研究制定工作计划，如果必要，就重新制定；他们自己做决定，如果自信是对的，就不会放弃，更不会屈从于别人的意志。

他们认为，变革是一件令人兴奋、大胆且充满想象力的事情，它能使人们保持清醒和警觉，并随时准备行动。变革是现实经营活动的主要组成部分，比如经营环境不断变化，新的竞争者不断涌入，新的产品层出不穷。因此，任何领导者一旦无视这一事实就都注定要失败。

三、学习型领导

学习型领导是指这样一类领导者，他们是顾问、帮助者、推动者和教师，他们提供成熟的指导意见、铲平道路、启发交流、发展他人、听取他人意见，他们不是大唱独角戏，而是把真正领导权下放到公司各个层次，使各层次管理者在微观层次上发掘新机会、引导新变化、挑战旧传统，在整个过程中改变整个企业，使之更精确地适应新环境。

对于那些正在向学习型组织转变的企业来说，学习型领导的作用是至关重要的。因为只有领导者是学习型的，他的企业才可能是学习型的。

在学习型组织中，领导应学习与其他人协调相处而不是控制他人。与他人协调相处意味着在有共同想法的基础上，与他人有效沟通，从而形成有助于达成共同想法的文化氛围。在学习型组织中，领导者应学习，帮助人们了解整个系统，促进团队工作，引发变革并拓展他们的能力以建设更美好的未来。

四、共同领导

著名领导艺术学家沃伦·班尼斯与大卫·赫南合著了一部新作《共同领导者——伟大

伙伴关系的力量》。在这部著作中，班尼斯提出了一种新型领导艺术——共同领导。

共同领导即领导者与一个（或更多）同事亲密合作进行领导的过程。班尼斯确信，当今组织非常复杂，一个人管理整个组织实际上是不可能的。所以，共同领导“是一种切合实际的战略”，能够解放任何组织隐藏的人才。

最重要的是，共同领导相互包容，而不是相互排斥。它使那些从事实际工作的人得到赏识，而不仅仅让几个魅力型的、通常比较孤立的领导者因绘就组织宏伟蓝图而得到巨额报酬。班尼斯和赫南认为，明智的人不是个人名誉，而是从实际看成功的程度。杜鲁门总统时代的美国国务卿乔治·马歇尔说过：“如果你的注意力老是集中在谁最后分享劳动果实，而不是如何完成工作任务上，那么你就不会取得预期的成就。”

五、团队领导

由于越来越多的组织使用工作团队，因此带领团队工作的领导者即团队领导者的作用也显得越来越重要了。

有效的团队领导者必须学习一些技能，如耐心地分享信息，信任他人并放弃自己的职权，明白在什么时候对员工进行干预。有效的团队领导者还必须精通一门艰难的平衡之道：他们要了解什么时候让团队自己做事，什么时候参与进来和团队一起干。团队领导者应该充当四个方面的角色：

（一）联络官

团队的外在机构包括上级管理层、组织中的其他工作团队、客户等。领导者对外代表着工作团队，他们保护必要的资源，澄清其他人对团队的期望，从外界收集信息，并与团队成员分享这些信息。

（二）困难处理专家

当团队遇到困难并寻求帮助时，领导者会出现并帮助他们解决问题。团队领导者处理的难题很少针对技术或操作层面，因为团队成员一般都比领导者更了解如何完成具体任务。问题越尖锐，领导者的作用就越大，他们帮助员工针对困难进行交流，并获得解决困难所必需的资源。

（三）冲突管理者

当出现不一致意见时，他们帮助解决冲突。他们帮助人们明确问题所在，例如：冲突的来源是什么?谁卷入了冲突?冲突问题的本质是什么?可能的解决方案有哪些?每种方案的优势和劣势是什么?通过这些方式使团队成员针对问题本身进行处理，从而把团队内部冲突的破坏性降到最低程度。

（四）教练

他们明确期望和角色，提供教育与支持，为成员的成功喝彩。他们尽一切努力帮助团队成员保持高水平的工作业绩。

第四节 项目管理和压力管理

一、项目管理

项目管理起源于美国。“二战”期间美国研制原子弹的曼哈顿计划和20世纪60年代的阿波罗登月计划都是采用了项目管理的方法并取得了成功，由此，该管理方法风靡全球。随着信息时代的到来，项目管理得到了广泛的应用。

（一）项目管理的含义及其要素

1. 项目管理的含义

美国项目管理学会标准委员会在《项目管理知识体系指南》（1996年）中给出定义，项目管理（Subject/Program Memanagement）是指在项目活动中运用专门的知识、技能、工具和方法，使项目能够超过项目相关人的需要和期望。实行项目管理就是通过项目相关人的合作，把各种资源应用于项目，以实现项目目标和满足项目相关人的需求。

2. 项目管理的基本要素

（1）项目：工作任务有两类：一类是持续重复出现常规运作；另一类是独特的一次性项目。项目具有下列属性：①一次性。项目有确定的起点和终点，没有先例。②独特性。因每个项目的时间、地点、内外环境、自然和社会条件各不相同，因此项目总是唯一的。③目标的确定性。项目有明确的时间目标、成果目标和其他目标。④活动的整体性。项目中的一切活动都相互联系，构成整体。⑤组织的临时性和开放性。项目团队在项目进展过程中，其人数、成员和职责都不断变化，项目组织没有严格边界，是临时、开放的组织。⑥开发与实施的渐进性。每一个项目都需要逐步补充、修改和完善，实施中也需要逐步投入资源，逐步累积结果。

（2）项目相关人：是指参与项目的各方人员，如医院、投资方、贷款方、承包科室、设计人、咨询顾问等，还可能包括政府有关部门、受益人、竞争对手和合作伙伴等。他们通过合同和协议联系在一起，共同参与项目。不同的相关人对项目的需求和期望不同，关注的方面也常常相去甚远，如医院可能十分注意项目进展，受益人则关注项目意义。

（3）资源：为一切具有现实和潜在价值的物质，分为自然资源和人造资源，内部资源和外部资源，有形资源和无形资源。资源的合理高效使用对项目管理尤为重要。

（4）目标：是项目所能达到的最终结果。可分为必须满足的规定目标和附加获取的期望目标。前者包括质量目标、时间目标、利润/成本目标等。后者是有利于开辟市场、争取支持、减少阻力的目标，如服务中护士的言行等。

（5）需求：是制定项目目标的前提。要求项目管理人对各方需求加以协调，统筹兼顾，与相关人密切合作，充分论证，保证项目顺利完成。

（二）项目管理的程序

1. 项目提出

（1）项目来源：项目既可以来源于人民生活及社会发展的要求，也可以来源于科学研

究和科学发现，还可以来源于体制改革的要求。

（2）项目识别与构思：清楚需求后，辨明做何项目来满足需求的过程，称为项目识别。借鉴他人的经验或自己的创造性思维而提出项目并付诸实践，这种情况下的项目识别过程称为项目构思。项目构思有创新和突破两种方法。创新是将新技术应用到项目中，但还是生产原产品或提供原服务。突破是应用新技术生产新产品，提供新服务。

2. 项目选择

（1）项目选择的含义：社会的某种需要可以通过不同的项目来满足，但是可以利用的资源是有限的。综合考虑多种因素，权衡必要和可能，对可能的项目设想进行比较、筛选、研究，进而付诸实践的过程称为项目选择。

（2）项目选择的原则：第一，科学化原则。项目选择是一种决策行为。要使项目决策科学化，必须保证：①项目目标合理；②选择结果能够满足目标要求；③决策过程符合效益原则要求。为实现科学决策，应做好以下环节的工作：①确定项目目标；②围绕目标拟定多个实施方案；③在多个方案中进行比较选择；④预计可能出现的变化及其应对措施。第二，民主化原则。项目选择应避免凭个人主观经验决策，须广泛征求意见，反复论证。第三，系统性原则。全面考虑和协调处理与项目有关的各方面信息。第四，效益性原则。选择项目要追求项目效益的最优，体现在：①微观效益与宏观效益的统一，即要处理好局部利益和整体利益的关系。②近期效益和远期效益的统一，即要处理好当前利益和长远利益的关系。

（3）项目选择的过程：项目选择涉及一系列复杂的决策过程，必须按照系统工作的方法有步骤地进行。尤其是一些投资大、规模大、技术复杂的项目。项目的选择过程包括三个阶段：①项目构思的产生和选择。这一阶段的工作需要以调查为基础，以创新和突破为手段，还必须经过权力部门的批准。②项目的目标设计和项目定义。这一阶段主要通过进一步研究，提出项目的目标因素，进而构成目标系统，通过对目标的书面说明形成项目定义，其内容包含项目的构成和界限的划定以及项目说明。③可行性研究，即提出实施方案，并对实施方案进行全面的技术经济论证，看能否实现目标。它的结果作为项目决策的依据。

3. 项目确定

确定哪一个项目付诸实践。要求项目发起人或委托人必须通过书面文件的形式说明项目目标、项目的必要性、项目可能产生的效益、需要投入的资源的数量预算等，申请上级主管部门的承认和批准。书面文件有项目建议书和可行性研究报告两种形式。

（1）项目建议书：内容视项目的具体情况可简可繁。通常包括：项目的必要性；市场现状和发展趋势预测；项目方案；所需条件；优劣势条件分析；效益估计等。

（2）可行性研究报告：又称项目评价报告，是对项目是否可行做出的评定。一般包含以下内容：实施要点；项目背景和历史；现有需求和服务能力；资源投入；项目设计；项目实施后的组织结构和管理；项目执行；效益评价。可归纳为技术可行性、组织体制可行性、财务可行性、经济可行性四个方面。

4. 制定项目计划

根据计划的步骤制订详细的项目计划。

5. 项目实施与控制

（1）项目实施：包括项目实施准备、项目计划执行两个环节。项目实施准备首先要进行计划核实，由项目管理人员核对项目计划是否完整、合理、现实与可行，所需资源是否有保证，项目管理人员拥有的权限是否已经得到各方承认等。其次要进行计划签署，项目相关人在项目计划上签字，承担责任。最后要实施动员，宣传本项目的前景和可能遇到的困难，激发大家的工作热情。在项目执行环节，项目管理人员必须对各种技术和组织机构进行管理，协调项目内各子系统和项目内外的关系，保证项目顺利执行。

（2）项目控制：为保证项目按计划开展，要对项目进行控制。项目的一次性特征使项目没有可复制的先例，事先制订的控制标准往往由于环境变化、认识偏差、能力不足等内外因素的影响需要调整。因此要根据具体情况使用恰当的方法，对项目进度持续监测，注重采取预防性控制。

二、压力管理

工作压力问题早已引起管理人员的注意。许多的心理学家、精神病学家和管理学家分别从不同角度探讨工作压力的现象和根源，并且从不同侧面研究它对人的身体和行为带来的影响，为进一步探讨工作压力管理奠定了基础。对个体和组织来说，能否有效应对工作压力，对工作积极性的调动、工作群体的氛围建设、组织绩效都极为关键。

（一）工作压力的概念

工作压力（Work Stress）是指人们在工作过程中，在应对自认为难以应对的情况时，所产生的情绪和身体上的异常反应。工作压力是人与环境相互作用的结果，是机体的一种内部状态，是焦虑、强烈的情绪和生理上的唤醒以及挫折等各种情感和反应的总和。

工作压力是不可避免的，既有积极作用，也有消极作用。工作压力适度，员工会以积极的心态迎接挑战。工作压力过大，员工会感到某种程度的威胁和不安。有研究表明，中等压力能使员工激发出能量和热情。

（二）工作压力的来源

人面临的压力来源是多方面的。这些压力源可以分为生活压力源和工作压力源。在此重点讨论工作压力源。工作压力源有多种形式，工作环境中的任何事件都可能成为人的压力源。归纳起来，主要有：

1. 工作内在因素

工作太多或太少，工作任务难度太大，都会产生压力。

2. 组织的作用

工作目的、要求、规范、纪律、任务数量和质量、完成时间等含糊不清，则会给员工带来巨大的精神压力。当每个成员或群体不能满足多种期望要求的时候，也会造成员工的

挫折感。

3. 组织的特征

组织的特征如组织气氛，对某些员工来说也能成为工作压力的来源。如他感觉组织中充满敌意、疏远和不友好的气氛，员工之间就难有平等磋商，就会感到惴惴不安。

4. 工作发展需求

人的工作和生活经历中的许多事件，如工作安全、提职、调换工作、发展机会等，都可成为工作压力。

5. 组织内部的关系

不良的指挥和合作关系会影响个人和部门目标的实现而成为工作压力源之一。

（三）个体对工作压力的反应

个体对工作压力的反应表现在很多方面，比较明显的反应主要表现在生理、情绪和行为领域。

1. 压力对生理的影响

例如血压升高、大量出汗、呼吸加快、肌肉紧张、胃肠功能紊乱等。

2. 压力对情绪的影响

例如容易激动、发怒、意志消沉，神经过敏，智力功能降低等。

3. 压力对行为的影响

例如工伤事故率高，对批评过于敏感，难以集中精力，缺勤率高，有冲动行为等。有研究报道，人体对压力的生理反应会经历报警、抗争、衰竭三个阶段。当压力持续时间长，人体的适应能力被消耗殆尽，则会导致身体的抵抗力下降。值得注意的是，压力也有累积效应。长期的压力会在人体内积聚起来，一旦人体健康处于不良状态，积累的压力就会倾泻而出，损害健康。

（四）工作压力的后果

工作压力的影响是多方面的。从压力产生影响的领域来分，有个人健康方面、工作绩效方面和个人决策方面等。

1. 工作压力与身体健康

工作压力过大对人的健康有极大危害。这种危害主要表现在：①工作压力经常使人感到身体不适，如头痛、胃部不适、背痛等，还常常伴有失眠、神经衰弱等身体失调症状。②工作压力过大能成为一些危重疾病，如心脏疾病、肿瘤、溃疡性疾病等的诱因，还可能引起酗酒、吸毒等。有研究证明，承受较高工作压力的管理人员患心脏疾病的可能性是正常人的两倍。

2. 工作压力与心理健康

压力不仅对生理健康有影响，而且对人的心理健康也有明显的危害。工作压力对人们心理的最主要影响是增加了人的焦虑感。当人承受较大的工作压力时，会隐隐约约地感到容易受到周围环境中的其他人和事物的伤害，觉得自己对工作、对周围的一切失去了控

制，时常经受着工作环境中难以预料的困难，却又担心无力去处理那些并不一定出现的潜在威胁，为此产生了巨大的精神压力。

根据伤害的不同，人们的情绪反应也不同。常见的情绪反应有：

（1）消极情绪：当人们经过努力却遭遇失败后，工作的积极性就会大大降低，甚至放弃工作，冷眼看待周围的一切人和事。

（2）敌视态度：当人们经受较大的挫折或遭受不公平的待遇后，就会产生敌视态度，变得孤独、不善与人交往，无论对什么人或什么事都吹毛求疵，并伴有攻击性行为。

（3）悲观情绪：当人们付出了很大努力，却由于种种原因没能实现自己的目标时，就会变得悲观失望、缺乏自信和自尊心受挫。

（4）厌世：当人们觉得工作和生活中的困难和挫折太多，自己根本无力应对这种糟糕的环境时，就容易出现厌世情绪，产生轻生的念头。

3. 工作压力与工作绩效

工作压力与工作绩效的关系如图6-4所示。当个人感受到的压力很低时，工作绩效也处于很低的水平。随着工作压力的增大，工作绩效会逐渐增高，这是由于工作具有挑战性，员工会比在压力很少或没有压力时干得更好。随着压力的进一步增加，工作压力达到一个最优水平，此时，人们的工作效率最高、工作绩效最大。如果压力继续增大，则超出了员工承受的范围，会引起工作绩效的降低。可见，工作中人们在适度的压力水平时达到最佳工作绩效，压力过低或过高都会使工作绩效降低。每个人能承受的压力水平高低不同，不能够找到一个对任何人都适用的最佳压力水平。

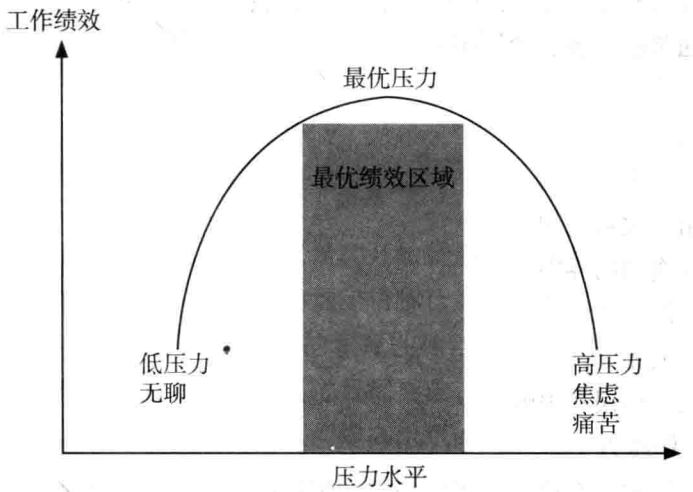


图6-4 工作压力与工作绩效关系

4. 工作压力与工作要求和控制能力

工作要求是指工作上对工作量、质量、时间限度、与他人合作程度、采用的方法和技术手段等方面的要求。控制能力是指员工在完成工作任务时对工作数量、质量、方法等的决定控制权。工作要求和控制能力相互结合，产生四种工作格局：

（1）高要求，低控制：这种工作带来的工作压力最大。

（2）低要求，高控制：这种工作格局带来的工作压力最小。员工受到的挑战和促进提高的动力也最小。

（3）低要求，低控制：这种工作格局对个人的压力较小，如长期处于这种工作中，会使员工丧失独立判断和接受挑战性工作的能力。

（4）高要求，高控制：这种工作格局对个人提出了较高要求，有时甚至使员工对完成任务感到吃力，但由于个人对工作的控制力强，有较多的机会参与决策，因而员工受到的鼓励和激励较大，员工的满足程度最大。

5. 工作压力与个人决策

员工在工作过程中都需要随时做出决策，尤其是工作的变化性因素较多，进行工作时需要个人进行思考判断。当人们感到有压力时，会倾向于拖延和回避决策，有时会拖延到最后一刻才做决定，但是由于难以集中精力，失掉了挖掘那些有助于做出更好决策所需信息的机会和时间，因此，在高压力状态下，人们的决策往往不理想。

（五）有效应对工作压力的方法

在日常工作和生活中，压力的存在不可避免。人的个性、经历、对待压力的态度、对模糊状态的忍耐程度和自尊都会使人们承受压力的能力不同，承受较高压力时的反应不同，对压力的管理需要因人而异，管理者需要提高正确处理工作压力的能力。

1. 识别压力

正确处理工作压力首先要能识别工作压力，并指出它对组织和个人工作绩效的影响。通常，当工作压力太大时，员工有可能发生下列行为：

（1）工作比通常晚得多、少得多。

（2）增加了拖拉性。

（3）缺勤增加。

（4）很难做出决策。

（5）粗心出错的次数增加。

（6）逃避不可逾越的界限。

（7）遗忘职位的要求。

（8）难以与他人相处。

（9）盯住个人的错误和失败。

2. 正确处理工作压力

处理工作压力的方法有很多，需要个人和组织的共同努力，才能有效应对工作中的压力。

（1）个人策略：个人面对较大的工作压力时，可以采取的措施有：①明确任务。就是要明确自己的工作目标、任务内容、工作程序等。明白该干什么、怎么干、有什么责任、享有什么权力等。②授权。管理人员的工作压力过大时，可以把一些不太重要的任务交给能够胜任此项工作的下属去做，如收集资料、接发文件等。授权既能减轻管理人员的

工作压力，又能激励下属。③寻求帮助。根据需要寻求必要的帮助，如技术上的支持、心理的安慰等，以缓解压力。④消除追求完美的思想。管理者常常希望自己的员工完美无缺，员工也常常幻想自己的工作和上级都是十全十美的。事实上，没有完美的员工，也没有无瑕的领导者。正确看待现实、不追求过分完美才是科学的态度。⑤增强对模糊状态的忍耐度。人人都喜欢明确的工作任务，都愿意接受详细、准确的指令，但是现实情况并非如此，组织中的成员，不论在哪一层次，在工作中遇到的问题并不都是明确的，因此，一方面需要尽量减少任务的模糊状况，另一方面需要增强对模糊状况的忍耐程度。⑥松弛技巧。在工作间歇，借助一些方法松弛一下过度紧张的神经，可以使自己保持冷静的头脑，更有效地处理工作压力。如轻轻闭上双目休息一会儿，或到安静的户外散步等。⑦调动工作。如果压力太大，实在超出了自己的应对能力，最好的办法就是放弃这份工作，谋求更适合自己的岗位。

（2）组织策略：组织机构可以采取一系列措施帮助内部员工应对工作压力。常用的方法有：①培训。培训的内容一方面是专业知识和技能，以此帮助员工更好地完成任务，减少工作难度带来的压力；另一方面是心理调适技巧，教会员工采取有效的方法缓解压力。②工作设计。为了改变工作和人员的不适应，除了进行人员调整外，还可以进行工作设计，重新划定任务范围或改变工作内容，通过进行工作职务分析提高工作职务的明确性。③建立保健中心。其目的是保证员工有一个适宜的环境来调整心理、生理的不平衡。

第五节 管理中的激励

一、激励的概念

激励源于拉丁古词“movere”，原义是“开始行动”“活动”。心理学将激励定义为通过刺激激发有机体的行为动机，并朝向预定目标行为的活动过程。现代管理学认为，激励（motivation）是利用外部诱因调动人的积极性和创造性，引发人的内在动力，朝向所期望的目标前进的心理过程。其实质是通过目标导向，使人们出现有利于组织目标的优势动机，并按照组织所希望的方向行动，从而提高组织的整体效率。从护理管理的角度来理解，激励就是调动护士的工作积极性，以提高其工作绩效。

二、激励的模式

需要是激励的起点和基础，是个性在生活中感到某种欠缺而力求获得满足的一种内心状态。动机原意是“引起动作”，心理学上把引起个人行为、维持该行为并将此行为导向于满足某种需要的欲望、愿望、信念等心理因素称为动机。行为是人类有意识的活动，

是人类对外界刺激做出的反应，也是人类通过一连串动作实现其预定目标的过程。反馈是根据需要是否被满足而判断个体的行为是否起作用、是否会被再次应用的过程。激励的基本模式为：需要—动机—行为—目标—需要被满足，通过反馈构成循环。从这个基本模式看，激励的过程就是满足需要的过程。通过满足人的需要，激发个体发挥高水平的主观能动性，向着预定目标奋斗。

三、激励的原则

（一）引导性原则

引导性原则是激励过程的内在要求。外在激励措施能不能达到预期效果，不仅取决于激励措施本身，还取决于被激励者对激励措施的认识和接受程度。对于被激励者，激励应该是自觉接受的而非管理者强加的。护士长应培养护士的慎独精神，并经常组织护士对自己的工作角色进行讨论反思，教育引导护士热爱本职工作，护士长也应该积极投入工作，以身作则，并确保每一位员工都清楚，通过激励将个体成员的积极性集中体现到组织目标上来，实现个体与集体的协调发展。

（二）按需激励原则

激励的起点是满足员工的需要。员工的需要存在个体差异性和动态性的特征，只有因时而异、因人而异的激励措施才能起作用。管理者必须明白，没有一劳永逸或是放之四海而皆准的激励方法，必须深入地调查研究，洞察员工的需要层次和发展趋势，给予不同形式的激励，才能收到实效。例如对于家庭经济负担较重的护士，护士长可以更多地利用经济性的薪酬激励方式；而对于年轻、很有工作热情的护士，护士长则应为其提供更多的展示才华、学习深造的机会。

（三）合理性原则

激励的合理性原则包括两方面：

1. 激励要适度

即激励量的大小要根据实现目标本身的价值大小来确定，过大或过小都会影响激励的效果。

2. 激励要公平

任何的不公平都会影响员工的工作效率和工作情绪，影响激励的效果。取得同等成绩的员工，一定要获得同等层次的奖励；同理，犯同等错误的员工，也应受到同等层次的处罚。公平的激励除了我们通常所讲的“经济性报酬均等”的情况以外，还应做到“非经济性报酬均等”。

3. 物质激励与精神激励相结合的原则

员工的需要包括物质和精神两方面。因此，激励的措施也应该是物质激励和精神激励两方面的结合。物质激励是基础，满足人们的低层次需要，所产生的激励效果有限，要满足自尊、自我实现等高层次需要则需要精神激励发挥作用。因此，管理者要遵循物质激励

和精神激励相结合的原则，反对“唯物质论”或“唯精神论”两个极端。

4. 时效性原则

管理者要把握激励的时机，“雪中送炭”和“雨后送伞”效果是不一样的。激励越及时，越有利于将人们的工作热情推向高潮，使其创造力充分有效地发挥出来。

四、激励理论

研究学者根据研究侧重点的不同，将激励理论分为内容型激励理论、行为改造型激励理论和过程型激励理论。

（一）内容型激励理论

内容型激励理论（Content Motivation Theory）重点研究影响行为变量的性质。这种行为变量的性质包括激励的原因和起激励作用的各种因素，通过研究人的各种需要以达到解释和预测人的行为的目的。换句话说就是研究“激励是为什么而产生”“什么东西会起到激励的作用”等问题。属于内容型激励理论的有马斯洛的“层次需要理论”，麦克利兰（Meclel-land）的“成就需要论”和赫茨伯格的“双因素理论”。

1. 马斯洛的层次需要论

（1）层次需要论的主要观点：美国心理学家马斯洛于1943年提出层次需要论，认为人的需要是按一定层次排列的，从低层次的生理性需要到高层次的精神性需要。人的行为动机是为了满足他们未满足的需要。只有当人低层次的需要得到满足后，才会转向高层次的需要。

马斯洛层次需要论的基本观点是：①需要不可能得到完全满足，未满足的需要是激励人积极性的最根本动力；②在低层次需要获得相对满足以后，才能发展到下一个较高层次的需要。当高层次需要发展后，低层次需要依然存在，只是对行为的影响作用降低了而已。

（2）层次需要论在护理管理中的应用：依据层次需要论的观点，护理管理者应该从了解护士的需要着手，通过满足护士的需要来激发其工作积极性。

此外，在应用需要层次论时，护理管理者尤其要注意以下三点：①认真了解分析护士的需要：护士的需要具有复杂性和动态性特征。首先，护士由于文化背景、学历层次、年龄阶段、性格特征的不同，其需要有很大差异，因此认真了解分析护士的需要是激励的第一步。其次，护士的行为动机在不同时间和不同情况下是不同的，管理者应深入把握其动态变化，及时调整激励的强度和方式，达到在总奖励费用不变的前提下获得更好激励效果的目的。②采用多种方式满足护士的需要：激励的方式通常有物质激励和精神激励两类。物质激励包括了激励性的经济报酬、优惠贷款、旅游奖励等方法，满足了护士低层次的需要。精神激励通过满足护士的自尊、自我发展等高层次需要起作用，其激励的深度大。持续时间长，包括了领导示范激励、情感激励、荣誉激励等。另外，在满足护士需要时，应尽力采用多种方法以适应具体的工作情景。③满足护士需要要注重需要的序列性和潜在性：管理者应从满足最低层的需要出发，首先帮助护士解决生理、安全等方面的需要，这些需要往往是最为迫切的需要，管理者对这些需要的关注是持续性的，然后再满足护士在

归属、自我实现等方面的需要。同时，由于个体的需要具有潜在性的属性，也就是说每个护士对自己需要的把握并不完全，护士长要善于激发护士具有既利于集体、又有利于个体的潜在需要，从而实现科室和个人的共同良性发展。

2. 麦克利兰的成就需要论

（1）成就需要论理论的主要观点：心理学家麦克利兰认为每个人拥有三种需要：权力的需要、情谊的需要和成就的需要。权力需要是一种想要影响和控制他人的欲望。具有较高权力需要的人对影响和控制他人表现出极大的兴趣，这种人总是追求领导者的地位。情谊需要是指对良好人际关系与真挚深厚情感的追求。具有情谊需要的人，通常从友爱、情谊的社交中得到欢乐和满足，他们喜欢与别人保持一种融合的关系，随时准备安慰和帮助灾难中的伙伴。成就需要是一种人追求卓越、争取成功的内驱力。具有成就需要的人，经常考虑个人事业、前途、发展问题，对工作的胜任感和成功有强烈的要求，他们把做好工作、取得成就看作人生最大的乐趣。这类人一般不常休息，喜欢长时间、全身心地工作，并从工作的完成中得到很大的满足，即使真正出现失败也不会过分沮丧。麦克利兰认为，这三种需要不仅可以并存，而且可以同时发挥激励作用。个体在逐步追求和实现这些需要的过程中形成了自己特有的生活经历，因此在不同的个体身上，这三种需要有不同的强度组合，从而形成每个人独特的需要结构，影响其追求与行为。

（2）成就需要理论在护理管理中的应用：根据成就需要论，护理管理者应该为护士营造能够满足权力需要、情谊需要和成就需要的环境，达到调动护士工作积极性的目的。具有激励作用的工作环境应该是：①适当授权，在一定程度上满足权力需要比较强的护士的欲望。在进行授权之前，管理者要对授权对象的能力进行考核，以确定授权的范围与大小。②营造一个拥有良好人际关系的环境对于情谊需要比较强的护士来讲很重要。这类护士很在乎与他人的良好合作关系，不喜欢竞争。这类人有助于组织的稳定。③对于成就需要比较强的护士，管理者应让其承担具有一定挑战性的工作，并随时给予工作效果的反馈，以确认其工作的进步与成就。这类人的工作会给集体带来更多的机遇，但同时也会让集体面临更大的风险。

3. 赫茨伯格的双因素理论

（1）双因素理论的主要观点：美国心理学家赫茨伯格在作了“人们想从工作中得到什么”的大量调查后得出结论：与人努力工作的动机相关的因素有两类：其一：保健因素；其二：激励因素。激励过程可以解释为一个从不满意到没有不满意的连续性过程，也是一个从没有不满意到满意的连续性过程。

双因素理论认为，导致员工满意的因素和导致员工不满意的因素是有本质区别的。保健因素，又称为维持因素，属于外在因素，是导致员工不满意或没有不满意的原因。这类因素能维持员工安心工作，包括员工的工资水平、福利待遇、组织管理制度、工作环境等。保健因素本身不对个体产生激励作用，但能影响激励作用的发挥。良好的保健因素能为员工提供稳定的工作环境，管理者要想在一个保健因素很差的组织内通过激励因素去调动员工的工作热情是很困难的。激励因素（Motivators）属于内在因素，注重工作本身对员

工的意义，有利于激励员工的进取心，主要与员工有没有满意相关。这些因素包括工作上的成就感、对未来发展的期望、职务上的责任感、工作表现机会和工作带来的愉悦等。这类因素能使员工内部发生变化和满足，因此能激发员工的工作积极性。

赫茨伯格的双因素理论引导管理者将工作重点从“保健因素”转移到“激励因素”，赫茨伯格认为：“不满意”的对立面是“没有不满意”；而“满意”的对立面是“没有满意”。只有重视员工的成就感、责任感、对他们的工作认可等才能真正使员工满意，激励他们的工作热情。

（2）双因素理论在护理管理中的应用：①重视保健因素对护士情绪的影响：管理者应从人性化管理的角度出发，尽力满足护士保健因素方面的需要。②利用激励因素引发护士的内在动力：管理者要善于肯定护士的工作成绩，适当地授权，为护士提供学习机会等。③建立合理的奖金分配制度：奖金的分配应与个人贡献的大小挂钩，反对在分配上的“平均主义”。让护士觉得多获得的奖金是组织对自己工作的认可，是他们努力工作得到的奖励，这样，奖金就不只是防止护士产生不满情绪，而是调动了人的积极性，起到了激励作用。

赫茨伯格的双因素理论同马斯洛的层次需要有相似之处。他提出的保健因素相当于马斯洛提出的生理需要、安全需要等较低层次的需要；激励因素相当于受人尊重的需要、自我实现的需要等较高层次的需要。当然，他们的具体分析和解释是不同的。双因素理论促使管理者注意工作内容方面因素的重要性，具有积极意义。双因素理论认为，满足各种需要所引起的激励深度和效果是不一样的。物质需要的满足是必要的，没有它会导致不满，但是即使获得满足，它的作用往往有限、不能持久。要调动人的积极性，不仅要注意物质利益工作条件等外部因素，更重要的是要注意工作的安排，量才录用，各得其所，注意对人进行精神鼓励，给予表扬和认可，注意给人以成长、发展和晋升的机会。随着温饱问题的解决，这种内在激励的重要性越来越明显。麦克利兰没有对低层次的需要分类，成就需要理论所涉及的成就需要、权力需要、情谊需要基本都属于高层次的需要。

（二）行为改造型激励理论

行为改造型激励理论（Behavior Modification Theory）认为激励的目的是改造和修正人的行为。这类理论研究如何通过外界刺激对人的行为进行影响和控制，包括强化理论和归因理论。

1. 强化理论

美国心理学家斯金纳（Skinner）的强化理论的前提是：学习的行为是用于改变人的外显行为，行为的改变是个体对环境中的刺激起反应的结果。激励的过程就是修正行为的学习过程。强化理论的主要观点：

（1）正强化（Positive Reinforcement）：是对某种行为给予肯定和奖励，使这个行为得到巩固、保持和加强的过程。例如，对工作业绩好的护士给予奖励，鼓励其保持和发展良好工作业绩的过程就是正强化。

（2）负强化（Negative Reinforcement）：是对出现的某一良好行为，可以避免不良的刺激（即负强化物），而使该良好行为出现的频率增加的过程，是好行为导致不良刺激消失

的过程。例如，过于肥胖会给个人形象带来负面影响，如果个体有意识地在饮食方面加以控制，可以由此减轻体重而避免了肥胖影响自己的形象，最终使控制饮食的行为得到强化。

（3）惩罚（Punishment）：是对某一坏行为给予否定和不良刺激，使之不断地减弱或消退，是行为导致不良刺激出现的过程。例如，对于服务态度差而引起投诉的护士给予批评和扣除奖金的处理，从而杜绝护士态度差的现象。

（4）消退（Extinction）：是指在某一行为出现后，不给予任何形式的反馈，久而久之这种行为被判定无价值而导致此行为出现的频率降低。例如，对于经常向护士长打小报告，背后说人坏话的护士，护士长可先不给予任何反馈，等待其行为消退，若不凑效，可以适当地应用惩罚措施。

强化理论在护理管理中的应用包括以下几个方面：

（1）要公正：为了使行为强化有效果，强化应基于每个护士的工作绩效，要公正。没有奖励应得到奖励的护士，或是过度奖励了不值得奖励的护士，都会削弱奖励的效果。另外，公平不是平均，不要对所有的护士都给予同样的奖励，对每个人都给予同样的奖励，实际上是强化了不好或中等表现，而影响效果。

（2）尽量应用内部强化手段：所谓内部强化是指通过外在刺激，使员工的自我认识发生改变而影响行为。例如，在科室物资管理方面，护士长可以适当地向护士公开科室物资管理的细节，让护士明白节约资源对于病人及科室的好处，从而自觉地在日常工作中主动地节约，而不是将重点放在制定惩罚措施方面。

（3）一定要让护士明白怎样做才会得到奖励：管理者应建立一个行为标准，让每个护士都知道怎样做才能得到奖励，下属也可以相应地调整他们的工作方式。

（4）尽量使用正强化：负强化、惩罚以及消退都属于消极的行为改变手段，容易使员工产生抵触情绪，从长远来讲不利于组织目标的实现。管理者要擅长运用正强化，引导护士的正性情绪，以激励护士的行为朝向组织目标。

（5）巧妙运用负强化及惩罚：对于所实施的负强化或惩罚措施，管理者一定要让下属明白他错在哪里，否则护士会有迷惑不解的可能。惩罚是制止组织所不需要行为的一种有用方法，但当众的斥责会使护士感到屈辱，并可能引起工作团队内全体成员对管理者的不满。

（6）对护士的工作缺乏反馈也会影响其行为：长时间出现无反馈的现象，会使员工无所适从。因此在使用正强化、负强化、消退的强化方式时管理者应把握时机，及时给予反馈。

2. 归因理论

归因（Attribution）是指观察者为了预测和评价人们的行为并对环境和行为加以控制，而对他人或自己的行为过程所进行的因果解释和推论。例如，某位护生毕业后主动要求到西藏去工作，有人会说，她要求到艰苦的地方工作，真是高尚。而有的人则认为，她这样做无非是为了出风头。这就是归因。

归因理论认为，人们行为的原因包括内部和外部两种。内部原因指个体自身所具有

的、导致其行为表现的品质和特征，包括个体的人格、情绪、心境、动机、欲求、能力、努力等。外部原因指个体自身以外的，导致其行为的条件和影响，包括环境条件、情境特征、他人的影响等。美国心理学家韦勒认为能力、努力、任务难度和机遇是人们在解释成功或失败时知觉到的四种主要原因，并将这四种主要原因分成控制点、稳定性、可控性三个纬度。根据控制点纬度，可将原因分为内部和外部。根据稳定性纬度，可将原因分为稳定原因（如个人能力）和不稳定原因（如机遇、心境）。根据可控性纬度，又可将原因分为可控原因（如工作努力程度）和不可控原因（如任务难易度）。

不同的人对成功或失败有不同的归因，并导致不同的情绪反应和行为表现。将成功归因于能力和努力等内部因素时，个体会感到满意、信心十足，而将成功归因于任务容易和运气好等外部原因时，个体满意感则较少。相反，如果一个人将失败归因于缺乏能力或努力不够，则会产生羞愧和内疚，而将失败归因于任务太难或机遇不好时，产生的羞愧则较少。在应用归因理论时护理管理者应注意：

（1）引导护士将成功归因于个人的能力和努力，这样有助于提高他们的自信心，调动护士的工作积极性。

（2）引导护士将关注焦点集中于内部的可控因素上，这是个体能够通过自己的言行进行控制的，对于外部不可控的因素，护士长应帮助护士客观评估，并且帮助护士学会利用内在的、可控的因素弥补外部的、不可控的因素，避免由此造成失败给护士带来过重的负性影响。

（3）归因于努力比归因于能力对成功或失败均会产生更强烈的情绪体验。护士长应让护士体验到因努力而成功的愉快，不努力而失败的羞愧，或努力虽失败仍受到鼓励。对于付出了努力，但实际工作效果不佳的护士，管理者应帮助寻找原因，究竟是努力的程度不够，还是工作方法有问题？找到原因后，期望能在以后的工作中进行弥补，提高工作绩效。

强化理论和归因理论从行为的解释、改造、反馈、预测等角度对激励理论进行了阐述，对激励的操作有很强的指导意义。

（三）过程型激励理论

过程型激励理论（Motivation Theory of Process）是着重研究从动机的产生到采取具体行动过程的激励理论。本节主要讨论期望理论和公平理论。

1. 期望理论

期望（Expectancy）指个体对于特定活动可能导致的特定结果的信念。提出期望理论的美国心理学家弗鲁姆（Vroom）认为，预测一个人想做什么和投入多大的努力去做，取决于三个变量。第一，期望值，即个体对自己行为和努力能否达到特定结果的主观概率。影响个人期望值的因素有个体过去的经历、自信心、对面临任务难易程度的估计等。一个人如果相信自己有能力完成任务，他的期望值就高，反之就低。第二，关联性，即个体对于良好表现将得到相应回报的信念，即工作成绩与报酬的关系。如工作绩效高，就应得到高报酬这样的一种相关性。第三，效价，即奖励对个人的吸引程度，即个人在主观上对奖励价值大小的判断。如果一个人认为奖励有价值，那效价就高，反之则低。例如，护士小吴

认为只要她利用业务时间努力复习，就可以在两年内通过全部的本科自学考试，她就可以成为本科室实习本科护生的带教老师，这是关联性的问题。最后，小吴问自己：假如我真的担任了科室的实习本科护生带教老师又怎样呢？这对我究竟有什么样的意义呢？这是效价的问题。

激励水平的高低可以由以下公式表达：

激励水平（M）=期望值（Expectancy E）×关联性（Instrumentality I）×效价（Value V）

从公式可以看出，激励水平的高低，取决于期望值、关联性和效价的乘积的大小。只有当这三者都高时，才能真正达到高激励水平。

高激励水平可以产生高工作动机，根据期望理论，员工投入工作努力的大小，很大程度上取决于员工获得所期望结果可能性的大小。在护理管理中利用期望理论应注意：

（1）强调期望行为：护士长应让护士清楚什么样的行为是组织期望的，并且让护士了解组织将以怎样的标准来评价他们的行为，以便个体可以自主地调整自己的目标向组织目标靠拢。例如，护士长可以要求5年以上工作经历的高年资护士每两年在核心期刊发表一篇以上的文章，并且将每个护士发表文章的篇数作为绩效考评的重要指标之一。

（2）强调工作绩效与奖励的一致性：管理者应让护士清楚什么样的工作结果能得到什么奖励，使护士看到奖酬与他们自己的工作绩效是相联系的。这样护士可以自觉评价自己努力的程度和结果，以调动工作积极性。

（3）重视护士的个人效价：护士对报酬有不同的价值观，有人重视金钱、物质方面的奖励，有人更重视领导的表扬和组织的认可。护士长在给予激励时应注重护士对报酬反应的个人倾向性，提供多样化的报酬方式，最大限度的满足护士的需要。

2. 公平理论

公平指人们的贡献（投入）多少应与其所得报酬相当。公平理论（Equity Theory）由美国心理学家亚当斯（Adams）提出，认为当个体所获得报酬与其所付出的努力成比例时，他才会感到满意，因而才会受到激励。公平理论是着重探讨个人所做的贡献与他所得到的报酬之间平衡关系的一种理论，侧重于研究工资报酬分配的合理性、公平性对员工积极性的影响等。

公平理论认为，报酬多少固然影响员工的工作积极性，但是报酬分配是否公平也影响着员工的工作积极性。员工不仅关心自己所得到报酬的绝对数，而且关心相对数，即和相同工作情况的他人或自己过去进行比较的差额。比较有横向和纵向两种方法，横向比较是将自己所得到的报酬与有相同工作情况的他人所得的报酬进行比较，纵向比较就是将自己得到的报酬与过去得到的报酬比。即员工不自觉地将自己的收入（含工资、奖金、荣誉、晋升）和自己的投入（含知识、学历、资历、能力、贡献等）之比来和他人的收入与投入之比来进行比较。

当员工感到不公平时，他们可能会采取以下做法：曲解自己或他人的付出与所得；采取某种行为使得他人的付出或所得改变；采取某种行为改变自己的付出或所得；选择另外一个参照对象进行比较；辞去他们的工作。

公平理论用于组织的奖惩制度、工资调整、奖金分配、职务晋升等。护理管理者在利用公平理论时应注意以下几点：

（1）护理管理者应综合考虑多方面因素，制定为大多数人所认可的分配细则，让护士清楚什么样的行为会得到什么样的奖励。

（2）在强调“按劳取酬”的基础上，管理者应培养护士的奉献精神。

（3）公平不是平均主义。由于个人对组织的贡献大小不同，组织对个人的报酬也应有所区别。那些在工作中贡献较大的护士应该得到更多的奖励。

过程型激励理论正好弥补了内容型激励理论的不足，对激励的操作方法和技巧进行了探讨。

通过学习激励理论，使我们对激励的内容、方式和过程有了一个初步的了解。内容型激励理论使我们认识到人有特定的需要，激励的中心问题就是满足人的需要。行为改造理论强调了激励是通过改变或者修正人的行为来实现的。过程型激励理论重点研究了如何提高工作效率，对激励过程应用的技术、方法和手段做了较深入的探讨。激发护士去做组织希望他们做的事，并把事情做好，这并不是一件容易的事，但却是护理管理工作中的重要组成部分。

第七章　组织沟通与信息技术

对管理者来说，有效沟通不容忽视，这是因为管理者所做的每一件事中都包含着沟通。管理者没有信息就不可能作出决策，而信息只能通过沟通得到。一旦作出了决策，还需要进行沟通，否则，将不会有人知道管理者所作的决策。因此，沟通是管理的一项必不可少的重要活动。

第一节　沟　　通

一、沟通概述

（一）沟通的概念

沟通（Communication）是指人与人之间的信息传递、交流、理解，以期获得反应效果的过程。沟通包括几点内涵：信息的双向传递、有来有往、所传递的信息需要被人理解、理解信息的人要做出相应的行为反应。

有效沟通（Effective Communication）指信息发出者发出的信息与接收者得到的信息在意义上是相互一致的。未来竞争是管理的竞争，竞争的焦点在于每个社会组织内部成员之间及其外部组织的有效沟通。

（二）沟通的意义

沟通在人们的生活工作中几乎无处不有，是人与人之间交往合作必不可少的行为。组织内部正常有效的信息沟通是维护良好的人际关系，保证各个部门协调，提高组织效率的基本条件。领导者和管理者日常工作的大部分管理过程都与沟通联络有关。一项研究表明，管理者在工作日要用80%的时间进行沟通，另外20%一般用于文件处理，但这项工作的大部分内容还是以阅读、写作的方式进行沟通。从理论与具体实践来讲，管理科学从一开始都充满沟通，管理的实质和核心就是沟通。

如医院的服务宗旨要想得到贯彻，就必须通过某种沟通方式，传达到医院各职能部门以及全院工作人员。通过沟通，医院的宗旨和目标才能转化为员工的行为准则，才能达到

实现组织目标的目的。没有沟通，无论多宏伟的目标都没有机会实现。

（三）沟通的特点

沟通的特点可概括为四个方面，一是具有积极的信息交流特点，沟通中的双方都是积极的主体，双方都必须分析判断对方的动机、目的，进行有意识的积极的信息交流。二是具有相互影响的特点，沟通者之间能够借助于符号系统相互影响，这种影响就是以改变对方行为为目的的心理作用。三是沟通者之间的沟通工具必须一致。四是可能会产生社会性和心理性等特殊的沟通障碍。

二、沟通原则

（一）有效沟通的原则

1. 信息明确的原则

当发出的信息具有价值，信息沟通所用的语言和传递方式能被接收者所理解时，我们应认为它是明确的信息。信息要用别人能理解的文字、语言、口气来表达，这是信息发出者的责任。发言人应有较高的表达能力，熟悉对方所能接受的语言，减少沟通障碍。当然，接收者必须精力集中、对信息有正确的理解。

2. 组织结构完整性的原则

情报沟通只是手段而不是目的。“组织内的沟通应按组织结构的完整性进行，即上一级对下一级发出信息，而不是越过下级管理人员而直接向有关人员发布指示”，只有在时间不允许时，采用越过下级管理人员直接发布指示的做法才是可行的。但应以维护组织完整性为前提。例如：护理部主任一般情况下不允许越过科护士长和护士长去指挥护士；学院教务科不能越过护理部和护士长直接向临床教师布置任务等。

3. 及时性的原则

沟通及时性是保证有效沟通的基本条件。及时沟通可使组织制定的政策、目标、措施等尽快得到下级的理解和支持；同时也可使上级及时掌握说话者的思想、情感和态度，从而提高管理水平。如果在贯彻某项决策时（例如精简机构或精简人员时，需调整说话者的心理承受力）需对信息传递的时间进行控制，也应在达到控制的目的后及时进行信息的传递。

4. 非正式沟通策略的原则

人们有时忽视非正式沟通的信息。但在实践中，非正式组织可以很快传递信息，可补充正式组织的沟通渠道，对做好组织的协调工作，是有一定积极意义的。非正式渠道的消息，有时也反映了正式渠道不畅通，应加以疏通。对非正式组织的沟通渠道应兴利除弊。例如护士长对做出某项决定是否正确是否无法确定时，可通过非正式渠道听取反映后再做决策。如有些问题通过正式组织渠道不易解决，也可通过非正式组织加以沟通。

5. 重视交谈与倾听技巧的原则

个别谈话是护理管理者的主要沟通形式，技巧性很强，是一门艺术。例如劝导说话者、倾听说话者意见等，都需要交谈和沟通技巧，才能保证管理者谈话效果。在护理工作中，交谈和倾听是护理服务活动的重要内容，有效沟通也是衡量护理服务质量的核心指标之一。

（二）沟通与护理管理工作

护理管理人员每天处于大量的信息刺激环境中，需要用大量的时间与各种人员进行沟通。护理管理者若能巧妙地运用沟通技巧，可以推进工作进度，起到事半功倍的效果，在工作中获得说话者的支持，顺利地开展工作，达到预期的管理目标，对提高护理质量和护理服务品质也能起到促进作用。

虽然每一个人都从自己的生活实践中总结了一套自以为正确的沟通要诀，但这并不表示我们真正懂得人际沟通。事实上，要想真正成为善解人意且富于人格魅力的沟通高手，还需要在实践中学习成功沟通的特殊技巧。护理管理者有责任通过工作实现组织内外、上下级和同事之间有效沟通，必须熟悉和掌握一些沟通技巧。

三、沟通要素与基本过程

与人沟通，最难的是理解对方的观点、背景和思维方式。知道这几点以后，你就可以避免许多沟通的困难。

沟通由一系列要素组成。首先，沟通要有信息来源，信息的发出者首先要产生沟通的想法；然后，要对这种想法进行编码组织，以产生出具体的信息，以便信息的传递和接收。如果护理部有了改革的设想，那么首先要把这种设想变为具体的工作目标，再制定出配套的措施，这就是编码组织信息的过程。编码过程受到信息发出者的态度、知识、社会文化背景和沟通技巧的影响，以至对沟通的有效性产生影响。有了沟通的想法，并对这种想法进行了编码，下一步就是寻找沟通渠道。渠道是信息传递的媒介，它像桥梁一样将信息发出者和接收者连接起来。沟通渠道有正式和非正式之分，正式渠道是由组织按职权层次建立的，非正式渠道一般来说都是私人间或社交性的沟通。沟通的目的是让人接收信息，信息通过正式或非正式渠道传递到接收者。接收者首先要对信息进行解码，将信息变为可以理解的内容，并理解接受。与编码过程一样，信息的解码过程也受到接收者个人知识、态度以及社会文化背景等方面的影响。最后，接收者常常对信息发出者作出反馈，使其了解沟通是否准确、达到目的，这样，沟通使命才算完成。归纳起来，沟通要素包括：信息来源、信息编码、沟通渠道、信息解码、接收信息、反馈。这六个要素构成了完整的沟通过程，如图7-1所示。

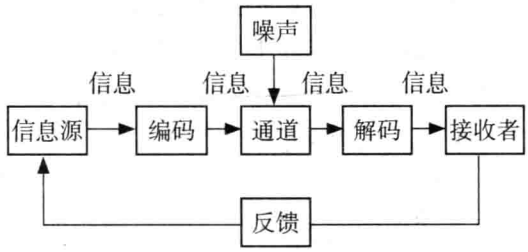


图7-1　沟通要素与基本过程

四、沟通方式与网络

沟通方式与网络包括在团体或组织中进行的沟通方式及沟通使用的通路。通路又称网络，沟通网络包括正式沟通和非正式沟通，下面分别介绍沟通方式和沟通网络。

（一）沟通的方式

沟通可以垂直或横向进行。

1. 垂直沟通（Vertical Communication）

垂直沟通是指团体或组织中在高、中、低各管理结构层次之间进行的信息传递。垂直沟通可进一步分为下行沟通和上行沟通。

（1）下行沟通：说话者以团体或组织中某个层次管理者的身份向其下属单位层次进行的信息传递叫下行沟通（Downward Commumcation）。如医院各级主管向下级分配任务、指挥工作、提出问题、评价工作成绩等都属于下行沟通。下行沟通的形式可以是口头的，也可以是书面的。下行沟通的主要弊病在于：信息在从上到下的传递过程中可能被层层过滤，从而影响信息的准确性，补救措施是组织健全的反馈系统。

（2）上行沟通：由说话者向上级进行的信息传递过程叫上行沟通（Upward Commumcation）。信息沟通的目的是汇报目前工作进展，反映工作中存在的困难或问题，反映职工的意见、情绪等。上行沟通是上级管理部门了解基层工作状况的主要方式。上行沟通的方式可多种多样，除了可用口头或书面报告外，还可采用调查表、意见箱、上下级之间组织讨论会等形式。

2. 横向沟通（Lateral Communication）

横向沟通是指组织结构中同一层次的部门或人员之间所进行的信息传递和交流。横向沟通的主要目的是加强组织内各部门之间彼此了解和协作，提高工作效率。如护理部与医务、后勤部门之间的沟通，内、外科护士长之间的沟通，以及同病区护士之间的沟通都属横向沟通。由于有更多的人加入沟通，加快了信息传递的速度，因此横向沟通的速度一般较垂直沟通快。

垂直沟通和横向沟通各有利弊，在具体运用过程中应视信息的重要程度、要求传递信息的速度、信息发出者和接收者的时间等因素综合考虑，以保证信息的准确性和时效性，避免信息的阻塞和冲突。

（二）沟通网络

信息传递的通路称为沟通网络（Communication Networks）。沟通网络可以是正式的，也可以是非正式的。沟通网络在人际关系中有很多种形式，个人对团体、团体对团体，或这两种情况同时存在，应尽量利用各种不同的沟通方式来达到良好的沟通。

1. 正式沟通网络

正式沟通网络（Formal Communication Networks）指组织内由管理层次或工作关系形成的信息传递渠道。常见的正式沟通网络有链式、轮型、环型、Y型、全通道式几种：

（1）链式沟通如图7-2（a）所示，是一种单一途径的垂直沟通，这种垂直的链式沟通反映了组织内管理层次职权的从属关系。在链式沟通中，信息传递可以是自上而下。在沟通过程中，每个成员的沟通面较窄，彼此沟通内容较分散，信息传递的速度较慢，信息在中间被过滤的可能性较大，尤其在网络中居于两端的人难以交流，难以形成共同群体意见。因为从下到上经过的沟通线路太长，解决问题的速度很慢。此类沟通容易形成领袖人物，沟通程较慢，不利于鼓舞士气，但一经产生就比较稳定，适合于组织系统庞大、需分层授权的管理机构使用。

（2）轮式沟通如图7-2（b）所示，是组织结构中领导与参谋机构、职能机构之间进行

信息沟通的模式概括，是一位主管与其他多人之间的沟通，沟通方向通常都是垂直式的。这是一种控制型的沟通网络，处于轮型网络中的领导者要接受较大的信息载荷量。其最大特点是有中心人物，其他成员都给他提供信息，以便他了解、汇总全局情况，并能迅速地把自己的意见和决定反馈出去。如医院的院长下面有几位分管具体部门的副院长随时向他汇报医院各部门运转情况，以便院长在了解全局的情况下做出正确决策，再由各副院长把院长旨意传递到各具体部门。轮型沟通网络信息传递的速度较快，信息不容易被过滤，解决问题的速度快，容易产生组织核心，并使这种组织化过程维持高度的稳定，是加强组织控制的有效方法，但工作缺乏弹性，不利于鼓舞士气。在组织任务紧急，且需要严格控制时，采取轮型沟通网络效果较好。

（3）环式沟通如图7-2（c）所示，它表示着一个由五人构成的沟通网络。在这个沟通网络中，组织分为三个层次，第一级主管与两个二级主管联系，第二级主管则与第三级主管联系，第三级主管之间存在着横向联系。环型沟通就其本身的效率而言，传递信息的速度快，中间也可能发生信息过渡，但比链式沟通中发生的概率要小。第二级领导人的信息载荷量由分权的程度决定。环型沟通的组织效率则表现为：解决问题速度较慢，不易产生组织化过程，也难以产生组织领导权威，但有利于鼓舞士气，在组织的执行层中，应鼓励这种沟通。

（4）全通道式沟通如图7-2（d）所示，它是环型沟通网络的进一步发展。是与沟通圈内所有人之间进行的信息交换，这是一种不具层次结构的开放式沟通途径，在这个网络中，没有地位的区别。每一个人都与其余的人沟通，任何人都能与其他人直接交流，群体成员间相互交流解决问题，这种网络民主气氛浓，能满足人体的心理需要，有利于鼓舞士气，环型沟通的效率特征在这里就得到了更进一步的强化，但不利于产生权威。其不足是网络沟通渠道多，有时形成混乱，影响组织工作效率。

（5）Y式沟通如图7-2（e）所示，它是在链式沟通网络的基础上发展起来的，其效率特征与链式沟通网络基本相同。当然，如果上下级的沟通呈正Y型，一般来说，容易产生多头领导的局面，需要同时面对两个上级或下级，在行动中常陷于左右为难的困境。所以，正式组织的正式沟通，在传递命令、决策时，不能利用正Y型沟通网络，而倒Y型沟通网络就是十分正常的了。

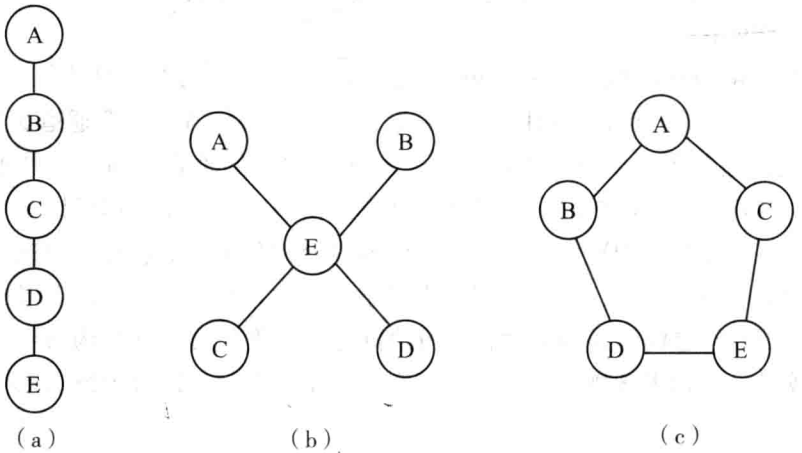
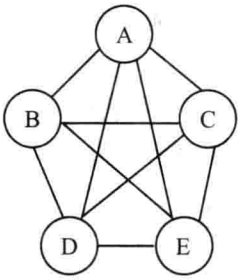
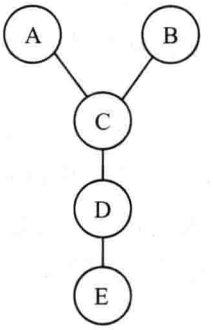


图7-2　莱维特五种沟通网络图



（d）



（e）

图7-2　莱维特五种沟通网络图（续）

从以上对几种沟通网络的分析可知，各种沟通网络都有其利弊，没有一种绝对完美无缺的沟通网络。在实际运用中应根据具体情况及需要，在不同的组织中，要根据组织的性质、成员特征、任务目标、时间限制等多种因素建立和选择适用的途径，以保证组织内正常有效的沟通。

2. 非正式沟通

非正式沟通（Informal Communication Networks）指不按组织结构中的正式沟通系统和方式进行的信息传递活动。非正式沟通一般可分为两大类：其一是具有补充正式沟通不足的作用的非正式沟通——谈心，这种沟通多是积极的。其二是对正式沟通和组织有一定的副作用的非正式沟通——传言。在一个正式组织中，无论其沟通系统的设立是多么精巧、严密，总是会存在非正式沟通网络。非正式沟通网络传递的信息，通俗地讲就是人们所说的“小道消息”，理论上叫传言。非正式沟通具有自发性、灵活性和不可靠性的特点。研究表明，非正式沟通即小道消息容易发生在下列几种情况：

（1）情况对人们具有重要性，如调整工资，住房制度改革，职务、职称晋升。

（2）现实情况令人有不确定感，如人员调动和调整，机构精简合并等。

（3）现实情形令人焦虑，如组织的不景气，面临破产的危险等。

小道消息在组织沟通中扮演着十分重要的角色，管理者必须给予足够的重视。从积极的角度看，小道消息可以提供反馈信息，让管理者了解哪些事情令职工关注、焦虑，为管理和控制工作提供决策前提条件。另一方面，由于传递速度快，覆盖面大，可靠程度不确切，小道消息具有负面作用。小道消息可以破坏正式沟通渠道，特别是当所传递信息有误时，将起到涣散士气、增加职工的猜测和焦虑的负面作用，从而影响组织效率。管理者要充分认识小道消息的不可避免性，关键的一点是正确处理小道消息，避免或减少其带来的负性影响。

美国管理心理学家戴维斯（Keith Davis）1953年发表了一篇题为《管理信息沟通与小道消息》论文，文中公布了他在小道消息传递方面的研究成果。戴维斯以一家皮革公司的67名管理人员为对象，调查了小道消息的传递特征。他发现，热衷于传播小道消息的人只

有10%。另有两位心理学家以政府机关为对象做了类似调查，也发现传播小道消息的人只有10%左右，并且总是那么几个人，大多数人不大参与传播小道消息。可见，热衷于传言的人所占比重不高。

非正式沟通既有补充作用，又有扰乱作用。因此，对传言既不能一概加以否认和制止，也不可忽视传言的副作用而听之任之。领导者在听到各种传言时，首先要区分它是会对工作造成消极影响的传言，还是有一定促进作用的传言。对于影响团结和工作积极性的传言应予以重视，摸清传言的来源，并采取有效措施加以消除。

许多小道消息传播甚广，主要原因是正式沟通不足。因此，对于与真实情况不符的传言，应通过正式沟通渠道发送信息驱除传言，使得那些热衷于传播小道消息的人无机可乘。对于危害性不大的小道消息，可以不予理睬，让其在非正式信息沟通渠道中自行消失。一旦有人知道事实真相，必然又会反馈给他人，使不正确的消息不攻自破。

对于一般的传言者要加强引导和教育，提高他们区分真假消息的能力，提高抵制不正确小道消息的自觉性。对于有意制造谣言并大肆传播者，则应严肃纪律予以处理。

五、沟通的技巧

沟通是建立人际关系的重要手段，在组织中任何一个人都可能是信息的传送者或接收者，因此护理管理者需要深刻了解组织的信息沟通系统。护理管理者所接触的人愈多，就愈不容易确定每个人所获得的信息是否正确。特别是与其他部门、病人、家属等接触时，人际关系完全依靠沟通技巧来建立良好的关系。

（一）倾听技巧

根据美国加州大学的一份调查，人类对沟通时间的分配是：9%的时间用于书写，16%的时间用于阅读，30%的时间用于说话，45%的时间用于听。花在“听”上的时间占了最大比例。管理者在沟通时不要只考虑“讲”，还要讲究“听”，能够设身处地去“倾听”。倾听是要弄懂所听到的内容的意义，它要求对声音刺激给予注意、解释和记忆。

有效的倾听是积极主动的而非被动的。被动倾听时，只有当说话者提供的信息清楚明了、生动有趣从而引起你的注意力时，你才可能接受传递的绝大部分信息。而积极倾听则要求你的投入，使你能站在说话者的角度去理解信息。倾听有5个层次：

1. “听而不闻”

如同耳边风，有听没有到，完全没听进去。

2. “敷衍了事”

嗯……喔……好好……哎……略有反应，其实是心不在焉。

3. “选择的听”

只听合自己的意思或口味的信息，与自己意思相左的信息一概自动消音被过滤掉。

4. “专注的听”

某些沟通技巧的训练会强调“主动式”“回应式”的聆听，以复述对方的话表示确实听到，即使每句话或许都进入大脑，但是否都能听出说者的本意、真意，仍是值得怀疑。

5. “同理心的倾听”

一般人聆听的目的是做出最贴切的反应，根本不是想了解对方。所以同理心的倾听的出发点是为了“了解”而非为了“反应”，也就是透过交流去了解别人的观念、感受。

（二）谈话的技巧

1. 谈话的性质及作用

谈话是领导者一项主要工作形式，具有较强的思想性、艺术性、科学性与技巧性。谈话是信息交流，是人与人之间的一种交往形式，具有很强的感情色彩。谈话的作用有：

（1）监督作用：可获得工作进展情况，实质是一种经常性的监督。

（2）参与作用：领导处于参与的位置。

（3）熟悉人作用：通过谈话了解说话者的心理与品质，做出正确的判断。

（4）指示作用：以谈话形式传达上级指示和领导者意图。

2. 谈话的形式

谈话的形式分为正式、非正式两种。正式谈话是业务性、工作时间以内的谈话，包括座谈、会晤、反映情况、交换意见等。非正式谈话是非业务性、工作时间以外进行的谈话。领导者应积极采用各种谈话形式为管理工作服务。

3. 谈话的技巧

（1）善于激发下级谈话的愿望。这是谈话顺利进行的第一步，否则谈话的双边活动将陷入僵局。谈话是信息交流，也是感情交往，需注意态度、方式、语调等。专制作风易促使下级谎报情况，使掌握的情况缺乏真实性。开诚布公，坦率谈话使被领导者愿意谈出自己的内心愿望。

（2）善于抓住重要问题，把注意力集中在主要内容及急于解决的问题上。礼节性的谈话之后，应迅速转入正题；把谈话中的公事与私事分开，如下级坚持把个人私事与公务同时讨论，应将个人问题限制在最小限度内。

（3）善于克制自己，掌握评论分寸。谈话中如说话者在客观上指责领导时，领导应保持冷静、清醒，不要过多的讲话，应多听取意见。不急于发表评论性意见，尤忌损害下级自尊的评语，否则会导致谈话气氛紧张。结论意见表达宜谨慎，应较为客观。

（4）善于表达对谈话的兴趣和热情。双方谈话中应及时地适当反馈，使谈话更融洽深入。谈话中可用表情、姿势、插语、鼓励等表示热情和兴趣。

（5）善于对付谈话中的停顿。一种停顿是下级要观察对其谈话的反应，这时应插话，鼓励其继续谈话内容；一种停顿是思维中断引起，领导可采用“反响提问法”引出原来的谈话内容。

六、影响沟通的因素与有效沟通策略

（一）影响沟通的因素

在沟通过程中，如某个环节出现故障，就可引起信息歪曲、偏差，使沟通达不到预期目的，严重时甚至可能使沟通过程中断。因此，认识沟通障碍，防止沟通障碍，排除沟通

障碍，就十分重要了。沟通障碍在沟通的信息发送者、信息沟通渠道和信息接收者三要素之中都可能存在。具体讲，妨碍沟通的因素主要有以下几个方面：

1. 信息发出者的问题

（1）信息发出者表达能力不足产生的障碍，信息编码不准确或措辞不当。例如使用晦涩难懂或信息接收者不熟悉的语言，或信息含义不明确的文字，例如使用医学术语告诉患者“PRN服药”。所以，信息传递者若要消除表达障碍，必须努力提高自己的语言表达能力。同时在发送信息时，应具有高度的责任心。不能仅从自己的角度来选择用语，来理解事情；更重要的是要从信息接收者的立场来考虑用语，这样才能保证发送的信息能够被完全正确地理解。

（2）传递形式障碍：信息发送者在发送信息时，形式要适当，如语言符号和体语应保持一致。例如，领导在批评下级错误时态度不严肃，就可能使下级难以认识到错误的严重性。正式、重大的事件信息如果用很平常的方式传递，就可能使人怀疑信息的真实性。所以在沟通中，信息沟通的形式应同沟通的信息内容相一致，消除因内容和形式不一致带来的障碍。

（3）信息传送不全：信息送出者有时为了缩短时间，使得信息变得模糊不清。如常出现护士长传达上级精神时，只传达对自己有用的或有兴趣的信息，而不能全面传达并使大家理解上级的真正意图。

（4）信息传递不适时：信息发出者忽视了信息沟通中时间的意义，信息传递过早或过晚，均会影响沟通效果。如会议时间通知过早，容易忘记；安排护士加班或调班通知过晚，以致护士缺乏准备而使服从有困难。以上均忽视了选择合适的沟通时间。

（5）社会环境与知识局限产生的障碍：如果信息发送者与信息接收者之间有共同的经验区，这样才比较容易实现沟通信息的目标。如果双方不存在共同的经验区，沟通就会遇到障碍。譬如，同一领域的科学家之间运用大量专业术语、数学公式、各种符号进行沟通，既简便又实用；但如果用这种方式同缺乏相应知识和经验的外行沟通，肯定会失败。

2. 信息接收者的障碍

（1）过滤：过滤是指信息传递者为投接收者所好，操纵信息传递，造成信息歪曲。如一线管理者在向上级部门汇报工作时只报成绩，不报失误或差错。如下级人员希望上司能按照他们的意图做出决策，他们在向上级报告工作信息时也会忽略其中某些信息。组织层级越复杂，信息经过的层次越多，过滤作用就越大，信息失真的可能性就越大。

（2）理解能力的障碍：这同发送者发送能力的障碍是一样的。如果是一个发送者面对一个信息接收者，这种障碍还可以通过发送者与接收者的共同努力来消除。但如果是一个发送者面对多个接收者，其中一些接收者对信息不理解，存在障碍，就主要靠接收者自己提高理解能力来消除障碍了。

（3）选择性知觉：知觉是在人们经验的背景基础上对感觉信息的解释。选择性知觉是指人们在某一具体时刻只是以对象的部分特征作为知觉的内容。通常情况下，人们都依个人的兴趣爱好、需要、习惯等去主动选择信息的有关部分。例如：开会时，当讲到调资、

晋升等与大家利益相关的内容时，会场就很安静。在信息传递过程中，人们通常对自己所感兴趣的事给予极大关注，而对其他部分内容较易忽略，所以选择性知觉会影响信息接收者对信息的检取和处理。

（4）情绪：在许多情况下，信息中会夹杂着一些情绪性内容，它们同信息的本意无关，但有时却会影响信息的准确性。在信息传递中，情绪会影响人的编码或解码过程，如同样的信息，在情绪好和不好时感受就大不一样。有时接收者由于某种原因，对信息选择拒绝接受。例如有的护士对信息发出者缺乏信任，拒绝接受批评意见与建议。

（5）语言：语言对不同的人有不同的含义。年龄、教育程度、文化情景是影响人们应用和理解语言的三个主要因素。如沟通双方在这三方面差距较大，就有可能成为沟通障碍。另外，专业术语也有可能妨碍沟通。如护士在与农民病人交流时应尽量使用通俗易懂的语言。

3. 信息传递渠道中的障碍

（1）信息传递手段的障碍：在现代信息沟通中，使用着越来越多的新兴信息传递手段，大大提高了沟通效率。不过，一旦这些手段发生故障就会影响沟通。如开大会时，广播的物理噪声过大，就会影响报告的效果。在信息沟通中，要尽可能地选择保证高效率的沟通工具。

（2）传递层次的障碍：信息在传递过程中会发生损耗。如果一个信息从发送者那里发出，达到接收者那里时经过的环节越多，到达最终接收者那里的信息可能会被打折扣，或者被歪曲、曲解的可能就越大。所以，在沟通过程中，沟通的层次应尽可能减少，以防信息被过多地过滤。

（3）传递形式障碍：因信息发出者选择的沟通形式不合适，接收者可能不重视导致传达效果不佳。例如有些重要病情不做详细记录，只简单口头描述，而造成病情延误。例如有时口头传达的精神与文件不符，造成矛盾。

（4）信息在传递过程中有了改变，甚至颠倒。有人调查证明，当信息连续通过五个传递过程时，可达80%的信息在传递中丢失。如上级精神层层传达，传达到最基层时会丢失很多。

（二）成功实现沟通和有效沟通策略

1. 上行沟通

在管理者的沟通中，上行沟通被公认是重要的，同时又是比较困难的。因为有效的上行沟通，可以使上级了解自己的工作，取得上级的支持，而且还可以使上级了解自己的成长，争取上级的指导和帮助，提高自己的能力。不能主动地与上级沟通的管理者是难于发展的。说上行沟通是困难的，乃是因为上级的时间比较紧，工作繁忙，下级不可能事先确定如何沟通，而且，主动的上行沟通如果失败，对自己的工作将会更为不利。人们通过实践，总结出上行沟通的三个原则：

（1）明确自己的职责。因为只有明确了自己的职责，才能够清楚自己上行沟通的内容是什么，上级对自己的要求是什么。

（2）了解上级当前最关心的信息，特别是在上级的工作比较繁忙的时候，应当在最短的时间内让上级知道想要知道的信息。

（3）了解上级的性格和偏好，采取适当的沟通方式。因为上级的背景不同，喜欢的沟通方式也不同。有的人习惯当面沟通，以便通过提问使情况了解得更为详尽和深入。而另一些上级可能更习惯书面的文字和表格式的报告。所以，应当根据上级的习惯选取合适的沟通方式。

2. 与同事沟通

在护理管理中每天都有大量的信息沟通活动，如护理交班、护理查房、执行医嘱、护士与病人及医务工作者的交谈、书写护理文件等。据专家估算，一位病房护士长平均每天至少有1/3的时间用于与各个方面的沟通。可以认为，如果没有沟通，再好的计划与目标都无法实现。要学会与人相处，一个人要取得成功，仅有很强的工作能力是不够的，你必须既要做好份内工作，又要处理好人际关系。区别性格差异类型：

（1）对待推卸责任型：请他们协助做任何工作时，目标必须明确，时间内容等要求要讲清楚，甚至写下来，以此为据。如果他们试图推脱责任，要温和的坚持，以达成原定目标。

（2）对待怨天尤人型：之所以抱怨是因为他们在意事情的发展，如果此事与你负责的事情有关，应立即响应和改善，否则听听就算了。在做任何影响他们的决定前先征询他们的意见，问问他们最好的解决办法是什么，将他们的力气引导到解决问题上。

（3）对待支配狂型：要了解他们对工作的要求水准，让他们知道你是可以信赖的。询问他们事情最糟的状况是什么，告诉他们事情不会像他们想象的那么糟。

（4）对待过度竞争型：对自己的工作要时时加以记录，包括当时的想法和创意，作为书面留存，必要时提供给领导参考。看开一点，鼓励他们跟自己竞争，把竞争的力气向外发展，而非花在内部。

（5）与有棱角的同事合作：争执是难免的，我们要考虑的是怎么解决问题而不是怎么获胜。要学会忍受，学会喜欢那些有棱角的人，学习他们的优点，使自己变成一个成熟的人。

工作中需要同事之间相互合作的事情很多，同舟共济，并肩共事，成功实现与同事沟通，是必不可少的。如果不能相互信任必然就会相互牵制，就无法如期完成任务。

3. 医患沟通

沟通中的沟是手段，通是目的。怎样才是通了呢？通就是对方被你影响了，甚至按你的意思做。

人的身体生病了，需要医务工作者给予心理上的关怀和沟通。作为一个医务工作者，不仅要关心患者的病情，为病人解决身体上的痛苦，更应该理解病人，关心患者的心情，消除病人的心理阴影，给病人一个积极的心态。

医源性损害是指医务人员语言或行为上的不慎给患者造成的生理或心理上的损害。医护人员的态度、语言不当等一些小事会引起沟通障碍，对病人的心理和自尊心造成伤害，

因此患者会对医疗行为更加抵触和挑剔，加剧医患双方的对立情绪，往往会引起医患纠纷。而这些都是可以通过医务工作者和患者的合理沟通来避免的。

医务工作者应积极主动地从心理上、从人性的角度给予患者必要的沟通和关怀，用热情、友好的语言、表情和行动，向患者表达自己的关怀和重视，给予情感上真诚的关注和抚慰，使患者对医务工作者、医院产生朋友般的信赖，由此减少其身心压力而使体内产生积极的康复因子，让患者有一个良好的就医心理。

随着卫生法制建设的不断完善，广大患者维权意识的显著增强，患者对医疗服务质量的要求日益提高，为适应新形势，维护良好的医疗秩序，提高医疗质量，确保医疗安全，保护患者的合法权益和广大医护人员的切身利益，化解医患矛盾，防范医疗纠纷的发生，加强医患沟通显得尤为重要。护理人员作好医患沟通要把握以下几个时机和环节：

（1）沟通时间：入院前沟通、入院3天内沟通、住院期间沟通、出院时沟通。

（2）沟通内容：诊疗方案、诊疗过程、诊疗转归。

（3）沟通方式：床旁沟通、分级沟通、集中沟通、出院访视沟通。

（4）沟通技巧：沟通方法、沟通技巧。

（5）沟通记录：每次沟通都应在病历中有详细的沟通记录，沟通记录在查房记录或病程记录后。记录的内容有沟通的时间、地点，参加的医护人员及患者或家属姓名，以及沟通的实际内容、沟通结果，在记录的结尾处应要求患者或家属签署意见并签名，最后由参加沟通的医护人员签名。每一份病历中必须有4次以上有实质内容的沟通记录。

（6）沟通评价：医患沟通作为病程记录中常规项目，纳入医院医疗质量考核体系并作为独立质控点。设立医患沟通单项奖。如果没有按要求进行医患沟通，或医患沟通不当引发医疗纠纷，应予以处罚。

总而言之，一个管理者若想和上级领导、下属员工以及同事之间保持融洽的关系和良好的沟通，必须遵守三个原则：一是找到共同的利益基础；二是以诚待人；三是要尊重所有的人。对管理者来说，有效沟通不容忽视，这是因为管理者所做的每件事中都包含着沟通。而且，任何绝妙的想法、富有创见的建议和优秀的计划不经沟通都无法得到实施。

第二节　冲　　突

一、冲突的概念

冲突（Conflict）就是不一致，是组织群体内部个体与个体之间、个体与群体之间存在的互不相容、互相排斥的一种矛盾的表现形式。如何正确认识和理解冲突，合理解决组织或小组内非建设性冲突，保持组织内一定水平的建设性冲突，提高管理的有效性，是组织管理人员的责任。冲突究竟在组织中起什么作用，人们有一个逐渐认识的过程。

（1）传统观念（Traditional View）认为，所有的冲突都是有害的，具有破坏性，应当避免。

（2）人类关系学说（Human Relations View）认为，冲突是所有组织中自然发生的现象，是不可避免的、合理的，应该接受冲突的存在。

（3）交互作用观点（Interaction View），不仅接受冲突的存在，而且认为冲突对组织生存是有利的。一定水平的冲突能使组织保持团体活力、自我反省力和创造力。冲突使人们认识到改革变化的必要性，使毫无生气的组织充满活力。把冲突归为绝对有害和绝对有利的观点都是不恰当的。冲突究竟对组织起什么作用，应根据其性质而定。

二、冲突的分类

人们承认冲突的客观存在，但并不是说所有的冲突都是好的，有些冲突可以促使组织目标的实现，促进小组工作效绩，对组织工作有利，属建设性冲突，其性质是良性的。对这样的冲突，组织可以接受，也值得提倡。另一些冲突打压员工士气，妨碍小组工作效绩，对组织的整体性和有效性起破坏作用，这类冲突属非建设性冲突，应当避免和杜绝。

（一）建设性冲突

建设性冲突指冲突各方目标一致，实现目标的途径手段不同而产生的冲突。对小组工作效绩具有积极的建设意义。建设性冲突的特点有以下几点：

（1）双方都关心实现共同目标和解决现有问题。

（2）双方愿意了解彼此的观点，并以争论问题为中心。

（3）双方争论是为了寻求较好的方法解决问题。

（4）相互信息交流不断增加。

建设性冲突对组织有以下几方面的积极作用：可以促使组织或小组内部发现存在的问题，采取措施及时纠正；可以促进组织内部与小组间公平竞争，提高组织效率；可防止思想僵化，提高组织和小组决策质量；建设性冲突还可激发组织内员工的创造力，使组织适应不断变化的外界环境。值得注意的是，没有任何一种冲突适应或不适应组织或小组的所有情况。就是说，一种可以达到健康和积极效果的冲突类型和水平在小组适应达到目标，在同一小组的另一个时候可能就是非建设性的。

（二）非建设性冲突

非建设性冲突指冲突各方目标不同造成的冲突，往往属于对抗性冲突。是对组织和小组效绩具有破坏意义的冲突。非建设性冲突的特点有以下几点：

（1）双方极为关注自己的观点是否取胜。

（2）双方不愿听取对方意见，而是千方百计陈述自己的理由，抢占上风。

（3）以问题为中心的争论转为人身攻击的现象时常发生。

（4）互相交换意见的情况不断减少，以至完全停止。

非建设性冲突对组织或小组具有以下不利作用：对组织和小组发展起消极破坏作用；

对组织内成员心理造成紧张、焦虑情绪，导致人与人之间相互排斥、对立，削弱小组或组织战斗力；涣散士气，破坏组织的协调统一，阻碍组织或小组目标的实现。

建设性和非建设性冲突界限并不清楚，区别的标准是小组的工作效绩。由于小组存在的目的是达到或实现工作目标，因此判断冲突性质的依据是冲突是否促进小组目标实现，尽管有时冲突对小组个别成员来说是非建设性的，但只要对小组实现工作目标有利，这种冲突就是建设性。

三、冲突的基本过程

（一）潜在对立阶段

双方潜在对立是可能产生冲突条件的酝酿阶段。这个阶段出现的情形并不一定导致冲突的发生，但却是冲突发生的必要条件和引起冲突的原因，可从三个方面进行分析。

1. 由于沟通不良引起的冲突

（1）语言表达困难、语言使用不当、选择方式不当引起的彼此误解或沟通过程中的干扰等引起冲突的发生。

（2）沟通中的时间因素。一方面，沟通会因耗费时间、延误合作而导致误解，另一方面，充分时间的沟通也可以排除误会。研究表明：沟通时间过多或太少都会导致冲突的产生。

2. 由结构因素引起的冲突

这里讨论的结构有多层含义，包括团体规模的大小、员工工作的专门化程度、权限的明确程度、组织成员目标的一致性、领导风格、组织奖惩制度等。研究表明：

（1）团体越大，成员的工作越专门化，引起冲突的可能性越大。

（2）成员年纪越轻以及人员流动性大的团体，冲突的潜在性越大。

（3）组织中的各部门小组的目标越多，分歧的可能性越大，冲突的潜在性就越大。

（4）组织内领导风格越是独裁、苛刻，对员工的管理采用监督、控制，冲突的潜在可能性也越大。

（5）过分强调下属的参与，也会引起较多的冲突，因为强调参与的同时也就鼓励个体化、多样化。

（6）在奖惩制度方面，如果奖励方法不公平，惩罚不能一视同仁，必然会引起冲突，这是最容易理解的。

3. 由个人因素引起的冲突

主要包括人的价值观以及可以突出显示个人特性和个体差异的性格。高权威性、过于独断等性格容易引发冲突。个人价值观的差异也是引起冲突的原因之一。由于人的价值观之间的差异，就可导致偏见、意见分歧、个人不公平感等，从而引发冲突。如对奖金的分配，你认为是公平的，其他护士却认为不公平，你认为护理模式改革很有必要，你的下属却认为没有必要，这些分歧和不一致都来源于个人价值观的差异，可见人的价值观差异与冲突之间存在内在联系。

（二）认知与个人介入阶段

随着第一阶段各种潜在冲突条件的酝酿和发展，引起挫折并被人知觉，冲突便产生。这里必须强调知觉的必要性，即冲突双方至少有一方知觉到冲突前提的存在。另一方面，只是知觉并不表示个人已介入冲突中，还需有情绪的卷入，如人们确实体验到焦虑、紧张或挫折感。比如，你与护士长在一起讨论护理教学改革时，言谈中双方出现了意见上的分歧，但这并不意味着你与护士长就一定发生了冲突。只有当你们中间有一方固执己见，对对方的意见不满，当自己意见不能被对方赞同而感到焦虑、挫折、甚至引起气愤，此时才可谓冲突。

（三）行为阶段

随着个人情绪的介入，当一个人采取行动以达到个人目标时，便进入冲突行为阶段。在这个阶段冲突采取了外显的对抗形式。外在冲突的形式多样，可以是温和间接的语言对抗，到直接的攻击甚至失去控制的抗争或暴力。例如护士质询护士长关于奖金分配，工人罢工要求增加工资，夫妻之间由于孩子教育问题争吵等都是冲突的外显形式。冲突的行为外显阶段也是大多数处理冲突的方式开始出现的时候。一般而言，一旦冲突表面化，双方会寻找各种方法处理冲突。关于处理冲突的方法将随后进行介绍。

（四）结果阶段

当冲突发展到外显对抗阶段后，就会产生一些结果。这些结果可能促进组织或小组目标实现，属建设性；也可能阻碍小组实现目标，降低小组效绩，属非建设性或破坏性。一般而言，随着冲突表面化，双方会想方设法地去妥善处理冲突。

四、冲突的处理

冲突是由于双方的观点、需要、欲望、利益或要求的不相容而产生的结果。冲突不仅影响个人情绪，还会影响正常的组织活动与秩序。管理者面对冲突，既不能回避，也不能贸然行事，而要想方设法去协调、控制、解决冲突。解决冲突除了用行政的、经济的、法律的方法外，从管理心理学角度讲，还应遵循“具体问题具体分析”的原则，有的放矢，根据冲突的发生原因，采用不同方法去解决。

（一）两维方式解决冲突

有学者认为，处理冲突应从两方面因素进行考虑权衡，即两维处理法。一方面是合作性，指冲突发生后一方愿意满足对方需要的程度。另一方面是坚持性，指冲突发生后某一方坚持满足自己需要的程度。在考虑合作性和坚持性因素的基础上，可产生以下五种处理双方冲突的方式：

1. 强制

这种解决冲突的方式指的是冲突一方一切以满足自身利益为出发点，不考虑给对方所造成的任何后果和影响，甚至不惜损人利己。在市场经济的发展前提下，为了组织和个人的生存，组织间或成员间的竞争常导致以满足自己的利益为最大出发点，用这种方式解决

冲突，维持自己的生存和发展是第一位的，其他因素都是其次的。通常适用于紧急情况，须当机立断，或涉及组织的根本利益并且自己确信目标方向一致时，是对重大争论实在无法用其他方式解决时的首选措施。

2. 合作

当冲突各方都愿意在满足对方利益的共同前提下，通过协商寻求对双方都有利的解决方案。如办公室只有一台计算机，甲乙两人都需要在某日同时使用，就发生了冲突，最后两人通过协商，决定甲在上午用机，乙在下午用机，从而达到满足双方需求的目的，这就是协作解决冲突。此时双方都着眼于通过采取对双方都有利的方法解决问题。

3. 回避

在冲突发生时，采取漠不关心的态度或回避双方争执、对抗的行为称之为逃避，即采取从冲突中退出，一走了之。这是一种不合作也不维护自身利益的处理方法。该法只能维持暂时的平衡，不能从根本上解决问题，只能是权宜之计，并非长久之计。特别是在组织内部成员之间存在相互依赖、相互作用时，这种处理冲突的方法时有发生。如有时为了维护双方关系并使双方保持冷静，使冲突一方或双方采取保持距离的方法避免正面对抗；或争论的问题并不重要，或有燃眉之急时；或双方较固执，再争下去徒劳无益时。

4. 迁就

这种解决方式是冲突发生时，冲突一方将维持双方合作关系放在第一位，做出一定程度的自我牺牲，将满足对方需要放在高于自己利益的位置上，以保持和谐关系。一般适用于问题的争端对己无大碍，但对对方却至关重要的；或勇于承认错误，知错就改，诚信待人；或冲突持续发展会影响整体目标实现，以大局为重，服从大局；或合作至高无上时。

5. 妥协

这种解决方式是冲突各方都必须以放弃部分利益为前提，在一定程度上满足对方的部分需要，以便在一定程度上满足双方的部分需要，从而形成折中。此时双方都付出一定代价，但也都得到部分利益作为补偿，最终谈不上谁赢谁输。

从上述五种解决冲突方式看，唯有合作才会取得双赢的结果。

（二）谈判或行政干预解决冲突的方法

1. 谈判解决

由冲突双方各派代表通过协商方式解决冲突。通过谈判，或相互交涉，彼此提出条件，阐明各自的观点和意见，与对方共同商讨解决方案。协商要有诚意，才能使冲突得到有效解决。由于冲突双方情绪尖锐对立，一时难以冷静下来，领导者应该加强冲突双方间信息的沟通与交流，了解并掌握全面情况，在此基础上可等待时机协商解决，即先“降温”，让各方通过一段时间反思，逐渐转变原有的观点，操之过急可能使矛盾激化。当冲突发生时，自己的利益和双方关系都很重要时，就需要通过谈判的方式来解决问题，其目标是在尽量维护自己利益的同时，将双方关系保持在最佳水平。谈判时应以试图改善双方关系和增强双方合作能力为基本前提，使双方从建设的角度处理冲突，因为从长远观点看，保持在小组内有效合作的工作关系比满足个人短期需要更重要。其结

果是双赢策略，而不是一赢一输或两败俱伤的结局。并应由谈判对象而采用不同的谈判方式，如对家庭成员、对自己的上下级、对同事、对陌生人，就应针对其不同特点选用不同的谈判方式。

2. 仲裁解决

冲突双方经协商仍无效，可以邀请具有一定影响力且彼此信任或合法的局外第三者或较高层次的主管人员调停解决，进行仲裁，使冲突得到处理。仲裁者要具有权威性，秉公办事，铁面无私，不偏不倚。如果在工作、评价、分配等方面发现确有不合理之处，就应对有关的规定、制度进行必要的修改、调整，使之合理，冲突自然得到缓解。

3. 行政干预

当采取上述方法仍不能达成一致谅解时，事态发展严重，可由上级领导运用其正式权力的权威按规章制度提出相关处理办法，通过发出强制性行政命令，强制命令冲突双方执行。这种方式虽不能真正解决问题，但是可以阻断冲突进一步升级。

（三）护理管理者处理冲突的策略

作为护理管理人员，在工作中要与上下左右的人打交道，由于沟通、组织结构、个性等因素，冲突时有发生。在组织或小组内发生冲突是不可避免的，但作为管理者，正确认识冲突的性质，积极引导建设性冲突，保持组织的生命力，及时处理非建设性冲突，避免这类冲突给组织带来的不利影响，才能保证管理的有效性。护理管理者在处理本单位冲突时可以参考以下几点建议：

（1）充分认识冲突在组织内部的不可避免性；同时要明白并不是所有的冲突都是破坏性的，并欢迎在自己的工作单位存在一定程度的分歧。

（2）在护士之间发生冲突时应从让护士自己解决问题的角度来帮助他们处理冲突。帮助他们了解彼此沟通的必要性，同时让他们知道你信任他们解决分歧的能力。

（3）亲自处理护士之间发生的冲突时，有两点需时刻记住：一是信任，二是合理。首先要创造一个解决问题的气氛，在倾听冲突当事人陈述时，要随时把自己看作是一个客观的观察者，而不是一个家长或仲裁者。在整个过程中不要批评或否认人的正常感情，如生气、激动、害怕等。在陈述自己的看法时随时确认自己没有偏向一边，重点放在如何保持冲突双方的关系上。

（4）确认在本单位内长期抱怨的人，找出抱怨的原因并着手解决。这一点很重要，因为长期抱怨的行为会造成组织内工作气氛的不协调，是发生冲突的潜在原因之一，会给整个工作环境带来不利影响，妨碍组织工作效率。

要加强对护理工作人员的教育，提倡协作精神，反对本位主义、利己主义；加强沟通，增进相互理解；明确分工，各负其责；做好日常的协调工作。最重要的是管理者办事公正，作风过硬，从根本上杜绝冲突。

第三节　护理信息技术

信息技术正在改变着人们生活和工作的方式。当今的管理沟通已远非昔日的可比。管理者既要使他们的组织稳定地运行下去，同时又要持续地改进组织的运营活动，并保证组织在即便其自身和环境都发生急剧变化时仍能保持应有的竞争力，这无疑是一个巨大的挑战。虽然技术变化是造成环境不确定性的一大原因，但是技术进步也对管理者协调员工的工作活动有重要促进作用，并由此带来工作效率和效果的提高。现在，信息技术几乎影响到了组织活动的每一个方面，因而对管理沟通产生了深刻的影响。

一、信息技术对管理沟通的影响

信息技术从根本上改变了组织成员沟通的方式。比如，它不但极大地提高了管理者控制员工和团队绩效的能力，而且可使员工获得在作出快速决策时所需要的更完整的信息，并为员工提供了更多的加强合作和共享信息的机会。此外，信息技术还使组织内的人们能够方便地随时联系，不论对方在什么地方。而且，在与组织内的其他员工沟通时，人们也不一定非要坐在办公桌前，可以通过电脑进行联系。总的来说，对当前管理沟通似乎有着最重要影响的信息技术领域的两大新发展是：计算机网络系统和无线通信技术。

计算机网络系统在计算机网络系统中，组织通过兼容的硬件和软件把组织内的电脑连接在一起，形成组织范围的计算机网络。这样，组织的成员，不论是在会议厅，在城里，还是在横跨全球的旅行中，都能相互进行沟通，得到有关的信息。我们在这里不介绍网络系统工作的机械原理，而着重说明其在沟通中的一些应用，如电子邮件、即时信息、音频邮件、传真、电子数据交换、电话会议、可视会议、内部互联网和外部互联网，以及专为聊天开设的闲聊网等。

电子邮件是通过联网的计算机发送书面信息的一种邮件瞬时传递方式。信息能够存储于接收者的电脑中，一般在方便的时候阅读。电子邮件传递信息快速、方便，而且能同时向多人发送同一信息。对组织成员来说，它是一种快捷、便利的实现信息共享和沟通的渠道。

在组织管理中，通过对信息技术的系统应用建立计算机网络系统，达到的信息的合理使用，实现有效的组织沟通。

二、护理信息及其特点

（一）护理信息的概念

护理信息是指在护理活动过程中收集、整理、加工、处理有关的数据、消息或情报。

护理信息系统是一个可以迅速收集、储存、处理、检索、显示所需动态资料，并进行对话的计算机系统，是信息科学和计算机技术在护理工作中的广泛应用，是医院信息系统的重要组成部分。应用计算机系统管理信息系统进行护理管理，对提高护理质量，促进护理管理的科学化、标准化、现代化将是一个质的飞跃。

（二）护理信息的特点

护理信息除具有信息的普遍特点外尚有其本身的特点：

1. 生物医学属性

护理信息主要是与病人的健康有关的信息，因此具有生物医学属性的特点，在人体这个复杂的系统中，由于健康和疾病是处于动态变化状态之中，护理信息又具有动态性和连续性。如脉搏就汇集着大量的信息，既反映人体心脏的功能，血管的弹性，还反映血液的血容量等信息。

2. 相关性

护理信息和多方面有关，涉及的部门和人员很多，各方面的密切配合很重要。有护理系统内部信息如护理工作信息、病人病情信息、护理技术信息等；有护理系统外部信息如医生要求护士共同治疗病人、医院各医技部门、科室要求护理配合、参与等信息。这些信息往往是相互交错、相互影响的。

3. 准确性

信息必须及时获取、准确判断、作出迅速的反应，医院护理信息的收集需要许多部门和人员的配合，加之护理人员分布广泛，给信息的收集和传递造成了一定的困难。护理信息中的一部分可以用客观数据来表达，如病人出入院人数、护理人员出勤率、病人的血压、脉搏的变化、病人的平均住院日等，而另一部分则是来自主观的反映，如病情观察时病人的神志、意识的变化、心理状态等信息。它们直读性差，需要护理人员能准确地观察、敏锐地判断和综合地分析信息能力较强。否则，在病人的病情危重，病情突变危及生命时，信息判断、处理失误，会造成不可挽回的损失。

4. 大量、分散、重复

护理信息量大，种类繁多，且分散。有来自护理信息，有来自医生医疗文献的信息，有数据信息、图像信息、声音信息、有形和无形信息等。对这些信息正确的判断和处理，直接关系到护理质量。

三、护理信息的分类与来源

医院的护理信息种类繁多，主要分为护理科技信息、护理业务信息、护理教育信息和护理管理信息。

（一）护理科技信息

包括国内外护理新进展、新技术、护理科研成果、论文、著作、译文、学术活动情报、护理专业考察报告、护理专利、新仪器、新设备、外院各种疾病的护理常规、卫生宣教资料等。同时还包括院内护理科研计划、成果、论文、著作、译文、学术活动、护士的技术档案资料、护理技术资料等。

（二）护理业务信息

主要有临床直接观察的护理信息，个案病例护理信息、病房护理工作基本信息源，如医嘱信息、护理文件书写资料等。院内护理质量指标涉及原始材料，病人出入院、种类护

理工作卡片，各种护理工作量统计表，各种日报表、月报表、季和年报表、各种护士排班表、护士考勤表等。

（三）护理教育信息

主要包括有教学计划、实习、见习安排、教学会议记录、进修生管理资料、继续教育计划、培训内容、业务学习资料、历次各级护士考试成绩及标准卷等内容。

（四）护理管理信息

包括护士的基本档案、三级医院评定标准、各级护理人员职责、院内外各种护理规章制度、各级护理技术人员工作的质量标准、各级护理管理人员的职责、各种护理模式的管理制度及各班护理人员的工作质量标准、护士长管理的资料信息等有关管理内容。

四、护理信息系统和护理信息管理的基本内容

（一）护理信息系统的基本内容

1. 住院病人信息管理系统

住院病人管理是医院管理的重要组成部分。耗用医院大量的人、财、物资源。护士需耗费大量的时间去办理收费、记账、填写各种卡片等间接护理工作。该系统是病人办理住院手续后，病人信息在病区护士站电脑终端显示，有利于及时准备床单位，病人到病区后即可休息；同时病人信息卡刷卡后可打印病人一览表卡、床头卡等相关信息，并与药房、收费处、病案室、统计室等相应部门共享，这样既强化了病人的动态管理，又节约了护士的间接护理工作时间。

2. 住院病人医嘱处理系统

该系统由医生在电脑终端录入医嘱，在护士站电脑终端中显示，经核实医嘱无疑问后经过确认，即产生各种执行积累单及当日医嘱变更单、医嘱明细表；确认请领当日、昨日、明日药后，病区药房、中药房自动产生请领总表及单个病人明细表；药费自动划价后与收费处联网入账；住院费及部分治疗项目按医嘱自动收费。该系统由医生录入医嘱，充分体现出医嘱的严肃性、法律效应性。

3. 住院病人药物管理系统

本系统在病区电脑终端上设有借药及退药功能，在病人转科、出院、死亡及医嘱更改时可及时退药，并根据病人用药情况设有退药控制程序，避免人为因素造成误退、滥退药现象。

4. 住院病人费用管理系统

该系统根据录入的医嘱，诊疗、手术情况，在病人住院的整个过程中可以随时统计病人、病区费用的管理信息，如病人的费用使用情况，科室病人在某一时间段的入出院情况，各项收入比例，有利于调整费用的结构，达到科学管理。

5. 手术病人信息管理系统

该系统在外科各病区电脑终端输入手术病人的信息，如：拟行的手术方式，是否需安

排洗手护士，是否需特殊器械，手术时间，麻醉会诊邀请等，麻醉会诊后录入手术安排的时间，手术间号，麻醉洗手巡回人员名单，术前用药，特殊准备意见等，使病区与手术室之间紧密衔接。

6. 护理排班信息系统

该系统设有护士长排班系统。护士长录入密码后显示排班程序，进行排班、修改、打印，与护理部联络设立电子邮件，使信息沟通更加便捷。

护理信息系统在计算机专业人员和护理人员的共同努力下，将不断开发新的护理信息处理系统软件，使护士在护理信息处理中更方便、更科学、更完善。

（二）护理信息管理的基本内容

1. 护理行政管理

病区护士长可利用计算机进行排班、查阅出勤情况、考核护理人员工作质量，同时可以了解病人情况、医药费用、病人动态。护士长要制定相应的护理信息管理制度及护理信息使用制度，维护护理信息的真实性、可靠性；同时还要对护理人员进行计算机的应用与管理培训，防止数据的丢失或损坏，如必要的备份材料、定期进行维修与保养等。

2. 护理业务信息管理

护理信息系统的内容有护理计划、病人病情、医疗计划、医嘱、病人饮食等，项目繁多，内容复杂，护理人员在输入护理信息时，一定要认真负责，按照统一规范的输入方法输入。要有专人负责定期对各系统进行整理，保证护理信息收集内容全面、格式正确。

3. 护理质量管理

将护理质量评分标准输入计算机，建立数据库，将护士长、科护士长、医院护理质量控制小组、护理部各项检查、护理工作报表等数据输入计算机，使信息得到准确、及时的储存。利用计算机将储存的信息进行运算、统计、分析后，可将各病室护理工作质量以报告的形式输出，准确地评价护理工作强度和护理工作质量，便于护理管理，提高护理质量。

4. 护理科研管理

护理人员通过计算机建立各种信息库，如将特殊病例、科研数据、科研成果、新业务技术等输入计算机并储存时，应设立密码，防止他人窃取或删除。利用计算机管理护理人员的科技档案，如个人学习经历、学习成绩、论文及著作、发明、专利、科研成果等进行统计，了解护理的科研状态和护理人员的科研能力，为晋升、深造、选派科研人才提供有力的依据。

5. 供应室管理

供应室是医院无菌器材的供应中心，主要承担清洁、消毒、保管和发放工作。利用计算机进行管理，可将物品的种类、数目、价格、发放情况、回收情况、使用后损坏情况输入计算机，并提供有效的、可靠的管理信息。

6. 重症监护病房信息管理

监护病室收住严重心衰、心源性休克、心肌梗死、大型手术后及严重创伤的病人，病情变化大、变化快，需要建立一个对人体重要的生理生化指标进行有选择性的经常性的或

连续性的监护系统。这个系统必须具有储存、显示、分析和控制功能，通过以计算机为核心的监护系统，将主要的生化指标自动储存、显示、分析，及时发现病情变化，并做出应急处理，同时也降低了护士的疲劳性观察，减少了手工操作及主观判断造成的误差。

五、护理信息管理方法

（一）护理信息资源系统管理

信息资源管理系统，主要包括两方面的内容：

1. 信息资源管理的组织系统

从信息组织系统的角度来看，信息传递和沟通涉及组织的每个成员。不论是最高管理层次发出信息，其他人接受信息；还是下级发出信息，上级管理层次听取信息。该事实是组织的每个成员既是信息的发送者，又是信息的接收者。由于信息沟通对组织活动有着非常重要的作用，每个组织成员都要参与信息沟通的过程，所以，在组织中必须建立信息组织系统，以保证有效地沟通和传递信息。

2. 信息资源管理的技术系统

“处理”概括了一切将数据加工成信息的具体数据操作技术。所以信息技术系统即信息的一系列处理活动，信息处理由一些基本活动所组成：

（1）登录：又称数据采集，它意味着把客观事实用某种方式放入一个数据处理系统中。被登录的数据是准备用来处理成信息的对象。

（2）分类：就是区分类别。把具有同样特性的数据，放在同一类里或同一组里。反过来，如果知道某个类别本身的一些情况，那么也可以赋予这一类中的数据以同样的特性。

（3）排序：是把某些数据项，按照所需的顺序进行有序的排列。经过排序处理后的数据会具有一定的含义，所以排序本身也就是把数据转换成信息的一种处理。

（4）计算：是对数据进行算术运算的处理。被登录的数据项与别的数据项可以进行加、减、乘、除和其他运算。

（5）摘要（抽出）：是把数据精简，并给以新的含义。

（6）比较：是用已知的量度对一些数据进行对比分析和逻辑判断。

（7）通讯：把数据转换成信息，经过一系列处理活动后，还必须把这些生成的信息及时送到需要者的手中，否则就没有价值了，这种处理过程就是通讯。

（8）存储：是把信息保存起来，以便继续使用或以后使用。最终保证信息系统周而复始地循环下去。

（9）检索：是寻找或查询数据。当用户提出具体需求时，就对已被存储的数据进行搜索，从中寻找出满足用户要求条件的那些数据，这个过程就是检索。

（二）护理人员使用信息的管理

1. 提高护理人员对信息管理的认识

各级护理人员，尤其是护理部的工作人员要重视护理信息管理的重要性，自觉参与护

理信息的收集、整理、分析、利用等过程。加强信息管理制度，实行护士长、科护士长、护理部主任分级负责。减少信息传递中的不必要环节，防止数据丢失。

2. 普及计算机知识

加强护士能力的培养，掌握计算机文字处理系统和数据使用等计算机基本知识，保证信息的完整、真实、及时，并对信息进行适当的保密。

3. 保证信息渠道的通畅

各级护理人员应对信息及时传递、反馈，经常检查和督促信息管理工作，对违反信息管理制度和漏报或迟报信息、影响正常医疗护理工作或造成病人受损的情况，应追究责任，并给予责任人严肃处理。

4. 改善护理人员的素质

组织护士学习新技术和新方法，提高护理人员利用先进信息技术为临床护理和护理管理服务的能力。

第八章 控 制

第一节 控制概述

一、控制的基本含义

控制（Controlling）是管理者监督和规范组织及成员，使他们有效地实现组织目标所必要的行动过程，包括监督各项活动是否按计划、标准和方法进行，在出现偏差时及时采取纠正措施。从上述概念中可以看出：①控制是一个过程；②控制是通过监督和纠偏来实现的；③控制的目的是保证组织实现目标。

控制与其他管理职能既有区别又有联系。控制与其他管理职能的联系表现在控制有助于评价计划、组织及领导的好坏以及控制系统的效率。控制与计划的关系最为密切，计划目标决定控制方向，控制工作为实现目标服务，控制要时时刻刻以实现目标为中心。控制本身需要组织机构作保证，控制活动是按一定的组织层次进行的，各层次都有不同的责任要求，这样才能保证控制系统正常运转。控制为领导决策提供必要的信息，领导依据控制系统所反馈的信息做出修改或更正计划、目标的决策。

二、控制的理论基础

系统论、信息论、控制论是控制的理论基础。这是因为系统论、信息论、控制论都是从第二次世界大战后诞生并发展起来的综合性学科。实际上，它们是从不同侧面处理同一个问题——系统中的信息问题。信息论主要处理信息的传输和变换问题；控制论研究用信息进行控制，涉及信息产生、存贮、显示和利用等问题；信息作为系统的一个重要特征是系统内部和系统之间联系必不可少的重要因素，它使物质系统以最为经济的方式进行调节和控制。

（一）系统论

系统论（Systemic）是研究系统的一般模式、结构和规律的学问，它研究各种系统的

共同特征，用数学方法定量地描述其功能，寻求并确立适用于一切系统的原理、原则和数学模型，是具有逻辑和数学性质的一门新兴的科学。它是美籍奥地利人、理论生物学家L·V·贝塔朗菲（L. Von. Bertalanffy）创立的。

系统论的核心思想是系统的整体观念。任何系统都是一个有机的整体，它不是各个部分的机械组合或简单相加，系统的整体功能是各要素在孤立状态下所没有的新质。它同时认为，系统中各要素不是孤立地存在着，每个要素在系统中都处于一定的位置，起着特定的作用。要素之间相互关联，构成了一个不可分割的整体。要素是整体中的要素，如果将要素从系统整体中割离出来，它将失去要素的作用。正如人手在人体中是劳动的器官，一旦手从人体中分离出来，将不再是劳动的器官了一样。

系统论的基本思想方法，就是把所研究和处理的对象，当作一个系统，分析系统的结构和功能，研究系统、要素、环境三者的相互关系和变动的规律性，并从优化系统观点角度看问题，世界上任何事物都可以看成是一个系统，系统是普遍存在的。大至渺茫的宇宙，小至微观的原子，一粒种子、一群蜜蜂、一台机器、一所医院、一个学会团体等都是系统，整个世界就是系统的集合。

（二）信息论

信息论（Informatics）是一门起源于通信理论、研究信息传输和信息处理一般规律的学科，是由美国科学家申农（Claude E Shannon）在1948年提出的。信息论的基本思想和方法完全撇开了物质、能量的具体运动形态，而把任何通信和控制系统都看作是一个信息的传输和加工处理系统，把系统有目的的运动抽象为信息变换过程，通过系统内部的信息交流使系统维持正常的有目的的运动。事实上，任何实践活动都可以简化为各种流：人员流、物质流、资金流和信息流等，其中信息流起着支配作用，它调节着其他流的数量、方向、速度和目标，通过系统内部信息流的作用才能使系统维持正常的和有目的的运动。

（三）控制论

控制论（Cybernetics）是研究系统各个部分如何进行组织，以便实现系统的稳定和有目的的行为，是一门跨学科的具有方法论性质的交叉学科。控制论是由美国数学家、生理学家维纳（N. Wiener）在20世纪40年代创立的。现在，控制论已形成以理论控制论为中心的四大分支：工程控制论、生物控制论、社会控制论（包括管理控制论、经济控制论）和智能控制论。它横跨工程技术领域、生物领域、社会领域和思维领域，并不断向各门学科渗透，促进了自然科学和社会科学的紧密结合。

三、控制的功能

任何组织都需要控制。控制的功能主要是限制偏差的累积和使组织适应环境变化。

（一）限制偏差累积

一般来说，小的偏差和失误并不会立即给组织带来严重的损害，然而时间一长，小的偏差就会得以积累、放大，并最终变得非常严重，即从量变到质变。比如人们常说的“蝴蝶效

应”：一只蝴蝶在巴西扇动翅膀，有可能会在美国引起一场龙卷风。从科学的角度看，“蝴蝶效应”反映了混沌运动的重要特征即系统长期行为对初始条件的敏感依赖性。在混沌系统中，初始条件的十分微小的变化经过不断放大，对其未来状态会造成极其巨大的差别。

工作中出现偏差在很大程度上是不可避免的，关键是要及时地获取偏差信息，及时地采取有效地纠正措施，减少偏差的累积。这就要求有效的控制系统予以保证。

（二）适应环境变化

如果建立目标并能立刻实现，那么就不需要进行控制。但事实上，制定目标之后到目标实现之前，总是有一段时间。在这段时间之内，组织内部和周围环境会发生许多变化：竞争对手可能会推出新产品和新的服务项目，新材料和新技术可能会出现，政府可能会制定新的政策和法规或对原有政策进行修订，服务对象可能会有新的需求，组织内部人员会发生大的变动等。这些变化会对组织实现目标产生影响。因此，需要建立有效的控制系统帮助管理者预测和识别这些变化，并对由此带来的机会和威胁做出反应。这种监测越有效，持续时间越长，组织对外环境的适应能力就越强，组织在激烈变化的环境中生存和发展的可能性就越大。

四、控制类型

控制类型（Types of Controls）依据分类原则不同包括以下几种：①根据控制的性质可以分为预防性控制、检查性控制及矫正性控制；②根据控制点位于整个活动过程中的位置可以分为事先控制、过程控制和事后控制，如图8-1所示；③根据实施控制的来源可以分为内部控制和外部控制；④根据控制信息的性质可以分为反馈控制和前馈控制；⑤根据控制的方式分为正式组织控制、群体控制和自我控制；⑥根据控制采用的手段可以分为直接控制和间接控制。

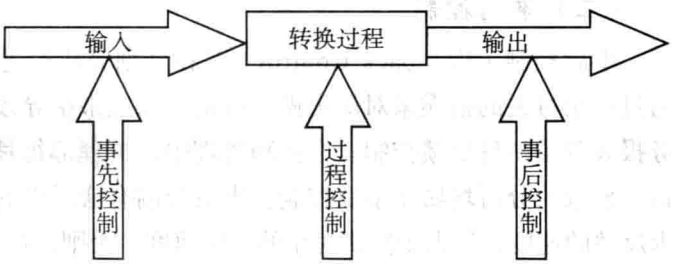


图8-1 控制类型

上述分类不是绝对的，有时一种控制可能同时属于几种类型，如医院对医务人员严格实行准入制度，杜绝无资质人员上岗，这一控制措施既是正式组织控制，也是事先控制，更是预防性控制。大多数组织兼用预防控制、同步控制和反馈控制。

由于任何系统的运行过程均表现为输入—转换—输出的过程，故将根据控制点位于整个活动过程中的位置不同而分事先、过程和事后三种控制类型。

（一）事先控制

事先控制（Feed Forward Control）是在系统运行的输入阶段进行的控制，也叫前馈控制，有时也称预防控制，由于控制早于行动，又称面向未来的控制。这种方法是最为经济的

一种方法，它能防止由于与绩效标准不符而产生偏差的发生。例如医院在购买大型医疗仪器设备前，就先建立一定的质量标准，既能保证购买到高质量医疗仪器设备，也能降低因医疗仪器设备出现故障的可能性而导致的损失。再比如，医院制定重大医疗过失行为和医疗事故防范预案时，做好医院安全管理工作，是属于预防控制。预防控制也用于人力资源管理：制定雇员标准就是预防控制。例如，某三甲医院只招聘有护士职业证书且身体健康的护士作为新员工，这种预防控制有助于减少在岗护士因无资质或疾病导致的生产力低下和一些不必要的损失。

（二）过程控制

过程控制（Process Control）是在计划执行中进行的同步控制，也称同步控制。当发现错误时，立即提出建设性建议并采取纠正措施。又分现场控制和遥控控制，在护理管理中，遥控控制极少应用。

现场控制适应于基层管理人员，尤其是需要作出快速反应的工作如顾客投诉、产品服务（包括售前、售中、售后）等，这类问题复杂多变，预先控制防不胜防，只有做好现场控制，随机应变，才能达到目标，现场控制需要充分的授权。例如各级护理管理人员的现场检查、督导，尤其是科室护士长一日五查房、护理部组织的午间、夜间及节假日查房均属于现场控制，其目的是保证一日护理工作，尤其是薄弱时段的护理工作的顺利进行。

现场控制也适应于员工的自我控制。例如护士在为病人输血时，发现输血袋有破损漏血现象，应立即与血库联系退换有关事宜，就属于现场控制。

（三）事后控制

事后控制（Feedback Control）是在计划完成后进行的评价性控制，也称反馈控制。通过指出过去的错误来对历史做出评价，以此来指导改进未来工作，但损失已经发生。财务报表就是一种反馈控制。在护理管理中，护理部每月的护理质量检查结果反馈，护理差错、事故的分析均属于事后控制。事后控制有滞后性的弱点，增加了控制的难度，因而要求反馈的速度必须大于控制对象的变化速度，否则，控制难以发挥作用。

以上三种控制虽然各有特点，但在实际工作中往往是交叉使用的。预防控制虽然可以预先做好准备，防患于未然，但有些突发事件是防不胜防的，这时必须辅以现场控制，否则，将前功尽弃。同样，不论是预先控制还是现场控制，都需要事后控制来检验。另外，在系统发展过程中，虽对前一个阶段来说是事后控制，但对后一阶段往往是事先控制。

五、控制的基本原则

（一）目的性原则

管理控制的目的一方面是使组织的实际工作按预计的计划进行并取得预期成果，另一方面，是使组织的活动有所创新、有所进步，以达到一个新的高度，即持续改进，追求卓越。为此，控制工作应紧紧围绕上述目的展开，采用的各种手段和措施也应有助于上述目的实现。

（二）客观性原则

控制活动是通过人来实现的，就是再好的管理者也难免受到主观、客观因素的影响，为了能客观地、准确地评价工作成果，须依据相应的定量或定性的标准进行控制，只有这样，才能避免主观因素的干扰。

（三）重点性原则

对组织的整体控制做到面面俱到是不可能的，也是没有必要的。这是因为各部分、各环节、各种因素，在实现控制目标中的地位和所起的作用不同，因此，要选择那些对全局影响大的重点因素、重点部分或关键环节进行控制。

（四）灵活性原则

通常情况下控制须按计划目标去实现，只有当预先制订的计划出现错误或环境发生重大改变时，才需要管理者灵活去控制。否则，事先设计的控制系统仍如期运转的话，会造成更大的损失和严重的后果。

（五）及时性原则

控制的及时性体现在及时发现偏差和及时纠正偏差两个方面，其目的是减少时滞，避免更大失误，保证控制的有效性。及时发现偏差须及时收集信息和及时传递信息，只有这样，才能及时掌握实时的信息，提高控制时效；及时发现偏差是实行有效控制的第一步，如果仅仅停留在这个阶段，控制也不可能达到其目的，只有通过适当的计划调整、组织安排、人员配备、现场指导等办法来纠正偏差，才能保证组织的目标实现。

第二节 控制技术

一、控制的系统

控制系统（control systems）是指具有目的、行为和调节功能的体系，包括受控和施控两个子系统。受控系统是控制客体，也叫控制对象，一般分为人、财、物、作业、信息和组织的总体绩效等。施控系统是控制主体，由偏差测量机构、决策机构和执行机构三部分组成。

控制系统是针对某一过程而言的。设计合理的管理控制系统能够影响并优化员工行为，从而有助于组织实现甚至超越自身目标。

护理管理控制系统与一般管理控制系统一样，也是由受控与施控两个子系统组成。护理管理受控系统，分为人、财、物、作业、信息和组织的总体绩效等。目前，医院内部护理管理的施控系统有两种常见的类型：三级医院大多采取院、科、病区三级（护理部—总护士长—护士长）护理管理组织形式；二级医院一般采用院、病区二级（护理部或总护士

长—护士长）护理管理组织形式。事实上，各级护理人员既是受控客体，既要接受上级护理人员的控制，同时也是控制主体，也要对下一级护理人员和自我进行控制。

医院内部各级护理管理施控系统的人员组成及职责：

（一）护士自我控制

实施各项护理服务后，护士个人依据标准进行自我检查与评估，发现问题采取自我纠正与预防措施并记录。护士个人自我控制的前提是把目标分解到人，使各人都有明确的目标和职责，使之在执行各项护理工作时有章可循、有据可依。

（二）病区护理质量管理小组

成员由病区护士长和其他质量控制员组成。每周对本护理单元护士及各个服务环节按标准进行全面的护理质量检查、评分、分析、反馈并提出改进措施，进行跟踪验证直到问题解决。

（三）科级护理质量管理小组

成员由总护士长和各护理单元护士长组成。每周对所管辖护理单元护士长、护士及各个服务环节按标准进行全面的护理质量检查、评分、分析、反馈并提出改进措施，进行跟踪验证直到问题解决。

（四）院级护理质量管理小组

护理质量管理委员会委员任组长，成员由护理部成员及各学科带头人或护士长组成。每周对全院的各个护理单元按标准进行不定期质量检查，将检查出的护理不合格项目由科室人员认可并签字，及时反馈给科室负责人并限期改正，科室负责人应进行跟踪验证直到问题解决。对于检查发现的护理不合格服务的护理单元重点抽查，对每个病区存在主要问题进行跟踪，监督病区护理负责人将改进的措施尽快落实。护理部每月、每季度进行综合考评，根据科室质量控制指标和医院质量控制组考评结果，及时进行评分、分析、反馈，对不足方面提出改进措施，最后给予评价。

通过各级护理质量控制组织的检查管理，形成一个质控—评价—反馈全程质量管理网络，以达到持续改进之目的。

二、控制的对象

控制的对象（Control Objects）也称控制的内容，美国管理学家斯蒂芬·罗宾斯将控制的内容归纳为对人员、财务、作业、信息和组织的总体绩效等五个方面。

（一）对人员的控制

组织的目标是由人来实现的，员工应该按照管理者制订的计划去做，为了做到这一点，就必须对人员进行控制。对人员控制最常用的方法就是直接巡视，发现问题马上进行纠正。另一种方法是对员工进行系统化的评估，通过评估，对绩效好的员工予以奖励，使其维持良好的表现；对绩效差的管理者就采取相应的措施比如进行业务培训，纠正出现的偏差。

护理管理者的控制对象主要包括以下三方面：

1. 各级护理管理者

包括护士长、总护士长、护理部正、副主任及护理副院长等。对管理者的控制是非常重要的，各级护理管理者一方面要控制下属，另一方面同时接受上级的控制。

2. 各级各类护理人员

包括护理员、护士、护师、主管护师、副主任护师和主任护师。

3. 护理专业的学生

包括见习生、实习生、进修生。

（二）对财务的控制

为保证医院正常的运作，必须进行财务控制。这主要包括审核各期的财务报表，以保证一定的现金存量，保证债务的负担不致过重，保证各项资产都得到有效的利用等等。这部分职能主要由财务部门完成，对护理管理者来说，主要的工作是进行护理预算和护理成本控制。

（三）对作业的控制

所谓作业，就是指从劳动力、原材料等物质资源到最终产品和服务的转换过程。对护理工作而言，作业是指护士为病人提供各项护理服务的过程。作业控制就是通过对护理服务过程的控制，来评价并提高护理服务的效率和效果，从而提高医院医疗服务的质量。护理工作中常用的作业控制有：护理技术控制、护理质量控制、医疗护理所用材料、药品购买控制、库存控制等等。

（四）对信息的控制

随着人类步入信息社会，信息在组织运行中的地位越来越高，不精确的、不完整的、不及时的信息会大大降低组织的效率。因此，在现代组织中对信息的控制显得尤为重要。对信息的控制就是建立一个管理信息系统，使它能及时地为管理者提供充分、可靠的信息。护理信息系统包括护理业务管理、行政管理、科研教学三个信息系统。护理业务管理系统又分为病人信息系统、医嘱管理系统和护理病例管理系统等。

（五）对组织绩效的控制

组织绩效是组织上层管理者控制的对象，组织目标的达成与否都从这里反映出来。无论是组织内部的人员，还是组织外部的人员和组织都十分关注组织的绩效。要有效实施对组织绩效的控制，关键在于科学地评价、衡量组织绩效。一个组织的整体效果很难用一个指标来衡量，生产率、产量、市场占有率、员工福利、组织的成长性等都可能成为衡量的标准，关键看组织的目标取向，即要根据组织完成目标的实际情况并按照目标所设定标准来衡量组织的绩效。对医疗卫生服务行业的绩效评价，不仅要看其经济效益，而且更要考虑社会效益。

三、控制过程

控制过程（Control Processes）是通过信息流将控制主体与控制对象联系起来，即控制

主体将外部作用转换为可直接作用于控制对象的形式，以校正控制对象的脱离标准状态的偏差，从而实现维持系统稳定状态的控制过程。这一过程是通过事先控制、同步控制和反馈控制等类型的控制完成的。

控制过程包括三个关键步骤：确立标准、衡量绩效和评价并纠正偏差。

（一）确立标准

标准（Standard）是人们检查工作及其结果的规范。制定标准就是确定控制对象、选择控制关键点、分解计划目标的过程。制定标准是控制的基础。

1. 确定控制对象

进行控制首先遇到的问题是“控制什么”，这是在确立标准之前首先要解决的问题。管理者对全部影响组织目标成果实现的因素都进行控制是不现实的，也是不经济的。通常管理者选择那些对实现组织目标成果有重大影响的因素进行重点控制。一般影响组织目标成果实现的主要因素有：环境特点及其发展趋势、资源投入和活动过程，这些因素中哪些是管理控制工作的重点，需要根据具体情况而定。在工作成果较难衡量而工作过程也难以标准化、程序化的高层管理活动中，工作者的素质和技能是主要的控制对象。而在工作方法或程序与预期工作成果之间有较明确或固定关系的常规性活动中，工作过程本身就是控制的主要对象。

2. 选择控制的关键点

重点控制对象确定后，只有选择具体的控制的关键点，才能制定控制标准。良好的控制来源于关键控制点的正确选择。在选择控制的关键点时，通常统筹考虑如下三个方面的因素：①影响整个工作运行过程的重要操作与事项；②能在重大损失出现之前显示出差异的事项，只有选择那些易检测出偏差的环节才有可能对问题做出及时和灵敏的反应；③选择若干能反映组织主要绩效水平的时间和空间分布均衡的控制点，以便管理者对组织总体状况形成一个比较全面的了解。在三种不同控制类型中，选择控制的关键点也不同，如图8-2所示。

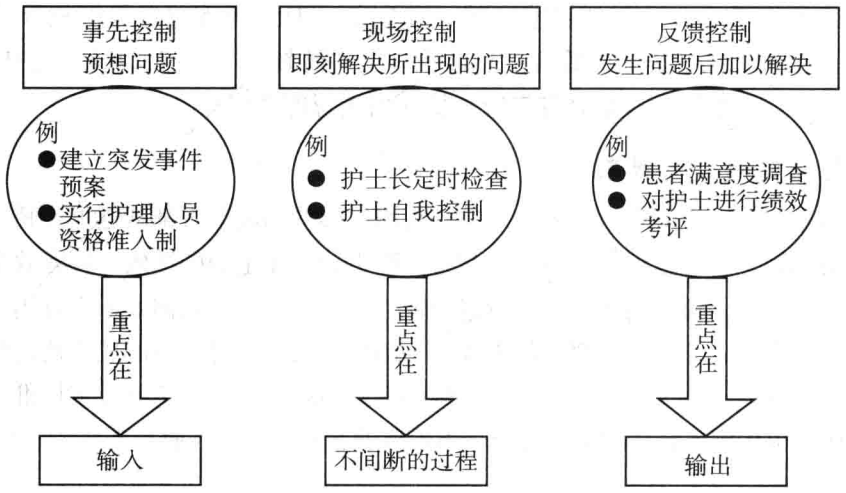


图8-2　组织中控制的关键点

（资料来源：RichardL. Daft著，韩经纶，韦福祥译.《管理学》（5th Edition），599，2004. 稍作修改）

护理管理控制的关键点：①制度：消毒隔离、查对、抢救、安全管理等制度；②护士：护理骨干、新上岗的护士、进修护士、实习护士以及近期遭遇重大生活事件的护士等；③病人：疑难危重病人、新入院病人、手术后病人、接受特殊检查和治疗的病人、有自杀倾向的病人；④器材设备和药品：特殊耗材、监护仪器设备、急救器材与药品等；⑤部门：急诊科、手术室、供应室、监护室、产婴室、血液透析室等；⑥时间：交接班时间、节假日、午间、夜间、工作繁忙时。

3. 分解目标并确立控制标准

将某一计划中的目标分解为一系列具体可操作的控制标准，是确立标准的关键环节。控制标准分定量标准和定性标准两大类。定量标准又分为实物标准（如产品数量、废品数量）、价值标准（单位产品成本、销售收入、利润）、时间标准（如工时定额、交货期）。定性标准具有非定量性质，在实际工作中也尽量采用可度量的方法予以量化处理，如用产品等级、合格率、顾客满意度等指标间接衡量产品质量。

（二）衡量工作绩效

对照标准衡量实际工作绩效，是控制过程的第二步。衡量实绩的目的是取得控制对象的有关信息。衡量工作绩效的前提是建立有效的信息反馈系统。

1. 确定适宜的衡量方式

管理者进行实绩衡量之前，应对衡量什么、如何衡量、间隔时间和谁来衡量做出合理的安排。

（1）衡量项目：衡量什么是衡量工作最为重要的方面。管理者应针对决定实际工作好坏的重要特征进行衡量，避免只衡量那些易于衡量的项目。

（2）衡量方法：衡量工作绩效的方法较多，常用的有：①观察，通过管理者个人的亲自观察、交谈，可获得真实而全面的信息，但易受时间、精力的限制。②报表和报告，是通过书面资料来了解工作情况的常用方法，此方法可节约管理者的时间，获取信息是否全面有赖于报表和报告的质量。③抽样调查，从整批调查对象中抽取出部分调查样本进行调查。④召开会议，通过各部门主管汇报工作及遇到的问题，有助于管理者了解各部门工作情况，也有助于加强各部门间的协作和沟通。⑤通过现象推断，对一些无法直接衡量的工作，通过某些现象来推断，例如从护理人员工作热情下降可以推断管理可能存在不当之处。

（3）衡量频度：即衡量的次数或频率。通俗地说，就是多长时间衡量一次，是每时、每日、每周，还是每月、每季或每年，是定时衡量还是不定时衡量，不同的衡量项目，衡量的频度不一样。有效控制要求确定适宜的衡量频度。衡量频度过高，不仅会增加控制费用，还会引起相关人员的不满，从而对组织目标产生负面影响；衡量频度过低则有可能造成许多重大的偏差，不能及时被发现，不能及时采取纠正措施，从而影响组织目标和计划的实施。适宜的衡量频度取决于被控制活动的性质和要求。

（4）衡量主体：衡量主体包括工作者本人、下级、同事、上级或者职能部门的人员等。衡量的主体不同，控制的类型就不同，对控制效果和控制方法产生的影响也不同。

2. 建立有效的信息反馈系统

对实际工作情况进行衡量是为控制提供有用的信息，为纠正偏差提供依据。然而，实际上衡量绩效、制定纠偏措施和执行纠偏措施是由不同人员完成的。因此，有必要建立有效的信息反馈系统，使反映实际工作情况的信息能被迅速地收集上来，及时地传递给恰当的主管人员，并且能够将纠偏措施的指令迅速地传达给有关操作人员，以便对问题做出及时处理。

信息有效性体现在以下三个方面：①信息的及时性。首先，对信息的收集要及时。其次，信息的加工、检索和传递工作也要及时。否则，其使用价值就会降低。②信息的可靠性。管理人员必须依靠准确、可靠的信息才能对工作中的问题做出正确的决策。信息的可靠性依赖于准确地收集信息，完整地传递信息。③信息的实用性。不加区分地提供信息，不仅不利于做出正确的决策，反而会加重管理部门的负担。因此，应对衡量绩效中的信息进行整理分析，并保证在管理者需要时提供适宜的信息。

3. 通过衡量成绩，检验标准的客观性和有效性

衡量工作绩效是以预定的标准为依据来进行的，出现偏差有两种可能：①执行中出现问题；②标准本身存在问题。对于前者，需要进行纠正；对于后者，则要修正或更新标准。这样利用预定的标准检查各部门、各阶段和每个人的工作过程就同时成为检验标准的客观性和有效性的过程。这个过程就是辨别并剔除那些不能为有效控制提供信息并易产生误导作用的不适宜的标准的过程。

（三）评价并纠正偏差

评价偏差并采取纠正措施是控制过程的第三步。

1. 评价偏差及其严重程度偏差（Variance）是在控制系统中绩效标准与实际结果的差距

在建立标准与实绩测量后，须进行绩效与标准的比较并得出偏差及其相关信息，判断偏差的严重程度，是否足以构成对组织活动效率的威胁，是否立即采取纠正措施。管理者应预先对偏差达到多大时应当进行调整做出规定。对偏差严重程度的判断，不能仅凭统计概率，还要看偏差对组织构成危险的程度。例如拿急救药品与器材的完好率99%与健康教育知晓率90%比较，这时1%的偏差会比10%的偏差对医院造成的严重危险更大。

2. 采取纠正行动在对偏差进行评价后，管理者可以采取以下行动

（1）如果没有偏差，就不采取任何行动。

（2）如果有偏差，则要分析造成偏差的原因并采取纠正措施，这又要分两种情况，若标准不够合理，则修订标准，如果标准适宜，则要解决管理实际问题。

为了保证控制的针对性和有效性，在制定和实施纠正措施时注意以下几个方面的问题。首先，要找出偏差产生的主要原因；其次，要确定纠正措施实施的对象，这些对象可能是组织所进行的活动，也可能是衡量绩效的标准，甚至是指导活动的计划；第三，选择恰当的纠偏措施。使纠偏方案双重优化，以追加投入最少、成本最小、解决偏差效果最好为目的，同时充分考虑纠偏措施对原先计划实施的影响，注意消除人们对纠偏措施的疑虑；应把急性行动与永久性行动并重，也就是“标”“本”兼治。

四、控制技术

控制技术（Control Skills）可分为硬技术和软技术。控制硬技术指实施控制所采用的技术设备、装置和仪器等。控制软技术是指控制方法。

管理实践中采用的控制方法比较多。一般将控制方法分为预算控制技术和非预算控制技术。预算控制是指根据预算规定的收入和支出标准来检查和监督各部门的经营活动，保证各部门、各项活动在实现利润的过程中对资源的合理利用。

所谓预算，就是用数字，特别是财务数字的形式来描述组织未来的活动计划，它预估了组织未来一个时期的经营收入或现金流量，同时也为各部门或各项活动规定了资金、劳动、材料、能源等方面的支出不能超过的额度。

非预算控制又分为质量控制技术和数量控制技术。质量控制技术通常用语言评价人的绩效，包括管理审核、内部审核、外部审核、个人观察、绩效评估等技术；数量控制技术通常用数字评价人的绩效，通常采用甘特图、盈亏平衡分析、基于活动的成本管理分析、偏差分析、决策树等。也可以根据控制的类型，把控制的方法划分为产出控制、行为控制以及组织文化与团体控制。

护理管理中常用的控制方法有：

（一）行为控制法

管理控制中最主要的方面就是对人员的行为进行控制，这是因为在任何组织当中最重要的资源是人，任何高效的组织都配备着有能力且能高效地完成指派任务的优秀人才，这可以从周围许多组织的情况得到证明。怎样选择人员、怎样使员工的行为更有效地趋向组织目标，这就涉及人员行为的控制问题。行为控制包括直接监督、目标管理和行政控制。

1. 直接监督是行为控制最直接、最有效的方式

通过这种方式，管理者可以根据需要监督下属的行为，告诉他们哪些是合适的行为或不合适的行为，并采取纠正措施进行干预。护士长或带教老师对新上岗的护士、实习生、进修生的控制多采用此种方式。通过个人监督进行控制，是一种有效的激励员工和促进员工提高效率的方法。当然，此种方法管理成本高，不利于下属创造性的发挥。

2. 目标管理

目标管理（Management of Objectives）是一种为提高效率而进行的系统化的目标设定过程，也是对下属实现特定组织目标或业绩标准、执行运营预算的能力进行评估的系统。通常包括建立组织目标，建立部门目标，听取小组成员对其目标的建议，商讨或同意建议，制订行动计划和绩效评估6个步骤。

目标管理作为一种控制方法的特点是清晰、明确，各级管理者容易做出判断；由于整个组织或系统的目标分解成为各个子系统的目标，如果各个子系统能达成目标，就能够确保整个组织达成目标，这在某种程度上可以说提高了控制的可靠程度；目标管理的核心是各级组织成员都参与自己目标的制定，员工的行为和态度与组织目标更加接近，这使人员行为的控制容易了许多。

3. 行政控制

行政控制（Bureaucratic Control）是一种由规则和标准操作程序组成的综合系统进行的控制，其目的是为了塑造和规范组织和员工个人行为。规则和标准操作程序指导行为，并对员工在碰到需要解决的问题时应该做什么作了详细的说明。制定规则和操作程序是管理者的职责。当员工遵守管理者制定的规则时，他们的行为是标准化的，即行为是以相同的方式一遍遍重复进行，而且可以对工作结果进行预测。培训员工遵守那些已经证明在特定场合中最有效的规则行为，行政控制是使员工行为标准化的有效方式。员工接受的培训越好，他们的行为越标准。

行政控制也有不利的方面，首先，可能使组织变得官僚主义，对环境变化反应迟钝，危及组织生存；其次，可能使员工变得墨守成规，如果组织和员工将注意力放在错误规则上的话，即过渡标准化，将会使组织偏离轨道。因此，管理者必须对自己使用行政控制的方式始终保持一种敏锐的洞察力。当组织行为是程序化的且容易理解时，行政控制非常有用；当管理者必须对环境变化做出快速反应时或做出非程序化决策时，不宜用行政控制。

（二）组织文化与团体控制

组织文化（Organizational Culture）是指控制个人与群体相互作用和影响方式的价值观、规范、行为标准和共同愿景的总和。团体控制（Clan Control）是通过分享价值观、规范、行为标准和共同愿景，对组织内个人和群体施加控制。组织文化不是通过外部强制发挥作用的约束系统，而是通过员工内化价值观和规范，进而由这些价值观和规范约束指导他们行为的。组织文化通过创始人价值观、社会化过程、仪式和典礼以及故事和语言等形式传递给组织成员。例如对新护士进行授帽、宣誓等仪式均属于此种控制。

管理者的一项最重要的工作就是选用最合适的控制方法。在护理管理过程中，何种控制方法最有效，需具体问题具体分析，不能生搬硬套。

五、有效控制系统的特征

一个有效的控制系统可以改进工作绩效和提高生产效率。它具有以下几个特征：

（一）适时控制

有效的控制是适时的控制，控制系统能及时发现偏差信息，并迅速做出反应，防止偏差的积累。

（二）适度控制

有效的控制是适度控制，它能防止控制过多（允许一些随即误差存在）或控制不足，能处理全面控制与重点控制的关系，能使花费一定费用的控制得到足够的控制收益。

（三）客观控制

有效的控制必须是客观的，符合实际的。一是控制过程中采用的检查、测量的技术手段必须能正确地反映组织在时空上的变化程度与分布状况，准确地判断和评价组织的各部门实际状况。二是组织还必须定期地检查过去规定的标准和计量规范，使之符合现时的要

求，标准和规范不应自相矛盾。

（四）自我控制

有效的控制系统应允许员工进行自我反馈和自我控制，这样可以节省时间，提高组织的有效性。

（五）员工认同

员工对控制系统的认同感越高，控制系统发挥推动和激励作用就越明显。否则，控制系统会影响员工士气，甚至使员工产生抵触、破坏控制系统的行为。

第三节 控制在护理管理中的应用

控制是管理的重要职能之一。控制贯穿于护理工作的全过程，涉及各级护理人员。在护理管理中，对护理安全、护理成本、护理质量（包括要素质量、过程质量、结果质量）护理缺陷等全方位的控制尤为重要。本节主要介绍护理安全和护理成本控制。护理质量控制将在第十章阐述。

一、风险管理与护理安全管理

风险管理（Risk Management）是指通过识别风险、衡量风险、分析风险，从而有效控制风险，用最经济的方法来综合处理风险，以实现最佳安全生产保障的科学管理方法。

在实际工作中，有人将风险管理和安全管理（Safety Management）视为同样的工作。其实，两者间关系虽然密切，但也有区别，主要体现在：

（1）风险管理的内容较安全管理广泛。风险管理不仅包括预测和预防事故、灾害的发生，人机系统的管理等这些安全管理所包含的内容，而且延伸到了保险、投资，甚至政治风险领域。

（2）安全管理强调的是减少事故，甚至消除事故，是将安全生产与人机工程相结合，给劳动者以最佳的工作环境。而风险管理的目标是尽可能地减少风险的经济损失。由于两者的侧重点不同，也就决定了它们控制方法的差异。

（一）风险管理

1. 风险管理的目标

首先是鉴别显露的和潜在的风险，处置并控制风险，以期预防损失；其次在损失发生后提供尽可能的补偿，减小损失的危害性，保障组织安全生产和各项活动的顺利进行。

2. 风险管理的意义

为组织发展、项目建设提供对待风险的整套科学依据，有助于全面识别、衡量、规避

风险，用最小的代价将风险损失控制到最小，尽可能维护组织和项目投资的收益，成为组织和项目成功的有力保障。没有风险管理，组织和项目将暴露在诸多不确定因素之中，处于被动和消极接受的状态。而制订和实施风险管理计划之后，组织、项目有了对各种情况的分析及其对应措施，虽不能保证全面安全，但至少可避免较大损失，化被动为主动。

3. 风险管理的程序

风险管理的程序分为4个阶段：识别风险、衡量风险、选择风险管理工具、实施风险管理与评价风险管理后果。

4. 风险管理技术

风险管理技术包括：回避、预防、减轻、隔离、结合、转移等。

（二）护理安全管理

1. 护理安全

护理安全（Nursing Safety）是指在实施护理服务全过程中，病人不发生在法律和法定的规章制度允许范围以外的心理、人体结构或功能上的损害、障碍、缺陷或死亡，它包括了一切护理缺陷和一切不安全的隐患。涉及参与护理活动的每个人员及各个环节。

2. 护理安全与护理风险的关系

护理风险（Nursing Risk）是指可能会发生的护理危险，是一种职业风险。有学者认为护理安全与护理风险有因果关系：护理风险意识低，护理风险系数高，护理安全系数低，反之，护理安全系数就高，护理安全保障可靠性大。因此，护理管理者要确保护理安全必须首先提高护理人员的护理风险意识。

3. 医院安全

医院安全（Hospital Safety）是病人在接受医疗服务过程中和医务人员在实施医疗中不受到任何意外的伤害。这一概念至少包涵以下几点内容：

（1）病人在接受各种医疗服务期间不会因为医务人员的过失而发生各种缺陷、差错、事故和医院感染，甚至危及生命安全。

（2）病人不会因住院环境的安全防护措施不力而造成病人摔倒、坠床、失窃等。

（3）不会因管理制度不完善造成病人的标本、病人已付款的药品及其他财物丢失。

（4）保证医务人员的职业安全。

4. 医院安全管理

医院安全管理（Hospital Safety Management）是近几年来医院管理领域中发展最快的一个分支，特别是在经历SARS感染和HIV病毒快速蔓延这样的高危害性公共卫生事件后，医院安全管理被赋予了更多的内涵和外延。传统的医院安全管理包括消防（防火、防水）、人身安全（防伤）、财产安全（防盗）以及突发性事件处理（防灾、防震）等。随着“以病人为中心”的医疗模式的逐步建立和病人自主意识的提高，在推进医院科学化管理的过程中，医院安全管理有了更多、更新、更高的要求，涉及医院空间动线规划、设备仪器保养、耗材物资补充、信息系统安全等因素，贯穿诊疗过程、手术安全、感染管理、血液安全、用药安全、膳食供应等多个环节，囊括了病人从入院到出院的整个医疗过程所涉及的

人、物、信息、事等全部要素。安全管理已逐渐成为医院管理的核心内容，其中预防和减少病人及医护人员在诊疗过程中的不良事件是关键。

5. 护理安全管理

护理安全管理（Nursing Safety Management）包括病人安全管理和护理人员职业防护，是护理质量管理的重要内容，也是医院安全管理的一部分。

（1）病人安全（Patient Safety）是指医院在医疗过程中采取必要的措施，避免或预防病人出现不良的结果或受到伤害，包括预防错误、偏差与意外。医疗、护理安全注重的是医务人员自身的安全，通常是指医疗护理过程中有无过失、差错、事故，对病人的安全考虑较少；病人安全，所涵盖的范围更大，是以病人为中心，从病人的角度出发，从医院的行为、流程、设备、环境、建筑等各方面考虑是否存在有危害病人安全的因素，体现医院对病人的人文化关怀。

（2）病人安全管理：其目的“在于使病人免于由于医疗照护过程中的意外而导致不必要的伤害”。提升病人安全的重点在于降低系统中不安全的设计、操作及行为。发达国家医院的做法如下：

①建立国家病人安全管理中心，其任务是制定病人安全目标并追踪其进展情况、制订研究计划、定义典型的安全系统，开发、宣传并评价医疗错误的识别和分析工具，开发教育公众有关病人安全的办法，并提出相关建议等。

②健全医疗错误报告系统。为了识别医疗错误并从中吸取教训，设立全国性强制性报告系统，同时鼓励医疗机构及其从业人员发展并参与自愿报告系统。对于强制报告，政府应当收集导致病人死亡或严重伤害的不良事件的有关信息，并及时做出反应。自愿报告系统是强制报告系统的补充，将关注更为广泛的医疗错误，主要是那些没有造成病人伤害或只造成很小伤害的事件，对通过自愿报告系统收集的信息加以保密，不得作为病人在法庭上抗辩的依据。

③制定保证病人安全的操作规范。通过管理机制（如注册、认证和鉴定），制定并执行保证病人安全的操作规范，制定医务人员、医疗机构以及他们所使用工具（药物和仪器）最低行为标准。

④实施安全计划，执行操作规范，以保证病人安全。医疗机构应当发展“安全文化（Culture of Safety）”，工作重点是提高医疗行为的可靠性，以保证病人安全。医务人员应当树立“安全第一”的观念，医疗机构必须建立连续监测病人安全的系统。

（3）护理人员的职业防护措施：

①针刺伤预防。全面处理针头，禁止双手回套针帽；处理针头时勿匆忙；不将手指伸入容器内；手持针头和锐器时，不要将锐利面对着他人，以免刺伤他人；为不配合的患者注射时，应取得他人协助；将用过的针头丢入合适的防刺穿的容器内；针头用过后及时处理，勿刺伤自己及他人；不徒手处理破碎的玻璃。

②噪音预防。对新建工作间应从声学设计角度考虑采用隔音设施；对科室使用仪器、设备定期普查、检修、上润滑剂，尽量减少其推、拉次数，减少异常噪音。

③麻醉废气的管理。包括降低麻醉剂污染，加强麻醉废气排污设备及工作人员自身防护。如选择密闭性能好的麻醉机进行定期检测，防止气源管道漏气，加强麻醉废气排污设备管理，改善手术室通风条件，加强工作人员自身防护，特别是孕期或哺乳期妇女。

④消毒灭菌剂预防。甲醛消毒灭菌，在无菌箱中进行，消毒后开窗通风，去除残留的甲醛气体。戊二醛应存放于有盖的容器内，且室内通风好，以减少与有害气体的接触，接触戊二醛应戴橡胶手套，防止溅入眼内或吸入。

⑤化疗药物预防。医疗机构制定严格的防护方案并提供安全的防护用品和设备。遵守抗癌药物操作规程。配药前洗手，穿隔离衣、戴一次性口罩和帽子、双副手套；操作台面铺一次性防护垫；割安瓿前应轻弹其颈部，使附着的药物降至瓶底，打开安瓿时应用无菌纱布围绕其颈部，以防划破手套；溶解药物时，溶液沿管壁缓慢注入瓶底；瓶装药物稀释及抽取药液时，应插入双针头以排除瓶内压力，防止针栓脱出造成污染；抽取药液后，在瓶内进行排气和排气后再拔针，以免药液排于空气中。

⑥污染废弃物处理。用过的废安瓿、小瓶、一次性注射器、输液器要放入有特别标记的密封的厚塑料袋或防漏容器，防止蒸发污染空气并及时焚烧。对污染的分泌物、排泄物如尿液、粪便等处理时，须戴口罩、帽子、手套；为防止呕吐物污染病室，给病人专用容器与塑料袋，用后严格消毒处理。

⑦精神缓解。管理者引导护士善于保持积极向上的愉悦心境。注重培养护士对挫折的承受能力，鼓励学习心理学，摆脱心理困扰，以更大热情投入工作。给护理人员创造一个舒心的工作环境。

目前，护理安全管理还没有形成一套完整的系统评价指标体系。今后，护理安全管理应重点探讨护理风险对医疗护理安全影响的内在联系；界定护理安全管理范围；分析研究护理人员对护理安全和护理风险的认识与不安全事件发生概率的关系，构建一套系统的、有效的并具科学性、实用性、可操作性的护理安全质量评估体系，形成标准化的护理安全质量管理，提高临床护理人员风险意识，更新护理管理人员安全质量管理观念等。

二、护理成本控制

加入世界贸易组织后，我国医疗服务市场将进一步开放，卫生服务改革将更为深入，护理管理者面临巨大挑战，在面对知识经济和信息技术的飞速发展和越来越激烈的人才竞争时，如何利用有限的护理资源向全社会提供有效的护理服务，提高护理生产力，要求护理管理者必须要有成本的概念，注重护理服务的合理测算、护理效益的综合评价和护理市场的有效开发，开展护理成本研究，正日益成为护理管理的重要课题。

（一）基本概念

1. 成本

成本（Cost）是指生产过程中生产资料和劳动消耗，在医疗卫生领域，成本是指在服务过程中所消耗的直接成本（材料费、人工费和设备费）和间接成本（管理费、教育训练经费、其他护理费用）的总和。

2. 费用

费用（Expense）在一定时期由于医疗服务活动所发生的现金流出，或其他资产的消耗。

3. 护理成本

护理成本（Nursing Cost）是指在给病人提供诊疗、监护、防治、基础护理技术及服务的过程中的物化劳动和活劳动消耗。物化劳动是指物质资料的消耗，活劳动是指脑力和体力劳动的消耗，货币价值是指产出的劳动成果用货币表示其价值。

4. 标准护理成本

标准护理成本（Standard Nursing Cost）一般指在社会平均劳动生产率和生产规模基础上执行医疗护理服务应当实现的成本。它是作为控制成本开支、评价实际成本、衡量工作效率的依据和尺度的一种目标成本。标准护理成本分基本的标准成本、理想的标准成本和现实的标准成本3类。

（二）护理成本管理

护理成本管理（Nursing Cost Management）包括4个方面：一是编制护理预算，将有限的资源适当地分配给预期的或计划中的各项活动；二是开展护理服务的成本核算，提高病人得到的护理照顾的质量；三是进行护理成本—效益分析，计算护理投入成本与期望产出之比，帮助管理者判定医院花费所产生的利益，是否大于基金的投资成本；四是开发应用护理管理信息系统，进行实时动态成本监测与控制，利用有限的资源提供高质量的护理服务。

（三）护理成本核算方法

护理成本核算（Nursing Costing）的方法主要有以下几种：

1. 项目法

项目法（Fee-for-service）是以护理项目为对象，归集费用与分配费用来核算成本的方法。制定计算护理项目成本可以为指定和调整护理收费标准提供可靠的依据，也可以为国家调整对医院的补贴提供可靠依据。但是项目法不能反映每一疾病的护理成本，不能反映不同严重程度疾病的护理成本。

2. 床日成本核算

床日成本核算（Per Day Service Method）是护理费用的核算包含在平均的床日成本中，护理成本与住院时间直接相关。床日所包含的服务内容虽有一定的差别，但一般常规性服务项目都包含在内，诸如化验检查、一般治疗、病人生活费等都不另收费。床日成本法并未考虑护理等级及病人的特殊需求，通常包括了非护理性工作。

3. 相对严重度测算法

相对严重度测算法（Relative Intensity Measures）是将病人的严重程度与利用护理资源的情况相联系，如TISS用于ICU病人的成本。

4. 病人分类法

病人分类法（Patient Classification Systems）是以病人分类系统为基础测算护理需求或

工作量的成本核算方法，根据病人的病情程度判定护理需要，计算护理点数及护理时数，确定护理成本和收费标准。病人分类法通常包括两种：①原型分类，如我国医院采用的分级护理即为原型分类法。②因素型分类法，根据病人需要及护理过程将护理成本内容分为32项。包括基本需要、病人病情评估、基本护理、治疗需求、饮食与排便、清洁翻身活动等6大类。

5. 病种分类法

病种分类法（Diagnosis-related Group）是以病种为成本计算对象，归集与分配费用，计算出每一病种所需护理照顾成本的方法，按病种服务收费是将全部的病种按诊断、手术项目、住院时间、并发症和患者的年龄、性别分成467个病种组，对同一病种组的任何病人，无论实际住院费用是多少，均按统一的标准对医院进行补偿。

6. 综合法

综合法是指结合病人分类法及病种分类法分类，应用计算机技术建立相应护理需求的标准，实施护理，来决定某组病人的护理成本，也称计算机辅助法。美国新的付费体系实施卫生机构将护理从固定开支中分离，将病人分成4类，从常规到不间断护理，利用这4种分类来监测护理生产力。

（四）护理成本——效益分析

1. 成本与收费的比较分析

成本与收费的比较研究可以为评价医院医疗服务的效益、制定合理收费标准、理顺医院补偿机制提供可靠的依据。目前由于对护理成本的研究很少，因而很难评价护理服务收费的合理性和为护理服务的定价提供依据。

2. 实际成本与标准成本的比较分析

通过标准成本与实际成本的比较研究，一方面，可以帮助护理管理人员找出差距，提高管理水平；另一方面，由于实际成本其实是包含了部分资源浪费（或不足）的成本，标准成本较之更具有合理性，通过二者的比较研究，可以反映出由于护理服务中的不合理因素给社会增加的经济负担（或人群健康的损害）。

3. 成本内部构成分析

可以将成本按不同的方法分解成不同的组成部分。分析成本内部各组成部分的特点、比例及其对总成本的影响等。

4. 量本利分析

服务量、成本与收益之间存在着一定的内在联系，运用经济学方法，可以分析既定产量下的最低成本组合、既定成本曲线下的保本服务量和最佳服务量。

5. 护理成本的效益分析

成本效益分析是比较单个或多个护理方案与其他干预所消耗的全部资源成本价值和由此产生的结果值（效益）的一种方法。目前常用的指标包括贴现率、内部收益率、成本效率比率等。其特点是用货币表示护理干预的效果，以完成护理资源配置经济效益、护理技术经济效益、护理管理经济效益的分析。

6. 护理成本的效果分析

成本效果分析是评价护理规划方案经济效果的一种方法。经济效果不仅研究护理措施或规划的成本，同时也研究护理措施或规划的效果。成本效果分析用于不宜用货币来表示的护理服务结果。成本效果分析评价指标包括3种：中间健康问题临床效果指标，如血糖降低指标；最终健康问题临床效果指标，如褥疮发生率；生命数量指标，如存活率，其特点是用临床生物医学指标衡量护理效果。

7. 护理成本的效用分析

成本效用分析是成本效果分析发展的特例，通常对同一健康问题的不同防治方案的成本效果进行比较。目前常用的指标有质量调整生命年和失能调整生命年。其特点是选用人工指标评价护理效用，不仅重视生命时间的延长，更重视生命质量的效果。

（五）护理成本控制

护理成本控制（Nursing Cost Control）是按照既定的成本目标，对构成成本的一切耗费进行严格的计算、考核和监督，及时揭示偏差，并采取有效措施，纠正不利差异，发展有利差异，使成本被限制在预定的目标范围之内。成本控制是现代成本管理工作的重要环节，是落实成本目标、实现成本计划的有力保证。成本控制一般包括以下程序：

1. 根据定额制定成本标准

成本标准是对各项费用开支和资源消耗规定的数量界限，是成本控制和成本考核的依据。没有这个标准，也就无法进行成本控制。成本标准也是制定各项降低成本技术的措施。

2. 执行标准

即对成本的形成过程进行计算和监督。根据成本指标，审核各项费用开支和各种资源的消耗，实施降低成本的技术措施，保证成本计划的实现。

3. 确定差异

核算实际消耗脱离成本指标的差异，分析成本发生差异的程度和性质，确定造成差异的原因和责任归属。

4. 消除差异

组织护理人员挖掘增产节约的潜力，提出降低成本的新措施或修订成本标准的建议。

（六）降低护理成本途径

1. 人力成本方面

做到科学编配、合理排班。根据年度病人护理级别平均数、工作总量，适当考虑人员进修、培训、产假等因素分析并确定所需护理人员的编制人数，避免人浮于事，可减少直接成本中工资、补助工资、福利费、公务费等开支。结合各人各班次人员的业务技术水平、工作能力进行搭配，以提高工作效率，保证工作质量，使各班工作紧密衔接，促使护理成本产生高效、低耗的效果，从而达到提高效益的目的。

2. 物力成本方面

建立请领、定期清点、使用登记、交接制度，实行零库存，严格控制直接服务所用药

品、医用材料、各种低值易耗品的丢失、过期、损坏等浪费现象发生。对仪器设备做到专管共用，定期检查、维修。

3. 实行零缺陷管理

提倡一次把事情作对、做好，减少护理质量缺陷的发生，防范护患纠纷，这是控制成本最为经济的途径。

第九章　护理质量管理

第一节　质量管理概述

一、质量管理相关概念

（一）质量（Quality）

质量又称为“品质”。这个词常用于两个不同范畴：一个是指“度量物体惯性大小的物理质量”或“物体中所含物质的量”；另一个是指产品或服务的优劣程度。在管理学中是指第二种含义。国际标准化组织对质量的定义是“反映实体满足明确和隐含需要的能力的特性总和”。

质量一般包含三层含义，即规定质量、要求质量和魅力质量。规定质量是指产品或服务达到预定标准；要求质量是指产品或服务的特性满足了顾客的要求；魅力质量是指产品或服务的特性远远超出顾客的期望。

（二）质量管理（Quality Management）

质量管理是组织为使产品质量能满足不断更新的质量要求并且达到顾客满意而开展的策划、组织、实施、控制、检查、审核及改进等有关活动的总和。质量管理的核心是制定、实施和实现质量方针与目标，质量管理的主要形式是质量策划、质量控制、质量保证和质量改进。它是全面管理的一个中心环节。

（三）质量体系（Quality System）

质量体系指为实施质量管理所建构的组织结构、实施程序和所需资源的总和。它是整个全面质量管理的基础。

（四）质量策划（Quality Planning）

质量策划是确定质量目标和要求以及采用质量体系要素并规定必要运行过程和相关资源的活动。

（五）质量控制（Quality Control）

质量控制指为达到质量要求所采取的贯穿于整个活动过程中的操作技术和监视活动。

（六）质量保证（Quality Assurance）

质量保证是为了向服务对象提供足够的信任，表明组织能够满足质量要求，而在质量体系中实施并根据需要进行证实信任度的有计划和有系统的全部活动。

（七）持续质量改进（Continuous Quality Improvement）

持续质量改进指增强满足要求的能力的循环活动。

二、质量管理过程

（一）质量策划

质量策划活动是针对特定的产品、服务、项目或合同而进行的，策划要从人员、设备、材料、工艺、检验和试验技术、生产进度等全面考虑，策划的结果要以质量计划（Quality Plan）这一文件表现形式来表达。

质量策划包括以下三个方面：

1. 服务策划

即对服务质量特性进行识别、分类和比较，并建立其目标、质量要求和约束条件。

2. 管理和作业策划

即对实施质量体系进行准备，包括组织和安排。

3. 编制质量计划和做出质量改进规定

（二）质量控制

质量控制在于以预防为主，通过采取预防措施来排除质量形成的各环节、各阶段产生问题的原因，以达到控制偏差和提高质量之目的。质量控制的具体实施主要是对影响产品质量的各环节、各因素制订相应的监控计划和程序，对发现的问题和不合格情况进行及时处理，并采取有效的纠正措施。质量控制强调满足质量要求，着眼消除可能发生的偶发性问题，使产品和体系保持在既定的质量水平上。

（三）质量保证

质量保证是一种特殊的管理形式，其实质是组织机构通过提供足够的产品和服务信任度，阐明其为满足顾客和服务对象的期望而做出的某种承诺。

质量保证分第一方、第二方、第三方保证。

1. 第一方质量保证

第一方质量保证是指产品生产者或服务提供者的质量声明和自我质量保证，包括产品合格证书、质量等级证书、质量保证书和质量承诺书等。

2. 第一方对第二方的质量保证

第一方对第二方的质量保证是指产品生产者或服务提供者对特定顾客所作的特别质量

保证，主要表现为合同中的质量条款和专门的质量合同（质量保证协议）。

3. 第三方质量保证

第三方质量保证是指社会上具有权威性的、客观公正的第三方（通常是专业或行业组织、独立检验试验机构、质量认证机构），通过对产品进行检验、试验、测量，对产品的生产体系或服务体系进行检查、评审，对符合要求的产品出具有关文件（颁发证书），证明产品或体系符合某种规定的标准要求。质量保证强调得到顾客的信任，着眼于体系、过程及产品的有效性，即确保体系运行有效，过程稳定可靠，产品质量合格。

（四）质量改进与持续改进质量

其涉及以下几个主要方面：

1. 产品质量改进

包括老产品改进、新产品开发以及服务产品的改进。

2. 过程质量改进

包括采用新技术、新方法、新工艺、新材料、新设备，进行技术改造和技术革新，实施更科学、更严格的过程质量控制方法和手段。

3. 体系质量改进

包括采用ISO9001质量管理体系标准和借鉴其他管理体系标准。

4. 增强顾客满意度

增强质量保证能力，提升服务信誉和组织信誉，提高顾客满意度，培养顾客忠诚。

5. 提高质量经济效益

包括增强质量效益和降低质量成本。持续改进是指质量改进不是一次性的活动，而是长期的、不间断的改进过程和活动。它不仅强调提高体系、过程及产品的有效性，同时还着眼于提高体系、过程及产品的效率。

三、ISO9000系列标准

“ISO”是国际标准化组织的缩写（International Organization for Standardization），是非政府性的各国标准化团体组成的世界性联合会，下设许多专业技术委员会（TC），负责起草标准。其标准是在总结世界发达国家先进质量管理和质量保证经验的基础上编制并发布的一套实用而有效的管理标准。

“ISO9000系列标准”是指ISO/TC176（国际化标准组织/质量管理和质量保证技术委员会）指定的全部国际标准。

ISO9000系列标准提供的是一种标准化的质量管理制度，可以为护理质量管理提供目标，明确划分为质量职能、人员培训、仪器设备质量、护理服务质量、质量监控、预防护理缺陷、质量评价、质量改进与奖惩、质量文件与记录等10个方面的管理标准。

我国政府十分重视ISO9000系列标准，1988年宣布等效采用，1992年改为等同采用，并发布了GB/T19000《质量管理和质量保证》国家标准。国家还先后成立了“国家质量管理和质量保证标准化技术委员会”和“中国质量体系认证机构国家认可委员会”等机构。

质量管理体系获得质量体系认证证书，证明具有提供高标准服务的能力，是对顾客持续的质量保证，可增加医院无形资产，也能更好地保护病人的利益。我国已有许多医院获得了带有国家认可标志的质量体系认证证书。

采用国际标准，经过咨询认证，可使医院收到以下益处：①医院有了一套正规的质量管理体系文件；②全员经受了国际标准培训；③中层管理人员掌握了现代质量管理的程序与方法；④部门质量职责明确，相互协调配合；⑤管理流程化，运转顺畅；⑥以病人为关注焦点，体现在重视需求调研和让病人满意上；⑦服务缺陷下降，医院效益良好，实现优质低价目标；⑧对发生的质量问题，易于追溯查证，能有效地处理。

第二节　护理质量概述

一、护理质量管理的概念

（一）护理质量

护理质量是指护理工作为护理对象提供护理专业技术和生活护理的优劣程度，即护理效果的高低。护理质量不是以物质形式来反映其作用和效果，而是集中地反映在护理服务的成效方面。护理质量不仅是护理工作本质的集中表现，而且也是衡量护理人员素质、护理领导管理水平、护理业务技术和工作效果的重要标志。

随着护理模式的转变，护理质量的内涵也在不断拓宽，护理工作的对象从单纯地为病人扩大到社会全人类；护理工作的性质从针对疾病的护理延伸到病人身心的整体护理；护理工作的范围从临床护理发展到康复护理和健康保健。这一切只有通过质量控制，才能保证护理质量，所以护理质量的实质就是护理工作的全面质量管理。

（二）护理质量管理的概念

护理质量管理是指按照护理质量形成的过程和规律，对构成护理质量的各要素进行计划、组织、协调和控制，以保证护理服务达到规定的标准，满足和超越服务对象需要的活动过程。在这一过程中，首先应确定护理质量标准，然后按照该标准组织、协调各项护理工作，进行质量控制。质量控制是质量管理的核心，通过质量控制，阻断和改变某些不良状态，使护理质量能始终处于对工作、对病人有利，并符合质量标准要求的状态。在护理质量管理过程中，各个环节互相制约、互相促进、不断循环、周而复始，质量逐步提高，形成一套质量管理体系和技术方法，以最佳的技术、最短的时间、最低的成本来达到最优质的护理服务效果。

（三）护理质量管理的特点

护理质量管理作为医院质量管理的一个重要组成部分，有其自身的特点。

（1）广泛性与综合性：护理质量管理具有技术质量、心理护理质量、生活服务质量及环境管理、生活管理、协调管理等各类管理质量的综合性，其质量管理的范围是相当广泛的。

在整个医院的服务质量管理中，几乎处处都存在护理质量的问题，事事都离不开护理质量管理。随着医学模式的转变，医疗护理服务的内涵在扩展，护理服务范围在不断拓宽，护理服务已从医院扩展到社区，使护理质量管理范围更为广泛。

（2）协调性与独立性：护理工作与各级医师的诊断、治疗、手术、抢救等医疗工作密不可分；同时与各医技科室、后勤服务部门的工作也有密切的联系。

护理人员要与其他部门协调配合，才能提高护理工作效率。但是，护理质量不只是辅助性的质量问题，还有其相对的独立性，护理质量必须形成一个独立的质量管理体系。

（3）程序性与联系性：护理工作是整个医院工作中的一个大的环节。

在这个大环节中，又有若干工作程序。例如，执行医嘱是诊疗工作中的一道程序；手术病人的术前护理和术前准备工作是手术工作的一道工作程序。工作程序质量的管理特点，就是在质量管理中承上启下，其基本要求就是为确保每一道工作程序的质量并对其进行质量把关。不论护理部门各道护理工作程序之间或是护理部门与其他部门之间是否都有工作程序质量的连续性，都必须加强连续的、全过程的质量管理。

二、护理质量管理的原则

（一）以病人为中心原则

病人是医院医疗护理服务的中心，是医院赖以生存和发展的基础。护理人员要具备良好的护理职业道德、熟练的技能和全面的专业知识，为病人提供安全、舒适、满意的服务。护理管理者必须时刻关注病人现存和潜在的需求，以及对现有服务的满意程度，以此持续改进护理质量，最终达到满足并超越病人的期望，取得病人的信任。

（二）预防为主原则

预防为主就是对质量进行前馈控制，把质量控制在质量形成以前，抓好工作质量的基本环节。在护理工作中注意寻找薄弱环节，善于发现问题，并及时采取切实可行的措施解决问题，防患于未然。所以护理管理的重点也应从原来的“终末管理”转移到“程序管理”，如加强各项规章制度的落实，尤其是护理工作中的查对制度、交接班制度、护理人员岗位责任制、安全管理制度等，重点抓新职工、进修生、实习生的岗前培训，加强质量意识的教育，在总结护理工作正反两方面的经验或教训的基础上，制定标准和实施管理。

（三）系统管理原则

系统化管理是运动系统论的基本思想和方法，并指导管理实践活动，按照系统的整体性、相关性、动态性、适应性等特征以及系统原理相应原则，解决和处理管理的实际问题。

医院是一个系统，由不同的部门和诸多的过程组成，它们是相互关联、相互影响的。“ISO9000标准”强调系统作用，强调从医院整体上考虑问题。在护理质量管理中采用系统

方法，就是要把护理质量管理体系作为一个大系统，对组成护理质量管理体系的各个过程加以识别、理解和管理，才能达到实现质量方针和质量标准的要求。

（四）标准化原则

护理质量标准是衡量质量的准则，是质量管理的依据。护理标准化管理就是在护理管理中，以标准的制定和贯彻形式来进行，包括各类护理工作质量标准，各项规章制度，各种操作常规及质量检查标准等。同时要求管理过程应始于标准又终于标准，从制定标准开始，经过贯彻标准，发现问题，进一步修改标准，使护理质量在管理循环中不断上升。

（五）数据化管理原则

没有数据就没有准确的质量概念。现代质量管理要求用科学的态度和方法制定出各种定性和定量标准，如分级护理合格率、护理技术操作合格率等。只有依靠数据，才能对现象的本质进行科学的统计分析、判断和预测。

（六）实事求是原则

质量管理要从护理实际工作出发，遵循护理工作规律，反映事物的本质，质量管理要循序渐进，不要急于求成。只有以严谨求实的态度抓好质量管理，才能不断提高护理质量和工作效率。

（七）分级管理原则

护理质量管理组织网络是由不同层次的护理人员组成，各层次职责有所侧重。护理部管理工作应着重于设定护理质量标准，拟定质量标准，制订质量控制计划、管理制度，实施质量检测评定等。各科护士长侧重抓质量标准的落实，贯彻各项规章制度及操作常规，在护理工作中督促护理人员实施自我控制，同级控制及逐级控制，调动所有护理人员的积极性，实现护理目标。

（八）持续改进原则

持续改进是指在现有水平上不断提高服务质量、服务有效性和效率的循环活动。为了能有效开展持续改进，首先，在出现护理问题时，不是仅仅简单处理这个问题，而是采用PDCA循环模式，循序渐进，调查分析原因，采取纠正措施，并检验措施效果，总结经验并形成规范，杜绝类似问题再次出现，以实现持续质量改进。其次，要强化各层次护理人员，特别是管理层人员追求卓越的质量意识，以追求更高的效率和目标，主动寻求改进机会，确定改进项目，而不是等出现问题再考虑改进。

三、护理质量缺陷

护理质量缺陷（Nursing Quality Defective）指由于各种原因导致的一切不符合护理质量标准的现象和结果。这种现象或结果使患者产生不满意或给患者造成损害，分为患者不满意、医疗纠纷和医疗事故三种。

（一）患者不满意

不满意（Discontent）是患者感知服务绩效小于期望的恰当服务且超出容忍区时所形成的一种心理状态。当患者对医疗服务质量产生不满意的感觉时，一般有两种反应：一种是不抱怨，继续接受服务，但容忍区域变窄，期望值提高，或直接退出服务；另一种是抱怨，有私下和公开之分，如果问题得到迅速而有效的解决，就会维持或提高患者原有满意度，否则，就会发生纠纷。

（二）医疗纠纷

医疗纠纷（Medical Dispute）是指患者或家属就对医疗服务的过程、内容、结果、收费或态度不满而发生争执，或对同一医疗事件医患双方对其前因后果、处理方式或轻重程度产生分歧发生的争议。

（三）医疗事故

医疗事故（Medical Malpractice）是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，由于过失造成患者人身损害的事故。

1. 医疗事故构成要件

（1）发生医疗事故的主体：发生“医疗事故”的主体是医疗机构及其医务人员。这里说的“医疗机构”是指按照国务院1994年2月发布的《医疗机构管理条例》取得《医疗机构执业许可证》的机构。这里所说的“医务人员”是指依法取得执业资格的医疗专业技术人员，他们必须在医疗机构执业。

（2）行为的违法性：“医疗事故”是医疗机构及其医务人员因违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规而发生的事件。

（3）过失造成患者人身损害：“过失”造成的患者人身损害即是医务人员的过失行为，而不是有伤害患者的主观故意；对患者要有“人身损害”后果。这是判断是否是医疗事故至关重要的一点。

（4）过失行为和后果之间存在因果关系：这是判定是否是医疗事故的一个重要方面。虽然存在过失行为，但是并没有给患者造成损害后果，这种情况不应该被视为医疗事故；而虽然存在损害后果，但是医疗机构和医务人员并没有过失行为，也不能判定为医疗事故。

2. 不属于医疗事故的情形

（1）在紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施造成不良后果的。

（2）在医疗活动中由于患者病情异常或者患者体质特殊而发生医疗意外的。

（3）在现有医学科学技术条件下，发生无法预料或者不能防范的不良后果的。

（4）无过错输血感染造成不良后果的。

（5）因患方原因延误诊疗导致不良后果的。

（6）因不可抗力造成不良后果的。

第三节　护理质量管理的基本方法

一、PDCA循环管理

PDCA循环管理是美国休哈顿质量管理专家爱德华·戴明（W. Edwards Deming）提出的，被称为“戴明环”。PDCA是英语Plan（计划）、Do（执行）、Check（检查）和Action（处理）四个词的缩写，它是在全面质量管理中反映质量管理客观规律和运用反馈原理的系统工程方法。

（一）PDCA循环基本工作程序

每一次PDCA循环都要经过四个阶段、八个步骤，如图9-1所示。

1. 计划阶段

第一步分析质量现状，找出存在的质量问题；第二步分析产生质量问题的原因或影响因素；第三步找出影响质量的主要因素；第四步针对影响质量的主要原因研究对策，制定相应的管理或技术措施，提出改进行动计划，并预测实际效果。措施应具体而明确，回答5个W和1个H的内容：为什么要这样做（Why）？做什么（What）?谁来做（Who）？什么时间做（When）？在什么地方做（Where）？怎样做（How）？

2. 实施阶段

按照预定的质量计划、目标、措施及分工要求付诸实际行动。此为PDCA循环第五步。

3. 检查阶段

根据计划要求，对实际执行情况进行检查，将实际效果与预计目标作对比分析，寻找和发现计划执行中的问题并进行改进。此为PDCA循环第六步。

4. 处置阶段

对检查结果进行分析、评价和总结。具体分为两个步骤进行：第七步把成果和经验纳入有关标准和规范之中，巩固已取得的成绩，防止不良结果再次发生；第八步把没有解决的质量问题或新发现的质量问题转入下一个PDCA循环，为制订下一轮循环计划提供资料。

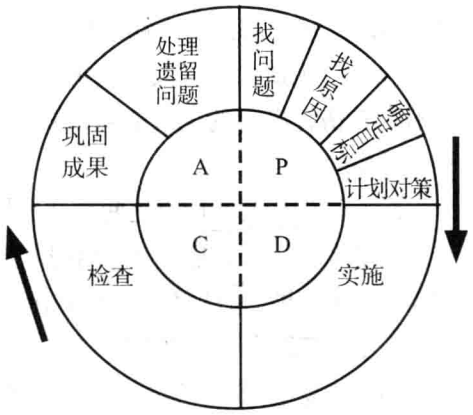


图9-1　PDCA循环8个步骤

（二）PDCA循环的特点

1. 完整性、统一性、连续性

PDCA循环作为科学的工作程序，其四个阶段的工作具有完整性、统一性和连续性的特点。在实际应用中，缺少任何一个环节都不可能取得预期效果，只能在低水平上重复。比

如计划不周，给实施造成困难；有布置无检查，结果不了了之；不注意将未解决的问题转入下一个PDCA循环，工作质量就难以提高。

2. 大环套小环，小环保大环，相互联系，相互促进

作为一种科学的管理方法，PDCA循环适应于各项管理工作和管理的各个环节。整个医院质量体系是一个大的PDCA循环，大循环套着的层层小循环即各部门、各科室及病区质量体系的动态管理。护理质量管理体系是整个医院质量体系中的一个小的PDCA循环，而各护理单元的质量控制小组又是护理质量管理体系中的小循环。整个医院运转的绩效，取决于各部门、各环节的工作质量，而各部门、各环节必须围绕医院的方针目标协调行动。因此，大循环是小循环的依据，小循环是大循环的基础。通过PDCA循环把医院的各项工作有机地组织起来，彼此促进，如图9-2所示。

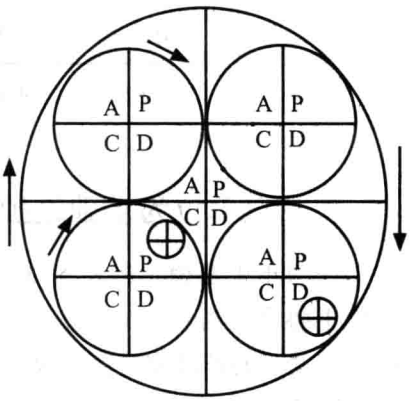


图9-2　大环套小环示意图

3. 不断循环，不断提高

PDCA循环不是一种简单的周而复始，也不是同一水平上的循环，而是每次循环，都要有新的目标，都能解决一些问题，这样就会使质量提高一步，接着又制订新的计划，开始在较高基础上的新循环。这种螺旋式的逐步提高，使管理工作从前一个水平上升到一个更高的水平，如图9-3所示。

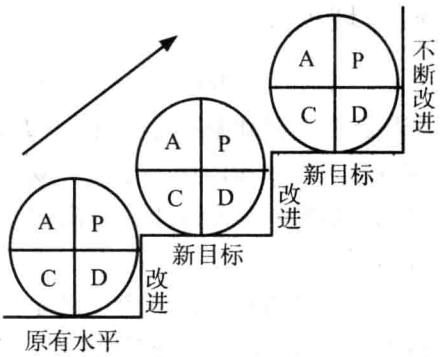


图9-3　PDCA循环螺旋式上升示意图

（三）PDCA循环基本要求

（1）PDCA循环周期制度化循环管理必须达到制度化要求：一是明确规定循环周期，周期时间不宜过长，也不能很短，一般以月周期为宜；二是必须按循环周期作管理制度运转，不可随意搁置、停顿。

（2）实行PDCA循环管理责任制：PDCA循环能否有成效地转动起来，关键在于责任到人，首先是确定循环管理的主持人；其次还要组织有关人员参加。

（3）制定循环管理的有关标准，定期进行循环管理成绩考核。

（4）实现PDCA循环运作的程序化。

二、QUACERS模式

QUACERS模式（the Quality Assurance，Cost Effectiveness，Risk Management and Staffneeds）即质量保证、成本效益、危机管理和员工需要模式，该模式重视护理质量管理的四个方向，并确保均衡发展，如图9-4所示：①作好病人照顾的质量保证；②有效掌握医

疗护理照顾的成本效益；③作好病人和工作人员的安全措施；④满足工作人员的需求，如晋升、提薪、学习与发展等。这个模式指出了护理管理的四个重要目标，有很大的使用价值，值得在实践中推广运用。

做好患者照顾的品质保证	成本效益
患者及工作人员的安全措施	满足工作人员的需求模式

图9-4　QUACERS模式

三、以单位为基础之护理品质保证模式

1984年史罗德（P. S. Schroeder）、美国护士协会及梅尔（M. G. Mayer）提出以单位为基础的护理质量保证模式（Unitbased Practice Model Nursing Quality Assurance），如图9-5所示。

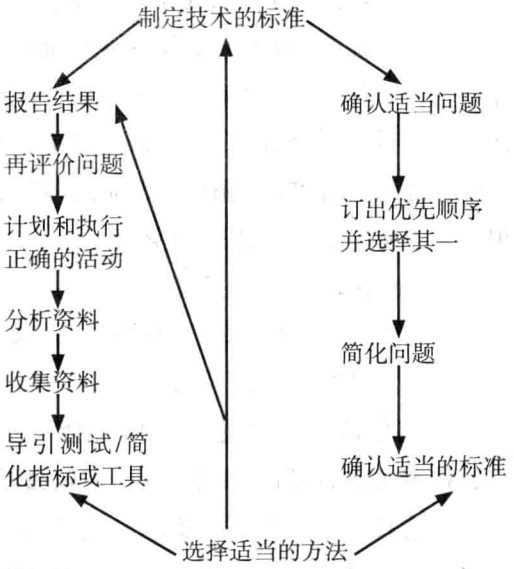


图9-5　以单位为基础的护理质量保证模式

四、美国JCAHO的tens teps品质管理模式

“十步”（Tens Teps）质量管理模式是美国医疗机构评鉴联合委员会（JCAHO）建议医疗机构采用的用十个步骤拟定质量管理计划，落实质量管理工作的模式。这十个步骤如下：

（1）审视机构的理念、目标、目的及管理模式，以界定质量管理的责任。

（2）在照顾患者、工作人员绩效、成本效益三个监测管理系统责任区内，明确主要功能及措施。

（3）确定主要服务范围及相关活动。须从患者种类、检查治疗的方法以及基本临床护理活动来考虑，并以该活动是否与高危、多量、易引发问题及高成本（High Risk，High volume，Problem Prone and High Cost）等相关，作为选择重要质量管理监测项目的依据。

（4）建立衡量的标准，并选择测量指标。

（5）建立阈值，即确定指标的正常与异常的界限。

（6）收集及组织资料，注意资料收集的频数、样本数及方法。

（7）分析、评价其变异因素并与常态做比较。

（8）选择及执行行动，对优异表现者应予鼓励，有问题时，应寻求解决、改变与修正的方案，并注意追踪调查。

（9）追踪评价的结果，并妥善记录。

（10）汇总质量管理的成效，结果可以是正面的或负面的，并提出总结与建议。

第四节　护理质量标准与标准化管理

一、护理质量标准的基本概念

（一）标准

标准是为在一定范围内获得最佳秩序，对活动或其结果规定共同的和重复使用的规则、导则或特性的文件。它以科学技术和实践经验为基础，经有关方面协商同意，由公认的机构批准，以特定形式发布，具有一定的权威性。标准是判定事物的准则，是技术工作与管理工作的依据。

（二）标准化

标准化是为在一定范围内获得最佳秩序，对实际的或潜在的问题制定共同的和重复使用的规则的活动。这种活动包括制定、发布、实施和改进标准四个过程。这种过程不是一次完结，而是不断循环螺旋式上升的，每完成一次循环，标准水平就提高一步。标准化的基本形式包括：简化、统一化、系列化、通用化和组合化。

（三）标准化管理

标准化管理是现代科学管理的一种重要手段或方法。它以标准化原理为指导，把标准化贯穿于管理全过程，以增进系统整体效能为宗旨，以提高工作质量与工作效率为根本目的。它是职能部门人员，对系统工作项目按照标准进行计划、组织、协调、控制等管理活动的过程。也是对标准的制定、实施、监督、修订的反复螺旋上升的过程。

（四）护理质量标准

护理质量标准，是指在护理质量管理过程中，以标准化的形式，根据护理工作内容及特点、流程、管理要求、护理人员及服务对象的特点，以病人满意为最高标准，制定护理人员必须严格遵循和掌握的护理工作准则、规定、程序和方法。《中华人民共和国护士管理办法》、卫生部于1989年颁发的《综合医院分级管理标准（试行草案）》及2005年颁发的《医院管理评价指南（试行）》均是正式颁布的国家标准。

二、护理质量标准的分类

（一）根据适用范围分类

护理质量标准包括护理管理质量标准、护理技术操作质量标准、护理文件书写质量标准及临床护理质量标准。

（二）根据管理期望分类

护理质量标准分为两类，即规范式标准和经验式标准。

（三）根据使用的目的分类

护理质量标准分为方法性标准和衡量性标准。

（四）根据标准的制定权限、适应领域分类

护理质量标准体系纵向可包括国际标准、国家标准、卫生部部颁标准、医院标准等不同层次的标准。

（五）根据管理过程结构分类

护理质量标准分为结构要素质量标准、环节质量标准、终末质量标准。

1. 要素质量

是指提供护理工作的基础条件（或称背景）质量，是构成提供护理服务的基本要素。内容包括：人员配备质量（编制人数及职称、学历等构成）、技术质量（业务功能，可开展的业务服务项目及合理程度）、仪器设备质量（装备水平和设备管理情况）、药品物资质量（药品、器材、器械等配备情况）、环境质量（建筑设施、医疗护理活动空间、环境管理）、时限质量（排班、值班、传呼系统等）、基础管理（规章制度等）质量等。这些是提供护理服务的保证条件。

2. 环节质量

是指各种要素通过组织管理形成的各项工作能力、服务项目及其工作程序或工序质量，属于护理活动过程质量。既包括管理工作，也包括护理业务技术活动过程，还包括护理人员与医师、医技人员及后勤人员等协同工作。这是整体质量的重要组成部分，其项目繁多，如执行医嘱、观察病情及治疗结果的反应、病人管理、护理文件书写、执行护理程序、技术操作、心理护理、健康教育，以及与其他部门和人员的交往、协调情况等。

3. 终末质量

标准护理工作的终末质量是指病人所得到的护理效果的综合质量。它是通过某种质量评价方法形成的质量指标体系。这类指标包括技术操作合格率、差错发生率、患者及社会对医疗护理工作满意率等。要素质量、环节质量和终末质量标准是不可分割的。

三、常用护理质量标准

（一）护理技术操作质量标准

护理技术操作质量标准包括基础护理技术操作和专科护理技术操作。

总标准：严格三查八对；正确、及时、确保安全、省力、省物；严格执行无菌操作原则及操作程序，操作熟练。

每一项护理技术操作的质量标准可以分为三个部分，即准备质量标准（包括病人和工作人员的准备、物品和环境的准备）、过程质量标准（包括操作过程中的各个环节）、终末质量标准（即操作完毕时所达到的效果）。

计算公式：护理技术操作合格率=（考核护理技术操作合格人次数／考核护理技术操作总人数）×100%。

（二）护理管理的质量标准

病房、门诊、急诊室、手术室、产房等是护理部门的基本单位，这些部门的质量直接关系到全院的护理质量，因此对全院各个基本单位及各级护理人员都应有质量标准要求，以达到组织管理科学化、工作制度化、操作规范化、布局规范合理化。参照医院分级管理评审条例中护理管理标准：

1. 护理部工作质量标准

主要针对护理管理人员的职责提出要求。标准包括：①护理质量管理；②人力资源管理；③信息管理；④环境管理；⑤教学及科研管理；⑥专业发展管理（标准具体内容见有关资料）。

2. 病室管理质量标准

标准包括：①护理人员的管理；②环境管理；③质量管理；④物资管理（标准具体内容见有关资料）。

3. 各部门管理质量标准

主要针对特殊科室如手术室、供应室、产房、婴儿房、门诊、急诊室等部门制定的管理标准。标准包括：①护理人员管理；②环境管理；③质量管理；④物资管理；⑤专科特殊质量管理要求（标准具体内容见有关资料）。

（三）护理文件书写的质量标准

护理文件书写是反映护理工作质量、护理人员的工作素质及专业水平的重要标志之一，随着医疗卫生管理法律、法规和规章逐渐完善，护理表格被列入具有法律效力的病历资料之内。护理文件的主要内容包括：医嘱本、体温单、医嘱单、一般护理记录、危重患者护理记录、手术记录单及各专科护理记录单等。

总标准：能有客观、动态、真实反映病人病情变化的各种护理记录，字迹清晰，无错别字，无涂改；护理记录及时、可靠、病情描述确切；重点突出，层次分明；运用医学术语，并能体现上一级护士的指导。

计算公式：护理文件书写合格率=（书写合格份数／抽查护理文件份数）×100%。

（四）临床护理的质量标准

1. 整体护理质量标准

以病人为中心，护理人员在护理过程中运用医学、护理、心理、社会等学科的知识，观察分析病人的全面健康情况，进行有计划的、系统的护理，从而提高护理质量与护理人员的素质。

（1）整体护理质量标准：①责任护士应做到八知道：即知道病人床号、姓名、诊断、症状、体征、治疗、护理、心理需要。②实施护理程序，给病人以身心整体护理。③有完整的护理病历，包括护理措施有效果评价及护士长签字。

（2）计算公式：开展率=（开展整体护理单元／全院护理单元总数）×100%。

2. 特级护理、一级护理质量标准

（1）特级护理标准：①设专人24小时护理，备齐急救药品、器材，以备急用。②制定

并执行护理计划，密切观察病情。③正确、及时地做好各项治疗与护理，建立特护记录。④做好各项基础护理及专科护理，无护理并发症发生。

（2）一级护理质量标准：①按病情需要准备急救用品，以备必要时应用。②制定并执行护理计划。③按病情需要每15～30分钟巡视病人一次，密切观察病情变化，并做好记录。④做好晨晚间护理，保护皮肤清洁，无褥疮等并发症。

（3）计算公式：特护、一级护理合格率=（特护、一级护理病人合格人数／特护、一级护理病人总数）×100%。

3. 基础护理质量标准

基础护理是一项非常细致的工作，是病人日常不可缺少的护理。它也反映护理质量的高低。基础护理包括晨晚间护理、口腔护理、皮肤护理、分级护理和出入院护理等。

（1）基础护理质量标准：清洁、整齐、舒适、安全、安静、无并发症。

（2）计算公式：基础护理合格率=（基础护理合格人数／抽查基础护理人数）×100%。

4. 急救物品管理质量标准

（1）急救物品管理质量标准：①急救用品、药品完整无缺，处于备用状态。②两及时：及时检查维修，及时领取补充。③四固定：定人保管、定时核对、定点放置、定量供应灭菌物品。

（2）计算公式：急救物品完好率=（急救物品完好数／检查急救物品总数）×100%。

5. 压疮发生率

（1）标准：压疮是长期卧床病人及危重病人常见的并发症，应加强基础护理，防止压疮的发生。除特殊病人因病情不允许定时翻身做皮肤护理外，其余病人一律不得生压疮，入院时带来的褥疮不准扩大。

（2）计算公式：压疮发生率=（发生压疮人数/卧床生活不能自理的病人总数）×100%。

6. 消毒隔离合格率标准

（1）标准：有消毒隔离的健全组织机构，有预防院内感染的制度与措施，有监测消毒、灭菌效果的手段。

（2）计算公式：消毒隔离合格率=（检查项目合格率／检查总项目数）×100%。

7. 护理差错发生率

（1）管理要求：①严格执行各项查对制度，做到三查八对。严格遵守操作规程。②建立差错、事故登记报告制度。对所发生的差错，定期组织讨论分析，以吸取教训。③发生严重差错、事故后，应立即组织抢救，以减少或消除由于差错或事故造成的不良影响。

（2）计算公式：护理差错发生率=（护理差错次数／治疗、处置总次数）×100%。

四、护理质量标准化管理

护理质量标准化管理，就是制（修）定护理质量标准、执行护理质量标准，并不断进行护理标准化建设的工作过程。

（一）制定护理质量标准的原则

1. 可衡量性原则

没有数据就没有质量的概念，因此在制定护理质量标准时，要尽量用数据来表达，对一些定性标准也尽量将其转化为可计量的指标。

2. 科学性原则

制定护理质量标准不仅要符合法律法规和规章制度要求，而且要能够满足病人的需要，有利于规范护士行为，有利于提高护理质量，有利于提高医院管理水平，有利于护理人才队伍的培养，促进护理学科的发展。

3. 先进性原则

因为护理工作的对象是病人，任何疏忽、失误或处理不当，都会给病人造成不良影响或严重后果。因此，要总结国内外护理工作正反两方面的经验和教训，在充分循环的基础上，按照质量标准形成的规律制定标准。

4. 实用性原则

从客观实际出发，掌握医院目前护理质量水平与国内外护理质量水平的差距，根据现有人员、技术、设备、物资、时间、任务等条件，定出质量标准和具体指标，制定标准值时应基于事实，且略高于事实，即标准应是经过努力才能达到的。

5. 贯彻预防为主原则

护理服务的对象是人，所以要按照质量标准形成的规律进行管理。在制定标准和实施管理时，要认真总结护理工作正反两方面的经验和教训，防患于未然，预见性地防止护理过失行为发生。

6. 严肃性和相对稳定性原则

在制定各项质量标准时要有科学的依据和群众基础，一经审定，必须严肃认真地执行，凡强制性、指令性标准应真正成为质量管理法规；其他规范性标准，也应发挥其规范指导作用。

（二）制定护理标准的方法

制定护理标准的方法和过程可以分为三个步骤：

1. 调查研究，收集资料

即调查国内外有关标准资料、所要制定的标准对象的历史与现状、有关科研成果、实践经验和技术数据、统计资料及有关的意见和要求等。资料收集后应进行汇总、分类。

2. 拟定标准，讨论验证

在调查研究的基础上，对各种资料、数据进行统计分析和全面综合研究，然后着手编写关于标准的初稿。可以是具体的质量标准和指标，也可以通过规章制度、技术操作和规程、岗位说明书等形式加以反映。初稿完成后交有关人员讨论、修改，然后试行或实验验证，在试行的基础上再加以补充、修订。

3. 报批审定，公布实行

将拟定的标准交决策机构审定批准，然后颁布在一定范围内并实行。

第五节　护理质量评价与持续改进

护理质量的评价是护理质量管理中的控制工作之一。评价一般指衡量所定标准或目标是否能实现或实现的程度如何，即对一项工作成效大小、工作好坏、进展快慢、对策正确与否等方面做出判断的过程。评价应贯穿工作的全过程中，不应仅在工作结束之后。

护理质量评价是一项系统工程。评价的主体是由病人、工作人员、科室、护理部、医院、院外评审机构等构成，评价的客体是由护理项目、护理病历、护士行为、科室和医院构成的系统绩效。评价的过程是收集资料，把资料与标准比较并做出判断的过程。

传统的护理质量评价主要是将护理项目作为评价对象，如特护、一级护理质量，护理技术操作合格率，健康教育覆盖率等。而病人满意度的评价、护理人员满意度评价和医院护理质量管理体系的评价亦成为重要的评价对象。

一、护理质量评价指标

护理质量评价的指标一般分工作质量指标和工作效率指标两类。

（一）工作质量指标

这类指标还未形成完整标准体系，大都偏重临床护理工作质量，如护士培训率、考试及格率、病房管理合格率、陪护率等。而新的《医院管理评价指南（试行）〔2005〕》增加了反映病人最终得到护理效果的评价指标，如健康教育知晓率、护理缺陷发生率、医院感染发生率、患者对医务人员工作满意度、社会对医疗服务的满意率等。

（二）工作效率指标

这类指标基本上是工作量的指标，是标明负荷程度的。大体包括：护士人数、病房床位与护士比、收治病人数、展开床位使用率、展开床位周转次数、重症护理日均数及重症护理率、卫生宣教次数、健康教育覆盖率等。

目前，各医院执行的护理质量评价指标主要参照是1989年卫生部颁发的《综合医院分级管理标准（试行草案）》；军队医院还同时参照《军队医院分级管理办法和评审标准》《军队医院护理质量主要评价指标》和中国人民解放军总后勤部卫生部军用标准《医院整体护理规范》、《医疗护理技术操作常规》以及各省、市、地区卫生部门制定的医疗护理评价指标。

以往我们侧重于工作质量指标的评价，忽视了工作效率指标的评价。因此，评价后，反映出护理工作负荷量大的科室工作质量暴露的问题较多，护理质量综合评价分低；而护理工作负荷量小的科室则往往暴露的问题相对少，护理质量综合评价分却较高，这样，挫伤了部分科室护理人员的工作积极性，违反了公平理论。2005年国家卫生部颁发的《医院管理评价指南（试行）〔2005〕》评价指标已有改变，体现“质量优先，兼顾效率”的原则。

二、护理质量评价方式

（一）根据评价时间和内容分类

1. 定期评价

分综合性全面定期检查评价和专题对口定期检查评价两种，前者按月、季度或半年、一年进行，由护理部统一组织全面检查评价，但要注意掌握重点单位、重点问题。后者则根据每个时期的薄弱环节，组织对某个专题项目进行检查评价，时间根据任务内容而定，由质量管理人员按质量标准定期检查。

2. 不定期评价

主要是各级护理管理人员、质量管理人员深入实际随时按护理质量标准要求进行检查评价。

（二）根据评价主体不同分类

根据评价主体不同，护理质量评价分为医院外部评价、上级评价、同级评价、自我评价和服务对象评价。

三、护理质量评价的内容与方法

（一）要素质量评价

要素质量评价是对构成护理服务要素质量基本内容的各个方面进行的评价，包括组织结构、物质设施、资源和仪器设备及护理人员的素质。具体表现为：①环境，病人所处环境的质量是否安全、清洁、舒适，温度、湿度等情况。②护理人员工作安排，是否选择合理的护理方式，人员质量（资历）是否合乎标准等。③器械、设备是否处于正常的工作状态，包括药品、物资基数及保持情况，要根据客观标准数量进行检查计量。④病房结构、病人情况、图表表格是否完整等。

要素质量评价方法有现场检查、考核，问卷调查，查阅资料等。

（二）环节质量评价

环节质量评价即对护理过程的评价。这类标准可以评价护士护理行为活动的过程是否达到质量要求，可按护理工作的功能和护理程序评价。具体包括7个方面：正确执行医嘱方面；病情观察及治疗结果反映观测方面；对病人的管理；对参与护理工作的其他医技部门和人员的交往和管理；护理报告和记录的情况；应用和贯彻护理程序的步骤和技巧；心理护理，健康教育，身体和感情健康的促进等。

环节质量评价方法主要为现场检查。一般采用5级评价方法：一是护理人员护理过程的自我评价；二是同科室护理人员护理过程的相互评价；三是护士长的检查监督评价；四是总护士长的指导评价；五是护理部组织的综合质量评价。

（三）终末质量评价

终末质量评价是对护理服务的最终结果的评价。评价护理服务结果对病人的影响，即病

人得到的护理效果的质量。一般应选患者满意度、静脉输液穿刺成功率、事故发生率等。根据现代医学模式要求，终末质量还应从生理、心理、社会等方面加以考虑，但这方面的质量评价比较困难，因为影响因素较多，有些结果不一定是护理工作的效果，如住院天数等。

终末质量一般通过问卷调查、护理查房等方法进行评价。

四、护理质量评价结果的分析

护理质量评价的结果的直接表现形式主要是各种数据，但用这些数据尚不能直接对护理质量进行判断，须进行统计分析。护理质量评价结果分析方法有许多，可根据收集数据的特性采用不同方法进行分析。常用的方法有定性分析法和定量分析法两种。定性分析法包括调查表法、分层法、水平对比法、流程图法、亲和图法、头脑风暴法、因果分析图法、树图法和对策图法等。定量分析法包括排列图法、直方图法和散点图的相关分析等。

（一）调查表法

调查表是用于系统地收集、整理分析数据的统计表。通常有检查表、数据表和统计分析表等，如住院病人对护士工作满意度调查表属于检查表，如表9-1所示为某医院2004年第一季住院患者对护理工作不满意项目就属于统计分析表。

表9-1　某医院2004年第一季住院患者对护理工作不满意项目

不合格项目	频数/次	频率/%	累计频率/%
基础护理不落实	48	50.53	50.53
健康教育不到位	28	29.47	80.00
病房环境卫生差	10	10.53	90.53
护士穿刺技术差	4	4.21	94.74
护士服务态度不佳	3	3.16	97.90
其他	2	2.10	100.00
合计	95	100.00	

（二）因果图法

因果图法是分析和表示某一结果（或现象）与其原因之间关系的一种工具。通过分层次地列出各种可能的原因，帮助人们识别与某种结果有关的真正原因，特别是关键原因，进而寻找解决问题的办法。

因果图因其形状像鱼刺，故又称鱼骨图，包括“原因”和“结果”两个部分，原因部分又根据对质量问题造成影响的大小分大原因、中原因、小原因。

其制作步骤是：①明确要解决的质量问题；②召开专家及有关人员的质量分析会，针对要解决的问题找出各种影响因素；③管理人员将影响质量的因素按大、中、小分类，依次用大小箭头标出；④判断真正影响质量的主要原因。

例：某院护理部分析手术感染率增加与护理工作的关系，找出各种原因，做出因果图，如图9-6所示。

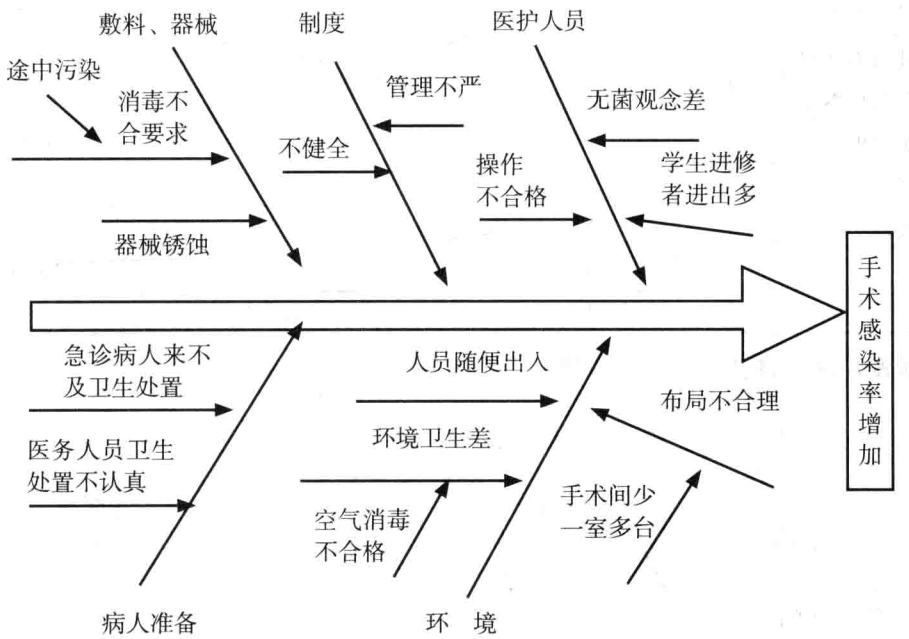


图9-6　某院手术感染率增加因果分析图

（资料来源：左月燃. 护理管理学［M］. 北京：人民卫生出版社，1997；109图25）

（三）排列图法

又称主次因素分析法、帕洛特图（Pareto Charts）法。它是找出影响产品质量主要因素的一种简单而有效的图表方法。排列图是根据“关键的少数和次要的多数”的原理而制作的，也就是将影响产品质量的众多影响因素按其对质量影响程度的大小，用直方图形顺序排列，从而找出主要因素。

其结构是由两个纵坐标和一个横坐标，若干个直方形和一条曲线构成。左侧纵坐标表示不合格项目出现的频数，右侧纵坐标表示不合格项目出现的百分比，横坐标表示影响质量的各种因素，按影响大小顺序排列，直方形高度表示相应的因素的影响程度，曲线表示累计频率（也称帕洛特曲线Pareto Graphs）。

排列图的作用：①确定影响质量的主要因素。通常按累计百分比将影响因素分为三类：累计百分比在80%以内为A类因素，即主要因素；累计百分比在80%～90%为B类因素，即次要因素；累计百分比在90%～100%为C类因素，即一般因素。由于A类因素已包含80%存在的问题，此问题解决了，大部分质量问题就得到解决了。②确定采取措施的顺序。③动态排列图可评价采取措施的效果。

为了方便理解，下面举实例进一步说明。某医院对2001—2002年住院患者145起投诉原因进行统计，如表9-2所示。

表9-2　某医院2001—2002年住院患者投诉原因

投诉原因	频数/次	百分比/%	计百分比/%
累服务态度差	66	45.5	45.5
病室环境不安静	53	36.6	82.0
护士穿刺技术差	11	7.6	89.6
收费不合理	5	3.4	93.0
治疗不及时	3	2.1	95.1
液体渗漏	3	2.1	97.2
其他	4	2.8	100.0
合计	145	100.00	——

根据表9-2中的数据，制作排列图，如图9-7所示。

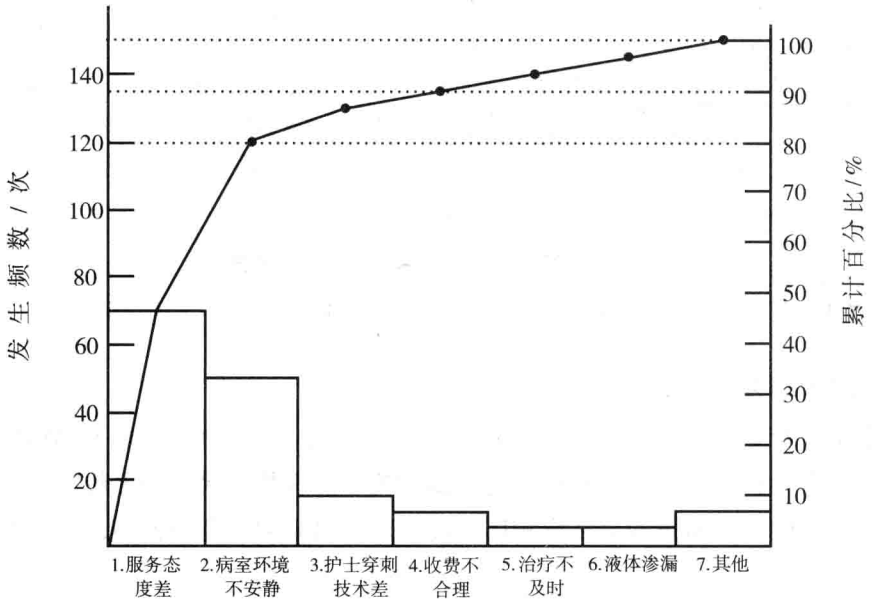


图9-7　某医院2001—2002年住院患者投诉原因排列图

（资料来源：作者自制）

从排列图可以看出，145起住院患者投诉原因主要是服务态度差、病室环境不安静，此两项累计的百分比达80. 2%，属于A类因素，故一旦这些问题得到纠正，大部分质量问题即可消除。

（四）直方图

直方图是用来整理数据，将质量管理中收集的一大部分数据，按一定要求进行处理，逐一构成一个直方图，然后对其排列，从中找出质量变化规律，预测质量好坏的一种常用的质量统计方法。

（五）控制图

又称管理图，是一种带有控制界限的图表，用于区分质量波动是由于偶然因素还是系统因素引起的统计工具。

控制图的结构，纵坐标表示目标值，横坐标表示时间，画出3~5条线，即中心线、上下控制线、上下警戒线。当质量数据呈正态分布时，统计量中心线（以均值表示）、上下控制线（$X \pm 2S$），上下警戒线（$X \pm S$），如图9-8所示。

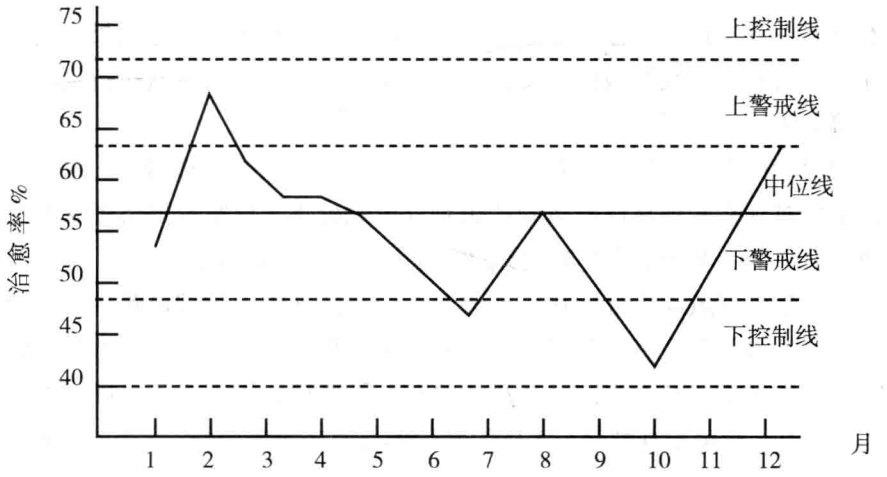


图9-8　治愈率控制图

应用控制图的注意事项：图9-8用于治愈率、合格率时，指标在$X \pm S$以上时，说明计划完成良好，但在床位使用率超过上控制线时，说明工作负荷过重，应查找原因，予以控制；当用于护理缺陷发生率时，指标在$X \pm S$以下，表明控制良好，一旦靠近警戒线时应引起高度重视。

五、护理质量的改进

护理质量评价的目的就是确定发生问题的原因，寻找改进的机会，不断提高护理质量。

质量改进包括寻找机会和对象，确定质量改进的项目和方法，制定改进目标、质量计划、质量改进措施，实施改进活动，检查改进效果并总结提高护理质量。

护理质量的改进，一是出现护理质量问题即不合格项后的改进，要及时针对护理服务过程中顾客投诉呈现出来的问题进行检查，组织力量，予以改进。二是没有发现质量问题时的改进，主要是指主动寻求改进机会，主动识别顾客有哪些新的期望和要求，在与国内外同行比较中寻求改进方向和目标，并予以落实。

第六节　预防护理不良事件管理

一、护理不良事件概述

卫生部2008年“以病人为中心，以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动和中国医院协会“2008年中国患者安全十大目标”都提出：鼓励主动报告医疗安全（不良）事件。

医疗不良事件是指在临床诊疗活动中，任何可能影响病人的诊疗结果、增加病人的痛苦和负担并可能引发医疗纠纷或医疗事故，以及影响医疗工作的正常运行和医务人员人身安全的因素和事件。

建立“护理不良事件的报告、登记及处理制度”属于风险管理制度。风险管理是一个管理程序，是指对现在和潜在医疗风险的识别评价和处理，以减少经济损失和法律诉讼为目的，在20世纪80年代末90年代初被欧美的管理者引进医院管理中。

当今，“医疗护理风险无处不在”已成为医疗界的共识。护理风险始终贯穿在护理操作、处理、配合抢救等各个环节和过程中。通过主动报告不良事件，以查找不安全因素，发现护理隐患。护理部总结通报高发及高风险环节及事件，提高对不良因素的“识别”能力和“免疫”能力，避免出现缺陷与差错，从而确保临床护理安全。

二、护理告知

护理告知是指患者从入院到出院或死亡的整个护理过程中，护士向患者及其家属介绍、说明及讲解护理程序、护理操作的具体注意事项以及患者在住院期间遇到或希望了解的某些问题的解答。

（一）护理告知的特点

护理告知是护理工作中不可忽视的重要内容。概括起来，护理告知有如下特点：

1. 全程性

护理告知贯穿于整个护理工作的全过程，较之诊疗告知环节多、内容细。基础护理的各项工作可以用常规或制度的形式固定下来，使其按月、按周、按时周而复始地循序运转，护理告知应当融入基础护理的各个环节当中，大多数护理操作都需要患者的主动配合，护理人员应及时、准确地向患者及其家属说明其操作的目的、意义及实施过程，以利患者的支持与配合，保障医疗工作的顺利进行。

2. 技巧性

患者从熟悉的社会、工作空间中进入医院这个特殊的环境，一部分人很难快速适应新环境，进入患者角色，多数会出现心情浮躁或与日常不同的心理反应。由于患者的个体素质、文化教养、生活习惯、经济条件千差万别，其心理反应是十分复杂的，要求护理人员要仔细观察，注重细节，讲究语言技巧，用患者可以接受的语言方式与其沟通，减轻患者的心理压力。

3. 科学性

护理告知的内容包含着广泛的医学、护理、伦理、心理知识。护理告知是站在科学的角度上，向患者说明、解释相关医学和疾病的常识，并非护理人员自我意识的随意表达。因此，作为一名合格的护士，只有具备了扎实的护理基础知识，才能更好地为患者服务。

4. 服务性

医疗机构是特殊的服务场所，患者是特殊的服务对象，已成为医疗界、法学界的共识。护理工作是医院与患者连接的重要窗口，住院患者最直接、最频繁接触的医务人员就是护士，尊重患者的知情权、履行充分的告知义务多数需要护士来完成。因此，护士服务质量的优劣是医院与患者之间服务与被服务的直接体现。

（二）护理告知内容

患者从入院至出院接触最多的是护士，护理告知内容广泛且繁杂，履行护理告知义务既是护士的法定义务，也是凝结知识、技术、爱心的一门沟通艺术，是预防和减少医疗不良事件的一项不可忽视的基础性工作。护理告知环节有：患者入院、出院；生活护理、一般治疗；特殊护理操作、留取检验标本时，护士应遵循以病人为中心的原则，将护理操作过程中每一个环节，及时准确地向患者及家属说明其目的、实施过程、意义，以利患者支持与配合，减轻患者的恐惧、焦虑心理，保障医疗工作的顺利进行。

（三）护理告知技巧

1. 护士语言交流策略

（1）运用得体的称呼语。

称呼语是护患交往的起点。称呼得体，会给患者以良好的第一印象，为以后的交往打下互相尊重、互相信任的基础。护士称呼患者的原则是：①要根据患者身份、职业、年龄等具体情况因人而异，力求恰当。②避免直呼其名，尤其是初次见面呼名唤姓不礼貌。③可用床号取代称谓。④与患者谈及其配偶或家属时，适当用敬称如“您夫人”“您母亲”，以示尊重。

（2）巧避讳语。

对不便直说的话题或内容用委婉方式表达，如耳聋或腿跛，可代之以“重听”“腿脚不方便”；患者死亡，用病故、逝世、以示对死者的尊重。

（3）善用职业性口语。

职业性口语包括：①礼貌性语言。在护患交往中要时时处处注意尊重患者的人格，不伤害患者的自尊心，回答患者询问时语言要同情、关切、热诚、有礼，避免冷漠、粗俗。②保护性语言。防止因语言不当引起不良的心理刺激，对不良预期结果不直接向患者透露，对患者的隐私要注意语言的保密性。③治疗性语言。如用开导性语言解除患者的顾虑；某些诊断、检查的异常结果，以及对不治之症者的治疗，均应用保护性语言。

（4）注意口语的科学性、通俗化。

科学性表现在不说空话、假话，不模棱两可，不装腔作势，能言准意达，自然坦诚地

与患者交谈。同时注意不生搬医学术语，要通俗易懂。

2. 非语言交流技巧

非语言又称身体语言，它与语言构成交往的两大途径。身体语言常能表达语言所无法表达的意思，且能充分体现护理工作者的风度、气度，有助于提高沟通效果，增进和谐的护患关系。非语言交流的技巧有：

（1）手势。

以手势配合口语，以提高表现力和感应性，是护理工作中常用的。如患者高热时，在询问病情的同时，用手触摸患者前额更能体现关注、亲切的情感。当患者在病室大声喧哗时，护士做食指压嘴唇的手势凝视对方，要比以口语批评喧闹者更为奏效。

（2）面部表情。

据研究发现，交往中一个信息的表达=7%的语言+38%的声音+55%的面部表情。可见，面部表情在非语言交往中的重要作用。常用的、最有用的面部表情首先是微笑。护士常常面带欣然、坦诚的微笑，对患者极富有感染力。患者焦虑时，护士面带微笑与其交往，本身就是“安慰剂”；患者恐惧不安时，护士镇定、从容不迫的微笑，能给患者以镇静和安全感。其次是眼神，恰当地运用眼神，能调节护患双方的心理距离，如在巡视病房时，尽管不可能每个床位都走到，但以眼神环顾每位患者，能使之感到自己没有被冷落；当患者向你倾诉时，不应左顾右盼，而应凝神聆听，患者才能意识到自己被重视、被尊重。

（3）体态、位置。

工作中体态、位置是否恰当，反映护士的职业修养和护理效应。如当患者痛苦呻吟时，护士主动靠近患者站立，且微微欠身与其对话，适当抚摸其躯体或为其擦去泪水，会给患者以体恤、安慰的感受。优美、朴实、大方的仪态是自然美的体现，也是护理价值的体现。

（四）护理告知应注意的问题

1. 了解、把握语言环境

了解、把握语言环境，是成功沟通的关键环节。语言环境的构成，一是主观因素，它包括使用语言者的身份、思想、职业修养、性格、心情、处境；二是客观因素，它受说话的时间、地点、场合、对象等客观因素的制约。

2. 了解护士角色在沟通中的地位及作用

护士应该在与患者沟通的过程中去履行“保护生命、减轻痛苦、增进健康”的社会责任。因此，护士在护患沟通中只有处于主动地位并起主导作用，才能通过沟通创造出相应的护理社会价值。

3. 了解沟通对象

护患沟通效果受患者身份、文化、职业、思想、性格、心情、处境等因素的影响。护士应根据患者的知识水平、理解能力、性格特征、心情处境以及不同时间、场合的具体情况，选择患者易于接受的语言形式和内容进行交流沟通。加强护患之间的沟通，也能有效地防范患者纠纷的发生。

4. 善于综合运用语言和非语言交流技巧

俗话说“良言一句三冬暖，恶语伤人六月寒”，充分说明了语言艺术的魅力和作用。如将高雅脱俗的言谈、诚挚温馨的笑容、亲切谦逊的态度、庄重稳健的举止相结合，构成护理语言、非语言交流系统，这不仅是患者进行心理护理的重要方法，而且是护理艺术和护理道德的本质体现。

5. 合理运用口头告知

护士的工作比较繁杂，护理告知更多地强调“做”，在日常护理中告知很少形成书面文件，除非有特殊需要。因此，口头的护理告知就显得尤为重要，做好口头告知也是护士职业道德、素质修养的综合体现。

三、患者安全管理目标

我国卫生行政部门高度重视医院的质量管理与病人安全，自2005年在全国开展了医院管理年活动，发布了《医院管理评价指南》，对提升医院的质量与安全管理起到十分重要的作用。卫生部2006年继续深入开展医院管理年活动和2007年深入推进医院管理年活动，都把提高医疗质量和保证医疗安全作为工作的重中之重，把患者安全放在首位。中国医院协会在卫生部医政司的具体指导下，依据开展医院管理评价与评估工作的实践，参考了JCAHO等文献资料及国际上开展患者安全工作的经验，选择了具有普遍性、可操作性强、重点明确的项目，提出中国医院协会《患者安全目标》，中国医院协会各会员医院要根据《患者安全目标》的要求，结合本院实际情况开展工作。

（一）《2008年患者安全目标》

（1）严格执行查对制度，提高医务人员对患者身份识别的准确性。

（2）提高用药安全。

（3）建立与完善在特殊情况下医务人员之间的有效沟通，做到正确执行医嘱。

（4）建立临床实验室“危急值”报告制度。

（5）严格防止手术患者、手术部位及手术方式发生错误。

（6）严格执行手部卫生，符合医院感染控制的基本要求。

（7）防范与减少患者跌倒事件发生。

（8）防范与减少患者压疮发生。

（9）鼓励主动报告医疗安全（不良）事件。

（10）鼓励患者参与医疗安全。

（二）美国国家的和国际的病人安全目标（National and International Patient Safety Goals）

（1）要改进病人的确认性。

（2）每个病人要有2个识别标志，因此医院给病人佩带了腕带，腕带上有病人的姓名、年龄、病床号等。

（3）在照护者之中改进沟通的效力，要让病人听懂医护告知的含义是什么。

（4）要有口述的或电话命令复述药物治疗和危急值的测试结果报告，避免接听错误。

（5）药品和用品名称不使用缩写，以免判读错误。

（6）测量而且估定报告危急值的测试结果或价值的时限。

（7）规范与制定标准化沟通手册。

（8）改进使用药物治疗的安全措施。

（9）除去来自病人区域的电解物。

（10）在组织中实施标准化管理。

（11）在一个最小剂量上进行识别，对看上去相似的或听上去相似的药，要每年检查一次。

（12）区分标签与容器的分类，区分消毒与没消毒的情况。

（13）减少与保健相关的传染危险。

（14）遵从有关手部卫生保健指导方针。

（15）妥善处理所有与感染有关的未预料到的死亡或严重的残疾。

（16）要有正确完善的药物治疗与全面的持续性医疗照顾。

（17）要有准确地给予药物治疗的时间、准确地停止药物治疗的时间。

（18）减少病人的伤害起因，防范患者跌倒等事件发生。

（19）落实管理计划。

（20）避免出现错误的位置、错误的程序、错误的人，外科手术要全面记录手术前的确认程序，标记手术的位置，术前暂停或术前再确认要合规章。

（21）在病人方面，开展对病人的安全策略教育，是在他们自己照料自己方面鼓励病人活动、识别安全危险，在病人中组织活动，增强识别安全风险的意识。

第十章　护理管理与法律法规

随着我国从计划经济向市场经济转移、加强法制建设和卫生改革的深入发展，护理与法律的关系日益密切，护理管理者学习法律、增强法制观念，在法律的范围内开展各种管理活动，显得更为重要。同时组织护理人员深入学习有关法律、法规，懂法与守法，在护理中依法办事，也是护理管理者的重要职责。

第一节　与护理管理相关的法律法规

一、卫生法

（一）卫生法的概念

卫生法是我国法律体系的重要组成部分，是由国家制定或认可，并由国家强制力保证实施的，用以调整人们在卫生活动中形成的各种社会关系的行为规范的总和。卫生法既包括由国家立法机关正式颁布的规范性文件，也包括非正式机关颁布的在其管辖范围内普遍有效的规范性决定、条例、办法等。

（二）卫生法的表现形式

我国卫生法的表现形式有以下几种，其中包括与护理管理有关的条文和直接对护理工作进行规范的护理法规。

1. 宪法

宪法是国家的根本大法。具有最高的法律效力，是国家制定法律的基础和依据。宪法中包括有关卫生方面的规定，是我国卫生法制定的依据，整个卫生法的制定和实施不得与之抵触。

2. 卫生法律

卫生法律是由全国人民代表大会及其常委会制定颁布的有关卫生方面的规范性条文。如《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国药品管理法》《母婴保健法》等。这些法律的效力仅低于宪法，在全国范围内有效，所规定的是社会卫生行为活动中最基本

的行为规范。

3. 卫生行政法规

卫生行政法规是国家最高行政机关即国务院根据宪法和法律所制定的有关卫生方面的规范性条文。如《医疗事故处理办法》《麻醉药品管理办法》《放射性药品管理办法》《医院分级管理办法》《中华人民共和国护士管理条例》等。

4. 卫生规章

卫生规章是由卫生部制定颁布或卫生部与有关部、委、局联合制定的规范性条文。在全国范围内有效，效力低于法律、法规。如《中华人民共和国护士管理办法》《消毒管理办法》等。

5. 地方性卫生法规、规章

地方性卫生法规是指有权制定法规的地方人大及其常委会在国家授权范围内或依据法律、法规的规定，结合当地的实际情况制定的规范性文件。地方人民政府制定的为规章。在所管辖范围内有效，不得与国家法律、法规相抵触。如《北京市医疗事故处理办法实施细则》等。

6. 国际卫生条约

指我国与外国或国际组织签订的，或参加承认的国际卫生条约、公约、宣言等。如1979年我国承认的《国际卫生公约》《1971年精神药物公约》等。

（三）卫生法体系

卫生法体系是随着法制建设的健全和卫生法制建设的加强逐步形成的。我国的卫生法体系主要由公共卫生与疾病防治法、医政法、药政法、妇幼卫生法、优生与计划生育法等组成，其中，医政法是很重要的一部分。

医政法是指国家制定的用以规定国家医政活动和社会医事活动，调整因医政活动而产生的各种社会关系的法律法规的总称。医政法具有四个特点：①以保护公民的生命健康权为根本宗旨。②跨越卫生法和行政法两大法律体系。③社会管理功能显著。④技术规范多。目前，我国还没有一部医政管理法，而是由有关医政药理的法律、法规、规章等法规性文件和有关规范性文件以及相关法律制度共同组成的医政管理法律体系。我国的护理法属于医政法律体系的一部分。

二、护理法

护理法（Nursing Legislation）是指由国家制定的，用以规范护理活动（如护理教育、护士注册和护理服务）及调整这些活动而产生的各种社会关系的法律规范的总称。

（一）护理立法的历史与现状

护理立法源于20世纪初。1903年美国北卡罗莱、新泽西、纽约和弗吉尼亚四个州颁布了《护士执业法》。1919年英国率先颁布了本国的护理法《英国护理法》。1921年荷兰颁布了《护理法》，随后，芬兰、意大利、波兰等许多国家也相继颁布了护理法律、法规。

在有关国际组织的推动下，护理立法工作得到了很快发展。1947年国际护士委员会发表了一系列有关护理立法的专著。1953年WHO发表了第一份有关护理立法的研究报告。1968年国际护士委员会成立了护理立法委员会，制定了第一个护理立法的纲领性文件《系统制定护理法规的参考指导大纲》，为各国护理立法中涉及的许多问题提供了权威性的指导。近年来，许多国家反复修改并完善了本国的护理法，对促进本国的护理工作法制化起到了重要的作用。至1984年，WHO调查报告，欧洲18国、亚太区12国、中东20国、东亚10国及非洲16国，均已制定了护理法规。各国的护理法主要包括总纲、护士注册、护士教育、护理服务四个方面的内容。

在旧中国，国民党政府卫生署于1936年公布了《护士暂行规则》。新中国成立后，政府和有关部门十分关注护理教育和护理质量，先后发布了涉及护士管理方面的法规、规章。1982年卫生部在发布的《医院工作制度》和《医院工作人员职责》中，规定了护理工作制度和各级各类护士的职责。1988年卫生部制定了包括护士在内的《医务人员医德规范及实施办法》。1993年3月26日卫生部颁布了《中华人民共和国护士管理办法》，自1994年1月1日起施行。该管理办法确立了护士执业资格考试及注册制度，规定了护士的权利和义务，对维护护士的合法权益，保障医疗和护理安全有着重要意义。2008年1月23日国务院颁布了《中华人民共和国护士管理条例》（以下简称《护士管理条例》，见本书附录1），自2008年5月12日起正式施行。《护士管理条例》是在分析我国护理现状，总结我国护士管理经验的基础上制定的卫生行政法规，在我国护理立法史上具有重要意义。

（二）护理立法的意义

1. 最大限度地保护护理人员的执业权利

护理立法使护理人员的地位、作用和职责范围有了明确的法律依据，护理人员在行使护理工作的权利、履行自己的法定职责等方面可最大限度地受到法律的保护、国家的支持和人民的尊重，从而增加了护理人员对护理工作的使命感和安全感。

2. 促进护理教育和护理服务逐步规范化、专业化、现代化

护理法集中了最先进的法律思想及护理理念，为护理专业人才的培养和护理活动的开展制定了一系列规范及标准，一切护理行为都必须符合这一法律准则，使护理教育与护理服务逐步向现代化、专业化、科学化、标准化的方向发展。

3. 促进护理管理法制化的进程，保障护理安全，提高护理质量

护理法制定的一系列制度、标准、规范等，保证了上岗护士的基本素质，使一切护理活动与行为均以法律为准绳，做到有法可依、违法必究，将护理管理纳入规范化、法制化的轨道，保证了护理工作的安全，提高了护理质量。

4. 促进护理人员不断接受继续教育

护理法规定的护理人员的权力、义务及行为规范，是每一个护理人员和医疗机构的管理者都必须遵守的。《护士管理条例》明确规定了医疗卫生机构应当制订、实施本机构护士在职培训计划，并保证护士接受培训；护士在取得《中华人民共和国护士执业证书》后每5年必须按规定条款进行再注册，大多数省、直辖市还规定每年必须取得一定继续教育学

分后方可给予注册。这就从法律上促使护理人员必须不断学习和培训，对于保证和提高护理质量、推动护理专业的整体发展具有深远的意义。

5. 有利于维护护理对象的正当权益

护理法规定了护理人员的义务和责任，对于不符合或违反护理准则的护理行为，护理对象有权依据法律条款追究护理人员的法律责任，因此护理法同样最大限度地保护了护理对象的合法权益。

三、我国与护理管理相关的法律、法规

（一）《医疗机构管理条例》

此条例国务院于1994年2月26日颁布，自1994年9月1日起施行。

《医疗机构管理条例》是我国医疗机构管理法律体系的主干，是纲领性法规。该管理条例适用于从事疾病诊断、治疗活动的医院、卫生院、疗养院、门诊部、诊所、卫生所（室）以及急救站等医疗机构。它明确规定了我国医疗机构管理的基本内容、医疗机构必须遵守的规范以及违反有关规定后必须承担的法律责任。目前，国家卫生部已制定和发布与《医疗机构管理条例》相配套的规章和规范性文件有：《医疗机构管理条例实施细则》《医疗机构设置规划指导原则》《医疗机构基本标准》《医疗机构监督管理行政处罚程序》《医疗机构评审办法》《医疗机构评审标准》《医疗机构评审委员会章程》《医疗机构诊疗科目》《中外合资、合作医疗机构管理办法》和《医疗机构评价指南（试行）》等。

（二）《医疗事故处理条例》

此条例国务院于2002年4月4日颁布，自2002年9月1日起施行。

《医疗事故处理条例》是处理医疗事故的卫生法律依据。条例对我国医疗事故的认定标准、有效预防和正确处置做出了明确的法律规定。

按照《医疗事故处理条例》规定：医疗事故的定义是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成病人人身损害的事故。其主要内容有：第一章总则包含了立法的宗旨和立法的依据；医疗事故的概念；处理医疗事故的原则；医疗事故分级的内容。第二章主要规定了医疗机构及其医务人员在医疗活动中应遵守的法律、行政规范、部门规章、规范等；规定了医疗机构对医务人员进行培训和教育；设立医疗服务质量监控部门或防范医疗事故发生的规定；提出了病历资料书写、保管、复印、封存及相关证据保存的具体要求；规定了发生医疗事故或者医疗事故争议的报告制度；规定了尸体存放、处理和尸检的具体时限和要求。第三章医疗事故的技术鉴定，是条例的重要部分，共15条，主要包括医疗事故技术鉴定程序的启动方式；医疗事故技术鉴定机构的设置；建立承担医疗事故技术鉴定工作的专家库及专家库人员的条件；参加医疗事故鉴定工作专家的产生方法；专家鉴定组人员的专业组成原则；医疗事故技术鉴定实行回避制度；医疗事故技术鉴定所需材料的收集与提供；医疗事故技术鉴定的期限；医疗事故技术鉴定书应当写明的主要内容；推定为医疗事故的情形；不属于医疗事故的情形；鉴定费支付办法。第四章，医疗事故的行政处理与监督，共11

条。具体规定了卫生行政部门处理医疗事故的内容和程序，以及卫生行政部门对医疗机构的监督。第五章，医疗事故的赔偿，共7条，主要规定了医疗事故赔偿等民事责任争议解决的三条途径：双方协商解决，向卫生行政部门提出调解申请，直接向人民法院提起民事诉讼。还明确了医疗事故赔偿原则，赔偿的项目和标准及赔偿方式。第六章，罚则，共7条，对违反条例规定的行政法律义务的行为规定了系列的行政处罚。第七章，附则，明确了医疗机构的概念、非法行医的处理以及军队医疗机构医疗事故处理依据。

（三）《中华人民共和国护士管理条例》

此条例国务院于2008年1月23日颁布，自2008年5月12日起正式施行。

《护士管理条例》是为了维护护士的合法权益，规范护理行为，促进护理事业发展，保障医疗安全和人体健康，在实施1993年卫生部颁布的《中华人民共和国护士管理办法》基础上，结合我国当前护理形势和护理管理经验而制定的一项行政法规。《护士管理条例》明确规定了护士的执业资格、法定的权利和义务，医疗卫生机构在护士管理中的职责以及相应的法律责任等。

1. 护士的执业资格

根据《护士管理条例》规定，护士是指经执业注册取得护士执业证书的护理专业技术人员，即只有通过卫生部统一的护士执业考试并经执业注册取得护士执业证书的人员才能从事护理工作。《护士管理条例》规定，申请护士执业注册应当具备四个条件：

（1）具有完全民事行为能力。

（2）在中等职业学校、高等学校完成国务院教育主管部门和国务院卫生主管部门规定的普通全日制3年以上的护理、助产专业课程学习，包括在教学、综合医院完成8个月以上护理临床实习，并取得相应学历证书。

（3）通过国务院卫生主管部门组织的护士执业资格考试。

（4）符合国务院卫生主管部门规定的健康标准。

护士执业注册申请，应当自通过护士执业资格考试之日起3年内提出；逾期提出申请的，除应当具备规定条件外，还应当在符合国务院卫生主管部门规定条件的在医疗卫生机构接受3个月临床护理培训并考核合格。收到申请的卫生主管部门应当自收到申请之日起20个工作日内做出决定，对具备本条例规定条件的，准予注册，并发给护士执业证书；护士执业注册有效期为5年，有效期届满需要继续执业的，应当在护士执业注册有效期届满前30日向执业地省、自治区、直辖市人民政府卫生主管部门申请延续注册。

2. 护士的法定权利

（1）护理执业权利：护理执业权利是指护理人员依法履行职责和义务的权利。即护理人员有权根据患者健康的需要，运用所学的护理专业知识做出准确、合理、科学的护理诊断并制订相应的护理计划，然后按照护理计划来对病人进行整体护理。护理执业权利是医疗护理工作中的一项非常重要的权利，医生、患者和家属等对护理工作可以提出意见和建议，但不得干涉护理人员进行独立的护理工作。《护士管理条例》规定：护士依法履行职责，受法律保护。任何单位和个人都不得干涉，如有扰乱医疗秩序，阻碍护士依法开展执

业活动，侮辱、威胁、殴打护士，或者有其他侵犯护士合法权益行为的，由公安机关依照治安管理处罚法的规定给予处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

（2）获得相应报酬、福利、职业防护、教育培训等权利

针对当前部分医疗机构在正式编制人员和编外聘用合同制人员的双轨管理中存在的问题，如编外聘用合同制人员的福利待遇低下、不享有参加继续教育、职称晋升的权利，不享有国家规定的节假日待遇等，《护士管理条例》规定：护士执业，有按照国家有关规定获取工资报酬、享受福利待遇、参加社会保险的权利；护士有按照国家有关规定获得与本人业务能力和学术水平相应的专业技术职务、职称的权利；有参加专业培训、从事学术研究和交流、参加行业协会和专业学术团体的权利；有获得与其所从事的护理工作相适应的卫生防护、医疗保健服务的权利；对直接从事接触有毒有害物质、有感染传染病危险工作的护士，有依照有关法律、行政法规的规定接受职业健康监护的权利；对患职业病的护士，有依照有关法律、行政法规的规定获得赔偿的权利。对于未执行以上规定的医疗机构将依法追究责任。

3. 护士的法定义务

《护士管理条例》在规定了护士的合法权利的同时，也明确规定了以下应当履行的法定义务：

（1）应当遵守法律、法规、规章和诊疗技术规范的规定。这是护士执业的根本准则，即合法性原则。这一原则涵盖了护士执业的基本要求，包含了护士执业过程中应当遵守的大量具体规范和应当履行的大量义务。

（2）在执业活动中，发现患者病情危急，应当立即通知医师；在紧急情况下为抢救垂危患者生命，应当先行实施必要的紧急救护措施。

（3）发现医嘱违反法律、法规、规章或者诊疗技术规范规定的，应当及时向开具医嘱的医师提出；必要时，应当向该医师所在科室的负责人或者医疗卫生机构负责医疗服务管理的人员报告。

（4）应当尊重、关心、爱护患者，保护患者的隐私。

（5）有义务参与公共卫生和疾病预防控制工作。对发生自然灾害、公共卫生事件等严重威胁公众生命健康的突发事件，护士应当服从县级以上人民政府卫生主管部门或者所在医疗卫生机构的安排，参加医疗救护。

4. 医疗卫生机构的职责

护士都是在一定的医疗卫生机构中执业，护士义务的履行需要医疗卫生机构直接进行监督，护士权利的实现有赖于医疗卫生机构提供物质保障。据此，《护士管理条例》设专章规定了医疗卫生机构三方面的职责：

（1）医疗卫生机构配备护士的数量不得低于卫生部规定的护士配备标准。条例施行前，尚未达到护士配备标准的医疗卫生机构，应当按照卫生部规定的实施步骤，自条例施行之日起3年内达到护士配备标准。

（2）切实保障护士合法权益。如应当为护士提供卫生防护用品；应当执行国家有关工资、福利待遇等规定，按照国家有关规定为在本机构从事护理工作的护士足额缴纳社会保

险费用；对在艰苦边远地区工作，或者直接从事接触有毒有害物质、有感染传染病危险工作的护士，所在医疗卫生机构应当按照国家有关规定给予津贴；应当制订、实施本机构护士在职培训计划，并保证护士接受培训；根据临床专科护理发展和专科护理岗位的需要，开展对护士的专科护理培训等。

（3）加强护士管理。如应加强护士执业资格和工作范围的依法管理；应设置专门机构或者配备专（兼）职人员负责护理管理工作；应建立护士岗位责任制并进行监督检查。护士因不履行职责或者违反职业道德受到投诉的，其所在医疗卫生机构应当进行调查；经查证属实的，医疗卫生机构应当对护士做出处理，并将调查处理情况告知投诉人等。

另外，《护士管理条例》还对护士的表彰、奖励作了规定：国务院有关部门对在护理工作中做出杰出贡献的护士，应当授予全国卫生系统先进工作者荣誉称号或者颁发白求恩奖章，受到表彰、奖励的护士享受省部级劳动模范、先进工作者待遇；对长期从事护理工作的护士应当颁发荣誉证书。在县级以上地方人民政府及其有关部门对本行政区域内做出突出贡献的护士，按照省、自治区、直辖市人民政府的有关规定给予表彰、奖励。

（四）《医疗废物管理条例》

此条例国务院于2003年6月16日颁布并施行。

医疗废物（Medical Waste）是指医疗卫生机构在医疗、预防、保健以及其他相关活动中产生的具有直接或者间接感染性、毒性以及其他危害性的废物。《医院废物处理条例》的制定是为了加强医疗废物的安全管理，防止疾病传播，保护环境，保障人体健康。条例中明确规定了医疗废物的存放、转移和集中处置要求；医疗机构对医疗废物的管理要求；卫生行政部门的监督管理职责，以及未执行本条例的法律责任。

与之相关的法规包括：《医疗废物分类目录》《医疗废物管理行政处罚办法》《医疗卫生机构医疗废物管理办法》等。

（五）《医院感染管理规范（试行）》

此规范卫生部于2000年11月20日颁布。

《医院感染管理规范（试行）》的制定是为了加强医院感染管理，有效预防和控制医院感染，保障医疗安全，提高医疗质量。《医院感染管理规范（试行）》明确了医院感染管理组织与职责；确定了医院感染知识培训的具体要求；医院感染监测的内容和要求；门诊、急诊、治疗室、产房、ICU、手术室、血液净化室、消毒供应室、口腔科、内镜室、检验科、营养室等重点科室部门的医院感染管理要求；明确了医疗污物的处理方法。有关文件包括：《医院消毒卫生标准》《医院消毒供应室验收标准》《传染性非典型肺炎医院感染控制指导原则（试行）》《抗菌药物临床应用指导原则》《医院感染管理办法》。

（六）其他相关的法律法规

《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国固体废物污染环境防治法》《医疗器械管理条例》《中华人民共和国环保法》等。

第二节　护理管理中常见的法律问题

一、依法执业问题

（一）侵权行为

侵权行为是指医护人员对病人的权利进行侵害导致病人利益受损的行为。护理工作中常有潜在的侵权行为发生。侵权行为主要涉及侵犯病人的自由权、生命健康权、隐私权等。

1. 自由权

自由权是指公民在法律规定的范围内，按照自己的意志和利益进行思维和行动，而不受外来约束、控制和妨碍的权利。病人的自由权受宪法保护，护士执业时，应注意保障病人的自由权。如护士以治疗的名义，非法拘禁或以其他形式限制和剥夺病人的自由，即是侵犯了病人的自由权。

2. 生命健康权

生命健康权是公民享有的最基本的权利。生命权是指公民生命不被非法剥夺的权利，健康权是指公民的身体健康不受非法侵害的权利。公民的健康，既包括各器官系统生理机能的健康，也包括精神上的健康。保护公民的生命健康权，是我国法律的主要任务。护士执业时，错误使用医疗器械，不按操作规程办事，造成病人身体受损，或使用恶性语言和不良行为，造成病人心理损害，都属侵犯了公民的生命健康权。

3. 隐私权

隐私权指公民隐私不受非法侵害的权利。侵犯隐私权即非法侵入他人私生活，伤害他人的感情，不考虑所带来的社会影响的行为。在护理实践中侵犯病人隐私权主要表现为四个方面：

（1）未经患者知情同意，随意使用患者的姓名获取利润，如利用患者的照片或姓名等资料做广告。

（2）不正当的侵入，如未经患者同意让护士观察治疗护理过程或对治疗护理过程拍摄照片、录音。

（3）扩散患者的资料，如把患者的资料随意给予与该患者治疗和护理无关的医务人员，或者将患者告知的秘密未经同意与他人随意谈论，造成扩散等。

（4）发表攻击性的虚假信息。《护士管理条例》规定：护士应当尊重、关心、爱护患者，保护患者的隐私。护士在执业活动中有泄露患者隐私的，由县级以上地方人民政府卫生主管部门依据职责分工责令改正，给予警告；情节严重的，暂停其6个月以上1年以下执业活动，直至由原发证部门吊销其护士执业证书。

侵权行为是违反法律的行为，可通过调节、赔偿等民事方式解决，情节严重者要承担刑事责任。

（二）失职行为与犯罪

失职行为是指行为人应当预见自己的行为可能发生危害后果，但因疏忽大意而造成客观上的过失行为。如果这种过失给病人带来一定程度的损失和痛苦，但并不严重、未构成法律上的损害，则属于失职，不构成犯罪，它是临床护理过程中最常见的过失。例如，护士在工作中未严格遵守查对制度而给药错误、未认真执行无菌操作导致病人发生静脉炎等，但都未造成严重的后果。

如果由于疏忽大意的过失或过于自信的过失，造成服务对象死亡或伤残等严重损害后果，则构成了犯罪。根据《刑法》中医疗事故罪的规定，责任人应承担相应的刑事责任。例如，护士因疏忽大意注射了错误的药物导致病人残废或死亡，则属于医疗事故罪。

（三）护理记录不规范

护理记录是病历的组成部分，各种护理记录既是医生观察诊疗效果、调整治疗方案的重要依据，也是衡量护理质量高低的标准之一，具有重要的法律意义。如发生医疗财产等纠纷，或病人涉嫌刑事案件时，完整而可靠的护理记录可提供诊治的真实经过，使其成为重要的法律证据或线索。因此，各种护理记录的书写应工整、清晰、准确，在书写过程中出现错字，应用双划线划在错字上，不能采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。对因抢救急危病人，未能及时书写病历的特殊情况，在抢救结束后6小时内及时补记，并就此情况加以说明。在诉讼之前对原始记录进行添删或随意篡改，将被追究法律责任。

（四）执行医嘱的问题

医嘱是护士对病人实施治疗、护理的法律依据。一般情况下，护理人员应严格认真地执行医嘱，随意篡改或无故不执行医嘱都属于违规行为。但如发现医嘱有明显的错误，护理人员有权拒绝执行，并向医生提出质疑和申辩；反之，若明知该医嘱有错误，可能给病人造成损害，但护士不提出质疑，或由于疏忽大意而忽视了医嘱中的错误，由此造成的严重后果，由护士与医生共同承担法律责任。

（五）麻醉药品与物品管理

麻醉药品主要指的是哌替啶、吗啡类药物。临床上通常只用于晚期癌症或术后镇痛等。这类药物应由专人锁于专柜内负责保管，护士只能凭医嘱领取及应用这些药物。如护士随意窃取、盗卖或自己使用这些药物，则会构成贩毒、吸毒罪。因此，护理管理者应严格抓好对这类药品的管理，并经常向有条件接触这类药品的护理人员进行法律教育。另外，护理人员还负责保管、使用各种贵重药品、医疗用品、办公用品等，绝不允许利用职务之便，将这些物品占为己有。如占为己有，情节严重者，可被起诉犯盗窃公共财产罪。

（六）护理专业学生的法律身份问题

《护士管理条例》第21条明确规定：在教学、综合医院进行护理临床实习的人员应当

在护士指导下开展有关工作。因此，护理专业学生在临床护理活动中不具备独立操作的资格，必须在执业护士的严密监督和指导下实施护理，特别是侵入性护理操作。在执业护士的指导下护生因操作不当给病人造成损害，护生不负法律责任。但如果未经带教护士批准，擅自独立操作造成了病人的损害，那么护生同样也要承担法律责任，病人有权要求其做出经济赔偿。所以，护理专业学生进入临床实习前，应该明确自己法定的职责范围。护士长在排班时，不可只考虑人员的一时短缺而将护生当作执业护士使用。

二、执业安全问题

（一）无证上岗

根据《护士管理条例》的规定：未取得护士执业证书的人员、未依照规定办理执业地点变更手续的护士、护士执业注册有效期届满未延续执业注册的护士，医疗卫生机构不得允许其在本机构从事诊疗技术规范规定的护理活动。违反上述规定的医疗机构，由县级以上地方人民政府卫生主管部门依据职责分工责令限期改正，给予警告；情节严重的，还应当对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。因此，护理人员在毕业后到取得护士执业证书期间，只能在注册护士的指导下做一些辅助性的护理工作，而不能独立上岗，否则被视为无证上岗、非法执业。为了病人的安全，同时也为了保护尚未取得护士执业证书的护士，护理管理者不能以任何理由安排他们独立上岗。

（二）职业伤害

在为患者治疗和护理过程中，护理人员几乎都是与患者零距离的接触者。由于工作的特殊性，护理人员面临着多种职业伤害，如生物性伤害、化学性伤害、物理性伤害、心理社会性伤害等，其中艾滋病、乙肝、丙肝感染是生物性职业伤害的主要种类。美国劳动职业安全局（OSHA）1991年制定了专门法规，要求对暴露于经血传播性微生物的医务人员进行职业保护，我国卫生部也制定了《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则（试行）》等职业防护的文件，以保护医务人员的执业安全。《护士管理条例》专门针对护士的职业危害问题做出了明确规定：护士执业，有获得与其所从事的护理工作相适应的卫生防护、医疗保健服务的权利。从事直接接触有毒有害物质、有感染传染病危险工作的护士，有依照有关法律、行政法规的规定接受职业健康监护的权利；患职业病的，有依照有关法律、行政法规的规定获得赔偿的权利。医疗卫生机构应当为护士提供卫生防护用品，并采取有效的卫生防护措施和医疗保健措施。因此，护理管理者要意识到护士面对的职业伤害，加强教育，提高护士的防护意识，增加护士的防护知识，并为护士提供必要的防护用具、药品和设备，对发生意外伤害的情况采取及时有效的处理措施。

（三）职业保险

1. 职业保险的含义

职业保险是指从业者通过定期向保险公司交纳保险费，使其一旦在职业保险范围内突然发生责任事故时，由保险公司承担对受损害者的赔偿。目前世界上大多数国家的护士几

乎都参加这种职业责任保险。

2. 职业保险的好处

（1）保险公司可在政策范围内为其提供法定代理人，以避免其受法庭审判的影响或减轻法庭的判决。

（2）保险公司可在败诉后为其支付巨额赔偿金，使其不致因此而造成经济上的损失。

（3）因受损害者能及时得到合适的经济补偿，可以减轻自己在道义上的负罪感，较快达到心理平衡。因此，参加职业保险被认为是对护理人员自身利益的一种保护，它虽然并不能摆脱护理人员在护理纠纷或事故中的法律责任，但可在一定程度上抵消其为该责任所要付出的代价。同时，在职业范围内，护理人员对病人负有道义上的责任，绝不能因护理的错误而造成病人的经济损失，参加职业保险也可以为病人提供这样一种保护。

第十一章　医院感染管理

医院感染管理贯穿于护理活动的全过程，涉及护理工作的诸多方面。医院感染增加病人的痛苦和经济负担，影响医院的平均住院日、床位周转率和经济效益。世界卫生组织（WHO）提出的有效控制医院感染的关键措施为：消毒、灭菌、无菌技术、隔离、合理使用抗生素，以及监测和通过监测进行效果评价。因此，严格遵守各项消毒隔离制度，加强护理管理是控制医院感染的有效途径，也是医院管理的重要内容。

第一节　医院感染的概述

一、医院感染的概念

医院感染（Nosocomial Infections，Hospital Infections）也称为医院获得性感染（Hospital Acquired Infections，HAI），是指住院病人在医院内获得的感染，包括在住院期间发生的感染和在医院内获得、出院后发生的感染，但不包括入院前已开始或入院时已存在的感染。医院工作人员在医院内获得的感染也属医院感染。

（一）下列情况属于医院感染

（1）明确潜伏期的感染，规定入院48h后发生的感染为医院感染；有明确潜伏期的感染，自入院时起超过平均潜伏期后发生的感染为医院感染。

（2）本次感染直接与上次住院有关。

（3）在原有感染基础上出现其他部位新的感染（除外脓毒血症迁徙灶），或在原感染已知病原体基础上，又分离出新病原体（排除污染和原来的混合感染）的感染。

（4）新生儿在分娩过程中和产后获得的感染。

（5）由于诊疗措施激活的潜在性感染，如疱疹病毒、结核杆菌等的感染。

（6）医务人员在医院工作期间获得的感染。

（二）下列情况不属于医院感染

（1）皮肤黏膜开放性伤口只有细菌定植而无炎症表现。

（2）由于创伤或非生物性因子刺激而产生的炎症表现。

（3）新生儿经胎盘获得（出生后48h内发病）的感染，如单纯疱疹、弓形体病、水痘等。

（4）病人原有的慢性感染在医院内急性发作。

医院感染按临床诊断报告，力求做出病原学诊断。

二、医院感染的分类及发生的形式

（一）医院感染的分类

医院感染按其病原体的来源可分为外源性感染和内源性感染两种。外源性感染亦称交叉感染或可预防性感染，其病原体来自病人体外，已受感染的病人是外源性感染最主要的感染源。内源性感染亦称自身感染或难预防性感染，引起感染的病原体来自病人体内或体表的正常菌群，它们在宿主抵抗力下降或免疫功能受损时对宿主造成感染，因此，常被称为条件致病菌。

（二）医院感染的形式

1. 医院感染散发

指医院感染在某医院住院病人中历年的一般发病率水平，历年是指情况大致相同的年份。历年的一般发病率水平可因医院、时间、感染部位等不同而有所差异。

2. 医院感染暴发

指某医院、某科室短时间内突然发生多例医院感染病例的现象。暴发的感染多来自所用的器械或物品的污染，可能与器械和物品的生产、消毒、储运不当有关。

3. 医院感染流行

指某医院、某科室医院感染发病率显著超过历年的一般发病水平。

三、医院感染的流行环节

医院感染的感染链由感染源、传播途径和易感宿主组成，三个条件同时存在并相互联系，导致感染发生。预防、控制感染就是干预三者之间的联系，即控制感染源、切断传播途径、保护易感宿主或增强其免疫力。

四、医院感染监测

指长期系统连续地观察、收集和分析医院感染在医院一定人群中的发生和分布及其影响因素，并将结果报送医院和反馈给有关单位和人员，为医院感染的预防控制和管理提供科学依据的活动。对全院住院病人进行的医院感染及其相关因素的监测为综合性监测；根据医院感染管理的重点，对选定目标开展的医院感染监测为目标性监测。

医院感染的质量监控包括医院感染病例的发现、登记与统计资料分析、消毒灭菌和环境卫生监测的质量控制。

第二节　医院感染的预防与护理管理

消毒、灭菌和隔离是切断微生物传播、预防医院感染的基本手段，加强医院护理管理是预防医院感染的关键措施。

一、医院感染的危险因素

（一）病人自身因素

（1）早产儿、新生儿、老年人及有严重疾病者。如患恶性肿瘤、免疫功能异常症、代谢障碍性疾病、重症血液疾病、胶原组织疾病、营养障碍等。

（2）应用肾上腺皮质激素、免疫抑制剂、抗癌剂等抑制机体免疫功能的药物。

（3）不正确使用抗菌药物，易产生菌群失调即导致自身感染。

（4）接受各种损伤性（侵入性）诊断、治疗，如：手术、内镜、注射、血管及脏器内导管置入、气管内吸引或吸入等。

（二）医务人员的因素

（1）越来越多的器官移植、化疗和其他免疫损害治疗及侵入性治疗的应用，将促进院内感染的发生。

（2）医务人员的专业技术和护理工作量也影响院内感染的发生。如：不规范洗手、不注意穿戴医疗防护用具，以及消毒、灭菌、隔离不严格等。

二、医院感染的预防

（一）清洁、消毒、灭菌

清洁是对有机物和污垢进行物理性消除；消毒是杀灭对人体致病的病原体；灭菌是杀灭致病性和非致病性微生物，灭菌的物品微生物定量为零，而消毒后的物品往往残留芽孢。

1. 消毒、灭菌原则

（1）进入人体组织或无菌器官的医疗用品必须灭菌。

（2）接触皮肤黏膜的器具和用品必须消毒。

（3）用过的医疗器材和物品应彻底清洗干净再消毒或灭菌；其中，感染症病人用过的医疗器材和物品，应先消毒，彻底清洗干净再消毒或灭菌。

（4）所有医疗器械在检修前应先经过消毒或灭菌处理。

2. 化学消毒、灭菌的原则

（1）根据不同情况合理选择高效、中效、低效消毒剂及灭菌剂。

（2）使用化学消毒剂必须掌握消毒剂的性能、作用、使用方法及影响消毒效果的因素。例如甲醛熏箱可用于不耐热、不耐湿物品的表面消毒，但不能用于灭菌。

（3）配制化学消毒剂必须检测有效浓度，并定期监测。

（4）用于浸泡消毒、灭菌物品的容器在更换消毒、灭菌剂时必须进行消毒、灭菌处理。

（二）洗手

医务人员的手是医院感染中一个十分活跃且重要的传播媒介，经手传播往往比经空气传播更具危险性，医护人员洗手易取得良好的预防效果。

1. 手部皮肤清洁（洗手）的指征、设备和方法

（1）皮肤清洁（洗手）的指征：①接触病人前后，特别是在接触有破损的皮肤、黏膜及侵入性操作前后。②进行无菌操作前以及戴口罩和穿脱隔离衣前后。③接触血液、体液和被污染的物品后。④脱去手套后。

（2）手部皮肤清洁设备及用品：①应使用非手触式开关流水设施洗手。②洗手用的肥皂及清洁剂应保持清洁，肥皂保持干燥。③可选用消毒纸巾和风干机等擦干、风干双手。④不便于洗手时，应配备快速消毒剂。

（3）洗手方法：去除手部饰物，用清洁剂认真揉搓掌心、指缝、手背、手指关节、指腹、指尖、拇指、腕部，时间10～15s，双手下垂用流水彻底冲洗干净。

2. 手部皮肤消毒的指征、方法

（1）手消毒指征：①进入和离开隔离病房、穿脱隔离衣前后。②接触血液、体液和被污染的物品后。③接触特殊感染病原体后。④无菌操作、手术及侵入性操作前。

（2）手消毒方法：①用消毒剂快速揉搓双手。②用消毒剂浸泡双手。

（三）隔离

隔离包括传染性隔离和保护性隔离。传染性隔离以防止传染病人在传染期间将病原体传播给其他医务工作者和病人为目的，包括传染性隔离和保护性隔离的隔离方法。保护性隔离也称反向隔离，是防止医院内一些对感染源高度敏感的病人受到来自其他病人、医护人员、探视者及病区环境中多种条件致病菌的感染。切断传播途径是隔离预防的基本原理，一般常见隔离技术如下：

1. 病室门口悬挂疾病标志

设立专用隔离衣、听诊器或其他常用诊疗用品。

2. 在进入病房进行各种操作时，必须备好所需用具，然后穿隔离衣

一切物品接触传染病病人或落在地上时均应消毒。

3. 巡诊时，每查完1名病人，用0.5%过氧乙酸浸湿的小毛巾擦拭双手

不同病种诊疗器械必须严格分开使用，定期消毒。病历牌、医嘱本不得带入病室，医师巡诊后洗净双手，脱隔离衣后才能翻阅病历或开医嘱。

4. 测体温、脉搏

严密隔离病人的体温计应固定使用。手表可装入透明玻璃容器或塑料袋内，以免污染。非严密隔离的病人，体温计可集中使用，但体温盘不得携入病室内。

5. 测血压

按病种设专用血压计及听诊器。用于严密隔离病人的血压计、听诊器应固定使用，最

后作终末消毒。测血压时，血压计袖带外套一塑料套，用后将塑料套消毒。

6. 服药

将准备好的药品、服药单及水壶放在治疗车上，车下层放一盛消毒液的盆，推车至病室外，先给轻病人发药，每发一名病人即用浸泡过消毒液的毛巾将药杯取回，浸泡于消毒液内，然后帮助重病人服药。协助一病人服药后，用消毒毛巾擦拭双手后，再给下一病人服药。

7. 注射

将所需物品放在治疗车上层，车下层放盛消毒液的盆，给不同病种病人注射时，必须更换隔离衣，推车至病室外。为病人注射完毕，双手经消毒后，再为另外一位同病种病人注射。

8. 灌肠

一律穿隔离衣。灌肠完毕后将灌肠筒洗净，高压蒸汽灭菌。肛管放入消毒液内浸泡30min，洗净后煮沸消毒。

9. 搬运病人

送病人去医技科室诊治时，应在推车和诊疗台上铺一清洁大单，用毕后进行消毒处理。

10. 开饭

饮食由工作人员分发，病人不可接触餐车和饭勺；接触过病人及病人用过的餐具，必须在病区消毒后，送回营养室清洗、消毒后再用。

11. 直肠插管

须穿隔离衣、戴口罩，查完一人后，须洗手消毒，方可再查第二人。

12. 送检标本

将检验单与标本放在指定盘内，定时或及时送检验科。送检标本盘子用后经煮沸或浸泡消毒，送检报告消毒后送回病区办公室。

13. 灌热水袋、热水瓶时，注意保持水壶清洁

如果手已污染，需用浸湿消毒液的毛巾擦拭或用其包好壶柄再灌水，灌水后用消毒液擦拭壶柄。

（四）特殊护理

1. 加强生活护理，提高非特异性防御功能

为保护皮肤、黏膜的正常物理屏障作用和功能，应加强生活护理，提高非特异性防御功能，如：全身清洁、口腔护理、会阴护理、更换衣被等。

2. 降低病原体感染

（1）整理床铺：尤其是卧床病人，全部生活都在床上，排泄物、分泌物的污染为微生物繁殖提供了较好的条件。据调查，病人用过24h的床铺上，可以检出大肠杆菌、金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌、真菌等。更换床单、整理床铺，可保持病床清洁、平整、舒适，减少病人感染机会。

（2）伤口护理：保持伤口清洁、干燥、无渗液，注意及时更换敷料，并将感染敷料置于污染袋中封袋处理。

（3）置管护理：①引流管护理：要保持引流容器位置低于引流部位，及时更换引流容器；注意引流管周围的清洁。当引流管用完后应立即拔掉，以避免长时间留置，引起微生物的滋生及逆行感染。②导管类护理：血管内导管（动、静脉导管）：为了维护和改善病人的营养状况，临床上常用全胃肠道外营养（TPN）。TPN为静脉内留置导管，其并发症之一是细菌、真菌感染，严重时可引起败血症，危及病人生命。护理：用碘伏对穿刺部位进行每3日1次常规消毒，并用无菌透明薄膜封盖，保持局部无菌状态；发热出汗时及时更换敷料；更换输液器，注意用碘伏消毒输液袋的针头插入部；使用直径0. 22um的过滤器，能够将真菌以外的所有细菌滤掉，每3日1次更换输液器装置及过滤器。③尿管护理：尿路感染占全部医院感染中40%左右，而留置尿管中，约有10%遭到细菌的污染。1983年，由CDC（美国疾病控制中心）制定的“预防经导管引起的尿路感染的操作规范”中详细地规定了预防方法。④吸痰管护理：吸痰时区别使用口腔、气道导管，防止将口腔内微生物带入气道内；导管一次一更换；防止在吸引过程中损伤气道黏膜，用无菌蒸馏水冲洗吸痰管。

（五）污物处置

（1）病人自用脸盆、大小便器、药杯等，每次使用后用清洁剂清洗并保持干燥。

（2）在护理中注意保持护士工作衣清洁，如弯腰、俯身处置时，防止工作衣接触床铺，以免污染。

（3）病人床上用物更换后，立刻置于指定的污染袋中进行处理。

（4）一次性输液器、输血器使用后，应严格规范操作，及时消毒毁掉，进行无害化的处理。采血用过的注射器及穿刺用过的针头，应按严重污染物处置，可有效地降低对周围环境的污染。

（5）处置病人排泄物、体液、渗出液等污物时，护士应戴好帽子、口罩。倒尿时，防止尿液溅到工作衣上；某些废弃物封装入袋，携出病房。

三、加强护理管理，减少医院感染

（一）建立三级质控体系

1. 体系的构成

各级各类医院应根据本院的规模、性质设置医院感染管理机构或专职人员，感染管理委员会主任应由院长或副院长兼任，全面负责医院感染的监控管理工作。300张床位以上医院应设立医院感染管理科，300床位以下的医院应配备医院感染管理专职人员。医院根据现代管理的要求和不同能级的职责，建立层次分明的三级护理管理体系，即病室护士长和监测员为一级管理；总护士长、科室护士长为二级管理；护理部为三级管理。把医院内感染的控制作为质量检查的重要项目之一，做到自查、互查、逐级查，并与科室目标考评挂钩，从而保证监控工作的实施。

2. 科室医院感染管理小组的工作内容

科室医院感染管理小组由科室主任、护士长及兼职监控医师（或有关科室的药师、技

师）和护士组成。其主要工作内容：

（1）根据医院感染管理规章制度，制定与本科室相关的医院感染管理措施，并组织实施。

（2）对医院感染病例和法定传染病按有关要求登记、报告；发现医院感染流行暴发趋势时，应立即向医院感染管理科报告。

（3）制定本科室抗感染药物的使用方案，组织开展个体化治疗，监督检查本科室抗感染药物使用情况。

（4）组织和参加预防医院感染知识的培训。

（5）在严格监督下执行无菌操作技术、消毒隔离制度。

（6）开展预防医院感染健康教育，做好对卫生员、配膳员、病人、陪住、探视者的管理工作。

（二）建立健全规章制度

与预防医院内感染有关的护理制度主要有：清洁卫生制度、消毒隔离制度、探视管理制度、病区管理制度等。护理部根据等级医院评审标准及以上各项规章制度，制定出各医院感染管理及监控制度。特别要重视侵入性治疗器材用后的预处理、体温计的消毒处理、污染敷料及被服的处理等。

（三）医院感染监控培训

1. 医院感染监控培训的意义

对护士进行有针对性的教育培训，是预防医院感染管理的重要环节。护理部应从教育入手，与感染管理专职人员密切配合，根据医院感染不同时期的具体情况对各级护理人员进行教育培训。医院感染培训的基本内容包括：医院感染管理的概念与内容；消毒、灭菌、隔离知识与进展在医院感染预防和控制中的应用、消毒器械的合理使用；重点科室的医院感染预防与管理；医院感染的监测；侵入性操作相关医院感染的预防；一次性使用无菌医疗用品的管理；抗感染药物的合理给药与不良反应；本专科常见医院感染的预防与控制。要求医院感染专业培训率达到95%，考试合格率达90%。教育采取学习班、经验交流、专题交流会等形式。护士长或监控护士可利用查房、操作示范、小讲课等形式指导及培训科室护理人员做好预防。

2. 医院感染管理的培训内容

（1）掌握无菌技术操作规程，熟悉各项医院感染管理规章制度。

（2）掌握抗感染药物临床合理应用原则，合理应用抗感染药物。

（3）掌握医院感染诊断标准，熟练处理本科室医院感染性疾病。

（4）发现医院感染病例，及时送病原学检验及药理试验，并向科室医院感染管理小组报告；发生医院感染流行趋势时，及时报告感染管理科，并协助其调查和处理。

（5）掌握自我防护知识，正确进行各项技术操作，工作中预防锐器刺伤。

（6）能对病人进行医院感染知识教育和指导。

（四）做好病人健康教育

管理好病人与病房秩序亦是预防医院感染的措施之一。如控制病人陪住率，以减少病房的人流量和空气中的染菌数，对保护住院病人安全和减少感染机会都能收到良好效果。护理人员向病人进行宣传教育的方式应该多种多样，如通过个别指导、集体讲解、电视、录像、展览、广播和画册等向病人宣传预防疾病及医院感染等知识。对于传染的病人，特别要讲清隔离的目的和意义，以及不随意乱串病房的好处。促进他们主动自觉地配合医师和护士做好隔离、消毒工作，使之顺利度过隔离期。

（五）做好针刺伤的预防

医务人员由于经常与注射器等锐利器械接触，易发生针刺伤。全世界每年约有100万意外针刺伤的报道，而这一数字仅为实际发生的1/3。另据报道，有20多种血源性传播疾病可通过针刺伤传染。美国每年因血源性传播疾病所造成的医务人员死亡事故达几百例，几乎每天死亡1人。所以如何预防针刺伤的发生就变得极为迫切。万一不幸发生针刺伤后应积极处理。

医务人员首先要规范操作程序，工作中认真仔细，同时严格处理好已经污染的注射器等锐利物品，以防伤及他人。另外应充分认识到针刺伤的危害性。一旦发生针刺伤后应积极处理，进行各种检查，并做好传染性疾病的预防工作，最大限度地降低传染率，同时，用自身生动的例子提醒周围的同事，引起所有人的重视，这样才能减少针刺伤的发生。

医院管理者应认识到针刺伤对工作人员的损伤的严重性，尽可能完善医疗设备；医院应建立完善的检测系统，一旦发生针刺伤，工作人员可很快确定自己是否感染疾病而采取相应的措施。整个社会都应关心、支持、鼓励和帮助感染疾病的工作人员，为其创造一个安全健康的工作环境。

四、常见医院感染的控制

（一）呼吸道感染的控制

1. 提高医护人员对预防呼吸道医院感染的认识，熟练掌握防治环节及技术对病人及家属进行呼吸道医院感染防治知识的宣传教育和指导。

2. 对呼吸道感染的易感病人的护理应做到以下几点

（1）积极治疗原发病，加强病人的营养，提高机体免疫力。

（2）加强病人的口腔护理，促进呼吸道分泌物的排出，并鼓励病人戒烟。

（3）在进行鼻饲、胃肠减压、插管洗胃、吸痰、气管内滴入和气道冲洗等护理时，要防止误吸和异物进入呼吸道。

（4）气管插管、气管切开及接受较长时间（10天以上）机械通气的病人的痰及呼吸道、创口分泌物，要进行微生物培养及药敏试验，观察呼吸道感染的发生情况和掌握治疗效果。

（5）避免滥用雾化吸入等治疗。雾化液体必须是无菌液体，并经无菌配制。

3. 医护人员在进行治疗和护理时，严格执行无菌技术操作，消毒隔离要做到以下几点

（1）注意手的清洁。

（2）为病人吸痰操作应戴一次性手套；处理气管切开部位时，必须双手戴无菌手套或采用“非接触”技术，吸痰管一用一消毒。

（3）有创性介入治疗，要按手术无菌技术要求进行操作，除紧急情况外，气管切开必须在手术室施行。

4. 按照下列要求，加强呼吸治疗装置的管理

（1）各类呼吸治疗装置使用后应经过清洗、消毒或灭菌，干燥保存，包装完整，避免再次污染。氧气湿化瓶、雾化器、呼吸机、湿化器等每天消毒并更换无菌水。

（2）待消毒或灭菌的呼吸机装置或用品应首先经过彻底的清洗，去掉血迹、组织、食物及其他残渣。如果已标明“污染”或来自隔离病人处的，应在初步消毒、去污染后，再清洗灭菌。

（3）接触黏膜的呼吸治疗装置应在使用后进行灭菌。

（4）呼吸机管路、雾化器管路及其储液池、瀑布式湿润器及其液体池都应进行灭菌。

（5）超声雾化的冷却室，可用气体灭菌法（环氧乙烷）灭菌或用高效消毒剂消毒。

（6）通风机和呼吸机的内部运转机械，在更换病人使用时，可不进行常规消毒，当疑有特殊病原体污染时要进行消毒。

（7）复苏器的面罩等物品使用后至少要进行高水平消毒。

（8）用于监测几个病人的呼吸器和其他仪器，应避免直接与呼吸回路接触。在仪器与呼吸回路间使用的扩展管，用于不同病人时要进行更换。其接头要进行消毒。

（9）传染病人或有特殊感染病人应用的呼吸机等，在隔离期间应留在病人床位或隔离间，不可与其他病人共用。隔离结束要进行终末消毒。

（10）只能用密封包装的无菌药物作为呼吸道给药。用于雾化器和湿润器（瓶）大包装的无菌液体，打开后要在24小时内使用，剩余液体应弃掉。

5. 采用下列措施，做好呼吸道感染的隔离

（1）对能传播或有潜在传染性的呼吸道感染的病人，应采取呼吸道隔离；对有特殊感染的病人，实行严密隔离。

（2）有呼吸道感染的工作人员和病人家属，不应直接接触易感病人。

（3）有流感流行趋势时，应对工作人员和易感病人采取有效预防措施。

（二）泌尿道感染的控制

（1）导尿系统应保证密闭、引流通畅，无逆流。出现无法用药物控制的泌尿道感染、梗阻、污染、破裂、沉淀物堆积情况，应尽早拔除导尿管。

（2）严格执行无菌技术操作，尤其应注意洗手、手消毒及无菌器具的使用。应用无菌方式采集尿标本，在导尿管与引流接头之上端周围用2%碘酊、75%乙醇进行消毒，用无菌空针及针头抽取尿液。

（3）对卧床或导尿病人应维持尿道口会阴的清洁和干燥，做好会阴部的护理。耻骨上膀胱造瘘者，尤需注意保持伤口清洁。

（4）做好尿管、尿袋的护理和管理。

（5）无尿路刺激症状的插管病人，不必使用抗感染药物；有尿路感染的病人，应根据药敏试验结果指导用药。

（6）对具有传染性或患有其他感染症的特殊泌尿系感染的病人，应施行隔离，必要时可安排隔离室。

（三）外科切口感染的控制

1. 手术前病人的准备

（1）缩短病人术前住院日；

（2）预先治疗及控制可引起感染的潜在性疾病；

（3）按规定做好清洁及手术部位皮肤的准备；

（4）实施围手术期合理用药；

（5）做好胃肠道手术病人的肠道准备工作。

2. 手术人员的准备

（1）进入手术室应戴好口罩，将口、鼻完全盖住，必要时手术者应戴护目镜，戴好帽子或头罩，将头发或头面部完全罩住，换好手术室专用拖鞋或穿专用鞋套。

（2）患有疖肿、湿疹等皮肤病和感冒等呼吸道疾病及其他具有传染性疾病的工作人员，在未治愈前均不应进行手术操作。

3. 手术中的控制措施

（1）做好手术室环境、人员、药品和器械的管理。

（2）严格无菌技术操作；彻底清创，注意止血，尽量减少坏死组织和切口中异物；缩短手术时间。

（3）手套出现破损应立即更换；处理感染或污染部位后，必须更换手套。

4. 手术后的控制措施

（1）加强换药室的管理。

（2）在进行切口的治疗前后及处理不同切口之间，必须进行手消毒。

（3）直接接触开放或新的切口，应戴无菌手套或使用非接触技术。

（4）每天观察切口，及时更换敷料。切口分泌物不得浸透外层敷料，有感染征兆应换药并对切口分泌物进行微生物学检测。

（5）对感染的切口应及早进行病原学鉴定，并根据药敏结果选用抗感染药物，严禁局部使用抗感染药物。

（6）对患有可传播感染的切口或皮肤感染的病人应实行相应的隔离措施。

（7）患有单纯疱疹、链球菌感染、金黄色葡萄球菌感染等的工作人员，在他们治愈前不能接触病人手术切口。

第十二章　社区护理管理

社区护理是在护理学、医学、社会学、公共卫生、预防医学、康复医学等相关学科理论基础上，为适应公众的健康需求，在护理实践过程中逐步形成的一门应用性学科。它是一种贯穿人生命全过程的护理保健服务，它为处于各年龄段的人提供有效的、经济的护理服务。随着我国人口的老龄化以及医疗保险制度的改革，人们对社区健康服务的需求不断扩大。

第一节　社区护理概述

社区护理起源于19世纪60年代英国的地段访问护理，由志愿者向贫病者提供护理、预防服务；在20世纪初发展为公共卫生护理，直到20世纪70年代才发展为社区护理。我国于20世纪20年代开始向社会提供公共卫生服务；新中国成立后，由卫生局下设防疫站、妇幼保健站等向公众提供健康服务；80年代后，社区护理在各地逐渐发展起来，现已成为初级卫生保健工作中的重要组成部分。

一、概念

社区护理是应用护理学和公共卫生知识，直接向个人、家庭、团体提供全科的、完整的集预防、保健、康复、护理为一体的综合性和连续性的护理服务，以达到促进、维护和提高社会人群健康水平的目的。社区护理是一种全科的、完整的、多方位的、贯穿人生命过程的全程保健服务。社区一词来源于拉丁语“communites”，意为以一定地理区域为基础的社会群体。即结成多种社会关系，并从事经济、政治、文化教育等各种活动的人组成一个相对独立的社会实体。社区的范围可按不同标准划分，我国多以地段范围来划分。社区，相当于我国的城镇居民地段、住宅小区、乡村。社区主要包含4层含义：地域性、人口要素、同质性、结构要素。同时，还包括5大功能：社会化功能，生产、分配及消费的功能，社会参与及归属功能，社会控制功能，相互支持与福利功能。

二、社区卫生服务与社区护理

国务院十部委在1997年发表的《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》中明确指出：

社区卫生服务是社区建设的重要组成部分，是在政府领导、社区参与、上级卫生机构的指导下，以基层卫生机构为主体，合理使用卫生资源和适宜技术，以健康为中心、家庭为单位、社区为范围、需求为导向，以妇女、老年人、慢性病病人、残疾人和弱势人群为重点，以解决社区主要问题、满足社区基本需求为目的，融预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术指导为一体，提供有效、经济、方便、综合、连续的基层卫生服务。

社区护理是社区卫生的一个重要组成部分，社区护理来源于公共卫生护理，基本概念包含3方面：促进健康、保护健康、预防疾病及残障，最大限度地保证及促进人们的健康。也就是说，社区护理是借助有组织的社会力量，将公共卫生学与护理学知识和技能相结合，以社区人群为服务对象，对个人与家庭提供健康、预防疾病、早期诊断、早期治疗、限制残障等服务，提高社区人群的健康水平。它是全科性的，不局限于某一个年龄或某一种疾病，而是针对整个社区人群实施连续的、动态的健康服务。

三、我国人口老龄化、经济发展与社区护理需求

（一）我国人口年龄结构变化

我国老年人口以平均每年3.32%的速度增长。据2000年人口普查统计，我国65岁以上老年人口总数达到1.3亿，占总人口的10.6%，按国际标准已进入老龄化社会。到2040年，老龄人口总数将增加到3.74亿，占全国总人口的24.48%，进入老龄化高峰。慢性病、心脑血管疾病、恶性肿瘤、糖尿病等，已成为社区居民的主要疾病。同时，家庭结构的小型化带来的儿童、青少年健康问题也不容忽视。

（二）经济发展的变化

经济的发展不仅给人们带来富裕的生活，也带来一些健康问题：①人口大量流动。1990—1999年，10年间城市人口增加了4.5%。流动人口的增多和个体行业人群的增加，带来一些社会问题与健康管理方面的问题。②伤残事故发生率猛增。据统计，20世纪末最后的10年间，仅交通事故就增长3倍，而且这种现象还将会继续下去。③价值观念变化。提高生活质量和怎样才能健康长寿，是我国百姓最关心的话题。

（三）社区护理需求

“三早”（对疾病的早期预防、早期发现、早期治疗）与“两提高”（提高公众的保健意识和提高全民的健康水平及生活质量）是社区护理的目标，随着人口结构与经济发展所带来的变化，这就要求社区护理趋向于强调健康促进、预防疾病、自我保健和全社会共同参与；向老年护理服务、家庭护理多样化等方面发展。

1. 人口老龄化的需求

随着老年人口的增加，慢性疾病及老年人的生理、心理精神需要也逐渐增加，建立各种形式的老人服务机构，开设各种老年人服务项目，如各种慢性疾病护理、康复的功能锻炼指导、健康咨询、心理咨询等，将成为社区护理的重要内容。

2. 工伤、交通及事故的需求

伤残人群的功能康复护理、心身康复、家庭照料，提升伤残者的社会功能、生活质量，降低致残率。提高人群的安全防范意识及技能、技巧教育等，都对社区护理提出了更高要求。

3. 对低收入与流动人群健康的管理需求

对该类人群的流行病学监测、落实预防接种计划、群体的健康状况调查、妇幼保健等工作量的增加，都要求社区护理工作的范围必须扩大到社区的每个居民网点与住户家中。

4. 疾病谱改变的需求

由于疾病谱的变化而带来的恶性肿瘤、心血管与呼吸系统疾病的管理问题，要求社区护理必须加强对该类疾病的监测、预防和危机干预，家庭护理应提供更加多样化的服务。如对家庭资料的收集分析，对家庭健康问题及危险因素的判断、病情观察、疾病护理、临终护理与家庭的沟通交流与合作等。

5. 预防青少年吸毒、艾滋病的健康教育需求

由于毒品在青少年中的泛滥与艾滋病的传播所带来的社会和医学问题，要求社区护士积极主动地参与预防青少年吸毒和艾滋病的健康教育，并与有关部门通力合作进行对青少年不良心理、行为纠正与危机干预的工作。同时，通过健康教育满足公众的知识需求，提高对吸毒及艾滋病的防范意识。

6. 独生子女群体的精神健康需求

独生子女作为一个特殊群体，由于其生长环境的特殊性，要求社区护士从其生长特点与心理特点出发，对他们进行有针对性的心理咨询与精神健康教育。此外，由于独生子女的普遍存在，一个子女照顾两位老人或一双夫妇照顾四位老人的局面已逐渐形成，社区服务的责任更加重大。

第二节　社区护理管理

一、社区护理的工作特点

（一）服务目标的积极性

以预防保健为主，提高社区人群的健康水平是社区护理的服务宗旨。社区护士必须运用公共卫生和护理专业理论、技术和方法，通过三级预防途径与防治网络，采取积极措施，防止疾病发生，降低或防止病残情况的发生。

（二）服务对象的群体性

社区护理强调群体健康。它以整体人群为服务对象，以家庭、社区为基本单位。通过收集和分析社区人群的健康状况，运用护理程序的工作方法，解决人群中存在的健康问题，并有针对性地、有计划地实施对不同群体相应的健康教育与康复护理等。

（三）服务途径的综合性

由于影响健康的因素是多方面的，故要求社区护士除了完成其基本任务外，要具有整体全面的观念，从卫生管理、社会支持、家庭和个人保护、咨询等方面，对社区人群、家庭进行综合服务。

（四）护士工作的主动性

社区护理工作范围的分散性、服务时间的长期性和服务对象的广泛性，要求护理服务具有就近性、方便性、独立性等特点。因此，要求社区护士工作主动，具有一定的认识问题、分析问题和解决问题的能力，以保证社区人群在需要时能得到及时的、有效的服务。

（五）机构团队的协作性

社区护理是涉及多方面的多层次的团队工作。为实现总体目标，除要求与医疗保健人员的配合外，还要求社区内各种机构人员的合作。需要利用社区的各种组织力量与公众的参与来开展工作。只有充分发挥机构内外的协作，才能搞好社区护理。

二、社区护理的管理

社区护理管理（Community Nursing Management）是护理管理者发挥管理职能，合理有效地利用一切资源，为社区居民健康提供优质服务的过程。与临床护理不同的是，社区护理的服务对象层次多、服务内容广、工作形式多样。因此，科学的管理对社区护理工作的开展和推动是非常重要的。社区护理管理的核心是对社区护理服务的“六化”管理，即科学化、系统化、规范化、制度化、标准化和网络化管理。社区护理管理是现代护理管理的内容之一。

（一）社区护理的组织形式

社区卫生服务中心和社区卫生服务站的护理组织机构按2002年《社区护理管理的指导意见（试行）》的规定设置。社区护理的管理及人员配备：社区卫生服务中心应根据规模、服务范围和工作量设总护士长或护士长（超过3个护理单元的设总护士长），负责中心内部及社区的护理管理工作，护士的数量根据开展业务的工作量合理配备。

社区护理是政府纳入卫生事业发展的社区护理服务，是在政府宏观调控与指导下的社区卫生服务的组成部分，组织结构形式可借鉴国外经验，依据各地情况进行组建。可独立设置社区护理站点，或按北京、上海、天津等地的现行经验，依托医院建立社区医疗服务中心或社区医院。护理人员编制可依据社区居民量、社区人群健康状况、社区需求及有关政策等进行合理配置。

（二）社区护理的工作范围

社区护理的重点对象是社区的妇幼、中老年人、残障与患有慢性疾病的人群。对社区人群中的个体、家庭与群体进行评估，做出护理诊断，从而实施整体护理干预。如对儿童、妇女进行健康教育与预防保健护理；对不同健康状况的老年人进行所需求的老年护

理；对各种疾病（心脑血管疾病、糖尿病、慢性呼吸系统疾病）护理；胃肠或气管造口护理；肿瘤放化疗后，肠内外营养支持、疼痛护理、注射治疗、精神支持、药物指导等。

社区工作重点是三级预防。三级预防又称临床预防，这是一种综合性保健，包括人群保健和个体保健。强调自我保健，从全体着眼，从个体着手。其内容包括传染病的预防、社区精神心理卫生保健、社区环境（饮食与家庭环境卫生，污水与垃圾处理，水、空气、放射性污染预防管理）卫生、慢性病的防治与护理管理、社区特殊人群的健康服务、职业卫生与护理、学校卫生保健服务、院前急救护理、临终关怀与护理等内容。

（三）社区护理的形式

主要有综合性与专科性社区护理。除接诊、出诊、巡诊、转诊外，可通过建立定期专题或非专题群体健康教育制度，并充分利用电脑信息管理系统建立健全电话随访、咨询服务、网上随访，通过公开热线电话与专家的E-mail地址，了解病人情况，回答他们的询问，给予相应指导，并确定巡视时间；同时征求每位病人对护理服务的意见与建议。采取“谈话室”形式，定期请专家、学者在电话、网上回答病人关心的问题，给予医疗咨询与指导。

（四）社区护理的工作重点

1. 家庭访视及家庭护理

家庭访视是对社区人群进行健康评估的基础。护理人员利用专业知识，通过与社区内家庭成员的交流，帮助其解决现存问题，预防和发现潜在的影响健康的问题。家庭访视分为首次访视与再次访视。首次访视前需预约，并做好相关服务内容与物品的准备，访视后应做出效果评价，同时作详细记录并备案。

家庭护理是护理人员为基本治愈或无法治愈而出院的病人在家中提供治疗、护理服务。其内容主要有：一是提供康复医疗护理和健康指导；二是提供基础护理技术如换药、导尿、静脉输液、肌肉注射、褥疮护理、鼻饲、造瘘护理等；三是协助病人提高生活自理能力；四是提供心理咨询、健康教育、营养指导等。

家庭护理应在病人住院期间或出院后，向院方或社区医疗服务机构提出申请，院方或社区医疗服务机构就服务内容、服务质量做出承诺，双方签订协议书。家访护士统一着装，佩带上岗证，并设有质量监督电话，服务结束后，由病人和家属填写意见反馈。其发展要求必须逐步规范化、制度化、标准化。

2. 不同年龄阶段人群的卫生保健

按年龄划分为4个阶段：儿童、青少年、中年、老年。护士应根据不同年龄阶段的心理、生理特点，健康状况等进行检测与评价，从而指导家长、老师、青少年、中老年做好下列各项卫生保健工作：心理健康、身体健康和防止意外伤害事故，常见病的防治，定期查体，指导生活起居、饮食、外出安全、用药安全及临终关怀等。

3. 妇女保健

妇女的主要健康问题有3个方面：一是女性青春期健康问题（青春期月经病、青春期

贫血、青春期特殊行为）；二是妇女生育期健康问题（异常妊娠、妊娠合并症、分娩和产褥期并发症）；三是妇女更年期健康问题（更年期妊娠、功能失调性子宫出血、骨质疏松症、妇科肿瘤等）。在妇女保健工作中，社区护士必须从生理、心理和社会的观点出发，采取以保健为中心、以预防为主、防治结合等综合措施，促进妇女的身心健康，降低怀孕产妇死亡率，控制疾病的传播和遗传病的发生，从而提高妇女的健康水平。充分认识到妇女健康问题及相关因素，有的放矢地做好妇女健康保健工作。

4. 康复护理

康复护理是康复护理人员采用多种治疗护理手段和康复措施，帮助残疾者恢复自理生活能力的护理方法。康复护理的目的：维持病人健侧部分的身体功能，协助病人恢复受伤肢体功能，协助病人完成独立自我照顾的训练。通过社区康复活动中心或定期举办功能锻炼指导班，对康复者进行各种功能锻炼：一是促进日常生活功能，如呼吸功能、进食吞咽功能、大小便训练、睡眠及休息；二是促进社会参与功能，如促进个人卫生及整洁能力、言语交流能力的训练，提高其感觉和感知功能、视听功能、活动功能（包括体位、床上活动、行走及轮椅的使用），改善环境（包括家庭环境与社区环境）等。

5. 老年人的护理

老年人是社区的特殊人群，为老年人提供所需护理是社区护理的重要工作之一。由于年龄、生理、心理及患病等因素的影响，老年人健康问题较为普遍，约有80%的老年人至少患有一种慢性病。因老年人的个体差异，在护理中，护士应通过对社区内老年人健康检查结果建册登记，按生活自理能力、年龄、患病等方面的情况，将社区内老年人划分为不同的类型，有针对性地提供护理服务。

（1）健康状况良好的老年人护理：对于社区中健康状况尚良好的老年人，可通过成立老年协会、老人之家或休闲活动，为老年人提供健康信息、保健咨询及体检等医疗服务活动，以及辅助健康老年人再就业和推广义务工作制度。

（2）虚弱老年人的护理：虚弱老年人是指患有慢性病但并无明显残障的老年人。其护理重点是增强自我照顾能力，提高健康水平，预防疾病的损伤，减少伤病对老人健康的伤害。

（3）功能受限老年人的护理：老年人的功能受限主要由慢性疾病、损伤和衰老所致，其功能受限的程度和普遍性随年龄的增大而增加。功能受限给老年人带来极大的负面影响，表现为生活自理能力降低或丧失，给家庭经济带来负担，由此产生无用感或无价值感等心理反应。此类老年人的社区护理主要通过多种多样的方式开展，如家庭访视护理、送餐上门、日间或夜间照顾等形式的家庭服务，通过老人护理院或养老机构、日间老人护理服务或日间托管服务等进行。

（4）患病老年人的护理：是指对患急性病或慢性病急性发作的老年人的护理。其护理主要通过上门服务或施行院前急救护理。

（5）临终老人的照顾：包括对临终前老人和死者亲属的照顾，特别是对配偶的照顾。医护人员的职责是控制老人生理上的痛苦，对家属提供心理上和感情上的支持，让老人坦然面对死亡。对其亲属特别是配偶提供因一方丧失所致老人抑郁症心理精神方面的治疗与护理。

6. 社区健康教育

（1）健康教育的目标：着眼于引导和促进社区人群树立健康和自我保健的意识，学会基本的保健知识和技能，养成有利的健康行为和生活方式，减低和消除社区健康等危险因素。

（2）健康教育的责任：护士承担着健康教育者的角色，社区护士健康教育的主要职责是为服务对象提供有关健康的信息，信息的特点是多样化、有针对性，以适应不同人群的不同需求。护士应将健康教育融入护理实践中，健康教育不仅仅是信息的传播，更重要的是促进健康行为的建立。社会是多元化的，人们的健康概念和实践也是多元化的，这就要求护士在进行健康教育之前，要了解服务对象的个人观点和需求。护士应从环境因素、人群行为和生活方式、卫生保健服务、生物遗传因素中进行分析，使健康教育具有针对性。

（3）健康教育的模式：健康教育模式是健康教育活动的指南，是社区护士对人群健康教育状况进行评估分析、制订和实施健康教育计划、评价健康教育效果的理论框架。模式可帮助护士研究服务对象、预防疾病和维持健康，确认他们对健康状态的认识，以及什么因素将影响他们去改变行为。模式分为个人对健康的认识和观点、修正因素、采取行动的可能性3个主要部分。社区护理的健康教育模式主要有优先模式和健康信仰模式。

优先健康教育是一个健康教育计划制订步骤的基本模式，是由Green等人于1983年提出的。优先健康教育分为7个阶段：第1个阶段为社会诊断，第2个阶段为流行病学诊断，第3个阶段是行为诊断，第4～5个阶段为教育诊断，第6个阶段为健康教育管理诊断，第7个阶段是健康教育评价。并涉及诸多学科，强调两个基本前提：健康和健康行为受多方面因素影响；影响行为改变的健康教育设计必须是多方面的、全面的。

健康信仰模式是由Rosenstock，Hochbaum和Kegeles于20世纪50年代早期提出，并由Becket在70年代进行修改后形成的理论框架。健康信仰模式解释了为什么有的人能采取特定的行为方式避免疾病，而有的人却做不到。

（4）健康教育的程序：

教育评估：评估内容有学习需要评估、学习者评估、学习环境评估、教育者评估。

教育诊断：分析和确认存在的问题和学习需要。

制订计划：制订健康教育计划和教育目标，选择教育手段和方法。在评估和确认社区人群学习需要的基础上，护士应制订出具有针对性的健康教育计划。

实施教育：实施是一个连续、动态的过程，贯穿在护理活动的始终。健康教育不仅仅是信息传递，更重要的是促进健康决策和健康行为的形成。

效果评价：包括过程评价、近期与远期效果评价。评价指标有社会精神及环境的改变程度、疾病发病率下降幅度、发病率、患病率、病残率、死亡率、社会效益和经济效益等。评价的基本内容有学习新知识、价值观、态度和行为的改变。

（5）健康教育的内容与方式：

内容：一般性健康教育内容，如老年人健康保健知识、儿童健康教育、青少年健康教育、妇女保健教育等。特殊性健康教育内容，如针对特殊的患病人群进行有关疾病方面的特殊知识或操作技能方面的教育和培训，糖尿病人胰岛素注射培训，腹膜透析病人的饮食

保健、喉癌术后病人的发音训练等。国家卫生法规的基本教育，如医疗保险制度与医疗事故法规教育等。

方式：根据社区现有的可利用资源、健康教育目标、教育对象的背景等进行健康教育，如专题讲座、印刷资料、宣传栏、演示照片、图画、幻灯、音像教材、交谈、讨论、健康咨询、案例学习、网上交流、讨论等。

要求：其内容必须具有科学性，以医学、护理学科学知识为基础，结合多学科相关知识进行。实用性，应针对社区人群当前健康教育需求来实施。及时性，要与社区疾病的流行病学监测、疾病及易感人群特点相结合，及时进行有关知识教育。多样性，应采用形式多样的生动活泼的教育形式。

（五）建立社区与医院间的转诊网络系统

1. 转诊系统的建立

利用现代通信手段与计算机网络系统，社区与各医院社保科建立联系，有病人需要住院治疗时，社区护士负责与相关医院联系，安排并协助办理住院、转院、床位预订、医师联络、病人护送、院前急救等工作，并向医院提供病人健康档案及有关疾病资料。有病人出院时，社保科需通知有关社区服务站，社区护士在病人出院前到病房探望病人，了解病情与治疗情况，建立良好的合作关系。医院和社区建立切实可行的有效的双向转诊制度，彼此衔接，使病人顺利转诊。

2. 转诊要求

医院医师与护士需在病人的出院病历中详细记录病情、治疗护理经过及现存的医疗和护理问题，使医院的护理、治疗工作不仅得到延续，而且使病人得到连续系统的整体护理。

（六）社区护士管理

社区护士是指在社区卫生服务机构及其他有关机构从事社区护理工作的护理专业技术人员。按《中华人民共和国护士管理条例》和国家相关规定进行管理。《社区护理管理的指导意见（试行）》中明确规定社区护士的任职条件为：①具有国家护士资格并经注册。②通过地（市）级以上卫生行政部门规定的社区护士岗位培训。③独立从事家庭访视或居家护理工作的护士，应具有在医疗机构从事临床护理工作5年以上的工作经历。

1. 素质要求

从事社区护理的人员，一要具有组织能力。根据社区特点来开展卫生服务内容，能满足广大居民的要求。二要具有协调能力。根据社区工作繁杂的特点，能处理好服务项目与各种人员之间的关系。三要具有交际能力。社区中接触人员较多，对不同人员采用不同的交际方法，才能保证各项工作顺利开展。在我国，社区护士必须灵活机动，善于利用家庭中的物品代替医院正规设备，具备娴熟的技术，深厚的专业知识及与人交流、倾听、观察、咨询等各种新技能。

2. 护士培训

社区护士应具备多方面的技能且是经过全科培训的综合型人才，既是有临床经验护理

者，又是能够向社区、群体和家庭提供医疗、预防、保健一体化服务的初级卫生管理者。

护士的选择：具有高尚敬业精神及良好的身体素质；具有一定的临床工作经验、技术全面、精湛，知识丰富；具有良好的心理素质和沟通能力；具备一定社会活动能力和多元文化观的护士作为培养对象较为适宜。同时，加强对社区护理专家的培养，也是社区护理人才管理的发展方向。

培训内容：首先建立健全社区护理专门培训和教育体制，采用多渠道、多形式、多层次的社区护理教育。以家庭、群体和社区护理所需知识为框架，以社区为中心，以儿童、妇女与老年人的健康、社区康复护理、家庭健康护理、慢性病病人管理为主要内容，学习并掌握在社区护理中运用护理程序的工作方法。

培训途径：按社区护理特点制订培训计划。一是要对现有社区护士进行有关社区护理知识的系统培训，培养“全科护士”，使其尽快适应当前社区护理的需要；二是要选择一批具有临床经验、工作能力强的大中专护师骨干进行培训教育，充实社区护理队伍；三是要积极培养社区护理专家，引导我国社区护理的发展，建立全国统一的社区护士资格认定制度，提高社区护士素质。

3. 护士评价

（1）评价内容：按所设立工作目标和职责书进行。实施过程管理，可通过每天随机电话寻问或定期实地检查的方式。评价指标：护理服务满意率≥90%，健康教育知晓率≥95%。护理缺陷、差错的发生率≤0.4%，护士理论与技能考核优秀率≥95%等。

（2）评价要求：社区护理管理者需为护士制定详尽的工作程序、工作目标、工作质量要求、操作规范与职责说明书。明确每位工作人员的责、权、利，以防止工作中的推诿、脱节和重复等现象。对于评估中发现的问题，管理者需及时告知责任人，并帮助查找原因，用激励机制调动护士的积极性。

（七）社区护理管理评价

1. 管理目标

社区护理管理的科学化、规范化、标准化与计算机网络化，是我国社区护理发展的目标。随着医疗卫生保险体制改革的不断深入，相应政策、法规与管理标准的逐步形成与完善，社区护理质量监控将采取统一的标准，规范社区护理服务项目及收费标准。社区护理资料通过计算机互联网进行科学化管理，实现资源共享。

2. 指标体系

社区护理工作琐碎，管理环节较多，需建立完善的社区护理的各项政策、措施与规章制度。任务到区、责任到人，实施目标责任制与量化管理制。考核内容包括：居民对护理服务满意率，居民对护理服务投诉率，社区护理差错、事故发生率，社区护理覆盖率，空巢老年慢性病人访视及护理率，家庭护理病历建档率，护理计划（含评估、诊断问题、措施、效果评价）与病人实际符合率，社区护士培训率等多项指标。

3. 评价监控体系

从宏观管理与微观管理的角度进行，对社区护理目标与政策、策略、法规与人力资源

开发、人员培训、护理等实施全面的规范化目标管理。建立健全的卫生保健网络与社区护理管理网络，完善制约机制，形成自成体系、配套并运转协调的管理体系。在医疗护理安全上，严格执行消毒隔离制度、值班和交接班制度、医嘱制度、查对制度等医疗护理规章制度。应用PDCA循环建立有关护理质量监控体系。

4. 建立综合性多层次社区服务网络

社区服务网络由社区护士、医师、理疗师、心理学医师、社会工作者、病人家属、朋友、邻居、志愿者以及一些地方组织和社团等组成，彼此相互协调、相互合作，承担起集医疗、预防、保健、康复、健康教育和计划生育技术指导于一体的综合性健康服务。积极动员并利用社区卫生资源，改善社区环境和卫生状况，大力开展疾病的防治工作，共同为社区人群提供特殊的护理照顾及支持，提高其健康水平和生活质量。

附录 1

中华人民共和国护士管理条例

（2008年1月31日　中华人民共和国国务院令　第517号）

第一章　总　　则

第一条　为了维护护士的合法权益，规范护理行为，促进护理事业发展，保障医疗安全和人体健康，制定本条例。

第二条　本条例所称护士，是指经执业注册取得护士执业证书，依照本条例规定从事护理活动，履行保护生命、减轻痛苦、增进健康职责的卫生技术人员。

第三条　护士人格尊严、人身安全不受侵犯。护士依法履行职责，受法律保护。全社会应当尊重护士。

第四条　国务院有关部门、县级以上地方人民政府及其有关部门以及乡（镇）人民政府应当采取措施，改善护士的工作条件，保障护士待遇，加强护士队伍建设，促进护理事业健康发展。

国务院有关部门和县级以上地方人民政府应当采取措施，鼓励护士到农村、基层医疗卫生机构工作。

第五条　国务院卫生主管部门负责全国的护士监督管理工作。县级以上地方人民政府卫生主管部门负责本行政区域的护士监督管理工作。

第六条　国务院有关部门对在护理工作中做出杰出贡献的护士，应当授予全国卫生系统先进工作者荣誉称号或者颁发白求恩奖章，受到表彰、奖励的护士享受省部级劳动模范、先进工作者待遇，对长期从事护理工作的护士应当颁发荣誉证书。具体办法由国务院有关部门制定。县级以上地方人民政府及其有关部门对本行政区域内做出突出贡献的护士，按照省、自治区、直辖市人民政府的有关规定给予表彰、奖励。

第二章　执业注册

第七条　护士执业，应当经执业注册取得护士执业证书。

申请护士执业注册，应当具备下列条件：

（一）具有完全民事行为能力；

（二）在中等职业学校、高等学校完成国务院教育主管部门和国务院卫生主管部门规定的普通全日制3年以上的护理、助产专业课程学习，包括在教学、综合医院完成8个月以上护理临床实习，并取得相应学历证书；

（三）通过国务院卫生主管部门组织的护士执业资格考试；

（四）符合国务院卫生主管部门规定的健康标准。

护士执业注册申请，应当自通过护士执业资格考试之日起3年内提出；逾期提出申请

的，除应当具备前款第（一）项、第（二）项和第（四）项规定条件外，还应当在符合国务院卫生主管部门规定条件的医疗卫生机构接受3个月临床护理培训并考核合格。

护士执业资格考试办法由国务院卫生主管部门会同国务院人事部门制定。

第八条 申请护士执业注册的人员，应当向拟执业地省、自治区、直辖市人民政府卫生主管部门提出申请。收到申请的卫生主管部门应当自收到申请之日起20个工作日内做出决定，对具备本条例规定条件的，准予注册，并发给护士执业证书；对不具备本条例规定条件的，不予注册，并书面说明理由。

护士执业注册有效期为5年。

第九条 护士在其执业注册有效期内变更执业地点的，应当向拟执业地省、自治区、直辖市人民政府卫生主管部门报告。收到报告的卫生主管部门应当自收到报告之日起7个工作日内为其办理变更手续。护士跨省、自治区、直辖市变更执业地点的，收到报告的卫生主管部门还应当向其原执业地省、自治区、直辖市人民政府卫生主管部门通报。

第十条 护士执业注册有效期届满需要继续执业的，应当在护士执业注册有效期届满前30日内向执业地省、自治区、直辖市人民政府卫生主管部门申请延续注册。收到申请的卫生主管部门对具备本条例规定条件的，准予延续，延续执业注册有效期为5年；对不具备本条例规定条件的，不予延续，并书面说明理由。

护士符合行政许可法规定的应当予以注销执业注册情形的，原注册部门应当依照行政许可法的规定注销其执业注册。

第十一条 县级以上地方人民政府卫生主管部门应当建立本行政区域的护士执业良好记录和不良记录，并将该记录记入护士执业信息系统。

护士执业良好记录包括护士受到的表彰、奖励以及完成政府指令性任务的情况等内容。护士执业不良记录包括护士因违反本条例以及其他卫生管理法律、法规、规章或者诊疗技术规范的规定受到行政处罚、处分的情况等内容。

第三章 权利和义务

第十二条 护士执业，有按照国家有关规定获取工资报酬、享受福利待遇、参加社会保险的权利。任何单位或者个人不得克扣护士工资，降低或者取消护士福利等待遇。

第十三条 护士执业，有获得与其所从事的护理工作相适应的卫生防护、医疗保健服务的权利。从事直接接触有毒有害物质、有感染传染病危险工作的护士，有依照有关法律、行政法规的规定接受职业健康监护的权利；患职业病的，有依照有关法律、行政法规的规定获得赔偿的权利。

第十四条 护士有按照国家有关规定获得与本人业务能力和学术水平相应的专业技术职务、职称的权利；有参加专业培训、从事学术研究和交流、参加行业协会和专业学术团体的权利。

第十五条 护士有获得疾病诊疗、护理相关信息的权利和其他与履行护理职责相关的权利，有可以对医疗卫生机构和卫生主管部门的工作提出意见和建议的权利。

第十六条 护士执业，应当遵守法律、法规、规章和诊疗技术规范的规定。

第十七条 护士在执业活动中，发现患者病情危急，应当立即通知医师；在紧急情况下为抢救垂危患者生命，应当先行实施必要的紧急救护。

护士发现医嘱违反法律、法规、规章或者诊疗技术规范规定的，应当及时向开具医嘱的医师提出；必要时，应当向该医师所在科室的负责人或者医疗卫生机构负责医疗服务管理的人员报告。

第十八条 护士应当尊重、关心、爱护患者，保护患者的隐私。

第十九条 护士有义务参与公共卫生和疾病预防控制工作。发生自然灾害、公共卫生事件等严重威胁公众生命健康的突发事件，护士应当服从县级以上人民政府卫生主管部门或者所在医疗卫生机构的安排，参加医疗救护。

第四章 医疗卫生机构的职责

第二十条 医疗卫生机构配备护士的数量不得低于国务院卫生主管部门规定的护士配备标准。

第二十一条 医疗卫生机构不得允许下列人员在本机构从事诊疗技术规范规定的护理活动：

（一）未取得护士执业证书的人员；

（二）未依照本条例第九条的规定办理执业地点变更手续的护士；

（三）护士执业注册有效期届满未延续执业注册的护士。

在教学、综合医院进行护理临床实习的人员应当在护士指导下开展有关工作。

第二十二条 医疗卫生机构应当为护士提供卫生防护用品，并采取有效的卫生防护措施和医疗保健措施。

第二十三条 医疗卫生机构应当执行国家有关工资、福利待遇等规定，按照国家有关规定为在本机构从事护理工作的护士足额缴纳社会保险费用，保障护士的合法权益。

对在艰苦边远地区工作，或者从事直接接触有毒有害物质、有感染传染病危险工作的护士，所在医疗卫生机构应当按照国家有关规定给予津贴。

第二十四条 医疗卫生机构应当制订、实施本机构护士在职培训计划，并保证护士接受培训。护士培训应当注重新知识、新技术的应用；根据临床专科护理发展和专科护理岗位的需要，开展对护士的专科护理培训。

第二十五条 医疗卫生机构应当按照国务院卫生主管部门的规定，设置专门机构或者配备专（兼）职人员负责护理管理工作。

第二十六条 医疗卫生机构应当建立护士岗位责任制并进行监督检查。护士因不履行职责或者违反职业道德受到投诉的，其所在医疗卫生机构应当进行调查。经查证属实的，医疗卫生机构应当对护士做出处理，并将调查处理情况告知投诉人。

第五章 法律责任

第二十七条 卫生主管部门的工作人员未依照本条例规定履行职责，在护士监督管理工作中滥用职权、徇私舞弊，或者有其他失职、渎职行为的，依法给予处分；对构成犯罪

的，依法追究刑事责任。

第二十八条 医疗卫生机构有下列情形之一的，由县级以上地方人民政府卫生主管部门依据职责分工责令其限期改正，并给予警告；逾期不改正的，根据国务院卫生主管部门规定的护士配备标准和在医疗卫生机构合法执业的护士数量核减其诊疗科目，或者暂停其6个月以上1年以下执业活动；国家举办的医疗卫生机构有下列情形之一、情节严重的，还应当对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分：

（一）违反本条例规定，护士的配备数量低于国务院卫生主管部门规定的护士配备标准的；

（二）允许未取得护士执业证书的人员或者允许未依照本条例规定办理执业地点变更手续、延续执业注册有效期的护士在本机构从事诊疗技术规范规定的护理活动的。

第二十九条 医疗卫生机构有下列情形之一的，依照有关法律、行政法规的规定给予处罚；国家举办的医疗卫生机构有下列情形之一、情节严重的，还应当对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分：

（一）未执行国家有关工资、福利待遇等规定的；

（二）对在本机构从事护理工作的护士，未按照国家有关规定足额缴纳社会保险费用的；

（三）未为护士提供卫生防护用品，或者未采取有效的卫生防护措施、医疗保健措施的；

（四）对在艰苦边远地区工作，或者从事直接接触有毒有害物质、有感染传染病危险工作的护士，未按照国家有关规定给予津贴的。

第三十条 医疗卫生机构有下列情形之一的，由县级以上地方人民政府卫生主管部门依据职责分工责令其限期改正，并给予警告：

（一）未制订、实施本机构护士在职培训计划或者未保证护士接受培训的；

（二）未依照本条例规定履行护士管理职责的。

第三十一条 护士在执业活动中有下列情形之一的，由县级以上地方人民政府卫生主管部门依据职责分工责令其改正，给予警告；情节严重的，暂停其6个月以上1年以下执业活动，直至由原发证部门吊销其护士执业证书：

（一）发现患者病情危急未立即通知医师的；

（二）发现医嘱违反法律、法规、规章或者诊疗技术规范的规定，未依照本条例第十七条的规定提出或者报告的；

（三）泄露患者隐私的；

（四）发生自然灾害、公共卫生事件等严重威胁公众生命健康的突发事件，不服从安排参加医疗救护的。

护士在执业活动中造成医疗事故的，依照医疗事故处理的有关规定承担法律责任。

第三十二条 护士被吊销执业证书的，自执业证书被吊销之日起2年内不得申请执业注册。

第三十三条 扰乱医疗秩序，阻碍护士依法开展执业活动，侮辱、威胁、殴打护士，或者有其他侵犯护士合法权益行为的，由公安机关依照治安管理处罚法的规定给予处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第六章 附 则

第三十四条 本条例施行前按照国家有关规定已经取得护士执业证书或者护理专业技术职称、从事护理活动的人员，经执业地省、自治区、直辖市人民政府卫生主管部门审核合格，换领护士执业证书。

本条例施行前，尚未达到护士配备标准的医疗卫生机构，应当按照国务院卫生主管部门规定的实施步骤，自本条例施行之日起3年内达到护士配备标准。

第三十五条 本条例自2008年5月12日起施行。

附录 2

医疗事故处理条例

第一章 总 则

第一条 为了正确处理医疗事故，保护患者和医疗机构及其医务人员的合法权益，维护医疗秩序，保障医疗安全，促进医学科学的发展，制定本条例。

第二条 本条例所称医疗事故，是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，由于过失造成患者人身损害的事故。

第三条 处理医疗事故，应当遵循公开、公平、公正、及时、便民的原则，坚持实事求是的科学态度，做到事实清楚、定性准确、责任明确、处理恰当。

第四条 根据对患者人身造成的损害程度，医疗事故分为四级：

一级医疗事故：造成患者死亡、重度残疾的；

二级医疗事故：造成患者中度残疾、器官组织损伤导致严重功能障碍的；

三级医疗事故：造成患者轻度残疾、器官组织损伤导致一般功能障碍的；

四级医疗事故：造成患者明显人身损害的其他后果的。

具体分级标准由国务院卫生行政部门制定。

第二章 医疗事故的预防与处置

第五条 医疗机构及其医务人员在医疗活动中，必须严格遵守医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，恪守医疗服务职业道德。

第六条 医疗机构应当对其医务人员进行医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规的培训和医疗服务职业道德教育。

第七条 医疗机构应当设置医疗服务质量监控部门或者配备专（兼）职人员，具体负责监督本医疗机构的医务人员的医疗服务工作，检查医务人员执业情况，接受患者对医疗服务的投诉，向其提供咨询服务。

第八条 医疗机构应当按照国务院卫生行政部门规定的要求，书写并妥善保管病历资料。因抢救急危患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后 6 小时内据实补记，并加以注明。

第九条 严禁涂改、伪造、隐匿、销毁或者抢夺病历资料。

第十条 患者有权复印或者复制其门诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理

资料、护理记录以及国务院卫生行政部门规定的其他病历资料。

患者依照前款规定要求复印或者复制病历资料的，医疗机构应当提供复印或者复制服务并在复印或者复制的病历资料上加盖证明印记。复印或者复制病历资料时，应当有患者在场。

医疗机构应患者的要求，为其复印或者复制病历资料，可以按照规定收取工本费。具体收费标准由省、自治区、直辖市人民政府价格主管部门会同同级卫生行政部门规定。

第十一条 在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是，应当避免对患者产生不利后果。

第十二条 医疗机构应当制定防范、处理医疗事故的预案，预防医疗事故的发生，减轻医疗事故的损害。

第十三条 医务人员在医疗活动中发生或者发现医疗事故、可能引起医疗事故的医疗过失行为或者发生医疗事故争议的，应当立即向所在科室负责人报告，科室负责人应当及时向本医疗机构负责医疗服务质量监控的部门或者专（兼）职人员报告；负责医疗服务质量监控的部门或者专（兼）职人员接到报告后，应当立即进行调查、核实，将有关情况如实向本医疗机构的负责人报告，并向患者通报、解释。

第十四条 发生医疗事故的，医疗机构应当按照规定向所在地卫生行政部门报告。发生下列重大医疗过失行为的，医疗机构应当在12小时内向所在地卫生行政部门报告：

（一）导致患者死亡或者可能为二级以上的医疗事故；

（二）导致3人以上人身损害后果；

（三）国务院卫生行政部门和省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门规定的其他情形。

第十五条 发生或者发现医疗过失行为，医疗机构及其医务人员应当立即采取有效措施，避免或者减轻对患者身体健康的损害，防止损害扩大。

第十六条 发生医疗事故争议时，死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊意见、病程记录应当在医患双方在场的情况下封存和启封。封存的病历资料可以是复印件，由医疗机构保管。

第十七条 疑似输液、输血、注射、药物等引起不良后果的，医患双方应当共同对现场实物进行封存和启封，封存的现场实物由医疗机构保管；需要检验的，应当由双方共同指定的、依法具有检验资格的检验机构进行检验；双方无法共同指定时，由卫生行政部门指定。

疑似输血引起不良后果，需要对血液进行封存保留的，医疗机构应当通知提供该血液的采供血机构派员到场。

第十八条 患者死亡，医患双方当事人不能确定死因或者对死因有异议的，应当在患者死亡后48小时内进行尸检；具备尸体冻存条件的，可以延长至7日。尸检应当经死者近亲属同意并签字。

尸检应当由按照国家有关规定取得相应资格的机构和病理解剖专业技术人员进行。承担尸检任务的机构和病理解剖专业技术人员有进行尸检的义务。

医疗事故争议双方当事人可以请法医病理学人员参加尸检，也可以委派代表观察尸检过程。拒绝或者拖延尸检，超过规定时间，影响对死因判定的，由拒绝或者拖延的一方承担责任。

第十九条 患者在医疗机构内死亡的，尸体应当立即移放太平间。死者尸体存放时间一般不得超过 2 周。逾期不处理的尸体，经医疗机构所在地卫生行政部门批准，并报经同级公安部门备案后，由医疗机构按照规定进行处理。

第三章 医疗事故的技术鉴定

第二十条 卫生行政部门接到医疗机构关于重大医疗过失行为的报告或者医疗事故争议当事人要求处理医疗事故争议的申请后，对需要进行医疗事故技术鉴定的，应当交由负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定；医患双方协商解决医疗事故争议，需要进行医疗事故技术鉴定的，由双方当事人共同委托负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定。

第二十一条 设区的市级地方医学会和省、自治区、直辖市直接管辖的县（市）地方医学会负责组织首次医疗事故技术鉴定工作。省、自治区、直辖市地方医学会负责组织再次鉴定工作。

必要时，中华医学会可以组织疑难、复杂并在全国有重大影响的医疗事故争议的技术鉴定工作。

第二十二条 当事人对首次医疗事故技术鉴定结论不服的，可以自收到首次鉴定结论之日起15日内向医疗机构所在地卫生行政部门提出再次鉴定的申请。

第二十三条 负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会应当建立专家库。专家库由具备下列条件的医疗卫生专业技术人员组成：

（一）有良好的业务素质和执业品德；

（二）受聘于医疗卫生机构或者医学教学、科研机构并担任相应专业高级技术职务 3 年以上。

符合前款第（一）项规定条件并具备高级技术任职资格的法医可以受聘进入专家库。

负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会依照本条例规定聘请医疗卫生专业技术人员和法医进入专家库，可以不受行政区域的限制。

第二十四条 医疗事故技术鉴定，由负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会组织专家鉴定组进行。

参加医疗事故技术鉴定的相关专业的专家，由医患双方在医学会主持下从专家库中随机抽取。在特殊情况下，医学会根据医疗事故技术鉴定工作的需要，可以组织医患双方在其他医学会建立的专家库中随机抽取相关专业的专家参加鉴定或者函件咨询。

符合本条例第二十三条规定条件的医疗卫生专业技术人员和法医有义务受聘进入专家库，并承担医疗事故技术鉴定工作。

第二十五条 专家鉴定组进行医疗事故技术鉴定，实行合议制。专家鉴定组人数为单数，涉及的主要学科的专家一般不得少于鉴定组成员的二分之一；涉及死因、伤残等级鉴

定的，并应当从专家库中随机抽取法医参加专家鉴定组。

第二十六条 专家鉴定组成员有下列情形之一的，应当回避，当事人也可以以口头或者书面的方式申请其回避：

（一）是医疗事故争议当事人或者当事人的近亲属的；

（二）与医疗事故争议有利害关系的；

（三）与医疗事故争议当事人有其他关系，可能影响公正鉴定的。

第二十七条 专家鉴定组依照医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，运用医学科学原理和专业知识，独立进行医疗事故技术鉴定，对医疗事故进行鉴别和判定，为处理医疗事故争议提供医学依据。

任何单位或者个人不得干扰医疗事故技术鉴定工作，不得威胁、利诱、辱骂、殴打专家鉴定组成员。

专家鉴定组成员不得接受双方当事人的财物或者其他利益。

第二十八条 负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会应当自受理医疗事故技术鉴定之日起5日内通知医疗事故争议双方当事人提交进行医疗事故技术鉴定所需的材料。

当事人应当自收到医学会的通知之日起10日内提交有关医疗事故技术鉴定的材料、书面陈述及答辩。医疗机构提交的有关医疗事故技术鉴定的材料应当包括下列内容：

（一）住院患者的病程记录、死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、会诊意见、上级医师查房记录等病历资料原件；

（二）住院患者的住院志、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理资料、护理记录等病历资料原件；

（三）抢救急危患者，在规定时间内补记的病历资料原件；

（四）封存保留的输液、注射用物品和血液、药物等实物，或者依法具有检验资格的检验机构对这些物品、实物做出的检验报告；

（五）与医疗事故技术鉴定有关的其他材料。

在医疗机构建有病历档案的门诊、急诊患者，其病历资料由医疗机构提供；没有在医疗机构建立病历档案的，由患者提供。

医患双方应当依照本条例的规定提交相关材料。医疗机构无正当理由未依照本条例的规定如实提供相关材料，导致医疗事故技术鉴定不能进行的，应当承担责任。

第二十九条 负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会应当自接到当事人提交的有关医疗事故技术鉴定的材料、书面陈述及答辩之日起45日内组织鉴定并出具医疗事故技术鉴定书。

负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会可以向双方当事人调查取证。

第三十条 专家鉴定组应当认真审查双方当事人提交的材料，听取双方当事人的陈述及答辩并进行核实。

双方当事人应当按照本条例的规定如实提交进行医疗事故技术鉴定所需要的材料，并积极配合调查。当事人任何一方不予配合，影响医疗事故技术鉴定的，由不予配合的一方承担责任。

第三十一条 专家鉴定组应当在事实清楚、证据确凿的基础上，综合分析患者的病情

和个体差异，作出鉴定结论，并制作医疗事故技术鉴定书。鉴定结论以专家鉴定组成员的过半数为通过。鉴定过程应当如实记载。

医疗事故技术鉴定书应当包括下列主要内容：

（一）双方当事人的基本情况及要求；

（二）当事人提交的材料和负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会的调查材料；

（三）对鉴定过程的说明；

（四）医疗行为是否违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规；

（五）医疗过失行为与人身损害后果之间是否存在因果关系；

（六）医疗过失行为在医疗事故损害后果中的责任程度；

（七）医疗事故等级；

（八）对医疗事故患者的医疗护理医学建议。

第三十二条 医疗事故技术鉴定办法由国务院卫生行政部门制定。

第三十三条 有下列情形之一的，不属于医疗事故：

（一）在紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施造成不良后果的；

（二）在医疗活动中由于患者病情异常或者患者体质特殊而发生医疗意外的；

（三）在现有医学科学技术条件下，发生无法预料或者不能防范的不良后果的；

（四）无过错输血感染造成不良后果的；

（五）因患方原因延误诊疗导致不良后果的；

（六）因不可抗力造成不良后果的。

第三十四条 医疗事故技术鉴定，可以收取鉴定费用。经鉴定，属于医疗事故的，鉴定费用由医疗机构支付；不属于医疗事故的，鉴定费用由提出医疗事故处理申请的一方支付。鉴定费用标准由省、自治区、直辖市人民政府价格主管部门会同同级财政部门、卫生行政部门规定。

第四章 医疗事故的行政处理与监督

第三十五条 卫生行政部门应当依照本条例和有关法律、行政法规、部门规章的规定，对发生医疗事故的医疗机构和医务人员做出行政处理。

第三十六条 卫生行政部门接到医疗机构关于重大医疗过失行为的报告后，除责令医疗机构及时采取必要的医疗救治措施，防止损害后果扩大外，应当组织调查，判定是否属于医疗事故；对不能判定是否属于医疗事故的，应当依照本条例的有关规定交由负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定。

第三十七条 发生医疗事故争议，当事人申请卫生行政部门处理的，应当提出书面申请。申请书应当载明申请人的基本情况、有关事实、具体请求及理由等。

当事人自知道或者应当知道其身体健康受到损害之日起 1 年内，可以向卫生行政部门提出医疗事故争议处理申请。

第三十八条 发生医疗事故争议，当事人申请卫生行政部门处理的，由医疗机构所在地的县级人民政府卫生行政部门受理。医疗机构所在地是直辖市的，由医疗机构所在地的区、县人民政府卫生行政部门受理。

有下列情形之一的，县级人民政府卫生行政部门应当自接到医疗机构的报告或者当事人提出医疗事故争议处理申请之日起7日内移送上一级人民政府卫生行政部门处理：

（一）患者死亡；

（二）可能为二级以上的医疗事故；

（三）国务院卫生行政部门和省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门规定的其他情形。

第三十九条 卫生行政部门应当自收到医疗事故争议处理申请之日起10日内进行审查，做出是否受理的决定。对符合本条例规定，予以受理，需要进行医疗事故技术鉴定的，应当自做出受理决定之日起5日内将有关材料交由负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定并书面通知申请人；对不符合本条例规定，不予受理的，应当书面通知申请人并说明理由。

当事人对首次医疗事故技术鉴定结论有异议，申请再次鉴定的，卫生行政部门应当自收到申请之日起7日内交由省、自治区、直辖市地方医学会组织再次鉴定。

第四十条 当事人既向卫生行政部门提出医疗事故争议处理申请，又向人民法院提起诉讼的，卫生行政部门不予受理；卫生行政部门已经受理的，应当终止处理。

第四十一条 卫生行政部门收到负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会出具的医疗事故技术鉴定书后，应当对参加鉴定的人员资格和专业类别、鉴定程序进行审核；必要时，可以组织调查，听取医疗事故争议双方当事人的意见。

第四十二条 卫生行政部门经审核，对符合本条例规定做出的医疗事故技术鉴定结论，应当作为对发生医疗事故的医疗机构和医务人员做出行政处理以及进行医疗事故赔偿调解的依据；经审核，发现医疗事故技术鉴定不符合本条例规定的，应当要求重新鉴定。

第四十三条 医疗事故争议由双方当事人自行协商解决的，医疗机构应当自协商解决之日起7日内向所在地卫生行政部门做出书面报告，并附具协议书。

第四十四条 医疗事故争议经人民法院调解或者判决解决的，医疗机构应当自收到生效的人民法院的调解书或者判决书之日起7日内向所在地卫生行政部门做出书面报告，并附具调解书或者判决书。

第四十五条 县级以上地方人民政府卫生行政部门应当按照规定逐级将当地发生的医疗事故以及依法对发生医疗事故的医疗机构和医务人员做出行政处理的情况，上报国务院卫生行政部门。

第五章 医疗事故的赔偿

第四十六条 发生医疗事故的赔偿等民事责任争议，医患双方可以协商解决；不愿意协商或者协商不成的，当事人可以向卫生行政部门提出调解申请，也可以直接向人民法院

提起民事诉讼。

第四十七条 双方当事人协商解决医疗事故的赔偿等民事责任争议的，应当制作协议书。协议书应当载明双方当事人的基本情况和医疗事故的原因、双方当事人共同认定的医疗事故等级以及协商确定的赔偿数额等，并由双方当事人在协议书上签名。

第四十八条 已确定为医疗事故的，卫生行政部门应医疗事故争议双方当事人请求，可以进行医疗事故赔偿调解。调解时，应当遵循当事人双方自愿原则，并应当依据本条例的规定计算赔偿数额。

经调解，双方当事人就赔偿数额达成协议的，制作调解书，双方当事人应当履行；调解不成或者经调解达成协议后一方反悔的，卫生行政部门不再调解。

第四十九条 医疗事故赔偿，应当考虑下列因素，确定具体赔偿数额：

（一）医疗事故等级；

（二）医疗过失行为在医疗事故损害后果中的责任程度；

（三）医疗事故损害后果与患者原有疾病状况之间的关系。

不属于医疗事故的，医疗机构不承担赔偿责任。

第五十条 医疗事故赔偿，按照下列项目和标准计算：

（一）医疗费：按照医疗事故对患者造成的人身损害进行治疗时所发生的医疗费用计算，凭据支付，但不包括原发病医疗费用。结案后确实需要继续治疗的，按照基本医疗费用支付。

（二）误工费：患者有固定收入的，按照本人因误工减少的固定收入计算，对收入高于医疗事故发生地上一年度职工年平均工资 3 倍以上的，按照 3 倍计算；无固定收入的，按照医疗事故发生地上一年度职工年平均工资计算。

（三）住院伙食补助费：按照医疗事故发生地国家机关一般工作人员的出差伙食补助标准计算。

（四）陪护费：患者住院期间需要专人陪护的，按照医疗事故发生地上一年度职工年平均工资计算。

（五）残疾生活补助费：根据伤残等级，按照医疗事故发生地居民年平均生活费计算，自定残之月起最长赔偿30年；但是，60周岁以上的，不超过15年；70周岁以上的，不超过 5 年。

（六）残疾用具费：因残疾需要配置补偿功能器具的，凭医疗机构出具的证明，按照普及型器具的费用计算。

（七）丧葬费：按照医疗事故发生地规定的丧葬费补助标准计算。

（八）被扶养人生活费：以死者生前或者残疾者丧失劳动能力前实际扶养且没有劳动能力的人为限，按照其户籍所在地或者居住地居民最低生活保障标准计算。对不满16周岁的，扶养到16周岁。对年满16周岁但无劳动能力的，扶养20年；但是，60周岁以上的，不超过15年；70周岁以上的，不超过5年。

（九）交通费：按照患者实际必需的交通费用计算，凭据支付。

（十）住宿费：按照医疗事故发生地国家机关一般工作人员的出差住宿补助标准计算，凭据支付。

（十一）精神损害抚慰金：按照医疗事故发生地居民年平均生活费计算。造成患者死亡的，赔偿年限最长不超过6年；造成患者残疾的，赔偿年限最长不超过3年。

第五十一条 参加医疗事故处理的患者近亲属所需交通费、误工费、住宿费，参照本条例第五十条的有关规定计算，计算费用的人数不超过2人。

医疗事故造成患者死亡的，参加丧葬活动的患者的配偶和直系亲属所需交通费、误工费、住宿费，参照本条例第五十条的有关规定计算，计算费用的人数不超过2人。

第五十二条 医疗事故赔偿费用，实行一次性结算，由承担医疗事故责任的医疗机构支付。

第六章 罚 则

第五十三条 卫生行政部门的工作人员在处理医疗事故过程中违反本条例的规定，利用职务上的便利收受他人财物或者其他利益，滥用职权，玩忽职守，或者发现违法行为不予查处，造成严重后果的，依照刑法关于受贿罪、滥用职权罪、玩忽职守罪或者其他有关罪的规定，依法追究刑事责任；尚不够刑事处罚的，依法给予降级或者撤职的行政处分。

第五十四条 卫生行政部门违反本条例的规定，有下列情形之一的，由上级卫生行政部门给予警告并责令其限期改正；情节严重的，对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予行政处分：

（一）接到医疗机构关于重大医疗过失行为的报告后，未及时组织调查的；

（二）接到医疗事故争议处理申请后，未在规定时间内审查或者移送上一级人民政府卫生行政部门处理的；

（三）未将应当进行医疗事故技术鉴定的重大医疗过失行为或者医疗事故争议移交医学会组织鉴定的；

（四）未按照规定逐级将当地发生的医疗事故以及依法对发生医疗事故的医疗机构和医务人员的行政处理情况上报的；

（五）未依照本条例规定审核医疗事故技术鉴定书的。

第五十五条 医疗机构发生医疗事故的，由卫生行政部门根据医疗事故的等级和情节，给予警告；情节严重的，责令限期停业整顿直至由原发证部门吊销执业许可证，对负有责任的医务人员依照刑法关于医疗事故罪的规定，依法追究刑事责任；尚不够刑事处罚的，依法给予行政处分或者纪律处分。

对发生医疗事故的有关医务人员，除依照前款处罚外，卫生行政部门可以责令暂停6个月以上1年以下执业活动；情节严重的，吊销其执业证书。

第五十六条 医疗机构违反本条例的规定，有下列情形之一的，由卫生行政部门责令改正；情节严重的，对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予行政处分或者纪律处分：

（一）未如实告知患者病情、医疗措施和医疗风险的；

（二）没有正当理由，拒绝为患者提供复印或者复制病历资料服务的；

（三）未按照国务院卫生行政部门规定的要求书写和妥善保管病历资料的；

（四）未在规定时间内补记抢救工作病历内容的；

（五）未按照本条例的规定封存、保管和启封病历资料和实物的；

（六）未设置医疗服务质量监控部门或者配备专（兼）职人员的；

（七）未制定有关医疗事故防范和处理预案的；

（八）未在规定时间内向卫生行政部门报告重大医疗过失行为的；

（九）未按照本条例的规定向卫生行政部门报告医疗事故的；

（十）未按照规定进行尸检和保存、处理尸体的。

第五十七条 参加医疗事故技术鉴定工作的人员违反本条例的规定，接受申请鉴定双方或者一方当事人的财物或者其他利益，出具虚假医疗事故技术鉴定书，造成严重后果的，依照刑法关于受贿罪的规定，依法追究刑事责任；尚不够刑事处罚的，由原发证部门吊销其执业证书或者资格证书。

第五十八条 医疗机构或者其他有关机构违反本条例的规定，有下列情形之一的，由卫生行政部门责令改正，给予警告；对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予行政处分或者纪律处分；情节严重的，由原发证部门吊销其执业证书或者资格证书：

（一）承担尸检任务的机构没有正当理由，拒绝进行尸检的；

（二）涂改、伪造、隐匿、销毁病历资料的。

第五十九条 以医疗事故为由，寻衅滋事、抢夺病历资料，扰乱医疗机构正常医疗秩序和医疗事故技术鉴定工作，依照刑法关于扰乱社会秩序罪的规定，依法追究刑事责任；尚不够刑事处罚的，依法给予治安管理处罚。

第七章 附 则

第六十条 本条例所称医疗机构，是指依照《医疗机构管理条例》的规定取得《医疗机构执业许可证》的机构。

县级以上城市从事计划生育技术服务的机构依照《计划生育技术服务管理条例》的规定开展与计划生育有关的临床医疗服务，发生的计划生育技术服务事故，依照本条例的有关规定处理；但是，其中不属于医疗机构的县级以上城市从事计划生育技术服务的机构发生的计划生育技术服务事故，由计划生育行政部门依照本条例有关规定行使由卫生行政部门承担的受理、交由负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定和赔偿调解的职能；对发生计划生育技术服务事故的该机构及其有关责任人员，依法进行处理。

第六十一条 非法行医，造成患者人身损害，不属于医疗事故，触犯刑律的，依法追究刑事责任；有关赔偿，由受害人直接向人民法院提起诉讼。

第六十二条 军队医疗机构的医疗事故处理办法，由中国人民解放军卫生主管部门会同国务院卫生行政部门依据本条例制定。

第六十三条 本条例自2002年9月1日起施行。1987年6月29日国务院发布的《医疗事故处理办法》同时废止。本条例施行前已经处理结案的医疗事故争议，不再重新处理。

附录 3

医院感染管理办法

中华人民共和国卫生部令　第48号

《医院感染管理办法》已于2006年6月15日经卫生部部务会议讨论通过，现予以发布，自2006年9月1日起施行。

部长　高强

二〇〇六年七月六日

第一章　总　　则

第一条　为加强医院感染管理，有效预防和控制医院感染，提高医疗质量，保证医疗安全，根据《传染病防治法》《医疗机构管理条例》和《突发公共卫生事件应急条例》等法律、行政法规的规定，制定本办法。

第二条　医院感染管理是各级卫生行政部门、医疗机构及医务人员针对诊疗活动中存在的医院感染、医源性感染及相关的危险因素进行的预防、诊断和控制活动。

第三条　各级各类医疗机构应当严格按照本办法的规定实施医院感染管理工作。

医务人员的职业卫生防护，按照《职业病防治法》及其配套规章和标准的有关规定执行。

第四条　卫生部负责全国医院感染管理的监督管理工作。

县级以上地方人民政府卫生行政部门负责本行政区域内医院感染管理的监督管理工作。

第二章　组织管理

第五条　各级各类医疗机构应当建立医院感染管理责任制，制定并落实医院感染管理的规章制度和工作规范，严格执行有关技术操作规范和工作标准，有效预防和控制医院感染，防止传染病病原体、耐药菌、条件致病菌及其他病原微生物的传播。

第六条　住院床位总数在100张以上的医院应当设立医院感染管理委员会和独立的医院感染管理部门。

住院床位总数在100张以下的医院应当指定分管医院感染管理工作的部门。

其他医疗机构应当有医院感染管理专（兼）职人员。

第七条　医院感染管理委员会由医院感染管理部门、医务部门、护理部门、临床科室、消毒供应室、手术室、临床检验部门、药事管理部门、设备管理部门、后勤管理部门及其他有关部门的主要负责人组成，主任委员由医院院长或者主管医疗工作的副院长担任。

医院感染管理委员会的职责是：

（一）认真贯彻医院感染管理方面的法律法规及技术规范、标准，制定本医院预防和控制医院感染的规章制度、医院感染诊断标准并监督其实施；

（二）根据预防医院感染和卫生学要求，对本医院的建筑设计、重点科室建设的基本标准、基本设施和工作流程进行审查并提出意见；

（三）研究并确定本医院的医院感染管理工作计划，并对计划的实施进行考核和评价；

（四）研究并确定本医院的医院感染重点部门、重点环节、重点流程、危险因素以及采取的干预措施，明确各有关部门、人员在预防和控制医院感染工作中的责任；

（五）研究并制定本医院发生医院感染暴发及出现不明原因传染性疾病或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案；

（六）建立会议制度，定期研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题；

（七）根据本医院病原体的特点和耐药现状，配合药事管理委员会提出合理使用抗菌药物的指导意见；

（八）其他有关医院感染管理的重要事宜。

第八条 医院感染管理部门、分管部门及医院感染管理专（兼）职人员具体负责医院感染预防与控制方面的管理和业务工作。其主要职责是：

（一）对有关预防和控制医院感染管理规章制度的落实情况进行检查和指导；

（二）对医院感染及其相关危险因素进行监测、分析和反馈，针对问题提出控制措施并指导实施；

（三）对医院感染发生的状况进行调查、统计分析，并向医院感染管理委员会或者医疗机构负责人报告；

（四）对医院的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术、医疗废物管理等工作提供指导；

（五）对传染病的医院感染控制工作提供指导；

（六）对有关预防医院感染的职业卫生安全防护工作提供指导；

（七）对医院感染暴发事件进行报告和调查分析，提出控制措施并协调、组织有关部门进行处理；

（八）对医务人员进行预防和控制医院感染的培训工作；

（九）参与抗菌药物临床应用的管理工作；

（十）对消毒药械和一次性使用医疗器械、器具的相关证明进行审核；

（十一）组织开展医院感染预防与控制方面的科研工作；

（十二）完成医院感染管理委员会或者医疗机构负责人交办的其他工作。

第九条 卫生部成立医院感染预防与控制专家组，成员由医院感染管理、疾病控制、传染病学、临床检验、流行病学、消毒学、临床药学、护理学等专业的专家组成。主要职责是：

（一）研究起草有关医院感染预防与控制、医院感染诊断的技术性标准和规范；

（二）对全国医院感染预防与控制工作进行业务指导；

（三）对全国医院感染发生状况及危险因素进行调查、分析；

（四）对全国重大医院感染事件进行调查和业务指导；

（五）完成卫生部交办的其他工作。

第十条 省级人民政府卫生行政部门成立医院感染预防与控制专家组，负责指导本地区医院感染预防与控制的技术性工作。

第三章　预防与控制

第十一条　医疗机构应当按照有关医院感染管理的规章制度和技术规范，加强医院感染的预防与控制工作。

第十二条　医疗机构应当按照《消毒管理办法》，严格执行医疗器械、器具的消毒工作技术规范，并达到以下要求：

（一）进入人体组织、无菌器官的医疗器械、器具和物品必须达到灭菌水平；

（二）接触皮肤、黏膜的医疗器械、器具和物品必须达到消毒水平；

（三）各种用于注射、穿刺、采血等有创操作的医疗器具必须一用一灭菌。

医疗机构使用的消毒药械、一次性医疗器械和器具应当符合国家有关规定。一次性使用的医疗器械、器具不得重复使用。

第十三条　医疗机构应当制定具体措施，保证医务人员的手卫生、诊疗环境条件、无菌操作技术和职业卫生防护工作符合规定要求，对医院感染的危险因素进行控制。

第十四条　医疗机构应当严格执行隔离技术规范，根据病原体传播途径，采取相应的隔离措施。

第十五条　医疗机构应当制定医务人员职业卫生防护工作的具体措施，提供必要的防护物品，保障医务人员的职业健康。

第十六条　医疗机构应当严格按照《抗菌药物临床应用指导原则》，加强抗菌药物临床使用和耐药菌监测管理。

第十七条　医疗机构应当按照医院感染诊断标准及时诊断医院感染病例，建立有效的医院感染监测制度，分析医院感染的危险因素，并针对导致医院感染的危险因素，实施预防与控制措施。

医疗机构应当及时发现医院感染病例和医院感染的暴发，分析感染源、感染途径，采取有效的处理和控制措施，积极救治患者。

第十八条　医疗机构经调查证实发生以下情形时，应当于12小时内向所在地的县级地方人民政府卫生行政部门报告，并同时向所在地疾病预防控制机构报告。经过所在地的县级地方人民政府卫生行政部门确认后，应当于24小时内逐级上报至省级人民政府卫生行政部门。省级人民政府卫生行政部门审核后，应当在24小时内上报至卫生部：

（一）5例以上医院感染暴发；

（二）由于医院感染暴发直接导致患者死亡；

（三）由于医院感染暴发导致3人以上人身损害后果。

第十九条　医疗机构发生以下情形时，应当按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》的要求进行报告：

（一）10例以上的医院感染暴发事件；

（二）发生特殊病原体或者新发病原体的医院感染；

（三）可能造成重大公共影响或者严重后果的医院感染。

第二十条　医疗机构发生的医院感染属于法定传染病的，应当按照《中华人民共和国

传染病防治法》和《国家突发公共卫生事件应急预案》的规定进行报告和处理。

第二十一条 医疗机构发生医院感染暴发时，所在地的疾病预防控制机构应当及时进行流行病学调查，查找感染源、感染途径、感染因素，采取控制措施，防止感染源的传播和感染范围的扩大。

第二十二条 卫生行政部门接到报告后，应当根据情况指导医疗机构进行医院感染的调查和控制工作，并可以组织提供相应的技术支持。

第四章 人员培训

第二十三条 各级卫生行政部门和医疗机构应当重视医院感染管理的学科建设，建立专业人才培养制度，充分发挥医院感染专业技术人员在预防和控制医院感染工作中的作用。

第二十四条 省级人民政府卫生行政部门应当建立医院感染专业人员岗位规范化培训和考核制度，加强继续教育，提高医院感染专业人员的业务技术水平。

第二十五条 医疗机构应当制订对本机构工作人员的培训计划，对全体工作人员进行医院感染相关法律法规、医院感染管理相关工作规范和标准、专业技术知识的培训。

第二十六条 医院感染专业人员应当具备医院感染预防与控制工作的专业知识，并能够承担医院感染管理和业务技术工作。

第二十七条 医务人员应当掌握与本职工作相关的医院感染预防与控制方面的知识，落实医院感染管理规章制度、工作规范和要求。工勤人员应当掌握有关预防和控制医院感染的基础卫生学和消毒隔离知识，并在工作中正确运用。

第五章 监督管理

第二十八条 县级以上地方人民政府卫生行政部门应当按照有关法律法规和本办法的规定，对所辖区域的医疗机构进行监督检查。

第二十九条 对医疗机构进行监督检查的主要内容是：

（一）医院感染管理的规章制度及落实情况；

（二）针对医院感染危险因素的各项工作和控制措施；

（三）消毒灭菌与隔离、医疗废物管理及医务人员职业卫生防护工作状况；

（四）医院感染病例和医院感染暴发的监测工作情况；

（五）现场检查。

第三十条 卫生行政部门在检查中发现医疗机构存在医院感染隐患时，应当责令限期整改或者暂时关闭相关科室或者暂停相关诊疗科目。

第三十一条 医疗机构对卫生行政部门的检查、调查取证等工作，应当予以配合，不得拒绝和阻碍，不得提供虚假材料。

第六章 罚 则

第三十二条 县级以上地方人民政府卫生行政部门未按照本办法的规定履行监督管理

和对医院感染暴发事件的报告、调查处理职责，造成严重后果的，对卫生行政主管部门主要负责人、直接责任人和相关责任人予以降级或者撤职的行政处分。

第三十三条 医疗机构违反本办法，有下列行为之一的，由县级以上地方人民政府卫生行政部门责令改正，逾期不改的，给予警告并通报批评；情节严重的，对主要负责人和直接责任人给予降级或者撤职的行政处分：

（一）未建立或者未落实医院感染管理的规章制度、工作规范；

（二）未设立医院感染管理部门、分管部门以及指定专（兼）职人员负责医院感染预防与控制工作；

（三）违反医疗器械、器具的消毒工作的技术规范；

（四）违反无菌操作技术规范和隔离技术规范；

（五）未对消毒药械和一次性医疗器械、器具的相关证明进行审核；

（六）未对职业暴露的医务人员提供职业卫生防护。

第三十四条 医疗机构违反本办法规定，未采取预防和控制措施或者发生医院感染未及时采取控制措施，造成医院感染暴发、传染病传播或者其他严重后果的，对负有责任的主管人员和直接责任人员给予降级、撤职、开除的行政处分；情节严重的，依照《传染病防治法》第六十九条规定，可以依法吊销有关责任人员的执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第三十五条 医疗机构发生医院感染暴发事件未按本办法规定报告的，由县级以上地方人民政府卫生行政部门进行通报批评；造成严重后果的，对负有责任的主管人员和其他直接责任人员给予降级、撤职、开除的处分。

第七章 附 则

第三十六条 本办法中下列用语的含义：

（一）医院感染：指住院病人在医院内获得的感染，包括在住院期间发生的感染和在医院内获得出院后发生的感染，但不包括入院前已开始或者入院时已处于潜伏期的感染。医院工作人员在医院内获得的感染也属医院感染。

（二）医源性感染：指在医学服务中，因病原体传播引起的感染。

（三）医院感染暴发：是指在医疗机构或其科室的患者中，短时间内发生3例以上同种同源感染病例的现象。

（四）消毒：指用化学、物理、生物的方法杀灭或者消除环境中的病原微生物。

（五）灭菌：杀灭或者消除传播媒介上的一切微生物，包括致病微生物和非致病微生物，也包括细菌芽胞和真菌孢子。

第三十七条 中国人民解放军医疗机构的医院感染管理工作，由中国人民解放军卫生部门归口管理。

第三十八条 采供血机构与疾病预防控制机构的医源性感染预防与控制管理参照本办法。

第三十九条 本办法自2006年9月1日起施行，原2000年11月30日颁布的《医院感染管理规范（试行）》同时废止。

附录 4

卫生部关于印发《医院管理评价指南（2008年版）》的通知

卫医发〔2008〕27号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局，部直属有关单位，部属部管医院：

为贯彻落实党的十七大精神，科学、准确、客观地评价医院，指导医院加强内涵建设，不断提高医院管理水平，为人民群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗服务，在总结《医院管理评价指南（试行）》（以下简称《评价指南（试行）》）实施3年来经验的基础上，我部组织对《评价指南（试行）》进行了修订。现将《医院管理评价指南（2008年版）》（以下简称《评价指南（2008年版）》）印发给你们，请认真贯彻落实。

《评价指南（2008年版）》是建立我国医院管理评价指标体系的重要基础，医院管理评价指标体系是国家医疗质量保障与持续改进体系的重要组成部分。《评价指南（2008年版）》重点适用于三级综合医院，各省、自治区、直辖市可以根据本辖区实际情况，在《评价指南（2008年版）》的基础上，建立本辖区不同级别、不同类别医院管理评价指标体系，并将有关工作情况及时上报我部。我部将在各省、自治区、直辖市医院管理评价工作实践的基础上，不断修订《评价指南（2008年版）》，逐步建立和完善我国医院管理评价指标体系，全面提高我国医疗质量和医院管理水平。

二〇〇八年五月十三日

医院管理评价指南（2008年版）

为加强医院管理，科学、客观、准确地评价医院管理，指导医院强化内涵建设，坚持“以病人为中心”，提高管理水平，持续改进医疗质量，保障医疗安全，改善医疗服务，控制医疗费用，为人民群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务，根据医疗卫生管理法律、法规、规章，制定本指南。

一、医院管理

（一）依法执业。

1. 严格执行医疗卫生管理法律、法规、规章、诊疗护理规范。

2. 严格按照卫生行政部门核定的诊疗科目执业，医院及科室命名须规范。

3. 不使用非卫生技术人员从事诊疗活动。

4. 专业技术人员具备相应岗位的任职资格，不超范围执业。

5. 按照规定申请医疗机构校验。

6. 按照规定发布医疗广告。

（二）组织机构和管理。

1. 医院管理组织机构设置合理，满足管理工作需要。

2. 有完整的规章制度和岗位职责，并能及时修订完善，职工熟悉本岗位职责及相关规章制度。

3. 实行院长负责制，建立科学决策机制，“三重一大”事项经集体讨论并按规定程序报批。院级领导把主要精力用于医院管理工作，推进医院管理职业化进程。

4. 建立院、科两级管理责任制，院、科级领导了解和掌握国家有关医疗卫生管理法律、法规、规章及有关卫生政策，至少每两年接受一次专门的管理专业知识培训，不断提高科学管理水平。

5. 制订年度工作计划和中、长期发展规划，内容包括学科建设和人才梯队建设，并组织实施。

（三）人力资源管理。

1. 有适宜的人力资源配置方案，落实岗位职务聘任制，卫生专业技术人员学历和专业结构合理，满足医院功能任务和管理的需要。

2. 建立卫生专业技术人员准入、考核、评价体系，落实医师考核办法，建立专业技术档案。

3. 建立卫生专业技术人员岗前培训、继续教育和梯队建设制度并组织实施。

4. 加强重点学科建设和人才培养，建立学科带头人选拔机制。

5. 建立激励和奖惩制度，完善医院奖金分配综合目标考核机制，实行按岗位、工作量、服务质量和工作绩效取酬的分配机制。

（四）应急管理。

1. 有突发事件（突发公共卫生事件、灾害事故等）应急预案并组织演练。

2. 承担突发事件紧急医疗救援任务。

3. 及时、妥善处理医院突发事件。

（五）信息系统。

1. 医院信息系统符合《医院信息系统基本功能规范》，满足医院管理和临床工作需要。

2. 信息系统运行稳定、安全和高效，可连续、系统、准确收集、整理、分析和反馈医院管理和医疗质量控制等所需要的信息，能够与其他医疗机构、卫生行政部门及相关部门实现信息共享。

3. 严格执行保密制度，实行信息系统操作权限分级管理，保障网络安全，保护患者隐私。

（六）财务与价格管理。

1. 贯彻落实《会计法》《预算法》《审计法》《医院会计制度》和《医院财务制度》

等相关规定，只设置一个财务管理部门，集中统一规范财务管理，加强预算管理和内部审计，医院、部门、科室无账外账和“小金库”。

2. 建立规范的经济活动决策机制和程序，实行重大经济事项领导负责制和责任追究制。

3. 实行医院成本核算，降低运行成本。控制医院资产负债率，保障国有资产安全。

4. 无科室承包，医务人员收入分配不与医疗服务收入直接挂钩。

5. 按照《价格法》等有关价格政策，严格执行医疗服务收费和药品价格。无国家规定之外的收费项目，无分解项目、比照项目收费和重复收费。

6. 执行国家药品、高值耗材集中招标采购政策和价格政策规定。

7. 实行医疗服务价格公示制度，向社会公开收费项目和标准，采取价格查询、费用日清等措施，提高收费透明度。及时答复患者的费用查询，处理价格投诉。

8. 费用结算方式便捷。

（七）后勤保障管理。

1. 有适宜的后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以病人为中心”的服务理念，满足医疗服务流程需要。

2. 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。

3. 为员工提供餐饮服务，为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要，保障饮食卫生安全。

4. 医疗废物和污水管理和处置符合规定。

5. 安全保卫组织健全，制度完善，人员、设备、设施满足要求。

（八）医疗仪器设备管理。

1. 有适宜的医疗仪器设备管理保障组织、规章制度与人员岗位职责。

2. 建立健全设备、设施论证、招标、采购、保养、维修、更新和应用分析制度。

3. 按照《大型医用设备配置与使用管理办法》的规定，合理配置使用甲、乙类大型医疗设备。

4. 有保障设备处于完好状态的制度与规范，急救生命支持系统仪器设备保持待用状态，建立全院应急调配机制。

（九）院务公开管理。

1. 建立院务公开的领导体制和工作机制，落实院务公开的领导和组织实施工作。

2. 动员广大职工充分行使民主权利，积极参与院务公开。

3. 院务公开内容符合规定。

4. 院务公开形式体现便利、快捷、有效的原则。

二、医疗质量管理与持续改进

（一）医疗质量管理组织。

1. 建立院、科两级医疗质量管理组织，院长为医疗质量管理第一责任人，定期开展专题研究医疗质量和医疗安全工作，科主任全面负责科室医疗质量管理工作。

2. 医疗质量管理职能部门组织实施全面医疗质量管理，指导、监督、检查、考核和评价医疗质量管理工作，严格监管记录、定期分析、及时反馈、落实整改。建立多部门医疗质量管理协调机制。

3. 建立医疗质量管理组织，包括医疗质量管理委员会、伦理委员会、药事管理委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会和护理质量管理委员会等，定期研究医疗质量管理等相关问题。

（二）全程医疗质量与安全管理和持续改进。

1. 制定医疗质量与安全管理和持续改进方案并组织实施。

2. 定期进行全员医疗质量和安全教育，牢固树立医疗质量和安全意识，提高全员医疗质量管理与改进的意识和参与能力。

3. 强化“基础理论、基本知识、基本技能”培训，严格执行诊疗技术操作规范，遵循诊疗常规。

4. 认真执行医疗质量和医疗安全的核心制度，包括首诊负责制度、三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、手术分级制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、分级护理制度、查对制度、病历书写基本规范与管理制度、交接班制度、临床用血审核制度等。实行医疗质量责任追究制。

5. 完善各类会诊制度，医师外出会诊严格执行《医师外出会诊管理暂行规定》。

6. 建立医疗风险防范、控制和追溯机制，按规定报告医疗不良事件，不隐瞒和漏报。

（三）医疗技术管理。

1. 医疗技术服务与功能和任务相适应，符合诊疗科目范围，符合医学伦理原则，技术应用保障安全、有效。

2. 医疗技术管理符合规定，建立健全的医疗技术和人员资质准入、分级管理、监督评价和档案管理制度。

3. 建立医疗技术风险预警机制，制定和完善医疗技术损害处置预案，并组织实施。对新开展医疗技术的安全、质量、疗效、费用等情况进行全程追踪管理和评价，及时发现医疗技术风险，采取相应措施，降低风险。

4. 科研项目的医疗技术符合法律、法规和医学伦理原则，按规定审批。在科研过程中，充分尊重患者的知情权和选择权，签署知情同意书，保护患者安全。

5. 不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。

（四）主要专业部门医疗质量管理与持续改进。

1. 非手术科室医疗质量管理与持续改进

（1）实行患者病情评估制度，遵循诊疗规范、制订诊疗计划，并进行定期评估，根据患者病情变化和评估结果调整诊疗方案。

（2）加强运行病历的监控与管理，落实核心制度和规范要求，提高医疗质量，保障治疗安全、及时、有效、经济。

（3）落实三级医师负责制，加强护理管理。

（4）规范治疗，合理用药，严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》及其他药物治疗指导原则、指南。

（5）有危重病人抢救流程，规范三级医师报告和职责，提高抢救成功率；严格并发症和医院感染事件报告制度，不瞒报和漏报。

（6）按手术诊疗管理有创诊疗操作。

（7）开展重点病种质量监控管理。

2. 手术科室医疗质量管理与持续改进

（1）实行患者病情评估制度，遵循诊疗规范制订诊疗计划，并进行定期评估，根据患者病情变化和评估结果调整诊疗方案。

（2）实行手术资格准入、分级管理制度，重大手术报告、审批制度。

（3）加强围手术期质量控制，重点是术前讨论、手术适应症、风险评估、术前查对、操作规范、术后观察及并发症的预防与处理、医患沟通制度的落实。术前：诊断、手术适应症明确，术式选择合理，患者准备充分，与患者沟通并签署手术和麻醉同意书、输血同意书等，手术前查对无误。术中：手术操作规范，输血规范，意外处理措施果断、合理，术式改变时及时告知家属或委托人。术后：观察及时、严密，早期发现并发症并妥善处理。提高术前诊断与病理诊断相符率。

（4）麻醉工作程序规范，术前麻醉准备充分，麻醉意外处理及时，实施规范的麻醉复苏全程观察。

（5）加强运行病历的监控与管理，落实核心制度和规范要求，提高医疗质量，保障治疗安全、及时、有效、经济。

（6）落实三级医师负责制，加强护理管理。

（7）规范治疗，合理用药，严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》及其他药物治疗指导原则、指南。

（8）有危重病人抢救流程，规范三级医师报告和职责，提高抢救成功率；严格并发症和医院感染事件报告制度，不瞒报和漏报。

（9）采取有效措施，缩短择期手术患者术前平均住院日。

3. 门诊工作医疗质量管理与持续改进

（1）门诊布局合理，符合医院感染预防与控制要求。

（2）有分诊、导诊服务，落实首诊负责制和科间会诊制度。

（3）依据工作量及需求，合理配置专业技术人员，落实普通门诊、专科门诊、专家门诊职责，提高门诊确诊能力，保障门诊诊疗质量。

（4）规范门诊医疗文书，有书写质量监控措施。

（5）制定突发事件预警机制和处理预案，提高快速反应能力。

（6）开展多种形式的门诊诊疗服务，满足患者不同的就医需要，方便患者就医。

（7）严格执行传染病预检分诊制度和报告制度。

4. 急诊医疗质量管理与持续改进

（1）急诊科独立设置，急诊专业队伍稳定，人员相对固定，设备设施完备，布局合理，满足急诊工作需要，符合医院感染控制要求。

（2）急诊医务人员经过专业培训，能够胜任急诊工作，急诊抢救工作由主治医师以上（含主治医师）主持或指导，不断提高急危重症患者抢救成功率。

（3）急救设备、药品处于备用状态，急诊医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备，熟练掌握心肺复苏急救技术。

（4）加强急诊质量全程监控与管理，落实核心制度，尤其是首诊负责制和会诊制度，急诊服务及时、安全、便捷、有效，提高急诊分诊能力，建立急诊“绿色通道”，科间紧密协作。建立与医院功能任务相适应的重点病种（创伤、急性心肌梗死、心力衰竭、脑卒中等）急诊服务流程与规范，保障患者获得连贯的医疗服务。

（5）加强对急诊留观患者的管理，提高需要住院治疗的急诊患者的住院率，急诊留观时间平均不超过72小时。

（6）急诊抢救医疗文书书写规范、及时、完整。

（7）医患沟通充分。

5. 重症监护病房医疗质量管理与持续改进

（1）重症监护病房布局合理，人员、设备、设施配备与其功能、任务相适应，科间紧密协作，保障诊疗工作需要。

（2）建立健全的重症监护病房质量管理制度，并组织实施。

（3）医务人员实行岗位准入管理，强化理论和技能培训，提高业务水平。

（4）严格执行患者入、出重症监护病房标准。

（5）加强重症监护病房医院感染管理，严格执行手卫生规范及MRSA等对特殊感染病人的隔离。对呼吸机相关性肺炎、血管内导管所致血行感染、留置导尿管所致感染实行监控。

（6）加强运行病历监控与管理，落实核心制度和岗位职责，规范全程管理，严密观察、及时处理患者病情变化，提高危重患者抢救成功率。

6. 感染性疾病科管理

（1）感染性疾病科建设符合规定，严格执行门诊患者预检分诊制度。

（2）严格执行《传染病防治法》及相关法律、法规、规章和规范。建立健全规章制度并组织实施，有效预防和控制传染病的传播和医源性感染。

（3）有专门部门或人员负责传染病疫情报告工作，并按照规定进行网络直报。

（4）定期对工作人员进行传染病防治知识和技能的培训。

7. 临床检验质量管理与持续改进

（1）贯彻落实《病原微生物实验室生物安全管理条例》《医疗机构临床实验室管理办法》等有关规定。临床实验室集中设置，统一管理，资源共享。实验室管理统一标准，统一质控，保证质量。

（2）临床实验室布局与流程要安全、合理，符合医院感染控制和生物安全要求。

（3）开展检验项目符合卫生行政部门公布的目录，不开展淘汰和未经批准的项目。特殊实验室取得审批许可。

（4）临床检验项目满足临床需要，并能提供24小时急诊检验服务，实施“危急值报告”制度。

（5）落实全面质量管理与改进制度，按照规定开展室内质控、参加室间质评。对床旁检验项目按规定进行严格比对和质量控制。

（6）检验报告及时、准确、规范，严格审核制度。

（7）遵守检验项目和检测仪器操作规程，定期校准检测系统，并及时淘汰检定不合格的设备与试剂。不使用未经批准的设备与试剂。

（8）患者、医师与护理人员对检验部门服务满意。

8. 病理质量管理与持续改进

（1）病理部门布局、设施、设备、工作流程和人员结构合理，管理规范，满足临床工作需要。

（2）建立并执行病理质量管理制度，定期开展质量评价和改进工作，严格执行标本核对制度。

（3）病理报告及时、准确、规范，严格审核制度。

（4）提高冰冻切片与石蜡切片的诊断符合率。病理切片、蜡块的保存符合规定。

（5）环境保护及人员防护符合规定。

（6）患者、医师与护理人员对病理部门服务满意。

9. 医学影像质量管理与持续改进

（1）贯彻落实《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》《放射诊疗管理规定》等相关法律、法规和规章，依法取得《放射诊疗许可证》《大型医用设备配置许可证》等。

（2）专业设置、人员配备及其设备、设施符合医院功能任务要求，满足临床需要，能提供24小时急诊检查服务。

（3）执行技术操作规范，实行质量控制，开展临床随访，定期进行质量评价。

（4）保证医学影像资料质量，报告及时、准确、规范，严格审核制度。

（5）环境保护、操作人员与患者个人防护达到标准要求。

（6）患者、医师与护理人员对医学影像部门服务满意。

10. 药事质量管理与持续改进

（1）贯彻落实《药品管理法》《医疗机构药事管理暂行规定》《处方管理办法》《抗菌药物临床应用指导原则》《麻醉药品临床应用指导原则》和《精神药品临床应用指导原则》等有关法律、法规和规范。

（2）药学部门布局、设施和工作流程合理，管理规范，能为患者提供安全、及时、有效的药学服务。

（3）建立突发事件药品供应与药事管理机制。

（4）建立“以病人为中心”的药学管理工作模式，开展以合理用药为核心的临床药学

工作。制定、落实药事质量管理规范、考核办法并持续改进。

（5）建立临床药师制，开展临床药学工作。健全临床用药的监督、指导、评价制度，开展药物安全性监测、药物不良反应与药害事件的监测和报告、抗菌药物临床应用监测，协助做好细菌耐药监测。提供合理用药咨询服务，积极推广个体化给药方案。

（6）加强处方管理，落实处方点评制度，提高处方质量，保障合理用药。

（7）加强特殊药品的管理，包括毒性药品、麻醉药品、精神药品、放射药品的购置、使用与安全保管。

（8）不使用非药学专业技术人员从事药学技术工作，不使用无批号、过期、变质、失效药品，不生产、销售、使用未经批准的制剂。

（9）患者、医师与护理人员对药学部门服务满意。

11. 输血质量管理与持续改进

（1）落实《献血法》《医疗机构临床用血管理办法（试行）》《临床输血技术规范》等有关法律和规范。

（2）设立输血科，具备为临床提供24小时配血、供血服务的能力，满足临床需要，无非法自采供血。

（3）建立输血质量全程监控，严格掌握输血适应症，科学、合理用血。

（4）制定、实施控制输血感染的方案，严格执行输血技术操作规范。

（5）落实临床用血申请、登记制度，履行用血报批手续，执行输血前检验和核对制度。完善输血反应及输血感染疾病的登记、报告和调查处理制度。

12. 医院感染管理与持续改进

（1）根据国家有关的法律、法规，按照《医院感染管理办法》要求，制定并落实医院感染管理的各项规章制度。

（2）根据《医院感染管理办法》要求和医院功能任务，建立完善的医院感染管理组织体系。

（3）医院感染管理部门实行目标管理责任制，职责明确。

（4）医院的建筑布局、设施和工作流程符合医院感染控制要求。

（5）落实医院感染的病例监测、消毒灭菌监测、必要的环境卫生学监测和医院感染报告制度。

（6）加强对医院感染控制重点部门的管理，包括感染性疾病科、口腔科、手术室、重症监护室、新生儿病房、产房、内窥镜室、血液透析室、导管室、临床检验部门和消毒供应室等。

（7）加强对医院感染控制重点项目的管理，包括呼吸机相关性肺炎、血管内导管所致血行感染、留置导尿管所致尿路感染、手术部位感染、透析相关感染等。

（8）医务人员严格执行无菌技术操作、消毒隔离工作制度、手卫生规范、职业暴露防护制度。

（9）对消毒药械和一次性使用医疗器械、器具相关证明进行审核，按规定可以重复使

用的医疗器械，实施严格的清洗、消毒或者灭菌，并进行效果监测。

（10）开展耐药菌株监测，指导合理选用抗菌药物。协助抗菌药物临床应用监测与管理。

（11）加强卫生安全防护工作，保障职工安全。

13. 病案质量管理与持续改进

（1）贯彻落实《医疗事故处理条例》《病历书写基本规范（试行）》和《医疗机构病历管理规定》等有关法规、规范。

（2）医疗文书书写真实、客观、及时、准确、完整、规范。

（3）建立健全病历全程质量监控、评价、反馈制度，重点加强运行病历的实时监控与管理，提高病历质量。

（4）建立病案管理制度并组织落实，病案保存时限符合规定。

（5）严格执行借阅、复印或复制病历资料制度，按规定保护患者隐私。

14. 介入诊疗质量管理与持续改进

（1）严格执行《心血管疾病介入诊疗技术管理规范》，依法取得相应资质。

（2）专业设置、人员配备及其设备、设施符合医院功能任务要求，满足临床需要，能提供24小时诊疗服务。

（3）严格执行技术操作规范，实行科学的质量控制标准，开展临床随访，定期进行质量评价。

（4）因病施治，合理治疗，严格掌握介入诊疗技术的适应症。

（5）建立介入诊疗器材登记制度，保证器材来源可追溯。不违规重复使用一次性介入诊疗器材。

（6）环境保护与个人防护达到标准。

15. 血液净化质量管理与持续改进

（1）专业设置、人员配备及其设备、设施符合医院功能任务要求，布局合理。

（2）有质量管理制度确保落实措施并保障安全。

（3）严格执行医院感染管理制度与程序，有完整的监测记录与应急管理预案。

（4）血液透析机与水处理设备符合要求。

（5）透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。

（五）护理质量管理与持续改进。

1. 护理管理组织

（1）严格按照《护士条例》规定实施护理管理工作。制定健全的护理工作制度、岗位职责、护理常规、操作规程等，并保证实施。

（2）根据医院的功能任务建立完善的护理管理组织体系。

（3）护理管理部门实行目标管理责任制，职责明确。

（4）护理管理部门结合医院实际情况，制定护理工作制度，并有相应的监督与协调机制。

2. 护理人力资源管理

（1）有明确的护士管理规定，有护士的岗位职责、技术能力要求和工作标准。

（2）对各级各类护士的资质、各岗位的技术能力有明确要求，同工同酬。

（3）对各护理单元护士的配置有明确的原则与标准，确保护理质量与患者安全，病房护士与床位比至少达到0.4∶1，重症监护室护士与床位比达到2.5—3∶1，医院护士总数至少达到卫生技术人员的50%。

（4）有紧急状态下对护理人力资源调配的预案。

（5）制订并实施各级各类护士的在职培训计划。

3. 有护理质量考核标准、考核办法和持续改进方案。有基础护理、专科护理质量评价标准，并建立可追溯机制；定期与不定期对护理质量标准进行效果评价；按照《病历书写基本规范（试行）》书写护理文件，定期质量评价；有重点护理环节的管理、应急预案与处理程序；护理工作流程符合医院感染控制要求。

4. 临床护理管理

（1）体现人性化服务，落实患者知情同意与隐私保护，提供心理护理服务。

（2）基础护理与等级护理措施到位。

（3）护士对住院患者的用药、治疗提供规范服务。

（4）对围手术期护理患者有规范的术前访视和术后支持服务制度与程序。

（5）提供适宜的康复和健康指导。

（6）各种医技检查的护理措施到位。

（7）密切观察患者病情变化，根据要求正确记录。

5. 危重症患者护理管理

（1）对危重患者有护理常规，措施具体，记录规范完整。

（2）护理管理部门对急诊科、重症监护病房、手术室、血液净化等部门进行重点管理，定期检查、改进。

（3）保障监护仪的有效使用。

（4）保障对危重患者实施安全的护理操作。

（5）保障呼吸机使用、管路消毒与灭菌的可靠性。

（6）建立与完善护理查房、护理会诊、护理病例讨论制度。

6. 有护理差错报告和管理制度。主动报告护理不良事件；完善专项护理质量管理制度，如各类导管脱落、患者跌倒、压疮等；能够应用对护理不良事件评价的结果，改进相应的运行机制与工作流程、工作制度。

7. 手术室与中心供应室的管理

（1）手术室与中心供应室工作流程合理，符合预防和控制医院感染的要求。

（2）制定并实施相关的工作制度、程序、操作常规。

（3）与临床保持良好的沟通机制，满足临床工作和住院患者的需要。

三、医院安全

（一）医疗服务安全。

1. 开展全员医疗服务安全教育，提高医疗服务安全意识。

2. 落实医疗服务安全监督、分析、评价和改进工作。

3. 建立医疗纠纷防范和处置机制，及时妥善处理医疗纠纷。制定重大医疗安全事件、医疗事故防范预案和处理程序，按照规定报告重大医疗过失行为和医疗事故。

4. 有防范非医疗因素引起的意外伤害事件的措施。

5. 有明确的患者安全目标，并组织实施。

（二）建筑、设备、设施安全。

1. 医院基本建设符合规划要求。

2. 建筑符合《综合医院建筑设计规范》。建筑布局体现“以病人为中心”的服务理念，满足医疗服务流程需要。

3. 设备、设施安全运行，防止漏电、漏气、漏水等。

4. 消防通道畅通，无障碍物。消防设备齐全，标志醒目，专人管理，设有消防预警系统。有火灾事故的应急预案并定期演练。遇紧急状态时有与外界通讯联络的可靠方式和安全畅通的疏散路线。

5. 具有双路供电系统和自备发电配送能力，保证手术室、导管室、产房、重症监护病房、急诊科、血液透析室、输血科（血库）等重点部门的用电需要。

（三）危险物品及要害部门安全。

1. 建立医用放射性物质、剧毒试剂等危险物品的安全管理制度并认真落实。

2. 有处理放射事故等意外事件的预案。

3. 加强对放射科、检验科、医用氧舱、同位素室、氧气供应室、危险品仓库、配电室、压力容器及电梯等重要部门的安全管理。

四、医院服务

（一）维护患者合法权益。

1. 充分发挥医学伦理委员会维护患者合法权益的作用。

2. 尊重和维护患者的知情同意权、隐私权、选择权等。按照法律、法规、规章等有关规定，进行药品和医疗器械临床试验、手术、麻醉、输血以及特殊检查、特殊治疗等，取得患者书面知情同意。在医疗服务过程中，保护患者隐私。

3. 建立并实施院务公开制度，按规定及时发布有关医疗服务信息。

4. 建立并落实医患沟通制度，使用患者及其家属易于接受的方式和理解的语言。

5. 公开患者投诉渠道和流程，及时、妥善处理投诉，对存在问题分析总结，落实整改。

6. 尊重患者的民族风俗习惯及宗教信仰。

（二）服务行为和医德医风。

1. 贯彻执行《医德考核办法》，尊重、关爱患者，主动、热情、周到、文明为患者服务。

2. 有医德医风建设的制度、奖惩措施并认真落实。

3. 医院及其工作人员不得通过职务便利谋取不正当利益。

4. 严禁推诿、拒诊患者。

5. 提供多层次的医疗护理服务，满足不同层次人员的医疗需求。

6. 规范服务行为，保障医疗质量，不断提高患者和社会对医疗服务的满意度。

（三）服务环境和服务流程。

1. 门诊有就诊咨询、导诊以及其他便民服务。

2. 服务环境和设施清洁、舒适、温馨，服务标识规范、清楚、醒目。

3. 入院与出院、诊断与治疗、转科与转院等连续性服务流程设置合理、便捷。

4. 优化流程，简化环节。挂号、划价、收费、取药、采血等服务窗口的数量、布局合理，缩短患者等候时间。

5. 采取有效措施，提高医技科室工作效率，缩短出具检验、检查报告时间。

五、医院绩效

（一）社会效益。

1. 在医疗服务过程中，始终把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务。

2. 认真完成政府指令性任务，积极参加政府组织的社会公益性活动。完成卫生行政部门下达的城市医院支援农村和社区、支援边疆卫生工作、援外医疗等指令性任务。

3. 根据医疗卫生管理法律、法规、规章，提供全面、连续的医疗服务，为下级医院转诊的急危重症患者和疑难病患者提供诊疗任务；为下级医疗机构提供技术指导，开展双向转诊。

4. 履行公共卫生职能，开展健康教育、科普宣传，普及防病知识，开展重大疾病、传染病以及慢性非传染性疾病的防治工作。承担突发公共卫生事件和重大灾害事故紧急医疗救援任务。

5. 承担教学、科研和人才培养工作。三级医院承担高等医学院校的临床教学和实习工作，开展毕业后教育和继续医学教育，建立医学人才分层次培养体系，多渠道培养高级临床医学人才；承担下级医院技术骨干的临床专业进修任务；承担国家级、省级科研课题。

（二）工作效率。

1. 医院年门诊人次、急诊人次、急诊抢救人次、手术人次、入出院人次，与上年度的比较。

2. 医师人均每日担负诊疗人次，医师年均出院人次，医师人均每日担负住院床日，与上年度的比较。

3. 平均住院日、术前住院日、平均开放病床数、实际开放总床日数、实际占用总床日数、出院者占用总床日数、病床使用率、病床周转次数，与上年度的比较。

4. 门诊患者人均医疗费用、门诊患者人均药品费用、住院患者人均医疗费用、住院患者人均药品费用、住院床日平均费用、门诊处方人均费用，与上年度的比较。

（三）经济运行状态。

1. 药品收入及占医疗总收入的百分比，药品进销差价收入及占医疗总收入的百分比，与上年度的比较。

2. 单价在2000元以上的一次性耗材收入占医疗收入的百分比，与上年度的比较。

3. 医疗服务收入占业务收入的百分比及与上年度的比较。

4. 百元业务收入的业务支出、每名职工平均业务收入、人员经费占业务支出比例，与上年度的比较。

5. 资产负债率、固定资产净值率、固定资产增长率、净资产增长率、固定资产收益率、流动资产收益率，与上年度的比较。

6. 流动比率和速动比率，与上年度的比较。

7. 成本核算。

六、部分评价指标

（一）法定传染病报告率。

（二）重大医疗过失行为和医疗事故报告率。

（三）药品和医疗器械临床试验、手术、麻醉、特殊检查、特殊治疗患者告知率。

（四）完成政府指令性任务比例。

（五）入出院诊断符合率。

（六）手术前后诊断符合率。

（七）临床主要诊断、病理诊断符合率。

（八）CT检查阳性率（无此设备的不作要求）。

（九）MRI检查阳性率（无此设备的不作要求）。

（十）大型X光机检查阳性率（无此设备的不作要求）。

（十一）急危重症抢救成功率。

（十二）清洁手术切口甲级愈合率。

（十三）清洁手术切口感染率。

（十四）麻醉死亡率。

（十五）尸检率。

（十六）医院感染现患率。

（十七）医院感染现患调查实查率。

（十八）临床检验室内质控、室间质评项目及结果。

（十九）普通门诊具有主治医师以上专业技术职务任职资格的本院医师比例。

（二十）院内急诊会诊到位时间。

（二十一）急诊留观时间。

（二十二）急救物品完好率。

（二十三）病历合格率。

（二十四）处方合格率。

（二十五）成分输血比例与输血适应症合格率。

（二十六）医疗事故发生件数、等级、责任程度。

（二十七）挂号、划价、收费、取药、采血等服务窗口等候时间。

（二十八）检验、心电图、超声、影像常规检验检查项目自检查开始到出具结果时间。

（二十九）术中冰冻病理自送检到出具结果时间。

（三十）门诊患者中预约患者的比例。

（三十一）平均住院日。

（三十二）择期手术患者术前平均住院日。

（三十三）同一病例7日内再住院率。

（三十四）病床使用率。

（三十五）病床周转次数。

（三十六）药品收入占医疗收入比例。

（三十七）基础护理合格率。

（三十八）危重患者护理合格率。

（三十九）医疗器械消毒灭菌合格率。

（四十）病房床位与病房护士比例。

（四十一）医院资产负债率。

（四十二）职工对医院管理组织机构和领导工作满意度。

（四十三）患者、医师与护理人员对检验科服务满意度。

（四十四）患者、医师与护理人员对医学影像部门服务满意度。

（四十五）患者、医师与护理人员对药学部门服务满意度。

（四十六）患者、医务人员对医院后勤服务满意度。

（四十七）已出院患者对医疗服务满意度。

七、三级综合医院评价指标参考值

（一）法定传染病报告率100%。

（二）重大医疗过失行为和医疗事故报告率100%。

（三）药品和医疗器械临床试验、手术、麻醉、特殊检查、特殊治疗履行患者告知率100%。

（四）完成政府指令性任务比例100%。

（五）入出院诊断符合率≥95%。

（六）手术前后诊断符合率≥95%。

（七）临床主要诊断、病理诊断符合率≥60%。

（八）CT检查阳性率≥70%。

（九）MRI检查阳性率≥70%。

（十）大型X光机检查阳性率≥70%。

（十一）急危重症抢救成功率≥80%。

（十二）治愈好转率≥90%。

（十三）清洁手术切口甲级愈合率≥97%。

（十四）清洁手术切口感染率≤1.5%。

（十五）麻醉死亡率≤0.02%。

（十六）尸检率≥15%。

（十七）医院感染现患率≤10%。

（十八）医院感染现患调查实查率≥96%。

（十九）临床化学室间质评全年平均及格（VIS≤120）。

（二十）血液学室间质评全年平均及格（改良偏离指数DI≤2）。

（二十一）免疫室间质评全年平均成绩在全国平均水平以上。

（二十二）细菌室间质评全年鉴定正确率≥80%。

（二十三）普通门诊具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的本院医师比例≥60%。

（二十四）院内急会诊到位时间≤10分钟。

（二十五）急诊留观时间≤48小时。

（二十六）急救物品完好率100%。

（二十七）合格病历率≥90%。

（二十八）处方合格率≥95%。

（二十九）开展成分输血比例≥85%。

（三十）输血适应征合格率≥90%。

（三十一）挂号、划价、收费、取药等服务窗口等候时间≤10分钟。

（三十二）大型设备检查项目自开具检查报告申请单到出具检查结果时间≤48小时。

（三十三）血、尿、便常规检验、心电图、影像常规检查项目自检查开始到出具结果时间≤30分钟，生化、凝血、免疫等检验项目自检查开始到出具结果时间≤6小时，细菌学等检验项目自检查开始到出具结果时间≤4天。

（三十四）超声自检查开始到出具结果时间≤30分钟。

（三十五）术中冰冻病理自送检到出具结果时间≤30分钟。

（三十六）平均住院日≤15天。

（三十七）择期手术患者术前平均住院日≤3天。

（三十八）病床使用率85%~93%。

（三十九）病床周转次数≥19次／年。

（四十）药品收入占医疗总收入比例≥45%。

（四十一）基础护理合格率≥90%。

（四十二）危重患者护理合格率≥90%。

（四十三）医疗器械消毒灭菌合格率100%。

（四十四）全员开放病房床位与病房护士比例为1：0.4。

（四十五）住院医师规范化培训率100%，培训合格率≥90%。

（四十六）职工对医院管理组织机构和领导工作满意度≥80%。

（四十七）患者、医师与护理人员对检验科服务满意度≥90%。

（四十八）患者、医师与护理人员对医学影像部门服务满意度≥90%。

（四十九）患者与医师、护理人员对药学部门服务满意度≥90%。

（五十）患者、医务人员对医院后勤服务满意度≥90%。

（五十一）已出院患者对医疗服务满意度≥90%。

注：部分评价指标计算方法及说明

病床使用率：指“实际占用总床日数”与“实际开放总床日数”之比。

病床周转次数：指“出院人数”与“平均开放床位数”之比。

平均住院日：指“出院者占用总床日数”与“出院人数”之比。

实际开放总床日数：指年内医院各科每日夜晚12点钟开放病床数总和，不论该床是否被患者占用，都应计算在内。包括因故（如消毒、小修理等）暂时停用的病床，不包括因医院病房扩建、大修理或粉刷而停用的病床及临时增设的病床。

实际占用总床日数：指医院各科每日夜晚12点钟实际占用病床数（即每日夜晚12点钟的住院人数）总和。包括实际占用的临时床位，患者入院后于当晚12点钟以前死亡或因故出院所占用的床位。

平均开放病床数：即实际开放总床日数／本年日历日数（365）。

出院者占用总床日数：指出院者（包括正常分娩、未产出院、住院经检查无病出院、未治出院及健康人进行人工流产或绝育手术后正常出院者）住院日数的总和。

急危重症抢救成功率：指急危重症患者抢救成功人次数与抢救总人次数之比。

入出院诊断符合率：诊断符合患者数／（出院患者数-疑诊患者数）×100%。

手术前后诊断符合率：指手术前后诊断符合人数与手术患者总人数之比。

CT检查阳性率：指CT检查中检出阳性的人次数与CT检查总人次数之比。

药品收入占医疗收入比例：指药品收入与医疗收入之比。

总收入：指单位为开展业务及其他活动依法取得的非偿还性资金。总收入包括财政补助收入、上级补助收入、医疗收入、药品收入和其他收入等。

药品收入：指医疗机构在开展医疗业务活动中所取得的中、西药品收入。

门诊患者人均医疗费用：又称每诊疗人次医疗费用。即（医疗门诊收入+药品门诊收入）／总诊疗人次数。

住院患者人均医疗费用：又称出院者人均医疗费用。即（医疗住院收入+药品住院收入）／出院人数。

医师人均每日担负诊疗人次：即诊疗人次数／平均医师人数／251。

医师人均每日担负住院床日：指实际占用总床日数／平均医师人数／365。

法定传染病报告率：指医疗机构在某一时期内法定传染病报告病例数占总病例数（漏报病例数＋已报告病例数）的百分比。

参考文献

[1] 孙东东. 医疗告知手册〔M〕. 北京：中国法制出版社，2007.

[2] CHA. 患者安全目标〔M〕. 北京：科学技术文献出版社，2008.

[3] 曹荣桂. 医院管理学护理管理分册〔M〕. 北京：人民卫生出版社，2003.

[4] 杨英华. 护理管理学〔M〕. 北京：人民卫生出版社，1999.

[5] 姜小鹰. 护理管理学〔M〕. 上海：上海科学技术出版社，2001.

[6] 叶文琴，朱建英. 现代医院护理管理学〔M〕. 上海：复旦大学出版社，2005.

[7] 成翼娟. 护理管理学〔M〕. 北京：人民卫生出版社，2006.

[8] 孙健. 360度绩效考评〔M〕. 北京：企业管理出版社，2003.

[9] 李树贞. 医院护理管理学〔M〕. 北京：解放军出版社，2001；118-121.

[10] 李继平. 护理管理学〔M〕. 2版. 北京：人民卫生出版社，2006.

[11] 关永杰，宫玉花. 护理管理学〔M〕. 北京：中国中医药出版社，2005.

[12] 刘化侠，殷翠. 护理管理学〔M〕. 北京：人民卫生出版社，2004.

[13] 【美】斯蒂芬·P·罗宾斯. 管理学〔M〕. 北京：中国人民大学出版社，2004.

[14] 林菊英. 医院管理学——护理管理分册〔M〕. 北京：人民卫生出版社，2003.

[15] 【美】F·W·泰罗. 科学管理原理〔M〕. 北京：中国社会科学出版社，1986.

[16] 【法】法约尔. 工业管理与一般管理〔M〕. 北京：中国社会科学出版社，1982.

[17] 赵秋利. 社区护理学〔M〕. 2版. 北京：人民卫生出版社，2006.

[18] 张兰霞. 新管理理论丛林〕. 沈阳：辽宁人民出版社，2001.

[19] Dee Ann Gillies. Nusing management：a systems approach〔M〕. W. B. Saunders Company，1983.

[20] 郭咸纲. 西方管理思想发展史〔M〕. 3版. 北京：经济管理出版社，2004.

[21] 汤发良. 管理学原理〔M〕. 广州：广东高等教育出版社，2005.

[22] 杨顺秋，吴殿源. 现代实用护理管理〔M〕. 北京：军事医学科学出版社，2003.

[23] 王惠珍. 护理管理学〔M〕. 北京：中国协和医科大学出版社，2004.

[24] 肖更生，刘安民. 管理学原理〔M〕. 北京：中国人民公安大学出版社，2002.

[25] 潘绍山. 现代护理管理学〔M〕. 北京：科学技术文献出版社，2002.

[26] 杨东龙，宝利嘉. 最新人力资源精要词典〔M〕. 北京：中国经济出版社，2002.

［27］秦志华，洪向华. 人力资源经理：从MBA到职业经理人〔M〕. 北京：中国城市出版社，2002.

［28］韦恩·蒙迪，罗伯特·M·诺埃. 人力资源管理〔M〕. 葛新权，等. 译 . 北京：经济科学出版社，1998.

［29］Stephen. P. Robbins. 组织行为学〔M〕. 9版. 北京：清华大学出版社，2001.

［30］【美】加雷斯·琼斯，珍妮佛·乔治. 管理学基础〔M〕. 北京：人民邮电出版社，2004.

［31］【美】小约翰·谢默霍恩. 管理学原理〔M〕. 甘亚平，译. 北京：人民邮电出版社，2005.

［32］哈罗德·孔茨，海因茨·维利克. 管理学精要〔M〕. 北京：机械工业出版社，2005.

［33］徐源. 人事主管实务〔M〕. 惠州：广东经济出版社，2002.

［34］张再生. 职业生涯开发与管理〔M〕. 天津：南开大学出版社，2003.

［35］于桂兰. 人力资源管理〔M〕. 北京：清华大学出版社，2004.

［36］【美】理查德·L·达夫特，多罗西·马西克. 管理学原理〔M〕. 4版. 高增安，等. 译. 北京：机械工业出版社，2005.

［37］【美】约翰·M·伊万切维奇，赵曙明. 人力资源管理〔M〕. 9版. 北京：机械工业出版社，2005.

［38］龚晓路，黄锐. 员工职业素养培训〔M〕. 北京：中国发展出版社，2005.

［39］【英】理查德·S·威廉姆斯，业绩管理〔M〕. 赵正斌，胡蓉. 译. 大连：东北财经大学出版社，2003.